

بسمه تعالی

موسسه ملی تحقیقات سلامت

## خلاصه اجرایی پروژه تحقیقاتی: تهیه مستند کاربست گزارش های بین المللی سلامت

(فرم ۲۵)

### نام و نام خانوادگی مجری طرح: کامبیز عباچی زاده

**زمینه:** گزارش های جهانی سلامت با بیان تجربیات کشورها در زمینه های مختلف سلامت منبعی سودمند برای سیاستگذاران سلامت در کلیه کشورها می باشند. این گزارشها معمولا حاصل نظر کارشناسانی از سراسر دنیا و حاوی اطلاعات بروز در حیطه مورد نظر می باشند. هدف پروژه حاضر تعیین گزارشهای منتشر شده در ۵ سال اخیر (در موارد محدودی در ده سال اخیر) و تهیه مستندات لازم برای سیاستگذاری در کشورمان می باشد.

**متد:** پروژه طی مراحل زیر انجام شد:

(۱) جستجو و دسته بندی گزارشهای بین المللی سلامت

(۲) اولویت بندی در کمیته راهبری طرح و تعیین گزارشهایی که در این طرح مطالعه و تخلیص خواهند شد

(۳) مطالعه و تخلیص گزارش های تعیین شده و تهیه خلاصه کاربردی گزارشات

(۴) دعوت از ذی نفعان، برگزاری جلسات بحث گروهی و جمع آوری نظرات ایشان با هدف استخراج راهکارهای مناسب

(۵) تهیه خلاصه گزاره برگ حاصل از خلاصه گزارشهای جهانی

### یافته ها:

۱۷ گزارش، در کمیته راهبردی در حیطه های غیر واگیر، واگیر، سلامت روان و حوادث انتخاب شد. با برگزاری سمینار دو روزه با حضور متخصصین حوزه سلامت عمومی، نظرات در مورد این گزارشات جهانی دریافت شد. گزاره برگ های تهیه شده به پیوست آمده است.

### نتیجه گیری:

خلاصه های تدوین شده، ابزار بسیار مناسبی برای بررسی جایگاه ایران در برنامه های جهانی سلامت و جلب حمایت سیاستگذاران می باشد. بررسی گزارشات جهانی نشان می دهد در حوزه هایی مانند مدیریت بیماری های غیر واگیر، مادران و مدیریت آب نسبتا مطلوب و در حیطه هایی مانند نشاط، سلامت روان و حوادث جاده ای نامطلوب است.

# گزارش جهانی الکل و سلامت

## انتشار: سازمان بهداشت جهانی

### الکل و سلامت عمومی

۵.۱ درصد بار جهانی بیماری بر حسب DALY، منتسب به مصرف الکل است. مصرف الکل جزو پنج عامل خطر اصلی برای ایجاد بار بیماری است.

### حجم مصرف الکل

مصرف آسیب رسان الکل، عامل حدود ۲۰۰ بیماری و آسیب سلامتی است. در بسیاری موارد، این رابطه وابسته به دوز است.

### الگوی مصرف الکل

الگوی مصرف الکل بر نوع آسیب موثر است.

Heavy episodic Drinking (HED) بیانگر وضعیتی است که در آن ۶۰ گرم یا بیشتر الکل خالص (بیش از ۶ نوشیدنی استاندارد) در یک وعده و حداقل یکبار در ماه استفاده می شود. این نوع مصرف با آسیب های حاد مهم در ارتباط است.

### کیفیت الکل مصرفی

بحث آلودگی با موادی مانند متانول، مواد سمی دیگر مطرح است. یک در صد، مرگهای مرتبط با مصرف الکل به این موضوع مرتبط است. هر چند به نظر می رسد، عدد واقعی، بخاطر مصرف الکل ثبت نشده، بالاتر باشد.

### عوامل موثر بر مصرف و آسیبهای ناشی از الکل

سن: شروع قبل از سن ۱۴، پیش بینی کننده برای اختلال مضاعف در وضعیت سلامتی بخاطر احتمال بالای وابستگی است.

جنس: زنان در مقابل آکل آسیب پذیرتر هستند. هر چند که بار منتسب به الکل در مردان ۷.۴ درصد و در زنان ۲.۳ درصد می باشد. در ضمن لازم است که برای زنان باردار هشدارهای لازم در این زمینه داده شود.

عوامل خانوادگی: سابقه فامیلی اختلال مصرف الکل، عامل خطر مهم برای ایجاد این اختلال در نسل بعدی است.

وضعیت اقتصادی اجتماعی: میزان مصرف در گروه با وضعیت اجتماعی اقتصادی بالا، بیشتر است. در عین حال گروه با وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین، آسیب پذیرتر هستند.

توسعه اقتصادی: در کشورهای با توسعه اقتصادی بالاتر، تولید ناخالص ملی و رشد اقتصادی بالاتر، میزان مصرف بالاتر است.

فرهنگ: در بسیاری کشورها، قوانین و سنتهای فرهنگی و مذهبی، محدود کننده مصرف الکل می باشد. در چنین جوامعی، احتمال آسیبهای اجتماعی ناشی از مصرف الکل افزایش می یابد.

نظارت: سیاست های کنترل و نظارت، در کاهش آسیب بسیار موثر است.

### فعالیت های لازم برای کاهش مصرف آسیب رسان الکل

دامنه گسترده آسیب های ناشی از الکل، لزوم اتخاذ یک سیاست کلان را روشن می سازد.

اصول راهنما برای تدوین یک سیاست جامع برای الکل به شرح زیر است:

- ◇ لزوم تکیه بر بهترین داده های موجود
- ◇ عدالت محوری و تطابق با ارزشهای فرهنگی جوامع
- ◇ مسئولیت تمام ذی نفعان و لزوم مدیریت تضاد منافع ذی نفعان
- ◇ تمرکز بر افراد با خطر بالا
- ◇ لزوم دسترسی به خدمات ارزان و موثر ترک
- ◇ لزوم حمایت از کودکان و نوجوانان
- ◇ در بر گرفتن همه محصولات مرتبط با الکل

### فعالیت جهانی (Global Action)

راهبرد جهانی برای کنترل الکل در برگیرنده اهداف، راهبردها، برای تدوین و اجرای برنامه است و در واقع ابزاری است برای الزام سازمان جهانی برای اقدام در این زمینه.

یک گروه کاری توسط سازمان بهداشت جهانی تشکیل شد که در فوریه ۲۰۱۱ با نمایندگانی از ۱۲۶ کشور دنیا، جلساتی را تشکیل و مکانیسم های همکاری، برنامه ها و اولویت ها را مشخص کرد. در ضمن ده هدف مشخص تعیین شده است.

در فوریه ۲۰۱۲ اجلاسی در تایلند، با عنوان حرکت از سمت راهبرد جهانی به راهبرد منطقه ای و ملی تدوین شد. در ادامه دبیرکل سازمان بهداشت جهانی در حال همکاری با کشورهای مختلف برای گسترش این راهبرد بوده است. در عین حال سازمان بهداشت جهانی با برگزاری کارگاه های آموزشی زیادی، اعضا را در این زمینه کمک کرده است.

در سپتامبر ۲۰۱۱، تعهد کشورها برای کنترل الکل به سطح بالاتری رسید و در جلسه مجمع ملل متحد، تمرکز بر موضوع الکل مد نظر قرار گرفت (برای دومین بار در طول تاریخ سازمان ملل: تجربه اول مربوط به بیماریها غیر واگیر بوده است)

در سند جهانی غیر واگیر یکی از اهداف تعیین شده، کاهش مصرف الکل به میزان ۱۰ درصد تا سال ۲۰۲۰ بوده است. این حیطة شامل سه زیر حیطة می باشد.

- ◇ میزان مصرف کلی (ثبت شده و نشده): بصورت سرانه و برای بزرگسالان بالای ۱۵ سال، در یک سال برحسب لیتر الکل خالص
- ◇ شیوع استاندارد شده سنی برای میزان مصرف سنگین اپیزودیک
- ◇ مرگ و میر ناشی از الکل

## مصرف الکل

شاخص اصلی که در نظر گرفته می شود، شاخص سرانه مصرف الکل خالص در سال برحسب لیتر (Alcohol per capita consumption: APC) می باشد.

### مصرف سرانه کلی (Total per capita consumption)

در افراد بالای ۱۵ سال، بطور متوسط ۶.۲ لیتر می باشد. که معادل حدود ۱۳.۵ گرم مصرف روزانه می باشد. این میزان در مناطق سازمان بهداشت جهانی، پراکندگی بسیار دارد. کمترین مقادیر مصرف در خاورمیانه و آسیای جنوب شرقی است.

ایران همانند دیگر کشورهای منطقه EMRO، جزو کشورهای با میزان مصرف بسیار پایین است. درصد افرادی که در ۱۲ ماه اخیر در منطقه EMRO الکل مصرف کرده اند، حدود ۵.۴ درصد می باشد.

### مصرف ثبت نشده الکل

مصرف کلی، در برگرفته مصرف غیر رسمی (unrecorded) می باشد. به نظر می رسد، حدود یک چهارم مصرف دنیا در این مقوله قرار می گیرد. در منطقه EMRO این میزان به نصف می رسد و حتی در برخی کشورها که ممنوعیت کامل است به ۱۰۰ درصد می رسد.

## پایش

با توجه به نیاز به اطلاعات، سازمان بهداشت جهانی در حال طراحی و پیاده سازی نظام مدیریت اطلاعات متناسب با این حیطة است. (Global Information System on Alcohol and Health: GISAH) که اطلاعات بسیار خوبی از طریق وبسایت در اختیار افراد قرار می دهد.

### سیاست های مرتبط درباره الکل و مداخلات

رهبری و تعهد سیاسی  
تدوین سیاست های ملی مدون برای الکل  
فعالیت های آگاهی رسان ملی  
پاسخ خدمات سلامت (خدمات ترک و حمایت)  
مشارکت اجتماعی سازمانهای مردم نهاد  
تعیین حد مجاز سطح الکل حین رانندگی  
نظارت بر دسترسی به الکل  
محدودیت های بازاریابی  
قیمت گذاری و وضع مالیات  
کاهش تبعات منفی مصرف (خدمات ترک)  
مداخله در قبال تولید غیر قانونی و غیر رسمی

### روند و وضعیت آینده مصرف

#### روند ۵ سال اخیر

مهمترین روند قابل مشاهده، افزایش میزان مصرف الکل ثبت شده است که عمدتاً بخاطر اعدادی است که از چین و هند اعلام می گردد. در برخی مناطق مانند، اروپا و امریکا روند ثابت است و در برخی جاها مانند آفریقا روند کاهشی است.

#### پیش بینی ها تا سال ۲۰۲۵

تا سال ۲۰۲۵، میزان مصرف سرانه برای بالای ۱۵ سال، در نصف مناطق سازمان بهداشت جهانی، احتمالاً رو به افزایش خواهد بود. عمده ترین افزایش در چین خواهد بود که مصرف به ۱.۵ لیتر می رسد. پیش بینی برای منطقه EMRO، وضعیت ثابت است.

### روندها

بین سالهای ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۲، اعضای سازمان بهداشت جهانی تغییراتی را ایجاد کرده اند که عمدتاً در ۵ حیطة زیر بوده است:  
رهبری، آگاهی رسانی و تعهد/ اقدامات بر ضد رانندگی در کنار مصرف الکل/ نظارت بر دسترسی / محدودیت های بازاریابی / کاهش آثار منفی مصرف الکل  
نکته کلیدی، تغییرات مثبت قابل توجه در زمینه تعداد کشورهای است که سیاست الکل مدون دارند.

### فعالیت های ملی

بسیاری از مسائل مربوط به الکل و کنترل آن مربوط به خارج مرزهای یک کشور می شود، مانند بحث بازاریابی.  
تدوین یک سیاست ملی مسئولیت همه کشورها است. موفقیت برنامه های ملی وابسته به عواملی مانند تعهد سیاسی، همکاری بین بخشی موثر، بودجه پایدار، درگیری دولتهای محلی، جامعه مدنی و بازیگران اقتصادی می باشد.  
بدنیال تصویب راهبرد جهانی برای کنترل الکل در سال ۲۰۱۰، تعداد کشورهای زیادی چنین برنامه ای را در سطح ملی تدوین کرده اند. هرچند که در حال حاضر بسیار از کشورها، سیاست ضعیفی در این زمینه دارند.

### مداخلات اولویت دار برای ایران:

- جلب تعهد بیشتر سیاسی برای سند ملی پیشگیری و کنترل الکل  
- نظارت بیشتر بر اجرای قانونی "اندازه گیری سطح الکل در حین رانندگی" با هدف کاهش حوادث ترافیکی  
- آموزش های موثر تر مردم در مورد آسیب های ناشی از الکل  
- آموزش موثر در مدارس و برنامه های درسی در مورد آسیب های الکل  
- فراهم آوردن زمینه سوال در مورد الکل و عوارض آن در پیمایش های ملی  
- تولید شواهد معتبر در زمینه مصرف، عوامل خطر و راهبرد پیشگیری  
- توسعه خدمات ترک الکل با اولویت خدمات بیمارستانی  
- تدوین گایدلاین های ملی غربالگری سو مصرف و خدمات ترک الکل  
- نظارت موثر تر بر تولید غیر قانونی و غیر رسمی

## گزارش جهانی سرطان (۲۰۱۴)

### تصویر جهانی مرگ ناشی از سرطان در جهان:

سرطان عامل دوم مرگ در جهان است. از هر ۶ مرگ در دنیا، یکی بخاطر سرطان اتفاق می افتد. ۶۰ درصد سرطانها، در کشورهای با درآمد متوسط و پایین رخ می دهد. این در حالی است که ۷۰ درصد مرگ ناشی از سرطان در این مناطق اتفاق می افتد.

میزان استاندارد شده مرگ ناشی از سرطان، نشان می دهد که همچنان این میزان در کشورهای ثروتمند بالاتر است که به میزان بالای مصرف دخانیات و سبک زندگی غربی برمی گردد (بخصوص در مورد سرطانهایی مانند ریه، کولورکتال، پستان و پروستات). در سالهای اخیر این میزان در کشورهای غربی شروع به کاهش کرده است که بخاطر کاهش مصرف دخانیات، تشخیص زودرس و درمانهای موثر است.

### عوامل خطر سرطان

چهار عامل خطر، عوامل خطر اصلی سرطان، در سراسر جهان هستند: مصرف دخانیات/ مصرف الکل / کم تحرکی / تغذیه نامناسب و کنترل اضافه وزن و چاقی

-برخی عفونت های مزمن، عامل مهمی برای سرطان در کشورهای در حال توسعه می باشند. برای مثال ۱۵ درصد سرطان های تشخیص داده شد در سال ۲۰۱۲، منسوب به عوامل خطر عفونی شامل هلیکوباکتر پیلوری، HPV، ویروس هپاتیت B، هپاتیت C و ویروس اِشْتِین بار می باشند.

### تغییرات در توسعه انسانی (Human development) و بار

#### جهانی سرطان

از نقطه نظر جهانی، بروز سرطان با شاخص توسعه انسانی همبستگی داشته است. هر چقدر شاخص توسعه انسانی بالاتر، بروز سرطان بطور کلی و در مورد انواع خاصی از سرطان بیشتر بوده است.

سرطان های ریه، پستان، پروستات و کولورکتال شایع ترین سرطان ها در کشورهای با شاخص توسعه انسانی بالا می باشند.

در کشورهای با شاخص توسعه انسانی متوسط، یا پایین، شایعترین سرطان ها، کولورکتال، پستان و ریه می باشند.

یکسری سرطان مرتبط با فقر و محرومیت هستند مانند سرطان معده، کبد، سرویکس، و مری.

پیش بینی می شود تا سال ۲۰۲۵، تعداد موارد جدید به بیش از ۲۰ میلیون برسد که افزایش قابل ملاحظه ای در مقایسه با میزان ۱۴.۱ میلیون در سال ۲۰۱۲ دارد.

ناشر: the international Agency for Research on Cancer و با همکاری WHO

مشارکت کننده از ایران: دکتر رضا ملک زاده (بیش از ۲۵۰ نفر در تدوین این گزارش مشارکت داشته اند)

نکات شاخص مربوط به ایران در گزارش حاضر:

ارجاعات متعدد به مطالعه کوهورت گلستان

بروز بسیار بالای سرطان مری (بالای ۱۰۰ در ۱۰۰۰۰۰ در استان گلستان ایران)

### بار جهانی سرطان:

۱۴ میلیون مورد تازه سرطان در سال ۲۰۱۲ اتفاق افتاده است. در کنار آن، ۸ میلیون مرگ ناشی از سرطان اتفاق افتاده است. بر این اساس، میزان مرگ استاندارد شده سنی (Age Standardized Incidence) برابر ۱۰۲ در صد هزار نفر جمعیت و میزان بروز ۱۸۲ در صد هزار نفر می باشد. این میزان برای مردان در ایران، حدود ۱۳۰ گزارش شده است.

در میان مردان، ۵ سرطان با رتبه های بالا بروز به شرح زیر هستند:

- ◇ سرطان ریه: ۱۶.۷ درصد
- ◇ پروستات: ۱۵ درصد
- ◇ کولورکتال: ۱۰ درصد
- ◇ معده: ۸.۵ درصد
- ◇ کبد: ۷.۵ درصد

در میان زنان، ۵ سرطان با رتبه بالا از نظر بروز به شرح زیر هستند:

- ◇ پستان: ۲۵ درصد
- ◇ کولورکتال: ۹.۲ درصد
- ◇ ریه: ۸.۷ درصد
- ◇ سرویکس: ۷.۹ درصد
- ◇ معده: ۴.۸ درصد

### روند تغییر در بروز:

بروز سرطان بعد از افزایش تا اواسط دهه نود میلادی، در اغلب کشورهای توسعه یافته روند کاهشی داشته است. در کشورهای در حال توسعه و چین این روند همچنان صعودی بوده است.



## پیشگیری از سرطان:

بین ۳۰ تا ۵۰ درصد سرطان ها با کنترل عوامل خطر قابل پیشگیری هستند. این کنترل از طریق اجرای یکسری مداخلات مبتنی بر شواهد امکان پذیر است. مهمترین آنها به شرح زیر است:

- ◇ کاهش مصرف دخانیات
  - ◇ کاهش مشکل اضافه وزن و چاقی
  - ◇ ارتقا تغذیه از طریق افزایش مصرف میوه و سبزی
  - ◇ کاهش مصرف الکل
  - ◇ کنترل عفونت HPV منتقله از راه جنسی
  - ◇ پیشگیری از عفونت ناشی از هیپاتیت و دیگر عوامل عفونی کارسینوژن
  - ◇ کنترل اشعه های یونیزان و ماورای بنفش
  - ◇ آلودگی هوای شهری
  - ◇ کاهش آلودگی هوا در محیط های بسته
- در این بین، کنترل سیگار مهمترین عامل و کنترل آن باعث کاهش ۲۲ درصد مرگ ناشی از سرطان خواهد بود.

## غربالگری برای سرطان:

هدف غربالگری، شناسایی افرادی با شواهد غیر عادی است که ممکن است بیانگر یک ضایعه پیش سرطانی و یا سرطانی، باشند، بدون اینکه علائم داشته باشند و لازم است برای تشخیص و درمان سریع ارجاع شوند.

برنامه های غربالگری، درموردی که تست مناسب در دسترس باشد، برنامه بطورموثری اجرا شود و کیفیت فرآیند تضمین شود، موثر خواهد بود. مثال های برنامه های غربالگری به شرح زیر هستند:

- ◇ VIA (Visual inspection with acetic acid) برای سرطان سرویکس در کشورها در حال توسعه
  - ◇ تست HPV برای سرطان سرویکس
  - ◇ پاپ اسمیر برای سرطان سرویکس در کشورهای با درآمد متوسط و بالا
  - ◇ ماموگرافی در جاهای با نظام سلامت توانمند
- شواهد نشان می دهد که برنامه های غربالگری، در نهایت می تواند منجر به کاهش مرگ و میر ناشی از سرطان پستان، کولورکتال و سرویکس شود. فقدان تعهد سیاسی کافی برای ایجاد الزامات پایدار برای برنامه های غربالگری، از موانع مهم در زمینه اثر بخشی این برنامه ها است.

## واکسیناسیون

واکسن علیه هیپاتیت B و HPV می تواند از یک میلیون، مورد سرطان در طول یک سال پیشگیری کند.

## درمان

یک تشخیص صحیح برای سرطان، اولین الزام برای درمان موثر آن است. لازم است اهداف درمانی و یا تسکینی در ابتدا با مشورت بیمار تعیین شود. افزایش کیفیت زندگی خود هدفی مهم است که می تواند از طریق اقدامات تسکینی، حمایتی و حمایت های روانی محقق گردد. بسیاری از سرطان ها مانند سرطان پستان، سرویکس، دهان و کولورکتال میزان های موفقیت درمانی بالایی دارند، در صورتی که سریع تشخیص داده شده و مورد مداخله واقع شوند. برخی سرطاناتها مانند سمینوم بیضه، لوکمیا و لنفوما، حتی بعد از انتشار و متاستاز هم می توانند میزانهای بالای درمانی داشته باشند. خدمات تسکینی، باهدف تسکین بجای درمان و با هدف ارتقای کیفیت زندگی انجام می گردند. در حال حاضر این یک نیاز فوری انسانی در سطح جهان برای افرادی است که شانس برای درمان ندارند. تسکین مسائل جسمی، روانی و معنوی در ۹۰ درصد موارد از طریق اقدامات تسکینی امکان پذیر است.

## مداخلات اولویت دار پیشنهادی برای نظام سلامت ایران

- ◇ لزوم ارتقای نظام ثبت سرطان و توسعه نظام ثبت مبتنی بر جمعیت
- ◇ لزوم انجام مطالعات پژوهشی در مورد میزان اعتبار داده های نظام ثبت
- ◇ لزوم ادامه غربالگری سرطان دهانه رحم به همراه لزوم تولید شواهد لازم برای نشان دادن اثر بخشی
- ◇ ادامه غربالگری سرطان کولورکتال با تست FIT و حمایت از روند آغاز شده در مراکز بهداشت
- ◇ بررسی سریعتر شواهد مربوط به واکسیناسیون HPV و تصمیم گیری در مورد واکسیناسیون کشوری
- ◇ طراحی و تدوین سند برای خدمات تسکینی
- ◇ تولید شواهد لازم در مورد علل استقبال از خدمات غربالگری سرطان
- ◇ کاهش بی عدالتی در دسترسی به داروهای شیمی درمانی



## پیام دبیر کل:

مهمترین نکته در پیام دبیر کل، تمرکز بر این نکته است که روش فعلی مقابله با بلایا کارآمد نیست. به همین دلیل کمیون ائتلاف یک میلیاردی برای تاب آوری (the One Billion Coalition for Resilience) با هدف کمک گرفتن از بازیگران محلی و داوطلبین در سال ۲۰۱۵ طراحی شد.

## گزارش قبلی (۲۰۰۴):

گزارش قبلی در سایه حادثه زلزله بم تدوین شد. در گزارش مذکور مهمترین درس گرفته شده از حادثه بم، این بود که اکثر نجات یافتگان در ساعات اول توسط همسایگان و دوستان نجات یافته اند و بر نقش قابلیت های محلی در مدیریت بلایا تاکید شد.

## ائتلاف یک میلیاردی برای تاب آوری (1BC)

کمیون ائتلاف یک میلیاردی برای تاب آوری (the One Billion Coalition for Resilience: 1BC) دربرگیرنده تعهد بدون شرط افراد، جوامع، بخش خصوصی و دولتها و ... برای بحرکت در آوردن منابع موجود در شبکه ها و تشریک مساعی می باشد. این فعالیت اجتماعی، براساس تجارب ملی هلال احمر و صلیب سرخ از سال ۲۰۱۵ شروع شد و هدایت آن توسط گروه متنوعی از ذی نفعان انجام گرفت. دورنمای این ائتلاف، ساخت جهانی است که در آن مردم ایمن و سالم هستند و قادر به مقابله با ناملایمات.

هدف: فعالیت برای تقویت تاب آوری جوامع در همه جای دنیا است.

-شاخص های موفقیت:

- ◇ تعداد یا درصد افرادی که افزایش آگاهی در مورد خطرات و راه حل های آن را گزارش می کنند.
- ◇ تعداد افراد ثبت نام شده در ائتلاف یک میلیاردی متعهد به ایجاد تاب آوری
- ◇ تغییرات گزارش شده در مورد افراد شرکت کننده در ائتلاف با هدف ایجاد تاب آوری

## تاب آوری در گزارش حاضر:

گزارش حاضر بر مفهوم تاب آوری (resilience) تاکید دارد و آن را بعنوان مهمترین کاری می داند که توسط جوامع باید انجام گیرد. با توجه به شیب افزایشی وقوع بلایا، اقدامات قبل از واقعه (pre-disaster) در حال حاضر، یک اجبار است و نه یک انتخاب.

این اقدامات در دو سطح ضروری است. در سطح سیاستگذاری، شامل دولتها، سازمانهای کمک رسانی، حتی بخش خصوصی، لازم است که اقدامات ضروری قبل از وقوع وقایع انجام گیرد.

## World Disasters Report

Resilience: saving lives today, investing for tomorrow

www.ifrc.org  
Saving lives, changing minds.

International Federation  
of Red Cross and Red Crescent Societies

ناشر: فدراسیون بین المللی سازمانهای صلیب سرخ و هلال احمر (IFRC)

## راهنمای IFRC

راهنبرد اول: نجات زندگی افراد، محافظت از افراد زنده بعد بلایا و کمک به بازتوانی

راهنبرد دوم: ایجاد شرایط زندگی سالم و ایمن

راهنبرد سوم: ارتقای انسجام اجتماعی، پیشگیری از خشونت و ترویج صلح

## فعالیت های اصلی لازم برای اجرای راهنمها:

- ایجاد سازمانهای توانمند ملی هلال احمر و صلیب سرخ
- پیگیری دیپلماسی بشردوستانه با هدف پیشگیری از ایجاد گروه های آسیب پذیر در جهان یکپارچه
- کارکرد مناسب بعنوان سازمان بین المللی

## تاب آوری (Resilience)

رویکرد کاهش میزان ریسک (risk reduction)، مدت ها مطرح بوده، ولی از سال ۱۹۹۰ و به خصوص از سال ۲۰۰۵ رویکرد دیگری مطرح شد که مکمل رویکرد قبلی بوده و تاکید بر این است که در این رویکرد جدید، صرفا کاهش ریسک و خسارت ها، کافی نیست. به عنوان مثال، وقتی شهری داریم که درست یا نادرست توسعه پیدا کرده و در معرض زلزله و سیل است، آیا می توان در این شرایط فقط بدنبال کاهش مخاطره باشیم و علل ایجاد کننده خسارات را در نظر نگیریم. در نهایت، رویکردی تحت عنوان تاب آوری مطرح شده است. مثال مشخص در این زمینه، زلزله هایی است که هیچ خسارتی ندارند؛ اما صرفا به دلیل احساس ترس و عدم آمادگی روانی اختلالات شدید رخ می دهد.

## آینده رویکرد تاب آوری

پیشرفتهایی در سالهای گذشته در سطح جهانی به دست آمده است، در حیطه هایی مانند کاهش بروکراسی اداری، افزایش شفافیت و تصویب برنامه های با بودجه مشخص.

## سرمایه گذاری برای تاب آوری

جهت حفظ رفاه افراد در جوامع، سرمایه گذاری برای تاب آوری، باید یک اولویت باشد. گذار از رویکرد مبتنی بر بازتوانی، به رویکرد مبتنی بر پیش بینی آینده و کاهش خطر، باعث پیشرفتهای مهمی در دهه های اخیر شده است. علیرغم پیشرفتهای به دست آمده در سطح سیاستگذاری و برنامه ریزی، سرمایه گذاری در این زمینه، همچنان پایین باقیمانده است. که نتیجه آن، افزایش هزینه های ناشی از بلایا است.

حفظ کسب و کارها، انگیزه مهمی برای فعالیت در زمینه تاب آوری است. در عین حال، فرصتهای شغلی، انگیزه مهمی برای بخش خصوصی جهت سرمایه گذاری هستند. در واقع سرمایه گذاری در تاب آوری، باعث حفظ فرصتهای شغلی فعلی و ن ایجاد فرصتهای شغلی جدید می شود. هرچند که در صنایع کوچک و متوسط این کار سخت تر و نیازمند رویکرد خلاقانه تری است.

## رویکرد آینده نگر (Anticipatory)

یعنی کار برای آینده در زمان حال. اساس این رویکرد این است که آینده الزاما تکرار گذشته نیست. تغییرات آب و هوایی، شهرنشینی و افزایش جمعیت، چالشهای جدیدی را برای جوامع ایجاد کرده است. رویکرد آینده نگر این نیست که فقط به این سوال جواب دهیم "که چه اتفاقی خواهد افتاد". بلکه لازم است به سوالاتی مانند اینکه "کی اتفاق خواهد افتاد" جواب دهیم. برای پاسخ به این سوال، سیستم سازگار و پیچیده ای لازم است. هدف رویکرد آینده نگر، ساختن آینده است ولی در رویکرد سازگاری، هدف تاثیر بر فعالیتهای انسانی در آینده است.

## حمایت اجتماعی برای تاب آوری

برنامه های حمایت اجتماعی، در تاب آوری نقش موثری دارند. برخی از این برنامه ها، هدفشان این است که فرد را به سطحی از تاب آوری برسانند که در درازمدت و زمان شوکهای وارده، نیاز به کمک خارجی نداشته باشند.

با وجود تاکید بر تاب آوری و طراحی چارچوب های بین المللی، هنوز سرمایه گذاری در حدی نیست که خسارتهای در حال افزایش ناشی از بلایا را تخفیف دهد. بسیاری از سیاستگذاران مایل به سرمایه گذاری در این زمینه نیستند، چرا که هزینه کرد در این حیطه ها فوری و کاملا ملموس است، درحالیکه فایده، بسته به حادثه ایست که هنوز رخ نداده است.

افزایش پاسخگویی در قبال تاب آوری از طریق روشهایی مانند نظارت پارلمانی، تعیین بودجه با رویکرد مشارکتی و از طریق فعالیت های رسانه ای امکانپذیر است.

## تاب آوری درونی: سلامت روان و حمایت روانی اجتماعی

مشکلات روانی اجتماعی ممکن است به مدت طولانی بعد از بلایا اتفاق بیفتند و باعث کاهش رفاه فرد، تهدید صلح و حقوق بشر شود. شواهد تجربی نشان می دهد که مشکلات سلامت روان بدنبال استرس های شدید مانند بلایا معضل مهمی است، ولی اقلیتی از این افراد در کارکردهای اجتماعی روزانه خود دچار اختلال شده و نیازمند خدمات تخصصی هستند. عمده افراد دچار عوارض درازمدت نمی شوند. اغلب افراد خود را با شرایط سازگار کرده و حتی قابلیت هایی برای تاب آوری و بازیابی توانمندی های خود می یابند.

## تاب آوری در آینده: سال ۲۰۲۵ و بعد از آن

تا سال ۲۰۲۵ و بعد از آن، پیش بینی گروه آسیب پذیر و حتی خطرات کار آسانی نخواهد بود. آسیب پذیری و مواجهه با خطرات، یک پدیده پویا است. باید در نظر گرفت که خطرات، در زمان و مکان های مختلف تغییر می کنند، و عوامل اقتصادی، اجتماعی، جغرافیایی، دموگرافیک، فرهنگی، سازمانی و حاکمیتی بر آن اثر می گذارند.

مهمترین نگرانی درباره پدیده تغییرات آب و هوایی است، بخصوص وقتی که با پدیده هایی مانند گسترش شهرنشینی، آوارگی و مهاجرت در هم می آمیزد.

بهترین راه حل مدیریت بلایا، همچنان راه حل های سیاسی است. هر چند که تکنولوژی های جدید و راهکارهای خلاقانه نقش مهمی دارند. ولی بدون رهبری سیاسی، این تکنولوژی و خلاقیتها اثر کمی خواهند داشت.

## شاخص های ذکر شده از ایران:

تعداد کل افراد کشته شده بین سال (۱۹۹۳ تا ۲۰۰۵): ۳۴,۱۳۶

تعداد کل افراد آسیب دیده از بلایا (۱۹۹۳ تا ۲۰۰۵): ۱۱۳,۳۳۲,۶۹۸

تعداد کل افراد کشته شده بین سال ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۵: ۱,۷۳۸

تعداد کل افراد آسیب دیده از بلایا بین سال ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۵: ۹۳۷,۶۶۱

تعداد کل افراد کشته شده در سال ۲۰۱۵: ۱۰۷

تعداد کل افراد آسیب دیده از بلایا در سال ۲۰۱۵: ۲۶,۴۸۱

## اولویت های پیشنهادی برای ایران:

- ◇ آموزش همگانی برای آمادگی در برابر بلایا در همه سطوح (مدارس، دانشگاه ها، رسانه ها و ...)
- ◇ لزوم اجرای طرح های بازاریابی اجتماعی با هدف تغییر دیدگاه ها به سمت رویکرد تاب آوری در حوزه بلایا
- ◇ لزوم پایش وضعیت تاب آوری بخصوص در شهرهای بزرگ
- ◇ طراحی و پیاده سازی نظام خدمات ارتقای سلامت روان برای آسیب دیدگان بلایا
- ◇ لزوم طراحی و پیاده سازی مکانیسم های همکاری بین بخشی مدیریت بلایا در بخش سلامت و بخصوص خارج بخش سلامت



# گزارش جهانی نشاط (۲۰۱۷)

## WORLD HAPPINESS REPORT 2017

### وضعیت کلی نشاط در جهان و ایران

اگر مناطق جهان به ده قسمت تقسیم شوند، وضعیت متغیری، هم در میزان میانگین و هم پراکندگی دیده می شود. در یک مقیاس یک تا ده، حدود چهار واحد فاصله بین میانگین ده کشور بالا و ده کشور پایین وجود دارد. ده کشور با بالاترین نمره، مشابه لیست همان ده کشوری هستند در سال پیش (۲۰۱۶) بررسی شده اند.

نروژ در صدر قرار دارد و به دنبال آن دانمارک، ایسلند، و سوئیس قرار دارند.

براساس تک سوال ذکر شده، ملاحظه می شود که میانگین کل دنیا در حدود ۵.۳ است.

وضعیت شاخص نشاط در منطقه خاورمیانه، کمی پایین تر از میانگین کل جهان است.

بهترین وضعیت نمره نشاط مربوط به آمریکای شمالی است که در آن نمره نشاط حدود هفت میباشد. (یعنی حدود ۱.۷ واحد بیشتر از میانگین جهان).

رتبه بعد از آمریکای شمالی متعلق به اروپای غربی است. بدترین وضعیت مربوط به آفریقای زیر صحرا (Sub-sahara Africa) است.

ایران با عدد ۴.۶۹ در رتبه ۱۰۸ دنیا قرار دارد.

**ناشر:** این گزارش توسط گروهی از متخصصان بر اساس علاقه شخصی است. گزارش زیر بیان کننده نظرات هیچ سازمان یا گروهی نیست.

### زمینه

موضوع نشاط و سنجش آن، بطور افزایشی در حال تبدیل شدن به یک شاخص مهم برای توسعه اجتماعی و به عنوان هدفی مشخص برای سیاستگذاری عمومی است.

این گفته رییس صندوق جمعیت ملل متحد جالب توجه است از واژه استبداد "تولید ناخالص ملی" یاد می کند و توصیه می کند به لزوم توجه به "کیفیت رشد کشورها" و اینکه به موضوع نشاط بیشتر پرداخته شود.

در سال ۲۰۱۲، بدنبال اولین اجلاس سازمان ملل متحد در مورد موضوع نشاط، اولین گزارش از این سری، در سال ۲۰۱۲ منتشر شد. در طی این سالها، نشاط بعنوان شاخصی مهم از توسعه اجتماعی در نظر گرفته شده است.

گزارش حاضر، ۵ امین گزارش از این سری است. گزارش های حاضر به صورت سالیانه منتشر شده است. این گزارش به نسبت گزارش های قبلی موضوع متغیر های اجتماعی موثر بر نشاط را به شکل عمیق تری بررسی می کند.

### زیر ساختهای اجتماعی برای نشاط در سطح جهان

نوآوری مربوط به گزارش سال ۲۰۱۷، تاکید بر عوامل اجتماعی است. به نظر می رسد ارتقای شرایط اجتماعی از پایین ترین سطح به وضعیت متوسط باعث ارتقای نمره "نشاط" به میزان دو واحد می شود.

میزان تفاوت در شاخص نشاط در کشورها، تا ۷۵ درصد توسط ۶ شاخص کلیدی توضیح داده میشود. شاخص های بسیار مهمی که روی میزان نشاط اثر دارند، شامل موارد زیر هستند:

- ◇ میزان تولید ناخالص ملی
  - ◇ امید به زندگی سالم
  - ◇ حمایت اجتماعی
  - ◇ اعتماد (احساس درک شده از فساد در دولت و بخش خصوصی)
  - ◇ آزادی (احساس آزادی درک شده برای تصمیم های زندگی)
  - ◇ سخاوت (Generosity): براساس فعالیتهای خیریه اخیر افراد
- \* بیش از ۵۰ درصد عدد نشاط به دست آمده در ایران مربوط به تولید ناخالص ملی، امید به زندگی و حمایت اجتماعی است. سهم دیگر متغیر های اجتماعی (سخاوت، آزادی، نبود فساد) ناچیز است.

### اندازه گیری نشاط

در دومین گزارش جهانی نشاط، موضوع دیدگاه ها در مورد نشاط و نحوه اندازه گیری آن بطور کامل مورد بررسی قرار گرفته بود.

در گزارش حاضر از یک سوال کلیدی برای سنجش نشاط به صورت زیر استفاده شده است:

اگر نردبانی را در نظر بگیرید که در آن پایین ترین (بدترین) وضعیت معرف نمره صفر و بالاترین (بهترین) وضعیت معرف نمره ده باشد، با توجه به شرایط کلی زندگی، شما خود را در کجای این نردبان می بینید؟

### روند نشاط در جهان

میزان تغییر در میزانهای نشاط بین ۲۰۰۵-۲۰۰۷ تا ۲۰۱۴-۲۰۱۶ در این گزارش بررسی شده است. کشور نیکاراگوئه با ۱.۳۶ واحد افزایش، بیشترین میزان افزایش را داشته است. ایران با حدود ۰.۶۲ واحد کاهش، رتبه ۱۱۲ در بین ۱۲۶ کشور بررسی شده را از نظر میزان تغییر در دنیا دارا بوده است.

ده کشور با بیشترین درجه افت، کشورهایی هستند که تغییرات منفی اجتماعی، سیاسی و اقتصادی را تجربه کرده اند. برای مثال کشورهایی مانند ایتالیا، یونان و اسپانیا در این جمع حضور دارند.

## رشد اقتصادی و نشاط در چین، بین سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵

رفاه خود ادراک (SWB: Subjective Well-being)، در حال حاضر توجه زیادی را به خود جلب کرده است، از نظر اینکه بعنوان مکملی برای تولید ناخالص ملی در اندازه گیری رفاه است.

برای مقایسه این دو شاخص، هیچ موردی بهتر از مورد کشور چین نیست. میزان تولید ناخالص ملی در ۲۵ سال گذشته، ۵ برابر شده است. در این پیروید زمانی، در ۱۵ سال اول، شاخص SWB رو به افت داشت و در پی آن تا حدی خود را بازیافت. میزان حاضر، از میزان ۲۵ سال پیش، پایین تر است.

این نتایج متناقض، منعکس کننده وضعیت این دو متغیر (رشد اقتصادی و نشاط) است. در واقع تولید ناخالص ملی بعد اقتصادی رفاه را نشان می دهد، در حالیکه SWB یک شاخص جامع از ابعاد مختلف اقتصادی و غیر اقتصادی است. تولید ناخالص ملی از ارتقا SWB به تنهایی عاجز است. در واقع حتی با مواردی مانند افزایش اضطراب، و دغدغه های جدید ناشی از افزایش تولید ناخالص ملی، بخصوص بازار کار این شاخص ممکن است تحت تاثیر قرار گیرد.

وضعیت بیکاری و وجود حمایت های اجتماعی تا حدی توجه کننده این کاهش بین سالهای ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۵ و بازگشت آن بعد از سال ۲۰۰۵ هستند.

## نشاط در محیط کار

اشتغال، نوع شغل و مشخصات محیط کار بر احساس نشاط اثر می گذارد. این واقعیت که "داشتن یک شغل عامل مهم برای نشاط است" در همه مناطق دنیا صادق است. در واقع بیکاری عامل آسیب رسان مهم برای نشاط است. این عامل حتی بعد از پیدا کردن کار هم ممکن است اثر طولانی مدت روی نشاط فرد داشته باشد. با وجود اینکه این مکانیسم در سطح فرد عمل می کند ولی ارتباط بین شاخص بیکاری و شاخص نشاط در کل جهان قابل اثبات است.

نوع کار نیز بر میزان نشاط تاثیر گذاری است. برای مثال، این میزان در کارهای دستی (manual) مانند کشاورزی، معدن، صنعت ساختمان و ... پایینتر است.

مشخصات شغلی، نیز بر میزان نشاط اثر دارند. مشخصه های زیر باعث ایجاد نشاط بیشتری می شوند.

- ◇ میزان درآمد کافی
- ◇ تعادل شغل و زندگی
- ◇ استقلال
- ◇ تنوع
- ◇ ایمنی شغلی
- ◇ سرمایه اجتماعی
- ◇ سلامت و کنترل خطرات سلامتی

## وضعیت نشاط در آمریکا

در مورد کشور آمریکا، بررسی روند ۱۰ سال اخیر، اهمیت زیر ساخت های اجتماعی در شکل دادن به نشاط را به شکل پر رنگ تری نشان می دهد. در دهه اخیر افتی معادل نیم واحد (در مقیاس یک تا ده) دیده شده است.

در آمریکا با اینکه عامل درآمد و امید به زندگی، افزایش پیدا کرده است ولی عوامل اجتماعی مانند حمایت اجتماعی، آزادی فردی، و میزان اقدامات خیریه کمتر شده و میزان فساد درک شده، بالاتر رفته است. در واقع این عوامل اجتماعی مسئول کاهش ۰.۳ واحد از ۰.۵ واحد مربوط به نشاط می باشند. نتیجه گیری کلی این هست که عمده کاهش میزان نشاط در آمریکا بخاطر مسائل اجتماعی است و نه اقتصادی.

## اولویت های پیشنهادی برای ایران:

- ◇ لزوم توجه بیشتر به شاخص نسبتا پایین نشاط در ایران
- ◇ لزوم انجام پیمایش نشاط در ایران با ابزار معتبر بومی
- ◇ ارتقای همکاری بین بخشی در بخش های اجتماعی حاکمیت مانند وزارت رفاه، ارشاد، آموزش پرورش و ... در جهت ارتقای نشاط
- ◇ تلاش برای ارتقای شاخص سرمایه اجتماعی بعنوان پیش نیاز مهم نشاط در جامعه
- ◇ لزوم توجه به موضوع نشاط در وزارت بهداشت بعنوان یکی از شاخص های برنامه های سلامت

## انتظار برای نشاط در آفریقا

بررسی ها نشان می دهد که در اندازه گیری های نشاط و شرایط کلی زندگی، آفریقا از بقیه دنیا عقب تر است.

اولین نشانه ها برمی گردد به مطالعه ای در کشور نیجریه بعد از استعمار انجام شد و افرادی که در این کشور بودند اعلام داشتند که نیاز به تغییرات مثبت زیادی برای ارتقا زندگی شان هستند.

بعد از ۵۰ سال به نظر می رسد که مردم همچنان منتظر این تغییرات هستند. به نظر می رسد که انتظارات آفریقایی ها هنوز با وجود استقلال و دموکراسی برآورده نشده است.

میزان پایین نشاط در آفریقا شاید محصول نامیدی از تحقق انتظاراتشان بدنبال برقراری دموکراسی باشد.

هرچند که اکثریت قائل به این هستند که دموکراسی بهترین روش حکومت داری است، ولی بسیار این موضوع را در آفریقا مورد نقد قرار می دهند.

هرچند که بسیاری از مردم دنیا، خوشبین به شرایط خود هستند، ولی این خوش بینی در آفریقا استثنا است. مردم آفریقا وضعیتی از خود انطباقی را نشان داده اند که زندگی را تحت شرایط سخت قابل تحمل می سازد. مثال این موضوع کشور غنا می باشد. مردم آفریقا بالذات افراد خوش بینی هستند و این را بخصوص در نوجوانان می توان دید.

## گزارش جهانی خطرات سلامت (۲۰۱۰)

### GLOBAL HEALTH RISKS

Mortality and burden of disease attributable to selected major risks



**ناشر:** سازمان بهداشت جهانی

**قسمت تشکر:** تشکر ویژه از دکتر مجید عزتی و دکتر گودرز دانایی

#### زمینه

تاریخچه گزارش حاضر، به گزارش سال ۱۹۹۰ بار بیماری سازمان بهداشت جهانی برمی گردد. مبنای گزارش براساس DALY (بار بیماری و مرگ) که شامل مجموع YLL (بار ناشی از مرگ) و YLD (بار ناشی از ناتوانی) می باشد. گزارش از همان قالب، گزارش جهانی عوامل خطر سال ۲۰۰۲ استفاده می کند. بیست و چهار عامل خطر اصلی بررسی شده اند. (در لینک Health statistics and information اطلاعات مربوط به کشورها و نمودارها قابل دسترسی است.)

در این گزارش مفهوم خطر (risk) به شرح زیر است: عاملی که باعث افزایش احتمال یک فرآیند نامطلوب مربوط به سلامتی می شود. عناوینی که در گزارش حاضر بررسی نشده شامل مواجهه با عوامل عفونی و مقاومت آنتی بیوتیکی و برخی عوامل دیگر است.

#### نتایج کلی:

۵ عامل خطر شامل کم وزنی کودکان، رفتار جنسی غیر ایمن، سو مصرف الکل، آب ناسالم و فشار خون بالا عامل یک چهارم مرگها و یک پنجم بار بیماری هستند. کاهش مواجهه با این عوامل باعث افزایش ۵ ساله امید به زندگی خواهد شد.

هشت عامل خطر شامل سو مصرف الکل، دخانیات، فشار خون بالا، شاخص بدنی بالا، کلسترول بالا، فشار خون بالا، مصرف کم میوه و سبزی و کم تحرکی، عامل ۶۱ درصد مرگهای قلبی عروقی و سه چهارم بیماریهای ایسکمیک قلبی است (بیماری ایسکمیک قلبی رتبه اول مرگ در دنیا می باشد)

#### رویکردهای مدیریت خطر

دو رویکرد کلی برای مدیریت عوامل خطر داریم: رویکرد متمرکز بر افراد با میزان خطر بالا / مدیریت خطر در سطح جمعیت

مثال فشار خون را در نظر بگیرید: عمده مداخلات، عمده در رویکرد اول هستند. افراد با فشارخون بالای ۱۴ را به عنوان افراد با میزان خطر بالا مورد هدف قرار می دهند (در مقایسه با سناریو ایده آل). افراد با فشار خون بینابینی (دارای خطر کمی بیشتر از افراد طبیعی) معمولاً مغفول واقع می شود.

#### پدیده گذار عوامل خطر

این پدیده یکی از عوامل ایجاد پدیده گذار اپیدمیولوژیک است. پدیده گذار اپیدمیولوژیک خود محصول عوامل زیر است:

- سالمندی / ارتقای خدمات پزشکی عمدتاً برای کودکان / اقدامات سلامت عمومی: واکسیناسیون - بهداشت آب
- این الگو در کشورهای توسعه یافته غلبه بیشتری دارد.

#### اندازه گیری میزان خطر

در گزارش حاضر از شاخص بار منتسب (Attributable burden) بیماری و حوادث استفاده می شود.

برای نشان دادن کمی اثر یک عامل خطر، از شاخص Population Attributable Fraction (اثر منتسب جمعیتی) استفاده می شود. مفهوم این شاخص این است که در صورتیکه که وضعیت عامل خطر به حالت ایده ال برسد، چه درصدی از بار بیماری و حوادث کم خواهد شد.

#### نکات مهم گزارش

در مورد بار بیماری کودکان، ۹ از ۱۰ مرگ ناشی از مالاریا در آفریقا رخ می دهد. ۹ از ۱۰ مرگ ناشی از ایدز در آفریقا اتفاق می افتد. ۵ از ۱۰ مرگ ناشی از بیماری اسهالی کودکان در آفریقا اتفاق می افتد.

در کشورهای با درآمد پایین، عامل اول پنومونی، سپس بیماری قلبی، اسهال، ایدز و سکته مغزی است.

در کشورهای با درآمد بالا، رتبه های بالا متعلق به بیماری قلبی، سکته مغزی، سرطان ریه، پنومونی و آسم و برونشیت می باشد

مرگر و میر در سن ۱۵ تا ۶۰ سال: میزان مرگ در مردان از زنان، در همه مناطق جهان بیشتر است، که عمدتاً به دلیل بار ناشی از آسیب ها و خشونت، جنگ و بیماری قلبی است.

افسردگی عامل سالهای از دست رفته به دلیل ناتوانی است. که در زنان، ۵۰ درصد بیشتر از مردان است.

در همه مناطق سو مصرف الکل، جزو ۱۰ عامل خطر اول است.



<p><b>دخانیات</b></p> <p>در سال ۲۰۰۴، ۷۰ درصد مرگ ناشی از دخانیات، در کشورهای با درآمد پایین و متوسط رخ می دهد.</p> <p>عامل یک هشتم مرگ ها، ناشی از مصرف دخانیات است.</p>	<p><b>فشار خون بالا</b></p> <p>۵۱ درصد سگته مغزی و ۴۵ درصد مرگ ناشی از بیماری ایسکمیک قلبی بخاطر فشار خون بالا است.</p>
<p><b>الکل</b></p> <p>الکل عامل ۶۰ نوع بیماری و آسیب است.</p> <p>در کل جهان، الکل در مردان عامل ۶ درصد مرگها و ۷.۴ درصد بار بیماری و در زنان عامل ۱.۱ درصد مرگ و ۱.۴ درصد DALY است.</p>	<p><b>کلسترول بالا</b></p> <p>یک سوم بیماری ایسکمیک قلبی منتسب با کلسترول بالا است.</p>
<p><b>مواد غیرقانونی (illicit drug)</b></p> <p>مصرف اوبیات های غیرقانونی از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۴، افزایش یافته است، بطور کلی در جهان، ۰.۴ درصد مرگ و ۰.۹ DALY ناشی از مصرف داروهای غیر قانونی است.</p>	<p><b>قند خون بالا</b></p> <p>۶ درصد کل مرگها منتسب به قند خون بالا است. ۲۲ درصد بیماری ایسکمیک قلبی، و ۱۶ درصد سگته مغزی ناشی از کلسترول بالاست.</p>
<p><b>عوامل محیطی</b></p> <p>محیط ناسالم عامل یک از چهار مرگ کودکان میباشد.</p> <p>۵ عامل خطر محیطی مورد بحث در این گزارش عامل ده درصد مرگ و بیماری در جهان هستند.</p> <p>این ۵ عامل به شرح زیر است: آب ناسالم / آلودگی هوا در محیط های سر بسته و سوخته های جامد / مواجهه با سرب / آلودگی هوا در محیط های شهری / تغییرات جهانی آب و هوا</p>	<p><b>اضافه وزن و چاقی</b></p> <p>در کشورهای آسیای جنوب شرقی و آفریقا، ۴۱ درصد مرگ های بخاطر شاخص نمایه بدنی بالا در زیر سن ۶۰ می شود.</p> <p>این میزان در کشورهای توسعه یافته ۱۶ درصد است.</p>
<p><b>عوامل خطر شغلی</b></p> <p>این عوامل به شرح زیر هستند: آسیبهای شغلی / کارسینوژنهای شغلی / پارتیکل های موجود در هوا / استرسورهای ارگونومیک / صدا در محیط های شغلی / تزریقات غیرایمن در محیط های پزشکی</p> <p>مواجهه با آلودگی صوتی در محیط کار، عامل ۱۶ درصد ناشنوایی می باشد که در بزرگسالی آغاز می شود.</p> <p>مرگ های ناشی از تزریقات غیر ایمن در محیطهای پزشکی، بار بیشتری از سرطان های کولورکتال دارند.</p>	<p><b>دریافت کم میوه و سبزی</b></p> <p>۱۴ درصد کانسره های گوارشی، ۱۱ درصد مرگ ناشی از بیماری ایسکمیک قلبی، و ۹ درصد مرگ ناشی از سگته مغزی بخاطر کمبود مصرف دریافت میوه و سبزی است.</p>
<p><b>اولویت های پیشنهادی برای ایران:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◇ لزوم انجام مطالعات معتبر و در زمان مناسب برای تعیین نمای بار بیماری و بار ناشی از خطرات سلامت در ایران</li> <li>◇ مطالعه در مورد پروفایل خطر گروه های مختلف سنی بطور جداگانه</li> <li>◇ بررسی شاخص های عدالت در مرود نحوه توزیع عوامل خطر در گروه های مختلف جمعیتی و بخصوص جمعیت آسیب پذیر (افراد با درآمد پایین، افراد باردار، کودکان)</li> </ul>	<p><b>کم تحرکی</b></p> <p>کم تحرکی عامل ۲۱-۲۵ درصد بار ناشی از سرطان پستان و کولون است. ۲۷ درصد دیابت و ۳۰ درصد بیماری ایسکمیک قلبی است.</p>
	<p><b>سلامت جنسی و باروری</b></p> <p>رفتار جنسی ناسالم، عامل اول مرگ در زنان آفریقایی است که عمدتاً بخاطر HIV است.</p> <p><b>رفتار جنسی ناسالم</b></p> <p>۹۹ درصد آلودگی ناشی از HIV، ناشی از رفتار جنسی ناسالم است.</p> <p>HIV/AIDS عامل ششم مرگ در جهان است.</p> <p>تقریباً تمامی موارد سرطان سرویکس منتسب به آلودگی با ویروس HPV است. سرطان سرویکس، عامل ۱۱ درصد مرگ ناشی از رفتار جنسی ناسالم است. سه چهارم بار ناشی از رفتار جنسی ناسالم، در کشورهای آفریقای زیر صحرا رخ می دهد. دیگر بیماری های منتقله از راه جنسی مانند سیفلیس، گونوره آ و کلامیدیا، منتسب به رفتار جنسی ناسالم است.</p> <p><b>نبود ابزار پیشگیری از بارداری</b></p> <p>این عامل خطر، باعث ایجاد بارداری ناخواسته و تبعات آن، مانند سقط غیرایمن است. نسبت زنان بهره مند از روشهای مدرن پیشگیری از بارداری، از میزان ۱۴ درصد در منطقه آفریقا تا ۶۴ درصد در کشورهای با درآمد بالا متفاوت است. بارداری های برنامه ریزی نشده، مسئول ۳۰ درصد بار بیماری بخاطر عوارض بارداری و ۹۰ درصد بخاطر سقط غیر ایمن است.</p>

## گزارش جهانی اطلاعات سلامت (۲۰۱۷)

# WORLD HEALTH STATISTICS

# 2017

## MONITORING HEALTH FOR THE SDGs

SUSTAINABLE  
DEVELOPMENT  
GOALS

### ناشر: سازمان بهداشت جهانی

#### عدالت در سلامت

گزارش جهانی اطلاعات سلامت سال ۲۰۱۳ نشان داده است که تلاش در جهت رسیدن به اهداف توسعه هزاره باعث کاهش فاصله بین کشورهای با درآمد بالا و پایین شده است. اثبات این نوع تغییرات در داخل کشورها، فعلا دشوار است. هر چند شواهدی نشان می دهد که در حیطه های سلامت مادران و کودکان این بی عدالتی در داخل کشورها، کمتر شده است.

#### تامین پایدار مالی برای نظام سلامت

بین سالهای ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۴، یک افزایش خفیف، در میزان هزینه کرد برای سلامت از منابع عمومی، هم در کل سطح جهان و هم در کشورهای با درآمد پایین اتفاق افتاده است. در ضمن، کاهش بسیار مختصر در "پرداخت از جیب" اتفاق افتاده است.

#### نوآوری و تحقیقات

رسیدن به اهدافی مانند ریشه کنی ایدز، مالاریا و TB، با اقداماتی که از قبل پیشنهاد شده امکان پذیر است. ولی برای دستیابی به بسیاری از اهداف، تا سال ۲۰۳۰، نیازمند نوآوری هستیم. نوآوری هم در تکنولوژی و هم در نحوه انجام فعالیت ها نمایان می شود. تاسیس observatory توسط سازمان بهداشت جهانی راهی است برای به اشتراک گذاشتن نتایج تحقیقات و یافته

#### عملکرد بین بخشی

سلامت و اهداف آن تحت تاثیر بازیگرانی است که در تحقق اهداف توسعه نقش دارند. همکاری بین بخشی، بطور وسیعی اشاره دارد بر هم راستایی راهبردها و منابع از بخش های مختلف برای دستیابی به اهداف مشترک. برای مثال برآورد می شود که ۱۵ درصد کل مرگ ها توسط عوامل محیطی و حدود ۲۲ درصد به دلیل عوامل تغذیه ای اتفاق می افتد. که حل آنها، نیازمند مشارکت بخش های غیر سلامت است.

#### وضعیت اهداف مرتبط با سلامت برای توسعه پایدار

بیش از ۵۰ شاخص برای رسیدن به بیش از ده هدف ذکر شده در مستند توسعه پایدار، برای سنجش وضعیت سلامت، عوامل موثر بر آن و نحوه ارائه خدمات تعیین شده است.

که در هفت حیطه زیر قرار می گیرند:

- سلامت مادران، کودکان و نوزادان
- بیماری های عفونی
- بیماری های غیر واگیر
- آسیب ها و خشونت
- پوشش همگانی خدمات سلامت
- عوامل خطر محیطی
- خطرات سلامت و طغیان بیماریها

#### زمینه

سری "اطلاعات سلامت جهان" شامل اطلاعات سلامت در ۱۹۴ کشور عضو سازمان بهداشت جهانی است. گزارش شامل سه قسمت است:

- شش رویکرد اصلی در سلامت برای دستیابی به اهداف توسعه پایدار
- وضعیت شاخص ها
- تجارب موفق کشورها

شاخص ها با استفاده از اطلاعات کشورها سنجیده و با مشاوره همان کشور ها اعتبار سنجی شده است. با وجود این، وضعیت بسیاری از شاخص های گزارش شده با عدم اطمینان مواجه است. با این وجود، راهبرد سازمان بهداشت جهانی در حال حاضر، شفافیت در ارائه شاخص ها همراه با بیان حدود عدم اطمینان است.

دستور العمل توسعه پایدار تا ۲۰۳۰، اولین برنامه جامع جهانی برای دستیابی به توسعه است. این دستور العمل، سلامت را هم در سطح پیامد و هم در سطح زیر ساخت، برای انسجام اجتماعی، کاهش فقر، حفظ محیط زیست در نظر می گیرد.

#### پایش اهداف مرتبط با سلامت و توسعه پایدار

لازم است که این پایش در سطح کشورها و بطور داوطلبانه باشد. برای رسیدن به این هدف لازم است که کشورها، زیر ساخت های اطلاعاتی خود را تقویت کنند.

#### تقویت سیستم سلامت برای پوشش همگانی خدمات

هدف این است که تمام مردم، خدمات مورد نیاز خود را دریافت کنند بدون اینکه تحت فشار مالی باشند. این خدمات باید پاسخگو، کارآمد، با کیفیت، عادلانه و تاب آور (در برابر عوامل مانند جنگ یا بلا یا طبیعی) باشند.

## موفقیت کشورها

### پایش مرگ و علل آن در ایران

در ایران دو سازمان مسئول ثبت مرگ هستند:

- سازمان ثبت احوال
- وزارت بهداشت

در پاسخ به نیاز برای تولید اطلاعات مرگ و علل آن، وزارت بهداشت برنامه ای را طراحی کرد که هدف آن ارتقای این اطلاعات بوده و راه اصلی در نظر گرفته شده، ارتقای گواهی های مرگ و با تاکید بر ثبت علل مرگ بود.

در سال ۲۰۰۱، این نظام به ۱۸ استان گسترش پیدا کرد. تا ۲۰۱۴، ۳۰ استان از ۳۱ استان تحت پوشش قرار گرفتند.

که در برگیرنده ۷۵ درصد مرگ ها بود. استان تهران تنها استانی بود که در بر گرفته نشده بود.

در سال ۲۰۱۵ برنامه ای شروع شد که تمام گواهی های مرگ در شهر تهران، جمع آوری شوند، همراه با علل مرگ و بدین ترتیب پوشش به ۱۰۰ رسید.

### شاخص های پایش شده در ایران، منطقه EMRO و جهان

شاخص	ایران	EMRO	جهان
امید به زندگی (مردان)	۷۴.۵	۶۷.۴	۶۹.۱
امید به زندگی (زنان)	۷۶.۶	۷۰.۴	۷۳.۷
امید به زندگی (هر دو جنس)	۷۵.۵	۶۸.۸	۷۱.۴
امید به زندگی سالم در بدو تولد	۶۶.۶	۶۰.۱	۶۳.۱
مرگ و میر مادران در ۱۰۰ هزار تولد زنده	۲۵	۱۶۶	۲۶۱
درصد زایمانهای که تحت نظر فرد آموزش دیده بوده است	۹۶	۷۱	۷۸
مرگ زیر ۵ سال در ۱۰۰ تولد زنده	۱۵.۵	۵۲.۰	۴۲.۵
مرگ neonatal در ۱۰۰۰ تولد زنده	۹.۵	۲۶.۶	۱۹.۲

شاخص	ایران	EMRO	جهان
تعداد عفونت جدید HIV در سن ۱۵ تا ۴۹ سال به ازای ۱۰۰ نفر جمعیت فاقد عفونت	۰.۱۴	۰.۱۳	۰.۵۰
بروز TB در صد هزار نفر جمعیت	۱۶	۱۱۶	۱۴۲
بروز مالاریا در ۱۰۰ نفر جمعیت در معرض خطر	۰.۵	۱۹.۰	۹۴.۰
نوزادان دریافت کننده سه دوز واکسن هپاتیت B	۹۸	۸۰	۸۴

شاخص	ایران	EMRO	جهان
احتمال مرگ بخاطر ۴ بیماری اصلی غیر واگیر در سن ۳۰ تا ۷۰	۱۴.۸	۲۱.۸	۱۸.۸
مرگ خودکشی (درصد هزار نفر)	۳.۶	۳.۸	۱۰.۷
میزان مصرف سرانه الکل (بالای ۱۵ و برحسب لیتر الکل خالص)	۱.۰	۰.۷	۶.۴
مرگ ناشی از حوادث جاده ای در صد هزار نفر	۳۲.۱	۱۹.۹	۱۷.۴

شاخص	ایران	EMRO	جهان
مرگ متناسب به آلودگی هوا (داخل و خارج) در صد هزار نفر	۳۵.۲	۵۸.۸	۹۲.۴
مرگ متناسب به خدمات غیر ایمن WASH (آب، فاضلاب، بهداشت) به ازای صد هزار نفر	۰.۹	۱۳.۱	۱۲.۴
مرگ متناسب مسمومیت غیر عمدی به ازای صد هزار نفر	۱.۴	۱.۴	۱.۵
شیوع استاندارد شده سنی مصرف دخانیات در افراد بالای ۱۵ سال (مرد)	۲۱.۵	-	-
شیوع استاندارد شده سنی مصرف دخانیات در افراد بالای ۱۵ سال (زن)	۰.۷	-	-
دریافت واکسن DPT در افراد یکساله	۹۸	۸۰	۸۶
سرانه کمک توسعه ای رسمی به تحقیقات پزشکی و سلامت (دلار)	۰.۰۶	۱.۴۶	۱.۱۶
تراکم کارکنان سلامت ماهر به ازای ده هزار نفر	۳۰.۴	۲۶.۳	۴۵.۶
نمره متوسط از ظرفیتهای نظارت بر سلامت بین المللی	۸۵۶۸	۷۲	۷۳
درصد بودجه سلامتی از کل بودجه دولت	۱۷	۸.۸	۱۱.۷

شاخص	ایران	EMRO	جهان
شیوع کوتاه قدی در کودکان زیر ۵ سال (%)	۶.۸	۲۵.۱	۲۲.۹
شیوع کم وزنی در کودکان زیر ۵ سال (%)	۴.۰	۹.۱	۷.۷
شیوع اضافه وزن در کودکان زیر ۵ سال (%)	۰.۰	۶.۷	۶.۰
درصد افراد دارای دسترسی به آب سالم	۹۶	۹۱	۹۱
درصد افراد با دسترسی به فاضلاب سالم	۹۰	۷۸	۶۸
درصد افراد با تکیه عمده بر سوخته های سالم	۹۵	۷۱	۵۷
متوسط میزان شاخص PM2.5 در مناطق شهری	۴۰.۲	۶۲.۹	۴۳.۱
متوسط مرگ بخاطر بلایای طبیعی (در صد هزار نفر)	۰.۱	۰.۲	۰.۳
مرگ ناشی از قتل (در صد هزار نفر)	۴.۱	۶.۵	۶.۴
برآورد مرگ ناشی از جنگ (در صد هزار نفر)	۰.۱	۱۹.۵	۲.۰
کفایت داده های علت مرگ	۹۰	۳۲	۴۸

## گزارش جهانی مالاریا (۲۰۱۶)

### هزینه کرد کلی برای کنترل مالاریا و ریشه کنی آن

کل هزینه صرف شده برای کنترل و ریشه کنی مالاریا در جهان ۲.۹ میلیارد دلار در سال ۲۰۱۵، بوده است.

این میزان در سال ۲۰۱۰، حدود ۰.۰۶ میلیارد دلار کمتر بوده است. طبق اهداف برنامه جهانی مالاریا، لازم است این سرمایه گذاری به ۶.۴ میلیارد دلار برسد که نشان می دهد، وضعیت حاضر، تامین کننده فقط ۴۵ درصد منابع لازم است.

کشورهای دچار آندمی مالاریا، حدود ۳۲ درصد هزینه لازم در سال ۲۰۱۵ را تامین کرده اند. که ۶۱۲ میلیون دلار، صرف برنامه ملی کنترل مالاریا و حدود ۳۳۲ میلیون دلار، صرف ارائه خدمات به بیماران شده است. قسمت دیگر هزینه ها، از طریق بین المللی تامین می شود. سهم آمریکا در این میان و در کل هزینه های جهانی، ۳۵ درصد، می باشد. سهم بریتانیا، ۱۶ درصد، فرانسه، ۳.۲ درصد، آلمان، ۲.۴ درصد، ژاپن، ۲.۳ درصد، کانادا، ۱.۷ درصد و بنیاد گیتس، ۱.۲ درصد می باشد. حدود ۴۵ درصد این بودجه، از کانال برنامه جهانی مقابله با ایدز، مالاریا و سل تامین می شود.

### هزینه کرد برای تحقیقات مالاریا

هزینه کرد برای پژوهش در زمینه مالاریا، حدود ۶۱۱ میلیارد دلار در سال ۲۰۱۴ بوده است که حدود ۹۰ درصد اهداف برنامه جهانی را برآورده می کند.

### هزینه سرانه برای کنترل و ریشه کنی

یک تحلیل از میزان صرف هزینه بصورت سرانه در جمعیت های در معرض خطر، به قضاوت در مورد میزان کفایت منابع مالی کمک می کند.

مقدار کل هزینه سرانه برای مالاریا در کل جهان (۲۰۱۵-۲۰۰۰) رشد داشته است.

کشورهای با بیشترین تعداد موارد مالاریا، از میزان لازم هزینه کرد سرانه برای مالاریا، بسیار دور هستند.

### روند تامین تجهیزات

#### پشه بندهای آغشته به حشره - کش

بین سال ۲۰۱۳-۲۰۱۵، گزارش شده که ۵۱۰ میلیون پشه بند، توسط تولید کنندگان به کشورهای زیر صحرای آفریقا منتقل شده است.

#### تست تشخیصی سریع

فروش تست های سریع تشخیصی، از ۸۸ میلیون در سال ۲۰۱۰ به ۳۲۰ میلیون در سال ۲۰۱۳ رسید. ولی این میزان به ۲۷۰ میلیون در سال ۲۰۱۵ افت کرد. بیشترین مقدار از این افت، در آسیا اتفاق افتاده است. بطوریکه میزان فروش کیت های تشخیصی [صرفاً برای فالسی پاروم] از ۲۲ به یک میلیون عدد افت کرده است.

2016  
WORLD MALARIA REPORT



World Health Organization

### تدوین کننده: سازمان بهداشت جهانی (برنامه جهانی مالاریا)

مشارکت کنندگان: دفاتر منطقه ای و کشوری سازمان بهداشت جهانی / وزارت های بهداشت کشورهای دارای آندمی بیماری / مشارکت کنندگان دیگر از طیف های بسیار مختلف -

مشارکت کنندگان از ایران: لیلیا فرجی - احمد ریسی

### اهداف جهانی و شاخص ها

از سال ۲۰۰۰، پیشرفت اساسی در مقابله با مالاریا ایجاد شده است. ۹۱ کشور آندمیک برای مالاریا در سال ۲۰۱۶ بوده اند (در سال ۲۰۰۰، این میزان ۱۰۸ کشور بوده است). ایران جزو کشورهای آندمیک است.

راهبردی جهانی برای سال ۲۰۱۶ تا ۲۰۳۰ شامل رویکردهای زیر است:

- ◇ کاهش بروز و مرگ ناشی از مالاریا به میزان ۹۰ درصد
- ◇ ریشه کنی مالاریا از ۳۵ کشوری که مالاریا در آنها در حال انتقال (Transmission) است.
- ◇ پیشگیری از بازگشت دوباره در همه کشورهایی که در حال حاضر عاری از مالاریا هستند.

هدف ۳.۳ از اهداف جهانی توسعه که مرتبط با مقابله با اپیدمی مالاریا، HIV، TB می باشد، بصورت اهداف جهانی مالاریا توسط سازمان بهداشت جهانی تفسیر شده است. برای پایش پیشرفت جهت دستیابی به اهداف مالاریا، گزارش جهانی سال ۲۰۱۶، ۲۶ شاخص را بررسی کرده است. منبع اصلی اطلاعات، مربوط به ۹۱ کشور دارای آندمی مالاریا می باشد. این اطلاعات با اطلاعات مربوط به پیمایش ها و بانکهای اطلاعاتی سایر سازمانها تکمیل شده است.



## پیشگیری از مالاریا

### \* جمعیت در معرض خطر که در زیر پشه بند های آغشته به حشره

کشی می خوابند: این شاخص در کشورهای زیر صحرای آفریقا از ۳۰ درصد در سال ۲۰۱۰ به ۵۳ درصد در سال ۲۰۱۵ رسیده است.

### \* گروه هدف که ITN (Insecticide-treated mosquito net)

دریافت کرده اند: این نسبت از ۳۴ درصد در سال ۲۰۱۰، به ۶۰ درصد در سال ۲۰۱۵ رسید.

### \* جمعیت در معرض خطر که از طریق residual spraying Indoor (سم پاشی ابقایی فضاهای بسته، IRS) محافظت می شوند:

این اقدام فقط در موارد خاصی توصیه می شود. میزان حفاظت از افراد در معرض خطر، از ۵.۷ درصد در سطح جهان در سال ۲۰۱۰، به ۳.۱ درصد در سال ۲۰۱۵ رسید.

\* جمعیت در معرض خطر که از طریق پشه بند های آغشته به پشه کش و سم پاشی ابقایی فضاهای بسته حفاظت می شوند: این میزان در مناطق زیر صحرای آفریقا، از ۳۷ درصد در سال ۲۰۱۰ به ۵۷ درصد در سال ۲۰۱۵ رسیده است.

\* مقاومت ناقل به حشره کش: از بین ۷۳ کشور آندمیک برای مالاریا، که داده های مربوط به مقاومت به مالاریا را گزارش کرده اند، ۶۰ کشور، مقاومت به حداقل یک حشره کش را گزارش کرده اند. در ۵۰ کشور، بیش از یک مورد مقاومت گزارش شده است.

\* زنان باردار دریافت کننده سه یا بیشتر از دوز های درمانی پیشگیرانه: در سال ۲۰۱۵، ۳۱ درصد از افراد باردار واجد صلاحیت، سه یا بیشتر از دوزهای درمانی پیشگیرانه دوره ای (Intermittent preventive treatment: IPTs) را دریافت کرده اند.

## تست های تشخیصی و درمان

### \* کودکان زیر ۵ سال دارای تب، که مشاوره و درمان مناسب توسط

ارائه دهنده خدمت آموزش دیده ارائه شده است: در ۲۳ پیمایش ملی، در مناطق زیر صحرای آفریقا، در بین سالهای ۲۰۱۳ تا ۲۰۱۵، این میزان ۵۴ درصد بوده است.

### موارد مالاریا که خط اول درمان مالاریا را بر طبق گایدلاین ملی را

دریافت کرده باشند: بررسی در مناطق زیر صحرای آفریقا، نشان میدهد که در کودکان زیر ۵ سال با سابقه تب و شواهد آزمایشگاهی تشخیص مالاریا، در ۳۰ درصد موارد، دریافت یک داروی ضد مالاریا اتفاق افتاده است. میزان استفاده از درمان ترکیبی (بر پایه آرتمیسینین)، ۱۴ درصد بوده است.

### درمان ACT در بین تمام موارد درمان مالاریا:

نسبت دریافت درمان ترکیبی (بر پایه آرتمیسینین) در کودکان زیر ۵ سال تب دار در دو هفته گذشته و با آزمایش مثبت ارزیابی سریع از ۲۹ درصد در سال ۲۰۱۰-۲۰۱۲ به ۸۰ درصد در سال ۲۰۱۵ رسیده است.

\* مقاومت انگلی: مقاومت به درمان در مالاریای پلاسمودیوم فالسی پوروم، در مناطق مختلف بخصوص جنوب شرق آسیا گزارش شده است.

## نتایج و تاثیر

برنامه جهانی مقابله با مالاریا، اهداف بلند پروازانه ای را تا سال ۲۰۳۰ در نظر گرفته است و هدف، کاهش بروز و مرگ و میر تا ۹۰ درصد می باشد. (هدف کاهش ۴۰ درصد برای سال ۲۰۲۰ در نظر گرفته شده است).

### \* بر آورد تعداد موارد بروز مالاریا بین سال ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۰

در سال ۲۰۱۵، حدود ۲۱۲ میلیون مورد مالاریا در سراسر جهان اتفاق افتاد که ۲۲ درصد نسبت به سال ۲۰۰۰ کاهش داشت.

### \* بر آورد موارد مرگ ناشی از مالاریا بین سال ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۰

در سال ۲۰۱۵، ۴۲۹ مرگ ناشی از مالاریا در سراسر جهان رخ داده است که نسبت به سال ۲۰۰۰، ۵۰ درصد کاهش داشته است.

### \* شیوع انگل

نسبت افراد در معرض خطر مالاریا که به انگل آلوده شده اند از ۱۷ درصد در سال ۲۰۱۰ به ۱۳ درصد در سال ۲۰۱۵ رسیده است. میزان عفونت در سن ۲ تا ۱۰ سالگی بالاست. ولی در سنین دیگر نیز، این میزان قابل توجه است.

### \* میزان بروز مالاریا

به نظر می رسد بروز مالاریا، بین سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵، ۴۰ درصد کاهش یافته است. از ۹۱ کشور آندمیک، در سال ۲۰۱۵، ۴۰ کشور این میزان را ۴۰ درصد کاهش داده اند و به نظر می رسد در مسیر دستیابی به هدف تعیین شده برای سال ۲۰۲۰ هستند. این شیب کاهشی در کشورها با موارد بالاتر، باید تسریع شود.

### \* مرگ ناشی از مالاریا

مرگ ناشی از مالاریا به میزان، ۶۲ درصد در سراسر جهان کاهش یافته است. ۹۹ درصد مرگ ها بخاطر پلاسمودیوم فالسی پوروم اتفاق می افتد.

### \* ریشه کنی مالاریا و پیشگیری از بازگشت

در بین سالهای ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵، ۱۷ کشور مالاریا را حذف (Eliminate) کرده اند. (بر اساس شاخص صفر مورد در سه سال اخیر یا بیشتر) ۶ کشور از این کشورها بعنوان کشور عاری از مالاریا توسط سازمان بهداشت جهانی تایید شده اند. مالاریا در هیچ یک از کشورهایی که آن را حذف کرده اند (۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵) بازگشت نداشته است.

### \* تعداد موارد مالاریای نجات یافته و تغییر در امید به زندگی

بین سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۵، ۶.۸ میلیون مرگ کمتر اتفاق افتاده است. بالاترین مرگهای پیشگیری شده، مربوط به آفریقا می باشد. (۹۴ درصد)

۹۷ درصد مرگ های پیشگیری شده مربوط به کودکان زیر ۵ سال می باشد. همه مرگ های پیشگیری شده مالاریا مربوط به برنامه های کنترل مالاریا نیست. مقداری از پیشرفت بخاطر گسترش شهرنشینی، و توسعه اقتصادی می باشد که منجر به بهبود وضعیت سکونت و تغذیه شده است.

کاهش مرگ و میر مالاریا، در کودکان زیر ۵ سال، باعث افزایش ۱.۲ سال در امید به زندگی در آفریقا شده است. ب طور کلی در کل دنیا، کاهش مرگ و میر مالاریا باعث افزایش ۰.۲۶ سال امید به زندگی در کل جهان شده است.

### \* اثرات اقتصادی کاهش میزان مالاریا

افزایش امید به زندگی ما بین سال ۲۰۰ تا ۲۰۱۵، باعث ایجاد ارزشی معادل ۱۸۱۰ میلیارد دلار در آفریقا شده است، که معادل ۴۴ درصد تولید ناخالص ملی این کشور ها بوده است.

## گزارش مرگ و میر مادران (روند های سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵)

### Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015

Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group  
and the United Nations Population Division

ناشر: سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۵)

مشارکت کنندگان: یونیسف / صندوق جمعیت ملل متحد / بانک جهانی

#### زمینه

اولین تعهد جهانی برای کاهش مرگ و میر مادران در سال ۲۰۰۰ و بدنبال تصویب اهداف توسعه هزاره بدست آمده که در آن کشورها، متعهد شدند تا میزان مرگ مادران در سال ۱۹۹۰ را تا سال ۲۰۱۵ به میزان سه چهارم کاهش دهند. (هدف ۵A). در عین حال متعهد برای فراهم آوری خدمات همگانی در این زمینه شدند (هدف ۵B). در واقع هدف ۵ توسعه پایدار بطور کامل، متمرکز بر سلامت مادران بوده است.

در پنج سال منتهی به پایان این مهلت، (۲۰۱۰-۲۰۱۵)، اقدامات بیشتر برای دستیابی به این هدف انجام شد. یکی از این اقدامات، اعلام راهبرد دبیر کل سازمان ملل برای سلامت زنان و کودکان بود که باعث حرکت منابع به سمت ارتقای سلامت کودکان و مادران شد. همچنین، اقدامات کمیسیون عالی برای اطلاعات و پاسخگویی (Commission on Information and accountability) باعث ارتقا گزارش دهی و پاسخگویی در سطح جهان در حوزه سلامت مادران و کودکان شد.

در زمان حاضر و در اهداف توسعه پایدار ۲۰۳۰، قالب جدید برای تحقق اهداف در حوزه سلامت مادر و کودک تنظیم شده است. بطوریکه شاخص ۳.۱ از هدف ۳ در اهداف توسعه اشاره دارد بر اینکه میزان مرگ مادران باید تا سال ۲۰۳۰ به کمتر از ۷۰ مرگ در صد هزار تولد زنده در سطح جهان برسد.

#### برآوردهای مرگ مادران در سال ۲۰۱۵

میزان ۳۰۳ هزار مرگ مادر برآورد شده، منجر به محاسبه عدد ۲۱۶ برای شاخص مرگ مادر به ازای هر صد هزار تولد زنده شده است. این عدد محصول داده ها از ۱۸۳ کشور است.

میزان کلی MMR در کشورهای در حال توسعه، ۲۶ برابر کشورهای توسعه یافته می باشد. در آفریقای زیر صحرا این میزان به ۵۴۶ می رسد. مناطق اقیانوسیه، آسیای جنوبی و آسیای جنوب شرقی وضعیت متوسط دارند. پنج منطقه دیگر، میزان بدست آمده، پایین گزارش می شود.

کشورهای در حال توسعه، مسئول ۹۹ درصد مرگ ها مادر می باشند. آفریقای زیر صحرا، مسئول ۸۵ درصد مرگ مادر مرتبط با ایذز است.

#### برآوردهای کشوری:

بدترین وضعیت شاخص "مرگ مادری" متعلق به کشور سیرالئون با عدد ۱۳۶۰ می باشد. (UI 999 to 1980)

ایران جزو کشورهای با میزان مرگ مادری کم است.

در مورد شاخص "میزان احتمال مرگ مادری در طول زندگی (احتمال فوت یک زن ۱۵ ساله بخاطر مسائل مادری در طول زندگی): PM"، بدترین وضعیت متعلق به سیرالئون با عدد یک در ۱۷ می باشد. این عدد برای ایران، یک در ۲۰۰۰ است. در کشورهای توسعه یافته این عدد یک در ۳۳۰۰ است.

#### روند مرگ مادران بین سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵

بین سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵، ۱۰.۷ میلیون نفر بخاطر عوارض بارداری مرده اند.

این میزان از سال ۱۹۹۰ با عدد ۳۸۵ (UI 359 to 427) به عدد ۲۱۶ (UI 207 to 249) رسیده است که نشانگر ۴۴ درصد کاهش بوده است.

در طی این مدت میزان شاخص "میزان احتمال مرگ مادری در طول زندگی (احتمال فوت یک زن ۱۵ ساله بخاطر مسائل مادری در طول زندگی): PM" از یک در ۷۳ به یک در ۱۸۰ رسیده است.

#### برآورد منطقه ای

میزان MMR در تمام مناطق کاهش پیدا کرده است. در طی ۲۵ سال اخیر، هرچند که میزان این کاهش پراکندگی زیادی دارد.

بیشترین میزان کاهش در منطقه آسیای شرقی با میزان ۷۲ درصد به دست آمده است. بدنبال آن منطقه آسیای جنوبی با ۶۷ درصد و آسیای جنوب شرقی با ۶۶ درصد و سپس آفریقای شمالی با ۵۹ درصد قرار دارد. میزان کاهش در کشورهای توسعه یافته، ۴۸ درصد بوده است.

#### پیامدهای در نظر گرفته شده برای هدف ۵ اهداف توسعه هزاره

در هدف ۵، در نظر گرفته شده در اهداف توسعه هزاره، مقرر شده بود که کاهش ۷۵ درصدی در سال ۲۰۰۰ در مقایسه با ۱۹۹۰ تامین گردد.

نه کشوری که به هدف هزاره رسیده اند به شرح زیر هستند:

ایران / بوتان / کامبوج / لاوس / مالدیو / مغولستان / روند / تیمور شرقی

در کشورهایی مانند ایران و مالدیو، بعلت گزارش مناسب مرگ ها در نظام ثبت مرگ، کیفیت داده ها بالاست ولی در کشورهایی مانند لاوس، یا تیمور شرقی این بازه وسیع و دقت کم است.

#### روند کاهشی در جهان

نکات قابل توجه اینکه بین سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۰، میزان کاهش کلی حدود ۱.۲ درصد و ناچیز بوده است که بدنبال این اعلان و اعلام عدم کفایت این کاهش و بدنبال اقدامات مرتبط، این کاهش بین سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵، حدود ۳ درصد شده است.



## نگاهی به آینده

راهبرد های موفقیت و چالش ها عوامل موفقیت شامل طیفی از اقدامات می شود که از ارائه خدمات سلامت بهتر به تغییر مولفه های اجتماعی و فرهنگی ختم می شود. راهبردهای کاهش مرگ و میر مادر به شرح زیر می باشد.

### \*مداخله در جهت کاهش بی عدالتی در دسترسی به خدمات با کیفیت باروری، جنسی، بارداری و مراقبت نوزادان

مثال: در اتیوپی، اعضای انجمن زنان برای مقابله با موانع اجتماعی و فرهنگی آموزش دیده اند. همچنین مدیران برای رفع تبعیض جنسیتی در محیط های کار آموزش دیده اند. کشور ویتنام، ارائه خدمات سلامت باروری و جنسی برای نوجوان و جوانان را آغاز کرده است.

\*پوشش همگانی خدمات سلامت باروری، جنسی، بارداری و نوزادان رواندا، یک برنامه اجتماعی را برای بیمه سلامت جهت دریافت خدمات مادر و کودک در گروه های آسیب پذیر آغاز کرده است. بنگلادش، ارائه خدمات مادر و کودک را طی یک برنامه منسجم در بخش خصوصی آغاز کرده است.

\*مداخله بر روی تمام علل مرگ و ناتوانی مادری و عوارض مرتبط نپال، برنامه دسترسی به اقدامات پیشگیری از بارداری مدرن را فراهم کرده است. در ضمن افزایش در میزان تحصیلات مدرسه ای و سطح سواد مادران و دختران اتفاق افتاده است. کشور مالدیو، اقدامات اورژانس مامایی را تقویت کرده است که شامل مداخلات پایه و مداخلات جامع اورژانسی می باشد و بصورت یک سیستم ملی عمل می کند.

\*تقویت نظام سلامت برای پاسخ به نیازها و اولویت های زنان و دختران اندونزی، بر روی آموزش ماما ها سرمایه گذاری کرده است و مراکز تسهیل زایمانی در مناطق روستایی برقرار کرده است. کامبوج، اقدام به سرمایه گذاری بر روی زیر ساخت های حمل و نقل و ساخت مراکز تسهیل زایمان کرده است و مراکز خدمات سلامت دارای ماماها آموزش دیده در سراسر کشور هستند.

\*اطمینان از تعهد به ارائه خدمات با کیفیت و عادلانه مغولستان، سیستمی را ایجاد کرده است که در زمان مرگ مادر، گزارش در عرض ۲۴ ساعت به وزارت بهداشت می رسد. هند، راهنمایی را برای ناظران مرگ مادر (Maternal death audit) تدوین کرده و بر روی وضعیتهای نزدیک مرگ (Near-miss) تحلیل های لازم را انجام داده است.

## نیاز برای ارتقا داده ها

در دهه های گذشته، پیشرفتهای قابل ملاحظه در زمینه مدیریت داده ها انجام گرفته است. در برخی کشورهای رنج وسیع عدم اطمینان در مورد شاخص های گزارش شده، نشان می دهد که هنوز اقدامات زیادی برای ارتقای کیفیت داده ها لازم است انجام شود، که مهمترین آن، ارتقا نظام ثبت مرگ در سطح ملی است. در انتها، لازم است که در زیر گروه های مختلف بررسی و روندها نیز در این زیر گروه ها مشخص شود. گروه با سن پایین یعنی ۱۵ تا ۱۹ ساله در الویت هستند. همچنین باید در نظر گرفت که برخی از مرگهای در گروه حتی پایین تر از ۱۵ اتفاق می افتد.

## فراخوانی برای اقدام

اعلام میزان بالای مرگ مادران در اهداف توسعه هزاره، در سال ۲۰۰۰، باعث جلب توجه به میزان نامطلوب بالای مرگ مادران شد و بدنبال آن، اقدامات قابل توجه و مداومی برای ثبت مناسب اطلاعات، برنامه ریزی و پایش موفقیت در کاهش مرگ مادران انجام گرفت. اندازه گیری دقیق، هنوز هم یک چالش مهم است. ولی همین برآوردهای موجود نیز نشان می دهد که هنوز هم صدها هزار مادر بخاطر عوارض بارداری می میرند.

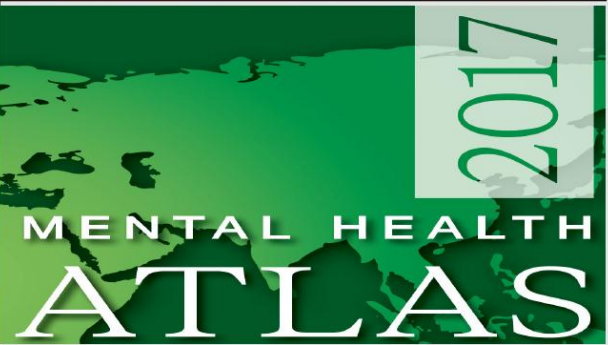
در کشورهای با میزان مرگ بالا، لازم است با اقدامات همه جانبه جهانی و ملی، این میزان پایین آورده شود. در کشورهای با میزان مرگ کمتر، لازم است بحث بی عدالتی مورد توجه قرار گیرد و بررسی شود که میزان های مرگ بالاتر در کدام زیر جمعیت ها اتفاق می افتد.

## اولویت های پیشنهادی برای ایران:

- ◊ ارتقای نظام Surveillance مرگ مادران، مشخص کردن شاخص های هشدار و ارتقای نحوه ثبت علت مرگ
- ◊ فراهم سازی امکان استخراج داده های مرگ مادر از داده های نظام ثبت تولد و مرگ
- ◊ تحلیل و گزارش موردی (care report) موارد مرگ مادری
- ◊ توجه بیشتر به پوشش خدمات زایمان تحت نظارت فرد دوره دیده در مناطق محروم بخصوص شرق کشور
- ◊ ارتقای خدمات مراقبت قبل از بارداری

## بروفا قبل ایران - روند شاخص ها

شاخص	ایران	آسیای جنوبی	جهان
MMR (۱۹۹۰)	۱۲۳	۵۳۸	۳۸۵
MMR (۱۹۹۵)	۸۰	۴۶۱	۳۶۹
MMR (۲۰۰۰)	۵۱	۳۷۷	۳۴۱
MMR (۲۰۰۵)	۳۴	۲۸۸	۲۸۸
MMR (۲۰۱۰)	۲۷	۲۲۱	۲۴۶
MMR (۲۰۱۵)	۲۵	۱۷۶	۲۱۶
تغییر در MMR بین ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵	۷۹.۷ درصد	۶۷ درصد	۴۴ درصد
تغییر سالیانه در MMR بین ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵	۶.۴ درصد	۴.۵ درصد	۲.۳ درصد
دستیابی به هدف توسعه هزاره	کامل	پیشرفت قابل ملاحظه	پیشرفت قابل ملاحظه



**محدودیت ها:**

تعدادی از کشورها، قادر به تهیه همه اطلاعات همه شاخص ها بوده اند. در برخی موارد، اطلاعات مربوط به سطح ملی نبوده و محدود به سطوح پایین تر بوده است. همچنین موضوع خود اظهاری کشورها و میزان اعتبار آن همچنان بحث برانگیز است.

**گزارش دهی جهانی در مورد شاخص های پایه ای سلامت روان**

در کل، ۱۱۷ کشور از ۱۹۴ کشور بطور نسبی پرسشنامه ها را پر کردند. که ۹۷.۵ درصد جمعیت جهان را در بر می گرفتند. میزان مشارکت کشورها در مناطق مختلف بین ۸۵ تا ۹۷ درصد بوده است.

ناشر: سازمان بهداشت جهانی

مشارکت کننده از ایران: دکتر احمد حاجبی

**زمینه**

اولین گزارش سلامت روان در سال ۲۰۰۱ منتشر شد. بروز رسانی این گزارش ها در سالهای ۲۰۰۵، ۲۰۱۱ و ۲۰۱۴ انجام گرفت. این گزارش منبعی ارزشمند برای اطلاعات حوزه سلامت روان می باشد. و در واقع منبع مفید، برای کشورها، جهت تدوین و اجرای برنامه های سلامت روان است. گزارش سال ۲۰۱۷، گزارش بروز شده در مورد سیاست گذاری حوزه سلامت روان، نحوه تخصیص منابع انسانی، مالی و نحوه ارائه خدمات که از طریق کشورهای عضو جمع آوری شده است.

**تولیت خدمات سلامت روان**

اهداف تعیین شده در برنامه جهانی، به کشورها توصیه می کنند که برنامه ها و قوانین تدوین شده متناسب با قوانین بین المللی حقوق بشر و حفظ حقوق معلولین باشد. ۷۲ درصد کشورها سند سیاست مشخصی برای سلامت روان دارند. ۵۷ درصد قوانین مجزا و مشخص برای سلامت روان دارند. در پنج سال گذشته، ۶۲ درصد کشورها، برنامه کشوری و ۴۰ درصد قوانین خود را بروز کرده اند.

**اهداف کلی**

- تقویت تولیت موثر و کارآمد
- خدمات جامعه محور ادغام یافته و جامع سلامت روان و اجتماعی
- اجرای راهبردها رای ارتقا و پیشگیری در حوزه سلامت روان

**همکاری با ذی نفعان:**

ارتقای سلامت روان، محصول همکاری نزدیک بخش سلامت با بخش های دیگر می باشد. بیشترین همکاری ها با وزارت های رفاه اجتماعی، سمن های بومی، وزارت آموزش و سمن های بین المللی می باشد. وضعیت این همکاری بین بخشی (رسمی) در مناطق مختلف جهان نشان می دهد که بالاترین میزان متعلق به منطقه EMRO و EURO است.

**اهداف اختصاصی**

- هدف اختصاصی ۱.۱: ۸۰ درصد کشورها سیاست و برنامه های خود را منطبق با اصول بین المللی و منطقه ای حقوق بشر تدوین نمایند. (تا سال ۲۰۲۰)
- هدف اختصاصی ۱.۲: ۵۰ درصد کشورها، قوانین تدوین و بروز شده برای سلامت روان، منطبق با اصول بین المللی و منطقه ای حقوق بشر داشته باشند.
- هدف اختصاصی ۲: افزایش پوشش خدمات برای اختلالات سلامت روان به میزان ۲۰ درصد
- هدف اختصاصی ۳.۱: حداقل ۸۰ درصد کشورها، دو برنامه عملیاتی برای ارتقا و پیشگیری در حوزه سلامت روان داشته باشند.
- هدف اختصاصی ۳.۲: کاهش میزان خودکشی به میزان ۱۰ درصد در کشورها
- هدف اختصاصی ۴: ۸۰ درصد کشورها، داده ها در مورد حداقل شاخص های پایه ای (CORE) را جمع آوری کرده باشند.

**تامین منابع مالی و انسانی برای سلامت روان**

منابع مالی، برای دستیابی به اهداف ملی و ارائه خدمات سلامت روان ضروری هستند. وضعیت سرانه هزینه برای سلامت روان نشان می دهد، بالاترین میزان مربوط به منطقه EURO می باشد. میزان هزینه اختصاص داده شده برای سلامت روان، در کشورهای با درآمد پایین و متوسط بسیار ناچیز است که آن هم عمدتاً سهم بیمارستانها می شود. این وضعیت در شکل زیر نمایش داده شده است.

### نیروی کار سلامت مرتبط با سلامت روان

از کشورها خواسته شد که تعداد نیروی کار مرتبط با سلامت روان از قبیل روانپزشک، روانشناس، پرستار و ... را گزارش کنند. وضعیت در مناطق مختلف با شاخص تعداد کارکنان به ازای صد هزار نفر در نمودار زیر نشان داده شده است. ملاحظه می شود که این میزان در جهان، ۹ در صد هزار می باشد. در عین حال، پراکندگی شدید بین میزان در مناطق مختلف وجود دارد. تعداد نیروی کار مرتبط با سلامت روان در کشورهای با درآمد بالا، به میزان بسیار قابل توجهی بالاتر از کشورهای با درآمد پایین و متوسط است.

### دسترسی و استفاده از خدمات سلامت روان (خدمات بستری)

خدمات بستری در محل های زیر ارائه می شود:

بیمارستان روانی

بیمارستان عمومی با بخش روانی

مراکز خدماتی جامعه محور

مراکز خدماتی قانونی و جنایی

بیمارستان های مخصوص کودکان و نوجوانان

میانه (median) تعداد تختهای سلامت روان، به ازای ۱۰۰ هزار نفر، از ۵ در کشورهای با درآمد پایین و متوسط تا ۵۰ در کشورهای با درآمد بالا متغیر است. (به طور متوسط ۱۶ می باشد، که از این تعداد، ۱۱.۳ تخت مربوط به بیمارستانهای خاص روانی می باشد) در ضمن، طول مدت طولانی بستری در بیمارستان روانی معضل مهمی در برخی مناطق می باشد. در منطقه آمریکا و آفریقا این میزان بالای ۲۰ درصد و بسیار چشمگیر است.

### خدمات سرپایی

خدمات سرپایی با خدمات بیمارستانی، کلینیک های سلامت روان و خدمات جامعه محور در ارتباط است. تعداد ویزیت های سرپایی بزرگسالان، به ازای صد هزار نفر در کشورهای با درآمد بالا، ۳۶ برابر کشورهای با درآمد پایین و متوسط است. تعداد بیماران درمان شده به ازای صد هزار نفر نشان می دهد که بالاترین میزان مربوط به سایکوز، سپس افسردگی و بعد اختلال دوقطبی بوده است.

### حمایت اجتماعی

منظور از حمایت اجتماعی، مزایای مالی یا غیر مالی از منابع عمومی بعنوان یک حق قانونی برای افراد دچار اختلال روان است. وضعیت ارائه این نوع خدمات در کشورهای مختلف در شکل زیر نمایش داده شده است. عمده ترین انواع خدمات شامل، خدمات مراقبتی اجتماعی (social care support) و حمایت درآمدی بوده است.

### ارتقا و پیشگیری در حوزه سلامت روان

هدف کلی این برنامه ها کاهش معضل استیگما، تبعیض، تخطی از حقوق بشر و مسئولیت پذیری در قبال گروه های آسیب پذیر است. اضافه شدن موضوع سلامت روان در اهداف توسعه پایدار، بر پیاده شدن این اهداف جهانی برنامه سلامت روان کمک کرده است. هدف ۳.۱، به این صورت تعریف شده است که حداقل ۸۰ درصد کشورها دارای حداقل دو برنامه ملی عملیاتی چند بخشی پیشگیری و ارتقا در حوزه سلامت روان باشند. ۱۲۳ کشور، (۶۳ درصد اعضای سازمان بهداشت جهانی)، دارای حداقل دو برنامه عملیاتی بین بخشی مرتبط هستند. ۴۰ درصد برنامه ها، حول محور افزایش سواد سلامت روان و کاهش استیگما بوده است.

### برنامه پیشگیری از خودکشی

یک حیطة مهم در حوزه ارتقا سلامت روان، برنامه های پیشگیری از خودکشی می باشد. که عامل ۷۹۳ هزار مرگ در سال ۲۰۱۶ بوده است. از ۳۵۰ برنامه گزارش شده، ۱۲ درصد مرتبط با پیشگیری از خودکشی بودند. در برنامه راهبردی سال ۲۰۱۳-۲۰۲۰، مقرر شده است که ۱۰ درصد کاهش در میزان مرگ ناشی از خودکشی به دست آید. میزان استاندارد شده سنی خودکشی در سال ۲۰۱۶، ۱۰.۵ در صد هزار بوده است. میزان جهانی استاندارد شده سنی برای هر دو جنس، ۱۳.۷ است. این میزان از ۴.۳ در منطقه EMRO تا ۲۱.۲ در منطقه EURO می باشد. در اطلس جهانی سلامت روان از کشورها درخواست شد که میزان دسترسی به آمار خودکشی را گزارش کنند. ۱۴۸ کشور وجود چنین نظامی را تایید کردند. که در ۵۹ درصد، دسترسی از طریق نظام ثبت مرگ امکان پذیر بوده است. در حال حاضر، حدود ۱۰ درصد کشورهای با درآمد پایین و متوسط دارای برنامه مشخص برای پیشگیری از خودکشی هستند. بهمین خاطر میزان افزایش از سال ۲۰۱۴ به این سمت در این زمینه ناچیز بوده است.

### اولویت های پیشنهادی برای ایران:

- ارتقای نحوه ادغام خدمات سلامت روان در نظام شبکه خدمات سلامت ایران  
- ارتقای مداخلات جامعه محور و بازاریابی اجتماعی با هدف کاهش استیگمای مشکلات مرتبط با سلامت روان  
- طراحی نظام مراقبت داده های مرتبط با سلامت روان و ارتقای نظام ثبت مرگ جهت استخراج تعداد مرگ مربوط به خودکشی



## گزارش جهانی وضعیت بیماری های غیر واگیر (۲۰۱۴)

### GLOBAL STATUS REPORT on noncommunicable diseases 2014

ناشر: سازمان بهداشت جهانی

افراد مشارکت کننده: دکتر مجید عزتی، دکتر گودرز دانایی، ...

#### پیام دبیر کل سازمان بهداشت جهانی (خانم مارگارت چان):

در پیام ایشان بر دو نکته کلیدی تاکید شده است:

- ◊ نقش مهم بیماری های غیر واگیر در سلامت جهانی و پیامدهای مهم جهانی شدن بر بیماری های غیر واگیر
- ◊ وجود پروتکل مشخص جهانی برای مقابله با بیماری های غیر واگیر

#### پیام رییس قسمت بیماری های غیر واگیر و سلامت روان سازمان بهداشت جهانی (دکتر اولگ چسنف)

این گزارش بیانگر وضعیت بیماری های غیر واگیر در جهان، ده سال بعد از تعیین اهداف داوطلبانه توسط کشورها برای کنترل بیماری های غیر واگیر است.

بیماری های غیر واگیر هر سال باعث مرگ ۴۰ میلیون نفر می شود که در واقع عامل ۷۰ درصد مرگها در سطح جهان هستند. گروه های اصلی عامل مرگ ناشی از بیماری غیر واگیر به شرح زیر هستند: بیماری های قلبی عروقی عامل ۱۷.۷ میلیون مرگ / کانسرها عامل ۸.۸ میلیون مرگ / بیماری های ریوی عامل ۳.۹ میلیون مرگ / دیابت عامل ۱.۶ میلیون مرگ

این چهار دسته بیماری عامل ۸۰ درصد مرگهای پیش از موعد ناشی از بیماری های غیر واگیر هستند.

شناختن، غربالگری، و درمان بیماری های غیر واگیر و همچنین خدمات تسکینی جزو مهمترین پایه های پاسخ کشورها به معضل بیماری های غیر واگیر هستند.

#### زمینه

این گزارش دومین گزارش از سری گزارشات پایش وضعیت بیماری های غیر واگیر در جهان است که هر سه سال یکبار منتشر می شود. مخاطب اصلی این گزارش وزیران بهداشت کشورها هستند.

در سپتامبر سال ۲۰۱۱، رهبران کشورها بر سر داشتن تعهد برای یک نقشه راه، در جهت تدوین سیاست ملی غیر واگیر و سند همکاری ملی بین بخشی به توافق رسیدند. برای تسریع در رسیدن به اهداف ملی، در سال ۲۰۱۳، سازمان بهداشت جهانی، یک قالب ۲۵ شاخصی برای رسیدن به اهداف تا سال ۲۰۲۵ تهیه کرد. در عین حال بسته ای از اقدامات تحت عنوان "برنامه عمل: ۲۰۱۳ تا ۲۰۲۰" مصوب شد. در جولای ۲۰۱۴، مجمع عمومی سازمان ملل متحد، مروری بر پیشرفت برنامه های مربوط به بیانیه سال ۲۰۱۱ داشت که در آن، پیشرفت در رسیدن به این اهداف ناکافی تشخیص داده شد.

گزارش حاضر، در واقع براساس ۹ هدف اصلی کنترل این بیماری ها است.

#### \* هدف اول: کاهش ۲۵ درصد در مرگ ناشی از غیر واگیر

هدف حاضر یک هدف نهایی است. در واقع رسیدن به همه اهداف دیگر منجر به رسیدن به این هدف خواهد شد.

#### \* هدف دوم: کاهش ۱۰ درصد در مصرف آسیب رسان الکل

۵.۱ درصد کل بار بیماری در دنیا منتسب به الکل است.

#### \* هدف سوم: کاهش نسبی ۱۰ درصدی برای کم تحرکی

در سال ۲۰۱۰، میزان ۲۳ درصد بزرگسالان بالای ۱۸ سال کم تحرک بودند. زنان کم تحرکی بیشتری دارند. حدود ۸۱ درصد نوجوانان کم تحرک هستند.

#### \* هدف چهارم: کاهش ۳۰ درصدی در مصرف نمک

برآورد از مصرف متوسط نمک در دنیا حدود ۱۰ گرم روزانه است. و توصیه WHO رساندن این مقدار به ۵ است. اند.

#### \* هدف پنجم: کاهش ۳۰ درصد در مصرف دخانیات در بالای ۱۵ سال

در سال ۲۰۱۳، ۹۵ کشور حداقل یکی از چهار اقدام بسیار هزینه اثر بخش را انجام داده اند. فقط دو کشور هر چهار اقدام را در بالاترین سطح انجام داده اند.

#### \* هدف ششم: کاهش ۲۵ درصدی در میزان پر فشاری خون

فشار خون بالا عامل ۷ درصد کل بار بیماری در سال ۲۰۱۰ است. مستندات متعدد بر اثربخشی هم اقدامات جمعیت محور و هم فرد محور تکیه دارند.

#### \* هدف هفتم: متوقف کردن افزایش دیابت و چاقی

در حال حاضر مطالعات بیشتری لازم است که اثر بخشی اقدامات فرد محور و جامعه محور برای کنترل چاقی و دیابت را نشان دهد.

#### \* هدف هشتم: پوشش حداقل ۵۰ درصد افراد واجد شرایط برای دریافت خدمات دارویی و مشاوره برای کاهش خطر سکته قلبی و مغزی

هدف یافتن افراد با خطر افزایش یافته قلبی عروقی و ارائه مداخلات به موقع و ارزان است. مهمترین موانع، عدم دسترسی به خدمات اولیه، داروها و آزمایشات، خدمات پزشکی نامناسب و عدم پیگیری مناسب است.

#### \* هدف نهم: دسترسی حداقل ۸۰ درصدی به تکنولوژی های ارزان، و داروهای اساسی برای درمان بیماری های غیر واگیر هم در بخش خصوصی و هم دولتی

منظور، فراهم ساختن تکنولوژی های لازم برای ارائه خدمات هزینه اثر بخش در مراکز خدمات اولیه سلامت است. داروهای اساسی شامل آسپرین، استاتین ها، مهار کننده آنزیم مبدل آنژیوتانسین، تیازید، مهارکننده کانال کلسیم و مت فورمین، انسولین و برونکودیلاتورها می باشد. تکنولوژی های حداقلی شامل دستگاه اندازه گیری فشار خون، وزن سنج، قد سنج، اندازه گیری قند خون و کلسترول، و نوارهای اداری برای چک آلبومین می باشد.

<p><b>حیطه های اصلی در برنامه های کشوری</b></p> <p><b>اقدامات حاکمیتی (Governance)</b></p> <p>رویکردهای راهبردی در این حیطه شامل موارد زیر است:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◇ تدوین برنامه ملی</li> <li>◇ اطمینان از تطابق برنامه غیرواگیر با دیگر برنامه ها</li> <li>◇ پیگیری تخصیص بودجه برای برنامه</li> <li>◇ ایجاد تعهد سیاسی در بالاترین سطح</li> <li>◇ تقویت زیر ساختهای انسانی</li> <li>◇ تقویت قانونگذاری و نظارت مبتنی بر شواهد</li> <li>◇ استفاده از کمکهای کارشناسی سازمانهای بین المللی</li> <li>◇ ادغام راهبردها با United Nations Development Assistance Framework</li> </ul> <p><b>کنترل عوامل خطر</b></p> <p>راهبردهای زیر مطرح می باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◇ آگاهی عمومی برای تغییر سبک زندگی</li> <li>◇ سیاستهای اقتصادی، تولیدی و دسترسی</li> <li>◇ اقدام برای درمان سبک زندگی نامناسب</li> </ul> <p><b>خدمات سلامت</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◇ لزوم دسترسی به خدمات ارزان، موثر و کارآمد</li> </ul> <p><b>نظام مراقبت (Surveillance)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◇ تعیین اهداف مشخص</li> <li>◇ طراحی و اجرای پیمایش مربوط به عوامل خطر و بیماری</li> <li>◇ تقویت نظام ثبت مرگ</li> <li>◇ تقویت نظامهای ثبت بیماری</li> </ul>	<p><b>تدوین و اجرای یک برنامه ملی چند بخشی برای دستیابی به اهداف تعیین شده</b></p> <p>پیام های کلیدی:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◇ تدوین این برنامه راهی است برای ایجاد یک چهارچوب راهبردی جامع سلامت عمومی در راه رسیدن به اهداف</li> <li>◇ کار با بخش های خارج سلامت راهی برای نیل به اهداف تعیین شده</li> <li>◇ وجود اهداف مشخص، برآوردی از میزانی از سلامت که قرار است به دست آید و میزان منابع لازم برای این کار</li> </ul>
<p><b>اجرای برنامه کشوری</b></p> <p>نیازمند موارد زیر است: نیروی انسانی کارآمد و بودجه کافی / مدیریت موثر منابع مالی / برنامه ریزی راهبردی</p> <p>سازمان بهداشت جهانی ابزار ONEHEALTH را برای اینکار معرفی کرده است. این نرم افزار در واقع ابزاری است برای برنامه ریزان جهت تصمیم گیری های مبتنی بر شواهد</p>	<p><b>تدوین برنامه ملی چند بخشی:</b></p> <p>به جای طراحی یک برنامه برای هر بیماری لازم است یک برنامه جامع طراحی شود.</p> <p>طبق مستند جولای ۲۰۱۴ سازمان ملل و بیانیه سیاسی سال ۲۰۱۱، کشورها متعهد به تقویت برنامه چند بخشی و تعیین اهداف ملی تا سال ۲۰۱۵ شدند. تا دسامبر ۲۰۱۳ تنها ۴۳ کشور دارای برنامه مشخص، چند بخشی و دارای اهداف مشخص برای مدیریت غیر واگیر بودند. که در راستای حرکت جهانی ۲۰۱۳-۲۰۲۰ بود. تمامی کشورها ملزم به تدوین و اجرای چنین برنامه ای تا سال ۲۰۲۵ هستند.</p>
<p><b>مداخلات اولویت دار برای ایران:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◇ لزوم حمایت طلبی بیشتر و کارآمد تر در سطح بالای سیاسی برای مدیریت بیماری های غیرواگیر</li> <li>◇ تقویت نظام مراقبت غیر واگیر برای تولید داده های معتبر، بروز و قابل استفاده در سیاستگذاری</li> <li>◇ لزوم گزارش های دوره ای برای نحوه اجرای سند غیرواگیر</li> <li>◇ ارتقای برنامه خطر سنجدی قلبی عروقی که در حال حاضر در مراکز بهداشت در حال انجام است</li> <li>◇ طراحی و پیاده سازی کمپین های اجتماعی برای کاهش مصرف نمک، تغذیه سالم و فعالیت بدنی</li> <li>◇ اصلاح و بومی سازی مناسب تر گایدلاینهای WHO PEN</li> </ul>	<p><b>تعیین اهداف ملی:</b></p> <p>شاخص های ملی تعیین شده برای کنترل بیماریهای غیر واگیر باید به شکلی باشند که:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- قابل دسترسی باشند.</li> <li>- اقدامات مبتنی بر شواهد، در کشور قابل اجرا باشند.</li> <li>- وضعیت پایه قابل ارزیابی باشد.</li> <li>- جمعیت هدف و اندازه آن مشخص باشد.</li> <li>- وضعیت حاضر مواجهه با عوامل خطر مشخص باشد.</li> <li>- لزوم افزایش نیروی انسانی و مالی برای دستیابی به شاخص تعیین شود.</li> </ul> <p><b>راهکار در زمان عدم وجود اطلاعات:</b> امکان استفاده از برآوردهای سازمان بهداشت جهانی، وجود دارد.</p> <p><b>تکلیف کشورها:</b> کشورها می توانند همه یا تعدادی از ۲۵ شاخص را بپذیرند. و یا تعدادی بسته به شرایط کشور اضافه کنند.</p> <p><b>شاخص های فرایندی:</b> بسته به شرایط کشوری و موانع مهمی که در این راه وجود دارد، شاخص های فرآیندی قابل تعیین می باشد.</p>
	<p><b>محتوای مبتنی بر شواهد:</b> مطالبی که باید در برنامه مد نظر قرار گیرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◇ وجود دورنما، اصول و اهداف ملی</li> <li>◇ خط مشی های کلی برای ارائه خدمات، نظام Surveillance، نحوه حاکمیت و کنترل عوامل خطر</li> <li>◇ تعیین مسئولیت ها و کارهایی که سازمانها باید انجام دهند.</li> <li>◇ پاسخگویی (لزوم مدیریت عملکرد)</li> <li>◇ پژوهش در مورد نحوه اجرایی سازی متناسب با تغییر شرایط</li> <li>◇ مکانیسم قانونی برای نظارت</li> <li>◇ همکاری با بخش های خارج سلامت</li> <li>◇ تعامل با خیرین</li> </ul>

# گزارش جهانی ایمنی جاده ای (۲۰۱۵)

## GLOBAL STATUS REPORT ON ROAD SAFETY 2015

### زمینه: علت تدوین گزارش

برنامه جهانی ایمنی جاده ای در سال ۲۰۱۰ در مجمع عمومی ملل متحد تصویب شده است. در برنامه عملیاتی برای افزایش ایمنی جاده ای (۲۰۱۱ تا ۲۰۲۰)، اقدامات مشخصی برای کشورها توصیه شده است. در اجلاس عمومی ملل متحد، مقرر شد که سازمان بهداشت جهانی میزان پیشرفت کشورها را پایش کند. این گزارش سومین نوع از گزارش پایش کشورها محسوب می شود.

ناشر: سازمان بهداشت جهانی

حامی مالی: موسسه بلومبرگ

مشارکت کننده از ایران: / هماهنگ کننده از ایران: دکتر مشیانه حدادی

### وضعیت حاضر در جهان:

#### مرگ و میر حوادث ترافیکی

حوادث ترافیکی یکی از عوامل اصلی مرگ های قابل پیشگیری هستند. حوادث ترافیکی، مهمترین عامل مرگ، گروه سنی ۱۵ تا ۲۹ است. وضعیت بروز مرگ ناشی از حوادث ترافیکی از سال ۲۰۰۷ به این سمت حالت ثابت (پلاتو) پیدا کرده است. این با در نظر گرفتن این حقایق است، که جمعیت جهان ۴ درصد افزایش پیدا کرده است و تعداد وسایل نقلیه موتوری مورد استفاده، ۱۶ درصد افزایش یافته است. این میزان در ۶۸ کشور رو به افزایش و در ۷۹ رو به کاهش بوده است. منطقه EMRO تنها منطقه ای است که در آن، میزان مرگ در کشورهای با درآمد بالا بیشتر از کشورهای با درآمد متوسط و پایین است.

#### مقدمه دبیر کل سازمان بهداشت جهانی: خانم مارگارت چان

سالانه ۱.۲۵ میلیون نفر بخاطر حوادث ترافیکی فوت می کنند. بین ۲۰ تا ۵۰ میلیون نفر دچار آسیب های غیر کشنده می شوند که اکثرا ناتوان کننده می شوند. ۹۰ درصد مرگ ناشی از حوادث ترافیکی، در کشورهای با درآمد پایین و متوسط رخ میدهد. با اینکه این کشورها حدود ۵۴ درصد وسایل نقلیه جهان را در اختیار دارند. نصف افراد فوتی، آسیب پذیران جاده ای (عابر پیاده، دوچرخه و موتور سوار) میباشد. در سطح کلان و در بسیاری کشورها، حدود ۳ درصد تولید ناخالص ملی، به خاطر حوادث ترافیکی از دست می رود. در سطح خرد، این حوادث باعث تبعات منفی اقتصادی برای فرد و خانواده اش می شود. در حال حاضر، تلاش جامعه جهانی برای این معضل با وجود امکان قابل ملاحظه برای پیشگیری، ناکافی است.

#### قانونگذاری و رفتار استفاده کنندگان از وسایل نقلیه

##### سرعت

افزایش در میزان سرعت متوسط هم بر کمیت و هم شدت آسیبهای ترافیکی اثرگذار است. برای مثال، افزایش متوسط یک کیلومتر بر ساعت برای سرعت وسیله نقلیه، باعث افزایش ۳ درصدی در بروز حوادث آسیبزا و افزایش ۴ تا ۵ درصد حوادث مرگبار میشود.

#### استفاده از کلاه ایمنی در موتور سواران

با توجه به افزایش تعداد موتورسواران، استفاده از کلاه ایمنی با هدف کاهش آسیب سر، به یک اقدام بسیار ضروری مبدل شده است. استفاده از کلاه ایمنی خطر ناشی از مرگ را ۴۰ درصد و خطر آسیب شدید را ۷۰ درصد کاهش می دهد. در ضمن برای کیفیت این کلاه ها، استاندارد بین المللی وجود دارد. در برخی کشورهای با درآمد پایین و متوسط، استانداردهای خاص ملی تدوین شده است. با این اوصاف، تعداد بسیار کمی از کشور ها، قوانین متناسب برای کلاه ایمنی، منطبق با best practice ها دارند. وضعیت اجرای قانون مربوط به کلاه ایمنی، در ایران وضعیت خوبی ندارد.

#### جایگاه سوانح ترافیکی در اهداف توسعه

بدون اقدامات پایدار، حوادث ترافیکی تبدیل به رتبه هفتم مرگ تا سال ۲۰۳۰ خواهد شد. در بیانیه (agenda) جدید برای توسعه پایدار تا سال ۲۰۲۰، اهداف بلندپروازانه ای بصورت کاهش ۵۰ درصدی در میزان مرگ و آسیب ناشی از حوادث ترافیکی، در نظر گرفته شده است.

#### علت تبیین اهداف بلند پروزانه

اطمینان به وجود دانش لازم برای کاهش این میزان از مرگ ناشی از سوانح ترافیکی شواهد زیاد از تجربیات موفق

#### مهمترین کمبودها

عدم استفاده از Best practice ها در تدوین قوانین در بسیاری از کشورها  
عدم اجرای قوانین

عدم توجه کافی به نقش کلیدی کنترل سرعت

وسایل نقلیه با استاندارد پایین

طراحی نامناسب جاده ها بخصوص برای رانندگان آسیب پذیر

#### نتیجه گیری فعلی

تثبیت میزان مرگ (پلاتو) در ۱.۲۵ میلیون مرگ در سال

سرعت پایین حرکت به سمت اهداف توسعه پایدار

#### تأثیر الکل

رانندگی تحت تاثیر مواد روانگردان و الکل ریسک حادثه آسیب زا و کمرگ را افزایش می دهد.

افزایش خطر تصادف ترافیکی به دنبال مصرف الکل، با سطح پایین غلظت الکل (BAC: Blood Alcohol Concentration) در خون رخ می دهد. این خطر، در غلظتهای بالای ۰.۰۴ گرم بر دسی لیتر افزایش قابل ملاحظه پیدا می کند.



## رانندگی همراه با مصرف مواد روانگردان (بجز الکل)

این موضوع یک پدیده جدید در ایمنی جاده ای است. در این حیطة دانش موجود كافی نیست. برای مثال برآورد مناسب جهانی از این پدیده در دسترس نیست. مطالعه مروری براساس ۶۶ مطالعه، بیانگر افزایش خطر حوادث در هنگام مصرف ۱۱ نوع ماده متفاوت است. در حال حاضر ۱۵۹ کشور قوانین مرتبط با مصرف روانگردان درحین رانندگی دارند، ولی این قوانین بسیار مبهم و در نتیجه ناکارآمد است.

## عدم استفاده از کمربند ایمنی و صندلی کودک

استفاده از کمربند ایمنی، باعث کاهش خطر مرگ، حدود ۴۰ تا ۵۰ درصد در سرنشینان صندلی جلو و کاهش ۲۵ تا ۷۵ درصد در سرنشینان صندلی عقب می شود. استفاده صحیح از صندلی کودک، خطر مرگ را در نوزادان به اندازه ۷۰ درصد، و در کودکان به اندازه ۵۴ تا ۸۰ درصد کاهش می دهد. وضعیت قانون مرتبط با کمربند ایمنی در ایران مطلوب گزارش شده است. وضعیت استفاده از صندلی کودک در ایران نامطلوب گزارش شده است.

## رانندگی با تمرکز پایین:

عوامل بسیاری باعث کاهش تمرکز راننده حین حادثه می شود. استفاده از موبایل حین رانندگی خطر تصادف را تا ۴ برابر افزایش می دهد و این خطر کاملاً رو به رشد است. قوانین منع کننده در ۱۳۸ کشور وجود دارد، ولی فقط در ۳۱ کشور قوانین کامل منع (هم استفاده دستی و هم غیر دستی) وضع شده است.

## وسایل نقلیه ایمن تر

بسیاری از کشورها، حداقل استانداردهای ایمنی سازمان ملل متحد برای خودروهای جدید را ندارند. برای مثال نشان داده شده است که سیستم پایداری الکترونیکی (Electronic stability control) باعث کاهش تصادفات می شود، ولی تنها ۴۶ کشور، چنین استانداردی را لحاظ می کنند. وضعیت رعایت استاندارد های بین المللی خودرو در ایران بسیار نامطلوب است. در واقع، ۸۰ درصد خودروهای تولید شده، فاقد استانداردهای اولویت دار UN (سازمان ملل) هستند. استانداردهای مراعات کننده سلامت عابریں در خودروها، در کشورهای بسیار کمی اجرا می شود.

## ایمن تر ساختن راه ها

بررسی وضعیت حاضر نشان می دهد که با رشد اقتصادی و رشد جاده ها، عابریں و راکبین موتور سیکلت ها کمتر مورد توجه گیرد. در عین حال، بحث بیماریها غیر واگیر، مطرح کننده این ایده است که باید برای کاهش کم تحرکی تغییراتی در طراحی جاده ها ایجاد شود. در حال حاضر، ۹۲ کشور دارای سیاستهای خاص، برای افزایش walkability در جاده هستند، که نصف آنها در رده کشورهای با درآمد بالا قرار می گیرند.

## پروفایل ایران

### ساختار سازمانی

سازمان رهبر: کمیسیون ایمنی جاده ای  
دارای بودجه در برنامه بودجه: خیر  
وجود برنامه ملی ایمنی جاده ای: بله  
بودجه برای اجرای برنامه ملی: تا حدودی  
هدف برای کاهش مرگ حوادث جاده ای: ۱۰ درصد سالیانه

### جاده های ایمن تر

وجود نظارت رسمی برای پروژه های جدید راهسازی: خیر  
نظارت مستمر بر راه های موجود: بله  
سیاست افزایش امکان استفاده عابریں یا دوچرخه سواران: منطقه ای (subnational)

سیاست تشویق برای سرمایه گذاری در حمل و نقل عمومی: بله  
سیاست جداسازی عابریں از وسایل نقلیه: منطقه ای (subnational)

### وسایل نقلیه ایمن تر

تعداد وسایل نقلیه ثبت شده در سال ۲۰۱۳ تا ۲۰۱۴: حدود ۲۷ میلیون  
رعایت استانداردهای بین المللی: خیر

### مراقبت بعد تصادفات

نظام مراقبت داده در بخش های اورژانس: بله  
در صد افراد با ناتوانی دائم بدنبال حادثه: ۵ درصد

### اطلاعات

تعداد مرگ گزارش شده در سال ۲۰۱۳-۲۰۱۴: حدود ۱۸۰۰۰  
برآورد سازمان بهداشت جهانی: حدود ۲۵ هزار  
برآورد درصد تولید ناخالص ملی از دست رفته: ۶ درصد

### قوانین

محدودیت سرعت: بله (میزان اجرا: ۷ از ده)  
قانون برای مصرف کنندگان الکل: بله (میزان اجرا: ۸ از ده)  
قانون استفاده از کلاه ایمنی: (میزان اجرا: ۵ از ده)  
قانون استفاده از کمربند ایمنی: (میزان اجرا: ۷ از ده)

## اولویت های پیشنهادی برای ایران:

افزایش تعهد سیاسی برای کمک به حل این معضل در بالاترین سطوح حکومتی  
ارتقای نظام ثبت مرگ و معلولیت ناشی از حوادث ترافیکی  
ارتقای میزان تخصیص بودجه برای حوزه حوادث جاده ای بخصوص در بودجه های سلامت  
لزوم فعالیت بیشتر کمیته کشوری از طریق افزایش اختیارات در کنار تخصیص بودجه مناسب

## گزارش جهانی سل (۲۰۱۶)

### لیست ۳۰ گانه کشورها

سازمان بهداشت جهانی، سه لیست از کشورهای با بار بالای بیماری برای سل، سل آیدز و سل مقاوم به درمان اعلام کرده است (برای ۲۰۱۶-۲۰۲۰). لیست شامل ۳۰ کشور است. ۲۰ کشور، کشورهای با بالاترین میزان بروز مطلق و ده کشوری که بالاترین میزان های سرانه را دارند. ایران در این لیستها نمیگنجد. شش کشور، مسئول ۶۰ درصد موارد جدید سل می باشند: هند / اندونزی / چین / نیجریه / پاکستان / آفریقای جنوبی



ناشر: سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۶

### زمینه:

بیماری سل، در کل هزاره وجود داشته و بعنوان یک معضل مهم جهانی سلامت، مطرح می باشد. این بیماری جزو، ده علت اول مرگ در جهان باقیمانده است.

### پایش جهانی سل

در اهداف توسعه پایدار ۲۰۳۰، یکی از اهداف، خاتمه دادن به همه گیری سل است. اجلاس جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۴، اهداف برای سال ۲۰۳۰ را تبیین کرده است:

◇ ۹۰ درصد کاهش در مرگ ناشی از سل

◇ ۸۰ کاهش در موارد بروز سل

راهبرد کنترل سل دارای سه شاخص اساسی است:

◇ میزان بروز سل

◇ تعداد مرگ مطلق ناشی از سل

◇ درصد بیماران و خانوارهای مبتلا به سل که درگیر با هزینه های فلاکت بار بیماری هستند.

### راهبرد خاتمه دادن به معضل سل (The End TB Strategy)

در سال ۲۰۱۲، برنامه سازمان بهداشت جهانی برای سل، راهبرد سال ۲۰۱۵ تا ۲۰۳۰ را تحت عنوان این راهبرد ارائه داد. بعد از دو سال مشورت، راهبرد پیشنهادی در اجلاس جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۴ مورد بررسی قرار گرفت و مورد تصویب اعضا قرار گرفت. گزارش حاضر، اولین گزارش در جهت پایش این برنامه است.

### وضعیت اپیدمی سل و سل مقاوم به درمان

به نظر می رسد ابعاد اپیدمی سل، وسیعتر از برآوردهای قبلی است. هر چند که میزان کلی مرگ و بروز، در حال کاهش است.

در سال ۲۰۱۵، ۱۰.۴ میلیون مورد جدید سل در جهان گزارش شده است که ۵۶ درصد مرد، ۴۴ درصد زن و ۱۰ درصد کودک می باشند.

۱۱ درصد موارد جدید مربوط به موارد HIV مثبت می باشد.

میزان کاهش بروز از سال ۲۰۱۴ تا ۲۰۱۵، فقط ۱.۵ درصد بود. لازم است که این میزان به حدود ۴ تا ۵ درصد برسد تا اهداف سال ۲۰۲۰ تامین شود.

در سال ۲۰۱۵، ۴۸۰ هزار مورد جدید MDR-TB و ۱۰۰ هزار مورد RR\_TB (Rifampine Resistant) ثبت شده است. ۵۵ درصد این موارد، در کشورهای چین، هند و روسیه می باشد.

در سال ۲۰۱۵، ۱.۴ میلیون مرگ ناشی از TB اتفاق افتاده است. در کنار آن، ۰.۴ میلیون مرگ ناشی از HIV اتفاق افتاده است. با اینکه مرگ ناشی از سل، ۲۲ درصد از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ کاهش پیدا کرده است، سل همچنان جزو ده علت اول مرگ در سراسر جهان در سال ۲۰۱۵ محسوب می شود.

### وضعیت شاخص های ایران در گزارش

ایران جزو کشورهایی است که استاندارد مراقبت داده ها رعایت نمی شود.

در مورد شاخص نسبت مرگ بدنبال اسکار سل، ایران جزو کشورهای بدون اطلاعات است.

در مورد بروز سل، ایران جزو کشورهای با بروز زیر ۲۵ در صد هزار جمعیت است (بروز بسیار کم) در مورد مرگ ناشی از سل، ایران جزو کشورهای با میزان ۱-۴.۹ در صد هزار جمعیت است (بسیار کم)

شاخص کشندگی در ایران، بین ۱۰-۲۰ درصد است (متوسط).

کمتر از ۳ درصد موارد سل در ایران سل مقاوم به درمان است. (بسیار پایین)

## تشخیص و درمان سل

درمان سل، باعث نجات ۴۹ میلیون نفر از مرگ از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ شده است. اما همچنان نقص های بزرگی در تشخیص و درمان سل همچنان وجود دارد.

کم شماری موارد سل مشکل مهمی است. علت آن دو قسمت است: (۱) تشخیص توسط بخش خصوصی و عدم گزارش، (۲) عدم تشخیص در مناطق با درآمد پایین

بحران شناسایی و درمان موارد MDR\_TB، همچنان ادامه دارد. از ۵۸۰ هزار نفر فرد مبتلا به سل مقاوم که واجد شرایط درمان بود اند، فقط ۱۲۰ هزار نفر درمان دریافت کرده اند. (۲۰ درصد). میزان موفقیت درمان سل مقاوم به چند دارو، ۵۲ درصد است.

در مورد دسترسی به تستهای مقاومت آنتی بیوتیک، در سال ۲۰۱۵، ۳۰ درصد از ۳.۴ میلیون مورد سل با تایید تست باکتریولوژیک، تست مقاومت به ریفامپین، در ۲۴ درصد موارد جدید و در ۵۳ درصد مواردی که قبلا درمان شده اند، انجام شده است.

در مورد تستهای تشخیصی، تنها کیتی که در حال حاضر توسط سازمان بهداشت جهانی توصیه می شود، Xpert@MTR/RIF assay (Cepheid, Sunnyvale

(USA) می باشد. در کشورهای زیادی، تلاش هایی در جریان است تا این تست بعنوان اولین تست تشخیصی برای افراد با علائم و نشانه های سل ربوی استفاده شود.

داده های مربوط به درمان، نشانگر این است که میزان موفقیت درمان ۸۳ درصد می باشد. برای سل مقاوم به درمان این میزان ۵۳ درصد می باشد. برای موارد بسیار مقاوم (XDR-TB)، ۲۸ درصد می باشد.

## خدمات پیشگیری برای سل

کشور آفریقای جنوبی بعنوان کشوری با بیشترین سهم (۴۵ درصد)، در مواردی است که دچار HIV هستند و درمان پیشگیرانه سل را دریافت می کنند. البته کشورهای زیادی داده های این شاخص را گزارش نمی کنند.

در سال ۲۰۱۵، ۵۵ درصد موارد سل، دارای تست ایدز بوده اند. نسبت افراد HIV مثبت که تحت درمان ضد آنتی ویروس بوده اند، ۷۸ درصد بوده است.

دسترسی به درمان پیشگیرانه سل باید افزایش یابد. ۹۱۰ هزار نفر از بیماران HIV مثبت، در سال ۲۰۱۵ این مداخلات را دریافت کرده اند. ۸۷ هزار کودک واجد شرایط برای دریافت درمان پیشگیرانه، این خدمات رادریافت کرده اند (۷ درصد واجدین شرایط).

در سطح جهان، بیماری در کودکان مسئول ۶.۳ درصد موارد بروز جدید هستند. (سال ۲۰۱۵)

نسبت گزارش سل (TB notification) در میان کارکنان بخش سلامت به گزارش سل در جمعیت عمومی به طور متوسط دو برابر است، که قابل استفاده برای صحت میزان بروز است.

واکسیناسیون BCG بعنوان قسمتی از برنامه ملی واکسیناسیون کودکان باید براساس اپیدمیولوژی سل ادامه یابد. در سال ۲۰۱۵، ۱۶۳ کشور این واکسیناسیون را با پوشش بالای ۹۰ درصد انجام می دهند.

## حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی، باید از طریق مدل های بهتر خدمات و مزایای اجتماعی ارتقا یابد. بسیاری از کشورهای با درآمد پایین و متوسط، برنامه هایی برای حمایت اجتماعی و اقتصادی برای بیماران سل، دارند ولی لازم است که این برنامه ها به شکل بهتری مستند شده و ارزشیابی شود.

## تامین هزینه مالی برای سل

در عمده کشورهای با شیوع بالا (بجز هند) تامین هزینه به شکل بومی است. در کشورهای دیگر با بار بالای سل، کمک های بین المللی غلبه دارد و به ۷۵ درصد هزینه های مربوط به برنامه های کنترل سل می رسد.

میزان این کمک های بین المللی در مورد سل، بسیار کمتر از کمک های لازم برای ایدز و مالاریا است. این میزان در سال ۲۰۱۴، برای ایدز ۵.۴ برای

## تحقیقات و توسعه در حیطه سل

با وجود پیشرفتهایی در روشهای تشخیصی جدید، درمانها و واکسیناسیون، تحقیقات و توسعه برای سل همچنان دچار فقر منابع مالی می باشد. حداقل دو میلیارد دلار در سال، برای تحقیق و توسعه لازم است. تامین هزینه در بین سال ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۴، هیچگاه از ۰.۷ میلیارد دلار بیشتر نبوده است.

در سال ۲۰۱۶، چهار تست تشخیصی جدید توسط سازمان بهداشت جهانی توصیه شده است:

◇ Loop-mediated isothermal :TB-LAMP amplification test for TB

◇ دو تست LPA (Line Probe assays) برای سنجش مقاومت به خط اول درمان سل (ایزونیازید و ریفامپین)

◇ تست LPA برای سنجش مقاومت به خط دوم درمان سل

تست های دیگری در حال طراحی و ورود به بازار است. ۹ دارو و ۱۳ نوع واکسن در حال گذر از مراحل تحقیقاتی هستند.

## اولویت های پیشنهادی برای ایران:

نظارت بیشتر بر اجرای برنامه DOTS

توجه بیشتر برای پیگیری موارد سل مقاوم به درمان

توجه بیشتر به موضوع همراهی سل و ایدز

ادامه برنامه واکسیناسیون BCG

بررسی تستهای جدید جهت ورود به گایدلاینهای کشوری

## گزارش جهانی همه گیری دخانیات (۲۰۱۷)

WHO REPORT ON THE GLOBAL TOBACCO EPIDEMIC, 2017

Monitoring tobacco use and prevention policies

ناشر: سازمان بهداشت جهانی

تامین مالی: Bloomberg Philanthropies

### مقدمه دبیر کل

گزارش حاضر، شش امین از سری گزارشات سازمان جهانی بهداشت با هدف پایش عملکرد کشورها در جهت انجام تعهدات برای کنترل دخانیات می باشد.

گزارش اخیر بیانگر پیشرفت های عمده در زمینه کنترل دخانیات در کشورها و به تبع آن کنترل بیماریها می باشد.

یک دهه از زمان تصویب FCTC (کنوانسیون جهانی کنترل دخانیات) و تجویز رویکرد MPOWER می گذرد. در سالی که این اقدام شروع شد، تنها ۴۲ کشور اجرا کننده حداقل یکی از اقدامات پیشنهادی بودند که این تعداد کشور، در حال حاضر به ۱۲۱ کشور و در بالاترین سطح رسیده است.

هشت کشور، حداقل چهار مورد از شش اقدام توصیه شده در MPOWER را پیاده کرده اند.

در جدول کشورها و در نیمه بالایی جدول، بیش از نصف کشورها، متعلق به کشورهای با درآمد پایین و متوسط هستند.

پایش اقدامات در کشورها نشان می دهد که از سال ۲۰۰۷ تا حال، حدود دو سوم جمعیت جهان از حداقل یک مداخله بهره مند شده اند (افزایش چهار برابری)

بعد از اعلام FCTC توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۳، اکنون در سال ۲۰۱۷ در شرایطی هستیم که اجرای این راهبرد در یکی از اهداف جهانی توسعه پایدار قرار داده شده است.

تلاشهای مهم بعدی، در جهت محدود کردن تجارت غیر قانونی مواد دخانی خواهد بود که با طی مراحل قانونی، اجرای آن تشدید خواهد شد و این نیازمند مشارکت بین المللی است.

### پیام مایکل بلومبرگ سفیر جهانی سازمان بهداشت جهانی

پیشرفت های قابل توجه در حوزه اقدامات MPOWER نشانگر پیروزی نزدیک در مقابله با معضل دخانیات است.

برای غلبه بر معضل دخانیات، بنیاد بلومبرگ متعهد به تامین یک میلیارد دلار در طی ده سال در کشورهای با درآمد پایین و متوسط شده است.

برخی از پیشرفتهای مهم در همین دو سال اخیر به دست آمده است. برای مثال اشکال و پیامهای هشداردهنده روی بسته سیگار، از هند تا اتحادیه اروپا فراگیر شده اند.

بلومبرگ در جهت مقابله با معضل دخانیات، در آینده با سازمان بهداشت جهانی و دبیر کل کار خواهد کرد. کشورها تلاش زیادی در جهت کنترل دخانیات داشته اند ولی این کافی نیست و گزارش حاضر کمک کننده کشورها در ادامه این راه خواهد بود.

### راهبرد MPOWER:

**M:** پایش وضعیت مصرف و کنترل دخانیات

**P:** حفاظت مردم در برابر دود سیگار

**O:** خدمات ترک دخانیات

**W:** پیامهای هشدار دهنده

**E:** ممنوعیت تبلیغات

**R:** افزایش قیمت و وضع مالیات

### پایش، اقدامات حیاتی

ششمین حیطه از اقدامات MPOWER، مربوط به حیطه پایش می باشد که نه به اندازه کافی مورد توجه و نه از نظر مالی تامین شده است.

در سال ۲۰۱۶، فقط یک سوم کشورها نظام پایش مناسبی داشته اند.

فقط یک چهارم کشورها پایش را با استانداردهای مناسب انجام می دهند.

بسیاری کشوری بعد از اولین پایش، پایش بعدی را در فاصله زمانی ۵ ساله، انجام نمی دهند.

۳۵ کشور با درآمد پایین و متوسط، تابحال هیچ نوع پیمایش ملی نداشته اند.

### پایش سیاست ها

کشورهای با اجرایی سازی بیش از دو اقدام MPOWER نسبت به سال ۲۰۰۷، هفت برابر شده اند.

هشت کشور پنج اقدام MPOWER را محقق کرده اند. که ایران هم جزو آنهاست.

در سال ۲۰۱۲ ترکیه تنها کشوری بود که هر پنج اقدام MPOWER را محقق کرده است.

### افت در جدول کشورها بخاطر تغییر در قوانین:

کشور عربستان سعودی به خاطر اجازه برای تاسیس اتاق های دخانیات در مراکز خدماتی از لیست کشورهای با بالاترین دستیابی به استانداردهای FCTC خارج شد.

### پیشرفت چشمگیر در کشورهای با درآمد متوسط و پایین:

در گزارش جدید، ده کشور از آنهایی که سیاست خاصی برای کنترل دخانیات نداشتند، یک یا بیشتر از MPOWER را پیاده کردند.

### WHO FCTC

این تعهد نامه بین المللی از ۲۷ فوریه سال ۲۰۰۵ توسط ۴۰ کشور الزام قانونی پیدا کرد. که در حال حاضر به ۱۸۰ کشور و بیش از ۹۰ درصد جمعیت جهان رسیده است.

در واقع یکی از مهمترین موفقیت ها در تاریخ سازمان ملل بوده است.

در ادامه این موفقیت ها، اولین پروتکل FCTC تحت عنوان پروتکل کنترل تجارت غیر قانونی دخانیات در سال ۲۰۱۲ توسط اعضا تصویب شد.

### دستاوردهای کنوانسیون

WHO FCTC در واقع ترکیب کننده راهبردهای کاهش تقاضا و کاهش عرضه است.



## ماده ۲۰ FCTC: پژوهش، نظام مراقبت و تبادل اطلاعات

تحت ماده ۲۰ کشورها متعهد به موارد زیر شده اند:

- ارتقا و انجام برنامه های تحقیقاتی
- ایجاد یا تقویت نظام مراقبت داده ها
- شناسایی و استفاده از منابع تکنیکی، مالی بین المللی
- ارتقا و تسهیل تبادل اطلاعات مانند آنچه که در مورد اقدامات متقابل شرکتهای دخانیات می باشد.

گایدلاین خاصی برای اجرای ماده ۲۰، توسط اعضا (کشورها) تدوین نشده است. بهمین جهت، دبیر کنوانسیون، خلاصه ای از شاخص ها برای ارتقای جمع آوری و اشتراک اطلاعات طراحی کرده است.

## مقابله برای اقدامات صنایع دخانی: یک الزام مهم

اقدامات صنایع دخانی برای مقابله با اقدامات سلات عمومی، مهمترین مانع برای اجرایی کردن FCTC هست که کشورها متعهد به مقابله می باشند. در این زمینه گایدلاینی توسط کنوانسیون تهیه شده و یک مکانیسم پایش طراحی شده است.

## رویکرد صحیح قانون: کنترل صنایع دخانی

### مسئله:

صنایع دخانی در حال انجام اقدامات ملی و بین المللی برای بی اثر کردن سیاستهای سلامت عمومی از طریق طرح شکایت در مجامع عمومی هستند و کشورهای با درآمد پایین و متوسط در این زمینه آسیب پذیرترند.

### راه حل:

لازم است کشورها از طریق یک چارچوب قانونی در برابر این اقدامات حمایت شوند. بنیادهای گیتس و بلومبرگ منابع مالی در اختیار کشورهای با درآمد پایین و متوسط برای اینکار قرار می دهند.

اشتراک اطلاعات کمک کننده است. برای مثال تجربه استرالیا در مورد Plain packaging در انگلستان استفاده و در می ۲۰۱۷ اجرایی شد، بعد از اینکه دیوان عالی کشور درخواست صنایع دخانی را رد کرد.

## حفاظت مردم در برابر دود سیگار

طبق ماده ۸، FCTC این قوانین می توانند ساده و هزینه اثربخش باشند.

مسئله: قانون جامع محافظت افراد در برابر دود سیگار در ۵۵ کشور (۳۰ درصد جمعیت جهان) اجرایی شده است.

نکته اینکه از این ۵۵ کشور، فقط در ۲۲ کشور (۴۴ درصد) پذیرش و اجرای کامل دیده می شود. اجرای قانون مصرف دخانیات در کافه ها و دانشگاه ها چالش برانگیز بوده است.

### راه حل:

- کمپین های رسانه های همگانی
- بدنه اجرایی باید کارآمد و مستقل از صنایع دخانی باشد.
- منابع مالی کافی باید تامین گردد
- جرایم مناسب برای زیر پا گذاشتن قانون باید در نظر گرفته شود.

## سیگاری دست دوم:

هیچ سطح مورد اطمینانی برای سیگاری دست دوم وجود ندارد. حتی در معرض بودن گهگاهی هم می تواند منجر به عوارض مهم شود.

## تأثیر بر کسب و کارها (رستوران و ...)

عدم تأثیر منفی نشان داده شده است. در عین حال مشوق افراد سیگاری به ترک بوده است.

## عدم اجرای جامع قانون

وجود استثنا در قانون، مانند شرکتهای خصوصی، رستوران ها، کافه ها، دانشگاه و حمل و نقل عمومی و اتاق سیگار Designed: Smoking Room) روند اجرای قانون را مختل می کند.

## خدمات ترک سیگار

طبق ماده ۱۴ FCTC، کشورها متعهد به ارائه این خدمات می شوند. ایران جز کشورهایی است که خدمات ترک دخانیات به شکل مناسبی ارائه می شود.

راه حل های پیشنهادی (خدمات ترک دخانیات) به شرح زیر است:

- استفاده از سیستم های موبایلی (mTobacco Cessation)
- ارسال پیامهای متنی
- خط تلفنی برای ترک دخانیات (quitline) بدون هزینه

## سیگارهای الکترونیکی

شواهدی نادری برای سودمندی این روش داریم سازمان بهداشت جهانی، گزارشی را در مورد سیگار الکترونیکی در سال ۲۰۱۶ به اجلاس FCTC ارائه کرد که حاوی بسته قوانین برای نظارت روی این محصول است.

در حال حاضر ۵۲ کشور در ورود این محصول قوانینی دارند. بطوریکه در دو سوم بعنوان محصول درمانی و در یک سوم بعنوان محصول دخانی در نظر گرفته شده است.

## افزایش قیمت و مالیات بر دخانیات

در گزارش حاضر، میزان مالیات دخانیات در ایران، حدود ۲۰ درصد ذکر شده که جز پایین ترین میزان ها در دنیاست. در عین حال قیمت در ایران، از سال ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۷ تغییری نداشته است. افزایش ۱۰ درصد در قیمت خرده فروشی، منجر به کاهش مصرف به اندازه ۴ درصد در کشورهای با درآمد بالا و ۵ درصد در کشورهای با درآمد متوسط و پایین شده است.

## اولویت های پیشنهادی برای ایران:

- افزایش مالیات برای دخانیات با هدف کاهش تقاضا
- ممنوعیت تبلیغ دخانیات در رسانه هایی مانند سینما و در سطح خرده فروشی
- لزوم انجام سه پایش اصلی دخانیات (جدا از STEPS)
- آموزش های کافی در سطح مدارس برای پیشگیری از شروع در نوجوانان
- ادامه کمپینهای دنرمالیزه کردن دخانیات در سطح جامعه
- لزوم انجام پایش در زمینه نحوه اجرای قانون منع دخانیات

## URBAN

equitable, healthier cities for sustainable development

## HEALTH

ناشر: سازمان بهداشت جهانی و UN-HABITAT

### پیام مدیران اجرایی

ما در موقعیت جهانی بی سابقه ای هستیم که در آن اکثر جمعیت جهان در شهرها زندگی می کنند. این میزان در سال ۲۰۳۰ به ۶۰ درصد خواهد رسید که دو برابر این میزان در سال ۱۹۵۰ است.

اولین گزارش مشترک سلامت شهری در سال ۲۰۱۰ تحت عنوان شهرهای پنهان و لزوم غلبه بر بی عدالتی در سلامت منتشر شد. در آن گزارش نشان داده شد که حاشیه نشینان شهری، نه تنها وضعیت بدتری به نسبت قشر مرفه شهری دارند بلکه وضعیتشان از همتایان روستایی شان بدتر است.

با توجه به تصویب اهداف توسعه پایدار و تعهد کشورها به انجام آن، هدف یازدهم تحت عنوان رسیدن به سلامت شهری تعیین شده است. رسیدن به اهداف از طریق سنجش ها و اندازه گیری ها آغاز شده است. در ۱۰۲ شهر از ۵۳ کشوربا استفاده از ابزار URBAN HEART بی عدالتی در شهرها سنجیده شده است. این شهرها شهرهای کوچکی بوه اند و یا شهرهای بزرگی با بیش از هشت میلیون نفر جمعیت مانند تهران در کشور ایران. گزارش حاضر در برگیرنده تجارب موفق برای رسیدن به این اهداف است.

### تاریخچه

اولین گزارش سلامت شهری (۲۰۱۰) تحت عنوان شهرهای پنهان، متمرکز بر موضوع بی عدالتی در سلامت و نقش ممانعت کننده آن در توسعه پایدار شهرها بوده است. بهمین خاطر در اهداف توسعه پایدار تدوین شده در سال ۲۰۱۵، برخلاف اهداف توسعه هزاره (سال ۲۰۰۰)، عدالت بعنوان یک ارزش پایدار در نظر گرفته شده است.

### زمینه

با توجه به تصویب اهداف توسعه پایدار در سال ۲۰۱۵، جامعه جهانی از سال ۲۰۱۶ تا ۲۰۳۰ در پی تحقق این ۱۷ هدف مربوط به توسعه پایدار خواهد بود. که مورد موافقت ۱۹۳ عضو سازمان ملل قرار گرفته است.

هدف سوم، در سند توسعه پایدار، تحت عنوان اهداف سلامتی (health goals) می باشد. که شامل ۱۳ target می باشد. این هدف بدنال تامین زندگی سالمتر برای تمام گروه های سنی است. اهداف شامل حیثه هایی مانند سلامت روان، بیماریهای واگیر و غیر واگیر، پوشش عمومی خدمات و سلامت محیط می باشد.

هدف یازدهم سند توسعه پایدار ملل متحد متمرکز بر سلامت شهری است. که خود شامل ۱۰ target است. هدف تامین شهرهای سالم، ایمن، تاب آور و پایدار است.

این ده target مرتبط با سکونت (housing)، حمل و نقل، اقتصاد شهری و محیط شهری می باشد.

این اولین بار است که شهرها در دستور کار (agenda) توسعه پایدار وارد شده اند. دو دلیل برای افزایش توجه به این موضوع وجود دارد. از سال ۲۰۰۸ به بعد، بیش از نصف جمعیت جهان در شهرها به سر می برند. این میزان در سال ۲۰۵۰ به دوسوم خواهد رسید. دلیل دوم، نقشی است که شهرها در مقوله رهبری برای توسعه دارند. در مواردی مانند تغییرات آب و هوایی، سلامت عمومی و امنیت غذایی.

تجربه نشان داده است که دولتهای محلی و شهرداری ها، این قدرت را دارند که رسیدن به این اهداف را تسریع کنند. برای مثال در بیانیه شهرداران جهان در سال ۲۰۱۴ تحت عنوان بیانیه پاریس، شهرداران خود را متعهد کردند به کنترل اپیدمی ایدز تا سال ۲۰۲۰ که این مهلت، ده سال زودتر از مهلتی است که در اهداف توسعه برای کشورها تعیین شده است.

مثال دیگر ائتلاف ۲۰۶ شهردار از سراسر جهان برای مقابله با تغییرات آب و هوایی از طریق کاهش گازهای گلخانه ای بود.

می توان گفت که اهداف سوم (سلامت) و هدف یازدهم (سلامت شهری) بهم پیوسته هستند. هر دو بطور شفاف، بحث کنترل آلودگی هوا و ایمنی جاده ای را مورد توجه قرار داده اند. و یا target چهارم، برای سلامت شهری تحت عنوان کاهش مرگ ومیر ناشی از بلایا، بطور مشخصی مرتبط با سلامتی است. در ضمن کلیه target های مرتبط با هدف یازده توسعه، که به قصد ارتقای شرایط زندگی و کار طراحی شده اند، مرتبط با هدف نهایی سلامتی هستند.



### حیطه اول: بی عدالتی در سلامت مانعی برای توسعه پایدار

در اهداف توسعه هزاره (سال ۲۰۰۰)، بحث بی عدالتی بطور کلی مورد غفلت واقع شده بود. اصل عدالت در سلامت در حال حاضر، اصلی بنیادین در اهداف توسعه پایدار و نیز در دستورالعمل جهان پوشش همگانی سلامت است. در واقع بی عدالتی سلامت در شهرها موضوعی پیچیده ولی در عین حال قابل حل می باشد. یکی از چالشهای مهم در زمینه کاهش بی عدالتی، نبود منابع اطلاعاتی معتبر در مناطق حاشیه ای است. بطوریکه بسیاری از مواقع این مناطق در پیمایش های شهری رسمی جا می افتند.

### حیطه دوم: ارتقای پوشش همگانی سلامت

در دهه های اخیر موفقیت هایی در این زمینه حاصل شده است ولی به نظر می رسد که عدم دستیابی گروه های بزرگی از مردم به خدمات سلامت همچنان وجود دارد. توجه به مستضعفین شهری، راه حل مهمی برای دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت است. مهمترین چالشهای پوشش همگانی سلامت به شرح زیر است: رشد جمعیت شهری / تنوع جمعیت از نظر فرهنگی و اقتصادی / وجود جمعیت های خاص مستضعف مانند زاغه نشین ها

### حیطه سوم: غلبه بر بیماریهای واگیر

شهرها نقش رهبری در کنترل بیماریهای واگیر دارند تراکم نسبی جمعیت در شهرها دسترسی به خدمات را تسهیل می کند. تراکم بالا در عین حال خطر انتشار بیماریهایی مانند TB و آنفولانزا را تشدید می کند. توسعه شهرها خارج از ظرفیت دولتهای محلی، باعث ایجاد گروه های آسیب پذیر در حاشیه شهرها می شود.

### حیطه چهارم: بیماریهای غیر واگیر، اپیدمی جدید شهری

بیماریهای غیر واگیر اثرات اقتصادی مهمی روی شهرها خواهند داشت. محیط شهری، تسهیل کننده سبک زندگی و رفتارهای مرتبط با ایجاد این بیماریها است.

### حیطه پنجم: سو تغذیه در قرن بیست و یکم

شهرها بطور فزاینده ای، با دو پدیده کمبودهای تغذیه ای و بیش خوری مواجه هستند کشاورزی شهری بعنوان یکی از راه های تامین امنیت غذایی باید مد نظر باشد.

### حیطه ششم: تامین آب سالم و فاضلاب برای همه

با وجود پیشرفتهای چشمگیر، تامین عادلانه این خدمت، معضل مهمی در بسیاری از شهرها می باشد. به نظر می رسد که هدف ۸۰ درصدی تعیین شده برای تامین آب سالم در جاهایی مانند آفریقا و آسیا محقق شده است. هرچند که شاخص عدالت وضعیت مناسبی ندارد.

### حیطه هفتم: طراحی شهری پایدار و سالم

شهرها باید طوری طراحی شوند که امکان رفتارهای سالمتر و دستیابی به سلامت را فراهم سازند.

نتیجه ایجاد شهرهای با تراکم پایین توسعه ناپایدار است. این قسمتهای شهری تبدیل به مناطقی می شوند که کارکرد منفرد دارند یعنی فقط جایی برای سکونت هستند یا فقط برای کار. در مقابل، در شهرهای متراکم، فواصل شهری کمتر است که این باعث کاهش هزینه و زمان حمل و نقل می شود. در عین حال، این فضاهای متراکم باید امکان فعالیت بدنی برای افراد را فراهم سازند. ایجاد فضاهای سبز مناسب و محیط های تفریحی کلیدی است. در عین حال باید به جنبه های منفی تراکم شهری هم توجه کرد.

### حیطه هشتم: تغییر در نظام های حمل و نقل

حمل و نقل شهری باید سالمتر، ایمن و پایدار باشد. برای تامین حمل و نقل ایمن، طراحی های لازم در جاده ها برای کاهش سرعت در معابر در کنار قوانین محدود کننده اهمیت بسیاری در کاهش آسیب ها دارد.

### حیطه نهم: ارتقای ایمنی در خانه ها

استفاده بیشتر از انرژی پاک و ارتقای قدرت خرید از چالشهای مهم در این زمینه هستند. چالش جهانی برای خانه دار شدن رو به افزایش است. به نظر می رسد تا سال ۲۰۲۵، برای یک میلیارد نفر، خانه جدید لازم باشد (برای حدود ۵۰ میلیون شهروند در سال) برآورد می شود تا سال ۲۰۲۵، یک سوم جمعیت شهری جهان در خانه های غیر استاندارد سکونت داشته و برای تامین هزینه های زندگی تحت فشار باشند.

### حیطه دهم: ایمنی و خشونت شهری

در کشورهای در حال توسعه، ۶۰ درصد همه شهرنشینان قربانی خشونت بوده اند. عوامل مانند انزوای اجتماعی، فقر، آموزش ضعیف، بی عدالتی بعنوان عوامل اصلی خشونت شهری هستند. این وضعیت در مکانهای سکونت غیر رسمی و زاغه ها بیشتر است.

کاهش خشونت و ارتقای امنیت باید یک اولویت شهری باشد

### اولویت های پیشنهادی برای ایران:

- ◇ طراحی و اجرای استانداردهای مرتبط با سلامت در طراحی شهری و ساخت خانه ها
- ◇ آموزش های همگانی در مورد استاندارد های ایمنی در منازل
- ◇ تعهد سیاسی برای توجه بیشتر به موضوع اپیدمی بیماری های غیرواگیر

## گزارش جهانی خشونت علیه زنان (۲۰۱۳)

### Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence

#### مشارکت کنندگان:

سازمان بهداشت جهانی  
دانشکده بهداشت و بیماری‌های گرمسیری لندن  
انجمن تحقیقات سلامت آفریقای جنوبی  
ناشر: سازمان بهداشت جهانی

#### زمینه

خشونت علیه زنان یک موضوع مهم سلامت عمومی و در عین حال یک عامل مهم تهدید حقوق زنان است. گزارش حاضر، اولین گزارش در نوع خود است که به طور نظام مند اطلاعات علمی در مورد شیوع دو شاخص زیر ارائه می دهد.

- ◇ خشونت توسط شریک جنسی (Intimate partner violence)
- ◇ خشونت جنسی توسط فردی به غیر از شریک جنسی (Non-partner sexual violence)

برآورد های بدست آمده، براساس آمار از ۷۹ کشور جمع آوری شده است. علاوه بر شیوع، گزارش حاضر تاثیر این نوع خشونت را بر جنبه های مختلف سلامت زنان شامل سلامت جسمی، جنسی، باروری و روانی بررسی می کند. شامل:

- ◇ افزایش خطر افسردگی و اختلال اضطرابی
- ◇ پیامدهای نامطلوب برای نوزادان
- ◇ بیماری منتقله از راه جنسی و HIV

نیاز واضحی برای پاسخ به این مشکل و همکاری بین بخش های مختلف، هم در جهت پیشگیری و هم ارائه خدمات به قربانیان وجود دارد. تفاوت بین میزان خشونت در جوامع مختلف نشان می دهد که خشونت پدیده ای غیر قابل اجتناب نیست و می توان از آن پیشگیری کرد. برنامه های پیشگیرانه امیدوارکننده ای وجود دارد که لازم است آزمایش شده و ارتقا یابند.

مستندات فزاینده ای، در مورد علل این پدیده وجود دارد. مستندات، نیاز برای مداخله بر روی محیط اجتماعی و اقتصادی را که بوجود آورنده یک محیط فرهنگی تقویت کننده خشونت علیه زنان است، روشن می سازند.

#### عوامل خطر

- ◇ هنجارهای اجتماعی حمایت کننده از مردسالاری و کنترل زنان
- ◇ چشم پوشی از خشونت علیه زنان
- ◇ معرض بودن کودکان به خشونت
- ◇ قوانین تبعیض آمیز خانواده
- ◇ افزایش توانمندی اقتصادی و قانونی زنان

#### برآورد جهانی و منطقه ای خشونت علیه زنان توسط شرکای جنسی (partners)

شیوع خشونت توسط شرکای جنسی حدود ۳۰ درصد می باشد، که به شکل جسمی و جنسی می باشد. (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۲۷.۸ - ۳۲.۲ درصد). میزان تجربه این نوع خشونت در کل طول مدت زندگی در کشورهای منطقه EMRO و آفریقا، حدود ۳۷ درصد بوده است. در اروپا این میزان ۲۵ درصد بوده است. پیک سنی برای این مشکل، سن ۴۰-۴۴ سالگی است. در سراسر جهان، ۳۸ درصد قتل زنان توسط شرکای جنسی انجام می گیرد.

#### خشونت جنسی توسط فرد غیر شریک جنسی

در جهان ۷.۲ درصد زنان در جهان مورد خشونت جنسی توسط فرد غیر شریک جنسی قرار گرفته اند. (فاصله اطمینان: ۵.۳ تا ۹.۱ درصد). اطلاعات در مورد تبعات سلامتی این نوع خشونت محدود است. توزیع سنی بخاطر کمبود اطلاعات در گزارش حاضر ذکر نشده است.

#### شیوع کلی دو نوع خشونت علیه زنان

۳۵ درصد زنان در سطح جهان یکی از انواع این دو نوع خشونت را تجربه کرده اند. هرچند که انواع زیاد دیگری از خشونت هست که زنان با آن مواجه

#### نتایج سلامتی خشونت علیه زنان توسط شرکای جنسی و خشونت جنسی توسط غیر شریک جنسی

تعدادی از این تبعات سلامتی به شرح زیر است:

- ابتلا به HIV و STIs
- سقط / وزن کم موقع تولد / تولد نوزاد زودرس / تاخیر رشد داخل رحمی
- سو مصرف الکل
- افسردگی
- خودکشی

## وضعیت آماری نتایج سلامتی خشونت علیه زنان توسط شرکای

### جنسی و خشونت جنسی توسط غیر شریک جنسی

وضعیت آماری تعدادی از این تبعات منفی سلامت برای خشونت توسط شرکای جنسی به شرح زیر است:

احتمال وزن کم موقع تولد نوزاد، ۱۶ درصد بیشتر می شود.

احتمال سقط دوبرابر می شود.

احتمال افسردگی دوبرابر می شود.

احتمال ابتلا به HIV، یک و نیم برابر بیشتر است.

در جهان ۷ درصد زنان در جهان مورد خشونت جنسی توسط فرد غیر شریک جنسی قرار گرفته اند. اطلاعات در مورد تبعات سلامتی این نوع خشونت محدود است. با وجود این، مستندات موجود نشان می دهد که در این افراد احتمال سو مصرف الکل، ۲.۳ برابر و احتمال افسردگی و اختلال اضطرابی، ۲.۶ برابر می شود.

### نکات کلیدی

مشکل خشونت علیه زنان چه توسط شرکای جنسی و چه خشونت جنسی توسط غیر شرکای جنسی، معضلی جهانی و دربرگیرنده همه جوامع است.

هنوز هم تمایلی در برخی جوامع هست که مشکل خشونت علیه زنان را به عنوان تعارض در محیط خصوصی دانسته و ساینستگاران را از ورود به آن منع کنند.

در برخی جوامع و در مورد خشونت توسط شرکای جنسی، افراد جامعه، زنان را متهم می کنند، بجای آنکه اعمال کنندگان خشونت را متهم کنند. در مورد خشونت توسط افرادی غیر از شرکای جنسی، زنان متهم می شوند به اینکه خارج از نقش های اجتماعی معمول خود قرار دارند.

بخش سلامت در ورود به این حیطه کند عمل کرده است. این گزارش بیانگر نقش مهم خشونت علیه زنان در ایجاد وضعیت نامطلوب سلامتی افراد دارد.

خدمات مناسب برای قربانیان خشونت باید ارائه شود. بخش سلامت باید نقش پر رنگ تری در این حیطه داشته باشد. گایدلاین های سازمان بهداشت جهانی در حال حاضر بر ادغام این نوع خدمات با خدمات بالینی تاکید دارند.

مهم است که ارائه دهندگان خدمات سلامت با رابطه خشونت علیه زنان و مشکلات سلامت آشنا شوند و بتوانند بطور مناسب به این معضل پاسخ دهند.

خدمات جامع بدنبال تجاوز جنسی لازم است در سطح وسیعتر قابل دسترسی باشد.

## نتیجه گیری:

از هر سه زن در جهان یک نفر در معرض خشونت توسط شریک جنسی و یا خشونت جنسی توسط غیر شریک جنسی بوده است.

بخش سلامت لازم است که به شکل موثر تری برای حل این معضل اقدام کند.

نقاط زیادی در بخش سلامت است که می تواند بعنوان فرصتی برای شناسایی این افراد بکار رود مانند زنانی که برای دریافت خدمات سلامت جنسی یا باروری مراجعه می کند و یا افرادی که برای خدمات سلامت روان یا اورژانس مراجعه می کنند. لازم است که گایدلاینی مرتبط در این زمینه تدوین شوند.

خدمات بدنبال تجاوز جنسی باید بطور جامع ارائه شود، بخصوص در ۷۲ ساعت بلافاصله بعد از رخداد تجاوز. خدمات شامل حمایت روانی، پیشگیری از بارداری اورژانس، پروفیلاکسی HIV و STIs و خدمات درازمدت روانی و همچنین دسترسی به خدمات قانونی و قضایی می باشد.

در ۵۷ امین جلسه کمیته "وضعیت زنان" توصیه های مشخصی در این زمینه انجام گرفته است:

♦ تقویت اجرای چارچوبهای قانونی و سیاستگذاری

♦ مداخله بر روی عوامل خطر جهت پیشگیری

♦ تقویت همکاری بین بخشی

در کل، گزارش حاضر نشان می دهد که خشونت علیه زنان یک معضل مهم جهانی است و اینطور نیست که در گروه های محدودی اتفاق بیفتد. این معضل نیازمند واکنش فوری جهانی است.

اکنون زمان این است که دنیا، جهان عاری از خشونت علیه زنان را به عنوان یکی از حقوق مسلم بشر به رسمیت بشناسد.

### اولویت های پیشنهادی برای ایران:

♦ آموزش های مرتبط با مهارتهای زندگی برای مدیریت و کنترل خشونت در مدارس و حتی سنین پایین تر

♦ توانمند سازی زنان از نظر اقتصادی و اجتماعی

♦ انجام پیمایش های فیلد جهت داشتن برآورد مناسب از ابعاد این معضل

♦ تصویب قوانین حمایت کننده از زنان

♦ ارتقای خدمات اجتماعی به قربانیان

## گزارش جهانی سلامت آب (۲۰۱۷)

### برنامه Water Safety Plan:WSP

چارچوب WSP، از سال ۲۰۰۴، براساس اقدامات مبتنی بر شواهد در سومین بروز رسانی، گایدلاین سازمان بهداشت جهانی برای کیفیت آب آشامیدنی و IWA، کد گذاری شده است (codified).

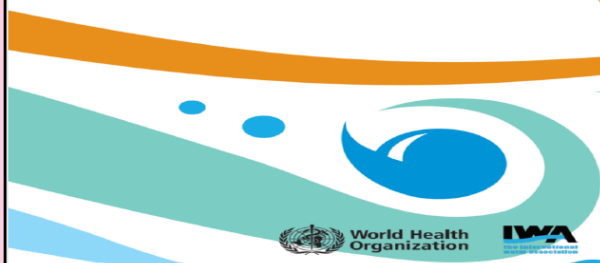
در دهه اخیر تلاشهای زیادی جهت جلب توجه به برنامه ایمنی آب، توسط سازمان بهداشت جهانی و IWA انجام گرفته است. برای ارتقای برنامه های بعدی WSP، تجربیات WSP، در سراسر جهان بررسی شده است.

این گزارش، داده های دریافت شده از ۱۱۸ کشور را خلاصه کرده است. در واقع وضعیت اجرای WSP و ادغام آن در سیاستهای کشوری را بررسی کرده است. در ادامه، مزایا، چالش ها و اولویت های آینده WSP مشخص شده است.

عمده اطلاعات این گزارش براساس پیمایش WSP است که توسط سازمان بهداشت جهانی و IWA در سال ۲۰۱۳ انجام شده است.

### GLOBAL STATUS REPORT ON WATER SAFETY PLANS:

A review of proactive risk assessment and risk management practices to ensure the safety of drinking-water



### ناشر:

سازمان بهداشت جهانی

انجمن بین المللی آب (International Water Association)

### مقدمه

هدف ۶ اهداف توسعه پایدار، باعث تعهد کشورها به اجرای برنامه های آب سالم (Water Safety Plan:WSP) شده است. این هدف بیان می دارد که کشورها باید آب سالم و به شکل پایدار برای همه مردم فراهم کنند. هدف اختصاصی ۶.۱، بیان می دارد که تا سال ۲۰۳۰، افراد دسترسی صد در صد و عادلانه، و با هزینه کم به آب سالم باید داشته باشند.

شاخص (indicator) در نظر گرفته شده، به صورت "خدمات برای ارائه آب سالم" بوده است. شاخص اولویت دار، درصد مردمی است که به آب سالم دسترسی دارند. تاکید بر حفاظت کل شبکه آب از آلودگی است.

در حال حاضر، بیش از هر زمان دیگری، نیاز به رویکرد برنامه ریزی برای سلامت آب (WSP) توسط سیاستگذاران، جهت محافظت از سلامت عمومی وجود دارد.

برنامه ایمنی آب (WSP)، یک برنامه جامع است که کل زنجیره تامین آب، از استخراج آب تا رساندن به مصرف کننده را در بر می گیرد. این رویکرد، برای همه نوع سیستم و با هر نوع زیر ساخت قابل اجرا است. چارچوب برنامه WSP، سازماندهی و نظام مند می کند، اقدامات مبتنی بر شواهدی را که در طول دهه های اخیر را بر اساس نظر صاحب نظران مشخص شده اند. نکته مهم این است که این برنامه در جاهایی حتی با منابع محدود نیز قابل اجرا است.

### کشورهای اجرا کننده

برنامه راهبرد آب سالم در ۹۳ کشور جهان اجرا شده است. که نشانگر درک اهمیت ارزیابی فعالانه خطر و مدیریت آن، در جهت حفظ کیفیت آب در سطح جهان است. ایران بطور رسمی این برنامه را اجرا کرده است.

### میزان اجرا (Scale of Implementation)

در حالیکه، برخی کشورها تعداد کمی از موارد WPS را اجرا کرده اند، در برخی این اجرا در مقیاس های بزرگتری بوده است.

برای مثال، کشور مراکش، در مراحل اولیه اجرای WPS می باشد، در حالیکه در کشوری مثل ایسلند، بیش از هشتاد درصد مردم آب را از مراکز با استاندارد WSP در سال ۲۰۱۳ بوده است.

در میان کشورهایی که اطلاعات در مورد میزان اجرای WPS در شهر و روستا منتشر کردند (۷۶ کشور)، ۴۵ درصد هم در روستا و هم شهر استانداردها را پیاده کرده اند. در حالیکه ۳۰ درصد در مرحله پایلوت هستند.

در واقع فقط ۴۵ درصد کشورها برنامه WSP را بطور کامل اجرا کرده اند.



## سیاستگذاری و نظارت

از ۱۰۰ کشور، با اطلاعات گزارش شده، ۴۶ کشور دارای سیاست ها و نظارت هایی برای ارتقای برنامه آب سالم بوده اند. در ۲۳ کشور، سیاست و نظارت های متناسب در حال تدوین است.

وضعیت این سیاست ها و نظارت ها، نشانگر تعهد سیاسی مناسب برای اجرای این برنامه است.

وضعیت سیاستگذاری در کشورهای مختلف، در شکل زیر نمایش داده شده است. ایران جزو کشورهایی است که این برنامه را به خوبی اجرا کرده است.

## نظارت (auditing) برای راهبرد ایمنی آب

تنها ۶۲ درصد (۴۳ کشور از ۶۹)، که دارای سیاست آب سالم هستند، الزاماتی برای ارزشیابی خارجی

(audit) در نظر گرفته اند. فقط در ۴۹ درصد کشورها، فاصله های زمانی مشخص برای ارزشیابی بیرونی تعیین کرده اند.

## مزایای اجرای برنامه

کشورهای مجری برنامه آب سالم، طیف وسیعی از منافع بدنبال اجرای برنامه ها را گزارش کرده اند. این منافع شامل، ارتقا در وضعیت مدیریت و عملیات، افزایش آگاهی و دانش سازمانی، و کیفیت آب می باشد.

برای مثال در کشور ایسلند، کاهش قابل ملاحظه در میزان بیماریهای اسهالی گزارش شده است.

## بازنگری در راهبرد سلامت آب

فقط ۴۵ درصد (۳۱ از ۶۹) کشورها، برنامه هایی برای بازنگری برنامه های آب سالم، دارند. این نشانگر وجود فاصله بین شروع WPS و تداوم آن است.

در واقع، مشکل این است که برنامه های آب سالم، عمدتاً متمرکز بر ارزیابی خطر و ارتقای برنامه ریزی بوده است. در حالیکه، ارتقا مدیریت، پایش و ارزشیابی برنامه مغفول مانده است.

## تامین مالی

۸۰ درصد (۴۷ از ۵۹) کشورها، برنامه هایی برای ارتقا تامین مالی اجرای برنامه آب سالم داشته اند. در هر حال، تامین مالی برنامه های آب سالم، چالش مهمی برای برنامه های آب سالم می باشد.

در این زمینه، گاه سو برداشتهایی وجود دارد. قاعدتاً اجرای برنامه آب سالم، نباید بار مالی خاصی و یا باعث افزایش بار کاری شود.

در زمان هایی هم که برنامه آب سالم، لزوم ارتقاهاى هزینه بر را پیشنهاد می دهد، تاکید بر WPS، باعث هزینه کرد مناسب تر خواهد شد.

## اولویت های مسیر آینده

### شروع یا ارتقای برنامه سلامت آب (WSP)

در کشورهایی که این برنامه را آغاز نکرده اند، لازم است، ظرفیت های سیاستگذاری و نظارت ها ارتقا یابد و سرمایه گذاری برای آموزش در زمینه WSP انجام گیرد.

### تقویت ایجاد مستندات

لازم است منافع اجرای برنامه آب سالم مستند سازی شود. هرچند که مستندات زیادی در این زمینه موجود است، ولی لازم است ارزیابی های نظام مند تر انجام گردد.

### ادغام WPS در عملکرد های روزانه

لازم است برنامه آب سالم بصورت اقدامات مداوم انجام گردد. برای این کار لازم است ابزار های متناسب طراحی گردد و نه اینکه اقدامات در یکسری موارد همه یا هیچ خلاصه شود.

### حمایت از نظارت (audit) بر برنامه آب سالم

نظارت بر برنامه آب سالم، یک ابزار حمایتی مداوم و پاسخگو برای اجرای برنامه آب سالم فراهم می کند. لازم است این برنامه ها تقویت شوند.

### تداوم سرمایه گذاری

لازم است دولت ها و سازمانهای بین المللی، علاوه بر تامین آب سالم بر روی برنامه آب سالم (WSP) نیز که تضمین کننده، ارائه آب با کیفیت و سالم است، از طریق سرمایه گذاری کافی اقدام کنند.

### حمایت از برنامه آب سالم برای سیستم های کوچک

WPS نقش مهم در سیستم های کوچک تامین آب دارد. با توجه به چالشهای خاص سیستم های کوچک، لازم است که تجارب و موفقیت ها در این زمینه، بررسی و نیازها شناسایی شود.

مشخص کردن نحوه ارتباط با اقدامات مربوطه بهداشت آب و فاضلاب

### (WASH: Water , Sanitation , And Hygiene)

WSP یک چارچوب مفید برای اجرای اولویت های WASH است. WSP بر اجرای عدالت در برنامه های WASH نیز کمک می کند.

## اولویت های پیشنهادی برای ایران:

- ◊ ارتقای برنامه WSP از طریق ارتقای آموزش ها
- ◊ پایش اجرای راهبرد ملی کیفیت آب (در ایران، هفتمین راهبرد ملی کیفیت آب، توسط شورای عالی سلامت و امنیت غذا در سال ۲۰۱۱ مصوب شد).
- ◊ همکاری های بین المللی جهت تولید مستندات مربوط به تاثیر اجرای WPS بر پیامدهایی مانند کاهش بیماری های اسهالی

## گزارش جهانی پیشگیری از خشونت (۲۰۱۴)



GLOBAL  
STATUS  
REPORT ON  
VIOLENCE  
PREVENTION  
2014

### تبعات خشونت:

۴۷۵ هزار نفر در سال ۲۰۱۲، بخاطر قتل کشته شده اند که ۶۰ درصد آن مربوط به مردان ۱۵ تا ۴۴ سال می باشد.

بین سالهای ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۲ میزان خشونت حدود ۱۶ درصد در دنیا کاهش پیدا کرده است. در کشورهای با درآمد بالا این میزان ۳۹ درصد است. در کشورهای با درآمد پایین این میزان ۱۰ درصد است.

خشونت های غیر کشنده، عمدتاً کودکان، زنان و سالمندان را مورد هدف قرار می دهند. به این آمارها توجه کنید:

یک چهارم بزرگسالان، سابقه کودک آزاری (علیه خودشان) را گزارش می کنند.

یک پنجم زنان، تجربه سو استفاده جنسی را داشته اند.

یک نفر از سه زن، بعنوان قربانی خشونت جسمی و جنسی به شکل خشونت خانگی (intimate partner) بوده اند.

### مشارکت کنندگان:

- سازمان بهداشت جهانی
  - سازمان مبارزه با مواد مخدر و جرائم
  - صندوق توسعه ملل متحد
- منتشر کننده: سازمان بهداشت جهانی  
حامی مالی: UBS Optimus foundation

### برنامه های کشورها

اکثر کشورها برای معضل خشونت برنامه ملی دارند، بدون اینکه از داده های معتبر استفاده کرده باشند. تنها نصف کشورها برنامه اختصاصی برای انواع خشونت دارند.

### مهمترین چالش ها

- نقص دانش
- دسترسی و کیفیت خدمات حمایتی
- شناسایی و دسترسی به قربانیان خشونت
- نظارت بر اجرای قوانین
- مکانیسم های کار بین بخشی
- خلا اطلاعات کلیدی در مورد خشونت

### جایگاه بخش سلامت

- لزوم گسترش نقش در سه حیطه زیر:
- پیشگیری
  - خدمات برای قربانیان
  - مدیریت اطلاعات

### نحوه جمع آوری اطلاعات کشورها (سه مرحله)

ارسال و پر کردن پرسشنامه توسط هماهنگ کننده کشوری  
برگزاری جلسات و تایید اطلاعات  
اعتبارسنجی توسط کارشناس WHO  
اطلاعات مربوط به ۱۳۳ کشور (۸۸ درصد جمعیت جهان)

### مقدمه مدیران سه سازمان مشارکت کننده:

خشونت باعث از دست رفتن زندگی ها میشود. در سال حدود نیم میلیون نفر کشته می شوند.

در گزارش سال ۲۰۰۲ این جمله از نلسون ماندلا آمده است: "بسیاری از افراد که تحت خشونت زندگی می کنند، فکر می کنند که خشونت جزئی از طبیعت انسانی است. اما اینطور نیست، خشونت قابل پیشگیری است. دولتها، جوامع و افراد می توانند این تغییر را ایجاد کنند."

گزارش حاضر (سال ۲۰۱۴) در پی بررسی میزان پیشرفت کشورها در انجام اقداماتی است که برای کنترل خشونت پیشنهاد شده است. این گزارش در نوع خود، اولین است و نشان می دهد که کشورها در حال انجام اقداماتی در زمینه کنترل خشونت هستند. برای مثال، بررسی هر کدام از برنامه های پیشگیری از خشونت نشان می دهد که حداقل یک سوم کشورها، حداقل یکی از برنامه های پیشنهادی را انجام داده اند.

با وجود این، گزارش حاضر، نقص ها را هم مشخص می کند. شامل: نقص در دانش، نقص در کیفیت برنامه های پیشگیرانه، دسترسی به خدمات توسط قربانیان، اصرار بر اجرای قوانین حاضر و مکانیسم های همکاری بین بخشی.

همکاری بین بخشی کلید حل مشکل است. بخش سلامت، باید نقش خود را در حیطه کنترل خشونت توسعه دهد، بخصوص در حیطه هایی مانند پیشگیری، خدمات برای قربانیان و نظام مراقبت داده ها.

### تدوین برنامه ملی یک راهکار کلیدی برای حل معضل خشونت

برنامه های ملی، عمدتاً فقط موارد خاص خشونت را در بر می گیرند و برنامه های ملی کمی، همه انواع خشونت را پوشش می دهند. برای مثال موضوع غفلت از کودکان (neglect)، در بسیاری از برنامه های ملی نادیده گرفته شده است.

نکته کلیدی دیگر اینکه در کشورهای کمی، برنامه های کنترل خشونت با استفاده از داده های معتبر تدوین شده اند.

نکته مهم دیگر اینکه در اکثر برنامه های کشورها، فعالیت های پیشگیرانه لازم است توسط سازمانهای مختلفی انجام شود، بدون اینکه یک سازمان رهبری این کار را به عهده بگیرد.

### کشورها در حال سرمایه گذاری روی پیشگیری هستند ولی این به اندازه کافی نیست.

با اینکه امکان پیشگیری از خشونت اثبات شده و اقدامات مشخصی برای این کار وجود دارد، درصد کشورهایی که این فعالیتها را انجام می دهند، پایین است. در حیطه زنان، اقداماتی که بیشتر از همه مورد توجه بوده است، تغییر نرم های اجتماعی و فرهنگی است.

### جمع بندی

قوانین پیشگیرانه از خشونت تدوین می شوند، ولی اجرا ناکافی است. قوانین برای ایجاد محیط ایمن و سالم ضروری است. تمرکز بر اجرای بهتر این قوانین باعث نتایج بسیار خوبی شده است.

در بررسی کشورها و بررسی قوانین مشخص شد که ۸۰ درصد کشورها دارای قوانین هستند، ولی فقط ۵۷ درصد بطور کامل آنها اجرا می کنند. مهمترین مورد در باره قانون "ممنوعیت تنبیه فیزیکی" است که در ۷۶ درصد قوانین وجود دارد، ولی در ۳۰ درصد اجرا می شود. (در مورد خشونت خانگی نیز چنین وضعی وجود دارد.)

میزان شناسایی، ارجاع، ارائه خدمات به قربانیان در کشورها بسیار متفاوت است. باخدمات با کیفیت بالا برای قربانیان برای کاهش ترومای کمک به بهبود، و پیشگیری از خشونت های بعدی ضروری است.

با وجود ارتباط خشونت با مشکلات سلامت روانی، درصد کمی از کشورها خدمات برای مشکلات سلامت روان دارند.

به نظر می رسد کشورهایی هم که این خدمات را ارائه می کنند در بسیاری موارد ارائه دهنده خدماتی با کیفیت پایین هستند.

علاوه بر خدمات پزشکی و سلامت و روان، قربانیان حمایت های حقوقی و قانونی نیاز دارند که در خیلی از کشورها به اندازه کافی نیست.

### توصیه ها در سطح ملی

#### لزوم تقویت جمع آوری داده ها

ثبت وقایع حیاتی و بانکهای اطلاعاتی پلیس باید تقویت شود. لازم است از تقسیم بندی ICD\_10 و تقسیم بندی UNODC برای جرائم استفاده شود.

#### تدوین و برنامه های جامع ملی بر پایه اطلاعات

کشورها باید بررسی کنند که برنامه عملیاتی تا چه حد بر پایه مستندات و بر مبنای وضعیت عوامل خطر و محافظت کننده طراحی شده است.

#### ادغام پیشگیری از خشونت در دیگر خدمات سلامت

با توجه به تاثیر خشونت روی HIV، STI S، سلامت روان، سو مصرف مواد منطقی است که این خدمات در دیگر خدمات سلامت عمومی ادغام شود.

#### تقویت مکانیسمهای رهبری و هماهنگی

مکانیسم هایی لازم است برای پاسخگو کردن سازمانهای دارای قدرت. همکاری های اطلاعاتی بخصوص در زمینه پیشگیری باید ارتقا یابد.

#### برنامه های پیشگیری بر پایه اطلاعات جامع و ادغام شده

برنامه ها باید از آگاهی رسانی صرف فراتر رفته و تغییر نرم های اجتماعی و فرهنگی را هدف قرار دهند.

#### اطمینان از ارائه خدمات جامع و مبتنی بر شواهد به قربانیان

خدمات لازم برای شناسایی، ارجاع و حمایت از قربانیان باید بطور دقیق ارزیابی شوند، از نظر میزان پوشش و کیفیت.

#### حمایت از مطالعاتی که پیامدهای یک برنامه را ارزیابی می کنند.

توصیه می شود که ذی نفعان در کشورهای در حال توسعه در صورت اجرای برنامه های پیشگیرانه در این کشورها برای ارزشیابی آن اقدام کنند.

#### اجرا و پیاده سازی سیاستهای مرتبط با چندین نوع خشونت

سیاست هایی مانند تشویق به اتمام تحصیلات دبیرستانی، یا قوانین محدود کننده دسترسی به الکل در اولویت قرار دارند.

#### ارتقای ظرفیتهای برای پیشگیری از خشونت

تدوین برنامه های ملی، مکانیسم های هماهنگی، سیستم های اطلاعاتی، خدمات و قوانین برای پیشگیری بدون نیروی انسانی و ساختارهای مناسب محقق نخواهد شد.

### اولویت های پیشنهادی برای ایران:

- تدوین برنامه و گایدلاینهای ادغام خدمات مرتبط با خشونت در نظام شبکه

- برنامه ریزی ارتقا ثبت مرگ ناشی از خشونت در نظام ثبت مرگ کشور

- کمک گرفتن از متخصصین علوم اجتماعی برای طراحی و اجرای مداخلات در وزارت بهداشت