

# سلامت در سال ۲۰۱۵

حرکت از

# MDGs

اهداف توسعه هزاره

به سمت

# SDGs

اهداف توسعه پایدار



World Health  
Organization

# سلامت در سال ۲۰۱۵

حرکت از

# MDGs

اهداف توسعه هزاره

به سمت

# SDGs

اهداف توسعه پایدار

زیر نظر:

دکتر علی اکبر سیاری  
دکتر امیر حسین تکیان  
دکتر شهرام رفیعی فر

مترجمین:

احدبختیاری  
صادق غضنفری  
یوسف چاوه پور

## فصل اول

از اهداف توسعه هزاره به اهداف توسعه پایدار؛ معرفی کلی	۹
خلاصه	۱۰
اهداف توسعه هزاره MDG	۱۱
سلامت در اهداف توسعه هزاره: دستاوردها	۱۲
نقاط قوت و محدودیت‌های MDGs	۱۴
اهداف توسعه پایدار (SDG)	۱۵
آرمان سلامت	۱۶
سلامت در اهداف دیگر	۱۸
پیگیری و بازنگری	۱۹
نکات و منابع	۲۲



## فصل دوم

زمینه‌های اقتصادی، اجتماعی و زیست محیطی سلامت	۲۵
خلاصه	۲۶
روندهای جمعیتی	۲۸
باروری و رشد جمعیت	۲۸
افزایش زیاد تعداد جوانان	۲۹
سالمندی	۳۱
مهاجرت	۳۲
شهری شدن	۳۴
تعیین کننده‌های اقتصادی سلامت و تامین مالی برای توسعه	۳۶
ریشه‌کن‌سازی فقر و ناعدالتی در درآمد	۳۷
جهانی شدن و تجارت	۳۸
کمک‌های توسعه‌ای برای سلامتی	۳۹
توسعه اجتماعی	۴۱
عدالت جنسیتی و حقوق	۴۱
حقوق بشر	۴۲
آموزش	۴۳
محیط زیست و تغییرات آب و هوایی	۴۴
تغییرات آب و هوایی	۴۵
سلامت شغلی	۴۷
اقدامات بین بخشی	۴۸
نکات و منابع	۴۹



## فصل سوم

پوشش همگانی سلامت	۵۵
خلاصه	۵۶
روندها	۵۸
تحولات مثبت	۶۰
چالش‌ها	۶۱
اولویت‌های استراتژیک	۶۳
حاکمیت	۶۶
تامین مالی سلامت	۶۹
نیروی کار سلامت	۷۱
محصولات پزشکی	۷۴
اطلاعات سلامت	۷۶
ارائه خدمت	۷۹
پژوهش برای پوشش همگانی سلامت	۸۲
نکات و منابع	۸۶



## فصل چهارم

سلامت و سوء تغذیه در تولید مثل، مادران، نوزادان تازه متولد شده، کودکان، و بزرگسالان	۹۷
خلاصه	۹۸
دستاوردها	۱۰۲
عوامل موفقیت	۱۰۴
چالش‌ها	۱۰۷
اولویت‌گذاری استراتژیک	۱۰۸
سلامت مادران	۱۱۰
سلامت نوزادان	۱۱۲
سلامت کودک	۱۱۵
فلج اطفال	۱۱۸
تغذیه نامناسب	۱۲۰
سلامت نوجوانان	۱۲۳
سلامت و حقوق مرتبط با مسائل جنسی و تولید مثل	۱۲۵
نکات و منابع	۱۲۷



## فصل پنجم

بیماری‌های عفونی	۱۳۱
خلاصه	۱۳۲
دستاوردها	۱۳۶
عوامل موفقیت	۱۳۸
چالش‌های	۱۴۰
اولویت‌های استراتژیک	۱۴۴
HIV/ایدز	۱۴۶
سل	۱۴۸
مالاریا	۱۵۱
بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری	۱۵۲
هیپاتیت	۱۵۵
بیماری‌های قابل انتقال از طریق آب	۱۵۸
وبا	۱۶۰
عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی (عفونت‌های مقاربتی)	۱۶۲
نکات و منابع	۱۶۴



## فصل ۶

بیماری‌های غیرواگیر	۱۷۱
خلاصه	۱۷۲
روندها	۱۷۳
تحولات مثبت	۱۷۵
چالش‌ها	۱۷۶
اولویت‌های سیاسی	۱۷۸
بیماری‌های قلب عروقی	۱۸۰
سرطان	۱۸۲
دیابت	۱۸۵
مصرف دخانیات	۱۸۷
آلودگی هوا	۱۸۹
نکات و منابع	۱۹۲





## فصل هفتم

سلامت ذهنی و استفاده از مواد	۱۹۷
خلاصه	۱۹۸
روندها	۲۰۰
تحولات مثبت	۲۰۱
چالش‌ها	۲۰۲
اولویت‌های استراتژیک	۲۰۳
افسردگی و خودکشی	۲۰۴
جنون	۲۰۶
استفاده از مواد و ناهنجاری‌های استفاده از مواد	۲۰۸
نکات و منابع	۲۱۱



## فصل هشتم

آسیب‌ها و خشونت	۲۱۵
خلاصه	۲۱۶
روندها	۲۱۸
تحولات مثبت	۲۱۹
چالش‌ها	۲۲۰
اولویت‌های استراتژیک	۲۲۱
آسیب‌های ترافیک جاده‌ای	۲۲۳
خشونت و قتل	۲۲۶
جنگ و نزاع	۲۲۸
فجایع	۲۳۰
نکات و منابع	۲۳۳



## فصل نهم

بازتاب به کارگیری و چالش‌های سلامت	۲۳۵
خلاصه	۲۳۶
میراث اهداف توسعه هزاره	۲۳۶
تولد SDG	۲۳۷
کودکان و دوران آن‌ها: اهداف توسعه پایدار متفاوت می‌باشند	۲۳۸
به سوی موقعیت WHO در مورد سلامت و اهداف توسعه پایدار	۲۳۹
نقش سلامت در اهداف توسعه پایدار	۲۴۰
سیستم‌های بهداشتی در دستورکار جدید مرکزیت دارند	۲۴۱
SDG می‌تواند حاکمیت سلامت را در مرکز توجهات قرار دهد	۲۴۲
تامین مالی اهداف توسعه پایدار	۲۴۳
پیگیری و بررسی	۲۴۴
بازتاب‌های نهایی	۲۴۵
نکات و منابع	۲۴۷





در برنامه توسعه پایدار (SDG) تلاش جهانی بر آن است که مردم جهان در هر کشور و محلی که زندگی می کنند سلامتی و زندگی سالم و شرافتمندانه برای همه آنان در تمام سنین تضمین شود. این شعار و هدفی بلند پروازانه، انسانی و آرمانی جهان شمول است. توسعه پایدار از طریق انسان های سالم، توسعه یافته، توانمند و مولد محقق می شود. این موضوع نیازمند سرمایه گذاری برای توسعه نیروی انسانی سالم است. در حوزه توسعه انسانی، به ویژه تربیت و آماده سازی مجموعه ای خبره از نیروی انسانی برای رسیدن به تمام اهداف توسعه پایدار در کشور لازم است. اهداف آرمان های توسعه پایدار باید در برنامه توسعه کشور مورد توجه قرار گرفته و در آن لحاظ شود و همه مردم و مسئولان در تحقق آن اهتمام ورزند.

طرح تحول سلامت با هدف تحقق پوشش همگانی سلامت از نظر دسترسی مردم به خدمات و بهره مندی از خدمات مورد نیاز و تقاضای آنان و حفاظت مالی از کسانی که از خدمات بهره مند می شدند، از سال ۹۳ در دولت یازدهم به اجرا درآمد. در حوزه بهداشت، طرح تحول با ۱۵ برنامه و ۱۰ پروژه پشتیبان طراحی و در سراسر کشور در دست اجرا است. این برنامه ها با ایجاد پرونده الکترونیک سلامت، توجه به بیماری های غیرواگیر، اختلالات روان، اصلاح الگوی تغذیه و پررنگ نمودن نقش خودمراقبتی، زیرساخت هایی را برای عملیاتی شدن اهداف آرمان سوم SDG مهیا نموده است. برای اولین بار در کشور خدمات PHC به بیش از ۱۰ میلیون حاشیه نشین در سراسر کشور که نمادی از فقر شهری و نابرابری نهفته و پنهان در درون شهرها است و از زیرساخت های بهداشتی و درمانی محروم بودند، با ایجاد ساختار جدید مبنی بر پایگاه های سلامت و مراکز خدمات جامع سلامت در حال ارائه است و این ساختار ابزار مهمی برای رسیدن به آرمان سوم از آرمان های ۱۷ گانه توسعه پایدار در کشور خواهد بود. مناطق محروم و حاشیه نشین در تمام کشورها پاشنه آشیل دستیابی به اهداف آرمان سوم توسعه پایدار خواهند بود و در صورت عدم توجه به این مناطق، نابرابری ها در سلامت شدیدتر و این نابرابری در سلامت، خود دیگر آرمان های توسعه پایدار را با چالش های جدی مواجه خواهد نمود.

جهان با استفاده از تجربه اهداف توسعه هزاره به این نتیجه رسیده است که تنها با تمرکز بر برنامه های مجزا و یا تمرکز صرف بر برنامه سلامت نمی توان به موفقیت های همه جانبه دست یافت. از این رو کشورهای جهان اهداف توسعه پایدار را که کاملا وابسته و تکمیل کننده یکدیگرند، طراحی نمودند. این اهداف فرصتی را به وجود آورده اند که حاکمیت سلامت در مرکز توجهات قرار گیرد و مسئولیت اثرات سلامتی دیگر حوزه ها از جمله محیط زیست، امنیت، صنعت، کشاورزی و بسیاری از حوزه های در نظر گرفته شده در ۱۷ آرمان توسعه پایدار پرننگتر از هر دوره ای دیگر در تاریخ شود.

برای نیل به اهداف توسعه پایدار ضرورت دارد از فرایند حرکت جهانی از اهداف توسعه هزاره (MDG) به اهداف توسعه پایدار (SDG) آگاهی یابیم. کتاب حاضر که توسط جناب آقای دکتر امیرحسین تکیان، مدیر گروه سلامت جهانی و سیاستگذاری عمومی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران و همکاران ایشان به فارسی برگردان و ویرایش شده است این مهم را برآورده است. از ایشان و همکارانم در دفتر آموزش و ارتقای سلامت بابت آماده سازی این کتاب ارزشمند سازمان جهانی بهداشت که باعث آگاه سازی فعالان در سلامت از اقدامات صورت گرفته در خصوص اهداف توسعه پایدار خواهد شد و طبیعتاً برنامه ریزی های آتی را تحت تاثیر خود قرار خواهد داد؛ سپاسگزارم.

امیدوارم مطالعه و نشر این کتاب و حمایت در اجرای برنامه توسعه ما را در تحقق اهداف توسعه پایدار یاری نموده و شاهد کاهش نابرابری های اجتماعی، بهبود رفاه اجتماعی و عدالت در سلامت و ارتقاء شاخص های توسعه پایدار در سه بعد اقتصادی، اجتماعی و زیست محیطی در کشور باشیم.

دکتر علی اکبر سیاری

معاون بهداشت

## پیشگفتار:

در سال ۲۰۱۵ به پایان عصر اهداف توسعه هزاره (MDG) می‌رسیم، و برنامه پساً ۲۰۱۵ شامل ۱۷ هدف توسعه پایدار (SDG) می‌شود که جای اهداف مرتبط با MDG را می‌گیرند. ما در آستانه ورود به عصر جدید قرار داریم. زمان حاضر لحظه مهمی برای نگاه به گذشته و بررسی روندهای مرتبط با سلامتی که MDG را تشکیل می‌دادند، می‌باشد شناسایی پیشرفت‌ها، برجسته نمودن نکاتی که آموختیم، تمرکز توجهات به اهدافی که به آن‌ها دست نیافتیم، و بررسی چالش‌هایی که باید با آن‌ها مواجه شویم.

در حالی که در جنبه‌های زیادی پیشرفت‌های بسیار خوبی در زمینه MDG داشتیم، کارهای زیادی باقی‌مانده است که باید انجام شوند. در سلامت، پیشرفت‌های بسیار خوبی در زمینه کاهش مرگ و میر مادران و کودکان و مبارزه با بیماری‌های عفونی صورت گرفته است، هرچند که به بسیاری از اهداف جهانی MDG دست نیافتیم و بسیاری از کشورها نیز نتوانستند به اهداف MDG دست یابند. باید به این برنامه کاری پایان نیافته رسیدگی نمود، اما موضوع مهم‌تر این است که پیشرفت‌های بسیار خوب صورت گرفته راه را برای بلندپروازی‌های بیشتر تا سال ۲۰۳۰ هموار می‌سازد. موضوع مهم دیگر برطرف نمودن سایر چالش‌های سلامت عمومی است که در حیطه MDG



**Dr Margaret Chan**  
Director-General  
World Health Organization

قرار نداشتند، مهم‌ترین چالش‌ها عبارت‌اند از بیماری‌های اپیدمیک حاد، فجاج و موقعیت‌های متعارض<sup>۱</sup>، اپیدمی‌های روبه رشد بیماری‌های غیرواگیر و ناهنجاری‌های سلامت روان و ناعدالتی‌های بزرگ در تمام مناطق جهان.

SDG به بسیاری از این موضوعات از طریق وضع آرمان‌ها جدید سلامت ("تضمین زندگی سالم و ارتقاء تندرستی برای همه در تمام سنین") و مجموعه گسترده‌ای از اهداف رسیدگی نموده است. SDG همچنین از طریق ۱۷ آرمان خود طیف گسترده‌ای از فعالیت‌های انسانی را در ۳ بعد توسعه پایدار (اقتصادی، اجتماعی و محیطی) پوشش می‌دهد: مردم، کره زمین، رفاه، صلح و همکاری - پنج بازیگر دستور کار جدیدی که برای تمامی کشورها می‌باشد.

عنصر اصلی برای دستیابی به SDG درک این موضوع است که ریشه‌کنی فقر و ناعدالتی، ایجاد رشد اقتصادی جامع، حفظ کره زمین و بهبود سلامت جمعیت موضوعاتی منفک از یکدیگر نیستند. این موضوع منجر به ایجاد استراتژی‌های توسعه‌ای شده است که بسیاری از آن‌ها تنها زمانی آشکار می‌شوند که ما به سمت جلو حرکت می‌کنیم. اما برخی از آن‌ها در آغاز راه مشخص می‌باشند، از جمله این حقیقت که رویکردهای انفرادی و عمودی به توسعه باید جای خود را به رویکردهای چندبخشی و هماهنگ شده و در تطابق با نیازها و اولویت‌های کشورها بدهند.

از سال ۲۰۰۰ به بعد به اجماع نظرهای خوبی دست یافته‌ایم. با این وجود، اگر ما مشارکت‌هایمان را برای تبدیل نمودن جهان به مکان بهتری برای زندگی برای همه حفظ نکنیم - هیچکس را از قلم نیاندازیم - این پیشرفت‌ها به راحتی از دست می‌روند. عنصر کلیدی برای دستیابی به این دیدگاه تمرکز هوشمندانه تلاش‌هایمان و وضع اهداف شفاف و قابل سنجشی می‌باشد که دولت‌های ملی و شرکای توسعه‌ای بتوانند از آن‌ها حمایت نمایند. در بخش سلامت اهداف مربوط به پوشش همگانی سلامت (UHC) چارچوبی را برای اقدامات یکپارچه برای تمام ۱۳ هدف فراهم می‌نماید. نظر من این است به جای اینکه پوشش همگانی سلامت را به‌عنوان یک هدف در میان تعداد زیادی هدف ببینیم، باید آن را به‌عنوان عنصر محوری برنامه کاری توسعه سلامت در نظر بگیریم، که نه تنها یک عنصر محوری برای یک رویکرد یکپارچه‌تر برای دستیابی به سایر اهداف سلامت می‌باشد بلکه موجب ایجاد تعادل میان آن‌ها نیز می‌شود. حال می‌توان تمام اهداف را با یک چارچوب پذیرش شده که امکان وضع هدف و سنجش پیشرفت‌ها را فراهم می‌نماید، پایش نمود. اعتقاد من این است که این [چارچوب] نشان دهنده راه ما برای حرکت به سمت جلو می‌شود. این گزارش اولین قدم از مجموعه اقداماتی می‌باشد که من برای آماده‌سازی سازمان بهداشت جهانی برای حمایت کامل از پیاده‌سازی برنامه کاری SDG انجام می‌دهم.

## فصل اول:

از اهداف توسعه هزاره به اهداف  
توسعه پایدار؛ معرفی کلی



## چکیده:

هدف از این گزارش توضیح وضعیت سلامت جهانی در سال ۲۰۱۵، بازبینی روندها و نیروهای مثبت ۱۵ سال گذشته در طی دوره اهداف توسعه هزاره و تعیین چالش‌های اساسی ۱۵ سال آینده می‌باشد.

دستور کار توسعه پایدار ۲۰۳۰، ناشی از دیدگاه و بلند همتی بی‌سابقه‌ای است که در تمام کشورها قابل اجراست و حقیقتاً فراتر از اهداف توسعه هزاره<sup>۱</sup> (MDG) قدم خواهد برداشت. در عین حال که ریشه کنی فقر، سلامت، آموزش، امنیت غذایی و تغذیه کم‌کم به‌عنوان موارد دارای اولویت باقی‌مانده‌اند، اهداف توسعه پایدار<sup>۲</sup> (SDG) شامل طیف گسترده‌ای از اهداف اقتصادی، اجتماعی و زیست محیطی می‌شوند. و چشم‌اندازی از جوامع گسترده‌تر و صلح‌آمیزتر ارائه می‌نماید.

در کل پیشرفت به سوی اهداف توسعه هزاره قابل توجه بوده است، به‌عنوان مثال می‌توان به پیشرفت در کاهش فقر، آموزش و بهبود و افزایش دسترسی به آب آشامیدنی سالم اشاره نمود. همچنین پیشرفت در ۳ آرمان<sup>۳</sup> و اهداف<sup>۴</sup> مرتبط با سلامت قابل توجه بوده است. در سطح جهانی اپیدمی‌های ایدز، سل و مالاریا کاهش یافته‌اند. مرگ و میر کودکان و مادران با وجود اینکه کمی از هدف در نظر گرفته شده در اهداف توسعه هزاره عقب می‌باشیم تا حد زیادی کاهش یافته‌اند - از سال ۱۹۹۰ به ترتیب ۵۳ درصد و ۴۴ درصد کاهش یافته‌اند.

در عصر اهداف توسعه هزاره بود که بسیاری از پیشینه پیشرفت‌های جهانی ایجاد گردید. اهداف توسعه هزاره راهی طولانی را برای تغییر مسیر تفکر و گفت‌وگوهای ما پیرامون مسائل جهانی پیموده است، به‌گفتمان‌های بین‌المللی و مباحث مرتبط با توسعه شکل داده است، و همچنین در افزایش چشمگیر مساعدت‌ها برای توسعه نقش داشته است. با این حال اهداف توسعه هزاره با محدودیت‌های زیادی مانند تمرکز محدود بر برنامه‌های سلامت و بیماری‌ها در کشورها، عدم توجه کافی به تقویت سیستم‌های سلامت، تأکید بر "یک استاندارد یکسان برای همه" در رویکردهای برنامه‌ریزی توسعه و تمرکز بر اهداف کلان به‌جای عدالت روبه‌رو بوده است.

۱۷ آرمان و ۱۶۹ هدف - از جمله یک آرمان با ۱۳ هدف مرتبط با سلامت - از دستور کار توسعه جدید با ۳ بعد از توسعه پایدار که شامل مردم، کره زمین، رفاه، صلح و مشارکت می‌شود را با یکدیگر ادغام نموده است. آرمان‌های مرتبط با سلامت گسترده می‌باشند: "تضمین زندگی سالم و گسترش تندرستی برای همه در تمام سنین". بهره‌برداری از سلامت به‌عنوان تسهیل‌کننده سیاست‌های توسعه پایدار دارای جایگاهی محوری می‌باشد. بسیاری از آرمان‌های سلامت و آرمان‌های غیر سلامت و دیگر اهداف با یکدیگر ارتباط دارند، که منعکس‌کننده رویکرد یکپارچه‌ای است که زیربنای اهداف توسعه پایدار را تشکیل می‌دهد. پوشش همگانی سلامت یکی از ۱۳ هدف سلامت می‌باشد که چارچوبی کلی، جاه‌طلبانه و گسترده برای اجرای دستور کار سلامت در تمام کشورها می‌باشد.

پایش و بررسی پیشرفت یک عنصر حیاتی برای اهداف توسعه پایدار خواهد بود. چارچوبی از شاخص‌ها در حال حاضر در حال طراحی می‌باشد که طبق برنامه‌ریزی انجام شده در سال ۲۰۱۶ به تصویب خواهد رسید.

1. Millennium Development Goals
2. Sustainable Development Goals
3. Goal
4. Targets

در ۲۵ سپتامبر سال ۲۰۱۵ مجمع عمومی سازمان ملل متحد دستور کار توسعه‌ای جدیدی را به تصویب رساند "تغییر شکل جهان ما: دستور کار ۲۰۳۰ برای توسعه پایدار"<sup>۱</sup>. دستور کار جدید به صورت بی سابقه‌ای گسترده و جاه طلبانه است، و در تمام کشورها قابلیت اجرا دارد. چارچوب پسا ۲۰۱۵ فراتر از اهداف توسعه هزاره می‌باشد، با این حال در طول ۱۵ سال چارچوبی مهم برای مبارزه با فقر و رشد توسعه یافتگی در کشورهای دارای درآمد پایین و متوسط ایجاد نموده است. در حالی که موضوعات ریشه کنی فقر، سلامت به عنوان یک حق اساسی بشر، آموزش، امنیت غذایی و تغذیه در اولویت باقی می‌مانند، اهداف توسعه پایدار شامل طیف گسترده‌ای از موضوعات اقتصادی، اجتماعی و زیست محیطی می‌باشد همچنین وعده جوامعی صلح آمیزتر و فراگیرتر را نیز می‌دهد. ۱۷ آرمان و ۱۶۹ هدف، از جمله یک آرمان مخصوص برای سلامتی با ۱۳ هدف، داشتن تعداد زیادی عناصر مرتبط و متقاطع، نشان دهنده رویکرد یکپارچه‌ای است که اساس اهداف توسعه پایدار می‌باشد.

هدف این گزارش توصیف وضعیت سلامت جهانی در سال ۲۰۱۵، نگاهی به روندها و نیروهای مثبت ۱۵ سال گذشته در طی دوران اهداف توسعه هزاره و بررسی چالش‌های اساسی ۱۵ سال آینده می‌باشد. در این فصل زمینه‌ها را توصیف می‌نماییم که شامل توصیف تغییرات جمعیتی و اپیدمیولوژیک، و تعیین کننده‌های اقتصادی، اجتماعی و زیست محیطی سلامت می‌باشد. در ۶ فصل بعدی روندها و چالش‌های اصلی حوزه سلامت که در آرمان‌های سلامت موجود در اهداف توسعه پایدار بسیار مهم می‌باشند، ارائه شده است: پوشش همگانی سلامت<sup>۱</sup> (UHC)؛ سلامت باروری، مادران، نوزادان، کودکان و نوجوانان؛ بیماری‌های عفونی؛ بیماری‌های غیرواگیر<sup>۲</sup> (NCD)، سلامت روان و سوء مصرف مواد؛ و صدمات و خشونت. برخی از فصل‌ها اهداف سلامت چند بعدی را پوشش می‌دهند و در هر جا که مناسب بوده است به اهداف توسعه پایداری که در دیگر آرمان‌ها قرار دارند اشاره شده است. در فصل آخر نیز کاربرد اهداف توسعه پایدار در سلامت نشان داده شده است.

هر فصل دستاوردها و پیشرفت‌های مربوط به اهداف توسعه هزاره که در ارتباط با سلامت می‌باشند، روندهای موجود در حیطه‌هایی که اهداف توسعه هزاره در آن‌ها دارای اولویت نبوده‌اند را از سال ۲۰۰۰ به صورت خلاصه بیان نموده است. عوامل بسیار مهمی که در موفقیت‌های ۱۵ سال گذشته نقش داشته‌اند، اعم از اقدامات کشورها تا مشارکت جهانی، افزایش بودجه و افزایش مداخلات جدید شناسایی شده‌اند. چالش‌های عمده سلامت در سال ۲۰۱۵ و در ۱۵ سال آینده نیز به صورت خلاصه بیان خلاصه شده‌اند. در انتهای هر فصل با کمک یکدیگر

اولویت‌های استراتژیکی که در اهداف توسعه پایدار تعریف شده‌اند و ارتباط آن‌ها با قطعنامه‌های سازمان بهداشت جهانی<sup>۳</sup> (WHO)، برنامه اقدام جهانی و سایر اسناد استراتژیک ضروری را بررسی نمودیم. پیش از این مجمع جهانی سلامت در بسیاری از حیطه‌ها اولویت‌هایی که جامعه بین‌الملل و هر یک از کشورها باید در نظر داشته باشند تا پیشرفت‌های قابل توجهی در جهت اهداف توسعه پایدار ایجاد شود را مشخص نموده است. اهداف توسعه هزاره در بسیاری از حیطه‌های دیگر دیدگاه‌های جدیدتر، گسترده‌تر، و یکپارچه‌تری که نیازمند عزم و پیوستگی بیشتر پیرامون پوشش همگانی سلامت و رویکردهای بین بخشی می‌باشد را مطرح نموده است.

این فصل مقدماتی با بررسی مختصری از دستاوردهای کلی مرتبط با سلامت در اهداف توسعه هزاره، و نقاط قوت و محدودیت‌های آن شروع می‌شود. قسمت دوم این فصل اهداف توسعه پایدار مرتبط با سلامت را شرح می‌دهد از جمله اینکه چگونه موضوع سلامت در آرمان‌ها و اهداف دیگر منعکس شده است و در این مورد که چگونه باید پیشرفت‌های صورت گرفته به سمت اهداف توسعه پایدار را پیش نمود، بحث می‌شود.

## اهداف توسعه هزاره MDG

در سپتامبر سال ۲۰۰۰ مجمع عمومی سازمان ملل اعلامیه هزاره را به تصویب رساند، که مشارکت جهانی کشورها و شرکای توسعه یافته را برای ۸ هدف توسعه‌ای داوطلبانه که باید تا سال ۲۰۱۵ به آن‌ها دست یافت را سازماندهی نمود. سند اهداف توسعه هزاره شامل تعهدات عملی، اخلاقی و جاه طلبانه می‌شود و خواهان اقدام<sup>۲</sup> در راستای: (۱) ریشه کنی فقر و گرسنگی شدید؛ (۲) دستیابی به آموزش ابتدایی همگانی؛ (۳) ترویج برابری جنسیتی و توانمندسازی زنان؛ (۴) کاهش مرگ و میر کودکان؛ (۵) بهبود سلامت مادران؛ (۶) مبارزه با ایدز، مالاریا و سایر بیماری‌ها؛ (۷) محیط زیست پایدار، و (۸) گسترش مشارکت‌های جهانی برای توسعه می‌باشد. ۳ هدف از ۸ هدف MDG بر سلامت متمرکز می‌باشد، در حالی که سایر اهداف توسعه هزاره نیز سلامت را در بر می‌گیرند - به عنوان مثال تغذیه، آب و فاضلاب<sup>۳</sup>.

بسیج منابع بی سابقه‌ای پیرامون فعالیت‌های مرتبط با اهداف توسعه هزاره در میان طیف گسترده‌ای از طرح‌های ملی و جهانی وجود داشته و جوامع توسعه یافته پایه منظمی را برای ارزیابی پیشرفت‌ها تشکیل داده‌اند. رویدادهای مهم جهانی مرتبط با اهداف توسعه هزاره عبارتند از: در سال ۲۰۰۱ و ۲۰۱۱ جلسه ویژه سازمان ملل متحد پیرامون موضوع ایدز تشکیل شد با این

3. World health organization

1 Universal health coverage

2 Non-communicable diseases

نهادهای فنی تولید می‌شوند.<sup>۳</sup> در سال ۲۰۰۸ مجمع جهانی سلامت فراخوانی برای پایش پیشرفت به سوی اهداف سلامت توسعه هزاره اعلام نمود<sup>۴</sup> و پایش خود را از سال ۲۰۰۹ براساس گزارش‌های منتشر شده توسط مرور سالیانه آمار سازمان بهداشت جهانی و داده‌های واحد نظارت سازمان بهداشت جهانی آغاز نمود<sup>۵</sup>.

## سلامت در اهداف توسعه هزاره: دستاوردها

به صورت کلی پیشرفت به سوی اهداف توسعه هزاره قابل توجه بوده است. به‌عنوان مثال در ارتباط با فقر شدید مشاهده می‌کنیم که تعداد افرادی که با درآمد روزانه کمتر از ۱٫۲۵ دلار آمریکا زندگی می‌کنند از ۱٫۹ میلیارد نفر در سال ۱۹۹۰ به ۸۳۶ میلیون نفر در سال ۲۰۱۵ رسیده است، به صورت مشابه نسبت افراد مبتلا به سوء تغذیه در مناطق در حال توسعه از ۲۳ درصد در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۲ به ۱۳ درصد در سال‌های ۲۰۱۴ تا ۲۰۱۶ کاهش یافته است. هدف مورد نظر برای شاخص کودکان مبتلا به سوء تغذیه نیز تقریباً برآورده شده است (جدول ۱، ۱).

در حیطه آموزش نیز پیشرفت‌های قابل توجهی صورت گرفته است، نرخ خالص ثبت نام در مدارس ابتدایی در مناطق در حال توسعه از ۸۳ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۹۱ درصد در سال ۲۰۱۵ رسیده است. اکنون نسبت به ۱۵ سال گذشته تعداد بسیار بیشتری از دختران در مدارس حضور دارند، به نحوی که مناطق در حال توسعه به عنوان یک کل به هدف تعیین شده برای از بین بردن نابرابری جنسیتی در آموزش مقطع ابتدایی، متوسطه و عالی دست یافته‌اند - که به احتمال زیاد دستاوردهای سودمندی در زمینه سلامت مادران و کودکان به همراه خواهد داشت<sup>۶</sup>.

در بخش آب و فاضلاب که نقش قابل توجهی در انتقال بیماری‌های عفونی دارد نیز پیشرفت‌های قابل توجهی صورت گرفته است. در سال ۲۰۱۵، ۹۱ درصد از جمعیت جهان به یک منبع آب آشامیدنی بهبود یافته دسترسی داشته‌اند در حالی که این نسبت در سال ۱۹۹۰ برابر با ۹۶ درصد بوده است، بنابراین به اهداف توسعه هزاره دست یافته‌ایم در حالی که نسبت افرادی که در فضای باز دفع مدفوع می‌کردند تقریباً به نصف کاهش یافته است. در سطح جهانی تعداد ۱۴۷ کشور به هدف تعیین شده برای آب آشامیدنی و ۹۵ کشور به هدف تعیین شده برای فاضلاب و ۷۷ کشور به هر دو هدف دست یافته‌اند.

پیشرفت‌های خوبی در MDG ۴، MDG ۵ و MDG ۶ صورت گرفته است - به فصل‌های ۴ و ۵ مراجعه نمایید. در سطح جهانی به اهداف توسعه هزاره مرتبط با ایدز، سل و مالاریا دست یافته‌ایم. مرگ و میر کودکان حدود ۵۳ درصد و مرگ و میر مادران حدود ۴۳ درصد کاهش یافته است. با این که باید از این کاهش‌ها شادمان بود اما هر ۲ مورد کاهش مذکور نسبت

هدف که فعالیت‌های بین‌المللی مبارزه با اپیدمی مذکور را تقویت نماید<sup>۴</sup>. در اجلاس سران سال ۲۰۰۵ مجدداً بر متعهد بودن به اعلامیه توسعه هزاره تأکید گردید، جلسه مقامات ارشد در سازمان ملل متحد در نیویورک<sup>۵</sup> در سال ۲۰۰۸ خواهان سرعت بخشیدن به پیشرفت‌های مورد نیاز برای رسیدن به اهداف توسعه هزاره گردید؛ در سال ۲۰۱۰ اجلاس اهداف توسعه هزاره به این نتیجه رسید که نیاز به یک برنامه اقدام جهانی و طرح‌های متعددی برای مبارزه با فقر، گرسنگی و بیماری، و همچنین مداخلاتی برای سرعت بخشیدن به پیشرفت در سلامت زنان و کودکان - که کشورها و سایر نهادها تعهدات خاصی را در این رابطه پذیرفته بودند<sup>۷</sup> - وجود دارد؛ این موارد اجرایی گردیدند و اخیراً در سال ۲۰۱۳، جلسه ویژه‌ای در سازمان ملل به منظور پیگیری تلاش‌های مرتبط با اهداف توسعه هزاره تشکیل گردید. جلسات زیادی نیز در سطح منطقه‌ای و کشوری برای بررسی پیشرفت و ایجاد تعهدات جدید برگزار شده است.

اهداف توسعه هزاره راهی طولانی را برای تغییر روش تفکر و گفت‌وگو در مورد جهان پیموده است، شکل‌گیری گفت‌وگو بین‌المللی و مباحث مرتبط با توسعه، و افزایش آگاهی‌های عموم از الزامات اخلاقی مانند دستیابی به برابری جنسیتی و پایان دادن به فقر و گرسنگی مواردی از این دست می‌باشند. اهداف توسعه هزاره همچنین نقش زیادی در افزایش کمک‌های توسعه‌ای داشته است<sup>۸،۹،۱۰</sup>، به اینصورت که براساس شواهد موجود در فاصله زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۴ کمک‌های رسمی مرتبط با توسعه<sup>۴</sup> (ODA براساس اصطلاحات رایج) ۶۶ درصد افزایش یافته است و به رقم بی‌سابقه ۱۳۵ میلیارد دلار آمریکا رسیده است<sup>۳</sup>. بیشتر کمک‌ها به آموزش و بهداشت عمومی اختصاص یافته است و در عین حال به سمت کشورهای فقیر به‌عنوان مکمل تامین مالی داخلی (طرح‌های) توسعه‌ای هدایت شده است<sup>۱۱</sup>. تاثیر بر سیاست‌ها و عملکردهای اهداکنندگان و با تغییرات بیشتری - بر دولت‌های کشورهای در حال توسعه قابل توجه بوده است<sup>۱۲</sup>. به‌عنوان مثال اهداف توسعه هزاره (به‌ویژه هدف شماره ۶) نقش انکارناپذیری در شکل‌گیری سیاست‌های صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا - که در سال ۲۰۰۲ ایجاد شده - داشته است.

بررسی پیشرفت‌های صورت گرفته برای دست‌یابی به اهداف توسعه هزاره با استفاده از سنجش ۶۰ شاخص کلیدی که در پایش ۸ آرمان اهداف توسعه هزاره و ۲۱ هدف آن استفاده می‌شود، نیازمند سرمایه‌گذاری قابل توجهی می‌باشد. گزارش‌های پیشرفت سالیانه توسط گروه‌های متخصص و بین‌سازمانی<sup>۵</sup> (IAEG) براساس شاخص‌های اهداف توسعه هزاره - هماهنگ شده با بخش آمار ملل متحد - و براساس مشارکت

4. Official development assistance

5.. Inter-agency and expert group



جدول ۱-۱

وضعیت منطقه ای WHO و جهان پیرامون اهداف توسعه هزاره مرتبط با سلامت

پیشرفت ناکافی: سفید رنگ نیمه راه: آبی کم رنگ دستیافته یا در مسیر: آبی پر رنگ

Target	Global	AFR	AMR	SEAR	EUR	EMR	WPR		
۵۰	۴۴	۳۵	۶۳	۴۹	۸۵	۳۹	۸۲	درصد کاهش در نسبت کودکان زیر پنج سال کم وزن ۱۹۹۰-۲۰۱۵	هدف ۱.C به نصف رساندن نسبت افرادی که از گرسنگی رنج می برند بین سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵
۶۷	۵۳	۵۴	۶۵	۶۶	۶۵	۴۸	۷۴	درصد کاهش در مرگ و میر کودکان زیر پنج سال ۱۹۹۰-۲۰۱۵	هدف ۴.a کاهش دو سوم میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال بین ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵
۹۰	۸۵	۷۳	۹۲	۸۴	۹۴	۷۷	۹۷	پوشش ایمن سازی <sup>a</sup> سرخک در میان افراد یکساله به درصد ۲۰۱۴	
۷۵	۴۴	۴۴	۴۹	۶۹	۶۳	۵۴	۶۴	درصد کاهش در نرخ مرگ و میر مادری ۱۹۹۰-۲۰۱۵	هدف ۵.a کاهش سه چهارم نسبت مرگ و میر مادران بین سال های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵
۹۰	۷۳	۵۴	۹۶	۵۹	۹۹	۶۷	۹۵	زایمان توسط متخصصین ماهر بهداشتی به درصد ۲۰۱۳	
۱۰۰	۸۸	۸۱	۹۹	۸۴	۹۹	۷۹	۹۵	پوشش مراقبت قبل از تولد به درصد حداقل یک ویزیت ۲۰۱۳	هدف ۵.b دسترسی به بهداشت باروری همگانی تا سال ۲۰۱۵
۰	۲۴	۵۵	۱۹	۲۷	۲۸	۴۲	۱۰	نیازهای برآورده نشده تنظیم خانواده به درصد ۲۰۱۵	
>۰	۴۵	۵۹	۲۸	۵۰	-۱۶	<-۵۰	۲۷	درصد کاهش در نرخ شیوع HIV ۲۰۰۰-۲۰۱۴	هدف ۶.a تا سال ۲۰۱۵ گسترش HIV/AIDS متوقف و روند آن معکوس گردد
>۰	۳۷	۴۲	۷۸	۴۹	۱۰۰	۷۰	۶۵	درصد کاهش در نرخ شیوع مالاریا ۲۰۰۰-۲۰۱۵	هدف ۶.c تا سال ۲۰۱۵ گسترش مالاریا و سایر بیماری های اصلی متوقف و روند آن معکوس گردد
>۰	۱۷	۱	۴۹	۱۷	۱۴	۱۲	۴۸	درصد کاهش در نرخ شیوع سل ۱۹۹۰-۲۰۱۴	
۵۰	۶۲	۳۸	۶۲	۷۴	۶۷	۳۹	۸۴	درصد کاهش در نسبتی از جمعیت که به آب آشامیدنی سالم دسترسی ندارند ۱۹۹۰-۲۰۱۵	هدف ۷.c تا سال ۲۰۱۵ نسبت افرادی که دسترسی پایدار به آب آشامیدنی سالم ندارند به نیم کاهش یابد
۵۰	۳۱	۷	۴۷	۳۲	۲۸	۵۴	۵۴	درصد کاهش در نسبتی از جمعیت که به فاضلاب بهداشتی دسترسی ندارند ۱۹۹۰-۲۰۱۵	

<sup>a</sup> هدفی که برای پوشش ایمن سازی سرخک که توسط مجمع بهداشت جهانی ایجاد شده است.

<sup>b</sup> هدفی که توسط متخصصین سلامت در کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه تعیین شده است.

به هدف تعیین شده یعنی کاهش دو سوم و سه چهارم موارد ثبت شده در سال ۱۹۹۰ کمی پایین تر بوده است. پیشرفت‌های صورت گرفته نامتوازن نیز بوده‌اند، همانطور که در جدول ۱،۱ نشان داده شده است، در داخل و میان کشورها نابرابری‌های قابل توجهی باقی مانده است. ارزیابی‌های دقیق تر پیشرفت‌های صورت گرفته در فصل‌های ۵ و ۶ ارائه شده است.



### نقاط قوت و محدودیت‌های اهداف توسعه هزاره:

اهداف توسعه هزاره نسبت به هر تلاش دیگری برای استقرار اهداف مرتبط با توسعه در سطح جهانی، تاثیرگذارتر بوده است. شتاب بالای پیشرفت‌های جهانی به سمت آرمان‌های کاهش فقر، کاهش تبعیض جنسیتی، سلامت و آموزش از سال ۲۰۰۰، و به‌ویژه از سال ۲۰۰۵ تنها یک نمونه از تاثیرات مفید اهداف توسعه هزاره می‌باشد. اجرای آسان، ساختارمند، ساده، شفاف، و زمانبندی شده که معقول می‌باشد، سهولت در برقراری ارتباط و سنجش از نقاط قوت اهداف توسعه هزاره می‌باشد، تشویق دولت‌های اهدا کننده، سازمان‌های بین‌المللی و تصمیم گیرندگان کشوری به متمرکز نمودن توجه خود بر حیطه‌هایی که نیازمند توجه می‌باشند، و سنجش نتایج طرح‌های اجرا شده نیز از نقاط قوت اهداف توسعه هزاره می‌باشد. با اینکه تفکیک اثرات علیتی مشکل می‌باشد، اما این فرض که شدت تمرکز (و سرمایه‌گذاری‌ها) یک محرک کلیدی برای نوآوری بوده است، و افزایش حیطه مداخلات، نوآوری‌های جدید را امکان‌پذیر نموده است معقولانه به نظر می‌رسد، به‌عنوان مثال می‌توان درمان ضد رتروویروسی<sup>۱</sup> (ART)، تورهای ضد حشره با ماندگاری بالا<sup>۲</sup> (LLIN)، درمان‌های ترکیبی مبتنی بر نظر تیم درمانی آرتیمیسین<sup>۳</sup> (ACT)، واکسیناسیون سینه‌پهلو و بیماری اسهال، و آزمون‌های تشخیصی جدید و بهتر برای بیماری‌های گوناگون نام برد.

همچنین تاکید بر سنجش نتایج تاثیر مثبتی بر مجموعه

1. Antiretroviral therapy
2. Long-lasting insecticidal nets
3. Artemisinin-based combination therapies

داده‌های کشورها داشته است. یک مثال واضح در این مورد بهبود دسترسی به داده‌ها برای زیر مجموعه‌ای از ۲۲ شاخص رسمی اهداف توسعه هزاره در فاصله زمانی ۲۰۰۳ و ۲۰۱۴ می‌باشد.<sup>۳</sup> در حالی که در سال ۲۰۰۳ تنها ۲ درصد از کشورهای درحال توسعه حداقل ۲ نقطه داده‌ای از ۱۶ مورد یا بیش از ۲۲ شاخص را داشته‌اند، در سال ۲۰۱۴ این رقم به ۷۹ درصد رسیده است که منعکس کننده افزایش ظرفیت سیستم آمار ملی برای پرداختن به نظارت مورد نیاز می‌باشد. همکاران توسعه‌ای به‌ویژه صندوق کودکان سازمان ملل متحد، یونیسف، و دفتر نمایندگی ایالات متحده برای توسعه بین‌الملل<sup>۴</sup> (USAID) نقش مهمی را در افزایش ظرفیت نظارت ایفا کرده‌اند، موفق‌ترین موارد از طریق فراهم نمودن پشتیبانی بلندمدت از ارزیابی‌های ملی سلامت به‌دست آمده‌اند. این بررسی‌ها عمدتاً توسط مراکز آمار ملی و با همکاری وزارتخانه‌های سلامت انجام شده‌اند، همچنین داده‌ها براساس نابرابری‌های موجود در سلامت بالاخص شاخص‌های مربوط به سلامت باروری و سلامت مادر و کودک تولید شده‌اند.<sup>۱۸،۱۹</sup> یکی از مزایای مهم افزایش نظارت برجسته نمودن اهمیت مسئولیت‌پذیری شامل یک روند دوره‌ای نظارت، بررسی و اقدامات اصلاحی بود. اهمیت مسئولیت‌پذیری در تمام سطوح تایید شده است. به‌عنوان مثال از طریق توصیه‌های کمیسیون اطلاعات و مسئولیت‌پذیری برای سلامت زنان و کودکان و نه تنها نظارت بهبود یافته است بلکه همچنین به تدریج منجر به بررسی‌های شفاف‌تر و فراگیرتر روند پیشرفت با حضور جامعه مدنی، سیاست‌مداران و رسانه‌ها نیز شده است.<sup>۲۰</sup>

با وجود موفقیت کلی اهداف توسعه هزاره موفقیت به‌دست‌یابی به تمام اهداف نشدیم<sup>۲۱،۲۲،۲۳</sup>. به‌عنوان مثال بیان شده است که با وجود تمرکز این اهداف بر فقر اهداف توسعه هزاره تقریباً تنها از شاخص‌ها و اهداف کلان استفاده می‌نمود که نابرابری‌های موجود درون کشورها را نادیده می‌گرفت و در نتیجه تلاش‌های مورد نیاز برای بهبود وضعیت فقیرترین افراد و افرادی که دسترسی به آن‌ها از همه مشکل‌تر است را تضعیف می‌نمود. شکل ۱/۱ مثالی از اینگونه نابرابری‌ها ارائه نموده است، این شکل که ۴۹ کشور را با یکدیگر مقایسه نموده است نشان دهنده تفاوت‌های قابل توجه در مرگ و میر کودکان زیر ۵ سالی است که در فقیرترین و ثروتمندترین خانوارها زندگی می‌کنند، مادرانشان به ترتیب دارای حداقل و حداکثر سطح سواد می‌باشند، و در منطقه روستایی و شهری زندگی می‌کنند.

چارچوب اهداف توسعه هزاره نیز به دلیل تمرکز توجهات و منابع بر دستیابی به آرمان‌های خاص به زیان دیگر موارد مورد انتقاد قرار گرفته است. البته این امر در ذات تمرکز است اما با این وجود افزایش انتقادها موضوع مهمی است. این "مشکل"

4. United states agency for international development

نظر گرفته نشده باشد. اهداف جهانی با کشورهایی که نقطه شروع‌شان پایین است یا کشورهای که در آن‌ها تعارض وجود دارد کمتر سازگار می‌باشند. هنگام تنظیم سیاست‌های ملی در هر مورد خاص واقع‌گرایی بیشتر در مورد توانایی‌های هر کشور برای رسیدن به اهداف مورد نظر مفید خواهد بود.

## اهداف توسعه پایدار SDG

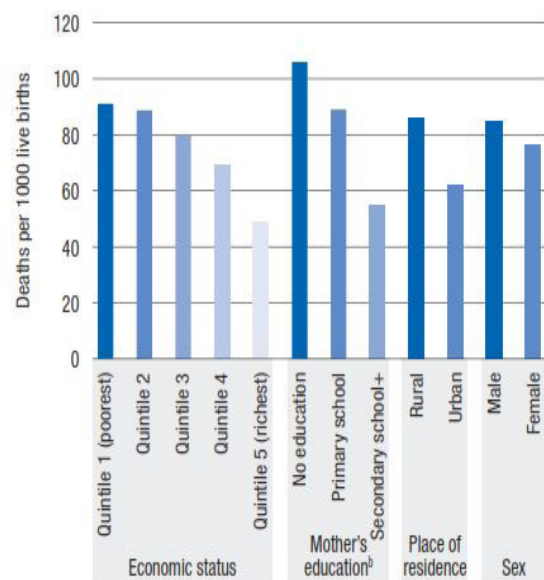
در ۲۵ سپتامبر ۲۰۱۵ مجمع عمومی سازمان ملل دستور کار توسعه‌ای جدید یعنی "دگرگونی جهان ما: دستور کار ۲۰۳۰ برای توسعه پایدار" را به تصویب رساند. دستور کار تهیه شده براساس سند نهایی کنفرانس ملل متحد در مورد توسعه پایدار کنفرانس ریو +۲۰<sup>۲۶</sup> که در ژوئن سال ۲۰۱۲ برگزار شده بود ایجاد گردید و منجر به استقرار یک گروه کاری باز<sup>۱</sup> برای اهداف توسعه پایدار گردید، گروهی از کشورها که وظیفه آن‌ها آماده‌سازی طرحی پیشنهادی برای اهداف توسعه پایدار بود. طرح پیشنهادی گروه کاری توسط مجمع عمومی سازمان ملل متحد در سپتامبر ۲۰۱۴ مورد استقبال قرار گرفت و تبدیل به راهنمای اصلی برای یکپارچه‌سازی اهداف توسعه پایدار در جهت دستور کار توسعه پسا ۲۰۱۵ شود<sup>۲۷</sup>. علاوه بر این مذاکره میان دولت‌ها در رابطه با سند نهایی ۶۹ امین مجمع عمومی سازمان ملل در سال ۲۰۱۴ نیز نتیجه داد. همچنین نتایج جلسات مهم جهانی مانند چارچوب سناری برای کاهش خطر فجایع در فاصله زمانی ۲۰۱۵ تا ۲۰۳۰<sup>۲۸</sup>، دستور کار اقدام آدیس آبابا<sup>۲۹</sup>، همچنین درون‌دادهایی مانند گزارش ترکیبی دبیر کل در ارتباط با دستور کار پسا ۲۰۱۵، "مسیر رو به کرامت": پایان دادن به فقر، دگرگونی تمام زندگی‌ها و حفاظت از کره زمین، منتشر شده در دسامبر ۲۰۱۴ به دستور کار اضافه گردید.

۱۷ آرمان (جدول ۱، ۲) از دستور کار توسعه‌ای جدید هر ۳ بعد توسعه پایدار (اقتصاد، اجتماع و محیط زیست) را پیرامون موضوعات مردم، کره زمین، رفاه، صلح و مشارکت ادغام نموده‌اند. اهداف توسعه پایدار در پی ادامه دادن به اولویت‌های مبارزه با فقر و گرسنگی می‌باشد درحالی که بر حقوق بشر برای همه، و توانمندسازی زنان و دختران به‌عنوان بخشی از فشار برای دستیابی به برابری جنسیتی تمرکز می‌نماید. آن‌ها همچنین کار ناتمام اهداف توسعه هزاره را که از آن دوران باقی‌مانده است تکمیل و گسترش می‌دهند. اهداف توسعه پایدار، پیوند جدایی‌ناپذیری میان ریشه‌کنی فقر و بی‌عدالتی، ایجاد رشد اقتصادی فراگیر و حفاظت از کره زمین را تایید می‌نماید، نه تنها ارتباط آن‌ها با یکدیگر بلکه ارتباط آن‌ها با سلامت جامعه و روابط پویا و متقابل هر یک از این عناصر را نیز می‌نماید، به‌عنوان مثال

1. Open working group
2. Dignity

مرتبط با تمرکز بالاخص در مورد اهداف سلامت به خوبی خود را نشان می‌دهد، جایی که منابع و تلاش‌ها برای تقویت یکسری از بیماری‌های خاص یا برنامه‌های "عمودی" هدایت شده‌اند. اغلب با استفاده از رویکرد هزینه‌های گسترده‌تر و سرمایه‌گذاری‌های مشترک در سیستم سلامت است که می‌توان به تمام مشکلات سلامت به شیوه‌ای یکپارچه‌تر پرداخت. تاکید بر روش‌های عمودی اغلب منجر به برنامه‌های استراتژیک، مکانیسم‌های نظارت بر جریان منابع مالی و تلاش‌های مجزا می‌شود که سرمایه‌گذاری‌های اندکی نیز برای هماهنگ نمودن سیستم صورت می‌گیرد. اهداف توسعه هزاره بدون فراهم نمودن مشوق‌هایی عمده سرمایه‌گذاری به معنای گسترده‌تر آن (یعنی سیستم‌های سلامت) بر هدف نهایی (نتایج سلامتی) تمرکز نموده است. همین امر منجر به پیشرفت‌های قابل توجهی در شاخص‌های سلامت اهداف توسعه هزاره شده است، درحالی که نقص‌های عمده سیستم‌های سلامت به صورت یک کل باقی مانده‌اند. از جمله توانایی کم کشورها در واکنش به چالش‌ها، به‌عنوان مثال طغیان بیماری‌های عفونی (اپیدمی ابولا در غرب آفریقا مثالی روشن در این زمینه می‌باشد) و یا افزایش سریع بار بیماری‌های غیرواگیر. همچنین تردیدهایی نیز در مورد اهدافی که اهداف توسعه هزاره ارائه نموده‌اند وجود دارد. به‌عنوان مثال اهداف توسعه هزاره به‌عنوان یک ابزار برنامه‌ریزی استاندارد یکسان برای همه کشورها با اهدافی که تمام کشورها می‌توانند به آن‌ها دست یابند به‌کار گرفته شده است، حتی اگر اهداف توسعه هزاره هرگز به‌عنوان هدفی برای تک تک کشورها در

شکل ۱-۱: مرگ و میر زیر پنج سال در کشورهای با درآمد کم و متوسط براساس ابعاد چندگانه نابرابری؛ ۲۰۰۵-۲۰۱۲



<sup>a</sup> Median value of 49 selected countries.

<sup>b</sup> Data are not available for 10 countries.

۱۳	اقدام فوری برای مقابله با تغییرات آب و هوایی و تاثیرات آن <sup>۳</sup>
۱۴	حفظ و استفاده پایدار از اقیانوس ها، دریاها و منابع دریایی برای توسعه پایدار
۱۵	محافظت، بازیابی و ترویج استفاده پایدار از اکوسیستم زمین، مدیریت پایدار جنگل ها، مبارزه با بیابان زایی، متوقف و معکوس ساختن تخریب کره زمین و توقف از بین رفتن تنوع زیستی
۱۶	ترویج جوامعی فراگیر و صلح طلب برای توسعه پایدار، دسترسی همه به عدالت، و ساخت نهادهای موثر، متعهد و فراگیر در تمامی سطوح
۱۷	تقویت ابزارهای پیاده سازی و احیای همکاری های جهانی برای توسعه پایدار

تصدیق می شود که کنوانسیون سازمان ملل متحد در مورد تغییرات آب و هوایی محکمه ای بین المللی و بین دولتی برای گفتگو گو پاسخ جهانی به تغییرات آب و هوایی می باشد.

### آرمان سلامت:

پاراگراف ۲۶ از دستور کار ۲۰۳۰ برای توسعه پایدار به صورت زیر به موضوع سلامت پرداخته است<sup>۱</sup>.

در راستای ترویج سلامت جسمی و روانی و تندرستی و برای گسترش امید به زندگی برای همه، ما باید به پوشش همگانی سلامت عمومی و دسترسی به مراقبت های بهداشتی با کیفیت دست پیدا کنیم. هیچ کس را نباید از قلم انداخت. ما به شتاب بخشیدن به سرعت پیشرفت ایجاد شده در کاهش مرگ و میر نوزادان، کودکان و مادران از طریق پایان دادن به تمام انواع مرگ و میرهای قابل پیشگیری تا قبل از ۲۰۳۰ متعهد هستیم. ما به تضمین دسترسی عمومی خدمات مراقبت سلامت جنسی و باروری متعهد شده ایم، از جمله برای تنظیم خانواده، اطلاع رسانی و آموزش. ما در زمینه پیشرفت های مربوط به مبارزه با مالاریا، اچ آی وی / ایدز، سل، هپاتیت، ابولا و دیگر بیماری های مسری و همه گیر سرعت یکسانی خواهیم داشت، از جمله با پرداختن به مقاومت های ضد میکروبی و مشکل بیماری هایی که نظارت کافی بر آنها صورت نمی گیرد و کشورهای در حال توسعه را تحت تاثیر قرار می دهند. ما به پیشگیری و درمان بیماری های غیرواگیر از جمله اختلالات عصبی، مرتبط با رشد و رفتاری که بزرگ ترین چالش ها را برای توسعه پایدار ایجاد می نمایند، متعهد شده ایم.

یکی از ۱۷ آرمان که به صورت گسترده ای تنظیم شده است منحصر با سلامت مرتبط می باشد و تمام کشورها و جمعیت ها را در بر می گیرد. "تضمین زندگی سالم و بهبود تندرستی تمام افراد در تمام سنین" آرمان سلامت با ۱۳ هدف همراه است.

در نظر گرفتن سلامت، یک فرض اساسی اهداف توسعه پایدار این است که در آن سلامت به عنوان یکی از عوامل اصلی و ذینفع سیاست های توسعه پایدار در نظر گرفته می شود. جدول ۱، ۲: ۱۷ اهداف توسعه پایدار

هدف SDG این است که ماهیتا همگانی، یکپارچه و مرتبط باشد. برای رسیدن به این طیف گسترده از موضوعات ضروری خواهد بود که بیش از پیش به انسجام بین بخشی، ادغام و هماهنگی تلاش ها بپردازیم. مشارکت جهانی احیا شده برای توسعه پایدار - براساس روحیه یکپارچگی جهانی تقویت شده - برای آمادگی جهت دستیابی به همکاری های بین بخشی با استفاده از اهداف شفاف و قابل اندازه گیری برای بسیج منابع مورد نیاز جهت اجرای برنامه کاری SDG که بالاخص بر نیازهای فقیرترین و آسیب پذیرترین افراد تمرکز نموده باشد ضروری است.

جدول ۲-۱: ۱۷ اهداف توسعه پایدار

ردیف	آرمان
۱	پایان دادن به تمام اشکال فقر در همه جا
۲	پایان دادن به گرسنگی، دستیابی به امنیت غذایی و بهبود تغذیه و ترویج کشاورزی پایدار
۳	تضمین زندگی سالم و ارتقاء تندرستی برای همه در تمام سنین
۴	تضمین آموزش فراگیر، منصفانه و با کیفیت و ترویج فرصت های یادگیری در تمام طول عمر برای همه
۵	دستیابی به برابری جنسیتی و توانمندسازی تمام زنان و دختران
۶	تضمین در دسترس بودن و مدیریت پایدار آب و فاضلاب برای همه
۷	تضمین دسترسی تمام افراد به انرژی ارزان قیمت، قابل اعتماد، پایدار و مدرن
۸	ترویج رشد اقتصادی بایات، فراگیر و پایدار، اشتغال کامل و مولد و شغل در شان افراد برای همه
۹	ایجاد زیرساخت های منعطف، ترویج فراگیر و پایدار صنعتی شدن و تشویق نوآوری و پرورش نوآوری
۱۰	کاهش نابرابری داخل و میان کشورها
۱۱	ایجاد شهرها و سکونتگاه های انسانی فراگیر، ایمن، انعطاف پذیر، و پایدار
۱۲	اطمینان از الگوهای تولید و مصرف پایدار

از جمله ۴ ابزار هدف‌های کاربردی که با ۳a تا ۳d نام‌گذاری شده‌اند. به‌طور کلی اهداف توسعه پایدار شامل ۱۶۹ هدف می‌شود.

جدول ۳-۱: اهداف سلامت در آرمان شماره ۳ SDG

ردیف	اهداف سلامت در آرمان ۳ SDG
۳.۱	کاهش مرگ و میر مادران تا سال ۲۰۳۰ به کمتر از ۷۰ مورد در هر ۱۰۰ هزار تولد زنده
۳.۲	مرگ و میرهای قابل اجتناب نوزادان و کودکان زیر ۵ سال تا سال ۲۰۳۰ خاتمه یابد، به اینصورت که در تمام کشورها مرگ و میر نوزادان به حداقل ۱۲ در هر ۱۰۰۰ تولد زنده و مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال به ۲۵ مورد در هر ۱۰۰۰ تولد زنده کاهش یابد.
۳.۳	پایان دادن به اپیدمی‌های ایدز، سل، مالاریا و بیماری‌های گرمسیری‌ای که توجه کافی به آن‌ها صورت نگرفته است و مبارزه با هیپاتیت، بیماری‌های منتقله از راه آب و سایر بیماری‌های مسری
۳.۴	کاهش حدود یک‌سوم مرگ و میرهای زودرس ناشی از بیماری‌های غیر واگیر از طریق پیشگیری و درمان و ارتقای سلامت روانی و رفاه
۳.۵	تقویت پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، از جمله سوء مصرف مواد مخدر و مضرات استفاده از الکل
۳.۶	تا سال ۲۰۲۰ تعداد مرگ و میر جهانی ناشی از تصادفات جاده‌ای به نصف کاهش یابد
۳.۷	تا سال ۲۰۳۰ از دسترسی همگانی به خدمات مراقبت‌های جنسی و باروری از جمله تنظیم خانواده، آموزش و اطلاع‌رسانی اطمینان حاصل شود، و سلامت باروری در برنامه‌ها و استراتژی‌های ملی ادغام شود.
۳.۸	دستیابی به پوشش همگانی سلامت از جمله محافظت در برابر ریسک‌های مالی، دسترسی به خدمات مراقبت سلامت ضروری با کیفیت و دسترسی به داروهای ضروری مقرون به‌صرفه با کیفیت، موثر و ایمن و واکسیناسیون برای همه
۳.۹	تا سال ۲۰۳۰ مرگ و میرها و بیماری‌های ناشی از آلودگی و آلوده‌کننده‌های آب و خاک، هوا و مواد شیمیایی به میزان قابل ملاحظه‌ای کاهش یابد

a.3 تقویت اجرای کنوانسیون چارچوب سازمان بهداشت جهانی در مورد کنترل دخانیات به شکل مناسب در تمام کشورها

b.3 حمایت از تحقیق و توسعه واکسن‌ها و داروهای بیماری‌های مسری و غیرمسری‌ای که در وهله اول کشورهای در حال توسعه را تحت تاثیر قرار می‌دهند، ایجاد دسترسی به واکسن‌ها و داروهای اساسی مقرون به‌صرفه، مطابق با اعلامیه دوحه درباره موافقتنامه TRIPS و سلامت عمومی که بر حق کشورهای در حال توسعه برای استفاده از تمام جنبه‌های موجود در موافقت‌نامه‌های تجارتي مرتبط با مالکیت معنوی برای حفاظت از سلامت عمومی و به‌ویژه تدارک دسترسی به داروهای اساسی تاکید می‌نماید.

c.3 افزایش قابل ملاحظه تامین مالی و به‌کارگیری نیروهای جدید، به‌ویژه در کشورهای کمتر توسعه یافته و دولت‌های حاکم بر جزیره‌های کوچک.

d.3 تقویت ظرفیت همه کشورها به‌ویژه کشورهای در حال توسعه در راستای هشدار اولیه، کاهش ریسک و مدیریت ملی و جهانی ریسک‌های سلامت.

با وجود اینکه در دستور کار ۲۰۳۰ چندین بار به اصطلاح حق یا حقوق بشر اشاره شده است (حق رشد و شکوفایی، حق تعیین سرنوشت، استاندارد کافی زندگی، آب، غذا و بهداشت، حکومت خوب و حاکمیت قانون) اما به‌طور خاص بر سلامت به‌عنوان یک حق انسانی اشاره‌ای نشده است.

۱۳ هدفی که زیربنای آرمان سلامت را تشکیل می‌دهند در جدول ۱،۳ نشان داده شده‌اند. لازم به یادآوری است که آرمان‌های اهداف توسعه هزاره در مورد مرگ و میر مادران (۳،۱)، مرگ و میر کودکان (۳،۲)، و بیماری‌های عفونی (۳،۳) در چارچوب SDG ابقا شده‌اند و توسط اهداف جاه‌طلبانه جدیدتر و بیشتری که باید تا سال ۲۰۳۰ به آن‌ها دست یافت تکمیل شده است و با اضافه شدن مرگ و میر نوزادان و برخی از بیماری‌های عفونی مانند هیپاتیت و بیماری‌های منتقله از راه آب گسترش یافته است. اهداف مربوط به دسترسی به خدمات مراقبت سلامت جنسی و باروری (۳،۷)، و دسترسی به واکسن‌ها و داروها (۳،b) نیز دارای ارتباط نزدیکی با اهداف MDG می‌باشند. هدف شماره ۵ MDG به حقوق جنسی و باروری پرداخته است.

اهداف توسعه پایدار شامل اهداف جدیدی در مورد بیماری‌های غیرواگیر و سلامت روان (۳،۴)، سوء مصرف مواد (۳،۵)، جراحات (۳،۶)، تاثیر مواد شیمیایی خطرناک بر سلامت،



آلودگی آب و خاک (۳،۹) و اجرای کنوانسیون چارچوب سازمان بهداشت جهانی در مورد کنترل دخانیات WHO FCTC a.3 می‌شود. هدف d.3 به کاهش و مدیریت مخاطرات جهانی و ملی سلامت پرداخته است، و هدف c.3 به تامین مالی و مسئله نیروی انسانی سلامت در کشور های کمتر توسعه یافته و دولت‌های حاکم بر جزیره‌های کوچک پرداخته است.

پوشش همگانی سلامت نیز یک هدف جدید است (۳،۸)، که چارچوبی کلی برای اجرای دستور کار جاه‌طلبانه و گسترده در تمام کشورها فراهم نموده است. پوشش همگانی سلامت تنها هدفی است که به نحوی در تمام آرمان‌های سلامت وجود دارد و با اهداف مرتبط با سلامت سایر آرمان‌ها نیز مرتبط است. موضوع پوشش همگانی سلامت در اهداف توسعه پایدار در فصل ۳- یعنی جایی که به اهمیت تمام اهداف سلامت به‌ویژه هدف مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر پرداخته شده- توضیح داده شده است. چارچوب ساده‌ای برای سازماندهی اهداف سلامت به‌صورت منطقی در فصل ۹ ارائه شده است.

### سلامت در اهداف دیگر

سلامت در بسیاری از آرمان‌های غیر سلامت وجود دارد که منعکس کننده این واقعیت است که سلامت تحت تاثیر بسیاری از تعیین کننده‌های اقتصادی، اجتماعی و زیست محیطی قرار دارد. پیشرفت در سلامت به پیشرفت‌های زیست محیطی، اجتماعی و اقتصادی وابسته است. ده‌ها آرمان دیگر را می‌توان مشاهده نمود که با سلامت در ارتباط می‌باشند و باید در استراتژی‌ها، سیاست‌ها و برنامه‌های مورد نظر برای رسیدن به آرمان سلامت و در پایش پیشرفت‌های صورت گرفته توجه ویژه‌ای به آن‌ها شود (جدول ۱،۴). آرمان ۱۷ در مورد ابزارهای اجرایی می‌باشد و به ابزار اجرایی اهداف آرمان سلامت ارتباط دارد.

یکی از نقاط قوت اهداف توسعه پایدار وسعت و گستردگی آن می‌باشد<sup>۳۰</sup> که مجموعه‌ای از بیماری‌های واگیر، غیرواگیر و جراحات و همچنین عوامل موثر بر سلامت مانند افزایش شهرنشینی، آلودگی و تغییرات آب و هوایی را در برمی‌گیرد. دستور کار اهداف توسعه پایدار بر رابطه نزدیک میان سلامت و توسعه پایدار تاکید می‌نماید. اگر مردم به اطلاعات و خدماتی که برای حفاظت و ارتقاء سلامت‌شان نیاز دارند دسترسی داشته باشند و هنگامی که دچار بیماری هستند در برابر هزینه‌های کم‌شکن از آن‌ها محافظت شود، سیاست‌های بهداشتی می‌توانند به توسعه پایدار و کاهش فقر کمک نمایند. توسعه پایدار به خودی خود اثرات نامطلوب تخریب محیط زیست و تغییرات آب و هوایی که بیشترین تاثیر نسبی را بر فقیرترین کشورها و ناسالم‌ترین و فقیرترین گروه‌ها در داخل کشورها می‌گذارد محدود می‌کند.

جدول ۴-۱ نمونه‌هایی از اهداف سایر آرمان‌های مرتبط با سلامت در SDG ۳

۱.۳	اجرای سیستم‌ها حفاظت اجتماعی ملی و اقداماتی برای تمام افراد شامل طبقات پایین و دست‌یابی به پوشش قابل توجهی برای فقرا و افراد آسیب‌پذیر تا سال ۲۰۳۰
۴.۲	تا سال ۲۰۳۰ از اینکه تمام دختران و پسران به رشد دوران اولیه کودکی مطلوب، سرپرستی و آموزش پیش دبستانی دسترسی دارند اطمینان حاصل شود بطوری که آن‌ها برای آموزش‌های ابتدایی آماده باشند.
۵.۲	از بین بردن تمام اشکال خشونت علیه تمام زنان و دختران در فضاهای عمومی یا خصوصی از جمله قاچاق و استثمار جنسی و انواع آن
۵.۶	اطمینان از دسترسی جهانی به سلامت جنسی و باروری و حقوق باروری که بر طبق برنامه اقدام کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه و برنامه کار برای اقدام پکن و اسناد نهایی کنفرانس‌های در مورد بازنگری آن‌ها توافق شده است
۶.۲	دسترسی به بهداشت کافی و عادلانه و بهداشت برای همه و پایان دفع مدفوع در محیط‌های باز، توجه ویژه به نیازهای زنان و دختران و آن‌هایی که در موقعیت‌های آسیب‌پذیر قرار دارند تا سال ۲۰۳۰
۱۰.۴	اتخاذ سیاست‌ها، بالاخص سیاست‌های مالی، حقوق و دستمزدی و سیاست‌های حفاظت اجتماعی و دستیابی تدریجی به برابری بیشتر
۱۶.۱	کاهش معناداری در تمام اشکال خشونت و نرخ مرگ و میر مربوطه داشته باشیم
۱۶.۶	توسعه سازمان‌های شفاف، پاسخگو و موثر در تمامی سطوح
۱۷.۱۸	تا سال ۲۰۲۰ ظرفیت‌های مربوط به حمایت از کشورهای درحال توسعه افزایش یابد -از جمله برای کشورهای کمتر توسعه یافته و دولت‌هایی که بر جزایر کوچک حاکم می‌باشند- با هدف افزایش قابل توجه دسترسی باکیفیت، به موقع و تفکیک داده‌های قابل اتکا براساس درآمد، جنسیت، سن، نژاد، قومیت، وضعیت مهاجر، ناتوانی، موقعیت جغرافیایی و دیگر ویژگی‌های مربوط به زمینه‌های ملی

سیاست‌های ایجاد شده در تمامی بخش‌ها می‌تواند اثر عمیقی بر سلامت جامعه و عدالت در سلامت داشته باشند. سلامت مردم تنها مسئولیت بخش بهداشت و درمان نیست؛ سلامت همواره از مسائلی مانند حمل و نقل، کشاورزی، مسکن، تجارت و سیاست خارجی تاثیر پذیرفته است. برای رسیدگی به ماهیت چند بخشی عوامل موثر بر سلامت نیازمند اراده سیاسی برای متعهد کردن تمامی حکومت نسبت به سلامت هستیم. بخش سلامت باید ترویج پیدا کند "سلامت در تمام سیاست‌ها" رویکردی برای سیاست‌های عمومی در بخش‌هایی که پیامدهای سلامت به صورت سیستماتیک بر تصمیمات‌شان تاثیر می‌گذارد و به دنبال هم‌افزایی و اجتناب از اثرات مخرب به‌منظور بهبود سلامت جامعه و عدالت در سلامت و برطرف نمودن مشکلات مرتبط با عوامل اجتماعی موثر بر سلامت می‌باشند<sup>۳۳،۳۴</sup>.

## پیگیری و بازرگری

پیگیری پیشرفت‌ها نیروی محرکه‌ای برای MDG و همچنین شناسایی حیطه‌هایی که نیازمند تلاش بیشتر می‌باشند بوده است. این مورد در زمینه اهداف توسعه پایدار نیز کم اهمیت تر نخواهد بود. بیانیه اهداف توسعه پایدار توجه زیادی را به امر پیگیری نظامند و بررسی اجرا در سطح ملی، منطقه‌ای و جهانی اختصاص داده است. در سطح جهانی، شورای‌های که از لحاظ سیاسی مرتبط با اهداف توسعه پایدار دارای اهمیت بالایی می‌باشند نقش بسیار مهمی در نظارت بر شبکه‌ای از فرآیندهای بررسی ایفا خواهند نمود. نتایج بررسی‌ها از طریق گزارش سالیانه‌ای که توسط دبیر کل سازمان ملل با همکاری مجموعه سازمان ملل متحد تهیه می‌شود منتشر خواهد شد.

پیگیری و بررسی فرآیندها داوطلبانه خواهد بود و به‌صورت کشوری هدایت خواهد شد. در اهداف توسعه پایدار به وضوح اشاره شده است که دولت‌ها باید "اهداف ملی خود را که براساس اهداف جهانی با توجه با شرایط ملی خود وضع نمایند"<sup>۱۱</sup>. این امر چطور و چگونه انجام خواهد شد. به‌عنوان مثال نقش مکانسیم‌های منطقه‌ای و جهانی به‌عنوان بخشی از چارچوب شاخص‌ها در نظر گرفته شود.

کمیسیون آمار سازمان ملل متحد طرحی پیشنهادی از چارچوب شاخص‌های جهانی را تا ماه مارس ۲۰۱۶ برای تصویب توسط شورای اقتصادی و اجتماعی مجمع عمومی سازمان ملل متحد ارائه خواهد کرد (مرتبط با شاخص‌های جهانی و عمومی)<sup>۳۴</sup>. نظارت بر پیشرفت ۱۷ آرمان اهداف توسعه هزاره و ۱۶۹ هدف آن‌ها با در نظر گرفتن تعداد مطلق اهداف و شاخص‌ها یک چالش خواهد بود. علاوه بر این تعدادی از آرمان و اهداف جدید پیشینه کمی از لحاظ داده و نظارت و پایش دارند. در میان سازمان‌های بهداشتی و کشورها اتفاق نظر خوبی در

مورد شاخص‌های کلیدی‌ای که باید از میان شاخص‌های تست شده موجود انتخاب شود وجود دارد - در لیست مرجع جهانی از ۱۰۰ شاخص اصلی گنجانده شده است<sup>۳۵</sup>. با این حال ممکن است در برخی موارد نیاز به شاخص‌هایی وجود داشته باشد که کمتر به کار گرفته شده‌اند. یکی از بزرگ‌ترین چالش‌ها برای ایجاد شاخص‌های معنادار فقدان داده در بسیاری از کشورها می‌باشد - حتی برای بسیاری از شاخص‌هایی که به خوبی تثبیت شده‌اند مانند آن‌هایی که برای نظارت بر علل خاص مرگ و میر استفاده می‌شوند. نیاز شدیدی به سرمایه‌گذاری‌های بومی و بین‌المللی در سیستم آمار و اطلاعات سلامت قوی از جمله سیستم آمار حیاتی و ثبت احوال وجود دارد<sup>۳۶</sup>.

سازمان بهداشت جهانی به‌عنوان سازمان اصلی در حیطه اهداف توسعه پایدار مرتبط با سلامت باید هر سال اطلاعات به‌روزی از پیشرفت‌ها را در اختیار اعضا خود قرار دهد و همچنین با هماهنگی واحد آمار سازمان ملل و با استفاده از مجموعه‌های کوچک شاخص‌های کلیدی کشورهای مختلف را از فرآیند نظارت کلی بر SDG آگاه سازد. انجام بهینه این کار به همکاری نزدیک دیگر سازمان‌ها مانند یونیسف، دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد<sup>۱</sup> (UNODC)، صندوق جمعیت سازمان ملل متحد<sup>۲</sup> (UNFPA) و بانک جهانی بستگی دارد. اهداف سلامت و اهداف مرتبط با سلامتی که در SDG قرار دارند دارای شباهت زیادی به اهدافی می‌باشند که توسط کشورهای عضو سازمان بهداشت جهانی در مجمع جهانی سلامت<sup>۳</sup> WHA تصویب شده‌اند. هدف‌های زیادی وجود دارد که پیش از این وجود داشته‌اند و مشابه اهداف SDG می‌باشند، در حالی که برخی اهداف سلامت SDG به‌خصوص اهداف مرتبط با سلامت با اهداف تصویب شده در مجمع جهانی سلامت تطابق ندارند، تصویب چارچوب کلی اهداف توسعه پایدار این اهداف را به اهداف تصویب شده در مجمع جهانی سلامت مرتبط می‌سازد.

1. United nation office on drug and crime

2. United nation population funds

3. World health assembly

## پایش اهداف فراگیر سلامت

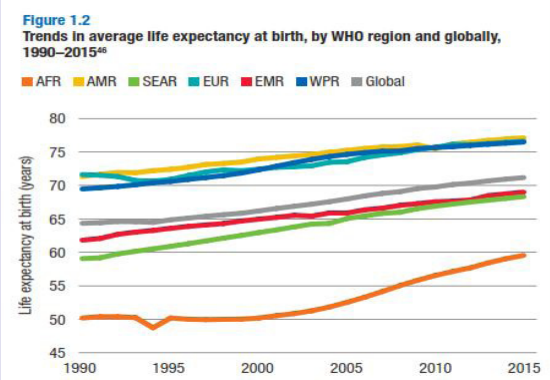
همچنین یک طرح پیشنهادی قابل توجه در ارتباط با سنجش مرگ و میرهای پیش از موعد<sup>۱</sup> با هدف کاهش مرگ و میرهای قبل از ۷۰ سالگی به میزان ۴۰ درصد در سطح جهان و در هر کشور تا سال ۲۰۳۰ ارائه شده است. کشورها در مراحل مختلف توسعه می‌توانند از طریق کاهش مرگ و میرهای ناشی از ایدز، مالاریا، سل یا مرگ و میر کودکان یا مرگ و میرهای ناشی بیماری‌های غیرواگیر در سنین ۳۰ تا ۷۰ سال - بسته به

### کادر ۱-۱

#### بهبود امید به زندگی در دوران اهداف توسعه هزاره

روند کلی امید به زندگی در بدو تولد یک سنجه مختصر اما مهم از بهبود سلامت را از سال ۱۹۹۰ ارائه می‌دهد (شکل ۲،۱) از سال ۲۰۰۰ به بعد امید به زندگی در اکثر مناطق با نرخ بیشتری افزایش یافته است و به‌طور کلی امید به زندگی از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ در سطح جهانی ۸/۶ سال افزایش یافته است. در منطقه آفریقا و منطقه آسیای جنوب شرقی این افزایش بیشتر و ۳/۹ سال بوده است. این امر با افزایش متوسط امید به زندگی در بدو تولد در جهان به میزان ۷/۲ سال به ازای هر دهه که سریع‌تر از افزایش امروزه امید به زندگی در کشورهای با درآمد بالا در سراسر قرن گذشته می‌باشد، متناظر است. شکاف امید به زندگی میان اروپا و آفریقا در دوره اهداف توسعه هزاره به میزان ۴ سال کاهش یافته است.

شکل ۲/۱ روند متوسط امید به زندگی در بدو تولد، براساس مناطق WHO و جهانی، ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵



تمام علل عمده مرگ و میر در این دستاورد بزرگ نقش داشته‌اند، به‌عنوان مثال محاسبات سازمان بهداشت جهانی مقایسه میزان حقیقی مرگ و میرها در سال ۲۰۱۲ و میزان مرگ و میرهای انتظاری سال ۲۰۱۲ در صورتی که نرخهای مرگ و میر سال ۲۰۰۰ در این سال وجود داشته باشد، مرگ و میر کمتر در مرگ و میر مادران و کودکان ۲۴ درصد، مرگ و میر ایدز، سل و مالاریا ۶۳ درصد، و در سایر موارد از جمله بیماری‌های غیر واگیر اصلی و صدمات نیز ۷ درصد کاهش یافته است.

در سطح جهانی نیاز داریم که اهداف توسعه پایدار پایش شوند. هدف کلی اهداف توسعه پایدار این است که "همه افراد در تمام سنین به یک زندگی سالم دسترسی داشته باشند و بهزیستی تمام افراد نیز بهبود یابد". سازمان بهداشت جهانی چندین شاخص عمده را که ممکن است برای نظارت بر اهداف مناسب باشند مشخص نموده است. از جمله امید به زندگی، تعداد مرگ‌های پیش از ۷۰ سالگی، و امید به زندگی سالم<sup>۳۷ و ۳۸</sup>. امید به زندگی سالم را اگر بتوان به‌صورت قابل اتکایی تخمین زد می‌تواند یک شاخص واحد مناسبی باشد که هم مرگ و میر و هم سال‌هایی از عمر که در وضعیت کمتر از سلامتی خوب (یعنی با ناتوانی) سپری شده. علاقه روز افزونی به سنجش دقیق سلامت، ناتوانی و رفاه به‌خصوص با توجه به پیری جمعیت و اهمیت رو به رشد بیماری‌های مزمن به‌عنوان علل ناتوانی و مرگ میر پیش از موعد وجود دارد. شواهد موجود نشان می‌دهد امید به زندگی در کشورهای با درآمد بالا سریع‌تر از امید به زندگی در سلامتی کامل در حال افزایش است. فعالیت‌ها و تلاش‌های نظارتی صورت گرفته در اتحادیه اروپا در این زمینه قابل توجه است، برای کشورهای عضو اینگونه هدف‌گذاری شده است که تا سال ۲۰۲۰ امید به زندگی در وضعیت سلامتی کامل ۲ سال افزایش یابد<sup>۳۹ و ۴۰</sup>. با این حال، در حالی که تلاش‌های زیادی برای سنجش وضعیت سلامت جمعیت و همچنین علل زیربنایی کاهش دهنده سلامت صورت گرفته است، چالشی پیرامون دسترسی به داده‌های وضعیت عملکردی در سطح جامعه که در طول زمان و در میان جوامع قابل مقایسه و از طریق بررسی‌های منظم جمع‌آوری شده باشد وجود دارد<sup>۴۱ و ۴۲</sup>.

با وجود شکاف بزرگ در ثبت مرگ و میرهای جهانی توسط سیستم‌های اطلاعاتی، اطلاعات مربوط به مرگ و میر نسبت به اطلاعات بار بیماری‌ها قابلیت ثبت بیشتری دارند. چندین هدف مرگ و میر با علل خاص برای دستورکار پسا ۲۰۱۵ پیشنهاد شده‌اند. تمرکز زیادی بر کاهش یا حذف مرگ‌های قابل پیشگیری ارائه شده است. امید به زندگی سنجه نسبتاً جذابی از میزان مرگ و میر در تمام سنین می‌باشد و تمام برنامه‌های سلامت و مرتبط با سلامت را در برمی‌گیرد. کادر ۱-۱ بهبود شگرف مشاهده شده در امید به زندگی طی دوران اهداف توسعه هزاره را نشان می‌دهد. سازمان بهداشت جهانی تخمین زده است که دستیابی به اهداف سلامت اصلی SDG برای کودکان، مادران، بیماری‌های عفونی و غیر واگیر منجر به ۴ سال افزایش در میانگین امید به زندگی جهان تا سال ۲۰۳۰ خواهد شد. شکاف میان کشورهای با درآمد بالا و پایین در امید به زندگی از ۱۷،۵ سال در سال ۲۰۱۵ به حدود ۱۳ تا ۱۴ سال خواهد رسید<sup>۴۱</sup>.



## پایش عدالت

عدالت در قلب اهداف توسعه پایدار جا دارد که در مفهوم "هیچکس را از قلم نیاندازید" قرار دارد. آرمان توسعه پایدار سلامت کلی خواستار زندگی سالم برای تمام افراد در همه سنین، قرار دادن عدالت به عنوان هسته اصلی امور، در یک زمینه متقاطع می باشد، در حالی که SDG ۱۰ خواستار کاهش نابرابری در داخل و میان کشورهای است، و هدف ۳،۸ خواستار استقرار پوشش همگانی سلامت براساس دسترسی برابر به سلامت، بدون ریسک های خطرناک مالی می باشد. حرکت به سمت عدالت حداقل تا حدودی به سیستم های قدرتمند اطلاعات مالی سلامت و سیستم های سلامتی که داده های تفکیک شده ای را در مورد تمام مناطق و هزینه های سلامت جمع آوری نمایند بستگی دارد. این حقیقت در هدف شماره ۱۷،۸ که خواستار تلاش برای ایجاد ظرفیت های مربوط به توانمندسازی برای تفکیک داده ها براساس تعدادی از فاکتورهای طبقه بندی از جمله درآمد، جنسیت، سن، نژاد قومیت، و غیره می باشد به رسمیت شناخته شده است. داده های تفکیک شده سیاست گذاران را قادر می سازد تا جمعیت های آسیب پذیر و منابع را مستقیماً شناسایی نمایند.

اهداف توسعه هزاره بر پیشرفت های ملی و جمعیت های خاص به ویژه مادران و کودکان و افراد مبتلا به ایدز، سل و مالاریا متمرکز بود. در مقابل اهداف توسعه پایدار سلامت بر تندرستی و سلامت در تمام سنین تاکید دارد، از جمله نوزادان، کودکان، نوجوانان، زنان و مردان بزرگسال، و افراد مسن. هدف تنها پایش گسترده نیست بلکه توسعه آن در طی زمان است بنابراین نیازمند یک دیدگاه جامع از روند زندگی می باشیم. نیاز به بیان نیست که چنین دیدگاهی به پایش فرآیند پیشرفت در جهت پوشش همگانی سلامت بستگی خواهد داشت.

می توان از طریق موارد زیر مرگ و میرهای پیش از موعد را تا ۴۰٪ کاهش داد: پیشگیری از دو سوم مرگ و میر مادران و کودکان؛ دو سوم مرگ و میرهای ناشی از ایدز، سل و مالاریا؛ یک سوم مرگ و میرهای پیش از موعد بیماری های غیر واگیر؛ و یک سوم مرگ و میرهای ناشی از سایر موارد - دیگر بیماری های مسری، سوء تغذیه و صدمات. این اهداف فرعی چالش برانگیز می تواند مرگ و میرهای زیر ۵۰ سال را به نصف کاهش دهد، از یک سوم مرگ و میرهای (عمدتاً غیر واگیر) در سنین ۵۰ تا ۶۹ سال پیشگیری نماید، و بنابراین از ۴۰٪ مرگ و میرهای زیر ۷۰ سال پیشگیری نماید. این کاهش موجب افزایش جهانی امید به زندگی کودکان زیر ۵ سال خواهد شد، همچنین براساس پیش بینی های سازمان بهداشت جهانی مرگ و میرهای ۷۰ سالگی و بالاتر نیز کاهش می یابد. اقدام هماهنگ برای کاهش مرگ و میرهای ناشی از بیماری های غیرواگیر پیش از ۷۰ سالگی به احتمال زیاد نرخ های مرگ و میر بیماری های غیرواگیر را برای افراد ۷۰ سال و بالاتر نیز کاهش می دهد.

"ترویج تندرستی" که بخشی از اهداف کلان SDG می باشد نیز چالشی نظارتی جالبی را همانند موردی که در هدف سلامت شماره ۳،۵ که به "ترویج سلامت روانی و رفاه" وجود داشت، ایجاد می نماید. در حالی که سلامت و (میزان) تندرستی گزارش شده توسط خود فرد به صورت پیچیده ای با هم در ارتباط هستند (به عنوان مثال وضعیت سلامت در تعیین رفاه ذهنی تعیین کننده مهمی می باشد) اما مترادف یکدیگر نیستند<sup>۴۷ و ۴۸ و ۴۹ و ۵۰</sup>. سنجش میزان بهزیستی گزارش شده توسط خود فرد نیز دارای بسیاری از مشکلات موجود در سنجش پیامدهای سلامت غیر کشف شده می باشد. این حیطه از سنجش رفاه ذهنی به سرعت در حال گسترش و متمایز ساختن جنبه های مختلف می باشد. از جمله: (۱) ارزیابی رضایت از زندگی: بازتاب ارزیابی فرد از زندگی یا جنبه های خاصی از آن، (۲) عاطفی یا لذت طلبی: وضعیت عاطفی یا احساسی یک فرد، معمولاً در یک نقطه خاص از زمان سنجش می شود و (۳) سرخوشی: احساس معنا و هدف در زندگی استقلال و خود شکوفایی. به هر حال ممکن است به زودی به عنوان یک شاخص برای پایش SDG به کار گرفته شود.

## یادداشت‌ها و منابع:

1. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. New York (NY): United Nations; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld> , accessed 5 October 2015).
2. A/RES/2/55. United Nations Millennium Declaration. Resolution adopted by the General Assembly [without reference to a Main Committee (A/55/L.2)]. United Nations General Assembly, Fifty-fifth session, agenda item 60 (b), 18 September 2000 ([http://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/2/55](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/2/55) , accessed 16 September 2015).
3. Millennium Development Goals report 2015. New York (NY): United Nations; 2015 (<http://unstats.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2015/English205.pdf> ,accessed 16 September 2015).
4. The attention to AIDS, particularly the 2001 United Nations General Assembly Special Session (UNGASS), was much indebted to AIDS activism, a Central Intelligence Agency (CIA) report on AIDS and security and, arguably, the work of the United Nations Secretary-general and UNAIDS.
5. A/RES/2005 .1/60 World Summit Outcome. Resolution adopted by the General Assembly [without reference to a Main Committee (A/60/L.1)]. United Nations General Assembly, sixtieth session, agenda items 46 and 24 ,120 October 2005 (<http://www.un.org/womenwatch/odds/A-RES-1-60-E.pdf>, accessed 16 September 2015).
6. Millennium Development Goals and beyond 2013 .2015: MDG acceleration and beyond 2015. New York (NY): United Nations (<http://www.un.org/millenniumgoals/bkgd.shtml> , accessed 16 September 2015).
7. For instance, at the MDG summit in 2010, many commitments were made with specific actions for the period until 2015. MDG 4 and MDG 5 attracted the largest numbers with 37 country commitments and 53 commitments by other such as the private sector, civil society, multilateral agencies and academia. There was, however, no specific global monitoring mechanism to track these and other commitments, except the overall annual monitoring ([http://www.un.org/en/mdg/summit2010/pdf/MDGSummit\\_Matrix\\_12Nov2010\\_rev2\\_REV20%DZ.pdf](http://www.un.org/en/mdg/summit2010/pdf/MDGSummit_Matrix_12Nov2010_rev2_REV20%DZ.pdf), accessed 16 September 2015).
8. Higgins K. Reflecting on the MDGs and making sense of the Post2015- Development Agenda. Ottawa: North-South Institute; 2013 (<http://www.nsi-ins.ca/wp-content/uploads/-2013/05/2013Post2015-.pdf> , accessed 16 September 2015).
9. Manning R. The impact and design of the MDGs: some reflections. In: Sumner A, Melamed C, editors. The MDGs and beyond. International Development Studies (IDS) Bulletin. 14–7:(1)41;2010.
10. Other notable influences include the report of the Commission on Macroeconomics and Health, published in 2001 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/924/1/42435/10665154550X.pdf> , accessed 16 September 2015).
11. Kenny C, Sumner A. More money or more development: What have the MDGs achieved? Working paper No. 278. Centre for Global Development; 2011 ([http://www.cgdev.org/sites/default/files/1425806\\_file\\_Kenny\\_Sumner\\_MDGs\\_FINAL.pdf](http://www.cgdev.org/sites/default/files/1425806_file_Kenny_Sumner_MDGs_FINAL.pdf) , accessed 16 September 2015).
12. Vandemoortele J, Delamonica E. Taking the MDGs beyond 2015: hasten slowly. International Development Studies (IDS) Bulletin. 9–60:(1)41.
13. Resolution WHA61.18. Monitoring achievement of the health-related Millennium Development Goals. In: Sixty-first World Health Assembly, Geneva, 24–19 May 2008. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 6–2008:25 (WHA2008/61/REC/1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA61\\_REC1/A61\\_REC-1en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA61_REC1/A61_REC-1en.pdf) , accessed 16 September 2015).
14. Updated from: World health statistics 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en/) , accessed 16 September 2015).
15. Global Health Observatory data. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/gho/en/> , accessed 16 September 2015).
16. For example: Caldwell JC. Education as a factor in mortality decline: an examination of Nigerian data. *Popul Stud.* 413–395:(3)33;1979.
17. Table 1.1 summarizes regional and global progress for all the health-related MDG indicators with set targets, classified into three categories: target achieved; substantial progress; and limited progress. The classification is based on the following criteria. Target achieved: % reduction from 1990 to 2015 is equal to or exceeds the target reduction or 2015 level is within 5 percentage points of the absolute target value (% coverage); Substantial progress: % reduction from 1990 to 2015 is at least half of the target reduction or the difference between the 2015 level and the target is less than half of the gap between the absolute target and the global baseline, but more than 5 percentage points. The global baselines were rounded to the nearest 5. This results in the following cut-off values: (i) measles immunization coverage among 1-year-olds: %80; (ii) births attended by skilled health personnel: %75; (iii) antenatal care coverage, at least one visit: %80; (iv) unmet need for family planning: %10.; No or limited progress: % reduction from 1990 to 2015 is less than half of the target reduction or the difference between the 2015 level and the absolute target is more than half of the gap between the target and the global baseline.

18. State of inequality: reproductive, maternal, newborn and child health. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://www.who.int/gho/health\\_equity/report\\_2015/en/](http://www.who.int/gho/health_equity/report_2015/en/) , accessed 16 September 2015).
19. Barros AJD, Victora CG. Measuring coverage in MNCH: determining and interpreting inequalities in coverage of maternal, newborn, and child health interventions. *PLoS Med.* 7 May 2013;doi:10.1371/journal.pmed.1001390 (<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001390> , accessed 21 October 2015).
20. Commission on Information and Accountability for Women's and Children's health. Keeping promises, measuring results. Geneva: World Health Organization; 2011 ([http://www.who.int/woman\\_child\\_accountability/resources/coia\\_resources/en/](http://www.who.int/woman_child_accountability/resources/coia_resources/en/) , accessed 16 September 2015).
21. iERG report: Every Woman, Every Child, Every Adolescent: Achievements and Prospects. Final Report of the independent Expert Review Group on Information and Accountability for Women's and Children's Health. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://www.who.int/entity/woman\\_child\\_accountability/ierg/reports/2015/en/index.html](http://www.who.int/entity/woman_child_accountability/ierg/reports/2015/en/index.html) , accessed 16 October 2015).
22. Fukuda-Parr S, Greenstein J, Stewart D. How should MDG success and failure be judged: faster progress or achieving the targets? *World Dev.* 30–41:19;2013.
23. Kabeer N. Can the MDGs provide a pathway to social justice? The challenges of intersecting inequalities. Brighton: Institute of Development Studies; 2010 ([www.ids.ac.uk/go/mdgsand-social-inequalities](http://www.ids.ac.uk/go/mdgsand-social-inequalities) , accessed 16 September 2015).
24. Nayyar D. United Nations Systems Task Team on the Post2015- United Nations Development Agenda. The MDGs after 2015: some reflections on the possibilities. New York (NY): United Nations; 2012 ([www.un.org/millenniumgoals/pdf/deepak\\_nayyar\\_Aug.pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/deepak_nayyar_Aug.pdf) , accessed 16 September 2015).
25. Monitoring health inequality: an essential step for achieving health equity. Illustrations and fundamental concepts. Geneva; World Health Organization; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/1/164530/10665/WHO\\_HIS\\_HSI\\_2015.1\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/1/164530/10665/WHO_HIS_HSI_2015.1_eng.pdf) ua=1 , accessed 5 October 2015).
26. A/RES/288/66. The future we want. Resolution adopted by the General Assembly on 27 July 2012 [without reference to a Main Committee (A/66/L.56)]. United Nations General Assembly, Sixty-sixth session, agenda item 19 ([http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/288/66](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/288/66) , accessed 16 September 2015).
27. A/68/L.61. Draft resolution submitted by the President of the General Assembly. Report of the Open Working Group on Sustainable Development Goals established pursuant to General Assembly Resolution 288/66. Agenda item 14. In: Sixty-eighth United Nations General Assembly, New York, 8 September 2014 ([http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/68/L.61](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/68/L.61) , accessed 16 September 2015).
28. Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2030–2015. Geneva: United Nations Office for Disaster Risk Reduction 2015 (<http://www.unisdr.org/we/inform/publications/43291> , accessed 28 August 2015).
29. A/RES/313/69. Addis Ababa Action Agenda of the Third International Conference on Financing for Development (Addis Ababa Action Agenda). Resolution adopted by the General Assembly on 27 July 2015 [without reference to a Main Committee (A/69/L.82)]. United Nations General Assembly, Sixty-ninth session, agenda item 18 ([http://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/313/69](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/313/69) , accessed 5 October 2015).
30. The road to dignity by 2030: ending poverty, transforming all lives and protecting the planet synthesis. Report of the Secretary-General on the post2015- agenda. New York (NY): United Nations; December 2014 ([http://www.un.org/disabilities/documents/reports/SG\\_Synthesis\\_Report\\_Road\\_to\\_Dignity\\_by\\_2030.pdf](http://www.un.org/disabilities/documents/reports/SG_Synthesis_Report_Road_to_Dignity_by_2030.pdf) , accessed 16 September 2015).
31. Buse K, Hawkes S. Health in the sustainable development goals: Ready for a paradigm shift? *Global Health.* 2015;March(13):11 (<http://www.globalizationandhealth.com/content/13/1/11> , accessed 16 September 2015).
32. The Helsinki statement on Health in All Policies. 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, 14–10 June 2013 ([http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp\\_helsinki\\_statement.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf) , accessed 16 September 2015).
33. Resolution WHA65.8. Outcome of the World Conference on Social Determinants of Health. In: Sixty-fifth World Health Assembly, Geneva, 26–21 May 2012. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 17–2012:15 (WHA2012/65/REC/1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA-65/REC1/A65\\_REC-1en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA-65/REC1/A65_REC-1en.pdf) , accessed 16 September 2015).
34. An Inter-agency and Expert Group on SDG Indicators (IAEG-SDGs), consisting of 28 Member States and, as observers, regional and international organizations and agencies, is responsible for the development of a proposal for a global indicator framework in an inclusive and transparent process.
35. Global reference list of 100 core health indicators. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en/> , accessed 16 September 2015).
36. Measurement and accountability for health results: roadmap and five point call to action. MA4H summit, World Bank, Washington (DC), 11–9 June 2015 (<http://ma4health.hsaccess.org/roadmap> , accessed 16 September 2015).

37. WHO has organized two technical meetings to assess different options for high-level outcome measures of health: Post2015- health outcome measures. Technical meeting, World Health Organization, Geneva, 12–11 December 2014.
38. Measurement of healthy life expectancy and well-being. World Health Organization, Geneva, 11-10 December 2012 ([http://www.who.int/healthinfo/sage/meeting\\_reports/en/](http://www.who.int/healthinfo/sage/meeting_reports/en/) , accessed 16 September 2015).
39. Europe 2020 – for a healthier EU. Brussels: European Commission ([http://ec.europa.eu/health/europe\\_2020\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/europe_2020_en.htm) , accessed 16 September 2015).
40. Advanced research on European health expectancies. EurOhex (<http://www.eurohex.eu/> , accessed 16 September 2015). Includes Joint Action: European Health & Life Expectancy Information System (JA:EHLEIS).
41. An overarching health indicator for the Post2015-Development Agenda: brief summary of some proposed candidate indicators. Background paper for expert consultation, 12–11 December 2014. Geneva: World Health Organization; December 2014 ([http://www.who.int/healthinfo/indicators/hsi\\_indicators\\_SDG\\_TechnicalMeeting\\_December2014BackgroundPaper.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthinfo/indicators/hsi_indicators_SDG_TechnicalMeeting_December2014BackgroundPaper.pdf?ua=1) , accessed 13 October 2015).
42. Another approach to measuring healthy life expectancy is to rely on extensive modelling of disease and injury sequelae prevalence and distribution, and to aggregate these to population levels in order to calculate health-adjusted life expectancy (HALE). However, because the approach relies heavily on statistical modelling and the use of predictive variables to produce estimates of disease incidence and prevalence with disability weights for a large number of conditions, it may be unsuitable for monitoring progress, especially at the country level.
43. These include Target 3.1 (maternal mortality), 3.2 (neonatal and child mortality), 3.4 NCD mortality (due to four leading causes of death), 3.6 (road traffic accidents).
44. Norheim OF, Jha P, Admasu K, Godal T, Hum RJ, Kruk ME et al. Avoiding %40 of the premature deaths in each country, 30–2010: review of national mortality trends to help quantify the United Nations Sustainable Development Goal for health. *Lancet*. 52–239:(9964)385;2015 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS-0140-9-2961591%2814%6736/fulltext>, accessed 16 September 2015).
45. Oeppen J, Vaupel JW. Demography: broken limits to life expectancy. *Science*. 31–1029:(5570)296;2002 (<http://www.sciencemag.org/content/1029/5570/296.full> , accessed 16 September 2015).
46. Global Health Observatory data: life expectancy. Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/gho/mortality\\_burden\\_disease/life\\_tables/en/](http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/en/) , accessed 5 October 2015).
47. Dolan P, Fujiwara D. Valuing mental health: how a subjective well-being approach can show just how much it matters. London: UK Council for Psychotherapy; 2014 ([http://www.psychotherapy.org.uk/UKCP\\_Documents/Reports/ValuingMentalHealth\\_web.pdf](http://www.psychotherapy.org.uk/UKCP_Documents/Reports/ValuingMentalHealth_web.pdf), accessed 16 September 2015).
48. Shields M, Wheatley Price S. Exploring the economic and social determinants of psychological well-being and perceived social support in England. *J R Stat Soc Ser A Stat Soc*. 37–513(3)168;2005 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467985X.2005.00361.x/full> , accessed 16 September 2015).
49. Miret M, Caballero FF, Chatterji S, Olaya B, Tobiasz-Adamczyk B, Koskinen S et al. Health and happiness: cross-sectional household surveys in Finland, Poland and Spain. *Bull World Health Organ*. 25–716:(10)92;2014 (<http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/129254-13/10/92.pdf?ua=1> , accessed 16 September 2015).
50. Liu B, Floud S, Pirie K, Green J, Peto R, Beral V et al. Good health is strongly associated with happiness, but happiness does not cause good health: the Million Women prospective study. *Lancet*. In press.
51. See for instance: OECD Guidelines on measuring subjective wellbeing. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2013 (<http://www.oecd.org/statistics/guidelines-on-measuring-subjective-well-being.htm> , accessed 16 September 2015).





فصل دوم:  
زمینه های اقتصادی، اجتماعی و  
زیست محیطی سلامت

## چکیده

سلامت در اهداف توسعه پایدار به‌عنوان یک ویژگی کلیدی توسعه انسانی به شیوه‌ای یکپارچه‌تر از اهداف توسعه هزاره در نظر گرفته شده است، بر این واقعیت که عوامل اجتماعی، اقتصادی و زیست محیطی بر سلامت و نابرابری‌های سلامت و بهره‌مندی از جمعیت سالم تاثیر می‌گذارند تاکید می‌نماید.

روندهای جمعیتی عمده سلامت را تحت تاثیر می‌گذارد. نرخ باروری به میزان قابل توجهی تقریباً در همه جا کاهش یافته است اما همچنان در منطقه آفریقا بالا می‌باشد. نزدیک به ۴۰ درصد رشد جمعیت در فاصله زمانی ۲۰۱۵ تا ۲۰۳۰ و بیش از یک‌چهارم کودکان جهان تا سال ۲۰۳۰ در آفریقا خواهند بود. جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر در دوران SDG حدود ۵۰ درصد افزایش خواهد یافت. این امر فرصت‌های زیادی ایجاد می‌نماید اما برای هنجارهای اجتماعی موجود نیز چالش برانگیز خواهد بود و نیازمند هماهنگی مجدد نظام‌های سلامت و به کشورها را برای تامین امنیت اجتماعی پایدار و مراقبت‌های بلندمدت به چالش می‌کشد. ۶۰ درصد از مردم جهان تا سال ۲۰۳۰ در مناطق شهری زندگی خواهند کرد.

ریشه کن کردن فقر هنوز هم یک اولویت می‌باشد. جهان در سال ۲۰۱۰ به اهداف توسعه هزاره دست یافت - به نصف رساندن میزان فقر موجود در سال ۱۹۹۰ تا سال ۲۰۱۵. علی‌رغم وجود روندهای مثبت، هنوز هم در کشورهای در حال توسعه ۱ نفر از هر ۷ نفر با کمتر از ۱٫۲۵ دلار آمریکا در روز زندگی می‌کند. در جنوب صحرای آفریقا (۲۰۱۵) بیش از ۴۰ درصد جمعیت در فقر شدید زندگی می‌کنند. در سال ۲۰۱۳ کل هزینه‌های سلامت آمریکا به ۷٫۳۵ تریون دلار یعنی بیش از ۲ برابر مقدار صرف شده در سال ۲۰۰۰ رسید. کمک‌های توسعه‌ای برای سلامت از سال ۲۰۰۰ به صورت چشمگیری افزایش یافته است، اما در حال حاضر کمی کاهش یافته و به احتمال زیاد اهمیت آن در عصر SDG کاهش خواهد یافت. بیشترین نیازها و همچنین بیشترین میزان استفاده از روش‌های سنتی تامین مالی در بی‌ثبات‌ترین و آسیب‌پذیرترین کشورهای جهان وجود دارد.

نابرابری جنسیتی در آموزش، اشتغال، و آزادی‌های مدنی نه تنها زنان را از آزادی‌های اساسی آن‌ها محروم می‌کند و حقوق انسانی آن‌ها را نقض می‌نماید بلکه در کل اثرات منفی‌ای بر سلامت آن‌ها و نتایج توسعه‌ای جامعه می‌گذارد. اهداف توسعه پایدار تمرکز روی برابری جنسیتی را در میان طیف وسیعی از آرمان‌های شامل سلامت گسترش می‌دهد. حق داشتن سلامتی از نظر دستیابی به پوشش سلامت عمومی UHC تاکید مجددی شده است، اما همچنین این امر در ارتباط نزدیکی با تحقق دیگر حقوق بشر به ویژه برای زنان و گروه‌های آسیب پذیر مانند مهاجران و افراد معلول می‌باشد.

آموزش به شدت با وضعیت سلامتی بهتر مرتبط است و آرمان MDG در مورد آموزش ابتدایی همگانی به هدف SDG ۱۰ در تمام مقاطع آموزش گسترش یافته است. بیش از نیمی از کشورها به آرمان MDG دست یافته‌اند و ۷۰ درصد به برابری جنسیتی در مقطع ابتدایی آموزش دست یافته‌اند اما کمتر از نیمی به برابری در مقطع متوسطه دست یافته‌اند.

سازگاری با محیط زیست در مرکز توجهات اهداف توسعه پایدار است و شامل موضوعات مرتبط با آب و فاضلاب، انرژی، شهرها و تغییرات آب و هوایی می‌شود. تغییرات آب و هوایی تبعاتی را برای سلامت اعم از اثرات فوری حوادث آب و هوایی شدید تا اثرات بلند مدت ناشی از خشکسالی و بیابان‌زایی که بر تولید مواد غذایی و سوء تغذیه و افزایش گسترش حامل‌های بیماری‌های عفونی برای مالاریا و تب دنگ اثر خواهد داشت، در بر می‌گیرد. فقیرترین و حساس‌ترین جمعیت‌ها احتمالاً بیشتری تاثیر را خواهند پذیرفت.

سلامت عنصر اصلی توسعه انسانی می‌باشد، که به خودی خود به‌عنوان یک حق مسلم و همچنین به‌عنوان یاری دهنده‌ای کلیدی برای رشد و توسعه جمعیت‌ها و جوامع می‌باشد. سلامت هسته MDG بود و در SDG به شیوه‌ای یکپارچه‌تر به‌عنوان یکی از ویژگی‌های کلیدی توسعه انسانی در نظر گرفته شده است. یکی از اهداف توسعه پایدار به‌طور خاص بر سلامت متمرکز شده است و مواردی دیگر اقداماتی را در جهت بهبود سلامت و یا وسیع‌تر یعنی تعیین کننده‌های اجتماعی، اقتصادی، و محیطی سلامت در خود جا داده‌اند. این تعیین کننده‌ها بر سلامت تاثیر دارند و به دنبال آن خود از سلامت جمعیت نفع می‌برند.

در حالی که سلامت همچنان به‌عنوان عاملی مهم برای توسعه در نظر گرفته شده است، هم‌اکنون در حال پیدا کردن جایگاه خود، در کنار تعداد بسیار بیشتری از اولویت‌های توسعه که در دوران اهداف توسعه هزاره بودند، می‌باشد. این امر نشان دهنده ایجاد چالش‌های جدید و رو به رشد می‌باشد از جمله: (۱) افزایش نابرابری در داخل و میان کشورها؛ (۲) تغییرات عمیق دموگرافیک و اپیدمیولوژیک؛ (۳) حرکت مارپیچ وار جنگ، خشونت و افراط‌گرایی؛ (۴) افزایش جریان مهاجرت؛ (۵) کاهش منابع طبیعی؛ (۶) اثرات نامطلوب تخریب محیط زیست و (۷) چشم‌انداز غیر قابل برگشت تغییرات آب و هوایی. نیاز به بیان این مطلب نمی‌باشد که تمام این چالش‌ها تاثیرات عمیقی بر سلامت دارند و این اهداف توسعه پایدار می‌باشند که در جست و جوی رسیدگی به مواردی هستند که منشأ نگرانی‌های سلامت می‌باشند - جدول ۱، ۳. در این فصل روندهای اصلی، تعیین کننده‌ها و عوامل خطری را که بر سلامت تاثیر می‌گذارند بررسی می‌نماییم، از جمله:

روندهای جمعیتی، از جمله کاهش باروری و کاهش رشد جمعیت، تغییر ساختار جمعیتی و پیری، مهاجرت و شهرنشینی

روندهای اقتصادی و توسعه، از جمله ریشه کن کردن فقر و عدالت، جهانی شدن و تجارت و تامین سرمایه برای توسعه

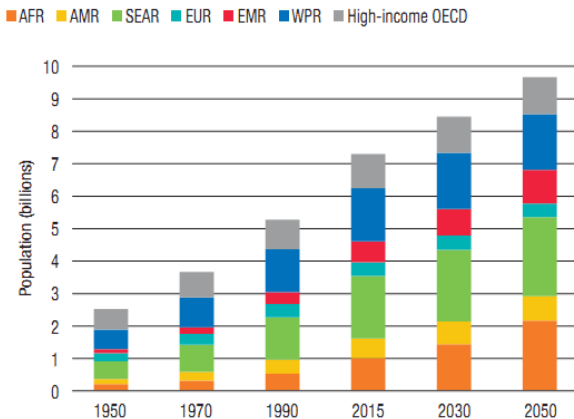
تعیین کننده‌های اجتماعی مانند جنسیت، آموزش و درآمد

حقوق بشر و عدالت

عوامل محیط زیستی و خطرات دیگر از جمله تغییرات آب و هوایی

در هر بخش مروری کوتاه بر اینکه چگونه این عوامل در اهداف توسعه پایدار منعکس شده‌اند ارائه شده است، و همچنین نقش احتمالی آن‌ها در اقدامات سلامت ۱۵ سال آینده.

شکل ۱-۲: جمعیت جهان براساس مناطق ۱۹۵۰-۲۰۵۰<sup>۳</sup>



در فاصله زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ متوسط تعداد کودک مورد انتظار به‌زای هر زن (نرخ باروری کلی) در تمام مناطق به استثنای منطقه آفریقا و مدیترانه شرقی به زیر سطح جایگزینی (۲,۱ کودک) کاهش یافته است (شکل ۲,۲) در حال حاضر نرخ باروری در ۴۴ درصد از کشورهای زیر سطح جایگزینی می‌باشد - از جمله کشورهای برزیل، چین، فدراسیون روسیه و ایالات متحده آمریکا. تخمین زده شده است که نرخ باروری کلی منطقه آفریقا تا بعد از سال ۲۰۳۰ بالا باقی بماند.

پیش‌بینی‌ها حاکی از این می‌باشند که در فاصله زمانی ۲۰۱۵ تا ۲۰۳۰ در سراسر جهان حدوداً به ۲,۱ میلیارد نوزاد متولد خواهد شد که نسبت به کل تولدها در طی دوره ۱۵ ساله قبلی تقریباً ۳ درصد افزایش دارد. نیمی از این نوزادان در آسیا و یک‌سوم در آفریقا به دنیا خواهند آمد. پیش‌بینی شده است که طی همین دوره تعداد کل زنان در سن باروری تا ۹ درصد افزایش یابد و به دو میلیارد نفر در سال ۲۰۳۰ برسد. گرچه پیش‌بینی شده است که متوسط زایمان برای هر زن در آفریقا کاهش بیابد اما تخمین زده شده است که تعداد زنان در سن باروری در سال ۲۰۳۰ تا ۴۷ درصد افزایش یابد که نتیجه آن افزایش ۲۵ درصد در مولید می‌باشد.

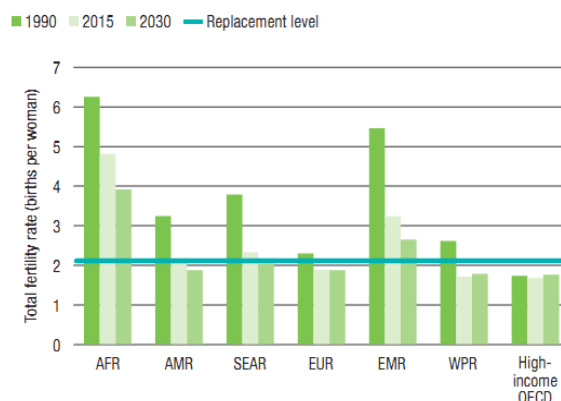
روندهای جمعیتی اساساً وضعیت اقتصادی، اجتماعی و سلامت یک کشور را تحت تأثیر قرار می‌دهند. رشد جمعیت، تغییرات در نرخ زاد و ولد و ساختار جمعیت همه تأثیرات عمیقی دارند چنانچه مهاجرت به‌صورت فزاینده‌ای به یک مسئله بین‌المللی تبدیل شده است و رشد شهرنشینی که می‌تواند رشد اقتصادی را تسریع نماید اما می‌تواند بر منابعی مانند آب و غذا نیز آسیب وارد نماید. اهداف توسعه پایدار به نسبت اهداف توسعه هزاره در مورد مسائل جمعیتی بسیار صریح‌تر هستند. اهداف توسعه پایدار حاصل رجوع به اسناد برنامه اقدام کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه و برنامه کار برای اقدام پکن ۱، و هدف ۵,۶ به‌طور مستقیم به این برنامه اقدام منتسب می‌شود، که خواهان تلاش‌هایی به منظور: "اطمینان از دسترسی همگانی به سلامت جنسی و باروری و حقوق باروری..." در اینجا یک هدف برای شهرها وجود دارد (هدف ۱۱: فراگیر، ایمن، تاب‌آور و پایدار ساختن شهرها و سکونت‌گاه‌های انسانی) که به چالش رشد سریع شهرنشینی می‌پردازد. و ۲ هدف به‌طور ویژه به مهاجران اختصاص یافته است - هدف ۸,۸ و ۱۰,۷ اهداف توسعه پایدار.

### باروری و رشد جمعیت

نرخ باروری در سطح جهان در حال کاهش می‌باشد و در نتیجه یکی از پیامدهای آن کاهش نرخ رشد جمعیت در تمام مناطق به‌جز آفریقا می‌باشد. در اواسط سال ۲۰۱۵، جمعیت جهان به ۷,۳ میلیارد نفر رسید - تقریباً ۳ برابر جمعیت سال ۱۹۵۰ - که ۶۰ درصد آن در آسیا زندگی می‌کنند. حتی با اینکه نرخ رشد جمعیت دائماً در حال کاهش است پیش‌بینی شده است که در سال ۲۰۳۰ جمعیت جهان به ۸/۵ میلیارد نفر می‌رسد. نزدیک به ۴۰ درصد از رشد از ۲۰۱۵ تا ۲۰۳۰ در منطقه آفریقا اتفاق خواهد افتاد - شکل ۲,۱. بخش‌هایی از جهان که دارای بیشترین سرعت رشد جمعیت می‌باشند عموماً آسیب‌پذیرترین بخش‌ها در برابر تغییرات آب و هوایی نیز می‌باشند. افزایش جمعیت ممکن است بعضی از عواقب گرمایش زمین مانند کمبود آب، مهاجرت دسته جمعی و کاهش محصولات غذایی را تشدید نماید.



شکل ۲-۲: روند باروری براساس مناطق ۱۹۹۰=۲۰۳۰<sup>۳۲</sup>



باروری بالا عواقب متعددی برای مباحث مرتبط با سلامت دارد. ادامه رشد سریع جمعیت در کشورهای با درآمد کم و متوسط به پایین همراه با نرخ باروری بالا در فقیرترین بخش از جمعیت، ریشه کنی فقر و نابرابری، مبارزه با گرسنگی و سوء تغذیه، سرمایه‌گذاری در آموزش و سلامت، بهبود دسترسی به خدمات اساسی، برنامه‌ریزی و توسعه شهرها، حفظ اکوسیستم محلی و ترویج جوامع فراگیر و صلح آمیز را احتمالاً در این کشورها مشکل‌تر می‌سازد.

برنامه‌های سلامت نوزادان و کودکان، مادران، باروری جهانی بر آفریقا و آسیا متمرکز خواهند ماند که روی هم رفته بیش از چهار پنجم باروری جهان را تشکیل می‌دهند. بخصوص در آفریقا با نرخ باروری بالا و افزایش تعداد زنان در سنین باروری دلایل قابل توجهی را برای تلاش در جهت دستیابی به اهداف SDG برای پایان دادن به مرگ و میرهای قابل پیشگیری کودکان و مادران فراهم نموده است. سرمایه‌گذاری در بهداشت باروری خصوصاً در برنامه تنظیم خانواده، برای اطمینان از اینکه تمام مردان و زنان می‌توانند به بعد مطلوب خانوار که مد نظرشان می‌باشد دست یابند، ضروری است. علاوه بر این کاهش مرگ و میر کودکان و فقر برای کاهش باروری و تسریع انتقال جمعیتی و اپیدمیولوژیک ضروری می‌باشد.

انجام مداخلات قبل از سن مدرسه مزایای بسیار قابل توجهی برای کودکان در سراسر طول زندگی‌شان داشته باشد. نرخ باروری بالا و ادامه‌دار آفریقا اجرای مداخلات کم هزینه اما موثر در اوایل دوران کودکی را برای کشورهای با منابع مالی و انسانی محدود مواجه می‌باشند را مشکل‌تر می‌سازد.

برای کشورهای در حال گذار جمعیتی که ساختار سنی‌شان به سرعت تغییر می‌کند جهت‌گیری مجدد بخش سلامت حیاتی می‌باشد. برای مثال در کشورهایی که سطح باروری و مرگ و میر کاهش یافته است به تدریج منابع بیشتری نیاز است تا به سلامت بزرگسالان و سالخوردگی جمعیت اختصاص داده شود

که این امر مغایر با سلامت مادر و کودک و بیماری‌های عفونی باشد. انتقال جمعیتی با یک گذار اپیدمیولوژیک همراه می‌باشد که در آن بیماری‌های غیر واگیر، اختلالات روانی و صدمات به‌عنوان علل مرگ و ناتوانی نسبت به بیماری‌های عفونی بسیار برجسته‌تر می‌شوند. شکل ۲-۳ جایگاهی را که کشورها در گذار اپیدمیولوژیک دارند با استفاده از سال‌های عمر از دست رفته (YLL) به‌علت بیماری‌های مربوط به سوء تغذیه و سلامت کودک، مادر، باروری و بیماری‌های عفونی - موارد مطرح شده در MDG- از یک سو در محور Y و از سوی دیگر بیماری‌های غیر واگیر و صدمات در محور X نشان می‌دهد. در بالا ۲۲ کشور آفریقایی وجود دارند -جایی که شرایط مربوط به فقر دلیل ۷۰ درصد از تمام سال‌های از دست رفته زندگی می‌باشد- و در انتهای دیگر گذار اپیدمیولوژیک قرار دارد -جایی که وضعیت مربوط به بیماری‌های غیر واگیر و صدمات مسئول ۹۰ درصد تمام سال‌های از دست رفته زندگی می‌باشند.

### افزایش زیاد تعداد جوانان



در سطح جهانی تعداد کل افراد جوان همواره بالاست، ۱.۸ میلیارد نفر در گروه سنی ۱۰ تا ۲۴ سال و براساس پیش‌بینی‌ها در سال ۲۰۱۵، ۲ میلیارد نفر. تعداد جوانان و نوجوانان گروه سنی ۱۰ تا ۲۴ ساله در منطقه آفریقا از ۳۱۵ میلیون در سال ۲۰۱۵ به ۴۵۳ میلیون در سال ۲۰۳۰ افزایش خواهد یافت.

شکل ۳-۲: کشورها در مراحل مختلف گذار اپیدمیولوژیک از موقعیت MDG به بیماری‌های غیرواگیر و جراحات که به‌عنوان علت اصلی سال‌های عمر از دست رفته شناخته می‌شوند، ۲۰۲۵



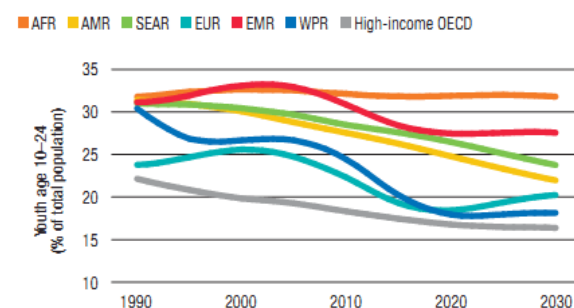
۱۵ سال آینده تغییر نخواهد کرد. پیش‌بینی شده است که تعداد جوانان در منطقه مدیترانه شرقی کاهش خواهد یافت هرچند نسبتی از جمعیت که در گروه سنی ۱۰ تا ۲۴ سال هستند در سال ۲۰۳۰ در چند کشور از جمله افغانستان، عراق، سومالی و یمن بیش از ۳۰ درصد خواهد بود.<sup>۲</sup>

در کشوری که تعداد جوانان آن زیاد است، اگر اکثر جوانان بالغی که قصد دارند وارد بازار نیروی کار شوند بتوانند اشتغال مولدی پیدا کنند سطح درآمد متوسط سرانه افزایش خواهد یافت "یک منفعت وابسته به جمعیت" ایجاد می‌شود. اما اگر بسیاری از افراد جوان نتوانند شغلی پیدا کنند یا درآمدی کافی به‌دست آورند تورم جوانان می‌تواند به یک منبع بالقوه ناآرامی سیاسی و اجتماعی تبدیل شود، در حین اینکه خود افراد جوان ممکن است بیشتر در معرض رفتار شدن در اختلالات روانی مانند افسردگی نیز باشند. در سطح جهانی نرخ بیکاری جوانان حدود ۳ برابر بیشتر از نرخ بیکاری بزرگسالان است و بالاترین میزان آن در خاورمیانه است.<sup>۲</sup>

تورم جوانان در جامعه و اهمیت بهبود رفتارهای بهداشتی و خدمات برای نوجوانان در بسیاری از کشورها نیاز به توجه بیشتری دارد. این امر شامل گسترش [خدمات] بهبود سلامت صادر و کودک به نوجوانان، تمرکز بر ارتقای سلامت و اقدامات پیشگیرانه و رویکرد بین بخشی می‌باشد. به‌عنوان مثال کاهش

افزایش زیاد تعداد جوانان که در آن بخش بزرگی از کل جمعیت، جوانان و نوجوانان گروه سنی ۱۰ تا ۲۴ سال و یا ۱۵ تا ۲۴ سال (بیانگر یک برآمدگی یا تورم در هرم سنی جمعیت) هستند پدیده‌ای شایع در بسیاری از کشورها در طی دوران MDG بود (شکل ۲،۴).

شکل ۴-۲: روند در تناسب سنی جوانان ۱۰ تا ۲۴ ساله براساس منطقه ۱۹۹۰ تا ۲۰۳۰



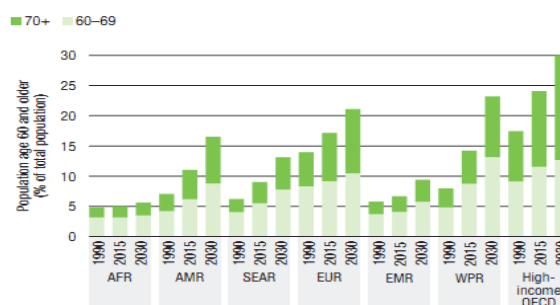
باروری بالا و تا حد هم کاهش مرگ و میر کودکان از علت‌های اصلی این امر می‌باشند. کاهش سریع باروری مانند مرودی که در غرب اقیانوس آرام اتفاق افتاده نیز می‌تواند منجر به افزایش موقت در تعداد جوانان شود. در منطقه آفریقا بیش از ۳۰ درصد جمعیت در گروه سنی ۱۰ تا ۲۴ سال هستند و این نسبت در

صدمات جاده‌ای - اولین علت مرگ و میر در ۱۰ تا ۱۹ ساله‌ها - نیازمند اقدامات هماهنگ میان طیفی از خدمات از آموزش تا حمل و نقل می‌باشد. از این گذشته سرمایه‌گذاری در سلامت طی دوران نوجوانی می‌تواند فوائد حیاتی‌ای برای سلامت در سراسر دوره زندگی داشته باشد. برای مثال تاثیر گذاشتن بر رفتارهای مرتبط با موارد افزایش دهنده خطر بیماری‌های غیرواگیر.

## سالمندی

در سراسر جهان جمعیت‌ها به سرعت در حال پیر شدن هستند. این جمعیت‌های مسن‌تر یک سرمایه اجتماعی و انسانی قابل توجه می‌باشند. و بنابراین انتقال جمعیتی فرصت‌های عظیمی را به جامعه ارائه می‌نماید. با این حال این امر همراه چالش‌هایی جدی به همراه خواهد داشت. امید به زندگی جهان در سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ از ۶۴ سال به ۷۱ سال افزایش یافته است - فصل ۱ کادر ۱،۱ را ببینید. تعداد افراد ۶۰ ساله و بالاتر در سال ۲۰۱۵ به ۹۰۱ میلیون نفر رسید و ۵۶ درصد در طی دوران SDG رشد خواهد کرد و به ۱،۴ میلیارد نفر در سال ۲۰۳۰ خواهد رسید که از بین آن‌ها ۶۵۰ میلیون نفر ۷۰ ساله و بزرگ‌تر خواهند بود. افزایش قابل توجهی در تمام مناطق به غیر از منطقه آفریقا که افزایش نسبتاً کمی را در آن می‌توان انتظار داشت، اتفاق خواهد افتاد (شکل ۲-۵).

شکل ۲-۵: روند تناسبی جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر براساس مناطق، ۱۹۹۰-۲۰۳۰<sup>۳۲</sup>

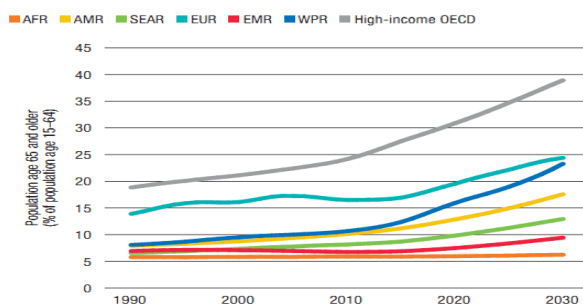


تا سال ۲۰۳۰، ۷۱ درصد از افراد مسن در کشورهای با درآمد کم و متوسط زندگی خواهند کرد. چین تقریباً همان نسبت از افراد مسن را خواهد داشت که ایالات متحده آمریکا خواهد داشت.

سالمندی جمعیت تناسب افراد سالخورده را نسبت به جمعیت افراد جوان‌تر افزایش خواهد داد و شکل سنتی دوره زندگی پیرامون دوره کاری تعریف شده، و بازنشستگی پس از آن را به چالش خواهد کشید. روند پیش‌بینی شده از نسبت افراد بالای ۶۵ سال در مقایسه با آن‌هایی که ۱۵ تا ۶۴ ساله می‌باشند نشان دهنده تفاوت‌های بزرگی در ساختار سنی جمعیت میان مناطق

می‌باشد. در دوران اهداف توسعه هزاره این نسبت به مقدار کمی افزایش داشت یا در تمام مناطق در حال توسعه وجود نداشت (شکل ۲،۶) با این حال پیش‌بینی شده است که این وضعیت تغییرات چشمگیری در طول دوره SDG با افزایش قابل توجه در این نسبت در تمام مناطق به غیر از منطقه آفریقا ایجاد خواهد نمود.

شکل ۲-۶: روند جمعیتی افراد ۶۵ ساله و بزرگ‌تر به نسبت جمعیتی افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله براساس مناطق، ۱۹۹۰-۲۰۳۰<sup>۳۲</sup>



با وجود این واقعیت که بسیاری از کشورهای با درآمد متوسط و حتی برخی از کشورهای با درآمد کم پوشش مستمری بازنشستگی را از طریق ترکیبی از طرح‌های مشارکتی و غیر مشارکتی گسترش داده‌اند اما حدود نیمی از افراد مسن هیچ نوع مستمری بازنشستگی‌ای دریافت نمی‌کنند و برای بسیاری از آن‌ها که مستمری را دریافت می‌کنند سطح پشتیبانی مناسبی ایجاد نمی‌نماید<sup>۱۱</sup>. تعداد زیادی از افراد مسن در کشورهایی که سیستم‌های حمایت اجتماعی عمده تا کنون جایگاه خود را نیافته‌اند در حال ورود به سن بازنشستگی هستند. بنابراین نیاز فوری به گسترش پوشش حمایتی در کشورهایی که چنین سیستم‌هایی وجود ندارد و یا پیش از این وجود داشته، وجود دارد. واضح است که این امر چالش‌های مالی ایجاد می‌نماید. با این حال تامین اجتماعی ناکافی به منزله یک مانع عمده برای توسعه پایدار می‌باشد، به این علت که با سطوح بالا و مداومی از فقر و نابرابری مرتبط است.

کاهش میزان مرگ و میر در سنین بالا در ۳ دهه اخیر نشان می‌دهد که با مداخلات مناسب حفظ دستاوردهای طول عمر در تمام کشورها امکان‌پذیر است<sup>۱۱</sup>. با این حال عمدتاً به دلیل بیماری‌های مزمن غیرواگیر از جمله وضعیت اسکلتی-عضلانی و زوال عقل به هیچ وجه واضح نیست که این دستاوردها در امید به زندگی در سنین بالاتر با افزایش سال‌های زندگی به دست آمده در سلامتی خوب همراه باشد. تحلیل‌هایی که اخیراً صورت گرفته‌اند نشان می‌دهند که الگوهای محدودیت در عملکرد در میان و داخل کشورها در طول زمان تا حد زیادی متفاوت است، برخی بیان نموده‌اند که در کشورهای با درآمد بالا نسل بعدی

نیاز دارند بروند و آنچه نیاز دارند را انجام دهند را تضمین نمایند. به طور کلی سیستم‌های سلامت نیازمند پیدا کردن استراتژی موثری برای گسترش مراقبت‌های بهداشتی و پاسخگویی به نیازهای افراد مسن‌تر می‌باشند. به منظور دستیابی به هدف پوشش همگانی، نیازهای خاص افراد مسن که غالباً دارای وضعیت سلامتی پیچیده و چندگانه می‌باشند باید توسط سیستم‌های سلامت بر طرف شود<sup>۱۹،۱۸</sup>. این امر همچنین نیازمند حفاظت مالی در برابر هزینه‌های کمرشکن سلامت به منظور اطمینان از این موضوع که دستاوردهای مداخلات سلامت به صورت عادلانه توزیع می‌شوند، خواهد بود. همه جوامع همچنین به مدل‌های پایداری از مراقبت‌های بلندمدت و پشتیبانی از این موضوع که هر کسی اختیار حفظ زندگی عزتمند و معنی‌دار را حتی در وضعیت عملکردی پایین داشته باشد، نیاز دارند. پیش‌بینی می‌شود که تعداد افراد نیازمند مراقبت‌های بلندمدت و پشتیبانی تا سال ۲۰۳۰، دو برابر شود<sup>۴</sup>

### مهاجرت

ما در دوره‌ای از جابجایی بزرگ انسان‌ها زندگی می‌کنیم، با بیشترین تعداد افراد در حال جابجایی نسبت به هر دوره‌ای قبل از این زمان. تخمین زده شده است در سال ۲۰۱۳ تعداد کل مهاجران بین‌المللی ۲۳۲ میلیون نفر یا ۳٫۲ درصد کل جمعیت جهان بوده است. در سال ۲۰۱۳ نیمی از مهاجرانی که در مناطق در حال توسعه به دنیا آمده‌اند ("جنوب جهان") به سمت مناطق توسعه یافته حرکت کرده‌اند ("شمال جهان") (شکل ۲،۷).

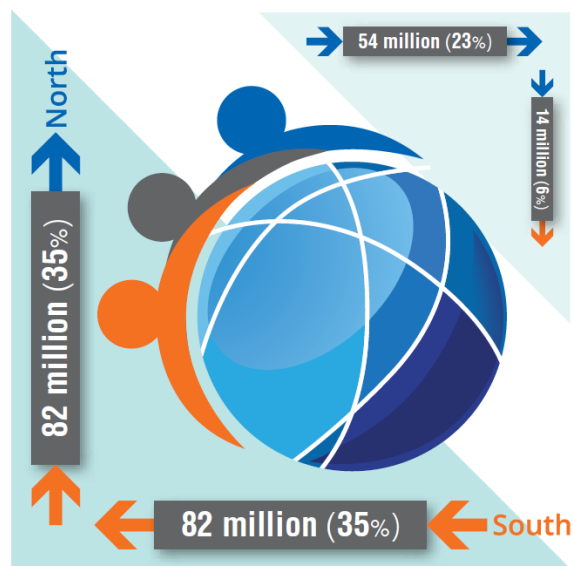
در حالی که هیچ جایگزینی برای توسعه وجود ندارد، مهاجرت می‌تواند یک نیروی مثبت برای توسعه باشد زمانی که توسط مجموعه‌ای صحیح از سیاست‌ها پشتیبانی شود. به‌عنوان مثال مهاجرت می‌تواند همان‌طور که جهان به سمت پیک جمعیتی خود حرکت می‌کند به متناسب کردن وضعیت جمعیتی و اقتصادی بسیار متفاوت میان کشورها کمک نماید. در عین حال مهاجرت نیروی کار بسیار ماهر مانند پزشکان و پرستاران می‌تواند تاثیر منفی قابل توجهی داشته باشد.

مهاجرت می‌تواند به‌عنوان یک علت و نتیجه درگیری در داخل و میان کشورها مجدداً ظاهر گردد. برخی از کشورهای دارای درآمد بالا پیش از این حقوق مهاجرانی را که در جست و جوی پناهگاه می‌باشند به شدت محدود نموده‌اند. افزایش در جابجایی‌های جهانی، پیچیدگی روز افزون الگوهای مهاجرت و تاثیر آن‌ها بر کشورها، مهاجران؛ خانواده‌ها و جوامع همگی بر این که مهاجرت بین‌المللی به یک اولویت جامعه بین‌الملل تبدیل شود نقش داشته‌اند.

عوامل ترویج دهنده مهاجرت بین مرزی به احتمال زیاد به قوت خود باقی بمانند و یا شدیدتر شوند و مهاجرت بین‌المللی حتی

ممکن است زندگی طولانی‌تر و همراه با سلامتی بهتری از نسل قبلی داشته باشند<sup>۱۳</sup>. با این حال مطالعات اخیر، افزایش صورت گرفته در ارتباط با میزان چاقی و عوامل خطر مرتبط با آن در کودکان متولد شده در دوره انفجار جمعیت<sup>۱</sup> در کشورهای با درآمد بالا سوالاتی را پیرامون این دستاوردهای سلامت ایجاد نموده است. در حالی که با افزایش سن سطح سلامتی کاهش می‌باشد، این کاهش سلامتی مخصوصاً در مسن‌ترین گروه‌ها بیشتر می‌باشد، سهم جمعیت مسن به سرعت در حال رشد می‌باشد. وضعیت سلامت این گروه در کشورهای فقیر، میان زنان، کسانی که سطح سواد پایین‌تری دارند و افرادی که سطح درآمد پایین‌تری دارند در تمام کشورها بدتر است.

Figure 2.7  
South-South migration is as common as South-North migration<sup>20,22</sup>



\* Based on migrant stock data, 2013; North: developed regions; South: developing regions

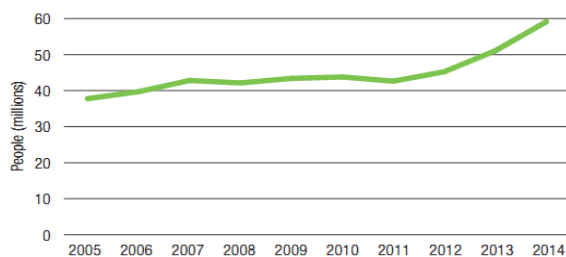
SDG سلامت که زندگی سالم را تضمین می‌کند و بهزیستی را برای همه در تمام سنین ترویج می‌کند، بدون توجه به سلامت سالمندان که در حال حاضر دستور کار پر اهمیتی برای همه کشورهاست، قابل دستیابی نخواهد بود. این امر به تغییرات عمده در نحوه طراحی سیستم‌های سلامت نیاز دارد. استراتژی باید متضمن تمرکز بر پیشگیری اولیه و همچنین مدیریت کاهش عملکرد باشد. سلامتی ضعیف نتیجه غیر قابل اجتناب سالمندی نیست و بسیاری از مشکلات سلامتی که افراد مسن با آن‌ها مواجه می‌شوند مرتبط با شرایط مزمنی است که می‌توان از آن‌ها پیشگیری نمود، به تاخیر انداختن‌شان یا مدیریت‌شان نمود. پزشکی و تکنولوژی نیز به صورت فزاینده‌ای تجهیزات کمکی که برای جبران کننده ناتوانی‌های حسی و حرکتی مناسب می‌باشند ارائه می‌نمایند. مداخلات محیطی می‌تواند این امر را که افراد دارای نقص بزرگ در توانایی‌شان همچنان بتوانند به جایی که

1. Baby boomers



جوامع با آن روبه رو شده‌اند، همچنانکه در شصت و یکمین مجمع جهانی سلامت در ماه می ۲۰۰۸ سلامت مهاجران به خوبی بازتاب داده شد و مورد تایید قرار گرفت. بسیاری از مهاجران به مراقبت‌های سلامت دسترسی ندارند و ممکن است اقامت طولانی‌تر بسیاری از مهاجران برای آن‌ها مشکلاتی را در ارتباط با گرفتن هویت حقوقی و شهروندی ایجاد نماید. اطمینان از این موضوع که پوشش همگانی سلامت برای تمام افراد مقیم در نظر گرفته می‌شود و نه فقط شهروندان عامل بسیار مهمی است.

شکل ۸-۲: روند در تعداد افرادی نقل مکان کرده اند به دلیل مناقشات ۲۰۰۵-۲۰۱۴



اهداف توسعه پایدار اهداف متعددی در ارتباط با مهاجرت دارد به‌طور کلی می‌توان به اهداف (۱، ۷، ۱۰، ۱۰.C) و به‌طور اختصاصی می‌توان به هدف ۳.C که به صراحت مربوط به "فرار مغزها" در کارکنان حوزه سلامت از کشورهای با درآمد کم و متوسط به کشورهای با درآمد بالا می‌باشد، اشاره نمود؛ پدیده‌ای که با جهانی شدن افزایش یافته است. دستورالعمل جهانی سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۰ در مورد استخدام کارکنان سلامت این موضوع را برجسته کرده است و توجه‌ها را به‌طور ویژه به سوی مشکل استخدام و به‌کارگیری نیروی کار سلامت<sup>۲۷</sup> ملل فقیر - که با کمبود نیروی کار سلامت مواجه هستند - توسط کشورهای ثروتمند جلب کرده است. این دستورالعمل در سال ۲۰۱۰ تا سرتاسر تمام ۱۹۳ عضو سازمان بهداشت جهانی به‌صورت داوطلبانه تصویب گردید، اما تا کنون اجرای آن ناامید کننده بوده است. همکاری بیشتری میان عوامل دولتی و غیر دولتی برای افزایش آگاهی از این دستورالعمل و تقویت آن به‌عنوان یک چارچوب مستحکم برای گفت و گوهای سیاسی پیرامون راه‌هایی برای مقابله با بحران نیروی کار سلامت وجود دارد، نیاز است<sup>۲۸</sup>. این دستورالعمل به‌طور مستقیم با هدف ۳.C SDG پیوند خورده است

سریع‌تر از آنچه در ربع قرن گذشته بوده رو به رشد خواهد بود. عوامل موثر بر سطح مهاجرت شامل ساختار سنی نامتجانس، و نابرابری درآمدی بین کشورهای غنی و فقیر، حمل و نقل آسان‌تر با هزینه کمتر، حضور شبکه‌های مهاجرت که لینک ارسال و دریافت کشورها هستند و بهبود ارتباطات می‌باشد. مهاجرت داخلی بر تعداد بسیار بیشتری از افراد تاثیر می‌گذارد، و به‌طور کلی به‌صورت مهاجرت از روستا به شهر در کشورهای با درآمد کم و متوسط اتفاق می‌افتد.

درگیری و آزار نیز مهاجرت را افزایش می‌دهد، در سال ۲۰۱۴ تعداد کل افرادی که به‌علت جنگ، درگیری یا آزار و اذیت آواره شده‌اند در سطح جهانی حدود ۶۰ میلیون نفر ثبت شده است که نشانگر افزایشی ۸،۳ میلیون نفری نسبت به سال گذشته می‌باشد (شکل ۲،۸)، از این ۶۰ میلیون نفر آواره تقریباً ۲۰ میلیون نفر پناهنده هستند، ۳۸ میلیون در داخل کشورهای خود آواره هستند و ۱،۸ میلیون نفر در انتظار نتیجه درخواست پناهندگی خود می‌باشند. تعداد جهانی پناهندگان، پناهجویان و آوارگان داخلی بین ۳۸ تا ۴۳ میلیون نفر در بیش از ۱۰ سال گذشته بوده است اما در سال ۲۰۱۲ این تعداد به‌علت درگیری‌ها در جمهوری آفریقای مرکزی، عراق، سودان جنوبی، جمهوری عربی سوریه و اوکراین شروع به افزایش یافتن کرده است.

در برخی از کشورها در اواخر چارچوب زمانی SDG عوامل محیطی و تغییرات آب و هوایی می‌توانند نقش بزرگ‌تری را به‌عنوان یک نیروی محرکه مهاجرت بازی کند و تقریباً به‌طور قطع اثرات نامطلوب بیشتری را در کشورهای فقیرتر آفریقایی و آسیایی خواهد داشت.

بسیاری از مهاجران به خصوص قربانیان قاچاقچیان انسان ریسک‌های سلامتی و مرگ و میرشان شروع به افزایش یافتن کرده است به‌عنوان مثال بیش از ۲۷۰۰ مرگ و میر مهاجران در در نیمه اول سال ۲۰۱۵ ثبت شده است که اکثر آن‌ها در منطقه مدیترانه بوده‌اند. مهاجران اغلب دسترسی کمی به خدمات اجتماعی و سلامت دارند و یا این که دسترسی ندارند، هرچند آن‌ها با خطرات سلامتی بسیار بیشتری به‌علت استثمار، موقعیت‌های کاری خطرناک و شرایط زندگی پایین‌تر از حد استاندارد مواجه می‌باشند. از بین بردن قاچاق انسان یک اولویت برای جامعه جهانی است.

هجوم اخیر پناهجویان به سمت اروپا هشدار می‌دهد که اهمیت آمادگی داشتن برای همه کشورهاست. همه کشورها به انجام دادن اقدامات به موقع برای به حداقل رساندن نتایج مضر که بر سلامت توسط مهاجرت ایجاد می‌گردد نیازمند خواهند بود، این اقدامات می‌تواند شامل قوانین و سیاست‌های حفاظتی و خدمات سلامتی در زمینه مهاجران باشد. مسائل سلامتی مرتبط با مهاجرت چالش کلیدی سلامت عمومی است که کشورها و

## شهرنشینی

شهرهای با جمعیت یک میلیون نفر یا بیشتر طی دوره MDG از ۲۷۰ شهر به ۵۰۱ شهر افزایش یافت و پیش‌بینی شده است که به ۶۶۲ شهر در سال ۲۰۳۰ برسد. تعداد ابر شهرهایی با بیش از ۱۰ میلیون نفر از ۲۹ مورد در سال ۲۰۱۵ به ۴۱ شهر در سال ۲۰۳۰ افزایش خواهد یافت، و بیش از نیمی از این شهرها در آسیا خواهد بود.<sup>۲۹</sup>

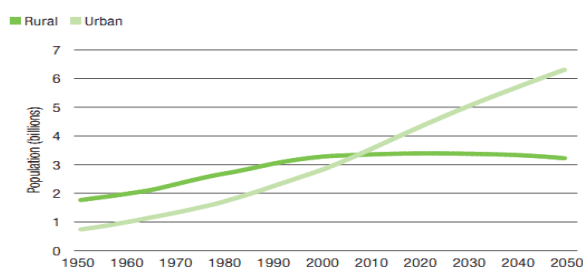
شهرنشینی با افزایش جمعیت ساکن در مناطق زاغه نشین شهری همراه بوده است. زاغه نشینی از طریق ازدحام بیش از حد جمعیت، دسترسی ضعیف به آب آشامیدنی و بهداشت، شرایط مسکن نامناسب و حق تصرف نامطمئن آن، تعریف می‌شود. در سال ۲۰۰۰ تعداد زاغه نشینان در کشورهای در حال توسعه ۷۶۷ میلیون نفر برآورد شده بود و این میزان در سال ۲۰۱۰ به ۸۲۸ میلیون نفر افزایش یافت و پیش‌بینی شده است که در سال ۲۰۲۰ به ۸۸۹ میلیون نفر برسد. بیش از ۶۰ درصد ساکنان شهری جنوب صحرای آفریقا و بیش از ۳۰ درصد جمعیت شهری جنوب آسیا و جنوب شرقی آسیا در محله‌های فقیر نشین زندگی می‌کنند.

سلامت شهری نابرابر یک نگرانی روز افزون است برای مثال شکل ۲،۱۰ نشان می‌دهد که در مناطق شهری ۴۶ مورد از کشورهای منتخب، کودکان فقیرترین پنجم بیش از ۲ برابر بیشتر احتمال دارد که نسبت به کودکان در ثروتمندترین پنجم تا تولد ۵ سالگی خود زنده نمانند. تنها در یک کشور هدف MDG ملی در مورد کاهش مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در فقیرترین پنجم ثروتی به دست آمده است.

در حدود نیمی از ساکنان شهری در شهرستان‌های کوچک‌تر از نیم میلیون نفر زندگی می‌کنند. در این شهرهاست که بیشترین رشد شهری اتفاق خواهد افتاد همچنان که آن‌ها در امتداد بزرگ راه‌ها گسترش می‌یابند و در همین امتداد در اطراف تقاطع‌ها و خط‌های ساحلی به یکدیگر ملحق می‌شوند - اغلب بدون رشد مشغل بخش رسمی و خدمات کافی.

از زمانی که اهداف توسعه هزاره در سال ۲۰۰۰ به تصویب رسید جمعیت افراد ساکن در مناطق شهری بیش از ۱ میلیارد نفر افزایش یافته است. نسبت شهری از جمعیت جهانی از ۴۳ درصد سال ۱۹۹۰ به ۵۴ درصد در سال ۲۰۱۵ افزایش پیدا کرده است و پیش‌بینی شده است که در ۲۰۳۰ و طی دوره زمانی SDG ۶۰ درصد جمعیت جهان در مناطق شهری زندگی خواهند کرد. انتظار می‌رود جمعیت روستا نشین جهان طی چند سال به اوج خود برسد و در سال ۲۰۵۰ به تدریج به ۳،۲ میلیارد نفر کاهش خواهد یافت (شکل ۲،۹).<sup>۲۹</sup>

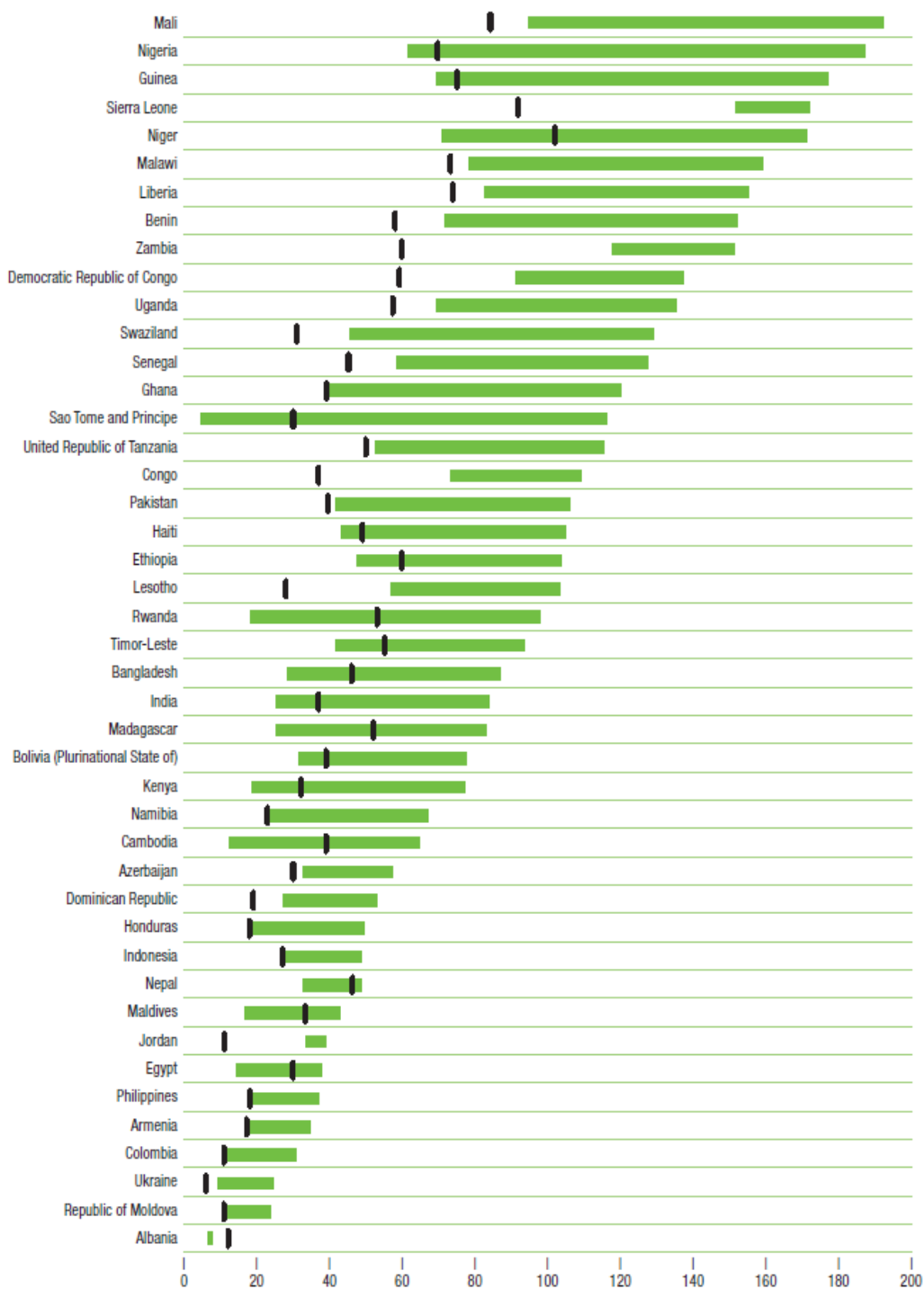
شکل ۲-۹: روند در جمعیت شهر نشین و روستا نشین جهان ۱۹۵۰-۲۰۵۰



این امر تقریباً تمام رشد جمعیت جهان در آینده قابل ترسیم در نقاط شهری را سبب می‌شود. این امر هنوز ناشی از سهم بیشتر شهرها از رشد طبیعی است، جایی که در آن نرخ باروری از سطح نرخ جایگزینی<sup>۳۰</sup> سبقت می‌گیرد و اما این امر همچنین به وسیله مهاجرت نیز قابل توجیه است. بیش از یک میلیارد نفر که در کره زمین هستند یا مهاجر بوده اند، که اکثریت آن‌ها در مناطق شهری مقیم شده‌اند<sup>۳۱</sup>. شهرنشینی در تمام مناطق جهان در حال اتفاق افتادن است، آفریقا و آسیا، جایی که شهرنشینی کمتر از ۵۰ درصد است. براساس تجربه پیش‌بینی شده است که شهرنشینی در سال‌های آتی بسیار سریع‌تر می‌شود. تعداد

شکل ۱۰-۲: نابرابری اقتصادی و اجتماعی در بین کودکان زیر ۵ سال فقیرترین و ثروتمندترین پنجم از خانوارهای شهری

نابرابری مطلق میان فقیرترین و ثروتمندترین پنجم ■ هدف MDG



ارائه خدمات سلامت برای فقرای شهری بخش مهمی از اهداف سلامت SDG است از جمله پوشش همگانی سلامت و هدف SDG شماره ۱۱،۱: "تا سال ۲۰۳۰ از دسترسی تمام افراد به مسکن و خدمات و خدمات اولیه کافی، ایمن و مقرون به صرفه اطمینان حاصل شود و وضعیت محله‌های زاغه‌نشین ارتقاء پیدا کند" شهرنشینی فرصتهایی را برای سلامت از طریق تمرکز مردم، منابع و خدمات به ارمغان می‌آورد که نتیجه آن دسترسی بهتر به خدمات سلامت و آزادی عمل و فضای بیشتر برای مداخلات سلامت عمومی است. با این حال گسترش سریع شهرنشینی برنامه‌ریزی نشده ممکن است خطرات انتقال بیماری‌های عفونی را افزایش دهد، رشد نامطلوب ریسک فاکتورهای بیماری‌های غیرواگیر مانند چاقی را ترویج کند و خطر تصادفات جاده‌ای و خشونت را افزایش می‌دهد و تخریب محیط زیست اثرگذار بر سلامت را مانند آلودگی هوا، کیفیت آب پایین و بهداشت غیر قابل دسترس را تشدید می‌کند. از این رو توجه ویژه‌ای برای نظارت بهتر بر وضعیت سلامت فقرای شهری و در جهت ایجاد و به‌کارگیری سیاست‌ها و برنامه‌هایی که خطر بیماری و مرگ و میرهای ناشی از آب و بهداشت نامطلوب، خشونت و شرایط ضعیف محل منزل مسکونی و آلودگی هوا را کاهش دهد نیازمندیم. ارتقاء جدی سلامت (به‌عنوان مثال برای ایدز و بیماری‌های غیر واگیر) و خدمات سلامت مقرون به صرفه قسمت مهمی از هر پاسخ خواهد بود و نیازمند این است که توسط دولت‌های محلی و جوامع هدایت گردد.

## تعیین‌کننده‌های عوامل اقتصادی سلامت و تامین مالی برای توسعه

اهداف توسعه هزاره تلاش‌های کشورهای و جوامع توسعه یافته را برای پایان دادن به فقر شدید، کاهش گرسنگی، ترویج برابری جنسیتی و بهبود آموزش و سلامت بسیج کرد. با وجود پیشرفت قابل توجه در کاهش تعداد افرادی که در فقر شدید زندگی می‌کنند میلیون‌ها نفر از مردم در سراسر جهان در محرومیت به سر می‌برند. برخی از کشورها به خصوص آن‌هایی که تحت تاثیر جنگ و درگیری‌های داخلی بوده‌اند در یک حلقه معیوب از توسعه نیافتگی، نابرابری و فقر طاقت فرسای که گرفتار آن شده‌اند باقی مانده‌اند.

سلسله مراتب اجتماعی در سلامت که از بالا به پایین طیفی اجتماعی و اقتصادی قرار دارد نشان دهنده پدیده‌ای جهانی است که در کشورهای کم درآمد با درآمد متوسط و با درآمد بالا دیده می‌شود. نمونه‌های خاصی از این پدیده در ارتباط با نتایج سلامت کودک و مادر در فصل ۴ ارائه شده است.

جهان تغییر کرده است و دیگر تشکیل یافته از گروه بزرگی از کشورهای فقیر و یک گروه کوچک از آن‌هایی که غنی هستند

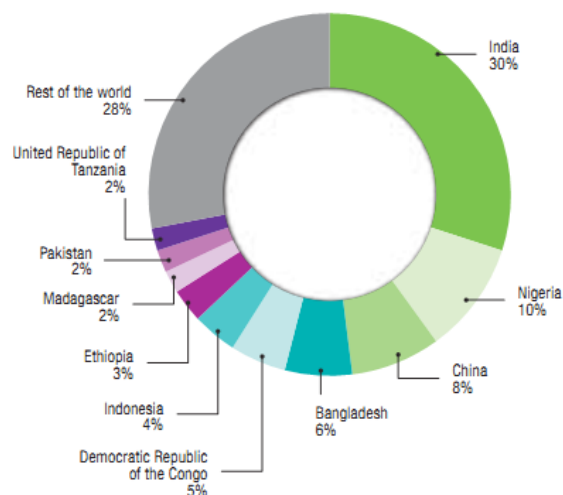
نیست. امروزه بسیاری از کشورهای با درآمد پایین از گروه کم درآمدهای بانک جهانی "خارج شده‌اند" تا به وضعیت درآمدی متوسط برسند. در واقع در فاصله زمانی ۲۰۰۰ و ۲۰۱۳ تعداد کشورهای کم درآمد از ۶۳ به ۳۴ مورد کاهش یافت به طوری که هم اکنون ۱۰۵ کشور با درآمد متوسط وجود دارد. این گروه از کشورها بسیار متنوع هستند و شامل کشورهای پرجمعیت مانند هند و چین و بسیاری از کشورهای کوچک جزیره مانند و همچنین کشورهای با اقتصاد با ثبات و کشورهای دچار کشمکش و درگیری می‌باشد<sup>۳۶</sup>. علاوه بر این، پیشرفت‌های مربوط به بسیاری از اهداف اجتماعی-اقتصادی و اهداف توسعه‌ای مرتبط با سلامت در میان این کشورها بسیار متفاوت بوده است. این بدان معناست که فقر شدید دیگر در کشورهای فقیر و آسیب‌پذیر تمرکز نیافته است اما در کشورهای درآمد متوسط بالاتر وجود دارد. در حالی که تنها کشورهای نسبتاً کمی تحت تاثیر فقر شدید هستند (به‌عنوان مثال هند، نیجریه، چین، بنگلادش، جمهوری دموکراتیک کنگو) - در چندین کشور با درآمد بالا و متوسط فقر همچنان میان محروم‌ترین‌ها باقی مانده است. در نتیجه حدود سه‌چهارم فقیران مطلق جهان در کشورهای با درآمد متوسط که امروزه کمتر وابسته به (یا امروزه واجد شرایط نیستند) کمک‌های توسعه‌ای هستند زندگی می‌کنند.

به این ترتیب این رویکرد کاهش فقر براساس توسعه تامین مالی خارجی به سرعت در حال از رده خارج شدن می‌باشد. به جای تفکر در مورد کشورهای فقیر احتمالاً رویکرد باید بر افراد فقیر تمرکز کند. به عبارت دیگر توجهات برای کاهش فقر در کشورهای با درآمد کم باید به کشورهای با درآمد متوسط گسترش پیدا کند و نگرانی در مورد توزیع فقر در سطح بین‌المللی باید به توزیع فقر در داخل مرزهای ملی معطوف شود. علاوه بر این تدارک کمک‌های "سنتی" در شکل انتقال منابع به‌طور روزافزونی می‌تواند با بستر جهانی امروزه انطباق یابد و شکل حمایت از توسعه سیاست‌های ملی و ساختارهای سازمانی را برای استفاده بهینه از منابع موجود صرف نظر از منبع آن به خود بگیرد.

اهداف توسعه پایدار این تغییرات را از طریق تمرکز بر رویکرد گسترده‌تری در ارتباط با استراتژی کاهش فقر نه فقط به‌منظور سلامت بلکه به منظور افزایش پیشرفت در میان طیف کاملی از اهداف توسعه پایدار مرتبط با سلامت و تغذیه، آموزش، جاکمیت، اصلاحات اقتصادی، مردم حاشیه نشین، تبعیض جنسی و خشونت و کشمکش‌ها منعکس می‌نماید. اولین هدف MDG این بود که فقر شدید و گرسنگی ریشه‌کن شود و شامل ۳ هدف می‌شد که یک مورد آن در ارتباط با تغذیه بود در مقابل چندین هدف در SDG وجود دارد که به‌صورت مستقیم بر ریشه‌کن کردن فقر و گرسنگی تمرکز دارند و همچنین بسیاری از اهداف دیگر وجود دارد که به کاهش فقر و توسعه کمک



شکل ۱۱-۲: ۱۰ کشور اول با بیشترین سهم از فقر جهانی<sup>۴۱</sup>



\* People living on less than US\$ 1.25 per day.

مردم فقیر به چند دلیل به دام فقر می‌افتند از جمله عدم توانایی مالکیت زمین یا اجاره آن، ورشکستگی دولت، و سطح پایین آموزش، مهارت و یا سلامت مانع می‌شود که از فرصت‌های ایجاد شده بر اثر رشد اقتصادی استفاده نمایند. فقرا همچنین بیشتر در برابر شوک‌های اقتصادی آسیب‌پذیر می‌باشند - عمدتاً به‌علت حوادث سلامتی ناشی از حوادث بلایای مرتبط با آب و هوا و بحران اقتصادی که خانوارها را به زیر خط فقر سوق می‌دهد و همانجا نگاه می‌دارد<sup>۴۲</sup>. در حالی که جهانی شدن با افزایش متوسط درآمد در بسیاری از کشورها همراه است این نگرانی وجود دارد که باعث گسترش نابرابری درآمدی میان داخل کشورها نیز شود<sup>۴۳ و ۴۴</sup>. نابرابری درآمدی همه کشورها در سراسر جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. شواهد روشنی وجود دارد که افراد با درآمد کمتر در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه به‌طور مشابهی نتایج سلامتی بدتری در میان طیف وسیعی از شاخص‌ها دارند<sup>۴۶، ۴۷</sup>. فقیرترین نیمه جمعیت اغلب کمتر از یک دهم ثروت کشور را کنترل می‌کنند<sup>۴۸</sup>. شکست در پرداختن به نابرابری درآمدی به احتمال زیاد پایداری رشد اقتصادی را کاهش می‌دهد و انسجام و امنیت اجتماعی را کاهش و خطر کشمکش را افزایش می‌دهد.

اگر چه هدف MDG C.1 برای به نصف رساندن تعداد افرادی که از گرسنگی رنج می‌برند با کاهش ۲۳،۳ درصد از ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۲ و ۱۲،۹ درصد در ۲۰۱۴ تا ۲۰۱۶ (پیش‌بینی) محقق شده است. این امر با وجود چالش‌های جهانی بزرگ مانند بلایای طبیعی و حوادث آب و هوایی نامطلوب، افزایش قیمت کالاها، قیمت انرژی و مواد غذایی بالاتر، افزایش بیکاری و رکود اقتصادی اواخر ۱۹۹۰ و در سال‌های ۲۰۰۸ و ۲۰۰۹، اتفاق افتاده است. پیشرفت‌های قابل توجهی در شاخص‌های تغذیه کودکان

خواهند کرد. علاوه بر این اهداف توسعه پایدار بیشتر از اهداف توسعه هزاره بر نابرابری تمرکز دارند، به‌خصوص در SDG شماره ۱۰ که خواستار تلاش "برای کاهش نابرابری در داخل و میان کشورهاست". به‌صورت مشابه جهانی شدن و مسائل مربوط به تجارت به‌عنوان بخشی از MDG شماره ۸ در نظر گرفته شده بودند، اما در اهداف توسعه پایدار به‌صورت برجسته‌تری بررسی شده‌اند و در اهداف متعدد اقتصادی، اجتماعی و زیست محیطی منعکس گشته‌اند (برای مثال هدف ۱۷،۱۰ روی تجارت و هدف ۳،b روی تحقیق و دسترسی به داروهای اساسی و واکسن).

بخش بعدی بر ریشه‌کن‌سازی فقر و نابرابری درآمدی، جهانی شدن و تجارت، و تامین مالی جهانی برای سلامت و توسعه تمرکز نموده است.



## ریشه‌کن سازی فقر و نابرابری‌های درآمدی

جهان به هدف MDG - برای به نیمه رساندن نرخ فقر ۱۹۹۰ تا سال ۲۰۱۵ در سال ۲۰۱۰ دست یافت- این هدف در تمامی مناطق به‌جز جنوب صحرای آفریقا برآورده گردید. در سال ۲۰۱۵، ۸۳۶ میلیون نفر به‌طور کلی با کمتر از ۱،۲۵ دلار آمریکا در روز زندگی می‌کردند در مقایسه با ۱،۹ میلیارد نفر سال ۱۹۹۰. در سال ۲۰۱۵ در جهان در حال توسعه ۱۴ درصد جمعیت با کمتر از ۱،۲۵ دلار آمریکا در روز زندگی می‌نمودند که پایین‌تر از ۴۷ درصد مربوط به سال ۱۹۹۰ می‌باشد<sup>۳۸</sup>. پیشرفت به سوی رسیدن به خط فقر بالاتری مانند ۲ دلار آمریکا در روز مشکل‌تر شده است. پرجمعیت‌ترین کشورها - چین و هند - نقش اصلی را در کاهش جهانی فقر بازی کردند (گرچه هند همچنان ۳۰ درصد از فقر شدید جهان را به خود اختصاص می‌دهد؛ شکل ۲،۱۱) و بخش اعظم این کاهش مربوط می‌شود به بخش‌هایی از اقتصاد که کاربر هستند.

انتقال‌های درآمدی مستقیم، حواله‌ها و تغییرات در الگوهای جمعیتی بسیار کمتر کمک کننده بوده‌اند.<sup>۳۸</sup> با وجود روند مثبت تقریباً ۱ نفر از هر ۷ نفر در مناطق در حال توسعه هنوز با کمتر از ۱،۲۵ دلار آمریکا در روز زندگی می‌کند. در جنوب صحرای آفریقا در سال ۲۰۱۵ بیش از ۴۰ درصد جمعیت هنوز در فقر شدید زندگی می‌کنند. کشورهای با درآمد متوسط محل زندگی ۷۳ درصد از مردم فقیر جهان می‌باشد<sup>۴۰</sup>.

## جهانی شدن و تجارت

در چند دهه گذشته و در تمام قسمت‌های جهان همبستگی اجتماعی، سیاسی، مالی و اقتصادی جهان افزایش یافته است، همان‌طور که با استفاده از شاخص جهانی شدن KOF که مجموعه‌ای از شاخص‌های سیاسی، اجتماعی و اقتصادی مرتبط را در یک شاخص ترکیبی در مقیاس ۰ تا ۱۰۰ ترکیب می‌نماید (شکل ۱۲، ۲۰۱۲)<sup>۵۷</sup>. کشورهای سازمان همکاری اقتصادی و توسعه<sup>۱</sup> (OECD) با داشتن درآمد بالا سطح بالایی از جهانی شدن را تجربه نموده‌اند و سطح جهانی شدن در منطقه آفریقا و ناحیه مدیترانه شرقی در کمترین میزان می‌باشد.

افزایش ادغام اقتصاد جهانی با توسعه اشکال جهانی حاکمیت که مربوط به تجارت و حقوق مالکیت و همچنین اقدامات و استانداردهای فراملی در حوزه‌های محیط زیست و حقوق بشر، اجتماعی و اقتصادی می‌شوند همراه است. جهانی شدن موارد دیگری را مانند ادغام رو به رشد بازارها و دولت‌های ملی، محدودیت‌های جغرافیایی در طبقه‌بندی فرهنگی و اجتماعی کنار گذاشته شده، انتشار ایده‌ها و تکنولوژی‌ها به‌طور وسیع‌تر، تهدیدات در حال رشد حاکمیت ملی توسط بازیگران فراملی و دگرگونی پایه‌های اقتصادی، سیاسی و فرهنگی جوامع را شامل می‌شود.

جهانی شدن دارای هر ۲ جنبه مثبت و منفی برای سلامت جهانی است. این احتمال وجود دارد که رشد در تجارت جهانی به رشد در کسب و کار و درآمد نیز منجر شود، و رشد بخش‌های کاربر اقتصاد بر اثر توسعه اقتصادی کشور منجر به کاهش فقر شود. از سوی دیگر، ارتباطات جهانی منجر به گسترش بحران مالی و اقتصادی سال‌های ۲۰۰۸ و ۲۰۰۹ به کشورهای که هیچ ارتباطی با آن نداشتند گردید، بسیاری از دولت‌ها مجبور به تحمل انقباضات هزینه‌ای شدند که چشم‌انداز رشد اقتصادی و توانایی بازارها برای ایجاد مشاغل جدید و مناسب را با تردیدهایی مواجه نمود.<sup>۵۸</sup> در سال ۲۰۱۴، ۲۰۱ میلیون نفر از مردم در سراسر جهان بیکار بوده‌اند؛ این مقدار ۳۱ میلیون نفر بیشتر از مقداری است که قبل از بحران جهانی در سال ۲۰۰۸ بود. همچنین انتظار می‌رود تا سال ۲۰۱۵ بیسکاران جهانی تا ۳ میلیون نفر افزایش یابد و ۸ میلیون نفر دیگر در ۴ سال بعدی اضافه گردد.<sup>۵۹</sup> بیکاری جوانان مسئله‌ای است که باعث نگرانی‌های ویژه‌ای می‌شود - همچنین به بخش روندهای جمعیتی در این فصل مراجعه نمایید.

قرن جدید همچنین شاهد تحول در قدرت نسبی دولت‌ها از یک سو و بازارها، جامعه مدنی و شبکه‌های اجتماعی از سوی دیگر بوده است. نقش شرکت‌های خصوصی به‌عنوان موتور رشد و نوآوری جدید نیست، و اغلب از طریق شرکت‌های چند ملیتی

(کم وزنی و کوتاه قدی در کودکان کمتر از ۵ سال) موضوعی است که در فصل ۴ به آن پرداخته‌ایم. روند فعلی و پیش‌بینی‌ها نشان دهنده اهمیت ادامه دادن هدف‌گذاری برنامه‌ها برای فقیرا می‌باشد خواه معطوف به فقیرترین کشورها، فقیرترین مناطق یا فقیرترین جمعیت داخل کشورها باشد. نیاز است که پیشرفت‌ها براساس شاخص‌های کلان تغذیه‌ای و سلامت اندازه‌گیری شود.

گزارش سال ۲۰۰۱ کمیسیون اقتصاد کلان و سلامت همکاری‌های با ارزشی را برای گفت و گوهای جهانی و کشوری پیرامون مزایای اقتصادی سلامت بهتر و هزینه‌های دستیابی به آن<sup>۴۹</sup> ایجاد کرد. نشان می‌دهد که در میان موارد مختلف سرمایه‌گذاری که می‌توان انجام داد سرمایه‌گذاری در سلامت دارای بیشترین بازگشت می‌باشد. تخمین زده شده است که کاهش مرگ و میر موجب ۱۱ درصد رشد اقتصادی در کشورهای با درآمد پایین و با درآمد متوسط شده است - براساس محاسبه درآمد ملی<sup>۵۰</sup>. متعاقب آن گزارش سال ۲۰۰۸ کمیسیون عوامل تعیین کننده اجتماعی سلامت این پیام را با اضافه کردن شواهد مربوط به بازده سلامت به‌ویژه در ارتباط با کاهش نابرابری‌های سلامت از طریق بهینه‌سازی سیاست‌ها<sup>۵۱</sup> در دیگر بخش‌ها تکمیل نمود. از یک زمینه مشترک مرتبط با بهینه‌سازی سیاست‌ها در دیگر بخش‌ها برای بررسی نابرابری در قدرت، پول و منابع - که یکی از ۳ توصیه فراگیر بود - استفاده گردید. به این دلیل است که تخمین زده شده است که دستاوردهای سلامت از دیگر بخش‌ها قابل توجه‌تر بوده‌اند.

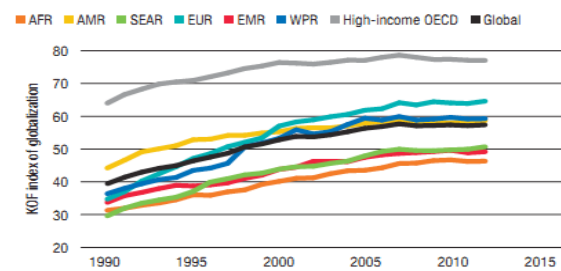
۵۰ درصد بهبود نرخ مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در فاصله زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ مربوط به سرمایه‌گذاری در بخش غیر سلامت می‌باشد<sup>۵۲</sup>. همچنین کاهش نابرابری در بیماری‌های غیرواگیر نیازمند سرمایه‌گذاری قابل توجه در بخش‌های غیر سلامت است - به‌خصوص برای بیماری‌های قلبی عروقی و سرطان ریه<sup>۵۳</sup>. سیاست‌ها و برنامه‌های مرتبط با نابرابری‌های درآمدی مانند سیاست‌های نقل و انتقالات پول نقد و نیروی کار فعال مزایای اثبات شده‌ای برای سلامت و اقتصاد دارن.<sup>۵۴</sup> اطمینان یافتن از اینکه سرمایه‌گذاری در سلامت به‌عنوان یک ضرورت و یک راه موثر برای مبارزه با فقر و اطمینان از پیشرفت اقتصادی درک شده باشد، نیازمند به تعامل مداوم میان بخش سلامت و بدنه اجرایی تامین مالی است. یکی از راه‌ها برای شروع و حفظ تعامل اثبات و نشان دادن آگاهی از محدودیت‌های مالی برای ایجاد اعتبار با استفاده از ایجاد شواهد و استفاده از شواهد برای نشان دادن این امر است که ما می‌توانیم برای ارائه خدمات بهینه از منابع به‌صورت موثر استفاده نماییم. به‌عبارت دیگر ارائه به‌صورت "کسب سلامت بیشتر از همان میزان پول"<sup>۵۵</sup>

1. Organization for economic corporation and development

فراتر از مرزها می‌رود.

حکومت‌ها قدرت را برای هدایت و تنظیم امور حفظ می‌کنند اما در حال حاضر پیشرفت قابل توجهی در مورد مسائل مهم جهانی مانند سلامتی، امنیت غذایی، پایداری انرژی و کاهش تغییرات آب و هوایی بدون نقش مهم در حال ایفای بخش خصوصی قابل تصور نیست. به‌طور مشابه در کشورهای با درآمد پایین جریان منابع از سرمایه‌گذاری‌های مستقیم بسیاری از کمک‌های مالی کمتر می‌باشد، و اغلب اثبات شده است که در شرایط مشکلات اقتصادی بسیار از جریان‌های حاصل از سرمایه‌گذاری‌ها کمتر قابل اعتماد می‌باشند.<sup>۶۱</sup>

شکل ۱۲-۲: روند شاخص جهانی شدن براساس مناطق و جهان، ۱۹۹۰-۲۰۱۲<sup>۳،۵۸</sup>



جهانی شدن همچنین تاثیراتی بر اپیدمیولوژی بیماری‌ها دارد، بالاخص تسهیل شیوع بیماری‌های مسری و خطرات به‌علت افزایش جابه‌جایی مردم و محصولات در سراسر جهان، به‌عنوان از طریق مسافرت‌های بین‌المللی و مهاجرت و تجارت حیوانات و کالاها. علاوه بر این جهانی شدن بازارها (و بازاریابی) از طریق تغییر رژیم غذایی و سبک زندگی موجب گسترش بیماری‌های غیرواگیر نیز می‌شود. ممکن است اثرات جهانی شدن بر سلامت و سیستم‌های سلامت ترکیبی باشد، به‌عنوان مثال کشورهای کم درآمد ممکن است کارکنان حوزه سلامت خود را از دست دهند. اما جهانی شدن ممکن است موجب تسریع اقدامات هماهنگ شده برای مقابله با تهدیدات سلامت شود.

سازمان تجارت جهانی<sup>۱</sup> (WTO) در سال ۱۹۹۵ با هدف حاکمیت بر تجارت تاسیس گردید -از جمله در حیطه‌هایی که تاثیرات مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت عمومی دارند. در همان زمان ظهور موافقت نامه ابعاد تجاری حقوق مالکیت معنوی<sup>۲</sup> (TRIPS) استانداردهای حداقلی را برای حفاظت از هر دسته از حقوق مالکیت ایجاد کرد و موجب برگزاری مذاکراتی در مورد حق ثبت انحصاری موجود در بخش داروسازی گردید. در سال ۲۰۰۱ اعلامیه اجلاس وزرا در دوحه در مورد توافقنامه TRIPS و سلامت عمومی انعطاف‌پذیری بیشتری را به کشورهای عضو

1. World trade organization

2. Trade related aspects of intellectual property right

برای انجام اقداماتی برای حفاظت از سلامت عمومی و گسترش دسترسی به داروها در برخی از موقعیت‌ها اعطا نمود.

در سال ۲۰۰۳ مجمع جهانی سلامت در خصوص دسترسی به دارو در کشورهای در حال توسعه و کاربرد سیستم حفاظت از حق انحصاری جاری ابراز نگرانی نمود و با اصرار، کشورهای عضو را وادار نمود تا قوانین ملی را با انعطاف‌پذیری موجود در توافقنامه TRIPS تطابق دهند. در سال ۲۰۰۴ کشورهای عضو برای اطمینان از این موضوع که موافقتنامه‌های تجاری دوجانبه مشمول انعطاف‌پذیری موجود در توافقنامه TRIPS سازمان تجارت جهانی -که توسط اعلامیه ی دوحه به رسمیت شناخته شده است- تشویق گردیدند.

نتیجه اصلی این ابتکارات و بحث‌های متنوع کاهش قابل توجه در قیمت بعضی از داروها بود، به‌عنوان مثال کاهش ۱۰۰ برابری قیمت داروهای ضد تروویرال بیماری ایدز از سال ۲۰۰۰ و تلاش جهانی برای افزایش دسترسی به چنین درمان‌هایی به‌ویژه در کشورهای جنوب صحرا آفریقا که این امر توسط کاربرد موفقیت‌آمیز توافقنامه TRIPS امکان‌پذیر شده است، که شامل تولید بسیار ارزان‌تر اما با کیفیت بالای داروهای ژنریک می‌باشد (به فصل ۵ مراجعه نمایید). با این حال شکست در تکمیل کامل توافقنامه دوحه و گسترش توافق‌نامه‌های تجاری منطقه‌ای بزرگ مانند همکاری‌های تجاری پاسیفیک<sup>۳</sup> (TPP) و توافق‌نامه‌های اتحادیه اروپا-ایالات متحده آمریکا می‌تواند حمایت از مالکیت معنوی را تقویت نماید و به اینصورت دسترسی به داروها را تضعیف نماید.

در آرمان سلامت SDG؛ هدف ۳.b بر اهمیت دسترسی به داروها و واکسن‌های اساسی مقرون‌به‌صرفه براساس اعلامیه دوحه و توافقنامه TRIPS و سلامت عمومی تاکید شده است. کاهش هزینه داروهای اساسی، تکنولوژی و واکسن در کشورهای در حال توسعه به‌عنوان یک اولویت بزرگ به‌مانند جهانی شدن آزادسازی تجاری ادامه خواهد داشت.

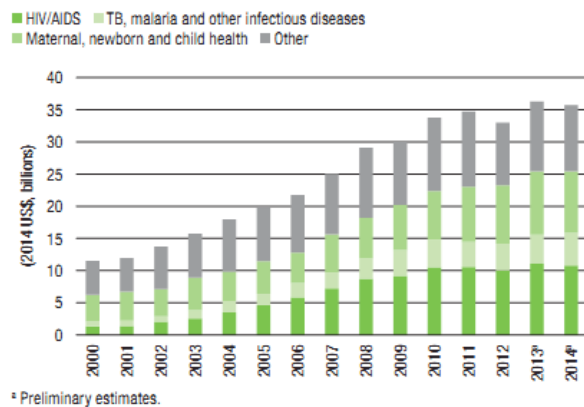
### کمک‌های توسعه‌ای برای سلامتی

بخش عظیم بهبود دسترسی و استفاده از خدمات و بهبود نتایج توسعه‌ای و سلامت از سال ۲۰۰۰ به بعد ناشی از افزایش قابل توجه مقدار تامین منابع مالی توسعه‌ای، از جمله برای سلامت، می‌باشد. در سال ۲۰۱۳ کل مخارج سلامت به ۷،۳ تریلیون دلار آمریکا رسید - بیش از ۲ برابر مقدار صرف شده در سال ۲۰۰۰- و افزایش در کمک‌های توسعه‌ای برای سلامتی یکی از ویژگی‌های دوران MDG می‌باشد. پرداخت‌های صورت گرفته برای کمک‌های توسعه‌ای برای سلامت از سال ۲۰۰۰ به بعد ۳ برابر شده است (شکل ۱۳، ۲). رشدی سریع‌تر از مخارج سلامت

3. Trans-Pacific Partnership

داخلی، گر چه نرخ رشد پس از بحران مالی سال‌های ۲۰۰۸ و ۲۰۰۹ کاهش یافته است. این حمایت‌های مالی خارجی برای سلامت به‌طور ویژه در طرح‌های مرتبط با ۳ آرمان سلامت مشخص شده در اهداف توسعه هزاره MDG هدف‌گذاری شده بود که حدود ۶۱ درصد کمک‌های توسعه‌ای پرداخت شده برای سلامتی از ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۴ را شامل می‌شود.

شکل ۱۳-۲: کمک‌های توسعه برای سلامتی براساس حوزه‌های تمرکز سلامت، ۲۰۰۰-۲۰۱۴<sup>۶۴</sup>



\* Preliminary estimates.

هزینه‌های داخلی - هم دولتی و هم خصوصی - نیز به‌صورت قابل توجهی افزایش یافته است با وجود رشد نسبتاً کندتر از کمک‌های توسعه‌ای برای سلامت، همواره در کشورهای کم درآمد منبع عمده تامین مالی سلامت بوده است، در این کشورهای به‌طور متوسط ۷۵ درصد منابع مالی در سال ۲۰۱۳ به این شیوه تامین شده است. این رشد در هزینه‌های داخلی علی‌رغم بحران‌های اقتصادی به‌علت رشد اقتصادی خوب در اکثر کشورهای با درآمد کم و متوسط تسهیل شده است.

با این وجود کل هزینه‌های سلامت از منابع داخلی و خارجی در سال ۲۰۱۳ در ۳۹ کشور پایین‌تر از هدف پیشنهاد شده - ۸۶ دلار آمریکا<sup>۶۵</sup> به‌ازای هر نفر - بود که شامل ۶ کشور می‌شود است که کمتر از ۲۰ دلار آمریکا به‌ازای هر نفر هزینه کرده‌اند<sup>۶۴</sup>.

از سوی دیگر وابستگی سیستم‌های سلامت به هزینه‌های پرداخت از جیب طی این دوره کاهش یافته است. در سطح جامعه این امر توانایی مردم برای استفاده از خدمات سلامت مورد نیازشان را تسهیل کرده و فقر و هزینه‌های کم‌شکن را کاهش داده است. با این حال این هزینه‌ها برای بسیاری از افراد در بسیاری از کشورها بسیار زیاد است و بنابراین هنوز هم به منزله یک مانع برای دسترسی بسیاری از افراد محسوب می‌شود و برای آن‌هایی که مراقبت‌ها را دریافت نموده‌اند یک خطر ایجاد کننده فقر و مشکلات مالی محسوب می‌شود.

همکاری‌های شرکای دولتی - خصوصی مانند اتحاد جهانی واکسن و ایمن‌سازی (GAVI) و صندوق جهانی، و سازمان‌های

غیردولتی (از جمله موسسات خیریه) گسترش یافته است. این امر سرمایه‌گذاری‌های جدیدی را به ارمغان می‌آورد و در عین حال از روش‌های نوآورانه نیز حمایت می‌کند و مقیاس بزرگی از تکنولوژی‌های جدید را به سیستم‌های معمول با قیمتی مقرون‌به‌صرفه معرفی می‌کند؛ اما در آنجا نیز منابع بر برنامه‌های بیماری عمودی متمرکز شده است که در برخی موارد غیر متعادل هستند و سیستم‌های سلامت را چند بخشی کرده‌اند. از بین بردن شکاف‌های گوناگون مانند سیستم‌های نظارت بر بیماری‌ها و پاسخ‌دهی ضعیف، مانند مواجهه‌ای که اخیراً با اپیدمی ابولا در غرب آفریقا ایجاد گردید یا منابع ناکافی برای مواجهه با اپیدمی با رشد سریع بیماری‌های غیرواگیر.

اهداف توسعه پایدار فرصتی را برای تغییر جهت از تاکید بر تامین مالی برنامه‌های عمودی به سمت سیستم‌های گسترده‌تر، حمایت‌های چندجانبه سازگار با هدف پوشش همگانی سلامت فراهم نموده است، به‌عنوان مثال هدف سلامتی C.۳ به‌طور خاص خواستار تلاش برای "افزایش قابل ملاحظه تامین مالی سلامت و استخدام، توسعه، آموزش و حفظ نیروی کار سلامت در کشورهای در حال توسعه، به‌خصوص کشورهای کمتر توسعه یافته و دولت‌های حاکم بر جزیره‌های درحال توسعه کوچک" می‌باشد. همچنین اهداف متعدد دیگری نیز در زیر مجموعه آرمان‌های دیگر وجود دارد که ایالات‌ها را تشویق می‌نمایند تا منابع مالی را براساس اولویت‌های خودشان مانند هدف b.۱۰ با هدف "تشویق ODA و جریان‌های مالی، از جمله سرمایه‌گذاری مستقیم در ایالاتی که بیشترین نیاز را دارا می‌باشند، بالاخص در کشورهای کمتر توسعه یافته، و کشورهای آفریقایی، دولت‌های حاکم بر جزیره‌های کوچک در حال توسعه و کشورهای در حال توسعه محصور در خشکی، براساس طرح‌ها و برنامه‌های ملی آن‌ها". دیگر منابع مانند هدف ۱۷،۲ کشورهای با درآمد بالا را تشویق به حفظ تعهد خود به نسبت ODA می‌نمایند.

یکی از چالش‌های پیش روی ما در دوران حرکت به سوی SDG افزایش روز افزون پیچیدگی و چند تکه شدن چشم‌انداز رسمی سلامت جهانی؛ و انگیزه‌هایی که به نفع ایجاد سازمان‌های جدید می‌باشند، کانال‌های تامین مالی و سیستم‌های پایش اصلاحات می‌باشد که با خطر تداخل، دوباره کاری و مداخله روبه رو هستند.

تامین مالی برای توسعه تنها شامل ODA نمی‌شود و منابع تامین مالی‌ای که اهمیت‌شان در حال افزایش است شامل صندوق‌ها و بنیادهای مالی، سازمان‌های غیردولتی، تشکل‌های جوامع مدنی و طرح‌های تخصیص مستقیم می‌شود. به‌عنوان مثال همکاری سازمان‌های بشر دوستانه در فاصله زمانی ۲۰۰۳ تا ۲۰۱۲، ۱۰ برابر شده است. در میان آن‌ها بنیاد بیل و ملیندا گیتس با اهمیت می‌باشد. در بستر اعلامیه پاریس در مورد



کارایی کمک‌ها و دستور کار آکرا برای اقدام، سلامتی تاکنون یک نقش ترکیب شده رهبری و پیگیری کننده داشته است. همچنین ثابت شده است که از طریق طرح‌هایی همچون مشارکت‌های سلامت بین‌المللی و ابتکارات مربوط به IHP+ و هماهنگ‌سازی سلامت در آفریقا با وجود بازیگران مختلف هماهنگی‌های پیرامون استراتژی سلامت ملی می‌توانند بهبود یابند. مانند رویکردهای که فراتر از سازمان ملل متحد عمل می‌نمایند که شامل نهادهای توسعه‌ای دوجانبه، سازمان‌های غیردولتی و بانک‌های توسعه‌ای که موجب افزایش هر ۲ مورد کارایی و پیامدهای سلامت شده‌اند. جریان‌های درآمد جهانی برای تامین مالی سلامت به احتمال زیاد در آینده تغییر می‌یابند<sup>۵۰</sup> همچنان که اصول اساسی کمک‌های توسعه‌ای که از تاکید بر ارتباطات کمک‌کننده-گیرنده که بر اساس مشارکت‌های مالی بود به مفاهیم همکاری و مشارکت تغییر جهت داد که شامل انواع گوناگونی از پشتیبانی و مبادلات است<sup>۶۸</sup>. پس از یک دوره رشد چشمگیر در کمک‌های توسعه پس از سال ۲۰۰۰ ممکن است که از سال ۲۰۰۹ نرخ رشد کمتر شود. از همه مهمتر رشد کشورهای با درآمد کم و متوسط است که فرصت بزرگی را برای سرمایه‌گذاری داخلی در سلامت مهیا کرده و مهیا خواهد نمود. افزایش تلاش‌های داخلی برای بسیج بیشتر درآمدهای دولت و اولویت دادن به سلامت در تخصیص منابع عمومی در کنار تلاش برای بهبود کارایی استفاده از منابع مالی این پیشرفت را تسریع خواهد نمود.

به‌عنوان قسمتی از دستور اقدام آدیس آبابا<sup>۶۹</sup> کشورها بر روی بسته‌های پیشنهادی شامل بیش از ۱۰۰ اقدام که شامل منابع مالی، تکنولوژی، نوآوری، تجارت و اطلاعاتی به‌منظور حمایت از اجرای SDG می‌شد توافق نمودند. قابل توجه‌ترین اقدام در میان این ارتقاء کارآمدی جمع‌آوری درآمدهای دولتی و کاهش فرار مالیاتی و جریان‌های مالی غیر قانونی است. این اقدامات برای گسترش فضای اقتصادی ضروری است و بنابراین پیشرفت در راستای آرمان و اهداف سلامت در SDG و به‌ویژه در پوشش همگانی سلامت حیاتی است. تقویت بسیج منابع داخلی در کشورهای با درآمد کم و متوسط باید کمک‌های مالی توسعه‌ای را قادر سازد تا بر فقیرترین کشورها تمرکز داشته باشد<sup>۶۸</sup>. با این حال نیاز دیگر کشورهای با درآمد کم و پایین‌تر از متوسط به مساعدت‌های مالی خارجی قطع نخواهد شد.

نیاز است تا کمک‌های توسعه‌ای با تغییر سریع گذار اپیدمیولوژیک از بیماری‌های عفونی به سمت بیماری‌های غیر واگیر و صدمات، و الگوهای اجتماعی و اقتصادی پیچیده بیماری‌ها و عوامل خطری که در کشورهای مختلف ظاهر می‌شوند، تطابق یابد همچنین نیازمند رسیدگی به تهدیدات جهانی در حال ظهور مانند مقاومت‌های آنتی‌بیوتیکی، عفونت‌های در حال ظهور و تغییرات آب و هوایی هستیم. جهان باید از این موضوع که کالاهای عمومی مانند تحقیق و توسعه در مورد سلامت برای

بیماری‌هایی که کشورهای در حال توسعه را درگیر کرده و اینکه هنجارها و استانداردهای جهانی به اندازه کافی تامین مالی می‌شوند اطمینان حاصل کند.

بسیاری از فقیرترین مردم جهان به کمک‌های مالی و فنی خارجی وابسته خواهند بود. بنابراین این احتمال وجود دارد که بیشترین نیاز- همانند تمرکز بر تامین مالی سنتی- به‌طور فزاینده‌ای در بی‌ثبات‌ترین و حساس‌ترین کشورهای جهان متمرکز شود- که اغلب از نظر ضمانت ریسک‌های مالی برای کشورهای اهدا کننده محبوبیتی ندارند. به‌عنوان یک نتیجه‌گیری، اهدا کنندگان به احتمال زیاد به سیستم‌های موازی خودشان علاقه‌مند هستند تا سیستم‌های ملی دیگر که نتیجه آن محدودیت مشارکت آن‌ها در تقویت ظرفیت‌های ملی است. این امر همچنین سوال‌های مهمی را در مورد چگونگی کارکرد سازمان ملل متحد در مورد نحوه تامین مالی دیگر کشورها (فقیرترین‌ها) مطرح می‌کند. نشست بوسان کره در مورد مشارکت برای توسعه همکاری‌های موثر که پس از برگزاری نشست در ارتباط با توسعه در سال ۲۰۱۱ در جمهوری کره برگزار شد نشان داد که چارچوب بنا شده روی "کمک" راه حلی برای اجماع بین‌المللی گسترده‌تر و جامع‌تر برای مشارکت بیشتر برای همکاری از جمله مشارکت‌های جنوب-جنوب و روابط جانبی ارائه داده است.

## توسعه اجتماعی

علاوه بر ادامه مستقیم هدف‌های شماره ۲ و ۳ MDG در اهداف شماره ۳ و ۴ SDG- در ارتباط با آموزش و برابری جنسیتی- اهداف توسعه پایدار نسبت به اهداف توسعه هزاره وزن بیشتری به حقوق بشر و برابری می‌دهند، به‌خصوص در آرمان ۱۰ در مورد کاهش نابرابری‌ها.

## برابری جنسیتی و حقوق

نابرابری جنسیتی به شیوه‌های مختلفی تعریف شده است، از جمله بد رفتاری یک جنس با جنس دیگر، تفاوت در فرصت‌ها و قدرت در جامعه و تفاوت در دسترسی به خدمات سلامت. نابرابری در آموزش اشتغال و آزادی‌های مدنی هزینه‌هایی را تحمیل می‌کند. آن‌ها نه تنها زنان را از آزادی‌های اساسی‌شان محروم و حقوق انسانی آن‌ها را نقض می‌کنند بلکه بر نتایج توسعه‌ای جوامع به‌عنوان یک کل اثر منفی می‌گذارند. نابرابری جنسیتی عوارض مخربی بر سلامت به خصوص بر سلامت زنان دارد. در بسیاری از کشورها و جوامع با زنان و دختران به‌عنوان یک شهروند درجه دوم برخورد می‌شود. رفتارها و دیگر هنجارهای اجتماعی، دستورالعمل‌های اجرایی و قوانین متداول

در جهت فرمانبرداری زنان است از خشونت علیه آن‌ها چشم پوشی می‌کند.

قدرت نابرابر روابط و هنجارها و ارزش‌های جنسیتی به‌دسترسی و کنترل نابرابر منابع سلامت در خانواده‌ها و فراتر از آن مبدل می‌گردد. در میان طیفی از مشکلات سلامت، زنان و دختران بیشتر در معرض مشکلات قرار دارند و آسیب‌پذیرتر می‌باشند و این موضوع ناچیز تلقی می‌شود.<sup>۷۲</sup>

اهداف توسعه هزاره شامل یک آرمان برابری جنسیتی می‌باشد که بر نابرابری جنسیتی در آموزش تمرکز نموده است هرچند شامل شاخص‌هایی در مورد مشارکت زنان در نیروی کار و نمایندگی زنان در مجلس نیز می‌شود. اهداف توسعه پایدار نیز برابری جنسیتی را هدف قرار داده‌اند (آرمان ۵) و برابری جنسیتی در چندین هدف در آرمان‌های دیگر به‌طور ویژه اشاره شده است از جمله در آموزش، اقتصاد و دیگر حقوق، و نیز اهداف مربوط به خشونت علیه زنان (فصل ۸ را ببینید) و حقوق جنسی و باروری (فصل ۴ را ببینید).

در دوران اهداف توسعه هزاره دستاوردهای قابل توجهی در چندین زمینه به‌دست آمد. در ۲۰۱۵ به برابری جنسیتی در ثبت‌نام مدارس در مقطع ابتدایی در مناطق در حال توسعه دست یافتیم. دسترسی زنان به اشتغال با حقوق در بخش‌های غیر کشاورزی در سطح جهان از ۳۵ درصد در سال ۱۹۹۰ به ۴۱ درصد در سال ۲۰۱۵ افزایش یافته است، این افزایش هرچند نابرابر در تمام مناطق مشاهده شده است. متوسط نسبت زنان در مجلس طی ۲ دهه گذشته ۲ برابر شده است اما همچنان تنها از هر ۵ نماینده تنها ۱ نفر زن می‌باشد.<sup>۷۳</sup> علاوه بر این دستاوردها هنوز راه زیادی باقی‌مانده است و همچنان در دوران اهداف توسعه پایدار باید همانطور که توسط کمیسیون وضعیت زنان در سال ۲۰۱۵ تاکید شد، رو به جلو حرکت نماییم، همان‌طور که بیان نمودیم پیشرفت‌ها پس از بیانیه و برنامه اقدام پکن در سال ۱۹۹۵ آهسته و نامساعد بوده است و شکاف‌های زیادی باقی‌مانده است. مرور صورت گرفته توسط کمیسیون جمعیت و توسعه در سال ۲۰۱۴ در مورد اقدامات کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه نیز نشان دهنده نتایج مشابهی بود.<sup>۷۴،۷۵</sup>

رابطه قدرتمندی میان وضعیت زنان و سلامت، مبنایی برای اقدامات مشترک ایجاد می‌نماید. اقدامات در بخش سلامت عبارتند از:

افزایش آمار و ارقام: تفکیک آمارهای کلیدی براساس جنس برای پایش پیشرفت، شناسایی شکاف‌ها، هدف‌گذاری برای رفع آن‌ها و دیگر موارد<sup>۷۶</sup> - از جمله داده‌های سلامت<sup>۷۷</sup>. این موارد شامل اهداف مربوط می‌شود به بیماری‌های عفونی (۳،۳) بیماری‌های غیرواگیر و سلامت روان (۳،۴) سوء مصرف مواد و مضرات استفاده از الکل (۳،۵) جراحات (۳،۶) و پوشش همگانی سلامت (۳،۸).

افزایش دسترسی به مراقبت‌های سلامت با کیفیت: استراتژی جامع برای هدف نابرابری جنسیتی در خدمات سلامت و اجرای سیاست‌هایی برای اطمینان از دسترسی برابر زنان، نوجوانان و جوانان به خدمات مراقبت سلامت مقرون‌به‌صرفه از جمله مراقبت‌های سلامت اولیه و تغذیه‌ای پایه.

حمایت از نقش ارائه مراقبت‌های حمایتی: رویکردهای مربوط به تقویت منابع انسانی سلامت باید نقش حیاتی زنان در ارائه مراقبت‌های غیررسمی در منزل و جامعه را به رسمیت شناخته و تقویت نماید خواهد مربوط شود به آیدز در کشورهای با درآمد پایین یا نگهداری از سالمندان در کشورهای با درآمد بالا.<sup>۷۸</sup>

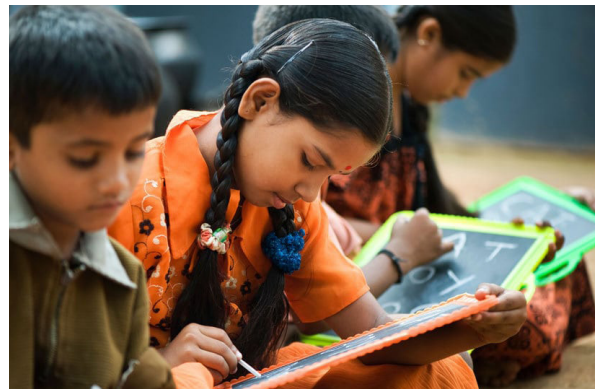
حذف رفتارهای مضر: سیاست‌ها و اقدامات استراتژیکی که هنجارهای اجتماعی تبعیض آمیز و کلیشه‌های جنسیتی را تغییر شکل دهد و رفتارهای مضر مانند ازدواج زود هنگام و اجباری کودکان، قتل‌های ناموسی و ختنه زنان را از بین ببرد.

مبارزه با خشونت علیه زنان: خشونت علیه زنان یک جدی در راه رسیدن به برابری جنسیتی می‌باشد و بخش سلامت نقشی اساسی در پیشگیری از خشونت و درمان عواقب خشونت بازی می‌کند.

معرفی و آشنایی با سیاست‌های حساس به امور جنسیتی: بهبود و تقویت سیاست‌ها، برنامه‌ها و استراتژی‌های ملی مربوط به مسائل جنسیتی.

## حقوق بشر

حق برخورداری از بالاترین استاندارد قابل دست‌یابی در حیطه‌های سلامت ذهنی و فیزیکی اولین بار در سال ۱۹۴۶ در اساسنامه سازمان بهداشت جهانی مطرح گردید،<sup>۷۷</sup> و در بسیاری از قوانین الزام‌آور مربوط به حقوق بشر بازتاب یافته است.<sup>۷۸،۷۹</sup> در سال ۲۰۰۰ کمیته حقوق فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی سازمان ملل متحد یک تعبیر عمومی از حق را برای سلامت به تصویب رساند که این حق فراتر از مراقبت‌های سلامت یعنی به تعیین کننده‌های اساسی سلامت مانند: دسترسی به آب آشامیدنی سالم و بهداشتی، دسترسی به مواد غذایی سالم کافی، تغذیه و





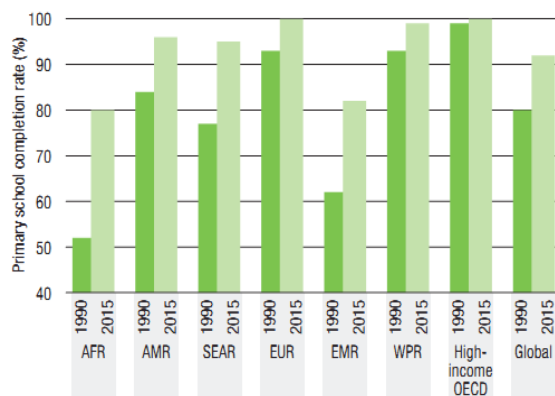
تقویت مجموعه‌ای از داده‌های مرتبط و قابل مقایسه بین‌المللی در خصوص معلولیت و حمایت از تحقیقات ناتوانی خدمات مرتبط به آن

## آموزش

آموزش به شدت با سلامت و دیگر تعیین‌کننده‌های سلامت مرتبط است و به‌طور مستقیم و غیر مستقیم به بهبود سلامت کمک می‌کند. به‌عنوان مثال آموزش یک اثر علتی قابل توجه و مستقل بر مرگ و میر بزرگسالان دارد<sup>۸۵</sup>، و همچنین سلامتی را به‌طور غیر مستقیم از طریق عواملی مانند تغذیه، بهداشت و پیشگیری و شیوه‌های درمان متاثر می‌سازد. متقابلاً سلامت خوب به مردم اجازه می‌دهد که به‌طور کامل از آموزش بهره‌مند شوند، در عین حال که سلامتی نامطلوب به‌طور مستقیم با پیشرفت تحصیلی ضعیف همراه است. آموزش زنان یکی از قوی‌ترین عوامل تعیین‌کننده بقای کودکان در همه جوامع است.<sup>۸۶ و ۸۷ و ۸۸</sup> در نتیجه آموزش زنان یک استراتژی کلیدی برای پایان دادن به مرگ و میر قابل پیشگیری مادری و کودکان و همچنین کاهش باروری و بهبود سلامت و تغذیه کودکان، بزرگسالان و خانواده‌ها می‌باشد.

تکمیل تحصیلات پایه به‌عنوان یک ضرورت برای باسوادی درک محاسبات ریاضیاتی پایه و وجود شهروندان مطلع در نظر گرفته شده است. مشارکت حداقل نسبتی از بزرگسالان در سطوح دوم و سوم و سطوح تخصصی‌تر برای ارتقاء فرصت‌های فردی، توسعه اقتصادی و رفاه اجتماعی حیاتی است. برخی از مطالعاتی که اخیراً صورت گرفته‌اند ارتباط مستقیم میان آموزش متوسطه و سلامت -مانند محافظت در برابر خطر ایدز را- تایید نموده‌اند.

شکل ۱۴-۲: نرخ تکمیل ثبت نام براساس منطقه و جهان، ۱۹۹۰ و ۲۰۱۵ و ۲۰۳۰<sup>۹۰</sup>



مسکن، سلامت محیط کاری و و زیست محیطی و دسترسی به آموزش و اطلاعات مرتبط با سلامت از جمله بهداشت جنسی و باروری، گسترش یافته است.<sup>۸۹</sup>

به تازگی با استفاده از اصطلاح دستیابی به پوشش همگانی سلامت دوباره بر حق سلامت تاکید شده است (به فصل ۳ مراجعه نمایید)، بیانیه اهداف توسعه پایدار نیز بر اهمیت اعلامیه عمومی حقوق بشر در چندین جا به‌عنوان یک اصل اساسی کلیدی تاکید کرده است -همچنین دیگر اسناد مربوط به حقوق بشر و قوانین بین‌المللی. حق برخورداری از سلامتی دارای ارتباط نزدیکی با تحقق دیگر اهداف مرتبط با حقوق بشر که در منشور بین‌المللی حقوق بشر ذکر شده‌اند می‌باشد - مانند حق برخورداری از غذا، خانه، کار و آموزش. حقوق بشر شامل حق سلامت می‌باشد که به‌طور ویژه‌ای برای گروه‌های آسیب‌پذیر مانند زنان و مهاجران و یا افراد معلول که احتمال بیشتری دارد با تبعیض، انگ و یا موانع اجتماعی و اقتصادی روبرو شوند، بااهمیت است.

افراد معلول موجب نگرانی‌های خاصی می‌شوند زیرا اغلب با تبعیض و موانعی که مشارکت آن‌ها در جامعه را محدود می‌کند مواجه هستند سازمان بهداشت جهانی تخمین زده است که در سراسر جهان حدود ۱ میلیارد نفر با ناتوانی یا اختلال زندگی می‌کنند که بیشتر آن‌ها در کشورهای با درآمد کم و متوسط زندگی می‌کنند. ناتوانی در MDG ذکر نشده بود اما در آرمان SDG شماره ۳ که در ارتباط با سلامت و تندرستی برای همه در تمام سنین می‌باشد به‌طور ضمنی گنجانده شده است. ناتوانی به‌صورت ملموسی در دیگر اهداف در حوزه‌های آموزش ۴.a اجتماع و اقتصاد و شمول سیاسی ۱۰.۲ پایداری شهرها ۱۱.۷ و نظارت بر عدالت نیز گنجانده شده است.<sup>۱۷، ۱۸</sup> علاوه بر این از آنجایی که این افراد دارای ناتوانی مراقبت‌های سلامت بیشتری مصرف می‌کنند و پرداخت از جیب بالاتری می‌پردازند، به وضوح در هدف پوشش همگانی سلامت گنجانده شده‌اند.<sup>۸۲</sup> نیاز افراد ناتوان به دسترسی به مداخلات سلامت مناسب از جمله مداخلات توانبخشی و محصولات و تکنولوژی‌های کمک‌کننده به سلامتی به وضوح به رسمیت شناخته شده است همچنین به‌عنوان قسمتی از آرمان حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت انگیزه زیادی برای ابتکارات سلامتی مرتبط با ناتوانی فراهم می‌نماید. استراتژی اصلی پیش‌رو تکمیل اهداف برنامه اقدام جهانی معلولیت سازمان بهداشت جهانی در فاصله زمانی ۲۰۱۴ تا ۲۰۲۱ می‌باشد -همان‌طور که تمام کشورهای آن را پذیرفته‌اند و اجرای اقدامات آن را ضروری می‌دانند. هدف این برنامه اجرای ۳ اقدام است:

حذف موانع و افزایش دسترسی به برنامه‌ها و خدمات سلامت

تقویت و گسترش توانبخشی، تکنولوژی‌هایی که برای خدمات پشتیبانی مفید می‌باشند، و باز توانی مبتنی بر جامعه

را با ۹ هدفی که نه تنها به آموزش اولیه و بی‌سوادی می‌پردازند بلکه همچنین دسترسی به رشد با کیفیت دوران کودکی، مراقبت و آموزش پیش دبستانی، آموزش متوسطه و عالی و آموزش‌های حرفه‌ای، بهبود دسترسی برای گروه‌های به حاشیه رانده شده و عرضه معلم می‌پردازد، گسترش داده است. این دستور کار نه به دلیل آنکه به دنبال منابع جدید برای هزینه‌های مازاد می‌باشد بلکه به دلیل امکان‌پذیری و نرخ‌های پیشرفت فعلی جاه‌طلبانه است. سازمان فرهنگی، علمی و آموزشی ملل متحد UNESCO تخمین زده است که هر ساله ۲۲ میلیارد دلار آمریکا برای دستیابی به اهداف SDG آموزشی جدید یعنی آموزش پایه و پیش دبستانی باکیفیت برای همه تا سال ۲۰۳۰، نیاز است.<sup>۴</sup>

## محیط زیست و تغییرات آب و هوایی

محیط زیست تحت فشار فعالیت‌های انسانی قرار دارد و شرایط آب و هوایی نیز در حال تغییر است، که بخش اعظم آن به دلیل فعالیت‌های اقتصادی و رشد جمعیت، افزایش انتشار گازهای گلخانه‌ای تولید شده توسط بشر در دوران قبل از صنعتی شدن و افزایش غلظت گازهای دی‌اکسید کربن، متان و اکسید نیتروژن می‌باشد که در ۸۰۰۰۰۰ سال گذشته بی‌سابقه بوده است. اثرات این موارد به همراه دیگر تحرکات بشری را می‌توان در تغییرات آب و هوایی مشاهده نمود و به احتمال زیاد علت اصلی گرمایش کره زمین از میانه قرن ۲۰ ام همین موارد می‌باشد.<sup>۹۱</sup> در بسیاری از قسمت‌های جهان تغییرات آب و هوایی زیرساخت‌های اساسی مورد نیاز سلامت از جمله هوای پاک، آب آشامیدنی سالم و کافی، مدیریت ایمن فضولات، کار مناسب، یک منبع غذایی مغذی و ایمن، حفاظت در برابر حوادث ناشی از تغییرات آب و هوایی و سرپناه مناسب، را به خطر خواهد انداخت. اهمیت پرداختن به رابطه میان سلامت و تغییرات آب و هوایی و دیگر عوامل عمده زیست محیطی مانند آلودگی هوا در سال‌های آینده افزایش خواهد یافت.<sup>۹۲،۹۳</sup> MDG شماره ۷ به توسعه پایدار مربوط بود و شامل یک هدف محیط زیستی که مختص سلامت انسان بود، می‌شد- به نصف رساندن نسبتی از جمعیت که دسترسی پایدار به آب آشامیدنی سالم و سیستم پایه فاضلاب ندارند. هدف آب آشامیدنی برآورده شده است اما همچنان اختلافاتی داخل و میان کشورها وجود دارد. در مورد بهداشت اولیه ۲٫۴ میلیارد نفر از مردم همچنان فاقد دسترسی به تسهیلات بهداشتی بهبود یافته هستند.<sup>۹۴</sup>

SDG شامل چندین هدف مرتبط با محیط زیست پایدار و سلامت انسان از جمله هدف ۳٫۹ "کاهش قابل ملاحظه تعداد مرگ و میرها و بیماری‌های ناشی از مواد شیمیایی خطرناک، و آلودگی‌ها و آلوده کننده‌های هوایی، آبی و خاک" اهداف مرتبط

MDG شامل یک هدف واحد برای دستیابی به آموزش ابتدایی همگانی بود. نرخ ثبت نام خالص در مدارس ابتدایی در مناطق در حال توسعه از ۸۰ درصد سال ۱۹۹۰ به ۹۱ درصد در سال ۲۰۱۵ رسیده است، به این معناست که کودکان هم اکنون بیش از هر زمان دیگری به مدارس ابتدایی می‌روند. با این حال فقط بیش از نیمی از کشورها در سال ۲۰۱۵ به ثبت نام مقطع ابتدایی همگانی دست یافته‌اند؛ ۱۰ درصد کشورها در آستانه دستیابی به این هدف و ۳۸ درصد فاصله زیادی با دستیابی به این هدف دارند. این عدم دستیابی به معنای عدم تکمیل آموزش مقطع ابتدایی ۵۷ میلیون کودک خارج از مدرسه و تقریباً ۱۰۰ میلیون نوجوان ساکن در کشورهای با درآمد کم و متوسط در سال ۲۰۱۵ می‌باشد. عدم تمرکز بر افراد حاشیه نشین منجر به این شده است که احتمال ترک دوره مقطع ابتدایی در فقیرترین‌ها ۵ برابر ثروتمندترین‌ها باشد. نسبت کودکان خارج از مدرسه در مناطق جنگ زده بالا و در حال رشد است. در نتیجه میزان تکمیل (شکل ۲،۱۴) و کیفیت آموزش ابتدایی در بخش‌های بزرگی از جهان رضایت بخش نمی‌باشد.

در سال ۲۰۱۵، ۶۹ درصد از کشورها به برابری جنسیتی در آموزش ابتدایی دست یافتند. در دوره آموزش متوسطه تنها ۴۸ درصد کشورها به این هدف دست یافتند. ازدواج کودکان و بارداری زودرس همچنان مانعی جدی سر راه پیشرفت دختران در آموزش خواهد بود. شانس ماندگاری دخترانی که وارد مدرسه شده‌اند از پسران کمتر است، این شانس در میان دختران خانواده‌های فقیر بیشتر است. در مقابل در بسیاری از کشورهای با درآمد بالا و نیمه ثروتمند اروپایی و آمریکایی دختران در برخی از حیطه‌ها عملکرد بهتری نسبت به پسران دارند و پسران از ریسک بالاتری برای شکست در تکمیل دوره راهنمایی برخوردارند.<sup>۴</sup>

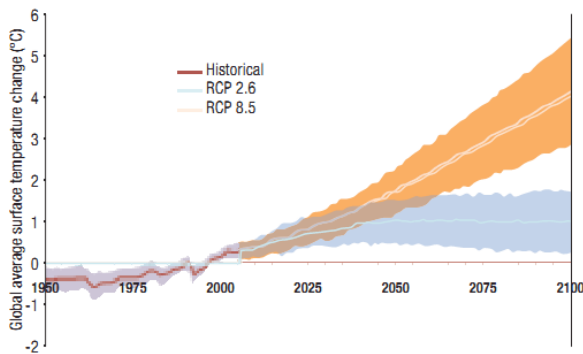
تا سال ۲۰۱۵، ثبت نام در مقطع ابتدایی تا ۲۷ درصد افزایش یافته و در جنوب صحرای آفریقا در مقایسه با سال ۱۹۹۰ بیش از ۲ برابر افزایش یافته است. با این حال یک سوم از نوجوانان کشورهای کم درآمد آموزش مقطع ابتدایی خود را در سال ۲۰۱۵ به اتمام نخواهند رساند. اگر روند کنونی ادامه پیدا کند تکمیل آموزش ابتدایی در سطح جهانی در اواخر این قرن به وقوع خواهد پیوست.

در حالی که درصد بی‌سوادی بزرگسالان از ۱۸ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۱۴ درصد سال در ۲۰۱۵ کاهش یافته است، اما اکثر این پیشرفت تماماً به بزرگسال شدن جوانان تحصیل کرده مربوط می‌شود. همچنین زنان تقریباً دو سوم بزرگسالان بی‌سواد را تشکیل می‌دهند. نیمی از زنان جنوب صحرای آفریقا مهارت سواد عمومی ندارند.

اهداف توسعه پایدار به طور قابل ملاحظه‌ای تمرکز بر آموزش

کاهش قابل ملاحظه‌ای خواهد داشت - تا نشانگر مسیر غلظت ۸,۵ که در آن انتشار گازهای گلخانه‌ای در طول قرن ۲۱ به افزایش خود ادامه خواهد داد و نشانگر مسیر غلظت ۶,۰ که اوج انتشار گازهای گلخانه‌ای را به ترتیب در سال‌های ۲۰۴۰ و ۲۰۸۰ در نظر دارد، پوشش می‌دهد.<sup>۹۶</sup> میانگین تغییر دمای سطح جهان در فاصله زمانی ۲۰۱۶ تا ۲۰۳۵ نسبت به ۱۹۸۶ تا ۲۰۰۵ به احتمال زیاد در محدوده ۰,۳ تا ۰,۷ درجه سانتی‌گراد خواهد بود. افزایش جهانی میانگین سطح دما برای فاصله زمانی ۲۰۸۱ تا ۲۱۰۰ نسبت به ۱۹۸۶ تا ۲۰۰۵ در محدوده ۰,۳ تا ۱,۷ درجه سانتی‌گراد (RCP ۲,۶) یا ۲,۶ تا ۲,۸ درجه سانتی‌گراد (RCP ۸,۵) پیش‌بینی شده است (شکل ۲,۱۵). ناحیه قطب شمال سریع‌تر از میانگین جهانی گرم خواهد شد به این معنی که گرمایش در زمین بیشتر از اقیانوس‌ها خواهد بود. در تمام نشانگرهای مسیر غلظت پیش‌بینی شده است که میانگین دمای سطح جهانی دریاها از ۰,۲۶ به ۰,۸۲ متر تا اواخر قرن ۲۱ افزایش یابد.

شکل ۲-۱۵: میانگین جهانی تغییرات دمای سطح تحت دو سناریو چرخش گازهای گلخانه‌ای ۱۹۵۰-۲۱۰۰<sup>۹۶</sup>



RCP: representative concentration pathway

این امر تقریباً مسلم می‌باشد که در اکثر مناطق (به جز دریاها) در بازه‌های زمانی فصلی و روزانه دماهای افراطی گرم افزایش و دماهای افراطی سرد کمتر خواهد بود در نتیجه میانگین دمای جهانی افزایش خواهد یافت. بسیار محتمل می‌باشد که موج‌های گرمایی مکرر و با دوره طولانی اتفاق بیافتند. گاهی نیز زمستان‌های افراطی به صورت دنباله‌دار اتفاق خواهد افتاد.

تغییر پذیری و تغییرات آب و هوا پیامدهای مهمی برای سلامت دارد، اعم از تأثیرات سریع وقایع آب و هوایی تا اثرات طولانی مدت خشکسالی و بیابان‌زایی، تولید مواد غذایی و سوء تغذیه و گسترش ناقل‌های بیماری‌های عفونی مانند مالاریا و تب دانگ.<sup>۹۷</sup> تغییرات بلندمدت آب و هوایی تا زمانی که سیستم‌های سلامت آینده، زیرساخت‌ها، سیستم‌های حفاظت اجتماعی و تدارک مواد غذایی، آب و دیگر خدمات و محصولات اکوسیستم را که برای سلامت انسان حیاتی هستند تحلیل ببرد تهدیدی برای تشدید

با آب و بهداشت (SDG ۶)، انرژی (SDG ۷)، قرار گرفتن در معرض مواد شیمیایی و ضایعات (SDG ۱۲)، بلایای طبیعی و تغییرات آب و هوا (SDG ۱۳) می‌شود. تعیین‌کننده‌های زیست محیطی سلامت در دیگر آرمان‌های توسعه پایدار نیز وجود دارد. به‌عنوان مثال در آرمان فقر و گرسنگی (SDG ۱) خطرات زیست محیطی به‌طور ویژه‌ای در نظر گرفته شده‌اند - استفاده از سوخت جامد برای پخت و پز، آب و فاضلاب غیر ایمن به‌طور نامناسبی فقرا را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همین امر در مورد نابرابری جنسیتی (SDG ۵)، از این لحاظ که زنان و دختران با احتمال بیشتری آشپزی را برعهده دارند، صادق است. کسانی که پیش از این نسبت به ناامنی غذایی آسیب‌پذیر بوده‌اند در ریسک بیشتری از جانب کاهش بازده محصولات غذایی به‌علت تغییرات آب و هوایی قراردارند (SDG ۲). ارتباط میان شغل مناسب (گنجانده شده در SDG ۸) و ایمنی و بهداشت شغلی مثالی دیگر از این نوع می‌باشد و نهایتاً (SDG ۱۱) ایمنی و پایداری شهرها و شهرک‌ها بررسی می‌نماید که به تعیین‌کننده‌های زیست محیطی سلامت مانند دسترسی به آب سالم و بهداشت، ترافیک جاده‌ای، آلودگی هوا و فعالیت‌های بدنی مرتبط است. بخش بعدی به تغییرات آب و هوایی و دیگر خطرات زیست محیطی مرتبط با سلامت که در دیگر بخش‌ها پوشش داده نشده‌اند، می‌پردازد. آب پاک و بهداشت در فصل ۵، آلودگی هوا در فصل ۶ و بلایای طبیعی در فصل ۸ بررسی شده‌اند.

## تغییرات آب و هوایی

براساس شواهد در حال افزایش آب و هوا در حال گرم شدن است. میانگین جهانی اطلاعات دمایی از سطح زمین و سطح اقیانوس نشان می‌دهد که از سال ۱۸۸۰ تا ۲۰۱۲ دمای کره زمین به‌طور متوسط ۰,۸۵ سانتی‌گراد (بین ۰,۶۵ تا ۱,۰۶) افزایش یافته است. در نیمکره شمالی دوره ۳۰ ساله ۱۹۸۳ تا ۲۰۱۲ به احتمال زیاد گرم‌ترین زمان در ۱۴۰۰ سال گذشته بوده است. به احتمال بسیار زیاد علت اصلی ایجاد گرمایش از نیمه قرن ۲۰ فعالیت‌های انسانی می‌باشد. مدل‌های موجود الگوهای دمایی سطح زمین در مقیاس جهانی و روندهای مربوط به چند دهه پیش را از میانه قرن ۲۰م و افزایش سریع‌تر دما از میانه قرن ۲۰م و سرمایایی که بلافاصله پس از فوران آتشفشان‌ها ایجاد شده است را تولید نموده‌اند. پیش‌بینی اخیر پانل بین‌المللی تغییرات آب و هوایی<sup>۱</sup> (IPCC) طیف وسیعی از سناریوها را برای آینده انتشار گازهای گلخانه‌ای در بر می‌گیرد، که به‌عنوان نشانگر مسیر غلظت<sup>۲</sup> RCP شناخته می‌شود. این مورد از نشانگر مسیر غلظت ۲,۶ - که فرض می‌نماید انتشار گازهای گلخانه‌ای در فاصله زمانی ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۰ به اوج خود خواهد رسید و پس از ۲۰۲۰

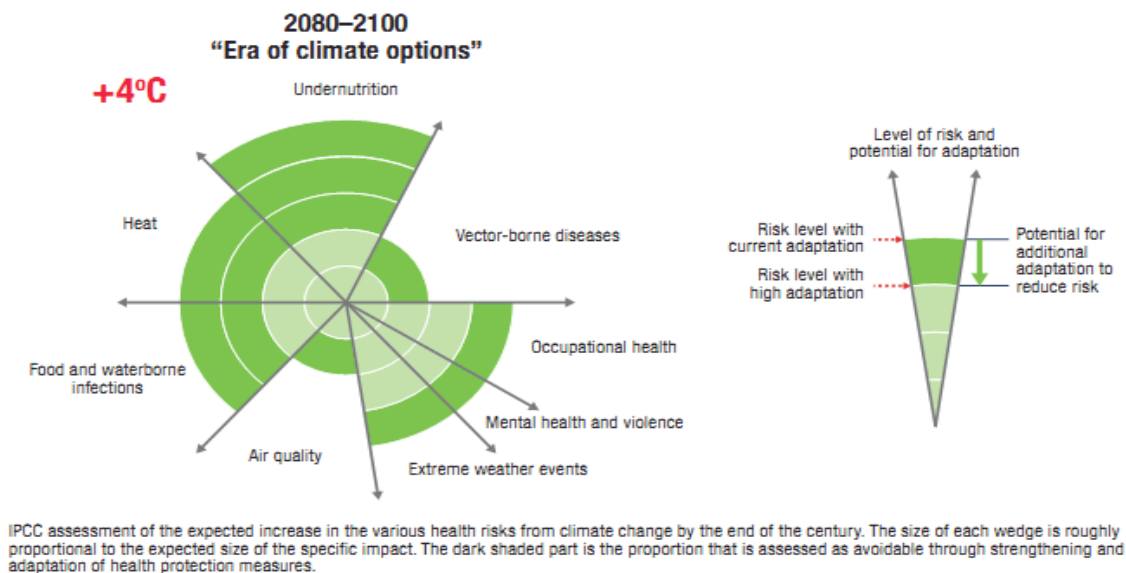
1. International panel of climate changes

2. Representative concentration pathway

پانل بین‌المللی تغییرات آب و هوایی نشان می‌دهد که تغییرات آب و هوایی خطرات قابل توجهی را برای سلامت ایجاد می‌نماید، اما بسیاری از بار بالقوه آن می‌تواند توسط عملکردهای کلیدی سیستم سلامت شامل بهبود مدیریت تعیین‌کننده‌های زیست محیطی سلامت مانند آب و فاضلاب و امنیت غذایی، زیر نظر گرفتن بیماری‌هایی که تقریباً از بین رفته‌اند و واکنش و آمادگی در برابر وقایع شدید آب و هوایی دفع گردد (شکل ۱۶، ۲).

مشکلات امروزی محسوب می‌شود. فقیرترین و آسیب‌پذیرترین جمعیت به احتمال زیاد اثرات شدیدتری را تجربه خواهند کرد. این موارد ممکن است از طریق رشد سریع و برنامه‌ریزی نشده شهرنشینی، آلودگی هوا و آب، و دیگر عواقب محیط زیستی توسعه ناپایدار، تشدید گردد. ارزیابی‌های صورت گرفته توسط سازمان بهداشت جهانی و

شکل ۱۶-۲: پیشگیری اولیه کلید حفاظت از خطرات آب و هوایی است



گردیده است. قطعنامه ۶۸،۸ WHA (۲۰۱۵) اشاره می‌کند که فرصت‌های قابل توجهی برای بهبود همزمان کیفیت هوا و کاهش انتشار آلاینده‌های دگرگون‌کننده آب و هوا وجود دارد. براساس تخمین‌های سازمان بهداشت جهانی در فاصله زمانی ۲۰۳۰ تا ۲۰۵۰ تغییرات آب و هوایی باعث ۲۵۰۰۰۰ مرگ بیشتر خواهند شد.<sup>۹۷</sup> و به احتمال زیاد تلفات ناشی از مالاریا، بیماری‌های اسهال‌آور، سوء تغذیه و مواجهه با گرما خواهد بود. با توجه به گذشته بیشترین تأثیرات در آفریقا و آسیا که بیشتر کشورها با درآمد متوسط رو به پایین و با درآمد پایین می‌باشند و کودکان و جمعیت‌های آسیب‌پذیر و مسن بیشترین تأثیر را در این کشورها خواهند پذیرفت، براساس تخمین‌های موجود در حال حاضر سوء تغذیه تقریباً در نیمی از تمام مرگ و میرهای کودکان در هر سال نقش دارد<sup>۹۸</sup>، افزایش دما و تغییر الگوهای بارشی به کاهش بازده محصولات و امنیت غذایی منجر می‌شود. تغییر آب و هوایی موجب تحریک مهاجرت می‌شود که به احتمال زیاد آفریقا و آسیا را به‌علت وابستگی این مناطق به کشاورزی متاثر می‌نماید. حمایت‌های مالی برای انطباق با تغییرات آب و هوایی از مقدار مورد نیاز برای تحقق نیازها و اهداف موافقت در نظر گرفته شده بسیار پایین‌تر خواهد بود و کمتر از

ارزیابی پانل بین‌المللی تغییرات آب و هوایی حاکی از افزایش خطرات سلامت ناشی از تغییرات آب و هوایی در پایان قرن حاضر می‌باشد. اندازه هر قطعه متناسب با اندازه تأثیر انتظاری آن است. قسمت‌های هاشور خورده نسبتی است که از طریق تقویت و تطبیق اقدامات حفاظتی سلامت قابل پیشگیری می‌باشد.

شواهد روزافزونی وجود دارد که نشان می‌دهد اقدامات مورد نیاز برای کاستن از تغییرات آب و هوایی می‌توانند فواید سلامتی فوری داشته باشد، که قابل توجه‌ترین آن‌ها کاهش بار آلودگی هوا می‌باشد. این موارد عبارتند از حرکت به سمت منابع پاک‌تر تولید برق و انرژی‌های خانگی و همچنین ترویج حمل و نقل عمومی و فعال ایمن.<sup>۹۹</sup>

در دوران MDG خطرات تغییرات آب و هوایی به یک ملاحظه اساسی در دستور کار سلامت جهانی تبدیل شده بود. به‌عنوان مثال قطعنامه ۶۱،۱۹ (۲۰۰۸) خواستار سنجش پیامدهای ناشی از تغییرات آب و هوایی سلامت و سیستم‌های سلامت و اجرای اقدامات واکنشی مناسب و بجا بود. این امر از طریق چارچوب‌هایی برای اقدام، توسعه بخش سلامت در برنامه‌های ملی و پروژه‌های در مقیاس بزرگ در کشورهای با درآمد کم و متوسط، در تمام مناطق سازمان بهداشت جهانی تقویت

۱٫۵ درصد بودجه توافق شده در مورد آب و هوا به پروژه‌های سلامت اختصاص یافته است. علاوه بر این در طراحی یا ارزشیابی سیاست‌ها به ندرت از فواید بالقوه سلامت سیاست‌های کاهش تغییرات آب و هوایی استفاده می‌شود.

## آلودگی و آلوده کننده‌ها

هدف SDG ۳٫۹ کاهش قابل توجه تعداد مرگ و میرها و بیماری‌های ناشی از مواد شیمیایی خطرناک و آلودگی و آلوده کننده‌های هوا، آب و خاک می‌باشد. آلودگی هوا - محیط داخل و خارج - مسئول نزدیک به ۷ میلیون مرگ زودرس در هر سال می‌باشد.<sup>۱۵</sup> فصل ۶ مباحث بیشتری را در مورد عوارض آلودگی هوا بر سلامت ارائه نموده است. در برخی مناطق طی ۱۵ سال گذشته پیشرفت‌هایی حاصل شده است. به‌عنوان مثال از سال ۲۰۱۲ تعداد کشورهای استفاده کننده از بنزین سرب‌دار برای وسایل نقلیه از ۸۶ به ۶ مورد کاهش یافته است، از جمله از رده خارج کردن استفاده از بنزین سرب‌دار در ۴۸ کشور جنوب صحرائی آفریقا در فاصله زمانی ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۵. سرب باعث اختلالات عصبی و کاهش سطح هوش به‌ویژه در کودکان می‌شود و باعث افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی می‌شود. تخمین زده شده است که در کشورهای جنوب صحرائی آفریقا استفاده از بنزین بدون سرب نزدیک به ۱۰۰ میلیارد دلار آمریکا منافع بهداشتی داشته باشد.

تاثیر اصلی آلودگی و آلوده کننده‌های آب با سطح مرگ و میر افزایش یافته در نتیجه بیماری‌های منتقله از راه آب در ارتباط است به‌ویژه بیماری‌های اسهالی که هر ساله موجب ۱٫۵ میلیون مرگ می‌شوند. بیش از نیمی از این بار یا به عبارتی ۸۴۲۰۰۰ مرگ در هر سال، با عرضه آب نا سالم و عدم وجود فاضلاب و امور بهداشتی، مرتبط است. فصل ۵ جزئیات بیشتری در ارتباط با بیماری‌های منتقله از راه آب ارائه نموده است. بار بیماری‌های ناشی از مواد شیمیایی خطرناک و آلودگی و آلوده کننده‌های خاک کمتر از بار ناشی از آلودگی آب و هوا شناخته شده است. در سال ۲۰۰۱ قانون الزام آور کنوانسیون استکهلم در مورد آلاینده‌های آلی پایدار POPS توسط بسیاری از کشورها برای محافظت از سلامتی و محیط زیست از آلاینده‌های آلی پایدار از طریق کاهش یا حذف رهاسازی آن‌ها به تصویب رسید. آلاینده‌های آلی پایدار به دلیل اثرات منفی‌ای که بر سلامتی دارند، استمرار و دوام‌شان در محیط زیست، پتانسیل پراکندگی و انتقال دوربرد آن‌ها و ظرفیت تجمع در اکوسیستم یک نگرانی جهانی پیرامون مواد شیمیایی محسوب می‌شوند. مطالعه Human milk به‌عنوان قسمتی از همکاری‌های سازمان بهداشت جهانی و برنامه محیط زیست سازمان ملل متحد برای برنامه پایش جهانی به موجب کنوانسیون استکهلم، نتایجی را ارائه داد که نشان دهنده موفقیت در از بین بردن ماندگاری

آفت کش‌های خاص مانند آلدین، تیلدرین، میرکس و تاکسافنه می‌باشد - این آفت کش به واسطه استفاده از محصولات کشاورزی به‌صورت ناخواسته در همه‌جا حضور دارند.

در بخش سلامت نگرانی اصلی اطمینان از دسترسی به انرژی پاک برای تسهیلات مربوط به سلامت و کاهش اثرات آب و هوایی بخش سلامت در کشورهای در حال توسعه می‌باشد، به‌عنوان مثال از طریق کاهش مصرف انرژی، کاهش زباله‌های سمی، استفاده از مواد شیمیایی ایمن تر و خرید محصولات سازگار با محیط زیست این خطرات را می‌توان کاهش داد.

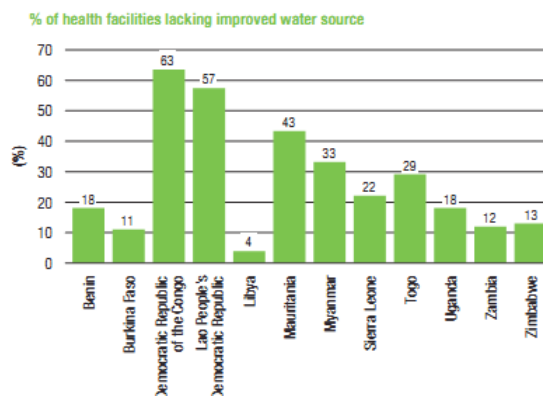
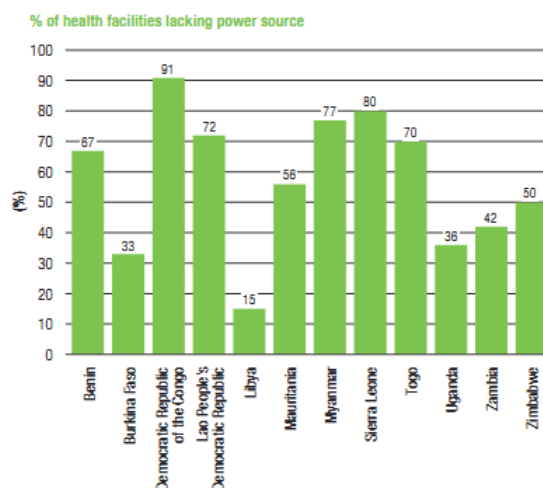
## سلامت شغلی

اهداف توسعه پایدار هیچ هدف مخصوصی در مورد سلامت شغلی ندارد، با این حال هدف ۸٫۸ به "حفاظت از حقوق کارگران و ترویج محیط کار ایمن و مطمئن برای همه کارگران، از جمله کارگران مهاجر و به‌ویژه زنان مهاجر و آن‌هایی که شرایط استخدامی متزلزل دارند" اشاره دارد. در سال ۲۰۰۷ کشورهای عضو قطعنامه ۶۰٫۲۶ مجمع جهانی سلامت در مورد سلامت کارگران را تایید کردند: برنامه اقدام جهانی برای پوشش تمام کارگران از طریق مداخلات ضروری و خدمات سلامت شغلی پایه جهت پیشگیری اولیه از بیماری‌ها و صدمات مرتبط با شغل. چارچوبی برای توسعه، اجرا و ارزیابی برنامه‌های محیط کار سالم در بخش‌ها و اندازه‌های مختلف شرکت‌ها، حفاظت و ارتقاء سلامت کارگران را تضمین می‌کند. هدف اصلی کنوانسیون میناماتا<sup>۱۹</sup> که در اکتبر ۲۰۱۳ تصویب شد حفاظت از سلامت انسان و محیط زیست از طرق محدودسازی تولید گازهای گلخانه‌ای و رهاسازی جیوه و ترکیبات جیوه است. معاهده دارای ماده‌ای اختصاصی در ارتباط با ابعاد سلامت است.

همچنان که طرح‌هایی به‌منظور بهبود شرایط محیط کار شروع به فعالیت می‌نمایند بسیاری از موسسات سلامت در کشورهای با درآمد کم و پایین‌تر از متوسط با نبود آب سالم و بهداشت پایه، ویا مهمتر از آن فقدان دسترسی به الکتروسیته به کار خود ادامه می‌دهند (شکل ۲،۱۷). این امر خطر عفونت ارائه‌دهنده و خدمت گیرنده را افزایش می‌دهد - و همچنین کیفیت خدمات را کاهش می‌دهد.



شکل ۱۷-۲: نسبت تسهیلات بهداشتی که فاقد منبع نیرو یا منبع آب تصفیه شده هستند ۲۰۱۰-۲۰۱۵<sup>۱۱۰</sup>



<sup>a</sup> داده‌ها از بررسی‌های اخیر در هر کشور به دست آمده‌اند

## اقدامات بین بخشی

بررسی مسائل مرتبط با تعیین کننده‌های زیست محیطی سلامت نیازمند اقدامات بین بخشی هماهنگ شده است که در کمترین حد خود شامل حمل و نقل و توسعه شهری می‌شود. استراتژی اصلی برای مدیریت خطرات سلامتی مرتبط با بلایای طبیعی در دوران پس از ۲۰۱۵ به وسیله چارچوب Sendai که برای کاهش خطرات بلایای طبیعی طراحی شده است و در فصل ۸ به آن پرداخته شده است پشتیبانی می‌گردد. چارچوب Sendai راهنمایی عمومی‌ای را برای کاهش خطر و تلفات از طریق اقدامات یکپارچه و چند بخشی برای جلوگیری از حوادث جدید، کاهش خطر بلایای موجود و کاهش مواجهه و افزایش آمادگی برای مقابله و بازسازی فراهم می‌نماید. در تطابق با چارچوب Sendai سازمان بهداشت جهانی و دیگر سازمان‌ها باید موقعیت سلامت را به عنوان یک معضل اصلی در سیاست‌های آب و هوایی یکی از موضوعات نخست مکانیسم‌های حمایتی مالی و تکنیکی، هدف‌گیری نمایند. به طور کلی آب و هوا باید به گفتمان‌های

توسعه ورود پیدا کند اهداف توسعه پایدار اولین گام در این جهت هستند.

پیشرفت در این زمینه نیازمند یک رویکرد جامع برای ایجاد انعطاف پذیری سیستم سلامت در مقابل تغییرات آب و هوایی است از جمله پشتیبانی فنی جهت توسعه اجزای سلامت برنامه‌های تطابق ملی، چارچوبی عملیاتی برای ایجاد انعطاف پذیری آب و هوایی در داخل بلوک‌های ساختمانی اصلی سیستم سلامت و پروژه‌های در مقیاس بزرگ، به عنوان مثال تمرکز بر روی یکپارچه سازی تغییرات آب و هوایی و سلامت از طریق سرمایه گذاری در آب و فاضلاب. سیستم‌های مراقبتی بیماری‌های عفونی حساس به تغییرات آب و هوایی مانند مالاریا و وبا همچنین نیازمند تقویت است. کشورها باید از اطلاعات هشدار دهنده بهتر استفاده نمایند تا آغاز، شدت، و مدت یک همه‌گیری را پیش‌بینی نمایند. چنین پیش‌بینی‌هایی به مقامات سلامت اجازه می‌دهد پیش‌پیش‌داری‌ها و واکنش‌های را که می‌توانند آمار کشته شدگان را کاهش دهند آماده نمایند.

اقدامات بین بخشی نیاز به محاسبه صحیح اثرات بهداشتی سیاست‌ها دارد به عنوان مثال کاهش یارانه سوخت‌های فسیلی منجر به کاهش قابل توجه مرگ و میرهای ناشی از آلودگی هوا و انتشار گازهای گلخانه‌ای خواهد شد.<sup>۱۱۲</sup> اجرای سیاست‌های هدفمندتر مانند کاهش انتشار آلاینده‌هایی که دارای عمر کوتاه می‌باشند مانند کربن سیاه و متان از طریق افزایش تولید الکتریسیته پاک، سیاست‌های مرتبط با حمل و نقل و انرژی خانگی که سرعت گرم شدن کره زمین را کاهش می‌دهند و در عین حال زندگی نزدیک به حدود ۲/۵ میلیون نفر در سال را حفظ می‌کنند.<sup>۱۱۳</sup> حمل و نقل شهری کم کربن و پایدار مانند دوچرخه سواری یا پیاده‌روی می‌تواند منجر به کاهش بیماری‌های قلبی، سرطان سینه و دیگر بیماری‌ها شود. بیانیه آلماتا در سال ۱۹۷۸ بر اهمیت اقدامات میان بخشی برای سلامت تاکید نموده است.<sup>۱۱۴</sup>

اخیرا هشتمین کنفرانس جهانی ارتقا سلامت در هلیسنکی بر اهمیت در نظر گرفتن سلامت در دیگر سیاست‌ها تاکید نموده است و موضوعی است که سلامت در تمام سیاست‌ها<sup>۱۱۵</sup> و<sup>۱۱۶</sup> نامیده می‌شود هرچه بیشتر پیش می‌رویم مشخص می‌شود استراتژی‌هایی که بر چنین سیاست‌هایی مبتنی هستند نقش مهمی را در پیشبرد دستور کار اهداف توسعه پایدار در این مناطق پر خطر بازی خواهند کرد.

## یادداشت‌ها و منابع:

1. E/25/2009. E/CN.10/2009/9. Resolution 1/2009. The contribution of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development to the internationally agreed development goals, including the Millennium Development Goals. In: Forty-second session of Commission on Population and Development. New York (NY): United Nations Population Division; 2009 ([http://www.un.org/en/development/desa/population/commission/pdf/42/CPD42\\_Res1-2009.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/commission/pdf/42/CPD42_Res1-2009.pdf), accessed 16 September 2015).
2. World population prospects, the 2015 revision. New York (NY): United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (<http://esa.un.org/unpd/wpp/>, accessed 18 September 2015).
3. Graph uses WHO regional grouping with high-income OECD countries separated out (see Annex 1).
4. Education for all 2015–2000: achievements and challenges. EFA global monitoring report 2015. Paris: United Nations Education, Scientific and Cultural Organization; 2015 (<http://unesdoc.unesco.org/images/0022/05/002322/0023e.pdf>, accessed 16 September 2015).
5. Updated from: World health statistics 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789240692671/1/112738/10665\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789240692671/1/112738/10665_eng.pdf?ua=1), accessed 16 September 2015). Three changes were made: Israel and Republic of Moldova moved up a category based on the last revision of the Global Health Estimates. The Syrian Arab Republic is omitted because no new estimates have yet been made since the start of the conflict.
6. World development report 2011: conflict, security, and development. Washington (DC): World Bank; 2011 ([http://siteresources.worldbank.org/INTWDRS/Resources/WDR2011\\_Full\\_Text.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTWDRS/Resources/WDR2011_Full_Text.pdf), accessed 16 September 2015).
7. Global employment trends for youth 2013: a generation at risk. Geneva: International Labour Organization; 2013 ([http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/-dcomm/documents/publication/wcms\\_212423.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/-dcomm/documents/publication/wcms_212423.pdf), accessed 16 September 2015).
8. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>, accessed 16 September 2015).
9. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>, accessed 23 October 2015).
10. Integrating population issues into sustainable development, including the post2015- development agenda: a concise report. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Working Paper No. ST/ESA/SER.A/364. New York (NY): United Nations; 2015 (<http://www.un.org/en/development/desa/population/commission/pdf/48/CPD48ConciseReport.pdf>, accessed 16 September 2015).
11. Mathers CD, Stevens GA, Boerma T, White RA, Tobias MI. Causes of international increases in older age life expectancy. *Lancet*. 8–540:(9967)385;2015 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS014092960569%2814%6736/fulltext>, accessed 16 September 2015).
12. Prince MJ, Wu F, Guo Y, Gutierrez Robledo LM, O'Donnell M, Sullivan R et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet*. 62–549:(9967)385;2015 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS7-2961347%2814%01406736/fulltext>, accessed 16 September 2015).
13. Chatterji S, Byles J, Cutler D, Seeman T, Verdes E. Health, functioning, and disability in older adults: present status and future implications. *Lancet*. –563:(9967)385;2015 75 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS8-2961462%2814%6736-0140/fulltext>, accessed 16 September 2015).
14. Badley EM, Canizares M, Perruccio AV, Hogg-Johnson S, Gignac MA. Benefits gained, benefits lost: comparing baby boomers to other generations in a longitudinal cohort study of self-rated health. *Milbank Q*. –40:(1)93;2015 72 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/0009.12105/full>, accessed 16 September 2015).
15. Pilkington R, Taylor AW, Hugo G, Wittert G. Are baby boomers healthier than generation X? A profile of Australia's working generations using National Health Survey data. *PLoS One*[electronic resource]. 26 March 2014;doi:10.1371/journal.pone.0093087 (<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0093087>, accessed 16 September 2015).
16. Rice NE, Lang IA, Henley W, Melzer D. Baby boomers nearing retirement: the healthiest generation? *Rejuvenation Res*. 14–105:(1)13;2010 (<http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/rej.2009.0896>, accessed 16 September 2015).
17. Lin SF, Beck AN, Finch BK, Hummer RA, Masters RK. Trends in US older adult disability: exploring age, period, and cohort effects. *Am J Public Health*. –2157:(11)102;2012 63 (Abstract: <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2011.300602>, accessed 16 September 2015).
18. Arokiasamy P, Uttamacharya U, Kshipra J, Biritwum RB, Yawson AE, Wu F et al. The impact of multimorbidity on adult physical and mental health in low- and middle-income countries: What does the Study on global AGEing and adult health (SAGE) reveal? *BMC Med*[electronic resource]. 3 August 2015;doi:10.1186/s-0402-015-12916 8 (<http://www.biomedcentral.com/178/13/7015-1741>, accessed 16 September 2015).
19. Banerjee S. Multimorbidity: older adults need health

- care that can count past one. *Lancet*. –587:(9968)385;2015 9 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS8-2961596%2814%01406736/fulltext> ,accessed 16 September 2015).
20. International migration report 2013. New York (NY): United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2013 ([http://esa.un.org/unmigration/documents/worldmigration/2013/Full\\_Document\\_final.pdf](http://esa.un.org/unmigration/documents/worldmigration/2013/Full_Document_final.pdf) , accessed 20 October 2015).
21. A study showed that about %19 of doctors and %8 of nurses born in African countries were working in nine destination countries in 2000. See: Clemens MA, Pettersson G. New data on African health professionals abroad. *Hum Resour Health*. 6:1;2008 (<http://www.human-resources-health.com/content/1/1/6> , accessed 16 September 2015).
22. Updated from: Sabine Henning. Migration levels and trends: global assessment and policy implications. New York (NY): United Nations, Population Division; 2012 (<http://www.un.org/esa/population/meetings/tenthcoord2012/V.20%Sabine20%Henning20%-20%Migration20%trends.pdf> , accessed 28 August 2015).
23. World migration report. Geneva: International Organization for Migration; 2010 ([http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR\\_2010\\_ENGLISH.pdf](http://publications.iom.int/bookstore/free/WMR_2010_ENGLISH.pdf) , accessed 16 September 2015).
24. World at war. UNHCR global trends: forced displacement in 2014. Geneva: United Nations Office of the High Commissioner for Refugees; 2015 ([http://unhcr.org/556725e69.html#\\_ga=1.69429392.1825024336.1437640576](http://unhcr.org/556725e69.html#_ga=1.69429392.1825024336.1437640576) , accessed 16 September 2015).
25. Global overview: over 2700 migrant deaths to date in 2015. Geneva: International Organization for Migration; 2015 (<http://www.iom.int/news/iom-hails-efforts-raisemigrant-death-ship-libyas-coast> ,accessed 16 September 2015).
26. Resolution WHA61.17. Health of migrants. In: Sixty-first World Health Assembly, Geneva, 24–19 May 2008. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2008:23 (WHA2008/61/REC/1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA-61REC1/A61\\_REC-1en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA-61REC1/A61_REC-1en.pdf) , accessed 16 September 2015).
27. Resolution WHA63.16. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. In: Sixty-third World Health Assembly, Geneva, 21–17 May 2010. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2010:31 (WHA2010/63/REC/1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA-63REC1/WHA63\\_REC-1en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA-63REC1/WHA63_REC-1en.pdf) ,accessed 16 September 2015).
28. Siyam A, Zurn P, Ro OC, Gedik G, Ronquillo K, Co CH et al. Monitoring the implementation of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. *Bull World Health Organ*. ;2013 23–816:(11)91 (<http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/118778-13/11/91.pdf?ua=1> , accessed 16 September 2015).
29. World urbanization prospects, the 2014 revision. New York (NY): United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (<http://esa.un.org/unpd/wup/> , accessed 16 September 2015).
30. Population distribution, urbanization, internal migration and development: an international perspective. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. New York (NY): United Nations; 2011 (<http://www.un.org/esa/population/publications/PopDistribUrbanization/PopulationDistributionUrbanization.pdf> , accessed 16 September 2015).
31. Habitat III issue papers: migration and refugees in urban areas. Task Team on Habitat III. Nairobi: UN-Habitat; 2015 ([http://unhabitat.org/wp-content/uploads/2/04/2015\\_Migrationand-Refugees.pdf](http://unhabitat.org/wp-content/uploads/2/04/2015_Migrationand-Refugees.pdf) ,accessed 26 June 2015).
32. State of the world’s cities 2011/2010: bridging the urban divide. Nairobi: UN-Habitat; 2013 (<http://mirror.unhabitat.org/pmss/listItemDetails.aspx?publicationID=2917> , accessed 20 October 2015).
33. Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings. Geneva: World Health Organization, WHO Centre for Health Development Kobe, United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT); 2010 ([http://www.who.int/entity/kobe\\_centre/publications/hiddencities\\_media/who\\_un\\_habitat\\_hidden\\_cities\\_web.pdf?ua=1](http://www.who.int/entity/kobe_centre/publications/hiddencities_media/who_un_habitat_hidden_cities_web.pdf?ua=1), accessed 16 September 2015).
34. State of African cities 2014: re-imagining sustainable urban transitions. Nairobi: UN-Habitat; 2014 (<http://unhabitat.org/wpdm-package/state-of-african-cities-2014-re-imaginingsustainable-urban-transitions/?wpdm=111948> ,accessed 16 September 2015).
35. Global Health Observatory data: urban health. Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/gho/urban\\_health/en/](http://www.who.int/gho/urban_health/en/) , accessed 20 October 2015).
36. Country and lending groups. Washington (DC): World Bank (<http://data.worldbank.org/about/country-and-lending-groups> , accessed 20 October 2015).
37. Sumner A. Global poverty and the new bottom billion: what if three-quarters of the world’s poor live in middle-income countries? Working Paper. Brighton: Institute for Development Studies; September 2010 (<https://www.ids.ac.uk/files/dmfile/GlobalPovertyDataPaper1.pdf> , accessed 16 September 2015).
38. Millennium Development Goals report 2015. New York (NY): United Nations; 2015 (<http://unstats.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2015/English2015.pdf> ,accessed 16 September 2015).
39. Azevedo J, Inchauste G, Olivieri S, Saavedra J, Winkler

- H. Is labor income responsible for poverty reduction? A decomposition approach. (April, forthcoming as World Bank Policy Research Working Paper). Washington (DC): World Bank; 2013 ([http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/1/04/2013/20130418083935\\_000158349/8/Rendered/PDF/wps6414.pdf](http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/1/04/2013/20130418083935_000158349/8/Rendered/PDF/wps6414.pdf) , accessed 16 September 2015).
40. The world's middle income countries. Washington (DC): World Bank (<http://www.worldbank.org/en/country/mic/overview>, accessed 15 October 2015).
41. Global monitoring report 2015/2014: ending poverty and sharing prosperity. Washington(DC) : World Bank and International Monetary Fund; 2015 ([http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/gmr/gmr2014/GMR\\_2014\\_Full\\_Report.pdf](http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/gmr/gmr2014/GMR_2014_Full_Report.pdf) ,accessed 16 September 2015).
42. World development report 2014: risk and opportunity – managing risk for development. Washington (DC): World Bank; 2013 ([http://siteresources.worldbank.org/EXTNWDR2013/Resource/-8936935/1352909193861-82580241380046989056-8986901/1356011448215/WDR2014-Complete\\_Report.pdf](http://siteresources.worldbank.org/EXTNWDR2013/Resource/-8936935/1352909193861-82580241380046989056-8986901/1356011448215/WDR2014-Complete_Report.pdf), accessed 16 September 2015).
43. Alderson AS, Nielsen F. Globalization and the great U-turn: income inequality trends in 16 OECD countries. *Am J Sociol.* 99–1244;(5)2002:107 (<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.466.4335&rep=rep1&type=pdf> , accessed 16 September 2015).
44. Pavcnik N. Globalization and within-country income inequality. In: M. Bacchetta and M.Jansen, editors. Making globalization socially sustainable. Geneva: International Labour Organization and World Trade Organization; 59–2011:233 ([https://www.wto.org/english/res\\_e/booksp\\_e/glob\\_soc\\_sus\\_e.pdf](https://www.wto.org/english/res_e/booksp_e/glob_soc_sus_e.pdf) , accessed 16 September 2015).
45. Globalization and inequality. In: World Economic Outlook 2007. Washington (DC): International Monetary Fund; 2007 (<https://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/02/2007/pdf/text.pdf> ,accessed 16 September 2015).
46. Subramanian SV, Kawachi I. Income inequality and health: What have we learned so far? *Epidemiol Rev.* 91–78;(1)26;2004 (<http://epirev.oxfordjournals.org/content/78/1/26.full> ,accessed 16 September 2015).
47. Pickett KE, Wilkinson RG. Income inequality and health: a causal review. *Soc Sci Med.*–128:316;2015 26 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953614008399> ,accessed 16 September 2015).
48. Mohammed AJ. Deepening income inequality. World Economic Forum: Outlook on the Global Agenda 2015 (<http://widgets.weforum.org/outlook01/15.html> , accessed 16 September 2015).
49. Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Geneva: World Health Organization; 2001 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/1066924154550/1/42435/5X.pdf> , accessed 16 September 2015).
50. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, Arrow KJ, Berkley S, Binaqwaho A et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet.* 1955–1898;(9908)382;2013 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS4-2962105%2813%6736-0140/fulltext> ,accessed 16 September 2015).
51. Commission on Social Determinants of Health – final report: Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008 ([http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/) , accessed 18 September 2015).
52. Kuruvilla S, Schweitzer J, Bishai D, Chowdhury S, Caramani D, Frost L et al. Success factors for reducing maternal and child mortality. *Bull World Health Organ.* 44–533:(7)92;2014 (<http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/138131-14/7/92.pdf?ua=1> , accessed 15 October 2015).
53. Di Cesare M, Khang Y-H, Asaria P, Blakely T, Cowan MJ, Farzadfar F et al. Inequalities in non-communicable diseases and effective responses. *Lancet.* 97–585;(9866)381;2013 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0-2961851%2812%6736-0140/fulltext> , accessed 15 October 2015).
54. The economics of social determinants of health and health inequalities: a resource book. Geneva: World Health Organization; 2013 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241548625/1/84213/10665\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241548625/1/84213/10665_eng.pdf) , accessed 15 October 2015).
55. World health report 2010. Geneva: World Health Organization; 2010 ([http://www.who.int/entity/whr/2010/whr10\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/entity/whr/2010/whr10_en.pdf?ua=1) , accessed 16 September 2015).
56. Dreher A. Does globalization affect growth? Evidence from a new index of globalization. *Appl Econ.* 1110–1091:(10)38;2006 (Abstract: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/00036840500392078/10.1080?journalCode=raec#20.VeRsA1erMqI> , accessed 16 September 2015).
57. KOF Globalization Index 2015. Zurich: KOF Swiss Economic Institute; 2015 (<http://globalization.kof.ethz.ch/> , accessed 16 September 2015).
58. Calculated from: KOF Globalization Index. Zurich: Swiss Economic Institute; 2015 (<http://globalization.kof.ethz.ch/query/>, accessed 16 September 2015).
59. Ortiz I, Cummins M. When the global crisis and youth bulge collide: double the jobs trouble for youth. New York (NY): United Nations Children's Fund; February 2012 ([http://www.unicef.org/socialpolicy/files/Global\\_Crisis\\_and\\_Youth\\_Bulge\\_-\\_FINAL.pdf](http://www.unicef.org/socialpolicy/files/Global_Crisis_and_Youth_Bulge_-_FINAL.pdf) , accessed 16 September 2015).
60. World employment and social outlook: trends 2015.



- Geneva: International Labour Organization; 2015 (<http://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/2015/lang-en/index.htm> ,accessed 16 September 2015).
61. Migration and development briefs; Nos. 12–10. Washington (DC): World Bank; July 2009–April 2010 (<http://www.worldbank.org/prospects/migrationandremittances> , accessed 16 September 2015).
62. Declaration on the TRIPS Agreement and public health. WT/MIN(01)/DEC/2. Geneva: World Trade Organization; 2001 ([https://www.wto.org/english/thewto\\_e/minist\\_e/min01\\_e/mindecl\\_trips\\_e.pdf](https://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_trips_e.pdf) , accessed 16 September 2015).
63. Global health expenditure database. Geneva: World Health Organization (<http://apps.who.int/nha/database> , accessed 9 October 2015).
64. Financing global health 2014: shifts in funding as the MDG era closes. Seattle (WA):Institute for Health Metrics and Evaluation; 2015 ([http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy\\_report/2015/FGH2014/IHME\\_PolicyReport\\_FGH\\_1\\_2014.pdf](http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2015/FGH2014/IHME_PolicyReport_FGH_1_2014.pdf) , accessed 16 September 2015).
65. Shared responsibilities for health: a coherent global framework for health financing. Final report of the Centre on Global Health Security Working Group on Health Financing. London:Chatham House, Royal Institute of International Affairs; 2014 (<http://www.chathamhouse.org/publication/shared-responsibilities-health-coherent-global-framework-health-financing> ,accessed 16 September 2015).
66. Murray C, Anderson B, Burstein R, Leach-Kemon K, Schneider M, Tardiiff A et al. Development assistance for health: trends and prospects. *Lancet*. –8:(9785)378;2011 10 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS2-2962356%2810%01406736/fulltext> , accessed 16 September 2015).
67. The International Health Partnership (ihp+). Geneva: International Health Partnership (<http://www.internationalhealthpartnership.net/en/> , accessed 28 August 2015).
68. Development Co-operation report 2014. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2014 (<http://www.oecd.org/dac/development-co-operation-report20747721-.htm> , accessed 16 September 2015).
69. A/RES/313/69. Addis Ababa Action Agenda of the Third International Conference on Financing for Development (Addis Ababa Action Agenda). Resolution adopted by the Sixty-ninth United Nations General Assembly, New York (NY), 27 July 2015 ([www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/313/69&Lang=E](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/313/69&Lang=E) , accessed 16 September 2015).
70. The Busan Partnership for Effective Development Co-operation. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (<http://www.oecd.org/development/effectiveness/busanpartnership.htm> , accessed 28 August 2015).
71. Sen A. Development as freedom. New York (NY): Alfred A. Knopf; 1999.
72. Women and health: today's evidence, tomorrow's agenda. Geneva: World Health Organization; 2009 ([http://www.who.int/gender/women\\_health\\_report/full\\_report\\_20091104\\_en.pdf](http://www.who.int/gender/women_health_report/full_report_20091104_en.pdf), accessed 16 September 2015).
73. Political declaration on the occasion of the twentieth anniversary of the fourth world conference on women. Document E/CN.2015/6/1.1, Commission on the Status of Women. New York (NY): United Nations Economic and Social Council; March 2015 ([http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=E/CN.2015/6/L.1](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=E/CN.2015/6/L.1), accessed 16 September 2015).
74. Framework of actions for the follow-up to the programme of action of the international conference on population and development (ICPD) beyond 2014. E/CD.4/2014/9. New York (NY): United Nations Economic and Social Council; 2014.
75. Both conferences were referred to as part of SDG Target 5.6: Ensure universal access to sexual and reproductive health and reproductive rights as agreed in accordance with the Programme of Action of the International Conference on Population and Development and the Beijing Platform for Action and the outcome documents of their review conferences.
76. Gender statistics. New York (NY): United Nations (<http://unstats.un.org/unsd/gender/default.html>, accessed 16 September 2015).
77. Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 1946 ([http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf) , accessed 16 September 2015).
78. The Core International Human Rights Instruments and their monitoring bodies. Geneva:United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights; 2015 ([www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CoreInstruments.aspx](http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CoreInstruments.aspx) , accessed 16 September 2015).
79. For example, the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1966);the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (1979);and the Convention on the Rights of the Child (1989).
80. Committee on Economic Social and Cultural Rights. Substantive issues arising in the implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights:General comment No. 14. Geneva: United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights; 2000 ([http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=9&DocTypeID=11](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=9&DocTypeID=11) ,



accessed 16 September 2015).

81. World report on disability. Geneva: World Health Organization; 2011 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/9789240685215/2011\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/9789240685215/2011_eng.pdf?ua=1) , accessed 16 September 2015).

82. Mitra S, Posarac A, Vick B. Disability and poverty in developing countries: a multidimensional study. *World Dev.* 18–41:1;2013 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305750X12001465>, accessed 16 September 2015).

83. WHO global disability action plan 2021–2014. Geneva: World Health Organization. (<http://www.who.int/disabilities/actionplan/en/> , accessed 26 October 2015).

84. Resolution WHA67.7. WHO global disability action plan 2021–2014: better health for all people with disability. In: Sixty-seventh World Health Assembly, Geneva, 24–19 May 2014. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 14;2014 (WHA2014/67/REC/1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA-67/REC1/A2014\\_67\\_REC-1en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA-67/REC1/A2014_67_REC-1en.pdf), accessed 28 August 2015).

85. Baker DP, Leon J, Smith Greenaway EG, Collins J, Movit M. The education effect on population health: a reassessment. *Popul Dev Rev.* 22–307:(2)37;2011 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3188849/> , accessed 16 September 2015).

86. Caldwell JC. Education as a factor in mortality decline: an examination of Nigerian data. *Popul Stud.* 413–395:(3)33;1979 (Abstract: [http://www.jstor.org/stable/2173888?seq=#1page\\_scan\\_tab\\_contents](http://www.jstor.org/stable/2173888?seq=#1page_scan_tab_contents) , accessed 16 September 2015).

87. Hobcraft J. Women's education, child welfare and child survival: a review of the evidence. *Health Transit Rev.* 73–159:(2)3;1993 (<https://digitalcollections.anu.edu.au/bitstream/2/41205/1885/Hobcraft.pdf> , accessed 16 September 2015).

88. Bicego GT, Boerma JT. Maternal education and child survival: a comparative analysis. *Soc Sci Med.* 27–1207:(9)36;1993 (Abstract: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8511650>, accessed 16 September 2015).

89. De Neve J-W, Fink G, Subramanian SV, Moyo S, Bor J. Length of secondary schooling and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experiment. *Lancet Glob Health.* 8)3;2015:e77–470 (<http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214109X-2900087%2815%2Ffulltext>, accessed 16 September 2015).

90. Calculated from: The International Futures (IFs) modeling system, version 7.15. Frederick S. Pardee Center for International Futures, Josef Korbel School of International Studies, University of Denver ([www.ifs.du.edu](http://www.ifs.du.edu), accessed 16 September 2015).

91. Fifth assessment report. Intergovernmental Panel on

Climate Change, 2015 (<https://www.ipcc.ch/report/ar5/> , accessed 16 September 2015).

92. Prüss-Ustün A, Corvalan C. Preventing disease through health environments: towards an estimate of the environmental burden of disease. Geneva: World Health Organization; 2006 ([http://www.who.int/quantifying\\_ehimpacts/publications/preventingdisease.pdf](http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventingdisease.pdf), accessed 16 September 2015).

93. Climate change and health: report by the Secretariat. Geneva; World Health Organization; 6 March 2009 ([http://www.who.int/globalchange/A11\\_62\\_en.pdf](http://www.who.int/globalchange/A11_62_en.pdf), accessed 16 September 2015).

94. Progress on sanitation and drinking water: 2015 update and MDG assessment. Geneva and New York (NY): World Health Organization and United Nations Children's Fund; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241509145/1/177752/10665\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241509145/1/177752/10665_eng.pdf?ua=1), accessed 28 August 2015).

95. Climate change 2013: the physical science basis. Summary for policymakers. Contribution of IPCC Working Group I to the fifth assessment report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge and New York (NY): Cambridge University Press; 2013 ([https://www.ipcc.ch/pdf/assessment-report/ar5/wg1/WG1AR5\\_SPM\\_FINAL.pdf](https://www.ipcc.ch/pdf/assessment-report/ar5/wg1/WG1AR5_SPM_FINAL.pdf), accessed 16 September 2015).

96. Climate change 2014: synthesis report. Contribution of IPCC Working Groups I, II and III to the fifth assessment report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Geneva: Intergovernmental Panel on Climate Change; 2014:151 (<https://www.ipcc.ch/report/ar5/syr/>, accessed 16 September 2015).

97. Quantitative risk assessment of the effects of climate change on selected causes of death, 2030s and 2050s. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241507691/1/134014/10665\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241507691/1/134014/10665_eng.pdf), accessed 16 September 2015).

98. McMichael AJ, Campbell-Lendrum DH, Corvalan CF, Ebi KL, Githeko, AK, Scheraga J Det al., editors. Climate change and human health: risks and responses. Geneva: World Health Organization; 2003 (<http://www.who.int/globalchange/publications/cchhsummary/en/> , accessed 16 September 2015).

99. Protecting health from climate change: connecting science, policy and people. Geneva: World Health Organization; 2009 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/9789241598880/2009\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/9789241598880/2009_eng.pdf?ua=1), accessed 16 September 2015).

100. Resolution WHA61.19. Climate change and health. In: Sixty-first World Health Assembly, Geneva, 24–19 May 2008. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 8–2008:26 (WHA2008/61/REC/1;

- [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA-61REC1/A61\\_REC-1en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA-61REC1/A61_REC-1en.pdf), accessed 16 September 2015).
101. Resolution WHA68.8. Health and the environment: addressing the health impact of air pollution. Sixty-eighth World Health Assembly, 26 May 2015 ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA68/A68\\_R-8en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_R-8en.pdf), accessed 27 July 2015).
102. Adapted from: Smith, KR, Woodward A, Campbell-Lendrum D, Chadee DD, Honda Y, Liu Q et al. Human health: impacts, adaptation, and co-benefits. In: Climate change 2014: impacts, adaptation, and vulnerability. Part A: global and sectoral aspects. Contribution of working group II to the fifth assessment report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge and New York (NY): Cambridge University Press; 54–2014:709 ([https://ipcc-wg2.gov/AR5/images/uploads/WGIAR5\\_Chap11\\_FINAL.pdf](https://ipcc-wg2.gov/AR5/images/uploads/WGIAR5_Chap11_FINAL.pdf), accessed 15 October 2015).
103. Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, de Onis M et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 51–427:(9890)382;2013 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS-2960937%2813%01406736X/fulltext>, accessed 19 October 2015).
104. Based on data from: Climate Funds Update. Berlin and London: Heinrich Böll Foundation and Overseas Development Institute. (<http://www.climatefundsupdate.org/>, accessed 5 September 2015).
105. Burden of disease from the joint effects of household and ambient air pollution for 2012. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://www.who.int/phe/health\\_topics/outdoorair/databases/AP\\_jointeffect\\_BoD\\_results\\_March2014.pdf](http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/AP_jointeffect_BoD_results_March2014.pdf), accessed 18 September 2015).
106. Partnership for Clean Fuels and Vehicles: Outcome and Influence Evaluation of the UNEP Based Partnership for Clean Fuels and Vehicles (PCFV). Nairobi; UNEP; 2010 ([http://www.unep.org/Transport/PCFV/PDF/leadEvaluation\\_summaryreport.pdf](http://www.unep.org/Transport/PCFV/PDF/leadEvaluation_summaryreport.pdf), accessed 16 September 2015).
107. Preventing diarrhoea through better water, sanitation and hygiene: Exposures and impacts in low and middle income countries. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241564823/1/150112/10665\\_eng.pdf?ua=1/](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241564823/1/150112/10665_eng.pdf?ua=1/), accessed 17 September 2015).
108. Results of the global survey on concentrations in human milk of persistent organic pollutants by the United Nations Environment Programme and World Health Organization. Sixth meeting of the Conference of the Parties to the Stockholm Convention on Persistent Organic Pollutants, UNEP/POPS/COP.6/INF/33. Geneva: United Nations Environment Programme and the World Health Organization; 2013 (<http://www.unep.org/chemicalsandwaste/portals/9/POPs/docs/UNEP-POPS-COP.-6INF33-.English.pdf>, accessed 16 September 2015).
109. Minamata convention on mercury. Nairobi: United Nations Environment Programme (<http://www.mercuryconvention.org>, accessed 16 September 2015).
110. Service availability and readiness assessment (SARA) survey results. Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/healthinfo/systems/sara\\_introduction/en/](http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_introduction/en/), accessed 15 October 2015).
111. Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2030–2015. Geneva: United Nations Office for Disaster Risk Reduction; 2015 (<http://www.unisdr.org/we/inform/publications/43291>, accessed 28 August 2015).
112. Coady D, Parry I, Sears S, Shang B. How large are global energy subsidies? IMF Working Paper WP/105/105. Washington (DC): International Monetary Fund; 2015 (<http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2015/wp15105.pdf>, accessed 8 June 2015).
113. Shindell D, Kuylenstierna JC, Vignati E, van Dingenen R, Amann M, Klimont Z, et al. Simultaneously mitigating near-term climate change and improving human health and food security. *Science*. 9–183:(6065)335;2012 (<https://www.sciencemag.org/content/183/6065/335.full>, accessed 29 October 2015).
114. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, Kazakhstan, 12–6 September 1978 ([http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf), accessed 16 September 2015).
115. Kickbusch I, Buckett K, editors. Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010. Adelaide, South Australia: Department of Health, Government of South Australia; 2010 (<http://www.who.int/sdhconference/resources/implementinghiapadel-sahealth100622-.pdf>, accessed 16 September 2015).
116. Leppo, K, Ollila, E. Health in All Policies: seizing opportunities, implementing policies. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, Government of Finland; 2013 ([http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/\(httpAuxPages\)/5416E4680AD46606C1257B730038FAC1/\\$file/HiAP20%web20%version20%-20%FINAL.pdf](http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/(httpAuxPages)/5416E4680AD46606C1257B730038FAC1/$file/HiAP20%web20%version20%-20%FINAL.pdf), accessed 16 September 2015).



فصل سوم:

پوشش همگانی سلامت



پوشش همگانی سلامت به‌عنوان تضمین‌کننده دسترسی همه افراد به خدمات پیشگیرانه، توانبخشی، درمانی، تسکینی و ارتقاء مراقبت سلامت، با کیفیت کافی و اثر بخش، بدون اعمال هزینه‌های شدید مالی بر مصرف‌کننده، تعریف شده است. پوشش همگانی سلامت در بیانیه SDG یکی از موارد برجسته است که در زیر مجموعه هدف سلامت دارای هدف گذاری ویژه‌ای است.

در دوره MDG پیشرفت‌های زیادی در پوشش اقدامات کلیدی سلامت مادر و کودک و بر ضد بیماری‌های عفونی، حاصل شده است. در بسیاری از کشورها شکاف پوشش میان افراد فقیر و ثروتمند در این مداخلات کاهش یافته است. سرانه مخارج دولتی سلامت - تعدیل شده برحسب تورم - در فاصله زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۳ حدود ۴۰ درصد افزایش و مخارج پرداخت از جیب با کاهشی اندک از ۳۵ درصد کل مخارج سلامت به ۳۱ درصد کاهش یافته است.

اقدامات کشوری که توسط آژانس‌های جهانی و مشارکت‌های حمایت شده است و افزایش مداخلات نوآورانه برای تشخیص (به‌عنوان مثال تست‌های سریع مالاریا و ایدز)، پیشگیری (به‌عنوان مثال واکسن) و درمان (به‌عنوان مثال ART و ACT) منجر به بهبود خدمات و عملکرد شده‌اند.

ضعف‌های عمده سیستم سلامت همچنان باقی مانده است. در بسیاری از کشورها فقدان تامین مالی سلامت منجر به پرداخت از جیب بالا و ایجاد مشکلات شدید مالی و فقر برای خانواده‌ها، ناکارایی‌های عمده در نیروی کار سلامت، زیرساخت‌ها (به‌خصوص در مناطق روستایی)، محصولات پزشکی (دسترسی ضعیف، استفاده و گزارشات نامناسب در مورد استانداردهای در نظر گرفته شده، برچسب‌های جعلی و قلابی (SSFFC) و داروهای جعلی وارد شده در چرخه عرضه)، کیفیت خدمات، اطلاعات و پاسخ‌گویی می‌شود. ضعف در سیستم‌های سلامت همچنین منجر به ایجاد شکاف در مقابله با دفاع ملی، منطقه‌ای و جهانی در برابر طغیان بیماری‌های عفونی مانند بیماری ویروس ابولا و اپیدمی آنفولانزا می‌شود.

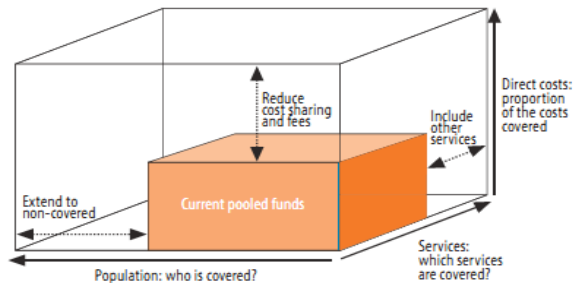
در حالی که تمرکز MDG بر بیماری‌های خاص و مسایل مرتبط با سلامت منجر به تقویت برنامه‌های منفرد مرتبط با ارائه مداخلات خاص می‌شود، در حال حاضر تمام کشورها با طیف گسترده‌تری از چالش‌ها مواجه هستند، از جمله افزایش سریع بیماری‌های غیرواگیر، چالش‌های مرتبط با آسیب‌ها و امنیت سلامت. برای حفظ و گسترش هدف‌های مرتبط با MDG که به آن‌ها دست نیافته‌ایم، پیشرفت به سمت پوشش همگانی سلامت و تضمین انعطاف‌پذیری برای مقابله با بیماری‌های اپیدمیک و فجایع نیاز به سیستم‌های سلامت نیرومند داریم.

اهداف SDG شامل مجموعه‌ای جامع از اهداف سلامت که به دنبال رسیدگی به اهداف ناتمام و گسترش اهداف MDG، و همچنین چالش‌های عمده مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر و صدمات و مسایل زیست محیطی می‌شود. هدف پوشش همگانی سلامت در واقع زیربنایی برای سایر اهداف محسوب می‌شود و فرصت مجددی برای تلاش مجدد جهت تمرکز بر روشی پایدارتر در طی اصلاحات گسترده سیستم‌ها براساس اصول بهره‌وری و ادغام خدمات بهداشتی با محوریت مراقبت مردم را ارائه می‌نماید. SDG اساساً به دنبال اقدامات بین بخشی است، این موضوع بیانگر این امر است که دستیابی به اهداف سلامت تنها به اقدامات در بخش سلامت وابسته نیست بلکه به اقدامات انجام شده در سایر حیطه‌های اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی و محیطی نیز بستگی دارد. پیشرفت به سمت پوشش همگانی سلامت تا حد زیادی به وسعت زمینه سیاسی‌ای که در آن سیستم‌های بهداشتی مشغول فعالیت هستند و سطوح و تفاوت در توسعه اجتماعی و اقتصادی بستگی دارد.

عمومی و به صورت خاص ایجاد دسترسی به داروها برای تمام افراد، حمایت می‌نماید.

هدف SDG c.3 بر تامین مالی سلامت و نیروی کار در کشورهای در حال توسعه تمرکز نموده است:

شکل ۱-۳: ۳ بعد پوشش همگانی سلامت



افزایش قابل توجه در تامین مالی سلامت و استخدام، توسعه، آموزش و حفظ نیروی کار سلامت در کشورهای در حال توسعه و دولت‌های حاکم بر جزیره‌های کوچک.

در SDG اهدافی وجود دارد که به مسائل موجود در خارج از بخش سلامت که دارای نقش مهمی در بخش سلامت می‌باشند و بنابراین در پوشش همگانی سلامت نیز نقش دارند پرداخته است. به عنوان مثال، اهداف مرتبط با پوشش آب سالم و تصفیه فاضلاب دارای نقش مهمی در پیشگیری از بیماری‌ها در پوشش همگانی می‌باشند، و همچنین این مورد در مسائل مرتبط با مرگ و میرهای ناشی از ترافیک جاده‌ای و توسعه شهری نیز صحیح است. به صورت مشابه، بازار نیروی کار در بخش سلامت (و سایر بخش‌های اجتماعی) می‌تواند موجب تحریک رشد اقتصادی، اشتغال مولد، اشتغال جوانان و کار با عزت شود (هدف شماره ۸). ارتباط خاص میان خدمات سلامت و سایر SDGها نیز واضح می‌باشد، شامل ارتباط میان خدمات سلامت و فقر (هدف ۱)؛ عدالت جنسی در ارائه خدمت (هدف ۵)؛ آب و فاضلاب در تسهیلات سلامت (هدف ۶)؛ ارائه خدمات در محلات فقیر نشین (هدف ۱۱)؛ استفاده از مشارکت‌های نهادی در بخش سلامت برای ظرفیت‌سازی (هدف ۱۷). در حقیقت SDG پایه‌ای برای ایجاد مشارکت‌های استراتژیک برای اقدام در سطح کشوری برای ارائه خدمات سلامت ارائه می‌نماید.

به این علت که SDG چند بخشی می‌باشد و با دستیابی به تمام اهداف SDG مرتبط است، یک پایه مشترک برای ادغام اهداف سلامت و سایر اهداف ایجاد می‌نماید، در مجموع با رویکرد سلامت در تمام سیاست‌ها، که ممکن است بتواند به عنوان یک تمرکز قدرتمند برای انعکاس و توسعه سیاست‌ها عمل نماید.

پوشش همگانی سلامت شامل ۲ جزء می‌شود - پوشش

پوشش همگانی سلامت، پوششی است که خدمات سلامت مورد نیاز افراد را به آن‌ها ارائه می‌نماید و در عین حال از آن‌ها در برابر مواجهه با شرایط مالی اسفبار مربوط به استفاده از مراقبت‌های سلامت محافظت می‌نماید.<sup>۱</sup> در این تعریف، خدمات سلامت برای در بر گرفتن طرح‌های ترویجی (مانند سیاست‌های ضد دخانیات یا آمادگی در برابر شرایط اضطراری)، فعالیت‌های مرتبط با پیشگیری از بیماری‌ها (مانند واکسیناسیون) و ارائه درمان‌ها، مراقبت‌های بازتوانی و تسکینی (مانند مراقبت‌های پایان عمر) به صورت گسترده تعریف شده است. MDG هیچ اشاره‌ای به پوشش همگانی سلامت ننموده است، پوشش همگانی سلامت پس از مجمع جهانی سلامت در سال ۲۰۰۵ به عنوان یک ایده و نیروی انگیزشی برای کشورها برای اقدام در جهت دستیابی به پوشش همگانی توجهات زیادی را به خود جلب نمود.<sup>۲</sup> این امر پس از گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۸ در مورد مراقبت‌های سلامت اولیه،<sup>۳</sup> گزارش بسیار مهم در ارتباط با تامین مالی سلامت برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت در سال ۲۰۱۰،<sup>۴</sup> قطعنامه سال ۲۰۱۱ مجمع سلامت جهانی<sup>۴</sup> و قطعنامه سال ۲۰۱۲ مجمع عمومی سازمان ملل در مورد پوشش همگانی سلامت<sup>۵</sup> نیز ادامه یافت. برخلاف MDG، SDG به هر ۲ صورت مستقیم و غیرمستقیم به پوشش همگانی سلامت اشاره نموده است، بنابراین منعکس کننده اجماع نظر ایجاد شده در ارتباط با پوشش همگانی سلامت می‌باشد. مقدمه متن نهایی برنامه کاری سال ۲۰۳۰ در مورد توسعه پایدار بیان نموده است که: "برای ترویج سلامت فیزیکی و ذهنی و سلامتی، و گسترش امید به زندگی برای تمام افراد ما باید به پوشش همگانی سلامت و دسترسی به مراقبت‌های سلامت با کیفیت دست‌یابیم. هیچکس را نباید از قلم انداخت."<sup>۶</sup>

هدف SDG ۳/۸ خواهان این است که کشورها: "به پوشش همگانی سلامت دست یابند، شامل حفاظت در برابر خطرات مالی، دسترسی به خدمات مراقبت سلامت ضروری با کیفیت و دسترسی ایمن، اثربخش، با کیفیت، و مقرون به صرفه به داروهای ضروری و واکسن برای همه".<sup>۲</sup> هدف SDG دیگر مستقیماً با تقویت سیستم‌های سلامت در کشورهای در حال توسعه ارتباط دارند؛ هدف شماره ۳ SDG براساس هدف شماره ۸ MDG به این صورت فرموله شده است:

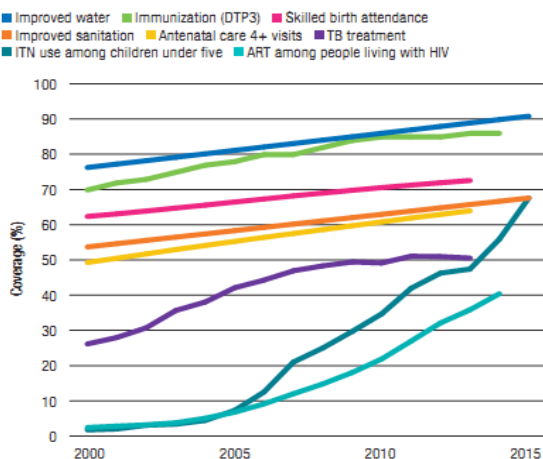
حمایت از تحقیق و توسعه برای واکسن‌ها و داروهای مربوط به بیماری‌های واگیردار و غیرواگیر که بیشتر بر کشورها در حال توسعه تاثیر می‌گذارد، فراهم نمودن دسترسی به داروهای واکسن‌های ضروری براساس بیابیه دوحه در ارتباط با توافق TRIPS و سلامت عمومی، که بر حق کشورهای در حال توسعه برای استفاده کامل از جنبه‌های مرتبط با حقوق مالکیت معنوی در تجارت و در نظر گرفتن انعطاف‌پذیری‌ها لازم برای حفاظت از سلامت



هستند، ارائه دهنده و متضمن استفاده مناسب از طیف کامل محصولات پزشکی ضروری‌ای که کیفیت آن‌ها تضمین شده است (شامل داروها، خون و تجهیزات پزشکی)، تامین مالی شده به شیوه‌ای که تضمین کننده منابع مالی قابل پیش‌بینی برای سیستم می‌باشد در حالی که همزمان از استفاده کنندگان خدمات محافظت مالی ارائه می‌نماید، می‌باشد.<sup>۱</sup>

در برخی از این حیطه‌ها یکسری روندهای امیدبخش در طول ۱۵ سال گذشته وجود داشته است، مانند توسعه اعتبار بخشی بیمارستانی<sup>۱۲،۱۳</sup> و حرکت از تمرکز بر خدمات بستری به سمت خدمات سرپایی، غیرمتمرکز، سیستم‌های سلامت ادغام شده که مراقبت‌های سلامت را از میان طیف کاملی از خدمات در دسترس یکپارچه که به آسانی می‌توان آن‌ها را ارائه نمود، ارائه می‌نماید.<sup>۱۴</sup> عنصر کلیدی برای ارائه اینگونه خدمات تاکید بر مراکز مراقبت‌های سلامت اولیه‌ای است که مسئولیت‌پذیری بیشتری را برای هماهنگ‌نمودن مراقبت‌های سلامت ایجاد می‌نماید.<sup>۱۵،۱۶</sup> در زمینه مداخلات پزشکی خاص، شواهد حاکی از پیشرفت در کاهش تعداد تزریقات غیرایمن در کشورهای دارای درآمد پایین و پایین‌تر از متوسط می‌باشد که عمدتاً به‌وسیله کاهش در استفاده مجدد از وسایل تزریقی بوده است. متوسط تعداد تزریق به‌ازای هر نفر در هر سال در فاصله زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۰ از ۳،۴ به ۳،۰ کاهش یافته است، و میزان استفاده مجدد از وسایل تزریق از ۴۰ درصد به ۶ درصد کاهش یافته است.<sup>۱۷</sup> با این وجود در سایر حیطه‌ها شواهد قابل توجه اندکی از بهبود در کیفیت مراقبت‌ها و کاهش در پیچیدگی‌های مرتبط با مراقبت وجود دارد - حتی در کشورهای دارای درآمد بالا.

شکل ۲-۳: سطوح و روندهای جهانی شاخص‌های پوشش همگانی سلامت مرتبط با MDG، ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵<sup>۱۰</sup>



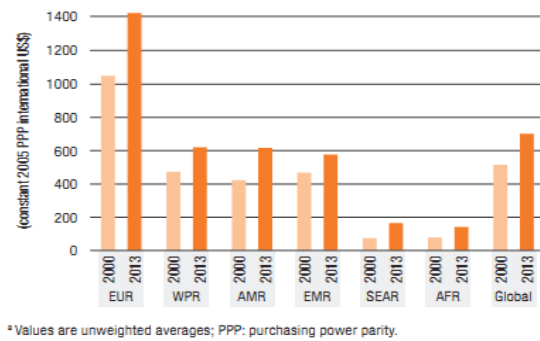
خدمات سلامت در یک‌سو و پوشش حفاظت مالی از سوی دیگر- نیاز است که هر ۲ جزء در سطح کل جمعیت ارزیابی شوند. بنابراین، معمولاً ۳ بعد -خدمات سلامت، تامین مالی و جمعیت- در "جعبه پوشش" آورده می‌شود (شکل ۳، ۱). تمام کشورها، از جمله کشورهای دارای درآمد بالا که ترتیبات نهادی آن‌ها برای سلامت دارای سابقه‌ای طولانی می‌باشد - به‌عنوان مثال برای حفظ سطوح پوشش‌شان علی‌رغم افزایش هزینه‌ها تلاش می‌نمایند- تلاش می‌نمایند با استفاده از اصلاحات نظام سلامت‌شان تا این جعبه را کامل نمایند (گسترش پوشش خدمات با کیفیت به همراه حفاظت مالی). تغییرات دموگرافیک (به‌عنوان مثال مسن شدن جمعیت) و اپیدمیولوژیک (افزایش بیماری‌های مزمن) نقش مهمی در پیشرفت‌های تکنولوژیک و الگوی استفاده از خدمات توسط مردم بازی می‌نمایند. به این دلیل است که تلاش برای پوشش همگانی سلامت عموماً به‌عنوان یک سفر در نظر گرفته می‌شود نه مقصد، یک فرآیند ترقی خواهانه یا دینامیک به‌جای اینکه بتوان به یک راه حل برای تمام موارد "دست یافت".

درس‌هایی که ما از طغیان ویروس ابولا در غرب آفریقا گرفتیم برای ما نشانگر اهمیت قدرت سیستم‌های سلامت و نقش پررنگ خدمات مراقبت‌های سلامت و کارکرد پیمایش‌های عمومی سلامت و مدیریت کارکردها می‌باشد.<sup>۷،۸،۹</sup> براساس این چارچوب تمرکز تلاش‌ها بر سیستم‌های اطلاعات سلامت عمومی، زنجیره عرضه، نیروی کار، خدمات ایمن (شامل پیشگیری از عفونت و کنترل)، تامین مالی و حاکمیت نیز نقش‌های بسیار مهمی در پیشگیری، کشف و پاسخ به خطرات بالقوه برای امنیت سلامت دارند. انعطاف‌پذیری یک جنبه کلیدی و شاخصی از عملکرد مناسب سیستم‌های سلامت می‌باشد. این مورد به این معناست که کشورها و جوامع می‌توانند به شکل موثری پیامدهای شرایط اضطراری را از طریق کاهش احتمال وقوع فجایع (که احتمال وقوع آن‌ها وجود دارد) کاهش دهند، آسیب‌پذیری‌شان را در برابر این وقایع کاهش داده و ظرفیت‌های خود را برای واکنش و بازبازی تقویت نمایند.

## روندها

تلاش‌های مرتبط با پوشش همگانی سلامت نه تنها به موضوع پوشش خدمات سلامت می‌پردازند بلکه کیفیت خدمات سلامت و حفاظت مالی را نیز بررسی می‌نمایند. عنصر کلیدی برای ارائه خدمات سلامت باکیفیت و مردم محور ایجاد سیستم‌های سلامت کارا، غیر متمرکز، یکپارچه که دارای کارکنانی هستند که به خوبی آموزش دیده‌اند، دارای انگیزش‌های حرفه‌ای

شکل ۴-۳: مخارج سلامت سرانه دولتی، براساس مناطق سازمان بهداشت جهانی و جهانی، ۲۰۰۰ و ۲۰۱۳<sup>۱۸</sup>



۲۰۰۰ تا ۲۰۰۴ به ۳۱ درصد در فاصله زمانی ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۳ (شکل ۵-۳)، که حاکی از بهبود در حفاظت از مالی می‌باشد، اما سطوح متوسط بالاخص در کشورهای دارای درآمد پایین (۴۲ درصد) بالا باقی مانده است.

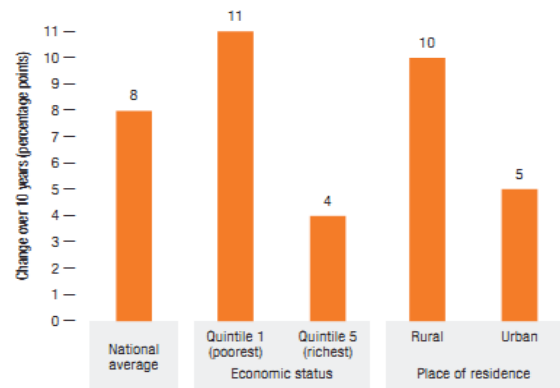
در حیطه نیروی کار سلامت نیز بهبودهایی وجود داشته است، اما به صورت پراکنده و کوچک بوده است. به عنوان مثال برخی از کشورها که از کمبودهای شدید در حیطه نیروی کار سلامت رنج می‌برند گزارش‌هایی در ارتباط با بهبود دسترسی به نیروهای کار با مهارت منتشر نموده‌اند.<sup>۱۹</sup> این مورد شامل بهبود در حفظ نیروهای کار سلامت در مناطق روستایی از طریق تغییر سیاست‌های ملی می‌شود. بازار جهانی دارو و تکنولوژی به رشد خود ادامه می‌دهد (مقدار تخمینی ۱۱ تریلیون دلار) اما داده‌های معتبر و در دسترس و کیفیت داروها و تکنولوژی‌ها عموماً محدود می‌باشد. پیمایشی که در ۲۶ کشور دارای درآمد پایین و پایین‌تر از متوسط با استفاده از روش استاندارد سازمان بهداشت جهانی/ اقدامات سلامت بین‌المللی<sup>۱</sup> (HAI) صورت گرفت،<sup>۲۰</sup> نشان داد که داروهای ژنریک در ۵۸ درصد و ۶۷ درصد از مراکز ارائه خدمت عمومی و خصوصی در دسترس بوده‌اند.<sup>۲۱</sup> در دسترس بودن خون‌های اهدایی با افزایش اهدا از سال ۲۰۰۴ به بعد تا ۲۵ درصد تا حدودی بهبود یافته است.<sup>۲۲</sup> به عبارت دیگر اجرای طرح‌های eHealth مانند آموزش الکترونیک برای نیروهای کار سلامت یا پرونده‌های سلامت الکترونیک به تأثیرات کامل قابل نمایش و مستند شده خود نرسیده‌اند.<sup>۲۳، ۲۴</sup>

بهبود قابل توجهی در توانایی ما برای پیش‌شاخص‌های کلیدی سلامت صورت گرفته است - بالاخص از طریق پیمایش‌های خانوارهای برای جمع‌آوری داده‌های مرگ و میر، باروری و شاخص‌های مرتبط با مداخلات MDG. در بیش از ۱۰۰ کشور از پیمایش‌های چندگانه استفاده می‌شود که

1. Health action international

شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد ناعدالتی‌های اجتماعی-اقتصادی در پوشش همگانی خدمات سلامت در اثر بهبود سریع‌تر در میان زیرگروه‌های محروم در بسیاری از کشورها بهبود یافته است. به عنوان مثال براساس داده‌های ۲۸ کشور دارای درآمد پایین و متوسط در فاصله زمانی ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۳ میان شاخص ترکیبی پوشش ۸ شاخص RMNCH در ۴ حیطه مداخلاتی -تنظیم خانواده، مراقبت از مادران و نوزادان، ایمن‌سازی و درمان کودکان بیمار- به میزان ۱۱ درصد و ۴ درصد امتیاز در فقیرترین و ثروتمندترین چارک‌های ثروت بهبود یافته است، که منجر به کاهش ناعدالتی‌های حاصل از ثروت شده است. همین شاخص به میزان ۱۰ درصد و ۵ درصد امتیاز در نواحی روستایی و شهری بهبود یافته است و منجر به کاهش ناعدالتی‌های ناشی از محل سکونت شده است (شکل ۳/۳). با این وجود اگر بخواهیم به صورت کلی صحبت کنیم ناعدالتی در دسترسی به کیفیت مراقبت‌های سلامت در داخل و میان کشورها کماکان به عنوان یک نگرانی عمده وجود دارد.

شکل ۳-۳: شاخص ترکیبی پوشش RMNCH، تغییر در میانگین ملی در طول زمان و در میان زیرگروه‌های جمعیتی در کشورهای دارای درآمد پایین و پایین‌تر از متوسط،<sup>a</sup> ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۳<sup>۱۱</sup>



\* Median value of 28 selected countries.

تامین مالی مراقبت‌های سلامت نیز بهبود یافته است، نه تنها به صورت مقدار پول موجود در بخش سلامت بلکه حتی شیوه افزایش و مخارج آن. سرانه مخارج سلامت دولتی در فاصله زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۳ در سطح جهانی به صورت حقیقی تا حدود ۴۰ درصد افزایش یافته است (شکل ۴-۳)، در تمام مناطق افزایش بسیار خوب بوده است. این موضوع منعکس کننده رشد اقتصادی -در بسیاری از کشورها- و افزایش اولویت سلامت برای دولت‌ها در زمینه تخصیص بودجه می‌باشد (شکل ۳/۶). در میان کشورها به صورت متوسط، مخارج پرداخت از جیب سلامت به آرامی کاهش می‌یابد (از ۳۵ درصد کل مخارج سلامت در سال‌های

برنامه‌های بین‌المللی پایش خانوارها مانند USAID پایش سلامت و دموگرافیک<sup>۲</sup> (DHS) و پیمایش نمونه خوشه‌ای شاخص‌های چندگانه<sup>۳</sup> (MICS) ابزارهای انجام اینکار بوده‌اند. در سال‌های اخیر کشورهای بیشتری پیمایش‌هایی را اجرا می‌نمایند که در مورد ریسک فاکتورهای مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر نیز اطلاعات جمع‌آوری می‌نمایند.<sup>۲۵</sup> اکنون بسیاری از پیمایش‌ها اطلاعات بیولوژیک و داده‌های کلینیکی مانند آنتروپومتری<sup>۴</sup>، فشار خون یا آزمایش‌های ایدز را نیز جمع‌آوری می‌نمایند. علاوه بر این در سایر انواع داده‌ها مانند ردیابی مخارج سلامت از طریق حساب‌های ملی سلامت نیز بهبودهایی حاصل شده است.<sup>۲۶</sup>

## تحولات مثبت

پوشش همگانی سلامت یک تلاش چندگانه و پیچیده می‌باشد و عوامل زیادی در توسعه موفق آن نقش دارند. تجربه‌های کلیدی‌ای که در این حیطه وجود دارد شامل: (۱) مرکزیت رهبری کشور و مشارکت‌های سیاسی برای مفهوم پوشش همگانی سلامت، (۲) نقش مهم مشارکت‌کنندگان شامل اقدامات بین بخشی و بسیج جوامع و جامعه مدنی و (۳) نیاز به حمایت همکاران توسعه‌ای در کشورهای دارای درآمد پایین و پایین‌تر از متوسط. افزایش قابل توجه در تامین مالی داخلی و خارجی، حتی اگر بخش اعظم آن‌ها صرف مداخلات مرتبط با بیماری‌های خاص شده باشد نیز موجب پیشرفت می‌شوند. با این وجود، افزایش و تقویت پیشرفت بدون داشتن یک رویکرد جامع برای تقویت سیستم سلامت مشکل خواهد بود.

اقدامات کشوری: این موارد شامل مشارکت‌های سیاسی در سطوح بالا، استراتژی‌های ملی هماهنگ شده و طرح‌ها، پیاده‌سازی رویکردهای نوآورانه و افزایش پوشش مداخلات اثبات شده از نظر اثربخشی می‌باشد.

کشورهای زیادی سیاست‌ها، استراتژی‌ها و طرح‌های سلامت ملی یکپارچه ایجاد نموده‌اند. به‌عنوان مثال، استراتژی ملی نیروی کار سلامت و طرح‌هایی که موجب افزایش توجه به کیفیت به‌صورت کلی و عملکرد محوری و با هدف از بین بردن موانع موجود برای جذب، آموزش، حفظ و مهاجرت نیروی کار طراحی شده‌اند. در بسیاری از موارد، استراتژی‌های مربوط به تقویت نیروی کار برای ایجاد انگیزش جهت ارتقا ارائه خدمات سلامت اولویت‌دار از طریق انگیزش‌های خاص ایجاد شده توسط اصلاحات تامین مالی سلامت حمایت شده‌اند.<sup>۲۷</sup> کشورهای زیادی چارچوب جامع نتایج بخش سلامت را که بر پوشش همگانی

2. Demographic and health surveys
3. Multiplier indicator cluster sample survey
4. Anthropometry

سلامت تمرکز می‌نماید و پایش منظم و جامع پیشرفت‌ها را تضمین می‌نماید ایجاد نموده‌اند.<sup>۲۸</sup>

بیش از ۷۰ کشور طرح‌های اعتبار بخشی بیمارستانی را برای بهبود کیفیت مراقبت‌ها ایجاد نموده‌اند. حدود ۱۴۰ کشور لیست داروهای ضروری ملی را برای هدایت تصمیمات خرید ایجاد نموده‌اند. استفاده از عملکردهای تولیدی خوب در قوانین مربوط به داروهای ملی در بیش از ۱۰۰ کشور مثالی دیگر از تلاش کشورها برای تقویت خدمات سلامت می‌باشد.

بیشترین پیشرفت به سمت پوشش همگانی سلامت در کشورهایی صورت گرفته است که تلاش‌های خاصی را برای در دسترس قرار دادن سلامت و مقرون به‌صرفه نمودن آن برای فقرا انجام داده‌اند.

مشارکت‌های جهانی و عمل: قطعنامه‌های چندگانه جهانی و همکاری‌ها موجب ایجاد برنامه‌کاری تقویت نظام‌های سلامت و پوشش همگانی سلامت در دستور کار کشورها، همکاران توسعه‌ای، انجمن‌های مدنی و سایرین شده است. در مجمع سلامت جهانی کشورها قطعنامه‌های زیادی در ارتباط با تقویت سیستم‌های سلامت و پوشش همگانی سلامت را پذیرفته‌اند.<sup>۲۹،۳۰</sup> علاوه بر این، مجمع عمومی سازمان ملل قطعنامه‌ای را در ارتباط با پوشش همگانی سلامت در سال ۲۰۱۲ تصویب نمود.<sup>۵</sup> برخی از این قطعنامه‌ها و مشارکت‌ها عمر کوتاهی داشتند و فاقد منابع بودند، برخی دیگر موجب ایجاد برنامه‌های کاری موازی شده‌اند، با این وجود برخی از آن‌ها تاثیرات قابل توجهی داشته‌اند. مثال‌هایی از آن‌ها عبارتند از:

تلاش‌های مرتبط با بهبود اثربخشی کمک‌ها مانند بیانیه پاریس در مورد اثربخشی کمک‌ها، برنامه اقدام کاری آکرا<sup>۳۱</sup>، در سال ۲۰۱۱ همکاری بوسان برای همکاری‌های توسعه‌ای موثر.<sup>۳۲</sup> IHP+ در سال ۲۰۰۷ ایجاد گردید و در حال حاضر تلاش‌های ۶۵ کشور در حال توسعه، اهدا کنندگان دوجانبه، آژانس‌های بین‌المللی و بنیادها را با یکدیگر هماهنگ نموده است.<sup>۳۳</sup> از طریق تشویق دولت‌های ملی، آژانس‌های بین‌المللی، جوامع مدنی و سایرین برای هماهنگ نمودن تلاش‌هایشان با محور یک استراتژی و طرح سلامت ملی واحد کشوری عمل می‌نماید.

برخی از استراتژی‌های مشارکتی برای تقویت جنبه‌های خاص سیستم‌های سلامت طراحی شده بودند. مثال‌های آن شامل همکاری نیروهای کار سلامت جهانی که در سال ۲۰۰۶ با هدف ایجاد یک چارچوب مشترک برای برطرف نمودن بحران نیروی کار ایجاد گردید،<sup>۳۴</sup> کمیسیون اطلاعات و پاسخگویی برای سلامت زنان و کودکان،<sup>۳۵</sup> شمارش معکوس برای بقای مادران، نوزادان و کودکان که پیشرفت در شاخص‌های کلیدی RMNCH را ردیابی می‌نماید،<sup>۳۶</sup> شبکه سنجش سلامت که بر ایجاد سیستم‌های اطلاعات سلامت تمرکز می‌نماید؛<sup>۳۷</sup> و

برنامه سلامت بیماران که بر تضمین کیفیت مراقبت‌ها تمرکز می‌نماید.<sup>۳۸</sup>

سایر استراتژی‌ها و مشارکت‌ها یک رویکرد سیستماتیک جامع برای سیستم‌های سلامت ایجاد نموده‌اند. این موارد شامل: ارائه برای سلامت<sup>۳۹</sup> (P4H)، شبکه‌ای جهانی برای حمایت فعالانه شرکای توسعه‌ای از اصلاحات کشورها در زمینه پوشش همگانی سلامت و حمایت از سلامت اجتماعی؛ طرح‌های منطقه‌ای برای هماهنگ‌سازی سلامت در آفریقا،<sup>۴۰،۴۱</sup> تمرکز بر تقویت سیستم سلامت؛ و سیستم‌های جهانی سلامت، برنامه‌ای ایجاد شده توسط محققان، سیاست‌گذاران و اجراکنندگان برای گسترش حیطه تحقیق در سیستم‌های سلامت.<sup>۴۲</sup> این مشارکت‌ها منجر به ایجاد نیرو محرکه‌ای برای پوشش همگانی سلامت و پیشرفت به سمت اجماع نظر در مورد موضوعات خاص مانند نیاز به کاهش وابستگی به مخارج پرداخت از جیب شده است.

علاوه بر این، این‌ها مثال‌هایی از تلاش‌های بین‌کشوری می‌باشد که منجر به یک مجموعه از راهنماهای سیاسی و تکنیکی برای حمایت از تلاش‌های کشورهای برای پیشرفت به سمت پوشش همگانی سلامت شده است.<sup>۴۳،۴۴</sup> به‌عنوان مثال گزارش سلامت جهانی سال ۲۰۱۰ در مورد تامین مالی سلامت برای پوشش همگانی سلامت ابزاری برای افزایش پروفایل پوشش همگانی سلامت و مسائل فنی و سیاستی برای حمایت از کشورها جهت انتشار تجربه‌های کسب شده توسط آن‌ها به‌صورت گسترده بود. مثال دیگر برنامه حداقل‌های کیفیتی مورد نیاز سازمان بهداشت جهانی می‌باشد که در ایجاد اولویت‌های کیفیتی در حوزه داروهای ضروری در تمام کشورها مفید بود.

رویکردهای نوآورانه: تاثیر تکنولوژی‌های جدید شامل تکنولوژی‌های اطلاعات و ارتباطی<sup>۵</sup> (ICT) بر بهبود ارائه خدمات و عملکرد سیستم در بسیاری از شرایط مفید بوده است. درمان‌های جدید، شامل ART، و ACT و درمان هپاتیت C به میزان بسیار زیادی دسترسی به درمان را تمام گروه‌های اجتماعی - اقتصادی بهبود بخشیده‌اند. تکنیک‌های تشخیصی و روش‌های آزمایش جدید به ما اجازه تشخیص زود هنگام و کاربرد تصمیمات درمانی ساده را می‌دهد، نه تنها برای بیماری‌های عفونی مانند ایدز و مالاریا، بلکه حتی در مورد سرطان‌ها (بالاخص سرطان دهانه رحم) و شرایط مزمن مانند کم‌خونی؛ دیابت و هپاتیت. استفاده از ICT در بخش سلامت - که در اغلب موارد eHealth یا mHealth نامیده می‌شود - ظرفیت بالقوه‌ای برای افزایش ارتباطات میان کارکنان سلامت و افراد و جوامع ایجاد نموده است، و مثال‌های بسیار زیبایی از موفقیت در بهبود پیروی از رژیم‌های درمانی و همچنین تسریع دسترسی به مراقبت‌های اورژانسی وجود دارد. همچنین، eHealth/

mHealth به افزایش تاکید بر سنجش عملکرد و پاسخگویی از طریق بهبود جمع‌آوری داده‌ها، مدیریت، تسهیم و انتشار کمک نموده است.

## چالش‌ها

ضعف‌های سیستم سلامت: علی‌رغم افزایش در مخارج داخلی (دولتی و خصوصی) و خارجی سلامت، در بسیاری از کشورها سیستم‌های سلامت با کمبود بودجه مواجه‌اند و در تلاش برای تحت پوشش دادن خدمات سلامت پایه جمعیت خود با مشکل مواجه هستند. دسترسی به خدمات در جمعیت‌های روستایی و فقیرترین قشر جمعیت پایین است و بسیاری از مراکز به‌علت مدیریت ناکارا مراقبت‌های پایین‌تر از حد استاندارد ارائه می‌نمایند. بسیاری از کشورها فاقد منابع اساسی در بسیاری از حیطه‌ها می‌باشند.

**تامین مالی سلامت:** هر ساله، حدود ۱۰۰ میلیون نفر در نتیجه هزینه‌های پرداخت از جیب سلامت به زیر خط فقر سقوط می‌کنند، و در حال حاضر بیشتر از ۱٫۲ میلیارد نفر در فقر زندگی می‌کنند، که به دلایل مشابه (هزینه‌های پرداخت از جیب سلامت) بیشتر به ورطه فقر کشیده می‌شوند.<sup>۱</sup> چالش‌های دیگر در کشورهای با درآمد کم و متوسط شامل ناکارآمدی سیستم‌ها به‌علت ساختارهای عمودی، تمرکز بر بیماری‌های خاص می‌باشد که میراثی است که در پاسخ به اهداف توسعه هزاره ایجاد شده و مکانیسم‌های تامین مالی جهانی نیز از آن پشتیبانی نموده است. در نهایت، تمرکز قابل درک برای جمع‌آوری پول بیشتر برای امکان‌پذیر کردن پیشرفت بیشتر به سمت پوشش همگانی سلامت، خطر اینکه UHC را تنها یک مسئله مالی بدانیم را به وجود می‌آورد. حداقل باید توجه برابری به ناکارآمدی سیستم و بهبود پوشش کیفیت خدمات برای همه گروه‌های جمعیتی صورت گیرد.<sup>۴۵</sup>

**منابع انسانی ناکافی:** با وجود بهبود نسبی‌ای که پیش از این به آن اشاره شده، بسیاری از کشورها به‌ویژه در مناطق روستایی<sup>۱۹</sup> همچنان با کمبودهای زیادی روبه‌رو هستند. اجرای دستورالعمل جهانی سازمان بهداشت جهانی در مورد استخدام بین‌المللی پرسنل سلامت بین کشورها متناقض است و تعداد متخصصین حرفه‌ای سلامت که تصمیم به مهاجرت می‌گیرند سال به سال رو به افزایش است.<sup>۴۶</sup> نابرابری عمده در توزیع کارکنان سلامت در کشورها باقی می‌ماند، آموزش نیروی کار سلامت ممکن است ضعیف و به شیوه‌ای از رده خارج (قدیمی) باشد، و اغلب مبتنی بر شایستگی نباشد، و علیرغم اینکه حقوق کارکنان سلامت سهم قابل توجهی از کل هزینه‌های سلامت می‌باشد سطح پایین غیر قابل قبولی از شفافیت و کیفیت در مورد داده‌های<sup>۲۷</sup>



نیروی کار سلامت در بسیاری از کشورها وجود دارد .

**تولیدات دارو بی ناکافی:** پیشرفت نامتوازنی در فراهم آوردن دسترسی به داروهای اساسی مقرون به صرفه وجود داشته است<sup>۴۸</sup>، در حالی که در بسیاری از کشورهای داروهای SSFFC<sup>۶</sup> در زنجیره تامین یافت می‌شود، سلامت مردم و اعتبار خدمات سلامت را به خطر می‌اندازد<sup>۴۹</sup>. پیچیدگی داروهای جدید و تولیدات پزشکی و بین‌المللی شدن تولید و توزیع محصولات پزشکی، افزایش چالش‌های سیستم‌های نظارتی را در پی خواهد داشت. هم‌چنین در مورد آنتی‌بیوتیکها، تجویز و استفاده نامناسب داروها منجر به رشد مشکلات مربوط به مقاومت دارویی شده است. در مورد فرآورده‌های خونی مایع‌ها برعکس می‌باشد، عدم تعادل جهانی بین میزان اهدا و نیاز در حال تبدیل شدن به یک نگرانی است، تقریباً نیمی از اهدا در کشورهای با درآمد بالا رخ داده است، که این کشورها کمتر از یک پنجم از جمعیت جهان را دارا می‌باشند<sup>۲۲</sup>.

**کیفیت خدمات:** در مورد کیفیت خدمات سلامت، در حالی که تعدادی از کشورها در حال پذیرفتن اعتبار بخشی (مجوز رسمی) به‌عنوان راهی به منظور بالا بردن استانداردها در بیمارستان‌ها<sup>۵۰</sup> هستند، و بر روی یکپارچه‌سازی سیستم به‌عنوان راهی برای مهیا کردن مراقبت مردم محور کار می‌کنند<sup>۵۱</sup>، بسیاری از آنها همچنان به ارائه مراقبت پایین‌تر از استاندارد می‌پردازند که با سطوح بالایی از خطای پزشکی<sup>۵۲و۵۳</sup>، از طریق سیستم‌های سلامتی که به سمت بیمارستان‌هایی منحرف شده‌اند که با سیستم مراقبت‌های بهداشتی اطراف‌شان و یا با جوامعی که برای ارائه خدمت<sup>۵۴</sup> به آنها در نظر گرفته شده‌اند، ارتباط کمی دارند مشخص می‌شوند. اعتباربخشی در مانگاه‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه عملاً وجود ندارد<sup>۵۵و۱۲</sup>. سیستم‌های موجود برای نظارت و بهبود عملکرد در بسیاری از کشورها ضعیف می‌باشند.

**حاکمیت ضعیف:** به طور کلی، حاکمیت بخش سلامت در بسیاری از کشورها همچنان ضعیف است، در حالی که سهم ارائه خدمات درمانی خصوصی که اغلب به طور ناقصی تنظیم شده‌اند به سرعت در حال گسترش است، که منجر به انحرافات بالقوه در نوع، مقدار، توزیع، کیفیت و قیمت خدمات سلامت می‌شود<sup>۵۶</sup>. دیگر جنبه‌های حاکمیت سلامت مانند افزایش مشارکت، شفافیت و پاسخگویی، هر چند رو به بهبود است، اغلب هنوز محدوداند. علاوه بر این، سیستم‌های نظارتی و بهبود عملکرد در بسیاری از کشورها ناکافی هستند.

**اطلاعات و پاسخگویی ناکافی:** گپ داده‌های اصلی در اکثر حوزه‌های برنامه‌ریزی، اجرای هدفمند، بهبود عملکرد و پاسخگویی به جامعه مدنی، مجلس، شرکای توسعه‌ای و غیره را تحت تاثیر قرار می‌دهد. برای مثال بسیاری از کشورهای با

درآمد کم و متوسط رو به پایین، فاقد سیستم ثبت احوال و آمار حیاتی<sup>۷</sup> CRVS، تسهیلات بهداشتی با عملکرد خوب و سیستم‌های اطلاعات جامعه، سیستم‌های نظارت بر بیماری‌ها، تامین نیروی کار بهداشت و بودجه سلامت هستند.

**چند پارچگی:** یکی از پیامدهای ناخواسته اهداف توسعه هزاره تمرکز بر روی بیماری‌های خاص و مسائل مربوط به سلامت است که تمایل به تقویت مجموعه برنامه‌های تنظیم شده برای مهیا نمودن مداخلات خاص دارد. این امر اغلب به ساختارهای موازی و تکراری منجر می‌شود که هزینه‌های کلی سیستم را افزایش می‌دهد و موانعی برای حاکمیت منسجم نظام سلامت در بر خواهد داشت. همه کشورها در حال حاضر با طیف بسیار گسترده‌ای از چالش‌های سلامتی مواجه‌اند، از جمله افزایش سریع بیماری‌های غیر واگیر، و اذعان گسترده‌ای وجود دارد که اهداف سلامت SDG - از جمله هدف UHC - فرصتی برای تمرکز مجدد تلاش‌ها برای یک روش کارآمدتر جهت اصلاحات گسترده سیستم ایجاد می‌کنند که براساس اصول ادغام خدمات بهداشت و مراقبت مردم محور<sup>۵۷و۵۸</sup>، و اتحاد سیستم‌های اساسی پشتیبانی (به‌عنوان مثال اطلاعات، تدارکات، زنجیره تامین) می‌باشد. حرکت جهانی به سمت نتایج به‌علت بودجه بیماری‌های خاص است که همچنان به‌عنوان یک چالش عمده‌ای حضور دارد که نیازمند به راه‌حل‌های خلاقانه در سطح ملی است.

**فقدان انعطاف پذیری سیستم‌های سلامت:** سیستم‌های سلامت ضعیف با خطرات متنوع تامین سلامت مرتبط‌اند، از جمله گسترش بیماری‌های همه‌گیر، و ناتوانی در پاسخگویی در زمانی که فوریت‌های سلامتی رخ می‌دهند. این ویژگی کاملاً در غرب آفریقا که در آن کشورهای گینه، لیبیا و سیرالئون در مواجهه با بحران ابولا تلاش می‌کردند و به دلیل منابع و زیرساخت‌های ضعیف نظام سلامت، و به علاوه فقدان آمادگی، آشکار بود<sup>۷</sup>. در مواقع دیگر، آمادگی و مدیریت برای شرایط اضطراری ناشی از حوادث (طبیعی و یا با منشأ انسانی) همانند کشمکش‌ها اکثر اثبات شده است که ناکافی است. انعطاف‌پذیری سیستم‌های سلامت شامل ظرفیت آمادگی و پاسخ‌اثریخس به بحران‌ها، و حفظ و یا انطباق عملکرد اصلی سیستم سلامت هنگام وقوع بحران، می‌باشد<sup>۹</sup>. انعطاف‌پذیری بر روی حقوق اصلی (sound legal)، نهادهای قانونی و سیاسی (در هر دو سطح کشوری و جهانی) ساخته شده است. مقررات بهداشت بین‌المللی (IHR<sup>۸</sup>) یک چارچوب جهانی برای بهبود سلامتی جمعی ارائه می‌دهند، و ظرفیت‌های محوری IHR اجزای سیستم‌های بهداشتی از قبیل نظارت بر کیفیت و ظرفیت آزمایشگاهی است، ظرفیت

7. civil registration and vital statistics

8. International Health Regulations

6. substandard, spurious, falsified, falsely-labelled and counterfeit



با وجود اینکه در دوران MDG تمرکز واضحی برای تقویت سیستم سلامت در راستای UHC وجود نداشت، سرمایه گذاری های متعدد توسط کشورها و شرکای جهانی در قسمت‌های خاصی از سیستم های سلامت صورت گرفته است که به بهبود در زمینه های کلیدی منجر شده است. چندین کشور نیز سیاست های قوی به نفع فقرا را توسعه داده اند که بوسیله پیشرفت به سوی هدف UHC پشتیبانی شده اند. این گونه تلاش‌ها پایه و اساس مهمی برای رسیدن به اهداف UHC ارائه می کنند. به طور مشابه، برنامه های راهبردی در حمایت از هدف SDG برای UHC می تواند بر قطعنامه‌های متعددی که بر سیستم سلامت و UHC متمرکزند، ساخته شوند. این قطعنامه ها توسط کشورها در مجمع جهانی سلامت و مجمع عمومی سازمان ملل از سال ۲۰۰۵ تصویب شده اند، که شامل نیروی کار سلامت (هفت قطعنامه)، دارو و فن آوری (۱۸ قطعنامه)، تامین مالی سلامت و UHC (سه قطعنامه)، اطلاعات بهداشتی (یک قطعنامه)، گفت و گو سیاسی (یک قطعنامه) و بسیاری دیگر که در مجامع منطقه ای تصویب شده اند می باشد. این قطعنامه‌ها تنها بازتابی از بحث‌ها و سیاست‌های کشوری نیست، بلکه همچنین می توانند برای نفوذ در سیاست‌ها، استراتژی‌ها و برنامه های کشور، مورد استفاده قرار گیرند. در بعضی موارد، همچنین قطعنامه ها برای بهبود نظارت بر پیشرفت از طریق جمع آوری داده ها متمرکز، گزارش دهی و بررسیهای پیشرفت، عمل می کنند. در عین حال، تعداد زیادی از قطعنامه‌های خاص بر روی جنبه های سیستم‌های سلامت به نظر می رسد علاقه بیشتری را در سطح جهانی و منطقه ای در خدمات سلامت یکپارچه مردم محور، تحریک کرده اند.

آرمان ۳، ۹ هدف اساسی و چهار اصل مازاد دارد که البته هدف هم هستند اما به عنوان ابزاری برای اجرا ذکر شده اند. این بخش در دستور کار جدید اعلامیه اهداف توسعه هزاره بیان می کند:

به منظور ارتقاء سلامت جسمی و روانی و تندرستی و افزایش امید به زندگی برای تمام مردم، ما بایستی به پوشش سلامت عمومی و دسترسی به مراقبت های بهداشتی با کیفیت، دست یابیم. هیچ کس را نباید فراموش کرد. ما متعهد به ...

بدین ترتیب UHC به عنوان هدف اساسی و کلید مهمی برای دستیابی به تمام دیگر اهداف است. بدون UHC به عنوان یک رویکرد زیر بنایی، خطر آن وجود دارد که دنبال کردن اهداف فردی به طور جداگانه منجر به تکه تکه شدن و سردرگمی بیشتر در کشور شود. UHC، به جای اینکه به عنوان یک هدف در میان بسیاری از اهداف دیگر دیده شود باید به عنوان یک نقش یکپارچه ساز (رابط) باشد، و زیر بنای یک رویکرد پایدارتر

واکنش مناسب با جامعه و نیروی کار<sup>۶۰</sup> سلامتی که به خوبی آموزش دیده در ارتباط است. با این حال، اجرای IHR، تاکنون رضایت بخش نبوده است (به فصل ۵ نگاه کنید).

**سرمایه گذاری ناکافی در تحقیق و توسعه R & D:** عدم توازن ساختاری در چگونگی سرمایه گذاری و دسترسی به تشخیص‌های نوآورانه، واکسن‌ها، درمان‌ها و داروها باقی مانده است. کارهای بسیار بیشتری برای گسترش انتقال تکنولوژی برای گسترش دسترسی به محصولات پزشکی در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط بایستی انجام شود. با در نظر گرفتن تجهیزات پزشکی، افزایش استفاده از ارزیابی سیستماتیک فناوری سلامت<sup>۶۱</sup> به برخی از کشورها (بیشتر کشورهای با درآمد بالا) برای خرید محصولات مناسب برای نیازهایشان، کمک می کند، در حالی که نوآوری مرقون به صرفه، دستگاه‌هایی را که نه تنها ارزان تراند، بلکه بهتر با شرایط محلی<sup>۶۲</sup> انطباق پیدا می کنند را پیشنهاد می دهد. در واقع، این فرصتی برای نوآوری معکوس - انتقال جنوب به شمال - است که به طور فزاینده دیده شده است. به همین ترتیب، شکاف اصلی در سیستم‌های سلامتی، تحقیق کاربردی و سیاست‌گذارانه است که برای ایجاد سیستم‌های بهداشتی کارآمدتر و موثرتر نیاز به توجه دارد<sup>۶۳</sup>. R & D برای داروهای جدید، واکسن‌ها و سایر محصولات پزشکی برای بیماری‌های فراموش شده، ناکافی باقی مانده است. فقط ۴ درصد از محصولات جدید در طول ۲۰۰۰-۲۰۱۱ برای بیماری‌های فراموش شده ثبت شده است و تنها در حدود ۱ درصد از سرمایه گذاری R&D در سال ۲۰۱۰ برای بیماری‌های فراموش شده<sup>۶۵</sup> انجام شده است. بخش خصوصی سرمایه‌گذاری کمی به علت دورنمای سود (انتفاعی بودن) انجام داده است، و بودجه‌های دولتی و طرح‌های ویژه - اگر چه افزایش داشته و نتایجی همرا داشته است - اما هنوز طیف کاملی را پوشش نمی دهند. ابتکارات جدید متعددی و رویکردهایی برای مقابله با این شکاف مورد بحث قرار گرفته است و همچنین به تصویب قطعنامه WHA رسیده است<sup>۶۶</sup>.

سمت SDGs است، از آنجایی که بخش بهداشت و درمان یک کارفرمای بزرگ (عمومی، خصوصی و ...) و یک عامل رشد اقتصادی است. چهار هدف از استراتژی جدید عبارتند از: ۱- بهینه سازی تاثیر نیروی کار سلامت موجود به سمت UHC، SDG و امنیت بهداشت جهانی؛ ۲- تراز کردن چارچوب سرمایه گذاری منابع انسانی برای سلامت (HRH) برای نیازهای آینده سیستم سلامت و خواسته های بازار کار سلامت، به حداکثر رساندن فرصت هایی برای ایجاد اشتغال و رشد اقتصادی؛ ۳- ایجاد ظرفیت نهادهای ملی و بین المللی برای یک رهبری و حاکمیت مؤثر از HRH. و ۴- اطمینان حاصل شود که داده های HRH قابل اعتماد، هماهنگ و بروز هستند، شواهد و دانش زیربنای نظارت و پاسخگویی تلاش های HRH در سطوح ملی و جهانی است<sup>۴۷</sup> و<sup>۴۸</sup>. همچنین مهم است توجه بر روی دستورالعمل جهانی WHO برای بکارگیری استخدام بین المللی کارکنان سلامت برای رسیدگی به موضوع مهاجرت کارگران، در حالی که به اهمیت اشتغال در رشد اقتصادی اذعان می شود، دوباره تمرکز شود. برای مورد آخر سازمان بهداشت جهانی تحت نظارت دبیر کل سازمان ملل هماهنگ کننده کمیسیونی برای آینده اشتغال سلامت و رشد اقتصادی<sup>۴۹</sup>، خواهد بود.

**توليدات پزشکی:** قطعنامه های متعدد و توافقنامه های بین المللی باعث شناسایی چندین زمینه کلیدی از علایق استراتژیک می شوند، از جمله تقویت سیاست ملی و اختیارات قانونی (نظارتی)<sup>۵۰</sup>، R & D برای بیماری هایی که به طرز نامتناسبی کشورهای در حال توسعه را تحت تاثیر قرار می دهند (همچنین نگاه کنید SDG ۳.b) و گسترش دسترسی به واکسن ها و داروهای ضروری و تشخیص در زمینه UHC<sup>۵۱</sup>. مورد آخر به این معناست که: ۱- به حمایت از دسترسی بهتر به مداخلاتی که از پیش اثربخشی آنها سنجش شده برای بیماری هایی اولویت دار ادامه دهید<sup>۵۲</sup> - انتخاب مناسب داروهای ضروری و سایر محصولات پزشکی شامل استفاده از ارزیابی های فناوری سلامت و سیاست هایی برای رسیدن به قیمت گذاری مقرون به صرفه<sup>۵۳</sup> - بهبود پوشش توليدات پزشکی برای بیماری های غیر واگیر (NCDs)؛<sup>۵۴</sup> - تضمین استفاده مناسب از داروها؛<sup>۵۵</sup> - پرداختن به مقاومت ضد میکروبی و استفاده متعدهانه از داروها؛<sup>۵۶</sup> - پرداختن به رشته های بالینی محروم، به عنوان مثال بوسیله ارتقاء و انتقال فناوری.

### اطلاعات سلامت و پاسخگویی:

یک نقشه راه و درخواست اقدام برای اندازه گیری و مسئولیت پذیری نتایج سلامت از خطوط کلی اولویت های مهم طی دوره ۲۰۱۵ تا ۲۰۳۰ می باشد<sup>۵۷</sup>. تمرکز این نقشه راه روی کشورهای

برای دستیابی به دیگر اهداف سلامت و ایجاد تعادل در میان آنها پنداشته شود. به دلیل ماهیت متقاطع اقدامات توسعه ای نظام سلامت ضروری برای پیشرفت به سوی UHC، می توان آن را به عنوان کارآمدترین پلت فرم برای ادغام تمام اهداف سلامت SDG در نظر گرفت، همچنین داشتن ارتباط قوی با دیگر اهداف مرتبط با سلامت در SDGs (از جمله آموزش، اشتغال، جنسیت، تغذیه، فقر و دیگر موارد) نیاز است. علاوه بر این، دستور کار UHC در ارتباط با همه کشورها است، از آنجا که همه کشورها فضایی را برای بهبود آرمان های تعبیه شده در تعریف UHC دارند. اهداف خاص SDG مرتبط به داروها و واکسن ها، و تامین مالی سلامت و نیروی کار سلامت مربوط به کشورهای کمتر توسعه یافته است، اما تقویت سیستم گسترده شرط لازم و ضروری برای حفظ پیشرفت به سوی UHC است، که توسط افزایش اتکا به تجمیع اجباری منابع مالی (به عنوان مثال مالیات و دیگر مکانیزم های مشارکت تصریح شده در قانون) همانگونه که در گزارش بهداشت جهانی ۲۰۱۰ شرح داده شده است<sup>۵۸</sup>، مورد حمایت قرار گرفته است، و با استفاده از چارچوبی پیشنهادی که توسط سازمان بهداشت جهانی و بانک جهانی در، چارچوب نظارتی مشترک ساخته شده برای UHC، مورد نظارت قرار گرفته است.

اصلاحات مبتنی بر UHC باید طیف گسترده ای از مسائل را نشان دهد. اولویت بندی این مسائل بستگی به وضعیت کشور دارد.

**خدمات بهداشتی مردم محور و یکپارچه:** در حالی که هر کشور تفاوت هایی دارد، ضروری است که دستور کار UHC، کیفیت خدمات سلامت ارائه شده را اولویت بندی کند. برای حمایت از این دستور کار، و برای مقابله با چالش های اصلی نظام سلامت، سازمان بهداشت جهانی در حال آماده سازی برای راه اندازی یک استراتژی جهانی برای خدمات بهداشتی مردم محور و یکپارچه است<sup>۶۸</sup> که در پنج جهت استراتژیک است، از جمله جهت یابی مجدد مدل مراقبت به سمت خدمات بهداشت یکپارچه ای که برای سراسر زنجیره مراقبت هماهنگ شده است. این امر برای تمام مراحل دوره زندگی، از جمله سنین بالاتر، که در آن سیستم های سلامت نیاز به مواجهه با افرادی با بیماری های متعدد و تعریف موفقیت در اصطلاح عملکرد مداوم و استقلال نسبت به فقدان بیماری های خاص<sup>۷۰</sup> دارند، ضروری است. این استراتژی همچنین بر توانمند سازی و درگیر کردن مردم و تقویت حاکمیت و مسئولیت پذیری، تمرکز دارد.

**نیروی کار سلامت مناسب:** استراتژی سازمان بهداشت جهانی در منابع انسانی برای سلامتی: نیروی کار ۲۰۳۰ به مجمع جهانی سلامت در ماه می ۲۰۱۶ ارائه خواهد شد. آن در نظر می گیرد که نیروی کار بهداشتی یک اهرم کلیدی برای تغییر و پیشرفت به

با درآمد کم و متوسط است که محرک اصلی چالش های جدید مرتبط به پایش اهداف توسعه پایدار سلامت است که بسیار گسترده تر از اهداف توسعه هزاره می باشند و فرصت هایی جدیدی را توسط انقلاب داده ای ایجاد کرده اند. آرمان این است که همه کشورها اطلاعات سلامت با عملکرد خوب و سیستمی مسئولیت پذیر که خواسته های کشور را برآورده کند و به اهداف توسعه پایدار اجازه دهد که پیشرفت ها را از طریق سرمایه گذاری بزرگتر و کارآمدتر، تمرکز بر تقویت ظرفیت های نهادی و گپ های داده ای سلامت جمعیت (به خصوص تقویت CRVSS)، سیستم اطلاعات جمعیتی و تسهیلات بهداشتی شفاف موثر و شامل مکانیسم های پاسخگویی نظارت کند.

**تحقیقات سلامت:** گزارش ۲۰۱۳ سلامت جهانی اولویت هایی را برای تحقیق و پژوهش پیرامون UHC که نیازمند حمایت ملی و بین المللی است تعیین کرده است. سیستم هایی برای توسعه برنامه های پژوهشی برای جذب سرمایه، تقویت ظرفیت پژوهشی و استفاده مناسب و موثر از یافته های تحقیق مورد نیاز است.<sup>۶۴</sup> پیش روی در ویژگی های زمینه ای مشخص چالش ها و فرصت های UHC، به ویژه در آنهایی که مربوط به ارائه خدمات و تامین مالی هستند به روش های تحقیقاتی که شرایط را در میدان به ویژه پژوهش های عملیاتی (اجرایی) منعکس کند نیازمند است.<sup>۶۵</sup> به این دلیل است که مشارکت کنندگان و شبکه های جهانی انجام تحقیقات میدانی اولویت دار را تشکیل داده اند.<sup>۶۶</sup> تحقیق و توسعه محصولات جدید که نیاز های سلامت مردم را برآورده کند در تمام کشورها ضروری است سرمایه گذاری در تحقیق و توسعه سلامت باید با خواسته های سلامت عمومی هم تراز گردد.<sup>۶۷</sup>

**تامین مالی سلامت:** گزارش سال ۲۰۱۰ سلامت جهانی و گزارش ها و قطعنامه های بعدی پیرامون امور مالی سلامت یک اساس مفهومی برای اصلاحات تامین مالی اصلی مورد نیاز تهیه کرده است. کاهش پرداخت از جیب هزینه های سلامت یک اولویت استراتژیک در همه جای دنیا است و حرکت به سمت افزایش اتکال به تامین مالی عمومی اجباری برای نظام سلامت مورد نیاز است. بنابر این تلاش برای افزایش هزینه های عمومی در سلامت در کشورهایی که هزینه های سلامت دولت همچنان بسیار پایین است، مورد نیاز می باشد. به طور ویژه ای این به معنای این می باشد که توجه بیشتری باید به افزایش سطح درآمدهای بودجه ای دولت برای سلامت از طریق تقویت سیستم مالیات داخلی یا افزایش سهم هزینه های عمومی اختصاص داده شده به سلامت، داده شود. با این حال صرف جمع آوری پول بیشتر برای سلامت موثر نخواهد بود اصلاحاتی به منظور افزایش توزیع مجدد ظرفیت این بودجه (بوسیله کاهش پراکندگی در تجمیع) و برای ترویج بهره وری بیشتر در استفاده از منابع

نظام سلامت ( بوسیله افزایش استفاده از مکانیزم های خرید استراتژیک) مورد نیاز است.

**همکاری بین بخشی:** دستیابی به اهداف سلامت تنها وابسته به اقدامات بخش سلامت نیست بلکه وابسته به عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و زیست محیطی است. دستیابی به UHC تا حد قابل توجهی به بافت سیاست های گسترده تری که سیستم های سلامت در بستر آنها عمل می کند و در سطوح و تفاوت های توسعه اجتماعی و اقتصادی. همکاری های بین بخشی کمک می کنند تا نتایج سلامتی بهبود یابند و عوارض بحران ها را به حداقل می رسانند، سیاست های عمومی ابزاری اساسی برای از بین بردن نابرابری هاست که تاثیرات منفی بر روی سلامتی دارند. سیاست های عمومی باید به شیوه ای شکل داده شوند که پتانسیل در معرض خطر قرار گرفتن را تحت تاثیر قرار دهند و به عبارتی دسترسی به مراقبت ها را افزایش و عوارض بیماری ها را کاهش دهند. اقدامات میان بخشی برای اجرای استراتژی ترویج و محافظت از سلامت ضروری است از جمله سیاست های ضد دخانیات، حفاظت از محیط زیست، امنیت و سلامت مواد غذایی و آب ایمن و فاضلاب. اقدامات دسترسی به آموزش، اشتغال سالم و کاهش فقر مردم را قادر به دستیابی و حفظ سلامتی و بهره مندی از UHC می کند. اهداف توسعه پایدار فرصتی را برای به عهده دار شدن سلامت و توسعه به شیوه ای یکپارچه مهیا می نماید و یک نقطه آغاز حیاتی را برای ترسیم ارتباط بین آرمان ها ارائه می نماید.

**بهبود حاکمیت:** مدیریت پیچیدگی هر یک از عناصر بالا از تقویت کننده های سیستم سلامت چالش برانگیز است و وابستگی شدیدی به ظرفیت حاکمیتی نیرومند برای هدایت سیستم سلامت ملی یکپارچه دارد که بوسیله سیستم مدیریتی مالی و اطلاعاتی قوی هدایت شده باشد که بتواند شفاف، پاسخگو و سازگار با چالش های جدید باشد. حاکمیت مناسب همچنین به چارچوب های قانونی و حقوقی برای اطمینان از پایداری همکاری های بین بخشی موثر، در برخورد با اهداکنندگان جامعه و نظارت بر عملکرد وابسته است.

**انعطاف پذیری سیستم سلامت:** طغیان بیماری و ویروسی ابولا در غرب آفریقا و دیگر طغیان های اخیر مانند مرس در جمهوری کره بر اهمیت سیستم های سلامت قوی با قابلیت عملکردی، مدیریتی و مراقبتی سلامت عمومی به منظور پیشگیری و کنترل عفونت ها، توسعه سیستم مراقبتی بهنگام ادغام یافته با سیستم های اطلاعات مدیریتی سلامت گسترده تر، اطمینان از دسترسی به خدمات اساسی با کیفیت بالا، پرداختن به مسائل نیروی کار سلامت عمومی فوری، و افزایش بسیج عمومی تاکید می کند.

## حاکمیت

برای مخارج یا برنامه بودجه‌ای ۳ ساله می‌باشند؛ و (۳) تعداد کشورهایایی که دارای استراتژی ارزیابی شده مشترک برای بخش سلامت ملی<sup>۲</sup> خود - شامل اهداف و بودجه‌ها- می‌باشند رو به افزایش است.<sup>۸۵</sup>

حاکمیت در خارج از بخش سلامت به معنای همکاری با سایر بخش‌ها - از جمله بخش خصوصی و جامعه مدنی<sup>۴</sup> - برای ارتقا و حفظ سلامت مردم به شیوه خاص و جامع می‌باشد. سازمان‌های جامعه مدنی دارای نقش بسیار مهمی می‌باشند و این امر که ۱۶ مورد از ۱۷ کشور دارای درآمد پایین و درآمد پایین‌تر از متوسط که اطلاعات‌شان موجود بود اینگونه سازمان‌ها را وارد جلسات هماهنگی و گروه‌های کاری فنی خود نموده‌اند واقعا امید بخش است - در عین حال تمام جامعه‌های مدنی در مرور سالانه بخش سلامت درگیر شده‌اند.

همچنین کشورها به شکل رو به افزایشی در حال اجرای چارچوب نتایج جامع بخش سلامت<sup>۵</sup> می‌باشند و کشورهای توسعه یافته‌ای که با آن‌ها همکاری می‌نمایند نیز در تلاش برای هماهنگ نمودن حمایت‌هایشان با این چارچوب نتایج هستند، هرچند که این هماهنگ شدن‌ها از ۲۱ درصد تا ۹۸ درصد کل منابع مالی تامین شده متغیر می‌باشد. فرآیند پاسخگویی متقابل (که در آن ذینفعان مرتبط مانند دولت، بخش خصوصی، جامعه مدنی و کشورهای توسعه یافته که با کشور همکاری می‌نمایند یکدیگر را در قبال مشارکت‌هایشان برای حمایت از استراتژی سلامت ملی پاسخگو نگاه می‌دارند)، نیز پیاده‌سازی شده است به نحوی که ۷۱ درصد از کشورها گزارش نموده‌اند که دارای بررسی ارزیابی متقابل<sup>۶</sup> می‌باشند.<sup>۸۵</sup>

حاکمیت در بخش سلامت مربوط می‌شود به فعالیت‌ها و ابزارهایی که توسط جامعه برای سازمان‌دهی خودش در جهت ارتقا و حفاظت از سلامت مردم جامعه پذیرفته شده است، این فعالیت‌های (مرتبط با حاکمیت) را می‌توان به شیوه‌ای نظام‌مند ارزیابی نمود.<sup>۸۰، ۸۱، ۸۲</sup> حاکمیت شامل اطمینان حاصل نمودن از این مطلب می‌شود که چاقوبی برای سیاست استراتژیک (که هر ۲ بخش عمومی و خصوصی را پوشش می‌دهد) وجود دارد و با نظارت موثر، ایجاد ائتلاف، تنظیم مقررات، توجه به طراحی سیستم و پاسخگویی ترکیب شده است. سیاست‌های سلامت ملی قدرتمند و واقعگرا، استراتژی‌ها و طرح‌ها، اهرم‌های کلیدی برای نیرومندسازی نظام‌های سلامت و پیشرفت در جهت پوشش همگانی سلامت محسوب می‌شوند. در صورتی که همکاری با سایر بخش‌ها گسترش یابد، وضعیت‌های اجتماعی - اقتصادی به شکل گسترده‌تر بررسی شوند، شرایط محیطی و فرهنگی‌ای که نظام سلامت در آن فعالیت می‌نماید در نظر گرفته شود، اثربخشی سیاست‌های سلامت و طرح‌ها افزایش می‌یابد. این مرور مختصر عمدتاً بر کشورهای در حال توسعه تمرکز می‌نماید (کشورهای دارای درآمد پایین و پایین‌تر از درآمد متوسط<sup>۱</sup>).

## روندها

کشورهای زیادی در جیره‌بندی و منطقی‌سازی نظام‌های سلامت چند تکه‌ای<sup>۲</sup> که با تنوع در ذینفعان کلیدی (به‌عنوان مثال ارائه‌کنندگان عمومی، بنگاه‌ها و شرکت‌های خصوصی‌های غیرانتفاعی، و خصوصی‌انتفاعی) و پیچیدگی تقاضای افراد و جوامع شناخته می‌شوند، سرمایه‌گذاری نموده‌اند. در نتیجه، مجدداً علاقه جدید به گسترش ظرفیت تنظیم مقررات و ابزارهای سیاسی تقویت کننده برای توسعه، مذاکره و پیاده‌سازی سیاست‌های سلامت ملی، استراتژی‌ها و طرح‌های نیرومند و پاسخگو ایجاد شده است.<sup>۲۰</sup> در سال ۲۰۱۴، توانستیم ۱۳۴ کشور را شناسایی نماییم که دارای سیاست سلامت ملی، استراتژی یا طرح برای هدایت فعالیت‌هایشان برای رسیدن به پیامدهای سلامت بهتر برای جمعیت‌شان بودند.<sup>۸۴</sup>

مروری که اخیراً بر روی برنامه‌ریزی سلامت در ۲۵ کشور دارای درآمد پایین و پایین‌تر از متوسط صورت گرفته است، گزارش نمود که؛ (۱) پیش‌بینی‌پذیری تامین مالی عمومی در سطح ملی بهبود یافته است، به نحوی که نزدیک به ۷۰ درصد کشورها حداقل ۸۵ درصد بودجه تنظیم شده برای بخش سلامت را به آن اختصاص داده‌اند؛ (۲) وزارت سلامت ۱۹ کشور از ۲۴ کشور مورد بررسی گزارش نموده است که دارای چارچوب میان مدت

3. Jointly assessed national health sector strategy
4. Civil society
5. Comprehensive health sector results in place
6. Mutual assessment review

1. Low- and lower-middle income countries
2. Fragmented health system



## تحولات مثبت

سرمایه‌گذاری‌های صورت گرفته توسط GAVI و منابع مالی جهانی برای برنامه‌های ایمنسازی در برابر ایدز، سل و مالاریا با خود نیازمندی‌هایی را در ارتباط تقویب و ایجاد ساختارهای حاکمیتی خاص در سطح کشور ایجاد نموده است.

**مشارکت افزایش یافته:** مباحث مربوط به حاکمیت سلامت جهانی دیگر محدود به گروه‌ها و بازیگران خاصی نیست، بلکه شامل طیف گسترده‌ای از ذینفعان، شامل، مشارکت عمومی - خصوصی، سازمان‌های بشر دوستانه، صنایع خصوصی، واحدهای غیردولتی، انجمن‌های حرفه‌ای، موسسات دانشگاهی و سایر سازمان‌های جوامع متمدن می‌شود. در حالی که این حیطه گسترده در راستای افزایش جامعیت فعالیت - فرآیندهای مشارکتی - نموده است، منجر به افزایش پیچیدگی به سطح حاکمیت جهانی نیز شده است.

## چالش‌ها

**پیچیدگی افزایش یافته:** کشورها با افزایش پیچیدگی در "فضای" حاکمیتی بخش سلامت مواجه شده‌اند - به نحوی که دولت مرکزی، دولت محلی، آژانس‌های غیردولتی و بخش خصوصی همگی نقشی را ایفا می‌نمایند. این امر چالش‌های زیادی را برای دولت محلی‌ای که در تلاش برای اجرای تولید کلی در بخش سلامت می‌باشد ایجاد نموده است و دولت‌ها را ملزم به پذیرش سیاست‌ها و استراتژی‌هایش نموده است.

**نگرانی‌های مربوط به مدیریت مالی:** در کشورهای دارای درآمد پایین و پایین‌تر از درآمد متوسط، رکود یا کاهش در استفاده از سیستم‌های مدیریت مالی ملی همکاران توسعه‌ای و میزان پیش‌بینی پذیری منابع مالی وجود دارد.<sup>۸۵</sup> علاوه بر این، هیچ بهبود واضحی در مقدار و کیفیت مدیریت مالی عمومی در بخش سلامت وجود ندارد - براساس ارزیابی صورت گرفته توسط سیاست‌گذاری و فرآیندهای ارزیابی موسسات بانک جهانی<sup>۹۰</sup>، **تنظیم مقررات:** علی‌رغم توجه بیشتر به تنظیم مقررات به‌عنوان ابزاری کلیدی جهت حمایت از پیاده‌سازی استراتژی‌های سلامت ملی توسط دولت‌ها، کشورهای زیادی با چالش‌هایی در زمینه ظرفیت و توانایی توسعه و پیاده‌سازی موثر تنظیم مقررات روبه‌رو شده‌اند. این چالش‌ها شامل فقدان منابع انسانی مرتبط با تخصص‌های قانونی، کمبود شواهد پایه در مورد تنظیم مقررات اثربخش و چالش‌های مربوط به تنظیم مقررات که توسط رفتارهای کارآفرینانه<sup>۲</sup> در بخش سلامت (ناشی از هر ۲ مورد ارائه‌کنندگان خصوصی و عمومی) می‌شود.

**گفتمان سیاست ملی:** اهمیت طرح‌های استراتژیک و پاسخگویی متقابل توجه زیادی را به خود جلب نموده است - همانطور که در قطعنامه WHA۶۴ - در سال ۲۰۱۱ تصویب گردید - در ارتباط با تقویت گفتمان سیاست ملی برای ایجاد سیاست‌های سلامت، استراتژی‌ها و طرح‌های نیرومندتر توضیح داده شده است.<sup>۳۰</sup> گفتمان سیاست ملی در کشورهای زیادی ذینفعان بیشتری را درگیر نموده و شامل مشارکت‌های بین بخشی در زمینه سیاست‌های سلامت می‌شود. جامعه بین‌الملل نیز مشارکت‌های خود در تامین مالی توسعه، پایش (فرآیند) پیاده‌سازی استراتژی‌های ملی را افزایش داده است.<sup>۸۶،۸۷</sup>

**تنظیم مقررات:** بسیاری از کشورهای دارای درآمد بالا پیشرفت‌های قابل توجهی در زمینه پوشش همگانی سلامت داشته‌اند، همچنین در افزایش قدرت مکانیسم‌های تنظیم مقررات نیز موفق بوده‌اند. قطعنامه WHA۶۳،۲۷ به نقش برجسته ارائه‌کنندگان خصوصی در ارائه مراقبت‌های سلامت و نیاز به مکانیسم‌های تنظیم مقررات نیرومند - که به تدریج توجه بیشتری را در کشورهای (مختلف) به خود جلب می‌نمایند - پرداخته است.<sup>۸۸</sup>

**همکاری‌های بین‌المللی:** آژانس‌های بین‌المللی توسعه و کشورهای (مختلف) از طریق یکسری از تفاهم‌نامه‌ها به بهبود کارایی و تاثیر همکاری‌های توسعه‌ای پرداخته‌اند - بیانیه پاریس در مورد اثربخشی کمک‌ها و برنامه‌کاری آکرا برای فعالیت<sup>۱</sup>،<sup>۳۱</sup> و همکاری در (برنامه) بوسان برای گسترش اثربخشی همکاری‌ها<sup>۳۲</sup>، IHP+ در سال ۲۰۰۷ ایجاد گردید و در حال حاضر شامل ۶۵ کشور در حال توسعه، اهداکنندگان دوجانبه<sup>۳</sup>، آژانس‌های بین‌المللی و بنیادهای مختلف می‌شود.<sup>۳۳</sup> IHP+ از طریق بسیج دولت‌های ملی، آژانس‌های توسعه، جوامع مدنی و سایرین به هدف خود که حمایت از استراتژی سلامت ملی واحد که توسط کشور (مربوطه تدوین) می‌شود، دست می‌یابد.

**پاسخگویی:** به‌عنوان فرآیندی دوره‌ای که (شامل) پایش، مرور و اقدامات اصلاحی برای پیاده‌سازی طرح‌های ملی‌ای که تاکید بیشتری بر آن‌ها می‌شود تعریف شده است. چارچوب کمیسیون اطلاعات و پاسخگویی برای سلامت زنان و کودکان در ۶۳ کشور اجرا شده است.<sup>۸۹</sup> پاسخگویی متقابل میان دولت و اهداکنندگان از طریق IHP+ بهبود یافته است؛ همکاری که در IHP+ ثبت نام نموده‌اند تلاش می‌نمایند تا یکدیگر را پاسخگو نگاه دارند.

**ارتباط با سرمایه‌گذاری‌ها:** اجرای برنامه‌های سلامت جهانی چندگانه و رشد تاثیرات بنیادهای خصوصی دارای کاربردهای مهمی در سطوح محلی و ملی بوده است. به‌عنوان مثال،

1. World Bank country policy and institutional assessment process  
2. Entrepreneurial behavior

1. Accra Agenda for Action  
2. Busan Partnership for Effective Development CoOperation  
3. Bilateral donors



## اولویت‌های استراتژیک

از سوی دولت‌ها، سازمان‌های جوامع مدنی، بخش خصوصی و بالاخص توسعه شرکای بین‌المللی توسعه<sup>۱</sup> می‌باشد. IHP+ حساس‌ترین بخش‌ها برای انجام فعالیت‌هایی در زمینه شرکای توسعه‌ای را مشخص نموده است (کادر ۱، ۳). نشست‌های اخیر رهبران سلامت جهانی به شدت از فعالیت‌های جدید در ارتباط با این ۷ رفتار - که در صورت اجرا دارای نتایج آشکاری خواهند بود - حمایت نموده است.

### کادر ۱-۳

#### IHP + ۷ رفتار<sup>۱</sup>

اتفاق نظر در مورد اولویت‌هایی که در یک استراتژی سلامت ملی تبلور یافته‌اند و تقویت استراتژی‌های مربوط به زیربخش‌ها از طریق فرآیندی شامل توسعه جامع و ارزیابی مشترک، و کاهش در فعالیت‌ها جداگانه<sup>۲</sup>.

درون‌دادهای مربوط به منابع که در بودجه ثبت می‌شوند و با اولویت‌های ملی همخوانی دارند.

سیستم‌های مدیریت مالی متناسب و هماهنگ شده‌اند؛ ظرفیت‌های مورد نیاز ایجاد شده‌اند یا در حال اجرا می‌باشند، و سیستم‌های کشوری تقویت شده‌اند و از آن‌ها استفاده می‌شود. تدارک/سیستم‌های عرضه متناسب و هماهنگ شده، حذف سیستم‌های موازی، سیستم‌های کشوری تقویت شده و به نحوی از آن‌ها استفاده می‌شود که بهترین ارزش را برای پول هزینه شده به ارمغان آورد. مالکیت ملی می‌تواند شامل منفعت بردن از تدارکات جهانی نیز باشد.

پایش مشترک فرآیندها و نتایج برپایه پلتفرم واحدی از اطلاعات و پاسخگویی - شامل مرورهای سالانه مشترکی که فعالیت‌های اجرا شده و تقویت پاسخگویی دوطرفه را توصیف می‌نماید - قرار دارد.

فرصت‌هایی برای یادگیری سیستماتیک میان کشورهای توسعه‌یافته و (کشورهایی) که تحت حمایت آژانس‌ها قرار دارند (مثل همکاری جنوب-جنوب).

ارائه طرح‌های استراتژیک و حمایت‌های فنی‌ای که به خوبی هماهنگ شده‌اند.

3. Separate exercises

بیانیه SDG توجه زیادی به اهمیت حاکمیت در زمینه‌های توسعه پایدار و پیاده‌سازی موثر نموده است. به‌عنوان مثال، در میان ابزارهای اجرایی برای اهداف سیاسی و انسجام موسسات، اهداف ۱۷، ۱۵ به "احترام به فضای سیاسی هر کشور و رهبری برای ایجاد و پیاده‌سازی سیاست‌هایی برای ریشه‌کنی فقر و توسعه پایدار اشاره می‌نماید"<sup>۳</sup>. الویت‌های مربوط به بهبود حاکمیت در سلامت شامل (این موارد می‌شود):

فرآیندهای بودجه‌ای و مدیریت مالی تقویت شده برای ایجاد توانایی در زمینه پیش‌بینی منابع مالی (مورد نیاز) خدمات سلامت - پیش‌نیازی ضروری برای ارائه خدمات به‌صورت کارا.

ظرفیت‌سازی برای جمع‌آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل از طریق توسعه (سیستم) پایش نیرومند، طرح‌های اطلاعاتی و پاسخگویی و ظرفیت، به همراه تلاش‌های هماهنگ شده برای حمایت از همکاران بین‌المللی.

ارتقا مستمر و توانمندسازی مشارکت‌کنندگان از طریق ذینفعان چندگانه موجود در فرآیندهای بخشی برای پاسخگویی و تضمین برنامه‌ریزی و اجرای اثربخش - جامعه مدنی، بخش خصوصی ارائه‌کنندگان مراقبت‌های سلامت، اعضای پارلمان و همچنین همکاران داخلی.

تقویت موسسات حاکمیتی و مکانیسم‌ها با هدف بهبود در کیفیت خدمات سلامت ادغام یافته، با استفاده از بازرسی و نظارت.

فراهم نمودن گایدلاین‌های شواهد محور و ابزارهایی حاکمیتی برای توانمندسازی کشورها با هدف پیشرفت به سمت پوشش همگانی سلامت.

در کشورهای زیادی نیاز خواهد بود که اصلاحات سیستم سلامت برای پیشرفت به سمت پوشش همگانی سلامت از طریق قوانین ملی مرتبط با دسترسی، عدالت، هزینه و کیفیت صورت گیرد. برای دست‌یافتن به این هدف اقدامات زیادی از جمله موارد ذیل باید صورت گیرد:

ایجاد قوانین مستقیم و حمایت سیاسی از کشورهایی که خواهان توسعه قوانین و چارچوب‌های قانونی برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت می‌باشند.

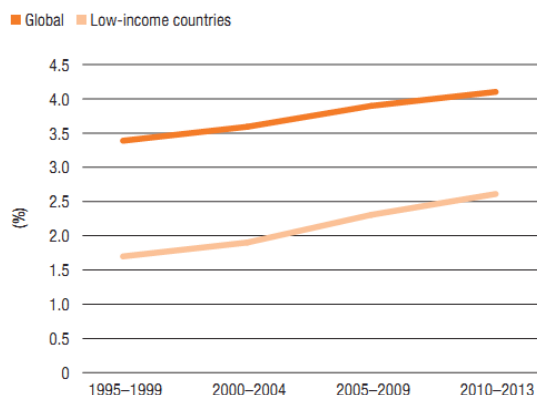
توسعه قوانین شواهد محور به روز، مطالعات موردی و سایر مطالعات برای اطلاع از فعالیت‌های آتی در مورد چارچوب‌های قانونی مورد نیاز برای پوشش همگانی سلامت.

ایجاد همکاری‌ها و معاهدات همکاری استراتژیک با افراد و سازمان‌ها با هدف دفاع و حمایت از پیاده‌سازی موثر چارچوب‌های قانونی پوشش همگانی سلامت.

پیشرفت‌های سریع‌تر برای دستیابی به نتایج نیازمند اقداماتی

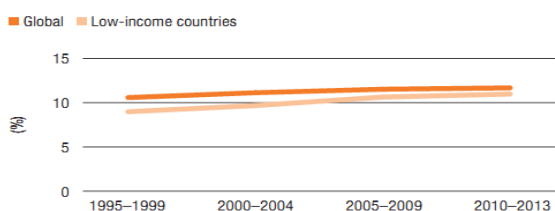
## تامین مالی سلامت

شکل ۶-۳: مخارج عمومی به‌عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی،<sup>۱۸</sup> ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۳



\* Values are unweighted averages.

شکل ۷-۳: مخارج عمومی دولت در سلامت به‌عنوان درصدی از کل مخارج دولتی،<sup>۱۸</sup> ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۳



\* Values are unweighted averages.

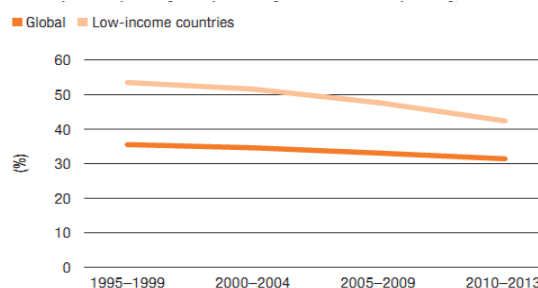
در سطح جهانی - و بالاخص در کشورهای با درآمد پایین - اطلاعات نشان می‌دهند که پشت پرده این افزایش در مخارج عمومی افزایش کمک دولت‌ها به بخش سلامت بوده است (شکل ۳,۷)، هرچند که در موارد زیادی (افزایش حمایت دولت‌ها از بخش سلامت) به شدت توسط منابع مالی خارجی‌ای که از طریق سیستم‌های دولتی در گردش می‌باشد حمایت شده است. علی‌رغم پیشرفت‌های صورت گرفته، کماکان (سطح) مخارج پرداخت از جیب بالا می‌باشد و میلیون‌ها نفر در سطح جهان به‌عنوان بخشی از پیامدهای پرداخت بابت خدمات سلامت در معرض خطر زیان مالی (شامل موارد منجر به فقر) قرار دارند.

ترتیبات تامین مالی سلامت هر کشور عامل مهمی در زمینه عملکرد کلی سیستم سلامت - شامل پیشرفت کشور به سمت پوشش همگانی سلامت - می‌باشد.<sup>۱</sup> در طول ۲۰ سال گذشته کشورهای زیادی گام‌هایی را برای بهبود سیستم‌های تامین مالی سلامت خود هم جهت با منابع موجود برداشته‌اند - اما چالش‌های مهمی باقی مانده است. درس‌های مهم زیادی در هر ۲ حیطة جهت‌های امیدبخش<sup>۱</sup> برای اصلاحات و همچنین اجتناب از نقطه ضعف آموخته شده است.

## روندها

در فاصله زمانی ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۳ کاهش ثابتی در سهم کل مخارج سلامت به شکل پرداخت از جیب در زمان استفاده صورت گرفته است - بالاخص در کشورهای دارای درآمد پایین (شکل ۳,۵). این (دست‌آورد) به این دلیل با اهمیت است که پرداخت از جیب به‌عنوان مانعی در برابر نیاز به استفاده از خدمات برای افرادی که قادر به پرداخت نیستند و تهدیدی برای حفاظت در برابر ریسک مالی عمل می‌نماید.<sup>۹۲</sup>

شکل ۵-۳: مخارج پرداخت از جیب به‌عنوان درصدی از کل هزینه‌های سلامت،<sup>۱۸</sup> ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۳



\* Values are unweighted averages.



## نیروی کار سلامت

سیستم‌های سلامت و خدمات دارای وابستگی بسیار زیادی به اندازه، توزیع، صلاحیت و عملکرد نیروی کار سلامت دارد. عموماً، نیروی کار سلامت در ۴ بعد بررسی می‌شود: در موجود بودن<sup>۱</sup>، دسترسی، مقبولیت<sup>۲</sup>، و کیفیت<sup>۳</sup>. در دسترس بودن سنجهای از عرضه متخصصان سلامت از طریق فرآیند آموزش، به‌علاوه متخصصان سلامتی که در حال حاضر مراقبت سلامت ارائه می‌نمایند، می‌باشد. در دسترس بودن سنج‌های از این می‌باشد که تا چه افراد نیازمند به مراقبت می‌توانند به سادگی متخصصان سلامت را ملاقات نمایند. هر ۲ بعد دارای تاثیراتی بر وسعت پوشش نیازهای عموم مردم توسط سیستم مراقبت‌های سلامت می‌باشد. مقبولیت و کیفیت، به ماهیت مراقبت سلامت ارائه شده مرتبط می‌باشند.

## روندها

گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۶ تخمین زده است که در سطح جهانی با کمبود ۲,۳ میلیون متخصص سلامت بامهارت (به‌عنوان مثال ماماها، پرستاران و پزشکان) و ۴ میلیون شاغل در بخش سلامت مواجه بوده‌ایم.<sup>۱۱۷</sup> کشورهایی که دارای بیشترین بار بیماری بوده‌اند دارای کمترین تعداد از متخصصان سلامت بامهارت بوده‌اند، که اغلب (نیروهای موجود نیز) در مناطق شهری متمرکز بوده‌اند. از آن موقع تغییرات بسیار اندکی روی داده است (شکل ۳,۸).

ارزیابی روند تراکم<sup>۳</sup> کارکنان سلامت در مناطق شهری و روستایی با مشکلاتی همراه است، به‌عنوان مثال کمبود اطلاعات معتبر و دارای قابلیت مقایسه در طول زمان. با این وجود، به‌نظر می‌رسد که براساس شواهد موجود در بیش از نیمی از کشورهایی که با این کمبودهای شدید مواجه بوده‌اند بهبودهای خوبی در تراکم متخصصان سلامت با مهارت در سطح ملی ایجاد شده است.<sup>۱۹</sup>

صورت گیرد. بدون این مورد، سیستم اتکای بیشتری بر منابع مالی خصوصی خواهد داشت - شامل ناعدالتی‌ها و حفاظت‌های مالی ضعیف مرتبط با هر ۲ مورد مخارج پرداخت از جیب و بیمه سلامت اختیاری. علاوه بر این، دولت‌ها دارای قدرت خرید برای مدیریت رشد هزینه در بخش خصوصی ارائه‌کننده نخواهند بود. بنابراین، شکست در افزایش سهم کل مخارج سلامت از منابع عمومی دارای عواقب زیانباری در ارتباط با کارایی خواهد بود.

در حالی که افزایش مخارج سلامت برای پیشرفت در اکثر کشورها ضروری است، اینکه به سادگی پول را به سیستم تزریق نماییم کافی نخواهد بود. اگر می‌خواهیم پیشرفت به سمت پوشش همگانی سلامت پایدار باشد باید از منابع مالی به‌صورت کارا استفاده شود. تجربیات مربوط به اصلاحات نشان می‌دهد که جهت‌گیری کلیدی برای تغییر به کار بستن تکنیک خرید استراتژیک به درآمدهای بودجه عمومی می‌باشد.<sup>۱۱۶</sup>

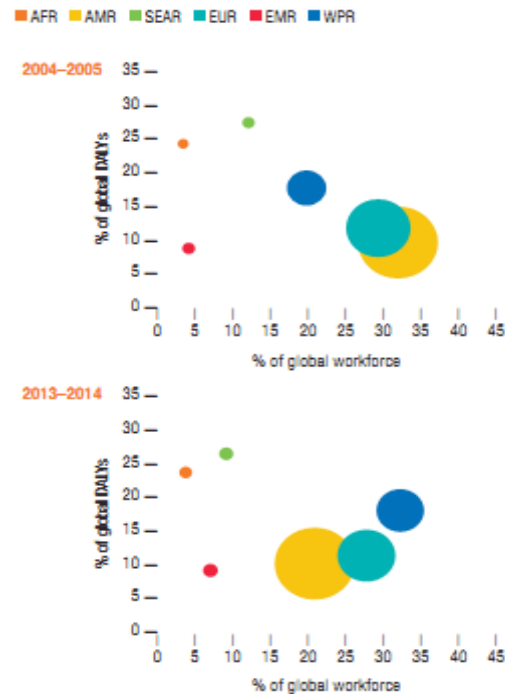
باید توجه بیشتری به افزایش گفت و گوهای موثر میان وزرای سلامت و مالی (یا افراد هم‌تراز آن‌ها) در هر ۲ مورد سطح تامین مالی برای سلامت و همچنین هماهنگ نمودن اصلاحات مالی با قوانین مدیریت تامین مالی عمومی برای توانمندسازی سیستم‌ها برای برداشتن گام‌های حقیقی به سمت پاسخگویی نتیجه‌محور به‌جای کنترل درون‌دادها و پیاده‌سازی بودجه صورت گیرد.

در نهایت اینکه، شکاف مهمی باقی می‌ماند که باید برطرف شود: درک بهتر موانع سمت تقاضا برای استفاده از خدمات مورد نیاز فراتر از نیاز به پرداخت برای خدمات سلامت شامل انتقال به تسهیلات سلامت یا درآمد از دست رفته بالقوه ناشی از جست و جوی مراقبت. پاسخ سیاسی به این چالش‌ها لزوماً شامل تامین مالی نمی‌شود، اما در عوض ممکن است بیشتر در حیطه نوآوری در ارائه خدمت صورت گیرد. بنابراین حرکت به سمت جلو مستلزم اطمینان یافتن از تعادل، و رویکردهای ظریف - شامل ارائه خدمت و تامین مالی تشخیص مشکلات و توسعه راه حل‌های اصلاحی - می‌شود.

1. Availability
2. Acceptability
3. Densitiry



شکل ۸-۳: توزیع کارکنان سلامت براساس سطح مخارج و بار بیماری،<sup>a</sup> براساس مناطق سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴ تا ۲۰۰۵ در برابر ۲۰۱۳ تا ۲۰۱۴)



<sup>a</sup> The size of bubble indicates level of health expenditure as % of global health expenditure.

## تحولات مثبت

**حمایت جهانی و بسیج منابع:** گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۶ توجهات را به سمت بحران نیروی کار سلامت در سطح جهانی که تهدیدی برای دستاوردهای سلامت مرتبط با MDG و پاسخ‌های بهبود یافته در سطح ملی، منطقه‌ای و جهانی محسوب می‌شود، معطوف نمود. در سال ۲۰۰۶ همکاری در مورد نیروی کار سلامت در سطح جهانی به‌عنوان پلتفرمی مشترک برای حل بحران نیروی کار ایجاد گردید.<sup>۳۴</sup> ۳ گردهمایی جهانی در مورد منابع انسانی سلامت در سال‌های ۲۰۰۸، ۲۰۱۱، و ۲۰۱۳ برای بسیج نمودن تمامی بازیگران مرتبط، اشتراک تجارب و اقدامات نشان دهنده خطرات آتی<sup>۱</sup> صورت گرفت. ۷ قطعنامه که به‌طور خاص با برنامه‌های کاری مرتبط با نیروی کار در ارتباط بودند توسط مجمع سلامت جهانی صادر گردید.

**کدهای عملکردی جهانی سازمان بهداشت جهانی در ارتباط با به‌کارگیری پرسنل سلامت در سطح جهانی:** در سال ۲۰۱۰ کدها توسط مجمع جهانی سلامت پذیرفته شدند و تبادل اطلاعات در مسائل مرتبط با پرسنل سلامت و سیستم‌های سلامت برای مواردی همچون مهاجرت و ایجاد انگیزه برای

گزارش‌دهی منظم در فواصل زمانی ۳ ساله در ارتباط با اقدامات صورت گرفته برای اجرای کدها را تشویق نمود. در سال ۲۰۱۵ پیاده‌سازی کدها ۵ سال پس از اولین اجرای آن مورد ارزیابی قرار گرفت. این بازنگری موجب ادامه فرآیند توجه به کدها گردید، اما خواهان اقدامات بیشتری در میان ذینفعان برای افزایش کارایی کدها بود. دومین دوره از گزارش‌دهی ملی در سال ۲۰۱۶ برگزار خواهد شد.<sup>۱۲۸</sup>

**اقدامات کشورها:** تعدادی از کشورها نسخه جدید یا بازنگری شده‌ای از استراتژی‌های ملی HRH که با اهداف MDG شان و اهداف سلامت ملی هماهنگ است را ایجاد نموده‌اند. در نتیجه، بسیاری از آن‌ها بر تضمین دسترسی عادلانه به مراقبت‌ها تمرکز نموده‌اند، و در برخی از کشورها نیز پوشش موثر بهبود یافته است؛ بالاخص، تمرکز بر در موجود بودن، دسترسی، قابل پذیرش بودن و کیفیت تمام انواع کارکنان سلامت -از جمله، پزشکان جامعه‌نگر، سطوح میانی و پیشرفته و همچنین خدماتی که ارائه می‌نمایند- صورت گرفته است.<sup>۱۹</sup>

**رویکردهای جدید:** استراتژی‌هایی که کارکنان سلامت را به جامعه‌ای که به آن خدمت ارائه می‌نمایند نزدیک‌تر می‌کنند و هنجارهای هدایتگری که توسط سازمان جهانی بهداشت (به‌عنوان مثال در ارتباط آموزش،<sup>۱۲۹</sup> نگهداری<sup>۲</sup>،<sup>۱۳۰</sup> و پرستاری و مامایی<sup>۱۳۱</sup>) تدوین شده‌اند در حال افزایش دسترسی و میزان پذیرش خدمات و کارکنان سلامت می‌باشند. سایر ابزارهای سیاستی که در بهبود توزیع نیروی کار سلامت موثر بوده‌اند، عبارتند از: انگیزه‌های مالی؛ توسعه مداوم فرصت‌های حرفه‌ای و شغلی؛ افزایش طول دوره اقامت؛ ایجاد دوره‌های آموزشی در مناطق روستایی؛ و سایر انگیزه‌های غیرمالی شامل اسکان رایگان، امنیت و دسترسی رایگان به مراقبت‌های سلامت.<sup>۱۹</sup> تجزیه و تحلیل‌های جدید در مورد اثرات بالقوه و هزینه اثربخشی پزشکان جامعه‌نگر، تحقیق و توسعه در مورد یک چارچوب شواهد محور بهبود یافته برای هدایت تصمیم‌گیران در سطح ملی را تضمین نموده است.<sup>۱۳۲، ۱۳۳</sup>

بهبود کیفیت آموزش متخصصان سلامت مورد خاصی بوده است که برخی کشورها -از جمله برزیل، کامبوج، مکزیک و نروژ- بر آن تمرکز نموده‌اند.<sup>۱۹</sup>

## چالش‌ها

سرمایه‌گذاری ناکافی<sup>۲</sup>: در بسیاری از کشورهای دارای درآمد پایین و پایین‌تر از متوسط، کمبود سرمایه‌گذاری در آموزش، استقرار و حفظ متخصصان سلامت مهم‌ترین مانع برای دستیابی به اهداف مرتبط با سلامت MDG بوده است.<sup>۱۳۵، ۱۳۴، ۱۳۷</sup>

2. Retention

3. Underinvestment

1. Galvanize action

## اولویت‌گذاری استراتژیک

استراتژی جهانی سازمان بهداشت جهانی در مورد منابع انسانی سلامت: نیروی کار ۲۰۳۰، ۲۱- که قرار است در می ۲۰۱۶ به مجمع جهانی سلامت تقدیم شود- بینشی را در ارتباط با این موضوع که کشورها چگونه می‌توانند به نیازهای امروزی پاسخ دهند در حالی که انتظارات آینده و فرصت‌های آتی را نیز پیش‌بینی نمایند، ایجاد خواهد نمود. در مرکز این استراتژی اتفاق نظری قرار خواهد داشت که براساس آن ایجاد فرصت‌های اشتغال (عمومی، خصوصی و سایر موارد) در بخش‌های سلامت و اجتماعی منجر به رشد اقتصادی و عامل اصلی مشارکت زنان در نیروی کار خواهد بود. این موارد همراه با مزایای مثبت احتمالی در مورد برون‌دادهای سلامت و ظرفیت‌های بهبود یافته برای تشخیص و پاسخ به شیوع بیماری‌ها، نیروی کار سلامت را تبدیل به اهرمی کلیدی برای تغییر و پیشرفت به سمت SDG (به‌عنوان مثال برطرف نمودن فقر، آموزش، اشتغال، جنسیت و سلامت) خواهند نمود.<sup>۱۴۱</sup>

عناصری که شامل استراتژی جدید می‌شوند عبارتند از:<sup>۴۷</sup>

- برنامه‌ای که براساس درک از بازارهای نیروی کار تعیین شده است؛
- سرمایه‌گذاری در اطلاعات و شواهد برای برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری مناسب؛
- رهبری و حاکمیت برای تولید کارای توسعه HRH؛
- آموزش و یادگیری مهارت‌ها هماهنگ با (برنامه‌های) ارائه خدمت یکپارچه بیمار محور.
- بسیج منابع مالی و تضمین استفاده استراتژیک؛
- تحول آموزش، مستقر نمودن نیروهای سلامت در جایی که به آن‌ها نیاز است، و حداکثرسازی کیفیت عملکرد نیروهای سلامت موجود؛
- ترویج اتکا به خود<sup>۹</sup> در جوامع؛
- هدایت ظرفیت‌های بخش خصوصی در جهت اهداف بخش عمومی.

اجماع نظر ایجاد شده در مورد استراتژی‌های جدید شامل ایجاد فرصت‌های اشتغال (عمومی، خصوصی و سایر موارد) در بخش‌های سلامت و اجتماعی محرک رشد اقتصادی بوده و عامل اصلی مشارکت زنان در نیروی کار می‌باشد. از کمیسیون استخدام‌های آتی در (بخش) سلامت و رشد اقتصادی - با کمک دبیر کل<sup>۱۰</sup> سازمان ملل - خواسته خواهد شد که شواهد و توصیه‌های سیاسی موجود را - براساس دیدگاهی چند بخشی و چند حوزه‌ای - در ارتباط با اینکه چگونه سرمایه‌گذاری در منابع انسانی سلامت

9. Self-reliance

10. Secretary-General

کمبودهای موجود و کمبودهای آتی: در بسیاری از کشورها کمبودهای زیادی وجود دارد و شامل گروه‌های موجود نیروی کار سلامت و گروه‌هایی که در آینده ایجاد خواهند شد، می‌شود. افزایش فمینیزاسیون<sup>۴</sup> نیروی کار در سطح جهانی -بالاخص در میان پزشکان- ممکن است که دارای تاثیراتی -به‌عنوان مثال در دسترس بودن خدمات مراقبت سلامت اولیه- باشد هرچند که به‌نظر می‌رسد این اثرات کوچک باشند.<sup>۱۳۶، ۱۳۷</sup> عوامل ایجاد کننده اختلافات مشاهده شده میان پزشکان مراقبت‌های اولیه زن و مرد پیچیده و ظریف هستند. نیاز به پژوهش‌های بیشتری در زمینه بررسی اختلافات جنسی در الگوهای عملکردی، دامنه کاری<sup>۵</sup> و تاثیر بر نیروی کار ملی و سیستم‌های سلامت وجود دارد. انتظار می‌رود که چالش‌های بیشتری در اثر مسن شدن نیروی کار سلامت و استخدام‌های جدید بسیار اندک برای جایگزینی افراد بازنشست شده ایجاد شود -به‌عنوان مثال، افزایش ناگهانی تعداد افراد بازنشسته شده در سال‌های پیشرو ممکن است که موجب کاهش شدید نیروی کار سلامت در کشورهای دارای درآمد بالا شود.<sup>۱۳۸</sup>

**ناعدالتی‌ها:** ناعدالتی‌های اعلام شده در ارتباط با توزیع و دسترسی در داخل کشورها به اختلاف در محیط، سطوح انگیزشی، بهره‌وری و عملکرد نسبت داده شده‌اند. عدم تعادل‌ها موجود در ارتباط با ترکیب مهارت‌ها<sup>۶</sup> -مانند تعداد بسیار زیاد پزشکان و تعداد بسیار پایین پرستاران در برخی از کشورها- در شرایطی ادامه دارد که از پرسنل با مهارت نیز کمتر استفاده می‌شود.

**آموزش ضعیف:** آموزش نیروی کار سلامت به‌وسیله برنامه‌های آموزشی تاریخ گذشته که در مقابل برنامه‌های آموزشی محتوا محور<sup>۸</sup> قرار دارند محدود شده است -به‌عنوان مثال آموزش براساس صلاحیت.<sup>۱۳۹</sup>

**کمبود داده:** علی‌رغم پیشرفت‌های مناسب در اطلاعات مرتبط با HRH و بهبود در دسترسی به داده‌ها، چالش اطلاعات چند تکه‌ای، کمبود و استفاده کمتر از اطلاعات باقی مانده است. تعداد زیادی از کشورها از رسیدن به ظرفیت‌های لازم برای تخمین نیازهای آینده و فرموله نمودن سیاست‌های مرتبط برای برطرف نمودن آن‌ها عقب هستند.

**مقاومت در برابر مدل‌های جدید مراقبت:** انجمن‌های حرفه‌ای و موسسات ممکن است در مقابل مدل‌های جدید ارائه خدمت مقاومت مانند انتقال وظایف، مراقبت در منزل و استفاده از ICT مقاومت نمایند.

4 Feminization

5 Scope of work

6 Environments

7 Skill-mix imbalances

8 Content-oriented

## محصولات پزشکی

دسترسی به محصولات پزشکی ضروری با کیفیت - شامل دارو، واکسن‌ها، خون و فرآورده‌های خونی، و تجهیزات پزشکی - برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت ضروری می‌باشد. در تمام این ۴ حیطه‌ها از منظر دسترسی و استفاده از خدمات سلامت ارائه شده می‌توان روندهای مثبتی را در طول ۱۵ سال گذشته مشاهده نمود. با این وجود چالش‌های اصلی باقی‌مانده‌اند.

### روندها:

بهبود دسترسی به داروهای ضروری بخشی از هدف شماره ۸ MDG می‌باشد و پیشرفت‌های صورت گرفته در این حیطه به‌وسیله گروه کاری شناسایی شکاف‌های موجود در MDG پایش می‌گردید. مخارج دارویی حدود ۱۰ درصد مخارج سلامت را در کشورهای با درآمد بالا و تا ۵۰ درصد مخارج سلامت را در کشورهای دارای درآمد پایین و پایین‌تر از متوسط تشکیل می‌دهند؛ بین ۵۰ درصد تا ۸۰ درصد مخارج داروی در کشورهای دارای درآمد پایین‌تر از میانگین به‌صورت پرداخت از جیب پرداخت می‌شود. براساس اطلاعات به‌دست آمده از ۲۶ پیمایش در کشورهای دارای درآمد پایین و پایین‌تر از متوسط و با استفاده از متودولوژی استاندارد WHO/HAI<sup>۲۰</sup>، (این نتیجه به‌دست آمد که) داروهای ژنریک در ۵۸ درصد و ۶۷ درصد از تسهیلات سلامت بخش عمومی و خصوصی در دسترس بودند<sup>۴۸</sup>، البته در میان کشورها تفاوت زیادی وجود داشت.<sup>۲۱</sup> دسترسی به واکسن و تشخیص‌های سریع مانند مالاریا و آزمایش‌های HIV نیز بهبودهای قابل توجهی را تجربه نموده‌اند.

در سال ۲۰۱۲، ۱۰۸ میلیون واحد خون اهدایی در سراسر جهان گردآوری شده است، که باتوجه به ۸۰ میلیون خون جمع‌آوری شده در سال ۲۰۰۴ با بهبود ۲۵ درصد مواجه بوده‌ایم.<sup>۲۲</sup> ۷۳ کشور گزارش داده‌اند که بالای ۹۰ درصد از عرضه خونی خود را از اهدا کنندگان داوطلب و بدون پرداخت هیچ پولی جمع‌آوری نموده‌اند. گزارش شده است که در فاصله زمانی ۲۰۰۴ تا ۲۰۱۲، ۸٫۶ درصد افزایش در اهدا خون داوطلبانه و بدون دریافت پول صورت گرفته است.<sup>۲۳</sup>



منجر به دستیابی به اهداف توسعه اقتصادی گسترده‌تر موجود در SDG خواهد شد را یکپارچه نماید. در مجموع همراه با اثرات مثبت بر برون‌دادهای سلامت و ظرفیت‌های بهبود یافته برای تشخیص و پاسخ به طغیان بیماری‌ها، این منافع منجر به این شده‌اند که نیروی کار سلامت تبدیل به اهرمی کلیدی برای تغییر و پیشرفت به سمت SDG شود (به‌عنوان مثال برطرف نمودن فقر، آموزش، اشتغال، جنسیت و سلامت).<sup>۱۴۱</sup>

استراتژی جهانی شامل تمرکز خاص بر کاهش شکاف در داده‌ها از طریق پذیرش برنامه ملی نیروی کار سلامت<sup>۱۴۲</sup> به‌عنوان رویکردی هماهنگ شده و یکپارچه برای جمع‌آوری سالانه به موقع اطلاعات مربوط به نیروی کار سلامت می‌شود. هدف آن استانداردسازی ساختار اطلاعات نیروی کار سلامت و قابلیت همکاری<sup>۱۱</sup>، بررسی عملکردهای سیاسی HRH برای حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت و پایش عملکردهای ابزارهای سیاست سلامت جهانی مانند کدهای جهانی سازمان بهداشت جهانی برای امور مربوط به استخدام‌های بین‌المللی کارکنان سلامت و IHR (۲۰۰۵) می‌باشد.

## تحولات مثبت:

## چالش‌ها:

**سیاست‌های ضعیف:** نیاز است که سیاست‌های ملی توسعه یافته و اجرا شده به‌وسیله ارزیابی مناسب تکنولوژی سلامت به‌منظور هدایت پژوهش‌ها، نوآوری‌ها و تولیدات و استفاده از آن‌ها حمایت شود.<sup>۱۴۷</sup>

**نواقص موجود در تنظیم مقررات:** پیچیدگی‌های موجود در داروهای جدید و محصولات پزشکی، و بین‌المللی شدن تولید و توزیع محصولات پزشکی موجب افزایش چالش‌های پیش‌روی کشورها و سیستم‌های تنظیمی منطقه‌ای شده است.

**دسترسی به دارو و تکنولوژی:** کماکان افراد زیادی فاقد دسترسی منظم به داروها و تکنولوژی‌های ضروری می‌باشند.<sup>۲۰</sup> به‌عنوان مثال، دسترسی به داروهای بیماری‌های غیرواگیر (NCD) در بسیاری از کشورهای دارای درآمد پایین و پایین‌تر از متوسط کماکان بسیار پایین می‌باشد (شکل ۳، ۹، ۱۴۸، ۱۴۹).<sup>۱۴۸</sup> به‌صورت مشابه در یک پیمایش، ۲۵ کشور گزارش نمودند که قادر به غربالگری تمام خون‌های اهدا شده برای یکی یا تمام بیماری‌های HIV، هیپاتیت B، هیپاتیت C، و سیفلیس نمی‌باشند - کمبود کیت‌های آزمایش به‌عنوان شایع‌ترین دلیل گزارش شده است.<sup>۲۲</sup> استفاده نامناسب از داروها همچنان به شکل گسترده‌ای ادامه دارد که منجر به کاهش موفقیت درمان، افزایش مقاومت نسبت به آنتی‌میکروپها و ائتلاف منابع می‌شود.

**مشکلات کیفیتی محصولات پزشکی:** تعداد گزارش‌های مربوط به داروهای SSFCC در حال افزایش است - خصوصاً از کشورهای دارای درآمد پایین و پایین‌تر از متوسط - و منجر به مشکلات جدی‌ای از جمله مرگ و میر شده است. وقوع آن‌ها تهدید برای ایمنی بیماران و تحلیل بردن اعتبار سیستم‌های سلامت می‌باشد.

**بیماری‌های فراموش شده:**<sup>۵</sup> انگیزه کسب سود در نوآوری موجب ایجاد انگیزه‌های ناکافی برای تحقیق و توسعه در مورد محصولات دارویی مورد نیاز برای پیشگیری و درمان بیماری‌هایی که مختص فقرا می‌باشند شده است.<sup>۶۴</sup> تنش‌هایی موجود میان سیستم حفاظت از مالکیت معنوی برای محصولات دارویی در یک سو و تعهدات بین‌المللی در مورد حقوق انسان‌ها و نیازمندی‌های سلامت عمومی از سوی دیگر کماکان وجود دارد.

**قیمت داروها:** در پیمایش صورت گرفته در ۲۶ کشور، قیمت پایین‌ترین داروهای ژنریک برای بیماران به‌طور متوسط ۲،۹ برابر بالاتر از قیمت‌های مرجع جهانی در تسهیلات بخش عمومی و ۴،۶ برابر بالاتر از تسهیلات بخش خصوصی بود.<sup>۱۵۰</sup> بیمارانی که در بخش عمومی کشورهای دارای درآمد پایین اقدام به خرید دارو می‌نمودند ۲،۴ برابر بیشتر از قیمت‌های مرجع پرداخت

**سیاست‌گذاری و تنظیم مقررات بهتر:** [برنامه] کیفیت محصولات پزشکی ملی کار خود را با یک سیاست ملی که برای اطمینان از ارائه مداوم محصولات پزشکی مناسب، و با کیفیت به مقدار مناسب و قیمت مقرون به صرفه ایجاد گردیده بود شروع نمود.<sup>۱۴۳</sup> در حال حاضر، بیش از ۱۴۰ کشور لیست ملی داروهای ضروری را برای هدایت تصمیمات خرید خود تعریف نموده‌اند. کشورهای (جهان) به شکل روزافزونی در حال تدوین و پیاده‌سازی سیاست‌های دارویی ملی و تقویت چارچوب‌های حاکمیتی خود در بخش دارویی می‌باشند.<sup>۱۴۳</sup> همچنین، ۷۰ درصد کشورها دارای یک سیاست ملی مرتبط با خون در سال ۲۰۱۲ بوده‌اند - در مقایسه با ۶۰ درصد کشورها در سال ۲۰۰۴.<sup>۲۲</sup>

**نوآوری:** کشورهای (بیشگام) در زمینه نوآوری‌های دارویی موجب بهبود در پیامدهای سلامت می‌شوند. در عین حال جنبش نوآوری‌های به‌صرفه<sup>۱</sup> در حال کشف راه‌هایی برای تطابق تکنولوژی‌های توسعه یافته در کشورهای با درآمد بالا با هدف استفاده از آن‌ها در کشورهای دارای درآمد پایین و پایین‌تر از متوسط می‌باشد.<sup>۱۴۴</sup>

**افزایش دسترسی به محصولات پزشکی:** افزایش (سهام) داروهای ژنریک در بازار جهانی موجب کاهش هزینه‌ها و افزایش دسترسی به داروهای ضروری شده است.<sup>۱۴۵</sup> آژانس‌های تدارکاتی<sup>۲</sup> از برنامه پیش‌نیازهای کیفیتی سازمانی بهداشت جهانی استفاده می‌نمایند - که ابتدا در سال ۱۹۸۹ برای واکسن‌ها ایجاد گردید و از آن موقع برای پوشش حدود ۲۵۰ داروی (مورد نیاز) برای بیماری‌های اولویت‌دار گسترش یافته است.

**دسترسی:** در دسترس بودن واکسن‌ها، تشخیص‌ها و درمان‌ها به‌شدت از تلاش‌های صورت گرفته در سطح جهانی مانند GAVI، صندوق جهانی و ایدز<sup>۳</sup>، سل و مشارکت برای مالاریا و ابتکار عمل منفعت برده است.

**بهبود کیفیت:** از زمان آغاز آن بیش از ۱۰۰ کشور (برنامه) عملکرد تولید خوب<sup>۴</sup> را وارد قوانین دارویی ملی خود نموده‌اند، و بسیاری دیگر نیز از سیستم ارائه و رویکرد آن در تعریف نیازهای مرتبط با عملکرد تولید خوب در [کشور] خود استفاده نموده‌اند.

**استفاده منطقی و کارا:** برنامه‌های ملی برای بهبود استفاده از داروها (شامل آنتی‌بیوتیک‌ها)، تقویت جراحی‌های خوب و تکنیک‌های بیهوشی، و در مورد خون به‌منظور کاهش هدر رفت‌های خونی و استفاده از جایگزین‌های موجود برای کل خون در مواردی که برای جایگزین مقدار خون از دست رفته، خون تزریق می‌شود.<sup>۲۲</sup>

1. Frugal innovation movement
2. Procurement agencies
3. Global Fund and HIV
4. Good manufacturing practice



## اولویت‌های استراتژیک:

هدف b.۳ در SDG بیان می‌نماید که:

حمایت نمودن از تحقیق و توسعه واکسن‌ها و داروهای مربوط به بیماری‌های واگیردار و غیرواگیر که ابتدا به کشورها در حال توسعه تاثیر می‌گذارد، موجب ایجاد دسترسی مقرون به صرفه به داروهای واکسن‌های ضروری می‌شود، در تطابق با بیانیه دوحه در مورد توافق TRIPS و سلامت عمومی - که بر حق کشورهای در حال توسعه برای استفاده کامل از موارد موجود در توافق‌نامه در ارتباط با جنبه‌های تجاری مرتبط با حقوق مالکیت معنوی با توجه به انعطاف‌پذیری‌های موجود در حفاظت از سلامت عمومی و بالاخص فراهم نمودن دارو برای همه تاکید می‌نماید.

مجمع جهانی سلامت قطع‌نامه‌های چندگانه‌ای را برای مشخص نمودن بخش‌های کلیدی مربوط به منافع استراتژیک و مواردی که دارای ارتباط نزدیکی با هدف b.۳ SDG می‌باشند، صادر نموده است:

- تقویت سیاست‌های ملی و اختیارات واحدهای تنظیم مقررات؛<sup>۷۲</sup>
- گسترش دسترسی به داروهای ضروری، واکسن‌ها و تشخیص‌ها با توجه به موارد مورد نیاز برای دسترسی به پوشش همگانی سلامت؛<sup>۷۴</sup>
- ادامه حمایت از بهبود دسترسی به مداخلات مربوط به بیماری‌های اولویت‌دار، حفظ پیش‌نیازهای کیفیتی موثر؛
- انتخاب داروهای ضروری و سایر محصولات دارویی، شامل استفاده از ارزیابی تکنولوژی سلامت و سیاست‌های قیمت‌های گذاری هدف‌گذاری شده برای مقرون به صرفه بودن.
- بهبود پوشش محصولات دارویی مرتبط با بیماری‌های غیرواگیر؛
- تضمین استفاده مناسب از داروها و سایر محصولات پزشکی؛
- رسیدگی به مشکلات مرتبط با مقاومت‌های آنتی‌میکروبی (در فصل ۵ به آن پرداخته‌ایم) و استفاده مسئولانه از داروها؛
- سیاست‌های ملی مربوط به تولید محصولات پزشکی که اولویت اول آن‌ها دسترسی می‌باشد، به شرایط کلینیکی‌ای که کمتر به آن‌ها پرداخته می‌شود رسیدگی می‌کنند؛ به‌عنوان مثال از طریق ترویج انتقال تکنولوژی؛

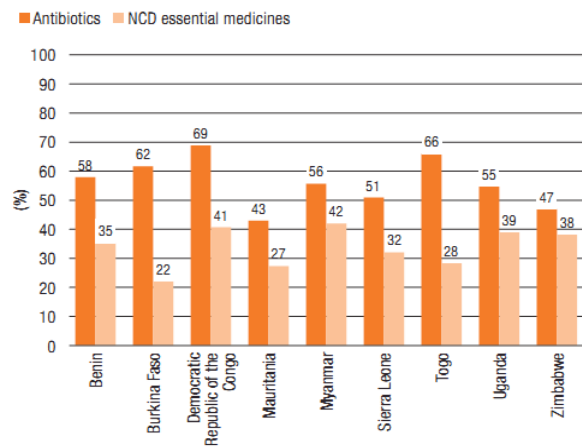
توسعه مدل‌های جدید برای نوآوری در مورد بخش‌های کلینیکی‌ای که کمتر به آن‌ها پرداخته شده است و انتقال تکنولوژی برای گسترش دسترسی در کشورهای دارای درآمد پایین و پایین‌تر از متوسط، براساس گزارش منتشر شده توسط گروه کاری متخصصان مشاوره در ارتباط با تحقیق و توسعه.<sup>۱۵۱</sup>

## اطلاعات سلامت

سیستم‌های اطلاعات سلامت جز پایه‌های سیستم‌های سلامت محسوب می‌شوند، اطلاعات ضروری برای برنامه‌ریزی، هدف‌گذاری

نموده‌اند، همچنین بیماران در کشورهای دارای درآمد پایین‌تر از متوسط جهانی ۳,۴ برابر بیشتر از قیمت‌های مرجع جهانی پرداخت نموده‌اند. مورد مشابهی در بخش خصوصی مشاهده شده است.<sup>۴۸</sup> قیمت واکسن‌های جدید در بسیاری از کشورها موجب ایجاد نگرانی شده است. بسیاری از داروهای جدید - مانند داروهای سرطان و هپاتیت C- تا زمانی که تحت قانون حق ثبت<sup>۶</sup> باشند مقرون به صرفه نیستند - حتی برای بسیاری از کشورهای دارای درآمد بالا.

شکل ۹-۳: در دسترس بودن آنتی‌بیوتیک‌ها و داروهای ضروری برای بیماری‌های غیرواگیر در کشورها منتخب،<sup>a</sup> ۲۰۱۳ تا ۲۰۱۵



<sup>a</sup> Unweighted mean availability of 12 antibiotics and 17 NCD essential medicines on the day of the survey, among health facilities that offered NCD services. Data are from most recent survey in each country.

<sup>A</sup> میانگین غیروزنی ۱۲ آنتی‌بیوتیک و ۱۷ داروی ضروری برای بیماری‌های غیرواگیر در روز پیمایش، در میان مراکز سلامتی که خدمات مربوط به بیماری‌های غیرواگیر ارائه می‌دهند. داده‌ها از آخرین پیمایش‌های صورت گرفته در هر کشور می‌باشند.

و پایش را فراهم می‌نمایند. کشورهای زیادی به تدریج سیستم‌های اطلاعاتی خود را بهبود می‌بخشند، اما شکاف‌های اساسی در زمینه‌های در دسترس بودن داده‌ها، کیفیت و استفاده باقی‌مانده است. تمرکز بر سنجش عملکرد و ایجاد ارزش برای پول و همچنین پاسخگویی بیشتر - به صورت فرآیندی کلینیکی برای پایش، مرور و اصلاح عملکرد تعریف شده است - تمامی ذینفعان به عنوان مواردی که در تمام کشورها [هر ساله] بر اهمیت آن‌ها افزوده می‌شود در نظر گرفته می‌شوند.

## روندها

در دسترس بودن داده‌های سلامت به میزان قابل توجهی بهبود یافته است - بخش زیادی از آن به علت برنامه‌های پیمایشی می‌باشد. بیش از ۵۰۰ پیمایش ملی در کشورهای دارای درآمد پایین و پایین‌تر از متوسط از سوی برنامه DHS - که بخش زیادی از تامین مالی آن توسط دولت ایالات متحده و برنامه MICS یونیفای انجام می‌شود<sup>۱۵۲</sup> - حمایت شده‌اند. برنامه‌های پیمایش داده‌های ضروری را برای پایش شاخص‌های MDG<sup>۱۵۴</sup> و پوشش مداخلات مربوط به مادران، کودکان تازه متولد شده و سلامت کودکان فراهم نموده‌اند.<sup>۱۵۵</sup> پیمایش بیماری‌ها برای HIV، سل، مالاریا و سایر بیماری‌ها نیز در طول ۲ دهه گذشته بهبود یافته است. کشورهای زیادی اقداماتی را برای افزایش در دسترس بودن و اعتبار داده‌های به دست آمده از تسهیلات سلامت - که در اغلب موارد منبع اصلی اطلاعات هدایت کننده اخذ تصمیم و تخصیص منابع به سطوح محلی و ناحیه‌ای می‌باشند - برداشته‌اند. کشورهای بیشتری در حال اجرای حساب‌های ملی سلامت می‌باشند و تعداد رو به افزایشی نیز در حال استفاده از زیر حساب‌های<sup>۱</sup> مربوط به برنامه‌های خاص می‌باشند. علاوه بر این، ۹۱ درصد در سرشماری سال ۲۰۱۰ شرکت نموده‌اند - که بالاتر از مشارکت ۸۴ درصد در سال ۲۰۰۰ می‌باشد.<sup>۱۵۶</sup>

سایر نواحی پیشرفت و سرمایه‌گذاری بیشتر شامل کار بر روی تخمین‌های سلامت جهانی از طریق آژانس‌های سازمان ملل و نهادهای آکادمیک،<sup>۱۵۷</sup> در دسترس بودن داده‌های غیر کلان<sup>۲</sup> (خرد) برای ارزیابی ناعدالتی‌های موجود در جمعیت<sup>۱۵۸</sup> و تاکید بیشتر بر حسابداری سلامت - شامل اشتراک اطلاعات، شفافیت و استفاده از اطلاعات برای ردیابی منابع و مستندسازی نتایج.<sup>۱۵۹</sup>

## تحولات مثبت:

**سرمایه‌گذاری بیشتر:** سرمایه‌گذاری مداوم آژانس‌های جهانی در برنامه‌های پیمایش بین‌المللی - هر ۲ مورد مالی و فنی - به میزان بسیار زیادی استانداردسازی جمع‌آوری داده‌ها و کیفیت

پیمایش‌های سلامت را بهبود بخشیده است. در حال حاضر DHS در چهارمین دهه خود به سر می‌برد. MICS دومین دهه از حمایت‌های خود را تکمیل نموده است.

**سنجش‌های مناسب‌تر:** روش‌های جمع‌آوری داده‌ها در بسیاری از حیطه‌ها بهبود یافته است - از جمله استانداردسازی سنجش وضعیت اقتصادی. تلاش‌هایی با هدف یکسان‌سازی ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها - مانند DHS و MICS - و شناسایی موثرترین و کاراترین راه‌های جمع‌آوری اطلاعات معتبر از پاسخ‌دهندگان پیمایش‌ها - بالاخص در ارتباط با استفاده از خدمات - در جریان است.<sup>۱۶۰</sup> اضافه نمودن جمع‌آوری داده‌های بیولوژیک و کلینیکی به پیمایش‌های خانگی به میزان بسیار زیادی اطلاعات عمومی را افزایش داده است.<sup>۱۶۱</sup> مثال‌های این حیطه شامل سنجش ابعاد بدن<sup>۳</sup>، سنجش فشار خون و آزمایش خون برای HIV یا انگل مالاریا می‌شود.

**بسیج سیاسی<sup>۴</sup>:** سرشماری سال ۲۰۱۰ به این علت که تمامی کشورهای عضو کمیسیون اطلاعات سازمان ملل و سازمان‌های منطقه‌ای تمام تلاش خود را صرف این پروژه نمودند یک موفقیت بود.<sup>۱۶۲</sup>

**همکاری‌های بین‌المللی:** گزارش کمیسیون اطلاعات و پاسخگویی در برابر سلامت زنان و کودکان،<sup>۱۶۳</sup> که توسط IH صورت گرفته است، گزارش کاهش مرگ و میر مادران، گزارش نجات دادن کودکان تازه متولد شده و کودکان،<sup>۱۵۵</sup> اقدامات جوامع جهانی و محلی - به عنوان مثال حیطه HIV/AIDS و سایر موارد - همگی بر اهمیت پیشرفت در زمینه اطلاعات و پاسخگویی در داخل کشورها و در سطح جهانی تاکید نمودند. مثال‌هایی از ایجاد همکاری در تولید شامل هماهنگ نمودن پیمایش‌های سلامت میان DHS و MICS و لیست مرجع جهانی برای ۱۰۰ شاخص اصلی سلامت.<sup>۱۶۵</sup> گروه‌های مرجع بین سازمانی و موسسات آکادمیک موجب ارتقا حیطه سنجش و تخمین شاخص‌های کلیدی مرگ و میر و سلامت شده‌اند.<sup>۱۶۶</sup>

**انقلاب دیجیتال:** در حالی که بسیاری از رویکردهای نوآورانه هنوز در مراحل ابتدایی خود قرار دارند، بسیاری از آن‌ها نیز به مقیاس گسترده رسیده‌اند - مانند استفاده از گزارش داده‌های مراکز سلامت از طریق اینترنت (به عنوان مثال DHIS ۲<sup>۱۶۷</sup>)، سیستم‌های داده‌ای دارای دسترسی آزاد<sup>۵</sup> (به عنوان مثال Open MRS<sup>۱۶۸</sup>) و پایش فعال بیماری‌ها از طریق ابزارهای متحرک. تعداد ثبت‌نام‌های تلفن‌های همراه (شکل ۳، ۱۰) و خانوارهای دارای دسترسی به اینترنت در منزل در طول دهه گذشته به میزان قابل توجهی افزایش یافته است.<sup>۱۶۹</sup>

3. Anthropometry

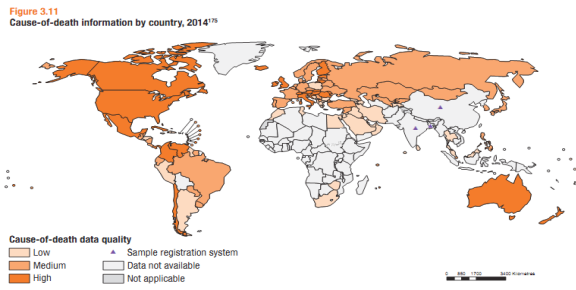
4. Political mobilization

5. Open source

1. Subaccounts

2. Disaggregate

شکل ۱۱-۳: اطلاعات مربوط به علت مرگ در کشورها، ۲۰۱۴  
۱۷۵

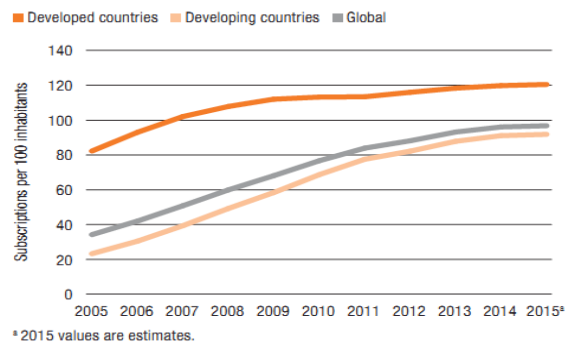


خاص زمانی که اینگونه سرمایه‌گذاری‌ها صرف تقویت سیستم اطلاعات سلامت کشور می‌شود منجر به کاهش کارایی خواهد شد. همین مورد در حیطه نوآوری‌های ICT که در اغلب موارد منجر به تلاش‌های هماهنگ نشده و چند تک‌ای می‌شود صدق می‌نماید.<sup>۱۷۳، ۱۷۴</sup>

**نبود استانداردهای داده‌ای:** حتی زمانی که کشورها اطلاعات را جمع‌آوری می‌نمایند نیز مشکلاتی ایجاد می‌شود. کمتر از نیمی از کشورهای شرکت‌کننده در پیمایشی که اخیراً توسط OECD صورت گرفته است گزارش نموده‌اند که در زمینه پیاده‌سازی سیستمی که تمام پرونده‌های الکترونیک سلامت آن دارای عناصر کلیدی ساختار یافته و ترمینولوژی استاندارد کلینیکی باشند موفق شده‌اند.<sup>۱۷۱</sup>

**محرمانه بودن داده‌ها:** افزایش جمع‌آوری اطلاعات و ارتباطات دارای ابعاد از محرمانه بودن می‌باشد. حل این مشکل نیازمند توسعه محرمانه بودن داده‌های سلامت بیماران و استانداردهای امنیتی، و توسعه و پذیرش حاکمیت تنظیم مقررات ملی برای جمع‌آوری، ذخیره و استفاده از داده‌های سلامت بیماران می‌باشد.<sup>۱۷۱، ۱۷۶</sup>

شکل ۱۰-۳: تعداد موبایل‌ها ثبت شده به‌ازای هر ۱۰۰ نفر ساکن، ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۵  
۱۷۲



**گسترش سیاست‌های ملی:** ارزیابی سازمانی بهداشت جهانی نشان داده است که بیش از ۱۰۰ کشور سیاست‌ها و استراتژی‌های سلامت الکترونیک را گسترش داده‌اند.<sup>۱۷۰</sup> بر طبق پیمایشی که اخیراً توسط OECD صورت گرفته است، ۲۲ مورد از ۲۵ کشور دارای درآمد بالا دارای یک سیاست ملی یا سیاست پرونده‌های الکترونیک سلامت اجرا شده می‌باشند، براساس گزارش‌ها ۲۰ مورد نیز پیاده‌سازی را آغاز نموده‌اند.<sup>۱۷۱</sup>

### چالش‌ها:

**شکاف‌های داده‌ای:** اغلب کشورهای دارای درآمد پایین و پایین‌تر از متوسط (شکل ۱۱، ۳) دارای داده‌های قابل اتکا در مورد مرگ و میر به تفکیک جنس، سن و علت مرگ نمی‌باشند. تنها ۵۰ درصد از کشورها در سال ۲۰۱۴ اطلاعات مربوط به علت مرگ را به سازمانی بهداشت جهانی گزارش نموده‌اند (۴۵ درصد در سال ۱۹۹۰). شکاف‌های عمده به‌این علت که منابع داده‌ای کلیدی - شامل سیستم‌های CRVS، سیستم‌های مراکز سلامت و اطلاعات جامعه‌ای، سیستم‌های پایش بیماری‌ها، نیروی کار سلامت و حساب‌های تامین مالی سلامت به‌خوبی کار نمی‌کنند وجود دارند.

**استفاده محدود از داده‌ها:** ظرفیت‌های تجزیه و تحلیل در بسیاری از کشورها محدود می‌باشد، هیچ نهاد سلامت عمومی‌ای وجود ندارد که به خوبی اجرایی شده باشد و داده‌ها نیز برای کارهای عملی استفاده نمی‌شوند. بهبود پاسخگویی کماکان در مراحل اولیه خود می‌باشد، و نیازمندی‌های کارهای قابل توجهی در دهه پیشرو و مشارکت بیشتر جوامع مدنی، سیاسی و رسانه‌ها می‌باشد.

**سرمایه‌گذاری ناکافی:** سرمایه‌گذاری جهانی در اطلاعات سلامت در کشورهای دارای درآمد پایین و پایین‌تر از متوسط کماکان حیاتی خواهد بود. چندتکه‌ای بودن موجود در برنامه‌های

## کادر ۳،۲

### از دیجیتال به انقلاب داده‌ای

سیستم‌های پیمایش فعال بیماری‌ها و پاسخ‌دهی از طریق تجهیزات متحرک؛  
سیستم‌های اطلاعات دیجیتال از مراکز سلامت تا سطح ملی؛  
سیستم‌های ردیابی دیجیتال برای جریان‌های مخارج و منابع؛  
ثبت‌نام دیجیتال نیروی کار سلامت به‌همراه اطلاعات سطح فردی؛  
پذیرش دیجیتال و بانک‌های اطلاعاتی‌ای با اطلاعات بیماران در سطح فردی؛  
پرونده‌های پزشکی دیجیتال برای افراد به‌همراه سیستم‌های داده‌محور برای بیماران در سطح کلان؛  
پیمایش‌های جامع بررسی سلامت با استفاده از ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات سیار و بیولوژیک و کلینیکی؛  
سیستم‌های ردیابی فرد محور در طول زمان؛  
پایگاه‌های اطلاعاتی برای مراقبت‌های پزشکی، شامل تدارکات، آزمایشگاه و مراقبت از بیمار؛  
تجزیه و تحلیل گسترده اطلاعات؛  
تجزیه و تحلیل‌های مکانی برای بسیاری از شاخص‌های سلامت؛  
دانشوردهای [اطلاعات] الکترونیک برای مدیران؛

### اولویت‌های استراتژیک:

اهمیت داده‌های غیر کلان، پایش و پاسخگویی در SDG از طریق اهدافی که باید اجرا شوند برجسته شده است. به‌عنوان مثال، هدف ۱۷،۱۸ بیان می‌نماید:

تا سال ۲۰۲۰، باید از افزایش ظرفیت‌سازی برای کشورهای در حال توسعه - شامل کشورهای دارای کمترین سطح توسعه یافتگی و دولت‌های در حال توسعه در جزایر کوچک - به‌منظور افزایش قابل توجه در داده‌های دارای کیفیت بالا، به‌موقع و معتبر که براساس درآمد، جنس، سن، نژاد، قومیت، وضعیت مهاجرت، ناتوانی، موقعیت جغرافیایی و سایر مشخصات مرتبط با شرایط ملی تفکیک شده‌اند حمایت شود.

استراتژی جهانی برای کشورهای دارای درآمد پایین و پایین‌تر از متوسط در نقشه راهی که اخیراً (تنظیم شده) و فراخوان اقدامات عملی برای سنجش و پاسخگویی برون‌داده‌های سلامت در فاصله

زمانی ۲۰۱۵ تا ۲۰۳۰ نظر گرفته شده است.<sup>۷۵</sup> تمرکز این نقشه راه بر ۵ نکته اجرایی می‌باشد:

افزایش سطح و کارایی سرمایه‌گذاری‌ها توسط دولت و شرکای توسعه‌یافته به‌منظور تقویت سیستم اطلاعات سلامت کشور در جهت استانداردها و مشارکت‌ها بین‌المللی.

تقویت ظرفیت نهادی کشور برای جمع‌آوری، یکپارچه‌سازی، تسهیم، تبدیل داده‌های کلان به داده‌های خرد، تجزیه و تحلیل، انتشار و استفاده از داده‌ها در تمام سطوح سیستم سلامت.

اطمینان حاصل نمودن از این امر که کشورها دارای منابعی می‌باشند که برای تولید داده‌های سلامت جمعیت - شامل CRVS، سرشماری و برنامه‌های پیمایش سلامت مناسب با نیازهای کشور همگام با استانداردهای جهانی - به خوبی کار می‌کنند.

حداکثرسازی استفاده موثر از انقلاب داده‌ای، براساس استانداردهای در دسترس برای بهبود سیستم‌های اطلاعاتی مراکز سلامت و اطلاعات جامعه - شامل پیمایش بیماری‌ها و خطر، حساب‌های مالی و نیروی کار سلامت، و تقویت تصمیم‌گیری در تمام سطوحی که دارای دسترسی دائم به اطلاعات می‌باشند.

ارتقا حاکمیت در کشور و در سطح جهانی به همراه مشارکت شهروندان برای پاسخ‌گویی از طریق پایش و مروری‌های منظمی که برای ایجاد شفافیت پیشرفت و عملکرد در مراکز (سلامت)، سطوح پایین‌تر از ملی، ملی، منطقه‌ای و جهانی صورت می‌گیرند و با اهداف مرتبط با سلامت SDG در ارتباط هستند.

انقلاب دیجیتال فرصت‌های زیادی را برای سیستم‌های اطلاعات سلامت فراهم نموده است (کادر ۳،۲)، و باید مشارکت زیادی در انقلاب داده‌ها داشته باشد. انقلاب داده‌ای برای توسعه پایدار شامل ادغام این داده‌های جدید با داده‌های سنتی برای تولید اطلاعات با کیفیت بالا، افزایش مفید بودن داده‌ها از طریق باز بودن<sup>۱</sup> و شفافیت بیشتر و -در نهایت- مردم توانا تر، سیاست‌ها و تصمیمات بهتر و مشارکت و پاسخگویی بیشتر می‌شود.<sup>۱۷۷</sup>

### ارائه خدمت

برای دست‌یافتن به پوشش همگانی سلامت، خدمات سلامت باید بر پایه رویکرد مراقبت‌های سلامت اولیه‌ای که بیمار محور، یکپارچه و پاسخگو می‌باشد قرار داشته باشد. برای رسیدن به این هدف در دسترس بودن، کیفیت و ایمنی خدمات سلامت باید بهبود یابد. در کشورهای زیادی خدمات سلامت به شکل نامناسبی سازمان‌دهی و مدیریت شده‌اند، دارای کارکنان کمی هستند و به‌علت زمان‌های انتظار طولانی همواره با ازدحام مواجه هستند، در قبال فرهنگ مردم، ترجیحات نژادی یا جنسی پاسخگو نیستند. حتی زمانی که خدمات در دسترس قرار دارند، کیفیت‌شان می‌تواند پایین باشد،

1. Openness



ایمنی بیماران را با خطر مواجه سازد و موجب کاهش پیامدهای سلامت شود.

## روندها

دستاوردهای قابل توجهی در زمینه‌های دسترسی به خدمات برای بیماری‌های عفونی، HIV/AIDS، مالاریا و سل، و همچنین بهبودهای بسیار خوبی در ارتباط با اهداف MDG مانند RMNCH - شامل ایمنسازی - رخ داده است.<sup>۱۷۸</sup> این دستاوردها در گروه‌های جمعیتی رخ داده است و در برخی موارد در فقیرترین جمعیت‌ها بیشترین دستاوردها به دست آمده است.<sup>۱۱</sup>

علی‌رغم رشد برنامه‌های بهبود کیفیت به علت محدودیت در اطلاعات مورد نیاز برای مقایسه بیان این مطلب که آیا در مقیاس جهانی یا حتی ملی کیفیت و ایمنی بهبود یافته است یا خیر و اگر اتفاق افتاده است به چه شکل بوده است، بسیار مشکل می‌باشد - حتی برای کشورهای دارای درآمد بالا. پیشرفت‌هایی در پیاده‌سازی تعدادی از مداخلات برای بهبود کیفیت خدمات مانند اعتبارسنجی مراکز ارائه خدمت، بهبود در تعدادها، توزیع و عملکرد نیروی کار سلامت،<sup>۱۹</sup> مداخلات خاص مانند ایمنی جراحی<sup>۱۷۹</sup> و مبارزه با عفونت‌های مرتبط با مراقبت‌های سلامت،<sup>۱۸۰</sup> و تمرکززایی بیشتر خدمات به ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه رخ داده است.

## تحولات مثبت

**افزایش اعتبار:** از سال ۱۹۹۵ به بعد اعتبار بخشی بیمارستان‌ها بسیار افزایش یافته و اکنون در بیش از ۷۰ کشور جزئی از سیستم‌های سلامت می‌باشد - در برخی از کشورها دارای تاثیراتی مستند بوده است.<sup>۱۲</sup> اخیراً، اعتبار بخشی در تعدادی از کشورهای دارای درآمد پایین و پایین‌تر از متوسط اجرا شده است - اغلب به عنوان استراتژی‌ای برای بهبود کیفیت خدمات سلامت پایه.<sup>۵</sup>

**کمپین‌های جهانی برای بهبود کیفیت و ایمنی:** برنامه‌هایی در سطح جهانی و منطقه‌ای شامل کمپین‌های سازمان بهداشت جهانی با عنوان "مراقبت پاکیزه مراقبتی ایمن‌تر می‌باشد"<sup>۴</sup> و "جراحی ایمن زندگی‌ها را نجات می‌دهد" اجرا شده است.<sup>۱۷۹</sup> برای حمایت از به رسمیت شناختن اهمیت ایمنی بیماران سازمان بهداشت جهانی [برنامه] همکاری جهانی برای ایمنی بیمار را در سال ۲۰۰۴ راه‌اندازی نمود - در سال ۲۰۰۹ به برنامه ایمنی بیمار تغییر نام داد. ایجاد ارتباط میان جنبش‌های جهانی و اقدامات محلی برای ایمنی بیماران، برای بهبود تلاش‌ها ضروری بود. به طور خاص، نقش مشارکتی موسسات سلامت در بهبود [فرآیند] ارائه خدمت برجسته شده است.<sup>۱۸۱</sup>

**تاکید بر مراقبت‌های سلامت اولیه:** کشورهای زیادی تلاش‌های خود برای ایجاد سیستم‌های سلامت یکپارچه را از طریق افزایش

2. Clean care is safer care

نقش کلینیک‌های مراقبت اولیه در هماهنگی مراقبت‌های سلامت،<sup>۱۵</sup> عمل نمودن به عنوان دروازه‌بان برای دسترسی به مراقبت‌های سلامت تخصصی<sup>۱۶</sup> ادامه داده‌اند یا آن‌ها را تقویت نموده‌اند. در بسیاری از کشورهای دارای درآمد بالا نقش بیمارستان‌ها در حال کوچک‌تر شدن - نقش تخصصی - می‌باشد و از آن‌ها خواسته شده است که به عنوان حامی سیستم‌های سلامت اطراف‌شان عمل نمایند.<sup>۱۸۲</sup> همچنین کشورهای زیادی به دنبال افزایش مشارکت جامعه در برنامه‌ریزی و تنظیم اهداف و همچنین ارائه خدمات جامعه‌محور می‌باشند.<sup>۱۸۳، ۱۸۴، ۱۸۵</sup>

**انقلاب دیجیتال:** در طول ۱۵ سال گذشته گسترش سریع ICT شیوه ارائه خدمات سلامت را تغییر داده است، احتمالاً این تغییرات دارای تاثیرات مثبتی بر پیامدهای مراقبت یا سلامت جمعیت بوده‌اند.<sup>۲۳</sup> تعداد از کشورها در حال کار بر روی اپلیکیشن‌های ICT محور برای پایش کیفیت خدمات سلامت می‌باشند.<sup>۱۸۶، ۱۸۷</sup>

## چالش‌ها

**خدمات سلامت چند تکه‌ای:** در تمام کشورها فضا برای بهبود شیوه سازمان‌دهی خدمات مراقبت سلامت برای بهبود دسترسی به مراقبت‌های اولیه و مدیریت بیماران در جامعه برای به حداقل رساندن درمان‌های بیمارستان محور وجود دارد. در حالی که برخی کشورها در حال دستیابی به خدمات سلامت یکپارچه به عنوان روشی برای ارائه مراقبت‌های مردم محور می‌باشند،<sup>۵۱</sup> بسیاری دیگر نیز بر درمان‌های بیمارستانی و تخصصی که دارای ارتباطی اندک با سیستم مراقبت‌های سلامت اطراف‌شان یا جامعه‌ای که قرار است به آن خدمت ارائه نمایند می‌باشند.<sup>۱۲</sup>

**فقدان دسترسی و زیرساخت‌ها:** در بسیاری از موارد اکنون پوشش ملی مداخلات بیش از ۸۰ درصد می‌باشد. با این وجود هنوز راهی طولانی برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت وجود دارد. تخمین زده شده است که - به عنوان مثال - حداقل ۴۰۰ میلیون نفر فاقد دسترسی به حداقل یکی از ۶ خدمت ضروری مانند تنظیم خانواده یا ایمنسازی کودکان می‌باشند و ناعدالتی‌های زیادی میان زیرگروه‌های (مختلف) در درون کشورها وجود دارد (شکل ۱۲، ۳، ۱۷۸).<sup>۱۱</sup> همچنین، دسترسی به خدمات سلامت اورژانسی و ضروری در کشورهای دارای درآمد پایین و پایین‌تر از متوسط - که مراقبت‌های جراحی در مراکز شهری متمرکز شده‌اند - با محدودیت‌های شدیدی مواجه می‌باشد.<sup>۱۸۸</sup>

**اپیدمی بیماری‌های غیرواگیر و مسن شدن جمعیت:** انفجار بیماری‌های مزمن به عنوان محرک اصلی استفاده از مراقبت‌های سلامت و هزینه‌ها، چالش جدی‌ای می‌باشد که خدمات سلامت در تمام کشورها با آن مواجه هستند. نیاز به مداومت در زمینه یکپارچه‌سازی مراقبت‌ها در طول زمان برای هر ۲ نوع مداخلات پیشگیرانه و درمان‌های بلندمدت وجود دارد. ارائه خدمت به جمعیت

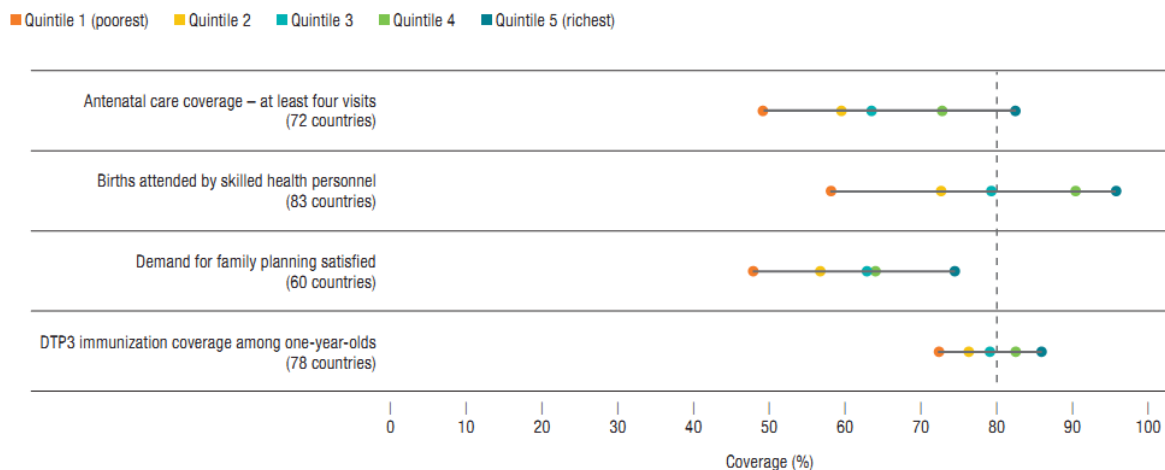
بیماری که در حال پیر شدن و مبتلا شدن به بیماری‌های گوناگون می‌باشد چالش‌هایی را در زمینه مراقبت‌های منزل-مرکز سلامت محور ایجاد نموده است؛ (بنابراین) نیاز به مدل‌های جدیدی از ارائه مراقبت وجود دارد.

**رویکرد مربوط به بیماری‌های پایدار:** انگیزه دست یافتن به نتایج مورد نظر در برنامه‌های مرتبط با MDG بسیاری از ذینفعان را بر آن داشته است تا بر یک اولویت واحد تمرکز نمایند. قدرانی‌های زیادی صورت گرفته است، با این وجود، این رویکرد دارای محدودیت‌هایی می‌باشد و نمی‌توان بدون افزایش قدرت سیستم سلامت و رویکردی یکپارچه‌تر به این اهداف بیمار محور به صورت پایدار دست یافت.<sup>۵۸،۵۹</sup>

**کمبود داده:** در کشورهای زیادی اطلاعات مربوط به ارائه خدمت نه وجود دارد و نه به صورت کارایی از آن‌ها برای اطلاع از مراقبت بیمار یا پشتیبانی از مدیریت خدمات و تخصیص منابع استفاده می‌شود. نیاز به سرمایه‌گذاری در نقاط قوت ارائه خدمت برای تکمیل شاخص‌های بیماری‌محور به همراه اهداف مربوط به ارائه خدمت که به صورت شفاف تعریف شده‌اند و کشورها می‌توانند با استفاده از آن‌ها منابع خود را به سمت بهبود پایدار در سیستم‌های سلامت انتقال دهند، وجود دارد. سنجش فرآیندهای ارائه خدمت روشی را پایش پیشرفت فراهم می‌نمایند به نحوی که سیاست‌گذاران، مدیران و ارائه‌کنندگان ممکن است تصمیمات آگاهانه‌ای را برای بهبود ارائه خدمت اتخاذ نمایند.

**نبود مقیاس بندی برای نوآوری‌های مربوط به بهبود:** نوآوری‌های مربوط به بهبود کیفیت در بسیاری از کشورها توسعه یافته‌اند، اما تعداد اندکی از آن‌ها توانسته‌اند به صورت گسترده به اهداف خود دست یابند، مابقی تنها در مقیاس کوچک باقی مانده‌اند و پروژه‌هایی که مختص یک محیط خاص می‌باشند معمولاً در استراتژی‌های گسترده‌تر تغییر سیستم سلامت قرار نگرفته‌اند.

شکل ۱۲-۳: میانه پوشش مداخلات منتخب براساس چارک‌های ثروت، در کشورهای دارای درآمد متوسط، ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۳<sup>۱۷۸</sup>



## ادامه چالش‌ها

کیفیت پایین مراقبت: این مورد به‌عنوان چالشی کلیدی در تمام کشورها باقی مانده است. حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت بدون اینکه کیفیت را به‌عنوان یک پیش شرط در نظر بگیریم موجب به خطر افتادن پیامدها و همچنین اعتبار و استفاده از خدمات سلامت می‌شود. وجود سطح بالایی از خطای پزشکی در طیف کامل خدمات سلامت گزارش می‌شود.<sup>۵۳، ۱۸۹</sup> سرمایه‌گذاری در بهبود سیستم‌های اطلاعاتی و عملکردی برای ارزیابی و بهبود کیفیت و اثربخشی مراقبت‌ها در کشورهای توسعه‌یافته محدود بوده است و در کشورهای در حال توسعه نیز وجود نداشته است.



## اولویت‌های استراتژیک:

هدف ۳،۸ در مورد پوشش همگانی سلامت مرتبط‌ترین هدف SDG به ارائه خدمت می‌باشد. ارائه موثر خدمات ارتقا دهنده (سطح سلامت)، پیشگیری، درمانی، بازتوانی و تسکینی برای اهداف سلامت به‌صورت کلی و بسیاری از اهداف سلامت خاص ضروری می‌باشند. اطمینان از این مطلب که اصلاحات ملی سیستم سلامت کیفیت مراقبت را به‌عنوان عنصر اصلی گسترش پوشش جمعیت در نظر می‌گیرند بسیار ضروری می‌باشد. در چارچوب پوشش همگانی سلامت هماهنگ نمودن تلاش‌های جهانی و ملی، رویکردهای شواهد محور برای ارائه خدمات مراقبت سلامت ایمن و با کیفیت به مردم - شامل بهبود سنجش و کیفیت و ایمنی مراقبت‌ها می‌شود - بسیار حیاتی خواهد بود. سازمان بهداشت جهانی استراتژی‌ای جهانی را در ارتباط با خدمات سلامت مردم محور راه‌اندازی نموده است.<sup>۶۸</sup> این

استراتژی باهدف کمک به پیشرفت کشورها به سمت "آینده‌ای که مردم دارای دسترسی به خدمات سلامتی می‌باشند که به نیازهای موجود در چرخه زندگی‌شان پاسخ می‌دهد، در طول زنجیره مراقبت هماهنگ شده و ایمن، اثربخش، به موقع، کارا، سطح قابل پذیرشی از کیفیت" می‌باشد و ۵ جهت استراتژیک ارائه می‌نمایند که هر کدام شامل مداخلات شواهد محوری می‌شود که کشورها می‌توانند در مواقعی که به دنبال طراحی مجدد مدل ارائه خدمات خود هستند از (آن‌ها استفاده نمایند):

- توانمندسازی و درگیر نمودن مردم.
- تقویت حاکمیت و پاسخگویی.
- جهت‌دهی مجدد مدل مراقبت.
- هماهنگ نمودن خدمات در طول زنجیره مراقبت.
- ایجاد و توانمندسازی محیطی که از تغییران در خدمات سلامت حمایت نماید.

برای بهبود بخشیدن شکاف موجود در دسترسی و کیفیت خدمات جراحی، مجمع جهانی سلامت قطع‌نامه‌ای را برای ارتقا ایمنی، کیفیت، و هزینه اثربخشی مراقبت‌های سلامت در سیستم سلامت به‌عنوان یک کل صادر نمود.<sup>۱۹۰</sup> قطعنامه بر اهمیت هر ۲ حیطه گسترش دسترسی و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات؛ تقویت نیروی کار جراحی؛ بهبود جمع‌آوری اطلاعات، پایش و ارزیابی؛ تضمین دسترسی به بیهوشی ایمن مانند کتامین<sup>۱</sup>؛ و تقویت همکاری‌ها و مشارکت‌ها جهانی تاکید نمود.

## تحقیق برای پوشش همگانی سلامت

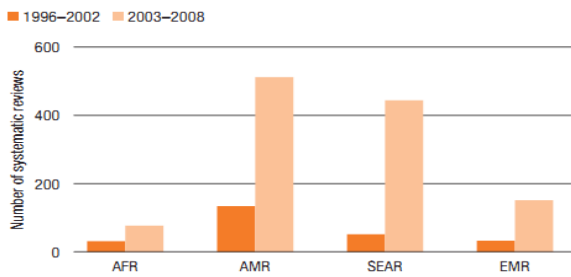
شواهد به‌دست آمده از تحقیقات برای توسعه تکنولوژی، سیستم‌ها و خدمات مورد نیاز برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت ضروری می‌باشد. استراتژی‌های تحقیقات آگاهانه دارای بیشترین اهمیت در هر ۲ حیطه درک و غلبه بر موانع موجود برای ارائه خدمات سلامت در شرایط محدودیت‌های منابع سخت می‌باشد، هدف [استراتژی‌های تحقیقات آگاهانه] بهبود کیفیت مراقبت‌های سلامت و ارتقا عدالت می‌باشد. در نهایت، تحقیق و شواهدی که ایجاد می‌نماید برای تعیین میزان بهینه پوشش مداخلات موجود و نحوه انتخاب و معرفی موارد [مداخلات] جدید برای تلاش‌های بیشتر در جهت پوشش همگانی سلامت مورد نیاز می‌باشد.<sup>۷۶</sup>

## روندها:

**محصولات جدید:** در ۱۵ سال گذشته شاهد معرفی محصولات جدید در حیطه پیشگیری و درمان اولویت‌های سلامت عمومی -مانندواکسن‌های جدید، تشخیص‌ها و درمان‌های سریع-

1. Ketamine

شکل ۱۳-۳: اجرای مرورهای نظامند براساس مناطق سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶ تا ۲۰۰۲ و ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۸<sup>۶۶</sup>



### دستاورد های مثبت:

**افزایش از آگاهی از نیاز:** گزارش سال ۱۹۹۰ کمیسیون مستقل مطالعات سلامت برای توسعه عدم تطابق موجود میان سرمایه‌گذاری در تحقیقات سلامت در کشورهای دارای درآمد پایین و پایین‌تر از متوسط و بار بیماری‌ای که آن‌ها با آن مواجه هستند و عدم تطابقی که بعدها به شکاف ۱۰/۹۰ معروف شد (کمتر از ۱۰ درصد مخارج جهانی روی سلامت صرف بیماری‌ها و شرایطی می‌شود که مسئول ۹۰ درصد بار بیماری‌ها می‌باشند) را آشکار نمود.<sup>۱۹۵</sup>

**افزایش منابع مالی:** منابع مالی بیشتری به تحقیقات سلامت اختصاص یافته است. کل سرمایه‌گذاری در تحقیقات سلامت در سال ۲۰۰۹ به ۲۴۰ میلیارد دلار رسیده است.<sup>۶۵</sup>

**افزایش تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت و سیستم‌های سلامت:** حمایت از تحقیقات مرتبط با سیاست‌گذاری سلامت و سیستم‌های سلامت به میزان قابل توجهی افزایش یافته است،<sup>۱۹۶</sup> و کشورهای زیادی در حال حاضر دارای سیاست تحقیقات سلامت ملی می‌باشند و اولویت بیشتری برای تحقیقات مرتبط با توسعه سیستم سلامت، تقویت ارتباطات میان شواهد علمی و توسعه سیاست‌گذاری سلامت قائل هستند.<sup>۱۹۷</sup>

**افزایش همکاری بین‌المللی:** همکاری‌های چندگانه و مشارکت‌های بین‌المللی موجود شامل سیستم‌های سلامت جهانی،<sup>۴۲</sup> اتحاد برای تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت و سیستم‌های سلامت،<sup>۱۹۸</sup> و شورای تحقیقات سلامت برای توسعه<sup>۱</sup> (COHRED)،<sup>۱۹۹</sup> و سایر مواردی که از سرمایه‌گذاری بیشتر در پژوهش و تسهیل تقویت ظرفیت‌ها در کشورهای دارای درآمد پایین و پایین‌تر از متوسط می‌نمایند، می‌شود.

### چالش‌ها:

**ادامه یافتن شکاف ۱۰/۹۰:** پیشرفت در جهت تولید شواهد تحقیقاتی بیشتر برای حمایت از پوشش همگانی سلامت

1. Council on Health Research for Development

بوده‌ایم. این مورد همچنین شامل ساده‌سازی رژیم‌های درمانی و استفاده ترکیبی از درمان‌ها می‌شود.

**بهبود فعالیت‌های تحقیقاتی/تولیدی:** پس از گزارش سال ۱۹۹۰ کمیسیون تحقیقات سلامت برای توسعه<sup>۲</sup> افزایش قابل توجهی در فعالیت‌ها و ظرفیت تحقیقاتی روی داده است.<sup>۱۹۱</sup> پیشرفت‌های قابل توجه شامل: افزایش ظرفیت‌های تحقیقاتی برای پاسخ‌گویی به سوالات مرتبط با سلامت، و راهنمایی‌های بیشتر برای و ادامه دادن عملکردهای خوب برای طراحی، اجرا، اخلاقیات و گزارش نتایج؛ و بهبود در تعیین اولویت‌های پژوهشی، ارزیابی بار بیماری‌ها، اجرای مطالعات اولیه و مرور سیستماتیک شواهد (شکل ۱۳، ۳).

**بهبود انتشار و استفاده از نتایج:** پیشرفت‌های مهمی نیز در انتشار نتایج (شامل افزایش مطالب منتشر شده که دسترسی به آن‌ها آزاد می‌باشد)، مدیریت دانش و حمایت از فرآیندهای سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری بر پایه شواهد ارائه شده.

**ارزیابی‌های سیستماتیک تر پژوهش‌ها و استفاده:** امروزه از رویکردهای سیستماتیک‌تری برای تسهیل ارزیابی و استفاده از پژوهش‌ها استفاده می‌شود، مثال قابل توجه در این حیطه سیستم GRADE (درجه‌بندی ارزیابی نظریه‌ها، توسعه و ارزیابی<sup>۳</sup>) برای ارزیابی کیفیت شواهد و قدرت نظریه‌ها برای پایه دانش موجود می‌باشد.<sup>۱۹۲</sup>

**پاسخ‌گویی/شفافیت بیشتر:** پیشرفت‌هایی نیز در زمینه پاسخ‌گویی و شفافیت تحقیق - نوآوری‌های کلیدی شامل ایجاد پلتفرم ثبت آزمایش‌های بالینی بین‌المللی<sup>۴</sup> (ICTRP) که در حال حاضر شامل حدود ۳۰۰۰۰۰ آزمایش می‌شود.<sup>۱۹۳</sup> کشورهای زیادی نیز ثبت‌نام‌های ملی را راه‌اندازی نموده‌اند (به‌عنوان مثال برزیل، چین، هند، پان آفریقا)، علاوه بر این کدهای اخلاقی اجرای پژوهش را با استفاده از راهنمای بردهای موسسات بازنگری<sup>۵</sup> تقویت نموده‌اند.

**دسترسی بیشتر به دانش:** حجم پژوهش‌های منتشر شده و دسترسی به آن‌ها در سطح جهانی رشد قابل ملاحظه‌ای را تجربه نموده است. به‌عنوان مثال، گایدلاین‌های شواهد محور سازمان بهداشت جهانی نشان دهنده استفاده قابل توجه از خروجی مطالعات برای سیاست‌گذاری و هدایت برنامه‌ها در سطح جهانی می‌باشد. افزایش انتشار مطالعات و مطالب منتشر شده مرتبط از طریق برنامه HINARI منجر به دسترسی بیشتر به مجلات علمی، پایگاه داده‌ها و کتاب‌های الکترونیک در بیش از ۱۰۰ کشور دارای درآمد پایین و پایین‌تر از متوسط تا سال ۲۰۲۰ - و احتمالاً فراتر از آن - خواهد شد.<sup>۱۹۴</sup>

2. Commission on Health Research for Development

3. Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

4. International Clinical Trial Registry Platform

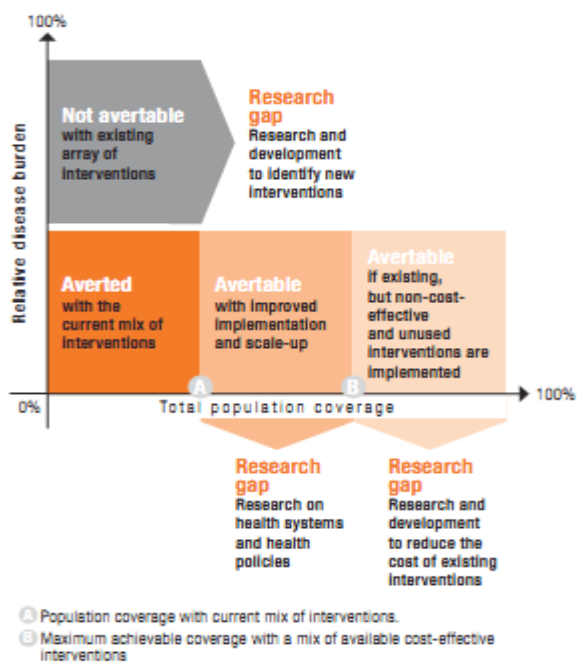
5. Institutional review boards

اخلاقی در تحقیقات یکی از ضروری ترین مسائل باقی مانده در تمام کشورها می باشد.

### اولویت های استراتژیک:

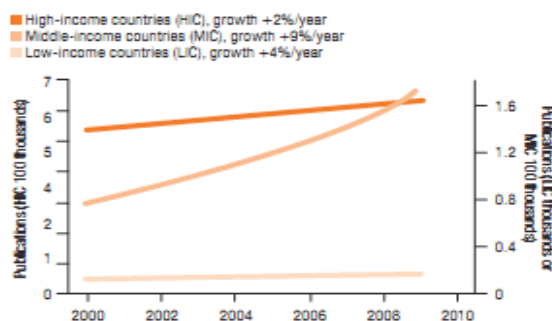
گزارش سال ۲۰۱۳ سازمان بهداشت جهانی اولویت هایی برای تحقیق در حیطه پوشش همگانی سلامت که نیازمند فعالیت های ملی و بین المللی می باشد را مشخص نموده است. نیاز است که سیستم ها برنامه های کاری تحقیقات را در سطح ملی گسترش دهند، منابع مالی را افزایش دهند، ظرفیت تحقیقاتی [خود را] افزایش دهند و استفاده ای مناسب و اثربخش از یافته های تحقیقات داشته باشند.<sup>۷۶</sup> حرکت به سمت ماهیت خاص چالش های پوشش همگانی سلامت و فرصت ها -بالاخص- آن هایی که در ارتباط با ارائه خدمت و تامین مالی می باشند- نیازمند رویکردهایی خواهد بود که کاملاً شرایط موجود را منعکس نمایند و تحقیقات سیاست گذاری سلامت و سیستم های سلامت دارای (مزیت های) بالقوه ای در این حیطه می باشند و این امکان را فراهم می نمایند که از روش های چندگانه ای برای برطرف نمودن چالش های مرتبط با پیاده سازی و -بالاخص- اولیت بندی استفاده نماییم (شکل ۳، ۱۵).<sup>۷۷</sup> به این دلیل است که شبکه ها و همکاران جهانی پیاده سازی تحقیقات را تبدیل به یک حوزه دارای اولویت نموده اند.

شکل ۳-۱۵: شناسایی نیازهای پژوهشی برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت<sup>۲۰۵</sup>



نامتعالی بوده است و کشورهای دارای درآمد پایین کماکان در انتظار مشاهده افزایش قابل توجه در تولیدات تحقیقاتی هستند (شکل ۳، ۱۴). حتی امروز، کمتر از ۱۰ درصد تحقیقات جهانی در مورد سیاست گذاری سلامت و سیستم های سلامت در کشورهای دارای درآمد پایین و پایین تر از متوسط انجام می شود.<sup>۲۰۰</sup>

شکل ۳-۱۴: انتشار مطالعات براساس گروه درآمدی، ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۰.<sup>۷۸</sup>



**تحقیقاتی که یکپارچه نیستند:** علی رغم افزایش در همکاری های جهانی، هماهنگی پایین و عدم یکپارچگی تحقیقات سلامت یکی از مسائل جدی می باشد، علاوه بر این فقدان اولویت گذاری، کیفیت پایین در اجرا و گزارش تحقیقات، و دوباره کاری ها و اتلاف تلاش های تحقیقاتی نیز وجود دارد.<sup>۲۰۱</sup>

**کمبود منابع مالی:** علی رغم وجود روند مثبت، تحقیقات سیاست گذاری سلامت و سیستم های سلامت تنها بخش کوچکی از منابع مالی تحقیقات سلامت در هر ۲ گروه کشورهای دارای درآمد پایین و پایین تر از متوسط و کشورهای دارای درآمد بالا را تشکیل می دهد. علاوه بر این، تحقیقات سلامت هنوز به شدت بر مداخلات بیومدیكال و کلینیکی تمرکز می نماید، و همزمان تحقیقات سیاست گذاری سلامت و سیستم های سلامت با کمبود منابع مالی مواجه هستند.<sup>۲۰۲</sup>

**استفاده ناکافی از شواهد:** علی رغم اینکه اهمیت مرتبط نمودن تولید دانش و تصمیم گیری به شکل گسترده ای شناسایی شده است، این ۲ کماکان به عنوان فرآیندهایی جدا از هم به شمار می آیند. به علت شرایط محیطی در توسعه سیستم های پوشش همگانی سلامت، نیاز است که فراتر از مدل هایی که بر استفاده خطی از شواهد در تصمیم گیری تاکید می نمایند عمل نماییم، این موضوع را تشخیص دهیم که دانش گسترده تر است، و توسط تعدادی از عوامل به جز تجربی ایجاد گردیده است.

**کمبود کدهای اخلاقی:** به کار بستن بالاترین استانداردهای



علاوه بر این، نیاز به ادغام بیشتر تحقیقات در فرآیندهای تصمیم‌گیری و تولید تحقیقات محرک تقاضا<sup>۱</sup> به‌عنوان بخشی از برنامه برنامه‌ریزی و پیاده‌سازی وجود دارد.<sup>۲۰۴</sup> تحقیقات ادغام شده یا جایگذاری شده باید به‌عنوان ابزاری برای تقویت فرآیندهای سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری شواهدمحور-آگاهانه اولویت‌گذاری شوند.

همچنین نیاز است که تلاش‌های بیشتری برای اطمینان از این موضوع که تحقیقات اجرا شده با نیاز هماهنگ است صورت گیرد. در این فصل توصیف ناعدالتی‌های موجود در تحقیق و توسعه و چالش‌های موجود، در بخش مرور کلی و بخش مربوط به محصولات پزشکی توصیف گردید. توسعه سازمان جهانی نظارت بر تحقیق و توسعه [در بخش] سلامت براساس قطعنامه WHA۶۶،۲۲ اجباری می‌باشد،<sup>۲۰۶</sup> در اینجا باید این نکته را بیان نماییم که تمرکز اصلی آن بر پایش و تجزیه و تحلیل اطلاعات مرتبط با تحقیق و توسعه در سلامت، برپایه سازمان‌های نظارتی ملی یا منطقه‌ای (یا کارکردهای مشابه) و مکانیسم‌های موجود جمع‌آوری داده‌های جهانی برای شناسایی شکاف‌ها و فرصت‌ها برای تحقیق و توسعه در سلامت می‌باشد. در سال ۲۰۱۶ کار خود را آغاز خواهد نمود.

در نهایت اینکه، توسعه ظرفیت پژوهشی در جهت حمایت از پوشش همگانی سلامت وابسته به آموزش تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت و سیستم‌های سلامت در هر ۲ دانشکده سلامت عمومی<sup>۲</sup> و سیاست‌گذاری عمومی<sup>۳</sup> خواهد بود. شبکه‌های همکاری مراکز تحقیقاتی و فرصت‌های یادگیری از طریق اجرا نیز در این حیطه با اهمیت می‌باشند.

1. Production of demand driven research
2. Public health
3. Public policy

## یادداشت‌ها و منابع:

- 1 World health report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://www.who.int/whr/2010/en/>, accessed 28 August 2015).
- 2 Resolution WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. In: Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 25–16 May 2005. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 6–2005:124 (WHA2005/58/REC/1;[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58REC1/english/A2005\\_58\\_REC-1en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58REC1/english/A2005_58_REC-1en.pdf), accessed 18 September 2015).
- 3 World health report 2008. Primary health care: now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008 (<http://www.who.int/whr/2008/en/> accessed 28 August 2015).
- 4 Resolution WHA64.9. Sustainable health financing structures and universal coverage. In: Sixty-fourth World Health Assembly, Geneva, 24–16 May 2011. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 21–2011:18 (WHA2011/64/REC/1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA64REC1/A64\\_REC-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64REC1/A64_REC-en.pdf) , accessed 28 August 2015).
- 5 A/RES/81/67. Global health and foreign policy. Resolution adopted by the General Assembly on 12 December 2012 [without reference to a Main Committee (A/67/L.36 and Add.1)]. United Nations General Assembly, Sixty-seventh session, agenda item 123 ([http://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/81/67](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/81/67) , accessed 16 September 2015).
- 6 Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. New York (NY):United Nations; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld> , accessed 5 October 2015).
- 7 Kieny MP, Evans DB, Schmets G, Kadandale S. Health-system resilience: reflections on the Ebola crisis in western Africa. *Bull World Health Organ.* 850:(12)92;2014 (<http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/149278-14/12/92.pdf>, accessed 28 August 2015).
- 8 WHO's six-year strategic plan to minimize the health impact of emergencies and disasters: 2019–2014. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://www.who.int/hac/ercm\\_strategic\\_plan\\_web.pdf](http://www.who.int/hac/ercm_strategic_plan_web.pdf), accessed 28 August 2015).
- 9 Kruk ME, Myers M, Varpilah ST, Dahn BT. What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *Lancet.* 12–1910:(9980)385;2015 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS3-2960755%2815%6736-0140/fulltext?rss3%Dyes>, accessed 28 August 2015).
- 10 Update from: Tracking universal health coverage: first global monitoring report. Geneva and Washington (DC): World Health Organization and World Bank; 2015 ([http://www.who.int/entity/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/2015/en/index.html](http://www.who.int/entity/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/index.html), accessed 28 August 2015).
- 11 State of inequality: reproductive, maternal, newborn and child health. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://www.who.int/gho/health\\_equity/report\\_2015/en/](http://www.who.int/gho/health_equity/report_2015/en/), accessed 18 September 2015).
- 12 The performance of hospital under changing socioeconomic conditions: a global study. Geneva: World Health Organization; 2007 ([http://www.cohsasa.co.za/sites/cohsasa.co.za/files/publication\\_pdfs/performance\\_of\\_hospitals\\_who\\_report.pdf](http://www.cohsasa.co.za/sites/cohsasa.co.za/files/publication_pdfs/performance_of_hospitals_who_report.pdf), accessed 28 August 2015).
- 13 Fortune T, O'Connor E, Donaldson B. Guidance on designing healthcare external evaluation programmes including accreditation 2015. Dublin: The International Society for Quality in Health Care; 2015.
- 14 Waddington C, Egger D. Integrated health services: What and why? Geneva: World Health Organization; 2008 ([http://www.who.int/healthsystems/technical\\_brief\\_final.pdf](http://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf), accessed 18 September 2015).
- 15 Bodenheimer T, Ghorob A, Willard-Grace R, Grumbach K. The 10 building blocks of high- performing primary care. *Ann Fam Med.* 71–166:(2)12;2014 (<http://www.annfammed.org/content/166/2/12.full>, accessed 28 August 2015).
- 16 Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten key principles for successful health systems integration. *Healthc Q.* 13;2009(Spec No):23–16 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3004930/>, accessed 28 August 2015).
- 17 Pépin J, Abou Chakra CN, Pépin E, Nault V. Evolution of the global use of unsafe medical injections, 2010–2000. *PLoS One.* 4December2013;doi:10.1371/journal.pone.0080948 (<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0080948>, accessed 18 September 2015).
- 18 Global health expenditure database. Geneva: World Health Organization (<http://apps.who.int/nha/database>, accessed 9 October 2015). Country income grouping is according to the World Bank analytical income classification of economies based on the 2013 Atlas estimates of gross national income per capita.
- 19 Campbell J, Dussault G, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra Arias M, Leone C et al. A universal truth: no health without a workforce. Forum Report, Third Global Forum on Human Resources for Health, Recife, Brazil, 13–10 November 2013. Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en/>, accessed 28 August 2015).

- 20 Medicines prices, availability, affordability and price components. Geneva: Health Action International (HAI) and World Health Organization; 2008 (<http://haiweb.org/medicineprices/>, accessed 28 August 2015).
- 21 Availability is assessed as the percentage of facilities stocking the medicine on the day of data collection.
- 22 Blood safety and availability. Fact sheet N279°, reviewed June 2015. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs279/en/>, accessed 12 October 2015).
- 23 Piette JD, Lun KC, Moura LA, Fraser H, Mechael P, Powell J et al. Impacts of e-health on the outcomes of care in low- and middle-income countries: Where do we go from here? *Bull World Health Organ.* 72–365:(5)90;2012 (<http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/099069-11/5/90.pdf?ua=1>, accessed 28 August 2015).
- 24 Al-Shorbaji N, Geissbuhler A. Establishing an evidence base for e-health: the proof is in the pudding. *Bull World Health Organ.* 322–322:(5)90;2012A (<http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/106146-12/5/90.pdf?ua=1>, accessed 28 August 2015).
- 25 For instance, WHO has developed a NCD risk factor survey called STEPS. See: STEPwise approach to surveillance (STEPS). Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/chp/steps/en/>, accessed 9 October 2015). DHS and other surveys also increasingly include modules on NCD risk factors.
- 26 Country health information systems: a review of the current situation and trends. Geneva: World Health Organization and Health Metrics Network; 2011 ([http://www.who.int/healthmetrics/news/chis\\_report.pdf](http://www.who.int/healthmetrics/news/chis_report.pdf), accessed 28 August 2015).
- 27 Meessen B, Soucat A, Sekabaraga C. Performance-based financing: Just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform? *Bull World Health Organ.* 6–153:(2)89;2011 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/077339-10/2/89/en/>, accessed 28 August 2015).
- 28 Universal health coverage study series (UNICO). Washington (DC): World Bank (<https://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/universal-health-coverage-study-series>, accessed 28 August 2015).
- 29 For example: Resolution WHA64.9. Sustainable health financing structures and universal coverage. In: Sixty-fourth World Health Assembly, Geneva, 24–16 May 2011. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 21–2011:18 (WHA2011/64/REC/1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA-64REC1/A64\\_REC-1en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA-64REC1/A64_REC-1en.pdf), accessed 28 August 2015).
- 30 Resolution WHA64.8. Strengthening national policy dialogue to build more robust health policies, strategies and plans. In: Sixty-fourth World Health Assembly, Geneva, 24–16 May 2011. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 18–2011:16 (WHA2011/64/REC/1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA-64REC1/A64\\_REC-1en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA-64REC1/A64_REC-1en.pdf), accessed 28 August 2015).
- 31 Paris Declaration and Accra Agenda for Action. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (<http://www.oecd.org/dac/effectiveness/parisdeclarationandaccraagendaforaction.htm>, accessed 28 August 2015).
- 32 The Busan Partnership for Effective Development Co-operation. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (<http://www.oecd.org/development/effectiveness/busanpartnership.htm>, accessed 28 August 2015).
- 33 The International Health Partnership (ihp+). Geneva: International Health Partnership (<http://www.internationalhealthpartnership.net/en/>, accessed 28 August 2015).
- 34 About the Global Health Workforce Alliance. Geneva: Global Health Workforce Alliance (<http://www.who.int/workforcealliance/about/en/>, accessed 28 August 2015).
- 35 Commission on information and accountability for women's and children's health. About the commission. Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/woman\\_child\\_accountability/about/coia/en/](http://www.who.int/woman_child_accountability/about/coia/en/), accessed 18 September 2015).
- 36 Countdown to 2015: maternal, newborn and child survival. Geneva: Countdown to 2015 (<http://www.countdown2015mnch.org/>, accessed 28 August 2015).
- 37 About the Health Metrics Network (HMN). Geneva: Health Metrics Network (<http://www.who.int/healthmetrics/en/>, accessed 28 August 2015).
- 38 Patient safety: a success story for reducing risk of surgical site infections. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/patientsafety/en/>, accessed 28 August 2015).
- 39 P4H: Social Health Protection network. Geneva: P4H social health protection network (<http://p4h-network.net/>, accessed 28 August 2015).
- 40 Harmonization for health in Africa. Geneva: Global Health Workforce Alliance (<http://www.who.int/workforcealliance/countries/hha/en/>, accessed 28 August 2015).
- 41 Harmonization for health in Africa. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa (<http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/hss/cluster/hha.html>, accessed 28 August 2015).
- 42 Health Systems Global (<http://healthsystemsglobal.org/>, accessed 28 August 2015).

- 43 Giedion U, Alfonso EA, Diaz Y. The impact of universal coverage schemes in the developing world: a review of the existing evidence. *Universal Health Coverage (UNICO) Studies Series, No. 25*. Washington (DC): World Bank; 2013 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/1729122101/2013/impact-universal-coverage-schemes-developing-world-review-existing-evidence>, accessed 28 August 2015).
- 44 Boerma T, Eozenou P, Evans D, Evans T, Kieny MP, Wagstaff A. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. *PLoS Med*. 22 September 2014;doi:10.1371/journal.pmed.1001731 (<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001731>, accessed 21 October 2015).
- 45 Buckley GJ, Lange JE, Peterson EA. Investing in global health systems: sustaining gains, transforming lives. Washington (DC): National Academies Press; 2014 (<http://iom.nationalacademies.org/Reports/2014/Investing-in-Global-Health-Systems-Sustaining-Gains-Transforming-Lives.aspx>, accessed 28 August 2015).
- 46 International migration outlook. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2014 (<http://www.oecd.org/migration/international-migration-outlook-1999124x.htm>, accessed 28 August 2015).
- 47 Health workforce 2030. A global strategy on human resources for health. Synthesis paper of the thematic working groups. Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization; 2015 ([http://www.who.int/hrh/documents/strategy\\_brochure2014/en/](http://www.who.int/hrh/documents/strategy_brochure2014/en/), accessed 28 August 2015).
- 48 Millennium Development Goal 8: taking stock of the global partnership for development. MDG Gap Task Force Report 2015. New York (NY): United Nations; 2015 ([http://www.un.org/en/development/desa/policy/mdg\\_gap/mdg\\_gap2015/2015GAP\\_FULLREPORT\\_EN.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/policy/mdg_gap/mdg_gap2015/2015GAP_FULLREPORT_EN.pdf), accessed 9 October 2015).
- 49 Be aware: helping to fight counterfeit medicines, keeping patients safer. International Council of Nurses, International Pharmaceutical Federation, World Dental Federation, World Medical Association ([http://www.whpa.org/Toolkit\\_BeAware.pdf](http://www.whpa.org/Toolkit_BeAware.pdf), accessed 28 August 2015).
- 50 Smits H, Supachutikul A, Mate K. Hospital accreditation: lessons from low- and middle- income countries. *Global Health*. 10:65;2014. (<http://www.globalizationandhealth.com/content/65/1/10>, accessed 28 August 2015).
- 51 Health at a glance 2013. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2013 (<http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance2013-.pdf>, accessed 28 August 2015, accessed 28 August 2015).
- 52 Hauri AM, Armstrong GL, Hutin YJ. The global burden of disease attributable to contaminated injections given in health care settings. *Int J STD AIDS*. 16–15:7;2004 (Abstract: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14769164>, accessed 28 August 2015).
- 53 WHO Guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives. Geneva: World Health Organization; 2009 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241598552/1/44185/10665\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241598552/1/44185/10665_eng.pdf), accessed 28 August 2015).
- 54 Healy J, McKee M. The role and function of hospitals. In: McKee M, Healy J, editors. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham: Open University Press; 2002 ([http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/98401/0004/E74486.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/98401/0004/E74486.pdf), accessed 28 August 2015).
- 55 O'Beirne M, Zwicker K, Sterling PD, Lait J, Lee Robertson H, Oelke N. The status of accreditation in primary care. *Qual Prim Care*. 31–23:(1)21;2013 (<http://www.ingentaconnect.com/content/imedpub/qpc/00000001/00000021/2013/article00005?token=004715707404439412f415d766b256f2c492b6c5f3f5159253048296a7c2849266d656c>, accessed 28 August 2015).
- 56 Doherty JE. Regulating the for-profit private health sector: lessons from East and Southern Africa. *Health Policy Plan*. 30;2015(suppl 1):i93–i102 (Abstract: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25759457>, accessed 9 October 2015).
- 57 Hafner T, Shiffman J. The emergence of global attention to health system strengthening. *Health Policy Plan*. 50–41:(1)28;2013 (<http://heapol.oxfordjournals.org/content/41/1/28>, accessed 28 August 2015).
- 58 Dodd R, Cassels A. Health, development and the Millennium Development Goals. *Ann Trop Med Parasitol*. 87–379(6–5):100;2006 (Abstract: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16899143>, accessed 28 August 2015).
- 59 Travis P, Bennett S, Haines A, Pang T, Bhutta Z, Hyder A et al. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet*. 6–900:(9437)364;2004 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0-2916987%2804%26736-0140/fulltext>, accessed 28 August 2015).
- 60 IHR core capacity monitoring framework: checklist and indicators for monitoring progress in the development of IHR core capacities in states parties. Geneva: World Health Organization; 2013 (WHO/HSE/GCR/2013.2; [http://apps.who.int/iris/bitstream/1/84933/10665/WHO\\_HSE\\_GCR\\_2013.2\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/1/84933/10665/WHO_HSE_GCR_2013.2_eng.pdf), accessed 28 August 2015).
- 61 Health technology assessment of medical devices: WHO medical device technical series. Geneva: World Health Organization; 2011 (<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21560en/s21560en.pdf>, accessed 28 August 2015).



62 Gupta R. Developing sustainable global health technologies: insight from an initiative to address neonatal hypothermia. *J Public Health Pol.* –24:(1)36;2015 40 (Abstract: [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25355235](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25355235), accessed 28 August 2015).

63 Reverse innovation in global health systems: learning from low income countries. *Globalization & health.* ([http://www.globalizationandhealth.com/series/reverse\\_innovations](http://www.globalizationandhealth.com/series/reverse_innovations), accessed 21 September 2015).

64 Pedrique B, Strub-Wourgaft N, Some C, Olliaro P, Trouiller P, Ford N et al. The drug and vaccine landscape for neglected diseases (11–2000): a systematic assessment. *Lancet.* 6)1;2013):e371–e379 (<http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS109-2214X0-2970078%2813%2Ffulltext>, accessed 28 August 2015).

65 Røttingen J-A, Regmi S, Eide M, Young AJ, Viergever RF, Årdal C et al. Mapping of available health research and development data: what's there, what's missing, and what role is there for a global observatory? *Lancet.* 307–1286:(9900)382;2013 ([http:// www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS6-2961046%2813%2F6736-0140/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS6-2961046%2813%2F6736-0140/fulltext), accessed 8 October 2015).

66 Resolution WHA61.21. Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property. In: Sixty-first World Health Assembly, Geneva, 24–19 May 2008. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2–2008:31 (WHA2008/61/REC/1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA-61/REC1/A61\\_REC-1\\_en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA-61/REC1/A61_REC-1_en.pdf), accessed 9 October 2015).

67 Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels: framework, measures and targets. Geneva and Washington (DC): World Health Organization and World Bank; 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/1/112824/10665/WHO\\_HIS\\_HIA\\_14.1\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/1/112824/10665/WHO_HIS_HIA_14.1_eng.pdf?ua=1), accessed 28 August 2015).

68 WHO Global strategy on people-centred and integrated health service: interim report. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/1/155002/10665/WHO\\_HIS\\_SDS\\_2015.6\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/1/155002/10665/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf), accessed 28 August 2015).

69 People-centred and integrated health services: an overview of the evidence: interim report. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/1/155004/10665/WHO\\_HIS\\_SDS\\_2015.7\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/1/155004/10665/WHO_HIS_SDS_2015.7_eng.pdf?ua=1&ua=1), accessed 28 August 2015).

70 World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>, accessed 23 October 2015).

71 Global Strategy on Human Resources for Health: workforce 2030. Draft for Consultation. Geneva: World

Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/hrh/resources/globstrathrh2030/en/>, accessed 28 August 2015).

72 Siyam A, Zurn P, Rø OC, Gedik G, Ronquillo K, Co CJ et al. Monitoring the implementation of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. *Bull World Health Organ.* 896–797:(11)91;2013 (<http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/118778-13/11/91.pdf?ua=1>, accessed 28 August 2015).

73 Resolution WHA67.20. Regulatory system strengthening for medical products. In: Sixty-seventh World Health Assembly, Geneva, 24–19 May 2014. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 5–2014:41 (WHA2014/67/REC/1; [http:// apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA-67/REC1/A2014\\_67\\_REC-1en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA-67/REC1/A2014_67_REC-1en.pdf), accessed 28 August 2015).

74 Resolution WHA67.22. Access to essential medicines. In: Sixty-seventh World Health Assembly, Geneva, 24–19 May 2014. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 51–2014:48 (WHA2014/67/REC/1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA-67/REC1/A2014\\_67\\_REC-1en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA-67/REC1/A2014_67_REC-1en.pdf), accessed 28 August 2015).

75 Roadmap for health measurement and accountability and -5point call to action. Washington (DC) and Geneva: United States Agency for International Development, World Bank and World Health Organization; June 2015 (<http://ma4health.hsaccess.org/roadmap>, accessed 28 August 2015).

76 World health report 2013. Research for universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/whr/2013/report/en/>, accessed 28 August 2015).

77 Peters D, Adam T, Alonge O, Agyepong I, Tran N. Implementation research: what it is and how to do it. *BMJ.* 347;2013:f6753 (<http://www.bmj.com/content/347/bmj.f6753>, accessed 28 August 2015).

78 For example: Implementation research in health: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/implementationresearchguide/en/>, accessed 28 August 2015).

79 High level meeting on building resilient systems for health in Ebola-affected countries. 11-10 December 2014, Geneva, Switzerland. Geneva, Bobo-Dioulasso, Tunis, Washington(DC): World Health Organization, West African Health Organization, African Development Bank Group, World Bank; 2015. (<http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/hs-meeting.pdf>, accessed 26 October 2015).

80 Dodgson R, Lee K, Drager N. Global health governance: a conceptual review. Centre on Global Change and Health.



- Discussion paper No. 1. London and Geneva: London School of Hygiene and Tropical Medicine and World Health Organization; 2002 (<http://cgch.lshtm.ac.uk/globalhealthgovernance.pdf>, accessed 28 August 2015).
- 81 Siddiqi S, Masud T, Nishtar S, Peters D, Sabri B, Bile K et al. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance. *Health Policy*. 25–13:(1)90;2009 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851008002005>, accessed 28 August 2015).
- 82 Murray C, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ*. 31–717:(6)78;2000 ([http://www.who.int/entity/bulletin/archives/717\(6\)78.pdf](http://www.who.int/entity/bulletin/archives/717(6)78.pdf), accessed 28 August 2015).
- 83 Resolution WHA63.27. Strengthening the capacity of governments to constructively engage the private sector in providing essential health-care services. In: Sixty-third World Health Assembly, Geneva, 21–17 May 2010. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 61–2010:59 (WHA2010/63/REC/1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA-63REC1/WHA63\\_REC-1en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA-63REC1/WHA63_REC-1en.pdf), accessed 28 August 2015).
- 84 Based on reports from WHO regional and country offices.
- 85 IHP+ results: Progress in the International Health Partnership & related initiatives (IHP+).2014 performance report. Brussels: HERA; 2014 ([http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Result\\_2014/Documents/IHP\\_report-ENG-WEB\\_v2.PDF](http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Result_2014/Documents/IHP_report-ENG-WEB_v2.PDF), accessed 28 August 2015).
- 86 A12/64. Health system strengthening: improving support to policy dialogue around national health policies, strategies and plans. Report by the Secretariat, provisional agenda item 13.4. In Sixty-fourth World Health Assembly, Geneva, 24–16 May 2011. Geneva: World Health Organization; 2011 ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA64/A-12\\_64en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A-12_64en.pdf), accessed 28 September 2015).
- 87 A13/64. Health system strengthening: current trends and challenges. Report by the Secretariat, provisional agenda item 13.4. In Sixty-fourth World Health Assembly, Geneva, 24–16 May 2011. Geneva: World Health Organization; 61–2010:59 ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA64/A-13\\_64en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A-13_64en.pdf), accessed 28 September 2015).
- 88 Resolution WHA63.27. Strengthening the capacity of governments to constructively engage the private sector in providing essential health-care services. In Sixty-third World Health Assembly, Geneva, 21–17 May 2010. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 61–2010:57 (WHA2010/64/REC/1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA-63REC1/WHA63\\_REC-1en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA-63REC1/WHA63_REC-1en.pdf), accessed 28 September 2015).
- 89 Implementing the Commission on Information and Accountability Recommendations. Accountability for women's and children's health: 2014 progress report. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://www.who.int/entity/woman\\_child\\_accountability/about/COIA\\_report\\_2014.pdf](http://www.who.int/entity/woman_child_accountability/about/COIA_report_2014.pdf), accessed 28 August 2015).
- 90 Country Policy and Institutional Assessment (CPIA) Africa: assessing Africa's policies and institutions (includes Djibouti and Yemen). Washington (DC): World Bank; 98118) 2015; [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/090224/15/07/2015/b082ffaf9e/0\\_1/Rendered/PDF/Country0Policy00Djibouti0and0Yemen0.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/090224/15/07/2015/b082ffaf9e/0_1/Rendered/PDF/Country0Policy00Djibouti0and0Yemen0.pdf), accessed 28 August 2015).
- 91 IHP+ Seven behaviours: how development partners can change for the better. Geneva: International Health Partnership (<http://www.internationalhealthpartnership.net/en/about-ihp/seven-behaviours/>, accessed 28 August 2015).
- 92 Xu K, Evans D, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray C. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*. 17–362:111;2003 ([http://www.who.int/entity/health\\_financing/documents/lancet-catastrophic\\_expenditure.pdf](http://www.who.int/entity/health_financing/documents/lancet-catastrophic_expenditure.pdf), accessed 28 August 2015).
- 93 Kutzin J. Anything goes on the path to universal health coverage? *Bull World Health Organ*. 8–867:(11)90;2012 (<http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/113654-12/11/90.pdf>, accessed 28 August 2015).
- 94 Maeda A, Araujo E, Cashin C, Harris J, Ikegami N, Reich M. Universal health coverage for inclusive and sustainable development: a synthesis of 11 country case studies. Washington (DC): World Bank; 88862) 2014; [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/20140704110435\\_000333037/04/07/2014/Rendered/PDF/888620PUB0REPL00Box385245B00PUBLIC0.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/20140704110435_000333037/04/07/2014/Rendered/PDF/888620PUB0REPL00Box385245B00PUBLIC0.pdf), accessed 28 August 2015).
- 95 Dmytraczenko T, Almeida G. Toward universal health coverage and equity in Latin America and the Caribbean: evidence from selected countries. Washington (DC): World Bank; 2015 (<https://openknowledge.worldbank.org/handle/22026/10986>, accessed 28 August 2015).
- 96 Fuchs V. What every philosopher should know about health economics. *American Philosophical Society, Proceedings of the American Philosophical Society*. 96–186:(2)140;1996 (<http://www.jstor.org/stable/987324>, accessed 28 August 2015).
- 97 Fragmentation in pooling arrangements. In: World health report 2010: Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010 (Technical Brief Series, No. 5; (<http://www.who.int/entity/healthsystems/topics/financing/healthreport/FragmentationTBNo5.pdf>, accessed 28 August 2015).
- 98 Kutzin J, Shishkin S, Bryndová L, Schneider P,

- Hrobon P. Reforms in the pooling of funds. Implementing health financing reform: lessons from countries in transition. Copenhagen: World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 53–2010:119 ([http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/120164/0014/E94240.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/120164/0014/E94240.pdf), accessed 28 August 2015).
- 99 Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*. July 36–1:(1)41;1997 ([http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S9-00010\(97\)8510-0168](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S9-00010(97)8510-0168), accessed 28 August 2015).
- 100 Frenk J. Comprehensive policy analysis for health system reform: *Health Policy*. 77–257:(3–1)32;1995 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016885109500739F/pdf?md5=d52d8d65192fa590494842b8fd8723c6&pid=1s016885109500739-2.0F-main.pdf>, accessed 28 August 2015).
- 101 Figueras J, Robinson R, Jakubowski E. Purchasing to improve health systems performance: drawing the lessons. Copenhagen: World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; Buckingham, England; Open University Press. 80–44;2005 ([http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/98428/0004/E86300.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/98428/0004/E86300.pdf), accessed 28 August 2015).
- 102 Limwattananon S, Neelsen S, O'Donnell O, Prakongsai P, Tangcharoensathien V, van Doorslaer E et al. Universal coverage with supply-side reform: the impact on medical expenditure risk and utilization in Thailand. *J Public Econ*. 94–121:79;2015 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S004727271400245X>, accessed 28 August 2015).
- 103 Yip W, Powell-Jackson T, Chen W, Hu M, Fe E, Hu M et al. Capitation combined with pay-for-performance improves antibiotic prescribing practices in rural China. *Health Aff*. 10–502:(3)33;2014 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24572187>, accessed 28 August 2015).
- 104 Lagomarsino G, Garabrant A, Adyas A, Muga R, Otoo N. Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. *Lancet*. 43–380:933;2012 (<http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS7-2961147%2812%6736-0140.pdf>, accessed 28 August 2015).
- 105 Innovations in health system finance in developing and transitional economies. *Adv Health Econ Health Serv Res*, 312–21:291.
- 106 La Forgia G, Nagpal S. Government-sponsored health insurance in India: Are you covered? *Directions in Development series: human development*. Washington (DC): World Bank; 72238)2012; <http://documents.worldbank.org/curated/en/16653451/08/2012/government-sponsored-health-insurance-india-covered>, accessed 28 August 2015).
- 107 Evans T, Chowdhury R, Evans D, Fidler A, Lindelow M, Mills A et al. Thailand's universal coverage scheme: achievements and challenges. An independent assessment of the first 10 years (2010–2001). Nonthaburi, Thailand: Health Insurance System Research Office; 2012 (<http://www.jointlearningnetwork.org/uploads/files/resources/book018.pdf>, accessed 28 August 2015).
- 108 Knaul F, González-Pier E, Gómez-Dantés O, García-Junco D, Arreola-Ornelas H, Barraza-Lloréns M et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Lancet*. –380:1259;2012 79 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS-2961068%2812%6736-0140X/fulltext>, accessed 28 August 2015).
- 109 Kutzin J, Jakab M, Shishkin S. From scheme to system: social health insurance funds and the transformation of health financing in Kyrgyzstan and Moldova. *Adv Health Econ Health Serv Res*. 312–21:291;2009 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19791707>, accessed 28 August 2015).
- 110 Cotlear D, Nagpal S, Smith OK, Tandon A, Cortez RA. Going universal: how 24 developing countries are implementing universal health coverage reforms from the bottom up. Washington (DC): World Bank; 99455) 2015; <http://documents.worldbank.org/curated/en/25018544/09/2015/going-universal-24-developing-countries-implementing-universal-health-coverage-reforms-bottom-up>, accessed 9 October 2015).
- 111 Success stories of health financing reforms for universal coverage: Burundi. Providing for Health (P4H) Initiative. Geneva: World Health Organization; 2011 ([http://www.anglicanhealth.org/Resources/PDF/AHN20%resources/Health20%financing20%and20%Insurance/PH4\\_Burundi\\_success\\_story.pdf](http://www.anglicanhealth.org/Resources/PDF/AHN20%resources/Health20%financing20%and20%Insurance/PH4_Burundi_success_story.pdf), accessed 28 August 2015).
- 112 Cutler DM, Zeckhauser RJ. Adverse selection in health insurance. In: Garber A, editor. *Frontiers in health policy research*, volume 1. Cambridge (MA): MIT Press; 1998.
- 113 Acharya A, Vellakkal S, Taylor F, Masset E, Satija A, Burke M et al. The impact of health insurance schemes for the informal sector in low- and middle-income countries: a systematic review. *World Bank Res Obs*. –236:(2)28;2012 66.
- 114 Baeza CC, Packard TG. Beyond survival: protecting households from health shocks in Latin America. Washington (DC) and Palo Alto: World Bank and Stanford University Press; 2006.
- 115 Bitran R. Universal health coverage and the challenge of informal employment: lessons from developing countries. HNP Discussion Paper. Washington (DC): World Bank; 2014.
- 116 Kutzin J, Yip W, Cashin C. Alternative financing

- strategies for universal health coverage. In: Scheffler RM, editor. Handbook of global health economics and public policy, volume 1: The economics of health and health systems. World Scientific Publishing Company. In press.
- 117 World health report 2006. Working together for better health. Geneva: World Health Organization; 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/en/>, accessed 28 August 2015).
- 118 Adapted from: World health report 2006. Working together for better health. Geneva: World Health Organization; 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/en/>, accessed 28 August 2015); with updates from Global Health Observatory data: health workforce – 2014 update. Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/gho/health\\_workforce/en/](http://www.who.int/gho/health_workforce/en/), accessed 22 September 2015) and Global health expenditure database. Geneva: World Health Organization (<http://apps.who.int/nha/database>, accessed 9 October 2015).
- 119 Resolution WHA59.23. Rapid scaling-up of health workforce production. In: Fifty-ninth World Health Assembly, Geneva, 27–22 May 2006. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2–2006:30 (WHA2006/59/REC/1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA-59REC1/e/WHA2006\\_59\\_REC-1\\_en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA-59REC1/e/WHA2006_59_REC-1_en.pdf), accessed 28 August 2015).
- 120 Resolution WHA59.27. Strengthening nursing and midwifery. In: Fifty-ninth World Health Assembly, Geneva, 27–22 May 2006. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; –2006:38 40 (WHA2006/59/REC/1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA-59REC1/e/WHA2006\\_59\\_REC-1\\_en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA-59REC1/e/WHA2006_59_REC-1_en.pdf), accessed 28 August 2015).
- 121 The Kampala Declaration and Agenda for Global Action: strategic document. Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization; 2006 ([http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/kampala\\_declaration/en/](http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/kampala_declaration/en/), accessed 28 August 2015).
- 122 Resolution WHA63.16. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. In: Sixty-third World Health Assembly, Geneva, 21–17 MAY 2010. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2010:31 (WHA2010/63/ REC/1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA-63REC1/WHA63\\_REC-1en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA-63REC1/WHA63_REC-1en.pdf), accessed 28 August 2015);
- 123 Resolution WHA64.6. Health workforce strengthening. In: Sixty-fourth World Health Assembly, Geneva, 24–16 May 2011. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 13–2011:9 (WHA2011/64/ REC/1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA-64REC1/A64\\_REC-1en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA-64REC1/A64_REC-1en.pdf), accessed 28 August 2015).
- 124 Resolution WHA64.7. Strengthening nursing and midwifery. In: Sixty-fourth World Health Assembly, Geneva, 24–16 May 2011. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; –2011:13 16 (WHA2011/64/REC/1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA-64REC1/A64\\_REC-1en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA-64REC1/A64_REC-1en.pdf), accessed 28 August 2015).
- 125 Resolution WHA66.23. Transforming health workforce education in support of universal health coverage. In: Sixty-sixth World Health Assembly, Geneva, 27–20 May 2013. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 54–2013:51 (WHA2013/66/REC/1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA-66REC1/A66\\_REC-1\\_en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA-66REC1/A66_REC-1_en.pdf), accessed 28 August 2015).
- 126 Resolution WHA67.24. Follow-up of the Recife Political Declaration on Human Resources for Health: renewed commitments towards universal health coverage. In: Sixty-seventh World Health Assembly, Geneva, 24–19 May 2014. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 5–2014:54 (WHA2014/67/ REC/1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA-67REC1/A2014\\_67\\_REC-1en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA-67REC1/A2014_67_REC-1en.pdf), accessed 28 August 2015).
- 127 Resolution WHA63.16. WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. In: Sixty-third World Health Assembly, Geneva, 21–17 MAY 2010. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2010:31 (WHA2010/63/ REC/1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA-63REC1/WHA63\\_REC-1en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA-63REC1/WHA63_REC-1en.pdf), accessed 28 August 2015).
- 128 Monitoring progress on the implementation of the Code: second round reporting (2016–2015). Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/hrh/migration/code/code\\_nri/en/](http://www.who.int/hrh/migration/code/code_nri/en/), accessed 28 August 2015).
- 129 Transforming and scaling up health professionals' education and training. WHO Education guidelines 2013. In: Health workforce education and training. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/hrh/education/en/>, accessed 28 August 2015).
- 130 Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/>, accessed 28 August 2015).
- 131 Health workforce documents on nursing and midwifery. Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/documents/en/](http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/documents/en/), accessed 28 August 2015).
- 132 Campbell J, Admasu K, Soucat A, Tlou S. Maximizing the impact of community-based practitioners in the quest for universal health coverage. Bull World Health Organ. 590–590:(9)93;2015A (<http://www.who.int/bulletin/volumes/162198-15/9/93.pdf?ua=1>, accessed 9 October 2015).
- 133 McPake B, Edoka I, Witter S, Kielmann K, Taegtmeier

- M, Dieleman M et al. Cost-effectiveness of community-based practitioner programmes in Ethiopia, Indonesia and Kenya. *Bull World Health Organ.* 639–631 (9)93;2015A (<http://www.who.int/bulletin/volumes/144899-14/9/93.pdf?ua=1>, accessed 9 October 2015).
- 134 Handbook on monitoring and evaluation of human resources for health: with special applications for low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization;2009 (<http://www.who.int/hrh/resources/handbook/en>, accessed 28 August 2015).
- 135 Every Woman Every Child: strengthening equity and dignity through health. Second report of the independent Expert Review Group (iERG) on information and accountability for women's and children's health. Geneva: World Health Organization; 2013 ([http://www.who.int/woman\\_child\\_accountability/ierg/reports/2013/en/](http://www.who.int/woman_child_accountability/ierg/reports/2013/en/), accessed 28 August 2015).
- 136 Hedden L, Barer M, Cardiff K, McGrail K, Law M, Bourgeault I. The implications of the feminization of the primary care physician workforce on service supply: a systematic review. *Hum Resour Health.* 32(12);2014 (<http://www.hrhresourcecenter.org/node/5720>, accessed 28 August 2015).
- 137 Russo G, Gonçalves L, Craveiro I, Dussault G. Feminization of the medical workforce in low-income settings; findings from surveys in three African capital cities. *Human Resour Health.* 64(1);2015 (<http://www.human-resources-health.com/content/64/1/13>, accessed 28 August 2015).
- 138 European Commission. Commission staff working document on an Action Plan for the EU Health Workforce. Strasbourg: European Commission; 2012 ([http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/staff\\_working\\_doc\\_healthcare\\_workforce\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/staff_working_doc_healthcare_workforce_en.pdf), accessed 28 August 2015).
- 139 Gruppen L, Mangrulkar R, Kolars J. The promise of competency-based education in the health professions for improving global health. *Hum Resour Health.* 43(10);2012 (<http://www.human-resources-health.com/content/43/1/10>, accessed 28 August 2015).
- 140 Zachariah R, Ford N, Philips M, Lynch S, Massaquoi M, Janssens V et al. Task shifting in HIV/AIDS: opportunities, challenges and proposed actions for sub-Saharan Africa. *Trans Roy Soc Trop med Hyg.* 58–103;549;2009 (<http://fieldresearch.msf.org/msf/bitstream/1/71875/10144/Task%20shifting%20in%20HIV-AIDS%20-%20opportunities,%20challenges%20-%20TRSTMH-20103%06-202009%06.pdf>, accessed 28 August 2015).
- 141 de Francisco Shapovalova N, Meguid T, Campbell J. Health-care workers as agents of sustainable development. *Lancet.* 5(3);2015:e249–e250 (<http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS-2214-109X-2970104%2815%20X/fulltext?rss=yes>, accessed 28 August 2015).
- 142 Policy brief: National health workforce accounts. Geneva: World Health Organization;2015 ([http://www.who.int/hrh/documents/brief\\_nhwfa/en/](http://www.who.int/hrh/documents/brief_nhwfa/en/), accessed 28 August 2015).
- 143 World medicines situation report 2011. Geneva: World Health Organization; 2011 ([http://www.who.int/medicines/areas/policy/world\\_medicines\\_situation/en/](http://www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/en/), accessed 28 August 2015).
- 144 Chan M. Affordable versus cheap: How do we assess value; who should pay? Keynote address. Pacific Health Summit on Game Changers: Affordability and Technologies for Health, 13 June 2012.
- 145 Braddy A. Generic drug products: moving forward in a global environment. Washington (DC): United States Food and Drug Administration (<http://www.fda.gov/downloads/AboutFDA/CentersOffices/OfficeofMedicalProductsandToBacco/CDER/UCM420430.pdf>, accessed 28 August 2015).
- 146 WHO Expert Committee on Specifications for Pharmaceutical Preparations: TRS 986 – forty-eighth report. Geneva: World Health Organization; 2014 (WHO Technical Report Series, No. 986; ([http://www.who.int/medicines/areas/quality\\_safety/quality\\_assurance/expert\\_committee/trs\\_986/en/](http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/quality_assurance/expert_committee/trs_986/en/), accessed 28 August 2015).
- 147 Development of medical device policies. WHO Medical device technical series. Geneva: World Health Organization; 2011 (<http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js21559en/>, accessed 28 August 2015).
- 148 Cameron A, Roubos I, Ewen M, Mantel-Theunissen AK, Leufkens HGM, Laing RO. Differences in the availability of medicines for chronic and acute conditions in the public and private sectors of developing countries. *Bull World Health Organ.* 21–412;(6)89 ;2011 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/084327-10/6/89.pdf?ua=1>, accessed 28 August 2015).
- 149 Service availability and readiness assessment (SARA) survey results. Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/healthinfo/systems/sara\\_introduction/en/](http://www.who.int/healthinfo/systems/sara_introduction/en/)).
- 150 IRPs are median prices of quality multisource medicines offered to low- and middle- income countries by not-for-profit and for-profit suppliers (and where there is no supplier price, buyer/tender prices), as available from Management Sciences for Health (MSH) International Drug Price Indicator Guide (<http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=1.0.htm&module=DMP&language=English>, accessed 28 August 2015).
- 151 WHA18/68. Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property. Agenda item 26 ,17.5 May 2015. In: Sixty-eight World Health Assembly, Geneva,26–18 May 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHA18/68; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA68/A68\\_R-18en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_R-18en.pdf), accessed 28 August 2015)



- 152 The Demographic and Health Surveys (DHS) Programme (<http://www.dhsprogram.com/>, accessed 28 August 2015).
- 153 UNICEF Statistics and Monitoring. Multiple Indicator Cluster Survey (MICS). New York (NY): United Nations Children's Fund ([http://www.unicef.org/statistics/index\\_24302.html](http://www.unicef.org/statistics/index_24302.html), accessed 28 August 2015).
- 154 World health statistics 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789240694439/1/170250/10665\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789240694439/1/170250/10665_eng.pdf), accessed 28 August 2015).
- 155 Countdown to 2015: Maternal, Newborn and Child survival. Fulfilling the health agenda for women and children: 2014 report. New York (NY) and Geneva: United Nations Children's Fund and World Health Organization; 2014:Part 1:i-iv-13-1 ([http://www.countdown2015mnch.org/documents/2014Report/The2014report/Part\\_1\\_\(i-iv\\_-13\)\\_final.pdf](http://www.countdown2015mnch.org/documents/2014Report/The2014report/Part_1_(i-iv_-13)_final.pdf), accessed 28 August 2015).
- 2010 156 World Population and Housing Census Programme. Census dates for all countries. New York (NY): United Nations Statistical Division; 2015 (<http://unstats.un.org/unsd/demographic/sources/census/censusdates.htm>, accessed 16 September 2015).
- 157 For example: United Nations Interagency Group for Mortality Estimation (IGME) (<http://www.childmortality.org/>, accessed 28 August 2015); United Nations Maternal Mortality Estimation Interagency Group and Technical Advisory Group (MMTEIG/TAG) (<http://www.maternalmortalitydata.org/>, accessed 28 August 2015); Child Health Epidemiology Reference Group (CHERG) (<http://cherg.org/main.html>, accessed 28 August 2015); UNAIDS Reference Group on Estimates Modelling and Projections (<http://www.epidem.org/>, accessed 28 August 2015); Institute for Health Metrics and Evaluation (<http://www.healthdata.org/>, accessed 28 August 2015).
- 158 Monitoring health inequality: an essential step for achieving health equity. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/1/164530/10665/WHO\\_HIS\\_HSI\\_2015.1\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/1/164530/10665/WHO_HIS_HSI_2015.1_eng.pdf), accessed 28 August 2015).
- 159 For example: Accountability for women's and children's health. 5th stakeholder meeting: setting the foundations for post2015-. Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/woman\\_child\\_accountability/en/](http://www.who.int/woman_child_accountability/en/) accessed 28 August 2015).
- 160 Bryce J, Arnold F, Blanc A, Hancioglu A, Newby H, Requejo J et al. Measuring coverage in MNCH: new findings, new strategies, and recommendations for action. *PLoS Med*.5(10);2013 (<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001423>, accessed 28 August 2015).
- 161 National Research Council. Cells and surveys: Should biological measures be included in social science research? The National Academies Press; 2001 (<http://www.nap.edu/catalog/9995/cells-and-surveys-should-biological-measures-be-included-in-social>, accessed 28 August 2015).
- 162 Census Round 2010. Progression of population censuses and the size of the enumerated population. New York (NY): United Nations Statistical Division; 12 December 2014 ([http://unstats.un.org/unsd/demographic/sources/census/2010\\_PHC/census\\_clock/rptEnumeratedPopulationAllCountries.pdf](http://unstats.un.org/unsd/demographic/sources/census/2010_PHC/census_clock/rptEnumeratedPopulationAllCountries.pdf), accessed 5 February 2015).
- 163 Keeping promises, measuring results. Commission on information and accountability for Women's and Children's Health. Geneva: World Health Organization; 2011 ([http://www.who.int/woman\\_child\\_accountability/about/coia/en/index7.html](http://www.who.int/woman_child_accountability/about/coia/en/index7.html), accessed 28 August 2015).
- 164 Monitoring evaluation and review of national health strategies. A country-led platform for information and accountability. Geneva: International Health Partnership (IHP+) and World Health Organization; 2011 ([http://www.who.int/healthinfo/country\\_monitoring\\_evaluation/1085\\_IER\\_131011\\_web.pdf](http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/1085_IER_131011_web.pdf), accessed 28 August 2015).
- 165 Global reference list of 100 core health indicators. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en/>, accessed 28 August 2015).
- 166 For example, for child mortality estimates see: Child mortality estimates. CME Info (<http://childmortality.org/>, accessed 28 August 2015); and for maternal mortality estimates see: Maternal mortality estimates. MME Info (<http://www.maternalmortalitydata.org/>, accessed 28 August 2015).
- 167 DHIS2 (<https://www.dhis2.org/>, accessed 28 August 2015).
- 168 OpenMRS (<http://openmrs.org/>, accessed 28 August 2015).
- 169 International Telecommunication Union (ITU) Statistics. Geneva: International Telecommunication Union (<http://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Pages/stat/default.aspx>, accessed 28 August 2015).
- 170 Directory of eHealth policies. In: Global Observatory for eHealth. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/goe/policies/countries/en/>, accessed 28 August 2015).
- 171 Strengthening health information infrastructure for health care quality governance: good practices, new opportunities and data privacy protection challenges. OECD Health Policy Studies. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2013 ([http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/strengthening-health-information-infrastructure-for-health-care-quality-governance\\_-9789264193505en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/strengthening-health-information-infrastructure-for-health-care-quality-governance_-9789264193505en), accessed 28 August 2015).



- 2015).
- 172 World telecommunication/ICT indicators database 2015. Geneva: International Telecommunications Union; 2015 (<http://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Pages/publications/wtid.aspx>). Developed and developing countries classification follows the UN M49 (<http://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Pages/definitions/regions.aspx>, accessed 28 August 2015).
- 173 Labrique A, Vasudevan L, Chang L, Mehl G. H<sub>pe</sub> for mHealth: more “y” or “o” on the horizon? *Int J Med Inform.* 69–467:(5)82;2013 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1386505612002407>, accessed 28 August 2015).
- 174 Mehl G, Labrique A. Prioritizing integrated mHealth strategies for universal health coverage. *Science.* 7–1284:(6202)345;2014 (<http://www.sciencemag.org/content/1284/6202/345.full>, accessed 28 August 2015).
- 175 Mortality database. Geneva; World Health Organization ([http://www.who.int/healthinfo/mortality\\_data/en/](http://www.who.int/healthinfo/mortality_data/en/), accessed 28 August 2015).
- 176 Guidelines on protecting the confidentiality and security of HIV information: proceedings from a workshop, 17–15 May 2006, Geneva, Interim Guidelines, 15 May 2007. Geneva: UNAIDS; 2007 ([http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/confidentiality\\_security\\_interim\\_guidelines\\_15may2007\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/confidentiality_security_interim_guidelines_15may2007_en.pdf), accessed 28 August 2015).
- 177 A World that counts: mobilising the data revolution for sustainable development. Independent Expert Advisory Group on a Data Revolution for Sustainable Development; November 2014 (<http://www.undatarevolution.org/wp-content/uploads/11/2014/A-World-That-Counts.pdf>, accessed 28 August 2015).
- 178 Tracking universal health coverage: first global monitoring report. Geneva and Washington (DC): World Health Organization and World Bank; 2015 ([http://www.who.int/entity/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/2015/en/index.html](http://www.who.int/entity/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/index.html), accessed 28 August 2015).
- 179 WHO Surgical safety checklist. Revised 2009/1. Geneva: World Health Organization; 2009 (<http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/checklist/en/>, accessed 28 August 2015).
- 180 WHO Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. Geneva: World Health Organization; 2011 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241501507/1/80135/10665\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241501507/1/80135/10665_eng.pdf?ua=1) accessed 6 September 2015).
- 181 Partnerships for safer health service delivery: Evaluation of WHO African Partnerships for Patient Safety 2014-2009. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/1/176272/10665/WHO\\_HIS\\_SDS\\_2015.13\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/1/176272/10665/WHO_HIS_SDS_2015.13_eng.pdf?ua=1) accessed 6 September 2015).
- 182 Developing better services: the model for future health care services. Belfast: Northern Ireland Department of Health, Social Services and Public Safety ([http://www.dhsspsni.gov.uk/dbs\\_model\\_for\\_future](http://www.dhsspsni.gov.uk/dbs_model_for_future), accessed 28 August 2015).
- 183 Improving maternal and newborn health in Malawi: lessons from a landmark programme addressing maternal and newborn health in Malawi. London: The Health Foundation; 2013 (<http://www.health.org.uk/publication/improving-maternal-and-newborn-health-malawi>, accessed 28 August 2015).
- 184 MacGregor JC, Kothari A, LeMoine K, Labelle J. Linking research to action for youth violence prevention: community capacity to acquire, assess, adapt and apply research evidence. *Can J Public Health.* 5)104;2013)e394–e399.
- 185 Kamanda A, Embleton L, Ayuku D, Atwoli L, Gisore P, Ayaya S et al. Harnessing the power of the grassroots to conduct public health research in sub-Saharan Africa: a case study from western Kenya in the adaptation of community-based participatory research (CBPR) approaches. *BMC Public Health.* 13:91;2013 (<http://www.biomedcentral.com/91/13/2458-1471>, accessed 28 August 2015).
- 186 Häkkinen U. The PERFECT project: measuring performance of health care episodes. *AnnMed.* 1)43;2011):S1–S3 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21639712>, accessed 28 August 2015).
- 187 EuroHOPE – European Health Care Outcomes, Performance and Efficiency. Community Research and Development Information Service. Brussels: European Commission; 2014.
- 188 Holmer H, Lantz A, Kunjumen T, Finlayson S, Hoyler M, Siyam A et al. Global distribution of surgeons, anaesthesiologists, and obstetricians. *Lancet Glob Health.* 3;2015(Special Issue):S11–S27 (<http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS109-2214X3-2970349%2814%fulltext>, accessed 28 August 2015).
- 189 Hauri A, Armstrong G, Hutin Y. The global burden of disease attributable to contaminated injections given in health care settings. *Int J STD AIDS.* 16–7(1)15;2004 (Abstract: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14769164>, accessed 28 August 2015).
- 190 A31/68. Strengthening emergency and essential surgical care and anaesthesia as a component of universal health coverage. Report by the Secretariat, provisional agenda item 17.1. In: Sixty-eight World Health Assembly, Geneva, 26–18 May 2015. Provisional agenda item 17.1. Geneva: World Health Organization; 2015 (A31/68; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA68/A-31\\_68\\_en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A-31_68_en.pdf), accessed 28 August 2015).
- 191 Health research: essential link to equity in development. Commission on Health Research for Development. New

- York (NY): Oxford University Press; 1990.
- 192 Atkins D, Best D, Briss P, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 328:1490;2004 (<http://www.bmj.com/content/1490/7454/328>, accessed 28 August 2015).
- 193 WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) (<http://www.who.int/ictpr/en/>, accessed 28 August 2015).
- 194 HINARI Access to Research in Health Programme. Geneva: HINARI (<http://www.who.int/hinari/en/>, accessed 28 August 2015).
- 195 The 90/10 report on health research 2000. Geneva: Global Forum for Health Research;2000 ([http://announcementsfiles.cohred.org/gfhr\\_pub/assoc/s14791e/s14791e.pdf](http://announcementsfiles.cohred.org/gfhr_pub/assoc/s14791e/s14791e.pdf), accessed 28 August 2015).
- 196 Bennet S, Adam T, Zarowsky C, Tangcharoensathien V, Ranson K, Evans T et al. From Mexico to Mali: progress in health policy and systems research. *Lancet*. 8–1571:(9649)372;2008 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS-2961658%2808%6736-0140X/fulltext>, accessed 28 August 2015).
- 197 Pang T, Chia KS, Chong YS, Liu E, Mahbubani K, Wong J et al. Human wellbeing and security: a whole of planet approach. *Lancet*. 6–395:(9966)385;2015 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS-01401-2962346%2814%6736/fulltext?rss3%Dyes>, accessed 28 August 2015).
- 198 Alliance for Health Policy and System Research (HPSR) (<http://www.who.int/alliance-hpsr/about/en/>, accessed 28 August 2015).
- 199 Council on Health Research for Development (COHRED) (<http://www.cohred.org/>, accessed 28 August 2015).
- 200 Adam T, Ahmad S, Bigdeli M, Ghaffar A, Rottingen JA. Trends in health policy and systems research over the past decade: still too little capacity in low-income countries. *PLoS One*. 11(6);2011):e27263.
- 201 Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research (EQUATOR) Network (<http://www.consort-statement.org/resources/equator>, accessed 28 August 2015).
- 202 Leroy J, Habicht J-P, Pelto G, Bertozzi M. Current priorities in health research funding and lack of impact on the number of child deaths per year. *Am. J. Public Health*. 23–219:(2)97;2007 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1781402/>, accessed 28 August 2015).
- 203 References Global Health Systems, Alliance, others Alliance for Health Policy and System Research (HPSR) (<http://www.healthsystemsglobal.org/>, accessed 12 October 2015).
- 204 Changing mindsets: strategy on health policy and systems research. Geneva: World Health Organization; 2012 ([http://www.who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr\\_changingmindsets\\_strategyhpsr.pdf](http://www.who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_changingmindsets_strategyhpsr.pdf), accessed 28 August 2015).
- 205 Adapted from: Report of the Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options. Geneva: World Health Organization; 1996 (<http://www.who.int/tdr/publications/tdr-research-publications/investing-in-health/en/>, accessed 28 August 2015).
- 206 WHA66.22. Follow up of the report of the Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination. Agenda item 27 ,17.2 May 2013. In: Sixty-sixth World Health Assembly, Geneva, 27–20 May 2013. Geneva: World Health Organization; 2013 ([http://www.who.int/phi/resolution\\_WHA66.22-.pdf](http://www.who.int/phi/resolution_WHA66.22-.pdf), accessed 28 August 2015).



## فصل چهارم:

سلامت و سوء تغذیه در تولید مثل،  
مادران، نوزادان تازه متولد شده،  
کودکان، و بزرگسالان

مرگ مادران باردار، کودکان، و بزرگسالان مسئول حدود یک سوم بار مرگ و میرهای زودرس می‌باشد، با توجه به این حقیقت که بخش اعظم این مرگ و میرها قابل پیشگیری می‌باشد. میزان مرگ و میر مادران در کشورهای در حال توسعه ۱۹ برابر کشورهای توسعه یافته می‌باشد، و احتمال مرگ کودکان در کشورهای در حال توسعه پیش از رسیدن به ۵ سالگی ۸ برابر بیشتر می‌باشد.

با وجود پیشرفت‌های قابل توجه در زمینه مرگ و میر مادران و کودکان نمی‌توانیم به هیچ‌کدام از اهداف MDG ۴ و MDG ۵ دست یابیم. نرخ مرگ و میر زیر ۵ سال<sup>۱</sup> در سطح جهانی (U5MR) در فاصله زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ به میزان ۵۳ درصد کاهش یافته است - به بخشی از کاهش هدف گذاری شده به میزان دو سوم دست یافته‌ایم - و مرگ و میر مادران در سطح جهانی<sup>۲</sup> (MMR) به میزان ۴۴ درصد کاهش یافته است - فاصله زیادی تا دست یابی به هدف ۷۵ درصد کاهش داریم.

تخمین زده شده است که ۵٫۹ میلیون کودک زیر ۵ سال در سال ۲۰۱۵ فوت خواهند نمود، و مرگ و میر مادران نیز برابر با ۳۰۳۰۰۰ خواهد بود. منطقه آفریقا و منطقه آسیای شرقی مسئول سهم نامتناسبی از مرگ و میرهای مادران، کودکان تازه متولد شده و کودکان می‌باشند.

تلاش‌های زیادی که برای ریشه‌کنی<sup>۳</sup> فلج اطفال صورت گرفته است منجر به این شده است تعداد کشورهایی که در آن‌ها (فلج اطفال) به صورت اندمیک منتقل می‌شود به ۲ مورد کاهش یابد، و موارد ویروس وحشی<sup>۴</sup> از حدود ۲۰۰۰ مورد در سال ۲۰۰۵ به ۳۵۹ مورد در سال ۲۰۱۴ کاهش یابد. شیوع کم وزنی میان کودکان زیر ۵ سال در فاصله زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ از ۲۵ درصد به ۱۴ درصد کاهش یافته است - تقریباً در حال دست‌یابی به هدف MDG ۱ C.۱ مبنی بر ۵۰ درصد کاهش می‌باشیم.

تعهدات سیاسی جهانی، منطقه‌ای، و ملی، همکاری‌های جهانی و تامین مالی - برخی از آن‌ها در همین اواخر به تصویب رسیده‌اند - منجر به دست‌یابی به موفقیت‌هایی شده‌اند - همانند بهبود در شرایط اجتماعی اقتصادی، تحصیلات، عدالت میان ۲ جنس و محیط زیست. کشورهای زیادی توانسته‌اند پوشش تنظیم خانواده، مراقبت‌های پیش از بارداری، وجود کارکنان با مهارت هنگام تولد و ایمن‌سازی کودکان را به میزان قابل توجهی افزایش دهند و از سال ۲۰۰۰ با موفقیت مداخلات جدیدی مانند پشه‌بندهای آغشته به حشره‌کش<sup>۵</sup> (ITN)، درمان با استفاده از (داروهای) ضد مالاریا و پیشگیری از انتقال HIV از مادر به کودک را اجرا نمایند.

در (برنامه) SDG مجموعه کاملی از اهداف برای برطرف نمودن مشکلات سلامت و تندرستی زنان، کودکان، و بزرگسالان قرار داده شده است - از جمله اهداف مربوط به اهداف سلامت و سایر اهداف مرتبط با سلامت مانند گرسنگی (SDG ۲). اهداف بلند پروازانه‌ای برای اجتناب از مرگ و میرهای قابل پیشگیری مادران و کودکان و دسترسی به پوشش همگانی سلامت برای خدمات مراقبت‌های سلامت مربوط به بیماری‌های تولید مثل تنظیم شده است. کودکان تازه متولد شده نیز صراحتاً شامل این مجموعه می‌شوند.

استراتژی جهانی جدید دبیر کل سازمان ملل برای سلامت زنان، کودکان، و بزرگسالان در فاصله زمانی ۲۰۱۶ - ۲۰۳۰ که همزمان با پذیرش قطعنامه SDG اعلام عمومی گردید - چارچوب گسترده و چند کارکردی‌ای را برای پیاده‌سازی، پیگیری<sup>۶</sup> و بازنگری پیشرفت‌های صورت گرفته به سمت (هدف موارد) مرتبط با سلامت و اهداف مرتبط فراهم نموده است.

در حالی که به تمام اهداف MDG دست نخواهیم یافت، در سال‌های اخیر پیشرفت مهمی در جهت کاهش مرگ و میر مادران و کودکان و همچنین سوء تغذیه کودکان به همراه بهبود در شاخص‌های کلیدی - از سال ۱۹۹۰ - صورت گرفته است. کشورهای دارای کمترین سطح توسعه یافتگی کم‌ترین چالش‌ها در زمینه بهبود سلامت مادران و کودکان، مبارزه با ترکیبی از پوشش پایین و کیفیت خدمات مراقبت‌های سلامت و مداخلات عمومی، کمبود آب (آشامیدنی) و تصفیه فاضلاب، زیر ساخت‌های ضعیف، پایین بودن امنیت غذایی، و تحصیلات و فرصت‌های اقتصادی محدود (پایین) مبارزه می‌نمایند. این کشورهای مشابه گاهی اوقات با موانعی در زمینه اطمینان از دسترسی همگانی به خدمات سلامت جنسی و تولید مثل و همچنین حفظ سلامت افراد بزرگسال مواجهه - چالش‌هایی که اکثر مناطق جهانی با آن رو به رو هستند - می‌شوند.

در سطح جهانی در سال ۲۰۱۲، ۳۷ درصد YLLها به علت مرگ و میر مادران یا مرگ و میر افراد جوان تر از ۱۵ سال بوده است (شکل ۴،۱). اختلاف در کسر YLLها ناشی از سلامت در تولید مثل، مادران، کودکان تازه متولد شده، کودکان و بزرگسالان<sup>۷</sup> (RMNCAH) میان منطقه آفریقا و کشورهای دارای درآمد بالای OECD یادآور این نکته می‌باشد که بسیاری از این مرگ‌ها قابل اجتناب می‌باشند.

1 Under-five mortality rate

2 Maternal mortality rate

3 Eradicate

4 Wild poliovirus

5 Insecticide-treated mosquito net

6 Follow-up

7 Reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health

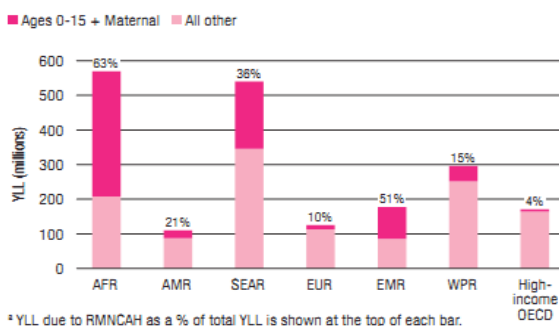


در کشورهای دارای درآمد بالای OECD تنها ۴ درصد از کل YLLها در میان زنان باردار و کودکان زیر ۱۵ سال اتفاق افتاده است، در مقایسه با ۶۳ درصد در منطقه آفریقا، ۵۱ درصد در منطقه مدیترانه شرقی، و ۲۶ درصد در منطقه جنوب شرقی آسیا. بخشی از این ناهمگونی را می‌توان با استفاده از اختلاف در ساختار سنی توضیح داد، اما این موضوع واضح است که MDG ۴ و ۵، ۲ بخش از برنامه کاری تحقق نیافته را تشکیل می‌دهند.

خوشبختانه، SDG توجهات را بر برنامه‌های تکمیل نشده مرگ و میرهای قابل پیشگیری مادران، کودکان تازه متولد شده و کودکان نگاه می‌دارد. اهداف SDG ۳، ۱ برای کاهش جهانی MMR به کمتر از ۷۰ مورد به ازای هر ۱۰۰ هزار تولد زنده تا سال ۲۰۳۰ و نبود هیچ کشوری با MMR بالای ۱۴۰ - به میزان قابل توجهی پایین تر از نرخ فعلی MMR یعنی ۲۱۶ مورد به ازای هر ۱۰۰ ۰۰۰ نفر می‌باشد. پیش‌بینی شده است که حدود ۳۰۳ ۰۰۰ زن در سال ۲۰۱۵ به علت عوامل مرتبط با بارداری فوت نمایند،<sup>۲</sup> که مرگ و میر مادران را پس از ایدز تبدیل به دومین علت اصلی مرگ و میر در میان زنان ۱۵-۴۹ می‌نماید. در سطح جهانی، از هر ۱۸۰ زن ۱ نفر در طول زندگی خود با خطر مرگ و میر به علت موارد مرتبط با بارداری مواجه می‌باشد، که عوامل اصلی آن خون‌ریزی<sup>۳</sup>، بیماری‌های پرفشاری خون و سقط می‌باشند (شکل ۳، ۴، ۲). با این وجود در منطقه آفریقا در حال حاضر برابر با ۴۵۰ مورد به ازای هر ۱۰۰ ۰۰۰ تولد زنده می‌باشد، که با سطوح بالای نرخ باروری همراه می‌باشد - به این معناست که خطر مرگ در طول زندگی به علت عوامل مرتبط با بارداری برابر با ۱ در ۳۷ می‌باشد.

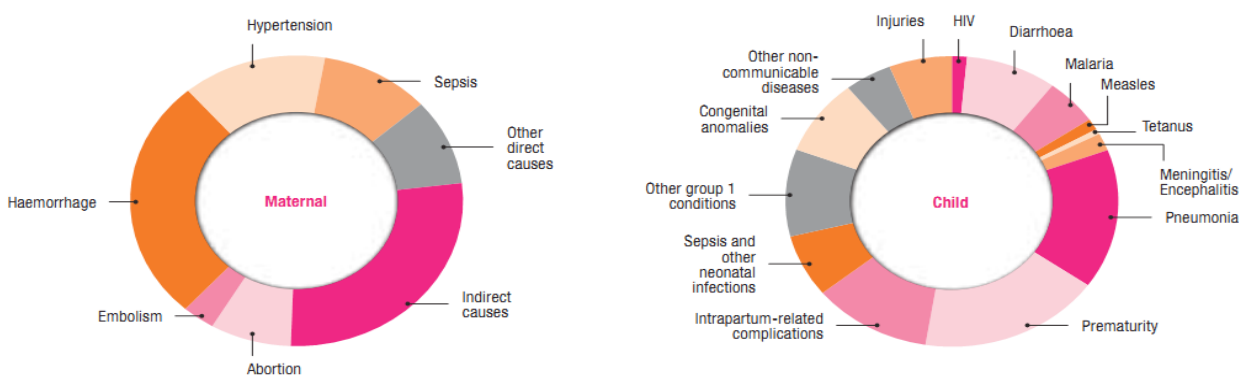
SDG همچنین شامل اهداف بلند پروازانه‌ای در ارتباط با مرگ و میر کودکان می‌شود، SDG ۳، ۲ در پی پایان دادن به مرگ و میرهای قابل پیشگیری کودکان تازه متولد شده و کودکان زیر ۵ سال می‌باشد. این موارد شامل اهداف بالاتر نبودن U5MR از ۲۵ مرگ به ازای ۱۰۰۰ تولد زنده، و مرگ و میر نوزادان<sup>۴</sup> نیز (NMR) از ۱۲ مورد به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده بیشتر نباشد، می‌شود. این مورد را با U5MR جهانی که برابر با ۴۳ مورد به ازای ۱۰۰۰ تولد زنده می‌باشد (۵، ۹ میلیون مرگ کودکان زیر ۵ سال)، و NMR ۱۹ مورد به ازای ۱۰۰۰ تولد زنده (۲، ۷ میلیون مرگ در ۲۸ روز اول زندگی) مقایسه نمایید. عمده ترین دلایل مرگ و میر کودکان تازه متولد شده در سال ۲۰۱۵ نارس بودن<sup>۱</sup>، مشکلات مربوط به تولد (خفگی هنگام تولد<sup>۱۱</sup>) و سپس نوزادان<sup>۱۲</sup> می‌باشد، در حالی که عوامل اصلی مرگ و میر کودکان در دوره پس از نوزادی، سینه‌پهلو، اسهال، جراحات و مالاریا می‌باشد (شکل ۴، ۲). هدف ۴، ۲ خواهان تلاش برای اطمینان حاصل نمودن از این موضوع می‌باشد که دختران و پسران دارای دسترسی به مراقبت‌های باکیفیت مربوطه به دوران ابتدای کودکی، و آموزش‌های پیش‌دبستانی<sup>۱۳</sup> (به‌عنوان بخشی از اهداف آموزشی گسترده‌تر) که احتمالاً بر مرگ و میر کودکان تأثیر می‌گذارند، می‌باشند، (این موارد) همچنین موجب افزایش شانس کودکان برای زندگی طولانی و با ارزش می‌شوند.

شکل ۱-۴: سال‌های زندگی از دست رفته (YLL) به علل مرتبط با RMNCAH و سایر علل براساس منطقه، a، ۲۰۱۲



8. Hemorrhage
9. Neonatal mortality rate
10. Prematurity
11. Birth asphyxia
12. Neonatal sepsis
13. Pre-primary

شکل ۲-۴: علل اصلی مرگ و میر مادران و زیر ۵ سال، ۲۰۱۵



تصویر ۳-۴

اهداف MDG و SDG که مرتبط با سلامت و سوء تغذیه در تولید مثل، مادران، کودکان تازه متولد شده، کودکان و بزرگسالان می‌باشند.

**SDG**  
**هدف ۲.۲ SDG**  
تا سال ۲۰۳۰ تمام اشکال سوء تغذیه پایان یابد، شامل این موضوع که تا سال ۲۰۲۵ به اهداف توافق شده بین‌المللی در مورد عدم رشد کافی<sup>۴</sup> و ضعف<sup>۵</sup> در کودکان زیر ۵ سال، و برطرف نمودن نیازهای تغذیه‌ای دختران بزرگسال، زنان باردار و شیرده و افراد مسن دست یابیم.

**هدف ۳.۱ SDG**  
تا سال ۲۰۳۰ نرخ مرگ و میر مادران به کمتر از ۳۰ مورد به‌ازای هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده کاهش یابد.

**هدف ۳.۲ SDG**  
تا سال ۲۰۳۰ مرگ و میرهای قابل اجتناب کودکان تازه متولد شده و کودکان زیر ۵ سال پایان یابد، و هدف تمام کشورها این می‌باشد که مرگ و میر نوزادان حداقل به ۱۲ مورد به‌ازای ۱۰۰۰ تولد زنده و مرگ و میر زیر ۵ سال حداقل به ۲۵ مورد به‌ازای ۱۰۰۰ تولد زنده کاهش یابد.

**هدف ۳.۷ SDG**  
تا سال ۲۰۳۰ از دسترسی همگانی به خدمات مراقبت سلامت جنسی و تولید مثل، شامل تنظیم خانواده، اطلاعات و آموزش، و ادغام سلامت در تولید مثل در استراتژی‌ها و برنامه‌ریزی‌های مالی.

**MDG**  
**هدف ۱.C MDG**  
کاهش نیمی از کسانی که از گرسنگی رنج می‌برند در فاصله زمانی ۱۹۹۰ و ۲۰۱۵

**هدف ۴ MDG**  
کاهش نرخ مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در فاصله زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ تا دوسوم

**هدف ۵.A MDG**  
کاهش نرخ مرگ و میر مادران در فاصله زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ تا سه‌چهارم

**هدف ۵.B MDG**  
دست‌یابی به دسترسی همگانی به سلامت تولید مثل تا سال ۲۰۲۰

کاهش سوء تغذیه عنصری کلیدی برای بهبود سلامت - شامل سلامت کودکان و مادران باردار - می‌باشد. SDG ۲,۲ به‌عنوان بخشی از هدف شماره ۲ برای پایان دادن به گرسنگی دارای اهمیت یکسانی با نسخه گسترده‌تر خود - هدف پایان دادن به تمام اشکال سوء تغذیه تا سال ۲۰۳۰ - شامل این موضوع که تا سال ۲۰۲۵ به اهداف توافق شده بین‌المللی در مورد عدم رشد کافی و ضعف در کودکان زیر ۵ سال، و برطرف نمودن نیازهای تغذیه‌ای دختران بزرگسال، زنان باردار و شیرده و افراد مسن دست یابیم - می‌باشد. تخمین زده شده است که در سال ۲۰۱۵، یک کودک از هر ۴ کودک (۱۵۶ میلیون) تحت تاثیر کوتاه‌مدتی، و یک کودک از هر ۷ کودک (۹۳ میلیون) تحت تاثیر کم‌وزنی خواهد بود.<sup>۵</sup> کودکانی که به رشد کافی دست نیافته‌اند با یکسری مشکلات مانند توانایی‌های ادراکی و عملکرد آموزشی پایین که دارای تاثیراتی حیاتی بر دستمزد دریافتی و بهره‌وری در بزرگسالی می‌باشند، مواجه خواهند شد. تخمین زده شده است که تغذیه ناکافی عاملی اساسی در ۴۵ درصد از مرگ و میرهای کودکان،<sup>۶</sup> و ۸۰ درصد از مرگ و میرهای اتفاق افتاده در اطفالی دارای کم‌وزنی هنگام تولد بوده است.<sup>۷</sup> سوء تغذیه در سنین پیری نیز با اهمیت می‌باشد، به نحوی که کم‌خونی مسئول ۲۰ درصد مرگ و میرهای مادران می‌باشد.<sup>۵</sup>

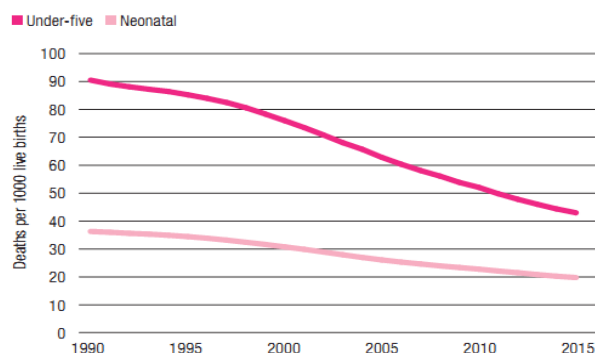
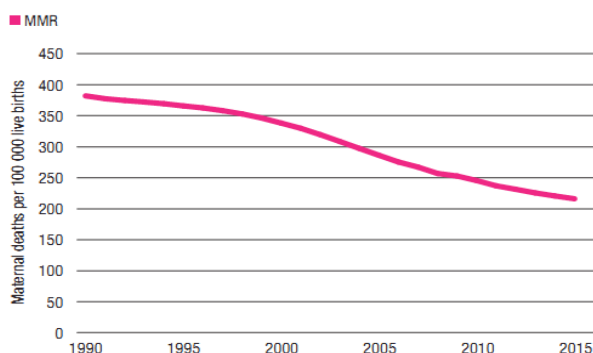
تاکید بر جوانان در SDG به‌عنوان بخش با ارزش جمعیت موردی جدید می‌باشد. در برخی از موارد مستقیماً به این موضوع پرداخته شده است - همانند SDG ۲,۲ که شامل اهدافی برای نیازهای تغذیه‌ای دختران نوجوان می‌شود (شکل ۴,۳). به‌نظر می‌رسد گروه نوجوانان که عموماً سالم می‌باشد در معرض طیفی از خطرات و بیماری‌ها قرار دارند و بسیاری از رفتارهایی که در طول دوره نوجوانی ایجاد می‌باشند دارای تاثیرات عمیقی بر سایر بخش‌های چرخه زندگی می‌باشند، این‌ها بخش از جمعیت می‌باشند که سزاوار توجهات هماهنگ شده بیشتری از سوی جوامع جهانی سلامت در عصر SDG می‌باشند. در سطح جهانی، صدمات جاده‌ای، HIV/AIDS و آسیب به خود جز عوامل اصلی مرگ و میر نوجوانان می‌باشند.<sup>۹</sup>

در حالی که اطلاعات مربوط به مرگ و میر و بار بیماری‌ها با اهمیت می‌باشد، گاهی اوقات در بردارنده جنبه‌های با اهمیت سلامت و تندرستی نمی‌باشند. این مورد بالاخص در مورد سلامت جنسی و تولید مثل صحیح می‌باشد، که در آن جنبه‌های خاصی از تجربیات انسانی فراتر از حیطه اطلاعات موربیدیتی و مرگ و میر می‌باشد. تخمین زده شده است که بین ۱۰۰ تا ۱۴۰ میلیون زنی که در حال حاضر در قید حیات می‌باشند در معرض قطع بخش‌هایی از دستگاه تناسلی زنان (FGM)<sup>۱۰</sup> قرار دارند، همچنین براساس تخمین‌های صورت گرفته سالانه ۱۵ میلیون دختر پیش از ۱۸ سالگی ازدواج می‌نمایند،<sup>۱۱</sup> و تقریباً ۱ نفر از هر ۳ زن خشونت فیزیکی یا

جنسی توسط شریک جنسی خود را تجربه نموده‌اند.<sup>۱۲</sup> SDG با مشکلات زیادی از این دست مواجه می‌باشد. به‌عنوان مثال، براساس هدف ۵ برای دستیابی به عدالت جنسی، SDG ۵,۲ خواهان حذف تمامی اشکال خشونت علیه تمامی زنان و دختران می‌باشد، و هدف SDG ۵,۳ حذف تمام رفتارهای خطرناک -مانند ازدواج در سنین پایین و اجباری و FGM می‌باشد. در میان هدف مربوط به سلامت نیز SDG ۳,۷ به‌دنبال پوشش همگانی برای خدمات مراقبت سلامت جنسی و تولید مثل می‌باشد - این هدف ادامه دهنده B.۵ MDG می‌باشد. هنوز برای دست‌یافتن به این اهداف نیاز به کار بیشتری وجود دارد.

به‌صورت مشابه، سنجه‌های موجود به میزان بسیار اندکی شاخص‌های توسعه‌ای مانند این مورد که آیا کودکانی که زنده می‌مانند قادر به پیشرفت و شکوفا شدن در زندگی خود هستند یا خیر را پوشش می‌دهند. تخمین‌های محافظه کارانه صورت گرفته نشان می‌دهد که در سطح جهانی به‌علت فقر و تغذیه نامناسب از هر ۳ کودک ۱ نفر در معرض خطر رشد کمتر از حد بهینه قرار دارد.<sup>۱۳</sup> اگر سایر ریسک فاکتورها مانند تحصیلات پایین مادران و مواجه با خشونت اضافه شود نسبت کودکان در معرض خطر افزایش می‌یابد. چارچوب SDG شامل اهدافی برای حفاظت، ارتقا، و حمایت از رشد کودکان در دوران ابتدایی زندگی و شاخص‌ها و ابزارهای ارزیابی بیشتری در دسترس ما قرار می‌گیرند که می‌توانند اطلاعات مقایسه‌ای را در میان موارد مختلف و در طول زمان فراهم نماید.

شکل ۴-۴: روند جهانی مرگ و میر مادران، نوزادان و کودکان زیر ۵ سال، ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵<sup>۵</sup>



از سال ۲۰۰۰ به بعد نرخ‌های پیشرفت جهانی افزایش یافته است، به نحوی که نرخ متوسط سالانه کاهش در مرگ و میر کمتر از ۵ سال از ۱٫۸ درصد در فاصله زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۰ به ۳٫۹ درصد در فاصله زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ افزایش یافته است، و در مورد مرگ و میر مادران نیز از ۱٫۲ درصد در فاصله زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۰ به ۳٫۰ درصد در فاصله زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ افزایش یافته است.

اجرای (برنامه‌های) موازی برای کاهش مرگ و میر مادران، پوشش جهانی حضور کارکنان با مهارت هنگام تولد (یکی از شاخص‌های MDG) از ۵۸ درصد در سال ۱۹۹۰ به ۷۳ درصد در سال ۲۰۱۳ افزایش یافته است.<sup>۱۶</sup> این موضوع به این معناست که بخشی از تولدها که توسط یک فرد با مهارت صورت نمی‌گرفت<sup>۱۷</sup> از سال ۱۹۹۰ بیش از یک‌سوم کاهش یافته است. MDG ۴ تنها شامل یک شاخص برای مداخلات مرتبط با کاهش مرگ و میر کودکان -واکسن سرخک- می‌شود و براساس اخبار دریافتی مثبت پوشش ایمنسازی سرخک در اطفال زیر ۱۲ ماه در فاصله زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۴ از ۷۳ درصد به ۸۵ درصد افزایش یافته است. تخمین زده شده است که از سال ۲۰۰۰ مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال به علت سرخک بیش از ۷۵ درصد کاهش یافته است.<sup>۴</sup> بیش از نیمی از کاهش در مرگ و میر کودکان در مقیاس جهانی به علت کاهش در مرگ و میرهای ناشی از سینه‌پهلو، اسهال، سرخک، و مالاریا -که تمام آن‌های معمولاً بر کودکان زیر یکسال تاثیر می‌گذارند- بوده است.<sup>۱۸</sup>

ریشه‌کنی فلج اطفال جز اولین توافقات صورت گرفته مرتبط با اهداف سلامت در سطح جهانی می‌باشد، هر چند که یکی از اهداف آشکار MDG نیز بوده است. در ۲۷ مارچ ۲۰۱۴ به منطقه جنوب شرقی آسیا گواهی نبود فلج اطفال اعطا گردید، و این منطقه نیز به مناطق آمریکا، پاسیفیک غربی، و اروپا پیوست؛ و موجب افزایش درصدی از جمعیت جهان که در حال حاضر در مناطق بدون فلج اطفال زندگی می‌کنند به

## دستاوردها

عصر MDG با پیشرفت قابل توجه در کاهش مرگ و میر مادران و کودکان همراه بود، هرچند که جامعه جهانی نتوانست به صورت کامل به تمام اهداف بلند پروازانه خود در MDG ۴ و MDG ۵ دست یابد (شکل ۴،۴). مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در سطح جهانی در فاصله ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ تا ۵۳ درصد کاهش یافت، البته نتوانست به MDG ۴ که هدفش کاهش به میزان دو سوم باشد دست یابد، ۶۲ کشور نیز به هدف MDG ۴ در مورد مرگ و میر کودکان دست یافتند.<sup>۱۵</sup>

در فاصله زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ مرگ و میر مادران تا ۴۴ درصد کاهش یافت، شکست در دستیابی به ۷۵ درصد کاهش هدف قرار گرفته<sup>۲</sup>. به علت شکاف در داده‌های (موجود) سطح اطمینان تخمین‌های صورت گرفته از روند مرگ و میر مادران در سطح کشوری بسیار از تخمین‌های صورت گرفته برای کودکان پایین‌تر می‌باشد. تخمین زده شده است که از ۹۵ کشوری که در سال ۱۹۹۰ مرگ و میر مادران در آن‌ها حداقل ۱۰۰ مورد به‌ازای ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده بوده است، ۹ کشور به هدف MDG ۵ دست یافته‌اند و ۴۲ کشور نیز حداقل مرگ و میر مادران خود را نصف نموده‌اند.

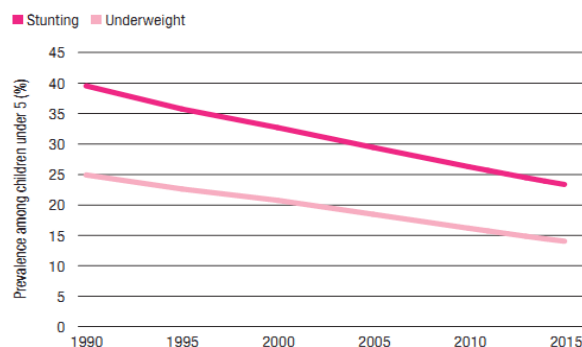
منطقه پاسیفیک غربی در فاصله زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ با ۷۵ درصد کاهش بیشترین کاهش را در مرگ و میر کمتر از ۵ سال تجربه نموده است، در حالی که منطقه جنوب شرقی آسیا با ۶۹ درصد کاهش شاهد بیشترین کاهش در مرگ و میر مادران بوده است. منطقه مدیترانه شرقی (۴۸ درصد) و منطقه آفریقا (۵۴ درصد) کمترین کاهش در مرگ و میر کمتر از ۵ سال، و منطقه آفریقا (۴۴ درصد) و منطقه آمریکا (۴۹ درصد) کمترین پیشرفت را در زمینه کاهش مرگ و میر مادران داشته‌اند. در سال ۲۰۱۵ منطقه آفریقا مسئول ۴۷ درصد از مرگ و میر کودکان و ۶۴ درصد از مرگ و میر مادران بوده است.



۸۰ درصد گردید؛ گامی قابل توجه در جهت ریشه‌کنی جهانی.

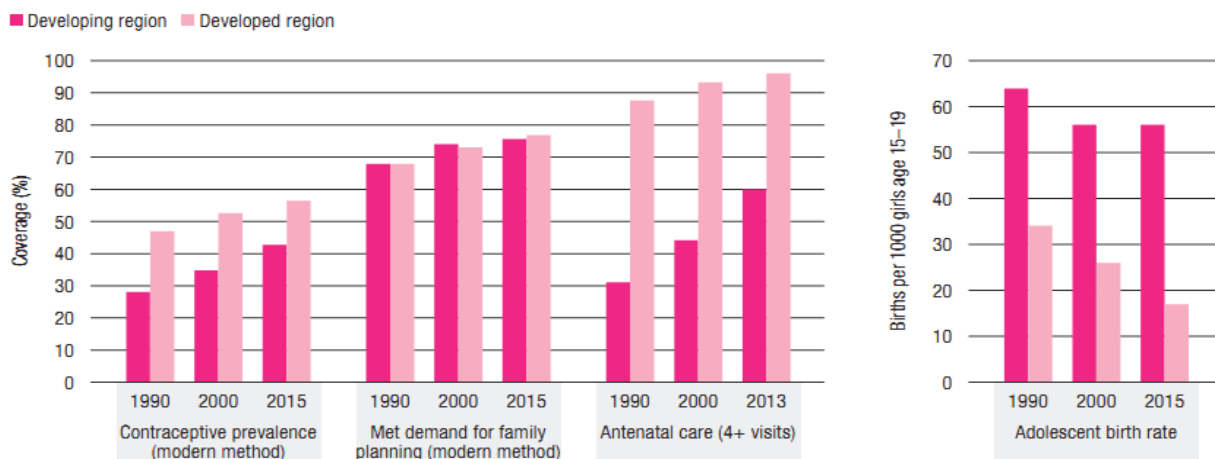
در سطح جهانی پیشرفت قابل توجهی نیز در کاهش تغذیه نامناسب کودکان روی داده است (شکل ۴، ۵). تخمین زده شده است در فاصله زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ نسبتی از کودکان زیر ۵ سال که دارای کم‌وزنی هستند از ۲۵ درصد به ۱۴ درصد کاهش یافته است - کاهش ۴۴ درصد که مقدار کمی با هدف MDG ۱.C مبنی بر کاهش ۵۰ درصد فاصله دارد. شیوع کم‌وزنی در منطقه پاسیفیک غربی تا ۸۲ درصد کاهش یافته است - از ۲۳ میلیون در سال ۱۹۹۰ به ۳ میلیون در سال ۲۰۱۵ کاهش یافته است - در حالی که منطقه آسیای جنوب شرق در سال ۲۰۱۵ دارای ۴۳ میلیون کودک کم‌وزن بوده است - در مقایسه با ۸۳ میلیون در سال ۱۹۹۰. هر چند که در تمامی مناطق سازمان بهداشت جهانی تعداد مطلق کودکان دارای رشد کمتر از حد بهینه در فاصله زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ کاهش یافته است، به جز منطقه آفریقا که در آن رشد جمعیت از ۲۷ درصد کاهش در شیوع رشد کمتر از حد پیشی گرفته است. در سطح جهانی، رشد کمتر از حد در فاصله زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵، تا ۴۱ درصد کاهش یافته است.<sup>۵</sup>

شکل ۵-۴: شیوع جهانی کوتاه‌قدی و کم‌وزنی در کودکان زیر ۵ سال، ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵<sup>۵</sup>



هدف دستیابی به دسترسی همگانی به سلامت تولید مثل (B.5 MDG) در سال ۲۰۰۷ به ۷ MDG افزوده شد، اما با همان سرعت قبل به پیشرفت خود ادامه داد (شکل ۴، ۶). B.5 شامل ۴ شاخص خاص می‌شود: نرخ باروری نوجوانان؛ ویژگی‌های پیش از زایمان؛ و نیازهای برطرف نشده در حیطه تنظیم خانواده. انتظار می‌رود که بهبود در این حیطه‌ها موجب کاهش مرگ و میر مادران و همچنین بهبود سلامت دختران نوجوان شود - زیرا نرخ‌های بالای باروری با افزایش خطر مرگ به‌علل وابسته به بارداری مرتبط می‌باشد. براساس پیش‌بینی‌های فعلی تا سال ۲۰۱۵، نرخ باروری نوجوانان از ۵۹ تولد به‌ازای هر زن ۱۵ تا ۱۹ ساله در سال ۱۹۹۰ به ۵۱ مورد تا سال ۲۰۱۵ کاهش یافته است. کاهش در نرخ باروری نوجوانان در کشورهای توسعه یافته (۵۰ درصد کاهش) از مناطق در حال توسعه (۱۳ درصد کاهش) بیشتر بوده است. با این وجود، آسیای جنوب شرقی کاهش شگفت‌انگیز ۴۷ درصد را تجربه نموده است. با توجه به این توصیه شده است ویزیت مراقبت‌های پیش از بارداری ۴ مورد و یا بیشتر باشد، در مناطق در حال توسعه تقریباً ۲ برابر شده است - از ۳۱ درصد در سال ۱۹۹۰ به ۶۰ درصد در سال ۲۰۱۳ افزایش یافته است. در حالی که (پیشرفت) امید بخش است اما هنوز ۴ نفر از هر ۱۰ زن دارای ۴ مورد ویزیت پیش از بارداری نمی‌باشند و بسیاری از آن‌ها نیز مراقبت بی‌کیفیتی را تجربه می‌نمایند.<sup>۱۶</sup> همانطور که در قسمت‌های قبل ذکر شد، پوشش زایمان‌هایی که با حضور افراد با مهارت صورت می‌گیرد افزایش یافته است. در آسیای شرقی و پاسیفیک و همچنین آمریکای لاتین و کارائیب، حدود ۹ مورد از هر ۱۰ زایمان در مراکز سلامت صورت می‌گیرد. در مقابل، در جنوب آسیا و آفریقای زیر صحرای - که دارای بالاترین بار مرگ و میر مادران و کودکان تازه متولد شده می‌باشند - (به ترتیب ۴۵ درصد و ۴۶ درصد) و تنها نیمی از زایمان‌ها در مراکز سلامت صورت می‌گیرد.<sup>۲۰</sup>

شکل ۶-۴: تغییر در ۵ شاخص B.5 MDG، در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه، ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵<sup>۲۱</sup>



دوره SDG شامل افزایش تمرکز بر عدالت خواهد شد. همانطور که ما وارد این دوره جدید می‌شویم، تشخیص این امر که در برخی از حیطه‌های مرتبط با RMNCAH پیشرفت‌های قابل توجهی صورت گرفته است با اهمیت می‌باشد - هر چند که قطعاً این دستاوردها همگانی نمی‌باشد.<sup>۳۳</sup> به‌عنوان مثال، در بسیاری از کشورهای در حال توسعه افزایش مطلق در پوشش ایمنسازی دیفتری، کزاز و سیاه سرفه (DTP) (DTP ۳) برای فقرا بیشتر از ثروتمندان بوده است. همین الگو را می‌توان در مورد مرگ و میر زیر ۵ سال نیز مشاهده نمود، به نحوی که در طول یک دهه منافع کسب شده توسط فقیرترین پنجم حداقل به اندازه ۲۶ مرگ به‌ازای هر ۱۰۰ هزار تولد زنده بیش از منافع کسب شده توسط ثروتمندترین پنجم بوده است. همچنین ناعدالتی در تقاضای برآورده نشده برای برنامه‌های تنظیم خانواده در میان گروه‌های تحصیل کرده در کشورهای زیادی کاهش یافته است. علی‌رغم این کاهش‌های نسبی ناعدالتی در این حیطه‌ها و بسیاری از حیطه‌های دیگر کماکان وجود دارد.

### عوامل موفقیت

**افزایش پوشش مداخلاتی که اثبات شده هستند بر سلامت کودکان موثر می‌باشند:** طرح‌ها و برنامه‌های کشوری به‌صورت روز افزونی بر دستیابی به پوشش بالای مداخلات کلیدی سلامت مادران و نوزادان تمرکز می‌نمایند. اجماع نظر جهانی در مورد مداخلات، کالاها و گایدلاین‌های مورد نیاز برای سلامت تولید مثل، مادران و کودکان تازه متولد شده و کودکان موجب همگرایی در سرمایه‌گذاری‌ها شده است.<sup>۲۴</sup> کشورهای دارای سطح بالاتری از پوشش گرایش به داشتن مرگ و میر کودکان کمتری از کشورهای دارای پوشش پایین می‌باشند.<sup>۲۵</sup> بنابراین منطقی به‌نظر می‌رسد تصور کنیم که افزایش مداخلات دارای اولویت همراه با کاهش فقر و بهبود در شرایط پایه زندگی برای پیامدهای سلامت مفید بوده و از سال ۱۹۹۰ به بعد موجب کاهش بسیار زیادی در مرگ و میر کودکان شده است. به‌عنوان مثال، در کشورهای دارای مرگ و میر بالا ۴ نفر از هر ۵ کودک، ۲ دز ویتامین A تکمیلی دریافت می‌نمایند،<sup>۲۶</sup> براساس تخمین‌ها سالانه از ۲ تا ۳ میلیون مرگ از طریق تزریق واکسن DTP و سرخک پیشگیری می‌شود،<sup>۲۷</sup> و در سال ۲۰۱۴ در سطح جهانی ۸۴ درصد از کودکان ۳ دز از واکسن فلج اطفال را دریافت نموده‌اند. در کشورهای دارای ریسک بالا برای مالاریا نسبتی از کودکان که تحت پوشش ITN قرار دارند از صفر در سال ۲۰۰۰ به ۴۳ درصد در سال ۲۰۱۳ افزایش یافته است، دستاوردهای مشابهی نیز در ارائه ART به‌دست آمده است (به فصل ۵ مراجعه نمایید). همانطور که در قسمت‌های قبلی ذکر گردید، پوشش مراقبت‌های پیش از زایمان، زایمان‌هایی که با حضور افراد با مهارت صورت می‌گیرد و زایمان در موسسات افزایش یافته است.

با توجه به اینکه استفاده از خدمات تنظیم خانواده، شیوع (استفاده) از وسایل پیشگیری از بارداری با روش‌های مدرن در فاصله زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ در میان زنان متاهل و مجرد ۱۵ تا ۴۹ ساله از ۴۸ درصد به ۵۸ درصد افزایش یافته است، موجب افزایش ۱۰ درصد در کشورهای در حال توسعه شده است.<sup>۲۱</sup> در عین حال میزان رضایت از تقاضا برای (خدمات) تنظیم خانواده با استفاده از روش‌های جدید از ۶۸ درصد در سال ۱۹۹۰ به ۷۶ درصد در سال ۲۰۱۵ افزایش یافته است. تمام مناطق سازمان بهداشت جهانی میزان نیازهای برطرف نشده بر خدمات تنظیم خانواده را تا حداقل ۲۵ درصد کاهش داده‌اند، که مناطق اروپا و آسیای جنوب شرقی از سال ۱۹۹۰ کاهش بیش از ۳۰ درصد را تجربه نموده‌اند. این تغییرات موجب کاهش اندکی در بارداری‌های ناخواسته شده‌اند، که در فاصله زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۲ از ۴۳ درصد به ۴۰ درصد کاهش یافته است.<sup>۲۲</sup> در میان نوجوانان - بالاخص - دسترسی به وسایل پیشگیری از بارداری تنها بخشی از عوامل موثر بر تعیین نرخ‌های بارداری می‌باشد. در برخی شرایط خاص عوامل فرهنگی مهمی وجود دارد، شامل فرهنگ مربوط به ازدواج کودکان. در سال ۲۰۱۴ در سطح جهانی، ۱ نفر از هر ۴ زن جوان در دوره کودکی خود ازدواج نموده بود در حالی که در سال‌های دهه ۱۹۸۰ این نسبت ۱ به ۳ بوده است و در همین دوره زمانی نسبت زانی که پیش از ۱۵ سالگی ازدواج می‌کنند از ۱۲ درصد به ۸ درصد کاهش یافته است.<sup>۱۱</sup>





زنان و کودکان یکسری توصیه‌ها را که از کار بر روی تقویت سیستم‌های سلامت حمایت می‌نمودند ایجاد نمودند. (برنامه) مشارکت H4+،<sup>۳۱</sup> مشارکت و رهبری کشورها، و هماهنگی و حمایت‌های برنامه تمامی زنان و کودکان دبیر کل سازمان ملل در بهبود پیامدهای RMNCH مشارکت نمودند،<sup>۳۲</sup> منابع مالی نیز افزایش یافت و پیش‌بینی می‌شود که این افزایش ادامه داشته باشد (۴۵ میلیارد دلار ایالات متحده در سال‌های ۲۰۱۲ و ۲۰۱۳ تخصیص داده شده است و ۲۷ میلیارد دلار ایالات متحده نیز تاکنون تخصیص یافته است).

تلاش قابل توجه دیگر برنامه ریشه‌کنی جهانی فلج اطفال می‌باشد که در سال ۱۹۸۸ در پی قطعنامه صادره توسط مجمع جهانی سلامت برای ریشه‌کنی جهانی فلج اطفال تا سال ۲۰۰۰ کار خود را آغاز نمود، این برنامه تبدیل به یکی از بزرگ‌ترین برنامه‌های سلامت عمومی جهانی گردید و از طریق حمایت‌های هماهنگ شده در طی یک بازه زمانی طولانی موفق به بسیج منابع مالی قابل توجهی شود. علاوه بر این، کفرانس جهانی برنامه اقدام برای جمعیت و توسعه بر سلامت و حقوق جنسی و تولید مثل – که ۱۷۹ کشور در سال ۱۹۷۴ آن را پذیرفتند و در سال ۲۰۱۴ بازنگری شده است – تمرکز نموده است.<sup>۳۳،۳۴</sup> در عین حال،

### اجماع نظرهای جهانی و کشوری و مشارکت‌ها: MDG

ها شامل همکاری‌های جهانی قابل توجهی برای برطرف نمودن مسائل مرتبط با مرگ و میر مادران و کودکان می‌شد. یکی از این موارد سری (مقالات چاپ شده) مرتبط با نجات کودکان توسط Lancet در سال ۲۰۰۳ می‌باشد، که براساس شمارش معکوس برای نجات جان مادران و کودکان تا سال ۲۰۱۵ و حمایت‌های ارائه شده به کشورها توسط نهادهای وابسته به سازمان ملل به رهبری یونیسف، سازمان بهداشت جهانی، UNFPA و بانک جهانی، نهادهای دوجانبه و سازمان‌های مرتبط با جوامع مدنی طراحی شده بود. یک همکاری جهانی در ارتباط با سلامت مادران، کودکان تازه متولد شده و کودکان در سال ۲۰۰۵ ایجاد گردید.<sup>۲۸</sup> در سال ۲۰۱۰ دبیر کل سازمان ملل بان‌کی مون برای شناسایی سرمایه‌گذاری‌های این حوزه که کمتر جلب توجه می‌نمایند استراتژی جهانی برای سلامت زنان و کودکان در فاصله زمانی ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۵ را که موجب برانگیخته شدن تلاش‌ها برای افزایش سرعت پیشرف به سمت MDG ۴ و MDG ۵ در برخی از کشورها می‌شد را راه‌اندازی نمود.<sup>۲۹</sup> برای حمایت از پیاده‌سازی این استراتژی جهانی، کمیسیون اطلاعات و پاسخگویی برای سلامت زنان و کودکان<sup>۳۰</sup> و کمیسیون کالاهای نجات دهنده زندگی برای سلامت



رشد در ابتدای دوران کودکی و سلامت در نوجوانی به شکل روز افزونی به عنوان بخش‌های بسیار ضروری از سلامت عمومی نه تنها برای بهبود پیامدها سلامت در کوتاه مدت بلکه برای ایجاد سرمایه انسانی در طول چرخه زندگی شناخته می‌شوند.<sup>۹،۳۵،۳۶</sup> در نتیجه، استراتژی جدید سلامت زنان، کودکان و نوجوانان برای رسیدگی به این چالش‌ها گسترش یافته است.

**تغییرات اقتصادی اجتماعی:** شکوفایی اقتصادی منافع (و چالش‌های) زیادی را برای سلامت ایجاد می‌نماید. به عنوان مثال، افزایش درآمد خانوارها آن‌ها را قادر نموده است تا مواد غذایی بیشتر و متنوع‌تری را برای اطفال و کودکان جوان خود فراهم نمایند.<sup>۳۷</sup> این مورد [شکوفایی اقتصادی] همچنین موجب بهبود زیرساخت‌های پایه‌ای که برای ارتقا سلامت ضروری می‌باشند - شامل بهبود وضعیت آب و تصفیه فاضلاب، جاده‌ها و حمل و نقل، و تکنولوژی ارتباطات - شده است. پیشرفت در آموزش -بالاخص زنان و دختران - همچنین دارای تاثیرات زیادی بر مرگ و میر مادران و کودکان، از دواج زود هنگام و بارداری زود هنگام می‌باشد.<sup>۳۸،۳۹</sup> بیش از نیمی از کشورها به پوشش همگانی آموزش ابتدایی دست یافته‌اند یا در آستانه دست‌یافتن به آن می‌باشند.<sup>۴۰</sup> نرخ‌های ثبت‌نام در مدارس راهنمایی از سال ۱۹۹۰ در سطح جهانی افزایش یافته است. به عنوان مثال، در سال ۲۰۰۰ جمعیت کودکانی که سن آن‌ها پایین‌تر از دوره راهنمایی بود و در مدارس تحصیل نمی‌نمودند ۹۷ میلیون بود - در مقایسه با ۶۳ میلیون سال ۲۰۱۲ -<sup>۴۱</sup> این دستاورد علی‌رغم افزایش مطلق جمعیت این بازه سنی صورت پذیرفته است.

**بهبود در وضع مقررات:** پیشرفت‌های قابل توجهی در سیاست‌های ملی و تنظیم مقررات برای افزایش دسترسی و پوشش خدمات مربوط به تولید مثل، مادران، کودکان تازه متولد شده و کودکان مشاهده شده است. به عنوان مثال در میان ۶۸ کشوری که در فاصله زمانی ۲۰۰۸ و ۲۰۱۵ توسط برنامه شمارش معکوس پایش شده‌اند، ۱۵ کشور سیاست‌هایی را اجرا نموده‌اند که به ماماها امکان می‌دهد که مداخلات نجات دهنده زندگی را در مورد زایمان اورژانسی مادران و مراقبت‌های مربوط به کودکان تازه متولد شده انجام دهند، این مورد نشانگر افزایش ۵۷ درصد می‌باشد، ۲۳ کشور نیز برنامه‌هایی را شروع نموده‌اند که به کارکنان سلامت جامعه‌نگر امکان می‌دهد تا کودکان دارای سینه‌پهلوی غیر پیچیده را در جامعه شناسایی و درمان نمایند.<sup>۴۲</sup> همچنین پیشرفت‌هایی نیز در وضع قوانین مرتبط با سلامت جنسی و تولید مثل و حقوق مرتبط با آن‌ها و FGM و خشونت صورت گرفته است (به بخش‌های مرتبط مراجعه نماید). به عنوان مثال، حداقل ۲۴ کشور از ۲۹ کشور که در آن‌ها FGM صورت می‌گیرد قوانین یا فرمان‌های دولتی ضد FGM را تصویب نموده‌اند.<sup>۴۳</sup>

**تامین مالی:** رشد سالانه جهانی در توسعه کمک‌ها مرتبط با سلامت پس از پذیرش MDG در سال ۲۰۰۰ دو برابر شده است. منابع مالی مرتبط با سلامت کودکان در فاصله زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۴ سالانه ۸،۳ درصد افزایش یافته است، در حالی که در دوره زمانی مشابه منابع مالی مرتبط با مادران تنها با نرخ متوسط ۳ درصد رشد نموده است. برای مقایسه، از سال ۲۰۰۰ به بعد منابع مالی HIV، سل و مالاریا بطور متوسط سالانه بیش از ۱۵ درصد رشد نموده‌اند. علی‌رغم اینکه رشد کل کمک‌های مالی از سال ۲۰۱۰ کاهش یافته است، (اما) منابع مالی مربوط به سلامت مادران و کودکان در فاصله زمانی ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۳ سالانه ۱۱ درصد رشد داشته است. علی‌رغم اینکه منابع مالی در سال ۲۰۱۴ به آرامی کاهش یافته است اما کمک‌های توسعه‌ای مرتبط با سلامت مادران، کودکان تازه متولد شده و کودکان ۲۷ درصد از کل کمک‌های توسعه‌ای برای سلامت را به خود اختصاص داده است، که ۳ میلیارد دلار ایالات متحده برای سلامت مادران و ۶/۶ میلیارد دلار برای سلامت کودکان توزیع شده است. به نظر بیان این مورد که مخارج سلامت دولتی در دوره MDG به میزان قابل توجهی افزایش یافته است، حائز اهمیت باشد - در فاصله زمانی ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۵ به طور متوسط سالانه ۸،۱ درصد در کشورهای دارای درآمد پایین و پایین‌تر از متوسط رشد نموده است. این امر به این معناست که کمک‌های توسعه‌ای برای سلامت تنها حدود ۵ درصد از کل مخارج سلامت را در این کشورها تشکیل می‌دهد.<sup>۴۴</sup> موضوع با اهمیت دیگر این حقیقت است که تعدادی از کشورها سیستم تامین سلامت خود را بر پایه پیش‌پرداخت و انباشت منابع قرار داده‌اند و/یا طرح‌هایی مجزا برای اهداف مرتبط با MDG ایجاد نموده‌اند - مانند RMNCH برای دسترسی فقرا به خدمات<sup>۱۶</sup> (به فصل ۲ مراجعه نمایید).

**بهبود سنجش و پایش:** سرمایه‌گذاری نهادهای جهانی در برنامه‌های پیمایش بین‌المللی برای سنجش شاخص‌های RMNCH - خصوصاً از طریق DHS - که عمدتاً توسط آژانس توسعه بین‌الملل ایالات متحده و پیمایش خوشه‌ای شاخص‌های چندگانه (MICS) - که توسط یونیسیف مدیریت می‌شود - صورت می‌گیرد، بسیار ضروری بوده است. پیمایش‌ها همچنین پایه‌ای را برای تولید منظم تخمین‌های مرگ و میر مادران و کودکان در سطح جهانی از طریق مکانیسم‌های ارتباطی میان نهادهای کارشناسان مختلف<sup>۴۴</sup> و پایش منظم پوشش مداخلات فراهم نموده‌اند.<sup>۴۵</sup> این اطلاعات به شکل گسترده‌ای در برنامه‌ریزی جهانی، پایش و مکانیسم‌های بازنگری به کار می‌روند - به متمرکز شدن تمرکزها بر RMNCH نیز کمک نموده‌اند. فرآیند پایش در مورد [برنامه] ریشه‌کنی فلج اطفال اجرا شده است و نشان داد که چه مواردی در ارتباط با؛ اجرای پیمایش‌های منظم و

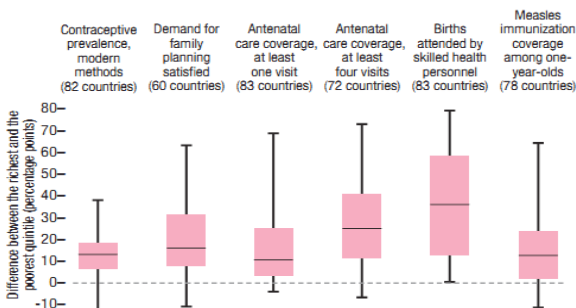


مالاریا. در کشورهای دارای موربیدی یا مرگ و میر بالا ناشی از سینه پهلو، اسهال یا مالاریا کمتر از نیمی از کودکانی که دارای علائم این بیماری‌ها بوده‌اند به درمان مناسب دسترسی دارند.<sup>۲۶</sup>

**افزایش کیفیت خدمات مراقبت‌های سلامت:** همانطور که دسترسی به خدمات سلامت و استفاده از آن‌ها افزایش می‌یابد، کیفیت این خدمات بیشتر مورد بررسی قرار می‌گیرد. کیفیت پایین مراقبت‌های سلامت مادران، کودکان تازه متولد شده، کودکان و نوجوانان به‌عنوان یک مشکل گسترده باقی مانده است، و مانع از پیشرفت در کاهش مرگ و میرها حتی در محیط‌هایی که نرخ پوشش استفاده از خدمات سلامت در حال افزایش است، می‌شود. چالش‌های زیادی در ارتباط با جذب، آموزش، استقرار، انگیزش، مدیریت و حفظ کارکنان سلامت با مهارت، سخت کوش و مشتاق کمک به دیگران وجود دارد.<sup>۴۷</sup> کمبود دارو و مواد مورد نیاز، مسیره‌های ارجاعی که به خوبی تعریف نشده‌اند، و نبود نظارت منظم و حمایت‌کننده سایر عوامل کلیدی‌ای می‌باشند که بر کیفیت مراقبت تاثیر می‌گذارند -بالاخص در شرایطی که محدودیت منابع وجود دارد.

**کاهش ناعدالتی در دسترسی به مراقبت:** در میان شاخص‌های مربوط به پوشش که در RMNCH وجود دارد -شامل دسترسی به تنظیم خانواده، مراقبت پیش از زایمان و زایمان در حضور کارکنان با مهارت، و واکسیناسیون سرخک- دسترسی به مراقبت به میزان زیادی براساس وضعیت اقتصادی خانوارها در کشورهای دارای درآمد پایین و پایین‌تر از متوسط تغییر می‌نماید (شکل ۸-۴). بزرگ‌ترین شکاف در پوشش - میان ثروتمندترین و فقیرترین، دارای بیشترین سطح تحصیلات و کمترین، و نواحی شهری و روستایی- برای زایمان در حضور کارکنان با مهارت گزارش شده است، که تا ۸۰ درصد تغییرات را نشان می‌دهد.<sup>۲۳</sup>

شکل ۸-۴: ناعدالتی مرتبط با ثروت در شاخص‌های پوشش مداخلات RMNCH در کشورهای دارای درآمد پایین و متوسط، ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۳<sup>۲۳</sup>



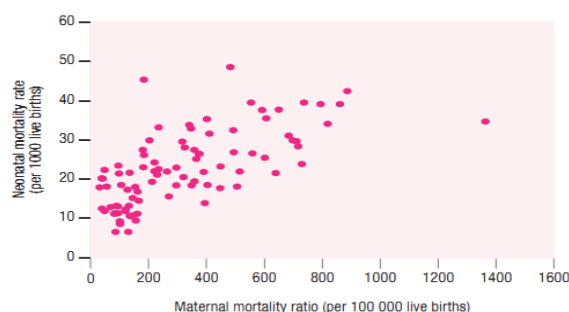
تجزیه و تحلیل داده‌ها، شبکه آزمایشگاهی‌ای که شامل ۱۴۵ کشور می‌شود، مکانیسم‌های پاسخگویی در کشورهایی که دارای نظام‌های سلامت ضعیف می‌باشند، و استراتژی‌های خاص برای دسترسی کودکان در نواحی‌ای که در آن‌ها درگیری وجود دارد، امکان‌پذیر می‌باشد.<sup>۴۶</sup>

## چالش‌ها

### بهبود مراقبت‌ها در زمانی که زایمان نزدیک می‌باشد:

سرعت کاهش مرگ و میر نوزادان از سال ۱۹۹۰ نسبت به مرگ و میر زیر ۵ سال پایین‌تر بوده است، و در حال حاضر مرگ و میر نوزادان مسئول ۴۵ درصد مرگ و میر کودکان می‌باشد. در دوره زمانی مشابه کاهش در مرگ و میر مادران نیز از کاهش در مرگ و میر کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه پایین‌تر بوده است. بهبودهای بیشتر در مرگ و میر مادران و نوزادان نیازمند افزایش تمرکز بر خدمات سلامت در طول دوره بارداری، تولد نوزاد، و اولین هفته زندگی نوزاد می‌باشد. مداخلات دارای تاثیر بالا و هزینه‌آفرینشی وجود دارد که به مادر و کودک منفعت می‌رساند، و باید بخشی از برنامه تمرکز بر تقویت سیستم سلامت و بهبود در کیفیت مراقبت باشند. بهبود سلامت مادران و کودکان تازه متولد شده به‌عنوان پیامدهایی که با یکدیگر در ارتباط می‌باشند نباید از طریق استراتژی‌های مجزایی پیگیری شوند (شکل ۷-۴).

شکل ۷-۴: نرخ مرگ و میر نوزادان و نرخ مرگ و میر مادران در کشورهای منتخب،<sup>a</sup> ۲۰۱۵، ۲۰۱۰، ۲۰۱۵



<sup>a</sup> Countries with NMR >12 per 1000 live births or MMR >70 per 100 000 live births.

### ارائه خدمات مورد تقاضا: خدماتی که برای بهبود نجات زندگی

کودکان تازه متولد شده و کودکان ضروری می‌باشند به خوبی شناخته شده‌اند و می‌توان آن‌ها را به‌صورت گسترده حتی در شرایط محدودیت منابع اجرا نمود. با این وجود افزایش در پوشش متغیر بوده است. مداخلاتی مانند ایمنسازی و ویتامین A تکمیلی که دارای قابلیت برنامه‌ریزی هستند دارای پوشش بسیار بالاتری از آن‌هایی بوده‌اند که نیازمند خدمات سلامت ۲۴ ساعته‌ای می‌باشند که می‌توان آن‌ها را تقاضا نمود مانند درمان سینه‌پهلو، اسهال و

## موقعیت‌های متعارض و شکنندگی دولت‌ها: عدم دسترسی

منظم و با کیفیت به خدمات مراقبت‌های سلامت ممکن است که باعث شکست و اختلال در ارائه خدمات RMNCH ضروری شود. همچنین ممکن است بر تلاش‌های صورت گرفته برای ریشه‌کنی (بیماری‌ها) نیز موثر باشد. فلج اطفال در افغانستان و پاکستان کماکان به‌صورت اندمیک وجود دارد و تا زمانی که انتقال و ویروس فلج اطفال در این کشورها متوقف نشود تمام کشورها در معرض خطر ابتلای مجدد به این بیماری خواهند بود، بالاخص در کشورهایی از غرب آفریقا تا شاخ آفریقا که در "منطقه حساس به ویروس فلج اطفال" قرار دارند. کشورهای زیادی در خاورمیانه به علت شرایط امنیتی موجود در این منطقه سیستم‌های ایمنسازی‌شان از میان رفته است و ریسک [ابتلا به بیماری] در این منطقه افزایش یافته است.<sup>۴۸</sup>

## کاهش تمامی اشکال سوء تغذیه: رشد کمتر از حد بهینه

و کمبود وزن کماکان ایجاد نگرانی می‌کنند. در سال ۲۰۱۵ تخمین زده شده است که ۱ کودک از هر ۴ کودک (۲۳ درصد) -یا ۱۵۶ میلیون کودک- در سطح جهان دچار رشد کمتر از حد بهینه بوده‌اند و در معرض ریسک‌هایی مانند کاهش رشد ادراکی و فیزیکی قرار دارند.<sup>۴۹</sup> در سطح جهانی، کمتر از ۴۰ درصد اطفال کوچک‌تر از ۶ ماه تنها از شیر مادر استفاده می‌کنند، و اغلب از اولین هفته زندگی خود مراقبت‌های کافی دریافت نمی‌کنند و علی‌رغم این حقیقت که دریافت کمتر از حد شیر مادر سالانه منجر به ۸۰۰ هزار مرگ در میان کودکان زیر ۵ سال می‌شود.<sup>۵۰</sup> کاهش کم خونی مادران نیز چندان امید بخش نبوده است، در فاصله زمانی ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۱ در زنان باردار از ۳۸ درصد تا ۴۸ درصد در نوسان بوده است.<sup>۴۹</sup> هرچند که سوء تغذیه به‌عنوان تغذیه نامناسب در برخی از نواحی کاهش یافته است، اما رشد نرخ اضافه وزن و چاقی در کودکان و نوجوانان در بسیاری از کشورها خطرات جدی‌ای را برای سلامت آن‌ها در زمان حال و آینده ایجاد نموده است.



## افزایش شیوع استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری:

در حالی که در فاصله زمانی ۲۰۱۲ و ۲۰۱۳ افزایشی ۸,۴ میلیون نفری در دختران و زنانی که از وسایل پیشگیری از بارداری مدرن استفاده می‌نمایند رخ داده است اما این میزان استفاده کماکان پایین‌تر از استاندارد ۹,۴ میلیون نفر کاربر جدید می‌باشد، و نیاز به فعالیت‌های بیشتری برای دسترسی همه وجود دارد.<sup>۵۰</sup>

## حمایت از حقوق دختران جوان و نوجوانان: علی‌رغم برخی

پیشرفت‌ها در یکسری کشورهای خاص و این حقیقت که FGM به‌عنوان خشونت علیه حقوق انسانی شناخته می‌شود سالانه بیش از ۳ میلیون دختر در آفریقا در معرض خطر هستند -در مناطقی زندگی می‌کنند که FGM در آن‌ها انجام می‌شود.<sup>۵۱</sup> در سطح جهانی در سال ۲۰۱۴ یک نفر از هر ۴ زن جوان در دوران کودکی ازدواج کرده بود. بالاترین نرخ ازدواج کودکان در جنوب شرق آسیا و آفریقای زیر صحرا وجود دارد.<sup>۱۱</sup> تخمین زده شده است که ۱,۳ میلیون دختر جوان در سال ۲۰۱۲ فوت نموده‌اند، و اکثر آن‌ها به عللی رخ داده است که قابل پیش‌گیری بوده‌اند. مرگ و میر در پسران بالاتر از دختران می‌باشد. البته علل مرگ و میر زیادی وجود دارد که در میان هر ۲ جنس مشترک می‌باشد، خشونت مشکلی مختص پسران می‌باشد و علل مرتبط با بارداری برای دختران.

## بهبود پایش: پراکندگی اطلاعات مرتبط با مرگ و میر،

موربیدیتی و علل مرگ مادران پیشرفت پایش (اطلاعات این حیطه) را با چالش‌هایی مواجه ساخته است. به‌عنوان مثال، در فاصله زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ کشورهای زیادی وجود داشته‌اند که نرخ مرگ و میر مادران در آن‌ها بالا بوده اما تعداد کمی پیمایش ملی مناسب که اطلاعات مبهمی را در مورد تخمین‌های مرگ و میر مادران فراهم می‌نمایند در آن‌ها صورت گرفته است. محدود بودن داده‌های کشوری مانع از پایش روندهای علت مرگ کودکان می‌شود، و داده‌های مرتبط با نوجوانان نیز بسیار ناقص می‌باشند. ثبت مناسب‌تر تولدهای صورت گرفته نیز ضروری می‌باشد. تنها ۵۹ درصد از اطفال زیر ۱۲ ماه در سطح جهانی ثبت می‌شود، که در جنوب آسیا و آفریقای زیر صحرا این میزان برابر با ۳۳ درصد می‌باشد.<sup>۵۲</sup>

## اولویت‌های استراتژیک

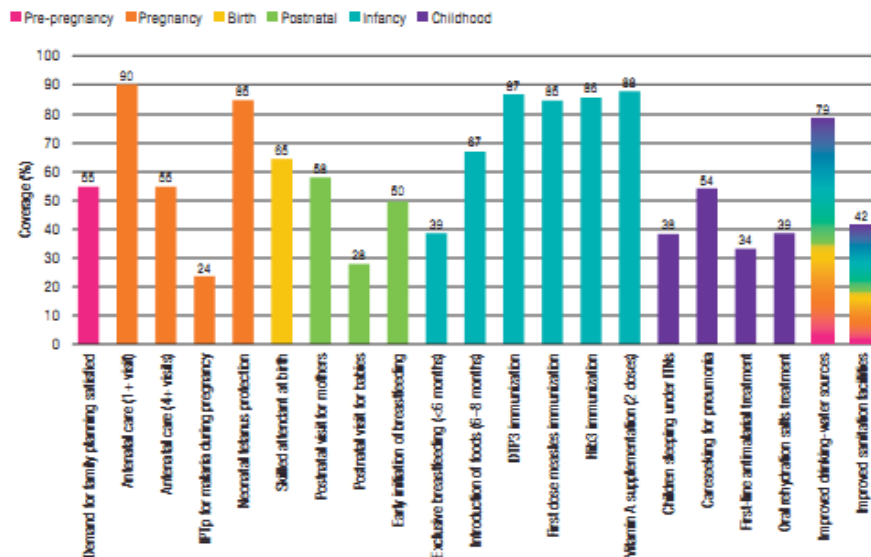
سلامت زنان و کودکان به‌عنوان یک نگرانی اصلی در SDG باقی مانده است، این مورد خود را در تلاش‌هایی که برای پیشگیری از مرگ‌های قابل اجتناب کودکان تازه متولد شده، کودکان و مادران تا سال ۲۰۳۰ صورت گرفته است، اطمینان از این مطلب که دسترسی جامعی به خدمات مراقبت‌های سلامت مربوط به مسائل جنسی و تولید وجود دارد - شامل تنظیم خانواده، اطلاعات و آموزش، و حفاظت، ارتقا و حمایت از رشد کودکان در

مراحل ابتدایی و سلامت نوجوانان - نشان می‌دهد.

اولین استراتژی جهانی برای سلامت زنان و کودکان - که توسط دبیر کل سازمان ملل در سال ۲۰۱۰ آغاز به کار نمود - منجر به افزایش تامین مالی، تقویت سیاست‌ها و ده‌ها برنامه جهانی، منطقه‌ای و ملی گردید.<sup>۵۳</sup> استراتژی به‌روز شده سلامت زنان، کودکان، و نوجوانان ۲۰۱۶-۲۰۳۰ (استراتژی جهانی ۲۰۳۰)<sup>۵۴</sup> در سپتامبر ۲۰۱۵ کار خود را شروع نمود، و در امتداد اهداف تحقق نیافته MDG در مورد مرگ و میرهای قابل پیشگیری قرار گرفت و با استفاده از شواهد جدید مربوط به این حیطه‌ها می‌توان پیشرفت‌های موجود را سرعت بخشید و بر اهمیت

تضمین سلامت و تندرستی برای تمام افراد در تمامی سنین در برنامه‌کاری SDG تاکید نمود.<sup>۲۹</sup> تمرکز اصلی بر افزایش حیطه مداخلات اولویت‌دار و/یا مداخلات خاصی که دارای تاثیرات بالایی برای شناسایی شکاف‌های اصلی در زنجیره مراقبت می‌باشد، قرار دارد (شکل ۹، ۴). همچنین برنامه‌ها و قطع‌نامه‌های چندگانه‌ای وجود دارد که انگیزه‌هایی را برای مداخلات خاصی مانند برنامه تنظیم خانواده ۲۰۲۰، ۵۰ برنامه‌ای تجدید نظر شده،<sup>۵۲</sup> برنامه کاری هر کودک تازه متولد شده،<sup>۵۶</sup> بهبود پیشگیری و درمان سینه‌پهلو<sup>۵۷</sup> و GAVI.<sup>۵۸</sup> در حالی که هر استراتژی خاص دارای منطبق خاص خود برای برطرف نمودن مشکلات سلامت عمومی می‌باشد، نیاز است تا رویکردی یکپارچه اتخاذ شود.

شکل ۹-۴: پوشش مداخلات در طول زنجیره مراقبت<sup>۲۶</sup>



\* Median national coverage of 75 countries, based on most recent survey 2009 or later.



تاکید شده است، بالاخص با توجه به جلسات مربوط بررسی نتایج و منابع در هر ۲ سطح کشوری و جهانی. یک مرکز تامین مالی جهانی با همکاری (برنامه) هر زن و هر کودک<sup>۵۹</sup> برای حمایت از استراتژی جهانی ۲۰۳۰ تاسیس شده است، از رویکردی نوآورانه‌ای استفاده می‌نماید که حمایت‌های بیرونی، تامین مالی داخلی و منابع نوآوری برای بسیج منابع و ارائه [خدمت را] (شامل بخش خصوصی) در یک همکاری مشترک ترکیب می‌نماید.

اولویت‌گذاری استراتژیک برای بهبود RMNCH شامل:

- تضمین دسترسی همگانی به اطلاعات و خدمات با کیفیت بالای RMNCH که در لحظه استفاده از خدمت رایگان می‌باشند - شامل مدیریت مشکلات؛
- تقویت مراقبت‌های مربوط به بازه زمانی نزدیک به تولد نوزاد، با تمرکز بر بهبود کیفیت و تجربه مراقبت، در حالی که از ادغام کامل خدمات مادران و کودکان اطمینان حاصل

در استراتژی جهانی تمایل واضحی به پاسخ به درخواست دولت‌ها برای چندتکه‌ای بودن کمتر و هماهنگی بهتر تلاش‌ها وجود دارد. حیطه‌های کاری آن‌ها ارائه استراتژی جهانی‌ای را پایه‌ریزی نمود: برنامه‌ریزی کشورها و اجرا؛ تامین مالی طرح‌های کشوری و پیاده‌سازی؛ و مشارکت دادن و هماهنگی ذینفعان جهانی. همکاران جهانی و منطقه‌ای در حال تلاش برای رسیدن به ساختار ساده‌ای می‌باشند که در آن برنامه‌های پیشین حول یک مکانیسم هماهنگ کننده برای یکپارچه‌سازی تلاش‌های کشورها از طریق منابع مالی قابل پیش‌بینی شکل می‌گیرد.

استراتژی جهانی ۲۰۳۰ توجه خاصی را به مسائل مرتبط با عدالت، حقوق و مسائل مرتبط با جنس معطوف نموده است، در حال که بر اهمیت نوآوری - شامل تحقیق و توسعه تکنولوژی‌های جدید و نوآوری‌های اجرایی مانند رویکردهای یکپارچه‌تر برای سلامت زنان و کودکان - نیز تاکید می‌نماید. بر اهمیت پاسخگویی نیز

می‌نماییم؛

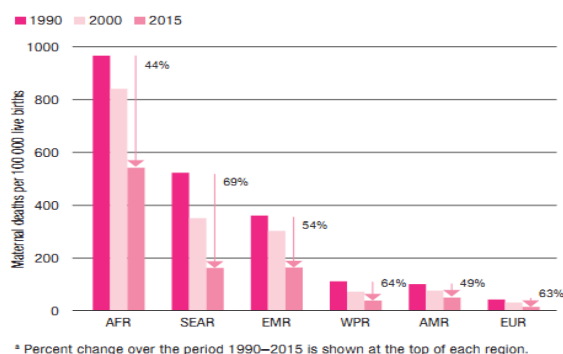
## سلامت مادران

علی‌رغم پیشرفت‌های قابل توجه در طول دهه گذشته پایان دادن به مرگ و میرهای قابل اجتناب مادران به‌عنوان یکی از اصلی‌ترین چالش‌های جهانی کماکان وجود دارد. حدود ۳۰۳ هزار مورد مرگ و میر مادران در سال ۲۰۱۵ وجود خواهد داشت، که اکثر آن‌ها از نوع قابل پیشگیری و پیش، حین و پس از زایمان می‌باشند.<sup>۲</sup> در سطح جهانی، در میان زنانی که در سن بارداری قرار دارند مرگ و میر مادران سومین علت عمده مرگ و میر می‌باشد، و در حال حاضر علت فوت یک زن از عوامل مرتبط با بارداری ۱ به ۱۸۰ می‌باشد.

## دستاوردها

از سال ۱۹۹۰ تعداد مرگ و میر مادران به‌ازای هر ۱۰۰ ۰۰۰ هزار تولد زنده (MMR) ۴۴ درصد کاهش یافته است. در حالی که این موضوع دستاورد مهمی می‌باشد نشان می‌دهد که با سطح تلاش‌های فعلی به چه مواردی می‌توان دست یافت - جهان در دستیابی به هدف MDG ۵ مبنی بر ۷۵ درصد کاهش با شکست مواجه شد. MMR از ۳۸۵ مورد در سال ۱۹۹۰ به ۳۴۱ مورد در سال ۲۰۰۰ به ۲۶۱ مورد به‌ازای هر ۱۰۰ ۰۰۰ تولد زنده در سال ۲۰۱۵ کاهش یافته است، که نشانگر سرعت بالایی در کاهش مرگ و میر پس از سال ۲۰۰۰ می‌باشد.

شکل ۱۰-۴: روند نرخ مرگ و میر مادران براساس مناطق سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵<sup>۲</sup>



کاهش جهانی MMR از سال ۱۹۹۰ به بعد عمدتاً ناشی از کاهش در منطقه آسیا جنوب شرقی (۶۹ درصد کاهش) و منطقه پاسیفیک غربی (۶۴ درصد کاهش) بوده است. منطقه آفریقا با ۴۴ درصد کاهش در فاصله زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ شاهد کمترین پیشرفت بوده است (شکل ۱۰، ۴) و در حال حاضر مسئول ۶ مورد از هر ۱۰ مورد مرگ مادران در سطح جهانی می‌باشد.

اطمینان از ادامه‌دار بودن زنجیره مراقبت‌های سلامت در طول چرخه عمر زنان، کودکان و نوجوانان و در میان سطوح ارائه خدمت - شامل مراقبت‌های جامعه‌محور و اولیه و سطوح ارجاع؛

• تقویت پیشگیری و مدیریت موارد بیماری در دوران کودکی شامل سینه‌پهلو، اسهال، مالاریا، ایدز و سوء تغذیه، از طریق کارکنان سلامت جامعه محور؛

• پیاده‌سازی سیاست‌هایی که ارتقا دهنده سلامت می‌باشند و اجباری نمودن مداخلاتی برای پیشگیری از مواجهه با آسیب - به‌عنوان مثال کاهش تصادف‌های جاده‌ای یا استفاده از موارد مضر مانند تنباکو؛

• شناسایی ناعدالتی در دسترسی و کیفیت مراقبت‌های سلامت مرتبط با مسائل جنسی، تولید مثل، مادران، کودکان تازه متولد شده و نوجوانان؛

• اطمینان از پاسخگویی و شفافیت برای بهبود دسترسی به مراقبت با کیفیت و عدالت؛

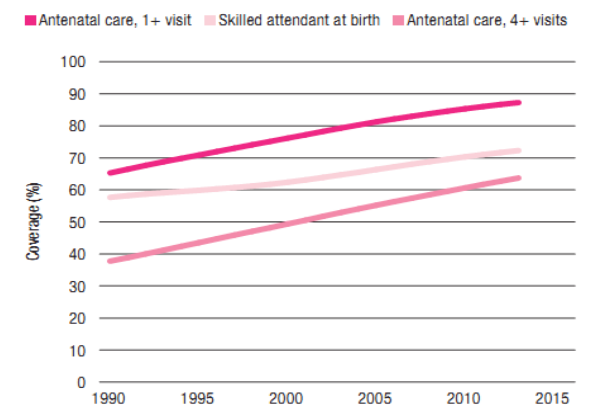
• مهار قدرت والدین، خانواده‌ها و جوامع و مشارکت دادن جامعه در مقیاس وسیع؛

• نگاهی فراتر از بخش سلامت برای مشارکت دادن سایر بخش‌هایی که دارای تاثیر مهم بر سلامت می‌باشند، مانند آب و تصفیه فاضلاب، آموزش، اقتصاد و حمایت اجتماعی، محیط زیست و جنس.

اهداف SDG در مورد سوء تغذیه و گرسنگی را می‌توان در قطعنامه‌های زیادی که توسط مجمع جهانی سلامت صادر شده‌اند مشاهده نمود، از جمله قطعنامه WHA۶۵،۶ در مورد طرح پیاده‌سازی جامع تغذیه مادران، اطفال، و کودکان<sup>۶۰</sup> و قطعنامه WHA۶۳،۲۳ در مورد تغذیه اطفال و کودکان که از دولت‌های عضو خواسته شده بود که ارتقا وضعیت تغذیه اطفال و کودکان<sup>۶۱</sup> شاخص‌های خاصی برای پیشرفت در این حیطه‌ها پیشنهاد شده است. جنبشی جهانی براساس این اصل که تمام مردم دارای حق (دسترسی داشتن به) غذا و تغذیه مناسب می‌باشند ایجاد گردید.<sup>۶۲</sup> مثال‌هایی از نواحی‌ای که نیازمند توجه خاص در ارتباط کودکان می‌باشند شامل افزایش پوشش برنامه‌های ارتقا سلامت، متنوع ساختن رژیم غذایی، شامل مواد غذایی مغذی و با کیفیت بالا در دوره زمانی استفاده از مواد غذایی تکمیلی (۶ تا ۲۳ ماهگی)، افزایش مدیریت سوء تغذیه خاص و ایجاد سیاست‌های مرتبط با اشتغال در حمایت از تدوام و انحصار در تغذیه با شیر مادر می‌شود.



شکل ۱۱-۴: روند جهانی پوشش مداخلات مادران، ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۳<sup>۶۳</sup>



## عوامل موفقیت

**بهبود پوشش خدمات در کشورها:** پوشش مراقبت‌های پیش از زایمان، حضور کارکنان با مهارت هنگام تولد و زایمان در مراکز سلامت افزایش یافته است، البته افزایش یکپارچگی در ارائه خدمات سلامت را باید به این موضوع افزود (شکل ۱۱، ۴). تقریباً ۹۰ درصد زنان حداقل یک ویژگی مربوط به مراقبت‌های بارداری داشته‌اند، و بیش از ۶۰ درصد آن‌ها حداقل ۴ مورد<sup>۱۶</sup> پوشش حضور کارکنان با مهارت هنگام تولد در فاصله زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۳ از ۵۸ درصد به ۷۳ درصد افزایش یافته است.<sup>۱۶</sup> همچنین شیوع استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری نیز افزایش یافته است، که به زنان این توانایی را می‌دهد که تعداد بارداری‌های خود و بنابراین خطر مرگ را کاهش دهند.

**استراتژی جهانی برای سلامت زنان و کودکان در فاصله زمانی ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۵ و برنامه‌های مرتبط:** پایین بودن سرعت پیشرفت ابتدایی به سمت اهداف MDG برای مرگ و میر مادران منجر به یکسری از برنامه‌های جهانی برای حمایت از اقدامات کشورها و بسیج منابع مالی از سال ۲۰۰۵ گردید. انگیزه ایجاد شده توسط سازمان بهداشت جهانی - برنامه اجازه دهید بارداری ایمن‌تر باشد، استراتژی جهانی،<sup>۲۹</sup> کمیسیون اطلاعات و پاسخگویی برای سلامت زنان و کودکان،<sup>۳۰</sup> مشارکت +H۴،<sup>۳۱</sup> مشارکت کشورها و رهبری، به همراه افزایش منابع مالی و افزایش پایداری آن‌ها (۴۵ میلیارد دلار آمریکا در سال‌های ۲۰۱۲ و ۲۰۱۳ تخصیص یافته است، در حال حاضر نیز ۲۷ میلیارد دلار ایالات متحده توزیع شده است)، منجر به بهبود پیامدهای سلامت مادران شده‌اند - همانند مشارکت‌هایی که در ابتدا برای سلامت مادران، کودکان، و نوزادان (۲۰۰۵) صورت گرفته بود.<sup>۳۵</sup>

**توسعه اجتماعی اقتصادی:** سطوح بالاتر آموزش، بالاخص در زنان و دختران، با سطوح پایین‌تر مرگ و میر مادران مرتبط

است.<sup>۶۴</sup> متوسط دستاوردها آموزشی برای زنان ۲۵ ساله و بالاتر از ۴،۷ سال در سال ۱۹۹۰ به ۷،۰ سال در سال ۲۰۱۵ افزایش یافته است.<sup>۶۵</sup> در منطقه آفریقا، این مقدار از ۲،۰ سال به ۴،۱ سال افزایش یافته است، و در منطقه جنوب شرق آسیا از ۲،۰ به ۴،۳ سال افزایش یافته است، بالاخص در آسیا، توسعه اقتصادی از طریق دسترسی بهتر به خدمات دارای مزایای زیادی در رابطه با کاهش در مرگ و میر مادران بوده است.

## چالش‌ها

**دسترسی به کارکنان با مهارت در زمان تولد:** علی‌رغم بهبودهای تدریجی در سطح جهانی و درون منطقه‌ای، در منطقه آفریقا و جنوب شرق آسیا بیش از ۴۰ درصد زنان در سال ۲۰۱۳ در هنگام زایمان خود دارای دسترسی به کارکنان با مهارت نبوده‌اند.

**کیفیت مراقبت:** همانطور که زنان بیشتری زایمان خود را در مراکز سلامت انجام می‌دهند بر اهمیت نقش کیفیت مراقبت افزوده می‌شود.<sup>۶۶</sup> چالش اساسی سیستم‌های سلامت برای جذب، آموزش، استقرار، انگیزش، مدیریت و حفظ مهارت‌ها، مشارکت و درگیر نمودن کارکنان سلامت در مراقبت کماکان وجود دارد.<sup>۴۷</sup> مرگ و میر غیرمستقیم مادران: افزایش اهمیت بیماری‌های عفونی و مزمن غیرواگیر که مستقیم یا غیرمستقیم در مرگ و میر مادران نقش دارند منشاء نگرانی‌هایی می‌باشد. همانطور که کشورها MMR خود را کاهش می‌دهند نیاز به تقویت فرآیند شناسایی و مدیریت عواملی که به شکل غیرمستقیم باعث مرگ و میر مادران می‌شوند و هماهنگی با سایر بخش‌ها و ارائه کنندگان سلامت برای شناسایی مراقبت‌های مربوط به بیماری‌های غیرواگیر، توسعه نوآوری در آموزش، رویکردهایی برای غربالگری و مدیریت این شرایط و همچنین گایدلاین‌های کلینیکی و پروتکل‌های مناسب دارند.<sup>۶۷</sup>

**ناعدالتی در دسترسی:** در کشورهای زیادی میزان مراقبتی که زنان در زمان زایمان خود دریافت می‌نمایند دارای ارتباط زیادی با درآمدشان می‌باشد، صرف نظر از اینکه در مناطق شهری زندگی می‌کنند یا روستایی، و سطح تحصیلات‌شان. ناعدالتی‌های اقتصادی، سطح تحصیلات و زندگی در مناطق شهری/روستایی در کشورهای دارای درآمد پایین بیشتر خود را نشان می‌دهد (شکل ۱۲، ۴).

## اولویت‌های استراتژیک

SDG براساس برنامه سازمانی بهداشت جهانی برای پایان دادن به آن دسته از مرگ و میرهای مادران که قابل پیشگیری می‌باشند (EPMM) در بخش اهداف سلامت خود دارای یک هدف استراتژیک خاص در مورد مرگ و میر مادران می‌باشد.<sup>۶۷</sup> هدف استراتژی سلامت مادران برای دوران پس از ۲۰۱۵ پایان دادن به مرگ و میرهای قابل اجتناب مادران با استفاده از رویکردی جامعه و برپایه حقوق انسانی برای سلامت جنسی، تولید مثل، مادران و کودکان تازه متولد شده می‌باشد که اساس کار آن اجرای اثربخش می‌باشد. هدف جهانی این است که تا سال ۲۰۳۰ MMR به کمتر از ۷۰ در ۱۰۰۰۰۰ تولد زده کاهش یابد. هدف EPMM نیز این است که MMR هیچ کشوری بالاتر از ۱۴۰ در ۱۰۰۰۰۰ نباشد. این هدف به این معناست که کشورها باید حداقل دو سوم MMR خود را در فاصله زمانی ۲۰۱۰ تا ۲۰۳۰ کاهش دهند.

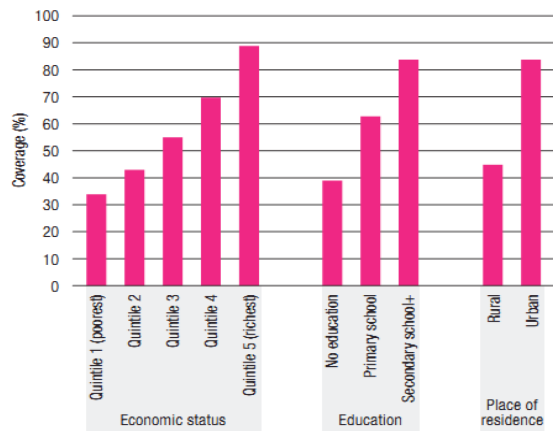
اهداف کلیدی استراتژی EPMM شامل این موارد می‌شود:

- برطرف نمودن ناعدالتی در دسترسی و کیفیت اطلاعات سلامت و خدمات مرتبط با (سلامت) جنسی، تولید مثل، مادران، و کودکان تازه متولد شده؛
  - تضمین پوشش همگانی سلامت مراقبت‌های سلامت جنسی، تولید مثل، مادران و کودکان تازه متولد شده؛
  - شناسایی تمام مسائل مرتبط با مرگ و میر مادران، تولید مثل و موربیدیتی مادران، و ناتوانی‌های مرتبط؛
  - تقویت سیستم‌های سلامت برای پاسخ به نیازها و اولویت‌ها زنان و دختران؛
  - تضمین پاسخگویی به منظور بهبود کیفیت مراقبت و عدالت؛
- سایر اهداف استراتژیک شامل بهبود سنجش‌ها، سنجش سیستم‌ها و کیفیت داده‌ها و تخصیص منابع کافی و تامین مالی اثربخش مراقبت‌های سلامت می‌شود. در این حیطه، حرکت به سمت تامین مالی پایدار و افزایش منابع مالی برای RMNCH و در چارچوب استراتژی جهانی ۲۰۲۰ - به‌عنوان مثال از طریق مراکز تامین مالی جهانی - ضروری می‌باشد.<sup>۵۹</sup>

## سلامت نوزادان

بیشترین تاثیر تلاش‌های جهانی برای کاهش مرگ و میر کودکان بر کودکانی بوده است که در اولین ماه زندگی خود زنده مانده‌اند. در سال ۲۰۱۵ در سطح جهانی ۲٫۷ میلیون مرگ و میر نوزادان رخ داده است (مرگ در ۲۸ روز اول زندگی) که ۴۵ درصد تمام مرگ‌های زیر ۵ سال را تشکیل می‌دهد.<sup>۱۵</sup> بخش اعظم مرگ و میر نوزادان قابل پیشگیری می‌باشد - ۷۳ درصد آن در ۷ روز اول تولد رخ می‌دهد -<sup>۶۹</sup> و نیاز به سرمایه‌گذاری‌های زیادی مشابه با

شکل ۱۲-۴: زایمان‌هایی که توسط کارکنان سلامت با مهارت در کشورهای با درآمد صورت گرفته است، براساس ابعاد چندگانه ناعدالتی، ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۳ تا<sup>۲۳</sup>



\* Median value of 30 selected countries.

**نیروی کار سلامت:** چالش اساسی سیستم‌های سلامت برای جذب، آموزش، استقرار، انگیزش، مدیریت و حفظ مهارت‌ها، مشارکت و درگیر نمودن کارکنان سلامت در مراقبت کماکان وجود دارد.

**تامین مالی:** علاوه بر شکاف موجود در تامین مالی کلی سلامت مادران، ناعدالتی‌های زیادی در هدف گذاری منابع مالی اهدایی و نیازهای کشورهای وجود دارد، به نحوی که برخی کشورهای بسیار فقیر که دارای MMR بسیار بالایی می‌باشند منابع مالی نسبتاً اندکی دریافت می‌نمایند.<sup>۶۸</sup>

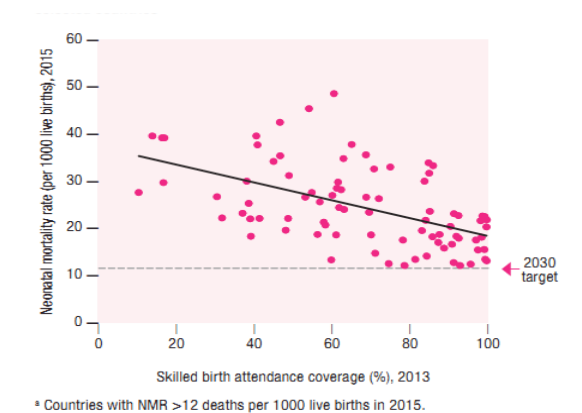
**پایش:** پراکندگی اطلاعات مرتبط با مرگ و میر و موربیدیتی مادران و علل مرگ در کودکان در کشورهای زیادی پیشرفت فرآیند پایش را با چالش‌هایی مواجه ساخته است. اطلاعات حیاتی در مورد ثبت موارد مرگ وجود ندارد. حتی در کشورهای دارای درآمد بالا سیستم‌های ثبت اطلاعات حیاتی معمولاً حدود یک سوم موارد مرگ و میر مادران را ثبت نمی‌نمایند.<sup>۲</sup>



## عوامل اصلی موفقیت

**موفقیت کشورها در بهبود پوشش خدمات:** انتظار می‌رود که پوشش مداخلات مربوط به تنظیم خانواده، مراقبت‌های پیش از زایمان، حضور کارکنان با مهارت هنگام تولد و مراقبت‌های پس از زایمان برای مادر و کودک در اولین هفته تولد مرگ و میر نوزادان را کاهش دهد.<sup>۷۰</sup> به‌عنوان مثال میان مرگ و میر نوزادان و حضور کارکنان با مهارت هنگام تولد ارتباط وجود دارد (شکل ۴، ۱۴). بخشی از کودکان که علیه بیماری کزاز زمان تولد ایمن شده‌اند از ۶۰ درصد در سال ۱۹۹۰ به ۸۳ درصد در سال ۲۰۱۴ افزایش یافته است.<sup>۷۱</sup> تا سال ۲۰۱۴، ۶۰ کشور از ۷۵ کشوری که دارای بار بالایی از مرگ و میر مادران و نوزادان بودند گزارش نمودند که دارای سیاست‌هایی برای مراقبت در منزل از مادر و کودک می‌باشند.<sup>۷۲</sup>

شکل ۱۴-۴: نرخ فعلی مرگ و میر نوزادان و پوشش زایمان در حضور کارکنان سلامت براساس کشورهای منتخب<sup>a</sup>، ۲۰۱۵، ۶۳



**مشارکت / همکاری جهانی:** بخش اعظم مرگ و میر نوزادان پیش از آنکه جامعه جهانی شروع به اولویت‌گذاری سلامت نوزادان نماید - عمدتاً به این علت ایجاد شد که اهمیت نسبی مرگ و میر در اولین ماه زندگی افزایش یافت - رخ داده است. بسیاری از دولت‌ها و همکاران به استراتژی دبیر کل سازمان ملل برای سلامت زنان و کودکان در سال ۲۰۱۰ و برنامه همراه آن - هر زن و هر کودک - همچنین توصیه‌های صورت گرفته توسط کمیسیون اطلاعات و پاسخگویی و کمیسیون ابزارهای نجات دهنده جان زنان و کودکان واکنش نشان دادند.<sup>۷۵</sup> جنبش جهانی برای نجات جان کودکان: تعهدی بازنگاری شده در سال ۲۰۱۲<sup>۵۲</sup> کار خود را شروع نمود و برنامه کاری برای هر کودک تازه متولد شده (ENAP) - یک برنامه جهانی - کار خود را در سال ۲۰۱۴ شروع نمود.<sup>۷۶</sup>

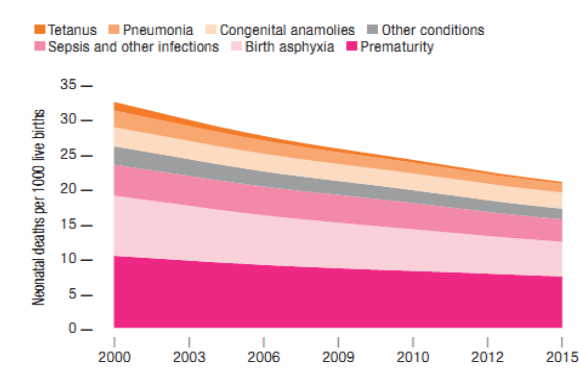
سرمایه‌گذاری‌های صورت گرفته برای بهبود پیامدهای سلامت مادران می‌باشد.

## دستاوردها

از سال ۱۹۹۰ مرگ و میر نوزادان در تمام مناطق سازمان بهداشت جهانی کاهش یافته است، در فاصله زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ نرخ جهانی آن از ۳۶٫۲ به ۱۹٫۲ به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده کاهش یافته است - کاهش ۴۷ درصدی.<sup>۱۵</sup> با این وجود، به‌علت کاهش مرگ و میر در فاصله زمانی ۱ تا ۵۹ ماهگی با سرعت بیشتری کاهش یافته است در صدی از مرگ و میرهای زیر ۵ سال که در دوره نوزادی رخ می‌دهد از ۴۰ درصد به ۴۵ درصد افزایش یافته است. منطقه پاسیفیک غربی با ۷۵ درصد کاهش بیشترین کاهش را در نرخ مرگ و میر نوزادان تجربه نموده است، در حالی که منطقه مدیترانه شرقی و منطقه آفریقا کمترین کاهش را تجربه نموده‌اند (هر ۲ منطقه ۳۸ درصد).

از سال ۲۰۰۰ به بعد مرگ و میر نوزادان به‌علت کاهش در ۲ علت اصلی مرگ و میر کاهش قابل توجهی را تجربه نموده است، خفگی هنگام تولد (۳۴ درصد از کل کاهش‌ها) و نارس بودن (نوزاد) (۲۱ درصد). مرگ به‌علت کزاز نوزادی تقریباً به اندازه ۸۰ درصد کاهش یافته است (شکل ۴، ۱۳).<sup>۴</sup>

شکل ۱۳-۴: خطرات مرتبط با علل خاص مرگ و میر نوزادان، ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵<sup>۴</sup>



ماماها مواجه می‌باشند، [موجب شده است] که زنان و نوزدان از مراقبت‌های ضروری که بیشترین نیاز را به آن دارند محروم شوند.<sup>۷۹</sup>

**غلبه بر ناکافی بودن مراقبت‌های پس از زایمان:** کمتر از نیمی از زنان و کودکان تازه متولد شده آن‌ها مراقبت‌های پس از زایمان را در اولین ۲ روز پس از تولد دریافت می‌نمایند.<sup>۸۰</sup> مراقبت‌های پس از زایمان بالاخص برای کاهش آن بخش از مرگ و میر نوزادان که در اولین روز زندگی اتفاق می‌افتد با اهمیت می‌باشد، اما مراقبت در طول هفته‌های اول پس از زایمان نیز بر سلامت مادران و نوزادان موثر می‌باشد.<sup>۸۱</sup>

**کاهش ناعدالتی:** دسترسی ناکافی به مراقبت‌های سلامت با کیفیت - به‌علت مشکلات جغرافیایی، موانع مالی یا فرهنگی - کماکان به‌عنوان یک مشکل برجسته وجود دارد. ناعدالتی در دسترسی به مداخلات ضروری نوزادان حتی در کشورهایی که استفاده از خدمات مربوط به مراقبت‌های پیش از زایمان، تولد کودکان و پس از بارداری در حال افزایش کماکان به‌صورت گسترده‌ای وجود دارد.

**ثبت تمامی کودکان:** بدون وجود سیستم پایه جمع‌آوری اطلاعات نمی‌توان پیشرفت‌ها را پایش نمود. تنها ۵۹ درصد کودکان کمتر از ۱۲ ماه تولدشان ثبت شده است، این میزان در جنوب آفریقا و آفریقای زیر صحرای برابر با ۳۳ درصد می‌باشد.<sup>۶۲</sup>

### اولویت‌های استراتژیک

SDG شامل هدف خاصی برای نوزادان می‌شود: مرگ و میر نوزادان تا سال ۲۰۳۰ به کمتر از ۱۲ مورد به‌ازای ۱۰۰۰ تولد زنده کاهش یابد. ENAP همچنین شامل هدفی در ارتباط با مرده‌زایی نیز می‌شود: کاهش مرده‌زایی به ۱۲ مرگ به‌ازای ۱۰۰۰ تولد. ENAP جهتی استراتژیک را در رابطه با نحوه برطرف نمودن بار مرگ و میرهای قابل پیشگیری نوزادان فراهم می‌نماید، این نکته را برجسته می‌نماید که اینگونه سرمایه‌گذاری‌ها موجب بازگشتی به اندازه ۳ برابر سرمایه‌گذاری می‌شود، و همچنین از مرگ و میر مادران و مرده‌زایی پیشگیری می‌نماید. مهم‌ترین اهداف استراتژیک ENAP عبارتند از:

تقویت و سرمایه‌گذاری برای مراقبت‌های زمان زایمان، تولد نوزاد، و اولین روز و هفته زندگی.

بهبود کیفیت مراقبت از مادران و نوزادان از طریق معرفی مراقبت‌های با کیفیت بالا که دارای تاثیر زیادی می‌باشند و برای مادر و کودک نیز هزینه اثربخش هستند - در بیشتر موارد توسط یک ارائه‌کننده و همزمان.

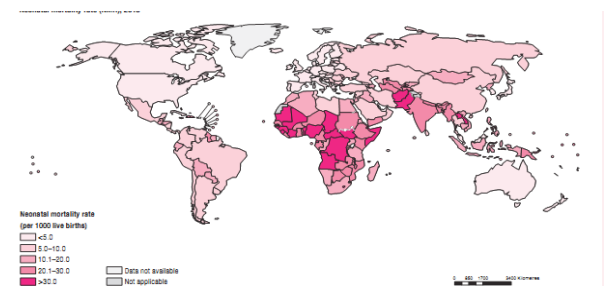
در نظر گرفتن هر زن و هر نوزاد تازه متولد شده برای کاهش

**تعیین‌کننده‌های سلامت خارج بخش سلامت:** سایر عواملی که در نجات جان نوزان نقش داشته‌اند شامل این موارد می‌شوند: آب آشامیدنی و تصفیه فاضلاب بهتر، آموزش مادران، کاهش فقر، حمایت اجتماعی (شامل کمک‌های نقدی مشروط و غیر مشروط)، سیاست‌ها و قوانینی برای ایجاد محیطی مناسب و کاهش خطرات (به‌عنوان مثال حمایت از مادران، محدودسازی بازاریابی جایگزین‌های شیر مادر) و گسترش شهرنشینی به این علت که منجر به بهبود دسترسی به خدمات سلامت با کیفیت می‌شود.<sup>۷۷</sup>

### چالش‌ها

**افزایش پوشش موثر مداخلات:** پوشش پایین و ضعف کیفیت مراقبت‌های سلامت مادران و نوزادان علت نرخ‌های بالای مرگ و میر نوزادان (شکل ۱۵، ۴،۱۵) و همچنین مرگ و میر مادران و زایمان‌های زودرس می‌باشد.<sup>۷۶، ۵۲</sup> مداخلاتی که دارای بیشترین مشکلات مربوط به افزایش [پوشش] می‌باشند آن‌هایی هستند که مربوط به پیشگیری و مدیریت زایمان‌های زودرس، مراقبت‌های حمایتی از بیماران بستری و نوزادانی که در زمان تولد (از حد معمول) کوچک‌تر می‌باشند، مدیریت عفونت‌های حاد، و مراقبت‌های مادران به‌صورت کانگورویی می‌شوند.<sup>۷۸</sup> تخمین زده شده است که تقریباً می‌توان از ۳ میلیون مرگ مادران و نوزادان و تولدهای نارس با هزینه‌ای برابر با ۱/۱۵ دلار ایالات متحده به‌ازای هر نفر در ۷۵ کشوری که دارای بدترین وضعیت پوشش می‌باشند جلوگیری نمود، در صورتی که سطوح پوشش مداخلات ضروری مربوط به زمان بارداری و کودکان کوچک و بیمار بهبود یابد.<sup>۷۰</sup>

شکل ۱۵-۴: نرخ مرگ و میر نوزادان، ۲۰۱۵-۱۵



**تقویت نظام‌های سلامت ضعیف:** محدودیت‌های سیستم‌ها برای افزایش بسته‌های خدمات موثر را می‌توان در تمام کشورهایی که دارای بار بیماری بالایی می‌باشند مشاهده نمودف بالاخص در مورد نیروی کار سلامت، تامین مالی، و ارائه خدمات سلامت نوزادان.<sup>۷۸</sup> بسیاری از کشورهایی که دارای بار بیماری بالایی می‌باشند با کمبودهایی جدی در ارتباط با



## سلامت کودکان

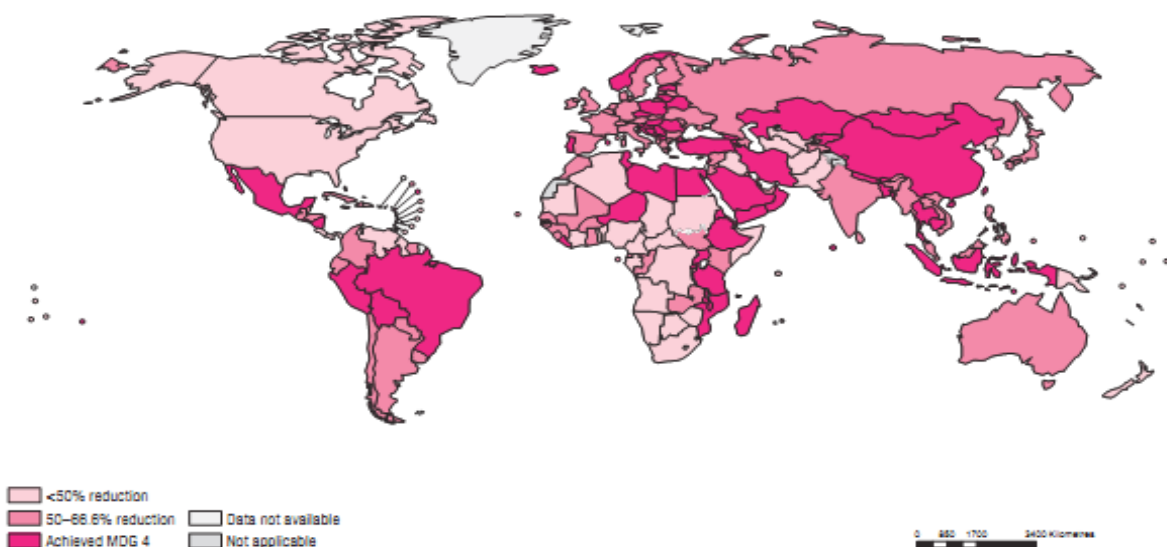
تخمین زده شده است که در سال ۲۰۱۵، ۵٫۹ میلیون کودک زیر ۵ سال فوت خواهند نمود.<sup>۱۵</sup> مقدار این (شاخص) کماکان به شکل قابل قبولی بالاست، اما مقدار نسبت به نرخ مرگ و میر جهانی کودکان در سال ۱۹۹۰ نصف شده است. بخش عمده مرگ‌ها در کشورهای کمتر توسعه یافته اتفاق می‌افتد و ناشی از بیماری‌های عفونی، تشدید شده بر اثر تغذیه نامناسب، و شرایط قابل مدیریت زمان تولد می‌باشد. مداخلات هزینه اثر بخشی که نجات دهنده زندگی هستند وجود دارد و نیاز به گسترش بیشتر آن‌ها وجود دارد.

ناعدالتی - عمدتاً از طریق معرفی پوشش همگانی سلامتی که تامین مالی آن براساس پیش پرداخت و انباشت می‌باشد.

استفاده از قدرت والدین، خانواده‌ها و جوامع. شواهد نشان می‌دهد که قدرت رهبران جوامع دخیل، گروه‌های زنان و جوامع کارگری برای دستیابی به پیامدهای سلامت بهتر برای نوزادان مفید می‌باشد.

ثبات تمام زنان: نیازی فوری به بهبود سنج‌های سلامت جهانی و کشوری - بالاخص در مورد پیامدهای تولد و کیفیت مراقبت - وجود دارد. نیاز است که هر (تولد) نوزادی ثبت شود و مرگ و میر آن‌ها نیز نیاز است که ثبت شود. ثبت تمامی مرگ و میرهای مادران و مرده‌زایی دارای اهمیت یکسانی می‌باشد.

شکل ۱۶-۴: پیشرفت کشورها در جهت MDG ۴، کاهش مرتبط با نرخ مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال، ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵



## دستاوردها

زایمان (۳۸ درصد)، و کاهش بسیار زیاد در مرگ و میرهای مرتبط با سرخک - بیش از ۷۵ درصد بوده است.<sup>۴</sup>

## عوامل اصلی موفقیت

**ایمن‌سازی:** پوشش جهانی بسیاری از ایمن‌سازی‌ها از سال ۲۰۰۰ افزایش یافته است، سرعت افزایش برخی زیاد بوده است (شکل ۱۷، ۴). در دوره زمانی مشابه، پوشش واکسن Hib<sup>۳</sup> - که در برابر بیماری‌های مننژیت و سینه‌پهلو ایمنی ایجاد می‌نماید - به بیش از ۵۰ درصد افزایش داشته است، و در طول ۵ سال گذشته واکسن بیماری پنوموکوکی (PCV۳) و اسهال (رتاویروس) نیز معرفی شده است.<sup>۷۱</sup> تلاش‌ها برای ریشه‌کنی فلج اطفال نیز منجر به افزایش پوشش ایمن‌سازی شده است

در سطح جهانی از سال ۱۹۹۰ به بعد مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال از ۹۱ به ۴۳ مورد به‌ازای ۱۰۰۰ تولد زنده کاهش یافته است - کاهش ۵۳ درصد - و بنابراین از هدف کاهش به میزان دو سوم که در MDG مشخص شده بوده کمتر می‌باشد. با این وجود کشورهایی پیشرفت‌های قابل توجهی را تجربه نموده‌اند، و ۶۲ (کشور) از جمله کشورهای دارای درآمد پایین به MDG ۴ دست یافته‌اند (شکل ۱۶، ۴). پیشرفت از سال ۲۰۰۰ به بعد ۲ برابر سرعت پیشرفت در سال‌های دهه ۱۹۹۰ بوده است.<sup>۱۵</sup>

از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ کاهش در مرگ و میر کودکان به‌علت کاهش در مرگ‌های ناشی از سینه‌پهلو (۴۷ درصد)، اسهال (۵۷ درصد)، مالاریا (۵۸ درصد) و مشکلات مربوط به زمان

(به بخش بعدی مراجعه نمایید).

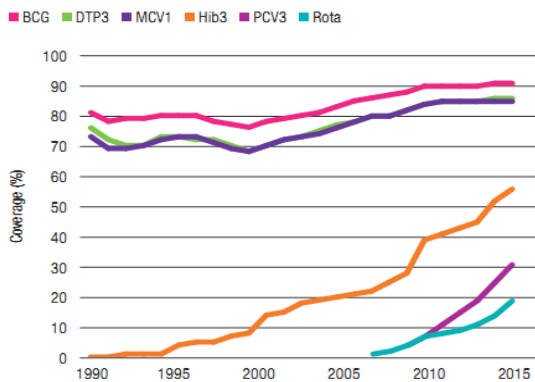
زیر ۵ سال در آن رخ داده است- در حال افزایش می‌باشد. یکی از چالش‌های اصلی وجود ظرفیت پایین کشورها می‌باشد.

تقویت نقاط ضعف نظام‌های سلامت: موانع اصلی برای پوشش همگانی مداخلات سلامت مربوط به کودکان شامل: دسترسی محدود و کیفیت پایین خدمات سلامت؛ مدیریت نابهینه برنامه‌ها؛ ضعیف بودن سیستم‌های مدیریت تدارک و زنجیره عرضه؛ ناکافی بودن نیروهای کار سلامت آماده شده و کمبود ارائه‌کنندگان خدمات؛ و شکست در تبدیل سیاست‌های ملی به عمل.<sup>۸۴</sup>

تجدید نظر در عوامل موثر بر افزایش مداخلات پیشگیری و درمانی: تنها پیشرفت متوسطی در افزایش نرخ‌های مربوط به تغذیه انحصاری با شیر مادر، جست و جوی مناسب مراقبت برای علائم سینه‌پهلو و آبرسانی از راه دهان برای درمان اسهال رخ داده است.<sup>۲۵</sup> نرخ‌های پوشش واکسن‌های جدید پایین‌تر از ۵۰ درصد می‌باشد و نرخ‌های افزایش پوشش واکسن‌هایی که به خوبی طراحی شده‌اند نیز از سال ۲۰۱۰ کاهش یافته است (شکل ۴، ۱۷).

رسیدگی به مشکلات مربوط به بیماری‌های غیرواگیر و صدمات: در حال حاضر در سطح جهانی ۱ مورد از هر ۴ مرگ در کودکان

شکل ۱۷-۴: پوشش ایمنسازی‌های کلیدی کودکان در سطح جهانی، ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۴<sup>۷۱</sup>



### پوشش سایر مداخلاتی که دارای تاثیرات بالا می‌باشند:

در میان ۷۵ کشوری که دارای بالاترین بار مرگ و میر کودکان می‌باشند، از سال‌های دهه ۱۹۹۰ به افزایش معناداری در نسبتی از کودکان که هنگام خواب از ITN استفاده می‌نمایند، درمان را براساس دستورالعمل‌های ضد مالاریا دریافت می‌نمایند رخ داده است، و درمان کودکان مبتلا به اسهال و مضمون به سینه‌پهلو نیز کاهش یافته است.<sup>۲۵</sup> اگر از جنوب آفریقا و آفریقای زیر صحرای صرف‌نظر نماییم، مرگ و میرهای مربوط به کمبود ویتامین A تقریباً ریشه‌کن شده است.<sup>۸۲</sup>

**کاهش در تغذیه نامناسب:** تخمین زده شده است که شیوع کم‌وزنی کودکان در فاصله زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ تا ۴۴ درصد کاهش یافته است،<sup>۵</sup> به این دلیل که ۴۵ درصد مرگ و میرهای کودکان زیر ۵ سال با تغذیه نامناسب در ارتباط می‌باشد دستاوردی بزرگ محسوب می‌شود.

### استراتژی جهانی ۲۰۲۰ و برنامه‌های مرتبط: در حمایت‌های

صورت گرفته توسط دفتر سازمان ملل -بالاخص یونیسف، کمک‌های دوجانبه، سازمان‌های مربوط به جوامع متمدن و سازمان بهداشت جهانی - نجات یافتن کودکان یک اولویت بوده است. از سال ۲۰۱۰ به بعد و پس از اجرای استراتژی جهانی سازمان ملل برای سلامت زنان و کودکان در فاصله زمانی ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۵، برنامه‌های زیادی ایجاد گردید و کشورهای زیادی نیز اقدامات خود را افزایش دادند. مثال‌هایی از برنامه‌های کودکان شامل فراخوان اقدام برای نجات یافتن کودکان، کمیسیون ابزارهای مورد نیاز برای نجات زندگی زنان و کودکان سازمان ملل و برنامه‌کاری جهانی برای سینه‌پهلو و اسهال.

### تعیین کننده‌های خارج از بخش سلامت: در زمینه عناصر

کلیدی نجات جان کودکان شامل کاهش فقر شدید،<sup>۱۹</sup> افزایش ثبت نام خالص ابتدایی برای دختران و پسران<sup>۱۹</sup> و بهبود دسترسی به آب‌هایی که کیفیت آن‌ها افزایش یافته و تصفیه فاضلاب.<sup>۸۳</sup>

### داده‌ها و پایش: به‌طور قطع مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال

خوش‌رفتارترین پیامد سلامت برای سنجش در کشورهای در حال توسعه می‌باشد، بالاخص از طریق پیمایش‌های خانوارها، که می‌توان از آن‌ها برای پایش پیشرفت به سمت MDG ۴ استفاده نمود.

## چالش‌ها

در نظر گرفتن تمام کشورها: توجه به مرگ و میر زیر ۵ سال به شکل روزافزونی در منطقه آفریقا - که در سال ۲۰۱۵ علی‌رغم اینکه تنها یک‌چهارم از موالید جهانی در آن صورت گرفته است حدود نیمی از تمام مرگ و میرهای

## اولویت‌های استراتژیک

در SDG یک هدف خاص برای کاهش مرگ و میر کودکان وجود دارد، این هدف که هر کشور باید تا سال ۲۰۳۰ مرگ و میر زیر ۵ سال خود را به ۲۵ مورد به ازای ۱۰۰۰ تولد زنده یا کمتر برساند، این هدف چند سال قبل به عنوان بخشی از "جنبش عمل برای نجات کودکان: تعهدی که بازنگری شده است" تنظیم گردید.<sup>۵۲</sup> طرح‌های خاصی مانند اقدامات جهانی برای سینه‌پهلو و اسهال نشان دهنده اهداف عملیاتی وابسته به یکدیگر در زمینه‌های ایمنسازی، تغذیه و آب و تصفیه فاضلاب با هدف پیشگیری از ۲ میلیون مرگ کودکان در هر سال می‌شود.<sup>۵۵</sup>

جهت استراتژیک برای برنامه کاری سلامت کودکان پس از ۲۰۱۵ شامل:

تقویت و سرمایه‌گذاری در سیستم‌های ارائه خدمات سلامت برای اطمینان از دسترسی به بسته‌های مداخلات سلامت کودکان یکپارچه از طریق ادغام بهینه مراقبت‌های مبتنی بر جامعه و مراکز سلامت می‌شود.

ارتقا اقدامات هماهنگ شده و یکپارچه برای بهبود شیردهی و تغذیه اطفال و کودکان جوان، دسترسی به آب آشامیدنی ایمن و فاضلاب، شست و شوی دست با صابون، کاهش آلودگی هوای درون منزل، ایمنسازی، پیشگیری از مالاریا و ایدز، و درمان مالاریا، سینه‌پهلو و اسهال.

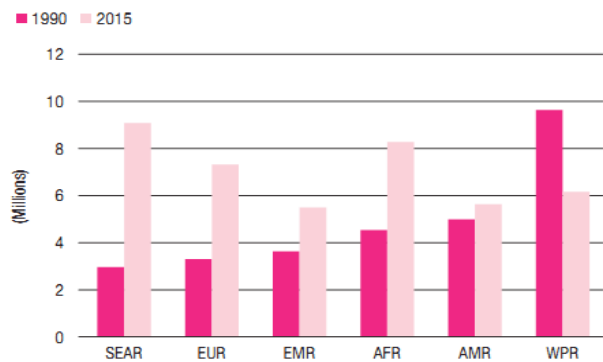
بهبود کیفیت مراقبت در تمامی سطوح ارائه خدمات، حمایت از طریق پاسخ‌های مدیریتی مناسب در سطوح پایین‌تر از ملی و ملی.

ارتقا عدالت و ناعدالتی از طریق رویکردهای چندگانه مانند انتقال‌های مالی مشروط، طرح‌های ووجر، اعطای اعتبارات مالی با نرخ‌های بهره پایین، توسعه خدمات و/یا خدمات سلامت جامعه‌محور برای تضمین پوشش همگانی خدمات.

شناسایی و برطرف نمودن اولویت‌های مربوط به ناهنجاری‌های مادرزادی، صدمات و بیماری‌های غیرواگیر برای کودکان ۵ تا ۹ ساله که اخیراً ایجاد شده‌اند.

تقویت همکاری بین بخشی در حیطه‌های سلامت، آموزش، دولت محلی و سایر بخش‌ها.

شکل ۱۸-۴: تعداد کودکان زیر ۵ سال مبتلا به چاقی براساس مناطق سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۰ و ۲۰۱۵



\* Estimates for the European Region have low population coverage.

۱ تا ۵۹ ماهه به علت شرایط غیر عفونی رخ می‌دهد.<sup>۴</sup> چاقی دوران کودکی در حال افزایش است -بالاخص در محیط‌های شهری. در سال ۲۰۱۵ بیش از ۴۱ میلیون کودک زیر ۵ سال دارای اضافه وزن بوده‌اند، که ۵ نفر از ۶ کودک دارای اضافه وزن در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌نموده‌اند (شکل ۴،۱۸).<sup>۵</sup> اضافه وزن و چاقی کودکان در دوره بزرگسالی نیز ادامه خواهد یافت و احتمال بیشتری دارد که بیماری‌های غیرواگیری مانند دیابت و بیماری‌ها قلبی عروقی در سنین جوانی مبتلا شوند. بر طرف نمودن علل مشترک صدمات کشنده در کودکان -خصوصاً کودکان ۵ تا ۹ ساله- نیازمند اقداماتی برای کاهش صدمات ناشی از تصادفات، غرق شدگی و سوختگی می‌باشد.

کمک به رشد کودکان: تخمین زده شده است که ۲۰۰ میلیون کودک به علت تغذیه نامناسب و فقر در معرض خطر نرسیدن به رشد کامل قرار دارند. سرمایه‌گذاری در رشد اولیه دوران کودکی به عنوان بخشی از مداخلاتی که موجب افزایش بقا می‌شوند ضروری می‌باشد.

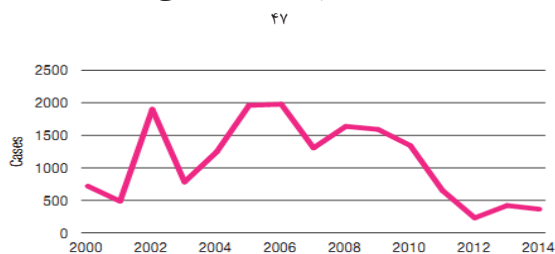
کاهش ناعدالتی: در صورتی که کودکان در مناطق روستایی، خانوارهای فقیر یا خانوارهایی که مادر فاقد تحصیلات پایه می‌باشد متولد شوند در معرض خطر بیشتری برای مرگ در سنین کمتر از ۵ سالگی قرار دارند. در حالی که از سال ۱۹۹۰ تفاوت در مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال ثروتمند و فقیر در بسیاری از مناطق کاهش یافته است، نابرابری‌ها کماکان وجود دارد، به نحوی که مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در مناطق فقیر ۱،۵ تا ۲،۵ برابر مناطق ثروتمند می‌باشد.<sup>۵۲</sup>

## فلج اطفال

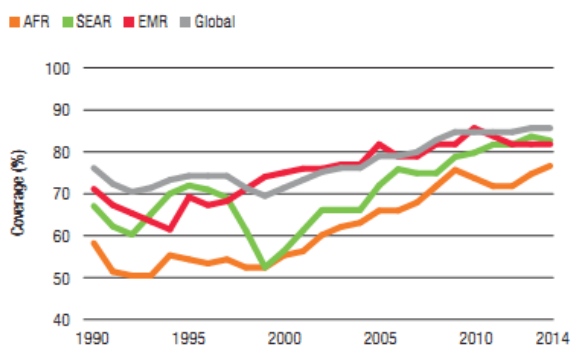
پولیومیلیتوس (فلج اطفال) یک بیماری بسیار عفونی ویروسی می‌باشد، که عمدتاً کودکان را تحت تاثیر قرار می‌دهد. از هر ۲۰۰ مورد ۱ مورد منجر به فلج غیرقابل بازگشت می‌شود (معمولاً در ناحیه پاها)، و در ۵ تا ۱۰ درصد موارد افراد معلول شده فوت می‌نمایند. هیچ درمانی برای فلج اطفال وجود ندارد. تنها می‌توان از وقوع آن پیشگیری نمود. واکسن فلج اطفال -چندین نوبت تزریق- می‌تواند کودک را در طول زندگی‌اش ایمن نمایند. اگر در یک جامعه تعداد کافی از افراد ایمن شده وجود داشته باشد، افراد حساس نیز به ویروس مبتلا نمی‌شوند و ویروس نابود می‌شود. سطوح بالای پوشش واکسن باید تا زمانی که انتقال متوقف شود و از وقوع طغیان جلوگیری شود ادامه یابد.

### روندها

شکل ۱۹-۴: تعداد موارد پروویروس وحشی، ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۴



شکل ۲۰-۴: پوشش ۳ دز واکسن فلج اطفال، در مناطق منتخب سازمان بهداشت جهانی و جهان، ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۴



از سال ۱۹۸۸ تعداد موارد فلج اطفال تا ۹۹ درصد کاهش یافته است، تخمین زده شده است که از ۳۵۰۰۰۰ مورد در ۱۲۵ کشور که بیماری به صورت اندمیک در آن‌ها وجود داشته است به کمتر از ۲۰۰۰ مورد در سال ۲۰۰۵، و ۳۵۹ مورد در سال ۲۰۱۴ کاهش یافته است (شکل ۱۹، ۴). در ۹ ماهه ابتدایی سال ۲۰۱۵، ۴۴ مورد در افغانستان و پاکستان رخ داده است. با این وجود خطر انتشار بین‌المللی آن از نواحی‌ای که بیماری به صورت اندمیک در آن‌ها وجود دارد به نواحی که فلج اطفال در آن‌ها وجود ندارد کم‌کم بالاست، در سال ۲۰۱۴، ۱۹ مورد (فلج اطفال) در کشورهای مشاهده شده است که در آن‌ها اندمیک نیست. انقراض این عفونت در سطح جهانی با وجود اینکه دارای پولیویروس وحشی نوع ۲ می‌باشد - یکی از ۳ ویروس وحشی جهان - در سال ۲۰۰۰ اعلام شد و اعلام شد که ریشه‌کنی آن امکان‌پذیر است. در سال ۲۰۱۵ اعلام شد که نیجیره عاری از فلج اطفال می‌باشد.

منطقه آمریکا اولین منطقه‌ای بود که در سال ۱۹۹۴ موفق شد گواهی نبود فلج اطفال (تمام انواع) را دریافت نماید، پس از آن منطقه پاسیفیک غربی در سال ۲۰۰۰ و منطقه اروپا در جولای ۲۰۰۲ موفق به دریافت این گواهی شدند. در ۲۷ مارچ ۲۰۱۴ منطقه جنوب شرقی آسیا گواهی نبود فلج اطفال را دریافت نمود، به این معنا که انتقال ویروس وحشی در این بلوک که شامل کشورهای از هند تا اندونزی می‌شود متوقف شده است. این دستاورد قدم بزرگی به سمت ریشه‌کنی جهانی بود، در حال حاضر ۸۰ درصد از جمعیت جهان در مناطقی زندگی می‌کنند که عاری از فلج اطفال می‌باشد. این امر گواهی بر موفقیت تلاش‌های مربوط به واکسیناسیون می‌باشد. پوشش واکسیناسیون با ۳ دز از واکسن فلج اطفال در مدت زمان مشابه در تمام مناطق جهان افزایش یافته است (شکل ۲۰، ۴).





## تحولات مثبت

**تکنولوژی:** توسعه واکسن‌های موثر برای پیشگیری از فلج ناشی از فلج اطفال یکی از بزرگ‌ترین دستاوردهای پزشکی در قرن بیستم بوده است. تلاش‌های تحقیق و توسعه ادامه دارد و با توسعه و ارزیابی واکسن خوراکی دو ظرفیت‌ه فلج اطفال در سال ۲۰۰۹ در حال حاضر ارتشی متشکل از ۵ واکسن مختلف برای توقف انتقال فلج اطفال - شامل ۴ واکسن خوراکی و یک واکسن غیرفعال شده فلج اطفال که تزریق می‌شود- وجود دارد.

**مشارکت:** در پی موفقیت در ریشه‌کن نمودن آبله در سال ۱۹۸۸، ۴۱مین مجمع جهانی سلامت قطعنامه‌ای را برای ریشه‌کنی جهانی فلج اطفال تا سال ۲۰۰۰ صادر نمود. این قطعنامه آغاز برنامه ریشه‌کنی جهانی فلج اطفال را اعلام نمود، سازماندهی آن برعهده دولت‌های ملی، سازمان بهداشت جهانی، Rotary بین‌المللی، مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌های ایالات متحده (CDC)، یونیسف - و حمایت یکسری حامیان کلیدی از جمله بنیاد بیل و ملیندا گیتس- بود.

**تامین مالی:** برنامه ریشه‌کنی جهانی فلج اطفال تبدیل به یکی از بزرگ‌ترین برنامه‌های سلامت عمومی جهانی شده است، و توانسته است از طریق هماهنگی حمایت‌ها در یک دوره زمانی طولانی منابع مالی قابل توجهی را برای ریشه‌کنی فلج اطفال بسیج نماید. در نتیجه برنامه از ترکیبی از منابع مالی شامل منابع داخلی، تامین مالی توسط دولت‌ها در غالب خیریه، تجارت یا انسان‌دوستانه نفع می‌برد. تامین مالی خارجی برای ۱۰۴ کشور در فاصله زمانی ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۲ در بازه ۱.۵ تا ۲ میلیارد دلار در سال در نوسان بوده است. با این وجود منافع اقتصادی (ناشی از ریشه‌کنی) فلج اطفال از این سرمایه‌گذاری‌ها بسیار بیشتر است.<sup>۸۸</sup>

**استراتژی ایمن‌سازی موثر:** عناصر کلیدی استراتژی شامل پیمایش‌های استاندارد، به موقع و ظرفیت واکنش، ایمن‌سازی روتین اطفال با واکسن فلج اطفال، کمپین‌های ایمن‌سازی تکمیلی ملی یا منطقه‌ای براساس نقشه دقیق جوامع و پاسخ سریع به طغیان بیماری‌ها می‌شود. مشارکت‌ها موجب بسیج نمودن و آموزش میلیون‌ها داوطلب، همکار اجتماعی و کارکنان سلامت برای پیاده‌سازی این استراتژی شده است، و از این زیرساخت‌ها برای اجرای سایر مداخلات مانند ارائه ویتامین A به جوامعی دارای کمبود آن می‌باشند استفاده می‌شود.

## چالش‌ها:

**کشورهای اندمیک:** فلج اطفال در ۲ کشور به صورت اندمیک باقی مانده است: افغانستان و پاکستان. در سال ۲۰۱۴، تمامی موارد مربوط به معلولیت فلج اطفال ناشی از پولیویروس وحشی به‌علت پولیویروس وحشی نوع ۱ بوده است و بیشتر آن‌ها

(۸۵درصد) در پاکستان بوده است. علت اولیه موارد گزارش شده در افغانستان ناشی از ورود و خروج در مرزها بوده است، هرچند که انتقال پولیویروس وحشی بومی در مناطق جنوبی ادامه دارد.

**موارد فلج اطفال وارداتی:** تا زمانی که انتقال فلج اطفال در تمام کشورها متوقف شود، تمام (کشورها) در معرض خطر فلج اطفال وارداتی قرار خواهند داشت، بالاخص در کشورهایی که دارای درگیری‌هایی می‌باشند که منجر به توقف خدمات ایمن‌سازی شده‌اند. در سال ۲۰۱۴، ۷ کشور مواردی از فلج اطفال را گزارش نمودند که پولیویروس آن وارداتی بود، از جمله عراق، سومالی و جمهوری عربی سوریه. کشورها و مناطقی مانند خاورمیانه، که در فاصله نزدیکی از کشورهای اندمیک قرار دارند و سیستم‌های ایمن‌سازی‌شان نیز تضعیف شده است، در معرض ریسک بالایی قرار دارند.<sup>۴۸</sup>

**بحران‌ها، موقعیت‌های اضطراری و تعارض‌ها:** بخش اعظم موارد باقیمانده فلج اطفال در کشورهایی قرار دارند که تحت تاثیر تعارض‌ها می‌باشند. اثبات شده است که کانون‌های طبیعی فلج اطفال (نوع وحشی) در کشورهای افغانستان و پاکستان به‌علت تعارض‌ها متمادی به شدت نسبت به کنترل مقاوم می‌باشند.

مقاومت‌های محلی: در برخی از جوامع وجود بدگمانی‌ها و بی‌اعتمادی‌ها مانع از پیشرف در زمینه ایمن‌سازی همگانی شده است. این مورد در افغانستان و پاکستان و همچنین نیجریه رخ داده است، که در آن‌ها زیر ساخت‌های ضعیف سلامت عمومی و -موردی که اخیراً ایجاد شده است- نبود اراده سیاسی منجر به نرخ‌های بسیار پایین ایمن‌سازی‌های روتین و ناکارایی فعالیت‌های ایمن‌سازی تکمیلی شده است.<sup>۸۹</sup>

**فلج اطفال ایجاد شده در اثر تزریق واکسن:** وجود پولیویروس ایجاد شده در اثر (تزریق) واکسن چالشی است که اخیراً ایجاد شده است، ویروسی که از نظر ژنتیکی ناپایدار است و همانطور که در جوامع دارای سطوح پایین ایمنی برای دوره‌های متمادی در گردش می‌باشند (از نظر ژنتیکی) به سمت گونه‌های اولیه خود تغییر می‌نمایند. اگر در نهایت موفق به مهار پولیویروس شویم، به‌علت خطرات ناشی از پولیویروس ایجاد شده در اثر واکسن خطرات مربوط به واکسن فلج اطفال خوراکی مزایای آن را کاهش خواهد یافت. نیاز به تغییری هماهنگ شده در زمینه نوع واکسن ضروری خواهد بود.<sup>۹۰،۹۱</sup>

## اولویت‌های استراتژیک

ریشه‌کنی فلج اطفال یکی از اولین توافق‌های صورت گرفته در سطح جهانی در ارتباط با اهداف سلامت می‌باشد، و در MDG جزء زیر مجموعه‌های هدف سلامت کودکان و ایمن‌سازی قرار گرفته بود. هر چند که در SDG به صراحت به ریشه‌کنی فلج اطفال اشاره نشده است اما یکسری ارتباطات ضمنی با (اهداف)

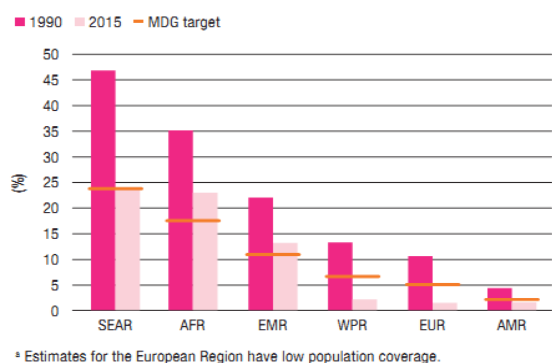
## دستاوردها

در فاصله زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ شیوع کم‌وزنی از ۲۵ درصد به ۱۴ درصد کاهش یافته است (شکل ۴، ۲۱)، ۴۴ درصد کاهش که کمی پایین‌تر از هدف MDG<sup>۱</sup> مبنی بر کاهش ۵۰ درصد نمودن شیوع کم‌وزنی می‌باشد. تمامی مناطق کاهش در شیوع رشد کمتر از حد بهینه را در میان کودکان تجربه نموده‌اند، با این وجود در فاصله زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ در منطقه آفریقا به‌علت رشد جمعیت تعداد کودکانی که دچار رشد کمتر از حد بهینه می‌باشند تا ۲۸ درصد افزایش یافته است.<sup>۵</sup>

در زمینه کاهش کم‌خونی مادران پیشرفت‌های متوسطی صورت گرفته است، به نحوی که در فاصله زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ در زنانی که باردار نیستند از ۳۳ درصد به ۲۹ درصد کاهش یافته است، و در زنان باردار از ۷۳ درصد به ۳۸ درصد کاهش یافته است.<sup>۴۹</sup>

۲۸ درصد اطفال زیر ۶ ماه در سال ۱۹۹۰ منحصراً با شیر مادر تغذیه می‌شدند تخمین زده شده است این مقدار در سال ۲۰۱۰ به ۳۴ درصد رسیده است. در طول این دوره زمانی ۲۵ کشور نرخ تغذیه انحصاری با شیر مادر را برابر با ۲۰ درصد یا بالاتر از آن اعلام نموده‌اند.<sup>۹۴</sup>

شکل ۲۱-۴: نسبت کودکان زیر ۵ سال مبتلا به کم‌وزنی براساس مناطق سازمان بهداشت جهانی،<sup>a</sup> ۱۹۹۰ و ۲۰۱۵<sup>۵</sup>



## عوامل موفقیت

**توسعه اقتصادی:** افزایش درآمد خانوارها توانایی آن‌ها برای افزایش مقدار غذای مصرفی توسط اطفال و کودکان و تنوع بیشتر این مواد غذایی را افزایش داده است.<sup>۳۷</sup>

**برنامه‌های سلامت کمکی:** بیماری کودکان تأثیر مهمی بر رشد آن‌ها دارد. وضعیت تغذیه‌ای تأثیرات مثبتی را از پیشرفت‌های صورت گرفته در ارائه گسترده برنامه‌های سلامت عمومی مرتبط - شامل کنترل مالاریا، درمان

سلامت SDG دارد، از جمله هدف b.۳ در مورد دسترسی به واکسن هدف b.۳ در مورد اجرای IHR و هدف ۳.۸ در مورد دسترسی همگانی به خدمات سلامت و واکسن‌ها. SDG ۱۶ در مورد ترویج جوامع صلح طلب و جامع دارای ارتباط بالایی با ریشه‌کنی فلج اطفال می‌باشد.

برنامه استراتژیک جدید مربوط به ریشه‌کنی فلج اطفال و پایان دادن (به آن) در سال‌های ۲۰۱۳ تا ۲۰۱۸ پس از شناسایی هر ۲ مورد فرصت‌های اپیدمیولوژیک و خطرات با اهمیتی که در اثر شکست‌ها ایجاد می‌شوند و مشورت با کشورهای که تحت تأثیر فلج اطفال قرار دارند، ذی‌نفعان، اهدا کنندگان، همکاران و سازمان‌های مشاور ملی و بین‌المللی تدوین شده است.<sup>۹۲</sup> این اولین برنامه برای ریشه‌کنی تمام انواع فلج اطفال به‌صورت همزمان می‌باشد - هر ۲ مورد ناشی از نوع وحشی ویروس و پولیویروس ایجاد شده توسط واکسن.

موفقیت در ریشه‌کنی فلج اطفال دستاوردی بزرگ برای SDG محسوب می‌شود، در صورتی که مشارکت‌های سیاسی و مالی موجود حفظ شود. تجربیات کسب شده از برنامه ریشه‌کنی فلج اطفال می‌تواند نقش مهمی نیز در اجرای SDG داشته باشد. برخی از این تجربیات شامل اجرای پیمایش‌های به موقع و تحلیل داده‌ها با استفاده از شبکه آزمایشگاهی‌ای که شامل ۱۴۵ کشور می‌شود، اهمیت ایجاد مکانیسم‌های پاسخگویی در کشورهایی که دارای سیستم‌های سلامت ضعیف می‌باشند، و استراتژی‌های خاص برای دسترسی کودکانی که در نواحی‌ای زندگی می‌کنند که در آن‌ها تعارض و درگیری وجود دارد.

## تغذیه نامناسب

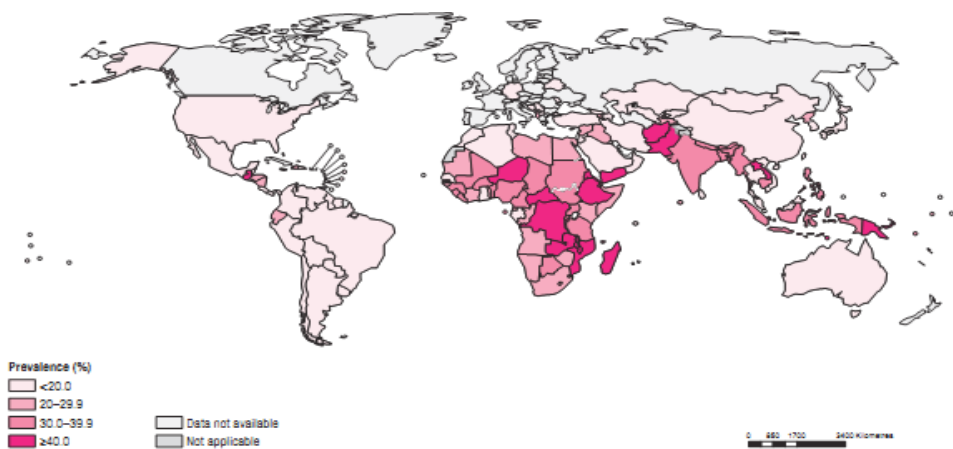
در میان ۳ سنجه کلیدی تغذیه نامناسب - کم‌وزنی (به‌صورت ناکافی بودن وزن نسبت به سن تعریف شده است، رشد کمتر از حد بهینه (به‌صورت قد/وزن ناکافی نسبت به سن تعریف شده است) و Wasting (کم بودن وزن نسبت به قد)<sup>۹۳</sup> - رشد کمتر از حد بهینه به بهترین شکل منعکس کننده اثرات تجمعی تغذیه نامناسب کودکان و عفونت‌های ایجاد شده در دوره ۱۰۰۰ روزه بارداری و ۲ سال اول زندگی کودک می‌باشد. تخمین زده شده است که در سال ۲۰۱۵ در سطح جهانی از هر ۴ کودک ۱ مورد (۲۳،۲ درصد) یا ۱۵۶ میلیون کودک تحت تأثیر رشد کمتر از حد بهینه بوده است، و در معرض ریسک‌هایی شامل کاهش سطح هوش و رشد فیزیکی می‌باشند.<sup>۵</sup> تخمین زده شده است که ۹۳ میلیون کودک زیر ۵ سال (در سطح جهانی ۱ کودک از هر ۷ کودک) از تأثیرات منفی کمبود وزن رنج می‌برد،<sup>۵</sup> و ۴۵ درصد از مرگ و میرهای کودکان با تغذیه نامناسب در ارتباط می‌باشد.

**ارائه خدمت:** برنامه‌های جامعه‌محور برای برطرف نمودن سوء تغذیه حاد و ویتامین و مواد معدنی تکمیلی مستقیماً وضعیت تغذیه‌ای را بهبود بخشیده است. افزایش ظرفیت ارائه‌کنندگان سلامت و کارکنان جامعه‌نگر در ارائه مشاوره به ارائه‌کنندگان مراقبت، مهارت‌های مورد نیاز برای بهبود عملکردهای تغذیه اطفال و کودکان را به آن‌ها داده است.<sup>۶</sup>

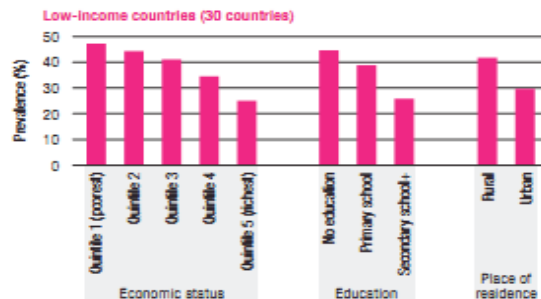
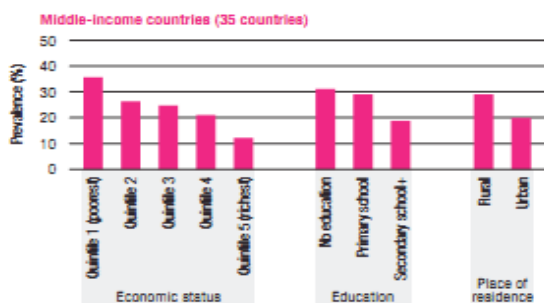
اسهال و سینه‌پهلو، ایمنسازي کودکان، کرم‌زدایی، آب و تصفیه فاضلاب، تحصیلات زنان، تاخیر در بریدن بند ناف- کسب نموده است.

**محیط مستعد برای ایجاد توانمندی:** سیاست‌هایی که توسط استراتژی جهانی سازمان بهداشت جهانی و یونیسف در مورد تغذیه اطفال و کودکان هدایت می‌شوند شامل این موارد می‌شود؛ قوانین ملی در مورد دستورالعمل‌های بین‌المللی مرتبط با بازاریابی جایگزین‌های شیر مادر، حمایت از مادران جهت اشتغال، و استانداردهایی برای مراکز سلامت مادران برای حذف موانع تغذیه با شیر مادر.<sup>۹۵</sup>

شکل ۲۲-۴: شیوع عدم رشد کافی در کودکان زیر ۵ سال<sup>۶۴</sup>



شکل ۲۳-۴: شیوع عدم رشد کافی در کودکان زیر ۵ سال در کشورهای دارای درآمد پایین و متوسط،<sup>۹</sup> براساس ابعاد مختلف ناعادتی، ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۳<sup>۲۳</sup>



## چالش‌ها

**رشد کمتر از حد بهینه در آفریقا و هند:** نیاز است تلاش‌های پس از سال ۲۰۱۵ بر کاهش تعداد کودکان مبتلا به رشد کمتر از حد بهینه تمرکز نمایند، با تاکید خاص بر مناطق هند و آفریقا (شکل ۴،۲۲).

**کم‌وزنی:** در حالی که تقریباً به اهداف مربوط به کم‌وزنی در MDG دست یافته‌ایم، اما هنوز باید تلاش‌هایی صورت گیرد. منطقه آسیا جنوب شرق و منطقه آفریقا در مجموع مسئول ۸۴ درصد از بار جهانی کم‌وزنی در کودکان زیر ۵ سال می‌باشند. درصد کودکانی که هنگام تولد کم‌وزن می‌باشند از ۲۸ درصد در جنوب آسیا تا ۶ درصد در شرق آسیا و پاسیفیک در نوسان می‌باشد.<sup>۹۷</sup>

**کم‌خونی مادران:** در زمینه کاهش کم‌خونی مادران تلاش‌هایی صورت گرفته است، اما کماکان در اکثر کشورها به‌عنوان یک مشکلات سلامت عمومی متوسط یا حاد وجود دارد.<sup>۹۸</sup> برای کاهش اثربخش کم‌خونی به سطوح قابل قبول به استراتژی‌های جدید و نوآورانه نیز داریم.

**ضعف:** ضعف یک پیش‌بینی کننده قوی برای مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال می‌باشد،<sup>۹۹</sup> و معمولاً در نتیجه کمبود شدید مواد غذایی و/یا بیماری ایجاد می‌شود. نرخ‌های ضعف شدید در منطقه آسیا جنوب شرق (۴،۳ درصد)، مدیترانه شرقی (۳،۸ درصد)، و آفریقا (۳،۳ درصد) به شکل غیرقابل قبولی بالا باقی مانده است.<sup>۵</sup>

**ناعدالتی در تغذیه نامناسب کودکان:** شیوع تغذیه نامناسب در کودکان محروم بیشتر است (شکل ۲۳-۴). در نیمی از ۷۷ کشوری که دارای درآمدهای پایین یا پایین‌تر از متوسط می‌باشند اختلاف مطلق شیوع رشد کمتر از حد بهینه میان ثروتمندترین و فقیرترین چارک‌ها ۱۸ درصد و بیشتر می‌باشد.<sup>۳۳</sup>

**اجرای ناکافی:** تنها تعداد کمی از کشورها کدهای بین‌المللی مربوط به بازاریابی جانشین‌ها تغذیه با شیر مادر را کاملاً اجرا نموده‌اند یا اجرای آن‌ها کاملاً با گردهمایی ۱۸۳ سازمان بین‌المللی کار در مورد حفاظت از مادران تطابق دارد.<sup>۱۰۰</sup>

**منابع ناکافی:** در حالی که منابع جدیدی برای حل مشکل رشد کمتر از حد در کشورهایی که دارای بار بیماری بالایی می‌باشند بسیج شده است، به سایر اشکال سوء تغذیه شامل چاقی، کمبود ریز مغزی‌ها، شیردهی توسط مادر و تغذیه تکمیلی مناسب آنگونه که شایسته است توجه نشده است.

## استراتژی‌هایی برای SDG

هدف ۲،۲ SDG برای پایان دادن به تمام اشکال سوء تغذیه تا سال ۲۰۳۰ طراحی شده است، به‌عنوان بخشی از هدف "پایان

دادن به گرسنگی، دستیابی به امنیت غذایی و بهبود تغذیه و ترویج کشاورزی پایدار". این رویکرد ابعاد جهانی مسائل مرتبط با سوء تغذیه را در نظر می‌گیرد، هیچ کشوری نباید دارای سوء تغذیه باشد. در سال ۲۰۱۲ مجمع جهانی سلامت ۶ هدف تغذیه‌ای جهانی را تایید نمود که باید تا سال ۲۰۲۵ محقق شوند:<sup>۶۰</sup>

- دستیابی به ۴۰ درصد کاهش در تعداد کودکان زیر ۵ سالی که دارای رشد کمتر از حد بهینه می‌باشند؛
  - دستیابی به ۵۰ درصد کاهش در کم‌خونی زنانی که در سن بارداری می‌باشند؛
  - دستیابی به ۳۰ درصد کاهش در کودکان دارای کم‌وزنی؛
  - اطمینان از اینکه اضافه وزن دوران کودکی افزایش نمی‌یابد؛
  - افزایش نرخ تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه ابتدایی زندگی حداقل به میزان ۵۰ درصد؛
  - کاهش و حفظ ضعف دوران کودکی به کمتر از ۵ درصد؛
- استراتژی‌های کلیدی برای دستیابی به این اهداف در برنامه اقدامات جامع مجمع جهانی سلامت در مورد تغذیه مادران، اطفال و کودکان و چارچوب عملیاتی (آن) مشخص شده است.<sup>۱۰۱</sup> آن‌ها شامل طیفی از مداخلات مانند افزایش پوشش برنامه‌هایی که سلامت را ارتقا می‌بخشند، در دوره تغذیه تکمیلی (۶ تا ۲۳ ماهگی) از غذاهایی (استفاده) که سرشار از مواد مغذی می‌باشند، بهبود مصرف ریزمغذی‌های از طریق غنی‌سازی مواد غذایی، شامل غذاهای تکمیلی، و استفاده از مواد مکمل و استفاده راه‌های مختلف برای انتقال پیام‌ها و مشاوره‌های مرتبط با تغذیه بهینه اطفال و کودکان.



## سلامت نوجوانان

تمرکز بر مرحله جوانی چرخه عمر برای ایجاد پایه‌ای محکم برای SDG ضروری می‌باشد. جوانان امروز سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران ۲۰۳۰ خواهند بود. نوجوانان<sup>۸</sup> در معرض طیفی از خطرات و آسیب دیدن از بیماری‌های مختلف قرار دارند، مهم‌ترین آن‌ها افسردگی تک قطبی، صدمات جاده‌ای، نارسایی کمبود آهن، HIV/AIDS و آسیب به خود می‌باشد. در حالی که نرخ‌های مرگ و میر در مقایسه با سایر گروه‌های سنی اندک می‌باشد، بخش اعظم مرگ و میرهای نوجوانان قابل پیشگیری می‌باشد. بسیاری از رفتارهایی که در دوران نوجوانی ایجاد می‌شوند دارای تاثیراتی پایدار برای سلامت در طول چرخه عمر می‌باشند.

### روندها

توسط سازمان ملل در مورد جوانان (Youth-SWAP) برای افزایش انسجام و سینرژی فعالیت‌های گسترده سازمان ملل در نواحی کلیدی مرتبط با رشد جوانان - شامل سلامت - می‌شود. بهبود پوشش مداخلات: در میان کشورهایی که داده‌های آن‌ها در دسترس می‌باشد، افزایش ثابتی در استفاده زنان جوانان از روش‌های پیشگیری مدرن در طول ۲ دهه گذشته رخ داده است.<sup>۱۴</sup> در شرق و جنوب آفریقا - که بار بیماری ایدز بالا می‌باشد - درصدی از دختران و پسران که پیش از ۱۵ سالگی از نظر جنسی فعال می‌باشند کاهش یافته است، میزان استفاده از کاندوم در میان دختران از ۲۲ درصد به ۳۳ درصد افزایش یافته است.<sup>۱۳</sup>

**مزایای مداخلات کودکان:** افزایش پوشش ایمنسازی واکسن سرخچه در کودکان به دستاوردهای سلامت در نوجوانان تبدیل می‌شود، که مجدداً بر اهمیت رویکرد توجه به چرخه زندگی در سیاست‌گذاری‌ها و مداخلات تاکید می‌نماید.

**آموزش:** میزان ثبت نام مدارس راهنمایی از سال ۱۹۹۰ در سطح جهانی افزایش یافته است. به‌عنوان مثال، در سال ۲۰۰۰ جمعیت کودکان در سن مدرسه که در مدرسه حضور نداشتند ۹۷ میلیون نفر بوده است، در مقایسه با ۶۳ میلیون سال ۲۰۱۲،<sup>۲۰</sup> علی‌رغم افزایش مطلق جمعیتی که در این سن قرار دارند.



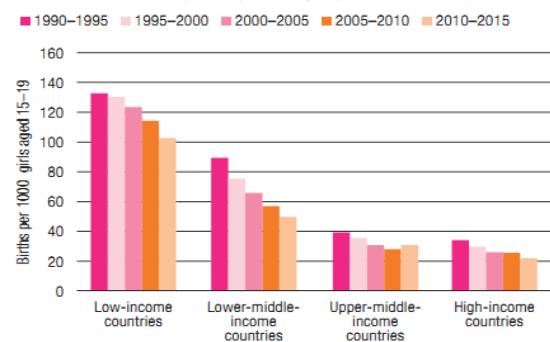
### چالش‌ها

مشکلات اجرایی کشورها: در سیاست‌های ملی به علل اصلی مرگ و بیماری در نوجوانان، مانند سلامت ذهنی، استفاده از مواد و نارسایی‌های مرتبط با تغذیه توجه کافی نمی‌شود. در

نرخ‌های مرگ و میر نوجوانان در فاصله زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۲ کاهش یافته است، به نحوی که مرگ و میرها در سطح جهانی از ۱/۵ میلیون به ۱/۳ میلیون کاهش یافته است.<sup>۹</sup> نرخ بارداری نوجوانان (بارداری آن‌هایی که ۱۵ تا ۱۹ ساله می‌باشند) در فاصله زمانی ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۵ و ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۵ حدود ۳۰ درصد کاهش یافته است (شکل ۲۴-۴). بیشترین کاهش در کشورهای دارای درآمد پایین‌تر از متوسط بوده است (۴۴ درصد).<sup>۱۲</sup>

در سال ۲۰۱۴ بیش از ۱,۶ میلیون نوجوان مبتلا به ایدز در منطقه آفریقا زندگی می‌نموده‌اند، که تبدیل به علت اولیه مرگ و میر نوجوانان در سطح جهانی شده است.<sup>۹,۱۰,۱۳</sup>

شکل ۲۴-۴: نرخ باروری بزرگسالات براساس گروه درآمدی کشورها، ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵.<sup>۱۰,۱۲</sup>

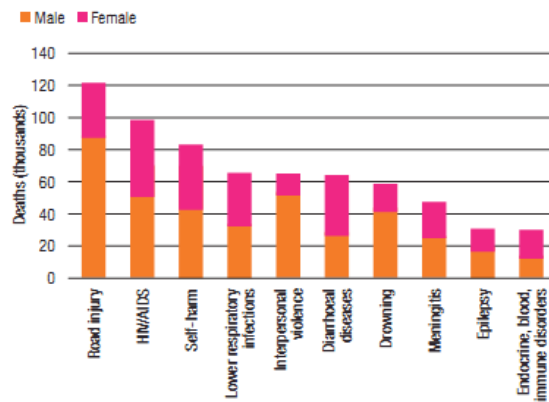


### تحولات مثبت

**افزایش تمرکز سیاسی کشورها:** در سال ۲۰۱۳ مستندات سیاست‌های سلامت ملی ۱۰۹ کشور از بانک اطلاعات چرخه سیاسی کشورها استخراج گردید - این بانک اطلاعاتی متعلق به سازمان بهداشت جهانی می‌باشد - (نتایج بررسی‌ها نشان داد که) ۸۴ درصد از سیاست‌ها توجهاتی را به نوجوانان نموده بودند.

**حمایت جهانی:** استراتژی جهانی جدید هر زن و هر کودک در سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۰ شامل سلامت نوجوانان، درخواست دبیرکل سازمان ملل برای ایجاد یک برنامه کاری گسترده

میان مستندات مربوط به سیاست‌های ملی ۱۰۹ کشور، تنها حدود یک‌سوم به مشکلات مصرف تنباکو و الکل در میان نوجوانان، و تنها یک‌چهارم به سلامت روان پرداخته بودند. شکل ۲۵-۴: ۱۰ علت اصلی مرگ میان بزرگسالان براساس جنس، ۲۰۱۲<sup>۱</sup>



کاهش آسیب‌های ناشی از تصادفات جاده‌ای: علت اصلی مرگ نوجوانان آسیب‌های ناشی از تصادفات جاده‌ای می‌باشد (شکل ۲۵-۴)، که همزمان با افزایش میزان مالکیت وسایل نقلیه در آینده تبدیل به مشکل بزرگ‌تری خواهد شود، بالاخص در کشورهای در حال توسعه.

درمان بیماری‌های ذهنی: تخمین زده شده است که خودکشی اولین علت مرگ زنان ۱۵ تا ۱۹ ساله می‌باشد، و افسردگی علت اصلی بیماری و ناتوانی نوجوانان می‌باشد. در هر سال ۱۰ تا ۲۰ درصد نوجوانان مشکل سلامت ذهنی تجربه خواهند نمود، عمدتاً افسردگی یا اضطراب.<sup>۱۰۵</sup>

بهبود تغذیه و فعالیت‌های فیزیکی: دختران و پسران زیادی در کشورهای در حال توسعه در شرایطی وارد دوره نوجوانی می‌شوند که دچار تغذیه نامناسب هستند. تعداد نوجوان‌هایی

که دارای اضافه وزن یا چاقی هستند در هر ۲ گروه کشورهای دارای درآمد پایین و دارای درآمد بالا در حال افزایش می‌باشد. داده‌های پیمایشی موجود اثبات می‌نمایند که کمتر از ۱ نفر از هر ۴ نوجوان دارای شرایط گایدلاین‌های توصیه شده در مورد فعالیت‌های فیزیکی می‌باشند. آثمی ناشی از کمبود آهن بر پسران و دختران تاثیر می‌گذارد، و سومین علت سال‌های از دست رفته به‌علت مرگ و ناتوانی می‌باشد.<sup>۹</sup>

تضمین خدمات سلامت و حقوق مربوط به مسائل جنسی و تولید مثل: موانع قابل توجهی برای دسترسی به خدمات سلامت به‌علت اجبارهای صورت گرفته از طرف فرد سوم، و موانع مربوط به اجرای آموزش‌های جنسی جامع وجود دارد.<sup>۱۰۶</sup> تخمین زده شده است که در هر روز ۳۹۰۰۰ هزار دختر از دواج زود هنگام انجام می‌دهند و این مورد باعث محروم شدن آن‌ها از تحصیل، سلامت و رشد و شکوفایی در بلند مدت می‌شود.<sup>۱۰۷</sup> تخمین زده شده است که در ۶۱ کشور ۳۳ میلیون زن ۱۵ تا ۲۴ ساله دارای نیازهای برطرف نشده در زمینه تنظیم خانواده می‌باشند.<sup>۱۰۴</sup> در سطح جهانی حدود ۳۰ درصد از دختران ۱۵ تا ۱۹ ساله که بدون ازدواج با فرد دیگری زندگی مشترک دارند خشونت را تجربه نموده‌اند.<sup>۹</sup> هرچند که تعداد کل مرگ و میرهای مرتبط با ایدز ۳۰ درصد از مقدار اوج خود در ۸ سال پیش کاهش یافته است، تخمین‌ها نشان می‌دهند که نوجوانان تنها گروهی می‌باشند که ایدز در آن‌ها افزایش یافته است.<sup>۱۰۵</sup> مقابله با مرگ و میر نوجوانان پسر: در منطقه آمریکا، نرخ مرگ و میر نوجوانان مذکر از سال ۲۰۰۰ ثابت مانده است، منطقه‌ای که در آن ۱ مورد از هر ۳ مورد مرگ و میر پسران ۱۵ تا ۱۹ ساله به‌علت خشونت‌های میان افراد می‌باشد. این نرخ در افراد ۱۵ تا ۱۹ ساله (ساکن) در منطقه مدیترانه شرقی به‌علت مرگ و میرهای ناشی از جنگ افزایش یافته است.<sup>۹</sup>

افزایش پایش: با وجود اینکه در جهان از هر ۶ نفر ۱ نفر نوجوان می‌باشد، پایش سلامت نوجوانان در مقایسه با سایر گروه‌های سنی ضعیف می‌باشد.

افزایش عدالت: دسترسی نوجوانان به خدمات تنظیم خانواده در مقایسه با سایر گروه‌های سنی کاهش یافته است. به‌عنوان مثال، براساس داده‌های پیمایشی از ۴۹ کشور دارای درآمد پایین و پایین‌تر از متوسط، میانه پوشش تقاضا برای خدمات تنظیم خانواده که توسط روش‌های مدرن و سنتی پیشگیری برطرف می‌شود در زنان ۲۰ تا ۴۹ ساله (۶۶ درصد) ۱٫۵ برابر بیشتر از نوجوانان ۱۵ تا ۱۹ ساله (۴۲ درصد) می‌باشد.<sup>۱۰۶</sup>

رفع موانع (دسترسی) مراقبت: نوجوانان اغلب به این دلیل که فقدان احترام درک شده، محرمانه بودن و ترس از برچسب‌های اجتماعی یا تبعیض خدمات سلامت را غیرقابل پذیرش می‌دانند. به دنبال بررسی‌های سازمان بهداشت جهانی، هزینه و دسترسی

## دستاوردها

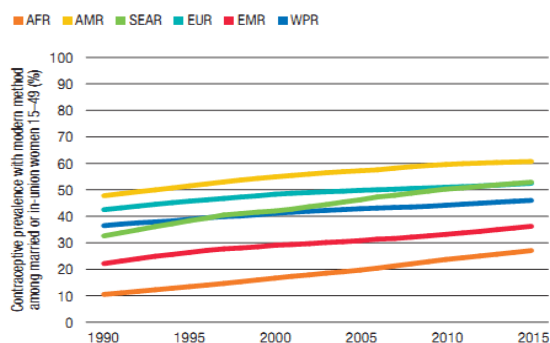
در سطح جهانی، شیوع (استفاده از) هر نوع وسیله پیشگیری بارداری از ۵۵ درصد در سال ۱۹۹۰ به ۶۳ درصد تا سال ۲۰۱۰ افزایش یافته است، پیش‌بینی شده است ۵۸ درصد از زنانی که در سن بارداری قرار دارند تا سال ۲۰۱۵ از یک روش مدرن استفاده می‌نمایند (شکل ۴، ۲۶). افزایش در ابتدا به علت ۱۰ درصد افزایش در کشورهای در حال توسعه بود. نیازهای برآورده نشده به وسایل پیشگیری از بارداری مدرن از ۳۲ درصد در سال ۱۹۹۰ به ۲۴ درصد در سال ۲۰۱۰ کاهش یافته است. برای زنانی که در منطقه آفریقا زندگی می‌کنند، برطرف نمودن تقاضا برای تنظیم خانواده با استفاده از روش مدرن در فاصله زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ تا ۸۵ درصد افزایش یافته است و پیش‌بینی شده است که تا سال ۲۰۱۵ دو برابر خواهد شد.<sup>۲۱</sup>

در نتیجه در فاصله زمانی ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۲ نرخ بارداری‌های ناخواسته از ۶۹ مورد به ازای ۱۰۰۰ زن به ۵۳ مورد به ازای هر ۱۰۰۰ زن کاهش یافته است.<sup>۲۲</sup>

ناباروری اولیه (نداشتن فرزند به صورت ناخواسته) از سال ۱۹۹۰ در آفریقا زیر صحرا به شکل معناداری کاهش یافته است، (ناباروری) در این منطقه و جنوب آسیا بسیار رایج می‌باشد، هر چند که در فاصله زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در سایر مناطق تغییرات اندکی رخ داده است.<sup>۱۰۸</sup>

در سطح جهانی ۱ نفر از هر ۴ زن جوان در سن کودکی ازدواج نموده است، این میزان در اوایل دهه ۱۹۸۰ یک به ۳ بوده است.<sup>۱۱</sup> سهمی از زنان جوان که بیش از ۱۵ سالگی ازدواج نموده‌اند از ۱۲ درصد در سال‌های ابتدایی دهه ۱۹۸۰ به ۸ درصد در سال ۲۰۱۴ کاهش یافته است.<sup>۱۱</sup>

شکل ۲۶-۴: روند شیوع وسایل پیشگیری از بارداری و بر طرف نمودن نیاز به تنظیم خانواده براساس مناطق سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵<sup>۲۱</sup>

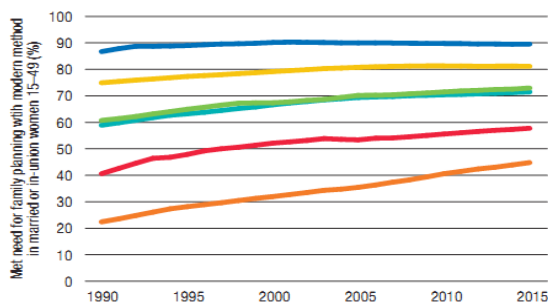


ضعیف ۲ دلیل اصلی‌ای بودند که مانع استفاده نوجوانان از خدمات سلامت می‌شدند.<sup>۹</sup>

اولویت‌های استراتژیک: بیانیه SDG تا سال ۲۰۳۰ از نوجوانان یا جوانان در موارد زیادی به‌عنوان گروه‌های آسیب‌پذیر نام برده است. اهداف شامل یکسری اهداف خاص جوانان، اکثراً در مورد اشتغال، اما اهداف زیادی وجود دارد که اگر محقق شوند موجب بهبود پایدار سلامت جوانان خواهند شد. علاوه بر این مداخلات بیمارمحور خاص مانند افزایش دسترسی به ختنه مردان و واکسیناسیون HPV، به تغییرات ساختاری، محیطی و اجتماعی نیز نیاز داریم. این موارد شامل تغییرات ساختاری برای بهبود ایمنی جاده‌ای، وضع مالیات بیشتر برای الکل و تنباکو، و افزایش دسترسی به تحصیلات می‌شود. علاوه بر این موارد، نیاز به اقداماتی برای ایجاد سیستم‌هایی حساس به سلامت نوجوانان وجود دارد، مانند تسهیل پذیرش سیاست‌های ارتقا دهنده و حافظ سلامت که موجب پیشگیری از مواجهه با آسیب و توانمندسازی نوجوانان برای پذیرش سبک زندگی سالم و تقویت ظرفیت تسهیلات خدمات اولیه و سطح اول ارجاع برای ارائه خدمات حساس به [نیازهای] نوجوانان می‌شود.

## سلامت و حقوق مرتبط با مسائل جنسی و تولید مثل

هدف B.5 MDG برای سلامت و حقوق مرتبط با مسائل جنسی و تولید مثل به‌عنوان "دستیابی به دسترسی همگانی به سلامت در تولید مثل" در سال ۲۰۰۷ اضافه گردید. این هدف طیف گسترده‌ای از مسائل سلامتی از پیشگیری از بارداری تا FGM را پوشش می‌دهد، که رسیدن به اتفاق نظر در مورد مجموعه قابل مدیریتی از شاخص‌ها مناسب برای [سنجش] هدف را مشکل می‌سازد.



## تحولات مثبت

**سیاست‌ها و مقررات:** در ۵ سال گذشته ۷۷ درصد دولت‌های کشوری صرف‌نظر از وضعیت ازدواج و سن اقدامات منسجمی برای افزایش دسترسی زنان به خدمات سلامت مربوط به مسائل جنسی و تولید مثل اجرای نموده‌اند.<sup>۱۰۹</sup> FGM به‌عنوان نقض حقوق انسانی شناخته شده است و از ۲۹ کشوری که در آن‌ها FGM صورت می‌گیرد حداقل ۲۴ کشور قوانین یا احکام ضد FGM را تصویب نموده‌اند.<sup>۴۲</sup> در فاصله زمانی ۱۹۷۵ تا ۲۰۱۰، ۱۱۹ کشور ۲۵۰ تغییر در قوانین را برای خشونت توسط پارتنر تصویب نموده‌اند، ۹۵ درصد این تغییرات از سال ۱۹۹۵ صورت گرفته است.<sup>۱۱۰</sup>

**مشارکت‌های جهانی و کشوری:** مشارکت‌ها قابل توجه شامل کنفرانس بین‌المللی در مورد برنامه‌های اجرایی مرتبط با جمعیت و توسعه، که در سال ۱۹۹۴ توسط ۱۷۹ کشور پذیرفته گردید و بر مسائل سلامت و حقوق مرتبط با مسائل جنسی و تولید مثل تمرکز می‌نماید.<sup>۳۴</sup> بیش از ۳۰ دولت کشوری اقداماتی را برای دستیابی به تنظیم خانواده ۲۰۲۰ (FP۲۰۲۰) اجرا نموده‌اند، که شامل ۱۲۰ میلیون کاربر جدید پیشگیری از بارداری تا سال ۲۰۲۰ می‌شود، و اهدا کنندگان نیز ۱٫۳ بلیون دلار ایالات متحده برای برنامه تنظیم خانواده در سال ۲۰۱۳ فراهم نموده‌اند.<sup>۱۱۱</sup>

**سرمایه‌گذاری در آموزش:** مداخلات با کیفیت بالای زیادی ارتباط میان سرمایه‌گذاری در آموزش و کاهش در ازدواج زودهنگام و بارداری زودهنگام را نشان داده‌اند.<sup>۳۸</sup> بیش از نیمی از کشورها و نواحی جهانی به آموزش همگانی اولیه دست یافته‌اند یا در آستانه دستیابی به آن می‌باشند.<sup>۴۰</sup>

## چالش‌ها

**پایان دادن به ازدواج کودکان:** علی‌رغم پیشرفت‌های صورت گرفته، از ۱٫۱ بلیون دختری که در سطح جهان زندگی می‌کنند؛ ۲۲ میلیون در حال حاضر ازدواج نموده‌اند و میلیون‌ها نفر دیگر نیز در خطر می‌باشند، و همزمان با افزایش جمعیت افراد بیشتری در معرض خطر قرار می‌گیرند.<sup>۱۱</sup>

**ریشه‌کنی FGM:** سالانه بیش از ۳ میلیون دختر در آفریقا به‌صورت بالقوه در معرض خطر FGM قرار دارند.<sup>۵۱</sup> شواهد موجود بیان می‌نمایند که از سال‌های میانی دهه ۱۹۹۰ تاکنون کاهش متوسطی در شیوع FGM صورت گرفته است.<sup>۱۱۲</sup>

**توقف خشونت توسط پارتنر:** ۳۰ درصد از زنانی "که دارای پارتنر" می‌باشند در طول زندگی‌شان خشونت فیزیکی یا جنسی را تجربه نموده‌اند. بالاترین نرخ‌ها در منطقه آسیا جنوب شرف (۳۸ درصد) و منطقه آفریقا (۳۷ درصد) می‌باشد، اما گزارش‌های زنان در مناطق مختلف اثبات می‌نماید که رفتاری مشترک می‌باشد.<sup>۱۲</sup>

## متوقف نمودن عفونت‌هایی که به‌صورت جنسی منتقل

**می‌شوند:** بروز عفونت‌هایی که به‌صورت جنسی منتقل می‌شوند برای بسیاری از پاتوژن‌ها بالا باقی مانده است و پوشش بسیاری از مداخلات کماکان ناکافی می‌باشد (فصل ۵ را مشاهده نماید).

**ایمن ساختن سقط جنین:** تخمین زده شده است در سال ۲۰۰۸ تقریباً نیمی از ۴۳٫۸ میلیون سقط انجام شده در سطح جهان ایمن نبودند، بخش اعظم آن‌ها در کشورهای در حال توسعه صورت گرفته است.<sup>۱۱۳</sup> در مناطقی که دارای محدودیت‌های قانونی در مورد سقط القا شده می‌باشند نرخ‌های سقط القا شده بین ۲۰ تا ۴۰ مورد به‌ازای ۱۰۰۰ زن که در سن بارداری قرار دارند بوده است. حدود ۸ درصد مرگ و میرهای مادران به‌علت سقط می‌باشد.<sup>۳</sup>

## اولویت‌های استراتژیک

SDG شامل هدف خاص در مورد تضمین دسترسی همگانی به خدمات مراقبت‌های سلامت مرتبط با مسائل جنسی و تولید مثل به‌عنوان بخشی از هدف سلامت، و اهداف مختلفی که در مورد حقوق مرتبط با سلامت و تولید مثل در غالب هدف جنسیتی وارد شده‌اند، می‌شود. تمام اجزاء سلامت جنسی و تولید مثل مانند تنظیم خانواده، پیشگیری از سقط‌های غیرایمن، حذف عملکردهای آسیب‌زا مانند قطع عضو جنسی زنان، برطرف نمودن خشونت علیه زنان، و تضمین دسترسی تمام افرادی که به خدمات مرتبط با سلامت جنسی و تولید مثل نیاز دارند، شامل نوجوانان، در غالب استراتژی جدید برای سلامت زنان، کودکان و نوجوانان که در سپتامبر ۲۰۱۵ توسط دبیر کل آغاز گردید برطرف خواهند شد.

قطعنامه‌های زیادی که توسط مجمع جهانی سلامت صادر شده‌اند به این مسائل پرداخته‌اند، از جمله استراتژی سلامت جهانی تولید مثل.<sup>۱۱۴</sup> کمپین‌های جهانی و طرح‌های عملیاتی‌ای برای برطرف نمودن مسائل سلامت متنوع مرتبط با سلامت جنسی و تولید مثل طراحی و اجرا شده‌اند که از اجرای استراتژی سلامت جهانی تولید مثل حمایت می‌نمایند، مانند تنظیم خانواده ۲۰۲۰، برنامه جهانی که هدف آن تسریع در برطرف نمودن نیازهای برطرف نشده در زمینه پیشگیری از بارداری می‌باشد،<sup>۱۱۵</sup> استراتژی بخش سلامت برای عفونت‌هایی که به‌صورت جنسی منتقل می‌شوند،<sup>۱۱۶</sup> و یک طرح جهانی برای تقویت سیستم‌های سلامت برای واکنش به خشونت‌ها جهانی، بالاخص خشونت علیه زنان و کودکان. سایر تلاش‌ها برای برطرف نمودن خشونت علیه زنان و دختران، شامل قطع عضو جنسی زنان و ازدواج کودکان، شامل، استراتژی کمپین UNITE دبیر کل برای حذف خشونت علیه زنان<sup>۱۱۷</sup> و کمپین یونیسف برای پایان دادن #خشونت علیه کودکان، می‌شود.<sup>۱۱۸</sup>



## یادداشت‌ها و منابع:

- 1 Global Health Estimates: Deaths, disability-adjusted life year (DALYs), years of life lost (YLL) and years lost due to disability (YLD) by cause, age and sex, 2012–2000. Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/), accessed 21 September 2015).
- 2 Trends in Maternal Mortality :1990 to 2015. Geneva, New York (NY) and Washington (DC): World Health Organization, United Nations Children’s Fund, United Nations Population Fund, World Bank, United Nations Population Division; 2015 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality2015-en/>, accessed 12 November 2015).
- 3 Say, L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp O, Moller A-B, Daniels J et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Global Health*. 6(2);2014):e-323 33 ([http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS109-2214X\(-70227\(14X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS109-2214X(-70227(14X/fulltext), accessed 21 September 2015).
- 4 Estimates of child causes of death 2015–2000. Geneva and Baltimore (MD): World Health Organization and Maternal and Child Epidemiology Estimation (MCEE); 2015. In press.
- 5 Joint child malnutrition estimates – Levels and trends (2015 edition). New York (NY), Geneva and Washington (DC): United Nations Children’s Fund, World Health Organization and World Bank; 2015 (<http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates2014/en/>, accessed 19 October 2015).
- 6 Black RE, Victora CG, Walker SP, Bhutta ZA, Christian P, de Onis M et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 51–427:(9890)382;2013 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS-0140-2960937%2813%6736X/fulltext>, accessed 19 October 2015).
- 7 Lawn JE, Blencowe H, Oza S, You D, Lee ACC, Waiswa P et al. Every Newborn: progress, priorities, and potential beyond survival. *Lancet*. 205–189:(9938)384;2014 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS-0140-7-2960496%2814%6736/fulltext>, accessed 19 October 2015).
- 8 WHO defines adolescents as people between 10 and 19 years old.
- 9 Health for the world’s adolescents: a second chance in the second decade. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://apps.who.int/adolescent/second-decade/>, accessed 18 September 2015).
- 10 Sexual and reproductive health: female genital mutilation and other harmful practices. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/prevalence/en/>, accessed 18 September 2015).
- 11 Ending child marriage: progress and prospects. New York (NY): United Nations Children’s Fund; 2014 ([http://www.unicef.org/media/files/Child\\_Marriage\\_Report\\_17\\_7\\_LR..pdf](http://www.unicef.org/media/files/Child_Marriage_Report_17_7_LR..pdf), accessed 18 September 2015).
- 12 Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, London and Tygerberg: World Health Organization, London School of Hygiene & Tropical Medicine and South African Medical Research Council; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>, accessed 17 September 2015).
- 13 Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B et al. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*. 70–60:(9555)369;2007 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS4-2960032%2807%6736-0140/fulltext>, accessed 19 October 2015).
- 14 Daelmans B, Black MM, Lombardi J, Lucas J, Richter L, Silver K et al. Effective interventions and strategies for improving early child development. *BMJ*. 351;2015:h4029 (<http://www.bmj.com/content/351/bmj.h4029>, accessed 19 October 2015).
- 15 Levels and trends in child mortality report 2015. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimates. New York (NY), Geneva and Washington (DC): United Nations Children’s Fund, World Health Organization, World Bank and United Nations (<http://www.childmortality.org/>, accessed 18 September 2015).
- 16 Tracking universal health coverage: first global monitoring report. Geneva and Washington (DC): World Health Organization and World Bank; 2015 ([http://www.who.int/entity/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/2015/en/index.html](http://www.who.int/entity/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/index.html), accessed 18 September 2015).
- 17 WHO defines a skilled birth attendant as someone “trained to proficiency in the skills needed to manage normal (uncomplicated) pregnancies, childbirth and the immediate postnatal period, and in the identification, management and referral of complications in women and newborns”.
- 18 Estimates of child causes of death 2015–2000. Geneva and Baltimore (MD): World Health Organization and Maternal and Child Epidemiology Estimation (MCEE); 2015. In press.
- 19 Millennium Development Goals report 2015. New York (NY): United Nations; 2015 (<http://unstats.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2015/English2015.pdf>, accessed 16 September 2015).
- 20 UNICEF data: monitoring the situation of children and women: delivery care. New York (NY): United Nations

- Children's Fund (<http://data.unicef.org/maternal-health/delivery-care.html>, accessed 22 September 2015).
- 21 Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, Biddlecom A. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. *Lancet*. 2013;381(9878):1642-52 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS1-2962204%2812%6736-0140/fulltext>, accessed 18 September 2015).
- 22 Sedgh G, Singh S, Hussain R. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Stud. Fam. Plan.* 2014;35(3):14-30 (<https://www.guttmacher.org/pubs/journals/j.17284465.2014.00393.x.pdf>, accessed 18 September 2015).
- 23 State of inequality: reproductive, maternal, newborn and child health. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://www.who.int/gho/health\\_equity/report\\_2015/en/](http://www.who.int/gho/health_equity/report_2015/en/), accessed 18 September 2015).
- 24 Essential interventions, commodities and guidelines for reproductive, maternal, newborn and child health. A global review of the key interventions related to reproductive, maternal, newborn and child health. Geneva: The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health; 2011 ([http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/201112\\_essential\\_interventions/en/](http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/201112_essential_interventions/en/), accessed 19 October 2015).
- 25 Countdown to 2015. Fulfilling the health agenda for women and children: the 2014 report. New York (NY) and Geneva: United Nations Children's Fund and World Health Organization; 2014 (<http://www.countdown2015mnch.org/reports-and-articles/previous-reports/-2014report>, accessed 20 October 2015).
- 26 Countdown to 2015. A decade of tracking progress for maternal, newborn and child survival: the 2015 report. New York (NY) and Geneva: United Nations Children's Fund and World Health Organization; 2015 (<http://www.countdown2015mnch.org/reports-and-articles/-2015final-report>, accessed 20 October 2015).
- 27 Immunization coverage. Fact sheet No378, updated September 2015. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs378/en/>, accessed 18 September 2015).
- 28 The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/pmnch/en/>, accessed 18 September 2015).
- 29 Saving Lives, protecting futures. Progress report on the global strategy for women's and children's health. New York (NY): United Nations, Every Woman Every Child ([http://everywomaneverychild.org/images/EWEC\\_Progress\\_Report\\_FINAL\\_3.pdf](http://everywomaneverychild.org/images/EWEC_Progress_Report_FINAL_3.pdf), accessed 18 September 2015).
- 30 Commission on information and accountability for women's and children's health. Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/woman\\_child\\_accountability/about/coia/en/](http://www.who.int/woman_child_accountability/about/coia/en/), accessed 18 September 2015).
- 31 The H+4 partnership: joint support to improve women's and children's health. Progress report – 2013. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/1/134746/10665/WHO\\_RHR\\_14.27\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/1/134746/10665/WHO_RHR_14.27_eng.pdf?ua=1&ua=1), accessed 18 September 2015).
- 32 News release, 12 September 2005. New global partnership will take immediate action to help women and children survive. Geneva: World Health Organization; 2005 (<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr41/en/>, accessed 18 September 2015).
- 33 Framework of actions for the follow-up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development. New York (NY): United Nations Population Fund; 2014 (<http://www.unfpa.org/publications/framework-actions-follow-programme-action-international-conference-population-and>, accessed 18 September 2015).
- 34 Programme of Action, 20th anniversary edition. Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 13–5 September 1994. New York (NY): United Nations Population Fund; 2014 ([http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme\\_of\\_action\\_Web20%ENGLISH.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web20%ENGLISH.pdf), accessed 18 September 2015).
- 35 Meeting report. Nurturing human capital along the life course: investing in early child development, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 11–10 January 2013. Geneva: World Health Organization; 2013 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241505901/1/87084/10665\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241505901/1/87084/10665_eng.pdf?ua=1), accessed 19 October 2015).
- 36 Chan M. Linking child survival and child development for health, equity, and sustainable development. *Lancet*. 2013;381(9877):1514-15 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS7-2960944%2813%6736-0140/fulltext>, accessed 19 October 2015).
- 37 Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S on behalf of the Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372(9650):69-166 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS6-2961690%2808%6736-0140/fulltext>, accessed 19 October 2015).
- 38 Hindin MJ, Fatusi A. Exploration of young people's sexual and reproductive health and assessment practices. Final report. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health and Bill & Melinda Gates Institute for Population and Reproductive Health; 2014 (<http://>

- gatesinstitute.org/sites/default/files/Exploration20%of20% Young20%People%C%2B9s20%Sexual20%and20% Reproductive20%Health20%Assessment20%Practices\_ Final.pdf, accessed 18 September 2015).
- 39 Commission on Social Determinants of Health – final report: Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008 ([http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/), accessed 18 September 2015).
- 40 UNICEF data: monitoring the situation of children and women: primary education. New York (NY): United Nations Children’s Fund (<http://data.unicef.org/education/primary.html>, accessed 22 September 2015).
- 41 UNICEF data: monitoring the situation of children and women: secondary education. New York (NY): United Nations Children’s Fund (<http://data.unicef.org/education/secondary.html>, accessed 18 September 2015).
- 42 Female genital mutilation/cutting: a statistical overview and exploration of the dynamics of change. New York (NY): United Nations Children’s Fund; 2013 ([http://www.unicef.org/cbsc/files/UNICEF\\_FGM\\_report\\_July\\_2013\\_Hi\\_res.pdf](http://www.unicef.org/cbsc/files/UNICEF_FGM_report_July_2013_Hi_res.pdf), accessed 22 September 2015).
- 43 Financing global health 2014: shifts in funding as the MDG era closes. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation; 2014 ([http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy\\_report/2015/FGH2014/IHME\\_PolicyReport\\_FGH\\_1\\_2014.pdf](http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2015/FGH2014/IHME_PolicyReport_FGH_1_2014.pdf), accessed 18 September 2015).
- 44 A number of major monitoring initiatives including the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (IGME), and the Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group (MMEIG).
- 45 World Health Statistics 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789240694439/1/170250/10665\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789240694439/1/170250/10665_eng.pdf?ua=1&ua=1), accessed 22 September 2015).
- 46 Cochi S, Freeman A, Guirguis S, Jafari H, Aylward B. Global polio eradication initiative: lessons learned and legacy. *J Infect Dis.* 210;2014(Suppl 1):S46–540 (Abstract: ([http://jid.oxfordjournals.org/content/210/suppl\\_1/S540.abstract](http://jid.oxfordjournals.org/content/210/suppl_1/S540.abstract), accessed 28 August 2015).
- 47 Every Woman Every Child. Consultations on updating the global strategy for women’s, children’s and adolescents’ health: round 1 – priorities for the global strategy. Geneva: The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health; 2015 ([http://www.who.int/pmnch/activities/advocacy/globalstrategy/2030\\_2016/gS\\_round1\\_report.pdf?ua=1](http://www.who.int/pmnch/activities/advocacy/globalstrategy/2030_2016/gS_round1_report.pdf?ua=1), accessed 17 September 2015).
- 48 WHA68.3. Poliomyelitis. In: Sixty-eight World Health Assembly, Geneva, 26–18 May 2015. Agenda item 15.2. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHA68.3; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA68/A68\\_R-3\\_en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_R-3_en.pdf), accessed 7 October 2015).
- 49 Global nutrition targets 2025: anaemia policy brief. Geneva: World Health Organization; 2014 (WHO/NMH/NHD/14.4; [http://apps.who.int/iris/bitstream/1/148556/10665/WHO\\_NMH\\_NHD\\_14.4\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/1/148556/10665/WHO_NMH_NHD_14.4_eng.pdf?ua=1), accessed 21 September 2015).
- 50 FP2020 core indicators: key findings for 2013. Washington (DC): Family Planning 2020 (<http://progress.familyplanning2020.org/fp-2020core-indicators-key-findings-for2013->, accessed 21 September 2015).
- 51 Female genital mutilation and other harmful practices: prevalence of FGM. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/prevalence/en/>, accessed 19 October 2015).
- 52 Committing to child survival: a promise renewed. Progress report 2014. New York (NY): United Nations Children’s Fund; 2014 ([http://www.apromiserenewed.org/APR\\_2014\\_web\\_15Sept14.pdf](http://www.apromiserenewed.org/APR_2014_web_15Sept14.pdf), accessed 21 September 2015).
- 53 Global strategy for women’s and children’s health. New York (NY): United Nations; 2010 ([http://www.everywomaneverychild.org/images/content/files/global\\_strategy/full/20100914\\_gswch\\_en.pdf](http://www.everywomaneverychild.org/images/content/files/global_strategy/full/20100914_gswch_en.pdf), accessed 21 September 2015).
- 54 The global strategy for women’s, children’s and adolescents’ health (2030–2016): survive, thrive, transform. New York (NY): United Nations, Every Woman Every Child (<http://globalstrategy.everywomaneverychild.org/index.html>, accessed 19 October 2015).
- 55 FP2020: progress report 2014–2013. Washington (DC): Family Planning 2020 (<http://progress.familyplanning2020.org/>, accessed 21 September 2015).
- 56 Every newborn: an action plan to end preventable deaths. Geneva: The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health (<http://www.everynewborn.org/>, accessed 19 October 2015).
- 57 Resolution WHA63.24. Accelerated progress towards achievement of Millennium Development Goal 4 to reduce child mortality: prevention and treatment of pneumonia. In: Sixty-third World Health Assembly, Geneva, 21–17 May 2010. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 3–2010:51 (WHA2010/63/REC/1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA-63REC1/WHA63\\_REC-1en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA-63REC1/WHA63_REC-1en.pdf), accessed 28 August 2015).
- 58 Gavi: the Vaccine Alliance. Geneva: Gavi Alliance Secretariat (<http://www.gavi.org/>, accessed 21 September 2015).
- 59 Global financing facility in support of Every Woman Every Child. Washington (DC): World Bank (<http://www.worldbank.org/en/topic/health/brief/global-financing->

- facility-in-support- of-every-woman-every-child, accessed 21 September 2015).
- 60 Resolution WHA65.6. Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition. In: Sixty-fifth World Health Assembly, Geneva, 26–21 May 2012. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 13–2012:12 (WHA2012/65/ REC/1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA-65REC1/A65\\_REC-1en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA-65REC1/A65_REC-1en.pdf), accessed 16 September 2015).
- 61 Resolution WHA63.23. Infant and young child nutrition. In: Sixty-third World Health Assembly, Geneva, 21–17 May 2010. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 50–2010:47 (WHA2010/63/ REC/1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA-63REC1/WHA63\\_REC-1en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA-63REC1/WHA63_REC-1en.pdf), accessed 28 August 2015).
- 62 About Scaling Up Nutrition (<http://scalingupnutrition.org/about>, accessed 21 September 2015).
- 63 WHO estimates. [From analysis prepared for Tracking universal health coverage: first global monitoring report. Geneva and Washington (DC): World Health Organization and World Bank; 2015 ([http://www.who.int/entity/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/2015/en/index.html](http://www.who.int/entity/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/index.html), accessed 18 September 2015)].
- 64 Bhalotra S, Clarke D. Educational attainment and maternal mortality. Background paper prepared for the Education for All Global Monitoring Report 4/2013. Teaching and learning: achieving quality for all. (2014/ ED/EFA/MRT/PI/14; <http://unesdoc.unesco.org/images/0025945/002259/0022E.pdf>, accessed 21 September 2015).
- 65 WHO analysis of Barro-Lee educational attainment dataset (<http://www.barrolee.com/>, accessed 20 October 2015).
- 66 Tuncalp O, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R et al. Quality of care for pregnant women and newborns: the WHO vision. *BJOG*. 49–1045:(8)122;2015 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/0528.13451-1471/10.1111/full>, accessed 21 September 2015).
- 67 Strategies toward ending preventable maternal mortality. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/epmm/en/](http://who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/), accessed 21 September 2015).
- 68 Tracking financial commitments to the global strategy for women's and children's health. Geneva: The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health; 2014 ([http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/2014\\_pmnch\\_report/en/](http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/2014_pmnch_report/en/), accessed 16 September 2015).
- 69 Oza S, Cousens S, Lawn JE. Estimation of daily risk of neonatal death, including the day of birth, in 186 countries in 2013: a vital-registration and modelling-based study. *Lancet Glob Health*. 11(2);2014)e635–e644 (<http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS-2214109X2-2970309%2814%2Ffulltext>, accessed 18 September 2015).
- 70 Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet*. 70–347:(9940)384;2014 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS-01403-2960792%2814%6736/fulltext>, accessed 21 September 2015).
- 71 WHO vaccine-preventable disease monitoring system, 2015 global summary. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/data/gloprofile.pdf](http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/gloprofile.pdf), accessed 21 September 2015).
- 72 Maternal, newborn, child and adolescent health policy indicator dashboards and notes. Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/countries/indicators/dashboards/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/countries/indicators/dashboards/en/), accessed 21 September 2015).
- 73 Global Strategy for Women's and Children's Health. Geneva: The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health; 2010 ([http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/fulldocument\\_globalstrategy/en/](http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/fulldocument_globalstrategy/en/), accessed 21 September 2015).
- 74 Every Woman Every Child initiative. New York (NY): United Nations, Every Woman Every Child (<http://www.everywomaneverychild.org/>, accessed 21 September 2015).
- 75 UN Commission on Life-Saving Commodities for Women and Children. Commissioners' Report, September 2012. New York (NY): United Nations, Every Woman Every Child ([http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Final20%UN20%Commission20%Report\\_14sept2012.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Final20%UN20%Commission20%Report_14sept2012.pdf), accessed 21 September 2015).
- 76 Every newborn: an action plan to end preventable deaths. Geneva and New York (NY): World Health Organization and United Nations Children's Fund; 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241507448/1/127938/10665\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241507448/1/127938/10665_eng.pdf?ua=1), accessed 21 September 2015).
- 77 Success factors for improving maternal and child health: multisector pathways to progress. Country reports. Geneva: The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health; 2014 (<http://www.who.int/pmnch/successfactors/en/index2.html>, accessed 21 September 2015).
- 78 Dickson KE, Simen-Kapeu A, Kinney MV, Huicho L, Vesel L, Lackritz E et al. Health system bottlenecks and strategies to scale-up in countries. *Lancet*. 54–438(9941)384;2014 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS1-2960582%2814%6736-0140/fulltext>, accessed 21 September 2015).
- 79 The State of the world's midwifery 2014: a universal



- pathway. A woman's right to Health. New York (NY): United Nations Population Fund; 2014 ([http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN\\_SoWMy2014\\_complete.pdf](http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN_SoWMy2014_complete.pdf), accessed 21 September 2015).
- 80 Countdown to 2015. Accountability for maternal, newborn and child survival: the 2013 update. Geneva and New York (NY): World Health Organization and United Nations Children's Fund; 2013 ([http://countdown2015mnhc.org/documents/2013Report/Countdown\\_2013\\_Update\\_withprofiles.pdf](http://countdown2015mnhc.org/documents/2013Report/Countdown_2013_Update_withprofiles.pdf), accessed 21 September 2015).
- 81 WHO recommendations on postnatal care for the mother and the newborn 2013. Geneva: World Health Organization; 2013 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241506649/1/97603/10665\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241506649/1/97603/10665_eng.pdf?ua=1), accessed 21 September 2015).
- 82 Stevens GA, Bennett JE, Hennocq Q, De-regil LM, Rogers L, Danaei G et al. Trends and mortality effects of vitamin A deficiency in children in 138 low-income and middle-income countries between 1991 and 2013: a pooled analysis of population-based surveys. *Lancet Glob Health*. 9(3);2015:e36–528 (<http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS109-2214X-2900039%2815%2FX/fulltext>, accessed 21 September 2015).
- 83 Progress on sanitation and drinking water: 2015 update and MDG assessment. Geneva and New York (NY): World Health Organization and United Nations Children's Fund; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241509145/1/177752/10665\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241509145/1/177752/10665_eng.pdf?ua=1), accessed 28 August 2015).
- 84 Gill CJ, Young M, Schroder K, Carvajal-Velez L, McNabb M et al. Bottlenecks, barriers, and solutions: results from multicountry consultation focused on reduction of childhood pneumonia and diarrhoea deaths. *Lancet*. 98–1487:(9876)381;2013 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS1-2960314%2813%26736-0140/fulltext>, accessed 21 September 2015).
- 85 Ending preventable child deaths from pneumonia and diarrhoea by 2025: The integrated Global Action Plan for Pneumonia and Diarrhoea (GAPPD). Geneva and New York (NY): World Health Organization and United Nations Children's Fund; 2013 ([http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/global\\_action\\_plan\\_pneumonia\\_diarrhoea/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global_action_plan_pneumonia_diarrhoea/en/), accessed 21 September 2015).
- 86 Poliomyelitis and acute flaccid paralysis data. Geneva: World Health Organization (<https://extranet.who.int/polio/public/CaseCount.aspx>, accessed 7 October 2015).
- 87 Data, statistics and graphics. Immunization, vaccines and biologicals. Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/data/en/](http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/en/), accessed 28 August 2015).
- 88 Duintjer Tebbens R, Pallansch M, Cochi S, Wassilak S, Linkins J, Sutter R et al. Economic analysis of the global polio eradication initiative. *Vaccine*. –334:(2)29;2010 43 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X10014957>, accessed 28 August 2015).
- 89 Modlin J. The bumpy road to polio eradication. *N Engl J Med*. 49–3622346;2010 (<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1005405>, accessed 28 August 2015).
- 90 Thompson K, Tebbens R. National choices related to inactivated poliovirus vaccine, innovation and the endgame of global polio eradication. *Expert Rev Vaccines*. 34–221:(2)13;2014.
- 91 Thompson K. Polio endgame management: focusing on performance with or without inactivated poliovirus vaccine. *Lancet*. 2–1480:(9953)384;2014 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS-0140-1-2960983%2814%26736/fulltext?rss=yes>, accessed 28 August 2015).
- 92 Polio Eradication and Endgame Strategic Plan 2018–2013. Geneva: Global Polio Eradication Initiative (<http://www.polioeradication.org/ResourceLibrary/Strategyandwork.aspx>, accessed 28 August 2015).
- 93 Progress for children: a world fit for children statistical review. New York (NY): United Nations Children's Fund ([http://www.unicef.org/progressforchildren/2007n6/index\\_41505.htm](http://www.unicef.org/progressforchildren/2007n6/index_41505.htm), accessed 21 September 2015).
- 94 Roberts TJ, Carnahan E, Gakidou E. Can breastfeeding promote child health equity? A comprehensive analysis of breastfeeding patterns across the developing world and what we can learn from them. *BMC Med*. 11:254;2013 (<http://www.biomedcentral.com/254/11/7015-1741>, accessed 21 September 2015).
- 95 Breastfeeding on the worldwide agenda: findings from a landscape analysis on political commitment for programmes to protect, promote and support breastfeeding. New York (NY): United Nations Children's Fund; 2013 ([http://www.unicef.org/eapro/breastfeeding\\_on\\_worldwide\\_agenda.pdf](http://www.unicef.org/eapro/breastfeeding_on_worldwide_agenda.pdf), accessed 19 October 2015).
- 96 Global targets tracking tool. Nutrition. Geneva: World Health Organization; (<http://www.who.int/nutrition/trackingtool/en/>, accessed 21 September 2015).
- 97 Global nutrition targets 2025: low birth weight policy brief. Geneva: World Health Organization;2014 (WHO/NMH/NHD/14.5; [http://apps.who.int/iris/bitstream/2/149020/10665/WHO\\_NMH\\_NHD\\_14.5\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/2/149020/10665/WHO_NMH_NHD_14.5_eng.pdf?ua=1), accessed 19 October 2015).
- 98 The global prevalence of anaemia in 2011. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/global\\_prevalence\\_anaemia\\_2011/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/global_prevalence_anaemia_2011/en/), accessed 21 September 2015).
- 99 McDonald CM, Olofin I, Flaxman S, Fawzi WW, Spiegelman D, Caulfield LE et al. The effect of multiple anthropometric deficits on child mortality: meta-analysis of individual data in

- 10 prospective studies from developing countries. *Am J Clin Nutr.* 901–896:(4)97;2013 (<http://ajcn.nutrition.org/content/896/4/97.long>, accessed 21 September 2015).
- 100 Maternity and paternity at work: law and practice across the world. Geneva: International Labour Organization (<http://www.ilo.org/global/topics/equality-and-discrimination/maternity-protection/publications/maternity-paternity-at-work2014-/lang--en/index.htm>, accessed 19 October 2015).
- 101 Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition. Geneva: World Health Organization; 2014 (WHO/NMH/NHD/14.1; [http://apps.who.int/iris/bitstream/1/113048/10665/WHO\\_NMH\\_NHD\\_14.1\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/1/113048/10665/WHO_NMH_NHD_14.1_eng.pdf?ua=1), accessed 21 September 2015).
- 102 World population prospects, 2015 revision. New York (NY): United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (<http://esa.un.org/unpd/wpp/>, accessed 18 September 2015).
- 103 How AIDS changed everything: MDG 15 :6 years, 15 lessons of hope from the AIDS response. Geneva: UNAIDS; 2015 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/MDG6Report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/MDG6Report_en.pdf), accessed 21 September 2015).
- 104 MacQuarrie KLD. Unmet need for family planning among young women: levels and trends. DHS comparative Reports No. 34. Rockville (MD): ICF International; 2014 (<http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/CR34/CR34.pdf>, accessed 19 October 2015).
- 105 Adolescents: health risks and solutions. Fact sheet N345°, updated May 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/>, accessed 21 September 2015).
- 106 Young people today: time to act now. Eastern and Southern Africa commitment: one year in review, –2013 2014. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (<http://youngpeopletoday.net/wp-content/uploads/12/2014/ESACCommitment-Progress-AnnualReport-DIGITAL.pdf>, accessed 21 September 2015).
- 107 News release, 7 March 2013. Child marriages: 39 000 every day. Geneva, World Health Organization; 2013 ([http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/child\\_marriage\\_20130307/en/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/child_marriage_20130307/en/), accessed 21 September 2015).
- 108 Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens GA. National, regional and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 27 health surveys. *Plos Med*[electronic resource]. 18 December 2012;doi: 10.1371/journal.pmed.1001356 (<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001356>, accessed 21 September 2015).
- 109 Reproductive health policies 2014. New York (NY): United Nations Population Division, Department of Social and Economic Affairs; 2014 (<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/policy/reproductive-health-policies2014-.shtml>, accessed 21 September 2015).
- 110 Pierotti RS. Increasing rejection of intimate partner violence: evidence of global cultural diffusion. *Am. Sociol. Rev.* 65–240(2)78;2013 (<http://asr.sagepub.com/content/240/2/78.full.pdf>, accessed 21 September 2015).
- 111 FP2020: partnership in progress, 2014–2013. Washington (DC): Family Planning 2014;2020 ([http://progress.familyplanning2020.org/uploads/ckfinder/files/FP2020\\_Progress\\_Report\\_Digital\\_View\\_2014-2013.pdf](http://progress.familyplanning2020.org/uploads/ckfinder/files/FP2020_Progress_Report_Digital_View_2014-2013.pdf), accessed 21 September 2015).
- 112 Female genital mutilation/cutting: data and trends update 2014. Washington (DC): Population Reference Bureau; 2014 (<http://www.prb.org/Publications/Datasheets/2014/fgm-wallchart2014-.aspx>, accessed 21 September 2015).
- 113 Safe and unsafe induced abortion: Global and regional level in 2008, and trends during 2008–1995. Geneva: World Health Organization; 2012 (WHO/RHR/12.02; [http://apps.who.int/iris/bitstream/1/75174/10665/WHO\\_RHR\\_12.02\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/1/75174/10665/WHO_RHR_12.02_eng.pdf), accessed 18 September 2015).
- 114 Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. Geneva: World Health Organization; 2004 (WHO/RHR/04.8; [http://apps.who.int/iris/bitstream/1/68754/10665/WHO\\_RHR\\_04.8.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/1/68754/10665/WHO_RHR_04.8.pdf), accessed 20 October 2015).
- 115 Family Planning 2020 (<http://www.familyplanning2020.org/>, accessed 20 October 2015).
- 116 Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2021–2016. Draft for consultation. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/reproductivehealth/STIConsultationDraft.pdf>, accessed 20 October 2015).
- 117 UNiTE to end violence against women. New-York (NY): United Nations (<http://www.un.org/en/women/endviolence/>, accessed 20 October 2015).
- 118 #ENDviolence against children. New York (NY): United Nations Children’s Fund (<http://www.unicef.org/endviolence/>, accessed 20 October 2015).



# فصل پنجم: بیماری‌های عفونی



## خلاصه

در هدف ۳،۳ SDG بر بیماری‌های عفونی عمده شامل HIV/ایدز (۱،۲ میلیون مرگ)، سل (۱،۱ میلیون مرگ) و مالاریا (۴۳۸ هزار مرگ) تمرکز شده است. با توجه به دستاوردهای عمده دوران MDG اهداف بلندپروازانه جدیدی برای HIV، سل و مالاریا در مجمع جهانی بهداشت و توسط برنامه مشترک سازمان ملل برای هیئت هماهنگی برنامه HIV/ایدز (UNAIDS) تنظیم شده است. هدف SDG همچنین فراتر از MDG در توسعه قلمرو توجه به‌ویژه در ارتباط با پایان دادن بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری و مبارزه با بیماری‌های قابل انتقال از طریق آب، هپاتیت و ویروس و دیگر بیماری‌های مسری است.

تعداد مرگ‌های ناشی از بیماری‌های عفونی مانند بیماری‌های انگلی و عفونت‌های تنفسی در سطح جهانی از ۱۲،۱ میلیون مرگ در سال ۲۰۰۰ به ۹/۵ میلیون مرگ در سال ۲۰۱۲ کاهش یافته است. درصد تمام مرگ‌های ناشی از بیماری‌های عفونی از ۲۳ درصد به ۱۷ درصد کاهش یافته است. بیماری‌های عفونی در منطقه آفریقا و به میزان کمتر در جنوب شرق آسیا و منطقه مدیترانه شرقی، هنوز علت اصلی مرگ هستند. ۳ منطقه مسئول ۸۱ درصد کل مرگ و میرها و ۸۹ درصد تمام سال‌های زندگی از دست رفته (YLL) به دلیل بیماری‌های عفونی و انگلی در جهان هستند.

هدف ۶ MDG مربوط به بیماری‌های عفونی غالب می‌باشد. بروز (عفونت‌های جدید HIV و موارد جدید مالاریا و سل) کاهش یافته است: در مقایسه با سال ۲۰۰۰ تعداد افرادی که به تازگی به HIV مبتلا شده اند ۳۵ درصد کمتر بود؛ نرخ بروز مالاریا میان جمعیت در معرض خطر ۳۷ درصد کمتر بود و نرخ بروز سل ۱۸ درصد کمتر بود.

برای هر ۳ بیماری افزایش عمده‌ای در پوشش اقدامات کلیدی روی داده است. ۱۴/۹ میلیون نفر مبتلا به HIV، در سال ۲۰۱۴ ART را دریافت کرده بودند که در سال ۲۰۰۰ این میزان ۶۹۰ هزار نفر بود. همچنین پوشش اقدامات (جدید) مالاریا افزایش سریع داشته است برای مثال در جنوب صحرای آفریقا تخمین زده شده است که در سال ۲۰۱۵، ۶۸ درصد کودکان زیر ۵ سال از پشه‌بندهای آغشته به سم استفاده می‌نمودند که این مقدار در سال ۲۰۰۰ کمتر از ۲ درصد بود. نرخ تشخیص سل از ۳۸ درصد به ۶۳ درصد افزایش یافته است در حالی که سطح بالای درمان موفق (۸۵ درصد یا بالاتر) از ۲۰۰۷ به بعد حفظ شده است.

پیشرفت MDG به دلیل افزایش تعهد سیاسی، مشارکت قوی جهانی، افزایش شدید در تامین مالی، بسط مداخلات جدید و موجود و پایش و استفاده بهتر از داده‌ها به وجود آمد.

شیوع بیماری‌های عفونی در تمام کشورها به‌عنوان یک نگرانی باقی‌مانده است و یک بار قابل توجه برای اقتصاد و سلامت عمومی محسوب می‌شود. چندین شیوع بیماری‌های تنفسی از سال ۲۰۰۰ به بعد از جمله سندروم تنفسی حاد (SARS) در سال ۲۰۰۳ و ویروس همه گیر آنفلوآنزای A (H1N1) در سال ۲۰۰۹ روی داده است. وبا در بسیاری از کشورها بومی است و بروز آن در هائیتی سال ۲۰۱۰-۲۰۱۱ یادآور زنده ای از پتانسیل آن برای گسترش بود. اخیراً شیوع بیماری ویروسی ابولا در غرب آفریقا باعث بیش از ۲۰ هزار مورد و ۱۱۲۹۵ مرگ شده است (تا ۲۳ سپتامبر ۲۰۱۵) و باعث نگرانی قابل توجهی در سطح جهانی گشته است.

گسترش بیماری‌های عفونی از عوامل چندگانه اجتماعی و اقتصادی، محیطی و اکولوژیکی و همچنین افزایش سریع مقاومت ضد میکروبی تاثیر می‌پذیرد. SDG یک برنامه جدید برای رویکردی یکپارچه در سراسر بخش‌های اقتصادی، اجتماعی و محیطی ارائه می‌کند که باید برای آدرس دهی تمام بیماری‌های عفونی استفاده شود.



عوامل به میزان فزاینده‌ای به داروها و حشره‌کش‌هایی که برای کنترل آن‌ها استفاده می‌شود، مقاوم شده‌اند و این پیشگیری و درمان موثر آن‌ها را در محدوده افزایشی عفونت‌های باکتریایی، انگل‌ها، ویروس‌ها و قارچ‌ها تهدید می‌کند.

تمرکز اساسی اهداف سلامت SDG بر بیماری‌های عفونی می‌باشد، با هدف ۳،۳ که به‌طور خاص "پایان سال ۲۰۳۰، پایان شیوع ایدز، سل، مالاریا و بیماری‌های گرمسیری نادیده گرفته شده و مبارزه با هپاتیت، بیماری‌های منتقله از راه آب و دیگر بیماری‌های مسری خواهد بود". این بیانگر افزایش توجه به هدف MDG ۶ از ۲ راه می‌باشد: تغییر از کنترل به حذف و تاکید خاص بر سل، بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری، هپاتیت و بیماری‌های منتقله از راه آب به‌علاوه‌ی HIV/ایدز، مالاریا و دیگر بیماری‌ها (شکل ۵،۲).

**MDG**

هدف MDG ۶.A  
متوقف شدن و شروع به برعکس شدن گسترش HIV/ایدز تا سال ۲۰۱۵

هدف MDG ۶.B  
دستیابی به دسترسی همگانی به درمان HIV/ایدز برای تمام افراد نیازمند تا سال ۲۰۱۰

هدف MDG ۶.C  
متوقف شدن و شروع به برعکس شدن شیوع مالاریا و دیگر بیماری‌های غالب تا سال ۲۰۱۵

هدف MDG ۶.Y  
نصف شدن سهم افراد بدون دسترسی پایدار به آب آشامیدنی سالم و دفع فاضلاب پایه تا سال ۲۰۱۵

**SDG**

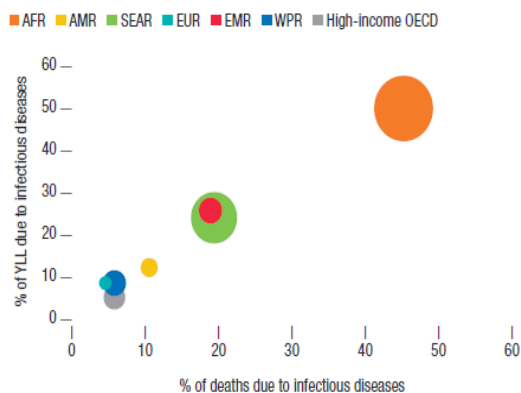
هدف SDG ۳،۳  
پایان اپیدمی ایدز، سل، مالاریا و بیماری‌های فراموش شده گرمسیری تا سال ۲۰۳۰ و  
مقابله با هپاتیت، بیماری‌های منتقله از راه آب و دیگر بیماری‌های مسری

هدف SDG ۶،۱  
دستیابی به دسترسی همگانی و عادلانه به آب آشامیدنی سالم و مقرون به صرفه تا سال ۲۰۳۰

هدف SDG ۶،۲  
دستیابی به دسترسی به فاضلاب و بهداشت کافی و عادلانه برای همه و پایان دفع مدفوع در فضای باز، توجه ویژه به نیازهای زنان و دختران در موقعیتهای آسیب پذیر

بیماری‌های عفونی و انگلی رو به کاهش می‌باشند. در سطح جهانی، تعداد مرگ‌های ناشی از بیماری‌های عفونی از جمله بیماری‌های انگلی و عفونت‌های تنفسی از ۱۲،۱ میلیون در سال ۲۰۰۰ به ۹،۵ میلیون در سال ۲۰۱۲ کاهش یافته است. درصد همه مرگ‌های ناشی از بیماری‌ها از ۲۳ درصد به ۱۷ درصد کاهش یافته است. هنوز بیماری‌های عفونی به چندین دلیل یک مشکل جهانی عمده در سلامت می‌باشند: اول: مرگ به‌علت بیماری‌های تنفسی نسبت به سایر علل در سنین پایین‌تر اتفاق می‌افتد در نتیجه عامل نسبتاً بالاتری از YLL جهانی می‌باشند - حدود ۲۶ درصد. دوم: بیماری‌های عفونی در چندین منطقه (شکل ۵،۱) هنوز وزن بالایی دارند برای مثال در منطقه آفریقا ۵۰ درصد YLL ناشی از بیماری‌های عفونی و انگلی است در حالی که در منطقه جنوب شرق آسیا و منطقه مدیترانه شرقی به ترتیب ۲۴ درصد و ۲۷ درصد کل YLL به دلیل آن‌ها است. در ۳ منطقه که بدترین وضعیت را دارند ۸۱ درصد مرگ‌ها و ۸۹ درصد تمام YLLها ناشی از بیماری‌های عفونی و انگلی می‌باشد.

شکل ۵-۱: درصد مرگ و سال‌های از دست رفته زندگی (YLL) به‌علت بیماری‌های عفونی در سطح مناطق، سال ۲۰۱۲



اندازه دایره‌ها بیانگر تعداد نسبی مرگ‌ها به‌علت بیماری‌های عفونی می‌باشد.

سوم: منشأ پیدایش بیماری‌های عفونی - ۶۰ درصد آن‌ها میان انسان و دام مشترک هستند - اغلب از حیات وحش و دام می‌باشد - تحمیل یک بار بیماری قابل توجه به اقتصاد جهانی و سلامت عمومی - گسترش عفونت در حال ظهور به میزان بالایی با عوامل اجتماعی و اقتصادی، محیطی و اکولوژیکی مانند رشد، تراکم و تحرک جمعیت، شهرنشینی، تغییرات کاربری زمین و محیط، تغییرات اقلیمی و تغییر در رفتار آدمی مرتبط است. بنابراین چالش‌های خاصی را برای پیشگیری و کنترل آن به وجود آورده است. در نهایت تهدید بیماری‌های عفونی به‌علت افزایش مقاومت ضد میکروبی تشدید شده است. عوامل بیماری‌زایی که باعث بیماری‌های عفونی می‌شود و ناقلی این

هدف ۳،۳ SDG شامل HIV/ایدز (۱،۲ میلیون مرگ)، سل (۱،۱ میلیون مرگ) و مالاریا (۴۳۸ هزار مرگ) است با توجه به دستاوردهای عمده دوران MDG اهداف بلندپروازانه جدیدی برای HIV، سل و مالاریا در مجمع جهانی سلامت و توسط برنامه مشترک سازمان ملل برای هیئت هماهنگی برنامه HIV/ایدز (UNAIDS) تنظیم شده است (جدول ۵،۱ در بخش استراتژی را ببینید).

همان طور که اشاره شد قلمرو توجه SDG فراتر از MDG می‌باشد، به‌ویژه در ارتباط با پایان دادن به بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری و بیماری‌های قابل انتقال از طریق آب (شامل ۱،۵ میلیون مرگ به دلیل بیماری‌های اسهالی) و هپاتیت‌های ویروسی (۱،۴ میلیون مرگ) است. مقابله با ۱۷ بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری یک منبع مهم ناتوانی و بیماری‌های مزمن را کاهش می‌دهد. بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری در ۱۴۹ کشور بومی شده‌اند و بیش از ۱ میلیارد نفر در خطر ابتلا به آن قرار دارند. بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری باعث بار بیماری‌ای با حداقل ۲۶ میلیون DALY شده‌اند که تقریباً برابر با نیمی از بار بیماری سل یا مالاریا می‌باشد.

همچنین دلایل زیادی برای بررسی مسائل مرتبط با هپاتیت وجود دارد، که در دوران MDG به رغم داشتن بار بیماری‌ای قابل مقایسه با بیماری‌های عفونی مانند HIV، سل یا مالاریا نسبتاً فراموش شده بود. اغلب علت اصلی مرگ سیروز کبدی یا سرطان ناشی از ابتلای مزمن به هپاتیت B و C می‌باشد که از طریق پیشگیری و درمان می‌توان به کاهش‌های عمده‌ای دست یافت.

با توجه به این که بیماری‌های اسهالی غالب‌ترین زیر گروه بیماری‌های منتقله از راه آب می‌باشند در نظر گرفتن یک هدف برای آن‌ها منطقی به نظر می‌رسد. اسهال نشانه‌ای از ابتلای میزبان به موجودات باکتریایی، ویروسی و انگلی مانند روتاویروس و اشریشیا کولای می‌باشد. بیماری‌های اسهالی سالانه مسئول ۱،۵ میلیون مرگ می‌باشند - بیشتر از نصف بار بیماری، یا سالانه ۸۴۲ هزار مرگ مربوط به عرضه آب ناسالم و عدم وجود سیستم فاضلاب و بهداشت می‌باشد. برطرف نمودن مشکلات نیازمند واکنش‌ها بین بخشی است، واقعیتی که در SDG منعکس شده است. هدف ۶ (حصول اطمینان از در دسترس بودن و مدیریت پایدار آب و فاضلاب برای همه) شامل اهدافی برای دستیابی به دسترسی همگانی و منصفانه به آب آشامیدنی سالم و مقرون به صرفه (۶،۱) و دفع فاضلاب و بهداشت کافی و عادلانه برای همه (۶،۲) می‌باشد. این مورد بسط هدف C.۷ MDG برای آب و فاضلاب است.

چندین بیماری مهم (به‌عنوان "دیگر بیماری‌های مسری")

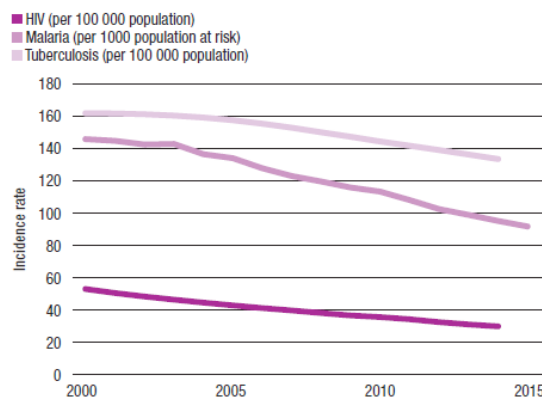
شامل مننژیت - که عامل مرگ ۳۹۵ هزار نفر در سال ۲۰۱۲ بوده است - و بیماری‌هایی که از راه جنسی منتقل می‌شوند (STI) که تخمین زده شده است سالانه ۵۰۰ میلیون نفر به آن‌ها مبتلا می‌شوند - در اهداف SDG ذکر نشده‌اند. به‌عنوان مثال بیماری‌های STI در این فصل بررسی شده‌اند. عفونت‌های تنفسی تحتانی (به خصوص پسینه‌پهلوی) و بیماری‌های که با استفاده از واکسن می‌توان از آن‌ها پیشگیری نمود - مانند سرخک - نیز در SDG در نظر گرفته نشده‌اند. در این گزارش، در فصل ۴ و در بخش مباحث مرتبط با هدف ۳،۲ SDG برای سلامت کودکان به آن‌ها پرداخته شده است.

شیوع بیماری‌های عفونی، مانند اپیدمی آنفلوانزا، ابولا یا وبا یک نگرانی جهانی با پیامدهای اقتصادی و سلامت عمومی بالقوه بزرگ می‌باشد. مرتبط‌ترین هدف SDG هدف ۳،۳ "تقویت ظرفیت تمام کشورها و به‌طور خاص کشورهای در حال توسعه برای هشدار اولیه، کاهش خطر و مدیریت خطرهای سلامت جهانی و ملی" می‌باشد. در حالی که هیچگونه هدف صریحی در SDG در مورد مقاومت ضد میکروبی وجود ندارد این مساله در پاراگراف ۲۶ بیانیه SDG ذکر شده است: "ما همچنین به سرعت پیشرفت مبارزه به مالاریا، HIV/ایدز، سل، هپاتیت، ابولا و دیگر بیماری‌های مسری و همه‌گیر همچنین با توجه به رشد مقاومت ضد میکروبی و مساله بیماری‌های مشخص نشده موثر بر کشورهای در حال توسعه شتاب می‌دهیم."

## دستاوردها

MDG اهدافی را برای بیماری‌های عفونی غالب دنبال کرده است. بروز آن‌ها از سال ۲۰۰۰ (یا احتمالاً زودتر) کاهش یافته است (شکل ۵،۳). بروز HIV در دهه ۱۹۹۰ میلادی به‌صورت چشمگیری افزایش داشته است اما در سال ۲۰۱۴ تعداد افراد جدیدی که به HIV آلوده شدند ۳۵ درصد کمتر از سال ۲۰۰۰ بود. عفونت‌های HIV جدید میان کودکان از ۵۲۰ هزار نفر در سال ۲۰۰۰ به ۲۲۰ هزار در سال ۲۰۱۴ کاهش یافته است که عمدتاً به دلیل دسترسی بیشتر به AVR ها برای زنان باردار آلوده به HIV بوده است. نرخ بروز مالاریا بین جمعیت در معرض خطر در فاصله سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵، ۳۷ درصد کاهش یافته است.

شکل ۳-۵: روند جهانی نرخ بروز HIV، مالاریا و سل، ۲۰۰۰-۲۰۱۵

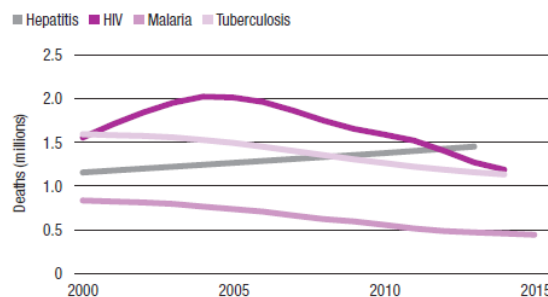


۱۰۲ کشور از ۱۰۶ کشور با انتقال در حال پیشرفت مالاریا در سال ۲۰۰۰ تخمین زده‌اند که می‌توانند به هدف MDG برای معکوس کردن بروز دست یابند در حالی که تعداد کشورهایی که به سوی حذف مالاریا رفته‌اند افزایشی می‌باشد. در فاصله زمانی ۲۰۱۰ و ۲۰۱۴ نرخ بروز سل به‌طور متوسط ۱٫۵ درصد در سال کاهش یافته است. نرخ بروز سل همچنین در تمام کشورهای عضو سازمان بهداشت جهانی و اغلب کشورهای دارای بار بالا، کاهش یافته است.

کاهش در میزان بروز با وجود افزایش جمعیت جهانی به این معناست که مقادیر مطلق عفونت‌های جدید و موارد موجود بیماری در حال کاهش می‌باشد: به ۲۱۴ میلیون مورد مالاریا در سال ۲۰۱۵، ۹٫۶ میلیون مورد سل و ۲ میلیون عفونت HIV جدید در سال ۲۰۱۴.

مرگ و میر نیز برای ۳ بیماری کاهش یافته است (شکل ۵٫۴). مرگ و میرهای مرتبط با ایدز تا سال ۲۰۱۴ در مقایسه به سال ۲۰۰۴ که نرخ مرگ و میر در بالاترین مقدار بود به میزان ۴۲ درصد کاهش یافته است. تخمین‌های مربوط به مرگ و میرهای ناشی از مالاریا نشان می‌دهد که در فاصله سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ مرگ و میر ناشی از این بیماری به میزان ۵۳ درصد کاهش داشته است و مرگ و میرهای ناشی از سل در فاصله زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۴، ۲۹ درصد کاهش یافته است. در مقابل مرگ و میرهای ناشی از هیپاتیت از سال ۲۰۰۰ به بعد افزایشی بوده است.

شکل ۴-۵: تعداد مرگ جهانی به‌علت هیپاتیت، ایدز، مالاریا و سل؛ ۲۰۰۰-۲۰۱۵

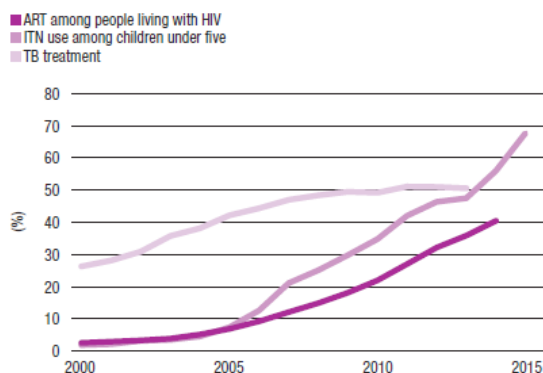


همچنین پیشرفت به سوی اهداف MDG ۶ توسط چندین شاخص مربوط به پوشش مداخلات اندازه‌گیری می‌شده است.

پوشش مداخلات کلیدی برای هر ۳ بیماری افزایش یافته است. در سال ۲۰۱۴، ۱۴٫۹ میلیون نفر دارای HIV، ART دریافت نموده‌اند که در سال ۲۰۰۰ این مقدار ۶۹۰ هزار نفر بوده است. این بیانگر است که ۴۰ درصد از ۳۶٫۹ میلیون نفر فرد مبتلا به HIV این درمان را دریافت نموده‌اند - در مقایسه به ۲ درصد در سال ۲۰۰۰ می‌باشد (شکل ۵٫۵). برای مثال در کشورهای جنوب صحرای آفریقا تخمین زده شده است ۶۸ درصد کودکان زیر ۵ سال در سال ۲۰۱۵ در مقایسه با کمتر از ۲ درصد در سال ۲۰۰۲ از پشه بندهای آغشته به سم استفاده کرده‌اند. نرخ تشخیص موارد جدید و عود کرده سل (تعریف شده به‌عنوان تعداد موارد گزارش شده تقسیم بر برآورد بروز در آن سال) از ۳۸ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۶۳ درصد در سال ۲۰۱۴ افزایش یافته است. در سال ۲۰۱۳ نرخ موفقیت جهانی درمان سل ۸۶ درصد بود و از سال ۲۰۰۷ به بعد در ۸۵ درصد و بیشتر پایدار بوده است. این مربوط به حدود ۵۱ درصد پوشش موثر در معنای درمان موفق بین تمام موارد می‌باشد.

در حالی‌که به نظر می‌رسد گنجاندن بیماری‌های عفونی در اهداف MDG اثر مثبتی بر برنامه‌های مرتبط با بیماری‌هایی داشته که نگرانی‌هایی در مورد آن‌ها وجود داشته است، اما در بخش‌هایی که به‌طور خاص در MDG ذکر نشده‌اند نیز پیشرفت‌های ایجاد شده است. به‌عنوان مثال تلاش‌های هماهنگ برای مبارزه با بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری در ۲ سطح جهانی و کشورهایی که این بیماری‌ها به‌صورت بومی در آن‌ها وجود دارند منجر به یکسری دستاوردها مهم شده است، از جمله کاهش بی‌سابقه در تعداد موارد جدید تریپونوسومیاز آفریقایی انسان (بیماری خواب)، اکانکولیاسیس (بیماری کرم گینه) و لیشمانیوز احشایی (کالا-آذر).<sup>۱۹</sup>

شکل ۵-۵: پوشش جهانی مداخلات: ART بین افراد مبتلا به HIV، استفاده از پشه بندهای آغشته به سم بین کودکان زیر ۵ سال و درمان موفقیت آمیز موارد سل؛ ۲۰۰۰-۲۰۱۵



دستاورد مربوط به کاهش عفونت هپاتیت B ناشی از گسترش برنامه‌های واکسیناسیون این بیماری بوده است. تخمین زده شده است که پوشش جهانی ۳ دوز واکسن هپاتیت B در سال ۲۰۱۴ حدود ۸۲ درصد بوده است و این مقدار در منطقه آمریکای سازمان بهداشت جهانی، منطقه پاسیفیک غربی بیشتر و به ترتیب ۸۸ درصد و ۹۲ درصد می‌باشد. منطقه دوم (منطقه پاسیفیک غربی) در مسیر دستیابی به هدف کاهش شیوع عفونت هپاتیت B مزمن (HBV) به کمتر از ۱ درصد تا سال ۲۰۱۷ می‌باشد. توسعه داروهای خوراکی جدید و ایمن می‌تواند بیش از ۹۰ درصد موارد عفونت هپاتیت C مزمن (HCV) را کاهش دهد و این پتانسیل را دارد که "تغییر دهنده بازی" برای پاسخ به هپاتیت در دوران بعد از ۲۰۱۵ باشد.

در ارتباط با بیماری‌های قابل انتقال از طریق آب نیز کاهش زیادی در مرگ و میرهای مربوط به بیماری اسهال (به فصل ۴ مراجعه نمایید) به دلیل بهبود در دسترسی به آب آشامیدنی سالم و دفع فاضلاب صورت گرفته است. دسترسی به منبع آب آشامیدنی سالم از پوشش ۷۶ درصد در سال ۱۹۹۰ به ۹۱ درصد در سال ۲۰۱۵، یک افزایش ۲٫۶ میلیارد نفر، رسیده است. امروزه ۵۸ درصد جمعیت جهان از بالاترین سطح دسترسی بهره‌مند هستند: آب آشامیدنی لوله کشی شده در محل زندگی شان. پیشرفت در زمینه دفع فاضلاب کمتر بوده است. هدف دفع فاضلاب در MDG این بود که سهم جمعیت جهانی بدون دسترسی به دفع فاضلاب مناسب را به ۲۳ درصد در سال ۲۰۱۵ برساند اما هنوز یک سوم افراد به آن دسترسی ندارند.

شناسایی روند مرگ و میرهای ناشی از گسترش بیماری‌های واگیردار مشکل است اما نرخ سالیانه مرگ و میرها به میزان قابل ملاحظه‌ای کوچک‌تر از آن‌هایی است که برای مثال به علت HIV، سل و مالاریا روی می‌دهد. برای مثال در سال ۲۰۰۳ اپیدمی سارس تنها ۸۰۹ نفر را مبتلا نمود و ۷۷۴ مرگ ناشی از آن ثبت گردید اما تاثیرات قابل توجهی در تجارت و سفر داشت. اپیدمی MERS-CoV ابتدا در سال ۲۰۱۲ در عربستان سعودی روی داد و باعث ۱۱۱۲ مورد بیماری تایید شده و ۴۴۲ مرگ (تا ۱۱ مه ۲۰۱۵) گردید. آخرین اپیدمی حاد در سال ۲۰۰۹ به علت ویروس آنفلوآنزای (A(H1N1)) - که یک ویروس آنفلوآنزای نو ترکیب خوکی، پرندگان و انسان بود- روی داد. تخمین زده شد که این اپیدمی باعث بیش از ۲۰۰ هزار مرگ شده است. شیوع‌های دیگر مانند ویروس آنفلوآنزای مرغی H5N1 در سال ۲۰۰۳ و H7N9 در سال ۲۰۱۳ باعث ایجاد نگرانی‌هایی شد اما تعداد موارد ابتلا و مرگ بالا نبود.

روند جهانی موارد ابتلا به وبا مشخص نیست و گزارش‌های رسمی نیز کافی نیست. در فاصله زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۴ سالیانه به‌طور متوسط ۲۰۸ هزار مورد و ۴۱۵۷ مرگ توسط سازمان

بهداشت جهانی گزارش شده است که کمترین میزان در سال ۲۰۰۴ و ۱۰۱۳۸۳ مورد بوده است. آفریقا هنوز هم قاره‌ای است که وبا بیشترین تاثیر را بر آن دارد. بیشترین شیوع در سال ۲۰۱۱-۲۰۱۰ بود که به علت زلزله فاجعه بار هائیتی شیوع بالایی داشت و واکنش‌های اضطراری سازمان ملل را در بر داشت. در سال ۲۰۱۱-۲۰۱۰ بیش از ۷۰۰۰ مرگ به علت وبا در هائیتی و جمهوری دومینیکن به علت همسایگی (با هائیتی) روی داد.

اخیرا شیوع بیماری ویروسی ابولا در غرب آفریقا عامل ۲۸۲۹۵ مورد ابتلا و بیشتر از ۱۱۲۹۵ مرگ شده است (تا ۲۳ سپتامبر ۲۰۱۵) و باعث نگرانی قابل توجهی در سطح جهان شده است. از زمان کشف ابولا در سال ۱۹۷۶ این بیماری ویروسی در چندین کشور منطقه آفریقا شیوع یافته است. شیوع بیماری به‌طور معمول در جوامع دورافتاده و برای مدت کوتاهی روی می‌دهد. آخرین شیوع در ۳ کشور غرب آفریقا کاملا متفاوت بود چرا که مناطق عمده شهری را نیز همانند مناطق روستایی درگیر کرد، از مرزهای بین‌المللی گذر کرده و تعداد موارد و میزای ابتلای به آن نیز به مراتب بیشتر از قبل بود. همچنین پیش‌بینی شده است که شیوع [این بیماری] باعث کاهش عمده‌ای در فعالیت‌های اقتصادی در ۳ کشور دارای شیوع حاد، گینه، لیبیا و سیرالئون شده است.

## عوامل موفقیت

گرچه چندین تفاوت مهم میان بیماری‌ها و برنامه‌های اختصاص داده شده برای مقابله با آن‌ها وجود دارد اما عناصر مشترکی وجود دارند که در دستاوردهای چشمگیر سال‌های اخیر نقش داشته‌اند.

**تعهد سیاسی:** ایجاد MDG مختص بیماری‌های عفونی در اعلامیه هزاره در سال ۲۰۰۰ و سرمایه‌گذاری‌های کافی در پایش پیشرفت به سوی MDG<sup>۲</sup> تاثیرات مثبتی روی مبارزه با HIV، سل و مالاریا داشته است. HIV همچنین موضوع جلسات ویژه مجمع عمومی سازمان ملل در سال‌های ۲۰۰۱ و ۲۰۱۱ بوده است. قطعنامه‌های متعدد در مورد ۳ بیماری توسط مجمع سلامت جهانی تصویب شده است (برای جزئیات بیشتر پایین را ببینید). این به معنی تقویت قابل توجه اقدامات جهانی و کشوری می‌باشد. همچنین آب و فاضلاب از طریق دهه بین‌المللی "آب برای زندگی" توجه بیشتری را به خود جلب نمود.<sup>۳۱</sup>

**حمایت جهانی و تلاش‌های همکارانه:** تاسیس سازمان‌های مشارکتی گسترده متعهد به بر طرف نمودن مشکلات مرتبط با بیماری‌ها و پیامدهای آن‌ها می‌باشند تفاوت‌های قابل توجهی ایجاد نمودند. UNAIDS در سال ۱۹۹۶ تاسیس شد. همکاری برای کاهش مالاریا در سال ۱۹۹۸ و همکاری برای توقف سل در سال ۲۰۰۱ تاسیس گردید. این همکاری‌ها برای مثال در



حمایت، بسیج منابع، مذاکرات قیمتی با صنایع، تنظیم یک دستور کار تحقیقاتی، هماهنگی فعالیت‌ها و همکاری‌های جامعه مدنی نقش‌های مهمی ایفا کردند.

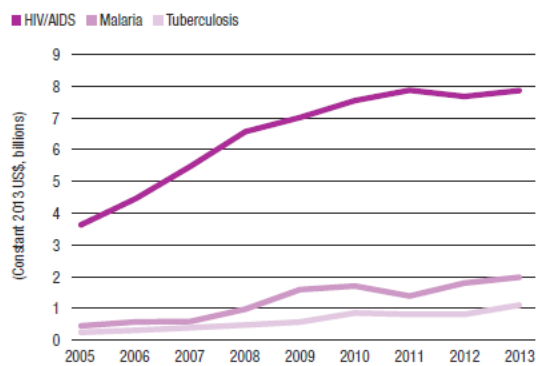
مثال‌های قابل توجهی از قدرت همکاری‌ها برای هر ۳ بیماری وجود دارد. در مورد بیماری HIV در کنار ایجاد برنامه ایدز سازمان ملل، مجمع عمومی نیز خواستار اقدام و همچنین ایجاد صندوق‌های ویژه‌ای مانند صندوق جهانی، طرح اضطراری رئیس‌جمهور ایالات متحده برای مبارزه با ایدز (PEPFAR) و UNITAID به‌عنوان جنبه‌های اساسی از پاسخ جهانی می‌شود. همچنین انگیزه‌های زیاد در سطح جهانی، منطقه ای، کشوری و محلی وجود دارد، به‌ویژه در مورد HIV/ایدز واکنش‌های جامعه مدنی نقش مهمی در همه مراحل ایفا کرده است و نشان داده است که جامعه مدنی در تمام ابعاد سلامت و بیماری‌ها می‌تواند نقش مهمی داشته باشد. ۳ طرح از ۵ طرحی که در سال ۲۰۰۳ توسط سازمان بهداشت جهانی و UNAIDS راه اندازی شد منجر به جذب سریع ART شد و نشان داد برنامه‌های پیچیده درمانی می‌توانند در کشورهای دارای منابع پایین گسترش یابند.

تقویت مشارکت و حمایت به‌ویژه از طریق همکاری برای توقف سل در افزایش تحرک و اقدامات مشارکتی برای رسیدگی به چالش سل نقش بسیار مهمی داشته است و در ۳ برنامه ۵ ساله برای سل تبلور یافته است. صندوق جهانی و UNITAID مشارکت قابل توجهی در افزایش منابع داشته‌اند. پیشرفت‌های مربوط به کنترل مالاریا به دلیل قوانین وزارتخانه‌های سلامت و سازمان‌های بین‌المللی‌ای که از توصیه‌های سیاستی سازمان بهداشت جهانی و برنامه جهانی در ارتباط با اقدام علیه مالاریا پیروی می‌نمایند و از طریق افزایش حمایت‌ها، برای مثال صندوق جهانی، طرح مالاریای رئیس‌جمهور (PMI) و بنیاد بیل و ملیندا گیتس با موفقیت همراه بوده‌اند. همچنین پیشرفت‌های مهمی نیز در مورد هپاتیت با توجه به حمایت GAVI - که موجب کاهش قابل توجهی در قیمت واکسن هپاتیت B شده است - و قرار دادن واکسن این بیماری در برنامه روتین واکسناسیون به‌عنوان جزئی از واکسن‌های پنجگانه به‌دست آمده است.

**افزایش تامین مالی:** در یک دهه گذشته بودجه بین‌المللی برای کنترل بیماری‌های عفونی به‌ویژه برای ایدز، سل و مالاریا در کشورهای دارای درآمد پایین و متوسط به میزان قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته است. بودجه‌های داخلی نیز در بسیاری از کشورهای دارای درآمد متوسط افزایش یافته است. پرداخت‌های ODA برای HIV در فاصله زمانی ۲۰۰۰ و ۲۰۱۳ بیش از ۲ برابر افزایش یافته و به ۷٫۹ میلیارد دلار در سال رسیده است. رقمی که مقدار ناچیزی از بودجه ODA برای دیگر بیماری‌های عفونی می‌باشد (شکل ۵٫۶).<sup>۳۲</sup> در فاصله زمانی

۲۰۰۰ تا ۲۰۱۴ آمریکا ۱۱۳ میلیارد دلار در جنوب صحرای آفریقا برای HIV سرمایه‌گذاری کرده و سرمایه‌گذاری داخلی نیز وجود داشته است. در سال ۲۰۱۵ تخمین زده شده است که مقدار کل بودجه HIV در کشورهای با درآمد پایین و متوسط به مقدار ۲۱٫۷ میلیارد دلار رسیده است. ایالات متحده آمریکا بزرگ‌ترین اهدا کننده برای HIV است که مقدار کمک‌های آن برابر با ۴۷ درصد از کل کمک‌های دوجانبه از سال ۲۰۰۰ می‌باشد.<sup>۸</sup>

شکل ۶-۵: پرداخت‌های ODA برای HIV/ایدز، مالاریا و سل؛ ۲۰۰۵-۲۰۱۳<sup>۳۲</sup>



در سال ۲۰۱۳ کمک‌های بین‌المللی برای سل به تدریج به مقدار ۱ میلیارد دلار و برای مالاریا به ۲ میلیارد دلار افزایش یافته است. صندوق جهانی و دولت ایالات متحده سردمدار اهدا کنندگان هستند. دیگر منابع بودجه‌ای مانند بنیادها حمایت‌هایشان را برای کنترل بیماری‌های عفونی به‌ویژه HIV افزایش داده‌اند. بودجه داخلی برای سل به میزان قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته است. در کل نزدیک ۸۷ درصد (۵٫۸ میلیارد دلار) از ۶٫۶ میلیارد دلار در سال ۲۰۱۵ از منابع داخلی تخصیص داده شده است. در کشورهای با درآمد متوسط و پایین، بودجه داخلی برای سل از ۰٫۲ میلیارد دلار در سال ۲۰۰۶ به مقدار تقریباً ۰٫۵ میلیارد دلار در سال ۲۰۱۵ افزایش یافته است.<sup>۹</sup>

**مداخلات و رویکردهای جدید:** توسعه و افزایش جهانی دسترسی به ART یکی از موفق‌ترین مداخله‌های بهداشت عمومی در دوران MDG بوده است. کاهش قابل ملاحظه‌ای در قیمت‌های ART ها ایجاد شده است به نحوی که از حدود ۱۰ هزار دلار برای هر نفر در سال ۲۰۰۰ به حدود ۱۰۰ دلار در سال ۲۰۱۱<sup>۸</sup> رسیده است، به دلیل حمایت‌های جهانی، پیش‌بینی پذیری بیشتر تقاضا، صرفه‌های ناشی از مقیاس، افزایش رقابت میان تولیدکنندگان، تعامل تولید کنندگان ژنریک<sup>۳۳</sup> و صدور مجوز اختیاری درمان‌ها بسیار مقرون به‌صرفه‌تر و پایدارتر شده‌اند. از روش‌های ابتکاری در نظام سلامت مانند انتقال وظیفه

2. United States President's Emergency Plan for AIDS Relief

3. President's Malaria Initiative

سال ۲۰۰۳ ایجاد گردید. بازنگری IHR که در سال ۲۰۰۵ روی داد و در سال ۲۰۰۷ به اجرا درآمد. دامنه آن محدود به ۵ خطر می‌باشد: عفونی، بیماری‌های حیوانی، امنیت غذایی، شیمیایی و رادیو هسته‌ای بود.<sup>۳۳،۳۴</sup> همچنین چندین همکاری جهانی به قوی‌تر شدن سازوکارهای امنیت سلامت کمک کرده است. برای مثال شبکه پاسخ و هشدار شیوع جهانی<sup>۴</sup> (GOARN)، یک مشارکت فنی بین‌رشته‌ای بین ۲۰۰ موسسه فنی و شبکه‌هایی که با بیش از ۶۰۰ همکار در سراسر جهان کار می‌کنند توسط سازمان بهداشت جهانی و همکاران در سال ۲۰۰۰ ایجاد گردید و در مسائل امنیت سلامت جهانی از طریق تضمین اینکه کشورها دسترسی سریع به مناسب‌ترین منابع و متخصصان برای شناسایی، ارزیابی و پاسخ به شرایط اضطراری که اهمیت بین‌المللی دارند، مشارکت می‌کند.<sup>۳۸</sup>

<sup>۳۷</sup> سیستم پاسخ و مراقبت جهانی آنفلوآنزای سازمان بهداشت جهانی<sup>۵</sup> (GISRS) تکامل ویروس‌های آنفلوآنزا را پیش می‌کند و در بخش‌هایی مانند تشخیص‌های آزمایشگاهی، واکسن‌ها، حساسیت‌های ضدویروسی و ارزیابی ریسک توصیه‌هایی ارائه می‌کند. همچنین به‌عنوان یک سازوکار هشدار جهانی برای ظهور ویروس‌های آنفلوآنزا و اپیدمی‌های بالقوه عمل می‌کند.<sup>۳۹</sup> همچنین قابل ذکر است که چارچوبی برای آمادگی در مورد اپیدمی آنفلوآنزا توسط مجمع سلامت جهانی در سال ۲۰۱۱ اتخاذ شده است که به‌عنوان بخشی جدا از نیاز به اطمینان از انتقال ویروس آنفلوآنزای جدید برای ارزیابی ریسک تجمیعی و برای افزایش دسترسی به واکسن‌ها و محصولات دیگر توسعه یافته است.<sup>۴۰،۴۱</sup>

**داده‌ها و پایش بهتر:** افزایش سرمایه‌گذاری در پیمایش‌های جمعیت محور و نظارت بر بیماری با مدل‌های اندازه‌گیری جمعیت محور بهتر مانند آزمایش‌هایی برای آنتی‌بادیهای HIV، وجود سل و انگل مالاریا که داده‌های بهتری برای سیاست‌گذاران و مجریان در بسیاری از کشورها در بر داشته و گزارش‌دهی جهانی را بهبود داده است، ترکیب شده است. پیشرفت‌هایی هم در زمینه پایش رفتارهای پرخطر و درمان‌گرا روی داده است.

## چالش‌ها

**افزایش تامین مالی:** به رغم افزایش منابع هنوز هم در بسیاری از کشورهای در حال توسعه کمبود بودجه در بخش‌های کلیدی وجود دارد. برای مثال در سال ۲۰۱۵ شکاف بودجه‌ای تخمین زده شده برای پاسخ کامل به اپیدمی جهانی سل در کشورهای با درآمد متوسط و پایین ۱،۴ میلیارد دلار بود.<sup>۹</sup> سرمایه‌گذاری

میان کارکنان سلامت و عدم تمرکز بر دریافت ARV ها استفاده شده است. نظام‌های درمان تا جایی که امکان دارد ساده‌تر و استاندارد شده‌اند. برای مثال در سال ۲۰۰۰ درمان ARV براساس ۸ قرص در روز بود در حالی که در سال ۲۰۱۵ به یک قرص در روز رسید. تلاش‌ها برای کنترل مالاریا از طریق افزایش مداخلات جدید چندگانه شامل LLIN ها، ACT و تست‌های تشخیصی سریع به میزان زیادی مفید بوده است. توسعه طیفی از ضد ویروس‌های دارای تاثیر بالا، ایمن و مستقیم و خوراکی باعث افزایش نرخ درمان به بیش از ۹۰ درصد برای افراد دارای بیماری مزمن HCV شد که فرصتی جدی برای به عقب راندن اپیدمی‌های HCV است.

**افزایش رهیافت‌های موثر:** استراتژی‌های جهانی و رهنموندهای سیاستی/هنجاری مربوطه پایه‌ای برای موفقیت محسوب می‌شود. اجرای موفق مداخلات موجود باعث پیشرفت در چند بخش شده است. به وضوح این تنها درباره مخارج بیشتر نیست بلکه هوشمندانه هزینه کردن است که می‌گوید هزینه کردن پول باید بر رهیافت‌هایی تمرکز یابد واقعا جواب می‌دهند. برنامه‌های موفق درمان و پیشگیری منجر به کاهش عفونت‌های جدید، و موارد بیماری و مرگ و میر برای چند بیماری شده‌اند. برای مثال در نتیجه بهبود دسترسی به منابع آب آشامدنی سالم بهبود قابل ملاحظه‌ای در بیماری‌های اسهالی به وجود آمده است. کاهش عفونت HBV ناشی از گسترش واکسیناسیون بوده است و کاهش در عفونت HIV در نوزادان به‌علت برنامه‌های پیشگیری از انتقال HIV از مادر به فرزند بوده است.<sup>۸</sup> پیشرفت در کاهش سل عمدتاً به دلیل استفاده گسترده از رهیافت‌های استاندارد برای تشخیص و درمان براساس استراتژی‌های توسعه یافته جهانی توسط سازمان بهداشت جهانی بوده است (استراتژی DOTS از اواسط دهه ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۵ و استراتژی TB طی ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۵).



**واکنش جهانی به شیوع بیماری‌های عفونی:** پیشرفت قابل توجه دیگر بازنگری IHR بوده است، که بر اثر بروز سارس در

4. Global Outbreak Alert and Response Network

5. WHO Global Influenza Surveillance and Response System

ناکافی در تحقیق و توسعه مربوط به سل نیز موضوعی است که نیاز به بررسی دارد، که تخمین زده شده است در سال ۲۰۱۳ حدود ۱,۳ میلیارد دلار در سال برای تحقیق و توسعه روی تشخیص‌ها، داروها و واکسن‌های جدید سل کمبود وجود داشته است.<sup>۹</sup> تخمین زده شده است در سال ۲۰۱۳ شکاف بودجه‌ای برنامه مالاریا ۲,۴ میلیارد دلار (۵۳ درصد تمام نیاز) بوده است. همچنین تخمین زده شده است تا سال ۲۰۲۰ سالانه ۸ تا ۱۲ میلیارد دلار بیشتر برای برنامه HIV نیاز خواهد بود.<sup>۸</sup> برنامه‌های مربوط به بیماری‌های گرمسیری فراموش شده در بسیاری از کشورهای با درآمد پایین به میزان زیادی به داوطلبان جامعه و تامین مالی خارجی وابسته هستند، با تنها ۲ اهدا کننده عمده دوطرفه می‌باشد.<sup>۱۹</sup> تا به امروز هیچ تامین مالی خارجی قابل توجهی برای برنامه‌های سلامت عمومی که به هیپاتیت ویروسی -به جز واکسیناسیون HBV - پرداخته باشد وجود نداشته است. مقدار سرمایه‌گذاری داخلی برای کنترل بیماری‌های عفونی به‌ویژه در کشورهای با درآمد متوسط در حال رشد است اما هنوز هم ناکافی می‌باشد.

**کاهش نرخ عفونت‌ها و بیماری‌های جدید:** با توجه به نبود واکسن‌های موثر برای پیشگیری از HIV، سل و مالاریا، گسترش تشخیص اولیه و علاقه‌مندی به درمان از اهمیت بالایی برخوردار است. برای مثال در مورد HIV هنوز دسترسی همگانی کافی و زیاد به کاندوم وجود ندارد. ۲ زن از ۳ زن دارای چند شریک جنسی در گزارش سال ۲۰۱۴ بیان نموده‌اند که در آخرین باری که تماس جنسی داشتند از کاندوم استفاده نکردند.<sup>۸</sup> زنان جوان به‌ویژه با توجه به نابرابری‌های جنسیتی و خشونت جنسیتی در معرض آسیب هستند. اختلال در انتقال ویروس HIV و هیپاتیت بین افراد درگیر امور جنسی (فاحشه‌ها)، همجنسگراهای مرد، افراد معتاد و دیگر افرادی که در معرض خطر قرار دارند هنوز هم در بسیاری از کشورها به‌عنوان یک چالش باقی مانده است. مشکلات دسترسی به خدمات اغلب با مسائل مربوط به گروه‌های مختلف و تبعیض در آمیخته شده است. در بسیاری از موارد، میزان عفونت بیشتر تابعی از آگاهی و رفتارهای فردی می‌باشد تا میزان دسترسی به خدمات. برخی رفتارهای ریسکی به طرز تعجب برانگیزی ادامه‌دار هستند. برای مثال تخمین زده شده است که تنها ۱۹ درصد از مردم جهان بعد از استفاده از توالیت دست‌هایشان را با آب و صابون می‌شویند. تخمین زده شده است که آب آشامیدنی، دفع فاضلاب و بهداشت ناکافی علت ۸۴۲ هزار مرگ قابل پیشگیری در هر سال می‌باشد.<sup>۱۳</sup>

**بهبود پوشش مداخله:** اطمینان از اینکه تمام افراد خدمات مورد نیاز خود برای تمام بیماری‌های عفونی‌ای را که در SDG تعیین شده است دریافت می‌نمایند یک چالش می‌باشد. راهنماهای جدید درمان نشان می‌دهند که ART باید برای

هر فرد مبتلا به HIV آغاز شود. با وجود افزایش قابل توجه در پوشش طی یک دهه گذشته تاکنون تنها ۴۰ درصد تحت درمان قرار گرفته‌اند. با وجود پیشرفت مداوم برای بیشتر از یک دهه تنها ۵۴ درصد موارد جدید سل که اخیراً شناسایی شدند، درمان شده‌اند. در سال ۲۰۱۳، ۲۷۸ میلیون از ۸۴۰ میلیون نفر در معرض مالاریا در کشورهای جنوب صحرای آفریقا در خانوارهای بدون حتی یک ITN زندگی می‌کردند. ۱۵ میلیون از ۳۵ میلیون زن باردار در معرض خطر درمان‌های پیشگیری دریافت نکرده بودند و بین ۵۶ تا ۶۹ میلیون کودک دچار مالاریا ACT ها را دریافت کرده بودند. مناطق فقیر که دسترسی خوبی به امکانات نداشتند بسیار بیشتر تحت تاثیر قرار گرفته بودند. برای مثال از ۱۵۰ میلیون نفر که هنوز از آب آشامیدنی ناسالم استفاده می‌کنند بیشتر از ۹۲ درصد آن‌ها در مناطق روستایی ساکن هستند. ساکنان روستا همچنین ۷۰ درصد از ۲,۴ میلیارد نفری هستند که دسترسی به امکانات دفع فاضلاب مناسب ندارند.<sup>۲۲</sup> اغلب مردم نیازمند به شیمی درمانی پیشگیرانه برای حداقل یک NTD نمی‌توانند آن‌را دریافت کنند (۶۱ درصد).<sup>۱۹</sup> برآورد شده است ۶۲ درصد نوزادان واکسیناسیون هیپاتیت B دریافت نمی‌کنند. به رغم اثربخشی درمان‌های شفا دهنده برای عفونت مزمن HCV و درمان متوقف کننده برای عفونت مزمن HBV برنامه‌های سلامت عمومی کمی برای آن‌ها وجود دارد. اکثر درمان‌ها از طریق مراقبت بالینی فردی برای افرادی که توانایی پرداخت هزینه‌های آن‌را را دارند، وجود دارد.

**بهبود کیفیت مراقبت:** کیفیت مراقبت‌های مربوط به بیماری‌های عفونی همانند دیگر بخش‌های سلامت عمومی یک چالش می‌باشد. یک بخش دارای نگرانی زیاد مربوط به تزریق‌ها و شیوه‌های انتقال خون نایمن است. استفاده مجدد از سرنگ و سوزن بدون استریل کردن به میزان بسیار زیادی کاهش یافته اما هنوز رایج است و در انتقال هیپاتیت B، C و HIV نقش دارد.<sup>۴۷</sup> بخش دیگری از نگرانی در ارتباط با رفتار بیمار است برای مثال تخمین زده شده است ۵۰ درصد خود درمانی‌های پزشکی بیماران برای اتمام دوره تجویزی موفق نبوده است. پایبندی کمتر به جدول زمانی درمان می‌تواند در مقاومت‌های دارویی نیز نقش داشته باشد.

**افزایش مقاومت دارویی:** مقاومت ضد میکروبی یک نگرانی بزرگ جهانی برای طیف وسیعی از عفونت‌ها است. در کادر ۵,۱ تعدادی از مسائل عمده مرتبط با مقاومت ضد میکروبی بحث شده است. HIV، سل و مالاریا چالش‌های مقاومت دارویی را داشته‌اند. ۴۸۰ هزار مورد جدید مقاومت چند دارویی سل (MDR TB) در سال ۲۰۱۴ برآورد شده است. کاهش بار MDR TB نیازمند پیشگیری از توسعه مقاومت دارویی از طریق درمان با کیفیت بالای سل حساس به دارو و توسعه

## کادر ۱-۵: مقاومت ضد میکروبی: یک تهدید جهانی

مقاومت میکروبی پیشگیری و درمان موثر طیف وسیعی از عفونت‌های باکتریایی، انگلی، ویروسی و قارچی را تهدید می‌کند. برای مثال افزایش نرخ مقاومت ضد میکروبی برای عفونت‌های تنفسی، گوارشی، زخم و دیگر ناشی از باکتری ای. کولای و کلبسیلا که به نسل سوم سفالوسپورینها مقاوم هستند. گزارش شده است. برای مثال استرپتوکوک پنومونیه حساسیت کمتری به پنی‌سیلین نشان می‌دهد که باعث بیماری پنوموکوکی حاد (به‌عنوان مثال پنومونی و مننژیت) مخصوصاً در کودکان و افراد مسن می‌شود. اس. آرتوس میزان بالای مقاومت به متی‌سیلین را نشان می‌دهد که برای عفونت‌های پوستی و زخم استفاده می‌شود. نایسریا گونوره به طرز فزاینده ای به سفالوسپورین نسل سوم به‌عنوان آخرین چاره در برابر سوزاک مقاوم شده است.

مقاومت ضد باکتریایی پیامدهای چندگانه‌ای دارد. بیماران مبتلا به عفونت‌هایی که باکتری‌هایش مقاوم به داروهای ضد باکتریایی هستند معمولاً ریسک خروجی درمانی بدتر، مرگ و مصرف بیشتر منابع سلامت نسبت به بیماران مبتلا به باکتری‌های مشابهی که الگوی مقاومت را نشان نمی‌دهند، دارند. داده‌های موجود برای تخمین تاثیر گسترده‌تر تاثیر اجتماعی و پیامدهای اقتصادی وقتی درمان موثر برای یک عفونت به‌علت مقاومت به تمام داروهای موجود امکان‌پذیر نباشد، کافی نیست. با این حال آشکار است که مقاومت ضد میکروبی یک تهدید برای سلامت جهانی می‌باشد که نیاز به اقداماتی توسط دولت‌ها و جوامع به‌عنوان یک کل دارد. نظارت که باعث تولید داده‌های قابل اعتماد می‌شود پایه اساسی صدای استراتژی‌های جهانی است و اقدامات سلامت عمومی حاوی مقاومت ضد میکروبی در سطح جهانی نیاز است یک فوریت تلقی شوند.

## تغییرات اقلیمی: افزایش دما، تغییر در الگوهای بارش، افزایش

رخدادهای شدید آب و هوایی و از دست رفتن تنوع زیستی ممکن است از راه‌های پیچیده ای گسترش بیماری‌های عفونی را تحت تاثیر قرار دهند.<sup>۴۹</sup> تغییرات اقلیمی می‌تواند توزیع ناقل‌های بیماری را مانند توزیع پشه حامل دانگ<sup>۶</sup> یا مالاریا تغییر دهد،<sup>۵۰</sup> گسترش بیماری را از طریق آب آلوده شامل وبا افزایش دهد و شرایط مطلوبی برای انتقال عوامل بیماری‌زایی مانند ویروس نیل غربی<sup>۷</sup> و ویروس هانتا<sup>۸</sup> ایجاد نماید.<sup>۵۱</sup>

رژیم‌های درمانی موثرتر برای آن‌هایی که مبتلا به MDR TB هستند، می‌باشد (متوسط نرخ درمان موفق در دنیا حدود ۵۰ درصد است). در مورد مالاریا، پلاسمودیوم فالسیپاروم در حال حاضر در ۵ کشور مقاوم به آرتمیسینین است. HIV حساس به دارو هم در حال ظهور است در حالی که استفاده از ترکیبی از درمان‌ها در حفظ میزان مقاومت کنترل‌پذیر موفق بوده است ولی هزینه‌های درمانی بسیار بالاتری را تحمیل می‌کند.

**مقاومت به حشره کش:** در ۱۰-۱۵ سال اخیر دستاوردهای مهم کاهش جهانی بار مالاریا از طریق افزایش دسترسی به LLINها بوده است. همراه با افزایش در حال گسترش مقاومت ناقل‌ها به حشره‌کش‌ها در مناطق بومی بیماری، اثربخشی این ابزار که اخیراً از یک نوع از حشره‌کش‌ها (پیرتروید) استفاده می‌کند در معرض خطر قرار دارد. استفاده موثر و همیشگی از ابزارهای حشره‌کش برای کنترل ناقل نیازمند افزایش سرمایه‌گذاری در توسعه محصول، پایش و مدیریت مقاومت حشره‌کش و تقویت ظرفیت در حشره‌شناسی مربوط به سلامت عمومی و استفاده کم‌خطر از آفت‌کش‌ها است.

6. Dengue

7. west Nile

8. Hantavirus



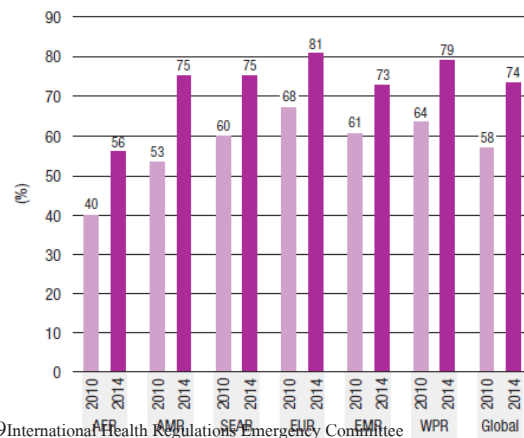
## پرداختن به تعیین کننده‌های اجتماعی [سلامت]:

بروز و دستاوردهای بیماری‌های عفونی به صورت تصادفی میان جمعیت توزیع نمی‌شود<sup>۵۲</sup>، فقرا، افراد با آموزش کمتر و جمعیت روستایی عموماً بار بیشتری از بیماری را تحمل می‌کنند. مسائل جنسیتی نقشی حیاتی به‌ویژه در مورد HIV بازی می‌کنند. <sup>۵۳</sup>SDGها تلاش‌های تازه‌ای را برای پرداختن به تعیین کننده‌های یکپارچه و موثرتر از آنچه MDG انجام داد، خواهند داشت.

## تقویت واکنش در برابر طغیان‌ها: افزایش و ادامه خطر

شیوع عفونت‌های در حال ظهور و عفونت‌هایی که مجدداً ظهور نموده‌اند به علت مسری بودن، مقاومت میکروبی و موجودات میکروبی کشنده، همچنین ریسک تروریسم زیستی - برای مثال در حالت پخش عمدی عوامل بیماری‌زا - یک نگرانی عمده محسوب می‌شوند. هرچند پیشرفت‌هایی در اجرای ظرفیت‌های مرکزی IHR در سال‌های اخیر به دست آمده است اما در سال ۲۰۱۴ وضعیت بسیار دورتر از حالت رضایت بخش - به‌ویژه در منطقه آفریقا - قرار داشت (شکل ۵، ۷).<sup>۵۴</sup> در واقع ۸۴ کشور از ۱۹۶ کشور عضو IHR (۴۳ درصد) برای دستیابی به مقررات اساسی IHR تا سال ۲۰۱۶ زمان خواسته‌اند، اما هنوز نقص‌های گسترده‌ای در ظرفیت‌های مربوط به آمادگی، نظارت، پاسخ‌گویی و دیگر ظرفیت‌های حیاتی وجود دارد.<sup>۵۵</sup> اپیدمی ابولا در غرب آفریقا بازتابی از عمق وضعیت امنیت سلامت جهانی حداقل در مورد توان ناکافی جهانی برای پاسخ سریع است. سازمان بهداشت جهانی برای اولین بار در ۲۳ مارس ۲۰۱۴ هشدار شیوع داد اما تا ۸ اگوست ۲۰۱۴ بعد از جلسه کمیته اضطراری مقررات بهداشت جهانی<sup>۹</sup> که اعلام وضعیت اضطراری برای سلامت عمومی بین‌المللی کرد، به شیوع ابولا توجه نشد. این اپیدمی همچنین نقاط ضعف سازوکارهای تامین مالی برای پاسخ به شیوع را نشان داده است از ۲،۸۹ میلیارد دلاری که جامعه جهانی برای پاسخ به ابولا متعهد شد کمی بیشتر از ۴۰ درصد تا ابتدای سال ۲۰۱۵ به مناطق آسیب دیده رسیده بود.<sup>۵۷</sup>

شکل ۷-۵: وضعیت اجرای IHR: متوسط امتیاز ۱۳ ظرفیت؛



9. International Health Regulations Emergency Committee

**توسعه محصولات جدید:** اهمیت داروها و واکسن‌های جدید در مبارزه با بیماری‌های عفونی تقریباً مشخص است اما آشکار است اگر این حرکت قرار است حفظ شود تحقیق و توسعه ادامه دار واکسن‌ها و داروها نقش حیاتی دارد. تنها بخش کوچکی از سرمایه‌گذاری جهانی روی تحقیق و توسعه بیماری‌هایی که مشکلات عمده بهداشت جهانی هستند در کشورهای با درآمد پایین و متوسط صورت می‌گیرد.<sup>۵۹</sup> کار همچنین دلهره آور است برای مثال کار روی واکسن کارایی مالاریا در ۲۰ سال اخیر ادامه داشته است و تاکنون منجر به یک واکسن نیمه زنده شده RTS,S/AS۰۱ است.<sup>۶۰</sup> این همچنین یک داستان مشابه برای HIV است جایی که دهه‌ها آزمایش بالینی برای واکسن در حال انجام می‌باشد (فاز ۱ و ۲) و انواع نشانگرها و واکسن‌ها آزمایش می‌شوند. این کار تا زمانی که برنده‌ای پدیدار شود ادامه خواهد داشت. تنها واکسن سل که اخیراً استفاده می‌شود در دهه ۱۹۲۰ ایجاد شده است و در حالی که کودکان را در برابر چندین شکل حاد سل مصون می‌نماید، اثربخشی آن برای پیشگیری از سل در بزرگسالان (که تقریباً ۹۰ درصد موردهای جهانی هستند) بسیار متغیر است. در حال حاضر در آزمایش‌های بالینی ۱۵ نوع واکسن سل وجود دارد. در ارتباط با بیماری‌های گرمسیری فراموش شده یک نیاز اضطراری برای تحقیق و توسعه بیشتر برای مبارزه با ظهور مقاومت دارویی و همچنین آفت‌کش‌ها برای کنترل ناقل وجود دارد. چندین داروی جدید در لوله‌های آزمایش برای درمان عفونت مزمن HCV در حال بررسی هستند. به هر حال قیمت‌های بالای آن‌ها و عدم تشخیص ساده و مقرون به صرفه موانعی در اجرای برنامه‌های سلامت عمومی ایجاد می‌کند. همچنین نیاز به درمان‌های موثرتر و شفاف‌دهنده‌تر و تشخیص‌های ساده‌تر برای عفونت مزمن HBV وجود دارد.



## اولویت‌های استراتژیک

اهداف SDG برای بیماری‌های عفونی بسیار بلند پروازانه هستند اما با تعدادی از استراتژی‌های خاص بیماری و قطعنامه‌هایی که مجمع جهانی سلامت در حال توسعه آن‌ها می‌باشد، در ارتباط هستند. کاهش‌های هدفمند در تمام بیماری‌های عفونی در ۱۵ سال اخیر در پیشرفت به سوی اهداف حذف بیماری، به مراتب بیشتر از آن چیزی که از سال ۲۰۰۰ بود، به دست آمده است. استراتژی‌های جدید شامل:

- استراتژی جهانی حرکت سریع UNAIDS:
- پایان دادن به اپیدمی ایدز تا ۲۰۳۰ و نوشتن پیش نویس استراتژی بخشی سازمان بهداشت جهانی برای HIV برای سال‌های ۲۰۱۶ تا ۲۰۲۱
- استراتژی پایان سل
- استراتژی فنی جهانی برای مالاریا ۲۰۱۶-۲۰۳۰
- نقشه راه مربوط به بیماری‌های گرمسیری فراموش شده و

بهبودی آب، فاضلاب و بهداشت برای پیشرفت شتاب‌دار و پایدار در مورد بیماری‌های گرمسیری فراموش شده: یک استراتژی جهانی ۲۰۱۵-۲۰۲۰

- پیش نویس استراتژی بخشی بهداشت جهانی روی هیپاتیت ویروسی ۲۰۱۶-۲۰۲۱.
- استراتژی‌ها و اسناد مرتبط تعدادی از اهداف و شاخص‌های خاص‌تر را برای پیشرفت به سوی اهداف و ارتباط با اهداف کلی SDG پیشنهاد کرده‌اند (جدول ۱، ۵).

نبرد علیه بیماری‌های عفونی نیازمند تمرکز بر مناطق جغرافیایی و جمعیتی‌ای است که در معرض بیشترین ریسک می‌باشند. منطقه آفریقا با تفاوت زیادی بیشترین بار بیماری‌های عفونی را دارد بعد از آن منطقه جنوب شرق آسیا و منطقه مدیترانه شرقی قرار دارند. نیاز به کاهش عمده در میزان عفونت‌های جدید دلالت بر تاکید بر تلاش‌های پیشگیرانه تکمیلی با درمان موثر دارد. تعدادی از اولویت‌های استراتژیکی مشترک را می‌توان برای تمام بیماری‌های عفونی شناسایی کرد.

جدول ۱-۵: خلاصه اهداف خاص در برنامه‌های جهانی و توافق‌های دیگر بین‌المللی برای هدف ۳،۳ SDG در مورد بیماری‌های عفونی

هدف SDG	برنامه خاص - اهداف اساسی ۲۰۳۰
پایان دادن به اپیدمی ایدز	کاهش تعداد سالانه مبتلایان جدید HIV به میزان ۹۰ درصد و کاهش سالیانه تعداد افرادی که به علت ایدز می‌میرند به میزان ۸۰ درصد (در مقایسه با سال ۲۰۱۰)
پایان دادن به اپیدمی سل	۹۰ درصد کاهش در مرگ و میرهای هیپاتیت ۸۰ درصد کاهش در نرخ شیوع (به کمتر از ۲۰ در ۱۰۰ هزار نفر) هیچ خانواده‌ای به علت سل با هزینه‌های کمرشکن مواجه نشود
پایان دادن به همه‌گیری مالاریا	۹۰ درصد کاهش در نرخ مرگ و میر جهانی مالاریا ۹۰ درصد کاهش در شیوع جهانی موارد حذف مالاریا در حداقل ۳۵ کشور توجه دوباره پیشگیری از مالاریا در تمام کشورهایی که به عنوان بدون مالاریا شناخته می‌شوند
پایان دادن به اپیدمی بیماری‌های گرمسیری فراموش شده	۹۰ درصد کاهش در تعداد افراد نیازمند مداخله‌گرهای مربوط به بیماری‌های گرمسیری فراموش شده
مقابله با هیپاتیت	۹۵ درصد کاهش در موارد جدید عفونت مزمن HBV بین ۲۰۱۰ تا ۲۰۳۰؛ ۸۰ درصد کاهش در موارد جدید عفونت مزمن HCV در دوره مشابه؛ ۶۵ درصد کاهش در مرگ‌های مرتبط با HBV و HCV
مقابله با بیماری‌های قابل انتقال از طریق آب <sup>۶۹</sup>	هیچ فردی تا سال ۲۰۲۵ دفع مدفوع در فضای باز نداشته باشد همه از عرضه آب آشامیدنی پایه و تسهیلات شستشوی دست در منزل استفاده کنند تمام خدمات عرضه آب آشامیدنی، دفع فاضلاب و بهداشت به طرز فزاینده‌ای مقرون به صرفه و دارای سازگاری مالی و محیطی باشند.

تغییرات در رفتار مانند ارتباط جنسی ایمن و استفاده از کاندوم برای کاهش انتقال HIV، STI و هپاتیت. کاهش آسیب برای افرادی که داروهایی برای جلوگیری از HIV، HCV و HBV تزریق می‌کنند. استفاده از پشه بندهای آغشته به سم برای پیشگیری از مالاریا. بهبود ایمنی مراقبت سلامت برای کاهش انتقال بیمارستانی HIV، هپاتیت و عوامل بیماری‌زای دیگر. شیمی درمانی پیشگیرانه رایگان، ایمن، تک دوز در مقیاس بزرگ و داروهای با کیفیت تضمین شده در فواصل منظم سنگ بنای مقابله با بیماری‌های گرمسیری فراموش شده است. واکسیناسیون کودکان یک مداخله در اولویت برای مقابله با هپاتیت B است از جمله تجویز دوز تولد و واکسیناسیون روتاوایروس<sup>۱</sup> برای کاهش بروز اسهال (به فصل سوم مراجعه نمایید). به سرمایه‌گذاری ادامه دار در توسعه واکسن‌ها برای مبارزه با بیماری‌های دیگر مورد نیاز که در ۱۵ سال آینده ممکن است پرداخت شود.

**شناسایی، تشخیص و درمان:** گسترش موثر شناسایی موارد، تشخیص سریع و درمان با کیفیت اجزای ضروری استراتژی‌های بعد از سال ۲۰۱۵ برای تمام بیماری‌های عفونی هستند. تشویق رفتارهای سالم و ارائه تجهیزات درمان و تشخیص خوب برای افزایش پوشش درمان حیاتی هستند.<sup>۸</sup> عدم آگاهی از وضعیت HIV عمدتاً دلیل اصلی پوشش پایین ARV ها که نیاز به دسترسی آسان و استفاده زیاد از آزمایش‌های HIV برای تمام گروه‌های جمعیتی مرتبط دارند، می‌باشد. غربال‌گری موثر و ساده، تشخیص و مرحله‌بندی بیماری برای افرادی که عفونت HBV و HCV دارند و همچنین برای تعیین توانایی درمان بسیار مهم است.

پوشش بالا همراه با مداخله‌های با کیفیت یک استراتژی اساسی برای تمام برنامه‌ها است که نیاز به در دسترس بودن داروهای باکیفیت و قیمت پایین برای همه، ارائه خدمات سلامت مبتنی بر شواهد و پایبندی بالا به درمان‌های پیشگیرانه توسط افراد دارد. حفظ برنامه‌های درمانی با کیفیت بالا به سنگ بنای برنامه‌های سل در دو دهه اخیر تبدیل شده است. همچنین برای HIV، گسترش پوشش یک هدف استراتژیک مرکزی برای کشورهای که روی دستیابی به الزامات راهنماهای درمانی جدید سازمان بهداشت جهانی تلاش می‌کنند، می‌باشد. برای بیماری‌های گرمسیری فراموش شده گسترش پوشش درمانی حیاتی است و اگر پوشش با کیفیت برای مدت زمان کافی حفظ شده باشد - برای مثال ۳ سال برای شیمی‌درمانی پیشگیرانه مورد نیاز برای بیماری‌های گرمسیری فراموش شده - ممکن است برای قطع کامل انتقال کافی باشد. با این حال برای اثرگذاری بیشتر، شیمی‌درمانی باید با مداخلاتی برای بهبود

1. Rotavirus

آب، فاضلاب و بهداشت همراه باشد.<sup>۷۰</sup> پوشش درمانی بالا تنها یک ابزار پیشگیری مهم برای بیماری‌هایی مانند سل و مالاریا که علاج پذیر هستند، نمی‌باشد بلکه همچنین برای HIV نشان داده شده است که سرکوب ویروسی موثر می‌تواند منجر به کاهش بروز در جمعیت عمومی شود. نیاز است پیشرفت در درمان عفونت مزمن HBV و HCV در برنامه‌های سلامت عمومی گنجانده شود.

**مقاومت ضد میکروبی:** در پاسخ به چالش مقاومت ضد میکروبی، پیش نویس طرح اقدام جهانی سازمان بهداشت جهانی روی مقاومت ضد میکروبی در می ۲۰۱۵ در مجمع جهانی سلامت ارائه شد. هدف از اقدام جهانی تا زمانی که امکان پذیر است اطمینان از تداوم درمان و پیشگیری موفق بیماری‌های عفونی همراه با داروهای موثر و بی‌خطر که کاملاً از نظر کیفیت تضمین شده‌اند، استفاده از آن‌ها در راه درست و قابل دستیابی بودن برای تمام افرادی که به آن نیاز دارند، می‌باشد. برای رسیدن به این امر، طرح اقدام پنج هدف استراتژیک دارد:

- بهبود آگاهی و فهم مقاومت ضد میکروبی
- تقویت دانش از طریق نظارت و تحقیق
- کاهش بروز عفونت
- بهینه‌سازی استفاده از عوامل ضد میکروبی
- اطمینان از سرمایه‌گذاری پایدار برای مقابله با مقاومت ضد میکروبی.

**رویکرد یکپارچه و پوشش همگانی سلامت:** استراتژی‌های در اولویت بیماری‌های عفونی SDG الزاماً چالش‌های اصلی شناخته شده را منعکس می‌کنند. پوشش جمعیتی گسترده همراه با پیشگیری باکیفیت و مدیریت خدمات که از طریق بودجه‌های کافی پشتیبانی شده‌اند باید در مرکز تلاش‌های دوران پس از ۲۰۱۵ باشد. نزدیکی این هدف به پوشش همگانی سلامت نشان می‌دهد که فرصت‌های بسیاری برای تنظیم و یکپارچه‌سازی طرح‌های یک بیماری خاص با اصلاحات گسترده‌تر سیستمی در دسترس خواهد بود. استراتژی‌های خاص پیش از این مشخص شده‌اند. برای مثال تمرکز HIV روی جمعیت‌هایی که پیش از این فراموش شده بودند مانند زنان جوان، جمعیت‌های کلیدی مانند فاحشه‌ها، مهاجرین، کودکان و افراد پیر که پیش از این فراموش شده بودند، می‌باشد. تمرکز سل بر موارد ذیل می‌باشد: یکپارچه‌سازی، مراقبت بیمار محور و پیشگیری مانند تشخیص اولیه سل، درمان تمام افراد مبتلا به سل حتی آن‌هایی که مقاومت دارویی سل دارند، فعالیت‌های مشترک سل و ایدز و مدیریت عوارض مشترک؛ درمان پیشگیرانه مردم در معرض خطر و واکسیناسیون علیه سل.<sup>۷۳</sup> همچنین در بحث HIV، هدف‌گذاری برای پاسخگویی یکپارچه به HIV

که باعث گسترش مشارکت به سوی پوشش همگانی سلامت از جمله نیروی کار بخش سلامت، سیستم تدارکات، ایمنی خون و تزریق و درمان عفونت‌های همزمان می‌شود، صورت گرفته است همه این‌ها نیاز به دسترسی همگانی به خدمات باکیفیت و مقرون به صرفه دارند.

**اجرای IHR:** یک گزارش به مجمع جهانی سلامت در سال ۲۰۱۵ ارائه شد که چندین اولویت استراتژیکی برای بهبود اجرای IHR را شناسایی کرده بود. بسیاری از آن‌ها براساس درس‌هایی که از شیوع ابولا آموخته شد و تمرکز بر نیاز برای توانایی بالا بردن ظرفیت‌های سلامت عمومی و شبکه‌ها در مواقع اضطراری می‌باشند. اقدامات کلیدی مورد نیاز در دهه پیش رو شامل ۱. رهبری داخل کشوری، ادغام خدمات آزمایشگاهی و نظام‌های نظارتی برای بهبود نظارت یکپارچه ۲. ایجاد ظرفیت‌های نظارت چندبخشی در سطح محلی و جامعه با کارکنان آموزش دیده همراه افراد کلینیکی، یکپارچه سازی نظام‌های نظارتی برای بیماری‌های مسری و دیگر خطرات و تاسیس سیستم‌های اعلام خطر اولیه و پاسخ ۳. ایجاد ظرفیت‌های اساسی در نقاط ورود به خصوص بر حسب سیستم‌های نظارت، آمادگی و پاسخ و ۴. شناسایی سازوکارهای جدید برای آدرس‌دهی شکاف‌های ادامه دار در ظرفیت‌های اساسی کشورها و عدم کفایت روش‌های فعلی برای دیده‌بانی دقیق توسعه و شرایط شامل ارزیابی مستقل وضعیت ظرفیت‌های تکمیلی خودارزیاب پایه‌ای IHR. برای جلوگیری و کاهش احتمال شیوع، تشخیص زودهنگام، سریع و موثر تهدیدها نیاز به هماهنگی و ارتباط بین‌المللی چند بخشی وجود دارد.<sup>۷۵</sup>

**اقدامات درون بخشی:** این امر به‌ویژه برای اهداف پیشگیرانه بسیار مهم است. یک نمونه بارز بیماری‌های منتقله از راه آب هستند که در آن عرضه آب بهتر، دفع فاضلاب ایمن‌تر، اقدام‌های تقویت شده در بخش‌های حیاتی ارتقا بهداشت و تلاش‌های بیشتر در نواحی روستایی فراموش شده همه نیاز به درگیری بخش‌های مختلف دارند. اما اقدامات بین بخشی زیادی مانند در نظر گرفتن تعیین‌کننده‌های سلامت مانند جنسیت، تحصیلات و غیره در مورد بیماری‌های دیگری مانند HIV، مالاریا و بیماری‌های گرمسیری فراموش شده لازم است. همچنین در نظر گرفتن علت‌ها و دستاوردهای تغییرات اقلیمی نیازمند یک رهیافت میان رشته‌ای، سرمایه‌گذاری در سلامت عمومی و همکاری بین رشته‌ای و کشورهای مختلف برای محافظت از سلامت مردم و حیوانات می‌باشد. به‌صورت مشابه پرداختن به مقاومت ضد میکروبی نیازمند تعامل میان بخش‌های مختلف است.

**پایش و تحقیقات:** پایش و نظارت برای شناسایی الگو و روند بیماری‌های عفونی نه تنها برای پاسخ‌دهی به شیوع بیماری‌های

عمده بلکه همچنین برای شناسایی رهیافت‌ها و مداخلات موفق (و ناموفق) نیاز است. تحقیقات برای بهینه کردن پیاده سازی، تاثیر سند و توسعه و بهبود نوآوری‌ها نقش حیاتی ادامه دارد. همچنین تقویت ظرفیت کشور در پایش و تحقیقات با داده‌های باکیفیت پیوسته مهم است. علاوه بر این سرمایه‌گذاری بیشتری برای تحقیق و توسعه در مورد مداخلات موثر برای مقابله با بیماری‌های گرمسیری فراموش شده در کشورهای در حال توسعه نیاز است.

## HIV / ایدز

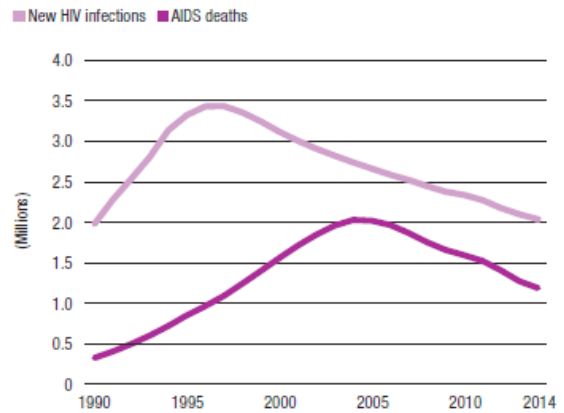
از وقتی که این بیماری برای اولین بار در سال ۱۹۸۱ شرح داده شد بیش از ۳۰ سال می‌گذرد و هنوز HIV به‌عنوان یک علت اصلی سلامت بد و مرگ و میر باقی مانده است. در حالی که سرمایه‌گذاری در مورد HIV به نتایج بی سابقه‌ای در سطح جهان رسیده است اما همچنان در سال ۲۰۱۴، ۳۶٫۹ میلیون نفر مبتلا به HIV بودند، ۲ میلیون مورد ابتلای جدید و ۱٫۲ میلیون مرگ به‌علت HIV روی داده است. ۸ مورد از ۱۰ نفر مبتلا به HIV در منطقه جنوب صحرای آفریقا زندگی می‌کنند جایی که HIV علت عمده مرگ بین بزرگسالان، زنان در سن بارداری و کودکان است.

## دستاوردها:

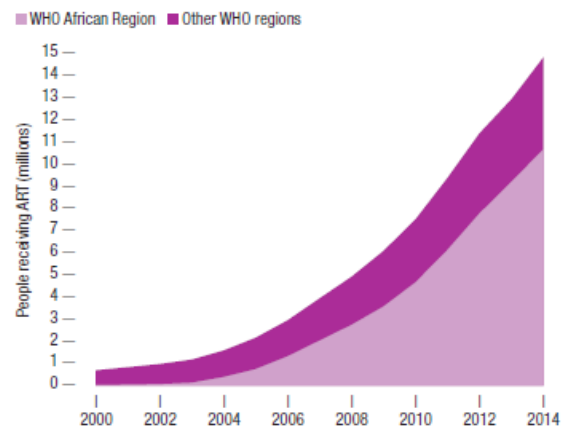
هدف MDG ۶A (توقف و شروع به معکوس کردن گسترش HIV تا سال ۲۰۱۵) به‌دست آمده است. تعداد افراد جدید مبتلا به HIV تا سال ۲۰۱۴ حدود ۴۰ درصد کمتر از اوج بروز در نیمه دوم دهه ۱۹۹۰ بود (شکل ۸-۵). مرگ و میرهای مرتبط به ایدز از مقدار اوج آن سال ۲۰۰۴، ۴۲ درصد کمتر شده است. تعداد کودکان جدیدی مبتلا به HIV از ۵۲۰ هزار مورد در سال ۲۰۰۰ به ۲۲۰ هزار مورد در سال ۲۰۱۴ رسیده است که عمدتاً به دلیل افزایش دسترسی به ARV ها برای زنان باردار مبتلا به HIV می‌باشد. همچنین پیشرفت خوبی به سوی هدف MDG B.۶ (دسترسی همگانی به درمان) صورت گرفته است. در سطح جهانی ۱۴٫۹ میلیون نفر مبتلا به HIV تا پایان سال ۲۰۱۴ دریافت کرده‌اند که میزان آن ۶۹۰ هزار نفر در سال ۲۰۰۰ بود (شکل ۹-۵). به هر حال این هنوز تنها ۴۰ درصد از ۳۶٫۹ میلیون نفر تخمینی مبتلا به HIV می‌باشد. در جنوب صحرای آفریقا نرخ پوشش ART به میزان ۱۰/۷ میلیون نفر از ۲۵/۸ میلیون نفر مبتلا به HIV است.



شکل ۸-۵: نرخ جهانی بروز و مرگ و میر به علت HIV؛ ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۴



شکل ۹-۵: افزایش ART در منطقه آفریقای WHO و مناطق دیگر



مجمع عمومی سازمان ملل برای HIV/ایدز و سازوکارهای بودجه ای جدید و نوآورانه ای مانند PEPFAR، صندوق جهانی و UNITAD برای ایدز همراه با همکاری جامعه مدنی و محلی، رهبری، حمایت، هماهنگی و منابع را برای پاسخی جهانی فراهم کرده است.

**مداخلات پیشگیرانه:** ترکیب مداخلات موثری مانند تغییر رفتار در ارتباط برای تشویق به تغییر در رفتار جنسی، برنامه‌هایی که جمعیت خاصی را هدف می‌گیرند مانند برنامه‌های کاهش آسیب برای افرادی که دارو تزریق می‌کنند، حداکثرسازی مزایای پیشگیری با ARV ها مانند آن‌هایی که برای جلوگیری از انتقال ایدز از مادر به فرزند هستند و ختنه پزشکی اختیاری مردان در شرایط شیوع بالای HIV باعث کاهش انتقال HIV شده است. **ART:** توسعه و افزایش جهانی دسترسی به ART یکی از موفق ترین مداخله‌های سلامت عمومی در دوران MDG بوده است. کاهش قیمت ARV ها، با توجه به حمایت جهانی، پیش‌بینی‌پذیری بیشتر تقاضا، صرفه‌های مقیاس، افزایش رقابت بین تولیدکنندگان، مشارکت تولیدکنندگان ژنریک و صدور مجوز اختیاری باعث مقرون به صرفه‌تر شدن درمان شده است.

**افزایش بودجه:** در کشورهای با درآمد متوسط و پایین ۲۱٫۷ میلیارد دلار، ۴ برابر مقدار سال ۲۰۰۰، روی پاسخ به ایدز در سال ۲۰۱۵ سرمایه‌گذاری شد. در سال ۲۰۱۴، ۵۷ درصد این سرمایه‌گذاری‌ها از منابع داخلی بودند. بودجه جهانی نسبت به سال ۲۰۰۰ حدود ۱۰ برابر افزایش یافته است؛ از تقریباً ۹۰۰ میلیون دلار به ۸٫۶ میلیارد دلار در سال ۲۰۱۴ رسیده است.

روش‌های نوآورانه برای ارائه خدمات: انتقال وظیفه، تمرکززدایی و مشارکت جامعه به بیشتر شدن ارائه مراقبت سلامت برای بسط خدمات بدون تغییر کیفیت کمک کرده است.

## چالش‌ها: ۷۸

**آفریقا:** ۷۰ درصد افراد مبتلا به HIV در منطقه آفریقا جایی که تقریباً ۱ نفر از هر ۲۰ نفر بزرگسال به این بیماری مبتلا هستند، زندگی می‌کنند (شکل ۱۰، ۵). یک رهیافت یکپارچه چندوجهی چند بخشی مستلزم کمک مالی خارجی قابل توجه و ادامه‌دار همراه با افزایش مشارکت داخلی دارد.

**پوشش درمان:** تجدید نظر در دستورالعمل‌های سال ۲۰۱۵ سازمان بهداشت جهانی برای ART باعث حذف آستانه برای شروع درمان شده است و درمان را برای همه توصیه می‌کند این باعث افزایش جمعیت واجد شرایط برای درمان شده و یک چالش آشکار برای پوشش را پیش می‌آورد. دسترسی به درمان، مانع اصلی برای پوشش درمان بیشتر نیست بلکه ناآگاهی از وضعیت HIV است که تخمین زده می‌شود نصف افراد مبتلا به HIV نمی‌دانند که مبتلا هستند.



## عوامل موفقیت:

پاسخگویی و مشارکت جهانی: یک ترکیب قوی از تامین مالی داخلی، اهدا کنندگان، عمومی و خصوصی براساس اعلامیه

## اولویت‌های استراتژیک:

هدف SDG برای پایان اپیدمی ایدز تا سال ۲۰۱۳. برنامه ایدز سازمان ملل منجر یک استراتژی جهانی شده است. مسیر سریع: پایان اپیدمی ایدز تا سال ۲۰۳۰ توسط استراتژی‌های بخشی با جزئیات بیشتر مانند استراتژی بخش سلامت جهانی سازمان بهداشت جهانی برای HIV ۲۰۱۶-۲۰۲۱ که در حال توسعه هستند. استراتژی‌های جهانی یک کاهش ۹۰ درصد در تعداد سالانه افراد جدید مبتلا به HIV و ۸۰ درصد در تعداد افرادی که سالیانه به علت ایدز می‌میرند را هدف‌گذاری کرده‌اند (درصدها در مقایسه با سال ۲۰۱۰ هستند).

### بخش‌های تمرکز بعد از سال ۲۰۱۵ شامل:

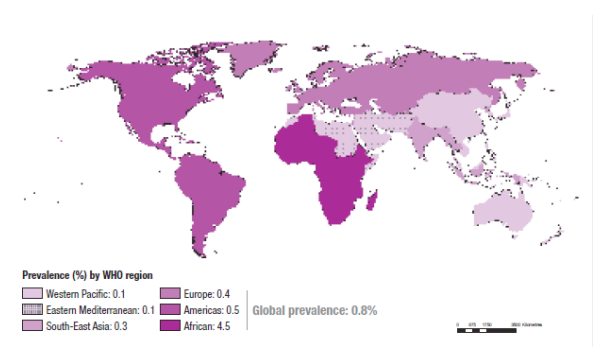
تمرکز روی جمعیت‌هایی مانند دختران نوجوان، جمعیت کلیدی (فاحشه‌ها، مردان همجنس‌گرایان، افرادی که دارو تزریق می‌کنند و افراد تراجنسیتی)، مهاجران، کودکان و افراد مسن که در مورد HIV فراموش شده‌اند.

تمرکز روی مکان‌هایی که بیشترین انتقال HIV در آنجا روی می‌دهد و بیشترین بار HIV را دارند و استفاده از داده‌ها برای حمایت کردن از اثر برنامه‌ها

واکنش‌های یکپارچه به HIV توسط نیروی کار بخش سلامت، سیستم‌های تدارکاتی، ایمنی تزریق و خون و درمان عفونت‌های همراه که مشارکت به سوی پوشش همگانی سلامت را بسط می‌دهد

برنامه‌های پایدار همراه با انتقال بودجه داخلی به سوی خدمات اساسی HIV.

شکل ۱۰-۵: شیوع HIV بین افراد ۱۵ تا ۴۹ ساله در مناطق WHO؛ ۲۰۱۴



## سل

سل یک بیماری قابل درمان است اما هنوز یک مشکل عمده سلامت جهانی می‌باشد. ۹,۶ میلیون مورد جدید سل و ۱,۵ میلیون مرگ که ۰,۴ میلیون آن بین افراد مبتلا به HIV بود، در سال ۲۰۱۴ وجود داشت. در دو دهه گذشته تلاش‌های ملی و بین‌المللی برای جلوگیری، تشخیص و درمان سل با استراتژی

**واکسن‌ها:** بیشتر از ۳۰ آزمایش بالینی برای واکسن HIV گزینه‌های متنوع را تست می‌کنند و در حال حاضر در حال انجام هستند (فاز ۱ و ۲) اما به نظر می‌رسد در آینده نزدیک هیچ واکسن موثری در دسترس نخواهد بود.

**پایین آوردن بروز:** دسترسی همگانی و استفاده مردان و زنان از کاندوم به‌ویژه برای افراد جوان هنوز وجود ندارد. زنان جوان با توجه به عوامل مختلف مانند نابرابری‌های جنسیتی و خشونت جنسیتی در معرض آسیب هستند. قطع انتقال HIV بین جمعیت‌های کلیدی مانند فاحشه‌ها، مردان همجنس‌گرا، افرادی که دارو مصرف می‌کنند، افراد تراجنسیتی و زندانیان هنوز به‌عنوان یک چالش در بسیاری از کشورها باقی مانده است. انگ و تبعیض: در بسیاری از کشورها شرایط قانونی آسیب‌پذیری نسبت به HIV را افزایش می‌دهد، به رفتارهای پرخطر کمک می‌کند و مانع دسترسی به خدمات HIV می‌شود. بسیاری از کشورها قوانینی دارند که آزار افرادی (یا رفتار آن‌ها) که در معرض ریسک بالای ابتلا به HIV هستند را جرم می‌داند یا مانع می‌شود.

**حذف انتقال‌های مرتبط با مراقبت سلامت:** به رغم کاهش عمده در انتقال HIV از طریق تزریق‌ها و انتقال خون نایمن ۲۴ درصد از اهدا کنندگان خون در کشورهای با درآمد پایین برای حداقل یکی از ویروس‌ها (HIV، HBV، HCV) از طریق فرایندهای باکیفیت غربال نمی‌شوند.

عفونت‌ها و سایر بیماری‌های همراه: سل، هیپاتیت (B و C) و دیگر بیماری‌های مسری همراه با عفونت HIV روی می‌دهند. چون افراد مبتلا به HIV بیشتر با ART زندگی می‌کنند، در معرض طیف وسیع تری از بیماری‌های گرمسیری فراموش شده مرتبط با عفونت HIV، اثرات جانبی درمان‌هایشان، اثرات افزایش سن مانند بیماری‌ها قلبی-عروقی، دیابت، اختلالات تنفسی و سرطان‌ها که همه نیازمند مراقبت مزمن هستند، قرار دارند.



سال ۲۰۱۴ کاهش داشته است در حالی که نرخ مرگ و میر و شیوع سل به ترتیب ۴۷ درصد و ۴۲ درصد در بازه زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ کاهش داشته است.

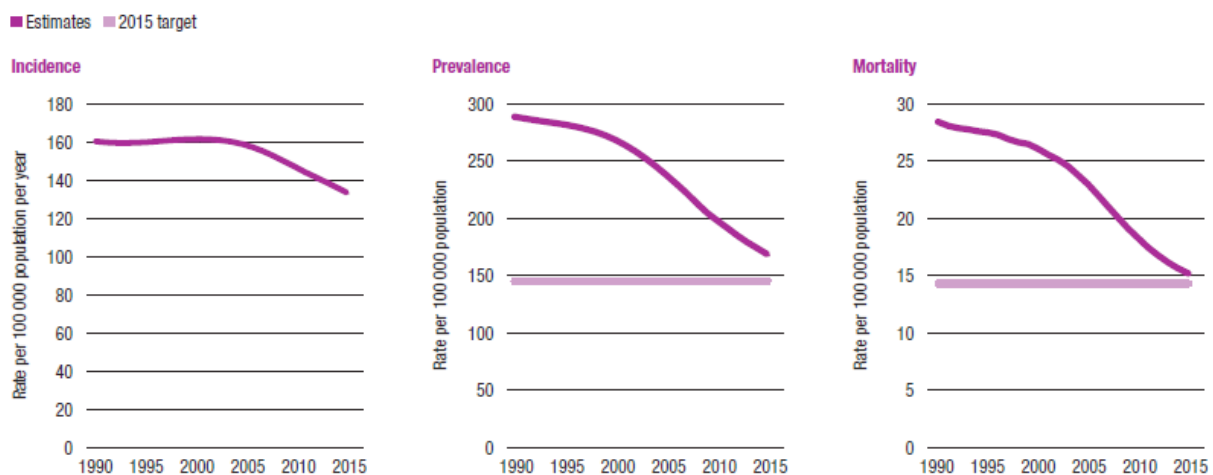
نرخ موفقیت در تشخیص و درمان موارد در سطح ملی و جهانی از سال ۱۹۹۵ پس از استقرار اهداف جهانی (۷۰ درصد و ۸۵ درصد به ترتیب) در مورد این شاخص‌ها پایش شده است. نرخ تشخیص موارد جدید و عود تا ۲۰۱۴ از میزان ۳۸ درصد به ۶۳ درصد در مقایسه با سال ۲۰۰۰ افزایش داشته است. میزان موفقیت درمان جهانی سل در سال ۲۰۱۳، ۸۶ درصد بود که در حدود ۸۵ درصد از سال ۲۰۰۷ به بعد پایدار بوده است. این بدین معناست ۵۱ درصد از موارد گزارش شده سل در سال ۲۰۱۳ تشخیص و درمان موفقیت آمیز داشته‌اند (شکل ۱۲-۵).

DOTS (از اواسط دهه ۹۰ میلادی تا سال ۲۰۰۵) و پس از آن استراتژی توقف سل (۲۰۰۶ تا ۲۰۱۵) انجام شده است. استراتژی توقف سل برای دستیابی به اهداف جهانی سل تا سال ۲۰۱۵ در بطن MDGها طراحی شد.

## دستاوردها:

هدف MDG ۶C کاهش در نرخ بروز بیماری سل تا سال ۲۰۱۵ بود. هدف این بود که نرخ شیوع و مرگ و میر تا سال ۲۰۱۵ در مقایسه با سطوح ۱۹۹۰ در طی توسعه برنامه جهانی برای توقف سل ۲۰۰۱-۲۰۰۵ نصف شود. پیشرفت‌های جهانی در تمام بخش‌ها قابل توجه بوده است (شکل ۱۱-۵). نرخ بروز سل از سال ۲۰۰۰ به بعد به طور متوسط ۱,۵ درصد در سال تا

شکل ۱۱-۵: روند جهانی بروز، شیوع و نرخ مرگ و میر به علت سل؛ ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵

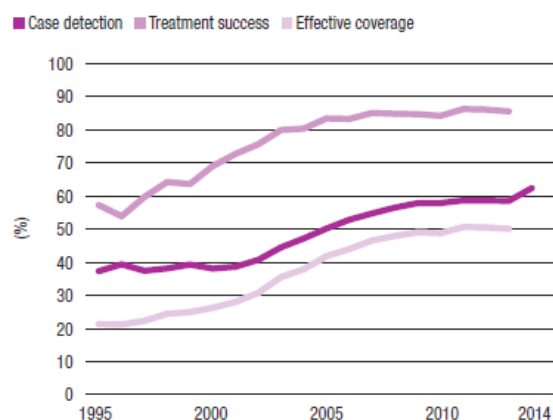


## عوامل اصلی موفقیت:

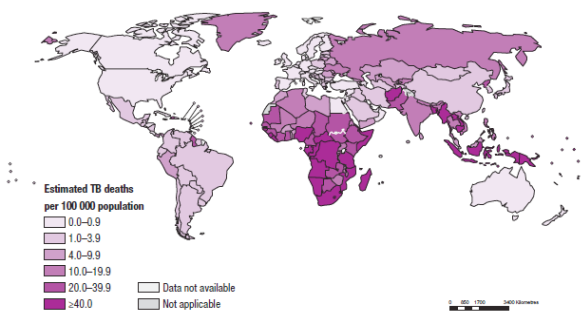
اتخاذ مداخلات موثر: اتخاذ گسترده DOTS و استراتژی توقف سل از اواسط دهه ۱۹۹۰ در پیشرفت نقشی حیاتی داشته است. تقریباً تمام کشورها تا سال ۲۰۰۷ DOTS را اتخاذ کرده بودند. افزایش بودجه: تخمین زده شده است ۶,۶ میلیارد دلار برای جلوگیری، تشخیص و درمان سل در سال ۲۰۱۵ در دسترس بوده است که بیشتر از دو برابر سطح سال ۲۰۰۶ (۳,۲ میلیارد دلار) می‌باشد.

تقویت مشارکت و حمایت: مشارکت توقف سل در سال ۲۰۰۱ تاسیس شد و تا سال ۲۰۱۴ شامل ۱۳۰۰ سازمان بین‌المللی و حرفه‌ای، برنامه‌های دولت، آژانس‌های بودجه و تحقیقات، بنیادها، سازمان‌های غیر دولتی، جامعه مدنی و گروه‌های

شکل ۱۲-۵: روند جهانی نرخ شناسایی و درمان موارد سل همراه با تخمین پوشش موثر؛ ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۴



شکل ۱۳-۵: نرخ مرگ و میر سل شامل مرگ‌های به‌علت سل بین افراد HIV مثبت



### اولویت‌های استراتژیک:

هدف ۳٫۳ SDG پایان اپیدمی سل تا ۲۰۳۰ می‌باشد. استراتژی پایان سل توسط مجمع جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۴ با هدف کلی پایان اپیدمی جهانی سل تا ۵۳۰۲ تأیید شده است. اهداف برای سال ۲۰۳۰ شامل ۹۰ درصد کاهش در مرگ‌های سل و ۰٫۸ درصد کاهش در نرخ بروز سل (به کمتر از ۲۰ در هر یکصد هزار نفر) در مقایسه با ۲۰۱۵ می‌باشد. هدف ابتدایی به بهبود به سوی پوشش همگانی سلامت ارتباط داده شده است که در آن هیچ خانواده‌ای از سال ۲۰۲۰ به‌علت سل نباید با هزینه‌های کم‌رشدن مواجه شود.

### ۳ رکن اصلی استراتژی پایان سل این موارد می‌باشد:

**مراقبت و پیشگیری از سل بیمار محور یکپارچه:** شامل تشخیص اولیه سل، درمان تمام افراد مبتلا به سل شامل آن‌هایی که سل مقاوم به دارو دارند، فعالیت‌های سل/HIV اشتراکی و مدیریت بیماری‌های همراه، درمان پیشگیرانه مردم در معرض ریسک بالا و واکسیناسیون علیه سل.

**سیاست‌های پررنگ و نظام‌های حمایتی:** شامل تعهد سیاسی همراه با منابع کافی برای مراقبت و جلوگیری از سل. تعامل جوامع، سازمان‌های جامعه مدنی و ارائه دهندگان مراقبت عمومی و خصوصی؛ سیاست UHC و ساختارهای تنظیمی برای آگاهی موارد، ثبت وقایع حیاتی شامل تحقیق علل مرگ‌ها در بیمارستان و جوامع، استفاده عاقلانه و باکیفیت از داروها و کنترل عفونت و حمایت اجتماعی، کاهش فقر و اقدامات در مورد تعیین کننده‌های دیگر سل.

**افزایش تحقیقات و نوآوری‌ها:** شامل کشف، توسعه و بسط ابزارها، مداخلات و استراتژی‌های جدید و تحقیق برای بهینه سازی پیاده سازی، تاثیر و ارتقای نوآوری‌ها.

اجتماعی و بخش خصوصی بود. امکانات دارویی جهانی<sup>۱</sup> در سال ۲۰۰۱ تاسیس شد که تا ۲۰۱۴، بیشتر از ۲۴ میلیون دوره درمان قابل دستیابی (مقرون به صرفه) و باکیفیت در ۱۳۳ کشور جهان ارائه داده است.

### چالش‌ها:

**دستیابی به موارد از دست رفته:** علت نرخ مرگ و میر بالای سل مخصوصاً در منطقه آفریقا و جنوب شرق آسیا این است که هر سال بیشتر از سه میلیون نفر بیماری سل را می‌گیرند که یا تشخیص داده می‌شوند اما گزارش نمی‌شوند یا در کل تشخیص داده نمی‌شوند. (شکل ۵،۱۳).

**اپیدمی MDR:** اگرچه شواهدی مبنی بر بدتر شدن اپیدمی در سطح جهانی وجود ندارد اما ۴۸۰ هزار مورد جدی MDR در سال ۲۰۱۴ تخمین زده شد. کاهش بار MDR نیازمند جلوگیری از توسعه مقاومت دارویی از طریق درمان باکیفیت بالای حساس به دارو و رژیم‌های درمانی بهتر برای MDR-TB خواهد بود. در سطح جهانی نرخ شفا (علاج) تنها ۵۰ درصد می‌باشد.

**اپیدمی سل/HIV:** پوشش ART بین موارد دارای سل مبتلا به HIV هنوز پایین است و نیاز به افزایش دارد.

**بودجه ناکافی:** با وجود افزایش بودجه، یک شکاف بودجه‌ای تخمینی ۱/۴ میلیارد دلار برای پاسخگویی کامل به اپیدمی جهانی سل در کشورهای با درآمد کم و متوسط در سال ۲۰۱۵ وجود دارد. در چندین کشور بیشتر از ۹۰ درصد بودجه موجود در سال ۲۰۱۵ از منابع اهداکننده جهانی بود.

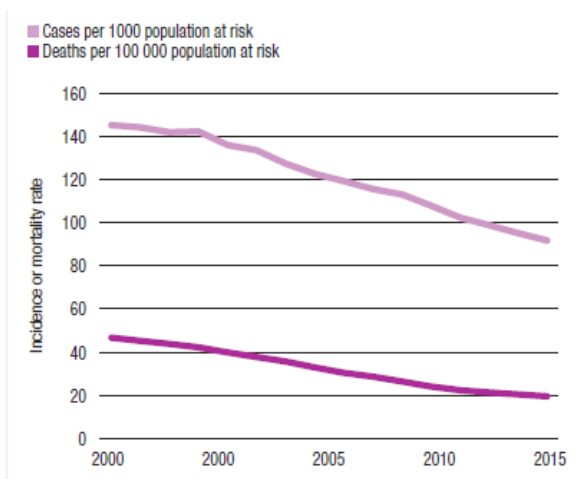
**سرمایه گذاری ناکافی در تحقیق و توسعه سل:** برنامه جهانی برای توقف سل ۲۰۱۱-۲۰۱۵ تخمین زده است که یک مقدار اضافی ۲ میلیارد دلار در سال برای تحقیق و توسعه مرتبط با تشخیص، داروها و واکسن‌ها مورد نیاز می‌باشد. در سال ۲۰۱۳ کمبود ۱/۳ میلیارد دلاری وجود داشت.



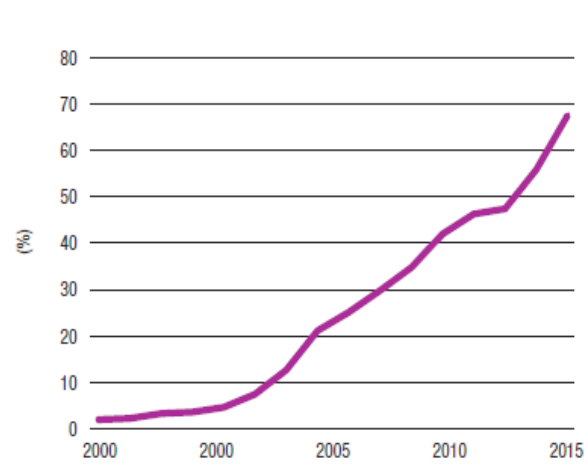
1 Global Drug Facility



شکل ۱۴-۵: روند جهانی بروز مالاریا و نرخ مرگ و میر



شکل ۱۵-۵: نسبت کودکان زیر ۵ سال که در تور آغشته به پشه کش می‌خوابند؛ جنوب صحرای آفریقا؛ ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵



## عوامل موفقیت

**افزایش بودجه:** بودجه سالیانه برای کنترل و حذف مالاریا ۲/۷ میلیارد دلار در سال ۲۰۱۳ بود. تامین مالی جهانی برای کنترل مالاریا از سال ۲۰۰۰ به بعد حدود ۲۰ برابر شده است که به مقدار ۲/۲ میلیارد دلار در سال ۲۰۱۳ رسیده است. سرمایه گذاری‌های داخلی همچنین سال به سال افزایش یافته است.

**نوآوری:** برنامه‌ها از فناوری‌هایی مانند LLIN، آزمایش‌های تشخیص سریع و ACTها بهره می‌برند که در سال ۲۰۰۰ در دسترس نبودند.

**مشارکت و حمایت:** مشارکت عقب نشانیدن مالاریا شامل بیش از ۵۰۰ همکار می‌باشد که در سال ۲۰۰۱ به‌عنوان یک چارچوب جهانی برای بسیج منابع، ایجاد اجماع بین همکاران و پیاده سازی اقدام هماهنگ علیه مالاریا تاسیس شد.

نصف جمعیت جهان در حدود تقریبی ۱۰۰ کشور و محدوده در معرض مالاریا هستند. ۲۱۴ میلیون مورد و تقریباً ۴۳۸ هزار مرگ در سال ۲۰۱۵ به‌علت مالاریا که اغلب آن‌ها کودکان زیر ۵ سال ساکن آفریقا بوده‌اند، تخمین زده شده است. جنوب صحرای آفریقا بالاترین بار بیماری که شامل ۸۹ درصد موارد و ۹۱ درصد مرگ و میرها می‌باشد را دارد. بیشتر از دو سوم مرگ‌های مالاریا در کودکان زیر ۵ سال روی می‌دهد.

## دستاوردها:

تخمین‌ها نشان می‌دهد که نرخ بروز مالاریا به میزان ۳۷ درصد در سطح جهان بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ کاهش داشته است و نرخ مرگ و میر ناشی از مالاریا ۶۰ درصد کمتر شده است (شکل ۱۴-۵). از این رو هدف MDG C.۶ (توقف تا سال ۲۰۱۵ و شروع به معکوس کردن شیوع مالاریا) به‌دست آمده است. از ۱۰۶ کشور با انتقال مداوم مالاریا در سال ۲۰۰۰، تخمین زده شده است که ۱۰۲ کشور به هدف MDG برای معکوس کردن بروز مالاریا دست یافته‌اند. تعداد فزاینده‌ای از کشورها به سوی حذف مالاریا درون مرزهای خود حرکت داشته‌اند. ۱۳ کشور که در سال ۲۰۰۰ مالاریا داشتند تعداد موارد بومی صفر را در سال ۲۰۱۴ گزارش کردند. ۶ کشور دیگر کمتر از ۱۰ مورد را گزارش دادند. پوشش مداخله‌های کلیدی به طور فزاینده‌ای در دوره MDG افزایش داشته است. تخمین زده شده است که در سال ۲۰۱۵ در جنوب صحرای آفریقا ۶۸ درصد کودکان زیر ۵ سال از پشه بند آغشته به تور استفاده می‌نمودند، در مقایسه با ۲ درصد سال ۲۰۰۰ (شکل ۱۵-۵). پوشش حداقل یک دوز درمان پیشگیرانه متناوب در دوران بارداری (IPTp) از کمتر از ۵ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۵۷ درصد در سال ۲۰۱۳ افزایش داشته است. سهم موارد مشکوک به مالاریا که در مورد وجود انگل مورد آزمایش قرار گرفتند از ۴۷ درصد در سال ۲۰۱۰ (وقتی که سازمان جهانی بهداشت برای آزمایش تمام موارد مشکوک به مالاریا توصیه کرد) به ۶۲ درصد در سال ۲۰۱۳ افزایش یافت که عمدتاً به دلیل افزایش استفاده از تست‌های تشخیصی سریع بود. تا سال ۲۰۱۳، ACT به‌عنوان یک سیاست ملی برای اولین مرحله درمان در ۷۹ کشور از ۸۷ کشوری که در آن پ. فالسیپاروم بومی است اتخاذ شد. با این حال کافی نبودن درمان با داروهای ضد مالاریای مناسب هنوز هم ادامه دارد؛ تخمین زده می‌شود ۱۳ درصد کودکان دارای تب ACTها را در سال ۲۰۱۵ دریافت می‌کنند.

2. Intermittent preventive treatment in pregnancy

3.P. falciparum

**طرح و برنامه ریزی:** کنترل مالاریا در حال حاضر در دستور کار وزارت خانه های سلامت و آژانس های بین المللی قرار دارد که سیاست های کنترل مالاریای خود با توصیه های سازمان بهداشت جهانی هم راستا کرده اند.

آن ها همچنین تلاش های شان را حول برنامه اقدام جهانی مالاریا که در پاسخ به درخواست دسترسی همگانی به مداخله های مالاریا توسط دبیر کل سازمان ملل در سال ۲۰۰۰ مطرح شد، یکی کرده اند. کشورهای بومی مالاریا استراتژی های ملی برای اطمینان از اینکه مداخلات هزینه- اثربخش برای تمام نیازمندان در دسترس است، تعریف کرده اند. مشارکت موثر در سطح کشوری برای کمک به اجرای برنامه های استراتژیک ملی تشکیل شده است.

توسعه اقتصادی و افزایش درآمد همچنین در کاهش بروز مالاریا و مرگ و میر نقش داشته اند. بین مزایای بسیار افزایش رفاه، تقویت نظام های سلامت است که هم خطر ابتلا به مالاریا و هم عواقب عفونت را کاهش داده است.

### چالش ها:

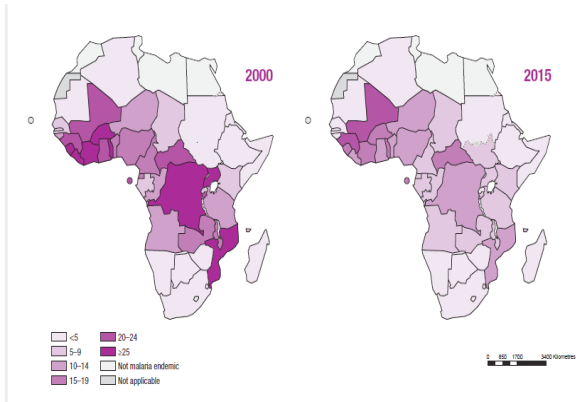
**جنوب صحرای آفریقا:** کودکان زیر ۵ سال مقیم صحرای آفریقا از بار بالای بیماری مالاریا و مرگ و میر آن رنج می برند. جایی که مالاریا مسئول ۱۰ درصد تمامی مرگ و میرها در این گروه سنی در سال ۲۰۱۵ بوده است (شکل ۶۱-۵).

**بودجه ناکافی:** تخمین ها حاکی از شکاف بودجه برنامه های مالاریا در سال ۲۰۱۳ به میزان ۴/۲ میلیارد دلار بوده است.

مقاومت: اثربخشی کنترل ناقل با توجه به اینکه پشه مالاریا مقاومت به حشره کشی که در ITN ها و سمپاشی های داخلی استفاده می شود نشان می دهد در معرض تهدید قرار دارد. مقاومت پ. فالسیپاروم به آرتیمیسینین در ۵ کشور و مقاومت چندارویی در غرب کامبوج بر اهمیت حذف پ. فالسیپاروم در ناحیه مکنونگ بزرگ تر ۴ تاکید می کند.

**شکاف در پوشش مداخله:** ۸۷۲ میلیون نفر از ۰۴۸ میلیون فرد در معرض مالاریا در جنوب صحرای آفریقا سال ۳۱۰۲ در خانوارهای دارای یک پشه بند آغشته به سم زندگی می کردند. ۵۱ میلیون از ۵۳ میلیون زن باردار درمان پیشگیرانه دریافت نکردند و بین ۶۵ تا ۹۶ میلیون کودک دارای مالاریا ACT ها را دریافت نکردند. به علت اینکه بخش قابل توجهی از این بیماران دنبال مراقبت نیستند و تمام آن هایی که دنبال مراقبت هستند درمان ضد مالاریای مناسب دریافت نمی کنند.

شکل ۱۶-۵: درصد مرگ های به علت مالاریا در کودکان زیر ۵ سال؛ جنوب صحرای آفریقا؛ ۲۰۰۰ و ۲۰۱۵



### اولویت های استراتژیک:

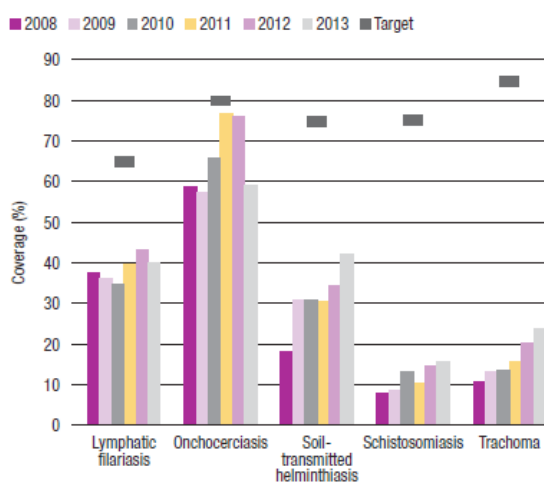
هدف ۳،۳ SDG پایان اپیدمی مالاریا تا ۲۰۳۰ می باشد. اهداف جدید مالاریا توسط مجمع جهانی سلامت در سال ۲۰۱۵ تایید شد. اهداف برای سال ۲۰۳۰ براساس سال پایه ۲۰۱۵ هستند که شامل:

- کاهش ۹۰ درصد در نرخ مرگ و میر جهانی مالاریا
  - کاهش ۹۰ درصد در بروز موارد مالاریا در سطح جهانی
  - حذف مالاریا در حداقل ۳۵ کشور
  - تاسیس دوباره پیشگیری مالاریا در تمام کشورهایی که به عنوان بومی مالاریا شناخته شده اند
  - استراتژی فنی جهانی برای اهداف ۲۰۱۶ تا ۲۰۳۰ در جهت حداکثرسازی تاثیر مداخله های فعلی با تمرکز بر سه ستون:
  - اطمینان دسترسی همگانی به پیشگیری، تشخیص و درمان مالاریا
  - شتاب بخشیدن به تلاش ها در جهت حذف و رسیدن به وضعیت بدون مالاریا
  - تبدیل نظارت مالاریا به مداخله اصلی
- این استراتژی از طریق بهینه سازی استفاده از نوآوری شامل گسترش تحقیقات و تقویت محیط مناسب شامل تعهد های سیاسی و مالی، رهیافت های چند بخشی و تقویت ظرفیت باید حمایت شود.

### بیماری های فراموش شده مناطق گرمسیری:

بیماری های فراموش شده مناطق گرمسیری در ۱۴۹ کشور بومی هستند. بیشتر از ۱ میلیارد آدم در معرض عفونت هستند و بیماری های فراموش شده مناطق گرمسیری اخیرا مسئول میزانی از بار بیماری هستند که تقریبا نصف بار سل یا مالاریا می باشد. ۵ مداخله کلیدی برای مقابله با بیماری های فراموش شده مناطق گرمسیری وجود دارد: شیمی درمانی پیشگیرانه

داشتند؛<sup>۹۵</sup> ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۳<sup>۹۶</sup>



### عوامل موفقیت:

#### مفهوم و رهیافت بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری:

مفهوم گرمسیری: مفهوم بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری و رویکرد یکپارچه برای جلوگیری و کنترل آن‌ها در سال‌های ابتدایی MDG شروع به شکل گرفتن کرد. تمرکز بر فقرا، جمعیت روستاییان وحاشیه‌ها و اجرای مداخلات کلیدی برای بیماری‌های غالب آن جمعیت‌ها، سرمایه‌گذاری برای بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری را افزایش داده است.

#### رهبری جهانی و مالکیت کشوری:

سازمان بهداشت جهانی استراتژی‌های همگانی در برنامه جهانی مبارزه با بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری برای دوره ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۵ مطرح کرد. نقشه راه بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری برای اجرا در سال ۲۰۱۲ راه اندازی شد که مجموعه‌ای از اهداف شفاف برای پوشش همگانی مداخلات و ریشه کنی یا حذف ۱۱ NTD تا سال ۲۰۲۰ می‌باشد. کشورها مالکیت اجرا، طراحی نظام‌های سلامت موجود در سطح جوامع را عهده دار هستند.

#### مشارکت‌ها:

نقشه راه بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری توسط اعلامیه لندن برای بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری دنبال شد که مجموعه گسترده‌ای از همکاران شامل صنعت دارویی متعهد به ارائه منابع ضروری برای اجرا شدند.<sup>۹۷</sup> تنها در فاصله زمانی ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۳، ۲٫۵ میلیارد درمان اهدا شد. کمک‌های خارجی به‌جز اهدای دارویی صنعت داروسازی حدود ۲۰۰-۳۰۰ میلیون دلار در سال تخمین زده شده است.<sup>۹۸</sup> نقشه راه یک عزم تازه برای همکاری میان بازیگران WASH و بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری می‌باشد و در سال ۲۰۱۵ استراتژی مشترک برای اطمینان از تحویل موثرتر WASH در کنار مداخلات دیگر بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری توسعه یافت.<sup>۹۷</sup> در سطح جهان

براساس ارائه در مقیاس بزرگ داروهای رایگان، ایمن، تک دوز، با کیفیت تضمین شده در فواصل منظم؛ مدیریت ابتکاری و شدید بیماری؛ مدیریت و اکولوژی ناقل براساس اصول زیست محیطی صدا و استفاده صحیح از آفت‌کش‌ها برای کاهش انتقال بیماری‌های قابل انتقال از طریق حشره‌ها؛ بهبود آب، شبکه فاضلاب و بهداشت در مناطق بومی بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری برای حفظ کاهش‌های شیوع؛ و مداخلات دامپزشکی بین حیوانات برای حفظ و بهبود سلامت انسان.

### دستاوردها:

- در سال ۲۰۱۴ تنها ۱۲۴ مورد دراکنکولیاسیس (بیماری کرم‌گینه) گزارش شد که در مقایسه با تقریباً ۱۸۰۰ مورد سال ۲۰۱۰ و ۳٫۵ میلیون میانه دهه ۱۹۸۰ رقم ناچیزی بود.

- تعداد موارد جدید تریپونوسومیازسز آفریقایی انسان<sup>۵</sup> به کمتر از ۴۰۰۰ در سال ۲۰۱۴، برای اولین بار در ۵۰ سال اخیر، رسید.

- کلمبیا اولین کشوری شد که در سال ۲۰۱۳ سازمان بهداشت جهانی حذف اونکوروسوسیاسیس<sup>۶</sup> را در آن تایید کرد و به دنبال آن، اکوادور در سال ۲۰۱۴ و مکزیک در سال ۲۰۱۴ بودند.

- حذف لیشمانیوز احشایی (کالآزار) به‌عنوان یک مساله سلامت عمومی در ۸۷ درصد مناطق بومی و مناطق حاشیه‌ای در جنوب شرق آسیا سال ۲۰۱۴ حاصل شد.

از سال ۲۰۰۶ بیش از ۵ میلیون درمان بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری به مردم نیازمند به آن‌ها ارائه شده است. تنها در سال ۲۰۱۲، ۸۰۰ میلیون نفر شیمی درمانی پیشگیرانه را برای حداقل یک بیماری دریافت کردند. تعداد کمی بیشتر از ۷۸۵ میلیون در سال ۲۰۱۳ به‌عنوان نتیجه یک اختلال موفقیت آمیز در انتقال در تعدادی از نواحی کاهش یافت. به علاوه تا پایان سال ۲۰۱۴، ۱۸ کشور بومی فیلاریازیس لنفاوی<sup>۷</sup> (دا الفیل<sup>۸</sup>) کاهش در عفونت را داشتند که به شیمی درمانی پیشگیرانه دیگر نیازی نبود. ۹۴ درصد از افراد نیازمند، شیمی درمانی پیشگیرانه برای حداقل یک بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری در سال ۲۰۱۳ دریافت کردند (شکل ۱۷-۵).

شکل ۱۷-۵: وضعیت جهانی پوشش شیمی درمانی پیشگیرانه: نسبت افرادی که شیمی درمانی پیشگیرانه دریافت کرده‌اند به آن‌هایی که بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری نیاز

5. Human African trypanosomiasis

6. onchocerciasis

7. lymphatic filariasis

8. Elephantiasis

مشارکت با جامعه مدنی در بسیاری از کشورها حیاتی بوده است.



از بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری همراه با تغییرات اقلیمی و تغییرات بلندمدت محیطی مانند شهرسازی بدون برنامه و تحرک در حال افزایش بین‌المللی جمعیت و کالاها افزایش یابد. این به‌ویژه برای آزمون سریع بار بیماری دانگ و چیکنگونیا<sup>۹</sup> مصداق دارد. معیارهای ظرفیت‌سازی و مهاجرت در اغلب مناطق آسیب پذیر نیاز به توسعه دارند.

**تحقیق و توسعه:** نیاز به تحقیق و توسعه بیشتر در سراسر ۵ مداخله کلیدی و مهار پیدایش مقاومت به داروها و همچنین به آفت‌کش‌ها وجود دارد. بهبود تشخیص می‌تواند یک اولویت از طریق تلاش‌های گسترده مانند برنامه خاص برای تحقیق و آموزش در مورد بیماری‌های گرمسیری (TDR) باشد. کشف حشره‌کش‌های دارای شیوه‌های عملکرد جدید، توسعه ابزارهای جدید کنترل ناقل - به خصوص برای جلوگیری از گسترش ناقلین بیماری‌هایی مانند دانگ و چیکنگونیا - و مدیریت مقاومت به حشره‌کش‌ها، اولویت‌های مدیریت موثر ناقل هستند.

### اولویت‌های استراتژیک:

هدف ۳،۳ SDG پایان اپیدمی بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری می‌باشد. بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری همچنین ارتباط نزدیکی با هدف پوشش همگانی سلامت به‌عنوان یک سنجه موفقیت در توجه به فقرا دارند. هدف پوشش ۸۰ درصد خدمات پایه سلامت در پوشش همگانی سلامت تا ۲۰۳۰ سازگار با هدف‌های پوشش برای جلوگیری از بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری تا سال ۲۰۲۰ می‌باشد (شکل ۱۶، ۵). اگر پوشش باکیفیت برای مدت زمان کافی پایدار بماند - ۳ سال شیمی درمانی پیشگیرانه برای تعدادی از بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری - انتقال ممکن است کاملاً قطع شود. تعداد کل افرادی که نیازمند مداخلاتی علیه بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری هستند، ممکن است به زودی، در سال ۲۰۱۷ که بیماری‌ها ریشه کن، حذف و کنترل شده‌اند، شروع به کاهش کند (شکل ۱۹، ۵). کاهش تدریجی تعدادی از بیماری‌ها باید منابع را برای مدیریت بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری مستعد اپیدمی مانند دانگ، چیکنگونیا و لیشرمانیوز آزاد کند.

برای اهداف حمایت جهانی، پوشش فعلی و اهداف ریشه کنی یا حذف بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری تنها باید تحت یک شاخص و هدف برای سال ۲۰۳۰ آورده شود. برای مثال ۹۰ درصد کاهش در تعداد افراد نیازمند مداخله علیه بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری. این به معنای ۹۰ درصد کاهش در تعداد افراد نیازمند شیمی درمانی پیشگیرانه و تعداد موارد جدید نیازمند مدیریت نوآورانه و سریع بیماری می‌باشد. این

### چالش‌ها:

**نابرابری درون کشورها:** امروزه ۱ میلیارد (حدود سه چهارم) از فقرا در کشورهای با درآمد متوسط زندگی می‌کنند. همچنین اغلب (حدود دو سوم) مردم نیازمندی که هنوز مداخلات علیه بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری دریافت نکرده‌اند، در کشورهای با درآمد متوسط زندگی می‌کنند (شکل ۱۸-۵).

دوره ۲۰۱۳ تا ۲۰۱۵ تخمین براساس افزایش خطی پوشش واقعی گزارش شده در اهداف ۲۰۱۲ به سوی ۲۰۲۰ است.

**شکاف بودجه:** برنامه‌های بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری به‌طور نامتناسبی وابسته به داوطلبان جوامع و کمک‌های توسعه‌ای می‌باشد و بیشتر بودجه ارائه شده تنها توسط این ۲ اهداکننده دوجانبه می‌باشد. مقدار سرمایه‌گذاری داخلی به‌ویژه در کشورهای با درآمد متوسط هنوز کافی نیست. مقدار ۴۵۰ میلیون دلار در سال سرمایه‌گذاری اضافی در دوره زمانی ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۰ برای درمان و مراقبت شامل شیمی درمانی پیشگیرانه (به‌جز کنترل ناقل) هدف‌گذاری شده است.

**پوشش ناکافی:** پوشش تشخیص و درمان زودهنگام، همچنین اجرای مناسب و به موقع مدیریت ناقل، آب، فاضلاب و بهداشت و مداخلات سلامت عمومی دامپزشکی تکه تکه باقی مانده است. سخت‌ترین و گران‌ترین قسمت در پوشش شیمی درمانی پیشگیرانه "آخرین مرحله" آن است. هنگامی که شیمی درمانی پیشگیرانه متوقف می‌شود، چالش‌های دیگر - تایید قطع انتقال و حفظ نظارت برای جلوگیری از ظهور مجدد - شروع می‌شود. تغییرات اقلیمی: انتظار می‌رود که توزیع و بروز حداقل تعدادی

9. Chikungunya



شکل ۱۹-۵: تعداد افراد نیازمند مداخله\* علیه بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری اگر پوشش مورد نظر برآورده شود؛ در کشورهای گروه‌های درآمدی متفاوت؛ ۲۰۱۵ تا ۲۰۳۰

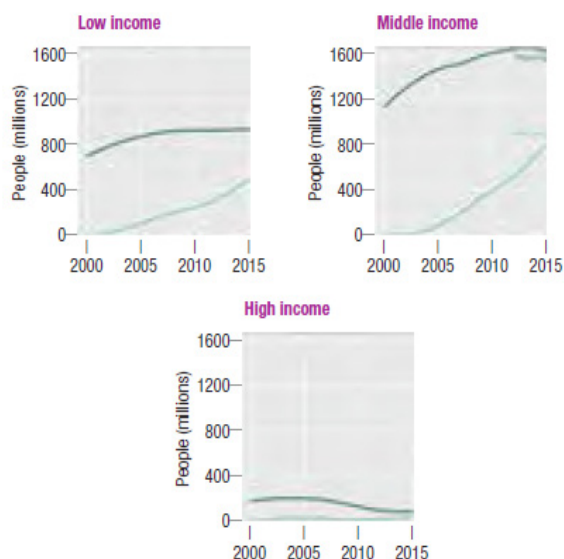


مداخله‌ها شامل شیمی درمانی پیشگیرانه و مدیریت شدید بیماری هستند.

## هپاتیت:

هپاتیت ویروسی به دلیل ۵ ویروس مختلف به وجود می‌آید و از طریق غذا یا آب آلوده (هپاتیت A و E) یا تماس با خون یا مایعات بدن (B, C, D) منتقل می‌شود. عفونت هپاتیت ویروسی باعث مرگ حدود ۱,۴۵ میلیون نفر در سال را می‌شود که حدود ۹۰ درصد از مرگ‌ها به علت عفونت مزمن HBV و HCV که باعث سیروز و سرطان کبد می‌شوند، می‌باشد. اکثریت (۸۵ درصد) از مرگ‌های هپاتیت در آسیا، شمال، شرق و غرب آفریقا روی می‌دهند. یک مجموعه جامع از مداخلات پیشگیری از هپاتیت وجود دارد (جدول ۵,۲) و درمان موثر می‌تواند بیشتر از ۹۰ درصد بیماران مبتلا عفونت مزمن HCV را شفا دهد و باعث جلوگیری از تکثیر ویروسی هپاتیت B شود. به رغم بار بیماری بالا و مداخلات جلوگیری و درمان موجود به هپاتیت مانند دیگر بیماری‌های دارای بار مشابه مانند HIV، سل و مالاریا توجه چندانی نشده است.

شامل ریشه‌کنی دراکنکیالیسیس<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۵)، یوس<sup>۱۱</sup> (۲۰۲۰)، حذف جهانی جذام<sup>۱۲</sup> (۲۰۲۰)، فیلاریازیس لنفاوی (۲۰۲۰)، تراخم (۲۰۲۰)، اونکوسکیاسیس<sup>۱۳</sup> (۲۰۲۵) و تریپونوسومیازیس آفریقایی انسان (۲۰۲۰) همراه با بروز صفر در ۲۰۳۰ و حذف منطقه ای شیتوزومیاسیس<sup>۱۴</sup> (۲۰۱۵-۲۰۲۰)، هاری (۲۰۱۵) و لیشمانیوز احشایی<sup>۱۵</sup> (۲۰۲۰) می‌باشد اما محدود به این‌ها نیست. این‌ها نقاط عطف حیاتی باقی مانده در مسیر به سوی پایان اپیدمی بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری تا سال ۲۰۳۰ می‌باشد.



شکل ۱۸-۵: تعداد افراد نیازمند و دریافت کننده مداخلات علیه بیماری‌های فراموش شده مناطق گرمسیری در کشورهای گروه‌های درآمدی متفاوت؛ ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵<sup>۱۶</sup>

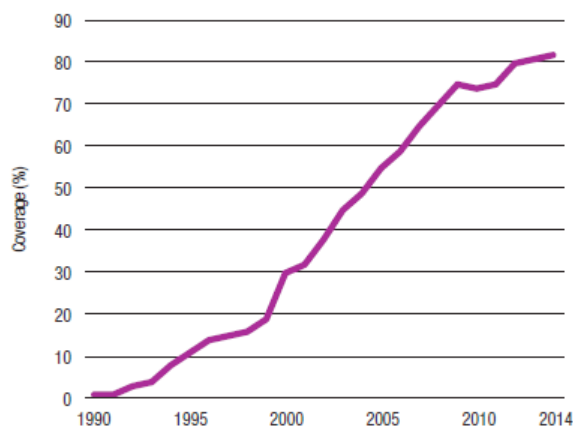
10. Dracunculiasis
11. Yaws
12. Leprosy
13. Onchocerciasis
14. Schistosomiasis
15. Visceral leishmaniasis

جدول ۲-۵: اجزای برنامه جامع پیشگیری از هپاتیت

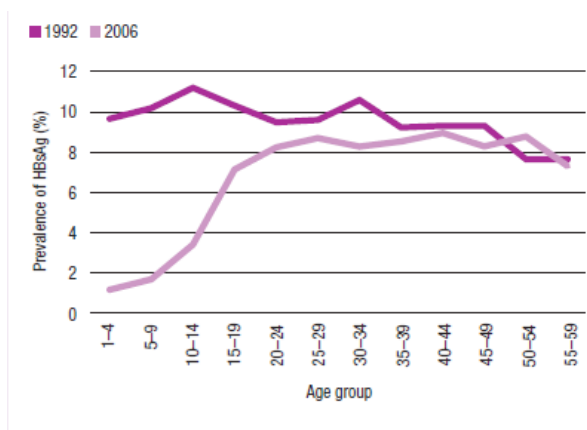
مداخله پیشگیری	ویروس
آب و غذای سالم	A - E
واکسیناسیون هپاتیت A با توجه به وضعیت اپیدمیولوژیک کشور	A
واکسیناسیون هپاتیت B برای تمام کودکان و اجرای دوز هنگام تولد	B
دسترسی به خون ایمن (غربالگری همگانی تمام خون‌های اهدایی به شکل باکیفیت)	B - C
دسترسی به تزریق‌ها و دیگر تجهیزات پزشکی استریل در ساختار رسمی و غیر رسمی	B - C
دسترسی به تجهیزات تزریق استریل و دیگر سنجه‌های کاهنده درد برای افرادی که دارو تزریق می‌کنند	B - C
بهبود شیوه‌های تماس جنسی ایمن	A - B - C

دوره زمانی، تزریق‌های غیر ضروری نیز کاهش یافته است. تعداد متوسط تزریق به هر نفر در کشورهای در حال توسعه از ۳/۴ به ۲/۹ کاهش یافته است. در سال ۲۰۰۰ تزریقات غیر ایمن مسئول ۱۹/۷ میلیون مورد جدید هپاتیت B، ۱/۹ میلیون مورد جدید هپاتیت C و ۲۶۷ هزار عفونت HIV بودند. این مقادیر به مقدار تخمینی حداکثر ۳۴ هزار برای HIV، ۱،۷ میلیون برای هپاتیت B و ۳۱۵ هزار برای هپاتیت C در سال ۲۰۱۰ کاهش یافتند.

نمودار ۲۰-۵: پوشش جهانی سه دوز واکسن هپاتیت B در نوزادان؛ ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۴



نمودار ۲۱-۵: شیوع آنتی‌ژن سطحی هپاتیت B در گروه‌های سنی؛ چین؛ ۱۹۹۲ و ۲۰۰۶



### عوامل موفقیت:

**واکسیناسیون هپاتیت B:** حمایت‌های GAVI موجب کاهش قیمت واکسن هپاتیت B و قرار گرفتن آن در برنامه روتین واکسیناسیون به‌عنوان یکی از واکسن‌های پنجگانه شده است. این امر موجب افزایش چشمگیر در پوشش ایمنی‌سازی شده است.

### دستاوردها:

**واکسیناسیون:** کاهش در عفونت HBV در نتیجه برنامه‌های واکسیناسیون هپاتیت B بزرگترین دستاورد در کنترل هپاتیت می‌باشد. تا پایان سال ۲۰۱۴، ۱۹۴ کشور واکسن را در برنامه‌های ایمنی‌سازی خود گنجانده بودند. پوشش جهانی با سه دوز واکسن هپاتیت B تخمین زده شده است که به میزان ۸۲ درصد می‌باشد و در منطقه آمریکا و غرب اقیانوس آرام سازمان جهانی بهداشت پوشش به ۹۲ درصد رسیده است. منطقه غرب اقیانوس آرام در مسیر دستیابی به هدف کاهش شیوع عفونت مزمن HBV به کمتر از ۱ درصد تا سال ۲۰۱۷ می‌باشد.<sup>۲۱</sup> در چین شیوع عفونت مزمن HBV در میان کودکان ۱ تا ۴ ساله به ۱ درصد رسیده است (شکل ۲۱-۵).<sup>۱۶</sup> تا پایان سال ۲۰۱۴، ۱۸ کشور واکسیناسیون همگانی هپاتیت A در هنگام کودکی داشتند و در این کشورها کاهش در بروز ثبت شده است.<sup>۱۰۷</sup>

**تزریق ایمن:** اطلاعات حاصل از پیمایش‌های صورت گرفته در کشورهای در حال توسعه نشان می‌دهد که بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۰ استفاده نامناسب از تجهیزات تزریق از ۳۹/۶ درصد به ۵/۵ درصد رسیده است - یک کاهش ۸۶ درصد.<sup>۱۰۹</sup> همچنین در همان

آزمایش برای شناسایی زود هنگام افراد مبتلا به هیپاتیت ویروسی مزمن نیاز است.

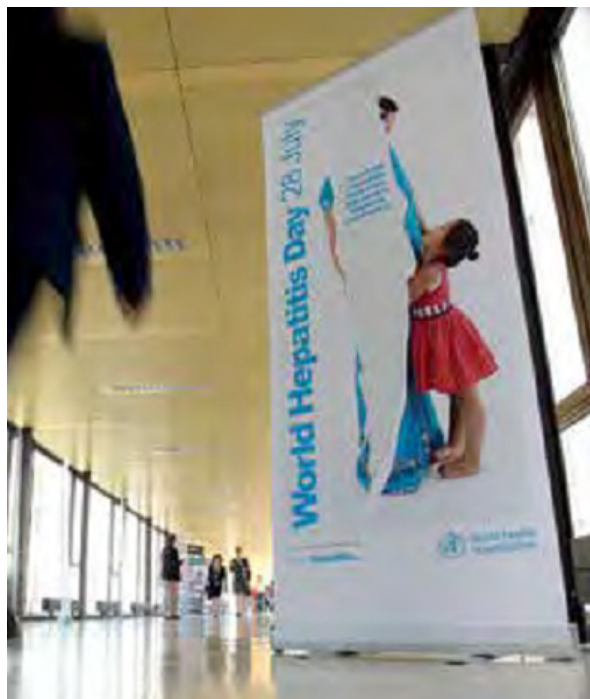
افزایش مراقبت و خدمات درمانی: این یک چالش بزرگ خواهد بود که بستگی به کاهش عمده در قیمت داروها به ویژه برای درمان عفونت مزمن HCV دارد.

### اولویت‌های استراتژیک:

مبارزه با هیپاتیت در حال حاضر یک هدف آشکار SDG است (بخشی از هدف ۳،۳۹). مجمع جهانی سلامت در سال ۲۰۱۴ درخواست کرد که سازمان بهداشت جهانی شروع به یک فرآیند برای آزمون امکان‌پذیری حذف هیپاتیت B و C بکند. در این راستا استراتژی بخش سلامت جهانی برای هیپاتیت تحت بررسی است که اهداف جهانی به سوی حذف HBV و HCV به‌عنوان یک تهدید سلامت عمومی را تا سال ۲۰۳۰ تنظیم خواهد کرد.

واکسیناسیون به‌عنوان یک مداخله پیشگیرانه دارای اولویت همراه با ارتقای ایمنی خون و تزریق داخل و خارج از برنامه مراقبت سلامت و افزایش اجرای برنامه‌های کاهش آسیب برای افرادی که از داروها استفاده می‌کنند، باقی خواهند ماند. ارتقای درمان نیازمند نوآوری در تشخیص شامل فناوری‌های مربوط به زمان مراقبت، کاهش قیمت داروها و یک رهیافت سلامت عمومی برای درمان و مراقبت خواهد داشت.

اجرای استراتژی جهانی شامل دستیابی به ۹۰ درصد کاهش در موارد جدید عفونت مزمن HBV و HCV، کاهش مرگ و میرهای ناشی از هیپاتیت از ۱/۴ میلیون به کمتر از ۵۰۰ هزار تا سال ۲۰۳۰ خواهد بود. برای دستیابی به این هدف، خدمات باید برای رسیدن به پوشش همگانی واکسیناسیون HBV (شامل دوز تولد)، تزریق ایمن و کاهش آسیب افزایش یابند و ۸۰ درصد افراد مبتلا به هیپاتیت مزمن درمان دریافت کنند.



**تزریق ایمن:** شبکه جهانی تزریق ایمن (SIGN) توسط حمایت مشارکت کنندگانی مانند PEPFAR ایجاد شده است؛ **۳ استراتژی اصلی آن عبارتند از:** تغییر رفتارهای میان بیماران و کارکنان مراقبت سلامت به‌منظور کاهش تزریق‌های غیرضروری و اطمینان از شیوه‌های ایمن، افزایش دسترس‌پذیری به‌دستگاه‌ها و تجهیزات تزریق اساسی و دارای کیفیت خوب و سوم برای مدیریت مناسب دفع اشیاع تیز. برنامه‌های کاهش آسیب: گسترش برنامه‌های سوزن و سرنگ استریل، درمان جایگزین مواد افیونی برای استفاده کنندگان این مواد و برنامه‌های توسعه هم‌تا باعث کاهش قابل توجهی در رفتارهای پرخطر شده‌اند. اگرچه عفونت بالای HCV نیازمند افزایش برنامه‌های کاهش آسیب می‌باشد.

**درمان‌های جدید:** پیشرفت چشمگیر در توسعه دارویی منجر به ایجاد درمان‌های ایمن، رژیم‌های درمانی خوراکی که می‌توانند تقریباً تمام عفونت مزمن HCV را شفا دهند و تکثیر ویروس هیپاتیت B را سرکوب کنند، شده‌اند.

### چالش‌ها:

**عدم تعامل سیاسی:** هیپاتیت ویروسی در MDG گنجانده نشده بود این منعکس کننده فقدان کلی تعامل سیاسی و بودجه است. در نتیجه کنترل هیپاتیت جایگاه برجسته‌ای در استراتژی‌های سلامت بین‌المللی مانند آن‌هایی که توسط سازمان بهداشت جهانی ترویج شدند، نداشت و برای رسیدگی به این شکاف کارهای زیادی باید انجام شود.

**اطلاعات استراتژیک:** اطلاعات قابل اعتماد در مورد بروز و شیوع عفونت و همچنین نتیجه سلامت و اثر آن وجود ندارد. این نبود اطلاعات تلاش‌های برنامه‌ریزی ملی و همچنین حمایت را تضعیف می‌کند.

**برنامه‌های جامع:** هیپاتیت ویروسی نیازمند یک رهیافت جامع می‌باشد که بسیاری از اجزای بخش سلامت را درگیر کند. در هر صورت تنها چند کشور برنامه‌های جامع سلامت برای هیپاتیت ویروسی دارند.

**انتقال هیپاتیت B از مادر به فرزند:** این نوع از انتقال کماکان یک عامل عمده عفونت می‌باشد. برای حداقل کردن این خطر، سازمان بهداشت جهانی توصیه می‌کند که تمام کودکان یک دوز از واکسن هیپاتیت B ظرف ۲۴ ساعت پس از تولد دریافت کنند. پوشش جهانی دوز تولد اخیراً تنها در سطح ۳۸ درصد تخمین زده شده است.

**تشخیص و غربالگری هیپاتیت:** اکثر افراد دارای عفونت مزمن HBV و HCV تا زمانی که بیمار نشوند از وضعیت خود آگاه نمی‌شوند. رهیافت‌های بهبود و مقرون به صرفه بودن تشخیص و

## بیماری‌های قابل انتقال از طریق آب

بیماری‌های قابل انتقال از طریق آب آن‌هایی هستند که از طریق مصرف آب آلوده منتقل می‌شوند. مهم‌ترین بیماری‌های قابل انتقال از طریق آب شامل بیماری‌های اسهالی، وبا، شیگا، حصیه، هپاتیت E، A و فلج اطفال می‌باشند. تخمین زده شده است که بیماری اسهال به تنهایی مسئول ۳٫۶ درصد از بار جهانی بیماری‌ها (DALY) و ۱/۵ میلیون مرگ (سال ۲۰۱۲) می‌باشد. تخمین زده شده است ۵۸ درصد بار بیماری وبا در کشورهای با درآمد کم و متوسط می‌باشد- ۸۴۲ هزار مرگ در سال شامل ۳۶۱ هزار کودک زیر ۵ سال- مربوط به عرضه آب ناسالم، فاضلاب ناکافی و کمبود بهداشت می‌باشد.

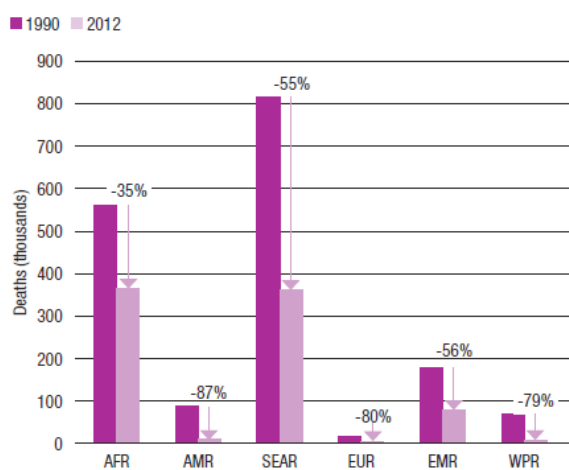
### دستاوردها:

در فاصله زمان ۱۹۹۰ و ۲۰۱۲ تعداد بیماری‌های اسهالی متناسب به آب؛ دفع فاضلاب و بهداشت ناکافی از ۱/۸ میلیون به ۸۴۲ هزار رسیده است که تمام مناطق کاهش عمده ای را تجربه نموده‌اند (شکل ۲۲-۵).

پیشرفت قابل توجهی در بهبود دسترسی به آب آشامیدنی سالم و فاضلاب هم در مناطق شهری و هم روستایی صورت گرفته است (VMDG). دسترسی به منبع آب آشامیدنی سالم از پوشش ۷۶ درصد در سال ۱۹۹۰ به ۹۱ درصد در سال ۲۰۱۵ - یک افزایش ۲٫۶ میلیارد نفری- افزایش یافته است. ۵۸ درصد از جمعیت جهان (۴٫۲ میلیارد نفر) اکنون دارای بالاترین سطح دسترسی می‌باشند: آب آشامیدنی لوله کشی شده در محل زندگی. در مقابل پیشرفت در دفع فاضلاب کمتر بوده است. در فاصله زمانی ۱۹۹۰ و ۲۰۱۵ دفع مدفوع در محیط باز از ۲۴ درصد به ۱۳ درصد کاهش داشته است و ۲/۱ میلیارد نفر دسترسی به دفع فاضلاب مناسب دارند اما تقریباً یک سوم جمعیت جهان هنوز

دسترسی ندارند، که ۲۳ درصد کمتر از مقدار هدف گذاری شده در MDG می‌باشد. به رغم بهبود در دوران MDG، ساکنان مناطق روستایی در مقایسه با مردم مناطق شهری در محرومیت قابل توجهی بر حسب دسترسی به آب و فاضلاب سالم قرار دارند (شکل ۲۳، ۵). در سال ۲۰۱۵ تخمین زده شد تنها ۱ نفر از هر ۳ نفر از ساکنان مناطق روستایی دارای آب لوله کشی شده در محل زندگی‌شان می‌باشند. در حالی که این رقم ۷۹ درصد برای مناطق شهری می‌باشد. اگرچه نصف افرادی که در مناطق روستایی زندگی می‌کنند از امکانات فاضلاب مناسب استفاده می‌کنند اما در مقایسه با نرخ بالای ۸۰ درصد مناطق شهری ضعیف به شمار می‌آید.

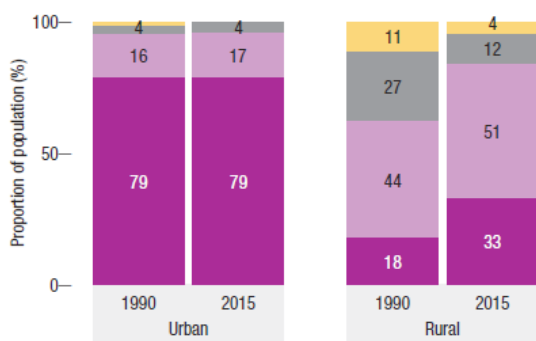
شکل ۲۲-۵: کاهش در مرگ‌های اسهالی ناشی از آب و دفع فاضلاب نامناسب در کشورهای با درآمد پایین و متوسط؛ مناطق WHO؛ ۱۹۹۰ و ۲۰۱۲



شکل ۲۳-۵: روندهای نسبت جمعیت جهانی دارای دسترسی به آب آشامیدنی سالم و دفع فاضلاب مناسب، شهری و روستایی، ۱۹۹۰ و ۲۰۱۵

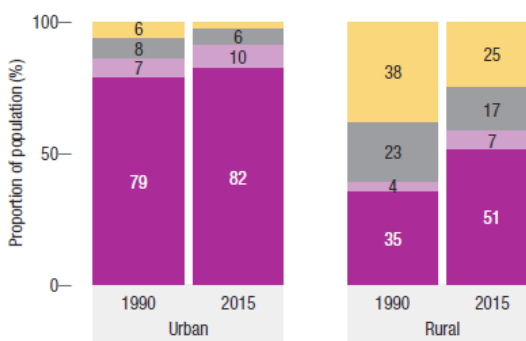
### Drinking-water

■ Surface water ■ Unimproved ■ Other improved ■ Piped on premises



### Sanitation

■ Open defecation ■ Unimproved ■ Shared ■ Improved





## عوامل موفقیت:

از جمعیت جهان بعد از دفع مدفوع یا تماس با مدفوع برای شستن دست از صابون استفاده می‌کنند.

**نگهداری ضعیف:** حتی عرضه آب مناسب گاهی آلوده است (اما نه به میزان یا جدیت عرضه آب ناسالم) و بهبود امکانات فاضلاب اغلب همراه با تخلیه‌های محیطی ضایعات امحا نشده می‌باشد.<sup>۴۴</sup> ظرفیت پایین کشور برای اجرای برنامه‌ها: به‌رغم حمایت سیاسی قوی برای دسترسی همگانی به آب و فاضلاب، کشورهای مورد بررسی به مقدار ناچیزی توان اجرای تمام برنامه WASH ملی و انجام پایش معنی‌دار و بررسی را دارا هستند.

**تامین مالی ناکافی:** سطوح بودجه‌ای فعلی برای رسیدن به اهداف آب آشامیدنی و فاضلاب در بسیاری از کشورها کافی نیست. پرداخت‌های از جیب برای به‌دست آوردن یا استفاده از خدمات آب و فاضلاب موجود باعث حذف فقیرترین‌ها می‌شود؛ طرح مقرون به صرفه برای یارانه دادن به عرضه آب برای فقرا تنها در تعداد کمی از کشورها عملیاتی شده است.



## اولویت‌های استراتژیک SDG

هدف کلی سلامت SDG (هدف ۳) شامل ۳ هدف خاص (۳،۳) برای بیماری‌های منتقله از آب است در حالی که هدف ۶ (اطمینان از دسترسی و مدیریت پایدار آب و فاضلاب برای همه) شامل اهدافی برای دستیابی به دسترسی همگانی و برابر به آب آشامیدنی سالم و مقرون به صرفه (۶،۱) و فاضلاب و بهداشت کافی و منصفانه برای همه (۶،۲) و همچنین کاهش سهم فاضلاب تصفیه نشده (۶،۳) است. رویارویی با این

**حمایت و اقدام جهانی:** افزایش توجه به مساله آب و فاضلاب نمونه‌اش توسط دهه بین‌المللی برای اقدام "آب برای زندگی" ۲۰۱۵-۲۰۰۵ و مشاوره فنی گسترده بخشی روی آب آشامیدنی، فاضلاب و بهداشت (WASH) کمک به پیشبرد تغییرات کرده است بطوری که مشارکت بین سازمان‌های جهانی و آژانس‌ها را بهبود داده است. برنامه پایش مشترک سازمان بهداشت جهانی و یونیسف تمرکز بالایی روی مساله و افزایش همکاری داشته است.<sup>۱۱۱</sup>

**اقدام کشور:** فشار زیادی برای بهبود دسترسی به آب و فاضلاب سالم در سطح کشورها وجود دارد.<sup>۱۱۸</sup> در حالی که سیاست‌های ملی مربوط به آب آشامیدنی و فاضلاب در بیش از ۸۰ درصد کشورهای بررسی و تایید شده است. دو سوم این کشورها دسترسی به هر ۲ مورد آب آشامیدنی سالم و دفع فاضلاب را به‌عنوان حقوق بشر در قوانین ملی به رسمیت شناخته‌اند. بسیاری از کشورها به‌ویژه در اقتصادهای در مرحله گذر روی توسعه زیرساخت‌ها سرمایه‌گذاری می‌کنند.

**بودجه:** تعهدات مربوط به کمک‌های توسعه‌ای برای آب و فاضلاب از سال ۲۰۰۰ به میزان ۳۰ درصد افزایش یافته و به بیش از ۱۰،۹ میلیارد دلار در سال ۲۰۱۲ رسیده است که این حمایت‌ها به میزان فزاینده‌ای به سوی کشورهای با درآمد کم بوده است.

**بهبود مدیریت و درمان موارد:** افزایش استفاده از او آر اس (O.R.S)، تغذیه بهتر و دیگر مداخلات مبتنی بر شواهد احتمالاً در کاهش بیماری اسهال و مرگ و میر مربوطه به‌ویژه در کودکان نقش داشته‌اند.

## چالش‌ها:

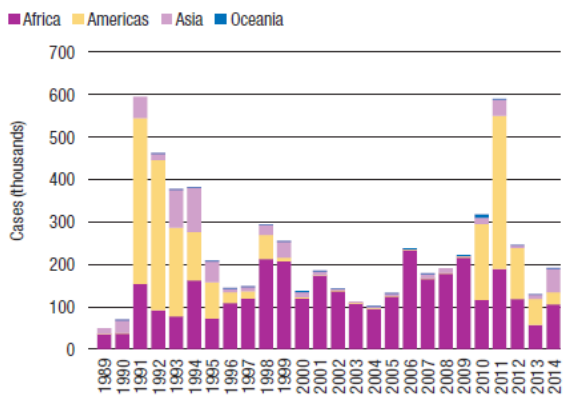
**جمعیت روستایی به حاشیه رانده شده:** از ۱۵۹ میلیون نفری که هنوز از آب‌های سطحی ناسالم مصرف می‌کنند، ۹۳ درصد در مناطق روستایی زندگی می‌کنند. ساکنان روستاها همچنین ۷۰ درصد از ۲،۴ میلیارد مردمی را تشکیل می‌دهند که دسترسی به امکانات مناسب دفع فاضلاب ندارند. در حالی که دفع مدفوع در محیط باز (بدون حتی وجود دفع فاضلاب پایه مانند توالت عمومی) عمدتاً یک مساله روستایی است و ۹۰ درصد افرادی که دفع مدفوع در محیط باز دارند، روستایی هستند.<sup>۲۲</sup>

**عدم تمرکز روی تسهیلات سلامت و مدارس:** سیاست‌ها و شیوه‌های آب و فاضلاب ناکافی نه تنها در خانوارها و جوامع بلکه در تسهیلات مدارس و بهداشت هم به گسترش بیماری دامن می‌زند.

**بهداشت دست ضعیف:** تخمین زده شده است تنها ۱۹ درصد

۵,۲۴ تعداد جهانی و منطقه‌ای موارد گزارش شده به سازمان جهانی بهداشت در طول ۲ دهه گذشته را نشان می‌دهد. به‌طور کلی آفریقا قاره‌ای است که بیشتر از همه تحت تاثیر قرار دارد. بیشترین تعداد موارد روی داده در سال‌های ۱۹۹۱-۱۹۹۲ و ۲۰۱۱ مرتبط با شیوع‌های شدید در آمریکا می‌باشند. در سال ۲۰۱۵ شیوع بیماری وبا در منطقه کیگوما در جمهوری متحده تانزانیا گزارش شد. وبا بومی منطقه است اما به دلیل هجوم اخیر هزارها پناهنده بوروندیایی (اهل کشور بوروندو)، ازدحام بیش از حد و فاضلاب ضعیف وضعیت بدتر شده است.

شکل ۲۴-۵: موارد گزارش شده وبا در قاره‌ها؛ ۱۹۸۹ تا ۲۰۱۴



چالش‌ها نیاز به پاسخ و پایش چندبخشی دارد. به میزان زیادی، استراتژی‌ها برای افزایش دسترسی به آب آشامیدنی سالم و کافی و فاضلاب کافی همراه با بهبود بهداشت که همچنین در SDG های چندگانه اشاره شده‌اند شامل ریشه کنی فقر و گرسنگی، دستیابی به بهداشت و رفاه برای همه و اطمینان از پایداری محیطی، خواهد بود.

همان‌طور که نشان داده شد از طریق اهداف سیاستی‌ای که از طریق مشاوره فنی گسترده چندبخشی روی WASH پیشنهاد گردید توافق خوبی در مورد اینکه چه چیزی نیاز است در رابطه با آب آشامیدنی، فاضلاب و بهداشت انجام شود، وجود دارد. به هر حال اجرای موثر سیاست‌های WASH در سطح ملی انگار نیاز به تلاش‌هایی در چندین جبهه دارد که با امنیت، جذب و هدف قرار دادن تامین مالی بین‌المللی و ملی شروع می‌شود. بخش‌های در اولویت برای اقدام موارد زیر هستند:

- تمرکز دوباره روی تسهیلات بهداشتی
- اقدام قوی در نواحی اساسی بهبود بهداشت
- حمایت برای به کار گرفتن و حفظ زیر ساخت‌ها و خدمات موجود.
- تلاش‌های گسترده در مناطق روستایی فراموش شده جایی که نیاز برای بهبود خدمات بیشتر است
- توسعه پایش و ارزیابی موثر برای پیگیری پیشرفت و شناخت شکاف‌ها.

## وبا

وبا یک اسهال حاد است که به‌علت عفونت در رابطه با مصرف غذا یا آب آلوده به باکتری وایبریوم کلرا<sup>۱</sup> به وجود می‌آید. وبا در بیشتر از ۵۰ کشور که عمدتاً در آسیا و آفریقا هستند بومی است و ممکن است اپیدمی هم شود.<sup>۱۱۳</sup> بیش از ۱ میلیارد نفر در معرض خطر وبا در کشورهای بومی آن هستند و تخمین زده شده است ۲,۹ میلیون مورد وبا و ۹۵ هزار مرگ در سال به‌علت آن پیش می‌آید.<sup>۱۱۴</sup> آخرین اپیدمی وبا در هائیتی در سال ۲۰۱۰ - ۲۰۱۱ به دنبال زمین لرزه روی داد که باعث ۷ هزار مرگ در هائیتی و کشور همسایه آن جمهوری دومینیکن شد.<sup>۱۱۵,۱۱۶</sup> عامل محیطی در اپیدمیولوژی وبا حیاتی هستند. تغییرات اقلیمی، جنگ، بلایای طبیعی، حرکات جمعیتی و شهرنشینی، تلاش‌ها برای کنترل وبا را پیچیده کرده‌اند.<sup>۱۱۷</sup>

## روندها:

از داده‌های گزارش شده در مورد موارد وبا تعیین این موضوع که در کاهش نرخ بروز جهانی وبا پیشرفتی حاصل شده است یا نه مشکل است و داده‌های رسمی اصلاً کامل نیستند. شکل

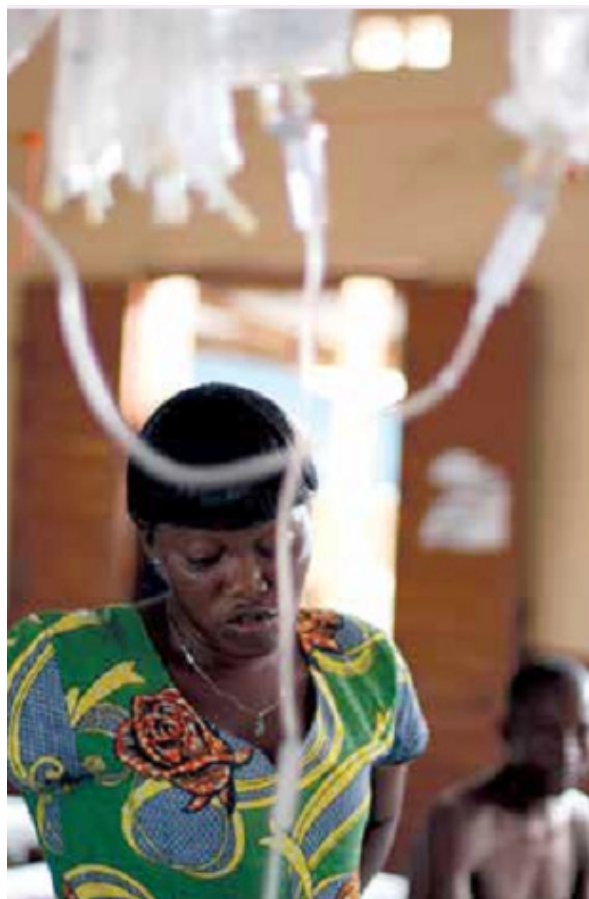
1 Bacterium Vibrio cholerae

## تحولات مثبت:

یک فاجعه- مانند اختلال در شبکه آب و فاضلاب و یا جابه جایی جمعیت به اردوگاه‌های ناکافی و پر از جمعیت- که در آن باکتری موجود است می‌تواند خطر انتقال وبا را افزایش دهد.

**واکسیناسیون:** مرور مطالعات اخیر نشان می‌دهد سطوح اثربخشی حفاظتی در محدوده ۲۳ تا ۵۸ درصد (به‌طور کلی ۳۷ درصد)<sup>۱۲۰</sup> می‌باشد و همچنین شواهدی از برخی از اثرات غیرمستقیم روی جمعیت واکسینه نشده دارد.<sup>۱۲۱</sup> به هر حال استفاده از واکسن وبای تزریقی هرگز توسط سازمان جهانی بهداشت به دلیل اثر حفاظتی کم آن و وقوع بالای عوارض جانبی شدید (عکس‌العمل‌های معکوس شدید) توصیه نشده است. کشورهای بسیار کمی برنامه‌های واکسیناسیون در این مورد دارند.

**آمادگی:** نرخ‌های مرگ و میر اپیدمی وبا در اوایل هنوز می‌تواند به بیش از ۱۰ درصد قبل از سازوکارهای واکنش مناسب مانند در دسترس بودن مراکز درمان محلی برای افزایش دسترسی سریع به درمان و حداقل کردن زمان تا رهایدراسیون اولیه به‌عنوان دوره کمون و زمان بین شروع علائم و کم آبی و مرگ که کوتاه است، برسد.<sup>۱۲۲، ۱۲۳</sup>



**آب و فاضلاب:** وبا یک بیماری است که از راه آب منتقل می‌شود. وقتی که مردم به تسهیلات آب آشامیدنی و فاضلاب سالم دسترسی داشته باشند به میزان زیادی می‌توان از آن پیشگیری کرد. یک دستاورد بزرگ در دوران MDG پیشرفت در بهبود دسترسی به آب آشامیدنی و فاضلاب در جمعیت شهری و روستایی بوده است (MDG ۷).<sup>۱۲۲</sup> دسترسی به منبع آب آشامیدنی سالم از میزان پوشش ۷۶ درصد در سال ۱۹۹۰ به ۹۱ درصد در ۲۰۱۵ رسیده است که یک افزایش جمعیت ۲٫۶ میلیارد نفری را شامل می‌شود. در مقابل پیشرفت در فاضلاب کمتر موثر بوده است. دفع مدفوع در فضای باز از ۲۴ درصد به ۱۳ درصد بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ رسیده است و ۲٫۱ میلیارد نفر دسترسی به دفع فاضلاب مناسب به‌دست آوردند اما یک سوم از جمعیت جهانی در سال ۲۰۱۵ هنوز بدون دسترسی می‌باشند.

**مدیریت موارد:** در کنار پیشرفت در جلوگیری از وبا، همچنین پیشرفت در توانایی برای مدیریت موثر نیز روی داده است. به‌طور خاص استفاده از او آر تی به‌طور گسترده‌ای به‌عنوان استاندارد مراقبت عملی شناخته شده است. بیماران دچار کم آبی بسیار شدید نیاز به تجویز مایعات داخل وریدی دارند. این بیماران همچنین نیازمند آنتی‌بیوتیک‌های مناسب برای کاهش طول مدت اسهال، کاهش حجم مایعات آبرسان<sup>۲</sup> مورد نیاز و کوتاه شدن دوره دفع وی. کلرا<sup>۳</sup> دارند. روش‌های کنترل توصیه شده شامل مدیریت مراقبت استاندارد، کارآیی خود را در کاهش نرخ کشندگی موارد و کاهش مرگ و میر وبای حاد به کمتر از ۱ درصد حتی در شرایط منابع محدود ثابت کرده‌اند.<sup>۱۱۸</sup>

## چالش‌ها:

**گونه‌های جدید:** اغلب شیوع‌های وبا به‌علت گونه وی. کلرا می‌باشد اما اخیراً گونه‌های دیگری در چندین بخش از آفریقا و آسیا شناسایی شده‌اند. مشاهدات نشان می‌دهد که این گونه‌ها علت وبای شدیدتر همراه با نرخ مرگ و میر بالاتر موارد هستند. محل زندگی اصلی وی. کلرا مردم و منابع آبی مانند آب شور و مصب رود هستند. مطالعات اخیر نشان می‌دهد که گرم شدن زمین یک محیط مساعد برای این باکتری فراهم می‌کند.<sup>۱۱۹</sup>

**پیشگیری:** انتقال وبا به میزان زیادی وابسته به مدیریت محیطی ناکافی می‌باشد. مناطق در معرض خطر شامل زاغه‌های اطراف شهری جایی که زیرساخت‌های اساسی در دسترس نیست و همچنین اردوگاه‌ها برای آوارگان و پناهندگان داخلی جایی که حداقل الزامات آب و فاضلاب مناسب وجود ندارد. هستند. عواقب

2 Rehydration fluids

3 V. cholera



## اولویت‌های استراتژیک

دولت‌های عضو سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۱ موافقت کردند که وبا باید به‌عنوان یک تهدید سلامت عمومی برای بسیاری از کشورها و مناطق شناخته شود و به‌علت تغییرات اقلیمی در معرض افزایش می‌باشد. این نیاز به پیشگیری، آمادگی و پاسخ همه گیر دارد. نظام‌های نظارت مناسب، به موقع و قاطع، مدیریت محیطی را بهبود داده اند - به طور خاص دسترسی به آب سالم و دفع فاضلاب مناسب- و استفاده کافی از واکسن وبا به‌عنوان یک اقدام مملک ضروری است. پیشگیری از وبا نیازمند دسترسی به آب سالم، دفع فاضلاب مناسب، ایمنی غذایی مناسب، بهداشت مناسب و رهیافتهای جامعه محور دارد. یک واکسن خوراکی وبای دارای مجوز بین‌المللی اخیر به تعداد محدود در بازار موجود است و برای مسافران مناسب می‌باشد. سازمان بهداشت جهانی توصیه می‌کند که از این واکسن همیشه باید به‌عنوان یک ابزار اضافی بهداشت عمومی استفاده کرد و نباید جایگزین اقدامات کنترلی مانند بهبود عرضه آب، فاضلاب مناسب و آموزش سلامت که معمولاً توصیه می‌شود، گردد. کشورهای همسایه یک ناحیه دارای وبا باید آمادگی پاسخ سریع به شیوع را بهبود دهند و نظارت برای ارزیابی خطر و تشخیص زود هنگام شیوع بیماری داشته باشند. وبا به‌عنوان یک نشانگر شفاف مدیریت محیطی و همچنین یک شاخص در مورد اینکه چگونه جامعه سلامت عمومی جهانی باید با IHR تعامل کند و نظارت اعمال شود شناخته شده است.

## عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی [عفونت‌های مقاربتی]

عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی به‌علت بیش از ۳۰ باکتری مختلف، ویروس و انگل ایجاد می‌شوند و عمدتاً از طریق تماس جنسی انتقال می‌یابند. از ۸ عامل بیماری‌زای شناخته شده که از طریق تماس جنسی منتقل شده و مرتبط با بیشترین میان بروز بیماری می‌باشند، چهار تای آنها قابل درمان هستند (سیفلیس، سوزاک، کلامیدیا<sup>۴</sup> و تریکومونا<sup>۵</sup>) و چهار تای آنها غیرقابل درمان (عامل ویروسی هپاتیت B، تبخال، HIV و ویروس پاپیلومای انسانی<sup>۶</sup> (HPV)) اما مستعد به کاهش از طریق درمان هستند.

## دستاوردها:

عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی یکی از علل مهم بیماری و مرگ و میر هستند؛ سوزاک و کلامیدیا برای مثال علل عمده

4 Chlamydia

5 Trichomoniasis

6 Human papillomavirus

بیماری التهابی لگن<sup>۷</sup>، پیامدهای نامطلوب بارداری و ناباروری هستند در حالی که عفونت HPV علت ۲۶۴ هزار مرگ به دلیل سرطان گردن رحم در هر سال می‌باشد. سیفلیس هر سال در دوران بارداری عامل ۳۰۵ هزار مرگ جنین و نوزادان، ۲۱۵ هزار نوزاد در معرض مرگ به‌علت نارس بودن، وزن کم هنگام تولد یا بیماری مادرزادی می‌باشد. برخی از عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی می‌توانند ریسک ابتلا به HIV را ۳ برابر و بیشتر کنند. به رغم پیشرفت مداوم در کاهش شیوع و بروز عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی، هنوز تخمین زده می‌شود ۳۵۷ میلیون عفونت جدید قابل درمان عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی در سال (جدول ۳-۵) و همچنین ۸۴ هزار مرگ از آنها ناشی می‌شود. تریکومونا و کلامیدیا بخش عمده‌ای از موارد عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی قابل درمان هستند اما عفونت سوزاک هنوز هم قابل توجه است و ۷۸ میلیون مورد جدید در سال برای آن تخمین زده شده است. همچنین بار بیماری‌های ویروسی عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی بالا و به میزان تخمین ۴۱۷ میلیون مورد عفونت هرپس و ۲۹۱ میلیون زن آلوده به HPV می‌باشد.<sup>۱۲۵، ۱۲۶، ۱۲۷</sup> اپیدمیولوژی عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی با افزایش عفونت‌های ویروسی در حال تغییر است چنانچه عفونت‌های مشترک قبلی دیگر مانند شانکروئید تقریباً ناپدید شده‌اند.<sup>۱۲۸، ۱۲۹</sup>

جدول ۳-۵: تخمین‌های جهانی موارد جدید عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی قابل درمان؛ ۲۰۱۲

STI	موارد جدید تخمینی (میلیون)
کلامیدیا تراکوماتیس	۱۳۰.۹
نایسریا گونوره	۷۸.۳
سیفلیس	۵.۶
تریکوموناس واژینالیس	۱۴۲.۶
کل	۳۵۷.۴

**کاهش ابتلا به سیفلیس:** داده‌های سیفلیس یک روند کاهشی از ۱۹۹۵ به بعد همراه با پیشرفت‌های قابل توجهی به سوی حذف سیفلیس مادرزادی را نشان می‌دهند. سیفلیس مادری و مادرزادی بین سال‌های ۲۰۰۸ و ۲۰۱۲ به میزان ۳۳ درصد کاهش یافته است.<sup>۱۲۶</sup> کوبا به حذف انتقال از مادر به فرزند

7 Pelvic inflammatory diseases



سیفلیس و HIV در سال ۲۰۱۵ دست یافت و ۱۳ کشور دیگر امیدوار به حذف انتقال عمودی سیفلیس هستند.

## عوامل موفقیت:

**مداخلات مبتنی بر شواهد، مقرون به صرفه و هزینه-اثر بخش:** استراتژی جهانی برای جلوگیری و کنترل عفونت‌های مقاربتی: ۲۰۰۶-۲۰۱۵ برای استفاده در تمام مناطق سازمان بهداشت جهانی سازگار شده است و توسط اغلب کشورها استفاده می‌شود. اکثر کشورها گزارش استفاده از مدیریت موارد سندرم<sup>۸</sup> برای درمان عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی دادند و ۸۸ درصد کشورهای گزارش داده، دستورالعمل‌های عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی ملی را از ۲۰۰۶ به بعد به روزرسانی کرده‌اند. علاوه بر این ۶۰ درصد از کشورها، استراتژی ملی برای حذف انتقال سیفلیس از مادر به فرزند را دارند. حدود ۹۰ درصد کشورها گزارش دادند که درمان عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی برای فاحشه‌ها در سال ۲۰۱۳ پیشنهاد داده‌اند و درصد ۸۰ گزارش دادند خدمات عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی برای مردان همجنس‌باز دارند.<sup>۱۲۴</sup>

**ارتباط به پیشگیری HIV:** مداخلات برای پیشگیری از عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی و HIV به میزان زیادی همپوشانی دارند و برنامه‌هایی که جمعیت‌های کلیدی برای HIV را هدف گرفته‌اند به همان افرادی می‌رسند که در معرض خطر بیشتر عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی هستند.

**پیشرفت در تشخیص و درمان:** آزمایش‌های سریع برای تشخیص عفونت سیفلیس به‌طور گسترده‌ای در دسترس هستند که در افزایش پوشش غربالگری و درمان سیفلیس به‌ویژه بین زنان باردار نقش دارند. غربالگری قبل از تولد برای عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی در سطح جهان از ۷۸ درصد در سال ۲۰۰۸ به ۸۴ درصد در سال ۲۰۱۳ افزایش یافته است و مثبت بودن سیفلیس بین زنان باردار به نزدیک نصف در زمان مشابه از ۱/۴ درصد به ۰٫۶ درصد کاهش یافته است رژیم‌های درمانی برای سندروم‌های عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی شایع با استفاده از درمان تک دوز هر کجا که امکان‌پذیر بوده استاندارد و ساده شده است.

## چالش‌ها:

**تامین مالی ناکافی:** برنامه‌های ملی عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی شکاف بودجه‌ای و بحران نیروی انسانی را به‌علت کمبود منابع مالی تجربه می‌کنند. در سطح جهانی هیچ بودجه خاصی برای کنترل عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی دیگر جز HIV وجود ندارد.

**پوشش خدمات جلوگیری و درمان عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی:** اغلب مداخلات اجرا شده از نظر مقیاس و قلمرو برای دسترسی همگانی کافی نیستند. موانع دسترسی شامل انگ و تبعیض مداوم، جرم دانستن رفتارهای جمعیت در معرض بالاترین ریسک، تعهد سیاسی ضعیف برای کنترل عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی و کمبود منابع مالی می‌باشند.

**فقدان داده‌های باکیفیت:** چندین مطالعه علت‌یابی و شیوع در دهه گذشته انجام شده است به‌عنوان مثال برنامه‌های عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی به برنامه‌های HIV ادغام شده بود. سیستم‌های نظارت عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی کمبود ظرفیت برای ارائه اطلاعات و داده‌های قوی و منسجم برای حمایت از تصمیم‌گیری دارند.

**تهدید جهانی مقاومت ضد میکروبی گنوکوکی:** برنامه نظارت مقاومت ضد میکروبی جهانی<sup>۹</sup> (GASP) به‌عنوان یک پاسخ به ظهور مقاومت ضد میکروبی گنوکوکی دوباره معرفی شده است اما همراه با تامین مالی و کارکنان ناکافی. پایش مقاومت ضد میکروبی هنوز در اغلب مناطق سازمان جهانی بهداشت تکه تکه است.

**تغییر اپیدمیولوژی STI:** اپیدمیولوژی STI همراه با اینکه STI‌های ویروسی رایج تر از عوامل بیماری‌زای باکتریایی می‌شوند در حال تغییر است و نیازمند اطلاعات به روز شده برای استراتژی‌های جلوگیری و درمان مناسب محلی می‌باشد. تحقیقات بیشتر نیاز به توسعه مداخلات پیشگیری مانند واکسن‌ها، میکروب‌کش‌ها و فناوریهای جدید دیگر برای عفونت‌های ویروسی دارد.

**توان پایین آزمایش‌های تشخیصی:** اغلب عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی بدون علائم هستند (به‌ویژه در میان زنان) و نیازمند توسعه و در دسترس بودن گسترده آزمایش‌های تشخیصی قابل اعتماد و ساده برای تقویت مدیریت سندرومی موارد دارای نشانه حاکی از بیماری می‌باشند.

هیچ هدف آشکاری برای عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی وجود ندارد اما عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی مرتبط با اهداف چندگانه در سلامت می‌باشند. فعالیتهای پیشگیری و کنترل عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی اهداف SDG برای کاهش مرگ و میر کودکان و نوزادان را حمایت می‌کنند (۳،۲)، به اپیدمی ایدز و دیگر بیماری‌های واگیر پایان می‌دهند (۳،۳) بیماری‌های گرمسیری فراموش شده را کاهش می‌دهند و باعث بهبود سلامت ذهنی (۳،۴)، سلامت جنسی و تولید مثل (۳،۷)، پوشش همگانی سلامت (۳،۸) می‌شوند. استراتژی فعلی پیشگیری و کنترل عفونت‌های قابل انتقال از راه جنسی در سال ۲۰۱۵ تمام می‌شود و توسعه مرحله بعدی روی موفقیت‌ها برای دستیابی به پوشش همگانی، توسعه فناوری‌های جدید برای

9. The Global Antimicrobial Resistance Surveillance Programme

8 syndromic case management

## یادداشت ها و منابع:

- 1 Global Health Estimates: Deaths, disability-adjusted life year (DALYs), years of life lost (YLL) and years lost due to disability (YLD) by cause, age and sex, 2012–2000. Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/), accessed 21 September 2015).
- 2 Graph uses WHO regional grouping with high-income OECD countries separated (see Annex 1).
- 3 Jones KE, Patel NG, Levy MA, Storeygard A, Balk D, Gittleman JL et al. Global trends in emerging infectious diseases. *Nature*. 4–451:990;2008 (<http://www.nature.com/nature/journal/v451/n7181/abs/nature06536.html>, accessed 17 September 2015).
- 4 Heesterbeek H, Anderson RM, Andreasen V, Bansal S, De Angelis D, Dye C et al. Modeling infectious disease dynamics in the complex landscape of global health. *Science*. 347;2015:aaa4339 (<http://www.sciencemag.org/content/6227/347/aaa4339.full>, accessed 17 September 2015).
- 5 Antimicrobial resistance: global report on surveillance 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.who.int/drugresistance/documents/surveillance-report/en/>, accessed 17 September 2015).
- 6 Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. New York (NY): United Nations; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>, accessed 5 October 2015).
- 7 Millennium Development Goals report 2015. New York (NY): United Nations; 2015 (<http://unstats.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2015/English2015.pdf>, accessed 17 September 2015).
- 8 How AIDS changed everything. MDG 15 :6 years, 15 lessons of hope from the AIDS response. Geneva: UNAIDS; 2015 (<http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/HowAIDSchangedeverything>, accessed 17 September 2015).
- 9 Global tuberculosis report 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/HTM/TB/2015.22; [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/en/](http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/), accessed 28 October 2015).
- 10 Achieving the malaria MDG target: reversing the incidence of malaria 2015–2000. Geneva and New York (NY): World Health Organization and United Nations Children's Fund; 2015 (<http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241509442/en/>, accessed 8 October 2015).
- 11 Hotez PJ, Alvarado M, Basáñez M-G, Bollinger I, Bourne R, Boussinesq M et al. The global burden of disease study 2010: interpretation and implications for the neglected tropical diseases. *PLoS Negl Trop Dis*. July 2014;doi:10.1371/journal.pntd.0002865 (<http://>

تشخیص و جلوگیری و بهبود مداخله های تغییر رفتار تمرکز می کند. مرحله بعدی استراتژی جهانی عفونت های قابل انتقال از راه جنسی به زمینه های زیر ارجاع می دهد:

- تقویت مکانیسم های تامین مالی برای خدمات مورد نیاز عفونت های قابل انتقال از راه جنسی و افزایش ظرفیت منابع انسانی
- افزایش پوشش خدمات از طریق یکپارچه سازی پیشگیری و مدیریت عفونت های قابل انتقال از راه جنسی به دستور کار گسترده تر عفونت HIV و بهداشت باروری. استراتژی هایی برای افزایش دسترسی به خدمات برای جمعیت کلیدی و دیگر افراد آسیب پذیر مانند نوجوانان نیاز است.
- تقویت نظارت و کیفیت داده ها برای بهبود دانش و افزایش تعداد کشورهایی که علل شیوع سندروم های عفونت های قابل انتقال از راه جنسی و مقاومت ضد میکروبی را گزارش می دهند.
- توسعه استراتژی هایی برای پرداختن به مقاومت ضد میکروبی گنوکوکی که موفقیت های به دست آمده تاکنون را تهدید به معکوس کردن می کند. یک واکنش تهاجمی برای جلوگیری از غیر قابل درمان شدن بیماری سوزاک نیاز است.
- شتاب بخشی به تحقیقات و دسترسی به نوآوری هایی مانند آزمایش های تشخیصی در زمان مراقبت، درمان شناسی موثرتر، واکسن های عفونت های قابل انتقال از راه جنسی، میکروپ کاش ها و روش های ارتقا بهداشت. یک نیاز فزاینده به آزمایش های تشخیصی سریع برای تقویت مدیریت سندرومی و شناسایی عفونت های بدون علائم به خصوص در زنان وجود دارد.



journals. [plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0002865](http://plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0002865), accessed 17 September 2015).

12 GBD 2013 mortality and cause of death collaborators. Global, regional and national age-sex specific all-cause and cause specific mortality for 240 causes of death, 2013–1990: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 71–117:(9963)385;2015 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS-0140-2961682%2814%6736/fulltext>, accessed 17 September 2015).

13 Preventing diarrhoea through better water, sanitation and hygiene: Exposures and impacts in low- and middle income countries. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241564823/1/150112/10665\\_eng.pdf?ua=1/](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241564823/1/150112/10665_eng.pdf?ua=1/), accessed 17 September 2015).

14 Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections– 2008. Geneva: World Health Organization; 2008 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241503839/1/75181/10665\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241503839/1/75181/10665_eng.pdf?ua=1), accessed 17 September 2015).

15 WHO/UNAIDS estimates; 2015.

16 Mortality and causes of death collaborators. Global, regional, and national age-sex specific, all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 2013–1990: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 71–385:117;2015 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS2-2961682%2814%6736-0140/fulltext>, accessed 17 September 2015).

17 According to the treatment criteria in the 2015 WHO guidelines, all people living with HIV are eligible for ART. Source: Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. September 2015. Geneva: World Health Organization;2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241509565/1/186275/10665\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241509565/1/186275/10665_eng.pdf?ua=1), accessed 30 September 2015).

18 Estimated TB treatment coverage calculated from: Global tuberculosis report 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/HTM/TB/2015.22; [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/en/](http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/), accessed 28 October 2015).

19 Investing to overcome the global impact of neglected tropical diseases: third WHO report on neglected diseases. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241564861/1/152781/10665\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241564861/1/152781/10665_eng.pdf?ua=1), accessed 17 September 2015).

20 Data, statistics and graphics. Immunization, vaccines and biologicals. Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/immunization/monitoring\\_surveillance/data/en/](http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/en/), accessed 28 August 2015).

21 Regional action plan for viral hepatitis in the Western Pacific. Draft for virtual Member State Consultation. Regional Office for the Western Pacific: World Health

Organization; 2015 ([http://www.wpro.who.int/hepatitis/hepatitis\\_resource\\_publication/rapvh\\_wpro\\_v010615\\_3.pdf?ua=1](http://www.wpro.who.int/hepatitis/hepatitis_resource_publication/rapvh_wpro_v010615_3.pdf?ua=1), accessed 12 October 2015).

22 Progress on sanitation and drinking water: 2015 update and MDG assessment. Geneva and New York (NY): World Health Organization and United Nations Children’s Fund; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241509145/1/177752/10665\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241509145/1/177752/10665_eng.pdf?ua=1), accessed 28 August 2015).

23 Mathis M, Briand S, Prentice T. Emerging and re-emerging infectious threats in the 21st century. *Wkly Epidemiol Rec*. 44–238:(20)90;2015. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/entity/wer/2015/wer9020.pdf?ua=1>, accessed 28 August 2015).

24 Daewood FS, Iuliano AD, Reed C, Meltzer MI, Shay DK, Cheng P-Y et al. Estimated global mortality associated with the first 12 months of 2009 pandemic influenza A H1N1 virus circulation: a modelling study. *Lancet Infect Dis*. 95–687:(9)12;2012 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473309912701214>, accessed 17 September 2015).

25 Simonsen L, Spreeuwenberg P, Lustig R, Taylor RJ, Fleming DM, Kroneman M et al. Global Mortality Estimates for the 2009 Influenza Pandemic from the GLaMOR Project: A Modeling Study. *PLoS Med*. 11(10);2013 (<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001558>, accessed 17 September 2015).

26 Cholera, 2014. *Wkly Epidemiol Rec*. –517:(40)90 ;2015 44. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/wer/2015/wer9040.pdf?ua=1>, accessed 7 October 2015).

27 Ebola situation reports. Geneva: World Health Organization (<http://apps.who.int/ebola/ebola-situation-reports>, accessed 28 September 2015).

28 Ebola Outbreaks 2014–2000. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (<http://www.cdc.gov/vhf/ebola/outbreaks/history/summaries.html>, accessed 17 September 2015).

29 WHO Ebola Response Team. Ebola Virus Disease in West Africa — The First 9 Months of the Epidemic and Forward Projections. *N Engl J Med*. 95–1481:(16)371;2014 (<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1411100>, accessed 17 September 2015).

30 The economic impact of the 2014 Ebola epidemic: short- and medium-term estimates for Guinea, Liberia, and Sierra Leone. Washington (DC): World Bank; 2014 ([http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/20140917071539\\_000470435/17/09/2014/Rendered/PDF/907480REVISED.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/20140917071539_000470435/17/09/2014/Rendered/PDF/907480REVISED.pdf), accessed 28 August 2015).

31 International decade for action “Water for Life” –2005 2015. New York (NY): United Nations(<http://www.un.org/waterforlifedecade/>, accessed 8 October 2015).

- 32 Creditor reporting system (CRS). Paris: Organisation of Economic Co-operation and Development (<http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=CRS1>, accessed 17 September 2015). Note: HIV funding is recorded as “STD control including HIV/AIDS”.
- 33 In 2013, generic manufacturers supplied %98 of all ARV drugs in low- and middle-income countries, at competitive prices.
- 34 Callaghan M, Ford N, Schneider H. A systematic review of task-shifting for HIV treatment and care in Africa. *Hum Resour Health.* 8:8;2010 (<http://www.human-resources-health.com/content/8/1/8>, accessed 17 September 2015).
- 35 International Health Regulations (2<sup>nd</sup>, (2005nd edition. Geneva: World Health Organization; 2008 ([http://www.who.int/ihr/IHR\\_2005\\_en.pdf](http://www.who.int/ihr/IHR_2005_en.pdf), accessed 28 August 2015).
- 36 All Member States that are parties to the IHR are required to have or to develop core public health capacities aimed at more rapid detection and response to public health events to implement the regulations effectively. Any public health emergency of international concern must be reported to WHO.
- 37 Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN). In: Strengthening health security by implementing the International Health Regulations (2005). Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/ihr/alert\\_and\\_response/outbreak-network/en/](http://www.who.int/ihr/alert_and_response/outbreak-network/en/), accessed 28 August 2015).
- 38 GOARN partners have been deployed on 137 missions, comprising 1471 deployments and 629 31 person-days in 79 countries, territories or areas. In response to the Ebola epidemic in West Africa, there were more than 1250 deployments of specialists from GOARN partner institutions.
- 39 Established in 1952, the network currently comprises six WHO Collaborating Centres, four WHO Essential Regulatory Laboratories and 142 institutions in 112 WHO Member States, which are recognized by WHO as National Influenza Centres, in addition to ad hoc groups established to address specific emerging issues.
- 40 Pandemic influenza preparedness framework for the sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits. Geneva: World Health Organization; 2011 ([http://www.who.int/influenza/resources/pip\\_framework/en/](http://www.who.int/influenza/resources/pip_framework/en/), accessed 28 August 2015).
- 41 Resolution WHA64.5. Pandemic influenza preparedness: sharing of influenza viruses and access to vaccines and other benefits. In: Sixty-fourth World Health Assembly, Geneva, 24–16 May 2011. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 9–2011:8 (WHA2011/64/REC/1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA-64/REC1/A64\\_REC-1en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA-64/REC1/A64_REC-1en.pdf), accessed 28 August 2015).
- 42 Tuberculosis research and development: 2014 Report on tuberculosis research funding trends, 2<sup>nd</sup>. 2013–2005nd edition. New York (NY): Treatment Action Group; 2015 (<http://www.treatmentactiongroup.org/tbrd2014>, accessed 17 September 2015).
- 43 World malaria report 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://www.who.int/malaria/publications/world\\_malaria\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2014/en/), accessed 17 September 2015).
- 44 Freeman MC, Stocks ME, Cumming O, Jeandron A, Higgins JP, Wolf J et al. Systematic review: hygiene and health: systematic review of handwashing practices worldwide and update of health effects. *Trop Med Int Health.* 16-906:(8)19;2014 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tmi.12339/abstract;jsessionid=D0F711B76D9B6485539D3250E0717D1D.f01t01>, accessed 17 September 2015).
- 45 Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. September 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241509565/1/186275/10665\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241509565/1/186275/10665_eng.pdf?ua=1), accessed 30 September 2015).
- 46 Hauri AM, Armstrong GL, Hutin YJ. The global burden of disease attributable to contaminated injections given in health care settings. *Int J STD AIDS.* 16-7:(1)15;2004 (Abstract: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14769164>, accessed 17 September 2015).
- 47 Pépin J, Abou Chakra CN, Pépin E, Nault V. Evolution of the global use of unsafe medical injections, 2010–2000. *PLoS One.* 4 December 2013;doi:10.1371/journal.pone.0080948 (<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0080948>, accessed 17 September 2015).
- 48 Medicines in health systems: advancing access, affordability and appropriate use. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/FR\\_webfinal\\_v1.pdf](http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/FR_webfinal_v1.pdf), accessed 17 September 2015).
- 49 Watts N, Adger WN, Agnolucci P, Blackstock J, Byass P, Cai W et al. Health and climate change: policy responses to protect public health. *Lancet.* 23 June 2015 (<http://www.thelancet.com/commissions/climate-change2015->, accessed 17 September 2015).
- 50 Bhatt S, Gething PW, Brady OJ, Messina JP, Farlow AW, Moyes CL et al. The global distribution and burden of dengue. *Nature.* 7-496:504;2013 (<http://www.nature.com/nature/journal/v496/n7446/full/nature12060.html>, accessed 17 September 2015).
- 51 Keesing F, Belden LK, Daszak P, Dobson A, Harvell CD, Holt RD et al. Impact of biodiversity on the emergence and transmission of infectious diseases. *Nature.* -468:647;2010 52 (<http://www.nature.com/nature/journal/v468/n7324/full/nature09575.html>, accessed 17 September 2015).



- 52 For evidence and possible strategies to address the social determinants of health, see for instance: Social determinants of health. Geneva: World Health Organization ([http:// www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/), accessed 7 October 2015).
- 53 See for instance: Gender equality and HIV/AIDS. New-York (NY): United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (<http://www.genderaids.org/>, accessed 8 October 2015).
- 54 International Health Regulations Monitoring Framework. Global Health Observatory data. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/gho/ihr/en/>, accessed 28 August 2015).
- 55 A22/68 Add.1. Report by the Director-General. Implementation of the International Health Regulations (2005): Report of the Review Committee on Second Extensions for Establishing National Public Health Capacities and on IHR Implementation. In: Sixty-eight World Health Assembly, Geneva, 26–18 May 2015. Provisional agenda item 15.3. Geneva: World Health Organization; 2015 (A22/68 Add.1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA68/A22\\_68Add-1en.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A22_68Add-1en.pdf?ua=1), accessed 17 September 2015).
- 56 Briand S, Bertherat E, Cox P, Formenty P, Kieny MP, Myhre JK et al. The international Ebola emergency. *N Engl J Med.* 3–371:1180;2014 (<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1409858>, accessed 28 August 2015).
- 57 Grepin K. International donations to the Ebola virus outbreak: too little, too late? *BMJ.* 350 ;2015 (<http://www.bmj.com/content/350/bmj.h376>, accessed 28 August 2015).
- 58 International Health Regulations Monitoring. Strengthening health security by implementing the International Health Regulations (2005). Geneva: World Health Organization ([http:// www.who.int/ihr/procedures/monitoring/en/](http://www.who.int/ihr/procedures/monitoring/en/), accessed 28 August 2015). Percentage of the 13 core capacities that are present according to self-reported country data, average of countries.
- 59 Røttingen J-A, Regmi S, Eide M, Young AJ, Viergever RF, Årdal C et al. Mapping of available health research and development data: what's there, what's missing, and what role is there for a global observatory? *Lancet.* 307–1286:(9900)382;2013 ([http:// www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0-2961046%2813%6736-0140/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0-2961046%2813%6736-0140/fulltext), accessed 8 October 2015).
- 60 RTS,S Clinical Trials Partnership. Efficacy and safety of RTS,S/AS01 malaria vaccine with or without a booster dose in infants and children in Africa: final results of a phase3, individually randomised, controlled trial. *Lancet.* 45–31:(9988)386;2015 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS8-2960721%2815%6736-0140/fulltext>, accessed 17 September 2015).
- 61 Global health sector strategy on HIV, 2021–2016: Draft for consultation. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/hiv/proposed-hiv-strategy2021-2016/en/>, accessed 17 September 2015).
- 62 Fast track: ending the AIDS epidemic by 2030. Geneva: UNAIDS; 2014 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20140925\\_Fast\\_Track\\_Brochure.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20140925_Fast_Track_Brochure.pdf), accessed 17 September 2015 and UNAIDS 2021–2016 strategy: On the fast-track to end AIDS. Geneva: UNAIDS; 2015 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20151027\\_UNAIDS\\_PCB18\\_15\\_37\\_EN\\_rev1.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB18_15_37_EN_rev1.pdf), accessed 12 November 2015).
- 63 The End TB Strategy. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/tb/strategy/end-tb/en/>, accessed 12 October 2015).
- 64 Resolution WHA67.1. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015. In: Sixty-seventh World Health Assembly, Geneva, 24–19 May 2014. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 5–2014:3 (WHA2014/67/REC/1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA-67/REC1/A2014\\_67\\_REC-1en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA-67/REC1/A2014_67_REC-1en.pdf), accessed 28 August 2015).
- 65 Global technical strategy for malaria 2030–2016. Geneva: World Health Organization ([http:// apps.who.int/iris/bitstream/9789241564991/1/176712/10665\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241564991/1/176712/10665_eng.pdf?ua=1&ua=1), accessed 29 October 2015).
- 66 Accelerating work to overcome the global impact of neglected tropical diseases: a roadmap for implementation. Geneva: World Health Organization; 2012 ([http://www.who.int/neglected\\_diseases/NTD\\_RoadMap\\_2012\\_Fullversion.pdf?ua=1](http://www.who.int/neglected_diseases/NTD_RoadMap_2012_Fullversion.pdf?ua=1), accessed 12 October 2015)
- 67 Water sanitation and hygiene for accelerating and sustaining progress on neglected tropical diseases: a global strategy 2020–2015. Geneva: World Health Organization;2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/1/182735/10665/WHO\\_FWC\\_WSH\\_15.12\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/1/182735/10665/WHO_FWC_WSH_15.12_eng.pdf?ua=1), accessed 8 October 2015).
- 68 Global health sector strategy on viral hepatitis, 2021–2016: draft for consultation. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/hiv/proposed-hep-strategy2021-2016/en/>, accessed 17 September 2015).
- 69 Report of the second consultation on post2015-monitoring of drinking-water, sanitation and hygiene. The Hague, 5–3 December 2012. Geneva and New York (NY): WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation; 2012 ([http://www.wssinfo.org/fileadmin/user\\_upload/resources/WHO\\_UNICEF\\_JMP\\_Hague\\_Consultation\\_Dec2013.pdf](http://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/WHO_UNICEF_JMP_Hague_Consultation_Dec2013.pdf), accessed 8 October 2015).
- 70 Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseini MC, Kumarasamy Net al. Prevention of HIV1- infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med.*505–493:(6)365;2011 (<http://www.nejm.org/>

doi/full/10.1056/NEJMoa#1105243t=article,accessed 17 September 2015).

71 A20/68. Report by the Secretariat. Antimicrobial resistance: draft global action plan on antimicrobial resistance. In: Sixty-eighth World Health Assembly, Geneva, 26–18 May 2015. Provisional agenda item 15.1. Geneva: World Health Organization; 2015 (A20/68; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA68/A-20\\_68en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A-20_68en.pdf), accessed 17 September 2015).

72 A20/68 Corr.1. Report by the Secretariat. Antimicrobial resistance: draft global action plan on antimicrobial resistance. Corrigendum. In: Sixty-eighth World Health Assembly, Geneva, 26–18 May 2015. Provisional agenda item 15.1. Geneva: World Health Organization; 2015 (A20/68 Corr.1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA68/A20\\_68Corr-1en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A20_68Corr-1en.pdf), accessed 17 September 2015).

73 HIV, universal health coverage and the post2015-development agenda. Discussion paper. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241507530/1/128120/10665\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241507530/1/128120/10665_eng.pdf?ua=1), accessed 17 September 2015).

74 A22/68. Report by the Director-General. Implementation of the International Health Regulations (2005): Responding to public health emergencies. In: Sixty-eight World Health Assembly, Geneva, 26–18 May 2015. Provisional agenda item 15.3. Geneva: World Health Organization; 2015 (A22/68; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA68/A-22\\_68en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A-22_68en.pdf), accessed 28 August 2015).

75 The global health security agenda. Washington (DC): U.S. Department of Health and Human Services. (<http://www.globalhealth.gov/global-health-topics/global-health-security/ghsagenda.html>, accessed 26 October 2015).

76 Post2015- global monitoring: the process to identify targets and indicators for global monitoring after 2015. Geneva and New York (NY): WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme (JMP) for Water Supply and Sanitation (<http://www.wssinfo.org/post-2015-monitoring/>, accessed 17 September 2015).

77 Clinical trials and community studies have demonstrated that besides saving the lives of people living with HIV, ART-associated viral load suppression reduces the transmission of HIV to the sexual partners of people living with HIV. For instance, a study in South Africa reported for each %10 increase in ART coverage, a %17 decline in HIV incidence. Source: Tanser F, Barnighausen T, Grapsa E, Zaidi J, Newell ML. High coverage of ART associated with decline in risk of HIV acquisition in rural KwaZulu-Natal, South Africa. *Science*. 71–966:(6122)339;2013 (<http://www.sciencemag.org/content/966/6122/339>. full, accessed 17 September 2015).

78 Global update on the health sector response to HIV.

Geneva: World Health Organization;2014 (<http://www.who.int/hiv/pub/progressreports/update2014/en/>, accessed 17September 2015).

79 Odhiambo JO, Kellogg TA, Kim AA, Nq'anq'q L, Mukui I, Umuro M et al. Antiretroviral treatment scale-up among persons living with HIV in Kenya: results from a nationally representative survey. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 66;2014(Suppl. 1):S116–S122 (Abstract: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24732815>, accessed 17 September 2015).

80 Kenya AIDS Indicator survey 2012. Final report, June 2014. Nairobi: Ministry of Health; 2014 (<http://www.nacc.or.ke/images/documents/KAIS2012-.pdf>, accessed 17 September 2015)

81 Raviglione M, Uplekar M. WHO new Stop TB strategy. *Lancet*. 5–952:(9514)2006:367 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS-2968392%2806%6736-0140X/fulltext?version=printerFriendly>, accessed 17 September 2015).

82 The strategy had six major components: (i) high quality DOTS, including early case detection and standardized treatment; (ii) addressing the epidemics of MDR TB and HIV-related TB; (iii) contributing to health system strengthening; (iv) engagement of all care providers; (v) empowerment of people with TB and communities; and (vi) enabling and promoting research.

83 Four other TB indicators were included within the MDG framework: (i) the TB mortality rate; (ii) the TB prevalence rate; (iii) the proportion of cases detected (case detection rate, calculated as notifications of new and relapse cases to national authorities, divided by incidence in the same time period); (iv) and the treatment success rate. Case detection and treatment success rates have been closely monitored at national and global levels since 1995, following the establishment of targets (%70 and %85, respectively) for these indicators within a 1991 World Health Assembly resolution. Source: 44th World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 1991 (WHA1991/44/REC/1

84 Dye C, Maher D, Weil D, Espinal M, Raviglione M. Targets for global tuberculosis control. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2–460:(4)10;2006 (<http://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtld/00000004/00000010/2006/art00019>, accessed 17 September 2015).

85 Resolution. 44th World Health Assembly. Geneva: WHO; 1991 (WHA1991/44/REC/1).

86 The remaining %49 is a mixture of TB cases that were not diagnosed, and TB cases that were detected but not reported to national authorities and who received care of unknown quality. In some high-TB burden countries, there are large numbers of TB cases that are detected but not reported.

- 87 Global tuberculosis control – a short update to the 2009 report. Geneva: World Health Organization; 2009 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241598866/1/44241/10665\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241598866/1/44241/10665_eng.pdf), accessed 17 September 2015).
- 88 Countdown to 2015. Global tuberculosis report 2013 supplement. Geneva: World Health Organization; 2013 (WHO/HTM/TB/2013; [http://apps.who.int/iris/bitstream/1/91542/10665/WHO\\_HTM\\_TB\\_2013.13\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/1/91542/10665/WHO_HTM_TB_2013.13_eng.pdf), accessed 20 October 2015).
- 89 The 17 diseases are listed at: [http://www.who.int/neglected\\_diseases/diseases/en/](http://www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/). The 17 NTDs prioritized by WHO include blinding trachoma, Buruli ulcer, Chagas disease, cysticercosis, dengue, dracunculiasis (guinea-worm disease), echinococcosis, endemic treponematoses (yaws), foodborne trematode infections, human African trypanosomiasis (sleeping sickness), leishmaniasis, leprosy (Hansen disease), lymphatic filariasis, onchocerciasis (river blindness), rabies, schistosomiasis (bilharziasis), and soil-transmitted helminthiasis (intestinal worms).
- 90 Monthly report on dracunculiasis cases, January–June 2015. *Wkly Epidemiol Rec.* 1–430:(34)90; 2015. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/wer/2015/wer9034.pdf?ua=1>, accessed 7 October 2015).
- 91 Number of new reported cases of Human African Trypanosomiasis (T.b. gambiense). Global Health Observatory data repository. Geneva: World Health Organization (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1636?lang=en>, accessed 8 October 2015).
- 92 Onchocerciasis. Preventive chemotherapy and transmission control (PCT) databank. Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/neglected\\_diseases/preventive\\_chemotherapy/oncho/en/](http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/oncho/en/), accessed 8 October 2015).
- 93 Kala-Azar Elimination Programme: Report of a WHO consultation of partners, 11–10 February 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241509497/1/185042/10665\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241509497/1/185042/10665_eng.pdf?ua=1), accessed 8 October 2015).
- 94 Global programme to eliminate lymphatic filariasis: progress report, 2014. *Wkly Epidemiol Rec.* 504–489:(38)90; 2015. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/wer/2015/wer9038.pdf?ua=1>, accessed 8 October 2015).
- 95 The apparent drop in coverage for onchocerciasis in 2013 is related to an increase in the denominator, from 120 million 2012 to 169 million, with a shift in strategy from control to elimination. Data as of 1 June 2015.
- 96 Lymphatic filariasis. Preventive chemotherapy and transmission control (PCT) databank. Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/neglected\\_diseases/preventive\\_chemotherapy/lf/en/](http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/lf/en/), accessed 8 October 2015).
- 97 Ending the neglect & reaching 2020 goals: London declaration on neglected tropical diseases. Uniting to Combat NTDs ([http://unitingtocombatntds.org/sites/default/files/resource\\_file/london\\_declaration\\_on\\_ntds.pdf](http://unitingtocombatntds.org/sites/default/files/resource_file/london_declaration_on_ntds.pdf), accessed 17 September 2015).
- 98 Delivering on promises and driving progress: second report on uniting to combat NTDs. Uniting to Combat NTDs; 2014 (<http://unitingtocombatntds.org/report/delivering-promises-driving-progress-second-report-uniting-combat-ntds>, accessed 17 September 2015).
- 99 Adapted from: Investing to overcome the global impact of neglected tropical diseases: third WHO report on neglected diseases. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241564861/1/152781/10665\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241564861/1/152781/10665_eng.pdf?ua=1), accessed 17 September 2015).
- 100 About TDR (Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases) (<http://www.who.int/tdr/about/en/>, accessed 17 September 2015).
- 101 These targets were laid out in the WHO NTD Roadmap and endorsed in 2013 under Resolution WHA66.12. Neglected tropical diseases. In: Sixty-sixth World Health Assembly, Geneva, 27–20 May 2013. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 7–2013:24 (WHA2013/66/REC/1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA-66/REC1/A66\\_REC-1en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA-66/REC1/A66_REC-1en.pdf), accessed 28 August 2015).
- 102 Interruption of transmission.
- 103 Including elimination as a public health problem.
- 104 Database of vaccines introduction. Update of 4 September 2015. Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/entity/immunization/monitoring\\_surveillance/data/year\\_vaccine\\_introduction.xls?ua=1](http://www.who.int/entity/immunization/monitoring_surveillance/data/year_vaccine_introduction.xls?ua=1), accessed 8 October 2015).
- 105 Ten countries introduced partially or to selected age/risk group.
- 106 Liang X, Bi S, Yang W, Wang L, Cui G, Cui F et al. Epidemiological serosurvey of hepatitis B in China: declining HBV prevalence due to hepatitis B vaccination. *Vaccine.* 7–6550:(47)27; 2009 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X0901233X>, accessed 17 September 2015).
- 107 WHO position paper on hepatitis A vaccines – June 2012. *Wkly Epidemiol Rec.* 76–87:261; 2012 ([http://www.who.int/entity/wer/2012/wer29\\_8728.pdf?ua=1](http://www.who.int/entity/wer/2012/wer29_8728.pdf?ua=1), accessed 17 September 2015).
- 108 WHO/UNICEF coverage estimates for 2014–1980, as of 10 July 2015. Geneva and New York (NY): World Health Organization and United Nations Children’s Fund; 2015 ([http://www.who.int/entity/immunization/monitoring\\_surveillance/data/coverage\\_estimates\\_series.xls?ua=1](http://www.who.int/entity/immunization/monitoring_surveillance/data/coverage_estimates_series.xls?ua=1), accessed 21 September 2015).

- 109 Pépin J, Abou Chakra CN, Pépin E, Nault V, Valiquette L. Evolution of the global burden of viral infections from unsafe medical injections, 2010–2000. *PLoS One*. 6(9):e99677 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4049770/>, accessed 17 September 2015).
- 110 Prevention and control of viral hepatitis. Framework for global action. Geneva: World Health Organization; 2012 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/1/130012/10665/WHO\\_HSE\\_PED\\_HIP\\_GHP\\_2012.1\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/1/130012/10665/WHO_HSE_PED_HIP_GHP_2012.1_eng.pdf?ua=1&ua=1), accessed 17 September 2015).
- 111 WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme (JMP) for Water Supply and Sanitation (<http://www.wssinfo.org/>, accessed 17 September 2015).
- 112 UN-water global analysis and assessment of sanitation and drinking-water (GLAAS) 2014 report: investing in water and sanitation: increasing access, reducing inequalities. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241508087/1/139735/10665\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241508087/1/139735/10665_eng.pdf?ua=1), accessed 17 September 2015).
- 113 Harris J, LaRocque R, Qadri F, Ryan E, Calderwood S. Cholera. *Lancet*. 76–2466:(9835)379;2012 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS-0140-2960436%2812%6736X/fulltext>, accessed 28 August 2015).
- 114 Ali M, Nelson A, Lopez A, Sack D. Updated global burden of cholera in endemic countries. *PLoS Negl Trop Dis*[electronic resource]. 2011;doi:10.1371/journal.pntd.0003832 (<http://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0003832>, accessed 28 August 2015).
- 115 Cholera, 2010. *Wkly Epidemiol Rec.* –325:(31)86;2011 40. Geneva: World Health Organization(<http://www.who.int/wer/2011/wer8631.pdf?ua=1>, accessed 7 October 2015)
- 116 Cholera, 2011. *Wkly Epidemiol Rec.* –31)87 ;2012 304–289:(32. Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/wer/2012/wer32\\_8731.pdf?ua=1](http://www.who.int/wer/2012/wer32_8731.pdf?ua=1), accessed 7 October 2015).
- 117 O’Leary M, Mulholland K. Oral cholera vaccines in endemic countries. *Lancet*[electronic resource]. 8 July 2015; doi:10.1016/S-60246(15)6736-0140X (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS-0140-2960246%2815%6736X/fulltext?rss3%Dyes>, accessed 28 August 2015).
- 118 Sack D, Sack B, Nair B, Siddique A. Cholera. *Lancet*. 33–223:(9404)363;2004 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673603153287>, accessed 28 August 2015).
- 119 Cholera. Fact sheet No107, updated July 2015. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs107/en/>, accessed 17 September 2015).
- 120 Qadri F, Ali M, Chowdhury F, Khan A, Saha A, Khan I et al. Feasibility and effectiveness of oral cholera vaccine in an urban endemic setting in Bangladesh: a cluster randomised open- label trial. *Lancet*[electronic resource]. 8 July 2015;doi:10.1016/S0-61140(15)6736-0140 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS-0140-0-2961140%2815%6736/fulltext?rss=yes>, accessed 28 August 2015).
- 121 Alim M, Sur D, You Y, Kanungo S, Sah B, Manna B et al. Herd protection by a bivalent killed whole-cell oral cholera vaccine in the slums of Kolkata, India. *Clin Infect Dis*.31–1123:(8)56;2013 (<http://cid.oxfordjournals.org/content/1123/8/56.long>, accessed 28 August 2015).
- 122 Walton D, Ivers L. Responding to cholera in post-earthquake Haiti. *N Engl J Med*. 5–364:3;2011 (<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1012997>, accessed 28 August 2015).
- 123 Mintz E, Guerrant R. A lion in our village: the unconscionable tragedy of cholera in Africa. *N Engl J Med*. 63–360:1060;2009 (<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp0810559>, accessed 28 August 2015).
- 124 Resolution WHA64.15. Cholera: mechanism for control and prevention. In: Sixty-fourth World Health Assembly, Geneva, 24–16 May 2011. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 3–2011:31 (WHA2011/64/REC/1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA-64REC1/A64\\_REC-1en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA-64REC1/A64_REC-1en.pdf), accessed 28 August 2015).
- 125 Newman LM, Rowley J, Vander Hoorn S et al. Global estimates of the prevalence and incidence of four curable sexually transmitted infections in 2012. *PLoS One*. In press.
- 126 Report on global sexually transmitted infection surveillance 2013. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241507400/1/112922/10665\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241507400/1/112922/10665_eng.pdf), accessed 17 September 2015).
- 127 Progress report of the implementation of the global strategy for prevention and control of sexually transmitted infections: 2015–2006. Document for the World Health Assembly. Geneva: World Health Organization; 27 April 2015 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/STI-progress.pdf?ua=1>, accessed 17 September 2015).
- 128 Gottlieb S, Low N, Newman L, Bolan G, Kamb M, Broutet N. Toward global prevention of sexually transmitted infections (STIs): the need for STI vaccines. *Vaccine*. 35–32:1527;2014 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X13013984>, accessed 17 September 2015).
- 129 Steen R. Eradicating chancroid. *Bull World Health Organ*. 26–79:818;2001 ([http://www.who.int/entity/bulletin/archives/818\(9\)79.pdf?ua=1](http://www.who.int/entity/bulletin/archives/818(9)79.pdf?ua=1), accessed 17 September 2015).





# فصل ششم: بیماری‌های غیرواگیر

بیماری‌های غیرواگیر<sup>۱</sup> (NCD) هم جزو اهداف خاص SDG (کاهش مرگ و میر زودهنگام ناشی از بیماری‌های غیرواگیر به یک سوم) محسوب می‌شوند و هم بخشی از چندین هدف دیگر سلامت می‌باشند.

تخمین زده شده است که ۵۲ درصد از تمام مرگ و میرهای زیر ۷۰ سال، دو سوم مرگ‌های ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی<sup>۲</sup> (CVD)، سرطان، دیابت و بیماری‌های تنفسی حاد<sup>۳</sup> (CRD) در سال ۲۰۱۲ ناشی از بیماری‌های غیرواگیر بوده است.

نرخ‌های مرگ و میر زودهنگام به علت NCD ها در سطح جهانی در فاصله سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۲ به میزان ۱۵ درصد کاهش یافته است. علت اصلی کاهش در مرگ و میرهای ناشی از CVD بهبود فشار خون در سطح جمعیت، کاهش مصرف دخانیات و پیشرفت در درمان‌های پزشکی بوده است. در کشورهای با درآمد بالا میزان کاهش بیشتر از کشورهای با درآمد متوسط و پایین بوده است.

دستیابی به اهداف SDG برای NCDها نیازمند مداخلات اساسی برای تعامل با چارچوبی خواهد بود که توسط جمعیت رو به مسن شدن، شهرنشینی برنامه‌ریزی نشده و سریع و جهانی‌سازی بازارها که بی‌تحرکی و رژیم‌های ناسالم را ترویج می‌کند، تعیین می‌شود و روی توسعه و اجرای برنامه‌های قوی ملی که بر دسترسی همگانی به پیشگیری و درمان (در سال ۲۰۱۳ نیمی از کشورها برنامه ملی و بودجه‌ای برای این امر نداشتند) تاکید دارد، تمرکز خواهد کرد.

اعلامیه سیاسی سازمان ملل درباره NCDها در مجمع عمومی سازمان ملل در سال ۲۰۱۱ و همچنین سند نهایی سازمان ملل برای NCDها در مجمع عمومی سازمان ملل در سال ۲۰۱۴ به تصویب رسیدند که شامل نقشه راهی برای تعهدات دولت‌ها محسوب می‌شود. برنامه اقدام همگانی سازمان بهداشت جهانی برای پیشگیری و کنترل NCDها در فاصله زمانی ۲۰۱۳ تا ۲۰۲۰ که توسط مجمع سلامت جهانی در می ۲۰۱۳ تصویب شد، اولویت‌ها را تعیین کرده است و راهنماهای استراتژیکی برای اینکه چگونه کشورها می‌توانند نقشه راه تعهدات خود را پیاده‌سازی نمایند، فراهم می‌کند. برنامه اقدام همگانی شامل اهداف اختیاری می‌باشد که بر عوامل خطری مانند مصرف دخانیات، فشار خون بالا، مصرف زیاد نمک، چاقی و فعالیت فیزیکی کم و همچنین اهدافی برای دسترسی به داروها و فناوری‌های پایه NCD و توصیه دارو درمانی تمرکز می‌کنند.

چارچوب معاهده سازمان بهداشت جهانی برای کنترل دخانیات<sup>۴</sup> (WHO FCTC) توسط ۱۸۰ عضو که نماینده ۹۰ درصد جمعیت جهان هستند، تصویب شد و اولین معاهده بهداشت عمومی مذاکره شده زیر نظر سازمان بهداشت جهانی محسوب می‌شود. هدف a.۳ دولت‌های تمام کشورها را متعهد به تقویت اجرای WHO FCTC می‌کند. شیوع مصرف دخانیات بین افراد بزرگ‌تر از ۱۵ سال در سطح جهانی از ۲۷ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۲۱ درصد در سال ۲۰۱۳ کاهش یافته است - البته نه در تمام مناطق. اجرای موثر اقدامات کنترل چندبخشی در سطح کشوری مانند بالابردن مالیات دخانیات و ممنوع کردن سیگار کشیدن در فضای عمومی از عوامل عمده موفقیت هستند.

هدف ۳٫۹ SDG در مورد کاهش مرگ و میر بیماری‌های مرتبط با مواد شیمیایی خطرناک همچنین آلودگی هوا، آب و خاک است. حدود ۷ میلیون مرگ NCD مرتبط با آلودگی هوای داخلی و خارجی می‌باشد. آگاهی جهانی در مورد نیاز به اقدام چندبخشی از طریق گنجاندن کیفیت هوا در سه هدف دیگر و مصوبه اخیر مجمع جهانی سلامت برای بررسی اثرات سلامتی آلودگی هوا نشان داده شده است.

تخمین زده شده است که NCDها هر سال باعث مرگ تقریباً ۳۸ میلیون نفر می‌شوند (۱) که ۶۸ درصد کل مرگ و میرها در دنیا را تشکیل می‌دهند و NCDهای اساسی (CVD، سرطان‌ها، CRD و دیابت) در بین ۱۰ عامل اصلی مرگ و میر قرار دارند. تقریباً ۸۰ درصد مرگ و میرهای ناشی از NCD، ۳۰ میلیون، در کشورهای با درآمد پایین و متوسط و یا با درآمد بالای غیر OECD روی می‌دهند جایی که NCDها به سرعت در حال جایگزینی با بیماری‌های عفونی هستند و سوتغذیه عامل اصلی ناتوانی و مرگ و میرهای زودهنگام می‌باشد. به رغم اثر آشکار و قابل توجه NCDها، برای مدت زمان زیادی به آن‌ها توجه چندانی نشده بود و در MDGها فراموش شده بودند؛ جایی که با تمرکز روی مسائل دیگر ممکن است واقعا باعث به حاشیه راندن این نگرانی اساسی بهداشت عمومی در سلامت جهانی شده باشند.<sup>۲</sup>

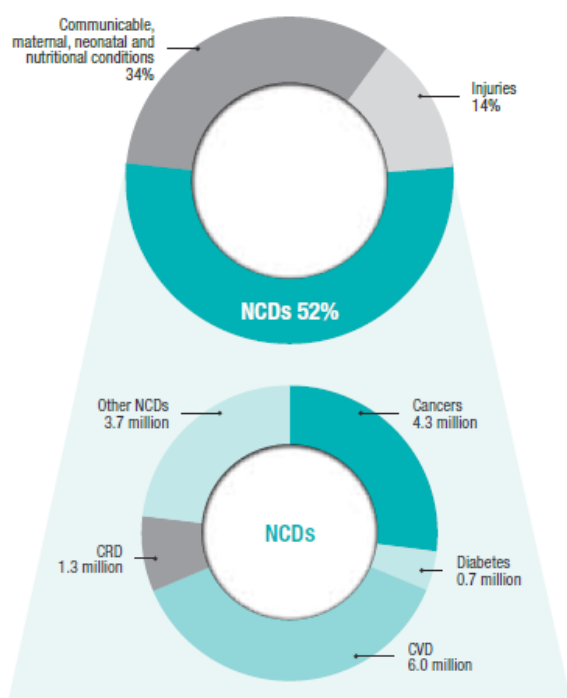
1. Non-communicable diseases

2. Cardiovascular disease

3. Chronic respiratory diseases

4. The WHO Framework Convention on Tobacco Control

شکل ۱-۶: سهم مرگ و میرهای جهانی زیر ۷۰ سال؛ علل مرگ؛ ۲۰۱۲



## روندها

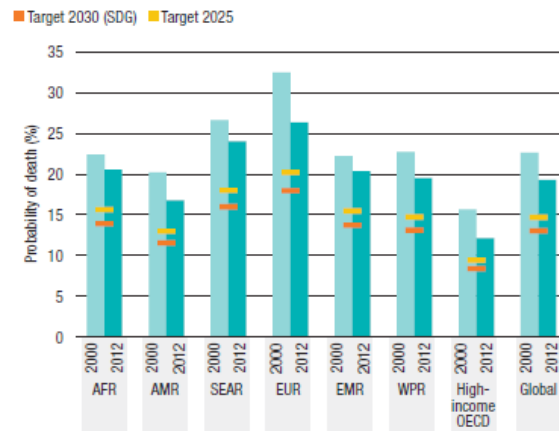
به‌طور کلی در دهه گذشته نرخ مرگ و میرهای ناشی از NCDها به‌صورت ثابت کاهش یافته است، بنابراین نرخهای استاندارد شده برحسب سن در فاصله زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۲ به میزان ۱۲ درصد کاهش پیدا کرده است (از ۶۱۳ در ۱۰۰ هزار نفر به ۵۳۸ در ۱۰۰ هزار نفر).<sup>۱</sup> عمده تمرکز فعلی سلامت عمومی روی مرگ و میر زود هنگام ناشی از NCDها است که در هدف SDG منعکس شده است. در سطح جهانی احتمال مرگ‌های زود هنگام ناشی از چهار NCD عمده به میزان ۱۵ درصد بین ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۲ کاهش داشته است (شکل ۲، ۶). در کشورهای با درآمد بالای OECD احتمال مرگ زود هنگام به‌علت چهار NCD عمده به‌طور خاص پایین است که به این معنی می‌باشد که بیشتر مرگ و میرها در کشورهای دیگر را می‌توان از طریق مداخله‌های موثر سلامت مانند کاهش خطر (مداخله‌های سلامت عمومی) و بهبود مدیریت مداخله‌های بیماری‌های جلوگیری کرد.

SDG بر خلاف MDG شامل اهداف خاص برای NCDها و چندین اهداف وابسته به NCD می‌باشد. هدف ۳،۴ در پی کاهش یک‌سوم مرگ و میرهای زود هنگام ناشی از NCDها تا سال ۲۰۳۰ می‌باشد و یک بخش از هدف اختیاری جهانی مرگ و میرهای ناشی از NCD است که مرگ و میر زود هنگام ناشی از NCD را به‌عنوان ریسک مرگ به‌علت یکی از چهار NCD اصلی در سنین ۳۰ تا ۷۰ سالگی تعریف می‌کند.<sup>۲</sup> اهداف مرتبط دیگر SDG شامل: هدف ۳،۳ برای بهبود کنترل دخانیات، هدف ۳،۵ در مورد استفاده نادرست از مواد شامل استفاده مضر از الکل (در فصل ۷ و بیماری‌های روانی در مورد آن صحبت شده است)، هدف ۳،۳ برای حمایت از تحقیقات و توسعه واکسن و داروها برای NCDهایی که در درجه اول کشورهای در حال توسعه را تحت تاثیر قرار می‌دهند و همچنین فراهم کردن دسترسی مقرون به صرفه به داروها و واکسن‌های اساسی NCDها و هدف ۳،۹ در مورد مرگ و میرهای ناشی از بیماری‌های مرتبط با مواد شیمیایی خطرناک و همچنین آلودگی هوا، آب و خاک می‌باشد (در فصل ۲، ۵ و این فصل بررسی شده است). در نهایت هدف ۳،۸ به پوشش همگانی سلامت که برای طیف گسترده‌ای از مداخلات بهبود، پیشگیری و درمان مرتبط با NCDها پیامد دارد، توجه می‌کند (در مورد نقش پوشش همگانی سلامت در SDGها به‌صورت کامل در فصل ۳ صحبت شد).

هدف SDG NCD ۳،۴ بر حسب بیماری‌های خاص نیست بلکه SDG عموماً براساس عوامل خطر جدا از نوع بیماری به‌عنوان مساله ویژه شناخته می‌شود (برای مثال استفاده از دخانیات یا استفاده مضر از الکل). به هر حال اندکی نگرانی درباره بررسی انواع NCD وجود دارد، بار بیماری تمرکز بسیار بالایی روی ۴ بیماری عمده‌ای دارد که در موردشان صحبت شد و توسط سازمان بهداشت جهانی<sup>۳</sup>، مجمع عمومی سازمان ملل<sup>۵</sup> و نظام سازمان ملل<sup>۶</sup> اشاره و مورد هدف قرار گرفتند. NCD اصلی از نظر مرگ و میر، CVD است که ادعا می‌شود عامل ۱۷،۵ میلیون مرگ در سال ۲۰۱۲ (۴۵ درصد تمام مرگ‌های NCD)، که ۶ میلیون آن افراد زیر هفتاد سال بودند، می‌باشد (شکل ۱-۶).<sup>۱</sup> از این ۱۷/۵ میلیون مرگ، ۷/۴ میلیون آن به دلیل بیماری‌های عروق کرونر قلب (حمله‌های قلبی) و ۶/۷ میلیون آن به دلیل سکته مغزی بود. مرگ ناشی از سرطان‌ها حدود نصف این مقدار می‌باشد (۸/۲ میلیون نفر که ۴/۳ میلیون زیر ۷۰ سال دارند) در حالی که CRD و دیابت به ترتیب مسئول ۴ و ۱/۵ میلیون مرگ هستند.<sup>۱</sup> همچنین دیابت یک عامل خطر برای CVD که حدود ۱۱ درصد از مرگ‌های قلبی عروقی به‌علت گلوکز بالای خون است، می‌باشد.<sup>۷</sup>

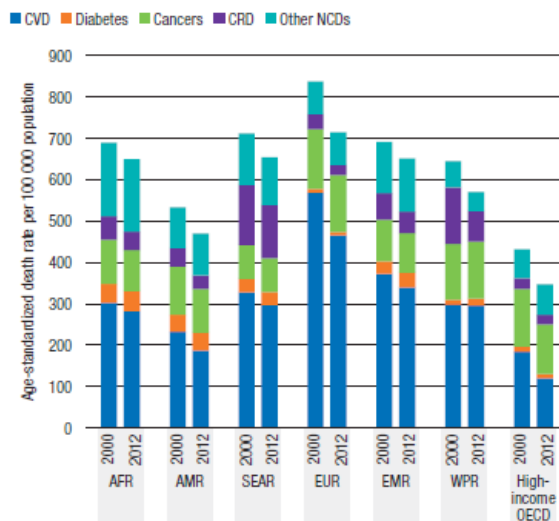


شکل ۲-۶: احتمال مرگ به علت چهار NCD عمده (CVD، سرطان، CRD و دیابت) بین سنین ۳۰ تا ۷۰ ساله در سطح مناطق و جهانی، ۲۰۰۰ و ۲۰۱۲، ۸



عامل مهمی که در کاهش مرگ و میرهای ناشی از NCD نقش داشته، کاهش در مرگ و میرهای ناشی از CVD بوده که در تمام مناطق کاهش داشته است (شکل ۳، ۶). نرخ مرگ و میرهای ناشی از CVD استاندارد شده بر حسب سن در سطح جهان بین سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۱۲ به میزان ۱۶ درصد کاهش یافته است. بخش اعظم این کاهش در کشورهای با درآمد پایین، متوسط و با درآمد بالای غیر OECD در منطقه اروپا - منطقه‌ای با بالاترین سطوح مرگ و میر ناشی از NCD - و کشورهای با درآمد بالای OECD بوده است.<sup>۱</sup> کاهش‌ها علت اصلی بهتر شدن امید به زندگی در کشورهای دارای درآمد بالا بوده است.<sup>۹</sup>

شکل ۳-۶: نرخ مرگ و میرهای ناشی از NCD با علل و مناطق؛ ۲۰۰۰ و ۲۰۱۲، ۸، ۱



فشار خون بالا عامل خطر اصلی برای CVD است.<sup>۷</sup> اگرچه بهبود

فشار خون سطوح جمعیتی احتمالاً همراه با کاهش در مصرف دخانیات و پیشرفت درمان پزشکی نقش عمده‌ای در کاهش نرخ مرگ و میر ناشی از CVD در بسیاری از کشورها داشته اند اما چندین کشور افزایش در فشار خون سطوح جمعیتی را ثبت کرده‌اند.<sup>۱۰</sup> بنابراین همه مناطق پیشرفت به یک اندازه نداشته‌اند. دلایل این امر، کاهش ناکافی (یا حتی افزایش) در مصرف دخانیات، مصرف نمک زیاد و نبود دسترسی به مراقبت سلامت شامل داروهای موثری مثل داروهای ضدفشار خون و استاتین‌ها هستند.<sup>۱۱</sup>

در مقابل، کاهش مرگ و میرهای ناشی از سرطان کمتر بوده است؛ تنها یک کاهش ۶ درصدی در نرخ‌های استاندارد شده سنی در طی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۲. این به این معناست که در سرطان شرایط متفاوت زیادی وجود دارد که منجر به روندهای مرگ و میر مختلفی می‌شود. برای مثال سرطان معده که دلیل عمده مرگ و میرهای ناشی از سرطان در زنان و مردان است از سال ۲۰۰۰ به بعد در سطح جهانی حدود ۲۰ درصد کاهش داشته است. در آن‌سوی دیگر نرخ مرگ و میر سرطان ریه تنها ۴ درصد در مردان کاهش یافته و حتی در زنان افزایش هم داشته است. تغییرات منطقه‌ای تصویر را پیچیده‌تر می‌کند مثلاً مقدار تخمینی مرگ ناشی از سرطان ریه مردان در کشورهای با درآمد بالای OECD کاهش ۱۹ درصد در مقایسه با افزایش بیشتر از ۱۵ درصد برای مردان در منطقه جنوب شرق آسیا و هر دو زن و مردان در منطقه غرب اقیانوس آرام (جز کشورهای با درآمد بالای عضو OECD) داشته است. نرخ مرگ و میر سرطان ریه عمدتاً توسط شیوع مصرف دخانیات تعیین می‌شود. بیشترین میزان بهبود در مرگ و میر ناشی از سرطان در طی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۲ در کشورهای با درآمد بالای OECD به علت کاهش مرگ ناشی از سرطان ریه در مردان، سرطان معده و روده در هر دو جنس و سرطان سینه در زنان (اگرچه حتی بروز سرطان سینه کاهش نیافته است) بود.

شیوع دیابت در سطح جهانی در حال افزایش می‌باشد.<sup>۱۲</sup> افزایش وزن بدن و عدم تحرک از عوامل خطر اصلی برای دیابت نوع دو هستند. دیابت همبستگی زیادی با شیوع جهانی چاقی که از سال ۱۹۸۰ به بعد حدود ۲ برابر شده است، دارد. در سال ۲۰۱۴، ۱۱ درصد مردان و ۱۵ درصد زنان دارای سن بیشتر از ۱۸ سال چاقی داشتند. همچنین بیش از ۴۲ میلیون کودک زیر ۵ سال در سال ۲۰۱۳ افزایش وزن داشتند.<sup>۱۳</sup> به هر حال نیاز به ذکر است که کشورهای با درآمد بالای کمی برنامه‌هایی را برای مدیریت یا متوقف ساختن چاقی کودکان داشته‌اند<sup>۱۴، ۱۵</sup> که ممکن است در نهایت به ثبات شیوع دیابت کمک کند. دیابت عامل اصلی ۱،۵ میلیون مرگ است (۴ درصد تمام مرگ‌های NCD) که ۴۶ درصد آن در سنین زیر ۷۰ سال و در سال ۲۰۱۲



رخ داده است. جدا از خود بیماری، دیابت خطر قابل توجهی برای CVD هم دارد. ماهیت ارتباط درونی دو بیماری پیامدهای مهمی برای سیاست‌گذاری سلامت آن چنان که در پایین ذکر شده اند، دارد.

پیشرفت در مورد CRD چشم‌گیر بوده است. ۲۶ درصد کاهش در نرخ مرگ و میر ناشی از CRD تعدیل سنی شده بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۲ و نزدیک نصف شدن نرخ‌های CRD در منطقه غرب آرام جز کشورهای با درآمد بالای عضو OECD تخمین زده شده است. در کل تخمین زده شده است که CRD هنوز مسئول ۴ میلیون مرگ (۱۰,۷ درصد مرگ‌های NCD در سال ۲۰۱۲) که ۱,۳ میلیون این مرگ‌ها در سنین زیر ۷۰ سال روی می‌دهند، می‌باشد. دلیل این کاهش‌ها مشخص نیست و تعدادی از روندها گیج‌کننده می‌باشد برای مثال علل اصلی شناخته شده برای CRD غالب، بیماری مزمن انسدادی ریه<sup>۱</sup> (COPD) مصرف دخانیات و آلودگی هوا هستند اما نرخ مرگ و میر این بیماری حتی وقتی که مصرف دخانیات و آلودگی هوا بهتر نشده‌اند هم کاهش داشته است.<sup>۱</sup>

تمرکز بر پیشگیری: ارتقا سلامت و پیشگیری از بیماری برای NCD ها که مرتبط با تعداد عوامل خطری هستند که فرصت‌های عالی برای مداخلات در سطوح جمعیتی فراهم می‌کنند، اهمیت به‌سزایی دارد. کاهش مصرف دخانیات و سطح فشار خون بدون شک علل اصلی کاهش در مرگ و میر ناشی از NCD ها در گذشته در بسیاری از کشورها بوده اند (شکل‌های ۶,۴، ۱۱، ۶).<sup>۱۱,۱۰</sup>

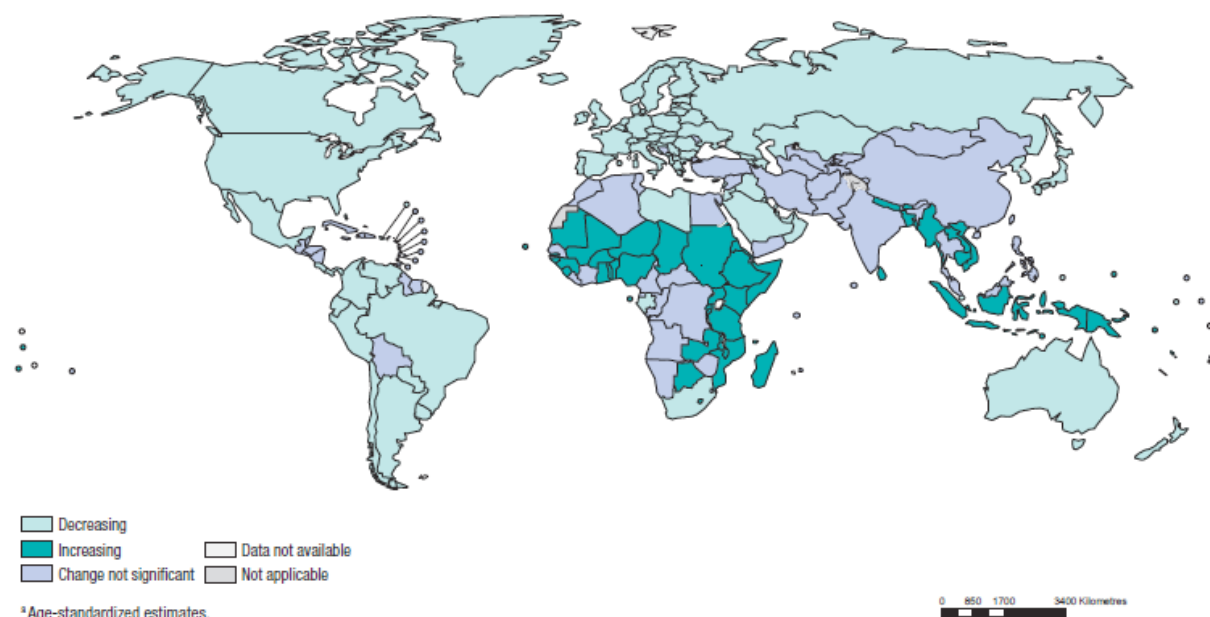
**اقدام جهانی:** WHO FCTC که توسط ۱۸۰ عضو تصویب شد - به‌عنوان نماینده ۹۰ درصد از جمعیت جهانی - اولین معاهده بهداشت عمومی مذاکره شده زیر نظر سازمان بهداشت جهانی است که برای مقابله با اپیدمی مصرف دخانیات طراحی شد. WHO FCTC نیازمند اعضایش برای اجرای سیاست‌های طراحی شده در جهت کاهش تقاضا و عرضه تولیدات دخانیات می‌باشد بنابراین عوامل تعیین‌کننده اجتماعی سلامت را بررسی می‌کنند. WHO FCTC یک مدل برای بررسی اثرات منفی جهانی شدن سلامت (از جمله تمرکز بر تعداد کمی مداخله‌های مبتنی بر شواهد)، مرور منظم پیشرفت و حمایت کشور پیشنهاد می‌کند.

**واکنش چندبخشی:** بسیاری از عوامل خطر NCD ها به هوا (و مصرف دخانیات) که تنفس می‌کنیم، غذا و نوشیدنی‌هایی که می‌خوریم و می‌نوشیم و به میزانی که بدن خود را حرکت می‌دهیم، مرتبط هستند. دستاوردهای سلامت NCD از طریق

## تحولات مثبت

NCD ها اغلب با زنجیره‌های علت و معلولی به هم پیوسته متعدد مشخص می‌شوند پس شناسایی یک عامل خاص که منجر به کاهش آن‌ها شود، چالش برانگیز خواهد بود. با این وجود درس‌های مهمی در مورد این که تلاش‌ها را کجا باید متمرکز کرد، یاد گرفته شده است.

شکل ۴-۶: روندهای فشار خون سیستولیک متوسط بین زنان با سن بیشتر از ۲۵ سال؛ ۱۹۸۰-۲۰۰۸<sup>۱۷,۱۶</sup>



<sup>۱۷</sup>Age-standardized estimates.

## چالش‌ها

علی‌رغم کاهش در مرگ و میرهای ناشی از NCD، برنامه‌های فعلی برای رسیدن به هدف مرگ و میر WHO ۲۵-by-۲۵ NCD کافی نخواهد بود (کاهش ۲۵ درصد در مرگ و میرهای زودهنگام ناشی از چهار NCD عمده تا ۲۰۲۵)<sup>۲۵</sup>؛ اما می‌تواند به‌عنوان یک مرحله مهم در دستیابی برای هدف SDG که کاهش یک‌سوم مرگ و میرهای ناشی از NCD تا ۲۰۳۰ می‌باشد، قلمداد شود. بسیاری از چالش‌های کلیدی بیان شده در اینجا معکوس مواردی است که در بخش اثرات مثبت در بالا به آن اشاره شد. چالش‌ها شامل موارد ذیل هستند:

**نبود اقدامات پیشگیرانه:** در حالی که توجه سیاستی به NCDها افزایش یافته است، در بسیاری از کشورها توجه ناکافی به این مساله ادامه دارد. برای مثال با توجه به پیمایش ظرفیت کشورها توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۵ تنها ۵۴ درصد از کشورها گزارش دادند که یک سیاست عملیاتی ملی همراه با بودجه تخصیص یافته برای اجرا در مورد NCD دارند (در سال ۲۰۱۰ این مقدار ۳۲ درصد بود).<sup>۵،۲۶</sup> از آن‌ها تنها ۳۷ درصد سیاست‌ها و یا برنامه‌های NCD داشتند که چهار NCD عمده و ۴ عامل خطر عمده رفتار را پوشش می‌دهد. در مواردی هم که سیاست‌ها یا برنامه‌ها وجود دارند اغلب هنوز مشکلات بودجه‌ای جدی وجود دارد. تاثیرات ترویج یا پیشگیری ناکافی یا نامناسب جذاقل به مقدار کمی در افزایش جهانی شاخص توده بدنی، اضافه وزن و چاقی منعکس شده است (شکل ۵-۶).

اثر سیاست‌گذاری عمومی در بخش‌های تجارت، مالیات‌بندی، کشاورزی، توسعه شهری و تولید غذا دست یافتنی شده است. رهیافت سلامت در همه سیاست‌ها توسط ارائه‌کنندگان WHO به‌عنوان پایه افزایش واکنش‌های چندبخشی به NCDها<sup>۱۸</sup> حمایت شد و تقریباً در کنترل دخانیات موثر بوده است.<sup>۱۹</sup> اهمیت آن این است که توسط WHO FCTC که ابزارها و واکنش‌های جامع چندبخشی را تعیین می‌کند، به رسمیت شناخته شد.

**شناسایی، تشخیص و درمان زودهنگام:** نبود آگاهی و شناسایی دیرهنگام یک مساله در بین تمامی NCDهای اصلی برای حمایت و توسعه خدمات مراقبت سلامت اولیه از جهت تشخیص و مدیریت زودهنگام است. مداخلات موثر و کم هزینه‌ای مانند مثال غربال‌گری سرطان دهانه رحم از طریق معاینه چشمی همراه با سرما درمانی یا درمان انعقاد سرد برای جراحی پیش سرطانی وجود دارند. این نوع از برنامه‌های "غربال و درمان"<sup>۲۱</sup> به طور موفقیت آمیزی برای مثال در هندوستان<sup>۲۰</sup> اجرا شده است. همچنین آزمایش‌های جدید، سریع و ارزان برای تشخیص ویروس پاپیلوما<sup>۲</sup> در دسترس است.<sup>۲۱</sup>

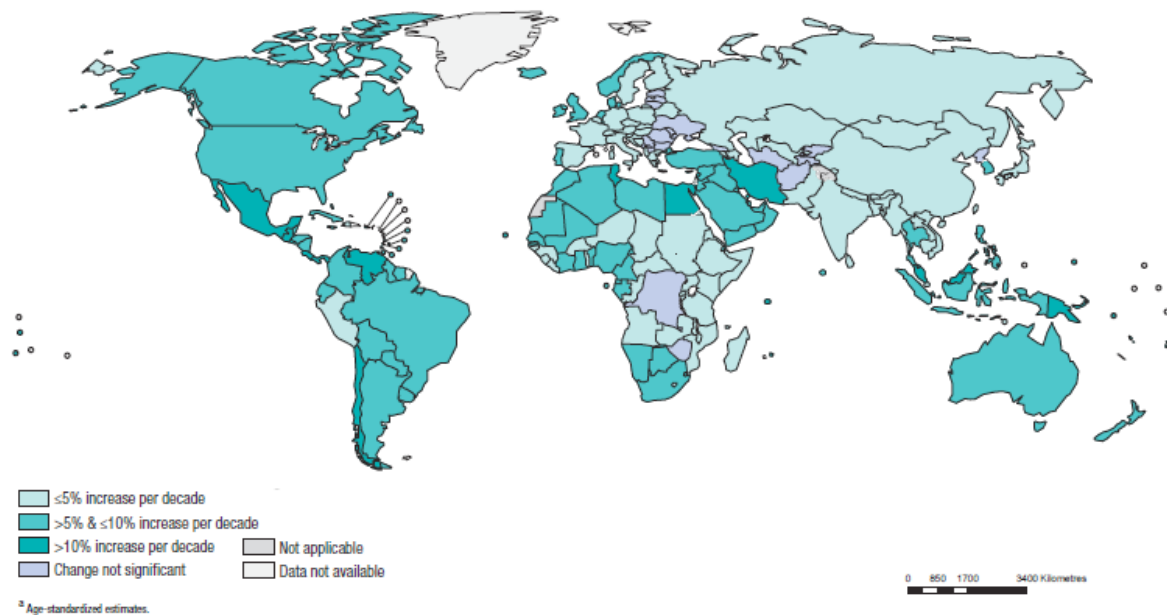
**رهیافت‌های یکپارچه برای درمان NCD:** یک مشارکت چندبخشی برای پاسخ منسجم و جامع به NCD نقش اساسی دارد. برای مثال پایش وضعیت فشار خون باید با پایش کلسترول و قند خون یکپارچه شود. پیشگیری از حمله قلبی و سکتته‌ها از طریق یک "رویکرد کامل خطر قلبی عروقی" هزینه اثربخش‌تر است تا درمان تنها براساس آستانه‌های عوامل خطر به‌صورت جداگانه و باید بخشی از بسته پایه پوشش همگانی سلامت باشند.<sup>۱۳</sup> رویکرد کامل خطر در چندین کشور با درآمد بالا<sup>۲۲</sup> اجرا شده است و تعداد در حال افزایشی از کشورهای با درآمد پایین و متوسط نیز آن را اتخاذ کرده‌اند و نیروی کار بخش مراقبت اولیه شامل پزشکان خانواده بسته پایه سازمان بهداشت جهانی برای بیماری‌های غیرواگیردار<sup>۲</sup> (PEN) را برای ارزیابی و مدیریت خطر قلبی عروقی (از طریق استفاده از ابزارهای مداخله در مراقبت اولیه سلامت در کشورهای با درآمد پایین) آموزش می‌دهند.<sup>۲۳</sup> مدل‌های ابتکاری دریافت خدمات مانند تسهیم وظایف از طریق کارکنان سلامت جامعه‌نگر برای ارزیابی خطر CVD در کشورهای با منابع کم نیروهای متخصص بخش سلامت را برای کارهایی که نیازمند افراد حرفه‌ای با آموزش بالا می‌باشند فراهم می‌کند.<sup>۲۴</sup>

1.Screen-and-treat

2.Papillomavirus

3.Package of Essential Noncommunicable

شکل ۵-۶: روندهای شیوع اضافه وزن (BMI بیشتر از ۲۵) بین بزرگسالان در سنین بیشتر از ۲۵ سال؛ ۱۹۸۰-۲۰۰۸<sup>۲۸</sup>



**شهرسازی سریع و بدون برنامه:** برنامه‌ریزی شهری نامناسب و یا بد مدیریت شده خطرهای بسیاری به همراه دارد که دارای تاثیراتی بر بروز NCD و مرگ و میر می‌باشد - به‌عنوان مثال افزایش قابل توجه آلودگی هوا و زندگی کم تحرک را به ارمغان می‌آورد. برای تمرکز بر یک بعد: بهبود ناچیز یا در حد صفر در زمینه کیفیت هوا در دهه گذشته صورت گرفته است، که در سال ۲۰۱۲ تقریباً ۷۵ درصد از جمعیت جهانی در معرض ذرات خاص با غلظتی بیش از مقدار ذکر شده در راهنمای سازمان بهداشت جهانی قرار داشته‌اند، در مقایسه با ۷۶ درصد سال‌های ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۰. همچنین متغیرهای منطقه‌ای مهمی نیز وجود دارند. برای مثال در بسیاری از کشورهای با درآمد بالا مانند اروپا و آمریکای شمالی، آلودگی هوا در دهه‌های گذشته به علت تلاش‌های زیاد صورت گرفته برای کاهش گازهای گلخانه‌ای و ذرات خاص، کاهش یافته است. این دستاوردها (در کشورهای با درآمد بالا) با کاهش کیفیت هوا در جنوب و شرق آسیا، تا حد زیادی به‌علت رشد جمعیت، افزایش تراکم جمعیتی مناطق "شهرهای با بیشترین آلودگی، و افزایش صنعتی شدن خنثی شده‌اند.<sup>۳۳</sup> لازم به ذکر است شهرنشینی همچنین منافع اقتصادی و دسترسی آسان‌تر به مراقبت سلامت و بهداشت عمومی، و این ایده که برنامه‌ریزی شهری می‌تواند اثرات منفی شهرنشینی را کم کند، به همراه دارد.

**جمعیت سالخورده:** بروز NCD و مرگ و میر، همراه با سن افزایش می‌یابند و هر ۲ مورد مقادیر مطلق افراد مسن و درصد جمعیت مسن در تمام مناطق در حال افزایش می‌باشد (شکل ۶-۶). ۵۸ درصد مرگ و میرهای NCD در سال ۲۰۱۲ در

**محدودیت در مراقبت سلامت اولیه، دسترسی به داروها و فناوری:** در بسیاری از کشورها به‌ویژه آن‌هایی که با محدودیت منابع روبرو هستند، وجود ظرفیت‌های تامین مالی، اداره، نیروی کار، اطلاعات بهداشتی، محصولات پزشکی و دریافت خدمات برای پاسخ به تقاضای اپیدمی NCD لازم است. خدمات مراقبت اولیه برای NCDها نیاز به تقویت دارد و باید مدل‌هایی برای مراقبت مزمین اتخاذ شود.<sup>۲۹</sup> درس‌هایی که از مدیریت عفونت‌های مزمن مانند HIV کسب شده است، ممکن است مفید باشند.<sup>۳۰</sup>

**بیماری سود محور:** بسیاری از محصولاتی که باعث افزایش NCDها می‌شوند برای شرکت‌ها سود به همراه دارند. کشمکش چند دهه‌ای کنترل دخانیات تنها یک مثال از این است که چقدر دشوار است شرکت‌ها راه‌شان را تغییر دهند. با وجود اینکه شیوع مصرف دخانیات در سطح جهانی و در بسیاری از کشورها در حال کاهش است احتمالاً در تعدادی از مناطق به‌ویژه میان مردان در منطقه آفریقا و منطقه مدیترانه شرقی افزایش خواهد یافت.<sup>۳۱</sup> همچنین صنعت دخانیات اجرای هشدارهای تصویری سلامت و بسته‌بندی ساده در تعدادی از کشورها را با چالش مواجه ساخته است و ادعا می‌کند که قوانین بسته‌بندی بر خلاف قوانین علائم تجاری و حق مالکیت معنوی می‌باشند. جهانی شدن بازاریابی و تجارت فرصت‌های بسیاری به شرکت‌ها برای گسترش محصولاتی که باعث مصرف دخانیات، استفاده نادرست از الکل، مصرف غذاهایی دارای چربی بالا به‌ویژه چربی‌های اشباع شده و ترانس، شکر و نمک/سدیم، و سبک زندگی کم تحرک می‌شوند، داده است و اغلب از چارچوب‌های ضعیف قوانین در بسیاری از کشورهای با درآمد پایین و کم منفعت می‌برند.<sup>۳۲</sup>

۲۱ شناخته می‌شود (۳۹). فقر، افراد را در معرض عوامل خطر NCD ها قرار می‌دهد و همچنین به علت NCD ها ممکن است مردم در دام فقر شدید گرفتار شوند.

## اولویت‌های استراتژیک

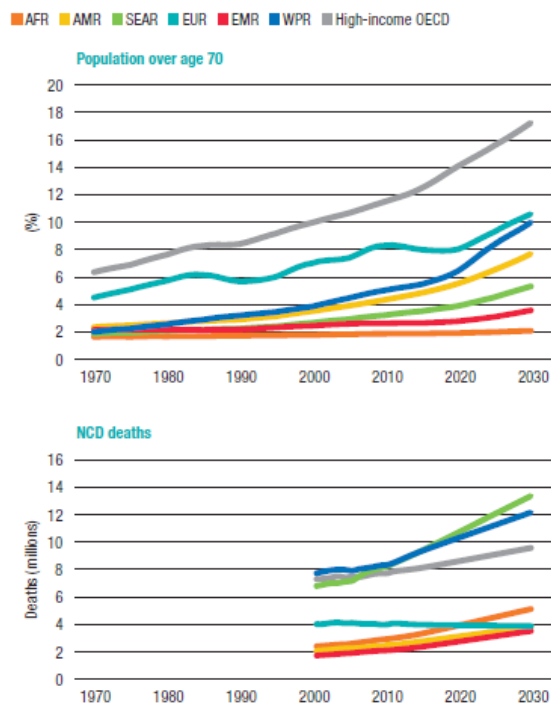
هدف SDG در مورد NCD ها براساس اعلامیه‌های قبلی سازمان ملل و سازمان بهداشت جهانی که جهت استراتژیک را نشان می‌دهند، می‌باشد. اعلامیه سیاسی سازمان ملل در مورد NCD ها<sup>۳۹</sup> در مجمع عمومی سازمان ملل در سال ۲۰۱۱ توسط روسای کشورها تایید شد و شامل یک نقشه راه تعهد اساسی برای ایجاد سیاست‌های ملی چند بخشی برای پیشگیری و کنترل NCD ها است. این اعلامیه توسط مجمع سلامت جهانی همراه با تایید برنامه اقدام جهانی سازمان بهداشت جهانی برای پیشگیری و کنترل NCD ها در فاصله زمانی ۲۰۱۳ تا ۲۰۲۰ در می ۲۰۱۳ تصویب شد. برنامه شامل ۶ هدف استراتژیک کلیدی می‌باشد:

- اولویت بیشتر دادن به پیشگیری و کنترل NCD ها در برنامه‌های جهان، مناطق و ملی و موافقت جهانی اهداف توسعه از طریق تقویت مشارکت و حمایت جهانی
- تقویت ظرفیت‌های جهانی، مدیریت، حاکمیت، اقدام چندبخشی و مشارکت برای شتاب بخشی واکنش کشور برای پیشگیری و کنترل NCD ها
- کاهش عوامل خطر تعدیل شده برای NCD ها و قرار دادن تعیین کننده‌های اجتماعی از طریق ایجاد محیط‌های ارتقا دهنده سلامت
- تقویت و تعدیل نظام‌های سلامت برای اجرای پیشگیری و کنترل NCD ها و قرار دادن تعیین کننده‌های اجتماعی از طریق مراقبت سلامت اولیه مردم محور پوشش همگانی سلامت.
- ارتقا و حمایت ظرفیت‌های ملی برای تحقیقات با کیفیت بالا و توسعه پیشگیری و کنترل NCD ها
- پایش روندها و تعیین کننده‌های NCD ها و ارزیابی پیشرفت در پیشگیری و کنترل آن‌ها

هدف تعیین شده این استراتژی، پیشرفت در ۹ هدف جهانی NCD از جمله هدف کاهش ۲۵ درصد در مرگ و میرهای زود هنگام به علت NCD تا ۲۰۲۵ (که تقریباً به معنی ۲ برابر کردن آن چیزی است که از سال ۲۰۰۰ به دست آمده) می‌باشد که باید تا سال ۲۰۲۵ به دست بیاید (کادر ۱، ۶). برای دستیابی به هدف، SDG ۳،۴ کاهش مرگ و میرهای زود هنگام ناشی از NCD به میزان یک سوم تا سال ۲۰۳۰ هدف گذاری شده است. دستیابی به ۶ هدف جهانی NCD (فشار خون، اضافه وزن/چاقی، دیابت، نمک بالا، مصرف دخانیات و الکل) (کادر ۱، ۶) بیشتر در

افراد بالای ۷۰ سال روی داده است. در سال‌های آتی که افزایش جمعیت سالخورده باعث افزایش بیماری و مرگ و میرهای ناشی از NCD خواهد شد، موجب افزایش فشار وارده بر نظام‌های سلامت نیز خواهد شد. بیماران دارای شرایط حاد همزمان از چندین بیماری مختلف رنج می‌برند که درمان آن‌ها را پیچیده‌تر می‌کند و نیاز به مراقبت با کیفیت را افزایش می‌دهد.<sup>۳۴،۳۵</sup>

شکل ۶-۶: درصد جمعیت بالای ۷۰ سال در مناطق؛ ۱۹۷۰ - ۲۰۳۰<sup>۳۶</sup>؛ تعداد مرگ و میرهای NCD در مناطق؛ ۲۰۰۰ تا ۲۰۳۰<sup>۳۵</sup>



**نابرابری‌ها:** کاهش کلی در مرگ و میرهای ناشی از NCD می‌تواند افزایش نابرابری‌های داخل کشورها را پنهان کند.<sup>۳۷</sup> جایی که داده‌ها کیفیت کافی برای اندازه‌گیری مرگ و میر NCD ها توسط وضعیت اجتماعی و اقتصادی را دارند، در افرادی که به طور عمومی وضعیت پایین تری دارند، مرگ و میر بیشتری نسبت به آن‌هایی که وضعیت بالاتری دارند، روی می‌دهد (۳۸). در کشورهای بسیاری، نابرابری‌های NCD مهم‌ترین عامل نابرابری در مرگ و میر و امید به زندگی کل می‌باشند (۳۸). دستیابی به اهداف همگانی NCD به میزان فزاینده ای بستگی به توانایی دولت‌ها برای اجرای سیاست‌ها و خدماتی دارد که به طور موثر برای دستیابی به UHC تمام گروه‌های اجتماعی را پوشش دهد

NCD ها اکنون توسط دولت‌ها به عنوان یکی از چالش‌های عمده توسعه در کشورهای با درآمد پایین و متوسط در قرن



راه دستیابی به هدف مرگ و میر NCD خواهد بود.<sup>۲۵</sup> اقدام برای مصرف دخانیات و فشار خون بالا از جمله کاهش نمک مصرفی بیشترین نقش را در کاهش مرگ و میرهای ناشی از NCD دارد. اهداف SDG تنها به ۲ عامل خطر مصرف دخانیات و استفاده مضر از الکل توجه کرده‌اند (به فصل ۷ مراجعه نمایید).

کادر ۱-۶:

#### اهداف اختیاری جهانی ۴۱

شصت و ششمین مجمع جهانی سلامت در می سال ۲۰۱۳ چارچوب پایش جامع جهانی برای پیشگیری و کنترل NCDها شامل ۲۵ شاخص برای دستیابی به هدف را تعیین کرد. تمام اهداف برای سال ۲۰۲۵ براساس سال پایه ۲۰۱۰ طراحی شده‌اند. اهداف اختیاری جهانی عبارتند از:

۱. کاهش ۲۵ درصد خطر مرگ و میرهای زود هنگام به علت CVD، سرطان، دیابت و CRD
  ۲. حداقل ۱۰ درصد کاهش در استفاده مضر الکل
  ۳. حداقل ۱۰ درصد کاهش در شیوع فعالیت بدنی ناکافی
  ۴. کاهش ۳۰ درصد در میانگین مردمی که نمک/سدیم مصرف می‌کنند
  ۵. کاهش ۳۰ درصد در شیوع مصرف فعلی دخانیات
  ۶. ۲۵ درصد کاهش در شیوع فشار خون بالا
  ۷. توقف افزایش دیابت و چاقی
  ۸. حداقل ۵۰ درصد از افراد واجد شرایط برای پیشگیری از حملات قلبی و سکته مغزی، دارو درمان و مشاوره (از جمله کنترل قند خون) دریافت کنند
  ۹. در دسترس بودن داروها (شامل ژنریک) و فناوری‌های مقرون به صرفه مورد نیاز برای درمان NCDهای شایع در بخش عمومی و دولتی به میزان ۸۰ درصد
- اولین هدف اختیاری جهانی ارتباط بسیار نزدیکی با هدف ۳،۴ SDG، کاهش مرگ و میرهای زود هنگام ناشی از SDG به یک سوم تا سال ۲۰۳۰ دارد.

جهانی برای پیشگیری و کنترل NCDها در فاصله زمانی ۲۰۱۳ تا ۲۰۲۰ اهمیت اجرای مداخلات هزینه اثر بخش برای مقابله با NCDها را برجسته می‌کند.<sup>۴۰</sup> پوشش همگانی سلامت یک چارچوب کلی برای یکپارچه‌سازی خدمات پیشگیری و درمان با خدمات دیگر فراهم می‌کند.

در نهایت؛ برنامه در پی ارتقا و حمایت از ظرفیت تحقیقات و توسعه برای پیشگیری و کنترل NCDها و حمایت برای بهبود اندازه‌گیری و پایش بار بیماری‌های NCDها و عوامل خطر می‌باشد. برنامه در سطوح کلان به اهمیت مدیریت تضاد منافع واقعی - قابل درک یا بالقوه - و نیاز به اقدامات چندبخشی تاکید می‌کند. شاید این‌ها آخرین بخش‌هایی هستند که ما را با چالش‌های بزرگ مواجه می‌کنند.

مجمع عمومی سازمان ملل سند نهایی ۲۰۱۴ برای NCDها را در سال ۲۰۱۴ تصویب کرد که براساس آن وزارتخانه‌ها متعهد شدند تا سال ۲۰۱۵ اهدافی ملی برای سال ۲۰۲۵ تنظیم کنند و شاخص‌ها را براساس وضعیت‌های ملی برای دستیابی به ۹ هدف جهانی NCDها پردازش کنند.<sup>۵</sup> سازمان بهداشت جهانی گزارش پایش پیشرفت ۲۰۱۵ WHO NCD را در سپتامبر ۲۰۱۵ منتشر کرد که اطلاعاتی برای هر کشور و پیشرفت آن‌ها در آن شاخص‌ها براساس داده‌های جمع آوری شده در نیمه ابتدایی سال ۲۰۱۵ را ارائه شده است. دبیر کل سازمان بهداشت جهانی از شاخص‌هایی تا پایان سال ۲۰۱۷ برای آماده کردن گزارش مجمع عمومی سازمان ملل - برای گردهمایی سطح بالای سازمان ملل درباره NCDها در سال ۲۰۱۸ - برای ارزیابی کامل پیشرفت ملی در اجرای نقشه راه تعهدات ذکر شده در اعلامیه سیاسی سازمان ملل ۲۰۱۱ و سند خروجی NCDها ۲۰۱۴، استفاده خواهد کرد.

کنترل دخانیات یک شاخص حیاتی برای دستیابی به هدف ۳،۴ SDG در مورد کاهش مرگ و میرهای زود هنگام ناشی از NCDها است که یکی از عوامل خطر اصلی می‌باشد. همچنین یکی از اهداف سلامت در مورد دخانیات می‌باشد: "تقویت اجرای معاهده چارچوب سازمان جهانی بهداشت برای کنترل مناسب دخانیات در تمام کشورها".

ابزارهای اجرای SDG (هدف ۳.۳) بر تقویت اجرای WHO FCTC در تمام کشورها تاکید می‌کند. این مداخلات شامل: افزایش مالیات دخانیات، ممنوع کردن استعمال دخانیات در مکان‌های عمومی، هشدارهای سلامت تصویری، ممنوعیت تبلیغات دخانیات، کنترل آشکار تجارت محصولات دخانیات، شناسایی محصولات جایگزین در کشت دخانیات و جلوگیری از فروش آن به کودکان و توسط کودکان و جمع آوری و انتشار داده‌های مصرف و تلاش‌های پیشگیری از دخانیات.

بر خلاف کنترل دخانیات، تعیین کننده محیطی مانند آلودگی

همچنین مرکز این تلاش‌ها انتقال حرکت به سوی پوشش همگانی سلامت از جمله یکپارچه‌سازی مداخلات WHO PEN با مراقبت اولیه فرد محور می‌باشد. این شامل دستیابی به ۲ هدف پوشش سلامت مرتبط با NCD است: ۱. حداقل ۵۰ درصد از افراد واجد شرایط برای پیشگیری از حمله قلبی و سکته مغزی، دارو درمانی و مشاوره دریافت کنند. ۲. حداقل ۸۰ درصد داروهای اساسی مورد نیاز برای درمان NCDهای عمده در دسترس باشد. همچنین برنامه اقدام جهانی سازمان بهداشت

هوا، آب و خاک و مواد شیمیایی خطرناک در مرکز استراتژی‌ها و سیاست‌های NCD قرار ندارند. به هر حال این عوامل خطر محیطی در حال دریافت توجه بیشتر هستند به خصوص کیفیت هوا که در مصوبه اخیر WHA برای تقویت مشارکت بین‌المللی در جهت توجه به آلودگی هوا مثال زده شده است. SDGها همراه با ابعاد کیفیت هوا که حداقل در ۳ هدف دیگر نیز وجود دارند می‌توانند یک برنامه خوب برای تلاش‌های یکپارچه در زمینه بررسی آلودگی هوا و دیگر تعیین‌کننده‌های NCDها ارائه کنند.

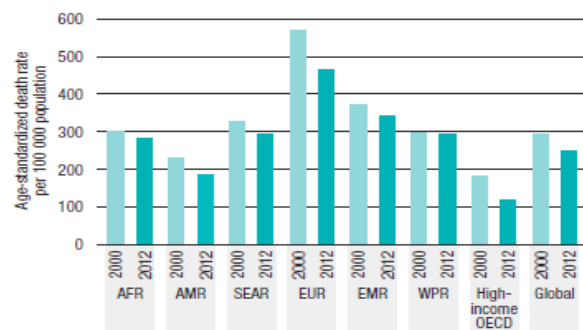
## بیماری‌های قلبی - عروقی

CVD سالانه باعث مرگ افراد زیادی، بیشتر از هر عامل دیگری، می‌شود که مقدار تخمینی ۱۷,۵ میلیون مرگ در سال ۲۰۱۲ (۴۶ درصد تمام مرگ‌های ناشی از NCD).<sup>۱۳</sup> از این مرگ‌ها، مقدار تخمینی ۷,۴ میلیون مربوط به بیماری قلبی عروقی کرونر و ۶,۷ میلیون به علت سکته مغزی بوده است. حدود یک سوم مرگ‌های ناشی از CVD در بزرگسالان ۳۰ تا ۷۰ ساله روی داده است که تمرکز اهداف جهانی NCD و SDG روی آنهاست.

## روندها

مقدار تخمینی مرگ و میر ناشی از CVD در تمام مناطق کاهش داشته است که بیشترین کاهش در کشورهای با درآمد متوسط و پایین و با درآمد بالای غیر OECD در منطقه اروپایی و کشورهای با درآمد بالا بوده است که مرگ و میرهای استاندارد شده بر حسب سن در ۱۲ سال ۳۵ درصد کاهش یافته است (شکل ۶,۷). کاهش در نرخ مرگ CVD در محدوده ۱ تا ۲۰ درصد در مناطق دیگر و متوسط جهانی ۱۶ درصد می‌باشد.

شکل ۶-۷: نرخ مرگ‌های CVD در مناطق و جهان، ۲۰۰۰ و ۲۰۱۲<sup>۸,۱</sup>



## تحولات مثبت

عامل خطر اصلی برای CVD فشار خون بالاست که با رژیم‌های ناسالم و به‌طور خاص رژیم‌های با مصرف نمک بالا و عدم تحرک

فیزیکی در ارتباط می‌باشد.<sup>۷</sup> ۵۸ درصد مرگ‌های قلبی عروقی به علت فشار خون بالا است.<sup>۷</sup> فشار خون در تمام کشورهای با درآمدهای مختلف بر زنان و مردان تاثیر می‌گذارد. با این حال افراد می‌توانند با استفاده از مداخلات سلامت خوب طراحی شده مانند فعالیت فیزیکی منظم، غذای سالم و درمان با داروهای ضد فشار خون سلامت خود را باز یابند. مصرف دخانیات یک عامل خطر عمده دیگر برای CVD است ۳۰ درصد مرگ‌های قلبی عروقی به علت مصرف مستقیم دخانیات در سیگار و یا تماس با آنها در از محیط می‌باشد.<sup>۷</sup>

کاهش مصرف سیگار، بهبود مراقبت‌های پزشکی و درمان‌های دارویی و بهبود متوسط فشار خون سیستمیک در سطوح جمعیتی علل اصلی کاهش مرگ و میرهای ناشی از CVD در بسیاری از کشورها می‌باشد.<sup>۱۰,۱۱</sup> نرخ مرگ و میرهای ناشی از CVD به‌رغم گسترش اپیدمی چاقی کاهش یافته است.<sup>۴۳,۴۴</sup> عوامل تاثیرگذار در کاهش مرگ و میرهای ناشی از CVD شامل موارد زیر می‌شود:

- بهبود مراقبت‌های عروقی کرونر در طول و بعد از حوادث حاد (سکته قلبی) ارتباط شدیدی با کاهش کشندگی موارد مرگ و میرهای ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی دارد.<sup>۴۵</sup>
- درمان‌های پیشگیرانه هدفمند بیماران با خطر بالا و فاقد سابقه بیماری‌های قلبی عروقی کرونر با داروهای ضد فشار خون و استاتین‌ها از افرادی که احتمال مرگ آنها به علت CVD بالاست محافظت کرده است.<sup>۴۶</sup>
- متوسط فشار خون سیستمیک و کلسترول در تعدادی از کشورها کاهش یافته است، از افراد بیشتری که خطر مرگ آنها به علت CVDها پایین تر است، محافظت نموده است.<sup>۴۷,۱۶</sup>
- معیارهای جهانی و کشوری باعث کاهش مصرف دخانیات شده‌اند (بخش مرتبط را ببینید) و در بهبود مرگ و میرهای ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی نقش داشته‌اند.<sup>۱۰,۱۱</sup>
- عوامل دیگر مانند کاهش عفونت‌ها، تغییرات تغذیه‌ای و مراقبت‌های سلامت از جمله سلامت جنین و کودک ممکن است در این کاهش‌ها نقش داشته باشند اما برای اثبات نقش آنها به شواهد بیشتری نیاز است.

## چالش‌ها

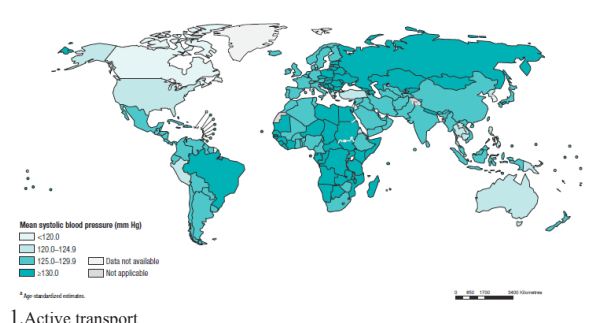
به‌رغم کاهش در مرگ و میر، CVD در همه جا به‌عنوان یک مساله باقی مانده است از جمله مرگ و میرهای ناشی از به‌علت CVD پیش از ۷۰ سالگی. کشورهای با درآمد پایین و متوسط بیشترین بار بیماری را دارند. چالش‌های اصلی عبارتند از:

- فشار خون بالا، دیابت و دیگر عوامل خطر تشخیص داده

سازمان بهداشت جهانی)، کاهش مقدار نمک مصرفی، افزایش مصرف میوه‌ها و سبزیجات، جایگزینی اسیدهای چرب اشباع شده/ چربی‌های ترانس با اسیدهای چرب اشباع نشده، کاهش شکر اضافی در خوراکی‌ها و نوشیدنی‌های غیر الکلی و کاهش مصرف کالری از طریق غذاهای دارای لقمه‌های کمتر و کم انرژی‌تر می‌باشد. بخش مهم دیگر ارتقای فعالیت فیزیکی می‌باشد، از جمله شامل "رفت و آمد فعال"<sup>۴۱</sup> (حمایت از دوچرخه سواری و پیاده‌روی توسط سیاست‌های برنامه‌ریزی شهری و حمل و نقل برای بهبود زیرساخت‌ها مورد نیاز برای پیاده‌روی و دوچرخه‌سواری)، تفریح، فراغت و ورزش. همچنین آموزش فعالیت‌های فیزیکی با کیفیت نه تنها در مدارس و برای کودکان بلکه برای تمام افراد تمام سنین مهم است. همچنین کاهش مصرف نادرست الکل و دخانیات نقش مهمی ایفا می‌کند (همه جا در موردش بحث شده است). در نهایت رسانه‌های جمعی می‌توانند نقش مهمی در تغییر نگرش به زندگی سالم ایفا کنند.

در نظام‌های سلامت، نیاز به اتخاذ یک رویکرد خطر کل - که هزینه اثربخش‌تر از تصمیم‌های درمانی براساس آستانه عوامل خطر انفرادی می‌باشد<sup>۴۶</sup> - برای تشخیص اولیه و مدیریت هزینه اثر بخش سلامت قلبی عروقی برای پیشگیری از حملات قلبی، سگته مغزی و عوارض دیگر وجود دارد.<sup>۴۲</sup> برنامه اقدام جهانی سازمان جهانی بهداشت برای پیشگیری و کنترل NCDها در فاصله زمانی ۲۰۱۳ تا ۲۰۲۰ این هدف جهانی را تعیین نموده است که حداقل ۵۰ درصد افراد باید درمان دارویی و مشاوره (از جمله کنترل قند خون) برای پیشگیری از حملات قلبی و سگته مغزی دریافت کنند. افزایش توجه به یک رژیم چند دارویی که افراد مبتلا به CVD یا افرادی که در معرض خطر بالای CVD هستند را را هدف قرار دهد، براساس تخمین‌ها می‌تواند در ۱۰ سال آینده از حدود ۱۸ میلیون مرگ در ۲۳ کشور با درآمد پایین و متوسط پیشگیری کند.<sup>۵۰</sup>

شکل ۸-۶: متوسط فشار خون سیستولیک بین مردان بالای سن ۱۸ سال؛ ۲۰۱۴



نشده: شیوع فشار خون بالا، کلسترول خون و دیابت در تعدادی از مناطق کماکان بالا می‌باشد (شکل‌های ۶، ۸ و ۱۰). مردم اغلب از سطح فشار خون، کلسترول خون و قند بدنشان آگاهی ندارند.<sup>۴۸</sup> این عدم آگاهی می‌تواند خطر مرگ و میر زود هنگام ناشی از CVDها را افزایش دهد.

- نبود دسترسی به خدمات مراقبت سلامت یکپارچه: افرادی که مبتلا به CVD و NCDهای دیگر هستند نیاز به دسترسی به خدمات مراقبت سلامت موثر، عادلانه و معتبر شامل تشخیص و درمان همراه با تاکید بر مراقبت مداوم دارند.<sup>۴۹</sup>
- رژیم‌های تغذیه‌ای ناسالم و صنعت غذایی: غذاها و نوشیدنی‌های دارای چربی‌های ترانس بالا، چربی‌های اشباع، شکر و نمک با افزایش خطر فشار خون بالا، دیابت، کلسترول اضافی و CVD مرتبط هستند.
- مصرف دخانیات و در معرض آلودگی هوا بودن: (بخش مربوطه را در این فصل بخوانید)
- سبک زندگی کم تحرک: افزایش شهرنشینی و مکانیزاسیون مانند استفاده از حمل و نقل موتوری ممکن است باعث سبک زندگی از نظر فیزیکی کمتر فعال که عواقبی برای سلامت قلبی عروقی دارد، شود. داده‌های مربوط به روند فعالیت‌های فیزیکی پراکنده و ناسازگار هستند.<sup>۴۹</sup>
- انصاف: نرخ مرگ و میرهای قلبی عروقی در کشورهای فقیرتر بیشتر است. افزایش مداخلات در طراحی یک سیستم سلامت ضعیف که هنوز بار بیماری‌های مسری دارد چالش‌زا خواهد بود. به‌طور معمول در داخل کشورها نرخ مرگ و میرهای ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی در افرادی که در جوامع فقیرتر زندگی می‌کنند نسبت به افرادی که در جوامع مرفه‌تر زندگی می‌کنند، بالاتر است.<sup>۳۸</sup>

## اولویت‌های استراتژیک:

اعلامیه سیاسی سازمان ملل در سال ۲۰۱۱ برای NCDها<sup>۳۹</sup> و سند نهایی سازمان ملل برای NCDها<sup>۵</sup> شامل یک نقشه راهی می‌شود که براساس آن دولت‌ها برای کاهش مرگ و میر زود هنگام ناشی از NCDها متعهد شده‌اند که به اهداف مرتب با NCD در SDGها دست خواهند یافت. برنامه اقدام جهانی سازمان بهداشت جهانی برای پیشگیری و کنترل NCDها در فاصله زمانی ۲۰۱۳ تا ۲۰۲۰<sup>۴۰</sup> اولویت‌های استراتژیک و گزینه‌های سیاستی در مورد اینکه چگونه دولت‌ها می‌توانند این تعهدات را به انجام برسانند، تعیین می‌کند.

ترویج رژیم‌های غذایی سالم برای دستیابی به اهداف خواهد بود. این به معنای محدود کردن بازار غذاهای ناسالم/نوشیدنی‌های غیر الکلی برای کودکان (براساس توصیه‌های

## سرطان

در سال ۲۰۱۲، بروز جهانی سرطان به تخمینی ۱۴ میلیون مورد جدید همراه با تخمین ۸٫۲ میلیون مرگ ناشی از سرطان در هر سال رسید. در سطح جهانی در سال ۲۰۱۲ رایج‌ترین سرطان‌ها، سرطان ریه (۱٫۸ میلیون مورد جدید، ۱۳ درصد کل موارد)، سینه (۱٫۷ میلیون، ۱۱٫۹ درصد) و روده (۱٫۴ میلیون، ۹٫۷ درصد) بودند. رایج‌ترین علل مرگ در سرطان‌ها، سرطان ریه (۱٫۶ میلیون، ۱۹٫۴ درصد تمام مرگ‌های ناشی از سرطان)، کبد (۰٫۷، ۹٫۱ درصد) و معده (۰٫۷، ۸٫۸ درصد) بودند.<sup>۵۱</sup> برای تعدادی از سرطان‌ها مثل سرطان ریه، نرخ بروز تقریباً معادل با نرخ مرگ می‌باشد این بیانگر این است که اغلب موارد تشخیصی به مرگ منجر می‌شوند در حالی که انواع دیگر سرطان‌ها مانند سرطان سینه یا سرطان دهانه رحم احتمال کشندگی کمتری دارند و می‌توانند زود تشخیص داده شده و درمان شوند.

## روندها

ریه عمدتاً با مصرف دخانیات که ارتباط خطی با ثروت ندارد، تعیین می‌شود). نزدیک به یک‌سوم از مرگ و میرهای ناشی از سرطان به علت ۵ خطر رفتاری و رژیمی اصلی روی می‌دهند: شاخص توده بدنی بالا؛ مصرف پایین میوه و سبزیجات، نبود فعالیت فیزیکی، مصرف دخانیات و الکل.<sup>۵۲</sup> تخمین زده شده است عفونت‌های مزمن به‌طور عمده هلیکوباکتر پیلوری، پاپیلوماویروس و HBV/HCV با حدود ۱۶ درصد سرطان‌ها در سطح جهان مرتبط هستند (به میزان بیشتر در جنوب صحرای آفریقا).<sup>۵۴</sup>

## تحولات مثبت

**بهبود پیشگیری:** کاهش در مصرف دخانیات به‌عنوان مهم‌ترین عامل خطر سرطان و علت ۲۰ درصد مرگ‌های جهانی سرطان، در کاهش مرگ و میر سرطان به‌ویژه سرطان ریه نقش داشته است. چندین تغییر دیگر در مواجهه و سبک زندگی مانند کاهش مصرف نمک همراه با افزایش مصرف میوه و سبزیجات تازه و بهبود بهداشت که باعث کاهش عفونت هلیکوباکتر پیلوری شده است، به میزان زیاد در کاهش بروز و مرگ و میر ناشی از سرطان معده نقش داشته‌اند.<sup>۵۵</sup>

**شناسایی، تشخیص و درمان سریع:** در کشورهای با درآمد بالا کاهش در مرگ و میر با وجود افزایش بروز سرطان به احتمال زیاد ناشی از پیشرفت در کیفیت مراقبت‌های سلامت می‌باشد.<sup>۵۷</sup> به هر حال رویکردهای با تکنولوژی پایین برای شناسایی سریع سرطان کارایی خود را در کشورهای در حال توسعه نیز ثابت کرده‌اند. اولین مثال غربالگری سرطان دهانه رحم از طریق معاینه چشمی با استیک اسید و سرمادرمانی یا درمان انعقاد سرد ضایعات پیش سرطانی می‌باشد. این مدل برنامه "غربال-درمان" در هندوستان به‌صورت موفقیت‌آمیزی اجرایی شده است.<sup>۵۸</sup>

**قوانین مربوط به کاهش مواجهه و رفتارهای خطرناک:** درس‌های اقدامات کنترل سرطان در کشورهای با درآمد بالا نشان می‌دهد که پیشگیری مفید است اما این بهبود سلامت نیازمند حمایت قانونی مناسب است. برای مثال اولین درمانی که توسط سازمان بهداشت جهانی حمایت شد، FCTC، در کاهش مصرف دخانیات از طریق اقدامات قانونی مثل افزایش مالیات‌های

نرخ مرگ و میرهای سرطان استاندارد شده برحسب سن در فاصله زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۲ با یک کاهش کلی ۶ درصد به آرامی بهبود یافته است (شکل ۶٫۹). اما این عدد تغییرات قابل توجه منطقه‌ای، جنسیتی و نوع بیماری را پنهان می‌کند. بهترین بهبود منطقه‌ای در مرگ و میرهای ناشی از سرطان در فاصله زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۲ در کشورهای با درآمد بالای OECD عمدتاً به دلیل بهبود در مرگ سرطان ریه در مردان، مرگ و میرهای ناشی از سرطان معده و روده در هر دو جنس مردان و زنان و مرگ و میرهای ناشی از سرطان سینه در زنان بوده است. نرخ مرگ و میرهای ناشی از سرطان استاندارد شده برحسب سن در منطقه جنوب شرق آسیا و منطقه پاسیفیک غربی به‌جز برای کشورهای OECD با درآمد بالا افزایش یافته است.

از بین سرطان‌های شایع، بزرگترین کاهش در نرخ مرگ و میرهای ناشی از سرطان معده مشاهده شد که از سال ۲۰۰۰ به بعد حدود ۲۰ درصد در سطح جهان کاهش یافته است (جدول ۶٫۱). سرطان دهانه رحم تنها سرطان عمده دیگر بود که نرخ مرگ و میرهای ناشی از آن از سال ۲۰۰۰ بیش از ۱۰ درصد کاهش یافته است.

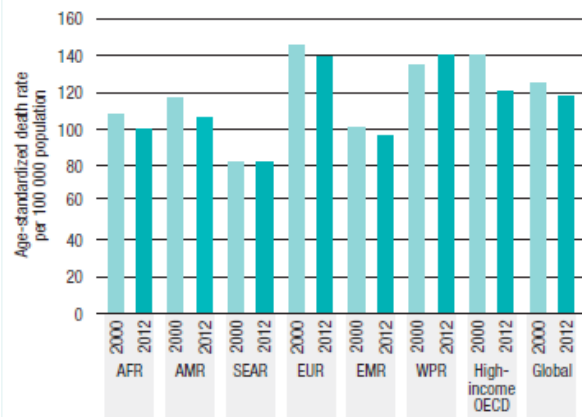
نرخ مرگ و میر ناشی از سرطان ریه ۴ درصد برای مردان کاهش یافته است در حالی که در زنان افزایش یافته است. شواهد موجود حاکی از تغییرات قابل توجه میان مناطق می‌باشد به‌عنوان مثال مقدار تخمینی ۱۹ درصد کاهش در مرگ و میرهای ناشی از سرطان ریه در مردان در کشورهای با درآمد بالای OECD در مقایسه با افزایش بیش از ۱۰ درصد برای مردان در جنوب شرق آسیا و مردان و زنان در منطقه پاسیفیک غربی به استثنای کشورهای OECD با درآمد بالا.

نرخ مرگ و میرهای ناشی از سرطان بر خلاف CVD در کشورهای با درآمد بالای OECD پایین‌تر نیست. سرطان‌ها براساس نوع‌شان الگوهای مختلفی دارند. تعدادی از آن‌ها بروز بیشتری در کشورهای ثروتمندتر دارند (برای مثال سرطان روده و سینه) در حالی که تعدادی نیز بروز کمتری در این کشورها دارند (برای مثال سرطان معده و دهانه رحم)؛ در حالی که سرطان‌های دیگر با توجه به علت اصلی، متنوع می‌باشند (برای مثال سرطان



دخانیت نقش زیادی داشته است که یکی از موثرترین مداخله‌های کنترل مصرف دخانیات بوده است. نیاز است رویکردهای مشابهی برای مصرف الکل و کاهش مواجهه با خطرات محیطی و شغلی مانند آلودگی هوا به کار گرفته شوند.

شکل ۹-۶: نرخ‌های مرگ و میر ناشی از سرطان در سطح منطقه‌ای و جهان، ۲۰۰۰ و ۲۰۱۲<sup>۸۱</sup>



## چالش‌ها

**کمبود دسترسی به تشخیص و درمان موثر و اولیه:** در نبود برنامه‌های موثر تشخیص زودهنگام مانند آگاهی از سرطان و یا غربال‌گری، بیماری در مراحل پیشرفته‌تر که دیگر درمان کامل امکان‌پذیر نخواهد بود تشخیص داده می‌شود. روش‌های غربال‌گری جمعیت محور برای سرطان‌های دهانه رحم، سینه و روده بزرگ-راست روده در کشورهای با درآمد بالا اجرا شده‌اند. به هر حال غربال‌گری به‌عنوان یک منبع ضروری به‌طور کامل در اغلب مناطق وجود ندارد و اجرایی نشده است. علاوه بر این خدمات تشخیصی مانند آسیب‌شناسی بافت<sup>۲</sup> و دسترسی به درمان در کشورهای با درآمد پایین و متوسط زیادی ضعیف می‌باشد در نتیجه مرگ و میرهای ناشی از سرطان زیاد خواهد بود. برای تشخیص و درمان به موقع نیاز به سرمایه‌گذاری فوری در منابع انسانی، خدمات سلامت و زنجیره‌های عرضه پایدار داریم.

**بیماری سود محور:** در غذاهای فرآوری‌شده با سدیم بالا و نوشیدنی‌های الکلی عوامل خطرناکی وجود دارد که با افزایش سرطان ارتباط دارد؛ هر دوی این محصولات برای شرکت‌ها سود به همراه دارند. فروش دخانیات نیز سود بسیار زیادی دارد. مصرف و توزیع عوامل سرطان‌زای دارای سود یک چالش عمده در تمام کشورها می‌باشد. سبک زندگی کم تحرک: عدم فعالیت فیزیکی شاخص توده بدنی (BMI) همچنین به‌طور مستقیم<sup>۶۰</sup> خطر چندین سرطان را افزایش می‌دهد.<sup>۶۱</sup>

**هزینه‌های مارپیچی:** هزینه‌های مالی مرتبط با بار در حال رشد

سرطان‌ها حتی به اقتصاد کشورهای ثروتمند نیز آسیب می‌زند. تخمین زده شده است در سال ۲۰۱۱ کل هزینه‌های اقتصادی سالیانه سرطان تقریباً ۱٫۱۶ تریلیون دلار بوده است.<sup>۵۶</sup> هزینه‌های درمان افراد می‌تواند گران باشد که می‌تواند منجر به صرف نظر کردن از درمان یا بروز هزینه‌های کمرشکن سلامت شود. در سطح کشوری شکست در سرمایه‌گذاری برای مدیریت پایه سرطان می‌تواند منجر به میلیاردها دلار زیان اقتصادی شود.<sup>۶۲</sup>

**عدم مراقبت تسکینی:** ۸۰ درصد بیماران سرطانی در مرحله نهایی سرطان درد متوسط تا شدید را تجربه می‌کنند.<sup>۶۳</sup> استراتژی‌های سلامت عمومی شامل مراقبت در جامعه و در منزل از جمله بهبود دسترسی به مورفین خوراکی ضروری می‌باشد.

## اولویت‌های استراتژیک

برنامه‌های پیشگیری و کنترل سرطان جزء مهم دست‌یابی به هدف کاهش مرگ و میرهای زود هنگام به‌علت NCDها در SDG می‌باشند. همچنین SDG شامل چندین هدف دیگر برای کاهش مواجهه افراد با مواد سرطان‌زا از طریق ایجاد یک محیط سالم‌تر با آلودگی کمتر هوا، آب و خاک می‌باشند-به‌عنوان مثال هدف ۳٫۹.

همچنان‌که در این مرور مختصر نشان دادیم هر واکنشی به سرطان نیازمند این است که در چندین جبهه پیش رانده شود. سازمان بهداشت جهانی و آژانس بین‌المللی تحقیقات سرطان<sup>۳</sup> (IARC) در حال همکاری با دیگر نهادهای سازمان ملل مانند نیروی کار بین سازمانی بیماری‌های غیرواگیر سازمان ملل (۲۰۱۴) برای افزایش تعهدات سیاسی برای پیشگیری و کنترل سرطان همکاری می‌کنند. تلاش‌ها بر هماهنگی و انجام تحقیقات بر روی علل مرتبط با سرطان در انسان و ساز و کارهای عوامل سرطان‌زا و همچنین روی پایش بار بیماری سرطان (بخشی از فعالیت‌های جهانی در مورد ثبت سرطان<sup>۴</sup>) تمرکز نموده‌اند.

حرکت رو به جلو برای توسعه استراتژی‌های مناسب پیشگیری و کنترل سرطان و تولید و انتشار دانش جدید برای تسهیل استفاده از رویکردهای مبتنی بر شواهد امری ضروری می‌باشد. همچنین برای توسعه استانداردها و ابزارهای برنامه‌ریزی و اجرای مداخلات پیشگیری، شناسایی، درمان و مراقبت و برای ارائه کمک‌های فنی برای انتقال سریع و موثر بهترین مداخلات در کشورهای در حال توسعه ضروری خواهد بود. پیاده‌سازی ابزارهای پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی مانند بسته WHO برای مداخلات مربوط به بیماری‌های غیرواگیر پایه باعث بهبود ارائه خدمت از طریق تشخیص زودهنگام و مدیریت موثر بخش سلامت خواهند شد. در نهایت کشورها خودشان باید تلاش‌هایشان را برای تقویت

3. International Agency for Research on Cancer

4. Global Initiative on Cancer Registries

2. Histopathology

نظام‌های سلامت در سطوح ملی و محلی برای اطمینان از تشخیص و ارائه مراقبت زودهنگام برای بیماران سرطانی افزایش دهند.

جدول ۱-۶: عامل اصلی سرطان و مرگ‌ها در سطح جهانی؛ براساس زن و مرد ۲۰۱۲؛ و روند نرخهای مرگ در سطح جهانی و مناطق ۲۰۰۰ - ۲۰۱۲، ۵۲

رتبه جهانی ۲۰۱۲	نوع سرطان	جهانی	منطقه آفریقا	منطقه آمریکا	منطقه جنوب شرق آسیا	منطقه اروپا	منطقه مدیترانه شرقی	منطقه غرب آرام	کشورهای درآمد بالای OECD
زنان									
۱	سرطان سینه	۸ -	افزایش	ثابت	کاهش	ثابت	ثابت	افزایش	کاهش
۲	سرطان‌های نای، برونش و ریه	۹	ثابت	ثابت	افزایش	ثابت	کاهش	افزایش	ثابت
۳	سرطان روده و رکتوم	۸ -	ثابت	ثابت	ثابت	ثابت	ثابت	افزایش	کاهش
۴	سرطان دهانه رحم	۱۲ -	کاهش	کاهش	کاهش	کاهش	کاهش	افزایش	کاهش
۵	سرطان معده	۲۱ -	کاهش	کاهش	ثابت	کاهش	کاهش	کاهش	کاهش
۶	سرطان کبد	۷	کاهش	کاهش	ثابت	ثابت	افزایش	افزایش	کاهش
مردان									
۱	سرطان نای، برونش و ریه	۴ -	کاهش	کاهش	افزایش	کاهش	ثابت	افزایش	کاهش
۲	سرطان کبد	۲ -	کاهش	ثابت	افزایش	ثابت	کاهش	ثابت	افزایش
۳	سرطان معده	۲۰ -	کاهش	کاهش	افزایش	کاهش	کاهش	کاهش	کاهش
۴	سرطان روده و رکتوم	۷ -	افزایش	افزایش	افزایش	افزایش	ثابت	ثابت	کاهش
۵	سرطان پروستات	۸ -	ثابت	ثابت	افزایش	افزایش	افزایش	افزایش	کاهش
۶	سرطان مری	۸ -	کاهش	کاهش	ثابت	افزایش	افزایش	افزایش	افزایش
<p>کاهش: ASDR بیشتر از ۵ درصد کاهش یافته است</p> <p>افزایش: ASDR بیشتر از ۵ درصد افزایش یافته است</p> <p>تغییرات: ASDR بین منفی ۵ درصد و مثبت ۵ درصد</p>									

## دیابت

همچنین دیابت در بسیاری از مرگ و میرهای ناشی از CVD نیز نقش داشته داشت.<sup>۱</sup>

بهبود در اپیدمیولوژی دیابت مشکل می‌باشد: شیوع دیابت در اکثر مناطق جهان در سال‌های اخیر افزایش یافته است و در هیچ منطقه‌ای کاهش نبوده است.<sup>۱۲</sup> به‌طور مشابه شیوع چاقی از سال ۱۹۸۰ به بعد تقریباً ۲ برابر شده است بدون اینکه حتی در یک منطقه کاهش در آن ثبت شود. لازم به ذکر است که چندین کشور با درآمد بالا ثابت شدن شیوع دیابت در کودکان را ثبت کرده‌اند<sup>۱۴، ۱۵</sup> که ممکن است در نهایت باعث به ثبات رسیدن شیوع دیابت شود. دیابت در جاهای دیگر به افزایش خود ادامه می‌دهد.

## تحولات مثبت

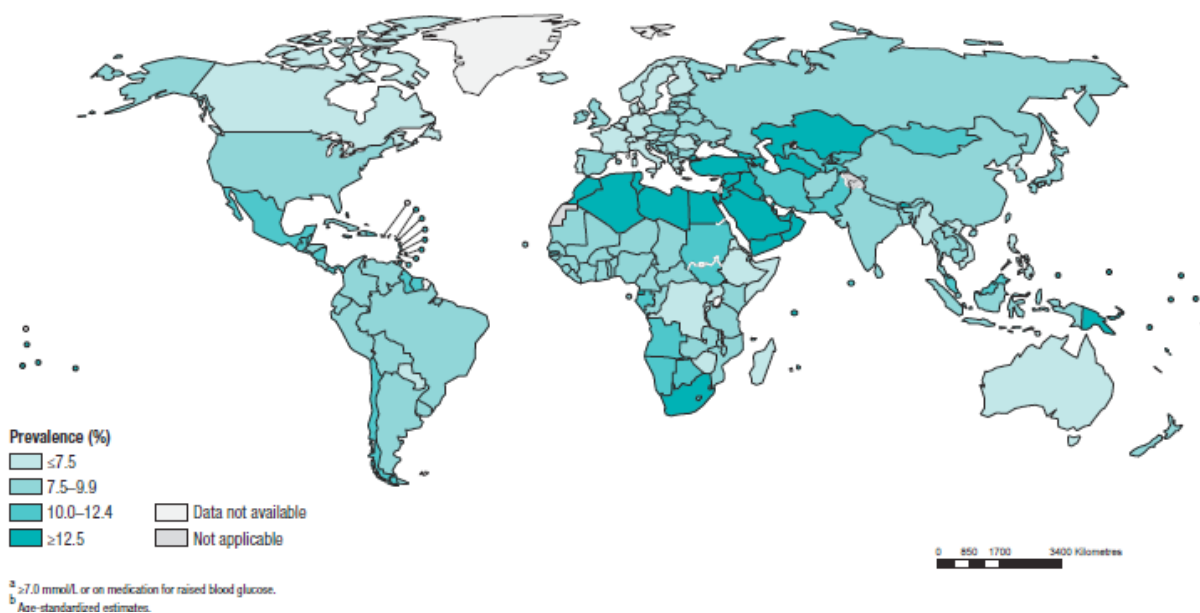
با توجه به عدم پیشرفت در کاهش شیوع چاقی و دیابت، نمی‌توان از موفقیت صحبت کرد؛ به هر حال شواهد خوبی وجود دارد که نشان می‌دهد می‌توان از ابتلا به دیابت نوع ۲ از طریق اتخاذ رژیم‌های سالم، درگیر شدن با فعالیت‌های فیزیکی منظم و حفظ وزن بدن عادی پیشگیری نمود.<sup>۶۷، ۶۸، ۶۹، ۷۰</sup> تشخیص زودهنگام که می‌تواند از طریق آزمایش‌های نسبتاً ارزان صورت گیرد و درمان مناسب برای پیشگیری از عوارض ضروری می‌باشد.

دیابت نوع دوم شامل ۹۰ درصد موارد دیابت<sup>۶۴</sup> می‌شود و به میزان زیادی به علت افزایش شاخص توده بدنی و عدم فعالیت فیزیکی روی می‌دهد. در گذشته دیابت نوع دوم تنها در بزرگسالان دیده شده بود اما امروزه حتی در کودکان نیز به علت افزایش چاقی و اضافه وزن کودکی روی می‌دهد.<sup>۱۳</sup> در طول زمان، افزایش قند خون در دیابت کنترل نشده موجب ایجاد مشکلات جدی برای تعداد زیادی از عضوهای بدن می‌شود. احتمال عفونت و زخم پا (که ممکن است در نهایت به قطع عضو منجر شود) و همچنین خطر کوری، بیماری و سکته قلبی را افزایش دهد.<sup>۶۵</sup> خطر کلی مرگ زودهنگام برای افراد مبتلا به دیابت حداقل ۲ برابر این خطر در حالت عادی می‌باشد.<sup>۶۶</sup>

## روندها

تخمین زده شده است که ۹ درصد بزرگسالان با سن بیشتر از ۱۸ سال دیابت دارند (شکل ۶، ۱۰). بالاترین شیوع در منطقه مدیترانه شرقی (۱۴ درصد در هر ۲ جنس مرد و زن) و کمترین (شامل کشورهای با درآمد بالا) در منطقه اروپایی و پاسیفیک غربی (به ترتیب ۸ درصد و ۹ درصد) می‌باشد. علاوه بر این در سال ۲۰۱۲، ۱،۵ میلیون مرگ به علت دیابت رخ داده است و

شکل ۱۰-۶: شیوع افزایش قند خون ناشتا بین افراد بالاتر از ۱۸ سال؛ ۲۰۱۴<sup>۱۱۳</sup>



کنترل دیابت یک بخش از هدف ۳،۴ در مورد کاهش مرگ و میر زودهنگام به علت NCD تا سال ۲۰۳۰ می‌باشد. مقابله با اپیدمی چاقی و دیابت نیاز به رویکرد جمعیت محور چند بخشی، تمرکز بر هدف گذاری اقدامات سلامت پیش از تولد و کودکان به عنوان آسیب پذیرترین گروه دارد. این در اعلامیه سیاسی سازمان ملل برای NCDها<sup>۴</sup> در سال ۲۰۱۱ و برنامه اقدام جهانی سازمان بهداشت جهانی برای پیشگیری و کنترل NCDها در فاصله زمانی ۲۰۱۳ تا ۲۰۲۰<sup>۳</sup> ادعان شده است و اولویت‌ها را مشخص می‌کند.

سیاست‌ها می‌بایست همزمان به مسائل مختلفی که در تولید، توزیع و بازاریابی غذا وجود دارند و گسترش فرهنگ فعالیت فیزیکی سالم بپردازند<sup>۷۴،۷۵،۷۶</sup>. همچنین مهم است که خدمات سلامت مورد نیاز برای درمان عوامل خطر مرتبط (به ویژه خدمات سلامت مربوط به مراقبت‌های اولیه مورد نیاز برای تشخیص و مدیریت زودهنگام) گسترش داده شود. درمان دیابت شامل پایین آوردن قند خون و سطح عوامل خطر شناخته شده که می‌توانند به رگ‌های خونی آسیب برسانند، می‌شود. کنترل قند خون در حد متوسط در کشورهای در حال توسعه هم از نظر هزینه به صرفه است و هم دست یافتنی است. افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌توانند با داروهای خوراکی درمان شوند اما ممکن است نیاز به تزریق انسولین نیز داشته باشند. کنترل فشار و چربی خون، مراقبت از پا و غربالگری برای عوارض مویزگی بخش جدایی‌ناپذیر مدیریت دیابت هستند.<sup>۳۳</sup> پایش منظم شیوع چاقی و دیابت باید همچنین به عنوان یک بخش روتین از نظارت NCD، شروع شود.

تنظیم اهداف بین‌المللی برای دیابت مانند "توقف افزایش دیابت و چاقی"<sup>۲</sup> اهمیت قابل توجهی برای جامعه دیابت جهانی دارد و نوید بخش اقدامات مرتبط با دیابت است.

دیابت یک چالش روبه رشد در تمام کشورها می‌باشد. در زیر عوامل موثر بر آن آورده شده‌اند:

**رژیم ناسالم و صنعت غذایی:** غذاها و نوشیدنی‌های فرآوری شده که شکر بالایی دارند و باعث چاقی می‌شوند، خطر دیابت را افزایش می‌دهند.

**نبود تعامل سیاسی:** در پیمایش ظرفیت کشورها توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۵، ۷۲ درصد کشورها گزارش نمودند که دارای سیاست، استراتژی یا برنامه عملیاتی مرتبط با دیابت می‌باشند<sup>۲۷</sup>؛ در مواردی که سیاست یا برنامه وجود دارد، اغلب بودجه کامل نیست.

**نبود پیشگیری دیابت:** همچنین سیاست‌های تغذیه‌ای و فعالیت فیزیکی مناسبی وجود ندارد. تنها نیمی از کشورها گزارش نمودند که سیاست‌های عملیاتی دارند.

**عدم تشخیص به موقع و درمان مناسب دیابت:** دیابت اغلب غیر قابل تشخیص است.<sup>۷۱،۷۲،۷۳</sup> مدیریت بیماری وقتی هم که تشخیص داده شد، پیچیده و چند وجهی شامل سبک زندگی سالم، مهارت‌های خود مدیریتی می‌باشد و برای زمانی طولانی به چندین دارو نیاز است. حتی در کشورهای با درآمد بالا مدیریت دیابت اغلب مناسب و کافی نیست. در کشورهای با منابع کم، داروهای اساسی اغلب یا غیر قابل دسترس هستند و یا مردم توان مالی خرید آن‌ها را ندارند.

**کمبود پایش و نظارت:** توانایی پایش و دنبال کردن تمام قلمرو اپیدمی دیابت برای تنظیم اهداف و پایش پیشرفت حیاتی است؛ تنها تعداد کمی از کشورها به صورت رسمی شروع به پایش و جمع آوری داده‌ها نموده‌اند.





## مصرف دخانیات

## تحولات مثبت

**اقدام جهانی:** WHO FCTC کشورهای زیادی را درگیر اقدامات کنترل دخانیات کرده است. دبیرخانه WHO FCTC، جامعه مدنی و WHO در دفاع برای استفاده FCTC در سیاست‌ها و برنامه‌های کنترل دخانیات موثر بوده اند (کادر ۲، ۶).  
**کاهش تقاضا:** سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۸، ۶ معیار مبتنی بر شواهد کنترل دخانیات که در کاهش مصرف دخانیات بیشترین تاثیر را داشتند برای کمک به کشورها همراه با اجرای تعهدات WHO FCTC تعیین کرد. این معیارها که به نام EMPOWER شناخته می‌شوند به یک با بیشتر از یکی از مفاد کاهش تقاضای WHO FCTC مربوط هستند.

- پایش مصرف دخانیات و سیاست‌های کنترل دخانیات
- دور کردن مردم از مصرف دخانیات
- پیشنهاد کمک برای ترک مصرف دخانیات
- هشدار دادن در مورد خطرات دخانیات
- منع تبلیغات، ارتقا و حمایت دخانیات
- افزایش مالیات‌های دخانیات

امروزه بیش از نیمی از کشورها که تقریباً ۴۰ درصد جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند، ۲٫۸ میلیارد نفر، حداقل یکی از معیارهای کنترلی کاهش تقاضا در بالاترین سطح قابل دستیابی را اجرایی کرده‌اند (شکل ۱۲، ۶).<sup>۱۹</sup> این عمل باعث شده است که تعداد کشورها نسبت به سال ۲۰۰۷ بیش از ۲ برابر و تعداد افراد تحت پوشش تقریباً ۳ برابر شود.

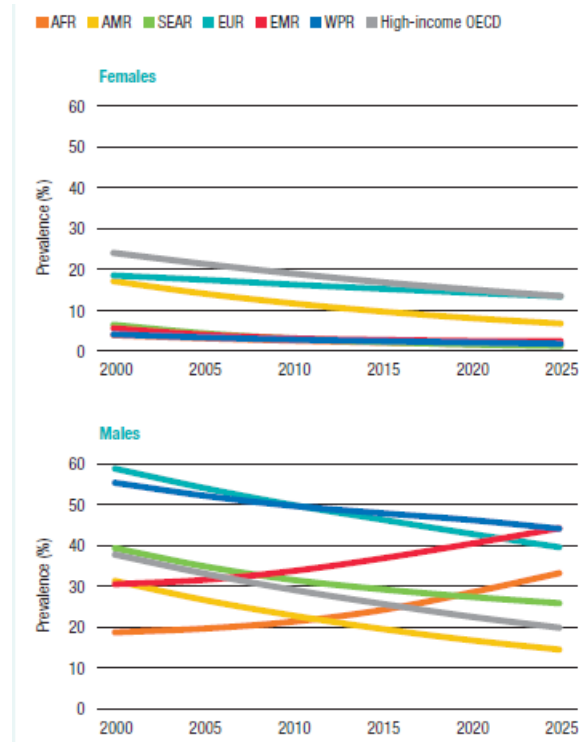
**اقدام ویژه هر کشور:** پیشرفت‌های خوبی در تلاش‌های کنترل دخانیات در جهان هم بر حسب تعداد کشورهایی که از شهروندان خود محافظت می‌کنند و هم بر حسب تعداد افرادی که در سطح جهان با استفاده از ابزارهای کنترل موثر دخانیات محافظت شده‌اند رخ داده است. تا سال ۲۰۱۲، ۹۴ کشور قوانین جامع "بدون سیگار" برای پوشش تمام مکان‌های عمومی و محیط کار داشتند. برخی کشورها کمک‌های کافی برای ترک مصرف دخانیات پیشنهاد دادند، برخی دیگر برچسب‌های هشدار تصویری بزرگ را اجرایی کردند، کشورهای دیگری تحریم جامعی روی تمام تبلیغات دخانیات، ارتقا و حمایت دخانیات گذاشتند و کشورهایی هم مالیاتی تا ۵۷ درصد قیمت یک پاکت سیگار وضع کردند. این دستاوردها باعث دخالت و تهدید صنعت دخانیات گردید. موفقیت بستگی به حمایت سطوح بالای سیاسی و جامعه مدنی از تلاش‌های کنترل دخانیات دارد.

تخمین زده شده است که ۱٫۱ میلیارد سیگاری در جهان وجود دارد.<sup>۱۹</sup> در سال ۲۰۱۳، کشورهای با درآمد بالای OECD حدود ۲۰۰ میلیون سیگاری و کشورهای غیر OECD ۹۰۰ میلیون سیگاری داشتند. مصرف دخانیات اخیراً هر ساله باعث تقریباً ۶ میلیون مرگ می‌شود. بیش از ۵ میلیون از این مرگ‌ها مستقیماً در نتیجه مصرف دخانیات می‌باشد<sup>۲۰</sup> در حالی که بیش از ۶۰۰ هزار مرگ مربوط به افراد غیر سیگاری در معرض سیگار بوده است (شامل ۱۷۰ هزار مرگ میان کودکان).<sup>۲۱</sup> شکل‌های دیگر مصرف دخانیات شامل جویدن یا انفیه<sup>۱</sup> علت دیگر مرگ‌های سرطان هستند.

## روندها

تخمین زده شده است شیوع جهانی مصرف دخانیات بین افراد ۱۵ سال و بالاتر از ۲۷ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۲۱ درصد در سال ۲۰۱۳ کاهش یافته است. در سطح جهانی شیوع سیگار برای مردان و زنان کاهش یافته است. برای مردان کاهش، بیشتر در کشورهای با درآمد بالای OECD و در کشورهای با درآمد پایین، متوسط و غیر OECD با درآمد بالا در منطقه اروپایی و منطقه آمریکا بوده است (تمام کاهش‌ها تقریباً ۱۰ درصد بودند) (شکل ۱۱-۶).

شکل ۱۱-۶: شیوع مصرف دخانیات میان افراد ۱۵ سال و بزرگ‌تر، براساس منطقه و جنس؛ ۲۰۰۰ - ۲۰۲۵<sup>۲۰، ۲۱</sup>



۱ به همراه دم از راه بینی وارد بدن کردن . م

WHO FCTC که توسط ۱۸۰ عضو تصویب شد - به عنوان نماینده ۹۰ درصد از جمعیت جهانی - اولین معاهده بهداشت عمومی مذاکره شده زیر نظر سازمان بهداشت جهانی می باشد که برای مقابله با اپیدمی دخانیات طراحی شده است. WHO FCTC اعضایش را ملزم نموده است که سیاست های طراحی شده برای کاهش تقاضا و عرضه تولیدات دخانیات را اجرا نمایند، بنابراین تعیین کننده های اجتماعی سلامت را بررسی می کنند. این مداخلات شامل افزایش مالیات دخانیات، ممنوعیت سیگار کشیدن در مکان های عمومی، هشدار تصویری سلامت، ممنوع کردن تبلیغات دخانیات، کنترل آشکار تجارت محصولات دخانیات، شناسایی محصولات جایگزین برای کشت دخانیات و پیشگیری از فروش به کودکان و یا توسط آنها، جمع آوری و انتشار داده های مصرف دخانیات و تلاش های پیشگیرانه. در فوریه ۲۰۱۵ اعضای FCTC ۱۰ سالگی ورود به این قضیه را جشن گرفتند. WHO FCTC مدلی برای توجه به نقش منفی جهانی شدن روی سلامت پیشنهاد می کند.

## چالش ها

**افزایش استفاده در چندین منطقه:** اگرچه شیوع مصرف دخانیات در سطح جهانی در بسیاری از کشورها در حال کاهش است اما در منطقه آفریقا و منطقه مدیترانه شرقی در حال افزایش می باشد.<sup>۳۱</sup> در منطقه اروپا، منطقه غربی آرام و منطقه جنوب شرق آسیا شیوع سیگار هنوز بالا است و تلاش ها برای کاهش آن باید تشدید شوند. دیگر شکل های مصرف دخانیات هم باید بررسی شود.

**مداخله و تدابیر صنعت:** صنعت دخانیات به شدت اجرای هشدارهای تصویری سلامت و بسته بندی ساده در کشورهای مختلفی را با چالش مواجه می کند و مدعی است که قوانین بسته بندی بر خلاف حقوق تجارت و حقوق مالکیت معنوی می باشند. صنعت دخانیات یک تجارت بین المللی است و از قراردادهای سرمایه گذاری برای به چالش کشیدن معیارهای کنترل دخانیات در کشورها استفاده می کند. محصولات جدید از جمله سیستم ارائه نیکوتین الکترونیکی<sup>۲</sup> (ENDS) و افزایش استفاده از محصولات موجود در چارچوب چالش های جدید برای سیاست گذاران و نهادهای نظارتی به وجود می آورند.

**تجارت آشکار:** تجارت آشکار یک چالش برای کاهش مصرف دخانیات می باشد. از هر ۱۰ محصول دخانیات در سطح جهانی

2. Electronic Nicotine Delivery Systems

تنها یک محصول وجود دارد که در سطح جهانی آشکارا تجارت شود. قاچاق سیگار درآمد مالیاتی دولت را کاهش می دهد اما هنوز برای جمعیت آسیب پذیر مانند جوانان و گروه های با درآمد پایین مقرون به صرفه است. در برخی مثال ها شرکت های دخانیات برای گرفتن سهم بازار از تجارت آزاد استفاده می کنند. **کشاورزان و کشت:** نمی توان کشاورزانی که معیشت شان وابسته به کشت دخانیات است را مجبور به کاهش عرضه کرد. به هر حال محصولات جایگزین اقتصادی باید پیدا شوند: کشت دخانیات خودش برای سلامتی مضر است<sup>۸۲</sup> و نیاز است از کشاورزانی که تمایل به کشت محصولات جایگزین هستند حمایت کرد.

**انصاف:** بررسی ارتباط میان شیوع سیگار و ثروت در میان کشورها از طریق داده های حاصل از پیمایش های سال های ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۴ در ۴۸ کشور با درآمد پایین و متوسط نشان داد که در حال حاضر سیگار کشیدن به طور کلی شیوع بیشتری در ۵ دهک فقیرتر (با استثنا قائل شدن برای زنان) در کشورهای با درآمد متوسط داشت.<sup>۸۳</sup>

## اولویت های سیاست گذاری

کنترل دخانیات یک معیار مهم برای دستیابی به هدف ۳،۴ SDG در مورد کاهش مرگ و میرهای زود هنگام ناشی از NCD است که یکی از عوامل خطر اصلی برای NCD می باشد. علاوه بر این یکی از اهداف سلامت در مورد کنترل دخانیات نیز محسوب می شود: "تقویت اجرای چارچوب کنوانسیون سازمان بهداشت جهانی برای کنترل مصرف دخانیات در تمام کشورها به شیوه ای مناسب".

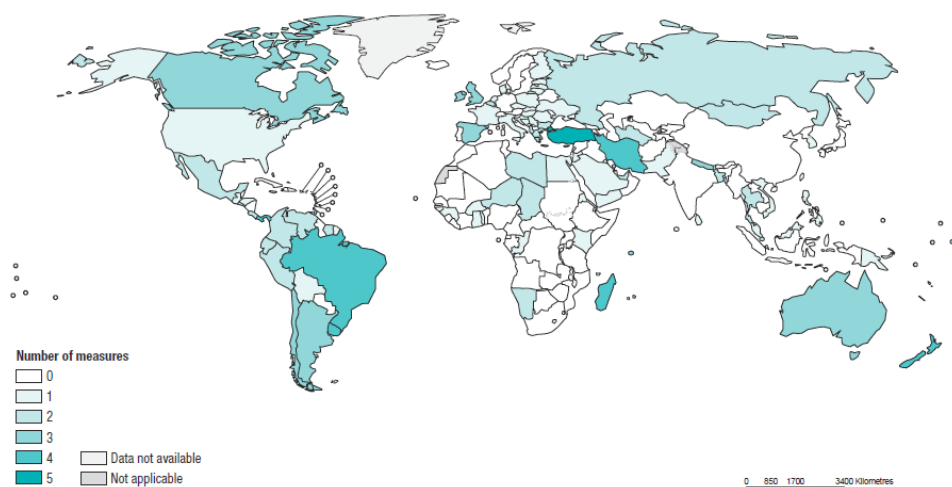
معیارهای EMPER برای کنترل دخانیات همراه با WHO FCTC در برنامه اقدام جهانی سازمان بهداشت جهانی برای پیشگیری و کنترل NCDها در فاصله زمانی ۲۰۱۳ تا ۲۰۲۰<sup>۲</sup> و همچنین هزینه اثربخش ترین مداخلات ("بهترین خرید") برای کنترل دخانیات ذکر شده اند.<sup>۸۴</sup> شواهد نشان می دهد که هزینه اثربخش ترین معیارها کاهش برای کاهش مصرف دخانیات موارد ذیل هستند:

- کاهش مقرون به صرفه بودن محصولات دخانیات با افزایش مالیات بر فروش
- طرح قوانین تکمیلی محیط های بدون سیگار در تمام محیط های کار داخلی، مکان های عمومی و حمل و نقل عمومی.
- هشدار به مردم در مورد خطرات دخانیات و سیگار از طریق هشدار موثر سلامتی و رسانه های جمعی
- ممنوع کردن تمام شکل های تبلیغات، ارتقا و حمایت از دخانیات

سلامت و توسعه و برنامه‌ها همچنین اساسی است. زیرا کنترل دخانیات یک مساله چند بخشی است که نیازمند بحث‌ها و اقدامات چندبخشی برای مثال راه اندازی و تامین مالی سازوکارهای هماهنگ چند بخشی کاربردی، تمرکز بر ارتباط میان کنترل دخانیات و تجارت بین‌المللی یا معیشت جایگزین کشت برای کشاورزان می‌باشد. هنگام اجرای WHO FCTC زیر ساخت‌ها و ظرفیت‌های اختصاص داده شده به برنامه‌های گسترده‌تر کنترل دخانیات باید با برنامه‌های مسری و NCD از جمله برنامه‌های سل و یا بیماری‌های تنفسی یکپارچه شوند.

این معیارها در جایی که اجرا یک بخش از رهیافت جامع است احتمال تاثیر آن‌ها به مراتب بیشتر است؛ همانطور که در WHO FCTC پیش بینی شده است اجرای کامل WHO FCTC باید شامل اتخاذ معیارهای دیگر کاهش تقاضا مانند کمک به ترک سیگاری‌ها و قانون گذاری روی محصولات دخانیات باشد. این مقررات باید از طریق قوانین ملی کنترل دخانیات اجرا شوند و دولت‌ها از اجرای موثر قوانین اطمینان داشته باشند. یکپارچه‌سازی WHO FCTC از طریق استراتژی‌های ملی

شکل ۱۲-۶: تعداد مداخلات EMPOWER اجرا شده در بالاترین سطح؛ ۲۰۱۴<sup>۸۱</sup>



## آلودگی هوا

آلودگی بیرونی رخ داده است. حدود ۸۸ درصد این مرگ و میرها در کشورهای با درآمد پایین و متوسط بوده است که ۸۲ درصد از آلودگی جهانی را دارند. منطقه جنوب شرق آسیا و پاسیفیک غربی به ترتیب با ۹۳۶ هزار و ۱،۷۴ میلیون مرگ دارای بیشترین بار آلودگی محیطی می‌باشند.<sup>۸۷</sup>

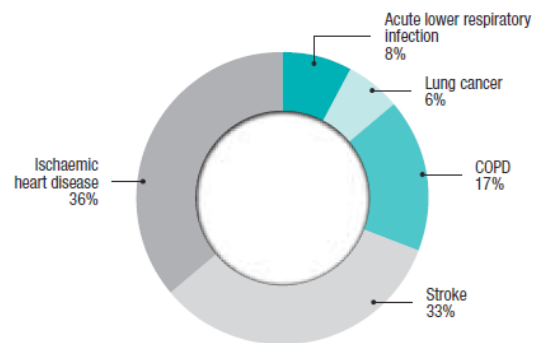
در فاصله زمانی ۱۹۸۰ و ۲۰۱۲ کاهش قابل توجهی در نسبت خانوارهایی که در درجه اول از سوخت جامد برای پخت و پز استفاده می‌کردند، اتفاق افتاد که مقدار از ۶۲ درصد در سال ۱۹۸۰ به ۴۱ درصد در سال ۲۰۱۲ رسید.<sup>۸۸</sup> به هر حال مقدار مطلق افرادی که از سوخت جامد برای پخت و پز استفاده می‌کنند در ۳ دهه گذشته ثابت و در حدود ۳ میلیارد نفر باقی مانده است. یکی از مهم‌ترین موفقیت‌های قابل توجه در آلودگی هوا در چین اتفاق افتاده است جایی که برنامه ملی بهبود اجاق‌های گاز باعث شد که بیش از ۱۳۰ میلیون اجاق گاز با دودکش مناسب در دهه ۱۹۹۰ توزیع شوند. این برنامه منجر به کاهش خطر سرطان ریه، COPD و پنومونیا در بزرگسالان گردید.<sup>۸۹</sup>

هدف ۳،۹ SDG به‌منظور کاهش مرگ و میرها و بیماری‌های ناشی از مواد شیمیایی خطرناک و آلودگی‌های هوا، آب و خاک طراحی شده است. در اینجا به این علت مواجهه با آلودگی هوا بررسی شده است که ارتباطی قوی با NCDها دارد؛ مسائل مرتبط با آب در فصل ۵ بررسی گردید و دیگر خطرهای محیطی در فصل ۲. مواجهه با هوای آلوده داخلی (منازل، به‌علت سوختن سوخت‌های جامد مانند چوب و زغال چوب) و بیرونی (محیط) یک عامل خطر برای NCDهایی مثل بیماری قلبی، سکته مغزی، COPD و سرطان ریه می‌باشد. مواجهه با آلودگی هوای داخلی به‌طور خاص میان زنان و فرزندان نوجوان که زمان بیشتری را کنار اجاق/کوره خانگی سپری می‌کنند، بیشتر است.<sup>۸۵</sup>

## روندها

آلودگی هوای محیط درونی و بیرونی با ۷ میلیون مرگ زودهنگام سالانه ارتباط دارد (شکل ۶،۱۳) که بیشترین میزان آن در کشورهای با درآمد پایین و متوسط روی می‌دهد. در سطح جهانی ۳،۷ میلیون مرگ زودهنگام در سال ۲۰۱۲ به‌علت

در دهه اخیر در کیفیت هوای محیطی بهبودی روی نداده است و یا این بهبود کم بوده است. در سال ۲۰۱۲ تقریباً سه چهارم از جمعیت جهان در معرض غلظت بیش از حد ذرات معلق قرار داشتند. نسبتی که از سال‌های ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۰ هنوز بدون تغییر باقی مانده است (شکل ۱۴، ۶). به هر حال تفاوت‌های محیطی مهمی وجود دارد. برای مثال در بسیاری از کشورهای با درآمد بالا شامل اروپا و آمریکای شمالی، در دهه‌های اخیر به دلیل تلاش‌های صورت گرفته در حوزه کاهش نشر دود و ذرات آلاینده آلودگی هوا کاهش قابل توجهی داشته است. این دستاوردها با کاهش قابل توجه در کیفیت هوا در جنوب و شرق آسیا تا حد زیادی به علت رشد جمعیت (و افزایش تراکم جمعیت در مناطق شهری دارای آلودگی زیاد و افزایش شهرنشینی) خنثی شده‌اند.<sup>۳۳</sup>



شکل ۱۳-۶: توزیع ۷ میلیون مرگ مرتبط با اثر مشترک آلودگی هوای خانوار و محیطی براساس بیماری‌ها؛ ۲۰۱۲<sup>۳۶</sup>



## تغییرات مثبت

**سیاست‌های هوای پاک:** سطوح آلودگی هوا می‌تواند از طریق سرمایه‌گذاری در اقدامات سیاستی پایدار برای حمل و نقل (شامل توسعه حمل و نقل عمومی و تشویق به پیاده روی و دوچرخه سواری)، انرژی‌های پاک و تجدید پذیر، ساختمان‌های

کارآمد از نظر مصرف انرژی، کاهش و بازیافت ضایعات (خودداری از سوزاندن ضایعات جامد و کشاورزی) و صنعت کارا از نظر انرژی کمتر شود. استفاده از ارزیابی‌های تاثیرات سلامت و تحلیل‌های هزینه منفعت سیاست‌ها موجب استفاده از گزینه‌های سیاستی ای شده است که برای کیفیت و سلامت مفیدتر هستند.

**هنجارها و استانداردها:** معیارهای نشر ملی و بین‌المللی شرایطی را فراهم کرده‌اند که صنعت می‌تواند از محصولات کارا تر و کمتر آلوده‌کننده استفاده کند و آن‌ها را گسترش دهد. مثال‌ها شامل اهداف شناخته شده بین‌المللی، استانداردهای سوخت پاک و اهداف میزان نشر احتراق سوخت خانگی<sup>۹۱</sup> که همه آن‌ها به توسعه و اجرای سیاست‌های موثر کمک کنند، می‌باشند.

**ردیابی پیشرفت، پایش و ارزیابی:** تخمین‌های مقایسه‌ای ارزیابی خطر یک عامل عمده در افزایش آگاهی و انگیزه بخشی برای تعامل بازیگران توسعه بوده است. داده‌های انرژی خانوار، آلودگی هوای خانوار<sup>۹۲</sup> و کیفیت هوای محیطی در شهرها<sup>۹۳</sup> با طراحی، اجرا و پایش سیاست‌ها و مداخلات برای کاهش آلودگی هوا یکی شده‌اند و به‌عنوان منابع اطلاعات کلیدی برای برآورد بار بیماری و طرح‌هایی برای انرژی و آب و هوا استفاده می‌شوند.

**مشارکت و معاهده:** طرح‌های بین‌المللی مانند انرژی پایدار دبیر کل سازمان ملل برای همه طرح‌ها، ائتلاف اقلیم و هوای پاک<sup>۲</sup>، معاهده آلودگی هوای فرامرزی دور برد<sup>۳</sup>، مشارکت هوای داخلی پاک<sup>۴</sup>، اتحاد جهانی برای اجاق‌های پخت پاک<sup>۵</sup> و مشارکت برای سوخت و خودروهایی پاک<sup>۶</sup> اقدامات مهم و پر منفعتی برای کیفیت هوا و سلامت انجام داده‌اند.

## چالش‌ها

آلودگی هوا یک مساله مربوط به تمام نقاط می‌باشد اما در کشورهای با درآمد پایین و کم بیشترین بار آلودگی هوا وجود دارد. موارد زیر اصلی‌ترین چالش می‌باشند:

**گسترش کنترل نشده شهر:** شهرها سریع رشد می‌کنند اما اغلب به‌صورت کنترل نشده یا براساس مدل‌های منسوخ شده توسعه شهری که منجر به آلودگی و سلامت بد می‌شوند. باید رویکردهای پایدار و سلامت در همه سیاست‌ها<sup>۱۸</sup> در توسعه شهری ادغام شوند.

**فقدان سیاست‌گذاری‌های چندبخشی:** بررسی بخش‌های مرتبط با سلامت و آلودگی هوا امری چالش‌زا می‌باشد. بخش‌های

1. UN Secretary-General Sustainable Energy for All Initiative
2. Climate and Clean Air Coalition
3. Convention on Long-Range Transboundary Air Pollution
4. Partnership for Clean Indoor Air
5. Global Alliance for Clean Cookstoves
6. Partnership for Clean Fuels and Vehicles



## اولویت‌های استراتژیک

اهداف SDG توجه قابل ملاحظه‌ای به بررسی کیفیت هوا به‌عنوان بخشی از عواقب ناشی از آلودگی در اهداف سلامت (هدف ۳،۹) و به‌عنوان یک جز از چندین هدف دیگر مانند آن‌هایی که در مورد شهرها و زیستگاه‌های انسانی ایمن و پایدار هستند (SDG ۱۱)، انرژی پایدار (SDG ۷)، صنعتی شدن پایدار (SDG ۹)، و مقابله با تغییر اقلیمی (SDG ۱۳) هستند، دارد. در می ۲۰۱۵، اعلامیه مجمع سلامت جهانی "اثر آلودگی هوا بر سلامت" را توسط تمام ۱۹۴ کشور عضو به‌منظور تقویت بیشتر تلاش‌ها و مشارکت‌های بین‌المللی برای از حذف آلودگی هوا تصویب نمود. اولویت‌های استراتژیک کلیدی برای آینده شامل موارد زیر بودند: توسعه فناوری‌های جدید و کارا از نظر انرژی و مقرون به صرفه مانند اجاق‌های القایی<sup>۷</sup> که می‌توانند آلودگی هوای منازل و خطرهای مرتبط را کاهش دهند؛ تقویت ظرفیت بخش سلامت برای مشارکت در سیاست‌گذاری چندبخشی که برای سلامت و کیفیت هوا مفید است؛ و بهبود پایش کیفیت هوا و شناسایی منبع آلودگی از طریق سنجش از راه دور ماهواره، مانیتورهای قابل حمل، داده کاوی و جمع‌سپاری<sup>۸</sup>.

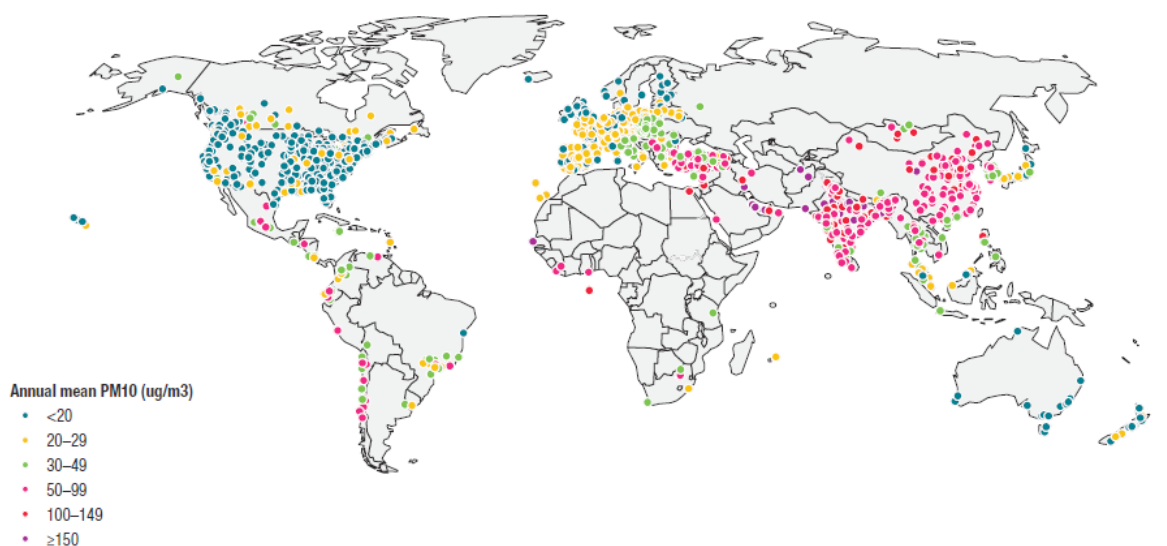
آلوده‌کننده اغلب از مزایای بالقوه سلامتی که سیاست‌های اتخاذی می‌توانند به ارمغان بیاورند غافل هستند و بخش سلامت نیز اغلب فاقد دسترسی کامل به دانش، ابزارها و مهارت‌های مورد نیاز برای حمایت از اقدامات چندبخشی برای مقابله با آلودگی هوا می‌باشد.

**کمیود منابع مالی برای تحقیق و توسعه:** برای بهبود فناوری برای مقابله با منابع آلودگی هوا در کشورهای با درآمد کم و متوسط دارند نیاز به حمایت وجود دارد.

**کمیود پایش:** پایش جامع آلاینده‌های هوا و منابع آن‌ها هنوز هم در بسیاری از کشورها وجود ندارد. این توانایی تصمیم‌گیران را برای ارزیابی خطر، تنظیم اهداف و اندازه‌گیری پیشرفت محدود می‌کند.

**مواجهه و بار سلامت آلودگی هوا:** هر دوی آن‌ها در کشورهای با درآمد پایین و متوسط جایی که دولت‌ها با بسیاری از چالش‌های دیگر سلامت و توسعه و محدودیت منابع روبرو هستند، در بالاترین حد قرار دارند.

شکل ۱۴-۶: مواجهه با ذرات معلق با قطر ۱۰ میکرون\* و کمتر در ۱۶۰۰ منطقه شهری؛ ۲۰۰۸ - ۲۰۱۳<sup>۹</sup>  
\*متوسط سالیانه تجمیع ذرات ریز معلق با قطر کمتر از ۱۰ میکرون یک شاخص رایج آلودگی هوا است.



۷. نسل سوم از اجاق‌های الکتریکی است که برای گرم کردن و گرمایش ظرف پخت‌وپز بجای رسانش گرمایی از گرمایش القایی سود می‌برد. در این گونه اجاق الکتریکی از المنت گرمایی و شعله خبری نیست و بجای آن از القای مغناطیسی استفاده می‌شود. م

8. crowd sourcing

## یادداشت‌ها و منابع

- 1 Global Health Estimates: Deaths, disability-adjusted life year (DALYs), years of life lost (YLL) and years lost due to disability (YLD) by cause, age and sex, 2012–2000. Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/), accessed 21 September 2015).
- 2 Buse K, Hawkes S. Health in the sustainable development goals: ready for a paradigm shift? *Global Health*. 11:13;2015 (<http://www.globalizationandhealth.com/content/13/1/11>, accessed 18 September 2015).
- 3 Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2020–2033. Geneva: World Health Organization; 2013 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241506236/1/94384/10665\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241506236/1/94384/10665_eng.pdf?ua=1), accessed 18 September 2015).
- 4 A/RES/2/66. Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. Resolution adopted by the General Assembly [without reference to a Main Committee (A/66/L.1)]. United Nations General Assembly, Sixty-sixth session, agenda item 24 ,117 January 2012 ([http://www.who.int/nmh/events/un\\_ncd\\_summit2011/political\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf), accessed 18 September 2015)
- 5 A/RES/300/68. Outcome document of the high-level meeting of the General Assembly on the comprehensive review and assessment of the progress achieved in the prevention and control of non-communicable diseases. Resolution adopted by the General Assembly on 10 July 2014 [without reference to a Main Committee (A/68/L.53)]. United Nations General Assembly, Sixty-eight session, agenda item 118 ([http://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/300/68](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/300/68), accessed 18 September 2015)
- 6 Terms of reference for the United Nations Inter-agency task force on the prevention and control of non-communicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/entity/nmh/ncd-task-force/un-tf.PDF?ua=1>).
- 7 Lim S, Vos A, Flaxman A, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 2010–1990: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 60–2224:(9859)380;2012 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-82961766%2812%6736/fulltext>, accessed 18 September 2015).
- 8 Graph uses WHO regional grouping with high-income OECD countries separated out (see Annex 1).
- 9 Wilmoth JR. Demography of longevity: past, present, and future trends. *Exp Gerontol*. –1111:(10–9)35;2000 29(<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0531556500001947>, accessed 18 September 2015).
- 10 Di Cesare M, Bennett JE, Best N, Stevens GA, Danaei G, Ezzati M. The contributions of risk factor trends to cardiometabolic mortality decline in 26 industrialized countries. *Int J Epidemiol*. 48–838:(3)42;2013 (<http://ije.oxfordjournals.org/content/838/3/42.long>, accessed 18 September 2015).
- 11 Ezzati M, Obermeyer Z, Tzoulaki I, Mayosi BM, Elliott P, Leon DA. The contributions of risk factors and medical care to cardiovascular mortality trends. *Nat. Rev. Cardiol*. 30–508:(9)12;2015 (Abstract: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26076950>, accessed 7 October 2015).
- 12 Danaei G, Finucane MM, Lu Y, Singh GM, Cowan MJ, Paciorek CJ et al. National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. *Lancet*. 40–31:(9785)378;2011 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-2960679%2811%6736X/fulltext>, accessed 18 September 2015).
- 13 Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241564854/1/148114/10665\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241564854/1/148114/10665_eng.pdf?ua=1), accessed 18 September 2015).
- 14 de Wilde JA, Verkerk PH, Middelkoop BJ. Declining and stabilising trends in prevalence of overweight and obesity in Dutch, Turkish, Moroccan and South Asian children 16–3 years of age between 1999 and 2011 in the Netherlands. *Arch Dis Child*. 51–46:(1)99;2014 (<http://adc.bmj.com/content/46/1/99.long>, accessed 18 September 2015).
- 15 Murer SB, Saarsalu S, Zimmermann MB, Aeberli I. Pediatric adiposity stabilized in Switzerland between 1999 and 2012. *Eur J Nutr*. 75–865:(3)53;2014 (Abstract: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24121393>, accessed 18 September 2015).
- 16 Danaei G, Finucane MM, Lin JK, Singh GM, Paciorek CJ, Cowan MJ et al. National, regional, and global trends in systolic blood pressure since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 786 country-years and 5.4 million participants. *Lancet*. 77–568:(9765)377;2011 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS3-2962036%2810%6736-0140/fulltext>, accessed 18 September 2015).
- 17 Trends are considered significant if the posterior probability of a truly increasing or decreasing trend is 0.75 or greater.
- 18 Health in All Policies: seizing opportunities, implementing policies. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2013 ([http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/188809/0007/Health-in-All-Policies-final.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/188809/0007/Health-in-All-Policies-final.pdf?ua=1), accessed 18 September 2015).
- 19 WHO report on the global tobacco epidemic 2015.

- Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2015/en/](http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/en/), accessed 18 September 2015).
- 20 Sankaranarayanan R, Nene BM, Shastri SS, Jayant K, Muwonge R, Budukh AM et al. HPV Screening for Cervical Cancer in Rural India. *N Engl J Med.* 94–1385:(14)360;2009 (<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0808516>, accessed 18 September 2015).
- 21 Zhao FH, Jeronimo J, Qiao YL, Schweizer J, Chen W, Valdez M et al. An evaluation of novel, lower-cost molecular screening tests for human papillomavirus in rural China. *Cancer Prev Res.* 48–938:(9)6;2013 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23878179>, accessed 18 September 2015).
- 22 Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III): final report. Publication No. -02 5215. Dallas (TX): American Heart Association; 2002 (<http://circ.ahajournals.org/content/3143/25/106.full.pdf#page=1&view=FitH>, accessed 18 September 2015).
- 23 Package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Geneva: World Health Organization; 2010 ([http://www.who.int/nmh/publications/essential\\_ncd\\_interventions\\_lr\\_settings.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/essential_ncd_interventions_lr_settings.pdf), accessed 18 September 2015).
- 24 Gaziano TA, Galea G, Reddy KS. Scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence. *Lancet.* 46–1939:(9603)370;2007 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS3-2961697%2807%6736-0140/fulltext>, accessed 18 September 2015).
- 25 Kontis V, Mathers CD, Rehm J, Stevens GA, Shield KD, Bonita R et al. Contribution of six risk factors to achieving the 25×25 non-communicable disease mortality reduction target: a modelling study. *Lancet.* 427:(9941)384;2014 37 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS4-2960616%2814%6736-0140/fulltext>, accessed 18 September 2015).
- 2015 26 Country Capacity Survey. Geneva: World Health Organization 2015;
- 27 Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2015 global survey. Geneva: World Health Organization; 2015. (In press; [http://www.who.int/chp/ncd\\_capacity/en/](http://www.who.int/chp/ncd_capacity/en/)).
- 28 Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, Danaei G, Lin JK, Paciorek CJ et al, on behalf of the Global Burden of Metabolic Risk Factors of Chronic Diseases Collaborating Group (Body Mass Index). National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 1.9 million participants. *Lancet.* 67–557:(9765)377;2011 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673610620375>, accessed 14 October 2015).
- 29 Galambos L, Sturchio JL, editors. Addressing the gaps in global policy and research for non-communicable diseases. Policy briefs from the NCD Working Group. The Institute for Applied Economics, Global Health and the Study of Business Enterprise. Baltimore (MD): Johns Hopkins University; 2012 ([http://www.ifpma.org/fileadmin/content/Publication/2013/Johns\\_Hopkins\\_Addressing\\_the\\_Gaps\\_in\\_Global\\_Policy\\_and\\_Research\\_for\\_NCDs.pdf](http://www.ifpma.org/fileadmin/content/Publication/2013/Johns_Hopkins_Addressing_the_Gaps_in_Global_Policy_and_Research_for_NCDs.pdf), accessed 18 September 2015).
- 30 Atun R, Jaffar S, Nishtar S, Knaul FM, Barreto ML, Nyirenda M et al. Improving responsiveness of health systems to non-communicable diseases. *Lancet.* 7–690:(9867)381;2013 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS-2960063%2813%6736-0140X/fulltext>, accessed 18 September 2015).
- 31 WHO global report on trends in tobacco smoking 2025–2000. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/reportontrendstobaccosmoking/en/>, accessed 7 October 2015).
- 32 Moodie R, Stuckler D, Monteiro C, Shrean N, Neal B, Thamarangsi T et al. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *Lancet.* –670:(9867)381;2013 9 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS3-2962089%2812%6736-0140/fulltext>, accessed 18 September 2015).
- 33 van Donkelaar A, Martin RV, Brauer M, Boys BL. Use of satellite observations for long-term exposure assessment of global concentrations of fine particulate matter. *Environ Health Perspect.* 43–135:(2)123;2015 (<http://ehp.niehs.nih.gov/1408646/>, accessed 18 September 2015).
- 34 Mohan V, Seedat YK, Pradeepa R. The rising burden of diabetes and hypertension in Southeast Asian and African regions: need for effective strategies for prevention and control in primary health care settings. *Int J Hypertens.* 2013 (<http://www.jourlib.org/paper/#3072190.VeQDPFerMqI>, accessed 18 September 2015).
- 35 Beaglehole R, Epping-Jordan JA, Patel V, Chopra M, Ebrahim S, Kidd M et al. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. *Lancet.* 9–940:(9642)372;2008 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS-2961404%2808%6736-0140X/fulltext>, accessed 18 September 2015).
- 36 World population prospects, 2015 revision. New York (NY): United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (<http://esa.un.org/unpd/wpp/>, accessed 18 September 2015).
- 37 Wang H, Schumacher AE, Levitz CE, Mokdad AH, Murray CJL. Left behind: widening disparities for males and females in US county life expectancy, 2010–1985. *Popul Health Metr.* 11:8;2013 (<http://www.pophealthmetrics.com/content/8/1/11>, accessed 18 September 2015).

- 38 Di Cesare M, Khang YH, Asaria P, Blakely T, Cowan MJ, Farzadfar F et al. Inequalities in non-communicable diseases and effective responses. *Lancet*. 97–585:(9866)381;2013 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0-2961851%2812%6736-0140/fulltext>, accessed 18 September 2015).
- 39 A/RES/2/66. Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. Resolution adopted by the General Assembly [without reference to a Main Committee (A/66/L.1)]. United Nations General Assembly, Sixty-sixth session, agenda item 24 ,117 January 2012 ([http://www.who.int/nmh/events/un\\_ncd\\_summit2011/political\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf), accessed 18 September 2015
- 40 From burden to “best buys”: reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle-income countries. Geneva: World Economic Forum; 2011 (<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18804en/s18804en.pdf>, accessed 18 September 2015).
- 41 A8/66. Report by the Director-General. Draft comprehensive global monitoring framework and targets for the prevention and control of noncommunicable diseases. Formal Meeting of Member States to conclude the work on the comprehensive global monitoring framework, including indicators, and a set of voluntary global targets for the prevention and control of noncommunicable diseases. In: Sixty-sixth World Health Assembly, Geneva, 27–20 May 2013. Provisional agenda item 13.1. Geneva: World Health Organization; 2013 ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A-8\\_66en.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A-8_66en.pdf?ua=1), accessed 18 September 2015).
- 42 Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241509459/1/184688/10665\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241509459/1/184688/10665_eng.pdf?ua=1), accessed 14 October 2015).
- 43 Danaei G et al. The global cardiovascular risk transition: associations of four metabolic risk factors with national income, urbanization, and Western diet in 1980 and 2008. *Circulation*. 502–1493:(14)127;2013 (<http://circ.ahajournals.org/content/1493/14/127.long>, accessed 18 September 2015).
- 44 Gregg EW et al. Secular trends in cardiovascular disease risk factors according to body mass index in US adults. *JAMA*. 74–1868:(15)293;2005 (<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=200730>, accessed 18 September 2015).
- 45 Tunstall-Pedoe H, Vanuzzo D, Hobbs M, Mähönen M, Cepaitis Z, Kuulasmaa K et al. Estimation of contribution of changes in coronary care to improving survival, event rates, and coronary heart disease mortality across the WHO MONICA Project populations. *Lancet*. 700–688:(9205)355;2000 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673699111814>, accessed 18 September 2015).
- 46 Prevention of cardiovascular disease: Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Geneva: World Health Organization; 2007 ([http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/guidelines/Full20%text.pdf](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/Full20%text.pdf), accessed 18 September 2015).
- 47 Hopstock LA, Bønaa KH, Eggen AE, Grimsgaard S, Jacobsen BK, Løchen M-L et al. Longitudinal and secular trends in blood pressure among women and men in birth cohorts born between 1905 and 1977. *Hypertension*. 501–66:496;2015. (<http://hyper.ahajournals.org/content/496/3/66.long>, accessed 18 September 2015).
- 48 Ikeda N, Sapienza D, Guerrero R, Aekplakorn W, Naghavi M, Mokdad AH et al. Control of hypertension with medication: a comparative analysis of national surveys in 20 countries. *Bull World Health Organ*. 10:(1)92;2014C–19C (<http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/121954-13/1/92.pdf?ua=1>, accessed 18 September 2015); and Tracking universal health coverage: first global monitoring report. Geneva and Washington (DC): World Health Organization and World Bank; 2015 ([http://www.who.int/entity/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/2015/en/index.html](http://www.who.int/entity/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/index.html), accessed 18 September 2015).
- 49 Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U et al. Lancet Physical Activity Series Working Group Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet*. 57–247:(9838)380;2012 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS1-2960646%2812%6736-0140/fulltext>, accessed 18 September 2015).
- 50 Lim SS, Gaziano TA, Gakidou E, Reddy KS, Farzadfar F, Lozano R et al. Prevention of cardiovascular disease in high-risk individuals in low-income and middle-income countries: health effects and costs. *Lancet*. 62–2054:(9604)370;2007 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS7-2961699%2807%6736-0140/fulltext>, accessed 18 September 2015).
- 51 Globocan 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence in 2012. Lyon: International Agency for Research on Cancer (<http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>, accessed 18 September 2015).
- 52 Table uses WHO regional grouping with high-income OECD countries separated out (see Annex 1).
- 53 Ott JJ, Ullrich A, Mascarenhas M, Stevens GA. Global cancer incidence and mortality caused by behavior and infection. *J Public Health (Oxf)*. 33–223:(2)33;2011 (<http://jpubhealth.oxfordjournals.org/content/223/2/33.long>, accessed 18 September 2015).
- 54 de Martel C, Ferlay J, Franceschi S, Vignat J, Bray F, Forman D et al. *Lancet Oncol*. 15–607:(6)13;2012 (<http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS-14707-2970137%2812%2045/fulltext>, accessed 18 September 2015).



2015).

55 Ezzati M, Riboli E. Can noncommunicable diseases be prevented? Lessons from studies of populations and individuals. *Science*. 7–1482:(6101)337;2012. Review. (<http://www.sciencemag.org/content/1482/6101/337.long>, accessed 18 September 2015).

56 Stewart BW, Wild CP, editors. World cancer report 2014. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014 (<http://www.iarc.fr/en/publications/books/wcr/>, accessed 18 September 2015).

57 Global Burden of Disease Cancer Collaboration. The Global Burden of Cancer 2013. *JAMA Oncol*. 27–505:(4)1;2015 (<http://oncology.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2294966>, accessed 18 September 2015).

58 Sankaranarayanan R, Budukh AM, Rajkuma R. Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. *Bull World Health Organ*. 62–954:(10)79;2001 ([http://www.who.int/bulletin/archives/954\(10\)79.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/954(10)79.pdf), accessed 18 September 2015).

59 World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective. Part 2: evidence and judgements. Washington (DC): American Institute for Cancer Research; 2007 ([http://www.dietandcancerreport.org/cancer\\_resource\\_center/downloads/chapters/chapter\\_04.pdf](http://www.dietandcancerreport.org/cancer_resource_center/downloads/chapters/chapter_04.pdf), accessed 18 September 2015).

60 Bull F, Armstrong TP, Dixon T, Ham S, Neiman A, Pratt M. Physical inactivity. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL, editors. Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva: World Health Organization; 882–2004:729 (<http://www.who.int/publications/cra/chapters/volume0882-0729/1.pdf>, accessed 18 September 2015).

61 Arnold M, Pandeya N, Byrnes G, Renehan AG, Stevens GA, Ezzati M et al. Global burden of cancer attributable to high body-mass index in 2012: a population-based study. *Lancet Oncol*. 46–36:(1)16;2014 (<http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS14704-2971123%2814%2045/fulltext>, accessed 18 September 2015).

62 Global cancer surgery. *Lancet Oncol*. 28 September 2015 (<http://www.thelancet.com/commissions/global-cancer-surgery>, accessed 7 October 2015); and Jaffrey DA, Knaul FM; Atun R, Adams C, Barton MG, Baumann M et al. Global Task Force on Radiotherapy for Cancer Control. *Lancet Oncol*. 6–1144:(10)16;2015 (<http://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS2900285%2815%2045-14705/fulltext>, accessed 7 October 2015).

63 Higginson IJ. Healthcare needs assessment: palliative and terminal care. In: Stevens AR, Raftery J, editors.

Healthcare needs assessment, 2nd series. Oxford and New York: The Wessex Institute; 1997.

64 Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: World Health Organization; 1999 (WHO/NCD/NCS/99.2; [http://apps.who.int/iris/bitstream/1/66040/10665/WHO\\_NCD\\_NCS\\_99.2.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/1/66040/10665/WHO_NCD_NCS_99.2.pdf), accessed 18 September 2015).

65 Morrish NJ, Wang SL, Stevens LK, Fuller JH, Keen H. Mortality and causes of death in the WHO Multinational Study of Vascular Disease in Diabetes. *Diabetologia*. 44;2001(Suppl. 2):S14–S21 (Abstract: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11587045>, accessed 18 September 2015).

66 Roglic G, Unwin N, Bennett PH, Mathers C, Tuomilehto J, Nag S et al. The burden of mortality attributable to diabetes: realistic estimates for the year 2000. *Diabetes Care*. 5–2130:(9)28;2005 (<http://care.diabetesjournals.org/content/2130/9/28.long>, accessed 18 September 2015).

67 Chen L, Magliano DJ, Zimmet PZ. The worldwide epidemiology of type 2 diabetes mellitus: present and future perspectives. *Nat Rev Endocrinol*. 36–8:228;2012 (Abstract: <http://www.nature.com/nrendo/journal/v8/n4/full/nrendo.2011.183.html>, accessed 18 September 2015).

68 Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Colditz G, Liu S, Solomon CG et al. Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *N Engl J Med*. –345:790;2001 7 (<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa010492>, accessed 18 September 2015).

69 Willi C, Bodenmann P, Ghali WA, Faris PD, Cornuz J. Active smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. :(22)298;2007 64–2654 (<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=209729>, accessed 18 September 2015).

70 Boffetta P, McLerran D, Chan Y, Manami I, Sinha R, Gupta PC et al. Body mass index and diabetes mellitus in Asia: a cross sectional pooled analysis of 900,000 individuals in the Asia cohort consortium. *PloS ONE*. 22 June 2011;doi:10.1371/journal.pone.0019930 (<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0019930>, accessed 18 September 2015).

71 Ali MK, Bullard KM, Gregg EW, DelRio C. A cascade of care for diabetes in the United States: visualizing the gaps. *Ann Intern Med*. 9–681:(10)161;2014 (<http://annals.org/article.aspx?articleid=1935052>, accessed 18 September 2015).

72 Gakidou E, Mallinger L, Abbott-Klafter J, Guerrero R, Vilalpando S et al. Management of diabetes and associated cardiovascular risk factors in seven countries: a comparison of data from national health examination surveys. *Bull World Health Organ*. 83–172:(3)89;2011 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/080820-10/3/89/en/>, accessed 18 September 2015)

73 Tracking universal health coverage: first global

- monitoring report. Geneva and Washington (DC): World Health Organization and World Bank; 2015 ([http://www.who.int/entity/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/2015/en/index.html](http://www.who.int/entity/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/index.html), accessed 18 September 2015).
- 74 Hawkes C, Jewell J, Allen K. A food policy package for healthy diets and the prevention of obesity and diet-related non-communicable diseases: the NOURISHING framework. *Obes Rev.* 14;2013(Suppl. 68–159:(2 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/obr.12098/full>, accessed 18 September 2015).
- 75 Interventions on diet and physical activity: what works. Summary report. Geneva: World Health Organization; 2009 (<http://www.who.int/dietphysicalactivity/whatworks/en/>, accessed 18 September 2015).
- 76 Population-based approaches of childhood obesity prevention. Geneva: World Health Organization; 2012 ([http://www.who.int/iris/bitstream/9789241504782/1/80149/10665\\_eng.pdf?ua=1](http://www.who.int/iris/bitstream/9789241504782/1/80149/10665_eng.pdf?ua=1), accessed 18 September 2015).
- 77 WHO global report: mortality attributable to tobacco. Geneva: World Health Organization; 2012 ([http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep\\_mortality\\_attributable/en/](http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep_mortality_attributable/en/), accessed 7 October 2015).
- 78 Öberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Prüss-Ustün A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet.* 46–139:(9760)377;2011 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS-0140-8-2961388%2810%6736/fulltext>, accessed 18 September 2015).
- 79 Unpublished work for the report using methods from: WHO global report on trends in tobacco smoking 2025–2000. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/reportontrendstobaccosmoking/en/>, accessed 7 October 2015).
- 80 Derived from: WHO global report on trends in tobacco smoking 2025–2000. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/reportontrendstobaccosmoking/en/>, accessed 7 October 2015).
- 81 Definitions of the highest level for all interventions are available in: WHO report on the global tobacco epidemic 2015; Technical note I. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2015/en/](http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/en/), accessed 18 September 2015).
- 82 In some countries, children are employed in tobacco farming to provide family income, and are especially vulnerable to “green tobacco sickness”, which is caused by the nicotine that is absorbed through the skin from the handling of wet tobacco leaves.
- 83 Hosseinpoor AR, Parker LA, Tursan d’Espaignet E, Chatterji S. Socioeconomic inequality in smoking in low-income and middle-income countries: results from the World Health Survey. *PLoS One.* 29 August 2012;doi:10.1371/journal.pone.0042843 (<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0042843>, accessed 18 September 2015).
- 84 Scaling up action against noncommunicable diseases: How much will it cost? Geneva: World Health Organization; 2011 ([http://www.who.int/nmh/publications/cost\\_of\\_inaction/en/](http://www.who.int/nmh/publications/cost_of_inaction/en/), accessed 18 September 2015).
- 85 Indoor air pollution: from solid fuels and risk of low birth weight and stillbirth. Geneva: World Health Organization; 2007 ([http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9789241505735/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241505735/en/), accessed 18 September 2015).
- 86 Burden of disease from the joint effects of household and ambient air pollution for 2012. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://www.who.int/phe/health\\_topics/outdoorair/databases/AP\\_jointeffect\\_BoD\\_results\\_March2014.pdf](http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/AP_jointeffect_BoD_results_March2014.pdf), accessed 18 September 2015).
- 87 Burden of disease from ambient air pollution for 2012. Geneva: World Health Organization; 2012 ([http://www.who.int/entity/phe/health\\_topics/outdoorair/databases/AAP\\_BoD\\_results\\_March2014.pdf?ua=1](http://www.who.int/entity/phe/health_topics/outdoorair/databases/AAP_BoD_results_March2014.pdf?ua=1), accessed 7 October 2015).
- 88 Global Health Observatory data: household air pollution. Geneva: World Health Organization; ([http://www.who.int/gho/phe/indoor\\_air\\_pollution/en/](http://www.who.int/gho/phe/indoor_air_pollution/en/), accessed 18 September 2015).
- 89 Rehfuess E, Pope D, Bruce N, Dherani M, Jagoe K, Naeher L et al. WHO indoor air quality guidelines: household fuel combustion. Review 6: impacts of interventions on household air pollution concentrations and personal exposure. Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/indoorair/guidelines/hhfc/Evidence\\_Review\\_6.pdf?ua=1](http://www.who.int/indoorair/guidelines/hhfc/Evidence_Review_6.pdf?ua=1), accessed 18 September 2015).
- 90 Global Health Observatory data: public health and environment – ambient air pollution, exposure at city level. Geneva: World Health Organization (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.152?lang=en>, accessed 14 October 2015).
- 91 Indoor air quality guidelines: household fuel combustion. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/indoorair/guidelines/hhfc/en/>, accessed 18 September 2015).
- 92 WHO household energy and household air pollution database. Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/indoorair/health\\_impacts/databases/en/](http://www.who.int/indoorair/health_impacts/databases/en/), accessed 18 September 2015).
- 93 Global Health Observatory data: public health and environment – ambient air pollution, burden of disease. Geneva: World Health Organization (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.156>, accessed 18 September 2015)



فصل هفتم:

سلامت روان و مصرف مواد



## چکیده

برخلاف اهداف توسعه هزاره، اهداف توسعه پایدار شامل اختلالات مصرف مواد و سلامت روان می شوند که در کنار ناپهنجاری های عصبی و رشد مسئول بیش از ۱۰ درصد بار بیماری جهان هستند.

SDG شماره ۳،۴ خواستار ارتقا سلامت روان و بهزیستی است. افسردگی و خودکشی خسارات زیادی بر سلامت جامعه در بردارد. تقریباً یک نفر از هر ۱۰ نفر در جهان از اختلال روانی رنج می برد. تخمین زده شده که در حدود ۸۰۴۰۰۰ مرگ به دلیل خودکشی در سال ۲۰۱۲ روی داده باشد. پوشش درمان اختلالات روانی در بسیاری از کشورها بسیار ضعیف بوده و افزایش به نسبت قابل توجهی نیاز خواهد بود. راهنماهای مبتنی بر شواهد برای مدیریت افسردگی و خودکشی در دسترس هستند و برنامه اقدام سلامت روان WHO ۲۰۱۳-۲۰۱۰ خواستار افزایش ۲۰ درصد پوشش خدماتی برای اختلالات روانی حاد را داشته است.

زوال عقل به دلیل اینکه بر بسیاری از افراد و خانواده های آن ها تاثیر می گذارد (تخمین زده می شود که بیش از ۴۶ میلیون نفر در سال ۲۰۱۵ با زوال عقل در حال زیست هستند، تعدادی که انتظار می رود تا سال ۲۰۳۰ به ۷۵ میلیون نفر برسد) و هزینه های مالی بسیاری را بر جوامع تحمیل می کند (۶۰۴ میلیارد دلار آمریکا در کل جهان سال ۲۰۱۰) تبدیل به یک مشکل سلامتی جهانی شده است. تحرکاتی در راستای نیاز به درک دلایل زوال عقل و توسعه استراتژی های پیشگیری و درمان های مناسب، در حال شکل گیری است. برای بهبود مراقبت و کیفیت زندگی افراد مبتلا به جنون و خانواده های آنان، به یک رویکرد سلامت عمومی گسترده نیاز داریم که در یک سیاست یا برنامه مربوط به زوال عقل مستقل ارائه شده باشد و یا در سیاست ها و برنامه های سلامت روانی یا سالمندی موجود ادغام شده باشد.

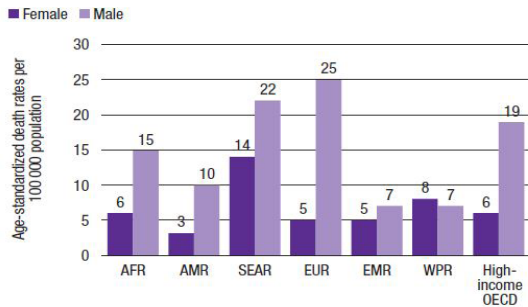
هدف ۳/۵ توسعه پایدار، خواهان تقویت پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، از جمله سوء مصرف داروهای مخدر و استفاده مضر الکل، می باشد. تقریباً تخمین زده شده است که ۲ درصد بار جهانی بیماری ها به الکل و دیگر اختلالات مصرف مواد مرتبط باشد. مصرف الکل یکی از ریسک های عمده برای بیماری های غیرواگیر و هدف کاهش استفاده مضر به میزان ۱۰ درصد در طی ۱۵ سال آینده برای آن تعیین شده است. استراتژی جهانی WHO در زمینه کاهش سوء مصرف الکل خواهان سیاست های ملی است تا پاسخ بهداشت عمومی نسبت به استفاده مضر را قدرت بخشیده و ظرفیت لازم برای پیشگیری و درمان اختلالات مصرف مواد و وضعیت سلامت مرتبط با آن را فراهم آورد.

در سال ۲۰۱۳ حدود ۲۷ میلیون نفر در کل دنیا از اختلالات مصرف مواد مخدر رنج برده اند؛ نزدیک به ۵۰ درصد این میزان مواد تزریق کرده اند و برآورد شده است که در حدود ۱،۶۵ میلیون نفر آنها با HIV در حال زندگی بوده اند. از سال ۲۰۰۶ تعداد افراد استفاده کننده مخدرهای غیرقانونی به اندازه ۳۸ میلیون نفر افزایش داشته و به ۲۴۶ میلیون نفر در سال ۲۰۱۳ رسیده است. تعداد استفاده کنندگان مشکل دار از سال ۲۰۰۸ تا کنون نسبتاً ثابت و برابر با ۲۷ میلیون نفر باقی مانده است. پوشش درمان برای اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر همچنان پایین است. یک جلسه فوق العاده در مجمع عمومی سازمان ملل در سال ۲۰۱۶ برای بررسی مشکل مواد مخدر جهان برگزار خواهد شد.



سال ۲۰۱۲<sup>۱،۲</sup>

مرد - زن



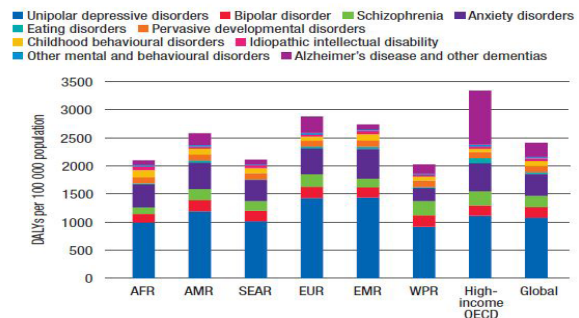
تقریباً ۱/۸ درصد بار بیماری کل جهان مربوط به اختلالات مصرف مواد است (۱/۲ درصد به دلیل اختلالات مصرف الکل و ۰٫۶ درصد به دلیل اختلالات مصرف مواد مخدر). بار ناشی از اختلالات مصرف مواد به نحو قابل توجهی بر اساس منطقه متفاوت است (شکل ۷،۳). به عنوان مثال نرخ DALY برای کشورهای با درآمد متوسط و پایین و کشورهای غیر عضو OECD با درآمد بالا در منطقه اروپا پنج برابر منطقه مدیترانه شرقی است که مصرف الکل در بسیاری از این کشورها پیش ممنوع است. نقطه اوج بار بیماری بین سن ۳۰ تا ۴۹ سال است، در حالیکه بار اختلالات مصرف مواد مخدر در بیشترین حد خود بین سنین ۱۵ تا ۲۹ سال روی می دهد. در هر دو مورد این فشار پس از سن ۵۰ سالگی به سرعت کاهش پیدا می کند هر چند اختلالات مصرف الکل همچنان بار بیماری بالایی را بر سن ۷۰ سال و مسن تر تحمیل می کند. مضرات مصرف الکل بین پنج عامل خطر ساز تشکیل دهنده بار بیماری های جهان قرار دارد. بار ناشی از بیماری های مرتبط با الکل که شامل اختلالات ناشی از مصرف الکل می شود اما محدود به آن نمی گردد ۵٫۱ درصد بار جهانی بیماری و جراحات را به دوش می کشد. استفاده از داروهای مخدر غیر قانونی همچنان خطر جدی برای سلامت عمومی و ایمنی افراد و تندرستی آنها - به ویژه برای کودکان، نوجوانان و خانواده های آنان محسوب می شود.

نمودار ۷-۳: سال DALY برای اختلالات سوء مصرف مواد بر

اختلالات روانی، از جمله زوال عقل، در میان دلایل اصلی بیماری در کل جهان قرار دارند، بر اساس اندازه گیری های DALY<sup>۱</sup> مسئول حدود ۶٫۲ درصد کل بار بیماری جهانی می باشد. بار اختلالات روانی از جمله زوال عقل در کشورهای OECD با درآمد بالا در بالاترین حد است که تا حدودی بازتاب دهنده نسبت بالاتر افراد مسن در جمعیت در قیاس با سایر کشورها می باشد (شکل ۷،۱). کشورهای دارای درآمد کم و متوسط و کشورهای غیر عضو OECD با درآمد بالا در منطقه آمریکا، منطقه اروپا و منطقه مدیترانه شرقی نیز فشاری بالاتر از حد میانگین DALY جهانی را بر دوش می کشند.

از لحاظ سال های زندگی سالم از دست رفته به علت ناتوانی (YLD<sup>۲</sup>)، اختلالات روانی حتی بار بیشتری را تحمیل می کنند، بیش از یک پنجم YLD به همین علت بوده است. نسبت بزرگی از اختلالات روانی به دلیل افسردگی و اضطراب ایجاد شده اند و افراد رده سنی ۱۵ تا ۵۹ سال بیش از همه تحت تاثیر گرفته اند.

نمودار ۷-۱: سالهای DALY برای اختلالات روانی بر اساس منطقه و جهان، ۲۰۱۲<sup>۱،۲</sup>

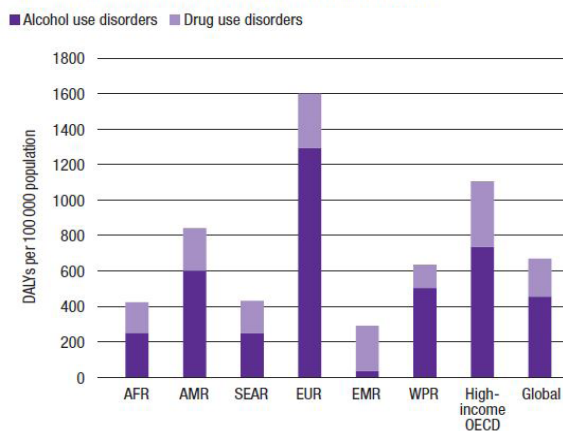


میزان مرگ پیش از موعد بین افرادی که با اختلالات روانی زندگی می کنند بیش از دو برابر همین نوع مرگ بین افراد بدون اختلالات روانی است<sup>۳</sup>. دلایل اصلی شامل خودکشی و وضعیت های سلامت جسمی در نظر گرفته نشده مانند بیماری های قلبی و عروقی که به دلیل دسترسی ضعیف به خدمات مراقبت درمانی، عوامل سبک زندگی و سایر عوامل تعیین کننده اجتماعی نظیر فقر بدتر شده اند، می باشد. در سال ۲۰۱۲، تخمین زده شد که بیش از ۸۰۰۰۰۰ مرگ ناشی از خودکشی در سرتاسر دنیا وجود داشته و نرخ خودکشی به نحو قابل توجهی از منطقه ایی به منطقه دیگر و بر اساس جنسیت افراد متفاوت است (شکل ۷-۲)<sup>۴</sup>.

نمودار ۷-۲: نرخ مرگ ناشی از خودکشی بر اساس منطقه در

1. disability-adjusted life year

2. years of healthy life lost due to disability



## روندها

در تعداد جهانی تخمین زده شده موارد خودکشی بین سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۱۲ ۹ درصد کاهش داشته‌ایم<sup>۱</sup>. نرخ جهانی خودکشی استاندارد شده بر اساس سن در طی دوره همسان تا ۲۶ درصد کاهش پیدا کرده<sup>۲</sup> در همه مناطق بجز منطقه آفریقا و بین مردان محدوده مدیترانه شرقی و به استثنای کشورهای OECD با درآمد بالا. در رابطه با افسردگی، در حالیکه امر رایجی به شمار می‌رود، داده‌ها برای تهیه تخمین‌های قابل اتکا در زمینه گرایش‌ها منطقه‌ای و جهانی کافی نمی‌باشند. پوشش درمان پایین است. بر اساس یک تجزیه و تحلیل از پیمایش سلامت روان جهانی، حتی در مناطق با منابع زیاد تنها ۵۰ درصد افرادی که با افسردگی زندگی می‌کنند نوعی از درمان را دریافت کرده‌اند و در حدود ۴۰ درصد درمانی را دریافت می‌کنند که حداقل شرایط کافی در آن لحاظ شده باشد<sup>۳،۴</sup>.

تعداد افرادی که در کل جهان با جنون زندگی می‌کنند در طی دهه گذشته افزایش پیدا کرده است که با پیر شدن سریع جهانی در ارتباط می‌باشد. تخمین زده می‌شود که ۴۶ میلیون نفر در سال ۲۰۱۵ با زوال عقل در حال زندگی بوده‌اند، تعدادی که انتظار می‌رود هر ۲۰ سال حداقل دو برابر شود<sup>۱</sup>. تفاوت‌های مشخصی بین درجات بروز زوال عقل بین مناطق وجود دارد و کشورهای دارای درآمد بالا نرخ بروز بالاتری در قیاس با کشورهای با درآمد پایین دارند.

در دسترس بون داده‌ها برای مصرف الکل تنها اخیراً بهبود پیدا کرده است و ارزیابی روندهای منطقه‌ای و جهانی پیشین

نیاز به بیان نیست که بار تحمیل شده بوسیله اختلالات روان و مصرف مواد ورای تأثیرات اولیه بر سلامتی ناشی از خود بیماری عمل می‌کند به ویژه از نظر شرایط مسئولیت‌هایی که بر عهده اعضای خانواده که نقش مراقب از فرد را بر دوش می‌کشند، گذاشته می‌شود. اختلالات روان و مصرف مواد همچنین تأثیرات اقتصادی مهمی نیز در بر دارد. بر اساس یک تحقیق جدید، کل ضرر اقتصادی این اختلالات در سال ۲۰۱۰ به تنهایی برابر با ۸،۵ میلیارد دلار آمریکا در سراسر جهان بوده است، انتظار می‌رود کل مجموع سالانه این ضرر تا سال ۲۰۳۰ دو برابر شود مگر اینکه پاسخی هماهنگ به این امر داده شود<sup>۵</sup>. تحقیق مجزایی در مورد هزینه‌های اقتصادی مصرف الکل و اختلالات ناشی از مصرف الکل زبانی برابر ۱،۳-۳،۳ درصد GDP را در محدوده کشورهای درآمد بالا و متوسط را به همراه بیش از دو سوم زیان ناشی از بهره‌وری از دست رفته نشان می‌دهد<sup>۶</sup>. هزینه جهانی زوال عقل برابر با ۶۰۴ میلیارد دلار آمریکا در سال ۲۰۱۰ تخمین زده شده است<sup>۷</sup>.

اختلالات ناشی از مصرف الکل و مواد مخدر علی‌رغم مشکلات سلامت عمومی قابل توجهی که در تمام مناطق دارند در اهداف توسعه هزاره لحاظ نشده‌اند. از سوی دیگر اهداف توسعه پایدار این مسائل را به عنوان بخشی از هدف NCD گسترده تر (۳،۴) مد نظر قرار می‌دهد که خواهان تلاش در جهت ارتقا سلامت روانی و بهزیستی را داشته و در هدف ۳،۵ به طور مشخص سوء مصرف مواد را در نظر گرفته و بر داروهای مخدر و مضرات مصرف الکل تمرکز می‌کند (شکل ۷،۴). علاوه بر این هدف UHC (۳،۸) کاربردهای واضحی برای ارائه طرح‌های ارتقا سلامت، پیش‌گیری از بیماری، درمان، مداخلات بازتوانی و تسکینی برای همه افرادی که با اختلالات روان و مصرف مواد زندگی می‌کنند، دارد.

راهنماها و ابزارهای سازمان جهانی بهداشت در زمینه شناسایی و مدیریت اختلالات ناشی از مصرف مواد می شود.<sup>۱۹، ۲۰، ۲۱ و ۲۳</sup>



اختلالات روان در برنامه جهانی WHO برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر ۲۰۱۳-۲۰۲۰ یا بیانیه سیاسی حاصل جلسات سطح بالای ملل متحد که در مورد بیماری‌های غیرواگیر بودند<sup>۲۴</sup> لحاظ نشدند. غیاب آنها در اسنادی که از ارزش استراتژیک بالایی برخوردارند عاملی بود که در تصمیم‌گیری تعدادی از دولت‌های عضو WHO برای تصمیم در مورد برنامه اقدام پیرامون سلامت روان تأثیرگذار بود<sup>۱۷</sup>. البته این بیانیه سیاسی سهم مهم در شناساندن مضرات مصرف الکل به عنوان یکی از چهار فاکتور خطرناک مهم برای بیماری‌های غیرواگیر و برنامه اقدام WHO برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر در طی ۲۰۱۳-۲۰۱۰ را که استراتژی جهانی WHO برای کاهش حداقل ۱۰ درصد در میزان مضرات مصرف الکل در قیاس با سال ۲۰۱۰ اعمال شده بود، تقویت کرده بود. مجمع عمومی سازمان ملل نیز آیین‌نامه‌ای را در رابطه با مشکل جهانی مواد مخدر در سال ۲۰۱۶ به تصویب رساند.

پیشرفت‌هایی همچنین توسط اجماع جهانی در حال ظهور در ارتباط با مداخلات مبتنی بر شواهد که باید برای قیاس الویت بندی آنها به کار رود، بر اساس تجزیه و تحلیل هزینه اثربخشی، توان مالی و امکان پذیر بودن حاصل شده است. به عنوان مثال، شواهد هزینه ارائه یک بسته درمانی برای شرایطی نظیر افسردگی، اختلال دو قطبی و اسکیزوفرنی منجر به افزایش

دشوار می باشد. در سال ۲۰۱۲، حدود ۶ درصد همه مرگ‌های سرتاسر جهان قابل انتساب به عواقب مصرف الکل بود و نسبت معناداری از این مرگ‌ها به دلیل بیماری‌های قلبی و عروقی و جراحات بودند. تخمین زده شده است که ۳۸ درصد جمعیت ۱۵ ساله یا مسن تر جهان در طی ۱۲ ماه گذشته الکل نوشیده باشند و ۱۶ درصد درگیر دوره‌های شدید نوشیدن الکل شده باشند<sup>۱۱</sup>.

تعداد تخمین زده شده افرادی که از داروهای غیر قانونی استفاده می کنند در طی دوره ۲۰۰۶-۲۰۱۳ از ۳۸ میلیون به ۲۴۶ میلیون رسیده است، در حالیکه تعداد مصرف کنندگان مشکل دار، که از مخدرها به شیوه خطرناک استفاده می کنند، از سال ۲۰۰۸ نسبتاً ثابت و برابر ۲۷ میلیون نفر باقی مانده است. تقریباً نصف سوء مصرف کنندگان مشکل دار (۱۲،۲ میلیون) تزریقی هستند و در حدود ۱،۶۵ میلیون به ویروس HIV آلوده شده‌اند که نتیجه رویکردهای تزریقی ناامن نظیر سرنگ تزریقی مشترک در سال ۲۰۱۳ می باشد.

## تحولات مثبت

یکی از دلایل اصلی برای پیشرفت در برخی از مناطق افزایش آگاهی از اهمیت سلامت روان و بهزیستی و همچنین سبک زندگی سالم برای یک انسان موفق و پیشرفت اجتماعی و اقتصادی بوده است. نه تنها شعار "بدون سلامت روان سلامتی در کار نیست" یک جریان هماهنگ توسط وزارت بهداشت کشور و شرکای بین المللی رخ داده است اما عواقب ناشی از رکود رشد اقتصادی هم اکنون توسط سیاست گذاران عمومی بهتر درک می شود.

از نقطه عطف گزارش سلامت جانی سال ۲۰۰۱ پیرامون سلامت روان<sup>۱۳</sup>، انتشار دو مجموعه در لنست بود که توجه‌ها را به این حقیقت جلب نمود که ۹ نفر از ۱۰ نفر افرادی که با اختلالات روانی زندگی می کنند در بسیاری از کشورهای جهان حتی به مراقبت‌های اولیه و پایه نیز دسترسی ندارند<sup>۱۴ و ۱۵</sup>، آغاز برنامه اقدام خلاء سلامت روان WHO (mhGAP)<sup>۱۶</sup> و چالش‌های بزرگ سلامت روان جهان، توجه‌ها تا حد زیادی به اختلالات روان جلب کرده است. یک نقطه عطف مهم توسعه و تایید برنامه اقدام سلامت روان WHO ۲۰۱۳-۲۰۱۰ توسط کشورهای عضو می باشد<sup>۱۷</sup>. سایر نقاط عطف شامل توسعه و تایید استراتژی جهانی WHO برای کاهش تأثیرات مضر الکل در سال ۲۰۱۰<sup>۱۸</sup> و توسعه و اجرای مشترک WHO و برنامه دفتر مواد مخدر و جنایت سازمان ملل (UNODC)<sup>۱۹</sup> در زمینه درمان و مراقبت وابستگی به مواد مخدر (که اکنون در بیش از ۱۵ کشور دارای منابع محدود اجرا می شود) و همچنین تولید

1. WHO Mental Health Gap Action Programme

2. United Nations Office on Drugs and Crime

مداخلات کلیدی شده است<sup>۲۵،۲۶</sup>. به طور مشابهی، شواهدی در رابطه با اثربخشی تقسیم کار توسط کارکنان غیرمتخصص سلامت که با متخصصین سلامت روانی حرفه ای کار می کنند نشان دهنده رویکردهای جدید در توسعه ظرفیت نیروی کار در زمینه سلامت می باشد<sup>۲۷،۲۸،۲۹</sup>.

WHO از طریق تهیه راهنماهایی در رابطه با مداخلاتی برای اختلالات روان، عصبی و ناشی از مصرف مواد، در بستر سلامت غیر تخصصی<sup>۳۰</sup>، که مجموعه ای از پروتکل ها و ابزارها را ارائه می کند که اکنون نیز تا حد کم و بیش زیادی در ۸۰ کشور به کار می روند<sup>۳۱</sup>، از این گرایشات حمایت کرده است. در ضمن افزایش قابل توجهی در بودجه تحقیقات سلامت روان در جهان مشاهده شده که تنها در طی پنج سال گذشته در حدود ۵۰ میلیون دلار آمریکا بوده است، و تولید و انتشار شواهد جدید در زمینه تاثیر و قابلیت اتکای محدوده ای از استراتژی های مداخله ای برای اختلالات روان در کشورهای با درآمد کم و متوسط را امکانپذیر کرده است<sup>۳۲،۳۳</sup>. در ضمن دولت های ملی و توجه آنها نیز تا حد زیادی بر اساس تازه ترین نتیجه بررسی اطلس سلامت روان WHO<sup>۳۴</sup> نشان می دهد که در حال حاضر دو سوم کشورها دارای یک سیاست یا برنامه برای خاص سلامت روان هستند و بیش از نیمی از دارای قوانین سلامت روانی مستقل می باشند.

در ضمن پیشرفت هایی نیز در مورد نظارت صورت گرفته، به ویژه در رابطه با همه گیر شناسی اختلالات روان با استفاده از ابزارهای رایج برای ارزیابی و روش های تحلیل پایدار، طرح های چند ملیتی مهم متعددی نیز در حال پیشرفت هستند<sup>۳۵</sup>. این مطالعات برآوردهای قابل قیاس تری را از وسعت، توزیع و طبیعت اختلالات روان در تمام مناطق دنیا ارائه نموده در نتیجه به تعریف بهتر بار بیماری کمک می کنند و در عین حال به دسته بندی بهتری از وضعیت سلامت روان یاری نموده اند<sup>۳۶،۳۷</sup>.

## چالش ها

علی رغم دستاوردهایی که به آنها اشاره شد و عواملی که به موفقیت کمک نموده اند، چالش های مهم بسیاری بر جای باقی می ماند. عدم تامین بودجه: در حالیکه خواست سیاسی برای سرمایه گذاری در زمینه سلامت روان پیوسته رشد می کند، همچنان این مقدار از مقدار درخور بسیار دور است. در بیشتر کشورهای کم درآمد یا دارای درآمد متوسط هزینه های عمومی برای سلامت روان همچنان به مقدار ۲ درصد یا کمتر از کل هزینه خدمات درمانی، یا سرانه کمتر از دو دلار آمریکا، بسیار پایین باقی مانده است<sup>۳۵</sup>. این بودجه عموماً صرف نگهداری از بیماران بستری می شود. مشابها، در حالیکه کمک های توسعه سلامت روان بین سال های ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۳ هم از نظر نسبی

و هم مطلق افزایش پیدا کرده است و به میانگین ۱۳۴ میلیون دلار سالیانه رسیده است و به عنوان نسبتی از کمک های توسعه کلی به سلامت مقدارش کمتر از ۱ درصد بود<sup>۴۰</sup>.

**اپیدمی زوال عقل جهان:** پیش بینی شیوع و بروز نشان می دهد که تعداد افراد مبتلا به زوال عقل همچنان بیشتر می شود، به ویژه بین افراد مسن تر و کشورهای در حال گذار جمعیتی که بیشترین رشد را تجربه می کنند. هزینه بالای سیستم های درمان تنها یکی از وجوه چالش های روبروست. در سال ۲۰۱۰، هزینه ها در حد ۶۰۴ میلیارد دلار در سال بوده<sup>۴۱</sup> و هزینه ها حتی از شیوع زوال عقل نیز سریع تر گسترش می یابند. **فقدان داده های با کیفیت:** سیستم های اطلاعات سلامت کشوری در دو سوم کشورها به صورت روتین داده ها را بر اساس مجموعه ای مرکزی ای از شاخص های سلامت روان جمع آوری نمی کنند و حتی نمی توانند اطلاعات قابل اطمینانی در مورد پوشش خدمات اختلالات روانی شدید ارائه نمایند.

**انگ زدن:** نگرش منفی به افرادی که با اختلالات ناشی از روان یا سوء مصرف مواد زندگی می کنند، بین عموم مردم و ارائه کنندگان خدمات درمانی بسیار رایج است. چنین نگرش هایی به دلیل فقدان نشانگرها یا تست های تشخیصی "عینی" برای بیماری های روان که اغلب به عنوان شواهدی برای تفسیر اینکه چنین مواردی به یک بیماری "واقعی" تعلق ندارند، تشکیل یافته اند<sup>۴۲</sup>. در اکثر کشورها آگاهی و درکی درستی از زوال عقل وجود ندارد که نتیجه آن انگ زدن و موانعی برای تشخیص و درمان بیماری است که تاثیر منفی بر افراد مبتلا و خانواده آنها دارد.

**فقدان حمایت:** فقدان گروه های حمایت کننده پرمایه مانند حرکت های سازمان یافته جامعه مدنی که به شدت در مورد HIV موفق بوده اند، مانع مطرح شدن مناسب مسئله سلامت روان می شود.





**نیروی کار سلامت:** چالش های منابع انسانی در رابطه با اختلالات روان و مصرف مواد و به ویژه در رابطه با زوال عقل گزاف باقی می ماند. سرمایه گذاری هایی در زمینه آموزش حرفه ایی برای تشخیص اختلالات روان و به ویژه در پشتیبانی از کارکنان غیر تخصصی مراقب سلامت برای یکپارچگی کامل بسته مداخلات در بسترهای مراقبت سلامت عمومی و اولیه و لازم هستند. توسعه این مدل های مراقبت مشترک برای اختلال روان و زوال عقل با جابه جایی وظایف کاری به افراد غیر متخصص با مهارت های صحیح برای ارائه خدمات طبقه بندی شده که خود چالش بزرگی هستند.

**سهولت در دسترسی:** در مورد خاص استفاده از الکل، یک چالش اضافه تر مربوط به "سود تحریک بیماری" به عنوان سیاست ها و قوانین حاکم بر منافع تجاری در تداخل با اهداف سلامت عمومی قرار دارد. بازار داروهای مخدر غیر قانونی و مسیر های قاچاق در کنار مواد روانگردان جدید که مدام در حال گزارش شدن هستند دائما در حال تغییر می باشد، چالش های اضافی در مواجهه با این مشکل خودنمایی خواهند نمود.<sup>۱۲</sup>

## اولویت های استراتژیک

راه پیش رو در زمینه سلامت روان و مصرف مواد در بکارگیری مناسب و موثر برنامه اقدام سلامت روان سازمان بهداشت جهانی ۲۰۱۳-۲۰۲۰ که در حا حاضر تصویب شده و استراتژی جهانی برای کاهش مضرات مصرف الکل قرار دارد. انتظار می رود در خصوص استفاده مواد مخدر دیگر جلسه فوق العاده سازمان ملل در سال ۲۰۱۶ که به مشکلات مواد مخدر جهان اختصاص داده شده است مسیر استراتژیک و اقدامات را برای سال های آینده مهیا کند.

در حالیکه سرمایه گذاری در تحقیقات سلامت روان طی پنج سال گذشته افزایش یافته است، در ساختن موردی برای سلامت روان با توجه به توسعه پایدار انجام تحقیقات دقیق تر و تجزیه و تحلیل روابط بین سلامت روان، فقر و نابرابری منجر به توسعه آنچه به عنوان "اقتصاد سیاسی سلامت روانی"<sup>۳</sup> خوانده شد، بیش از پیش لازم است. اثرات فقر بر سلامت روان در بسترهای از نابرابری خاص باید مورد مطالعه قرار گرفته و تاثیر استراتژی های فقر زدایی بر سلامت روان باید بهتر درک شود.<sup>۴۳</sup>

برنامه اقدام سلامت روان سازمان بهداشت جهانی ۲۰۱۳-۲۰۲۰ مقاصد و اهداف زیر را در بر دارد:

- تقویت رهبری موثر و حاکمیت برای سلامت روان:

- هدف: ۸۰ درصد کشورها سیاست ها/ برنامه هایی را برای سلامت روان در راستای سند حقوق بشر منطقه ای و بین

المللی ایجاد نموده یا به روز رسانی کرده باشند (تا سال ۲۰۲۰).

- هدف: ۵۰ درصد کشورها قوانین سلامت روان را در راستای سند حقوق بشر منطقه ای یا بین المللی ایجاد یا بروز رسانی کرده باشند (تا سال ۲۰۲۰).

- مهیا نمودن خدمات مراقبت اجتماعی و سلامت روان جامع، یکپارچه و پاسخگو در بستری جامعه محور:

- هدف: پوشش خدماتی برای اختلالات روان شدید تا ۲۰ درصد افزایش پیدا کند (تا سال ۲۰۲۰).

- اجرای استراتژی هایی برای ارتقا و پیش گیری در زمینه سلامت روان:

- هدف: ۸۰ درصد کشورهای باید حداقل دو برنامه ملی دایر و برنامه های پیشگیری و ارتقاء چند بخشی داشته باشند (تا سال ۲۰۲۰).

- هدف: نرخ خودکشی در کشورها تا ۱۰ درصد کاهش پیدا خواهد کرد (تا سال ۲۰۲۰).

- تقویت سیستم های اطلاعاتی، شواهد و تحقیقات برای سلامت روان:

- هدف: ۸۰ درصد کشورها به صورت روتین حداقل داده های شاخص های سلامت روانی را از طریق سیستم های اطلاعات اجتماعی و بهداشت ملی خود هر دو سال جمع آوری و گزارش می کنند (تا سال ۲۰۲۰).

یک رویکرد سلامت عمومی گسترده برای بهبود مراقبت و کیفیت زندگی افراد دارای زوال عقل و خانواده های مراقب مورد نیاز است. الویت های استراتژیک کلیدی که در "زوال عقل: یک الویت سلامت عمومی" به کار رفته اند<sup>۷</sup> که به طور مشترک توسط سازمان بهداشت جهانی و سازمان بین المللی بیماری آلزایمر ایجاد شده است به شرح زیر می باشند:

- ارتقا جامعه ای که واکنش مناسبی نسبت به زوال عقل دارد.
- تبدیل کردن زوال عقل به یک الویت سلامتی و مراقبت اجتماعی ملی در سراسر جهان
- بهبود نگرش عمومی و حرفه ای به زوال عقل و درک آن
- سرمایه گذاری در سیستم های سلامتی و اجتماعی برای بهبود مراقبت و خدمت به افرادی که دچار زوال عقل و مراقبین آنها
- افزایش الویت دهی به زوال عقل در دستور کار تحقیقات سلامت عمومی.

شناسایی روشن مسئله استفاده از مواد تحت هدف توسعه پایدار شماره ۳، ۵ یک گام مهم رو به جلو است. رویکرد اصلی برای تقویت کاهش مضرات مصرف الکل و عواقب بهداشتی و

3 Political economy of mental health

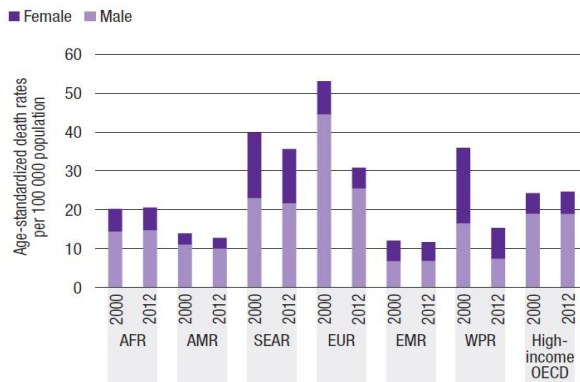
## افسردگی و خودکشی

اختلالات روانی در همه مناطق و فرهنگ های جهان روی می دهد، رایج ترین موارد شامل افسردگی و اضطراب می شوند که تخمین زده شده نزدیک به یک نفر از هر ده نفر را در جهان تحت تاثیر خود داشته باشد (۶۷۸ میلیون نفر)<sup>۴۴</sup>. شیوع افسردگی بین زنان تا حد قابل توجهی بالاتر از مردان است<sup>۴۵</sup>. در بدترین حالت افسردگی می تواند منجر به خودکشی شود. در حدود ۸۰۴۰۰۰ مرگ ناشی از خودکشی در سال ۲۰۱۲ در سراسر جهان روی داده است، نرخ خودکشی سالیانه ۱۱،۴ نفر در ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر و در ازای هر خودکشی تعداد بسیار بیشتری اقدام به خودکشی وجود دارد.

## روندها

کاهش ۹ درصد در تعداد مرگ های ناشی از خودکشی جهان از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۲ وجود دارد، در همین زمان جمعیت جهانی افزایش یافته است<sup>۱</sup>. نرخ مرگ و میر استاندارد شده بر اساس سن در جهان بین سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۲ تا ۲۶ درصد کاهش یافته و این نرخ در همه مناطق بجز منطقه آفریقا، بین مردان منطقه مدیترانه شرقی و زنان در کشورهای OECD داری درآمد بالا کاهش یافته است (شکل ۵-۷).

شکل ۵-۷: مرگ ناشی از خودکشی بر اساس منطقه سال های ۲۰۰۰ و ۲۰۱۲<sup>۲</sup> و<sup>۳</sup>



به تنهایی بیش از ۷۵ درصد همه مرگ های ناشی از خودکشی در کشورهای دارای درآمد پایین یا متوسط روی می دهند، در سراسر جهان مقدار خودکشی بین جوانان ۱۵ تا ۲۹ ساله ۸،۵ درصد تمام مرگ ها می شود که به عنوان دومین دلیل اصلی مرگ شناخته می شود (پس از جراحات ناشی از تصادفات جاده ای). در کشورهای دارای درآمد بالا، مردانی که در نتیجه خودکشی در قیاس با زنان می میرند سه برابر می باشد، در کشورهای دارای درآمد پایین و متوسط نسبت مرد به زن برابر با ۱/۵ است<sup>۴</sup>.

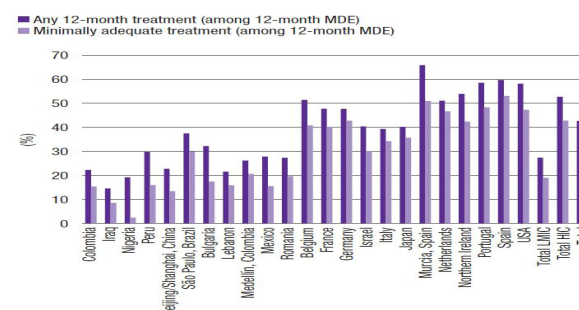
اجتماعی آن بر اساس اجرای استراتژی جهانی WHO برای کاهش اثرات مضر الکل و گزینه های سیاسی پیشنهادی برای اقدام ملی است<sup>۱۸</sup>. حفاظت از و مشارکت در سلامت عمومی، حمایت فنی و ظرفیت ساختاری افزایش یافته، فعالیت های بین المللی در زمینه تولید و انتشار دانش، بسیج و انباشت منابع موجود برای حمایت از اقدامات ملی و جهانی در راستای کاهش مضرات مصرف الکل را تقویت کرده است که اینها نیز خود عناصر کلیدی برای پیشرفت در کاهش تاثیرات فردی و اجتماعی مضرات مصرف الکل را شکل می دهند.



در رابطه با مصرف مواد (غیر از الکل) و اختلال ناشی از مصرف مواد مخدر، اقداماتی مبنی بر تقویت پاسخگویی سلامت عمومی نسبت مشکل جهانی استفاده از مواد مخدر و افزایش دخالت بخش سلامت در پیش گیری از استفاده از دارو به شکل غیرپزشکی و پیش گیری و درمان اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر نیاز خواهد بود. انتظار می رود که تا سال ۲۰۳۰، کشورهای سیاست ها و برنامه های ملی خود برای افزایش پوشش درمانی اختلالات ناشی از سوء مصرف مواد را ایجاد یا مورد بازبینی قرار داده باشند. فعالیت های کلیدی باید شامل افزایش آگاهی نسبت به بار بیماری ناشی از مضرات استفاده از مواد و ارتقا پاسخدهی خدمات سلامت یکپارچه شده به اختلالات مصرف مواد از طریق مراقبت های بهداشتی اولیه و خدمات اجتماعی و سلامتی تخصصی شده جامعه محور باشد<sup>۱۸</sup>. همه این موارد نیازمند پشتیبانی بوسیله تعهد سیاسی جدی هستند که احتمالاً در جلسه مذکور سازمان ملل که در مورد مشکل مواد مخدر جهان برنامه ریزی شده است (۲۰۱۶) نشان داده خواهد شد.

علی‌رغم تاثیرات جدی اختلالات روان بر سلامت تنها افراد معدودی درمان مورد نیاز را دریافت می‌کنند. بر اساس تحقیقات سلامت روان جهان<sup>۳۶</sup>، حتی در موقعیت‌های با منابع بالا فقط نیمی از افراد مبتلا به افسردگی هیچگونه درمانی دریافت نمی‌کنند و در حدود ۴۰ درصد درمانی را دریافت می‌دارند که از حداقل سطح در نظر گرفته شده برخوردار است، در حالیکه در کشورهای دارای درآمد پایین پوشش بسیار ضعیف‌تر است. به عنوان مثال در نیجریه، تنها یک پنجم افراد مبتلا به افسردگی نوعی درمان دریافت می‌کنند و تنها ۱ نفر از ۵۰ نفر درمانی را دریافت می‌کنند که از حداقل سطح مطلوب برخوردار است (شکل ۶-۷).

شکل ۶-۷: نرخ درمان پس از ۱۲ ماه برای افراد دچار افسردگی حاد (MDE)<sup>۳۵</sup>



راهنماهای پیش‌گیری از خودکشی به عنوان بخشی از راهنمای مداخلات mhGAP که بر اساس بررسی‌های سیستماتیک از تحقیقات بین‌المللی مربوطه است<sup>۵۱</sup> و اکنون در بیش از ۸۰ کشور دنیا اعمال می‌شود. این مسئله شامل درک بهتر از استراتژی‌های پیش‌گیری از خودکشی می‌شود.<sup>۵۲ و ۵۳</sup>

**حمایت و آگاهی:** در برخی از کشورها نرخ آگاهی در مورد افسردگی و درمان آن و اختلالات مصرف الکل که مورد حمایت قرار می‌گیرند افزایش یافته است به عنوان مثال، از طریق مقاله‌هایی در نشریات دوره‌ای جهان که از تاثیر بسیار بالایی برخوردار هستند و محصولات چند رسانه‌ای مانند «من یک سگ سیاه داشتم، اسم او افسردگی بود» (که تا به حال بیش از هر صفحه وب دیگری در WHO بیننده داشته است)<sup>۵۵</sup>.

**بودجه‌های تحقیقاتی:** افزایش بودجه تحقیقات خدمات سلامت روان از جمله کارآزمایی‌های کنترل شده تصادفی برای مدیریت افسردگی در وضعیت محدودیت منابع موجود.

**درمان‌های بهتر:** درمان‌های جدید برای افسردگی در حملات حاد آن و هم‌پیشگیری از عود مجدد آن از لحاظ دارو یا مداخلات روان‌شناختی که موثرند و اثرات جانبی کمتری ایجاد می‌کنند در دسترس شده‌اند.<sup>۵۶ و ۵۷</sup>

## چالش‌ها

**تشخیص ضعیف بیماری‌های روان:** نرخ پایین شناخت افسردگی، هم توسط افراد مبتلا و هم توسط ارائه‌کنندگان خدمات سلامت.

**انگ:** میزان بالای انگ در مورد افسردگی و خودکشی، که مانع درخواست کمک توسط افراد و توسعه خدمات توسط مقامات درمانی و بهداشتی می‌شود. هنوز در حدود ۲۵ کشور دارای قوانین یا مجازات‌هایی هستند که می‌توانند برای فردی که اقدام به خودکشی کرده اعمال شوند و به صورت بالقوه مانع درخواست کمک افراد گردند.<sup>۵۹</sup>

**فقدان اقدامات پیشگیرانه:** عدم تمایل یا دشواری‌های محدود کردن دسترسی به ابزار خودکشی (به ویژه دسترسی به سلاح گرم و همچنین آفت کش‌ها).

**عدم دسترسی به درمان:** بسیاری از تسهیلات در کشورهای دارای درآمد کم و متوسط از ظرفیت لازم برای ارائه درمان اولیه برای افسردگی برخوردار نیستند زیرا کارکنان در مورد مسائل سلامت روان آموزش ندیده و داروها در دسترس نیست<sup>۳۴</sup>.

## الویت‌های استراتژیک:

هدف SDG شماره ۳، ۵ تلاش می‌کند تا سلامت روان و بهزیستی را ارتقا دهد. افسردگی متوسط و شدید در برنامه اقدام

بروز و شیوع افسردگی و سایر اختلالات رایج در سال‌های میانی بزرگسالی اوج گرفته و منجر به از دست رفتن چشمگیر سال‌های مولد عمر می‌شود<sup>۳۹</sup>. تخمین‌ها نشان می‌دهد که خانوارهای دارای افراد مبتلا به اختلالات روان دارای درآمدی از ۱۶ درصد تا ۳۳ درصد پایین‌تر از سطح متوسط درآمد در کشور هستند<sup>۴۰</sup> و افرادی که با چنین اختلالی زندگی می‌کنند در هر سال یک ماه کاریشان را از دست می‌دهند<sup>۳۸</sup>. اختلالات روان رایج مانند افسردگی نیز متناوباً با هم روی می‌دهند و حداقل دو سوم افراد دارای اختلالات روان حداقل یک بیماری مزمن دارند<sup>۴۱ و ۴۲</sup>.

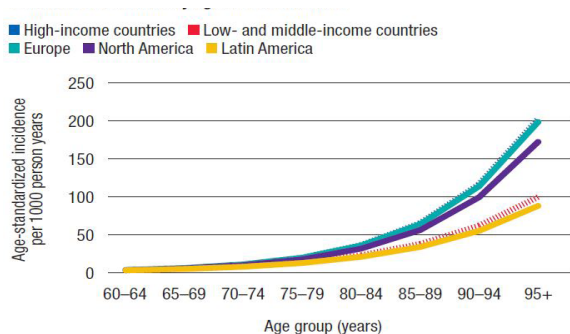
## تحولات مثبت

**اقدامات کشوی:** در نیم قرن گذشته، جرم‌زدایی از خودکشی در بسیاری از کشورها باعث شده است کسانی که رفتارهای متمایل به خودکشی دارند بتوانند تقاضای کمک کنند. استراتژی‌ها و برنامه‌های اقدام ملی جامع به ویژه در کشورهای با درآمد بالا<sup>۵۰</sup> و در برخی از کشورها محدودیت دسترسی به ابزارهای خودکشی نظیر آفتکش‌ها یا ممنوعیت قانونی مالکیت سلاح گرم نیز به این بهبود کمک نموده‌اند.

**استانداردهای جهانی:** توسعه و گسترش درمان افسردگی و

یک بررسی جدید به این نتیجه گیری رسید که بروز زوال عقل با افزایش هر ۵٫۹ سال از عمر دو برابر می شود، از هر ۳/۱ در ازای هر ۱۰۰۰ شخص سال در ۶۰-۶۴ سالگی این مقدار به ۱۷۵ شخص سال در هر ۱۰۰۰ نفر در ۹۵ سال و به بالا می رسد (نمودار ۷-۷)<sup>۶۱</sup>. تفاوت های مشخصی بین سطح بروز زوال عقل بین مناطق وجود دارد و کشورهای دارای درآمد بالاتر در قیاس با کشورهای با درآمد پایین و متوسط نرخ بالاتری دارند.

شکل ۷-۷: بروز زوال عقل بر اساس سن بین کشورها<sup>۶۲</sup>



## تحولات مثبت

**آگاهی و حمایت جهانی:** افزایش بازشناخت اهمیت موضوع، همانگونه که در اولین نشست گروه G8 درباره زوال عقل در دسامبر ۲۰۱۳ در لندن با مثالی واضح بیان شد<sup>۶۳</sup>، منجر به افزایش آگاهی و سرمایه گذاری در زمینه تحقیقات زوال عقل گردید و تشویق کننده برگزاری اولین کنفرانس وزرای WHO درباره اقدام جهانی علیه زوال عقل که در مارس سال ۲۰۱۵ بود<sup>۶۴</sup>.

**اقدامات کشوری:** توسعه استراتژی های زوال عقل ملی که منجر به الویت بخشی و اقدام در سطح کشوری شده اند نیز نشانی از موفقیت است. جنبش رو به رشدی در مورد بهبود درک عمومی از زوال عقل از طریق کمپین های حمایتی مانند «دوستان زوال عقل»<sup>۶۴</sup> وجود دارد. این تلاش ها در نظر دارند اطلاعات بیشتری در مورد زوال عقل برای مردم مهیا می کنند و مشوق این می شوند که افراد بیشتری به آنهایی که دچار زوال عقل هستند کمک کنند تا زندگی شان در بستر جامعه بهبود پیدا کند.

**داده های بهتر:** با بهبود تلاش های در زمینه هماهنگ سازی و تلاش ها برای جمع آوری داده های هماهنگ شده، فهم رو به افزایشی در زمینه همه گیر شناسی، بار و تاثیر زوال عقل به ویژه در کشورهای دارای درآمد کم و متوسط وجود دارد. همکاری بین شبکه های تحقیقاتی در سراسر جهان برای تولید داده های قابل قیاس تر در طی زمان امید بخش به نظر می رسد<sup>۶۵</sup>.

**پیشگیری:** پیشرفت های اخیر در شناخت زوال عقل نشان دهنده این است که عوامل خطر ساز قابل تعدیل و اصلاح

سلامت روان ۲۰۱۳-۲۰۲۰ لحاظ شده اند تا پوشش خدماتی را برای افراد مبتلا به اختلالات روانی شدید تا ۲۰ درصد در سال ۲۰۲۰ ارتقا دهند. دولت های عضو به توسعه و مهیا کردن خدمات اجتماعی و بهداشتی روان مناسب، یکپارچه و پاسخگو جامعه محور متعهد شده اند. پیش گیری از خودکشی نیز یک جز جدایی ناپذیر این برنامه اقدام است که هدفش کاهش نرخ خودکشی در کشورها تا ۱۰ درصد تا سال ۲۰۲۰ می باشد<sup>۱۷</sup>. برای اینکه واکنش های ملی موثر باشند، یک استراتژی پیش گیری از خودکشی چند بخشی جامع نیاز است که شامل موارد زیر شود:

- بهبود پوشش خدمات سلامت روان و دسترسی به درمان برای اختلالات روان و مضرات مصرف مواد، شناسایی زود هنگام و مدیریت موثر ریسک خودکشی و همچنین برنامه های پیگیری و حمایت اجتماعی از کسانی که اقدام به خودکشی کرده اند.
- کاهش مضرات مصرف الکل
- محدود سازی دسترسی به ابزارهای مشترک از جمله آفتکش ها، سلاح گرم و داروهای خاص
- گزارش دهی رسانه ای و رسانه های جمعی مسئولیت پذیر و سیستم های تلفنی برای بحران ها
- برنامه هایی با هدف افزایش آگاهی عموم و کاهش انگ زدن به مبتلایان
- استراتژی های پیشگیری هدفمند برای گروه های آسیب پذیر

## زوال عقل

جمعیت جهان در حال سالمند شدن است. بهبود در مراقبت های پزشکی در طی دهه گذشته به اینکه افراد زندگی طولانی و سالم تری داشته باشند کمک کرده است. البته این امر منجر به افزایش تعداد افراد مبتلا به بیماری های غیر واگیر شده است. هر چند زوال عقل عموماً بر افراد مسن تر تاثیر می گذارد، این امر بخشی معمول از سالمندی نیست. سندرومی که چیزی بیشتر از یک بیماری منفرد است، زوال عقل توسط مجموعه متنوعی از بیماری های مغزی است که بر حافظه، تفکر، رفتار و توانایی انجام فعالیت های روزمره تاثیر میگذارد.

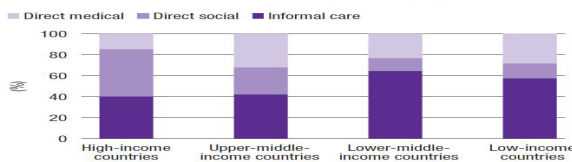
## روندها

تعداد کل افرادی که در سراسر جهان با زوال عقل زندگی می کنند در سال ۲۰۱۵ برابر با ۴۶/۸ میلیون نفر تخمین زده شده است، مقداری که تخمین زده می شود تا سال ۲۰۳۰ به ۷۴/۷ میلیون و تا سال ۲۰۵۰ به ۱۳۱/۵ میلیون نفر برسد<sup>۶۶</sup>. بروز زوال عقل با افزایش سن به نحو قابل توجهی افزایش می یابد.



شواهد موجود (نمودار ۷، ۸). در کشورهای با درآمد کم یا متوسط که تقریباً دو سوم افراد مبتلا به زوال عقل در این مناطق زندگی می‌کنند، بیشتر بار مراقبت توسط مراقبین غیررسمی مانند اعضای خانواده بر دوش کشیده می‌شود. با گذر زمان، توسعه سیاست‌هایی که شامل همه ذینفعان متمرکز بر بهبود خدمات مراقبت‌های اجتماعی و سلامت که شامل مدیریت بیماری‌های مزمن و مراقبت‌های طولانی مدت باشد ضروری خواهد شد.

شکل ۸-۷: توزیع هزینه‌های زوال عقل بر اساس گروه‌های درآمدی کشورها، ۲۰۱۰<sup>۷</sup>



عدم وجود حمایت از مراقبین: مراقبت از بیماران مبتلا به زوال عقل برای مراقبین بسیار دشوار است. استرس‌ها شامل فشار فیزیکی، احساسی و عاطفی می‌شود. مراقبین نیازمند حمایت شدن از جانب سیستم‌های سلامتی، اجتماعی، مالی و قانونی هستند.

### الویت‌های استراتژیک:

یک رویکرد سلامت عمومی گسترده برای بهبود مراقبت و کیفیت زندگی افراد مبتلا به زوال عقل و مراقبین خانوادگی لازم است. منظور و مقصود این رویکرد یا باید به صورت یک سیاست یا برنامه مستقل بیان شوند یا باید در سیاست‌ها و برنامه‌های موجود سالمندی یا سلامت روان ادغام شوند. بعضی کشورهای دارای درآمد بالا سیاست‌ها، برنامه‌ها و استراتژی‌های یا چارچوب‌هایی برای پاسخ به اثرات زوال عقل راه‌اندازی نموده‌اند.<sup>۷</sup>

اهداف اصلی برای مراقبت از زوال عقل شامل موارد زیر می‌شود:

- تشخیص زود هنگام موارد
  - بهینه‌سازی سلامت جسمی، ادراکی، فعالیت و بهزیستی
  - شناسایی و درمان علائم رفتاری و روان شناختی
  - ارائه اطلاعات و حمایت طولانی مدت به مراقبین
- الویت‌های استراتژیک کلیدی تنظیم شده در "زوال عقل: الویت سلامت عمومی" که توسط سازمان بهداشت جهانی و انجمن بیماری آلزایمر ارائه شدند به شرح زیر می‌باشند (۷):

متعددی به شیوع زوال عقل کمک می‌کنند. بررسی عوامل خطر ساز سبک زندگی و تغذیه نشان می‌دهد که به حداقل رساندن چربی‌های ترنس و اشباع شده، جایگزینی گوشت و محصولات لبنی با سبزیجات و حبوبات، اطمینان حاصل کردن از مصرف کردن حداقل ویتامین ب ۱۲ ضروری، ورزش‌های هوازی، کاهش استرس و درگیر شدن در فعالیت‌های سرگرم کننده همگی ممکن است احتمال ابتلا به زوال عقل را کاهش دهند.<sup>۶۶، ۶۷، ۶۸</sup>

**تعیین استانداردها:** توسعه ارزیابی بالینی و رهنمودهای مدیریتی برای افراد غیر متخصص به عنوان بخشی از راهنمای مداخله mhGAP سازمان بهداشت جهانی و بکارگیری آن در سراسر دنیا اطمینان حاصل کرده که افراد مبتلا به زوال عقل از مراقبت مناسب در بستر مراقبت‌های اولیه دریافت می‌کنند.<sup>۶۹</sup>

### چالش‌ها

**اپیدمی زوال عقل جهانی:** پیش بینی‌های شیوع و بروز نشان دهنده این است که تعداد افراد مبتلا به زوال عقل همچنان افزایش می‌یابند، به ویژه بین افراد مسن‌تر و کشورهای دارای گذار جمعیتی که بیشترین رشد را تجربه خواهند کرد.<sup>۷۰</sup>

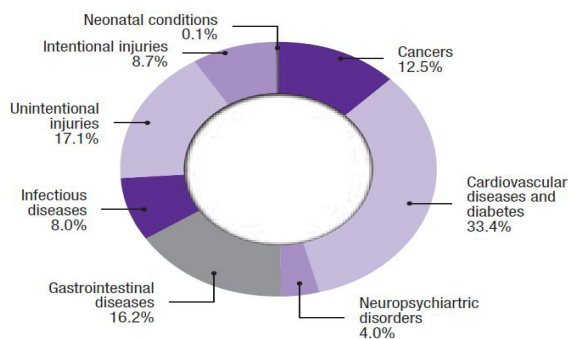
**انگ زدن:** فقدان آگاهی و درک درست از زوال عقل در بیشتر کشورهای وجود دارد که منجر به انگ زدن و مانعی در مسیر شناسایی و مراقبت از افراد شده است. برای کسانی که در حال زندگی با زوال عقل هستند (هم فرد و هم خانواده فرد) انگ زدن منجر به انزوای اجتماعی و تاخیر در پیدا کردن تشخیص و کمک می‌شود. بهبود آگاهی و درک در مورد زوال عقل بین همه سطوح جامعه برای کاهش تبعیض و بهبود کیفیت زندگی افرادی که با زوال عقل زندگی می‌کنند یا مراقبین آنها لازم است.

**عدم وجود درمان موثر:** درحالی‌که پیشرفت قابل توجهی در زمینه درک و مکانیسم‌های اساسی زوال عقل بر اساس وضعیتی که آبشار آمیلوئید خوانده می‌شود حاصل شده است، این امر منجر به توسعه درمان دارویی با اثرات قابل توجه نشده است.<sup>۷۰</sup> در حال حاضر داروهای موجود برای زوال عقل تنها تا حدی از نشانه‌ها کاسته و پیشرفت آن را کند می‌کنند.<sup>۷۱</sup>

**هزینه‌های رو به افزایش:** هزینه بالای بیماری سیستم‌های درمانی را برای کنار آمدن با افزایش شیوع آینده پیش بینی شده این بیماری به چالش خواهد کشید. هزینه‌های تخمین زده شده برای سال ۲۰۱۰ تا ۲۰۴۰ ۶۰۴ میلیارد دلار می‌باشد و در قیاس با شیوع با سرعت بسیار بیشتری در حال افزایش است. هزینه‌ها تا حد زیادی نتیجه نیازهای مربوط به مراقبت اجتماعی هستند. هزینه‌های درمانی مسئول نسبت کوچکی از کل این مسئله هستند آن هم با توجه به نرخ تشخیص پایین، گزینه‌های درمانی محدود و استفاده کم از مداخلات مبتنی بر

مشکلات قلبی عروقی و جراحات بوده (شکل ۹-۷). مصرف الکل سراسر جهان در سال ۲۰۱۰ برابر با ۶,۲ لیتر الکل خالص در ازای هر فرد ۱۵ ساله یا مسن تر بود: ۳۸ درصد جمعیت جهان که ۱۵ ساله یا مسن تر هستند در طی ۱۲ ماه گذشته الکل نوشیده بودند و ۱۶ درصد درگیر نوشیدن شدید دوره‌ای بوده اند<sup>۱۱</sup>. تنوع جهانی قابل توجهی در این زمینه وجود دارد اما هیچ روند جهانی واضحی بین سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۰ در مصرف سرانه الکل مشاهده نشده است.

شکل ۹-۷: توزیع مرگ‌های مرتبط با الکل، بر اساس گستره‌ای از طبقه‌بندی علل، ۲۰۱۲<sup>۱۱</sup>



- ارتقا جامعه به مکانی که رفتار دوستانه ای نسبت به زوال عقل داشته باشد
- تبدیل کردن زوال عقل به یک الویت مراقبت اجتماعی و سلامت عمومی در سراسر جهان
- بهبود نگرش‌های عمومی و حرفه‌ای نسبت به زوال عقل و درک آن
- سرمایه‌گذاری بر روی سیستم‌های اجتماعی و درمانی برای بهبود خدمات مراقبت از افراد مبتلا و مراقبین آنها
- افزایش الویت دهی به موضوع زوال عقل در دستورکار تحقیقات سلامت عمومی



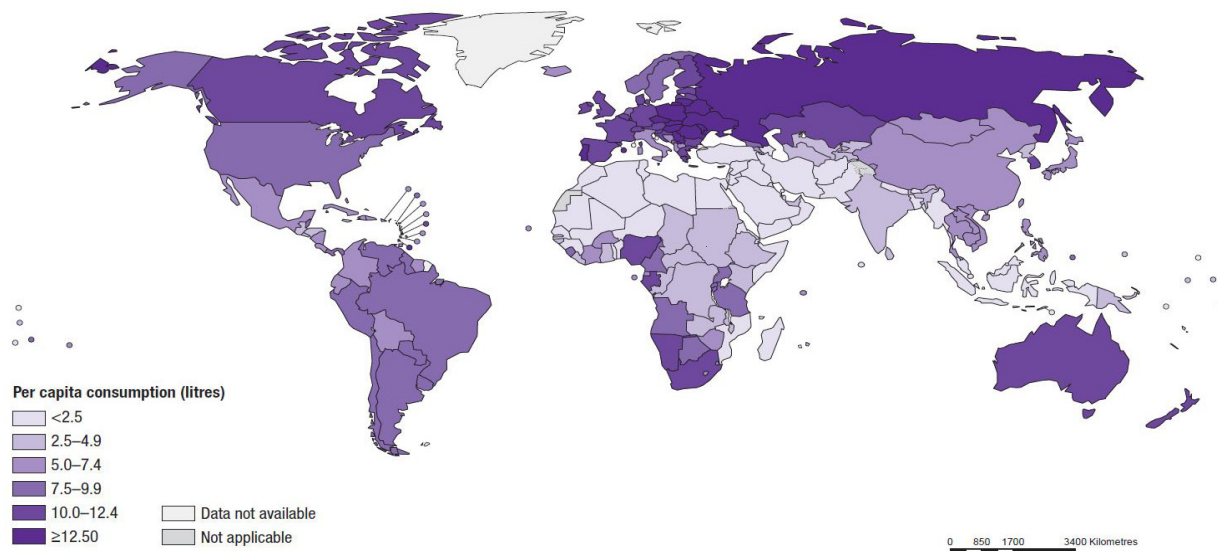
## مصرف مواد و اختلالات مصرف مواد

مصرف مواد روان گردان (شامل الکل و داروهای غیرقانونی) یک فاکتور خطر ساز مهم برای وضعیت سلامت نامناسب می باشد<sup>۱۱ و ۱۳</sup>. استفاده از مواد وابستگی آور ممکن است نتیجه گسترش اختلالات مصرف مواد باشد. اثرات سرمست کننده مواد روان گردان یا تاثیرات سمی آنها بر اعضا و بافت ها یا وضعیت کنترل آنها نیز از جمله فاکتورهایی هستند که در گسترش بیماری‌ها، آسیب‌ها و سایر مشکلات سلامتی کمک کننده هستند<sup>۱۲</sup>.

## روندها

در سال ۲۰۱۲، ۵/۹ درصد تمام مرگ‌ها در سرتاسر جهان مرتبط با مصرف الکل به علاوه نسبت بالایی از مرگ‌های ناشی از

شکل ۱۰-۷: مصرف سرانه الکل کلی (برای افراد ۱۵ ساله و بالاتر) به لیتر الکل خالص، ۲۰۱۰<sup>۷۴</sup>



در زمینه اثرات استفاده از الکل و مواد بر سلامت و توسعه مردم می‌شود.

**همکاری بین سازمانی:** همکاری‌هایی در سیستم ملل متحد و فراتر از پرداختن به مضرات مصرف الکل و مشکل مواد مخدر جهان، به عنوان مثال WHO و UNODC برنامه‌ای در مورد درمان و مراقبت از وابستگان به مواد ارائه کردند.<sup>۷۵</sup>

### چالش‌ها

**انگ و نادیده‌گیری:** انگ زدن به خاطر اختلالات ناشی از مصرف مواد و دادن اولویت پایین به این شرایط در سیستم‌های سلامت علی‌رغم محدوده قابل پیشگیری این بیماری و بار اجتماعی مرتبط با مصرف مواد روان‌گردان

**عدم وجود منابع و ظرفیت پاسخ‌گویی:** ظرفیت محدود موسسات بین‌المللی و سرمایه‌گذاری محدود در زمینه واکنش‌های سلامت عمومی به اختلال ناشی از مصرف مواد در همه سطوح. دخالت محدودی از سوی بخش سلامت عمومی در بکارگیری و توسعه سیاست‌های مواد مخدر در بسیاری از کشورها وجود دارد و تعامل ضعیف بین بخش‌های دولتی کنترل مواد مخدر و سلامت عمومی دیده می‌شود.

**شکاف داده‌ای:** داده‌هایی دارای کیفیت نامطلوب در سطوح و الگوهای مصرف مواد هستند به ویژه در مورد داروهای غیرقانونی و بلاخص در کشورهای دارای درآمد پایین و متوسط.

**منافع تجاری:** تداخل منافع سلامت عمومی در رابطه با سیاست‌ها و مقررات تجارت قانونی موادی مانند الکل و داروهای

تخمین زده می‌شود که طی سال ۲۰۱۳، چیزی در حدود ۲۷ میلیون نفر در جهان از اختلالات ناشی از مصرف مواد مخدر رنج برده و تقریباً نیمی از آنها (۱۲/۲ میلیون) مواد را به صورت تزریقی مصرف کرده باشند که از بین آنها حدود ۱/۶۵ میلیون با HIV زندگی می‌کنند<sup>۱۱</sup>. در سال ۲۰۱۳ حدود ۵ درصد جمعیت بین ۱۵ تا ۶۴ ساله از مخدرهای غیرقانونی استفاده کرده‌اند. از سال ۲۰۰۶ تعداد افرادی که از مخدرهای غیرقانونی استفاده می‌کردند به اندازه ۳۸ میلیون نفر افزایش پیدا کرده در حالیکه تعداد مصرف‌کنندگان مشکل‌دار از سال ۲۰۰۸ ثابت و برابر ۲۷ میلیون باقی مانده است.

### تحولات مثبت

**اراده سیاسی:** افزایش اراده سیاسی در توافق‌های جهانی در مورد کاهش مضرات مصرف الکل و بیانیه‌ی نهایی مجمع عمومی سازمان ملل در مورد مشکل مواد مخدر از جمله بیانیه‌ی برگزاری جلسه مخصوص مشکل جهانی مواد مخدر در سال ۲۰۱۶، بازتاب پیدا کرده است.

**ارتباط با دستور کار NCD:** تشخیص مضرات مصرف الکل به عنوان عامل خطر کلیدی برای بیماری‌های غیر واگیر و موافقت با هدف جهانی ۱۰ درصد کاهش نسبی مضرات مصرف الکل تا سال ۲۰۲۵ در چارچوب جهانی پایش بیماری‌های واگیر.

**داده‌های‌های بهتر:** به تدریج، داده‌های بیشتری در مورد الکل و مخدرهای غیرقانونی در جهان از طریق پایگاه داده‌های WHO و UNODC و گزارش‌های جهانی قابل دسترس می‌شوند که منجر به افزایش آگاهی و داده‌های حمایت‌کننده

- ارائه راهنماهای نظارتی، حمایت فنی و ایجاد ظرفیت در محدوده پیشگیری و درمان اختلالات ناشی از مصرف مواد و وضعیت های سلامتی مرتبط
- ترویج پاسخگویی خدمات سلامت یکپارچه شده نسبت به اختلالات ناشی از مصرف مواد از جمله مراقبت های بهداشتی اولیه و خدمات اجتماعی و سلامتی تخصصی شده جامعه محور
- حمایت از تولید و انتشار دانش در زمینه همه گیرشناسی مصرف مواد و عواقب سلامتی ناشی از آن
- حفظ و توسعه بیشتر سیستم اطلاعاتی جهانی در زمینه منابع پیشگیری و درمان اختلالات ناشی از مصرف مواد ۷۶.

سو استفاده از داروهای تجویزی: استفاده غیرپزشکی رو به افزایش از داروهای تجویزی.

## الویت های استراتژیک

تشخیص واضح مسئله مصرف مواد تحت در هدف شماره ۳،۵ SDG (تقویت پیشگیری و درمان سوء مصرف از جمله سوء مصرف مواد مخدر و مضرات مصرف الکل) یک دستاورد مهم محسوب می شود. به زودی، استراتژی هایی بر اساس بکارگیری چارچوب های سیاسی و برنامه عملردی جهانی با تمرکز بر سیاست های سلامت عمومی و سیستم های درمانی از جمله بکارگیری استراتژی جهانی WHO در مورد مضرات استفاده از الکل ارائه می شود. اقدامات کلیدی شامل موارد زیر می شوند:

- حمایت و مشارکت سلامت عمومی برای تقویت تعهد و ظرفیت دولت و بخش های مربوطه در همه سطوح برای کاهش مضرات مصرف الکل در سرتاسر دنیا
- افزایش حمایت فنی و ایجاد ظرفیت برای خلق، اعمال و حفظ سیاست های ضروری و چارچوب های حقوقی
- تقویت فعالیت های بین المللی در رابطه با تولید و انتشار دانش در مورد روند های مصرف الکل، آسیب منتسب به الکل و واکنش های اجتماعی
- بسیج و انباشت منابع موجود برای حمایت از اقدام ملی و جهانی برای کاهش مضرات مصرف الکل در محدوده های الویت دار شناسایی شده.

در رابطه با مصرف مواد روان گردان و اختلالات ناشی از مصرف مخدر ها، اقدامات بر اساس تقویت پاسخگویی بخش سلامت عمومی در پیشگیری و درمان اختلالات ناشی از مصرف مواد باشد. انتظار می رود که تا سال ۲۰۳۰ کشورها سیاست ها و برنامه های ملی خود در مورد افزایش پوشش درمان اختلالات ناشی از مصرف مواد توسعه داده یا بازبینی نمایند. فعالیت های کلیدی شامل موارد زیر می شوند:<sup>۱۸</sup>

- تبیین گزینه های سیاسی موثر و اخلاقی برای کاهش مضرات مصرف مواد و عواقب سلامتی و اجتماعی ناشی از آن در حالیکه از دسترسی به داروهای کنترل شده برای اهداف پزشکی اطمینان حاصل شود
- افزایش آگاهی در مورد بار بیماری به دلیل مصرف مواد روان گردان مضر
- تقویت مشارکت و همکاری و تبادل اطلاعات بین المللی
- انتشار شواهد مربوط به اثربخشی و هزینه اثربخشی استراتژی ها و مداخلات در پیش گیری های اولیه، مداخله زود هنگام، درمان، توانمندسازی و باز توانی و ادغام مجدد



## یادداشت‌ها و منابع:

- 1 Global Health Estimates: Deaths, disability-adjusted life year (DALYs), years of life lost (YLL) and years lost due to disability (YLD) by cause, age and sex, 2012–2000. Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/), accessed 21 September 2015).
- 2 Graph uses WHO regional grouping with high-income OECD countries separated out (see Annex 1).
- 3 Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 41–334:(4)72;2015 (<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2110027>, accessed 17 September 2015).
- 4 Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/), accessed 17 September 2015).
- 5 Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR et al. The global economic burden of non-communicable diseases. Geneva: World Economic Forum; 2011 ([http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_Harvard\\_HE\\_Global\\_Economic\\_Burden\\_NonCommunicable\\_Diseases\\_2011.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_Global_Economic_Burden_NonCommunicable_Diseases_2011.pdf), accessed 17 September 2015).
- 6 Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*. –2223:(9682)373;2009 33 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS7-2960746%2809%6736-0140/fulltext>, accessed 17 September 2015).
- 7 Dementia: a public health priority. Geneva: World Health Organization; 2012 ([http://www.who.int/mental\\_health/publications/dementia\\_report\\_2012/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/), accessed 17 September 2015).
- 8 Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*. 50–841:(9590)370;2007 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS7-2961414%2807%6736-0140/fulltext>, accessed 17 September 2015).
- 9 Tracking universal health coverage: first global monitoring report. Geneva and Washington (DC): World Health Organization and World Bank; June 2015 ([http://www.who.int/entity/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/2015/en/index.html](http://www.who.int/entity/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/index.html), accessed 28 August 2015).
- 10 World Alzheimer report 2015. The global impact of dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London: Alzheimer's Disease International; 2015 (<http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>, accessed 22 September 2015).
- 11 Global status report on alcohol and health 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/), accessed 18 September 2015).
- 12 World drug report 2015. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2015 (<http://www.unodc.org/wdr2015/>, accessed 18 September 2015).
- 13 World health report 2001: mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001 (<http://www.who.int/whr/2001/en/>, accessed 18 September 2015).
- 14 Lancet Global Mental Health Group. Scaling up services for mental disorders: a call for action. *Lancet*. 52–1241:(9594)370;2007 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS2-2961242%2807%6736-0140/fulltext>, accessed 18 September 2015).
- 15 Patel V, Boyce N, Collins PY, Saxena S, Horton R. A renewed agenda for global mental health. *Lancet*. 2–1441:(9801)378;22;2011 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS8-2961385%2811%6736-0140/fulltext>, accessed 18 September 2015).
- 16 mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. Geneva: World Health Organization; 2008 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241596206/1/43809/10665\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241596206/1/43809/10665_eng.pdf), accessed 18 September 2015).
- 17 Mental health action plan 2020–2013. Geneva: World Health Organization; 2013 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241506021/1/89966/10665\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241506021/1/89966/10665_eng.pdf), accessed 18 September 2015).
- 18 Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization; 2010 ([http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/gsrhwa/en/](http://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhwa/en/), accessed 18 September 2015).
- 19 Principles of drug dependence treatment. Discussion paper. Geneva and Vienna: World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime; 2008 (<https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf>, accessed 18 September 2015).
- 20 Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Geneva: World Health Organization; 2009 ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/opioid\\_dependence\\_guidelines.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence_guidelines.pdf), accessed 5 October 2015).
- 21 Manuals for the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) and the ASSIST-linked brief interventions: The WHO ASSIST package. Geneva: World Health Organization; 2011 ([www.who.int/substance\\_abuse/publications/media\\_assist/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/media_assist/en/), accessed 5

October 2015).

22 Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241548731/1/107130/10665\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241548731/1/107130/10665_eng.pdf?ua=1), accessed 5 October 2015).

23 Community management of opioid overdose. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241548816/1/137462/10665\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241548816/1/137462/10665_eng.pdf?ua=1&ua=1), accessed 5 October 2015).

24 A/66/L.1. Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. Draft resolution submitted by the President of the General Assembly, New York, 16 September 2011 ([http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/66/L.1](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1), accessed 18 September 2015).

25 Chisholm D, Lund C, Saxena S. Cost of scaling up mental healthcare in low- and middle-income countries. *Br J Psychiatry*. 35–528;(6)191;2007 (<http://bjp.rcpsych.org/content/528/6/191.long>, accessed 18 September 2015).

26 Chisholm D, Saxena S. Cost effectiveness of strategies to combat neuropsychiatric conditions in sub-Saharan Africa and South-East Asia: mathematical modelling study. *BMJ*. 344;2012:e609 (<http://www.bmj.com/content/344/bmj.e609>, accessed 18 September 2015).

27 Patel V, Chisholm D, Dua T, Laxminarayan R, Medina-Mora ME. Mental, neurological, and substance use disorders: disease control priorities. Third edition. Washington (DC): World Bank; 2015.

28 Patel V, Belkin GS, Chockalingam A, Cooper J, Saxena S, Ünützer J. Grand Challenges: Integrating Mental Health Services into Priority Health Care Platforms. *PLoS Med*. 28 May 2013;doi:10.1371/journal.pmed.1001448 (<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001448>, accessed 18 September 2015).

29 van Ginneken N, Tharyan P, Lewin S, Rao GN, Meera SM, Pian J et al. Non-specialist health worker interventions for the care of mental, neurological and substance-abuse disorders in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst*. 19 November 2013;doi:14651858/10.1002.CD009149.pub2 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/14651858/10.1002.CD009149.pub2/abstract;jsessionid=F3513055F4B98CD53E7C8603BA1BFDD9.f03t03>, accessed 18 September 2015).

30 mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva: World Health Organization; 2010 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241548069/1/44406/10665\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241548069/1/44406/10665_eng.pdf), accessed 18 September 2015).

31 QualityRights Tool Kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities. Geneva: World Health Organization; 2012 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241548410/3/70927/10665\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241548410/3/70927/10665_eng.pdf), accessed 18 September 2015).

32 Collins PY, Patel V, Joestl SS, March D, Insel TR, Daar AS et al. Grand Challenges in Global Mental Health. *Nature*. 30–475:27;2011 (<http://www.nature.com/nature/journal/v475/n7354/full/475027a.html>, accessed 18 September 2015).

33 Collins PY, Insel TR, Chockalingam A, Daar A, Maddox YT. Grand challenges in global mental health: integration in research, policy, and practice. *PLoS Med*. 30 April 2013;doi:10.1371/journal.pmed.1001434 (<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001434>, accessed 18 September 2015).

34 Mental Health Atlas 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241565011/1/178879/10665\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241565011/1/178879/10665_eng.pdf?ua=1&ua=1), accessed 18 September 2015).

35 The World Mental Health Survey Initiative. Boston (MA): Harvard Medical School (<http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>, accessed 18 September 2015).

36 Henderson AS. Psychiatric epidemiology now: some achievements and prospects. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 6–161;(2)21;2012 (Abstract: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22789164>, accessed 18 September 2015).

37 Ormel J, Petukhova M, Chatterji S, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC et al. Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *Br J Psychiatry*. 75–368;(5)192;2008 (<http://bjp.rcpsych.org/content/368/5/192.long>, accessed 18 September 2015).

38 Alonso J, Petukhova M, Vilagut G, Chatterji S, Heeringa S, Üstün TB et al. Days out of role due to common physical and mental conditions: results from the WHO World Mental Health Surveys. *Mol Psychiatry*. 46–1234;(12)16;2012 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC322313/>, accessed 18 September 2015).

39 Kessler RC, McLaughlin KA, Greif Green J, Gruber MJ, Sampson NA, Zaslavsky AM et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*. 85–378;(5)197;2010 (<http://bjp.rcpsych.org/content/378/5/197.long>, accessed 18 September 2015).

40 Gilbert BJ, Patel V, Farmer PE, Lu C. Assessing development assistance for mental health in developing countries: 2013–2007. *PLoS Med*. 2 June 2015;doi:10.1371/journal.pmed.1001834 (<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001834>, accessed 18 September 2015).

41 Wimo A, Jönsson L, Bond J, Prince M, Winblad B. Alzheimer Disease International. The worldwide economic impact of dementia 2010. *Alzheimers Dement*. –9:1;2013 11.e3 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1552526012025307>, accessed 18 September 2015).

- 42 Semrau M, Evans-Lacko S, Koschorke M, Ashenafi L, Thornicroft G. Stigma and discrimination related to mental illness in low- and middle-income countries. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 94–382:(5)2015:24 (Abstract: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25937022>, accessed 18 September 2015)
- 43 Lund C. Poverty, inequality and mental health in low- and middle-income countries: time to expand the research and policy agendas. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 9–97:(2)24;2015 (Abstract: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=9603230&fileId=S2045796015000050>, accessed 18 September 2015).
- 44 Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 2010–1990: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 96–2163:(9859)380;2012 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS-0140-2-2961729%2812%6736/fulltext>, accessed 18 September 2015).
- 45 Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health.* 38-34:119;2013 (Abstract: <http://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev-publhealth114409-031912->, accessed 5 October 2015).
- 46 Kawakami N, Abdulghani EA, Alonson J, Bromet EJ, Bruffaerts R, Caldas-de-Almeida JM et al. Early-life mental disorders and adult household income in the World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry.* –228:(3)72;2012 37 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322312002363>, accessed 18 September 2015).
- 47 Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Philips MR et al. No health without mental health. *Lancet.* 77–859:(9590)370;2007 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0-2961238%2807%6736-0140/fulltext>, accessed 18 September 2015).
- 48 Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet.* 43–37:(9836)380;2012 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS-0140-2-2960240%2812%6736/fulltext>, accessed 18 September 2015).
- 49 Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Üstün B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet.* 8–851:(9590)370;2007 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS9-2961415%2807%6736-0140/fulltext>, accessed 18 September 2015).
- 50 The CASP blueprint for a Canadian National Suicide Prevention Strategy. Winnipeg: Canadian Association for Suicide Prevention; 2009 (<http://suicideprevention.ca/wp-content/uploads/05/2014/SuicidePreventionBlueprint0909.pdf>, accessed 18 September 2015).
- 51 Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. Geneva: World Health Organization; 2008 ([http://www.who.int/mental\\_health/evidence/mhGAP/en/](http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP/en/), accessed 18 September 2015).
- 52 Brown GK, Green KL. A review of evidence-based follow-up care for suicide prevention: Where do we go from here? *Am J Prev Med.* 3)47;2014(S2):S209–S215 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749379714002748>, accessed 18 September 2015).
- 53 Brown GK, Jager-Hyman S. Evidence-based psychotherapies for suicide prevention: future directions. *Am J Prev Med.* 3)47;2014(S2):S186–S194 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749379714002761>, accessed 18 September 2015).
- 54 Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA.* 74–2064:(16)294;2005 (<http://jamanetwork.com/article.aspx?articleid=201761>, accessed 18 September 2015).
- 55 Health topics: depression. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/topics/depression/en/>, accessed 18 September 2015).
- 56 Biesheuvel-Leliefeld KE, Kok GD, Bockting CL, Cuijpers P, Hollon SD, van Marwijk HW et al. Effectiveness of psychological interventions in preventing recurrence of depressive disorder: meta-analysis and meta-regression. *J Affect Disord.* 10–400:(15)174;2015 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032714008027>, accessed 18 September 2015).
- 57 Gartlehner G, Hansen RA, Morgan LC, Thaler K, Lux LJ, Noord M et al. Second-generation antidepressants in the pharmacologic treatment of adult depression: an update of the 2007 comparative effectiveness review. *AHRQ 2011. Comparative Effectiveness Review (46)* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83442/>, accessed 18 September 2015).
- 58 Geddes JR, Carney SM, Davies C, Furukawa TA, Kupfer DJ, Frank E et al. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet* 61 653:(9358)361;2003(<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS8-2912599%2803%6736-0140/fulltext>, accessed 18 September 2015).
- 59 Resolution WHA66.8. Comprehensive mental health action plan 2020–2013. In: Sixty-sixth World Health Assembly, Geneva, 27–20 May 2013. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 3–2013:12 (WHA2013/66/REC/1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA-66/REC1/A66\\_REC-1en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA-66/REC1/A66_REC-1en.pdf), accessed 28 August 2015).
- 60 World Alzheimer report 2015: the global impact of

- dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost trends. London: Alzheimer's Disease International; 2015 (<http://www.alz.co.uk/research/world-report2015->, accessed 18 September 2015).
- 61 The epidemiology and impact of dementia: current state and future trends. Thematic brief for the first WHO Ministerial Conference on Global Action Against Dementia, 17–16 March 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/thematic\\_briefs\\_dementia/en/](http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/thematic_briefs_dementia/en/), accessed 18 September 2015).
- 62 G8 dementia summit: Global action against dementia. England Department of Health (<https://www.gov.uk/government/publications/g-8dementia-summit-global-action-against-dementia/>, accessed 18 September 2015).
- 63 First WHO ministerial conference on global action against dementia: 17–16 March 2015, Geneva, Switzerland. Meeting report. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241509114/1/179537/10665\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/9789241509114/1/179537/10665_eng.pdf?ua=1&ua=1), accessed 18 September 2015).
- 64 Dementia Friends: an alzheimer's society initiative. London: Alzheimer's Society (<https://www.dementiafriends.org.uk/>, accessed 18 September 2015).
- 65 Prince MJ. The 66/10 dementia research group – 10 years on. *Indian J Psychiatry*. 51;2009(Suppl. 1):S8–S15 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3038536/>, accessed 18 September 2015).
- 66 Barnard ND, Bush AI, Ceccarelli A, Cooper J, de Jager CA, Erickson KI et al. Dietary and lifestyle guidelines for the prevention of Alzheimer's disease. *Neurobiol Aging*. 35;2014(S2):S74–S78 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197458014003480>, accessed 18 September 2015).
- 67 Di Marco LY, Marzo A, Muñoz-Ruiz M, Ikram MA, Kivipelto M, Ruefenacht D et al. Modifiable lifestyle factors in dementia: a systematic review of longitudinal observational cohort studies. *J Alzheimers Dis*. 35–119;(1)42;2014 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24799342>, accessed 18 September 2015).
- 68 Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A, Levälähti E, Ahtiluoto S, Antikainen R et al. A -2year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet*. 63–2255;(9984)385;2015 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS-01405-2960461%2815%6736/fulltext>, accessed 18 September 2015).
- 69 WHO Mental Health Gap Action Programme ([http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/en/](http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/), accessed 18 September 2015).
- 70 Sagar H, Barage, Kailas D, Sonawane. Amyloid cascade hypothesis: pathogenesis and therapeutic strategies in Alzheimer's disease. *Neuropeptides*. 18–52;1;2015 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0143417915000657>, accessed 18 September 2015).
- 71 Kumar A, Singh A, Ekavali. A review on Alzheimer's disease pathophysiology and its management: an update. *Pharmacol Rep*. 203–195;(2)67;2015 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1734114014002886>, accessed 18 September 2015).
- 72 Wimo A, Jönsson L, Bond J, Prince M, Winblad B. Alzheimer Disease International. The worldwide economic impact of dementia 2010. *Alzheimers Dement*. –1;(1)9;2013 11.e3 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1552526012025307>, accessed 18 September 2015).
- 73 Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 2010–1990: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 60–2224;(9859)380;2012 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS-01408-2961766%2812%6736/fulltext>, accessed 18 September 2015).
- 74 Global Information System for Alcohol and Health (GISAH). Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/gho/alcohol/en>, accessed 28 September 2015).
- 75 The ASSIST project – Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test. Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist/en/](http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/), accessed 18 September 2015).
- 76 Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders. Global Health Observatory data. Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/gho/substance\\_abuse/en/](http://www.who.int/gho/substance_abuse/en/), accessed 28 September 2015).





# فصل هشتم: صدمات و خشونت

## چکیده

بر خلاف اهداف توسعه هزاره، اهداف توسعه پایدار شامل اهدافی برای کاهش صدمات و خشونت می شوند که با بیش از ۵ میلیون مرگ یا یکی از هر ۱۱ مرگ مرتبط می باشند. این بخش بر صدمات ترافیکی جاده، خشونت، جنگ و منازعات و بلایای طبیعی تمرکز می کند. یک هدف مجزای SDG در زمینه مرگ های ترافیکی جاده در زیر مجموعه آرمان سلامت و یک هدف دسترسی به سیستم حمل و نقل ایمن وجود دارد که شامل بهبود ایمنی جاده ها نیز می شود. در حال حاضر، در حدود ۱,۲۵ میلیون مرگ سالانه در نتیجه تصادفات و برخورد های ترافیکی جاده روی می دهد که ۲۳ درصد بیشتر از سال ۲۰۰۰ است. دهه گذشته نشان داد که اعمال میزانی از مداخلات قانون گذاری و تغییر رفتار رانندگان تا تغییر طراحی خودرو ها، منجر به کاهش خطر صدمات و مرگ ناشی از تصادفات ترافیکی جاده می شود. اما به دلیل افزایش تعداد خودروها (۹۰ درصد افزایش از سال ۲۰۰۰ به بیش از ۱,۵ میلیارد و افزایش ۴۷ درصد که تا سال ۲۰۳۰ انتظار می رود)، افزایش بیشتر در مرگ های ترافیکی جاده منقطع شده است که به نوبه خود می تواند یک موفقیت بزرگ باشد. علاوه بر این، کاهش عمده در تعداد مرگ های ترافیکی جاده نیازمند تلاش های فوق العاده ای در همه کشورها خواهد بود.

همچنین هر ساله ۱,۵ میلیون مرگ و تعداد بسیار بیشتری صدمات غیر کشنده نیز به دلیل صدمات غیر عمدی از جمله سقوط، غرق شدگی، سوختگی و مسمومیت روی می دهد که برای رسیدن به کلیه اهداف توسعه پایدار سلامت باید مورد بررسی قرار بگیرند. اهداف توسعه پایدار دارای چهار هدف در زمینه کاهش مرگ ها و صدمات ناشی از خشونت در آرمانهایی غیر از سلامتی هستند. تقریباً نیم میلیون نفر از خشونت های میان فردی در سال ۲۰۱۲ مرده اند که اکثراً مرد بوده اند و نیمی از این قتل ها توسط سلاح گرم انجام شده است. در قیاس با نرخ جهانی، نرخ قتل در کشورهای دارای درآمد کم و متوسط آمریکا بیشتر از چهار برابر و در کشورهای کم درآمد و درآمد متوسط منطقه غرب اقیانوس آرام سه برابر کمتر از میانگین جهانی است. در سطح جهان، نرخ قتل از سال ۲۰۰۰ در حدود ۱۷ درصد کاهش پیدا کرده است.

خشونت فیزیکی و جنسی علیه زنان، رفتارهای آسیب رسان نظیر ازدواج کودکان و ختنه کردن زنان و خشونت علیه کودکان در بسیاری از کشورها رایج بوده و اهداف SDG مشخصی برای بررسی این مسائل برای سال ۲۰۳۰ تنظیم شده است. پیشگیری از قتل و خشونت هایی که منجر به مرگ نمی شوند نیازمند رویکرد چند بخشی است که به دلایل اساسی آن بپردازد مانند نابرابری های جنسیتی، اجتماعی و اقتصادی، هنجارهای فرهنگی که حمایت کننده خشونت هستند، دسترسی آسان و سوء مصرف الکل، مواد مخدر و سلاح گرم.

SDG شماره ۱۶ جوامع صلح آمیز و فراگیر را جهت توسعه پایدار ترویج می نماید که بر تمام بخش ها از جمله سلامت نیز تاثیر گذار است. کاهش بلند مدتی در تعداد و شدت جنگ ها و درگیری ها از زمان پایان جنگ دوم جهانی مشاهده شده است. البته با این حال از سال ۲۰۱۱، حرکت روز افزونی در موارد مرگ های ناشی از منازعات مشاهده شده است که تا حد زیادی نتیجه افزایش سطح منازعات در خاورمیانه بوده که منجر به در خطر قرار گرفتن سلامتی بسیاری از جوامع به دلیل افزایش انتقال بیماری های واگیردار، تغذیه نامناسب و بدتر شدن اوضاع خدمات سلامت است که تلاش های جهانی برای ریشه کنی بیماری هایی نظیر فلج اطفال را به خطر انداخته است.

در ضمن اهداف توسعه پایدار شامل اهداف مختلفی می شوند که هدفشان کمک به کاهش قرار گرفتن در معرض، آسیب پذیری، انعطاف پذیری ظرفیت انطباقی در رابطه با بلایا می باشد. بین سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۴ حداقل ۸۶۵۰۰۰ مرگ به صورت میانگین به دلیل بلایای فنی و طبیعی روی داده است. از سال ۲۰۰۰، سه بلای طبیعی بزرگ که با بیش از ۱۰۰۰۰۰ مرگ همراه بوده اند بر روند مرگ و میر سلطه داشته اند، سونامی اقیانوس هند در سال ۲۰۰۴، گردباد میانمار در ۲۰۰۸ و زلزله هایتی در ۲۰۱۰. تعداد جهانی افرادی که در نتیجه آزار و اذیت، منازعات، خشونت فراگیر یا نقض حقوق بشر اجباراً آواره شده اند در سال ۲۰۱۴ به رقم بی سابقه‌ای (تقریباً ۶۰ میلیون) رسید و در سال ۲۰۱۵ بیشتر خواهد شد.

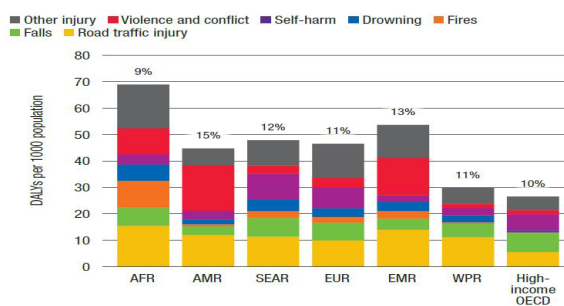
از دست دادن ۵ درصد GDP می‌گردد(۴).

قتل و خشونت جمعی مسئول نزدیک به ۱۰ درصد مرگ‌های مربوط به جراحت جهان هستند. در سال ۲۰۱۲، حدود ۴۷۵۰۰۰ قتل روی داد. چهار پنجم قربانیان این قتل‌ها مرد و ۶۰ درصد قربانیان مرد بین سنین ۱۵ تا ۴۴ سال هستند<sup>۵</sup>. کشورهای با درآمد متوسط و کم در منطقه آمریکا با ۲۸.۵ در ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر دارای بیشترین نرخ قتل هستند در حالیکه پایین ترین نرخ قتل که تقریباً ۱۴ برابر کمتر است (۲.۱) نفر در ازای هر ۱۰۰۰۰۰ در کشورهای با درآمد کم و متوسط منطقه غرب اقیانوس آرام مشاهده می‌شود. یکی از محرک‌های اصلی نرخ قتل دسترسی به اسلحه است که تقریباً نیمی از قتل‌های انجام شده با این وسیله انجام می‌شوند. در بین زنان، قتل شریک جنسی عامل نزدیک به ۳۸ درصد از تمام قتل‌ها در قیاس با ۶ درصد برای مردان می‌باشد. در حالیکه قتل توجه‌ها را به خود جلب می‌کند، افراد بسیار بیشتری از عواقب سلامتی شدید ناشی از حملات غیرکشنده رنج می‌برند، معمولاً جراحات جدی نیازمند مراقبت آبی بوده و در بعضی موارد منجر به ناتوانی تا پایان عمر می‌شوند.

تفاوت‌های منطقه‌ای قابل توجهی در رابطه با جراحات وجود دارد(نمودار ۲-۸). منطقه آفریقا و مدیترانه شرقی دارای بالاترین بار سرانه است اما منطقه آمریکا بجز کشورهای OECD با درآمد بالای این منطقه، دارای بیشترین بار ناشی از صدمات به عنوان نسبتی از کل بار بیماری‌ها (۱۵ درصد) می‌باشد، آن هم عمدتاً به دلیل درجات بسیار بالای خشونت بین فردی و قتل.

شکل ۲-۸: شاخص DALY برای عوامل خارجی اصلی

صدمات بر اساس منطقه، ۲۰۱۲



\* Injury DALYs as a % of total DALYs for all causes is shown at the top of each bar.

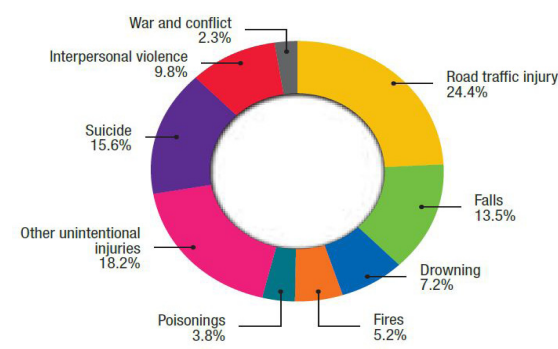
DALY منتسب به صدمات به عنوان درصد از DALY کل در تمام موارد بالای هر ستون نمایش داده شده است.

برخلاف اهداف توسعه هزاره، اهداف توسعه پایدار دارای اهداف متعددی برای صدمات و خشونت هستند از جمله هدف مخصوصی برای مرگ‌های ناشی از ترافیک جاده‌ای در آرمان سلامت می‌باشد (هدف ۳.۶: "تا سال ۲۰۲۰ تعداد مرگ‌ها و صدمات جهانی حاصل از تصادفات ترافیکی جاده‌ای به نصف

صدمات، چه نتیجه‌ای تصادفی باشند یا نتیجه اقدام خشونت بار عمدی، هر ساله در کل جهان منجر به مرگ ۵ میلیون نفر می‌شود که مسئول ۹ درصد مرگ و میر جهانی است و تقریباً ۱/۷ برابر جمع تلفات ناشی از HIV/AIDS، سل و مالاریا می‌باشد. علاوه بر این ده‌ها میلیون نفر از صدمات غیر مرگ بار که نیازمند درمان‌اند و ممکن است به ناتوانی موقت یا دائمی بیانجامد، رنج می‌برند. در مورد بسیاری از صدمات و برای برخی از انواع خشونت، ابتکارات موثر و مبتنی بر شواهدی وجود دارد که می‌توانند منجر به کاهش بروز این رویدادها و تاثیر آن‌ها باشند. از این رو در مورد لحاظ کردن صدمات در اهداف توسعه پایدار استدلالی منطقی وجود دارد هم براساس وضعیت بار بیماری که ایجاد می‌کند و هم راه‌حل‌های موجود برای عبور از آنها.

دلیل اصلی مرگ‌های ناشی از صدمات، صدمات و جراحات ناشی از ترافیک جاده‌ای است که پس از آن خودکشی، سقوط و خشونت بین فردی قرار دارند. سایر موارد مهم صدمات شامل غرق شدگی<sup>۱</sup>، آتش سوزی و سوختگی، مسمومیت و جنگ و منازعات می‌باشد (نمودار ۱-۸). این فصل بر صدمات مرگ آفرین و غیر منجر به مرگ ناشی از تصادفات ترافیکی جاده، خشونت بین فردی، منازعات و بلایای طبیعی تمرکز می‌کند. صدمات مربوط به خودآزاری نیز در فصل ۷ که با اختلالات سلامت روانی سر و کار دارد، مورد بحث و بررسی قرار گرفت.

شکل ۱-۸: علل ایجادی در میان ۵.۱ میلیون مرگ به علت صدمات و خشونت، ۲۰۱۲



هر ساله، ۱/۲۵ میلیون نفر در نتیجه صدمات ترافیکی جاده‌ای می‌میرند و یک جمعیت ۲۰-۵۰ میلیون نفری از جراحات غیرکشنده حاصل از تصادفات جاده‌ای رنج می‌برند. صدمات ناشی از ترافیک جاده‌ای جزو ۱۰ علل اصلی مرگ در جهان هستند و دلیل اصلی مرگ افراد ۱۵-۲۹ ساله جهان می‌باشند. تصادفات جاده‌ای علاوه بر اینکه یکی از دلایل مهم رنج و مرگ هستند منجر به اعمال بار اقتصادی شدیدی می‌شوند و هزینه‌ای بیش از ۱۸۰۰ میلیارد دلار آمریکا یا ۳ درصد GDP جهانی را موجب می‌شوند که در کشورهای با درآمد کم و متوسط باعث

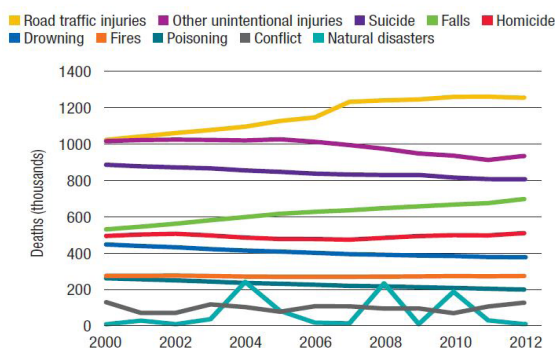


سالیانه، به صورت میانگین ۶۵۶ بلایای طبیعی و ۸۶۵۰۰ مرگ سالیانه در طی سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۱۴ جدای از اپیدمی‌های موجود گزارش شده است.<sup>۱</sup> به صورت کلی، بیشترین تعداد مرگها نتیجه زمین لرزه و سونامی هاست اما طوفان‌ها نیز در این زمینه آسیب زیادی ایجاد می‌کنند. زیان اقتصادی این بلایا به نحو قابل توجهی متفاوت بوده و بر اساس مقدار مطلق معمولاً در کشورهای با درآمد بالا بیشتر هستند. البته آنچه بر اساس درصد GDP انتظار می‌رود، ضررهای اقتصادی مستقیم ناشی از بلایای طبیعی در در کشورهای با درآمد پایین بین سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۱۴، به میزان ۱۴ برابر کشورهای با درآمد بالا بوده است.

## روندها

در جهان، نرخ مرگ و میر ناشی از مهم‌ترین گروه‌های ایجادی صدمات از سال ۲۰۰۰ کاش یافته است اما چون جمعیت جهان در حال افزایش است، این امر منجر به مرگ‌های سالیانه کمتری نگردیده است (نمودار ۳-۸). از سال ۲۰۰۰، مرگ‌های ناشی از ترافیک جاده‌ای جهان تا ۲۳ درصد افزایش داشته است و به نرخ سالیانه در حدود ۱،۲۵ میلیون مرگ در جهان رسیده است.<sup>۲</sup> تخمین‌های اخیر نشان دهنده افزایش حداقلی ۱۳ درصد در طی دوره ۲۰۰۰ - ۲۰۱۳ هستند.<sup>۳</sup> یکی از انگیزه‌ها و محرک‌های اصلی این روند افزایش ترافیک است، تعداد ماشین‌های ثبت شده نیز از سال ۲۰۰۰ دارای رشد ۹۰ درصد بوده است. توجه به این نکته حائز اهمیت است که با این حال نرخ مرگ و میر در سال‌های اخیر نسبتاً ثابت باقی مانده، آن هم علی‌رغم زیاد شدن ترافیک.

شکل ۳-۸: روند مرگ‌های جهان ناشی از علل اصلی صدمات بیرونی ۲۰۰۰ الی ۲۰۱۲<sup>۴</sup>



در طی سال ۲۰۰۰-۲۰۱۲، نرخ قتل برآورد شده در جهان تا ۱۷ درصد و تا سطح چشمگیر ۳۹ درصد در کشورهای با درآمد بالا کاهش پیدا کرده است. در کشورهای با درآمد کم و متوسط منطقه اروپا، نرخ قتل دارای کاهش شدیدتری بوده و

برسد<sup>۵</sup> و هدف ۱۱،۲ در رابطه با دسترسی به سیستم حمل و نقل ایمن، مقرون به صرفه، در دسترس و پایدار برای همه و بهبود ایمنی جاده‌ای می‌باشد. چهار هدف SDG در رابطه با مسئله خشونت بین فردی در محدوده‌ای از اهداف که به صورت مبهم تعریف شده اند (هدف ۱۶،۱: کاهش چشمگیر همه اشکال خشونت و نرخ‌های مرگ وابسته به آن در همه جا) برای اهداف مشخص در زمینه حذف خشونت علیه همه زنان و دختران (هدف ۵،۲ که در فصل چهار مورد بحث و بررسی قرار گرفت) و خشونت در برابر کودکان در هدف ۱۶،۲

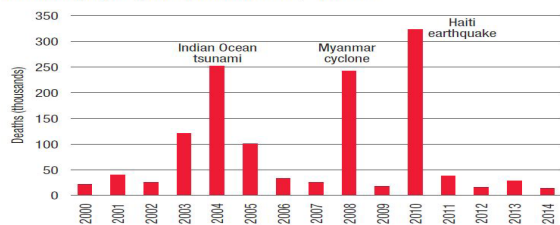
چهار پنجم مرگ‌های ناشی از قتل و نه دهم مرگ‌های ناشی از جنگ بر مردان تاثیر می‌گذارد.<sup>۶</sup> این یعنی، موردی روشن برای برجسته سازی خشونت تجربه شده توسط زنان و کودکان وجود دارد که معمولاً، به صورت پنهان، توسط کسی که قربانی را می‌شناسد مرتکب شده است به عنوان مثال، بر اساس داده‌های ۷۹ کشور و یک زن از هر سه زن در سراسر جهان خشونت فیزیکی و جنسی را از سوی شریک زندگی تجربه نموده یا تجربه خشونت جنسی توسط افرادی غیر از والدین شان را داشته اند.<sup>۷</sup> به نظر می‌رسد این شکل از خشونت در تمام مناطق مشترک و رایج باشد. در رابطه با کودکان، خشونت و سوء استفاده فیزیکی را هم پسران و هم دختران تجربه می‌کنند. یک چهارم همه بزرگسالان اعلام کرده اند که طی دوران کودکی تحت سوء استفاده فیزیکی قرار گرفته اند و در حدود ۲۰ درصد زنان و ۱۰-۵ درصد مردان نیز گزارش کرده اند که در کودکی مورد آزار و اذیت جنسی قرار گرفته اند.<sup>۸</sup> همانگونه که بوسیله تعدادی از گزارشات مشخص شده افراد پیر نیز مورد خشونت قرار گرفته و برخی از تحقیقات نشان می‌دهند که ۶ درصد افراد مسن در ماه گذشته مورد سوء استفاده قرار گرفته‌اند. البته، داده‌ها در زمینه شیوع سواستفاده از بزرگسالان محدود هستند، به ویژه در کشورهای با درآمد متوسط و پایین.<sup>۹</sup>

بلایای طبیعی در اهداف توسعه هزاره مورد اشاره قرار نگرفته بودند اما در بسیاری از مواقع در اهداف توسعه پایدار مورد اشاره قرار گرفته‌اند (هدف ۱۱،۵، ۱۳،۱ و ۱۳،۱). به عنوان بخشی از آرمان در جای دهی شهرها و سکونت گاه‌های انسانی، هدف ۱۱،۵ اینگونه عنوان می‌کند: "تا سال ۲۰۳۰، کاهش چشمگیری در تعداد مرگ‌ها و تعداد افراد تحت تاثیر قرار گرفته شود و کاهش قابل ملاحظه‌ای در زیان‌های اقتصادی مستقیم مرتبط با کاهش تولید ناخالص داخلی جهانی که بوسیله بلایا ایجاد می‌شوند، روی دهد، از جمله بلایای مربوط به آب با تمرکز بر محافظت از افراد فقیر در موقعیت‌های آسیب پذیر" هدف ۱۳،۱ به بلایای ناشی از آب و هوا مربوط می‌شود: "تقویت انعطاف پذیری و ظرفیت انطباق با خطرات ناشی از آب و هوا و بلایی طبیعی در همه کشورها".



بر اساس تخمین مرگ و میرهای مستقیم مرتبط با بلایا که توسط مرکز تحقیقات همه‌گیرشناسی بلایا (CRED) تهیه شده، در طی سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۱۴، میانگین سالانه در حدود ۸۶۵۰۰۰ نفر در طی بلایای طبیعی و غیرطبیعی کشته شده‌اند.<sup>۱۱</sup> از سال ۲۰۰۰، سه بلای بزرگ طبیعی که با بیش از ۱۰۰۰۰۰ مرگ مرتبطند بر این وضعیت بیشترین تاثیر را داشته‌اند: سونامی اقیانوس هند در ۲۰۰۴، گردباد میانمار در ۲۰۰۸ و زمین‌لرزه هایتی در ۲۰۱۰ (نمودار ۴-۸). تعداد بلایا در طی دهه گذشته کاهش یافته و تعداد مردم تحت تاثیر نیز در سالهای ۲۰۱۲ و ۲۰۱۳ به پایین‌ترین سطح خود از سال ۲۰۰۰ رسیده است.

شکل ۴-۸ تعداد افراد فوت شده گزارش شده در بلایا، ۲۰۰۰-۲۰۱۴<sup>۱۱</sup>



### تحولات مثبت

مرگ و میر ناشی از صدمات ترافیک جاده‌ای نسبتاً ثابت باقی مانده است آن هم علی‌رغم زیاد شدن تعداد ماشین‌ها و جمعیت که نشان دهنده به کار آمدن مداخلات برای بهبود جهانی ایمنی جاده‌ها است. با توجه به وجود مداخلات ایمنی جاده که به خوبی استقرار یافته‌اند، دورنمای کاهش آسیب وارده بوسیله خودروها، کامیون‌ها و موتورسیکلت‌ها مساعد است. دست کم ۷۶ کشور<sup>۲</sup> تا به حال تعداد مرگ‌های جاده‌ای خود را در طی سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۱۳ کاهش داده و اثبات کرده‌اند که بهبود ممکن است و زندگی‌های بسیار بیشتری را می‌توان نجات داد.

از سال ۲۰۰۰ تا ۵۰ درصد کاهش پیدا کرده است. پیشرفت در سایر کشورهای دارای درآمد کم یا متوسط کمتر روی داد و در کشورهای کم درآمد تا ۱۰ درصد و کشورهای دارای درآمد متوسط تا ۱۳ درصد کاهش پیدا کرد.<sup>۵</sup> این که آیا این کاهش به طور کامل در آمارهای خشونت کاملاً بازتاب پیدا کرده یا نه معلوم نیست.



با این حال هنوز امکان ندارد که روند‌های منطقه‌ای یا جهانی بروز خشونت علیه زنان و کودکان را به دلیل محدودیت داده‌ها مشخص نماییم. البته، تحقیقاتی که انجام شده است - معمولاً جمع‌آوری داده‌ها از بزرگسالان در مورد خشونت و سوءاستفاده‌های گذشته - معمولاً نرخ‌های بالایی را نشان می‌دهد.

تخمین‌های WHO در زمینه مرگ‌های مستقیم جهان ناشی از منازعات (مرگ ناشی از جراحت) هر ساله اساساً متفاوت است اما کاهش آماری چشمگیری طی ۱۹۹۰-۲۰۱۰ به مقدار ۲ درصد اگر قتل عام رواندا در سال ۱۹۹۴ را نادیده بگیریم، در هر سال مشاهده شده است. در ضمن کاهش مستمری در تعداد و شدت جنگ‌ها و منازعات از زمان پایان جنگ جهانی دوم مشاهده می‌شود<sup>۱۱</sup> و البته از سال ۲۰۱۱ در مرگ‌های ناشی از منازعات چرخشی دیده می‌شود که تا حد زیادی نتیجه افزایش سطح منازعات در خاورمیانه است.<sup>۱۳</sup>

نیست که این استراتژی‌ها عامل این کاهش پیش‌بینی شده در میزان قتل هستند یا نه.

در طی سالهای ۲۰۰۵-۲۰۱۵، چارچوب هیوگو برای اقدام در ۲۰۰۵-۲۰۱۵ یک رویکرد استراتژیک و سیستماتیک را برای کاهش خطر ناشی از بلایا ارتقا داده و بر ضرورت نیاز به ایجاد انعطاف‌پذیری در ملل و جوامع نسبت به بلایا تاکید کرده است. چارچوب هیوگو در کشورهای مستعد، شرکای توسعه و سایر موسساتی که برای کاهش ریسک بلایا اقدام میکنند کاربردی بوده و ممکن است به کاهش نرخ مرگ و میر در زمینه برخی از خطرات مانند سیل کمک کند که علی‌رغم زیاد شدن تناوبش افراد کمتری را می‌کشد. کشورهای بسیاری (۸۵ درصد) دارای سیاست ملی واکنش و آمادگی برای شرایط اضطراری هستند و دو سوم کشورها دارای سیاست ملی واکنش و آمادگی برای شرایط اضطراری در بخش سلامت خود هستند.<sup>۱۴</sup>

## چالش‌ها

**افزایش تعداد خودروها:** بر اساس روند فعلی، مگر اینکه اقدام سریع صورت گیرد، انتظار می‌رود مرگ ناشی از ترافیک جاده‌ها زیاد شده و در لیست دلایل اصلی مرگ و میر قرار می‌گیرد. چالش اصلی کاهش مرگ ناشی از ترافیک جاده‌ها همزمانی با سرعت روزافزون ماشینی شدن است به ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط. یکی از نگرانی‌های اصلی زیاد شدن سریع حجم ترافیک بدون سرمایه‌گذاری‌های همزمان در زمینه استراتژی ایمنی جاده‌هاست.

**دسترسی به اسلحه:** یکی از محرک‌های اصلی قتل دسترسی به اسلحه است آن هم به این دلیل که تقریباً نیمی از قتل‌ها که توسط اسلحه گرم انجام می‌شوند، به نظر نمی‌رسد که دسترسی به سلاح گرم در بیشتر کشورها طی سال‌های پیش رو کاهش یابد.

**نابرابری جنسی:** خشونت علیه زنان و کودکان در نابرابری جنسیتی و تبعیض علیه زنان و دختران ریشه دارد. تلاش‌های بیشتر و پایدارتر برای تغییر هنجارهای جنسیتی مورد نیاز هستند: (۱) توانمندسازی زنان و دختران به ویژه از طریق بهبود دسترسی به آموزش و امنیت و پرداخت حقوق مناسب برای اشتغال، (۲) بسیج جوامع و موسسات برای کاهش قابل قبول خشونت و ترویج هنجارهای جنسیتی مساوات طلب و (۳) اصلاح و اعمال موثر قوانین برای بررسی خشونت جنسی و خشونت شریک زندگی علیه زنان و همچنین قوانین دیگری که حقوق زنان در مورد ازدواج، طلاق، حضانت فرزندان و اموال و ارث را محدود می‌کند.

**افزایش ریسک بعضی انواع بلایا:** بلایای طبیعی مانند بلایای آب و هوایی ممکن است تناوب و شدت بیشتری در نتیجه



فاکتورهای متعددی به این روندهای مثبت کمک کرده‌اند:

**قانونگذاری موثر و قابل اجرا:** ارائه قانونگذاری اعمال‌پذیر در کنار تبلیغات اجتماعی در رابطه با سرعت، کمربند ایمنی و نگهدارنده‌های کودک در خودرو، کلاه ایمنی موتورسیکلت و نوشیدن الکل و رانندگی هم‌اکنون نیز در تعدادی از کشورها تغییراتی را ایجاد کرده‌اند.

**جاده‌های ایمن‌تر:** همین مسئله در مورد بهبود در ساختن جاده‌های جدید با تاکید بیشتر بر نیازهای کاربران آسیب‌پذیر جاده‌ها از جمله عابرین پیاده، موتورسیکلت‌ها و دوچرخه سواران میسر شده است.

**خودروهای امن‌تر:** خودروها نیز بسیار امن‌تر شده‌اند و بهبود طراحی و امنیت خودروها ادامه دارد مانند تقویت طراحی عقب و جلو، کیسه‌های هوا و سیستم ترمز کامپیوتری که از اصول اساسی کمپین پسا ۲۰۱۵ برای دستیابی به کاهش صدمات و مرگ‌های ترافیکی جاده است.

کاهش در قتل نیز ممکن است با بهبود استراتژی‌ها و سیاست‌های کشوری برای کاهش خشونت و عواقب آن مرتبط باشد. تقریباً یک سوم کشورها در حال حاضر چنین استراتژی‌هایی را به اجرا در آورده‌اند از جمله حمایت از روابط ایمن، پایدار و تربیتی بین کودکان و والدین یا مراقبین، کاهش دسترسی و چاقو و ارتقاء برابری جنسیتی از این جمله‌اند.<sup>۱۴</sup> البته هنوز مشخص

در همه بخش‌ها از جمله سلامت یک چالش اساسی به حساب خواهد آمد.

## اولویت‌های استراتژیک

با توجه به پیچیدگی تعیین کننده‌های صدمات و خشونت، سازماندهی اهداف مشخصی که هم ساده و به اندازه کافی برای تمرکز توجهات قانع کننده باشند و در عین حال به اندازه کافی برای تهیه و کاربرد موثر سیاست‌ها تسهیل کننده باشند، مملو از دشواری است. با این حال برخی از اهداف خاص امیدوارکننده به نظر می‌رسند. مرگ‌های ناشی از ترافیک جاده‌ای، به عنوان مثال، نمونه‌ای از یک هدف خاص هستند که به همه کشورها مربوط می‌شود، یک مشکل جدی این است به راحتی اندازه‌گیری و تعریف شده‌اند و در عین حال چیزی است که می‌توانیم با بهره‌گیری از مداخلات مناسب و مبتنی بر شواهد در آن پیشرفت کنیم. هدف به نصف رساندن تعداد مرگ‌های ناشی از ترافیک جاده‌ای تا سال ۲۰۲۰ بسیار بلند پروازانه‌تر از هدف تعیین شده در دهه اقدام برای ایمنی جاده‌ها ۲۰۱۱-۲۰۱۲ که توسط مجمع عمومی سازمان ملل در سال ۲۰۱۰ مورد تایید قرار گرفته و هدفش توقف افزایش پیش بینی شده از سطح موجود می‌باشد، است<sup>۱۷</sup>. با توجه به افزایش پیش‌بینی شده در مورد خودروهای دریایی درون جاده (افزایش ۴۷ درصد تا سال ۲۰۳۰)، دسترسی به نگه داشت سطح مرگ‌های ناشی از ترافیک جاده‌ای جهانی در سطح کنونی دستاوردی بسیار مهم است، کاهش این میزان جای خود را دارد. استراتژی‌های کلیدی گسترش و اجرای مداخلات تغییر رفتار موثری مانند مداخلاتی از قبیل قانون گذاری، اعمال و تبلیغات اجتماعی، بهبود زیرساخت جاده‌ای، در نظر گرفتن کاربران آسیب‌پذیر جاده‌ها و تشویق به استفاده از معیارهای طراحی ماشین مناسب می‌باشد.

کاهش خشونت بین فردی به ویژه علیه زنان و کودکان نیز یکی از الویت‌های دارای حمایت قابل توجه جهان است به ویژه بین ارگان‌های سازمان ملل شامل مجمع عمومی سازمان ملل،<sup>۱</sup> UNESCO، برنامه توسعه ملل متحد (UNDP)،<sup>۲</sup> UNICEF، نهاد برابری جنسیتی سازمان ملل و توانمند سازی زنان (زنان UN) و WHO. در سال ۲۰۱۴، مجمع سلامت جهانی توجه‌ها را به اهمیت نقش سیستم‌های سلامت در بررسی مسئله خشونت به ویژه بر علیه زنان و دختران و کودکان جلب نموده و از مدیر عمومی WHO خواست تا برنامه جهانی برای اقدامی برای تقویت نقش سیستم‌های درمانی در بررسی خشونت میان فردی ارائه کند<sup>۱۸</sup>.

1. United Nations Education, Scientific and Cultural Organization

2. United Nations Children's Fund

تغییرات آب و هوایی بگیرند که به نحو موثری پیشرفت به سوی توسعه پایدار را به خطر می‌اندازند (فصل ۲ را ببینید). این خطرات ممکن است بوسیله رشد جمعیت و استفاده ناپایدار از منابع طبیعی تشدید شوند.

**ناتوانی‌ها:** میلیون‌ها نفر که در اثر صدمات و خشونت نمی‌میرند از جراحات جدی رنج می‌برند و در بعضی موارد دچار ناتوانی‌های همیشگی و آسیب‌های روانی می‌شوند. سرمایه‌گذاری بیشتر جهت پیش‌گیری، درمان و بازتوانی عملکرد از دست رفته به علت صدمات حیاتی است.

**دیگر صدمات - سقوط:** تمرکز اهداف توسعه پایدار بر صدمات ناشی از ترافیک جاده‌ای و خشونت است اما سایر انواع آسیب‌ها مهم نیز جزو نگرانی‌ها هستند. برآورد شده ۶۹۳۰۰۰ سقوط مرگ‌آور در طی سال ۲۰۱۲ روی داده که آن را تبدیل به دومین علت مرگ غیر عمد در مرگ توسط جراحات پس از صدمات ناشی از ترافیک جاده‌ای نموده است. در ضمن ده‌ها میلیون سقوط وجود دارد که مرگ را موجب نمی‌شود اما به اندازه‌ای شدید هستند که فرد نیازمند توجه پزشکی است. افراد مسن‌تر سقوط کرده نیز در معرض ریسک مراقبت و بستری شدن طولانی مدت پس از سقوط قرار می‌گیرند.

**دیگر صدمات - سوختگی‌ها:** صدمات مرتبط با آتش یکی دیگر از نگرانی‌هاست و بخش اعظم آن در کشورهای با درآمد کم یا متوسط روی می‌دهند. آن‌ها اغلب با روش‌های پخت و پز غیرایمن از جمله در پخت و پز با آتش رو باز و خشونت علیه زنان همراه هستند. ریسک اصلی معطوف به کودکان و زنان است. اکثر قابل پیشگیری هستند، در کشورهای OECD دارای درآمد بالا سوختگی‌ها تا سطح بسیار ناچیزی که قابل چشم‌پوشی هستند کاهش یافته است.

**دیگر صدمات - غرق شدن:** در حدود ۳۷۲۰۰۰ نفر در سال ۲۰۱۲ به علت غرق شدن مرده‌اند و نیمی از رویدادهای مربوط به غرق شدگی جهان در محدوده جنوب شرقی آسیا و محدوده غرب قیانوس آرام روی می‌دهد. بسیاری از مرگ‌های این چنینی را می‌توانند بوسیله موانعی برای کنترل دسترسی به آب، مطمئن شدن از نظارت دائم سرپرستان بالغ برای کودکان پیش دبستانی، آموزش اصول اولیه شنا به کودکان مدرسه‌ای و مهارت‌های امداد و نجات ایمن و همچنین بهبود استراتژی‌های کاهش خطر سیل جلوگیری شوند.

**منازعات:** همانگونه که در بیانیه اهداف توسعه پایدار اشاره شد منازعات رو به افزایش، افراط در خشونت، تروریسم و بحران‌های انسانی مرتبط و جابجایی اجباری مردم احتمال تغییر معکوس شدن بخش زیادی از پیشرفت‌های توسعه‌ای انجام شده در سال‌های اخیر را تهدید می‌کند. معکوس سازی روند فعلی و ارائه حمایت موثر تر از کشورهای درگیر منازعات و پس از منازعات



سیاست‌های آموزشی مورد نیاز برای بررسی عوامل خطر مهم در زمینه خشونت را به اجرا در آورده‌اند. این امر موضوع خاصی از نگرانی در رابطه با خشونت علیه زنان و کودکان است که مسئله‌ای بین تمام مناطق و کشورهاست و در محیط‌هایی که خشونت خانوادگی علیه زنان و کودکان از نظر اجتماعی پذیرفته شده است، بدتر می‌باشد. همانگونه که قبلاً اشاره شد دسترسی به اسلحه نگرانی مهم دیگری است، در حالیکه همه کشورها دارای قوانین بین ملی برای تنظیم در زمینه مالکیت و استفاده از اسلحه گرم هستند، تنوع بالایی بین مناسب بودن و اجرای این قوانین وجود دارد.

دیدگاه بخش پیشگیری از خشونت جهانی برای دوره پس از ۲۰۱۵ نصف کردن سطح جهانی خشونت بین فردی در طی ۳۰ سال آینده است<sup>۱۹</sup>، در حالی که این مسئله به بلندپروازی اهداف SDG نیست، که هدف شان حذف اشکال مختلفی از خشونت در طی ۱۵ سال آینده می‌باشد، این دیدگاه به خوبی در کنار اهداف مشخص SDG ۵ و ۱۶ در زمینه کاهش خشونت قرار می‌گیرد. یک برنامه اقدام جهانی ۱۵ ساله برای تقویت نقش بخش سلامت در بررسی خشونت بین فردی به ویژه علیه زنان و کودکان نیز توسط دولت‌های عضو WHO در مجمع بهداشت جهانی ماه می سال ۲۰۱۶ در نظر گرفته خواهد شد.

تا به امروز، کشورهای معدودی اقدامات اجتماعی و اقتصادی



فرصت مهمی برای هدایت تصمیم‌گیرندگان به سوی این موارد به عنوان بخشی از تلاش‌های جهانی، منطقه‌ای و ملی برای پرداختن به این مشکلات می‌باشد.

استراتژی اصلی برای مدیریت خطرات سلامت مرتبط با بلایا در دوره پس از ۲۰۱۵ توسط چارچوب سندای در زمینه کاهش خطرپذیری بلایا ۲۰۱۵-۲۰۳۰ حمایت می‌شود. چارچوب چهار اولویت برای اقدام که شامل مشارکت ملی، منطقه‌ای و جهانی می‌شود را شناسایی نموده است:

اهداف توسعه پایدار چارچوبی برای تمرکز بر پیشگیری از منازعات و کمک موثرتر به کشورهای در حال منازعه و پس از منازعه مهیا می‌کند. یکپارچگی بهتر کمک‌های انسان دوستانه و کمک‌های توسعه ضروری است. این امر باید از طریق همکاری نزدیک بخش سلامت با سایر بخش‌ها ادامه پیدا کرده و تقویت شود تا تاثیر منازعات بر سلامت و بهزیستی افراد را کاهش دهد. در هر محدوده‌ای از نگرانی، از خشونت شریک زندگی و سایر اعضای خانواده، خشونت جنسی تا قاچاق انسان، واکنش‌های سیاسی و مداخلات موثر در حال حاضر وجود دارند. اهداف توسعه پایدار



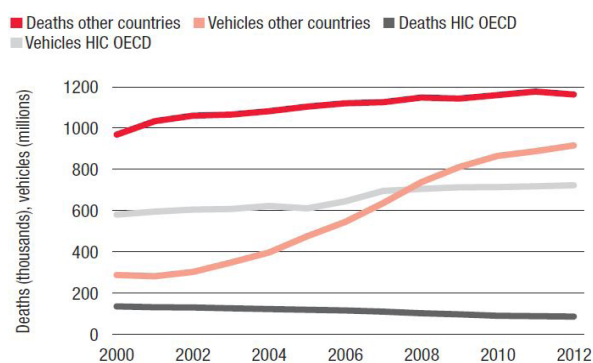
## صدمات ناشی از ترافیک جاده‌ای

هر ساله در حدود ۱,۲۵ میلیون نفر می‌میرند و تقریباً ۲۰-۵۰ میلیون نفر دیگر دچار صدمات غیرکشنده می‌شوند که نتیجه برخورد های ترافیک جاده است. صدمات ناشی از ترافیک جاده‌ای نهمین دلیل مرگ در جهان و دلیل اصلی مرگ افراد ۱۵-۲۹ ساله می‌باشد.<sup>۳</sup> نزدیک ۶۰ درصد مرگ های ناشی از ترافیک جاده‌ای بین افراد ۱۵ - ۴۴ ساله روی می‌دهند. بر اساس روندهای کنونی، مرگ اینکه اقدامی فوری انجام شود، مرگ های ناشی از ترافیک جاده‌ای تا سال ۲۰۳۰ تبدیل به دلیل پنجم مرگ خواهند شد.

### روندها

در حالیکه تعداد خودروهای ثبت شده بین سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۲ تا ۹۰ درصد افزایش پیدا کرده اند<sup>۴</sup> افزایش در تعداد مرگ ها در نتیجه صدمات ناشی از ترافیک جاده‌ای بسیار کمتر بوده که نشان دهنده بهبود ایمنی جاده های جهان از طریق مداخلات و تاثیر آن بر آمارهای مرگ و میر می باشد (نمودار ۵-۸). در واقع ۷۶ کشور تعداد مرگ در جاده های خود را بین سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۳ کاهش داده اند و این نشان می‌دهد که بهبود امکان پذیر است و اینکه اگر کشورها اقدامات بیشتری را صورت دهند زندگی‌های بسیار بیشتری را می‌توان نجات داد.

شکل ۵-۸: روند ها در مرگ های ناشی از ترافیک جاده‌ای و تعداد خودرو هادر کشورهای OECD با درآمد بالا و دیگر کشورها؛ ۲۰۰۰-۲۰۱۲<sup>۳</sup>



<sup>۳</sup> Other countries refer to low-, middle- and non-OECD high-income countries.

منظور از دیگر کشورها اشاره به کشورهای با درآمد بالای غیر OECD و کشورهای با درآمد کم و متوسط می باشد

۱. درک ریسک بلایا: در همه ابعاد آسیب پذیری، ظرفیت، در معرض قرار گرفتن افراد و دارایی ها، خصوصیات خطرات و محیط.

۲. تقویت تولید ریسک بلا برای مدیریت خطرات ناشی از آن: جهت پیشگیری، تسکین، آمادگی، واکنش، بهبود و بازتوانی.

۳. سرمایه گذاری در کاهش ریسک بلایا جهت انعطاف پذیری: برای افزایش انعطاف پذیری اقتصادی، اجتماعی، سلامتی و فرهنگی مردم، جوامع، کشورها و دارایی های آنها و همچنین محیط.

۴. بالا بردن آمادگی مقابله با بلایا جهت واکنش اثربخش و "بازسازی بهتر" در بهبود، بازتوانی و تجدید ساختار.

برنامه استراتژیک شش ساله WHO برای کاهش تاثیرات سلامت شرایط اضطراری و بلایا در ۲۰۱۴-۲۰۱۹ مشخص کننده سیاست‌ها و مفاهیم برنامه‌ریزی برای بخش سلامت می باشد.<sup>۲۲</sup> سیاست ها و برنامه های مدیریت موثر ریسک و مواقع اضطراری باید بوسیله رویکردی جامع در سراسر چرخه - پیشگیری/کاهش، آمادگی، پاسخ دهی و بهبود- مدیریت موقعیت های اضطراری هدایت شده باشد. سیاست ها و برنامه ها نیز باید در عین حال برای بررسی مشکلات رایج و ایجاد ظرفیت های اساسی در یک «رویکرد به همه خطرات» طراحی شده باشند که عوامل خطر خاص مانند شیوع بیماری، سیل، زلزله‌ها و مخاطرات رادیولوژیک و منازعات تکمیل کننده آن باشند.

در حالیکه بخش سلامت در حال هدایت ریسک بیماری‌های عفونی است (فصل ۳ و ۵)، در بیشتر انواع مخاطرات و رویدادهای بخش‌های دیگر نقش کلیدی بازی خواهند کرد. بنابراین همکاری بین بخشی برای ساخت ظرفیت‌های امنیتی سلامت بسیار مهم است. در ضمن باید یادآور بود که نقش اعضای جامعه در مدیریت ریسک بلایا و موقعیت‌های اضطراری بسیار مهم است زیرا آن‌ها اولین واکنش دهنده و قربانی هرگونه موقعیت اورژانسی محسوب می‌شوند. انعطاف پذیری جوامع را می‌توان توسط کمک به آن‌ها در شناسایی خطرات و آسیب پذیری‌های مرتبط بوسیله ساختن ظرفیت‌هایی برای کاهش، آمادگی، پاسخ و بهبود موقعیت‌های اورژانسی تقویت نمود.

کاربران آسیب پذیر جاده (عابران، دوچرخه سواران و موتورسواران). رتبه بندی ایمنی که جاده ها را بر اساس دسته‌های مختلف کاربران جاده ایی رده بندی می کند در دسترس است.

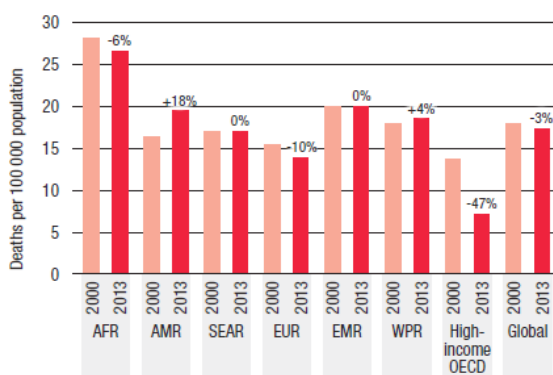
**ایمنی وسیله نقلیه:** بهبود مداوم در طراحی وسیله نقلیه و ایمنی آن مانند تقویت طراحی جلو و عقب خودرو، کنترل پایداری الکترونیک خودرو، اطمینان حاصل کردن از محکم بودن کمربند و نقاط تکیه گاهی. این پیشنهادات دارای پتانسیل عظیمی برای کاهش احتمال تصادفات و شدت صدمات تصادفات جاده‌ای هستند.

## چالش‌ها

نرخ بالای مرگ‌ومیر در کشورهای با درآمد کم و متوسط و کشورهای با درآمد بالای غیر OECD: بیش از ۹۰ درصد مرگ‌های ناشی از ترافیک جاده‌ای در کشورهای با درآمد کم و متوسط و کشورهای با درآمد بالای غیر OECD روی می‌دهد که ۸۵ درصد جمعیت جهان و ۵۸ درصد وسایل نقلیه جهان را دارا هستند. عواملی مانند قوانین ضعیف یا ضعف در اجرای قوانین، کیفیت نامناسب جاده‌ها و خودروها، نسبت بالای کاربران آسیب پذیر در جاده‌ها و افزایش تعداد خودروها در این زمینه نقش دارند.

افزایش نرخ مرگ‌های جاده‌ای در برخی مناطق: این مسئله تا حدی مربوط به رشد سریع وسایل موتوری در بسیاری از کشورهای در حال توسعه می‌باشد که بدون سرمایه گذاری مناسب در استراتژی‌های ایمنی جاده‌ها روی داده است (شکل ۶-۸).

شکل ۶-۸: روند نرخ مرگ ناشی از ترافیک جاده‌ای در سطح مناطق و جهان؛ ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۳ (۶، ۳)



## تحولات مثبت

تحولات مثبتی در چندین مداخله از طریق قانونگذاری برای طراحی وسایل نقلیه ایجاد شده که تا حد زیادی به مثبت شدن روندها کمک کرده است مانند:<sup>۳</sup>

**قانونگذاری جامع:** در حالیکه هنوز تلاش‌های قابل ملاحظه‌ای برای قانونگذاری در زمینه بهترین رویکردها لازم است، پیشرفت‌هایی حاصل شده است. بین سال‌های ۲۰۱۱ تا ۲۰۱۴، ۱۷ کشور شامل ۴۰۹ میلیون نفر هستند، قوانین ایمنی جاده‌های خود را در زمینه یک یا چند عامل خطر اصلاح نمودند تا جامع شوند. معیارهای مورد استفاده برای ارزیابی قانونگذاری جامع اصلاح و سختگیرانه تر شدند همچنانکه شواهد همه‌گیرشناسی مربوط به عوامل خطر مشخص تکامل پیدا می‌کنند.

**قوانین محدودیت سرعت:** ۲۶ درصد کشورها قوانین شهری جامعی در زمینه سرعت را اتخاذ کرده‌اند.

**قوانین جامع کمربند ایمنی:** پوشش سرنشینان صندلی‌های جلو و عقب، ۵۸ درصد کشورها قوانینی از این دست را وضع نموده‌اند.

**قوانین مربوط به نوشیدنی‌های الکلی و رانندگی:** تقریباً ۲۰ درصد کشورها دارای چنین قوانینی بوده و بر اساس غلظت الکل خون با محدودیت ۰٫۰۵ g/dl یا کمتر برای عموم جمعیت و ۰٫۰۲ g/dl برای رانندگان جوان قرار دارد، که بهترین رویکرد است.

**قوانین مربوط به کلاه ایمنی موتورسیکلت:** قوانین جامع در این زمینه در یک چهارم کشورها وجود دارد.

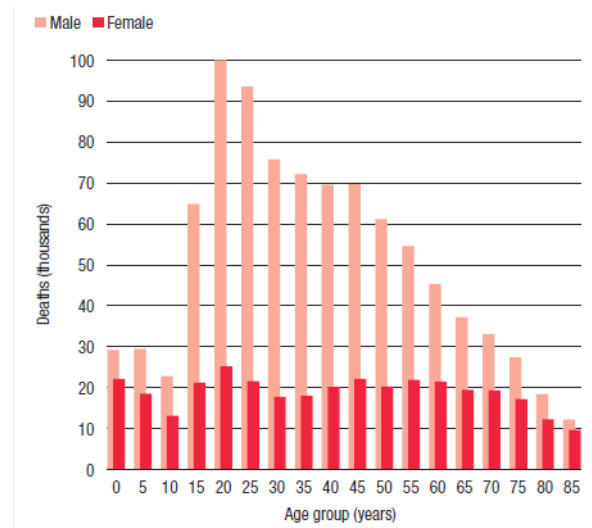
**نگهدارنده‌های کودکان:** یک سوم همه کشورها دارای قوانین جامعی در زمینه نگهدارنده کودکان می‌باشند.

**توجه به همه کاربران جاده:** افزایش توجه به نیازهای همه کاربران جاده‌ها در هنگام ساختن جاده‌ها با افزایش تاکید بر نیاز

تغییرات طی دوره در بالای هر کدام از مناطق نشان داده شده است

مرگومیر زیاد بین مردان بزرگسال جوان‌تر: بیش از یک سوم تمام مرگ‌های جاده‌ای بین مردان ۱۵ تا ۴۴ سال روی می‌دهد، گروهی که اغلب حداقل میزان توجه به پیام‌های سلامت عمومی دارند (شکل ۷-۸).

شکل ۷-۸: مرگ‌های جاده‌ای بر حسب سن و جنس؛ ۲۰۱۲<sup>(۳)</sup>



کاربران آسیب‌پذیر جاده‌ها: نیمی از مرگ‌های جاده‌ای در جهان برای موتورسواران (۲۳ درصد)، عابرین پیاده (۲۲ درصد) و دوچرخه‌سواران (۴ درصد) روی می‌دهد. در اکثر کشورهای دارای درآمد کم و متوسط نسبت به کشورهای دارای درآمد بالاتر، نسبت بالاتری از کاربران جاده پیاده‌ها، دوچرخه سواران و دارندگان وسایل موتوری دو یا سه چرخ هستند.

نبود قوانین مورد نیاز برای بهترین رویکرد در زمینه عوامل خطر کلیدی: همان‌گونه که در بالا اشاره شد بسیاری از کشورها در زمینه اتخاذ بهترین قوانین مرتبط با سرعت و نوشیدنی‌های الکلی هنگام رانندگی و استفاده از کلاه ایمنی در حین موتورسواری، کمربند ایمنی و محدودیت‌های کودکان به موقع عمل نمی‌کنند.

نبود اعمال قانون: در حالی که تعداد کشورهایی که قوانینی در ارتباط با عوامل خطر اصلی در زمینه جراحات جاده‌ای اعمال کرده اند، رو به افزایش است اما در اغلب کشورها اعمال قانون کم است؛ به عنوان مثال تنها یک چهارم کشورها اعمال قوانین کمربند خود را مناسب ارزیابی می‌کنند.

## اولویت‌های استراتژیک

هدف ۳٫۶ SDG برای به نصف رساندن تعداد جهانی مرگ

های جاده‌ای تا سال ۲۰۲۰: این مسئله در قیاس با اهداف تنظیم شده در دهه اقدام برای ایمنی جاده‌ای ۲۰۱۱-۲۰۲۰ که توسط مجمع عمومی سازمان ملل در سال ۲۰۱۰ تأیید شد و هدفش توقف افزایش سطوح کنونی است، بسیار بلند پروازانه است<sup>(۱۷)</sup>. با توجه به افزایش در تعداد وسایل نقلیه جاده‌ای (۴۷ درصد تا سال ۲۰۳۰)، توقف مرگ‌های جاده‌ای جهانی در سطح کنونی دستاورد مهمی خواهد بود چه برسد به کاهش آن.

اگر روندهای کنونی ادامه پیدا کنند و کاری در مورد چالش‌های مختلف فعلی انجام نگیرد، ممکن است مرگ‌های جاده‌ای در سطح جهان به رقمی برابر با ۱٫۵ میلیون نفر در سال افزایش پیدا کند. تحت یک سناریوی خوش بینانه-که در دو دهه گذشته در کشورهای با درآمد بالا افزایش سرانه وسایل نقلیه با کاهش نرخ مرگ همراه بوده است- مرگ و میر جهانی تا سال ۲۰۳۰ به حدود ۱ میلیون در هر سال کاهش خواهد یافت. تلاش‌های قابل توجه بیشتری برای پیشرفت در راستای دستیابی به هدف ۶۲۵۰۰۰ نفر SDG نیاز خواهد بود. شواهد قدرتمندی وجود دارند که نشان می‌دهند مداخلات و اقدامات دولتی موثر هستند که راز موفقیت آن‌ها اطمینان حاصل کردن از بکارگیری‌شان است. جدیدترین اعلامیه مجمع عمومی سازمان ملل که نقش همکارانه WHO برای نظام سازمان ملل و دهه اقدام برای ایمنی جاده‌ها ۲۰۱۱-۲۰۲۰ را به رسمیت می‌شناسد، اولویت‌های استراتژیک برای پیشرفت به سوی اهداف SDG در زمینه ایمنی جاده را به شرح زیر تعیین کرده است:

- تصویب و اعمال قوانین جامع در مورد عوامل خطر کلیدی: قوانین برای بررسی سرعت و نوشیدن الکل هنگام رانندگی و اطمینان از بکارگیری کلاه ایمنی موتورسیکلت، کمربند ایمنی و محدودیت‌های کودکان نیاز است تصویب و اعمال شود و توسط تعهد و بودجه دولتی حمایت شوند.
- ایجاد زیرساخت جاده‌ای امن‌تر برای عابران و دوچرخه سواران: نیازهای کاربران جاده‌ها باید در سیاست‌های ایمنی جاده‌ها، برنامه‌ریزی حمل و نقل و کاربری زمین مورد توجه قرار گیرد. به‌طور خاص دولت‌ها باید اینکه چگونه اشکال غیرموتوری حمل و نقل می‌تواند در سیستم‌های حمل و نقل پایدارتر و ایمن‌تر ادغام شود را هم در نظر داشته باشند.
- بهبود استاندارد خودروها: دولت‌ها باید اطمینان حاصل کنند که خودروهای در حال استفاده هنوز به خوبی کار می‌کنند و منطبق با استانداردهای بین‌المللی شامل استانداردهای آزمایش تصادف هستند.
- بهبود مراقبت دوره پس از تصادف: سازوکاری که قربانیان تصادفات جاده‌ای بعد از تصادف با آن روبرو می‌شوند، شانس و کیفیت زنده ماندن آن‌ها را تعیین می‌کند. ارتباطات سریع

و فعال کردن سیستم پاسخ‌دهی، پاسخ‌آنی و ارزیابی موثر، درمان و انتقال افراد آسیب دیده به مراکز مراقبت رسمی (در صورت لزوم) اساسی است.

## خشونت و قتل

در حدود ۴۷۵۰۰۰ مرگ طی سال ۲۰۱۲ در سطح جهان در نتیجه خشونت میان افراد (قتل) روی داده است<sup>(۵)</sup>. چهار از پنج مورد مرگ‌های ناشی از قتل مردها بودند و بیشتر آنها در رده سنی ۱۵ تا ۴۴ ساله قرار داشتند که باعث می‌شود قتل در رتبه سوم دلایل مرگ در این گروه سنی قرار بگیرد. در سطح جهانی تقریباً ۲۸ درصد قتل‌های زنان توسط همسران آنها روی می‌دهد در حالی که تنها ۶ درصد از قتل مردان توسط همسران آنها صورت می‌گیرد<sup>(۵، ۲۴)</sup>. تفاوت بسیار زیادی در نرخ قتل بین مناطق مختلف وجود دارد.

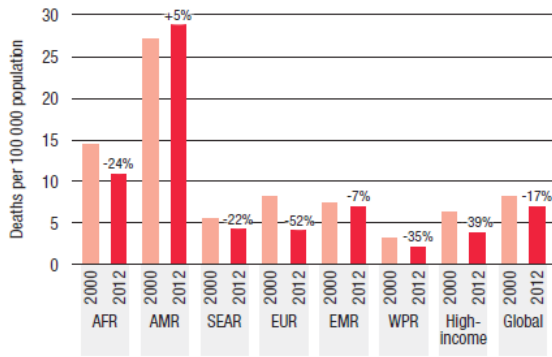
قربانیان خشونت‌های غیر کشنده بسیار بیشتر از قربانیان قتل هستند. در حالی که مردان جوان تا میانسال عموماً نرخ بالاتری از خشونت غیر کشنده را در قیاس با دیگران تجربه می‌کنند، زنان، کودکان و و افراد مسن نیز از نوعی عواقب غیر کشنده خشونت فیزیکی و سو استفاده جنسی و روانی رنج می‌برند. تقریباً یک چهارم همه بزرگسالان در هنگام کودکی مورد سو استفاده جنسی قرار گرفته‌اند در حالیکه ۱۸ درصد زنان گزارش داده‌اند که در کودکی مورد سو استفاده جنسی قرار گرفته‌اند<sup>(۵)</sup>. خشونت علیه زنان بسیار رایج بوده و اشکال زیادی دارد از جمله خشونت انجام شده توسط شریک زندگی، خشونت جنسی توسط انواع مجرمان، قاچاق انسان برای اهداف جنسی، قتل بخاطر ناموس یا مهریه و بچه زود هنگام و ازدواج اجباری (فصل چهار را ببینید). حدود یک سوم زنان گزارش داده‌اند که قربانی خشونت جسمی یا جنسی توسط شریک زندگی‌شان در مقطعی از زندگی بوده‌اند<sup>(۲۵)</sup>.

## روندها

در طی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۲ کاهش قابل توجهی در نرخ قتل صورت گرفت (شکل ۸،۸) که تخمین زده می‌شود حدود ۱۷ درصد در سطح جهانی کاهش داشته است (از ۸،۰ به ۶،۷ در ازای هر ۱۰۰۰۰ جمعیت) و در کشورهای با درآمد بالا این مقدار چشمگیر و به میزان ۳۹ درصد بوده است (از ۶،۲ به ۳،۸ در ازای ۱۰۰۰۰ جمعیت). در کشورهای با درآمد کم و متوسط منطقه اروپا، نرخ قتل به میزان شدیدتری کاهش یافته است؛ از سال ۲۰۰۰ به نصف رسیده است. در چندین منطقه دیگر، کاهش متوسط مشاهده شد البته بجز کشورهای کم درآمد و درآمد متوسط منطقه آمریکا که در آنها نرخ قتل

همچنان بسیار بالا است.

شکل ۸-۸: روند نرخ قتل در سطح مناطق و جهان؛ ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۲<sup>(۶)</sup>



تغییرات در طی دوره در بالای هر شکل میله ای نشان داده شده است

تفاوت‌ها در سطح بین مناطق تعجب برانگیز است. کشورهای دارای درآمد کم و متوسط منطقه آمریکا ۲۸،۵ قتل در ازای هر ۱۰۰۰۰ جمعیت را دارند. این چهار برابر بیشتر از میانگین جهانی و ۱۴ برابر بیشتر از همین مسئله در کشورهای دارای درآمد پایین و متوسط منطقه اقیانوس آرام است که در آنها میزان قتل سالیانه ۲،۱ به ازای ۱۰۰۰۰ جمعیت می‌باشد. خشونت جنایی سازمان یافته و خشونت مربوط به مواد مخدر غیرقانونی نقش مهمی در افزایش نرخ قتل در بعضی از کشورهای آمریکای لاتین و آمریکای مرکزی دارند<sup>(۱۳)</sup>.

در سطح جهانی تقریباً نیمی از قتل‌ها توسط سلاح گرم روی می‌دهند اما روش‌های قتل بر حسب منطقه به نحو قابل توجهی متفاوت می‌باشد. به عنوان مثال قتل توسط سلاح گرم عامل ۷۵ درصد تمام قتل‌ها در کشورهای با درآمد پایین و متوسط منطقه آمریکا می‌باشد ولی تنها ۲۳ درصد در کشورهای کم درآمد و درآمد متوسط منطقه غربی اقیانوس آرام توسط سلاح گرم روی می‌دهد.

## تحولات مثبت

کمتر از یک سوم کشورها گام‌هایی برای اجرای استراتژی‌های و پایندی به آن در راستای کاهش خشونت برداشته‌اند که شامل موارد زیر می‌شود<sup>(۱۴)</sup>:

- افزایش روابط ایمن، پایدار و محبت آمیز بین کودکان والدین یا مراقبین آنها
- توسعه مهارت‌های زندگی در کودکان و بزرگسالان
- کاهش در دسترس بودن و استفاده بی رویه از الکل
- کاهش دسترسی به سلاح گرم، چاقو و سم (به ویژه



آفت کش‌ها)

- در حالی که تقریباً همه کشورهای دارای قوانین ملی در زمینه کنترل سلاح گرم هستند، اجرای این قوانین معمولاً مناسب نبوده و کشورهای کمی گزارش داده‌اند که دارای برنامه‌های کنترل سلاح گرم ویژه مانند بازخرید اسلحه و جمع‌آوری سلاح‌های گرم و برنامه‌های نابودسازی هستند.

- در دسترس بودن خدمات برای شناسایی، ارجاع، محافظت و حمایت از قربانیان به نحو قابل توجهی متغیر است.

- تخمین‌های شیوع خشونت توسط همسر به نحو قابل توجهی در کشورهای دارای درآمد کم و متوسط منطقه آمریکا، منطقه مدیترانه شرقی و منطقه جنوب شرق آسیا در مقیاسه با سایر مناطق جهان بالا است (شکل ۸، ۹) اما تنها نیمی از کشورهای این مناطق در حال اجرای استراتژی‌های وسیع تعییر هنجارهای اجتماعی و فرهنگی برای پاسخ به مساله خشونت جنسی و جسمی از سوی شریک زندگی هستند.

- در بسیاری از مناطق خشونت از سوی شریک زندگی علیه زن و بدرفتاری با کودک از لحاظ اجتماعی مقبول بوده و غالباً از آن چشم‌پوشی می‌شود.

- تبعیض علیه زنان و دختران از جمله در امور قانون‌گذاری همچنان از تلاش‌ها برای حل مسئله خشونت علیه زنان و دختران می‌کاهد

- تحقیقات ملی که در زمینه خشونت علیه کودکان در آفریقا اجرا شد، نرخ بالای سواستفاده جسمی، جنسی و احساسی در دوره کودکی را نشان داد.

- پیشگیری از خشونت نیازمند واکنشی چندبخشی است اما تعداد کمی از کشورها سازمان‌های پیشرو در زمینه هماهنگی فعالیت‌های بخش‌های مختلف و تهیه گزارش‌های دوره‌ای پیشرفت دارند.

- ارتقا برابری جنسیتی و توانمندسازی زنان

- تغییر آن دسته از هنجارهای فرهنگی که از خشونت حمایت می‌کنند

- شناسایی، مراقبت و حمایت از قربانیان

- شناسایی و تعقیب قانونی افراد سو استفاده‌گر برای کاهش فرهنگ مصونیت.

مشخص نیست چه میزان از مداخلات در کاهش مشاهده شده قتل از سال ۲۰۰۰ به بعد نقش داشته‌اند. قتل نیز مانند بیشتر اشکال خشونت بین فردی به شدت مرتبط با تعیین کننده‌های اجتماعی مانند هنجارهای اجتماعی، نابرابری جنسیتی، فقر و بی‌کاری و سایر عوامل خطر است.<sup>(۵)</sup>

## چالش‌ها

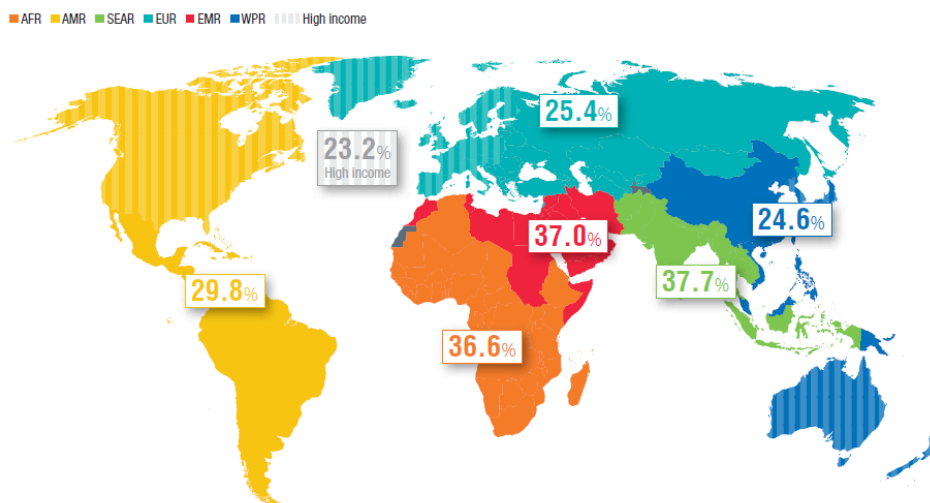
گزارش وضعیت جهانی در زمینه پیشگیری از خشونت سال ۲۰۱۴ و گزارش تخمین‌های جهانی و منطقه‌ای در مورد خشونت علیه زنان در سال ۲۰۱۳ چندین نگرانی‌های اصلی را شناسایی کرده‌اند:

- نرخ قتل بسیار بالای ادامه‌دار در کشورهای با درآمد پایین و متوسط منطقه آمریکا

- کشورهای معدودی در حال اجرای معیارهای سیاست‌گذاری اجتماعی، اقتصادی و آموزشی در مورد عوامل خطر اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی در رابطه با خشونت هستند.

- قوانین پیشگیری از خشونت به طور گسترده‌ای به تصویب رسیده‌اند اما اجرای آن‌ها اغلب نامناسب است

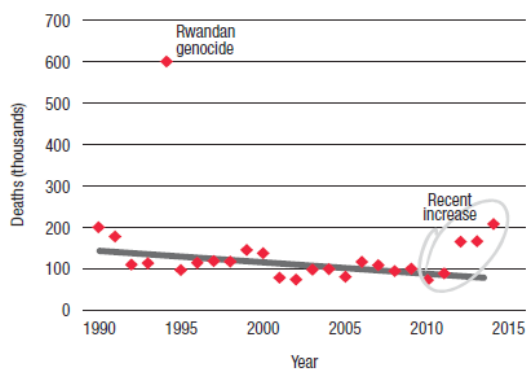
شکل ۹-۸: شیوع خشونت شریک زندگی در سطح مناطق؛ ۲۰۱۰<sup>(۸)</sup>



بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۱ کاهش در تعداد و شدت جنگ‌ها و منازعات مشاهده شد<sup>(۱۲، ۱۱)</sup>. بر اساس گزارش امنیت بشر<sup>۲</sup> در سال ۲۰۱۳ تعداد کل منازعات از سال ۱۹۹۲ تا ۲۰۱۱ به میزان ۴۰ درصد کاهش یافته است. منازعات شدید پس از پایان جنگ سرد از نصف هم کمتر شده است در حالیکه همچنین ارقام تروریسم، نسل‌کشی و قتل‌های پلین هستند<sup>(۱۱)</sup>.

تخمین‌های WHO از مرگ‌های ناشی از منازعات مستقیم (مرگ ناشی از جراحت) در سطح جهان به میزان قابل توجهی به سال وابسته است اما از لحاظ آماری به نحو معناداری کاهش متوسطی در طی سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ در حد ۲ درصد در سال مشاهده شد البته اگر نسل‌کشی سال ۱۹۹۴ رواندا را در نظر بگیریم (شکل ۱۰-۸).

شکل ۱۰-۸: روند مرگ ناشی از آسیب به علت منازعات؛ ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۴<sup>(۲۶)</sup>



البته از سال ۲۰۱۱ به بعد مرگ‌های ناشی از منازعات رو به بالا بوده است که تا حد زیادی به دلیل افزایش میزان منازعات در خاورمیانه می‌باشد (شکل ۱۱-۸) (۱۳، ۲۶). سطح مرگ و میر ناشی از منازعات در سال ۲۰۱۵ ممکن است مشابه یا بیشتر از مقدار سال ۱۹۹۰ شود. تخمین زده شده است که در سال ۲۰۱۴ حداقل ۱۷ مناقشه به وجود آمد که هر کدام منجر به مرگ بیشتر از ۱۰۰۰ نفر شده است؛ با ۱۵ نفر در سال ۲۰۱۳ مقایسه کنید<sup>(۲۶)</sup>. مناقشات مداوم در افغانستان، عراق و سوریه عامل تعداد قابل توجهی از مرگ‌های ناشی از منازعات می‌باشند و تخمین‌ها حاکی از این هستند که دو سوم مرگ‌های ناشی از منازعات جهانی در سال ۲۰۱۴ در این سه کشور روی داده است. به علت افزایش مداوم منازعات مداوم در نیجریه با گروه‌های مسلح بوکوحرام در یک سال گذشته میزان مرگ دو برابر شده است و چهارمین کشور از نظر میزان بالای مرگ ناشی از منازعات و جنگ بعد از افغانستان، عراق و سوریه می‌

چشم‌انداز پیشگیری از خشونت در سطح جهان در دوره پس از ۲۰۱۵ این است که خشونت بین فردی را در طی ۳۰ سال آینده به نصف می‌رساند. در حالی که این مسئله به بلند پروازی اهداف توسعه پایدار نیست<sup>(۱۹، ۲۰)</sup> که تلاش می‌کنند تا اشکال مختلفی از خشونت را تا ۱۵ سال آینده حذف کنند. این چشم‌انداز در راستای اهداف توسعه پایدار ۵ و ۱۶ است که به نحو مشخصی کاهش خشونت را مد نظر دارند.

آژانس‌های متعددی در سازمان ملل همچون WHO، UNICEF، UNDP، UNODC، UNESCO سازمان ملل<sup>۱</sup> و همچنین مجمع عمومی سازمان ملل روی کاهش خشونت به عنوان یک اولویت تمرکز کرده‌اند.

در سال ۲۰۱۴ مجمع سلامت جهانی توجه را به نقش مهم نظام‌های سلامت در برخورد با خشونت به ویژه بر علیه زنان، دختران و کودکان جلب نمود و از مدیر کل WHO تقاضا کرد تا برنامه‌ای جهانی جهت اقدام برای تقویت نقش نظام سلامت در برخورد با خشونت میان فردی به ویژه بر علیه زنان و دختران و کودکان ارائه کند.

قرار است یک برنامه اقدام ۱۵ ساله جهانی در زمینه تقویت نقش نظام سلامت در برخورد با خشونت میان فردی به ویژه بر علیه زنان، دختران و کودکان ارائه شود که توسط دولت‌های عضو WHO در ماه می سال ۲۰۱۶ مجمع سلامت جهانی مدنظر قرار بگیرد. این برنامه شامل در نظر گرفتن چهار بعد استراتژیکی برای برخورد با خشونت به ویژه بر علیه زنان، دختران و کودکان می‌شود<sup>(۱۸)</sup>:

- تقویت رهبری و هدایت نظام‌های بهداشتی
- تقویت ارائه خدمات بهداشتی و ظرفیت کارکنان درمانی در واکنش به خشونت
- تقویت برنامه‌ریزی برای پیشگیری
- بهبود تحقیقات و اطلاعات.

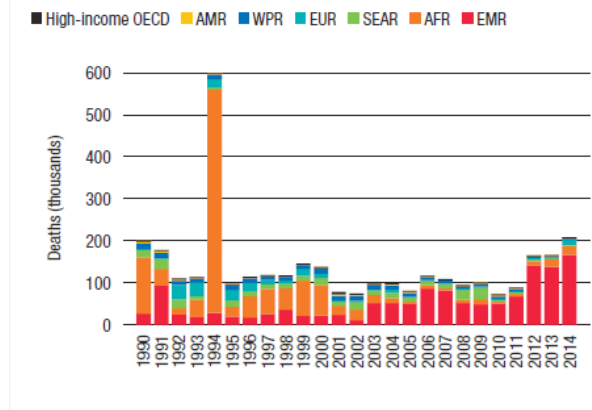
## جنگ و منازعات

در سال ۲۰۱۲ حداقل ۱۶۴۰۰۰ نفر در اثر جنگ و منازعات کشته شدند که در حدود ۳ درصد مرگ‌های جهانی را تشکیل می‌دهد و این میزان به بیشتر ۲۰۰۰۰۰ مرگ ناشی از منازعات در سال ۲۰۱۴ افزایش یافته است<sup>(۲۶، ۲)</sup>. تخمین‌ها شامل مرگ‌های ناشی از تأثیرات غیرمستقیم جنگ و منازعات در شیوع بیماری، سوء تغذیه و از هم فروپاشی خدمات بهداشتی نمی‌شود.

1.UN Women

باشد. سودان و سودان جنوبی نیز از منازعاتی که در کشورهای آفریقایی افزایش یافته‌اند، رنج می‌برند. شواهد و مدارک زیادی در ارتباط نرخ بالای خشونت جنسی علیه زنان در موقعیت‌های جنگ و منازعات وجود دارد (۲۷).

شکل ۱۱-۸: روند مرگ ناشی از آسیب به علت منازعات در سطح مناطق؛ ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۴ (۲۶)



## تحولات مثبت

علی‌رغم افزایش اخیر در منازعات خشن، می‌توان چند دلیل برای کاهش تعداد جنگ‌ها و سطح خشونت ناشی از منازعات از زمان پایان جنگ دوم جهانی به بعد اشاره کرد<sup>(۱۱)</sup>

- مشارکت جهانی: ممنوعیت هنجاری قدرتمند علیه استفاده از نیروی نظامی - بجر در زمینه دفاع از خود یا تحریم توسط شورای امنیت سازمان ملل. این مسئله در عین حال شامل تاکید بیشتر بر حفظ صلح، ایجاد صلح و ایجاد انگیزه‌های ایجاد صلح می‌باشد.
- عوامل اقتصادی: افزایش وابستگی متقابل اقتصادی (جهانی سازی) و افزایش توسعه اقتصادی.
- افزایش دموکراسی: این امر ممکن است با کاهش تمایل ملی برای جنگ‌های تهاجمی مرتبط باشد
- افزایش ظرفیت دولت‌ها: به معنی دسترسی به منابع بیشتر برای رسیدگی به شکایات و جلوگیری از خشونت
- مناقشات کمتر در مقیاس جهانی: نمونه‌ها شامل جنگ جهانی دوم، ضد مستعمرات و جنگ سرد.

## چالش‌ها

موقعیت‌های حساس منازعه/ بعد از منازعه: این موقعیت‌ها نشان‌دهنده بزرگترین چالش‌ها در توسعه جهان امروز هستند. در هر دو حالت سطح فقر معمولاً بالا و سطح رفاه پایین است. همچنین پایداری و هماهنگی اجتماعی مورد نیاز توسعه دچار

مشکل است و معمولاً هیچ موسسه قدرتمند و قانونی برای بررسی فقر و مدیریت منازعات وجود ندارد. در بیشتر این نواحی منازعات خشونت بار عموماً دوباره ظهور می‌کنند که منجر به فقر، تضعیف انسجام اجتماعی و فرسایش موسسات می‌شود<sup>(۲۸)</sup>.<sup>(۲۹)</sup> هر منازعه تا حدی متفاوت از دیگری است اما بحران‌هایی شامل بحران‌های طولانی و مهار نشدنی خاور میانه، اثرات باقیمانده از جنگ سرد و جدایی فرقه‌های مذهبی به قوت خود باقی هستند. همچنین بسیاری از منازعات توسط عللی پنهانی چون فقر، مدیریت ضعیف، غفلت و نارضایتی‌های محلی هدایت می‌شوند.

عوامل سیاسی، اجتماعی: این موارد شامل افزایش در تعداد و شدت منازعات در پنج سال گذشته در منطقه آفریقا و منطقه مدیترانه شرقی می‌باشد. در ضمن بخش‌های افراطی مذهب در بسیاری از منازعات وارد شده است از جمله بالاگرفتن جنگ فراملی مرتبط با چندین قرائت خاص از اسلام که که ممکن است به نوبه خود بخشی از آن توسط رکود اقتصادی و بیکاری در کنار رشد جهانی شدن تحریک شده باشد. خطر تروریسم هسته‌ای و شیمیایی نیز بیشتر شده است.

تاثیرات معکوس بر کنترل بیماری و تغذیه: جنگ و منازعه مانع حفظ مداخله‌های سلامت عمومی و خدمات بهداشتی می‌شود و همچنین موانع مهمی در زمینه تلاش برای از ریشه کنی، حذف و یا کنترل بیماری‌هایی مانند مالاریا و HIV ایجاد می‌کند. فلج اطفال تا حد زیادی نمونه کاملی است: جنگ بر علیه این ویروس کاملاً بر مناطق جنگی مانند افغانستان و پاکستان متمرکز شده است. همچنین جنگ و منازعه اثر معکوس بر اقتصاد و معیشت مردم دارند و می‌توانند باعث سو تغذیه و قحطی‌های جدی شوند.

## اولویت‌های استراتژیک

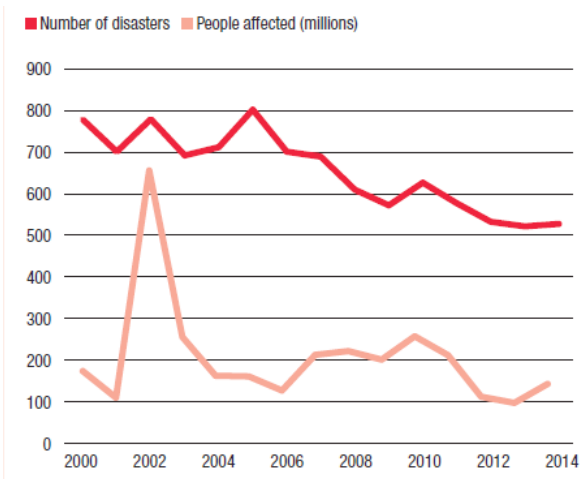
SDG ۱۶ شامل "توسعه جوامع صلح آمیز و همگانی برای توسعه پایدار، ارائه دسترسی به عدالت برای همه، ایجاد موسساتی کارآمد، قدرتمند و همگانی در تمام سطوح" می‌باشد. دو هدف اول شامل موارد زیر می‌شوند:

- کاهش معنادار همه اشکال خشونت و نرخ مرگ و میر مربوطه در همه جا
- خاتمه دادن به سو استفاده، بهره برداری و قاچاق و همه اشکال خشونت علیه و آزار کودکان.

برای شکستن چرخه‌های ناامنی و کاهش خطر روی دادن مجدد آن‌ها، اصلاح‌گران ملی و همکاران بین‌المللی آن‌ها باید موسساتی قانونی تاسیس کنند که بتوانند سطح مشخصی از امنیت برای شهروندان ایجاد کنند و عدالت و شغل در جوامع و مجازات منصفانه برای گروه‌هایی که ممکن است در غیر این صورت در خشونت مسلحانه در قیاس با فعالیت‌های قانونی

شکل ۱۲-۸

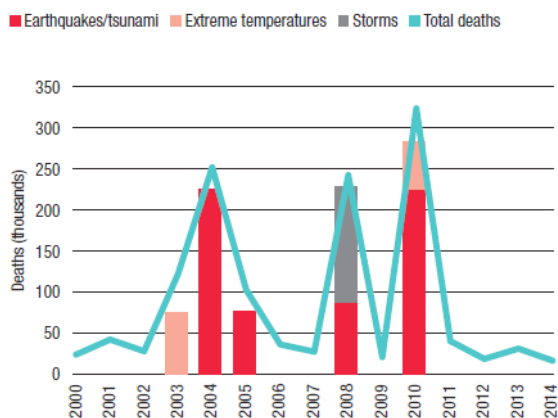
تعداد بلایای گزارش داده شده و افراد تحت تاثیر آن؛ ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۴



تعداد کل مرگ‌ها در سال ۲۰۱۴ کمترین میزان بود اما روند بلندمدت مرگ و میر تحت تاثیر رویدادهای غالب قرار دارد (شکل ۱۳-۸) (۳۰). چندین بلای طبیعی غالب هر یک بیش از ۵۰۰۰۰ نفر را در یک سال کشته‌اند: سونامی اقیانوس هند در سال ۲۰۰۴ و زلزله هایتی در سال ۲۰۱۰، گردباد میانمار در سال ۲۰۰۸ و تغییر شدید دمایی در اروپا طی سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۱۰.

در بیش از یک میلیون مرگ ناشی از بلایا در طی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۴، ۶۱ درصد در آسیا اتفاق افتاد که ۶۰ درصد جمعیت جهان در آن زندگی می‌کند و ۲۰ درصد در آمریکا، آفریقا (۶ درصد) و اقیانوسیه (کمتر از ۱ درصد مرگ‌ها) دارای سهم بسیار کمتری بودند.

شکل ۱۳-۸: روند گزارش تعداد مرگ به علت بلایا همراه با نوع بلایا در صورتی که مرگ‌ها به بیشتر از ۵۰ هزار در یک سال رسیده باشد؛ ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۴



احترام و رسمیت بیشتری به دست آورند، ارائه دهند.<sup>۲۹</sup>

در ماه می سال ۱۹۹۸، پنجاه و یکمین مجمع سلامت بین المللی نقش WHO در زمینه سلامت به عنوان پلی برای صلح در سلامتی برای همه در استراتژی‌های قرن ۲۱ را پذیرفت. در ساختارهای شکننده و تحت تاثیر منازعات، سلامتی می‌تواند به عنوان یک نقطه ورود مهم که همه ذی نفعان را متحد می‌کند، به کار رود. سرمایه‌گذاری در سلامت می‌تواند به نحو بالقوه‌ای در ساخت دولت‌ها نقش داشته باشد و شاید برای بالا بردن مشروعیت ملی و محلی به کار رود. ضروری است که با جوامع محلی و بازیگران غیر دولتی در راستای بازسازی یا حفظ عملکرد نظام سلامت، اطمینان داشتن از کنترل بیماری، مدنظر قرار دادن نیاز گروه‌های تحت تاثیر همچون زنان و کودکان، فراهم نمودن دسترسی به خدمات جامعی مانند سلامت تولیدمثل و جنسی و سلامت ذهنی و مراقبت روانی، حفظ تامین مالی سلامت و مراقبت از کارکنان بخش سلامت همکاری داشته باشد. SDG چارچوبی جهانی برای تمرکز و اقدام بیشتر در کشورهای دارای منازعه و پس از منازعه ارائه می‌دهد. این امر نیازمند تلاش‌های یکپارچه بیشتر سلامت و بخش‌های دیگر و حمایت‌های انسان دوستانه و توسعه می‌باشد.

## بلایا

بلایا معمولاً با خساراتی همراهند که شامل آبی (سیل و رانش زمین)، هوایی (تغییر دمای شدید و طوفان)، آب و هوایی (خشکسالی‌ها و آتش‌سوزی‌های مهار نشدنی) و پدیده‌های ژئوفیزیکی (مانند زمین لرزه/سونامی، فوران آتشفشان و حرکت توده‌های خشک) می‌شود. بلایای مرتبط با آب و هوا به ترتیب ۴۷ درصد و ۳۶ درصد از همه بلایای طبیعی در سال ۲۰۱۴ بودند. از لحاظ جهانی ۳۲۴ بلای طبیعی در سال ۲۰۱۴ ثبت شد که با ۱۴۱ میلیون قربانی و ۷۸۲۳ مرگ همراه بود (۳۰). بلایای غیرطبیعی نظیر بلایای صنعتی و حمل و نقل نیز عامل ۴۰ درصد همه انواع بلایا در سال ۲۰۰۴ بودند اما بر تعداد کمی از افراد تاثیر داشتند و بیشتر محلی بودند.

## روندها

در طی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۴ به طور میانگین ۸۶۵۰۰ نفر هر ساله توسط بلایای طبیعی کشته شدند (که شامل خطرات زیستی می‌شوند). از سال ۲۰۰۰ حداقل ۶۵۶ بلای طبیعی و غیرطبیعی هر ساله روی داده‌اند و به میزان کمتر در طی سال‌های ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۴. در سال ۲۰۱۳ تعداد افراد تحت تاثیر در پایین‌ترین حد ممکن از سال ۱۹۹۷ به بعد قرار گرفت (شکل ۱۲، ۸).



## تحولات مثبت

**چارچوب جهانی برای اقدام:** چارچوب هیوگو برای اقدام<sup>۳</sup> طی سال ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۵ پایه‌ای برای بنیان‌مدیریت خطر در درون نظام‌های سلامت ارائه داد که تمرکز بیشتر روی پیشگیری از جمله کاهش مواجهه و آسیب‌پذیری را تضمین کرد در حالی که آمادگی، واکنش و بهبود را نیز مدنظر قرار می‌دهد. ساز و کارهای بین‌المللی برای توصیه استراتژی، توسعه همکاری و مشارکت برای کاهش خطر بلایا - مانند پلتفرم جهانی برای کاهش خطر بلایا<sup>۴</sup> و پلتفرم منطقه‌ای برای کاهش خطر بلایا - و همچنین سایر انجمن‌های بین‌المللی و منطقه‌ای مربوطه برای همکاری در توسعه سیاست‌ها و استراتژی‌های کشور و پیشبرد دانش و یادگیری متقابل کارآمد بوده‌اند.

**اقدام کشور:** بسیاری از کشورها (۸۵ درصد) دارای آمادگی اورژانسی ملی و سیاست پاسخ هستند و دو سوم کشورها دارای سیاست آمادگی و واکنش اورژانسی بخش سلامت هستند<sup>(۶)</sup>. ۱۳۰ دولت عضو در گزارش خود به WHO ذکر کرده‌اند که دارای "برنامه‌های آمادگی و واکنش اورژانسی"<sup>۵</sup> هستند.

در سطح جهانی ۷۹ کشور گزارش دادند که در حال اجرای طرح‌های بیمارستان ایمن هستند که اقدامات مشخصی در راستای اجرای چارچوب سندای برای کاهش خطر بلایا<sup>۶</sup> ۲۰۱۵ تا ۲۰۳۰ ارائه می‌کنند. WHO در ۲۰ سال گذشته بیمارستان‌های ایمن‌تر را ارتقا داده است<sup>(۳۱)</sup> و شواهد موفقیت آن وجود دارد. به عنوان مثال بیمارستان‌ها در دره کاتماندو<sup>۷</sup> بلافاصله پس از زمین لرزه نپال (آوریل و می سال ۲۰۱۵) شروع به کار کردند و زندگی افراد را نجات دادند.

در حالی که تعداد سیل‌ها در حال افزایش است، مرگ و میر ناشی از آن کاهش پیدا کرده است. این احتمالاً بازتاب‌دهنده بهبود در توسعه شرایط در کشورهای دارای درآمد کم و متوسط و هشدار اولیه بهتر، آمادگی در برابر بلایا و واکنش بخش‌های بهداشتی و سایر بخش‌ها می‌باشد<sup>(۳۲)</sup>.

## چالش‌ها

**بلایا زیاد اتفاق می‌افتند:** به صورت متوسط تقریباً یک بلای مهم در پایگاه داده‌های جهانی هر روز بر روی زمین ثبت شده و شدت آن در برخی موارد به علت تغییر آب و هوا ممکن است در حال افزایش باشد.

**اثرات بزرگ اقتصادی:** بسیاری از کشورها، به ویژه کشورهای

دارای درآمد کم و متوسط که مرگ و میر و خسارات اقتصادی حاصل از بلایا در آن‌ها به‌طور نامتناسبی بالاتر است، در حال تقلا در جهت پاسخ به نیازهای مالی، تدارکاتی و انسان‌دوستانه برای جبران خسارات ناشی از بلایا می‌باشند.

**نبود سیاست‌های کشوری و خدمات مراقبت اورژانسی ضعیف:** یک سوم کشورها دارای هیچ نوع سیاست جاری برای آمادگی و واکنش اورژانسی بخش سلامت نیستند<sup>(۶)</sup>.

**مقابله با محرک‌های خطر بلایا:** تلاش‌های بیشتری برای کاهش مواجهه و آسیب‌پذیری و همچنین برای مقابله با محرک‌های خطر بلایای اساسی مانند عواقب فقر و نابرابری، تغییرات آب و هوایی، شهرنشینی بدون برنامه‌ریزی و سریع و کاربری ضعیف زمین نیاز است.

## اولویت‌های استراتژیک

دستور کار توسعه پس از سال ۲۰۱۵ فرصت منحصربه‌فردی برای جامعه جهانی در جهت افزایش انسجام در سیاست‌ها، نهادها، اهداف، شاخص‌ها و نظام‌های اندازه‌گیری برای پیاده‌سازی فراهم می‌کند. هدف SDG d.۳ در تلاش برای توانمندسازی ظرفیت کشور برای هشدار زود هنگام، کاهش خطر و مدیریت خطرهای سلامت ملی و جهانی می‌باشد که هم راستای بکارگیری رویکرد جامع همه خطرها برای ایجاد ظرفیت‌های کشوری در مدیریت اورژانسی خطر و بلایا در سلامت است. این با چندین قطعنامه WHO مرتبط است که از دولت‌های عضو می‌خواهد برنامه‌های پیشگیری، آمادگی، واکنش و بازیابی اضطراری ملی و انعطاف نظام‌های سلامت را ارتقا دهند<sup>(۳۴-۳۳)</sup>.

چارچوب سندای برای کاهش خطر بلایا ۲۰۱۵ تا ۲۰۳۰ به عنوان بخشی از دستور کار پس از سال ۲۰۱۵ در تلاش برای کاهش متنابوب خطر بلایا و خسارات از طریق اقدامات یکپارچه و چندبخشی برای پیشگیری از بلایای جدید، کاهش خطر بلایای موجود، کاهش مواجهه با خطر و افزایش آمادگی برای واکنش و بازیابی می‌باشد<sup>(۲۱)</sup>. این چارچوب، سلامتی را در مرکز سیاست جهانی و اقدام برای کاهش ریسک بلایا قرار می‌دهد<sup>(۳۵، ۳۶)</sup> و رویکرد همه خطرات از جمله اپیدمی‌ها و پاندمی‌ها همراه با قلمروی آن‌ها را در بردارد.

چارچوب سندای برای بهبود انعطاف نظام‌های سلامت ملی پیشنهاد می‌کند که استراتژی‌های کاهش خطر بلایا در تمام ابعاد ارائه خدمات مراقبت سلامت ادغام شوند (اولیه، ثانویه و ثالثیه). WHO با دولت‌های عضو و ذی‌نفعان در جهت توسعه چارچوب سیاست‌های مدیریت خطر بلایا در موقعیت‌های اورژانسی سلامت<sup>(۸)</sup> (EDRM-H) همکاری کرده است که بر

3. The Hyogo Framework for Action

4. Global Platform for Disaster Risk Reduction

5. emergency preparedness and response programmes

6. Sendai Framework for Disaster Risk Reduction

7. Kathmandu valley

اساس رویکرد مدیریت یکپارچه و جامع ریسک می‌باشد و به مجموعه‌ایی از مراحل نزدیک به هم در زمینه پیشگیری/کاهش، آمادگی، پاسخ و بازیابی اشاره دارد<sup>(۳۷)</sup>. بنا است این به یک سیاست فراگیر در مورد همه نوع خطرات تبدیل شود.

## یادداشت‌ها و منابع:

1 Global report on drowning: preventing a leading killer. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/global\\_report\\_drowning/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/global_report_drowning/en/), accessed 17 September 2015).

2 Global Health Estimates: deaths, disability-adjusted life year (DALYs), years of life lost (YLL) and years lost due to disability (YLD) by cause, age and sex, 2012–2000. Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/), accessed 21 September 2015).

3 Global status report on road safety 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/2015/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2015/en/), accessed 23 October 2015).

4 A business case for safer roads. London: International Road Assessment Programme (<http://www.irap.org/en/about-irap2/-a-business-case-for-safer-roads>, accessed 17 September 2015).

5 Global status report on violence prevention 2014. Geneva, New-York (NY) and Vienna: World Health Organization, United Nations Development Programme and United Nations Office on Drugs and Crime; 2014 ([http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/status\\_report/2014/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/), accessed 17 September 2015).

6 Graph uses WHO regional grouping with high-income OECD countries separated out (see Annex 1).

7 Injuries and violence: the facts. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/media/news/2015/Injury\\_violence\\_facts\\_2014/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/media/news/2015/Injury_violence_facts_2014/en/), accessed 17 September 2015).

8 Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, London and Tygerberg: World Health Organization, London School of Hygiene & Tropical Medicine and South African Medical Research Council; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/en/>, accessed 17 September 2015).

9 Cooper C, Selwood A, Livingston G. The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age and Ageing*. 60–151;(2)37;2008 (<http://ageing.oxfordjournals.org/content/151/2/37.full>, accessed 17 September 2015).

10 The International Disaster Database. Brussels: Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (<http://www.emdat.be/database>, accessed 25 September 2015).

11 Pinker S. *The better angels of our nature: why violence has declined*. New York (NY): Viking; 2011 (Abstract: <http://stevenpinker.com/publications/better-angels-our-nature>, accessed 17 September 2015).

12 Human security report 2013. The decline in global

violence: evidence, explanation and contestation. Vancouver: Human Security Press; 2014 ([http://www.hsrgroup.org/docs/Publications/HSR2013/HSRP\\_Report\\_140226\\_2013\\_Web.pdf](http://www.hsrgroup.org/docs/Publications/HSR2013/HSRP_Report_140226_2013_Web.pdf), accessed 16 September 2015).

13 Death toll in 2014's bloodiest wars sharply up on previous year. Project for the Study of the 21st Century; March 2015 (<https://projects21.files.wordpress.com/03/2015/ps-21-conflict-trends.pdf>, accessed 17 September 2015).

14 Violence prevention: the evidence. Geneva and Liverpool: World Health Organization and Centre for Public Health, John Moores University; 2010 ([http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/4th\\_milestones\\_meeting/publications/en/](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/publications/en/), accessed 17 September 2015).

15 Hyogo Framework for Action 2015–2005: building the resilience of nations and communities to disasters. Extract from the final report of the World Conference on Disaster Reduction (A/CONF.6/206). Geneva: United Nations Office for Disaster Risk Reduction; 2007 (<http://www.unisdr.org/we/inform/publications/1037>, accessed 28 August 2015).

16 Global assessment of national health sector emergency preparedness and response. Geneva: World Health Organization; 2008 ([http://www.who.int/hac/about/Global\\_survey\\_inside.pdf](http://www.who.int/hac/about/Global_survey_inside.pdf), accessed 28 August 2015).

17 Resolutions and UN Secretary-General's reports. United Nations Road Safety Collaboration. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/roadsafety/about/resolutions/download/en/index.html>, accessed 17 September 2015).

18 Resolution WHA67.15. Strengthening the role of the health system in addressing violence, in particular against women and girls, and against children. In: Sixty-seventh World Health Assembly, Geneva, 24–19 May 2014. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 34–2014:30 (WHA2014/67/REC/1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA-67/REC1/A2014\\_67\\_REC-1en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA-67/REC1/A2014_67_REC-1en.pdf), accessed 28 August 2015).

19 Krisch M, Eisner M, Mikton C, Butchart A. Global strategies to reduce violence by %50 in 30 years: findings from the WHO and University of Cambridge Global Violence Reduction Conference 2014. Cambridge: University of Cambridge; 2015 (<http://www.vrc.crim.cam.ac.uk/vrcpublications/cambridgewhoreport>, accessed 17 September 2015).

20 Eisner M, Nivette P. How to reduce the global homicide rate to 2 per 100,000 by 2060. In: Loeber R, Walsh B, editors. *The Future of Criminology*. New York (NY): Oxford University Press, 28–2012:219 (Abstract: <http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780199917938.001.0001/acprof-9780199917938-chapter28->, accessed 17 September 2015).

21 Sendai Framework for Disaster Risk Reduction –2015

2030. Geneva: United Nations Office for Disaster Risk Reduction; 2015 (<http://www.unisdr.org/we/inform/publications/43291>, accessed 28 August 2015).
- 22 WHO's six-year strategic plan to minimize the health impact of emergencies and disasters: 2019–2014. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://www.who.int/hac/ercm\\_strategic\\_plan\\_web.pdf](http://www.who.int/hac/ercm_strategic_plan_web.pdf), accessed 28 August 2015).
- 23 A/RES/269/68. Improving global road safety. Resolution adopted by the Sixty-eight United Nations General Assembly, New York, 10 April 2014 ([http://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/269/68](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/269/68), accessed 17 September 2015).
- 24 OECD 2013 Report on homicide. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2013 ([https://www.unodc.org/documents/gsh/pdfs/2014\\_GLOBAL\\_HOMICIDE\\_BOOK\\_web.pdf](https://www.unodc.org/documents/gsh/pdfs/2014_GLOBAL_HOMICIDE_BOOK_web.pdf), accessed 17 September 2015).
- 25 Includes contact and noncontact sexual violence (unwanted advances, harassment involving coercion).
- 26 Global Health Estimates: deaths by cause, age, and sex with provisional update to 2014 using methods and data sources found at: [http://www.who.int/entity/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalCOD\\_method\\_2012\\_2000.pdf?ua=1](http://www.who.int/entity/healthinfo/global_burden_disease/GlobalCOD_method_2012_2000.pdf?ua=1) (accessed 7 October 2015).
- 27 Vu A, Atif A, Wirtz A, Pham K, Rubenstein L, Glass N et al. The prevalence of sexual violence among female refugees in complex humanitarian emergencies: a systematic review and meta-analysis. *Plos Curr*. March 2014 (<http://currents.plos.org/disasters/article/the-prevalence-of-sexual-violence-among-female-refugees-in-complex-humanitarian-emergencies-a-systematic-review-and-meta-analysis/>, accessed 17 September 2015).
- 28 Twenty Fragile States Make Progress on Millennium Development Goals. Washington (DC): World Bank; 2013 (<http://www.worldbank.org/en/news/press-release/01/05/2013/twenty-fragile-states-make-progress-on-millennium-development-goals>, <http://post2015.org/tag/fragile-states/>, accessed 17 September 2015).
- 29 World development report 2011. Washington (DC): World Bank; 2011 ([http://siteresources.worldbank.org/INTWDRS/Resources/WDR2011\\_Full\\_Text.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTWDRS/Resources/WDR2011_Full_Text.pdf), accessed 17 September 2015).
- 30 Guha-Sapir D, Hoyois P, Below R. Annual Disaster Statistical Review 2014: the numbers and trends. Brussels: Centre for Research on the Epidemiology of Disasters; 2015 ([http://cred.be/sites/default/files/ADSR\\_2014.pdf](http://cred.be/sites/default/files/ADSR_2014.pdf), accessed 29 September 2015).
- 31 Safe hospitals and health facilities. Humanitarian Health in Action. Geneva: World Health Organization (<http://www.who.int/hac/techguidance/safehospitals/en/>, accessed 28 August 2015).
- 32 Field B, Barros V, Stocker T, Dahe Q, Jon Dokken D, Ebi K et al. Managing the risks of extreme events and disasters to advance climate change adaptation. Special report of the Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC). Cambridge and New York (NY): Cambridge University Press; 2012 ([https://www.ipcc.ch/pdf/special-reports/srex/SREX\\_Full\\_Report.pdf](https://www.ipcc.ch/pdf/special-reports/srex/SREX_Full_Report.pdf), accessed 28 August 2015).
- 33 Resolution WHA59.22. Emergency preparedness and response. In: Fifty-ninth World Health Assembly, Geneva, 27–22 May 2006. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2006:29–30 (WHA2006/59/REC/1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA-59REC1/e/WHA2006\\_59\\_REC-1en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA-59REC1/e/WHA2006_59_REC-1en.pdf), accessed 28 August 2015).
- 34 Resolution WHA64.10. Strengthening national health emergency and disaster management capacities and resilience of health systems. In: Sixty-fourth World Health Assembly, Geneva, 24–16 May 2011. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2011:21 (WHA2011/64/REC/1; [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA-64REC1/A64\\_REC-1en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA-64REC1/A64_REC-1en.pdf), accessed 28 August 2015).
- 35 The substantial reduction of disaster risk and losses in lives, livelihoods and health and in the economic, physical, social, cultural and environmental assets of persons, businesses, communities and countries.
- 36 Prevent new and reduce existing disaster risk through the implementation of integrated and inclusive economic, structural, legal, social, health, cultural, educational, environmental, technological, political and institutional measures that prevent and reduce hazard exposure and vulnerability to disaster, increase preparedness for response and recovery, and thus strengthen resilience.
- 37 Policy and strategies. Humanitarian Health Action. Geneva: World Health Organization ([http://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/policy\\_and\\_strategies/en/](http://www.who.int/hac/techguidance/preparedness/policy_and_strategies/en/), accessed 28 August 2015).





فصل نهم:

اهداف توسعه پایدار

بازتاب به کارگیری و چالش‌های  
سلامت

در ماه سپتامبر سال ۲۰۱۵ سران دولت‌ها و دولتمردان در مقر سازمان ملل واقع در شهر نیویورک با یکدیگر دیدار و در مورد نسل جدیدی از ۱۷ آرمان توسعه پایدار و ۱۶۹ هدف آن، موفقیت اهداف توسعه هزاره و هدایت توسعه جهانی طی ۱۵ سال آینده یعنی تا سال ۲۰۳۰ توافق نمودند.<sup>۱</sup>

اهداف توسعه پایدار که حاصل مشاوره جهانی و مذاکرات بلند مدت می‌باشند به دلیل جامعیت، قابلیت کاربرد در سطح جهانی و بلندپروازانه بودن به طور گسترده‌ای مورد استقبال قرار گرفته‌اند. اما در عین حال به دلیل یکسری بی‌دقتی‌ها و توصیف یک مدینه فاضله که دستیابی به آن غیرممکن است مورد انتقاد قرار گرفته است.<sup>۲</sup> در حالی که این مورد و سایر مکاتب فکری به دولت‌های عضو سازمان بهداشت جهانی عرضه خواهد شد، امکان دستیابی به یک رویکرد میانه که از SDG به‌عنوان یک فرصت برای تسریع پیشرفت به سمت سلامت، پوشش همگانی و توسعه انسانی استفاده خواهد نمود وجود دارد.

اهداف توسعه هزاره فرصتی بالقوه بااهمیت و هیجان انگیز برای سلامت جهانی فراهم نموده است. ایجاد یک روایت که به‌صورت شفاف فرصت‌ها، چالش‌ها و اهمیت عملیاتی SDG را برای سلامت توصیف نماید بسیار حیاتی است. این فصل نهایی به‌صورت مختصر توسعه SDG را توصیف می‌نماید، تفاوت‌های کلیدی میان SDG و MDG را توضیح می‌دهد. همچنین عناصر کلیدی جایگاه استراتژیک سازمان بهداشت جهانی و بخش سلامت به شکل عمومی در شناسایی این حقیقت که SDG دارای کاربردی کلیدی برای امور سازمان بهداشت جهانی، وزرای سلامت و شرکای جهانی و منطقه‌ای سلامت خواهد بود توصیف می‌شود.

## میراث اهداف توسعه هزاره

عموماً در این زمینه اتفاق نظر وجود دارد که اهداف توسعه هزاره موفقیت‌آمیز بوده‌اند. قطعاً اهداف توسعه هزاره در مقایسه با هرگونه تلاش و هدف بین‌المللی دیگری برای پیشرفت (در سلامت) اثرگذاری بیشتری داشته‌اند و عموماً شناخته شده‌تر نیز می‌باشند. در عین حال دوره اعمال آن‌ها - ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ - شاهد افزایش معنادار تامین مالی توسعه به ویژه در زمینه سلامت بوده است: کمک‌های توسعه از سال ۲۰۰۰ به بعد بیش از ۳ برابر افزایش یافته است و منابع مالی داخلی نیز به میزان قابل توجهی افزایش یافته‌اند.

موفقیت آن‌ها به صورت کلی به این مورد منتسب گردیده است که آن‌ها اقدامات جهانی را به یکسری اهداف محدود از نظر زمانی، قابل سنجش و ارتباطی محدود نموده‌اند. در حالی که انتقادهایی نسبت به در نظر نگرفتن بسیاری از وجوه توسعه (علاوه‌بر مواردی مانند رشد اقتصادی پایدار و تقویت بخش سلامت) و تمرکز بر موارد کلان به‌جای تمرکز بر دستاوردهای عادلانه مطرح شده است، اهداف توسعه هزاره به‌عنوان سنجه‌ای از پیشرفت در کشورهای در حال توسعه پذیرفته شده است.

این مورد که تا چه حد پیشرفت‌های قابل توجه در نتایج سلامت طی ۱۵ سال گذشته و افزایش در منابعی که دستیابی به این دستاوردها را میسر کرده‌اند مستقیماً مربوط به جنبه‌های مختلف اهداف توسعه هزاره می‌باشند نیاز به بررسی بیشتر دارد. با این حال دستاوردهای قابل توجهی حاصل شده است.<sup>۳</sup> به اهداف جهانی MDG در زمینه ایدز، سل و مالاریا دست یافته‌ایم. مرگ و میر کودکان از سال آمار پایه اهداف توسعه هزاره در سال ۱۹۹۰ تا ۵۳ درصد کاهش یافته و مرگ و میر

مادران نیز تا ۴۴ درصد کاهش یافته است. هرچند که تمام این ارقام کمتر از دو سوم و سه چهارم میزان مورد نظر می‌باشند اما هنوز هم می‌توان به دلیل وجودشان جشن گرفت.

در حالی که تفکیک تاثیرات رایج خاص دشوار است، به‌نظر می‌رسد این فرض که شدت تمرکز (و سرمایه‌گذاری) محرک کلیدی نوآوری، توانایی گسترش پوشش مداخلات جدید مانند ART، LINN، ACT، واکسن فلج اطفال و بیماری اسهال بوده و آزمایشات تشخیصی بهتر و جدیدتری برای تعدادی از بیماری‌ها بوده است معقول به‌نظر می‌رسد.

می‌توان این بحث را مطرح نمود که بدون در نظر گرفتن تاثیر اهداف توسعه هزاره در زمینه ارتقا سنجش و توسعه سیستم‌های پایش، جهان در موقعیت پایش پیشرفت‌ها با این میزان از اطمینان نبود. علاوه بر این، تمرکز بر سنجش منجر به تشویق رهبران سیاسی کشورهای زیادی برای ارائه تعهدات عمومی در راستای دستیابی به اهداف خاص در مورد مرگ و میر مادران یا کودکان شده است. این تعهدات نه تنها موجب فشار بر وزارت بهداشت می‌شوند بلکه در عین حال راهی برای جوامع مدنی، پارلمان و رسانه‌ها فراهم می‌نمایند تا ارائه کنندگان سلامت را در زمینه عملکردشان پاسخگو نگاه دارند.

در خارج از حیطه‌های بخش سلامت، تعیین کننده‌های گسترده‌تر سلامت نیز پیشرفت‌های مشابهی را نشان داده‌اند. فقر شدید، که به‌صورت تعداد افرادی که با درآمد روزانه کمتر از ۱٫۲۵ دلار تعریف می‌شود، به بیش از نصف کاهش یافته است. نسبت افراد دچار سوء تغذیه در کشورهای در حال توسعه به میزان قابل توجهی کاهش یافته است. ثبت‌نام در مدارس

ابتدایی، برای دختران و پسران به صورت برابر، بیش از ۹۰ درصد افزایش یافته است و در سال ۲۰۱۵، ۹۱ درصد جمعیت جهان از منابع آب بهبودیافته استفاده می‌نمودند.

با این وجود، همچنان اهداف زیادی باقی مانده‌اند که پیشرفت‌شان محدود بوده (به‌عنوان مثال استفاده از تنظیم خانواده و بهبود وضعیت فاضلاب) و "دستورکار ناتمامی" برای تکمیل شدن اهداف توسعه هزاره مرتبط با سلامت وجود دارد. در ضمن آشکار است که پیشرفت درون و میان کشورها به شدت متغیر است. دستورکار ناتمام اهداف توسعه هزاره در اهداف توسعه پایدار بازتاب یافته و با در نظر گرفتن اهداف جدید و بلندپروازانه‌تر مانند پایان اپیدمی ایدز، سل و مالاریا و تمامی مرگ و میرهای قابل پیشگیری مادران و کودکان تمرکز بیشتری بر عدالت داشته است.

## تولد SDG

دولت‌های عضو سازمان ملل اولین دستورکار برای شروع کار در زمینه دستورکار توسعه پس از سال ۲۰۱۵ را در سال ۲۰۱۰ صادر نمودند، ۵ سال پیش از تکمیل اهداف توسعه هزاره. در پاسخ به این دستورکار دبیرکل یک پانل افراد سطح بالای برجسته را در سال ۲۰۱۲ تشکیل داد که یکسال بعد گزارشی را که شامل ۱۲ آرمان و ۵۴ هدف بود ارائه نمود. نهادهای گروه‌های توسعه‌ای سازمان ملل، شامل سازمان بهداشت جهانی، یک "گفتمان جهانی" برای دیدگاه‌های یکسان را از طریق پرتال‌های اینترنتی و تعداد بسیار زیادی ملاقات‌های رو در رو و ملاقات‌های بخشی در سطح ملی، منطقه‌ای و جهانی ایجاد نمودند. در حالی که تاثیر کار پانل افراد سطح بالای برجسته محدود بوده است، گزارش آن‌ها توانست در شرایطی که عده‌ای زیادی این ترس را داشتند که دستیابی به اتفاق نظر غیرممکن است، باتوجه به طیف گسترده مسائلی که برای جلب نظر رقابت می‌نمودند، اعتمادسازی نماید.

با حکم دوم در کنفرانس سازمان ملل در زمینه توسعه پایدار در ریو دو ژانیرو در سال ۲۰۱۲ (ریو+۲۰) موافقت شد. مستندات پیامدی ریو + ۲۰ - آینده‌ایی که ما می‌خواهیم - ایجاد یک گروه کاری باز<sup>۱</sup> (OWG) از میان دولت‌های عضو سازمان ملل برای تعیین اهداف توسعه پایدار بود که بتوان برای بررسی در مجمع عمومی سازمان ملل ارائه نمود. این مورد همچنین موجب ایجاد انگیزه برای SDG شد که باید با برنامه‌کاری توسعه‌ای سازمان ملل برای پس از ۲۰۱۵ هماهنگ و ادغام شده باشد. گروه کاری باز در پی فرآیند مشاوره‌های خود، پیشنهادش را به موقع در سال ۲۰۱۴ ارائه نمود، در آن زمان موافقت شد تا بنیان‌های اساسی مذاکرات مربوط به اهداف نهایی که باید مورد توافق سران

1. Open working group

دولت‌ها در ماه سپتامبر ۲۰۱۵ قرار گیرد ارائه شوند.

نسخه نهایی که باید توسط مجمع عمومی سازمان ملل پذیرفته شود، شامل خروجی نشست‌های سال ۲۰۱۵ می‌شد (چارچوب سندای بری کاهش ریسک بلایا و دستورکار عملی آدیس‌آبابا در زمینه تامین مالی توسعه) در آگوست ۲۰۱۵ منتشر شد. این اهداف در نشست توسعه پایدار سازمان ملل در سپتامبر ۲۰۱۵ تایید شدند.

یک قطعنامه ۱۰ صفحه‌ای پیش از متن اصلی مستندات که شامل ۱۷ آرمان و ۱۶۹ هدف می‌شد ارائه گردید. لیست کاملی از این موارد را در جدول ۱،۲ مشاهده می‌نمایید. بخش اصلی قطعنامه اهداف توسعه پایدار بر دستورکار جدید و ابزارهایی برای پیاده‌سازی، پیگیری و بازبینی متمرکز شده است.

اهداف در ۱ ژانویه ۲۰۱۶ اجرایی خواهند شد. از آن پس ۲ فرآیند کامل خواهند شد. اول، امور لازم برای ایجاد یک چارچوب شاخص‌های جهانی تحت نظارت کمیسیون آمار سازمان ملل، شامل یک گروه درون نهادی و تخصصی در مورد شاخص‌های SDG (IAEG-SFG)، با همکاری ۲۸ دولت عضو به‌عنوان اعضای سازمان ملل و نهادهای وابسته به آن به‌عنوان ناظر. انتظار می‌رود طرحی از سوی کمیسیون آمار سازمان ملل برای شورای اقتصاد و اجتماعی سازمان ملل<sup>۲</sup> (ECOSOC) در ماه مارس سال ۲۰۱۶ ارائه شود. این طرح باید شامل مجموعه کاملی از شاخص‌ها برای پایش اهداف توسعه پایدار باشد.

دوم، در حالی که ماهیت آرمان‌ها و اهداف توسعه پایدار جهانی می‌باشد و به شکل گسترده‌ای پذیرفته شده است، قطعنامه شرایطی را ایجاد نموده است که در آن "هر دولت اهداف ملی خود را تحت راهنمایی‌های جهانی بلندپروازانه تنظیم می‌کند و شرایط ملی را نیز در نظر می‌گیرد". اینکه این مسئله در عمل چگونه خواهد بود و نقش نهادهای جهانی و محلی در کمک به کشورها برای تنظیم چنین اهدافی چگونه خواهد بود را باید در آینده مشاهده نمود.

وقتی با یک چارچوب از شاخص‌ها موافقت شد، یک (نگارش) گزارش پیچیده و جامع، پیگیری (شاخص‌ها) و فرآیند بازبینی شروع خواهد شد. دبیرکل با حمایت سیستم سازمان ملل یک گزارش پیشرفت سالیانه در مورد اهداف توسعه پایدار ارائه خواهد نمود. این گزارش پانل سیاست‌مداران سطح بالا<sup>۳</sup> (HLPF) را از وضعیت پیشرفت SDG تحت نظارت ECOSOC آگاه می‌نماید و در عین حال یک گزارش توسعه پایدار جهانی نیز ارائه می‌نماید (در مورد تناوب گزارش‌ها باید تصمیم‌گیری شود). هر ۴ سال "پانل سیاست‌مداران سطح بالا تحت نظارت مجمع عمومی سازمان ملل راهنمای سیاسی سطح بالا در زمینه

2. UN Economic and Social Council

3. High level political level



دستورکار اهداف توسعه پایدار و اجرای آن‌ها ارائه خواهد نمود». مکانیسم‌های مرور نیز در سطح ملی و محلی ایجاد خواهد گردید و احتمالاً در قیاس با موارد ارائه شده برای اهداف توسعه هزاره فعال‌تر و مرتبط‌تر خواهند بود.

## کودکان و دوران آن‌ها

### اهداف توسعه پایدار متفاوت می‌باشند

گذار از اهداف توسعه هزاره به اهداف توسعه پایدار را نمی‌توان تنها به‌عنوان تبادل لیست کوتاهی از اهداف و دستاوردها برای یک دوره زمانی بلندمدت‌تر دید. اهداف توسعه پایدار دارای تفاوت اساسی با اهداف توسعه هزاره می‌باشند زیرا بستر سیاسی‌ای که در آن ایجاد شده و اعمال می‌شوند متفاوت است.

اهداف توسعه هزاره دارای اهدافی سازگار و کمتر منحصر به فرد بود. این موارد که از مجموعه کنفرانس‌های توسعه‌ای در دهه ۱۹۹۰ به‌دست آمده‌اند و در ارتباط با دستاوردهای مربوط به بهبود پیامدهای توسعه انسانی در کشورهای در حال توسعه می‌باشند (بالاخص در ارتباط با فقر، و سلامت).

آن‌ها همچنین به‌عنوان قراردادی میان کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه قالب‌بندی شده‌اند و ۸ هدف ویژه در ارتباط با کارهایی که کشورهای ثروتمند می‌توانند برای کمک به کشورهای کم درآمد برای دستیابی به اهداف ۱ تا ۷ انجام دهند، تدوین شده است. آن‌ها دارای ارتباط نزدیکی با هزینه کرد کمک‌ها می‌باشند، و عنصری کلیدی برای کمک‌های بودجه‌ای سلامت به‌همراه پیامدهای غیرقابل اجتناب برای اولویت‌بندی در هر ۲ حیطه کشورهای اهدا کننده و دریافت کننده محسوب می‌شوند.

اعلامیه هزاره که توسط دبیرکل سازمان ملل در سال ۲۰۰۰ پذیرفته شد از لحاظ وسعت و بلندپروازی مشابه متن تغییر جهان‌مان<sup>۴</sup>: دستورکار ۲۰۳۰ برای توسعه پایدار می‌باشد. تفاوت بزرگ در سال ۲۰۰۰ این بود که به دنبال پذیرش قطعنامه، یک فرآیند تکنوکراتیک توسط سازمان ملل برای گروهی از آرمان‌ها و اهداف منتخب اجرا گردید. اهداف توسعه پایدار برخلاف این مورد منعکس کننده عمق و بلندپروازی‌های قطعنامه‌ای می‌باشند که بخشی از آن هستند.

براساس متن قطعنامه اهداف توسعه پایدار "یکپارچه و پنهان، دارای ماهیت جهانی و قابل اعمال در کل جهان هستند". اهداف توسعه پایدار تلاش می‌نمایند تا در همه کشورها مرتبط باشند. از این رو در مورد توسعه می‌باشند اما نه فقط در مورد کشورهای در حال توسعه (هرچند هر رفرنس به سطح جهانی در قطعنامه اهداف توسعه پایدار با عبارتی نظیر "با در نظر گرفتن واقعیت‌ها،

ظرفیت‌ها، سیاست‌ها و الویت‌های ملی" همراه شده است).

تفاوت عمده دوم مربوط می‌شود به وسعت دستورکار پیشنهادی؛ اهداف توسعه پایدار "از لحاظ وسعت و اهمیت بی‌سابقه‌اند". در حالی که اهداف توسعه هزاره در ارتباط با مجموعه محدودی از اهداف توسعه انسانی بودند، اهداف توسعه پایدار ستون‌های اقتصادی، محیطی و اجتماعی توسعه پایدار را با تمرکز بیشتری بر برابری پوشش می‌دهند - عموماً با استفاده از عبارت "هیچکس از قلم نخواهد افتاد" توصیف می‌شود. در حالی که میزان وسعت و بلندپروازی دستورکار منجر به ایجاد یکسری نظرات انتقادی شده است، می‌توان این ادعا را مطرح نمود که محدوده موضوعات تحت پوشش اهداف توسعه پایدار را نسبت به رویکرد محدودی که توسط اهداف توسعه هزاره اتخاذ شده بود به شیوه دقیقی منعکس کننده حیطه‌ای از موضوعات می‌باشد که یک دولت در واقعیت با آن‌ها سر و کار دارد.

اهداف توسعه هزاره در مورد تاثیر عوامل سیاسی در کشورها بی‌تفاوت بود. با این حال، بیشتر کشورهایی که در آن‌ها اهداف از محقق شدن فاصله بسیار زیادی دارند همان کشورهایی هستند که نیازمند حمایت‌های انسان دوستانه و کمک‌های توسعه‌ای می‌باشند. آرمان ۱۶ اهداف توسعه پایدار به وضوح اهمیت صلح و ایمنی را به‌عنوان شرایط ضروری برای پیشرفت پایدار به رسمیت می‌شناسد.

"ما به این مورد پی بردیم که هر کشور دارای مسئولیتی اولیه نسبت به توسعه اقتصادی و اجتماعی خود می‌باشد." این جمله از قطعنامه به تفاوتی دیگر که ارزش در نظر گرفته شدن را دارد اشاره می‌نماید: مرتبط نمودن اهداف توسعه هزاره با کمک‌های توسعه‌ای. یک مسئله پیچیده که می‌توان آن را در عبارتی ساده بیان نمود: اگر دستورکار اهداف توسعه پایدار واقعاً جهانی و مربوط به تمام کشورهاست پس ارتباط نزدیک میان اهداف توسعه‌ای و تامین مالی توسط اهدا کنندگان باید اهمیت کمتری داشته باشد. خروجی کنفرانس سازمان ملل در مورد تامین مالی برای توسعه که در آدیس بابا برگزار گردید به همین مسئله اشاره دارد و بر اهمیت تامین مالی داخلی و خصوصی تاکید نموده، نقش تامین مالی عمومی بین‌المللی شامل کمک‌های رسمی برای توسعه در تسریع تامین مالی از سایر منابع را پر رنگ نموده است. در این زمینه که در ۱۵ سال آینده کمک‌های توسعه‌ای با اهمیت خواهند بود اتفاق نظر وجود دارد، اما برای تعداد رو به کاهشی از کشورهای فقیر و ضعیف.

اگر از اینگونه گرایش‌های مفهومی صرف نظر نماییم، مسئله اهداف توسعه پایدار/کمک‌های توسعه‌ای موضوعی دوجانبه باقی خواهد ماند. در آدیس بابا تفاوت واضحی بین کشور اهدا کننده و پذیرنده در مورد اهمیت کمک به توسعه از طریق تامین مالی تلاش‌های مربوط به اهداف توسعه پایدار مشخص گردید. در



حالی که بنا نیست این رویداد به معنای قرض گرفتن باشد، یکی از چند هدف مشخص که باید در مورد آن‌ها توافق شود تایید مجدد ".... تعهد بسیاری از کشورهای توسعه یافته برای دست‌یابی به هدف ODA/GNI%0.7 ODA/GNI%0.2 نسبت به LDCها می‌باشد.

نهایتاً توجه به این نکته نیز مهم است که اهداف توسعه هزاره در جذب کمک‌های مالی و توجهات سیاسی منجر به ایجاد رقابتی شدید در طی دوره مشاوره و اجرا گردید. طیف گسترده‌ای از گروه‌های ذی‌نفع، شامل نهادهای بین‌المللی، برای اطمینان از این مطلب که از اولویت‌هایشان حمایت می‌شود دست به لابی زده‌اند - با نگرانی‌های اندکی نسبت به هماهنگی دستورکار به‌عنوان یک کل. در حالی که این رقابت و بخش‌بندی احتمالاً ادامه خواهد داشت، بیانیه اهداف توسعه پایدار بر اهمیت حیاتی ارتباطات درونی و ماهیت یکپارچه اهداف برای اطمینان حاصل کردن از این موضوع که هدف برنامه‌کاری جدید درک می‌شود، تاکید دارد.

به‌صورت کلی، اهداف توسعه هزاره در فضای سرشار از مثبت‌اندیشی جهانی ایجاد گردیدند (این فضا نسبت به SDG بهتر بود) که در آن دورنمای افزایش کمک‌های مالی توسعه‌ای روشن بود (و در حقیقت درک شده بودند). در حال حاضر بستر سیاسی بسیار متفاوت می‌باشد.

ناامنی اقتصادی، کاهش خدمات اجتماعی و رشد نابرابری در بسیاری از کشورهای ثروتمند -علاقه سیاسی کشورهای ثروتمند در زمینه توسعه بین‌المللی کاهش یافته و مخالفت‌های جامعه با کمک‌ها نیز افزایش یافته است. در حقیقت، این بحث مطرح شده است که تنها اگر دولت‌های کشورهای توسعه یافته تلاش بیشتری برای گذر از نابرابری و ناامنی در کشور خود داشته باشند، به‌عنوان بخشی از مشارکت‌شان در اهداف توسعه پایدار، آیا آن‌ها دارای ظرفیت‌های سیاسی لازم برای پیگیری ایده جهانی واحد که برنامه جدید را اجرا خواهد نمود خواهند بود.<sup>۴</sup>

### به سوی موقعیت WHO در مورد اهداف توسعه پایدار

اهداف سلامتی متعددی از دستورکار ناتمام اهداف توسعه هزاره باقی مانده‌اند، و تعداد زیادی از سایر اهداف سلامت از قطعنامه‌های مجمع جهانی سلامت و طرح‌های اجرایی نیز باقی مانده است. بخش زیادی از انتقادات (در مورد قابلیت اجرا، دقت، سنجش و غیره) که به SDG به‌عنوان یک کل معطوف شده‌اند را می‌توان به راحتی زمانی که به سلامت مرتبط می‌شوند برطرف نمود، هرچند که برنامه کاری در حال حاضر بسیار بلندپروازانه‌تر می‌باشد.

در همین زمان، تشخیص گستره دستورکار جدید بااهمیت است: موردی که سلامت را نه به‌عنوان وسیله‌ای برای اطمینان از زندگی سالم و ارتقای سلامتی برای همه در تمام سنین بلکه به‌عنوان موردی می‌بیند که در آن سلامت و تاثیر تعیین‌کننده‌هایش تحت تاثیر سایر اهداف و همچنین بخش درونی توسعه پایدار قرار دارد.

بخش بعدی ۱۰ نکته‌ای را که برای آمادگی سازمانی در زمینه سلامت و اهداف توسعه پایدار نقش خواهند داشت را معرفی نموده است. آن‌ها تحت ۵ سرفصل دسته‌بندی شده‌اند.

## نقش سلامت در اهداف توسعه پایدار

### ۱. داشتن یک هدف سلامتی کافی است

هدف ۳ در مورد سلامت - تضمین زندگی سالم و ترویج سلامتی برای همه در تمام سنین - یک هدف از ۱۷ هدف می باشد. برخی از نظریه پردازان این مسئله را عنوان نموده اند که جایگاه سلامت در اهداف حذف شده یا کاهش یافته است، در آن ۳ مورد از ۸ هدف در ارتباط با سلامت بوده اند. این مسئله نباید باعث نگرانی شود. هدف شماره ۳ به صورت گسترده ایی تدوین شده است و در هر صورت این مقایسه دارای مشکل است. در مقابل اهداف توسعه هزاره منعکس کننده محدوده نسبتا کوچکی از نتایج توسعه انسانی هستند که طبیعتا در آن سلامت نیز مهم است. تمام اهداف توسعه پایدار به نحوی طراحی شده اند که متقاطع بوده و ارتباطات درونی و شبکه ها در اهداف توسعه پایدار دارای اهمیت یکسانی با خود اهداف انفرادی می باشند. علاوه بر این، اهمیت کاهش "نابرابری ها در داخل و میان کشورها" تا حد زیادی به عنوان خود اهداف توسعه پایدار شناخته شده است (هدف ۱۰) و در مورد تمام اهداف دیگری که شامل سلامت می شوند به کار گرفته می شود. داشتن تنها یک هدف هم منطقی است و موجب کاهش اهمیت سلامت نیز نمی شود. سلامت به عنوان یکی از مشارکت کنندگان اصلی اهداف توسعه پایدار در نظر گرفته شده است: بدون سلامت نمی توان به بسیاری از اهداف دیگر SDG دست یافت. در ضمن سلامت از پیشرفت در زمینه دیگر اهداف توسعه پایدار سود می برد.

### ۲. مشکلات سلامت مهمی وجود دارد که در اهداف توسعه پایدار از قلم افتاده اند، اما تعدادشان زیاد نیست

اهداف زیرمجموعه آرمان شماره ۳ حیطه گسترده ای را پوشش می دهند. تقریبا ۳ هدف را می توان به استراتژی ها و برنامه های عملکردی جهانی ارتباط داد که توسط مجمع سلامت جهانی در طی سال های اخیر پذیرفته شده یا در حال تدوین می باشند. شکاف های اندکی وجود دارد. هیچ اشاره ای به پوشش ایمن سازی به عنوان یک هدف خاص نشده است اما این مورد حداقل با دستیابی به ۴ هدف که لیست شده اند نقش دارد. دسترسی به مراقبت های سلامت جنسی و تولید مثل نیز در نظر گرفته شده است اما حقوق مربوط به تولید مثل، خشونت و تبعیض علیه زنان و دختران در جای دیگری در نظر گرفته شده اند (هدف ۵). افراد مسن تر در هدف ۲ در مورد تغذیه، و هدف ۱۱ در مورد شهرها (محیط ایمن تر) مورد اشاره قرار گرفته اند. نقش مسن شدن جمعیت به عنوان یک روند جهانی در زمینه کاربردهای سیستم های سلامت در نظر گرفته نشده است، به جز به صورت غیرمستقیم و از طریق تاثیر آن بر بیماری های غیرواگیر و سلامت روانی. از این رو لازم است تا آن را به عنوان روندی ادغام شده برای پیشرفت در زمینه پوشش همگانی سلامت در نظر بگیریم.

یکی از محدود مسائلی که جز الویت های رهبری سازمان بهداشت جهانی می باشد و از قلم افتاده است مقاومت ضد میکروبی می باشد. این مسئله به عنوان یک فکر جانبی در پاراگراف اعلان نامه جا داده شده اما از لیست اهداف خاص حذف شده است. این حذف شدن نشان دهنده یکی از شکست های اصلی اهداف سلامت می باشد زیرا آن ها روش های فکری کنونی در درون بخش سلامت را دائمی می کنند و با توجه به توجه اندک به مسئله ای مانند مقاومت ضد میکروبی این امر به صورت ذاتی میان بیماری ها و بخش ها جدایی ایجاد می کند.

## سیستم های بهداشتی در دستور کار جدید مرکزیت دارند

### ۳. اهداف سلامتی دارای ارتباطی منطقی می باشند

آرمان شماره ۳ دارای ۹ هدف بااهمیت و ۴ نکته اضافی می باشد، اما به عنوان "ابزاری های اجرایی" دسته بندی شده اند. می توانید متن کامل تمام ۱۳ مورد را در جدول ۱/۳ مشاهده نمایید. ارتباط اهداف با یکدیگر هیچ نقشی در ترتیبی که اهداف لیست شده اند ندارد اما قطعنامه ای که توسط سران دولت ها در بخش "دستور کار جدید" تایید شده راه های بیشتری ارائه می نماید:

"برای ارتقا سلامت فیزیکی و ذهنی و تندرستی و گسترش امید به زندگی برای تمام افراد ما باید به پوشش همگانی سلامت و دسترسی به مراقبت های بهداشتی با کیفیت دست یابیم. هیچکس نباید از قلم بیافتد. ما متعهد می شویم ..." (در ادامه چکیده کوتاهی از اهداف سلامت ارائه شده است).

این امر پوشش همگانی سلامت را به عنوان هدفی در نظر می گیرد که زیربنایی را ایجاد می نماید و کلیدی برای دستیابی به تمام موارد دیگر است. قراردادن پوشش همگانی سلامت به عنوان هدفی که تمام اهداف دیگر در خدمت آن هستند در عین حال نشان دهنده این است که پوشش همگانی سلامت می تواند به عنوان افزایش دهنده هماهنگی عمل نموده، عدم یکپارچگی ها را در بخش سلامت کاهش دهد و به توسعه یک سیستم سلامت قدرتمند کمک کند. شکل ۹/۱ اهدافی را که تحت هدف ۳ قرار گرفته اند را نشان می دهد به نحوی که موارد پیش برنده و بهبود بخش را از اهداف توسعه هزاره، آن هایی که اضافه شده اند و ابزارهای اجرایی را از یکدیگر تفکیک نموده است. هدف ۱۷ هدفی متقاطع برای ابزارهای اجرایی می باشد که به تمام اهداف دیگر مرتبط می باشد. این مورد تامین مالی، همکاری، ارزیابی تکنولوژی و داده ها، پایش و قابلیت دسترسی را پوشش می دهد.



#### ۴. دست یابی به اهداف سلامت جدید نمی تواند مانند سایر موارد بر تجارت تکیه کند

یکی از مشکلات شناخته شده دوره اهداف توسعه هزاره چندپارگی سیستم‌های سلامت کشوری بود که ناشی از ایجاد برنامه‌های مجزا بود که هر کدام بر اهداف خود تمرکز نموده بودند و توجه بسیار اندکی بر تاثیرات وارده بر سیستم به‌عنوان یک کل داشتند. وقتی هر برنامه یک تخمین جداگانه از نیازهای مالی ارائه کند موقعیت بدتر نیز می‌شود - بیشتر به سوی دفاع از خود می‌رود تا بودجه بندی صحیح. نتیجه نهایی این است که دست‌یابی به سیستم‌های سلامت ارائه‌کننده مراقبت‌های یکپارچه و مردم محور یا تخمین واقع‌گرایانه کل هزینه‌ها، و توانایی دست‌یابی به اهداف چندگانه مشکل می‌شود.

با ۱۳ هدفی که بیشتر نگرانی‌های سلامتی ملی و بخش زیادی از محدوده کاری سازمان بهداشت جهانی را پوشش می‌دهند، یک رویکرد برای توسعه سلامت ملی که بر برنامه‌های انفرادی و ایزوله تمرکز نماید به هیچ وجه بازدهی نخواهد داشت. این امر حتی منجر به افزایش چندتکه‌ای بودن و رقابت نسبت به گذشته می‌شود. همانگونه که در بالا اشاره شد به نحو انتقادی‌تر می‌توان گفت که این امر منجر به شکست در زمینه در نظر گرفتن بسیاری از موضوعات مشکل‌سازی می‌شود که در محدوده برنامه‌ها جای نمی‌گیرند.

این نکته دارای کاربردهای اساسی برای کار در سازمان بهداشت جهانی به‌ویژه در سطح کشوری می‌باشد. برای واکنش به دستور کار جدید، سازمان بهداشت جهانی نیاز خواهد داشت اطمینان حاصل نماید که حیطه‌های مربوط به برنامه‌های انفرادی مشارکت خواهند داشت. این امر نیازمند همکاری فعالانه‌تر میان و داخل برنامه‌ها در قیاس با موارد گذشته می‌باشد. در ضمن این مورد منجر به ایجاد سوالات مهمی در ارتباط نحوه برنامه‌ریزی، بودجه‌بندی و تخصیص منابع می‌شود که می‌تواند باعث همکاری بیشتر میان سازمان‌ها شود.

#### SDG می‌تواند حاکمیت سلامت را در مرکز توجهات قرار دهد

#### ۵. SDG با استفاده از خلاقیت می‌تواند حاکمیت سلامت را ارتقا بخشد

یکی از اصول پایه‌ای که در اهداف توسعه پایدار مشاهده می‌شود این است که آن‌ها "یکپارچه و غیرقابل تقسیم هستند": پیشرفت در یک حیطه به پیشرفت در بسیاری از حیطه‌های دیگر بستگی دارد. تبدیل این دیدگاه به اقدامات عملی یکی از چالش‌های کلیدی دستور کار جدید است. بسیاری از هم‌افزایی‌ها به خوبی شناخته شده‌اند (مانند مواردی که میان سلامتی، آموزش، تغذیه، حفاظت اجتماعی و مناقشات وجود دارد). سایر ارتباطات با اینکه فوریت کمتری دارند اما اهمیت‌شان کمتر نیست - به‌عنوان مثال رابطه میان مصرف پایدار و عوامل خطر مربوط به بیماری‌های غیرواگیر یا تغییرات آب و هوایی و گسترش بیماری‌هایی که به‌وسیله حشرات منتقل می‌شوند.

یکی از حیطه‌هایی که نگرانی در مورد آن در حال افزایش می‌باشد این می‌باشد که ارتباطات SDG می‌تواند به برطرف نمودن تاثیر سیاست‌های بخش‌های غیر سلامت بر سلامت کمک نماید. ایده اساسی [مفهوم] حاکمیت برای سلامت این است که برای تاثیر بر دولت در سایر حیطه‌های سیاستی مربوط به ارتقا و حفاظت از سلامت نیاز به یکسری اقدامات عملی وجود دارد. ماهیت یکپارچه دستور کار اهداف توسعه پایدار یک مشروعیت قانونی جدید را برای سازمان بهداشت جهانی ایجاد می‌نماید تا دستور کار فعال‌تری را در این محدوده اجرا نماید. حیطه‌هایی که به‌طور خاص مرتبط هستند - حیطه‌هایی که حاکمیت در آن‌ها می‌تواند تاثیر مثبتی بر سلامت داشته باشد - از جمله تجارت و مالکیت معنوی، انرژی پایدار، نابرابری درآمدی، مهاجرت، ایمنی مواد غذایی و مصرف و تولید پایدار می‌شود. در حالی که بخش اعظم توجهات مدیریتی حاکمیت برای سلامت بر مسائل جهانی تمرکز نموده است، قطعنامه اهداف توسعه پایدار به اهمیت مدیریت سلامت در سطوح ملی و منطقه‌ای اشاره می‌نماید.



## ۶. اهداف توسعه پایدار باید منجر ایجاد بحث‌های عمیق‌تری در زمینه شیوه طراحی ساختار سلامت شوند

اهداف توسعه هزار تاثیر مشخصی بر چشم‌انداز نهادی سلامت جهانی داشته‌اند. در حالی که آن‌ها در بسیج منابع مالی و توجهات سیاسی موفق بوده‌اند، بسیاری از مکانیسم‌هایی دیگری که در طی ۱۵ سال گذشته ایجاد شده‌اند (صندوق جهانی؛ IVAG؛ مشارکت برای سلامت مادران، نوزادان و کودکان، و طیف گسترده‌ایی از سایر مشارکت‌ها و افزایش منابع مالی مشارکت‌ها و سایر موارد) در ایجاد یک چشم‌انداز نهادی رقابتی در سطح جهانی با سیستم‌های ارائه چند تکه‌ای موفق بوده‌اند. نهادهای سازمان ملل، که معمولاً توسط اهداکنندگان اصلی خود تشویق می‌شوند، به شیوه مشابهی عمل نموده‌اند و ادعای هم‌پیمانی با یا مالکیت آرمان‌ها یا اهداف خاصی را دارند. نتیجه رقابت برای بودجه (به نمایندگی از سوی این یا آن هدف) و تلاش برای جلب توجهات عمومی معمولاً به‌جای اینکه بیماری‌ها در مرکز توجهات قرار گیرند منجر به از بین رفتن همکاری‌ها در زمینه بهبود سلامت به‌عنوان یک کل برای مردم می‌شوند.

با صحبت‌هایی که هم‌اکنون در مورد ایجاد منابع مالی هدف محورتر که با اهداف خاص سلامت مرتبط هستند ایجاد شده است، آشکار است که نسل جدید آرمان‌ها می‌تواند وضعیت را بدتر نماید. اما جایگزینی نیز وجود دارد. استفاده از اهداف توسعه پایدار فرصتی برای پذیرش دیدگاهی جدید در مورد ترتیبات نهادی ارائه نموده است که نیازمند بهبود و حفظ سلامت افراد می‌باشد. اینگونه رویکردها منجر به گسترش ظرفیت "طراحی ساختار سلامت جهانی" می‌شود که وراى مباحث فعلی در زمینه تامین مالی و جایگاه نهادی مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد. در عوض اکنون فرصتی برای آغاز تفکر در مورد آنچه براساس شرایط ترتیبات نهادی برای تامین مالی و تولید کالاهای عمومی جهانی؛ برای بهبود ایمنی سلامت بین مرزی؛ برای بهبود ارتباط و انسجام نهاد های توسعه‌ای سازمان ملل در زمینه سلامت؛ برای بررسی دلایل بیماری‌های غیرواگیر؛ و برای بهبود سنجه‌های استاندارد شده و پاسخگویی لازم است فراهم گشته. این امر بنیانی برای ترتیبات نهادی در زمینه حاکمیت بهتر سلامت فراهم می‌کند.

## تامین مالی اهداف توسعه پایدار

### ۷. هزینه‌های اهداف توسعه پایدار مقرون به‌صرفه است

بسیاری از انتقادات به تخمین‌های سازمان ملل اشاره دارند که براساس آن‌ها برای دست‌یابی به SDG سالانه هزینه‌ای معادل ۳,۳ تا ۴/۵ تریلیون دلار نیاز خواهد بود و این بحث را مطرح نموده‌اند که این موضوع حاکی از مقرون به‌صرفه نبودن آن‌ها می‌باشد. ۷ با این وجود، SDG مقرون به‌صرفه می‌باشد.

اول، مانند هر چارچوب‌های هنجاری هدف درک پیشرفت است. کشورها با سرعت مختص به خود و با در نظر داشتن منابع در دسترس به پیش می‌روند. در مورد اهداف توسعه پایدار این نکته با تاکید بر تنظیم اهداف ملی در نظر گرفته شده است. دوم، هرچند ارزیابی هزینه برخی از اهداف الهام بخش به میزان بسیار زیادی مبهم باقی خواهد ماند، برخی از اهداف، شامل هدف ۳، را می‌توان و باید با دقت بیشتری هزینه‌یابی نمود. سوم، منبع اصلی تامین مالی اهداف توسعه پایدار کمک‌های بودجه‌ای نمی‌باشد (نگرانی‌ای که معمولاً منجر به مشکوک شدن به مقرون به‌صرفه بودن اهداف توسعه هزاره می‌شود). در حقیقت، علی‌رغم افزایش زیاد کمک‌های توسعه‌ای برای سلامت در دوران اهداف توسعه هزاره، کشورهای دارای درآمد پایین متوسط کماکان ۵۷ درصد از کل هزینه‌هایشان را از طریق منابع داخلی تامین مالی می‌نمایند.

همانگونه که در بالا اشاره شد، کمک‌های توسعه‌ای همچنان برای بعضی از کشورها مهم خواهد بود اما تعداد آن‌ها احتمالاً کاهش خواهد یافت و بنابراین در سال‌های آینده مصرف کمک‌های مالی در کشور محدود و ناآرام که از کمترین سطح توسعه برخوردارند متمرکز خواهد بود. ۸ به دلیل افزایش نگرانی‌ها در مورد این کشورها بهتر خواهد بود که کمک‌های توسعه‌ای و انسان‌دوستانه با هم ادغام شوند. در بسیاری از موارد، بهبود پایدار و توسعه سیستم‌های سلامتی که می‌تواند رویکرد تمام خطرات را برای ایمنی سلامت به‌کار گیرد از وقفه‌های ایجاد شده در اثر توقف کمک‌های انسان‌دوستانه کوتاه مدت و زمانی که کمک‌های توسعه‌ای بلند مدت بسیار دیر ارائه می‌شود یا حمایت‌ها با شکست مواجه می‌شوند تاثیر می‌پذیرند.

## ۸. اما این مسیر همچنان در مورد اینکه چگونه اهداف توسعه پایدار بر تامین مالی سلامت تاثیر می گذارند نا مشخص است

انتظار می رود در آینده نزدیک اقتصاد بسیاری از کشورهای دارای درآمد پایین و پایین تر از متوسط همچنان به نرخ رشد سریع خود ادامه دهد. ظرفیت کشوری برای جمع آوری و هزینه کرد منابع مالی داخلی در صورتی که نظرات ارائه شده در آدیس آبابا در زمینه کارآمدتر نمودن سیستم های مالیاتی در سطح ملی به خوبی درک شود؛ و اگر معیارهای مبارزه با مالیات گریزی و مالیات بر فعالیت های غیرقانونی در سطح جهانی کارآمدتر شوند؛ و اگر مشارکت با نهادهای بخش خصوصی سرمایه گذاری ها را با اصول سلامت بهتر و توسعه پایدار هماهنگ نمایند افزایش خواهد یافت.

با بررسی تخصصی تر سلامت، سوال کلیدی این است که آیا اهداف توسعه پایدار الگوهای ایجاد شده در زمینه هزینه کرد درون بخش را تغییر می دهند یا خیر. در حالی که بیماری های غیرواگیر تهدیدی برای امنیت جهانی محسوب نمی شوند، همانطور که پیش بینی هایی برای مقابله با ایدز و همه گیری های جهانی صورت گرفته است، افزایش بیماری های غیرواگیر در کشورهای دارای درآمد متوسط و پایین تهدیدی برای غلبه بر سیستم های سلامت شکننده محسوب می شوند مگر اینکه سرمایه گذاری های سریعی در زمینه پیشگیری و ارتقا (سلامت) صورت گیرد. با این وجود تا به حال شواهد اندکی در زمینه تغییر کمک های توسعه ای مشاهده شده است. بیماری های غیرواگیر همچنان توسط نهادهایی که کمک های توسعه ای ارائه می نمایند (علی رغم نیاز به اقدامات درون بخشی) به عنوان رقیبی برای منابع مالی سلامت در نظر گرفته می شوند و علاقه رو به رشد نسبت به سیستم های سلامت باید به میزان بحث برانگیزی اقدامات بیشتری در مورد نگرانی های مرتبط با امنیت سلامت نسبت به پوشش همگانی سلامت و مراقبت های بیمار محور انجام دهند.

بنابراین یک نتیجه گیری اولیه این است که اهداف توسعه پایدار علت تغییر پایه ای در الگوی تامین مالی سلامت می باشند، مسئولیت موجود برای عملیاتی نمودن این مورد بر عهده بودجه های داخلی می باشد. در حالی که این روند مطلوب و سازگار با مفهوم خودتکایی می باشد، افزایش فشار مشارکت های جهانی برای افزایش «تامین مالی های متقابل» در حیطه های خاص مورد علاقه شان ممکن است ظرفیت تامین مالی دولت ها را برای مانورهای لازم محدود نماید.

## پیگیری و بررسی

### ۹. پیش آرمان سلامت همانند پیش اهداف انفرادی با اهمیت می باشد

بررسی سالیانه پیشرفت توسط پانل متخصصان سطح بالا در مورد توسعه پایدار براساس COSOCE و بررسی هایی که هر ۴ سال یکبار توسط مجمع عمومی سازمان ملل توسط گزارشی که در زمینه پیشرفت اهداف توسعه پایدار توسط دبیرکل سازمان ملل منتشر می شود صورت می گیرد. اگر هدف این فرآیند افزایش پاسخگویی در مورد تعهداتی باشد که توسط مجمع عمومی سازمان ملل داده شده، مهم است که تصویر کلی بالا آن در گزارشات جزئی نگر مربوط به شاخص ها و اهداف از قلم نیافتند.

فرآیند پیگیری و بررسی در قطعنامه اهداف توسعه پایدار توصیف شده است. با ۱۶۹ هدف و بیش از ۲۰۰ شاخص بالقوه جهانی، شامل ۲۰ یا تعداد بیشتری آرمان سلامت، این امر به صورت اجتناب ناپذیری پیچیده خواهد بود. بنابراین خطر دیگر این است که نگرانی قانونی در مورد نتایج پاسخگویی نیاز به حجم بسیار زیادی داده دارد، و فرآیند نخواهد توانست حمایت های لازم را به دست آورد، بالاخص در مورد کشورهای که در حال حاضر احساس می کنند پیش نیازهای مربوط به گزارش های فعلی بسیار زیاد است.

در مورد اهداف سلامت، بسیاری از سیستم های گزارش دهی کنونی را می توان برای نظارت بر اهداف انفرادی به کار برد. علاوه بر این، دستور کار اهداف توسعه پایدار فرصتی برای منطقی نمودن موارد الزامی گزارش ارائه می نماید که در راه حل های گوناگون WHA موجود است. البته خطر اصلی این است که تلاش های کنونی برای ایجاد شاخص ها، ارزیابی فرآیند و پاسخگو نگاه داشتن دولت ها و سایر موارد منحصر بر اهداف انفرادی تمرکز نموده است، و تصور اصلی و روابط درونی میان اهداف و دست آوردها به ویژه در مورد برابری را نادیده گرفته است.

شاخص های متعددی را می توان برای پیش پیشرفت به سمت اهداف سلامت استفاده نمود، شامل امید به زندگی، تعداد مرگ و میرهای پیش از ۷۰ سالگی،<sup>۹</sup> و امید به زندگی سالم. اگر بتوان میزان امید به زندگی سالم را به شکل صحیحی سنجش نمود هر ۲ مورد مرگ و میر و سال هایی که در شرایطی کمتر از سلامتی خوب (یعنی با ناتوانی) سپری شده است را پوشش می دهد<sup>۱۰</sup> با این وجود، چالش های مربوط به در دسترس بودن داده هایی که در طول زمان و میان جمعیت ها قابل مقایسه باشند و این مورد که کدامیک امکان پیش پیشرفت در جهت کاهش ناعدالتی را فراهم می نمایند باقی می ماند.

آرمان سلامت اهداف توسعه پایدار و ۱۳ هدف و همچنین اهداف چندگانه مربوط به سلامت در سایر اهداف توسعه پایدار بنیان خوبی برای بحث و اقدام در زمینه بهبود سلامت برای تمام سنین در تمام کشورها را فراهم نموده است. مجموعه اهداف سلامت جامع بوده و براساس مجموعه‌ای از راه‌حل‌های مجمع سلامت جهانی، سازمان بهداشت جهانی و سایر برنامه‌های جهانی در زمینه اقدام و استراتژی‌های فعلی سلامت کشوری بنیان نهاده شده است. اهداف سلامت اهداف توسعه پایدار تمام الویت‌های اصلی دوازدهمین برنامه عمومی سازمان بهداشت جهانی برای اقدامات ۲۰۱۴ تا ۲۰۱۹ را پوشش می‌دهد.

اهداف سلامت به تنهایی به صورت اقداماتی جهانی در بسیاری از حیطه‌های برنامه‌ای در نظر گرفته شده‌اند. دستیابی به اهداف فردی همچنان ضروری خواهد بود، اما بلندپروازی‌های بیشتری برای تفکر در مورد اهداف توسعه پایدار به‌عنوان یک دستورکاری "یکپارچه و غیرقابل تقسیم" به‌صورتی که مورد نظر است نیاز خواهد بود. تمرکز بر پوشش همگانی سلامت به‌عنوان هدفی که سایر اهداف را پوشش می‌دهد و تاکید بیشتر بر تعاملات استراتژیک عملیاتی در رابطه با ابعاد اجتماعی، اقتصادی و محیطی در مورد توسعه پایدار ۲ بخش اصلی دستور کار سلامت جدید محسوب می‌شوند. در ضمن اهداف توسعه پایدار فرصت جدید و هیجان‌انگیزی برای قدرت بخشی به دولت‌ها در زمینه تعامل با فرآیند سیاست‌گذاری در سطح جهانی و افزایش تعاملات منطقه‌ای و کشوری فراهم می‌نمایند. همچنین برای بررسی و شکل‌دهی مجدد ساختار سلامت جهانی به‌ویژه در رابطه با امنیت سلامت و توسعه کالاهای عمومی جهانی موردی مهم محسوب می‌شود.

برنامه کاری اهداف توسعه پایدار اکنون نیازمند تمرکز بر سلامت جهانی است تا مجموعه گسترده‌تری از الویت‌های ملی را در زمینه سلامت و بخش‌های مربوط بدان بر عهده گیرد. این بدان معناست که همه شرکای سلامت جهانی باید زمان و ساختار برنامه‌ریزی خود را برای بازتاب یک دستور کار کشور محورتر در زمینه سلامت تنظیم نمایند. این امر باید از تخصیص منابع مناسب برای حاکمیت سلامت، توسعه سیستم‌های سلامت و کار چند بخشی که توسط دستور کار جدید اعمال می‌شود اطمینان حاصل نماید.

در حالی که سازمان بهداشت جهانی به همکاری نزدیک خود با سایر شرکا در خانواده سازمان ملل و ورای آن ادامه خواهد دارد، و اقدامات هدف محورتر احتمالاً ادامه یافته و تقویت خواهند شد، سازمان بهداشت جهانی تنها نهاد جهانی قانونی برای پوشش دستور کار سلامت می‌باشد. این امر نیازمند این

بخش زیادی از توجهات جهانی به اهداف توسعه هزاره براساس دستاوردهای کلان جهانی و منطقه‌ای بوده است. قطعنامه این موضوع را شفاف نموده است، همانگونه که در بالا اشاره شد، پایش جهانی اهداف توسعه پایدار همچنان بااهمیت خواهد بود - هر چند چالش عظیمی را پیش روی طراحان نمودارها، طراحان گزارش‌ها و هماهنگ کنندگان جلسات در مورد چگونگی ارائه آن‌ها به شیوه قابل درک ایجاد خواهد نمود.

با این وجود برخلاف اهداف توسعه هزاره قطعنامه اهداف توسعه پایدار تاکید بیشتر بر فرآیند پیگیری‌های و بررسی کشوری و منطقه‌ای به‌عنوان پایه‌ای برای پاسخگویی و اقدامات اصلاحی نموده است. با توجه به ماهیت سیاسی و وسعت دستور کار اهداف توسعه پایدار می‌توان فرض نمود که جوامع مدنی و سایرین از اهداف توسعه پایدار برای پاسخگو نگاه داشتن دولت‌هاشان استفاده خواهند نمود.<sup>۱۱</sup>

مجدداً در تضاد با اهداف توسعه هزاره، نقش بسیار مهم رسانه‌های جمعی در تعیین این موضوع که آیا اهداف توسعه پایدار می‌تواند توجهات عمومی را جلب نماید، و این فرض که آن‌ها بالاترین سطح پاسخگویی عمل می‌نمایند اجتناب‌ناپذیر است.

از این رو تصور این امر دشوار نیست که چگونه در عین حال که اهداف توسعه پایدار علاوه بر اینکه موضوع پایش در سطح کشوری در زمینه اهداف سلامت خاص هستند برای ایجاد مباحث مربوط به موقعیت یک کشور در ارتباط با نابرابری درآمدی یا سلامت، مهاجرت، دسترسی به دارو و سایر عواملی که بر سلامت تاثیر گذار هستند و غیره استفاده خواهد شد. در حالی که توجه زیاد به نگرانی‌های مربوط به سلامت و برابری مهم است، سازمان بهداشت جهانی باید برای کنترل تقاضاهای مربوط به بررسی‌های جزئی‌نگرتر عملکرد کشورها، و فراهم نمودن تحلیل‌های جامع‌تر مورد نیاز دولت‌های ملی و سازمان‌های محلی خود را آماده نماید.

کادر ۱-۹:

## خلاصه چارچوب گزارش دهی در مورد اهداف توسعه پایدار مرتبط با سلامت

خلاصه سنجش‌های سلامت و تندرستی استفاده از امید به زندگی سالم یا مرگ و میر زود هنگام به شیوه‌ای که پیش از این بحث نمودیم.

پیشرفت در جهت پوشش همگانی سلامت پایه‌ای برای دستیابی به سایر اهداف سلامت زیرمجموعه آرمان شماره ۳ می‌باشد. پوشش همگانی سلامت موضوعی مرتبط و موجب ایجاد نگرانی در تمام کشورها است، و در حال حاضر چارچوبی وجود دارد که می‌توان با استفاده از آن پیشرفت به سمت آن را با استفاده از شاخص‌های پوشش و حفاظت مالی تفکیک شده براساس اجتماعی-اقتصادی و سایر عوامل تعیین‌کننده کلیدی سنجش نمود.

پیشرفت در جهت کاهش ناعدالتی در سلامت در طول عمر براساس داده‌های کلان و داده‌های حاصل از اهداف خاص.

پیشرفت در جهت اهداف سلامت، به‌عنوان بخشی از ارزیابی کلی پیشرفت به سمت اهداف توسعه پایدار.

تمرکز بر تعیین‌کننده‌های منتخب و روندها که بر سلامت تاثیر می‌گذارند، که منعکس‌کننده ارتباطات میان سلامت و سایر اهداف توسعه پایدار می‌باشد، شامل خلاصه‌ای از ظرفیت‌های مربوط به امنیت سلامت، و ارزیابی کیفی تغییرات در طراحی سلامت و حاکمیت سلامت. این بخش از چارچوب می‌تواند هر ساله برای وارد نمودن مسائل خاص منطقه‌ای و/یا جهانی تعدیل شوند.

است که سازمان بهداشت جهانی هسته عملکردی اصلی برنامه ۱۲ امین برنامه کاری را حفظ و تقویت نماید، به‌ویژه در مورد تعریف شاخص‌ها و بهبود شیوه‌های سنجش و گزارش دهی پیشرفت؛ حمایت از کشورها برای تولید بودجه لازم، مشاوره در مورد بهترین مداخلات، به‌کارگیری و ارائه استراتژی‌ها و تعریف اولویت‌های تحقیقاتی.

وسعت دستور کار اهداف توسعه پایدار در آرمان شماره ۳ و طیف تعیین‌کننده‌های سلامت در مجموعه کامل اهداف خود موجب ایجاد یک چالش مدیریتی مهم می‌شود: چگونه به شیوه‌ای منسجم بگوییم که سلامت بهبود یافته است یا خیر؟ در چارچوب کلی سازمان ملل برای پیگیری اهداف توسعه پایدار و بررسی پیشرفت، جلسات هیئت اجرایی سازمان بهداشت جهانی باید نقشی کلیدی داشته باشد. استفاده از روش‌های بررسی اهداف توسعه هزاره که بر دست‌آوردهای سطح هدف تمرکز می‌نمودند برای اهداف توسعه پایدار کافی نخواهد بود، حتی برای ۱۳ هدف سلامت. چارچوب گزارش دهی سازمان بهداشت جهانی با همکاری نهادهای مرتبط و بررسی براساس ۵ جزء در کادر ۱-۹ ارائه شده است.

هرچند بسیاری از اهداف توسعه پایدار در حقیقت فاقد دقت می‌باشند، دستیابی به آن‌ها مشکل است، دارای تعداد هدف گیج‌کننده می‌باشند، که سنجش‌شان مشکل است، مهم‌تر از همه این است که بازتاب‌دهنده مشکلاتی هستند که برای مردم و کره زمین بسیار بااهمیت هستند. ممکن است اهداف توسعه پایدار دارای کاربردهای شگرفی برای کشورها و نهاد‌های منطقه‌ای و جهانی شامل سازمان بهداشت جهانی باشند. آن‌ها فرصت نشان دادن این مورد را که زندگی سالم و رفاه برای همه در تمام سنین دارای اهمیت بیشتری از یکسری اهداف انفرادی که به دنبال تحقق‌شان می‌باشند را فراهم می‌نمایند. ماهیت یکپارچه اهداف توسعه پایدار شیوه قانونی جدیدی برای در نظر گرفتن تعیین‌کننده‌های گسترده‌تر سلامت فراهم می‌نمایند و در عین حال پایه‌ای را نیز برای بررسی (میان سایر موارد) اهمیت صلح و امنیت برای سلامت، نیاز به حاکمیت بهتر، تاثیر سلامتی بر بی‌عدالتی‌های در حال افزایش و اهمیت در اولویت قرار دادن مردم به‌جای بیماری در مرکز استراتژی‌های لازم برای بهبود سلامتی ارائه می‌نمایند.



## یادداشت‌ها و منابع:

- 1 Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. New York (NY): United Nations; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld> , accessed 5 October 2015).
- 2 See for example: Easterly W. The SDGs should stand for senseless, dreamy and garbled. Foreign Policy. 28 September 2015. (<http://foreignpolicy.com/28/09/2015/>, accessed 26 October 2015).
- 3 See for example: Kenny C, Sumner A. More money or more development: What have the MDGs achieved? Working paper No. 278. Centre for Global Development; 2011 ([http://www.cgdev.org/sites/default/files/1425806\\_file\\_Kenny\\_Sumner\\_MDGs\\_FINAL.pdf](http://www.cgdev.org/sites/default/files/1425806_file_Kenny_Sumner_MDGs_FINAL.pdf), accessed 16 September 2015).
- 4 See for example: Barder O. Addis: a good first step, but a terrible last word, for 2015. Blog of International Development, The London School of Economics and Political Science. 24 July 2015. (<http://blogs.lse.ac.uk/internationaldevelopment/24/07/2015/addis-a-good-first-step-but-a-terrible-last-word-for2015-/>, accessed 26 October 2015).
- 5 Kickbush I. Benefits and costs of the health targets for the post2015- agenda. Post- 2015 Consensus. Working Paper as of 19 January 2015. Copenhagen: Copenhagen Consensus Center;2015 ([http://www.copenhagenconsensus.com/sites/default/files/health\\_viewpoint\\_-\\_kickbusch.pdf](http://www.copenhagenconsensus.com/sites/default/files/health_viewpoint_-_kickbusch.pdf) , accessed 26 October 2015).
- 6 See for example: EUR/RC61/Inf.Doc./6. Governance for health in the 21st century: a study conducted for the WHO Regional Office for Europe. Provisional agenda item 6(a). In: Regional Committee for Europe, sixty-first session. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011. ([http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/148951/0010/RC61\\_InfDoc6.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/148951/0010/RC61_InfDoc6.pdf), accessed 26 October 2015); Frenk J, Moon S. Governance challenges in global health. N Engl J Med 942–368:936;2013 (<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1109339>, accessed 26 October 2015).
- 7 edie explains: Sustainable Development Goals. edie.net. 5 August 2015. (<http://www.edie.net/library/UN-Sustainable-Development-Goals-2015-SDGs-list-definition/6637>, accessed 26 October 2015).
- 8 While this point reflects the received wisdom – see for example: Kharas H, Prizzon A, Rogerson A. Financing the post2015- Sustainable Development Goals:a rough road map. London: Overseas Development Institute; 2014 (<http://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/9374.pdf> , accessed 26 October 2015) – many analyses show only a weak relationship between development assistance and economic development, reflecting the real world incentives that continue to guide

aid allocation.

- 9 Norheim OF, Jha P, Admasu K, Godal T, Hum RJ, Kruk ME et al. Avoiding %40 of the premature deaths in each country,30–2010: review of national mortality trends to help quantify the United Nations Sustainable Development Goal for health. Lancet. 52–239:(9964)385;2015 (<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS-0140-9-2961591%2814%6736/fulltext>, accessed 16 September 2015).
- 10 Europe 2020 – for a healthier EU. Brussels: European Commission ([http://ec.europa.eu/health/europe\\_2020\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/europe_2020_en.htm), accessed 16 September 2015).
- 11 See for example: Mirchandani R. What will America do differently once it signs on to the SDGs? – Podcast with US Chief Negotiator Tony Pipa. Blog of Center for Global Health Development. 31 August 2015. (<http://www.cgdev.org/blog/what-will-america-do-differently-once-it-signs-on-to-sdgs-podcast-us-chief-negotiator-tony-pipa>, accessed 26 October 2015).
- 12 Tracking universal health coverage: first global monitoring report. Geneva and Washington (DC): World Health Organization and World Bank; 2015 ([http://www.who.int/entity/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/2015/en/index.html](http://www.who.int/entity/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/index.html), accessed 28 August 2015)

## بیوست ۱: گروه بندی منطقه‌ای

### WHO regional groupings

**WHO African Region:** Algeria, Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroon, Central African Republic, Chad, Comoros, Congo, Côte d'Ivoire, Democratic Republic of the Congo, Equatorial Guinea, Eritrea, Ethiopia, Gabon, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritania, Mauritius, Mozambique, Namibia, Niger, Nigeria, Rwanda, Sao Tome and Principe, Senegal, Seychelles, Sierra Leone, South Africa, South Sudan, Swaziland, Togo, Uganda, United Republic of Tanzania, Zambia, Zimbabwe.

**WHO Region of the Americas:** Antigua and Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bolivia (Plurinational State of), Brazil, Canada, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Dominican Republic, Ecuador, El Salvador, Grenada, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras, Jamaica, Mexico, Nicaragua, Panama, Paraguay, Peru, Saint Kitts and Nevis, Saint Lucia, Saint Vincent and the Grenadines, Suriname, Trinidad and Tobago, United States of America, Uruguay, Venezuela (Bolivarian Republic of).

**WHO South-East Asia Region:** Bangladesh, Bhutan, Democratic People's Republic of Korea, India, Indonesia, Maldives, Myanmar, Nepal, Sri Lanka, Thailand, Timor-Leste.

**WHO European Region:** Albania, Andorra, Armenia, Austria, Azerbaijan, Belarus, Belgium, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Georgia, Germany, Greece, Hungary, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Malta, Monaco, Montenegro, Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Republic of Moldova, Romania, Russian Federation, San Marino, Serbia, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, Tajikistan, The former Yugoslav Republic of Macedonia, Turkey, Turkmenistan, Ukraine, the United Kingdom, Uzbekistan.

**WHO Eastern Mediterranean Region:** Afghanistan, Bahrain, Djibouti, Egypt, Iran (Islamic Republic of), Iraq, Jordan, Kuwait, Lebanon, Libya, Morocco, Oman, Pakistan, Qatar, Saudi Arabia, Somalia, Sudan, Syrian Arab Republic, Tunisia, United Arab Emirates, Yemen.

**WHO Western Pacific Region:** Australia, Brunei Darussalam, Cambodia, China, Cook Islands, Fiji, Japan, Kiribati, Lao People's Democratic Republic, Malaysia, Marshall Islands, Micronesia (Federated States of), Mongolia, Nauru, New Zealand, Niue, Palau, Papua New Guinea, Philippines, Republic of Korea, Samoa, Singapore, Solomon Islands, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Viet Nam.

### WHO regional groupings with high-income OECD countries separated out<sup>1,2</sup>

**High-income OECD countries:** Australia, Austria, Belgium, Canada, Chile, Czech Republic, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Japan, Luxembourg, Netherlands, New Zealand, Norway, Poland, Portugal, Republic of Korea, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland, the United Kingdom, United States of America.

1 WHO Member States that are member countries of the OECD and classified as high income according to the World Bank analytical income classification of economies (based on the 2013 Atlas estimates of gross national income per capita) are grouped together as "high-income OECD countries". The remaining WHO Member States are grouped into the six WHO regions.

2 Member States marked with an \* have been classified into income groups using gross domestic product.

Low-, middle- and non-OECD high-income countries: WHO African Region: Algeria, Angola, Benin, Botswana,

Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cameroon, Central African Republic, Chad, Comoros, Congo, Côte d'Ivoire, Democratic Republic of the Congo, Equatorial Guinea, Eritrea, Ethiopia, Gabon, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauritania, Mauritius, Mozambique, Namibia, Niger, Nigeria, Rwanda, Sao Tome and Principe, Senegal, Seychelles, Sierra Leone, South Africa, South Sudan, Swaziland, Togo, Uganda, United Republic of Tanzania, Zambia, Zimbabwe.

WHO Region of the Americas: Antigua and Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bolivia (Plurinational State of), Brazil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Dominican Republic, Ecuador, El Salvador, Grenada, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras, Jamaica, Mexico, Nicaragua, Panama, Paraguay, Peru, Saint Kitts and Nevis, Saint Lucia, Saint Vincent and the Grenadines, Suriname, Trinidad and Tobago, Uruguay, Venezuela (Bolivarian Republic of).

WHO South-East Asia Region: Bangladesh, Bhutan, Democratic People's Republic of Korea, India, Indonesia, Maldives, Myanmar, Nepal, Sri Lanka, Thailand, Timor-Leste.

WHO European Region: Albania, Andorra, Armenia, Azerbaijan, Belarus, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Croatia, Cyprus, Georgia, Hungary, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Latvia, Lithuania, Malta, Monaco, Montenegro, Republic of Moldova, Romania, Russian Federation, San Marino, Serbia, Tajikistan, The former Yugoslav Republic of Macedonia, Turkey, Turkmenistan, Ukraine, Uzbekistan.

WHO Eastern Mediterranean Region: Afghanistan, Bahrain, Djibouti, Egypt, Iran (Islamic Republic of), Iraq, Jordan, Kuwait, Lebanon, Libya, Morocco, Oman, Pakistan, Qatar, Saudi Arabia, Somalia, Sudan, Syrian Arab Republic, Tunisia, United Arab Emirates, Yemen.

WHO Western Pacific Region: Brunei Darussalam, Cambodia, China, Cook Islands\*, Fiji, Japan, Kiribati, Lao People's Democratic Republic, Malaysia, Marshall Islands, Micronesia (Federated States of), Mongolia, Nauru\*, Niue\*, Palau, Papua New Guinea, Philippines, Samoa, Singapore, Solomon Islands, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Vie