

سلامت جسمی

مصطفومه دژمان^{*}، الهام حبیبی^{**}، غلامرضا قائد امینی^{***}

دوراندیشان جامعه خواهد بود (همان).

سلامت انسان محصول تعامل پیشینهٔ ژنتیکی و محیط اجتماعی و روانی و اکولوژیکی وی است و هر کدام از این عوامل به طور جداگانه بر سلامت او اثر می‌گذارند (سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، ۱۳۸۴). همچنین طبق اعلامیه‌ها و قوانین ملی و بین‌المللی، برخورداری از یک زندگی سالم و مولد و باکیفیت، تأمین با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی، حقی است همگانی که در مکتب اسلام، اعلامیهٔ جهانی حقوق بشر (ماده ۲۵)، و قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران (اصول ۳ و ۲۹ و ۴۳) مورد تأکید قرار گرفته است. مسئولیت تأمین زندگی سالم بر عهده دولت‌های است و یکی از پیش‌شرط‌های تحقق توسعهٔ پایدار به شمار می‌رود. در مقدمهٔ اساسنامهٔ سازمان جهانی بهداشت (۱۹۴۶) نیز برخورداری از بالاترین حد استانداردهای منطقی و قابل قبول سلامت، بدون در نظر گرفتن نژاد، مذهب، عقاید سیاسی و موقعیت اقتصادی و اجتماعی، حق مسلم هر انسانی شمرده شده است (امیرارجمند، ۱۳۸۱).

با توجه به تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت مسئله‌ای چندبعدی است. حتی امروزه، علاوه بر ابعاد جسمی و روانی و اجتماعی، جنبهٔ معنوی را هم در نظر می‌گیرند. باید توجه داشت که ابعاد مختلف سلامت یا بیماری بر یکدیگر اثر می‌گذارند و تحت تأثیر یکدیگر قرار دارند چنانکه مشکلات جسمی بر روان فرد، مشکلات روانی بر جسم او، هردوی آنها بر جامعه، و اختلالات موجود در جامعه بر دو بعد دیگر سلامت اثر می‌گذارند. لذا، در هر اقدامی به منظور ارتقای سلامت، باید به تمام جوانب سلامت فردی (جسمی و روانی و معنوی) و سلامت کلی جامعه توجه شود. در مقالهٔ حاضر به بعد جسمانی سلامت پرداخته شده است.

مقدمه

سلامت و تأمین آن یکی از مقوله‌هایی است که از دیرباز مورد توجه بشر بوده و دولتها تلاش می‌کنند شرایطی فراهم سازند تا مردم از بالاترین سطح سلامت با توزیعی عادلانه بهره‌مند شوند. ولی در گذشته مقولهٔ سلامت یک پدیدهٔ اجتماعی تلقی نمی‌شده و بیشتر پدیده‌های فردی به حساب می‌آمده است. با شکل‌گیری حکومت‌های مردم‌سالار، تأمین سلامت به عنوان یک حق و درخواست اجتماعی در مجموعهٔ وظایف دولتها و تعهدات بین‌المللی آنها قرار گرفته است. در سال‌های اخیر، رویکردهای سلامت روانی و اجتماعی در کنار سلامت جسمی از جانب سازمان جهانی بهداشت مطرح شده است. این رویکردها بینش کشورهای جهان و در نتیجهٔ مداخلات مورد انتظار برای تحقق اهداف نظام

سلامت را دگرگون ساخته است (حسروی و نجفی، ۱۳۸۸). در طی سه دههٔ گذشته، ساختارهای سلامت صورت جامع و نظام‌مندی به خود گرفته‌اند و دولتها، با اتخاذ راهبرد مراقبت‌های اولیهٔ بهداشتی در نظام‌های سلامت خود، تلاش کرده‌اند تا تأمین سلامت مردم را به عنوان یک اولویت در همهٔ سیاست‌های خود در نظر بگیرند. بر همین اساس، تأمین و ارتقای سلامت آحاد جامعه به یک کنش متقابل و پدیده‌ای دوسویه بین جامعه و دولتمردان تبدیل شده است. این تبادل دوطرفه زمانی موفق خواهد بود که تأمین سلامت چراغ راه توسعهٔ اجتماعی و اقتصادی باشد، و از این پس توسعهٔ اجتماعی و اقتصادی سلامت‌نگر نیاز و خواست

* دکترای بهداشت روان، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

** کارشناسی ارشد آموزش پرستاری

*** کارشناسی ارشد مدیریت رفاه اجتماعی

۲.۱. تعریف عملی سلامت

از آنجا که تعریف نظری ارائه شده در بالا یک تعریف «عملی» نبود و اندازه‌گیری مستقیم سلامت و بهزیستی را ممکن نمی‌ساخت، گروه تحقیقات سازمان جهانی بهداشت تعریفی عملی برای سلامت تدوین کرد. در این تعریف، مفهوم سلامت به وجود دو نظام بستگی دارد. در بعد گستردگه، سلامت را می‌توان «شرایط یا کیفیتی از بدن انسان دانست که بیان کننده عملکرد مناسب بدن در شرایط ژنتیکی یا محیطی معین است.» در بعد محدودتر که برای اهداف اندازه‌گیری مفیدتر است، سلامت عبارت است از: (الف) نبود شواهد آشکار دال بر وجود بیماری مخل عملکرد طبیعی فرد، یعنی عملکردهای فرد در قالب استانداردهای سلامت و برای سن، جنس، جامعه و جغرافیای منطقه قابل قبول باشد و (ب) اندام‌های مختلف بدن عملکرد مناسبی، چه در خود و چه در ارتباط با دیگر اندام‌ها، داشته باشند که باعث به وجود آمدن نوعی توازن یا پایداری می‌شود، شرایطی نسبتاً پایدار که ممکن است بسته به محرک‌های درونی و خارجی تغییر کند (همان). سلامت مقوله‌ای قابل تعریف و تعیین و اندازه‌گیری و از اجزای اصلی حصول سعادت یا بهزیستی و ارتقای کیفیت زندگی است (احمدی و دیگران، ۱۳۸۶). کیفیت زندگی عبارت است از چگونگی احساس عمومی، و خوشحالی و رضایت از وضع زندگی و محیط اطراف. کیفیت عمومی زندگی کلیه وجوه آن شامل سلامت، فرهنگ، حقوق، ارزش‌ها، باورها، آرزوها، تفریحات و سایر شرایطی را که این امور در آن وجود دارند دربرمی‌گیرد (حسن‌زاده و فخیم علی‌زاد، ۱۳۸۴).

۳.۱. تعریف سلامت جسمی

سلامت مفهومی چندبعدی (جسمی، روانی، اجتماعی، روحی، احساسی، شغلی و سیاسی) است که، با پیشرفت دانش بشر، ممکن است ابعاد دیگری به این فهرست اضافه شود. شناخته شده‌ترین بعد سلامت بعد جسمی است که ساده‌تر از ابعاد دیگر می‌توان آن را ارزیابی کرد. سلامت جسمی در حقیقت حاصل عملکرد درست اعضای بدن است. از نظر بیولوژیکی، عملکرد مناسب سلول‌ها و اعضای بدن و هماهنگی آنها با هم نشانه سلامت جسمی است. بعضی از نشانه‌های سلامت جسمی عبارت است از: ظاهر خوب و طبیعی، وزن مناسب، اشتلهای کافی، خواب راحت و منظم، اجابت مزاج منظم، توجه نکردن فرد به اعضای بدن خود، اندام مناسب،

۱. تعریف سلامت و سلامت جسمی

۱.۱. تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت

تعریفی از سلامت که به طور گستردگه پذیرفته شده است تعریفی است که سازمان جهانی بهداشت در مقدمه اساسنامه خود ارائه کرده است: «سلامت عبارت است از وضعیت رفاه کامل جسمی و روانی و اجتماعی و نه تنها نبود بیماری و معلولیت.» این تعریف در سال‌های اخیر تقویت شده تا توانایی برخورداری از «زندگی پویای اجتماعی و اقتصادی» را نیز در خود جای دهد (پارک، ۱۳۸۲). ارتباط کاملاً واضح و مستقیمی بین پیشرفت‌های انسانی و وضعیت سلامت جامعه بشری وجود دارد. نظام‌های بهداشتی و رفاهی در دنیا اهداف خود را به طور روزافزون از «ارائه مراقبت‌های بهداشتی» به سمت «ایجاد جامعه سالم» ارتقا می‌بخشند و خدمات بهداشتی تضمین کننده سلامت را به صورت یکپارچه و با دیدگاه مشتری محوری و جامعه‌مداری به گونه‌ای عرضه می‌کنند که، در نهایت، شاخص‌های کلی سلامت مانند میزان مرگ و میر^۱ جانشین شاخص‌های محدود و نارسانی مانند (WHO، ۲۰۰۰) شوند. انتقادی که از تعریف سازمان جهانی بهداشت شده معطوف به گستردگی آن است. برخی عقیده دارند که سلامت را نمی‌توان به عنوان «یک وضعیت» بیان کرد. سلامت فرایندی است که در طی آن، تطبیق پیوسته با تقاضاهای در حال تغییر زندگی و تغییراتی که ما در معنای زندگی می‌دهیم ایجاد می‌شود. تعریف سازمان جهانی بهداشت شرایطی را دربرمی‌گیرد که ممکن است در برخی افراد وجود داشته باشد اما در همه مردم و همه زمان‌ها وجود ندارد و کمتر در گروه‌ها و جوامع انسانی مشاهده می‌شود. تعریف سازمان جهانی بهداشت، به رغم محدودیت‌هایش، کاربرد بسیار گستردگ و مثبتی دارد و استانداردهای سلامت «مثبت» را تعیین می‌کند. این تعریف نشان‌دهنده آرمان‌های مردم و بیان کننده مقصد یا هدفی است که همه ملت‌ها باید به سوی آن بشتابند (پارک، ۱۳۸۲).

1. well-being

2. mortality

نیازهای خود به مخاطره افکند. توسعه پایدار توسعه‌ای کلان‌نگر است و همه ابعاد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، زیست‌محیطی و دیگر نیازهای بشری را دربرمی‌گیرد (Brundtland, 1987).

از سوی دیگر، سلامت به مثابه رفاه کامل جسمی و روانی و اجتماعی عرصه‌ای است که با سایر عرصه‌های سیاسی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، صنعتی و... هر جامعه پیوند دارد. امروزه، به علت پیچیده شدن ابعاد چالش‌های گوناگون توسعه‌ای بسیاری از کشورها، تأمین و حفظ و ارتقای سطح سلامت به محوری‌ترین دغدغه و چالش فراروی سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران و مردم تبدیل شده است (هدایتی و زیتالی، ۱۳۸۷).

به دنبال افزایش نگرانی کشورهای مختلف در خصوص روند توسعه، افزایش جمعیت، تخریب سریع منابع، افزایش فقر، و برهم خوردن چرخه‌های طبیعی حیات در کره زمین طی دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ میلادی، نگرانی‌ها در مورد وضعیت سلامت و آثار عمیق آن بر اقتصاد و توسعه کشورها، خاصه کشورهای در حال توسعه، شدت یافت تا آنجا که بسیاری از کارشناسان سازمان جهانی بهداشت، با اذعان بر ناکارآمد بودن نگرش‌های درمان محور در عرصه سلامت، چرخش در این نگرش را اجتناب‌ناپذیر ارزیابی کردند. مجموعه این نگرانی‌ها در نهایت، در سال‌های پایانی دهه ۷۰، منجر به تغییر نگرش در عرصه سلامت شد و در ماه مه ۱۹۷۷، در پایان سی امین اجلاس بهداشت که در آلمانی اتحاد جماهیر شوروی سابق با شرکت ۱۳۴ کشور جهان تشکیل شده بود، اعلام گردید که مهم‌ترین هدف اجتماعی دولتها و سازمان جهانی بهداشت در دهه‌های آینده باید آن باشد که همه مردم جهان تا سال ۲۰۰۰ میلادی به سطحی از سلامت دست یابند که زندگی آنان از نظر اقتصادی و اجتماعی ثمربخش و مفید باشد. سرانجام، در سپتامبر ۱۹۷۸، کنفرانس جهانی آلمانی، با تصویب بیانیه‌ای با عنوان «بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ میلادی»، آن را وسیله و ابزار تحقق هدف مزبور معرفی کرد. در سال ۱۹۸۰، براساس مراقبت‌های اولیه بهداشتی^۱ با رویکرد پیشگیرانه، قطعنامه‌ای در مجمع عمومی سازمان ملل متحد به تصویب رسید که در آن بر مراقبت‌های اولیه بهداشتی به مثابه محور توسعه تأکید شده بود (همان).

حرکات بدنی هماهنگ، طبیعی بدن بیض و فشار خون، افزایش مناسب وزن در سنین رشد و ثبات نسبی آن در سنین بالاتر، و ضربان قلب ثابت (پارک، ۱۳۸۲).

۲. رویکرد نظری: سلامت جسمی و توسعه

در زمینه ارتباط سلامت و توسعه باید بیان داشت که ارائه خدمات بهداشتی موجب بهبود کیفیت منابع انسانی، چه در حال حاضر و چه در آینده، می‌شود. سلامت بیشتر برای کارگران دربردارنده منافع مستقیم و فوری (افزایش قدرت و طاقت و توانایی تمرکز در حین کار) است. سلامت و تعزیزه بهتر کودکان به طور مستقیم رشد و بهره‌وری آینده آنان را ارتقا می‌بخشد: بچه‌های تندرست امروز بزرگسالان قوی و سالم فردا خواهند بود. مخارج آموزش و پرورش فقط کیفیت منابع انسانی را افزایش می‌دهد، در حالی که هزینه‌های سلامت، از طریق طولانی‌تر کردن زندگی کاری مردم علاوه، سلامت مکمل سرمایه‌گذاری در آموزش است چرا که اگر مردم بتوانند کار کنند و در دوره‌های طولانی‌تری به کسب درآمد پیروزی‌نمایند، بازده آموزش بالاتر خواهد رفت. سرانجام اینکه بهداشت بیشتر موجب خواهد شد که در هزینه مراقبت‌های بهداشتی صرفه‌جویی و منابع آزادشده در سایر امور به کار گرفته شود (پرکینز و دیگران، ۱۳۷۹).

چنانکه گفته شد، امر سلامت ابعاد جسمی و روانی و اجتماعی را دربرمی‌گیرد و واضح است که ارتباط تنگاتنگی بین توسعه و سلامت وجود دارد.

با عنایت به چشم‌انداز بیست‌ساله نظام جمهوری اسلامی، انتظار می‌رود کشور از مردمی در بالاترین سطح سلامت و از عادلانه‌ترین و توسعه‌یافته‌ترین نظام سلامت در منطقه برخوردار باشد. دستیابی به استانداردهای جهانی و گواهینامه‌های بین‌المللی در تمامی بیمارستان‌ها، شبکه‌های بهداشتی-درمانی کشور، و دانشکده‌ها و مراکز پژوهشی، نیز کاهش ده درصدی هزینه‌های درمانی نظام سلامت از نشانه‌های این توسعه بر شمرده شده است. لذا، برای تحقق اهداف فوق، شناخت و ضعیت فعلی سلامت کشور در مقایسه با سایر کشورها ضروری به نظر می‌رسد.

براساس تعریف کمیسیون جهانی محیط زیست و توسعه در سال ۱۳۸۹، توسعه پایدار عبارت است از توسعه‌ای که نیازهای کنونی را تأمین کند بدون آنکه توانایی نسل‌های آینده را در برآوردن

اقتصادی و زیست محیطی پیوندی محکم دارد، بلکه محور و معیار سنجش پایداری آنها نیز محسوب می‌شود. این بدان معنی است که اگر وضعیت سلامت کشورها در تمامی ابعاد یا در اکثر آنها رو به بهبود باشد، بدون شک وضعیت توسعه آنها رو به بهبود و پایداری خواهد گذاشت (همان).

۳. اپیدمیولوژی سلامت و بیماری جسمی در جهان

شناخت بار بیماری‌ها (DALY)^۳ و آسیب‌ها در نخستین سال‌های هزاره سوم، و ایفای نقش مؤثر کارگزاران بهداشت و درمان در حفظ و ارتقای سلامت مردم مستلزم داشتن اطلاعات دقیق، شناخت وضعیت موجود و فراهم شدن امکان قضاؤت معتبر درباره ضرورتها و اولویت‌های حال و آینده است.

بار بیماری‌ها، ریسک فاکتورهای مربوط و خدمات ناشی از آنها عواملی هستند که در تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی در زمینه فرایندهای سلامت حائز اهمیت‌اند. در جدول ۱، بیشترین بار بیماری‌ها در دنیا ارائه شده است.

یکی از چالش‌های کلی در حوزه بهداشت عمومی و سلامت در

جدول ۱. وضعیت بیشترین بار بیماری‌ها در جهان

درصد از بار بیماری‌ها	درصد از بار بیماری‌ها با درآمد کم و متوسط	کشورهای با درآمد کم و متوسط	درصد از بار بیماری‌ها بالا	کشورهای با درآمد بالا
۸/۳	۶/۴	عوارض دوران بارداری و زایمان	بیماری‌های عروق کرونر قلب ^۴	
۶/۳	۶	عفونت‌های تحتانی دستگاه تنفسی	بیماری‌های عروق مغزی	
۵/۶	۵/۲	بیماری‌های عروق کرونر قلب	افسردگی ماذور تک‌قطبی	
۵	۵/۱	ایدز	آلزایمر و سایر بیماری‌های زوال عقل ^۵	
۳/۶	۴/۵	بیماری‌های عروق مغزی	سرطان‌های حنجره، برونش، ریه	
۳/۶	۴/۲	بیماری‌های اسهالی	کاهش شنوایی بزرگسالی	
۳/۵	۳/۱	افسردگی ماذور	بیماری‌های مزمن	

3. Disability Adjusted Life Years

4. ischemic heart diseases

5. demential diseases

با آغاز هزاره جدید، مهم‌ترین اجماع بین‌المللی در خصوص توسعه میان ۱۹۱ کشور، تحت عنوان «اعلامیه هزاره ملل متحد»، حاصل شد. براساس اعلامیه هزاره، هشت هدف توسعه هزاره کشورها را موظف می‌سازد برای مبارزه با فقر، بی‌سوادی، گرسنگی، عدم دسترسی به امکانات آموزش و پرورش، نابرابری جنسیتی، مرگ و میر کودکان و مادران، بیماری، و نابودی محیط زیست دست به دست هم دهنده و فعالانه‌تر و هماهنگ‌تر از سابقه تلاش کنند. از این هشت آرمان، سه آرمان مستقیماً با سلامت انسان‌ها مرتبط و پنج آرمان دیگر نیز در ارتباط تنگاتنگ با آن هستند. این امر نشانگر آن است که همانکنون حفظ و ارتقای سطح سلامت نیاز اساسی جهانی است و برنامه‌های مرتبط با توسعه پایدار کشورها باید هماهنگ با تأمین سلامت افراد جامعه باشد. پس از آن، در اوت ۲۰۰۲، ده سال پس از اجلاس ریو^۶، به منظور بررسی پیشرفت‌های حاصل شده از این اجلاس و همچنین ارائه راهکارهایی برای تقویت و عملیاتی‌سازی دستور کار^۷ و سایر نتایج آن، اجلاس جهانی توسعه پایدار در ژوهانسبورگ (افریقای جنوبی) برگزار شد (Johannesburg Summit, 2002). عمده‌ترین نتایج این اجلاس یک برنامه اجرایی (International Council for Science, 2002)، یک اعلامیه سیاسی و شماری ابتکارات و مشارکت‌های اجرایی بود. یکی از عمده‌ترین تفاوت‌های این اجلاس با اجلاس ریو آن بود که مسئله سلامت در آن محوریت یافت. این امر نشانگر آن بود که سلامت به عنوان منبعی بسیار مهم برای توسعه پایدار به رسمیت شناخته شده است. در این میان، سلامت فردی و اجتماعی، با ابعاد وسیع فرابخشی و بین‌رشته‌ای خود، حجم گسترده‌ای از مسائل مرتبط با توسعه پایدار کشورها را به خود اختصاص می‌دهد. طی دو دهه اخیر، جامعه بین‌المللی به این اجماع رسیده است که سلامت نه تنها با عرصه‌های اجتماعی،

۱. اجلاس جهانی کنفرانس محیط زیست و توسعه سازمان ملل متحد که در سال ۱۹۹۲ با حضور سران و نمایندگان ۱۷۲ کشور جهان و شمار زیادی از سازمان‌های غیردولتی (NGOs) برگزار شد.

۲. برنامه‌ای جهانی و مدون برای دستیابی به توسعه پایدار در قرن بیست و یکم که در سال ۱۹۹۲ در ریودوژانیرو به توصیه رهبران جهان رسید.

دوران پیش از تولد^۳، اسهال، واکسن کودکان، بیماری‌های قابل پیشگیری و کمبود تغذیه) به طور اولیه بر بچه‌های زیر ۵ سال تأثیرگذار بوده است. دو علت (ایدز و مalaria) نیز به طور غالب بر جمعیت فقیر تأثیر دارد. سایر بیماری‌ها شامل بیماری‌های پیش از تولد و بیماری‌های تغذیه‌ای، افسردگی، بیماری عروق کرونر قلب و بیماری‌های عروقی- مغزی بوده است (Catherine et al., 2001).

اگرچه علت اصلی مرگ‌ها در سال ۲۰۳۰، به ترتیب وفور، بیماری عروق کرونر قلب، بیماری‌های عروقی مغز، ایدز، بیماری‌های مزمن ریوی، سرطان‌های حنجره و برونش و ریه، دیابت قندی، تصادفات جاده‌ای، بیماری‌های حول زایمان و تولد، و سرطان معده پیش‌بینی شده است، همچنان ده علت اصلی مرگ در کشورهای مختلف متفاوت خواهد بود. مثلاً در کشورهای با درآمد بالا، پنج علت اصلی به ترتیب بیماری عروق کرونر قلب، بیماری‌های عروقی مغز، سرطان حنجره و برونش و ریه، دیابت قندی و بیماری‌های مزمن ریوی خواهد بود، حال آنکه در کشورهای با درآمد متوسط، به ترتیب، بیماری‌های عروقی مغز، بیماری عروق کرونر قلب، بیماری‌های مزمن ریوی، ایدز، سرطان‌های دستگاه تنفسی و سرانجام دیابت قندی شش علت اصلی مرگ خواهد بود. در کشورهای با درآمد کمتر، اول بیماری عروق کرونر قلب، ایدز، بیماری‌های عروقی مغز، بیماری‌های مزمن ریوی و عفونت‌های تحتانی ریوی و سپس بیماری‌های حول تولد، حوادث جاده‌ای، بیماری‌های اسهالی، دیابت و مalaria علت‌های اصلی مرگ خواهند بود. بنابراین، سه علت اصلی مرگ و میر در همه کشورها بیماری‌های عروقی قلبی و مغزی و بیماری‌های مزمن ریوی خواهند بود ولی در کشورهای پیشرفته، سرطان‌های دستگاه تنفسی و دیابت، در کشورهای با درآمد متوسط، ایدز و سرطان‌های دستگاه تنفسی، و در کشورهای در حال پیشرفت، ایدز و عفونت‌های تحتانی دستگاه تنفس جزو پنج علت اصلی مرگ و میر هستند.

در مورد بار بیماری‌ها نیز همین تفاوت‌ها دیده می‌شود. علل اصلی بار بیماری‌ها در سال ۲۰۳۰ در کل جهان شامل ایدز، افسردگی، بیماری عروق کرونر قلب، تصادفات جاده‌ای،

تک‌قطبی	انسدادی ریه	دیابت نوع II ^۱	اختلالات ناشی از مصرف الکل	مالاریا
سل	۲/۶	۲/۹	۲/۸	۲/۸
بیماری‌های مزمن انسدادی ریه	۲/۴	۲/۵	۲	۲

Lopez, 2006

آنده نحوه تخصیص بهینه منابع در دسترس در جهت کاهش علل عمدۀ بار بیماری‌ها در سطح جهان است. براساس نتایج تحقیقات به عمل آمده در مورد مردان امریکایی، بیماری‌های عروق کرونر قلب، حوادث ترافیکی، سرطان‌ها، ایدز، و مصرف الکل و وابستگی به آن بیشترین بار بیماری را در آنان دارند در حالی که در زنان همان کشور بیشترین بار بیماری‌ها به ترتیب مربوط به بیماری‌های عروق کرونر قلب، افسردگی مازور تک‌قطبی، بیماری‌های عروق مغزی، سرطان‌های دستگاه تنفسی و آرتروز است (Catherine et al., 2001) در مطالعه‌ای، از مجموع ۳۳۸۴۰۹ بار بیماری در مردان، ۹ درصد مربوط به بیماری‌های کودکان ۱۴-۰ سال و، از مجموع ۳۱۴۷۳۲ بار بیماری در زنان، ۷ درصد مربوط به کودکان ۱۴-۰ سال بود. به طور کلی، بار بیماری‌های پسران ۳۶ درصد بیشتر از دختران بود که علت آن بار مرگ بیشتر برای اکثر بیماری‌ها در پسران بوده است. آسم علت اصلی بار بیماری‌های کودکان ۱۴-۰ سال را تشکیل می‌داد و عامل ۲۰ درصد از کل بار بیماری‌ها در پسران و ۲۲ درصد در دختران بود. در پسران، اوتیسم و وزن کم هنگام تولد در رده‌های بعدی قرار داشتند. در دختران، رده‌های بعدی از آن وزن کم هنگام تولد و سندروم داون بود. ده علت اولیه بار بیماری‌ها عامل ۵۵ درصد از بار بیماری‌های این گروه سنی بودند (مطلق و دیگران، ۱۳۸۸).

براساس نتایج تحقیق دیگری، در سال ۱۹۹۹، ۵۶ میلیون مرگ در جهان اتفاق افتاده که ۱/۴ بیلیون بار بیماری ناشی از بیماری و جراحت بوده است. ده علت مهم بار بیماری‌ها عامل ۴۶ درصد از کل بار بیماری‌ها بوده است. پنج علت از میان این ده علت بار بیماری‌ها (عفونت تحتانی دستگاه تنفس، وضعیت‌های ناشی از

1. diabetes mellitus

2. osteoarthritis

عروق کرونر قلب رتبه‌های اول تا پنجم علل بار بیماری‌ها را تشکیل خواهند داد (Catherine et al., 2001). دیابت چهارمین علت اصلی مرگ و میر در کشورهای پیشرفته، ششمین در کشورهای با درآمد متوسط و نهمین در کشورهای در حال پیشرفت خواهد بود (Wild et al., 2004). این بیماری علت پنجم بار بیماری‌ها در کشورهای پیشرفته، و علت دهم در کشورهای با درآمد متوسط را تشکیل خواهد داد و در کشورهای در حال پیشرفت جزو علت‌های اصلی نخواهد بود (عیزیزی، ۱۳۸۷).

بیماری‌های حول زایمان و تولد، بیماری‌های عروقی مغز، بیماری‌های مزمن ریوی، عفونت‌های تحتانی تنفسی، کاهش شناوبی بزرگسالان و آب مرواردید چشم خواهد بود. در کشورهای با درآمد بالا، افسردگی، بیماری عروق کرونر قلب، آلزایمر و بیماری‌های ناشی از الکل و دیابت؛ در کشورهای با درآمد متوسط، ایدز، افسردگی، بیماری‌های عروقی مغز، بیماری عروق کرونر قلب و بیماری‌های مزمن ریوی؛ و در کشورهای با درآمد کم، ایدز، بیماری‌های حول تولد، افسردگی، تصادفات جاده‌ای و بیماری

جدول ۲. مقادیر شاخص امید به زندگی در پنج منطقه زیر نظارت سازمان جهانی بهداشت

۲۰۰۷		۲۰۰۶		۲۰۰۵		۲۰۰۴		۲۰۰۳		۲۰۰۰		۱۹۹۰		مناطق
مردان	زنان													
۷۳	۷۸	۷۲	۷۸	۷۲	۷۷	۷۱	۷۷	۷۱	۷۷	۷۰	۷۷	۶۸	۷۴	امریکا
۶۳	۶۶	۶۳	۶۵	۶۲	۶۵	۶۲	۶۴	۶۱	۶۴	۶۱	۶۳	۵۸	۵۹	آسیای جنوب شرقی
۷۰	۷۸	۷۰	۷۸	۶۹	۷۷	۶۹	۷۷	۶۸	۷۷	۶۸	۷۶	۶۷	۷۴	اروپا
۶۳	۶۶	۶۳	۶۶	۶۲	۶۴	۶۱	۶۴	۶۱	۶۴	۶۱	۶۴	۵۹	۶۱	شرق مدیترانه
۷۲	۷۷	۷۲	۷۶	۷۱	۷۵	۷۱	۷۵	۷۰	۷۴	۷۰	۷۴	۶۸	۷۱	غرب اقیانوس آرام

منبع: WHO, 2010

جدول ۳. نرخ مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در هر ۱۰۰۰ تولد زنده در پنج منطقه زیر نظارت سازمان جهانی بهداشت

۲۰۰۶	۲۰۰۵	۲۰۰۴	۲۰۰۳	۲۰۰۰	۱۹۹۰	مناطق
هردو جنس						
۲۱	۲۴	۲۵	۲۵	۲۸	۴۲	امریکا
۶۹	۶۸	۷۷	۷۸	۸۲	۱۳	آسیای جنوب شرقی
۱۶	۱۹	۲۲	۲۳	۲۲	۳۳	اروپا
۸۴	۹۰	۹۴	۹۲	۹۳	۱۱۰	شرق مدیترانه
۲۴	۲۸	۳۱	۳۶	۳۵	۴۶	غرب اقیانوس آرام

منبع: WHO, 2010

در جدول ۳، شاخص مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در مناطق مختلف جهان ارائه شده است. آمار نشان می‌دهد که شاخص مرگ و میر کودکان در طی این دوره (۱۹۹۰-۲۰۰۶) روند نزولی داشته و این شاخص در کل جهان به مرور بهبود یافته است. یکی دیگر از شاخص‌های وضعیت سلامت در جوامع نرخ مرگ

علاوه بر بار بیماری‌ها، شاخص‌های دیگر نیز که می‌توانند بیانگر وضعیت سلامت جوامع باشند مورد بررسی قرار می‌گیرند. شاخص امید به زندگی^۱ در بدو تولد یکی از شاخص‌های مهم در حیطه نتایج سلامت است که بهبود کلی سلامت جامعه در افزایش میزان آن نقش مهمی دارد (حسروی و نجفی، ۱۳۸۸). با توجه به گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت، این شاخص از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۷ روند صعودی برای مردان و زنان داشته است. مقدار این شاخص در سال ۱۹۹۰ برای مردان ۶۱ سال و برای زنان ۶۵ سال و در سال ۲۰۰۷ برای مردان ۷۰ سال و برای زنان ۷۴ سال ثبت شده است (WHO, 2010). در جدول ۲ مقادیر شاخص امید به زندگی در مناطق پنج گانه زیر نظارت سازمان جهانی بهداشت (امریکا، آسیای جنوب شرقی، اروپا، شرق مدیترانه و غرب اقیانوس آرام) از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۷ ارائه شده است.

۱. طول عمر مورد انتظار بعد از تولد

سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۶ روند نزولی داشته است، هرچند میزان مرگ و میر مردان بالاتر از زنان است.

و میر است. در جدول ۴ نرخ مرگ و میر بزرگسالان در مناطق مختلف جهان به تفکیک زن و مرد آمده است. این جدول نشان می‌دهد که روند مرگ و میر بزرگسالان مرد در مناطق مختلف از

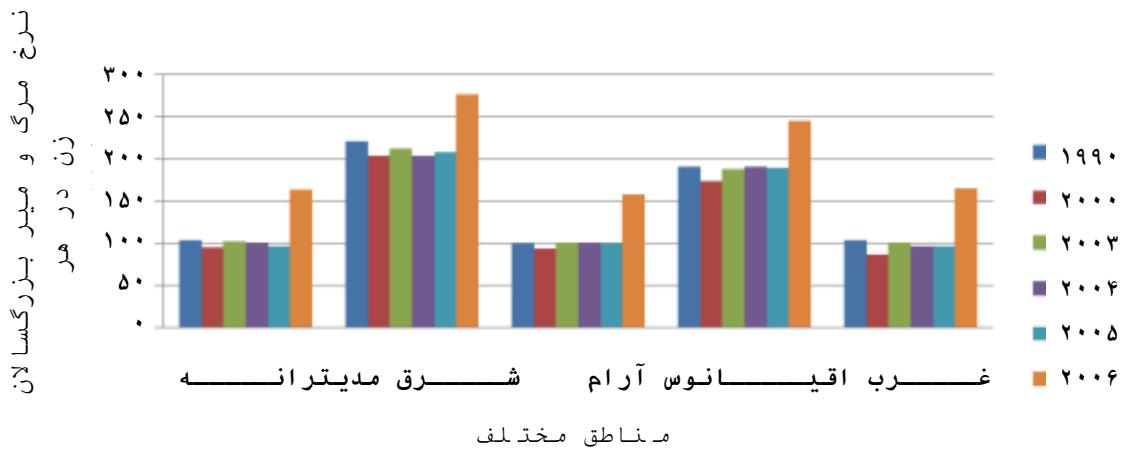
جدول ۴. نرخ مرگ و میر بزرگسالان ۱۵ تا ۶۰ سال در هر ۱۰۰۰ نفر در پنج منطقه زیر نظارت سازمان جهانی بهداشت

۲۰۰۶		۲۰۰۵		۲۰۰۴		۲۰۰۳		۲۰۰۰		۱۹۹۰		مناطق
مردان	زنان											
۱۷۰	۱۶۳	۱۷۱	۹۷	۱۷۶	۱۰۰	۱۷۹	۱۰۲	۱۸۴	۹۵	۲۰۹	۱۰۳	امریکا
۲۶۷	۲۷۶	۲۷۲	۲۰۷	۲۱۹	۲۰۴	۲۷۵	۲۱۲	۲۸۰	۲۰۳	۲۹۸	۲۲۰	آسیای جنوب شرقی
۲۱۹	۱۵۷	۲۳۱	۹۹	۲۳۴	۱۰۰	۲۲۴	۱۰۰	۲۳۱	۹۴	۲۱۶	۹۹	اروپا
۲۲۷	۲۴۵	۲۴۲	۱۸۹	۲۵۷	۱۹۰	۲۵۷	۱۸۷	۲۴۸	۱۷۴	۲۷۰	۱۹۰	شرق مدیترانه
۱۴۷	۱۶۵	۱۵۷	۹۶	۱۵۹	۹۷	۱۶۴	۱۰۰	۱۶۱	۸۷	۱۹۰	۱۰۳	غرب اقیانوس آرام

منبع: WHO, 2010

به شمار می‌آیند. در دو جدول ۵ و ۶، وضعیت مناطق مختلف جهان از نظر منابع انسانی و مالی به تفکیک ارائه شده است.

نمودار ۱ نرخ مرگ و میر بزرگسالان زن را در مناطق مختلف جهان نشان می‌دهد. ارتقای سطح سلامت مستلزم تأمین منابع مورد نیاز است که منابع انسانی و منابع مالی از جمله مهم‌ترین آنها



نمودار ۱. نرخ مرگ و میر بزرگسالان زن در مناطق مختلف زیر نظارت سازمان جهانی بهداشت

جدول ۵. منابع انسانی بخش بهداشت در پنج منطقه زیر نظارت سازمان جهانی بهداشت

WHO, 2010: منبع

جدول ۶ . منابع تأمین هزینه‌های بخش سلامت در پنج منطقه زیر نظارت سازمان جهانی بهداشت

۲۰۰۶					۲۰۰۵					۲۰۰۴					سال
غرب اقیانوس آرام	شرق مدیترانه	آسیای جنوب شرقی	آمریکا												
۶/۱	۴/۵	۸/۴	۳/۴	۱۲/۸	۵/۸	۴/۹	۸/۶	۴	۱۲/۷	۵/۷	۴/۵	۸	۳/۵	۱۱/۳	کل هزینهٔ صرف شده در بخش سلامت (درصد از تولید ناخالص داخلی)
۱۳/۸	۷/۳	۱۴/۸	۴/۷	۱۶/۸	۲/۸	۷/۲	۱۴/۷	۴/۹	۱۸	۱۳/۷	۷	۱۳/۷	۴/۲	۱۶/۳	هزینهٔ تخصیص داده شده از طرف دولت به بخش سلامت (درصد از کل هزینه‌های دولت)
۴۶۱	۲۵۹	۱۷۱۹	۸۵	۲۷۸۸	۵۲۹	۲۴۲	۱۶۴۹	۱۰۰	۲۶۷۵	۲۹۷	۱۸۴	۱۱۹۷	۵۸	۱۹۳۵	سرانهٔ هزینهٔ بخش سلامت (به دلار بین‌المللی)
۸۰/۷	۸۷	۷۰/۸	۸۸/۳	۳۰/۶	۸۲/۸	۸۷/۸	۶۸/۳	۹۰/۴	۳۰/۶	۸۸/۹	۸۸	۶۸/۵	۸۸/۷	۳۴	هزینهٔ پرداختی از جیب مردم به عنوان درصدی از هزینه‌های خصوصی مرتبط با سلامت
۰/۲	۲	۰/۱	۱/۹	۰/۱	۰/۳	۱/۲	۰/۱	۲/۱	۰/۰	۰/۲	۱/۲	۰/۲	۲/۴	۰/۱	منابع بیرونی برای سلامت به عنوان درصدی از کل هزینه‌های سلامت

WHO, 2010: منبع

دوم برنامه پنجم توسعه (علم و فناوری) مورد بحث قرار گرفته است (بیبخانه شورای اطلاع رسانی دولت).

طبق نقشه جامع علمی سلامت، چشم انداز نظام سلامت این گونه تعیین شده است: «در سال ۱۴۰۴ جمهوری اسلامی ایران کشوری است با مردمی برخوردار از بالاترین سطح سلامت و دارای عادلانه‌ترین و توسعه یافته ترین نظام سلامت در منطقه.» اهداف کلalan نظام سلامت عبارت‌اند از:

- ارتقای سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی^۵ احاد مردم ایران که همراه با کسب برترین جایگاه در منطقه تا سال ۱۴۰۴ است؛
- تأمین عدالت در سلامت تا سال ۱۴۰۴؛
- دستیابی به جایگاه اول منطقه در مراعات حقوق اسلامی، انسانی و مدنی و پاسخگویی و تکریم خدمت‌گیرندگان نظام سلامت تا سال ۱۴۰۴ (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۸).

۲.۴. شاخص‌های سلامت و بیماری جسمی در ایران روند در ایران

وضعیت بیماری‌ها در جوامع براساس بار بیماری‌ها در هر جامعه سنجیده می‌شود. براساس نتایج مطالعات انجام شده در ایران، در سال ۱۳۸۲، میزان بار بیماری‌ها (DALY) ۲۱۵۷۲ سال در صدهزار بوده است. ۶۲ درصد از آن عمر ازدست‌رفته به علت مرگ زودرس (YLL)^۶ و ۳۸ درصد عمر ازدست‌رفته به علت ناتوانی (YLD)^۷: ۵۸ درصد به علت بیماری‌های غیرواگیردار، ۲۸ درصد ناشی از علل خارجی (سوانح) و ۱۴ درصد بر اثر بیماری‌های واگیردار؛ بیماری‌های مادران در نتیجه عوارض بارداری و زایمان، بیماری‌های حول تولد و کمبودهای تعذیه‌ای بوده است. بیماری‌ها

۵. سلامت معنوی عبارت است از ارتباط هماهنگ و یکپارچه بین نیروهای داخلی که با ویژگی‌های ثبات در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خوبی‌شتن، خدا و جامعه مشخص می‌شود.

6. Years of Life Lost due to Premature Mortality

7. Years Lived with Disability

۴. اپیدمیولوژی سلامت و بیماری جسمی در ایران ۴.۱. سیاست‌ها و برنامه‌ها

قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، ضمن محوری برشمردن سلامت کامل و جامع انسان، بهداشت و درمان را از جمله نیازهای اساسی می‌شناسد و دولت را مکلف کرده است تا تمامی منابع، امکانات و ظرفیت‌های خود را در جهت تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت افراد کشور بسیج کند (اصول ۳ و ۲۹ و ۴۳ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران). به منظور تحقق مأموریت و اهداف نظام سلامت و در جهت اجرای تکالیف قانونی، با توجه به چهار کارکرد اصلی این نظام (تولید^۱، تأمین منابع مالی^۲، ارائه خدمات^۳ و تولید منابع^۴)، ساختار زیر در کشور وجود دارد: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نمایندگی از دولت مسئولیت سلامت را بر عهده دارد. مسئولیت اجرایی آن در سطح استان به دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی واگذار شده است (سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، ۱۳۸۴: سند ملی توسعه بخش بهداشت و درمان).

رویکرد انسان سالم و سلامت همه‌جانبه در سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه با توجه به محورهای ذیل تعیین شده است:

- یکپارچگی در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع عمومی؛
- ارتقای شاخص‌های سلامت‌هوا، امنیت غذا، محیط و بهداشت جسمی و روحی؛
- کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت؛
- اصلاح الگوی تغذیه جامعه با بهبود ترکیب و سلامت مواد غذایی؛
- توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰ درصد تا پایان برنامه پنجم.

قابل ذکر است که مقوله سلامت در ماده‌های ۳۶ تا ۴۲ فصل

1. stewardship
2. financing
3. service provision
4. resource generation

جدول ۷. مقادیر شاخص امید به زندگی در بدو تولد در ایران

جنس	۱۹۹۰	۲۰۰۰	۲۰۰۳	۲۰۰۴	۲۰۰۵	۲۰۰۶	۲۰۰۷
زنان	۶۵	۷۰	۷۲	۷۲	۷۳	۷۳	۷۴
مردان	۶۱	۶۵	۶۷	۶۸	۶۸	۶۹	۷۰

منبع: WHO, 2010

مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال

رونده مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در ایران در جدول ۸ ارائه شده است. چنانکه جدول نشان می‌دهد، شاخص مرگ و میر کودکان طی دوره ۱۹۷۶ تا ۲۰۰۷ روند نزولی شدیدی داشته و به مرور بهبود چشمگیری یافته است.

جدول ۸. میزان شاخص مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال

در هر ۱۰۰۰ تولد زنده در ایران

سال	۱۹۷۶	۱۹۹۰	۲۰۰۰	۲۰۰۳	۲۰۰۴	۲۰۰۵	۲۰۰۶	۲۰۰۷
میزان شاخص	۱۳۵	۷۲	۴۴	۳۹	۳۸	۳۶	۳۵	۲۸

منبع: WHO, 2010

مقایسه ارقام جدول‌های ۳ و ۸ نشان می‌دهد که، طی دوره زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۷، وضعیت ایران از نظر شاخص مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال (در هر هزار تولد زنده) همواره بهتر از مناطق شرق مدیترانه و آسیای جنوب شرقی ولی بدتر از امریکا، اروپا و غرب اقیانوس آرام بوده است (نمودار ۲).

توزیع علل مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال

جدول ۹ و نمودار ۳ نشان می‌دهند که مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال به میزان جزئی و با توجه به علل گوناگون آن در برخی موارد کاهش و در برخی موارد افزایش یافته است. برای مثال، از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۴، مرگ و میر شیرخواران، مرگ به علت مالاریا و حوادث روند نزولی و مرگ ناشی از ایدز، اسهال، ذات‌الریه و سایر عوامل روند صعودی داشته است.

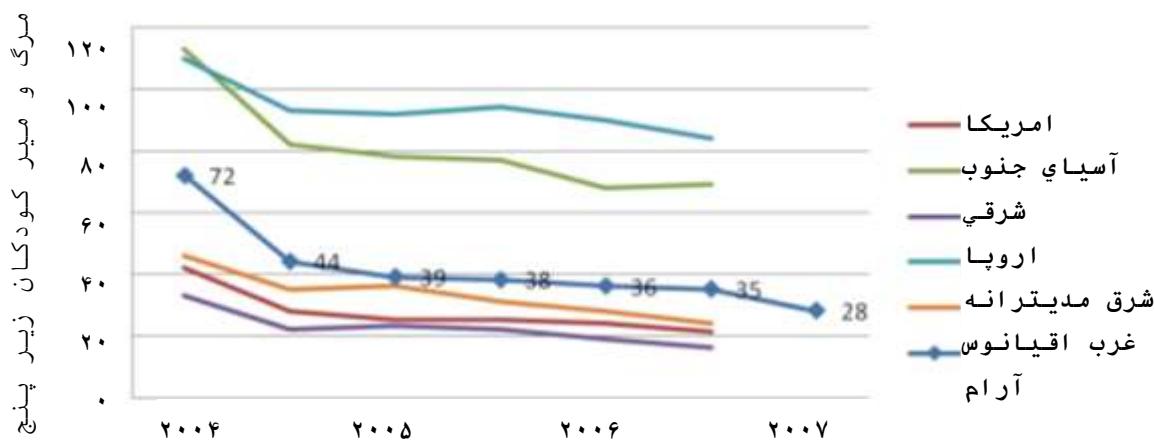
و صدماتِ دارای بالاترین بار در جنس مذکور صدمات عمدی و غیرعمدی با ۲/۷ میلیون سال و در جنس مؤنث اختلالات روانی با ۱/۲ میلیون سال، عامل منفرد بیشترین بار در جنس مذکور حوادث ترافیکی و در جنس مؤنث بیماری عروق کرونر قلب، بیشترین بار مرگ در سنین ۵ تا ۴۴ سال ناشی از سوانح و حوادث و در سنین بالاتر از ۴۴ سال به علت بیماری‌های غیرواگیردار بوده است (نقوی و دیگران، ۱۳۸۷).

از سوی دیگر، طبق آمار مرگ و میر در ۲۹ استان کشور در سال ۱۳۸۳، ده علت اصلی مرگ در ایران، به ترتیب، بیماری‌های قلبی-عروقی، حوادث غیرعمدی، سلطان‌ها، بیماری‌های دستگاه تنفسی، اختلالات حول تولد، بیماری‌های دستگاه گوارش، مجموع حوادث عمومی، بیماری‌های دستگاه ادراری و تناسلی، اختلالات غدد و متابولیک، و ناهنجاری‌های مادرزادی بوده است (نقوی و جعفری، ۱۳۸۶). ده علت اصلی مرگ در سال ۱۳۸۲، به ترتیب، بیماری‌های قلبی-عروقی، بیماری‌ها و اختلالات رفتاری، بیماری‌های اسکلتی و عضلانی، بیماری‌های دستگاه ادراری و تناسلی، بیماری‌های دستگاه گوارش، بیماری‌های دستگاه تنفسی، بیماری‌های تغذیه‌ای و متابولیک، و سلطان‌ها بوده است (نقوی و دیگران، ۱۳۸۷). بدون شک این رتبه‌بندی تا سال ۲۰۳۰ در کشور ما نیز تغییر می‌کند.

شاخص امید به زندگی در بدو تولد

براساس اعلام مرکز آمار ایران، در سال ۱۳۸۵، از بین استان‌های کشور، استان تهران (۷۵/۵ سال برای زنان و ۷۳/۶ سال برای مردان) و استان اصفهان (۷۵/۷ سال برای زنان و ۷۳/۷ سال برای مردان) بالاترین امید به زندگی را داشته‌اند و استان‌های کردستان (۶۷/۳ سال برای زنان و ۶۵/۷ سال برای مردان) و سیستان و بلوچستان (۶۷/۵ سال برای زنان و ۶۵/۸ سال برای مردان) و ایلام (۶۷/۵ سال برای زنان و ۶۶/۱ سال برای مردان) کمترین میزان امید به زندگی را داشته‌اند (خسروی و نجفی، ۱۳۸۸).

در جدول ۷، مقادیر شاخص امید به زندگی در ایران بر مبنای آمار سازمان جهانی بهداشت ارائه شده است. مقایسه مقادیر جدول‌های ۲ و ۷ نشان می‌دهد که امید به زندگی در ایران به نسبت میانگین مناطق پنج گانه زیر نظارت سازمان جهانی بهداشت (۷۳ سال برای زنان و ۶۸/۲ سال برای مردان) در وضعیت مطلوبی قرار دارد.



نمودار ۲. روند شاخص مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در ایران و مناطق مختلف زیر نظارت سازمان جهانی بهداشت

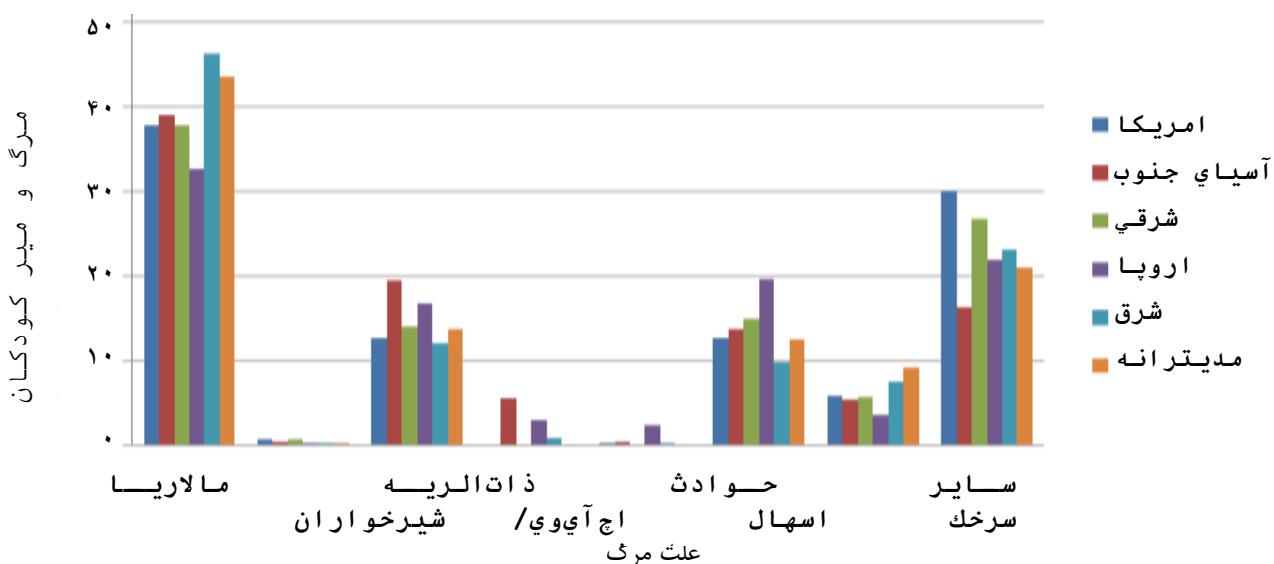
سازمان جهانی بهداشت، در آغاز (۲۰۰۰) و پایان (۲۰۰۴) دوره مورد بررسی در سطح بالاتری قرار داشته است.

جدول ۹ و نمودار ۳ همچنین نشان می‌دهند که شاخص مرگ و میر شیرخواران در ایران، نسبت به مناطق مختلف زیر نظارت

جدول ۹. توزیع علل مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال (درصد) در ایران

سال	شیرخواران	اجآیوی/ایدز	اسهال	سرخک	ذاتالریه	حوادث	سایر
۲۰۰۰	۶۲/۹	۰/۱	۵/۵	۰	۶/۴	۱۲/۸	۱۲/۱
۲۰۰۴	۴۳/۵	۰/۲	۱۳/۷	۰	۱۲/۵	۹/۱	۲۱

منبع: WHO, 2010



نمودار ۳. توزیع علل مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال (درصد) در ایران و مناطق زیر نظارت سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۴

مختلف زیر نظارت سازمان جهانی بهداشت و ایران در جدول های ۴ و ۱۰ مشخص می شود که این شاخص در مناطق مذکور از سال ۱۹۹۰ روندی نزولی- صعودی (نوسان دار) را طی کرده ولی نهایتاً در سال ۲۰۰۶ در کلیه مناطق در بزرگسالان زن روند صعودی یافته است در حالی که در ایران روندی یکدست و نزولی داشته که نمایانگر بهبود وضعیت افراد بزرگسال در ایران در مجموع است.

احتمال مرگ و میر بزرگسالان ۱۵ تا ۶۰ سال در زنان ۱۳۳ درصد در استان کرمان و ۱۱۷ درصد در استان تهران و در مردان ۲۱۸ درصد در استان کرمان و ۱۴۹ درصد در استان تهران گزارش شده است (Khosravi, 2007).

براساس داده های ثبت مرگ برای کل جمعیت در سال ۱۳۸۳، ۲۴/۶ سه علت اصلی مرگ شامل بیماری های عروق کرونر قلب (درصد)، حادث ترافیکی (۹/۸ درصد) و سکته مغزی (۹/۲ درصد) بوده است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۹).

جدول ۱۰. نرخ مرگ و میر بزرگسالان (۱۵ - ۶۰ سال) در هر ۱۰۰ نفر جمعیت در ایران

جنس	زنان	مردان	بزرگسالان	کل
زنان	۱۲۴	۱۰۶	۱۱۲	۱۱۸
مردان	۱۷۵	۱۷۰	۱۸۰	۱۹۰

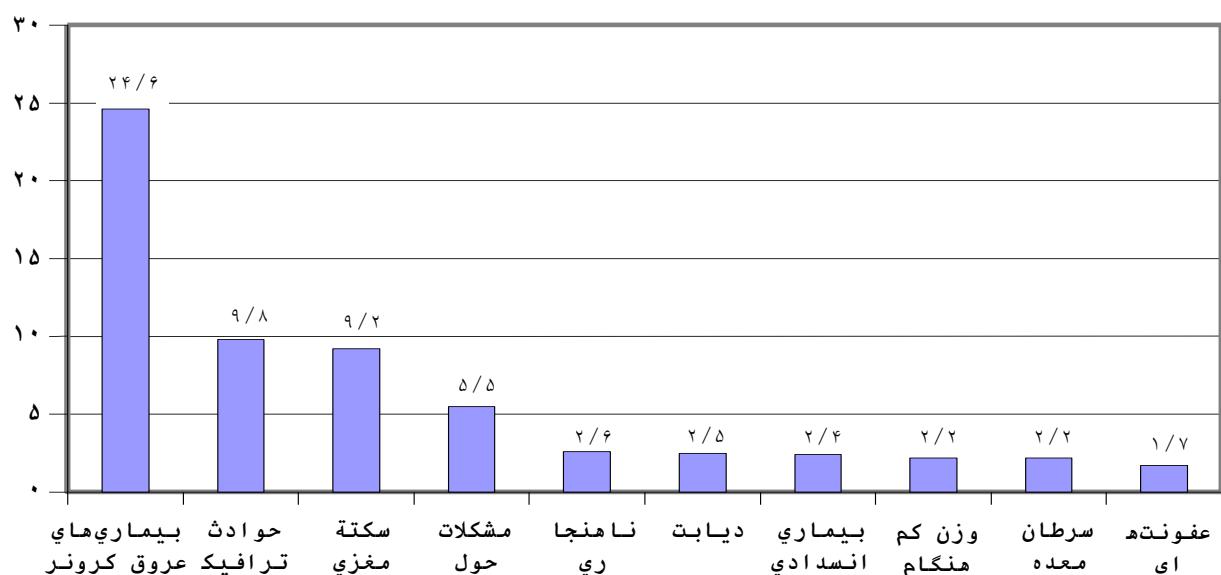
منبع: WHO, 2010

براساس آمار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال از ۲۶ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۸۴ به ۲۲ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۸۶ رسیده است. همچنین مرگ و میر کودکان زیر یک سال از ۲۰/۸۴ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۸۴ به ۱۸/۹۲ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۸۶ کاهش یافته است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۷).

شاخص مرگ و میر کودکان زیر یک سال یکی از بهترین شاخص های ارزیابی سطح سلامت در جوامع است. براساس اعلام مرکز آمار ایران، در سال ۲۰۰۳، میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال در کل کشور برای هر دو جنس ۳۲/۱ در هزار تولد زنده بوده که پایین ترین میزان شاخص در استان های تهران (۲۸/۷) و گیلان (۲۸/۸) و بالاترین میزان شاخص در استان های کردستان (۵۵/۷) و سیستان و بلوچستان (۵۱/۸) محاسبه شده است (خلخالی و دیگران، ۱۳۸۸).

مرگ و میر در سنین ۶۰ - ۱۵ سال

جدول ۱۰ روند شاخص مرگ و میر بزرگسالان به تفکیک زنان و مردان را در ایران از ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۷ نشان می دهد. طبق آمار، این شاخص هم در زنان و هم در مردان روندی نزولی را طی کرده و میزان مرگ و میر در مردان همیشه بالاتر از زنان بوده است. با مقایسه روند شاخص مرگ و میر بزرگسالان در مناطق



نمودار ۴. علل اصلی مرگ و میر در کل جمعیت ایران در سال ۱۳۸۳

هزینه‌های بخش سلامت

طبق جدول ۱۲، در سال ۲۰۰۶ و ۲۰۰۰، میزان هزینه صرف شده در بخش سلامت به ترتیب $5/9$ و $6/8$ درصد از تولید ناخالص داخلی بوده که روندی سعودی داشته است. همچنین هزینه صرف شده از طرف دولت (درصد از هزینه کل دولت) در بخش سلامت نیز روندی سعودی را از $9/6$ در سال ۲۰۰۰ تا $11/5$ درصد در سال ۲۰۰۶ طی کرده است. سرانه هزینه بخش سلامت (به دلار بین‌المللی) از 387 دلار در سال 2000 به 678 دلار در سال 2006 افزایش یافته است. آنچه از اعداد و ارقام ارائه شده در جدول ۱۲ قابل توجه است میزان ثبات هزینه پرداختی از جیب مردم برای امر سلامت است که در سال 2000 حدود $95/9$ درصد و در سال 2006 حدود $94/8$ درصد بوده است. در ماده ۹۰ برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی کشور آمده است: به منظور ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و در جهت کاهش سهم خانوارهای کمدرآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌های بهداشتی و درمانی آنها، توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی باید به نحوی صورت گیرد که «شахنامه مشارکت عادلانه مالی مردم» به نود درصد ($90/0$) ارتقا باید و سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداقل از سی درصد ($30/0$) افزایش نیابد و سهم خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامت به یک درصد ($1/0$) کاهش نیابد (سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، 1384). ارقام ارائه شده در جدول ۱۲ فاصله مشهود کشور را از اهداف تعیین شده در برنامه چندساله و سند چشم‌انداز بیست‌ساله کشور نشان می‌دهد.

مقایسه جدول‌های 6 و 12 روشن می‌سازد که ایران، بجز امریکا و اروپا، با سایر مناطق نزدیکی زیادی از لحاظ میزان شاخص‌ها دارد ولی در شاخص هزینه پرداختی از جیب مردم برای امر سلامت تفاوت زیادی با کل مناطق دارد. همچنین از لحاظ منابع بیرونی صرف شده در امر سلامت، ایران با کشورهای مناطق زیر نظارت سازمان جهانی بهداشت فاصله زیادی دارد.

وضعیت کودکان

بار بیماری‌ها (DALY) در کودکان $0-14$ سال مجموعاً 2981919 سال برای هر دو جنس برآورد شده است که مرکب از 1303120

شاخص‌های سلامت و پوشش واکسیناسیون

براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، پوشش واکسیناسیون در یک سال اول تولد و شاخص‌های سلامت در ایران در سال 2008 از روند مناسبی برخوردار بوده است. پوشش کشوری واکسن‌های BCG، DPT3، OPV3، HBV3 برابر 99 درصد و پوشش واکسیناسیون برابر 98 درصد بوده است.

میزان خام موالید

میزان کشوری خام موالید از $18/3$ در سال 1380 به $16/4$ در هزار نفر جمعیت در سال 1385 رسیده است. استان‌های گیلان ($12/1$ در هزار نفر)، تهران ($13/3$ در هزار نفر) و مازندران ($15/8$ در هزار نفر) کمترین موالید را دارند.

توزیع نیروی کار در بخش سلامت

جدول ۱۱ نمایانگر تعداد کارکنان در قسمت‌های گوناگون بخش سلامت است. چنانکه در جدول مشخص است، شاخص تعداد پزشک به ازای هر ده هزار نفر جمعیت از سال 2001 تا 2007 کاهش داشته است. همچنین شاخص تعداد پرستار و ماما به ازای هر ده هزار نفر نیز روندی نزولی را طی کرده ولی شاخص تعداد تخت بیمارستان به ازای هر ده هزار نفر روندی سعودی داشته است.

جدول ۱۱. منابع انسانی بخش سلامت در ایران

سال	پزشک	پرستار	ماما	تخت	تعداد کارکنان
۲۰۰۱	۱۱/۹	۱۶/۱	۲۸	۱/۴	۱۶
۲۰۰۷	۹	۱۶	—	—	۱۷

منبع: WHO, 2010

مقایسه جدول‌های 5 و 11 نشان می‌دهد که ایران در مقایسه با کشورهای شرق مدیترانه و آسیای جنوب شرقی، وضعیت مناسبی از نظر تعداد پزشک، تعداد پرستار و ماما، و تعداد تخت بیمارستان به ازای هر ده هزار نفر دارد اما در مقایسه با کشورهای اروپایی، غرب اقیانوس آرام و امریکا در وضعیت نامطلوبی به سر می‌برد.

۵۰ درصد کشته شدگان در تصادفات افراد ۱۵ تا ۴۳ ساله خواهند بود. مطالعات در ایران نشان می دهد که سالانه بیش از ۲۵ هزار نفر در تصادفات وسایل نقلیه کشته و بیش از ۱۰۰ هزار نفر محروم می شوند. میزان خسارت های ناشی از تصادفات ترافیکی به میلیاردها ریال بالغ می شود (زاده و رضایی ارجوودی، ۱۳۸۵).

وضعیت زنان

سلامت زنان زیرینای سلامت خانواده ها و جوامع است و اهمیت ویژه ای در تأمین و حفظ سلامت خانواده و جامعه دارد. سلامت زنان، به ویژه مادران، از مبانی زیرینایی توسعه و در ارتباط با توسعه و رفاه اقتصادی- اجتماعی است (MacKian, 2008).

از نظر بار بیماری ها در زنان، چنانکه اشاره شد، در سال ۱۳۸۲، اختلالات روانی با ۱/۲ میلیون سال ایجاد کننده بیشترین بار و بیماری عروق کرونر قلب عامل منفرد بیشترین بار بوده است (نقوی و دیگران، ۱۳۸۷).

از جمله شاخص های عمومی و رایج مورد استفاده در بررسی وضعیت سلامت زنان، می توان به شاخص های مرتبط با سلامت جسمی آنان مانند امید به زندگی در بدو تولد، مرگ و میر مادران بر اثر عوارض بارداری و زایمان (MMR)^۱، میزان باروری، و سن ازدواج و اولین بارداری اشاره کرد (سازمان ملل متحد، ۱۹۹۵). امید به زندگی در زنان ما نسبت به دهه های گذشته افزایش یافته اما باید دید که به موازات آن، معلولیت ها تا چه سطحی کاهش یافته، یا در زمینه توجه به حق و حقوق زنان، دسترسی عادلانه آنان به منابع، خشونت علیه زنان، و تغییر جایگاه میانسالان و سالمندان در خانواده ها چه اقداماتی انجام شده است. برای مثال، به دلیل محدودیت های فرهنگی که از نمونه های آن می توان به عدم استفاده زنان از دوچرخه در مکان های عمومی اشاره کرد، هنوز زنان ما از تحرک کافی برخوردار نیستند که این مسئله خود زمینه ساز برخی بیماری های مهم مثل افزایش وزن، دیابت ناشی از چاقی، و بیماری های قلبی- عروقی شده است (بهرامی، ۱۳۸۹).

امید به زندگی در زنان در سال ۱۳۸۳ در استان تهران ۷۳/۸ سال بوده (Khosravi, 2007) که این شاخص به ۷۵/۵ سال ارتقا یافته است (خسروی و نجفی، ۱۳۸۸). سالانه ۱۰۰ هزار زایمان

جدول ۱۲. منابع تأمین هزینه های بخش سلامت در ایران

کل هزینه های صرف شده در بخش سلامت (آمد)	از پولید ناخالص داخلی (آمد)	کل هزینه های سلامت (درصد از کل هزینه های دولت)	برندهای دولتی	برندهای دولتی (آمد)	برندهای دولتی (آمد)	نرخ بیرونی کل هزینه های سلامت (آمد)
۵/۹	۲۰۰۰	۹/۶	۳۸۷	۹۵/۹	۰/۰	۹۵/۹
۶	۲۰۰۲	۹	۴۳۲	-	۰/۱	۹۴/۸
۶/۵	۲۰۰۳	۱۰/۵	۴۹۸	۹۴/۸	-	۹۴/۸
۶/۶	۲۰۰۴	۱۰/۹	۶۰۴	۹۴/۸	۰/۲	۹۴/۸
۶/۸	۲۰۰۶	۱۱/۵	۶۷۸	۹۴/۸	۰/۱	۹۴/۸

منبع: WHO, 2010

سال عمر ازدست رفته به واسطه ناتوانی ناشی از بیماری ها و صدمات (YLD) و ۱۶۷۸۷۹۹ سال عمر ازدست رفته به دلیل مرگ زودرس بوده است (به ترتیب، ۴۴ درصد و ۵۶ درصد از کل بار بیماری ها). علل مرگ شامل ۳۷ درصد بیماری های هنگام تولد و عوارض ناشی از زایمان، ۳۰ درصد حوادث عمدی و غیرعمدی، ۷ درصد بیماری های مادرزادی، ۵ درصد بیماری های تعذیب های و متابولیک، ۴ درصد بیماری های دستگاه گوارش، و بقیه بر اثر سایر بیماری ها بوده است (مطلق و دیگران، ۱۳۸۸).

وضعیت جوانان

حوادث ترافیکی سومین علت اصلی مرگ و میر در ایران شناخته شده است (نمودار ۴). براساس گزارش سال ۲۰۰۲ سازمان جهانی بهداشت، همه ساله بیش از یک میلیون و ۲۰۰ هزار نفر در سوانح جاده ای کشته و بیش از ۵۰ میلیون نفر دچار آسیب های جدی می شوند. پیش بینی می شود که با ادامه این روند در ده سال آینده، تنها در کشورهای در حال توسعه، ۶ میلیون نفر کشته و ۶۰ میلیون نفر زخمی خواهند شد. همچنین مطالعات این سازمان نشان می دهد که، در سال ۱۹۹۰، تصادفات جاده ای در رده نهم عوامل تعیین کننده سلامت جامعه قرار داشته اما تا سال ۲۰۲۰ به سومین علت مرگ و میر و معلولیت در جوامع بشری تبدیل خواهد شد و

خانوارهای ایرانی، نتایج مطالعات نشان می‌دهد که سهم روستاییان از فقر روند نزولی و سهم شهرنشینان روند صعودی داشته است. خانوارهایی که سرپرست آنها بیش از ۵۵ سال سن دارد، یا در گروه بی‌سواند قرار می‌گیرد، یا شغل ساده خدماتی دارد یا کشاورز است فقیرتر از بقیه هستند (خداداد کاشی و باقری، ۱۳۸۴). بر این اساس، رشد اقتصادی که افزایش درآمد افراد و افزایش نابرابری درآمدی را به همراه دارد از جمله عوامل تعیین‌کننده سلامت افراد جامعه محسوب می‌شود. نتایج مطالعه‌ای در خصوص بررسی رابطه میان رشد اقتصادی، نابرابری درآمدی و سلامت طی سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۵۵ حاکی از آن است که، به رغم رشد اقتصادی پایین و حتی منفی در سال‌های نخست پیروزی انقلاب اسلامی و دوران جنگ تحملی، شاخص‌های سلامت در این دو مقطع رو به بهبود بوده است (باباخانی، ۱۳۸۷). شاید بتوان گفت که سیاست‌های بازتوzیعی دولت در آن سال‌ها در قالب یارانه‌ها و نیز تأمین خدمات عمومی نظیر خدمات بهداشتی و آموزشی در قالب سیاست‌های اجتماعی موجبات ارتقای شاخص‌های سلامت را در آن مقاطع فراهم آورده است.

میزان باسوادی از دیگر عوامل تأثیرگذار بر سلامت است. طبق آمار سال ۲۰۰۳ برنامه توسعه سازمان ملل متعدد (UNDP)، میزان بی‌سوادی در کشور کاهش چشمگیری یافته است. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که رشد شاخص‌های اقتصادی در دهه گذشته کند و دارای نوسان و، در عوض، رشد شاخص‌های آموزشی بسیار مطلوب بوده است. در واقع، عدم تناسب میان رشد اقتصادی و آموزشی تعارضاتی را در کشور ایجاد کرده است.

از دیگر عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت می‌توان به شکاف جنسیتی اشاره کرد. مطالعات مختلف جمعیتی نشان داده‌اند که کمبود حمایت‌های اجتماعی سبب افزایش مرگ و میر در زنان شده است، گرچه در برخی مطالعات نیز افزایش مرگ و میر با وجود حمایت‌های اجتماعی بالا در برخی گروه‌های سنی زنان مشاهده شده است. به نظر می‌رسد که فاکتورهای متعددی مانند اختلاف جنسیتی در جلب حمایت‌های اجتماعی، وجود مکانیسم‌های ارتباطی میان حمایت‌های اجتماعی و سلامت و میزان مرگ و میر و معلولیت‌ها نیز در این امر دخیل باشند. گام‌های بلندی در برنامه‌های توسعه کشور در جهت رفع شکاف جنسیتی برداشته شده است اما هنوز مسائل و مشکلاتی در این زمینه وجود دارد.

غیرایمن در کشور انجام می‌شود و ۳۳هزار مرگ حول و حوش تولد رخ می‌دهد (دلاور، ۱۳۸۳). مرگ مادران بر اثر عوارض بارداری و زایمان، با تغییر جزئی نسبت به سال ۱۳۸۴، در سال ۱۳۸۶ به ۲۴/۵۸ در صدهزار تولد زنده بهبود یافته است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۷). یافته‌های یک مطالعه کیفی در ایران نشان داد که زنان گرفتار بی‌عدالتی‌اند و برای تأمین سلامت نیازمند رفاه اجتماعی، ورزش، اشتغال و تحصیل مطلوب هستند (پرویزی و دیگران، ۱۳۸۸).

۴.۳. علل و عوامل مؤثر بر سلامت

عوامل بسیاری بر سلامت تأثیرگذارند که از میان آنها می‌توان به نقش عوامل بیولوژیکی، ژنتیکی، فیزیکی، پزشکی و اجتماعی اشاره کرد. با توجه به اهمیت عوامل اجتماعی، در این قسمت بیشتر به این دسته از عوامل پرداخته شده است.

پرداختن به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت مستلزم اتخاذ رویکرد یکپارچه‌ای است به منظور رویارویی با معضلات بهداشتی، ارتقای سطح بهداشت عمومی و حرکت به سوی «جامعه سالم‌تر». در این رویکرد، به مشکلات بهداشتی و بیماری‌های جسمی و روانی از منظر اجتماعی نگریسته می‌شود. سپس با شناخت عوامل تعیین‌کننده می‌توان آنها را در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های بهداشتی منظور کرد. عواملی همچون وضعیت تعذیب، محیط زیست، محیط کار، فقر، سواه، مسکن، منابع آب، جنسیت، بیکاری، فشارهای روانی، میزان درآمد، حمایت اجتماعی، و آموزش از مهم‌ترین عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت هستند که مطالعه و بررسی هریک و بی‌بردن به روابط ساختاری میان آنها از اهداف جدید مورد تأکید سازمان جهانی بهداشت است. نتایج مطالعه این سازمان در سال ۲۰۰۱ حاکی از آن است که با بهبود شرایط اقتصادی، وضعیت سلامت مردم نیز بهبود یافته است (WHO, 2001).

برطبق سرشماری سال ۱۳۸۳، ۱۷/۴۴ درصد از کل جمعیت ایران زیر خط فقر قرار دارند که این میزان در مناطق شهری ۱۰/۳۲ و در مناطق روستایی ۳۲/۶۷ درصد است (رضوی، ۱۳۸۳). همچنین نتایج مطالعه دیگری در سال ۱۳۸۲ بیانگر آن است که فقر در بخش روستایی ابعاد وسیع‌تری دارد. از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده فقر می‌توان به اندازه خانوار و بار تکفل اشاره کرد (نجفی و شوستریان، ۱۳۸۶). در خصوص نحوه توزیع فقر در بین

و مدیریت برنامه‌های سلامت، توسعه منابع انسانی و فناوری، و

تخصیص بودجه برنامه‌های سلامت را فراهم می‌سازد.

برآورد کلی این است که هرچه کشوری پیشرفت‌تر و دارای درآمد بالاتری باشد، بیماری‌های غیرواگیردار در آن بر سایر علل مرگ و میر و بار بیماری‌ها غلبه خواهد یافت (Mathers et al., 2005).

شاخص مرگ و میر کودکان زیر یک سال یکی از مهم‌ترین شاخص‌های ارزیابی سطح سلامت به شمار می‌آید. میزان این شاخص در استان‌های تهران و گیلان در وضعیت مطلوب قرار دارد و در استان‌های محروم مانند سیستان و بلوچستان و کردستان، که در آنها بیش از ۵۰ کودک در هر هزار تولد زنده قبل از یک‌سالگی می‌میرند، نامطلوب است، که با توجه به تأثیر عوامل اجتماعی مانند سطح درآمد، میزان تحصیلات، و شرایط اقتصادی بر سلامت کاملاً قابل توجیه است (نجفی و شوشتريان، ۱۳۸۶).

در خصوص وضعیت شاخص مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در ایران می‌توان گفت که گسترش شبکه بهداشت در ایران و اجرای بسیاری از برنامه‌ها و مداخلات سلامت در طی دهه‌های اخیر منجر به بهبود وضعیت سلامت عمومی و کاهش میزان مرگ و میر کودکان شده است. با اجرای برنامه‌هایی مثل واکسیناسیون کودکان، درمان اسهال و ترویج تغذیه با شیر مادر، از مرگ بسیاری از کودکان جلوگیری شده است. با توجه به اهمیتی که میزان مرگ و میر کودکان در برنامه‌ریزی و پایش برنامه‌های سلامت کودکان دارد، جمع‌آوری آمار و برآورد میزان مرگ کودکان یکی از اولویت‌های برنامه‌های سلامت بوده است (خسروی و نجفی، ۱۳۸۸). میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در ایران در مقایسه با کشورهای آسیای جنوب شرقی و شرق مدیترانه کاهش قابل توجهی داشته و به حد مطلوب امریکا و کشورهای غرب اقیانوس آرام رسیده است. از نظر توزیع علل مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال، میزان شاخص اج‌آی‌وی / ایدز و همچنین اسهال در ایران نسبت به مناطق مختلف زیر نظارت سازمان جهانی بهداشت پایین‌تر است. اما در سال ۲۰۰۴، هم کشور ایران و هم اکثر مناطق دیگر میزان مرگ و میر بالاتری را در این گروه سنی نسبت به سال ۲۰۰۰ ثبت کردند.

در خصوص شاخص مرگ و میر بزرگسالان نیز آمار بیانگر آن است که با وجود سیر نزولی روند این شاخص در ایران، وضعیت زنان بهتر از مردان بوده است. این در حالی است که نرخ مرگ و

۵. بحث و نتیجه‌گیری

بررسی شاخص‌های سلامت و بیماری جسمی در ایران نشان داد که عوامل ایجاد بالاترین بار بیماری‌ها ابتلا به بیماری‌های غیرواگیردار (۵۸ درصد) و سپس علل خارجی (سوانح) و در نهایت بیماری‌های واگیردار و بیماری‌های ناشی از عوارض بارداری و زایمان است. این یافته با داده‌های ثبت مرگ برای کل جمعیت در سال ۱۳۸۳ کاملاً هم‌خوانی دارد. براساس این داده‌ها، سه علت اصلی مرگ در هر روز بیماری‌های عروق کرونر قلب، حوادث ترافیکی و بیماری‌های عروق مغزی است. در مجموع، سیمای سلامت و بیماری در ایران از غلبه بیماری‌های واگیردار، بیماری‌های مرتبط با بارداری و زایمان و حول تولد، و کمبودهای تغذیه‌ای به بیماری‌های غیرواگیردار و سوانح و حوادث تغییر صورت یافته است. اختلاف عمده بار بیماری‌ها در ایران با منطقه شرق مدیترانه شامل بار کمتر بیماری‌های عفونی و بار بیشتر بیماری‌های مربوط به گروه‌های سنی جوانان و میانسالان، یعنی حوادث ترافیکی، اختلال افسردگی اساسی و اعتیاد در ایران است. قابل ذکر است که وقوع زلزله بم در سال ۱۳۸۲ نیز در فزونی نسبی بار سوانح و حوادث در ایران نقش داشته است (نقوی و جعفری، ۱۳۸۶).

بار بیماری‌ها بر حسب جنسیت نیز متفاوت است به نحوی که بیشترین بار بیماری در جنس مذکور مربوط به حوادث ترافیکی و در جنس مؤنث مربوط به بیماری‌های عروق کرونر قلب است. طبق پیش‌بینی سازمان جهانی بهداشت، تصادفات جاده‌ای تا سال ۲۰۲۰ به سومین علت مرگ و میر و معلولیت در جوامع بشری تبدیل خواهد شد. بیشترین بار بیماری‌ها در کودکان ایران مربوط به بیماری‌های هنگام تولد و عوارض ناشی از زایمان (۳۷ درصد) و پس از آن حوادث عمدی و غیرعمدی (۳۰ درصد) است.

بار بیماری‌ها مهم‌ترین و عینی‌ترین شواهد لازم برای ارزیابی و سیاست‌گذاری را به دست می‌دهد. کاربرد صحیح نتایج بار بیماری‌ها، همراه با بررسی هزینه و اثربخشی مداخلات لازم، می‌تواند فرستی بی‌بدیل برای استفاده مناسب از شواهد در سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت فراهم آورد. باید مهم‌ترین بیماری‌ها و خدمات و عوامل خطری را که بیشترین بار مرگ و ناتوانی را موجب می‌شوند مشخص ساخت. نتایج حاصل از بار بیماری‌ها قسمت عمده‌ای از شواهد لازم برای تعیین اولویت‌های اساسی پژوهشی، برنامه‌ریزی

منابع

- احمدی، بتول، فرزانه زاهدی، مصصومه علی‌محمدیان و فرانک فرزادی. (۱۳۸۶)، سیمای سلامت زنان، تهران، شورای فرهنگی- اجتماعی زنان.
- امیرارجمند، اردشیر. (۱۳۸۱)، *مجموعه اسناد بین‌المللی حقوق بشر، ج ۱، تهران، دانشگاه شهید بهشتی.*
- باباخانی، محمد. (۱۳۸۷)، «توسعة اقتصادي، نابرابری درآمدی و سلامت در ایران: ۱۳۵۵-۱۳۸۵»، *رفاه/اجتماعی، ش ۲۸، ص ۹۱۶.*
- بهرامی، افسانه. (۱۳۸۹)، *چالش‌های سلامت زنان، قابل دسترسی در: http://www.hamshahrionline.ir.news-118948.aspx*
- پارک، کی. (۱۳۸۲)، درستامه طب پیشگیری و پزشکی اجتماعی، ترجمه خسرو وفاتی شیرپاک، ج ۲، تهران، ایلیا.
- پرکیز، اج. دوایت، مایکل رومر، استنود گراس و آر. دانلد. (۱۳۷۹)، *توسعة اقتصادي، ترجمة غلامرضا آزاد ارمکی، تهران، نشر نی.*
- پرویزی، سرور، فروغ ناصری، نعیمه سیدفاطمی و فرزانه قاسمزاده. (۱۳۸۸)، «عوامل اجتماعی سلامت زنان ساکن در شهر تهران: یک پژوهش کیفی»، *پژوهش پرستاری، دوره ۴، ش ۱۵، ص ۱۵-۶.*
- حسن‌زاده، علی و سعیده فخیم علی‌زاده. (۱۳۸۴)، *برنامه مردم‌سالم، تهران، علمی و فرهنگی.*
- خدداد کاشی، فرهاد و فریده باقری. (۱۳۸۴)، «تحوّه توزیع فقر بین خانوارهای ایرانی ۱۳۷۱-۱۳۷۹»، *پژوهش‌های اقتصادی در ایران، ش ۲۲.*
- خسروی، اردشیر و فرید نجفی. (۱۳۸۸)، *شاخص‌های سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.*
- خلخالی، حمیدرضا، ابراهیم حاجی‌زاده، رضا غلام‌نیا، جاوید فریدونی، سیدمهدى نورایی و قاسم زمانی. (۱۳۸۸)، «بررسی اکولوژیک عوامل مؤثر بر میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال در ایران»، *فصلنامه پژوهشی ارومیه، ش ۷۸، ص ۲۴۴-۲۳۸.*
- دلاور، بهرام. (۱۳۸۳)، «هشدار مدیر کل دفتر سلامت خانواده و جمعیت وزارت بهداشت»، *روزنامه ایران، ش ۳۰۸۲، ۲۲ اسفند.*
- رضوی، معاون، کاووس باسمنجی و فرشته محمودیان. (۱۳۸۳)، *محاسبه شاخص‌های فقر و توزیع درآمد در ایران (گزارش نهایی)، تهران، مؤسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه‌ریزی.*
- Zahed، فاطمه و عبدالرضا رضایی ارجوودی. (۱۳۸۵)، «برآورد هزینه خارجی جاده‌ای کشور بر محیط زیست اجتماعی با تأکید بر تصادفات بخش جاده‌ای کشور بر محیط زیست اجتماعی با تأکید بر تصادفات جاده‌ای»، *علوم تکنولوژی محیط زیست، دوره ۸، ش ۳، ص ۴۱-۳۵.*
- سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور. (۱۳۸۴)، *قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۴-۱۳۸۱)، تهران.*

میر زنان در امریکا، آسیای جنوب شرقی، اروپا، شرق مدیترانه و غرب اقیانوس آرام در سال ۲۰۰۶ نسبت به سال‌های ماقبل آن سیر صعودی به خود گرفته است. بیماری‌های قلبی-عروقی و سکته مغزی علل اصلی مرگ در جهان هستند و هر ساله ۱۷ میلیون نفر را به کام مرگ می‌کشند؛ و چنانچه تا سال ۲۰۲۰ اقدام پیشگیرانه خاصی انجام نگیرد، این میزان به ۲۴/۸ میلیون نفر بالغ خواهد شد (Mahdavi et al., 2009).

طبق اعلام مرکز آمار ایران، در سال ۱۳۸۵، امید به زندگی در ایران ۷۳ سال برای زنان و ۶۹ سال برای مردان بوده است. استان‌هایی مانند تهران و اصفهان بالاترین امید به زندگی و استان‌هایی محروم مانند سیستان و بلوچستان و کردستان کمترین امید به زندگی را داشته‌اند. مقادیر این شاخص در ایران در مقایسه با کشورهای آسیای جنوب شرقی و شرق مدیترانه در وضعیت بهتر و در مقایسه با کشورهای اروپایی و امریکا و غرب اقیانوس آرام در وضعیت مطلوب قرار دارد.

نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که کشورهای اروپایی همواره بیشترین نیروی انسانی مرتبط با سلامت را به کار گرفته‌اند که این امر خود موجب ارتقای وضعیت سلامت مردم آن کشورها می‌شود. در نهایت می‌توان چنین ادعا کرد که با وجود وقوع حوادث بزرگ اجتماعی- تاریخی مانند انقلاب اسلامی سال ۱۳۵۷ و جنگ هشت‌ساله، استقرار شبکه بهداشت و درمان در سه دهه اخیر و ارائه کشوری مراقبت‌های اولیه بهداشتی تغییرات قابل توجهی در وضعیت سلامت در ایران ایجاد کرده است. این امر موجب شده است که ایران از نظر شاخص توسعه انسانی^۱ در بین کشورهای منطقه در رده متوسط جای گیرد (Movahedi, 2008).

اگرچه گسترش شبکه بهداشتی در دهه‌های اخیر شاخص‌های بهداشتی را در سطح کشور بهبود قابل توجهی بخشدیده است، افزایش بار بیماری‌های غیرواگیردار و حوادث عمدی و غیرعمدی بررسی و توجه بیشتری را در زمینه علل و عوامل بروز و نیز راههای پیشگیری و مهار آنها می‌طلبد.

1. human development index

Johannesburg Summit. (2002), World Summit on Sustainable Development, 26 August-5 September 2002, United Nations, available at: www.johannesburgsummit.org

Khosravi, Ardeshir. (2007), "Differential Mortality in Iran", *Population Health Metrics* 5/7:2-15.

Lopez, Alan D. (2006), "Global and Regional Burden of Disease and Risk Factors, 2001: Systematic Analysis of Population Health Data", *Lancet* 367: 1747-1757.

MacKian, S. C. (2008), "What the Papers Say: Reading Therapeutic Landscapes of Women's Health and Empowerment in Uganda", *Health and Place* 14/1:106-115.

Mahdavi, H. et al. (2009), "The Burden of Disease and Injury in Iran 2003", *Population Health Metric* 6:9.

Mathers, C. D., D. M. Fat, M. Inoue, C. Rao and A. D. Lopes. (2005), "Counting the Dead and What They Died from: An Assessment of the Global Status of Cause of Death Data", *Bull. World Health Organ* 83:171-177.

Movahedi, Mohammad. (2008), "Temporal Variations of Health Indicators in Iran Comparing with Other Eastern Mediterranean Region Countries in the Last Two Decades", *Journal of Public Health* 30/4:499-504.

Wild, S., G. Roglic, A. Green, R. Sicree and H. King. (2004), "Global Prevalence of Diabetes: Estimates for the Year 2000 and Projections for 2030", *Diabetes Care* 27:1047-1053.

World Health Organization. (2000), "Women and Health: Better Health and Welfare System: Women's Perspectives", *Proceeding of a WHO Kobe Centre International Meeting, Awaji Island, Japan, 5-7 April 2000.*

_____. (2001), *Economic Growth, Poverty Reduction.*

_____. (2010), WHOSIS Detailed Database Search: <http://apps.who.int/whosis/data/search>, 2010/03/28

سازمان ملل متحد. (۱۹۹۵)، «خلاصه‌ای از برنامه عمل کنفرانس بین‌المللی

جمعیت و توسعه»، ترجمه صندوق جمعیت ملل متحد.

عزیزی، فریدون. (۱۳۸۷)، «پیش‌بینی مرگ و میر و بار بیماری‌ها در ایران و جهان»، پژوهش در پزشکی، دوره ۳۲، ش. ۴.

مطلق، محمدماساعیل، حسین کاظمینی، ناهید جعفری، بهرام دلاور، محمدجواد کبیر و خدیجه گوهري. (۱۳۸۸)، «بار بیماری‌های

کودکان ۰-۱۴ سال در ایران»، *افق/دانش*، دوره ۱۵، ش. ۳، ص. ۷۷-۸۵.

نجفی، بهاءالدین و آشال شوستریان. (۱۳۸۶)، «برآورد خط فقر و بررسی تعیین کننده‌های آن در خانوارهای روستایی و شهری ایران»، *اقتصاد کشاورزی و توسعه*، ش. ۵۹.

نقوی، محسن و ناهید جعفری. (۱۳۸۶)، *سیمای مرگ و میر در استان کشمر در سال ۱۳۸۳*، تهران، نشر آرایج.

نقوی، محسن، فرید ابوالحسنی، فرشاد پورملک، ناهید جعفری، مازیار مرادی لاله، بابک عشرتی، نیلوفر مهدوی هزاوه، حسین کاظمینی، سید آرش طهرانی بنی‌هاشمی و شروان شعاعی. (۱۳۸۷)، «بار بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران در سال ۱۳۸۲»، *پیامبر اکبری ایران*، س. ۴، ش. ۱، ص. ۱-۱۹.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۸۷)، *گزارش/جملای عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دولت نهم*، تهران.

_____. (۱۳۸۸)، *نقشه جامع علمی کشور*، تهران.

_____. (۱۳۸۹)، *دستاوردها، چالش‌ها و افق‌های پیش‌روی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران*، تهران.

هدایتی، علی‌اصغر و صادق زیتالی. (۱۳۸۷)، «سلامت محور توسعه پایدار»،

پایش، س. ۸، ش. ۱، ص. ۹۳-۹۵.

Brundtland, H. G. (1987), Presentation of the Report of the World Commission on Environment and Development to UNEP'S 14th Governing Council Session, Kenya, Nairobi, 8 June 1987.

Catherine, M. et al. (2001), "Burden of Disease: Implications for Future Research", *JAMA* 285/5:535-539.

International Council for Science. (2002), Report of the Scientific and Technological Community to the World Summit on Sustainable Development, available at: www.icsu.org/Library/WSSD-Rep/Vol1.pdf