

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۲ / گفتار ۵ / دکتر علی اکبر سیّاری

سیمای سلامت در جهان و ایران

فهرست مطالب

۱۰۳.....	اهداف درس
۱۰۳.....	بیان مسئله
۱۰۴.....	شاخص‌ها و موفقیت‌ها
۱۰۴.....	وضعیت دسترسی مردم به خدمات اولیه بهداشتی
۱۰۶.....	مرگ کودکان زیر یکسال به ازای هزار تولد زنده
۱۰۶.....	مرگ کودکان زیر پنج سال
۱۰۶.....	مرگ مادران به ازای یکصد هزار تولد زنده
۱۰۷.....	پوشش واکسیناسیون کودکان زیر ۵ سال
۱۰۷.....	کنترل بیماری‌های عفونی
۱۰۷.....	کنترل فلج اطفال
۱۰۸.....	کنترل سرخک
۱۰۸.....	کزاز نوزادی
۱۰۸.....	اسهال حاد
۱۰۹.....	وبا
۱۰۹.....	عفونت‌های حاد تنفسی
۱۱۰.....	سل
۱۱۱.....	HIV/AIDS
۱۱۲.....	کنترل بیماری‌های غیرواگیر
۱۱۴.....	هزینه‌های بخش بهداشت
۱۱۵.....	منابع

سیمای سلامت در جهان و ایران

دکتر علی اکبر سیاری

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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

واژه‌های کلیدی

سلامت، شاخص‌های بهداشتی، بیماری‌های عفونی، بیماری‌های غیر واگیر، جمعیت، امنیت غذا و تغذیه

بیان مسئله

سلامت به معنی برخورداری از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است و تنها نبود بیماری، معلولیت و ناتوانی نیست. 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 اثر گذار بر آن استفاده می‌شود (۱). شاخص‌هایی که در این مقاله به آن پرداخته شده شامل شاخص‌های دسترسی، امید به زندگی، مرگ و ابتلاء به بیماری‌ها، جمعیت، تغذیه و اقتصاد بهداشت است. تقریباً تمام کودکانی که در دنیا متولد می‌شوند ظرفیت بقا برای حداقل هفتاد سال را دارند. ولی تعداد زیادی از آنان بر حسب کشورها بین ۱۰۴ کودک در بدترین کشور تا ۴ مورد در بهترین کشورهای صنعتی به ازای هزار تولد زنده سال اول تولدشان را به پایان نرسانده فوت می‌کنند. امید به زندگی در کشورهای مختلف از ۵۴ تا ۸۳ سال تفاوت می‌کند و طی ۵۰ سال گذشته بطور متوسط ۱۹/۱ سال افزایش یافته است. هنوز ۱/۱ میلیارد نفر در دنیا به آب آشامیدنی سالم دسترسی ندارند (۲، ۳). سیمای مرگ و بیماری از نظر سن و جنس در جهان بسیار متفاوت است. چرایی موضوع مربوط به عوامل اثر گذار 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 نیز رجوع نمایید.

شاخص‌ها و موفقیت‌ها

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

وضعیت دسترسی مردم به خدمات اولیه بهداشتی

در کشور ایران این وضعیت در روستا و شهر به ترتیب ۹۳ و ۱۰۰ درصد در سال ۱۳۸۰ رسیده است. در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی که ایران نیز جزو آنها است دسترسی به خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی در روستا و شهر به ترتیب در پاکستان ۷۲، کویت ۱۰۰، ۱۰۰، سومالی ۵، عمان ۹۰، مصر ۹۶، ۱۰۰ عربستان سعودی ۹۵، ۱۰۰ و عراق ۹۶، ۱۰۰ درصد می‌باشد. میانگین دسترسی در کشورهای مدیترانه شرقی در مناطق روستایی ۷۰ و شهری ۹۸ درصد است و کشور ما از متوسط منطقه، قدری بالاتر است. شایان ذکر است که متوسط جهانی کمتر از ۷۰ می‌باشد (۳).

نسبت پزشک به ۱۰۰۰ نفر جمعیت

از ۰/۳۹ نفر در سال ۱۳۶۳ به ۱/۰۴ در سال ۱۳۷۹ رسیده است. در سال ۶۳ حدود ۵۴ درصد پزشکان عمومی، ۸۷٪ متخصصین و ۶۶ درصد دندانپزشکان در تهران و ۵ شهر بزرگ کشور، حضور داشتند. این شاخص در کشورهای منطقه از قبیل لبنان ۲/۸، عربستان سعودی ۱/۴، مصر ۱/۶، اردن ۱/۶، لیبی ۱، الجزایر و سوریه ۰/۸ است. شاخص فوق در ایران اندکی از میانگین کشورهای منطقه مدیترانه شرقی پایین تر است. این در حالی است که تعداد زیادی از فارغ التحصیلان گروه پزشکی در کشور، بیکارند و همین معضل، باعث شده که پذیرش دانشجوی پزشکی در سال‌های اخیر به نصف تقلیل یابد. این شاخص در ترکیه ۱/۱، انگلستان ۱/۷، کانادا ۱/۸، آلمان ۳/۴ و ژاپن ۱/۸ است (۴، ۵).

نسبت تخت ثابت به یکصد هزار نفر جمعیت

از ۱۵۴ در سال ۱۳۶۳ به ۱۶۴ در سال ۱۳۷۹ رسیده است. این شاخص در لبنان ۳۰۰، لیبی ۴۱۰، عربستان سعودی ۲۵۰، مصر ۲۱۰، اردن ۱۶۰ و عراق ۱۷۰ است ولی ایران تخت کمتری از میانگین کشورهای منطقه و کشورهای مشابه و قابل مقایسه (به لحاظ درآمد) دارد. این شاخص در ترکیه ۲۵۰، انگلستان ۴۵۰، کانادا ۵۱۰، آلمان ۹۶۰ و ژاپن ۱۶۲۰ است. در عین حال ضریب اشغال تخت در کشور (ب - دولتی) ۵۶ درصد است (۴،۵).

دسترسی به آب آشامیدنی سالم

در مناطق روستایی از ۶۸/۷ درصد در سال ۱۳۶۳ به ۸۹ درصد و در شهرها به ۹۹ در سال ۷۹ رسیده است. این شاخص در کشورهای صنعتی در شهر و روستا ۱۰۰، در کشورهای در حال توسعه و کم توسعه یافته به ترتیب شهر و روستا، ۹۱، ۸۰، ۷۰ و ۵۴ است. در دهه ۹۰ حدود ۸۱۶ میلیون نفر در دنیا به آب سالم دسترسی پیدا کردند ولی هنوز ۱/۱ میلیارد نفر در دنیا دسترسی ندارند و منتظر اقدامات آینده هستند. به این نکته باید توجه داشت که دسترسی به آب آشامیدنی سالم می‌تواند باعث کاهش اسهال به میزان ۲۲ درصد و کاهش مرگ ناشی از اسهال به میزان ۶۵ درصد شود (۴، ۶).

میزان ارقام دارویی

در کشور از ۲۲۰ قلم در سال ۱۳۶۳ به ۸۰۰ قلم در سال ۱۳۷۹ رسیده است، ۹۵ درصد نیاز دارویی کشور از داخل تامین و اکثر داروها به آسانی و ارزانی در دسترس مردم قرار دارد.

امید به زندگی

امید به زندگی در بدو تولد به ترتیب زن و مرد از ۵۹/۲ و ۵۸/۵ سال در سال ۱۳۶۳ به ۷۱ و ۶۸ سال در سال ۱۳۷۹ رسیده است. بهترین وضعیت دنیا در ژاپن برای زنان ۸۳ سال است. این شاخص در ایران از میانگین کشورهای منطقه بالاتر است. متوسط جهانی این شاخص ۶۴، کشورهای صنعتی ۷۸ (آمریکا ۷۷، فرانسه و انگلیس ۷۸، سوئد ۷۹، ژاپن ۸۰ و ۱۰۰) کشورهای در حال توسعه ۶۳ و کشورهای کمتر توسعه یافته ۵۱ است. تغییرات ایجاد شده در ۵۰ سال گذشته نشان می‌دهد که در ۱۹۵۵-۱۹۵۰، متوسط جهانی ۴۶/۵، کشورهای توسعه یافته ۶۶/۵ و کشورهای در حال توسعه ۴۰ و کشورهای کمتر توسعه یافته ۳۵/۵، منطقه مدیترانه شرقی که ایران جزو آن است ۴۲/۹ سال بوده است و در سال ۲۰۰۰-۱۹۹۵ متوسط جهانی ۶۵/۶، کشورهای توسعه یافته ۷۴/۵، کشورهای در حال توسعه ۶۳/۹، کشورهای کمتر توسعه یافته ۵۲، منطقه مدیترانه شرقی ۷۱ سال است.

همانطور که ملاحظه می‌شود طی ۵۰ سال امید به زندگی در بدو تولد بطور متوسط ۱۹/۱ سال افزایش یافته است ولی در کشورهای توسعه یافته ۱۲ سال و در کشورهای در حال توسعه ۲۲/۷ و منطقه مدیترانه شرقی ۲۸/۱ سال است که این موفقیت در کشورهای جهان سوم ناشی از توسعه این کشورها و قسمتی مربوط به برنامه‌هایی است که WHO و یونیسف و UNFPA در ۵۰ سال گذشته با حمایت فنی و مالی از کشورها به آن

پرداخته‌اند. از طرف دیگر چون کنترل بیماری‌های عفونی در کشورهای صنعتی از نظر زمانی جلوتر بوقوع پیوسته است به همین خاطر افزایش طول عمر در این کشورها رشد کندتری را در مقایسه با سایر کشورها نشان می‌دهد (۲، ۳، ۴).

مرگ کودکان زیر یکسال به ازای هزار تولد زنده

از ۵۱ در سال ۱۳۶۳ به ۲۶ در سال ۱۳۷۹ رسیده است. این شاخص در کشورهای صنعتی ۶ و در بهترین کشور دنیا ۴، در کشورهای در حال توسعه ۶۳ و در کشورهای کم توسعه یافته ۱۰۴ است. در کشورهای منطقه: لبنان ۱۰۴، مصر ۵۱، عربستان سعودی ۲۱، عراق ۱۱۲، مراکش ۵۱ و کویت ۱۲ است. در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی به استثنای چند کشور حوزه خلیج فارس، کشور ما کمترین میزان را داراست و در مقایسه با کشورهای که درآمد مشابه ایران دارند از آن‌ها نیز پایین تر است. که دلالت بر ارتقای سلامت کودکان و کارایی بالای بخش بهداشت و درمان کشور دارد. در مدت ۵۰ سال (۱۹۵۰-۲۰۰۰) متوسط جهانی از ۱۵۶ به ۵۷، کشورهای توسعه یافته از ۵۶ به ۶، کشورهای در حال توسعه از ۱۷۹ به ۶۳ و کشورهای کمتر توسعه یافته از ۱۹۴ به ۱۰۴ رسیده است (۲، ۳، ۴).

مرگ کودکان زیر پنج سال

مرگ کودکان زیر پنج سال یکی از شاخص‌های بهداشتی است و یکی از اهداف سال ۲۰۰۰ بوده که میزان آن را به یک سوم سال ۱۹۹۰ که ۹۴ در هزار بوده است، کاهش دهند. در کشور ما این شاخص از ۴۴ در سال ۷۰ به ۳۳ مرگ به ازای هزار تولد زنده در سال ۱۳۷۹ رسیده است. این شاخص در بدترین کشور دنیا **سیرالئون** ۳۱۶ و در بهترین کشورها یعنی **سوئد و سوئیس** ۴ است. در کشورهای صنعتی ۶، کشورهای در حال توسعه ۹۰ و کشورهای کمتر توسعه یافته ۱۶۴، شاخص جهانی ۸۱ و در منطقه مدیترانه شرقی ۶۳ است. ۶۳ کشور در دنیا نتوانسته‌اند به هدف ۳۳ درصد کاهش دست یابند و در ۱۰۰ کشور نیز تنها به میزان ۲۰ درصد کاهش یافته است (۵، ۷، ۸).

مرگ مادران به ازای یکصد هزار تولد زنده

در دنیا سالانه ۵۱۵ هزار زن به علت حاملگی و زایمان فوت می‌کنند. در کشور ما مرگ مادران از ۱۴۰ نفر در سال ۱۳۶۳ به ۳۷/۴ در سال ۱۳۷۹ رسیده است. این شاخص در کشورهای صنعتی ۱۳ و در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی: مصر ۱۷۴، یمن ۳۵۰، اردن ۱۳۰، عربستان سعودی ۱۸، لیبی ۴۰، الجزایر ۱۴۰، لبنان ۱۹۱، عراق ۱۳۰ و کویت ۹ می‌باشد. در منطقه مدیترانه شرقی بجز کشورهای حوزه خلیج فارس، وضعیت کشور ما از نظر شاخص فوق بهتر است و در مقایسه با کشورهای مشابه از نظر درآمدی نیز وضع بهتری داریم که دلالت بر دسترسی بهتر مردم و ارتقای سلامت مادران دارد. این شاخص در کشورهای صنعتی ۱۳ (سوئد و سوئیس ۵، آمریکا ۸، انگلیس ۷، فرانسه ۱۰ و . . .) در بدترین کشور دنیا ۱۱۰۰ و متوسط جهانی ۴۰۰ است که هدف سال ۲۰۰۰ بوده است. یکی از عوامل مهم در کاهش این شاخص انجام زایمان تحت مراقبت افراد دوره دیده می‌باشد که این

شاخص در کشورهای صنعتی ۹۹، کشورهای در حال توسعه و کم توسعه یافته به ترتیب ۵۲ و ۲۸ و متوسط جهانی این شاخص ۵۶ و در ایران ۸۶ است که دلالت بر بهبود دسترسی و مراقبت مادران در کشور ما دارد (۳، ۹).

پوشش واکسیناسیون کودکان زیر ۵ سال

پوشش واکسیناسیون بر علیه بیماری‌های واگیر دار (فلج اطفال، سرخک، سیاه سرفه، دیفتی، کزاز، سل، هپاتیت B) این شاخص از حدود ۲۰ درصد در سال ۱۳۶۳ به بالای ۹۵ درصد در سال ۱۳۸۰ رسیده است این شاخص در آمریکا ۹۳ درصد، فرانسه ۹۲ درصد، انگلستان ۹۱ درصد و میانگین کشورهای منطقه مدیترانه شرقی ۷۷/۵ درصد می‌باشد. به عنوان مثال پوشش واکسیناسیون سرخک متوسط جهانی ۷۲، کشورهای صنعتی ۸۹، کشورهای در حال توسعه و کم توسعه یافته ۷۰ و ۵۸ و در ایران ۹۹ است. موفقیت بزرگ کشور در پوشش واکسیناسیون بالای ۹۵ درصد باعث شده است که مرگ کودکان زیر پنج سال کاهش پیدا کند بطوری که طبق گزارش سال ۱۹۹۸ سازمان جهانی بهداشت در دنیا ۸۰۰/۰۰۰ کودک زیر ۵ سال در اثر سرخک فوت نموده‌اند در حالیکه از ایران ۴ مورد گزارش شده است. مرگ نوزادان به علت کزاز نیز ۲۷۰/۰۰۰ که ۸۰۰۰۰ مورد آن مربوط به منطقه مدیترانه شرقی بوده است و از ایران ۱۳ مورد گزارش شده است.

سالانه در دنیا ۱۱ میلیون کودک زیر پنج سال فوت می‌کنند که بیشترین موارد آن از نظر علت قابل پیشگیری است، ۲۰ درصد موارد مرتبط به شرایط حول زایمان و تولد، ۱۸ درصد عفونت‌های تنفسی، ۱۷ درصد بیماری‌های اسهال، ۱۵ درصد بیماری‌های عفونی قابل پیشگیری با واکسن (۷٪ سرخک)، ۷ درصد مالاریا و ۲۳ درصد سایر موارد است (۲، ۵، ۷، ۹).

کنترل بیماری تالاسمی در کشور

در دنیا ۲ نوزاد به ازای هر هزار تولد زنده مبتلا به تالاسمی ماژور متولد می‌شوند در کشور ما این میزان ۰/۷ است که با اجرای برنامه کنترل تالاسمی از سال ۷۶ در کشور تعداد موارد جدید تالاسمی ماژور از ۱۲۰۰ به ۸۶۰ مورد در سال ۷۹ رسیده است (۱۰).

کنترل بیماری‌های عفونی

جهان در قرن بیستم موفقیت‌های بزرگی را در کنترل بیماری‌های عفونی به شرح زیر کسب نموده است: ریشه کن نمودن آبله، ریشه کنی فلج اطفال که بیش از ۱۷۵ کشور در دنیا این بیماری را ریشه کن کرده‌اند.

کنترل فلج اطفال

در سال ۲۰۰۰ هدف گذاری شده بود که فلج اطفال در دنیا ریشه کن شود ولی کمتر از ۳۵۰۰ مورد فلج اطفال در دنیا گزارش شده است. در صورتی که در سال ۱۹۸۸ این رقم ۳۵۰ هزار مورد بوده است که نشانه موفقیت نسبی برنامه جهانی ریشه کنی فلج اطفال است. در کشور ما در سال‌های ۸۰ و ۸۱ موردی گزارش

نشده و اگر در سال جاری (۱۳۸۲) موردی گزارش نشود تاییدیه جهانی ریشه کنی فلج اطفال را دریافت خواهیم داشت و علت تاخیر در این موضوع مربوط به کشورهای همسایه ایران شامل افغانستان، پاکستان و عراق می‌شود که طی سال‌های گذشته تمام موارد گزارش شده، وارده از این کشورها بوده است. پیش بینی می‌شود تا سال ۲۰۰۵ در ۲۰ کشور باقی مانده در سطح جهان فلج اطفال ریشه کن شود و سالانه ۱/۵ میلیارد دلار از این بابت صرفه جویی خواهد شد (۸).

کنترل سرخک

اهداف برنامه کنترل سرخک کاهش مرگ ناشی از سرخک به میزان ۹۵ درصد و کاهش موارد ابتلای سرخک به میزان ۹۰ درصد تا ۱۹۹۵ بوده است که کشور ما به این شاخص رسیده و در تدارک اجرای برنامه حذف سرخک در کشور هستیم. در سطح جهانی طی سال‌های ۹۰ تا ۹۹ به میزان دو سوم از موارد بروز سرخک کاسته شده است ولی هنوز در بیش از ۱۵ کشور جهان پوشش واکسن سرخک کمتر از ۵۰ درصد است و ۷ درصد علت مرگ بیماری‌های عفونی قابل پیشگیری با واکسن را سرخک تشکیل می‌دهد (۲، ۸، ۹).

کزاز نوزادی

یکی از اهداف برنامه کودکان تا سال ۱۹۹۵ حذف کزاز نوزادی بوده است. ۱۰۴ کشور از ۱۶۱ کشور در حال توسعه در دنیا به این هدف رسیده‌اند و مرگ ناشی از کزاز نوزادی طی دهه ۹۰ به میزان ۵۰ درصد کاهش یافته است و کشور ما موفق به کسب این هدف در دهه ۹۰ شده است. ۹۰ درصد موارد کزاز نوزادی باقیمانده مربوط به ۲۷ کشور در جهان است (۲، ۸).

اسهال حاد

طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت موارد مرگ به علت اسهال در کودکان زیر ۵ سال از ۵ میلیون مورد (گزارش WHO در ۱۹۸۲) به ۳ میلیون (گزارش WHO در ۱۹۹۵) و ۲/۲ میلیون کاهش پیدا کرده است. اسهال دومین علت مرگ در کودکان زیر پنج سال را در دنیا تشکیل می‌دهد و پیش بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ به نهمین علت مرگ تقلیل یابد. در کشور ما در مطالعه ثبت مرگ در ده استان کشور اسهال دوازدهمین علت مرگ بوده است. در مطالعه‌ای در سال ۱۳۶۴ یک چهارم مرگ کودکان زیر ۵ سال در اثر اسهال بوده است (تعداد ۳۴۰۰۰ مرگ در سال) در سال ۱۳۷۰ به ۱۰/۰۰۰ مورد کاهش یافته است و در سال‌های اخیر به زیر ۳۰۰۰ مورد در سال رسیده است (۵، ۷، ۹، ۱۱).

سالانه کودکان ۳-۴ بار دچار حمله اسهال حاد می‌شوند که در بعضی از مناطق دنیا به ۸-۶ بار در سال می‌رسد. در ایران در شهرها ۳/۱ در روستاها ۳/۶ بار و عامل عمده در مرگ کودکان اسهالی کمبود آب و الکترولیت‌ها و سوء تغذیه می‌باشد (۱۲).

آنچه مسلم است بهبود وضعیت بهداشت محیط (دسترسی به آب آشامیدنی سالم، دفع بهداشتی فضولات و زباله و فاضلاب، غذای سالم) افزایش آموزش و سواد مادران، بهبود دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی، بهبود

وضعیت تغذیه کودکان بویژه تغذیه با شیر مادر و . . . در کاهش موارد ابتلای به اسهال و مرگ ناشی از آن موثر بوده است ولی دو عامل مصرف مایعات خوراکی (O.R.S) در موقع اسهال و تداوم تغذیه در جریان اسهال نقش اساسی را در این امر داشته است زیرا مرگ ناشی از اسهال در ۹۰ درصد موارد قابل پیشگیری است.

وبا

وبا بیماری اسهالی مرگباری است. Snow در ۱۸۴۹ ارتباط بین آب آلوده و بروز وبا را کشف نمود. عامل وبا، ویبریو کلرا است.

این بیماری از طریق آب و غذای آلوده منتقل می‌شود و یک مشکل جهانی به حساب می‌آید و طبق گزارش ۱۹۹۵ سازمان جهانی بهداشت مجموعاً ۲۰۸۷۵۵ مورد وبا با ۵۰۳۴ مورد مرگ ناشی از آن گزارش شده است که ۳۴ درصد آن مربوط به قاره آفریقا است.

گرچه تعداد موارد وبا در تمام دنیا رو به کاهش است ولی پیش بینی می‌شود این مشکل تا موقعی که منابع آب و بهسازی محیط در جهان حل و فصل نشود همچنان به قوت خود باقی خواهد ماند (۶). در کشور ما هر سال مواردی از وبا در تعدادی از استان‌ها گزارش می‌شود.

خوشبختانه نظام قوی و منسجم بهداشتی در کشور در تمام فصول نمونه برداری از موارد اسهال، مواد غذایی و آب جهت کشف ویبریو کلرا بعمل می‌آورد ضمن آن که نظارت برای کلرینه کردن آب آشامیدنی در تمام کشور انجام می‌شود. به عنوان نمونه در سال ۱۳۷۶ تعداد موارد وبای گزارش شده در کشور ۱۳۴۳ از ۱۱ استان با ۱۷ مورد مرگ، در سال ۷۹، ۳۴۵ مورد با ۳ مورد مرگ از ۱۵ استان، سال ۸۰، ۱۰۵ مورد از ۱۲ استان و سال ۸۱ بالغ بر ۱۱۸ مورد بوده است که بیشترین موارد اکثراً از سیستان و بلوچستان و خوزستان بوده و در سایر استان‌ها تعداد موارد متفاوت است (۱۳).

عفونت‌های حاد تنفسی (ARI)

عفونت حاد تنفسی شامل عفونت‌های حاد در هر قسمتی از دستگاه تنفس می‌شود، عامل آن ممکن است ویروس یا باکتری باشد. انواع قابل پیشگیری آن شامل سرخک و سیاه سرفه است. اکثر موارد ARI خفیف، ویرال و خود محدود شونده بوده و نیازی به درمان ندارد. عفونت حاد تنفسی هنوز یکی از پنج علت اصلی ۱۱ میلیون مرگ کودکان زیر ۵ سال را در دنیا تشکیل می‌دهد، بعد از شرایط حول تولد و زایمان که ۲۰ درصد بوده است. عفونت حاد تنفسی ۱۸ درصد با تعداد حدود ۲ میلیون کودک در سال رتبه دوم را به خود اختصاص داده است. تحقیقات نشان داده است که در ۶۰ درصد موارد با مصرف به موقع آنتی بیوتیک در عفونت‌های باکتریال تنفسی می‌توان جلوی مرگ را گرفت. مرگ در کودکان سالم مبتلا به پنومونی بسیار کمتر از کودکانی است که دچار سوء تغذیه هستند.

یکی از اهداف سازمان جهانی بهداشت در دهه ۹۰ کاهش میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال به علت ARI به میزان یک سوم بوده است که موفقیت چندان کسب نشده است (۲، ۶).

سل

تاکنون ۲ میلیارد نفر در دنیا به عفونت سلی، مبتلا شده‌اند. ۸ میلیون مورد سل جدید بروز می‌کند. سالانه ۱۶۶۹۰۰۰ نفر در دنیا به علت سل فوت می‌کنند این رقم در ۱۹۹۰ دو میلیون نفر بوده است. سل ۳ درصد علت مرگ را تشکیل می‌دهد. روند سل در آینده، مبهم است. میزان ابتلای جهانی ۳۷۰۰۰۰۰ نفر یعنی ۶۲ مورد به ازای یک صد هزار نفر جمعیت است، بر اساس برآورد سازمان جهانی بهداشت در ایران بین ۵۵-۹۰ مورد درصد هزار نفر جمعیت گزارش شده است (۵، ۱۴).

ولی با توجه به اجرای استراتژی DOTS در کشور و ثبت موارد سل تعداد موارد از ۲۰/۹ مورد به ازای یک صد هزار نفر در سال ۱۳۷۷ به ۱۷/۷ مورد در سال ۱۳۸۱ کاهش یافته است که موفقیت بزرگ بهداشتی در کشور است.

روند سل در سطح جهانی به علت بروز ایدز رو به گسترش است و خطر بزرگی که بوجود آمده مقاومت میکروکوب سل به داروهای رایج ضد سل است به طوری که هزینه درمان موارد مقاوم بسیار گران و سرسام آور است. هزینه درمان هر مورد سل در سال ۷۷ معادل ۲۸۶ هزار ریال ولی هزینه درمان هر مورد سل مقاوم ۲۵ میلیون ریال در کشور می‌باشد. اکثر موارد سل مقاوم را مهاجرین افغانی تشکیل می‌دهند (۱۴). سل در ۱۹۹۰ هفتمین علت مرگ در دنیا بوده است و پیش بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ تغییر نکند. سیاست سازمان جهانی بهداشت در کنترل سال اجرای استراتژی DOTS (Directly Observed Treatment short Course) درمان کوتاه مدت تحت نظارت مستقیم است که شامل یک ساختار موثر برای تشخیص (مشاهده اسمیر خلط با میکروسکوپ نوری) را هم شامل می‌شود (۱۲، ۱۴).

مالاریا

وضعیت مالاریا در سطح جهان رو به وخامت است، سالانه ۱/۵ تا ۲/۷ میلیون مورد مرگ و ۵۰۰-۳۰۰ میلیون مورد ابتلای به مالاریا تخمین زده می‌شود و حدود ۲ میلیارد نفر در دنیا در معرض خطر هستند که بیشتر مربوط به کشورهای آفریقایی و آسیایی است. به همین منظور سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۸ برنامه کنترل مالاریا (Roll-Back malaria) را تدوین کرده است. سالانه در دنیا حدود ۷۵۰/۰۰۰ کودک زیر ۵ سال در اثر مالاریا فوت می‌کنند.

در مناطقی از دنیا که مالاریا ریشه کن شده بود مثل آذربایجان شوروی سابق و تاجیکستان و در مناطقی که مهار شده بود مثل عراق و ترکیه مالاریا مجدداً شیوع پیدا کرده است. در منطقه مدیترانه شرقی سالانه ۱۵ میلیون نفر مبتلا می‌شوند و ۴۷۰۰ نفر از این افراد فوت می‌کنند. در کشور ما، در ۳ درصد جمعیت کشور در استان‌های سیستان و بلوچستان، هرمزگان و بخشی از استان کرمان بیماری حالت آندمیک دارد.

در سایر مناطق کشور ۹۰ درصد موارد وارده از کشورهای افغانستان و پاکستان است. برنامه مهار مالاریا در کشور از ۱۳۷۵ به اجرا درآمده که موفقیت آمیز بوده است، موارد مالاریا از ۹۳ مورد در صد هزار نفر جمعیت در سال ۷۵ به ۲۴ مورد در سال ۸۱ کاهش یافته است. در دهه ۹۰ در دنیا ۵۳ مورد درصد هزار بوده است (۶، ۱۳).

بیماری‌های عفونی نوپدید

آندسته از بیماری‌های عفونی که در گذشته ناشناخته بودند مثل ایدز، ابولا، کروتزفلد - جاکوب، تب هموراژیک کنگو کریمه و . . . را شامل می‌شود. ولی به جز ایدز بقیه موارد تاثیر چندانی بر بار جهانی بیماری ندارند و بطور کلی در سه دهه گذشته حداقل ۳۰ نوع بیماری جدید ظهور پیدا کرده و آخرین آن‌ها تا زمان نگارش این مقاله، بیماری کروناویروسی موسوم به SARS و آنفلوآنزای H5N1 پرندگان در انسان است که شرح آن و سایر بیماری‌های نوپدید و بازپدید، در دیگر گفتارهای کتاب حاضر، آمده است و در اینجا فقط به اشاره مختصری در مورد HIV/AIDS اکتفا میشود:

HIV/AIDS

اولین بار عامل بیماری در دهه هشتاد (۱۹۸۳) شناسایی شد. عامل این بیماری HIV است و موقعی که در بدن مستقر شد سیستم دفاعی بدن را دچار خستگی، فرسودگی و سرانجام ناتوانی نموده و عاقبت منجر به مرگ بیمار می‌گردد. تاکنون هیچ درمان قطعی برای مداوای آن فراهم نشده است.

راههای انتقال

۱) **تماس جنسی** افراد سالم با افراد آلوده به HIV بدون استفاده از وسایل پیشگیری: طبق آمار جهانی ۷۹٪ و براساس آمار کشوری، کمتر از ۱۰٪ موارد ابتلاء از این طریق اتفاق افتاده است. تماس جنسی با جنس مخالف اکثریت موارد را تشکیل می‌دهد.

۲) **خون و فرآورده‌های خونی**: در سطح جهان حدود ۳ درصد موارد از این طریق منتقل شده است ولی در ایران بر اساس آمارهایی که تا اواخر سال ۱۳۸۴ منتشر گردیده، بالغ بر ۱/۸ درصد می‌باشد. با پیشرفت علم و تکنولوژی این مورد به حداقل ممکن رسیده ولی هنوز به صفر نرسیده است، اولین مورد در ایران در سال ۱۳۶۶ در یک کودک مبتلا به هموفیلی در اثر دریافت فرآورده‌های خونی، مشاهده شده است. در کشورهای توسعه یافته حدود ۸۰-۴۰ درصد بیماران هموفیلی HIV مثبت هستند، این آمار در ایران ۵-۳ درصد است که نشانه سلامت جامعه و فرآورده‌های خونی مصرفی است.

۳) **انتقال از طریق ابزار برنده و نوک تیز آلوده**: استفاده از هر وسیله تیز و برنده آلوده به خون فرد مبتلا به عفونت ناشی از HIV یا ایدز احتمال ابتلا دارد. در معتادان تزریقی که بطور مشترک از سرنگ و سرسوزن استفاده می‌کنند بزرگترین راه انتقال در سطح کشور را تشکیل می‌دهد. در خالکوبی، سوراخ کردن گوش، حجامت، لوازم دندانپزشکی، ختنه، طب سوزنی، تیغ سلمانی در آرایشگاه اگر نکات ایمنی رعایت نشود و آلوده به HIV گردد خطر انتقال وجود دارد. ضمناً ۱۲-۱۰ درصد موارد در سطح جهانی از این طریق آلوده شده‌اند. در ایران ۴/۶۳ درصد موارد و در بعضی از استان‌ها تا ۸۰ درصد موارد در اثر اعتیاد تزریقی، انتقال یافته است.

۴) **انتقال HIV از مادر آلوده به جنین و نوزاد شیرخوار**: در دنیا ۵ درصد موارد و در ایران ۵/۰ درصد است.

گروه‌های عمده در معرض خطر شامل همجنس‌بازان، معتادان تزریقی، فواحش و افراد با فعالیت جنسی زیاد و شرکای جنسی متعدد مثل جوانان و نوجوانان، افراد مبتلا به عفونت‌های آمیزشی، نوزادان و شیرخواران متولد شده از مادر آلوده به HIV و ایدز را تشکیل می‌دهند.

تا اوایل سال ۲۰۰۶ تعداد ۲۵ میلیون نفر در اثر HIV/AIDS فوت شده‌اند. ایدز چهارمین علت مرگ در دنیا و اولین علت در بعضی از کشورهای جهان است، ۴۲ میلیون نفر در حال حاضر در دنیا آلوده به HIV می‌باشند که از این تعداد ۱۳/۵ میلیون نفر زن و ۳ میلیون نفر کودک زیر ۱۵ سال می‌باشند. در سال ۲۰۰۵، ۵ میلیون نفر مبتلا شده‌اند که ۲ میلیون نفر آنان زن و ۸۰۰ هزار نفر کودک زیر ۱۵ سال بوده‌اند. در حال حاضر بیش از ۹۰ درصد مبتلایان مربوط به کشورهای در حال توسعه می‌شوند. در ایران تخمین زده می‌شود ۲۰۰۰۰ نفر مبتلا به HIV/AIDS وجود داشته باشد. تا آغاز سال ۱۳۸۵، تعداد ۱۲۳۰۴ نفر آلوده که ۹۵ درصد مرد و ۵ درصد زن (در دنیا نیمی از موارد را زنان تشکیل می‌دهند) گزارش شده است. از این تعداد ۶۳/۴٪ از راه اعتیاد تزریقی، ۷/۳٪ آمیزشی، ۱/۸٪ خون و فرآورده‌های خونی و ۰/۵٪ از مادر به کودک آلوده گردیده‌اند و سایر راه‌ها ناشناخته مانده‌اند. ۷۳۶ نفر وارد مرحله بیماری شده و ۱۵۴۱ نفر فوت نموده‌اند. در بسیاری از کشورهای جهان اپیدمی ایدز سیر صعودی را طی می‌کند. در ایران از ابتدای سال ۷۵ تا ابتدای سال ۸۱ یعنی در مدت ۶ سال موارد شناخته شده ۷ برابر شده است. در حالی که در آمریکای شمالی، اروپا، بعضی از کشورهای جهان سوّم به علت آموزش و مراقبت‌های انجام شده، از شتاب همه‌گیری کاسته شده است. در سطح جهانی نیمی از تمام موارد ابتلا به HIV در جوانان و نوجوانان ۲۴-۱۵ ساله اتفاق افتاده است. مرگ و میر ناشی از ایدز در سال ۲۰۰۵، ۳ میلیون نفر بوده است که از این تعداد ۱/۱ میلیون زن و ۵۸۰/۰۰۰ نفر کودک زیر ۱۵ سال بوده‌اند. تاکنون ۱۳ میلیون کودک در اثر فوت والدین، یتیم شده‌اند (۸، ۹، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹).

کنترل بیماری‌های غیرواگیر

به علت پیشرفت علم و تکنولوژی، ارتقای سطح سواد، بهبود ارتباطات، دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی، بهبود تغذیه و بهداشت محیط، تغییر شیوه زندگی، توسعه شهرنشینی، کاهش تحرک روزانه و تغییر عادات غذایی، سیمای سلامت از نظر علت بیماری و مرگ در دنیا تغییر کرده است که به این موضوع **گذار سلامت** گفته می‌شود. بیماری‌های عفونی واگیر دار، کنترل شده و بیماری‌های مزمن و متابولیک جایگزین آن گردیده است. از ۳۰۰/۰۰۰ مرگی که در سال ۱۳۷۹ در کشور اتفاق افتاده است بیماری‌های قلبی عروقی با ۱۰۰/۰۰۰ مورد اولین علت مرگ را تشکیل می‌دهد. در کشورهای اروپایی بیماری‌های قلبی ۳۷، سرطان‌ها ۱۹، سکته مغزی ۱۴، عفونی و واگیر دار ۱۰، حوادث و سوانح ۸ درصد و در کشورهای آفریقایی به ترتیب ۶، ۵، ۵، ۵۶، ۱۲ درصد علت مرگ را تشکیل می‌دهند. در کشور ما اولین علت را بیماری‌های قلبی عروقی، علت دوم حوادث و سوانح، علت سوم سرطان‌ها، علت چهارم حول تولد و پنجمین علت بیماری‌های عفونی را تشکیل می‌دهد. از این نظر مردم کشور ما مشابه کشورهای صنعتی فوت می‌کنند یعنی به علت بیماری‌های غیرواگیر دار، این در حالی است که در این کشورها با اقدامات پیشگیری که به عمل آورده‌اند موفق به کاهش به میزان ۷۰-۴۰ درصد شده‌اند ولی در کشور ما این عامل رو به گسترش بوده و سن بروز سکته قلبی به میزان ۱۶/۵ درصد به عنوان اولین علت مرگ در

کشور، در حال کاهش است. بیماری‌های مزمن شامل افزایش وزن و چاقی، فشار خون، دیابت، بیماری‌های مزمن ریوی، بیماری‌های مفصل و استخوان و سرطان‌ها رو به افزایش است که سیمای بیماری‌های مزمن کشور از این نظر مشابه کشورهای غربی می‌باشد (۱۲، ۲۰).

بیماری‌های روانی نیز رو به افزایش است. در مطالعه‌ای ۲۱ درصد افراد بالای ۱۵ سال در کشور از مشکلات روانی به درجاتی رنج می‌برند که شایعترین آن اضطراب است که در خانم‌ها دو برابر آقایان می‌باشد. این مشکل قرن بیست و یکم می‌باشد که در تمام دنیا روند صعودی و رو به توسعه دارد (۲۱).

تغییرات جمعیتی

جمعیت کشور در مدت ۴۰ سال سه برابر (از ۲۳ میلیون نفر به بالای ۶۰ میلیون نفر) شده است. در صورتیکه جمعیت دنیا در مدت ۵۰ سال ۲ برابر گردیده است. در همین مدت جمعیت شهرنشین ۶ برابر (در دنیا در مدت ۵۰ سال ۳ برابر) شده است. ایران جزو جوانترین کشورها از نظر جمعیت است و در نتیجه مشکلات جوانان شامل اشتغال، ازدواج، موج جدید رشد جمعیت با حاملگی‌های ناخواسته (۳۰۰ هزار کودک ناخواسته در کشور) مواجه هستیم، ۶/۶ درصد جمعیت کشور (حدود ۵/۵ میلیون نفر) را سالمندان تشکیل می‌دهند. جمعیت سالمندی دنیا (بالای ۶۰ سال) ۶۰۰ میلیون نفر است و در ۵۰ سال آینده این تعداد ۳/۳ برابر یعنی به ۲ میلیارد نفر و در ایران به ۲۶ میلیون نفر خواهد رسد که معادل ۲۳ درصد جمعیت کشور خواهد بود یعنی معادل جمعیت فعلی پنج کشور اروپایی شامل فنلاند، نروژ، سوئد، دانمارک و ایرلند. رشد جمعیت کشور از ۳/۴ در دهه ۶۰ به ۱/۳ کاهش یافته است. رشد جمعیت دنیا در دهه ۹۰ کاهش داشته به طوری که رشد متوسط جهانی آن ۱/۴، در کشورهای صنعتی ۰/۶ در کشورهای در حال توسعه ۱/۷ در کشورهای کم توسعه یافته به ۲/۵ رسیده است. در کشورهای مدیترانه شرقی در اردن ۳/۸، عراق ۲/۴، لبنان ۲/۶، مصر ۲، عربستان سعودی ۲/۹ عمان ۳/۶ و سودان ۲ است. ولی طی سال‌های ۶۵-۱۹۵۰ جمعیت دنیا از ۲/۵ به ۳/۳ میلیارد نفر رسید که افزایش این جمعیت در مدت ۱۵ سال معادل افزایش جمعیت در ۵۰ سال قبل بوده است به عنوان مثال طی سال‌های ۵۴-۱۹۵۰ سالانه ۴۷ میلیون نفر به جمعیت دنیا افزوده می‌شد و از ۱۹۶۹-۱۹۶۵ سالانه به ۷۲ میلیون نفر رسید. این اتفاق ناشی از کاهش مرگ کودکان و تغییر نکردن موالید بود یعنی چرخه‌ای که مرگ و موالید هر دو بالا بودند و جمعیت دنیا به کندی رشد می‌کرد بهم خورد (۲، ۳، ۴، ۵، ۱۲، ۱۶، ۲۰).

امنیت غذا و تغذیه

کشور ما در حال گذر تغذیه است، بطوری که ۱۶/۶ درصد زنان ۴۵-۱۵ سال دچار کم خونی فقر آهن، ۱۵/۶ درصد کودکان زیر ۵ سال دچار سوء تغذیه از نوع متوسط و شدید که در نتیجه ۸۰۰/۰۰۰ کودک دچار کوتاهی قد تغذیه‌ای هستند. سوء تغذیه پروتئین - انرژی مشکلی است جهانی و در دنیا ۳۲ درصد کودکان زیر ۵ سال دچار سوء تغذیه متوسط و شدید هستند که کوتاهی قد تغذیه‌ای (Stunting) یک عارضه آن است. در کشورهای کم توسعه یافته میزان آن ۴۵ درصد، کشورهای در حال توسعه ۳۳ درصد و کشورهای صنعتی، صفر

است. ۱۴۹ میلیون کودک زیر ۵ سال هنوز از سوء تغذیه رنج می‌برند، یکی از اهداف سال ۲۰۰۰ کاهش سوء تغذیه به میزان ۵۰ درصد بوده است ولی این هدف در کشورهای در حال توسعه فقط ۱۷ درصد کاهش یافته است یعنی از ۱۷۷ میلیون به ۱۴۹ میلیون نفر رسیده است (۸، ۲۲). ۴۴ درصد کودکان زیر ۵ سال در کشورهای در حال توسعه و ۷۰ درصد کودکان کشورهای کم توسعه یافته از کمبود ویتامین A رنج می‌برند. کمبود ویتامین D، روی، آهن، کلسیم و ید از دیگر ریزمغذی‌هایی است که در دنیا شایع است. کمتر از ۵۰ درصد خانوارها در سطح جهان از نمک ید دار استفاده می‌کنند، در کشور ما ۹۵ درصد خانوارها از نمک ید دار استفاده می‌نمایند.

در عین حال که ۲۰ درصد مردم کشور نمی‌توانند رفع گرسنگی کنند، ۴۰ درصد جمعیت دچار پرخوری هستند به طوری که در بعضی مطالعات محدود در زنان بالای ۳۰ سال روستایی اطراف تهران ۲۴ تا ۷۲ و در مناطقی از شهر تهران تا ۸۲ درصد، دچار افزایش وزن و چاقی بوده‌اند. این پدیده منجر به افزایش فشارخون، دیابت، بیماری‌های قلبی عروقی و بیماری‌های استخوان و مفصل می‌شود (۸، ۲۲، ۲۳).

هزینه‌های بخش بهداشت

شاخص‌های اقتصادی بخش بهداشت متعدد است. یکی از این شاخص‌ها، سهم بخش بهداشت از GDP است. در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی؛ مصر ۳/۸ درصد، اردن ۸/۱، کویت ۳، عراق ۳/۷، سوریه ۲/۵، ایران ۵/۵ و در سایر کشورها آلمان ۱۰/۶، فرانسه ۹/۵، ژاپن ۷/۸، آمریکا ۱۳، کانادا ۹/۱ و سوئیس ۱۰/۷ درصد است. شاخص‌های دیگر سهمی است که مردم از درآمد شخصی خود پرداخت می‌کنند و شاخص سرانه هزینه‌های بهداشتی به دلار است و به ترتیب به شرح زیر می‌باشد:

مصر ۴۹/۶ و ۲۴، اردن ۳۷/۶ و ۷۱، کویت ۱۲/۸ و ۵۱۱، عراق ۴۰/۱ و ۲۲۵، سوریه ۳۶/۶ و ۱۹، ایران ۵۰/۹ و ۱۱۹، آلمان ۱۰/۶ و ۱۸۱۹، فرانسه ۱۰/۲ و ۱۵۶۳، ژاپن ۱۹/۳ و ۲۲۳۰، آمریکا ۱۵/۳ و ۱۹۹۳، کانادا ۱۵/۵ و ۱۴۸۳، سوئیس ۳۲/۸ و ۱۹۸۸. همانطور که ملاحظه می‌شود سهم بخش بهداشت از GDP و سهمی که مردم از جیب خودشان پرداخت می‌کنند و هزینه سرانه بهداشت در کشورهای مختلف، متفاوت است آنچه که مهم است در کشورهای صنعتی سهم مردم بسیار پایین تر از کشورهای جهان سوم است که نشانه عدالت و رفاه اجتماعی در این کشورها است (۲۴).

خلاصه

سلامت به معنی برخورداری از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است و تنها نبود بیماری و معلولیت و ناتوانی نیست.

وضعیت سلامت بستگی به عوامل اثر گذار بر آن شامل عوامل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی محیط فیزیکی، عوامل ژنتیکی و میزان دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی دارد. اندازه گیری وضعیت سلامت جوامع را با شاخص‌های بهداشتی می‌سنجند. در ۵۰ سال گذشته موفقیت‌های بزرگی در پرتو پیشرفت علم و تکنولوژی، افزایش سواد، بهبود ارتباط و دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی اتفاق افتاده است. در سطح جهانی آبله ریشه کن شده است، بیماری‌های عفونی کشنده واگیر دار با قابلیت پیشگیری به وسیله واکسن کنترل شده است بطوری

که فلج اطفال در ۱۷۵ کشور جهان ریشه کن شده است و در کشور ما طی سال‌های ۸۱-۱۳۸۰ مورد جدیدی از فلج اطفال گزارش نشده است.

امید به زندگی بطور متوسط ۱۹/۱ سال در دنیا افزایش یافته در کشورهای در حال توسعه این رقم به ۲۲/۷، در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی ۲۸/۱ سال بوده و در کشور ایران در مدت ۱۶ سال از ۵۸/۱ به ۷۰ سال رسیده است. مرگ کودکان زیر یک سال در این مدت از ۱۵۶ به ۵۷ کودک به هزار تولد زنده رسیده و بهترین وضعیت ۴ و بدترین آن ۱۰۴ است در کشور، از ۵۱ در سال ۶۳ به ۲۶ در سال ۷۹ رسیده است. هنوز سالانه ۵۱۵ هزار مادر به علت حاملگی و زایمان در دنیا فوت می‌کنند.

بیماری‌های بازپدید مثل سل و مالاریا مجدداً به عنوان مشکل بهداشتی در دنیا شیوع بیشتری پیدا کرده است. بیماری‌های نوپدید که جدی‌ترین و خطرناک‌ترین نوع آن ایدز است تاکنون ۷۰ میلیون نفر را در دنیا مبتلا و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۰۵ به ۱۰۰ میلیون نفر برسد. در کشور ما برآورد می‌شود ۲۰۰۰۰ نفر مبتلای به HIV/AIDS وجود داشته باشد و تاکنون درمان قطعی و واکسنی برای آن کشف نشده است. به علت کنترل بیماری‌های عفونی، تغییرات در شیوه زندگی و شهرنشینی، بیماری‌های مزمن و متابولیک و مرگ ناشی از آن از قبیل فشار خون، دیابت، بیماری‌های قلبی و مغزی و روانی و سرطان‌ها رو به افزایش است.

جمعیت دنیا به طرف مَسَن شدن در حال تغییر بوده و در مدت ۵۰ سال گذشته افزایش یافته است که این موضوع بستگی به دو عامل کاهش باروری و کاهش مرگ دارد. هنوز ۱/۱ میلیارد نفر در دنیا به آب آشامیدنی سالم دسترسی ندارند. ریشه بسیاری از این مشکلات در فقر و بی‌عدالتی، جهل و بی‌سوادی و عقب ماندگی و عدم دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی است به امید آن که تمام مردم دنیا از سلامتی کامل که جزو حقوق اولیه هر انسانی است برخوردار شوند.

منابع

۱ - سازمان جهانی بهداشت، واژه‌نامه ارتقای سلامت، ترجمه دکتر محمدپوراسلامی، سمیرا ایار، حمیده سرمست، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۳۷۹ - ص ۱۹-۲۱.

2) Unicef , The state of the world's children, 2002, p. 10-19.

3) SADIK NAFIS An Agenda for people, New York university, 2002 p.2-20.

۴ - شیبر، جورج، نیکول کلینگن، اصلاح امور مالی بخش بهداشت در ایران، ترجمه دکتر ابوالقاسم پور رضا، فصلنامه تامین اجتماعی سال دوم، شماره چهارم زمستان ۷۹ ص ۳۱-۸۲.

5) The world Health Report 2000. P: 156-203 .

۶ - سازمان جهانی بهداشت، سلامت و محیط در توسعه پایدار، ترجمه دکتر علی اصغر فرشاد، مهندس منوچهر علائی، مهندس سید عنایت ۰۰۰۱ عصائی و دکتر نسیم علائی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهران زمستان ۱۳۸۰.

۷ - ملک افضلی حسین، وضعیت سلامت مادران و کودکان در جمهوری اسلامی ایران وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

بهمن ماه ۱۳۷۰ ص ۳۹-۴۲ .

8) Unicef ,The state of the world's children, 2001, P:68-111.

9) United Nations, We the children: End - Decade review of the follow -up to the world summit for children, report of the Secretary-General A/S- 27/3-4 May 2001 P:19-32 .

۱۰ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، گزارش وضعیت تالاسمی در کشور زمستان ۸۰ .

۱۱ - جودی کریستوفر، لویزالن : بار جهانی بیماری‌ها، ترجمه دکتر پژمان شادپور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهران آبان ۱۳۷۷ ص ۳-۲۰ .

۱۲ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران - تهران مهر ماه ۱۳۷۹ ص ۱۰۰-۸۳ .

۱۳ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، گزارش وضعیت بیماری‌های واگیردار در کشور، مهر ماه ۸۱ .

۱۴ - میرحقانی لیلا، ناصحی مهشید : راهنمای کشوری مبارزه با سل، مرکز نشر صدا، سال ۸۱ ص ۱۷-۹ .

۱۵ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، گزارش عملکرد برنامه دوم توسعه اقتصادی اجتماعی فرهنگی بخش بهداشت سال ۷۸ .

۱۶ - یونیسف، پیشرفت ملت‌ها ۲۰۰۰ ترجمه صندوق کودکان سازمان ملل متحد یونیسف در تهران تیر ماه ۱۳۷۹ ص ۳۵-۱۶ .

۱۷ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، برنامه کشوری کنترل و پیشگیری از عفونت HIV و ایدز سال (۸۱-۸۵) تابستان ۸۱ .

18) UNAIDS, Report on the global HIV/AIDS Epidemic July 2002 P 9-20 .

19) World Health Organizations Macro Economics and Health , December 2001, P: 40-72 .

20) W.H.O, Population Bulletin, Vol 55. No1 March 2000 .

۲۱ - نوربالا احمدعلی، محمد کاظم، باقری یزدی عباس، نگاهی بر سیمای سلامت روان در ایران تهران ۱۳۸۰ ص ۸۳-۸۹ .

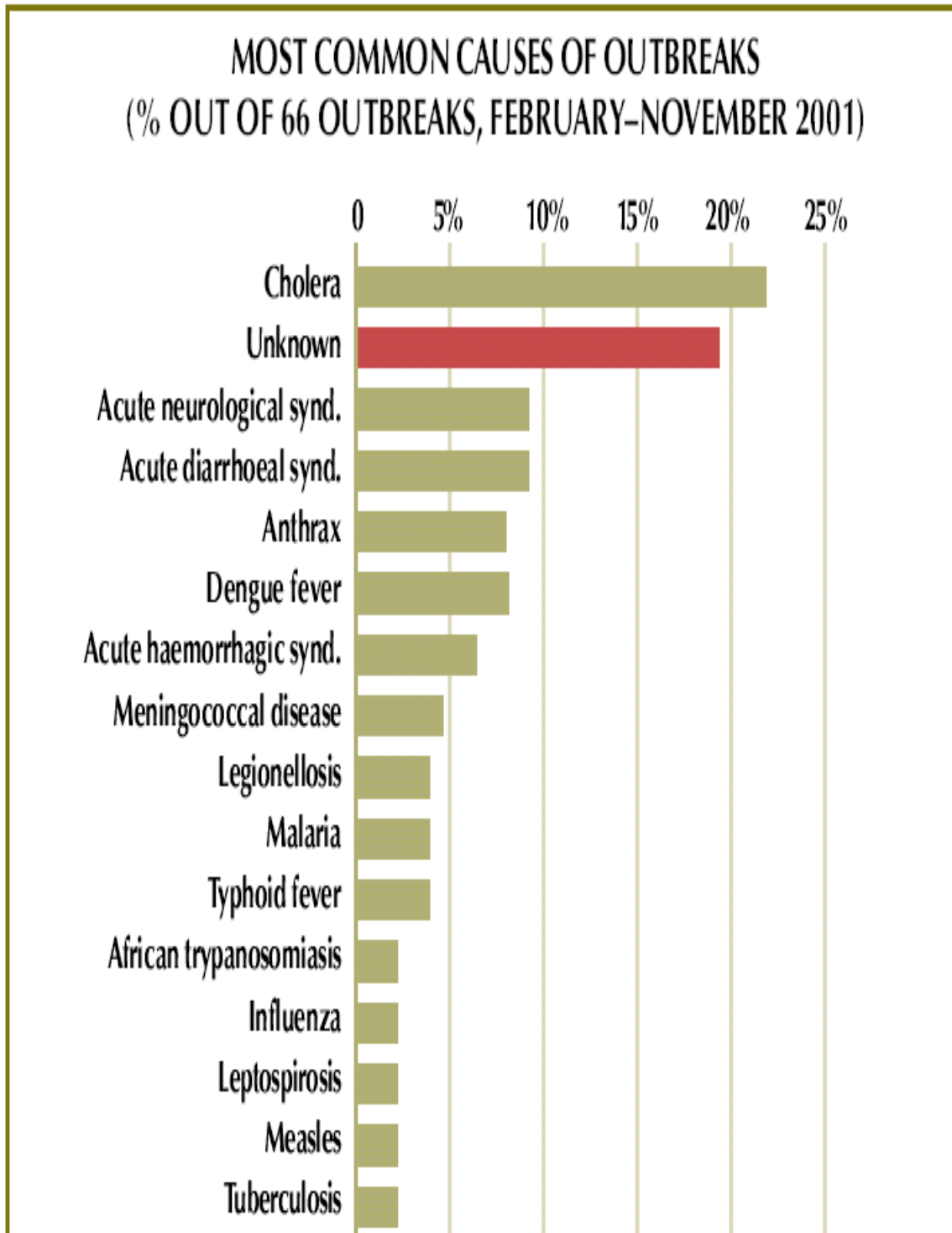
۲۲ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سیمای تغذیه کودکان در استان‌ها، آبان ماه ۱۳۷۷ .

۲۳ - میرمیران پروین، عزیزی فریدون، افزایش وزن و چاقی، مجله پژوهش در پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال ۲۲، شماره ۳، مهر و آذر ۱۳۷۷ ص ۸۱-۶۹ .

24) The World Health Report 2002 .

25) AIDS Epidemic Update, UNAIDS WHO, December 2005, PP. 1-98.

۲۶ - آمار کشوری ایدز تا ۱/۱/۱۳۸۵، وزارت بهداشت، معاونت سلامت، مرکز مدیریت بیماری‌ها، سال ۱۳۸۵ .



شایعترین طغیان‌های ناشی از بیماری‌های عفونی در سال ۲۰۰۱