

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۲ / گفتار ۷ / دکتر علی اکبر سیّاری، دکتر سیّد احسان بلادیان

سیمای سلامت در جهان و ایران

فهرست مطالب

۱۷۳	اهداف درس
۱۷۳	بیان مسئله
۱۷۴	شاخص‌ها و موفقیت‌ها
۱۷۴	وضعیت دسترسی مردم به خدمات اولیه بهداشتی
۱۷۵	دسترسی به آب آشامیدنی سالم
۱۷۶	امید زندگی
۱۷۷	مرگ کودکان زیر یکسال
۱۷۹	مرگ مادران به ازای یکصد هزار تولد زنده
۱۸۰	اهداف استراتژیک:
۱۸۰	وضعیت موجود:
۱۸۱	پوشش واکسیناسیون کودکان زیر ۵ سال
۱۸۱	وضعیت بیماری تالاسمی بتا در جهان
۱۸۲	اپیدمیولوژی بیماری تالاسمی بتا در کشور
۱۸۲	کنترل بیماری‌های عفونی
۱۸۳	ریشه کنی فلج اطفال
۱۹۱	کنترل بیماری‌های غیر واگیر
۱۹۷	تغییرات جمعیتی
۱۹۹	امنیت و تغذیه
۲۰۱	هزینه‌های بخش بهداشت
۲۰۲	منابع

سیمای سلامت در جهان و ایران

Health status in the world and Iran

دکتر علی اکبر سیّاری، دکتر سید احسان بلادیان

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، بتواند:

- سلامت را تعریف کند
- عوامل اثر گذار بر سلامت را بیان نماید
- وضعیت دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی را در جهان و ایران مقایسه نماید
- وضعیت بهداشتی کشورها را با توجه به شاخص‌های آن تفسیر نماید
- وضعیت بیماری‌های واگیر دار را در کشور و جهان توصیف نماید
- وضعیت امنیت غذا و تغذیه را در کشور و جهان شرح دهد
- تغییرات جمعیتی را توصیف نماید
- وضعیت منابع مالی صرف شده در نظام سلامت در سطح ملی و بین‌المللی را تفسیر نماید
- قادر به مقایسه وضعیت موجود سلامت با وضعیت مطلوب و موقعیت جهانی آن باشد.

بیان مسئله

سلامت به معنی برخورداری از رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است و تنها به مفهوم نبود بیماری، معلولیت و ناتوانی نمی‌باشد. سلامت به عنوان یکی از عمده ترین حقوق انسانی تلقی می‌شود و در نتیجه همه مردم باید به منابع مورد نیاز برای تامین سلامت، دسترسی داشته باشند. عوامل اثرگذار بر سلامت، شامل عوامل اقتصادی - اجتماعی، محیط فیزیکی، شیوه‌های زندگی و عوامل ژنتیکی و دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی است. برای بررسی وضعیت سلامت در جهان از شاخص‌های مربوط به سلامت و عوامل اثرگذار بر آن استفاده می‌شود. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد علی‌رغم تفاوت‌های اساسی و مهم در امور مالی،

سازماندهی و آرایه خدمات بهداشتی درمانی در کشورهای مختلف همه کشورها با چالش‌های تقریباً مشابهی روبرو بوده‌اند. این چالش‌ها در بخش بهداشت و درمان شامل حصول اطمینان از برقراری عدالت در دسترسی به خدمات درمانی، افزایش کیفیت خدمات، توسعه و بهبود نتایج درمانی، قابل تحمل نمودن هزینه‌ها برای عموم مردم، توسعه کارایی، مسئولیت پذیری و پاسخ‌گویی بیشتر و بهتر نظام درمانی، دخالت دادن هر چه بیشتر مردم در تصمیم‌گیری‌های بهداشتی درمانی و کاهش موانع بین‌المللی و مراقبت‌های اجتماعی بوده است، البته پاسخ‌های وارده به این چالش‌ها در کشورهای مختلف متأثر از شرایط مختلف تاریخی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی می‌باشد(بوش^۱، ۲۰۰۲).

شاخص‌هایی که در این فصل به آن پرداخته شده شامل شاخص‌های دسترسی به خدمات اولیه بهداشتی، امید زندگی، مرگ و ابتلا به بیماری‌ها، جمعیت، تغذیه و اقتصاد بهداشت است. سیمای مرگ و بیماری از نظر سن و جنس در جهان، بسیار متفاوت است. **چرایی موضوع**؛ مربوط به عوامل اثرگذار بر سلامت می‌شود، ولی در این گفتار، در حد شاخص‌های بهداشتی به موضوع پرداخته شده است و بدیهی است که برای چرایی موضوع باید به منابع دیگر رجوع نمایید.

شاخص‌ها و موفقیت‌ها

یکی از عواملی که براساس آن وضعیت عدالت اجتماعی را در جوامع می‌سنجند میزان دسترسی مردم به خدمات مورد نیاز از قبیل خدمات آموزشی، بهداشتی، درمانی و ... می‌باشد که بر مبنای "شاخص" بیان می‌شود و مواردی از آن به شرح زیر است:

وضعیت دسترسی مردم به خدمات اولیه بهداشتی

دسترسی یکسان به خدمات بهداشتی - درمانی همواره مورد توجه محققان در کشورهای مختلف جهان بوده است (هندریکس^۲، ۲۰۱۱). در واقع دسترسی عادلانه همه افراد جامعه به خدمات بهداشتی درمانی باعث ارتقای سطح سلامت برای انجام فعالیت‌های اجتماعی شده و باعث ایجاد فضای رشد و توسعه در جامعه می‌گردد. بنابراین دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی، پیش‌زمینه ایجاد عدالت در جامعه است و حق برخورداری از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی باعث ایجاد فرصت‌های برابر در جامعه خواهد شد (گولیفورد^۳، ۲۰۰۳).

سازمان جهانی بهداشت، اهداف نظام‌های سلامت را در سه محور اساسی ارتقاء سطح سلامت، پاسخ‌گویی و مشارکت عادلانه مردم در پرداخت هزینه‌ها دانسته است. نظام‌های سلامت در دنیا در چهار حیطه تولید و توسعه منابع انسانی و غیرانسانی برای سلامت، تامین مالی برای پرداخت هزینه‌های سلامت و نهایتاً ارائه خدمات، اقدام به تحقق سه هدف اساسی فوق می‌نمایند. (دکتر رهبر و همکاران، ۱۳۹۴). جدول ۱ برخی از شاخص‌های دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه را نشان داده است.

^۱ - Busse R

^۲ - Hendryx M

^۳ - Gulliford M

در سال ۱۳۸۴ با اجرایی شدن طرح پزشک خانواده روستایی، برگ دیگری از ارزیابی خدمات به ساکنان روستاها ورق خورد و سرانجام در اوایل سال ۱۳۹۳، برای اولین بار در کشور، با اجرای طرح تحول نظام سلامت، دولت گامی مهم و بلند در راستای دستیابی به ابعاد پوشش همگانی سلامت، از جمله کاهش میزان پرداخت از جیب و تلاش برای افزایش کیفیت خدمات برداشت.

جدول ۱ - شاخص‌های دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه

واحد/درصد پوشش	تعداد/درصد
تعداد خانه‌های بهداشت (۱۳۹۴) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۱۷۸۸۴
پایگاه بهداشتی شهری (۱۳۹۴) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ^۴	۴۱۱۱
پایگاه بهداشتی روستایی (۱۳۹۴) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ^۵	۳۸۷۳
مرکز بهداشتی درمانی شهری (۱۳۹۴) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ^۶	۲۵۳۴
در صد پوشش مراقبت‌های اولیه بهداشتی شهری (۱۳۹۳) وزارت بهداشت	۱۰۰
در صد پوشش مراقبت‌های اولیه بهداشتی روستایی (۱۳۹۳) وزارت بهداشت	۹۵

دسترسی به آب آشامیدنی سالم

دسترسی به آب آشامیدنی سالم و تسهیلات بهداشتی یکی از نیازهای اساسی انسان به شمار می‌آید. این در حالیست که متأسفانه در بسیاری از نقاط دنیا، انسان‌ها در شرایطی زندگی می‌کنند که از این خدمات بهره‌مند نمی‌باشند. براساس آخرین گزارش‌های انتشار یافته از طریق سازمان جهانی بهداشت حدود ۷۴۸ میلیون نفر به منابع توسعه یافته آب آشامیدنی دسترسی ندارند. از سوی دیگر ۲/۵ میلیارد نفر (بیش از یک سوم جمعیت جهان) فاقد دسترسی به تسهیلات بهداشتی فاضلاب می‌باشند.

در فاصله سالهای ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۲، بیش از ۲/۳ میلیارد نفر در سراسر جهان به منابع مطمئن آب آشامیدنی دسترسی پیدا کردند. در همین مدت تعداد کودکانی که در اثر بیماری‌های اسهالی تلف می‌شوند - که عموماً مرتبط با وضعیت نامناسب آب آشامیدنی، دفع فاضلاب و ضعف بهداشت می‌باشند - از حدود ۱/۵ میلیون نفر به ۶۰۰ هزار نفر کاهش یافته است.

براساس نتایج آخرین سرشماری ملی در سال ۱۳۹۰، ۹۵ درصد از مردم کشور به منابع مطمئن آب آشامیدنی و حدود ۹۸ درصد نیز به تسهیلات بهداشتی دفع فاضلاب دسترسی دارند. همچنین در پایان سال ۱۳۹۳، ۷۶/۶ درصد از جمعیت روستایی کشور تحت پوشش شرکت‌های آب و فاضلاب گزارش شده‌اند. (شقایق، ۱۳۹۵)

^۴ - پایگاه سلامت که خدمات جدید ارزیابی می‌کنند در این تعداد لحاظ گردید است.

^۵ - این تعداد شامل مراکز بهداشتی درمانی در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر جمعیت مجری برنامه پزشک خانواده می‌شود.

^۶ - مرکز بهداشتی درمانی و مرکز سلامت جامعه

امید زندگی

امید زندگی، معیاری برای تشخیص متوسط طول عمر افراد یک جامعه است. این معیار به ما نشان می‌دهد که هر فرد باید حداقل توقع چند سال زندگی در کشوری که در آن به دنیا آمده، را داشته باشد (جدول ۲). اصطلاح امید زندگی سالم نیز برای توصیف سالهایی است که فرد، انتظار داشتن سلامتی نسبی را داشته باشد. عوامل متعدد و متنوعی بر شاخص «امید زندگی» تاثیر می‌گذارند. عواملی که با بهینه سازی و جدی گرفتن هر کدام می‌توان امیدزندگی هر کشوری را افزایش داد.

ژاپن یکی از کشورهایی است که بعد از جنگ جهانی دوم، شاخص "امیدزندگی" آن به طرز چشمگیری افزایش یافته است، به طوری که یک دهه بعد از جنگ، نرخ امید زندگی ژاپنی‌ها ۱۳/۷ سال بیشتر شد. دولت ژاپن در سال‌های بعدی نیز توانست با افزایش سطح خدمات بهداشتی درمانی، آموزش سبک زندگی سالم و به ویژه اصلاح الگوهای تغذیه‌ای شاخص "امیدزندگی" را در این کشور افزایش دهد. هند نیز یکی دیگر از کشورهایی است که در دهه اخیر توانسته شاخص "امیدزندگی" را به خوبی ارتقاء دهد. هندی‌ها در سال ۲۰۰۴ امید زندگی شان ۶۳/۹ سال بود موفق شدند این رقم را در سال ۲۰۱۴ به ۶۹/۶ برسانند.

نرخ «امید زندگی» در کشورهای مختلف به عوامل متعدد و متنوعی بستگی دارد. شیوه ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، سطح آموزش سلامت در رسانه‌های فراگیر، سبک زندگی رایج، کمیت و کیفیت استرس‌های فردی و اجتماعی، میزان شادی مجاز و عمومی، سلامت محیط زیست و شرایط اقتصادی کشور را می‌توان از مهمترین عوامل موثر بر شاخص «امید زندگی» نامید. با این حال، عوامل دیگری نیز می‌توانند بر طول عمر ما تاثیر بگذارند؛ به عنوان نمونه ژنتیک، نژاد و حتی جنسیت از عوامل تاثیرگذار در این حوزه تلقی می‌شوند. در تمام کشورهای جهان، «امید زندگی» زنان بیشتر از مردان است ولی این قاعده در ۳ کشور صدق نمی‌کند: اردن، مالی و افغانستان.

در سال ۲۰۱۱ نیز تحقیقی جامع درباره نرخ «امید زندگی» در کشورهای کم درآمد و پردرآمد جهان نشان داد که میانگین نرخ «امید زندگی» در کشورهای کم درآمد حدود ۶۰ سال و در کشورهای پردرآمد حدود ۸۰ سال است. این نتیجه، نشان دهنده نقش پررنگ شرایط اقتصادی در «امید زندگی» ساکنان یک کشور است. سازمان جهانی بهداشت در پایان سال ۲۰۱۳، آمار «امید زندگی» را در ۲۲۲ کشور جهان منتشر کرد:

کشور کوچک «موناکو»، دومین کشور کوچک جهان، با میانگین سنی ۸۶/۵ سال در صدر جدول «امید زندگی» قرار گرفته است. ژاپن، آندورا، سنگاپور و هنگ کنگ با میانگین‌های سنی ۸۴/۶، ۸۴/۲، ۸۴، ۸۳/۰۸ سال رتبه‌های دوم تا پنجم جدول «امید زندگی» را به خود اختصاص داده‌اند. کانادا که در تبلیغات خود، زیاد بر شاخص «امید زندگی» در این کشور تاکید می‌کرد با میانگین سنی ۸۲/۵ سال در رتبه دوازدهم جدول هستند. قطر اگرچه یکی از ثروتمندترین کشورهای جهان محسوب می‌شود، با میانگین سنی ۷۵/۵ سال در رتبه ۶۸ جدول «امیدزندگی» قرار گرفته است و چینی‌ها با میانگین سنی ۷۴/۲ سال در رتبه نود و هفتم.

ایران با ۷۳/۵ سال "امید زندگی" در رتبه ۱۰۶ جدول قرار گرفته است این درحالی است که "امیدزندگی" مردان ایرانی ۷۲ سال و "امید زندگی" زنان ایرانی ۷۶ سال است. کشور سیرالئون با میانگین سنی ۴۷/۵ سال

کمترین "امیدزندگی" را درجهان دارد. این درحالی است که رتبه آخر جدول در سال‌های گذشته به چاد تعلق داشته است.

جدول ۲- مقایسه امید زندگی در مناطق سازمان جهانی بهداشت

امید زندگی سالم از بدو تولد			امید زندگی از بدو تولد			سال	منطقه WHO
مرد	زن	هر دو جنس	مرد	زن	هر دو جنس		
۴۹	۵۱	۵۰	۵۷	۶۰	۵۸	۲۰۱۳	آفریقا
			۴۸	۵۲	۵۰	۱۹۹۰	
۶۵	۶۹	۶۷	۷۴	۸۰	۷۷	۲۰۱۳	آمریکا
			۶۸	۷۵	۷۱	۱۹۹۰	
۵۸	۶۰	۵۹	۶۶	۷۰	۶۸	۲۰۱۳	جنوب شرقی آسیا
			۵۸	۶۰	۵۹	۱۹۹۰	
۶۴	۷۰	۶۷	۷۳	۸۰	۷۶	۲۰۱۳	اروپا
			۶۸	۷۵	۷۲	۱۹۹۰	
۵۸	۶۰	۵۹	۶۷	۷۰	۶۸	۲۰۱۳	شرق مدیترانه
			۶۱	۶۳	۶۲	۱۹۹۰	
۶۶	۷۰	۶۸	۷۴	۷۸	۷۶	۲۰۱۳	غرب اقیانوس آرام
			۶۷	۷۲	۶۹	۱۹۹۰	
۶۰	۶۴	۶۲	۶۸	۷۳	۷۱	۲۰۱۳	جهانی
			۶۲	۶۷	۶۴	۱۹۹۰	

(منبع سازمان جهانی بهداشت)

مرگ کودکان زیر یکسال

در خصوص شاخص نرخ مرگ و میر کودکان زیر یکسال، پیشرفت‌های اساسی در جمهوری اسلامی ایران حاصل شده است. همانطور که در جدول ۳ و ۴ نشان داده شده است در انتهای دهه ۱۳۵۰، میزان مرگ و میر کودکان زیر یکسال ۱۱۰ مورد مرگ در هر هزار تولد زنده بوده است این میزان از ۵۲/۵ مرگ در هر هزار تولد زنده در سال ۱۳۶۹ به ۲۰ مورد مرگ در سال ۱۳۸۹ و به کمتر از ۱۴ مورد در سال ۱۳۹۴ کاهش یافته است. با مقایسه دو شاخص مرگ زیر ۵ سال و زیر یکسال مشاهده می‌شود که نزدیک به ۹۰ درصد مرگ‌های زیر پنج‌سال در سال نخست زندگی رخ داده است که این نکته به خوبی اهمیت توجه به کنترل و کاهش مرگ و میر کودکان را در این گروه سنی نشان می‌دهد.

جدول ۳- روند کاهش مرگ کودکان زیر یکسال در جمهوری اسلامی ایران در ۴۰ سال اخیر

۱۳۹۴	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۸۹	۱۳۶۹	انتهای دهه ۵۰	مرگ در ۱۰۰۰ تولد زنده
۱۳٫۸	۱۴	۱۵	۲۰	۵۲	۱۱۰	زیر یکسال

جدول ۴- مقایسه آمار مرگ کودکان زیر یک سال

مرگ کودکان زیر یک سال در ۱۰۰۰ تولد زنده	مرگ نوزادان در ۱۰۰۰ تولد زنده	منطقه/کشور
۱۳٫۸	۱۰	ایران
۳۲	۱۹	متوسط جهانی
۵	۳	مناطق توسعه یافته
۳۵	۲۱	مناطق در حال توسعه
۴۱	۲۹	منطقه آسیای جنوبی ^۷
۱۹	۱۲	منطقه آسیای غربی ^۸
۰٫۹۶	۰٫۴۶	آندورا
۲	۱	ژاپن
۲	۱	سنگاپور

(منبع سازمان جهانی بهداشت)

مرگ کودکان زیر پنج سال

نسبت مرگ و میر کودکان زیر پنج سال^۹ از مهمترین شاخص‌هایی است که نشان دهنده توسعه کشورها می‌باشد (جدول ۵ و ۶). علت انتخاب این شاخص به عنوان نمایه توسعه، تاثیر عوامل مختلف اجتماعی و اقتصادی در کاهش یا افزایش آن است. کاهش آن از تعهدات مهم کشورها است و به همین منظور براساس اهداف توسعه هزاره^{۱۰} که در سال ۲۰۰۰ میلادی مورد تعهد کشورهای جهان قرار گرفت، نسبت مرگ و میر کودکان در این کشورها تا سال ۲۰۱۵ میلادی می‌بایست ۷۵ درصد نسبت به سال ۱۹۹۰ کاهش می‌یافت و خوشبختانه جمهوری اسلامی ایران قبل از سال ۲۰۱۵ به این هدف، دست یافت.

^۷ - افغانستان، بنگلادش، بوتان، هندوستان، ایران، مادیو، نپال، پاکستان، سریلانکا^۸ - بحرین، عراق، اردن، کویت، لبنان، عمان، قطر، عربستان، فلسطین، سوریه، ترکیه، امارات، یمن^۹ - U5MR^{۱۰} - Millennium Development Goals

جدول ۵- روند کاهش مرگ کودکان زیر ۵ سال در ۴۰ سال اخیر

مرگ در ۱۰۰۰ تولد زنده	انتهای دهه ۵۰	۱۳۶۹	۱۳۸۹	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۴
زیر ۵ سال	>۱۷۰	۱۴۰	۶۸	۲۲	۱۸	۱۷

جدول ۶- مقایسه آمار مرگ کودکان زیر ۵ سال

منطقه / کشور	مرگ کودکان زیر ۵ سال در ۱۰۰۰ تولد زنده
ایران	۱۶
متوسط جهانی	۴۳
مناطق توسعه یافته	۶
مناطق در حال توسعه	۴۷
منطقه آسیای جنوبی	۵۱
منطقه آسیای غربی	۲۲
ژاپن	۳
سنگاپور	۳

(منبع سازمان جهانی بهداشت)

مرگ مادران به ازای یکصد هزار تولد زنده

روزانه حدود ۸۰۰ مادر در دنیا بر اثر عوارض قابل اجتناب بارداری و زایمان، جان خود را از دست می‌دهند. تخمین زده می‌شود که در دنیا به ازای هر مورد مرگ مادر، حدود ۲۰ زن دچار عوارض بارداری^{۱۱} می‌شوند. تقریباً یک چهارم از این‌ها عوارض شدیدی هستند که زنان ممکن است طولانی مدت از آن رنج ببرند^{۱۲}. برای اندازه گیری مرگ مادر از شاخصی به نام نسبت مرگ مادران^{۱۳} یا به اختصار MMR استفاده می‌شود که این شاخص تعداد مرگ مادران در اثر عوارض بارداری و زایمان به ازاء هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده را نشان می‌دهد قبل از سال ۲۰۱۵، براساس اهداف توسعه هزاره که در سال ۲۰۰۰ میلادی مورد تعهد کشورهای جهان قرار گرفت، نسبت مرگ و میر مادران در کشورها تا سال ۲۰۱۵ میلادی، باید ۷۵ درصد نسبت به سال ۱۹۹۰ کاهش می‌یافت. بعد از سال ۲۰۱۵، براساس اهداف توسعه پایدار (SDGs)^{۱۴} و آخرین بیانیه سازمان جهانی بهداشت که در سال ۲۰۱۴ منتشر شده شاخص‌های زیر برای کاهش عادلانه مرگ مادری بعد از سال ۲۰۱۵ تعیین شده است:

^{۱۱} - Maternal Morbidity^{۱۲} - Severe Maternal Morbidity^{۱۳} - Maternal Mortality Ratio^{۱۴} - Sustainable Development Goals

شاخص جهانی:

تا سال ۲۰۳۰ میلادی، متوسط نسبت مرگ مادری^{۱۵} در جهان به کمتر از ۷۰ در صد هزار تولد زنده برسد و در هیچ کشوری بیشتر از ۱۴۰ در صد هزار تولد زنده یعنی بیشتر از ۲ برابر میانگین جهانی نباشد.

شاخص در کشورها:

در کشورهایی که نسبت مرگ مادر در سال ۲۰۱۰ کمتر از ۴۲۰ در صد هزار تولد زنده بوده است (یعنی بیشتر کشورهای دنیا از جمله ایران)، رقم این شاخص تا سال ۲۰۳۰ حداقل به اندازه دو سوم آن در ۲۰۱۰ کاهش یابد.

در کشورهایی که نسبت مرگ مادران در سال ۲۰۱۰ بیشتر از ۴۲۰ در صد هزار تولد زنده بوده است کاهش این شاخص باید سیر نزولی بیشتری داشته و در سال ۲۰۳۰ در هیچ کشوری بیشتر از ۱۴۰ در صد هزار تولد زنده نباشد. برای دستیابی به شاخص فوق، هدف و استراتژیهای زیر توسط سازمان جهانی بهداشت توصیه شده است:

هدف نهایی: پیشگیری از (پایان دادن به) مرگهای قابل اجتناب مادران^{۱۶}.

اهداف استراتژیک:

- رفع بی عدالتی در دسترسی و کیفیت خدمات سلامت باروری، مادری و نوزادی
- اطمینان از پوشش جامع خدمات سلامت باروری، مادری و نوزادی
- توجه به تمام علل مرگهای مادری، عوارض مادری و باروری، ناتوانیهای مرتبط با آن
- تقویت سیستمهای سلامتی برای پاسخ به نیازها و اولویتهای زنان و دختران

وضعیت موجود:

در سال ۲۰۱۵ حدود ۳۰۳۰۰۰ مرگ مادر در دنیا رخ داده است که ۴۴ درصد نسبت به سال ۱۹۹۰ کمتر شده است

مناطق در حال توسعه حدود ۹۹ درصد کل مرگهای مادری دنیا را به خود اختصاص داده اند. نسبت مرگ مادران، در مناطق در حال توسعه (۲۳۹) حدود ۲۰ برابر مناطق توسعه یافته (۱۲) می باشد (جدول ۸).

جدول ۷- روند MMR در ایران براساس آخرین گزارش سازمان جهانی بهداشت

سال میلادی (سال شمسی)	۱۹۹۰	۱۹۹۵	۲۰۰۰	۲۰۰۵	۲۰۱۰	۲۰۱۵
نسبت مرگ مادران (MMR)	۱۲۳	۸۰	۵۱	۳۴	۲۷	۲۵

^{۱۵} - MMR

^{۱۶} - Ultimate Goal : Ending Preventable Maternal Mortality

طبق همین گزارش، کشور ایران با حدود ۸۰ درصد کاهش، جزو کشورهای موفق در دستیابی به هدف توسعه هزاره اعلام شده است (جدول ۷).

جدول ۸ - شاخص‌های MMR و Life time Risk of Maternal death در مناطق مختلف دنیا براساس تقسیم بندی سازمان جهانی بهداشت

منطقه	تخمین نسبت مرگ مادر در سال ۲۰۱۵		
	متوسط	حداقل	حداکثر
افریقا	۵۴۲	۵۰۶	۶۵۰
امریکا	۵۲	۴۹	۵۹
اروپا	۱۶	۱۵	۱۹
آسیای جنوب شرقی	۱۶۴	۱۴۱	۱۹۹
مدیترانه شرقی (EMRO)	۱۶۶	۱۴۲	۲۱۶
کشور ایران	۲۵	۲۱	۳۱
دنیا	۲۱۶	۲۰۷	۲۴۹
مناطق توسعه یافته	۱۲	۱۱	۱۴
مناطق در حال توسعه	۲۳۹	۲۲۹	۲۷۵

پوشش واکسیناسیون کودکان زیر ۵ سال

براساس گزارش سال ۲۰۱۴ سازمان جهانی بهداشت، سالانه حدود ۶ میلیون کودک زیر ۵ سال فوت می‌کنند. که از این تعداد ۱۷ درصد در اثر تولد نوزاد نارس، ۱۵ درصد عفونت‌های تنفسی، ۱۱ درصد شرایط و عوارض حول زایمان، ۹ درصد اسهال و ۷ درصد مالاریا است. پوشش جهانی واکسن‌ها در سال ۲۰۱۴: ثلاث ۸۶ درصد، فلج اطفال ۸۶ درصد، سرخک (نوبت دوم) ۵۶ درصد و برای هیپاتیت B ۸۲ درصد بوده است. در سال ۲۰۱۴ پوشش نوبت دوم واکسن سرخک در ایران ۹۹ درصد بوده، این میزان در جهان ۵۶ درصد، در آمریکا ۵۱ درصد، در آفریقا ۱۱ درصد، در منطقه مدیترانه شرقی ۶۶ درصد، در منطقه غرب اقیانوس آرام ۹۳ درصد، در منطقه جنوب شرقی آسیا ۵۹ درصد و در منطقه اروپا ۸۴ درصد بوده است. تا سال ۱۳۵۶، در ایران ۶ واکسن DTP، پولیو، سرخک، BCG با پوشش ۳۰ درصد تزریق می‌شد. تا سال ۱۳۹۳، سه واکسن هیپاتیت B، سرخجه، اوریون اضافه شد، و در سال ۱۳۹۳، دهمین واکسن جدید یعنی هموفیلوس آنفلوانزای تایپ b به برنامه واکسیناسیون کودکان ایران افزوده شد و همراه با واکسن هیپاتیت B و DTP تحت عنوان "پنتاوان" نامیده شد.

وضعیت بیماری تالاسمی بتا در جهان

پراکندگی جغرافیایی: بطور اولیه بیماری تالاسمی بیماری محدود به مناطق خاصی از جهان بوده است. در حال حاضر تالاسمی در نواحی مدیترانه، آفریقا، خاورمیانه، آسیا، اروپا و آمریکا منتشر می‌باشد. تالاسمی در

آسیا، نواحی جنوب شرقی، همچنین نواحی جنوبی چین، هند، بنگلادش، تایلند، مالزی، اندونزی و در خاورمیانه شامل ایران، پاکستان تا سواحل شمالی آفریقا و آمریکای جنوبی و در اروپا بویژه جنوب و مرکز اروپا، شامل پرتغال، اسپانیا، ایتالیا، یونان تا بخش‌های جنوبی شوروی سابق، پراکنده است. در حال حاضر مهاجرت و ازدواج‌های بین افراد از جمعیت‌ها و قومیت‌های مختلف باعث شده تا تالاسمی حتی در کشورهای اروپای شمالی نیز به وقوع بپیوندد. براساس مستندات علمی مختلف بین ۱/۵ تا سه درصد جمعیت جهان، ناقل ژن تالاسمی بتا هستند. در ناحیه جنوب شرقی آسیا شیوع ناقلین بتا تالاسمی به ۱۰ تا ۲۰ درصد می‌رسد.

تخمین زده می‌شود شیوع بیماری و مرگ ناشی از آن در جهان، در حدود ۸۰ تا ۹۰ میلیون ناقل تالاسمی بتا می‌باشد. همچنین تخمین زده می‌شود سالیانه حداقل ۶۰/۰۰۰ مورد جدید تالاسمی بتا، در جهان متولد شوند. پیشینه این موارد در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد. همچنین در حال حاضر برآورد می‌شود که ۲۰۰/۰۰۰ بیمار تالاسمی بتا در قید حیات هستند و در مراکز مرتبط ثبت نام نموده‌اند. با توجه به میزان بروز بیماری تالاسمی بتا، کم شماری در فراوانی گزارش شده بیماران به آن دلیل است که تعداد زیادی از آنها حتی قبل از تشخیص و ثبت، در کشورهایی که امکانات لازم درمانی را فراهم نمی‌آورند، جان خود را از دست می‌دهند.

اپیدمیولوژی بیماری تالاسمی بتا در کشور

پراکندگی جغرافیایی بیماری: تالاسمی بتا شایع‌ترین بیماری ارثی ایران است. در ایران تالاسمی بتا بویژه در مناطق ساحلی جنوبی و شمالی کشور پراکنده است. این پراکندگی با نقشه شیوع مالاریای فالسیپارم در گذشته در این مناطق تطبیق دارد. با وجود این به دلیل وقوع مهاجرت و ازدواج‌های بین گروهی و جمعیتی، تالاسمی بتا در تمام مناطق کشور دیده می‌شود.

شیوع و بروز بیماری، تخمین زده می‌شود بطور متوسط بین ۴ تا ۵ درصد جمعیت ایران ناقل ژن بتا تالاسمی باشند. تعداد بیماران ایران براساس ثبت موارد در مراکز تزریق خون سراسر کشور حدود ۱۸/۰۰۰ نفر است. در صورت عدم مداخله پیشگیرانه، بروز مورد انتظار تالاسمی بتا در ایران در هر سال بطور متوسط یک مورد در ۱۰۰۰ تولد زنده است ولی در شرایط اجرای برنامه‌های پیشگیری و کنترل بیماری، بروز به تناسب موفقیت برنامه در هر استان و در نتیجه در کل کشور کاهش می‌یابد. در حال حاضر با توجه به موفقیت برنامه پیشگیری از بروز بتا تالاسمی ماژور، میزان بروز این بیماری از ۴/۶ در ده هزار تولد به ۱ مورد در ده هزار تولد زنده طی سال‌های ۱۳۷۷ تا ۱۳۹۲ کاهش یافته است. میزان بروز باقی مانده مربوط به مناطقی از کشور است که الگوی علل بروز در آن‌ها متفاوت از سایر نقاط کشور بوده و استراتژی‌های پیشگیرانه‌ی ویژه‌ای متناسب با تحلیل علل بروز توسط اداره ژنتیک وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی مربوطه طراحی و به مرحله اجرا گذاشته شده است. (سموات، عظیمی، ۱۳۹۴)

کنترل بیماری‌های عفونی

در خصوص برنامه‌های مرتبط با بیماری‌های عفونی، اشاره‌ای به برنامه‌های مبارزه با فلج اطفال، سرخک، کزاز نوزادان، سل، مالاریا و بیماری‌های نوپدید و بازپدید و از جمله HIV/AIDS خواهیم کرد:

ریشه کنی فلج اطفال

مجمع جهانی بهداشت در سال ۱۹۸۸، ریشه کنی فلج اطفال تا سال ۲۰۰۰ را تصویب نمود در آن زمان، فلج اطفال در ۱۲۵ کشور جهان حالت بومی داشته و سالانه بیش از ۳۵۰۰۰۰ مورد از این بیماری در جهان رخ می‌داد. آخرین مورد فلج اطفال در ایران در سال ۱۳۷۹ گزارش شد و از آن زمان کشور ایران عاری از فلج اطفال است. در حال حاضر ویروس فلج اطفال تنها در دو کشور افغانستان و پاکستان بومی است و طبق برآوردهای سازمان جهانی بهداشت، ریشه کنی این بیماری از ابتدا ده میلیون نفر به فلج اطفال جلوگیری کرده است. روند بیماری در سطح جهان، رو به کاهش بوده و در سال ۲۰۱۴، تعداد ۳۵۹ مورد و در سال ۲۰۱۵، ۷۴ مورد در دنیا گزارش شده است.

سرخک

هدف برنامه سرخک، کاهش موارد مرگ ناشی از سرخک به میزان ۹۵ درصد، تا سال ۲۰۱۵ بوده است از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۴ تعداد موارد ابتلا به سرخک ۷۳ درصد و تعداد مرگ ناشی از این بیماری ۷۹ درصد کاهش یافته است. در جهان در سال ۲۰۰۰، ۸۵۳۴۷۹ نفر مبتلا به سرخک شدند ۳۸۵۹۲ نفر در منطقه مدیترانه شرقی ساکن بودند از این تعداد حدود ۵۴۷۰۰۰ نفر فوت کردند که ۵۴۳۰۰ نفر ساکن منطقه مدیترانه شرقی بودند.

جدول ۹ - روند پنج ساله سرخک در سطح کشور، طی سال‌های ۹۴-۱۳۹۰

سال	تعداد موارد تب و بثورات ماکولوپاپولار شناسایی شده	تعداد موارد تایید شده آزمایشگاهی سرخک
۱۳۹۰	۳۱۵۰	۳۰
۱۳۹۱	۴۲۱۷	۲۳۴
۱۳۹۲	۳۹۵۶	۱۰۰
۱۳۹۳	۴۴۰۱	۱۴۲
۱۳۹۴	۶۱۴۰	۴۵۰

در سال ۲۰۱۴، ۲۶۷۴۸۲ نفر مبتلا به سرخک شدند که ۱۸۱۲۹ نفر در منطقه مدیترانه شرقی ساکن بوده‌اند. از این تعداد در سال ۲۰۱۴، ۱۱۴۹۰۰ نفر فوت کردند که ۱۳۹۰۰ نفر ساکن منطقه مدیترانه شرقی بوده‌اند. روند پنج ساله موارد گزارش شده سرخک در جمهوری اسلامی، در جدول ۹ مشخص گردیده است. طبق برآورد انجام شده واکسیناسیون سرخک در سال‌های ۲۰۱۴-۲۰۰۰ از مرگ ۱۷ میلیون نفر در اثر ابتلا به سرخک جلوگیری کرده است.

در سال ۲۰۰۴ (۱۳۸۳) و ۲۰۱۰ (۱۳۸۹) به ترتیب یک مورد مرگ در اصفهان در کودک زیر یکسال

ایرانی و یک مورد در زاهدان در کودک ۳ ساله پاکستانی اتفاق افتاد که از هردو نمونه آزمایشگاهی تهیه نشده است.

در سال ۲۰۱۲ (۱۳۹۱) یک مورد مرگ در کودک زیریکسال ایرانی در شهرستان چابهار و در سال ۲۰۱۵ (۱۳۹۳) در طغیان سرخک یک مورد مرگ در کودک ۳ ساله افغانی در شهرستان جیرفت اتفاق افتاد هر دو مورد نتیجه آزمایشگاهی سرخک تایید شده داشتند.

کزاز نوزادی

سالانه ۵۰۰۰۰ مورد مرگ ناشی از کزاز نوزادی در جهان (عمدتاً در ۳۴ کشور جهان) رخ می‌دهد. ایران از سال ۱۹۹۵ موفق به حذف این بیماری شده است. در سال ۱۳۹۳، سه مورد و در سال ۱۳۹۴، چهار مورد کزاز نوزادی در ایران رخ داده است ولی خوشبختانه موردی از مرگ ناشی از این بیماری در کشور گزارش نشده است. این درحالی است که تا قبل از سال ۱۳۶۰، حدود ده هزار نوزاد به علت کزاز نوزادی فوت می‌کردند.

سل

تاکنون ۲ میلیارد نفر در دنیا به عفونت سلی، مبتلا شده‌اند. سالانه حدود ۹ میلیون مورد جدید سل در دنیا بروز می‌کند و همه ساله ۱/۵ میلیون نفر بر اثر ابتلا به سل فوت می‌کنند این رقم در سال ۱۹۹۰ دو میلیون نفر بوده است. بیماری سل، حدود ۳ درصد علت مرگ را تشکیل می‌دهد. روند سل در آینده مبهم است میزان ابتلا جهانی سل ۱۳۳ (۱۴۱-۱۲۶) مورد به ازای یکصد هزار نفر جمعیت می‌باشد، براساس برآورد سازمان جهانی بهداشت میزان بروز سل در ایران ۲۲ (۲۶-۱۸) مورد در یکصد هزار نفر جمعیت گزارش شده است. متأسفانه تنها ۶۳٪ از موارد سل تخمینی طی سال گذشته از سوی کشورهای جهان شناسایی و به سازمان جهانی بهداشت گزارش شده‌اند.

آلودگی همزمان به ویروس ایدز خطر ابتلا به بیماری سل را به طور معناداری افزایش می‌دهد. کشورهای با شیوع بالای HIV، به ویژه کشورهای واقع در افریقای زیر صحر، شاهد افزایش چشمگیر تعداد بیماران مبتلا به سل و افزایش ۲ تا ۳ برابر میزان‌های بروز گزارش شده سل در دهه ۹۰ بوده‌اند. در سال ۲۰۱۵، میزان شیوع عفونت HIV در میان بیماران مبتلا به سل در جهان ۱۲٪ تخمین زده شده است.

با توجه به اجرای استراتژی داتس^{۱۷} در کشور و ثبت موارد تعداد موارد از ۱۴۲ مورد به ازای یکصد هزار نفر در سال ۱۳۴۳ به ۱۲/۹ مورد در سال ۱۳۹۳ کاهش یافته است (بیش از ده برابر کاهش) که موفقیت بزرگ بهداشتی در سطح کشور است.

روند سل در سطح جهانی به علت بروز ایدز رو به گسترش است و خطر بزرگی که بوجود آمده مقاومت میکروب سل به داروهای رایج ضد سل است به طوری که هزینه درمان موارد مقاوم بسیار گران و سرسام آور است. در حال حاضر هزینه درمان هر مورد سل، کمتر از ۴۵۰ هزار تومان بوده ولی این هزینه برای هر یک از موارد سل

¹⁷ -Directly Observed Strategy

مقاوم به درمان بین ۴۰ تا ۲۵۰ میلیون تومان برآورد می‌گردد. سل در سال ۱۹۹۰ هفتمین علت مرگ در دنیا بوده است و پیش بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ تغییر نکند. سیاست سازمان جهانی بهداشت در کنترل سل اجرای استراتژی داتس درمان کوتاه مدت^{۱۸} تحت نظارت مستقیم است که یک ساختار موثر برای تشخیص (مشاهده اسمیر خلط با میکروسکوپ نوری) را هم شامل می‌شود.

مالاریا

با عنایت به مصوبات هفتمین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذا در تاریخ ۱۳۸۹/۲/۱ و به دنبال تاکید انجام شده طی نشست مزبور مبنی بر تلاش بی وقفه در خصوص حذف مالاریا در افق ۱۴۰۴، اقدامات همه جانبه‌ای توسط همکاران ستادی، مدیران و کارشناسان استانی - شهرستانی شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی زاهدان، ایرانشهر، بندرعباس، کرمان و جیرفت به منصفه ظهور رسیده که نتایج ارزشمندی را بدنبال داشته است. در سال ۱۳۸۷ در کشور ۱۱۳۳۳ مورد مالاریا گزارش شده، درحالی‌که در سال ۱۳۹۰ مجموعاً ۱۲۴۰ مورد بومی مالاریا گزارش شده است.

در سال ۱۳۹۳ مجموعاً ۲۴۶ مورد بومی مالاریا در کشور گزارش گردیده که ۱۲ مورد در استان هرمزگان، ۲۳۳ مورد استان سیستان و بلوچستان و فقط یک مورد مالاریای بومی در استان کرمان گزارش گردیده است. در سال ۱۳۹۴ مجموعاً ۲۱۲ مورد بومی مالاریا در کشور گزارش شده است که ۲۱ مورد آن فالسیپارم بوده است. (همگی موارد فالسیپاروم بومی متعلق به سیستان - بلوچستان بوده، که مربوط به شهرستانهای سراوان، سرباز، کنارک و چابهار میباشد. این شهرستان‌ها در نوار مرزی با ایالت بلوچستان پاکستان قرار دارند، که براساس آخرین تخمین‌های سازمان جهانی بهداشت از آلوده ترین مناطق جهان محسوب می‌شوند.)

وضعیت نا همگون انتقال مالاریا و توقف انتقال محلی بیماری در ۹۰ درصد مناطق کشور، این بیماری را در بسیاری از استان‌ها به یک مشکل فراموش شده مبدل نموده است. از سوی دیگر وجود مهاجرت‌های کنترل نشده از مرزهای شرقی و گستردگی آثار آن به تمامی استان‌ها شرایط را برای حذف مالاریا بسیار دشوار کرده است. البته با مدیریت صحیح منابع، تلاش موثر کارشناسان و حمایت همه جانبه مدیران استانی این مشکل نیز علیرغم عدم بهره مندی از ردیف اختصاصی بودجه‌ای، به شکل قابل تقدیری جبران گردیده و زمینه حذف مالاریا در کنار ایالت بلوچستان پاکستان که از آلوده ترین مناطق جهان محسوب می‌شود، فراهم نموده است.

هم اکنون حذف مالاریا در یک کشور بزرگ منطقه که سالهای طولانی در تصور کارشناسان و مدیران خبره سازمان جهانی بهداشت نمی‌گنجد است، در جمهوری اسلامی ایران در شرف به بار نشستن می‌باشد.

با تصویب مجمع عمومی سازمان جهانی بهداشت هر ساله در تمامی کشورهای عضو مراسمی در روز ۲۵ آوریل با عنوان روز جهانی مالاریا برگزار میشود، و طی آن متولیان سلامت، مدیران عالی‌رتبه و نمایندگان سازمانهای بین‌المللی برای حمایت از فعالیت‌ها و برنامه‌های مبارزه با مالاریا گرد هم می‌آیند.

بیماری‌های عفونی نوپدید^{۱۹} و بازپدید^{۲۰}

علیرغم پیشرفت‌های برجسته در تحقیقات پزشکی و درمان در طی قرن بیستم، بیماری‌های عفونی هنوز به عنوان یکی از علل عمده مرگ در دنیا باقیمانده‌اند و این مسئله ناشی از نوپدیدی بیماری‌های عفونی جدید و بازپدیدی بیماری‌های عفونی قدیمی، می‌باشد. **بیماری‌های عفونی نوپدید** ناشی از عوامل عفونی می‌باشند که طی سه چهارم دهه‌ی اخیر، شناسایی شده (ایدز، سارس) و یا از قبل نیز وجود داشته ولی عامل مسبب آنها طی این دوره زمانی، شناسایی گردیده (هپاتیت C) و یا علیرغم قدمت بیماری، عامل مسبب آنها طی این دوره زمانی نسبت به بسیاری از آنتی‌بیوتیک‌ها مقاوم گردیده (سل مقاوم به چند دارو) و یا علیرغم وجود آن در بسیاری از نقاط جهان، برای اولین بار طی سه چهارم دهه اخیر در یکی از مناطق یا حتی یکی از استان‌های کشور، شناسایی شده است (فاسیولیاژیس انسانی در کرمانشاه) ... از سوی دیگر **بیماری‌های عفونی بازپدید** آن دسته از بیماری‌ها می‌باشند که قبلاً شناخته شده‌اند ولی در طول زمان و تحت تاثیر بهبود شیوه زندگی و اقدامات پیشگیرنده، از میزان بروز و شیوع آنها به شدت کاسته شده به نحوی که دیگر به عنوان مشکل بهداشتی عمده و اولویت‌داری مطرح نمی‌شده‌اند ولی تحت تاثیر عوامل مختلفی نظیر، جنگ، مهاجرت، پناهندگی، حوادث طبیعی و امثال این‌ها طی سال‌های اخیر مجدداً شعله‌ور شده‌اند (بازپدیدی سل و لیشرمانیوز احشایی در زمینه ایدز، بازپدیدی دیفتتری در شوروی سابق و در خوزستان). بطور کلی در طی ۴ دهه اخیر حداقل بیش از ۴۰ نوع بیماری جدید ظهور کرده‌اند که این مسئله بار مضاعفی را بر بار جهانی بیماری‌های واگیر تحمیل می‌نمایند. تعدادی از بیماری‌های عمده تاثیرگذار بر سیستم بهداشتی جهان تا زمان نگارش شامل بیماری آنفلوانزای پرندگان، بیماری کورونا، ویروس عامل MERS، بیماری ابولا، عامل ZIKA، بیماری چیکن گونیا، بیماری تب دنگ، هپاتیت‌های C و E می‌باشند. عوامل زیادی بر نوپدیدی و بازپدیدی بیماری‌های عفونی تاثیر گذار می‌باشند که عمده ترین آنها به شرح زیر می‌باشد:

عوامل مرتبط با عامل بیماریزا: تغییر در بیماری‌زایی عامل بیماری - افزایش مقاومت دارویی (ناشی از تجویز داروی اشتباه، عدم پذیرش بیمار، تجویز مقدار نامناسب دارو، داروی تقلبی، استفاده نامناسب دارو در حیوانات و گیاهان، از بین رفتن اثربخشی دارو) - مقاومت به عوامل حشره کش و ضد عفونی کننده‌ها و گندزداها

عوامل مرتبط به میزبان: تغییرات دموگرافیک جمعیتی، تغییر رفتارهای انسانی، حساسیت انسانی به عوامل بیماریزا، فقر و نابرابری‌های اجتماعی.

عوامل مرتبط به محیط و اقلیم: تغییرات آب و هوایی و اکوسیستم (گرم شدن زمین، پدیده ال نینو)، افزایش استفاده از زمین و توسعه اقتصادی، صنعتی شدن و تکنولوژی، مسافرت‌های بین المللی و تجارت جهانی، از بین رفتن ساختارهای بهداشتی (جنگ، افزایش جمعیت، آشوب‌های اجتماعی)، نقص و فقدان حمایت‌های سیاسی.

عوامل مرتبط به حیوانات: انتقال عوامل بیماریزا از حیوانات به انسان (حدود ۱۴۱۵ عامل عفونت‌زای حیوانی برای انسان نیز آلوده کننده می‌باشند و حدود ۶۱ درصد این میکروب‌ها بیماری مشترک انسان و حیوان را ایجاد

¹⁹ . Emerging

²⁰ . Re-emerging

می‌نمایند و همچنین حدود ۷۰ درصد پاتوژن‌هایی که جدیداً شناسایی گردیده‌اند منشا حیوانی دارند)، جابجایی حیوانات به علت تغییرات اقلیمی.

از عمده ترین بیماری‌های بازپدید می‌توان به بروز بیماری دیفتری در اوایل دهه ۱۹۹۰ میلادی در شوروی سابق، بیماری وبا با سوش جدید O139 در بنگال و بعضی دیگر از کشورهای آسیایی، بیماری طاعون در ۱۹۹۴ در هند بدنبال ۳ دهه خاموشی بیماری، افزایش موارد بیماری تب دنگ بعد از ۴۰ سال در طی سالهای ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۸ در دنیا اشاره نمود.

از سوی دیگر احتمال سوء استفاده و بکارگیری عوامل بیماری‌زای نوپدید و بازپدید توسط افراد مخالف و گروه‌های تروریستی نیز وجود دارد که بیوتروریسم نامیده می‌شود. زیرا به دلیل تولید آسان‌تر، هجوم گسترده‌تر بیماری، سخت بودن شناسایی و گزارش دهی آنها، ایجاد ترس گسترده و اختلالات وسیع اجتماعی، عوامل بیولوژیک ابزار مناسبی برای ترور می‌باشند و اگر از عوامل عفونت‌زای ریشه‌کن شده‌ای نظیر عامل آبله استفاده شود نوپدیدی و اگر از عوامل کنترل شده‌ای نظیر باسیل طاعون و تولارمی سوء استفاده گردد، بازپدیدی به حساب می‌آید و لذا از این منظر نیز توجه به بیماری‌های نوپدید و بازپدید باید به دقت مورد توجه قرار گیرد.

شایان ذکر است که در کنار اصطلاحات نگران کننده نوپدیدی و بازپدیدی بیماری‌ها اصطلاح نویدبخش "ناپدیدی" هم ابداع شده است که منظور از آن ریشه‌کنی کامل یک بیماری در سطح جهان است. مثلاً ریشه‌کنی آبله که در سال ۱۹۷۷ در سطح جهان تحقق یافته و در سال ۱۹۸۰، توسط سازمان جهانی بهداشت، اعلام گردیده و یا بیماری‌هایی نظیر هپاتیت B، پولیومیلیت ... و سرخک که به دلیل تک مخزنی بودن و دارا بودن واکسن موثر، کاندید ریشه‌کنی و محکوم به ناپدیدی می‌باشند.

از بیماری‌های نوپدید در ایران می‌توان به ایدز و عفونت ناشی از HIV اشاره کرد که در سال ۱۳۶۵ اولین مورد آن در یک کودک مبتلا به هموفیلی، به اثبات رسیده و هپاتیت E که اولین همه‌گیری آن در زمستان ۱۳۶۹ و بهار ۱۳۷۰ شمسی در کرمانشاه، اتفاق افتاد و بطور همزمان در فریدون شهر اصفهان نیز با وسعت خیلی محدودتری حادث گردیده و اولین همه‌گیری فاسیولیازیسی انسانی در غرب کشور که در سال ۱۳۷۹ در کرمانشاه و اولین همه‌گیری ارلیشبیوز انسانی استان مازندران که در سال ۱۳۸۲ رخ داده است و از آنجا که واژه نوپدیدی به ظهور سویه‌های مقاوم به دارو نیز اطلاق می‌گردد به همه‌گیری مقطعی و گذرای تب روده ناشی از سالمونلاهای مقاوم به چند دارو در سال‌های گذشته در سطح کشور و به موارد تویرکولوز مقاوم نیز اشاره نماییم. ضمناً موارد انگشت شماری از آنفلوآنزای پرندگان H5N1 هم در سطح کشور، رخ داده است ولی هیچ مورد ثابت شده‌ای از SARS یا MERS و یا ZIKA تا زمان نگارش این گفتار، در سطح کشور، وجود نداشته است.

از جمله بیماری‌های بازپدید کشور، می‌توان به همه‌گیری دیفتری و سالک، در استان خوزستان، تب پاپاتاسی در بین رزمندگان اعزامی از نقاط مختلف کشور به اطراف کرمانشاه طی دوران جنگ عراق با ایران ... و همه‌گیری فاسیولیازیسی استان گیلان که با ابتلاء حدود ده هزار نفر از ساکنین آن منطقه، بزرگترین اپیدمی ثبت شده بیماری در طول تاریخ پزشکی به حساب می‌آید! اشاره کرد.

از بیماری‌های ناپدید کشور، علاوه بر آبله که آخرین مورد آن در سال ۱۳۵۱ در شیراز رخ داده است،

می‌توان به **دراکونکولیا‌زیس**، اشاره کرد که براساس اعلام رسمی WHO در سال ۱۹۹۶ سال‌ها است که حتی یک مورد جدید آن گزارش نشده است و **جذام** که تعداد موارد آن در سال‌های اخیر به کمتر از یک مورد در هر ده هزار نفر جمعیت رسیده و طبق اعلام رسمی سازمان جهانی بهداشت، به سطح حذف، رسیده‌ایم و **هپاتیت B** و **پولیومیلیت** که طبق برنامه‌های سازمان جهانی بهداشت به سوی حذف و ریشه‌کنی آنها به پیش می‌رویم.

HIV/AIDS^{۲۱}

بیش از سه دهه از شناخت ویروس عامل ایدز یا HIV و نوپیدیدی بیماری ایدز می‌گذرد. جهانگیری ایدز یکی از بزرگ‌ترین چالش‌ها را در زندگی فردی و اجتماعی انسان به خصوص نوجوانان و جوانان تشکیل می‌دهد. در سطح جهان بالغ بر ۳۶ میلیون نفر از جمله بیش از دو میلیون کودک با آلودگی به این عفونت یا بیماری ویروسی، زندگی می‌کنند. طی ۱۵ سال گذشته مرگ و میر ناشی از ایدز در میان نوجوانان سه برابر شده است، به طوری که بیماری ایدز اولین عامل مرگ و میر نوجوانان در آفریقا و دومین علت فوت این رده سنی در سطح جهان به حساب می‌آید. اثرات سوء اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی ایدز بر جوامع بشری و به ویژه اثر بر سلامت انسان باعث شده است تا ایدز مورد توجه دانشمندان قرار گیرد. از این رو امروزه پیشرفت‌های زیادی در عرصه تشخیص و درمان این بیماری حاصل شده است.

چه خدماتی در رابطه با ویروس HIV در کشور وجود دارد؟

با وجود آن که در حال حاضر درمان قطعی که ویروس را از بین ببرد وجود ندارد، اما درمان‌های موجود می‌تواند از تبدیل عفونت به بیماری، جلوگیری کند و در واقع بیماری را تحت کنترل در آورده و باعث بهتر شدن کیفیت زندگی افراد مبتلا و افزایش طول عمر آنها شود. از سوی دیگر مصرف داروی ضد HIV در فرد مبتلا باعث کاهش مقدار ویروس در بدن وی شده و در صورت تداوم رفتارهای پرخطر مرتبط با ایدز، احتمال انتقال بیماری به طرف مقابل کاهش می‌یابد و همه‌گیری و گسترش بیماری را کنترل می‌کند. به علاوه مصرف داروی ضد HIV توسط مادر مبتلا باعث کاهش خطر انتقال ویروس در طی دوران بارداری و زایمان به نوزاد وی می‌شود. لذا درمان عفونت ناشی از HIV، کلید پیشگیری است. اگر افراد مبتلا به HIV، هر چه زودتر از ابتلای خود آگاه شوند، می‌توانند سریعتر از خدمات مراقبتی و درمانی مناسب استفاده کنند که این باعث می‌شود نه تنها طول عمر بیشتر و کیفیت زندگی بهتری داشته باشند، بلکه خطر انتقال بیماری از آنها به دیگران به خصوص همسر/ شریک جنسی نیز کم می‌شود. از این رو توصیه می‌شود افرادی که خود یا همسر/ شریک جنسی آنها سابقه رفتارهای پرخطر مرتبط با ایدز دارند (سابقه ارتباط جنسی محافظت نشده و بدون کاندوم، سابقه زندان، سابقه تزریق مواد با سرنگ و سوزن

مشترک)، افراد در مشاغلی که با خون و ترشحات مواجهه دارند، افرادی که به واسطه نوع شغل خود، مدت طولانی دور از منزل و خانواده هستند و همسر/ شریک جنسی آنها، با مراجعه به نزدیک‌ترین مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری محل سکونت خود با انجام "به موقع مشاوره و آزمایش HIV"، هر چه سریع‌تر از وضعیت ابتلای خود مطلع شوند تا بتوانند از خدمات درمانی و مراقبتی مناسب و به موقع در این مراکز بهره‌مند شوند. در این مراکز کلیه خدمات شامل آموزش، مشاوره، آزمایش HIV و وسایل پیشگیری از انتقال بیماری و داروی ضدویروس به صورت رایگان و با رعایت رازداری ارائه می‌شود. این مراکز تحت نظارت دانشگاه‌های علوم پزشکی در سراسر کشور فعالیت می‌نمایند.

HIV چگونه منتقل می‌گردد؟

این ویروس می‌تواند در خون، مایع منی، ترشحات واژن و شیر مادر یافت شود و به یکی از چهار طرق زیر ممکن است منتقل گردد:

از طریق تماس جنسی با فرد مبتلا

از مادر مبتلا به فرزندش (قبل از تولد یا در حین زایمان و یا از طریق شیردهی پس از تولد)

از طریق خون یا فرآورده‌های خونی آلوده (مانند انتقال خون و یا پیوند عضو)

از طریق استفاده از سوزن، سرنگ و دیگر وسایل تزریق آلوده به ویروس (مانند استفاده از سرنگ مشترک در معتادان تزریقی و یا در هنگام خالکوبی)

احتمال ابتلای فرد به عفونت HIV، بر حسب نوع مواجهه متفاوت می‌باشد. خطر عفونت در اثر انتقال خون آلوده، بسیار بیشتر از خطر عفونت در اثر فرو رفتن تصادفی سوزن آلوده است. برای کاهش خطر ابتلا، افراد باید در مورد نحوه انتقال آگاه گردند.

هم اکنون در سطح جهان، بیشتر موارد انتقال HIV، از طریق ارتباط جنسی محافظت نشده صورت می‌گیرد. درحالی که احتمال انتقال ویروس با یک بار تماس جنسی نسبتاً کم است ولی در تماس‌های جنسی مکرر، خطر ابتلا افزایش می‌یابد.

این ویروس می‌تواند از طریق خون و فرآورده‌های خونی آلوده، وسایل تزریق آلوده، استفاده‌ی مشترک از سرنگ‌های آلوده، وسایل جراحی استریل نشده، پیوند عضو از فرد مبتلا و یا استفاده از وسایل استریل نشده در خالکوبی، ختنه و یا سایر اعمال جراحی صورت پذیرد.

انتقال از مادر به فرزند، در زمان بارداری، زایمان و یا شیردهی ممکن است رخ دهد. در کشورهای در حال توسعه، احتمال انتقال ویروس HIV از مادر به فرزند ۲۵ تا ۴۰ درصد می‌باشد. در حین بارداری و زایمان عواملی همچون سلامت مادر، پارگی پرده‌های پوشاننده جفت و جنین، زایمان زودرس و خونریزی از جمله عواملی بوده که می‌توانند در عفونت فرزند دخیل باشند. اغلب نوزادانی که در حین زایمان آلوده می‌شوند، با خون مادر یا ترشحات دهانه رحم که حاوی ویروس بوده، مواجهه داشته‌اند. در صورتی که میزان بار ویروس در خون بالاتر باشد و یا اینکه مادر در مرحله بیماری ایدز قرار داشته باشد، احتمال انتقال از مادر به کودک افزایش می‌یابد. پس از زایمان، شیردهی مهمترین عامل انتقال بیماری محسوب می‌گردد. از روی ظاهر فرد نمی‌شود تشخیص داد که مبتلا به

HIV/AIDS است یا خیر. HIV در جریان رفتارهای پرخطر از فردی که مبتلا به این ویروس است به فرد دیگر قابل انتقال می‌باشد.

باید به خاطر داشت که HIV از طرق زیر منتقل نمی‌شود:

- ✓ دست دادن و صحبت با فرد مبتلا به عفونت HIV؛ بغل کردن یا بوسیدن فرد مبتلا؛
- ✓ نشستن کنار فرد مبتلا در محیط‌های عمومی مثل مدرسه یا محل کار؛
- ✓ خوردن و نوشیدن و یا استفاده از ظروف مشترک؛
- ✓ استفاده از تلفن عمومی؛
- ✓ تماس پوست سالم با مایعات و ترشحات بدن؛
- ✓ استفاده از توالت، حمام و استخر شنای عمومی؛
- ✓ گزش حشرات و نیش پشه
- ✓ عطسه و سرفه

شایع‌ترین راه ابتلا به ویروس در جهان، رفتار پرخطر و محافظت نشده جنسی است ولی در ایران شایع‌ترین راه ابتلا به ویروس HIV، هنوز در مجموع، استفاده از وسایل تزریق مشترک در بین مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر می‌باشد. بررسی مبتلایان در ایران نشان می‌دهد که در سال‌های اخیر، تعداد افرادی که به واسطه ارتباط جنسی محافظت نشده مبتلا شده‌اند، رو به افزایش است. مصرف مواد مخدر، الکل، مواد محرک و روان‌گردان شامل شیشه و قرص اکستازی قدرت تصمیم‌گیری فرد را برای پرهیز از رفتار پرخطر و محافظت نشده جنسی مختل می‌کند. پس مهم است که بدانیم ایدز یک بیماری ناشی از انجام رفتارهای پرخطر است. ایدز بیماری افراد یا گروه‌های خاصی از جمعیت نیست و هر فردی چه مرد و چه زن در هر سنی اگر رفتارهای پرخطر مرتبط با ایدز داشته و مراقب نباشد، می‌تواند به آن مبتلا شود.

راه‌های پیشگیری از ابتلای به ویروس HIV عبارتند از:

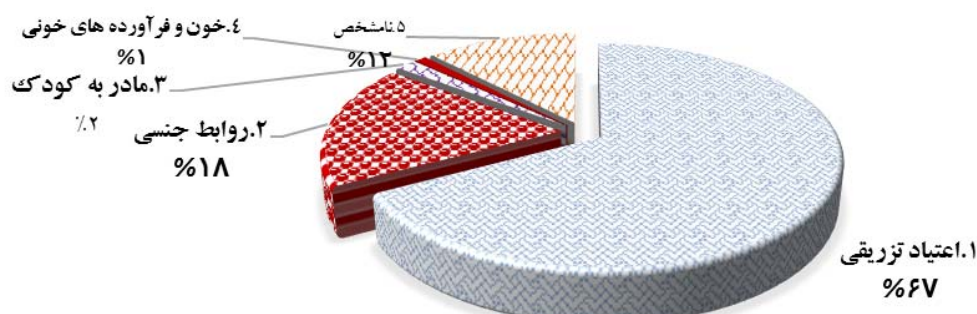
خویشتن‌داری و پرهیز از روابط جنسی در زمان مجرد و فاداری به همسر و پرهیز از روابط جنسی خارج از چارچوب خانواده به هنگام تاهل استفاده از کاندوم و داشتن روابط جنسی محافظت شده در تماس جنسی با افراد مبتلا، افراد در معرض خطر و افرادی که از وضعیت ابتلای آن‌ها اطلاع در دست نیست پرهیز از مصرف مواد مخدر، محرک و روان‌گردان عدم استفاده از وسایل تیز و برنده مشترک (از جمله سرنگ و سوزن و سایر وسایل تزریق، تیغ اصلاح، سوزن خالکوبی) ارائه مراقبت‌های لازم، تجویز داروهای ضد ویروس (ویروس HIV) در دوران بارداری و پرهیز از شیردهی در مادران مبتلا به منظور پیشگیری از ابتلای نوزاد باید همواره به یاد داشت "کاندوم" مهم‌ترین وسیله محافظت افراد از انتقال ویروس HIV در طی تماس جنسی است.

در جهان از سال ۱۹۸۰ تاکنون ۷۸ میلیون نفر به اچ آی وی مبتلا شده اند. مرگ ۳۹ میلیون نفر تاکنون گزارش شده است. ۷۵٪ موارد شناسایی شده اچ آی وی در سال ۲۰۱۳ در ۱۵ کشور زندگی می‌کردند. در سال ۲۰۱۴ در سطح جهان ۳۶/۹ میلیون مبتلا به ایدز بودند. ۲۲ میلیون نیازمند درمان بوده و ۱۷/۱ میلیون نفر مبتلا به عفونت هستند که از ابتلای خود بی اطلاعند.

براساس نظام جامع مدیریت داده‌های الکترونیک HIV کشور، تا تاریخ ۱۳۹۴/۱۰/۱ مجموعاً ۳۰۷۲۷ نفر مبتلا به اچ آی شناسایی، ثبت و گزارش شده است که ۸۵٪ آنان را مردان و ۱۵٪ را زنان تشکیل می‌دهند. ۵۵٪ موارد ثبت شده در گروه سنی ۲۱ تا ۳۵ سال هستند. براساس این نظام گزارش دهی از کل موارد شناخته شده تعداد ۷۵۵۳ نفر فوت شده‌اند و ۹۷۲۹ نفر نیز وارد مرحله ایدز شده‌اند.

علل ابتلا در بین کل مواردی که از سال ۱۳۶۵ تاکنون در کشور به ثبت رسیده‌اند به ترتیب، تزریق با وسایل مشترک در مصرف کنندگان مواد (۶۷ درصد)، رابطه جنسی (۱۸ درصد) و انتقال از مادر به کودک (۲ درصد) بوده است. راه انتقال در ۱۲٪ از این گروه نامشخص مانده است. لازم به ذکر است که راه انتقال ۱ درصد از این موارد مربوط به خون و فرآورده‌های خونی در سال‌های پیش از اجرای سیاست پالایش صد در صدی خون سالم توسط سازمان انتقال خون می‌باشد.

این در حالی است که الگوی انتقال و درصد ابتلای زنان و مردان در سال‌های اخیر تغییر کرده است به گونه‌ای که از کل موارد شناسایی و گزارش شده در نه ماه اول سال ۱۳۹۴ حدود ۳۴٪ موارد ثبت را زنان و ۶۶٪ آنها را مردان تشکیل می‌دهند و راه احتمالی انتقال در ۳۹٪ موارد اعتیاد تزریقی، ۴۱٪ روابط جنسی، ۴٪ مادر به



نمودار ۱ - وضعیت انتقال ویروس HIV

کودک و در ۱۶٪ راه احتمالی ابتلا بیان نشده است. ضمناً هیچ مورد ابتلا جدیدی از طریق خون و فرآورده‌های خونی، ثبت نشده است.

کنترل بیماری‌های غیرواگیر

بیماری‌های مزمن و غیرواگیر، اصلی‌ترین عوامل مرگ و میر و ناتوانی در دنیای امروز به شمار می‌روند. عبارت بیماری‌های غیرواگیر به مجموعه‌ای از بیماری‌ها اطلاق می‌شود که اساساً توسط یک عفونت حاد ایجاد

نمی‌شوند، اثرات مرتبط با آنها دراز مدت بوده، و عموماً نیاز به درمان و مراقبت طولانی مدت دارند. عمده این بیماریها عبارتند از انواع سرطانها، بیماریهای قلبی - عروقی، دیابت و بیماریهای مزمن دستگاه تنفسی. بیماریهای مزمن و غیرواگیر، تنها به عوامل فوق الذکر محدود نشده و میتوانند موارد دیگری همچون سوانح و حوادث، و اختلالات روحی روانی را نیز شامل شوند. با تصور طیف وسیع بیماریهای غیرواگیر و گستردگی این شرایط اهمیت توجه به این دسته از انواع بیماریها دوچندان میشود. بسیاری از بیماریهای غیرواگیر میتوانند با کنترل عوامل خطری همچون مصرف دخانیات، مصرف الکل، عدم فعالیت جسمی کافی، و رژیمهای غذایی نامناسب، پیشگیری و کنترل شوند.

شیوع و بروز چشمگیر بیماریهای غیرواگیر خصوصاً در دهه‌های اخیر سبب بروز نگرانی‌هایی در سیستم‌های سلامت کشورهای جهان و دست اندرکاران نظام سلامت در دنیا شده است. سازمان ملل متحد و سازمان جهانی بهداشت از جمله ارگان‌هایی هستند که تاکنون برنامه‌های مدونی برای پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر در جهان تنظیم کرده و در جهت ارتقاء سلامت در این بخش در تلاش هستند. در مجموع، میتوان چنین نتیجه گرفت که بحث بیماریهای غیرواگیر، محدود به یک کشور یا یک منطقه نبوده و معضلی است که نظام سلامت همه کشورهای جهان با آن دست به گریبان هستند.

چنین برآورد می‌شود که بیماریهای غیرواگیر، سالانه سبب ۳۵ میلیون مورد مرگ در دنیا میشوند. که این رقم چیزی در حدود ۶۰ درصد از کل مرگ‌ها در سطح جهان را شامل میشود. از آمار یادشده چیزی در حدود ۸۰ درصد آن در کشورهای در حال توسعه، اتفاق می‌افتد که این امر نیاز به توجه بیش از پیش به مقوله بیماریهای غیرواگیر را در کشورهای در حال توسعه و خصوصاً کشور ما دوچندان میکند. در حال حاضر، بیماریهای غیرواگیر مسوول بیش از ۵۳٪ بار بیماریها در سراسر جهان هستند و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۲۰ این عوامل سبب ۶۰٪ کل بار بیماریها و ۷۳٪ تمام موارد مرگ شوند که از این میزان مرگ، ۸۰٪ آنها در کشورهای در حال توسعه رخ می‌دهد. در این میان، بیش از ۷۶٪ کل بار بیماریها در ایران به بیماریهای غیرواگیر، اختصاص دارد. پایه پیشگیری از بیماریهای غیرواگیر، شناسایی عوامل خطر اولیه و عمده آنها و پیشگیری و کنترل این عوامل است که هدف از این کار، جلوگیری از وقوع همه‌گیریها و همچنین، کنترل آنها تا حد امکان، در محل بروز است.

چهار عامل خطر رفتاری مصرف سیگار (مصرف روزانه سیگار ۱۰/۹۱ درصد - گزارش سال ۱۳۹۰)، الکل، غذای ناسالم (۸۸/۱۵ درصد افراد کمتر از ۵ واحد میوه یا سبزی در روز مصرف می‌کنند - گزارش سال ۱۳۹۰) و کم تحرکی (۴۰/۱۲ درصد از افراد، فعالیت جسمانی کمی دارند- گزارش سال ۱۳۹۰)، و چهار عامل خطر بیولوژیک قند (درصد افراد با قندخون بالا ۷۹- گزارش سال ۱۳۹۰) و چربی خون بالا (درصد افراد با کلسترول خون بالا ۲۸/۴۳)، اضافه وزن (درصد افراد چاق ۱۶/۸۴) و فشار خون بالا، عوامل چهار بیماری‌کننده هستند.

استراتژی جهانی سازمان جهانی بهداشت کنترل تنها چهار بیماری غیرواگیر را در اولویت قرار میدهد که این چهار بیماری عبارتند از: ۱ - بیماریهای قلبی - عروقی، ۲ - انواع سرطانها، ۳ - دیابت و چاقی و ۴ - بیماریهای تنفسی مزمن. با این حال باید در نظر داشت که این اولویت بندی، نباید اذهان سیاستگذاران حوزه را از سایر بیماریهای مزمن و غیرواگیری همچون اختلالات روانی، بیماریهای اسکلتی - عضلانی، بیماریهای دهان و دندان و سوانح و حوادث، دور کند.

با گذشت زمان، افراد در معرض عوامل محیطی و اجتماعی متعددی قرار میگیرند که آنها را در نهایت به سوی شیوه زندگی ناسالم و غیر ایمن سوق میدهند. اگرچه کنترل عوامل خطر همچون مصرف دخانیات، عدم فعالیت بدنی مناسب، رژیم غذایی نامناسب و ... میتواند نقش بسزایی در پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر ایفا کند، اما در این بین نباید از نقش مداخلاتی همچون فعالیتهای مرتبط با ارتقای سطح دانش افراد جامعه و تغییر نگرش آنان نسبت به عوامل خطر غافل شد. از آنجایی که بخش اعظم بار بیماریها در کشور ما به بیماریهای غیرواگیر مربوط میشود، باید در نظر داشت که پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر میتواند یکی از موثرترین راهکارها جهت کاهش بار بیماریهایی باشد که به نظام سلامت کشور تحمیل میشوند.

یکی از دلایل این افزایش میتواند افزایش امیدزندگی در بسیاری از کشورها باشد که در نتیجه آن شمار افراد مسن و در نتیجه احتمال ابتلا به انواع بیماریهای غیرواگیر و مزمن بیشتر میشود. دلیل دیگر آن است که الگوهای زندگی و رفتاری مردم به سرعت دگرگون میشود و این دگرگونی، فرد را مستعد ابتلا به انواع بیماریهای غیرواگیر میکند.

تقریباً سه چهارم مرگ و میرهای ناشی از بیماریهای غیرواگیر (۲۸ میلیون نفر) در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط رخ میدهد. شانزده میلیون مرگ ناشی از بیماریهای غیرواگیر قبل از سن ۷۰ سالگی رخ میدهد؛ ۸۲ درصد از این مرگ و میرهای "زودرس" مربوط به کشورهای کم درآمد و متوسط است. عمده ترین دلیل مرگ و میر ناشی از بیماریهای غیرواگیر بیماریهای قلبی-عروقی محسوب میشوند که عامل ۱۷/۵ میلیون مرگ در سال هستند، و پس از آنها، سرطان (۸/۲ میلیون)، بیماریهای تنفسی (۴ میلیون)، و دیابت (۱/۵ میلیون) قرار دارند. این چهار گروه از بیماریها، عامل ۸۲٪ از کل مرگ و میرهای ناشی از بیماریهای غیرواگیر محسوب میشوند. مصرف دخانیات، عدم فعالیت بدنی، مصرف الکل، و رژیم غذایی ناسالم همگی خطر مرگ ناشی از بیماریهای غیرواگیر را افزایش میدهند.

تحت رهبری سازمان جهانی بهداشت، بیش از ۱۹۰ کشور در سال ۲۰۱۱ بر روی مکانیسمهای جهانی کاهش بار بیماریهای غیرواگیر قابل اجتناب از جمله بر روی برنامه «اقدام جهانی برای پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر ۲۰۱۳-۲۰۲۵» توافق کردند. این برنامه به دنبال این است که تا سال ۲۰۲۵ تعداد مرگ و میرهای زودرس ناشی از بیماریهای غیرواگیر را از طریق ۹ هدف داوطلبانه جهانی به میزان ۲۵٪ کاهش دهد. این ۹ هدف هر کدام بر روی بخشی از عواملی مانند مصرف دخانیات، سوء مصرف الکل، رژیم غذایی ناسالم و عدم فعالیت فیزیکی، تمرکز می نمایند که این عوامل، خطر بروز این بیماریها در میان افراد را افزایش میدهند.

اهداف ۹ گانه سازمان جهانی بهداشت به شرح زیر هستند:

- کاهش ۲۵٪ از خطر مرگهای زودرس ناشی از بیماریهای غیرواگیر (قلب و عروق، سرطان، دیابت، بیماریهای مزمن تنفسی)
- کاهش ۲۰٪ از میزان تحرک بدنی ناکافی
- کاهش ۱۰٪ از مصرف الکل
- کاهش ۳۰٪ از میزان مصرف نمک سدیم

- کاهش ۳۰٪ از شیوع استعمال دخانیات
- کاهش ۲۵٪ از شیوع پرفشاری خون
- جلوگیری از افزایش بیشتر چاقی و دیابت جمعیت
- دسترسی ۱۰۰٪ جمعیت به داروهای مناسب و فناوری‌های پایه و ضروری برای درمان بیماریهای غیرواگیر
- دسترسی حد اقل ۷۰٪ به دارو و مشاوره لازم برای پیشگیری از بیماریهای قلبی عروقی و حملات عروقی مغزی.

بر همین اساس و در راستای نیل به اهداف فوق، تفاهم نامه‌هایی بین عالی‌ترین مقامات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر دستگاه‌ها و سازمان‌های ذیربط برای اجرای اقدامات سلامت محور با هدف پیشگیری و ارتقای مداخلات کنترلی بیماریهای غیرواگیر مبادله می‌گردد.

این برنامه یک منو از «بهترین گزینه‌ها» و یا مداخلات با تاثیر بالا و مقرون به صرفه را ارائه مینماید که این گزینه‌ها اهداف جهانی داوطلبانه ۹ گانه را محقق می‌سازند. بعضی از گزینه‌ها عبارتند از ممنوعیت تمام اشکال تبلیغات تنباکو و مشروبات الکلی، جایگزینی چربیهای ترانس با چربیهای اشباع نشده، ترویج و حمایت از تغذیه با شیر مادر و جلوگیری از سرطان دهانه رحم از طریق غربالگری.

در سال ۲۰۱۵، کشورها شروع به تنظیم اهداف ملی نموده و میزان پیشرفت خود را در مقایسه با مقادیر پایه سال ۲۰۱۰ می‌سنجند، که این مقادیر پایه در «گزارش وضعیت جهانی بیماریهای غیرواگیر ۲۰۱۴» آمده است. مجمع عمومی سازمان ملل، سومین نشست مقامات ارشد در خصوص بیماریهای غیرواگیر را در سال ۲۰۱۸ برگزار مینماید تا میزان پیشرفت ملل در رسیدن به اهداف داوطلبانه جهانی تا سال ۲۰۲۵ را ارزیابی نماید.

درحال حاضر بیماری ایسکمیک قلبی، درد کمر، سوانح جاده‌ای، اختلال افسردگی ماژور و سکتة مغزی دارای بیشترین بار در سال ۲۰۱۰ در ایران بوده اند که این الگو بیش از آن که شبیه الگوی بیماری‌ها در کشورهای در حال توسعه باشد؛ به الگوی بیماری‌ها در کشورهای توسعه یافته شباهت دارد.

بیماریهای قلبی عروقی، اولین عامل مرگ در سراسر جهان هستند و سالانه، افراد بسیاری در اثر ابتلا به این بیماری‌ها جان خود را از دست می‌دهند. در سال ۲۰۱۲، حدود ۱۷/۵ میلیون نفر در اثر ابتلا به این بیماری فوت کرده‌اند که ۳۱٪ تمامی مرگ‌ها در جهان را شامل میشوند. از این میزان مرگ، ۷/۴ میلیون نفر به دلیل بیماری کرونری قلب و ۷/۶ میلیون نفر در اثر سکتة مغزی، تلف شده‌اند. سه چهارم مرگ‌های ناشی از بیماری کرونری قلب در کشورهای با درآمد کم تا متوسط رخ میدهد.

۱۶ میلیون مرگ زیر ۷۰ سال ناشی از بیماریهای غیرواگیر بوده است که ۸۲٪ آنها در کشورهای با درآمد کم و متوسط روی داده و ۳۷٪ آنها به دلیل بیماریهای قلبی عروقی بوده است.

براساس آمارهای موجود بیشترین میزان مرگ و میر در سال ۲۰۱۰ به واسطه عوامل خطر مربوط به عوامل تغذیه‌ای رخ داده است. در بحث عوامل خطر تغذیه‌ای و کمبود یا عدم فعالیت فیزیکی؛ ایران در مقایسه با متوسط جهانی از وضعیت نامساعد تری برخوردار است. در مقایسه با متوسط جهانی، عوامل خطری همچون مصرف سیگار و توتون در وضعیت بهتری قرار دارند. عوامل خطری همچون کمبود یا عدم فعالیت فیزیکی و مصرف سیگار روندی کاهشی در دنیا و نیز در ایران از خود نشان می‌دهند.

در حال حاضر اهمیت توجه به بیماریهای غیرواگیر در دنیا و به خصوص در کشورهای در حال توسعه بیش از پیش نمایان بوده و کشور ما نیز از این قاعده مستثنی نیست. ضرورت توجه همه جانبه به بیماریهای غیرواگیر مسئولان امر را بر آن داشته تا با تشکیل کمیته‌ای ملی با عنوان «کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر جمهوری اسلامی ایران» با تمرکز بر بحث بیماریهای غیرواگیر در جهت پیشگیری و کنترل هرچه بیشتر این دسته از بیماریها و عوامل خطر مرتبط با آنها تلاش کرده و فعالیتهای موجود در این زمینه را به نحو مقتضی جهت دهد. این کمیته؛ مجموعه‌ای متشکل از خبرگان نظام سلامت کشور در حوزه بیماریهای غیرواگیر است. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور با تکیه بر دانش نیروهای متخصص خود در معاونتهای مختلف از خردادماه سال ۱۳۹۴ اقدام به تهیه و تدوین سند ملی پیشگیری و کنترل بیماریهای غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران نموده است که در چارچوب اهداف نه گانه پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت و با هدف کنترل بیماریهای غیرواگیر و مرگ و میر ناشی از این بیماریها و کاهش بار بیماریها تا سال ۲۰۲۵ میلادی، تهیه شده است. این سند، اهداف دیگری را نیز با توجه به اولویتهای موجود کشور در بحث بیماریهای غیرواگیر، تعریف نموده است. نسخه اول این سند در نشست کمیته فنی دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت در بیروت مورد بحث و بررسی قرار گرفته و براساس نظرات کارشناسان، اصلاح شده است. این سند در شورایی عالی سلامت و امنیت غذایی کشور به تصویب و توسط ریاست محترم جمهوری، جهت اجرا ابلاغ شده است و کنترل در چهار شهرستان به صورت پایلوت تحت عنوان "ایراپن" در دست اجرا می‌باشد.

اهداف نه گانه در ایران بر مبنای اهداف سازمان جهانی بهداشت عبارتند از:

۱. کاهش ۲۵٪ از خطر مرگهای زودرس ناشی از بیماریهای غیرواگیر (قلب و عروق، سرطان، دیابت، بیماریهای مزمن تنفسی)
۲. کاهش ۱۰٪ از میزان تحرک بدنی ناکافی
۳. کاهش ۱۰٪ از مصرف الکل
۴. کاهش ۳۰٪ از میزان مصرف نمک سدیم
۵. کاهش ۳۰٪ از شیوع استعمال دخانیات
۶. کاهش ۲۵٪ از شیوع پرفشاری خون
۷. جلوگیری از افزایش بیشتر چاقی و دیابت
۸. دسترسی ۸۰٪ جمعیت به داروهای مناسب و فناوریهای پایه و ضروری برای درمان بیماریهای غیرواگیر
۹. دسترسی حد اقل ۷۰٪ به دارو و مشاوره لازم برای پیشگیری از بیماریهای قلبی عروقی و حملات عروقی مغزی

اهداف الحاقی در ایران عبارتند از:

۱. رساندن میزان اسیدهای چرب ترانس در روغنهای خوراکی و مواد غذایی در حد صفر
۲. کاهش نسبی ۲۰٪ در مرگ و میر ناشی از تصادفات جاده ای
۳. کاهش نسبی ۲۰٪ در میزان مرگ و میر ناشی از مصرف مواد مخدر

۴. افزایش دسترسی ۲۰٪ بیماران روانی به درمان بیماری‌های روانی
تحلیلی بر اهداف نه گانه سازمان جهانی بهداشت و امکان دستیابی به آن در جمعیت کشور جمهوری اسلامی ایران:

تعداد موارد مرگ به دلیل بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها، دیابت و بیماری‌های مزمن تنفسی در هر دو جنس و در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال و در سال ۲۰۱۰ برابر ۷۵۱۵۰ مرگ است. براساس نرخ رشد سال ۲۰۰۶ نسبت به سال ۱۹۹۶ و ۱۹۸۶ به ترتیب تعداد ۱۰۷۶۰۲ و ۱۰۳۲۳۹ مرگ به دلیل بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان‌ها، دیابت و بیماری‌های مزمن تنفسی در گروه سنی ۳۰ تا ۷۰ سال در سال ۲۰۲۵ رخ خواهد داد. در صورت ۱۰۰ درصد اجرایی شدن تمامی اهداف ۲ تا ۹، تعداد ۲۰۴۷۵ مورد مرگ، کاهش پیدا خواهد کرد.

کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران، برنامه راهبردی کشور جمهوری اسلامی ایران برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط است که به مدت ۱۰ سال (تا سال ۲۰۲۵)، راهبردهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط مشخص میکنند. برای اجرای برنامه مذکور، کمیته‌ای با نام کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر تشکیل شده است که برای اجرای وظایف قانونی وزارت بهداشت و با هدف یکپارچگی در سیاستگذاری، برنامه ریزی و نظارت بر تمامی فعالیت‌ها در زمینه بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران تشکیل شده است.

تشکیل این کمیته مطابق با وظایف وزارت بهداشت است. کمیته ملی، یک کمیته سیاستگذاری، نظارتی، علمی و برنامه ریزی است که دارای زیرکمیته‌های لازم برای اجرای وظایف خود می‌باشد و در تمام زمینه‌های کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط فعالیت میکند و به عنوان مرجع تصمیم‌گیری وزارت بهداشت در این مورد در نظر گرفته میشود. به دلیل اهمیت این گروه از بیماری‌ها و با توجه به تعهد بین‌المللی جمهوری اسلامی ایران به اقدام برای کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط در کشور، این کمیته با ریاست وزیر محترم بهداشت و درمان شکل گرفته است. کمیته مزبور، با کمک تجربه‌های ارزشمند جهانی و نیازهای واقعی کشور در حوزه بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط، سند ملی کنترل بیماری‌های غیرواگیر را که عمدتاً ناظر بر سیاست‌های کلان و راهبردهای اصلی کنترل بیماری‌های غیرواگیر و در عین حال ناظر بر حسن اجرای برنامه‌ها و راهبردها و سیاست‌های درون و برون بخشی است تدوین نموده است. اهداف کمیته باید براساس شرایط و منابع موجود در کشور تعریف شده و به سوی آنها گام برداشته. برنامه پزشک خانواده و ادغام آموزش پزشکی با بخش بهداشت و درمان در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور از جمله فرصت‌های موجود سیستم بهداشت و درمان کشور برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در ایران به شمار می‌روند. در کل باید این نکته را در نظر داشت که:

اهداف سازمان‌های جهانی باید برای شرایط بومی کشورهای مختلف به شکل جداگانه تعریف شوند؛

رسیدن به تمامی اهداف سازمان جهانی بهداشت بسیار خوشبینانه به نظر میرسد؛

حتی با انجام تمام پیشنهادات سازمان جهانی بهداشت کاهش میزان مرگ و میر کمتر از میزان قابل انتظار این

سازمان خواهد بود.

بیماری‌های روانی

شیوع بیماری‌های روانپزشکی نیز مشابه سایر کشورهای جهان رو به افزایش است. براساس پیمایش ملی سلامت روان، در سال ۱۳۹۰، ۲۳/۶ درصد افراد بالای ۱۵ سال در کشور مبتلا به یک یا چند اختلال روانپزشکی هستند که البته حدود یک سوم آنها شدید می‌باشند. شایع‌ترین اختلال، شامل افسردگی احساسی با شیوع ۱۲/۷ درصد می‌باشد که در خانم‌ها دو برابر آقایان است.

تغییرات جمعیتی

ایران همچون بسیاری از کشورهای دنیا، پس از جنگ جهانی دوم مراحل انتقال جمعیتی را با کاهش اساسی و مستمر مرگ و میر آغاز کرد، اما در فاصله سال‌های ۱۳۳۰ تا ۱۳۶۰ با رشد بی سابقه و شتابان جمعیت مواجه شد، به گونه‌ای که معدل رشد سالانه جمعیت در این چهار دهه به رقمی حدود سه درصد رسید. رشد سالانه سه درصد سبب شد، جمعیت ایران از رقمی کمتر از نوزده میلیون نفر در سال ۱۳۳۵، به رقمی نزدیک به پنجاه میلیون نفر در سال ۱۳۶۵ برسد و در سال ۱۳۹۰ به حدود ۷۵ میلیون نفر افزایش یابد. پیشرفت بهداشت و گسترش آن و به تبع آن کاهش میزان‌های مرگ و میر، به ویژه در نوزادان و اطفال، نقشی اساسی و تعیین کننده در شتاب رشد جمعیت ایران داشته است. روند رشد جمعیت ایران از گذشته تا به حال نشان می‌دهد که متوسط میزان رشد سالانه جمعیت در دهه ۱۳۳۵-۱۳۴۵ برابر با ۳/۱ درصد در سال بوده است؛ لیکن در دهه پس از آن، یعنی در فاصله سال‌های ۱۳۴۵-۱۳۴۵ با کاهش، رو به رو شده و میزان رشد جمعیت ایران به ۲/۷۱ درصد در سال رسیده است. در دهه ۱۳۴۵-۱۳۵۵ به سبب تحولات سیاسی - اجتماعی این دهه، رشد جمعیت کشور افزایش یافت و به ۳/۹ درصد در سال رسید. در سال ۱۳۶۰ TFR حدود ۷ و در سال ۱۳۸۰ به ۳/۱ کاهش یافت و در سال ۱۳۹۰ به ۱/۸ فرزند رسیده است. در این دهه، نرخ رشد جمعیت از ۳/۹ درصد در دهه ۱۳۶۵-۱۳۵۵ به ۱/۹۶ درصد در دهه ۱۳۷۵-۱۳۶۵ کاهش یافت و در دهه ۱۳۷۵-۱۳۸۵ به نرخ رشد ۱/۶۱ درصد و در دهه ۱۳۸۵-۱۳۹۰ به حدود ۱/۲۹ درصد رسید. تجزیه و تحلیل‌های جمعیت شناختی نشان می‌دهد که کشور ایران پس از تجربه کاهش باروری، وارد مرحله جدیدی در تغییرات جمعیتی شده است (مشفق، ۱۳۹۱)، اکنون کشور در بهترین ایام جمعیت یا در دوران پنجره جمعیت است. ۷۰٪ جمعیت در سنین ۱۵ تا ۶۴ سال و یک سوم در سنین ۱۵-۲۹ سال زندگیشان را می‌گذرانند. ۱۰ سال از این دوران گذشته و ۳-۴ دهه دیگر باقی مانده است اگر سرمایه گذاری و استقبال انجام نشود این فرصت به تهدید جمعیتی تبدیل خواهد شد. اکنون سالانه بالای یک میلیون به جمعیت کشور، افزوده می‌شود این در حالی است که سن ازدواج بالا رفته و موارد طلاق در کشور رو به افزایش است. همچنین با ازدیاد تعداد خانوارهای تک فرزندی ضرورت دارد سیاست‌های جمعیتی ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری هرچه زودتر عملیاتی شود تا در یک برنامه اغنایی جوانان در سن ازدواج، خانواده تشکیل دهند و ضمن سازگاری پایدار در خانواده فرزند آوری در کشور ترویج پیدا کند.

یکی از مهمترین وجوه گذار جمعیتی، گذار باروری است. در حال حاضر کشورها از نظر وضعیت گذار

باروری به چهار دسته تقسیم میشوند:

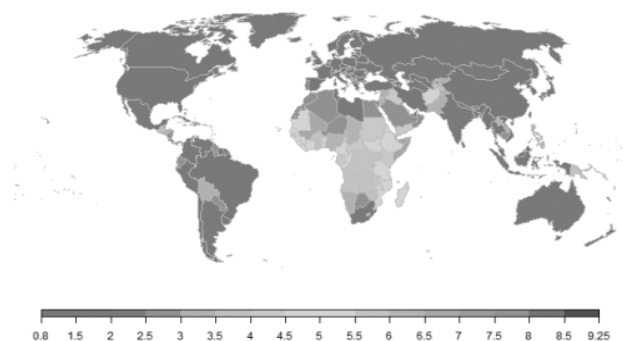
الف) کشورهای با باروری خیلی پایین: این گروه کشورها، سطح باروری کلشان کمتر از ۱/۵ است. همانطور که نقشه باروری جهان در سال ۲۰۱۲ نشان میدهد، کشورهای اروپایی و برخی کشورهای آسیایی همچون ژاپن و کره جنوبی در چنین وضعیتی قرار دارند.

ب) کشورهای با باروری پایین: این دسته از کشورها، سطح باروری کلشان کمتر از ۲/۱ است. همانطور که نقشه باروری جهان در سال ۲۰۱۲ نشان میدهد کشورهای امریکای شمالی، برخی کشورهای امریکای جنوبی، روسیه، چین و ایران در چنین وضعیتی قرار دارند.

ج) کشورهای با باروری متوسط: این کشورها سطح باروریشان میان ۲/۱ تا ۳ است. برخی کشورهای شمال آفریقا مثل مراکش، الجزایر و برخی کشورهای امریکای جنوبی در چنین وضعیتی هستند.

د) کشورهای با باروری بالا: این دسته از کشورها سطح باروریشان بالاست و در حال حاضر برخی از این کشور که عمدتاً در قاره آفریقا قرار دارند، هنوز در مراحل اولیه گذار باروری هستند. کشورهایی چون نیجر، مالی و چاد، سطح باروری بالایی دارند.

2010-2015 median total fertility projection



Source: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013): World Population Prospects: The 2012 Revision. New York

نقشه ۱- سطوح میزان باروری کل در جهان در سال ۲۰۱۲

اگر وضعیت جمعیتی کشورهای مختلف دنیا به لحاظ وضعیت انتقال باروری و ساختار سنی، مشاهده کنیم خواهیم دید که بیشتر کشورهای توسعه یافته مراحل انتقال جمعیتی را طی نموده‌اند یعنی باروری شان به سطح حداقل ۱/۶-۱/۱ رسیده و نیز رشد جمعیت آنها به طرف صفر و حتی رشد منفی، میل نموده است. به عبارتی موازنه جمعیتی در این کشورها به هم خورده است (جدول ۱۰).

این وضعیت از یک سو ناشی از اعمال برخی از سیاست‌های تعدیل رشد جمعیت و از سوی دیگر ناشی از وقوع برخی تغییرات اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در فرآیند تحول تاریخی این کشورها بوده است. به هم خوردن موازنه جمعیتی در این کشورها برخی از پیامدهای منفی جمعیتی را به دنبال داشته است.

جدول ۱۰- تقسیم بندی کشورها براساس مراحل مختلف انتقال جمعیت براساس میزان تقریبی باروری کل و میانه سنی جمعیت

مرحله	میزان باروری کل	میانه سنی
مرحله اول انتقال (برخی از کشورهای افریقایی: نیجر، سومالی، اوگاندا و ...)	۸-۶/۸	۲۲-۱۵
مرحله دوم (پاکستان؛ عمان، بوتان و ...)	۷-۶/۷	۲۷-۲۳
مرحله سوم (مصر، نیکاراگوئه، مراکش و ...)	۹-۴/۳	۳۲-۲۸
مرحله چهارم (ازبکستان، پرو، سری لانکا و ...)	۹-۲/۲	۳۷-۳۳
مرحله سقوط جمعیتی (تونسی، روسیه، آلمان، ایتالیا، اسپانیا و ...)	۶۹-۱/۱	۵۴-۳۸

امنیت و تغذیه

در حال حاضر کشورهای جهان و ایران دوران گذار اپیدمیولوژیک تغذیه را طی می‌کنند. به طوری که از یک طرف سوءتغذیه پروتئین انرژی در کودکان زیر ۵ سال و کمبود ریزمغذی‌ها بویژه کمبود آهن، روی، ید و ویتامین در گروه‌های سنی مختلف شایع است و از سوی دیگر سوءتغذیه ناشی از اضافه دریافت انرژی به صورت اضافه وزن و چاقی در همه گروه‌های سنی، روندی رو به افزایشی دارد. اضافه وزن و چاقی با پیامدهای زیانبار ناشی از آن از جمله افزایش خطر ابتلا به دیابت، بیماری‌های قلبی عروقی و انواع سرطانها از مهمترین مشکلات سلامت به شمار می‌رود.

براساس آخرین آمار منتشره سازمان جهانی بهداشت و سایر سازمان‌های بین المللی، در سال ۲۰۱۱ میلادی، ۲۶ درصد کودکان زیر ۵ سال دچار کوتاه قدی تغذیه‌ای متوسط و شدید، ۱۶ درصد کودکان دچار کم وزنی متوسط و شدید و ۸ درصد کودکان جهان مبتلا به لاغری بوده‌اند. در ایران شیوع سوءتغذیه براساس شاخص وزن برای سن (کم وزنی)، قد برای سن (کوتاه قدی) و وزن برای قد (لاغری) به ترتیب ۴/۰۸ درصد، ۶/۸ درصد و ۴ درصد می‌باشد. مطالعات انجام شده طی دو دهه حاکی از کاهش بیش از ۵۰ درصدی کم وزنی، کوتاه قدی و لاغری در کودکان کشور می‌باشد. در عین حال باید توجه داشت که هم چنان در مناطق محروم کشور درصد بالایی از کودکان، دچار سوءتغذیه پروتئین انرژی هستند.

شیوع اضافه وزن و چاقی در کودکان، روندی افزایشی نشان می‌دهد. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۰ بیش از ۴۲ میلیون نفر کودک زیر پنج سال در جهان دارای اضافه وزن بوده که نزدیک به ۳۵ میلیون نفر از این تعداد در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کردند. شیوع جهانی اضافه وزن و چاقی دوران کودکی از ۴/۲ درصد در سال ۱۹۹۰ به ۶/۷ درصد در سال ۲۰۱۰ افزایش یافته است، که انتظار می‌رود این روند تا سال ۲۰۲۰ به ۹/۱ درصد (معادل ۶۰ میلیون نفر) برسد. در ایران نیز شیوع اضافه وزن و چاقی در کودکان زیر ۵ سال روندی افزایشی نشان داده است.

نتایج بررسی کشوری، حاکی از آن است که ۴/۵ درصد کودکان زیر ۵ سال روستایی و ۳/۹ درصد کودکان شهری در سال ۱۳۷۷ دچار اضافه وزن یا چاقی بوده‌اند و در سال ۱۳۸۷ این ارقام در مناطق روستایی و شهری به ۶/۵ درصد و ۷/۱ درصد افزایش یافته است. اطلاعات موجود حاکی از آن است که حدود ۲۰ درصد دانش آموزان کشور نیز دچار اضافه وزن و چاقی هستند.

نتایج دومین بررسی ملی وضعیت ریزمغذی‌ها در سال ۱۳۹۱ نشان داده است که در حدود ۱۷٪ کودکان ۲۳-۱۵ ماهه دچار کم خونی و ۱۰/۵٪ دچار کمبود آهن بودند و در مقایسه با سال ۱۳۸۰ شیوع کم خونی و کمبود آهن در کودکان این گروه سنی حدود ۵۰ درصد کاهش یافته است. شیوع کمبود روی در کودکان این گروه سنی در حدود ۱۹٪ و بدون تغییر باقی مانده است. کمبود ویتامین D در کودکان زیر ۲ سال از حدود ۳/۷ درصد در سال ۱۳۸۰ به حدود ۲۳ درصد در سال ۱۳۹۱ افزایش یافته است.

شیوع کم خونی در کودکان ۶ ساله از ۱۸/۲ درصد در سال ۱۳۸۰ به ۱۱/۳ درصد در سال ۱۳۹۱ کاهش یافته است. برخلاف گروه سنی ۲۳-۱۵ ماهه، وضعیت کمبود روی در طی این سال‌ها در کودکان ۶ ساله بهبود یافته و از ۳۱ درصد به ۱۳/۴ درصد کاهش یافته است. هم‌چنین کمبود روی در نوجوانان ۲۰-۱۴ ساله کشور از ۲۸ درصد به حدود ۱۱ درصد کاهش یافته و در مادران باردار نیز کمبود روی از حدود ۴۰ درصد در سال ۱۳۸۰ به ۲۸ درصد در سال ۱۳۹۱ کاهش یافته است. اجرای برنامه ملی غنی‌سازی آرد با آهن و اسید فولیک، مکمل‌یاری آهن مادران باردار، کودکان زیر ۲ سال و آهن‌یاری هفتگی دختران دبیرستانی و برنامه‌های مدون آموزشی برای کارکنان بهداشتی درمانی و بسیج‌های آموزش همگانی تغذیه در بهبود روند ریزمغذی‌ها در کشور نقش عمده‌ای داشته است.

کمبود ویتامین D در حال حاضر از مشکلات شایع بشمار می‌رود. به طوری که شیوع کمبود ویتامین D از حدود ۲۴ درصد در کودکان ۵۱-۲۳ ماهه تا ۸۶ درصد در مادران باردار متغیر است. در مدت ده سال کمبود ویتامین D در کشور ۱۰ برابر شده است، مکمل‌یاری با مکمل ۵۰ هزار واحدی ویتامین D برای دختران و پسران دبیرستانی، غنی‌سازی شیر مدرسه با ویتامین D، مکمل‌یاری میانسالان و سالمندان با مکمل ۵۰ هزار واحدی ویتامین D از سال ۱۳۹۳ از طریق شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور به مورد اجرا گذاشته شده است. اصلاح برنامه مکمل‌یاری نوزادان از ۱۵ روزگی به ۳-۵ روزگی هم‌چنین غنی‌سازی آرد با ویتامین D علاوه بر آهن و اسید فولیک از دیگر راهکارهایی است که به منظور پیشگیری و کنترل کمبود این ویتامین در نظر گرفته شده است.

کمبود ید و اختلالات ناشی از آن که از مشکلات تغذیه‌ای شایع در سطح کشور بوده است، با افزودن ید به نمک‌های خوراکی به میزان قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته است به طوری که شیوع گواتر از ۶۸ درصد در سال ۱۳۶۸ به ۵/۷ درصد در سال ۱۳۸۶ کاهش یافت و کشور ایران از سوی سازمان جهانی بهداشت به عنوان تنها کشور عاری از کمبود ید در منطقه مدیترانه شرقی معرفی گردیده است. آخرین بررسی ملی انجام شده در سال ۱۳۹۳ حاکی از آن است که میانه یدادرار دانش‌آموزان ۱۰-۸ ساله که معرف کفایت دریافت ید در جمعیت منطقه می‌باشد در حد مطلوب قرار دارد و بیش از ۹۸ درصد مردم کشور از نمک یددار استفاده می‌کنند. پوشش مصرف نمک یددار در جهان ۷۵ درصد و در کشورهای کمتر توسعه یافته ۵۰ درصد است.

چاقی و اضافه وزن در حال حاضر در جهان و در ایران از شیوع بالایی برخوردار است. در سال ۲۰۱۴،

بیش از ۱/۹ میلیارد نفر از مردم جهان دچار اضافه وزن بوده‌اند و از این تعداد ۶۰۰ میلیون نفر چاق گزارش شده‌اند. در منطقه مدیترانه شرقی شیوع چاقی در زنان از ۷۴ درصد تا ۸۶ درصد در کشورهای مختلف متغیر است و در مردان نیز از ۶۹ تا ۷۷ درصد دچار اضافه وزن و چاقی هستند. در ایران، شیوع اضافه وزن یا چاقی در جمعیت ۶۴-۱۵ ساله حدود ۴۴ درصد و شیوع چاقی ۱۶/۸۴ درصد گزارش شده است. در حال حاضر، مصرف قند، نمک و چربی که از مهمترین عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر از جمله دیابت، بیماری‌های قلبی عروقی و سرطان‌ها می‌باشند، بیشتر از مقدار توصیه شده است. از سوی دیگر مصرف کم سبزی و میوه، شیر و لبنیات از مشکلات الگوی غذایی مردم کشور بشمار می‌رود. تغییر الگوی غذایی مردم بصورت مصرف بی رویه فست فودها، نوشابه‌های گازدار، غذاهای چرب و سرخ شده، مصرف زیاد مواد قندی و شیرین و نداشتن تحرک بدنی کافی ۳۷-۳۳ درصد جمعیت ۶۴-۱۵ سال کشور کم تحرکی دارند ۸۸ درصد تغذیه ناسالم که منجر به بروز اضافه وزن و چاقی در کشور شده است. بررسی‌های انجام شده حاکی از آن است که در حدود ۵۰ درصد جمعیت ۶۴-۱۵ ساله کشور دچار اضافه وزن یا چاقی هستند.

شیوع اضافه وزن و چاقی در کشورهای صنعتی و در کشورهای در حال توسعه مصرف نمک که مهمترین عامل فشار خون بالا و ۱۹ درصد جمعیت ۶۴-۱۵ فشار خون بالا دارند. بیماری‌های قلبی عروقی می‌باشد در حال حاضر براساس متاآنالیز مطالعات انجام شده مصرف نمک در کشور حدود ۱۰/۸ گرم است که در مقایسه با مقدار توصیه شده ۲ برابر بیشتر است. بازنگری استاندارد قند، نمک و چربی و کاهش میزان آنها در محصولات غذایی، فرهنگسازی و بسیج‌های آموزش همگانی برای کاهش مصرف قند، نمک و چربی و افزایش مصرف سبزی و میوه از جمله اهداف راهبردی در سند ملی تغذیه و امنیت غذایی است.

کمبود ریزمغذی‌ها در گروه‌های سنی مختلف طی دو بررسی ملی در سال‌های ۱۳۸۰ و ۱۳۹۱ مطالعه شده است. کمبود آهن و کم خونی در حال حاضر علاوه بر مشکل سوء تغذیه پروتئین انرژی که در برخی از مناطق محروم کشور در کودکان زیر ۵ سال وجود دارد و کمبود ریزمغذی‌ها در گروه‌های سنی مختلف، در اثر پدیده شهرنشینی و روند رو به افزایش آن، تغییر شیوه زندگی و تغییرات الگوی مصرف غذا، کشور با روند رو به گسترش و هشدار دهنده بیماری‌های غیرواگیر مرتبط با تغذیه مواجه است.

هزینه‌های بخش بهداشت

هزینه‌های بهداشتی در طول چند دهه گذشته همراه با رشد استاندارد و رفاه زندگی در جوامع گوناگون، از افزایش قابل توجهی برخوردار بوده است. نگاهی بر روند افزایش هزینه‌های بهداشت در کشورهای مختلف مشخص می‌سازد این تغییرات در کشورهای مختلف به شدت با یکدیگر ناهمگون می‌باشند. همانطور که در جدول ۱۱ مشاهده می‌شود در سال ۱۳۹۰ پرداخت از جیب در ایران در مقایسه با سایر کشورهای جهان، بالاترین نسبت را دارا بوده است این در حالی است که با اجرایی شدن برنامه تحول سلامت از سال ۱۳۹۳ شاهد کاهش چشم گیر پرداخت از جیب بوده‌ایم. مطالعه حیدریان در ۱۳۹۴ نشان داد که پرداخت‌های مستقیم به وسیله دریافت کنندگان خدمات در ۹ ماه ابتدایی سال ۱۳۹۲ با میانگین ۱۷/۴۳ کاهش داشته است.

جدول ۱۱ - هزینه‌های بهداشت و درمان در جهان

منطقه WHO و بعضی از کشورها و مناطق	هزینه‌های عمومی		هزینه‌های خصوصی		سایر موارد
	دولت	بیمه‌های اجتماعی	بیمه خصوصی	پرداخت از جیب	
آمریکا	۱۴	۳۵,۵	۲۸,۵۳	۱۵,۲	۶,۷۷
اروپا	۳۶,۵	۳۷,۹۵	۵,۴۳	۱۷,۸۸	۲,۲۴
آسیای جنوبی شرقی	۳۱,۷	۵	۳,۳	۵۳,۳۵	۶,۶۵
منطقه اقیانوس آرام	۲۰,۱	۴۵	۳,۳۵	۲۷,۳۵	۴,۲
مدیترانه شرقی	۳۸,۹	۱۲,۱	۳,۶۴	۴۳,۵۶	۱,۸
آفریقا	۴۴,۴۵	۳,۸۵	۱۶,۳۸	۲۹,۲۵	۶,۰۷
کشورهای پر درآمد	۲۱,۲۳	۴۰,۱۲	۱۸,۹۳	۱۴,۵۲	۵,۲
کشورهای کم درآمد	۳۷,۲۳	۱,۶۷	۰,۹۱	۴۶,۵۵	۱۳,۶۴
کشورهای با درآمد متوسط به بالا	۳۰,۶	۶	۲۸,۸	۵۵,۲۲	۵,۴
کشورهای با درآمد متوسط به پایین	۲۷,۹۵	۲۸,۲۵	۷,۵۲	۳۲,۵	۳,۷۸
ایران	۲۳,۱	۱۴,۴	۳,۳	۵۹,۰۳	۰,۱۷
دنیا	۲۳,۲	۳۵,۶۵	۱۵,۷	۲۰,۴۵	۵

منبع: گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۴. این آمار توسط سازمان جهانی بهداشت از حساب‌های ملی سلامت کشورها استخراج شده است.

منابع

۱. گزارش "اپیدمیولوژی بیماری تالاسمی بتا در ایران و جهان"، اداره ژنتیک معاونت بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی سال ۱۳۹۵.
۲. گزارش "دسترسی به آب آشامیدنی سالم" وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر سلامت محیط و کار، اداره آب و فاضلاب، ۱۳۹۵.
۳. بسته "آموزشی و اطلاعاتی امید زندگی" وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر آموزش و ارتقاء سلامت، ۱۳۹۲.
۴. گزارش "مرگ کودکان زیر یکسال و ۵ سال" وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر سلامت جمعیت خانواده و مدارس، اداره سلامت کودکان، ۱۳۹۵.
۵. گزارش "وضعیت دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی اولیه" وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، مرکز مدیریت شبکه، ۱۳۹۵.
۶. گزارش "مرگ مادران به ازای یکصد هزار تولد زنده" وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر سلامت جمعیت خانواده و مدارس، اداره سلامت مادران، ۱۳۹۵.
۷. گزارش "پوشش واکسیناسیون در ایران"، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، اداره مبارزه با بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن، ۱۳۹۵.
۸. گزارش "بیماری سل"، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، اداره مبارزه با بیماری‌های سل و جذام، ۱۳۹۵.
۹. گزارش "بیماری‌های نوپدید و بازپدید"، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، اداره مراقبت بیماری‌های واگیر، ۱۳۹۵.

۱۰. حیدریان ناهید، شقایق وحدت. "تاثیر اجرای طرح تحول سلامت بر پرداخت از جیب"، مجله علمی نظام پزشکی ج.ا.ا. دوره ۲۳، شماره ۳ پاییز ۱۳۹۴
۱۱. گزارش "امنیت و تغذیه" وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، دفتر بهبود تغذیه جامعه ۱۳۹۵.
۱۲. مشفق محمود، حسینی قربان. "آینده پژوهی تغییرات جمعیتی ایران طی دوره ۱۳۹۰ تا ۱۴۴۰"، معرفت فرهنگی اجتماعی، سال چهارم، شماره اول، زمستان ۱۳۹۱، ص ۴۲-۲۱
۱۳. رهبر محمدرضا، جعفری ناهید، نوائیان ناهید. "آشنایی با نظام سلامت و مراقبت‌های اولیه در ایران"، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت بهداشت، مرکز مدیریت شبکه ۱۳۹۴.
۱۴. حاتمی حسین. نوپدیدی و بازپدیدی بیماری‌ها و سلامت حرفه‌های پزشکی، وزارت بهداشت، انتشارات صدا، جلد اول، چاپ اول، سال ۱۳۸۲ صفحات ۳۹۷-۱، قابل دستیابی در سایت گوگل در آدرس:

https://sites.google.com/site/emergingreemergingdisappearing/emerging_ebook/emerging_index-htm & <https://sites.google.com/site/drhatamilibrary/>

15. Hendryx M, Ahern M, Lovrich N, McCurdy, A. Access to health care and community social capital. *Health Serv Res* 2002; 37(1): 85
16. Gulliford M, Morgan M. Access to health care: Routledge. London: New Fetler LAN; 2003
17. Sharifi v, Amin-Esmaeil M, Hajebi A, Motavalian A, Goodarzi R, Hefazi M, Rahimi-movaghar A. Twelve-Month Prevalence and Correlates of Psychiatric Disorders in Iran: The Iranian Mental health survey .2011 *Archives of Iranian Medicine*, vol. 18, No.2, Feb.2015, 76-84.
18. Busse R. Health care systems in eight countries: Trends and challenges, Netherlands. European observatory on health care systems. [On line 002]. Available from: www.euro.who.int/observatory/Netherlands.