

شیوع بیماری کرونا در ایران

علینقی مشایخی

دستیار: مرضیه آقائی

دانشکده مدیریت و اقتصاد

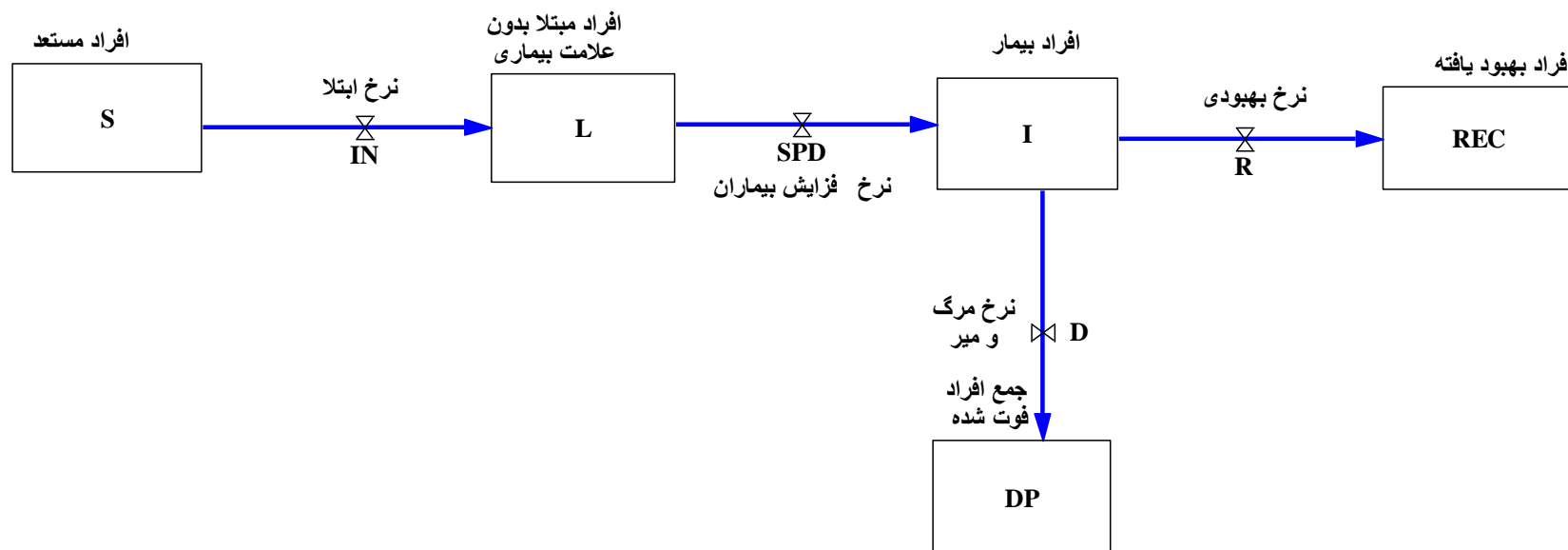
دانشگاه صنعتی شریف

۲۳ اسفند ماه ۱۳۹۸

مقدمه

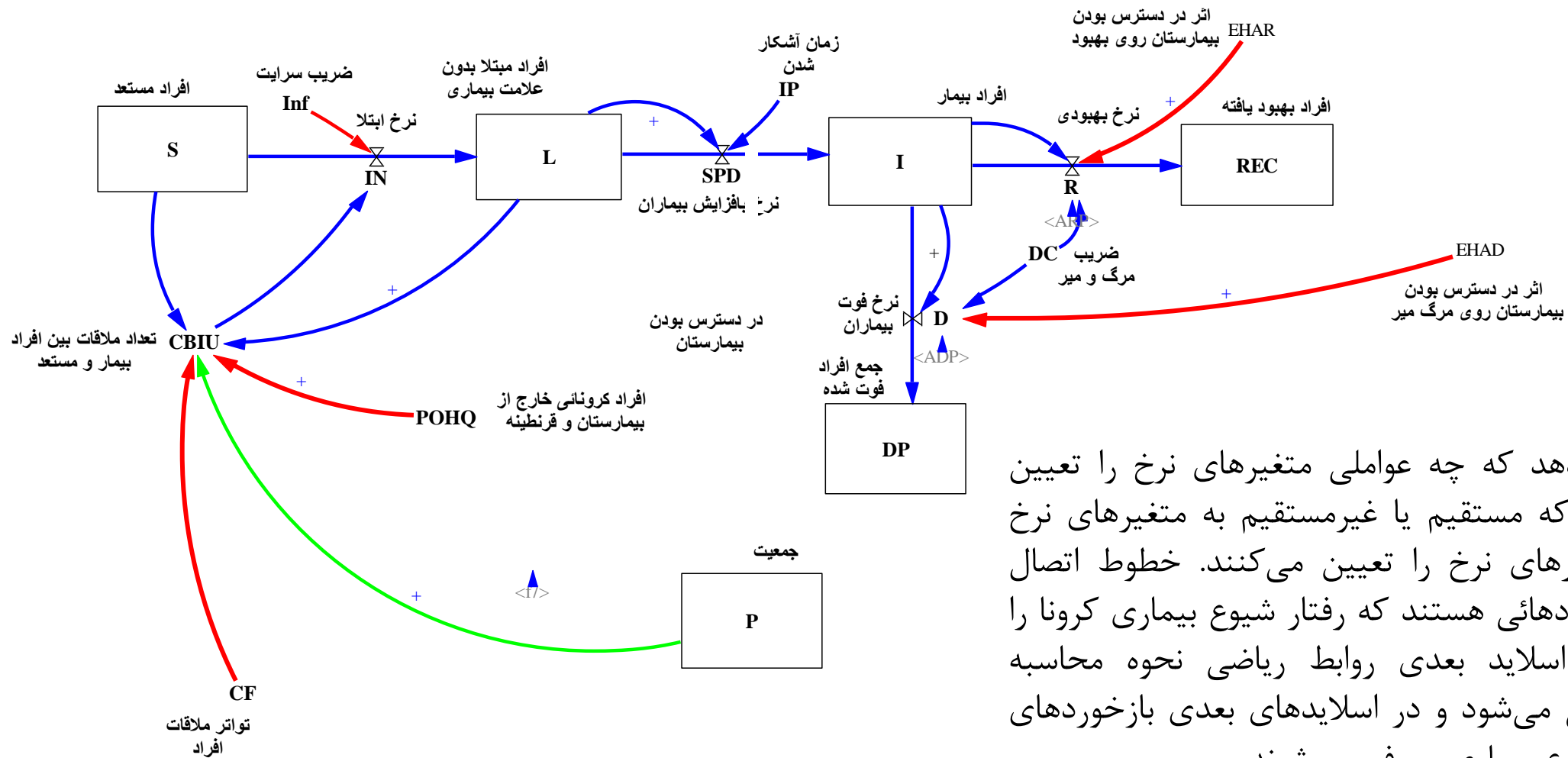
- پیش‌تر نسخه‌ای از این ارائه که در حال تکمیل بود پس از ارسال آن برای برخی دوستان جهت اظهار نظر در فضای مجازی پخش شد.
- در ایمیلی که برای دوستان مزبور ارسال کردم، تذکر دادم که درصدد بررسی پارامترهای مدل با نیروهای متخصص پزشکی و تکمیل مدل هستم. ولی فایل ارائه بدون توجه به تذکر مزبور در فضای مجازی پخش شد.
- هنوز نتوانسته‌ام در مورد پارامترهای مدل را با متخصصین پزشکی و اجتماعی همفکری کنم.
- در این ارائه با اضافه کردن یک بازخورد جدید از نرخ مرگ و میر ناشی از کرونا به ضریب انتقال بیماری که توضیح آن در اسلایدهای بعدی می‌آید مدل را برای سناریوهای مختلف شبیه‌سازی کردم.
- این شبیه‌سازی‌ها نشان می‌دهد که ابعاد فاجعه کرونا می‌تواند بسیار بزرگ شود مگر آن که مردم با اجبار و یا از روی فهم با افزایش تعداد بیماران ارتباطات خود را کم کنند و در تماس‌های اجباری خود با دیگران اصول پیشگیری را به طور جدی رعایت کنند تا احتمال سرایت ناشی از ارتباط کاهش پیدا کند.
- امیدوارم این مدل مورد توجه عموم و مقامات سیاست‌گذاری برای اقداماتی که می‌تواند کرونا را بهتر و جدی‌تر کنترل کند قرار بگیرد.
- آنچه در این ارائه می‌آید جای تکمیل و تدقیق دارد ولی انتشار این نسخه در فضای مجازی را برای ایفای مسئولیت اجتماعی خود لازم می‌دانم.

زیرساخت مفهومی مدل: متغیرهای حالت (انباره) و نرخ اصلی



در این شکل مستطیل‌ها معرف انباره و متغیرهای درون مستطیل‌ها متغییر حالت هستند. علامت‌های λ معرف جریان بین انباره‌ها است. این شکل نشان می‌دهد که افراد سالم و مستعد (که شامل اکثر مردم می‌شود) ابتدا مبتلا می‌شوند و به جمع کسانی که مبتلا هستند ولی علامت بیماری در آن‌ها هنوز ظاهر نشده است، ملحق می‌شوند. بیماری افراد مبتلا بعد از مدتی آشکار می‌شود و فرد از مبتلایان بدون علامت بیماری به جمع افراد بیمار با علامت بیماری می‌پیوندد. افراد بیمار بعد از مدتی بهبود می‌یابند و به جمع افراد بهبود یافته می‌پیوندند و یا فوت می‌کنند و به جمع افراد فوت شده می‌پیوندند.

عوامل تعیین کننده متغیرهای نرخ

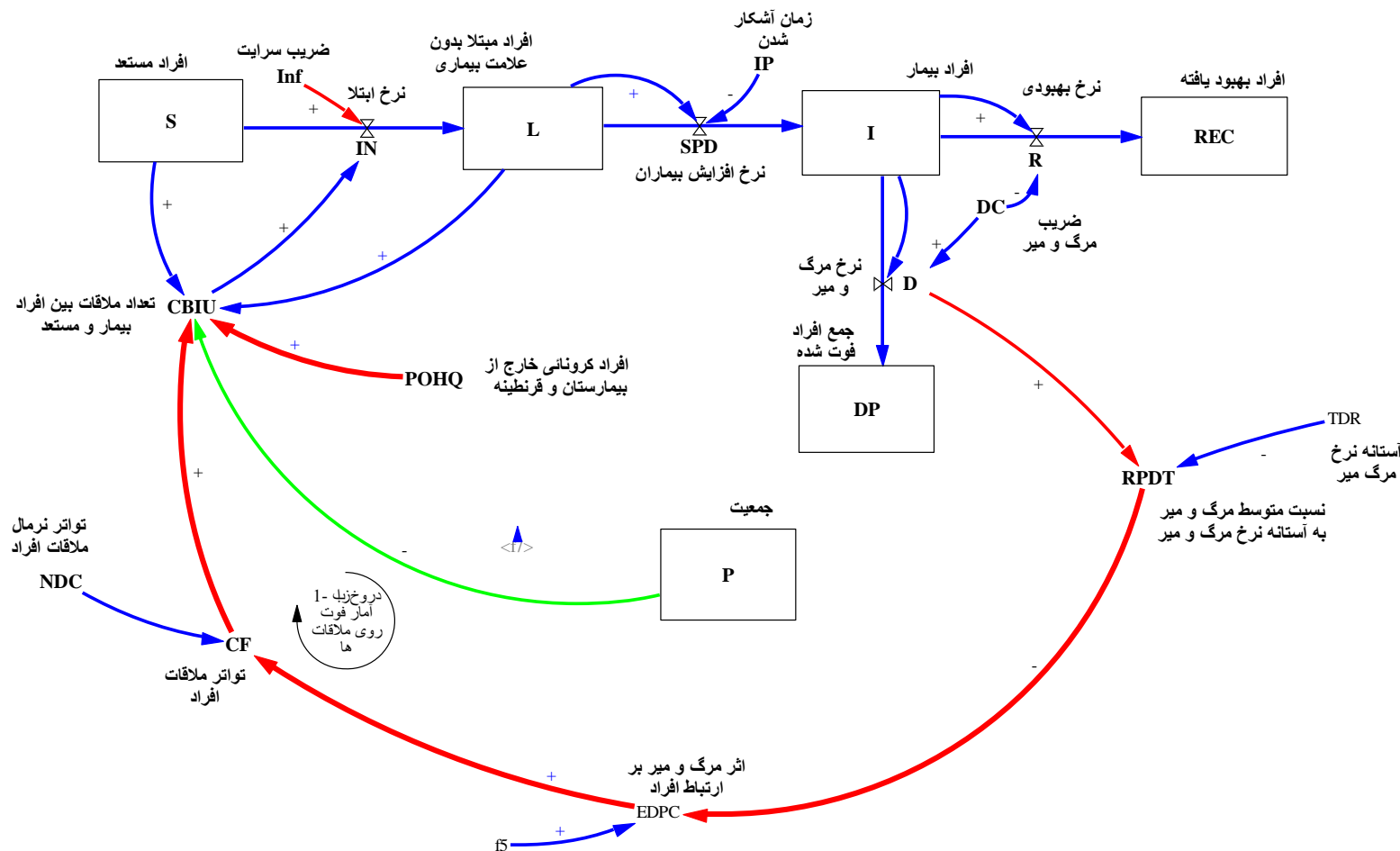


این شکل نشان می‌دهد که چه عواملی متغیرهای نرخ را تعیین می‌کنند. متغیرهایی که مستقیم یا غیرمستقیم به متغیرهای نرخ وصل می‌شوند، متغیرهای نرخ را تعیین می‌کنند. خطوط اتصال قرمز بخشی از بازخوردهایی هستند که رفتار شیوع بیماری کرونا را کنترل می‌کند. در اسلاید بعدی روابط ریاضی نحوه محاسبه متغیرهای نرخ معرفی می‌شود و در اسلایدهای بعدی بازخوردهای تعیین کننده نحوه شیوع بیماری معرفی می‌شوند.

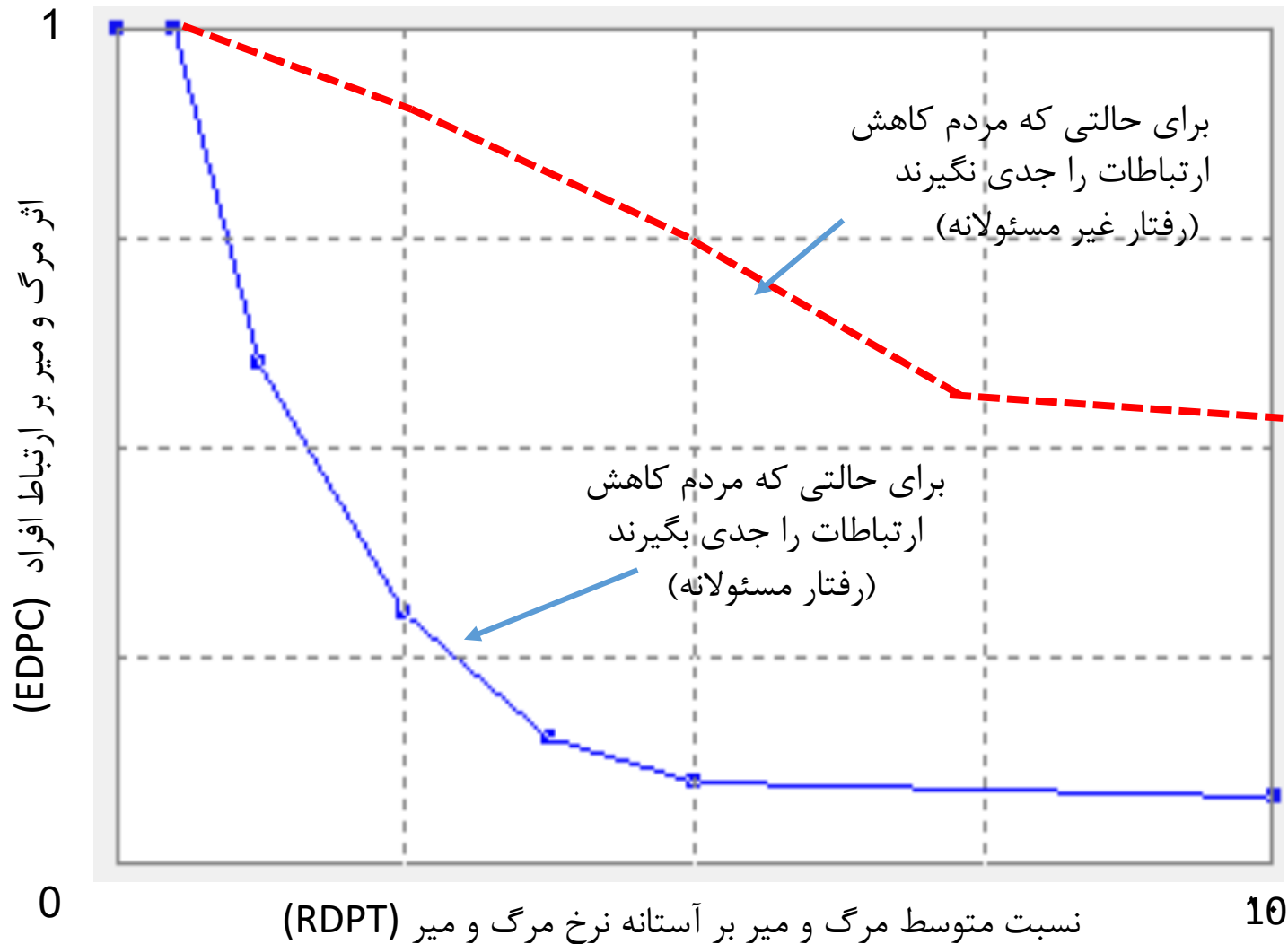
روابط نرخ‌ها

$IN=Inf*CBIU$	نرخ ابتلا
Inf=0.05 یا 0.1	احتمال انتقال بیماری در ملاقات
CBIU	تعداد ملاقات بیماران با افراد مستعد در روز
$SPD=L/IP$	نرخ آشکار شدن بیماری
L	افراد بیمار بدون علامت
IP	مدت زمان آشکار شدن بیماری
$R=EHAR*(1-DC)*I/ARP$	نرخ بهبود
EHAR	اثر دسترسی به بیمارستان روی بهبودی
DC	درصد مرگ و میر بیماران در شرایط عادی
I	تعداد بیماران
ARP	متوسط زمان بهبود
$D=I*DC*EHAD/ADP$	نرخ فوت بیماران
EHAD	اثر دسترسی به بیمارستان روی مرگ و میر
ADP	متوسط مدت بروز علائم بیماری تا مرگ

بازخورد از تعداد موارد فوت بر روی تعداد ملاقات های مردم با یکدیگر

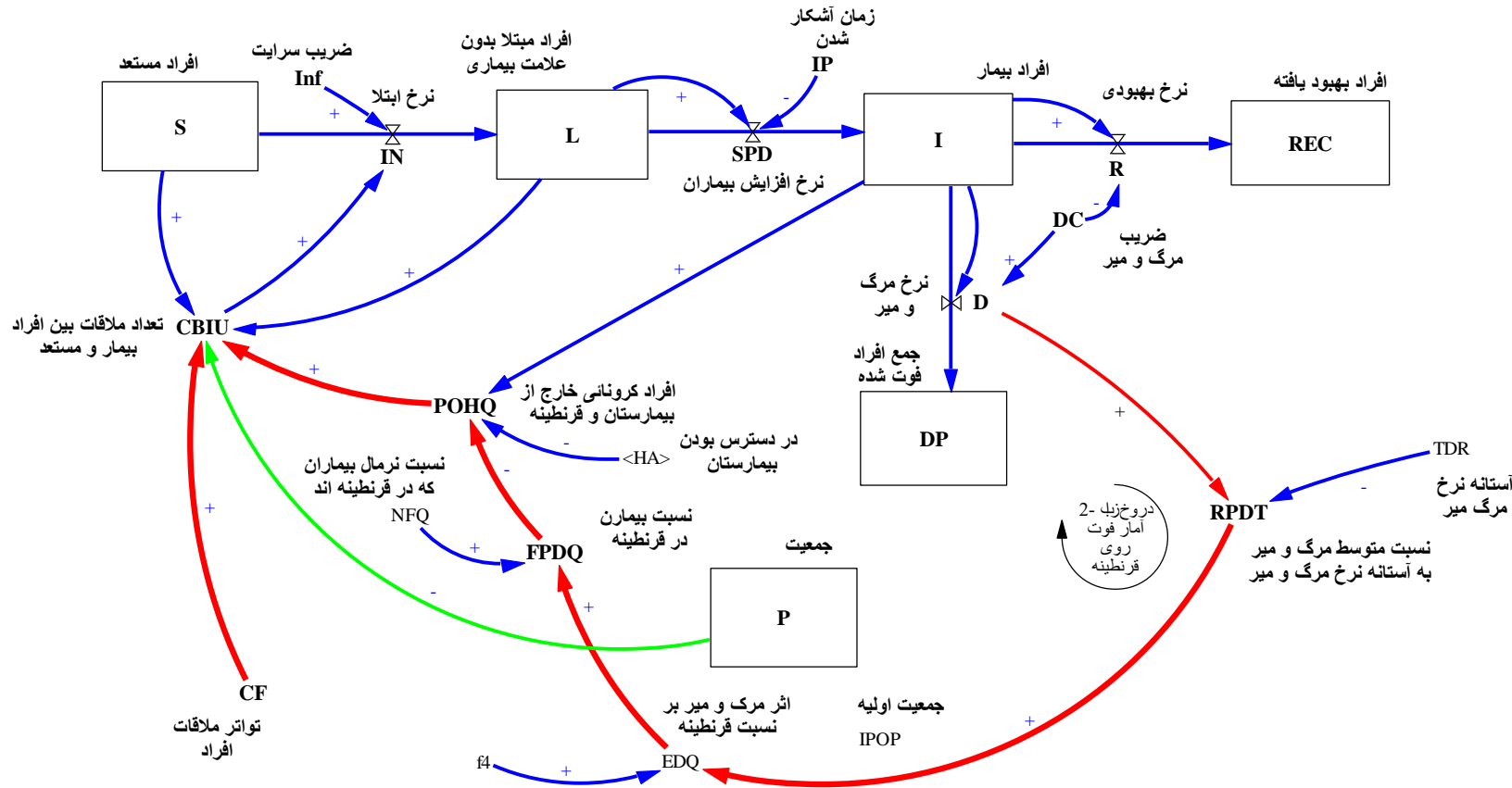


این شکل بازخورد از تعداد موارد فوت بر روی تعداد ملاقات ها را نشان می دهد. با افزایش تعداد ملاقات ها نرخ ابتلا زیاد می شود. با افزایش تعداد افراد مبتلا بدون علامت بیماری افزایش می یابد که به نوبه خود سبب زیاد شدن نرخ افزایش بیماران می شود. نرخ افزایش بیماران تعداد افراد بیمار را افزایش می دهد. با افزایش افراد بهبودی و نرخ مرگ و میر افزایش می یابد. افزایش نرخ مرگ و میر موجب افزایش نسبت متوسط مرگ و میر به آستانه نرخ مرگ و میر می شود. آستانه نرخ مرگ و میر نرخی است که اگر مرگ و میر ناشی از کرونا بیشتر از آن شود، حساسیت مسئولان و مردم را برمی انگیزد. وقتی نسبت مزبور زیاد می شود، ارتباطات افراد کاهش می یابد. در نتیجه تواتر ملاقات افراد که مرگ و میر ناشی از ابتلا را فهمیده اند و نگران شده اند، کم می شود. با کاهش تواتر ملاقات ها، تعداد ملاقات بین افراد کم شده و نرخ ابتلا کاهش می یابد.

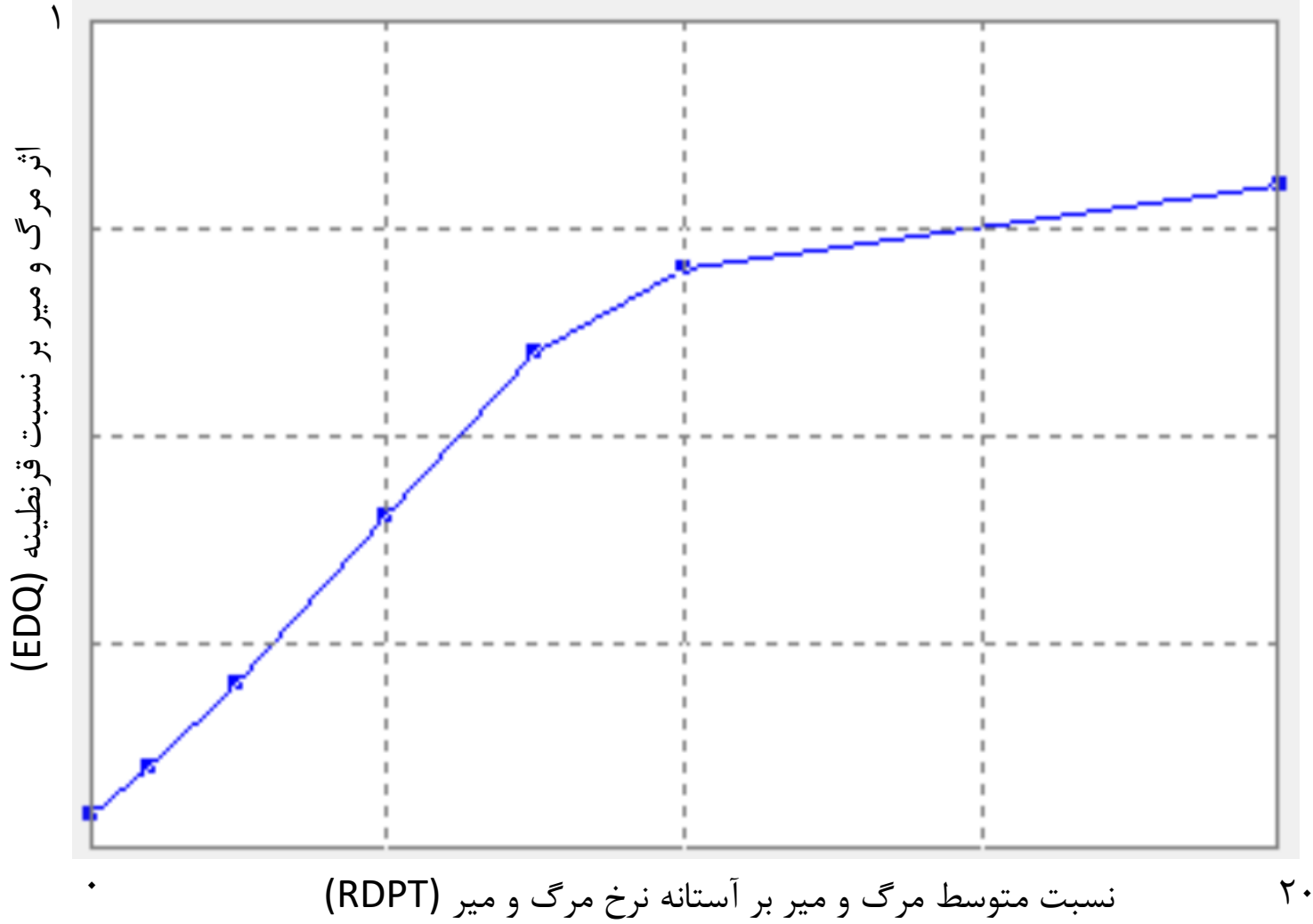


این شکل رابطه ارتباط افراد را با نسبت متوسط مرگ و میر بر آستانه نرخ مرگ و میر نشان می‌دهد. هر چه مرگ و میر بالاتر رود انتظار می‌رود که ارتباطات افراد با یکدیگر کمتر شود. در یک حالت که برای رفتار مسئولانه و ایده آل در نظر گرفته شده است، اگر مرگ و میر ده برابر آستانه نرخ مرگ و میر شود، ارتباطات به حدود ۱۰ درصد کاهش می‌یابد (منحنی آبی). در حالت دیگر که مرگ و میر اثر کمتری روی کاهش ارتباطات دارد و رفتار غیر مسئولانه نامیده شده است، با ۱۰ برابر شدن مرگ و میر میزان ارتباطات تا ۶۰ درصد حالت عادی کم می‌شود. قطعاً اطلاعات مربوط به این رفتار اجتماعی در دست نیست، اگر چه شواهد نشان می‌دهد افزایش مرگ و میر سبب کاهش ارتباطات می‌شود. از یک طرف این رابطه باید بر اساس جمع‌بندی نظرات خبرگان تنظیم شود و حساسیت متغیرها نسبت به تفاوت رفتار به دست آید. از طرف دیگر وقتی چگونگی این رفتار اجتماعی برای شیوع کرونا مهم باشد، سیاست‌گذاران و اطلاع رسانی‌ها باید درصدد ایجاد رفتار مسئولانه باشند، با تشویق و توصیه و یا حتی اجبار نظیر چین.

بازخورد از تعداد موارد فوت روی قرنطینه شدن بیماران

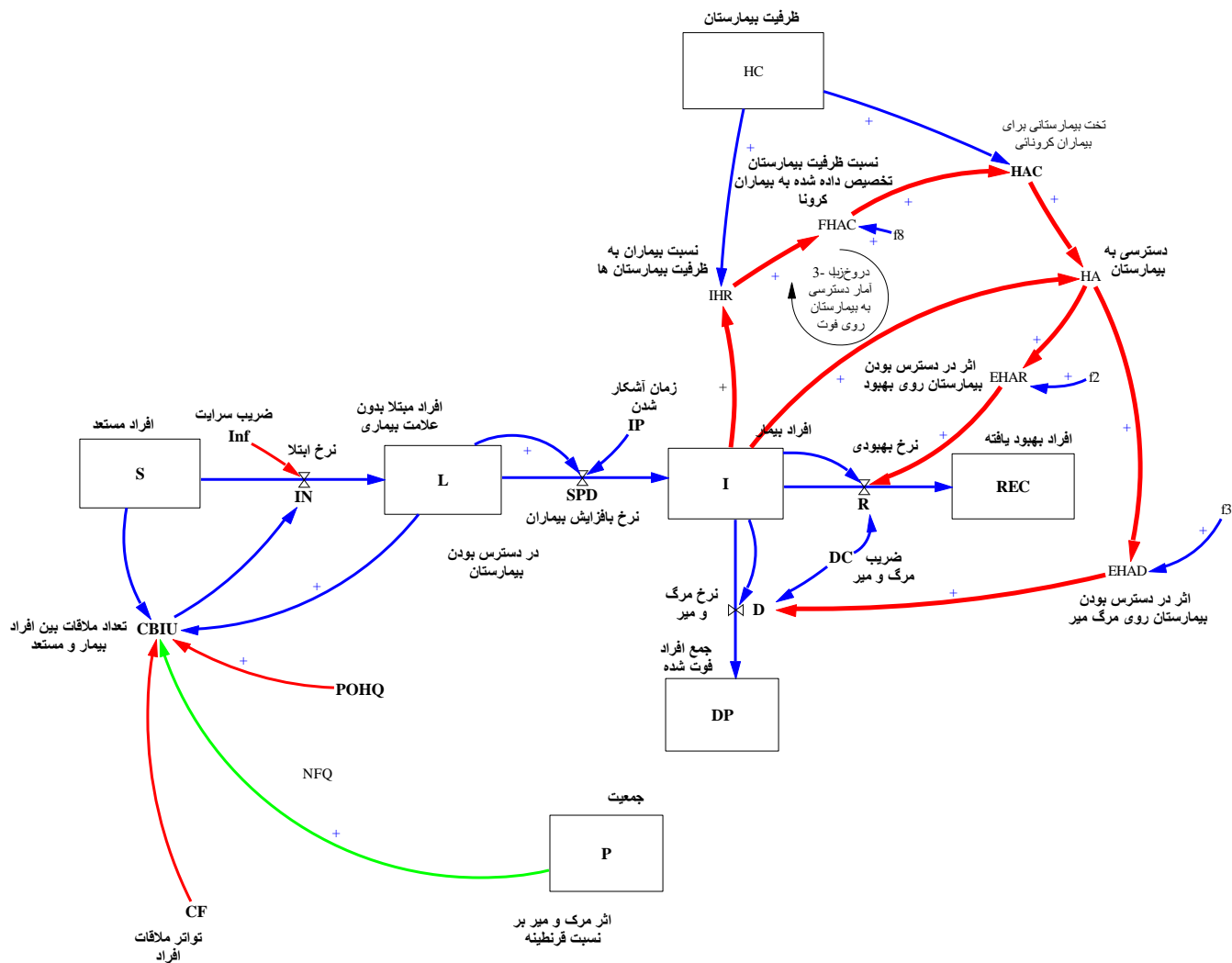


این شکل بازخورد را از تعداد موارد فوت روی تعداد قرنطینه شده نشان می‌دهد. افزایش نرخ مرگ و میر موجب افزایش نسبت متوسط مرگ و میر به آستانه نرخ مرگ و میر می‌شود. وقتی نسبت مزبور زیاد می‌شود، اثر مرگ و میر بر نسبت قرنطینه زیاد می‌شود بدین معنی که نسبت بیشتری از افراد بیماری که خارج از بیمارستان هستند قرنطینه شده و از تماس با سایرین منع می‌شوند. با افزایش نسبت بیماران در قرنطینه، افراد بیمار خارج از بیمارستان و قرنطینه کاهش یافته و تعداد ملاقات بین افراد بیمار و مستعد را کاهش می‌دهد. کاهش تعداد ملاقات‌ها نرخ ابتلا را کم می‌کند.

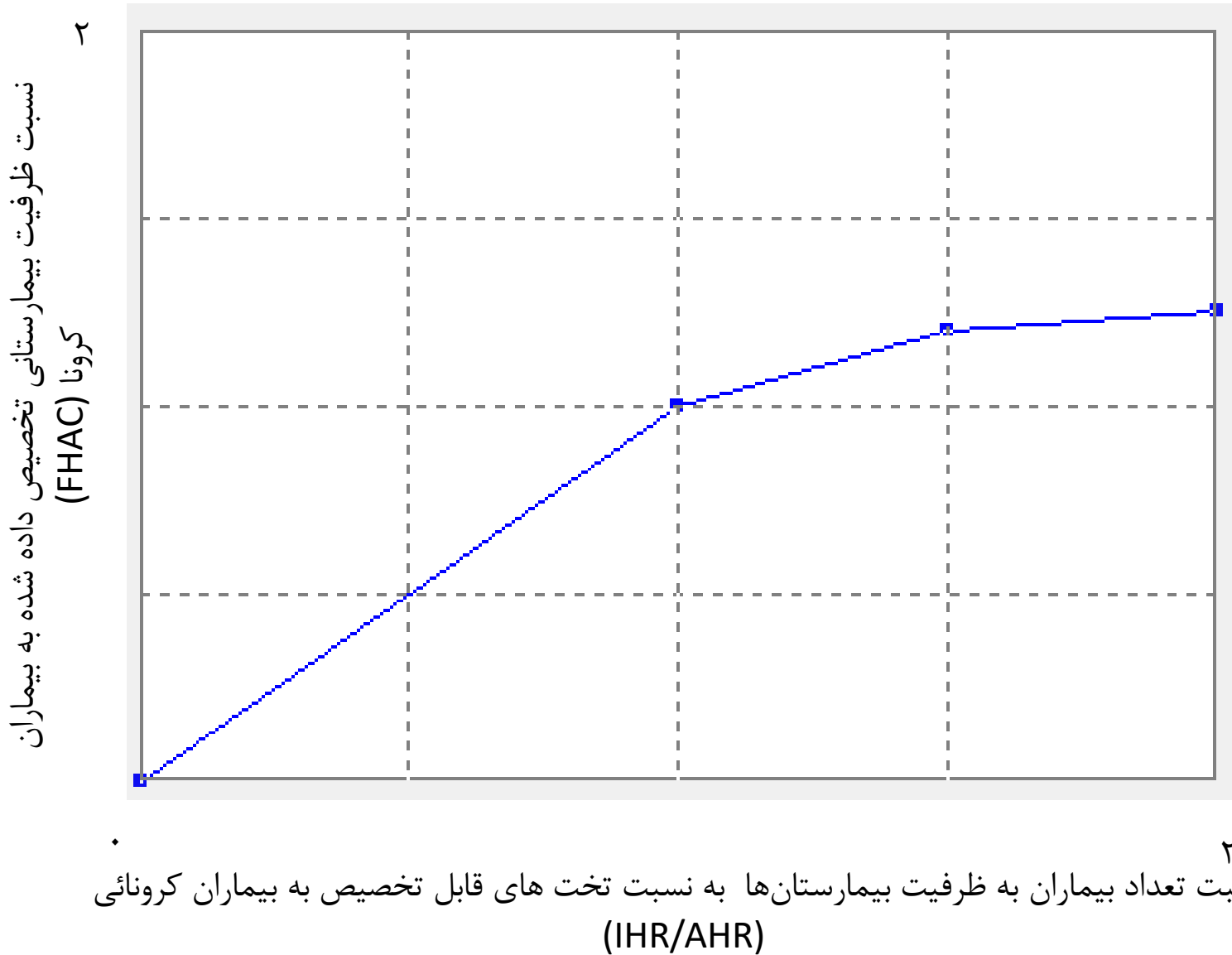


این شکل رابطه بین اثر مرگ و میر (نسبت متوسط مرگ و میر بر آستانه نرخ مرگ و میر) را بر نسبت قرنطینه نشان می‌دهد. هر چه مرگ و میر بالاتر رود انتظار می‌رود بیماران که خارج از بیمارستان‌ها هستند با شدت بیشتری قرنطینه شوند. در این شکل فرض شده است که وقتی مرگ و میر ده برابر آستانه نرخ مرگ و میر می‌شود، شدت قرنطینه تا ۷ برابر افزایش یابد. این رابطه نیز می‌تواند بر اساس نظر خبرگان مقادیر دیگر به خود بگیرد. ولی از آن جا که قرنطینه شدن بیماران شامل قرنطینه شدن افراد مبتلا که علامت بیماری ندارند نمی‌شود، و به هر حال ملاقات بین افراد مبتلا بدون علامت بیماری و افراد مستعد سبب انتقال بیماری می‌شود، رفتار مدل نسبت به این رابطه به حساسیت رابطه بین مرگ و میر و ارتباط افراد با یکدیگر نیست.

بازخورد از تعداد بیماران روی در دسترس بودن خدمات درمانی

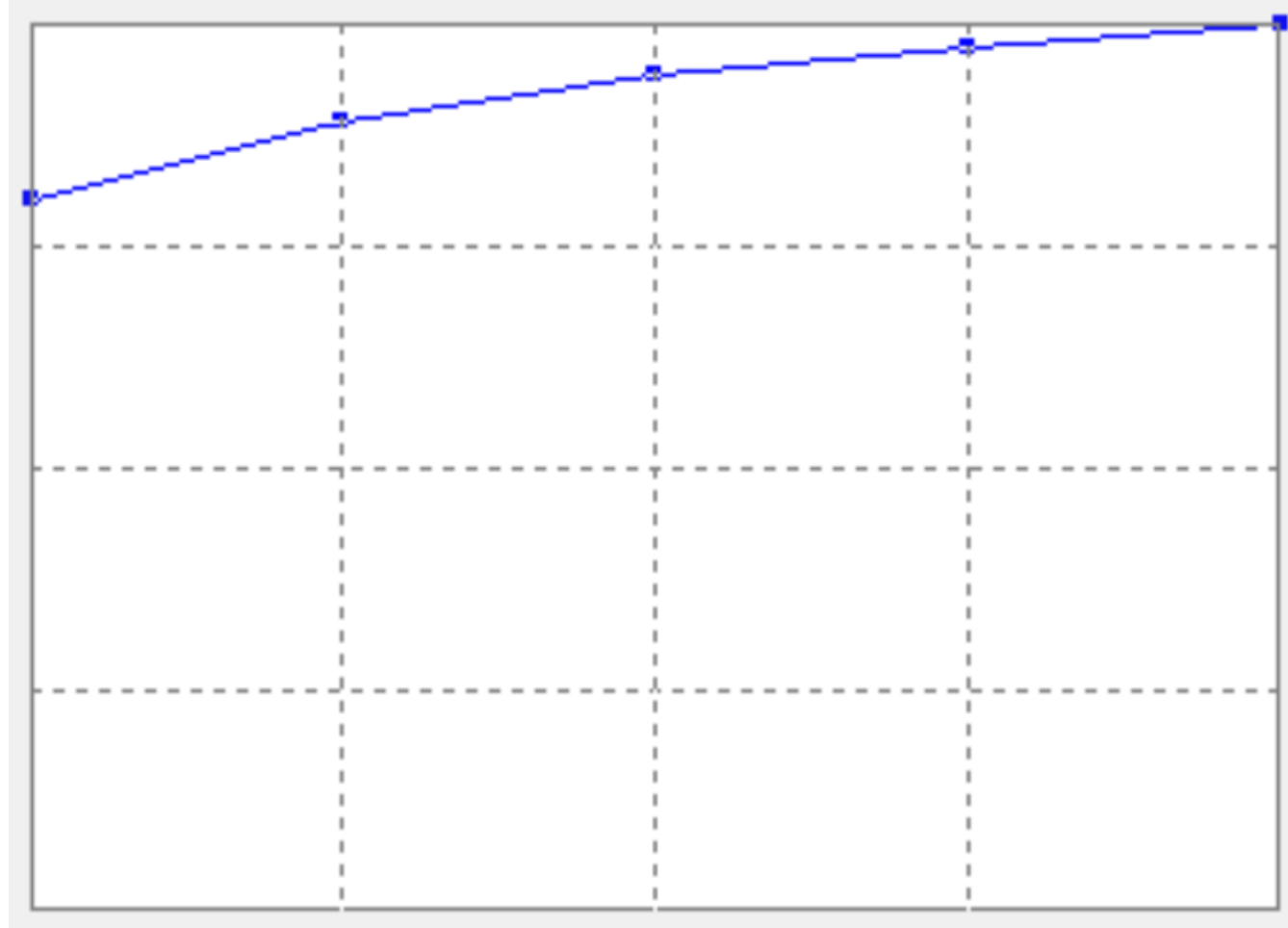


این شکل بازخورد تعداد بیماران روی تعداد تخت بیمارستانی تخصیص یافته به بیماران مبتلا به کرونا را نشان می‌دهد. افزایش افراد بیمار مبتلا به کرونا سبب افزایش نسبت تعداد آنان به ظرفیت بیمارستان‌ها می‌شود. افزایش نسبت مزبور سبب می‌شود نسبت ظرفیت بیمارستانی تخصیص داده شده به بیماران کرونائی افزایش شود و تخت بیمارستانی برای آنان زیاد شود. افزایش تخت بیمارستانی سبب افزایش دسترسی بیماران به خدمات بیمارستانی می‌شود که افزایش نرخ بهبودی و کاهش مرگ و میر را نتیجه می‌دهد و بازخورد ۳ بسته می‌شود.



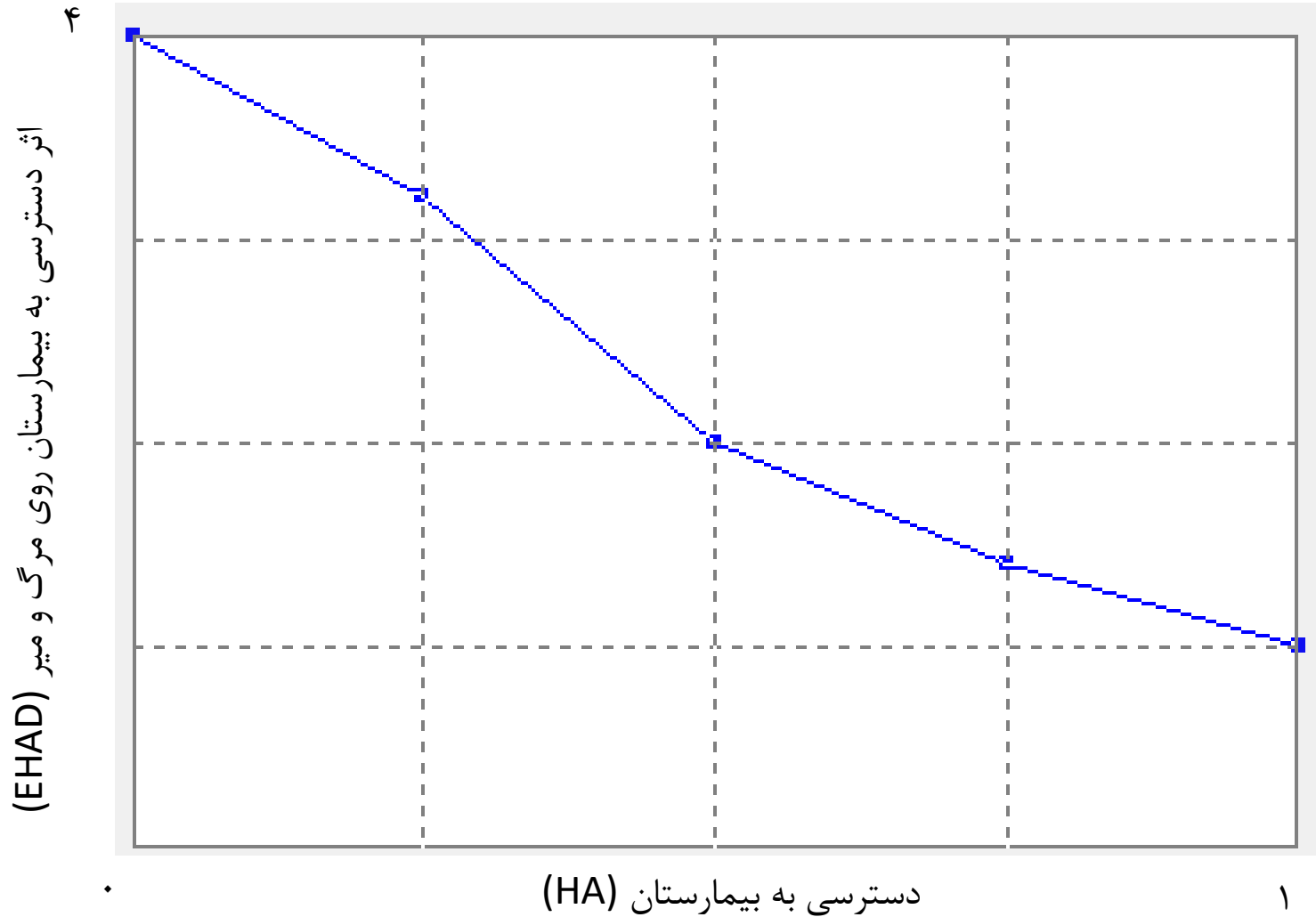
این شکل رابطه بین «نسبت ظرفیت بیمارستان تخصیص داده شده به بیماران کرونایی» و «نسبت تعداد این بیماران به ظرفیت بیمارستان‌ها به نسبت تخت های قابل تخصیص به بیماران کرونایی» را نشان می‌دهد. هر چه نسبت بیماران به ظرفیت بیمارستان‌ها افزایش یابد انتظار می‌رود بیمارستان‌های بیشتری به بیماران کرونایی تخصیص داده شود. در این شکل فرض شده است که اگر «نسبت تعداد این بیماران به ظرفیت بیمارستان‌ها به نسبت تخت های قابل تخصیص به بیماران کرونایی» برابر ۲ شود تنها ۱.۲۵ برابر تخت های بیمارستانی قابل تخصیص به بیماران کرونایی به آنها تخصیص می‌یابد چون بیماران دیگری نیز در بیمارستان‌ها بستری هستند و یا برخی بیمارستان‌ها در برابر ورود بیماران کرونایی به بیمارستانشان مقاومت می‌کنند.

اثر دسترسی به بیمارستان روی بهبود بیمار (EHAR)



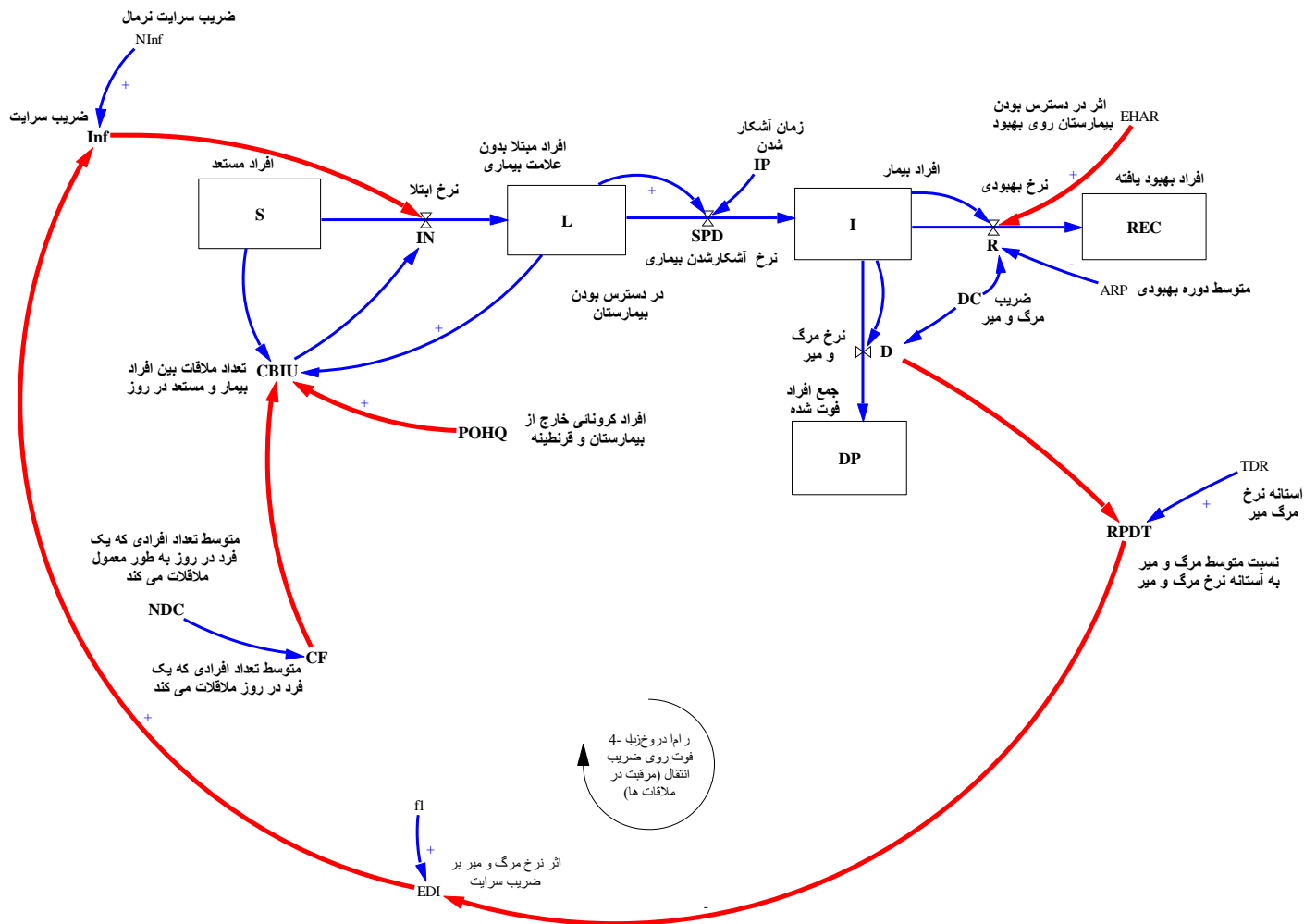
دسترسی به بیمارستان (HA)

این شکل اثر دسترسی به بیمارستان را روی بهبودی بیماران نشان می‌دهد. اگر دسترسی کامل و مساوی ۱ یا ۱۰۰ درصد باشد، نرخ بهبودی همان می‌شود که از بیماری کرونا در شرایط مراقبت انتظار می‌رود. ولی اگر دسترسی به بیمارستان کاهش یابد بهبودی را کاهش می‌دهد. در این شکل فرض شده است اگر دسترسی به بیمارستان صفر شود اثر دسترسی به بیمارستان روی بهبود بیماران ۰.۸ می‌شود و یا به عبارت دیگر نرخ بهبودی نسبت به وقتی دسترسی کامل است ۸۰ درصد می‌شود، این فرض از آن رو است که گفته می‌شود. ممکن است متخصصین پزشکی نظر متفاوتی در مورد فقدان دسترسی به بیمارستان روی نرخ بهبود داشته باشند و برای مثال برآورد کنند که عدم دسترسی بیمار به بیمارستان تا چهل درصد بهبودی را کاهش می‌دهد. مدل آماده لحاظ کردن نظر متخصصان وزارت بهداشت و آموزش پزشکی می‌باشد.

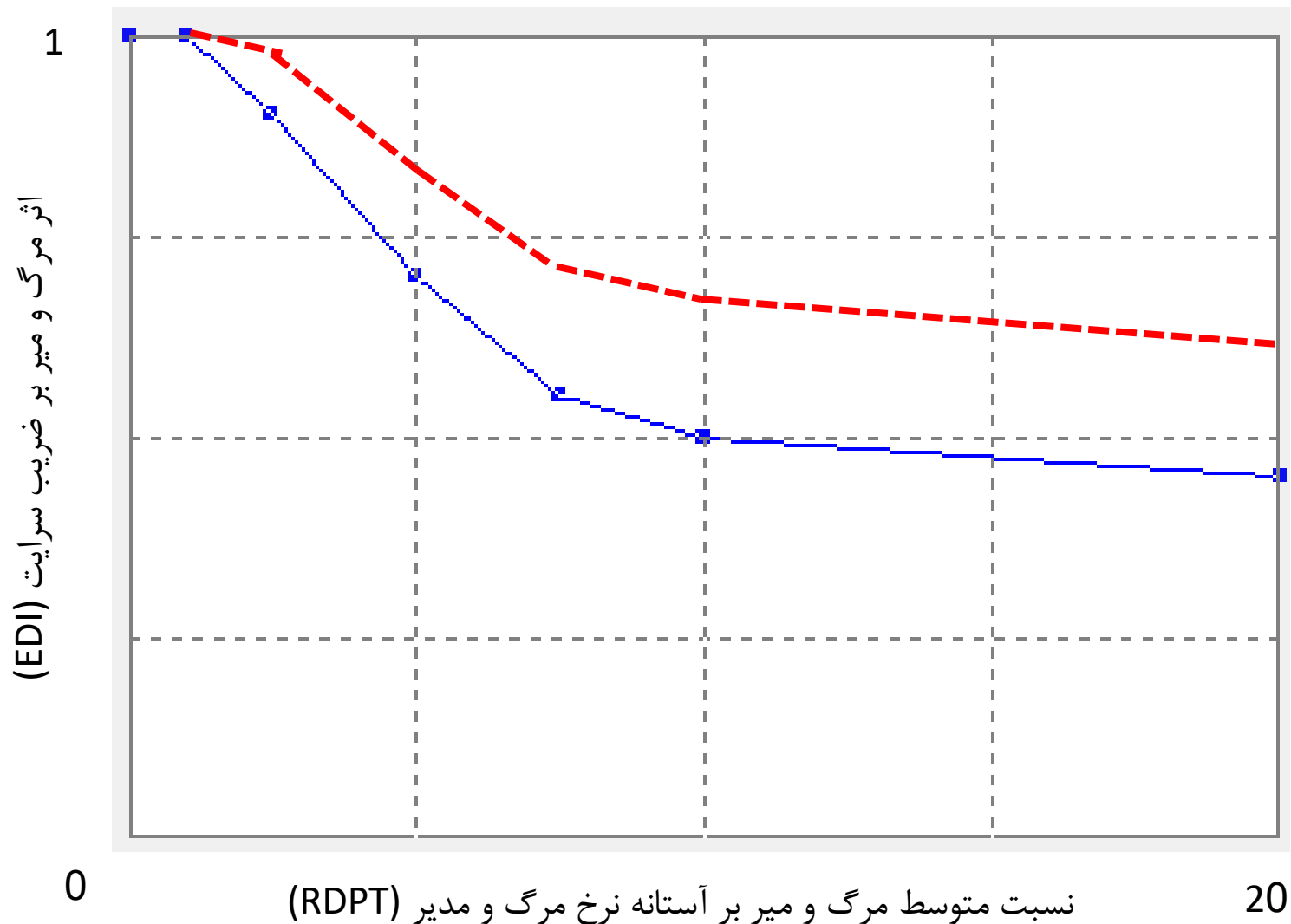


این شکل رابطه بین نرخ مرگ و میر را با میزان دسترسی به بیمارستان نشان می‌دهد. اگر دسترسی کامل و مساوی ۱ یا ۱۰۰ درصد باشد، نرخ مرگ و میر همان می‌شود که از بیماری کرونا در شرایط مراقبت انتظار می‌رود. ولی اگر دسترسی به بیمارستان کاهش یابد مرگ و میر را افزایش می‌دهد. در این شکل فرض شده است اگر دسترسی به بیمارستان صفر شود اثر دسترسی به بیمارستان روی مرگ و میر ۴ برابر می‌شود و یا به عبارت دیگر نرخ مرگ و میر نسبت به وقتی که دسترسی کامل است ۴ برابر می‌شود. نرخ مرگ و میر در شرایط دسترسی به بیمارستان ۲.۴ درصد فرض شده است و در صورت عدم دسترسی درص مرگ و میر به حدود ده درصد میرسد. ممکن است متخصصین پزشکی نظر متفاوتی در مورد فقدان دسترسی به بیمارستان روی نرخ مرگ و میر داشته باشند و مدل آماده اعمال نظر متخصصان وزارت بهداشت و آموزش پزشکی می‌باشد.

بازخورد از تعداد بیماران روی میزان سرایت بیماری

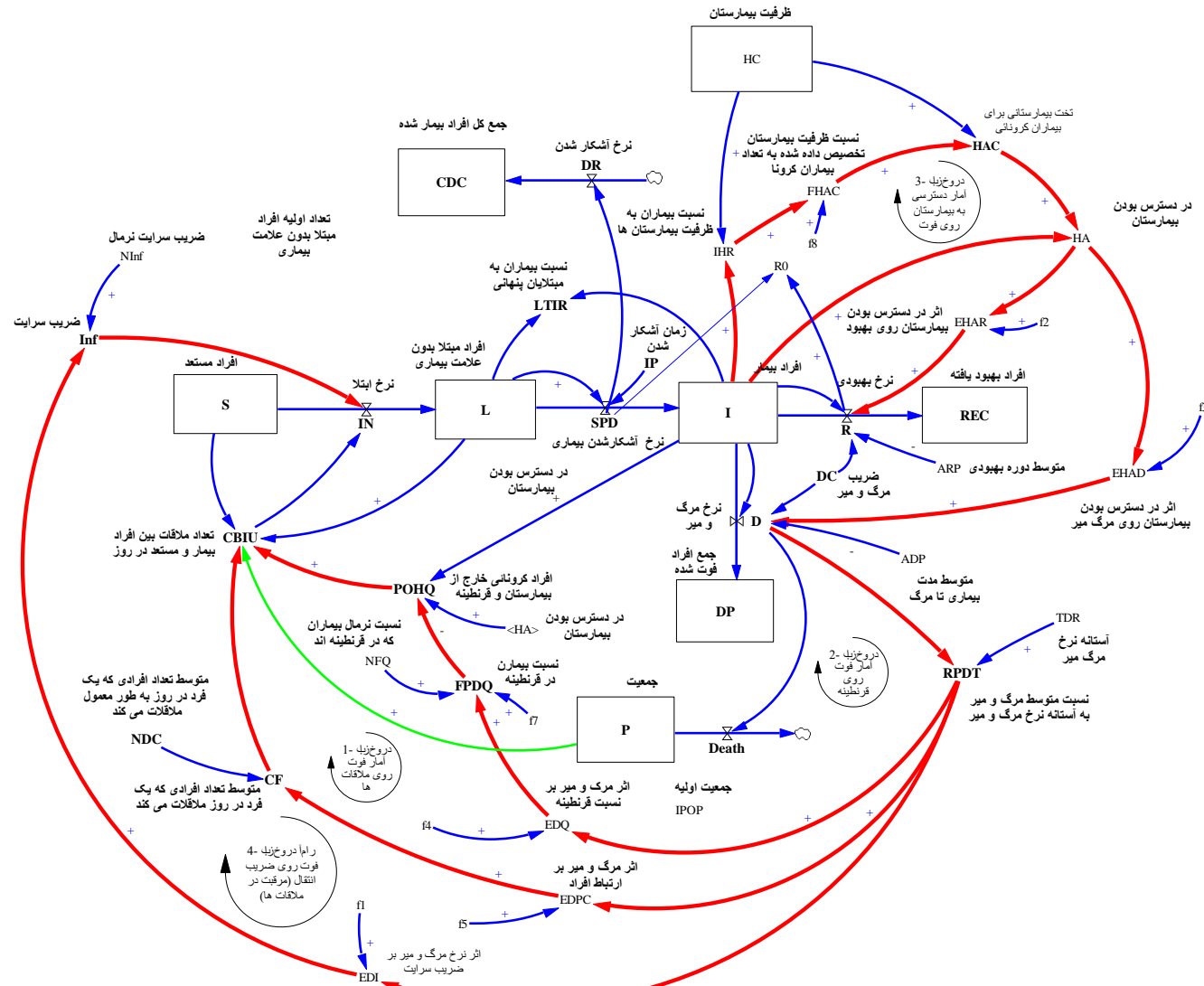


این شکل آخرین بازخورد مهمی است که توضیح داده می‌شود. در این شکل مرگ بیماران از طریق افزایش نسبت متوسط مرگ و میر به آستانه نرخ مرگ و میر بر ضریب سرایت اثر می‌گذارد. وقتی نسبت مرگ و میر افزایش می‌یابد افراد در طی ملاقات با یکدیگر مراقبت بیشتری به عمل می‌آورند، مثلاً از دست دادن خودداری می‌کنند یا فاصله بیشتری از هم می‌گیرند یا بیشتر از ماسک و دستکش استفاده می‌کنند. در نتیجه این مراقبت‌ها ضریب سرایت کاهش می‌یابد.



این شکل رابطه بین نسبت متوسط مرگ و میر بر آستانه نرخ مرگ و میر و ضریب سرایت را نشان می‌دهد. وقتی نسبت مرگ و میر کمتر از ۱ است و مردم در تماس‌های خود عادی رفتار می‌کنند و مراقبات خاصی به عمل نمی‌آورند، اثر مرگ و میر بر ضریب سرایت ۱ است و سرایت بیماری به صورت عادی صورت می‌پذیرد. وقتی نسبت «مرگ و میر» به «آستانه مرگ و میر» ۲۰ برابر می‌شود، به خاطر افزایش مراقبت‌های مردم در تماس با یکدیگر و همچنین افزایش هشدارهای بهداشتی اثر مزبور موجب می‌شود ضریب سرایت در حالت ایده آل به ۴۵٪ حالت عادی خود برسد. در حالت کم توجهی مردم به رعایت ضوابط بهداشتی در ارتباط با یکدیگر ممکن است ضریب سرایت وقتی مرگ و میر به ۲۰ برابر آستانه می‌رسد فقط به ۶۰٪ کاهش یابد. ممکن است خبرگان ارتباطات اجتماعی نظر دیگری داشته باشند و یا آماری از رفتار مردم با افزایش نرخ مرگ و میر جمع‌آوری شود، مدل آمادگی دارد نظرات و آمار جمع‌آوری شده را در خود ملحوظ کند.

تصویر جامع بازخوردها



شبیه‌سازی مدل

- در این قسمت مدل برای سناریوهای مختلف شبیه‌سازی می‌شود.
- برخی فرضیات مهم مدل که ممکن است تغییر داده شوند:
 - ۶۰ درصد از جمعیت ۸۰ میلیونی مستعد ابتلا به بیماری کرونا هستند. ۴۰٪ بقیه به علت سن کم و شرایط خوب سیستم دفاعی یا بیمار نمی‌شوند و یا بیماری را بطور خفیف می‌گیرند و بهبود می‌یابند.
 - در حالت معمول ۵ درصد احتمال انتقال ویروس در ملاقات بین فرد مبتلا و فرد سالم وجود دارد.
 - در شرایط معمول متوسط تعداد افرادی که یک فرد در روز ملاقات می‌کند ۱۵ نفر فرض شده است.
 - در شرایطی که خدمات درمان مناسب در اختیار بیمار قرار گیرد، احتمال مرگ ۲.۴ درصد است.
 - ۲۰ درصد از موارد بیماری حاد بوده و نیازمند امکانات ویژه درمانی در بیمارستان‌ها هستند.
 - به طور متوسط دوره بیماری از زمان ابتلا ۲حدود ۱۷ روزاست که در این دوره بیماران می‌توانند بیماری را انتقال دهند. در ۷ روز ابتدایی این دوره بیماری نهان بوده و علائم بیماری آشکار نمی‌شود.

شبیه سازی مدل با سناریوهای مختلف

- برای تنظیم یا کالیبره کردن مدل برای شرایط ایران نیاز به اطلاعات واقعی تعداد بیماران، تعداد فوتی ها و تعداد افراد در بیمارستان و سایر اطلاعات است.
- از آنجا که اطلاعات موثقی در دست نیست. مدل برای سناریوهای مختلف شبیه سازی می شود تا اثر سیاست های حکومت و رفتار مردم در رابطه با کرونا را بتوان بررسی کرد.
- انجام سناریوهای مختلف درک مردم و سیاستگذاران را از حالت های مختلف بر خود با بیماری افزایش خواهد داد.

سناریو ۱: حالت ایده آل

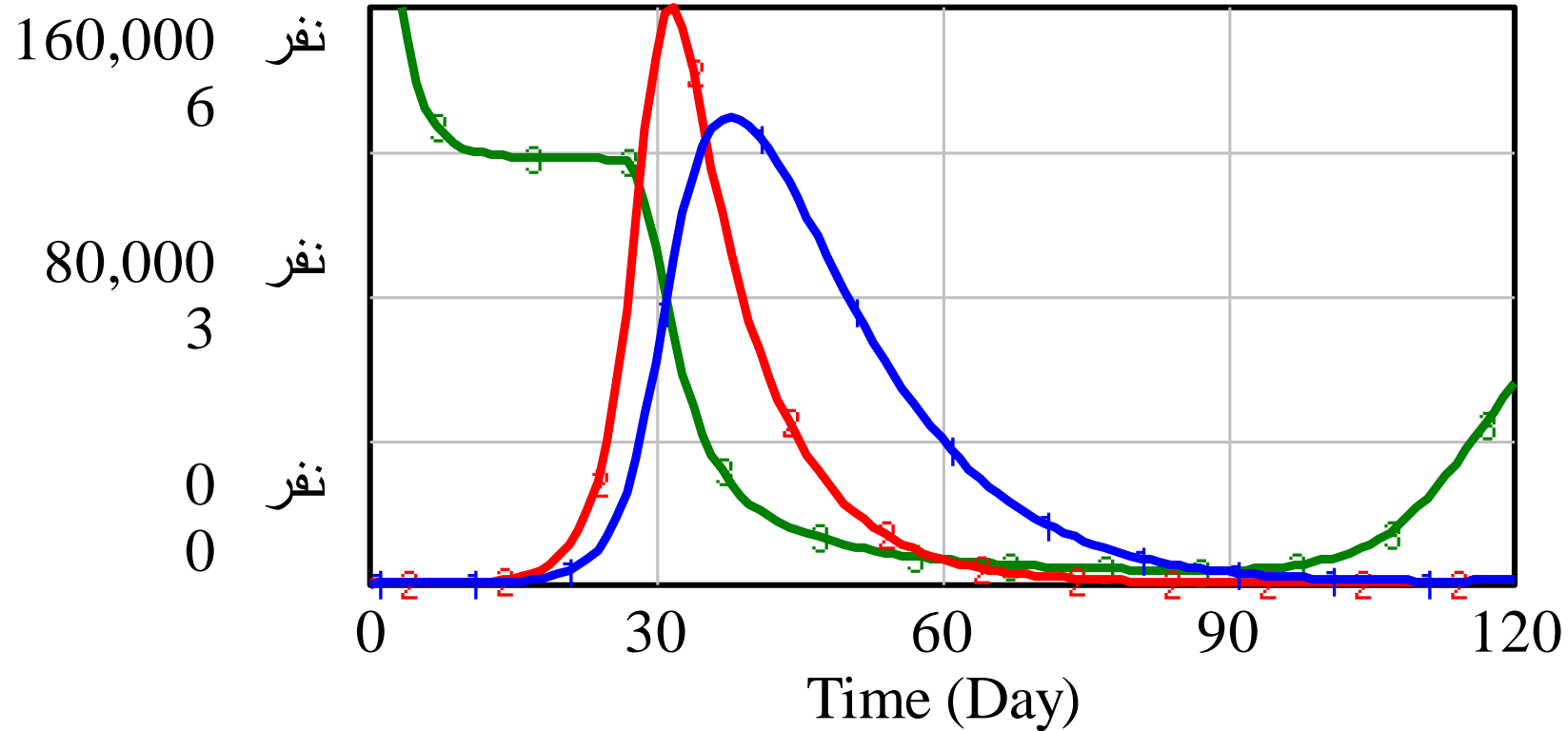
در سناریو ۱ فرض می شود:

- با افزایش تعداد بیماران و نرخ مرگ و میر افراد به اختیار یا با اجبار حکومت ارتباطات خود را تا ۲۰٪ حالت معمولی کاهش میدهند.
- همچنین با افزایش تعداد بیماران و نرخ مرگ و میر افراد در ارتباطات خود اصول بهداشتی را برای کاهش سرایت بیماری به شدت رعایت می کنند تا ضریب سرایت به میزان ۶۵٪ کاهش یابد..

در اسلایدهای بعدی نتایج شبیه سازی مدل برای مدت ۱۲۰ روز نشان می دهد.

مقایسه نتایج در سناریوهای مختلف

تعداد بیماران دارای علائم بیماری

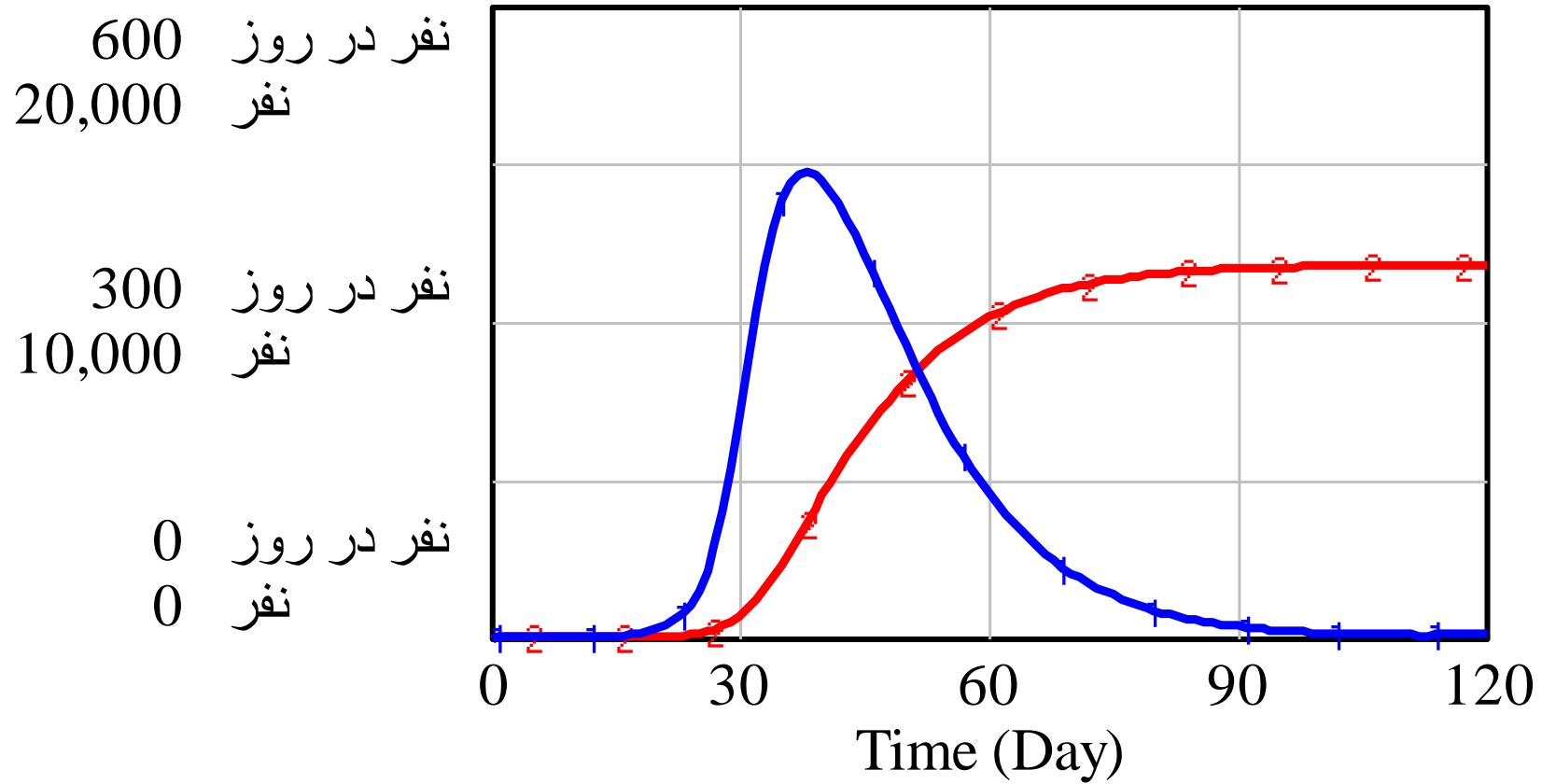


نفر افراد بیمار با علائم بیماری

نفر افراد مبتلا بدون علامت بیماری

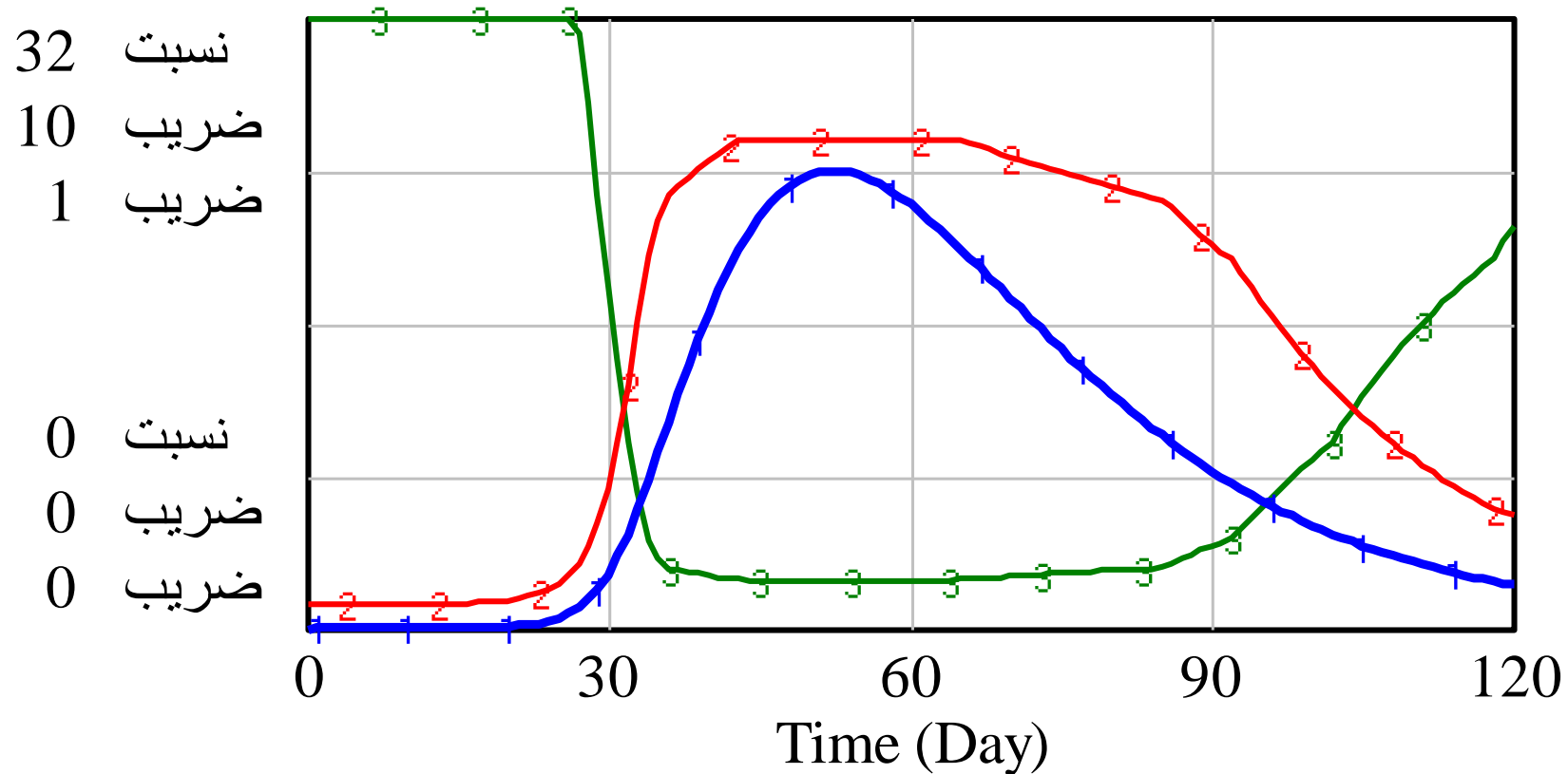
نسبت نرخ بهبود به نرخ آشکار شدن بیماری

مرگ و میر در حالی که کاهش ارتباطات جدی گرفته شود



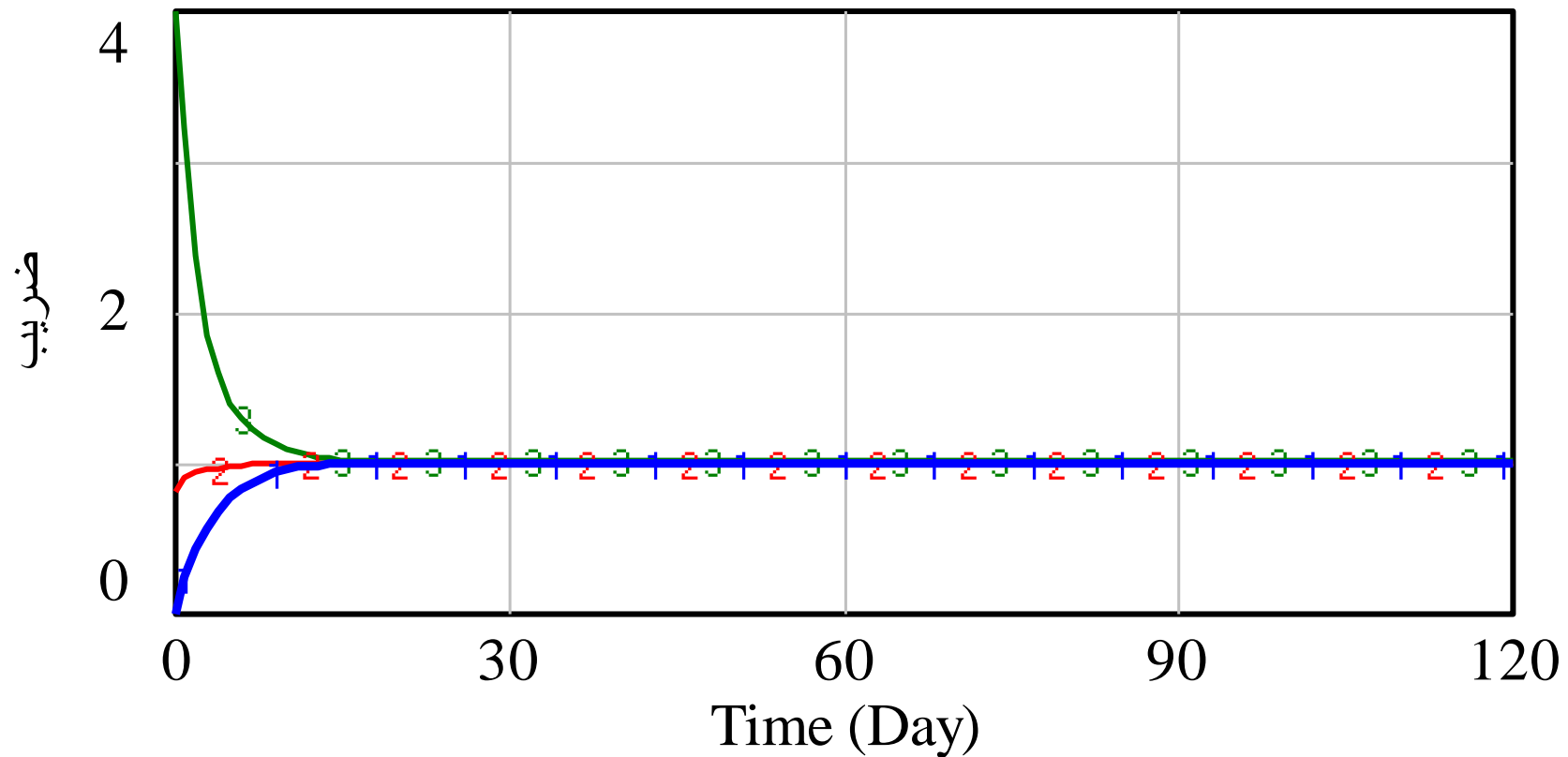
نفر در روز نرخ مرگ و میر
نفر فوت شده افراد فوت شده

اثرات مرگ و میر بر رفتار مردم در حالتی که کاهش ارتباطات جدی گرفته شود



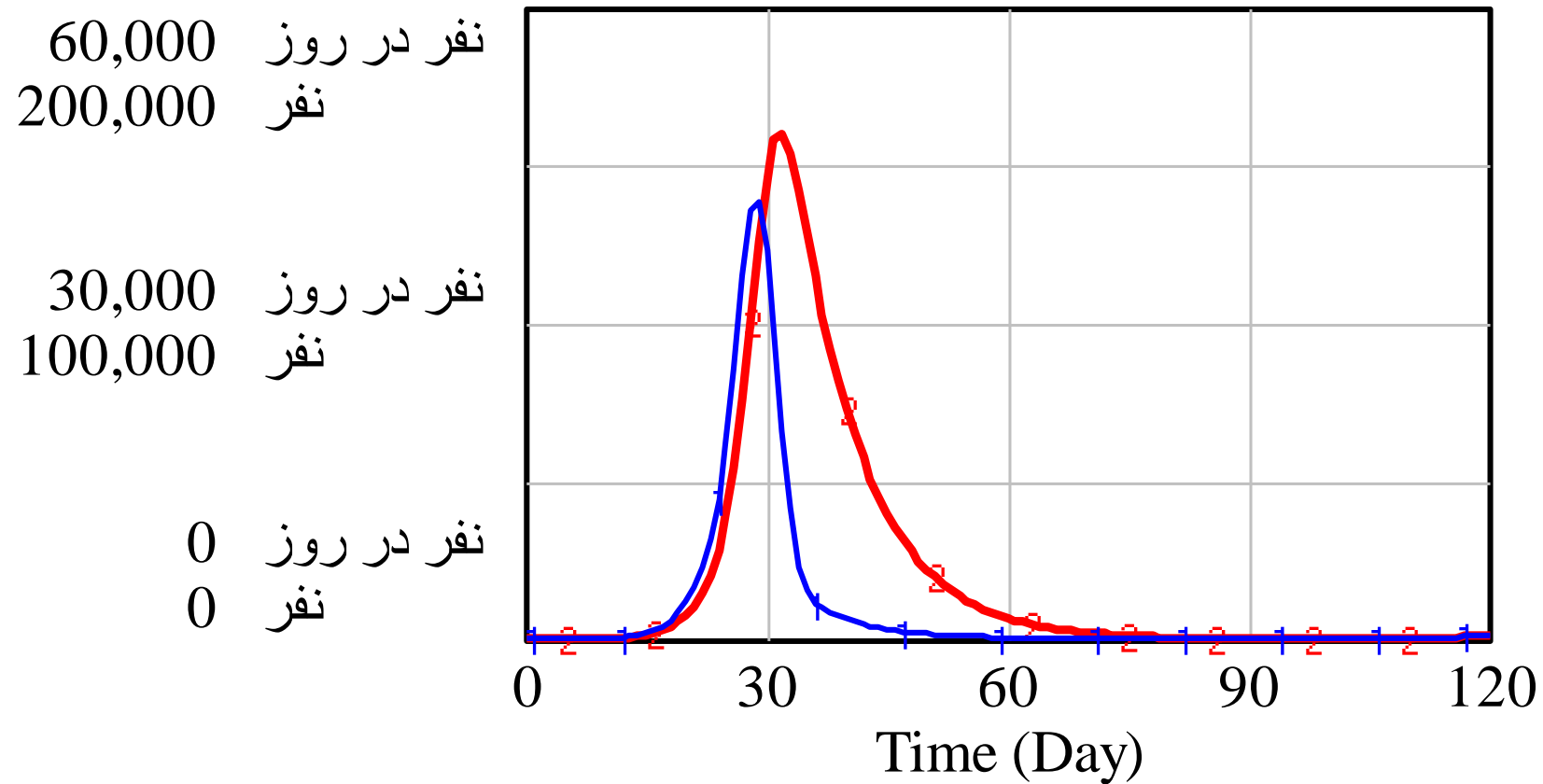
نسبت متوسط مرگ و میر به آستانه نرخ مرگ و میر ————— نسبت
 اثر مرگ و میر بر نسبت قرنطینه ————— ضریب
 اثر مرگ و میر بر ارتباط افراد ————— ضریب

در دسترس بودن بیمارستان در حالی که کاهش ارتباطات جدی گرفته شود



+ در دسترس بودن بیمارستان
2 اثر در دسترس بودن بیمارستان روی بهبود
3 اثر در دسترس بودن بیمارستان روی مرگ و میر

نرخ ابتلا و افراد مبتلا بدون علامت در حالی که کاهش ارتباطات جدی گرفته شود



نرخ ابتلا ————— نفر در روز
افراد مبتلا بدون علامت ————— نفر

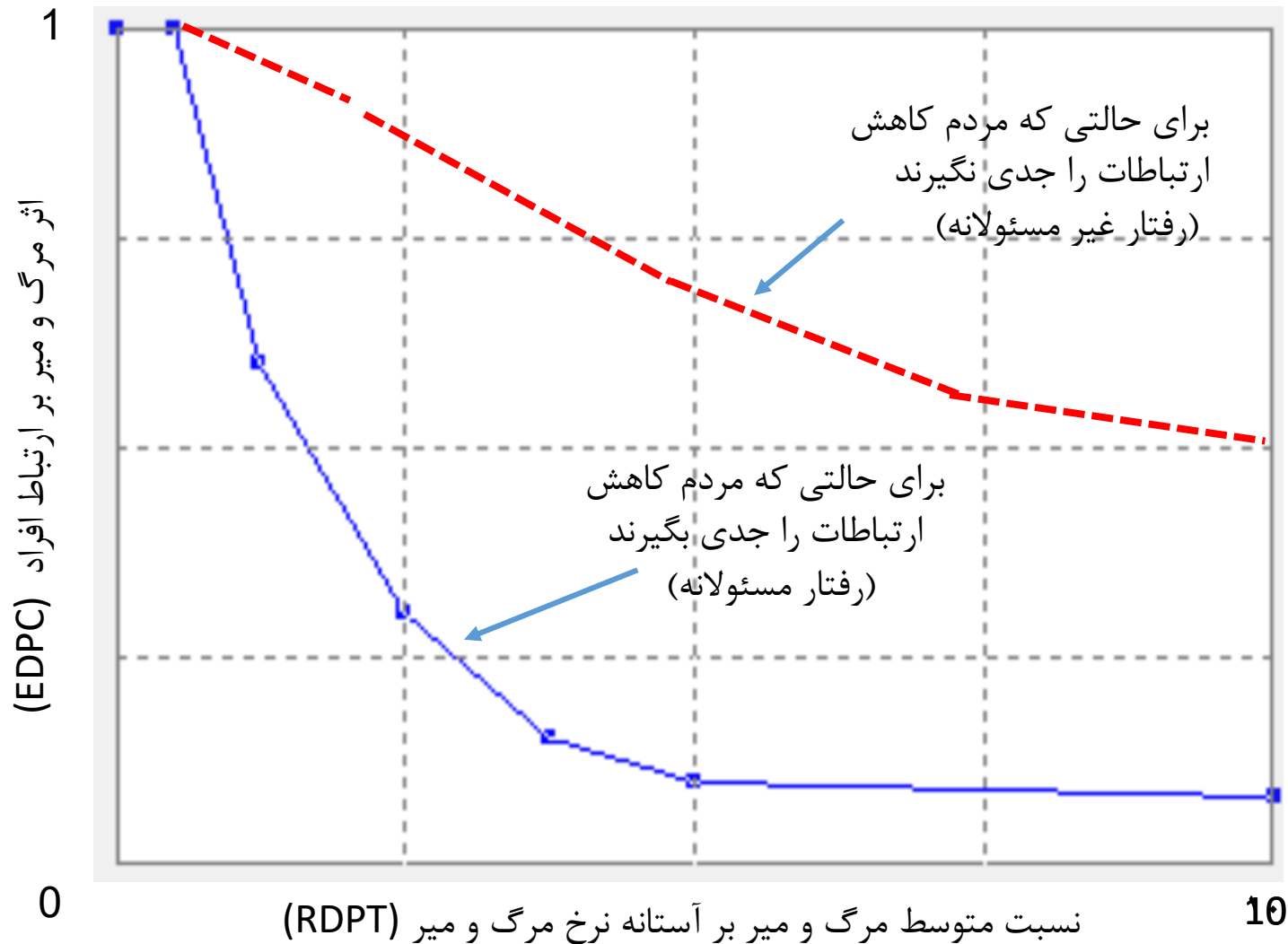
سناریو 2: عدم توجه به کاهش ارتباطات

در سناریو ۲ فرض می شود:

- با افزایش تعداد بیماران و نرخ مرگ و میر افراد به توصیه های نظام سلامت گوش نمی دهند و باختیار ارتباطات خود را فقط تا ۵۰٪ حالت معمولی کاهش میدهند.
- بقیه شرایط شبیه سناریو ۱ است

در اسلایدهای بعدی نتایج شبیه سازی مدل برای مدت ۳۶۰ روز نشان می دهد.

تأثیر رفتار اجتماعی بر تعداد ارتباطات افراد:

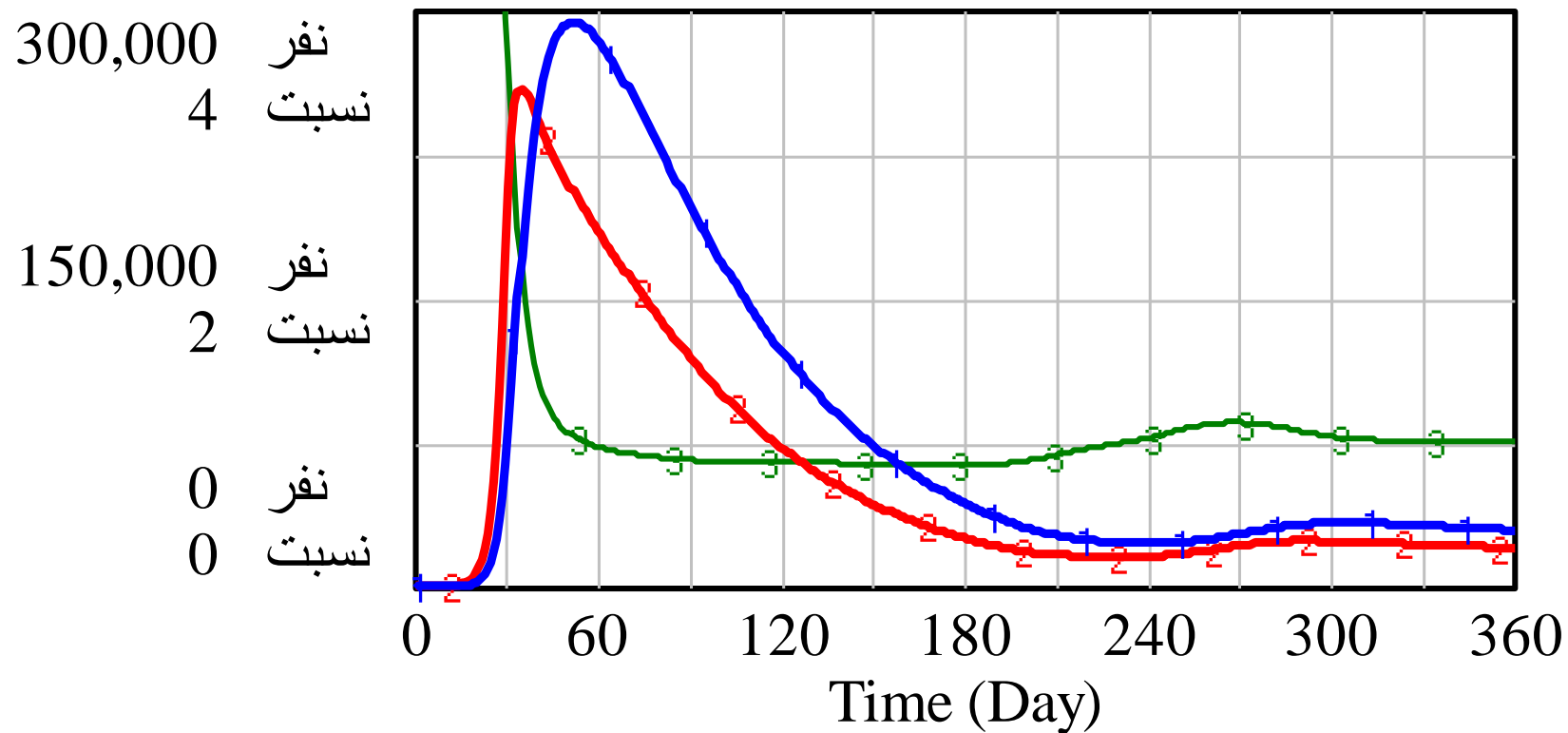


چنان که پیش‌تر گفته شد هر چه افراد رفتار مسئولانه‌تری داشته باشند، توجه و حساسیت بیشتری در رابطه با متغیر نسبت متوسط مرگ و میر بر آستانه نرخ مرگ داشته و با مشاهده افزایش این متغیر تلاش بیشتری برای کاهش ارتباطات خود می‌کنند که باعث کاهش نرخ ابتلا به بیماری می‌شود. در این مدل فرض شده در صورتی که نسبت متوسط مرگ و میر بر نرخ آستانه مرگ برابر ۱۰ شود، افراد در حالت مسئولانه تعداد ارتباطات خود را به ۱۰ درصد حالت عادی و در حالت غیرمسئولانه به ۵۰ درصد حالت عادی می‌رسانند.

این رابطه لازم است بر اساس آمار و جمع‌بندی نظرات خبرگان تنظیم شود. در صورتی که چگونگی این رفتار اجتماعی بر شیوع کرونا تأثیرگذار باشد، سیاستگذاران و اطلاع‌رسانی‌ها باید با تشویق، توصیه و یا حتی اجبار نظیر چین درصدد ایجاد رفتار مسئولانه بیایند.

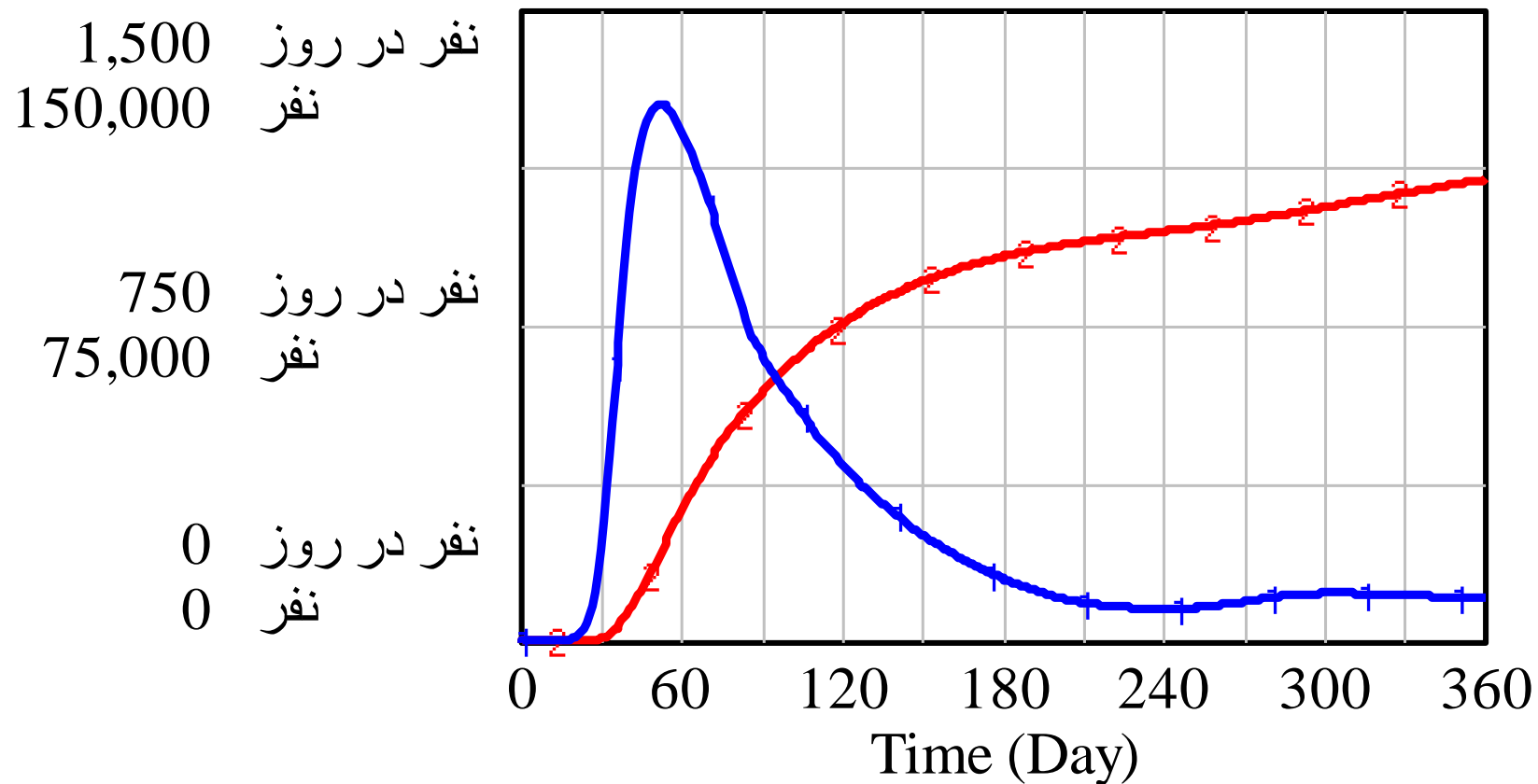
در اسلایدهای بعدی تأثیر رفتار غیرمسئولانه بر متغیرها مورد بررسی قرار گرفته است.

تعداد بیماران در حالتی که کاهش ارتباطات جدی گرفته نشود



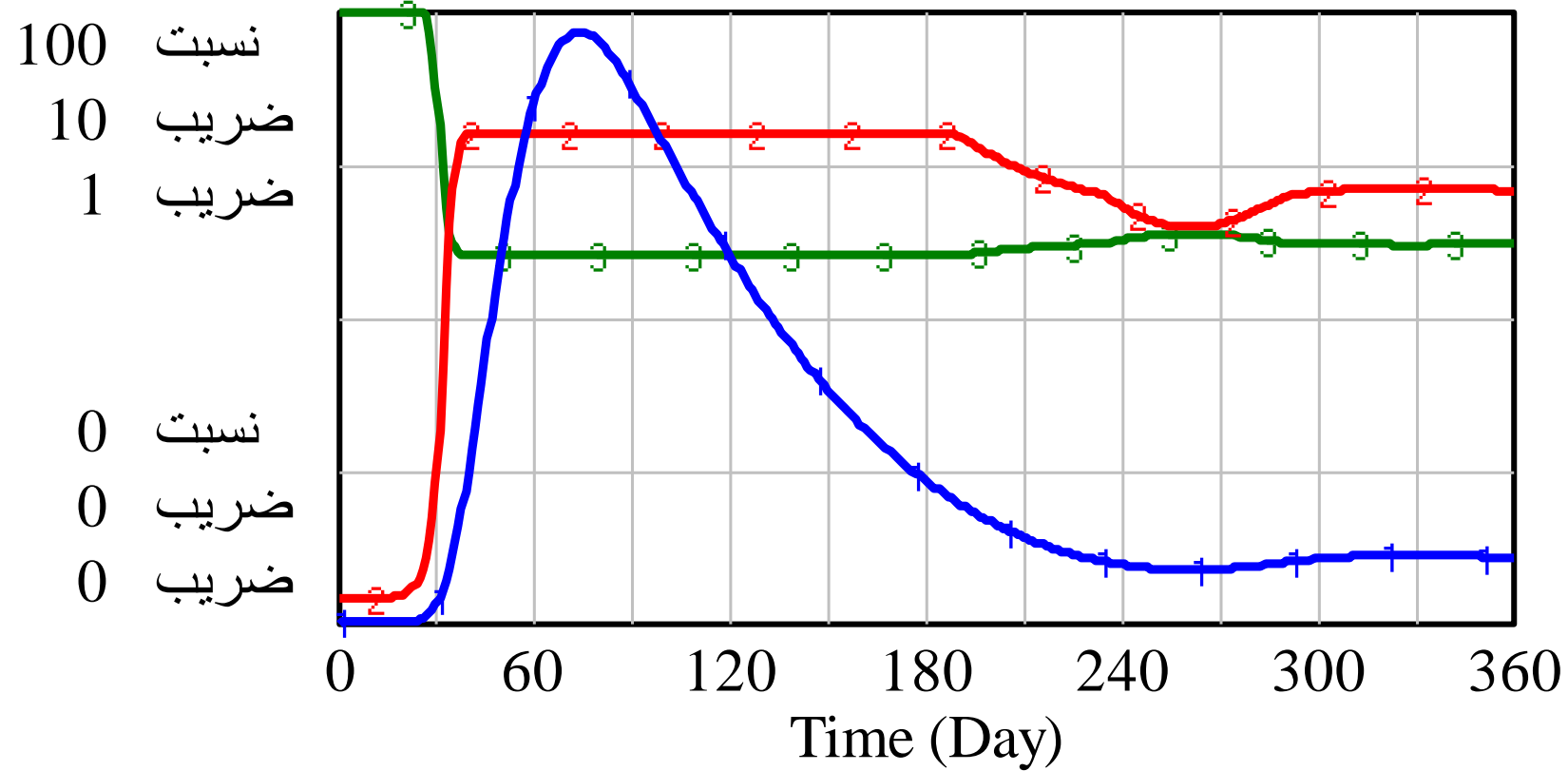
نفر افراد بیمار
 نفر افراد مبتلا بدون علامت بیماری
 نسبت دویب خرن بآ لقا خرن تبسرن (R0)

مرگ و میر در حالتی که کاهش ارتباطات جدی گرفته نشود



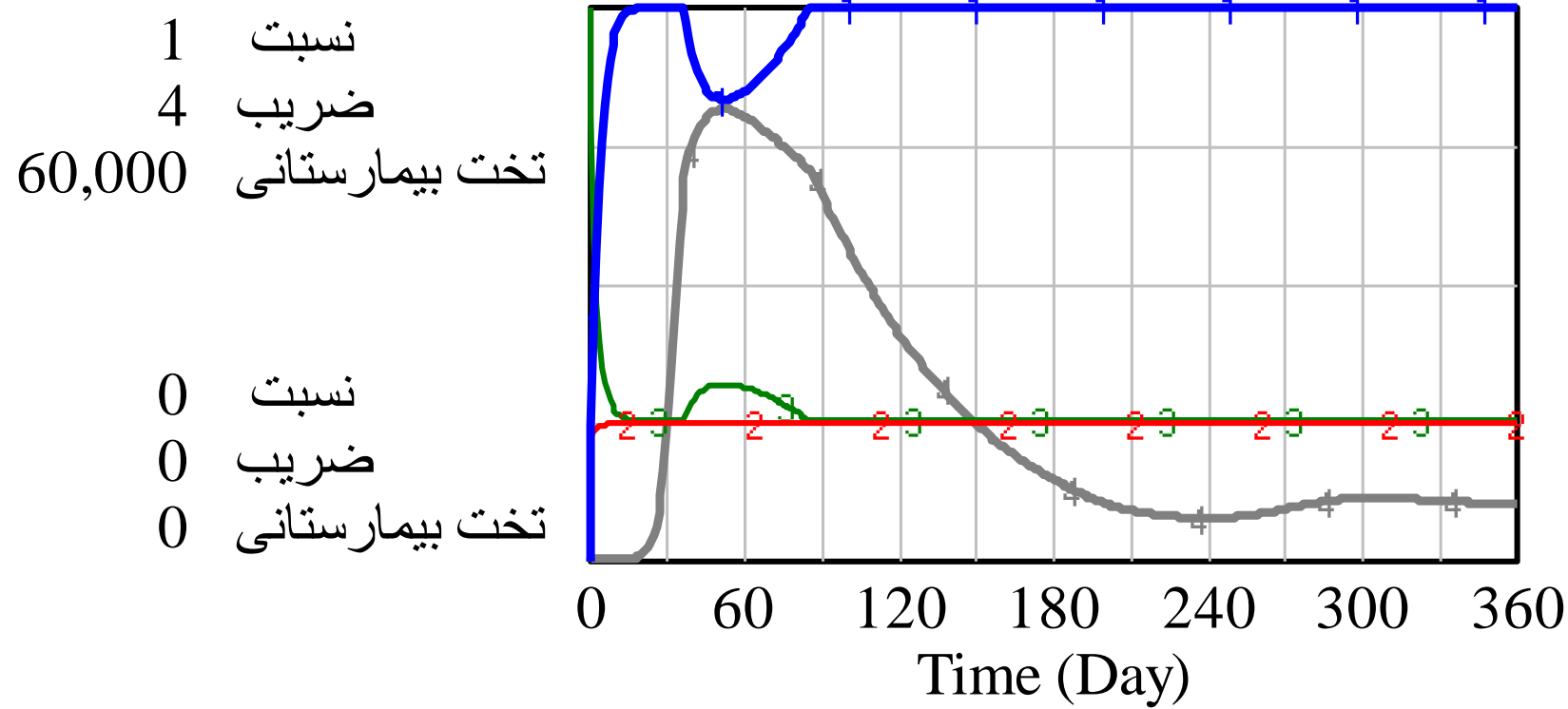
نفر در روز نرخ مرگ و میر
نفر افراد فوت شده

اثرات مرگ و میر بر رفتار مردم در حالتی که کاهش ارتباطات جدی گرفته نشود



نسبت متوسط مرگ و میر به آستانه نرخ مرگ و میر
 اثر مرگ و میر بر نسبت قرنطینه
 اثر مرگ و میر بر ارتباط افراد

در دسترس بودن بیمارستان در حالتی که کاهش ارتباطات جدی گرفته نشود



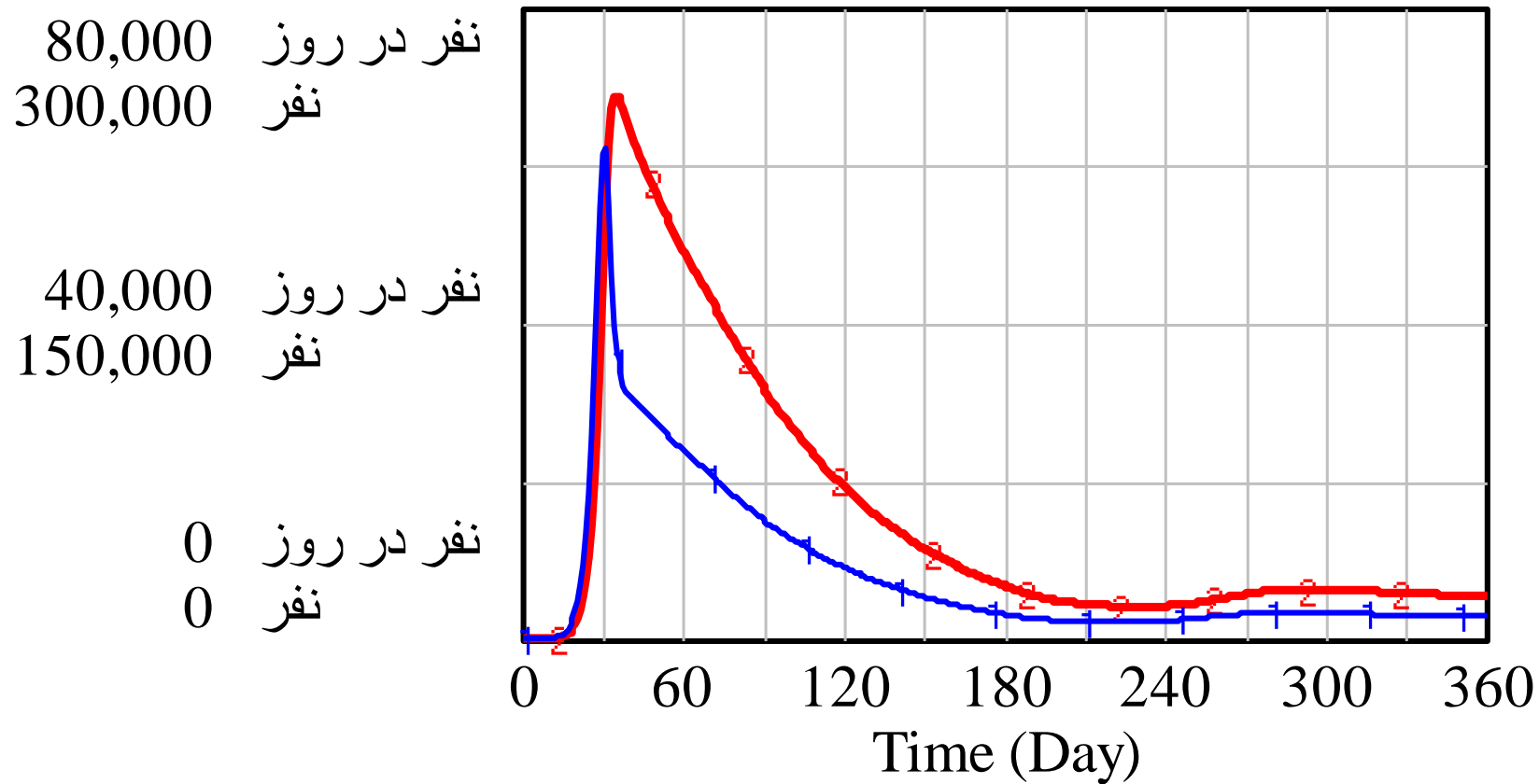
نسبت در دسترس بودن بیمارستان —————

ضریب اثر در دسترس بودن بیمارستان روی بهبود —————

ضریب اثر در دسترس بودن بیمارستان روی مرگ و میر —————

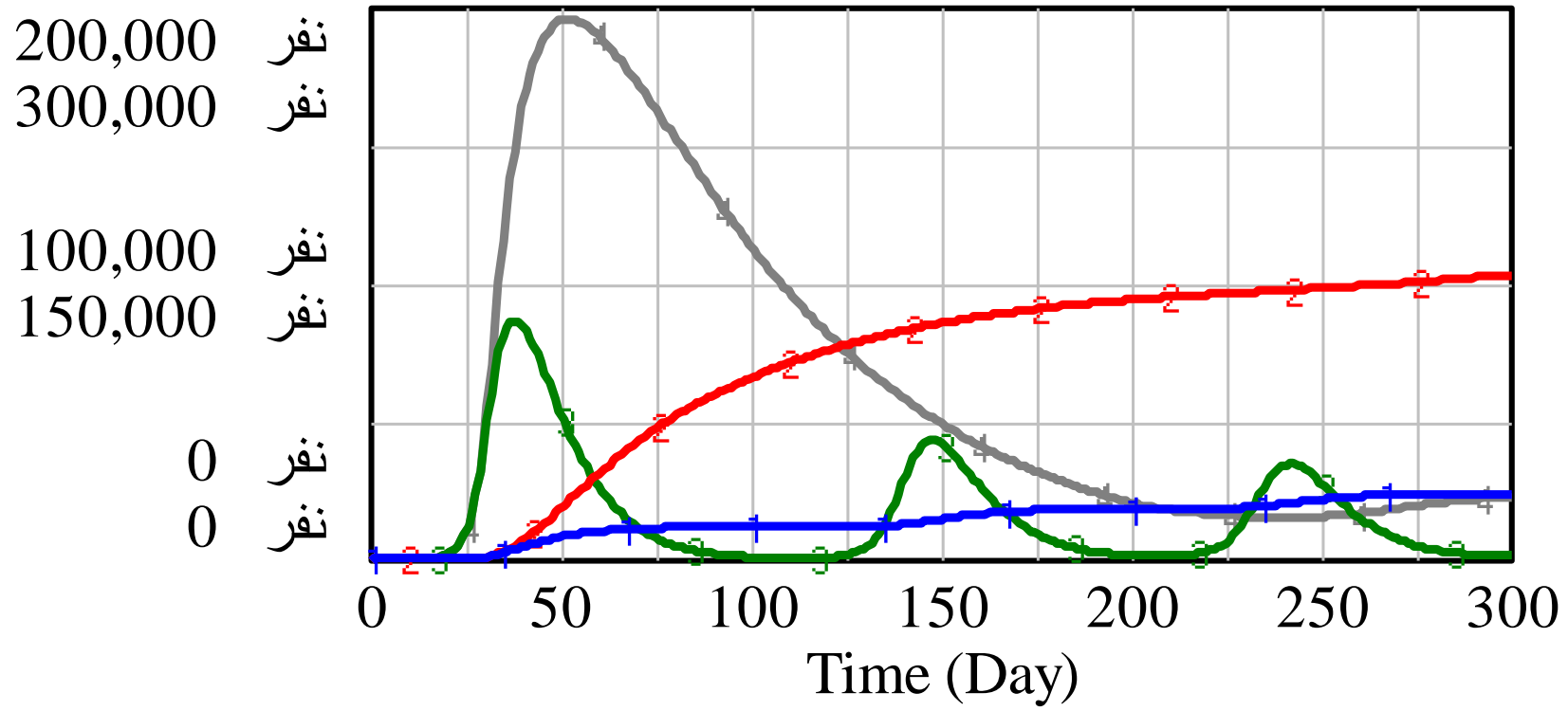
تخت بیمارستانی برای بیماران کرونائی —————

نرخ ابتلا و افراد مبتلا بدون علامت در حالتی که کاهش ارتباطات جدی گرفته نشود



نرخ ابتلا نفر در روز
 افراد مبتلا بدون علامت نفر

تعداد بیماران و میزان مرگ و میر در دو سناریو رفتار مسئولانه و رفتار غیر مسئولانه



نفر افراد فوت شده در حالتی که کاهش ارتباطات جدی نباشد
 نفر افراد فوت شده در حالتی که کاهش ارتباطات جدی نباشد
 نفر تعداد بیماران در حالتی که کاهش ارتباطات جدی باشد
 نفر تعداد بیماران در حالتی که کاهش ارتباطات جدی نباشد

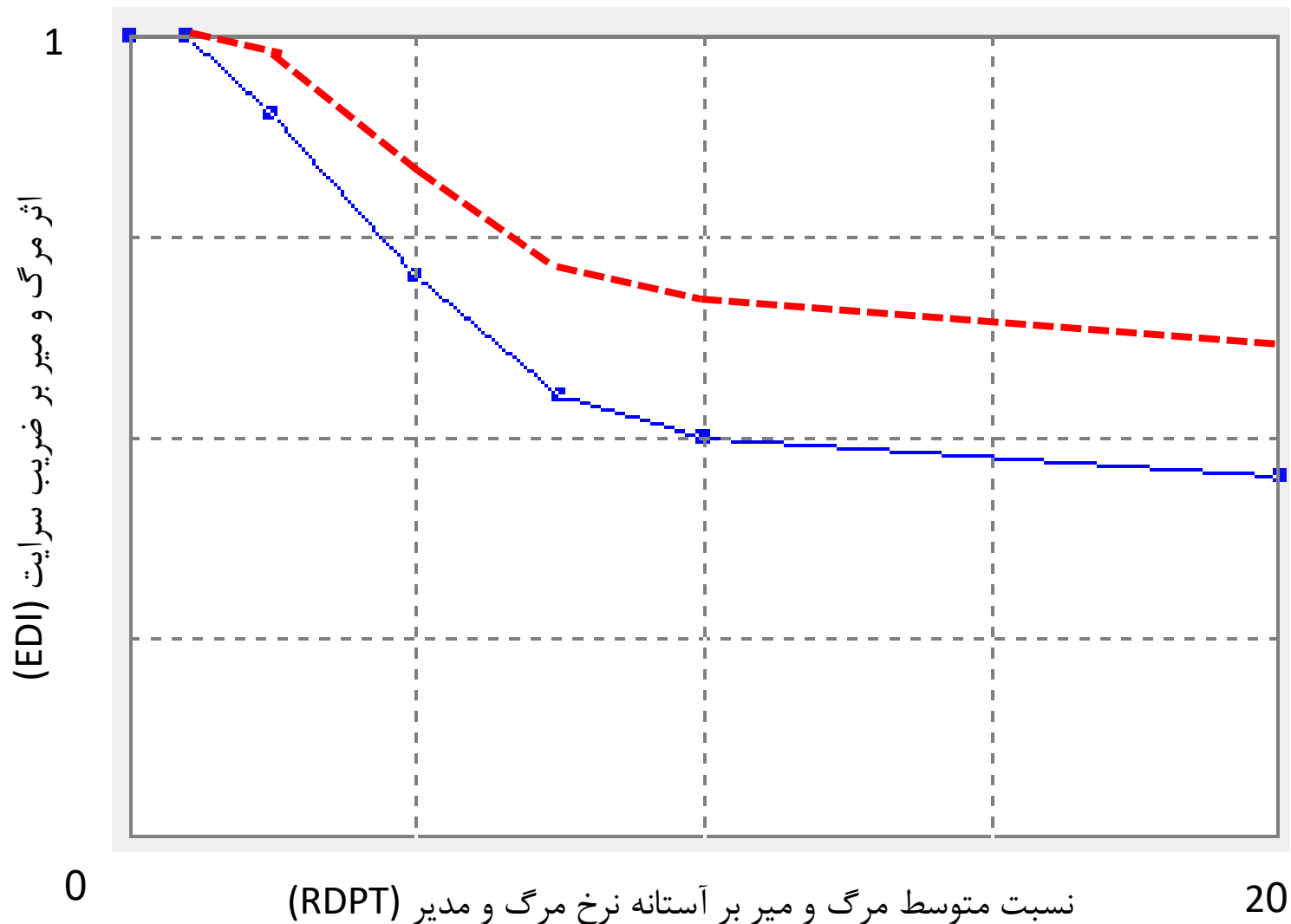
سناریو ۳: بدترین حالت

در سناریو ۳ فرض می شود:

- با افزایش تعداد بیماران و نرخ مرگ و میر افراد به توصیه های نظام سلامت گوش نمی دهند و باختیار ارتباطات خود را فقط تا ۵۰٪ حالت معمولی کاهش میدهند. (مانند سناریو ۲)
- به علاوه فرض می شود با افزایش تعداد بیماران و نرخ مرگ و میر افراد در ارتباطات خود اصول بهداشتی را برای کاهش سرایت بیماری آنطور که توصیه می شود رعایت نمی کنند و ضریب سرایت به جای ۵۵٪ فقط ۴۰٪ کاهش یابد و ۶۰٪ مردم اصول مزبور را رعایت نمی کنند.

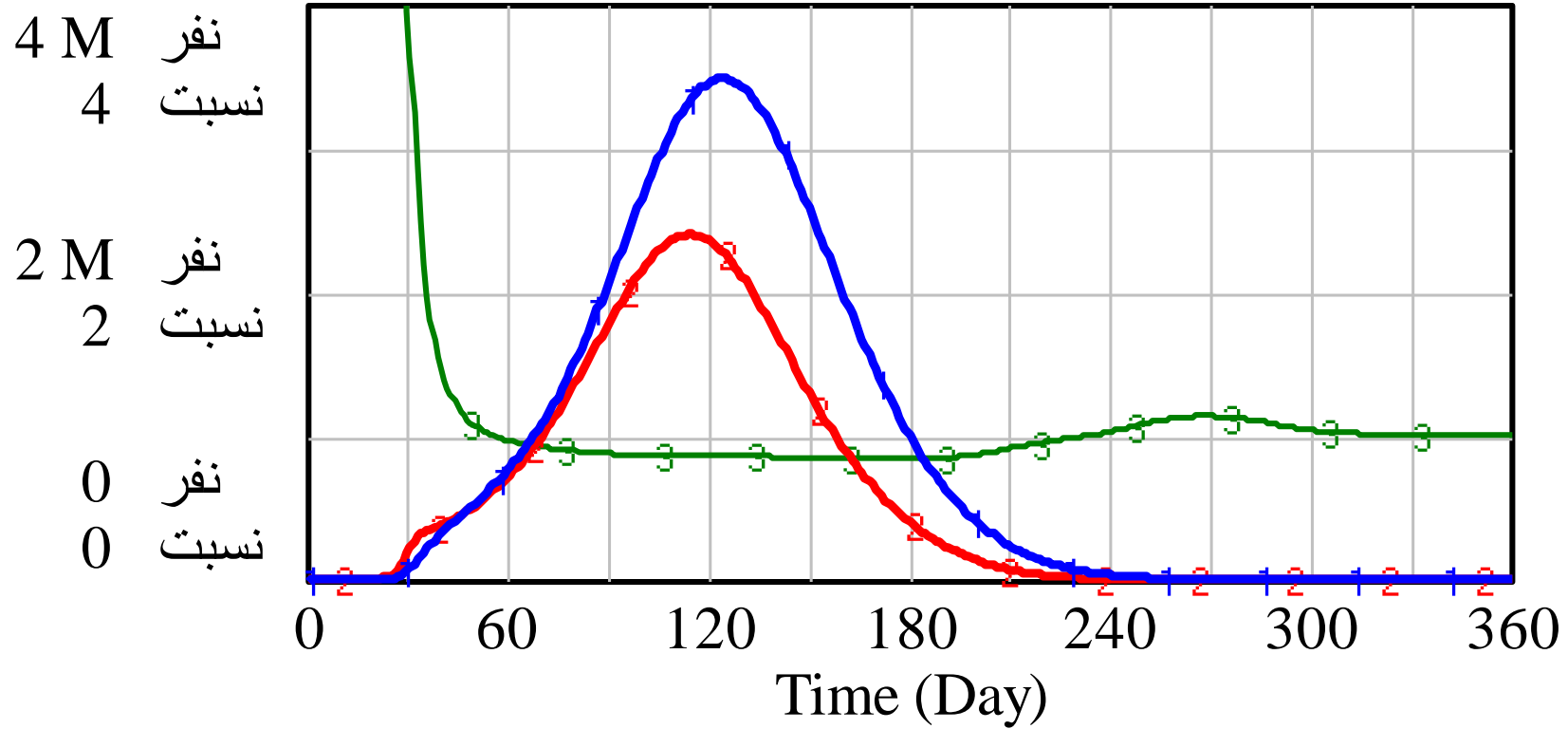
- در بدترین سناریو هر بازخوردهای ۱ و ۴ که در کنترل شیوع بیماری موثرند ضعیف می شوند.

در اسلایدهای بعدی نتایج شبیه سازی مدل برای مدت ۳۶۰ روز نشان می دهد.



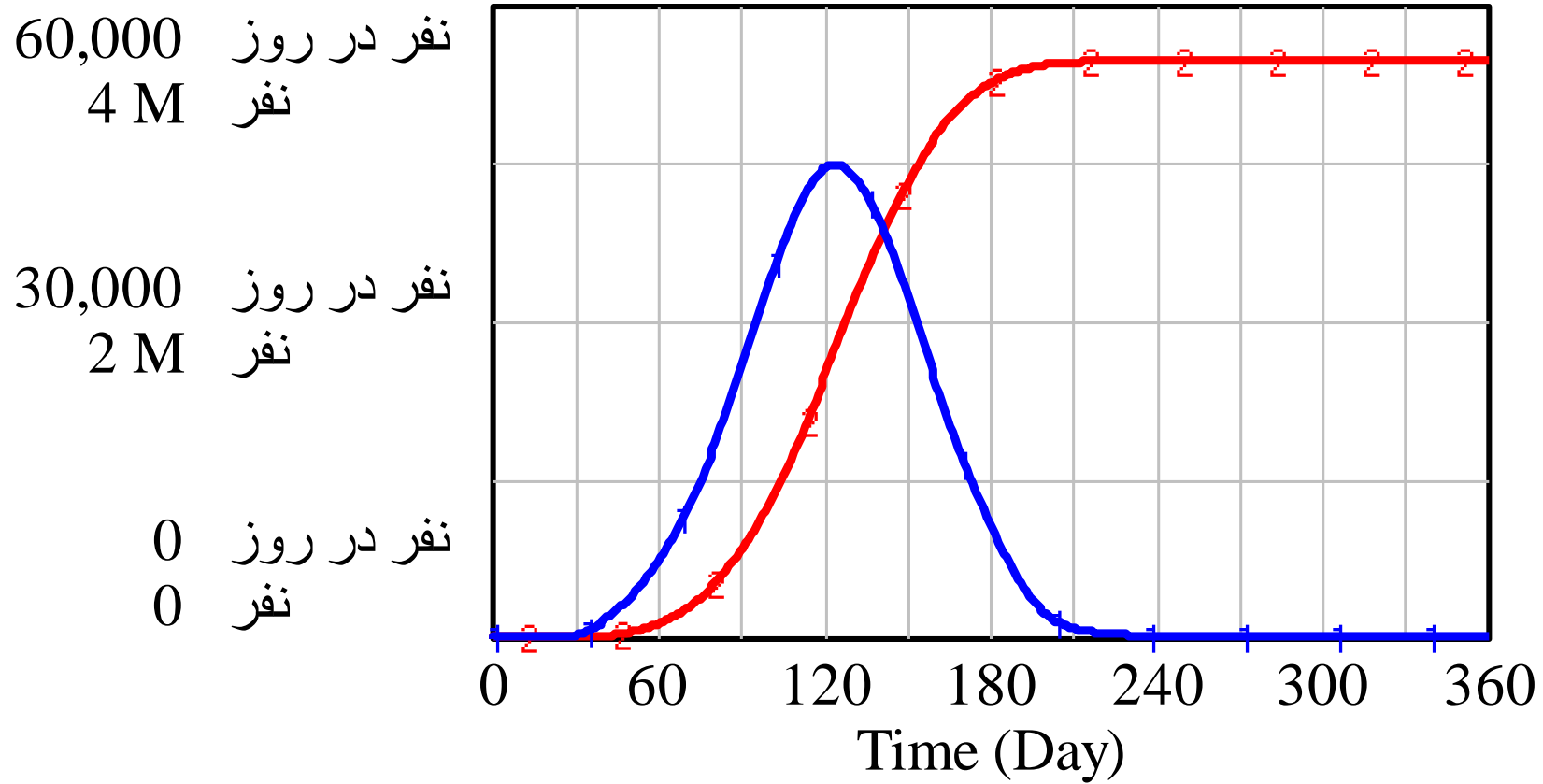
این شکل رابطه بین نسبت متوسط مرگ و میر بر آستانه نرخ مرگ و میر و ضریب سرایت را نشان می‌دهد. وقتی نسبت مرگ و میر کمتر از ۱ است و مردم در تماس‌های خود عادی رفتار می‌کنند و مراقبات خاصی به عمل نمی‌آورند، اثر مرگ و میر بر ضریب سرایت ۱ است و سرایت بیماری به صورت عادی صورت می‌پذیرد. وقتی نسبت «مرگ و میر» به «آستانه مرگ و میر» ۲۰ برابر می‌شود، به خاطر افزایش مراقبت‌های مردم در تماس با یکدیگر و همچنین افزایش هشدارهای بهداشتی اثر مزبور موجب می‌شود ضریب سرایت در حالت ایده آل به ۴۵٪ حالت عادی خود برسد. در حالت کم توجهی مردم به رعایت ضوابط بهداشتی در ارتباط با یکدیگر ممکن است ضریب سرایت وقتی مرگ و میر به ۲۰ برابر آستانه می‌رسد فقط به ۶۰٪ کاهش یابد. ممکن است خبرگان ارتباطات اجتماعی نظر دیگری داشته باشند و یا آماری از رفتار مردم با افزایش نرخ مرگ و میر جمع‌آوری شود، مدل آمادگی دارد نظرات و آمار جمع‌آوری شده را در خود ملحوظ کند.

تعداد بیماران در بدترین سناریو



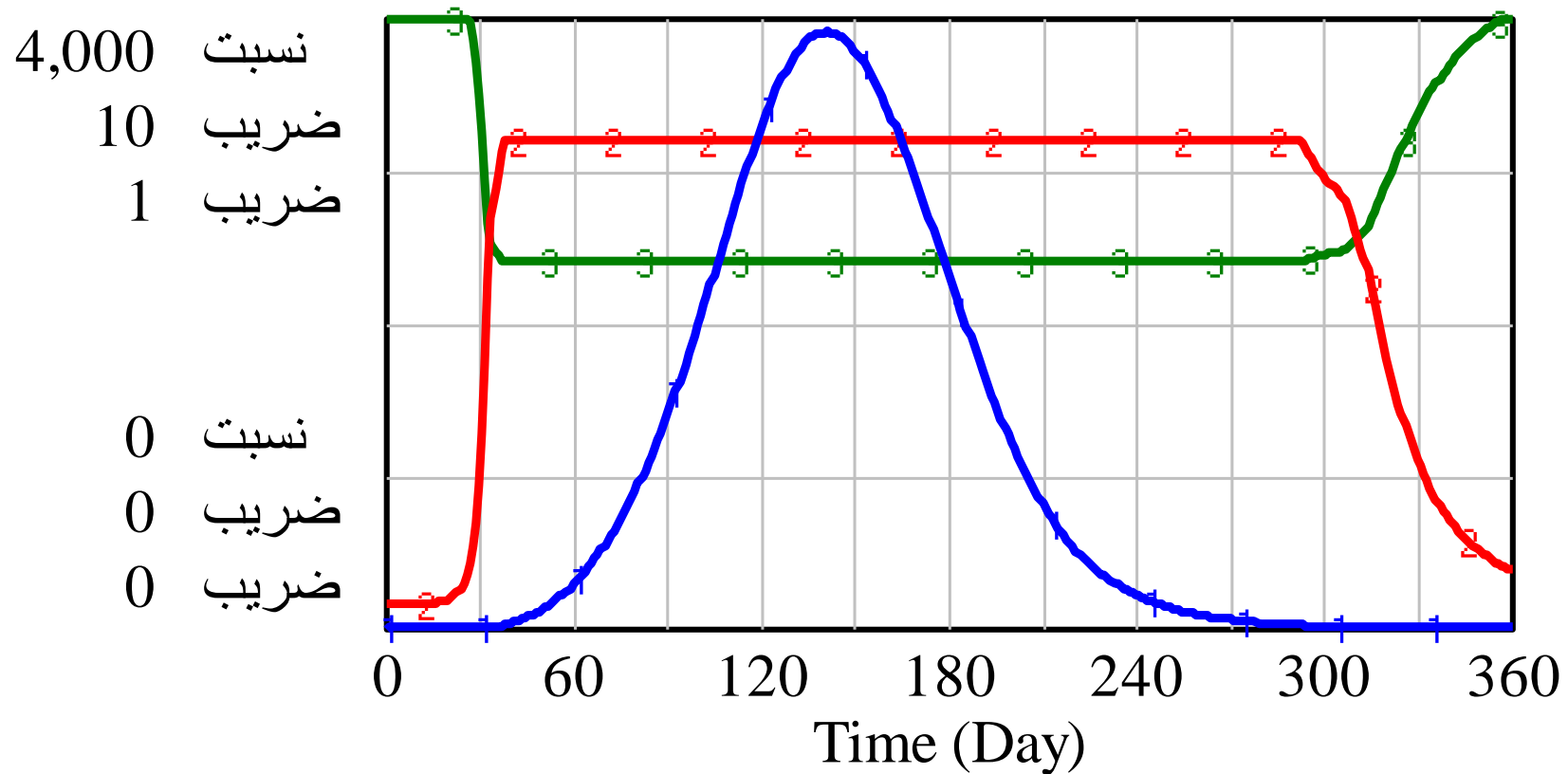
افراد بیمار | نفر
 افراد مبتلابدون علامت بیماری | نفر
 نسبت | نسبت

مرگ و میر در بدترین سناریو



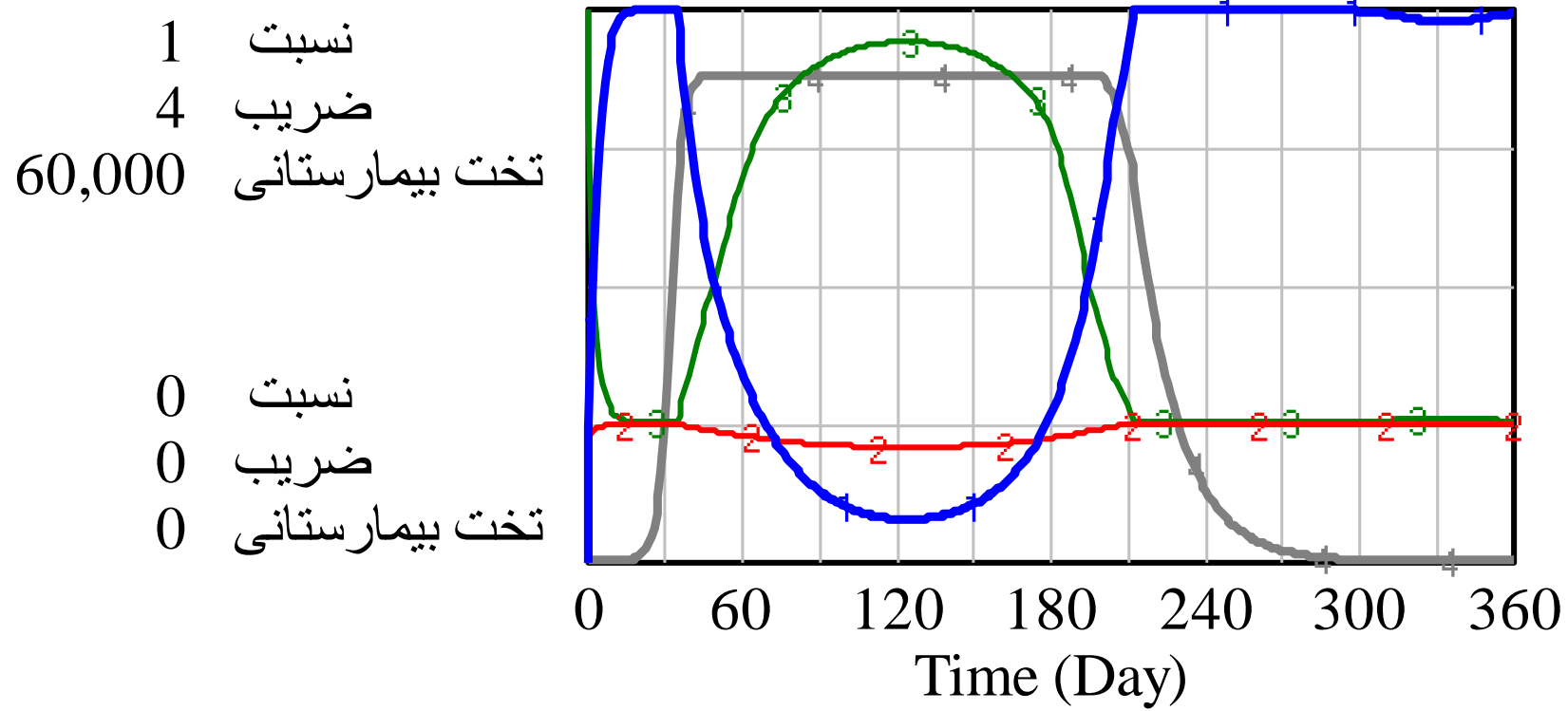
نرخ مرگ و میر نفر در روز
افراد فوت شده نفر

اثرات مرگ و میر بر رفتار مردم در بدترین سناریو



نسبت متوسط مرگ و میر به آستانه نرخ مرگ و میر
 اثر مرگ و میر بر نسبت قرنطینه
 اثر مرگ و میر بر ارتباط افراد

در دسترس بودن بیمارستان در حالتی که کاهش ارتباطات جدی گرفته نشود



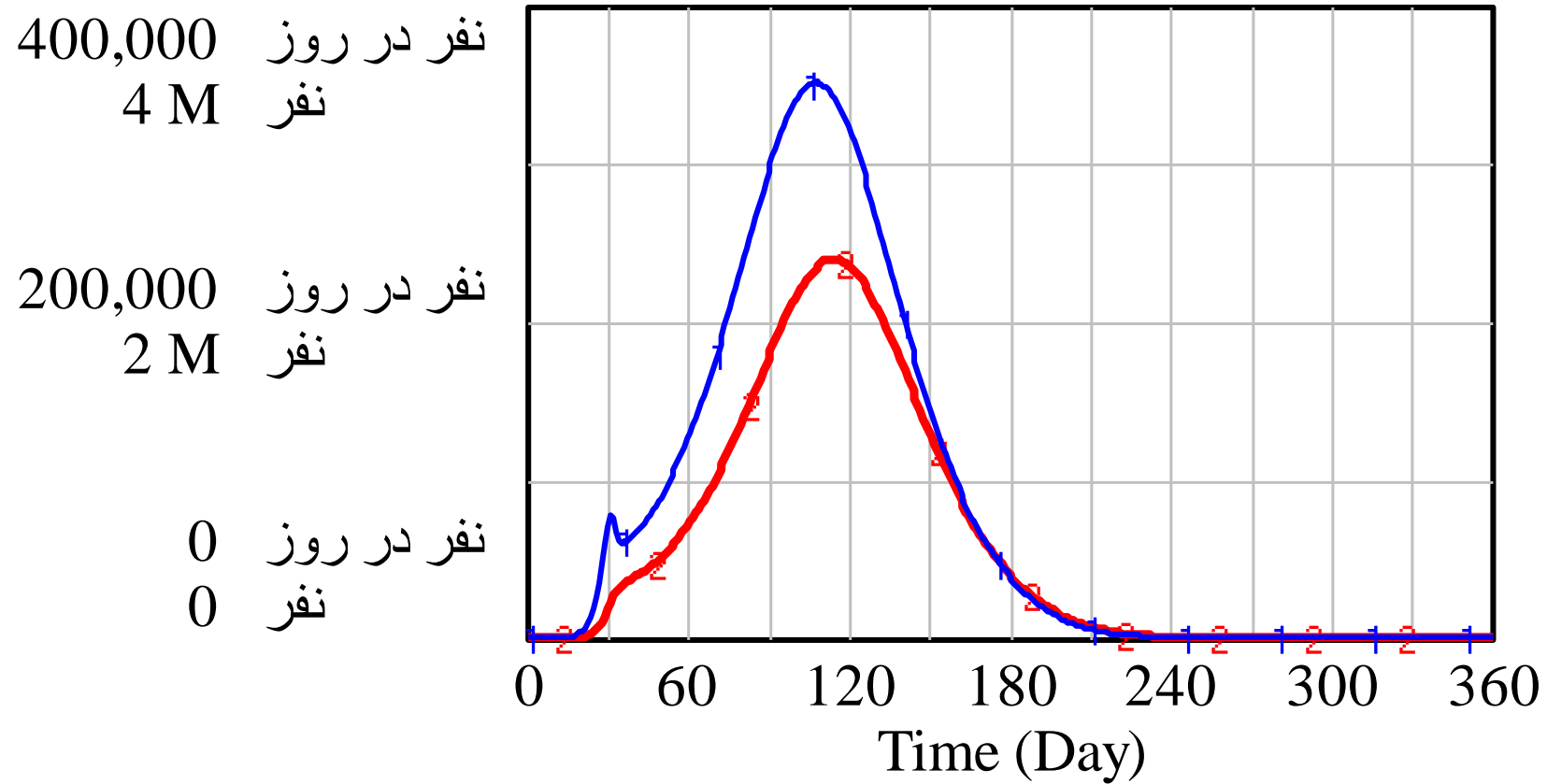
نسبت در دسترس بودن بیمارستان

ضریب اثر در دسترس بودن بیمارستان روی بهبود

ضریب اثر در دسترس بودن بیمارستان روی مرگ و میر

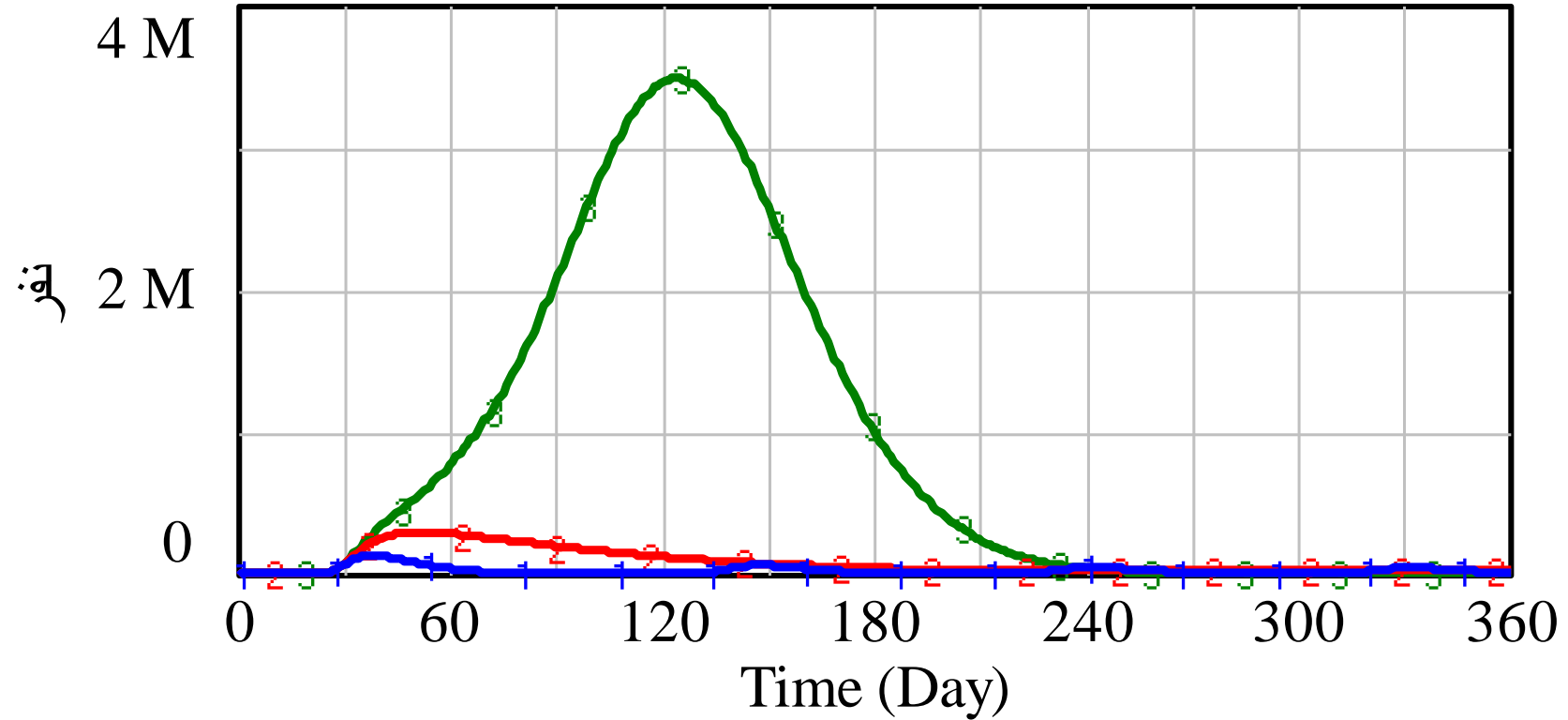
تخت بیمارستانی تخت بیمارستانی برای بیمار ان کرونائی

نرخ ابتلا و افراد مبتلا بدون علامت در بدترین سناریو



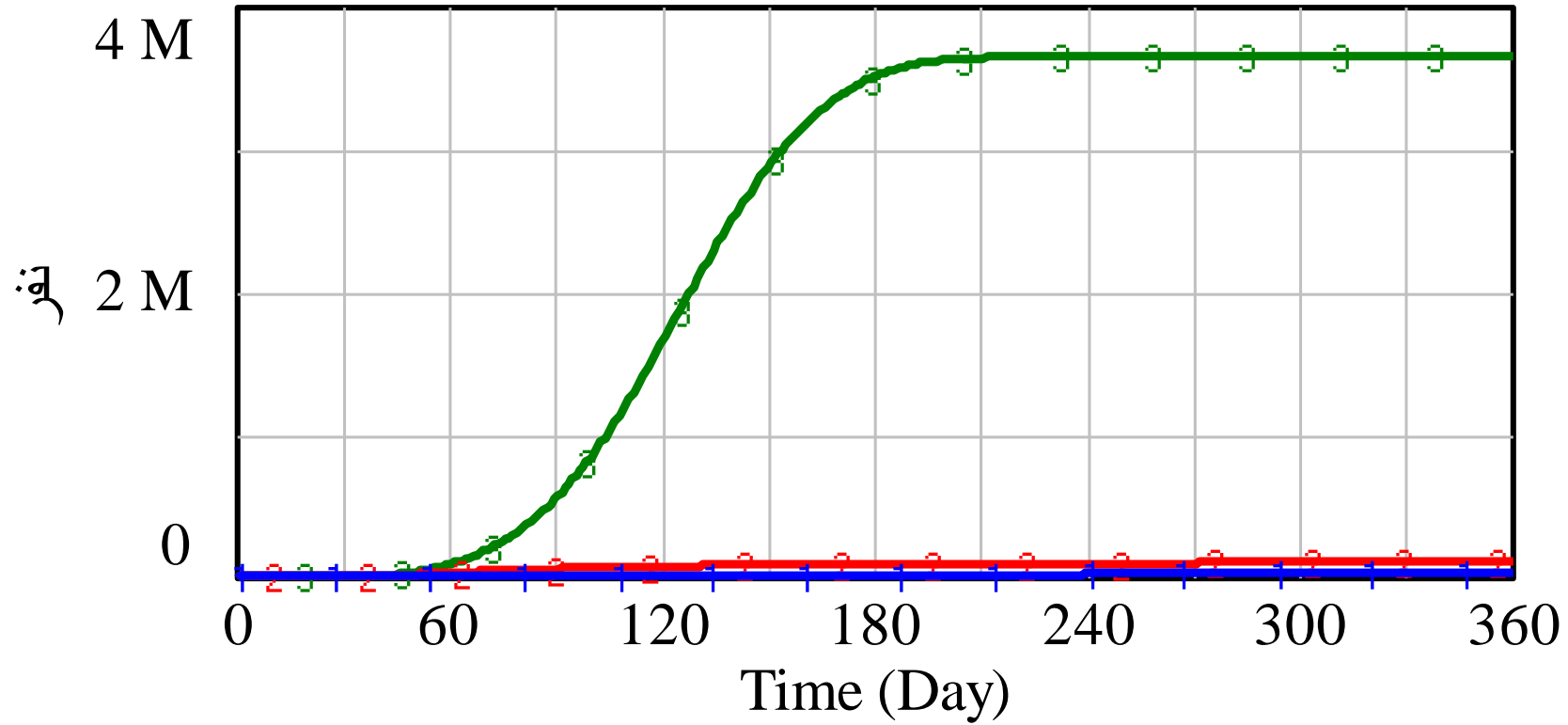
نرخ ابتلا ————— نفر در روز
افراد مبتلا بدون علامت ————— نفر

مقایسه تعداد بیماران در سه سناریو



- تعداد بیماران_ حالت ایده ای (Blue line)
- تعداد بیماران_ جدی نگر فتن کاهش ارتباطات (Red line)
- بدترین سناریو (Green line)

مقایسه تعداد فوتی ها در سه سناریو



تعداد بیمار_ حالت ایده ای —————

عداد بیمار_ جدی نگر فتن کاهش ارتباطات —————

بدترین سناریو —————

با تشکر از توجه شما

مراقب باشید

سلامت باشید