

اطلس ملی ایران
بهداشت

جمهوری اسلامی ایران
سازمان برنامه و بودجه
سازمان نقشه برداری کشور

جلد ۳

بسم الله الرحمن الرحيم

بسم الله الرحمن الرحيم

ایمجلس بهجت والای مؤلفین محرم سوره نوره
بردار کی کرد و استغفره که افوضه الهیه را به این
راهی کرد و به استقامت و بصیرت که به هیچ گز
استغفره محقق و دال بر برهه و احوال دلت
ایستاد این روش سرست، اندام اندیشه ای است که غن
گشت به اعتدای علمی سن اسرار غریب، برای ساری
مندی یاد و نام ته نه که آن را به حق خوانده است.
ضمن قدرانی که در راه دست اندازان محترم،
برای آن که در وی توفیق رزق از دین دارم.

دکتر سید علی رضا مدنی
در مدینه اشرفه در دکان سن پزگی

اطلس ملی ایران

بهداشت

فهرست مطالب

صفحه	عنوان	صفحه	عنوان
۱۷	فیزیوتراپی	I	دیباچه
۱۷	رادیولوژی	۱	مقدمه :
۱۷	سایر خدمات بهداشتی	۱	تاریخچه بهداشت در جهان
		۱	تاریخچه بهداشت در ایران
۱۸	فصل چهارم : نیروی انسانی شاغل در امور بهداشت	۲	سیاستهای کلی و استراتژیهای کشوری
۱۸	پزشکان		
۱۹	ماماها		
۲۰	پرستاران و بهیاران	۳	فصل اول : جمعیت ایران
		۳	جمعیت ایران و مقایسه آن با کشورهای همسایه
۲۲	فصل پنجم : بیماریها	۴	رشد و توزیع جمعیت
۲۲	بیماری و سلامت	۴	تولد
۲۲	تندرستی و بیماری	۵	مرگ و میر
۲۲	عوامل بیماری و بهداشت عمومی		
۲۲	مراقبت از بیماریها	۶	فصل دوم : فعالیتهای بهداشتی و دارویی
۲۲	چگونگی و میزان ابتلا	۶	تنظیم خانواده
۲۳	وضعیت بیماریهای واگیردار و مبارزه با آن	۶	بهداشت محیط
۲۴	گروههای هفده گانه بیماریها	۶	بهداشت خانواده و مدارس
۲۷	بررسی آمار بیماریها	۷	آموزش بهداشت
۲۷	بیماری های انگلی و عفونی	۷	بهداشت حرفه ایی
۲۸	بررسی آمار تلفات شهرهای منتخب ایران	۷	بهداشت دهان و دندان
۳۰	سل	۷	برنامه گسترش ایمن سازی
۳۱	هیپاتیت ویروسی	۸	رشد بهداشت عمومی در کشور
۳۱	جذام	۸	بیمه شدگان
۳۱	بروسلوز یا تب مالت	۸	فعالیتهای دارویی و غذایی
۳۱	مبارزه با بیماریهای غیرواگیردار	۱۰	فعالیتهای پژوهشی
۳۲	بیماریهای کلیوی	۱۰	فعالیتهای مرکز کامپیوتر
۳۲	دیابت قندی	۱۱	فعالیتهای آموزشی
۳۲	تالاسمی		
۳۳	بیماریهای قلب و عروق	۱۲	فصل سوم : تسهیلات بهداشتی درمانی کشور
		۱۲	توزیع تخت و نسبت آن به جمعیت
	فهرست نقشه ها	۱۳	مراکز بهداشتی و درمانی
	فهرست نمودارها	۱۵	خانه بهداشت
	فهرست منابع	۱۵	داروخانه
		۱۶	آزمایشگاه

دیباچه

تا مدیران و برنامه ریزان و سیاستگزاران فراهم است .

۲ - در بسیاری موارد یک اطلس ملی کلاسیک همانند یک سیستم زنده و فعال لِقغ (سیستم اطلاعات جغرافیایی) ، با روش قیاسی (و بدون استفاده از کامپیوتر) می تواند عمل کند و لایه‌های اطلاعات مرتبط قابل مقایسه را استخراج نماید .

۳ - برنامه ریزیهای استانی ، منطقه ای و کشوری بدون مشورت و مراجعه به اطلس ملی هیچگاه جامع و کامل نخواهند بود .

۴ - اطلس ملی روشنگر و گزارش دهنده ای دقیق از پیشرفت های برنامه ریزی شده و کاستی های موجود در هریک از بخش های اقتصادی و منابع و ثروتهای جایگزین شونده و یا پایان پذیر است و هشدارهای لازم را به مسئولین ذیربط خواهد داد .

۵ - اطلس ملی یک واسطه و رسانه اطلاعاتی مهم کشور است و قابل نقل و انتقال بوده و در دسترس همه مراکز تحقیقاتی ، اجرایی و آموزشی قرار می گیرد . بنابراین زبان واحد فنی محاوره ای را بین تخصص ها و بخش های گوناگون و بین آحاد جامعه و مسئولین فراهم می‌کند .

۶ - اطلس ملی نه تنها جایگاه هر کشور را از نظر شاخص های توسعه در خانواده ملل تعیین و معرفی می نماید بلکه ویژگیهای خاص اقتصاد ، فرهنگ و ... هر کشور را که در هیچیک از مراجع دیگر قابل درج و انعکاس نیست به صورتی ساده ، فشرده و دقیق عرضه می دارد.

اطلس های تهیه شده در ایران و آغاز طرح اطلس ملی

در کشور ما تلاشهایی در زمینه تهیه چندین اطلس موضوعی به عمل آمده است . اطلس های موضوعی قابل ذکر که در سطح بین المللی در ایران تهیه شده‌اند ، عبارتند از :

اطلس اقلیمی ایران ، اطلس تاریخی ایران ،اطلس های شیب و مقاطع (موسسه جغرافیای دانشگاه تهران) ، اطلس فرهنگی شهر تهران (شورای فرهنگ و هنر) ، اطلس هیدرولوژی (وزارت نیرو) ، اطلس بهداشتی و کشاورزی(سازمان نقشه برداری کشور) و چندین اطلس از سوی بخش خصوصی. علیرغم این تلاشها چه قبل و چه بعد از انقلاب شکوهمند اسلامی کمبود اطلس ملی ایران از سالها قبل محسوس و موردسؤال بود و توجهات وپیشنهادهات و بحث ها تماما" به سوی سازمان نقشه‌برداری کشور متوجه و احاله میگردد. تا اینکه سرانجام با پایان گرفتن جنگ تحمیلی و همزمان با آغاز برنامه های نوسازی کشور ، ضرورت تهیه اطلس ملی ایران محسوس تر گشت و درخرداد ماه ۱۳۷۰ بنابه تصویب هیئت محترم وزیران این رسالت و وظیفه سنگین به سازمان نقشه برداری کشور» واگذار گردید .

طرح اطلس ملی به دو مرحله کلی تقسیم بندی گردید .

در مرحله اول طرح اطلس ملی که از سال ۱۳۷۲ آغاز گردید، هدف تهیه یک جلد اطلس عمومی بود ، این جلد اطلس شامل چهار فصل سیاسی ، طبیعی ، جمعیتی و اقتصادی بوده و در سال ۱۳۷۴ به چاپ رسیده است .

مرحله دوم طرح اطلس ملی با هدف تهیه حدود بیست جلد اطلس تخصصی در زمینه های مختلف

در روند رو به رشد و پیشرفت جوامع امروزی و تکامل ساختار زندگی هر جامعه و آحاد آن، فراهم بودن «اطلاعات» در زمینه های گوناگون هر کشور و هر ملت ، هم یک «نیاز» درجه اول است و هم یک «الزام» میهنی.

تجزیه و تحلیل و نتیجه گیری صحیح از این اطلاعات گسترده و داده های بی شمار ، در قالب سیستم های اطلاع رسانی مختلف در چند دهه اخیر ، در سطح جهان رشد بیسابقه ای را نشان داده و توجه برنامه ریزان ، مدیران و مجریان امور را به این سیستم ها ، قویا" جلب کرده است تا حدی که از جمله نمودارهای توسعه و رشد در جوامع پیشرفته ، حجم سرمایه گذاریهای مالی و انسانی در تاسیس و تکامل سیستم های اطلاعاتی (عمومی - فنی - تخصصی) آنهاست . در این راستا ، انواع نقشه ها در خانواده های مختلف تخصصی به سبب نحوه ارائه اطلاعات دقیق کمی و کیفی محیط فیزیکی، در زمره عناصر و ابزار مقدم و پایه قرار می گیرند و طبعا" مقام و اهمیت ویژه ای را نیز در کلیه سیستم های اطلاع رسانی کوچک و بزرگ از سطوح شهری و روستایی گرفته تا سطوح منطقه ای و ملی ، اشغال می کنند .

اطلس های ملی

در فرهنگ علوم تهیه نقشه(کارتوگرافی) و نیز در جوامع بین المللی دست اندرکار با انواع نقشه ، «اطلس» ها مجموعه های مدون و مجلد از نقشه ها، نمودارها ،تصاویر و گزارشات مربوط به یک یا چند موضوع هستند که با نظمی خاص و با ظریف ترین و دقیقترین روشهای کارتوگرافی روز تهیه می شوند . اطلس ها به خوبی قادرند جایگزین دهها جلد کتاب و هزاران برگ گزارش فنی شده ، رئوس برنامه ها و تصمیم گیریها را واضح تر و روشن تر از هر واسطه اطلاعاتی دیگر ، عیان و بیان کنند . در بین انواع اطلس ها ، اطلس های ملی هر کشور جایگاه و اهمیت بسیار ویژه ای دارند .

عوامل دقت در اطلاعات ، حجم اطلاعات در واحد سطح ، کیفیت های هنری نمایش پدیده ها و پیوند و روابط آنها ، اطلسها را از دو نقطه نظر در اعتبارات ملی هر کشور صاحب سهم کرده است . نخست محتوای اطلس ها که موضع پیشرفت و توسعه هر کشور را مبین است و دیگر نفس کار و ساختارهای فنی خود اطلسها که بیانگر درجه تعالی آن کشور در تولید نقشه های بسیار دقیق و در عین حال زیباست تا سریعترین رابطه را با بیننده و استفاده کننده برقرار کنند. این دو علت ، وظیفه تهیه کنندگان اطلس را در بخش دولتی هر کشور بسیار سنگین و حساس می کند و بهمین سبب موسسات بخش خصوصی تهیه نقشه و اطلس، با همه تعهد و وظیفه ای که در قبال فرهنگ ملی دارند ، ممکن است برایشان این مساله در درجه اول اهمیت قرار نداشته باشد .

ویژگی ها و بهره های محوری و جانبی اطلس های ملی

۱ - از آنجا که نقشه های مندرج در اطلس ملی فراگیر بخش وسیعی از مسائل اطلاعاتی مربوط به جامعه و کشور می باشد ، امکان اخذ سریع اطلاعات برای هر گروه استفاده کننده از دانشجویان

از سال ۱۳۷۴ آغاز گردید و جلد حاضر یکی از جلدهای تخصصی مرحله دوم می باشد .

برای تهیه این جلد اطلس که سومین جلد از اطلسهای تخصصی ملی می باشد پس از گردآوری و پردازش اطلاعات تمامی مراحل کارتوگرافی سنتی تهیه اطلس به اجرا در آمد و مرحله به مرحله روشها سنتی تا مرحله چاپ اعمال گردید .

تهیه کنندگان اطلس سعی نمودند همگام با روند تغییر تکنولوژی ، روش تهیه اطلس را نیز به شکل رقومی و با استفاده از رایانه سوق دهند . از اینرو در مراحل پایانی کار با استفاده از نرم افزارهای پیشرفته و اطلاعات جدید بدست آمده ، کار تهیه اطلس بهداشت از ابتدا آغاز گردید و تحویلی بزرگ در خط تولید اطلس ملی در سازمان نقشه برداری کشور رخ داد .

لذا به دنبال این دگرگونی مرحله چاپ اطلس بهداشتی که به شکل سنتی تهیه گردیده بود متوقف و کار به روی پایه های رقومی آغاز گردید و در نهایت اطلس بهداشت به صورت کاملاً رقومی تهیه گردید . در واقع این جلد اولین اطلس رقومی در تاریخ کشور بوده وسازمان نقشه برداری کشور مفتخر است اعلام نماید که شکل تازه ای از روشتهیه اطلس و نقشه های رقومی را وارد مراحل تولید و چاپ نموده است .

دست اندرکاران تهیه اطلس ملی ایران « بهداشت »

مجری طرح : مهندس احمد شفاعت

مدیر پروژه : مهندس بهداد غضنفری

طراحی و نظارت کارتوگرافی :

- مهندس محمود خلیلی سامانی

- مهندس بابک شمعی

- مهندس محمد عرب کرمی

- مهندس بهداد غضنفری

کارشناس مسئول آمار و اطلاعات : فخرالزمان سمنانی زاده

مشاوران در امور بیماریها:

- دکتر محمد آزموده

- دکتر محمدرضا محمدحسینی

مشاوران آمار و اطلاعات:

-فرحناز زهرابی

- احمد کشتکاری

گزارشات:

- فخرالزمان سمنانی زاده

- احمد کشتکاری

عکس ها :

- آرشیو عکس روزنامه همشهری

- محمد کربلایی احمد

اجرا : قسمت اطلس ملی سازمان نقشه برداری کشور

چاپ : چاپخانه سازمان نقشه برداری کشور

چاپ اول : ۱۳۷۵

تیراژ : ۱۰۰۰ جلد

مجموعه ایی که پیش روی دارید خلاصه ای است از اهم آمار و اطلاعات بهداشتی و درمانی کشور که بیانگر وضع موجود بهداشت با ارائه شاخصهای آماری و در مواردی مقایسه آنها با تعدادی از کشورهای جهان است .

چنانچه آمار و ارقام و نمودارهای موجود را مورد قضاوت قرار دهید مشخص خواهد شد که با وجود تنگناهایی از قبیل محاصره اقتصادی کشورمان از سوی دشمنان انقلاب ، روند رشد بی رویه جمعیت و کمبود جاذبه لازم درسازمانهای مربوطه در جذب نیروی انسانی متخصص ، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی توانسته است با بهره گیری از امکانات و نیروی انسانی موجود همگامی خود را با اهداف تعیین شده در برنامه پنجساله توسعه اقتصادی ، اجتماعی و فرهنگی کشور حفظ کند و حتی در پاره ای از موارد از این اهداف پیشی گیرد.

در کشورهایی نظیر کشور ما ، که در زمره کشورهای رو به رشد قرار دارد و از نظر وضعیت آموزشی و سواد در سطح بالایی قرار نگرفته معمولا " بهداشت عمومی از وضعیت خوبی برخوردار نیست ولی با تلاش متخصصین ما در امور بهداشت ، خصوصا" بعد از پیروزی انقلاب اسلامی و تخصیص بودجه عظیمی در راه بهبود وضع بهداشت ، خوشبختانه در حال حاضر کشور ما از نظر بهداشت عمومی در سطح بالایی قرار دارد .میزان مرگ و میر در کودکان زیر ۵ سال پایین آمده که خود نشانگر بالارفتن بهداشت عمومی است . غالب بیماریهای واگیردار ریشه کن یا بسیار محدود گردیده است و روستاها از حداقل تاسیسات بهداشتی برخوردار می باشند.

امید است با تلاش مسئولین مملکتی و متخصصین ذیربط و بالارفتن آموزش عمومی در برنامه پنجساله دوم کشور ما از نظر بهداشت در سطحی بسیار بالاتر قرار گیرد تا شاهد جامعه ای سالم و پویا باشیم .

تاریخچه بهداشت در جهان

تا ۳۹۰۰ سال قبل از میلاد مسیح ، بیماری صرفا " یک بلای آسمانی به شمار می آمد و کسی قادر به یاری بیماران نبود. کسی که مریض می شد اگر خوب شدنی بود خودبخود بهبود می یافت وگرنه میمرد. در این دوران مردی یونانی به نام "اسقلبیوس" یا "اسکولاب" اولین کسی بود که به فکر افتاد تا چاره ای برای

بیماران پیدا کند و برای شفای آنان دست به اقداماتی زد. "اسقلبیوس" اولین انسانی بود که نام طبیب بر خود نهاد. یونانیان قدیم برای او احترام زیادی قائل بودند و به نامش سوگند می خوردند.

پس از مرگش مجسمه های زیادی از او ساختند و عقیده داشتند که مجسمه او نیز بیماران را شفا می دهد . در یکی از مجسمه های او کاهنان مارهایی تربیت می کردند و می گفتند که روح "اسکولاب" در این مارها حلول می کند و بهمین سبب این مارها را مقدس و شفابخش بیماران می پنداشتند . این مارها به قیمت های گزاف فروش می رفتند و کاهنین از این راه صاحب اموال و ثروتهای بیکران می شدند. این که امروزه در سراسر جهان آرم پزشکی را دو مار پیچیده به دور میله ای تشکیل می دهد به همین علت است.

اسقلبیوس" دختری به نام "هیژی" داشت و یک شب که از معالجه بیماران فراغت پیدا کرد و به خانه آمد و مشغول تهیه دارو گشت ، دخترش به او گفت : " آیا بهتر نیست که این همه کوششی را که برای درمان و مداوای بیماران به کار می برید صرف تدابیری کنید که نگذارید مردم مریض شوند ؟"

سخنان "هیژی" برای پدر تکان دهنده بود و اسقلبیوس را به فکر واداشت که افکاری نو در طبابت آن روز مطرح سازد . از آن روز به بعدشالوده رشته جدیدی را در طبابت ریخت ، مبنی بر اینکه به مردم دستوراتی می داد که چه کنند تا بیمار نشوند . وی به افتخار دخترش "هیژی" این عمل را به زبان یونانی " هیژی نیوس" نام نهاد که امروزه آن را به فرانسه " هیژین (HYGIENE) " و به انگلیسی " های جین (HYGIENE) " می گویند .

بذر بهداشت که ۳۹۰۰ سال قبل از میلاد کاشته شده بود در سال ۱۹۴۶ بعد از میلاد مسیح عالی ترین ثمرات خود را به بار آورد. در این سال اساسنامه سازمان بهداشت جهانی به تصویب رسید ، گرچه در سال ۱۹۴۸ میلادی به مرحله اجرا گذارده شد. علت به وجودآمدن این سازمان ، که در سطح جهانی فعالیت می نماید، این بود که بیماری را دشمن مشترک بشریت در سراسر جهان می دانستند . زیرا اگر یک بیماری واگیر در کشوری شیوع یابد ، سایر ممالک از آن در امان نیستند . ایران یکی از اولین کشورهایی است که در تاسیس سازمان مذکور سهمی بسزا دارد.

با تشکیل و آغاز کار این سازمان تحولات فکری و برنامه های اجرایی در امور بهداشت و درمان در سراسر دنیا ایجاد شد .

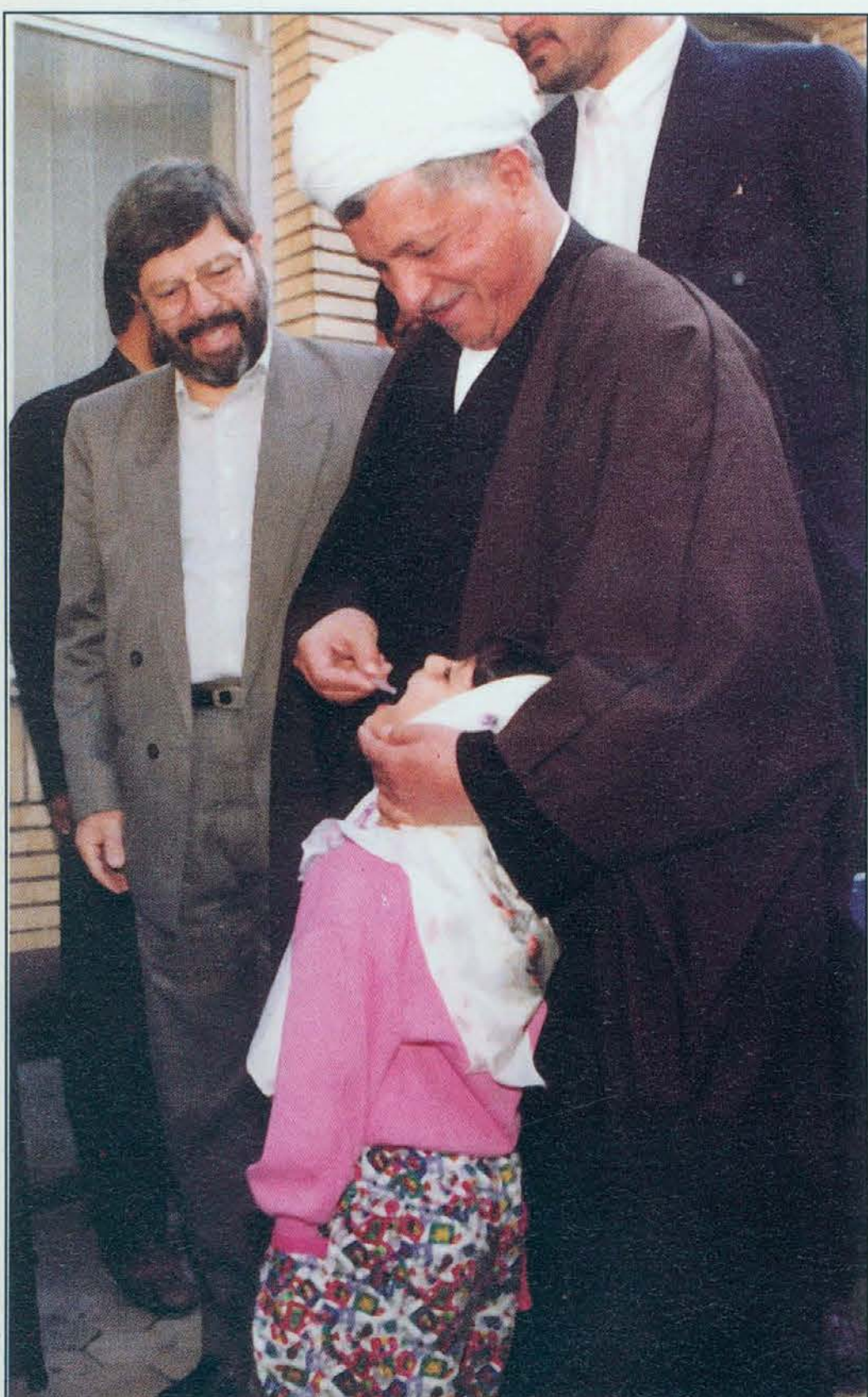
در حال حاضر بیش از ۱۵۰ کشور جهان عضو سازمان بهداشت جهانی هستند و با مبادله اطلاعات و تجربیات خود برای رسیدن به بالاترین سطح ممکن بهداشت، در سراسر جهان با یکدیگر همکاری می کنند . سازمان مذکور بیشتر کوشش خود را معطوف به رفع آن دسته از مشکلات بهداشتی می نماید که کشورهای جهان قادر نیستند به تنهایی و با منابع موجود خود آنها را حل کنند .

خوشبختانه کشور ما درردیف اولین کشورهای عضو سازمان مذکور می باشد که باپیگیری مداوم در به ثمر رساندن اهداف متعالی این سازمان همواره کوشیده و همگام باپیشرفت علوم پزشکی و بهداشت عمومی در جهان پیش رفته است.

تاریخچه بهداشت در ایران

کشور ایران در طول هزاران سال فرهنگ و تمدن خود ، مذاهب و آداب و رسوم مربوط به خود را داشته که از عوامل مهم و اصلی در ساخت تاریخ کشور بوده اند .

بهداشت عمومی نیز یکی از عوامل مهم در سلامت و کامیابی ملت است که تاریخ نویسان در اغلب موارد نامی از آن نبرده اند ولی



دستورات دینی درباره بهداشت و نظافت را ، چه قبل از اسلام و چه بعد از آن ، می توان یک منبع اطلاعاتی مهم در دورانهای مختلف تاریخی به شمار آورد . در دوران هخامنشیان رعایت بهداشت همواره موردنظر بوده است . کورش در لشکرکشی ها آبهای جوشیده را در ظرف ها و مشربیه های مخصوص ، که روی ارابه حمل می شد ، به میادین جنگ می فرستاد که از این راه مانع اشاعه بیماریهای مربوط به آب آلوده در میان سپاهیان گردد . در دین زرتشت آتش ، مظهر پاکی و شایسته احترام است و خاک و آب سرچشمه زندگی محسوب می شوند و آلوده کردن آب و خاک به پلیدی ممنوع است . "هرودت" می گوید ایرانیان آب را آلوده نمی کنند و در آن دست نمی شویند و نمی گذارند کسی آن را به کثافات آلوده کند .

همچنین مطالب و دستورات بهداشتی زیادی در دین اسلام وجود دارد که این دستورات راهنمای بهداشت جسمانی و روانی و اجتماعی است و از آن جمله این نکته است که پاکی و نظافت نشانه ایمان به خداست .

هدف از دستورات بهداشتی مذهبی به مردم از زمانهای گذشته ، ناشناخته بودن علل و عوامل ایجاد بیماریها و راههای انتقال آنها و عدم توجه به رفع عوامل ایجادکننده بیماریها و پیشگیری و کنترل آنها بود .

در سال ۱۳۰۵ شمسی تمامی مؤسسات صحتی مملکتی در اداره کل صحتیه متمرکز گردید و سپس از سال ۱۳۲۰ شمسی که وزارت بهداشتی تاسیس شد در امر بهداشت عمومی موفقیتهای زیادی به دست آمد . نمایندگان کشور در مجامع بهداشتی و درمانی دنیا شرکت کردند و به بهداشت عمومی با مفاهیم جدید توجه خاصی مبذول شد و درخت بهداشت که تا آن زمان هرگز نامی نداشت بارور گردید.

سیاست های اساسی بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی کشور

- ۱ - اولویت بهداشت ، به عنوان یک سرمایه گذاری طویل المدت و رعایت این اولویت در همه مراحل تامین سلامت جامعه .
- ۲ - اولویت مناطق محروم و روستاها در تخصیص و توزیع منابع و توجه ویژه به گروه های آسیب پذیر جامعه نظیر کودکان و مادران .
- ۳ - تامین درمان افراد جامعه بصورت بیمه مستقیم دولتی از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم .
- ۴ - قطع وابستگی و مناسبات تجاری حاکم در تهیه ، تولید و توزیع

دارو .

۵ - کنترل بخش خصوصی تحت ضوابط دولتی از نظر استانداردها و سطح درآمد همگام با توسعه کمی و کیفی واحدهای دولتی .

۶ - تربیت نیروی انسانی پزشکی با تاکید بر گزینش افراد بومی و پیوند دادن آموزش ها با سطوح مختلف عرضه خدمات .

۷ - ارائه خدمات تلفیق یافته بهداشت و درمان و توأم ساختن آموزش و خدمت .

۸ - هماهنگ ساختن سرمایه گذاری های بهداشتی و درمانی با مجموعه برنامه های توسعه و رفاه اجتماعی کشور ، بویژه در ایجاد قطبهای جمعیتی و کشاورزی با پرهیز از ایجاد سازمانهای مضاعف .

۹ - توسعه سیاست عدم تمرکز در مسیر خوکفا ساختن مناطق باتوجه به توان واقعی استان های کشور و پرهیز از شتابزدگی .

۱۰ - فراهم آوردن امکان مشارکت فعال و سازمان یافته مردم در همه سطوح اعم از برنامه ریزی و اجرا .

وضعیت سلامت جامعه

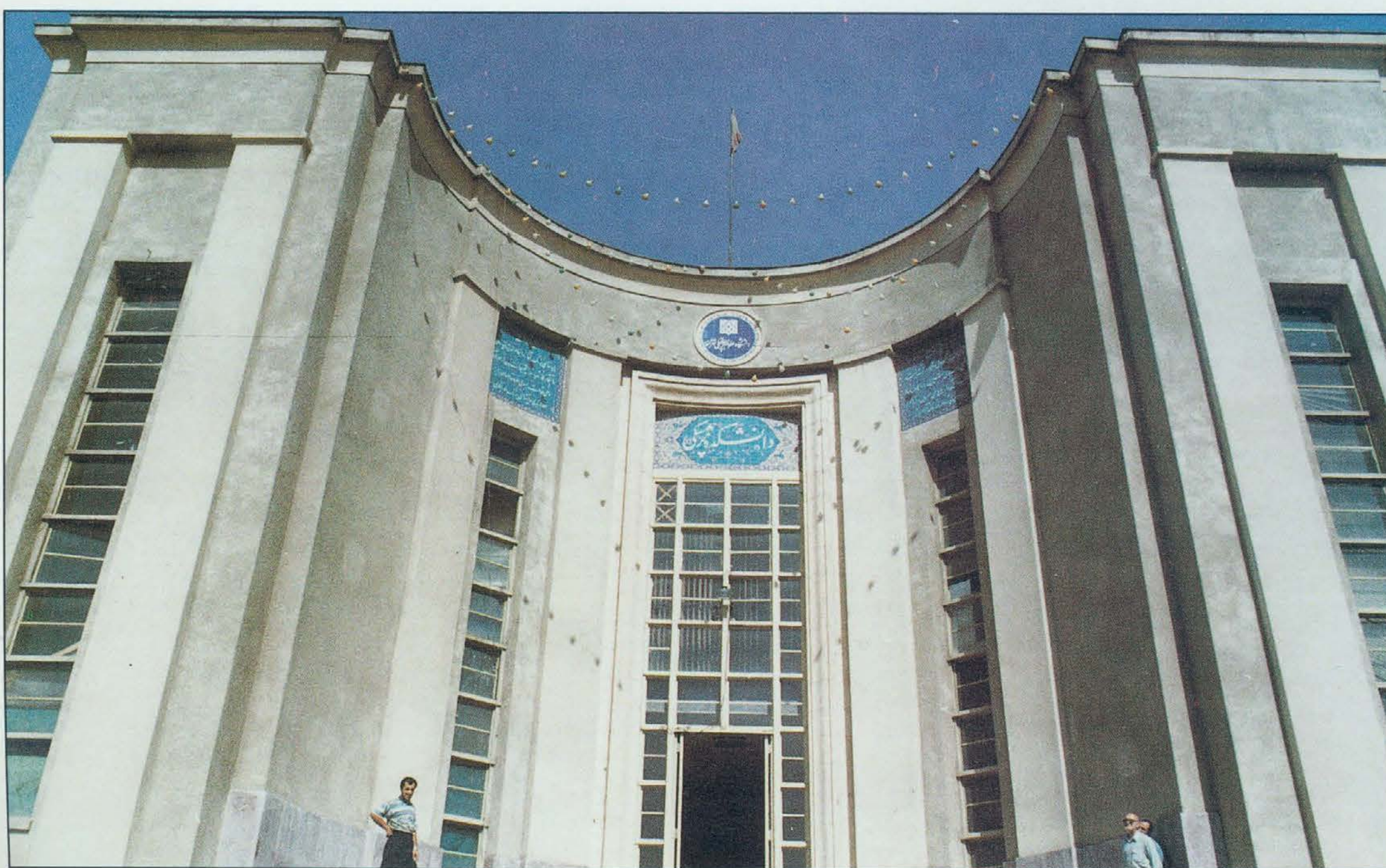
افزایش جمعیت موضوع مهم و حیاتی جهان در قرن بیستم است. از آنجا که انسانها متناسب با رشد کمی آحاد انسانی نمی توانند امکانات زیستی ، رفاهی و بهداشتی را نیز افزایش دهند ، این موضوع همچون تهدیدی عظیم روی جوامع جدید قرار گرفته است . کشورهای توسعه یافته با برنامه ریزی آموزشی اجتماعی توانسته اند از آسیب های

سیل جمعیتی مصون بمانند . معهذرا در اکثرکشورهای جهان یعنی کشورهای توسعه نیافته هنوز مشکلات ناشی از این امر پا برجاست . اگر برنامه های سنجیده ای برای بهبود شرایط زندگی بشر تهیه نشود از هم اکنون می توان تیرگی حال و روز بشر را در آینده ای نه چندان دور دریافت .

یکی از شاخص های مهمی که در بیشتر موارد برای ارزیابی وضعیت سلامتی یک جامعه در نظر گرفته شده است ، نرخ مرگ و میر نوزادان، کودکان و مادران است.

این شاخص تعداد نوزادان وفات یافته را پیش از اولین سال تولد نسبت به تعداد موالید محاسبه می نماید . در نظرگرفتن این مسئله در تعیین سطح توسعه یک کشور بسیار حساس می باشد .

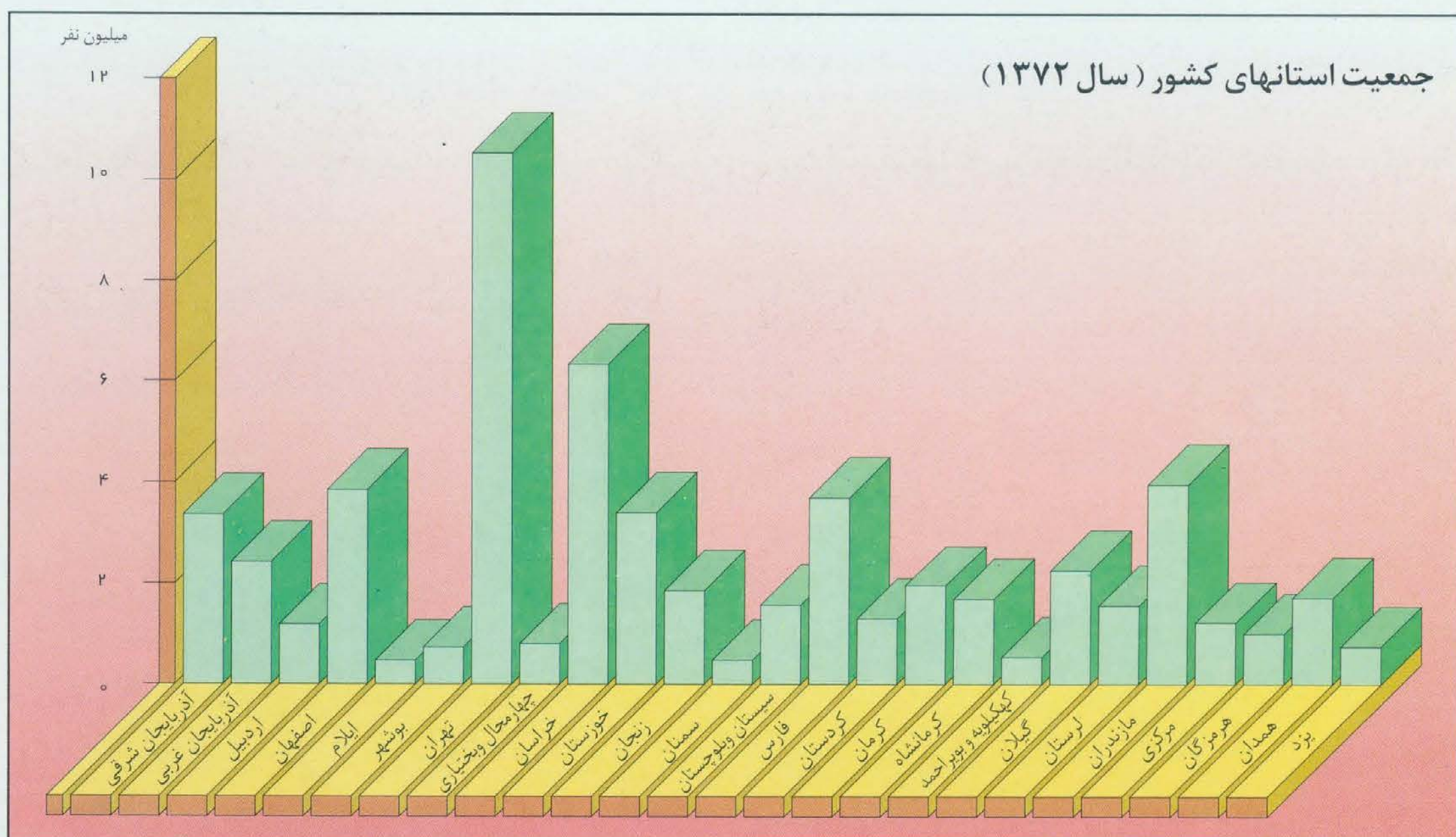
هنگامی که کشوری به امر آموزش می پردازد یا اینکه شهرنشینی گسترش می یابد به علت ارتقاء سطح بهداشت عمومی ، مرگ و میر نوزادان کاهش می یابد. تفاوت مرگ و میر میان کشورهای توسعه یافته و کشورهای در حال توسعه بسیار زیاد است . در کشورهای توسعه یافته برای هر ۱۰۰۰ تولد ، ۱۵ فوت کودکان کمتر از یکسال شمارش شده است . در حالی که در کشورهای در حال توسعه این رقم پنج برابر میباشد . خوشبختانه در ایران رشد فزاینده بهداشت عمومی ، واکسیناسیون اطفال زیر یکسال در سطح وسیع و آموزش مردم نسبت به بیماریهای واگیردار مسئولین را تا حدود زیادی موفق به کاهش نرخ مذکورگردانیده است .



فصل اول: جمعیت ایران

در هر کشور شمارش نفوس و مسکن و اندازه گیری تغییرات جمعیتی اهالی آن، یکی از عمده ترین وسائل شناخت کشور برای برنامه ریزی، نظارت، کنترل و ارزشیابی خدمات و فعالیتهای ملی و دولتی می باشد و بهمین جهت است که سابقه

ساختارهای سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، ویژگیهای جمعیتی خاص دارند که در کشورهای اروپایی کمتر بدان برخورد می شود. از مهمترین ویژگیهای جمعیتی ایران و همسایگان آن (به استثنای ارمنستان) پیروی از دین اسلام است.



شمارش جمعیت که اصطلاحاً "سرشماری نفوس خوانده می شود، از دیر زمان در اکثر کشورهای جهان رواج داشته است و همواره دولتها کوشیده اند از طریق سرشماری نفوس، اطلاعات مربوط به جمعیت کشور خود را به همراه سایر آمار و اطلاعات گردآوری نمایند.

امروزه، در بیشتر کشورهای جهان سرشماری جمعیت به تدریج دارای تکنیکها و روشهای علمی ویژه ای گردیده است. در ایران سرشماری عمومی نفوس براساس روشهای جدید طی سالهای ۱۳۳۵، ۱۳۴۵، ۱۳۵۵، ۱۳۶۵ و ۱۳۷۵ (شمسی) انجام گردیده است. به موجب قانون هر ده سال یکبار، انجام سرشماری عمومی نفوس و مسکن در ایران ضروریست.

بطور کلی سرشماری عمومی نفوس عبارتست از شمارش همه افراد یک کشور و هدف از آن جمع آوری اطلاعات و آمار جامع از اندازه، توزیع و ساخت خصوصیات جمعیت مناطق مختلف کشور می باشد که نسبت به اهداف موجود، این نوع اطلاعات برآورد می گردد.

جمعیت ایران و مقایسه آن با کشورهای همسایه

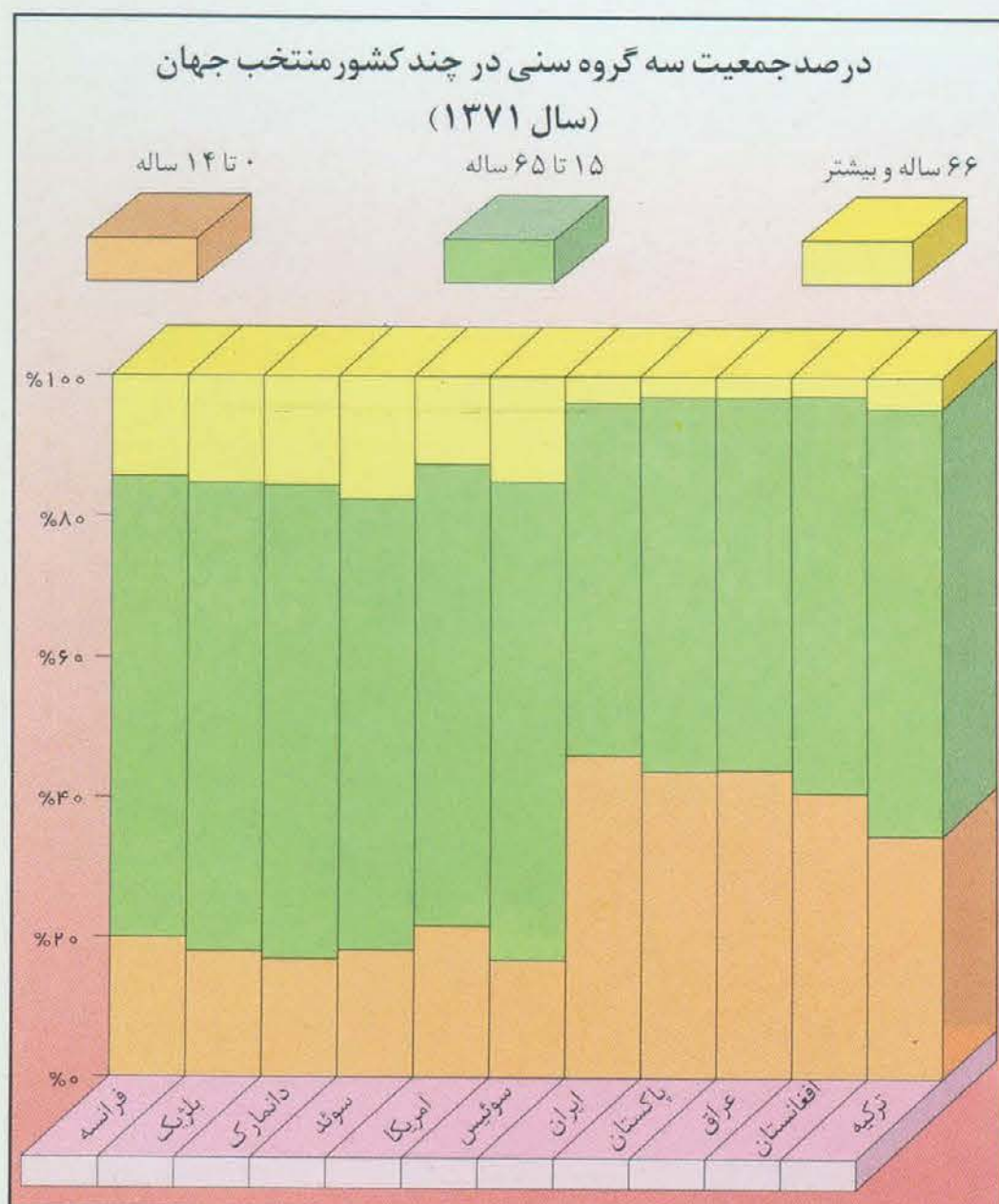
کشورهای خاورمیانه و به ویژه کشورهای همسایه ایران، به جهت

برخوردار بوده است. ترکمنستان در همسایگی شمال ایران، در این دوره دارای رشد جمعیتی برابر ۲/۲۵ در هزار بوده است که تقریباً با رشد جمعیت ایران برابر است.

جمعیت ترکیه بین سالهای ۱۹۸۵ تا ۱۹۹۰ با رشدی برابر ۶/۲۱ در هزار، رشدی متعادلتر نسبت به پاکستان، عراق، ایران و ترکمنستان دارد، هر چند که ویژگی های کشورهای مسلمان را داراست و کنترل جمعیت تحت تاثیر شعائر اسلامی با محدودیتهایی مواجه است. جمهوری آذربایجان با رشد جمعیت برابر ۳/۱۳ در هزار، رشدی تقریباً متعادل دارد، هر چند که وقایع درگیریهای این کشور با ارمنستان و ادامه جنگ بین این دو کشور سبب تغییر ساختار جمعیت در هر دو کشور شده است.

در میان همسایگان مسلمان ایران، افغانستان از کمترین میزان رشد برخوردار است که ناشی از تحولات و دگرگونیهایست که از مهاجرت حدود ۵ میلیون افغانی طی دوره اشغال این کشور ناشی شده است. اگر چه رشد طبیعی جمعیت افغانها، از میزان بسیار بالایی برخوردار بوده، لیکن مهاجرت به خارج از کشور، ساختارهای جمعیتی آنرا بشدت تحت تاثیر قرار داده است.

به جز ترکمنستان و عراق، در کشورهای ایران و همسایگان آن، رشد جمعیت نسبت به سالهای قبل، کاهش یافته است. در بین سالهای ۱۹۸۰ تا ۱۹۸۵ ترکمنستان دارای رشدی برابر ۷/۲۳ در هزار بوده که در دوره بعد، یعنی در ۱۹۸۵ تا ۱۹۹۰ حدود ۵/۱ در هزار بیشتر شده است. در عراق نیز رشد جمعیت در دوره ۱۹۸۰ تا ۱۹۸۵ برابر ۷/۳۲ در هزار بوده که در دوره بعد، ۱۹۸۵ تا ۱۹۹۰ به ۱/۳۳ در هزار رسیده است.



دین اسلام با تعالیم خود، در سیاستهای جمعیتی کشورهای مسلمان تاثیر بسیار دارد. به همین سبب میزان رشد جمعیت در بین کشورهای مسلمان، کاملاً با کشورهای غیرمسلمان متفاوت است. به طوری که در ارمنستان که یک کشور مسیحی است، میزان رشد جمعیت بسیار پایین تر از این میزان، در ایران و سایر همسایگان مسلمان آن است.

رشد جمعیت پاکستان در سال ۱۹۹۲ با ۷/۳۴ در هزار، در بین ایران و همسایگان آن، بیشترین میزان را داشته است. در حالی که ارمنستان با نرخ رشد ۳/۷ در هزار، کمترین میزان رشد را به خود اختصاص داده است. کشور عراق، در همسایگی غربی ایران با میزان رشدی برابر ۱/۳۳ در هزار، پس از پاکستان، بین ایران و کشورهای همسایه مقام دوم را به خود اختصاص داده است، اگر چه پس از جنگ خلیج فارس در سال ۱۹۹۱، ساختارهای جمعیتی عراق به شدت دگرگون شده و میزان رشد آن کاهش یافته است.

جمعیت ایران در سال ۱۳۷۰ با رشدی برابر ۶/۲۴ در هزار، هر چند در مقایسه با کشورهای اروپایی هنوز میزان رشدی نسبتاً بالا دارد، لیکن در بین همسایگان خود از رشدی متوسط

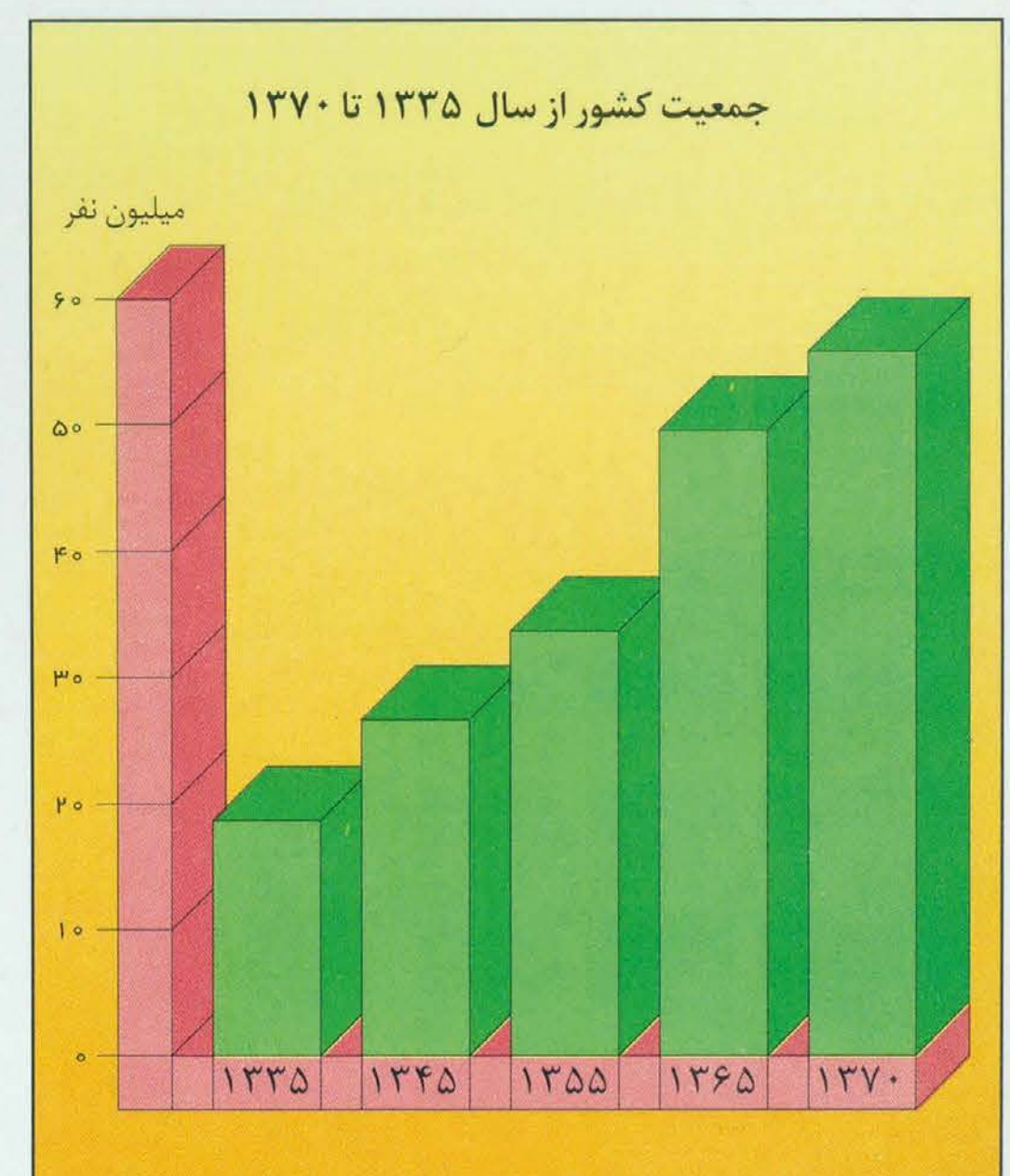
در بین دو دوره یاد شده ، جمعیت افغانستان کاهش چشمگیری داشته است ، هر چند رشد سالهای ۱۹۸۵ تا ۱۹۹۰ آن نیز اندک است و به ۷/۱ در هزار می رسد ، لیکن در دوره ۱۹۸۰ تا ۱۹۸۵ رشد آن ۲۰/۲ - در هزار بوده که رشدی منفی و عمدتاً به سبب مهاجرت گسترده افغانها بوده است .

در یک جمع بندی کلی می توان گفت که در دوره سالهای ۱۹۸۵ تا ۱۹۹۰ در بین ایران و کشورهای همسایه ، کمترین میزان رشد جمعیت بعد از افغانستان ، متعلق به جمهوری ارمنستان است . این کشور با وجود سیل مهاجرت از خارج به داخل ، انتظار می رفت که رشد جمعیت بالایی داشته باشد ، در حالی که این رشد نسبت به کشورهای دیگر منطقه بیش از ۳ برابر کمتر است . علت این امر را میتوان به الگوهای فرهنگی و اجتماعی ارمنستان از طرفی و مهاجرت به خارج جوانان از طرف دیگر مربوط دانست .

رشد و توزیع جمعیت

اختلاف بین میزان تولد و مرگ و میر ، میزان رشد طبیعی جمعیت نامیده می شود . اما در هر یک از واحدهای سیاسی ، علاوه بر تولد و مرگ و میر ، متغیرهای مهاجرت به داخل و خارج از مرزهای سیاسی نیز در عامل رشد جمعیت دخالت دارند . با این دیدگاه ، رشد جمعیت اختلاف بین میزان تولد و مرگ و میر ، به اضافه مهاجرت از خارج به داخل ، منهای مهاجرت از داخل به خارج را شامل میشود .

امروزه مسئله رشد بی رویه جمعیت و عدم هماهنگی آن با توسعه



اقتصادی- اجتماعی و فرهنگی و آثار منفی و مخرب آن بر محیط زیست و منابع طبیعی از جمله مسائلی است که توجه عمیق سیاستگذاران و برنامه ریزان کشورهای جهان ، به خصوص کشورهای در حال توسعه ، را طلب می کند . مشکلات ناشی از رشد بی رویه جمعیت مسکن نامناسب ، سوءتغذیه ، بی سواد ، بیکاری ، شغل های کاذب ، مشکلات اقتصادی - اجتماعی و فرهنگی ، محرومیت از تحصیل ، آموزش ناکافی و فضای آموزش نامناسب می باشد .

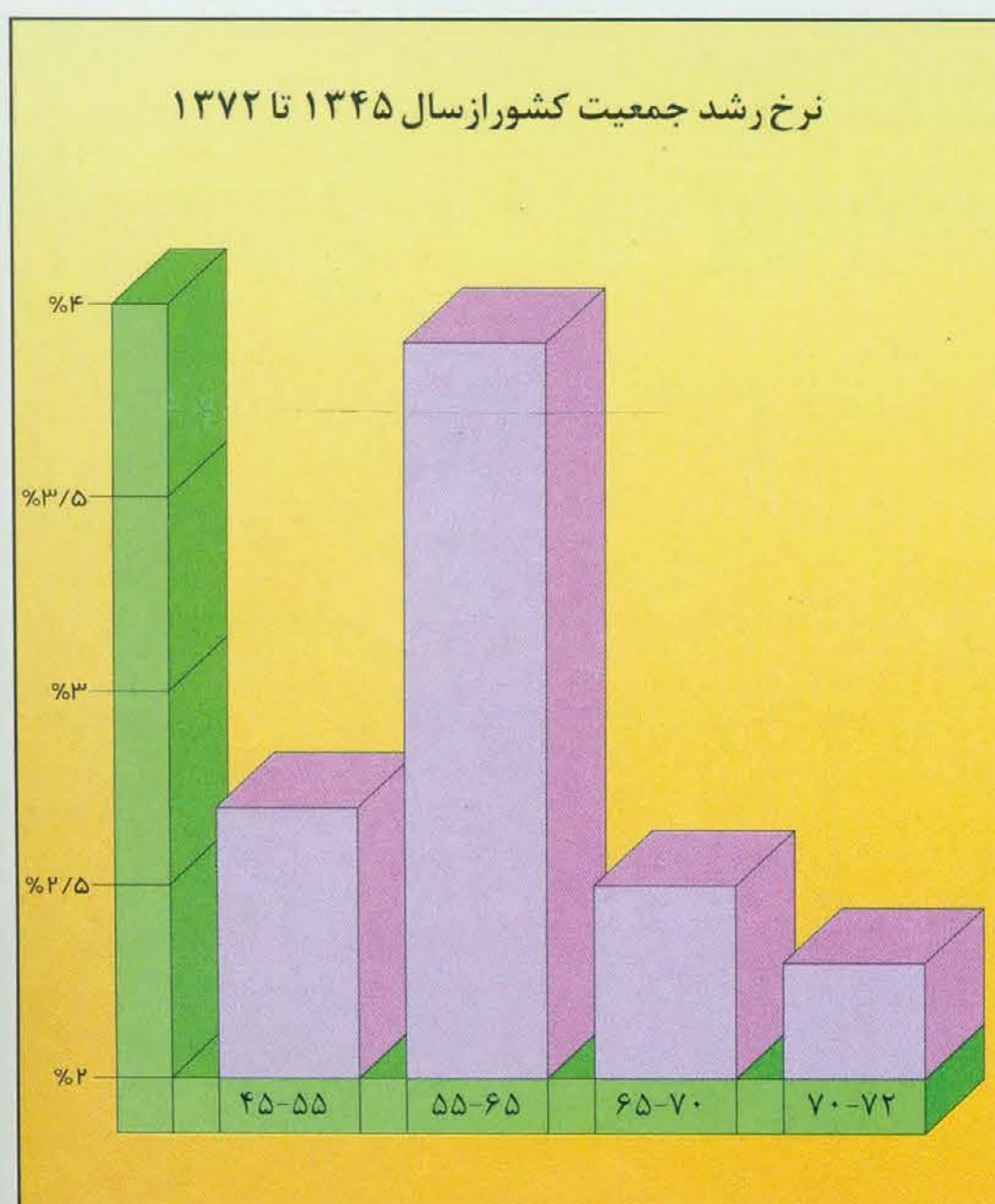
بررسی میزان رشد جمعیت کشور در سالهای اخیر بخصوص در دوره پنجساله ۱۳۶۵ تا ۱۳۷۰ نشان می دهد که در این دوره میزان رشد سالانه جمعیت ایران برابر ۲/۴ درصد بوده است. در حالیکه در دوره ده ساله ۱۳۵۵ تا ۱۳۶۵ این میزان برابر ۳/۹ درصد بوده که در میان سایر کشورهای جهان جزو میزانهای بسیار بالا بوده است .

خوشبختانه سیاست های دولت در سالهای اخیر خصوصاً آگاهی مردم از تبعات انفجار جمعیت ، بالا رفتن میزان شهرنشینی ، بالا رفتن سن ازدواج و افزایش خدمات بهداشتی و درمانی ، از میزان رشد جمعیت به مقدار فاحش کاسته است. با وجود این کاهش و موفقیت های بسیار چشمگیر در امر کنترل جمعیت ، هنوز رشد جمعیت معادل ۱/۵۶ درصد است که نشانگر جمعیت بسیار جوان کشور می باشد . طبق برآورد مرکز آمار ایران در سال ۱۳۷۳ از حدود ۶۰ میلیون نفر جمعیت ایران ۴۲٪ آن زیر ۱۵ سال می باشند و فقط ۳/۷٪ جمعیت بالای ۶۵ سال دارند . با تنظیم برنامه های دولت جهت پیشگیری از بارداریهای ناخواسته،

توزیع رایگان وسایل جلوگیری از بارداری در مراکز بهداشتی کشور و بالا بردن سطح فرهنگ عمومی امید است در آینده با کاهش شدید میزان رشد جمعیت سطح رفاه عمومی ارتقاء یابد .

تولد

هنگامی از ولادت سخن به میان می آید که موالید سالانه جمعیتی در ارتباط با تعداد آن جمعیت مورد مطالعه قرار گیرد . در واقع ، میزان ولادت از تقسیم تعداد موالید سالانه یک جمعیت به تعداد جمعیت میانه همان سال به دست می آید . به تعبیر دیگر ، ولادت و باروری را نمی توان جدا از هم مورد بررسی قرار داد ، اگر چه علل و نتایج آن دو یکسان نیست و از هم متفاوت می



باشد. اگر بتوان ولادت را پدیده ای جمعیتی و بیولوژیک قلمداد کرد ، عوامل گوناگونی چون عوامل فرهنگی، اجتماعی و سیاسی در امر باروری موثرند. تولد پدیده ای دموگرافیک و از اولین حرکات جمعیت است ، ولی داشتن تعداد مطلق موالید برای شناساندن سرعت و آهنگ آن کافی نیست . به همین علت بجای بکاربردن رقم مطلق موالید ، نسبت آن را به جمعیت کل یا جمعیت میانه در نظر می گیرند که میزان موالید نامیده می شود . با توجه به اطلاعات موجود ، در سال ۱۳۷۰ استانهای کهگیلویه و بویراحمد ، سیستان و بلوچستان و ایلام به ترتیب با ۴۱/۲۴ ، ۴۰/۵۶ و ۳۷/۹۷ نفر درهزارنفر ، موالید بیشتری نسبت به دیگر استانها داشته اند و در این مورد به نظر می رسد که خدمات بهداشتی در آنها ضعیف بوده است ، در حالی که استانهای گیلان ، تهران و سمنان به ترتیب ۲۳/۶۶ ، ۲۴/۹ و ۲۷/۲ نفر درهزار ، میزان موالید کمتری داشته اند .

مرگ و میر

برای سنجش مرگ و میر در جمعیت ، میزان مرگ و میر مورد بررسی قرار می گیرد . در مواردی که اصطلاح میزان مرگ و میر

بدون توضیح اضافی بکار رود ، مراد از آن میزان تام مرگ و میر یا میزان مرگ و میر عمومی افراد جامعه مورد نظر در طول یکسال است. معمولاً برای سهولت مقایسه ، میزان مرگ و میر را به ازای هزارنفر جمعیت محاسبه می کنند . مرگ و بررسی این پدیده در جمعیت شناسی به دو دلیل حائز اهمیت است :

۱ - به دلیل نقش آن در میزان رشد و افزایش جمعیت

۲ - به دلیل اثرپذیری شدید آن از عوامل غیرجمعیتی

در صورتی که سطح مرگ و میر تغییر نمی یافت به دلیل کاهش تدریجی سطح باروری در اغلب کشورهای جهان و ثابت ماندن آن در تعدادی از کشورهای در حال توسعه میزان رشد جمعیت سیرنزولی می یافت در حالیکه کاهش میزان مرگ و میر عمومی موجب افزایش میزان رشد جمعیت جهان شده است . در کشورما مانند بسیاری از کشورها به علت عدم ثبت دقیق احوال شغلی ، رقم مردگان اعلام شده ، بویژه در مورد مرگ و میر خردسالان ، از متوفیات حقیقی کمتر می باشد . کاهش مرگ و میر در سالهای اخیر در کشورمان باعث افزایش میزان رشد طبیعی جمعیت از ۴ درهزار (در حوالی سال ۱۲۸۰) به ۳۹/۷ درهزار (در حوالی سال ۱۳۶۵) رسیده است . اقدامات بهداشتی بویژه

سالم سازی محیط و برخورداری مردم خصوصاً بخش عظیمی از روستاییان کشور از آب لوله کشی در کنار بهبود وضع تغذیه عمومی و بالارفتن سطح سواد و آگاهی ، از عوامل مهم و موثر در کاهش میزان مرگ و میر محسوب می شوند .

با توجه به آمار و ارقام موجود می توان بیشترین و کمترین میزان موالید و مرگ و میر را در سطح کشور مورد بررسی قرار داد . در میان استانهای کشور ، استانهای کردستان ، خراسان ، آذربایجان شرقی و زنجان به ترتیب با ۱۳/۲ ، ۱۱/۶ ، ۱۰/۷۹ و ۱۰/۲۳ نفر در هزار نفر ، مرگ و میر بیشتری نسبت به دیگر استانهای کشور داشته اند . در حالیکه استانهای تهران ، گیلان ، فارس و خوزستان به ترتیب با ۶/۱۶ ، ۷/۱۷ ، ۷/۴۷ و ۷/۶۵ نفر در هزار نفر ، مرگ و میر کمتری نسبت به دیگر استانهای کشور داشته اند.

بطور کلی بالا بودن آموزش عمومی ، توزیع مناسب خدمات پزشکی، وجود مراکز تخصصی آزمایشگاهی ، امکان دسترسی به خدمات اورژانس پزشکی ، توزیع دارو و ... را می توان از جمله عواملی دانست که در کاهش میزان مرگ و میر سهم بسزایی دارند و امید می رود که مسئولین مربوطه با تلاشها و برنامه های بهداشتی و درمانی هر چه بیشتر در پائین آوردن این میزان موفق گردند .



فصل دوم : فعالیتهای بهداشتی و دارویی

یکی از دستاوردهای انقلاب شکوهمند اسلامی ایران توجه بیشتر دولت به نقاط محروم و روستایی است و از جمله ابعاد این اقدام توجه به بهداشت و درمان مردم این نقاط می باشد . در اجرای اصول قانون اساسی که مرتبط با تامین بهداشت و سلامت جامعه است ، بخش بهداشت با هدف حفظ و ارتقاء سلامت جسمی ، روانی و اجتماعی در الگوی توسعه و برنامه ریزی جامعه ، مانند دیگر بخشهای اجتماعی ، جزء اصلی توسعه منابع نیروی انسانی محسوب می گردد و طیف وسیعی از فعالیتهای ، عملیات ، خدمات و پژوهشهای علمی و کاربردی مرتبط به هم مانند کنترل جمعیت ، تنظیم خانواده ، ایمن سازی و کنترل بیماریها ، بهداشت مادر و کودک ، تامین آب آشامیدنی سالم ، تامین و تدارک دارو و ... را در بر می گیرد . مراقبت های اولیه بهداشتی با استفاده از نیروهای کمکی در مجموعه ای بنام شبکه بهداشت و درمان در سطح کشور پایه گذاری شد و موجب تغییرات قابل ملاحظه در شاخص های بهداشتی خصوصا " کاهش میزان مرگ و میر کودکان و مادران گردید . نظام بهداشتی که بستر فعالیتهای و ارائه خدمات می باشد ، شامل خانه های بهداشت ، مراکز بهداشتی درمانی روستایی ، مراکز تسهیلات زایمانی و مراکز بهداشتی درمانی شهری است .

تنظیم خانواده

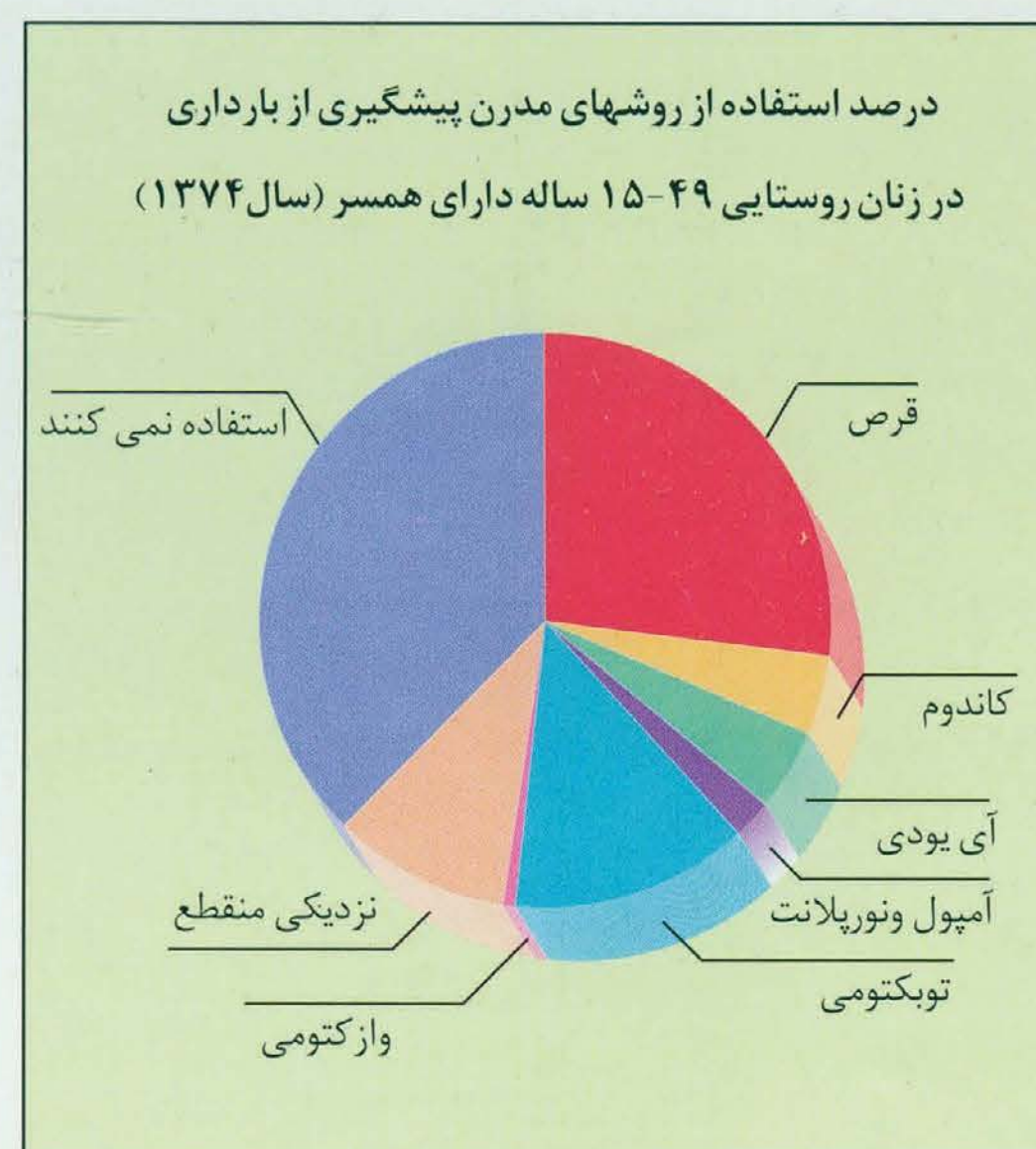
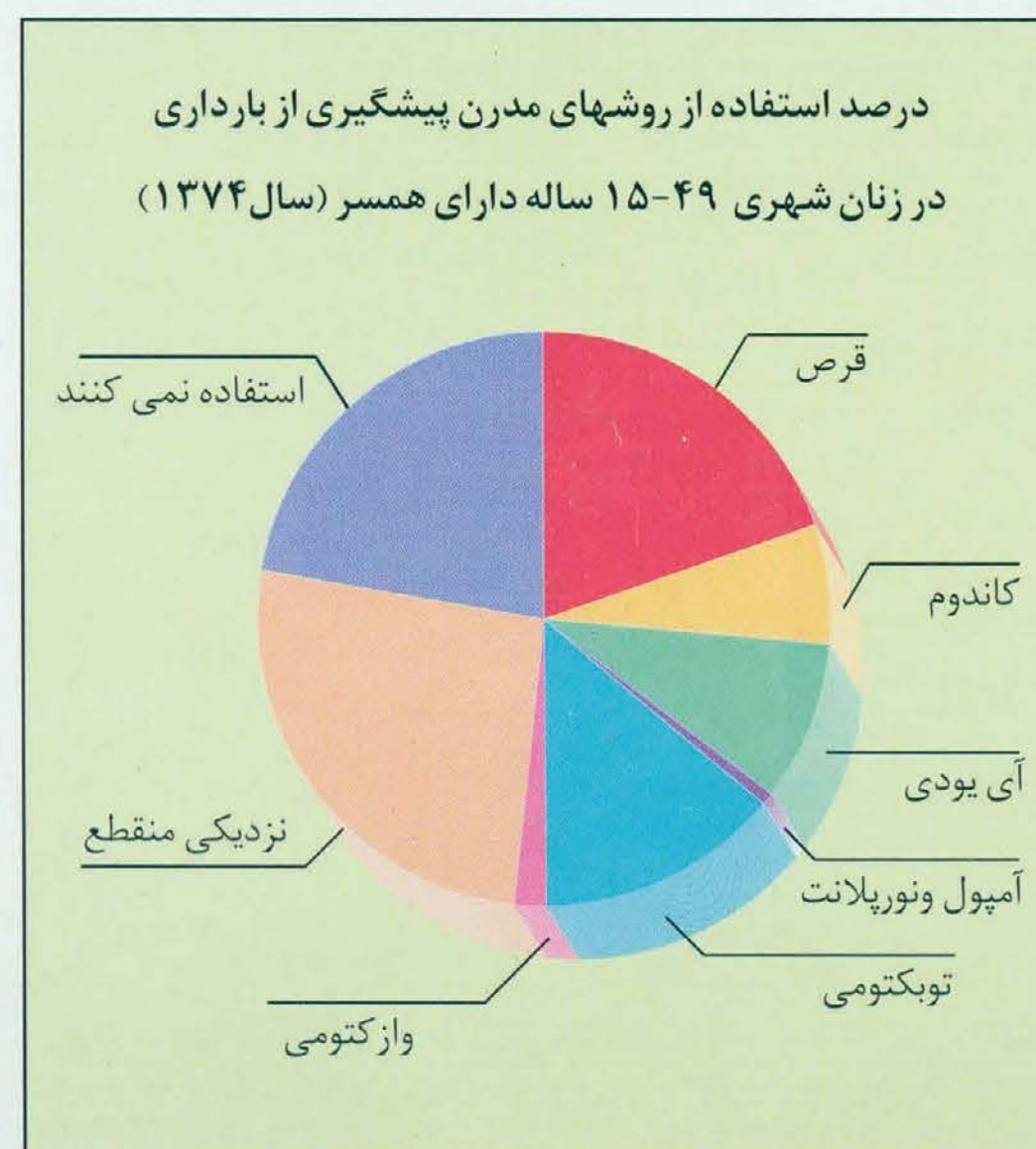
برنامه های آموزشی مربوط به جمعیت و تنظیم خانواده با تشکیل کلاسهای آموزشی و برگزاری سمینارهای یک روزه در اغلب شهرستانها ، مراکز استانها ، خصوصا " تهران ، پخش برنامه های مربوطه از طریق صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران و با همکاری اکثر جراید ، نصب پوستر و تابلوهای بزرگ در معابر و تهیه و نمایش فیلم های کوتاه انجام گرفته که با بهره گیری از این آموزشها ، به رغم تعطیل چندساله برنامه تنظیم خانواده ، ظرف مدت کوتاهی که از شروع مجدد آن می گذرد ، توفیق حاصله چشمگیر بوده و مردم از وسایل رایگان پیشگیری بشدت استقبال نموده اند .

بهداشت محیط

از موارد مهم در کنترل بهداشت محیط انجام بازدیدهای روزمره از تاسیسات آب مشروب و انجام آزمایشهای شیمیایی و میکروبیولوژی و اندازه گیری کلر باقیمانده در آن ، چگونگی توزیع

مواد غذایی در اماکن عمومی و رسیدگی به شکایات مرتبط ،

درصد زنان دارای همسر دز ایران و چند کشور همجوار که از روشهای مدرن پیشگیری از بارداری استفاده نموده اند از سال ۱۹۸۸ تا ۱۹۹۴			
عراق	۱۰ %	ایران	۵۵ %
پاکستان	۹ %	کویت	۳۲ %
افغانستان	-	قزاقستان	۲۲ %
ترکیه	۳۵ %	ارمنستان	۱۲ %



بازدید از مدارس و بیمارستانها و منابع آلوده کننده هوا و محلهای غذاخوری در مسیر راهها می باشد . اهم اقدامات بهداشت محیط عبارتست از :

- تامین آب آشامیدنی سالم برای روستاییان و توسعه روزافزون شبکه آن بطوری که میزان دسترسی جمعیت ساکن در نقاط روستایی به آب آشامیدنی سالم از ۶۷ در صدر سال ۱۳۶۹ به ۹۱ در صد در سال ۱۳۷۴ افزایش یافته است .

- اجرای طرح دفع بهداشتی مدفوع و جمع آوری فاضلابهای خانگی در روستاها از ۱۳۳ واحد فاضلاب بهسازی شده در سال ۱۳۶۹ به ۹۱۰ واحد در سال ۱۳۷۴ رسیده است .

- اجرای طرح جمع آوری بهداشتی زباله در روستاها از اقدامات جدید می باشد که از سال ۱۳۶۸ شروع گردیده است .

در پایان سال ۱۳۷۱ ، ۹۱۹۵ روستا در کشور به روش سیستماتیک زباله های خود را جمع و دفع می نمودند که این رقم در سال ۱۳۷۴ به ۹۷۳۶ روستا رسیده است .

- تامین بهداشت محیط در هنگام بلایای طبیعی (زلزله ، سیل و...) بصورت وسیع و همه جانبه که از جمله میتوان بهداشت محیط مصیبت دیدگان فاجعه زلزله گیلان و زنجان را ذکر نمود . این عمل گسترده شامل لوله کشی های موقت ، نصب موتور پمپ ، سمپاشی ، کلر زنی آب مشروب ، توزیع کیسه های زباله و جمع آوری بموقع زباله و نظارت بر توزیع بهداشتی مواد غذایی رسیده از نهادها بوده است .

- کاربرد مستمر روشهای موقت برای نصب توالتهای بهداشتی و حضور مددکاران به منظور مرتفع نمودن نیازهای زلزله زدگان و تسکین آلام آنان .

- فعالیتهای انجام شده در جریان سیل سیستان و همچنین در سایر موارد وقوع حوادث طبیعی ، از جمله فعالیتهای بهداشت محیط بوده است .

بهداشت خانواده و مدارس

از برنامه های جدید بهداشت خانواده و مدارس ، برنامه پیشگیری از عوارض ناشی از کمبود ید از طریق توزیع نمک یددار و تزریق عضلانی ید است .

توسعه فعالیتهای بهبود تغذیه ، مبارزه تنفسی و ایجاد با اسهال و اجرای طرح مبارزه با بیماریهای حاد نوزاد از بیمارستانهای دوستدار کودک ، گسترش برنامه تغذیه این شیر مادر ، اجرای طرح تربیت ماماها و روستایی و تجهیز

مراکز و احداث و تجهیز واحدهای تسهیلات زایمانی از دیگر فعالیتهای جدید بهداشت خانواده و مدارس می باشد . نتایج حاصل از این فعالیتها عبارتست از:

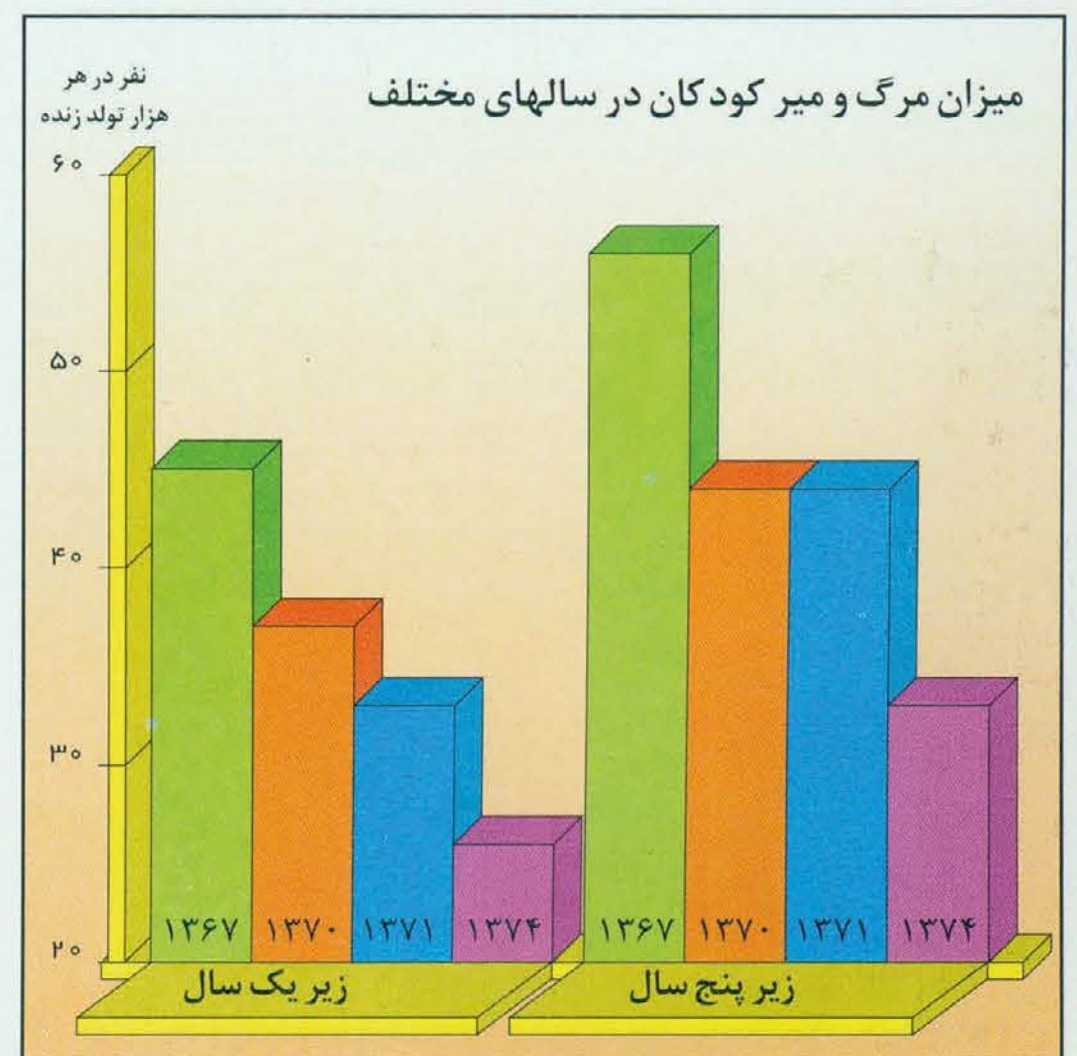
- کاهش مرگ و میر ناشی از بیماریهای تنفسی در کودکان زیر ۵ سال از ۱۲۰۰۰۰ مورد در اول سال ۱۳۶۸ به کمتر از ۱۲۰۰۰ مورد در سال ۱۳۷۰ .

- کاهش مرگ و میر ناشی از اسهال در کودکان زیر ۵ سال از ۱۷۰۰۰ مورد در اول سال ۱۳۶۸ به کمتر از ۱۰۰۰۰ مورد در سال ۱۳۷۰ .

- کاهش مرگ و میر مادران به دلیل عوارض حاملگی و زایمان از بیش از ۹۰ مورد در هر هزار تولد زنده در اول سال ۱۳۶۸ به ۵۴ مورد در هر هزار تولد زنده در سال ۱۳۷۱ .

- کاهش مرگ و میر کودکان زیر یکسال به طوری که از ۴۵ مورد در هر هزار تولد زنده در اول سال ۱۳۶۸ به ۳۳ مورد در هر هزار تولد زنده در سال ۱۳۷۳ رسیده است .

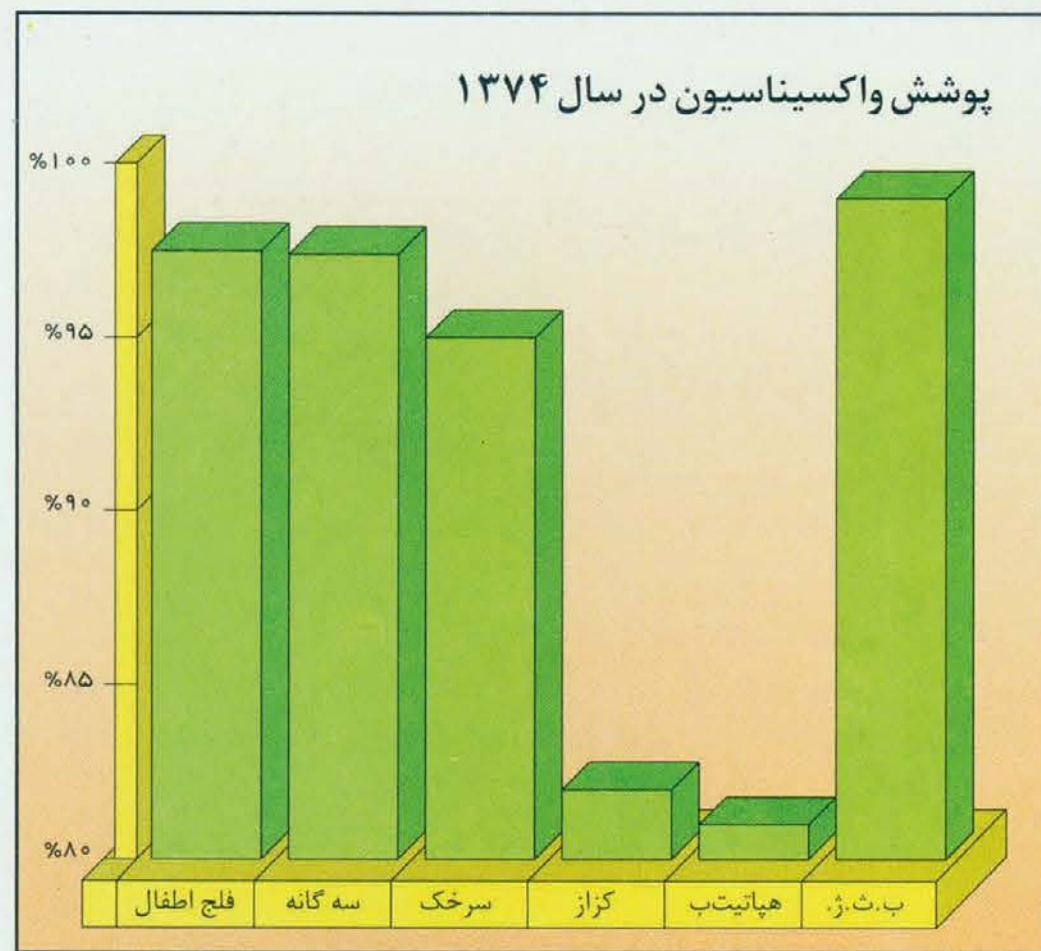
- کاهش مرگ و میر نوزادان به نحوی که در اول سال ۱۳۶۸ از ۲۵/۵۶ مورد در هزار تولد زنده به ۲۰ مورد در هزار تولد زنده در سال ۱۳۷۳ رسیده است .



آموزش بهداشت

با توجه به اهمیت آگاهی مردم از مزایای رعایت اصول اولیه بهداشت و ضرورت توجه عموم به اولویت بهداشت در سالهای اخیر با استفاده از وسایل ارتباط جمعی ، به ویژه صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران ، نهایت سعی و تلاش در جهت آموزش همگانی بعمل آمده است ، از جمله :

- برگزاری کارگاه آموزش بهداشت کشوری جهت برنامه ریزی سیستماتیک آموزش .



- همکاری و هماهنگی با تمام نهادهای مربوط کشوری از جمله صدا و سیما ، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی ، شهرداری تهران، نهضت سوادآموزی و وزارت آموزش و پرورش برای تدوین چگونگی اجرای برنامه آموزش بهداشت عمومی .

- تهیه تعدادی قابل توجه فیلم ، پوستر و جزوات آموزشی .

- برگزاری جلسات و سمینارهای مربوط به مناسبت های مختلف بهداشتی .

بهداشت حرفه ای

ایجاد ۱۲۰۰ خانه بهداشت کارگری در واحدهای تولیدی و تربیت ۱۴۰۰ بهداشت کار و همچنین مشارکت در ایجاد ۳۰۸ مرکز بهداشت کار در واحدهای تولیدی دارای بیش از ۵۰۰۰ کارگر . در نتیجه متجاوز از ۴۲۰۰۰۰ نفر از کارگران بخشهای مختلف تحت پوشش مراقبت های اولیه بهداشتی قرار گرفته اند و پیش بینی میشود در سالهای آتی ، تعداد بیشتری خانه بهداشت کارگری در بخش صنعت و معدن ایجاد شود . ضمناً" تربیت ۴۰۰ امدادگر و تجهیز ۵۰ مرکز بهداشت کارگری و اجرای طرح بهداشت حرفه ای در روستاهای واجد شرایط در ده استان در برنامه آتی قرار دارد .

بهداشت دهان و دندان

در ادامه فعالیت های جاری و اجرایی ، طرح هایی مانند طرح دهان شویه سدیم فلوراید در مدارس ابتدایی و معاینات منظم دانش آموزان به منظور پیشگیری از پوسیدگی دندانها در دست اجراست و پیش بینی شده بود که در سال ۱۳۷۲ بیست درصد از دانش آموزان ابتدایی زیر پوشش برنامه دهان شویه سدیم فلوراید قرار گیرند. در طی سالهای ۱۳۶۸ تا ۱۳۷۱

نسبت به توزیع و نصب ۷۸۵ دستگاه ویژه دندانپزشکی و ۲۱۰ دستگاه رادیوگرافی داخل دهانی در استان های کشور اقدام شده که همگی مورد بهره برداری قرار گرفته اند .

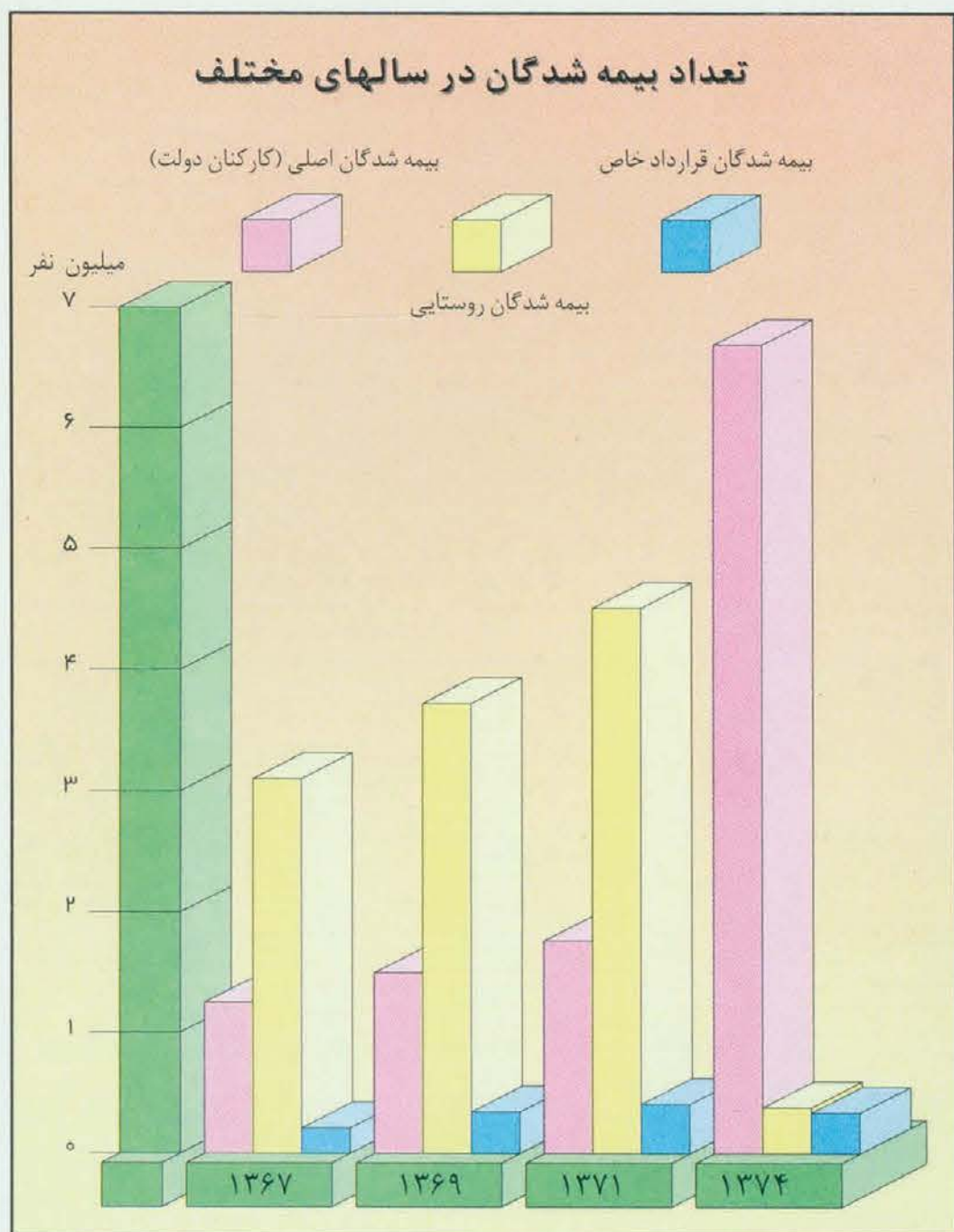
برنامه گسترش ایمن سازی

همه ساله در کشورهای در حال توسعه شش بیماری خطرناک و کشنده دیفتی ، کزاز ، سیاه سرفه ، سرخک ، فلج اطفال و سل چندین میلیون کودک معصوم را قبل از رسیدن به سن یکسالگی به هلاکت می رسانند و همین تعداد کودک را نیز دچار معلولیت های جسمی و روانی می سازند .

به منظور پیشگیری از وقوع این فاجعه و با توجه به نقش حیاتی و ارزنده واکسیناسیون در پیشگیری از ابتلاء و همچنین مرگ و میر و معلولیت ناشی از بیماریهای مذکور ، مجتمع سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۷۷ میلادی هدف برنامه گسترش ایمن سازی را که مصون ساختن کلیه اطفال زیر یکسال است به تصویب کلیه کشورهای عضو رسانید . در همین مورد وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۶۲ طرح توسعه ایمن سازی کشور را تهیه و تقدیم هیئت دولت نمود . با تصویب این طرح و اختصاص بودجه جداگانه ، گامهای موثری در پیشرفت برنامه برداشته شده

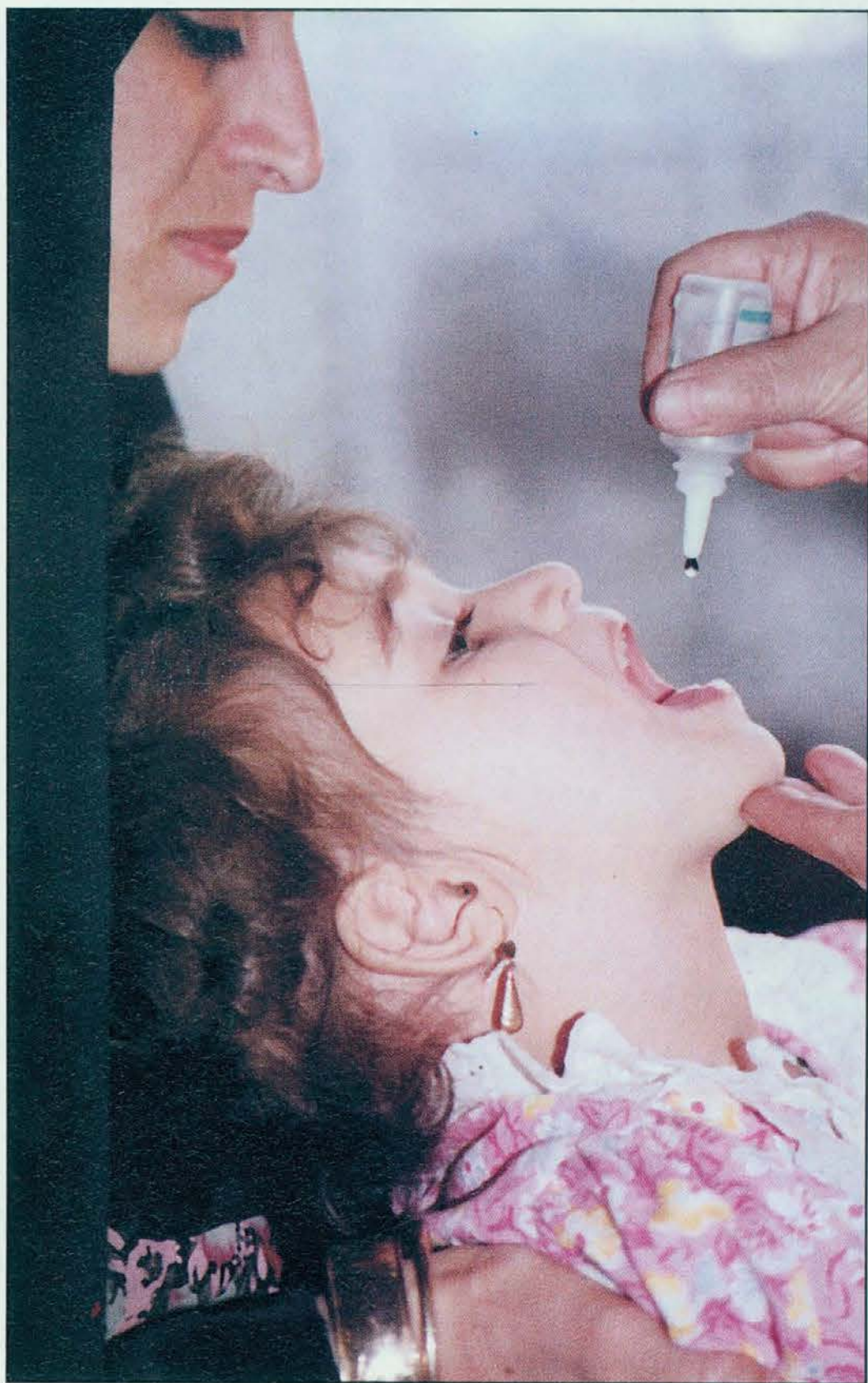
است . هدف از این طرح ایجاد مصونیت فعال در کودکان گروه سنی زیر یکسال با تجویز نوبت های ضروری واکسن ها و اتمام آن قبل از رسیدن به سن یکسالگی و پایدار نگاهداشتن سطح ایمنی حاصله ، با تجویز دزهای یادآور در گروههای سنی بالاتر بود . این امر موجب تقلیل قابل توجه موارد ابتلا ، مرگ و میر و معلولیت های ناشی از بیماریهای فوق الذکر خواهد شد . نیل به هدف ، زمانی میسر خواهد بود که واکسیناسیون اولیه صددرصد کودکان قبل از رسیدن به سن یکسالگی به اتمام رسیده باشد . به عبارت دیگر هر طفل در سال اول زندگی یک بار واکسن ب. ث. ژ. ، سه بار واکسن ثلاث ، سه بار واکسن خوراکی ضد فلج اطفال و یک بار واکسن سرخک زده باشد . از ابتدای سال ۱۳۷۲ که

واکسیناسیون علیه هیپاتیت B برای نوزادان تازه متولد گردیده شروع شد ، با احتساب سه نوبت واکسن آن ، هر کودک زیر یکسال باید مجموعاً" ۱۱ نوبت واکسینه شود. قبل از آغاز طرح ارزشیابی که بوسیله تیم مشترک بین المللی و ملی در فروردین و اردیبهشت ماه ۱۳۶۳ انجام شد ، پوشش واکسیناسیون کودکان زیر یکسال برای ثلاث ۳ ، ۳/۳ درصد ، برای فلج اطفال ۳۴ درصد ، برای سل ۴/۱۰ درصد ، برای سرخک ۳/۲۸ درصد و



فعالیت‌های دارویی و غذایی

این بخش فعالیت‌های گسترده‌ای در نظارت بر ساخت، توزیع و واردات فرآورده‌ها و مواد اولیه دارویی، غذایی، آرایشی و بهداشتی و همچنین کنترل مواد غذایی، دارویی و اعتیادآور دارد بررسی وضعیت داروهای جنبی طرح ژنریک مانند روغن کرچک



بهداشتی اولیه فراهم گردد. شبکه بهداشتی، درمانی کشور شامل ۳۲ دانشگاه، ۷ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، ۲۳۷ مرکز بهداشت شهرستان، حدود ۷۰۰ بیمارستان با متجاوز از ۷۰۰۰۰ تخت بیمارستانی، ۱۸۴۰ مرکز بهداشتی درمانی شهری، ۲۲۴۰ مرکز بهداشتی درمانی روستایی و ۱۴۲۷۵ خانه بهداشت می‌باشد.

این شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه را به همه جمعیت شهری و ۷۵٪ جمعیت روستایی ارائه می‌نماید. ۲۵٪ باقیمانده جمعیت روستایی نیز از پوشش تیم‌های سیار برای دریافت خدمات بهداشتی برخوردارند. امید است تا سال ۱۳۷۸ تمام نقاط روستایی تحت پوشش شبکه بهداشتی کشور قرار گیرد.

بیمه شدگان

یکی از عمده‌ترین فعالیت‌های درمانی، تامین درمان بیمه شدگان اعم از کارکنان دولت و بیمه شدگان قرارداد خاص می‌باشد که روند افزایش تعداد آنها از سال ۱۳۶۷ تا ۱۳۷۱ به شرح ارقام منعکس در نمودار فوق می‌باشد. آمار گویای اینست که تعداد بیمه شدگان اصلی این برنامه نسبت به سال ۱۳۶۷ رقم ۴۱٪ و بیمه شدگان تبعی ۴۵٪ افزایش داشته است. جمع کل بیمه شدگان اصلی در سال ۱۳۷۴ به ۴۱۱۹۴۳۸۲ نفر افزایش یافته است، که از این رقم تعداد ۳۸۰۵۴۰ نفر را بیمه شدگان روستایی و ۶۶۹۰۰۰۸ نفر را کارکنان دولت، بازنشستگان و افراد تحت تکفل آنها و بقیه را بیمه شدگان قرارداد خاص تشکیل می‌دهند.

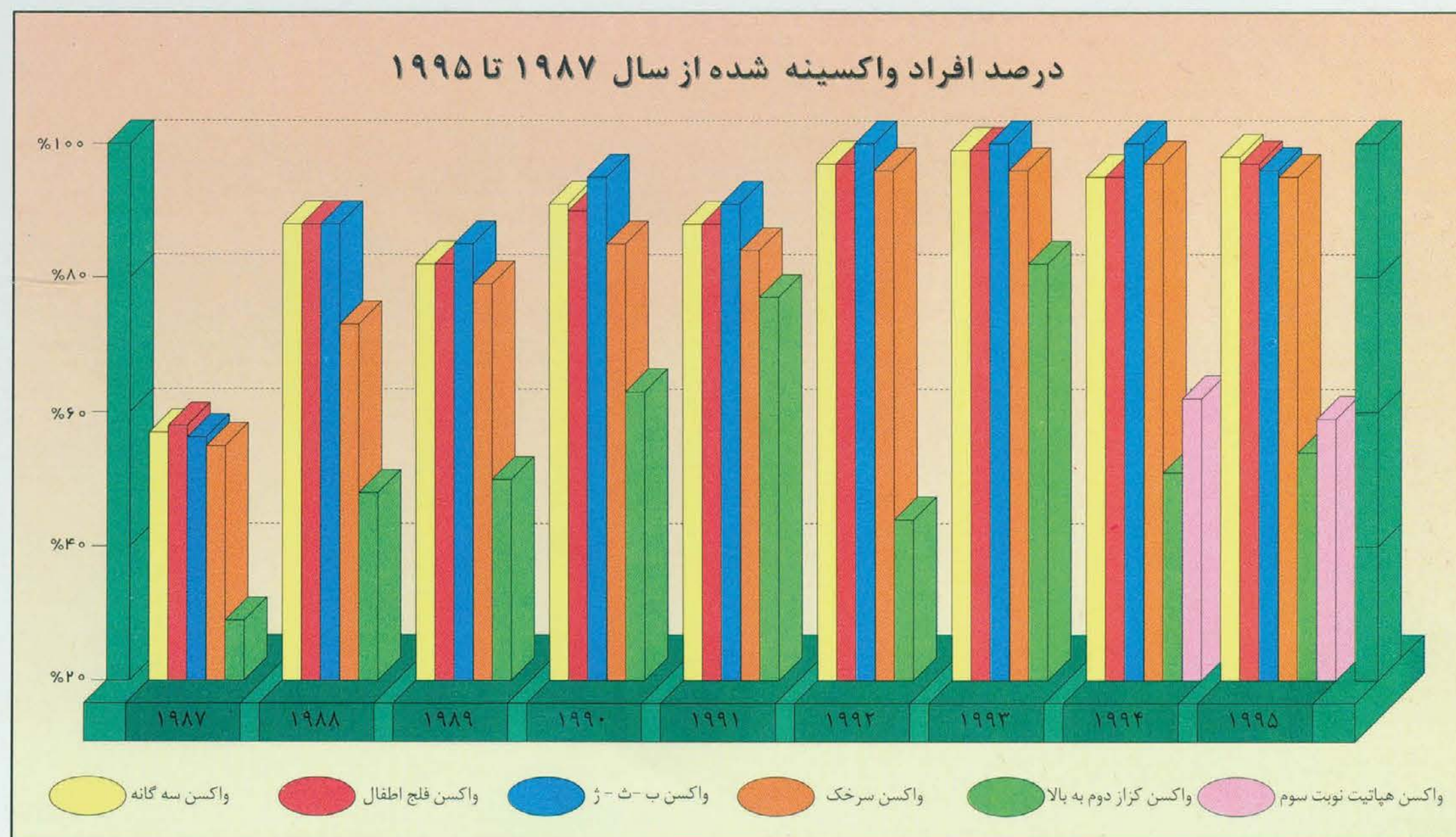
برای کزاز کامل مادران باردار فقط ۳/۷ درصد بوده است. درارزشیابی خرداد سال ۱۳۶۷ که قبل از بسیج سلامت کودکان انجام گرفت، پوشش واکسیناسیون برای ثلاث ۳، پولیو ۳، ب-ت-ژ، سرخک و کزاز کامل مادران به ترتیب ۶۶٪، ۶۶٪، ۶۵٪، ۶۲٪ و ۳۰٪ حاصل و بعد از اتمام بسیج کودکان یعنی در آذرماه ۱۳۶۷ پوشش همین واکسیناسیون به ترتیب ۸۸٪، ۸۸٪، ۸۳٪ و ۴۸٪ و در آخرین ارزشیابی (سال ۱۳۷۴) پوشش این واکسیناسیون به ترتیب ۹۷٪، ۹۷٪، ۹۹٪، ۹۵٪ و ۸۲٪ بوده است.

با توجه به موفقیت چشمگیر ایمن سازی در سطح ملی و بین المللی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همگام با سازمان بهداشت جهانی از سال ۱۳۷۰ سه طرح عمده زیر را با استراتژیها و اهداف معین آغاز نموده و به مرحله اجرا گذاشته است:

- ۱- حذف کزاز نوزادان با تکیه بر ایمن سازی زنان در سنین بارداری
- ۲- ریشه کنی فلج اطفال
- ۳- کنترل بیماریهای سرخک

رشد بهداشت عمومی در کشور

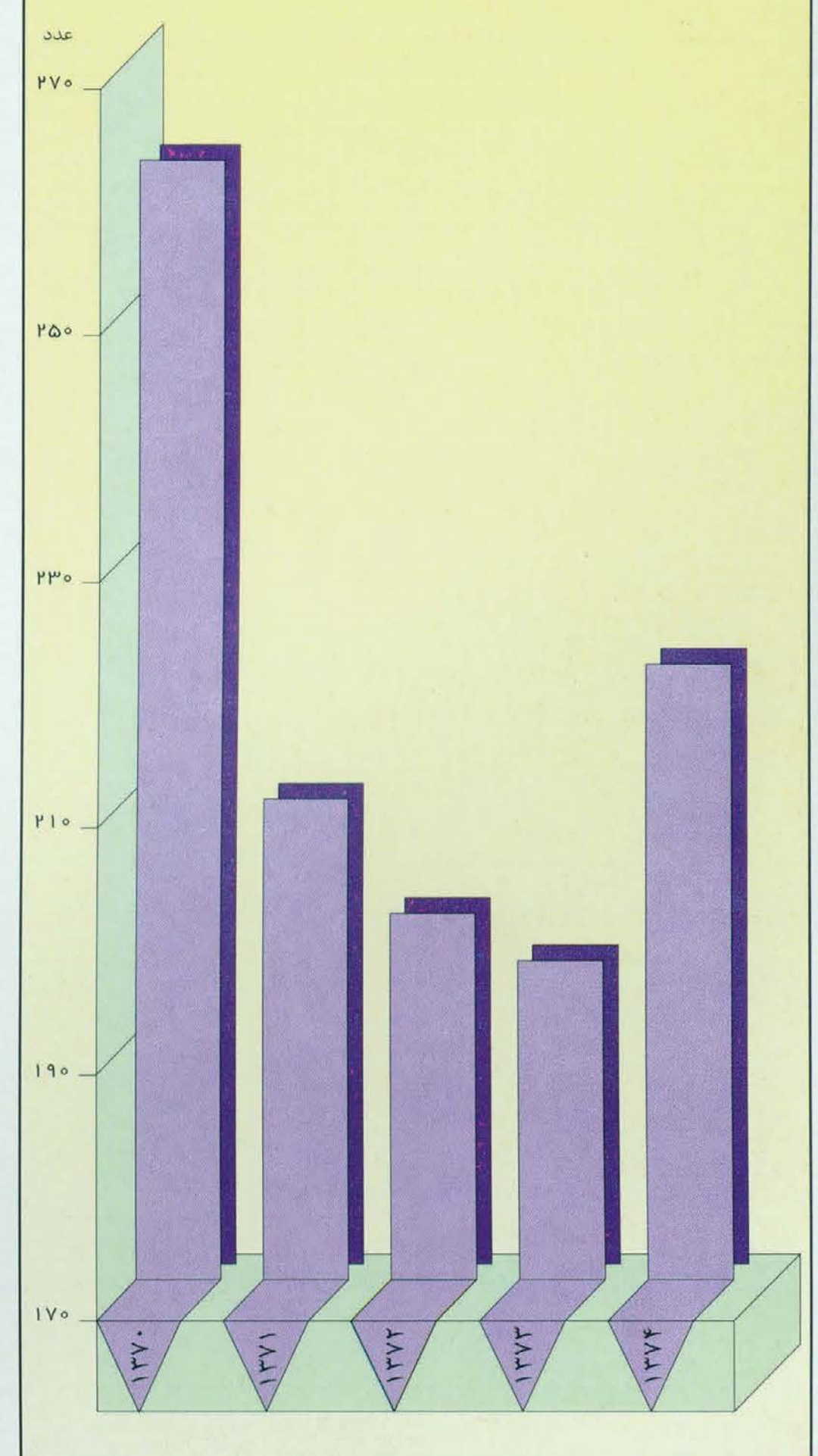
برای حصول اهداف بهداشت برای عموم تا سال ۲۰۰۰ میلادی، کشور ما نیز متعهد شده است. طی سالهای گذشته کوشش قابل توجهی بکار برده شده تا با گسترش شبکه بهداشتی، درمانی در میهن اسلامی بستری مناسب برای ارائه مراقبت‌های



روغن بادام ، گلیسرین و محلولهای افزایشنده و همچنین تهیه فهرست کامپیوتری کلیه اقدامات دارویی مانند واردات ، تولید ، فروش دارو ، داروخانه ها و موجودی مواد اولیه و غیره از اهم عملکرد آن می باشد . از دیگر فعالیتهای انجام یافته این بخش بررسی و نقد صحیح بروشورهای دارویی به دو زبان فارسی و انگلیسی است که تاکنون صد بروشور تهیه و بررسی و تصحیح گردیده و ۱۲۱۸ دارو برحسب اثر فارماکوکنتیک آنها و بیشترین مصرف و نام سازندگان استخراج گردیده است . تنظیم آخرین فهرست داروهای رسمی کشور (فهرست داروهای ژنریک) و کامپیوتری کردن آن ، مضافاً نمونه برداری از فرآورده های غذایی و بهداشتی تولید شده یا داده شده به آزمایشگاه را می توان قسمتی از اهم فعالیتهای دارویی و غذایی دانست .

میزان تولید دارو در داخل کشور از آغاز تا پایان برنامه اول از رقم ۱۰۹ میلیارد ریال به ۲۵۹ میلیارد ریال بالغ گردیده است . در طی همین مدت تعداد ۵۰ پروانه ساخت برای داروهاییکه قبلاً از خارج وارد می گردید ، صادر و محصولات آن منطبق با

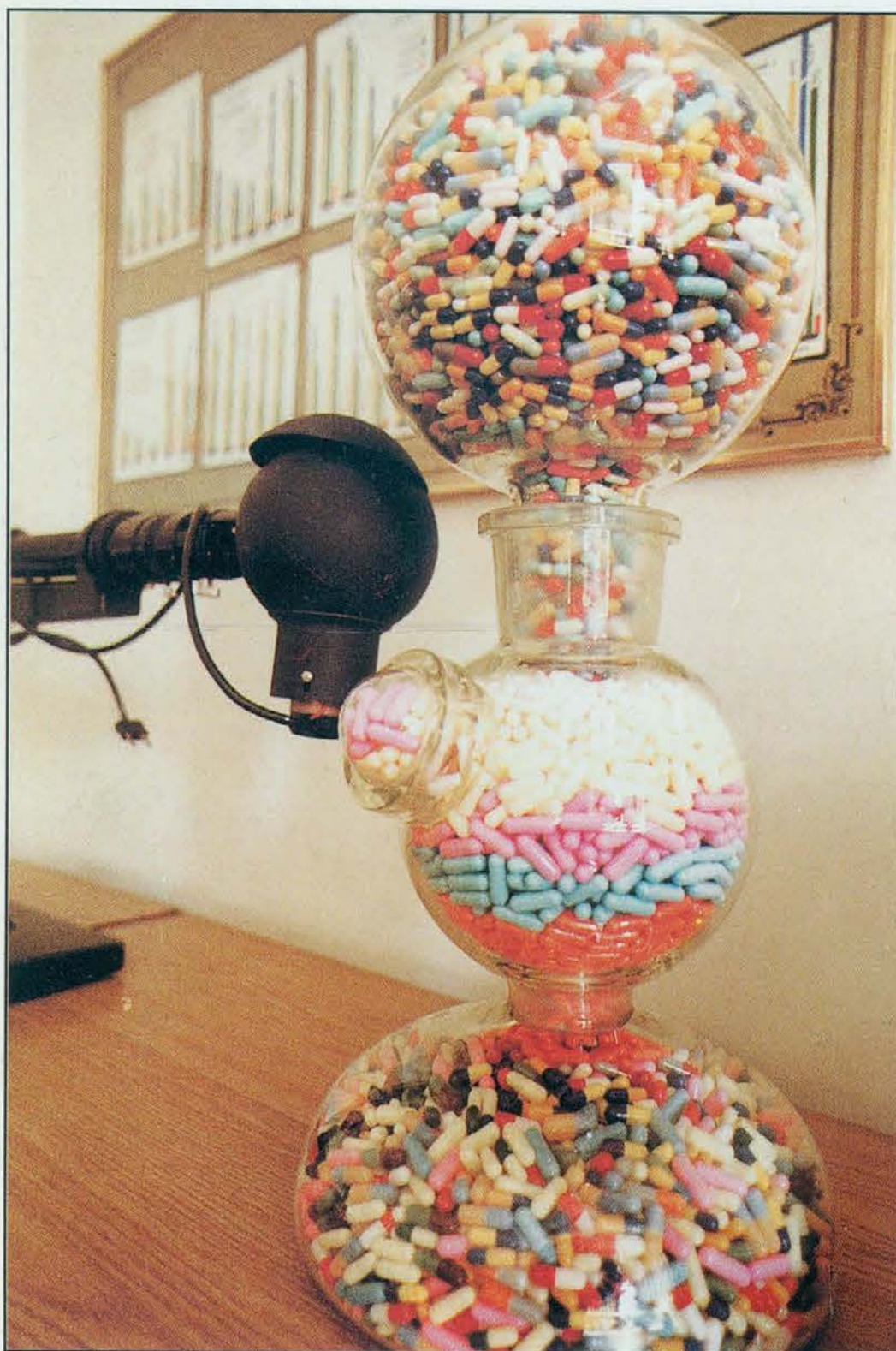
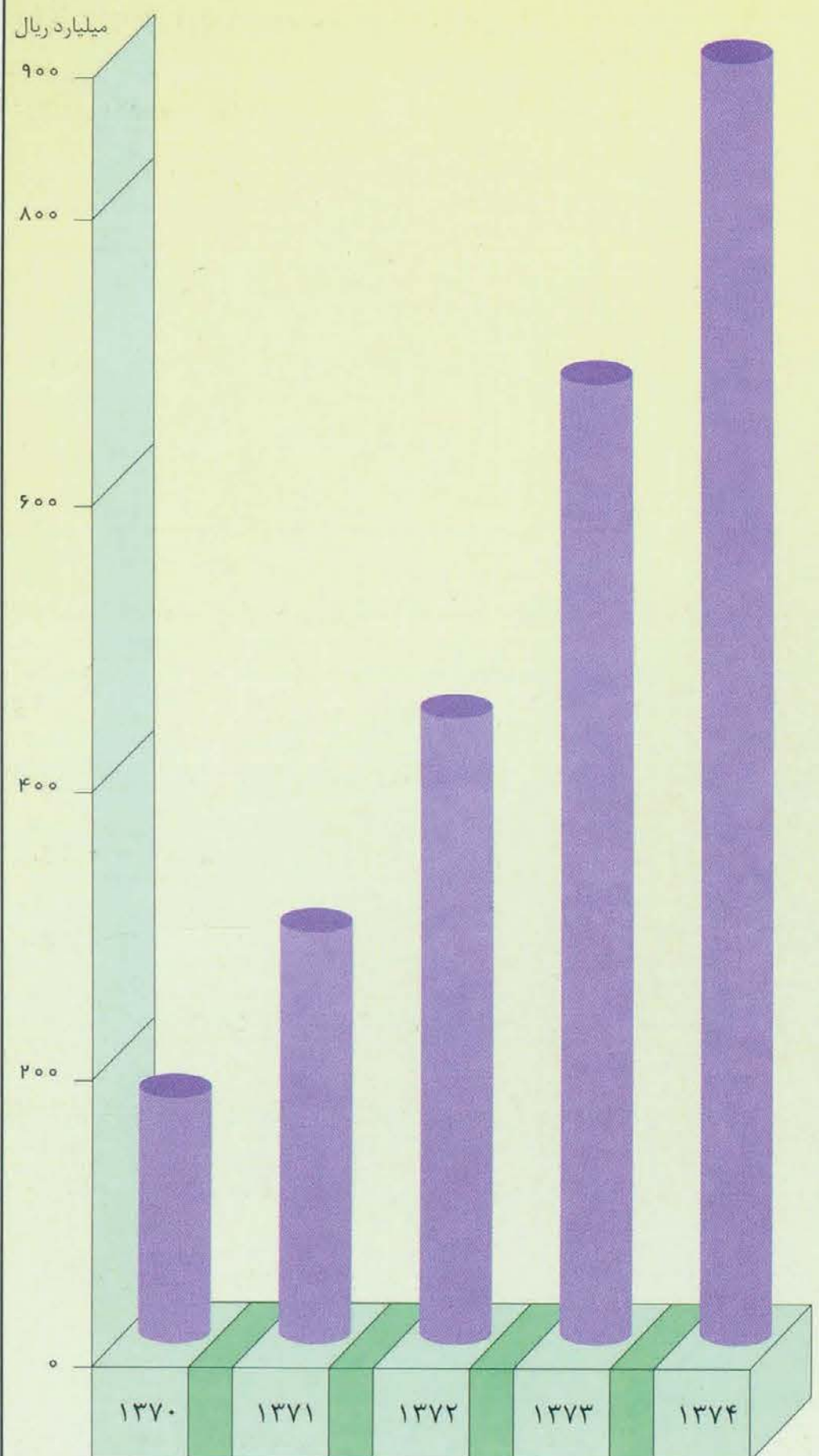
سرانه مصرف عددی دارو در کشور از سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۴



استانداردهای بین المللی به بازار دارویی کشور عرضه گردیده است . در طی این دوره کارخانجات عظیم داروسازی نظیر زهراوی و شهید قاضی در تبریز ، ثامن در مشهد ، فارابی و شیمی دارویی در اصفهان و لرستان با استفاده از آخرین پدیده های صنعت داروسازی افتتاح گردیده اند که گام موثری در راه خودکفایی دارویی (تا حد ۹۰ درصد نیازهای کشور) محسوب می شود . در زمینه تولید مواد اولیه دارویی که قبلاً هیچگونه حرکت جدی صورت نپذیرفته بود در سالهای اخیر موفقیت قابل توجهی حاصل گردیده است . از طرفی تعدادی از اقلام مواد اولیه دارویی کشور نظیر سدیم کلرایدتزریقی با کدئین فسفات نوسکاپین ، نیفدیپین ، سولفات مرفین ، آسپیرین ، ایزوسورباید ، دی نیترات ، تالک و ... که کلاً وارداتی بوده اند توسط صنایع داروسازی داخل کشور به تولید انبوه رسیده اند . از طرف دیگر کارخانه تولید مواداولیه دارویی شهید رزکانی با تولید ۱۳ قلم مواد اولیه دارویی از جمله نالیدیکسیک اسید ، ایندومتاسین ، سولفامتوکسازول ، تری متوپریم ، مبندازول ، کلو تریمازول و کلودیازپوکساید ، آنتونول و ... که بابت هر قلم سالیانه مقادیر متنابهی ارز خارج می گردید ، در سال ۱۳۷۱ افتتاح شده که از موفقیت های ویژه این زمان می باشد .

طی این دوره مجوز تاسیس متجاوز از ۲۸۰ باب داروخانه در سراسر کشور بخصوص در مناطق محروم صادر گردیده و حدود ۸۰۰ پروانه ساخت محصولات غذایی و بهداشتی جدید و همچنین ۲۴۰۰ فقره پروانه های مرتبط با آن از جمله پروانه بهره برداری ، مسئول فنی و تمدید ساخت صادر و به متقاضیان تحویل گردیده است . ضمناً بیش از ۱۳۸۰۰۰ فقره مجوز ورود و حدود ۸۶۰۰ فقره مجوز ترخیص کالای مشمول کنترل و نظارت بهداشتی پس از بررسی و اعمال کنترلهای لازم صادر گردیده و در طول این مدت تعداد ۹۱۰۰۰ مورد آزمایش در بخش های مختلف آزمایشهای کنترل مرکزی دارو و غذا جهت کنترل کیفیت مواد غذایی و بهداشتی صورت گرفته است . همچنین تعداد ۲۴ پروژه تحقیقاتی در قالب رساله ، اجرا شده و به حدود ۱۵۰ نفر از مسئولین فنی کارخانجات داروسازی و غذایی و بهداشتی آموزش داده شده و ۸ مقاله تحقیقاتی در سمینارهای بین المللی از سوی واحد مذکور ارائه گردیده است . ضمناً آموزش های گوناگون در جهت مصرف صحیح دارو و بخصوص جلوگیری از خود درمانی به مردم داده شده است .

ارزش کل فروش دارو از سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۴



فعالیت‌های پژوهشی

تحقیق و پژوهش که در سیاست های کلی برنامه‌ریزی جایگاهی ویژه دارد، در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز از اهمیتی خاص برخوردار بوده و سخت مورد توجه مسئولان و برنامه ریزان بهداشتی، درمانی کشور قرار گرفته است. اهم این فعالیت ها بشرح زیر خلاصه می گردد:

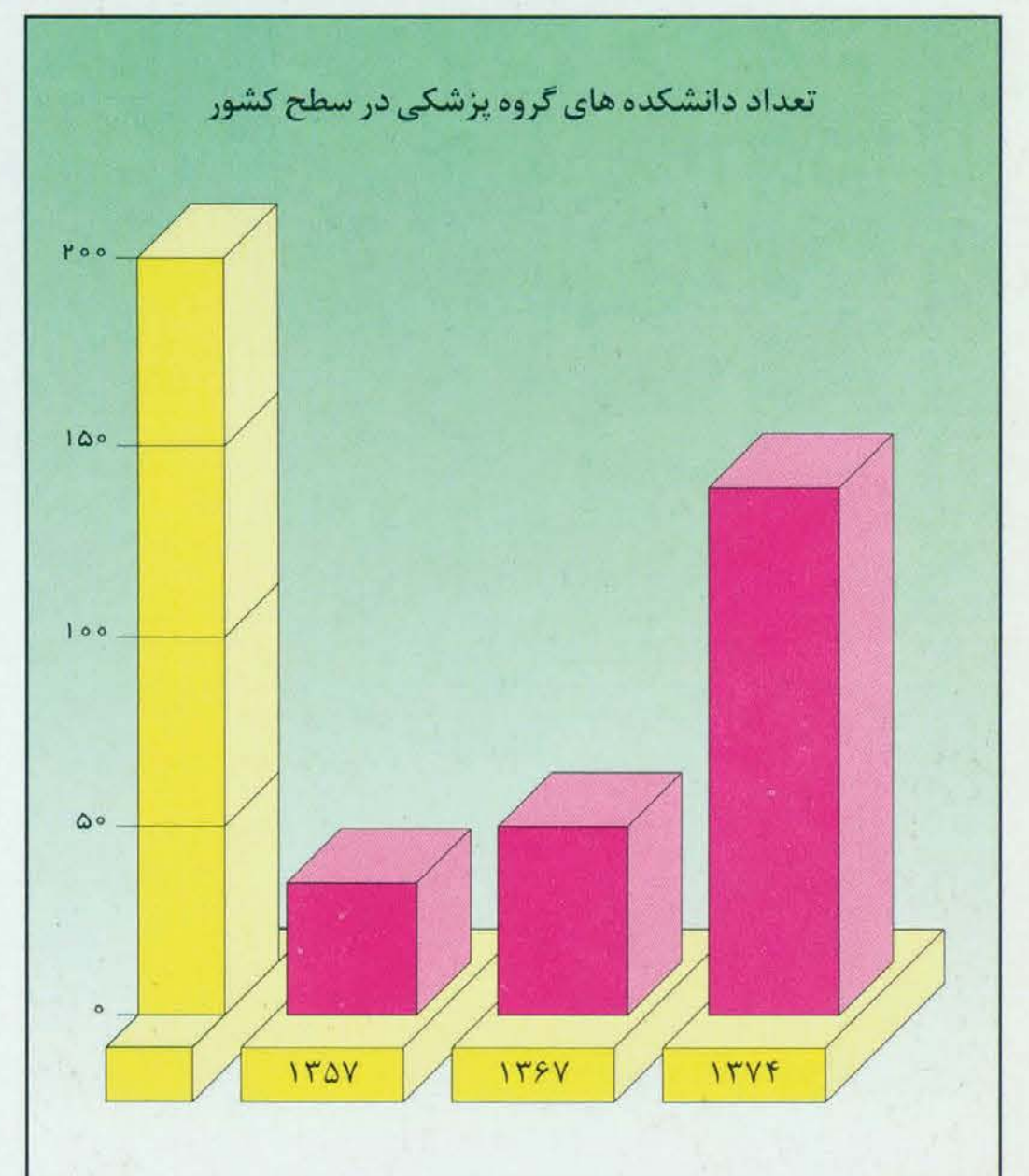
- تعیین اولویت های پژوهشی و سوق دادن پژوهش در جهت نیازهای کشور.
- تامین شرایط و امکانات مناسب برای تحقیق.
- ایجاد تسهیلات لازم و فراهم نمودن امکانات جهت محققان و پژوهشگران.
- اجرای بیش از ۸۰۰ طرح پژوهشی در مراکز تحقیقاتی و دانشگاهی وابسته.

- اجرای ۱۵ طرح بسیار مهم پژوهشی به صورت ملی توسط حوزه معاونت پژوهشی با استفاده از همکاری وسیع دانشجویان و دستیاران رشته های تخصصی پزشکی.

- خرید سیستم‌های کامپیوتری پیشرفته و استفاده از آن همراه با مجهز نمودن مراکز تحقیقاتی و دانشگاهی به کامپیوتر و آموزش وسیع پرسنل در جهت بهره برداری از آن.

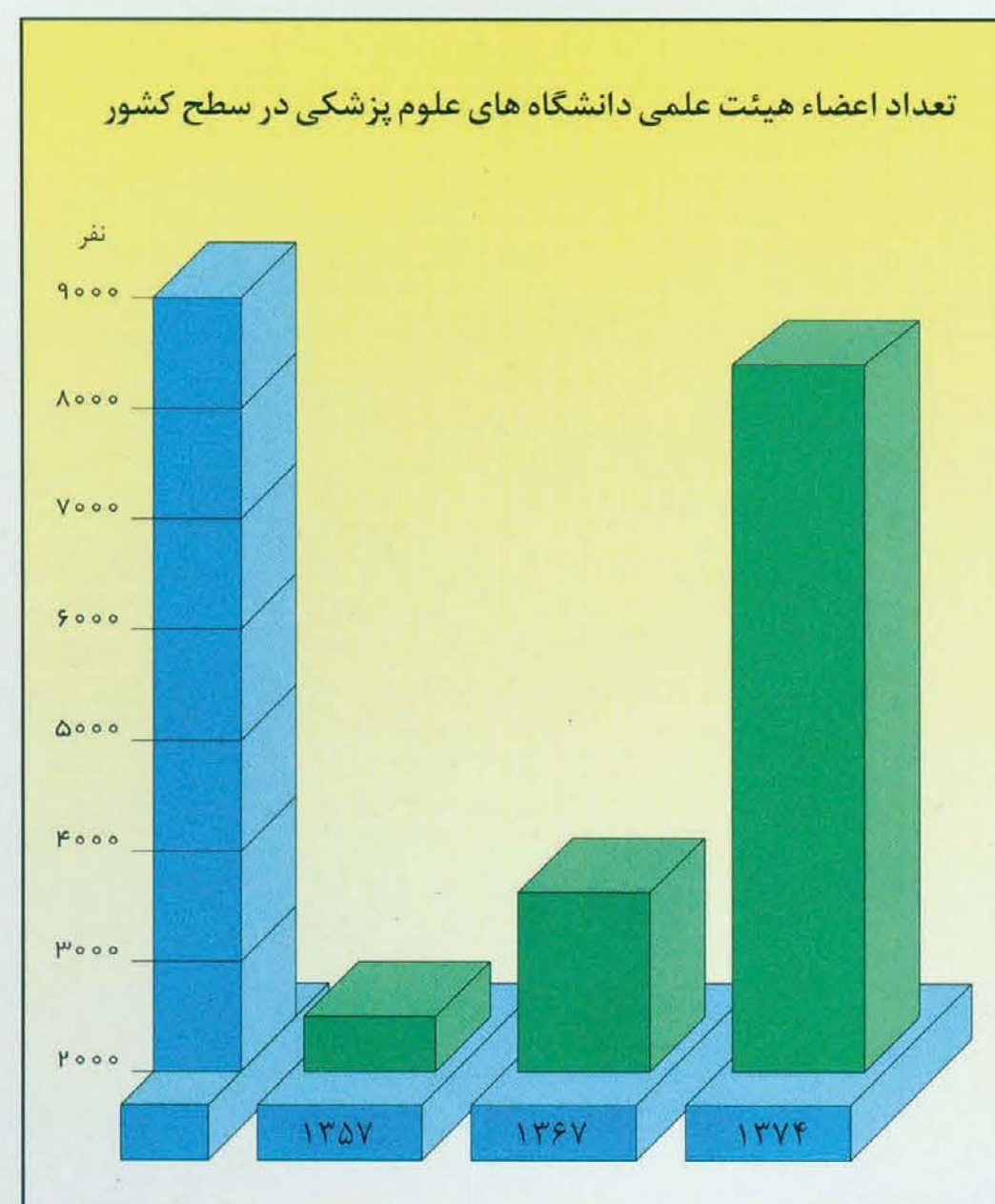
- تجهیز بیش از ۱۵۰ کتابخانه علوم پزشکی در دانشگاههای گروه پزشکی، مراکز تحقیقاتی و بیمارستانهای آموزشی با خرید بیش از ۱۳۰۰ عنوان کتاب جدید و ۲۱۷۰۰ عنوان مجله پزشکی.

- تجهیز و تکمیل چاپخانه مرکزی وزارت بهداشت، درمان و



آموزش پزشکی جهت تهیه کتب و جزوات علمی.

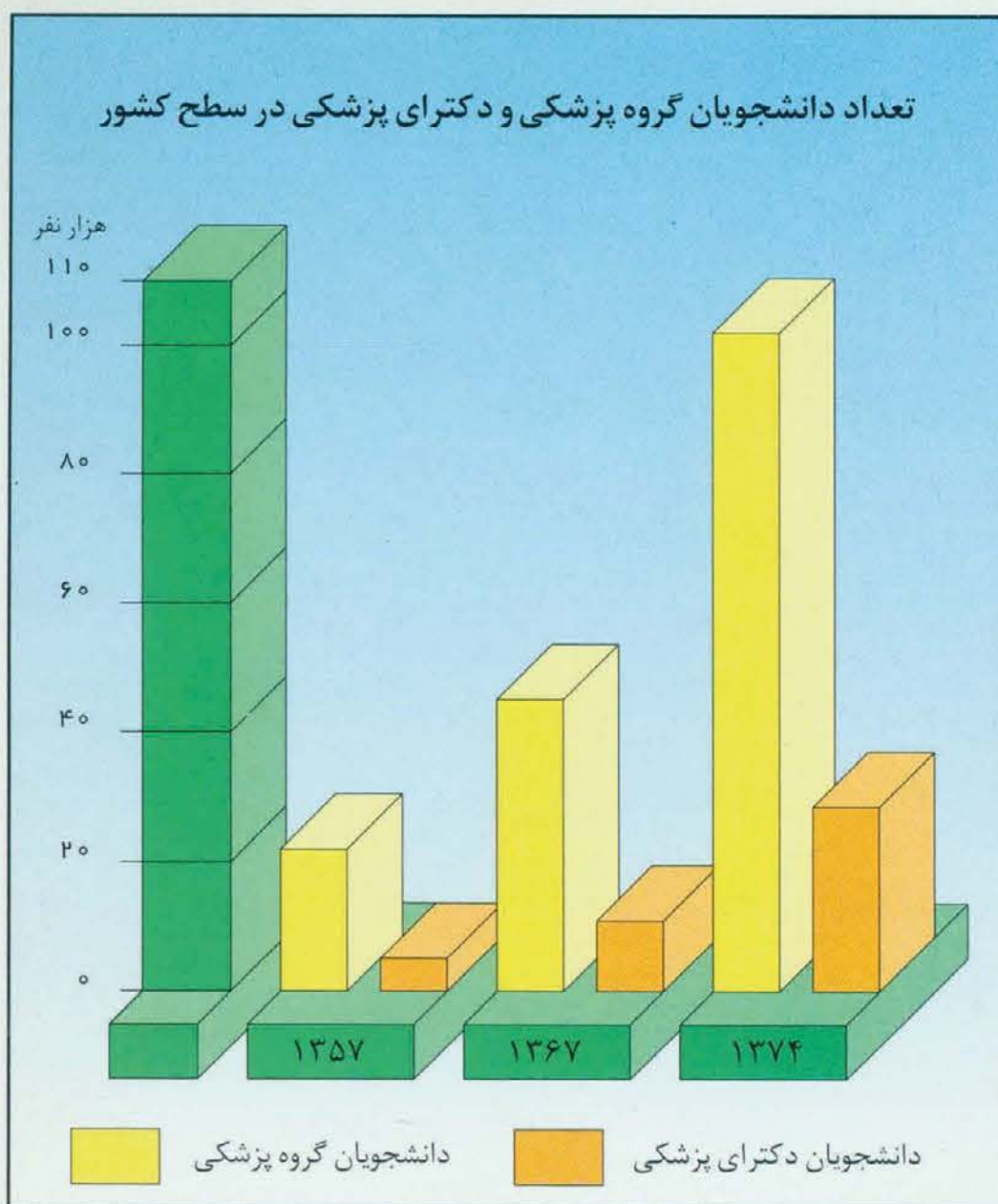
- خریداری تجهیزات مورد نیاز بخش تحقیقات و محققین و استفاده وسیع از این تجهیزات در مراکز تحقیقاتی و دانشگاهی.
- استقرار و بهره برداری از مراکز اطلاع رسانی پزشکی در حوزه ستادی و بیش از ۵۰ مرکز دانشگاهی تحقیقاتی.
- طرحهای تحقیقات کشوری در دست اجرا به شرح عناوین زیر می باشد:
 - ۱- طرح کشوری بررسی اختلالات ناشی از کمبود ید.
 - ۲- طرح بررسی آلاینده های موجود در هوا.
 - ۳- طرح بررسی و تحقیق در مورد بیماری دیابت.
 - ۴- طرح ادغام فعالیتهای مبارزه با بیماری سل در شبکه درمان شهرستانها و بررسی نتایج آن.
 - ۵- طرح کنترل و پیشگیری تب رماتیسمی و عوارض قلبی آن.



- ۶- طرح واکسیناسیون لیشمانیازیس (سالك).
- ۷- طرح کنترل و پیشگیری بیماری تالاسمی در ایران.
- ۸- طرح کنترل و پیشگیری بیماری کیست هیداتیک در ایران.
- ۹- طرح بررسی و پیشگیری انفارکتوس قلبی.
- ۱۰- طرح بهداشت دهان و دندان.
- ۱۱- طرح فارماکوپه گیاهی و دهها طرح دیگر در مورد گیاهان دارویی.
- ۱۲- طرح هماهنگ کردن سیستم مدارک پزشکی کشور.
- ۱۳- طرح بررسی وضعیت مصدومین شیمیایی.
- ۱۴- طرح H.B.I. یا اطلاع رسانی علوم پزشکی کشور.

فعالیت‌های مرکز کامپیوتر

همراه با پیشرفت و تغییر تکنولوژی در کشور مراکز پژوهشی



وزارت بهداشت درمان و آموزشی پزشکی نیز موارد زیر را به اجرا گذاشته است:

- طراحی نرم افزارهای کاربردی، طرحهای تحقیقاتی و سیستمی.
- تغذیه سخت افزاری کامپیوتر، چاپگر، دستگاههای لیزری.
- نگهداری و تعمیرات سخت افزارها و نصب و راه اندازی آنها.
- آموزش مقدماتی و پیشرفته کامپیوتر.
- اطلاع رسانی، که شامل آموزش، خدمات اطلاع دهی، ایجاد مراکز اطلاع رسانی و توزیع دیسکهای لیزری پزشکی بوده است.
- خدمات حروفچینی و تایپ که در برگیرنده گزارشها، کتاب ها و نمودارهای رنگی حجیم بوده است.
- تحقیقات و توسعه بایجاد شبکه اطلاع رسانی و شبکه های WAN, LAN و انجام مشاوره های متعدد اساسی با مراکز تحقیقاتی وابسته به وزارت درمان و، آموزش پزشکی زیر:
 - ۱- انستیتو تحقیقاتی سل و بیماریهای ریوی.
 - ۲- انستیتو تحقیقاتی علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران.
 - ۳- انستیتو تحقیقاتی بهداشتی و دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران.
 - ۴- مرکز آموزش و پژوهش بیماریهای پوست و جدام.
 - ۵- انستیتو تحقیقاتی سرطان (از واحدهای تابعه اداره کل مبارزه با بیماریها).
 - ۶- انستیتو تحقیقاتی قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی تهران.
 - ۷- انستیتو تحقیقاتی قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

۸ - مراکز تحقیقات دیابت در دانشگاههای علوم پزشکی کشور .

۹ - مراکز تحقیقات تالاسمی در دانشگاههای علوم پزشکی کشور .

۱۰ - مراکز تحقیقات تب روماتیسم در دانشگاههای علوم پزشکی کشور .

۱۱ - انستیتو غدد و متابولیسم .

۱۲ - سازمان انتقال خون ایران (بخشی از فعالیت) .

۱۳ - انستیتو پاستور ایران (بخشی از فعالیت) .

۱۴ - مراکز تحقیقات ناباروری یزد .

فعالیت‌های آموزشی

اهم فعالیتها و پیشرفتهای بخش آموزش پزشکی در طول برنامه اول را می توان بشرح ذیل خلاصه نمود :

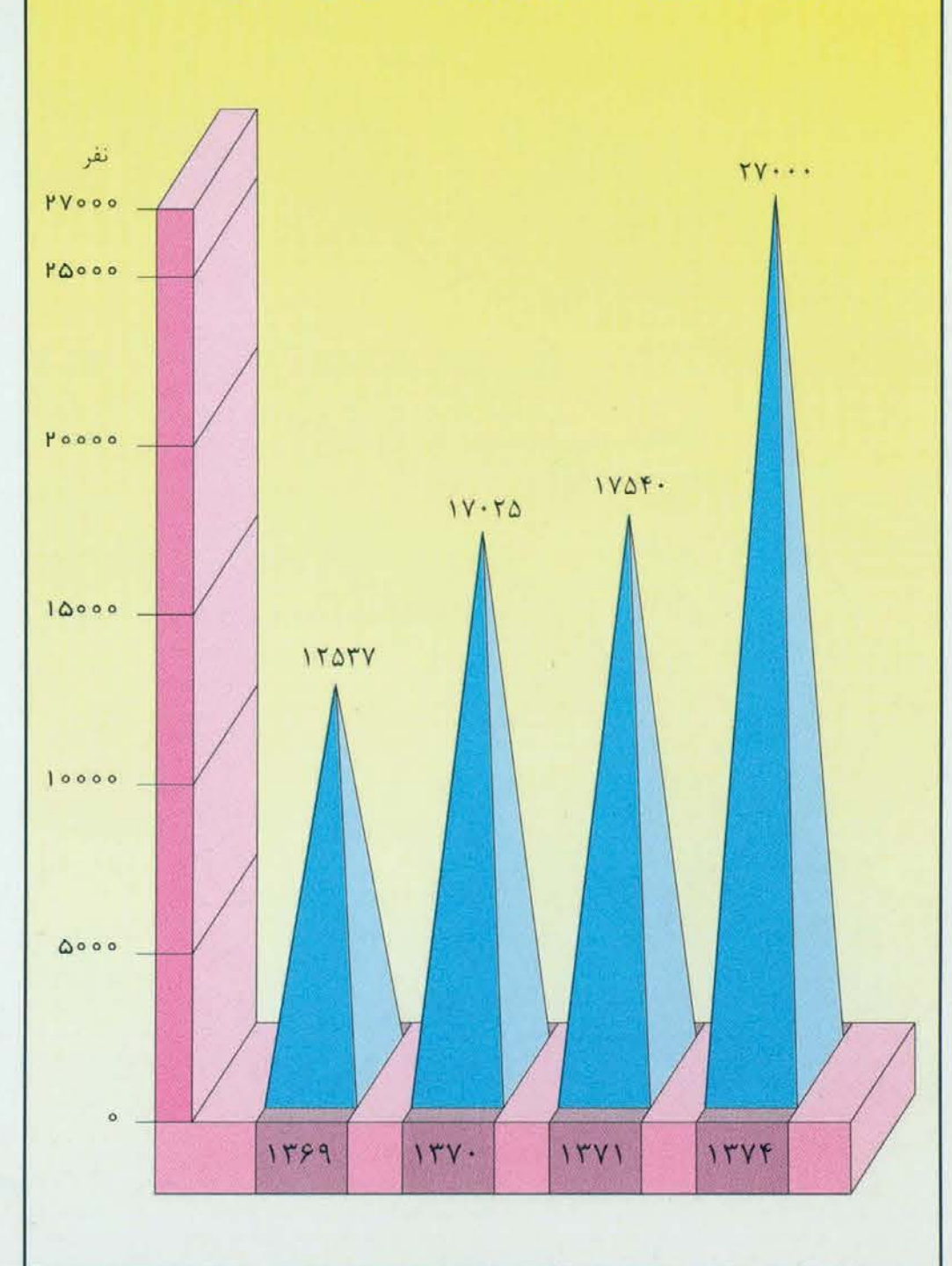
- افزایش تعداد دانشجویان بالغ بر یکصد هزار نفر و انجام آزمونهای دوره شبانه که سبب جذب پیش از ۵۰۰۰ نفر در رشته های گوناگون گردیده است .

- اجرای بیش از ۸۰۰ برنامه بازآموزی و تهیه و تدوین ۱۲۰ برنامه مدون بازآموزی در رشته های مختلف گروه پزشکی .

- توسعه دبیرستانهای بهیاری سه ساله ۶۶ دبیرستان به ۸۵ دانشکده و دانشگاه .

- تاسیس ۲۰ رشته فوق تخصصی ، ۶۵ رشته تخصصی ، ۱۷ رشته دکتری ، ۳۳ رشته کارشناسی ارشد ، ۶۳ رشته کارشناسی و ۶۲

ظرفیت پذیرش دانشجویان گروه پزشکی در سالهای مختلف



رشته کاردانی .

- افزایش تعداد اعضای هیئت علمی از ۳,۶۲۵ نفر در سال ۱۳۶۷ به ۷,۸۹۰ نفر در سال ۱۳۷۳ .

- برگزاری ۵۵ کارگاه آموزش در مرکز توسعه آموزش پزشکی و تهیه ۱۱ جلد کتاب آموزشی و تجهیز قسمت سمعی بصری و رسانه های آموزشی به وسایل کمک آموزشی .

- برگزاری ۷ دوره امتحان جامع علوم پایه پزشکی با شرکت بیش از ۲۰,۰۰۰ نفر در کمیته علوم پایه پزشکی و بهداشت .

- ایجاد سیستمهای نیمه متمرکز برگزاری آزمون ورودی دانشجو به مقطع کارشناسی ارشد و دکتری در ۲۸ رشته مختلف علوم پایه پزشکی ، بهداشت و پیراپزشکی که طی ۳ سال اخیر (۱۳۶۸ تا ۱۳۷۱) ۳ دوره امتحان برگزار شده که در هر دوره بیش از ۱۰,۰۰۰ نفر شرکت داشته و جمعا ۷۵۰ نفر مقطع کارشناسی ارشد راه یافته اند .

- پذیرش دانشجو در دو رشته نیمه متمرکز بهداشت خانواده و مبارزه با بیماریها در مقطع کاردانی در هر سال تحصیلی .

- اجرای طرح تجهیز مراکز آموزش بهداشت محیط و تجهیز ۲۱ مرکز در دانشگاههای علوم پزشکی کشور و تجهیز آنها به انواع وسایل آزمایشگاهی ، کارگاهی سمعی بصری .

- اعزام ۸ هیئت به خارج از کشور به منظور جذب پزشکان و متخصصین خارجی داوطلب استخدام در کشور و برگزاری آزمون سراسری سالانه پزشکان خارجی در ایران و جذب بیش از ۲,۵۰۰ نفر از فارغ التحصیلان ایرانی مقیم خارج از کشور .

- پذیرش بیش از ۴۰۰ نفر بورسیه غیر ایرانی از بیش از ۲۰ کشور جهان

- طرح و راه اندازی دفتر انطباق امور فنی پزشکی با موازین شرع .
- تهیه و تدوین شناسنامه های دانشگاههای علوم پزشکی کشور و بیمارستانهای آموزشی مستقر در تهران و تکمیل شناسنامه کامپیوتری کلیه اعضای هیئت علمی دانشگاههای علوم پزشکی سراسر کشور .

- تدوین ۲۱ برنامه بازآموزی و آموزش پیش از ورود به خدمت برای رده های پیراپزشکی و پرستاری .

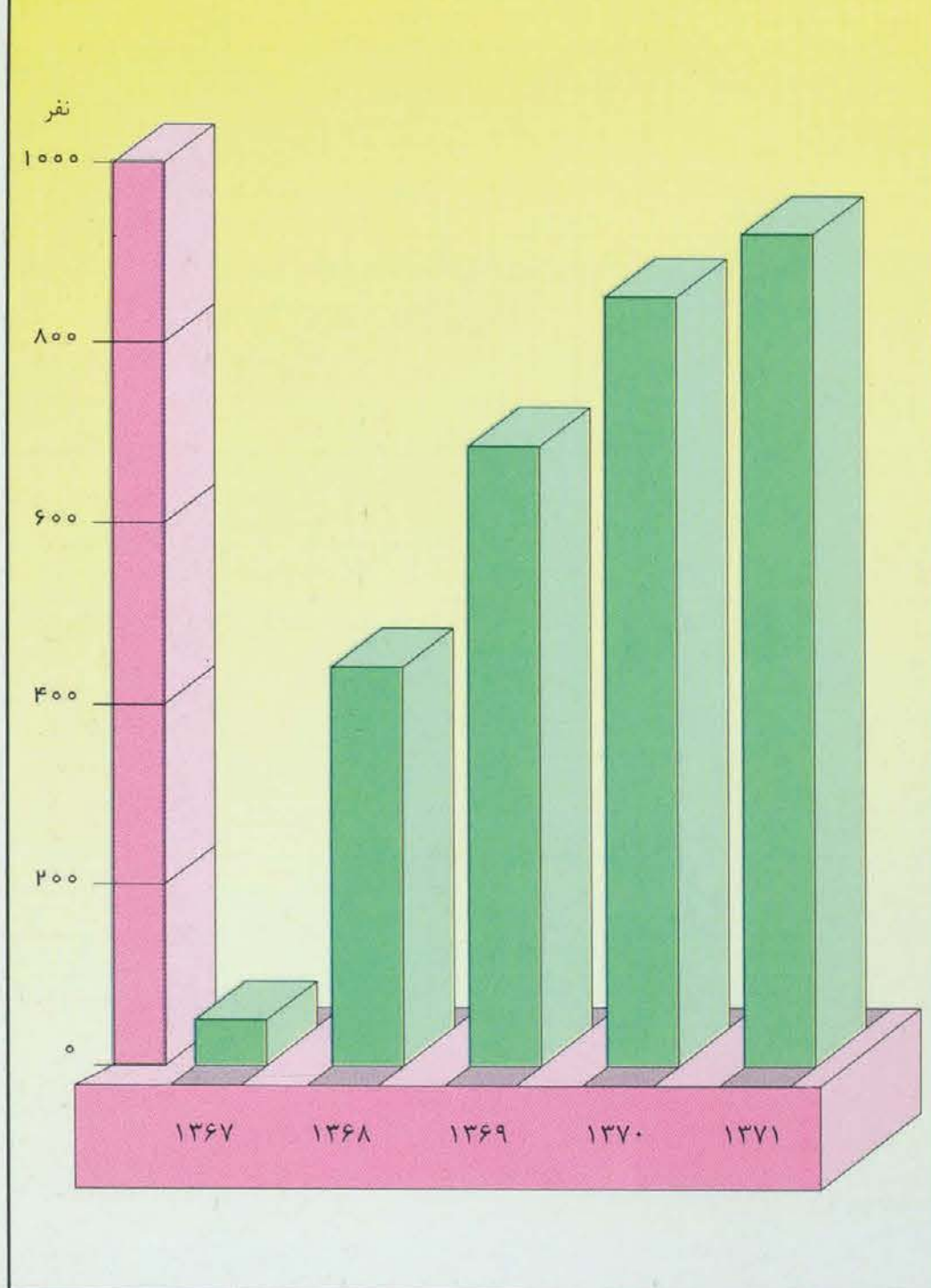
- صدور مجوز اجرای بیش از ۲۴۰ برنامه بازآموزی ویژه پیراپزشکان .

- انتشار ۷ شماره مجله آموزش مداوم در پزشکی .

- تشکیل مرکز مطالعات و تحقیقات اخلاق پزشکی .

- ترجمه و چاپ کتابهای مبانی بازآموزی و تدریس برای آموزش بهتر از نشریات جدید سازمان بهداشت جهانی و ۱۸ نشریه علمی -

تعداد شرکت کنندگان در دوره آموزشی کامپیوتر از سال ۱۳۶۷ تا ۱۳۷۱



آموزشی دیگر .

- تهیه و تنظیم طرح جامع ارزشیابی بیمارستانهای آموزشی و دانشگاههای علوم پزشکی .

- تخصیص و هزینه کردن بیش از ۳۰۰ میلیون دلار اعتبار در بیمارستانهای آموزشی ، دانشکده های گروه پزشکی و کتابخانه ها و مراکز اطلاع رسانی پزشکی .

- پرداخت ۲ میلیون دلار وام به دانشجویان گروه پزشکی شاغل به تحصیل در خارج از کشور

- تشکیل کمیسیون ارزشیابی مدارک تحصیلی خارجی .

- صدور تاییدیه تحصیلی و گواهینامه های موقت و دائم ، ارزشیابی دانشنامه های خارجی ، صدور گواهینامه جهت آنها و بررسی و تایید دانشنامه و ریزنمرات جهت ترجمه .

- اعطای بورس تحصیلی به اعضای هیئت علمی جهت ادامه تحصیل در دانشگاههای معتبر کشورهای خارج .

- صدور حواله های ارزی و شهریه دانشجویان ارزیگیر و صدور کارنامه های ارزی و ارزشهای خدماتی .

- برگزاری مسابقات علمی بین دانشگاههای علوم پزشکی کشور .

- راه اندازی ستاد اجرایی شاهد در دانشگاهها و دانشکده های علوم پزشکی کشور .

- برگزاری دومین گردهمایی سراسری دانشجویان گروه پزشکی مشغول به تحصیل در داخل و خارج کشور .

فصل سوم : تسهیلات بهداشتی و درمانی کشور

تعداد مراکز و موسسات ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی به افراد جامعه در سطح کشور کافی نبوده و با توجه به رشد سریع جمعیت، امکانات موجود قادر به تامین نیازهای مردم نمی باشد و کمبود این گونه مراکز همواره احساس میگردد. در حالیکه تلاش مسئولان بخش بهداشتی - درمانی کشور در توسعه و ایجاد مراکز جدید بهداشتی - درمانی، خانه های بهداشت، آزمایشگاهها و واحدهای پاراکلینیکی و بالاخص تربیت نیروی انسانی متخصص مستمرا ادامه دارد و سعی بر این است تا از امکانات و تسهیلات موجود حداکثر بهره برداری بعمل آید. نیازهای سرمایه گذاری بهداشت و درمان کشور، که جز با همکاری صمیمانه و صادقانه کلیه کارکنان این بخش مقدور نمی گردد، مشارکت سایر ارگانهای ذیربط را نیز می طلبد.

ناگفته نماند که مشکلات تامین نیروی انسانی بخصوص پزشک و

نتیجتاً افزایش ظرفیت آموزشی، که در مدتی بیش از طول یک برنامه عمرانی بدست می آید، ضمن ارائه توصیه های لازم برای افزایش کمی و کیفی ظرفیتهای آموزش پزشکی و حتی المقدور خودکفایی نیروی متخصص، تامین نیروی انسانی کمکی، که امکان بهره گیری از آنان طی یک برنامه مقدور است، تاکید بیشتر می نماید. استقرار شبکه و نظام بهم پیوسته و هماهنگ بهداشتی - درمانی امکان می دهد تا از نیروی کمکی با تامین خدمات پشتیبان حداکثر بهره برداری بعمل آید.

با اجرای موفقیت آمیز برنامه پنجساله اول و حصول پیشرفتهای هماهنگ سایر برنامه های اقتصادی و اجتماعی انتظار می رود در پایان برنامه دوم به بسیاری از استانداردهای بین المللی در امر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نایل شویم.

تسهیلات بهداشتی و درمانی کشور به شرح اختصاری زیر از نظر



میگذرد.

توزیع تخت و نسبت آن به جمعیت

براساس آمارگیری نیمه سال ۱۳۷۴ تعداد موسسات درمانی (بیمارستان، بیمارستان زایشگاه و زایشگاه) کشور اعم از دولتی و غیردولتی، به استثنای نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران، ۶۸۵ واحد با گنجایش ۹۸۲۹۱ تخت می باشد که نسبت جمعیت به یک تخت در سطح کشور برابر ۶۱۳ نفر خواهد بود. این آمار، یعنی اختصاص ۱/۶۳ تخت به ازای هر هزار نفر جمعیت در کشور، بیانگر کمبود تخت بیمارستانی است و با توجه به اینکه سازمان جهانی بهداشت تعداد ۴ تخت برای هر هزار نفر را برای کشورهای منطقه مدیترانه شرقی مطلوب دانسته بنابراین می توان گفت که هم اکنون لازم است حدود ۱۴۲۶۳۸ تخت بیمارستانی به تعداد تختهای موجود افزوده شود تا بتوانیم پاسخگوی بخشی از نیازهای درمانی افراد جامعه باشیم.

البته ناگفته نماند این شاخص مهم، که در بررسی های بهداشتی و درمانی در مباحث توسعه اقتصادی همواره مورد توجه برنامه ریزان می باشد، در کشورهای پیشرفته نظیر ژاپن رقم ۱۱/۴، آلمان ۱۱/۹، اتریش ۱۰/۹ و کانادا ۶/۹، است. بنابراین حتی میتوان گفت چنانچه میانگین ۸ تخت برای هر هزار نفر جمعیت ایده آل باشد، درصد بسیار بالاتری از نیازهای درمانی مردم ما بدون جواب خواهد بود و این در حالی است که وضعیت بهداشت و تغذیه



بهره مندی جهانی فاصله بسیار دارد بخصوص که این نسبت در سطوح استانی از توزیع غیرعادلانه نیز برخوردار است و در استانهای نظیر بوشهر، لرستان، کهگیلویه و بویراحمد و زنجان حتی کمتر از یک تخت برای هر هزارنفر جمعیت است. نیل به این هدف و رسیدن به معیارهای جهانی، سرمایه گذاری بسیار جدی تر دولت در بخش بهداشت و درمان را طلب می نماید. بدیهی است اختصاص ۸ تا ۱۲ تخت بیمارستانی برای هر هزارنفر جمعیت در کشورهای سرمایه داری که در نظر گرفته می شود، بیانگر ضرورت این مسئله و حاکی از نیاز واقعی مردم به این تعداد تخت بیمارستانی است، در حقیقت تاکنون هیچ بررسی علمی نشان نداده است که مردم کشورهای پیشرفته نظیر آلمان یا سوئد از مردم ما بیشتر بیمار می شوند و نیاز به تخت بیمارستانی بیشتری دارند. بلکه همچنانکه بیان شد حداقل شاخصهای بهداشتی و تغذیه ای و اخیراً شاخص های زیست محیطی، عکس این مسئله و نیاز بیشتر مردم کشورهای نظیر کشور ما را به امکانات درمانی و تخت بیمارستانی نیز نشان می دهند. از مشکلات عمده در زمینه این کمبود، استفاده نامناسب و خالی بودن درازمدت تخت ها بویژه در بخش خصوصی می باشد. از بین رفتن این نقیصه کمک شایانی در رفع کمبود تخت بیمارستانی می نماید.

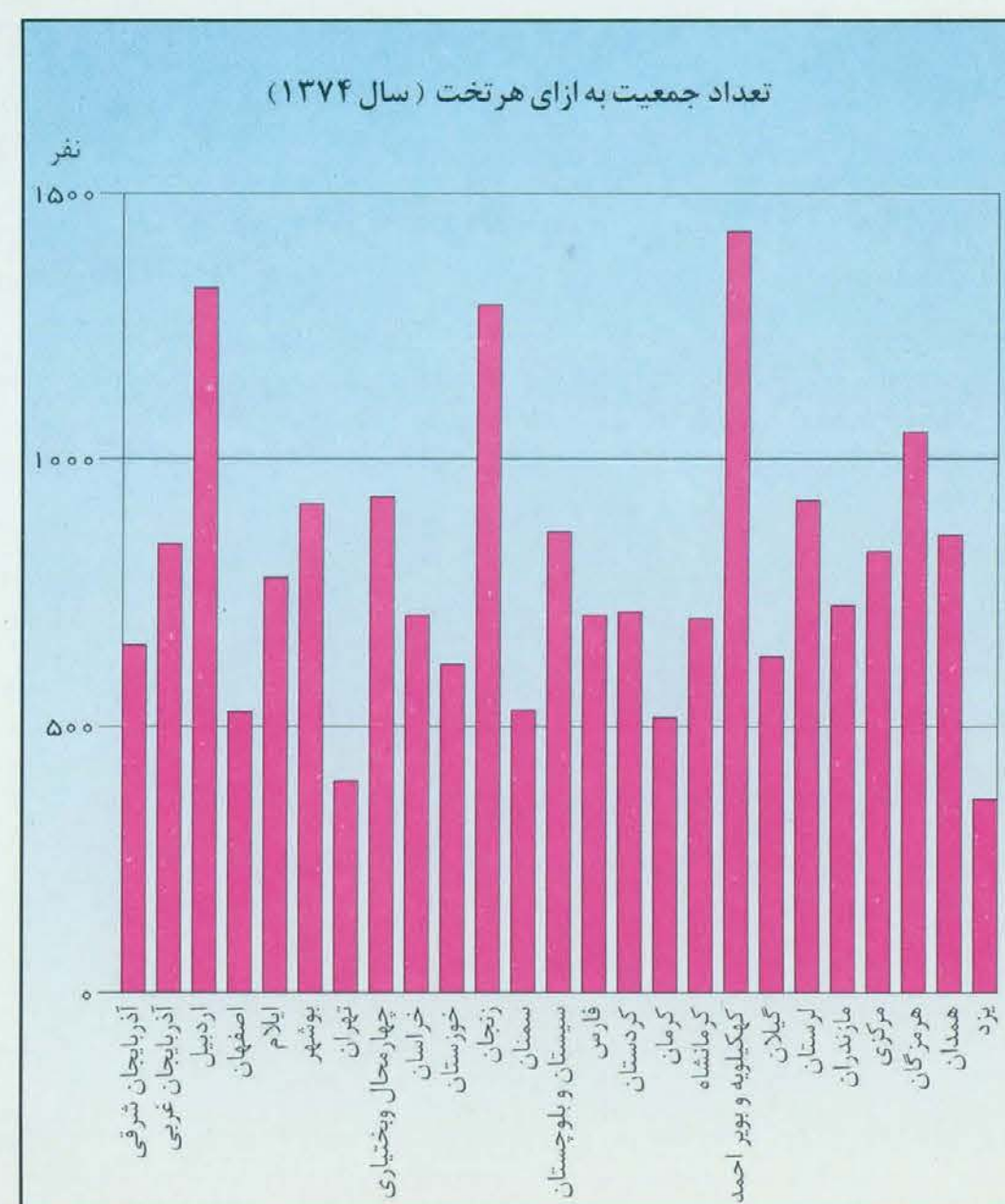
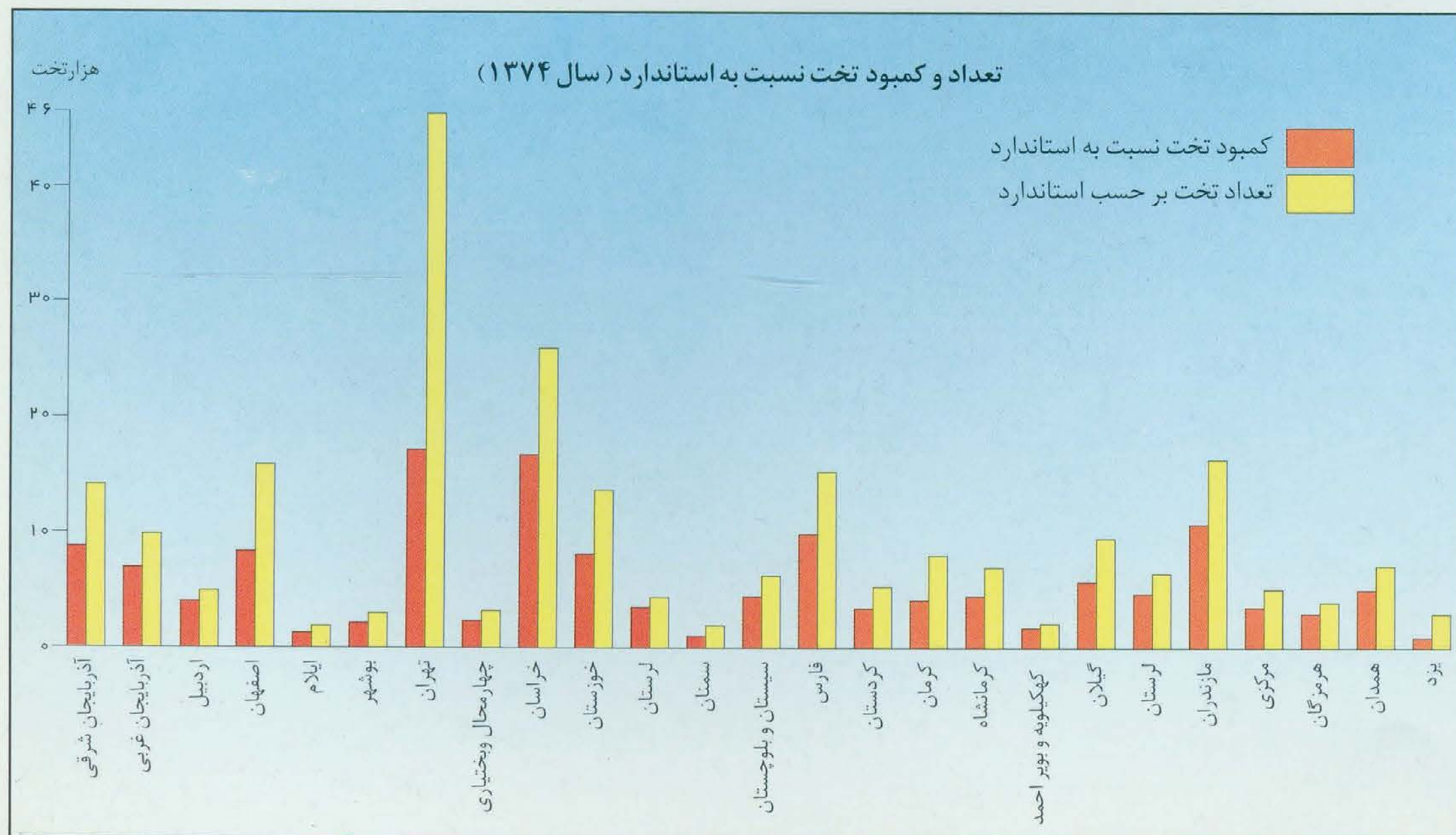
مراکز بهداشتی و درمانی

براساس آمار سال ۱۳۷۳ دفتر بررسی و تحلیل اطلاعات آماری تعداد کل مراکز بهداشتی و درمانی (مرکز بهداشتی، درمانی، درمانگاه، کلینیک، پلی کلینیک) کشور اعم از مستقل یا غیرمستقل

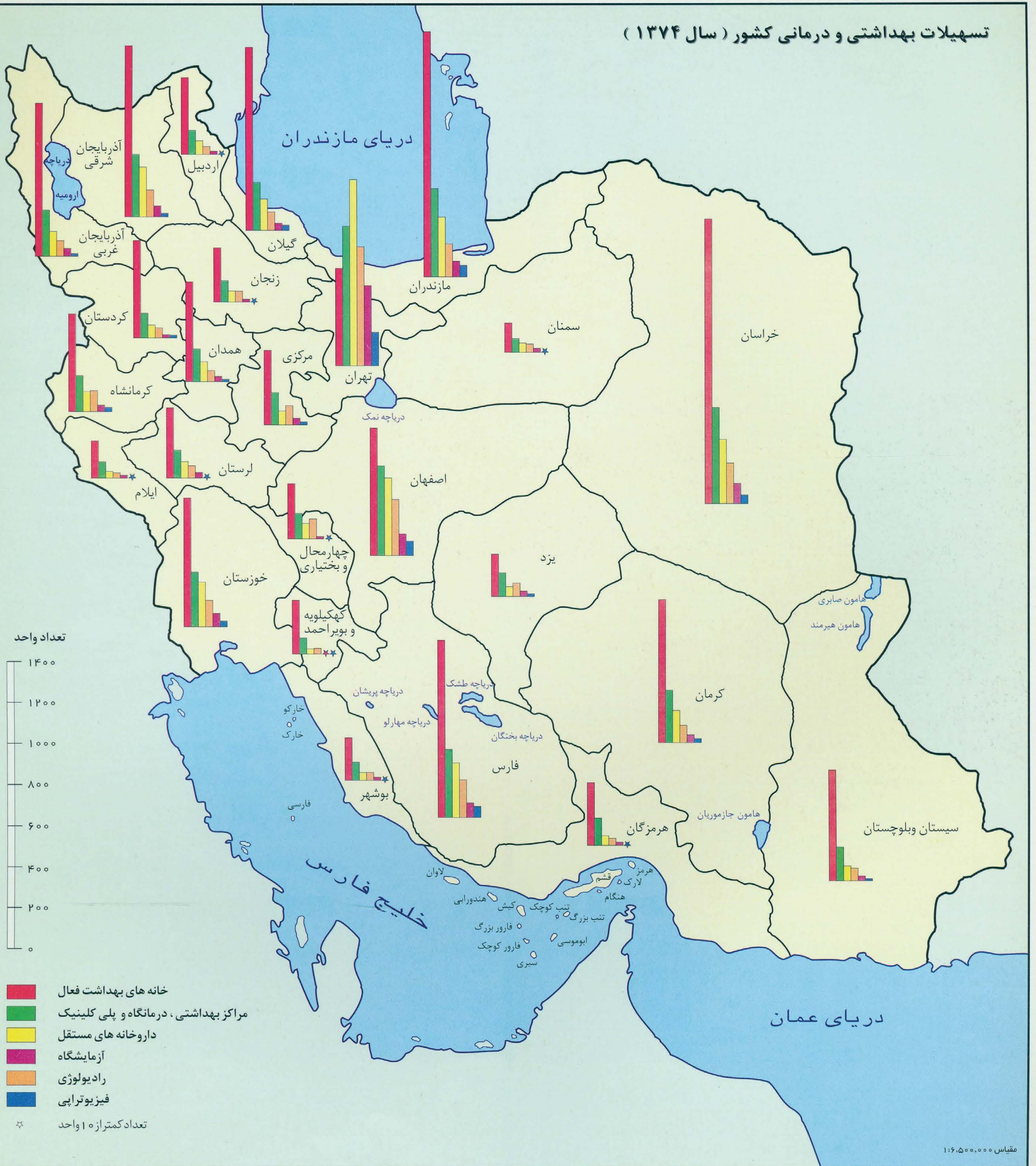


در کشورهای پیشرفته به مراتب از ما بهتر می باشد و قاعدتاً نیازهای درمانی آنها نسبت به ما کمتر است.

بدین ترتیب ملاحظه می شود که نه تنها سرمایه گذاری ملی در کشور ما در امر درمان درحد متعارف نمی باشد، بلکه به مراتب با میانگین



تسهیلات بهداشتی و درمانی کشور (سال ۱۳۷۴)



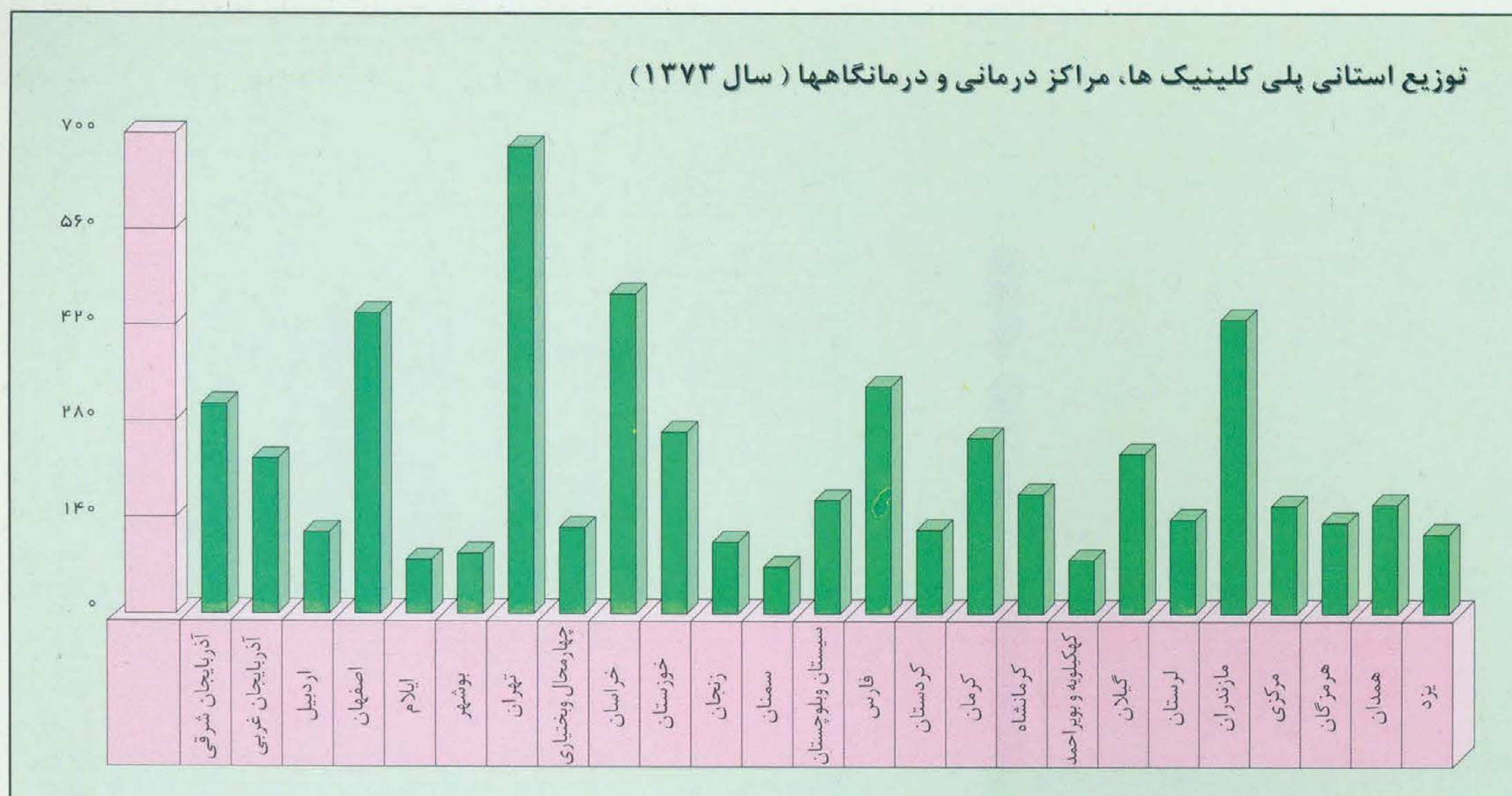
و دولتی یا غیردولتی، به استثنای نیروهای مسلح، برابر ۵۴۶۶ واحد می باشد. از این تعداد ۳۳۰۶ واحد (۶۰/۷ درصد) در نقاط شهری مستقراند و ۲۱۳۴ واحد باقیمانده (۳۹/۳ درصد) در نقاط روستایی فعالیت دارند.

از لحاظ وابستگی می توان گفت که ۴۶۸۳ واحد از این مراکز (یعنی ۸۶/۳ درصد) وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است ۲۱۱ واحد (۳/۸ درصد) به بخش خصوصی و ۵۴۶ واحد (۱۰/۰ درصد) متعلق به سایر سازمانها می باشد.

در مورد ساعات کار این مراکز، طبق نتایج به دست آمده تعداد ۷۷۲ واحد (۱۳ درصد) شبانه روزی و ۳۹۱۱ واحد (۸۹/۸ درصد) روزانه فعالیت دارند و به مردم سرویس می دهند. براساس محاسبات انجام شده نسبت جمعیت هر مرکز در سطح کشور ۱۰۸۸۲ نفر میباشد. به عبارت دیگر هر مرکز بطور متوسط حدود ۱۱۰۰۰ نفر را زیر پوشش قرار می دهد که حداقل این میزان ۵۹۱۴ نفر در استان ایلام، ۶۳۳۸ نفر در استان چهارمحال و بختیاری و ۶۳۷۱ نفر در استان یزد و حداکثر میزان فوق به ترتیب ۱۵۵۶۳ نفر در استان تهران ۱۸۱۰۶ نفر در استان زنجان و ۱۳۶۸۰ نفر در استان خراسان میباشد.

داروخانه

تعداد کل داروخانه های مستقل کشور، یعنی داروخانه هاییکه در آنها فروش دارو طبق نسخه به عموم آزاد است، ۳۹۵۴ باب گزارش شده (به استثنای داروخانه های غیرمستقل داخل بیمارستانها و درمانگاهها و مراکز بهداشتی، درمانی و نیروهای مسلح) که از این ۹۰۷ باب در استان تهران، ۳۷۹ باب در استان اصفهان و ۲۴۳ باب

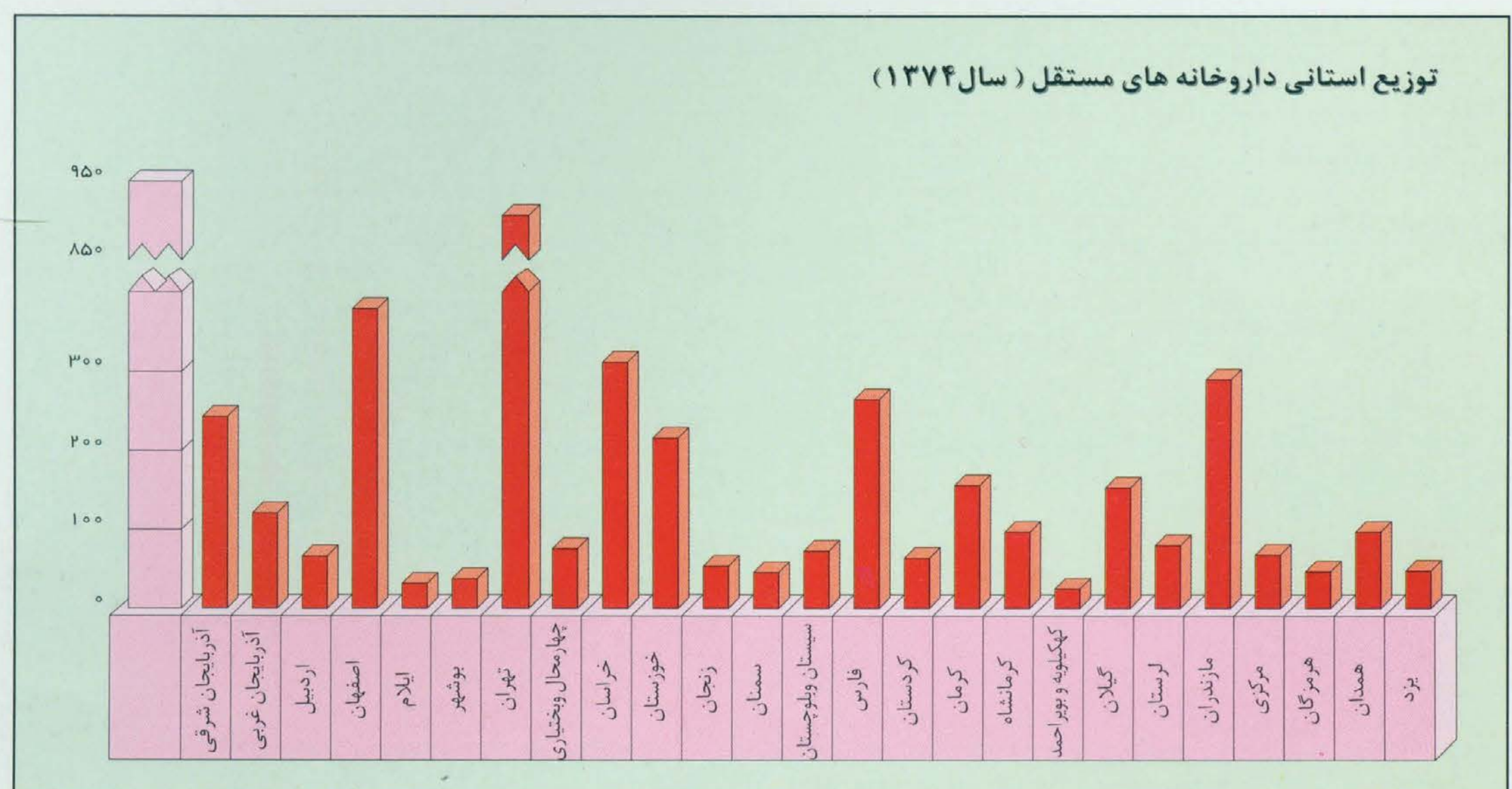


در استان آذربایجان شرقی مستقرند.

در سالهای اخیر با افزایش تعداد کارخانجات تولید دارو در استانهای مختلف کشور و توزیع دارو توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مجوز ایجاد تعداد زیادی داروخانه مستقل و غیر مستقل صادر گردیده است که بدین ترتیب امید آن می رود که بخش زیادی از نیازهای جامعه در سالهای آتی تأمین گردد.

خانه بهداشت

طبق آمارگیری انجام شده در نیمه سال ۱۳۷۴ تعداد خانه های بهداشت فعال در کشور ۱۳۲۲۵ واحد گزارش شده که حدود ۳۴۱۸۴ روستا را زیر پوشش قرار داده و جمعیت تحت مراقبت خانه های بهداشت مذکور حدود ۲۰۰۳۹۱۰۵ نفر اعلام گردیده است.



به عبارت دیگر هر خانه بهداشت فعال تقریباً ۱۵۱۵ نفر را پوشش داده است. بیشترین تعداد خانه های بهداشت به ترتیب در استانهای خراسان (۱۳۸۴ واحد)، مازندران (۱۱۹۳ واحد)، گیلان (۸۹۳ واحد) و کمترین تعداد در استانهای سمنان (۱۴۴ واحد)، ایلام (۸۱ واحد)، یزد و بوشهر (هریک ۲۰۶ واحد) می باشند.

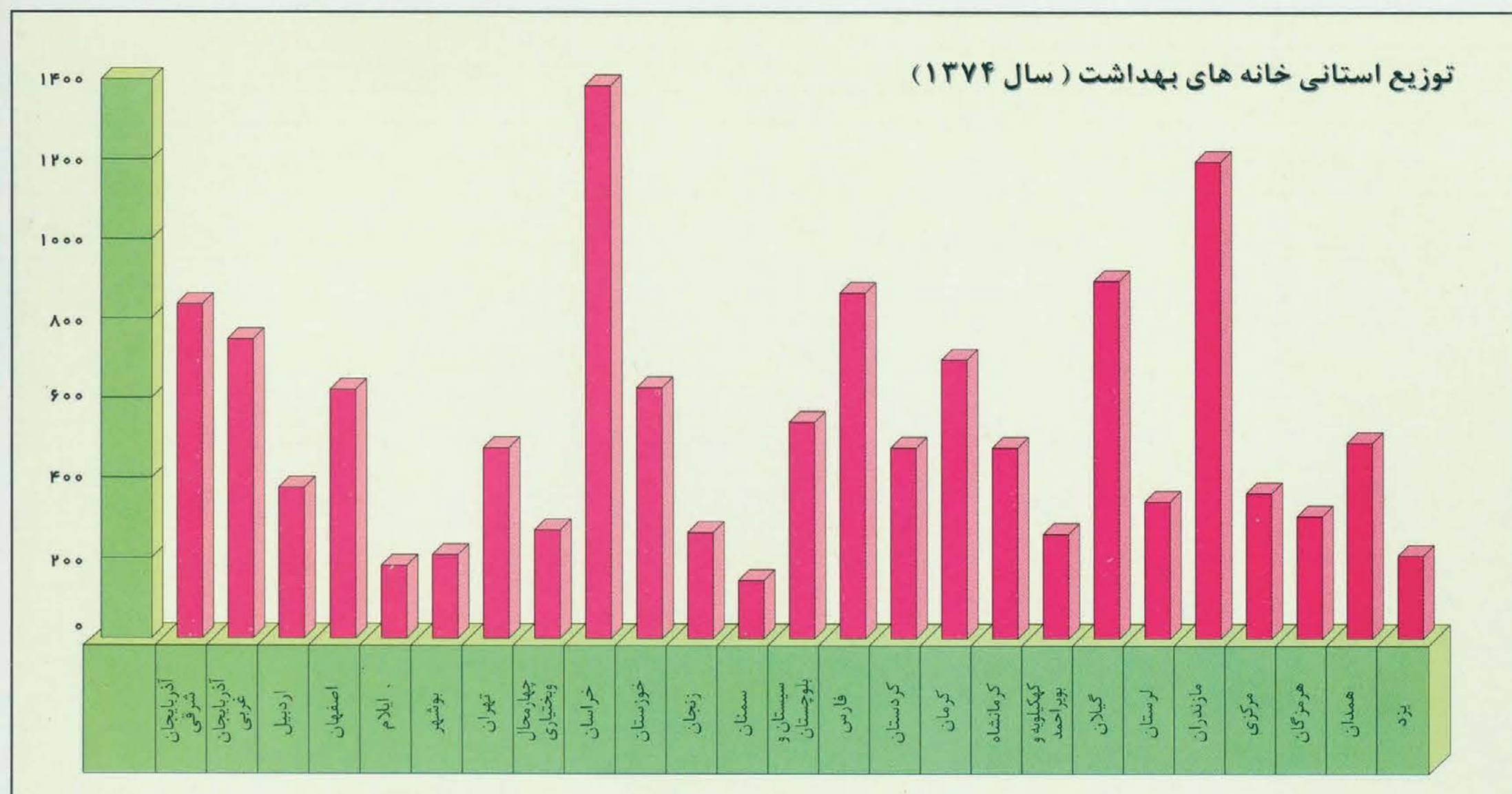
تعداد بهورزان در خانه های بهداشت فعال برابر ۲۲۳۹۳ نفر است که حدود ۴۰ درصد آنان را مردان و ۶۰ درصد بقیه را زنان تشکیل می دهند. از ۱۳۲۲۵ خانه بهداشت فعال، ۸۳ درصد دارای پزشک سیار و ۱۷ درصد فاقد پزشک می باشند. که امید می رود در آینده نه چندان دور این تعداد افزایش قابل توجهی پیدا کند.

آزمایشگاه

تعداد کل آزمایشگاههای کشور در نیمه سال ۱۳۷۴، اعم از دولتی و غیردولتی به استثنای آزمایشگاههای نیروهای مسلح، برابر ۲۷۴۶ واحد است که نسبت جمعیت به یک واحد آزمایشگاهی حدود ۲۷۰۰۰ نفر می باشد. در این بررسی کمترین جمعیت تحت پوشش یک واحد آزمایشگاهی به ترتیب به استانهای چهارمحال و بختیاری، یزد و سمنان و بیشترین تعداد جمعیت به استانهای زنجان، خوزستان و همدان اختصاص دارد.

از ۲۷۴۶ واحد آزمایشگاهی تعداد ۲۰۲۵ واحد بطور غیرمستقل یعنی در داخل موسسات درمانی یا مراکز بهداشتی، درمانی فعالیت دارند و ۷۲۱ واحد باقیمانده بصورت مستقل عمل می کنند.

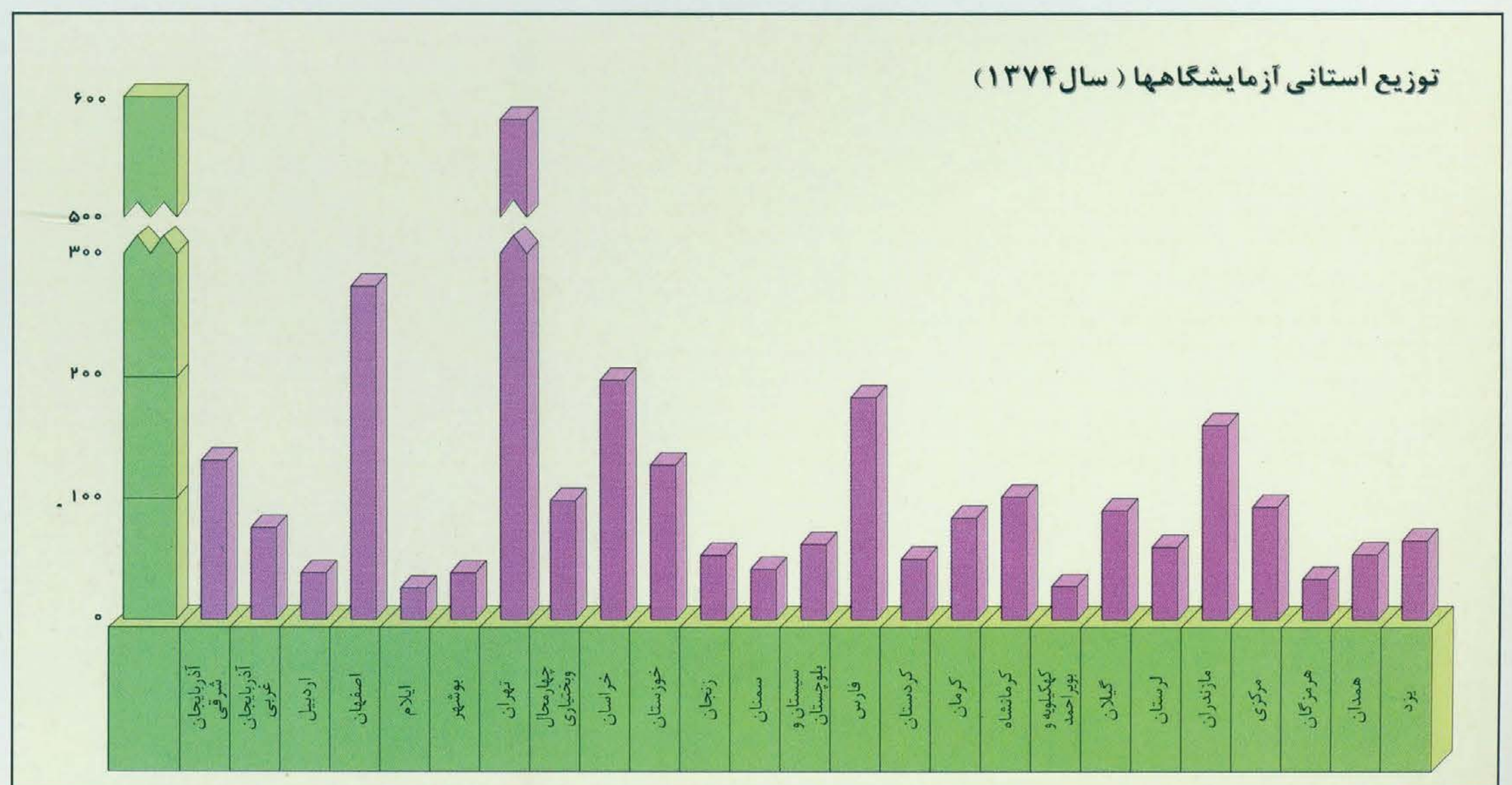
از لحاظ وابستگی تعداد ۱۷۲۷ واحد (۶۷/۲ درصد) وابسته به وزارت



بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۶۹۷ واحد (۲۲/۸ درصد) متعلق به بخش خصوصی و ۳۲۲ واحد باقیمانده (۱۰ درصد) تحت نظر سایر ارگانها فعالیت دارند.

آزمایشگاههای کشور هنوز آنطور که انتظار می رود، در مراقبت از بیمارها و بخصوص در نظام گزارش دهی درگیر نشده اند. تقویت و پشتیبانی آزمایشگاهی پایه اصلی تشخیص قطعی بیمارها است. ساختار زنجیره آزمایشگاهی باید در چهار سطح تقویت گردد:

- آزمایشگاههای مرجع کشور
- آزمایشگاههای سطح استان (شامل آزمایشگاههای دانشگاههای علوم پزشکی و بیمارستانهای آموزشی)
- آزمایشگاههای شهرستان (آزمایشگاههای بیمارستانهای شهرستان)



- آزمایشگاههای محیطی از جمله آزمایشگاههای مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی و آزمایشگاههای بخش خصوصی.

فیزیوتراپی

تعداد کل واحدهای فیزیوتراپی در سطح کشور، اعم از دولتی و غیردولتی، بالغ بر ۶۳۰ واحد می باشد که ۱۱۷ واحد (۱۸/۶ درصد) آن به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ۲۶۴ واحد (۴۱/۹ درصد) به بخش خصوصی و ۲۴۹ واحد باقیمانده (۳۹/۵ درصد) به سایر ارگانها اختصاص دارد.

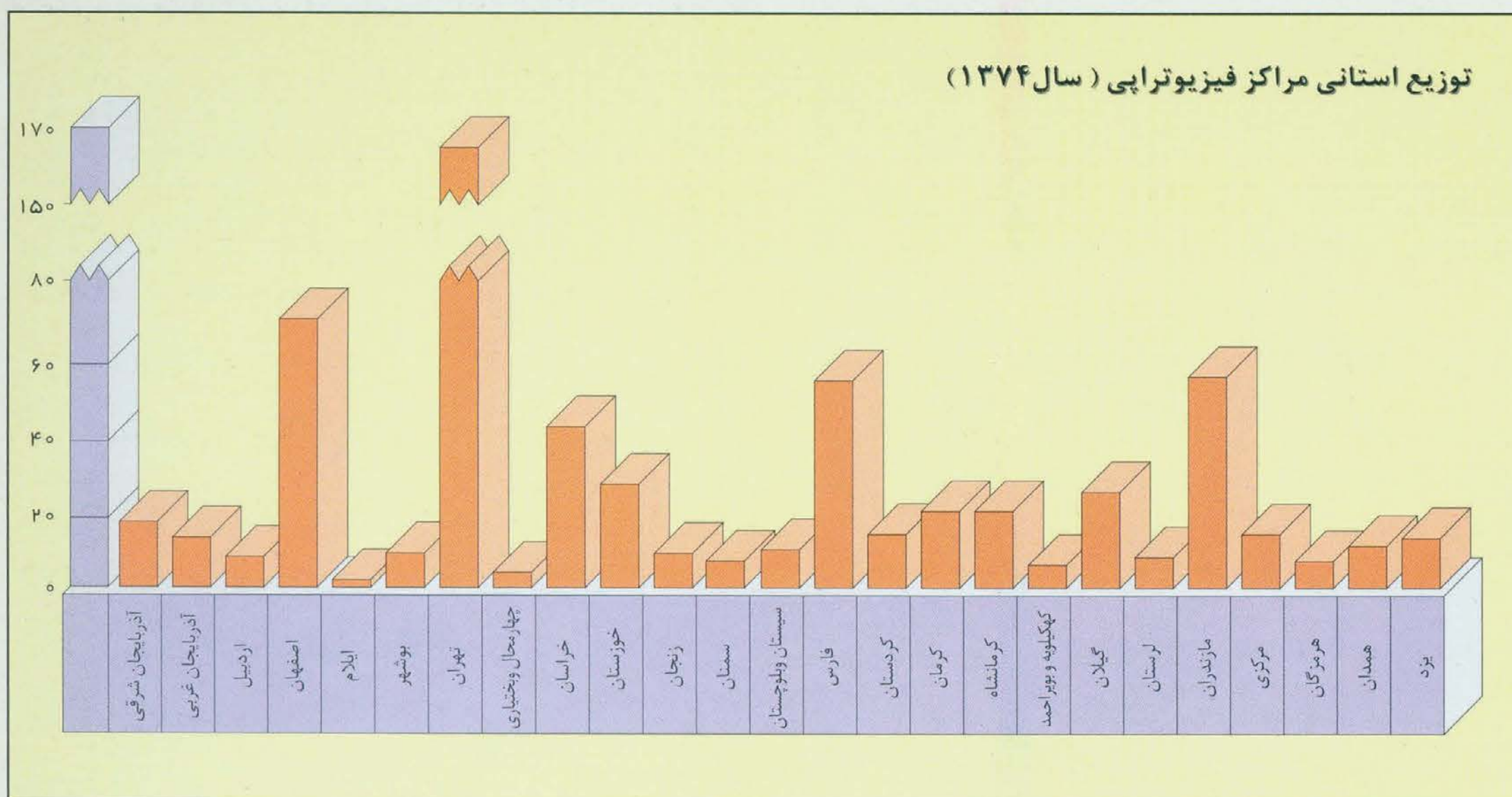
براساس محاسبات انجام شده، هر واحد فیزیوتراپی بطور متوسط حدود ۹۵۶۰۷ نفر جمعیت را تحت پوشش دارد. حداقل جمعیت برای یک واحد فیزیوتراپی در استان مازندران با رقم ۷۰۰۰۰ نفر و حداکثر آن ۷۶۰۰۰۰ نفر در استان لرستان می باشد.

رادیولوژی

در نیمه سال ۱۳۷۴ تعداد کل واحدهای رادیولوژی، اعم از دولتی یا غیردولتی، ۱۲۶۹ واحد گزارش شده که ۶۱۶ واحد (۵۰/۵ درصد) آن وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است و ۴۶۵ واحد (۳۷/۴ درصد) به بخش خصوصی و ۱۸۸ واحد (۲۲/۱ درصد) باقیمانده به سایر سازمانها تعلق دارد.

طبق بررسی انجام شده هر واحد رادیولوژی بطور متوسط حدود ۵۲۰۰۰ نفر را پوشش می دهد که حداقل این میزان با رقم معادل ۲۷۰۰۰ نفر به استان سمنان و حداکثر آن با رقم حدود ۸۶۰۰۰ نفر به استان زنجان اختصاص دارد.

با افزایش مراکز رادیولوژی در استانهای کشور، کمبود فوق تا حد

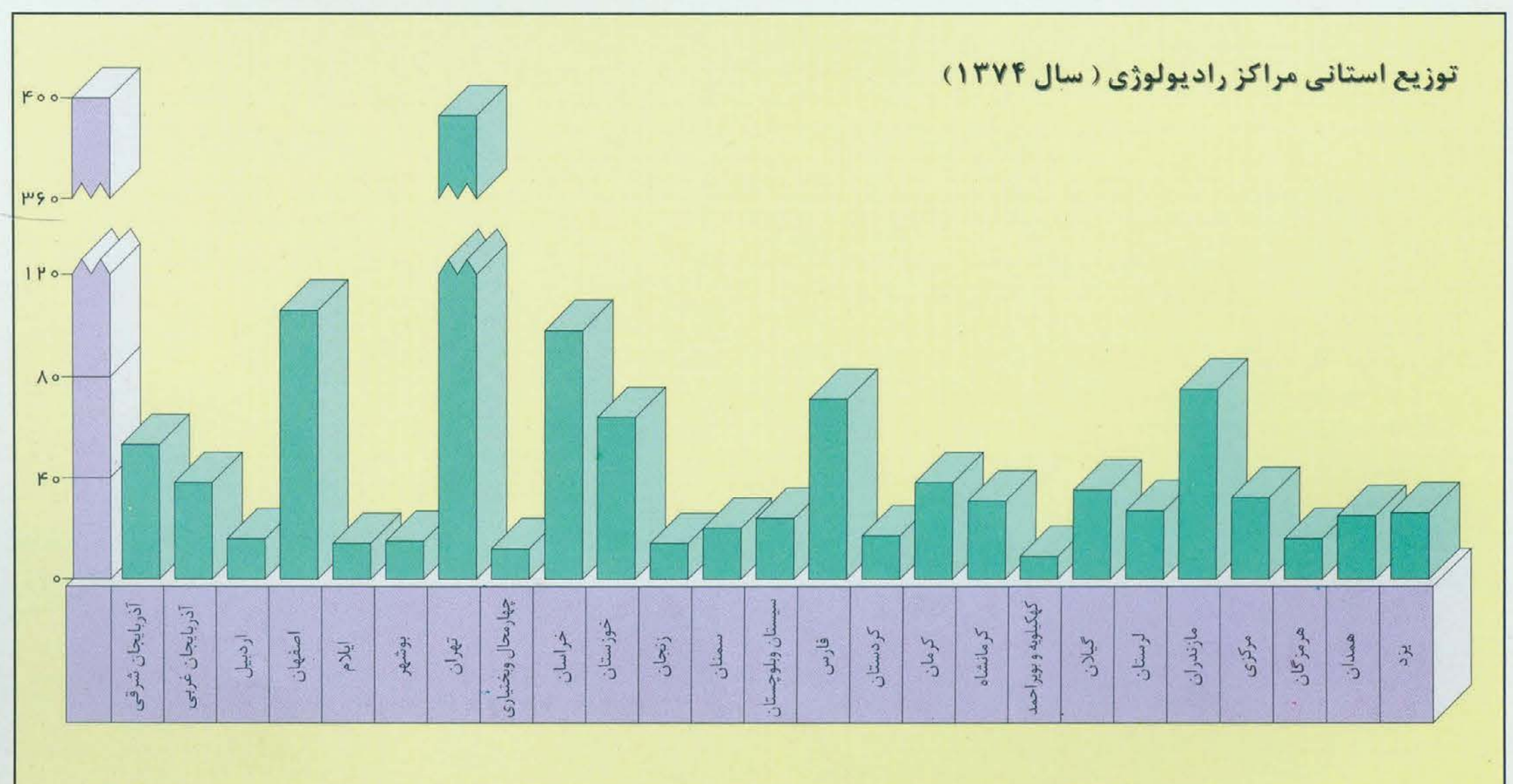


زیادی کاهش یافته است.

سایر خدمات بهداشتی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سالهای اخیر گام موثری در راه اعتلای بهداشت عمومی در کشور خصوصاً در مناطق روستایی برداشته است. بطوری که در سال ۱۳۷۴، ۸۴٪ از جامعه روستایی ایران زیر پوشش خدمات بهداشتی قرار گرفته اند. توزیع رایگان دارو و وسایل جلوگیری از بارداری توسط بهداشتکاران و بهورزان در روستاهای کشور از خدمات بسیار موثر می باشد.

همچنین این وزارتخانه با تشویق سرمایه گذاری خصوصی در مراکز روستایی و صدور مجوز تاسیس آزمایشگاه، رادیولوژی و سایر خدمات رفاهی پزشکی توانسته به اهداف خود در این زمینه نزدیک شود.



فصل چهارم : نیروی انسانی شاغل در امور بهداشت

نیروی انسانی شاغل در وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی براساس آمار سال ۱۳۷۱ که توسط دفتر بررسی و تحلیل اطلاعات آماری تهیه گردیده ، بالغ بر ۲۱۵۷۹۶ نفر می باشد که از این تعداد ۱۸۱۶ نفر در ستاد مرکزی ، ۵۶۶۳ نفر در دستگاههای وابسته (انستیتو پاستور ایران ، سازمان انتقال خون ایران شرکت سهامی دارویی کشور و شرکت داروپخش) ، ۶۷۳۶۳ نفر در دانشگاهها و دانشکده های علوم پزشکی و ۹۵۴۰ نفر بقیه در سازمانهای منطقه ای بهداشت و درمان استانها فعالیت دارند .

از تعداد ۲۱۵۷۹۶ نفر شاغل تعداد ۱۶۸۳۸ نفر (۸ درصد) پزشک، دندانپزشک ، داروساز و ۱۱۴۹۸۷ نفر (۵۳ درصد) پیراپزشک و ۸۳۹۷۱ نفر (۳۹ درصد) اداری ، مالی و خدمات را شامل می شوند .

باتوجه به نتایج بدست آمده ۶۱ درصد کل کارکنان وزارتخانه را

مردان و ۳۹ درصد بقیه را زنان تشکیل می دهند . به عبارت دیگر در این وزارتخانه به ازاء هر یکصدنفر زن ، ۱۵۶ نفر مرد شاغل میباشد .

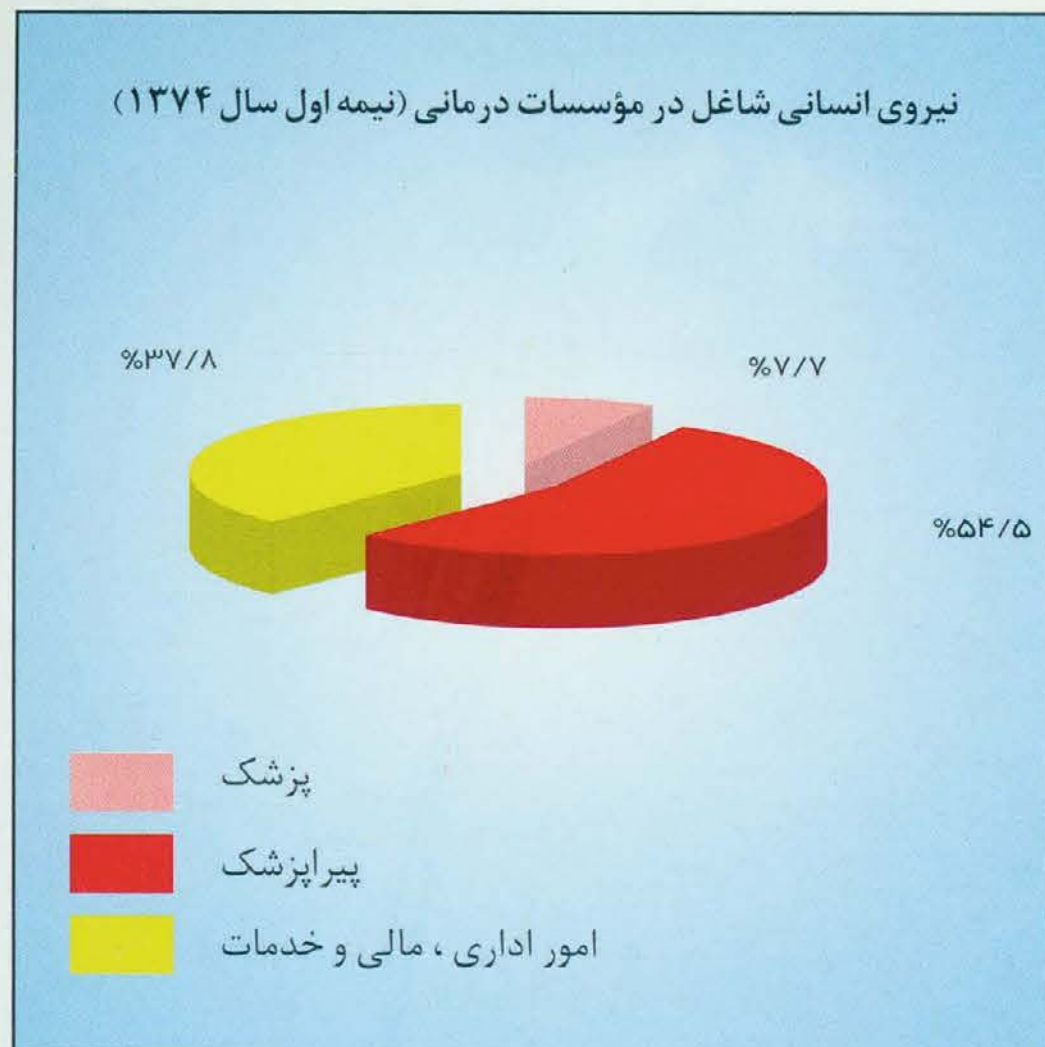
از لحاظ توزیع جغرافیایی می توان گفت که ۸۵ درصد کارکنان یعنی ۱۸۳۵۲۴ نفر در نقاط شهری و ۱۵ درصد بقیه یعنی ۳۲۲۷۲ نفر در نقاط روستایی بکار اشتغال دارند .

بیشترین کارکنان نقاط شهری ، که شامل ۹۷ درصد می شود در استان تهران و کمترین کارکنان نقاط شهری در استانهای کهگیلویه و بویراحمد و ایلام (هر کدام با ۷۰ درصد) مشغول به کارند .

تعداد کل پرستاران شاغل در وزارت بهداشت ۱۲۴۱۵ نفر می باشد که ۴۸۴۲ نفر آنها یعنی ۳۹ درصد در استان تهران و بقیه در سایر استانها به کار اشتغال دارند .

تعداد ماماها ی شاغل در این وزارتخانه رقم ۳۷۷۱ نفر را نشان

نیروی انسانی شاغل در مؤسسات درمانی (نیمه اول سال ۱۳۷۴)



می دهد و همچنین تعداد بهیار ۲۲۰۸۶ نفر می باشد که توزیع انسانی آنها مشخص کننده کمیت آنهاست . ناگفته نماند که در آمار فوق شاغلین حرف پزشکی ، پیراپزشکی در سایر بخش ها منجمله در بخش خصوصی منظور نگردیده است .

پزشکان

یکی از تنگناهای اساسی خدمات بهداشت و درمان کمبود پزشک در کشور است . نسبت مطلوب پزشک به جمعیت ، یک نفر پزشک برای یکهزارنفر جمعیت است در حالی که در کشور ما این میزان ۰/۴ نفر (یعنی کمتر از نیم نفر) پزشک برای هر هزارنفر جمعیت را نشان میدهد . چون افزایش سریع ظرفیتهای دانشکده های پزشکی و ایجاد دانشکده پزشکی قادر است در مدتی بیش از طول یک برنامه توسعه از کمبود بکاهد لذا بموازات آن تربیت نیروهای کمکی نیز مورد توجه بوده است بطوریکه هم اکنون (۱۳۷۲) بیش از یکصد هزار نفر در رشته های مختلف گروه پزشکی اعم از پزشک ، پیراپزشک و رشته های وابسته مشغول به تحصیل هستند . با افزایش تعداد فارغ التحصیلان رشته پزشکی طبق برآورد های آماری در سال ۱۳۷۴ در برابر هر ۱۳۳۰ نفر یک پزشک فعالیت دارد .

براساس آخرین گزارش های آماری ، تعداد کل پزشکان در سال ۱۳۷۲ بالغ بر ۲۶۱۴۶ نفر می باشد که ۱۳۶۹۰ نفر از آنان پزشک عمومی و ۱۲۴۵۶ نفر بقیه پزشک متخصص اند . تعداد دندانپزشکان ۵۲۷۲ نفر و دکتران داروساز ۴۱۱۰ نفر اعلام گردیده است . بنابراین جمع کل پزشکان ، دندانپزشکان و دکتران داروساز که در سطح کشور فعالیت دارند و به مردم خدمات ارائه مینمایند ، ۳۵۵۲۸ بوده اند . که این رقم در سال ۱۳۷۴ به ۵۹۲۸۵ نفر بالغ گردیده است .



ارقام فوق الذکر در مقایسه با سایر کشورهای پیشرفته گویای میزان کمبود می باشد. بطور نمونه می توان گفت که در سال ۱۹۹۰ میلادی تعداد پزشک بازا هر ده هزار نفر جمعیت در کشورهای آلمان ۲۷ نفر، اطریش ۲۲ نفر، فرانسه ۲۰ نفر و ژاپن ۱۳ نفر بوده است. در حالیکه طبق آمار موجود در سال ۱۹۹۳ میلادی در ایران این میزان رقم ۴ نفر را نشان می دهد. به همین منوال می توان به وضوح کمبود دندانپزشک و دکتر داروساز را در آمارها و جداول منعکس شده دریافت.

آموزش دوره های تخصصی پزشکی، به عنوان یک مسئله حاد کشوری، همواره مورد توجه بوده بطوریکه در سال ۱۳۷۱ تعداد کل دانشجویان دکترای تخصصی در حال تحصیل بالغ بر ۴۵۰۰ نفر اعلام گردیده که توسعه سالانه آن از برنامه های ویژه دولت می باشد لذا امید میرود با گسترش این سیاست جوابگویی به نیاز مردم تاحدودی ممکن گردد. نکته دیگری که با اجرای سیاستهای ویژه باید حل شود موضوع توزیع مناسب پزشک در سطح کشور است زیرا تمرکز بیش از حد پزشکان در تهران و تعدادی از شهرهای بزرگ بر میزان محرومیت شهرهای دیگر و مناطق روستایی می افزاید. لذا در حل این معضل، اقدامات گسترده ای، از آغاز تربیت پزشک تا توزیع آنان در مناطق محروم و دادن الویت ها و امتیازات ویژه بعمل آمده است و انتظار می رود تا حدامکان این نارسایی ها برطرف گردد.

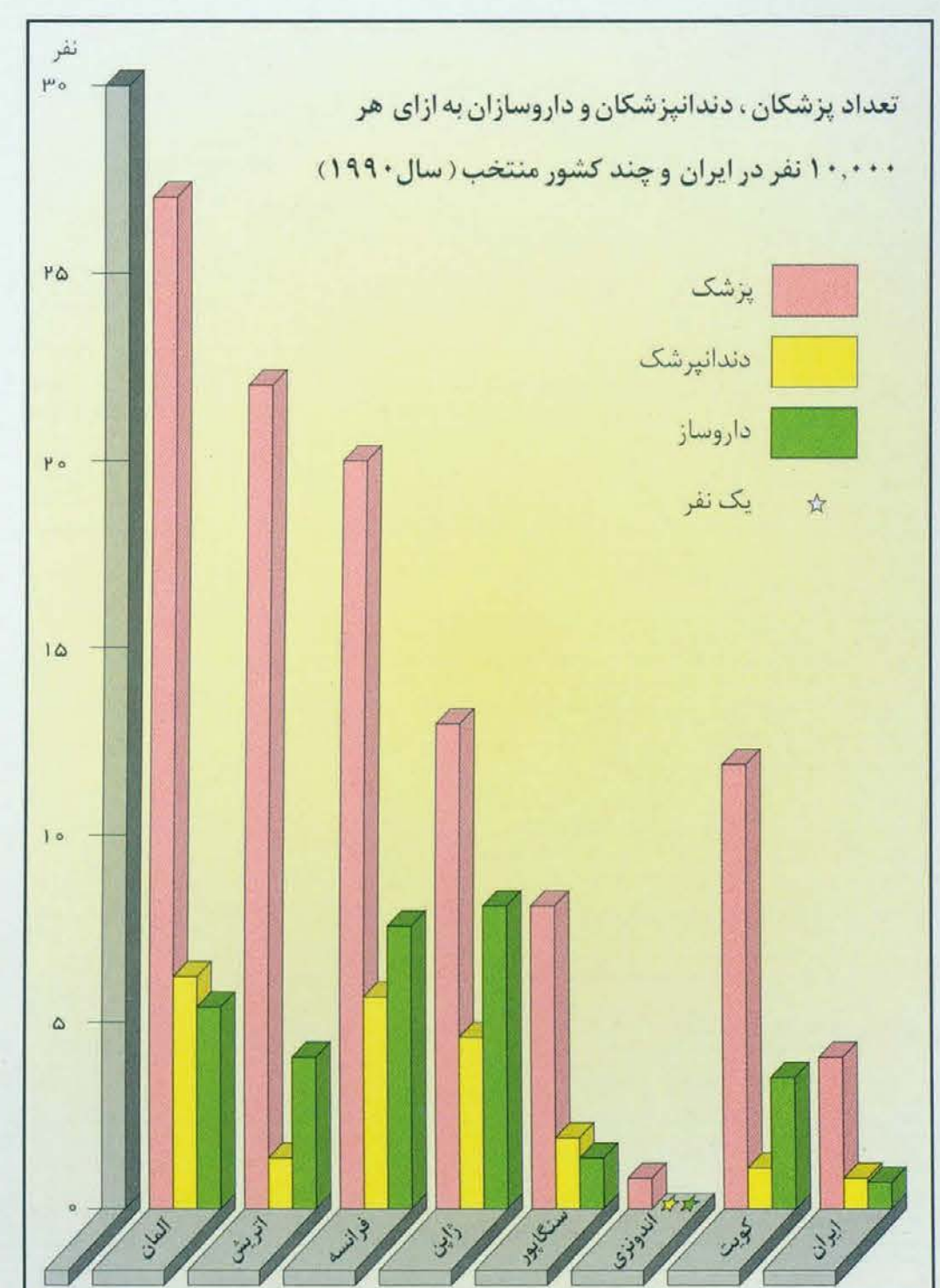
از ارقام منعکس در جداول آمار پزشکان ملاحظه می شود که ۴۹/۵٪ از کل پزشکان در استان تهران مستقرند و این نسبت برای پزشکان



عمومی و متخصص بترتیب ۴۸٪ و ۵۱٪ می باشد. به عبارت دیگر در این استان برای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت ۱۲ نفر پزشک موجود است در حالیکه در استانهای اردبیل و سیستان و بلوچستان، این نسبت یک نفر پزشک را نشان می دهد و همچنین کمبود پزشک در استانهای آذربایجان غربی، کرمان، کردستان، همدان، لرستان، کهگیلویه و بویراحمد، زنجان و هرمزگان با نسبت دو نفر پزشک برای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت کاملاً مشهود است.

ماماها

مامایی شاخه ای از طب است که وضع حمل، پیامدها و عوارض آنرا در بر می گیرد. بنابراین اساساً دیدگاه آن متوجه پدیده حاملگی، زایمان و دوران نقاهت پس از زایمان در شرایط طبیعی و غیرطبیعی و اداره صحیح آن می باشد. در چشم اندازی وسیع تر مامایی تولید مثل جمعیت را مدنظر قرار می دهد. مراقبت های صحیح مامایی سلامت فیزیکی و عقلانی را در بین زوج ها و نوزادان آنها برقرار میکند

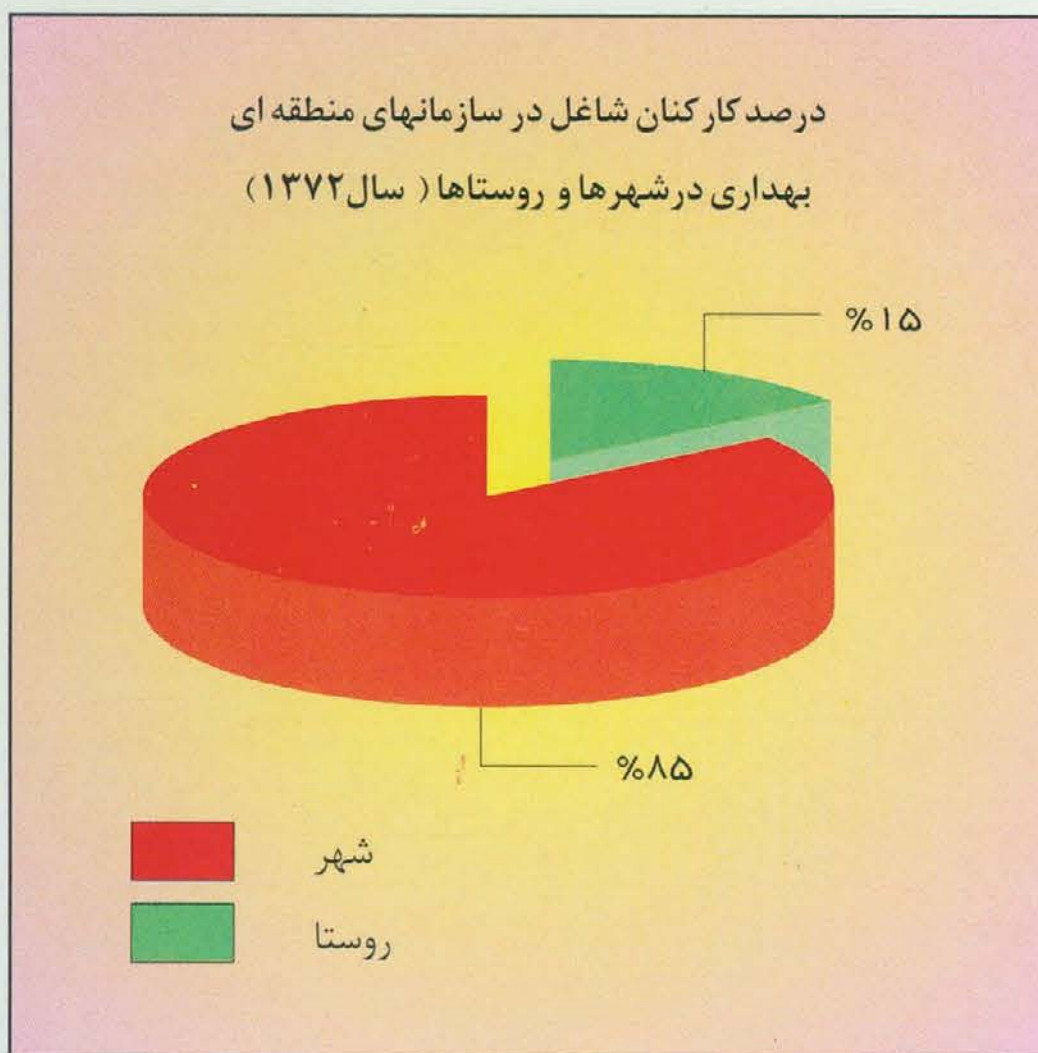


و تمایلات سالم در مسائل جنسی ، زندگی خانوادگی و موقعیت خانواده در جامعه را بوجود می آورد .

طب مامایی در ارتباط با تمام عوامل فیزیولوژیک ، روانی و اجتماعی می باشد که روی کمیت و کیفیت تولید مثل در انسان تاثیر قابل توجهی دارد .

لغت Obstetrics از کلمه لاتین Obstetrix به معنای ماما (Midwife) مشتق شده است. این واژه در بیشتر کتاب های لغت شناسی متصل به کلمه Obstare (به معنای ایستادن در کنار یا جلوی بیمار) است.

هدف متعالی طب مامایی این است که هر حاملگی از روی میل باشد و در نهایت به وجود مادر و فرزند سالم ختم شود. تلاش طب مامایی بر آن است که تعداد زنان و نوزادانی را که در اثر روند زایمان از بین می روند یا از لحاظ فیزیکی، هوشی و روانی صدمه می بینند به حداقل برساند. علم مامایی عوامل اجتماعی موثر روی تولید مثل را موردتجزیه و تحلیل قرار می دهد. برای کمک به کاهش تعداد تلفات



ناشی از حاملگی و زایمان این نکته مهم است که از میزان مرگ و میر مطلع باشیم .

با توجه به دانشکده های بسیاری که در کشور وجود دارد و تعداد ماما های فارغ التحصیل از این دانشکده ها ، رشته مامایی از اهمیت بسزایی برخوردار می باشد .

هم اکنون ماماها می توانند در تمام نقاط کشور ، بخصوص مناطق محروم که زنان به بیمارستانها دسترسی ندارند ، یاریگر آنان باشند و با کمک به مادران و نوزادان در سلامت آنها بکوشند . آنها میتوانند با آموزش دادن به زنان در امر رعایت بهداشت و نگهداری از نوزادان بعد از تولد ، از میزان مرگ و میر مادران و نوزادان بکاهند . طبق بررسی های بعمل آمده در سال ۱۳۷۲ جمع ماماها ی شاغل در وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی جمعا " ۵۷۵۲ نفر بوده اند .

پرستاران و بهیاران

پرستاری ضرورتاً "دانش عملی مهارت ها در شناخت رفتارهای موثر به منظور مراقبت از بیماران است . علم پرستاری علاوه بر نیاز آشنایی با نظام پزشکی نیاز به آشنایی با نظام های اجتماعی نیز دارد . دانش پرستاری و مراقبت از بیمار دانشی ویژه است .پرستاران با آگاهی از علم اخلاق می توانند با نظام های مرتبط با این حرفه آشنا شوند و بدین ترتیب دانش خود را گسترش دهند و به یک پرستار خوب تبدیل گردند .

اهمیت حرفه پرستاری در رویارویی با بیماران و اعضای بیمارستان به دلیل اینکه از ابتدا تا پایان درمان با آنها همراه است، بسیار جدی میباشد. موفقیت یا شکست یک پرستار در مراقبت از بیمارها تا حد زیادی به نوع مراقبت، مشاهده و یادداشت حالات بیمار و به نوع برقراری ارتباط متقابل با بیمار بستگی دارد.



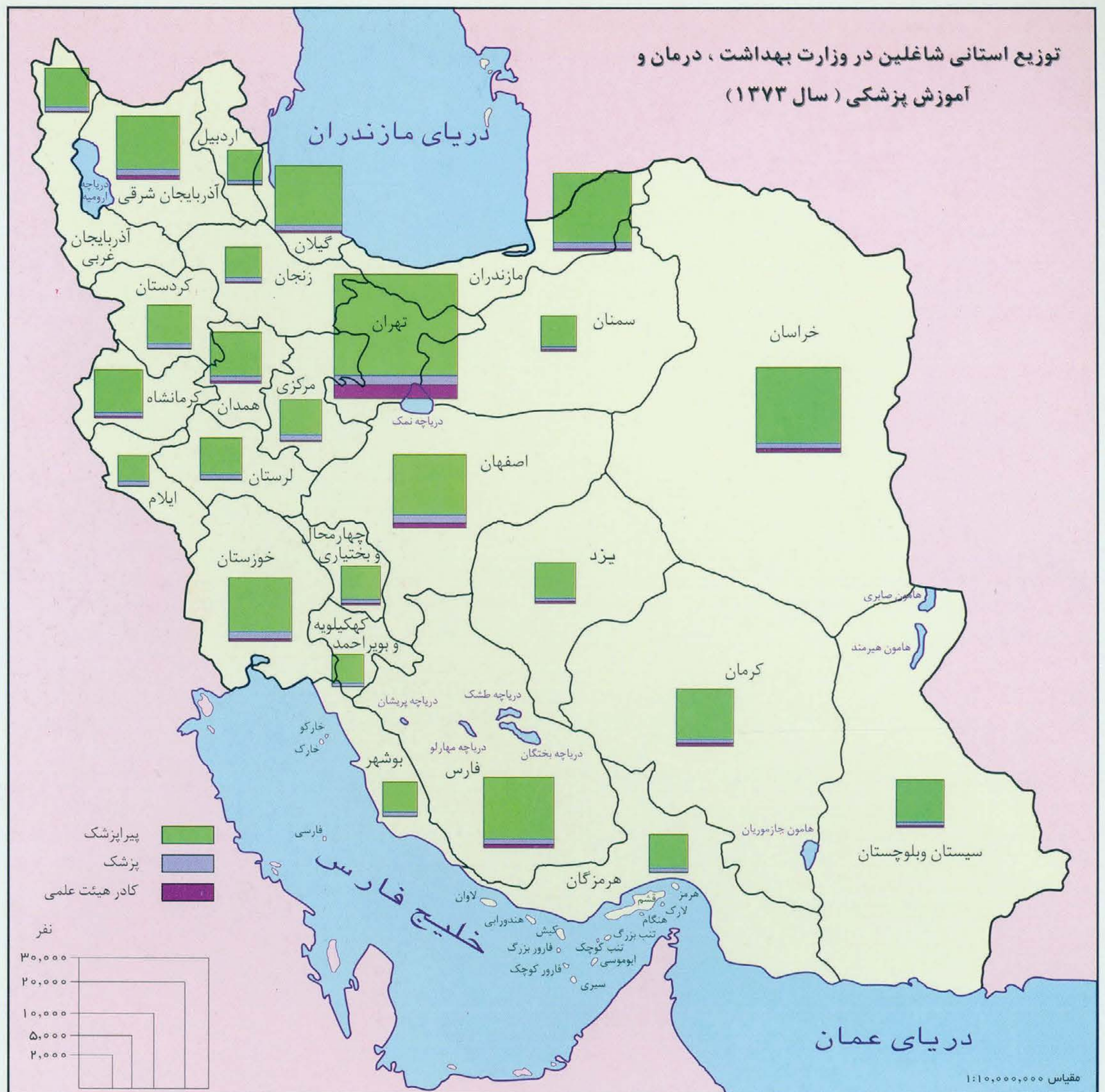
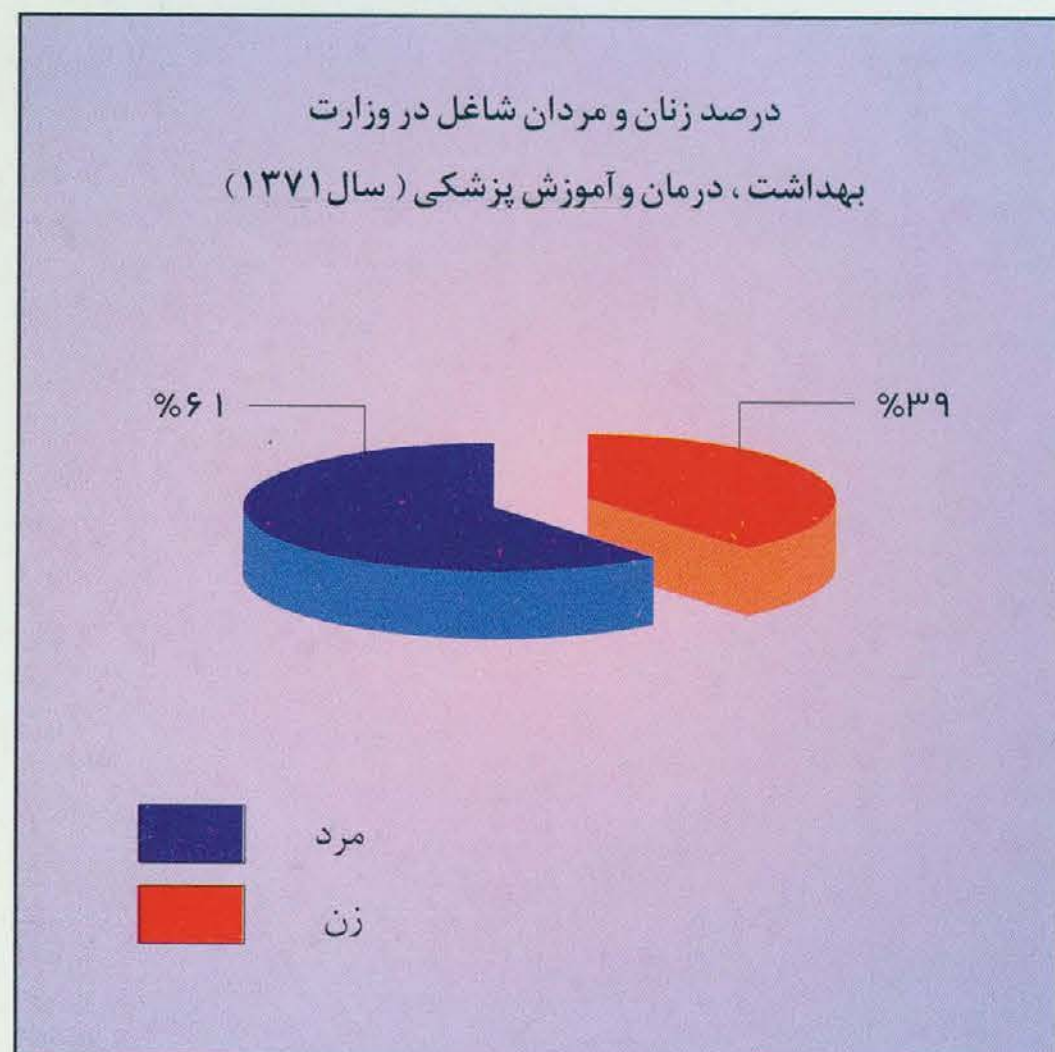


برخوردار می باشد .

ارتباط مستمر فیزیکی با بیماران و افرادی که دریافت کننده خدمات بهداشتی - درمانی هستند ، وظایف و سختی کار پرستاران را چندین برابر نموده است .

پرستاران با مهارت کامل باید طوری از ابزار و وسایل پزشکی استفاده نمایند که همگام با پزشک ، پیشرفته و زمان را از دست ندهند . بهمین دلیل در حال حاضر دکترای رشته پرستاری در سه دانشگاه کشور تاسیس گردیده و پرستاران میتوانند علاوه بر رشته پرستاری ، در رشته هایی همچون آناتومی ، فیزیولوژی ، مدیریت بهداشتی و آموزش ادامه تحصیل دهند و به درجه دکترا نایل شوند .

در بررسی آماری سال ۱۳۷۲ مرکز آمار ایران جمع پرستاران ، بهیاران ، کمک بهیاران ، بهورزان و بهداشتیاران شاغل در وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ۶۶۲۷۷ نفر بوده است . ولی با افزایش تعداد دانشجو و تاسیس دانشکده های جدید پرستاری در سالهای اخیر ، رقم فوق افزایش یافته است .



ارتباط نزدیک میان پرستار و بیمار ، این حرفه از اهمیت بسزایی



وظیفه پرستاران فراهم کردن محیط فیزیکی ، اجتماعی و روانی مناسب برای بیماران است . کسب مهارت درمان شناسی برای پرستاران تنها با آموزش دوره پرستاری و آشنایی با مهارت های ویژه در این شغل امکان پذیر است . در ضمن ، آشنایی پرستاران با اخلاق و روان انسانهایی که بطور مداوم با آنها در تماس هستند از اهمیتی ویژه برخوردار است . پرستاران با درک الگوهای فرهنگی همراه با فراگیری دانش پرستاری و علم بیولوژیک کمک موثری برای بیماران می باشند .

یکی از وظایف مهم پرستاران جلب اعتماد و اطمینان بیمار است . علت اصلی بسیاری از بیماریها ، بیشتر روانی و احساسی است تا فیزیکی . بنابراین نشان دادن توجه همراه با مهر و عاطفه پرستاران در درمان بیماران بسیار مهم می باشد .

به عقیده بسیاری از کارشناسان ، بهداشت و درمان کاری نیست که بصورت فردی انجام شود . بلکه تیم و گروه پزشکی در آن نقش دارند و گروه پرستاری از ارکان اساسی آن محسوب می شود . با توجه به

فصل پنجم : بیماریها

بیماری و سلامت

در این بخش می توان تعاریف ساده و روشنی جهت آشنایی با مفاهیم بیماری و سلامت ارائه داد. زیرا مهمترین اصول زیربنایی در توانایی ها و پیشرفت یک جامعه ، سلامت افراد آن و جلوگیری از بیماریها می باشد .

معمولا" کسی را که بیماری جسمی نداشته باشد سالم می نامند . در حالی که تعریف سلامت وسیع تر و جامعتر از این است . سازمان بهداشت جهانی در تعریف سلامت می گوید:

" سلامت " عبارتست از تامین رفاه کامل جسمی و روانی و اجتماعی، نه فقط نبودن بیماری و نقص عضو . به این ترتیب کسی را که بیماری جسمی نداشته باشد ، نمی توان فرد سالمی دانست ، بلکه شخص سالم کسی است که از سلامت روح نیز برخوردار بوده و از نظر اجتماعی در آسایش باشد . زیرا پژوهش های علمی نشان داده است که ممکن است ریشه و علت بسیاری از ناتوانی های جسمی ، نابسامانی های فکری و عاطفی باشد . مثلاً" امروزه معتقدند که دلهره ها و ناراحتی های فکری می توانند عوامل مهمی در ایجاد زخم های معده باشند و چون دلهره و بیماری از احساسات عاطفی انسان در اثر زندگی با مردم و به علت فرهنگ جامعه به وجود می آید ، سلامت جسم تا حد زیادی با سلامت فکر و شرایط فرهنگی و اجتماعی که فرد در آن زندگی می کند مربوط می شود . به عبارت دیگر تندرستی یا سلامت سه بعد دارد :

۱ - جسمی

۲ - روانی

۳ - اجتماعی

این سه بعد در یکدیگر تاثیر می گذارند . گاه یک بعد ، تسلط و نفوذ بیشتری در ابعاد دیگر دارد و گاه نیز امکان دارد دو بعد یا هر سه بعد نسبت به یکدیگر تاثیر متقابل داشته باشند .

تندرستی و بیماری

با تکیه بر تعریف سلامت به عنوان حالت آسایش و رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی ، می توان دریافت که بیماری فقدان شرایط تندرستی است ، خواه این فقدان کامل باشد ، خواه نسبی ، آشکار باشد یا مخفی .

البته نمی توان همواره مردم را به دو دسته کلی سالم و بیمار تقسیم کرد . زیرا گاه علاوه بر افراد سالم ، افرادی با بیماری غیرآشکار ،

افرادی با بیماری خفیف ، افرادی با بیماری در حد متوسط ، افرادی با بیماری در شکل شدید ، افرادی با بیماری در شکل کشنده و نیز کسانی که رشته حیاتشان قطع می شود وجود دارند این مجموعه را طیف تندرستی و بیماری نام گذاری کرده اند .

عوامل بیماری و بهداشت عمومی

اکنون همه کشورهای جهان و از جمله کشورهای صنعتی در مقابل عوامل بیماری زا ، چه آنها که جدیداً شناخته شده اند و چه آنها که از قبل شناخته شده بودند ولی نسبت به داروها مقاومت پیدا کرده اند ، احساس خطر می کنند . کشور ما نیز به رغم موفقیت های قابل توجهی که در مبارزه با بیماریها داشته از خطر مصون نیست .

پیشرفتهای عظیمی که در سالهای پس از انقلاب اسلامی به همت همه بخش های توسعه و مشارکت مردم ایثارگر کشور حاصل شده است ، نتایج درخشانی به همراه داشته است . این امر در کاهش بیماریها ، مرگ و میر ، معلولیت و بخصوص کاهش بیماریهای عفونی نقش قابل توجهی داشته است . برای مبارزه با بیماریهای عفونی طی سالهای اخیر با اتکاء به شبکه های بهداشتی ، درمانی کشور چهار نکته اساسی مورد توجه بوده است :

۱ - توسعه و تقویت نظام مراقبت از بیماری ها.

۲ - تقویت نیروی انسانی در سطح ملی و در سطوح اجرایی.

۳ - تامین منابع مورد نیاز برای مراقبت.

۴ - تدوین طرح های ملی برای مقابله با بیماریهای عفونی و اپیدمی ها.

در نظام مراقبتی کشور برای تعیین سیمای اپیدمیولوژیک بیماریها برای تعدادی از آنها در کل موارد و برای بقیه در نمونه تصادفی از موارد ، فرم های بررسی اپیدمیولوژیک ، تهیه می گردد . در مورد معدودی از بیماریها از جمله ایدز و بیماریهای مقاربتی ، علاوه بر جمع آوری اطلاعات در نظام جاری ، نظام مراقبت دیده ور "Sentinel Site" نیز برقرار شده است .

مراقبت از بیماریها

مراقبت از بیماریها نیازمند تعاریف ساده ، یکسان و مختصر است. در نظام بهداشتی کشور موارد بیماری به سه دسته طبقه بندی شده اند که عبارتند از :

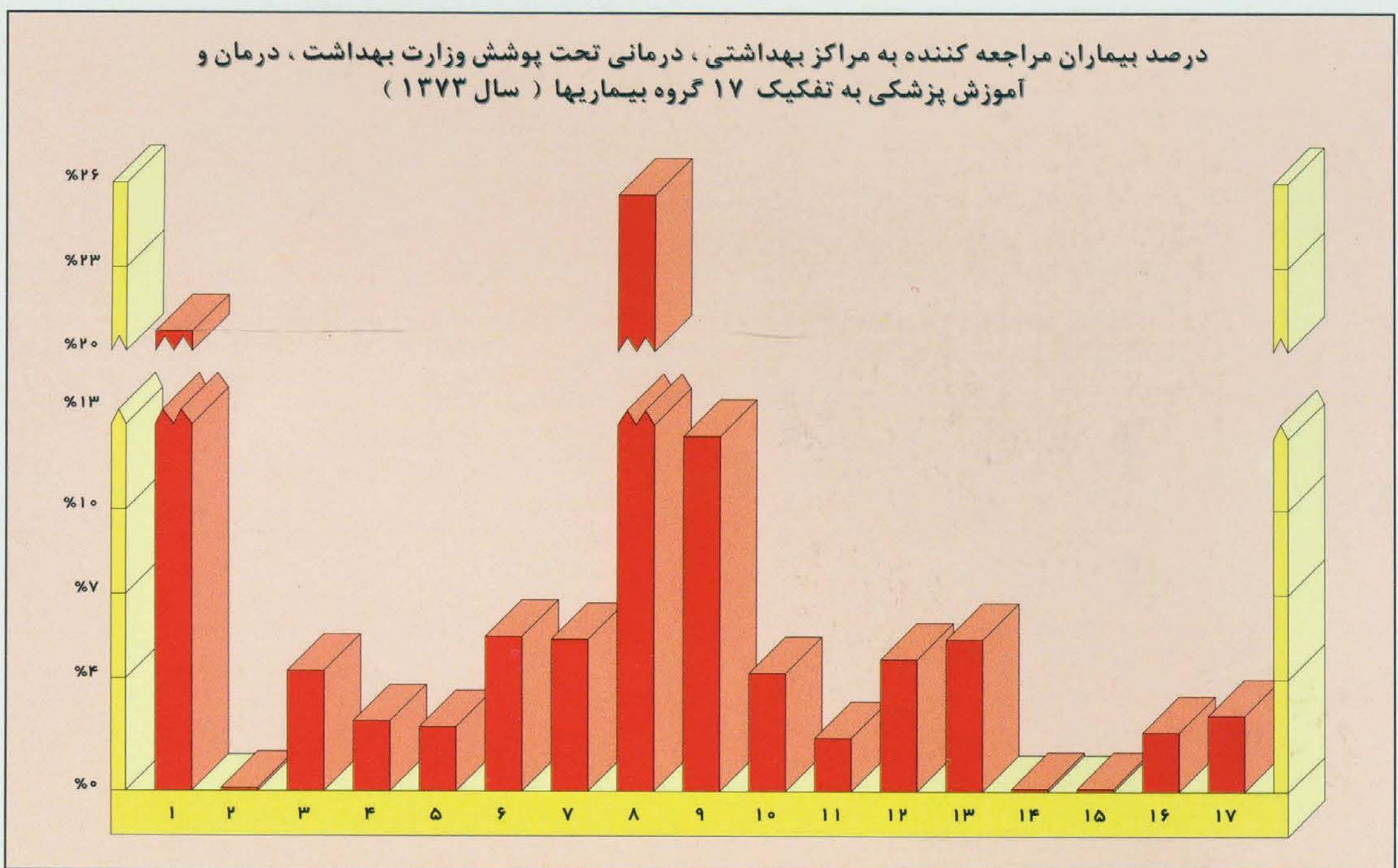
۱ - مظنون (معمولا" فقط با تعریف ساده برحسب علائم و نشانه ها) .

۲ - محتمل (با بیان یافته های کلینیکی و اپیدمیولوژیکی اختصاصی تر و در صورت نیاز علائم آزمایشگاهی ساده) .

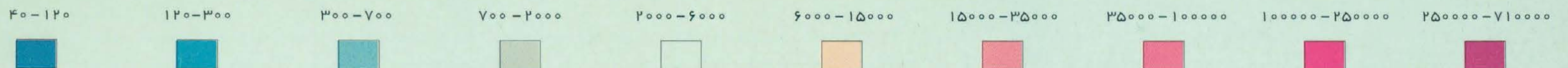
۳ - قطعی (با بیان علائم مشخصه و در صورت نیاز اختصاصی ترین و دقیق ترین آزمایشها) .

چگونگی و میزان ابتلاء

آگاهی از میزان ابتلا به بیماریهای مختلف در سطح کشور اهمیت ویژه ای دارد و این امر زمانی میسر می گردد که دارای نظام آماری توانایی باشیم و بتوانیم با ایجاد سیستمی اساسی تمامی اطلاعات بیماریها را



تعداد مراجعین به مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تفکیک گروههای بیماری (سال ۱۳۷۴)



گروه سوم شامل ۵ بیماری که عبارتند از :

گوآتر غیرتوکسیک ، تیروتوکسیکوز توام با گوآتر یا بدون گوآتر ، دیابت شیرین ، کمبود ویتامین ها و سایر کمبودهای تغذیه ای ، سایر بیماریهای غدد داخلی و بیماریهای سوخت ساز .

گروه چهارم ۲ بیماری را در بر می گیرد که عبارتند از :

کم خونی ها ، سایر بیماریهای خون و اعضای خونساز .

گروه پنجم ۳ بیماری را شامل می شود که عبارتند از :

بیماریهای روانی (پسیکوزها) ، نوروها ، اختلالات شخصیتی و سایر ناراحتی های غیرروانی و عقب ماندگی های فکری .

سرطان بدخیم رکتوم (رکتوسیگموئید) ، سرطان بدخیم حنجره (لارنکس) ، سرطان بدخیم تراشه برنشها و ریه ، سرطان بدخیم استخوان ، سرطان بدخیم پوست ، سرطان بدخیم پستان ، سرطان بدخیم دهانه رحم و سایر سرطانهای بدخیم رحم ، سرطان بدخیم پروستات ، سایر سرطانهای بدخیم و نامشخص ، سرطان خون (لوسمی) ، سایر سرطانهای غدد لنفاوی و نسوج خونساز ، سرطانهای خوش خیم و سرطانهای غدد لنفاوی و نسوج خونساز ، سرطانهای خوش خیم و سرطانهاییکه ماهیت آنها مشخص نشده است .

گروه اول شامل ۴۴ بیماری که عبارتند از :

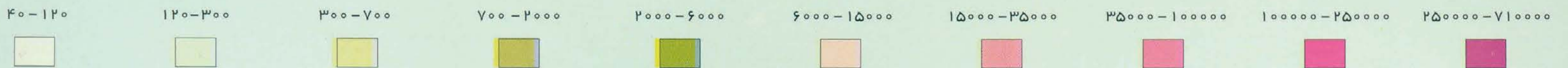
وبا ، حصبه ، شبه حصبه و سایر عفونت های سالمونلایی ، دیسانتري باسیلر و آمیبی ، تورم روده (انتریت) ، سایر بیماریهای اسهالی ، سل دستگاه تنفسی ، سل مننژیت و دستگاه مرکزی اعصاب ، سل روده ها ، صفاق و غدد مزانتر ، سل استخوانها و مفاصل ، سایر انواع سل شامل عوارض بعدی ، طاعون ، سیاه زخم "انتراکس" ، تب مالت "بروسلوز" ، جذام ، دیفتري ، سیاه سرفه ، مخملک و گلودردهای استرپتوککسیک ، بادرخ ، عفونتهای منگوککسیک ، کزاز ، سایر بیماریهای باکتریایی ، پولیومیلیت حاد ، عوارض بعدی پولیومیلیت حاد ، آبله ، سرخک ، تب زرد ، انسفالیت ویروسی ، هپاتیت های عفونی ، سایر بیماریهای ویروسی ، تیفوس و سایر بیماریهای ریکتسیال ، مالاریا ، تریپاتوز میازیس ، تب راجعه ، سیفلیس مادرزادی سیفلیس زودرس نشانه ای ، سیفلیس دستگاه مرکزی اعصاب ، سایر انواع سیفلیس ، عفونتهای گونوککسیک ، شیستوز ، و میازیس (بیلارزیاریس) ، کیست هیداتیک (هیداتیدوزیس) ، عفونتهای ناشی از فیلاریا (فیلاریازیس) ، انکیلوستوم میازیس ، سایر بیماریهای انگلی روده ای (هلمینتوزیس) ، سایر بیماریهای عفونی و انگلی .

گروه دوم متشکل از ۱۷ بیماری که عبارتند از :

سرطان بدخیم دهان و گلو (فارنکس) ، سرطان بدخیم مری ، سرطان بدخیم معده ، سرطان بدخیم روده ها (به استثنای رکتوم) ،



تعداد مراجعین به مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تفکیک گروه‌های بیماری (سال ۱۳۷۴)



گروه دهم شامل ۷ بیماری زیر است :

نفريت حاد ، ساير نفريت‌ها و نفروزها ، عفونتهای کلیه ، سنگهای دستگاه ادرار ، هیپرپلازی پروستات ، بیماریهای پستان ، سایر بیماریهای دستگاه تناسلی و ادرار .

گروه یازدهم شامل ۷ بیماری زیر را در بر می گیرد :

مسمومیت های آبستنی و نفاسی ، خونریزیهای زایمان و حاملگی ، سقط مصنوعی بنابه علل قانونی ، سایر سقط های مشخص نشده ، عفونتهای زایمان و نفاس ، سایر عوارض حاملگی و زایمان ، نفاس و زایمان بدون عوارض .



گروه هشتم شامل ۸ بیماری که عبارتند از :

عفونتهای حاد تنفسی ، آنفلونزا ، پنومونی ویروسی و سایر انواع پنومونی ، برنشیت ، آسم ، آمفیزم ، تورم لوزه ها و آدنوئیدها ، آبسه ریه و آمپیم و سایر بیماریهای دستگاه تنفسی .

گروه نهم شامل ۸ بیماری زیر را شامل می شود :

بیماریهای دندان و انساج نگهدارنده آن ، اولسرپپتیک ، ورم معده و اثنی عشر ، آپاندیسیت ، انسداد روده و فتق (هرنیا) ، سیروز کبدی ، ورم کیسه صفرا و سنگهای صفراوی ، سایر بیماریهای دستگاه گوارشی .



گروه ششم شامل ۸ بیماری که عبارتند از :

مننژیت ، اسکروزمرکب ، صرع ، بیماریهای التهابی چشم ، آب مروارید (کاتاراکت) ، آب سیاه (گلوکوما) ، ورم گوش میانی و ماستوییدیت ، سایر بیماریهای عصبی و اعضای حسی .

گروه هفتم شامل ۹ بیماری که عبارتند از :

تب رماتیسم فعال (اکتیو) ، رماتیسم قلبی مزمن ، بیماریهای فشارخون ، بیماریهای ایکمیک قلب ، سایر انواع بیماریهای قلبی ، بیماریهای عروق مغزی ، بیماریهای شریانها و عروق شعریه ، ترمبوزوریدی ، آمبولیسم و سایر بیماریهای دستگاه گردش خون .



تعداد مراجعین به مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تفکیک گروههای بیماری (سال ۱۳۷۴)

۴۰-۱۲۰ ۱۲۰-۳۰۰ ۳۰۰-۷۰۰ ۷۰۰-۲۰۰۰ ۲۰۰۰-۶۰۰۰ ۶۰۰۰-۱۵۰۰۰ ۱۵۰۰۰-۳۵۰۰۰ ۳۵۰۰۰-۱۰۰۰۰۰ ۱۰۰۰۰۰-۲۵۰۰۰۰ ۲۵۰۰۰۰-۷۱۰۰۰۰



گروه شانزدهم شامل ۲ بیماری که عبارتند از:

کهولت بدون ذکر بیماری روانی، علائم و سایر حالات بد تعریف شده.

گروه هفدهم ۱۳ بیماری زیر را شامل می شود:

تصادفات با وسایل نقلیه موتوری، تصادفات با سایر وسایل نقلیه، مسمومیت‌های اتفاقی، سقوط‌های اتفاقی، تصادفات ناشی از آتش، غرق شدن اتفاقی و غرق کردن، تصادفات ناشی از سلاح‌های آتشی، تصادفات و سوانح ناشی از کارهای صنعتی، سایر تصادفات، خودکشی و صدمات عمدی، آدمکشی و صدمات وارده عمدی، صدمات نامشخص اتفاقی یا عمدی و صدمات ناشی از عملیات جنگی.



گروه چهاردهم شامل ۵ بیماری زیر است:

اسپینایفیدا، ناهنجاریهای مادرزادی قلب، سایر ناهنجاریهای مادرزادی دستگاه گردش خون، لب شکری و ناهنجاریهای سق، سایر ناهنجاریهای مادرزادی.

گروه پانزدهم شامل ۵ بیماری که عبارتند از:

صدمات هنگام تولد و زایمان سخت، حالات جفت و بندناف، بیماریهای همولیتیک نوزادان، حالات هیپوکسیک، وانوکسیک که در جای دیگر طبقه بندی نشده و سایر علل بیماریها و تلفات قبل از زایمان.

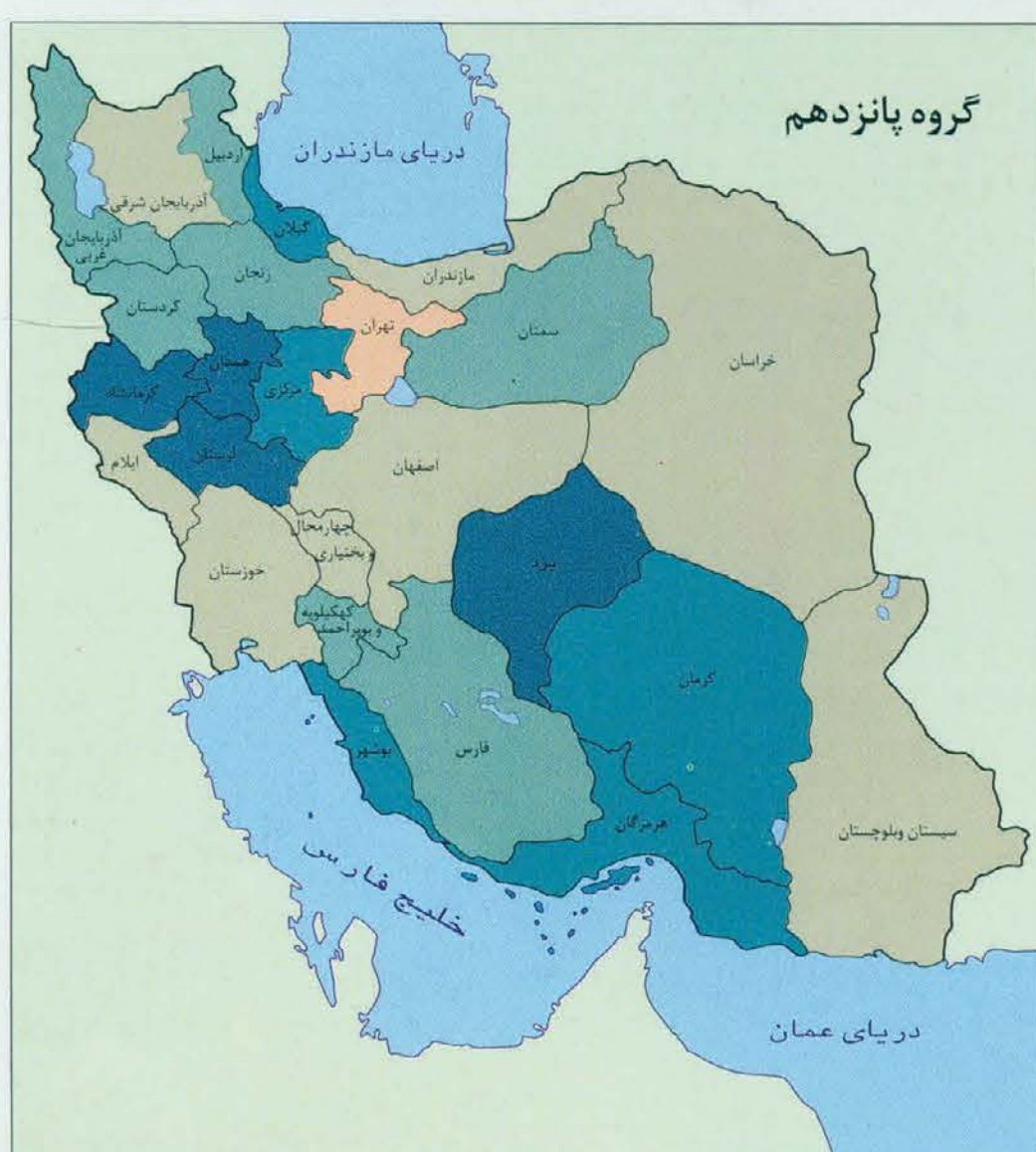


گروه دوازدهم شامل ۲ بیماری که عبارتند از:

عفونتهای پوستی و نسوج زیر جلدی، سایر بیماریهای پوست و نسوج زیر جلدی.

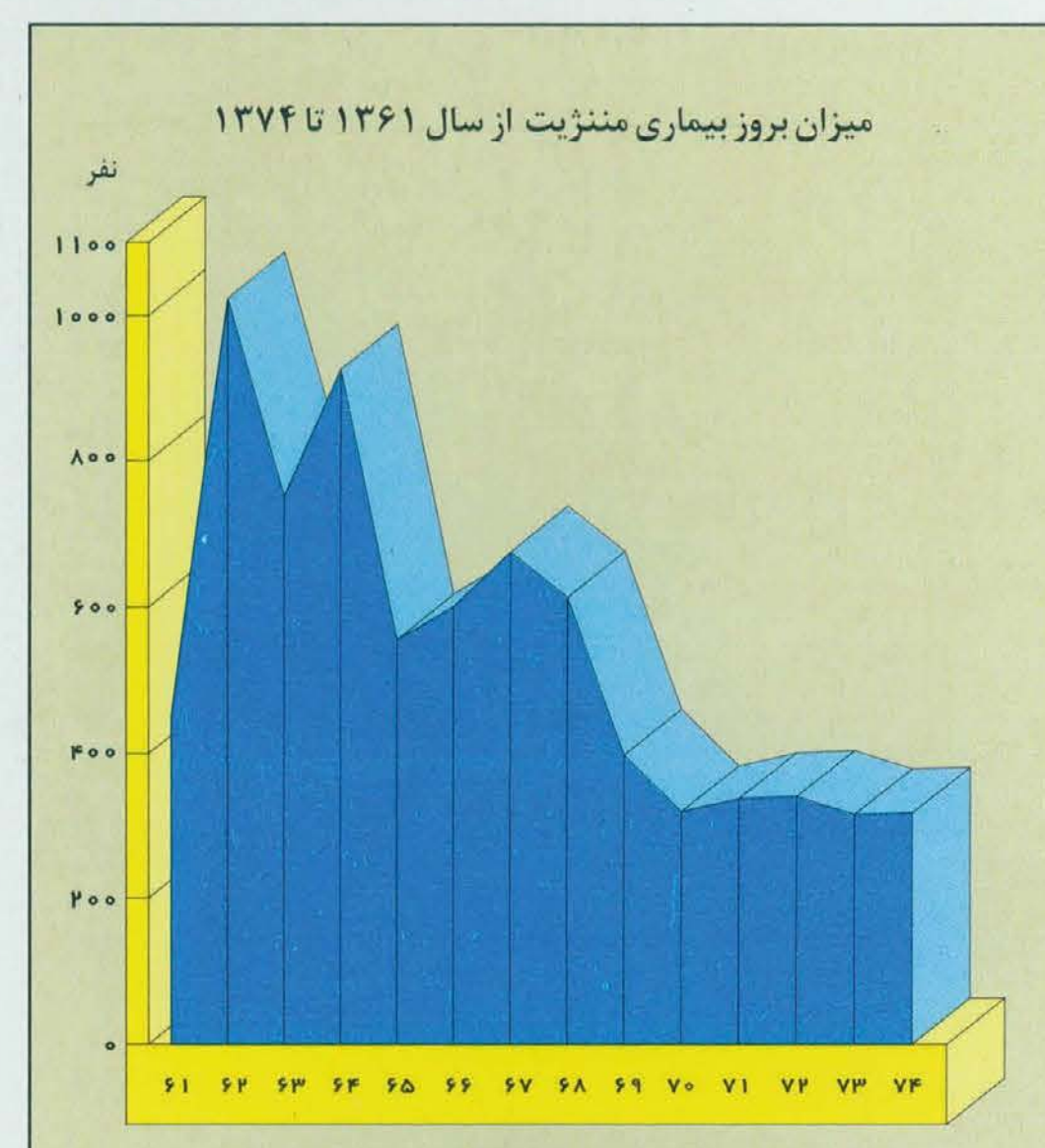
گروه سیزدهم شامل ۵ بیماری که عبارتند از:

ورم مفاصل و اسپوندیلیت، رماتیسم غیر مفصلی و رماتیسم های مشخص نشده، استومیلیت و پریوستیت، انکیلوز و تغییر شکل‌های اکتسابی اسکلت، سایر بیماریهای دستگاه اسکلت و عضلات و نسوج رابط.



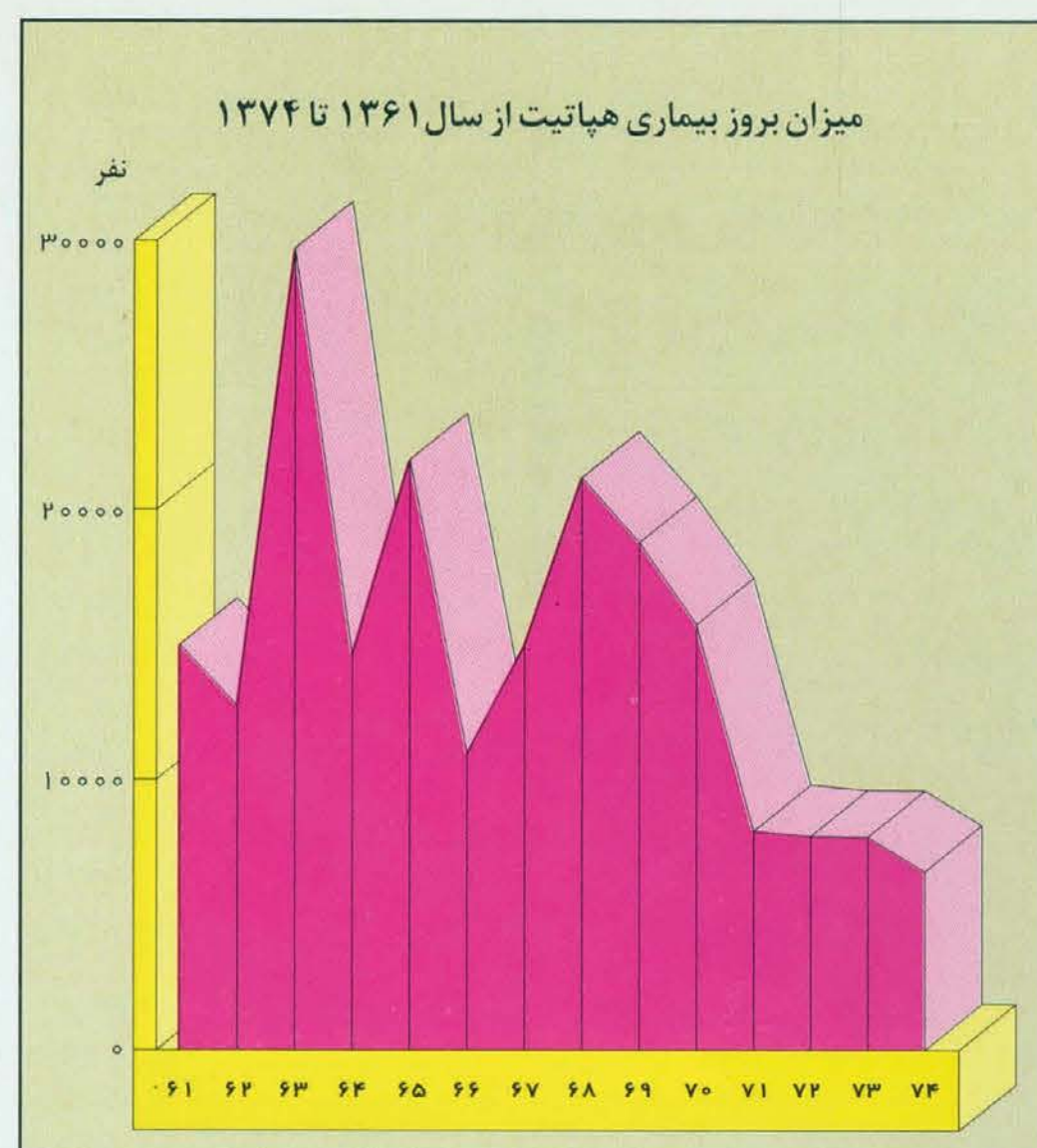
بررسی آمار بیماریها

بررسی علل مراجعه به مراکز بهداشتی، درمانی کشور که نسبتاً دارای توزیع بیشتری است و محاسبه چگونگی توزیع نسبی و علل مراجعه می تواند کمکی موثر به آگاهی از شیوع و انتشار بیماریها نماید. لذا، نتایج آمارهای استخراج شده، که از فرمهای ۱۵۰ علت بیماری حاصل شده است، نشان می دهد که در سال ۱۳۷۱ بیش از ۳۳ میلیون بار به مراکز بهداشتی، درمانی کشور مراجعه شده است که بیش از ۸/۵ میلیون بار آن، مربوط به بیماریهای دستگاه تنفسی بوده است، به عبارت دیگر ۲۶/۲ درصد علت مراجعه به این مراکز را تشکیل داده و از نظر فراوانی نسبی در رده گروههای بیماری قرار گرفته است. فراوانی فوق العاده بیماریهای دستگاه تنفسی ناشی از علل متعددی است و در این گروه از بیماریها، دسته آنفلوآنزا دارای بیشترین فراوانی می باشد و عفونت های حاد ریه و برونش ها



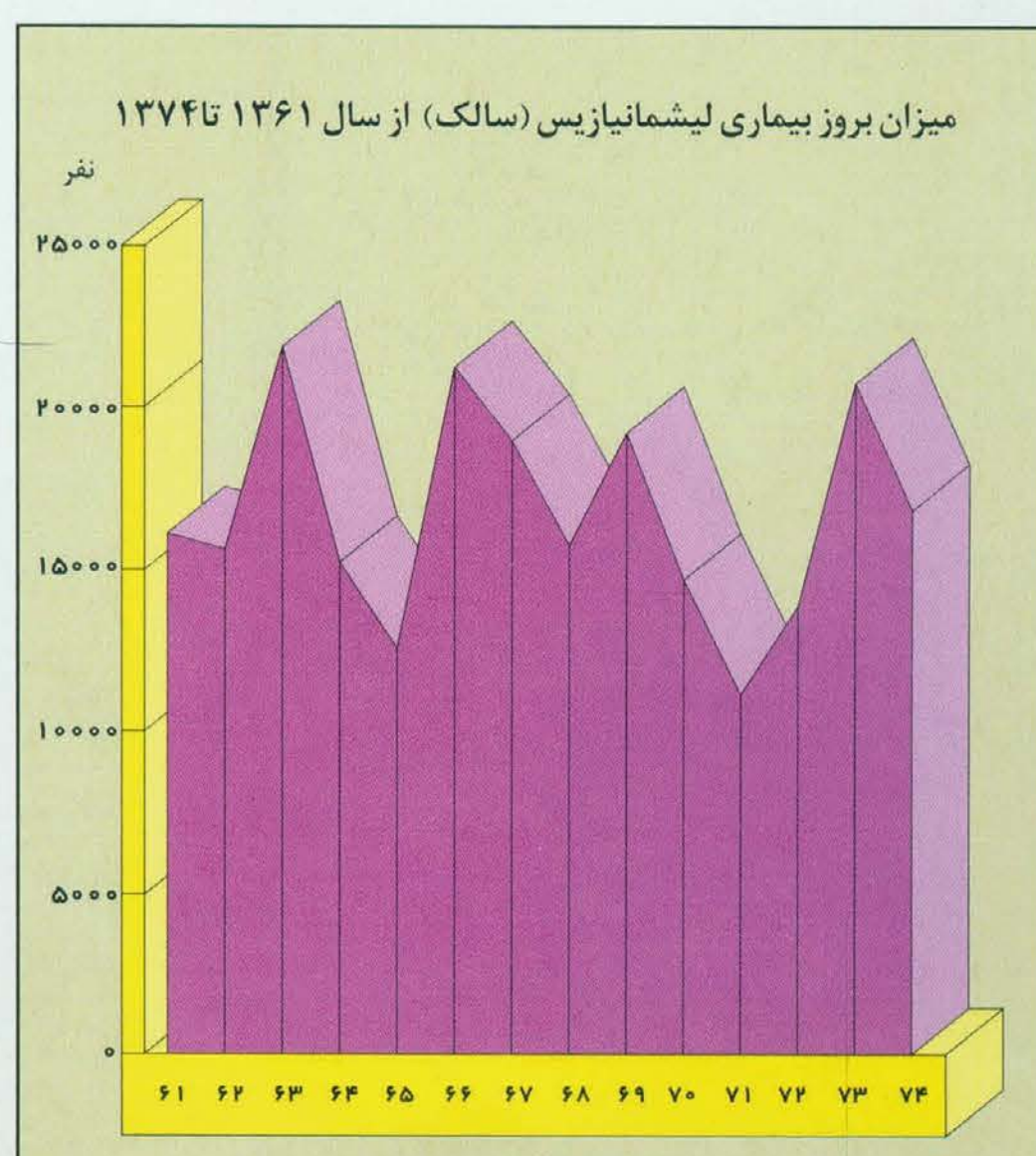
شایعترین بیماریهای این گروه است. اما بیماریهای عفونی و انگلی که با رقم نزدیک به ۷ میلیون بار مراجعه ۲۰/۸ درصد علت بیماریها را شامل می گردد در رده دوم قرار دارد و گویای این مطلب است که در بهبود وضع بهداشت محیط و تامین کافی آب آشامیدنی سالم و دفع فضولات بصورت بهداشتی، مسئولین بهداشتی باید بیش از پیش در تلاش باشند و در رفع سایر عواملی که موجب ایجاد این گروه از بیماریها در افراد جامعه می گردد کوشش نمایند. بیماری مالاریا نیز یکی از بیماریهای شایع کشور بوده در اثر اقدامات سالهای اخیر بسیار محدود گردیده است و موارد بیماران مکشوفه محدود به کانونهای معینی است که در برنامه کنترل قرار دارد.

بیماری سل دارای برنامه کنترل وسیعی است که با اجرای واکسیناسیون، موارد آن محدود می باشد. بیماری های سیاه سرفه،



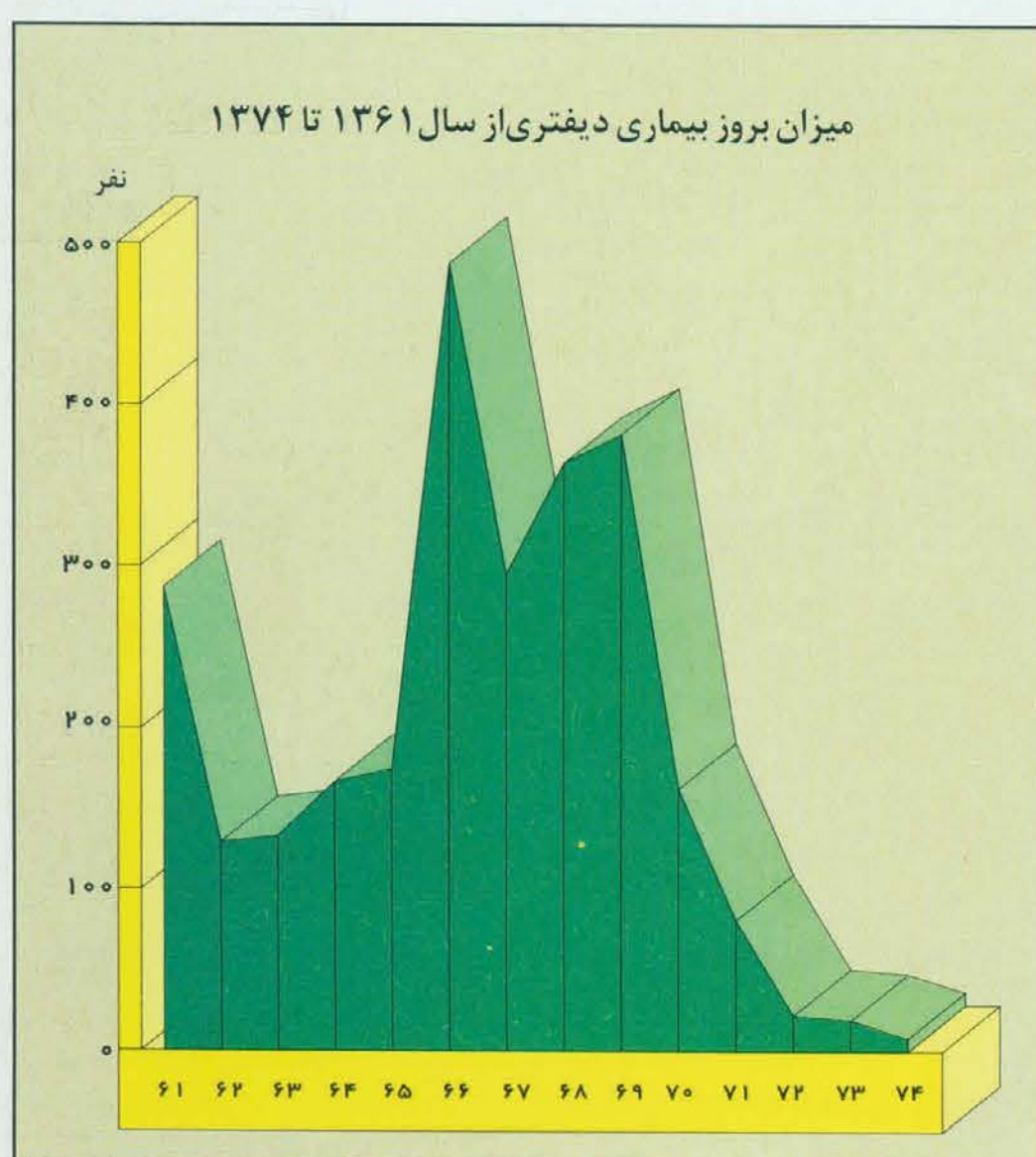
کزاز و دیفتری که با واکسیناسیون قابل پیشگیری هستند با فعالیتهای گسترده سالهای اخیر بطور قابل توجه کاهش یافته و همچنین بیماری سرخک که موارد آن کمتر مشاهده می شود.

بیماری های دستگاه گوارش سومین فراوانی نسبی در سطح کشور را دارد. بیماری های دهان و دندان در این گروه دارای فراوانی قابل توجهی می باشد که با ایجاد امکانات درمانی دندان در مراکز بهداشتی، درمانی مرتباً به تعداد مراجعین این دسته افزوده میشود. در سالهای اخیر به بیماری های دهان و دندان توجه بیشتر شده است و به همین علت این گروه از بیماریها در استانهایی که امکانات بیشتری دارند، فراوانی بیشتری بین مراجعین به مراکز بهداشتی، درمانی را دارند. بهرحال وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی براساس برنامه های مدون علیه بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن از طریق ایمن سازی، برنامه ریشه کنی پولیو، مبارزه با سرخک، کنترل آثرین های



استریتوککی، مبارزه با بیماریهای قرنطینه ای، بیماریهای بومی و دیگر بیماریهای خاص منطقه ای و همچنین بیماریهای غیر واگیردار شامل بیماری های قلب و عروق، بیماریهای روانی، بیماری های خونی و تالاسمی، بیماری های ارثی، انواع حساسیت، سوءتغذیه، انواع سرطان، پیشگیری از تب رماتیسمی و اختلالات ناشی از کمبود ید در سطح کشور بطور گسترده مبارزه می نماید و سعی دارد در حدتوان سلامتی و تندرستی افراد جامعه را پایدار نگهدارد.

به منظور آگاهی از علل مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی وابسته در نقشه های صفحه قبل هریک از گروههای هفده گانه نشان داده شده و سه گروه از بیماریها نیز، که بیشترین تعداد مراجعه را داشته اند، به تفکیک استانها و برحسب کمیت در جایگاه های رده اول، دوم و سوم مشخص شده است. مضافاً اینکه آمار مقایسه ای مراجعین به مراکز بهداشتی و درمانی در سالهای ۱۳۷۰ و ۱۳۷۱ برحسب استان و به



تفکیک ۱۷ گروه بیماری های درجه اول منعکس می باشد و وضعیت استانها را، با دسترسی به اعداد و ارقام، برای مطالعه و بررسی روشن می سازد.

بیماریهای انگلی و عفونی

بیماریهای منتقله از راه آب و غذا، که بیماریهای انگلی از آن جمله اند از شایعترین بیماریهای مسری در کشور ما می باشند. بالاترین میزان سالانه بروز در بین بیماریهای واگیردار مربوط به انواع اسهال هاست. شیوع بیماری هپاتیت ویروسی از طریق خون و دو نوع هپاتیت منتقله از راه مدفوع و دهان تحت عنوان هپاتیت های ویروسی بطور جمعی گزارش می شوند. طی ۱۲ سال گذشته نظام جاری گزارش دهی، روند هپاتیت های ویروسی رو به کاهش

بررسی آمار تلفات شهرهای منتخب ایران

این بررسی در مورد شهرهای زیر انجام گرفته است :

تهران ، مشهد ، اصفهان ، شیراز ، اهواز ، کرمانشاه ، کرمان ، بندرعباس ، یزد ، همدان ، ارومیه ، رشت ، دزفول ، اراک ، بروجرد ، ساری ، قائم شهر ، آمل ، گرگان ، گنبدکاووس ، شاهرود ، سمنان ، بهشهر ، نور .

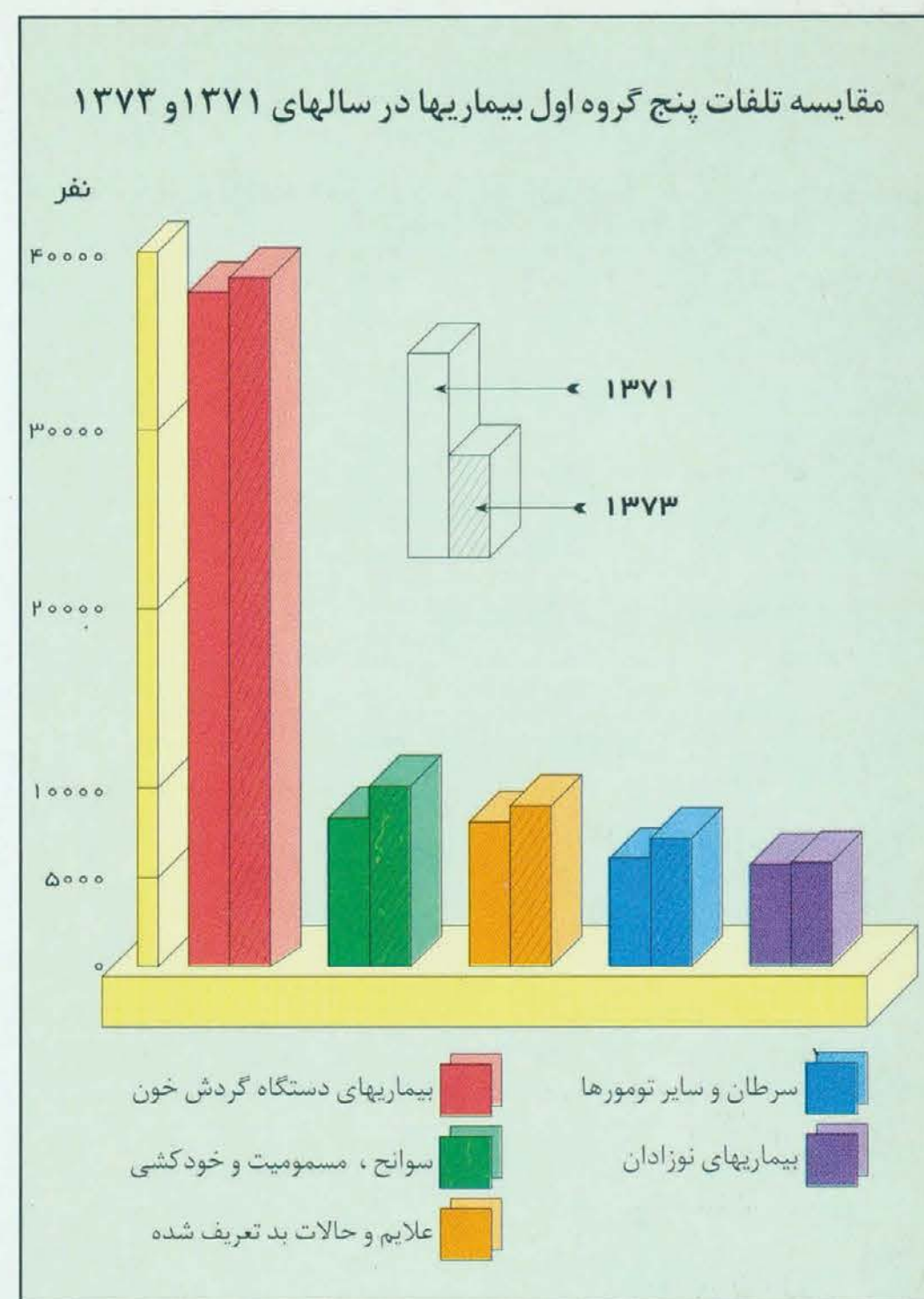
علل مرگ و میر برحسب لیست سازمان بهداشت جهانی که در ۱۷ گروه به تفکیک ۱۵۰ علت طبقه بندی شده ، در همه جا یکسان نیست . در کشورهای پیشرفته عمدتاً مرگ و میر ناشی از بیماریهای دستگاه گردش خون ، سرطان و سایر تومورها ، سوانح ، مسمومیت و خودکشی ، بیماری های دستگاه تنفسی و بیماری های دستگاه گوارشی است و نسبت به کل تلفات بالاترین درصدها را بخود اختصاص داده است . ولیکن در کشورهای در حال توسعه ، بیماری های واگیر بخصوص عفونی و انگلی و همچنین عوارض حاملگی و زایمان از علل اصلی تلفات بشمار می رود . بطوریکه خطر مرگ از این بیماری ها مشابه خطر مرگ از بیماری های قلب و عروق است ، در صورتیکه بیماری های سل و عفونتهای حاد تنفسی در میان افراد

بیماری در کشور برقرار شده است .

در ضمن ، بررسی های آزمایشگاهی در گروههای پرخطر (مانند استفاده کنندگان از فرآورده های خونی ، متعادلان ، زنان ولگرد ، جوانان منحرف ، بیماران آمیزشی ، همسران و فرزندان آلوده) و گروههای کم خطر (مانند اهداء کنندگان خون) نیز صورت می گیرد که همراه است با :

- آموزش نیروی انسانی متخصص .
- آموزش بهداشت همگانی .
- مراقبت از افراد آلوده و بیماران و انجام مشاوره .
- کنترل خون و فرآورده های خونی و اعضای پیوندی .
- برقراری نظام گزارش دهی با حفظ اصول رازداری .

براساس بررسی های انجام شده تا تاریخ ۷۵/۱/۱ جمعاً تعداد ۳۲۳ مورد آلودگی به ویروس ایدز گزارش شده که ۱۲۸ نفر آنها به مرحله بیماری ایدز رسیده و ۱۰۲ نفر فوت نموده اند . ۱۲ درصد افراد آلوده و ۹ درصد فوت شدگان از ایدز را زنان تشکیل داده اند . ۵۴ درصد آلودگی از طریق خون و فرآورده های خونی صورت گرفته که در سالهای اخیر این مسئله تقریباً منتفی گردیده است .



می باشد .

واکسیناسیون نوزادان علیه هپاتیت B از سه سال پیش در برنامه ایمن سازی همگانی کودکان گنجانده شده و در حال حاضر انجام می شود . شایع ترین بیماریهای عفونی در کشور ، بیماریهای مشترک انسان و دام می باشد که تب مالت یکی از این نوع بیماریهای عفونی می باشد . کنترل این بیماری در کشور بطور عمده در دو بخش انجام می شود :

بخش اول : واکسیناسیون دامها ، آموزش دامداران ، تست دامها ، کشتار دامهای آلوده و کنترل فرآورده های خام دامی .
بخش دوم : آموزش بهداشت عمومی ، کنترل فرآورده های لبنی ، تقویت نظام مراقبت از بیماری های مشکوک و گزارش بیماری .

یکی از جدیدترین انواع بیماریهای عفونی ، شیوع ایدز در جهان میباشد که در کشور ما خوشبختانه بسیار محدود و ناچیز است و با برنامه های اتخاذ شده توسط دولت امیدوار به جلوگیری از شیوع آن می باشیم . در این مورد کمیته های علمی متعددی در سراسر کشور به منظور اتخاذ تدابیر لازم تشکیل شده است و اقدامات زیر از جمله وظایف آنها می باشد .

۱ - تدوین پروتکل و راههای مبارزه .

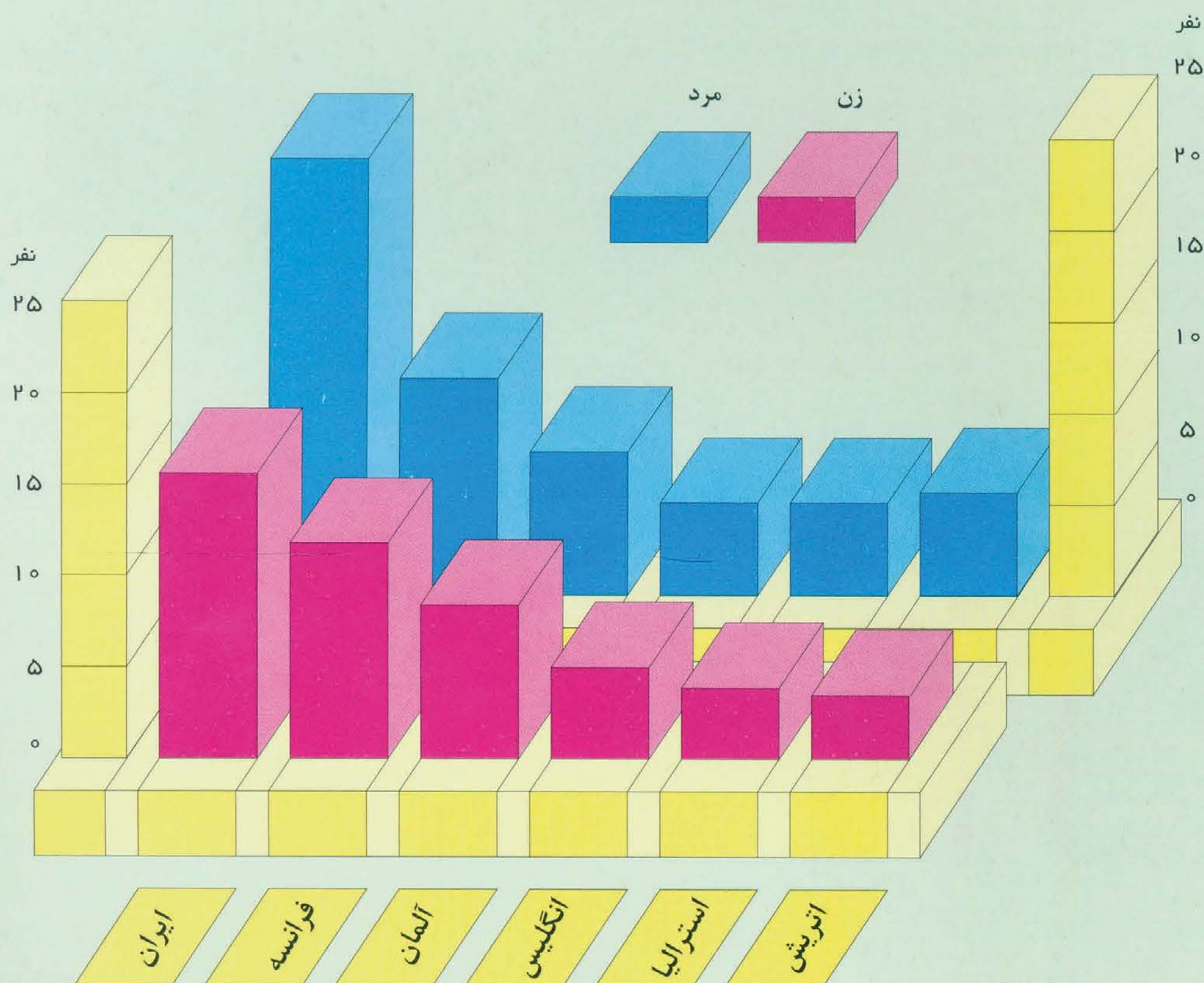
۲ - تعیین شاخص های لازم .

۳ - سیاست گذاری .

۴ - تعیین اهداف هر برنامه .

علاوه بر نظام اطلاعات جاری نظام مراقبت دیدور برای تعیین روند

میزان تلفات بیماریهای عفونی و انگلی در هر صد هزار نفر در ایران و چند کشور جهان (سال ۱۹۹۰)



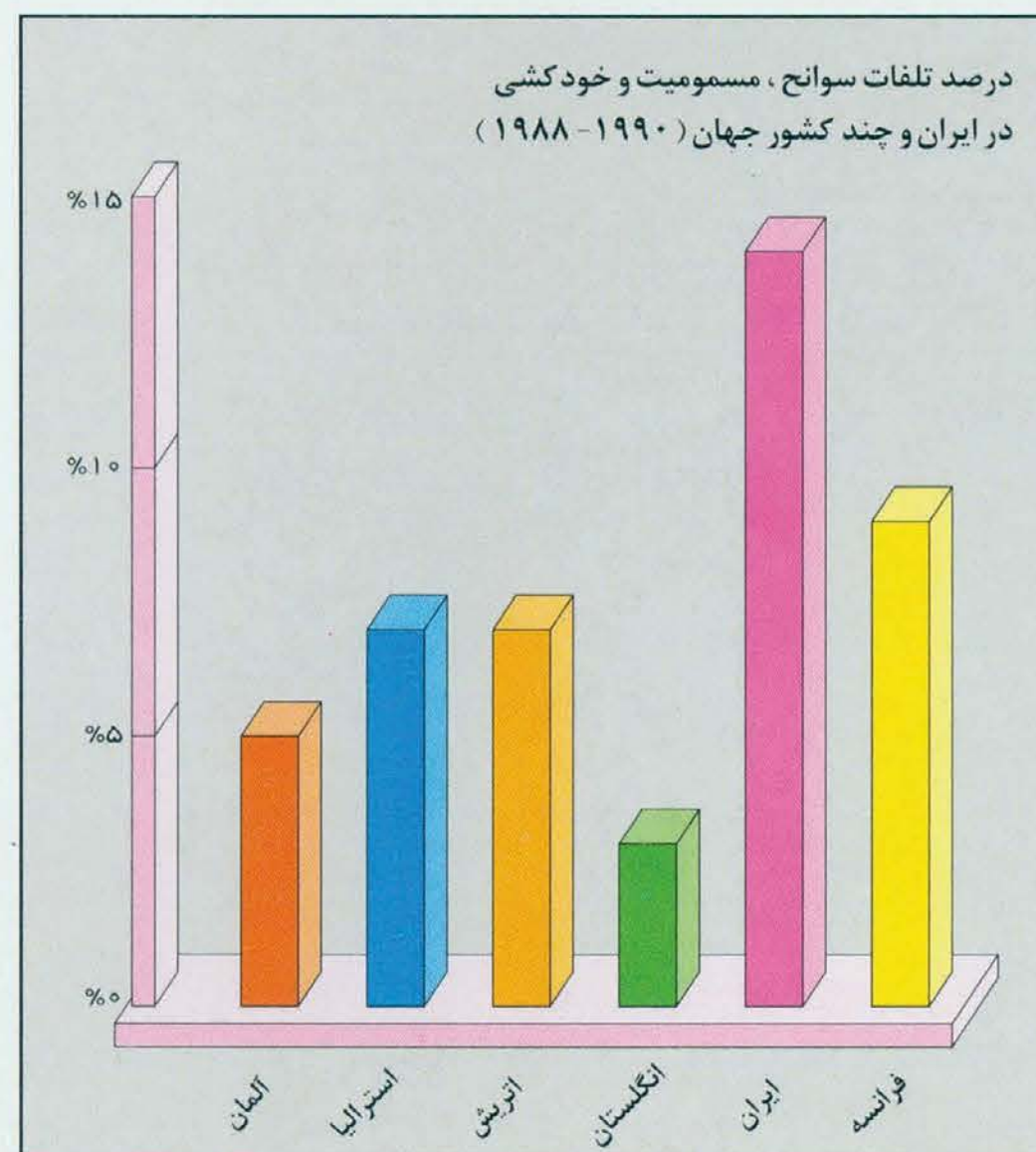
۱۳۵۸ تا ۱۳۶۹ بیشترین تلفات از پنج گروه علل مرگ و میر زیر است:

بیماریهای دستگاه گردش خون،

سوانح - مسمومیت و خودکشی،

بیماریهای دستگاه تنفسی،

نشانگر حداقل تعداد ۱۵۰۰۰۰ نفر تلفات از این گروه بیماریها در سطح کشور برای سال ۱۳۶۹ می باشد. به همین میزان تعداد تلفات از گروه سوانح، مسمومیت و خودکشی و گروه سرطان و سایر تومورها به ترتیب ۵۴۰۰۰ نفر و ۳۰۰۰۰ نفر تخمین زده می شود. با توجه به اینکه یکی از شاخص های مهم بهداشتی میزان مرگ و میر اطفال است و برای نشان دادن سطح بهداشت در یک کشور یا منطقه پارامتری مهم تلقی می گردد، مطالعه علل مرگ و میر اطفال بسیار جالب خواهد بود.

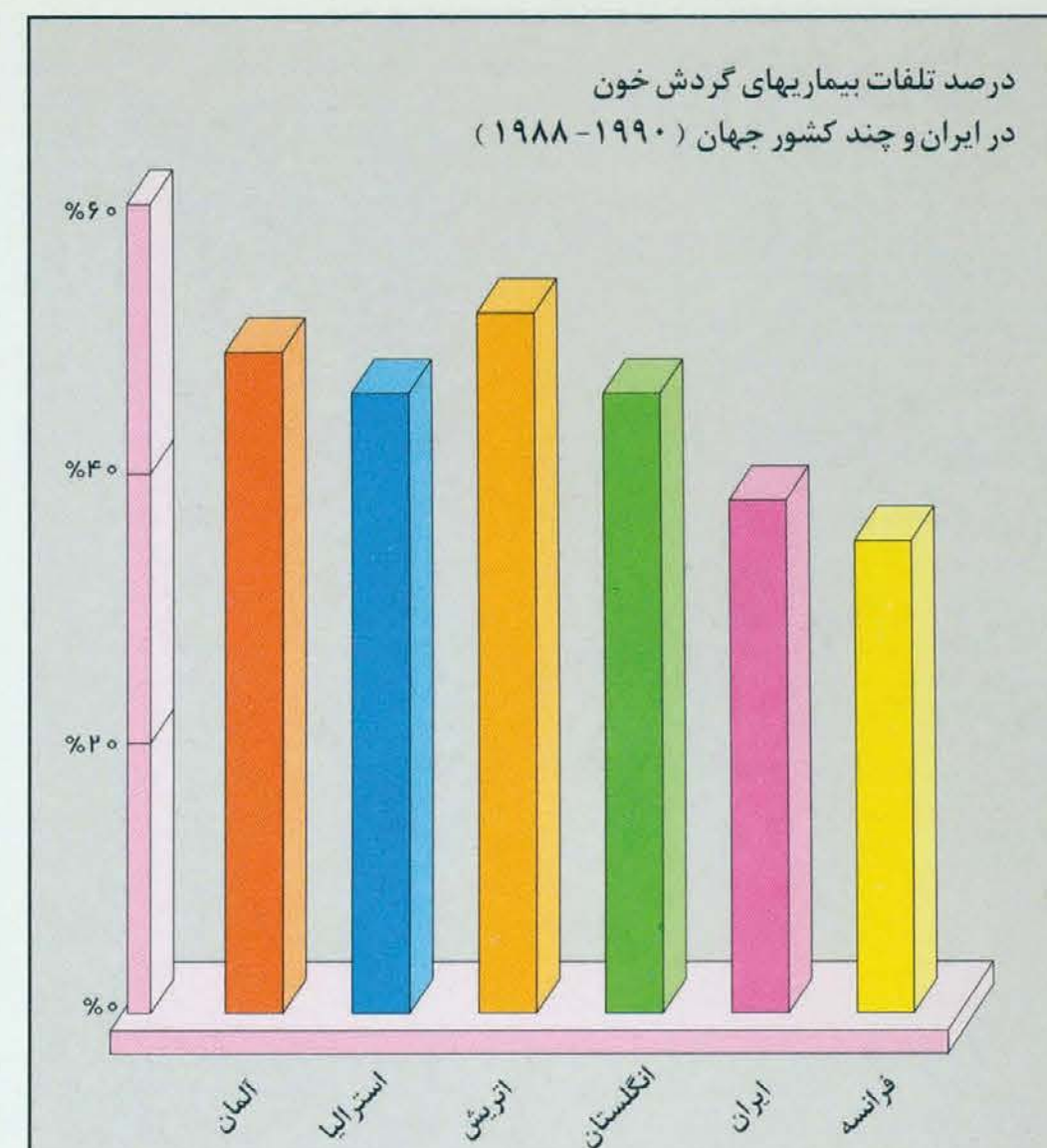


سرطان و سایر تومورها،

بیماریهای نوزادان.

افزایش درصد میزان تلفات از بیماریهای دستگاه گردش خون از رقم

۲۹/۴ (در سال ۱۳۵۸) به رقم ۳۸ درصد (در سال ۱۳۶۹)

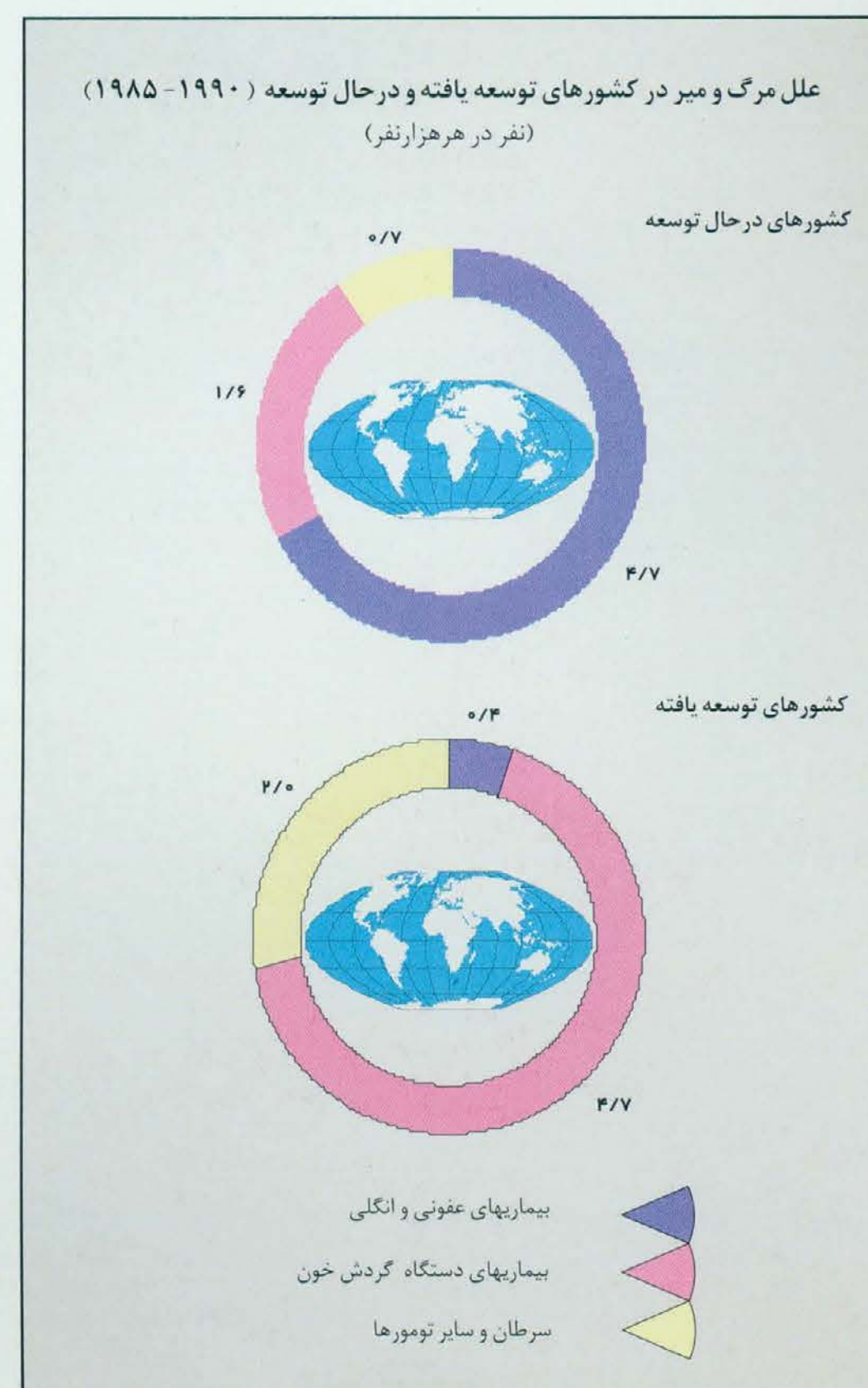
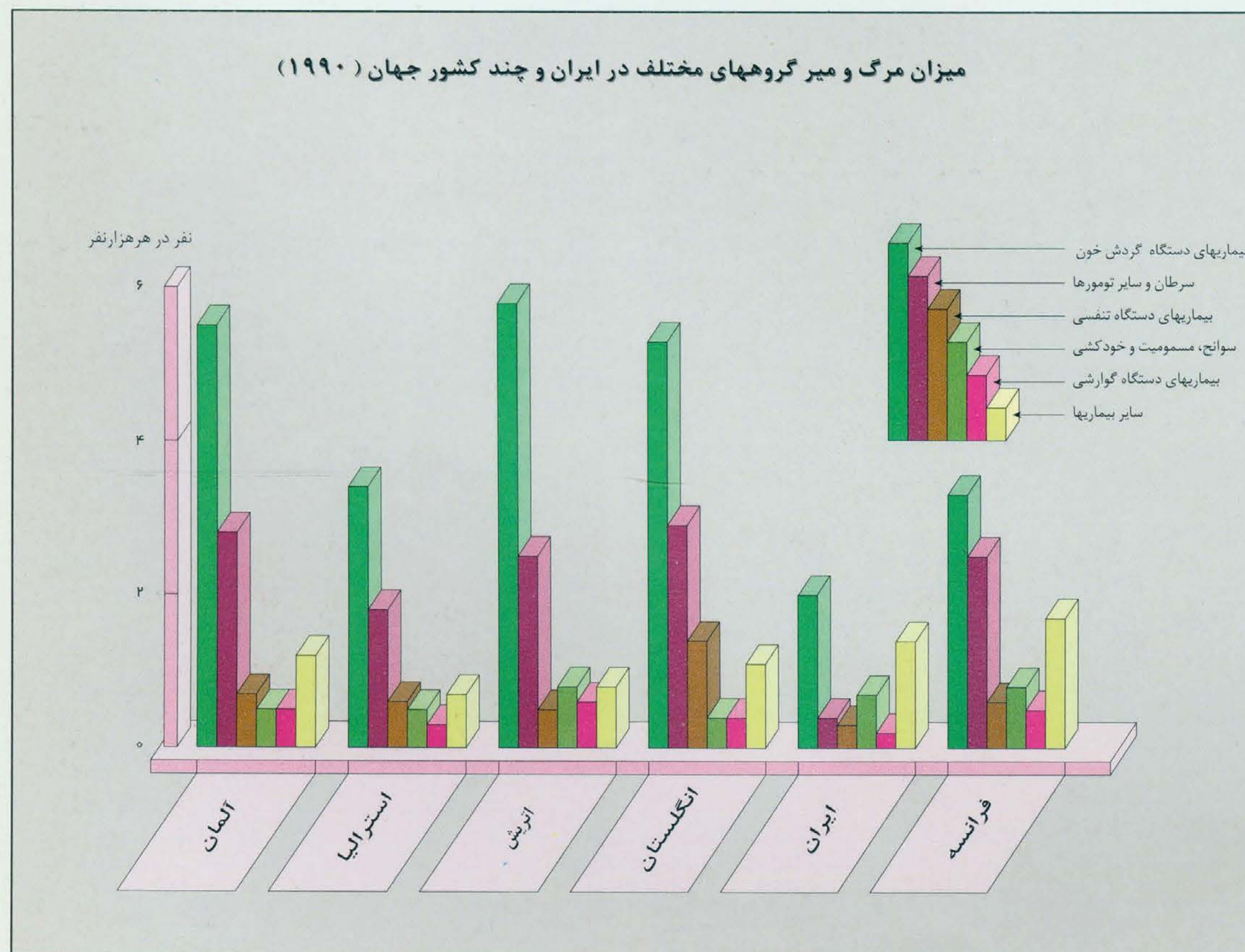
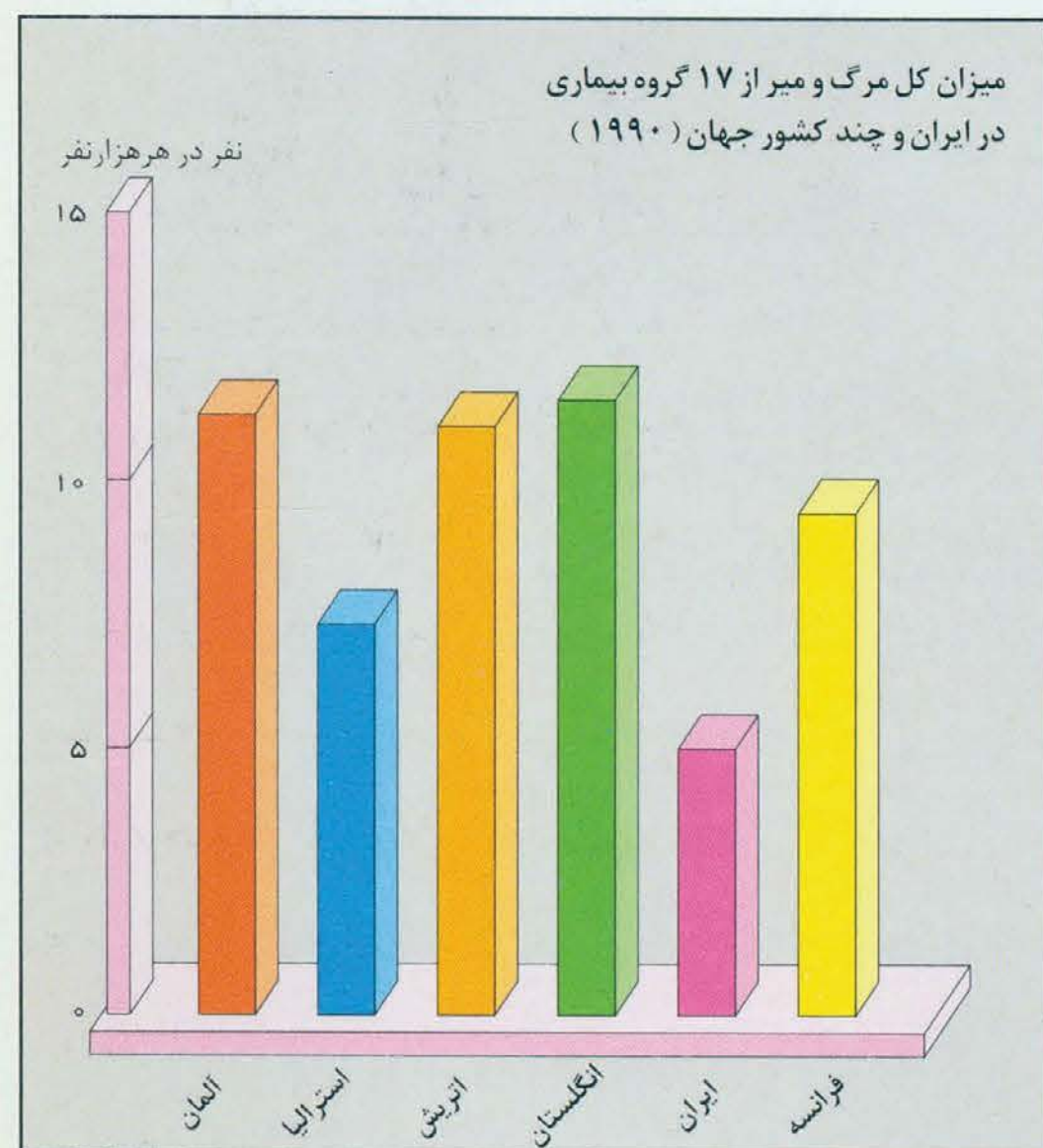


مسئله اکنون از علل نادر مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته

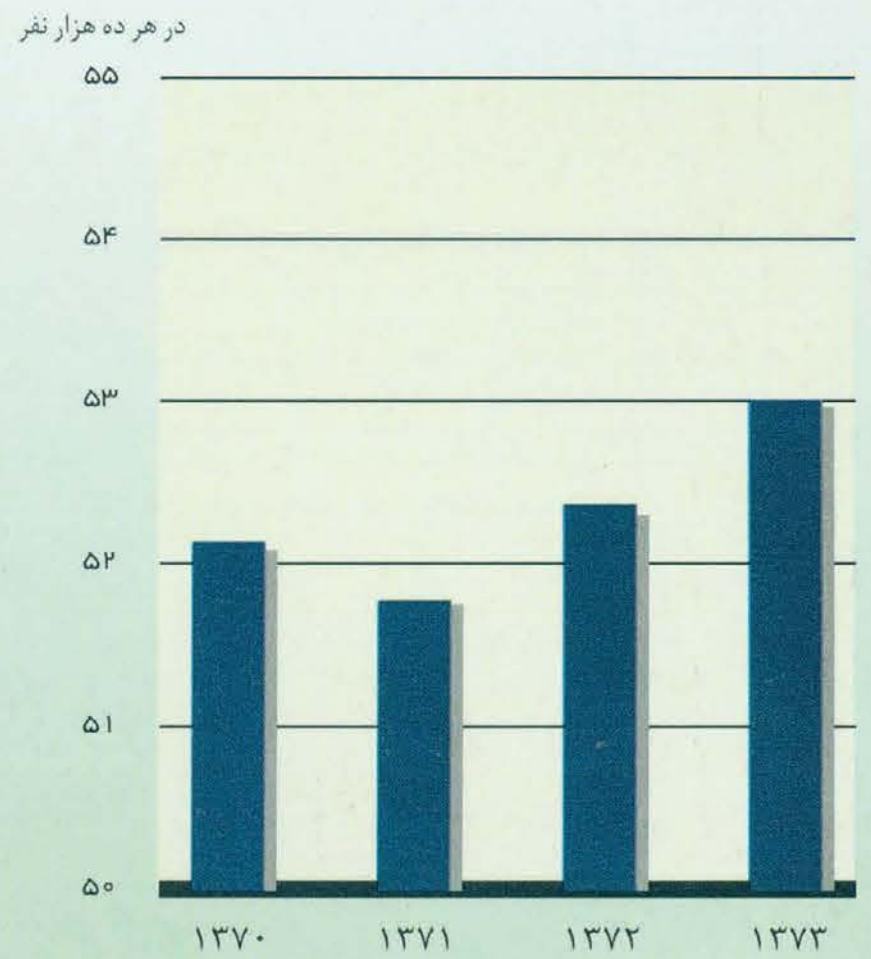
می باشد.

به منظور مقایسه علل عمده مرگ و میر شهرهای منتخب ایران با تعدادی چند از کشورهای پیشرفته جهان، نمودار ذیل که بیانگر موقعیت کنونی کشورمان می باشد، حاکی است که مرگ و میر و علل آن، با ارتقاء سطح بهداشت و درمان و میزان صنعتی شدن کشور نسبت مستقیم دارد.

براساس گزارش های آماری از شهرهای منتخب ایران، طی سالهای



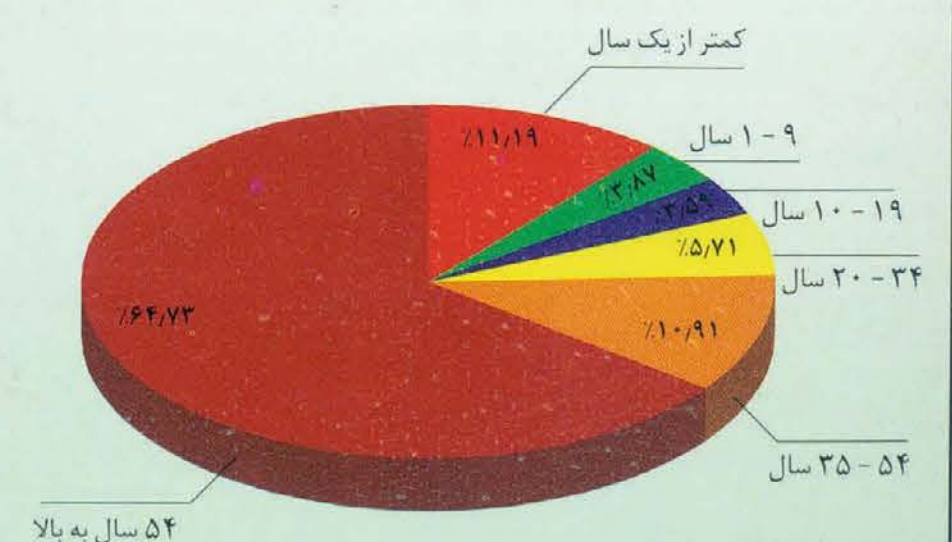
میزان تلفات در ۲۴ شهر انتخابی کشور (از سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۳)



در بررسی اعداد و ارقام نمودارهای این صفحه به این نتیجه میرسیم که در شهرهای منتخب ایران از هر یکصدنفر نوزادی که بفاصله کمتر از یکماه پس از تولد فوت می شوند، ۲۶/۴ درصد در اثر بیماری های نوزادان، ۱۶/۶ درصد از بیماریهای گردش خون، ۱۲/۲ درصد به علت ناهنجاریهای مادرزادی، ۱۱ درصد نیز از بیماریهای دستگاه تنفسی، ۸/۸ درصد از بیماریهای عفونی و انگلی جان می سپارند و تنها ۲۵ درصد بقیه مربوط به ۱۲ گروه از گروه های هفده گانه بیماریها می باشد.

البته ناگفته نماند که از نظر میزان تلفات، گروه بیماری های عفونی و انگلی با ۴/۲ درصد در رده ششم، گروه بیماری های اعصاب با ۳/۲ درصد در رده هفتم، گروه بیماری های دستگاه گوارشی با ۳ درصد در رده هشتم، گروه ناهنجاریهای مادرزادی با ۲/۴ درصد در رده نهم و گروه بیماری های خون و دستگاه سازنده آن با ۲/۴

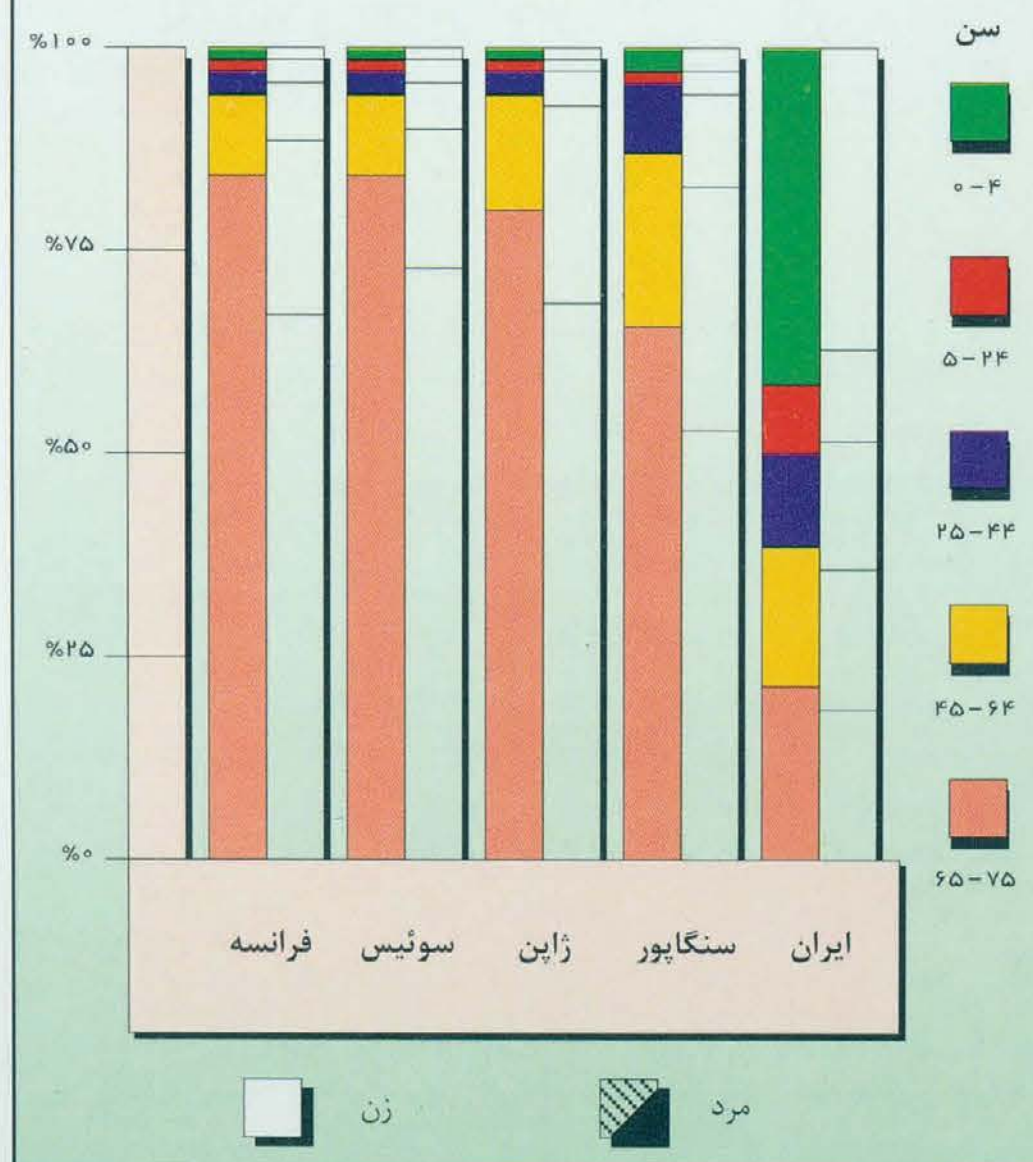
درصد تلفات زنان ناشی از پنج علت اصلی تلفات بر حسب سن در ۲۴ شهر انتخابی کشور (سال ۱۳۷۳)



درصد در رده دهم قرار دارند. از ارقام فوق نتیجه می گیریم که هنوز میزان مرگ و میر ناشی از بیماری های عفونی و انگلی قابل توجه است و ضرورت گسترش طرحهای بهداشتی و ارتقاء فرهنگ بهداشت افراد جامعه بسیار حیاتی است.

حال اگر علل تلفات را در یکصدنفر اطفال کمتر از یکسال مورد مطالعه قرار دهیم، در خواهیم یافت که ۲۰/۶ درصد ناشی از بیماری های نوزادان، ۱۸/۳ درصد از بیماریهای دستگاه گردش خون، ۱۲/۴ درصد از بیماریهای دستگاه تنفسی، ۱۰/۹ درصد از بیماریهای عفونی و انگلی، ۱۰ درصد از ناهنجاریهای مادرزادی بوده است و تنها ۲۷/۸ درصد بقیه مربوط به ۱۲ گروه از گروههای هفده گانه بیماریها می باشد.

درصد تلفات در گروههای مختلف سنی در هر هزار نفر بر حسب جنس (در کشورهای منتخب)

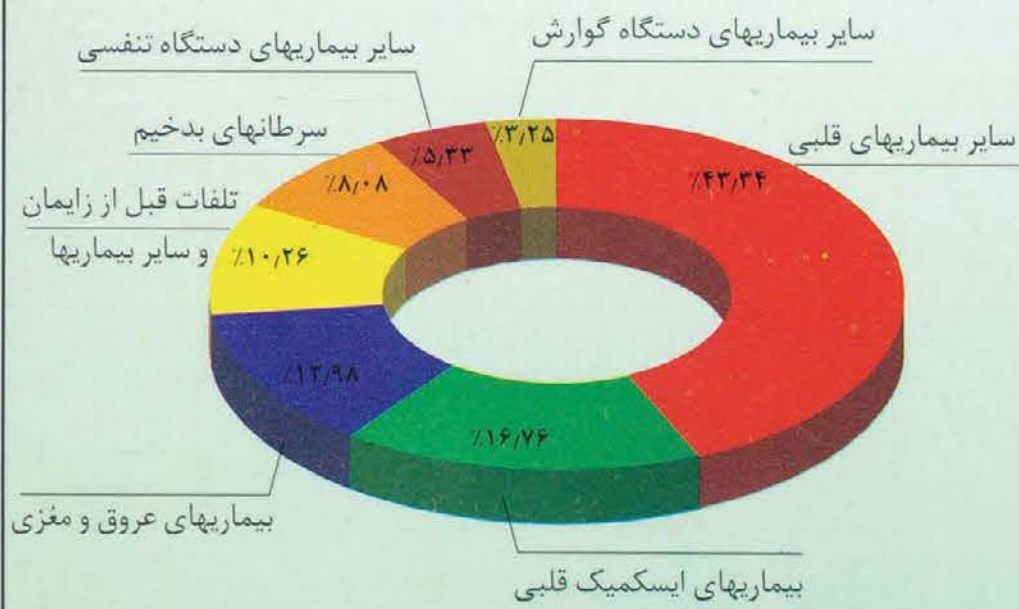


۲۹/۴ درصد از گروه ۱۷ بیماریها (سوانح، مسمومیت و خودکشی)، ۱۸ درصد از بیماریهای گروه ۷ (دستگاه گردش خون)، ۱۲/۸ درصد از بیماری های گروه ۱ (عفونی و انگلی)، ۱۰/۲ درصد از بیماری های گروه ۸ (دستگاه تنفسی) و بالاخره ۲۳/۶ درصد بقیه از ۱۲ گروه بیماری های هفده گانه ناشی می شود. آنچه در این بررسی بیشتر جلب نظر می نماید بالابودن درصد تلفات در گروه هفدهم بیماری ها (سوانح، مسمومیت و خودکشی) می باشد و این امر متضمن هشدار برای والدین می باشد تا از کودکان خود نهایت مراقبت را به عمل آورند و در نگهداری آنان کوشا باشند.

سل

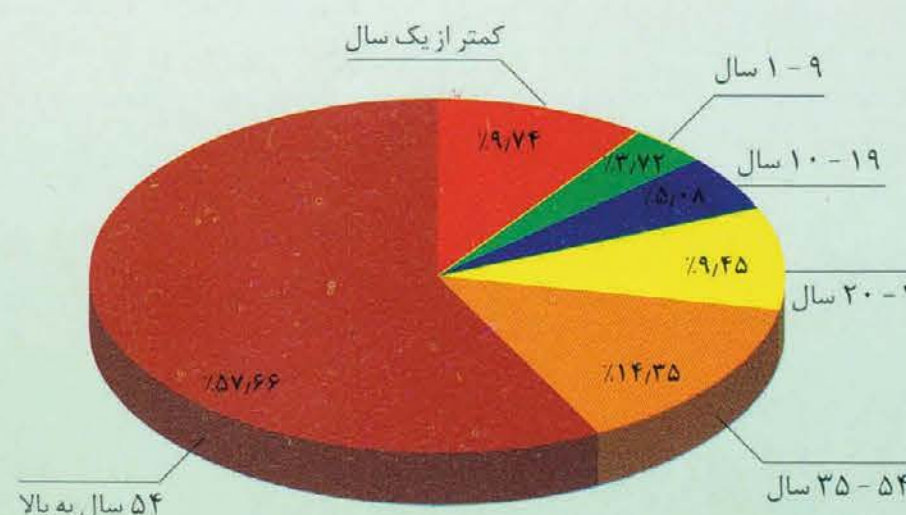
برنامه مبارزه با سل نیز با هدف تشخیص حداقل ۷۰ درصد بیماران

درصد تلفات ناشی از هفت علت اصلی تلفات (سال ۱۳۷۳)



برنامه مبارزه با سل نیز با هدف تشخیص حداقل ۷۰ درصد بیماران ریوی خلط مثبت و ۸۵٪ درمان کامل موارد تشخیص داده شده، برنامه ریزی شده است. روش دسترسی به اهداف مذکور در درجه اول، بیماریابی و درمان از طریق شبکه های بهداشتی، درمانی کشور، همچنین بخش خصوصی و نیز تقویت شبکه آزمایشگاهی سل، آموزش کارکنان در سطوح مختلف، افزایش آگاهی جامعه از طریق وسایل ارتباط جمعی و آموزش چهره به چهره و تامین داروهای لازم به صورت رایگان می باشد. به منظور پیشگیری از گسترش انواع مقاوم به دارو، درمان بیماران در مقابل چشم کارکنان خدمات بهداشتی (DOTS) مورد نظر قرار گرفته است که این شیوه در ابتدای امر حداقل در جمعیت تحت پوشش خانه های بهداشت اجرا خواهد شد. آموزش کارکنان خدمات بهداشتی در سطوح مختلف از جمله آموزش پزشکان و تقویت آزمایشگاهها در زمینه سل می تواند

درصد تلفات مردان ناشی از پنج علت اصلی تلفات بر حسب سن در ۲۴ شهر انتخابی کشور (سال ۱۳۷۳)



منجر به بهبود امر بیماریابی گردد. پوشش ب ث ژ در کودکان زیر یک سال به ۹۹ درصد رسیده است. در نمودار زیر وضعیت سل در کشور، طی سالهای ۱۳۷۰ و ۱۳۷۴ شرح داده شده است.

هپاتیت ویروسی

سه نوع هپاتیت منتقله از طریق خون و دو نوع هپاتیت منتقله از راه مدفوع و دهان تحت عنوان هپاتیت های ویروسی به طور جمعی گزارش می شوند. طی ۱۲ سال گذشته نظام جاری گزارش دهی، روند هپاتیت های ویروسی را رو به کاهش نشان می دهد.

به منظور تعیین شیوع عفونت بوسیله ویروس هپاتیت B و میزان شیوع افراد آنتی ژن مثبت، بررسی سرواپیدمیولوژیک از سال ۱۳۶۹ توسط انستیتو پاستور و با همکاری اداره کل مبارزه با بیماریها در چند استان کشور انجام شده است.

استانهای مذکور براساس اطلاعات جاری از آلوده ترین استانهای کشور انتخاب شده اند.

در استان همدان که به عنوان اولین استان انتخاب شده است نتایج حاصله نشان می دهد که ۲۵/۷۲ درصد جمعیت برای نوعی از مشخصه های سروولوژیک هپاتیت B مثبت و ۲/۴۹ درصد از جمعیت HBS-Ag مثبت هستند. در بین حاملین HBS-Ag ۸/۱۳ درصد HBe-Ag مثبت، ۶/۵ درصد Anti-HBcIgM مثبت و ۲/۴ درصد Anti-HDV مثبت بوده اند. این بررسی در حال حاضر نیز ادامه دارد.

واکسیناسیون نوزادان علیه هپاتیت B از سه سال پیش در برنامه

ایمن سازی همگانی کودکان گنجانده شده و در حال حاضر انجام می شود. همچنین واکسیناسیون افراد در معرض خطر نیز از سال ۱۳۶۴ انجام می گیرد.

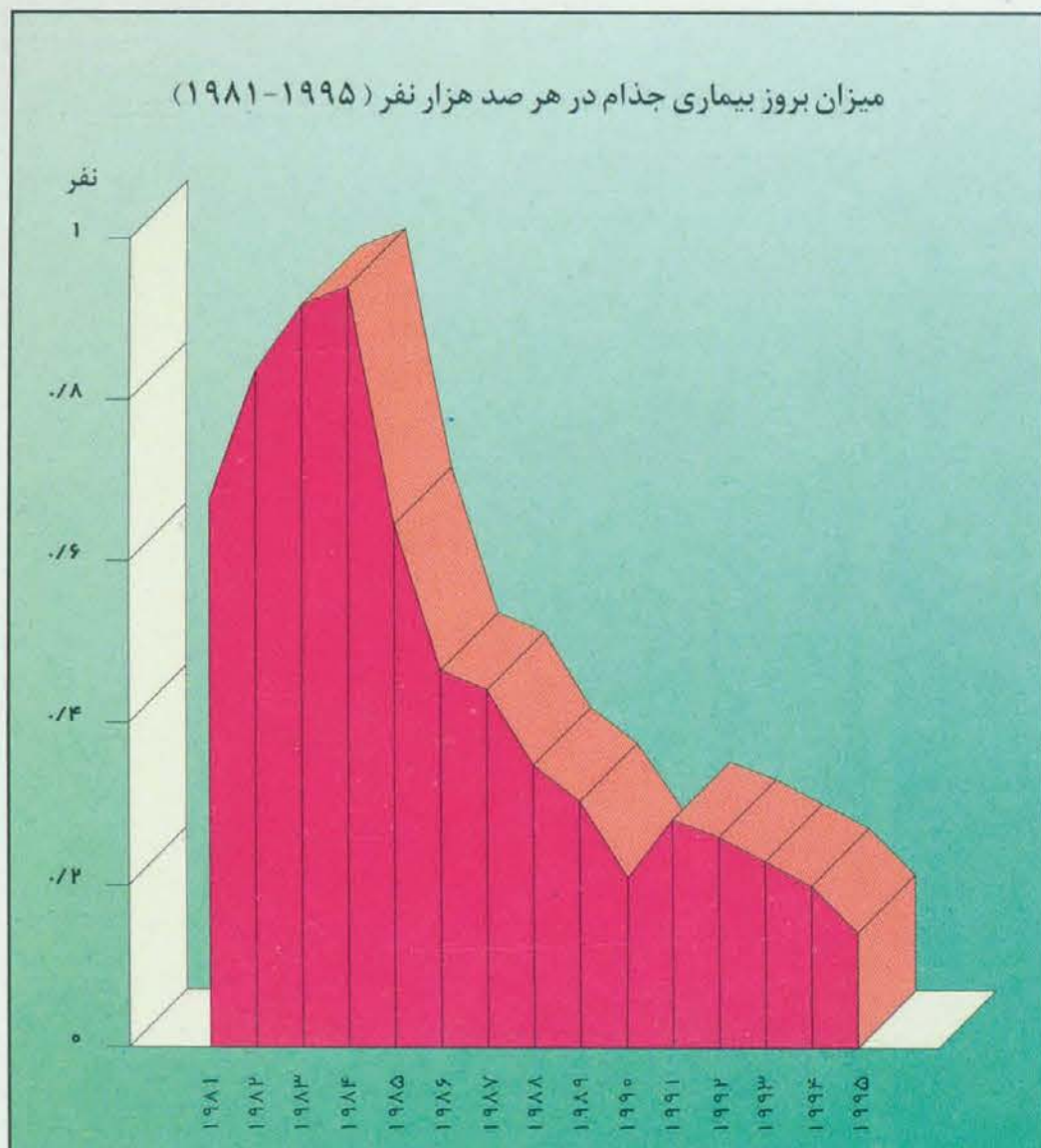
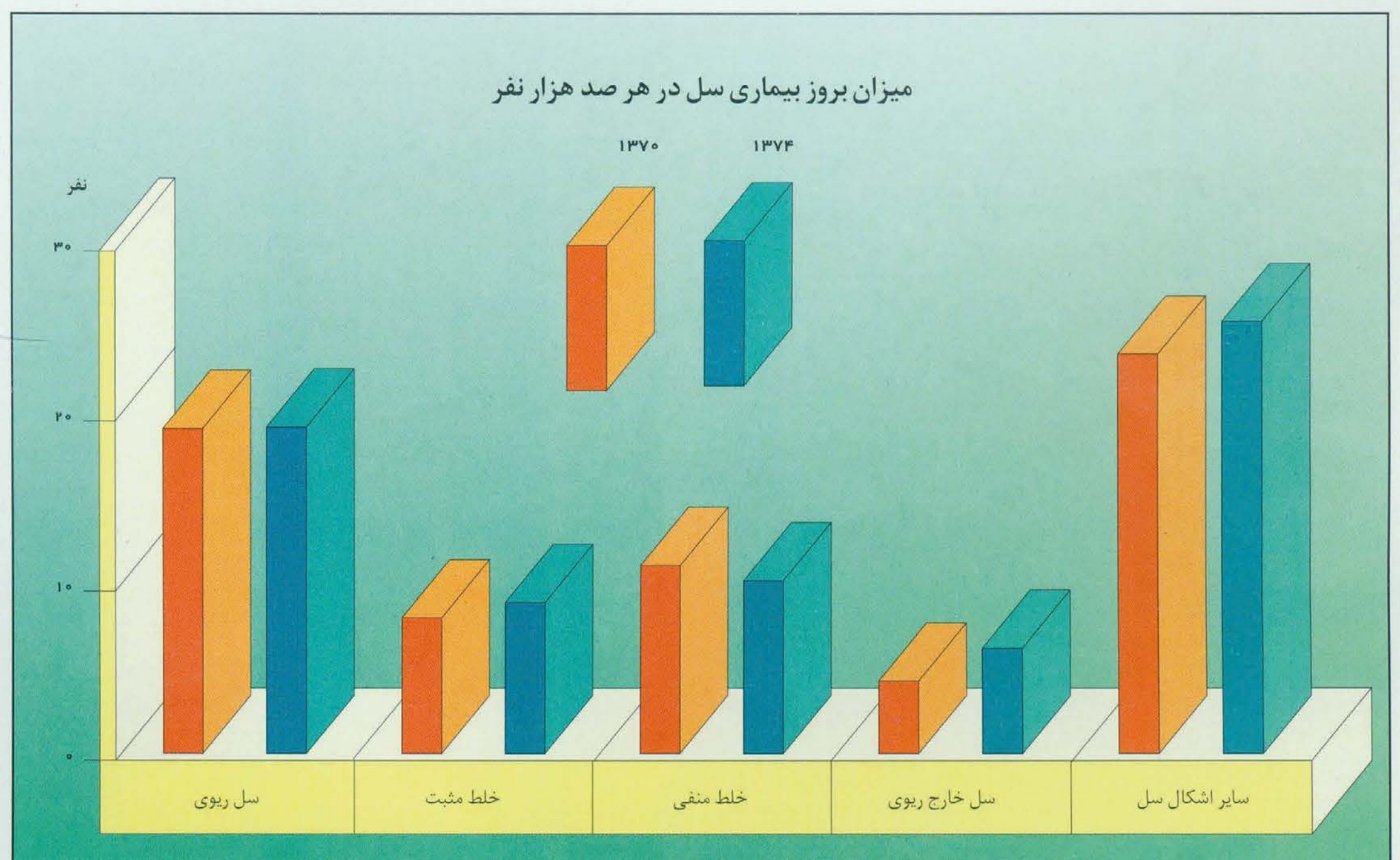
ابتلا به هپاتیت A در کودکان شایع است ولی کمتر گزارش می گردد. در سالهای اخیر اپیدمی های شناخته شده هپاتیت A در استانهای کرمانشاه و چهارمحال و بختیاری مورد بررسی قرار گرفته است.

هپاتیت C از جمله بیماریهای نوپدید است که باید بیش از پیش مورد توجه قرار گیرد و تسهیلات لازم برای تشخیص و پیشگیری از آن بوسیله سازمانهای مسئول فراهم گردد. سازمان انتقال خون ایران در این مورد برنامه های لازم را تدوین نموده است.

جذام

جذام یک بیماری آندمیک در کشور می باشد و از سال ۱۳۶۳ تعداد موارد ثبت شده آن رو به کاهش گذاشته است. پیشرفت های اقتصادی، اجتماعی در مناطق شهری و روستایی و استفاده وسیع از درمان چند دارویی و مراقبت بهتر از بیماران را می توان از دلایل این کاهش دانست.

در سال ۱۳۷۴ تعداد ۹۳ مورد بیمار جذامی جدید گزارش شده است که از ۴۰ شهرستان (در ۱۶ استان کشور) بوده است و فقط ۵ درصد از این موارد زیر ۱۵ سال سن داشته اند. ۳۷ درصد از موارد جدید زن و ۶۳ درصد مرد که ۱۲ مورد آن از اتباع بیگانه (افغانی) می باشند. ۷۱ درصد از موارد کشف شده جدید، از نوع



پرباسیل این بیماری رنج می برند و ۲۹ درصد بقیه کم باسیل هستند. از کل ۹۴۲۹ مورد مبتلایان، که از گذشته سابقه دارند و در لیست کامپیوتری اداره کل مبارزه بیماری ها ثبت شده اند، تاکنون ۱۴۵۸ نفر فوت نموده اند و ۷۲۳ مورد در حال حاضر تحت درمان رژیم چند دارویی قرار دارند و بقیه نیز بهبود یافته محسوب می گردند. میزان شیوع بیماری در حال حاضر ۱۲ درصد در هر ده هزار نفر جمعیت است که با این وضعیت جذام در کشور در مرحله حذف بیماری قرار دارد.

بروسلوز یا تب مالت :

بروسلوز (تب مواج، تب مالت، تب مدیترانه ای) عفونتی است که بوسیله یک میکروارگانیسم از رده بروسلا (میکروپ عامل) ایجاد می شود و معمولاً از حیوانات اهلی به انسان سرایت می کند. بیماری با تب، عرق، ضعف، کوفتگی و کاهش وزن، بدون یافته های لوکالیزه، مشخص می شود.

بروسلوز غالباً در افرادی که در معرض گوشت آلوده، شیر یا سایر فرآورده های شیری آلوده قرار می گیرند (کارگران و قصابان، کشاورزان، خام خواران و افرادی که شیر پاستوریزه نشده می خورند) اتفاق می افتد. خوشبختانه جدا کردن بروسلا از گوشت آلوده از طریق منجمد کردن کاهش می یابد. این بیماری با کنترل مواد یعنی گوشت و تلقیح به موقع واکسن به دام نیز تقلیل می یابد.

مبارزه با بیماریهای غیرواگیردار

به منظور گسترش فعالیتهای مبارزه با بیماریهای غیرواگیردار در سال ۱۳۷۰ اداره کل مبارزه با بیماریهای غیرواگیردار تاسیس گردید. از

تاریخ شش گروه کارشناس آغاز بکار کرده اند که علاوه بر آنچه از قبل در مورد بیماری های روانی انجام شده و ضمن توسعه آنها ، طرحهایی بشرح زیر تهیه نموده و به اجرا ء گذارده اند .

- طرح پیشگیری و کنترل نشارخون ، که از سه استان اصفهان ، زنجان ، چهارمحال بختیاری شروع گردید در سال ۱۳۷۲ در استانهای آذربایجان شرقی ، خراسان و یزدنیز اجرا شد .

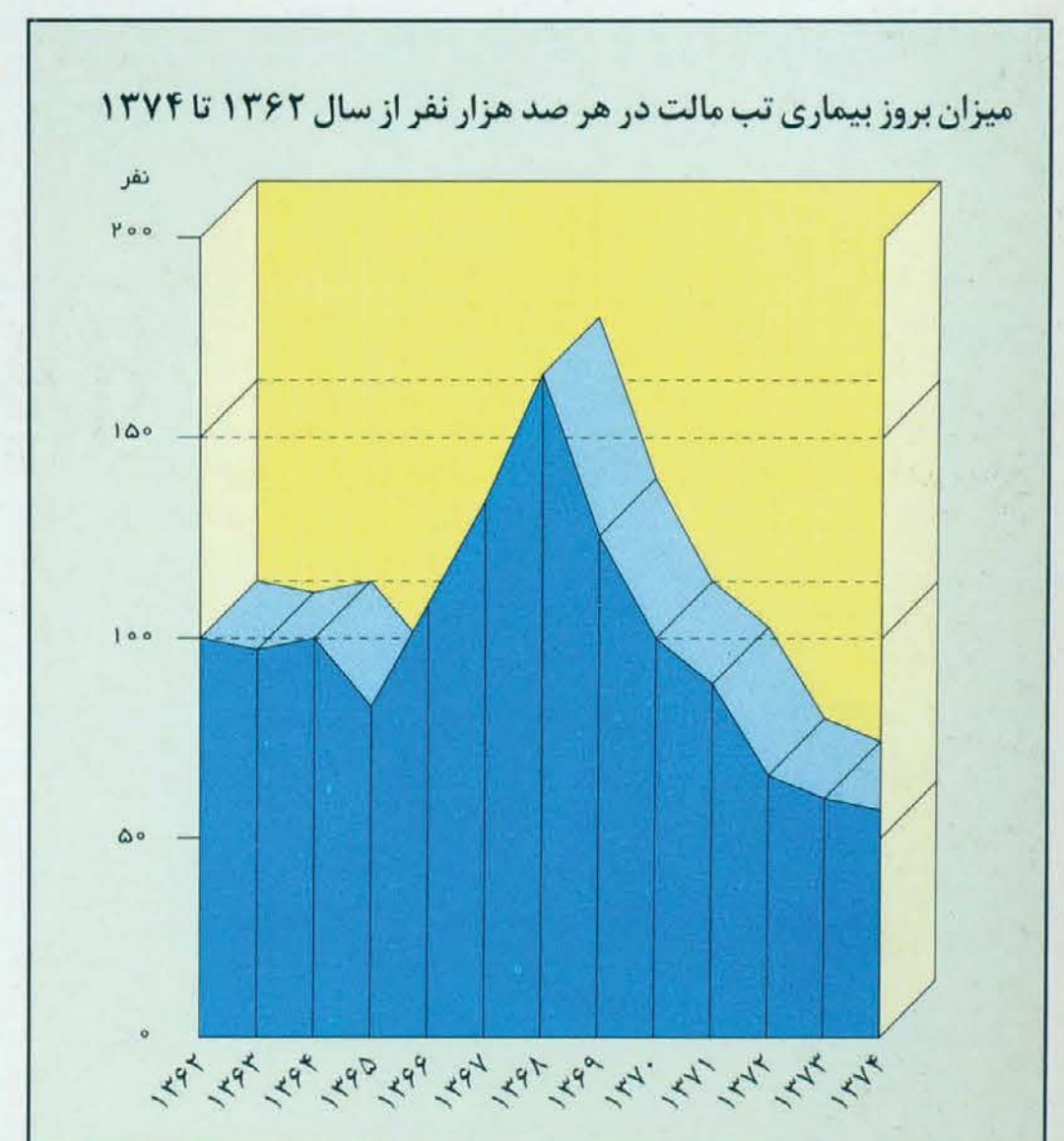
- طرح پیشگیری و کنترل دیابت ، که در سال ۱۳۷۱ در سه استان زنجان ، چهارمحال بختیاری و اصفهان به اجرا گذاشته شد و در بقیه نقاط کشور نیز اجرا خواهد شد .

طرح پیشگیری از بروز تالاسمی که از سال ۱۳۷۱ آغاز گردیده بود هم اکنون در تمام کشور به مرحله اجرا گذاشته شده است .

از بیماری های شایعی که در سطح کشور تعداد مبتلایان آن نسبتاً زیاد می باشد می توان بیماری های کلیوی ، دیابت ، تالاسمی و بیماری های قلبی را نام برد .

بیماری های کلیوی

کلیه ها از ارگانهای حیاتی بدن هستند، به نحوی که بدون آنها زندگی برای بشر امکان پذیر نیست . باید دانست که کار کلیه ها دفع سموم ناشی از متابولیسم ، داروها و سایر سمومی است که در بدن تولید می شوند. از این جمله به سادگی می توان دریافت که اگر کلیه ها قدرت فعالیت خود را (به علت بیماریهای مختلف) از دست دهند تجمع مواد سمی در بدن منجر به اختلال در همه اعضا و ارگانهای بدن شده و فرد را از پا در می آورد . بیماری های منجر به نارسایی کلیوی اگر مزمن شوند ، کلیه ها را از کار می اندازند و فرد بیمار باید توسط دستگاه همودیالیز حداقل هفته ای دو بار دیالیز



شود تا مواد سمی مازاد خون دفع شود .

دیالیز صفاقی : دیالیزی که از طریق صفاق (پرده محافظ شکم) انجام می گیرد .

همودیالیز : روشی است که در آن خون بیمار به دستگاه همودیالیز انتقال می یابد و پس از تصفیه در دستگاه مجدداً به بدن بیمار بازگردانیده می شود .

دیابت قندی

بیماری دیابت قندی بسیار شایع است و میزان مبتلایان به آن در کشور بسیار زیاد می باشد . ۲۵ درصد موارد نارسایی پیشرفته کلیه و ۵۰ درصد موارد قطع اندام تحتانی از عوارض دیابت ناشی می شوند . همچنین ، دیابت علت عمده نابینایی است و هر سال حدود ۵ هزار مورد جدید نابینایی را باعث می شود . علاوه بر این ۱۰ درصد اوقات بخش های مراقبت ویژه در بیمارستان ها ، صرف مراقبت از بیماران دیابتی می شود .

طبقه بندی دیابت

این بیماری را به دو نوع طبقه بندی نموده اند :

نوع یک - دیابت قندی وابسته به انسولین

نوع دوم - دیابت قندی غیروابسته به انسولین

دیابت قندی وابسته به انسولین

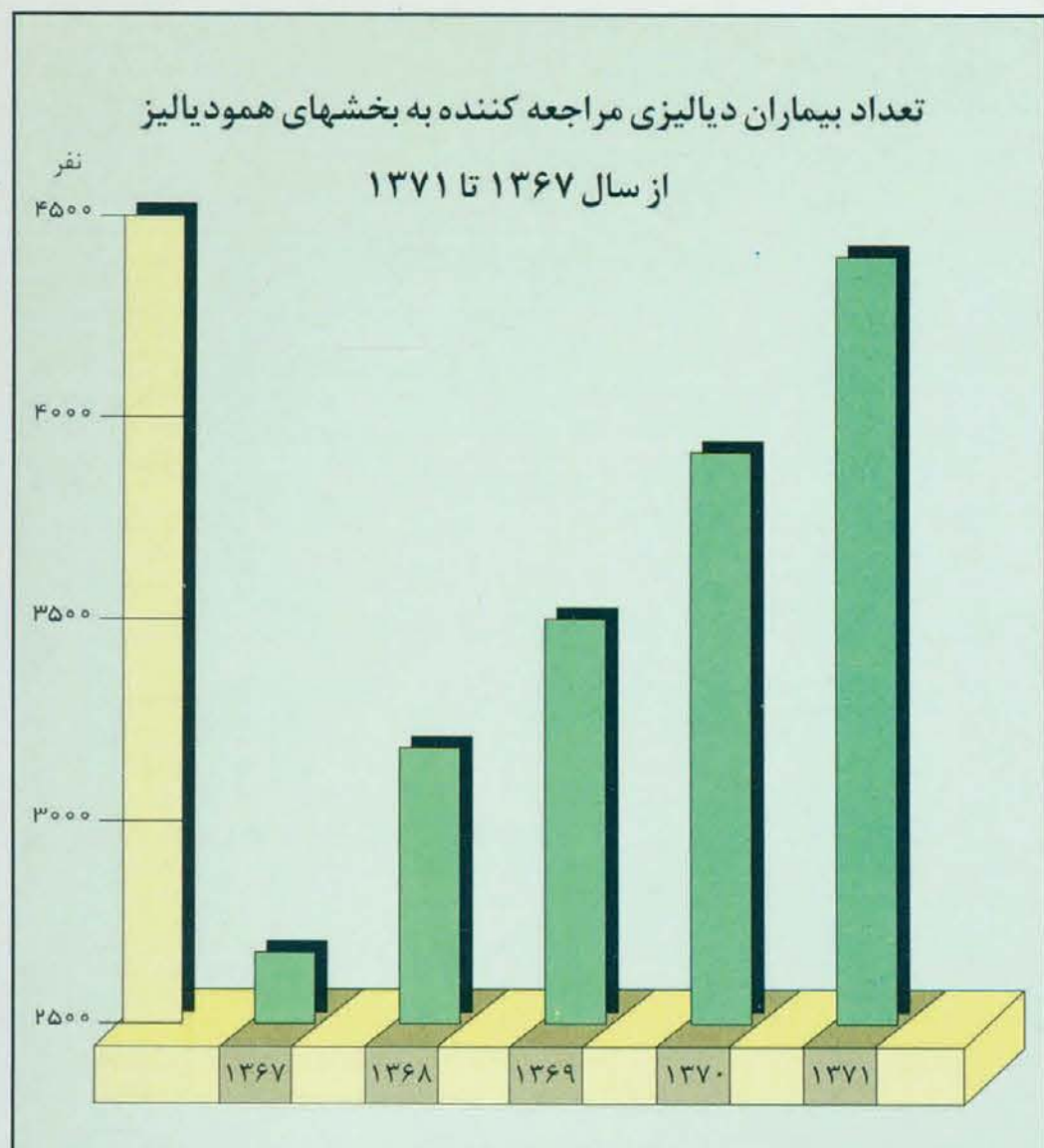
دیابت نوع یک با ترشح اندک یا فقدان انسولین داخلی مشخص می شود . به علت کاهش شدید انسولین ، بیماران مبتلا به این اختلال ، معمولاً با عوارض حاد دیابت قندی مانند پرادراری ، پرنوشی ، پرخوری و کتواسیدوز به مراکز درمانی مراجعه می نمایند. برای جلوگیری از کتواسیدوز و مرگ این بیماران ، جایگزینی انسولین لازم است . شایعترین سن شروع دیابت قندی وابسته به انسولین بین ۱۱ تا ۱۳ سالگی است .

دیابت قندی غیروابسته به انسولین

دیابت نوع دوم از دیابت نوع اول بسیار شایعتر است (تقریباً ۱۰ به یک) و معمولاً شروع آن بعد از ۴۰ سالگی است که با رژیم غذایی مناسب می توان به میزان زیادی آن را کاهش داد .

تالاسمی

تالاسمی نوعی کم خونی ارثی است که به صورت صفت مغلوب از



والدین به فرزندان منتقل می شود . اگر دو نفر ، ناقل این بیماری با همدیگر ازدواج کنند براساس قانون احتمالات در هر تولد شانس بدنیا آمدن فرزند بیمار ، ناقل و سالم به ترتیب ۲۵٪ (تالاسمی ماژور) ، ۵۰٪ (تالاسمی مینور) و ۲۵٪ خواهد بود .

هر سال بیش از ۴ میلیون کودک در جهان با اختلالات ژنتیک متولد می شوند و در این میان هموگلوبینوپاتیها سهم عمده ای را به خود اختصاص می دهند . در حال حاضر ۵۰ درصد کشورهای دنیا دارای گروههایی با بیش از ۴ درصد ناقلین هموگلوبینوپایی هستند . تالاسمی نیز یکی از انواع مهم اینگونه اختلالات می باشد . بنابر گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۴ میزان بروز هموگلوبینوپایی در ایران ۰/۸ در هزارتولد زنده است که از این میزان ۱۶ درصد را بیماری سیکل سل ، ۱۸ درصد را بیماری سیکل سل تالاسمی و ۶۶ درصد را بیماری تالاسمی ماژور تشکیل می دهد .

براساس آخرین اطلاعات به دست آمده تعداد بیماران تالاسمی ماژور شناسایی شده در کل کشور تا پایان سال ۱۳۷۳ حدود ۱۵۰۰۰ نفر بوده است . مشکل عمده در درمان این بیماران ، مطلوب نبودن نتایج درمانی به علت هزینه های سرسام آور آن به اضافه صدمات جبران ناپذیر روحی - روانی و اجتماعی برای خانواده های بیماران و جامعه است .

لازم به توضیح است که تالاسمی در ایران به صورت پراکنده وجود دارد و در نواحی حاشیه دریای خزر و خلیج فارس و دریای عمان بیشتر شایع است . استانهای مازندران ، گیلان ، هرمزگان ، کهگیلویه و بویراحمد ، خوزستان ، فارس ، سیستان و بلوچستان ، بوشهر ، چهارمحال و بختیاری ، کرمان و اصفهان به ترتیب میزان شیوع بیماری تالاسمی ماژور را به خود اختصاص داده اند .

پیشگیری از تالاسمی

قدیمی ترین روش پیشگیری از تالاسمی در سال ۱۹۴۳ در مرکز ملی مبارزه با تالاسمی ایتالیا بکار گرفته شد. در این روش غربالگری قبل از ازدواج و سقط درمانی به عنوان پیشگیری قلمداد می گردید. در سال ۱۹۷۷ در انگلستان از همین روش برای مهاجرین قبرسی، آسیایی و آفریقایی استفاده شد. استرالیا نیز از همین روش تبعیت کرد و در اسپانیا، پیشگیری با افزایش آگاهی جامعه و غربالگری در مدارس شروع شد. در کشور ما، طرح پیشگیری از بروز تالاسمی مازور، با روش غربالگری جامعه قبل از ازدواج، از پاییز سال ۱۳۷۱ آغاز گردید که این روش در شهر اصفهان به اجرا گذاشته شد. البته قبل از آن، یک مرحله پیش آزمون به صورت نمونه برداری خوشه ای از دانش آموزان پسر در سطح شهر اصفهان به اجرا درآمد.

مروری به فعالیتهای گذشته در کشور ما، گویای این واقعیت است که از سال ۱۳۵۷ تاکنون بارها افراد و سازمانهای مختلف نشست ها و جلسات گوناگون در مورد کنترل بیماری تالاسمی برگزار نموده اند. در این میان، یکی از عمده ترین آنها منجر به ارائه طرحی از سوی معاونت بهداشتی در سال ۱۳۶۸ شد. در اجرای طرح فوق ۸ دستگاه الکتروفورز و ۴ دستگاه همتالوژی خریداری شد و در مناطق درگیر این بیماری نصب گردید. متعاقب آن در سال ۱۳۶۹ اقداماتی نیز در معاونت پژوهشی انجام پذیرفت و در نهایت طرح mass screen تهیه گردید. خوشبختانه در سال ۱۳۷۵ بدنبال برگزاری سه کارگاه منطقه ای آموزشی روشهای علمی و اجرایی پیشگیری از بروز موارد تالاسمی به همه معاونین بهداشتی کشور جهت اجرا ابلاغ گردید. در این زمینه همکاری معاونت پژوهش و درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و همچنین حمایت ریاست جمهوری از طریق بنیاد بیماریهای خاص در پیشبرد اهداف طرح، نقش ویژه ای داشته است.

اهمیت اجتماعی اقتصادی

محدویت های ناشی از این بیماری اغلب مانعی بفرایندهای رشد طبیعی افراد بویژه کودکان می باشد. محدود شدن روابط بیماران با همسالان خود به صورتی زبانبار بر روی پرورش اجتماعی و رشد مهارتهای اجتماعی آنها اثر می گذارد.

این وضع در رفتار خانواده و کودک و رابطه متقابل آنها تاثیر می گذارد. سبک و شیوه برخورد خانواده با کودک می تواند موجب وابستگی و اتکای بیش از حد کودک شود. افراد مبتلا به این بیماری مصون از اختلالات رفتاری نیستند و مشکلات روحی - روانی در آنها

شایع است. همچنین باید توجه داشت که خانواده این بیماران نیز در معرض دشواری های روحی - روانی قرار دارند. چون علاوه بر اینکه با مسائل گریبانگیرند، در برابر سایر فشارهای موجود در خانواده نیز مسئول می باشند و این گونه مسائل باعث بروز الگوهای احساسی متغیری همچون احساس گناه، اضطراب، مرگ یا رفتارنامتناسب با فرزند می گردد که خود ممکن است بر روی تکامل روحی و میزان عملکرد بیمار در جامعه اثر منفی گذارد.

موارد هزینه های درمانی لازم برای حفظ حیات یک بیمار تالاسمیک عبارتست از: کیسه خون، آمپول دسفرال، بستری شدن در بیمارستان و انجام آزمایش های لازم و غیره که پس از برآورد اقتصادی، هزینه مورد نیاز حدود یکصد هزار دلار می باشد. البته بطور مسلم هزینه درمان مطلوب، دو تا سه برابر این میزان خواهد شد. هزینه سالانه هر بیمار بیش از ۱۰۰۰۰ دلار است که به طور عمده توسط وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی تامین می گردد.

بیماریهای قلب و عروق

بیماری های قلب و عروق از نظر فراوانی، اولین علت مرگ و میر در ایران شناخته شده است. بیماریهای اکتسابی قلب سهم عمده از این گروه بیماران را به خود اختصاص می دهد. از بیماریهای شایع قلب و عروق بیماریهای عروق کرونر میباشد که می تواند موجب بروز سکته های قلبی میگردد، از عوامل خطر مهم در زمینه سازی این دسته از بیماریها مصرف دخانیات، چربی خون بالا، فشار خون بالا و دیابت قندی را میتوان نام برد. از جمله بیماریهای مهم دیگر قلبی

بیماریهای اکتسابی قلبی و بیماریهای رماتیسم قلبی است که نتیجه عارضه دیررس گلودردهای استرپتوکوکی درمان نشده یا همراه با درمان غلط می باشد.

بیماری رماتیسم قلبی همراه با بیماری تب رماتیسمی ایجاد می گردد. این بیماری یک بیماری التهابی قلب، مفاصل، سیستم اعصاب مرکزی (CNS) و بافتهای زیرپوستی است که به دنبال عفونت نازوفارینکس با یکی از استرپتوکوکهای بتاهمولیتیک گروه A ایجاد می شود. مهمترین عارضه آن، التهاب دریچه های قلب است که به تدریج ممکن است تنگ یا نارسا شوند و در کار قلب ایجاد اختلال نمایند و ممکن است منجر به نارسایی قلب گردد. لذا تشخیص و درمان به موقع و صحیح گلودردهای استرپتوکوکی، نقشی بسیار مهم در کنترل بیماری تب رماتیسمی و عوارض آن دارد. میزان بروز تب رماتیسمی و شیوع بیماری رماتیسمی قلب در کشورهای مختلف متفاوت است. قسمتی از این تفاوت، مربوط به تفاوت در وضعیت اقتصادی، اجتماعی، شرایط خانه و زندگی، تراکم جمعیت و دستیابی به مراقبتهای بهداشتی، درمانی می باشد. میزان بروز تب رماتیسمی در کشورهای صنعتی رو به کاهش و در حدود ۵ در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت می باشد. در کشورهای شرق مدیترانه میزان بروز این بیماری، سالانه بین ۲۷ تا ۱۰۰ مورد در ۱۰۰۰۰۰ گزارش شده است. شیوع تب رماتیسمی در کشورهای خاورمیانه در حال توسعه، سالانه بین ۱۰۰ تا ۱۱۶ در ۱۰۰۰۰۰ است.

همچنین میزان شیوع رماتیسم قلبی در بچه های مدرسه رو در ژاپن



۰/۷ در هزار ، در آمریکا ۰/۶ در هزار ، در الجزایر ۱۵ در هزار ، در
مکزیک ۸/۵ در هزار ، در چین ۰/۴ تا ۲/۷ در هزار ، در پاکستان
۱/۸ تا ۱۱ در هزار و در ایران ۰/۷ در هزار ، گزارش شده است .
پیشگیری و کنترل بیماریهای تب رماتیسمی و رماتیسم قلبی کماکان
از مهمترین جنبه های بیماریهای قلبی - عروقی سازمان جهانی
بهداشت است . در سال ۱۹۷۰ از پروژه تحقیقاتی مشترک سازمان
جهانی بهداشت و کشورهای در حال توسعه . این نتیجه حاصل شد
که برنامه های پیشگیری از تب رماتیسمی و رماتیسم قلبی با موفقیت
قابل اجرا می باشد در سال ۱۹۸۲ دکتر ماهر (Mahler) رئیس
کل وقت سازمان جهانی بهداشت ضمن اعلام میزان اهمیت رماتیسم
قلبی در سراسر جهان ، خواستار فعالیتهای منسجم و پایدار علیه این
بیماری ، به عنوان علت قابل توجه ایجاد عوارض و مرگ و میر
بیماریهای قلبی و عروقی گردید .

فهرست نقشه ها

میزان موالید به تفکیک استانها (سال ۱۳۷۰)	۵	تعداد مراجعین گروه چهاردهم بیماریها به مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به وزارت	۲۶
میزان مرگ و میر به تفکیک استانها (سال ۱۳۷۰)	۵	بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (سال ۱۳۷۴)	۲۶
جمعیت استانها و تعداد موسسات درمانی در سال ۱۳۷۴	۱۲	تعداد مراجعین گروه پانزدهم بیماریها به مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به وزارت	۲۶
جمعیت استانها و تعداد تخت موسسات درمانی در سال ۱۳۷۴	۱۳	بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (سال ۱۳۷۴)	۲۶
تسهیلات بهداشتی و درمانی کشور (سال ۱۳۷۴)	۱۴	تعداد مراجعین گروه شانزدهم بیماریها به مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به وزارت	۲۶
تعداد پزشکان متخصص و عمومی به تفکیک استان (سال ۱۳۷۲)	۱۸	بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (سال ۱۳۷۴)	۲۶
تعداد دندانپزشکان و داروسازان به تفکیک استان (سال ۱۳۷۲)	۱۹	تعداد مراجعین گروه هفدهم بیماریها به مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به وزارت	۲۶
توزیع استانی پرستار، ماما و بهیار (سال ۱۳۷۳)	۲۰	بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (سال ۱۳۷۴)	۲۶
توزیع استانی شاغلین در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (سال ۱۳۷۳)	۲۱		
تعداد مراجعین گروه اول بیماریها به مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به وزارت			
بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (سال ۱۳۷۴)	۲۴		
تعداد مراجعین گروه دوم بیماریها به مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به وزارت			
بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (سال ۱۳۷۴)	۲۴		
تعداد مراجعین گروه سوم بیماریها به مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به وزارت			
بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (سال ۱۳۷۴)	۲۴		
تعداد مراجعین گروه چهارم بیماریها به مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به وزارت			
بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (سال ۱۳۷۴)	۲۴		
تعداد مراجعین گروه پنجم بیماریها به مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به وزارت			
بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (سال ۱۳۷۴)	۲۴		
تعداد مراجعین گروه ششم بیماریها به مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به وزارت			
بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (سال ۱۳۷۴)	۲۵		
تعداد مراجعین گروه هفتم بیماریها به مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به وزارت			
بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (سال ۱۳۷۴)	۲۵		
تعداد مراجعین گروه هشتم بیماریها به مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به وزارت			
بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (سال ۱۳۷۴)	۲۵		
تعداد مراجعین گروه نهم بیماریها به مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به وزارت			
بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (سال ۱۳۷۴)	۲۵		
تعداد مراجعین گروه دهم بیماریها به مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به وزارت			
بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (سال ۱۳۷۴)	۲۵		
تعداد مراجعین گروه یازدهم بیماریها به مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به وزارت			
بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (سال ۱۳۷۴)	۲۵		
تعداد مراجعین گروه سیزدهم بیماریها به مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به وزارت			
بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (سال ۱۳۷۴)	۲۶		

فهرست نمودارها

جمعیت استانهای کشور (سال ۱۳۷۲)	۳
درصد جمعیت سه گروه سنی در چند کشور منتخب جهان (سال ۱۳۷۱)	۳
نرخ رشد جمعیت کشور از سال ۱۳۴۵ تا ۱۳۷۲	۴
جمعیت کشور از سال ۱۳۳۵ تا ۱۳۷۰	۴
درصد استفاده از روشهای مدرن پیشگیری از بارداری در زنان شهری ۴۹-۱۵ ساله	
دارای همسر (سال ۱۳۷۴)	۶
درصد استفاده از روشهای مدرن پیشگیری از بارداری در زنان روستایی ۴۹-۱۵ ساله	
ساله دارای همسر (سال ۱۳۷۴)	۶
پوشش واکسیناسیون در سال ۱۳۷۴	۷
میزان مرگ و میر کودکان در سالهای مختلف	۷
تعداد بیمه شدگان در سالهای مختلف	۸
درصد افراد واکسینه شده از سال ۱۹۸۷ تا ۱۹۹۵	۸
ارزش کل فروش دارو از سال ۱۳۷۰ تا سال ۱۳۷۴	۹
سرانه مصرف عددی دارو در کشور از سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۴	۹
تعداد دانشجویان گروه پزشکی و دکترای پزشکی در سطح کشور	۱۰
تعداد اعضای هیئت علمی دانشگاههای علوم پزشکی در سطح کشور	۱۰
تعداد دانشکده های گروه پزشکی در سطح کشور	۱۰
تعداد شرکت کنندگان در دوره آموزشی کامپیوتر از سال ۱۳۶۷ تا ۱۳۷۱	۱۱
ظرفیت پذیرش دانشجویان گروه پزشکی در سالهای مختلف	۱۱
تعداد جمعیت به ازای هر تخت (سال ۱۳۷۴)	۱۳
تعداد و کمبود تخت نسبت به استاندارد (سال ۱۳۷۴)	۱۳
توزیع استانی پلی کلینیک ها، مراکز درمانی و درمانگاهها (سال ۱۳۷۳)	۱۵
توزیع استانی داروخانه های مستقل (سال ۱۳۷۴)	۱۵
توزیع استانی خانه های بهداشت (سال ۱۳۷۴)	۱۶

دنباله فهرست نمودارها

فهرست جداول

توزیع استانی آزمایشگاهها (سال ۱۳۷۴)	۱۶	درصد زنان دارای همسر در ایران و چند کشور همجوار که از روشهای مدرن
توزیع استانی مراکز رادیولوژی (سال ۱۳۷۴)	۱۷	پیشگیری از بارداری استفاده نموده اند (از سال ۱۹۸۸ تا ۱۹۹۴)
توزیع استانی مراکز فیزیوتراپی (سال ۱۳۷۴)	۱۷	
نیروی انسانی شاغل در موسسات درمانی (نیمه اول سال ۱۳۷۴)	۱۸	
تعداد پزشکان، دندانپزشکان و داروسازان به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر در ایران و چند کشور		
منتخب (سال ۱۹۹۰)	۱۹	
درصد کارکنان شاغل در سازمانهای منطقه ای بهداری در شهرها و روستاها (سال ۱۳۷۲)	۲۰	
درصد زنان و مردان شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (سال ۱۳۷۱)	۲۱	
درصد بیماران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی، درمانی تحت پوشش وزارت بهداشت،		
درمان و آموزش پزشکی به تفکیک ۱۷ گروه بیماریها (سال ۱۳۷۳)	۲۲	
تعداد مبتلایان به بیماریهای واگیردار (سال ۱۳۷۴)	۲۳	
میزان بروز بیماری هپاتیت از سال ۱۳۶۱ تا ۱۳۷۴	۲۷	
میزان بروز بیماری مننژیت از سال ۱۳۶۱ تا ۱۳۷۴	۲۷	
میزان بروز بیماری دیفتری از سال ۱۳۶۱ تا ۱۳۷۴	۲۷	
میزان بروز بیماری لیشمانیازیس (سالک) از سال ۱۳۶۱ تا ۱۳۷۴	۲۷	
مقایسه تلفات پنج گروه اول بیماریها در سالهای ۱۳۷۱ و ۱۳۷۳	۲۸	
میزان تلفات بیماری های عفونی و انگلی در هر صد هزار نفر در ایران و چند کشور جهان		
(سال ۱۹۹۰)	۲۸	
درصد تلفات بیماریهای گردش خون در ایران و چند کشور جهان (۱۹۸۸-۱۹۹۰)	۲۹	
درصد تلفات سوانح، مسمومیت و خودکشی در ایران و چند کشور جهان (۱۹۸۸-۱۹۹۰)	۲۹	
میزان کل مرگ و میر از ۱۷ گروه بیماری در ایران و چند کشور جهان (۱۹۸۸-۱۹۹۰)	۲۹	
علل مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه (۱۹۸۵-۱۹۹۰)	۲۹	
میزان مرگ و میر گروههای مختلف در ایران و چند کشور جهان (۱۹۹۰)	۲۹	
میزان تلفات در ۲۴ شهر انتخابی کشور (از سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۳)	۳۰	
درصد تلفات ناشی از هفت علت اصلی تلفات (سال ۱۳۷۳)	۳۰	
درصد تلفات زنان ناشی از پنج علت اصلی تلفات بر حسب سن در ۲۴ شهر انتخابی کشور		
(سال ۱۳۷۳)	۳۰	
درصد تلفات مردان ناشی از پنج علت اصلی تلفات بر حسب سن در ۲۴ شهر انتخابی		
کشور (سال ۱۳۷۳)	۳۰	
درصد تلفات در گروههای مختلف سنی در هر هزار نفر بر حسب جنس		
(در کشورهای منتخب)	۳۰	
میزان بروز بیماری جذام در هر صد هزار نفر (۱۹۹۵-۱۹۸۱)	۳۱	
میزان بروز بیماری سل در هر صد هزار نفر	۳۱	
تعداد بیماران دیالیزی مراجعه کننده به بخشهای همودیالیز از سال ۱۳۶۷ تا ۱۳۷۱	۳۲	
میزان بروز بیماری تب مالت در هر صد هزار نفر از سال ۱۳۶۲ تا ۱۳۷۴	۳۲	

National Atlas of Iran

"Health"

Volume 3



سازمان نقشه‌برداری کشور

Islamic Republic of Iran
Plan and Budget Organization
National Cartographic Center