

دکتر شهریار اسلامی تبار<sup>۱</sup>بهنام واعظ<sup>۲</sup>افشین سلیمانی<sup>۳</sup>

## نگاهی اجمالی به تحولات بهداشت و جوانان

### مقدمه

سلامتی و بهداشت یکی از محورهای اصلی توسعه پایدار و بخش لاینفک آن برای شکوفایی و ارتقای کیفیت زندگی است. حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه، بویژه جوانان، که در معرض انواع بیماری‌های قرن جدید قرار دارند، لازمه حرکت و اقدام در برنامه‌ریزی‌های اقتصادی - اجتماعی است. فراهم‌سازی امکانات و تسهیلات مناسب جهت تأمین سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی احاد مختلف جامعه بطور عام و قشر جوان بطور اخص از مهمترین دغدغه‌های دولتهای جهان می‌باشد.

اکثر انسانهای اولیه؛ پاکیزگی و بهداشت فردی را بیشتر بنا به علل اعتقادی و ظاهراً به منظور آنکه در چشم خدایان خود پاکیزه جلوه کنند، رعایت می‌کردند. برای هزاران سال بیماری‌های همه‌گیر به عنوان مکافات تبهکارهای بشر تلقی می‌شد. اولین تلاش سازمان‌یافته توسط بقراط طی قرن چهارم یا پنجم قبل از میلاد صورت‌گرفت که به رابطه میان بیماری و محیط زندگی انسان اشاره داشته است. بعدها بشر به این مطلب پی برد که در مورد بیماران مسری بایستی جداسازی صورت‌گیرد که این کار اولین بار در مورد جذام شکل گرفت.

همزمان باتکامل فکری بشر در خصوص سلامتی؛ رهبران و دولتمردان جهان به این واقعیت پی بردند که توانایی سیاسی و اقتصادی حکومت در گرو سلامت مردم است. با این حال هنوز برنامه‌های بهداشتی در سطح ملی شکل

<sup>۱</sup> - همکار هیأت علمی در دانشگاه امام حسین (ع)

<sup>۲</sup> - مجری طرح تدوین گزارش ملی جوانان

<sup>۳</sup> - کارشناس گزارش ملی

نگرفته بود که این ناشی از نبود مدیران کارآمد در زمینه‌های سلامتی بود که در برخورد با مسائل و مشکلات بهداشتی به صورت محلی و مقطعی برخورد می‌شد.

افزایش توجه به بهداشت و ایمن‌سازی جامعه در برابر انواع امراض و بیماری‌ها و درمان بیماری‌های شایع از جمله خدمات ویژه‌ای می‌باشند که نظام بهداشتی کشور می‌بایست به آنها توجه نماید.

هر چند انجام اقدامات قانونمند و منسجم در راستای ارائه خدمات هر چه بهتر به اقشار مختلف جامعه بطور عام و جوانان بطور اخص مستلزم اجرای پروژه‌ای تحقیقاتی خاص در سطح کلان است، با این وجود استفاده از آمار و اطلاعات موجود در خصوص علل و میزان مرگ و میر جوانان می‌تواند تصویر نسبتاً روشنی از این گروه‌ها در کشور ارائه دهد.

باتوجه به کمبود اطلاعات و آمار مختص جوانان در کشور و تعدد دستگاهها و سازمانهای متولی امور بهداشت و درمان که هریک از زاویه نگاه خود به تولید آمار و اطلاعات می‌پردازد. تشریح و جمع‌بندی وضعیت بهداشتی-درمانی گروه سنی ۲۹-۱۵ سال مشکل است. لکن براساس اطلاعات و داده‌های قابل دسترس از سازمانهای مختلف و در مواردی گروههایی که این محدوده سنی را شامل شده است؛ اقدام به تدوین و جمع‌بندی وضعیت بهداشتی این گروه سنی گردیده است. در مواردی که این امکان میسر نبوده است وضعیت کشور برای همه گروههای سنی آورده شده است.

## ۱- تعاریف و اصطلاحات

### الف- تعریف سلامتی

واژه سلامتی به طرق مختلف تعریف شده و در گذشته عدم وجود بیماری را دال بر سلامتی می‌دانستند. در کل سلامتی ارزشی است مقدم بر خیلی از ارزشهای دیگر زندگی، چرا که هدف حفظ و ثبات آن و همچنین دست‌یابی به حداکثر سطح سلامت می‌باشد.

جامعترین تعریف از سلامتی را سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۸ ارائه داده و آن "حالت کامل رفاه جسمی، روحی، اجتماعی و نه فقط عدم بیماری یا ناتوانی" می‌باشد.

### ب- تعریف بهداشت

بهداشت عبارت است از علم و هنر دستیابی به سلامتی، حفظ سلامتی و ارتقای آن. به عبارت دیگر، بهداشت وسیله است و سلامتی هدف آن. به طور کلی سلامتی و بهداشت را به انواع فردی و عمومی تقسیم می‌نمایند. البته

رابطه این دو مفهوم نباید نادیده گرفته شود و اگر چه این دو مفهوم دو مقوله جدا و متفاوتی هستند ولی پیوستگی زیادی دارند.

### تعریف بهداشت فردی

کلیه عملیاتی که یک فرد برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی خود انجام می‌دهد. بسیاری از این عملیات و رفتارها به‌طور مستقیم و یا غیرمستقیم جزو بهداشت فردی بحساب می‌آیند.

### تعریف بهداشت عمومی

بهداشت عمومی، علم و هنر پیشگیری از بیماریها، افزایش طول عمر و ارتقای سلامتی افراد با کوششهای سازمان یافته جامعه می‌باشد که از طریق یک رشته اقدامات (از جمله، بهسازی محیط؛ کنترل بیماریهای واگیر؛ آموزش بهداشت؛ سازماندهی خدمات بهداشتی و درمانی و پزشکی؛ بیماریابی؛ تشخیص گروههای در معرض خطر بیماری؛ و در نهایت تشخیص سریع و درمان به موقع و کامل بیماریها) شکل می‌گیرد. به‌طور کلی، در بهداشت عمومی اساساً بیشتر تأکید بر جنبه‌های اجتماعی تندرستی می‌باشد که هدف کلی آن تأمین شرایط لازم جهت رفاه فردی و اجتماعی بوده و اغلب فعالیتهای آن مرتبط با امر پیشگیری و درمان می‌باشد. بهداشت خوب، پایه و اساسی است که بر مبنای آن پیشرفتهای اجتماعی شکل می‌گیرد.

### ج- تعریف بیماری

در تعریف بیماری از نقطه نظرهای زیست‌شناسی، روان‌شناسی، محیط‌شناسی و جامعه‌شناسی تعاریف گوناگون ارائه شده است، که به دشواری می‌توان تلفیقی میان آنها ایجاد کرد. تعیین حد و مرزی میان رفتار عادی و غیرعادی غیرعملی است، چراکه رفتاری در یک جامعه عادی و در جامعه‌ای دیگر غیرعادی تلقی می‌گردد.

انسان در طول زندگی باید خود را با تغییرات درونی و نیز محیط پیرامونش انطباق دهد تا نیازهای اساسی (جسمی، عاطفی و روانی) خود را مرتفع سازد و بدین نحو بتواند در یک حالت تعادل روانی باقی بماند ضمن اینکه با اجتماع و محیط پیرامونش ارتباط برقرار می‌نماید. اگر این تعادل روانی، جسمانی در مقابل عوامل تغییر و فشار، که آنرا هموستاز می‌گویند، برهم بخورد مسلماً فرد دچار عدم تعادل جسمی و یا روانی خواهد شد که به آن بیماری گویند.

هموستازیس (تعادل درونی) مبین سلامت انسان می‌باشد، و انسان در طول زندگی خود نیاز به سه نوع تعادل (فیزیولوژی، روانی - اجتماعی و فرهنگی) دارد. چنانچه بر اثر عوامل درونی و یا بیرونی این تعادل بر هم بخورد سلامتی فرد به‌خطر افتاده و بیمار می‌شود. شناخت این که چه مقدار فرد خودش در مقابل سلامتی خود احساس مسئولیت می‌کند یک امر مهم و مؤثر بر سلامت فرد است.

## ۲- عوامل مؤثر در سلامت و بهداشت

عوامل زیادی بر سلامت انسان اثر دارد. این عوامل در سبک زندگی فرد نمود می‌یابد. عوامل متعددی در زنجیره سلامت - بیماری (فرد و گروه یا جامعه) می‌تواند اثر بگذارد. توجه به محیط، مشخصات فردی و رفتارهای او، سیستم مراقبت بهداشتی و بیولوژی انسان از جمله عوامل مهمی می‌باشند که باید در مراقبت‌های بهداشتی و حفظ سلامت به آنها توجه ویژه نمود.

از عوامل مؤثر بر بهداشت می‌توان به عوامل سیاسی، رفتاری (فرهنگ)، عوامل ارثی، محیطی، اجتماعی، اقتصادی و عوامل مربوط به سیستم ارائه مراقبت‌های بهداشتی اشاره نمود. با توجه به عوامل اقتصادی و اجتماعی باید سطح آموزش، سطح اشتغال، نظام سیاسی کشور، و وضعیت اقتصادی را در نظر داشت. از مجموع عوامل فوق، عوامل محیطی، رفتارهای فردی (سبک زندگی)، زیست‌شناسی انسانی، و نظام مراقبت‌های بهداشتی از مهمترین مؤلفه‌های اثرگذار در بهداشت و سلامتی می‌باشند.

## ۳- بررسی شاخصهای بهداشتی

### الف- امید به زندگی در بدو تولد

بهبود وضعیت سلامتی شهروندان ایرانی در دهه‌های اخیر یکی از دلایل کاهش مرگ و میر و افزایش امید زندگی بوده است که مبین توجه دولت به مراقبت‌های بهداشتی است. امید به زندگی عبارت است از تعداد سالهایی که یک نوزاد تازه متولد شده می‌تواند زنده بماند، به شرط آنکه الگوی مرگ و میر رایج در زمان تولد، در طول زندگی او ثابت بماند.

بهبود سلامتی شهروندان خصوصاً جوانان یکی از مؤلفه‌های اصلی توسعه پایدار محسوب می‌گردد و درحقیقت این شاخص یکی از مؤلفه‌های اصلی شاخص توسعه انسانی در هر کشور محسوب می‌گردد.

همانطور که ملاحظه می‌شود شاخص امید به زندگی از حدود ۴۵ سال در سال ۱۳۴۵ تا ۵۶/۸ درصد رشد به سن ۷۰ سال در سال ۱۳۷۹ افزایش یافته و پیش بینی می‌شود که در سال ۱۳۸۰ به ۷۱ سال برسد.

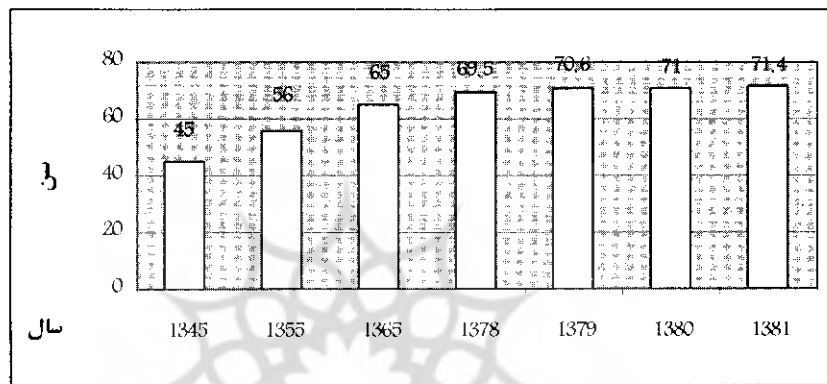
بهبود این شاخص؛ چشم انداز امیدوارکننده‌ای را فراروی شهروندان بویژه جوانان کشور قرار داده و از کارکرد قابل قبول بخش بهداشت در چند دهه اخیر حکایت دارد.

برای تداوم این روندها و در نتیجه افزایش امید به زندگی که هنوز تا امید به زندگی در کشورهای توسعه یافته فاصله قابل توجهی دارد، استمرار مراقبت‌های بهداشتی و تقویت مبارزه با بیماری‌های واگیر و همچنین توجه

هرچه بیشتر به بیماری‌های غیرواگیر به‌ویژه بیماری‌های قلبی و عروقی و بیماری‌های کشنده و همه‌گیری نظیر ایدز حائز اهمیت است.

بررسی تطبیقی این شاخص در بین کشورهای مختلف جهان از تفاوت‌های بسیار فاحش در بین کشورهای جهان حکایت دارد؛ بطوریکه تفاوت در حداکثر امید به زندگی در سال ۱۹۹ در ژاپن با ۸۱ سال و حداقل امید به زندگی در سیرا لئون با ۳۷ سال، حدود ۴۴ سال بوده است که از شکاف قابل ملاحظه این شاخص در بین کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه حکایت دارد. امید به زندگی در سال مذکور در جهان ۶۶ سال و در ایران ۷۱ سال بوده است. نمودار ۱ روند تغییرات این شاخص را در خلال سالهای ۱۳۴۵ تا ۱۳۸۱ و پیش‌بینی سال ۱۳۸۱ را نشان می‌دهد.

نمودار ۱- روند تغییرات امید به زندگی طی سالهای ۱۳۴۵ الی ۱۳۸۱



منابع: مجموعه آماری پوست گزارش سال اقتصادی سال ۱۳۷۹ - سازمان مدیریت و برنامه ریزی - ۱۳۸۰

x رقم مربوط به سال ۱۳۸۱ برآورد می‌باشد.

### ب- نرخ مرگ و میر مادران

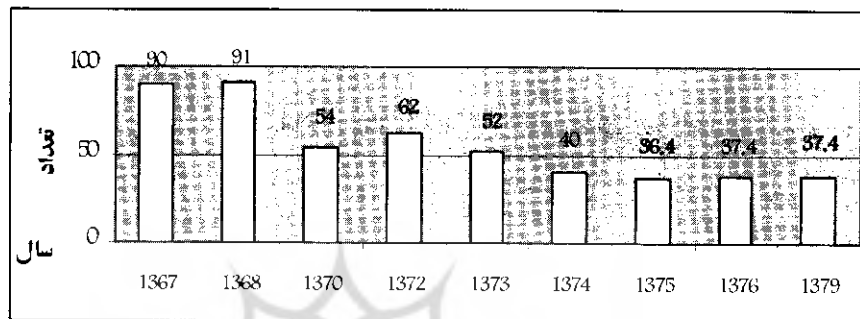
فراهم سازی امکانات و تسهیلات مناسب جهت تأمین سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی انسان در کلیه مراحل زندگی و زنجیره حیات او از جمله حقوق طبیعی و نیازهای اساسی انسان به شمار می‌رود.

سلامت مادران به عنوان تربیت کنندگان نسل بعدی یکی از مهمترین عوامل پیشرفت هر جامعه‌ای محسوب می‌گردد به همین دلیل سازمانهای بین‌المللی خصوصاً سازمان بهداشت جهانی جایگاه ویژه‌ای برای این مقوله در برنامه‌ریزی‌های خود در نظر گرفته است. با توجه به اینکه در اکثر جوامع در حال توسعه ازدواج در سنین پایین و در دوران جوانی صورت می‌گیرد به همین دلیل به عنوان یکی از شاخص‌های مهم وضعیت بهداشتی قلمداد می‌گردد. در حال حاضر هزاران مادر در کشورهای در حال توسعه در نتیجه عدم دسترسی خدمات اولیه بهداشتی

در هنگام زایمان جان خود را از دست می‌دهند. اسفبار بودن این مسئله، به‌ویژه در مقایسه با کشورهای اروپایی، بیشتر مشهود می‌باشد. در کشور ما نیز در گذشته‌ای نه چندان دور مرگ و میر مادران در هنگام زایمان رقم بسیار بالایی را تشکیل می‌داده است.

در خلال یک دهه اخیر شاخص فوق از روند کاهشی قابل توجهی برخوردار بوده و نرخ مرگ و میر مادران به ازای هر ۱۰۰ هزار تولد زنده به یک سوم یعنی از ۹۰ مورد در هر ۱۰۰ هزار تولد زنده در سال ۱۳۶۷ به ۳۷/۴ مورد تنزل یافته است. این موضوع از موفقیت قابل توجه دولت جمهوری اسلامی در خدمات بهداشتی به این گروه از افراد جامعه حکایت دارد. نمودار ۲ روند تغییرات شاخص فوق را از سال ۱۳۶۷ الی ۱۳۷۹ نمایان می‌سازد.

نمودار ۲- روند تغییرات مرگ و میر مادران به ازای هر ۱۰۰ هزار تولد زنده طی سالهای ۷۹-۱۳۶۷



منبع: وین گزارش ملی توسعه انسانی ج ۱ (۱۳۷۸) سازمان مدیریت و برنامه ریزی و گزارش اقتصادی سال ۱۳۷۹ (جلد دوم) سازمان مدیریت و برنامه ریزی

هر چند شاخص فوق در مقایسه با بسیاری از کشورهای در حال توسعه موفقیت قابل توجهی را نشان می‌دهد اما در مقایسه با کشورهای توسعه یافته هنوز حاکی از شکاف قابل ملاحظه‌ای است. نوسانات شاخص فوق در بین کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه بسیار زیاد می‌باشد. به‌طوری که این شاخص از ۱ مورد مرگ و میر به ازای هر ۱۰۰ هزار تولد زنده در یونان تا ۱۱۰۰ مورد در موزامبیک تفاوت نشان می‌دهد. فقر حاکم بر جوامع در حال توسعه، تنش‌های اجتماعی، بروز جنگ، خشکسالی و ... از جمله دلایل عدم توانایی این دولت‌ها برای ارائه خدمات بهداشتی محسوب می‌گردد.

شاخص فوق برای جمهوری اسلامی ایران در سال ۹۵-۱۹۹۰، ۳۷ مورد به ازای هر ۱۰۰ هزار تولد زنده بوده است. بر اساس گزارش بانک جهانی؛ جمهوری اسلامی ایران در بین ۱۲۳ کشور مورد بررسی در رتبه بیستم قرار داشته است.

### ج- علل مرگ و میر

در طی ۴ دهه گذشته درصد مرگ و میر در جهان به شدت کاهش یافته است و این کاهش به طرز بسیار چشمگیری در کشورهای کمتر توسعه یافته به وقوع پیوسته است. در این مدت مرگ و میر اطفال زیر یکسال از هر هزار تولد در کشورهای توسعه یافته از رقم ۵۶ به ۱۰، و در کشورهای کمتر توسعه یافته از رقم ۱۸۰ به ۵۶ تنزل یافته است. با این وجود هنوز بیماریهای همه گیر به طور ادواری در این کشورها بروز نموده و موجبات هلاکت بسیاری را فراهم می کند. در خلال چند دهه گذشته بسیاری از بیماریهای همه گیر که عامل اصلی مرگ و میر در بسیاری از جوامع بوده اند ریشه کن شده و یا تحت کنترل درآمده اند. در بسیاری از کشورهای بیماریهایی نظیر بیماریهای قلبی و عروقی، سرطان و ... که در گذشته درصد اندکی از مرگ و میرها را تشکیل می داده اند، امروزه عمده ترین دلایل مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته محسوب می شوند. برعکس، در کشورهای در حال توسعه هنوز بسیاری از بیماریهای همه گیر که مدت های مدیدی است در کشورهای توسعه یافته ریشه کن شده اند، در این کشورها قربانیان زیادی را می گیرند.

بر اساس سالنامه آماری دفتر توسعه و هماهنگی نظام آماری وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی در خصوص علل مرگ و میر در مناطق تحت پوشش دانشگاه های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۸۰، از ۲۳۷۰۸۵ مورد مرگ و میر در کشور، ۹۰۸۰۲ مورد ناشی از بیماریهای دستگاه گردش خون با ۳۸/۳۰ درصد بیشترین علل مرگ و میرها را شامل می شده است. کمترین میزان علل مرگ و میر ناشی از بیماریهای جلدی (پوستی) با ۱۲۵ مورد و ۰/۰۵ درصد کمترین میزان علل مرگ و میرها را در کشور به خود اختصاص داده بودند. همچنین در سال ۱۳۸۰ بیشترین مرگ و میرها در گروه سنی جوانان (۲۴ - ۱۵ ساله) و بزرگسالان (۳۴ - ۲۵ ساله) مربوط به سوانح و مسمومیت ها بوده است. جدول ۱ توزیع فراوانی ۱۷ گروه علل مرگ و میر را به تفکیک گروه های سنی ۲۴ - ۱۵ ساله و ۳۴ - ۲۵ ساله نمایان می سازد.

جدول ۱- توزیع فراوانی ۱۷ علل مرگ و میر به تفکیک گروه های سنی در سال ۱۳۸۰

میزان سهم	جمع کل سنین	درصد گروه سنی ۱۵-۲۴ ساله از علل مرگ و میر				میزان
		سهم از کل	جمع	۲۵-۳۴	۱۵-۲۴	
۳۴-۴۵ ساله از کل سنین						علل مرگ و میر
۱۲/۳	۳۴۶۹	۱/۶	۴۲۶	۲۱۸	۲۰۸	بیماریهای عفونی و انگلی
۷/۹	۲۳۵۲۲	۷/۲	۱۸۶۶	۹۳۴	۹۴۲	سرطانها
۶/۱	۲۵۹۷	۰/۶	۱۵۸	۹۱	۶۷	بیماریهای غدد درون

						ریز، تغذیه و سوخت ساز و اختلالات ایمنی
۲۰/۶	۹۴۳	۰/۷	۱۹۴	۶۸	۱۲۶	بیمای ریهای خون و اعضای خونساز
۳۲/۵	۱۷۲۵	۲/۲	۵۶۰	۲۳۵	۳۲۵	اختلالات روانی
۱۶/۸	۲۴۴۷	۱/۶	۴۱۰	۱۸۲	۲۲۸	بیمای ریهای سیستم عصبی و اعضای حسی
۴/۰	۹۰۸۰۲	۱۴/۱	۳۶۶۲	۱۹۲۲	۱۷۴۰	بیمای ری دستگای گردش خون
۵/۷	۱۰۰۹۹	۲/۲	۵۴	۳۰۵	۲۷۰	بیمای ری دستگای تنفس
۹/۱	۵۹۴۱	۲/۱	۵۴۱	۲۷۴	۲۶۷	بیمای ری دستگای گوارش
۹/۰	۳۴۱۵	۱/۲	۳۰۹	۱۵۰	۱۵۹	بیمای ریهای سیستم تناسلی ادراری
۵۹/۱	۲۱۵	۰/۵	۱۲۷	۸۳	۴۴	بیمای عوارض حاملگی؛ وضع حمل و دوره نقاسی
۱۸/۴	۱۲۵	۰/۱	۲۳	۱۱	۱۲	بیمای ری جلدی و تحت جلدی
۱۹/۰	۲۷۹	۰/۲	۵۳	۲۱	۳۲	بیمای ری های سیستم عضلاتی، اسکلتی و بافت همبند
۳/۶	۵۳۸۵	۰/۷	۱۹۳	۴۰	۱۵۳	ناهنجاریهای مادرزادی
-	۳۹۳۰	-	-	-	-	حالات خاص با منشاء قبل از تولد (پرینتال)
۳/۲	۴۴۱۱۹	۵/۴	۱۴۱۴	۸۲۶	۵۸۸	علامت و حالات بد تعریف شده
۴۴/۱	۳۲۲۶۸	۵۴/۸	۱۴۲۲۸	۶۰۷۴	۸۱۵۴	سوانح و مسمومیتها
۲۲/۸	۵۹۰۴	۵/۲	۱۳۴۵	۶۸۸	۶۵۷	نا مشخص
۱۱/۰	۲۳۷۰۸۵	۱۰۰	۲۵۹۸۴	۱۲۱۱۲	۱۳۸۷۲	جمع کل



مأخذ: سالنامه آماری دفتر توسعه و هماهنگی نظام آمار وزارت بهداشت؛ درمان و آموزش پزشکی نشریه آمار مرگ و میر و علل مربوطه-۱۳۸۰

همانطور که مشاهده می‌گردد، در گروه‌های سنی جوانان علل مرگ و میر تغییر می‌کند. عمده‌ترین این مرگ و میر در گروه سنی جوانان ناشی از سوانح و مسمومیت بوده است. مرگ و میر ناشی از بیماری‌های دستگاه گردش خون با ۳۶۶۲ مورد و ۱۴/۱ درصد در رتبه بعدی قرار داشته است.

علل مرگ و میر در گروه سنی ۱۵-۲۴ برای گروه سنی ۲۵-۳۴ ساله نیز مصداق دارد. بطوریکه در سال ۱۳۷۹، از ۱۲۱۱۲ مورد مرگ و میر در مقطع سنی ۲۵-۳۴ ساله ۶۰۷۴ مورد (۵۰/۱ درصد) ناشی از سوانح و مسمومیت بوده است. بیماری‌های دستگاه گردش خون نیز با ۱۹۲۲ مورد و (۱۵/۹ درصد) نیز در رتبه بعدی قرار داشته است.

در مجموع از ۲۵۹۸۴ مورد مرگ و میر در مقطع سنی ۱۵-۳۴ سال، ۱۴۲۲۸ مورد (۵۴/۸ درصد) ناشی از سوانح و مسمومیت بوده و بیماری‌های دستگاه گردش خون با ۳۶۶۲ مورد (۱۴/۱ درصد) در رده بعدی قرار داشته است. کمترین عامل مربوط به بیماری جلدی و تحت جلدی با ۲۳ مورد بوده است که ۱/ درصد علت مرگ و میرها را شامل می‌شده است.

همچنین در سال ۱۳۸۰ از مجموع ۲۳۷۰۸۵ موارد مرگ و میر ۱۰۰۷۵۸ نفر زن (۴۲/۵ درصد) و ۱۳۵۱۷۳ نفر مرد (۵۷/۱ درصد) و ۱۱۵۴ نفر (۴۹/ درصد) بوده‌اند.

بیشترین تعداد مرگ و میر در سال ۱۳۸۰ به ترتیب با ۴۰۵۹۷ و ۲۷۲۶۲ مورد مربوط به استانهای تهران و خراسان بوده است. کمترین تعداد با ۱۷۱۸ و ۱۸۸۳ مورد به ترتیب مربوط به استانهای ایلام و کهگیلویه و بویر احمد بوده است.

بررسی تطبیقی نرخ مرگ و میر در کشورهای مختلف جهان تفاوت‌های زیادی را نشان می‌دهد، به طوری که در سال ۱۹۹۹ نرخ مرگ و میر بزرگسالان<sup>۱</sup> (در ۱۰۰۰ نفر) در کشور بوتسوانا ۷۴۰ نفر برای زنان و ۷۸۶ نفر برای مردان برآورد شده است. شاخص فوق برای کشور ژاپن در سال مزبور به ترتیب برای زنان و مردان ۴۵ و ۹۷ نفر بوده است. این وضعیت در جمهوری اسلامی ایران برای زنان و مردان به ترتیب ۱۳۹ و ۱۵۶ نفر بوده است.

#### ۴- بررسی بیماری‌های تهدید کننده جوانان کشور

الف- ایدز

- میزان شیوع ایدز (درصدی از جمعیت بزرگسالان)

<sup>۱</sup>- عبارت است از احتمال مرگ در سنین ۶۰ تا ۶۵ سال. بعبارتی دیگر احتمال اینکه یک فرد ۱۵ ساله قبل از رسیدن به ۶۰ سالگی از دنیا برود.

در آستانه ورود به هزاره سوم، جهان با شیوع بیماری جدیدی به نام ایدز دست به گریبان شد که سالانه هزاران نفر را در کشورهای مختلف جهان به کام مرگ می‌فرستد.

از زمانی که در سال ۱۹۸۶ بیماری ایدز به عنوان یک بیماری حاد و همه‌گیر شناسایی شد، بیش از ۵۰ میلیون نفر در جهان به ویروس ایدز آلوده شده‌اند که در این میان بیش از ۹۰ درصد مبتلایان در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند. پیش‌بینی می‌گردد، با توجه به ضعف خدمات بهداشتی در این کشورها روند بیماری همچنان افزایش یابد. برعکس در کشورهای توسعه یافته با توجه به شناخت کامل این بیماری و همچنین آگاهی اقشار مختلف جامعه از راه‌های پیشگیری از آن و بسط و توسعه خدمات بهداشتی روند ابتلا به این بیماری سیر نزولی به‌خود گرفته است.

براساس بررسی‌ها در سال ۱۹۹۳، ایدز علت اصلی مرگ و میر در گروه سنی ۴۴-۲۵ در جهان بوده است، سپس با پذیرش گسترده درمان ضد ویروسی مؤثر در سال ۱۹۹۶ میزان موارد مرگ و میر ناشی از ایدز سریعاً افت نمود. به طوری که در میان سایر علل مرگ و میر در رده سنی یاد شده به مقام پنجم تنزل نمود.<sup>۱</sup> عفونت ویروس ایدز با سرعت متفاوت در حال گسترش است. در دهه ۱۹۹۰ گسترش سریع و قابل انتظاری در سراسر هند، جنوب شرقی آسیا و غرب رخ داده است.

به دلیل دوره نهفتگی طولانی بین ورود ویروس به بدن و بروز بیماری ایدز، اپیدمی این بیماری هشت تا ده سال پس از انتشار ویروس به جمعیت‌های جدید، از نظر بالینی قابل تشخیص می‌گردد.

بررسی‌ها نشان می‌دهد که تماس جنسی یکی از راههای اصلی انتقال ویروس ایدز به افراد سالم می‌باشد. در ایالات متحده تا سال ۱۹۸۵، کمتر از یک درصد موارد شناخته شده ایدز مربوط به تماس جنسی بوده است، اما در سال ۲۰۰۰، انتقال از طریق تماس جنسی عامل بیش از ۲۵ درصد موارد ابتلا بوده است. ویروس ایدز هم در مایع منی و هم در ترشحات سرویکو واژینال افراد آلوده وجود دارد و طی تماس جنسی واژینال توسط هر یک از شرکای جنسی قابل انتقال است. وجود همزمان سایر بیماریهایی که از طریق جنسی منتقل می‌شوند، بویژه آنهایی که همراه با زخم‌های تناسلی هستند، انتقال این ویروس را تشدید می‌کند.

#### وضعیت ایدز در کشور

هر چند این بیماری در ابتدای شیوع مشکلات خاصی را برای کشور بوجود نیاورده بود، اما در چند سال اخیر گزارشهایی مبنی بر مرگ و میر ناشی از این بیماری گزارش شده است.

بر اساس آخرین آمار و اطلاعات ارائه شده توسط مرکز مبارزه با بیماریهای وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی تا اول سال ۱۳۸۲، حدود ۴۸۴۶ مورد ابتلاء به ایدز در کشور گزارش شده است که از این تعداد ۶۷۸ نفر آنها وارد مراحل نهایی بیماری شده‌اند و ۶۳۴ مورد تاکنون جان خود را از دست داده‌اند.

<sup>۱</sup> - کتاب سیل ۲۰۰۱

همچنین موارد این بیماری بین زنان و مردان بطور فاحشی متفاوت است. از ۴۸۴۶ مورد تا تاریخ ۸۲/۱/۱ در کشور، ۴۶۲۸ مورد مربوط به مردان و ۲۱۸ مورد مربوط به زنان بوده است. به عبارت دیگر، میزان موارد ایدز در مردان ۲۱ برابر زنان بوده است.

همچنین از ۶۷۸ نفر فرد مبتلا به ایدز بیشترین موارد گزارش شده از نظر سنی مربوط به گروه سنی ۳۰-۳۹ سال با ۲۴۰ مورد (و ۳۵/۴ درصد) بوده است. مقطع سنی ۴۰-۴۹ سال با ۱۵۶ مورد (۲۳ درصد) و مقطع سنی ۲۰-۲۹ سال با ۱۱۵ مورد (۱۷ درصد) در رده‌های بعدی قرار داشته‌اند. جدول ۳ موارد ایدز بر حسب سن و جنس را در ایران تا تاریخ ۸۲/۱/۱ نشان می‌دهد.

جدول ۳- موارد ایدز بر حسب سن و جنس در ایران تا تاریخ ۸۲/۱/۱

مقطع سنی	مرد	زن	جمع کل	درصد
۵-۹ ساله	۲	۰	۲	۰/۳
۱۰-۱۴ ساله	۱۵	۱	۱۶	۲/۴
۱۵-۱۹ ساله	۱۸	۱	۱۹	۲/۸
۲۰-۲۹ ساله	۱۰۹	۶	۱۱۵	۱۷
۳۰-۳۹ ساله	۲۲۸	۱۲	۲۴۰	۳۵/۴
۴۰-۴۹ ساله	۱۵۳	۳	۱۵۶	۲۳
۵۰ ساله و بیشتر	۳۹	۶	۴۵	۶/۶
نا مشخص	۸۲	۳	۸۵	۱۲/۵
جمع کل	۶۴۶	۳۲	۶۷۸	۱۰۰

ماخذ: مرکز مد پریت بیماریها - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - ۱۳۸۲

همچنین از مجموع موارد آلوده به ویروس ایدز و موارد مبتلاء، بیشترین تعداد به دلیل اعتیاد و استفاده از سرنگ‌های آلوده بوده است. از مجموع ۴۸۴۶ مورد آلودگی و ابتلاء به ایدز تا تاریخ ۸۲/۱/۱، حدود ۶۶/۳ درصد مربوط به معتادین، ۲۰/۹ درصد به دلایل نا مشخص، و ۸/۱ درصد ناشی از آمیزش‌های جنسی بوده است. انتقال از طریق فرآورده‌های خونی با ۳/۶ درصد، خون آلوده ۰/۵ درصد و انتقال از مادر به کودک ۰/۴ درصد موارد را شامل شده است. و در این میان جوانان ۱۵-۲۹ ساله با ۱۹/۷ درصد رقم قابل توجهی را از لحاظ آلودگی به بیماری ایدز به خود اختصاص داده‌اند و اگر افراد ۳۰-۳۹ ساله نیز که در مرز خروج از سن جوانی قرار دارند را به جامعه

آماري جوانان ۲۹-۱۵ ساله اضافه نمائيم درصد قابل توجهي خواهد شد (۱/۵۵ درصد). جدول ۴ موارد آلوده به ويروس ايدز و موارد مشاهده شده را به تفكيك جنس و علت ابتلاء تا تاريخ ۸۲/۱/۱ نمايان مي سازد.

جدول ۴- موارد آلوده به ويروس HIV و ايدز به تفكيك جنس و علت ابتلاء تا تاريخ ۸۲/۱/۱

جنس	راه انتقال			آمزشي	مادر به کودک	نامشخص	جمع كل
	قرآوندهاي خوني	خون آلوده	احتياذ				
مرد	۱۷۱	۱۷	۳۲۰۵	۲۵۹	۹	۹۶۷	۴۶۲۸
زن	۶	۷	۱۲	۱۳۴	۱۰	۴۹	۲۱۸
جمع كل	۱۷۷	۲۴	۳۲۱۷	۳۹۳	۱۹	۱۰۱۶	۴۸۴۶

ماخذ: مركز مد يریت بيماريا - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشكي - ۱۳۸۲

همانطور كه عنوان گرديد علل بروز ايدز در كشورهاي مختلف متفاوت مي باشد. براساس جدول شماره ۵ در ايران، با توجه به آمارهاي جديد، ۳۱ درصد موارد ابتلاء مربوط به تزريق مواد مخدر بوده است در حالي كه اين رقم در جهان ۱۲ درصد بوده است. برعكس، در ايران سهم موارد ابتلاء از طريق آمزشهاي جنسي تنها ۲۴ درصد عنوان شده است در حالي كه اين نسبت در جهان حدود ۸۰ درصد عنوان شده است.

جدول ۵- مقايسه دلايل ابتلاء به ايدز در ايران و جهان

نحوه انتقال	جهان	ايران - آمار جديد (درصد)	ايران - آمار قديم (درصد)
تزريقي	۱۲	۳۱	۶۴
جنسي	۸۰	۲۴	۱۰
خون و قرآوندهاي آن	۶	۳۳	۴
علل نامعلوم	۱	۱۰	۱۱
مادر به کودک	۱	۱	۱

ماخذ: مركز مد يریت بيماريا - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشكي - ۱۳۸۱

بررسي تطبيقي شيوع ايدز در كشورهاي مختلف جهان از تفاوتهاي آشكار در بين كشورهاي جهان حكايت دارد. در سال ۱۹۹۹ بيشترين موارد ابتلاء به ايدز در بين جمعيت بزرگسال در قاره آفريقا از جمله كشورهاي

بوتسوانا، زیمبابوه، لسوتو به ترتیب با ۳۵/۸ درصد، ۲۵/۰۶ درصد و ۲۳/۵۷ درصد از جمعیت بزرگسال مبتلا به ایدز بوده‌اند. برعکس در کشورهای مقدونیه مغولستان و ترکمنستان مواردی از ایدز گزارش نشده است. براساس گزارش شاخص‌های توسعه بانک جهانی درصد ابتلاء به ایدز در ایران ۰/۰۱ درصد از جمعیت بزرگسال می‌باشد.

### ج- بیماری‌های آمیزشی<sup>۱</sup> (STD)

بیماری‌های آمیزشی، از بیماری‌های شایعی محسوب می‌شود که بسیاری از افسار جامعه به‌ویژه جوانان را در معرض انواع تهدیدها قرار می‌دهد. میزان ابتلاء به این بیماری بسته به میزان مراقبت‌های بهداشتی، میزان آمیزش‌های خارج از موازین خانواده، ارزش‌های حاکم بر جامعه و ... متفاوت می‌باشد.

با توجه به این‌که جوانان، در مقایسه با بزرگسالان، از فعالیت جنسی بیشتری برخوردار می‌باشند به همین دلیل میزان ابتلاء به این بیماری‌ها در طیف جوانان بیشتر مشاهده می‌گردد. البته افزایش فحشاء بویژه در مواقعی که میزان آگاهی در مورد بیماری‌ها اندک باشد میزان ابتلاء به این بیماری‌ها را تشدید می‌نماید.

همچنین با توجه به ویژگی‌های جوانان استفاده از روش‌های ضدبارداری در مواقع آمیزش کمتر مشاهده شده و در نتیجه احتمال تماس با شریک جنسی آلوده بیشتر می‌باشد. افزون بر این؛ عوامل بیولوژیکی نیز ممکن است زمینه را برای ابتلای جوانان به برخی از بیماری‌های آمیزشی بیشتر نماید که در این خصوص می‌توان به کامیدیاتراکوماتیس اشاره نمود.

بیماری‌های آمیزشی با عوامل روان‌شناختی و زیست‌شناختی قابل توجهی همراه است و از نظر تشخیص و درمان برای پیشگیری از عوارض طبیعی و نازایی حائز اهمیت است. بنابراین پیشگیری اولیه باید از اهداف کلیه مراقبین بهداشتی قرار گیرد.

افزایش آگاهی‌های عمومی به‌ویژه جوانان در زمینه راه‌های پیشگیری از بیماری‌ها از جمله راهکارهایی است که باید از سوی متولیان امور بهداشتی مورد توجه قرار گیرد تا از بروز آثار و پیامدهای جبران ناپذیر آن جلوگیری گردد.

### د- سوزاک

سوزاک یکی از شایع‌ترین بیماری‌های آمیزشی است که عمدتاً در جوانان مشاهده می‌گردد، عامل این بیماری دیپلوکوک‌های گرم منفی می‌باشد که از طریق مجاری ادرار، غدد بارتون مزج، گردن رحم، مقعد و حلق یا بافت ملتحمه چشم وارد بدن شده و فرد را مبتلا می‌نماید. این بیماری نیز مانند بسیاری از بیماری‌های مقاربتی چنانچه به موقع درمان نگردد می‌تواند عوارض جبران ناپذیری را برای افراد مبتلا به همراه آورد.

<sup>۱</sup> Sexually Transmitted Disease

گسترش روسپیگری، ضعف آگاهیهای جامعه از نحوه ابتلاء و درمان این بیماری، فقدان مراقبت‌های بهداشتی و ارزش‌های حاکم بر جامعه، عدم پایبندی به روابط زناشویی و ... می‌تواند در شیوع این بیماری بسیار اثر گذاشته و موجب شیوع این بیماری گردد.

میزان ابتلاء به این بیماری بر اساس گزارش وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در چند سال اخیر افزایش قابل توجهی یافته است<sup>۱</sup> به طوری که تعداد موارد گزارش شده ابتلاء به سوزاک از ۸۸۴ مورد در سال ۱۳۶۵ به ۲۱۸۳۶ مورد در سال ۱۳۷۹ افزایش یافته است.

همچنین موارد ابتلاء به این بیماری بسته به شرایط بهداشتی و میزان آگاهی در بین اقشار مختلف متفاوت می‌باشد. به همین دلیل در مناطقی که به لحاظ شاخصهای بهداشتی در سطح پایینی قرار دارند چنین بیماری‌هایی بیشتر مشاهده می‌گردد. به عنوان نمونه در سال ۱۳۷۹ از مجموع ۲۱۸۳۶ مورد ابتلاء به سوزاک ۶۱۷۶ مورد (۲۸/۲ درصد) موارد مشاهده شده مربوط به استان خراسان بوده است. استانهای آذربایجان شرقی، همدان، گیلان نیز به ترتیب با ۱۷۵۱، ۱۴۶۲ و ۱۴۲۱ مورد در رتبه‌های بعدی قرار داشته‌اند. به این ترتیب حدود ۵۰ درصد موارد ابتلاء به این بیماری در استانهای خراسان، آذربایجان شرقی، همدان، و گیلان گزارش شده است. کمترین موارد مشاهده شده نیز به ترتیب با ۱۳، ۱۵، و ۲۳ مورد مربوط به استانهای قم، زنجان و ایلام بوده است. جدول ۷ تعداد موارد ابتلاء به سوزاک را از سال ۱۳۷۴ الی ۱۳۷۹ در کشور را نشان می‌دهد.

جدول ۷- تعداد موارد ابتلاء به سوزاک از سال ۱۳۷۴ الی ۱۳۷۹

عنوان	۷۹	۷۸	۷۷	۷۴
کل کشور	۲۱۸۳۶	۵۲۸۱	۲۱۶۲	۳۳۸

مأخذ: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز مدیر بیماریها - معاونت سلامت، سال ۱۳۸۱

### ح - سیفلیس

بیماری سیفلیس یکی دیگر از بیماری‌های خطرناک مقاربتی است که سالانه مرگ و میرهای زیادی را در جهان سبب می‌گردد. این بیماری یکی از بیماری‌های شناخته شده مقاربتی است که از دیرباز نسل بشر با آن روبرو بوده است. هرچند به دلیل افزایش مراقبت‌های بهداشتی و افزایش آگاهیهای عمومی از خطرات این بیماری میزان مرگ و میرهای ناشی از این بیماری به ویژه در کشورهای توسعه یافته به شدت کاسته شده است، اما هنوز این بیماری در بسیاری از کشورهای در حال توسعه و کشورهای کمتر توسعه یافته به شدت شایع بوده و مرگ و میرهای زیادی را سبب می‌گردد. میزان شیوع این بیماری در مناطقی که به لحاظ شاخص‌های بهداشتی و آموزشی در سطح پایینی قرار دارند و در مناطقی که ناهنجاریهای اجتماعی نظیر فحشاء بیشتر مشاهده می‌گردد، بیشتر شیوع پیدا می‌کند.

<sup>۱</sup> البته بخشی از این افزایش در ابتلاء به سوزاک ناشی از گزارشگری دقیق‌تر از موارد این بیماری در سطوح کشور است.

با توجه به اینکه مبتلایان به این بیماری را عمدتاً جوانان تشکیل می‌دهند، به همین دلیل ضروری است تا توجه خاصی به روشهای کنترل بیماری مبذول گردد و اطلاع‌رسانی‌های لازم برای پیشگیری از این بیماری در بین اقشار مختلف جامعه به‌ویژه جوانان صورت پذیرد. بررسی روند تغییرات ابتلاء به این بیماری در چند سال گذشته نیز مانند بیماری سوزاک افزایش قابل توجهی را نمایان می‌سازد<sup>۱</sup> به طوری که تعداد موارد ابتلاء به سیفلیس از ۲۷۱ مورد در سال ۱۳۶۵ به ۲۹۵۲۸ مورد در سال ۱۳۷۹ افزایش یافته است (جدول ۸).

جدول ۸- روند تغییرات موارد ابتلاء به سیفلیس در کشور طی سالهای ۷۹-۱۳۷۴

نام استان	۱۳۷۴	۱۳۷۷	۱۳۷۸	۱۳۷۹
جمع کل	۷۳	۱۵۵	۳۳۰	۲۹۵۲۸

مأخذ: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز مدیریت بیماریها - معاونت سلامت، سال ۱۳۸۱

### و- هیاتیت یا التهاب کبد

هیاتیت از بیماری‌هایی است که می‌تواند از طریق جنسی و خونی منتقل گردد. اصطلاح هیاتیت به گروه گسترده‌ای از حالات بالینی و آسیب‌شناسی اطلاق می‌شود که در اثر آسیب (ویروسی، سمی، دارویی یا ایمونولوژیک) به کبد ایجاد می‌شود. هیاتیت با توجه به فرآیند التهابی کبد به صورت هیاتیت حاد مزمن بیان می‌شود. هیاتیت حاد کمتر از ۶ ماه طول می‌کشد که به بهبودی کامل کبد همراه عملکرد طبیعی آن منجر شده یا با پیشرفت سریع و آسیب حاد رساندن به سمت از بین رفتن کبد و پیامدهای مهلک منجر می‌شود. هیاتیت حاد ویروسی توسط هفت نوع ویروس ایجاد می‌شود که شامل: هیاتیت A، B، C، D، E، G، و F می‌باشد. از بین انواع هیاتیت‌های فوق‌الذکر نوع B و C مدنظر می‌باشند. زیرا این دو نوع هیاتیت از طریق تماسهای جنسی و خونی منتقل می‌گردد.

گروههای در معرض خطر بالای ابتلاء شامل موارد زیر می‌باشند:

- ۱- شریک جنسی افراد مبتلا به عفونت حاد یا مزمن (به ویژه مردان همجنس باز)
- ۲- شاغلین بهداشتی به ویژه پزشکان جراح، دندانپزشکان، کارکنان آزمایشگاههای بالینی و واحدهای دیالیز
- ۳- معتادان به مواد تزریقی
- ۴- نوزادان مادران عفونی (به علت انتقال در دوره جنینی از مادر به جنین)
- ۵- بیماران دارای تماس متعدد با خون و فرآورده‌های خونی و افراد دارای اختلالات سیستم ایمنی نظیر بیماران تحت دیالیز و بیماران مبتلا به سرطان خون و ...

<sup>۱</sup> - علت افزایش تعداد موارد سیفلیس نسبت به سالهای قبل مربوط به افزایش تعداد مراکز گزارش‌دهی و بهبود آنها، افزایش موارد و تجمع نوع علتی با علامتی است.

بررسی روند تغییرات موارد ابتلا به بیماری هیپاتیت در چند سال گذشته افزایش نسبتاً قابل توجهی را نشان می‌دهد که بخشی از آن از افزایش این بیماری و بخشی دیگر از گزارشگری دقیق‌تر از این بیماری ناشی می‌گردد. همان‌طور که در جدول زیر ملاحظه می‌شود، تعداد موارد گزارش شده ابتلاء به هیپاتیت از ۶۶۰۴ مورد در سال ۱۳۷۴ به ۹۶۹۷ مورد در پایان سال ۱۳۸۱ افزایش یافته است.

جدول ۹- روند تغییرات ابتلاء به هیپاتیت در کشور از سال ۱۳۷۴ الی ۱۳۸۱

عنوان	۱۳۷۴	۱۳۷۷	۱۳۷۸	۱۳۷۹	۱۳۸۰	۱۳۸۱
کل کشور	۱۰۸	۹۹	۲۰۷	۲۵۳	۳۲۲	۹۶۹۷

ماخذ: مرکز مدیریت بیماریها - وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی - سالیهای ۱۳۸۱ و ۱۳۸۲

همچنین در سال ۱۳۸۱ از کل ۹۶۹۷ مورد ابتلاء به هیپاتیت ۳۲۸۲ مورد مربوط به جوانان (۱۵-۲۹ سال) بوده است که حدود ۳۳/۸ درصد موارد مشاهده شده را شامل می‌شده است. (جدول ۱۰)

جدول ۱۰- تعداد موارد گزارش شده ابتلاء به هیپاتیت براساس گروههای سنی جوانان در سال ۱۳۸۱

گروه سنی	تعداد	درصد
۱۵-۱۹ سال	۶۲۹	۶/۴۸
۲۰-۲۴ سال	۱۳۴۸	۱۳/۹
۲۵-۲۹ سال	۱۳۰۵	۱۳/۴
کل گروههای سنی	۹۶۹۷	۱۰۰

ماخذ: مرکز مدیریت بیماریهای وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، سال ۱۳۸۲

#### منابع و مأخذ:

- ۱- مجموعه آماری پیوست گزارش اقتصادی سال ۱۳۷۹ - سازمان مدیریت و برنامه ریزی - ۱۳۸۰
- ۲- اولین گزارش ملی توسعه انسانی ج.ا.ا (۱۳۷۸) - سازمان مدیریت و برنامه ریزی و گزارش اقتصادی سال ۱۳۷۹ (جلد دوم) سازمان مدیریت و برنامه ریزی
- ۳- سالنامه آماری دفتر توسعه و هماهنگی نظام آمار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نشریه آمار مرگ و میر و علل مربوطه - ۱۳۸۰
- ۴- مرکز مدیریت بیماریها - وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی - ۱۳۸۱



۵- مرکز مدیریت بیماری‌ها - وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی - ۱۳۸۲

۶- سیسیل ۲۰۰۱

۷- World Development Indicator - world bank ۲۰۰۱

