

ارزیابی شاخص‌های دستیابی به اهداف هزاره توسعه در ایران، جهان و منطقه‌ی مدیترانه شرقی: مطالعه برگرفته از گزارش آمار جهانی سلامت در سال ۲۰۱۴

حمید سوری^۱، جلیل حسنی^۲، نرگس انتظامی^۲، سیده معصومه حسینی^۲، الهه رفیعی^۲

^۱استاد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات ارتقای ایمنی و پیش‌گیری از مصدومیت‌ها، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۲کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تربیت‌جام، تربت‌جام، ایران

نویسنده رابط: حمید سوری، نشانی: تهران، اوین، مرکز تحقیقات ارتقای ایمنی و پیش‌گیری از مصدومیت‌ها، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی،

تلفن: ۲۲۴۳۹۹۸۰، پست الکترونیک: hsoori@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۴/۱۵؛ پذیرش: ۹۵/۰۷/۰۳

مقدمه و اهداف: اهداف توسعه هزاره اهدافی مشترکند که در سال ۲۰۰۰ در سازمان ملل بر سر آن‌ها توافق شد. هدف این مطالعه، مقایسه این شاخص‌ها در ایران با میانگین آن‌ها در منطقه مدیترانه شرقی و جهان است.

روش کار: از داده‌های گزارش سازمان جهانی بهداشت ۲۰۱۴ و سایر منابع در ایران و در سطح منطقه و بین‌المللی استفاده شد. شاخص‌های اهداف توسعه مرتبط‌تر با سلامت شامل کاهش مرگ‌ومیر کودکان، بهبود سلامت مادران، مبارزه با ایدز، سل و بیماری‌های دیگر و تضمین کیفیت محیط‌زیست است.

یافته‌ها: نسبت مرگ نوزادان به کل مرگ کودکان زیر ۵ سال در سال‌های ۲۰۱۲-۱۹۹۰ در جهان از ۳۷ به ۴۴، در منطقه از ۳۹ به ۴۶ و در ایران از ۴۶ به ۶۱ درصد افزایش یافته است. حدود ۱۴/۵ درصد از موارد گزارش‌شده‌ی اچ‌آی‌وی/ایدز منطقه در سال ۲۰۱۲ میلادی مربوط به ایران بود. میزان مرگ مادران باردار در ایران، جهان و منطقه به ترتیب ۰/۷۲/۲، ۴۴/۷ و ۵۰ درصد کاهش یافته است. نسبت زایمان‌ها توسط افراد آموزش‌دیده و نسبت پوشش مراقبت‌های پیش از زایمان در ایران رشد داشته و بالاتر از میانگین‌های منطقه‌ای و جهانی است.

نتیجه‌گیری: ایران در برخی اهداف توسعه پیشرفت داشته، اما با وجود کاهش میزان بروز اچ‌آی‌وی/ایدز، شیوع آن طی ۲۰۱۲-۲۰۰۱ میلادی افزایش یافته و به هدف توقف شیوع آن دست نیافته است. میزان کاهش مرگ ناشی از سل در ایران کم‌تر از متوسط کاهش جهانی و منطقه‌ای بوده است. نسبت مرگ نوزادان نیز در کشور افزایش یافته است. اولویت بخشیدن به شاخص‌هایی که ایران در آن‌ها موفقیت چندانی نداشته باید مورد توجه جدی تصمیم‌گیرندگان مرتبط باشد.

واژگان کلیدی: توسعه هزاره، شاخص‌های سلامت، ایران

مقدمه

مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال است. هر ساله در جهان نزدیک به ۱۱ میلیون کودک پیش از ۵ سالگی جان خود را از دست می‌دهند. این در حالی است که تعداد بسیاری از موارد ثبت نمی‌شوند. هدف سازمان جهانی بهداشت کاهش دوسوم میزان مرگ‌ومیر این کودکان در بین سال‌های ۲۰۱۵-۱۹۹۰ میلادی بود. این مرگ‌ها عمدتاً در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط به‌ویژه کشورهای جنوب صحرای آفریقا و جنوب آسیا اتفاق می‌افتند. عامل اغلب این مرگ‌ومیرها بیماری‌های قابل پیش‌گیری هستند. برخی از مرگ‌ها به علت بیماری‌هایی مانند سرخک، مالاریا یا طاعون اتفاق می‌افتد. سوء‌تغذیه و فقدان آب آشامیدنی

اهداف توسعه هزاره در واقع ۸ هدف مشترک هستند که در سال ۲۰۰۰ میلادی در سازمان ملل متحد بر سر آن‌ها توافق شد (جدول شماره ۱). این اهداف شامل ریشه‌کنی فقر و گرسنگی، تأمین آموزش ابتدایی همگانی، برابری جنسی و توانمندسازی زنان، کاهش مرگ‌ومیر کودکان، بهبود سلامت مادران، مبارزه با ایدز، مالاریا و دیگر بیماری‌ها، تضمین پایداری محیط‌زیست و مشارکت جهانی برای توسعه هستند که باید تا سال ۲۰۱۵ میلادی تأمین شوند تا به چالش‌های اصلی توسعه‌ی جهان پاسخ دهند (۱،۲). از شاخص‌های مهم توسعه و سلامت در کشورها میزان

ایدز، سل و بیماری‌های دیگر است. تعیین وضع این شاخص‌ها در ایران و مقایسه آن‌ها با این اندازه‌ها در منطقه‌ی مدیترانه شرقی و جهان می‌تواند وضع سلامت کشور را بهتر تبیین کند. هدف این مطالعه مرور گزارش آماری سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۴ میلادی در مورد شاخص‌های اهداف توسعه شامل کاهش مرگ‌ومیر کودکان، بهبود سلامتی مادران، مبارزه با ایدز، سل و بیماری‌های دیگر و تضمین کیفیت محیط‌زیست بوده، که در آن مقایسه این شاخص‌ها در ایران با میانگین آن‌ها در کشورهای منطقه‌ی مدیترانه شرقی و جهان مورد توجه قرار گرفته است.

روش کار

برای تحلیل مجدد داده‌ها و مقایسه شاخص‌ها در این مقاله از منبع‌های مختلف به‌ویژه اهداف توسعه هزاره استفاده شده است. اهداف توسعه هزاره شامل ۸ آرمان مشترک هستند که در سال ۲۰۰۰ میلادی در سازمان ملل متحد بر سر آن‌ها توافق شد. رهبران جهان در اجلاس هزاره که در نیویورک و به دعوت سازمان ملل متحد تشکیل شد، در مورد مجموعه‌ای از هدف‌های قابل نیل در زمانی محدود و مشخص و هدف‌هایی برای مبارزه با فقر، گرسنگی، بیماری، بی‌سوادی، نابودی محیط‌زیست و تبعیض علیه زنان توافق کردند. در آن اجلاس رهبران و مقامات برجسته ۱۴۷ کشور حضور داشتند و در آن متعهد شدند که با یکدیگر در زمینه ارتقای توسعه و کاهش فقر تا سال ۲۰۱۵ میلادی همکاری نمایند. در این اعلامیه به‌منظور نیل به توسعه پایدار، ۸ آرمان، در قالب ۲۱ هدف و ۶۰ شاخص تعریف شده است. اعلامیه هزاره در تاریخ ۸ سپتامبر همان سال طی قطعنامه‌ای به تصویب مجمع عمومی سازمان ملل متحد رسید (۱).

در این مطالعه علاوه بر این سند از مجموعه آمارهای جهانی سلامت^۱، بانک جهانی، گزارش سالانه سازمان جهانی بهداشت که شامل داده‌های مرتبط با سلامت برای ۱۹۴ کشور عضو بوده و شامل خلاصه‌ای از پیشرفت‌ها به سمت دستیابی به اهداف هزاره توسعه مرتبط با سلامت و اهداف مرتبط است؛ بهره گرفته شد. این یک مطالعه تحلیلی داده‌های ثانویه می‌باشد که از داده‌های گزارش سازمان جهانی بهداشت ۲۰۱۴ و سایر منابع در دسترس دیگر در سطح منطقه‌ای و بین‌المللی استفاده شده است. به‌طور کلی کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت در ۶ منطقه آفریقا، آمریکا، جنوب شرقی آسیا، اروپا، مدیترانه شرقی و اقیانوس

سالم و تسهیلات بهداشتی علت نیمی از تمام مرگ‌ومیرهای کودکان زیر ۵ سال است (۳،۴). با توجه به هدف تضمین کیفیت محیط‌زیست، دسترسی به آب آشامیدنی سالم و تسهیلات بهداشتی به‌عنوان مشکل عمده سلامت مطرح می‌شود. علاوه بر این بیماری‌های مرتبط با آب هم‌چنان به‌عنوان یکی از مشکلات عمده در سطح جهان است. برآورد شده است که سالانه حدود ۴ میلیارد مورد اسهال در جهان رخ می‌دهد که ۵/۷ درصد از کل حجم بیماری‌های جهان را در سال ۲۰۰۰ میلادی به خود اختصاص داد (۵). هر سال ۱/۶ میلیون کودک زیر ۵ سال به علت دسترسی نداشتن به آب آشامیدنی سالم و تسهیلات بهداشتی در جهان می‌میرند (۶). یکی از اهداف سازمان جهانی بهداشت در زمینه‌ی تضمین پایداری محیط‌زیست نصف شدن افرادی است که دسترسی پایدار به آب آشامیدنی سالم و تسهیلات بهداشتی اولیه ندارند.

از شاخص‌های مهم دیگر که در دنیا به‌عنوان شاخص توسعه در نظر گرفته می‌شود؛ میزان مرگ‌ومیر ناشی از عوارض بارداری و زایمان است که طبق تعریف به تعداد مرگ‌ومیر مادران باردار به ازای صد هزار تولد زنده اطلاق می‌شود (۷). بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت، سالیانه بیش از ۵۰۰ هزار زن (حدود یک مرگ در هر دقیقه) به این دلیل جان می‌سپارند. مرگ‌ومیر مادران، یکی از عمده‌ترین خطرات تهدیدکننده حیات انسانی است؛ به‌گونه‌ای که مرگ مادر باعث افزایش مرگ کودکان زیر ۱۰ سال به‌خصوص دختران، حتی تا ۴ برابر می‌شود؛ بنابراین مرگ مادر، تنها مرگ یک نفر نیست، بلکه مرگ و ناتوانی خانواده و جامعه است. میزان مرگ مادران از یک‌سو نشان‌دهنده تأثیر مراقبت‌های بارداری و از سوی دیگر بیانگر اوضاع کلی اقتصادی و اجتماعی هر جامعه است. کاهش مرگ‌ومیر مادران و بهبود سلامتی آن‌ها، یکی از ۸ هدف هزاره سوم است، که با نظارت سازمان ملل متحد در تمام کشورها و با هدف کاهش مرگ‌ومیر مادران به میزان سه‌چهارم تا سال ۲۰۱۵ نسبت به سال ۱۹۹۰ میلادی انجام می‌شود (۸).

ایدز با تضعیف دستگاه ایمنی، بزرگ‌ترین عامل گسترش سل در سال‌های اخیر و یکی از علت‌های مرگ در بیماران اچ‌آی‌وی/ایدز مثبت است (۹). حدود ۲/۵ میلیون نفر هر ساله به عفونت اچ‌آی‌وی/ایدز مبتلا می‌شوند، که ۹۹ درصد از افرادی که به علت ایدز، مالاریا و سل می‌میرند در کشورهای درحال توسعه زندگی می‌کنند (۱۰). با این حال میزان بروز اچ‌آی‌وی/ایدز و سل از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۲ میلادی رو به کاهش (۱۱) و در راستای رسیدن به هدف هزاره سوم یعنی متوقف کردن روند رو به رشد انتشار

^۱World Health Statistics

جدول شماره ۲ میزان مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال را در بین ۲۱ کشور از منطقه مدیترانه شرقی نشان می‌دهد. بالاترین میزان مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال در سال ۲۰۱۲ میلادی در کشورهای سومالی، افغانستان، پاکستان و جیبوتی بوده است. این میزان مرگ‌ومیر در ایران در سال‌های ۲۰۱۲-۱۹۹۰ میلادی از ۵۶ به ۱۸ کاهش یافته است. ایمن‌سازی علیه سرخک یکی از راهکارهای کاهش مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال است؛ به طوری که باعث پیش‌گیری از ۱۴ میلیون مرگ کودک در سال‌های ۲۰۱۲-۲۰۰۰ میلادی شده است. شکل شماره ۳ پوشش واکسیناسیون سرخک در ایران جهان و منطقه‌ی مدیترانه شرقی را در سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۲ نشان می‌دهد.

بهبود سلامت مادران

میزان مرگ‌ومیر مادران باردار در ایران، جهان و منطقه‌ی مدیترانه شرقی را در سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۳ میلادی نشان می‌دهد که در ایران ۷۲/۲ درصد، در جهان ۴۴/۷ درصد و در منطقه‌ی مدیترانه شرقی ۵۰ درصد کاهش یافته است. میزان مرگ‌ومیر مادران در صد هزار تولد زنده به دلیل عوارض بارداری در ۲۱ کشور از منطقه‌ی مدیترانه شرقی در جدول شماره ۳ نشان داده شده است، میزان مرگ‌ومیر در ایران از ۸۳ به ۲۳ در صد هزار تولد زنده طی گذشت ۲۳ سال (در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۳) کاهش یافته است. سهم ایران از کل موارد مرگ‌ومیر مادران در منطقه‌ی مدیترانه شرقی در سال ۲۰۱۳ تنها ۰/۸۲ درصد از کل مرگ‌ومیر مادران باردار بوده است. قطر و سومالی به ترتیب کم‌ترین و بیش‌ترین (۰/۲۱ در مقابل ۳۰/۴۸) نسبت مرگ‌ومیر مادران باردار در سال ۲۰۱۳ میلادی را در منطقه‌ی مدیترانه شرقی به خود اختصاص می‌دهند.

نسبت زایمان‌های انجام‌شده توسط افراد آموزش‌دیده و ماهر بین سال‌های ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۳ میلادی در جهان ۷۲ درصد در منطقه‌ی مدیترانه شرقی ۵۸ درصد و در ایران این نسبت بین سال‌های ۲۰۱۱-۲۰۰۵ میلادی، ۹۹ درصد گزارش شده است. این نسبت در ایران برابر با کشورهای با درآمد بالا در سال‌های ۲۰۱۳-۲۰۰۶ میلادی است. شکل شماره ۴ پوشش مراقبت‌های پیش از زایمان در ایران، جهان و منطقه‌ی مدیترانه شرقی را برای حداقل یک‌بار و ۴ بار مراقبت (در ایران بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت ۲۰۱۲ بین سال‌های ۲۰۱۱-۲۰۰۵ و در جهان و منطقه‌ی مدیترانه شرقی بر اساس گزارش ۲۰۱۴ بین سال‌های ۲۰۱۳-۲۰۰۶) نشان می‌دهد.

غربی قرار دارند. ایران در منطقه مدیترانه شرقی قرار دارد که شامل ۲۲ کشور افغانستان، بحرین، جیبوتی، مصر، ایران، عراق، اردن، کویت، لبنان، لیبی، مراکش، عمان، پاکستان، قطر، عربستان سعودی، سومالی، سودان، سوریه، تونس، امارات، یمن و فلسطین است. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۲ میلادی جمعیت جهان ۷۰۵۷۰۷۵ میلیارد نفر بوده است، که حدود ۵۵۵ میلیون نفر آن مربوط به منطقه‌ی مدیترانه شرقی، حدود ۸/۵ درصد از کل جمعیت جهان است.

در این مطالعه برای مقایسه شاخص‌های موردنظر ایران با منطقه‌ی مدیترانه شرقی و جهان از نسبت‌ها، میزان‌ها و میانگین‌ها استفاده شده است. در مواردی که چند منبع برای یک شاخص وجود داشت از معتبرترین (بر اساس منبع اطلاعاتی مثلاً سازمان جهانی بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بانک جهانی یا سازمان ملل متحد) و به‌روزترین آن‌ها استفاده شده است. در این مطالعه برای به دست آوردن شاخص‌های نسبت زایمان‌های انجام‌شده توسط افراد آموزش‌دیده و ماهر و پوشش مراقبت‌های پیش از زایمان در ایران به علت این‌که در گزارش سال ۲۰۱۴ سازمان جهانی بهداشت وجود نداشت از گزارش سال ۲۰۱۲ میلادی، سازمان جهانی بهداشت و برای درصد نیاز برآورد نشده برای پیش‌گیری از بارداری در زنان ۴۹-۱۵ از گزارش سیمای سلامت و جمعیت در ایران در سال ۱۳۸۹ استفاده شد. داده‌های حاصل از منابع مختلف توسط ۲ نفر از مؤلفان به صورت جداگانه بررسی مجدد شد و مواردی که اختلاف وجود داشت، با بازگشت مجدد به منبع اطلاعاتی موردنظر درستی آن مورد تأیید قرار گرفت.

یافته‌ها

کاهش مرگ‌ومیر کودکان

شکل ۱ و ۲ به ترتیب میزان مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال در سال ۱۹۹۰ و ۲۰۱۲ و نسبت مرگ‌ومیر کودکان ۵۹-۱ ماهگی و نوزادان ۲۸-۰ روز در ۱۰۰۰ تولد زنده در سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۲ میلادی را در ایران، جهان و منطقه‌ی مدیترانه شرقی نشان می‌دهند. نسبت مرگ‌ومیر نوزادان کم‌تر از ۲۸ روز به کل مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال در حال افزایش و در ایران بالاتر از جهان و منطقه‌ی مدیترانه شرقی گزارش شده است، این نسبت در سال ۱۹۹۰ نسبت به سال ۲۰۱۲ در جهان از ۳۷ به ۴۴، در منطقه مدیترانه شرقی از ۳۹ به ۴۶ و در ایران از ۴۶ به ۶۱ درصد افزایش یافته است.

مبارزه با ایدز، مالاریا و دیگر بیماری‌ها

با وجود کاهش میزان بروز اچ‌وی/ایدز در جهان (از ۵۶ به ۳۳ در صد هزار نفر)، میزان شیوع آن در حال افزایش است. حدود ۱۴/۵ درصد (۷۱۰۰۰ از ۴۹۰۰۰۰) از موارد گزارش‌شده‌ی اچ‌وی/ایدز منطقه‌ی مدیترانه شرقی در سال ۲۰۱۲ میلادی مربوط به ایران است. پوشش درمان‌های ضد رتروویروسی (ART) مربوط به ایران است. پوشش درمان‌های ضد رتروویروسی (ART) در میان افراد دارای شرایط درمان در سال ۲۰۱۲ در ایران ۱۳، منطقه‌ی مدیترانه شرقی ۱۵ و در جهان ۶۱ درصد است. در پایان سال ۲۰۱۲ میلادی، نزدیک به ۱۰ میلیون نفر از افراد دارای شرایط در کشورهای با درآمد کم و متوسط داروهای ART مصرف می‌کردند. با این حال، هنوز ۱۹ میلیون نفر دیگر دارای دریافت داروهای ART بودند، که به داروهای ART دسترسی نداشتند. در منطقه‌ی مدیترانه شرقی ۱۲۴۰۰۰ نفر داروهای ART دریافت کرده بودند که تنها ۲۱۵۷۲ نفر آن‌ها این داروها را دریافت می‌کردند.

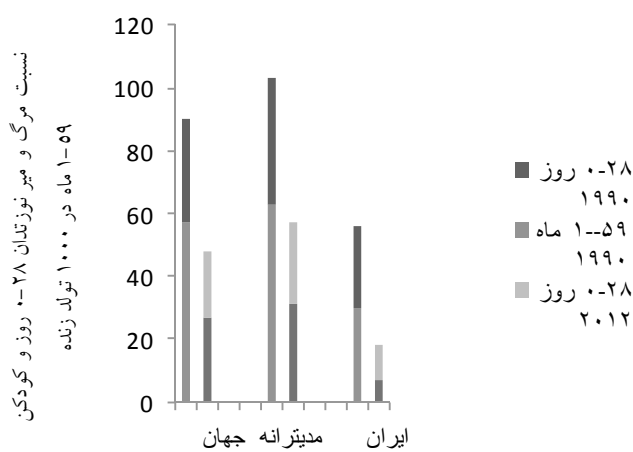
در سال ۲۰۱۲، برآورد شده است که حدود ۸/۶ میلیون نفر مبتلا به سل بودند و ۱/۳ میلیون نفر فوت کردند که ۳۲۰ نفر آن در میان افراد اچ‌وی/ایدز مثبت بودند. شیوع سل در سال‌های ۱۲-۲۰۰۰ کاهش یافته است، به طوری که در جهان ۳۵/۷ درصد، منطقه‌ی مدیترانه شرقی ۲۹/۷ درصد و در ایران ۱۹/۵ درصد کاهش یافته است. شیوع سل را در سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۱۲ در جهان، منطقه‌ی مدیترانه شرقی و ایران نشان می‌دهد. میزان مرگ‌ومیر ناشی از سل در میان افراد مبتلا به اچ‌وی/ایدز مثبت

در ایران ۲/۹، جهان ۱۳ و در منطقه مدیترانه شرقی ۱۶ در ۱۰۰۰۰۰ نفر بود.

نظمین کیفیت محیط زیست

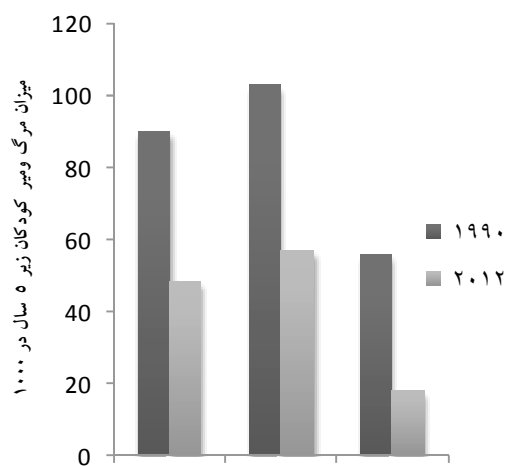
بین سال‌های ۲۰۱۲-۱۹۹۰ حدود ۲/۳ میلیارد نفر از مردم جهان به منابع آب آشامیدنی سالم دسترسی پیدا کردند. با این وجود، هنوز در سال ۲۰۱۲ میلادی حدود ۷۴۸ میلیون نفر به منابع آب آشامیدنی سالم به صورت پایدار دسترسی ندارند. نسبت جمعیتی که در سال ۲۰۱۲ میلادی به آب آشامیدنی سالم دسترسی پیدا کرده‌اند؛ در ایران ۹۶ درصد، جهان ۹۰ درصد و منطقه مدیترانه شرقی ۸۷ درصد بود.

از سال ۱۹۹۰ میلادی بیش از یک‌چهارم جمعیت جهان به تسهیلات بهداشتی دسترسی داشتند. با وجود پیشرفت‌هایی در این زمینه، هنوز ۲/۵ میلیارد نفر در سال ۲۰۱۲ به تسهیلات بهداشتی دسترسی نداشتند. شکل شماره ۵ نسبت دسترسی به تسهیلات بهداشتی در ایران، جهان و منطقه مدیترانه شرقی را در سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۲ نشان می‌دهد. جدول شماره ۴ نسبت شاخص دسترسی به آب آشامیدنی سالم و دسترسی به تسهیلات بهداشتی را در ایران و کشورهای منطقه مدیترانه شرقی در سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۲ میلادی نشان می‌دهد. در مورد شاخص دسترسی به آب آشامیدنی سالم و دسترسی به تسهیلات بهداشتی ایران در بین کشورهای منطقه به ترتیب رتبه ۸ و ۱۲ را دارد.



شکل شماره ۲- توزیع نسبت مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال در ۱۰۰۰

تولد زنده در سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۲



شکل شماره ۱- میزان مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال

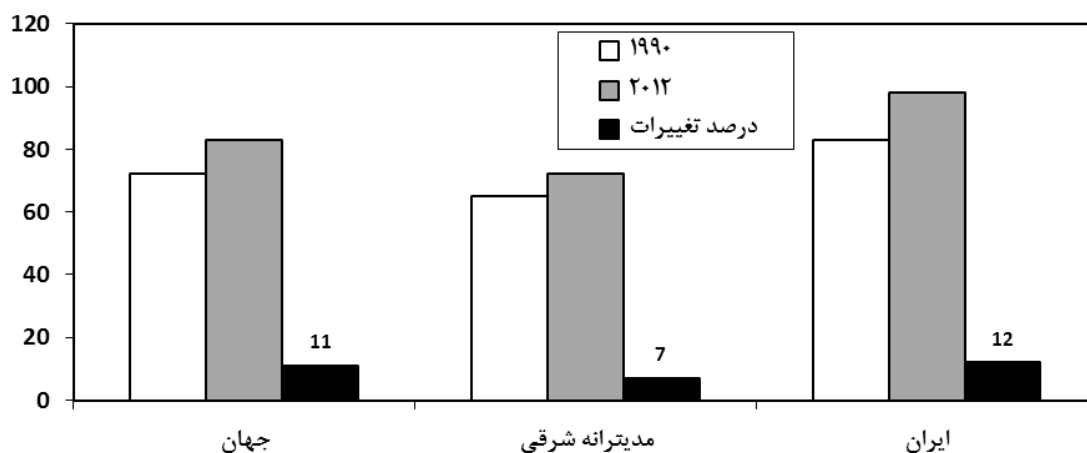
در ۱۰۰۰ تولد زنده در سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۲

جدول شماره ۱- اهداف توسعه هزاره

- ۱- ریشه‌کن کردن فقر شدید و گرسنگی
- ۲- دستیابی به آموزش ابتدایی همگانی
- ۳- ترویج برابری جنسیتی و توانمندسازی زنان
- ۴- کاهش مرگ‌ومیر کودکان
- ۵- بهبود بهداشت مادران
- ۶- مبارزه با ویروس و اچ‌آی‌وی/ایدز، مالاریا و سایر بیماری‌ها
- ۷- تضمین پایداری محیط‌زیست
- ۸- ایجاد مشارکتی جهانی برای توسعه

جدول شماره ۲- میزان مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال در ۱۰۰۰ تولد زنده در ایران و کشورهای منطقه‌ی مدیترانه شرقی در سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۲

| کشور/سال | ۱۹۹۰ | ۲۰۱۲ |
|---------------|------|------|
| افغانستان | ۱۷۶ | ۹۹ |
| بحرین | ۲۳ | ۱۰ |
| جیبوتی | ۱۱۹ | ۸۱ |
| مصر | ۸۶ | ۲۱ |
| ایران | ۵۶ | ۱۸ |
| عراق | ۵۳ | ۳۴ |
| اردن | ۳۷ | ۱۹ |
| کویت | ۱۶ | ۱۱ |
| لبنان | ۳۳ | ۹ |
| لیبی | ۴۳ | ۱۵ |
| مراکش | ۸۰ | ۳۱ |
| عمان | ۳۹ | ۱۲ |
| پاکستان | ۱۳۸ | ۸۶ |
| قطر | ۲۱ | ۷ |
| عربستان سعودی | ۴۷ | ۹ |
| سومالی | ۱۷۷ | ۱۴۷ |
| سودان | ۱۲۸ | ۷۳ |
| سوریه | ۳۸ | ۱۵ |
| تونس | ۵۱ | ۱۶ |
| امارات | ۱۷ | ۸ |
| یمن | ۱۲۵ | ۶۰ |
| جمع کل | ۱۵۰۲ | ۷۸۱ |

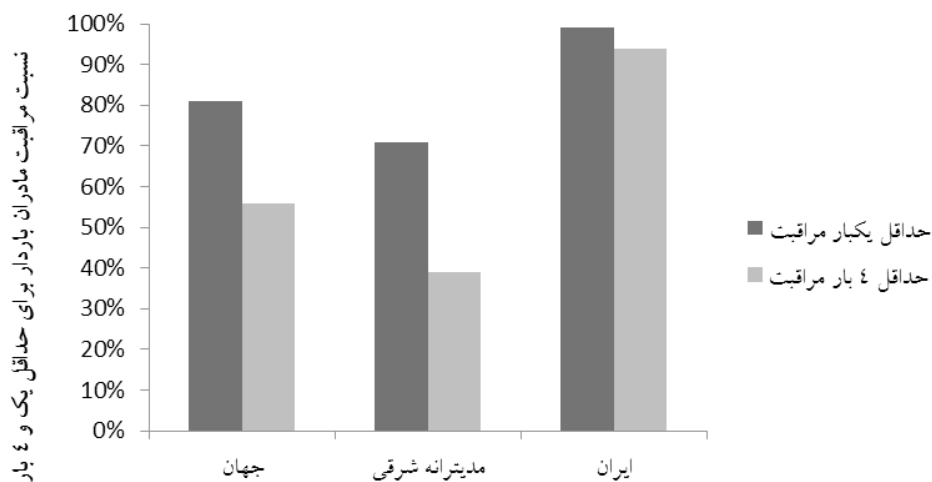


شکل شماره ۳- توزیع پوشش واکسیناسیون سرخک در کودکان زیر یک سال در سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۲

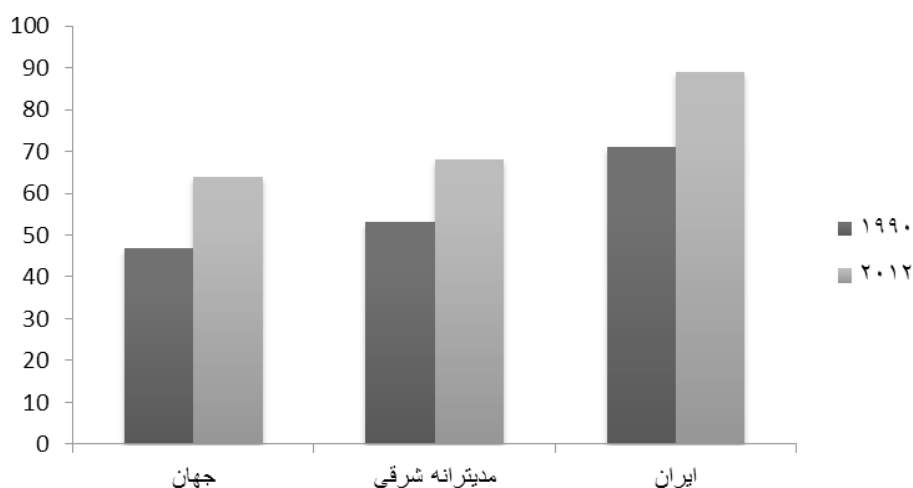
جدول شماره ۳ - مقایسه میزان مرگ مادران باردار در ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی در سال ۱۹۹۰ و ۲۰۱۳ و سهم هر کشور از کل

موارد مرگ‌ومیر مادران در منطقه در سال ۲۰۱۳

| کشور | ۱۹۹۰ | ۲۰۱۳ | سهم هر کشور از مرگ‌ومیر مادران در سال ۲۰۱۳ |
|---------------|------|------|--------------------------------------------|
| افغانستان | ۱۲۰۰ | ۴۰۰ | ۱۴.۳۴ |
| بحرین | ۲۱ | ۲۲ | ۰.۷۹ |
| جیبوتی | ۴۰۰ | ۲۳۰ | ۸.۲۵ |
| مصر | ۱۲۰ | ۴۵ | ۱.۶۱ |
| ایران | ۸۳ | ۲۳ | ۰.۸۲ |
| عراق | ۱۱۰ | ۶۷ | ۲.۴۰ |
| اردن | ۸۶ | ۵۰ | ۱.۷۹ |
| کویت | ۱۲ | ۱۴ | ۰.۵ |
| لبنان | ۶۴ | ۱۶ | ۰.۵۷ |
| لیبی | ۳۱ | ۱۵ | ۰.۵۴ |
| مراکش | ۳۱۰ | ۱۲۰ | ۴.۳ |
| عمان | ۴۸ | ۱۱ | ۰.۳۹ |
| پاکستان | ۴۰۰ | ۱۷۰ | ۶.۰۹ |
| قطر | ۱۱ | ۶ | ۰.۲۱ |
| عربستان سعودی | ۴۱ | ۱۶ | ۰.۵۷ |
| سومالی | ۱۳۰۰ | ۸۵۰ | ۳۰.۴۸ |
| سودان | ۷۲۰ | ۳۶۰ | ۱۲.۹۱ |
| سوریه | ۱۳۰ | ۴۹ | ۱.۷۵ |
| تونس | ۹۱ | ۴۶ | ۱.۶۵ |
| امارات | ۱۶ | ۸ | ۰.۲۸ |
| یمن | ۴۶۰ | ۲۷۰ | ۹.۶۸ |
| جمع کل | ۵۶۵۴ | ۲۷۸۸ | ۱۰۰ |



شکل شماره ۴- نسبت پوشش مراقبت‌های پیش از زایمان برای حدافل یک‌بار و چهار بار مراقبت در ایران، جهان و منطقه مدیترانه شرقی



شکل شماره ۵- نسبت دسترسی به تسهیلات بهداشتی در سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۲

جدول شماره ۴- نسبت شاخص دسترسی به آب آشامیدنی سالم و تسهیلات بهداشتی در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی

| نام کشور | دسترسی به منابع آب آشامیدنی سالم | | دسترسی به تسهیلات بهداشتی | |
|-----------|----------------------------------|------|---------------------------|------|
| | ۱۹۹۰ | ۲۰۱۲ | ۱۹۹۰ | ۲۰۱۲ |
| افغانستان | ... | ۶۴ | ... | ۲۹ |
| بحرین | ۹۵ | ۱۰۰ | ۹۹ | ۹۹ |
| جیبوتی | ۷۷ | ۹۲ | ۶۲ | ۶۱ |
| مصر | ۹۳ | ۹۹ | ۷۲ | ۹۶ |
| ایران | ۹۲ | ۹۶ | ۷۱ | ۸۹ |
| عراق | ۷۸ | ۸۵ | ... | ۸۵ |
| اردن | ۹۷ | ۹۶ | ۹۷ | ۹۸ |
| کویت | ۹۹ | ۹۹ | ۱۰۰ | ۱۰۰ |
| لبنان | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ... | ... |
| لیبی | ۵۴ | ... | ۹۷ | ۹۷ |

| | | | | |
|-----|-----|-----|-----|---------------|
| ۷۵ | ۵۲ | ۸۴ | ۷۳ | مراکش |
| ۹۷ | ۸۲ | ۹۳ | ۷۹ | عمان |
| ۴۸ | ۲۷ | ۹۱ | ۸۵ | پاکستان |
| ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | قطر |
| ۱۰۰ | ۹۲ | ۹۷ | ۹۲ | عربستان سعودی |
| ... | ... | ... | ... | سومالی |
| ۲۶ | ۲۷ | ۵۸ | ۶۵ | سودان |
| ۹۵ | ۸۵ | ۹۰ | ۸۶ | سوریه |
| ۹۰ | ۷۳ | ۹۷ | ۸۲ | تونس |
| ۹۸ | ۹۷ | ۱۰۰ | ۱۰۰ | امارات |
| ۵۳ | ۲۴ | ۵۵ | ۶۶ | یمن |

بحث

۵ سال شده است. پایین بودن بروز مالاریا (که ۷ درصد از مرگومیر کودکان زیر ۵ سال را به خود اختصاص می‌دهد) و پوشش گسترده واکسیناسیون در ایران از دیگر عوامل دست‌یابی به هدف کاهش مرگومیر کودکان زیر ۵ سال در ایران بوده است. واکسیناسیون سرخک باعث کاهش مرگومیر ناشی از سرخک بین سال‌های ۲۰۱۲-۲۰۰۰ میلادی در ایران شده است؛ که بیش‌تر این مرگ‌ها در کودکان زیر ۵ سال است (۱۴-۱۱).

هدف پنجم اهداف توسعه هزاره بهبود سلامت مادران در چهارچوب بهداشت باروری است و شاخص‌های بهداشت باروری در ایران به‌طوری پیشرفت کرده است، که هم‌اکنون تیم‌هایی برای آموزش کارکنان بهداشتی زنان در بسیاری از شهرها مشغول به کار هستند. میزان مرگومیر مادران در ایران در سال‌های ۲۰۱۲-۱۹۹۰ روند رو به کاهشی را نشان می‌دهد. به‌طوری‌که به هدف کاهش سه‌چهارم که قرار است در سال ۲۰۱۵ محقق شود؛ نزدیک شده است. این در حالی است که این میزان در جهان ۴۴/۷ درصد و در منطقه‌ی مدیترانه شرقی ۵۰ درصد کاهش یافته است (۱۲)، اما دلیل کاهش بیش‌تر مرگومیر مادران باردار در ایران نسبت به جهان و منطقه‌ی مدیترانه شرقی می‌تواند به دلیل مراقبت بیش‌تر در زمان بارداری و زایمان باشد. به‌طوری‌که پوشش مراقبت در ایران برای حداقل یک‌بار و ۴ بار نسبت به میانگین جهانی بالاتر است. نسبت زایمان‌هایی که با مراقبت و توسط کارکنان متخصص سلامت انجام می‌گیرند در ایران بین سال‌های ۲۰۱۱-۲۰۰۵ میلادی حدود ۹۹ درصد بوده است، که بسیار بالاتر از این میزان در جهان و در منطقه‌ی مدیترانه شرقی بوده است که این امر می‌تواند به‌عنوان یکی از دلایل کاهش بیش‌تر مرگومیر در ایران در مقایسه با جهان و منطقه‌ی مدیترانه شرقی باشد. با توجه به این‌که عملاً زمان این دوره به پایان رسیده است، برای

هدف از این مطالعه مقایسه برخی از اهداف هزاره توسعه در ایران، جهان و منطقه‌ی مدیترانه شرقی بوده است. درباره هدف چهارم توسعه هزاره که کاهش مرگومیر کودکان است، جمهوری اسلامی ایران، پیشرفت قابل‌ملاحظه‌ای داشته است و هم‌اکنون مرگومیر کودکان زیر ۵ سال کاهش یافته و تغذیه با شیر مادر افزایش یافته است. به‌طوری‌که این کاهش در مقایسه با جهان و منطقه‌ی مدیترانه شرقی بیش‌تر بوده است. در برخی موارد اطلاع به‌روز و دقیقی در مورد این شاخص‌ها وجود ندارد تا مقایسه مناسبی مورد بحث قرار گیرد، اما به‌طورکلی میزان مرگومیر کودکان در ایران یک‌روند رو به کاهش را نشان می‌دهد و به هدف کاهش دوسوم مرگومیر کودکان در سال‌های ۲۰۱۵-۱۹۹۰ میلادی رسیده است؛ که این میزان در سال ۲۰۱۲ در منطقه‌ی مدیترانه شرقی بیش از ۳ برابر ایران است. نسبت کودکان یک‌ساله‌ای که در برابر سرخک واکسینه شده‌اند بالاتر از این نسبت در جهان و منطقه‌ی مدیترانه شرقی است. لازم به ذکر است که دست‌یابی به اهداف توسعه هزاره در کاهش مرگومیر کودکان نیازمند پوشش جهانی مداخله‌های مؤثر و کارآمد مانند مراقبت از نوزادان تازه متولد شده و مادران آن‌ها، تغذیه نوزادان و کودکان، واکسیناسیون، مدیریت مودی اسهال، آنتی‌بیوتیک درمانی برای بیماران پنومونی و عفونت خونی و کنترل مالاریا است. موفقیت این هدف در ایران در مقایسه با جهان و منطقه‌ی مدیترانه شرقی می‌تواند به دلیل کم‌تر بودن سوءتغذیه، دسترسی بیش‌تر به آب آشامیدنی سالم و دسترسی کافی به خدمات بهداشتی باشد، که از عوامل مستعد کننده برای پنومونی و برخی دیگر از بیماری‌های واگیر است. پنومونی علت اصلی مرگومیر کودکان زیر ۵ سال جهان و در سال ۲۰۱۲ باعث کشته شدن ۱/۱ میلیون کودک زیر

ناشی از سل در سال‌های ۲۰۱۵-۱۹۹۰ نیاز به کاهش میزان متوسط سالانه ۲/۷ درصد بوده است. کاهش کم‌تر مرگ‌ومیر ناشی از سل در ایران نسبت به جهان و منطقه‌ی مدیترانه شرقی می‌تواند به دلیل افزایش شیوع بیش‌تر اچ‌آی‌وی/ایدز بین سال‌های ۲۰۱۲-۲۰۰۱ (به‌طوری‌که شیوع اچ‌آی‌وی/ایدز در ایران به بیش از ۳ برابر افزایش یافت) (۱۲)، کنترل ناموفق یا فقدان برنامه کنترل سل که موجب عدم موفقیت در بیماریابی، پیگیری و کاهش میزان بهبودی می‌شود، باشد و برای دستیابی به هدف توسعه هزاره، باید به غربالگری و تشخیص به‌موقع موارد عفونت یافته با سل، درمان افراد مسلول، پیش‌گیری از اچ‌آی‌وی/ایدز و تشخیص و درمان به‌موقع موارد عفونت یافته با ویروس ایدز پرداخته شود.

دسترسی پایدار به آب سالم آشامیدنی و تأسیسات بهداشتی در ایران بالاتر از جهان و منطقه مدیترانه شرقی است، که پایین‌تر بودن این نسبت در جهان و منطقه‌ی مدیترانه شرقی به دلیل وجود کشورهای با درآمد پایین است که تأثیر زیادی بر این نسبت داشته‌اند.

نتیجه‌گیری

در کل می‌توان چنین استنتاج کرد که ایران در اهداف توسعه هزاره از جمله کاهش مرگ‌ومیر کودکان، شاخص‌های بهداشت باروری، دسترسی پایدار به آب سالم آشامیدنی و تأسیسات بهداشتی پیشرفت قابل‌ملاحظه‌ای داشته است، اما با وجود کاهش میزان بروز اچ‌آی‌وی/ایدز، شیوع آن در ایران، جهان و منطقه‌ی مدیترانه شرقی بین سال‌های ۲۰۱۲-۲۰۰۱ افزایش یافته است، و به هدف متوقف کردن شیوع آن دسترسی پیدا نشده است. میزان کاهش مرگ‌ومیر ناشی از سل در ایران کم‌تر از متوسط کاهش جهانی و منطقه‌ای بوده است. نسبت مرگ‌ومیر نوزادان کم‌تر از ۲۸ روز به‌کل مرگ‌ومیر کودکان زیر ۵ سال نیز در کشور حال افزایش بوده است. اولویت بخشیدن به شاخص‌هایی که ایران در آنها موفقیت چندانی نداشته باید مورد توجه جدی تصمیم‌گیرندگان مرتبط باشد. در مورد شاخص‌هایی که اطلاعات به‌روز وجود ندارد تا مقایسه مناسبی انجام شود نیاز است در سطح ملی اندازه‌گیری کامل‌تر شاخص‌های سلامت بازنگری صورت پذیرد.

رسیدن به هدف توسعه هزاره، بهداشت دوران بارداری باید به‌عنوان بخشی از طیف مراقبت‌ها باشد که خدمات مربوط به سلامت کودکان، نوزادان و مادران را دربر می‌گیرند. کاهش تلفات مادران ارتباط مستقیمی با افزایش سطح آگاهی جامعه، بالا رفتن سطح سواد زنان، افزایش مشارکت زنان در اجتماع و تسهیل در دسترسی به خدمات تنظیم خانواده، مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان ایمن در اثر گسترش شبکه‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی دارد، اگرچه عوامل مرگ‌ومیر مادران و راه‌های مبارزه با آن شناخته شده‌اند، اما متأسفانه هنوز هم مرگ‌ومیر زنان هم‌چنان ادامه دارد. به‌علاوه، سطوح مرگ‌ومیر مادران منعکس‌کننده عملکرد نظام ملی خدمات بهداشتی هر کشور است (۱۵-۱۲).

با وجود کاهش میزان بروز اچ‌آی‌وی/ایدز، شیوع آن در ایران، جهان و منطقه‌ی مدیترانه شرقی بین سال‌های ۲۰۱۲-۲۰۰۱ میلادی افزایش یافته است، و به هدف متوقف کردن شیوع آن دست نیافته‌ایم. شیوع اچ‌آی‌وی/ایدز در ایران در سال‌های ۲۰۱۲-۲۰۰۱ حدود ۳/۲۲ برابر، در جهان ۱/۰۳ برابر و در منطقه مدیترانه شرقی ۱/۸۸ برابر شده است (۱۲).

افزایش بیش‌تر شیوع اچ‌آی‌وی/ایدز در ایران نسبت به منطقه‌ی مدیترانه شرقی و جهان می‌تواند به دلایل مختلفی مانند استفاده کم‌تر از ۲۵ درصد معتادان تزریقی از کاندوم، پایین بودن پوشش آزمون اچ‌آی‌وی/ایدز در میان معتادان تزریقی (در سال‌های اخیر کم‌تر از ۲۵ درصد)، پایین بودن پوشش توزیع سرنگ در میان معتادان تزریقی (به ازای هر نفر در سال‌های اخیر کم‌تر از ۱۰۰ سرنگ)، پایین بودن درصد افراد واجد شرایطی که به درمان‌های ضدویروسی نیاز دارند (در ایران تا پایان سال ۲۰۱۱ کم‌تر از ۲۰ درصد)، افزایش ۲۰ درصدی انتقال ایدز از طریق جنسی، افزایش سریع رفتارهای پرخطر که می‌تواند زمینه‌ساز ابتلا به ایدز باشد. از سویی ایران از لحاظ جغرافیایی در وضعیت پرخطری قرار دارد، زیرا در مسیر ترافیک مواد مخدر واقع شده است (۱۶) و هم‌چنین افزایش میزان بروز عفونت اچ‌آی‌وی/ایدز در ایران باشد (۱۷)؛ اما راه‌حلی مانند توزیع وسیع کاندوم ارزان‌قیمت به شکلی که در دسترس همه‌ی قشرهای و جوانان به‌ویژه معتادان تزریقی باشد، توزیع وسیع سرنگ‌های تزریقی بین معتادان تزریقی، انجام به‌موقع آزمون‌های غربالگری و تشخیصی و درمان افراد واجد شرایطی که به درمان‌های ضدویروسی نیاز دارند، آموزش آمیزش جنسی و آرایه خدمات آمیزشی میان دختران و پسران جوان برای پیش‌گیری از گسترش اچ‌آی‌وی/ایدز توصیه می‌شوند.

برای رسیدن به هدف کاهش ۵۰ درصدی در میزان مرگ‌ومیر

منابع

1. United Nations. The Millennium Development Goals Report 2014. New York.
2. Mosavi A. <http://fa.wikipedia.org/wiki/>. The Millennium Development Goals. Date of access: Oct. 2014.
3. Vahed AS, Hamoleh MM, Arab M, Kohi ZF. Causes of mortality in children 1-59 months of Zabol city. *Nursing Research*. 2011; 5: 13-6.
4. UNICEF. Millennium Development Goals: Reduce child mortality 2002, <http://www.unicef.org/mdg/childmortality.html>. Date of access: Oct. 2014.
5. Wright J, Gundry S, Conroy R. Household drinking water in developing countries: a systematic review of microbiological contamination between source and point of use. *Tropical Medicine & International Health*. 2004; 9: 106-17.
6. UNICEF WHOa. Meeting the MDG drinking water and sanitation the urban and rural challenge of the decade 2006, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43488/1/9241563257_eng.pdf?ua=1. Date of access: Oct. 2014.
7. Seddighi K. Investigate rate and causes of maternal deaths in the province in the years 81-82. University of Medical Sciences, Bandar Abbas 2003.
8. Rajaei M, Zarea S, Dadipoor S, Falahi S, Rajaei F, Gorbandi FP, et al. Determining the Frequency and Causes of Maternal Mortality in Hormozgan Province, Iran during 2005-2011. *Iranian Journal of Gynecology and Infertility in women*, role 16. February 2014; 87: 14-9.
9. Rasoolinejad M, Hadadi A, Hedayat Yaghoobi M, Moradmamand Badie B, Alijani N. Outcome of TB in HIV patients treated with standard regimen. *Tehran University Medical Journal*. 2013; 71: 464-70.
10. World Bank Group. Combat HIV/AIDS, Malaria, and Other Diseases by 2015 'available <http://www.worldbank.org/mdgs/diseases.html> 2014. Date of access: Oct. 2014.
11. World Health Organisation. World Health statistics 2010 http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/en/. Date of access: Oct. 2014.
12. World Health Organisation. World health statistics 2014 'available http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/en/
13. Hamedan DoFHaPo. National Under 5 Mortality Surveillance System In Hamedan province. 1388.
14. Women UDMtSoCa. <http://data.unicef.org/child-health/pneumonia> 2014.
15. UNICEF. available http://www.unicef.org/iran/fa/media_4718.html. 2008. Date of access: Oct. 2014.
16. Rahmati F, Niknami S, Shokravi F, Farmanbar R, Ahmadi F, Jafari M. Family System and Its Effect's on HIV/AIDS High Risk Behaviors: A Qualitative Study' *Journal Guilan University of Medical Sciences*. 2010; 77: 80-69.
17. Hadi N, Mirzaie K. The level of knowledge about HIV/AIDS in high school students of Shiraz in 2004. *Iranian South Medical Journal*. 2004; 7: 88-94.

Assessment of Millennium Development Goals Indicators (MDGs) in Iran, Eastern Mediterranean Region, and the World: A Study Emerging from The MDGs Report 2014

Soori H¹, Hasani J², Entezami N², Hosseini M², Rafiei E²

1- Professor of Epidemiology, Safety Promotion and Injury Prevention Research Center, School of Public Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- MSc of Epidemiology, Torbat-e Jam Faculty of Medical Sciences, Torbat-e Jam, Iran

Corresponding author: Soori H, hsoori@yahoo.com

(Received 16 June 2016; Accepted 24 September 2016)

Background and Objectives: The Millennium Development Goals (MDGs) are common goals that were established by the United Nations in 2000. The aim of this study was to compare some of these indicators in Iran, the Eastern Mediterranean Region (EMR), and the world.

Methods: The existing data from the World Health Status in 2014 and some other available sources in Iran, EMR, and across the world were addressed. The most relevant health indicators included decreased childhood mortality, maternal well-being, prevention of AIDS, tuberculosis and other diseases, and environment quality assurance.

Results: The proportion of neonatal mortality to total mortality among those less than 5 years increased from 37 to 44 in the world compared to 39 to 46 in EMRO and 46 to 61 in Iran. About 14.5% (71000 out of 490000) of the AIDS/HIV cases reported in the EMRO belonged to Iran in 2002. The maternal mortality rate (MMR) showed a decline of 72.2%, 50% and 44% in Iran, EMRO and the World respectively. The proportion of delivery by skilled persons and the proportion of pre-delivery care had a positive trend in Iran and were higher as compared to EMRO and the world average.

Conclusion: Iran achieved many MDGs, however, despite a decline in the AIDS/HIV incidence rate, its prevalence rate has increased in Iran, EMRO and the world from 2001 to 2013. The proportion of neonatal mortality rate to under 5-year mortality rate has had an increasing trend. Decision-makers should give priority to indicators that have not achieved MDGs.

Keywords: Millennium development, Health indicators, Iran