

دگرگونی سیمای سلامت در ایران*

محسن نقوی

اپیدمیولوژیست، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

نویسنده رابط: محسن نقوی، آدرس: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تقاطع خیابان حافظ و جمهوری اسلامی، تهران، تلفن: ۰۲۱-۶۶۷۰۱۸۱۲، نامبر: ۰۲۱-۶۶۷۱۷۳۱۰، پست

الکترونیک: drnaghavi@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۸۵/۱/۲۶، پذیرش: ۸۵/۷/۱۲

مقدمه و اهداف: آگاهی از دگرگونی سیمای سلامتی (Health Transition) در هر کشور، از مهم‌ترین اطلاعاتی است که در برنامه‌های توسعه‌ی اجتماعی و برنامه‌ریزی برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه مورد استفاده قرار می‌گیرد. دگرگونی سیمای سلامتی بر پایه‌ی دوگذار جمعیت‌شناسی (Demographic Transition) و همه‌گیرشناسی (Epidemiologic Transition) استوار است. روش کار: برای به دست آوردن سیمای سلامتی و دگرگونی آن در ایران؛ نخست اطلاعات جمعیت‌شناسی در فاصله‌ی ۴۵ سال اخیر، به‌منظور تعیین تغییر چهره‌ی جمعیت‌شناسی کشور ترسیم شد. سپس اطلاعات مربوط به الگوی مرگ از سالهای ۱۳۵۰ تا ۱۳۸۰ از منابع مختلف، به‌خصوص اطلاعات ثبت مرگ شهر تهران (۱۳۵۰) و ثبت مرگ در ۱۰ استان (۱۳۷۹) و ۱۸ استان (۱۳۸۰) مقایسه گشت. هم‌چنین با توجه به تمام نقصان‌های اطلاعاتی در این زمینه، داده‌های بیماری‌های واگیر در چند دهه‌ی اخیر هم بررسی شد تا دگرگونی همه‌گیرشناسی کشور نشان داده شود.

نتایج: به‌طور کلی این مطالعه نشان می‌دهد که میزان مرگ و باروری در تعامل با افزایش درآمد سرانه، افزایش شهرنشینی، صنعتی شدن، ارتقای فن‌آوری در جهان و افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی و... کاهش یافته و با تغییر ترکیب سنی جمعیت، جامعه در مرحله‌ی خروج از سن نوجوانی قرار گرفته است. علاوه بر این، میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال و مادران نیز کاهش یافته است. همه موارد فوق به این منجر شده است که ترکیب علتی مرگ‌ها، از بیماری‌های عفونی و واگیر خارج شده و الگوی ابتلا بیماری‌ها و مرگ نیز در گروه‌های سنی تغییر نماید.

نتیجه‌گیری: به دلیل ناهمگنی توسعه‌ی اجتماعی در ایران، چهره‌ی دوگانه‌ی اپیدمیولوژیک در بخشی از مناطق کشور پابرجاست؛ گوشه‌هایی از جامعه با بیماری‌های واگیردار و قسمت اعظم جامعه با بیماری‌های غیرواگیر و مشکلات ناشی از آن درگیر است. این تغییر سیمای سلامتی در کشور، سبب خودنمایی اولویت‌های جدیدی در برنامه‌های مرتبط با سلامتی و برنامه‌های توسعه اجتماعی و اقتصادی شده، ضمن ضرورت حمایت از فعالیت‌های گذشته و ادامه‌ی روندهای آن، تغییراتی در سیاست‌ها و استراتژی‌های جمعیتی، فرهنگی، توسعه‌ی اجتماعی و امور مرتبط با سلامتی را طلب می‌کند.

واژگان کلیدی: دگرگونی سیمای سلامتی، گذار جمعیت‌شناسی، گذار اپیدمیولوژیک، مرگ، ابتلا.

مقدمه

آموزش کارکنان بهداشتی، شکل‌دهی ساختار نظام ارائه‌ی خدمات بهداشتی درمانی و در نهایت اعتلای سلامت جامعه، کمک می‌کند. توسعه‌ی اجتماعی - اقتصادی طی دو یا سه دهه‌ی اخیر و استقرار شبکه‌های بهداشت و درمان طی دو دهه‌ی اخیر در ایران، سبب بروز تغییرات عمده‌ای در شاخص‌های جمعیتی و همه‌گیرشناسی کشور شده است. شاخص‌های نشان دهنده‌ی این

دگرگونی سیمای سلامتی (Health Transition) تعبیری شناخته‌شده و علمی است که از دو گذار متعامل نسبت به هم، یعنی گذار جمعیت‌شناسی و گذار همه‌گیرشناسی شکل می‌گیرد (شکل‌های شماره ۱ و ۲). شناخت این دگرگونی امکان ارائه‌ی جلوه‌های مختلف سلامتی جامعه را در حال و آینده فراهم می‌کند و در نتیجه به مدیران در برنامه‌ریزی‌های توسعه اجتماعی،

* این مقاله برای اولین بار در گردهمایی رؤسای دانشگاه‌ها/ دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور در سال ۱۳۸۳ به عنوان یکی از دیدگاه‌های راهبردی معاونت سلامت

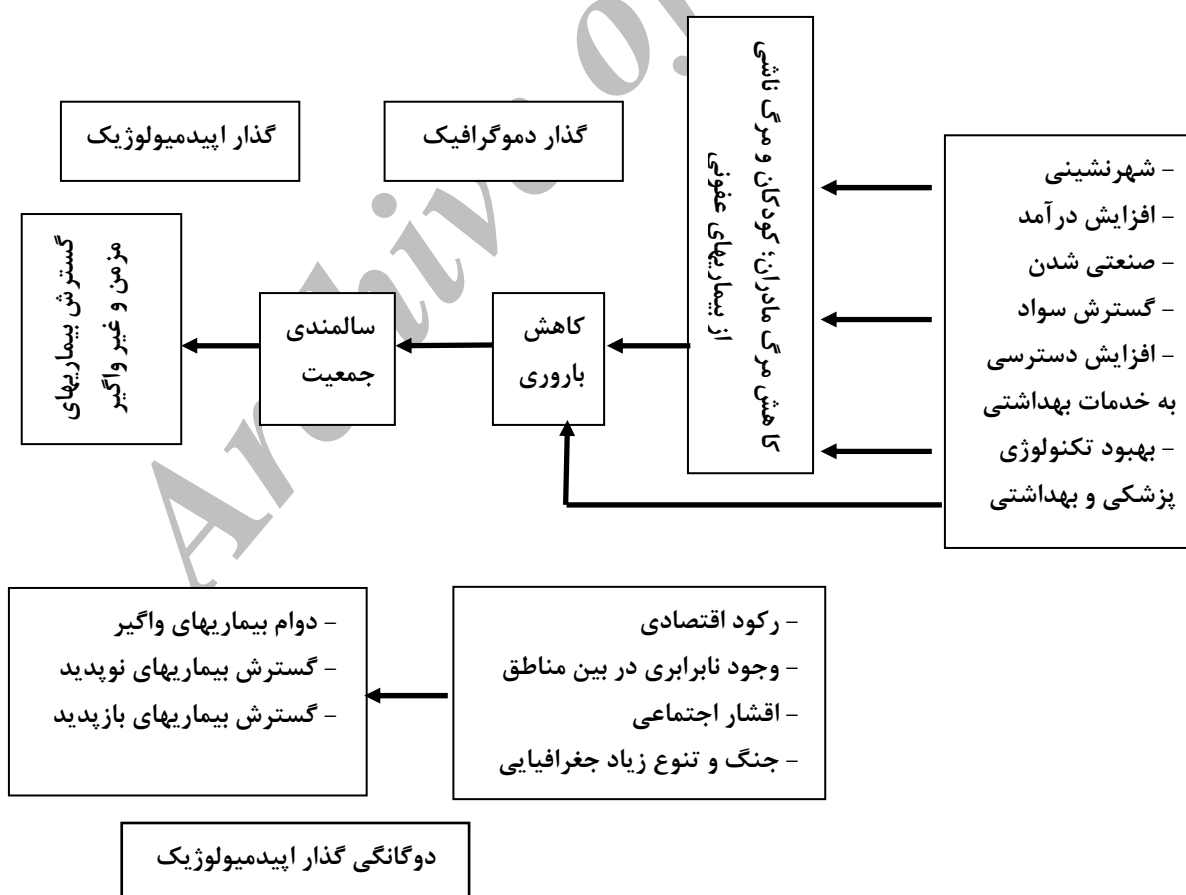
فاصله‌ی زمانی ۴۵ ساله و نیز اطلاعات مربوط به مرگ در یک فاصله‌ی زمانی ۳۰ ساله مورد استفاده قرار گرفت و با مقایسه‌ی شاخص‌های دموگرافیک و اپیدمیولوژیک، سیمای سلامتی کشور در طول زمان و چهره‌ی کنونی آن نشان داده شد.

روش کار

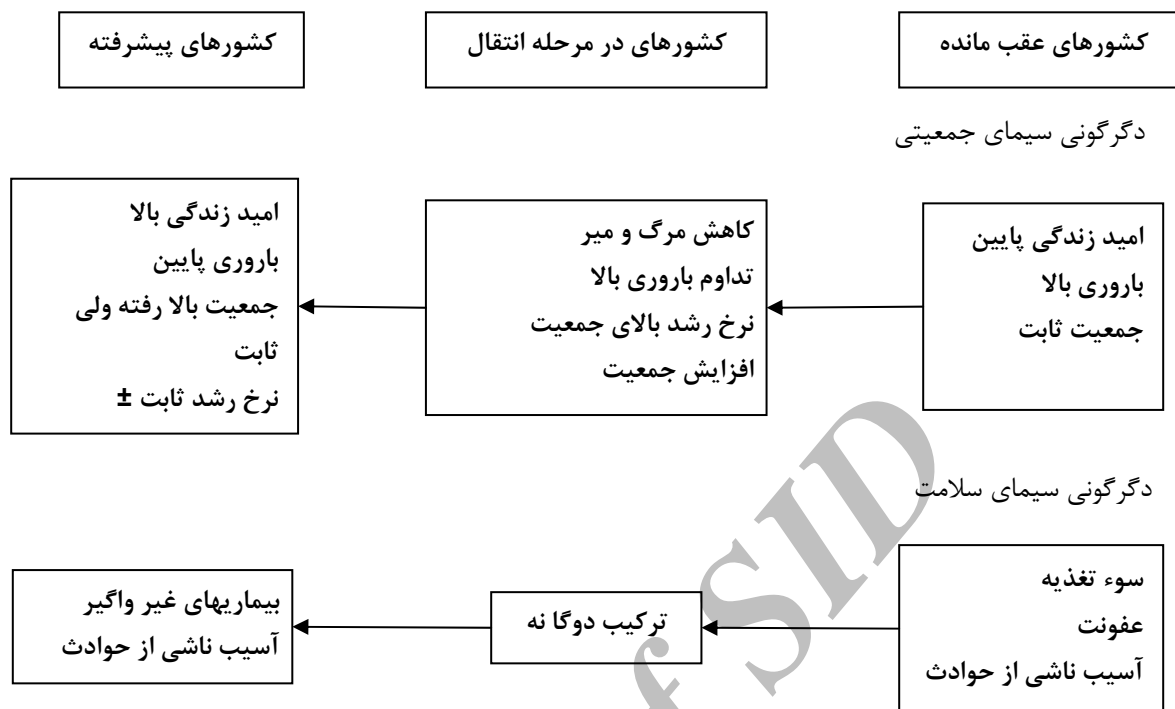
در تهیه این مقاله از شاخص‌های متعددی استفاده شده است. شاخص‌های به کار گرفته شده تا حد امکان برای سال‌های مختلف از منابع متعددی مانند اطلاعات سرشماری‌های نفوس و مسکن، نشریات جمعیت‌شناسی، اطلاعات ثبت شده در زیج‌های حیاتی کشور، مطالعات نمونه‌گیری در مرکز توسعه‌ی شبکه و ارتقای سلامت کشور، نمونه‌گیری‌های سالیانه‌ی بهداشت خانواده، نظام ثبت و طبقه‌بندی علت‌های مرگ، سیمای جمعیت و سلامت در ایران، مطالعه‌ی مرگ‌های زنان در دوره‌ی باروری و ... گردآوری شده، سپس مقایسه شده‌اند. در هر قسمت منبع مورد

تغییر در طول زمان و در مقاطع مختلف و از طرق متفاوت، همچون نظام مراقبت بیماری‌ها، نظام گزارش‌دهی جاری شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان و انجام مطالعات مقطعی متعددی به دست آمده‌اند. همچنین اطلاعات جمعیتی کشور نیز که به‌طور عمده از سرشماری‌های ده سال یک‌بار به‌دست آمده است، در نشان دادن این تغییر به کار گرفته شده است.

برای ارزیابی روند سلامتی در جامعه، در برخی از کشورهای جهان به تعیین و گزارش دگرگونی سلامتی جوامع خویش از زوایای مختلف پرداخته شده؛ ولی تاکنون چنین مطالعه‌ای در کشور ما صورت نگرفته است. آیا سیمای سلامتی در کشور ما دگرگون شده است یا نه؟ و اگر بلی، چهره‌ی کنونی آن چیست؟ برای پاسخ به این سؤال، با گردآوری داده‌ها و اطلاعات موجود؛ دگرگونی مذکور به تصویر کشیده شده و امید است نتایج آن مورد استفاده‌ی محققین و مدیران در رده‌های مختلف قرار گیرد. به این منظور اطلاعات مربوط به سرشماری‌ها و مطالعات جمعیتی در یک



شکل ۱- دگرگونی سیمای سلامت



شکل ۲- مراحل دگرگونی سیمای سلامت و جمعیت

استفاده نیز ذکر شده است. شاخص‌ها عبارتند از:

امید زندگی، میزان مولید، میزان باروری کلی، میزان مرگ خام، میانه‌ی سن جامعه، نسبت گروه سنی زیر ۱۵ و زیر ۵ سال، نسبت شهرنشینی، میزان مرگ نوزادان (در هزار تولد زنده)، میزان مرگ کودکان زیر یک سال (در هزار تولد زنده)، نسبت مرگ زیر ۵ سال به مولید همان سال (در هزار تولد زنده)، نسبت مرگ زیر پنج سال از کل مرگ‌ها (درصد)، نسبت مرگ‌های زیر یک سال به مرگ‌های زیر پنج سال (درصد)، نسبت مرگ‌های نوزادی به کل مرگ‌های زیر پنج سال (درصد) و ترکیب علل مرگ.

یافته‌ها

نتایج به دست آمده از بررسی منابع موجود، در قسمت‌های زیر ارائه می‌شود:

- دگرگونی سیمای جمعیتی
- دگرگونی سیمای جمعیتی و اپیدمیولوژیک بر اساس ترکیب سنی مرگ
- دگرگونی سیمای اپیدمیولوژیک بر اساس ترکیب علتی مرگ
- دگرگونی سیمای اپیدمیولوژیک بر اساس ترکیب ابتلا به بیماری‌ها

دگرگونی سیمای جمعیتی

جدول شماره یک نشان می‌دهد که:

۱- امید زندگی در ایران در سال‌های ۱۳۳۵ تا ۱۳۸۲ یک روند افزایشی داشته است.

۲- شاخص‌های باروری (میزان مولید و باروری کلی): از دهه‌ی ۳۵ تا ۴۵ روند نزولی خود را آغاز کرده‌اند (جدول شماره یک). در دهه‌ی ۵۵ تا ۶۵ در اثر تلاطم‌های دوره‌ی انقلاب و جهت‌گیری‌های ویژه‌ی آن دوران، این دو شاخص اندکی زیاد شده‌اند. چنانچه از این اندک فزونی‌ها صرف نظر کنیم، روند شاخص‌ها از دهه‌های ۵۵ تا ۷۹ هم‌چنان کاهش یافته است.

۳- باوجود برآوردی بودن اعداد مرگ خام در مقطع سال‌های ۱۳۳۵ و ۱۳۴۵، هم‌چنین محاسبه‌ی میزان آن به روش غیر مستقیم در مقطع سال‌های ۱۳۳۵ و ۱۳۶۵، می‌توان روند نزولی این شاخص را طی ۴۰ سال اخیر مشاهده کرد.

۴- شاخص‌های ترکیب سنی جامعه (نسبت زیر ۱۵ سال و زیر ۵ سال)، به‌ویژه از شروع دهه‌های بعد از سال ۱۳۳۵، پس از یک افزایش جزئی، به تدریج و با کاهش میزان مولید کم می‌شود. البته اگر از تلاطم‌های باروری، مرگ و تغییرات ترکیب سنی در دهه‌ی ۵۵ تا ۶۵ چشم‌پوشی کنیم، روند خروج جمعیت کشور از دوره‌ی نوجوانی به وضوح دیده می‌شود، با همین روند، میانه‌ی سن

مرگ نوزادان در سال ۱۳۷۹ یعنی $۱۸/۳ \pm ۳$ درصد میزان مرگ نوزادان سال ۱۳۷۵ را پوشانده است و بین این دو مقطع فرق معنی داری وجود ندارد.

۲- میزان مرگ کودکان زیر یک سال تقریباً به یک سوم کاهش یافته است (۹۳ در مقابل ۲۹ در هزار). به همین ترتیب بین میزان مزبور در مقاطع سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۷۹ از نظر آماری فرق معنی داری وجود ندارد.

۳- نسبت مرگ زیر ۵ سال به مولید زنده (هزار) تقریباً به یک چهارم قبل کاهش یافته است (۱۳۵ در مقابل ۳۶ در هزار). به همان ترتیب فوق بین میزان مزبور در مقاطع سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۷۹ از نظر آماری فرق معنی داری وجود ندارد.

۴- نسبت مرگ‌های زیر ۵ سال به کل مرگ‌های تمام سنین، به یک ششم میزان قبل کاهش یافته است (۹٪ در برابر ۵۵٪).

۵- نسبت مرگ‌های زیر یک سال به کل مرگ‌های زیر ۵ سال

جامعه نیز با یک دهه تاخیر، پس از دهه‌ی ۵۵ تا ۶۵ افزایش می‌یابد.

افزایش نسبت شهرنشینی به دلیل تغییرات اقتصادی و اجتماعی، روند خود را به ظاهر مستقل، ولی در اساس با تعامل و تأثیر بر سایر تغییرات طی می‌کند و بر همه‌ی رفتارهای باروری و مرگ تأثیر دارد.

دگرگونی سیمای جمعیتی و اپیدمیولوژیک بر اساس ترکیب سنی مرگ

جدول شماره‌ی ۲ شاخص‌های مرگ کودکان را در گروه‌های سنی زیر ۵ سال و مرگ مادران از عوارض بارداری و زایمان را نشان می‌دهد. مقایسه‌ی شاخص‌های مرگ بین سال‌های ۱۳۵۳ و ۱۳۷۹ تغییرات ذیل را نشان می‌دهد:

۱- میزان مرگ نوزادان کاهش نسبی داشته است (۳۲ در مقابل ۱۸ در هزار). باید توجه داشت که حدود اطمینان ۹۵٪ میزان

جدول ۱- توزیع شاخص‌های جمعیتی در فاصله ۴۰ سال گذشته در ایران (۱۳۳۵ تا ۱۳۸۲)

سال سرشماری	۱۳۳۵	۱۳۴۵	۱۳۵۵	۱۳۶۵	۱۳۷۵	۱۳۷۹	۱۳۸۲
امید زندگی	۳۷/۵ ^(۶)	۴۷/۵ ^(۶)	۵۵/۷ ^(۶)	۵۸/۹ ^(۶)	۶۹/۲ ^(۶)	۶۹/۸ ^(۱۰)	۷۱/۶ ^(۱۱)
میزان مولید (در هزار نفر جمعیت)	۵۴ ^(۶)	۴۹ ^(۶)	۳۷ ^(۶)	۳۹ ^(۱)	۲۰/۵ ^(۶)	۱۶/۳ ^(۲)	-
میزان باروری کلی	۸/۶ ^(۶)	۸/۴ ^(۶)	۵/۵ ^(۶)	۵/۸ ^(۶)	۲/۸ ^(۲)	۲ ^(۲)	-
میزان مرگ خام (در هزار نفر)	۲۰/۱ ^(۸)	۱۶/۲ ^(۸)	۱۱/۵ ^(۶)	۱۰/۴ ^(۶)	۴/۸ ^(۳)	۴ ^(۱۲)	۴/۴ ^{(۱۷)*}
میان سن جامعه (سال)	-	۱۶/۶ ^(۶)	۱۷/۴ ^(۶)	۱۷ ^(۶)	۱۹/۴ ^(۶)	۲۱/۸ ^(۲)	-
نسبت گروه سنی زیر ۱۵ سال (درصد)	۴۲ ^(۶)	۴۶ ^(۶)	۴۴ ^(۶)	۴۵/۴ ^(۱)	۳۹/۵ ^(۶)	۳۲/۱ ^(۶)	-
نسبت گروه سنی زیر ۵ سال (درصد)	۱۷/۱ ^(۶)	۱۷/۷ ^(۶)	۱۶/۱ ^(۶)	۱۸/۳ ^(۶)	۱۰/۳ ^(۶)	۸ ^(۶)	-
نسبت شهرنشینی (درصد)	۳۱/۵ ^(۶)	۳۸ ^(۶)	۴۷ ^(۶)	۵۴ ^(۶)	۶۱ ^(۶)	-	-

* این میزان بدون مرگ و میر ناشی از زلزله بم در ساکنین بم محاسبه شده است. با در نظر گرفتن مرگ و میر ناشی از زلزله در ساکنین شهرستان بم این میزان به ۵ در هزار می‌رسد.

جدول ۲- توزیع شاخص‌های مرگ مادران ناشی از عوارض بارداری و زایمان و مرگ کودکان و نوزادان در فاصله سال‌های ۱۳۵۳ تا ۱۳۷۹ در ایران بر اساس مطالعات نمونه‌گیری

شاخص	سال	۱۳۵۳ ^(۱۳)	۱۳۶۳ ^(۱)	۱۳۷۳ ^(۱)	۱۳۷۵	۱۳۷۹
میزان مرگ نوزادان (در هزار تولد زنده)	۳۲ ^(۱۳)	۲۱	۱۸/۵	۱۶ ^(۱)	۱۸/۳ ^(۲)	
میزان مرگ کودکان زیر یکسال (در هزار تولد زنده)	۹۳ ^(۱۳)	۵۱	۳۲/۵	۲۶ ^(۱)	۲۸/۶ ^(۲)	
نسبت مرگ زیر پنج سال به مولید همان سال (در هزار تولد زنده)	۱۳۵ ^(۱۳)	۶۰	۴۱/۵	۳۳ ^(۱)	۳۶ ^(۲)	
نسبت مرگ زیر پنجسال از کل مرگ‌ها (درصد)	۵۵ ^(۱۳)	۴۴	-	۱۶/۳ ^(۱)	۹ ^(۱۲)	
نسبت مرگ‌های زیر یکسال از مرگ‌های زیر پنجسال (درصد)	۷۳ ^(۴)	-	۷۸	۷۹ ^(۱)	۸۹ ^(۱۲)	
نسبت مرگ‌های نوزادی از مجموع مرگ‌های زیر پنجسال (درصد)	۲۴ ^(۱۳)	۳۵	۴۵	۴۸/۵ ^(۱)	۶۵ ^(۱۲)	
نسبت مرگ مادران از عوارض بارداری و زایمان (درصد هزار تولد زنده)	۲۵۵ ^(۱۳)	۱۴۰	۵۴	۳۷/۴ ^(۱۶)	-	

جدول ۳- روند تغییرات مرگ کودکان زیر ۵ سال به تفکیک نوزادی، تا ۱۱ ماه و ۱۲ تا ۵۹ ماه در ایران طی ۳۰ سال اخیر، براساس داده های بخش تاریخیچه باروری و مرگ کودکان و مادران ۱۵ تا ۵۰ ساله ایرانی در مطالعه DHS (روش محاسبه مستقیم نسبتهای مرگ ومیر به موالید)

سال	نسبت مرگ نوزادان در طول سال به موالید همان سال	نسبت مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه سال به موالید همان سال	نسبت مرگ نوزادان به کل مرگ زیر ۵ سال همان سال	نسبت مرگ ۱ تا ۱۱ ماه به کل مرگ زیر ۵ سال همان سال	نسبت مرگ ۱۲ تا ۵۹ ماه به کل مرگ زیر ۵ سال همان سال
۱۳۵۲	۵۸/۹	۱۰۲/۱	۳۹	۴۶	۱۸
۱۳۵۳	۶۲/۲	۹۴/۳	۴۰	۴۱	۱۹
۱۳۵۴	۵۶/۰	۸۷/۹	۳۸	۴۳	۱۹
۱۳۵۵	۴۲/۲	۸۱/۱	۳۹	۴۲	۱۹
۱۳۵۶	۴۷/۵	۷۹/۴	۳۸	۴۲	۲۰
۱۳۵۷	۳۹/۸	۷۱/۱	۳۶	۴۴	۲۰
۱۳۵۸	۴۴/۲	۶۹/۱	۳۸	۴۴	۱۸
۱۳۵۹	۳۹/۸	۵۹/۳	۴۰	۴۲	۱۸
۱۳۶۰	۳۵/۴	۵۳/۸	۳۹	۴۴	۱۷
۱۳۶۱	۳۴/۲	۴۵/۱	۴۳	۳۷	۲۰
۱۳۶۵	۳۰/۱	۴۳/۸	۴۱	۴۰	۱۹
۱۳۶۳	۲۷/۷	۳۶/۴	۴۳	۳۸	۱۹
۱۳۶۴	۲۶/۵	۳۷/۶	۴۱	۴۲	۱۷
۱۳۶۵	۲۸/۴	۳۹/۲	۴۱	۴۲	۱۷
۱۳۶۶	۲۷/۸	۳۶/۵	۴۳	۴۰	۱۷
۱۳۶۷	۲۸/۱	۳۴/۷	۴۴	۳۸	۱۸
۱۳۶۸	۲۶/۳	۲۹/۶	۴۷	۳۴	۱۹
۱۳۶۹	۲۵/۲	۲۷/۸	۴۷	۳۳	۱۹
۱۳۷۰	۲۴/۰	۲۲/۶	۵۰	۳۵	۱۶
۱۳۷۱	۲۶/۰	۲۰/۱	۵۵	۲۷	۱۸
۱۳۷۲	۲۲/۶	۲۲/۰	۵۱	۳۰	۲۰
۱۳۷۳	۲۲/۴	۲۰/۷	۵۲	۳۲	۱۶
۱۳۷۴	۲۴/۸	۲۰/۶	۵۴	۳۰	۱۶
۱۳۷۵	۲۳/۲	۱۶/۶	۵۶	۲۷	۱۸
۱۳۷۶	۲۵/۰	۱۵/۸	۶۰	۲۴	۱۶
۱۳۷۷	۲۱/۴	۱۴/۹	۵۸	۲۰	۲۲
۱۳۷۸	۲۰/۸	۱۳/۰	۶۱	۲۲	۱۷
۱۳۷۹	۲۱/۰	۱۳/۷	۶۰	۱۹	۲

افزایش داشته که می تواند به دلیل کاهش مرگ کودکان ۱ تا ۴ سال باشد.

۶- نسبت مرگ های نوزادان به کل مرگ های زیر یک سال تقریباً بیش از دو برابر شده است که می تواند ناشی از کاهش مرگ

۷- نسبت مرگ های نوزادی به کل مرگ های زیر پنج سال، به دو الی سه برابر افزایش یافته است.

جدول شماره ۳، که اطلاعات آن از بخش تاریخیچه باروری و

جدول ۴- توزیع میزانهای سنی اختصاصی مرگ و نسبت مرگهای گروه سنی خاص به کل مرگها؛ در سالهای ۱۳۵۰، ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰

سال	شاخص	سال ۱۳۵۰ ^(۵)	سال ۱۳۷۹ ^(۱۱)	سال ۱۳۸۰ ^(۱۵)
کمتر از یک ماه	نسبت مرگ نوزادان به ازای هزار تولد زنده (در هزار)	۵۰	۱۴/۱	۱۴/۱
	مرگ در سن نوزادی به مرگ در تمام سنین (درصد)	۱۸/۷	۵/۹	۵/۶
	مرگ در سن نوزادی به مرگهای زیر پنج سال (درصد)	۴۸	۶۵	۶۳
	مرگ در سن نوزادی به مرگهای زیر یک سال (درصد)	۶۰	۷۳	۷۵
زیر پنج سال	میزان مرگ کودکان زیر پنج سال (به ازای ۱۰۰۰ کودک ۰ تا ۵ سال) (در هزار)	۱۸/۵	۴/۰۶	۴/۱
	مرگهای زیر پنج سال به ازای کل مرگها (درصد)	۳۹/۴	۹	۸/۹
۵ تا ۱۴ سال	میزان مرگ (به ازای ۱۰۰۰ فرد ۵ تا ۱۴ ساله) (در هزار)	۱	۰/۴	۰/۴۵
	مرگهای ۵ تا ۱۴ سال به کل مرگها (درصد)	۳/۲	۳	۲/۶
۱۵ تا ۴۹ سال	میزان مرگ (به ازای ۱۰۰۰ نفر ۱۵ تا ۴۹ ساله) (در هزار)	۲/۴	۱/۵	۱/۵
	مرگهای ۱۵ تا ۴۹ ساله به کل مرگها (درصد)	۱۶/۳	۱۹	۱۹/۷
۵۰ تا ۶۴ سال	میزان مرگ (به ازای ۱۰۰۰ نفر ۵۰ تا ۶۴ ساله) (در هزار)	۱۴	۷	۶/۷
	مرگهای ۵۰ تا ۶۴ ساله به کل مرگها (درصد)	۷	۱۶	۱۳
۶۵ سال و بالاتر	میزان مرگ (به ازای ۱۰۰۰ نفر ۶۵ ساله و بالاتر) (در هزار)	۵۹/۵	۳۹/۶	۴۰
	مرگهای ۶۵ سال و بالاتر به کل مرگها (درصد)	۲۷/۲	۵۶/۴	۵۵/۴

است، نسبت مرگ ۱ تا ۱۱ ماه به موالید است؛ ولی این نسبت برای مرگهای ۱۲ تا ۵۹ ماه کاهش نداشته است (در گروه سنی ۱ تا ۱۱ ماه بعلت کاهش مرگهای ناشی از بیماری‌های عفونی، مرگ کاهش یافته و در گروه سنی ۱۲ تا ۵۹ ماه افزایش یا ثابت بودن مرگهای ناشی از حوادث، سبب ثابت ماندن این نسبت طی سال‌های مذکور بوده است. جزئیات مزبور در صفحات بعد ارائه خواهد شد). هم اکنون مرگ نوزادان بیشترین حجم مرگ زیر پنج سال را به خود اختصاص داده است.

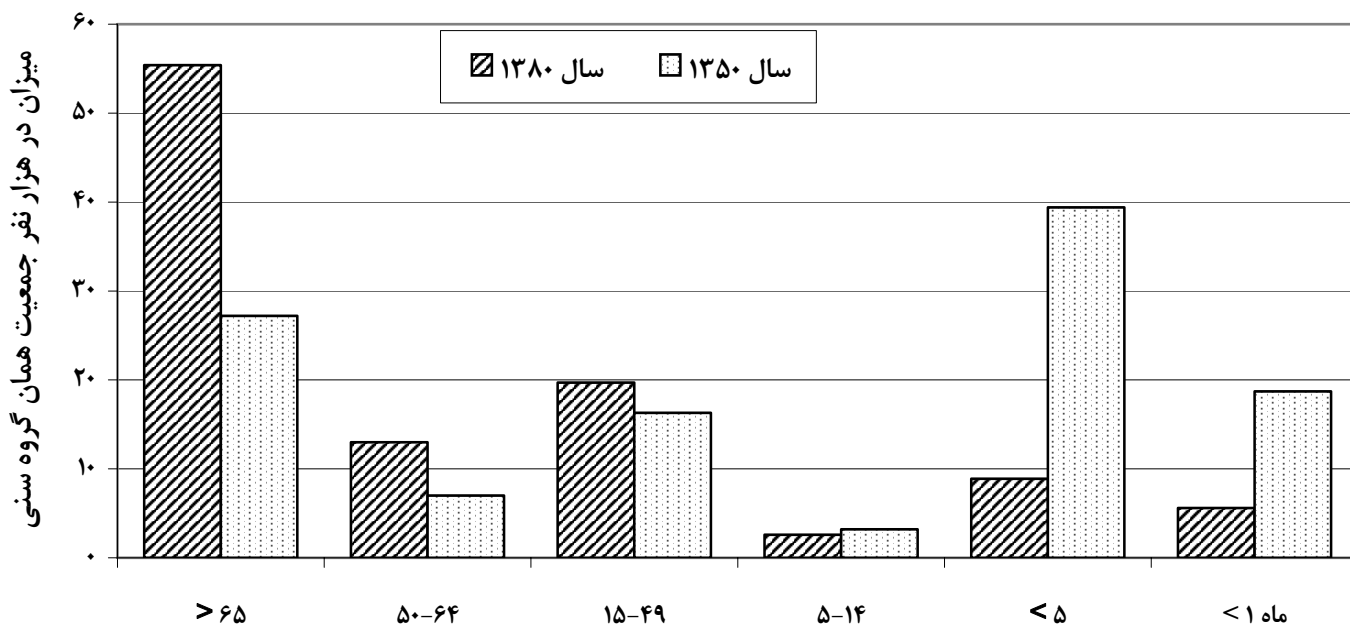
در جدول شماره ۴ شاخص‌ها و میزان‌های سنی اختصاصی مرگ در دو فاصله‌ی زمانی سال‌های ۱۳۵۰ تا ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ که به روش ثبت وقایع سنی، جنسی و علتی مرگ انجام شده؛ آمده است.

این مقایسه نشان می‌دهد که:

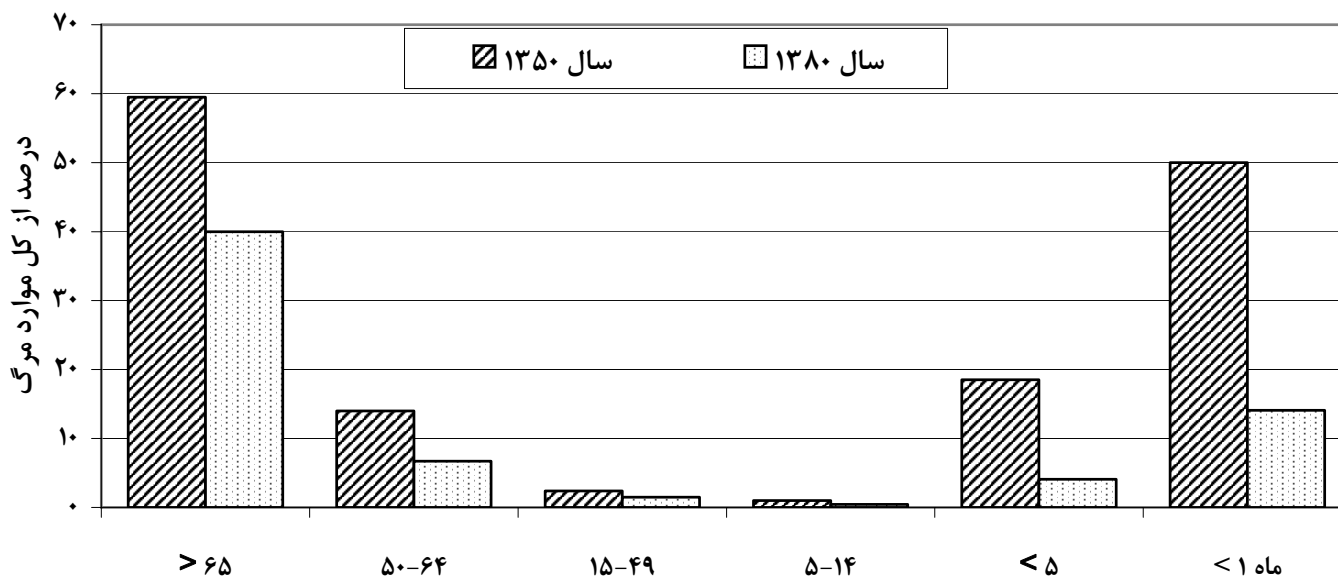
- گرچه میزان مرگ‌های نوزادی در سال ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ و همچنین نسبت مرگ‌های نوزادی به کل مرگ‌ها کاهش یافته است، ولی مرگ‌های نوزادی در مقایسه با مرگ‌های زیر پنج سال و زیر یک سال که در آن‌ها مرگ‌های ۱ تا ۵۹ ماه و ۱ تا ۱۱ ماه به شدت تقلیل یافته، کاهش چشم‌گیری نداشته است. به عبارت دیگر طی ۲۹ سال اخیر در زمینه‌ی کنترل

مرگ مطالعه «سیمای جمعیت و سلامت» در جمهوری اسلامی ایران برگرفته شده است، نشان می‌دهد که نسبت مرگ کودکان زیر پنج سال به ازای ۱۰۰۰ تولد زنده که در سال ۱۳۵۲، بیش از ۲۲۰ بوده، در سال ۱۳۷۹ به ۳۵ در هزار تولد زنده رسیده است. تفاوت میزان مرگ نوزادان و نسبت مرگ زیر ۵ سال به ازای هزار تولد زنده در سال ۱۳۷۹ در جدول ۲ و ۳ ناشی از به‌کار بردن دو روش متفاوت در مطالعه‌ی «سیمای جمعیت و سلامت» برای برآورد مرگ کودکان است. در جدول ۲ برآورد مرگ با استفاده از روش شمارش تولدها و مرگ‌ها طی یک سال قبل در خانوار بوده است؛ در صورتی که در جدول ۳ برآورد مرگ از روی تاریخچه‌ی باروری مادران و پرسش پیرامون سرنوشت هر زایمان بوده است. علاوه بر این:

- از مرگ کودکان زیر پنج سال در کشور کاسته شده است.
- بیشترین کاهش مربوط به نسبت مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه به موالید زنده بوده است.
- مرگ نوزادان پس از کاهش سریع در دهه ۵۰ و ۶۰ (احتمالاً به علت کاهش بروز و سپس کنترل کزاز نوزادان که در صفحات بعد ارائه خواهد شد)، در دهه ۷۰ کاهش نداشته است.
- در درون گروه سنی ۱ تا ۵۹ هم، آن چه که کاهش یافته



نمودار ۱- مقایسه میزان مرگ اختصاصی سنی در ۱۳۵۰ شهر تهران و ۱۳۸۰ در ۱۸ استان



نمودار ۲- مقایسه نسبت درصد مرگ هرگروه سنی از کل مرگها در ۱۳۵۰ شهر تهران و ۱۳۸۰ در ۱۸ استان

مشاهده می‌شود که در سال ۱۳۵۰ حدود ۴۰٪ از مرگها در سن زیر پنج سال اتفاق افتاده و پس از آن بیشترین حجم مرگ متعلق به سن بالای ۵۰ و پس از این مرگهای سنین ۱۵ تا ۴۹ سال است؛ در صورتی که در سال ۱۳۸۰ بیشترین حجم مرگ (حدود ۶۸٪) متعلق به بالای ۵۰ سال، پس از آن به سنین ۱۵ تا ۴۹ سال و در آخر به زیر سن پنج سال است. باید توجه کرد که این تغییرات نه تنها از تغییر میزانهای اختصاصی مرگ در دو فاصله‌ی زمانی مزبور تاثیر می‌پذیرد،

مرگهای نوزادی در مقایسه با کنترل مرگهای ۱ تا ۵۹ ماه موفقیت کمتری وجود داشته است.

- هم میزان مرگ زیر پنج سال و هم نسبت مرگهای زیر پنج سال به کل مرگها کاهش یافته است.
- اگر ترکیب سنی مرگ را در مقطع سال ۱۳۵۰ و ۱۳۸۰ مرتب کنیم، دیده می‌شود که در سال ۱۳۸۰ میزان مرگ کودکان زیر پنج سال به حدی کاهش یافته که ترتیب سنی بروز با سال ۱۳۵۰ کاملاً متفاوت شده است. در نمودار ۱ و ۲

جدول ۵- مقایسه ترکیب علتی مرگ در گروههای سنی مختلف در سالهای ۱۳۵۰ و ۱۳۸۰

گروه سنی	سال ۱۳۵۰ (تهران) ^(۵)		سال ۱۳۸۰ (۱۸ استان) ^(۱۵)	
	علل مرگ	درصد در همان گروه سنی	علل مرگ	درصد در همان گروه سنی
بزرگسالان	ناهنجاریهای مادرزادی و مسائل مرتبط به دوران زایمان و نوزادی	۶۹/۵	ناشی از طول حاملگی و رشد جنین	۳۰
	بیماریهای دستگاه تنفسی (عفونتهای دستگاه تنفسی)	۱۳/۷	بیماریهای عفونی دستگاه تنفسی	۳/۴
	بیماریهای عفونی (کزاز، آبله، سپتیمی و سایر)	۵	حوادث و سوانح	۱/۶
	بیماریهای دستگاه گوارش (اسهال)	۴	بیماریهای عفونی و انگلی (بدون سپتیمی)	۰/۷
	حوادث و سوانح	۰/۸۵		
	بیماریهای دستگاه تنفسی فوقانی (عفونتهای دستگاه تنفسی فوقانی)	۳۱	ناهنجاریهای مادرزادی	۲۰/۵
	بیماریهای دستگاه گوارش (اسهال)	۲۸/۳	تداوم بیماریهای حول تولد	۷/۲
	بیماریهای عفونی و انگلی	۹/۲	حوادث و سوانح عمدی و غیرعمدی	۲۵
	حوادث و سوانح عمدی و غیرعمدی	۶/۵	بیماریهای دستگاه تنفسی فوقانی	۱/۴
	بیماریهای دستگاه گردش خون	۵/۵	بیماریهای سیستم عصبی مرکزی (مننژیتها)	۴/۴
سال ۱۴ تا ۱۵	بیماریهای دستگاه عصبی (مننژیتها)	۴	بیماریهای دستگاه گوارش (اسهالها)	۴
	حوادث و سوانح عمدی و غیرعمدی	۲۲/۵	حوادث و سوانح عمدی و غیرعمدی	۵۵/۴
	بیماریهای قلبی عروقی	۱۳/۶	سرطانها	۱۱/۲
	بیماریهای عفونی انگلی	۱۳/۱	بیماریهای قلبی عروقی	۱۰/۳
	سرطانها	۱۱/۶		
	بیماریهای دستگاه عصبی	۹/۳	بیماریهای دستگاه عصبی	۴/۴
	بیماریهای دستگاه تنفسی	۸/۸	ناهنجاریهای مادرزادی	۴/۳
	بیماریهای دستگاه گوارشی (اسهالی)	۶/۴	بیماریهای دستگاه تنفسی	۳/۱
	حوادث و سوانح عمدی و غیرعمدی	۲۳	حوادث و سوانح عمدی و غیرعمدی	۵۴
	بیماریهای دستگاه قلبی عروقی	۱۷	بیماریهای دستگاه قلبی عروقی	۱۸/۸
سال ۱۶ تا ۱۷	سرطانها	۱۴	سرطانها	۱۲/۵
	بیماریهای عفونی و انگلی	۹/۴	بیماریهای دستگاه تنفسی	۲/۳
	بیماریهای دستگاه ادراری تناسلی (احتمالاً با STD)	۵	بیماریهای دستگاه گوارش	۱/۶
	بیماریهای دستگاه تنفسی	۵	بیماریهای دستگاه عصبی	۱/۹
	بیماریهای دستگاه گوارشی	۶/۴		
	بیماریهای دستگاه گوارشی	۴	بیماریهای عفونی و انگلی	۱/۲
	بیماریهای قلبی عروقی	۴۰	بیماریهای قلبی و عروقی	۶۰/۱
	سرطانها	۱۳	سرطانها	۱۶/۲
	بیماریهای دستگاه تنفسی	۸/۲	حوادث و سوانح عمدی و غیرعمدی	۶/۵
	بیماریهای دستگاه ادراری تناسلی	۶/۶	بیماریهای دستگاه تنفسی	۶/۵
۵۰ سال و بالاتر	حوادث و سوانح عمدی و غیرعمدی	۴/۴	بیماریهای دستگاه گوارش	۳/۳
	بیماریهای دستگاه گوارشی	۳/۳	بیماریهای دستگاه ادراری تناسلی	۲/۴
	بیماریهای عفونی و انگلی	۳/۳	بیماریهای عفونی و انگلی	۱

تنفسی فوقانی که در گذشته رتبه‌ی اول علت مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه را داشت (۳۱٪)، نه تنها دیگر رتبه اول را ندارد، بلکه تنها علت ۱۳٪ از مرگ‌ها محسوب می‌شود. اساساً اگر میزان بروز بعضی از بیماری‌های واگیر و غیرواگیر را در تهران سال ۱۳۵۰ با ۱۸ استان سال ۱۳۸۰ مقایسه کنیم، عقب‌نشینی جدی بیماری‌های واگیر و کشندگی آن‌ها آشکار می‌شود.

در گروه سنی ۵ تا ۱۴ سال، کاهش نسبی بیماری‌های قلبی - عروقی، ناشی از افزایش نسبت حوادث و سوانح عمدی و غیرعمدی و هم‌چنین کاهش مرگ‌های ناشی از تب روماتیسمی و مشکلات قلبی ناشی از آن می‌تواند باشد.

دگرگونی سیمای اپیدمیولوژیک بر اساس ترکیب ابتلا به بیماری‌ها

در زمینه‌ی میزان بروز بیماری‌ها، به‌خصوص در مورد بیماری‌های غیرواگیر، اطلاعات کامل، حتی برای لحظه‌ی کنونی و به‌طریق اولی برای ترسیم روند آن در طول زمان در دسترس نیست. در این بخش الگوی ابتلا به بیماری‌ها و روند دگرگونی سیمای اپیدمیولوژیک آن به‌صورت نقطه‌چین‌هایی ارائه می‌شود. امید است در آینده با به‌دست آمدن نقاط بیشتری از این الگو، تصویر کاملی از سیمای ابتلا (Morbidity Pattern) در ایران به‌دست آید.

بیماری‌های واگیر

بیماری‌های اسهالی: (بدون در نظر گرفتن شرایط اپیدمی التور) برای اولین بار در سال ۱۳۶۶ میزان بروز اسهال روی نمونه‌ای از کودکان زیر پنج سال در سطح کشوری اندازه‌گیری و میزان بروز سالیانه آن ۵/۵ بار برآورد شد (۱). ۱۳ سال بعد یعنی در سال ۱۳۷۹ مجدداً میزان بروز اسهال با همان تعریف و همان گروه سنی اندازه‌گیری و میزان بروز سالیانه آن ۳/۳ بار برآورد شد (۲). میزان بروز مرگ ناشی از اسهال در ۳۰ سال اخیر بیش از ۶۰ بار کاهش یافته است (جدول شماره ۶)؛ ولی میزان بروز آن طی ده سال اخیر ۶۰ بار کاهش نیافته است. طی سال‌های ۱۳۶۶ تا ۱۳۷۹ میزان بروز اسهال در کودکان زیر پنج سال، حتی نصف هم نشده است که می‌تواند مبین تغییر ناچیز در سیمای ابتلای این بیماری باشد. البته نباید نادیده گرفت که وجود استان‌هایی چون هرمزگان با میزان بروز دو هفته‌ای ۱۹/۵٪ (۵/۱ بار در سال) و خوزستان با میزان بروز دو هفته‌ای ۱۹/۴٪ (۵/۵ بار در سال) در سال ۱۳۷۹، نشان دهنده‌ی وجود کانون‌های بالقوه بیماری است. مسلماً وجود

بلکه تغییر ترکیب سنی جامعه نیز در آن مؤثر است.

- دو کانون عمده مرگ یعنی گروه‌های سنی نوزادان و بالای ۵۰ سال، هم‌چنان به عنوان کانون‌های داغ و عمده‌ی مرگ باقی مانده است. دست آورد بسیار مهم؛ کاهش مرگ‌های گروه‌های سنی بین نوزادی تا سالمندی است.

دگرگونی سیمای اپیدمیولوژیک بر اساس ترکیب علتی مرگ

پیش از دهه‌های ۶۰ و ۷۰ دست‌رسی به منبعی که بتوان از آن با اعتماد کافی ترکیب سنی و علتی مرگ را برای کشور استخراج کرد، امکان نداشت. حتی منبعی که نمونه‌ای قابل تعمیم به کل کشور، که نشان‌دهنده‌ی ترکیب سنی-علتی مرگ در دهه‌های قبل از ۶۰ و ۷۰ باشد، در دسترس نبود. پس فقط به مطالعه‌ی ثبتی «مرگ و میر تهران سال ۱۳۵۰» مراجعه و ترکیب علتی و سنی مرگ در آن با نتایج ثبت مرگ در ۱۸ استان کشور مقایسه شد. در این سند، با توجه به برقراری نظام ثبت مرگ برحسب علت، سن و جنس در ۱۰ و ۱۸ استان کشور - که اولین نظام ثبت مرگ بر پایه‌ی بررسی علتی مرگ‌های شهرستان در کشور است - به ناچار برای برآوردهای جمعیت گروه‌های سنی مورد نیاز در مخرج کسر «میزان‌های» مختلف، جمعیت به روش تصاعدی با استفاده از نرخ رشد بین دوسرشماری به کار گرفته شد تا میزان‌ها با مخرج کسر جمعیت‌های «برآوردی» محاسبه شود. نتایج این مقایسه در جدول‌های شماره ۵ و ۶ آمده است.

مقایسه‌ی ترکیب علتی مرگ در نوزادان نشان می‌دهد که:

- مرگ ناشی از نارسایی (Prematurity)، کمبود وزن هنگام تولد (Low Birth Weight)، ناهنجاری‌های مادرزادی و مشکلات دیگر ناشی از دوره‌ی زایمان و نوزادی در طول ۳۰ سال گذشته هم‌چنان صدرنشین علل مرگ نوزادی است.
- بیماری‌های عفونی، مانند کزاز نوزادی که در سال ۱۳۵۰ در تهران میزان بروزی برابر با ۸۳۰ در یک میلیون تولد زنده داشته است، در سال ۱۳۸۰ در مناطق روستایی و شهری ۱۸ استان کشور به ۲ در یک میلیون رسیده است.
- بروز مرگ به علت بیماری‌های دستگاه تنفسی (عفونت‌های دستگاه تنفسی فوقانی) در سال ۱۳۸۰ در مقایسه با سال ۱۳۵۰ درصد بسیار کمتری از مرگ‌های نوزادی را به خود اختصاص داده است.

در کودکان ۱ تا ۵۹ ماه نشان می‌دهد که:

- به طور کلی ترکیب مرگ این گروه سنی تغییر کرده و تفاوت‌ها بسیار جدی است. برای مثال: عفونت‌های دستگاه

موالید زنده برآورد شد که به دلیل اشکال در تعریف کزاز نوزادی (با کزاز سایر سنین) پژوهشگران مطالعه‌ی مزبور نیز در رقم فوق تردید داشته‌اند. هم‌اکنون در گزارش اجباری، نظام مراقبت کزاز نوزادی نیز قرار دارد که آخرین رقم اعلام شده‌ی آن در سال ۱۳۸۰ فقط ۹ مورد کزاز بوده که دو مورد آن به مرگ منجر شده است.

دیفتری و سیاه سرفه: در تمامی اطلاعات منتشر شده، روند نزولی بروز بیماری دیفتری پس از اپیدمی سال ۱۳۵۹ و میکرواپیدمی سال ۶۵ و ۶۶ در استان خوزستان نشان داده شده است.

آبله: گواهی ریشه‌کنی آبله سال‌ها است که صادر شده و هم‌چنین از سال ۱۳۸۰ به بعد موارد صید شده از ویروس فلج اطفال، همگی وارد شده از کشورهای خارجی یا وحشی بوده‌اند.

بیماری‌های منتقله بوسیله حشرات و نرم تنان

مالاریا: برابر گزارش‌های مرکز مبارزه با بیماری‌ها، تا قبل از دهه‌ی هفتاد میزان بروز مالاریا برای کل جمعیت کشور بالاتر از ۲۰۰ در صدهزار نفر بود؛ به طوری که در سال ۱۳۶۹، ۷۹۵۹۳ مورد مالاریا که ۴۸٪ آن فالسیپارم بود، در کشور گزارش شده است. در صورتی که میزان بروز آن در سال ۱۳۸۰ به رقم ۳۰/۱ در صدهزار رسیده که فقط ۹/۴٪ آن فالسیپارم بوده است. البته نباید فراموش کرد که حدود ۸۰٪ از موارد فوق به خصوص در سال ۱۳۷۵ در سه استان جنوب شرقی کشور (سیستان و بلوچستان، هرمزگان و جنوب کرمان با میزان بروز ۴۵۷ مورد در صدهزار نفر) بوده است. ۲۰٪ باقی مانده نیز تقریباً در استان‌های شمال غرب کشور یعنی اردبیل و گیلان بروز می‌کند. در سال ۱۳۸۰، ۶۱٪ از موارد فوق در این سه استان و ۳۹٪ در بقیه‌ی کشور بوده است. به عبارت دیگر وجود سیمای دوگانه‌ی اپیدمیولوژیک در مناطقی از کشور مورد تردید قرار ندارد.

کرم گینه (پیوک): گواهی ریشه‌کنی آن در ایران در سال ۱۳۷۶ دریافت شد.

شیستوزومیازیس: در مرحله‌ی ریشه‌کنی قرار دارد و از سال ۱۳۷۷ موردی از انتقال آن در مناطق آلوده‌ی قبلی دیده نشده است.

فاسیولا هپاتیکا: رقم موارد گزارش شده‌ی آن از ۱۱۷ مورد در سال ۱۳۶۸ به رقم ۴۷۶۴ مورد (محتمل، مظنون) در سال ۱۳۷۹ رسیده است. البته تاکنون گزارشی برای مشاهده‌ی موارد قطعی آن رسماً ارائه نشده است. تقریباً صددرصد موارد به دو استان کشور (گیلان و مازندران) تعلق دارد. در صورت تأیید موارد قطعی، این

این کانون‌ها در جامعه، سیمای اپیدمیولوژیک دوگانه‌ای را نشان می‌دهد.

عفونت‌های دستگاه تنفسی فوقانی: در مورد میزان بروز این بیماری در کودکان ایرانی تنها اطلاع ملی منتشر شده، مطالعه‌ای است که در سال ۱۳۷۹ انجام شده (۲) و مطابق آن میزان بروز این بیماری در شهر برای کودکان زیر پنج سال، ۶/۷ بار و در روستا ۶ بار در سال است؛ ولی اعداد قبلی برای مقایسه با آن وجود ندارد.

بیماری‌های قابل پیش‌گیری بوسیله واکسن

سل: در شروع دهه‌ی ۴۰ میزان شیوع سل رقمی در حدود ۱۰۰ در صد هزار نفر بوده و به تدریج از سال‌های ۵۵ و ۵۶ این رقم به حدود ۲۰ در صد هزار نفر کاهش یافته است (۳). آخرین رقم اعلام شده برای سل بر اساس نظام مراقبت مرکز مدیریت بیماری‌ها در سال ۱۳۸۰ به این ترتیب بوده است:

میزان شیوع موارد اسمیر مثبت ۸/۲ در صدهزار و میزان شیوع در همه‌ی اشکال ۱۸/۵ برآورد می‌شود که با احتساب موارد کشف شده، این رقم تا ۲۹ درصد هزار افزایش یابد (رقمی کمتر از ۰/۲ در هزار). البته نباید فراموش کرد که استان‌هایی چون سیستان و بلوچستان با میزان بروز ۰/۷ در هزار و گلستان ۰/۴ در هزار (سال ۱۳۷۸)، نشان دهنده‌ی تجمع کانونی بیماری در پاره‌ای از نقاط کشور هستند. مسلماً این بیماری در کانون‌های ذکر شده، سیمای اپیدمیولوژیک دوگانه‌ای را سبب می‌شود.

سرخک: قبل از سال ۱۳۵۰ موارد سالانه سرخک در سال‌های غیر اپیدمیک و اپیدمیک بین ۱۵۰ تا ۵۰۰ هزار مورد گزارش شده است. میزان بروز موارد گزارش شده در سال ۱۳۴۵ برابر ۴۹۴ در صد هزار بوده است که تا سال ۱۳۵۶ به ۳۴ در صد هزار نفر کاهش یافته است. سپس از سال ۱۳۵۷ این بروز رو به افزایش داشته و در سال ۱۳۶۱ میزان بروز آن به ۱۲۳ در صد هزار نفر رسیده است. رقم موارد مظنون به سرخک به تدریج و به دنبال ایمن‌سازی وسیع در سال ۱۳۷۷ به ۲۷۹۲ نفر کاهش یافت (۴). براساس اعلام مرکز مدیریت و پیش‌گیری از بیماری‌ها در سال ۱۳۸۰ به میزان بروز ۱۲/۲ در یک‌صدهزار نفر (مظنون و قطعی) رسیده است.

کزاز و کزاز نوزادان: تا قبل از سال ۱۳۶۹، کزاز نوزادان در ردیف کزاز سایر سنین گزارش می‌شد. اگر ابتلا به کزاز نوزادی برابر با مرگ در نظر گرفته شود، مطابق با ثبت مرگ تهران در سال ۱۳۵۰، میزان بروز بیماری کزاز نوزادی ۲/۲ در صد هزار نفر (جمعیت) و ۸۳ در صد هزار نفر موالید بوده است (۵). در مطالعه‌ی سال ۱۳۶۴ رقم مزبور ۴/۸ در هزار موالید زنده یا ۴۸۰ در صد هزار

پدید آمده است. این دگرگونی‌ها در کنار بهبود فناوری و افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی، نه تنها تغییر در ساختار سنی و ترکیب مرگ، بلکه هم‌پای تغییر در زیرساخت‌های اجتماعی و بهداشتی، دگرگونی در ترکیب بروز بیماری‌ها نیز پدیدار شده است.

البته به دلیل ناهمگن بودن بروز این تغییرات در کشور و حتی شهرستان‌ها و هم‌چنین ناهمگنی آن در گروه‌های اقتصادی و اجتماعی، سیمای اپیدمیولوژیک در برخی از مناطق جغرافیایی و اقشار اجتماعی چهره‌ای دوگانه دارد. برتری مرگ به علت و ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر در عین حضور پراکنده، ولی بالقوه کانون‌های بیماری‌های واگیر، که از مختصات Health Transition در کشورهای در حال توسعه با مشخصه‌های اجتماعی و اقتصادی رو به رشد است، به‌خوبی در کشور ما دیده می‌شود.

با وجود رخ دادن این تغییرات در کشور ما، هنوز برای مقابله و کنترل پی‌آمدهای این اولویت‌های جدید هیچ برنامه‌ی ملی یا منطقه‌ای بصورت مدون، شکل گرفته و در حال اجرا وجود ندارد:

- برای مقابله با مرگ نوزادان، که از نیمه‌ی اول دهه ۶۰ تاکنون ثابت باقی مانده، هنوز جز موارد پاپلوت، اقدامات ملی و مفیدی شکل نگرفته است و به طریق اولی برای مقابله با میزان ثابت و پایدار مرده‌زایی، برنامه‌ای وجود ندارد.
- برای کاهش میزان بروز بیماری‌های قلبی عروقی، به‌خصوص بیماری‌های عروق کرونر قلب و عروق مغزی، هنوز برنامه‌های پیش‌گیری کننده‌ی ملی و منطقه‌ای، جز مواردی از برنامه‌های پاپلوت و بدون گستردگی کشوری، وجود ندارد.
- برای بزرگ‌ترین منهدم‌کنندگان عمر در کشور ما، یعنی حوادث ترافیکی و سپس حوادث خانگی (سقوط و سوختگی) حوادث محل کار (سقوط، سوختگی و برخورد با نیروهای مکانیکی)، محل تفریح (غرق شدگی، سقوط و سوختگی) هنوز هیچ راه‌برد و برنامه‌ی مدون در حال اجرا، در کشور و در مناطق پرخطر وجود ندارد.
- مقابله با سوء تغذیه (پروتیین انرژی و کمبود ریزمغذی‌ها) هنوز در مرحله‌ی چالش‌های سیاسی و مدیریتی است؛ در صورتی که دورنمای مشکلات ناشی از بدخوری و پرخوری (چاقی در نوجوانان، میان‌سالان و سالمندان) به‌خصوص در برخی از استان‌ها (گیلان و تهران) آشکار شده است.
- گرچه کشور ما شاهد مثالی برای کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید بوده است، ولی هنوز کنترل بسیاری از بیماری‌های غددی، تغذیه‌ای و متابولیک، همچون دیابت، کم‌خونی فقر

جدول ۶- مقایسه ترکیب علتی مرگ در همه سنین سالهای ۱۳۵۰ و ۱۳۸۰ (میزان مرگ اختصاصی در صد هزار نفر)

علل مرگ	سال ۱۳۵۰ (تهران)	سال ۱۳۸۰ (۱۸ استان)
بیماری‌های واگیر و عفونی		
عفونت‌های دستگاه تنفسی فوقانی	۶۲	۴/۸
اسهال و استفراغ	۴۶	۰/۶۹
مننژیت‌ها و آنسفالیت‌ها	۱۲	۰/۷۶
سل (ریوی و غیرریوی)	۹	۱/۲
سرخک	۵	۰/۰۲
کزاز (همه سنین)	۲/۵	۰/۰۳
آبله	۲/۶	۰
دیفتری	۱	۰/۰۲
بیماری‌های غیرواگیر		
انفارکتوس قلبی و مغزی	۴۲	۱۴۸/۴
حوادث و سوانح عمدی و غیرعمدی	۵۱	۶۹/۲

نیز شاهد دیگری بر دوگانه بودن سیمای اپیدمیولوژیک بیماری‌ها در کانون‌ها و جمعیت‌های خاص ایران است.

سالک و کالاآزار: به عنوان دو بیماری منتقل‌شونده به‌وسیله‌ی پشه خاکی (فلبوتوم) در سال ۱۳۷۷ به ترتیب ۱۸۵۶۰ مورد و ۲۶۴ مورد گزارش شده است. در مورد کالاآزار به قانونی بودن آن در شمال غرب کشور باید توجه کرد. در همان کانون شمال غرب در کنار کالاآزار، بوریلیوز و تب‌های راجعه نیز وضوح چهره‌ی دوگانه اپیدمیولوژی بیماری‌ها را شفاف‌تر می‌سازد.

دیگر بیماری‌های منتقله بوسیله حشرات مانند تب هموراژیک کنگوکریمه (CCHF) نیز به‌عنوان نمونه‌ای دیگر از این موارد است که هم‌چنان گزارش موارد متعددی از آن در ایران ادامه دارد. در سال ۱۳۸۰، ۱۴۴ مورد با ۴۱ مرگ ناشی از تب‌های بشوری خون‌ریزی دهنده گزارش شده است.

بحث

در کشور ما به دنبال تغییرات اجتماعی و اقتصادی طی ۳۰ تا ۴۰ سال اخیر:

- تغییرات ساختار سنی جمعیت
- تغییرات ترکیب سنی مرگ و میر
- تغییرات ترکیب علت مرگ و میر

- جلب توجه بخش‌های دیگر به اولویت‌های سلامتی و جذب حمایت‌های آن‌ها برای مقابله با عوامل خطری که خود موجب آند و یا در آن سهم دارند
- ایجاد نگرش «دولت محوری» در قیاس با «بخش محوری»، در مقابله با اولویت‌های سلامتی در طول زمان
- ایجاد نگرش و توان‌مندی جلب همکاری و ایجاد فضای همکاری بین‌بخشی در نیروی انسانی بخش سلامت
- سوق دادن بخش‌های مختلف خارج از سلامت، به بازبینی فرآیندها، عمل‌کردها و تولیدات بیمارساز یا آسیب‌زای آن بخش‌ها
- سوق دادن نهادهای برنامه‌ریز برای جبران مالی زبان‌های ناشی از عمل‌کردهای آسیب‌زای سایر بخش‌ها بر سلامت آحاد مردم

۲- توصیه و پیشنهاد برای سطوح منطقه‌ای و استانی

- اجرا و حمایت جدی از برنامه‌های ملی و استانی که اولویت‌های فوق را در بردارد.
- انطباق اولویت‌های ملی بر شرایط استانی و منطقه‌ای و تعیین توزیع آن در درون استان (شهرستانی)
- تعیین اولویت‌های منطقه‌ای و استانی براساس شواهد و روش‌های علمی
- اجرای راه‌بردهای ملی در کنترل مشکلات سلامتی
- جلب توجه سایر بخش‌ها
- ایجاد فضای همکاری بین‌بخشی برای کنترل عوامل خطر
- ایجاد گرایش مثبت در بخش‌های ایجاد کننده‌ی عوامل خطر برای کاهش نقش و عملکرد آن‌ها
- ایجاد فضا و تفکر «استان محوری» برای حل مشکلات سلامتی بجای تفکر «بخش محوری»

تشکر و قدردانی

از همکار محترم، خانم دکتر ناهید جعفری برای بازبینی اعداد و بازخوانی نقادانه این مقاله سپاس‌گزاریم.

منابع

۱. مطالعه سالانه بهداشت خانواده سال ۱۳۷۵ (دریافت شخصی نتایج مطالعه).
۲. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز آمار ایران، صندوق کودکان سازمان ملل متحد، صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، سیمای جمعیت و سلامت در ایران، ۱۳۷۹، صفحه ۹۳.

آهن و ... معوق باقی مانده است.

- در کشور ما نیز مانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه، مرگ ناشی از سرطان معده، فراوان‌ترین علت مرگ ناشی از سرطان‌ها است؛ ولی در کنار آن به خاطر قرار داشتن در کمربند جغرافیایی خاص (مرگ ناشی از سرطان مری) و به دلیل استعمال دخانیات و آلودگی هوای داخل منزل (مرگ ناشی از سرطان ریه) کشتارکنندگان اصلی میدان، سرطان‌ها هستند، که هنوز برای آن‌ها، حتی تدبیری نیز اندیشیده نشده است.

نتیجه‌گیری

نکات اساسی در مقابله با اولویت‌های سلامتی فوق‌الذکر، چند عاملی بودن شکل‌گیری آن‌ها، مشارکت عوامل خارج از بخش سلامت و ناهمگن بودن توزیع فراوانی آن‌ها در مناطق مختلف است.

در نتیجه مهم‌ترین راه‌برد برای مقابله با آن‌ها، نه تنها سوق دادن آموزش پزشکی به این سو و بازسازی ساختار نظام سلامت برای پاسخ‌گویی به این نیازهای عمده‌ی مردم، بلکه شکل دادن عزم مقابله با این عوامل خطر، در سایر بخش‌ها و جلب همکاری بخش‌های دیگر در کنترل این عوامل با نگرش بر تفاوت‌های منطقه‌ای است.

مسلماً بدون شناخت و تعیین:

- مشکلات و اولویت‌های ملی و منطقه‌ای، بر پایه‌ی شناسایی ویژگی‌های جمعیت‌شناسی و اپیدمیولوژیک،
- یافتن مناسب‌ترین راه‌کارها، یا روش‌های هزینه‌اثربخش، بر اساس ویژگی‌های محلی و منطقه‌ای،
- طراحی و اجرای برنامه‌های علمی در سطوح مختلف نظام ارائه خدمات،
- ایجاد قانون‌مندی‌های لازم برای کنترل عوامل خطر،
- فرآیند مقابله با اولویت‌های کنونی سلامتی در سطوح ملی و منطقه‌ای شکل نمی‌گیرد.

توصیه و پیشنهادها

۱- توصیه و پیشنهاد برای سطح ملی

- تعمیق و گسترش شناخت اپیدمیولوژیک از مشکلات ملی و استانی بر اساس شواهد علمی
- تعیین و تدوین برنامه‌های ملی برای مقابله با اولویت‌های کنونی سلامتی

۱۱. معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (انتشار رسمی در سند بخشی برنامه چهارم توسعه اجتماعی و اقتصادی).
۱۲. نقوی محسن. سیمای مرگ در ۱۰ استان کشور. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در ایران، ۱۳۷۹، جدولهای شماره ۱ و ۲ بخش ۴-۴.
۱۳. نهائیان وارثکس. خزانه جمعیت میزانهای حیاتی ایران. تهران: انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۵۵، ۱۳۰-۱۲۹.
14. Malekafzali H . The Health Situation of Mothers and Children in the Islamic Republic of Iran. UNICEF, P: 75.
۱۵. نقوی محسن. تعیین میزان مرگ مادران از عوارض بارداری و زایمان به روش RAMOS. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۷، صفحه ۲۲.
۱۶. نقوی محسن. سیمای مرگ در ۱۸ استان کشور. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت در ایران، ۱۳۸۰، صفحه ۷۳.
۱۷. نقوی محسن. سیمای مرگ و میر در ۲۳ استان کشور. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، ۱۳۸۲.
۳. ولایتی علی اکبر. سل، اپیدمیولوژی و کنترل بیماریهای شایع در ایران، مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم. تهران: ناشر دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، صفحه ۶۱۰.
۴. آموزده، محمد کاظم و همکاران. وضعیت کنترل سرخک در سال ۱۳۷۷، بیست و یکمین کنگره مسائل شایع طب اطفال. اصفهان: ناشر دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان، ۱۳۷۸، صفحه ۹۴۹.
۵. شانه چیان ابراهیم. ثبت مرگ و میر در تهران در سال ۱۳۵۰. تهران: انتشارات انجمن دانشجویان دانشگاه تهران، صفحه ۴۱.
۶. مرکز آمار ایران. نماگرهای جمعیتی ایران، ۱۳۳۵ - ۱۳۷۵. دی ۱۳۷۷، شماره ۳۲۰۶، صفحات ۴۷، ۵۰، ۵۱، ۱۲۹، ۱۳۳ و ۱۴۳.
۷. مرکز آمار ایران. طرح باروری - مرگ و میر. تهران: ۱۳۷۵، شماره ۳۱۷۷، صفحه ۱۹.
۸. زنجانی حبیب ا...، آراسته خو محمد، صدر داریوش. جمعیت شناسی تطبیقی جهان. صفحه ۳۷.
۹. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. اطلاعات و آمار برگرفته از زیجهای حیاتی خانه های بهداشت در روستا. تهران: مرکز توسعه شبکه (دریافت شخصی نتایج بررسی های زیج حیاتی).

10. SCI; UNFPA; Population and development data sheet for Islamic republic of Iran; 2003 ISBN 964-356-277-7.

Archive of SID