

ارزیابی سلامت برای اهداف توسعه پایدار

آمار جهانی سلامت

مترجمان:

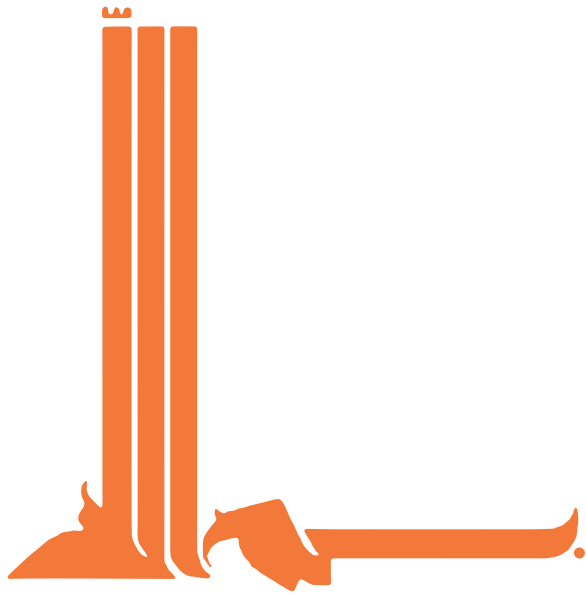
شمسی اختیار، سیده مریم موسوی، میلاد مهري، مینا بنی اسد، مریم قزوینی زاده اصفهانی، سحر کارگر

همکاران:

حسین ارزومند، امیرمحمد زاهدی شولمی، مهدی خان زاده سراجی، الیاس میر، فرنوش شفیعی

ویراستار علمی:

دکتر شهرام توفیقی





آمار جهانی سلامت ۲۰۲۱

ارزیابی سلامت برای اهداف توسعه پایدار

سازمان جهانی سلامت

مترجمان:

شمسی اختیار، سیده مریم موسوی، میلاد مهري، مینا بنی‌اسد، مریم قزوینی‌زاده اصفهانی، سحر کارگر

همکاران:

حسین ارزومند، امیرمحمد زاهدی شولمی، مهدی خان‌زاده سراجی، الیاس میر، فرنوش شفيعی

ویراستار علمی:

دکتر شهرام توفیقی

عنوان و نام پدیدآور	: آمار جهانی سلامت ۲۰۲۱: ارزیابی سلامت برای اهداف توسعه پایدار / سازمان جهانی سلامت: مترجمان شمسی اختیار... او دیگران؛ همکاران حسین آرزومند... او دیگران؛ ویراستار علمی شهرام توفیقی؛ تهیه‌کننده: موسسه مطبوعاتی آریا راهبرد رسانه آینده ایران مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت
مشخصات نشر	: تهران: انتشارات شریف، ۱۴۰۲
مشخصات ظاهری	: ۱۵۰ ص: جدول (رنگی)، نمودار (رنگی)
شابک	: اهدایی: ۵-۱۲۶-۴۵۷-۶۰۰-۹۷۸
وضعیت فهرست‌نویسی	: فیپا
یادداشت	: عنوان اصلی: World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals, 2017
یادداشت	: مترجمان شمسی اختیار، سیده‌مریم موسوی، میلاد مهری، مینا بنی‌اسد، مریم قزوینی‌زاده‌اصفهانی، سحر کارگر
یادداشت	: همکاران حسین آرزومند، امیرمحمد زاهدی‌شولمی، مهدی خان‌زاده‌سراجی، الیاس میر، فرنوش شفیعی
موضوع	: شاخص‌های سلامتی، بهداشت جهانی، آمار (Health status indicators World Health -- Statistics)
شناسه افزوده	: اختیار، شمسی، ۱۳۶۸، مترجم
شناسه افزوده	: آرزومند، حسین، ۱۳۷۰
شناسه افزوده	: سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization)
شناسه افزوده	: سازمان بیمه سلامت ایران، مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت
شناسه افزوده	: موسسه مطبوعاتی آریا راهبرد رسانه آینده
رده بندی کنگره	: RA۴۰۷
رده بندی دیویی	: ۳۶۲/۱
شماره کتابشناسی ملی	: ۹۴-۷۳۳۱
اطلاعات رگورد کتابشناسی	: فیپا



مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت

نشانی مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت: تهران، شهرک قدس (غرب)، بلوار ایوانک، خیابان فلامک شمالی، نبش خیابان درخشان، ساختمان شماره ۱، ستاد مرکزی سازمان بیمه سلامت ایران، طبقه چهارم، واحد ۳. تلفن: ۹۶۸۸۱۸۶۰ - ۰۲۱

مؤسسه اطلاع‌رسانی و مطبوعاتی آریا راهبرد رسانه آینده

ISBN: 978-600-457-126-5



9 786004 571265

آینده

نام کتاب:	آمار جهانی سلامت (۲۰۲۱)
مترجمان:	شمسی اختیار، سیده‌مریم موسوی، میلاد مهری، مینا بنی‌اسد
همکاران:	حسین آرزومند، امیرمحمد زاهدی‌شولمی، مهدی خان‌زاده‌سراجی، الیاس میر، فرنوش شفیعی
ویراستار علمی:	دکتر شهرام توفیقی
چاپ اول:	پاییز ۱۴۰۲
قیمت:	غیرقابل فروش
اجرا، چاپ و انتشار:	مؤسسه مطبوعاتی آینده
تلفن:	۲۶۲۳۰۹۵۵ - ۸۸۵۳۰۰۲۰ (۰۲۱)

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۶	دبیاچه
۸	پیش‌گفتار
۱۰	علائم اختصاری
۱۲	مقدمه
۱۴	پیام‌های کلیدی
۲۰	فصل اول: تأثیر کووید-۱۹ بر سلامت جامعه
۳۶	فصل دوم: امید به زندگی سالم و بار بیماری‌ها
۵۸	فصل سوم: مخاطرات تهدید کننده سلامت
۷۲	فصل چهارم: پوشش همگانی سلامت
۸۶	فصل پنجم: تسریع پیشرفت به سوی اهداف توسعه پایدار مرتبط با سلامت و اهداف میلیاردی سه گانه
۹۸	پیوست ۱: نکات برجسته منطقه‌ای شاخص‌های SDG مرتبط با سلامت
۱۱۲	پیوست ۲: جداول آمار سلامت به تفکیک هر کشور، WHO جهانی و منطقه‌ای
۱۴۹	پیوست ۳: منطقه‌های WHO
۱۵۰	پیوست ۴: در دسترس بودن داده‌های تفکیک شده برای شاخص‌های پیامدی GPW 13

وقوع اپیدمی بیماری کووید-۱۹ در اواخر سال ۲۰۱۹ در شهر یوهان کسور چین و سپس همه‌گیری آن در سطح جهان تمام نظام‌های سلامت در کشورهای مختلف را با چالش جدی مواجه کرد. در این بحران جهانی مدیران و سیاست‌گذاران حوزه سلامت سعی داشتند با به‌کارگیری حداکثری امکانات از جمله تجهیزات، نیروی انسانی و اقدام‌های مؤثر و زودبازدهی برای کاهش وسعت همه‌گیری و مرگ‌ومیر ناشی از این بیماری واگیردار انجام دهند. آنچه در این میان کشورها و سازمان‌های بین‌المللی را با مشکلاتی از جمله امکان‌پذیر نبودن تصمیم‌گیری‌های سریع با کمترین خطا مواجه کرد، نبود داده‌های قابل اعتماد و به‌هنگام در زمان بحران بود. از طرف دیگر این بحران بر وضعیت سلامت جامعه و شاخص‌های حوزه سلامت نیز آثار قابل توجهی برجای و به‌همین دلیل، گزارش سال ۲۰۲۱ سازمان جهانی بهداشت نیز بر همین موضوع تأکید دارد. در گزارش ۲۰۲۱، سازمان جهانی بهداشت اطلاعات مربوط به ارزیابی کشورها در بیش از ۵۰ شاخص را منتشر کرده که اثر بیماری کووید-۱۹ بر شاخص‌های سلامت با نگاه ویژه‌ای تحلیل شده است.

نظر به ضرورت بهره‌مندی مدیران و سیاست‌گذاران حوزه سلامت از این اطلاعات در مسیر برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری بعد از بحران کووید-۱۹، مترجمان برآن شدند با ترجمه این گزارش، قدمی در تسهیل امکان بهره‌مندی از نتایج این گزارش بردارند تا مدیران، سیاست‌گذاران و افراد فعال در حوزه سلامت، از اطلاعات منتشرشده در این گزارش در تصمیم‌گیری‌ها و برنامه‌ریزی‌ها، استفاده کنند.

در پایان ضمن تشکر از حمایت مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت برای چاپ و انتشار این اثر، خواهشمند است تیم ترجمه را از نظرها و پیشنهادهای ارزشمند خود برای ارتقای آثار بعدی، از طریق پست الکترونیکی ekhtiar.shamsi@gmail.com بهره‌مند سازید.

گروه مترجمان و همکاران

هنگامی که گزارش آماری سازمان جهانی سلامت^۱ در سال ۲۰۲۰ منتشر شد، هنوز در مراحل اولیه پاندمی کووید-۱۹ بودیم. پاسخ کشورها در شرایط غیرقطعی، سریع بود؛ کارکنان خط‌مقدم سلامت اقدام‌های شجاعانه‌ای برای مهار شیوع ویروس انجام می‌دادند و دولت‌ها و همپایان تقلاً می‌کردند آنها را هنگام نیاز، یاری کنند.

یک سال بعد و در حالی که جهان، پیشرفت‌های بزرگی را به خود دید، اما مبارزه علیه ویروس کرونا و سویه‌های مختلف آن همچنان ادامه داشت و هنوز کار زیادی برای انجام دادن وجود دارد. در زمان نگارش این گزارش، بیش از ۱۶۰ میلیون مورد ابتلا به کووید-۱۹ و ۳,۳ میلیون مورد مرگ تأییدشده به سازمان جهانی سلامت گزارش شده بود. این اعداد، فقط بخشی از ماجراست، زیرا بسیاری از کشورها نمی‌توانستند مرگ مستقیم یا غیرمستقیم منتسب به کووید-۱۹ را اندازه‌گیری کنند.

یکی از بزرگ‌ترین درس‌آموخته‌های مواجهه با این همه‌گیری، اهمیت وجود داده‌های به‌موقع، قابل‌اعتماد، عملی و تفکیک‌شده است. این امر مستلزم وجود داده‌های کشوری و سیستم‌های اطلاعات سلامت قوی از طریق همکاری بین دولت‌ها، وزارتخانه‌های سلامت، ادارات ملی آمار و سازمان‌های ثبت احوال است و البته ورود بخش خصوصی، دانشگاه‌ها، سازمان‌های غیرانتفاعی و جامعه علمی برای اطمینان از اینکه داده‌ها، همانند کالاهایی عمومی قابل دسترسی هستند. گزارش آماری سازمان جهانی سلامت در سال ۲۰۲۱، آخرین داده‌ها را برای بیش از ۵۰ شاخص مرتبط با سلامت با هدف نیل به اهداف توسعه پایدار^۲ و آرمان «سه‌میلیارد» سازمان جهانی سلامت ارائه می‌کند.

افزایش کلی امید به زندگی در جهان و امید به زندگی سالم در بدو تولد، در نتیجه بهبودهای رخ داده در چند بیماری واگیردار، بیماری‌های مادران، دوران پریناتال و تغذیه، بیماری‌های ناوگیر، جراحی‌ها و تعیین‌گرهای زمینه‌ای آنها حاصل شده است. نابرابری‌های پایدار همچنان بر اکثر ابعاد (اگر نگوئیم همه ابعاد) سلامت جمعیت تأثیر می‌گذارد. به‌رغم بهبود کلی در پوشش خدمات، بین و درون کشورها، دسترسی جمعیت‌های محروم به خدمات مراقبت از سلامت، هنوز کمتر است و در مواجهه با هزینه‌های فاجعه‌بار، در معرض ریسک بیشتری قرار دارند.

اگرچه مرگ‌های زودهنگام بر اثر بیماری‌های ناوگیر که علت اصلی مرگ در جهان است، روند کاهنده دارد، اما سرعت کاهش در این مرگ‌ها در سال‌های اخیر، آهسته شده است. وجود عوامل خطر اصلی از جمله مصرف دخانیات و الکل، فشار خون بالا، چاقی و کم‌تحرکی ایجاب می‌کند در این موارد مداخله فوری و هدفمند انجام شود.

در حالی که مرگ بر اثر بیماری‌های واگیردار نیز کاهش یافته است، اما بسیاری از مردم، به‌خصوص در مناطقی که منابع کمتری دارند و نمی‌توانند به خدمات سلامت با کیفیت دسترسی داشته باشند، همچنان سالانه جان میلیون‌ها نفر را می‌گیرد. کاهش بدون‌تغییری در مرگ ناشی از خودکشی، قتل، مسمومیت غیرعمد و جراحی‌های جاده‌ای نیز وجود داشته است، اما می‌توان از وقوع مرگ‌های بسیاری که در آن مردان بیشتر از زنان در معرض خطر مرگ هستند، جلوگیری کرد

1. World Health Organization (WHO)

2. SDG

برای از بین بردن این شکاف‌ها و رسیدن به اهداف جهانی، باید بر توزیع عادلانه خدمات و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی با کیفیت، با قیمت منطقی و قابل خرید و ارائه مداخلات مؤثر در همه کشورها و برای همه جمعیت‌ها، تمرکز کرد. همچنین باید هوشیار باشیم که کووید-۱۹ بسیاری از خدمات ضروری را مختل کرده و توزیع کارکنان و مراقبان سلامت با تفاوت‌های گسترده‌ای مواجه شده است؛ تا جایی که در مناطق دارای نیاز بیشتر به پزشکان، پرستاران و ماماها، کمترین تراکم از این تخصص‌ها وجود دارد. مقدار پرداخت از جیب مردم برای مراقبت از سلامت نیز در حال افزایش است و آسیب‌پذیرترین جمعیت‌ها، بالاترین ریسک برای سوق داده شدن به سمت فقر را دارند که بدین ترتیب، نابرابری‌ها گسترده‌تر می‌شوند.

برای ردگیری جمعیت، داده‌های به‌موقع و باکیفیت در تمام کشورها به‌منظور بهبود پیامدها و حذف نابرابری‌های سلامت، حیاتی است. سازمان جهانی سلامت متعهد به همکاری با کشورها و همپایان برای تقویت سیستم‌های اطلاعات سلامت و حمایت از سیاست‌ها و مداخلات مبتنی بر داده است. کووید-۱۹ اولین بیماری نیست که همه‌گیر شده و احتمالاً آخرین هم نخواهد بود و به‌همین دلیل برای آمادگی بالاتر، باید داده‌های بهتری داشته باشیم.

دکتر تدروس آدهانوم گبریسوس
دبیرکل سازمان جهانی سلامت

علائم اختصاری

ABBREVIATIONS AND ACRONYMS		اختصارات و سرواژه‌ها
AAR	After Action Review	مرور پس از اقدام
AIDS	acquired immunodeficiency syndrome	سندرم نقص ایمنی اکتسابی
AFR	African Region	منطقه آفریقا
AMR	Region of the Americas	منطقه قاره امریکا
ARR	annualized rate of reduction	نرخ سالانه شده کاهش
ASR	age-standardized rate	نرخ استاندارد شده با سن
BMI	body mass index	شاخص توده بدنی
CDR	crude death rate	نرخ مرگ خام
CI	confidence interval	فاصله اطمینان
CIx	concentration index	شاخص تمرکز
COPD	chronic obstructive pulmonary disease	بیماری مزمن انسداد ریوی
COVID19	coronavirus disease 2019	بیماری ویروس کرونا ۲۰۱۹
CRD	chronic respiratory disease	بیماری مزمن تنفسی
CRVS	civil registration and vital statistics	ثبت احوال و آمار حیاتی
CVD	cardiovascular disease	بیماری قلب و عروقی
DALY	disability-adjusted life year	سال زندگی تطبیق داده شده با ناتوانی
DBP	diastolic blood pressure	فشار خون دیاستولیک
DHS	demographic and health survey	پیمایش جمعیت شناختی و سلامت
DTP3	(diphtheria, tetanus and pertussis vaccine (third dose	واکسن دیفتتری، کزاز و سیاه سرفه (دوز سوم)
EMR	Eastern Mediterranean Region	منطقه شرق مدیترانه
EUR	European Region	منطقه اروپا
FCTC	Framework Convention on Tobacco Control	کنوانسیون چارچوب کنترل دخانیات
GHE	global health estimates	برآوردهای سلامت جهانی
GHO	Global Health Observatory	دیده‌بانی سلامت جهانی
GLASS	Global Antimicrobial Resistance and Use Surveillance System	سیستم نظارت جهانی برای مقاومت و استفاده از آنتی‌بیوتیک‌ها
GPMB	Global Preparedness Monitoring Board	هیات پایش برنامه آمادگی جهانی
GPW13	Thirteenth General Program of Work	سیزدهمین برنامه عمومی کار
HALE	healthy life expectancy	امید به زندگی سالم
HCW	health and care workers	کارکنان و مراقبان سلامت
HEPI	Health Emergencies Protection Index	شاخص فوریت‌های حفاظت از سلامت
HIC	high-income country	کشور با درآمد بالا
HIV	human immunodeficiency virus	ویروس نقص ایمنی انسانی
HWF	health workforce	نیروی کار حوزه سلامت
IHR	(International Health Regulations (2005	مقررات بین‌المللی سلامت (۲۰۰۵)
IHR MEF	International Health Regulations Monitoring and Evaluation Framework	چارچوب پایش و ارزیابی مقررات بین‌المللی سلامت
IPV	intimate partner violence	خشونت همپای جنسی
IQR	interquartile range	دامنه بین‌چارکی

JMP	WHO/UNICEF joint monitoring programme	برنامه پایش مشترک سازمان جهانی سلامت و یونیسف
KAP	knowledge, attitudes and practices	دانش، نگرش و اقدام
LE	life expectancy	امید به زندگی
LIC	low-income country	کشور کم درآمد
LMIC	lower-middle-income country	کشوری با درآمد متوسط رو به پایین
MCV ²	measles second dose	دوز دوم سرخک
MICS	multiple indicator cluster survey	پیمایش خوشه چندشاخصه
MMR	maternal mortality ratio	نسبت مرگ مادران
MoPH	ministry of public health	وزارت سلامت همگانی
NCD	noncommunicable disease	بیماری ناواگیر
NHWA	National Health Workforce Accounts	حساب‌های ملی نیروی کار سلامت
NTD	neglected tropical disease	بیماری گرمسیری نادیده گرفته شده
ODA	official development assistance	کمک‌های رسمی برای رشد
PCV3	pneumococcal conjugate vaccines	واکسن‌های کنژوگه پنوموکوکی
PM2.5	particulate matter 2.5 micrometers or less in diameter	ذرات با قطر ۲.۵ میکرومتر یا کمتر
RHS	reproductive health surveys	پیمایش سلامت باروری
RMNCH	reproductive, maternal, newborn and child health	سلامت باروری، مادر، نوزاد و کودک
SARS-CoV-2	severe acute respiratory syndrome coronavirus 2	سندرم حاد تنفسی شدید ناشی از کرونا-۲
SBP	systolic blood pressure	فشار خون سیستولیک
SCI	service coverage index	ایندکس یا شاخص پوشش خدمات
SDG	Sustainable Development Goal	هدف توسعه پایدار
SEAR	South-East Asia Region	منطقه جنوب شرقی آسیا
SII	slope index of inequality	ایندکس یا شاخص شیب نابرابری
SPAR	State Party self-assessment annual reporting tool	ابزار گزارش سالانه خودارزیابی دولت عضو (عضو سازمان جهانی سلامت)
SPH	Strategic Partnership for Health Security and Emergency Preparedness	مشارکت استراتژیک برای امنیت سلامت و آمادگی در شرایط اضطراری
TB	tuberculosis	بیماری سل
TFA	trans-fatty acid	اسید چرب ترانس
UHC	universal health coverage	پوشش همگانی سلامت
UI	uncertainty interval	فاصله عدم قطعیت
UMIC	upper-middle-income country	کشور با درآمد متوسط رو به بالا
UN	United Nations	ملل متحد
UN-DESA	United Nations Department of Economic and Social Affairs	دپارتمان امور اقتصادی و اجتماعی ملل متحد
UNICEF	United Nations Children's Fund	صندوق کودکان ملل متحد
WASH	water, sanitation and hygiene	آب، سرویس بهداشتی و بهداشت
WHA	World Health Assembly	مجمع جهانی سلامت
WHO	World Health Organization	سازمان جهانی سلامت
WHS+	World Health Survey Plus	پیمایش جهانی سلامت پلاس
WPR	Western Pacific Region	منطقه غرب اقیانوس آرام
YLD	years lived with disability	سال‌های زندگی همراه با ناتوانی

مقدمه

گزارش آمارهای سلامت جهان، آمار تجمیعی است که سازمان جهانی سلامت^۱ به صورت سالانه از آخرین داده موجود درباره سلامت و شاخص‌های مرتبط با سلامت برای ۱۹۴ کشور عضو سازمان تولید می‌کند. این گزارش را دپارتمان داده‌ها، تحلیل و ارائه به قصد تأثیرگذاری با همکاری بخش‌های فنی سازمان جهانی سلامت و دفاتر منطقه‌ای تهیه کرده است. در ویرایش ۲۰۲۱ جدیدترین داده‌های مرتبط با بیش از ۵۰ شاخص مربوط به سلامت در راستای اهداف توسعه پایدار^۲ و «آرمان سه میلیارد» مربوط به سازمان جهانی سلامت وجود دارد. سازمان جهانی سلامت در سیزدهمین برنامه کاری عمومی GPW13 اشاره کرده است همه کشورهای عضو، متعهد به تحقق آرمان سه میلیارد هستند تا پیشرفت به‌سوی دستور کار ۲۰۳۰ برای توسعه پایدار را آن‌گونه که از طریق داده‌های ملی و سیستم‌های اطلاعات سلامت اطلاع‌رسانی شده است، تسریع کنند.

همزمان با گسترش همه‌گیری کووید-۱۹ و پاسخ دادن کشورها، نابرابری‌های بسیار مهمی خود را نشان دادند که همکاری جهانی و اقدامات هماهنگ برای آمادگی بهتر برای پاسخ به این تهدید و سایر تهدیدات سلامت در جهان را ایجاب کرد. با توجه به موارد تأییدشده جدید کووید-۱۹ در بالاترین سطح جهانی، معیار انتقال ریسک برای واریانت‌هایی که بالقوه مسری‌تر، کشنده یا ایمنی‌گریز هستند، افزایش پیدا کرده است. همه‌گیری در حال ورود به مرحله جدیدی است که مشخصه آن، تغییر چشمگیر کانون بیماری از جهان توسعه یافته به جهان در حال توسعه است، زیرا این جابه‌جایی موجب شده است همت جمعی برای پایان دادن به پاندمی با خطر روبه‌رو شود و همین موضوع ریسک شکست‌های بیشتر را برای کل برنامه توسعه پایدار پدید می‌آورد.

تعهد به شعار «هیچ‌کس را پشت سر نگذارید» سنگ‌بنای دستور کار ۲۰۳۰ برای توسعه پایدار است؛ اما داخل و بین کشورها، نابرابری‌های بالا و فزاینده به‌عنوان موانع آشکار و پنهان برای پیشرفت در سلامت جامعه و توسعه انسانی، اجتماعی و اقتصادی عمل می‌کنند. کاهش نابرابری یک امر مجزاست و برای دستیابی به همه اهداف توسعه هزاره، از جمله پایان دادن به فقر، پایان دادن به گرسنگی، تضمین زندگی سالم، تضمین آموزش با کیفیت فراگیر و عادلانه، و دستیابی به برابری جنسیتی، امری حیاتی است.

* در بخش اول، این گزارش با استفاده از بررسی نابرابری میان کشورها و درون کشورها، آخرین داده‌های موجود در مورد کووید-۱۹، از جمله موارد ابتلا، مرگ، واکسیناسیون، مشکلات در ارائه خدمات مراقبت از سلامت، تأثیر بر کارکنان سلامت، مهاجران و پناهندگان و شکاف‌های داده‌های مرتبط را نشان می‌دهد.

* در بخش دوم، روندها و شاخص‌های جدید زندگی را از قبیل امید به زندگی، امید به زندگی سالم و بار جهانی و منطقه‌ای بیماری‌ها و آسیب‌ها خلاصه شده است.

* در بخش سوم، عوامل خطر ساز رفتاری، محیطی و متابولیکی مختلف که محرک‌های اصلی بار بیماری‌ها هستند، ارائه شده است.

* کانون تمرکز بخش چهارم روی پوشش همگانی سلامت است و روندهای پوشش خدمات و حفاظت مالی را با نگاهی دقیق‌تر به انواع مختلف خدمات ضروری از جمله خدمات برای سلامت باروری، مادر، نوزاد و کودک، خدمات بیماری‌های واگیردار، سلامت نیروی کار و امنیت سلامت، ارائه می‌کند.

* بخش پنجم، گزارش خلاصه‌ای از پیشرفت‌های اخیر، پیش‌بینی‌ها برای دستیابی به آرمان سه میلیارد و همچنین فرصت‌هایی برای تسریع پیشرفت در دستیابی به اهداف توسعه هزاره مرتبط با سلامت از طریق کاهش نابرابری‌های سلامت و تقویت داده‌ها و سیستم‌های اطلاعات سلامت است.

1. World Health Organization (WHO)

2. SDG

کووید-۱۹ چالش‌های بزرگی برای سلامت و رفاه جامعه در سطح جهان ایجاد کرده و جلوی به پیش رفتن در دستیابی به اهداف توسعه پایدار و آرمان سه میلیارد را می‌گیرد. همه‌گیری کووید-۱۹ که در پایان سال ۲۰۱۹ ظاهر شد، به سرعت به یک تهدید جهانی برای سلامت جامعه تبدیل گردید و بیش از ۱۵۳ میلیون نفر را مبتلا کرد و تا اول ماه مه ۲۰۲۱ جان بیش از ۳٫۲ میلیون نفر را در سراسر جهان گرفت. کووید-۱۹ به علت اصلی مرگ و همچنین علت تعداد قابل توجهی از مرگ‌های غیرمستقیم در سه سطح جهانی، منطقه‌ای و ملی تبدیل شده است و به طور اجتناب‌ناپذیری امید به زندگی را در بسیاری از کشورها با تأثیر طولانی مدت بر عوارض (که هنوز ناشناخته است) کوتاه کرده است. برآوردهای اولیه سازمان جهانی سلامت نشان می‌دهد مجموع مرگ‌هایی که در جهان به طور مستقیم و غیرمستقیم به کووید-۱۹ نسبت داده می‌شود، حداقل به ۳ میلیون نفر در سال ۲۰۲۰ رسیده است. این رقم ۱٫۲ میلیون مرگ بیشتر از ۱٫۸ میلیون مرگ گزارش شده کووید-۱۹ در جهان است.

تسریع در طراحی، تولید، و توزیع واکسن‌های کووید-۱۹ در کشورها و از طریق همکاری بین‌المللی از جمله کوواکس در حال انجام است. با این حال، دستیابی عادلانه و منصفانه به واکسن‌ها بسیار دور از دسترس است، و نابرابری در بین گروه‌های درآمدی آشکار است، به طوری که تا روز اول ماه مه سال ۲۰۲۱، فقط یک درصد از دوزهای مصرفی در کشورهای کم‌درآمد و ۱۹ درصد در کشورهای با درآمد متوسط رو به پایین و ۳۳ درصد در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا و ۴۷ درصد در کشورهای با درآمد بالا تزریق شده بود. نابرابری‌هایی که از پیش از همه‌گیری وجود داشتند، باعث شدند توزیع جهانی واکسن‌ها به صورتی نابرابر انجام شود، و این واقعیت موجب می‌شود خطر تداوم این همه‌گیری همچنان وجود داشته باشد، که به نوبه خود نابرابری‌های موجود را تشدید کرده و کل برنامه توسعه پایدار ۲۰۳۰ را از مسیر خارج می‌کند. دستیابی به برابری واکسیناسیون جهانی ضروری است، زیرا تا زمانی که همه ایمن نباشند هیچ کس ایمن نیست و خطر ابتلا به یک نوع بدخیم‌تر و قابل انتقال‌تر همچنان وجود دارد.

مشکلات در ارائه خدمات ضروری مراقبت از سلامت به دلیل شیوع کووید-۱۹ و به دلیل کمبود دارو، کارکنان، خدمات تشخیصی، و خدمات حمل و نقل عمومی بیشتر و متنوع‌تر شده است. در دومین «نظرسنجی پالس»^۱ که WHO انجام داد، تداوم مشکلات را در مقیاس قابل توجهی طی یک سال پس از همه‌گیری کووید-۱۹ نشان می‌دهد به طوری که ۸۹ درصد از ۱۳۵ کشور و منطقه یک یا چند مشکل در خدمات ضروری مراقبت از سلامت را گزارش کرده‌اند. بهبودهایی در داخل کشورها مشاهده شده است، با این حال، متوسط مشکلات گزارش شده در خدمات ضروری مراقبت از سلامت از حدود یک دوم در سال ۲۰۲۰ به کمی بیش از یک سوم در سه ماهه اول سال ۲۰۲۱ کاهش پیدا کرده است. برای حل مشکلات مربوط به خدمات مراقبتی، اکثر کشورها استراتژی‌ها و رویکردهای کاهشی از جمله کاهش در ارتباطات اجتماعی، سطح بندی اولویت‌ها، استخدام کارکنان اضافه و ارائه مراقبت‌های خانگی را اجرا می‌کنند.

کووید-۱۹ به شکل نامتناسبی روی جمعیت‌های آسیب‌پذیر، از جمله افراد محروم از نظر اقتصادی، سالمندان، و کسانی که در مکان‌های مسکونی جمعی یا با بیماری‌هایی که از پیش وجود دارند زندگی می‌کنند، تأثیر می‌گذارد. این امر توجه بیشتری را به نابرابری‌های مداوم در پیامدهای سلامت و عوامل تعیین‌کننده سلامت، از جمله عوامل خطر، عوامل

تعیین کننده اجتماعی، و دسترسی به خدمات مراقبت از سلامت در داخل و بین کشورها جلب می کند. این همه گیری چالش های مهمی را برای نظام های سلامت که منابع کمی دارند، ایجاد می کند؛ و دستیافت های سلامت و رشد را که به دشواری برای دستیابی به آرمان سه میلیارد سازمان جهانی سلامت و اهداف توسعه پایدار ملل متحد به دست آمده، به خطر می اندازد. با این حال، فقدان داده های تفکیک شده کووید-۱۹ و نبود زیرساخت های قوی برای ثبت اطلاعات ضروری امکان تدوین سیاست های مؤثرتر و هدفمندتر و تخصیص منابع (مبتنی بر داده) را برای کاهش وضعیت همه گیری و تداوم پیشرفت برای نیل به آرمان سه میلیارد و اهداف توسعه هزاره را محدود می کند.

*** قبل از همه گیری کووید-۱۹، بهبودهایی در سلامت به دست آمده بود. با این حال، پیشرفت برای دستیابی به آرمان سه میلیارد و اهداف توسعه پایدار مرتبط با سلامت کافی نبوده و برنامه های پیشگیری و کنترل مؤثرتر بیماری و آسیب ها را می طلبد.**

مردم جهان به زندگی طولانی تر ادامه می دهند و سال های بیشتری را در سلامت کامل زندگی می کنند. بین سال های ۲۰۰۰ و ۲۰۱۹، امید به زندگی (LE) هنگام تولد از ۶۶٫۸ سال در سال ۲۰۰۰ به ۷۳٫۳ سال در سال ۲۰۱۹ و امید به زندگی سالم (HALE) از ۵۸٫۳ سال به ۶۳٫۷ سال افزایش یافت.

LE و HALE در بین زنان به طور مداوم بالاتر از مردان بود. LE و HALE همچنین با سطح درآمد ملی بالاتر می روند، بیشترین پیشرفت ها در کشورهای با سطح درآمد پایین مشاهده شده است، به طوری که در طی سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ شاخص LE بیش از ۱۱ سال و شاخص HALE نزدیک به ۱۰ سال افزایش پیدا کردند، که عمدتاً نشان دهنده پیشرفت قابل توجهی است که در کاهش مرگ در بین کودکان زیر ۵ سال به دست آمد. با وجود روند افزایشی هر دوی این شاخص ها در سرتاسر جهان، شاخص LE نسبت به شاخص HALE نسبتاً سریع تر بهتر می شود، این پدیده نشان می دهد تعداد سال های زندگی همراه با ناتوانی افزایش زیادی دارد.

این الگوها ناشی از انتقال سریع و نابرابری های مرتبط در تکامل مشخصات مرگ و عوارض از سال ۲۰۰۰ بوده است (نمودارهای مربوط به علل مورتالیتی و موربیدیتی همواره از سال ۲۰۰۰ در حال تغییر است)، به طوری که در کشورهای با منابع کم کاهش چشمگیر مرگ زود هنگام ناشی از بیماری های واگیردار، بار بیماری را به سمت بیماری های ناواگیر منتقل کرده، و سهم جهانی مرگ ناشی از بیماری های ناواگیر در بین تمام مرگ ها از ۶۰٫۸ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۷۳٫۶ درصد در سال ۲۰۱۹ افزایش یافت.

در حالی که بیماری های ناواگیر، شامل بیماری های قلبی، زوال عقل (دمانس)، و سکتة مغزی علل اصلی بیش از ۸۵ درصد از مرگ ها در کشورهای با درآمد بالا هستند، و بیماری های واگیردار با بیماری های مادر، پریناتال و تغذیه هنوز مسئول تقریباً نیمی از مرگ ها در کشورهای با درآمد پایین هستند و عفونت های دستگاه تنفسی تحتانی، بیماری های اسهالی، مالاریا، سل و HIV/AIDS در میان ۱۰ علت اصلی مرگ باقی مانده اند. کشورهای با پایین و کشورهای با درآمد متوسط رو به پایین بالا اکثریت بار بیماری های واگیردار از جمله بیماری های مربوط به سل، HIV، مالاریا، بیماری های نادیده گرفته شده گرمسیری (NTDs) و هپاتیت B را به دوش می کشند.

به‌رغم پیشرفت‌های اخیر، سرعت پیشرفت فعلی برای رسیدن به بسیاری از شاخص‌های مربوط به اهداف توسعه هزاره تا سال ۲۰۳۰ از جمله مرگ زود هنگام ناشی از بیماری‌های ناواگیر، بروز سل و مالاریا و عفونت‌های جدید HIV کافی نیست، وجود این چالش‌ها، تأکیدی است بر نیاز به برنامه‌های قوی برای پیشگیری و کنترل بیماری‌ها و آسیب‌ها به منظور سرعت بخشیدن به پیشرفت فعلی برای دستیابی به اهداف مختلف سلامت در سطح ملی و بین‌المللی.

*** شاخص‌های اهداف توسعه هزاره مرتبط با سلامت و آرمان سه میلیارد شاهد پیشرفت‌های کلی بوده‌اند، اما سرعت پیشرفت کافی نبوده و خطر پسرفت به علت کووید-۱۹ هم وجود دارد، از این رو برای پرداختن و توجه کردن به موضوعاتی از قبیل عوامل خطر، افزایش پوشش همگانی سلامت (UHC) و تقویت ظرفیت‌ها برای شناسایی، ارزیابی، گزارش‌دهی و پاسخ به فوریت‌های سلامت همگانی، نیاز به سرعت بیشتری وجود دارد.**

برای جلوگیری از بیماری‌ها و آسیب‌ها و حفظ سلامت جامعه در وهله اول، هر دو هدف، یعنی آرمان سه میلیارد و اهداف توسعه هزاره، شاخص‌های متعددی را به پرداختن به عوامل خطر از طریق تأثیر مداخلات چندبخشی اختصاص داده‌اند. وضعیت پیشرفت در کاهش دادن میزان مواجهه مردم با عوامل خطر به چند شکل است (در کشورهای مختلف و زمان‌های مختلف متفاوت است و روند یکسان ندارد)، و نابرابری را هم نشان می‌دهد. در حالی که کاهش مصرف دخانیات در سطح جهانی موفقیت‌آمیز بوده است، اما در خصوص شیوع چاقی در بزرگسالان باید گفت چاقی در بیشتر از یک چهارم جمعیت در کشورهای با درآمد بالا افزایش یافته است. تصویر شیوع فشار خون بالا نیز به چند شکل است (در کشورهای مختلف و زمان‌های مختلف متفاوت است و روند یکسان ندارد) و شیوع آن بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ در سراسر جهان کاهش یافته است، به جز کشورهای با درآمد پایین که روند نسبتاً افزایشی در آن مشاهده شد. در مصرف الکل پس از یک روند ثابت در سال‌های ۲۰۱۰-۲۰۱۵ اخیراً کاهش قابل توجهی مشاهده شده است. علاوه بر این، کشورهای با منابع کمتر همچنان با نرخ‌های بالاتری نسبت به کشورهای توسعه‌یافته در معرض آلودگی هوای محیطی و خانگی قرار دارند. کودکان و زنان در کشورهای با درآمد پایین و کشورهای با درآمد متوسط رو به پایین نیز در معرض ریسک بیشتری شامل سوءتغذیه از جمله کوتاه‌قدی، کم‌وزنی، و کم‌خونی در دوران بارداری هستند. کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا بیشتر مستعد به شیوع اضافه وزن هستند.

اگرچه همه‌گیری کووید-۱۹ روی توانایی سیستم‌های سلامت همه کشورهای در ارائه خدمات مراقبت از سلامت که بدون خلل و مشکل باشد، تأثیر گذاشته است، اما، در حال حاضر بسیاری از کشورهای در حال توسعه به سمت پوشش همگانی سلامت حرکت می‌کنند. بهتر شدن پوشش خدمات ضروری سلامت در همه گروه‌های درآمدی و در انواع مختلف خدمات مراقبت از سلامت، به‌رغم وجود نوسان‌های مداوم در شاخص‌ها، به ثبت رسیده است. میانگین جهانی شاخص پوشش خدمات^۱ در سال ۲۰۰۰ از ۴۵ درصد به ۶۶ درصد در سال ۲۰۱۷ افزایش یافته است. بیشترین پیشرفت در کشورهای با درآمد پایین بود که عمدتاً ناشی از مداخلات برای بیماری‌های عفونی و تا حدی کمتر برای باروری بوده است. با این حال، از سال ۲۰۱۰ سرعت پیشرفت خدمات مراقبت از سلامت مادر، نوزاد، و شیرخوار (RMNCH) در سطح جهانی و برای بسیاری از کشورها، کاهش یافته و فقیرترین کشورها و کشورهایی که تحت تأثیر جنگ قرار گرفته‌اند، عموماً از همه عقب‌تر هستند. ادامه پیشرفت مستلزم تقویت قابل توجه نظام‌های سلامت، به‌ویژه در مناطق کم‌درآمد است. متأسفانه، دستیافت‌های پوشش همگانی خدمات هزینه‌های زیادی را برای افراد و خانواده‌هایشان به همراه داشته است. به‌طور کلی، حفاظت مالی نسبت به دوره قبل از کووید-۱۹ بدتر شده است. در طی سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۱۵، نسبت جمعیتی که

1. UHC service coverage index (SCI)

هزینه‌های پرداخت از جیبشان بیش از ۱۰ درصد از بودجه خانوارشان بود، از ۹ درصد به ۱۳ درصد و نسبت جمعیتی که هزینه‌های پرداخت از جیبشان بیش از ۲۵ درصد از بودجه خانوار بود، از ۷،۱ درصد به ۲،۹ درصد افزایش داشته است. تأثیر کووید-۱۹ روی تعداد خانوارهایی که بخش زیادی از بودجه خود را صرف مراقبت از سلامت می‌کنند، نامشخص است، زیرا شواهدی از کاهش درآمد، افزایش فقر و محروم شدن خانواده‌ها از مراقبت از سلامت نیز وجود دارد.

این بیماری همه‌گیر همچنین نقش حیاتی کارکنان بخش سلامت را در ظرفیت سلامت عمومی را، از طریق آشکار کردن وجود ناعادلانه، و ایمنی و بهتاشی^۱ نامطمئن، نشان داد، و چالش‌های جدیدی را به نیروی کاری که پیش از این به‌طور نابرابر در درون و بین کشورها وجود داشت، اضافه می‌نماید.

از نظر تامین سلامت جهانی، ابزار گزارش سالانه خودارزیابی دولت‌های عضو^۲ (SPAR) از سال ۲۰۱۸ تقریباً در همه ظرفیت‌های اصلی مرتبط با بیماری‌های مشترک بین انسان و دام، و تعامل سلامت انسان - حیوان، و حوادث شیمیایی، به جز کاهش بسیار ناچیز که در سال ۲۰۲۰ نسبت به سال ۲۰۱۹ مشاهده شده است، پیشرفت ثابتی را نشان می‌دهد. تجربه کووید-۱۹ نیز حیاتی به ظرفیت هماهنگ شده در زمان اوج نیاز به فوریت‌های سلامت و آمادگی در تمام سطوح در درون کشور را نشان داد. بعلاوه، بهسازی و حفظ سیستم‌های هشدار اولیه به قصد کاهش و اعمال مدیریت بر ریسک‌های مربوط به سلامت عمومی در بافتار ملی و در نظر گرفتن بافتار همه‌گیری جهانی به منظور طرح‌ریزی آمادگی ملی در عملیات اضطراری سلامت، به تلاش‌های مستمر نیاز دارد.

*** اهداف سه میلیارد برای کمک به کشورها به منظور سرعت بخشیدن به ارائه اهداف توسعه هزاره حیاتی هستند، و مستلزم تعهد مدیریت سریع و گسترده و نیز سرمایه‌گذاری به منظور دستیابی به این اهداف تا سال ۲۰۲۳ است. نابرابری‌ها همچنان مانع رسیدن به دستیافت‌های بهینه و عادلانه سلامت هستند. خیلی فوری به سیستم‌های اطلاعات سلامت قوی با داده‌های تفکیک شده با کیفیت بالا، به موقع، و قابل اعتماد نیاز است تا شکاف‌های سلامت و نابرابری‌ها را شناسایی کرده و تصمیم آگاهانه هدفمند، موثر، و هزینه - اثربخش اتخاذ کرد.**

پیش از همه‌گیری کووید-۱۹ هیچیک از اهداف سه میلیارد محقق نشده بود؛ برنامه‌های UHC، جمعیت سالم و فوریت‌های سلامت^۳ به ترتیب به میزان ۷۱۰، ۱۰۰ و ۸۰ میلیون از اهداف یک میلیارد GPW 13 فاصله دارند. در این برنامه‌ها تأثیرات کامل کووید-۱۹ را که انتظار می‌رود مانع دستیابی به بسیاری از اهداف شود، در نظر نگرفته نشده بود. کووید-۱۹ نشان داد هیچ کشوری آمادگی مقابله با یک بیماری همه‌گیر با این بزرگ، حجم، و تأثیر را ندارد. بازگشت به مسیر و تسریع در پیشرفت در جهت تحقق اهداف سه میلیارد نیازمند پاسخ‌های چندوجهی و عادلانه، مبتنی بر حقوق و جهانشمول چندبخشی به چالش‌های سلامت جهانی است.

یک نظام اطلاعات سلامت قوی برای نظارت و سرعت بخشیدن به پیشرفت به سمت اهداف توسعه پایدار، اهداف سه میلیاردی GPW 13 و اولویت‌های بهداشت ملی و محلی بسیار مهم است. همچنین بسیار ضروری است که چنین نظامی بتواند داده‌های به‌موقع، قابل اعتماد، تفکیک‌شده و قابل مقایسه و عملی تولید کند، تا عوامل و پیامدهای تعیین‌کننده سلامت جمعیت را به همراه نابرابری سلامت در آن اندازه‌گیری و ردیابی کند که در نهایت باعث تغییرات سیاست استراتژیک گردد.

1. Well-being

۳- گزارش کشورهای عضو و دبیرکل به مجمع جهانی سلامت در مورد اجرای مقررات بین‌المللی سلامت که شامل ۱۳ بخش و ۲۴ شاخص برای ارزیابی وضعیت کشورهای عضو در مقررات بین‌المللی سلامت است.

3. Healthier Population and Health Emergencies

ارزشیابی سازمان جهانی بهداشت نشان داد که حدود ۴۰ درصد از مرگ‌ومیرهای جهان ثبت نشده باقی می‌مانند و ۵۰ درصد کشورها ظرفیت محدود یا کمتری برای نظارت نظام‌مند بر کیفیت مراقبت‌های بهداشتی دارند و فقط ۵۹ درصد کشورها ظرفیت خوبی برای استفاده از داده‌ها برای تغییر سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌ها دارند. همه‌گیری کووید-۱۹ بر تبدیل داده‌ها و سیستم‌های اطلاعاتی موجود به داده‌های سلامتی با کیفیت و سیستم‌های اطلاعات سلامت قوی تأکید کرده است، تا تمام مراحل سیاست‌گذاری به نحوی هدایت شود که پاسخگویی به نیازهای روزانه برای بهبود سلامت جامعه و شرایط اضطراری سلامتی و غیرقابل پیش‌بینی میسر شود.

تأکید شده است که تمام مراحل سیاست‌گذاری به نحوی هدایت شود تا پاسخگویی به نیازهای روزانه برای بهسازی سلامت جامعه و شرایط اضطراری و غیرقابل پیش‌بینی مربوط به سلامت، میسر شود.

صرف‌نظر از همه‌گیری کووید-۱۹، نابرابری‌هایی که هم در داخل کشورها و هم بین کشورها وجود دارد، مانع از اجرای مداخلات هدفمند مناسب و افزایش دستاوردهای عادلانه سلامت می‌شود. همان‌گونه که در سراسر این گزارش دیده می‌شود، سلامت جمعیت‌هایی که در محیط‌های با منابع کم قرار دارند، کسانی که تحصیلات کمتری دارند، زنان، جمعیت‌های روستایی، اقلیت‌های نژادی-قومیتی و مهاجران همچنان در معرض خطرات بسیار هستند، دسترسی کمتری به خدمات سلامت دارند، سواد سلامت پایین‌تر، و در نتیجه دستاوردهای سلامت بدتری دارند.

شناسایی نابرابری‌های سلامت و عوامل مؤثر بر آن برای دستیابی به برابری در سلامت و بهسازی ارائه برنامه ضروری است. برای دانستن اینکه چه کسی عقب مانده است، لازم است سیستم‌های ملی اطلاعات سلامت مبتنی بر برابری وجود داشته باشد، سیستم‌هایی که برای رسیدن به جهانی عادلانه‌تر و سالم‌تر، داده‌های مربوط به شاخص‌های عدالت و برابری را ایجاد کرده و به کار می‌برند. اما، داده‌های تفکیک‌شده با کیفیت بالا برای اعمال نظارت بر نابرابری‌ها در سلامت و برای اطمینان از دسترسی و جذب عادلانه خدمات سلامت در سراسر جهان، وجود ندارد.

علاوه بر این، معمولاً حتی داده‌های تفکیک‌شده موجود در صورت نیاز در دسترس تصمیم‌گیرندگان قرار نمی‌گیرند. فقط ۵۱ درصد از ۱۳۳ کشور مورد مطالعه، داده‌های تفکیک‌شده را در گزارش‌های آماری ملی سلامت منتشر می‌کنند که ۶۳ درصد سهم کشورهای با درآمد بالا و فقط ۴۶ درصد تا ۵۰ درصد سهم سایر کشورها است. سرمایه‌گذاری و تعهد سیاسی دولت‌ها برای تقویت سیستم‌های اطلاعات سلامت هر کشوری که داده‌های تفکیک‌شده را از طریق منابع داده‌ای گوناگون از جمله ثبت احوال و آمار حیاتی، نظرسنجی‌های مبتنی بر جمعیت، داده‌های معمول مراکز بهداشتی و درمانی، و داده‌های ثبتی اداری ایجاد می‌کنند، حیاتی و سرنوشت‌ساز است.

تأثیر کووید-۱۹ بر سلامت جامعه

همه‌گیری کووید-۱۹ که در پایان سال ۲۰۱۹ ظهور و سازمان جهانی سلامت در ۱۱ مارس ۲۰۲۰ آن را بیماری همه‌گیر جهانی (پاندمی) اعلام کرد، آثار مخرب بی‌سابقه‌ای بر سلامت جمعیت جهان برجای گذاشت و تا اول می ۲۰۲۱، بیش از ۱۵۳ میلیون نفر را در جهان مبتلا و بیش از ۳٫۲ میلیون نفر را کُشت. شواهد موجود نشان می‌دهد کووید-۱۹ امید به زندگی (LE) را در بسیاری از کشورها به شدت کاهش داده است، طوری که این میزان کاهش در دهه‌های گذشته مشاهده نشده بود. همچنین مشخص شد کووید-۱۹ تأثیر بلندمدتی بر موربیدیتی در برخی افراد دارد و آسیب‌پذیری موجود متصل به نابرابری‌های زمینه‌ای را تشدید می‌کند (۱-۵).

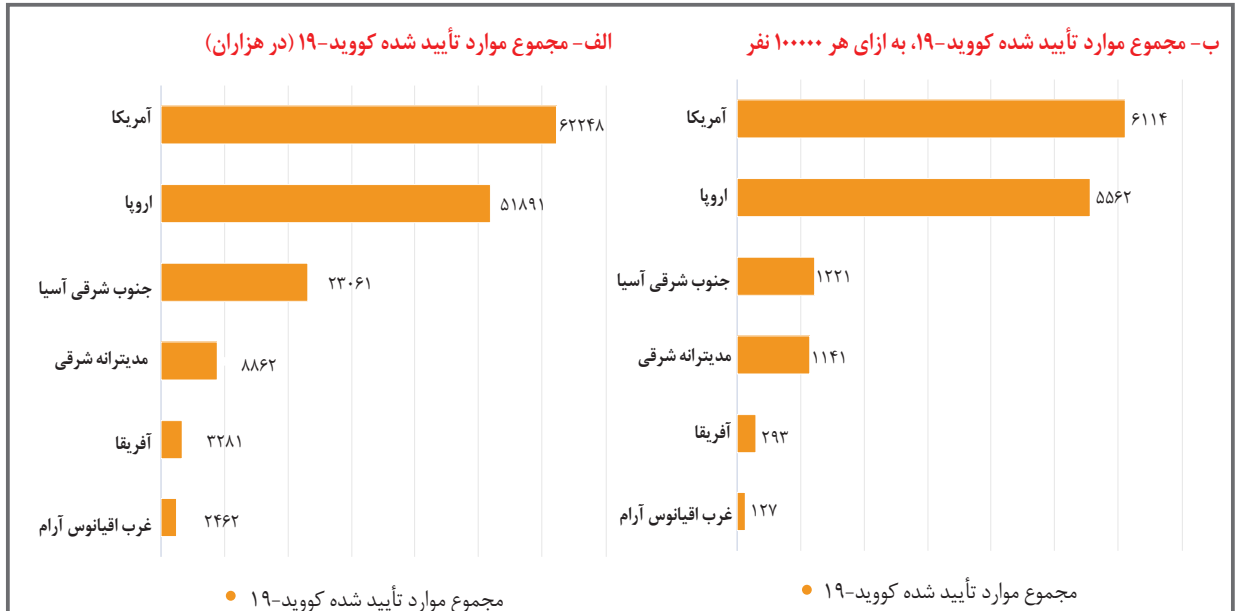
افزون بر تأثیر مستقیم اپیدمیولوژیکی، آثار منفی این همه‌گیری به اختلال در ارائه خدمات ضروری مراقبت از سلامت از طریق کمبود گسترده دارو، کارکنان، خدمات تشخیصی و ترابری عمومی منجر شده است. همچنین تردید در پیگیری درمان‌های پزشکی به دلیل ترس از عفونت مشاهده می‌شود. این همه‌گیری چالش‌های مهمی برای نظام‌های سلامت ضعیف در محیط‌های با منابع محدود ایجاد و فقدان داده‌های به موقع، قابل اعتماد و تفکیک‌شده مربوط به کووید-۱۹، عملاً سیاست‌ها و تخصیص منابع مؤثر و هدفمندتر را به چالش کشیده است. فراتر از حوزه سلامت، این همه‌گیری آثار اجتماعی و اقتصادی قابل توجهی از جمله رکود اقتصادی، بیکاری، تعطیلی مدارس و خودانزوایی دارد که همگی به طور غیرمستقیم بر سلامت و رفاه جمعیت جهان تأثیر گذاشته‌اند.

موارد ابتلا و مرگ ناشی از کووید-۱۹

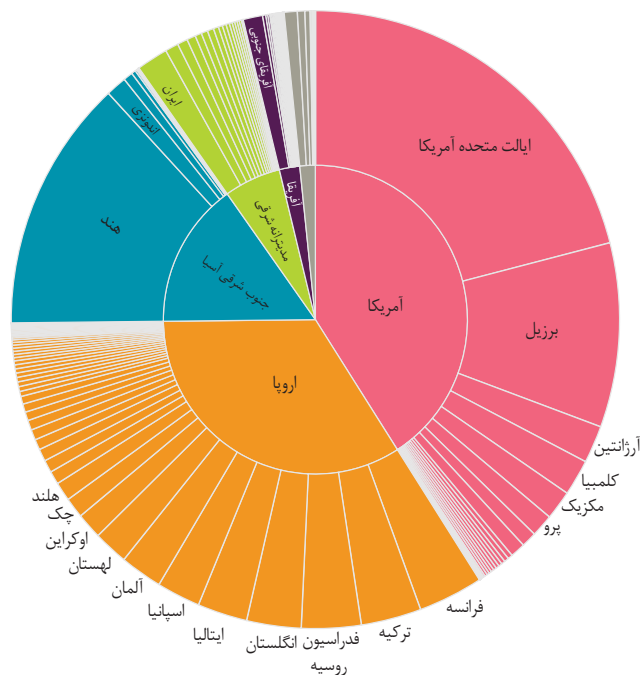
تا اول می ۲۰۲۱، بیش از ۱۵۳ میلیون مورد ابتلای تأییدشده به کووید-۱۹ و ۳٫۲ میلیون مورد مرگ ناشی از آن به WHO گزارش شد (نمودارهای ۱-۱ و ۱-۲). منطقه آمریکا و منطقه اروپا بیشترین آسیب را دیده‌اند، که با هم بیش از سه چهارم موارد گزارش شده در سطح جهانی است. به ترتیب در منطقه آمریکا و در منطقه اروپا تعداد ۵،۹۹۹ و ۵،۴۵۵

نفر به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت گزارش شده است.

از ۲۳,۱ میلیون مورد گزارش شده در منطقه جنوب شرقی آسیا تا به امروز، بیش از ۸۶٪ مربوط به هند است. تقریباً نیمی (۴۸٪) از همه مرگ‌های گزارش شده مرتبط با کووید-۱۹ در منطقه قاره آمریکا و یک سوم (۳۴٪) در منطقه اروپا رخ داده است. به‌رغم انتشار گسترده ویروس، به‌نظر می‌رسد موارد کووید-۱۹ تا به امروز عمدتاً در کشورهایی با درآمد بالا (HIC) متمرکز شده است. از ۱ ماه می ۲۰۲۱، تقریباً نیمی (۴۵٪) از موارد کووید-۱۹ در جهان، در ۲۰ کشور با درآمد بالا رخ دادند که بیشترین تعداد بیماری را داشتند، در حالی که این کشورها فقط یک‌هشتم (۱۲,۴ درصد) از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند.

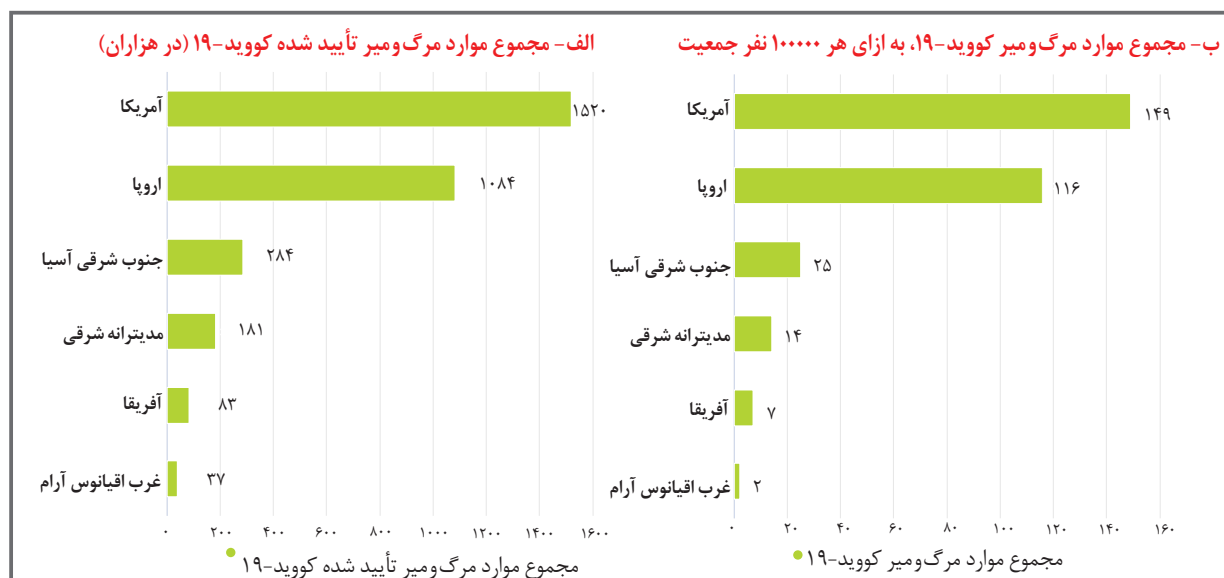


پ - مجموع موارد تأیید شده کووید-۱۹، جمعیت ۱۵۳ میلیون نفر

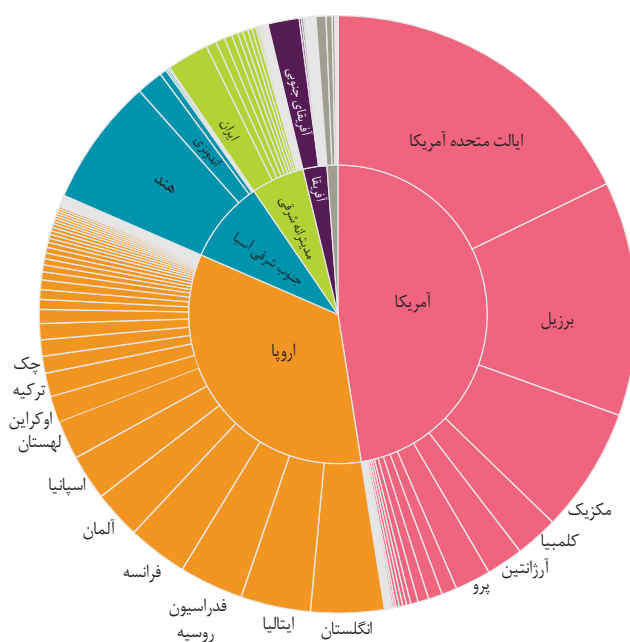


شکل ۱-۱ | مجموع موارد تأیید شده کووید-۱۹ تا ۱ مه ۲۰۲۱، بر اساس منطقه: الف - در هزاران ب - به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت پ - بر اساس مکان (موقعیت مکانی)

گفته می‌شود، تغییرات اخیر در توزیع موارد ابتلا و مرگ از محیط‌هایی با منابع بالاتر به سمت کشورهای با درآمد پایین‌تر مشهود است. به‌عنوان مثال، درحالی که کشورهای با درآمد بالا به ترتیب حدود ۶۴ درصد و ۵۹ درصد از موارد جدید ماهانه و مرگ جهانی را در ژانویه ۲۰۲۱ تشکیل می‌دادند، این سهم به ترتیب به ۳۱ درصد و ۲۷ درصد در آوریل ۲۰۲۱ کاهش یافت. این تغییرات برخلاف افزایش سهم موارد جدید ماهانه جهانی در کشورهای با درآمد متوسط رو به پایین (LMICs) از ۸ درصد در ژانویه ۲۰۲۱ به ۳۷ درصد در آوریل ۲۰۲۱ و سهم مرگ‌های جدید از ۸ درصد به ۲۲ درصد بین ژانویه و آوریل ۲۰۲۱ است.

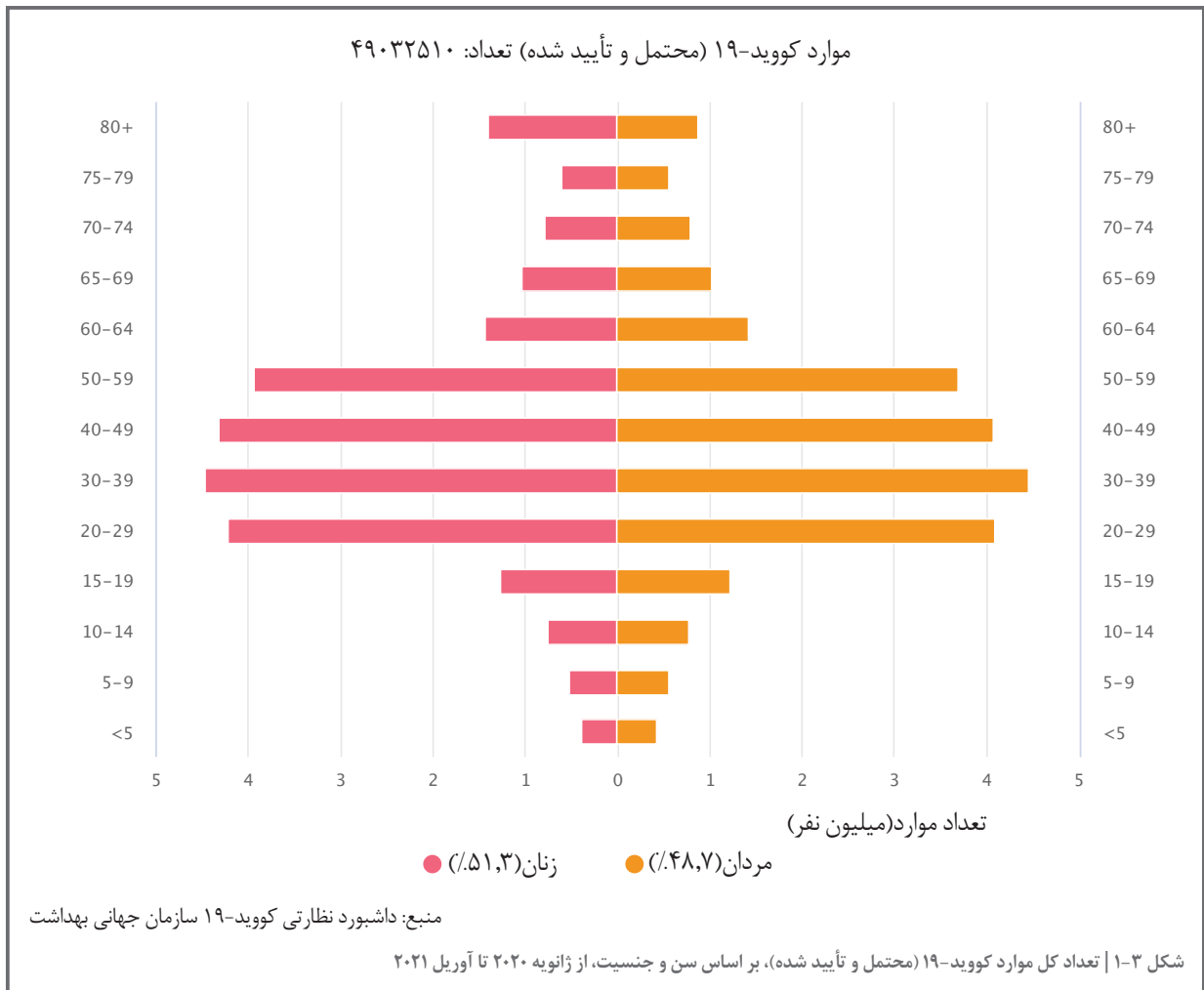


پ - مجموع فوت شدگان کووید-۱۹، تعداد: ۳,۲ میلیون نفر



منبع: داشبورد نظارتی کووید-۱۹ سازمان بهداشت جهانی (۱)

شکل ۲-۱ | مجموع موارد تأیید شده کووید-۱۹ تا ۱ مه ۲۰۲۱، براساس منطقه الف- در هزاران؛ ب- به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت؛ پ- بر اساس مکان (موقعیت مکانی)



مرگ اضافه‌تر

مرگ اضافه‌تر به تفاوت در تعداد کل مرگ‌ها در یک دوره مرتبط با بحران در مقایسه با موارد مورد انتظار در شرایط غیر همه‌گیری اشاره دارد. مرگ اضافه‌تر قابل انتساب به کووید-۱۹ تصویر دقیق‌تری از تأثیر کامل همه‌گیری ارائه می‌دهد، زیرا هم مجموع مرگ ناشی از کووید-۱۹ را که مستقیماً به این بیماری نسبت داده می‌شود و هم تأثیرات غیرمستقیم همه‌گیری و پاسخ به آن را، مانند محدودیت‌های سفر، شامل می‌شود. این مقدار اضافه‌تر، یعنی مرگ ناشی از کووید-۱۹ که به درستی تأیید شده، همراه با موارد مرگی که یا گزارش نشده‌اند و یا به نادرستی به دلایل دیگر نسبت داده شده‌اند و نیز تأثیر خالص تغییرات در سایر علل مرتبط با همه‌گیری و پاسخ به آنها را شامل می‌شود.

محاسبه مرگ اضافه‌تر مستلزم انجام مقایسه بین تعداد مرگ مشاهده‌شده در زمان و مکان مشخص، با تعداد مرگ مورد انتظار در زمانی است که همه‌گیری اتفاق نیفتاده باشد. شواهد موجود از کشورهایی که سیستم‌های نظارت بر مرگ سریع^۱ دارند، نشان می‌دهد در بسیاری از مکان‌ها تعداد مرگ گزارش شده ناشی از کووید-۱۹ به میزان قابل توجهی از تلفات واقعی این همه‌گیری کمتر است و مرگ مازاد تخمین زده شده می‌تواند در واقعیت چندین برابر بیشتر باشد (۷-۹). با این حال، واضح است که پاسخ نشان دادن به همه‌گیری در برخی کشورها منجر به جلوگیری از تعدادی مرگ شده است. فقط یک زیرگروه از کشورها ظرفیت نظارت بر مرگ را برای ردیابی این معیار در زمان واقعی دارند. در پاسخ به این شکاف موجود در داده‌های مهم و حیاتی، WHO و دپارتمان امور اقتصادی و اجتماعی سازمان ملل متحد (UN-DESA) یک گروه تخصصی از اپیدمیولوژیست‌ها، متخصصان آمار زیستی، جمعیت‌شناسان و مسئولان دفاتر آمار ملی تشکیل دادند.

1. Rapid mortality surveillance systems

نقش این گروه مشاوره فنی (TAG) مشاوره و کمک به WHO و کشورهای عضو برای به دست آوردن تخمین دقیق از تعداد مرگ‌های منتسب به همه‌گیری در همه نقاط جهان، همچنین مواردی است که داده‌های به‌موقع و به‌جا ندارند (۱۰). با حمایت و پشتیبانی گروه مشاوره فنی، ارزیابی‌های اولیه مرگ‌مازاد ۱,۳۴ تا ۱,۴۶ میلیون مورد مرگ اضافه‌تر در منطقه قاره آمریکا در طول سال ۲۰۲۰ تخمین زده می‌شود که حدود ۶۰٪ بیشتر از ۸۶۰,۰۰۰ مرگ گزارش شده ناشی از کووید-۱۹ است. همچنین، ۱,۱۱ تا ۱,۲۱ میلیون مرگ اضافه‌تر برای منطقه اروپا تخمین زده می‌شود که دو برابر ۵۹۰,۰۰۰ مرگ گزارش شده از کووید-۱۹ است. شکاف داده‌ای مهم و قابل توجهی در منطقه آفریقا، منطقه شرق مدیترانه، منطقه آسیای جنوب شرقی و منطقه غرب اقیانوس آرام وجود دارد، که برای این دوره فقط بیش از ۳۶۰,۰۰۰ مرگ ناشی از کووید-۱۹ گزارش شده است.

فقط ۱۶ کشور از ۱۰۶ کشور عضوی که این مناطق را تشکیل می‌دهند، داده‌های کافی برای محاسبه میزان مرگ اضافه‌تر در سال ۲۰۲۰ را دارند. WHO به‌طور فعال با کشورهای عضو برای بهبود کیفیت داده‌های موجود در حال تعامل است و گروه مشاوره فنی در حال حاضر در حال بررسی چارچوب‌های آماری قوی برای تخمین مرگ اضافه‌تر در کشورهایی است که در حال حاضر این امکان را ندارند. برون‌یابی آزمایشی از نتایج ارزیابی‌های منطقه آمریکا و منطقه اروپا نشان می‌دهد در سراسر جهان، بیش از ۳ میلیون مرگ اضافه‌تر ناشی از همه‌گیری کووید-۱۹ در سال ۲۰۲۰ رخ داده است. این رقم بیش از ۱,۲ میلیون مرگ بیشتر از ۱,۸ میلیون مورد گزارش شده کووید-۱۹ است. با این حال، جمع‌آوری داده‌های بیشتر و مدل‌سازی آماری زیادی برای اصلاح این برآورد مورد نیاز است.

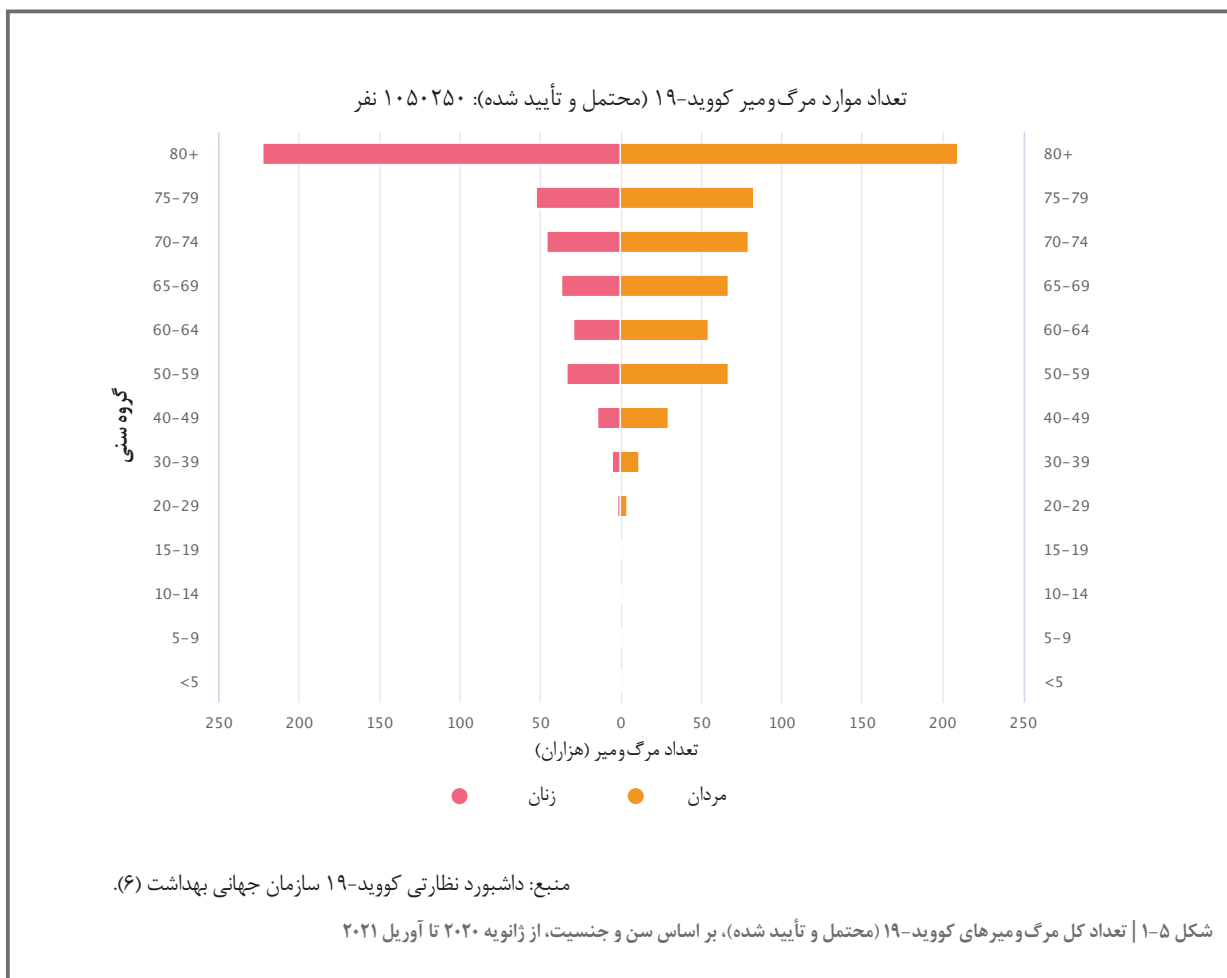
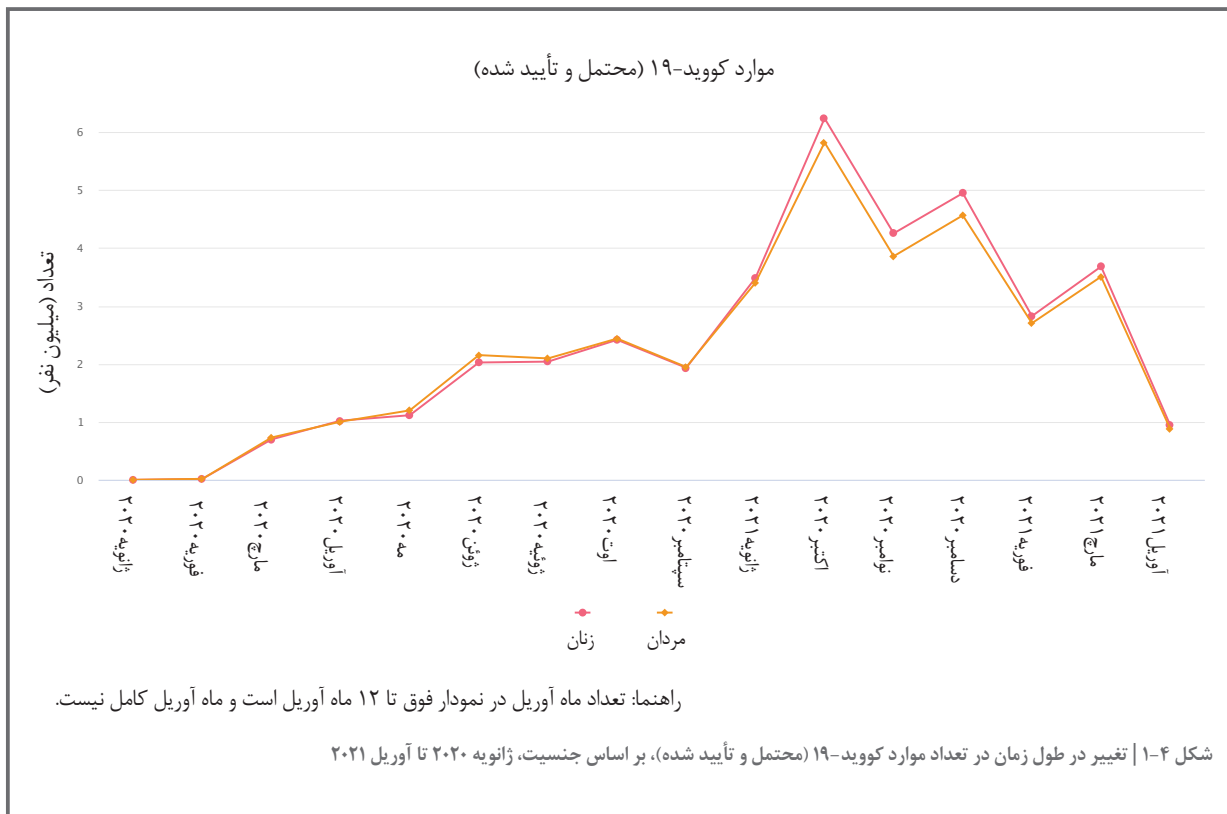
نابرابری‌های مرتبط با سن و جنسیت

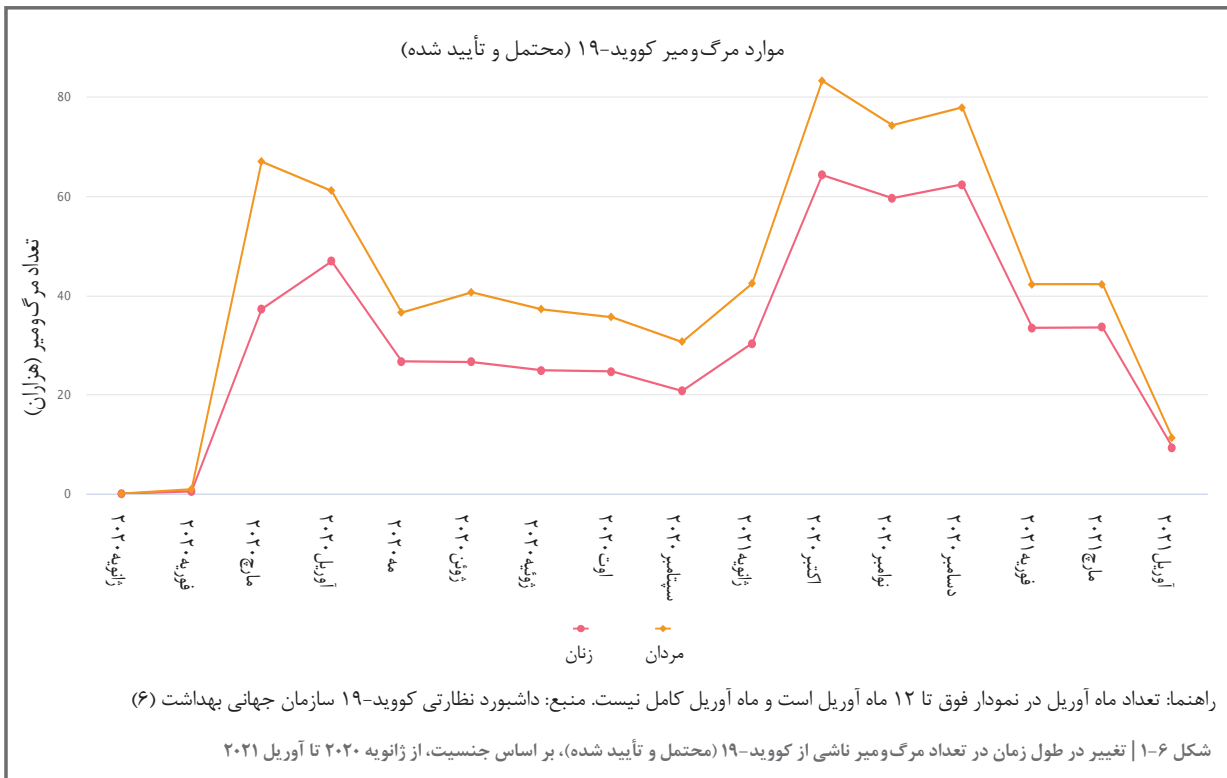
با توجه به داده‌های محدود در دسترس، تحلیل کنونی نشان می‌دهد موارد ابتلا و مرگ کووید-۱۹ نه تنها بین کشورها، بلکه بین زیر گروه‌های جمعیتی کشورها، از جمله بین مردان و زنان و بین گروه‌های سنی مختلف متفاوت است. داده‌های جهانی موجود نشان می‌دهد که تعداد موارد ابتلا به کووید-۱۹ بین مردان و زنان تفاوت معناداری ندارد (۴۸,۷٪ در مقابل ۵۱,۳٪ از کل موارد گزارش شده)، با این حال تعداد مرگ‌ها در بین مردان به‌طور قابل توجهی بیشتر از زنان است (۵۷,۶٪ در مقابل ۴۲,۴٪ از همه مرگ‌ها) (نمودارهای ۱-۳ تا ۱-۶).

در بین مردان و زنان، تعداد موارد کووید-۱۹ با افزایش سن به ۳۰ تا ۳۹ سالگی بالا رفته، سپس در سن ۷۵ تا ۷۹ سالگی پایین می‌آید، اما برای افراد ۸۰ سال یا بالاتر کمی افزایش وجود دارد. برای هر دو جنس، بیشترین تعداد موارد کووید-۱۹ در سنین ۳۰ تا ۳۹ سال است که حدود ۲۰٪ از کل موارد را شامل می‌شود. حدود ۶۰٪ از همه موارد در سنین ۲۰ تا ۶۰ سال، هم برای مردان و هم برای زنان رخ می‌دهد. تعداد مرگ‌های ناشی از کووید-۱۹ الگوی بسیار متفاوتی را نشان می‌دهد: به‌طور کلی، تعداد مرگ ناشی از کووید-۱۹ با بالا رفتن سن افزایش می‌یابد و برای افراد بالای ۸۰ سال بیشترین میزان است (که یک سوم کل مرگ‌ها را در بین مردان و زنان تشکیل می‌دهد).

داده‌های روند زمانی موجود نشان می‌دهد از نظر زمانی، تعداد موارد ابتلا بین مردان و زنان تقریباً یکسان بود (نمودار ۱-۴)، در حالی که تعداد مرگ‌ها به‌طور مداوم در بین مردان بیشتر از زنان بود (نمودارهای ۱-۵ و ۱-۶).

در حال حاضر کووید-۱۹ یکی از علل اصلی مرگ است. برای در نظر گرفتن مرگ ناشی از کووید-۱۹ در کنار سایر علل اصلی مرگ، نسبت به علل شرح داده شده در برآوردهای سازمان جهانی سلامت-۲۰۱۹ (۱۳)، تعداد مطلق مرگ‌های گزارش شده در سال ۲۰۲۰، کووید-۱۹ را در بین ۱۰ مورد اول قرار می‌دهد. بیماری ایسکمیک قلب، سکته مغزی، بیماری انسدادی مزمن ریه، عفونت‌های دستگاه تنفسی تحتانی و بیماری‌های دوران نوزادی در رتبه بالاتری به‌عنوان علل مرگ در سطح جهانی قرار دارند.





واکسیناسیون و واکسن های کووید-۱۹

در پرتو همه گیری که هنوز هم در حال گسترش است، دسترسی عادلانه جهانی به واکسن ها، با تمرکز بر حفاظت از جمعیت های اولویت دار، از جمله کارکنان مراقبت های بهداشتی - درمانی و افرادی که بیشتر در معرض خطر هستند، واکسیناسیون یکی از مهم ترین اقدامات برای کاهش آثار مخرب بر سلامت و اقتصاد و تحت کنترل گرفتن همه گیری است. پیش بینی می شود که این امر از ضرر ۳۷۵ میلیارد دلاری در هر ماه به اقتصاد جهانی جلوگیری کند. چندین واکسن مناسب در مدت زمان بی سابقه ای ساخته شدند، با این حال جهان همچنان با چالش هایی برای افزایش سریع تولید واکسن برای پاسخ به تقاضای جهانی مواجه است.

برای تسریع طراحی، تولید، تحویل و تضمین دسترسی عادلانه به واکسن های کووید-۱۹، WHO با همکاری GAVI، اتحاد واکسن و ائتلاف برای نوآوری های مربوط به آمادگی برای همه گیری ها، برنامه ابتکار کوواکس (COVAX) را رهبری کردند. از ۱ می ۲۰۲۱، کوواکس تقریباً ۵۳ میلیون دوز به ۱۲۱ کشور درخواست کننده ارسال کرده است (۱۳).

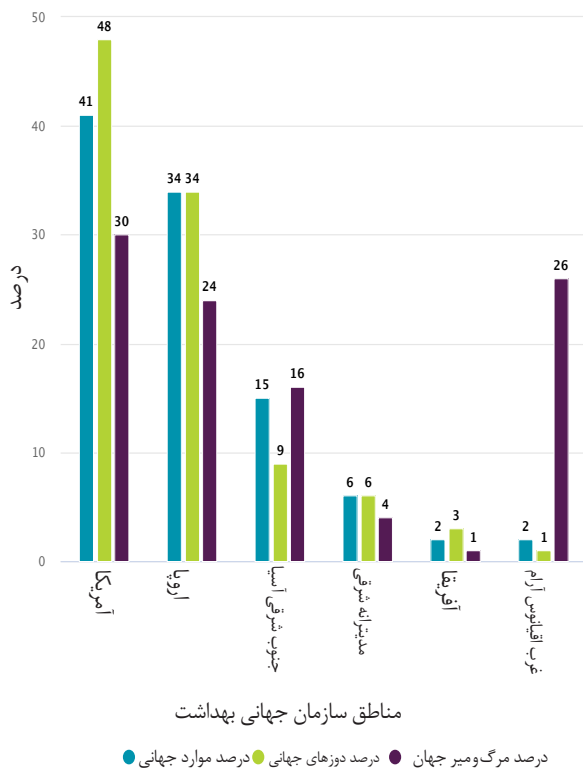
از ۱ مه ۲۰۲۱، کمی بیش از یک میلیارد دوز واکسن کووید-۱۹ در سطح جهان استفاده شده بود (نمودار ۷-۱). بیشترین تعداد دوزها در منطقه قاره آمریکا (۳۳٪) و پس از آن منطقه اروپا و منطقه غرب اقیانوس آرام (به ترتیب ۲۳٪ و ۲۲٪) تزریق شده است. ۲۳٪ باقیمانده در منطقه جنوب شرقی آسیا، منطقه شرق مدیترانه و منطقه آفریقا (به ترتیب ۱۷، ۴٪ و ۱٪) استفاده شد. نابرابری بین گروه های درآمدی با فقط ۱٪ از دوزها به LICها در مقایسه با ۱۹٪ در LMICها، ۳۳٪ در UMICs و ۴۷٪ در HICها به چشم می خورد (نمودار ۸-۱).

جدول ۱-۱ | کووید-۱۹ به عنوان عامل اصلی مرگ و میر

علت	2019	2020
بیماری های ایسکمیک قلب	8 880 000	
سکته	6 190 000	
بیماری انسدادی مزمن ریه	3 220 000	
عفونت های تنفسی تحتانی	2 590 000	
اختلالات نوزادی	1 960 000	
کووید-۱۹		1 800 000
سرطان های نای، برونش، ریه	1 760 000	
بیماری آلزایمر و سایر زوال عقل ها	1 590 000	
دیابت ملیتوس (شکرین)	1 490 000	
بیماری های اسهالی	1 450 000	

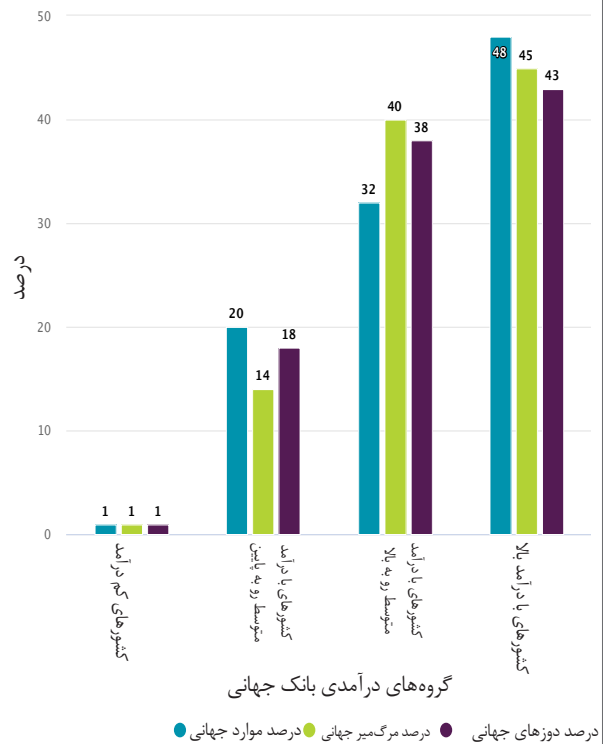
راهنما: مقایسه کل مرگ و میرهای تخمین زده شده برای علل اصلی در برآوردهای بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۹ با مرگ و میرهای گزارش شده کووید-۱۹ برای سال ۲۰۲۰. مقایسه مقادیر از دو دوره مختلف و بنابراین رشد جمعیت یا تغییرات اپیدمیولوژیک را در نظر نمی گیرد. با این حال، یک تصویر مرتبه بزرگی و رتبه بندی نسبی مورد انتظار علل را برای سال ۲۰۲۰ ارائه می دهد، با این فرض که خطرات مرگ و میر و سطوح برای سایر علل تغییر قابل توجهی نداشته است. منبع: برآوردهای بهداشت جهانی سازمان بهداشت جهانی ۲۰۱۹ (۱۳) و داشبورد نظارتی کووید-۱۹ سازمان بهداشت جهانی (۶)

توزیع دوزهای واکسن کووید-۱۹ براساس مناطق سازمان جهانی بهداشت

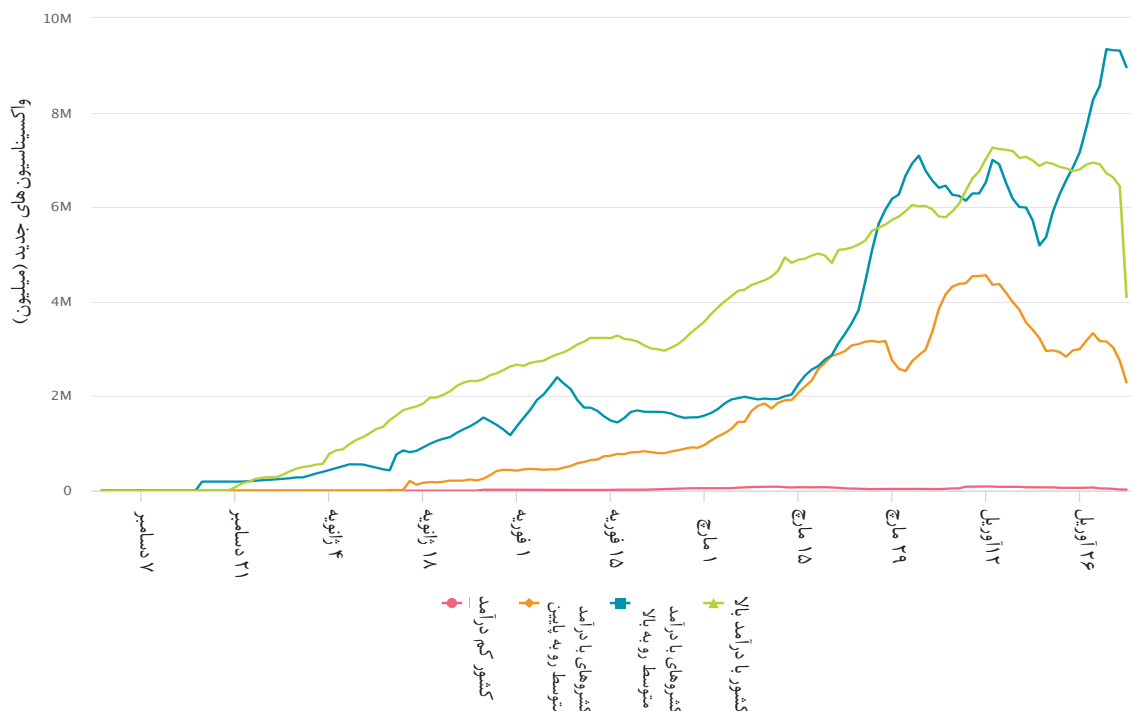


منبع: داشبوردهای نظارتی کووید-۱۹ سازمان جهانی بهداشت (۶)

توزیع دوزهای واکسن کووید-۱۹ براساس گروه‌های درآمدی بانک جهانی



شکل ۱-۷ | توزیع دوزهای واکسن کووید-۱۹ توسط مناطق WHO و گروه‌های درآمدی بانک جهانی



راهنما: جدول زمانی نشان داده شده از دسامبر ۲۰۲۰ تا آوریل ۲۰۲۱ است. M = میلیون. منبع: دنیای ما در داده‌ها (۱۶).

شکل ۱-۸ | توزیع دوزهای جدید واکسیناسیون کووید-۱۹ بر اساس گروه درآمدی بانک جهانی و تاریخ

عرضه نابرابر واکسن‌ها در هنگامه گسترش انواع جدید، کشورهای با منابع پایین‌تر را در معرض خطر بیشتری قرار می‌دهد و تا اندازه‌ای تغییر اخیری را که در توزیع مرگ از مناطق با منابع بیشتر به مناطق با منابع کمتر رخ داده است، توضیح می‌دهد. نابرابری‌هایی که پیش از همه‌گیری وجود داشتند، باعث توزیع نابرابر جهانی واکسن‌ها شده و خطر تداوم این همه‌گیری را به‌دنبال دارد، که به نوبه خود نابرابری موجود را تشدید کرده و خطراتی را در پی دارد که کل برنامه توسعه پایدار ۲۰۳۰ را از مسیر درست خارج می‌کند. همبستگی جهانی برای تقویت تولید واکسن‌ها و تضمین دسترسی عادلانه آنها برای جلوگیری از انتشار انواع بالقوه قابل انتقال، کشنده، یا ایمنی‌گریز و درنهایت ایمن نگه داشتن جامعه جهانی از ویروس بسیار مهم است.

با این حال، واکسن‌ها به تنهایی برای پایان دادن به همه‌گیری کافی نیستند. رکود پایدار در موارد هفتگی و مرگ در سطح جهانی هنوز دیده نشده است؛ ما باید هر کاری را از جمله فاصله‌گذاری اجتماعی، پوشیدن ماسک و تمیز کردن مکرر دست‌ها، برای جلوگیری از انتشار ویروس و جلوگیری از جهش‌هایی که ممکن است کارایی واکسن‌های موجود را به خطر بیندازند، انجام دهیم.

از هم گسیختگی خدمات اساسی سلامت

دور دوم «نظرسنجی پالس» WHO از ۱۳۵ کشور و منطقه (آوریل ۲۰۲۱) نشان می‌دهد از هم گسیختگی مداوم در ارائه خدمات مراقبت از سلامت در مقیاس قابل توجهی طی یک سال پس از همه‌گیری کووید-۱۹، وجود داشته، در واقع حدود ۹۰٪ از کشورها گزارش یک یا چند گسیختگی در ارائه خدمات ضروری سلامت را ارائه کرده‌اند. با این حال، بهبودهایی در داخل کشورها مشاهده شد، با کاهش متوسط گسیختگی‌های گزارش شده، ارائه خدمات ضروری سلامت از حدود یک دوم در سال ۲۰۲۰ به کمی بیش از یک سوم در سه ماهه اول سال ۲۰۲۱ رسیده است (۱۷،۱۸).

موارد مرتبط با نیروی کار سلامت، از جمله جابه‌جایی در سیستم بهداشتی-درمانی، شایع‌ترین علل اختلال در ارائه خدمات است که دو سوم کشورهای مورد بررسی را تحت تأثیر قرار داده است. تقریباً یک سوم کشورهای مورد بررسی، وجود مشکلاتی را در زنجیره تأمین گزارش کردند که موجب محدود شدن در دسترس بودن داروهای ضروری، ملزومات تشخیصی و تجهیزات حفاظت فردی مورد نیاز برای محافظت از کارکنان بهداشتی-درمانی برای ارائه مراقبت مؤثر شده است. یکی دیگر از دلایلی شایعی که برای قطع یا کاهش ارائه خدمات ذکر شد، لغو خدمات پیشگیری و درمان برنامه‌ریزی شده بود.

در سمت تقاضا نیز در بیش از نیمی از کشورهای مورد بررسی، بیمارانی وجود دارند که به دلیل بی‌اعتمادی و ترس از عفونت به‌دنبال دریافت خدمات مراقبت از سلامت نیستند. چالش‌های مالی نیز این وضعیت را تشدید می‌کند و دلیل اصلی اختلال در استفاده از خدمات در ۴۳٪ از کشورهای مورد بررسی گزارش شده است. در نتیجه، میلیون‌ها نفر هنوز هم مراقبت از سلامت حیاتی را از دست می‌دهند. ارائه مراقبت‌های اولیه روزانه برای پیشگیری و مدیریت برخی از شایع‌ترین بیماری‌ها بیشترین تأثیر را دارد و تقریباً نیمی از کشورهای مورد بررسی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. افراد مسن و یا معلول به دلیل اختلال در مراقبت طولانی مدت برای ناخوشی مزمن، توانبخشی و مراقبت‌های تسکینی مربوط به پایان زندگی به شدت تحت تأثیر قرار می‌گیرند.

انواع خدماتی که بیشتر تحت تأثیر قرار می‌گیرند، مربوط به اختلالات روانی، عصبی و مصرف مواد، بیماری‌های گرمسیری نادیده گرفته شده، سل، ویروس نقص ایمنی انسانی، هیپاتیت B و C، غربالگری سرطان و خدمات مربوط به سایر بیماری‌های ناواگیر از جمله فشار خون بالا و دیابت، تنظیم خانواده و پیشگیری از بارداری، مراقبت‌های فوری دندانپزشکی و سوء تغذیه را گزارش کردند. بیش از ۴۰٪ از کشورهای مورد بررسی، مختل شدن ارائه خدمات این موارد را گزارش کرده‌اند. اگرچه پیشرفت قابل توجهی در کاهش اختلالات در خدمات ایمن‌سازی در مراکز بهداشتی درمانی و خدمات ایمن‌سازی فراگیر به ترتیب به اندازه ۲۰٪ و ۳۰٪ نسبت به سال ۲۰۲۰ حاصل شد، اما بیش از یک سوم کشورهای مورد بررسی هنوز اختلال در ارائه این خدمات را گزارش می‌کنند. به طور مشابه با وجود پیشرفت‌هایی که نسبت به سال ۲۰۲۰ داشتند، ارائه خدمات مرتبط با بیماری مالاریا در حدود ۴۰٪ در کشورهای مورد بررسی هنوز مختل است.

در پاسخ به بروز اختلالات در ارائه خدمات، اکثر کشورهای مورد بررسی در حال اجرای راهبردها و رویکردهای کاهشی هستند. رایج‌ترین آنها عبارتند از استفاده از ارتباطات اجتماعی (۶۶٪)، تریاژ برای شناسایی اولویت‌ها (۶۰٪)، استخدام کارکنان اضافی (۵۶٪)، هدایت مجدد بیماران به سایت‌های مراقبت جایگزین، ارائه مراقبت‌های خانگی (۵۱٪) و جایگزینی پزشکی از راه دور به جای مشاوره حضوری (۴۸٪).

گزارش ابتلای مکرر کارکنان بهداشتی درمانی به کووید-۱۹

کارکنان بهداشتی و درمانی (HCW) در خط مقدم شیوع هر بیماری قرار دارند و فداکاری تزلزل‌ناپذیر آنها برای پاسخ‌های ملی و محلی به همه‌گیری کووید-۱۹ حیاتی بود (۱۷). بخش عمده‌ای از وظایف و نقش‌های آنها با خطر قرار گرفتن در معرض عوامل خطر آفرین مرتبط است که آثار بالقوه جدی بر رفاه آنها و خانواده‌هایشان دارد. براساس فرم‌های گزارش‌دهی از داده‌های نظارتی که توسط کشورهای عضو به WHO ارسال شده است، HCWها به‌طور مرتب به‌عنوان موارد جدید ابتلا به عفونت کووید-۱۹ گزارش شده‌اند. اگرچه این داده‌ها فقط زیرمجموعه‌ای از همه موارد هستند، اما نشان می‌دهند که HCWها بیش از ۱۰٪ از کل موارد جدید کووید-۱۹ را در سه ماه اول همه‌گیری تشکیل می‌دهند که تا ژوئن ۲۰۲۰ به کمتر از ۵٪ و تقریباً ۲٫۵٪ تا سپتامبر ۲۰۲۰ کاهش یافت (۱۸). این داده‌ها بار کووید-۱۹ را بین HCWها، به‌ویژه در مراحل اولیه همه‌گیری نشان می‌دهد و مشخص می‌سازد که افزایش استفاده از اقدامات حفاظتی خطر ابتلا به آن را کاهش داد.

به‌علاوه، خطر قرار گرفتن در معرض همه‌گیری کووید-۱۹ در سال ۲۰۲۰، دنیا را با چالش‌های بیشتر در سلامت روان، فرسودگی شغلی، انطباق با برنامه‌ریزی مجدد ارائه خدمات سلامت و بدتر شدن شرایط کار برای HCWها همراه کرده بود که همگی منجر به اعتصاب و همچنین انگ و تبعیض شغلی شدند. این عوامل در کنار هم روی در موجود بودن HCWها تأثیر گذاشته و موجب ضعیف شدن ارائه خدمات بهداشتی-درمانی در بسیاری از کشورها شده است.

تأثیر همه‌گیری بر پناهندگان و مهاجران

به‌رغم اینکه درخواست برای تفکیک داده‌ها براساس وضعیت مهاجرت هدف ۱۷،۱۸ اهداف توسعه هزاره است و همچنین نیاز به داده‌ها در مورد وضعیت سلامت پناهندگان و مهاجران در قطعنامه‌های متعدد WHO ۲۱ و ۲۲ و ملل متحد (۲۳،۲۴) درج شده است، ولی در حال حاضر داده‌های مربوط به شاخص‌های مرتبط با سلامت پناهندگان و مهاجران بسیار کم است. مطالعات سیستماتیک و تحلیل‌های جامع (۲۵) نشان داد حتی زمانی که شواهدی وجود دارد، عمدتاً از HICها بوده و روی دسته بیماری‌های خاص متمرکز است. بنابراین، نیاز فوری به شواهد کیفی و کمی سیستماتیک وجود دارد که این شواهد باید قابلیت مقایسه‌کردن و بیانگر بودن در مورد مسائل بهداشتی و درمانی بین پناهندگان و مهاجران را داشته باشد.

در راستای برنامه اقدام جهانی ۲۰۱۹-۲۰۲۳ (۲۲)، سازمان جهانی سلامت برای سلامت پناهندگان و مهاجران در برنامه بهداشت، درمان و مهاجرت، به پرکردن شکاف‌های موجود در شواهد از جمله تنظیم دستور کار تحقیقاتی برای تقویت هنجارها، استانداردها و راهنمایی‌ها برای کمک به کشورها می‌پردازد. از دیگر فعالیت‌های سازمان جهانی سلامت، نظارت بهتر بر روندها و پیشرفت به سمت اهداف توسعه پایدار، اهداف توسعه و غیره می‌باشد. اگرچه پاسخ‌های بیش از ۸۰٪ از دولتهایی که پاسخ دادند، نشان می‌دهد این دولت‌ها بدون توجه به وضعیت مهاجرت قانونی، دسترسی برابر به مراقبت‌های ضروری بهداشتی و درمانی را برای افراد با تابعیت کشورهای دیگر را فراهم می‌کنند، اما بازم انجام اقدامات سیاستی برای حمایت از حقوق مهاجران دشوار است (۲۶).

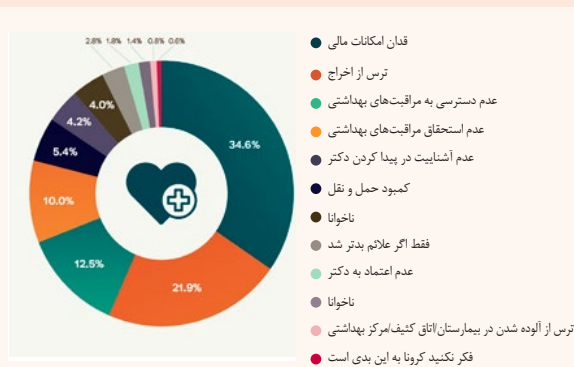
مقدار مهاجرت جهانی بسیار زیاد است، به طوری که یک میلیارد مهاجر در سراسر جهان، از جمله ۲۸۱ میلیون مهاجر بین‌المللی، ۸۰ میلیون جمعیت آواره اجباری، ۴۵،۷ میلیون آواره داخلی و ۲۶،۳ میلیون پناهنده (۲۷) وجود دارد. پرداختن به نیازهای بهداشتی و درمانی پناهندگان و مهاجران برای مدیریت برنامه‌های مراقبت از سلامت و عملیات واکنش و بازایی، برای اطمینان نسبت به حمایت از

حقوق بشر و ملاحظات برابری، ضروری است.

همه‌گیری کووید-۱۹ شرایط زندگی و سلامتی پناهندگان و مهاجران را بدتر کرده است. در سال ۲۰۲۰، نظرسنجی ApartTogether (۲۸) داده‌های خودگزارش شده از ۳۰،۰۰۰ پناهنده و مهاجر مربوط به ۱۵۹ منطقه از ۱۷۰ کشور را جمع‌آوری کرد. داده‌های به‌دست‌آمده از پاسخ‌دهندگان نشان داد که از زمان شروع همه‌گیری به‌طور قابل توجهی بیشتر دچار احساس افسردگی، نگرانی، اضطراب، تنهایی، عصبانیت، استرس، تحریک‌پذیری، ناامیدی و مشکلات مرتبط با خواب بودند و بیشتر از مواد مخدر و الکل استفاده می‌کردند (نمودار ۱-۹).

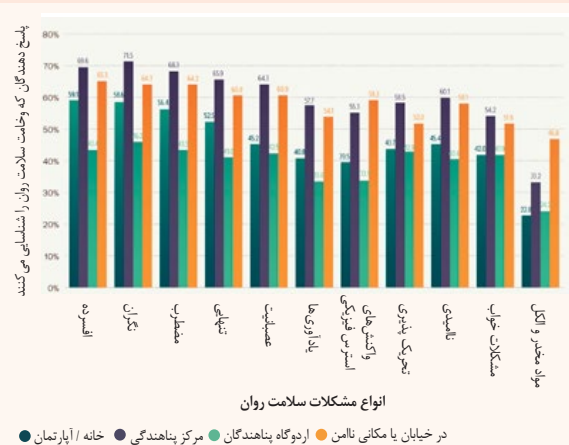
بین پاسخ‌دهندگانی که وضعیت سلامت روانی خود را بدتر گزارش کرده بودند، پناهندگان و مهاجران وجود داشتند که در مراکز پناهندگی یا در خیابان زندگی می‌کنند و گزارش کردند شرایط ایشان بدتر از شرایط کسانی است که در خانه‌ها، آپارتمان‌ها، یا حتی کمپ‌های پناهندگان زندگی می‌کنند. حدود ۱۲۰۰ پاسخ‌دهنده گزارش دادند که حتی زمانی که علائم کووید-۱۹ را نشان می‌دادند به دنبال مراقبت‌های بهداشتی و درمانی نبودند. نبود امکانات مالی، ترس از اخراج، در دسترس نبودن خدمات مراقبت از سلامت، یا عدم استحقاق، دلایلی بودند که تقریباً دو سوم (۶۰٪) کسانی که به دنبال خدمات مراقبت از سلامت نبودند، ذکر کرده‌اند (نمودار ۱-۱۰).

با وجود تمرکز قابل توجه روی حصول اطمینان از گنجاندن پناهندگان و مهاجران در اقدامات جهانی برای مقابله با کووید-۱۹ و گزارش‌های مرتبط با ارتقا سلامت ایشان، مهاجران غیرقانونی همچنان جزو محروم‌ترین افراد از دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی هستند. در اکثر کشورها، فقط در صورتی می‌توانند به این خدمات دسترسی داشته باشند که بتوانند هزینه‌های مربوطه را به‌طور کامل بپردازند. دسترسی پناهنده‌ها به طرح‌های بیمه سلامت ملی نیز تحت تأثیر عوامل سیاسی و قانونی در کشور میزبان است. چارچوب ملل متحد برای پاسخ فوری اجتماعی-اقتصادی به کووید-۱۹ (۲۹)، پناهندگان و مهاجران را به‌عنوان جمعیت‌های در معرض خطر معرفی می‌کند که بالاترین اندازه به حاشیه‌رفتن در زمینه اجتماعی-اقتصادی را تجربه می‌کنند و نیاز به توجه خاص و جمع‌آوری داده‌های تفکیک‌شده دارند.



راهنما: داده‌های جمع شده از ۱۱۹۸ پاسخ‌دهنده متبع نظرسنجی Apart Together (۲۸)

شکل ۱-۱۰ | دلایلی که پناهندگان و مهاجران پس از بروز کووید-۱۹ (مشکوک) به دنبال مراقبت‌های پزشکی نیستند

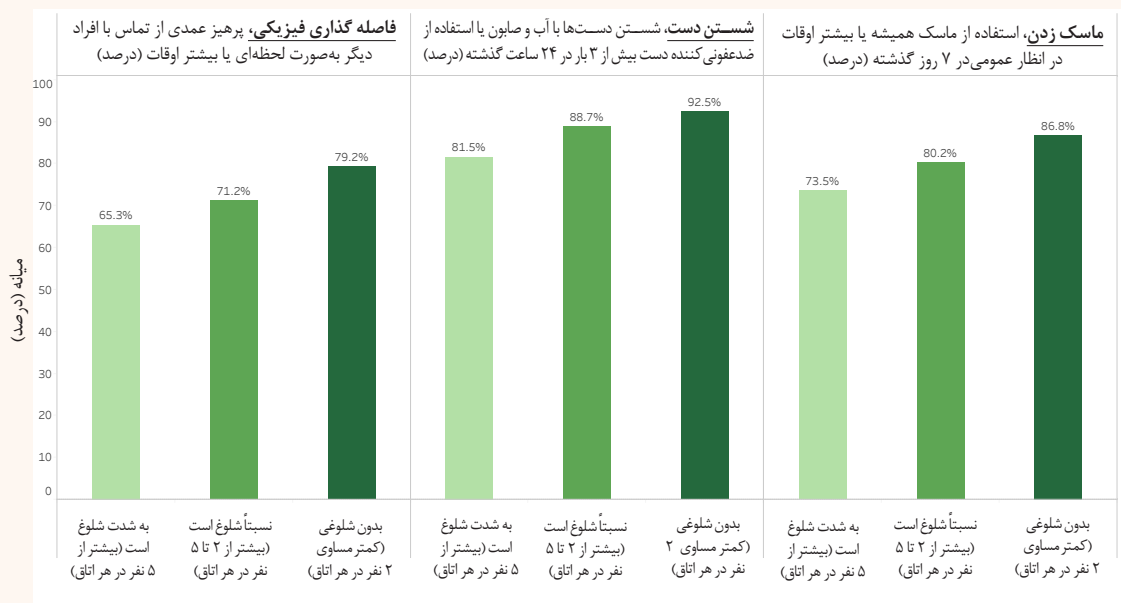


وضعیت اجتماعی-اقتصادی بر رفتارهای پیشگیری از کووید-۱۹ تأثیر می‌گذارد:

به مقدار کمتری به‌طور منظم می‌شویند و در مکان‌های عمومی به مقدار کمتری از ماسک استفاده می‌کنند. رفتارهای پیشگیرانه با افزایش میزان جمعیت کاهش می‌یابد (نمودار ۱-۱۱).

به‌طور کلی، ۷۹٪ از کسانی که در خانواده‌های کم جمعیت زندگی می‌کنند در مقایسه با ۷۱٪ که در خانواده‌های پرجمعیت متوسط و ۶۵٪ در خانواده‌های بسیار پرجمعیت، گزارش دادند که تلاش می‌کنند از نظر فیزیکی از دیگران فاصله بگیرند. شستن منظم دست‌ها بین کسانی که در خانه‌های شلوغ (۹۳٪) زندگی می‌کردند، بیشتر از خانواده‌های پرجمعیت متوسط (۸۹٪) و بسیار پرجمعیت (۸۲٪) بود. از نظر استفاده از ماسک، در مجموع ۸۷٪ از افرادی که در خانه‌های کم جمعیت زندگی می‌کنند، در مقایسه با ۸۰٪ افرادی که در شرایط شلوغ متوسط زندگی می‌کنند و ۷۴٪ از افرادی که در شرایط بسیار شلوغ زندگی می‌کنند، در اماکن عمومی در هفت روز گذشته از ماسک استفاده می‌کردند.

یک نظرسنجی در حال انجام که با مشارکت فیس‌بوک و دانشگاه مریلند در ۳۵ کشور با درآمد بالا انجام می‌شود، نشان داد در طی ۱۰ ماه (بین ماه مه ۲۰۲۰ تا ماه فوریه ۲۰۲۱)، هرچه افراد محروم‌تر باشند، کمتر رفتارهای محافظتی در برابر کووید-۱۹ را رعایت می‌کنند. ازدحام بیش‌از‌حد، شاخصی از وضعیت اجتماعی-اقتصادی است که اصطلاح «بسیار شلوغ» برای حالت بیش از پنج نفر در یک اتاق برای خواب، اصطلاح «شلوغ متوسط» برای حالت بیش از دو نفر اما کمتر از پنج نفر و اصطلاح «شلوغ نبودن» برای حالت دو نفر یا کمتر به کار می‌رود. پاسخگویان به نظرسنجی بین ۱٪ تا ۲۱٪ از جمعیت بزرگسالی را تشکیل می‌دهند که در شرایط «شلوغ متوسط» زندگی می‌کنند و ۰٫۱٪ تا ۳٫۱٪ در شرایط «بسیار شلوغ» در ۳۵ کشور زندگی می‌کنند. افرادی که در خانه‌های پرجمعیت زندگی می‌کنند، در مقایسه با افرادی که در خانه‌های با جمعیت کمتر زندگی می‌کنند، به‌طور کلی به مقدار کمتری از تماس عمدی با دیگران پرهیز می‌کنند، دست‌ها را



یادداشت: ازدحام بیش از حد با تعداد افراد در هر اتاقی که برای خواب استفاده می‌شود اندازه‌گیری می‌شود. تعداد افراد در هر اتاق اتاق‌هایی را در نظر می‌گیرد که برای خواب استفاده می‌شوند.

منبع: محاسبات WHO با استفاده از داده‌های بررسی علائم جهانی COVID-19

شکل ۱-۱۱ | داده‌های ترکیبی برای شاخص‌های پیشگیرانه: فاصله گذاری فیزیکی، شستن دست‌ها و پوشیدن ماسک، با «ازدحام خانگی» در ۳۵ کشورهای با درآمد بالا

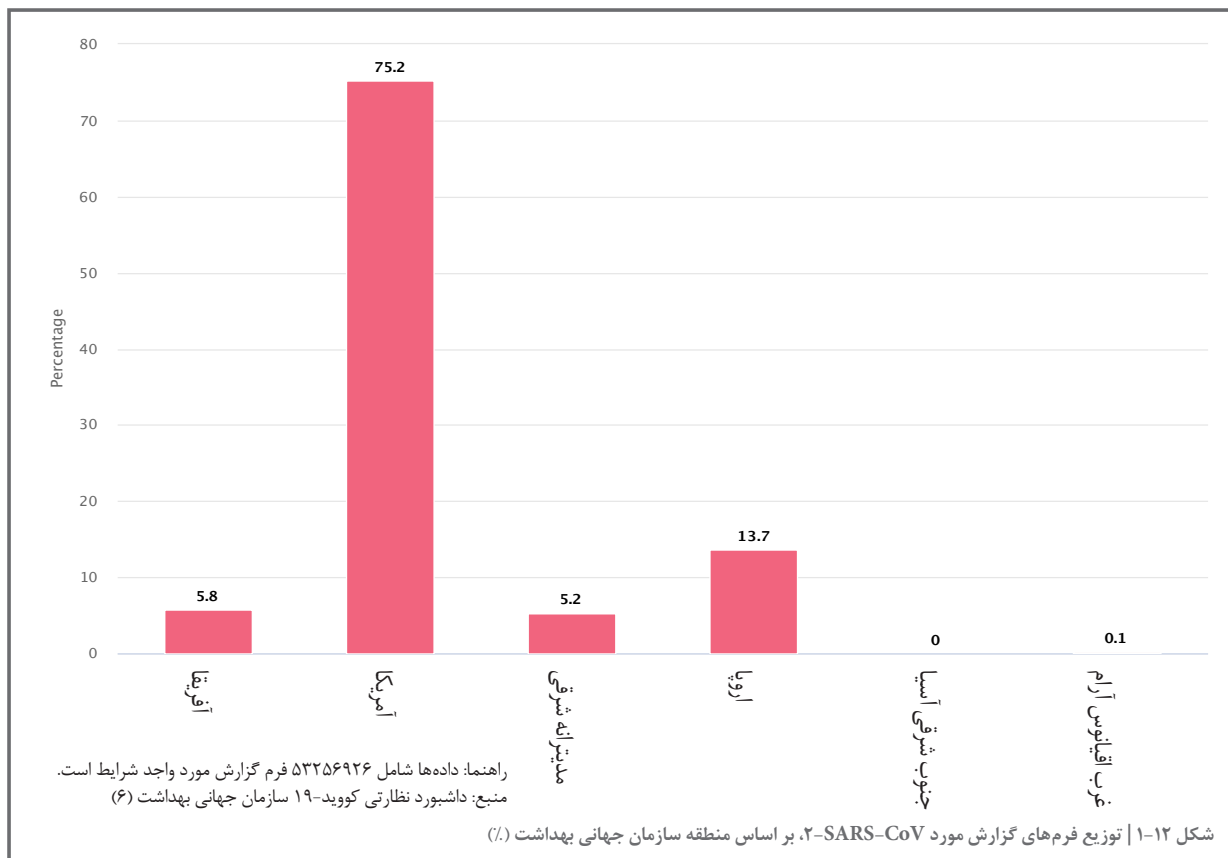
شکاف‌های داده‌ای

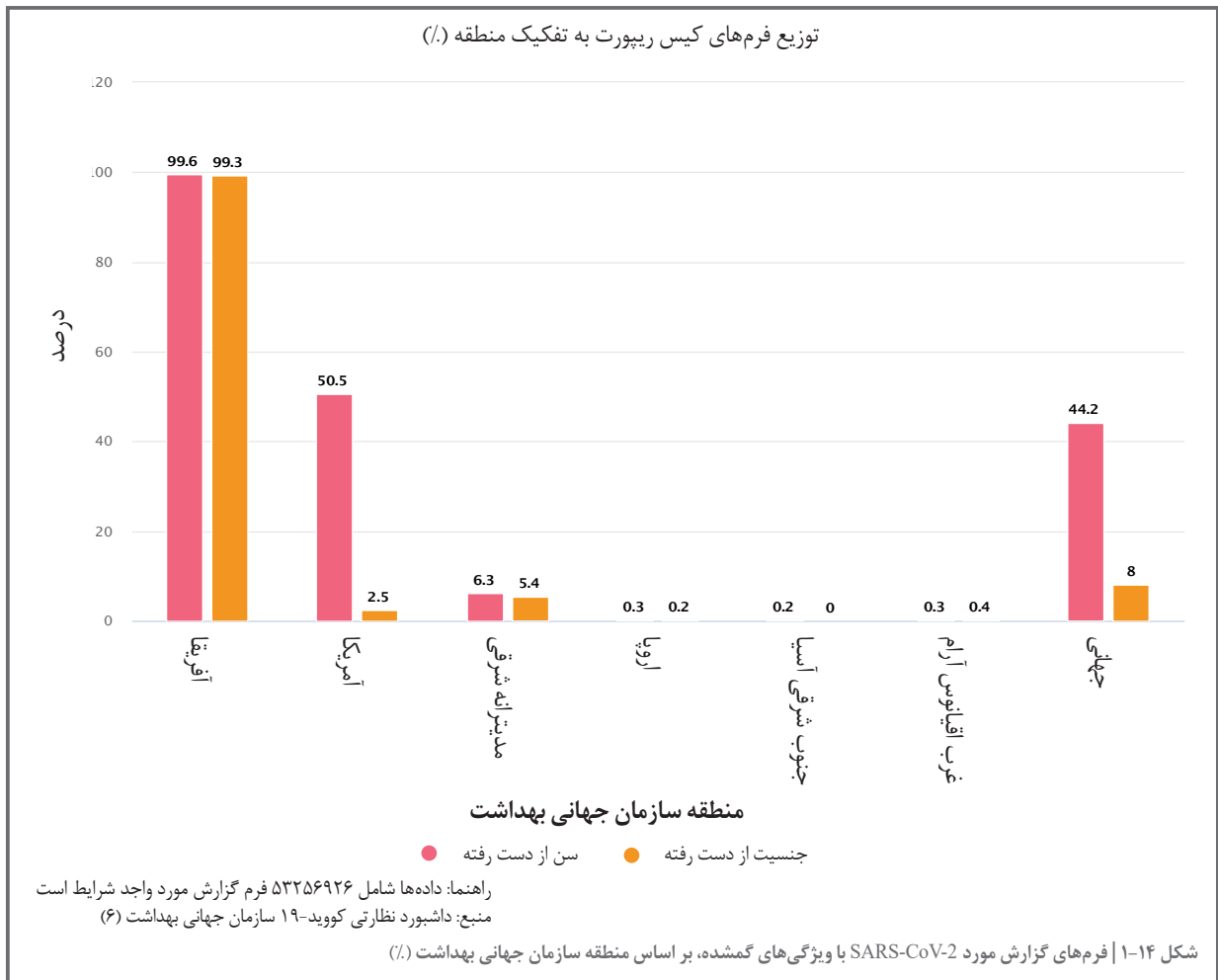
چالش اصلی برای تعیین عواملی که عمدتاً با افزایش عفونت کووید-۱۹ و خطر مرگ مرتبط هستند، عبارتست از کمبود داده‌های موجود، به‌ویژه نبودن شناسه‌هایی مانند جنس و سن در تعداد قابل توجهی از داده‌های گزارش شده. مهم‌تر از همه، اتکای تحلیل موارد کووید-۱۹ و مرگ بر اساس جنسیت و سن، به در وجود داده‌های تفکیک شده و با کیفیت، به‌موقع و قابل اعتماد است. نظارت فعال بر کووید-۱۹ وجود مقدار قابل توجهی بار اضافی روی سیستم‌های

نظارت بر سلامت عمومی، به ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط را نشان می دهد. کشورهای گزارش دهی را به روش های مختلف اولویت بندی کرده اند، به نحوی که فرصت های تفکیک جنسیتی و سنی برای برخی کشورها و در مراحل مختلف همه گیری محدود بود. از زمان شروع همه گیری، فرم های تکمیل شده گزارش موردی WHO منبع مهمی از اطلاعات برای نظارت و ردیابی بلادرنگ تأثیر همه گیری فراهم کرده است. این داده ها توسط کشورهای عضو در راستای سیستم نظارت جهانی برای کووید-۱۹ که در ژانویه ۲۰۲۰ در چارچوب مقررات بین المللی سلامت (۲۰۰۵) راه اندازی شد، به WHO ارسال می شود (۳۰).

فرم گزارش موقت موردی برای سندرم حاد تنفسی کرونا ۲ (SARS-CoV-2) ارائه شد و موارد احتمالی در وبسایت WHO قرار گرفت و از کشورهای عضو درخواست شد تا فرم های تکمیل شده را ظرف ۴۸ ساعت پس از شناسایی موارد ارسال کنند. در ۲۷ فوریه ۲۰۲۰، یک فرم اصلاح شده با درخواست برای ارسال مجدد فرم ها در زمانی که نتایج بیمار مشخص شد یا ۳۰ روز پس از اولین ارسال، تهیه شد. از کشورها خواسته شد تا فرم های گزارش موردی را تا حد امکان تکمیل و ارسال کنند؛ داده های ارسال شده تا ۲۸ فوریه ۲۰۲۱ از نظر کیفیت و شکاف های اطلاعاتی ارزیابی شدند (نمودارهای ۱-۱۲ و ۱-۱۳).

به طور کلی، بین ژانویه ۲۰۲۰ و آوریل ۲۰۲۱، فقط ۴۱ کشور (۱۷٪) از ۲۳۶ کشور/منطقه، داده های تفکیک شده براساس جنسیت را برای حداقل ۹۵٪ موارد گزارش کردند، در حالی که ۷۲ کشور (۳۰٪) تفکیک جنسیتی را برای حداقل ۷۰٪ از موارد گزارش دادند. در سطح جهانی، جنسیت برای بیش از نیمی از موارد (۵۱٪) گزارش شده است. در مقایسه با سال ۲۰۲۰، این درصد برای ماه مه و آوریل ۲۰۲۱ بیشتر است که نشان دهنده بهبود نظارت و گزارش است.





علاوه بر این، شکاف اطلاعاتی از طریق ارزیابی کشورهایی که موارد کووید-۱۹ را بین نیروی کار سلامت (HWF) گزارش کرده‌اند، مشهود بود (جدول ۲-۱). گنجاندن شناسه‌های HCW به‌طور متوسط ۸۱٪ در سطح جهانی و از ۵۰٪ در منطقه آسیای جنوب شرقی تا ۹۸٪ در منطقه آفریقا متغیر است.

بیش از یک سال از اولین مورد شناسایی بیماری همه‌گیر کووید-۱۹ می‌گذرد و بسیاری از درس‌های مهم باقی مانده است که باید به‌طور کامل مستند شده و مورد استفاده قرار گیرد. با نگاهی به آینده، درمی‌یابیم فرصت‌های زیادی برای بهتر کردن سیستم‌های نظارت معمول بر جمع‌آوری و تفکیک داده‌های کووید-۱۹ وجود دارد. این فرصت‌ها شامل همسویی نظارت بر کووید-۱۹ با تقویت مداوم سیستم‌های اطلاعات سلامت و ادغام آن با سایر سیستم‌های نظارت معمول موجود، مانند سیستم‌های نظارت جمعیتی و جغرافیایی است. نظارت و پایش کووید-۱۹ همچنین باید با ردیابی اهداف توسعه هزاره، شاخص‌های آمادگی ملی مرتبط با UHC و IHR و همچنین بررسی گسترده‌تر خدمات پوشش واکسن، آب، فاضلاب و سلامت باشد.

سرمایه‌گذاری برای توجه به مسائل و منابع باید تضمین شود تا رشد و گسترش سیستم‌های نظارت کووید-۱۹ با سرعت و مقیاسی مشابه توسعه و نوآوری واکسن و تحقیقات بالینی مرتبط با کووید رخ دهد (۳۱، ۳۲).

جدول ۱-۲ | داده‌های نیروی کار بهداشتی در فرم‌های کیس ریپورت SARS-CoV-۲، براساس منطقه سازمان جهانی بهداشت

منطقه سازمان جهانی بهداشت	تعداد کشورهایی که موارد را گزارش می‌کنند	مجموع موارد گزارش شده	تعداد کشورهایی که داده‌های نیروی کار بهداشتی را گزارش می‌کنند	نسبت کشورهای که داده‌های نیروی کار بهداشتی را گزارش می‌دهند	تعداد موارد نیروی کار بهداشتی
آمریکا	40	56 189 932	30	75%	1 118 000
اروپا	54	45 551 551	40	74%	692 408
آفریقا	47	3 089 961	46	98%	104 625
مدیترانه شرقی	21	5 807 616	17	81%	39 327
غرب اقیانوس آرام	10	1 842 207	9	90%	23 244
جنوب شرقی آسیا	10	15 330 286	5	50%	660
کل	182	127 811 553	147	81%	1 978 264

راهنما: HWF: نیروی کار سلامت، AMR: منطقه قاره آمریکا، EUR: منطقه قاره اروپا، AFR: منطقه قاره آفریقا، EMR: منطقه مدیترانه شرقی، WPR: منطقه غرب اقیانوس آرام، SEAR: منطقه جنوب شرق آسیا.
منبع: داشبورد نظارتی کووید-۱۹ سازمان جهانی بهداشت (۶).

References

- Arias E, Tejada-Vera B, Ahmad F. Provisional life expectancy estimates for January through June, 2020. Vital Statistics Rapid Release. 2021;10 (<https://www.cdc.gov/nchs/data/vsrr/VSRR10-508.pdf>, accessed 1 May 2021).
- Aburto JM, Kashyap R, Schöley J, Angus C, Ermisch J, Mills MC, et al. Estimating the burden of the COVID-19 pandemic on mortality, life expectancy and lifespan inequality in England and Wales: a population-level analysis. J Epidemiol Community Health. 2021 (published online). doi: 10.1136/jech-2020-215505.
- Life expectancy by age and sex [online database]. Brussels: Eurostat; 2021 (https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_MLEXPEC/bookmark/table, accessed 1 May 2021).
- Nalbandian A, Sehgal K, Gupta A, Madhavan MV, McGroder C, Stevens JS. Post-acute COVID-19 syndrome. Nature Medicine. 2021;27:601–615 (<https://www.nature.com/articles/s41591-021-01283-z>, accessed 1 May 2021).
- Post-COVID conditions. Atlanta: US Centers for Disease Control and Prevention; 2021 (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/long-term-effects.html>, accessed 1 May 2021).
- WHO Coronavirus (COVID-19) dashboard [online database]. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://covid19.who.int>, accessed 1 May 2021).
- Tracking covid-19 excess deaths across countries [online database]. The Economist. 16 April 2021 (<https://www.economist.com/graphic-detail/coronavirus-excess-deaths-tracker>, accessed 1 May 2021).
- Excess mortality across countries in 2020. Oxford: The Centre for Evidence-Based Medicine; 2021 (<https://www.cebm.net/covid-19/excess-mortality-across-countries-in-2020/>, accessed 1 May 2021).
- Excess mortality during the Coronavirus pandemic (COVID-19) [online database]. Oxford: Our World in Data; 2021 (<https://ourworldindata.org/excess-mortality-covid>, accessed 1 May 2021).
- Karlinsky A, Kobak D. The World Mortality Dataset: Tracking excess mortality across countries during the COVID-19 pandemic[pre-print]. medRxiv. 2021. doi.org/10.1101/2021.01.27.21250604.
- World Mortality Dataset [website] (https://github.com/akarlinsky/world_mortality, accessed 1 June 2021).
- Technical Advisory Group on COVID-19 Mortality Assessment. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/data/technical-advisory-group/covid-19--mortality-assessment/membership>, accessed 1 May 2021).
- Global health estimates 2019: Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019. Geneva, WorldHealth Organization; 2020. (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>, accessed 1 May 2021).
- Just how do deaths due to COVID-19 stack up? ThinkGlobalHealth [website]. New York: Council on Foreign Relations; 2021(<https://www.thinkglobalhealth.org/article/just-how-do-deaths-due-covid-19-stack>, accessed 1 May 2021).
- COVAX vaccine roll-out. Geneva: GAVI; 2021 (<https://www.gavi.org/covax-vaccine-roll-out>, accessed 1 May 2021).

16. Coronavirus (COVID-19) vaccinations [online database]. Oxford: Our World in Data; 2021 (<https://ourworldindata.org/covidvaccinations>, accessed 1 May 2021).
17. Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS-continuity-survey-2021.1>, accessed 1 May 2021).
18. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: interim report, 27 August 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuitysurvey-2020.1, accessed 1 May 2021).
19. World Health Worker Week video message from Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, WHO Director-General [website]. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/campaigns/annual-theme/year-of-health-and-care-workers-2021#>, accessed 1 May 2021).
20. Weekly epidemiological update - 2 February 2021. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---2-february-2021>, accessed 1 May 2021).
21. Resolution WHA61.17. Health of migrants. In: Sixty-first World Health Assembly, Geneva, 16–24 May 2011. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2008 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/23533/A61_R17-en.pdf, accessed 1 June 2021).
22. Promoting the health of refugees and migrants. Draft global action plan, 2019–2023. In: Seventy-second World Health Assembly, Geneva, 20–28 May 2019. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_25Rev1-en.pdf, accessed 1 June 2021).
23. UN Resolution A/RES/73/195. Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration. New York: General Assembly of the United Nations: Resolutions of the 73rd session; 2019 (https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/73/195, accessed 1 June 2021).
24. Report of the United Nations High Commissioner for Refugees. Part II: Global compact on refugees. New York: General Assembly of the United Nations: Official Records Seventy-third Session Supplement No. 12; 2019 (https://www.unhcr.org/gcr/GCR_English.pdf, accessed 1 June 2021).
25. Sweileh WM, Wickramage K, Pottie K, Hui C, Roberts B, Sawalha AF et al. Bibliometric analysis of global migration health research in peer-reviewed literature (2000–2016). BMC Public Health. 2018;18:777 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6011263/>, accessed 1 June 2021).
26. International migration: Highlights. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2020 (https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesa_pd_2020_international_migration_highlights.pdf, accessed 1 June 2021).
27. Mobility and migration. New York: United Nations Development Programme; 2010 (http://hdr.undp.org/sites/default/files/nhdr_migration_gn.pdf, accessed 1 June 2021).
28. Apart Together survey. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240017924>, accessed 1 May 2021).
29. A UN framework for the immediate socio-economic response to COVID-19. New York: United Nations Sustainable Development Group; 2020 (<https://unsdg.un.org/resources/un-framework-immediate-socio-economic-response-covid-19>, accessed 1 May 2021).
30. International Health Regulations (2005) Third Edition. Geneva: World Health Organization; 2005 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496>, accessed 1 May 2021).
31. Lang T. Plug COVID-19 research gaps in detection, prevention and care. Nature. 2020;583:333 (<https://www.nature.com/articles/d41586-020-02004-1>, accessed 1 May 2021).
32. The need for data innovations in the time of COVID-19. In: The Sustainable Development Goals Report 2020. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2020 (<https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/the-need-for-datainnovations-in-the-time-of-COVID-19/>, accessed 1 May 2021).

امید به زندگی سالم و بار بیماری‌ها

امید به زندگی سالم شاخص اصلی سازمان جهانی سلامت برای آرمان سه میلیارد است و نیز معیار اصلی ارزیابی پیشرفت به سمت اهداف توسعه پایدار به شمار می‌رود. میانگین امید به زندگی بدو تولد و امید به زندگی سالم در سال ۲۰۱۹ نسبت به سال ۲۰۰۰، به‌طور قابل توجهی افزایش یافته‌اند. این روندها نشان‌دهنده پیشرفت‌هایی است که در مورد بسیاری از بیماری‌ها و آسیب‌ها برای کل جمعیت و/یا گروه‌های هدف حاصل شده است. در این بخش آخرین روندها در امید به زندگی در بدو تولد، امید به زندگی سالم و بار بیماری‌ها برای فهرستی از بیماری‌های واگیردار و ناواگیر و همچنین آسیب‌ها و نابرابری‌های مرتبط را شرح داده شده است.

روند جهانی امید به زندگی و امید به زندگی سالم

پیش از همه‌گیری کووید-۱۹، سلامت جمعیت در سطح جهان رو به بهبود بود، افزایش در متوسط جهانی امید به زندگی بدو تولد از ۶۶٫۸ سال در سال ۲۰۰۰ به ۷۳٫۳ سال در ۲۰۱۹ و امید به زندگی سالم از ۵۸٫۳ سال در سال ۲۰۰۰ به ۶۳٫۷ سال در سال ۲۰۱۹ افزایش یافت. امید به زندگی در بدو تولد و امید به زندگی سالم برای مردان به ترتیب به ۷۰٫۹ و ۶۲٫۵ رسید. برای زنان این ارقام به ترتیب معادل ۷۵٫۹ و ۶۴٫۹ سال است.

باوجود تجربه این دستیافت‌های بزرگ در طول دو دهه گذشته، منطقه آفریقا، در سال ۲۰۱۹، با ۶۴٫۵ و ۵۶٫۵ سال همچنان کمترین مقدار امید به زندگی بدو تولد و امید به زندگی سالم را در بین مناطق سازمان جهانی سلامت دارد. قاره آمریکا در سال ۲۰۰۰ بالاترین میزان امید به زندگی بدو تولد (۷۴٫۱ سال) را داشت اما در سال ۲۰۱۹ به علت پیشرفت‌های سریع منطقه اروپا و منطقه غرب اقیانوس آرام به ترتیب با (۷۸٫۲ و ۷۷٫۷ سال) به رتبه سوم با (۷۷٫۲) تنزل یافت. دو منطقه اروپا و غرب اقیانوس آرام، در سال ۲۰۱۹ هم بالاترین مقدار امید به زندگی سالم را به ترتیب با ۶۸٫۳ و ۶۸٫۶ سال داشتند.



شکل ۱-۲ | امید به زندگی و امید به زندگی سالم بر اساس جنسیت، در سطح جهانی و بر اساس مناطق سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۰-۲۰۱۹

امید به زندگی بالای ۶۰ سال، که معیاری برای ارزیابی سلامت افراد مسن است، نیز در سطح جهان از ۱۸,۸ سال در سال ۲۰۰۰ به ۲۱,۱ سال در سال ۲۰۱۹ افزایش یافته است، ولی امید به زندگی سالم در همین دوره فقط از ۱۴,۱ سال به ۱۵,۸ سال رسیده است.

نابرابری‌ها در مقادیرهای دو شاخص امید به زندگی سالم و امید به زندگی در بدو تولد

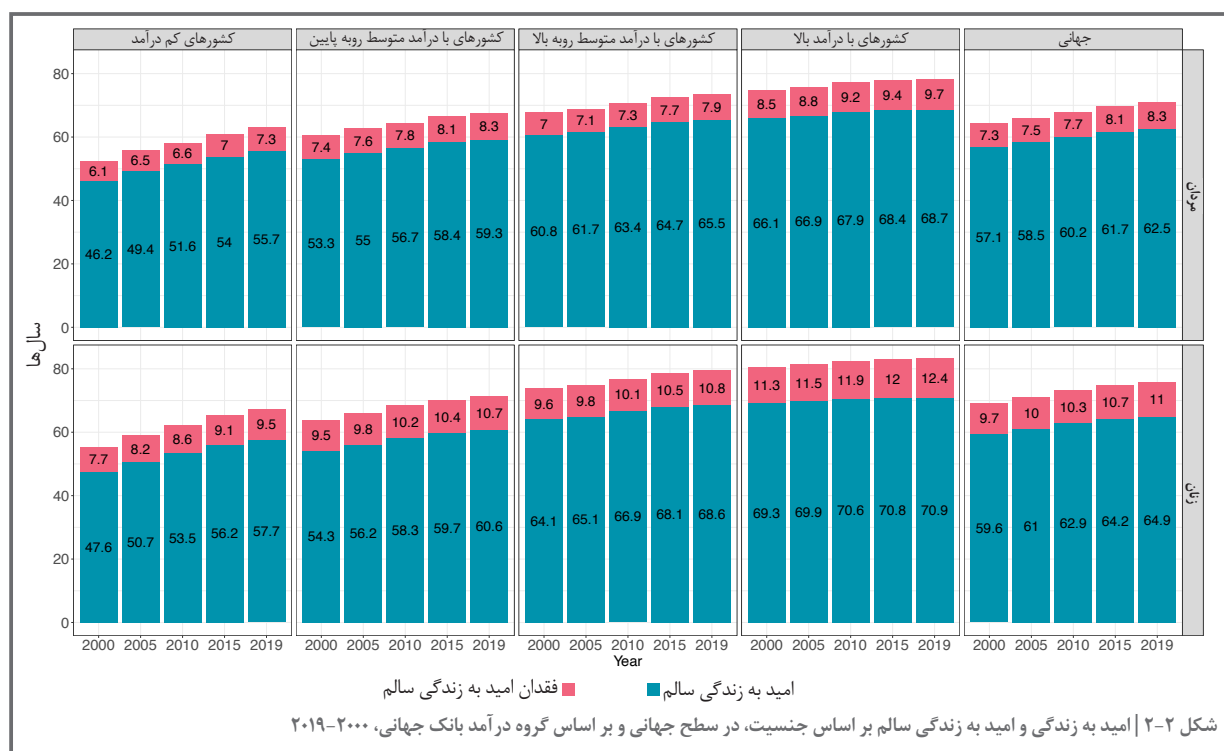
در سطح جهان، مقدار شاخص امید به زندگی سالم و مقدار شاخص امید به زندگی در بدو تولد برای مردان معمولاً به ترتیب حدود ۵ سال و ۲,۴ سال پایین‌تر از زنان بود؛ در بیست سال گذشته تغییر بسیار کمی در این شاخص‌ها بین زنان و مردان رخ داده است. الگوهای متفاوتی از نابرابری مرتبط با جنسیت در مقدار شاخص امید به زندگی سالم در گروه‌های درآمدی در همه کشورها وجود دارد. در کشورهای با درآمد پایین امید به زندگی سالم کمترین میزان را برای هر دو گروه مردان و زنان دارد و در بین گروه‌های درآمدی سریع‌ترین بهبود را داشته است. اما وضعیت برای زنان کمی سریع‌تر از مردان بهتر شده، در نتیجه اختلاف در شاخص امید به زندگی سالم بیشتر شده است. برعکس، در کشورهای با درآمد بالا شکاف بین زنان و مردان در حال کم شدن است چرا که امید به زندگی سالم در بین مردان با سرعت بیشتری رشد کرده است.

در سال ۲۰۱۹ هنگام بررسی این شاخص‌ها براساس مناطق سازمان جهانی سلامت، بالاترین شکاف بین گروه‌های مردان و زنان به ترتیب ۶,۲ سال و ۶,۱ سال برای امید به زندگی بدو تولد و ۳,۴ سال و ۳,۲ سال برای امید به زندگی سالم در منطقه اروپا و غرب اقیانوس آرام مشاهده شد. در مقابل، مناطق شرق مدیترانه و جنوب شرقی آسیا به ترتیب با ۳ سال و ۳,۲ سال برای امید به زندگی بدو تولد و ۰,۵ سال و ۰,۸ سال برای امید به زندگی سالم کمترین شکاف را داشتند. در مقایسه با سال ۲۰۰۰، این شکاف‌ها در مناطق آفریقا، جنوب شرقی آسیا و غرب اقیانوس آرام در حال افزایش بود و در مناطق آمریکا، اروپا و شرق مدیترانه کمتر می‌شد.

به‌رغم دستیافت‌ها قابل توجه در امید به زندگی در بدو تولد و امید به زندگی سالم در بیست سال گذشته، کشورهای با درآمد پایین به ترتیب با ۶۵,۱ و ۵۶,۷ سال از میانگین جهانی عقب هستند (نمودار ۲-۳). از سال ۲۰۰۰ کشورهای با درآمد پایین بیشترین بهبود را با بیش از ۱۱ سال (۲۱٪) در امید به زندگی بدو تولد و نزدیک به ۱۰ سال (۲۸,۸٪) در امید به زندگی سالم داشتند. سرعت تغییر در آخرین دوره مطالعه، یعنی ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۹، در کشورهای با درآمد پایین کم شده است. در سال ۲۰۰۰ کشورهای با درآمد بالا فقط ۳,۲ سال (۴,۲٪) در امید به زندگی بدو تولد و ۲,۱ سال (۳,۱٪)

در امید به زندگی سالم افزایش داشتند و این مقادیر در سال ۲۰۱۹ به ترتیب به ۸۰,۹ سال و ۶۹,۸ سال رسید. افزایش قابل توجه امید به زندگی و امید به زندگی سالم در بدو تولد در کشورهای با درآمد پایین و کشورهای با درآمد متوسط رو به پایین، نسبت به کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا و کشورهای با درآمد بالا، عمدتاً منعکس کننده پیشرفت قابل توجهی است که در بیست سال گذشته در کاهش مرگ کودکان زیر ۵ سال در این زمینه انجام شده است. این کاهش تا ۵۳٪ در کشورهای با درآمد پایین رخ داده است، از ۱۴۳,۶ مورد مرگ در هر ۱۰۰۰ نفر تولد زنده در سال ۲۰۰۰ به ۶۷,۶ مورد مرگ در هر ۱۰۰۰ تولد زنده در سال ۲۰۱۹ رسیده است.

با بررسی شاخص‌های امید به زندگی بدو تولد و امید به زندگی سالم در سن ۶۰ سالگی، شیب درآمدی مرتبط با بهبودها معکوس شد، به طوری که بین سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۱۹ کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا و کشورهای با درآمد بالا سال‌های امید به زندگی بدو تولد و امید به زندگی سالم بیشتری نسبت به کشورهای با درآمد متوسط رو به پایین و کشورهای با درآمد پایین به دست آوردند. مثلاً، امید به زندگی بدو تولد و امید به زندگی سالم در سن ۶۰ سالگی در کشورهای با درآمد پایین به ترتیب ۲,۲ سال (از ۱۵,۲ به ۱۷,۴ سال) و ۱,۶ سال (از ۱۱,۴ به ۱۳ سال) افزایش یافته بود، در حالی که این افزایش در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا به ترتیب ۲,۷ سال (از ۱۸,۵ به ۲۱,۲ سال) و ۲ سال (از ۱۴ به ۱۶ سال) بود. این اطلاعات، با داده‌های مربوط به کاهش مرگ در سنین بالاتر در مناطق با سطح منابع بالاتر در آغاز قرن، مطابقت دارد؛ که عمدتاً ناشی از کاهش سریع در مرگ بیماری‌های ناواگیر و تا حدی به دلیل موفقیت در مهار بیماری‌های قلبی عروقی در بسیاری از بخش‌های جهان است.



بهبود در طول عمر، سلامت و تغییر بار بیماری

به بیان اصطلاحاتی که مبین نسبی هستند، امید به زندگی سالم به عنوان نسبتی از امید به زندگی بدو تولد در سطوح جهان، منطقه و درآمد، تا حد زیادی با یک روند نزولی خفیف در تقریباً ۸۷٪ تا ۹۰٪ مردان و ۸۴٪ تا ۸۷٪ زنان ثابت باقی مانده است. روند نسبت امید به زندگی سالم تقسیم بر امید به زندگی در ۶۰ سالگی مشابه روند قبل اما با سطوح پایین تری در حدود ۷۳٪ تا ۷۸٪ برای مردان و ۷۰٪ تا ۷۵٪ برای زنان است. روند نزولی مربوطه در کشورهای با درآمد متوسط رو به

بالا و کشورهای با درآمد بالا با کاهش یک درصدی بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ بیشتر از سایر گروه‌های درآمدی بود. به‌طور مشابه در مناطق آمریکا، اروپا و غرب اقیانوس آرام نیز، میزان کاهش نسبتاً بالاتری نسبت به سایر مناطق داشتند. این نشان می‌دهد افزایش سطوح ناتوانی نسبی تا حدی به دلیل طول عمر بیشتر بر اثر وجود منابع (درآمد) بیشتر است. با افزایش طول عمر، متوسط تعداد سال‌هایی که انتظار می‌رود یک نوزاد پسر در شرایط کمتر از سلامت کامل زندگی کند در سال ۲۰۰۰ به حدود ۱ سال و در سال ۲۰۱۹ به ۸,۳ سال در سطح جهان و برای نوزادان دختر از ۱,۳ سال در ۲۰۰۰ به ۱۱ سال در سال ۲۰۱۹ رسیده است. افزایش‌ها به‌طور مشابه در ۶۰ سالگی برای مردان از ۰,۶ سال به ۴,۷ سال و برای زنان از ۰,۷ سال به ۶ سال رسیده است. این نشان می‌دهد که امید به زندگی بدو تولد به‌طور کلی روبه رشد است و زنان صرف‌نظر از سن، به‌طور متوسط سال‌های بیشتری با ناتوانی زندگی می‌کنند و اختلاف میان دو جنس در حال بیشتر شدن است. این افزایش‌ها در امید به زندگی و امید به زندگی سالم بازتابی است از جابجایی سریعی که در دو دهه اخیر در الگوی مرگ و ابتلا رخ داده است. در سطح جهان، در بین مناطق سازمان جهانی سلامت مقدار مرگ استاندارد شده با سن (ASR) و سال‌های عمر تطبیق داده شده با ناتوانی (DALYs) بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ در بین سه طبقه اصلی علل مرگ؛ یعنی بیماری‌های واگیردار، بیماری‌های مادران و پریناتال و بیماری‌های تغذیه‌ای (بیماری‌های واگیردار بعدی)؛ بیماری‌های ناوگیر (NCD)؛ و جراحی‌ها کاهش پیدا کرده است. این روند با کاهش قابل توجه در بیماری‌های واگیردار روبرو شد، بخصوص در کشورهای با درآمد کم و با درآمد متوسط، هم ASRها بیش از ۵۰٪ کاهش یافتند و کاهش مشاهده شده در بیماری‌های ناوگیر و جراحی‌ها را در همان مدت را حداقل دوبرابر کاهش داده است (۱).

کاهش سریع بیماری‌های واگیردار و مرگ‌های منتسب به آن، نسبت به بیماری‌های ناوگیر و جراحی‌ها، منجر به سالمندی کلی جمعیت شده است، زیرا افراد بیشتری تا سنین بالاتر زنده می‌مانند که در آنها بیماری‌های ناوگیر به ریسک غالب در سلامت تبدیل شده‌اند. هفت مورد از ۱۰ علت اصلی مرگ در سال ۲۰۱۹ بیماری‌های ناوگیر بودند. در سال ۲۰۰۰، در سطح جهان، بیماری‌های ناوگیر ۶۰,۸٪ از کل مرگ‌ها را به خود اختصاص داد و در سال ۲۰۱۹ به ۷۳,۶٪ افزایش یافت، این افزایش‌ها در نتیجه کاهش بیماری‌های واگیردار است. با این حال کم‌شدن جراحی‌ها نسبتاً ثابت و در حدود ۱۰٪ باقی ماند (نمودار ۲-۳).



بیماری‌های ناواگیر سهم بزرگی از مرگ را در سراسر جهان در سال ۲۰۱۹ به خود اختصاص دادند، این در حالی است که بیش از ۸۵ درصد از مرگ‌ها در کشورهای با درآمد بالا رخ داده است.

با وجود کاهش سریع در میزان استاندارد سن مرگ، بیماری‌های واگیردار هنوز هم علت نزدیک به نیمی (۴۶,۴٪) از کل مرگ‌ها در کشورهای کم‌درآمد بودند و در حالی که نسبت مرگ ناشی از جراحات در کشورهای با درآمد بالا کمتر شده، در کشورهای کم‌درآمد و درآمد متوسط رو به پایین بیشتر شده است.

در سال ۲۰۱۹، بیش از نیمی (۵۲,۹٪) از کل مرگ‌ها در منطقه آفریقا، ۲۴,۳٪ در منطقه شرق مدیترانه و ۲۲,۶٪ در منطقه آسیای جنوب شرقی، مربوط به بیماری‌های واگیردار بود. در مناطق اروپا، غرب اقیانوس آرام و امریکا بیماری‌های واگیردار به ترتیب با ۸۹,۶٪، ۸۶,۸٪ و ۸۱,۳٪ بیشترین آمار مرگ را دارند.

به رغم کاهش مرگ، بهبود قابل مقایسه در موربیدیتی وجود نداشت و در واقع تاحدی بدتر شده بود، که علت پایین آمدن تعداد مرگ در بسیاری از بیماری‌ها بود. در سطح جهان مقدار استاندارد شده سن (ASR) برای سال‌های زندگی همراه با ناتوانی بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ تقریباً برابر با ۰,۱۵ سال ثابت باقی مانده است، که تا حد زیادی نشان‌دهنده متوقف شدن روند ناتوانی ناشی از بیماری‌های ناواگیر و جراحات است. اگرچه مقدار استاندارد شده سن به واسطه بیماری‌های واگیردار حدود ۱۰,۸٪ کاهش یافته است (نمودار ۲-۴). روندها براساس مناطق سازمان جهانی سلامت و گروه‌های درآمدی بانک جهانی متنوع‌ترند. کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط رو به پایین و کشورهای منطقه آفریقا شاهد کاهش سن استاندارد شده مرگ برای تمام سال‌های زندگی همراه با ناتوانی بودند، که عمدتاً ناشی از کاهش تعداد سال‌های زندگی همراه با ناتوانی در اثر بیماری‌های واگیردار است. در مقابل در کشورهای با درآمد بالا و کشورهای منطقه امریکا افزایش اندکی در سن استاندارد شده مرگ برای کل سال‌های زندگی همراه با ناتوانی دیده شده که به روند صعودی بیماری‌های ناواگیر و کاهش جراحات نسبت داده شده است. در سراسر جهان بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ تغییرات در سن استاندارد شده مرگ برای سال‌های زندگی همراه با ناتوانی اندک و مستقل از علت ناتوانی است به استثنای بیماری‌های واگیردار که با وجود محدود بودن منابع درآمدی، پیشرفت قابل توجهی داشتند.

با توجه به رشد جمعیت و افزایش سن، در سال ۲۰۱۹ تعداد کل سال‌هایی که جمعیت جهان با ناتوانی زندگی می‌کردند ۸۲۵ میلیون سال بود که نسبت به سال ۲۰۰۰، ۲۱۴ میلیون سال افزایش داشت و به موازات آن سهم سال‌های زندگی همراه با ناتوانی به‌عنوان نسبتی از کل سال‌های زندگی با ناتوانی تعدیل شده ۱۰٪ افزایش یافت. در این میان برخی

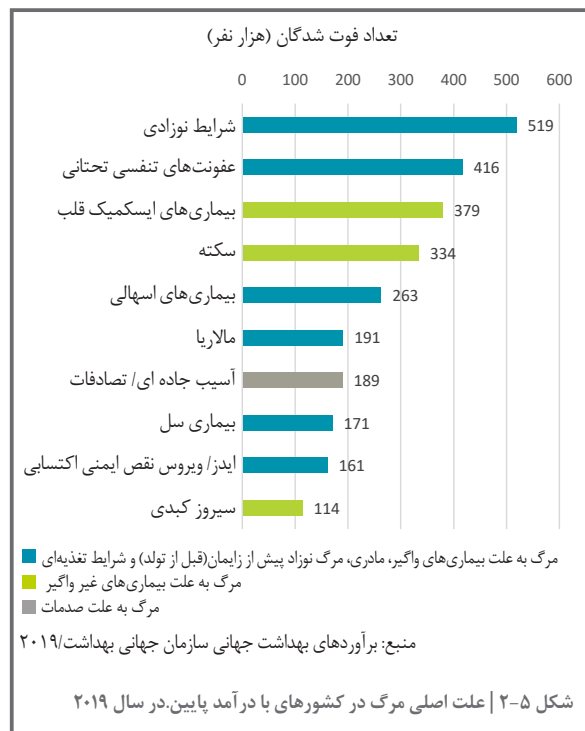


از علل از جمله دیابت، بیماری‌های مزمن ریوی، سکتة مغزی، جراحات جاده‌ای، بیماری آلزایمر، بیماری عروق کرونر قلب و سرطان‌ها (مانند ریه و کولورکتال) که بیشترین تعداد مرگ را شامل می‌شوند، افزایش قابل توجهی تا دو برابر را که با سال‌های زندگی همراه با ناتوانی اندازه‌گیری می‌شود، داشته‌اند.

لازم است دنیا برای مقابله با بیماری‌های واگیردار هوشیار بماند

سال ۲۰۲۰ به جهان نشان داد که بیماری‌های واگیردار چگونه می‌توانند در عرض چند روز از یک خوشه کوچک به یک تهدید برای سلامت و نگرانی بین‌المللی تبدیل شوند. تأثیر جهانی بیماری‌های واگیردار^۱ از سال ۲۰۰۰ به‌طور مداوم در حال کاهش بود اما همچنان مسئول بیش از ۱۰٫۲ میلیون مرگ^۲ (فاصله اطمینان ۶٫۲ - ۱۶٫۷ میلیون) در سال ۲۰۱۹ هستند که نشان‌دهنده ۱۸٪ از کل مرگ‌هاست.

در طول ۲۰ سال گذشته، سرمایه‌گذاری در تشخیص، درمان و کنترل شرایط مادر و کودک و همچنین بیماری‌های واگیردار عمده مانند ویروس نقص ایمنی انسانی/سندروم نقص ایمنی اکتسابی، مالاریا و سل آثار مثبتی داشته و شاهد کاهش در شیوع، بروز و مرگ در سطح جهان بوده‌ایم. با این حال در کشورهای کم‌درآمد، این بیماری‌ها به‌عنوان ۱۰ عامل اصلی مرگ در سال ۲۰۱۹ باقی ماندند (نمودار ۵-۲).



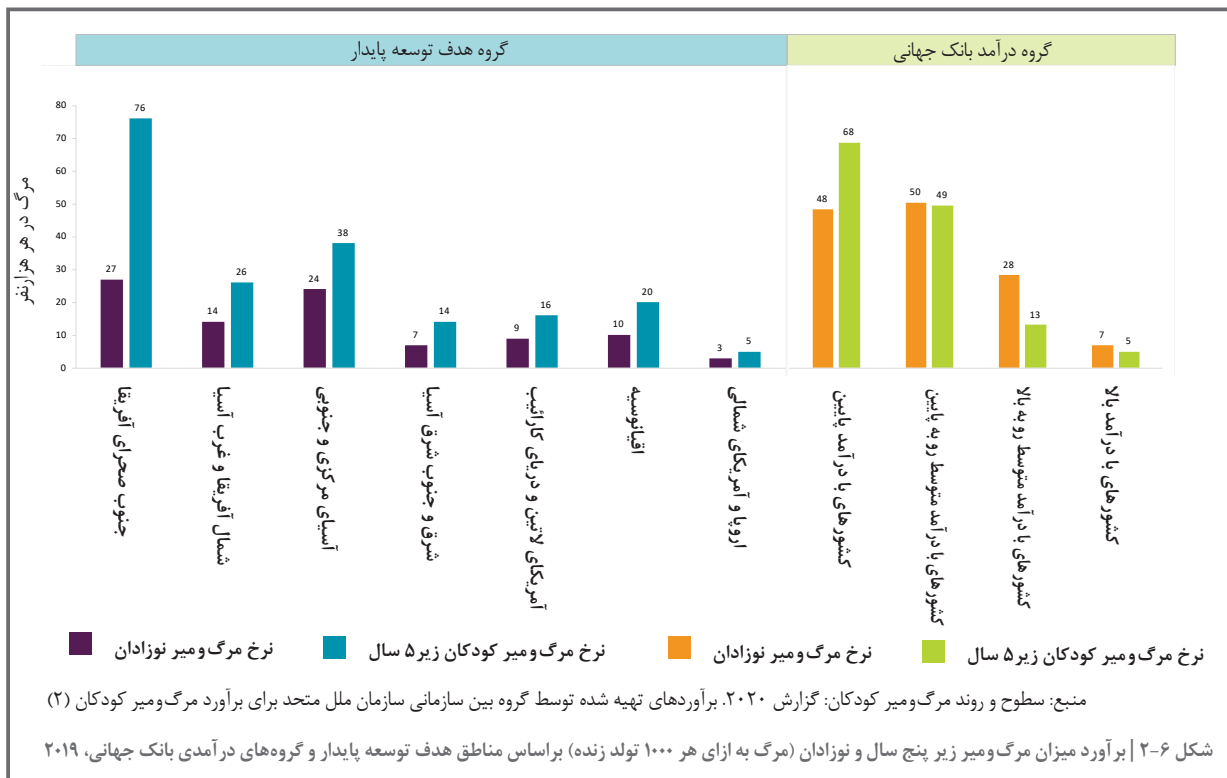
وجود روندهای کاهش، اثربخش بودن برنامه پیشگیری که در بسیاری از کشورها برای مبارزه با ویروس نقص ایمنی انسانی/سندروم نقص ایمنی اکتسابی (HIV/AIDS) وجود دارد و درمان‌های موفقی که بار ویروس را به‌طور چشمگیری کاهش می‌دهد، تأیید می‌کند. آنها همچنین، اثربخش بودن اقدام‌های تشخیص زودهنگام سل، درمان‌های کافی و تلاش‌های متمرکز در میان جمعیت‌های آسیب‌پذیر (مانند افراد مبتلا به ویروس نقص ایمنی انسانی - HIV) را تأیید می‌کنند. با وجود گندشدن پیشرفت از سال ۲۰۱۵، تخمین زده شده که از سال ۲۰۰۰ با استفاده از ترکیبی از روش‌های کنترل ناقلین، پیشگیری شیمیایی، تشخیص و درمان عملاً از ۱٫۵ میلیارد مورد مالاریا و ۷٫۶ میلیون مرگ جلوگیری شده است. با اجرای آزمایشی اولین واکسن مالاریا در سه کشور در قاره آفریقا نیز پیشرفت خوبی در جلوگیری از مرگ پیش‌بینی شده است.

مرگ کودکان^۳

با وجود مشاهده کاهش قابل توجه در مرگ کودکان، نابرابری‌ها همچنان باقی مانده است. تخمین زده شده است که در سال ۲۰۱۹ حدود ۵٫۲ میلیون کودک قبل از رسیدن به سن ۵ سالگی و ۲٫۴ میلیون (۴۷٪) از نوزادان در ۲۸ روز اول زندگی جان خود را از دست دادند. نرخ مرگ کودکان زیر ۵ سال و نوزادان در طول ۳۰ سال گذشته به‌طور قابل توجهی کاهش پیدا کرده است. در سال ۲۰۱۹ نرخ مرگ کودکان زیر ۵ سال ۳۸ مورد در هر ۱۰۰۰ تولد زنده بود که نسبت به

۱- شاخص‌های مربوط به وضعیت مادر، پیش از زایمان و تغذیه.

۲- تمام فواصل عدم قطعیت با استفاده از محدودیت‌های ۹۵ درصد ارائه می‌شوند، مگر اینکه خلاف آن ذکر شده باشد.



سال ۱۹۹۰، ۵۹٪ (۹۳ مورد مرگ به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده) کاهش نشان می‌دهد. مرگ نوزادان در سال ۲۰۱۹ به ۱۷ مورد مرگ به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده رسید که نسبت به سال ۱۹۹۰ کاهش ۵۲ درصدی (۳۷ مرگ به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده) را نشان می‌دهد. اکثر مرگ‌های کودکان زیر ۵ سال در دو منطقه مربوط به اهداف توسعه پایدار (SDG) جنوب صحرائی آفریقا و آسیای مرکزی و جنوبی متمرکز شده‌اند، که مجموعاً بیش از ۸۰٪ مرگ‌ها را در سال ۲۰۱۹ به خود اختصاص دادند، در حالی که فقط ۵۲٪ مرگ کودکان زیر ۵ سال را شامل می‌شود.

با کاهش کلی در مقدار نرخ مرگ کودکان زیر ۵ سال در تمام مناطق اهداف توسعه پایدار و گروه‌های مختلف درآمدی، کمترین میزان مرگ در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا و درآمد بالا به ترتیب با نرخ ۱۳ و ۵ به دست آمده است. ۱۲۲ کشور و منطقه به اهداف توسعه پایدار در خصوص مرگ کودکان دست پیدا کردند و ۲۰ کشور هم انتظار می‌رود تا سال ۲۰۳۰ به این مهم دست پیدا کنند. برای ۵۳ کشور که سه چهارم صحرائی آفریقا را در برمی‌گیرد، تلاش مضاعف مورد نیاز است.

همه‌گیری کووید-۱۹ خطر معکوس شدن پیشرفت‌های قابل توجهی که طی دو دهه گذشته در بقای کودکان و نوجوانان دیده شده است را پیش آورده است. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد در ابتلا به SARS-CoV-2، ویروسی که باعث بیماری کووید-۱۹ می‌شود، علائم کودکان و نوجوانان در مقایسه با علائم بزرگسالان خفیف‌تر است. با این وجود، این افراد به شدت تحت تأثیر اختلالات اساسی در سلامت، آموزش و سایر خدمات و نیز افزایش فقر و نابرابری قرار گرفته‌اند.

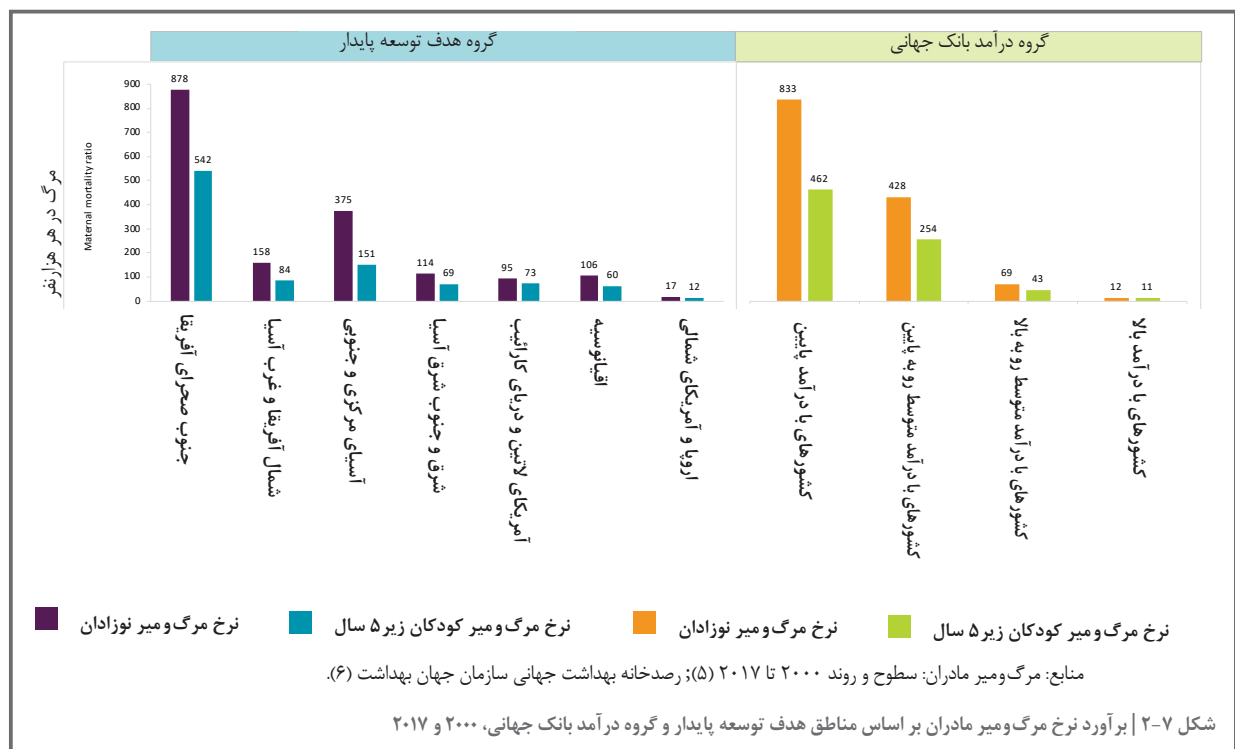
مرگ مادران^۱

درباره مرگ مادران داده‌های متفاوتی به دست آمده است. در سال ۲۰۱۷، حدود ۲۹۵،۰۰۰ زن (۸۰ درصد ضریب اطمینان ۲۷۹،۰۰۰ تا ۳۴۰،۰۰۰) در سراسر جهان به دلایل مرتبط با بارداری و زایمان با نسبت ۲۱۱ مورد مرگ مادر به ازای

1. Maternal mortality

هر ۱۰۰۰ تولد زنده (۸۰ درصد ضریب اطمینان ۱۹۹ تا ۲۴۳)، جان خود را از دست دادند، که نسبت به برآورد سال ۲۰۰۰، کاهش ۳۵ درصدی از مرگ مادر (۸۰ درصد ضریب اطمینان ۴۳۱۰۰۰ تا ۴۸۵۰۰۰) و همچنین کاهش ۳۸ درصد با نسبت ۳۴۲ مورد مرگ مادر به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده (ضریب اطمینان ۸۰ درصد از ۳۲۷ تا ۳۶۸) را نشان می‌دهد. در سال ۲۰۱۷، کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط رو به پایین به ترتیب با نسبت ۴۶۲ (۸۰ درصد ضریب اطمینان ۴۳۷ تا ۵۴۰) و (۸۰ درصد ضریب اطمینان ۲۲۶ تا ۳۰۷) مورد مرگ به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده، حدود ۹۴ درصد از مرگ مادران جهان را به خود اختصاص دادند. با بررسی مناطق عضو برنامه اهداف توسعه پایدار جنوب صحرای آفریقا با ۱۹,۶۰۰ (۸۰ درصد ضریب اطمینان ۱۸,۰۰۰ تا ۲۳,۵۰۰) مورد مرگ مادر و ۵۴۲ (۸۰ درصد ضریب اطمینان ۴۹۸ تا ۶۴۹) مورد مرگ مادر به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده و به دنبال آن آسیای مرکزی و جنوبی با ۵۸,۰۰۰ (۸۰ درصد ضریب اطمینان ۵۰,۰۰۰ تا ۶۹,۰۰۰) مورد مرگ مادر و ۱۵۱ (۸۰ درصد ضریب اطمینان ۱۳۱ تا ۱۸۱) مورد مرگ مادر به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده، بالاترین میزان مرگ را داشتند (نمودار ۲-۷).

تلاش‌های جهانی بیشتری به منظور تسریع در پیشرفت و دستیابی به هدف جهانی مرگ مادران با کمتر از ۷۰ مورد مرگ از هر ۱۰۰,۰۰۰ تولد زنده (به عنوان اهداف توسعه پایدار) تا سال ۲۰۳۰ مورد نیاز است. پیش‌بینی فعلی این است که برای دستیابی به این هدف جهانی، کشورها ملزم هستند میزان مرگ مادران به حد متوسط نرخ سالانه کاهش (۱,۶٪ در سال) بین سال‌های ۲۰۱۶ تا ۲۰۳۰ کاهش دهند؛ در حال حاضر فقط ۱۶ کشور کاهش در این نرخ یا بالاتر را نشان می‌دهند. متوسط نرخ سالانه کاهش برای نسبت جهانی مرگ مادران بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۷، حدود ۲,۹٪ بود. برای کشورهایی که بالاترین میزان مرگ مادران را دارند باید به نرخ مرگ را به مقدار بیشتری کاهش دهند، تا بتوانند تا سال ۲۰۳۰ به کمتر از ۱۴۰ مورد مرگ از هر ۱۰۰,۰۰۰ تولد زنده که هدف ملی است، برسند. بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۷، آسیای جنوبی با ۵۹٪ بیشترین کاهش را در نسبت مرگ مادران به دست آورد، که این برابر کاهش ۵,۳٪ نسبت به متوسط نرخ سالانه است. جنوب صحرای آفریقا - جایی که بار کلی بیشتر است - به ۳,۸٪ کاهش در نسبت مرگ مادران بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۷ رسیده است، که برابر با ۲,۸٪ کاهش در متوسط نرخ سالانه است.



بیماری‌های واگیردار^۱

تلاش‌ها و استراتژی‌های جهانی برای ریشه‌کنی / حذف بیماری‌های واگیردار عمده تا سال ۲۰۳۰

سازمان جهانی سلامت و جامعه بین‌الملل به‌طور مشترک استراتژی‌های جهانی برای دستیابی به اهداف مرتبط با سلامت جهان را که در مناطق هدف توسعه پایدار و اهداف هزاره سوم سازمان جهانی سلامت تجسم یافته، تدوین کرده‌اند. تعدادی از این استراتژی‌ها با تمرکز بر سرمایه‌گذاری پایدار در کشورها، بر پایان دادن به برخی از بیماری‌های واگیردار مانند سل، HIV، مالاریا، بیماری‌های گرمسیری نادیده‌گرفته‌شده و فلج اطفال تمرکز دارند.

جدول ۱-۲ | نرخ سالانه کاهش مرگ‌ومیر بیماری‌های غیرواگیر، توسط مناطق WHO و گروه درآمد بانک جهانی، ۲۰۰۰-۲۰۱۵ و ۲۰۱۹-۲۰۳۰

هدف توسعه پایدار	هدف ۲۰۳۰	نقطه عطف	
استراتژی پایان دادن به سل			
پایان همه‌گیری سل در تمام کشورها	٪ ۹۵ ↓	٪ ۳۵ ↓ : ۲۰۲۰ ٪ ۷۵ ↓ : ۲۰۲۵	مرگ‌ومیر ناشی از سل
	٪ ۸۰ ↓	٪ ۲۰ ↓ : ۲۰۲۰ ٪ ۵۰ ↓ : ۲۰۲۵	میزان بروز سل ۲۰۲۰: ۰.۰۲۰٪، ۲۰۲۵: ۰.۰۲۵٪، ۲۰۳۰: ۰.۰۳۰٪
	٪ ۰	٪ ۰ : ۲۰۲۰ ٪ ۰ : ۲۰۲۵	خانواده‌های مبتلا به سل که به دلیل با هزینه‌های فاجعه‌بار مواجه هستند
استراتژی بخش بهداشت جهانی در مورد HIV - ۲۰۲۱-۲۰۱۶			
پایان همه‌گیری HIV در تمام کشورها	٪ ۹۰ ↓	>۲۰۲۰ : ۵۰۰۰۰۰ در سال	عفونت‌های جدید HIV
	٪ ۹۰ ↓	>۲۰۲۰ : ۵۰۰۰۰۰ در سال	مرگ‌ومیر ناشی با ایدز
استراتژی جهانی ایدز - ۲۰۲۱-۲۰۲۶			
پایان همه‌گیری HIV در تمام کشورها	٪ ۹۰ ↓	>۲۰۲۵ : ۳۷۰۰۰۰ در سال	عفونت‌های جدید HIV
	٪ ۹۰ ↓	>۲۰۲۵ : ۲۵۰۰۰۰ در سال	مرگ‌ومیر ناشی با ایدز
استراتژی فنی جهانی برای مالاریا - ۲۰۳۰-۲۰۱۶			
پایان همه‌گیری مالاریا در تمام کشورها	٪ ۹۰ ↓ (حداقل)	٪ ۴۰ ↓ : ۲۰۲۰ (حداقل) ٪ ۷۵ ↓ : ۲۰۲۵ (حداقل)	بروز مالاریا
	٪ ۹۰ ↓ (حداقل)	٪ ۴۰ ↓ : ۲۰۲۰ (حداقل) ٪ ۷۵ ↓ : ۲۰۲۵ (حداقل)	مرگ‌ومیر ناشی از مالاریا
	۳۵ کشور	۱۰ کشور : ۲۰۲۰ ۲۰ کشور : ۲۰۲۵	کشورهایی که مالاریا را ریشه‌کن می‌کنند
نقشه راه برای بیماری‌های استوایی نادیده‌گرفته‌شده - ۲۰۳۰-۲۰۲۱			
پایان همه‌گیری بیماری‌های گرمسیری (استوایی) نادیده‌گرفته‌شده در تمام کشورها	٪ ۹۰	تعیین اهداف ویژه بیماری برای هر بیماری گرمسیری (استوایی) نادیده‌گرفته‌شده شامل نقاط عطف ۲۰۲۳ و ۲۰۲۵	افرادی که نیاز به مداخلات در برابر بیماری‌های گرمسیری (استوایی) نادیده‌گرفته‌شده دارند
	٪ ۷۵		سال‌های زندگی تعدیل شده با ناتوانی مربوط به بیماری‌های استوایی نادیده‌گرفته‌شده
	۱۰۰		کشورهایی که حداقل یک بیماری گرمسیری (استوایی) نادیده‌گرفته‌شده را ریشه‌کن می‌کنند
	۲		بیماری گرمسیری (استوایی) نادیده‌گرفته‌شده ریشه‌کن شده
استراتژی پایان فلج اطفال - ۲۰۲۳-۲۰۱۹			
		۲۰۳۰: ریشه‌کنی فلج اطفال	انتقال ویروس فلج اطفال

بیماری سل^۲

دو سوم بار جهانی سل در هشت کشور متمرکز است.

در سال ۲۰۱۹ حدود ۱۰ میلیون (۸,۹ تا ۱۱,۰) مورد جدید سل (بروز) در سراسر جهان وجود داشت که از این تعداد ۵۶٪ در مردان (بالای ۱۵ سال)، ۳۲٪ در زنان و ۱۲٪ در کودکان (سنین ۰ تا ۱۴ سال) رخ داده بود. افراد مبتلا به

1. Communicable diseases

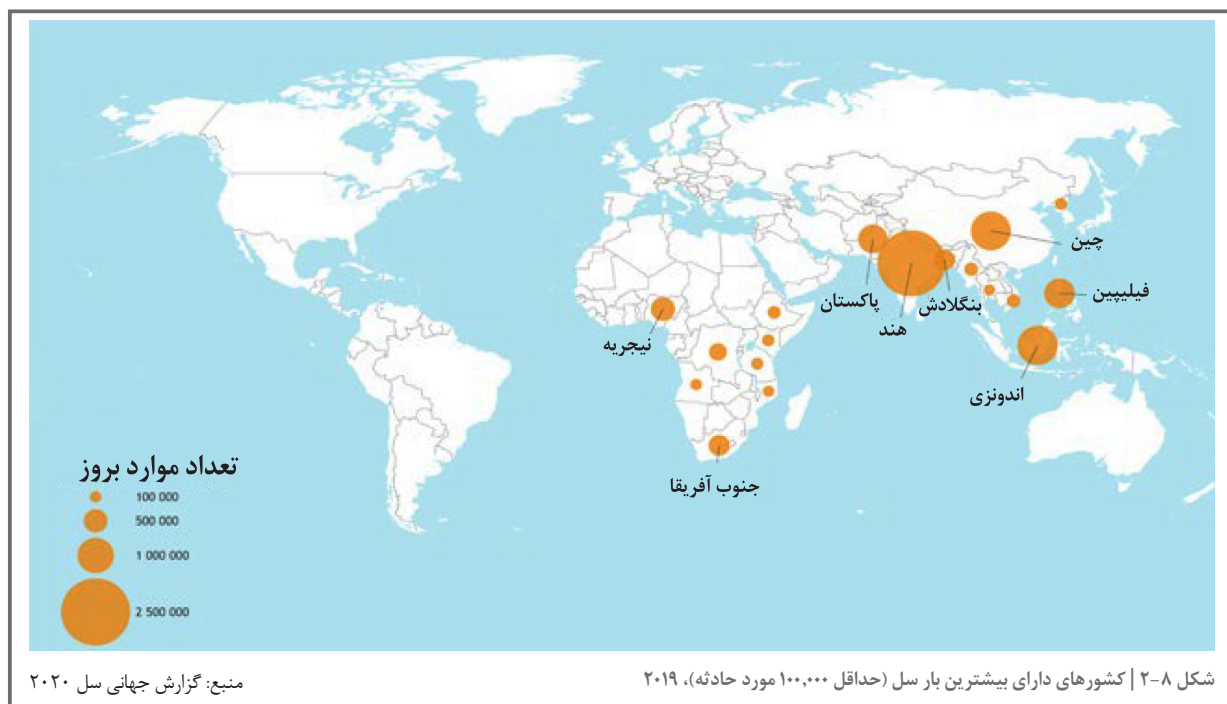
2. Tuberculosis

HIV، حدود ۸,۲٪ از بار جهانی سل را تشکیل می‌دهند. مناطقی که در سال ۲۰۱۹ به شدت گرفتار سل بودند عبارت‌اند از: منطقه جنوب شرقی آسیا (۴۴٪)، منطقه آفریقا (۲۵٪) و منطقه غرب اقیانوس آرام (۱۸٪) و با نسبت‌های کمتر در منطقه شرق مدیترانه (۸,۲٪)، منطقه قاره آمریکا (۲,۹٪) و منطقه اروپا (۲,۵٪). دو سوم تعداد کل سل در سطح جهان فقط به هشت کشور با بالاترین بار این بیماری مربوط می‌شود: هند، اندونزی، چین، فیلیپین، پاکستان، نیجریه، بنگلادش و آفریقای جنوبی (نمودار ۲-۸). اگرچه بروز جهانی سل از ۱۷۴ مورد (۱۴۵ تا ۲۰۵) مورد جدید و عود بیماری به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر در سال ۲۰۰۰، به ۱۳۰ مورد (۱۱۶ تا ۱۴۳) به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر در سال ۲۰۱۹، به میزان ۲۵٪ کاهش یافته است، اختلاف بسیاری در میزان تشخیص و درمان این بیماری در کشورها وجود دارد. پیشرفت فعلی برای رسیدن به اهداف توسعه هزاره برای پایان دادن به اپیدمی سل تا سال ۲۰۳۰ کافی نیست. منطقه اروپا به نقطه عطف سال ۲۰۲۰ یعنی کاهش ۲۰٪ (از سال ۲۰۱۵) رسیده است و کاهش ۱۹٪ در میزان بروز سل در سال ۲۰۱۹ را گزارش کرده است. منطقه آفریقا نیز با کاهش ۱۶٪ پیشرفت خوبی داشته است.

سل همچنان عامل اصلی مرگ ناشی از تک عامل عفونی در جهان است، قاتل اصلی مبتلایان به HIV و عامل اصلی مرگ در شرایط مقاومت به آنتی‌بیوتیک‌ها است. اگرچه سل قابل پیشگیری و درمان است، اما در سال ۲۰۱۹ تقریباً ۱,۲ (۱,۱ تا ۱,۳) میلیون نفر HIV منفی بر اثر سل و ۲۰۸,۰۰۰ نفر (۱۷۷,۰۰۰ تا ۲۴۲,۰۰۰) از مبتلایان به HIV جان خود را از دست دادند. بالاترین مرگ گزارش شده از سل مربوط به منطقه آفریقا و منطقه جنوب شرقی آسیاست.

با این وجود، میزان سالانه مرگ‌های ناشی از سل در سطح جهان بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ به میزان ۴۵٪ کاهش نشان می‌دهد، اما این مقدار کاهش به اندازه کافی سریع نیست تا به اهداف توسعه هزاره در سال ۲۰۳۰ یعنی کاهش ۹۰٪ در مقایسه با میزان مرگ در سال ۲۰۱۵ برسد. اروپا تنها منطقه‌ای است که در مسیر رسیدن به نقطه عطف سال ۲۰۲۰ -یعنی کاهش ۳۵٪- با کاهش ۳۱٪ مرگ ناشی از سل از سال ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۹ قرار دارد.

سل مقاوم به دارو، همچنان تهدیدی برای سلامت عمومی بشمار می‌رود. در سال ۲۰۱۹، حدود ۴۶۵,۰۰۰ (۴۰۰,۰۰۰ تا ۵۳۵,۰۰۰) مورد از موارد جدید سل به ریفامپیسین که قوی‌ترین داروی خط اول ضد سل می‌باشد، مقاومت نشان دادند، که بیش از سه چهارم آن به ایزونیازید (داروی درمان سل مقاوم به چند دارو) نیز مقاوم بودند. چند داروی جدید برای اثر کردن بر این بیماری در حال تولید هستند.



ایدز^۱

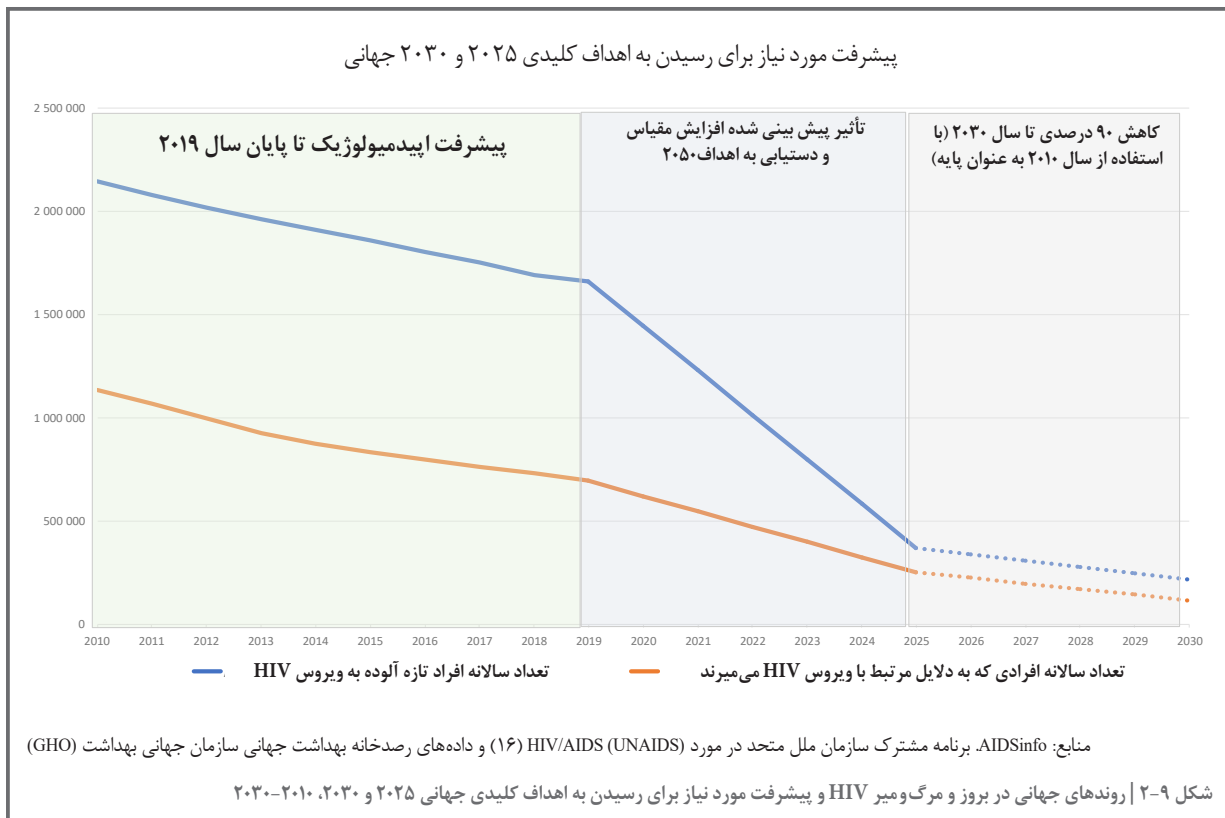
بعد از سال ۲۰۲۰، سالانه کمتر از ۵۰۰,۰۰۰ هزار مبتلا به عفونت ایدز در جهان داشته باشیم.

اگرچه HIV/AIDS دیگر تهدید کننده زندگی نیست و مبتلایان به HIV می‌توانند آن را بیماری مزمن تلقی کنند، ولی هنوز هیچ درمان یا واکسنی برای پیشگیری وجود ندارد.

در سال ۲۰۱۹، حدود ۳۸,۰ میلیون نفر (۳۱,۶ تا ۴۴,۵ میلیون) در سراسر جهان با HIV زندگی می‌کردند. حدود ۳۶,۲ میلیون (۳۰,۲ تا ۴۲,۴ میلیون) نفر بزرگسال (سن بیشتر از ۱۵ سال) و ۱,۸ میلیون (۱,۳ تا ۲,۲ میلیون) نفر کودک (۰ تا ۱۴ سال) بودند. از زمان اوج آلودگی ۲,۸ میلیون نفری (۱,۲ تا ۲,۲) در سال ۱۹۹۸، تاکنون میزان بروز سالیانه عفونت‌های اچ‌ای وی ۴۰٪ کاهش یافته است. در سال ۲۰۱۹، حدود ۱,۷ میلیون نفر (۱,۲ تا ۲,۲ میلیون) به تازگی به HIV آلوده شده‌اند. با این وجود، این آمار با نقطه عطف جهانی که کمتر از ۵۰۰,۰۰۰ مورد عفونت جدید در سال ۲۰۲۰ است فاصله زیادی دارد.

در سراسر جهان، زنان و دختران حدود نیمی (۴۸٪) از کل عفونت‌های جدید HIV در سال ۲۰۱۹ را تشکیل می‌دادند. در جنوب صحرای آفریقا، ۵۹٪ از کل عفونت‌های جدید HIV بین زنان و دختران بود. در برخی مناطق، زنانی که خشونت فیزیکی یا جنسی از همسر قانونی (IPV) را تجربه کرده‌اند ۱,۵ برابر بیشتر از زنانی که چنین خشونتی را تجربه نکرده‌اند، در معرض ابتلا به HIV بودند.

مرگ‌های مرتبط با HIV به میزان ۶۰٪ از زمان اوج آن که ۱,۷ میلیون مورد مرگ در سال ۲۰۰۴ بود، کاهش یافته است (نمودار ۲-۹). در سال ۲۰۱۹، حدود ۶۹۰,۰۰۰ نفر (۵۰۰,۰۰۰ تا ۹۷۰,۰۰۰) در سراسر جهان بر اثر بیماری‌های مرتبط با HIV جان خود را از دست دادند. این امر جهان را به رسیدن به نقطه عطف کمتر از ۵۰۰,۰۰۰ در سال ۲۰۲۰ نزدیک می‌کند، اگرچه با توجه به روندهای فعلی احتمالاً این هدف نیز نادیده گرفته می‌شود. عفونت هم‌زمان با سل همچنان عامل اصلی مرگ بین افراد مبتلا به HIV است و از هر سه مرگ ناشی از HIV یک نفر را شامل می‌شود (۱۵).



مالاریا

شیوع مالاریا و مرگ آن در تمام مناطق WHO رو به کاهش است.

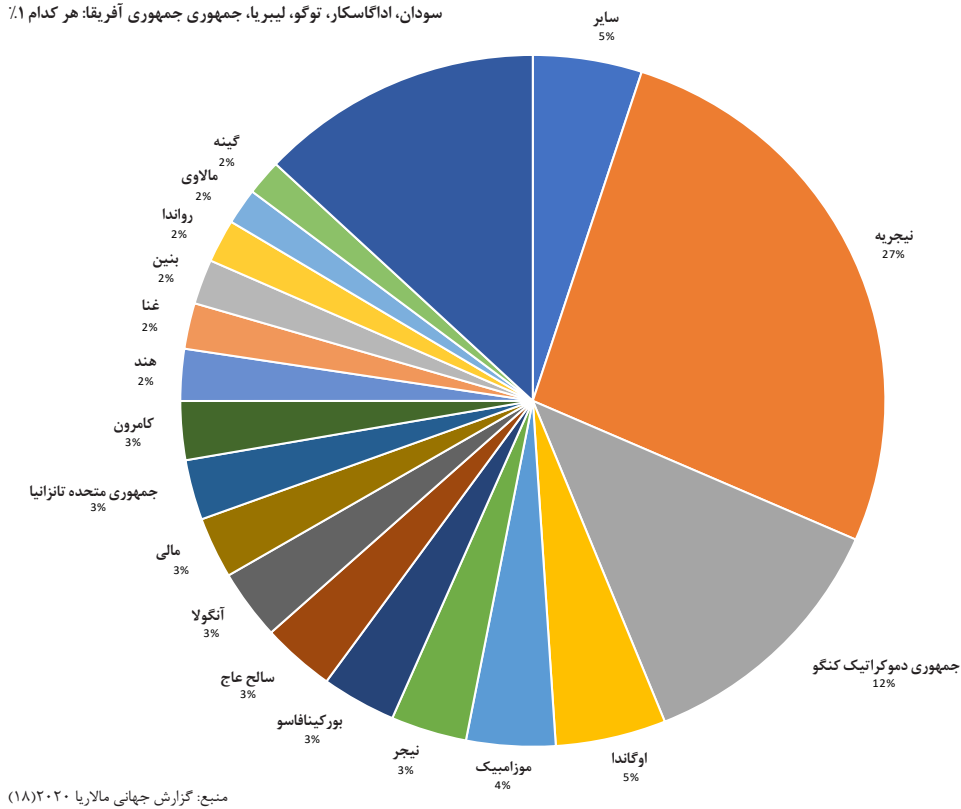
بروز موارد مالاریا از ۸۰ (۷۵ تا ۸۷) مورد در هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت در معرض خطر در سال ۲۰۰۰ به ۵۷ (۵۲ تا ۶۲) مورد در هر ۱۰۰۰ نفر در سال ۲۰۱۹ کاهش یافت. اگرچه این میزان، منجر به کاهش کلی موارد مالاریا - از ۲۳۸ میلیون مورد (۲۲۲ تا ۲۵۹ میلیون) در سال ۲۰۰۰ به ۲۲۹ میلیون مورد (۲۱۱ تا ۲۵۲ میلیون) در سال ۲۰۱۹ شد، اما پیشرفت در ۴ سال گذشته متوقف شده است و فقط ۳٪ کاهش بروز در سال ۲۰۱۹ در مقایسه با میزان پایه سال ۲۰۱۵ به دست آمده است. این فاصله از نقطه عطف کاهش ۴۰٪ تا سال ۲۰۲۰ و بسیار کند برای برآورده کردن اهداف توسعه هزاره، حداقل ۹۰٪ کاهش تا سال ۲۰۳۰ است.

با این حال، نرخ مرگ مالاریا (مرگ به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت در معرض خطر) از ۲۵ مرگ در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت در معرض خطر در سال ۲۰۰۰ به ۱۰ مورد در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر در سال ۲۰۱۹ کاهش یافت. تعداد کل مرگ‌ها در سراسر جهان از ۷۳۶,۰۰۰ (۶۹۷,۰۰۰ تا ۷۸۲,۰۰۰) در سال ۲۰۰۰ به ۴۰۹,۰۰۰ (۳۸۷,۰۰۰ تا ۴۶۰,۰۰۰) در سال ۲۰۱۹ کاهش یافت. با وجود این پیشرفت چشمگیر، میزان مرگ مالاریا در سال ۲۰۱۹ در مقایسه با سال ۲۰۱۵ فقط ۱۸٪ کم شد، که فاصله بسیار زیادی با نقطه عطف ۴۰٪ کاهش تا سال ۲۰۲۰ داشت و خارج از مسیر برای دستیابی به هدف کاهش حداقل ۹۰ درصد اهداف توسعه هزاره در سال ۲۰۳۰ بود.

همه مناطق WHO از سال ۲۰۰۰ روند کاهشی در بروز مالاریا و مرگ ناشی از آن را نشان داده‌اند و کل منطقه اروپا از سال ۲۰۱۵ عاری از مالاریا است. منطقه آفریقا همچنان بیشترین بار بیماری را به دوش می‌کشد. در سال ۲۰۱۹، این منطقه ۹۴٪ (۲۱۵ میلیون مورد، با فاصله اطمینان ۱۸۷ میلیون تا ۲۳۷ میلیون) از کل موارد مالاریا و ۹۴٪ (۳۸۶,۰۰۰ مورد مرگ، با فاصله اطمینان ۳۶۵,۰۰۰ تا ۴۳۳,۰۰۰) از کل مرگ‌های مالاریا را به خود اختصاص داده است، نیجریه و جمهوری دموکراتیک کنگو بیشترین سهم را در هر دو مورد ابتلا و مرگ به خود اختصاص داده‌اند (نمودار ۲-۱۰). در سال ۲۰۱۹، مالاریا چهارمین علت اصلی از دست رفتن دالی در این منطقه بود که ۶٪ از کل دالی‌ها را تشکیل می‌دهد (۱). مالاریا همچنان تلفات سنگینی به زنان باردار و کودکان به‌ویژه در منطقه آفریقا وارد می‌کند. در سال ۲۰۱۹، حدود ۱۱,۶ میلیون زن باردار که در ۳۳ کشور آفریقایی با سرایت متوسط تا زیاد زندگی می‌کردند، به مالاریا مبتلا شدند (۳۵٪ از کل بارداری‌ها). در نتیجه، حدود ۸۲۲,۰۰۰ کودک در این ۳۳ کشور با وزن کم متولد شدند (۱۸).

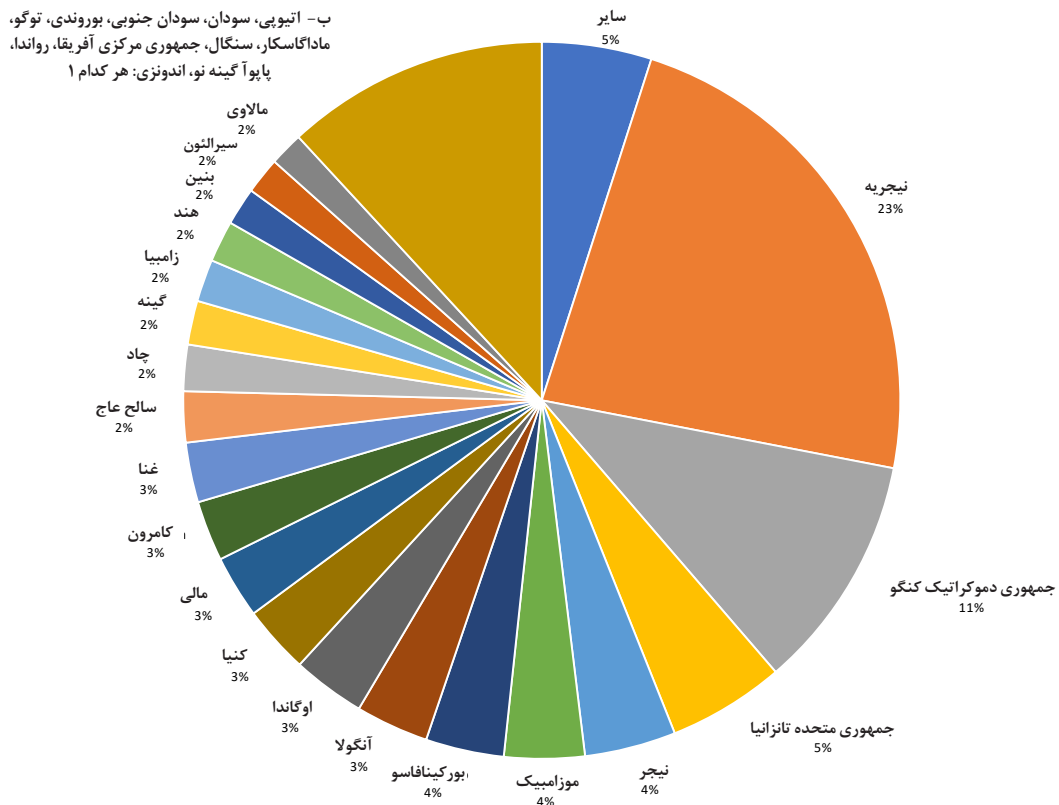
با این وجود، ۲۱ کشور حداقل به مدت سه سال متوالی تعداد صفر مورد مالاریای بومی را گزارش کردند و ۱۰ کشور از این کشورها بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ توسط WHO گواهی عاری از مالاریا را دریافت کردند. همچنین از ایجاد مجدد مالاریا در همه کشورهای عاری از مالاریا جلوگیری شد.

الف) برون‌دی، چاد، سودان جنوبی، کنیا، زامبیا، سیرالئون، اتیوپی،
سودان، اداگاسکار، توگو، لیبیا، جمهوری جمهوری آفریقا: هر کدام ۱٪



شکل ۱۰-۲ | الف - توزیع جهانی موارد مالاریا، بر اساس کشور، ۲۰۱۹

ب- اتیوپی، سودان، سودان جنوبی، برون‌دی، توگو،
ماداگاسکار، سنگال، جمهوری مرکزی آفریقا، رواندا،
پاپوآ گینه نو، اندونزی: هر کدام ۱٪



شکل ۱۰-۲ | ب - توزیع جهانی مرگ و میر ناشی از مالاریا، بر اساس کشور، ۲۰۱۹

بیماری‌های گرمسیری نادیده گرفته شده^۱

از هر پنج نفر در جهان یک نفر به پیشگیری، درمان و مراقبت از بیماری‌های گرمسیری نادیده گرفته شده (NTDها) نیاز دارد.

تعداد بیست NTD که WHO تعریف کرده است بیشتر جمعیت‌هایی را که در مناطق گرمسیری و در فقر زندگی می‌کنند، مبتلا می‌کند در سال ۲۰۱۹، گزارش شد تعداد ۱,۷۴ میلیارد نفر وجود دارند که نیازمند دریافت درمان و مراقبت انفرادی یا گروهی برای NTDها هستند: این میزان نسبت به سال ۲۰۱۰ که ۲,۱۹ میلیارد نفر بود، کاهش پیدا کرده است. تقریباً نیمی از کسانی که هنوز به چنین مداخلاتی نیاز دارند در منطقه جنوب شرقی آسیا و حدود یک سوم در منطقه آفریقا زندگی می‌کنند. اکثریت آنها به درمان‌های زیاد برای بیماری‌هایی نیاز دارند که هدف آنها استفاده از داروهای شیمیایی برای پیشگیری است: فیلاریازیس لنفای، انکوسرسیازیس، کرم‌های منتقله از خاک، شیستوزومیازیس و تراخم. از زمانی که اولین نقشه راه WHO برای پیشگیری و کنترل NTDها در سال ۲۰۱۲ ارائه شد، در بین سال‌های ۲۰۱۰ و ۲۰۱۹، همه مناطق در کاهش نسبت جمعیتی که نیاز به درمان و مراقبت برای NTDها دارند، پیشرفت کردند (۱۹). پیشرفت به موازات حذف حداقل یک بیماری در هر یک از ۴۲ کشور، سرزمین‌ها و مناطق از سال ۲۰۱۰ بود. در اکونکولیزیس در آستانه ریشه‌کنی است و در سال ۲۰۲۰، فقط ۲۷ مورد انسانی در شش کشور گزارش شد؛ فیلاریازیس لنفای و تراخم به ترتیب در ۱۷ و ۱۰ کشور دیگر مشکل سلامت عمومی محسوب نمی‌شوند؛ به ترتیب: انکوسرسیازیس در چهار کشور در منطقه قاره آمریکا حذف شده است؛ تعداد سالانه مبتلایان تریپانوزومیازیس انسانی آفریقایی از بیش از ۷۰۰۰ مورد در سال ۲۰۱۲ به کمتر از ۱۰۰۰ مورد در سال ۲۰۱۹ کاهش یافت، که هدف اولیه آن ۲۰۰۰ ابتلا تا سال ۲۰۲۰ بود؛ و تعداد موارد جدید جذام گزارش شده در سطح جهان از سال ۲۰۱۰، پس از اینکه اکثر کشورهای آندمیک آن را از فهرست مشکلات سلامت عمومی حذف کردند، به طور متوسط ۱٪ در سال کاهش یافته است. به رغم اینکه پیشرفت‌های قابل توجهی حاصل شده، اما همه اهداف ۲۰۲۰ محقق نشده‌اند نقشه راه جهانی جدید WHO برای NTDها (۲۰۲۱-۲۰۳۰) (۱۲) علاوه بر اهداف خاص بیماری و نقاط عطف میانی در سال ۲۰۳۰، بر چهار هدف کلی و ۱۰ هدف مقطعی تا این سال تأکید می‌کند که هم با اهداف توسعه هزاره و هم با اهداف GPW 13 سازمان جهانی سلامت و اقدامات چندبخشی موردنیاز برای دستیابی به آنها همسو هستند.

هپاتیت B

از هر ۱۰ نفر مبتلا به هپاتیت B فقط یک نفر از عفونت خود آگاه است.

WHO برآورد کرده است که در سال ۲۰۱۹، حدود ۲۹۵,۸ میلیون نفر با عفونت مزمن هپاتیت B (که به عنوان آنتی ژن سطحی هپاتیت B مثبت تعریف می‌شود) زندگی می‌کردند. بین آنها، ۳۰,۴ میلیون نفر از افراد مبتلا به هپاتیت B از وضعیت ابتلای خود اطلاع داشتند و ۶,۶ میلیون نفر با تشخیص هپاتیت B تحت درمان قرار گرفتند (۲۰). در سال ۲۰۱۹، هپاتیت B منجر به مرگ ۸۲۰,۰۰۰ نفر (۴۵۰,۰۰۰ تا ۹۵۰,۰۰۰) شد، که عمدتاً ناشی از سیروز و کارسینوم کبدی (سرطان اولیه کبد) بود. برآورد می‌شود ۱,۵ میلیون نفر در سال ۲۰۱۹ به تازگی به عفونت مزمن هپاتیت B مبتلا شده باشند. بالاترین میزان شیوع هپاتیت B در منطقه آفریقا و منطقه غرب اقیانوس آرام تخمین زده شده است، که به ترتیب ۷,۵٪ و ۵,۹٪ از جمعیت بزرگسال در این مناطق را شامل می‌شود. تخمین زده می‌شود در منطقه جنوب شرقی آسیا، منطقه شرق مدیترانه و منطقه اروپا، به ترتیب ۳,۰٪، ۲,۵٪ و ۱,۴۶٪ از جمعیت عمومی آلوده باشند. در منطقه قاره آمریکا، شیوع کمتر و ۰,۵۳٪ است. هپاتیت B را می‌توان با واکسن‌هایی که ایمن، در دسترس و مؤثر هستند، پیشگیری نمود. نسبت کودکان زیر ۵ سال در جهان که به طور مزمن به ویروس هپاتیت B آلوده شده‌اند در سال ۲۰۱۹ به ۰,۹۴٪ کاهش یافته است که نسبت به دوره قبل از واکسن از دهه ۱۹۸۰ تا اوایل دهه ۲۰۰۰ حدود ۵٪ کمتر شده است.

ویروس فلج اطفال^۱

فلج اطفال توسط ویروس وحشی هنوز در دو کشور به عنوان بیماری بومی شناخته می‌شود.

از سه سویه فلج اطفال مشتق شده از ویروس وحشی (یعنی نوع ۱، نوع ۲ و نوع ۳)، فلج اطفال نوع ۲ در سال ۱۹۹۹ ریشه کن شد و هیچ موردی از فلج اطفال نوع ۳ از آخرین مورد گزارش شده در نیجریه در نوامبر ۲۰۱۲ یافت نشد. با وضعیت نوع ۳ که از اکتبر ۲۰۱۹ اعلام شد، هر دوی این سویه‌ها به طور رسمی به عنوان ریشه کن شده در سطح جهانی، تأیید شده‌اند (۲۱). از سال ۲۰۲۰، ویروس وحشی فلج اطفال نوع ۱ دو کشور را تحت تأثیر قرار می‌دهد: پاکستان و افغانستان، که به ترتیب ۸۴ و ۵۶ مورد گزارش کرده‌اند. هیچ موردی از ویروس وحشی فلج اطفال نوع ۱ در نیجریه از آگوست ۲۰۱۶ گزارش نشده است و منطقه آفریقایی WHO در سال ۲۰۲۰ گواهی عدم وجود این بیماری را دریافت کرده است (۲۲).

مقاومت ضد میکروبی^۲

مقاومت ضد میکروبی تهدیدی برای سلامت و توسعه جهانی است.

مقاومت ضد میکروبی باعث ایجاد اختلال در پیشگیری و درمان مؤثر طیف فزاینده‌ای از عفونت‌های ناشی از باکتری‌ها، انگل‌ها، ویروس‌ها و قارچ‌ها می‌شود. WHO در سال ۲۰۱۵ سیستم جهانی نظارت بر استفاده و مقاومت آنتی بیوتیکی (GLASS) (۲۳) برای تداوم در پُر کردن شکاف‌های دانش و اطلاع‌رسانی استراتژی‌ها را در همه سطوح راه‌اندازی کرد.

در سال ۲۰۲۰، دو پاتوژن مسئول عفونت‌های جریان خون به شاخص‌های اهداف توسعه هزاره اضافه شدند. اولین معیاری که در این شاخص گنجانده شده است، نسبت عفونت خون ناشی از اشریشیاکلی مقاوم به سفالوسپورین‌های نسل سوم است که ۶۰ کشور در سال ۲۰۱۹ گزارش کردند (میانگین جهانی، ۳۷٪ دارای مقاومت، محدوده بین چارکی IQR (۱۷٪-۵۸٪)). دومین معیار، نسبت استافیلوکوکوس اورئوس مقاوم به متی‌سیلین است که ۵۴ کشور در سال ۲۰۱۹ گزارش کردند (میانگین جهانی ۲۵٪ دارای مقاومت با محدوده بین چارکی (۱۱٪-۴۰٪)). روند زمانی میزان مقاومت برای دو پاتوژن اطلاعات قابل تفسیری را نشان نمی‌دهد اما مقادیر آن در کشورهای HIC کمتر است. گزارش داده‌های ملی همچنان دارای مشکل است، به ویژه در کشورهایی با منابع کم که عموماً هنوز در مراحل اولیه نظارت بر مقاومت ضد میکروبی هستند (۲۳).

بیماری‌های ناواگیر^۳

جهان از سال ۲۰۰۰ شاهد پیشرفت در مبارزه با بیماری‌های ناواگیر بوده است. با این حال، این پیشرفت قابل مقایسه با آنچه برای مهار بیماری‌های واگیردار انجام شده نیست و در بین مناطق و گروه‌های درآمدی به شکل نابرابر وجود دارد. مرگ زودهنگام در جهانی ناشی از بیماری‌های ناواگیر - مرگ ناشی از یکی از چهار بیماری مهم ناواگیر (سرطان، بیماری قلبی عروقی، دیابت و بیماری‌های مزمن تنفسی یا CRD) بین سنین ۳۰ تا ۷۰ سال (شاخص اهداف توسعه هزاره ۳، ۴، ۱) - به اندازه یک پنجم یعنی از ۲۲،۹٪ در سال ۲۰۰۰ به ۱۷،۸٪ در سال ۲۰۱۹ کاهش یافت. این کاهش تقریباً ۳۰٪ است که در HICها و UMICها مشاهده می‌شود، ولی هنوز پیشرفت‌های انجام شده در LICها و LMICها بسیار کمتر است، در این کشورها مقدار کاهش از ۱۳٪ به ۱۶٪ در همان دوره ۲۰ ساله بود. منطقه جنوب شرقی آسیا و منطقه شرق مدیترانه با حدود ۱۳٪، منطقه اروپا با ۳۱٪ و منطقه غرب اقیانوس آرام با ۲۷٪ کاهش‌گندترین کاهش در دوره ۲۰ ساله را داشتند. منطقه آفریقا و منطقه قاره آمریکا به ترتیب ۲۰٪ و ۲۳٪ کاهش داشتند (نمودار ۲-۱۱).

1. Poliovirus
2. Antimicrobial Resistance
3. Noncommunicable diseases

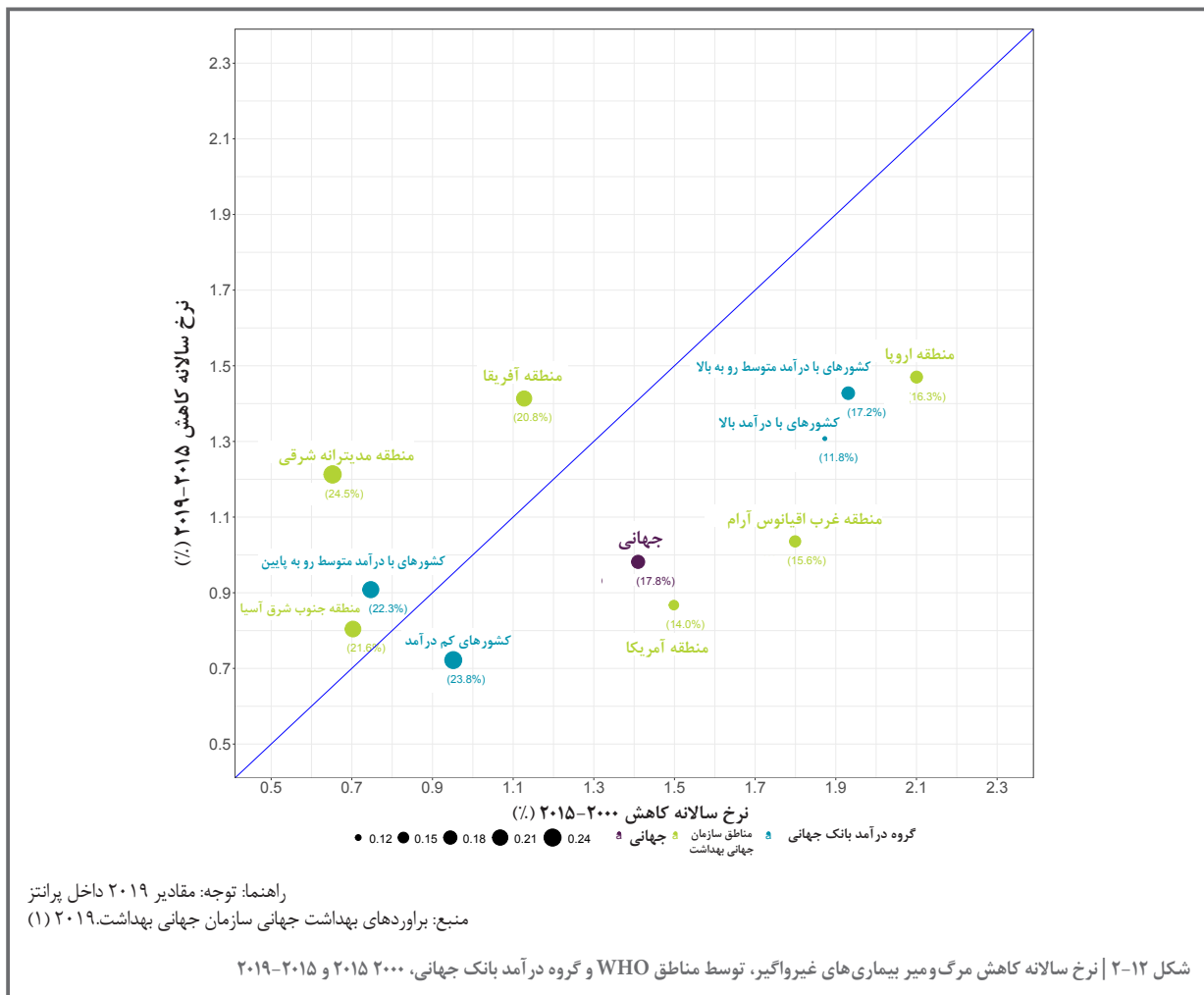


نرخ جهانی سالانه شده کاهش (ARR) مرگ زودهنگام ناشی از NCDها از سال ۲۰۱۵ به مقدار ۳۰٪ کاهش یافته و به کمتر از ۱٪ رسیده است (از ۱٫۴٪ ARR مشاهده شده بین سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۱۵). بدون وجود استراتژی‌های شتاب‌دهی مؤثر برای بازگرداندن ARR به مسیر در جهت کاهش مورد نیاز سالانه به میزان ۲٫۷٪ از سال ۲۰۱۵، در جهانی که مقصد خود را کاهش تا رسیدن به اهداف SDG تعیین کرده است، فقط تعداد اندکی از کشورها می‌توانند به اهداف تعیین شده برسند.

اما روندهای منطقه‌ای موقعیت‌های زیربنایی متفاوتی را نشان می‌دهد: مناطق WHO که قبلاً تا سال ۲۰۱۹ به میزان مرگ زودهنگام نسبتاً پایینی دست یافته بودند، از سال ۲۰۱۵ بیشترین کاهش را در ARR نشان دادند. برای مثال، در منطقه قاره آمریکا و منطقه غرب اقیانوس آرام، کاهش ARR تا ۴۰٪ و ۳۰٪ در منطقه اروپا بود. اما، در مناطقی که بالاترین میزان مرگ‌های زودهنگام را تا سال ۲۰۱۹ داشتند، کاهش نرخ مرگ در طول سال‌های ۲۰۱۵-۲۰۱۹ بیشتر بود؛ و نیز افزایش در ARR از ۱۴٪ در منطقه جنوب شرقی آسیا تا ۸۶٪ در منطقه شرق مدیترانه دیده شد (نمودار ۲-۱۲).

وقتی بررسی براساس گروه‌های درآمدی بانک جهانی انجام گرفت، تغییرات اساسی کمتر متمایز بود، ARRها در LIC، UMIC و HICها با میزان مشابهی (به ترتیب ۲۴٪، ۲۶٪ و ۳۰٪) کاهش نشان می‌داد. پیشرفت خوبی در LMICها وجود داشت، اما در سال ۲۰۱۵-۲۰۱۹ در مقایسه با سال ۲۰۰۰-۲۰۱۵ مقدار ARRها ۲۲٪ افزایش یافت. به‌رغم پیشرفت در تعداد معدودی از مناطق، اگر آمار فعلی کاهش یابد، دستیابی به اهداف توسعه هزاره در این مناطق دور از دسترس باقی خواهد ماند.

علت روند مرگ ناشی از چهار بیماری ناواگیر اصلی در تمام سنین (یعنی علاوه بر موضوع مرگ زودهنگام) بروز



تغییرات گوناگون در مناطق مختلف در سال‌های ۲۰۱۹-۲۰۲۰ بود. در سطح جهانی، بیشترین کاهش در مرگ برای CRD با ۳۷٪ کاهش در نرخ استاندارد شده سن (ASR) برای همه سنین و پس از آن CVD و سرطان به ترتیب با ۲۷٪ و ۱۶٪ کاهش وجود داشت. ASR برای دیابت با افزایش ۳٪ در ASR روند نامطلوبی را نشان داد. بیشترین موفقیت در کاهش مرگ ناشی از CRD در منطقه غرب اقیانوس آرام رخ داد که کاهش حدود ۵۵٪ به دست آمد. در منطقه قاره آمریکا و منطقه اروپا، کاهش CVD منجر به بیشترین کاهش مرگ تا ۴۳٪ و پس از آن سرطان با کاهش حدود ۲۰٪ روبرو بود. با این حال، مرگ ناشی از دیابت در برخی از نقاط جهان، کمتر از ۵٪ در منطقه قاره آمریکا و منطقه جنوب شرقی آسیا، تا بیش از ۲۰٪ در منطقه شرق مدیترانه باعث افزایش ASR شده است. هنگامی که مرگ دیابت براساس گروه‌های درآمدی ارزیابی شد، افزایش مشابهی مشاهده شد که ASR را تقریباً ۵٪ در UMICها و ۱۳٪ در LMICها افزایش داد.

اگرچه روند کلی مرگ برای چهار بیماری ناواگیر اصلی رو به کاهش است، همان‌طور که ASR برای همه گروه‌های سنی نشان می‌دهد، تعداد کل مرگ‌هایی که عموماً به دلیل رشد جمعیت و افزایش سن نسبت داده می‌شود، افزایش یافته است.

براساس بیماری، کل مرگ‌های ناشی از CVD در جهان نسبت به سال ۲۰۰۰ به اندازه یک چهارم افزایش یافت و در سال ۲۰۱۹ به ۱۷٫۹ میلیون نفر رسید. مرگ ناشی از سرطان با ۳۷٪ رشد به ۹٫۳ میلیون نفر، CRD با ۱۰٪ رشد به ۴٫۱ میلیون و دیابت با ۷۲٪ رشد به ۲٫۰ میلیون نفر رسید. بیشترین افزایش در تعداد مطلق مرگ ناشی از CVD با افزایش ۱٫۸ میلیون در منطقه غرب اقیانوس آرام (و ۱٫۹ میلیون در UMICها) نسبت به سال ۲۰۰۰ بود، افزایش سرطان نیز در این نقاط جهان به ترتیب با ۱٫۲ و ۱٫۰ میلیون نفر، در بالاترین میزان مشاهده شد. اگرچه مرگ ناشی از دیابت و افزایش

آن بین سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۱۹ کمتر شده بود، اما بیشترین درصد افزایش برای این بیماری در منطقه جنوب شرقی آسیا و منطقه شرق مدیترانه (و LMICها) با دو برابر شدن مرگ در سال ۲۰۱۹ نسبت به سال ۲۰۰۰ رخ داد. در مقابل، تنها کاهش مشاهده شده CVD در منطقه اروپا (و HICها) و CRD در منطقه غرب اقیانوس آرام (و UMICها) وجود داشت و میزان مرگ در آنها در دامنه سن افراد به اندازه‌ای کم شده که منجر به کاهش بیش از ۱۰٪ در تعداد کل مرگ شده است (نمودار ۲-۱۳).

به طور خلاصه، با وجود کاهش‌هایی که در خطر مرگ زودهنگام ناشی از بیماری‌های ناآگیر به وجود آمده است، پیشرفت برای دستیابی به هدف مربوطه در اهداف توسعه هزاره کافی نیست. همه‌گیری کووید-۱۹ زنگ بیدارباش دیگری برای تشدید مداخلات در NCDها است، زیرا بیماران مبتلا به بیماری‌های ناآگیر و بیماری‌های همراه، دچار افزایش خطر ابتلا به بیماری شدید و مرگ ناشی از کووید-۱۹ می‌شوند. جمعیت‌هایی که قبلاً دچار بیماری‌های ناآگیر شده بودند، اکنون در برابر شرایط تهدیدکننده‌ای که می‌تواند در عرض چند روز به قیمت جان آنها تمام شود، آسیب‌پذیر هستند و به طور بالقوه سطح LE جمعیت را کم کرده و پیشرفت‌هایی که به دشواری در ۲۰ سال گذشته در سرتاسر جهان



به دست آمده بود را از بین برده است. تسریع در پیشرفت، نیازمند سیاست‌ها و اقدامات مؤثرتر و مقرون به صرفه‌تر برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های ناواگیر، از طریق سرمایه‌گذاری در ارتقای سلامت، کاهش شیوع عوامل خطر و بهسازی تشخیص، درمان، توانبخشی و تسکین با سیستم‌های سلامت تقویت شده است.

جراحات^۱

جراحات‌ها ۸٪ از مرگ‌های جهان را تشکیل می‌دهند (۱). بیش از ۴ میلیون نفر در سال ۲۰۱۹ به دلیل جراحات جان خود را از دست دادند. می‌توان از مرگ‌های ناشی از جراحات، چه عمد و چه غیرعمد، جلوگیری کرد. اگرچه در برخی مناطق جهان به دلیل بلایای طبیعی و درگیری‌های مسلحانه، میزان مرگ ناشی از جراحات افزایش یافته است، اما روند کلی مرگ ناشی از جراحات از سال ۲۰۰۰ تا حدودی کاهش یافته است. مرگ ناشی از چهار نوع آسیب خاص که در اهداف توسعه هزاره عنوان شده، قتل، آسیب جاده‌ای، خودکشی و مسمومیت غیرعمد، به‌طور کلی از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ روند نزولی داشته است (نمودار ۲-۱۴).

قتل‌ها^۲

نزدیک به ۴۷۵,۰۰۰ نفر (۳۳۷,۰۰۰ تا ۶۶۸,۰۰۰) در سال ۲۰۱۹ توسط دیگران کشته شدند، ۸۰٪ از آنها مرد بودند. میزان خام مرگ مربوطه (CDRها) در حال کاهش است و از ۷,۹ (۶,۵ به ۹,۷) به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر در سال ۲۰۰۰ به ۶,۲ (۴,۴ تا ۸,۷) به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر در سال ۲۰۱۹، (یعنی ۲۰٪) کاهش یافته است. این میزان در UMICها با مرگ ناشی از قتل مردان ۱۳,۴ (۱۰,۸ تا ۱۶,۷) در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر، بالاترین مقدار بود و پس از آن LICها با ۱۳,۲ (۶,۷ تا ۲۳,۰) مرگ ناشی از قتل مردان قرار داشتند. بالاترین میزان مرگ ناشی از قتل مردان در قاره آمریکا با ۳۴,۰ (۲۸,۰ تا ۴۱,۵) نفر به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت رسید که ۲۵٪ بیشتر از نرخ مرگ جهانی مردان است. مرگ ناشی از قتل براساس الگوی سنی معنی دار است و میزان مرگ در سنین ۲۰ تا ۲۹ سال (با بیش از ۱۰ مورد مرگ در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت در سراسر جهان) به اوج خود می‌رسد.

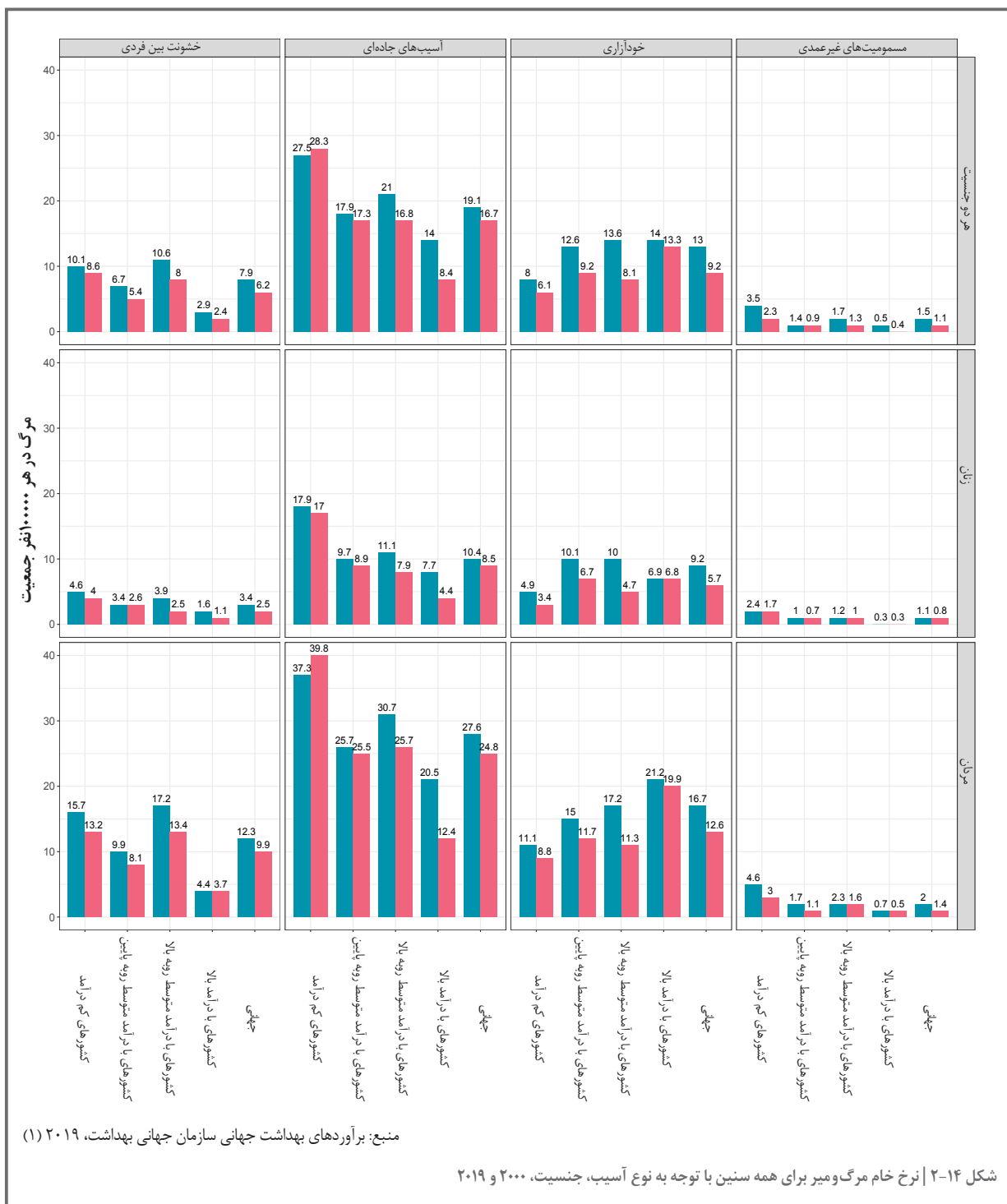
مسمومیت غیر عمدی^۳

در مجموع بیش از ۸۴,۰۰۰ نفر (۴۸,۰۰۰ تا ۱۳۷,۰۰۰)، معادل ۱,۱ (۰,۶ تا ۱,۷) نفر به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت در سال ۲۰۱۹ بر اثر مسمومیت غیرعمد جان خود را از دست دادند. مردان با مقدار ۶۶٪ بیشتر از زنان در اثر مسمومیت جان خود را از دست می‌دهند و جمعیت در هر دو سوی هرم سنی در معرض بالاترین میزان مرگ قرار می‌گیرند. بین گروه‌های درآمدی بانک جهانی، بالاترین CDR در LICها با ۲,۳ (۰,۹ تا ۵,۱) نفر در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت مشاهده شد. CDR در منطقه آفریقای WHO حتی بالاتر از ۲,۵ (۱,۲ تا ۵,۰) نفر بود. این نشان‌دهنده پیشرفت قابل توجهی در مقایسه با سال ۲۰۰۰ است که به ترتیب به اندازه یک سوم و یک چهارم کاهش یافته است. کشورهای منطقه جنوب شرقی آسیا و منطقه اروپا بیشترین کاهش را نشان دادند و به ترتیب تقریباً به اندازه یک دوم و دو سوم کاهش یافتند.

جراحات‌های جاده‌ای^۴

اگرچه تعداد کل مرگ‌های ناشی از تصادفات جاده‌ای از ۱,۲ (۱,۰ تا ۱,۴) میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ به ۱,۳ (۱,۰ تا

1. Injuries
2. Homicides
3. Unintentional poisoning
4. Road injury



۱,۶) میلیون نفر در سال ۲۰۱۹ افزایش یافت، اما میزان مرگ خام برای مرگ‌های ناشی از تصادفات جاده‌ای تقریباً به اندازه ۱۳٪ در سراسر جهان کاهش یافته و به ۱۶,۷ (۱۳,۱ تا ۲۰,۲) نفر در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت رسیده است. بیشترین کاهش در منطقه اروپا با ۵۰٪ کاهش از سال ۲۰۰۰ به دست آمد و به کمترین تعداد مرگ در جهان یعنی تقریباً ۷,۴ (۵,۹ تا ۹,۲) نفر در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت رسیده است. کاهش میزان مرگ جاده‌ای در سایر مناطق کندتر بود. به عنوان مثال، منطقه آفریقا بالاترین CDR را در سال ۲۰۰۰ داشت و میزان آن فقط به اندازه ۹٪ در سال ۲۰۱۹ کاهش یافت. CDR در LICها به میزان ۴۰٪ در همان دوره کاهش یافت و به ۸,۴ (۷,۲ تا ۹,۶) مورد مرگ در هر ۱۰۰,۰۰۰ جمعیت رسید، این در حالی است که CDR در LICها افزایش یافته است.

خودکشی کردن^۱

مرگ‌های ناشی از خودکشی در جهان، در سال ۲۰۱۹ به بیش از ۷۰۰,۰۰۰ نفر (۵۱۶,۰۰۰ تا ۹۶۶,۰۰۰) رسید که میزان مرگ مردان نسبت به زنان تقریباً دو برابر بود. بیشترین خطر مرگ ناشی از خودکشی در سالمندان است. میزان مرگ خام برای خودکشی از ۱۳,۰ (۱۰,۴ تا ۱۶,۰) مورد مرگ به ۹,۲ (۶,۷ تا ۱۲,۶) مورد مرگ به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹ رسید که یعنی اندازه ۲۹٪ کاهش یافته است. در شرایط فعلی، مرگ به علت خودکشی منجر به تلفات جانی قابل توجهی شده است، اما از سال ۲۰۰۰ تاکنون پیشرفت کمی در بسیاری از مناطق مختلف با منابع بالاتر دیده شده است. همچنین، CDR برای مرگ به دلیل خودکشی در HICها کمتر از ۵٪ کاهش یافت. قابل ذکر است که در همین دوره زمانی، میزان خودکشی در منطقه قاره آمریکا به اندازه ۲۸٪ افزایش یافت. منطقه اروپا با بالاترین CDR خودکشی در بین تمام مناطق WHO با ۲۱,۹ (۲۰,۰ تا ۲۴,۲) نفر در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت در سال ۲۰۰۰ شروع و با ۱۲,۸ (۱۰,۱ تا ۱۶,۴) نفر به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت در سال ۲۰۱۹ به پایان رسید. مرگ ناشی از هر یک از این علل فوق قابل پیشگیری است. مداخلات چندبخشی، مؤثر و هدفمند، شرایط را برای رسیدگی به این مرگ‌ها و عوامل خطر اساسی مربوط به آنها، از جمله مسائل مربوط به سلامت روان، ایمنی جاده‌ها، استفاده از آفت‌کش‌های خطرناک و همچنین عوامل اجتماعی تعیین‌کننده نابرابری در پیامدهای مرتبط با سلامت را در سراسر مناطق و همه گروه‌های درآمدی بهتر می‌کند. تعهد سیاسی و سرمایه‌گذاری‌های بلندمدت نیز برای حفظ و تسریع پیشرفت‌های موجود برای دستیابی به اهداف توسعه هزاره ضروری است.

References

1. Global Health Estimates 2019: Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. Geneva, World Health Organization; 2020. (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>, accessed 1 May 2021).
2. Levels and trends in child mortality: Report 2020. Estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York: United Nations Children's Fund; 2020 (<https://www.unicef.org/reports/levels-and-trendschild-mortality-report-2020>, accessed 1 May 2021).
3. Every Woman Every Child. Protect the progress: rise, refocus, recover. New York: United Nations Children's Fund; 2020 (<https://www.unicef.org/reports/protect-progress-rise-refocus-recover-every-woman-every-child-2020>, accessed 1 May 2021).
4. UNICEF Regional Office for South Asia. Direct and indirect effects of the COVID-19 pandemic and response in South Asia. Kathmandu: United Nations Children's Fund; 2021 (<https://www.unicef.org/rosa/reports/direct-and-indirect-effects-covid-19-pandemic-and-response-south-asia>, accessed 1 May 2021).
5. Trends in maternal mortality: 2000 to 2017: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal-mortality-2000-2017/en/>, accessed 1 May 2021).
6. Maternal mortality (Global Health Observatory) [online database]. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/maternal-mortality>, accessed 1 May 2021).
7. Strategies towards ending preventable maternal mortality (EPMM). Geneva: World Health Organization; 2015 (https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/, accessed 1 May 2021).
8. The End TB Strategy. Geneva: World Health Organization; 2014 (https://www.who.int/tb/strategy/End_TB_Strategy.pdf, accessed 1 May 2021).
9. Global health sector strategy on HIV: 2016–2021. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2016.05>, accessed 1 May 2021).
10. End Inequalities. End AIDS. Global AIDS Strategy 2021–2026. Geneva: Joint United Nations AIDS Programme; 2021 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021-2026-global-AIDS-strategy>, accessed 1 May 2021).
11. Global Technical Strategy for Malaria 2016–2030. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241564991/en/>, accessed 1 May 2021).
12. Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: A road map for neglected tropical diseases 2021–2030. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1326801/retrieve>, accessed 1 May 2021).
13. The Polio Endgame Strategy 2019–2023: Eradication, Integration, Containment and Certification. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://polioeradication.org/who-we-are/polio-endgame-strategy-2019-2023/>, accessed 1 May 2021).
14. Global tuberculosis report 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336069/9789240013131-eng.pdf>, accessed 1 May 2021).
15. Global HIV & AIDS statistics — 2020 fact sheet. Geneva: Joint United Nations AIDS Programme; 2020 (<https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet#>, accessed 1 May 2021).
16. AIDInfo [online database]. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (<http://aidsinfo.unaids.org/>, accessed 1 May 2021).
17. HIV/AIDS (Global Health Observatory) [online database]. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/hiv-aids>, accessed 1 May 2021).
18. World malaria report 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240015791>, accessed 1 May 2021).
19. Accelerating work to overcome the global impact of neglected tropical diseases – A roadmap for implementation. Geneva: World Health Organization; 2012 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70809/WHO_HTM_NTD_2012.1_eng.pdf, accessed 1 May 2021).
20. WHO (2021) Progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/hiv/strategy2016-2021/progress-report-2019/en/>, accessed 1 May 2021).
21. Two out of three wild poliovirus strains eradicated. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/newsroom/feature-stories/detail/two-out-of-three-wild-poliovirus-strains-eradicated>, accessed 1 May 2021).
22. Global Polio Eradication Initiative [website]. (<https://polioeradication.org/>, accessed 1 May 2021).
23. Global Antimicrobial Resistance Surveillance System (GLASS) [website]. (<https://www.who.int/glass/en/>, accessed 1 May 2021).



مخاطرات تهدید کننده سلامت

سوء تغذیه در دوره کودکی (کوتاه قدی، کم وزنی و اضافه وزن)، انمی، رفتارهای پرخطر جنسی، مصرف دخانیات و الکل، چاقی، کم تحرکی، اسیدهای چرب ترانس، دسترسی گوناگون به آب پاکیزه و سیستم فاضلاب ایمن و مدیریت شده، آلودگی هوای بیرون و آلودگی هوای خانگی و فشارخون بالا، همگی بخش چشم گیری از بار بیماری ها را تشکیل می دهند و منجر به مرگ زودرس می شوند (در حالی که قابل پیشگیری هستند). یکی از اولویت های اهداف توسعه پایدار مرتبط با سلامت و اهداف هزاره سوم سازمان جهانی بهداشت، پرداختن به مخاطرات سلامتی است. سازمان جهانی بهداشت و اعضای آن با همکاری هم با ایجاد سیاست های چندبخشی و برنامه های عملیاتی، سرعت پیشرفت در دستیابی به این اهداف را افزایش داده اند.

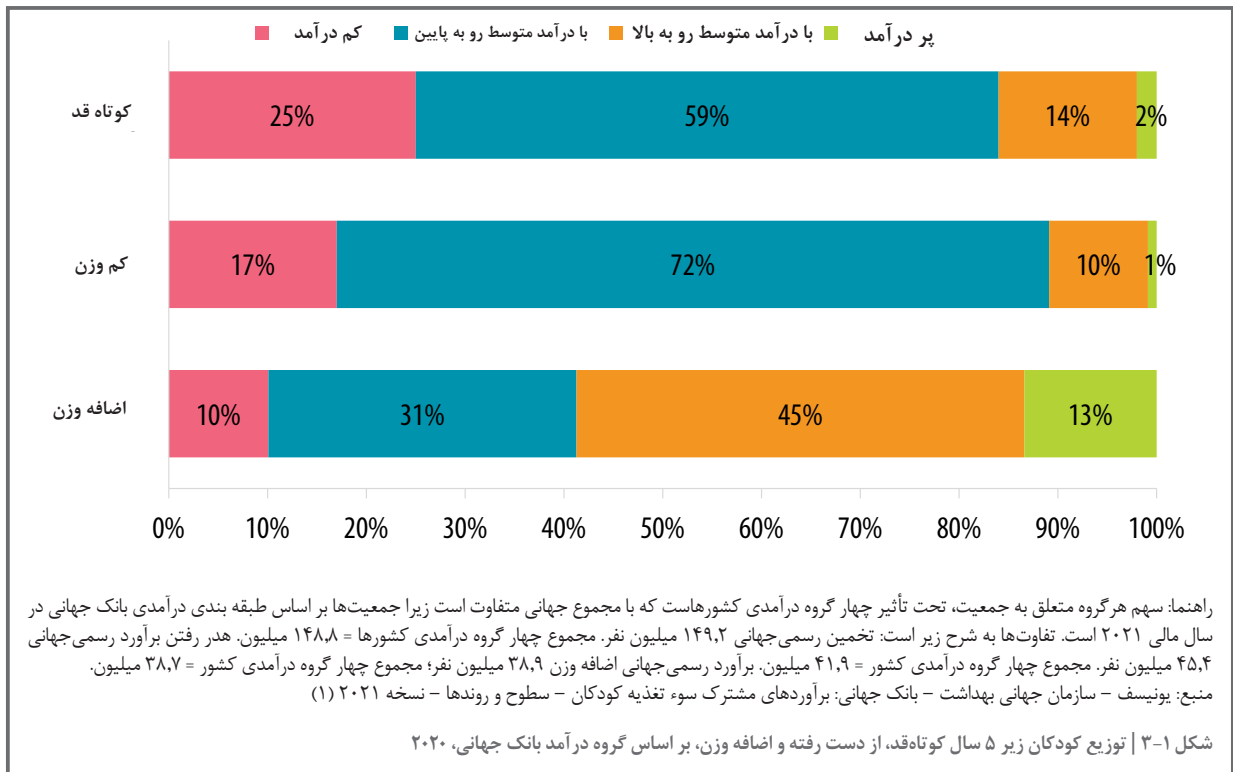
نابرابری، مانع پیشروی در حداقل سازی مواجهه با عوامل تهدید کننده سلامت است و همچنین، به همان میزان که امکان مواجهه آسیب پذیرترین قشر جمعیت با این عوامل تهدید کننده سلامت بیشتر است، به همان میزان کمتر مایل به دسترسی به مداخلات اثربخش و استفاده از مزایان آن هستند.

سوء تغذیه کودکی^۱

اگرچه در کشورهای کم درآمد و کشورهای با درآمد متوسط رو به پایین، کوتاه قدی و کم وزنی تراکم بالایی دارد، اما هیچ پیشرفتی در کاهش میزان اضافه وزن حاصل نشده است. یک ارزیابی در سال ۲۰۲۰ نشان داد که ۱۴۹,۲ میلیون کودک زیر پنج سال، کوتاه قد (قد کوتاه به نسبت سن) و ۴۵,۴ میلیون نفر کم وزن بودند (وزن کم به نسبت قد) در حالی که ۳۸,۹ میلیون نفر دارای اضافه وزن بودند.

کشورهای کم درآمد و کشورهای با درآمد متوسط رو به پایین با برداشتن حدود دو سوم کودکان کوتاه قد جهان و سه چهارم کودکان کم وزن جهان، بیشترین سهم کودکان مبتلا به سوء تغذیه را در سال ۲۰۲۰ داشتند؛ این افراد کمتر از نیمی از جمعیت زیر ۵ سال جهان را در بر می گیرند. در مقابل تقریباً نیمی از تمام کودکان دارای اضافه وزن در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا زندگی می کنند که کمتر از یک سوم جمعیت زیر ۵ سال جهان را تشکیل می دهند (شکل ۱-۳).

1. Child malnutrition



شیوع جهانی کوتاه‌قدی، کم وزنی و اضافه وزن در سال ۲۰۲۰ به ترتیب ۲۲٪ (فاصله اطمینان ۲۱,۳ تا ۲۲,۷)، ۶,۷ درصد (فاصله اطمینان ۵,۵ تا ۷,۹) و ۵,۷ درصد (فاصله اطمینان ۵,۳ تا ۶,۳) بوده است. کمترین شیوع اضافه وزن در کشورهای کم درآمد بود (۳,۷٪)، در حالی که کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا، بالاترین میزان را گزارش کردند. بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۰، شیوع کوتاه‌قدی در سطح جهان از ۳۳/۱ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۲۲/۰ درصد در سال ۲۰۲۰ کاهش یافت. این کاهش در کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا با ۴۹٪ کاهش و در کشورهای با درآمد متوسط رو به پایین با ۳۵٪ کاهش، بیشتر بوده است. در مقابل، اضافه وزن در تمام گروه‌های درآمدی و در سطح جهانی از ۵,۴ درصد به ۵,۷ درصد افزایش یافته است.

آنمی در زنان^۱

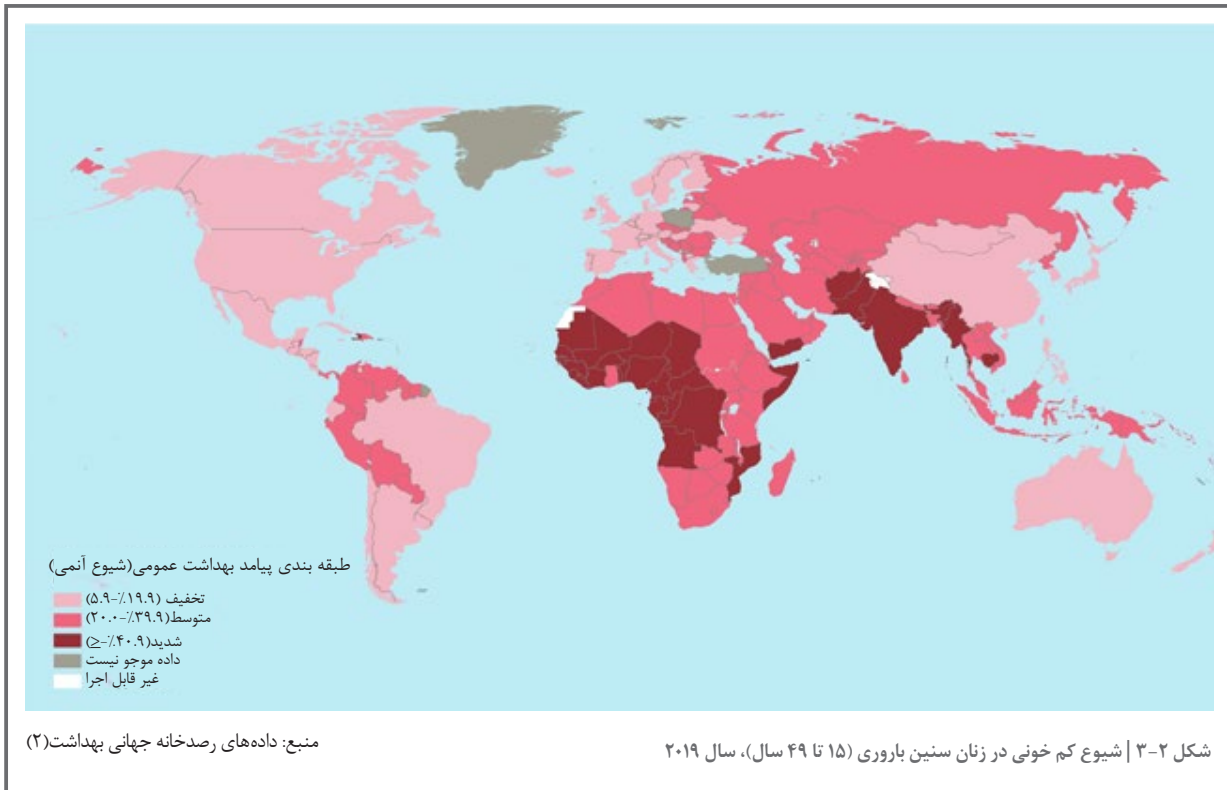
پیشرفت محدود و ترکیبی^۲

در سال ۲۰۱۹، شیوع جهانی کم خونی ۲۹,۹٪ (فاصله اطمینان ۲۷,۰ تا ۳۲,۸) بین زنان در سن باروری، ۳۶,۵٪ درصد (۳۴,۰ تا ۳۹,۱) بین زنان باردار و ۲۹,۶٪ (فاصله اطمینان ۲۶,۶ تا ۳۲,۵) بین زنان غیر باردار بوده است. شیوع آنمی بین کشورها و مناطق به طور قابل توجهی متفاوت بود (شکل ۳-۲).

بیشترین میزان شیوع آنمی میان زنان در سنین باروری، در مناطق کورد هدف توسعه پایدار، آسیای مرکزی و آسیای جنوبی ۴۷,۵٪ (۴۰,۵ تا ۵۴,۰ فاصله اطمینان) و جنوب صحرای آفریقا ۴۰,۷٪ (فاصله اطمینان ۳۷,۰ تا ۴۴,۵) و کمترین آن در آمریکای شمالی و اروپا ۱۴,۶٪ (فاصله اطمینان ۱۱,۱ تا ۱۹,۰) بود.

کاهش جهانی کم‌خونی در زنان باردار روند آهسته و در زنان در سنین باروری راکد بوده است، آمار سال ۲۰۰۰ به ترتیب ۴۰,۹٪ و ۳۱,۲٪ نشان داد. روندهای شیوع آنمی از یک کاهش جزئی در شیوع آنمی در بین زنان در سنین باروری تا افزایش جزئی در سایر مناطق اهداف توسعه پایدار متفاوت بود. شیوع آنمی در زنان در سنین باروری در جنوب صحرای آفریقا از ۴۶,۸٪ (فاصله اطمینان ۴۳,۰ تا ۵۰,۵) در سال ۲۰۰۰ به ۴۰,۷٪ (فاصله اطمینان ۳۷,۰ تا ۴۴,۵) در سال ۲۰۱۹،

1. Anaemia in women
2. Limited and mixed progress



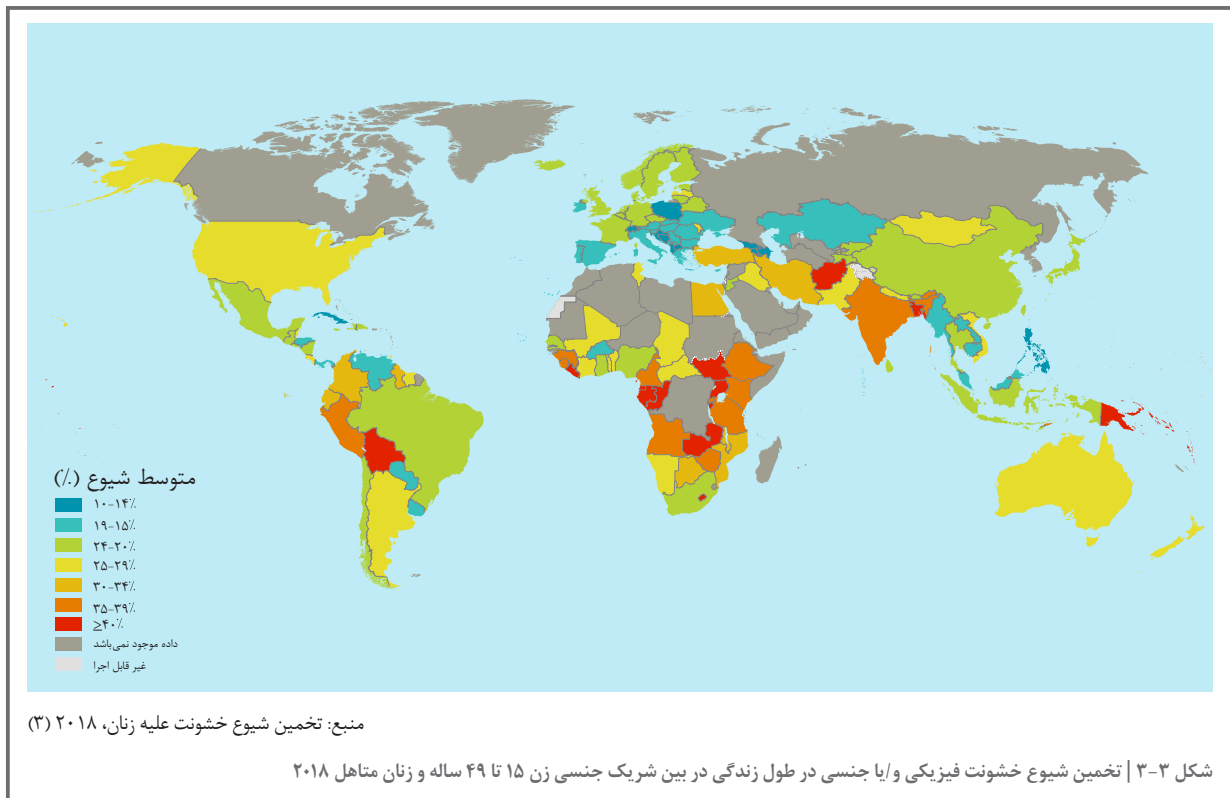
آمریکای لاتین و کارائیب از ۲۵٫۶ درصد (فاصله اطمینان ۲۰٫۹ تا ۳۰٫۶) در سال ۲۰۰۰ به ۱۷٫۲ درصد (فاصله اطمینان ۱۲٫۷ تا ۲۳٫۱) در سال ۲۰۱۹ و غرب آسیا و شمال آفریقا از ۳۶٫۷ درصد (فاصله اطمینان ۳۱٫۷ تا ۴۲٫۴) در سال ۲۰۰۰ به ۳۱٫۸ درصد (فاصله اطمینان ۲۵٫۵ تا ۳۸٫۷) در سال ۲۰۱۹ به دست آمد. برای دستیابی به هدف جهانی «نصف شدن شیوع کم‌خونی در زنان در سنین باروری» تا سال ۲۰۳۰، باید تلاش‌های چند گانه سریع‌تر و بیشتری صورت گیرد.

رفتارهای خشونت آمیز جنسی^۱

سطوح هشدار و توزیع آن^۲

در سال ۲۰۱۸ حدود یک سوم کل زنان در سنین بارداری (۱۵-۴۹ سال) رفتار خشونت آمیز جنسی یا فیزیکی را حداقل یک بار در طول عمرشان از سن ۱۵ سالگی (۲۷٪؛ فاصله اطمینان، ۲۴-۳۲) تجربه کرده بودند، در حالی که یک نفر از هر ۱۰ نفر طی یک سال اخیر این تجربه را داشتند (۱۳٪؛ فاصله اطمینان ۱۰-۱۶). شیوع تجربه رفتار خشونت آمیز جنسی در طول عمر افراد، در کشورها و نواحی مختلف متفاوت بود (شکل ۳-۳)، بیشترین بار IPV به کشورهایی با حداقل میزان توسعه یافتگی مربوط می‌شد که حدود ۳۷٪ (فاصله اطمینان ۳۳-۴۲) به دست آمد. بیشترین میزان پراکندگی مربوط می‌شد به سه دسته جزایر اقیانوسیه که از نواحی برنامه توسعه پایدار محسوب می‌شدند (میکرونزی ۴۲٪؛ فاصله اطمینان ۳۲-۵۲)، پلیزی ۳۹٪؛ فاصله اطمینان ۳۰-۴۹) و سپس جنوب صحرای آفریقا (۳۳٪؛ فاصله اطمینان ۲۹-۳۸) و بخش آسیای جنوبی (۳۵٪؛ فاصله اطمینان ۲۶-۴۵). IPV در سنین کم آغاز می‌شود، نزدیک به یک چهارم از دختران نوجوان (۲۴٪؛ فاصله اطمینان ۲۱-۲۸) و ۲۶٪ زنان جوان ۲۰ تا ۲۴ سال (فاصله اطمینان ۲۳-۳۰) که شریک جنسی داشتند یا ازدواج کرده بودند در معرض این خشونت قرار گرفته بودند. ۱۶٪ دختران نوجوان و زنان جوان (۱۵-۲۴ سال) در معرض خشونت فیزیکی یا جنسی یا هر دو، توسط شریک جنسی مذکر قرار گرفته‌اند (برای مثال طی یک سال گذشته).

1. Intimate partner violence (IPV)
2. Alarming levels and distribution



عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیردار^۱

بیماری‌های غیرواگیر هم اکنون جزو بیشترین علل مرگ و میر زودرس و ناتوانی در سراسر جهان، با بیشترین میزان مرگ‌ها در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط محسوب می‌شوند. فشارخون بالا، چاقی، کم تحرکی، استعمال دخانیات، مصرف الکل و استفاده زیاد از اسید چرب ترانس، در زمره عوامل خطر کلیدی زیر مجموعه بیماری‌های غیر واگیر هستند. تخمین‌های کلی مناطق سازمان جهانی بهداشت و گروه‌های درآمدی بانک جهانی برای شاخص‌هایی که قابل اجرا باشند ارائه می‌شوند.

جنسیت یک فرد دامنه‌ای از پیامدهای بیولوژیکی، رفتاری، اجتماعی و اقتصادی را به دنبال دارد که منجر به تفاوت ملموس بین سلامت زنان و مردان در مواجهه با عوامل خطر می‌شود. به این ترتیب، نابرابری‌های مرتبط با جنسیت در فشارخون بالا، اضافه وزن و چاقی و کم تحرکی با به کارگیری داده قابل مقایسه حاصل از ابزار نظرسنجی STEPS WHO بین سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۹ در ۳۲ کشور، بررسی می‌شوند (۴).

چاقی بزرگسالی و کم تحرکی

سن استاندارد شده شیوع چاقی بین بزرگسالان ۱۸ سال و بزرگتر (با معیار شاخص توده بدنی تعیین می‌شود $BMI > 30 \text{ kg/m}^2$) طی چند دهه اخیر با ۶۵۰ میلیون بزرگسال چاق در سال ۲۰۱۶ در سراسر جهان افزایش یافته است. شیوع چاقی از ۸٫۷٪ در سال ۲۰۰۰ به ۱۳٫۱٪ (فاصله اطمینان ۱۲٫۴ تا ۱۳٫۹) در سال ۲۰۱۶ افزایش یافته است (۵). در مردان چاقی از سال ۲۰۰۰ (۶٫۷٪) تا سال ۲۰۱۶ (۱۱٫۱٪) ۶۶٪ افزایش یافت و در زنان شیوع چاقی از سال ۲۰۰۰ (۱۰٫۶٪) تا ۲۰۱۶ (۱۵٫۱٪)، ۷۰٪ افزایش داشت. شیوع چاقی همچنین در همه گروه‌های درآمدی بانک جهانی افزایش داشته است و به بالاترین سطح در کشورهای با درآمد بالا رسیده است (۲۴٫۷٪ در زنان و ۲۴٫۵٪ در مردان)، در این مورد

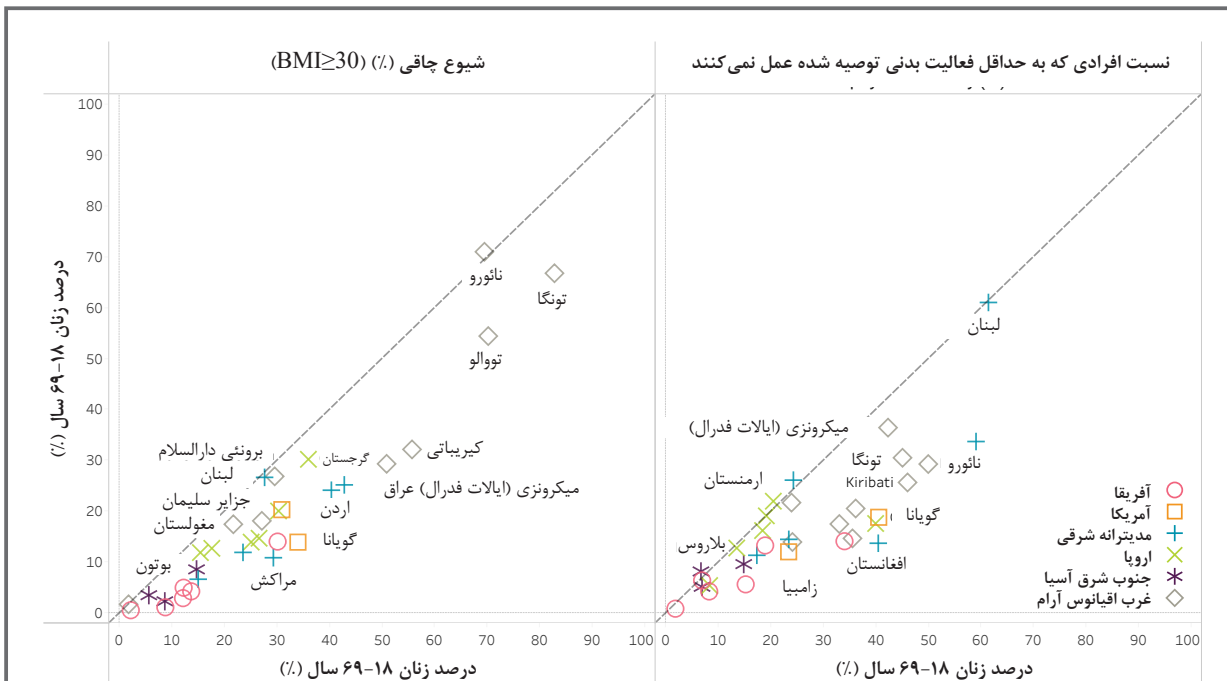
تفاوت‌ها در دو جنس اندک بود (نسبت مردان به زنان ۰,۹۹). این اختلافات با کمترین میزان در کشورهای کم درآمد (۹,۹٪ در زنان و ۳,۶٪ در مردان) است، جایی که تفاوت میان دو جنس معنادار بود.

سن استاندارد شده شیوع تحرک بدنی ناکافی (از این پس کم تحرکی، به عنوان توصیه‌های جهانی ۲۰۱۰ در مورد فعالیت بدنی برای سلامت که به آن عمل نشده، تعیین می‌شود) در بین بزرگسالان ۱۸ سال به بالا (۶) ۲۷,۵٪ (فاصله اطمینان ۲۵-۳۲,۲) در سال ۲۰۱۶ با بیش از ۸٪ فاصله بین جنسیت‌ها بود: مردان ۲۳,۴٪ (فاصله اطمینان ۲۱,۱ تا ۳۰,۷)، زنان ۳۱,۷٪ (فاصله اطمینان ۲۸,۶ تا ۳۹,۰) (۷) از ۱۵ سال پیش میزان کم تحرکی کاهش ناکافی و اندکی نسبت به شیوع جهانی ۲۸,۵٪ در سال ۲۰۰۱ داشته است. سطح کم تحرکی در کشورهای با درآمد بالا طی زمان در هر دو جنس زن و مرد به دو برابر سطح شیوع مشاهده شده در کشورهای کم درآمد در سال ۲۰۱۶ رسید؛ این افزایش از سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۶ در کشورهای کم درآمد از ۳۱,۶٪ به ۳۶,۸٪ و در مقابل در کشورهای با درآمد بالا از ۱۶,۲٪ رسید.

نابرابری میان کشورها^۱

در ۳۲ کشور مورد مطالعه، ۵۸٪ زنان اضافه وزن داشتند و ۲۷٪ چاق بودند (BMI بزرگ‌تر یا مساوی ۳۰ kg/m²). در مقابل این نسبت بین مردان به ترتیب ۵۰٪ و ۱۴٪ بود. در همین راستا به طور کلی زنان بیشتری توصیه‌های حداقل فعالیت بدنی هفتگی را در مقایسه با مردان، انجام ندادند. با توجه به داده‌های در دسترس این نسبت در میان کشورها بسیار متفاوت است.

نابرابری جنسیتی در چاقی تقریباً در مورد کل ۳۲ کشور مورد مطالعه در سطح جهانی صدق می‌کند (شکل ۳-۴). در بین کشورهای با بیشترین شکاف جنسیتی در چاقی، «گویان، کریباتی و ایالات فدرال میکرونزی» با یک اختلاف کلی بین زنان و مردان برابر ۲۰٪ یا بیشتر است. یک الگوی مشابه برای شاخص کم تحرکی را نیز می‌توان مشاهده نمود؛ در بیشتر



راهنما: هر چه از خط مورب دورتر باشد، نابرابری مربوط به جنسیت بیشتر است.

منبع: رویکرد STEPwise سازمان جهانی بهداشت به فاکتورهای خطر شیوع بیماری‌های غیر واگیر (۲۰۱۵-۲۰۱۹) (۴)

شکل ۳-۴ | نابرابری مرتبط با جنسیت در شیوع چاقی متناسب با سن و نسبت افرادی که حداقل فعالیت بدنی توصیه شده را در ۳۲ کشور انجام نمی‌دهند، ۲۰۱۵-۲۰۱۹

کشورها نسبت کسانی که به توصیه‌های حداقل فعالیت بدنی عمل نمی‌کنند برای زنان بیشتر از مردان بود.^۱ در افغانستان و عراق، تفاوت جنسیتی نزدیک ۲۵٪ بود.

فشار خون (فشار خون بالا)^۲

فشار خون بالا^۳ یک عامل خطر شناخته شده برای بیماری و مرگ و میرهای قلبی عروقی است. سن شیوع استاندارد فشار خون بالا بین بزرگسالان ۱۸ سال به بالا، ۲۲،۱٪ در سال ۲۰۱۵ بود (در زنان ۲۰،۱٪ و در مردان ۲۴،۱٪) (۹). در کشورهای با درآمد بالا، متوسط رو به بالا و متوسط رو به پایین فشار خون در مردان بالاتر بود (نسبت فشار خون مردان به زنان ۱،۵۴)، اما در کشورهای کم درآمد شیوع فشار خون در زنان اندکی بالاتر از مردان بود (نسبت مردان به زنان ۰،۹۸).

بین سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۱۵ فشار خون به طور کلی در بین زنان و مردان و در همه گروه‌های درآمدی بانک جهانی کاهش یافت. کشورهای کم درآمد از این قاعده مستثنی بودند و شیوع فشار خون در این کشورها از ۲۷،۷٪ در سال ۲۰۰۰ به ۲۸،۴٪ در سال ۲۰۱۵ افزایش اندکی داشت.

نابرابری بین کشوری^۴

بین ۳۲ کشور مورد مطالعه، نسبت مشابهی از زنان و مردان، دارای فشار خون لحظه‌ای با استفاده از ابزار سنجش استاندارد بودند (میانها به ترتیب ۲۵٪ و ۲۸٪) (شکل ۵-۳).



۱- فعالیت بدنی ناکافی به عنوان کمتر از ۱۵۰ دقیقه فعالیت در هفته یا معادل آن با شدت متوسط تعریف می‌شود (۶).

2. Hypertension (raised blood pressure)

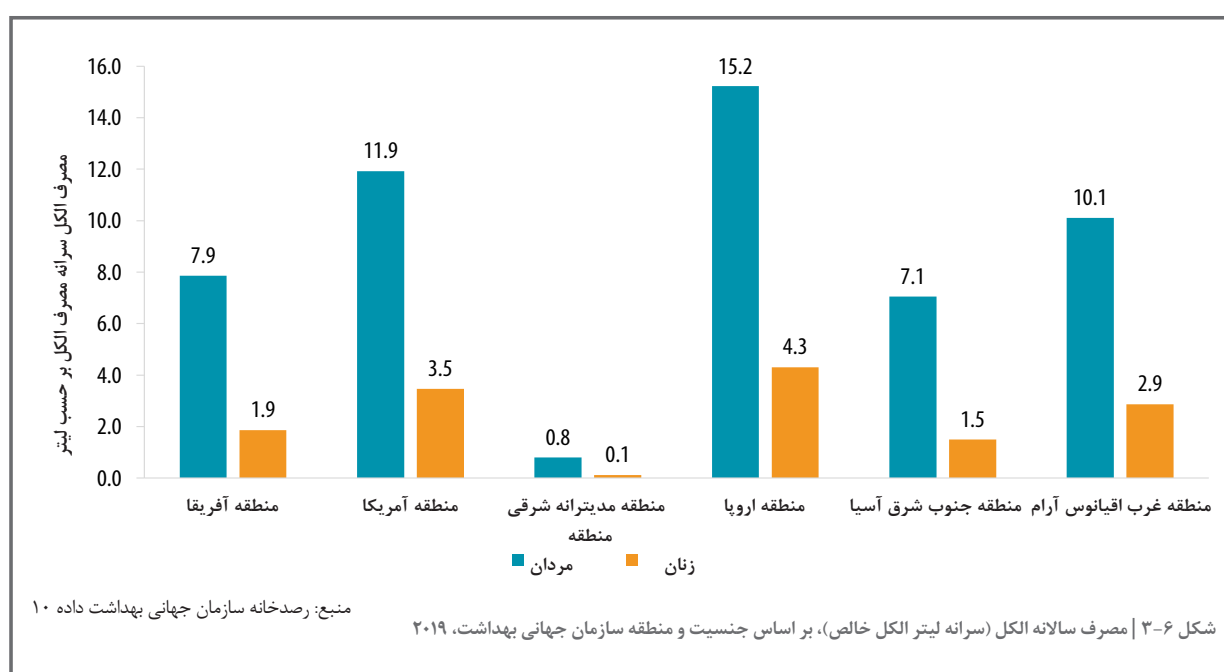
۳- فشار خون بالا به عنوان سیستمولیک ≤ 140 میلی متر جیوه، فشار خون دیاستولیک ≤ 90 میلی متر جیوه یا مصرف دارو برای فشار خون بالا تعریف می‌شود.

4. Within country inequality

روی هم رفته، فقط ۳۷٪ مردان و ۵۱٪ زنان دارای فشارخون بالا از قبل تشخیص داده شده بودند. بین کسانی که فشارخون بالا داشتند زنان بیشتر تمایل به معالجه داشتند. سرجمع ۳۳٪ زنان و ۱۹٪ مردان دارو برای فشارخون مصرف می کردند. علاوه بر این ۱۲٪ زنان و ۶٪ مردان دارای فشارخون بالا فشارخونشان را کنترل می کردند.

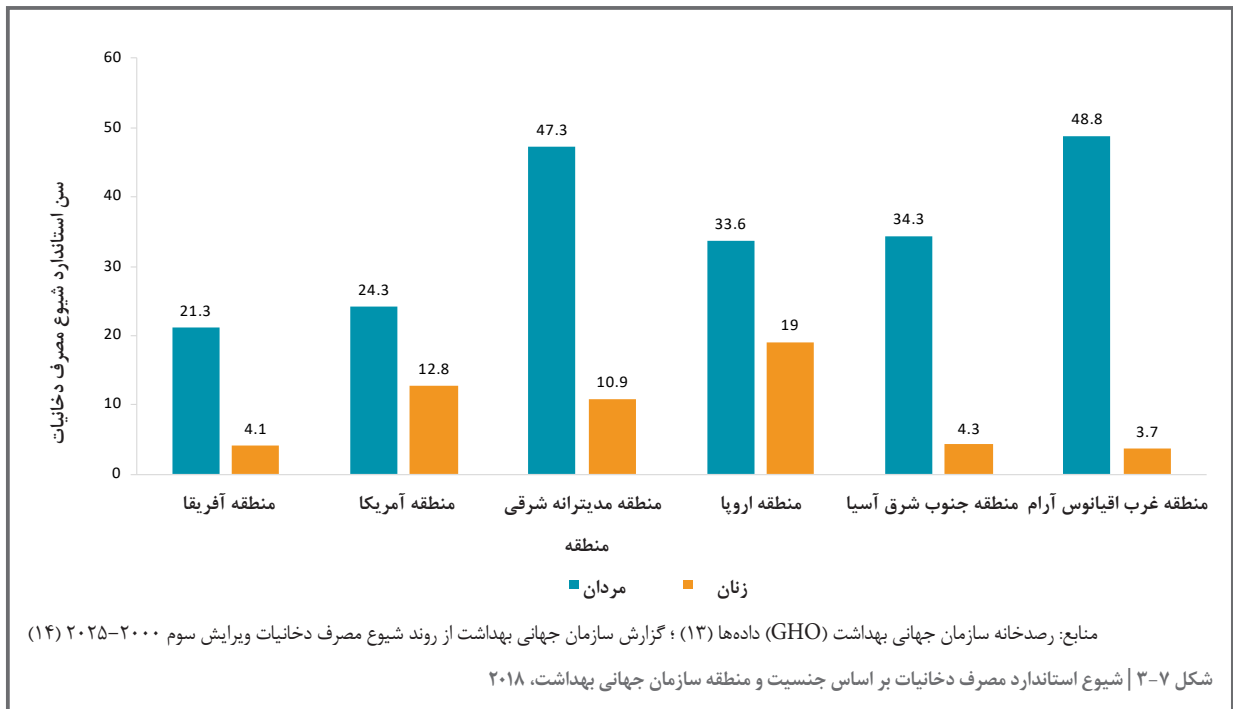
مصرف الکل^۱

در سال ۲۰۱۹ مصرف سالانه الکل در سطح جهان برابر ۵,۸ لیتر (فاصله اطمینان ۵,۵ تا ۶,۲) الکل خالص به ازای هر نفر بود (اشخاص ۱۵ سال به بالا). به طور متوسط سرانه مصرف مردان تقریباً ۳,۷ برابر زنان بود (سرانه مصرف مردان و زنان به ترتیب ۹,۲ و ۲,۵). مصرف الکل از سال ۲۰۰۰ افزایش یافت و از سال ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۵ دارای شیب نزولی بود. مناطق WHO با بالاترین مصرف در بین مردان و زنان در سال ۲۰۱۹، منطقه اروپا (۱۵,۲ لیتر سرانه مصرف مردان و ۴,۳ لیتر زنان)، منطقه قاره آمریکا (۱۱,۹ لیتر در مردان و ۳,۵ لیتر در زنان) و منطقه اقیانوس آرام غربی (۱۰,۱ لیتر در مردان و ۲,۹ لیتر در زنان)، در حالی که کمترین مصرف در منطقه مدیترانه شرقی (۰,۸ لیتر در مردان و ۰,۱ لیتر در زنان) بوده است (شکل ۳-۶).



استعمال دخانیات

دخانیات همچنان یکی از عوامل خطر اصلی در مرگ‌های زودرس در سطح جهان است (۱۱). ترک سیگار قبل از ۴۰ سالگی خطر مرگ را حدود ۹۰ درصد کاهش می‌دهد (۱۲). در سال ۲۰۱۸، ۲۳,۶ درصد از جمعیت بزرگسال جهان (۱۵ سال و بالاتر) مصرف کنندگان دخانیات بودند که از ۳۳,۳ درصد در سال ۲۰۰۰ کاهش یافته است و پیش بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۵ به ۲۰,۹ درصد کاهش یابد. شیوع مصرف دخانیات در سراسر جهان بین سالهای ۲۰۰۰-۲۰۱۸ در بین زنان از ۱۶,۷ درصد به ۸,۵ درصد و در بین مردان از ۵۰ درصد به ۳۸,۶ درصد کاهش یافته است. تفاوت‌های جنسی (نسبت مرد به زن) با مصرف ۳ برابری دخانیات توسط مردان نسبت به زنان در سال ۲۰۰۰ و ۴,۵ برابری در سال ۲۰۱۵ رو به افزایش قابل توجهی است و پیش بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۵، ۵,۲ برابر بیشتر شود، به عبارتی دیگر این موضوع، روند نزولی آهسته‌تر مصرف دخانیات در بین مردان را یادآور می‌شود. نسبت استعمال دخانیات مردان به زنان در هر منطقه متفاوت است و در سال ۲۰۱۸ از ۱,۸ در منطقه اروپا تا ۱۳,۲ در منطقه غربی اقیانوس آرام متغیر بود (شکل ۳-۷).



سن شیوع استاندارد مصرف دخانیات برای مردان و زنان در تمام گروه‌های درآمدی بانک جهانی کاهش یافته است. اگرچه، شیوع در بین مردان هنوز به طور متوسط بیش از ۳۰٪ در تمام گروه‌های درآمدی به جز کشورهای کم درآمد است. شیوع بین زنان در کشورهای با درآمد بالا کمترین کاهش را در بین تمام گروه‌های درآمدی نشان می‌دهد و به طور متوسط سه برابر میانگین در بین زنان در کشورهای با درآمد متوسط رو به پایین در سال ۲۰۱۸ بود. حدود ۱٫۳ میلیارد بزرگسال در سال ۲۰۱۸ به مصرف دخانیات ادامه دادند. کشورها باید اجرای چارچوب انجمن کنترل دخانیات (WHO، FCTC) که یک هدف کلیدی توسعه پایدار برای کاهش مصرف دخانیات و جلوگیری از مرگ‌ومیر و ناتوانی‌های زودرس است را تقویت کنند.

اسیدهای چرب ترانس^۱

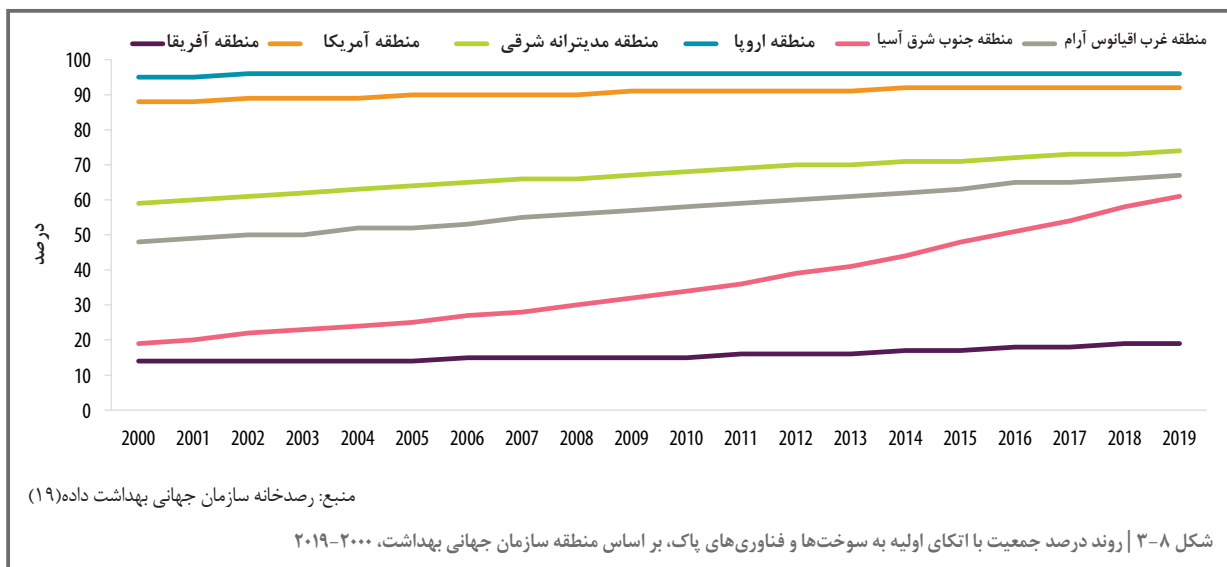
مصرف اسیدهای چرب ترانس (TFA) با خطر بیشتر حملات قلبی و مرگ ناشی از بیماری عروق کرونر قلب مرتبط است (۱۵،۱۶). در سال ۲۰۱۸، WHO خواستار حذف جهانی TFA تولید شده در صنعت تا سال ۲۰۲۳ شد و چارچوب اقدام REPLACE (جایگزینی) و همچنین شش نمونه اقدام جایگزینی را برای حمایت از دولت‌ها در انجام اقدامات برای حذف TFA تولید شده صنعتی از عرضه مواد غذایی منتشر کرد (۱۷). WHO توصیه می‌کند که کشورها یکی از دو گزینه سیاستی بهترین عملکرد را اجرا کنند: محدودیت ملی اجباری ۲ گرم TFA تولید شده صنعتی به ازای هر ۱۰۰ گرم چربی کل در همه غذاها، یا ممنوعیت ملی اجباری تولید یا استفاده از روغن‌های نیمه هیدروژنه به عنوان یک ماده تشکیل دهنده در همه غذاها. کشورها در حال انجام اقدامات مختلفی برای کاهش و حذف TFA هستند، اما فقط ۱۴ کشور بودند که تا سال ۲۰۲۰ بهترین راهکار سیاست TFA را اجرا کردند، اگرچه تعداد این کشورها به سرعت رو به افزایش است و تا آوریل ۲۰۲۱، این تعداد به ۳۷ کشور رسیده است. نابرابری‌ها بر اساس گروه درآمدی بانک جهانی وجود دارد، چنانچه بهترین شیوه سیاست‌های TFA در ۳۵ کشور با درآمد بالا، ۷ کشور با درآمد متوسط روبه بالا و ۱ کشور با درآمد رو به پایین تصویب یا اجرا شده است (۱۸).

عوامل خطر زیست محیطی^۱

نابرابری‌های منطقه‌ای شدید است^۲

آلودگی هوای بیرون و داخل خانه عوامل خطر محیطی هستند که با چندین بیماری از جمله بیماری‌های قلبی عروقی، سکته مغزی، بیماری‌های تنفسی و سرطان مرتبط بوده و منجر به مرگ حدود ۷ میلیون نفر در سراسر جهان در سال ۲۰۱۶ شده است. از این تعداد مرگ‌ومیر، ۴ میلیون مورد در مناطق جنوب صحرای آفریقا، بیشتر آسیا و اقیانوسیه (به استثنای استرالیا و نیوزلند)، رخ داده است که بالاترین میزان مرگ‌ومیر مرتبط با این عوامل خطر در آنها متمرکز بود. در سطح جهانی، در سال ۲۰۱۶، غلظت ذرات ریز PM2.5 (ذرات با قطر ۲,۵ میکرومتر یا کمتر؛ شاخص مواجهه با آلودگی هوای محیط یا بیرون) ۳۴,۷ میکروگرم بر متر مکعب (۳۱,۲ میکروگرم بر متر مکعب در محیط‌های شهری) بود که چندین برابر بالاتر از میانگین سالانه استاندارد ایمنی کیفیت هوا - ۱۰ میکروگرم بر متر مکعب - WHO است. گستردگی تغییرات منطقه‌ای با کمترین میانگین سالانه غلظت PM2.5 گزارش شده در منطقه قاره آمریکا (۱۱,۶ میکروگرم بر متر مکعب) و منطقه اروپا (۱۲,۸ میکروگرم بر متر مکعب) و بالاترین آن در منطقه جنوب شرق آسیا (۵۴,۳ میکروگرم/مترمکعب) است و منطقه مدیترانه شرقی (۵۱,۱ میکروگرم/مترمکعب).

در سال ۲۰۱۹، حدود دو سوم جمعیت جهان (۸۴ درصد شهری و ۴۲ درصد روستایی) عمدتاً به سوخت‌ها و فناوری‌های پاک متکی بودند که در مقایسه با ۵۰ درصد (۷۶ درصد شهری و ۲۵ درصد روستایی) در سال ۲۰۰۰، حدود ۳۰ درصد افزایش داشته است. با این حال، بیش از ۲,۶ میلیارد نفر - عمدتاً از کشورهای با درآمد کم و متوسط - به دلیل سیستم‌های آشپزی ناکارآمد و آلاینده، همچنان در معرض آلودگی هوای خانگی قرار دارند. در منطقه SDG در جنوب صحرای آفریقا، میزان رشد جمعیت از افزایش دسترسی به آشپزی پاک پیشی گرفته است و این منطقه را با بیشترین تعداد مردم بدون دسترسی به سوخت‌ها و فناوری‌های پاک تبدیل کرده است. اگرچه نرخ سالانه افزایش دسترسی به سوخت و فن‌آوری‌های پاک بین سال‌های ۲۰۱۰ و ۲۰۱۹، ۱,۰ درصد در سال بوده است، اما سطوح و روندهای پوشش به طور قابل ملاحظه‌ای بسته به منطقه WHO متفاوت است (شکل ۸-۳). این میزان در منطقه اروپا و منطقه قاره آمریکا به بیش از ۹۰٪ رسیده است، در حالی که این سطح در منطقه آفریقا به طور قابل توجهی پایین‌تر بود (۱۹٪ در سال ۲۰۱۹) و پیشرفت کمی مشاهده شد. پوشش سوخت‌ها و فناوری‌های پاک در منطقه غربی اقیانوس آرام و به‌ویژه در منطقه جنوب شرق آسیا افزایش یافته است، جایی که این افزایش از ۲۰ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۶۷ درصد در سال ۲۰۱۹ رسیده است.



1. Environmental risk factors
2. Regional inequalities are stark

آب، بهداشت آب و فاضلاب و بهداشت فردی^۱

آب تمیز، بهداشت آب و فاضلاب و بهداشت فردی (شست و شو) برای سلامت و رفاه انسان ضروری است و به ویژه در زمینه شیوع بیماری‌های عفونی، مانند همه‌گیری کنونی COVID-19، اهمیت دارد. آب آشامیدنی ناسالم، سیستم فاضلاب نامناسب و عدم رعایت بهداشت نیز همچنان از عوامل مهم مرگ و میر هستند، به طوری که تخمین زده می‌شود ۸۷۰۰۰۰ مرگ مرتبط با آن در سال ۲۰۱۶ رخ داده است.^۲ منطقه آفریقا با نرخ مرگ و میر چهار برابر بیشتر از میانگین جهانی، بار نامتناسبی را از این گونه مرگ و میرها متحمل شده است. داده‌های موجود از ۹۸ کشور نشان می‌دهد که فقط ۷۱ درصد از جمعیت جهان (۵,۳ میلیارد نفر) در سال ۲۰۱۷ از خدمات مدیریت ایمن آب آشامیدنی برخوردار بودند، یعنی در مستندات آن منطقه درج شده باشد «آب سالم» در صورت نیاز و بدون آلودگی در دسترس است. خدمات بهداشت آب و فاضلاب ایمن و مدیریت شده با دفع ایمن در محل یا هدایت شده به خارج از محل، فقط برای ۴۵٪ از جمعیت جهان (۳,۴ میلیارد نفر) در دسترس بود.

در همان سال، دو خانوار از هر پنج خانوار در سراسر جهان (۴۰٪) فاقد امکانات اولیه شستشوی دست با آب و صابون در خانه خود بودند. فاضلاب خانگی تصفیه نشده، منابع آب آشامیدنی را آلوده می‌کند و خطراتی برای سلامت عمومی و محیط زیست ایجاد می‌کند. برآوردهای اولیه از ۷۴ کشور (به استثنای بسیاری از کشورهای آفریقا و آسیا) نشان می‌دهد که در حدود یک سوم کشورها، کمتر از ۵۰٪ از کل جریان فاضلاب خانگی به طور ایمن دفع می‌شود. داده‌های گردآوری شده در سال ۲۰۲۰ نشان می‌دهد که وضعیت شست و شو در بسیاری از مراکز مراقبت‌های بهداشتی، که یک عامل بالقوه حیاتی در کنترل COVID-19 است به شکل نامناسبی است (۲۰٪). در سال ۲۰۱۹، یک چهارم مراکز بهداشتی و درمانی فاقد خدمات اولیه آب بودند که ۱,۸ میلیارد نفر از جمله کارکنان مراقبت‌های بهداشتی و بیماران را در معرض خطر بیشتر عفونت قرار می‌داد. از هر سه مرکز بهداشتی درمانی، یکی از مراکز بهداشتی امکانات بهداشت دست در هنگام مراقبت را نداشت و ۱۰ درصد مراکز سرویس دفع بهداشتی نداشتند. یک سوم مراکز، زباله‌ها را به طور ایمن تفکیک نکردند.

تضمین آب و فاضلاب برای همه نیازمند منابع مالی و ظرفیت فنی برای حمایت و تداوم سرمایه گذاری در زیرساخت‌ها است. از سال ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۹، کمک‌های رسمی توسعه (ODA) به بخش آب با ۳ درصد افزایش از ۹,۰ به ۹,۲ میلیارد دلار آمریکا اندکی افزایش یافت. در همین دوره، تعهدات ODA به بخش آب ۱۱ درصد افزایش یافت. یک نظرسنجی در سال ۲۰۱۸ نشان داد که بیش از ۸۰ درصد کشورها با بودجه ناکافی برای دستیابی به اهداف ملی شست و شو مواجه هستند (۲۱).

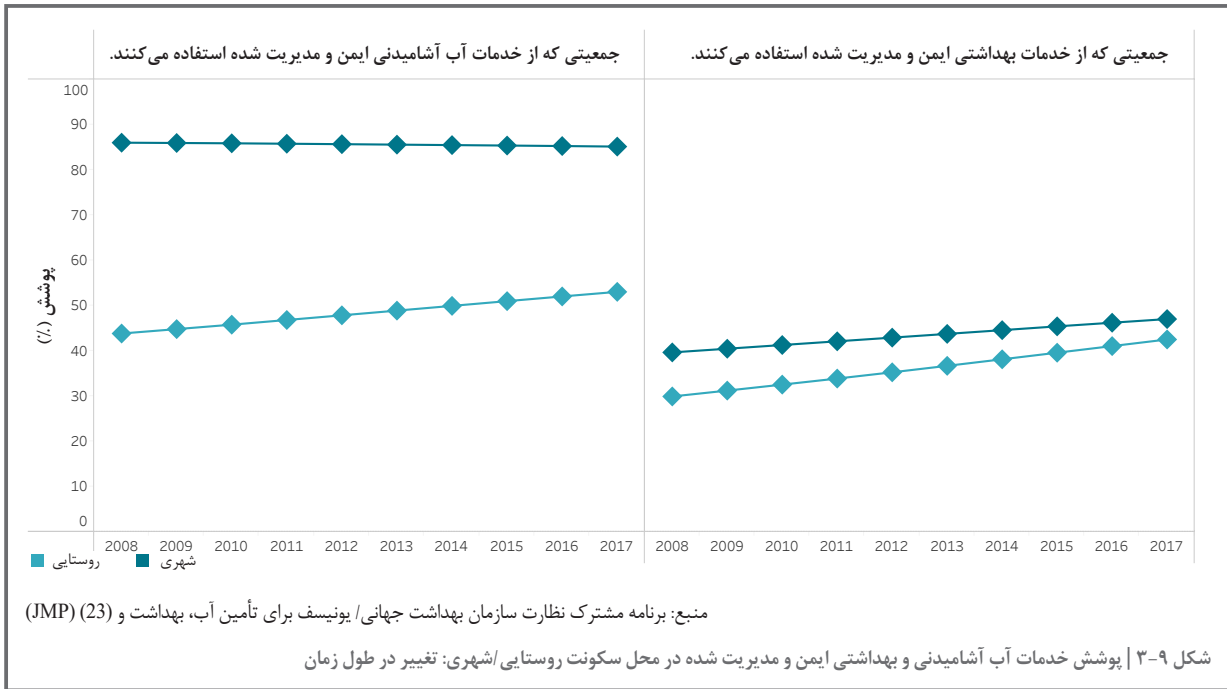
دسترسی ناعادلانه به شست و شو، مانع از پیشرفت به سمت بازیابی عادلانه و بازسازی بهتر می‌شود

دسترسی به خدمات شست و شو در کشورهای مختلف به طور قابل ملاحظه‌ای متفاوت است (۲۱). داده‌های حاصل از نظرسنجی ۹۸ کشور از دوره ۲۰۰۸-۲۰۱۷ نشان می‌دهد، در حالی که در جهان بیش از ۹ نفر از هر ۱۰ نفر از خدمات آب آشامیدنی با مدیریت ایمن استفاده می‌کنند (متوسط ۹۲٪ در ۹۸ کشور)، اما در دو کشور کمتر از یک نفر از هر ۱۰ کشور مردم به آب سالم دسترسی دارند (سیرا لئون و اوگاندا). به طور مشابه، در حالی که در سراسر جهان تقریباً ۸۰٪ از جمعیت به خدمات بهداشت آب و فاضلاب با مدیریت ایمن دسترسی دارند (متوسط ۷۸٪ در ۸۸ کشور)، پوشش این خدمات در هفت کشور زیر ۲۰٪ است. دسترسی به خدمات اولیه بهداشتی از ۱٪ تا ۱۰۰٪ در ۷۷ کشور با داده‌های موجود متفاوت است؛ به طور کلی کمتر از نیمی از جمعیت از این خدمات استفاده می‌کنند (متوسط ۴۶٪ در ۷۸ کشور).

داخل کشورها، همه گروه‌های جمعیتی دسترسی یکسانی به خدمات شستشو ندارند. استفاده از آب آشامیدنی سالم و خدمات بهداشت آب و فاضلاب بین جمعیت شهری بیشتر از روستایی است، با این حال شکاف بین مناطق شهری و روستایی بین سال‌های ۲۰۰۸ و ۲۰۱۷ به دلیل بهبود سریع‌تر بین مناطق روستایی کاهش یافته است (شکل ۹-۳).

1. Water, sanitation and hygiene

۲- مرگ‌های مرتبط با بیماری اسهالی، عفونت‌های کرمی منتقله از خاک و سوء تغذیه.



در دسترس بودن خدمات شست و شو در مراکز مراقبت بهداشتی نیز بین کشورها و در داخل کشورها متفاوت است (۲۲). به طور کلی، نسبت تسهیلات بهداشتی با خدمات اولیه آب در بین مناطق شهری بیشتر از روستایی است (متوسط ۸۲٪ در مقابل ۵۸٪ در ۲۸ کشور)، اوضاع در خدمات اولیه آب بین بیمارستان‌ها بهتر از مراکز غیر بیمارستانی (متوسط ۸۶٪ در مقابل ۶۵٪ در سراسر جهان در ۳۴ کشور) و به احتمال زیاد بین مراکز خصوصی تا عمومی (میانگین ۷۳٪ در مقابل ۵۷٪ در ۱۸ کشور) بهتر است (شکل ۱۰-۳).



References

1. UNICEF–WHO–The World Bank: Joint child malnutrition estimates — levels and trends – 2021 edition(<https://data.unicef.org/resources/jme-report-2021/>, accessed 1 May 2021).
2. Prevalence of anaemia in women of reproductive age (Global Health Observatory) [online database]. Geneva: World Health Organization; 2019 ([https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-womenof-reproductive-age\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-womenof-reproductive-age(-)), accessed 1 May 2021).
3. Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018. Geneva: World Health Organization, on behalf of the United Nations Inter-Agency Working Group on Violence Against Women Estimation and Data (UNICEF, UNFPA, UNODC, UNSD, UNWomen);2021 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/violence-prevention/vaw_report_web_09032021_oleksandr.pdf, accessed 1 May 2021).
4. STEPwise Approach to NCD Risk Factor Surveillance (STEPS) [website]. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/steps>, accessed 1 May 2021).
5. Prevalence of obesity among adults (Global Health Observatory) [online database]. Geneva: World Health Organization;2019(<https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/2389>, accessed 1 May 2021).
6. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization; 2010 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241599979>, accessed 1 May 2021).
7. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Glob Health*. 2018;6(10):e1077–e86.
8. Forouzanfar MH, Liu P, Roth GA, Ng M, Biryukov S, Marczak L et al. Global burden of hypertension and systolic blood pressure of at least 110 to 115 mmHg, 1990–2015. *JAMA*. 2017;317(2):165–182. doi:10.1001/jama.2016.19043.
9. Raised blood pressure (Global Health Observatory) [online database]. Geneva: World Health Organization; 2019 ([https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/raised-blood-pressure-\(sbp=140-or-dbp=90\)-\(age-standardizedestimate\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/raised-blood-pressure-(sbp=140-or-dbp=90)-(age-standardizedestimate)), accessed 1 May 2021).
10. Alcohol data by country (Global Health Observatory) [online database]. Geneva: World Health Organization; 2019(<https://apps.who.int/gho/data/view.main.1800?lang=en>, accessed 1 May 2021).
11. Global Burden of Disease 2015 Tobacco Collaborators. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2017;389:1885–1906(<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2817%2930819-X>, accessed 1 May 2021).
12. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostrong B, Thun M, Anderson R et al. 21st-Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States. *N Engl J Med*. 2013;368:341–50 (<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa1211128?articleTools=true>, accessed 1 May 2021).
13. Prevalence of current tobacco use among persons aged 15 years and older (Global Health Observatory) [online database]. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/agestandardized-prevalence-of-current-tobacco-smoking-among-persons-aged-15-years-and-older>, accessed 1 May 2021).
14. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, third edition. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-thirdedition>, accessed 1 May 2021).
15. Draft guidelines on saturated fatty acid and trans-fatty acid intake for adults and children. Geneva: World Health Organization;2018
16. Brouwer I. Effect of trans-fatty acid intake on blood lipids and lipoproteins: a systematic review and meta-

- regression analysis. Geneva, World Health Organization, 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246109/9789241510608-eng.pdf>, accessed 1 May 2021).
17. REPLACE trans fat webpage (<https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/replace-trans-fat>, accessed 1 May 2021).
 18. WHO plan to eliminate industrially-produced trans-fatty acids from global food supply. Geneva, World Health Organization, 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334170/9789240010178-eng.pdf>, accessed 1 May 2021).
 19. Air pollution (Global Health Observatory) [online database]. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/theme-details/GHO/air-pollution>, accessed 1 May 2021).
 20. UN-Water Global Analysis and Assessment of Sanitation and Drinking-Water (GLAAS) 2019 report. Geneva: World Health Organization; 2019. (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241516297>, accessed 1 May 2021)
 21. Global progress report on WASH in health care facilities: Fundamentals first. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240017542>, accessed 1 May 2021).
 22. WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply, Sanitation and Hygiene (JMP) [website] (<http://www.washdata.org>, accessed 1 May 2021).

۴

پوشش همگانی سلامت

سیاست پوشش همگانی سلامت (UHC) بر پایه سند سال ۱۹۴۸ سازمان بهداشت جهانی است که سلامت را حق اساسی بشر اعلام کرده و متعهد به تضمین بالاترین سطح قابل دسترس سلامت برای تمامی افراد است. دستیابی به پوشش همگانی یک تعهد جهانی است که در دستور کار SDG (اهداف توسعه پایدار) قرار گرفته و از عوامل اصلی کاهش نابرابری‌ها و مبارزه با فقر در سراسر جهان است. علاوه بر این، در چارچوب اهداف سه میلیاردی^۱، سازمان بهداشت جهانی با همکاری شرکای خود به حمایت از کشورها جهت توسعه و تقویت نظام‌های سلامتشان برای پیشرفت و حفظ پوشش همگانی سلامت پرداخته و در کنار آن بر چگونگی تأمین مالی، مدیریت و ارائه خدمات سلامت نیر تأکید و توجه دارد.

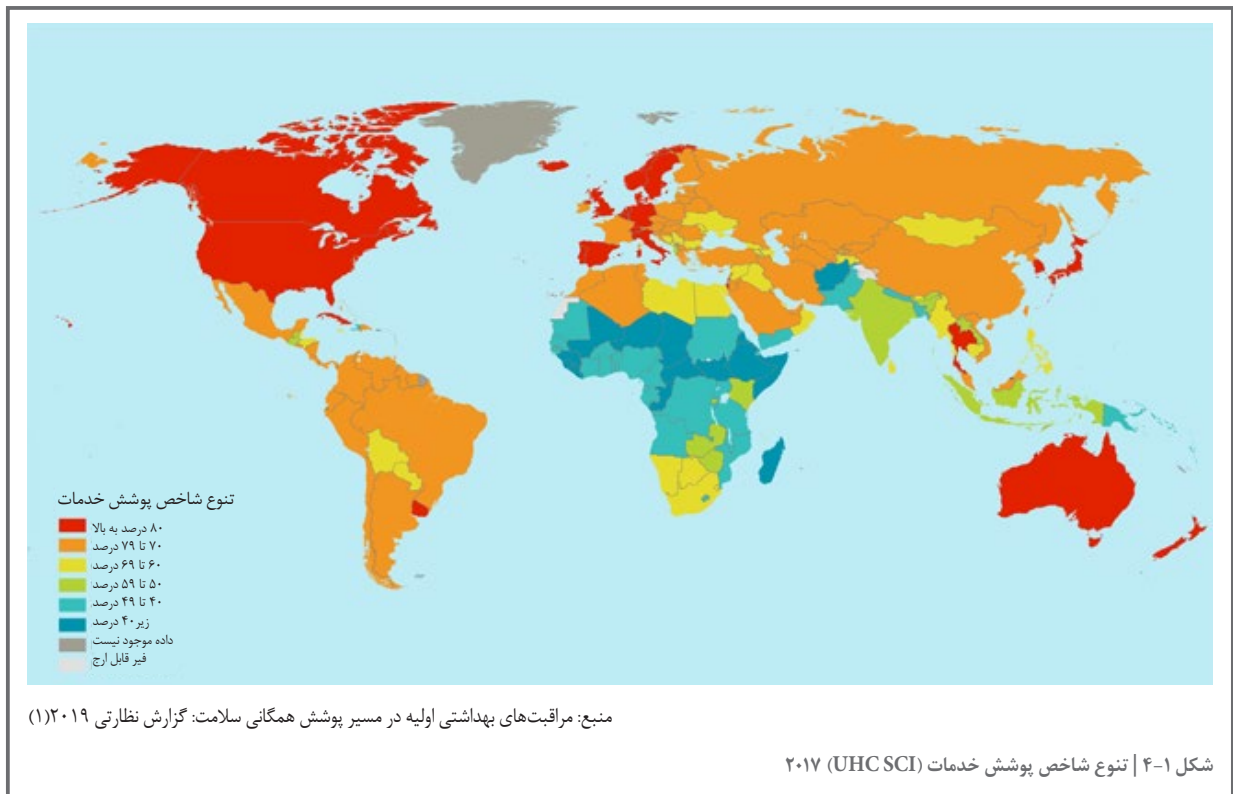
با وجود پیشرفت‌های قابل توجهی که در دهه‌های اخیر حاصل شده است، تقریباً نیمی از جمعیت جهان هنوز از پوشش کامل خدمات اساسی سلامت برخوردار نیستند و همچنان میلیون‌ها نفر به دلیل پرداخت هزینه‌های سنگین مراقبت‌های سلامت به فقر شدید دچار می‌شوند. با وجود چنین وضعیتی پیش بینی می‌شود که بین اهداف سه میلیاردی، پیشرفت به سوی پوشش همگانی میلیاردی در سراسر جهان تا سال ۲۰۲۳ کمترین سرعت را داشته باشد (رجوع کنید به بخش ۵ همین گزارش). بنابراین یک نیاز فوری به حذف موانع باقی مانده در مسیر دسترسی تمامی افراد به مراقبت‌های سلامت وجود دارد. این بخش به ارائه گزارش آخرین داده‌های مربوط به پوشش خدمات و محافظت مالی (دو رکن شاخص پوشش همگانی سلامت از اهداف توسعه پایدار) می‌پردازد.

پوشش خدمات^۲

اندازه‌گیری شاخص پوشش خدمات بیانگر بهبود در وضعیت پوشش خدمات اساسی و ضروری سلامت در همه مناطق و گروه‌های درآمدی در طول زمان است؛ به طوری که میانگین جهانی پوشش خدمات از ۴۵ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۶۶ درصد در سال ۲۰۱۷ ارتقا یافته است (شکل ۱-۴). بیشترین میزان پیشرفت هم در مشارکت بیمه‌ها بوده است که عمدتاً مربوط به پوشش مداخلات بیماری‌های عفونی و تا حدی برای بهبود خدمات باروری، مادر، نوزاد و کودک (RMNCH) است.

۱- اهداف سه میلیاردی یک ابتکار بلندپروازانه برای بهبود سلامت میلیاردها نفر تا سال ۲۰۲۳ است. این اهداف پایه و اساس سیزدهمین برنامه کاری عمومی سازمان بهداشت جهانی (GPW 13) هستند که هم برای سنجش و اندازه‌گیری و هم به عنوان یک استراتژی سیاست کاربرد دارند.

2. Service coverage



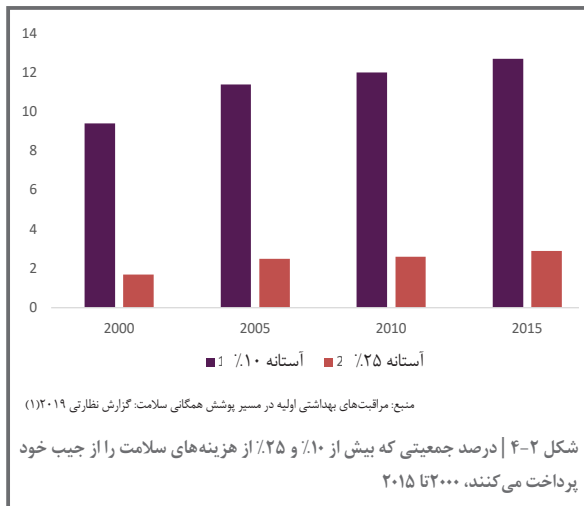
با این حال، در سطح جهانی و در بسیاری از کشورها، سرعت پیشرفت از سال ۲۰۱۰ کاهش یافته است و کشورهای درگیر با فقر با بیشترین میزان کاهش مواجه بوده‌اند. در بحبوحه همه‌گیری کووید-۱۹ نظام‌های مراقبت سلامت با افزایش محدودیت در منابع و اولویت‌های متناقض مواجه هستند. این امر چالش‌هایی را برای تداوم پیشرفت‌های پیش‌بینی شده به وجود می‌آورد و بار سنگین‌تری را بر دوش کشورهایی با نظام‌های ضعیف‌تر تحمیل می‌کند. دستیابی به پوشش همگانی سلامت نیازمند به کارگیری رویکردهای متعددی است که از این میان رویکرد مراقبت‌های بهداشتی اولیه و رویکردهای دوره زندگی نقش پررنگ‌تری را ایفا می‌کنند. مراقبت‌های بهداشتی اولیه به عنوان اولین سطح دسترسی افراد به خدمات سلامت با کاهش موانع مالی و جغرافیایی به تمامی افراد این امکان را می‌دهد تا از خدمات بهداشتی اولیه بهره‌مند گردند. چنین رویکردی بعنوان یکی از مؤثرترین ابزارها برای تضمین پیشرفت عادلانه در دسترسی به مراقبت‌های سلامت در نظر گرفته شده و تقویت آن در سطح جامعه یک گام اساسی در جهت تحقق پوشش همگانی است که حمایت‌های فزاینده‌ای را می‌طلبد.

به کارگیری رویکرد دوره زندگی، سلامت افراد را با توجه به نیازهای آنها و به حداکثر رساندن فرصت‌ها در تمام مراحل زندگی بهینه می‌کند. تا بتوانند در تمام سنین آنچه را که به درستی برایشان ارزش قائل هستند انجام دهند و همیشه با اصولی هدایت می‌شود که حقوق بشر و برابری جنسیتی را ترویج می‌کند.

محافظةت مالی^۱

محافظةت مالی زمانی حاصل می‌شود که پرداخت از جیب افراد بابت هزینه‌های سلامت موجب بروز مشکلات مالی برای خود و خانوادشان نشود. اما متأسفانه، دستاوردهای پوشش خدمات هزینه‌ها و مشکلات مالی زیادی را برای برخی افراد و خانواده‌های آنها به همراه داشته است. بروز مخارج فاجعه بار سلامت - که به عنوان سهم بالای پرداخت از جیب

1. Financial protection



در رابطه با مصرف یا درآمد خانوارها تعریف می‌شود - بین سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۱۵ به طور مداوم افزایش یافته است و نسبت جمعیتی که بیش از ۱۰ درصد از بودجه خانوار خود را بصورت پرداخت از جیب پرداخت می‌کنند، از ۹.۴ درصد به ۱۲.۷ درصد در این دوره افزایش یافته و نسبت جمعیت با پرداخت از جیب بیش از ۲۵ درصد نیز از ۱.۷ درصد به ۲.۹ درصد رسیده است (شکل ۲-۴). پس به طور کلی، محافظت مالی قبل از دوران پاندمی کووید-۱۹ روبه وخامت بود و پیشرفتی نداشت. نکته مهمی که وجود دارد این است که نظام‌های سلامت سرتاسر دنیا نمی‌توانند بدون تحقق محافظت مالی به خوبی تأمین مالی شوند.

نظام سلامت هر کشوری با چالش‌های متفاوتی رو به رو است. در کشورهای با درآمد بالا و یا متوسط رو به بالا (با پوشش خدمات بالا و مشکلات مالی کم) چالش‌هایی نظیر دسترسی عادلانه به خدمات کارا و با کیفیت بالا مطرح است. برای کشورهایی با درآمد متوسط رو به پایین (با سطح پوشش بالا و مشکلات مالی زیاد) بکارگیری و تضمین مکانیزم‌های کلی و فراگیر برای محافظت در برابر پرداخت از جیب بالا، چالش اصلی است. کشورهایی با پوشش خدمات کم و مشکلات مالی زیاد نیز نیازمند اصلاحات همه جانبه در زمینه ارائه خدمات و ترتیبات تأمین مالی هستند و اولویت را برای رسیدگی به نابرابری‌ها قرار می‌دهند. نهایتاً کشورهایی با پوشش خدمات کم و مشکلات مالی کم (عمدتاً کشورهای بسیار آسیب پذیر و درگیر با فقر) باید پایه‌های نظام سلامت خود به‌ویژه در حوزه‌های منابع انسانی، زنجیره تأمین و زیرساخت‌ها را بازسازی و تقویت نمایند.

تأثیر کووید-۱۹ بر تعداد خانوارهایی که بخش زیادی از بودجه خود را صرف مراقبت‌های سلامت می‌کنند نامشخص است، زیرا شواهدی مبنی بر کاهش درآمدها، افزایش فقر و چشم پوشی خانوارها از دریافت مراقبت‌ها وجود دارد (۲،۳) که نشان می‌دهند کاهش در مخارج سلامت خانوارها، لزوماً به معنای بهبود محافظت مالی نیست. بنابراین چنین مواردی باید در کنار تغییرات در پوشش خدمات تحلیل شوند، زیرا ممکن است بسیاری از خدمات ضروری به دلیل اختلالات مرتبط با کووید-۱۹ در دسترس نباشند و افراد ممکن است به دلیل کاهش توانایی پرداخت یا ترس از ابتلا به کووید-۱۹ دریافت مراقبت را به تأخیر بیندازند یا بطور کل از دریافت آن اجتناب نمایند.

نگاهی دقیق‌تر به پوشش خدمات ضروری سلامت^۱

در چارچوب اهداف توسعه پایدار، تحقق پوشش همگانی سلامت با دنبال کردن میزان دسترسی به پوشش مداخلاتی نظیر خدمات باروری، مادر، نوزاد و کودک (RMNCH)، بیماری‌های عفونی، بیماری‌های غیرواگیر و ظرفیت خدمات بین عموم مردم و جمعیت‌های محروم‌تر اندازه‌گیری می‌شود. برخی از شاخص‌ها - مانند دسترسی به آب سالم و سرویس‌های بهداشتی (WASH)، شیوع فشار خون بالا و مصرف دخانیات - قبلاً توضیح داده شدند. بنابراین این بخش به توضیح سایر شاخص‌ها از جمله RMNCH، بیماری‌های واگیر، کارکنان سلامت (HWF)، امنیت سلامت و پیامدهای سالمندی جمعیت می‌پردازد.

1. A closer look at the coverage of essential health services

سلامت باروری، مادر، نوزاد و کودک^۱

نسبت زنان در سنین باروری در سراسر جهان و در خلال سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۱ از میانگین ۷۳.۷ درصد به ۷۶.۸ درصد افزایش یافت. در این بین منطقه آفریقا نسبت به مناطق دیگر جهان شاهد کمترین میزان پوشش مداخلات مربوطه در سال ۲۰۲۱ بود. با این حال این منطقه در ۲۱ سال گذشته شاهد پوشش ۵۲ درصدی خدمات بود که این میزان با توجه به رشد ۴ درصدی جهانی پیشرفت قابل قبولی محسوب می‌شود. از دلایل اصلی چنین پیشرفت تدریجی می‌توان به انتخاب محدود روش‌های پیشگیری از بارداری، عدم دسترسی کافی به خدمات (به ویژه بین افراد جوان، فقیرتر و مجرد)، درک و تجربه عوارض جانبی پیشگیری از بارداری، موانع فرهنگی یا مذهبی، کیفیت پایین خدمات و مقبولیت ضعیف آن در جامعه، مقاومت‌های متعصبانه در مقابل برخی از روش‌ها در بین گیرندگان خدمت و حتی ارائه دهندگان و تبعیض‌های جنسیتی برای دسترسی به خدمات اشاره کرد.^(۴)

بر اساس داده‌های سال‌های ۲۰۱۴ تا ۲۰۲۰، ۸۳ درصد از زایمان‌های موفق تحت نظر کارکنان ماهر و مجرب، از جمله پزشکان، پرستاران و ماماها انجام گرفتند. این میزان نسبت به آمار سالهای ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۶ حدود ۳۰ درصد افزایش یافته اما با این حال، هنوز مناطقی هستند که از این پیشرفت بی‌نصیب مانده و از طرفی همه‌گیری کووید-۱۹ نیز ممکن است روند چنین پیشرفتی را تضعیف کند. شواهدی در حال ظهور است مبنی بر اینکه دسترسی به مراقبت‌های مناسب و با کیفیت در طول زایمان ممکن است تحت تأثیر فعالیت‌های عمومی و اجتماعی در سطح ملی، مشکلات حمل و نقل، انحراف منابع از خدمات ضروری سلامت و چالش‌های مربوط به ایمنی در مراکز بهداشتی و بیمارستان‌ها قرار بگیرد.^(۵-۷) جمع‌آوری و تحلیل داده‌های آینده نیز ممکن است پیامدهای غیرمستقیم کووید-۱۹ را بر کیفیت این مراقبت‌ها عیان سازد.

جوان ترها، به ویژه دختران نوجوان، مستعد آسیب‌پذیری بیشتری هستند چراکه در معرض زایمان زودرس قرار گرفته و ممکن است با عوارض بارداری بیشتری مواجه شوند. میزان باروری دختران نوجوان شاخصی جهت سنجش تضمین دسترسی همگانی به خدمات سلامت جنسی و باروری است. عوارض مربوط به زایمان دومین عامل مرگ‌ومیر در بین دختران سنین ۱۵ تا ۱۹ سال در جهان و در سال ۲۰۱۹ بود^(۸). نرخ مولید در بین مادران سنین ۱۵ تا ۱۹ سال در سراسر جهان از ۵۶.۴ تولد در هر ۱۰۰۰ نفر در سال ۲۰۰۰ به ۴۱.۲ تولد در هر ۱۰۰۰ نفر در سال ۲۰۲۰ کاهش یافت. بطور کل نرخ زایمان مادران کم سن در سراسر جهان و در مناطق تقسیم بندی شده توسط WHO به جز منطقه غربی اقیانوس آرام با کاهش مواجه بود.

نابرابری‌ها در زمینه سلامت باروری، مادر، نوزاد و کودک^۲

شاخص پوشش ترکیبی RMNCH (۹,۱۰) بیانگر سطح پوشش مداخلات مربوط به سلامت باروری، مادر، نوزاد و کودک است که به عنوان میانگین وزنی هشت شاخص در چهار مرحله تداوم مراقبت‌ها محاسبه می‌شود: سلامت باروری (پس از اینکه نیاز به تنظیم خانواده برآورده شد)، سلامت مادر (پوشش مراقبت‌های دوران بارداری، حداقل چهار بار مراجعه به متخصص (ویزیت) و نهایتاً زایمان در حضور کارکنان آموزش دیده سلامت)، ایمن‌سازی کودکان (در مقابل باسیلوس کالمته^۳، گوئرین^۴ (BCG)، سرخک و دیفتری، کزاز و دوز سوم سیاه سرفه (DPT3)) و مدیریت بیماری‌های دوران کودکی (درمان خوراکی اسهال و مراقبت برای علائم مشکوک به ذات‌الریه دوران کودکی).

1. Reproductive, maternal, newborn and child health
2. Inequalities in the area of RMNCH
3. Bacillus Calmette
4. Guérin

شاخص پوشش ترکیبی در کشورهای مختلف (۷۱ کشور) نشان می‌دهد که سطح پوشش مداخلات RMNCH به طور قابل توجهی (از ۲۸ درصد در چاد تا ۹۰ درصد در کوبا و میانگین جهانی ۶۹ درصد) متفاوت است. در داخل کشورها نیز سطح پوشش بین زیر گروه‌های مختلف جمعیتی متفاوت است، بطوری که با بهبود وضعیت اقتصادی و افزایش سطح تحصیلات و شهرنشینی سطح پوشش مداخلات نیز افزایش می‌یابد (شکل ۳-۴).

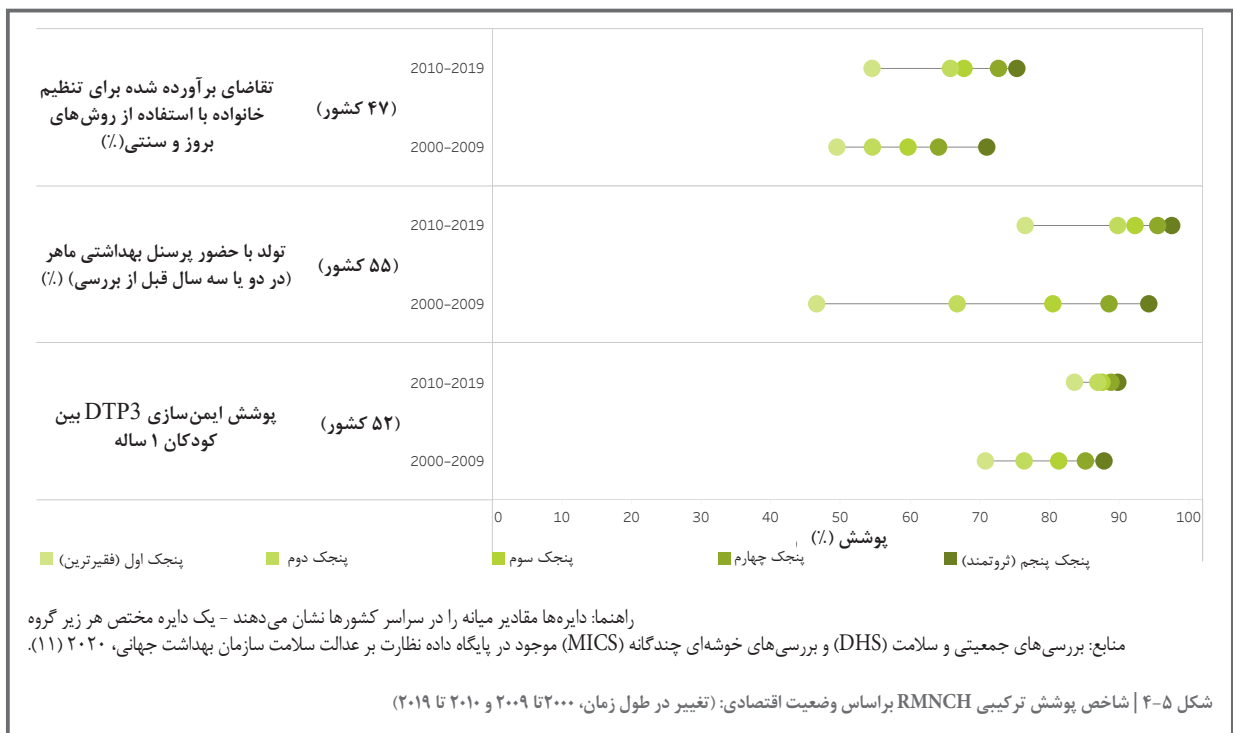
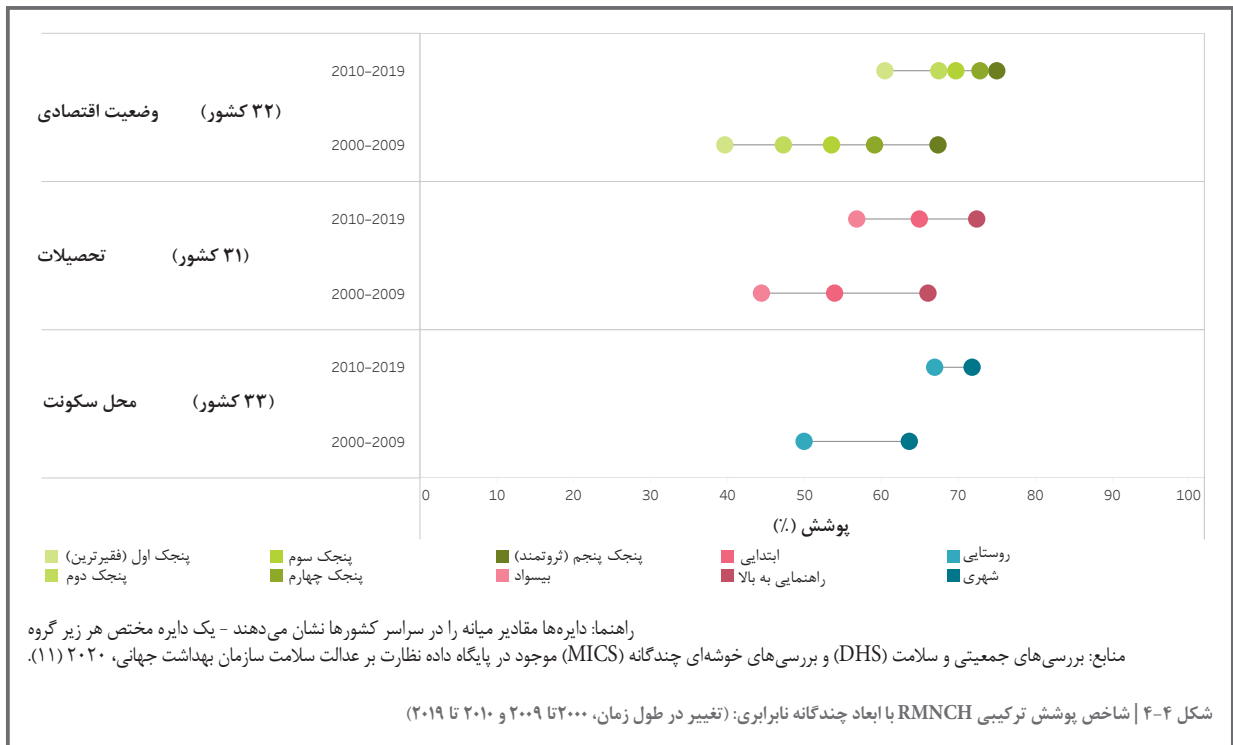
با وجود چنین نابرابری‌هایی، داده‌های مربوط به ۳۳ کشور نشان می‌دهد که وضعیت با افزایش پوشش سراسری و کاهش نابرابری‌ها در بین زیر گروه‌های جمعیتی در دهه گذشته در طول زمان بهبود یافت (شکل ۴-۴). برای مثال، شکاف پوششی موجود بین قشر فقیر و ثروتمند جامعه از ۲۷ درصد در سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۹ به ۱۵ درصد در سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۹ کاهش یافت. سرعت تغییر چنین پیشرفت‌هایی بیشتر به نفع زیر گروه‌های محروم جامعه (عمدتاً فقرا، کم سوادان و بی سوادان و روستایی‌ها) است.

طبق شکل ۵-۴ وضعیت برای اجزای مختلف شاخص پوشش ترکیبی متفاوت است. اما به طور کل، سطح پوشش روند افزایشی داشت و نابرابری‌های اقتصادی نیز برای تمامی شاخص‌های زیر گروه با درجات مختلفی با کاهش مواجه بود. ولی شکاف بین قشر فقیر و ثروتمند جامعه در رابطه با نیاز برآورده شده تنظیم خانواده تغییر چندانی نکرد، با این وجود فقیرترین دهک نسبت به سایر دهک‌ها کمبود و عقب ماندگی فزاینده‌ای را در این رابطه تجربه می‌کند. پیشرفت‌های قابل توجه و بزرگی را هم می‌توان برای زایمان‌های تحت نظر کارکنان ماهر و آموزش دیده سلامت در نظر گرفت چرا که با افزایش سریع سطح پوشش در بین دهک‌های پایین‌تر جامعه و کاهش نابرابری‌های اقتصادی همراه بود. به گونه‌ای که شکاف پوششی مربوط به این زیر شاخص در بین فقیرترین و ثروتمندترین دهک‌های جامعه از ۴۸ درصد در سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۹ به ۲۱ درصد در سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۹ رسید. پوشش ایمن‌سازی DTP3 نیز در طول زمان با افزایش همراه بود و منجر به کاهش نابرابری‌های اقتصادی شد (به عبارتی دیگر شکاف بین ثروتمندترین و فقیرترین دهک جامعه به ۶ درصد در سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۹ کاهش یافت).



راهنما: حلقه‌ها کشورها را نشان می‌دهند- هر کشوری با چندین حلقه (یک حلقه برای زیر گروه) نشان داده می‌شود. خطوط افقی نیز بیانگر میانه (نقطه وسط برآوردها) است. منابع: بررسی‌های جمعیتی و سلامت (DHS) و بررسی‌های خوشه‌ای چندگانه (MICS) موجود در پایگاه داده نظارت بر عدالت سلامت سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۰ (۱۱).

شکل ۳-۴ | شاخص پوشش ترکیبی RMNCH با ابعاد چندگانه نابرابری: (آخرین وضعیت، ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۹)



ایمن‌سازی

در سال ۲۰۱۹، حدود ۸۵ درصد از نوزادان در سراسر جهان (۱۱۶ میلیون نوزاد) سه دوز واکسن DTP3 دریافت کردند که از آنها در برابر سه بیماری عفونی محافظت می‌کند. این بیماری‌ها در صورتی که پیشگیری نشوند می‌تواند باعث مشکلات جدی برای نوزادان، ناتوانی و یا حتی مرگ شوند. تا سال ۲۰۱۹، ۱۲۵ کشور به پوشش حداقل ۹۰ درصدی واکسن DTP3 رسیده بودند. با این حال، حدود ۱۹.۷ میلیون کودک زیر ۱ سال در سال ۲۰۱۹ واکسن DTP3 را دریافت

نکردند. تا پایان سال ۲۰۱۹، ۸۵ درصد از کودکان دوز اول واکسن سرخک را تا دو سالگی دریافت کرده بودند و ۱۷۸ کشور دوز دوم را (با هدف واکسیناسیون ۷۱ درصد از کودکان که دو دوز واکسن سرخک را طبق برنامه ایمن‌سازی ملی دریافت می‌کنند) در نظر گرفته بودند. سطح پوشش جهانی واکسن‌هایی مانند واکسن روتاویروس و واکسن مزدوج پنوموکوکی کمتر از ۵۰ درصد بود. واکسن ویروس پاپیلومای انسانی تا پایان سال ۲۰۱۹ در ۱۰۳ کشور معرفی گردید و نزدیک به یک سوم این کشورها (۳۳ کشور) شروع به اجرای برنامه واکسیناسیون بر روی پسران نمودند.

با وجود این پیشرفت‌ها، بهبود و توسعه‌ی برنامه‌های ایمن‌سازی ممکن است در معرض تهدیدهایی قرار بگیرد. برای مثال داده‌های اولیه چهار ماه منتهی به آوریل ۲۰۲۰ بیانگر کاهش قابل توجه در پوشش واکسیناسیون DTP3 برای اولین بار در سه دهه اخیر است (۱۲). بر اساس نتایج دور دوم "pulse survey" سازمان بهداشت جهانی در ۱۳۵ کشور (آوریل ۲۰۲۱)، سه چهارم از ۸۲ کشور مشارکت کننده در این بررسی دلایل مختلفی را برای اختلالات مرتبط با کووید-۱۹ در برنامه‌های ایمن‌سازی خود گزارش نمودند. حتی زمانی که در بحبوحه پاندمی خدمات ایمن‌سازی ارائه می‌شود، افراد ممکن است به دلیل عدم تمایل به ترک خانه، مشکلات حمل و نقل، مشکلات اقتصادی، محدودیت‌های حرکتی یا ترس از آلوده شدن به کووید-۱۹، نتوانند به خدمات دسترسی داشته باشند. بسیاری از ارائه دهندگان نیز به دلیل محدودیت در سفر یا مشغله کاری به دلیل انجام وظایف در راستای مقابله با کووید-۱۹ و همچنین کمبود تجهیزات حفاظتی، ممکن است برای انجام واکسیناسیون در دسترس نباشند.

نابرابری‌ها در زمینه بیماری‌های واگیر^۱

نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی در تمامی کشورها و جوامع شان وجود داشته و تأثیرات مهمی بر سلامت افراد و گروه‌ها دارد. شیوع بیماری‌های عفونی در بین گروه‌های اجتماعی مختلف متفاوت است و بر اساس وضعیت اقتصادی، سطح تحصیلات، محل سکونت، شغل و... متغیر است. جمعیت‌های فقیر و محروم معمولاً مواجهه بیشتری با بیماری‌های واگیر دارند، به‌عنوان مثال به دلیل آگاهی کم از رفتارهای پیشگیرانه، افزایش مواجهه به دلیل شرایط زندگی و کار، رفتارهای ناسالم و غیربهداشتی و موانع موجود در مسیر دسترسی به خدمات سلامت، این گروه‌ها در معرض ابتلای بیشتری قرار می‌گیرند.

ایدز^۲

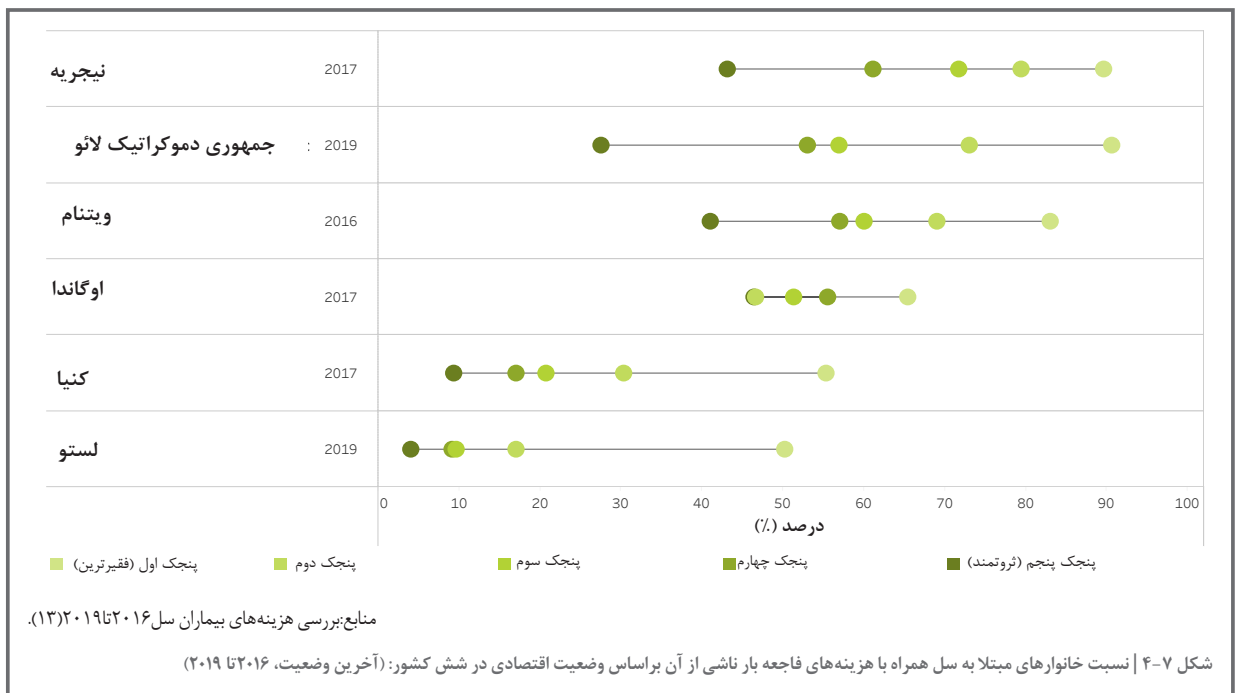
به طور کل، دانش، نگرش و عملکرد (KAP) مربوط به ایدز بین ثروتمندان و تحصیل کرده‌ها بیشتر است. به عنوان مثال، در بیش از نیمی از کشورهای نیمه‌ای که داده‌های بین سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۹ آنها در این زمینه در دسترس است، شکاف حداقل ۲۰ درصدی بین ثروتمندترین و فقیرترین کشورها برای شاخص‌های KAP وجود دارد. دانش در مورد HIV نیز در بین تحصیل کرده‌ها حداقل ۲۰ درصد بیشتر از افراد با سطح پایین‌تر تحصیلات بود (شکل ۴-۶).

1. Inequalities in the area of communicable diseases
2. HIV/AIDS



بیماری سل^۱

به طور کلی، نیمی از افرادی که به بیماری سل مبتلا می‌شوند با هزینه‌های فاجعه بار ناشی از آن (بیش از ۲۰ درصد درآمد خانوارها) مواجه می‌شوند. این آمار در ۱۶ کشور دنیا بین ۱۹ تا ۸۳ درصد متغیر است. برای افراد مبتلا به سل مقاوم به دارو، این نسبت به ۸۰ درصد نیز می‌رسد. شکل ۷-۴ نشان می‌دهد که مواجهه با هزینه‌های فاجعه بار بین خانوارهای فقیرتر در اکثر کشورهای مورد بررسی بیشتر از ۲۰ درصد است. بنابراین بیماری سل بیماری فقرزایی است و



بیشتر گریبان گیر کسانی می‌شود که برای دسترسی به خدمات سلامت با مشکلات و چالش‌های زیادی از قبیل مخارج بالای مراقبت‌ها مواجه هستند. با به کارگیری اقدامات کاهنده و مؤثر در این راستا، از جمله حمایت‌های اجتماعی، نسبت کمتری از افراد مبتلا به سل و خانواده‌هایشان در معرض مواجهه با این هزینه‌های فاجعه بار قرار خواهند گرفت.

مالاریا^۱

تب، اصلی‌ترین و شایع‌ترین علامت ابتلا به مالاریا است که آغازگر انجام آزمایشات تشخیصی در بیشتر محیط‌های آندمیک این بیماری است. سوابق مربوط به تب سنجی و اقدامات درمانی متعاقب در این زمینه، اساس ارزیابی مدیریت مالاریا بوده است. به طور کلی، نابرابری‌های زیادی در رفتارهای مراقبت‌جویانه برای کودکان مبتلا به تب مالاریا وجود دارد، به گونه‌ای که چنین رفتارهایی بین جمعیت‌های فقیر، بی‌سواد و روستایی کمتر مشاهده می‌شود. ارائه مراقبت‌های فوری برای کودکان زیر ۵ سال مبتلا به تب مالاریا در بالاترین و ثروتمندترین دهک جامعه نسبت به پایین‌ترین دهک در بیش از نیمی از کشورهای مورد مطالعه حداقل ۲۰ درصد بیشتر بود (شکل ۸-۴). این نابرابری در دسترسی، طی ۱۰ سال گذشته، بدون تغییر و ثابت باقی مانده است.



گذار جمعیتی به سمت پیری جمعیت^۲

پیری جمعیت در سرتاسر دنیا با سرعت بی سابقه‌ای ادامه دارد. در سال ۲۰۲۰، نسبت افراد ۶۵ سال و بالاتر در جمعیت کل دنیا (۹.۳٪) از کودکان زیر پنج سال (۸.۷٪) بیشتر بود و تا سال ۲۰۵۰ پیش بینی می‌شود که نسبت افراد ۶۵ سال و بالاتر (۱۵.۹٪) بیش از دو برابر کودکان زیر پنج سال (۷.۱٪) خواهد بود که حتی از نسبت افراد ۱۵ تا ۲۴ سال (۱۳.۷٪) نیز فراتر خواهد رفت (۱۴). چالش‌های مربوط به سلامت یک فرد سالخورده می‌تواند شامل درگیری با چند بیماری مختلف بصورت

1. Malaria
2. Demographic transition to ageing population

همزمان به همراه نیازهای مراقبتی پیچیده باشد. از طرف دیگر کاهش ظرفیت‌ها و توان فیزیکی و عملکردی این افراد می‌تواند باعث ایجاد موانعی در دسترسی به خدمات نیز شود. بنابراین با وجود چنین مشکلاتی اهمیت پوشش خدمات سلامت برای جمعیت‌های سالخورده افزایش می‌یابد. در این راستا، نظارت بر اجرای طرح پوشش همگانی برای آماده‌سازی نظام‌های سلامت در جهت پاسخ به نیازهای افراد برای حفظ استقلال شان در طول زندگی با افزایش سن، یک امر مهم تلقی می‌شود (۱۵).

گزارش سازمان بهداشت جهانی در مورد سالمندی جمعیت و سلامت بزرگسالان (۱۶) نرخ‌های متفاوتی از نیازهای برآورده نشده مربوط به مراقبت‌های سلامت که توسط خود افراد اعلام نیاز شده است را برای افراد ۶۵ سال و بالاتر (در کشورهای با درآمد کم و متوسط) نشان داد. نظام‌های سلامت ممکن است پاسخگوی نیازهای سالمندان نباشند، چرا که تا حدودی ادراک آنها از نیاز تحت تأثیر خدماتی است که برایشان در دسترس است. در شرایطی، ممکن است چنین چیزی در زمینه محافظت مالی نیز رخ دهد. داده‌های SAGE نشان داد که بین افراد فاقد بیمه با سن ۶۵ سال و بالاتر که برای دریافت مراقبت‌های سلامت اعلام نیاز کرده‌اند، سطح نیاز برآورده نشده در مقایسه با جمعیت بیمه شده بیشتر است. این ارقام صرفاً برای نیازهای برآورده نشده مربوط به مراقبت‌های سلامت است و نیازهای برآورده نشده مربوط به مراقبت‌های اجتماعی (که برای رفاه سالمندان نیز حیاتی است) را در بر نمی‌گیرد.

نابرابری در توزیع نیروی انسانی بخش سلامت^۱

توزیع ناعادلانه نیروی انسانی (از نظر سن، جنسیت و محل کار) باعث کاهش ظرفیت‌های ملی در جهت دستیابی به UHC می‌شود. مطالعه‌ای با موضوع بررسی برابری جنسیتی و با استفاده از داده‌های ۱۰۴ کشور انجام شد و نتایج آن نشان داد که ۶۷ درصد پرسنل بخش بهداشت و درمان را زنان تشکیل می‌دهند. چنین آماری نشان‌دهنده افزایش حضور زنان در بخش سلامت و در طول زمان با وجود شکاف‌های دستمزدی جنسیتی است (۱۷). گزارش وضعیت جهانی پرستاران در سال ۲۰۲۰ نشان می‌دهد که آنها بیشترین جمعیت را در مقایسه با سایر مشاغل بهداشتی و درمانی دارند (حدود ۵۹٪ از کل پرسنل) (۱۸) و از طرفی حدود ۹۰ درصد از پرستاران زن هستند، اما با این وجود زنان در سطوح بالاتر و ارشد مدیریتی حضور بسیار کم‌رنگی دارند (۱۷). نابرابری‌های جنسیتی در بین کارکنان بخش سلامت همچنان بعنوان یک معضل مهم باقی مانده و این مشکل توسط همه‌گیری کووید-۱۹ بیشتر آشکار می‌شده است. فقدان تجهیزات حفاظت فردی مناسب برای زنان و میانگین شکاف جنسیتی ۲۸ درصدی، از ۲۱ کشوری که این اطلاعات برای آنها در دسترس بود، نمونه‌هایی از این نابرابری‌هاست.

توزیع نامناسب نیروی انسانی نقش اساسی در نابرابری‌های موجود در پوشش خدمات و بار بیماری برای جمعیت‌های نیازمند دارد. تغییرات قابل توجهی در میزان در دسترس بودن کارکنان سلامت با استناد به حساب‌های ملی نیروی کار سلامت (NHWA) مشاهده شده است (۱۹). به عنوان مثال، بین کشورهایی که بیشترین و کمترین تراکم را دارند، اختلاف ۳۶۶ برابری در تراکم پزشکان و اختلاف ۱۹۴ برابری در تراکم پرسنل پرستاری و مامایی وجود دارد. چنین اختلافی در سطح منطقه نیز مشاهده شده است، برای مثال در منطقه اروپا به طور متوسط به ازای هر ۲۳۲ نفر یک پزشک در حال خدمت‌رسانی است اما در نقطه‌ای دیگر از دنیا و در منطقه آفریقا این نسبت بصورت یک پزشک به ازای هر ۳۶۱۹ نفر است. نسبت پرسنل پرستاری و مامایی نیز یک نفر به ازای هر ۱۲۱ نفر در منطقه قاره آمریکا و یک نفر به ازای هر ۹۷۳ نفر در منطقه آفریقا است.

چنین نابرابری‌هایی علاوه بر سطح جهانی و منطقه‌ای در داخل کشورها (سطح ملی) نیز مشاهده می‌شوند. پنجاه و هشت کشور داده‌های مربوط به توزیع پرسنل پرستاری را برای سال‌های اخیر گزارش کرده‌اند. بین این کشورها، میانگین نابرابری توزیع پرستاران (که با ضریب جینی اندازه‌گیری شده) ۰.۱۲ است؛ که این مقدار از میانگین ۰.۰۵ در منطقه اروپا

تا ۰.۲۱ در منطقه آفریقا متغیر است.^۱ از بین این کشورها، میانگین نسبت حداکثر/حداقل (یعنی بین منطقه با بیشترین تراکم و منطقه با کمترین تراکم) ۱۶ کشور (از ۱.۱ تا ۳۵۲) مشاهده شد که نشان می‌دهد کشورهایی که قبلاً با تراکم کم نیروی انسانی بخش سلامت مواجه بودند، نابرابری گسترده‌تری را در داخل کشور و در توزیع کارکنان سلامت داشتند. سازمان بهداشت جهانی استراتژی‌هایی را برای افزایش دسترسی به کارکنان سلامت در مناطق دورافتاده و روستایی از طریق بهبود جذب، استخدام و حفظ آنان توصیه می‌کند. همچنین برای تضمین استقرار عادلانه این کارکنان، بکارگیری اقداماتی نظیر انتخاب کارآموزان و ارائه آموزش به آنان در مناطق روستایی و محروم، استفاده از مشوق‌های مالی و غیر مالی و اقدامات نظارتی برای سازماندهی مجدد ارائه خدمات ضرورت دارند.

ارائه و دسترسی به فناوری‌های سلامت^۲

ارائه و دسترسی به داروها، واکسن‌ها و ابزارهای تشخیصی نقش اساسی در رسیدگی به معضلات بهداشتی و درمانی از پیش موجود و نوظهور و تحقق اهداف توسعه پایدار دارد. در بین ۲۵ کشوری در سال‌های ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۹ بررسی شدند، تنوع قابل توجهی در دسترسی به امکانات بهداشتی و درمانی مشاهده شد که در برگیرنده‌ی مجموعه‌ای در دسترس و مقرون به صرفه از داروهای اساسی اصلی برای پیشگیری، درمان و مدیریت بیماری‌های حاد، مزمن، واگیر و غیرواگیر در مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه با دامنه ۰ تا ۶۹.۲ درصد (متوسط ۱۴.۶ درصد) بود. به طور خاص، ۲۸ درصد از این کشورها، تسهیلات دارویی قابل دسترسی را ارائه نکردند.

در دوران پاندمی کووید-۱۹، نیاز به کاهش ویزیت و مشاوره‌های حضوری بدون افت کیفیت و کاهش دسترسی به خدمات اساسی سلامت، باعث احیای پزشکی از راه دور و اهمیت لزوم بکارگیری آن بیش از پیش در سرتاسر جهان شده است. بنابراین بحث‌هایی که پیرامون ضرورت و امکان سنجی بکارگیری پزشکی از راه دور در گستره طیف وسیعی از تخصص‌های پزشکی می‌شود، بسیار فراگیر شده است. نظام‌های سلامت با هماهنگی ارائه‌دهندگان و شرکت‌های فناوری، انعطاف‌پذیری‌ها و مشوق‌های نظارتی را برای تشویق پذیرش و اجرای فناوری‌های مختلف در نظر گرفته‌اند. هر ساله میلیاردها دلار برای تحقیق و توسعه محصولات، فناوری‌ها و فرآیندهای نوین یا بهبود یافته سلامت، از داروها و واکسن‌ها گرفته تا دستگاه‌های تشخیصی و کمکی، هزینه می‌شود. اما متأسفانه نحوه انتخاب اولویت‌های پژوهشی و توزیع بودجه‌های مربوطه اغلب با نیازهای سلامت مطابقت ضعیفی داشته و ملاحظات مربوط به دسترسی و ارائه معمولاً فقط به عنوان اولویت‌های بعدی در نظر گرفته می‌شوند. کشورهایی با سطح درآمد و نیازهای بهداشتی و درمانی قابل قیاس، میزان متفاوتی از کمک‌های رسمی^۳ را برای تحقیقات پزشکی و ابقای بخش‌های بهداشتی اولیه خود دریافت می‌کنند. در سال ۲۰۱۸، کشورهای کم درآمد فقط ۰.۲ درصد از کل کمک‌های رسمی را برای تحقیقات زیست پزشکی از تأمین‌کنندگان اصلی دریافت نمودند (۲۰).

در سال ۲۰۱۸ و در سطح جهانی، میانگین ملی مخارج داخلی دولتی تخصیص یافته به بخش سلامت، به میزان ۱۰ درصد بود که از ۷ درصد در منطقه آفریقا تا ۱۴ درصد در منطقه قاره آمریکا متغیر بود که نسبت به دهه گذشته اندکی افزایش داشت.

۱. ضریب جینی صفر نشان دهنده برابری و مقدار بیش از آن نشان دهنده نابرابری است.

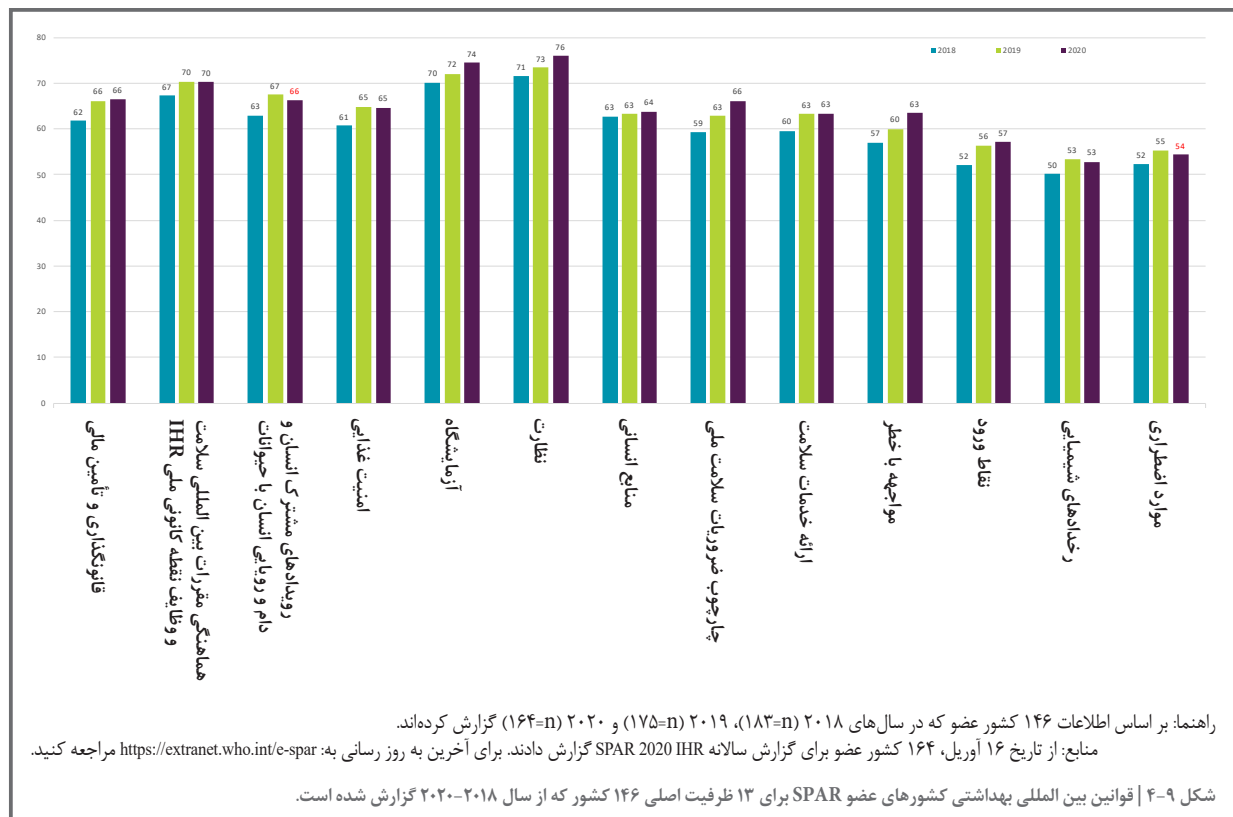
2. Access and delivery of health technologies

3. Official development assistance (ODA)

امنیت سلامت یکی دیگر از اجزای مهم و ضروری UHC است و به عنوان یکی از ۱۴ شاخص فرعی پوشش همگانی از اهداف توسعه پایدار ارزیابی می‌شود. همه‌گیری کووید-۱۹ نشان داد که امنیت سلامت یک پیش نیاز اساسی جهت اطمینان از برخورداری از سلامت اولیه، دستیابی به پوشش همگانی و تثبیت دستاوردهای بهداشتی است که به زحمت حاصل شده‌اند. قوانین بین‌المللی بهداشتی (۲۰۰۵) (IHR) ایجاب می‌کند که همه ۱۹۶ کشور عضو هستند برای دستیابی به امنیت جهانی سلامت با یکدیگر همکاری کرده و ظرفیت‌های لازم را برای شناسایی، ارزیابی، گزارش و پاسخ به موارد اضطراری مرتبط با سلامت همگانی ایجاد کنند.

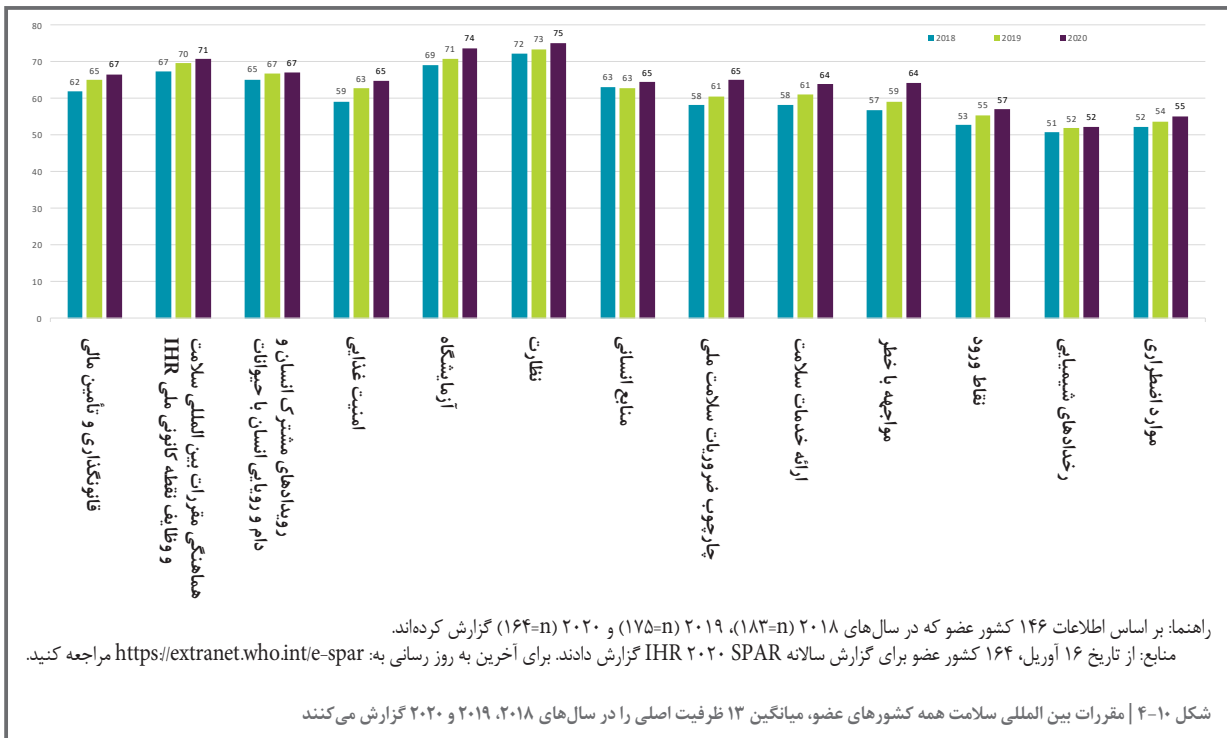
سازمان بهداشت جهانی از کشورهای عضو IHR برای ارزیابی، نظارت و پایش ظرفیت‌های IHR حمایت کرده و چارچوبی را با همین هدف (IHR MEF) ایجاد کرده که شامل گزارش سالانه اجباری به مجمع جهانی بهداشت با استفاده از ابزار گزارش سالانه خود ارزیابی دولت‌های عضو (SPAR) به همراه سایر ابزارهای تکمیلی و داوطلبانه نظیر ارزیابی‌های خارجی مشترک، شبیه‌سازی‌ها و بررسی‌های پس از اقدام (AAR) است.^۲

بر اساس گزارش سالانه SPAR از ۱۶۴ کشور عضو که داده‌های خود را برای سال ۲۰۲۰ گزارش نمودند (با در نظر گرفتن میانگین همه گزارش‌های دریافتی از سال ۲۰۱۸ تا ۲۰۲۰) روندها تقریباً در هر ظرفیت اصلی از سال ۲۰۱۸ پیشرفت ثابتی را نشان می‌دهند. اما در این روندها استثنائاتی هم مشاهده شد که بیانگر کاهش اندک در ظرفیت‌های مربوط به رویدادهای مشترک بین انسان و دام و رابط‌های سلامت بین انسان و حیوان و همچنین رویدادهای شیمیایی بود که در سال ۲۰۲۰ نسبت به سال ۲۰۱۹ مشاهده شد (شکل ۹، ۴). به طور کلی، علیرغم تغییرات تأیید شده در سال ۲۰۲۰، سطح میانگین ۱۳ ظرفیت بالای ۵۰ درصد گزارش شد و فقط سه ظرفیت (شامل هماهنگی قوانین بین‌المللی



1. Health security

۲. فعالیت‌های IHR MEF بصورت هفتگی بروزسانی می‌شوند که گزارش‌های مربوط به آن در پورتال مشارکت استراتژیک برای امنیت سلامت و آمادگی اضطراری (SPH) در دسترس است. ببینید: <https://extranet.who.int/sph/home>



بهداشتی و عملکرد کانون مرکزی قوانین بین المللی بهداشت ملی، آزمایشگاه و نظارت) به نزدیک ۷۰ درصد یا بالاتر از آن رسیده بودند (شکل ۱۰، ۴). تجربه کووید-۱۹ نشان می‌دهد که نیاز واضح و شفافی به ایجاد ظرفیت و هماهنگی‌های چندبخشی برای ارتقای سطح سلامت در همه زمینه‌ها و در سطح ملی وجود دارد. گزارش‌های IHR SPAR برای سال ۲۰۲۰ شواهد روشنی از برخورداری از تعهد سیاسی قوی برای انجام تعهدات IHR ارائه می‌دهد. این گزارش‌ها نشان دادند که برای بهبود و حفظ سیستم‌های هشداردهنده اولیه، اقداماتی نظیر کاهش و مدیریت خطرات مرتبط با سلامت همگانی در سطوح ملی و برنامه آمادگی عملیاتی اضطراری سلامت ملی با در نظر گرفتن همه‌گیری‌های جهانی، مورد نیاز است. بررسی‌های IHR، PAR، گزارش‌های پانل مستقل و هیئت نظارت بر آمادگی جهانی (GPMB) همچنان به اطلاع رسانی راه‌های بهبود و گام‌های بعدی ادامه می‌دهند. حصول اطمینان از ادامه بهبود شاخص‌های مربوط به پیشگیری از طریق واکسیناسیون برای اطمینان از عرضه عادلانه واکسن‌های کووید بسیار حیاتی است. چرا که همه‌گیری کنونی فرصت مناسبی را برای تأثیرگذاری اساسی در حفظ سلامت جامعه از طریق بهره برداری از واکسن (با هدف تمرکز مجدد بر روی سایر بیماری‌های اولویت‌دار قابل پیشگیری با واکسن و همچنین پرداختن به عوامل کلیدی نظام‌های سلامت برای آماده‌شدن، پاسخگویی و در نهایت حفظ سلامت جامعه در برابر بحران‌های سلامت) ارائه می‌دهد.

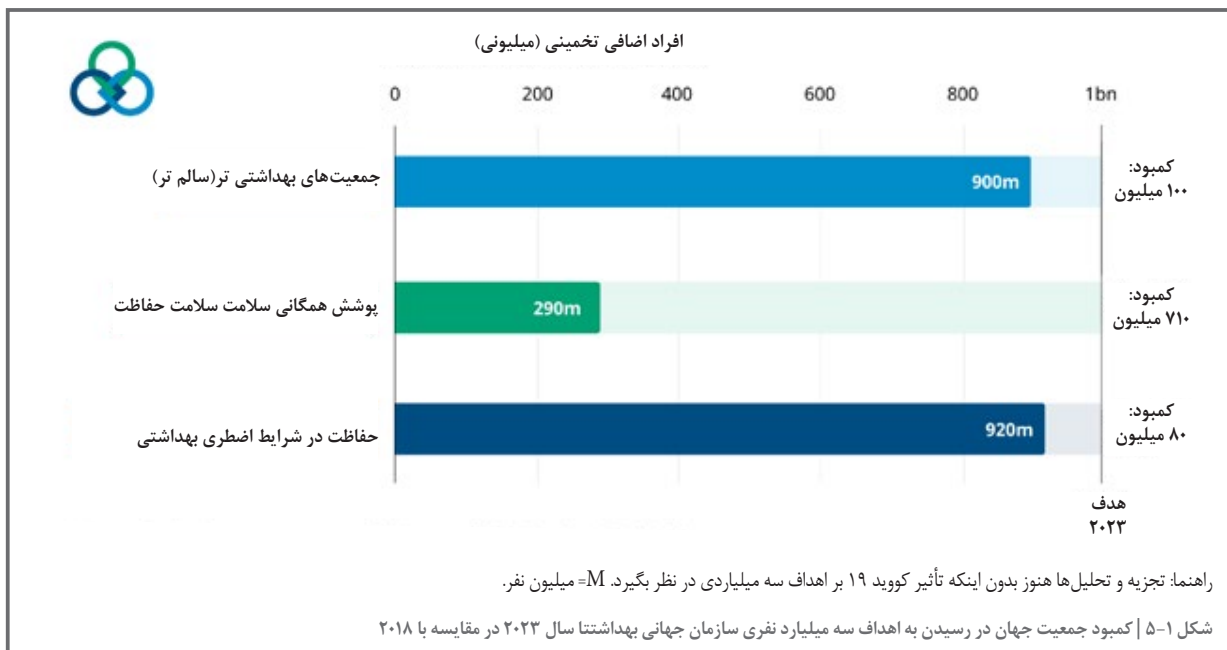
References

1. Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf, accessed 1 May 2021).
2. Poverty and shared prosperity 2020: reversals of fortune. Washington D.C.: World Bank; 2020 (<https://www.worldbank.org/en/publication/poverty-and-shared-prosperity>, accessed 1 May 2021).
3. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: interim report, 27 August 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuitysurvey-2020.1, accessed 1 May 2021).
4. Family planning/contraception methods: Key facts. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>, accessed 1 May 2021).
5. Fore, H. A wake-up call: COVID-19 and its impact on children's health and wellbeing. *Lancet Glob Health*. 2020;8:7. doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30238-2.
6. Kotlar B, Gerson E, Petrillo S, Langer A, Tiemeier H. The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. *Reprod Health*. 2021;18:10. doi.org/10.21203/rs.3.rs-96736/v1.
7. Robertson T, Carter ED, Chou VB, Stegmuller AR, Jackson BD, Tam Y et al. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Glob Health*. 2020;8:7. doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30229-1.
8. Global Health Estimates 2019: Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. Geneva, World Health Organization; 2020. (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>, accessed 1 May 2021).
9. Countdown 2008 Equity Analysis Group. Mind the gap: equity and trends in coverage of maternal, newborn, and child health services in 54 Countdown countries. *Lancet*. 2008;371(9620):1259–67. doi.org/10.1016/s0140-6736(08)60560-7.
10. Wehrmeister FC, Barros AJD, Hosseinpoor AR, Boerma T, Victora CG. Measuring universal health coverage in reproductive, maternal, newborn and child health: an update of the composite coverage index. *PLoS ONE*. 2020;15(4):e0232350. doi.org/10.1371/journal.pone.0232350.
11. WHO Health Equity Monitor database [online database]. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/data/gho/health-equity>, accessed 1 May 2021).
12. WHO and UNICEF warn of a decline in vaccinations during COVID-19. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/news/item/15-07-2020-who-and-unicef-warn-of-a-decline-in-vaccinations-during-covid-19>, accessed 1 May 2021).
13. Global TB Programme, World Health Organization. <https://www.who.int/tb/about/en/>
14. World Population Prospects 2019: highlights (ST/ESA/SER.A/423). New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2019 (<https://www.un.org/development/desa/publications/world-population-prospects-2019-highlights.html>, accessed 1 May 2021).
15. Gasper D. Needs and human rights. In: Smith R, van den Anker C (eds). *The essentials of human rights*. London: Hodder & Stoughton; 2005.
16. WHO Study on global AGEing and adult health (SAGE) [online database]. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/healthinfo/sage/en>, accessed 1 May 2021).
17. Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. Health Workforce Working Paper 1. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://www.who.int/hrh/resources/gender_equity-health_workforce_analysis/en/, accessed 1 May 2021).
18. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331673/9789240003293-eng.pdf>, accessed 1 May 2021).
19. National Health Workforce Accounts data portal [online database]. Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/nhwportal/>, accessed 1 May 2021).
20. Investments on grants for biomedical research by funder, type of grant, health category and recipient (Global Health Observatory) [online database]. (<https://www.who.int/observatories/global-observatory-on-health-research-and-development/monitoring/investments->

۵

تسریع تحقق اهداف توسعه پایدار مرتبط با سلامت و اهداف میلیاردی سه گانه

جهان، اکنون هم از تحقق برنامه‌های اهداف توسعه پایدار و میلیاردی سه گانه سازمان جهانی بهداشت (بهداشت جهانی) عقب افتاده است و کووید ۱۹ پیشرفت اخیر را مختل کرده است (شکل ۵-۱). تحقق اهداف میلیاردی سه گانه سازمان بهداشت جهانی برای بازگشت به مسیر پیشرفت امری ضروری است، تا شرایط بهتری فراهم شود و عدالت را بهبود ببخشد.



اهداف میلیاردی سه گانه^۱

اهداف میلیاردی سه گانه سازمان جهانی بهداشت (WHO)، بینش و چشم‌انداز مشترکی بین این سازمان و دولت‌های عضو است که به کشورها کمک می‌کند تحقق اهداف توسعه پایدار (SDG) را سرعت بخشند. هدف اصلی این بینش آن است که سلامتی میلیاردها انسان تا سال ۲۰۲۳ از طریق دستیابی به موارد زیر ارتقا یابد:

- ۱- یک میلیارد نفر بیشتر از سلامتی و سطح رفاه بالاتر برخوردار شوند.
 - ۲- یک میلیارد نفر بیشتر از پوشش همگانی بهداشت^۲ (UHC) بهره‌مند شوند.
 - ۳- یک میلیارد نفر بیشتر در شرایط اضطراری بهداشت (سلامت)، مراقبت‌های بهتری دریافت کنند.
- این اهداف که تطابق نزدیکی با اهداف توسعه پایدار دارند و پایه و اساس سیزدهمین برنامه اقدام عمومی^۳ سازمان جهانی بهداشت (GPW-13) هستند، به عنوان ابزاری برای سنجش و نقشه راه تدوین سیاست برای تسریع پیشرفت به سوی تحقق اهداف توسعه پایدار مرتبط با سلامت عمل می‌کند. همه‌گیری فعلی کووید ۱۹، اهمیت سرمایه‌گذاری در سلامت و بهداشت را برای مقاصد زیر آشکار می‌کند:
- * برخورداری از جمعیت‌هایی سالم‌تر که در برابر مخاطرات سلامتی مقاوم‌تر باشند یا به سرعت از این خطرات عبور کنند و بهبود یابند.
 - * برخورداری از نظام‌های سلامت منعطفی که خدمات پایه‌ای سلامت را با کیفیت خوب و بدون متحمل شدن مشکلات مالی، به همه مردم ارائه دهند.
 - * برخورداری از ساز و کارهای کارآمد و مناسب به منظور آماده‌سازی، پیشگیری، شناسایی و پاسخ‌دهی مؤثر به موقعیت‌های اضطراری سلامتی.

یک میلیارد جمعیت سالم‌تر^۴

بهره‌مندی یک میلیارد نفر دیگر از سلامت و رفاه بهتر

هدف‌گذاری برنامه «یک میلیارد جمعیت سالم‌تر»، این است که یک میلیارد نفر دیگر تا سال ۲۰۲۳ با تشویق رفتارها، سبک زندگی و محیط‌های سالم‌تر، در شرایط با سلامت بهتری زندگی کنند. نیل به سوی این هدف با استفاده از شاخص جمعیت سالم‌تر اندازه‌گیری می‌شود که شامل ۱۷ ردیاب از شاخص‌های پیامد سیزدهمین برنامه اقدام عمومی (GPW13) است که عمدتاً از اهداف توسعه پایدار (SDGs) نشئت گرفته‌اند. این شاخص‌ها هوای پاک، آب سالم، بهسازی و جاده‌ها، مصرف دخانیات و الکل، چاقی، خشونت خانگی، تغذیه کودکان و رشد کودک، چربی‌های ترانس (غیراشباع) و سلامت روان را پوشش می‌دهند (۲).

تعداد پیش‌بینی شده فعلی افرادی که تا سال ۲۰۲۳ زندگی سالم‌تری خواهند داشت، در حدود ۹۰۰ میلیون بیشتر از مقدار پایه آن در سال ۲۰۱۸ است، که هنوز ۱۰۰ میلیون کمتر از هدف یک میلیاردی است (۱). توسعه اقتصادی بر پیشرفت به سمت هدف موردنظر در سراسر کشورها تأثیر می‌گذارد. پیش‌بینی می‌شود، تا سال ۲۰۲۳ فقط ۲ درصد بیشتر از جمعیت کشورهای کم درآمد، در سایر کشورها ۱۲ درصد بیشتر و در سطح جهانی ۱۱ درصد بیشتر زندگی سالم‌تری خواهند داشت. با این حال، اکثر پیشرفت‌های جهانی فقط در چند کشور اتفاق می‌افتد. اگر روند کنونی بدون مداخله عاقلانه ادامه یابد، خطر عمیق شدن نابرابری بین کشورهای کم درآمد و سایر کشورها وجود خواهد داشت.

1. Triple Billion targets
2. universal health coverage
3. General Programme of Work
4. Healthier Population Billion

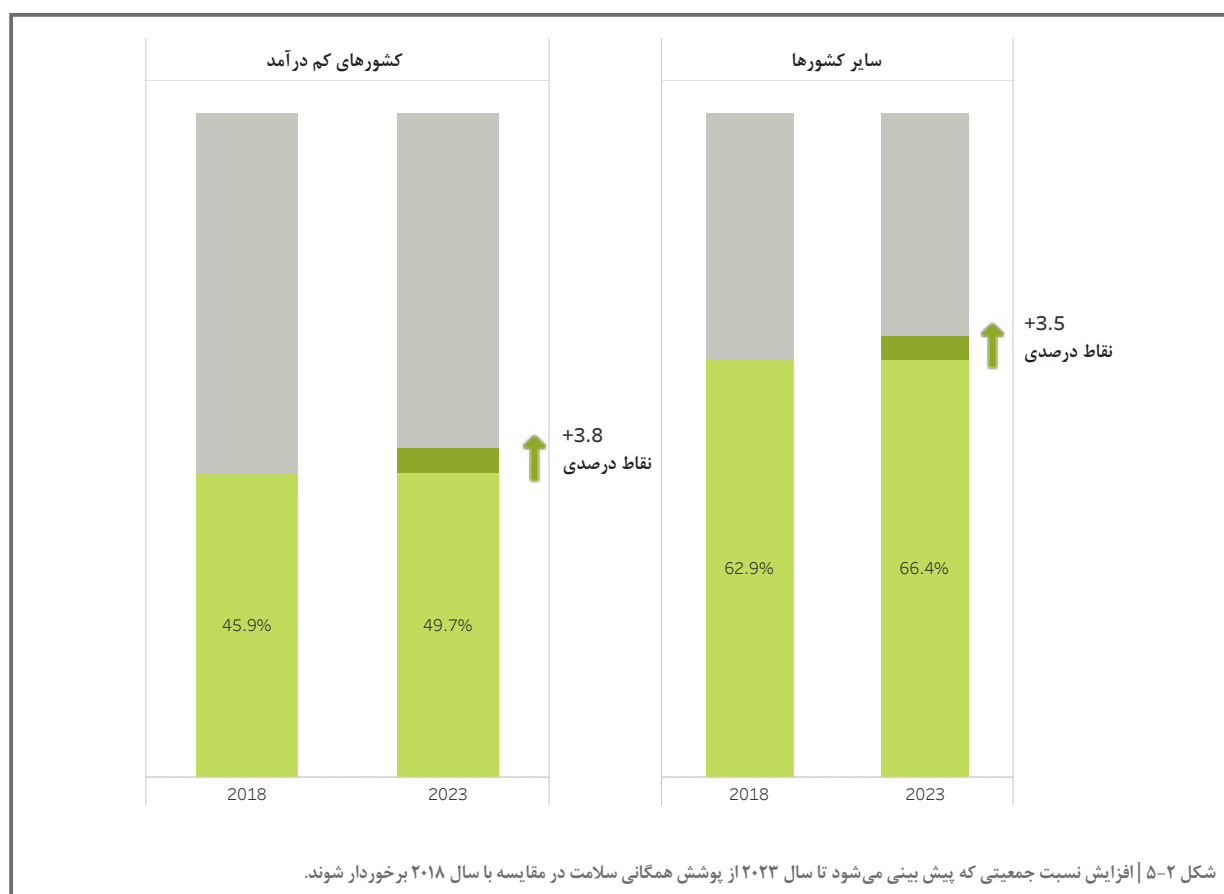
تأثیر همه‌گیری کووید-۱۹ در این پیش‌بینی منعکس نشده است، اما در کارهای آینده مورد توجه قرار خواهد گرفت. این بیماری همه‌گیر ممکن است، برخی از پیشرفت‌ها را معکوس نموده و نابرابری‌های موجود در سلامت را بدتر کرده باشد، همچنین افزایش مصرف مواد و الکل، خشونت خانگی و بیماری‌های روانی گزارش شده است (۳-۵). علاوه بر این، موارد مبتلا به بیماری‌های غیرواگیر و سایر عوامل خطر زمینه‌ای گزارش شده‌اند، که از زمان شروع همه‌گیری در سال ۲۰۲۰ در معرض خطر بیشتری برای بیماری‌های شدیدتر و مرگ قرار دارند (۶-۷). اقدامات چند بخشی باید در سطوح جهانی، منطقه‌ای و ملی تقویت گردند، تا آثار کووید-۱۹ کاهش یابد و عوامل اجتماعی، رفتاری، زیستی (متابولیک) و محیطی (زیست محیطی) که تعیین کننده سلامت هستند، مورد توجه قرار گیرند.

یک میلیارد پوشش همگانی سلامت!

بهره‌مندی یک میلیارد نفر دیگر از افراد از پوشش همگانی سلامت

هدف میلیاردی پوشش همگانی سلامت با مجموعه‌ای از ۱۴ پوشش خدمات سلامت (توسعه پایدار ۳-۸-۱) و شاخص‌های ردیاب مشکلات مالی (توسعه پایدار ۳،۸،۲) ارزیابی می‌گردد. بین سال‌های ۲۰۱۸ و ۲۰۲۳، هم کشورهای کم درآمد و هم سایر کشورها پیش‌بینی می‌گردد، که پیشرفت مشابهی به سمت هدف پوشش همگانی سلامت با ۴٪ بیشتر از جمعیت با پوشش همگانی سلامت داشته باشند (۱). با این حال، درصد جمعیت با پوشش همگانی سلامت در کشورهای کم درآمد به طور کلی ۵۰٪ در سال ۲۰۲۳ پیش‌بینی می‌گردد، که در مقایسه با پیش‌بینی ۶۶٪ در بین سایر کشورها پایین مانده است (شکل ۲-۵).

باتوجه به میزان پیشرفت فعلی، پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۲۳، ۲۹۰ میلیون نفر دیگر تحت پوشش خدمات



سلامتی قرار بگیرند بدون اینکه دچار مشکلات مالی شوند. در مقایسه با مقدار پایه سال ۲۰۱۸، شکافی ۷۱۰ میلیون نفری تا رسیدن به پوشش همگانی سلامت (UHC) یک میلیاردی، باقی می ماند (۱). این پیش‌بینی تأثیر کووید-۱۹ را در نظر نگرفته است. با توجه به اختلالات گزارش شده در خدمات سلامتی و کوچک شدن اقتصاد جهانی به دلیل همه‌گیری، پیشرفت به سوی پوشش همگانی سلامت میلیاردی به احتمال زیاد در معرض تهدید خواهد بود و سرمایه‌گذاری فوری برای حفظ پیشرفت ضروری است (۸،۹).

شرایط اضطراری در سلامت^۱

یک میلیارد نفر دیگر در هنگام شرایط اضطراری سلامتی مراقبت بهتری دریافت می‌کنند.

هدف‌گذاری میلیاردی شرایط اضطراری در سلامت بر اساس اهداف توسعه پایدار (SDGs) است و نیاز به آمادگی، پیشگیری، شناسایی و پاسخ به شرایط اضطراری سلامتی را در نظر دارد. این هدف از طریق شاخص حفاظت در شرایط اضطراری سلامتی (HEPI) اندازه‌گیری می‌شود که شامل سه شاخص - آمادگی، پیشگیری، شناسایی و واکنش هستند و نشان‌دهنده عناصر کلیدی فعالیت‌های اضطراری سلامتی سازمان بهداشت جهانی است. قبل از شروع کووید-۱۹ و با روندی مثبت در هر سه شاخص، تخمین‌های اولیه نشان می‌داد که جهان در مسیری قرار دارد که تا سال ۲۰۲۳ یک میلیارد نفر از افراد در شرایط اضطراری سلامتی، مراقبت بهتری دریافت می‌کنند. اگرچه تأثیر کامل همه‌گیری کووید-۱۹ هنوز مشخص نشده است، اما آخرین تخمین‌ها که شامل داده‌های مشاهده شده از سال ۲۰۲۰ است، نشان می‌دهد که مسیر فعلی منجر به مراقبت بهتر از ۹۲۰ میلیون نفر در برابر شرایط اضطراری سلامتی تا سال ۲۰۲۳ می‌شود، که فقط ۸۰ میلیون نفر کمتر از هدف‌گذاری است. در کشورهای کم درآمد، پیش‌بینی می‌گردد که ۲۳ درصد بیشتر از جمعیت در مقایسه با ۱۰ درصد در سایر کشورها از سال ۲۰۱۸ تا ۲۰۲۳ در برابر شرایط اضطراری سلامتی مراقبت بهتری دریافت کنند.

همه‌گیری کووید-۱۹ نشان می‌دهد که جهان برای مواجهه با شرایط و موارد اضطراری سلامتی در چنین ابعادی آماده و مهیا نبوده است. نظارت و تحلیل بیشتر برای تعیین پیامدهای بلندمدت کووید-۱۹ جهت دستیابی به هدف میلیاردی شرایط اضطراری سلامتی ضروری است. با این حال، سرمایه‌گذاری‌های ناشی از واکنش به کووید-۱۹ و به ویژه سرمایه‌گذاری‌های مربوط به آمادگی کشور، نظارت بر بیماری و گسترش واکسیناسیون کووید-۱۹، ممکن است برای تسریع روند پیشرفت در جهت دستیابی به هدف یک میلیارد نفری که از شرایط اضطراری سلامت مراقبت بهتری دریافت کنند، استفاده شود.

نظارت بر نابرابری بهداشت: یک گام ضروری جهت دستیابی به عدالت در سلامت^۲

پوشش همگانی سلامت شعار اصلی اهداف توسعه پایدار است. سند ۲۰۳۰ برای توسعه پایدار اذعان دارد (مسئولیت اصلی اهداف توسعه پایدار، «پوشش همگانی سلامت» است. سند ۲۰۳۰ برای توسعه پایدار، تأکید دارد) که نابرابری‌های بالا و فزاینده، چه در داخل کشورها و چه میان کشورها، مانعی برای رشد و توسعه انسانی است و همچنین این امر ناقض هنجارها، ارزش‌های مشترک و عدالت است. استناد مطلق به اطلاعات ملی برای نظارت بر سلامت به احتمال قوی منجر به نتایج مغرضانه می‌شود و بعضی خرده جمعیت‌ها نادیده نگاشته می‌شوند. نظارت غیرهمسان فرآیندی از تولید شواهد درباره چگونگی خرده جمعیت‌های مختلف در داخل یک کشور است که در مورد آن‌ها بهداشت و سلامت به اجرا در می‌آید تا سیاست‌ها، برنامه‌ها و اقدامات جهت دار و همسان و عدالت محور اطلاع رسانی شود تا اطمینان به دست آید که جمعیت‌های محروم و دور دست همچون سایر جمعیت‌ها در کشور از امکانات بهداشتی و سلامت برخوردارند. این مسئله وابسته بر جمع آوری، تجزیه و تحلیل و گزارش داده‌های بهداشتی تفکیک شده بر اساس ابعاد نابرابری، مانند جنس، سن،

1. Health Emergencies Billion

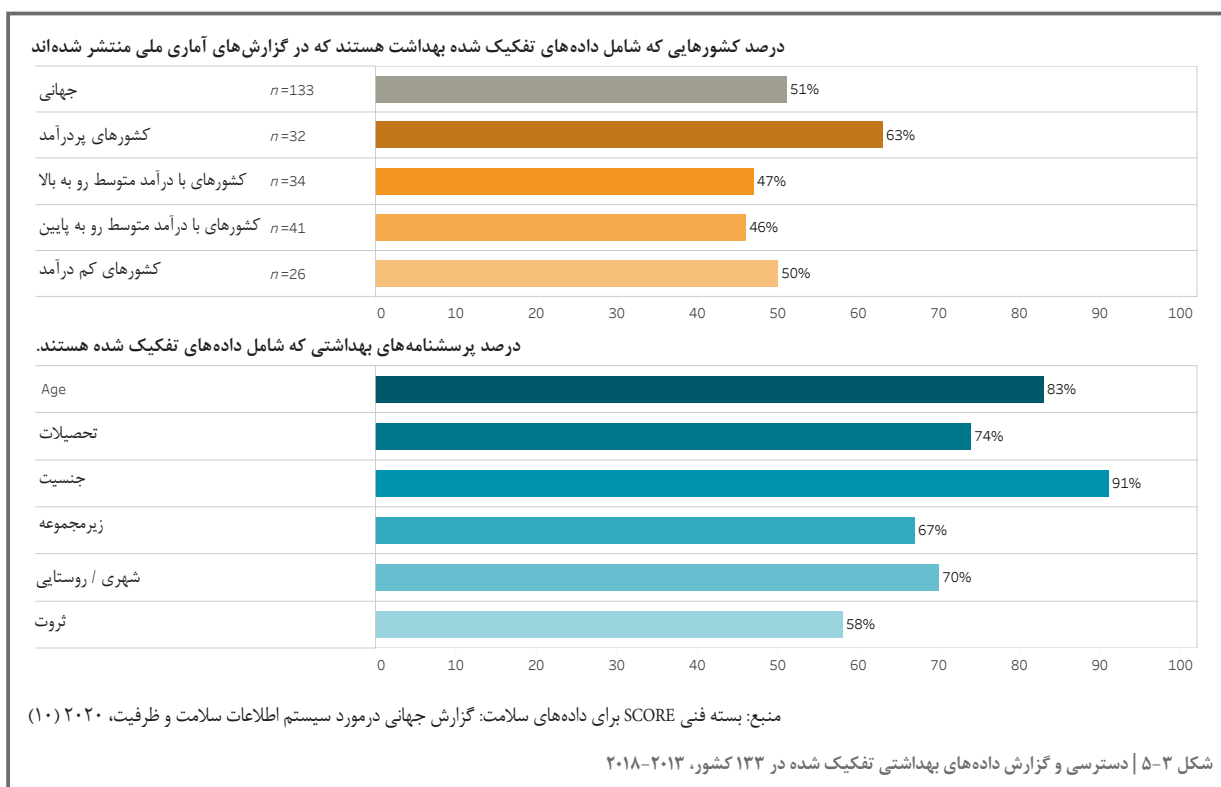
2. Monitoring health inequality: an essential step to achieve health equity

وضعیت اقتصادی، تحصیلات، محل سکونت، قومیت و سایر زیرگروه‌های جمعیتی خاص و موارد دیگر است. در این راستا، سیستم‌های اطلاعات بهداشتی پایه و اساس نظارت بر نابرابری‌های سلامت هستند.

در دسترس بودن داده‌های جهانی در مورد نابرابری سلامت

یک ارزیابی در جهان توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) نشان داد که فقط ۵۱ درصد از ۱۳۳ کشور شرکت‌کننده، تفکیک داده‌ها را در گزارش‌های آماری ملی منتشر شده خود گنجانده‌اند (از ۶۳ درصد HIC تا ۴۶-۵۰ درصد کشورها در سایر گروه‌های درآمدی) (شکل ۵-۳) (۱۰).

یکی از منابع اصلی اطلاعات برای ارزیابی نابرابری سلامت، مطالعات پیمایشی خانوارها است. از ۶۷۳ مورد بررسی در این کشورها از سال‌های ۲۰۱۳ تا ۲۰۱۸، ۹۱ درصد داده‌های تفکیک شده براساس جنسیت، ۸۳ درصد بر اساس سن، ۷۴ درصد آموزش، ۷۰ درصد محل سکونت (جمعیت شهری - روستایی) و ۵۸ درصد به وسیله ثروت هستند. تفکیک داده‌ها همچنان در بسیاری از کشورها وجود ندارد و داده‌های نابرابری اغلب در دسترس تصمیم‌گیرندگانی که به آنها نیاز دارند، قرار می‌گیرد. سرمایه‌گذاری در سیستم‌های اطلاعات سلامت کارا برای اینکه دسترسی و جذب خدمات بهداشتی و در نهایت پیامدهای سلامت برابر (منظور همون برقراری عدالت در سلامت) را تضمین کند، ضروری است.



دسترسی به داده‌های تفکیکی برای شاخص‌های پیامدی (بروندادی) سیزدهمین برنامه اقدام عمومی

از میان ۴۶ پیامد از شاخص‌ها که در قالب ارزیابی مؤثر توسط سیزدهمین برنامه اقدام عمومی سازمان بهداشت جهانی تعریف شده است، ۳۸ شاخص را می‌توان براساس ماهیت آن‌ها تفکیک نمود. براساس داده‌هایی که اخیراً منتشر شده‌است (داده‌های پیمایشی بررسی شده ده سال گذشته و برآورد داده‌های آخرین سال‌های در دسترس و بین کشورها قابل مقایسه، فقط ۲۲ شاخص از ۳۸ شاخص داده‌ها که توسط حداقل بعد نابرابری (نظیر سن و شاخص اقتصادی، میزان تحصیلات، محل سکونت یا جنسیت) موجود در حوزه عمومی تفکیک شده‌اند.

از ۲۲ شاخص برای پیامد برنامه اقدام عمومی ۱۳، شش شاخص دارای داده‌هایی براساس سن، هشت مورد براساس وضعیت اقتصادی، هشت مورد بر اساس سطح تحصیلات و ۱۱ شاخص به لحاظ محل سکونت شهری و روستایی و ۱۷ مورد براساس جنسیت تفکیک شده بودند (پیوست ۴، جدول A۴-۱).

داده‌های تفکیک جنسیتی به طور کلی برای تعداد زیادی از کشورها در دسترس هستند، عمدتاً به این دلیل که این داده‌ها بر اساس داده‌هایی هستند که توسط سازمان‌هایی از جمله سازمان بهداشت جهانی (WHO) تخمین زده یا مدلسازی شده‌اند. پرسشنامه‌های خانوار مبتنی بر جمعیت، منبع اصلی داده‌ها از لحاظ تفکیک براساس وضعیت اقتصادی، تحصیلات و محل سکونت به شمار می‌آیند. با این حال، فراوانی و به روز بودن این داده‌ها بطور قابل توجهی در سراسر کشورها متفاوت است. از هشت شاخص پیامدی تفکیک شده بر اساس وضعیت اقتصادی یا تحصیلات، داده‌ها فقط برای ۶۴ تا ۹۳ کشور برای حداقل یک سال، بین سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۹ موجود است. تفکیک داده‌ها برای بسیاری از شاخص‌های مورد استفاده به جهت محاسبه پیشرفت در برابر اهداف سه میلیاردی موجود نیستند. (پیوست ۴، جدول A۴-۲).

ظرفیت‌سازی برای نظارت بر نابرابری^۱

داده‌های تفکیک شده، امکان شناسایی جمعیت‌های مستعد برای محرومیت از خدمات را برای سیاست‌گذاران فراهم می‌کند و به آنها کمک می‌کند تا هدایت منابع و طراحی برنامه‌ها را بر اساس آن انجام دهند. امروزه دسترسی‌پذیری به داده‌های تفکیک‌شده با کیفیت همچنان چالش بسیاری از کشورها است و مانع از نظارت بر نابرابری‌های سلامتی درون و بین کشورها می‌شود. تقویت دسترسی به این اطلاعات نیازمند تلاشی عظیم برای ارتقای سیستم‌های اطلاعات سلامت کشورها است. این سیستم‌ها اطلاعات را جمع‌آوری می‌کنند تا داده‌های تفکیک شده از ابعاد چندگانه نابرابری از میان منابع اطلاعاتی متنوع مانند ثبت احوال و آمار حیاتی (CRVS)^۲، پرسشنامه‌های جمعیت محور، داده‌های روزانه مراکز بهداشت و داده‌های اداری فراهم کنند.

همچنین لازم است ظرفیت کشورها برای تحلیل و گزارش داده‌های مربوط به نابرابری سلامت نیز تقویت شود. سازمان جهانی بهداشت بسته‌ای شامل ابزارها و منابع را برای حمایت از کشورها در توسعه ظرفیت‌های نظارت بر نابرابری فراهم کرده است؛ این بسته یک راهنمای گام به گام (۱۱)، یک کتابچه (۱۲)، کدهای آماری برای تسهیل محاسبه برآوردهای تفکیکی از روی داده‌های پرسشنامه‌های خانوار (۱۳)، پایگاه داده نظارت بر عدالت در سلامت (یکی از بزرگ‌ترین پایگاه داده‌های مربوط به داده‌های تفکیک شده سلامت) و جعبه ابزار ارزیابی عدالت در سلامت را در بر دارد (HEAT^۳ و HEAT Plus^۴) (۱۴)، این جعبه‌ابزار یک برنامه نرم‌افزاری کاربردی و تعاملی است که کشورها را قادر می‌سازد تا نابرابری‌ها را در سطوح ملی و داخلی (نیمه ملی) ادارات زیرمجموعه دولت مرکزی

ارزیابی کنند. سازمان بهداشت جهانی همچنین حمایت مستقیمی از ایجاد ظرفیت کشور برای اجرا و تفسیر و تجزیه و تحلیل نابرابری سلامت در سطوح ملی و منطقه‌ای فراهم می‌کند. برای مثال، سازمان بهداشت جهانی از اولین گزارش ملی اندونزی در مورد وضعیت نابرابری سلامتی (۱۶، ۱۵) حمایت نمود.

داده‌های نابرابری سلامت فقط وقتی کاربردی هستند که برای استفاده اطلاعاتی برنامه‌ها و خط‌مشی‌های ملی به منظور کاهش مؤثر و حذف نابرابری‌های سلامت به کار گرفته شوند. این یک فرایند تکرار شونده و بسیار وابسته به محتوا و مفهوم است که نیازمند دانش عمیق درباره ساختارهای محلی و همچنین همکاری میان‌بخشی و تعهد سیاسی قوی است. رویکرد Innov8 (۱۷) به کشورها برای شناسایی راه‌هایی به منظور در پیش گرفتن اقدامات منسجم و مبتنی بر شواهد جهت نیل به

1. Building capacity for monitoring inequality
2. civil registration and vital statistics
3. HEAT
4. HEAT Plus

عدالت برنامه‌های نظام سلامت کمک می‌کند. رویکرد (۱۷) Innov8 به کشورها کمک می‌کند تا راه‌هایی به منظور در پیش گرفتن اقدامات منسجم و مبتنی بر شواهد جهت نیل به عدالت برنامه‌های نظام سلامت را شناسایی کنند. نظارت مستمر بر نابرابری‌ها نیازمند این است که تأثیر اقدامات صورت گرفته ارزیابی شوند و خط مشی منطبق با آن‌ها تنظیم شود.

تقویت سیستم‌های اطلاعات سلامت^۱

داده‌های به هنگام، قابل اتکا، قابل تفکیک و کارآمد، اقدام‌پذیر، آمارهای قابل قیاس و شواهد خاص، در یک کشور ضروری و حیاتی است، تا به سمت تغییرات سیاست راهبردی گام بردارند. اطلاعات قابل ارزیابی برای نظارت و تسریع پیشرفت به سمت اهداف توسعه پایدار مرتبط با سلامت، اهداف میلیاردی سه گانه^۲ سیزدهمین برنامه اقدام عمومی و اولویت‌های سلامت ملی و محلی ضروری است. همه‌گیری کووید-۱۹، اهمیت داده‌های سلامت و سیستم‌های اطلاعات سلامت در جهت دهی همه مراحل، پاسخگویی، خط‌مشی‌های مرتبط با بحران و پیامدهایی مرگ و زندگی را برجسته‌سازی کرده است. این همه‌گیری، بسیاری از شکاف‌های اطلاعاتی در داده‌های کشوری و سیستم‌های اطلاعاتی را افزایش داده است. داده‌های اساسی غالباً ناموجود می‌باشند و پیامدهای ناخوشایند آن حتی در بیشتر کشورهای پیشرفته‌تر کاملاً به نظر می‌رسد. بدون داده‌های باکیفیت و مرغوب، امکان بهبودی سریع از پیامدهای همه‌گیری کووید-۱۹ و تحقق اهداف توسعه پایدار^۳ ۲۰۳۰ سازمان ملل متحد وجود نخواهد داشت. یک سیستم اطلاعات سلامت کارآمد برای هر یک از کشورهای عضو و برای سنجش و پیگیری نتایج و عوامل تعیین‌کننده سلامت جمعیت و همچنین نابرابری‌های حوزه سلامت از اهمیت ضروری برخوردار است. تصمیم‌گیرندگان نیاز به داده‌های به هنگام برای آماده‌سازی، توسعه و پیاده‌سازی و فراهم نمودن شرایط برای اجرای بهتر خط‌مشی‌ها و تخصیص منابع کارآمد دارند.

بسته SCORE برای داده‌های فنی سلامت

«بسته SCORE سازمان بهداشت جهانی برای داده‌های فنی سلامت» یک راهکار تک‌مرحله‌ای برای ارزیابی، مداخله‌ها و ابزارها به منظور کمک به کشورها برای تقویت سیستم‌های اطلاعات سلامتشان فراهم می‌آورد. این بسته پنج مداخله ضروری یک سیستم اطلاعات سلامت کارا را تحت پوشش قرار داده است: تحقیق پیمایشی درباره جمعیت‌ها و مخاطرات سلامت، سرشماری تولدها، مرگ‌ها و گزارش علل مرگ و میر، بهینه‌سازی داده‌های خدمات سلامت، مرور پیشرفت و عملکرد و فراهم سازی شرایط به کارگیری داده‌ها برای خط‌مشی گذاری و اقدام (۱۸). این بسته می‌تواند سرمایه‌گذاری‌ها در حوزه‌هایی که می‌توانند بیشتر تأثیر را داشته باشند جهت دهی می‌کند و پیشرفت به سمت اهداف توسعه پایدار و دیگر اولویت‌های سلامت در سطح ملی و محلی (داخلی) را پیگیری کند.

ارزیابی SCORE شکاف داده‌های را شناسایی می‌کند و مسیر پیشرفت را دنبال می‌کند

همه‌گیری کووید ۱۹ بر اهمیت شناسایی مخاطرات سلامت عمومی تأکید کرده است. SCORE ظرفیت‌های کشورها برای به کارگیری داده‌های مربوط به گزارش‌های مقررات سلامت بین‌المللی پیش از شروع این بیماری همه گیر را مورد بررسی قرار داد. این نتیجه نشان داد که فقط ۲۷٪ از کشورها ظرفیت اساسی برای تحقیق درباره تهدیدات سلامت عمومی را دارند (۱۰). ارزیابی SCORE همچنین گویای آن است که حدود ۴۰٪ از مرگ‌های جهان ثبت‌نشده باقی می‌مانند، ۵۰٪ از کشورها دارای ظرفیت محدود یا کمی برای نظارت نظام مند کیفیت مراقبت سلامت هستند و فقط ۵۹٪ از کشورها ظرفیت خوبی برای استفاده از داده‌ها برای مهیا نمودن خط‌مشی و طرح‌ریزی دارند.

1. Strengthening health information systems
2. Triple Billion targets
3. SDG

یک پلتفرم جدید برای پایگاه گردآوری داده‌ها: پرسشنامه پیمایش سلامت جهانی (WHS +)

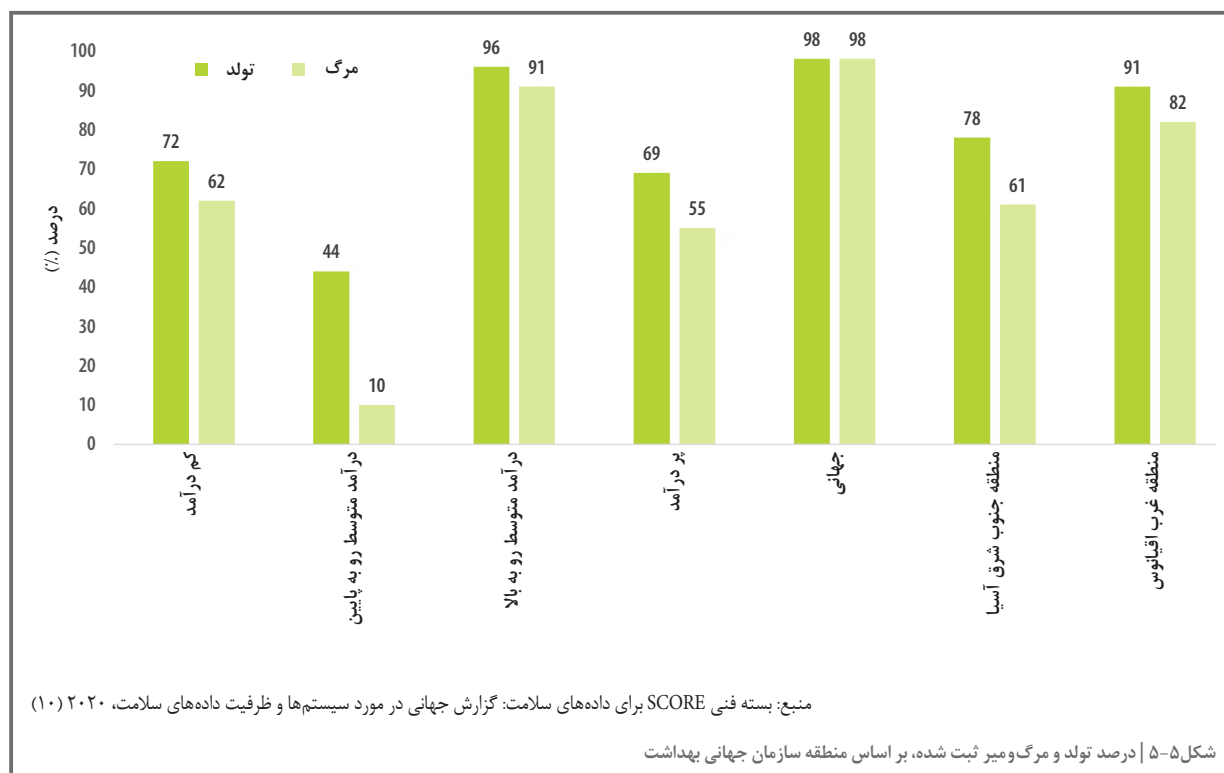
یک پلتفرم جدید برای پایگاه گردآوری داده‌ها: پرسشنامه پیمایش سلامت جهانی یک پلتفرم داده چند گانه، چند منظوره و چند وجهی داده‌های سلامت می‌تواند شکاف‌های اطلاعات ضروری در پیشرفت به سمت اهداف توسعه پایدار مرتبط با سلامت و اولویت‌های جدید سلامت و بهداشت سازگار منطبق با نیازهای منحصر به فرد هر کشور را پوشش می‌دهد (۱۹). این امکان، بررسی در سطح وسیع افراد را با استفاده از اشتراک در فناوری‌هایی همچون موبایل فراهم می‌کند. مطابق با موضع سازمان ملل متحد و سازمان جهانی بهداشت برای شفافیت داده‌ها و به اشتراک گذاری داده‌ها، WHS+ شامل یک مخزن داده باز است تا داده‌ها را برای بیشترین استفاده و برای طیف وسیع مخاطبان در دسترس قرار دهد. کشورها و اعضا می‌توانند ابتدا از بسته SCORE برای ارزیابی و شناسایی شکاف‌های داده‌های ضروری استفاده کنند، سپس ماژول‌های نظرسنجی را به صورت استراتژیک برای به دست آوردن داده‌هایی که فاقد آنها هستند اما بیشترین تأثیر را خواهند داشت؛ انتخاب کنند. بنابراین WHS+ SCORE می‌تواند پایه و اساس یک استراتژی پایدار برای تقویت سیستم اطلاعات سلامت برای سیاست گذاری و برنامه‌ریزی در حوزه آموزش سلامت عمومی را تشکیل دهد.

مطالعات پیمایشی مبتنی بر جمعیت یکی از ابزارهای اساسی برای سنجش سلامت جامعه و روندهای مرتبط با سلامت می‌باشند. با این حال، بسیاری از کشورها به شدت به پشتیبانی خارجی برای پیاده‌سازی تحقیقات پیمایشی سلامت، وابسته هستند. نتایج حاکی از آن است که فقط ۸٪ از مطالعات پیمایشی در کشورهای با درآمد کم و متوسط (LMICs) و ۳٪ در کشورهای کم درآمد (LICs) به طور کامل توسط دولت مربوطه تأمین مالی شده‌اند (شکل ۴-۵). هنگامی که پشتیبانی خارجی در دسترس یا کافی نباشد به احتمال فراوان موجب اختلال در داده‌ها برای دستیابی به اهداف توسعه پایدار مرتبط با سلامت و سایر اولویت‌های سلامت شود.



از آنجا که ثبت دقیق تولد و مرگ ومیر، اطلاعات ضروری را برای برنامه‌ریزی خدمات و تخصیص منابع فراهم می‌کند، عملکرد خوب سیستم ثبت احوال و آمار حیاتی (CRVS) مهم و ضروری است. داده‌های آماری (score) نشان داد که ۴۴ درصد کشورها برای ثبت کامل تولدها، مرگ‌ومیرها و گزارش علل آن‌ها، امکانات ضعیفی دارند و یا اصلاً هیچ امکاناتی ندارند (شکل ۵-۵). در منطقه آفریقا، کمتر از نیمی از تولدها و فقط ۱۰ درصد از این تعداد در سال ثبت شده است. علل مرگ فقط ۸ درصد از مرگ ثبت‌شده در کشورهای کم درآمد (LICs) گزارش شده است. این یافته‌ها حاکی از آن است که بسیاری از دولت‌ها در تلاشند تا تعداد دقیق مرگ ناشی از کووید-۱۹ را از زمان آغاز این بیماری همه‌گیر جمع‌آوری کنند. داده‌های خدمات سلامت جهت پایش بیمار، برای مدیریت امکانات و ارزیابی ارائه خدمات و همچنین تضمین کیفیت مراقبت‌ها ضروری است. پوشش همگانی سلامت (UHC) و امنیت جهانی فقط زمانی ممکن است که افراد نیازمند دسترسی به خدمات ارائه‌شده توسط نیروی انسانی ماهر بهداشت و درمان باشند.

SCORE تراکم و توزیع را برای پنج مورد از معمول‌ترین مشاغل سلامتی از جمله پزشکان، داروسازان، دندانپزشکان، پرستاران و ماماها ارزیابی کرده است.



بهبود و ارتقا سیستم‌های ثبت احوال و آمار حیاتی^۱

برای گزارش علل مرگ ومیر، شاخص‌های متعددی برای اهداف توسعه پایدار مرتبط با سلامت، مورد نیاز هستند. سیستم‌های ثبت احوال و آمار حیاتی (CRVS) به عنوان منبع داده‌هایی از جمله آمار باروری و مرگ ومیر هستند؛ همچنین برنامه راهبردی جدید سازمان بهداشت جهانی، از کشورها در جهت بهبود ثبت تولدها، مرگ ومیر و گزارش علل مرگ ومیر را با حداقل زمان ممکن و همراه با جزئیات کافی برای اینکه با آگاهی درباره آنها تصمیم بهتری اتخاذ شود، حمایت می‌کند (۲۰).

در پاسخ به تقاضا برای حمایت از گزارش تعداد مرگ ومیر هفتگی ناشی از همه‌گیری کووید-۱۹، سازمان بهداشت

1. ENHANCING CIVIL REGISTRATION AND VITAL STATISTICS SYSTEMS (CRVS)

جهانی و اعضا، دستورالعمل‌هایی را در مورد نظارت سریع بر مرگ‌ومیر و محاسبه مرگ‌ومیر بیش از حد ایجاد کرده‌اند (۲۱). سازمان بهداشت جهانی همچنین استانداردهایی را برای گواهی پزشکی و کدگذاری علل مرگ ناشی از کووید-۱۹ ایجاد کرده است (۲۲). همچنین یک پورتال داده آنلاین برای کشورهای عضو ایجاد کرد تا کل مرگ‌ومیرهای ناشی از کووید-۱۹ بر اساس سن و جنس و گزارش‌های تأیید شده پزشکی را به صورت هفتگی ارائه دهد (۲۳). علاوه بر این، یک گروه مشاوره فنی در مورد ارزیابی مرگ‌ومیر کووید-۱۹ تشکیل شده است تا مرگ‌ومیرهای بیش از حدی را که می‌تواند به طور مستقیم یا غیرمستقیم از همه‌گیری ناشی شود، تعیین کند (۲۴).

شواهد نشان می‌دهد برای هر پنج شغل باهم، داده‌های ملی در ۷۱ درصد کشورها در دسترس است، در حالی که داده‌های تفکیک‌شده بر اساس واحدهای جزئی‌تر ملی فقط در ۵۵ درصد کشورها در دسترس است (۱۰). این رقم با تفکیک بخش دولتی و خصوصی حتی کمتر و فقط ۳۴ درصد است. فقدان داده‌ها و اطلاعات در مورد نیروی کار سلامت، توسعه برنامه‌ها و سیاست‌های مؤثر، تضمین استفاده کامل از ظرفیت نیروی کار سلامت را محدود می‌کند. استفاده مؤثر از داده‌ها و شواهد، مسئولیت‌پذیری و شفافیت را در همه سطوح تضمین می‌کند و اقدامات سیاستی را تأثیرگذار می‌کنند. داده‌های (score) نشان دادند که فقط ۵ درصد از کشورها ظرفیت پایدار برای استفاده مؤثر از داده‌ها برای سیاست‌گذاری و عملکرد دارند (۱۰). از سوی رسانه‌های خبری گزارش شده است که ادارات دولتی در برخی از پیشرفته‌ترین کشورها از نظر تکنولوژی و فناوری هنوز از دستگاه‌های فاکس برای گزارش داده‌های حساس در زمان کووید-۱۹ استفاده می‌نمایند. یک سیستم با حاکمیت داده قوی در کشور می‌تواند تغییرات را به وسیله ایجاد چارچوب‌های قانونی و ساز و کارهای بین‌سازمانی لازم برای تضمین مؤثر تبادل، اشتراک‌گذاری و دسترسی به داده‌ها تسریع کند.

ترکیب داده‌های خدمات سلامت

اطلاعات خدمات سلامتی را می‌توان از طریق مراکز سلامتی، سیستم‌های گزارش‌دهی معمول جامعه، ارزیابی امکانات سلامتی و داده‌های منابع سلامت، از جمله در مورد تأمین مالی سلامت و نیروی کار سلامت ایجاد نمود. این سیستم‌ها باید برای اطمینان از نظارت، تجزیه-تحلیل و مدیریت خدمات سلامت برای حمایت از مراقبت از بیمار، مدیریت تسهیلات و برنامه‌ریزی بخش سلامت جهت بهبود مراقبت‌های اولیه سلامت و پوشش همگانی سلامت، یکپارچه و قابل اجرا باشند. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات و خدمات اجتماعی سازمان بهداشت جهانی، ۱- بسته‌های دیجیتال مرتبط، مانند نرم‌افزار حوزه اطلاعات سلامت ۲ - داده‌های موثق و قابل اجرا را برای بهبود دسترسی به کیفیت مراقبت‌های سلامت فراهم می‌کند (۲۵).

سیستم‌های اطلاعات بیمارستانی توانمند^۱

سیستم‌های اطلاعات سلامت کارا ضروری هستند

سازمان بهداشت جهانی در حال حاضر در حال توسعه مجموعه داده‌های بهداشت جهانی است و یک منبع یک مرحله‌ای برای داده‌های بهداشت جهانی که آن‌ها را در مناطق و کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت گرد هم می‌آورد. این مجموعه از گردآوری، ذخیره‌سازی، تجزیه و تحلیل و انتشار داده‌ها پشتیبانی می‌کند. این راهکار سازمانی در سازمان بهداشت جهانی برای کاهش بار مالی گزارش‌دهی کشورها، تسهیل تبادل داده‌ها و ایجاد فضای کاری مشترک برای همه

ذی نفعان خواهد بود. علاوه بر این، یک ساز و کار حاکمیت داده شکل گرفته است. اصول و سیاست‌های حاکمیت داده در مورد به اشتراک گذاری داده‌ها و حفاظت از حریم خصوصی برای هر دو وضعیت اضطراری و غیر اضطراری ایجاد شده است. یک اجلاس جهانی حاکمیت داده برای سال ۲۰۲۱ برنامه ریزی شده است تا اصول و سیاست‌های داده‌ای را بررسی کند و توصیه‌هایی برای جوامع بین‌المللی ارائه کند.

همه‌گیری کووید-۱۹ ضعف سیستم‌های اطلاعات سلامت موجود را نمایان کرد. هر کشوری لایق و مستحق یک سیستم اطلاعات سلامت قوی است تا بتواند سیاست‌هایی را برای نجات جان افراد ارائه کند و به مردم این امکان را دهد تا زندگی سالم‌تری را بدون هزینه‌های گزاف مراقبت‌های سلامتی داشته باشند. کشورها باید سرمایه‌گذاری‌های خود را در چنین سیستم‌هایی افزایش دهند، تا سیستم‌های اطلاعات سلامت قوی و توانمند بسازند و بتوانند از همه‌گیری بعدی جلوگیری نمایند و به سمت اهداف توسعه پایدار مرتبط با سلامت و اهداف سه میلیاردی گام بردارند.

References

1. Triple Billion dashboard [online database]. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/data/triple-billiondashboard>, accessed 1 May 2021).
2. Thirteenth General Programme of Work (GPW 13) methods for impact measurement. Geneva: World Health Organization; 2020 ([https://www.who.int/publications/m/item/thirteenth-general-programme-of-work-\(gpw13\)-methods-for-impactmeasurement](https://www.who.int/publications/m/item/thirteenth-general-programme-of-work-(gpw13)-methods-for-impactmeasurement), accessed 1 May 2021).
3. Domestic violence during Covid-19: evidence from a systematic review and meta-analysis. *Journal of Criminal Justice*. 2021;74:101806 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S004723522100026X>, accessed 1 May 2021).
4. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: a systematic review. *J Affect Disord*. 2020;277:55–64. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7413844/pdf/main.pdf>, accessed 1 May 2021).
5. Changes in adult alcohol use and consequences during the COVID-19 pandemic in the US. *JAMA Netw Open*. 2020;3(9):e2022942. (<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2770975>, accessed 1 May 2021).
6. Smoking and COVID-19: Scientific Brief. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332895/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Smoking-2020.2-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y, accessed 1 May 2021).
7. Prevalence of co-morbidities and their association with mortality in patients with COVID-19: a systematic review and metaanalysis. *Diabetes Obes Metab*. 2020;22:1915–1924. (<https://doi.org/10.1111/dom.14124>, accessed 1 May 2021).
8. Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS-continuity-survey-2021.1>, accessed 1 May 2021).
9. Monitoring global poverty. In: *Poverty and shared prosperity 2020: reversals of fortune*. Washington D.C.: World Bank; 2020 (https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/34496/9781464816024_Ch1.pdf, accessed 1 May 2021).
10. SCORE for health data technical package: Global report on health data systems and capacity, 2020. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/global-report-on-health-data-systems-and-capacity-2020>, accessed 1 May 2021).
11. National health inequality monitoring: a step-by-step manual. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/national-health-inequality-monitoring/en/>, accessed 1 May 2021).
12. Handbook on health inequality monitoring with a special focus on low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2013 (<https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/health-equity/>

- handbook-on-health-inequalitymonitoring/handbook-on-health-inequality-monitoring.pdf, accessed 1 May 2021).
13. Statistical codes to calculate disaggregated estimates using household surveys. Geneva: World Health Organization; 2017(http://www.who.int/gho/health_equity/statistical_codes/, accessed 1 May 2021).
 14. Hosseinpoor AR, Nambiar D, Schlotheuber A, Ross Z. Health Equity Assessment Toolkit (HEAT): software for exploring and comparing health inequalities in countries. *BMC Med Res Methodol.* 2016;16:141.
 15. Hosseinpoor AR, Nambiar D, Tawilah J, Schlotheuber A, Briot B, Bateman et al. (2018) Capacity building for health inequality monitoring in Indonesia: enhancing the equity orientation of country health information systems. *Glob Health Action.* 2018;11(suppl1):7-12 doi.10.1080/16549716.2017.1419739.
 16. State of health inequality: Indonesia. Geneva: World Health Organization; 2017 (https://www.who.int/gho/health_equity/report_2017_indonesia/en/, accessed 1 May 2021).
 17. Innov8 approach for reviewing national health programmes to leave no one behind: Technical handbook. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/life-course/partners/innov8/innov8-technical-handbook/en/>, accessed 1 May 2021).
 18. SCORE for Health Data Technical Package: essential interventions. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334005>, accessed 1 May 2021).
 19. World Health Survey Plus. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/data/data-collection-tools/worldhealth-survey-plus>, accessed 1 May 2021).
 20. Civil Registration and Vital Statistics Strategic Implementation Plan 2021-2025. Geneva: World Health Organization; 2021.
 21. Revealing the toll of COVID-19: a technical package for rapid mortality surveillance and epidemic response. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/revealing-the-toll-of-covid-19>, accessed 1 May 2021).
 22. International guidelines for certification and classification (coding) of COVID-19 as cause of death. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/classifications/icd/Guidelines_Cause_of_Death_COVID-19.pdf, accessed 1 May 2021).
 23. Global COVID-19 weekly mortality data entry platform. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://covidmortality-who.hub.arcgis.com/>, accessed 1 May 2021).
 24. Technical Advisory Group on COVID-19 mortality assessment. Geneva: World Health Organization; 2021(<https://www.who.int/data/technical-advisory-group/covid-19--mortality-assessment/membership>, accessed 1 May 2021).
 25. WHO Health Data Toolkit. Oslo: DHIS2 (<https://dhis2.org/who/>, accessed 1 May 2021).

نکات برجسته منطقه‌ای شاخص‌های SDG مرتبط با سلامت^۱

یادداشت‌های توضیحی^۲

آمار نشان داده شده در ادامه، نشان‌دهنده آمار رسمی سازمان جهانی بهداشت (WHO) برای شاخص‌های منتخب هدف توسعه پایدار مرتبط با سلامت (SDG) و شاخص‌های منتخب سیزدهمین برنامه عمومی کار (GPW 13) بر اساس شواهد موجود در اوایل سال ۲۰۲۱ است. آنها عمدتاً از نشریات و پایگاه‌های اطلاعاتی تولید و نگهداری شده توسط WHO یا گروه‌های سازمان ملل متحد (UN) که WHO عضو آن است، گردآوری شده‌اند؛ مگر در مواردی که غیر از این ذکر شده باشد؛ کلیه آمارهای ارائه شده در اینجا در پیوست ۲ موجود است. به دلیل فضای محدود، شاخص‌ها اغلب با استفاده از اهداف SDG همراه با نام شاخص کوتاه‌تر مورد اشاره قرار می‌گیرند (پیوست ۲ دارای خلاصه کاملی از نام شاخص‌ها و مراجع مربوطه است).

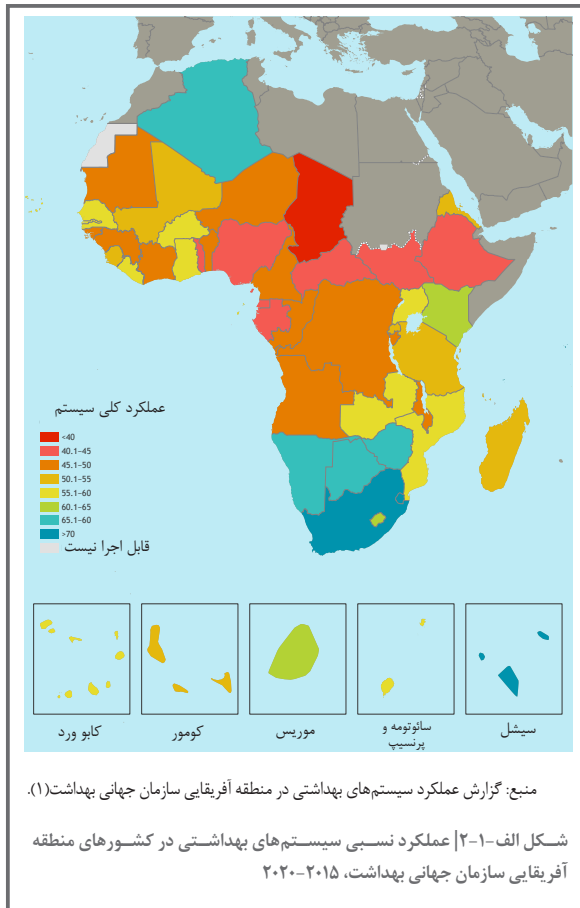
تخمین‌های قابل مقایسه، در معرض عدم قطعیت قابل توجهی هستند، به ویژه برای کشورهایی که در دسترس بودن و کیفیت داده‌های اولیه اساسی در آن‌ها محدود است (۱). فواصل عدم قطعیت و جزئیات دیگر در مورد شاخص‌ها و آمار ارائه شده در اینجا را می‌توان در رصدخانه جهانی بهداشت جهانی WHO یافت.^۳

1. Regional highlights of health-related SDG indicators

2. Explanatory notes

۳- رصدخانه جهانی بهداشت یک پورتال آنلاین است که دسترسی به داده‌ها و تجزیه و تحلیل را برای نظارت بر وضعیت بهداشت جهانی فراهم می‌کند. (available at <https://www.who.int/gho/en/>).

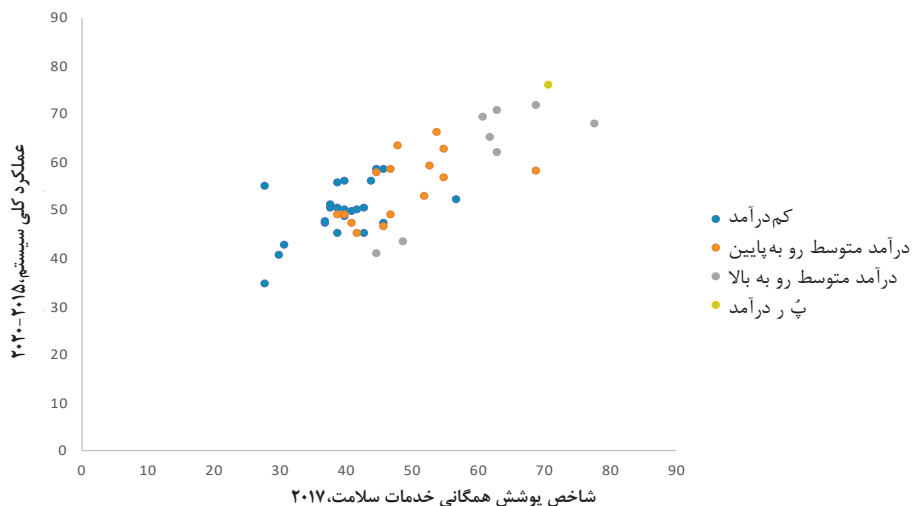
نوآوری برای به وجود آوردن مستندات برای سیاست گذاری با استفاده از داده‌های محدود - بررسی و هدایت چگونگی عملکرد سیستم سلامت



کشورهای مختلف در تلاش هستند تا با تغییر در شرایط اجتماعی، اقتصادی، زیست محیطی، سیاسی و فرهنگی به دستاوردهای مهمی در زمینه سلامت برسند. بخش‌های مربوط به سلامت با ارائه خدمات در محیط‌های دائمی در حال تغییر، که غالباً بیماری‌ها، شوک‌های اقتصادی و زیست محیطی در آن‌ها اتفاق می‌افتد، به دنبال دسترسی به این هدف هستند. در نتیجه، تعیین اینکه کجا و روی چه چیزی تمرکز کنیم، قدری پیچیده است و کشورها ملزم هستند تا با انجام سرمایه‌گذاری‌های متفاوت بر فوری‌ترین چالش‌های خود غلبه کرده و تضمین کنند که اهداف مشخص مرتبط با مسائل سلامت به صورت مؤثر، کارآمد و عادلانه، به تحقق نزدیک شوند. تعیین بر آوردن نیازهای اطلاعاتی این فرآیند و تطبیق با نیازهای متغیر و منحصر به فرد هر کشور به نحوی که اطمینان حاصل شود مستندات به طور مناسب در دسترس است، چالشی است به پیچیدگی چالش قبلی.

دفتر سازمان جهانی بهداشت در منطقه آفریقا، توجه خود را به روی این موضوع متمرکز کرده است: استفاده از آن دسته شاخص‌های عملکردی که از چندین مقیاس مشابه و مرتبط برای تولید این اطلاعات به وجود آمده است. در همین حین، توجه به درک شرایط جاری و جایی که باید تلاش در آن جا متمرکز بشود، نیز در دستور کار این سازمان است (۱-۲). این رویکرد، سطح عملکرد سیستم‌ها را در منطقه، به عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های مهم پیامدهای سلامت، تعیین و ارزیابی می‌کند.

کارآمدی مبتنی بر درک ظرفیت‌های نسبی برای اینکه اطمینان حاصل کنیم که یک جمعیت معین، به خدمات ضروری و با کیفیت، به خدماتی که در برابر شوک‌ها و رویدادهای مشابه ثابت و بدون تغییر باقی بمانند و همچنان در دسترس باشند، دسترسی دارند. بر اساس شاخص‌هایی برای ظرفیت‌های عملکردی مختلف، در کشورهایی که باید در آنها تلاش برای ادامه حرکت به سمت اهداف سلامت به جا آورده شود، راهنمایی‌هایی از این دسته به طور کافی ارائه نمی‌شود. شواهد نوظهور در مورد وضعیت نسبی ظرفیت‌های عملکردی مختلف، اعتبار و حساسیت خود را بسته به شرایط و ویژگی‌های خاص هر کشور، دریافت می‌کنند، حتی در شرایطی که دسترسی به داده‌ها محدود باشد و میانگین چهار شاخص ترکیبی در حوزه‌های دسترسی، کیفیت، تقاضا و تاب‌آوری، همبستگی بالایی با وضعیت فعلی پیامدهای سلامت نشان بدهد (شکل الف-۱). ($r = 0.778, P < 0.005$)



توجه: شاخص پوشش خدمات پوشش همگانی سلامت شامل ظرفیت سرویس و اجزای دسترسی نمی‌شود. گروه‌های درآمدی بر اساس گروه‌های درآمدی بانک جهانی (ژوئیه ۲۰۲۰) هستند.

منابع: گزارش عملکرد سیستم‌های بهداشتی در منطقه آفریقایی سازمان جهانی بهداشت (۱) و مراقبت‌های بهداشتی اولیه در مسیر پوشش همگانی سلامت: گزارش نظارت ۲۰۱۹ (۳).

شکل الف-۱ | همبستگی شاخص عملکرد با شاخص پوشش همگانی خدمات سلامت در کشورهای منطقه آفریقا سازمان جهانی بهداشت، بر اساس گروه درآمدی.

روندهای منطقه‌ای و نابرابری‌های مرتبط با درآمد در بروز سل در منطقه قاره آمریکا

منطقه قاره آمریکا کاهش مداوم سل (TB) را از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ تجربه کرد و شیوع و مرگ‌ومیر مرتبط با آن را در آن دوره به نصف کاهش داد. این اولین منطقه در جهان بود که به هدف توسعه هزاره (MDG) برای متوقف کردن گسترش TB^۱ دست یافت. با این حال، پیشرفت در کاهش مشکلات در پیشگیری، تشخیص و گزارش موارد بروز سل، سل مقاوم به چند دارو (MDR-TB) و عفونت همزمان TB/HIV کند بوده است و این بیماری همچنان یک مشکل جدی بهداشت عمومی است و چالشی حیاتی برای رسیدن به هدف 3.3.2 SDG است. در سال ۲۰۱۹، میزان بروز سل منطقه‌ای (به هر شکلی و در هر دو جنس زن و مرد) ۲۸٫۶ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت بود [۲۹٫۵ تا ۲۷٫۵] که کمی بیشتر از ۲۷٫۵ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت [۲۵٫۵ تا ۲۹٫۵] در سال ۲۰۱۵ بود که نشان می‌دهد سالانه تقریباً یک درصد افزایش بینگین رخ داده است.

به‌رغم اینکه ظاهر این میزان طی سال‌های ۲۰۱۸-۲۰۱۹ به تثبیت رسیده بود، این روند با روند مشاهده شده از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ در تضاد است، که طی آن کاهش متوسط سالانه ثابت ۱٫۹٪ مشاهده شد (شکل A1.3a). نابرابری‌های مرتبط با درآمد در بروز سل بین کشورهای منطقه قاره آمریکا همچنان بسیار زیاد است. بار اضافی سل مرتبط با این اختلاف اجتماعی، همانطور که با شاخص شیب نابرابری (SII) اندازه‌گیری می‌شود، از ۹۹٫۵ مورد بیش از حد ابتلا به سل در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت (بین ثروتمندترین و فقیرترین کشورها) در سال ۲۰۰۰ به ۷۷٫۰ در سال ۲۰۱۰ رسید. این بدان معناست که روند نزولی مطلوب پس از کووید-۱۹ حیاتی است.

منطقه قاره آمریکا کاهش مداوم سل (TB) را از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ تجربه کرد و شیوع و مرگ‌ومیر مرتبط با آن را در آن دوره به نصف کاهش داد. این اولین منطقه در جهان بود که به هدف توسعه هزاره (MDG) برای متوقف کردن گسترش TB^۱ دست یافت. با این حال، پیشرفت در کاهش مشکلات در پیشگیری، تشخیص و گزارش موارد بروز سل، سل مقاوم به چند دارو (MDR-TB) و عفونت همزمان TB/HIV کند بوده است و این بیماری همچنان یک مشکل جدی بهداشت عمومی است و چالشی حیاتی برای رسیدن به هدف 3.3.2 SDG است. در سال ۲۰۱۹، میزان بروز سل منطقه‌ای (به هر شکلی و در هر دو جنس زن و مرد) ۲۸٫۶ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت بود [۲۹٫۵ تا ۲۷٫۵] که کمی بیشتر از ۲۷٫۵ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت [۲۵٫۵ تا ۲۹٫۵] در سال ۲۰۱۵ بود که نشان می‌دهد سالانه تقریباً یک درصد افزایش بینگین رخ داده است.

به‌رغم اینکه ظاهر این میزان طی سال‌های ۲۰۱۸-۲۰۱۹ به تثبیت رسیده بود، این روند با روند مشاهده شده از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ در تضاد است، که طی آن کاهش متوسط سالانه ثابت ۱٫۹٪ مشاهده شد (شکل A1.3a). نابرابری‌های مرتبط با درآمد در بروز سل بین کشورهای منطقه قاره آمریکا همچنان بسیار زیاد است. بار اضافی سل مرتبط با این اختلاف اجتماعی، همانطور که با شاخص شیب نابرابری (SII) اندازه‌گیری می‌شود، از ۹۹٫۵ مورد بیش از حد ابتلا به سل در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت (بین ثروتمندترین و فقیرترین کشورها) در سال ۲۰۰۰ به ۷۷٫۰ در سال ۲۰۱۰ رسید. این بدان معناست که روند نزولی مطلوب پس از کووید-۱۹ حیاتی است.



خلاصه شاخص‌های هدف توسعه پایدار هزاره سوم که مقادیر در سطح کشور به عنوان برآوردهای قابل مقایسه گزارش شده است^۱

	3.1.1	3.2.1	3.2.2	3.3.1	3.3.2	3.3.3	3.3.4	3.4.1	3.4.2	3.5.2	3.6.1	3.8.1	3.9.1	3.9.2	3.9.3	3.a.1	3.b.1	3.b.1	3.b.1	3.b.1
	نرخ مرگ و میر مادران ^۲	نرخ مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال ^۳	نرخ مرگ و میر نوزادان ^۳	عفونت‌های جدید HIV ^۴	بروز سل ^۵	بروز مالاریا ^۶	شیوع هپاتیت B ^۷	احتمال مرگ در اثر چهار بیماری غیر واگیر عمده ^۸	نرخ مرگ و میر خودکشی ^۵	مصروف الکل ^۹	نرخ مرگ و میر ترافیک-جاده ای ^۵	شاخص پوشش خدمات پوشش همگانی سلامت	نرخ مرگ و میر ناشی از آلودگی هوا ^{۱۱}	نرخ مرگ و میر ناشی از شستشو ^۵	نرخ مرگ و میر ناشی از مسمومیت غیر عمدی ^۵	شیوع مصروف دخانیات ^{۱۱}	این سناری DTP3 ^{۱۲}	این سناری MCV2 ^{۱۳}	این سناری PCV3 ^{۱۳}	واکسن HPV ^{۱۳}
کشورهای عضو	2017	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2017	2016	2016	2019	2018	2019	2019	2019	2019
آنتیگ و باربودا	42	7	4		0.0		0.19	17.5	0.4	9.4	0.0	73	29.9	0.1	0.7		95	95		
آرژانتین	39	9	6	0.13	29	0.0	0.01	15.7	8.4	9.5	14.1	76	26.6	0.4	0.4	21.8	86	89	88	59
باهاما	70	13	7		15		0.16	19.9	3.5	4.8	7.7	75	19.9	0.1	0.2	10.9	86	82	86	9
بارابادوس	27	13	8	0.18	0.0		0.18	16.0	0.6	10.4	8.2	7	31.1	0.2	0.7	8.7	90	77	93	29
بلیز	36	12	8		27	0.0	0.60	16.5	7.1	6.4	22.6	64	68.6	1.0	0.4		98	95		63
بولیوی (کشور چند ملیتی)	155	26	15	0.08	106	2.4	0.14	17.9	6.2	3.9	21.1	68	63.7	5.6	0.6		75	44	75	70
برزیل	60	14	8	0.23	46	4.2	0.03	15.5	6.9	7.3	16.0	79	29.9	1.0	0.1	16.5	73	54	84	69
کانادا	10	5	3		5.5		0.34	9.6	11.8	8.8	5.3	89	7.0	0.4	0.3	17.5	91	87	81	83
شیلی	13	7	5	0.27	18		0.03	10.0	9.0	8.9	14.9	70	25.3	0.2	0.4	44.7	96	91	95	82
کلمبیا	83	14	7	0.25	35	10.7	0.15	9.7	3.9	5.5	15.4	76	37.0	0.8	0.1	7.9	92	88	94	39
کاستاریکا	27	9	6	0.19	10.0	0.1	0.02	9.5	8.1	4.1	14.8	7	23.3	0.9	0.1	9.8	95	93	95	39
کوبا	36	5	2	0.14	6.5		0.03	16.6	14.5	6.3	8.9	83	49.5	1.0	0.2	27.1	99	99		
دومینیکا		35	28		16					7.2							99	92		
جمهوری دومینیکا	95	28	19	0.27	42	0.3	0.10	19.1	4.9	6.7	64.6	74	43.0	2.2	0.4	9.4	89	60	70	7
اکوادور	59	14	7	0.14	46	3.6	0.09	11.0	7.6	3.3	20.1	7	24.5	0.6	0.3		85	76	83	54
السالوادور	46	13	7	0.14	58	0.0	0.02	10.7	6.1	4.1	20.9	76	41.9	2.0	0.2	12.7	81	87	82	
گراندا	25	17	11		3.1		0.12	23.3	0.7	9.0	8.0	72	45.3	0.3	0.1		92	82		41
گوآتمالا	95	25	12	0.07	26	0.2	0.03	16.5	5.9	1.6	22.9	55	73.8	6.3	1.6		85	78	88	24
گویان	169	29	19	0.42	79	33.7	0.40	29.2	40.3	5.3	22.3	72	107.8	3.6	0.1	12.2	99	92	98	13
هاییتی	480	63	25	0.52	170	1.4	1.04	31.3	9.6	3.0	18.8	49	184.3	23.8	1.4	8.3	51	41	42	
هندوراس	65	17	9	0.11	31	0.1	0.03	18.7	2.1	3.9	16.1	65	60.7	3.6	0.5		87	85	87	59
جامائیکا	80	14	10	0.58	3.2		0.55	16.9	2.4	4.2	15.1	65	25.4	0.6	0.1	11.0	96	92		9
مکزیک	33	14	9		23	0.2	0.03	15.6	5.3	5.0	12.8	76	36.7	1.1	0.4	13.9	82	73	86	95
نیکاراگوئه	98	17	10	0.06	43	5.9	0.09	15.3	4.3	5.1	16.9	73	55.7	2.2	0.3		98	99	98	
پاناما	52	15	9		37	0.4	0.07	10.7	2.9	7.8	13.9	79	25.8	1.9	0.1	6.9	88	97	96	73
پاراگوئه	84	19	11	0.16	46	0.0	0.42	16.0	6.0	7.0	22.0	69	57.5	1.5	0.2	12.8	86	83	89	61
پرو	88	13	6	0.10	119	3.6	0.06	9.7	2.8	6.8	13.6	7	63.9	1.3	0.4	9.6	88	66	80	76
سنت کیتس و نویس		15	10		1.5					6.3							96	98		
سنت لوسیا	117	22	13		3.8		0.22	17.7	7.9	9.6	29.8	68	30.0	0.6	0.1		92	75		46
سنت وینسنت و گرنادین ها	68	15	9		4.2		0.15	20.7	1.0	7.2	7.4	71	47.6	1.3	0.0		97	99		10
سورینام	120	18	11	0.45	29	1.1	0.07	22.7	25.4	7.4	15.3	71	56.7	2.0	0.3		77	58		38
ترینیداد و توباگو	67	18	12	0.07	18		0.19	17.1	8.7	6.5	9.3	74	38.6	0.1	0.1		93	92	93	9
ایالات متحده آمریکا	19	6	4		3.0		0.01	13.6	16.1	10.0	12.7	84	13.3	0.2	0.5	25.1	94	95	92	39
اروگوئه	17	7	4		35		0.15	16.5	21.2	6.9	14.8	80	17.5	0.4	0.5	21.8	94	99	95	38
ونزوئلا (جمهوری بولیوار)	125	24	15	0.19	45	32.8	0.15	14.8	2.1	3.6	39.0	74	34.6	1.4	0.2		64	13		

۱- تخمین‌های قابل مقایسه به ارزش‌های کشور در همان سال مرجع اشاره دارد، که ممکن است تنظیم یا مدل‌سازی شود تا امکان مقایسه بین کشورها را فراهم کند و برای کشورهایی با داده‌های اولیه اساسی و در برخی موارد برای کشورهایی که فاقد داده‌های اولیه هستند، تولید می‌شوند. برای مجموعه کامل شاخص‌های هدف توسعه پایدار هزاره سوم به پیوست ۲ مراجعه کنید. سایه از آبی به نارنجی نشان‌دهنده کم تا زیاد برای شاخص‌های مرگ و میر، بروز و شیوع است و از بالا به پایین برای شاخص‌های پوشش ایمن‌سازی و شاخص خدمات. هر شاخص در یک مقیاس جداگانه نمودار شده است.

- ۲- در هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده
- ۳- در هر ۱۰۰۰ تولد زنده
- ۴- به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت غیر آلوده
- ۵- به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت
- ۶- به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت در معرض خطر
- ۷- بین کودکان زیر ۵ سال (%)
- ۸- بین ۳۰ تا ۶۹ سال (%)
- ۹- سرانه لیتر الکل خالص برای افراد ۱۵ سال
- ۱۰- استاندارد سنی، به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت
- ۱۱- استاندارد سنی، بین بزرگسالان بالای ۱۸ سال (%)
- ۱۲- بین کودکان ۱ ساله (%)
- ۱۳- بر اساس سن توصیه شده در سطح کشور (%)
- ۱۴- در بین دختران ۱۵ ساله (%)

حفظ خدمات بهداشتی ضروری با کیفیت بالا در طول بحران و بهبود COVID-19

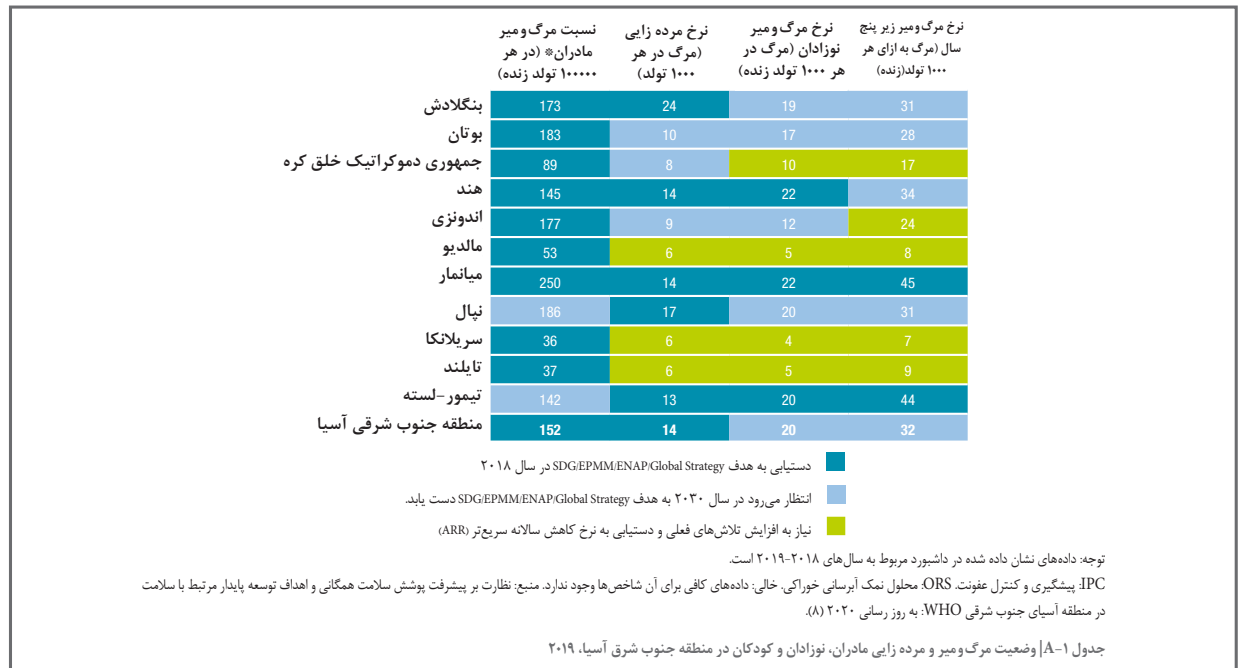
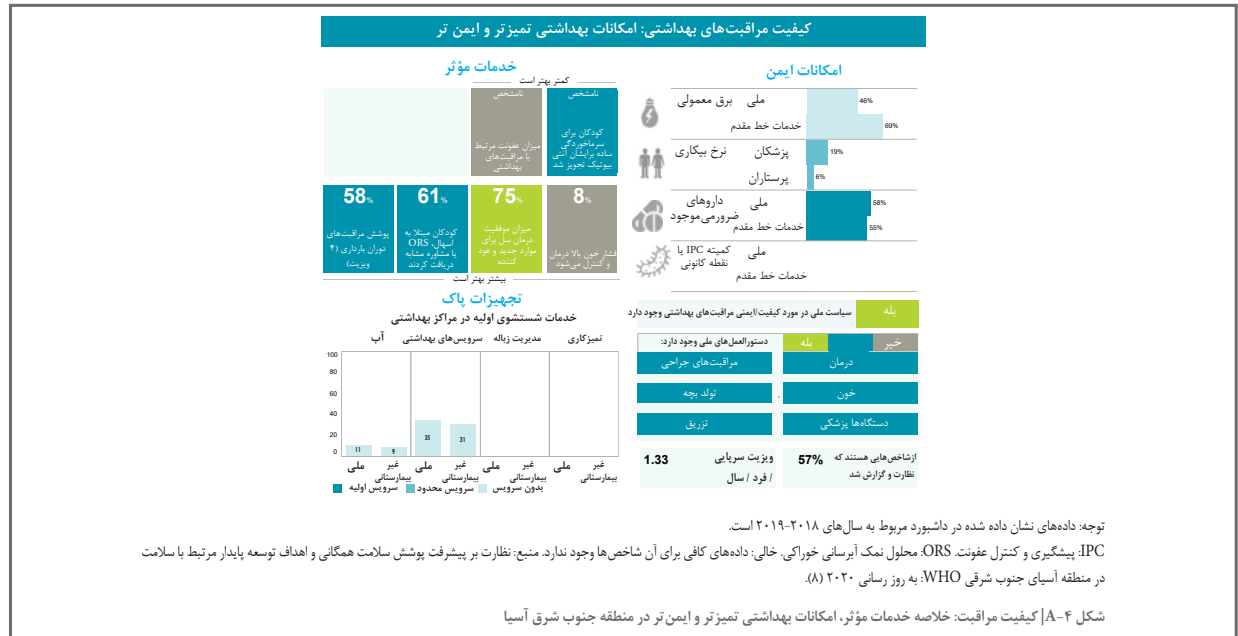
کرده است. ارزیابی کیفیت مراقبت، شامل ابعاد بسیاری است که به دلیل دسترسی و کمبود شدید داده در کشورهای با درآمد پایین و متوسط، به سختی انجام می‌گیرد. یک حامی منطقه‌ای، متناسب با خدمات شاخص‌های کیفیت مراقبت‌های بهداشتی برای رسیدگی به ابعاد مختلف خدمات مؤثر و امکانات بهداشتی پاک‌تر و ایمن‌تر، ایجاد شده است (شکل A1.4).

امکان پیش‌گیری از مرگ‌ومیر و مرده زایی مادران، نوزادان و کودکان، یکی از اولویت‌های جاری در منطقه است. بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۷، این منطقه بیشترین کاهش مرگ‌ومیر مادران را تجربه کرد و شاهد کاهش ۵۷٫۳ درصدی نسبت مرگ‌ومیر مادران (MMR) در مقایسه با کاهش جهانی ۳۸ درصدی بود (۹). از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۹، مرده زایی ۵۰ درصد کاهش یافت (۱۰) و مرگ‌ومیر زیر پنج سال و مرگ‌ومیر نوزادان همچنان رو به کاهش بود (۱۱).

نرخ مرگ‌ومیر زیر پنج سال در منطقه، از ۳۶ در ۱۰۰۰ تولد زنده در سال ۲۰۱۸ تا ۳۴ در سال ۲۰۱۹ کاهش یافت، در حالی که مرگ‌ومیر نوزادان به ۲۰ در هر ۱۰۰۰ تولد زنده کاهش یافت. جدول A1.1 پیشرفت تمام ۱۱ کشور عضو را در جهت دستیابی به اهداف کاهش مرگ‌ومیر مادر، نوزاد و مرده زایی نشان می‌دهد.

منطقه آسیای جنوب شرقی سازمان جهانی بهداشت محل سکونت ۲۰۲ میلیارد نفر، بیش از یک چهارم جمعیت جهان (۷) است و در ارتقا سلامت جهانی نقش بزرگی دارد. با توجه به اینکه این منطقه مستعد بلایای طبیعی، شیوع بیماری و خطرات سلامتی مرتبط با تغییرات آب و هوایی است، اولویت کلیدی سازمان بهداشت جهانی تقویت مدیریت خطرات برآمده در شرایط اضطراری برای توسعه پایدار است. سازمان جهانی بهداشت متعهد به ساختن آینده‌ای بهتر و سالم‌تر در منطقه، با ۱۱ کشور عضو برای رسیدگی به چالش‌های اپیدمیولوژیک و جمعیتی پایدار و در حال ظهور، در پی همه‌گیری کووید-۱۹ همکاری می‌کند.

کووید-۱۹ تمرکز بیشتری را بر اهمیت حفظ عملکرد و کیفیت خدمات بهداشتی ضروری در طول بحران و بهبودی معطوف کرده است. مراقبت‌های بهداشتی بی کیفیت به ویژه در کشورهای در حال توسعه رایج است و عوارض سنگینی بر سلامت و اقتصاد وارد می‌کند. بدون بهبود کیفیت در ارائه مراقبت‌های سلامتی، پیشرفت به سمت UHC و SDG‌های مرتبط با سلامت در همه سطوح محدود خواهد شد. گروه‌های محروم بیشتر از همه تحت تأثیر کیفیت پایین مراقبت‌های بهداشتی قرار دارند. نظارت بر کیفیت خدمات به تازگی توجهات بیشتری را به خود معطوف



خلاصه شاخص‌های هدف توسعه پایدار هزار سوم که مقادیر در سطح کشور به عنوان برآوردهای قابل مقایسه گزارش شده است^۱

کشورهای عضو	3.1.1	3.2.1	3.2.2	3.3.1	3.3.2	3.3.3	3.3.4	3.4.1	3.4.2	3.5.2	3.6.1	3.8.1	3.9.1	3.9.2	3.9.3	3.a.1	3.b.1	3.b.1	3.b.1	3.b.1
	نرخ مرگ و میر مادران ^۲	نرخ مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال ^۳	نرخ مرگ و میر نوزادان ^۳	عفونت‌های جدید HIV ^۴	بزرگ‌سال ^۵	بزرگ‌سالاری ^۵	شیوع هیپاتیت B ^۶	احتمال مرگ در اثر چهار بیماری غیرواگیر عمده ^۷	نرخ مرگ و میر خودکشی ^۵	مصرف الککل ^۸	نرخ مرگ و میر ترافیک جاده ای ^۵	شاخص پوشش خدمات پوشش همگانی سلامت	نرخ مرگ و میر ناشی از آلودگی هوا ^{۱۱}	نرخ مرگ و میر ناشی از شناسنامه ^۵	نرخ مرگ و میر ناشی از مسمومیت غیر عمدی ^۵	شیوع مصرف دخانیات ^{۱۱}	ایمن سازی DTP3 ^{۱۲}	ایمن سازی MCV2 ^{۱۳}	ایمن سازی PCV3 ^{۱۳}	واکسن HPV ^{۱۳}
کشورهای عضو	2017	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2017	2016	2016	2019	2018	2019	2019	2019	2019
بنگلادش	173	31	19		221	1.2	0.51	18.9	3.7	0.0	15.3	48	149.0	11.9	0.3	39.1	98	95	97	
بوتان	183	28	17		165	<0.1	0.14	18.5	4.6	0.2	16.2	62	124.5	3.9	0.2		97	92	26	73
جمهوری دموکراتیک خلق کره	89	17	10		513	0.2	0.20	23.9	9.4	4.2	24.2	71	207.2	1.4	1.4	18.8	97	98		
هند	145	34	22		193	4.3	0.16	21.9	12.7	5.6	15.6	55	184.3	18.6	0.3	27.0	91	84	15	
اندونزی	177	24	12		312	2.4	1.30	24.8	2.4	0.2	11.3	57	112.4	7.1	0.3	37.9	85	71	3	1
مالدیو	53	8	5		36		0.21	11.6	2.7	2.8	1.6	62	25.6	0.3	0.0		99	99		
میانمار	250	45	22	0.19	322	2.3	1.11	24.9	2.9	2.1	20.4	61	156.4	12.6	1.3	45.5	90	80	90	
نپال	186	31	20	0.03	238	0.1	0.16	21.5	9.0	0.6	16.3	48	193.8	19.8	1.7	31.9	93	76	83	
سری لانکا	36	7	4	<0.01	64	0.0	0.34	13.2	14.0	2.9	19.7	66	79.8	1.2	0.4	22.9	99	99	82	
تایلند	37	9	5	0.08	150	0.3	0.27	13.7	8.8	8.5	32.2	80	61.5	3.5	0.2	22.8	97	87	66	
تیمور - لسته	142	44	20	0.15	498	0.0	0.72	19.9	3.7	0.5	11.9	52	139.8	9.9	0.4	38.2	83	80		

۱- تخمین‌های قابل مقایسه بر ارزش‌های کشور در همان سال مرجع اشاره دارد، که ممکن است تنظیم یا مدل‌سازی شود تا امکان مقایسه بین کشورها را فراهم کند و برای کشورهایی با داده‌های اولیه اساسی و در برخی موارد برای کشورهایی که فاقد داده‌های اولیه هستند، تولید می‌شوند. برای مجموعه کامل شاخص‌های هدف توسعه پایدار هزاره سوم به پیوست ۲ مراجعه کنید. سایه از آبی به نارنجی نشان‌دهنده کم تا زیاد برای شاخص‌های مرگ و میر، بروز و شیوع است و از بالا به پایین برای شاخص‌های پوشش ایمن‌سازی و شاخص خدمات. هر شاخص در یک مقیاس جداگانه نمودار شده است.

۱۲- بین کودکان ۱ ساله (%)

۷- بین کودکان زیر ۵ سال (%)

۲- در هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده

۱۳- بر اساس سن توصیه شده در سطح کشور (%)

۸- بین ۳۰ تا ۶۹ سال (%)

۳- در هر ۱۰۰۰ تولد زنده

۱۴- در بین دختران ۱۵ ساله (%)

۹- سرانه لیتر الکل خالص برای افراد ≤ 15 سال

۴- به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت غیر آلوده

۱۰- استاندارد سنی، به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت

۵- به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت

۱۱- استاندارد سنی، بین بزرگسالان بالای ۱۸ سال (%)

۶- به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت در معرض خطر

چگونه کشورها از داده‌های حساس به برابری برای ایجاد جوامع سالم‌تر و عادلانه‌تر استفاده می‌کنند

که بیشترین تأثیر را دارند، کمک می‌کند. داده‌های تفکیک‌شده به‌عنوان بخشی از شاخص محرومیت چندگانه ولز، نشان می‌دهد که ۱٫۶ برابر ساکنان ولز، که در محروم‌ترین منطقه پنج‌گانه سکونت دارند به‌دتر شدن وضعیت مالی خود به دلیل تأثیرات کووید-۱۹ در مقایسه با آن دسته از ساکنان پنج‌گانه که کمترین محرومیت را دارند، اقرار کرده‌اند (تصویر آ یک - ۶) (۱۲).

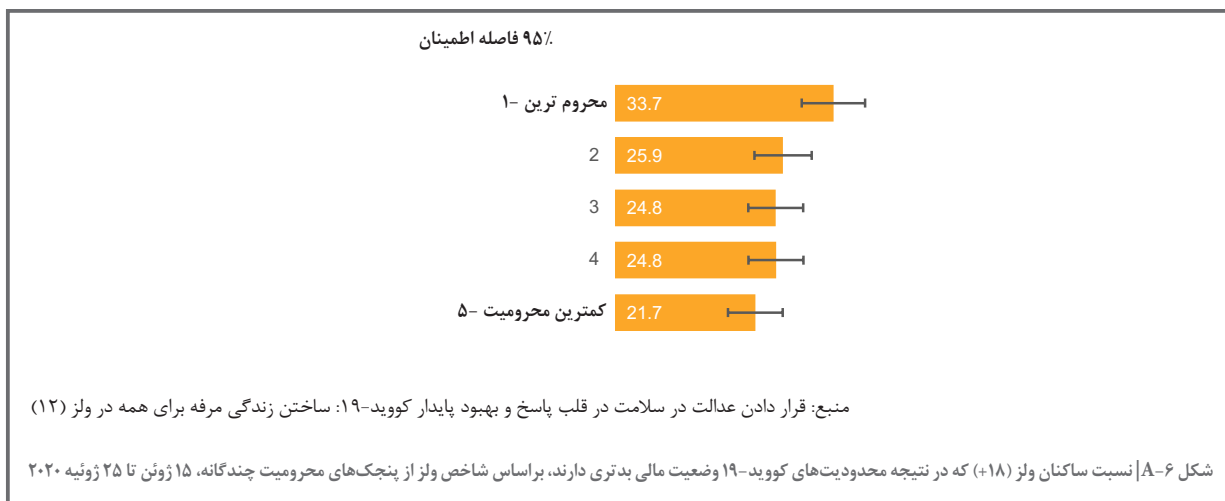
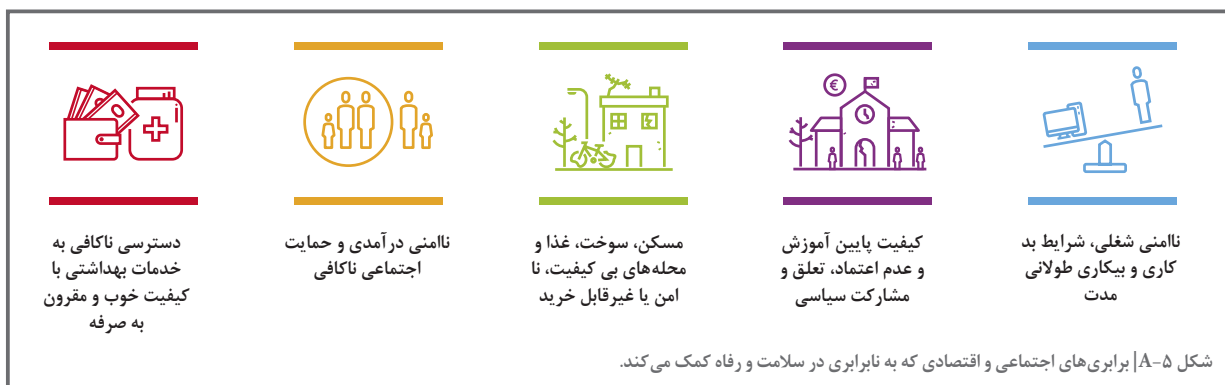
علاوه بر این، تأثیر مالی کووید-۱۹ بر نابرابری‌های جنسیتی و سنی نیز تأثیر گذاشته است، زیرا زنان و نیروهای جوان تر، بیشتر در بخش‌های تعطیل شده کار می‌کنند (۱۸٪ از زنان در مقایسه با ۱۴٪ از مردان و ۲۷٪ از جوانان در مقایسه با ۱۲ درصد از نیروی کار عمومی). دولت‌های بریتانیا و ولز با درک اینکه این نابرابری‌های نوظهور با نابرابری‌های پایه که قبل از کووید-۱۹ وجود داشت، ترکیب شده‌اند، چارچوب حمایتی گسترده‌ای را برای جبران آن دسته از افراد و کسب‌وکارهایی که درآمد خود را از دست داده‌اند، به اجرا در آورده است. این برنامه حمایتی بیش از ۵۰۰۰۰ شغل در ولز را از طریق حفظ شغل و طرح‌های خوداشتغالی و بیش از ۴۰۰۰۰ کسب و کار در ولز را از طریق وام‌های بیش از ۱٫۴ میلیارد پوند، محافظت کرده است. شناسایی داده‌هایی که به طور مستقیم قابل مقایسه باشند، از زمان شروع همه‌گیری کووید-۱۹ در بسیاری از کشورها، تبدیل به یک چالش شده است. در غیاب داده‌های قابل مقایسه مستقیم، استخراج داده از منابع مختلف همچنان می‌تواند مقایسه‌های معنی‌دار و بینش‌های مهمی در مورد تأثیر کووید-۱۹ و اقدامات مهار آن بر نابرابری ارائه دهد.

این استراتژی با ترکیب ارزیابی‌های وضعیت پایه (شرایط قبل از دوره همه‌گیری) با تأثیرات کووید-۱۹، شواهد کمی‌را ارائه می‌کند که از نیاز به حمایت کوتاه‌مدت و اضطراری درآمد و همچنین سیاست‌های بلندمدت دستمزد و حمایت اجتماعی برای بستن پرونده این نابرابری‌ها حمایت می‌کند تا همه افراد جامعه را به افرادی توانمند تبدیل سازد؛ یعنی قادر ساختن همه افراد جامعه برای برآوردن نیازهای اساسی خود برای یک زندگی سالم صرف‌نظر از وضعیت جمعیتی یا اجتماعی - اقتصادی.

طی سال گذشته، تأثیرات کووید-۱۹ مأموریت ارتقاء سطح سلامت و رفاه نابرابری

در سلامت و رفاه در کشورهای سراسر جهان را به عقب انداخته است. این بیماری همه‌گیر به طور نامتناسبی بر جوامعی که از قبل آسیب پذیر بوده‌اند، تأثیر گذاشته است و ممکن است نابرابری‌های بهداشتی و اجتماعی-اقتصادی قبلی را گسترش داده باشد (شکل ۵، A). این موارد شامل نابرابری در سلامت جسمی و روانی و در شرایط ضروری مورد نیاز برای سلامت و رفاه خوب، مانند دسترسی و کیفیت خدمات مراقبت‌های بهداشتی، امنیت درآمد و حمایت اجتماعی، شرایط زندگی و محله، فرصت‌های اجتماعی و انسانی، ایجاد سرمایه و اشتغال و شرایط کاری مناسب، است. در منطقه اروپایی WHO مجموعه داده‌های تفکیک‌شده بر اساس وضعیت جمعیتی و اجتماعی-اقتصادی در طول همه‌گیری، امکان نظارت و ارزیابی تأثیرات آن بر نابرابری‌ها را فراهم کرده است. با استفاده از یک رویکرد چهار مرحله‌ای، سیاست‌گذاران می‌توانند از این داده‌ها برای شناسایی و اولویت‌بندی سیاست‌ها و سرمایه‌گذاری‌ها برای بازایی امکانات و ظرفیت‌ها استفاده کنند که مبرم‌ترین شکاف‌های برابری را هم در سلامت و هم در شرایط ضروری مورد نیاز برای سلامت و رفاه خوب، کاهش می‌دهد.

این مراحل عبارتند از: ۱- ارزیابی روند پیش از کووید یا وضعیت پایه نابرابری بین گروه‌های اجتماعی-اقتصادی، با استفاده از شاخص‌های تفکیک‌شده سلامت و شرایط ضروری برای سلامت؛ ۲- شناسایی مسیرهای تأثیرات بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی ناشی از کووید-۱۹ و اقدامات مهار آن؛ ۳- ترسیم این تأثیرات به شاخص‌های تفکیک‌شده مربوطه برای ارزیابی تغییرات نابرابری در طول دوره همه‌گیری؛ ۴- شناسایی و اولویت بندی اقدامات سیاستی که شدیدترین تأثیرات ارزیابی را بر نابرابری‌ها کاهش می‌دهد. به عنوان مثال، داده‌های حساس به برابری، به دست آمده از ولز، قبل و از زمان همه‌گیری کووید-۱۹ در مورد امنیت درآمد، یکی از شرایط ضروری برای سلامت، امکان نظارت بر نابرابری‌های موجود و در حال ظهور را فراهم می‌کند و به تریق اطلاعات به سیاست‌هایی با هدف حمایت از آنهایی



خلاصه شاخص‌های هدف توسعه پایدار هزار سوم که مقادیر در سطح کشور به عنوان برآوردهای قابل مقایسه گزارش شده است^۱

کشورهای عضو	3.1.1	3.2.1	3.2.2	3.3.1	3.3.2	3.3.4	3.4.1	3.4.2	3.5.2	3.6.1	3.8.1	3.9.1	3.9.2	3.9.3	3.a.1	3.b.1	3.b.1	3.b.1	3.b.1
	نرخ مرگ و میر مادران ^۲	نرخ مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال ^۳	نرخ مرگ و میر نوزادان ^۴	عفونت‌های جدید HIV ^۵	بزرگ‌سال ^۶	شیوع هیپاتیت B ^۷	احتمال مرگ در اثر چهار بیماری غیر واگیر عمده ^۸	نرخ مرگ و میر خودکشی ^۹	مصرف الکل ^{۱۰}	نرخ مرگ و میر ترافیک جاده ای ^{۱۱}	شاخص پوشش خدمات پوشش همگانی سلامت ^{۱۲}	نرخ مرگ و میر ناشی از آلودگی هوای ^{۱۳}	نرخ مرگ و میر ناشی از شستشو ^{۱۴}	نرخ مرگ و میر ناشی از مسومیت غیر عمدی ^{۱۵}	شیوع مصرف دخانیات ^{۱۶}	اینم سازی ^{۱۷} DTP3	اینم سازی ^{۱۸} MCV2	اینم سازی ^{۱۹} PCV3	واکسن ^{۲۰} HPV
آلبانی	15	10	8	0.03	16	0.29	11.4	4.3	6.8	11.7	59	68.0	0.2	0.3	29.2	99	96	96	96
آندورا	3	3	1		7.5				12.3						33.8	99	95	96	64
ارمنستان	26	12	6	0.05	26	0.06	19.9	3.3	4.7	20.0	69	54.8	0.2	0.7	26.7	92	96	92	7
اتریش	5	3	2		6.2	0.16	10.4	14.6	11.9	4.9	79	15.3	0.1	0.2	29.1	85	84		
آذربایجان	26	20	11	0.06	60	0.06	27.2	4.1	1.0	6.7	65	63.9	1.1	0.9	19.6	94	97	95	
بلازوس	2	3	1	0.20	29	0.29	23.8	21.2	11.0	7.6	76	60.7	0.1	3.3	26.6	98	98		
بلژیک	5	3	2		8.9	0.09	10.6	18.3	10.8	5.8	84	15.7	0.3	0.4	25.0	98	85	94	67
بسنی و هرزگوین	10	6	4		27	0.63	18.7	10.9	7.8	13.5	61	79.8	0.1	0.4	38.3	73	76		
بلغارستان	10	7	3	0.04	21	0.09	24.2	9.7	12.5	9.2	66	61.8	0.1	0.5	38.9	92	87	88	4
کرواسی	8	5	3	0.02	8.0	0.12	16.1	16.4	8.7	7.9	71	35.5	0.1	0.4	36.6	94	95		
قبرس	6	2	1		5.3	0.34	8.2	3.6	10.8	5.8	78	20.1	0.3	0.3	36.7	96	88	81	64
چک	3	3	2		4.9	0.13	14.3	12.2	14.3	5.9	76	29.6	0.2	0.4	31.5	97	84		
دانمارک	4	4	3		5.0	0.68	10.8	10.7	10.1	3.7	81	13.2	0.3	0.1	18.6	97	90	97	62
استونی	9	2	1		13	0.29	14.9	14.9	10.8	4.5	75	25.0	<0.1	0.6	30.5	91	90		45
فنلاند	3	2	1		4.7	0.81	9.6	15.3	10.7	3.9	78	7.2	<0.1	0.4	19.7	91	93	89	60
فرانسه	8	4	3		8.7	0.15	10.6	13.8	12.2	5.1	78	9.7	0.3	0.3	34.6	96	83	92	24
گرجستان	25	10	5		74	0.06	24.9	9.2	9.5	12.4	66	101.8	0.2	0.6	29.7	94	97	84	11
آلمان	7	4	2		5.8	0.21	12.1	12.3	12.8	3.8	83	16.0	0.6	0.3	28.0	93	93	84	43
یونان	3	4	2		4.3	0.14	12.5	5.1	10.5	8.3	75	27.6	<0.1	0.2	39.1	99	83	96	
مجارستان	12	4	2		6.3	0.90	22.1	16.6	11.1	7.7	74	38.8	0.2	0.5	30.6	99	99	99	78
ایسلند	4	2	1		4.4	0.15	8.7	11.9	9.2	2.0	84	8.7	0.1	1.0	13.8	91	95	90	93
ایرلند	5	3	2		5.8	0.04	9.7	9.6	12.7	3.1	76	11.9	0.1	0.3	23.6	94		86	69
اسرائیل	3	4	2		2.9	0.05	8.8	5.3	4.4	3.9	82	15.4	0.2	0.0	25.5	98	96	95	52
ایتالیا	2	3	2	0.04	7.1	0.33	9.0	6.7	8.0	5.3	82	15.0	0.1	0.3	23.4	95	88	92	40
قرقیزستان	10	10	5	0.20	68	0.15	22.4	17.6	5.0	12.7	76	62.7	0.4	1.9	24.4	97	98	89	
قرقیزستان	60	18	12	0.14	110	0.15	20.3	7.4	4.9	12.7	70	110.7	0.8	0.9	27.9	95	98	96	
لتونی	19	4	2	0.19	26	0.27	21.6	20.1	13.2	8.1	71	41.3	<0.1	1.2	36.7	99	96	84	54
لیتوانی	8	4	2	0.09	42	0.05	19.3	26.1	12.8	8.1	73	34.0	0.1	1.7	27.1	92	93	79	66
لوکزامبورگ	5	3	1		9.0	0.06	9.7	11.3	12.4	4.1	83	11.6	<0.1	0.2	21.7	99	90	96	14
مالت	6	7	5		14	0.20	10.5	6.1	8.3	4.1	82	20.2	<0.1	0.1	25.1	98	95		81
موناکو		3	2		0.0											99	79		
مونتنگرو	6	2	1	0.05	15	0.67	22.3	21.0	12.2	7.6	68	78.6	<0.1	0.6		86	86		
هلند	5	4	3	0.02	5.0	0.08	10.3	11.8	9.7	4.0	86	13.7	0.2	0.1	23.4	94	90	93	53
مقدونه شمالی	7	6	4		12		22.7	9.4	6.4	5.1	72	82.2	0.1	0.5		92	94		40
نروژ	2	2	1		3.3	0.02	8.7	11.8	7.1	2.1	87	8.6	0.2	0.3	18.4	97	95	95	9
لهستان	2	4	3		15	0.01	17.0	11.3	11.9	9.4	75	37.9	0.1	0.5	26.0	95	92	60	
پرتغال	8	4	2		19	0.02	11.0	11.5	12.1	8.2	82	9.8	0.2	0.3	27.9	99	96	98	81
جمهوری مولداوی	19	14	11	0.23	80	0.20	24.1	14.7	12.9	7.3	69	78.3	0.1	5.5	25.3	91	95	80	31
رومانی	19	7	3	0.04	66	0.29	21.0	9.7	12.3	10.3	74	59.3	0.4	1.9	25.5	88	76	88	
فدراسیون روسیه	17	6	3		50	0.55	24.2	25.1	10.5	12.0	75	49.4	0.1	3.8	28.3	97	97	85	
سن ماریو	2	1			0.0											88	79	76	50
صربستان	12	5	3	0.02	14	0.04	22.0	11.4	8.9	7.5	65	62.5	0.7	0.3	40.6	97	91	93	
اسلواکی	5	6	3		4.5	0.31	15.5	12.1	11.1	6.1	77	33.5	<0.1	0.5	32.3	97	98	96	
اسلونی	7	2	1		5.4	1.12	11.4	19.8	12.1	5.1	79	22.6	<0.1	0.2	22.7	95	94	65	59
اسپانیا	4	3	2	0.06	9.3	0.13	9.6	7.7	12.7	3.9	83	9.9	0.2	0.4	27.9	96	94	95	79
سوئد	4	3	1		5.5	0.13	8.4	14.7	9.0	3.1	86	7.2	0.2	0.2	28.8	98	95	97	80
سوئیس	5	4	3	0.03	5.4	0.16	7.9	14.5	11.2	2.2	83	10.1	0.1	0.2	25.1	96	90	84	59
تاجیکستان	17	34	15	0.17	83	0.18	28.3	4.3	0.9	15.7	68	129.3	2.7	0.4		97	97		
ترکیه	17	10	5		16	0.11	15.6	2.4	1.8	6.7	74	46.6	0.3	0.4	29.3	99	88	97	
ترکمنستان	7	42	24		45	0.07	27.7	5.7	3.1	13.5	70	79.3	4.0	0.6		99	99		99
اوکراین	19	8	5	0.28	77	0.25	25.5	21.6	8.3	10.2	68	70.7	0.3	2.5	25.5	80	92		
انگلستان	7	4	3		8.0	0.41	10.3	7.9	11.4	3.2	87	13.8	0.2	0.3	19.2	93	87	91	82
ازبکستان	29	17	10	0.13	67	0.16	25.3	8.0	2.6	11.7	73	81.1	0.4	0.8	12.3	96	99	99	

۱- تخمین‌های قابل مقایسه به ارزش‌های کشور در همان سال مرجع اشاره دارد، که ممکن است تنظیم یا مدل‌سازی شود تا امکان مقایسه بین کشورها را فراهم کند و برای کشورهایی با داده‌های اولیه اساسی و در برخی موارد برای کشورهایی که فاقد داده‌های اولیه هستند، تولید می‌شوند. برای مجموعه کامل شاخص‌های هدف توسعه پایدار هزار سوم به پیوست ۲ مراجعه کنید. سایه از آبی به نارنجی نشان‌دهنده کم تا زیاد برای شاخص‌های مرگ‌ومیر، بروز و شیوع است و از بالا به پایین برای شاخص‌های پوشش ایمن‌سازی و شاخص خدمات. هر شاخص در یک مقیاس جداگانه نمودار شده است.

- ۲- در هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده
- ۳- در هر ۱۰۰۰ تولد زنده
- ۴- به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت غیر آلوده
- ۵- به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت
- ۶- به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت در معرض خطر
- ۷- بین کودکان زیر ۵ سال (%)
- ۸- بین ۳۰ تا ۶۹ سال (%)
- ۹- سرانه لیتر الکل خالص برای افراد ≤ 15 سال
- ۱۰- استاندارد سنی، به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت
- ۱۱- استاندارد سنی، بین بزرگسالان بالای ۱۸ سال (%)
- ۱۲- بین کودکان ۱ ساله (%)
- ۱۳- بر اساس سن توصیه شده در سطح کشور (%)
- ۱۴- در بین دختران ۱۵ ساله (%)

نظارت بر مرگ و میر و علت مرگ و میر در لبنان

و بیمارستان‌ها بود. سیستم جامع و غیرمتمرکز اجازه می‌دهد تا علاوه بر استفاده از ابزار تجزیه و تحلیل سطوح مرگ و میر و علت مرگ (ANACoD) برای ارزیابی کیفیت داده‌ها و کدگذاری خودکار و IRIS برای تسهیل انتخاب دقیق علت زمینه‌ای مرگ، کدگذاری همه علت مرگ نیز در هر بیمارستان به طور جداگانه انجام شود.

در سال ۲۰۱۹، تعداد مرگ و میرهای ثبت شده ۱۸۵۴۴ مورد بوده است که ۷۰ درصد آن به دلیل بیماری‌های غیرواگیر، ۱۴ درصد به دلیل بیماری‌های واگیر، مادری، دوران بارداری و تغذیه، ۶ درصد به علت آسیب‌های خارجی و ۱۰ درصد به دلیل شرایط نامشخص بوده است (تصویر آ یک - ۷).

سیستم ثبت مرگ که وزارت بهداشت و درمان اجرا می‌کند، بیش از ۸۰ درصد مرگ‌های ثبت شده را بر اساس منابع ملی پوشش می‌دهد (۱۳). تلاش‌هایی برای رفع شکاف‌های اطلاعاتی باقی‌مانده و افزایش گزارش‌دهی به‌منظور گنجاندن آن ۲۰ درصد باقی‌مانده از مرگ‌های ثبت نشده که گمان می‌رود خارج از مراکز بهداشتی رخ داده است، در حال انجام است. با کمک گرفتن از سازمان «دستور پزشکان»، با یک پزشک در هر منطقه قراردادی مبنی بر اینکه در مورد همه مرگ‌هایی که در خارج از مراکز بهداشتی رخ می‌دهند، تحقیق کرده و علت اصلی مرگ را گزارش دهد، بسته می‌شود.

برای بهبود کیفیت داده‌های علت مرگ، کارگاه‌های آموزشی مستمری نیز برای پزشکان تمام بیمارستان‌ها با همکاری سازمان جهانی بهداشت و سازمان "دستور پزشکان" برگزار شده است. در طول همه‌گیری کووید-۱۹، سرمایه‌گذاری در سیستم ثبت علت مرگ، در تسهیل و حمایت از سیستم نظارت بر مرگ‌های مرتبط با کووید-۱۹ بسیار مؤثر و به موقع بود. این سیستم به درک بهتر و نظارت بر وضعیت این بیماری همه‌گیر در لبنان کمک می‌کند.

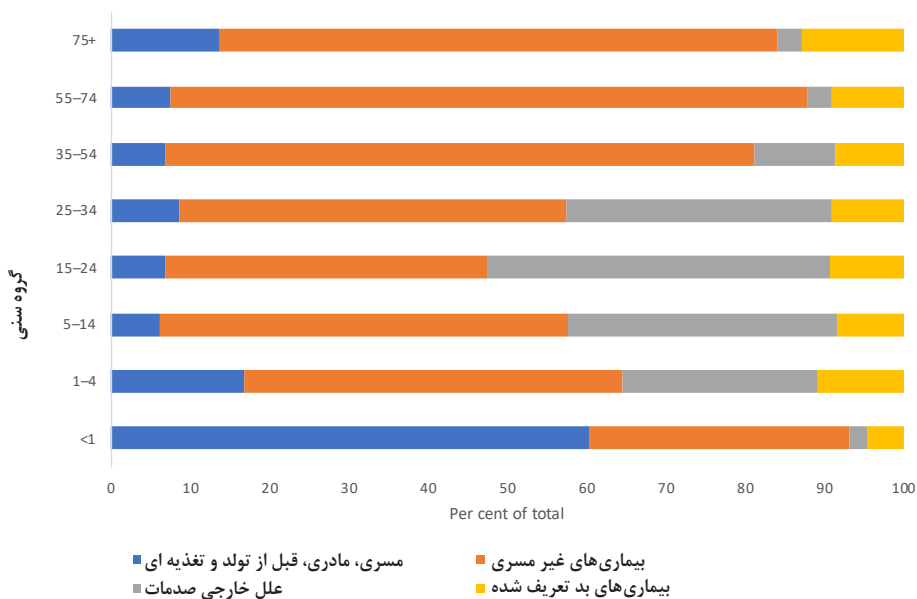
نوآوری‌های مشترک وزارت بهداشت و درمان و سازمان بهداشت جهانی برای بهبود سیستم با هدف افزایش پوشش سیستم، گزارش میزان مرگ و میر غیر ملی بر اساس سن و علت مرگ، پاسخ به نیازهای داده برای نظارت بر بیماری‌های همه‌گیر از طریق ادغام با سیستم‌های مراقبت و به روز رسانی منظم داده‌ها، در حال انجام است. علاوه بر آن، بهبود کیفیت داده‌ها و بازخورد در سطوح ملی، منطقه‌ای و جهانی نیز از اهداف مشترک این دو سازمان است. این کشور در حال برنامه‌ریزی اجرای مرحله‌ای طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-11) به عنوان بخشی از دستور کار گسترده برای ارتقای عملکرد سیستم ملی اطلاعات سلامت، مطابق با آخرین استانداردها و دستورالعمل‌ها است.

جمهوری لبنان، برای بهبود سیستم‌های ثبت احوال و آمار حیاتی (CRVS) در دهه ۱۹۹۰، کار خود را با تاسیس چندین طرح شامل وزارت کشور و شهرداری‌ها (مرجع قانونی برای صدور گواهی فوت) و وزارت بهداشت عمومی (MoPH) آغاز کرد. سازمان بهداشت جهانی نیز، از وزارت سلامت و درمان برای تقویت سیستم CRVS خود، برای تولید داده‌های به موقع و قابل اعتماد در مورد تولد و مرگ و میر، از جمله علت مرگ، حمایت کرده است. این امری مهم است، زیرا ۱۵ مورد از ۱۷ هدف SDG به داده‌های ثبت حیاتی برای اندازه‌گیری شاخص‌ها نیاز دارند. همچنین تلاش‌های کنونی بر حمایت از ظرفیت‌سازی آماری، در راستای هدف سیزدهمین برنامه کاری عمومی سازمان جهانی بهداشت (GPW 13) برای حمایت بهتر از کشورها برای تقویت سیستم‌های اطلاعاتی برای سلامت و استفاده از این داده‌ها در همه سطوح، برای تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد متمرکز است.

اولین بررسی گواهی فوت در سال ۱۹۹۹ به عنوان بخشی از پروژه مطالعه بیماری و کار مقدماتی برای اصلاحات بخش بهداشت انجام شد. بررسی نشان داد: اکثر گواهی‌های فوت به نوعی ناقص بودند (مانند آدرس، سال تولد و/یا علت اصلی مرگ). در اکثر موارد، علت مرگ به طور فوری، ایست قلبی گزارش شده بود و فرم‌های گزارش یکپارچه نبودند. لبنان در سال ۲۰۱۳ یک برنامه ارزیابی CRVS را پایه‌گذاری کرد و توصیه‌های آن منجر به اجرای فعالیت‌هایی با هدف ایجاد ظرفیت‌های ملی در موارد زیر شد:

انطباق و استفاده از گواهی فوت استاندارد جهانی، آموزش پزشکان و کادر پزشکی در شناسایی و گزارش علت مرگ و همچنین استفاده از روش‌های الکترونیکی و کارسازی ثبت مرگ، انتخاب علت اصلی مرگ و بهبود کیفیت داده‌ها؛ با تکیه بر تلاش‌های قبلی، ابتکارات اخیر شامل توسعه یک سیستم ملی مرگ و میر بیمارستانی (HMS) در سال ۲۰۱۶ است که ۱۵۰ بیمارستان (بیش از ۹۰ درصد بیمارستان‌های فعال) را پوشش می‌دهد. این موارد هم چنین شامل اعلام مرگ و ثبت اطلاعات اولیه جمعیت شناختی برای مرگ‌هایی است که در بین اتباع داخلی و اتباع خارجی در بیمارستان‌ها رخ می‌دهد. این گونه گزارش‌ها در سطح وزارت بهداشت، ارائه، گردآوری، پاکسازی و استفاده می‌شوند.

پس از اینکه حدوداً ۱۷ سال بود که گزارشات ناقص از داده‌های علت مرگ ارائه و جمع‌آوری می‌شد، با آخرین گزارشی که در سال ۲۰۰۰ بدون دلایل معتبر تأیید شده پزشکی منتشر شد، این روند به پایان رسید و بعد از آن، لبنان داده‌های علت مرگ را از سال ۲۰۱۷ تا ۲۰۱۹ به تفکیک سن و جنسیت تهیه کرد. یکی از مهمترین دستاوردهای مرتبط، ایجاد سیستم ثبت الکترونیکی مرگ از طریق همکاری وزارت سلامت و بهداشت



منبع: بر اساس داده‌های گزارش شده توسط وزارت بهداشت عمومی لبنان به پایگاه داده مرگ و میر سازمان جهانی بهداشت (۱۳)

شکل ۷-۱ | علت عمده مرگ و میر در لبنان، ۲۰۱۹

خلاصه شاخص‌های هدف توسعه پایدار هزاره سوم که مقادیر در سطح کشور به عنوان برآوردهای قابل مقایسه گزارش شده است^۱

کشورهای عضو	2017	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2018	2019	2019	2019	2019
افغانستان	638	60	36	0.04	189	14.5	0.39	35.3	4.1	<0.1	15.9	37	211.1	13.9	1.0		66	39	65	
بحرین	14	7	3		12		0.03	16.1	8.9	1.1	5.2	77	40.1	<0.1	0.3	25.1	99	99	97	
جیبوتی	248	57	31	0.14	234	67.7	0.26	22.0	9.6	0.4	23.5	47	159.0	31.3	2.5		85	81	85	
مصر	37	20	11	0.05	12	0.0	0.20	28.0	3.0	0.1	10.1	68	108.9	2.0	0.2	21.4	95	94		
جمهوری اسلامی ایران	16	14	9	0.05	13	0.0	0.05	14.8	5.2	1.0	21.5	72	50.9	1.0	1.0	14.0	99	98		
عراق	79	26	15		41	0.0	0.29	23.5	3.6	0.4	27.3	61	75.1	3.0	0.2	22.2	84	86	37	
اردن	46	16	9		5.5		0.56	15.3	1.6	0.5	17.0	76	51.2	0.6	0.5		89	96		
کویت	12	8	5		22		0.03	11.9	2.9	0.0	15.4	76	103.8	<0.1	0.4	22.1	91	94	91	
لبنان	29	7	4	0.03	13		0.07	19.9	2.8	1.5	16.4	73	51.4	0.8	0.6	42.6	83	63	82	
لبنی	72	12	6	0.07	59		0.43	18.6	4.5	<0.1	21.3	64	71.9	0.6	0.8		73	72	73	
مراکش	70	21	14	0.02	97	0.0	0.16	24.1	7.2	0.5	17.0	70	49.1	1.9	0.7	14.7	99	99	98	
عمان	19	11	5	0.04	8.5	0.0	0.13	21.5	4.9	0.9	10.6	69	53.9	<0.1	0.9	9.6	99	99	99	
پاکستان	140	67	41	0.12	263	3.3	0.91	29.4	8.9	0.3	13.0	45	173.6	19.6	1.6	20.0	75	71	75	
قطر	9	7	3		35		0.05	10.7	5.8	1.5	7.3	68	47.4	<0.1	0.3	14.0	98	95	98	
عربستان سعودی	17	7	4		9.9	<0.1	0.00	20.9	6.0	0.0	35.9	74	83.7	0.1	0.8	16.6	96	96	96	
سومالی	829	117	37	0.03	258	49.1	6.32	30.4	7.9	0.0	27.4	25	212.8	86.6	4.9		42			
سودان	295	58	27	0.08	67	55.4	1.66	22.8	3.8		26.8	44	184.9	17.3	1.7		93	74	93	
جمهوری سوریه	31	22	11	<0.01	19	0.0	0.69	22.1	1.9	0.2	14.9	60	75.2	3.7	0.6		54	54		
تونس	43	17	12	0.05	35		0.12	15.7	3.3	2.0	16.5	70	56.1	1.0	0.7	26.0	92	93		
امارات متحده عربی	3	7	4		1.0	0.0	0.02	18.5	6.4	3.8	8.9	76	54.7	<0.1	0.4	18.2	99	99	99	27
یمن	164	58	27	0.04	48	46.4	1.76	27.6	5.8	<0.1	29.4	42	194.2	10.2	1.8	20.9	73	46	72	

۱- تخمین‌های قابل مقایسه به ارزش‌های کشور در همان سال مرجع اشاره دارد، که ممکن است تنظیم یا مدل‌سازی شود تا امکان مقایسه بین کشورها را فراهم کند و برای کشورهایی با داده‌های اولیه اساسی و در برخی موارد برای کشورهایی که فاقد داده‌های اولیه هستند، تولید می‌شوند. برای مجموعه کامل شاخص‌های هدف توسعه پایدار هزاره سوم به پیوست ۲ مراجعه کنید. سایه از آبی به نارنجی نشان‌دهنده کم تا زیاد برای شاخص‌های مرگ و میر، بروز و شیوع است و از بالا به پایین برای شاخص‌های پوشش ایمن‌سازی و شاخص خدمات. هر شاخص در یک مقیاس جداگانه نمودار شده است.

- ۲- در هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده
- ۳- در هر ۱۰۰۰ تولد زنده
- ۴- به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت غیر آلوده
- ۵- به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت
- ۶- به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت در معرض خطر
- ۷- بین کودکان زیر ۵ سال (%)
- ۸- بین ۳۰ تا ۶۹ سال (%)
- ۹- سرانه لیتر الکل خالص برای افراد ≤ ۱۵ سال
- ۱۰- استاندارد سنی، به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت
- ۱۱- استاندارد سنی، بین بزرگسالان بالای ۱۸ سال (%)
- ۱۲- بین کودکان ۱ ساله (%)
- ۱۳- بر اساس سن توصیه شده در سطح کشور (%)
- ۱۴- در بین دختران ۱۵ ساله (%)

اندازه‌گیری تأثیرات با استفاده از نظارت سیستماتیک و با ترکیب داده‌ها از منابع متعدد

که سازمان جهانی بهداشت باید حمایت خود را از کشورها در زمینه جمع آوری، گزارش و تجزیه و تحلیل داده‌ها تسریع بخشد.

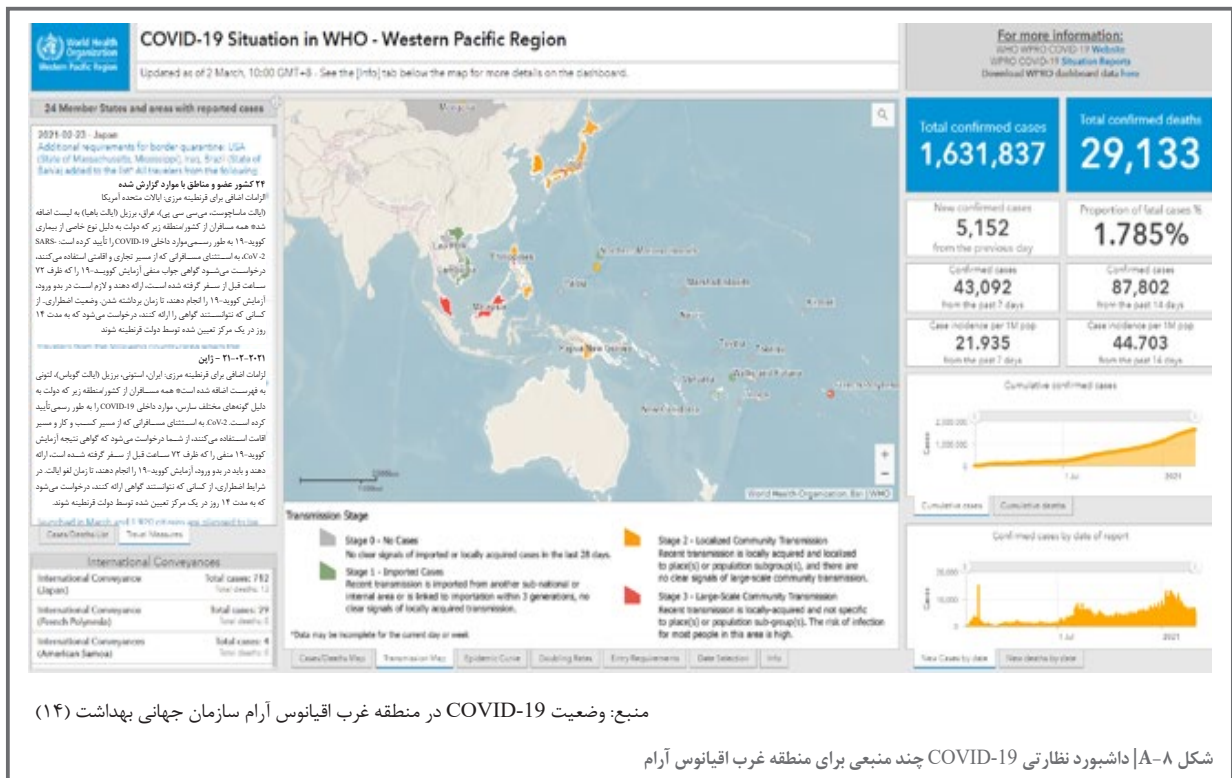
این مسئله همچنین باید شامل تجزیه و تحلیل مبتنی بر ارزش برابر از داده‌های تفکیک شده، برای حمایت از نظارت و تصمیم‌گیری‌های سیاست‌مدارانه در مورد پیشرفت‌های UHC منطقه‌ای، در جهت دستیابی به اطلاعات دست‌نیافتنی باشد. در حال حاضر، WPRO داده‌های چندین منبع نظارتی کووید-۱۹ را برای پاسخ‌های سریع و ملموس کووید-۱۹ ترکیب کرده است. بسته حفاظتی کووید-۱۹ از چند منبع برای تعداد بیشتری از کاربران در کشورها ارائه شده است که هدف آن، سرعت بخشیدن به پاسخ در مورد کووید-۱۹ است. (تصویر آیک-۸).

در همین حال، یک رویکرد تجزیه و تحلیل داده جامع نیز در پایش SDG مرتبط با سلامت در منطقه اتخاذ شده است. تجزیه و تحلیل SDG، متمرکز بر منطقه در حال انجام، اطلاعات بهداشتی را از منابع متعدد با تخمین‌های تولید شده در کشورها و همچنین در سطوح جهانی یا منطقه‌ای یکپارچه می‌کند تا به صورت استراتژیک حوزه‌ها و برنامه‌های مختلف سلامت را در چارچوب اندازه‌گیری منسجم به هم پیوند دهد و تصویری سیستماتیک از مسیر پیشرفت کشور ارائه دهد تا از آن برای تصمیم‌گیری‌های سیاست‌مدارانه استفاده شود.

چشم‌انداز منطقه غربی اقیانوس آرام برای مدیریت چالش‌های سلامت در آینده در این کتاب ارائه شده است: «برای آینده: پیش به سوی سالم‌ترین و امن‌ترین منطقه» (۱۵).

این چشم‌انداز که مبتنی بر یک تغییر عملیاتی به سمت پیاده‌سازی و اندازه‌گیری تأثیر آن بر کشور است، محتوای SDGs و GPW 13 را در منطقه غربی اقیانوس آرام پیاده‌سازی می‌کند. طی چند دهه گذشته، کشورهای عضو، سرمایه‌گذاری قابل توجهی در بهبود سیستم‌های اطلاعات استراتژیک سلامت خود انجام داده‌اند و مسیر آنها را به تدریج از اندازه‌گیری ورودی‌ها و فرآیندها به سمت و سوی مستندسازی نتایج تغییر داده‌اند.

چالش همیشگی این است که سیستم‌ها فاقد چارچوب‌های اندازه‌گیری منسجم هستند و برای به حداکثر رساندن استفاده از داده‌ها برای بحث و تصمیم‌گیری استراتژیک با چالش روبرو هستند. پیچیدگی‌های حاصل از همه‌گیری کووید-۱۹، تقاضا برای ارائه رویکردهای جدید تحلیل داده‌ها را بیش از قبل افزایش داده است. چارچوب‌های اندازه‌گیری انعطاف‌پذیر که بتوانند به‌طور کارآمد داده‌ها را در مراجع و بخش‌ها تولید و ادغام کنند، به شدت مورد نیاز است. برای اندازه‌گیری دقیق تأثیر جمعیت و اطلاع‌رسانی برای پیگیری اهداف ملی، گروه مشاوره فنی پوشش جهانی سلامت در چهارمین جلسه خود در آگوست ۲۰۲۰ پیشنهاد کرد



منبع: وضعیت COVID-19 در منطقه غرب اقیانوس آرام سازمان جهانی بهداشت (۱۴)

شکل ۸-۱ | داشبورد نظارتی COVID-19 چند منبعی برای منطقه غرب اقیانوس آرام

خلاصه شاخص‌های هدف توسعه پایدار هزاره سوم که مقادیر در سطح کشور به عنوان برآوردهای قابل مقایسه گزارش شده است^۱

کشورهای عضو	3.1.1	3.2.1	3.2.2	3.3.1	3.3.2	3.3.3	3.3.4	3.4.1	3.4.2	3.5.2	3.6.1	3.8.1	3.9.1	3.9.2	3.9.3	3.a.1	3.b.1	3.b.1	3.b.1	3.b.1
	نرخ مرگ و میر مادران ^۲	نرخ مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال ^۳	نرخ مرگ و میر نوزادان ^۴	عفونت‌های جدید HIV ^۵	بوز سل ^۶	بوز مالاریا ^۷	شیوع هیپاتیت B ^۸	احتمال مرگ در اثر چهار بیماری غیر واگیر عمده ^۹	نرخ مرگ و میر خودکشی ^{۱۰}	مصرف الکل ^{۱۱}	نرخ مرگ و میر ترافیک جاده‌ای ^{۱۲}	شاخص پوشش خدمات پوشش همگانی سلامت	نرخ مرگ و میر ناشی از آلودگی هوا ^{۱۳}	نرخ مرگ و میر ناشی از شستشو ^{۱۴}	نرخ مرگ و میر ناشی از مسمومیت غیر عمدی ^{۱۵}	شیوع مصرف دخانیات ^{۱۶}	ایمن سازی DTP3 ^{۱۷}	ایمن سازی MCV2 ^{۱۸}	ایمن سازی PCV3 ^{۱۹}	واکسن HPV ^{۲۰}
2017	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2016	2016	2019	2018	2019	2019	2019	2019	
استرالیا	6	4	2	0.03	6.9		0.13	8.6	12.5	10.4	4.9	87	8.4	0.1	0.1	16.2	95	94	96	79
برونئی دارالسلام	31	11	6		64		0.10	18.5	2.7	0.5	7.5	81	13.3	<0.1	0.0	15.5	99	98		90
کمبوج	160	27	14	0.05	287	12.0	0.19	22.5	4.9	7.8	19.6	60	149.8	6.5	0.5	21.8	92	82	89	
چین	29	8	4		58	0.0	0.22	15.9	8.1	6.0	17.4	79	112.7	0.6	1.8	24.7	99	98		
جزایر کوک		8	4		13					10.9						26.6	98	98		73
فیجی	34	26	11	0.14	66		0.13	37.7	9.0	3.7	13.5	64	99.0	2.9	0.3	26.7	99	94	99	56
ژاپن	5	2	1		13		0.96	8.3	15.3	10.1	3.6	83	11.9	0.2	0.2	21.9	98	93	97	0
کیریباتی	92	51	22		436		1.57	50.8	28.3	2.3	1.9	41	140.2	16.7	2.6	52.0	97	91	97	
جمهوری دموکراتیک خلق لائوس	185	46	22	0.11	155	2.8	0.68	26.8	5.4	12.1	17.9	51	188.5	11.3	0.6	37.8	68	57	56	
مالزی	29	9	5	0.20	92	0.0	0.06	18.4	5.7	0.9	22.5	73	47.4	0.4	0.7	21.8	98	87		85
جزایر مارشال		32	15		483												79	64	63	24
میرونی (ایالات فدرال)	88	29	16		100		0.40	46.3	28.2	2.5	0.2	47	151.8	3.6	0.9		78	52	73	57
مغولستان	45	16	8	0.01	428		0.47	35.0	17.9	5.9	21.0	62	155.9	1.3	2.8	27.6	98	98	49	
ناورو		31	20		182					4.2						52.1	96	95		
نیوزیلند	9	5	3	0.03	7.5		0.77	10.3	11.0	10.7	9.6	87	7.2	0.1	0.2	14.8	92	90	91	67
نیوئه		23	13		0.0					9.9							99	99	99	
پالائو		17	9		38											23.7	97	88	74	67
پاپوآ گینه نو	145	45	22	0.38	432	156.4	1.36	36.0	2.9	2.1	12.6	40	152.0	16.3	1.4		35	20	35	
فیلیپین	121	27	13	0.14	554	0.7	0.38	24.5	2.2	7.0	12.0	61	185.2	4.2	0.2	24.3	65	40	43	0
جمهوری کره	11	3	2		59	0.1	0.09	7.3	28.6	8.5	8.6	86	20.5	1.8	0.2	22.0	98	96	98	52
ساموآ	43	15	8		11		0.34	31.2	12.6	2.8	13.0	58	85.0	1.5	0.4	28.9	58	44		
سنگاپور	8	3	1	0.03	41		0.13	9.5	11.2	2.0	2.1	86	25.9	0.1	0.0	16.5	96	84	82	0
جزایر سلیمان	104	20	8		66	247.9	0.87	39.2	14.7	1.7	16.5	47	137.0	6.2	2.3	37.9	94	54	94	
تونگا	52	17	7		11		0.89	24.8	3.8	0.4	33.0	58	73.3	1.4	1.1	30.2	99	99		
تووالو		24	16		296					1.3						48.7	92	92		
وانواتو	72	26	11		41	3.5	2.25	39.7	18.0	2.1	14.9	48	135.6	10.4	0.7	24.1	90			
ویتنام	43	20	10	0.05	176	0.1	0.64	21.2	7.5	7.9	30.6	75	64.5	1.6	0.9		89	92		

۱- تخمین‌های قابل مقایسه به ارزش‌های کشور در همان سال مرجع اشاره دارد، که ممکن است تنظیم یا مدل‌سازی شود تا امکان مقایسه بین کشورها را فراهم کند و برای کشورهایی با داده‌های اولیه اساسی و در برخی موارد برای کشورهایی که فاقد داده‌های اولیه هستند، تولید می‌شوند. برای مجموعه کامل شاخص‌های هدف توسعه پایدار هزاره سوم به پیوست ۲ مراجعه کنید. سایه از آبی به نارنجی نشان‌دهنده کم تا زیاد برای شاخص‌های مرگ و میر، بروز و شیوع است و از بالا به پایین برای شاخص‌های پوشش ایمن‌سازی و شاخص خدمات. هر شاخص در یک مقیاس جداگانه نمودار شده است.

- ۲- در هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده
- ۳- در هر ۱۰۰۰ تولد زنده
- ۴- به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت غیر آلوده
- ۵- به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت
- ۶- به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت در معرض خطر
- ۷- بین کودکان زیر ۵ سال (%)
- ۸- بین ۳۰ تا ۶۹ سال (%)
- ۹- سرانه لیتر الکل خالص برای افراد ۱۵ سال
- ۱۰- استاندارد سنی، به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت
- ۱۱- استاندارد سنی، بین بزرگسالان بالای ۱۸ سال (%)
- ۱۲- بین کودکان ۱ ساله (%)
- ۱۳- بر اساس سن توصیه شده در سطح کشور (%)
- ۱۴- در بین دختران ۱۵ ساله (%)

References

1. Report on the performance of health systems in the WHO African Region. Regional Committee for Africa (AFR/RC70/13). Brazzaville: World Health Organization Regional Office for Africa; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333713>, accessed 30 April 2021).
2. Karamagi HC, Tumusiime P, Titi-Ofei R, Droti B, Kipruto H, Nabyonga-Orem J et al. Towards universal health coverage in the WHO African Region: assessing health system functionality, incorporating lessons from COVID-19. *BMJ Global Health*. 2021;6:e004618. doi:10.1136/bmjgh-2020-004618.
3. Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 Monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2019/en/, accessed 30 April 2021).
4. Global tuberculosis report 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/teams/global-tuberculosisprogramme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2020>, accessed 30 April 2021).
5. Health in the Americas+, 2017 Edition. Summary: Regional outlook and country profiles. Washington DC: Pan American Health Organization; 2017 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34321>, accessed 30 April 2021).
6. Gross domestic product per capita 2000–2019 estimates. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2020 (<http://ghdx.healthdata.org/>, accessed 30 April 2021).
7. World population prospects 2019. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2019 (<https://population.un.org/wpp/>, accessed 30 April 2021).
8. Monitoring progress on universal health coverage and the health-related Sustainable Development Goals in the WHO South- East Asia Region: 2020 update. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334213>, accessed 30 April 2021).
9. Maternal mortality: Levels and trends 2000 to 2017. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal-mortality-2000-2017/en/>, accessed 30 April 2021).
10. Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health and Ageing data portal [online database]. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/data/mncah>, accessed 30 April 2021).
11. Levels and trends in child mortality 2019. New York: United Nations Children's Fund/United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation; 2019 (<https://www.unicef.org/reports/levels-and-trends-child-mortality-report-2019>, accessed 30 April 2021).
12. Placing health equity at the heart of the COVID-19 sustainable response and recovery: Building prosperous lives for all in Wales. Cardiff: Welsh Health Equity Status Report initiative (WHESRI)/ Public Health Wales NHS Trust; 2021 (<https://phwwhocc.co.uk/resources/welsh-health-equity-status-report-whesri/>, accessed 30 April 2021).
13. Based on data reported by Ministry of Public Health Lebanon to the WHO mortality database as of 20 March 2021 (<https://www.who.int/data/data-collection-tools/who-mortality-database>, accessed 30 April 2021).
14. COVID-19 Situation in WHO - Western Pacific Region [online database]. Manila: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific; 2021 (<https://experience.arcgis.com/experience/e1a2a65fe0ef4b5ea621b232c23618d5>; accessed 30 April 2021).
15. For the future: towards the healthiest and safest Region: a vision for the WHO work with Member States and partners in the Western Pacific. Manila: WHO regional office for the Western Pacific; 2020 (<https://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/14476>, accessed April 30 2021).

جداول آمار سلامت به تفکیک هر کشور، WHO جهانی و منطقه‌ای

یادداشت‌های توضیحی

آمار زیر، آمار رسمی WHO مربوط به شاخص‌های منتخب اهداف توسعه پایدار (SDG) مرتبط با سلامت و شاخص‌های منتخب سیزدهمین برنامه عمومی کاری (GPW 13) بر اساس شواهد موجود، در اوایل سال ۲۰۲۱ است. علاوه بر اینها، خلاصه راه‌های اندازه‌گیری سلامت همچون امید به زندگی (در فرد سالم) و میزان جمعیت کل نیز برای ارائه یک نمای کلی از وضعیت فعلی، در آمار قرار داده شده است.

این آمار عمدتاً از نشریات و پایگاه‌های اطلاعاتی که توسط WHO تهیه و حمایت می‌شوند یا گروه‌هایی در سازمان ملل که WHO عضو آن است، جمع‌آوری شده. برخی از آمارها نیز از داده‌های تهیه و حمایت شده توسط سایر سازمان‌های بین‌المللی به دست آمده است و در هر مورد منبع سری داده ارائه شده است. نوع داده مورد استفاده برای هر سری مقایسه نیز فراهم شده (۱). تخمین‌های قابل مقایسه عمدتاً دارای عدم قطعیت هستند، به ویژه در کشورهایی که دسترسی و کیفیت داده‌های اصلی به طور اساسی دارای محدودیت است. فواصل عدم قطعیت و سایر جزئیات در مورد شاخص‌ها و آمار ارائه شده در اینجا را می‌توان در رصدخانه سازمان جهانی بهداشت پیدا کرد.

اگرچه در طی زمان، تمام تلاش‌ها برای به حداکثر رساندن قابلیت مقایسه آمار بین کشورها انجام شده است. مجموعه داده‌های مبتنی بر داده‌های قبلی ممکن است از نظر تعاریف، روش جمع‌آوری داده‌ها، پوشش جمعیت و روش‌های تخمین مورد استفاده متفاوت باشد. برای شاخص‌های دارای مقادیر مرجع که به صورت یک محدوده بیان می‌شوند، مقادیر کشور به آمار آخرین سال موجود در آن بازه اشاره می‌کند (در غیر اینصورت ذکر می‌گردد). پاورقی‌های آورده شده، جزئیات بیشتری را ارائه می‌دهند. در برخی از موارد همچون شاخص SDG تعاریف مربوط به آن در حال اصلاح است و داده‌های پایه در حال جمع‌آوری هستند، به شاخص‌های پروکسی نیز در این پیوست اشاره شده، هر جا در مورد این موضوع بحث شده، شاخص‌های پروکسی به طور واضح از طریق پاورقی‌ها نشان داده شده است.

میزان‌ها و نسبت‌ها برای مجموع منطقه‌ای و جهانی WHO به صورت میانگین‌های وزن داده شده، در مواقع لزوم ارائه شده است، مگر در مواقعی که نیاز نباشد، در حالی که برای اعداد مطلق، مجموع آنها بیان شده است. در صورتی داده تجمعی نشان داده شده است که داده‌ها برای حداقل ۵۰ درصد از جمعیت (یا هر مخرج دیگری) در یک گروه مشخص شده، در دسترس بوده باشند. برای شاخص‌هایی با مقادیر مرجع که به صورت محدوده بیان می‌شود، جمع داده‌ها برای مقادیر مرجع در جدول ستونی بالای مقادیر منطقه‌ای WHO نشان داده شده است. برخی از مجموع داده‌های منطقه‌ای و جهانی WHO ممکن است شامل تخمین‌های کشوری، که به صورت جداگانه گزارش نشده‌اند، باشند.

نباید گمان کرد که تغییر مقادیری که برای شاخص‌های گزارش شده در نسخه‌های قبلی مجموعه آمار بهداشت جهانی نشان داده شده است، به طور دقیق منعکس‌کننده روندهای پایه هست. این موضوع برای همه انواع داده‌ها (تخمین‌های قابل مقایسه و داده‌های پایه) و همه سطوح گزارش دهی (کشوری، منطقه‌ای و جهانی) اعمال شده است. داده‌های ارائه شده در اینجا ممکن است با آمار رسمی ملی کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت نیز متفاوت باشد و نباید آنها را به عنوان آمار رسمی در نظر گرفت. توجه: علامت - نشان می‌دهد که داده‌ها قابل اجرا یا در دسترس نیستند.

ضمیمه ۲
بخش ۱

کشورهای عضو	نوع داده									3.1
	کل جمعیت ^a (۰۰۰'۰۰۰ ثانیه)			امید به زندگی در بدو تولد ^{b,c} (سال)			امید به زندگی سالم در بدو تولد ^{b,c} (سال)			نسبت مرگ و میر به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده
	تخمین قابل مقایسه			تخمین قابل مقایسه			تخمین قابل مقایسه			تخمین قابل مقایسه
	مرد	زن	هر دو جنسیت	مرد	زن	هر دو جنسیت	مرد	زن	هر دو جنسیت	2017
	2019			2019			2019			
افغانستان	19 530	18 512	38 042	63.3	63.2	63.2	54.7	53.2	53.9	638
آلبانی	1 467	1 414	2 881	76.3	79.9	78.0	68.0	70.3	69.1	15
الجزایر	21 750	21 303	43 053	76.2	78.1	77.1	66.7	66.1	66.4	112
آندورا	-	-	77	-	-	-	-	-	-	-
آنگولا	15 745	16 081	31 825	60.7	65.5	63.1	53.6	56.2	54.8	241
آنتیگوا و باربودا	47	50	97	74.9	78.0	76.5	66.2	67.7	67.0	42
آرژانتین	21 841	22 939	44 781	73.5	79.5	76.6	65.4	68.8	67.1	39
ارمنستان	1 391	1 566	2 958	72.5	79.2	76.0	64.9	69.1	67.1	26
استرالیا	12 551	12 652	25 203	81.3	84.8	83.0	70.2	71.7	70.9	6
اتریش	4 409	4 546	8 955	79.4	83.8	81.6	69.9	71.9	70.9	5
آذربایجان	5 016	5 032	10 048	68.8	74.1	71.4	62.1	65.2	63.6	26
باهاماس	189	200	389	69.9	76.6	73.2	62.3	66.5	64.4	70
بحرین	1 055	586	1 641	75.0	77.0	75.8	66.0	65.5	65.9	14
بنگلادش	82 474	80 572	163 046	73.0	75.6	74.3	64.2	64.4	64.3	173
باربادوس	139	148	287	74.3	77.7	76.0	66.2	67.7	67.0	27
بلاروس	4 400	5 052	9 452	69.7	79.6	74.8	62.3	69.4	66.0	2
بلژیک	5 711	5 828	11 539	79.3	83.5	81.4	69.8	71.3	70.6	5
بلیز	194	196	390	71.4	77.8	74.4	63.5	67.3	65.3	36
بنین	5 891	5 910	11 801	61.2	65.7	63.4	54.5	56.6	55.5	397
بوتان	405	358	763	72.0	74.4	73.1	63.2	63.5	63.4	183
بولیوی (دولت چند ملیتی)	5 780	5 733	11 513	71.1	73.1	72.1	63.2	63.3	63.3	155
بوسنی و هرزگوین	1 617	1 684	3 301	74.4	79.1	76.8	65.7	68.7	67.2	10
بوتسوانا	1 114	1 190	2 304	58.9	65.5	62.2	51.9	55.8	53.9	144
برزیل	103 733	107 316	211 050	72.4	79.4	75.9	63.4	67.4	65.4	60
برونئی دارالسلام	225	208	433	73.4	75.4	74.3	65.2	66.1	65.6	31
بلغارستان	3 400	3 600	7 000	71.6	78.6	75.1	63.9	68.7	66.3	10
بورکینافاسو	10 148	10 174	20 321	60.1	65.2	62.7	53.4	56.3	54.9	320
بروندی	5 719	5 812	11 531	61.5	66.1	63.8	54.0	57.2	55.6	548
کابورده	276	274	550	69.9	77.9	74.0	62.2	67.2	64.8	58
کامبوج	8 047	8 439	16 487	67.2	72.7	70.1	59.8	63.0	61.5	160
کامرون	12 940	12 936	25 876	60.3	64.5	62.4	53.5	55.6	54.5	529
کانادا	18 564	18 848	37 411	80.4	84.1	82.2	70.5	72.0	71.3	10
جمهوری مرکزی آفریقا	2 352	2 393	4 745	50.2	56.3	53.1	44.5	48.4	46.4	829
چاد	7 961	7 986	15 947	58.0	61.3	59.6	51.3	52.8	52.0	1140
شیلی	9 342	9 610	18 952	78.1	83.2	80.7	69.0	71.1	70.0	13
چین	739 350	702 510	1 441 860	74.7	80.5	77.4	67.2	70.0	68.5	29
کلمبیا	24 713	25 626	50 339	76.7	81.9	79.3	67.4	70.5	69.0	83
کوموروس	429	422	851	65.9	68.9	67.4	58.3	59.6	58.9	273
کنگو	2 687	2 693	5 381	63.8	65.6	64.7	56.4	56.1	56.2	378
جزایر کوک	-	-	18	-	-	-	-	-	-	-
کاستاریکا	2 523	2 525	5 048	78.3	83.4	80.8	68.6	71.3	70.0	27
ساحل عاج	12 974	12 742	25 717	60.5	65.8	62.9	53.4	56.5	54.8	617
کرواسی	1 990	2 140	4 130	75.5	81.6	78.6	66.7	70.5	68.6	8
کوبا	5 628	5 706	11 333	75.4	80.3	77.8	66.6	69.2	67.8	36
قبرس	599	599	1 199	81.1	85.1	83.1	71.8	73.0	72.4	6
چک	5 261	5 429	10 689	76.3	81.9	79.1	67.0	70.6	68.8	3
جمهوری دموکراتیک خلق کره	12 553	13 113	25 666	69.3	75.7	72.6	63.3	66.6	65.0	89
جمهوری دموکراتیک کنگو	43 319	43 471	86 791	60.0	64.8	62.4	52.8	55.4	54.1	473
دانمارک	2 870	2 902	5 772	79.6	83.0	81.3	70.7	71.4	71.0	4
جیبوتی	512	462	974	64.1	67.8	65.8	57.2	58.9	58.0	248
دومینیکا	-	-	72	-	-	-	-	-	-	-
جمهوری دومینیک	5 366	5 373	10 739	69.8	76.2	72.8	62.1	66.1	64.0	95
اکوادور	8 690	8 683	17 374	76.4	80.5	78.4	67.7	69.3	68.5	59
مصر	50 723	49 665	100 388	69.6	74.1	71.8	62.3	63.7	63.0	37
السالوادور	3 023	3 430	6 454	70.6	79.1	75.0	61.6	67.8	64.9	46

3.1	3.2		3.3					اطلاعات پایه	کشورهای عضو
	نسبت تولد با حضور پرسنل بهداشتی ماهر ^۱ (%)	نرخ مرگ و میر زیر پنج سال ^۲ (به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده)	نرخ مرگ و میر نوزادان ^۳ (در هر ۱۰۰۰ تولد زنده)	عفونت‌های جدید HIV ^۴ (به ازای هر ۱۰۰۰ جمعیت غیر آلوده)	بروز سل ^۵ (در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)	بروز مالاریا ^۶ (در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)	شیوع آنتی ژن سطحی هیاتیت در (HBsAg) ^۷ کودکان زیر ۵ سال ^۸ (%)		
اطلاعات پایه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	اطلاعات پایه	
2011-2020	2019	2019	2019	2019	2018	2019	2019		
59	60	36	0.04	189	14.5	0.39	16 222 053	افغانستان	
100	10	8	0.03	16	-	0.29	0	آلبانی	
99	23	16	0.05	61	0.0	0.08	10 339	الجزایر	
100 ^{ai}	3	1	-	7.5	-	-	0	آندورا	
50	75	28	0.84	351	235.2	4.57	15 362 008	آنغولا	
100 ^{ai}	7	4	-	0.0	-	0.19	1 223	آنتیگوا و باربودا	
100	9	6	0.13	29	0.0	0.01	160 777	آرژانتین	
100 ^{ai}	12	6	0.05	26	0.0	0.06	17	ارمنستان	
97 ^{ai}	4	2	0.03	6.9	-	0.13	13 700	استرالیا	
98 ^{ai}	3	2	-	6.2	-	0.16	29	اتریش	
99 ^{ai}	20	11	0.06	60	0.0	0.06	686 000	آذربایجان	
99 ^{ai}	13	7	-	15	-	0.16	27	باهاماس	
100 ^{ai}	7	3	-	12	-	0.03	5	بحرین	
59	31	19	-	221	1.2	0.51	56 339 394	بنگلادش	
99 ^{ai}	13	8	0.18	0.0	-	0.18	44	باربادوس	
100	3	1	0.20	29	-	0.29	0	بلاروس	
-	3	2	-	8.9	-	0.09	22	بلژیک	
94 ^{ai}	12	8	-	27	0.0	0.60	13 317	بلیز	
78	90	31	0.31	55	406.7	2.87	6 070 676	بنین	
96 ^{ai}	28	17	-	165	<0.1	0.14	229 846	بوتان	
81 ^{ai}	26	15	0.08	106	2.4	0.14	190 910	بولیوی (دولت چند ملیتی)	
100	6	4	-	27	-	0.63	0	بوسنی و هرزگوین	
100 ^{ai}	42	18	4.78	253	0.2	0.18	238 203	بوتسوانا	
99 ^{ai}	14	8	0.23	46	4.2	0.03	9 560 959	برزیل	
100 ^{ai}	11	6	-	64	-	0.10	0	برونئی دارالسلام	
100	7	3	0.04	21	-	0.09	193	بلغارستان	
80	88	26	0.14	47	386.7	1.66	3 652 080	بورکینافاسو	
85	56	21	0.17	107	296.0	1.35	3 418 124	بروندی	
97 ^{ai}	15	9	0.19	46	0.0	0.26	137 073	کابورده	
89 ^{ai}	27	14	0.05	287	12.0	0.19	5 068 956	کامبوج	
69 ^{ai}	75	26	0.69	179	243.1	1.75	16 891 418	کامرون	
98 ^{ai}	5	3	-	5.5	-	0.34	0	کانادا	
40 ^{ai}	110	40	1.10	540	345.0	3.75	4 442 825	جمهوری مرکزی آفریقا	
24 ^{ai}	114	33	0.34	142	202.1	10.79	6 270 047	چاد	
100	7	5	0.27	18	-	0.03	33	شیلی	
100 ^{ai}	8	4	-	58	0.0	0.22	22 841	چین	
99	14	7	0.25	35	10.7	0.15	3 186 736	کلمبیا	
82	63	30	<0.01	35	20.7	1.16	788 813	کوموروس	
91	48	19	1.55	373	230.8	2.56	1 407 153	کنگو	
-	8	4	-	13	-	-	0	جزایر کوک	
99	9	6	0.19	10	0.1	0.02	10 011	کاستاریکا	
74	-	-	0.51	137	300.6	-	21 713 670	ساحل عاج	
100	5	3	0.02	8.0	-	0.12	1	کرواسی	
100	5	2	0.14	6.5	-	0.03	3 445	کوبا	
99 ^{ai}	2	1	-	5.3	-	0.34	0	قبرس	
100 ^{ai}	3	2	-	4.9	-	0.13	0	چک	
100	17	10	-	513	0.2	0.20	5 418 928	جمهوری دموکراتیک خلق کره	
85	85	27	0.22	320	325.8	3.28	53 320 501	جمهوری دموکراتیک کنگو	
95 ^{ai}	4	3	-	5.0	-	0.68	0	دانمارک	
87 ^{ai}	57	31	0.14	234	67.7	0.26	110 561	جیبوتی	
100 ^{ai}	35	28	-	16	-	-	1 066	دومینیکا	
100 ^{ai}	28	19	0.27	42	0.3	0.10	2 749 409	جمهوری دومینیک	
96	14	7	0.14	46	3.6	0.09	9 608	اکوادور	
92	20	11	0.05	12	0.0	0.20	6 894 411	مصر	
100	13	7	0.14	58	0.0	0.02	1 443 743	السالوادور	

ضمیمه ۲
بخش ۱

کشورهای عضو

نوع داده

کشورهای عضو	کل جمعیت ^a (۰۰۰ ثانیه)			امید به زندگی در بدو تولد ^{b,c} (سال)			امید به زندگی سالم در بدو تولد ^{b,c} (سال)			نسبت مرگ و میر به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده
	تخمین قابل مقایسه			تخمین قابل مقایسه			تخمین قابل مقایسه			تخمین قابل مقایسه
	مرد	زن	هر دو جنسیت	مرد	زن	هر دو جنسیت	مرد	زن	هر دو جنسیت	2017
	2019			2019			2019			2017
گینه استوایی	754	602	1 356	60.9	63.6	62.2	53.4	54.1	53.9	301
اریتره	1 753	1 744	3 497	61.3	67.1	64.1	53.9	57.7	55.7	480
استونی	627	699	1 326	74.7	82.6	78.9	66.4	71.7	69.2	9
اسواتینی	563	585	1 148	53.4	63.2	57.7	47.1	53.8	50.1	437
اتیوپی	56 069	56 010	112 079	66.9	70.5	68.7	59.0	60.8	59.9	401
فیجی	451	439	890	65.9	70.3	68.0	58.5	60.7	59.6	34
فنلاند	2 727	2 805	5 532	79.2	84.0	81.6	69.9	72.0	71.0	3
فرانسه	31 524	33 605	65 130	79.8	85.1	82.5	71.1	73.1	72.1	8
گابن	1 106	1 066	2 173	63.6	69.7	66.5	56.0	59.3	57.6	252
گامبیا	1 164	1 183	2 348	63.4	67.7	65.5	56.4	57.7	57.0	597
گرجستان	1 906	2 091	3 997	68.8	77.8	73.3	61.4	67.9	64.7	25
آلمان	41 249	42 268	83 517	78.7	84.8	81.7	69.7	72.1	70.9	7
غنا	15 416	15 002	30 418	63.7	69.2	66.3	56.5	59.6	58.0	308
یونان	5 141	5 333	10 473	78.6	83.6	81.1	69.9	71.9	70.9	3
گرانادا	56	56	112	70.6	75.3	72.9	62.6	65.4	63.9	25
گواتمالا	8 660	8 922	17 581	69.0	75.0	72.0	60.5	64.1	62.3	95
گینه	6 166	6 605	12 771	59.5	62.3	61.0	52.9	53.7	53.3	576
گینه بیسائو	939	982	1 921	57.4	63.0	60.2	51.1	54.1	52.6	667
گویا	393	390	783	62.5	69.4	65.7	55.1	59.7	57.2	169
هائیتی	5 558	5 705	11 263	63.3	64.8	64.1	55.9	55.8	55.8	480
هندوراس	4 869	4 877	9 746	70.7	73.2	71.9	62.7	63.3	63.0	65
مجارستان	4 608	5 076	9 685	73.1	79.6	76.4	65.0	69.3	67.2	12
ایسلند	170	169	339	80.8	83.9	82.3	71.7	72.3	72.0	4
هند	710 130	656 288	1366 418	69.5	72.2	70.8	60.3	60.4	60.3	145
اندونزی	136 270	134 356	270 626	69.4	73.3	71.3	61.9	63.8	62.8	177
جمهوری اسلامی ایران	41 890	41 024	82 914	75.7	79.1	77.3	66.0	66.5	66.3	16
عراق	19 892	19 418	39 310	69.9	75.0	72.4	61.6	63.7	62.7	79
ایرلند	2 422	2 460	4 882	80.2	83.5	81.8	70.7	71.4	71.1	5
اسرائیل	4 237	4 282	8 519	80.8	84.4	82.6	72.0	72.7	72.4	3
ایتالیا	29 461	31 089	60 550	80.9	84.9	83.0	71.2	72.6	71.9	2
جامائیکا	1 464	1 485	2 948	74.4	77.7	76.0	65.9	67.3	66.6	80
ژاپن	61 950	64 910	126 860	81.5	86.9	84.3	72.6	75.5	74.1	5
اردن	5 113	4 988	10 102	77.0	78.8	77.9	68.1	67.2	67.6	46
قزاقستان	9 000	9 552	18 551	70.0	77.6	74.0	62.4	67.4	65.0	10
کنیا	26 122	26 452	52 574	63.7	68.4	66.1	56.4	58.9	57.7	342
کیریباتی	58	60	118	56.1	62.8	59.4	50.5	54.9	52.6	92
کویت	2 563	1 644	4 207	79.3	83.9	81.0	69.5	71.1	70.1	12
قرقیزستان	3 174	3 242	6 416	70.7	77.3	74.2	63.6	67.7	65.8	60
جمهوری دموکراتیک خلق لائوس	3 599	3 570	7 169	66.2	70.9	68.5	59.2	61.9	60.5	185
لتونی	878	1 029	1 907	70.6	79.8	75.4	62.9	69.3	66.2	19
لبنان	3 449	3 406	6 856	74.0	79.2	76.4	65.1	67.0	66.0	29
لسوتو	1 048	1 077	2 125	47.7	54.2	50.7	42.3	46.4	44.2	544
لیبریا	2 481	2 456	4 937	63.2	65.0	64.1	54.9	55.0	54.9	661
لیبی	3 423	3 355	6 777	74.2	77.3	75.8	64.9	65.5	65.2	72
لیتوانی	1 276	1 483	2 760	71.2	80.4	76.0	63.4	69.7	66.7	8
لوکزامبورگ	311	305	616	80.6	84.2	82.4	71.1	72.0	71.6	5
ماداگاسکار	13 453	13 516	26 969	64.1	66.6	65.3	56.9	57.7	57.3	335
مالاوی	9 185	9 443	18 629	62.3	68.9	65.6	55.1	59.0	57.1	349
مالزی	16 423	15 527	31 950	72.6	77.1	74.7	64.5	66.9	65.7	29
مالدیو	336	195	531	78.6	80.8	79.6	69.7	70.0	70.0	53
مالی	9 845	9 813	19 658	62.2	63.4	62.8	54.8	54.5	54.6	562
مالت	221	220	440	79.9	83.8	81.9	70.9	71.9	71.5	6
جزایر مارشال	-	-	59	-	-	-	-	-	-	-
موریتانی	2 272	2 254	4 526	68.1	68.7	68.4	60.2	59.4	59.8	766
موریس	627	643	1 270	71.0	77.3	74.1	62.0	65.9	63.9	61

3.1	3.2		3.3					اطلاعات پایه	کشورهای عضو
	نسبت تولد با حضور پرستل بهداشتی ماهر ^c (%)	نرخ مرگ و میر زیر پنج سال ^f (به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده)	نرخ مرگ و میر نوزادان ^f (در هر ۱۰۰۰ تولد زنده)	عفونت‌های جدید HIV ^e (به ازای هر ۱۰۰۰ جمعیت غیر آلوده)	بروز سل ^h (در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)	بروز مالاریا ^d (در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)	شیوع آنتی ژن سطحی هیاتیت در (HBsAg) ^B کودکان زیر ۵ سال (%)		
اطلاعات پایه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	اطلاعات پایه	
2011-2020	2019	2019	2019	2019	2018	2019	2019		
68 ^{ai}	82	29	4.06	181	237.1	6.07	429 326	گینه استوایی	
-	40	18	0.11	86	57.3	1.02	427 112	اریتره	
100	2	1	-	13	-	0.29	0	استونی	
88	49	18	4.90	363	0.7	-	406 184	اسواتینی	
50	51	28	0.16	140	34.3	1.59	76 238 251	اتیوپی	
100 ^{ai}	26	11	0.14	66	-	0.13	919 387	فیجی	
100 ^{aj}	2	1	-	4.7	-	0.81	8	فنلاند	
98 ^{aj}	4	3	-	8.7	-	0.15	55	فرانسه	
89 ^{ai}	42	20	0.74	521	211.9	2.12	937 923	گابن	
84	52	27	1.06	158	50.5	1.60	168 211	گامبیا	
100	10	5	-	74	0.0	0.06	48	گرجستان	
99 ^{aj}	4	2	-	5.8	-	0.21	113	آلمان	
79	46	23	0.70	144	161.5	2.13	17 220 101	غنا	
100 ^{ai}	4	2	-	4.3	-	0.14	0	یونان	
100 ^{ai}	17	11	-	3.1	-	0.12	106	گرانادا	
70 ^{ai}	25	12	0.07	26	0.2	0.03	4 957 871	گواتمالا	
55 ^{ai}	99	30	0.39	176	296.9	6.07	7 480 197	گینه	
54	78	35	1.15	361	86.9	2.11	1 232 549	گینه بیسائو	
96 ^{ai}	29	19	0.42	79	33.7	0.40	685 176	گویا	
42	63	25	0.52	170	1.4	1.04	5 921 717	هائیتی	
74 ^{aj}	17	9	0.11	31	0.1	0.03	2 214 843	هندوراس	
100 ^{ai}	4	2	-	6.3	-	0.90	0	مجارستان	
98 ^{aj}	2	1	-	4.4	-	0.15	0	ایسلند	
81 ^{ai}	34 ^{ak}	22 ^{ak}	-	193	4.3	0.16	733 660 997	هند	
95	24	12	-	312	2.4	1.30	98 728 063	اندونزی	
99 ^{ai}	14	9	0.05	13	0.0	0.05	8 251	جمهوری اسلامی ایران	
96	26	15	-	41	0.0	0.29	2 170 486	عراق	
100 ^{aj}	3	2	-	5.8	-	0.04	0	ایرلند	
-	4	2	-	2.9	-	0.05	0	اسرائیل	
100 ^{aj}	3	2	0.04	7.1	-	0.33	1	ایتالیا	
100	14	10	0.58	3.2	-	0.55	7 560	جامائیکا	
100 ^{aj}	2	1	-	13	-	0.96	8	ژاپن	
100	16	9	-	5.5	-	0.56	70	اردن	
100 ^{aj}	10	5	0.20	68	0.0	0.15	55	قزاقستان	
70	43	21	0.92	267	57.0	0.40	8 321 398	کنیا	
92 ^{ai}	51	22	-	436	-	1.57	122 769	کیریباتی	
100 ^{aj}	8	5	-	22	-	0.03	0	کویت	
100	18	12	0.14	110	0.0	0.15	2 169 854	قرقیزستان	
64	46	22	0.11	155	2.8	0.68	2 256 885	جمهوری دموکراتیک خلق لائوس	
100 ^{aj}	4	2	0.19	26	-	0.27	5	لتونی	
-	7	4	0.03	13	-	0.07	2	لبنان	
87	86	43	6.43	654	-	1.22	382 336	لسوتو	
84 ^{ai}	85	32	0.46	308	366.6	4.66	3 175 460	لیبریا	
100 ^{ai}	12	6	0.07	59	-	0.43	6 774	لیبی	
100 ^{ai}	4	2	0.09	42	-	0.05	51	لیتوانی	
-	3	1	-	9.0	-	0.06	1	لوکزامبورگ	
46 ^{ai}	51	20	0.23	233	76.1	2.13	21 125 732	ماداگاسکار	
90 ^{ai}	42	20	1.94	146	207.7	1.39	12 393 153	مالاوی	
100 ^{ai}	9	5	0.20	92	0.0	0.06	127 602	مالزی	
100	8	5	-	36	-	0.21	5 013	مالدیو	
67	94	32	-	52	333.7	4.62	7 735 946	مالی	
100 ^{aj}	7	5	-	14	-	0.20	1	مالت	
92	32	15	-	483	-	-	19 594	جزایر مارشال	
69	73	32	-	89	43.4	3.35	826 827	موریتانی	
100	16	10	0.57	12	-	0.41	0	موریس	

نوع داده	کل جمعیت ^a (۰۰۰ تانیه)			امید به زندگی در بدو تولد ^{b,c} (سال)			امید به زندگی سالم در بدو تولد ^{b,c} (سال)			نسبت مرگ و میر به ازای هر ۱۰,۰۰۰ تولد زنده
	تخمین قابل مقایسه			تخمین قابل مقایسه			تخمین قابل مقایسه			تخمین قابل مقایسه
	مرد	زن	هر دو جنسیت	مرد	زن	هر دو جنسیت	مرد	زن	هر دو جنسیت	2017
کشورهای عضو	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2017
مکزیک	62 403	65 172	127 576	73.1	78.9	76.0	64.3	67.2	65.8	33
میکرونزی (ایالات فدرال)	58	56	114	60.3	66.0	63.0	54.4	57.8	56.0	88
موناکو	-	-	39	-	-	-	-	-	-	-
مغولستان	1 590	1 635	3 225	63.8	72.8	68.1	57.1	63.8	60.3	45
مونته نگرو	311	317	628	73.2	78.7	75.9	65.2	68.7	67.0	6
مراکش	18 093	18 379	36 472	71.7	74.3	73.0	63.7	63.7	63.7	70
موزامبیک	14 746	15 620	30 366	54.5	61.7	58.1	47.9	52.8	50.4	289
میانمار	26 045	28 001	54 045	65.9	72.2	69.1	58.8	62.8	60.9	250
نامیبیا	1 209	1 286	2 495	60.6	68.4	64.6	53.4	58.6	56.1	195
نائورو	-	-	11	-	-	-	-	-	-	-
نیپال	13 047	15 562	28 609	68.9	72.7	70.9	60.6	62.1	61.3	186
هلند	8 515	8 582	17 097	80.4	83.1	81.8	71.3	71.5	71.4	5
نیوزلند	2 351	2 432	4 783	80.4	83.5	82.0	69.6	70.8	70.2	9
نیکاراگوئه	3 226	3 320	6 546	72.1	77.9	75.0	63.7	67.2	65.5	98
نیجر	11 714	11 596	23 311	62.1	64.6	63.3	55.3	55.8	55.5	509
نیجریه	101 832	99 132	200 964	61.2	64.1	62.6	53.9	54.9	54.4	917
نیو	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-
مقدونیه شمالی	1 042	1 041	2 083	72.8	76.9	74.8	65.1	67.3	66.1	7
نروژ	2 717	2 662	5 379	81.1	84.1	82.6	71.0	71.6	71.4	2
عمان	3 284	1 691	4 975	73.0	75.3	73.9	64.5	64.5	64.7	19
پاکستان	111 448	105 118	216 565	64.6	66.7	65.6	56.9	56.8	56.9	140
پالائو	-	-	18	-	-	-	-	-	-	-
پاناما	2 126	2 120	4 246	76.6	82.1	79.3	67.4	70.0	68.7	52
پاپوآ گینه نو	4 480	4 296	8 776	63.4	67.4	65.3	56.2	58.1	57.1	145
پاراگوئه	3 581	3 464	7 045	73.1	78.8	75.8	64.5	67.3	65.8	84
پرو	16 148	16 362	32 510	78.5	81.3	79.9	69.2	69.8	69.5	88
فیلیپین	54 316	53 801	108 117	67.4	73.6	70.4	60.1	63.9	62.0	121
لهستان	18 361	19 527	37 888	74.5	81.9	78.3	65.9	71.3	68.7	2
پرتغال	4 837	5 390	10 226	78.6	84.4	81.6	69.6	72.2	71.0	8
قطر	2 134	699	2 832	78.0	76.6	77.2	68.1	65.1	67.1	9
جمهوری کره	25 649	25 576	51 225	80.3	86.1	83.3	71.3	74.7	73.1	11
جمهوری مولداوی	1 938	2 105	4 043	69.3	77.1	73.3	61.9	67.1	64.5	19
رومانی	9 418	9 946	19 365	72.0	79.3	75.6	64.3	69.4	66.8	19
فدراسیون روسیه	67 603	78 269	145 872	68.2	78.0	73.2	60.7	67.5	64.2	17
روندا	6 206	6 421	12 627	66.9	71.2	69.1	59.0	61.4	60.2	248
سنت کیش و نویس	-	-	53	-	-	-	-	-	-	-
سنت لوسیا	90	93	183	71.3	77.7	74.3	63.0	66.6	64.7	117
سنت وینسنت و گرنادین	56	54	111	71.3	75.3	73.2	62.9	65.1	64.0	68
ساموآ	102	95	197	69.2	71.8	70.5	61.8	62.5	62.1	43
سن مارینو	-	-	34	-	-	-	-	-	-	-
سائوتومه و پرنسپ	108	107	215	68.8	72.0	70.4	60.9	62.2	61.6	130
عربستان سعودی	19 784	14 485	34 269	73.1	76.1	74.3	63.8	64.4	64.0	17
سنگال	7 946	8 350	16 296	66.8	70.1	68.6	58.8	59.9	59.4	315
صربستان	4 297	4 475	8 772	73.5	78.3	75.9	65.4	68.4	66.9	12
سیشل	50	48	98	70.0	77.1	73.3	61.9	66.4	64.0	53
سیرالئون	3 898	3 915	7 813	59.6	61.9	60.8	52.5	53.3	52.9	1120
سنگاپور	3 038	2 766	5 804	81.0	85.5	83.2	72.4	74.7	73.6	8
اسلواکی	2 657	2 800	5 457	74.8	81.4	78.2	66.2	70.8	68.5	5
اسلوانی	1 035	1 044	2 079	78.6	84.1	81.3	69.0	72.5	70.7	7
جزایر سلیمان	341	329	670	62.9	67.9	65.2	56.5	59.1	57.8	104
سومالی	7 700	7 743	15 443	54.0	59.2	56.5	48.3	51.3	49.7	829
آفریقای جنوبی	28 859	29 699	58 558	62.2	68.3	65.3	54.6	57.7	56.2	119
سودان جنوبی	5 537	5 526	11 062	60.8	64.8	62.8	52.9	54.5	53.7	1150
اسپانیا	22 961	23 776	46 737	80.7	85.7	83.2	71.3	72.9	72.1	4
سريلانكا	10 233	11 090	21 324	73.8	79.8	76.9	65.1	69.0	67.0	36

3.1	3.2		3.3				اطلاعات پایه	کشورهای عضو
	نسبت تولد با حضور پرسنل بهداشتی ماهر ^۴ (%)	نرخ مرگ و میر زیر پنج سال ^۴ (به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده)	نرخ مرگ و میر نوزادان ^۴ (در هر ۱۰۰۰ تولد زنده)	عفونت‌های جدید HIV ^۵ (به ازای هر ۱۰۰۰ جمعیت غیر آلوده)	بروز سل ^۶ (در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)	بروز مالاریا ^۷ (در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)		
اطلاعات پایه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	اطلاعات پایه	
2011-2020	2019	2019	2019	2019	2018	2019	2019	
97	14	9	-	23	0.2	0.03	19 900 177	مکزیک
-	29	16	-	100	-	0.40	70 736	میکرونزی (ایالات فدرال)
-	3	2	-	0.0	-	-	0	موناکو
99 ^{ai}	16	8	0.01	428	-	0.47	0	مغولستان
99	2	1	0.05	15	-	0.67	0	مونتنگرو
87	21	14	0.02	97	0.0	0.16	5 576	مراکش
73	74	29	4.68	361	308.4	0.59	21 517 399	موزامبیک
60 ^{ai}	45	22	0.19	322	2.3	1.11	23 748 613	میانمار
88	42	19	3.10	486	2.8	0.36	1 094 020	نامیبیا
-	31	20	-	182	-	-	10 774	نائورو
77 ^{ai}	31	20	0.03	238	0.1	0.16	14 118 850	نیپال
-	4	3	0.02	5.0	-	0.08	0	هلند
96 ^{ai}	5	3	0.03	7.5	-	0.77	6	نیوزلند
96 ^{ai}	17	10	0.06	43	5.9	0.09	1 611 101	نیکاراگوئه
39 ^{ai}	80	24	0.06	84	343.2	3.44	14 046 246	نیجر
43 ^{ai}	117	36	0.52	219	303.3	2.94	134 545 208	نیجریه
100 ^{ai}	23	13	-	0.0	-	-	0	نیو
100	6	4	-	12	-	-	0	مقدونیه شمالی
99 ^{ai}	2	1	-	3.3	-	0.02	3	نروژ
99	11	5	0.04	8.5	0.0	0.13	80	عمان
71 ^{ai}	67	41	0.12	263	3.3	0.91	25 234 450	پاکستان
100	17	9	-	38	-	-	3	پالائو
93	15	9	-	37	0.4	0.07	51 175	پاناما
56 ^{ai}	45	22	0.38	432	156.4	1.36	6 982 087	پاپوآ گینه نو
98 ^{ai}	19	11	0.16	46	0.0	0.42	1 974 836	پاراگوئه
94	13	6	0.10	119	3.6	0.06	342 185	پرو
84	27	13	0.14	554	0.7	0.38	47 496 283	فیلیپین
100	4	3	-	15	-	0.01	46	لهستان
100	4	2	-	19	-	0.02	11	پر تغال
100	7	3	-	35	-	0.05	22	قطر
100 ^{ai}	3	2	-	59	0.1	0.09	4	جمهوری کره
100	14	11	0.23	80	-	0.20	0	جمهوری مولداوی
95	7	3	0.04	66	-	0.29	0	رومانی
100 ^{ai}	6	3	-	50	-	0.55	1	فدراسیون روسیه
94 ^{ai}	34	16	0.44	57	366.1	0.49	5 015 979	روندا
100 ^{ai}	15	10	-	1.5	-	-	46	سنت کیش و نویس
100 ^{ai}	22	13	-	3.8	-	0.22	26	سنت لوسیا
99 ^{ai}	15	9	-	4.2	-	0.15	702	سنت وینسنت و گرنادین
89	15	8	-	11	-	0.34	191 219	ساموآ
-	2	1	-	0.0	-	-	0	سن مارینو
97	30	14	-	114	11.4	1.31	201 114	سائوتومه و پرنسپ
99 ^{ai}	7	4	-	9.9	<0.1	0.00	1 113	عربستان سعودی
75	45	22	0.09	117	50.5	0.93	8 815 619	سنگال
100	5	3	0.02	14	-	0.04	0	سرستان
99 ^{ai}	14	9	-	16	-	0.09	0	سیشل
87	109	31	0.65	295	334.8	1.98	6 910 107	سیرالئون
100 ^{ai}	3	1	0.03	41	-	0.13	15 998	سنگاپور
98	6	3	-	4.5	-	0.31	11	اسلواکی
100 ^{ai}	2	1	-	5.4	-	1.12	1	اسلوونی
86 ^{ai}	20	8	-	66	247.9	0.87	493 611	جزایر سلیمان
32 ^{ai}	117	37	0.03	258	49.1	6.32	2 286 299	سومالی
97	34	11	3.98	615	0.5	3.10	18 807 465	آفریقای جنوبی
-	96	39	1.50	227	272.0	13.03	8 472 338	سودان جنوبی
100	3	2	0.06	9.3	-	0.13	7	اسپانیا
100	7	4	<0.01	64	0.0	0.34	106 353	سرلانکا

		3.1									
نوع داده	ضمیمه ۲ بخش ۱	کل جمعیت ^a (۰۰۰ ثانیه)			امید به زندگی در بدو تولد ^{b,c} (سال)			امید به زندگی سالم در بدو تولد ^{b,c} (سال)			نسبت مرگ و میر به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده
		تخمین قابل مقایسه			تخمین قابل مقایسه			تخمین قابل مقایسه			تخمین قابل مقایسه
		مرد	زن	هر دو جنسیت	مرد	زن	هر دو جنسیت	مرد	زن	هر دو جنسیت	2017
		2019			2019			2019			
کشورهای عضو											
سودان		21 388	21 425	42 813	67.6	70.8	69.1	59.6	60.3	59.9	295
سورینام		292	289	581	68.5	74.6	71.5	60.7	64.2	62.4	120
سوئد		5 026	5 011	10 036	80.8	84.0	82.4	71.7	72.1	71.9	4
سوئیس		4 261	4 331	8 591	81.8	85.1	83.4	72.2	72.8	72.5	5
جمهوری عربی سوریه		8 555	8 516	17 070	71.2	74.3	72.7	62.5	63.3	62.9	31
تاجیکستان		4 698	4 623	9 321	67.6	71.5	69.5	60.9	63.2	62.0	17
تایلند		33 905	35 721	69 626	74.4	81.0	77.7	65.9	70.6	68.3	37
تیمور شرقی		654	640	1 293	67.9	71.4	69.6	59.8	62.0	60.9	142
توگو		4 021	4 062	8 082	61.5	67.2	64.3	54.7	57.8	56.2	396
تونگا		52	52	104	69.8	75.6	72.6	62.7	65.5	64.0	52
ترینیداد و توباگو		689	706	1 395	72.5	79.9	76.1	64.0	68.6	66.2	67
تونس		5 798	5 897	11 695	74.9	79.2	77.0	66.1	67.7	66.9	43
ترکیه		41 174	42 256	83 430	76.4	80.7	78.6	67.8	69.0	68.4	17
ترکمنستان		2 926	3 016	5 942	66.5	73.0	69.7	59.9	64.3	62.1	7
تووالو		-	-	12	-	-	-	-	-	-	-
اوگاندا		21 807	22 462	44 270	63.2	70.1	66.7	56.0	60.4	58.2	375
اوکراین		20 379	23 615	43 994	68.0	77.8	73.0	60.6	67.8	64.3	19
امارات متحده عربی		6 767	3 004	9 771	75.1	78.4	76.1	65.8	66.2	66.0	3
بریتانیا		33 351	34 179	67 530	79.8	83.0	81.4	69.6	70.6	70.1	7
جمهوری متحد تانزانیا		28 981	29 025	58 005	65.4	69.3	67.3	57.6	59.3	58.5	524
ایالات متحده آمریکا		162 826	166 239	329 065	76.3	80.7	78.5	65.2	67.0	66.1	19
اروگوئه		1 672	1 790	3 462	73.5	80.6	77.1	65.4	69.5	67.5	17
ازبکستان		16 450	16 532	32 982	70.8	75.2	73.0	63.5	65.8	64.7	29
وانواتو		152	148	300	62.7	68.3	65.3	56.4	59.4	57.8	72
ونزوئلا (جمهوری بولیوار)		14 045	14 471	28 516	69.9	78.2	73.9	61.9	67.1	64.4	125
ویتنام		48 151	48 311	96 462	69.6	78.1	73.7	62.4	68.3	65.3	43
یمن		14 692	14 470	29 162	64.4	68.9	66.6	56.9	58.2	57.5	164
زامبیا		8 843	9 018	17 861	59.5	65.4	62.5	52.5	56.3	54.4	213
زیمباوه		6 983	7 662	14 645	57.5	63.6	60.7	51.2	54.8	53.1	458

مناطق سازمان جهانی بهداشت	2019			2019			2019			2017
منطقه آفریقا	545 008	546 751	1 091 759	62.4	66.6	64.5	55.0	57.1	56.0	525
منطقه آمریکا	497 928	511 897	1 009 950	74.5	79.8	77.2	64.8	67.5	66.2	57
منطقه جنوب شرق آسیا	1 026 050	975 896	2 001 946	69.9	73.1	71.4	61.1	61.9	61.5	152
منطقه اروپا	451 018	478 998	930 167	75.1	81.3	78.2	66.6	70.0	68.3	13
منطقه مدیترانه شرقی	367 791	344 485	712 276	68.3	71.3	69.7	60.2	60.7	60.4	164
منطقه غرب اقیانوس آرام	982 936	947 812	1 930 867	74.8	80.8	77.7	67.0	70.2	68.6	41
جهانی	3 870 732	3 805 840	7 676 965	70.8	75.9	73.3	62.5	64.9	63.7	211

3.1	3.2		3.3					
نسبت تولد با حضور پرسنل بهداشتی ماهر(%) ^۹	نرخ مرگ و میر زیر پنج سال ^۴ (به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده)	نرخ مرگ و میر نوزادان ^۴ (در هر ۱۰۰۰ تولد زنده)	عفونت‌های جدید HIV ^۵ (به ازای هر ۱۰۰۰ جمعیت غیر آلوده)	بروز سل ^۶ (در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)	بروز مالاریا ^۷ (در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)	شیوع آنتی ژن سطحی هیپاتیت B ^۸ (HBsAg) در کودکان زیر ۵ سال (%)	تعداد افرادی که نیاز به مداخله در برابر NTD دارند	
اطلاعات پایه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	اطلاعات پایه	
2011-2020	2019	2019	2019	2019	2018	2019	2019	
78 ^{ai}	58	27	0.08	67	55.4	1.66	12 015 065	سودان
98 ^{ai}	18	11	0.45	29	1.1	0.07	241	سورینام
-	3	1	-	5.5	-	0.13	28	سوئد
-	4	3	0.03	5.4	-	0.16	0	سوئیس
-	22	11	<0.01	19	0.0	0.69	2 440 286	جمهوری عربی سوریه
95	34	15	0.17	83	0.0	0.18	3 161 746	تاجیکستان
99 ^{ai}	9	5	0.08	150	0.3	0.27	129 102	تایلند
57 ^{ai}	44	20	0.15	498	0.0	0.72	1 327 038	تیمور شرقی
69 ^{ai}	67	25	0.59	37	225.0	3.27	4 311 460	توگو
98 ^{ai}	17	7	-	11	-	0.89	37 131	تونگا
100 ^{ai}	18	12	0.07	18	-	0.19	442	ترینیداد و توبگو
100	17	12	0.05	35	-	0.12	7 085	تونس
99 ^{ai}	10	5	-	16	0.0	0.11	0	ترکیه
100 ^{ai}	42	24	-	45	0.0	0.07	105	ترکمنستان
-	24	16	-	296	-	-	11 500	تووالو
74	46	20	1.38	200	262.7	0.96	24 639 995	اوگاندا
100 ^{ai}	8	5	0.28	77	-	0.25	0	اوکراین
100 ^{ai}	7	4	-	1.0	0.0	0.02	55	امارات متحده عربی
-	4	3	-	8.0	-	0.41	5	بریتانیا
64 ^{ai}	50	20	1.46	237	111.2	-	27 086 592	جمهوری متحد تانزانیا
99	6	4	-	3.0	-	0.01	1 158	ایالات متحده آمریکا
100 ^{ai}	7	4	-	35	-	0.15	13	اروگوئه
100 ^{ai}	17	10	0.13	67	0.0	0.16	405 951	ازبکستان
89 ^{ai}	26	11	-	41	3.5	2.25	291 481	وانواتو
99 ^{ai}	24	15	0.19	45	32.8	0.15	8 062 142	ونزوئلا (جمهوری بولیوار)
94	20	10	0.05	176	0.1	0.64	7 368 702	ویتنام
45 ^{ai}	58	27	0.04	48	46.4	1.76	10 471 813	یمن
80 ^{ai}	62 ^{ai}	23 ^{ai}	3.17	333	147.7	1.32	12 032 435	زامبیا
86	55	26	2.81	199	67.9	2.74	10 660 813	زیمباوه

کشورهای عضو

2014-2020	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	
65	74	27	0.94	226	225.2	2.53	590 380 426	منطقه آفریقا
96	13	7	0.17	29	6.4	0.07	63 062 825	منطقه آمریکا
81	32	20	0.08	217	3.9	0.38	933 812 197	منطقه جنوب شرق آسیا
99	8	4	0.21	26	0.0	0.26	6 424 369	منطقه اروپا
81	46	25	0.07	114	10.4	0.84	77 874 457	منطقه مدیترانه شرقی
98	11	6	0.06	93	2.3	0.30	71 521 277	منطقه غرب اقیانوس آرام
83	38	17	0.22	130	56.8	0.94	1 743 075 551	جهانی

ضمیمه ۲
بخش ۲

کشورهای عضو

نوع داده

	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8		
	احتمال مرگ در اثر هر یک از CVD، سرطان، دیابت، CRD بین سنین ۳۰ تا سن دقیق ۷۰٪)	نرخ ^۱ مرگ و میر خودکشی، (به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)	کل سرانه ^m مصرف الکل (۱۵ سال سن) (لیتر الکل خالص)	نرخ ^۱ مرگ و میر ترافیک جاده ای (به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)	نسبت زنان در سنین باروری که نیازمند به تنظیم خانواده با روش های ^۱ مدرن هستند (%)	نرخ ^۲ زایمان نوجوانان (به ازای هر ۱۰۰۰ زن ۱۵ تا ۱۹ ساله)	شاخص پوشش خدمات p
	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	تخمین قابل مقایسه	
	2019	2019	2019	2019	2011-2020	2011-2020	2017
افغانستان	35.3	4.1	<0.1	15.9	42.2 ^{am}	62.0	37
آلبانی	11.4	4.3	6.8	11.7	6.3	14.2	59
الجزایر	13.9	2.5	0.6	20.9	77.2 ^{am}	12.0	78
آندورا	-	-	12.3	-	-	2.7	-
آنگولا	22.2	6.1	7.8	26.1	29.8	163.0	40
آنتیگوا و باربودا	17.5	0.4	9.4	0.0	-	27.7	73
آرژانتین	15.7	8.4	9.5	14.1	-	49.9	76
ارمنستان	19.9	3.3	4.7	20.0	40.2 ^{am}	18.9	69
استرالیا	8.6	12.5	10.4	4.9	-	9.4	87
اتریش	10.4	14.6	11.9	4.9	-	5.5	79
آذربایجان	27.2	4.1	1.0	6.7	-	48.1	65
باهاماس	19.9	3.5	4.8	7.7	-	29.0	75
بحرین	16.1	8.9	1.1	5.2	-	12.5	77
بنگلادش	18.9	3.7	0.0	15.3	77.4 ^{am}	74.0	48
باربادوس	16.0	0.6	10.4	8.2	69.9 ^{am}	-	77
بلاروس	23.8	21.2	11.0	7.6	73.0 ^{am}	11.7	76
بلژیک	10.6	18.3	10.8	5.8	-	5.5	84
بلیز	16.5	7.1	6.4	22.6	64.9	58.2	64
بنین	22.6	7.8	2.2	26.8	28.0	108.0	40
یونان	18.5	4.6	0.2	16.2	-	-	62
بولیوی (دولت چند ملیتی)	17.9	6.2	3.9	21.1	50.3 ^{am}	71.0	68
بوسنی و هرزگوین	18.7	10.9	7.8	13.5	21.9 ^{am}	10.1	61
بوتسوانا	27.0	16.1	6.6	26.4	-	51.9	61
برزیل	15.5	6.9	7.3	16.0	-	49.1	79
برونئی دارالسلام	18.5	2.7	0.5	7.5	-	9.9	81
بلغارستان	24.2	9.7	12.5	9.2	-	38.9	66
بورکینافاسو	23.9	7.5	11.0	31.0	52.6	132.3	40
بروندی	25.0	6.2	7.5	35.5	39.6	58.2	42
کابورده	17.4	12.9	6.4	26.8	-	12.0	69
کامبوج	22.5	4.9	7.8	19.6	56.5	30.0	60
کامرون	23.9	9.0	5.5	30.2	44.9	122.2	46
کانادا	9.6	11.8	8.8	5.3	-	6.6	89
جمهوری مرکزی آفریقا	36.0	12.3	1.7	37.7	27.6	-	33
چاد	22.7	6.4	1.3	32.4	17.5 ^{am}	179.4	28
شیلی	10.0	9.0	8.9	14.9	-	22.6	70
چین	15.9	8.1	6.0	17.4	-	9.2	79
کلمبیا	9.7	3.9	5.5	15.4	86.6	57.9	76
کوموروس	20.6	5.4	1.1	26.6	28.8	70.3	52
کنگو	22.6	6.5	9.2	29.7	43.2	111.3	39
جزایر کوک	-	-	10.9	-	-	41.9	-
کاستاریکا	9.5	8.1	4.1	14.8	80.8	40.9	77
ساحل عاج	21.7	8.9	3.0	24.1	43.5	123.3	47
کرواسی	16.1	16.4	8.7	7.9	-	8.6	71
کوبا	16.6	14.5	6.3	8.9	86.9	53.3	83
قبرس	8.2	3.6	10.8	5.8	-	7.8	78
چک	14.3	12.2	14.3	5.9	-	10.8	76
جمهوری دموکراتیک خلق کره	23.9	9.4	4.2	24.2	89.6 ^{am}	1.0	71
جمهوری دموکراتیک کنگو	24.0	6.7	1.1	34.9	33.0	109.0	41
دانمارک	10.8	10.7	10.1	3.7	-	2.0	81
جیبوتی	22.0	9.6	0.4	23.5	-	21.0	47
دومینیکا	-	-	7.2	-	-	-	-
جمهوری دومینیکن	19.1	4.9	6.7	64.6	81.7	53.5	74
اکوادور	11.0	7.6	3.3	20.1	79.4 ^{am}	63.5	77
مصر	28.0	3.0	0.1	10.1	80.0 ^{am}	51.8	68
السالوادور	10.7	6.1	4.1	20.9	80.0	69.7	76

3.8		3.9			3.a		کشورهای عضو
جمعیت دارای هزینه‌های سلامت خانوار < ۱٪ از کل هزینه یا درآمد ^q خانوار (%)	جمعیت دارای هزینه‌های سلامت خانوار < ۲.۵٪ از کل هزینه یا درآمد ^ه خانوار (%)	نرخ مرگ‌ومیر استاندارد شده سنی متناسب به آلودگی ^ت هوای خانگی و محیطی (به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)	نرخ مرگ‌ومیر متناسب به قرارگیری در معرض خدمات ^ت شستشوی نالین (به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)	میزان مرگ‌ومیر ناشی از مسمومیت ^ل غیر عمد (به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)	میزان مرگ‌ومیر ناشی از مسمومیت ^ل غیر عمد (به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)	تخمین قابل مقایسه	
اطلاعات پایه 2011-2018	اطلاعات پایه 2011-2018	تخمین قابل مقایسه 2016	تخمین قابل مقایسه 2016	تخمین قابل مقایسه 2019	تخمین قابل مقایسه 2018		
14.6	2.0	211.1	13.9	1.0	-	افغانستان	
16.7	5.0	68.0	0.2	0.3	29.2 ^{an}	آلبانی	
-	-	49.7	1.9	0.7	18.8	الجزایر	
-	-	-	-	-	33.8 ^{an}	آندورا	
-	-	118.5	48.8	2.0	-	آنگولا	
-	-	29.9	0.1	0.7	-	آنتیگوا و باربودا	
-	-	26.6	0.4	0.4	21.8	آرژانتین	
16.1	4.9	54.8	0.2	0.7	26.7 ^{an}	ارمنستان	
-	-	8.4	0.1	0.1	16.2	استرالیا	
-	-	15.3	0.1	0.2	29.1 ^{an}	اتریش	
-	-	63.9	1.1	0.9	19.6 ^{an}	آذربایجان	
2.7	0.2	19.9	0.1	0.2	10.9 ^{an}	باهاماس	
-	-	40.1	<0.1	0.3	25.1	بحرین	
24.7	9.5	149.0	11.9	0.3	39.1	بنگلادش	
16.4	3.8	31.1	0.2	0.7	8.7	باربادوس	
9.2	0.7	60.7	0.1	3.3	26.6 ^{an}	بلاروس	
-	-	15.7	0.3	0.4	25.0 ^{an}	بلژیک	
-	-	68.6	1.0	0.4	-	بلیز	
10.9	5.4	205.0	59.7	2.6	7.2	بنین	
1.8	0.4	124.5	3.9	0.2	-	بوتان	
6.0	1.1	63.7	5.6	0.6	-	بولیوی (دولت چند ملیتی)	
8.2	1.4	79.8	0.1	0.4	38.3 ^{an}	بوسنی و هرزگوین	
-	-	101.3	11.8	1.8	23.7	بوتسوانا	
-	-	29.9	1.0	0.1	16.5	برزیل	
-	-	13.3	<0.1	0.0	15.5 ^{an}	برونئی دارالسلام	
-	-	61.8	0.1	0.5	38.9 ^{an}	بلغارستان	
3.1	0.4	206.2	49.6	3.1	16.0	بورکینافاسو	
3.3	0.4	179.9	65.4	3.2	12.6	بروندی	
-	-	99.5	4.1	0.4	-	کابورده	
15.3	5.2	149.8	6.5	0.5	21.8	کمبوج	
10.8	3.0	208.1	45.2	2.6	9.3	کامرون	
-	-	7.0	0.4	0.3	17.5	کانادا	
-	-	211.9	82.1	2.8	-	جمهوری مرکزی آفریقا	
-	-	280.1	101.0	3.5	11.8	چاد	
14.6	2.1	25.3	0.2	0.4	44.7 ^{an}	شیلی	
19.7	5.4	112.7	0.6	1.8	24.7	چین	
8.2	2.2	37.0	0.8	0.1	7.9 ^{an}	کلمبیا	
8.8	1.6	172.4	50.7	2.4	19.5	کوموروس	
4.6	0.7	130.7	38.7	1.3	16.1	کنگو	
-	-	-	-	-	26.6 ^{an}	جزایر کوک	
9.8	1.7	23.3	0.9	0.1	9.8 ^{an}	کاستاریکا	
12.4	3.4	269.1	47.2	2.5	13.0	ساحل عاج	
-	-	35.5	0.1	0.4	36.6 ^{an}	کرواسی	
-	-	49.5	1.0	0.2	27.1 ^{an}	کوبا	
-	-	20.1	0.3	0.3	36.7 ^{an}	قبرس	
-	-	29.6	0.2	0.4	31.5 ^{an}	چک	
-	-	207.2	1.4	1.4	18.8 ^{an}	جمهوری دموکراتیک خلق کره	
4.8	0.6	163.9	59.8	2.0	-	جمهوری دموکراتیک کنگو	
-	-	13.2	0.3	0.1	18.6 ^{an}	دانمارک	
-	-	159.0	31.3	2.5	-	جیبوتی	
-	-	-	-	-	-	دومینیکا	
-	-	43.0	2.2	0.4	9.4 ^{an}	جمهوری دومینیک	
10.3	2.4	24.5	0.6	0.3	-	اکوادور	
26.2	3.9	108.9	2.0	0.2	21.4	مصر	
1.7	0.3	41.9	2.0	0.2	12.7	السالوادور	

ضمیمه ۲
بخش ۲

کشورهای عضو

نوع داده

کشورهای عضو	3.4		3.5		3.6		3.7		3.8		
	احتمال مرگ در اثر هر یک از CVD، سرطان، دیابت، CRD بین سنین ۳۰ تا سن دقیق ۷۰٪)	نرخ ^۱ مرگ و میر خودکشی، (به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت)	کل سرانه ^۳ مصرف الکل (۱۵ سال سن) (لیتر الکل خالص)	نرخ ^۱ مرگ و میر ترافیک جاده ای (به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت)	نسبت زنان در سنین باروری که نیازمند به تنظیم خانواده با روش های ^۲ مدرن هستند (%)	نرخ ^۴ زایمان نوجوانان (به ازای هر ۱۰۰۰ زن ۱۵ تا ۱۹ ساله)	شاخص پوشش خدمات p	تخمین قابل مقایسه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	تخمین قابل مقایسه
	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	تخمین قابل مقایسه
	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2019	2011-2020	2011-2020	2011-2020	2017
گینه استوایی	22.1	7.9	6.9	27.2	20.7 ^{am}	-	45				
اریتره	26.8	10.9	2.1	37.9	-	-	38				
استونی	14.9	14.9	10.8	4.5	-	9.6	75				
اسواتینی	35.2	29.4	8.8	33.5	82.9	87.1	63				
اتیوپی	17.1	5.4	2.2	28.2	63.6	79.5	39				
فیجی	37.7	9.0	3.7	13.5	-	23.1	64				
فنلاند	9.6	15.3	10.7	3.9	-	4.3	78				
فرانسه	10.6	13.8	12.2	5.1	-	8.6	78				
گابن	21.3	8.4	8.1	23.9	44.0	91.0	49				
گامبیا	21.1	4.8	3.4	29.6	39.7 ^{am}	67.5	44				
گرجستان	24.9	9.2	9.5	12.4	50.5 ^{am}	29.4	66				
آلمان	12.1	12.3	12.8	3.8	-	7.2	83				
غنا	22.5	6.6	2.8	25.7	40.4	78.0	47				
یونان	12.5	5.1	10.5	8.3	-	8.6	75				
گرانادا	23.3	0.7	9.0	8.0	-	35.9	72				
گواتمالا	16.5	5.9	1.6	22.9	66.1	77.4	55				
گینه	24.9	7.0	1.1	29.7	37.7	120.0	37				
گینه بیسائو	24.9	7.0	5.5	32.2	60.0 ^{am}	84.0	40				
گویا	29.2	40.3	5.3	22.3	51.5	73.7	72				
هائیتی	31.3	9.6	3.0	18.8	45.4	54.8	49				
هندوراس	18.7	2.1	3.9	16.1	76.0	88.7	65				
مجارستان	22.1	16.6	11.1	7.7	-	22.0	74				
ایسلند	8.7	11.9	9.2	2.0	-	5.3	84				
هند	21.9	12.7	5.6	15.6	72.8	12.2	55				
اندونزی	24.8	2.4	0.2	11.3	77.0	36.0	57				
جمهوری اسلامی ایران	14.8	5.2	1.0	21.5	68.6 ^{am}	31.1	72				
عراق	23.5	3.6	0.4	27.3	53.7 ^{am}	70.0	61				
ایرلند	9.7	9.6	12.7	3.1	-	6.2	76				
اسرائیل	8.8	5.3	4.4	3.9	-	8.2	82				
ایتالیا	9.0	6.7	8.0	5.3	-	4.1	82				
جامائیکا	16.9	2.4	4.2	15.1	-	51.7	65				
ژاپن	8.3	15.3	10.1	3.6	-	3.1	83				
اردن	15.3	1.6	0.5	17.0	56.7 ^{am}	27.0	76				
قزاقستان	22.4	17.6	5.0	12.7	73.2 ^{am}	23.2	76				
کنیا	21.0	6.1	2.1	28.3	74.4	96.0	55				
کیریباتی	50.8	28.3	2.3	1.9	53.1 ^{am}	50.6	41				
کویت	11.9	2.9	0.0	15.4	-	5.0	76				
فرهیزستان	20.3	7.4	4.9	12.7	64.6	37.7	70				
جمهوری دموکراتیک خلق لائوس	26.8	5.4	12.1	17.9	72.3	83.4	51				
لتونی	21.6	20.1	13.2	8.1	-	12.1	71				
لبنان	19.9	2.8	1.5	16.4	-	11.7	73				
لسوتو	42.7	72.4	5.1	31.9	82.8	90.8	48				
لیبریا	17.8	4.4	5.4	38.9	41.0 ^{am}	128.0	39				
لیبی	18.6	4.5	<0.1	21.3	24.0 ^{am}	10.9	64				
لیتوانی	19.3	26.1	12.8	8.1	-	11.2	73				
لوکزامبورگ	9.7	11.3	12.4	4.1	-	4.6	83				
ماداگاسکار	26.0	5.5	2.0	29.2	65.9	150.8	28				
مالاوی	22.6	5.4	4.1	33.4	73.9	137.6	46				
مالزی	18.4	5.7	0.9	22.5	-	8.8	73				
مالدیو	11.6	2.7	2.8	1.6	29.2	8.9	62				
مالی	22.3	4.1	1.3	22.7	41.2	164.0	38				
مالت	10.5	6.1	8.3	4.1	-	12.1	82				
جزایر مارشال	-	-	-	-	-	84.5	-				
موریتانی	16.1	3.1	0.0	25.6	30.4 ^{am}	84.0	41				
موریس	23.2	9.5	4.8	12.2	40.8 ^{am}	23.2	63				
	15.6	5.3	5.0	12.8	79.8	62.0	76				

3.8		3.9		3.a		کشورهای عضو
جمعیت دارای هزینه‌های سلامت خانوار < ۱۰٪ از کل هزینه یا درآمد ^q خانوار (%)	جمعیت دارای هزینه‌های سلامت خانوار < ۲۵٪ از کل هزینه یا درآمد ^q خانوار (%)	نرخ مرگ‌ومیر استاندارد شده سنی متناسب به آلودگی ^{۲۲} هوای خانگی و محیطی (به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت)	نرخ مرگ‌ومیر متناسب به قرارگیری در معرض خدمات ^{۲۳} شستشوی نالین (به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت)	میزان مرگ‌ومیر ناشی از مسمومیت ^{۲۴} غیر عمد (به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت)	میزان مرگ‌ومیر ناشی از مسمومیت ^{۲۵} غیر عمد (به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت)	
اطلاعات پایه 2011-2018	اطلاعات پایه 2011-2018	تخمین قابل مقایسه 2016	تخمین قابل مقایسه 2016	تخمین قابل مقایسه 2019	تخمین قابل مقایسه 2018	
-	-	177.7	22.3	1.6	-	گینه استوایی
-	-	173.7	45.6	3.3	7.2	اریتره
-	-	25.0	<0.1	0.6	30.5 ^{an}	استونی
-	-	137.0	27.9	3.3	10.7	اسواتینی
4.9	1.4	144.4	43.7	3.3	4.6	اتیوپی
-	-	99.0	2.9	0.3	26.7 ^{an}	فیجی
-	-	7.2	<0.1	0.4	19.7 ^{an}	فنلاند
-	-	9.7	0.3	0.3	34.6 ^{an}	فرانسه
-	-	76.0	20.6	1.3	-	گابن
0.2	<0.1	237.0	29.7	1.8	14.4	گامبیا
29.2	9.0	101.8	0.2	0.6	29.7 ^{an}	گرجستان
-	-	16.0	0.6	0.3	28.0 ^{an}	آلمان
1.1	0.1	203.8	18.8	1.7	3.7	غنا
16.9	1.6	27.6	<0.1	0.2	39.1 ^{an}	یونان
-	-	45.3	0.3	0.1	-	گرانادا
1.4	<0.1	73.8	6.3	1.6	-	گواتمالا
7.0	1.3	243.3	44.6	2.3	-	گینه
-	-	214.7	35.3	2.3	-	گینه بیسائو
-	-	107.8	3.6	0.1	12.2 ^{an}	گویا
11.5	4.0	184.3	23.8	1.4	8.3 ^{an}	هائیتی
-	-	60.7	3.6	0.5	-	هندوراس
-	-	38.8	0.2	0.5	30.6 ^{an}	مجارستان
-	-	8.7	0.1	1.0	13.8 ^{an}	ایسلند
17.3	3.9	184.3	18.6	0.3	27.0	هند
2.7	0.5	112.4	7.1	0.3	37.9	اندونزی
15.8	3.8	50.9	1.0	1.0	14.0	جمهوری اسلامی ایران
3.3	0.4	75.1	3.0	0.2	22.2	عراق
-	-	11.9	0.1	0.3	23.6 ^{an}	ایرلند
6.7	1.0	15.4	0.2	0.0	25.5 ^{an}	اسرائیل
-	-	15.0	0.1	0.3	23.4 ^{an}	ایتالیا
-	-	25.4	0.6	0.1	11.0	جامائیکا
4.4	0.6	11.9	0.2	0.2	21.9 ^{an}	ژاپن
-	-	51.2	0.6	0.5	-	اردن
2.6	0.1	62.7	0.4	1.9	24.4 ^{an}	قزاقستان
5.4	1.5	78.1	51.2	2.4	11.8	کنیا
-	-	140.2	16.7	2.6	52.0 ^{an}	کیریباتی
-	-	103.8	<0.1	0.4	22.1	کویت
3.5	0.7	110.7	0.8	0.9	27.9	قرقیزستان
-	-	188.5	11.3	0.6	37.8	جمهوری دموکراتیک خلق لائوس
-	-	41.3	<0.1	1.2	36.7 ^{an}	لتونی
-	-	51.4	0.8	0.6	42.6	لبنان
-	-	177.6	44.4	5.2	29.7	لسوتو
-	-	170.2	41.5	1.7	8.4	لیبریا
-	-	71.9	0.6	0.8	-	لیبی
-	-	34.0	0.1	1.7	27.1 ^{an}	لیتوانی
-	-	11.6	<0.1	0.2	21.7 ^{an}	لوکزامبورگ
-	-	159.6	30.2	2.1	28.9	ماداگاسکار
4.2	0.9	115.0	28.3	1.7	12.8	مالاوی
2.0	0.2	47.4	0.4	0.7	21.8 ^{an}	مالزی
10.3	4.1	25.6	0.3	0.0	-	مالدیو
6.5	1.1	209.1	70.7	2.9	12.0	مالی
-	-	20.2	<0.1	0.1	25.1 ^{an}	مالت
-	-	-	-	-	-	جزایر مارشال
11.7	3.0	169.5	38.6	1.5	-	موریتانی
8.9	1.8	38.3	0.6	0.8	26.9	موریس
1.6	0.2	36.7	1.1	0.4	13.9 ^{an}	مکزیک

ضمیمه ۲
بخش ۲

کشورهای عضو

نوع داده

	3.4		3.5		3.6		3.7		3.8
	احتمال مرگ در اثر هر یک از CVD، سرطان، دیابت، CRD بین سنین ۳۰ تا سن دقیق ۷۰٪)	نرخ ^۱ مرگ و میر خودکشی، (به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)	کل سرانه ^m مصرف الکل (۱۵ سال سن) (لیتر الکل خالص)	نرخ ^۱ مرگ و میر ترافیک جاده ای (به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)	نسبت زنان در سنین باروری که نیازمند به تنظیم خانواده با روش های ⁿ مدرن هستند (%)	نرخ ^۵ زایمان نوجوانان (به ازای هر ۱۰۰۰ زن ۱۵ تا ۱۹ ساله)	شاخص پوشش خدمات p	تخمین قابل مقایسه	
	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	تخمین قابل مقایسه		
	2019	2019	2019	2019	2011-2020	2011-2020	2017		
میکرونزی (ایالات فدرال)	46.3	28.2	2.5	0.2	-	-	47		
موناکو	-	-	-	-	-	-	-		
مغولستان	35.0	17.9	5.9	21.0	63.6	30.5	62		
مونتنگرو	22.3	21.0	12.2	7.6	32.9 ^{am}	10.0	68		
مراکش	24.1	7.2	0.5	17.0	72.0 ^{am}	19.0	70		
موزامبیک	30.6	13.6	2.7	30.0	55.5	180.0	46		
میانمار	24.9	2.9	2.1	20.4	74.9	28.0	61		
نامیبیا	22.6	9.7	3.1	34.8	80.4	63.9	62		
نائورو	-	-	4.2	-	-	94.0	-		
نیپال	21.5	9.0	0.6	16.3	61.9 ^{am}	63.0	48		
هلند	10.3	11.8	9.7	4.0	-	2.6	86		
نیوزلند	10.3	11.0	10.7	9.6	-	13.3	87		
نیکاراگوئه	15.3	4.3	5.1	16.9	89.8 ^{am}	102.6	73		
نیجر	21.0	5.3	0.5	25.5	45.5 ^{am}	154.0	37		
نیجریه	16.9	3.5	6.2	20.7	35.6	106.0	42		
نیو	-	-	9.9	-	-	20.0	-		
مقدونیه شمالی	22.7	9.4	6.4	5.1	29.6 ^{am}	15.1	72		
نروژ	8.7	11.8	7.1	2.1	-	2.6	87		
عمان	21.5	4.9	0.9	10.6	39.6 ^{am}	8.1	69		
پاکستان	29.4	8.9	0.3	13.0	48.6 ^{am}	54.0	45		
پالائو	-	-	-	-	-	33.8	-		
پاناما	10.7	2.9	7.8	13.9	65.2	74.1	79		
پاپوآگینه نو	36.0	2.9	2.1	12.6	49.2	68.0	40		
پاراگوئه	16.0	6.0	7.0	22.0	78.9	72.0	69		
پرو	9.7	2.8	6.8	13.6	66.6 ^{am}	44.0	77		
فیلیپین	24.5	2.2	7.0	12.0	56.0	36.4	61		
لهستان	17.0	11.3	11.9	9.4	-	10.3	75		
پرتغال	11.0	11.5	12.1	8.2	-	7.3	82		
قطر	10.7	5.8	1.5	7.3	68.9 ^{am}	7.2	68		
جمهوری کره	7.3	28.6	8.5	8.6	-	0.9	86		
جمهوری مولداوی	24.1	14.7	12.9	7.3	63.9	21.4	69		
رومانی	21.0	9.7	12.3	10.3	-	36.4	74		
فدراسیون روسیه	24.2	25.1	10.5	12.0	72.4 ^{am}	21.5	75		
روندا	20.2	5.6	8.0	29.4	62.9	41.0	57		
سنت کیش و نویس	-	-	6.3	-	-	-	-		
سنت لوسیا	17.7	7.9	9.6	29.8	72.0 ^{am}	25.3	68		
سنت وینسنت و گرنادین	20.7	1.0	7.2	7.4	-	52.3	71		
ساموآ	31.2	12.6	2.8	13.0	39.4 ^{am}	39.2	58		
سن مارینو	-	-	-	-	-	1.4	-		
سائوتومه و پرنسپ	21.0	1.5	5.8	27.9	57.7	86.0	55		
عربستان سعودی	20.9	6.0	0.0	35.9	-	-	74		
سنگال	19.5	6.0	0.7	23.5	53.2	68.0	45		
سرستان	22.0	11.4	8.9	7.5	38.4 ^{am}	12.0	65		
سیشل	21.1	8.1	8.8	11.3	-	68.3	71		
سیرالئون	23.5	6.7	5.3	33.0	53.0	102.0	39		
سنگاپور	9.5	11.2	2.0	2.1	-	2.1	86		
اسلواکی	15.5	12.1	11.1	6.1	-	26.3	77		
اسلوونی	11.4	19.8	12.1	5.1	-	3.8	79		
جزایر سلیمان	39.2	14.7	1.7	16.5	38.0 ^{am}	78.0	47		
سومالی	30.4	7.9	0.0	27.4	2.1 ^{am}	118.0	25		
آفریقای جنوبی	24.1	23.5	9.5	22.2	79.7	40.9	69		
سودان جنوبی	16.8	3.8	-	36.7	-	-	31		
اسپانیا	9.6	7.7	12.7	3.9	-	6.2	83		
سرلانکا	13.2	14.0	2.9	19.7	74.3 ^{am}	21.0	66		
سودان	22.8	3.8	-	26.8	30.1 ^{am}	86.8	44		
سورینام	22.7	25.4	7.4	15.3	57.5	53.9	71		

3.8		3.9		3.a		کشورهای عضو
جمعیت دارای هزینه‌های سلامت خانوار < ۱۰٪ از کل هزینه یا درآمد خانوار (%)	جمعیت دارای هزینه‌های سلامت خانوار < ۲۵٪ از کل هزینه یا درآمد خانوار (%)	نرخ مرگ و میر استاندارد شده سنی متناسب به آلودگی هوای خانگی و محیطی (به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)	نرخ مرگ و میر متناسب به قرارگیری در معرض خدمات شستشوی نایمین (به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)	میزان مرگ و میر ناشی از مسمومیت ^۱ غیر عمد (به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)	میزان مرگ و میر ناشی از مسمومیت ^۲ غیر عمد (به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)	
اطلاعات پایه 2011-2018	اطلاعات پایه 2011-2018	تخمین قابل مقایسه 2016	تخمین قابل مقایسه 2016	تخمین قابل مقایسه 2019	تخمین قابل مقایسه 2018	
-	-	151.8	3.6	0.9	-	میکرونزی (ایالات فدرال)
-	-	-	-	-	-	موناکو
2.4	0.5	155.9	1.3	2.8	27.6	مغولستان
10.3	0.8	78.6	<0.1	0.6	-	مونتنگرو
-	-	49.1	1.9	0.7	14.7	مراکش
1.6	0.4	110.0	27.6	3.7	14.4	موزامبیک
14.4	2.8	156.4	12.6	1.3	45.5	میانمار
-	-	145.0	18.3	1.9	17.9	نامیبیا
-	-	-	-	-	52.1	ناورو
10.7	2.4	193.8	19.8	1.7	31.9	نیپال
-	-	13.7	0.2	0.1	23.4 ^{an}	هلند
-	-	7.2	0.1	0.2	14.8 ^{an}	نیوزلند
14.8	3.0	55.7	2.2	0.3	-	نیکاراگوئه
6.6	1.9	251.8	70.8	3.3	8.6	نیجر
15.1	4.1	307.4	68.6	3.3	4.8	نیجریه
-	-	-	-	-	-	نیو
-	-	82.2	0.1	0.5	-	مقدونیه شمالی
-	-	8.6	0.2	0.3	18.4 ^{an}	نروژ
-	-	53.9	<0.1	0.9	9.6	عمان
4.5	0.5	173.6	19.6	1.6	20.0	پاکستان
-	-	-	-	-	23.7	پالائو
-	-	25.8	1.9	0.1	6.9	پاناما
-	-	152.0	16.3	1.4	-	پاپوآ گینه نو
7.1	1.9	57.5	1.5	0.2	12.8 ^{an}	پاراگوئه
9.2	1.3	63.9	1.3	0.4	9.6 ^{an}	پرو
6.3	1.4	185.2	4.2	0.2	24.3 ^{an}	فیلیپین
14.1	1.3	37.9	0.1	0.5	26.0 ^{an}	لهستان
-	-	9.8	0.2	0.3	27.9 ^{an}	پرغال
-	-	47.4	<0.1	0.3	14.0	قطر
21.8	3.9	20.5	1.8	0.2	22.0 ^{an}	جمهوری کره
18.7	3.6	78.3	0.1	5.5	25.3 ^{an}	جمهوری مولداوی
13.4	2.2	59.3	0.4	1.9	25.5 ^{an}	رومانی
4.9	0.6	49.4	0.1	3.8	28.3 ^{an}	فدراسیون روسیه
1.2	0.1	121.4	19.3	1.7	13.3	روندا
-	-	-	-	-	-	سنت کیش و نویس
-	-	30.0	0.6	0.1	-	سنت لوسیا
-	-	47.6	1.3	0.0	-	سنت وینسنت و گراناتین
-	-	85.0	1.5	0.4	28.9 ^{an}	ساموآ
-	-	-	-	-	-	سن مارینو
-	-	162.4	11.4	0.7	5.4	سائوتومه و پرنسپ
-	-	83.7	0.1	0.8	16.6	عربستان سعودی
3.3	0.2	160.7	23.9	1.9	9.1	سنگال
8.1	0.5	62.5	0.7	0.3	40.6 ^{an}	سريلستان
3.5	1.6	49.3	0.2	0.5	21.1	سیشل
54.2	22.2	324.1	81.3	2.8	19.8	سیرالئون
9.0	1.5	25.9	0.1	0.0	16.5 ^{an}	سنگاپور
-	-	33.5	<0.1	0.5	32.3 ^{an}	اسلواکی
2.9	0.3	22.6	<0.1	0.2	22.7 ^{an}	اسلوونی
-	-	137.0	6.2	2.3	37.9 ^{an}	جزایر سلیمان
-	-	212.8	86.6	4.9	-	سومالی
-	-	86.7	13.7	1.7	31.4	آفریقای جنوبی
-	-	165.1	63.3	2.3	-	سودان جنوبی
-	-	9.9	0.2	0.4	27.9 ^{an}	اسپانیا
5.4	0.9	79.8	1.2	0.4	22.9	سريلانکا
-	-	184.9	17.3	1.7	-	سودان
4.9	1.4	56.7	2.0	0.3	-	سورینام

ضمیمه ۲
بخش ۲

کشورهای عضو

نوع داده

کشورهای عضو	3.4		3.5	3.6	3.7		3.8
	احتمال مرگ در اثر هر یک از CVD، سرطان، دیابت، CRD بین سنین ۳۰ تا سن دقیق ۷۰٪	نرخ مرگ و میر خودکشی، (به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)	کل سرانه ^m مصرف الکل (۱۵ سال سن) (لیتر الکل خالص)	نرخ مرگ و میر ترافیک جاده ای (به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)	نسبت زنان در سنین باروری که نیازمند به تنظیم خانواده با روش های ^۱ مدرن هستند (%)	نرخ زایمان نوجوانان (به ازای p هر ۱۰۰۰ زن ۱۵ تا ۱۹ ساله)	شاخص پوشش خدمات
	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	تخمین قابل مقایسه
	2019	2019	2019	2019	2011-2020	2011-2020	2017
سوئد	8.4	14.7	9.0	3.1	86.7 ^{am}	4.2	86
سوئیس	7.9	14.5	11.2	2.2	-	2.3	83
جمهوری عربی سوریه	22.1	1.9	0.2	14.9	-	-	60
تاجیکستان	28.3	4.3	0.9	15.7	52.1 ^{am}	54.3	68
تایلند	13.7	8.8	8.5	32.2	88.2	23.0	80
تیمور شرقی	19.9	3.7	0.5	11.9	45.9	41.9	52
توگو	23.9	8.8	2.7	28.7	39.6	79.0	43
تونگا	24.8	3.8	0.4	33.0	49.9 ^{am}	30.0	58
ترینیداد و توبگو	17.1	8.7	6.5	9.3	58.2 ^{am}	32.0	74
تونس	15.7	3.3	2.0	16.5	62.7 ^{am}	7.0	70
ترکیه	15.6	2.4	1.8	6.7	60.1 ^{am}	19.2	74
ترکمنستان	27.7	5.7	3.1	13.5	79.6 ^{am}	22.0	70
تووالو	-	-	1.3	-	-	26.6	-
اوگاندا	21.2	4.6	12.5	29.4	55.1	111.4	45
اوکراین	25.5	21.6	8.3	10.2	68.0 ^{am}	18.0	68
امارات متحده عربی	18.5	6.4	3.8	8.9	-	3.8	76
بریتانیا	10.3	7.9	11.4	3.2	86.5 ^{am}	11.9	87
جمهوری متحد تانزانیا	17.4	4.3	12.0	31.1	55.1	138.9	43
ایالات متحده آمریکا	13.6	16.1	10.0	12.7	78.4 ^{am}	17.4	84
اروگوئه	16.5	21.2	6.9	14.8	-	35.8	80
ازبکستان	25.3	8.0	2.6	11.7	-	18.9	73
وانواتو	39.7	18.0	2.1	14.9	50.7 ^{am}	51.2	48
ونزوئلا (جمهوری بولیوار)	14.8	2.1	3.6	39.0	-	94.5	74
ویتنام	21.2	7.5	7.9	30.6	69.6	35.0	75
یمن	27.6	5.8	<0.1	29.4	40.5	67.2	42
زامبیا	24.6	7.3	4.5	20.5	65.9	135.0	53
زیمبابوه	28.4	14.1	4.5	41.2	84.8	107.9	54

مناطق سازمان جهانی بهداشت

	2016	2016	2018	2016	2020	2015-2020	2017
منطقه آفریقا	20.8	6.9	4.8	27.2	57.1	102.1	46
منطقه آمریکا	14.0	9.6	7.6	15.3	82.4	49.9	79
منطقه جنوب شرق آسیا	21.6	10.1	4.3	15.8	75.3	26.1	56
منطقه اروپا	16.3	12.8	9.5	7.4	76.9	17.1	77
منطقه مدیترانه شرقی	24.5	5.9	0.5	17.8	61.6	46.5	57
منطقه غرب اقیانوس آرام	15.6	8.7	6.5	16.4	87.2	14.4	77

جهانی	17.8	9.2	5.8	16.7	76.8	42.5	66
-------	------	-----	-----	------	------	------	----

3.8		3.9		3.a	
جمعیت دارای هزینه‌های سلامت خانوار < ۱۰٪ از کل هزینه یا درآمد ^۹ خانوار (%)	جمعیت دارای هزینه‌های سلامت خانوار < ۲۵٪ از کل هزینه یا درآمد ^۹ خانوار (%)	نرخ مرگ و میر استاندارد شده سنی متناسب به آلودگی ^{۲۲} هوای خانگی و محیطی (به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت)	نرخ مرگ و میر متناسب به قرارگیری در معرض خدمات ^{۲۳} شستشوی نالین (به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت)	میزان مرگ و میر ناشی از مسمومیت ^{۲۴} غیر عمد (به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)	شیوع استاندارد سنی مصرف دخانیات در بین افراد ۱۵ ساله و بالاتر (%)
اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه
2011-2018	2011-2018	2016	2016	2019	2018
-	-	7.2	0.2	0.2	28.8
-	-	10.1	0.1	0.2	25.1 ^{an}
-	-	75.2	3.7	0.6	-
-	-	129.3	2.7	0.4	-
2.2	0.4	61.5	3.5	0.2	22.8
2.9	0.5	139.8	9.9	0.4	38.2
-	-	249.6	41.6	1.9	7.6
-	-	73.3	1.4	1.1	30.2 ^{an}
3.9	1.9	38.6	0.1	0.1	-
18.4	2.7	56.1	1.0	0.7	26.0
3.2	0.4	46.6	0.3	0.4	29.3 ^{an}
-	-	79.3	4.0	0.6	-
-	-	-	-	-	48.7
15.3	3.8	155.7	31.6	1.7	9.8
7.8	0.9	70.7	0.3	2.5	25.5 ^{an}
-	-	54.7	<0.1	0.4	18.2
1.6	0.5	13.8	0.2	0.3	19.2 ^{an}
3.8	1.2	139.0	38.4	2.0	13.3
4.8	0.8	13.3	0.2	0.5	25.1
-	-	17.5	0.4	0.5	21.8 ^{an}
-	-	81.1	0.4	0.8	12.3 ^{an}
-	-	135.6	10.4	0.7	24.1
-	-	34.6	1.4	0.2	-
9.4	1.9	64.5	1.6	0.9	-
15.8	4.2	194.2	10.2	1.8	20.9
-	-	127.2	34.9	2.6	14.7
-	-	133.0	24.6	3.5	13.9

کشورهای عضو

مناطق سازمان جهانی بهداشت					
2015	2015	2016	2016	2016	2018
7.3	1.8	180.9	45.8	2.5	12.7
11.3	1.8	29.7	1.1	0.4	18.6
16.0	3.8	165.8	15.4	0.3	29.1
7.4	1.2	36.3	0.3	1.1	26.3
11.7	1.9	125.0	10.6	1.1	19.3
15.9	4.2	102.8	1.0	1.4	26.3
12.7	2.9	114.1	11.7	1.1	23.6

ضمیمه ۲
بخش ۳

کشورهای عضو

نوع داده

کشورهای عضو	3.b					3.c			
	تراکم دندانی پزشکان (به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت)	پوشش ایمن سازی دوز سوم کونزوگه پنوموکوکی (PCV 3) در ^۱ کودکان ۱ ساله (%)	برآورد پوشش ایمن سازی و بروس پاپیلوما ی انسانی (HPV) در بین دختران ۱۵ ساله (%) ^۱	کل کمک خالص رسمی توسعه به تحقیقات پزشکی و بخش های بهداشت پایه ^۲ سرانه (دلار آمریکا)، بر اساس کشور دریافت کننده	نسبت تسهیلات بهداشتی یا مجموعه اصلی داروهای ضروری مرتبط در دسترس و مقرون به صرفه بر مبنای ^۳ پایدار (%)	تراکم پزشکان (به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت)	تراکم پرسنل ^۴ پرستاری و ماما یی (به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت)	تراکم دندانی پزشکان (به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت)	
	اطلاعات پایه 2019	اطلاعات پایه 2019	اطلاعات پایه 2019	اطلاعات پایه 2019	اطلاعات پایه 2019	اطلاعات پایه 2011-2019	اطلاعات پایه 2010-2019	اطلاعات پایه 2010-2019	
افغانستان	66	39	65	-	6.90	-	2.8	4.5	0.7
آلبانی	99	96	96	-	2.21	-	16.5	50.9	10.3
الجزایر	91	77	91	-	0.02	-	17.2	15.5	3.7
آندورا	99	95	96	64 ^{aq}	-	-	33.3	40.1	8.2
آنگولا	57	45	53	-	1.35	-	2.1	4.1	-
آنتیگوا و باربودا	95	95	-	-	0.03	-	27.7	90.8	0.4
آرژانتین	86	89	88	59	0.06	-	39.9	26.0	15.3
ارمنستان	92	96	92	7	1.89	-	44.0	43.7	5.6
استرالیا	95	94	96	79	-	-	37.6	132.4	6.0
اتریش	85	84	-	-	-	-	52.1	70.9	5.7
آذربایجان	94	97	95	-	0.40	-	34.5	64.3	2.7
باهاماس	86	82	86	9 ^{af}	-	-	19.4	45.7	2.6
بحرین	99	99	97	-	-	-	9.3	24.9	1.0
بنگلادش	98	95	97	-	1.75	-	6.4	3.9	0.6
باربادوس	90	77	93	29	-	-	24.9	5.1	3.1
بلاروس	98	98	-	-	0.65	-	51.9	110.0	6.2
بلژیک	98	85	94	67 ^{af}	-	-	59.6	118.1	10.8
بلیز	98	95	-	63	5.02	-	10.8	23.4	1.4
بنین	76	-	73	-	6.28	-	0.6	3.0	-
یونان	97	92	26	73	7.54	-	4.6	18.3	0.9
بولیوی (دولت چند ملیتی)	75	44	75	70	1.53	23.1 ^{as}	10.3	15.6	1.8
بوسنی و هرزگوین	73	76	-	-	2.57	-	21.6	57.3	2.4
بوتسوانا	95	76	92	47	4.88	-	2.9	54.6	0.7
برزیل	73	54	84	69	0.03	-	23.1	74.0	6.4
برونئی دارالسلام	99	98	-	90	-	-	16.1	59.0	2.5
بلغارستان	92	87	88	4	-	-	42.1	47.9	14.0
بورکینافاسو	91	71	91	-	9.19	0.0 ^{as}	0.9	9.3	-
بروندی	93	80	93	-	14.06	0.0 ^{as}	1.0	6.6	-
کابورده	96	91	-	-	2.87	-	7.8	13.0	2.2
کامبوج	92	82	89	-	5.26	-	1.9	10.1	0.9
کامرون	67	-	67	-	4.14	-	0.9	0.1	0.1
کانادا	91	87	81	83 ^{af}	-	-	24.4	118.1	5.2
جمهوری مرکزی آفریقا	47	-	47	-	12.80	-	0.7	2.1	-
چاد	50	-	-	-	5.90	-	0.5	1.4	-
شیلی	96	91	95	82	-	36.4 ^{as}	51.8	133.2	12.5
چین	99	98	-	-	0.06	-	19.8	26.6	4.5
کلمبیا	92	88	94	39	0.07	8.3 ^{as}	38.4	13.9	10.1
کوموروس	91	-	-	-	5.57	-	1.7	6.3	0.4
کنگو	79	9	68	-	3.35	0.0 ^{as}	1.1	9.3	0.1
جزایر کوک	98	98	-	73	10.79	-	14.1	80.0	3.4
کاستاریکا	95	93	95	39 ^d	0.09	-	28.9	9.0	1.4
ساحل عاج	84	-	84	-	5.14	-	1.6	6.6	0.1
کرواسی	94	95	-	-	-	-	30.0	81.2	12.2
کوبا	99	99	-	-	0.11	-	84.2	75.6	16.7
قبرس	96	88	81	64 ^{af}	-	-	19.5	2.8	8.0
چک	97	84	-	-	-	-	41.2	84.2	7.4
جمهوری دموکراتیک خلق کره	97	98	-	-	0.63	-	36.8	44.5	2.2
جمهوری دموکراتیک کنگو	57	-	58	-	7.47	-	0.9	11.1	-
دانمارک	97	90	97	62	-	-	42.2	105.5	7.2
جیبوتی	85	81	85	-	4.84	-	2.2	7.3	0.2
دومینیکا	99	92	-	-	-	-	11.0	61.0	1.1
جمهوری دومینیکن	89	60	70	7	0.38	-	14.5	14.6	2.3
اکوادور	85	76	83	54	0.21	50.0 ^{as}	22.2	25.1	3.0

کشورهای عضو

3.c	3.d			1.a	2.2			
	میانگین نمرات ظرفیت اصلی ۱۳ مقررات بین‌المللی ^x بهداشت	درصد عفونت‌های جریان خون ناشی از استافیلوکوکوس اورئوس مقاوم به متی‌سیلین ^y (MRSA) (%)	درصد عفونت‌های جریان خون ناشی از اشریشیا کلی مقاوم به سفالوسپورین نسل سوم (به عنوان مثال ESBL-E. coli ^z) (%)	هزینه‌های بهداشت عمومی دولت داخلی (GGHE-D) به عنوان درصد هزینه‌های عمومی دولت (GGE) (%) ^z	شیوع کوتاه قدی در کودکان زیر ۵ ^{aa} (%)	شیوع هدر رفتن در کودکان زیر ۵ ^{aa} (%)	شیوع اضافه وزن در کودکان زیر ۵ ^{aa} (%)	
اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	اطلاعات پایه	تخمین قابل مقایسه	
2010-2019	2020	2019	2019	2018	2020	2011-2020	2020	
افغانستان	0.3	47	-	-	1.8	35.1	5.1 ^{aa,ap}	3.9
آلبانی	10.8	73	-	-	9.7	9.6	1.6	14.6
الجزایر	4.5	68	-	-	10.7	9.3	2.7	12.9
آندورا	10.1	41	-	-	18.6	-	-	-
آنگولا	-	65	-	-	5.4	37.7	4.9	3.5
آنتیگوا و باربودا	-	-	-	-	11.7	-	-	-
آرژانتین	-	64	42	19	15.2	7.8	1.6	12.9
ارمنستان	0.5	84	-	-	5.3	9.1	4.4	10.8
استرالیا	8.9	92	18	13	17.9	2.1	-	18.5
اتریش	7.1	67	5	9	15.5	-	-	-
آذربایجان	2.0	86	-	-	2.8	16.3	3.2 ^{ap}	9.4
باهاماس	5.6	65	-	-	15.9	-	-	-
بحرین	1.6	-	40	54	7.2	5.1	-	6.4
بنگلادش	1.8	70	-	93	3.0	30.2	9.8	2.1
باربادوس	-	-	-	-	9.9	6.6	6.8	11.4
بلاروس	3.6	-	-	-	10.6	3.9	-	6.8
بلژیک	19.4	81	-	-	15.0	2.3	0.4 ^{ap,au}	5.1
بلیز	6.8	48	-	-	12.5	13.3	1.8	8.0
بنین	0.3	35	-	-	3.0	31.3	5.0	2.2
بوتان	0.6	71	21	57	7.6	22.4	-	5.2
بولیوی (دولت چند ملیتی)	2.2	58	-	-	12.1	12.7	2.0	8.8
بوسنی و هرزگوین	1.3	-	11	20	15.1	9.1	2.3	12.8
بوتسوانا	2.1	43	-	-	14.3	22.8	-	11.0
برزیل	6.8	92	21	28	10.3	6.1	-	7.3
برونئی دارالسلام	1.7	-	12	17	7.1	12.7	-	9.3
بلغارستان	8.4	-	-	-	11.6	6.4	6.3 ^{av}	5.7
بورکینافاسو	0.2	51	-	-	8.8	25.5	8.1 ^{ap}	2.6
بروندی	-	53	-	-	8.5	57.6	4.8 ^{ap}	3.1
کابوورده	0.1	52	-	-	10.4	9.7	-	-
کامبوج	0.3	48	-	71	5.2	29.9	9.7	2.1
کامرون	0.1	50	-	-	1.1	27.2	4.3	9.6
کانادا	11.7	100	-	-	19.5	-	-	11.8
جمهوری مرکزی آفریقا	-	32	-	-	4.2	40.1	5.2 ^{ap,aw}	2.6
چاد	-	39	-	-	5.2	35.0	13.9	3.4
شیلی	5.3	76	-	-	18.3	1.6	0.3	9.8
چین	3.2	94	-	-	8.9	4.7	1.9	8.3
کلمبیا	-	75	-	-	19.6	11.5	1.6 ^{ap}	5.8
کوموروس	0.2	41	-	-	2.6	22.6	11.2	9.6
کنگو	0.1	37	-	-	3.5	18.0	8.2	5.1
جزایر کوک	0.6	59	-	-	7.8	-	-	-
کاستاریکا	7.3	77	-	-	27.8	8.6	1.8	8.1
ساحل عاج	0.4	44	-	-	5.1	17.8	6.1	2.8
کرواسی	7.2	78	25	16	12.3	-	-	-
کوبا	-	-	-	-	15.2	7.0	2.0	10.0
قبرس	6.5	67	100	20	6.6	-	-	-
چک	6.9	-	13	15	15.5	2.5	-	6.6
جمهوری دموکراتیک خلق کره	4.0	70	-	-	-	18.2	2.5	1.9
جمهوری دموکراتیک کنگو	0.1	52	-	-	4.5	40.8	6.4	4.2
دانمارک	5.4	-	-	-	16.6	-	-	-
جیبوتی	2.3	31	-	-	4.3	34.0	21.5	7.2
دومینیکا	-	-	-	-	7.0	-	-	-
جمهوری دومینیکن	1.2	60	-	-	15.4	5.9	2.4	7.6
اکوادور	0.4	70	-	-	11.4	23.1	3.7	9.8

ضمیمه ۲
بخش ۳

کشورهای عضو	3.b					3.c			
	تراکم دندانپزشکان (به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت)	پوشش ایمن سازی دوز سوم کونژوگه پنوموکوکی (PCV 3) در ^۱ کودکان ۱ ساله (%)	برآورد پوشش ایمن سازی ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) در بین دختران ۱۵ ساله (%) ^۱	کل کمک خالص رسمی توسعه به تحقیقات پزشکی و بخش‌های بهداشت پایه ^۲ سرانه (دلار آمریکا)، بر اساس کشور دریافت‌کننده	نسبت تسهیلات بهداشتی با مجموعه اصلی داروهای ضروری مرتبط در دسترس و مقرون به صرفه بر مبنای ^۳ پایدار (%)	تراکم پزشکان (به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت)	تراکم از پزشکی (به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت)	تراکم پرسنل و ماما (به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت)	تراکم دندانپزشکان (به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت)
	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	
نوع داده	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	
2019	2019	2019	2019	2019	2011-2019	2011-2019	2010-2019	2010-2019	
مصر	95	94	-	-	0.10	-	7.5	19.3	2.0
السالوادور	81	87	82	-	0.44	-	28.7	18.3	8.7
گینه استوایی	53	-	-	-	0.84	-	4.0	5.0	-
اریتره	95	88	95	-	7.16	-	-	14.4	-
استونی	91	90	-	45 st	-	-	34.6	66.3	9.7
اسواتینی	90	75	87	-	11.97	-	1.0	41.4	0.1
اتیوپی	69	41	63	84	3.46	-	0.8	7.1	0.2
فیجی	99	94	99	56	4.97	-	8.6	39.6	1.2
فنلاند	91	93	89	60 st	-	-	46.4	13.1	8.1
فرانسه	96	83	92	24 st	-	-	65.3	114.7	6.7
گابن	70	-	-	-	2.26	-	6.8	29.5	0.2
گامبیا	88	61	87	-	14.55	-	1.1	6.1	0.1
گرجستان	94	97	84	11 st	1.47	-	70.8	52.2	7.7
آلمان	93	93	84	43 st	-	-	43.0	134.9	8.6
غنا	97	83	97	-	6.45	12.5 st	1.1	27.1	0.1
یونان	99	83	96	-	-	-	62.3	37.0	12.6
گرانادا	92	82	-	41	2.09	-	14.4	62.8	2.0
گواتمالا	85	78	88	24	1.10	-	3.5	12.8	0.1
گینه	47	-	-	-	7.58	12.5 st	0.8	1.2	-
گینه بیسائو	84	-	84	-	12.86	-	1.3	6.9	-
گویا	99	92	98	13	2.38	-	18.2	10.4	1.2
هائیتی	51	41	42	-	۶.۳۴	0.0	2.3	4.0	0.2
هندوراس	87	85	87	59	1.23	-	3.1	7.3	0.3
مجارستان	99	99	99	78	-	-	34.1	52.6	7.1
ایسلند	91	95	90	93	-	-	41.4	171.9	8.4
هند	91	84	15	-	0.22	-	9.3	23.9	2.0
اندونزی	85	71	3	1 st	0.36	-	4.7	38.1	0.6
جمهوری اسلامی ایران	99	98	-	-	0.01	-	15.8	20.8	4.5
عراق	84	86	37	-	1.02	-	7.1	20.4	2.6
ایرلند	94	-	86	69	-	-	33.5	130.1	6.9
اسرائیل	98	96	95	52 st	-	-	54.7	66.0	11.6
ایتالیا	95	88	92	40 st	-	-	80.1	58.9	8.0
جامائیکا	96	92	-	9	0.78	-	4.5	9.4	0.9
ژاپن	98	93	97	0	-	-	24.8	127.0	8.0
اردن	89	96	-	-	3.44	-	23.2	33.5	7.1
قزاقستان	97	98	89	-	0.38	-	39.8	72.9	2.9
کنیا	92	45	92	-	4.51	-	1.6	11.7	0.2
کیریباتی	97	91	97	-	14.28	-	2.0	38.3	0.7
کویت	91	94	91	-	-	-	26.5	74.1	6.7
قرقیزستان	95	98	96	-	3.23	0.0 st	22.1	56.0	1.9
جمهوری دموکراتیک خلق لادئوس	68	57	56	-	6.70	25.3	3.7	7.2	0.6
لتونی	99	96	84	54	-	-	33.0	46.2	7.1
لبنان	83	63	82	-	5.41	52.5	21.0	16.7	10.2
لسوتو	87	82	87	-	12.96	-	-	32.6	0.2
لیبریا	74	13	74	-	13.38	-	0.4	5.3	-
لیبی	73	72	73	-	0.42	-	20.9	65.3	8.8
لیتوانی	92	93	79	66	-	-	50.4	94.5	13.9
لوکزامبورگ	99	90	96	14 st	-	-	30.1	121.7	9.8
ماداگاسکار	79	-	79	-	2.72	-	1.8	3.0	0.5
مالاوی	95	75	95	-	15.39	-	0.4	4.4	-
مالزی	98	87	-	85	0.11	-	15.4	34.8	3.1
مالدیو	99	99	-	-	4.00	-	17.1	64.3	2.0
مالی	77	4	74	-	7.35	0.0 st	1.3	4.4	0.1
مالت	98	95	-	81	-	-	28.6	94.8	4.8

کشورهای عضو

3.c	3.d			1.a	2.2		
	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه
2010-2019	2020	2019	2019	2018	2020	2011-2020	2020
تراکم داروسازان (به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت)	میانگین نمرات ظرفیت اصلی ۱۳ مقررات بین‌المللی ^۳ بهداشت	درصد عفونت‌های جریان خون ناشی از استافیلوکوکوس اورئوس مقاوم به متی‌سیلین ^۱ (MRSA) (%)	درصد عفونت‌های جریان خون ناشی از اشریشیا کلی مقاوم به سفالوسپورین نسل سوم (به عنوان مثال ESBL-E. coli) ^۲ (%)	هزینه‌های بهداشت عمومی دولت داخلی (GGHE-D) به عنوان درصد هزینه‌های عمومی دولت (GGE) ^۲ (%)	شیوع کوتاه قدی در کودکان زیر ۵ ^۵ (%)	شیوع هدر رفتن در کودکان زیر ۵ ^۵ (%)	شیوع اضافه وزن در کودکان زیر ۵ ^۵ (%)
4.6	86	-	88	4.7	22.3	9.5	17.8
6.5	100	-	-	18.8	11.2	2.1	6.6
-	26	-	-	3.2	19.7	3.1	9.3
-	57	-	-	2.4	49.1	-	2.1
7.2	72	-	-	12.5	1.2	1.5	5.7
0.3	46	-	-	6.0	22.6	2.0	9.7
0.4	67	-	-	4.8	35.3	7.2	2.6
1.1	-	-	-	7.2	7.5	-	5.2
19.2	82	2	8	13.3	-	-	-
10.6	-	13	9	14.8	-	-	-
0.6	40	-	-	9.4	14.4	3.4	7.4
-	35	-	-	4.4	16.1	5.1	2.3
0.9	59	14	57	10.3	5.7	0.6	7.6
6.6	89	7	12	20.0	1.6	0.3 ^{au}	4.1
0.2	49	-	-	6.4	14.2	6.8	2.9
10.4	60	43	22	8.5	2.2	-	13.9
6.8	-	-	-	7.7	-	-	-
-	58	-	-	16.7	42.8	0.8	5.1
0.1	48	-	-	4.1	29.4	9.2	5.7
-	35	-	-	3.0	28.0	7.8 ^{ao,ap}	3.4
0.1	100	-	-	10.7	9.0	6.4	6.6
0.3	40	-	-	4.8	20.4	3.7	3.7
-	60	-	-	10.7	19.9	1.4	5.7
8.1	66	-	-	9.9	-	-	-
5.4	-	-	-	16.6	-	-	-
8.8	80	61	81	3.4	30.9	17.3	1.9
0.8	69	40	70	8.5	31.8	10.2	11.1
2.9	88	39	70	21.8	6.3	-	9.4
3.3	74	-	-	6.2	11.6	3.0	9.0
10.9	64	15	13	20.2	-	-	-
9.9	-	-	-	12.1	-	-	-
11.4	83	39	30	13.2	-	-	-
0.2	87	-	-	13.0	8.5	3.3	6.8
18.9	95	36	21	23.6	5.5	-	2.4
16.0	43	72	66	12.4	7.3	2.4	7.1
8.1	81	-	-	9.1	6.7	3.1	8.8
0.2	44	-	-	8.5	19.4	4.2	4.5
0.3	70	-	-	6.0	14.9	3.5	2.4
4.9	84	-	-	8.9	6.0	2.5 ^{ba}	7.1
0.4	52	-	-	8.4	11.4	2.0	5.8
2.5	43	6	50	4.4	30.2	9.0	3.0
8.5	77	8	18	9.6	-	-	-
12.9	69	25	56	13.3	10.4	-	19.7
-	40	-	-	11.6	32.1	2.1	7.2
-	54	-	-	5.2	28.0	3.4	4.7
6.0	59	-	58	-	43.5	10.2	25.4
12.4	85	9	13	12.7	-	-	-
7.0	-	6	10	10.7	-	-	-
-	36	33	41	10.5	40.2	6.4	1.5
0.1	39	-	-	9.8	37.0	0.6 ^{ao,bb}	4.7
3.5	86	20	27	8.5	20.9	9.7	6.1
3.5	47	-	-	21.4	14.2	9.1	4.6
0.1	50	3	40	5.4	25.7	9.3 ^{ao,bb}	2.1
12.9	61	22	18	15.6	-	-	-

ضمیمه ۲
بخش ۳

کشورهای عضو

نوع داده

	3.b					3.c			
	تراکم دندانپزشکان (به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت)	پوشش ایمن سازی دوز سوم کونژوگه پنوموکوکی (PCV 3) در ^۱ کودکان ۱ ساله (%)	برآورد پوشش ایمن سازی ویروس پاپیلوما انسانی (HPV) در بین دختران ۱۵ ساله (%) ^۱	کل کمک خالص رسمی توسعه به تحقیقات پزشکی و بخش‌های بهداشت پایه ^۲ سرانه (دلار آمریکا) بر اساس کشور دریافت کننده	نسبت تسهیلات بهداشتی با مجموعه اصلی داروهای ضروری مرتبط در دسترس و مقرون به صرفه بر مبنای ^۳ پایدار (%)	تراکم پزشکان (به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت)	تراکم از پزشکی تراکم از پزشکی (در هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت)	تراکم پرستاری و ماماها (به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت)	تراکم دندانپزشکان (به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت)
	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه
	2019	2019	2019	2019	2019	2011-2019	2011-2019	2010-2019	2010-2019
جزایر مارشال	79	64	63	24	4.82	-	4.2	33.4	1.2
موریتانی	81	-	77	-	2.74	-	1.9	9.3	0.5
موریس	96	99	97	80	0.45	-	25.3	35.2	2.8
مکزیک	82	73	86	95	0.03	-	48.5	23.6	1.4
میکرونزی (ایالات فدرال)	78	52	73	57 st	4.22	-	-	21.5	-
موناکو	99	79	-	-	-	-	75.1	201.6	10.2
مغولستان	98	98	49	-	4.85	26.7	38.5	42.1	4.1
مونتنگرو	86	86	-	-	0.28	-	27.6	52.3	0.5
مراکش	99	99	98	-	0.40	-	7.3	13.9	1.4
موزامبیک	88	85	80	-	7.70	-	0.8	4.7	0.1
میانمار	90	80	90	-	2.24	-	7.4	10.8	0.7
نامیبیا	87	56	57	-	5.85	-	5.9	19.5	0.7
نائورو	96	95	-	-	22.95	-	13.5	78.5	3.7
نیپال	93	76	83	-	2.41	-	8.1	33.0	1.1
هلند	94	90	93	53 nd	-	-	37.1	114.9	6.5
نیوزلند	92	90	91	67	-	-	34.2	6.8	6.3
نیکاراگوئه	98	99	98	-	6.08	-	16.6	15.5	0.4
نیجر	81	58	81	-	5.03	-	0.4	2.2	-
نیجریه	57	9	57	-	3.63	-	3.8	15.0	0.2
نیو	99	99	99	-	26.65	-	-	125.0	-
مقدونیه شمالی	92	94	-	40 th	0.67	-	28.7	37.9	8.8
نروژ	97	95	95	91	-	-	48.9	183.5	8.7
عمان	99	99	99	-	-	-	19.3	40.9	3.0
پاکستان	75	71	75	-	1.98	-	11.2	4.8	1.2
پالائو	97	88	74	67	8.32	-	14.2	72.6	2.2
پاناما	88	97	96	73	0.65	-	16.3	32.1	3.0
پاپوآ گینه نو	35	20	35	-	13.91	-	0.7	4.5	0.1
پاراگوئه	86	83	89	61	0.80	-	13.5	16.6	1.6
پرو	88	66	80	76	0.49	69.2 nd	8.2	29.8	1.5
فیلیپین	65	40	43	0 th	0.68	-	6.0	54.4	2.6
لهستان	95	92	60	-	-	-	23.8	68.9	3.5
پرتغال	99	96	98	81 st	-	-	53.1	69.0	9.6
قطر	98	95	98	-	-	-	24.9	72.0	6.1
جمهوری کره	98	96	98	52	-	-	24.1	74.6	5.0
جمهوری مولداوی	91	95	80	31	2.97	21.7	25.6	39.3	1.8
رومانی	88	76	88	-	-	-	29.8	73.9	8.0
فدراسیون روسیه	97	97	85	-	-	-	44.4	45.3	2.8
روندا	98	92	98	94	9.60	-	1.2	9.5	0.2
سنت کیش و نویس	96	98	-	-	-	-	27.7	42.2	2.3
سنت لوسیا	92	75	-	46	4.30	-	6.4	31.5	1.7
سنت وینسنت و گرنادین	97	99	-	10	3.23	-	9.4	70.1	1.7
ساموآ	58	44	-	-	25.61	-	3.4	34.4	1.1
سن مارینو	88	79	76	50	-	-	61.1	82.1	17.8
سانتومه و پرنسپ	95	81	95	-	10.16	-	3.2	19.2	-
عربستان سعودی	96	96	96	-	-	-	26.1	58.2	5.0
سنگال	93	78	92	25	5.79	7.7 th	0.9	5.4	0.1
صربستان	97	91	93	-	3.00	-	31.1	60.9	2.1
سیشل	99	99	92	68	-	-	24.7	98.5	4.3
سیرالئون	95	72	94	-	9.18	-	0.7	7.5	-
سنگاپور	96	84	82	0 th	-	-	22.9	62.4	4.1
اسلواکی	97	98	96	-	-	-	35.2	60.2	5.1
اسلوونی	95	94	65	59 th	-	-	31.7	102.2	7.2
جزایر سلیمان	94	54	94	-	9.85	-	1.9	21.6	0.7
سومالی	42	-	-	-	4.13	-	0.2	1.1	-

3.c	3.d			1.a	2.2			کشورهای عضو
	میانگین نمرات ظرفیت اصلی ۱۳ مقررات بین‌المللی ^x بهداشت	درصد عفونت‌های از استافیلوکوکوس اورئوس مقاوم به متی‌سیلین ^y (MRSA) (%)	درصد عفونت‌های جریان خون ناشی از اشریشیا کلی مقاوم به سفالوسپورین نسل سوم (به عنوان مثال ESBL-E. coli ^z) (%)	هزینه‌های بهداشت عمومی دولت داخلی (GGHE-D) به عنوان درصد هزینه‌های عمومی دولت (GGE) (%) ^z	شیوع کوتاه قدی در کودکان زیر ۵ ^{aa} (%)	شیوع هدر رفتن در کودکان زیر ۵ ^{aa} (%)	شیوع اضافه وزن در کودکان زیر ۵ ^{aa} (%)	
اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	اطلاعات پایه	تخمین قابل مقایسه	
2010-2019	2020	2019	2019	2018	2020	2011-2020	2020	
0.7	49	-	-	12.1	32.2	3.5 ^{aa,ap}	4.2	جزایر مارشال
0.2	35	-	-	6.1	24.2	11.5 ^{aa,ap}	2.7	موریتانی
4.2	64	-	-	10.0	8.7	-	7.6	موریس
-	83	-	-	10.5	12.1	1.4 ^{ap}	6.3	مکزیک
-	49	-	-	4.8	-	-	-	میکرونزی (ایالات فدرال)
26.3	-	-	-	6.6	-	-	-	موناکو
6.8	85	-	-	7.7	7.1	0.9	10.1	مغولستان
1.9	-	-	-	10.6	8.1	2.2	10.2	مونتنگرو
2.6	75	-	-	7.2	12.9	2.6	11.3	مراکش
0.1	70	10	28	5.6	37.8	4.4	6.0	موزامبیک
0.8	63	56	72	3.5	25.2	6.7 ^{bb}	1.5	میانمار
2.4	61	-	-	10.7	18.4	7.1	5.0	نامیبیا
1.9	-	-	-	7.4	15.0	-	3.7	ناورو
1.3	39	-	73	4.6	30.4	12.0	1.8	نیپال
2.1	90	2	7	15.4	1.6	-	5.0	هلند
7.3	87	-	-	19.3	-	-	-	نیوزلند
1.9	83	-	-	18.8	14.1	2.2	7.5	نیکاراگوئه
-	10	-	-	8.4	46.7	9.8 ^{ao}	1.9	نیجر
1.2	54	-	-	4.4	35.3	6.5	2.7	نیجریه
-	-	-	-	5.0	-	-	-	نیو
-	-	-	64	12.4	4.1	3.4	10.0	مقدونیه شمالی
8.5	94	1	6	17.4	-	-	-	نروژ
5.3	79	-	55	8.0	12.2	9.3 ^{bd}	4.8	عمان
1.5	52	65	89	5.3	36.7	7.1 ^{be}	3.4	پاکستان
-	64	-	-	16.8	-	-	-	پالائو
2.2	79	-	-	21.4	14.7	-	10.8	پاناما
0.1	-	-	-	7.4	48.4	-	8.9	پاپوآگینه نو
0.3	65	-	-	15.3	4.6	1.0	12.0	پاراگوئه
0.5	59	-	-	15.3	10.8	0.4	8.0	پرو
3.3	69	51	40	6.6	28.7	5.6	4.2	فیلیپین
7.7	50	15	16	10.8	2.3	0.7 ^{ap,bf}	6.7	لهستان
9.1	82	-	-	13.4	3.3	0.6 ^{bb}	8.5	پرغال
8.9	92	34	49	6.3	4.6	-	13.9	قطر
7.4	98	49	37	14.0	2.2	-	8.8	جمهوری کره
4.1	62	-	-	12.0	4.9	1.9 ^{bg}	4.3	جمهوری مولداوی
9.1	67	-	-	12.7	9.7	-	6.7	رومانی
0.5	100	23	58	9.8	-	-	-	فدراسیون روسیه
0.7	73	-	-	8.9	32.6	1.1	5.2	روندا
-	51	-	-	7.4	-	-	-	سنت کیش و نویس
4.4	69	-	-	8.2	2.8	3.7	6.9	سنت لوسیا
-	-	-	-	10.1	-	-	-	سنت وینسنت و گرنادین
0.7	-	-	-	11.0	6.8	3.1	7.1	ساموآ
6.7	-	-	-	23.4	-	-	-	سن مارینو
-	31	-	-	10.8	11.8	4.1	4.0	سائوتومه و پرنست
8.6	79	49	57	10.9	3.9	-	7.6	عربستان سعودی
0.1	62	-	-	4.3	17.2	8.1	2.1	سنگال
8.1	71	-	-	12.4	5.3	2.6	10.8	صربستان
4.7	56	-	-	10.2	7.4	4.3 ^{bh}	9.8	سیشل
0.1	49	-	-	7.2	26.8	5.4	4.7	سیرالئون
5.1	92	29	29	15.3	2.8	-	4.8	سنگاپور
8.0	72	-	-	12.7	-	-	-	اسلواکی
7.1	-	-	-	13.8	-	-	-	اسلوونی
1.2	47	-	-	7.9	29.3	8.5	4.0	جزایر سلیمان
-	-	-	-	-	27.4	-	2.9	سومالی

ضمیمه ۲
بخش ۳

کشورهای عضو

نوع داده

کشورهای عضو	3.b					3.c			
	پوشش ایمن سازی دوز دوم واکسن حاوی سرخک (MCV2) بر اساس سن توصیه شده در کودگان ^۱ ؛ ساله (%)	پوشش ایمن سازی دوز سوم کوژوگه پنوموکوکی (PCV 3) در کودگان ^۱ ؛ ساله (%)	پوشش ایمن سازی و وروس اینفلوئانزا (HPV) در بین دختران ۱۵ ساله (%) ^۱	کل کمک خالص رسمی توسعه به تحقیقات پزشکی و بخش‌های بهداشت پایه ^۲ سرانه (دلار آمریکا)، بر اساس کشور دریافت‌کننده	نسبت تسهیلات بهداشتی با مجموعه اصلی داروهای ضروری مرتبط در دسترس و مقرون به صرفه بر مبنای ^۳ پایدار (%)	تراکم پزشکان (به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت)	تراکم پرسنل پرستاری و ماماها (به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت)	تراکم دندانپزشکان (به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت)	
	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	
	2019	2019	2019	2019	2011-2019	2011-2019	2010-2019	2010-2019	
جنوب آفریقا	77	54	76	56 st	1.88	-	7.9	13.1	1.1
جنوب سودان	49	-	-	-	18.90	-	-	-	-
اسپانیا	96	94	95	79 st	-	-	40.3	60.8	8.2
سريلانكا	99	99	-	82	0.76	-	11.5	22.6	1.1
سودان	93	74	93	-	2.81	41.0	2.6	11.5	2.1
سورينام	77	58	-	38	2.78	-	8.2	39.3	0.6
سوند	98	95	97	80 st	-	-	43.3	216.7	17.9
سوئیس	96	90	84	59 st	-	-	43.3	178.9	5.1
جمهوری عربی سوریه	54	54	-	-	1.88	-	12.9	15.4	7.2
تاجیکستان	97	97	-	-	2.89	15.0	17.2	47.5	1.6
تایلند	97	87	-	66	0.35	-	9.2	31.5	2.7
تیمور شرقی	83	80	-	-	15.19	-	7.7	17.6	0.1
توگو	84	67	83	-	3.74	-	0.8	4.6	-
تونگا	99	99	-	-	16.79	-	5.4	43.3	1.6
ترینیداد و توبگو	93	92	93	9 st	-	0.0 st	44.8	40.7	3.2
تونس	92	93	-	-	0.33	-	13.0	25.1	3.1
ترکیه	99	88	97	-	0.91	-	18.1	30.0	3.7
ترکمنستان	99	99	-	99 st bk	0.44	-	22.2	44.3	1.2
تووالو	92	92	-	-	17.80	-	9.1	42.6	4.5
اوگاندا	93	-	92	64	6.60	-	1.7	12.4	0.1
اوکراین	80	92	-	-	1.30	-	29.9	66.6	6.0
امارات متحده عربی	99	99	99	27 st	-	-	25.3	57.3	6.5
بریتانیا	93	87	91	82	-	-	58.2	102.9	5.3
جمهوری متحد تانزانیا	89	72	83	49	5.17	0.0 st	0.6	5.8	0.1
ایالات متحده آمریکا	94	95	92	39 st	-	-	26.0	156.9	6.1
اروگوئه	94	99	95	38	-	-	49.4	72.2	14.5
ازبکستان	96	99	99	-	1.57	-	23.7	112.8	1.5
وانواتو	90	-	-	-	14.49	-	1.7	14.2	0.3
ونزوئلا (جمهوری بولیوار)	64	13	-	-	0.08	-	17.3	20.7	1.4
ویتنام	89	92	-	-	0.84	-	8.3	14.5	-
یمن	73	46	72	-	6.24	-	5.3	7.9	0.2
زامبیا	88	66	89	-	11.67	16.7 st	0.9	10.2	0.1
زیمبابوه	90	75	90	67 st m	8.19	-	2.1	19.3	0.2

مناطق سازمان جهانی بهداشت

	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	2018	
منطقه آفریقا	74	33	70	-	5.34	-	2.8	10.3	-
منطقه آمریکا	84	75	83	-	0.36	-	28.4	82.7	-
منطقه جنوب شرق آسیا	91	83	23	-	0.48	-	8.7	24.5	-
منطقه اروپا	95	92	80	-	1.28	-	43.2	77.8	-
منطقه مدیترانه شرقی	82	75	52	-	1.89	-	10.9	16.4	-
منطقه غرب اقیانوس آرام	94	91	14	-	0.32	-	18.9	36.9	-

جهانی	85	71	48	-	1.44	-	17.5	39.0	-
-------	----	----	----	---	------	---	------	------	---

3.c	3.d			1.a	2.2			کشورهای عضو
	میانگین نمرات ظرفیت اصلی ۱۳ مقررات بین‌المللی ^x بهداشت	درصد عفونت‌های جریان خون ناشی از استافیلوکوکوس اورئوس مقاوم به متی‌سیلین ^y (MRSA)	درصد عفونت‌های جریان خون ناشی از اشریشیا کلی مقاوم به سفالوسپورین نسل سوم (به عنوان مثال ESBL-E. coli) ^y		هزینه‌های بهداشت عمومی دولت داخلی (GGHE-D) به عنوان درصد هزینه‌های عمومی دولت (GGE) ^z	شیوع کوتاه‌قدی در کودکان زیر ۵٪ ^{aa}	شیوع هدر رفتن در کودکان زیر ۵٪ ^{aa}	
اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	اطلاعات پایه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	اطلاعات پایه	تخمین قابل مقایسه	
2010-2019	2020	2019	2019	2018	2020	2011-2020	2020	
2.7	79	21	31	13.3	23.2	3.4 ^{ap,bb}	12.9	جنوب آفریقا
-	36	-	-	2.1	30.6	-	5.7	جنوب سودان
11.9	88	-	-	15.2	-	-	-	اسپانیا
0.9	62	56	63	8.3	16.0	15.1	1.3	سريلانكا
0.3	53	48	-	6.8	33.7	16.3 ^{ap}	2.7	سودان
0.4	59	-	-	16.8	8.0	5.5	4.0	سورينام
15.7	91	2	8	18.6	-	-	-	سوئد
6.9	-	4	10	11.0	-	-	-	سوئیس
10.7	49	-	-	-	29.6	-	18.2	جمهوری عربی سوریه
-	-	-	-	6.1	15.3	5.6	3.5	تاجیکستان
6.3	85	12	37	15.0	12.3	7.7	9.2	تایلند
2.1	42	-	-	5.4	48.8	9.9 ^{ap}	2.6	تیمور شرقی
0.3	45	-	-	4.3	23.8	5.7	2.4	توگو
0.4	65	-	-	7.5	2.6	1.1	12.6	تونگا
6.6	-	-	-	11.0	8.7	6.4	11.0	ترینیداد و توبگو
2.3	74	17	36	13.6	8.6	2.1	16.5	تونس
3.9	88	-	-	9.3	-	1.7	-	ترکیه
1.7	68	-	-	8.7	7.6	4.1	3.8	ترکمنستان
2.7	48	-	-	13.7	9.7	-	6.4	تووالو
-	69	-	60	5.1	27.9	3.5	4.0	اوگاندا
0.3	69	-	-	8.9	15.9	-	17.0	اوکراین
8.8	96	36	46	7.2	-	-	-	امارات متحده عربی
8.7	95	10	11	19.2	-	-	-	بریتانیا
0.1	51	-	-	9.4	32.0	3.5 ^{hl}	5.5	جمهوری متحد تانزانیا
-	92	-	-	22.5	3.2	0.1	8.8	ایالات متحده آمریکا
-	80	-	-	20.2	6.5	1.4	10.3	اروگوئه
0.4	55	-	-	7.9	9.9	1.8 ^{ap}	5.0	ازبکستان
1.2	55	-	-	7.0	28.7	4.7 ^{ap}	4.9	وانواتو
-	74	-	-	3.7	10.6	-	6.7	ونزوئلا (جمهوری بولیوار)
3.4	72	-	-	9.3	22.3	5.8	6.0	ویتنام
1.1	49	-	-	-	37.2	16.4	2.7	یمن
0.4	58	-	-	7.0	32.3	4.2	5.7	زامبیا
1.0	52	-	-	7.6	23.0	2.9	3.6	زیمباوه

مناطق سازمان جهانی بهداشت							
	2019			2017	2019	2019	2019
منطقه آفریقا	-	48	-	-	6.8	31.7	4.2
منطقه آمریکا	-	72	-	-	13.9	8.9	8.0
منطقه چوب شرق آسیا	-	63	-	-	8.1	30.1	3.3
منطقه اروپا	-	74	-	-	12.5	5.7	7.9
منطقه مدیترانه شرقی	-	67	-	-	8.6	26.2	7.7
منطقه غرب اقیانوس آرام	-	70	-	-	10.0	9.3	7.5

جهانی	-	64	25	37	10.0	22.0	6.7	5.7
-------	---	----	----	----	------	------	-----	-----

آمار جهانی سلامت (۲۰۲۱)

ضمیمه ۲
بخش ۴

کشورهای عضو

نوع داده

	2.2 continued	5.2		6.1	6.2		6.3	7.1
	شیوع کم خونی در زنان سنین ۱۵ تا ۴۹ سال (٪) ^{ab}	نسبت زنان و دختران دارای رابطه، ۱۵ تا ۴۹ ساله که در ۱۲ ماه گذشته مورد خشونت فیزیکی و/یا جنسی توسط یک پارتنر صمیمی فعلی یا سابق قرار گرفته‌اند ^{ab} (٪)	نسبت زنان و دختران دارای رابطه، ۱۵ تا ۴۹ ساله که در طول مدت زندگی خود مورد خشونت فیزیکی و/یا جنسی توسط یک پارتنر صمیمی فعلی یا سابق قرار گرفته‌اند ^{ab} (٪)	نسبت جمعیتی که از خدمات آب آشامیدنی با مدیریت ایمن استفاده می‌کنند (٪)	تبلغ نسبت جمعیتی که از خدمات بهداشتی مدیریت شده ایمن استفاده می‌کنند (٪)	نسبت جمعیت استفاده کننده از مرکز شستشوی دست با آب و صابون (٪)	مقدار کمک‌های رسمی توسعه مرتبط با آب و فاضلاب که بخشی از هماهنگی دولت است برنامه هزینه (میلیون دلار فعلی)	نسبت جمعیت با اتکای اولیه به سوخت و فناوری پاک (٪)
		تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	اطلاعات پایه	تخمین قابل مقایسه
2019	2018	2018	2017	2017	2017	2019	2019	
افغانستان	42.6	35	46	-	-	38	142.90	36
آلبانی	24.8	6	13	70	40	-	46.55	81
الجزایر	33.3	-	-	-	18	84	7.49	99
آندورا	12.1	-	-	91	>99	-	-	100 ^{bn}
آنگولا	44.5	25	38	-	-	27	21.65	50
آنتیگوا و باربودا	17.2	-	-	-	-	-	1.14	100 ^{bn}
آرژانتین	11.9	5	27	-	-	-	20.01	100
ارمنستان	17.3	5	10	86	48	94	6.33	98
استرالیا	8.5	3	23	-	76	-	-	100 ^{bn}
اتریش	13.0	4	15	99	97	-	-	100 ^{bn}
آذربایجان	35.1	5	14	74	-	83	94.57	97
باهاماس	14.5	-	-	-	-	-	-	100 ^{bn}
بحرین	35.4	-	-	99	96	-	-	100 ^{bn}
بنگلادش	36.7	23	50	55	-	35	330.37	23
باربادوس	17.0	-	-	-	-	-	-	100 ^{bn}
بلاروس	20.6	6	21	95	81	-	3.05	99
بلژیک	13.6	5	22	>99	97	-	-	100 ^{bn}
بلیز	20.5	8	24	-	-	90	1.27	82
بنین	55.2	15	26	-	-	11	52.42	4
بوتان	38.6	9	22	36	-	-	21.72	79
بولیوی (دولت چند ملیتی)	24.4	18	42	-	23	25	140.30	86
بوسنی و هرزگوین	24.4	3	12	89	22	-	26.67	46
بوتسوانا	32.5	17	34	-	-	-	0.18	53
برزیل	16.1	6	23	-	49	-	42.08	96
برونئی دارالسلام	16.7	-	-	-	-	-	-	100 ^{bn}
بلغارستان	23.6	6	19	97	64	-	-	-
بورکینافاسو	52.5	11	19	-	-	12	159.97	10
بروندی	38.5	22	40	-	-	6	86.35	0
کابورده	24.3	11	19	-	-	-	-	78
کامبوج	47.1	9	19	26	-	66	177.01	31
کامرون	40.6	22	39	-	-	9	148.12	22
کانادا	10.4	3	-	99	82	-	-	100 ^{bn}
جمهوری مرکزی آفریقا	46.8	21	29	-	-	-	6.30	1
چاد	45.4	16	29	-	-	6	21.37	4
شیلی	8.7	6	21	99	77	-	-	100 ^{bn}
چین	15.5	8	19	-	72	-	83.15	64
کلمبیا	21.2	12	30	73	17	65	15.12	94
کوموروس	33.8	8	16	-	-	-	9.42	7
کنگو	48.8	-	-	45	-	48	12.13	34
جزایر کوک	27.1	14	33	-	-	-	1.77	78
کاستاریکا	13.7	7	27	94	-	-	13.22	96
ساحل عاج	50.9	16	27	37	-	19	29.56	30
کرواسی	21.0	4	13	90	58	-	-	100 ^{bn}
کوبا	19.3	5	14	-	44	85	16.70	-
قبرس	13.6	3	16	>99	75	-	-	100 ^{bn}
چک	21.1	4	22	98	94	-	-	100 ^{bn}
جمهوری دموکراتیک خلق کره	33.9	-	-	67	-	-	1.14	11
جمهوری دموکراتیک کنگو	42.4	36	47	-	-	4	115.66	5
دانمارک	12.2	3	23	97	95	-	-	100 ^{bn}
جیبوتی	32.3	-	-	-	36	-	43.36	9
دومینیکا	20.8	-	-	-	-	-	0.29	83
جمهوری دومینیکن	26.4	10	19	-	-	55	2.34	91
اکوادور	17.2	8	33	75	42	81	48.89	94

11.6	16.1	GPW 13			
میانگین غلظت سالانه ذرات ریز (PM2.5) در مناطق شهری (µg/m ³)	میزان مرگ و میر ناشی از قتل (به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)	تعداد موارد فلج اطفال ناشی از ویروس فلج اطفال وحشی (WPV)	شیوع استاندارد شده فشار خون بالا در افراد بالای ۱۸ سال SBP > 140 mmHg و/یا DBP > 90 mmHg	شیوع چاقی در بین کودکان و نوجوانان (۵ تا ۱۹ سال) (%)	شیوع استاندارد سنی چاقی بین بزرگسالان (۱۸+ سال) (%)
تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	اطلاعات پایه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه
2016	2019	2020	2015	2016	2016
59.9	8.5	56	30.6	3.1	5.5
18.2	3.6	0	29.0	7.6	21.7
34.5	1.7	0	25.1	13.5	27.4
11.5	-	-	18.7	12.8	25.6
28.4	9.2	0	29.7	2.4	8.2
18.0	2.4	0	23.4	11.5	18.9
11.7	6.1	0	22.6	16.9	28.3
32.9	3.8	0	25.5	4.8	20.2
7.3	1.0	0	15.2	12.4	29.0
13.1	0.5	0	21.0	8.6	20.1
18.5	2.5	0	24.5	4.9	19.9
19.0	38.1	0	20.9	17.3	31.6
69.0	0.3	0	21.4	17.2	29.8
58.6	2.8	0	24.7	2.6	3.6
22.4	11.3	0	24.4	12.3	23.1
19.3	2.7	0	27.1	7.6	24.5
13.0	1.3	0	17.5	7.0	22.1
20.9	37.3	0	22.7	12.2	24.1
30.4	6.2	0	27.7	2.6	9.6
35.4	2.4	0	28.1	3.3	6.4
23.3	9.5	0	17.9	9.1	20.2
29.7	1.5	0	30.8	5.4	17.9
20.9	16.9	0	29.6	6.3	18.9
11.8	32.6	0	23.3	10.8	22.1
5.8	0.7	0	18.9	14.1	14.1
20.8	1.2	0	28.4	10.8	25.0
36.3	9.6	0	32.6	1.0	5.6
35.6	6.6	0	29.2	1.9	5.4
31.6	13.4	0	29.5	3.1	11.8
24.9	2.1	0	26.1	3.2	3.9
65.4	6.4	0	24.8	2.8	11.4
6.7	1.6	0	13.2	12.3	29.4
51.2	21.3	0	31.2	2.2	7.5
50.8	9.0	0	32.9	1.5	6.1
23.1	3.9	0	20.9	15.2	28.0
51.0	0.8	0	19.2	11.7	6.2
17.2	38.3	0	19.2	7.0	22.3
18.6	7.4	0	27.9	2.8	7.8
36.4	10.0	0	26.2	2.0	9.6
12.0	-	0	22.3	32.2	55.9
16.7	12.6	0	18.7	12.3	25.7
23.9	11.5	0	27.2	3.4	10.3
17.6	1.1	0	32.4	10.9	24.4
21.6	5.1	0	19.0	11.4	24.6
17.1	1.3	0	19.8	12.2	21.8
15.6	0.6	0	27.9	9.7	26.0
31.0	4.2	0	18.2	8.5	6.8
37.4	12.8	0	28.5	2.2	6.7
10.3	1.1	0	20.6	7.2	19.7
41.0	6.6	0	26.8	5.3	13.5
18.8	-	0	22.5	15.0	27.9
13.3	17.8	0	21.5	15.0	27.6
15.5	7.0	0	17.9	9.4	19.9

کشورهای عضو

ضمیمه ۲
بخش ۴

کشورهای عضو

نوع داده

	2.2 continued	5.2		6.1	6.2		6.3	7.1
	شیوع کم خونی در زنان سنین باروری (۱۵) تا ۴۹ سال (٪) ^{ab}	نسبت زنان و دختران دارای رابطه، ۱۵ تا ۴۹ ساله که در ماه گذشته مورد خشونت فیزیکی و/یا جنسی توسط یک پارتنر صمیمی فعلی یا سابق قرار گرفته‌اند ^{ab} (٪)	نسبت زنان و دختران دارای رابطه، ۱۵ تا ۴۹ ساله که در طول مدت زندگی خود مورد خشونت فیزیکی و/یا جنسی توسط یک پارتنر صمیمی فعلی یا سابق قرار گرفته‌اند ^{ab} (٪)	نسبت جمعیتی که از خدمات آب آشامیدنی با مدیریت ایمن استفاده می‌کنند (٪)	تبلیغ نسبت جمعیتی که از خدمات بهداشتی مدیریت شده ایمن استفاده می‌کنند (٪)	نسبت جمعیت استفاده کننده از مرکز شستشوی دست با آب و صابون (٪)	مقدار کمک‌های رسمی توسط آب و فاضلاب که بخشی از هماهنگی دولت است برنامه هزینه (میلیون دلار فعلی)	نسبت جمعیت با اتکای اولیه به سوخت و فناوری پاک (٪)
	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	اطلاعات پایه	تخمین قابل مقایسه
	2019	2018	2018	2017	2017	2017	2019	2019
مصر	28.3	15	30	-	61	90	350.22	100
السالوادور	10.6	6	21	-	-	91	10.20	89
گینه استوایی	44.5	29	46	-	-	-	0.00	24
اریتره	37.0	-	-	-	-	-	3.48	9
استونی	21.7	4	21	93	97	-	-	100 ^{bn}
اسواتینی	30.7	18	-	-	-	24	2.82	55
اتیوپی	23.9	27	37	11	-	8	264.43	7
فیجی	32.0	23	52	-	-	-	18.31	50
فنلاند	10.9	8	23	>99	>99	-	-	100 ^{bn}
فرانسه	10.6	5	22	98	88	-	-	100 ^{bn}
گابن	52.4	22	41	-	-	-	0.52	88
گامبیا	49.5	10	-	-	-	8	1.71	1
گرجستان	27.5	3	10	80	27	-	47.19	88
آلمان	11.7	5	21	>99	97	-	-	100 ^{bn}
غنا	35.4	10	24	36	-	41	62.18	23
یونان	15.1	5	18	>99	90	-	-	100 ^{bn}
گرانادا	19.2	8	28	87	-	-	0.35	89
گواتمالا	7.4	7	21	56	-	77	19.52	49
گینه	48.0	21	37	-	-	17	28.77	2
گینه بیسائو	48.1	-	-	-	-	6	5.23	1
گویا	31.7	10	31	-	-	77	4.63	77
هائیتی	47.7	12	23	-	-	23	41.28	4
هندوراس	18.0	7	17	-	-	-	45.26	45
مجارستان	19.7	6	19	90	96	-	-	100 ^{bn}
ایسلند	10.3	3	21	>99	82	-	-	100 ^{bn}
هند	53.0	18	35	-	-	60	373.63	64
اندونزی	31.2	9	22	-	-	64	130.99	82
جمهوری اسلامی ایران	24.1	18	31	92	-	-	2.41	96
عراق	28.6	-	26	59	41	95	90.79	99
ایرلند	12.1	3	16	97	82	-	-	100 ^{bn}
اسرائیل	12.9	6	-	>99	94	-	-	100 ^{bn}
ایتالیا	13.6	4	16	95	96	-	-	100 ^{bn}
جامائیکا	19.9	7	24	-	-	-	0.37	83
ژاپن	19.0	4	20	98	99	-	-	100 ^{bn}
اردن	37.7	13	24	94	81	-	300.65	100
قزاقستان	28.7	6	16	90	-	99	1.09	98
کنیا	28.7	23	38	-	-	25	200.06	17
کیریباتی	32.6	25	53	-	-	-	4.96	10
کویت	23.7	-	-	>99	>99	-	-	100 ^{bn}
قرقیزستان	35.8	13	23	68	-	89	14.67	77
جمهوری دموکراتیک خلق لائوس	39.5	8	19	16	58	50	76.53	8
لتونی	21.6	6	25	95	86	-	-	100 ^{bn}
لبنان	28.3	-	-	48	22	-	120.71	-
لسوتو	27.9	16	40	-	-	2	8.19	39
لیبریا	42.6	27	43	-	-	1	26.02	0
لیبی	29.9	-	-	-	26	-	-	-
لیتوانی	19.9	5	22	92	91	-	-	100 ^{bn}
لوکزامبورگ	10.2	4	20	>99	97	-	-	100 ^{bn}
ماداگاسکار	37.8	-	-	-	-	-	43.34	1
مالاوی	31.4	17	30	-	-	9	87.60	2
مالزی	32.0	-	19	93	89	-	28.93	96
مالدیو	52.2	6	19	-	-	96	7.87	99
مالی	59.0	18	29	-	19	52	122.79	1

11.6	16.1	GPW 13			
میانگین غلظت سالانه ذرات ریز (PM2.5) در مناطق شهری (µg/m ³)	میزان مرگ و میر ناشی از قتل (به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)	تعداد موارد فلج اطفال ناشی از ویروس فلج اطفال وحشی (WPV)	شیوع استاندارد شده فشار خون بالا در افراد بالای ۱۸ سال (SBP > 140 mmHg) و/یا DBP > 90 (mmHg)	شیوع چاقی در بین کودکان و نوجوانان (۵ تا ۱۹ سال) (%)	شیوع استاندارد سنی چاقی بین بزرگسالان (۱۸+) (%)
تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	اطلاعات پایه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه
2016	2019	2020	2015	2016	2016
79.6	4.1	0	25.0	17.6	32.0
23.8	85.0	0	18.7	11.7	24.6
49.1	3.3	0	28.4	2.3	8.0
41.1	11.0	0	29.1	2.1	5.0
7.0	2.1	0	27.4	6.3	21.2
16.2	18.5	0	29.8	6.0	16.5
34.0	7.2	0	30.3	1.1	4.5
10.5	2.2	0	21.7	11.5	30.2
6.5	1.2	0	19.4	9.1	22.2
12.4	0.8	0	22.0	8.1	21.6
37.8	8.5	0	25.5	4.2	15.0
32.3	8.3	0	29.1	2.8	10.3
24.0	2.3	0	26.3	6.8	21.7
11.9	0.9	0	19.9	8.9	22.3
31.1	6.1	0	23.7	2.1	10.9
16.4	1.0	0	19.1	13.8	24.9
21.8	6.6	0	24.3	10.7	21.3
24.2	25.1	0	21.2	9.9	21.2
22.2	8.8	0	30.3	1.7	7.7
26.5	9.0	0	30.3	2.4	9.5
21.6	24.7	0	23.1	10.0	20.2
14.7	20.7	0	24.5	10.9	22.7
21.5	66.9	0	21.4	9.6	21.4
16.3	1.4	0	30.0	11.1	26.4
5.9	1.2	0	19.7	9.9	21.9
68.0	3.8	0	25.8	2.0	3.9
16.4	4.3	0	23.8	6.1	6.9
34.4	3.1	0	19.7	9.8	25.8
60.1	14.4	0	25.2	14.4	30.4
8.7	0.8	0	19.7	9.8	25.3
19.4	1.2	0	16.6	11.9	26.1
15.7	0.7	0	21.2	12.5	19.9
13.6	50.3	0	21.8	13.0	24.7
11.8	0.2	0	17.6	3.3	4.3
31.7	2.7	0	21.0	12.9	35.5
14.5	5.1	0	27.1	6.5	21.0
25.8	5.6	0	26.7	2.3	7.1
10.9	4.8	0	21.5	23.0	46.0
58.9	1.8	0	23.6	22.9	37.9
17.4	4.6	0	26.7	3.9	16.6
25.5	6.6	0	24.8	4.7	5.3
14.4	5.0	0	29.4	7.0	23.6
30.7	4.2	0	20.7	13.9	32.0
28.1	43.5	0	29.0	5.0	16.6
17.0	9.7	0	28.3	1.9	9.9
41.7	2.1	0	23.7	14.6	32.5
12.3	4.8	0	29.3	6.8	26.3
10.4	0.5	0	21.9	8.3	22.6
22.5	6.5	0	28.1	1.8	5.3
21.9	2.2	0	28.9	2.0	5.8
17.3	2.7	0	22.9	12.7	15.6
7.7	1.9	0	24.4	7.4	8.6
29.0	10.7	0	32.6	2.6	8.6

کشورهای عضو

ضمیمه ۲
بخش ۴

کشورهای عضو

نوع داده

	2.2 continued	5.2		6.1	6.2		6.3	7.1
	شیوع کم خونی در زنان سنین باروری (۱۵ تا ۴۹ سال) (%) ^{ab}	نسبت زنان و دختران دارای رابطه، ۱۵ تا ۴۹ ساله که در طول مدت زندگی خود مورد خشونت فیزیکی و/یا جنسی توسط یک پارتنر صمیمی فعلی یا سابق قرار گرفته‌اند (%) ^{ab}	نسبت زنان و دختران دارای رابطه، ۱۵ تا ۴۹ ساله که در طول مدت زندگی خود مورد خشونت فیزیکی و/یا جنسی توسط یک پارتنر صمیمی فعلی یا سابق قرار گرفته‌اند (%) ^{ab}	نسبت جمعیتی که از خدمات آب آشامیدنی با مدیریت ایمن استفاده می‌کنند (%)	تبلغ نسبت جمعیتی که از خدمات بهداشتی مدیریت شده ایمن استفاده می‌کنند (%)	نسبت جمعیت استفاده کننده از مرکز شستشوی دست با آب و صابون (%)	مقدار کمک‌های رسمی مرتبط با آب و فاضلاب که بخشی از هماهنگی دولت است برنامه هزینه (میلیون دلار فعلی)	نسبت جمعیت با اتکای اولیه به سوخت و فناوری پاک (%)
	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	اطلاعات پایه	تخمین قابل مقایسه
	2019	2018	2018	2017	2017	2017	2019	2019
مالت	13.7	4	17	>99	93	-	-	100 ^{bn}
جزایر مارشال	30.6	19	38	-	-	83	2.03	65
موریتانی	43.3	-	-	-	-	43	87.96	43
موریس	23.5	-	-	-	-	-	3.02	100
مکزیک	15.3	10	24	43	50	88	2.33	85
میکروزی (ایالات فدرال)	25.0	21	35	-	-	-	1.51	12
موناکو	12.3	-	-	>99	>99	-	-	100 ^{bn}
مغولستان	14.5	12	27	24	-	71	23.53	52
مونتنگرو	17.2	4	16	94	-	-	8.80	62
مراکش	29.9	10	-	70	39	-	229.53	98
موزامبیک	47.9	16	30	-	-	-	114.10	5
میانمار	42.1	11	19	-	-	79	142.00	30
نامیبیا	25.2	16	27	-	-	45	2.22	46
نائورو	29.6	20	43	-	-	-	0.17	100
نیپال	35.7	11	27	27	-	48	145.17	31
هلند	12.8	5	21	>99	97	-	-	100 ^{bn}
نیوزلند	10.4	4	23	>99	89	-	-	100 ^{bn}
نیکاراگوئه	15.7	6	23	52	-	-	66.07	55
نیجر	49.5	13	-	-	10	-	157.30	2
نیجریه	55.1	13	24	20	27	42	193.93	13
نیو	27.3	-	-	97	-	-	0.01	98
مقدونیه شمالی	19.3	4	13	81	17	-	-	76
نروژ	12.0	4	20	98	76	-	-	100 ^{bn}
عمان	29.1	-	-	90	-	97	-	100 ^{bn}
پاکستان	41.3	16	29	35	-	60	176.42	49
پالائو	28.5	14	31	-	-	-	7.14	100 ^{bn}
پاناما	21.2	8	16	-	-	-	19.88	100 ^{bn}
پاپوآ گینه نو	34.4	31	51	-	-	-	26.92	9
پاراگوئه	23.0	6	18	64	58	80	28.99	68
پرو	20.6	11	38	50	43	-	49.28	83
فیلیپین	12.3	6	14	47	52	78	92.13	47
لهستان	-	3	13	>99	93	-	-	100 ^{bn}
پرتغال	13.2	4	18	95	85	-	-	100 ^{bn}
قطر	28.1	-	-	96	96	-	-	100 ^{bn}
جمهوری کره	13.5	8	-	98	>99	-	-	100 ^{bn}
جمهوری مولداوی	26.1	9	27	73	-	-	8.34	96
رومانی	22.7	7	18	82	77	-	-	100
فدراسیون روسیه	21.1	-	-	76	61	-	-	90
روندا	17.2	23	38	-	-	5	48.53	2
سنت کیش و نویس	15.4	-	-	-	-	-	-	100 ^{bn}
سنت لوسیا	14.3	-	-	-	-	-	0.21	97
سنت وینسنت و گرنادین	17.0	-	-	-	-	-	0.08	94
ساموآ	26.8	18	40	59	48	-	7.77	36
سن مارینو	12.5	-	-	>99	77	-	-	100 ^{bn}
سائوتومه و پرنس	44.2	18	27	-	-	41	6.23	3
عربستان سعودی	27.5	-	-	-	78	-	-	100 ^{bn}
سنگال	52.7	12	24	-	21	24	162.05	24
صربستان	22.8	4	17	75	25	-	46.88	66
سیشل	25.1	-	-	-	-	-	-	100 ^{bn}
سیرالئون	48.4	20	36	10	13	19	27.86	1
سنگاپور	13.0	2	11	>99	>99	-	-	100 ^{bn}
اسلواکی	23.5	6	18	>99	83	-	-	100 ^{bn}
اسلوانی	21.8	3	18	98	83	-	-	100 ^{bn}

11.6	16.1	GPW 13				کشورهای عضو
میانگین غلظت سالانه ذرات ریز (PM2.5) در مناطق شهری (µg/m ³)	میزان مرگ و میر ناشی از قتل (به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)	تعداد موارد فلج اطفال ناشی از ویروس فلج اطفال وحشی (WPV)	شیوع استاندارد شده فشار خون بالا در افراد بالای ۱۸ سال (SBP > 140 mmHg) و/یا DBP > 90 (mmHg)	شیوع چاقی در بین کودکان و نوجوانان (۵ تا ۱۹ سال) (%)	شیوع استاندارد سنی چاقی بین بزرگسالان (۱۸+ سال) (%)	
تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	اطلاعات پایه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	
2016	2019	2020	2015	2016	2016	
14.0	1.0	0	19.4	13.4	28.9	مالت
9.4	—	0	21.3	26.6	52.9	جزایر مارشال
41.7	10.9	0	31.7	4.0	12.7	موریتانی
13.5	2.3	0	25.0	4.4	10.8	موریس
20.9	25.4	0	19.7	14.8	28.9	مکزیک
10.5	4.6	0	25.0	20.7	45.8	میکرونزی (ایالات فدرال)
12.2	—	—	—	—	—	موناکو
49.5	6.1	0	29.0	4.3	20.6	مغولستان
19.3	2.8	0	29.1	7.6	23.3	مونته نگرو
31.1	1.7	0	26.1	10.2	26.1	مراکش
18.4	3.7	0	29.1	2.3	7.2	موزامبیک
34.6	3.9	0	24.6	3.7	5.8	میانمار
21.0	18.0	0	28.5	4.9	17.2	نامیبیا
12.5	—	0	20.5	33.2	61.0	نائورو
99.5	2.5	0	29.4	1.7	4.1	نپال
12.1	0.6	0	18.7	7.0	20.4	هلند
5.8	1.2	0	16.2	16.3	30.8	نیوزلند
19.0	9.4	0	20.8	10.8	23.7	نیکاراگوئه
73.0	9.6	0	33.4	1.4	5.5	نیجر
46.3	9.2	0	23.9	1.9	8.9	نیجریه
11.5	—	0	24.2	29.5	50.0	نیو
33.0	1.5	0	28.5	9.3	22.4	مقدونیه شمالی
7.8	0.6	0	19.7	9.1	23.1	نروژ
36.2	0.7	0	24.8	14.9	27.0	عمان
56.2	6.0	84	30.5	3.1	8.6	پاکستان
12.4	—	0	22.9	31.4	55.3	پالائو
12.0	17.2	0	19.9	10.5	22.7	پاناما
11.5	11.0	0	25.6	9.8	21.3	یاپوآگینه نو
11.7	8.0	0	24.6	10.5	20.3	پاراگوئه
29.0	9.3	0	13.7	7.8	19.7	پرو
18.7	13.7	0	22.6	4.3	6.4	فیلیپین
21.5	0.8	0	28.7	9.1	23.1	لهستان
8.1	0.9	0	24.4	10.4	20.8	پرنگال
91.7	0.5	0	22.4	19.5	35.1	قطر
24.7	0.8	0	11.0	8.5	4.7	جمهوری کره
16.5	4.1	0	29.8	4.2	18.9	جمهوری مولداوی
15.4	1.3	0	30.0	8.1	22.5	رومانی
14.7	7.8	0	27.2	7.1	23.1	فدراسیون روسیه
40.7	4.3	0	26.7	1.7	5.8	روندا
12.3	—	0	25.3	12.3	22.9	سنت کیش و نویس
21.2	20.2	0	27.1	8.8	19.7	سنت لوسیا
21.4	29.4	0	23.3	12.4	23.7	سنت وینسنت و گرنادین
10.9	2.8	0	24.0	21.7	47.3	ساموآ
13.4	—	—	—	—	—	سن مارینو
25.2	5.6	0	25.8	3.5	12.4	سائوتومه و پرنست
86.7	1.9	0	23.3	17.4	35.4	عربستان سعودی
39.7	7.6	0	30.2	1.8	8.8	سنگال
24.7	1.2	0	29.5	9.8	21.5	صربستان
18.6	14.8	0	23.5	10.8	14.0	سیشل
20.6	7.9	0	30.3	2.5	8.7	سیرالئون
18.3	0.3	0	14.6	6.8	6.1	سنگاپور
18.0	1.1	0	28.5	8.1	20.5	اسلواکی
16.4	0.9	0	30.5	9.2	20.2	اسلوانی

ضمیمه ۲
بخش ۴

کشورهای عضو	2.2 continued		5.2		6.1		6.2		6.3		7.1			
	نسبت زنان و دختران دارای شیوع کم خونی در زنان سنین باروری (۱۵ تا ۴۹ سال) (%) ^{ab}		نسبت زنان و دختران دارای رابطه، ۱۵ تا ۴۹ ساله که در طول ماه گذشته مورد خشونت فیزیکی و/یا جنسی توسط یک پارتنر صمیمی فعلی یا سابق قرار گرفته‌اند (%) ^{ab}		نسبت جمعیتی که از خدمات آب آشامیدنی با مدیریت ایمن استفاده می‌کنند (%)		تبلیغ نسبت جمعیتی که از خدمات بهداشتی مدیریت شده ایمن استفاده می‌کنند (%)		نسبت جمعیت استفاده کننده از مرکز شستشوی دست با آب و صابون (%)		مقدار کمک‌های رسمی توسعه مرتبط با آب و فاضلاب که بخشی از هماهنگی دولت است برنامه هزینه (میلیون دلار فعلی)		نسبت جمعیت با اتکای اولیه به سوخت و فناوری پاک (%)	
	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	اطلاعات پایه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه		
2019	2018	2018	2017	2017	2017	2017	2017	2019	2019	2019	2019			
جزایر سلیمان	37.7	28	50	-	-	-	36	16.22	9					
سومالی	43.1	-	-	-	-	-	10	16.49	3					
جنوب آفریقا	30.5	13	24	-	-	-	44	93.76	86					
جنوب سودان	35.6	27	41	-	-	-	-	34.59	0					
اسپانیا	13.4	3	15	98	97	-	-	-	100 ^{bn}					
سريلانكا	34.6	4	24	-	-	-	-	144.23	31					
سودان	36.5	17	-	-	-	-	23	62.28	53					
سورینام	21.0	8	28	-	-	-	-	1.05	94					
سوئد	13.6	6	21	>99	93	-	-	-	100 ^{bn}					
سوئیس	11.3	2	12	95	>99	-	-	-	100 ^{bn}					
جمهوری عربی سوریه	32.8	-	-	-	-	-	71	25.88	97					
تاجیکستان	35.2	14	24	48	-	-	73	61.81	82					
تایلند	24.0	9	24	-	-	-	84	3.07	80					
تیمور شرقی	29.9	28	38	-	-	-	28	3.18	13					
توگو	45.7	13	25	-	-	-	10	14.56	9					
تونگا	28.5	17	37	-	-	-	-	1.08	76					
ترینیداد و توباگو	17.7	7	28	-	-	-	-	-	100 ^{bn}					
تونس	32.1	10	25	93	78	79	110.17	100	100					
ترکیه	-	12	32	-	65	-	50.39	95	95					
ترکمنستان	26.6	-	-	94	-	>99	0.01	100	100					
تووالو	27.5	20	39	-	6	-	0.03	69	69					
اوگاندا	32.8	26	45	7	-	21	127.52	1	1					
اوکراین	17.7	9	18	92	68	-	30.96	95	95					
امارات متحده عربی	24.3	-	-	-	96	-	-	100 ^{bn}	100 ^{bn}					
بریتانیا	11.1	4	24	>99	98	-	-	100 ^{bn}	100 ^{bn}					
جمهوری متحد تانزانیا	38.9	24	38	-	25	48	227.80	4	4					
ایالات متحده آمریکا	11.8	6	26	>99	90	-	-	100 ^{bn}	100 ^{bn}					
اروگوئه	15.0	4	18	-	-	-	-	100 ^{bn}	100 ^{bn}					
ازبکستان	24.8	-	-	59	-	-	149.89	85	85					
وانواتو	28.5	29	47	44	-	25	4.73	8	8					
ونزوئلا (جمهوری بولیوار)	24.2	8	19	-	24	-	0.17	97	97					
ویتنام	20.6	10	25	-	-	86	405.56	65	65					
یمن	61.5	-	-	-	-	50	71.18	61	61					
زامبیا	31.5	28	41	-	-	14	84.62	16	16					
زیمبابوه	28.9	18	35	-	-	37	11.84	30	30					

مناطق سازمان جهانی بهداشت	2019	2018	2018	2017	2017	2017	2019	2019
منطقه آفریقا	40.4	20	33	29	20	28	2932.34	19
منطقه آمریکا	15.4	7	25	79	49	-	591.02	92
منطقه جوب شرق آسیا	46.6	17	33	-	-	60	1303.35	61
منطقه اروپا	18.8	6	21	92	68	-	608.65	96
منطقه مدیترانه شرقی	34.9	17	31	56	-	66	1859.09	74
منطقه غرب اقیانوس آرام	16.4	8	20	-	67	-	979.49	67
جهانی	29.9	10	26	71	45	60	8846.42	66

11.6	16.1	GPW 13				
میانگین غلظت سالانه ذرات ریز (PM2.5) در مناطق شهری (µg/m ³)	میزان مرگ و میر ناشی از قتل (به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)	تعداد موارد فلج اطفال ناشی از ویروس فلج اطفال وحشی (WPV)	شیوع استاندارد شده فشار خون بالا در افراد بالای ۱۸ سال SBP > 140 mmHg و/یا DBP > 90 mmHg	شیوع چاقی در بین کودکان و نوجوانان (۵ تا ۱۹ سال) (%)	شیوع استاندارد سنی چاقی بین بزرگسالان (۱۸+ سال) (%)	
تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	اطلاعات پایه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	تخمین قابل مقایسه	کشورهای عضو
2016	2019	2020	2015	2016	2016	
11.5	3.9	0	22.0	4.3	22.5	جزایر سلیمان
28.0	5.4	0	32.9	3.0	8.3	سومالی
24.3	35.9	0	26.9	11.3	28.3	جنوب آفریقا
40.9	14.3	0	-	-	-	جنوب سودان
9.8	0.6	0	19.2	10.8	23.8	اسپانیا
15.1	2.3	0	22.4	4.8	5.2	سریلانکا
46.8	5.8	0	-	-	-	سودان
25.8	5.8	0	22.4	13.9	26.4	سورینام
6.1	1.1	0	19.3	6.7	20.6	سوئد
10.4	0.5	0	18.0	5.8	19.5	سوئیس
37.4	2.6	0	24.5	11.5	27.8	جمهوری عربی سوریه
42.8	1.8	0	26.1	3.0	14.2	تاجیکستان
26.6	4.3	0	22.3	11.3	10.0	تایلند
18.2	4.7	0	27.6	4.2	3.8	تیمور شرقی
31.2	8.9	0	28.9	2.0	8.4	توگو
10.2	3.4	0	23.7	26.7	48.2	تونگا
22.4	39.4	0	25.8	11.1	18.6	ترینیداد و توبگو
35.7	3.5	0	23.2	8.5	26.9	تونس
41.2	4.8	0	20.3	11.5	32.1	ترکیه
24.2	2.8	0	25.4	4.7	18.6	ترکمنستان
11.4	-	0	23.7	27.2	51.6	تووالو
48.7	13.9	0	27.3	1.7	5.3	اوگاندا
19.4	6.3	0	27.1	7.0	24.1	اوکراین
37.2	0.7	0	21.1	17.3	31.7	امارات متحده عربی
10.6	1.3	0	15.2	10.2	27.8	بریتانیا
25.1	8.1	0	27.3	2.5	8.4	جمهوری متحد تانزانیا
7.6	5.8	0	12.9	21.4	36.2	ایالات متحده آمریکا
8.7	8.5	0	20.7	13.8	27.9	اروگوئه
28.9	1.5	0	25.6	4.0	16.6	ازبکستان
11.0	2.3	0	24.2	8.3	25.2	وانواتو
16.8	63.6	0	18.6	14.1	25.6	ونزوئلا (جمهوری بولیوار)
30.1	1.9	0	23.4	2.6	2.1	ویتنام
44.3	9.7	0	30.7	7.0	17.1	یمن
23.8	6.5	0	27.1	2.9	8.1	زامبیا
19.1	13.1	0	28.2	4.0	15.5	زیمباوه

2016	2019	2020	2015	2016	2016	مناطق سازمان جهانی بهداشت
35.5	10.0	0	27.4	2.8	10.6	منطقه آفریقا
13.4	19.2	0	17.6	14.4	28.6	منطقه آمریکا
57.3	3.8	0	25.1	3.0	4.7	منطقه جنوب شرق آسیا
17.6	2.9	0	23.2	8.6	23.3	منطقه اروپا
54.0	5.3	140	26.3	8.2	20.8	منطقه مدیترانه شرقی
42.9	1.6	0	19.2	9.8	6.4	منطقه غرب اقیانوس آرام
39.6	6.2	140	22.1	6.8	13.1	جهانی

References

- ^a World population prospects: 2019 revision. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2019 ([https:// population.un.org/wpp/](https://population.un.org/wpp/), accessed 1 May 2021). For Member States with a total population less than 90 000, the male, female values are not shown but are included in the regional and global sums. Male and female may not sum to both sexes due to rounding.
- ^b Global health estimates 2019: Life expectancy, 2000–2019. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/>, accessed 1 May 2021).
- ^c WHO Member States with a population of less than 90 000 in 2019 were not included in the analysis.
- ^d Trends in maternal mortality: 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal-mortality-2000-2017/en/>, accessed 1 May 2021). WHO Member States with populations less than 100 000 in 2019 were not included in the analysis.
- ^e Joint WHO/UNICEF Interagency database 2021 of skilled health personnel, based on population-based national household survey data and routine health systems. (<https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>, accessed 1 May 2021).
- ^f Levels and trends in child mortality. Report 2020. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. United Nations Children’s Fund, World Health Organization, World Bank Group and United Nations Population Division. New York: United Nations Children’s Fund; 2020 (<https://www.unicef.org/reports/levels-and-trends-child-mortality-report-2020>, accessed 1 May 2021).
- ^g AIDSinfo [online database]. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (<http://aidsinfo.unaids.org/>, accessed 1 May 2021); and HIV/ AIDS [online database], Global Health Observatory (GHO) data. Geneva: World Health Organization ([https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/new-hiv-infections-\(per-1000-uninfected-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/new-hiv-infections-(per-1000-uninfected-population)), accessed 1 May 2021).
- ^h Global tuberculosis report 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336069/9789240013131-eng.pdf>, accessed 1 May 2021).
- ⁱ World malaria report 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/item/9789240015791>, accessed 1 May 2021).
- ^j Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/hiv/strategy2016-2021/progress-report-2019/en/>, accessed 1 May 2021). This indicator is used here as a proxy for the SDG indicator.
- ^k Neglected tropical diseases [online database], Global Health Observatory (GHO) data. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/neglected-tropical-diseases>, accessed 1 May 2021).
- ^k Global health estimates 2019: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2019. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/>, accessed 1 May 2021).
- ^l WHO Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) [online database], Global Health Observatory (GHO) data. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/levels-of-consumption/>, accessed 1 May 2021).
- ^m United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2020). World Contraceptive Use 2020 (POP/DB/CP/Rev2020). (<https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2020.asp>, accessed 1 May 2021). Global and regional aggregates are from the United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2020). Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2020.
- ⁿ Most recent updates provided by the Population Division, DESA to the SDG Indicators United Nations Global SDG Database (<https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>, accessed 1 May 2021). Global and regional aggregates are from the World population prospects: the 2019 revision. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2019 (<https://population.un.org/wpp/Download/SpecialAggregates/UNrelated/>, accessed 1 May 2021).
- ^o Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/fp_gmr_2019.pdf, accessed 1 May 2021). WHO Member States with a population of less than 90 000 in 2015 were not included in the analysis.
- ^p The median most recent year within the 2011–2018 period is 2014. Primary health care on the road to universal

- health coverage: 2019 monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2019 (https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/fp_gmr_2019.pdf, accessed 1 May 2021). Global and regional aggregates include country data not shown in the table.
- ^r Public health and environment [online database], Global Health Observatory (GHO) data. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/public-health-and-environment/GHO/public-health-and-environment>, accessed 1 May 2021).
- ^s WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, third edition. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications-detail/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition>, accessed 1 May 2021).
- ^t WHO/UNICEF estimates of national immunization coverage and human papillomavirus (HPV) vaccine coverage estimates [online database]. July 2021 revision for HPV vaccine (last dose in the schedule): percentage of 15-year-old girls who received the recommended doses of HPV vaccine is not yet available due to recent introduction and often targeting girls below 15 years of age. Currently performance of the programme in the previous calendar year based on target age group is used as proxy for the SDG indicator. For HPV, global and regional aggregates include all countries. For more details see: Bruni et al., 2021 (<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106399>, accessed 1 May 2021).
- ^u OECD.Stat [online database]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (<https://stats.oecd.org/>, accessed 1 May 2021).
- ^v Data collected with the WHO Essential Medicines and Health Products Price and Availability Monitoring Mobile Application (WHO EMP MedMon): (<https://www.who.int/medicines/areas/policy/monitoring/empmedmon/en/>, accessed 1 May 2021) and Health Action International Medicine Prices, Availability, Affordability & Price Components Database (HAI/WHO): (<https://haiweb.org/what-we-do/price-availability-affordability/price-availability-data/>, accessed 1 May 2021).
- ^w WHO Global Health Workforce Statistics [online database], Global Health Observatory (GHO) data. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/health-workforce>, accessed 1 May 2021). Country comparisons are affected by differences in the occupations included. Please refer to the source for country-specific definitions and other descriptive metadata. The global averages were calculated using countries with values between 2013 and 2019.
- ^x International Health Regulations (2005) - States Parties Annual Self-Assessment Reports - Monitoring Framework [online database], Global Health Observatory (GHO) data. Geneva: World Health Organization (<https://extranet.who.int/e-spar/>, accessed 1 May 2021). Responses received for SPAR 2020 annual report as of 16 April 2021. Regional and global averages include two IHR States Parties not shown in the table (Liechtenstein and Holy See). For full list of IHR States Parties please see https://www.who.int/ihr/legal_issues/states_parties/en/.
- ^y Global Antimicrobial Resistance Surveillance System (GLASS). Geneva: World Health Organization; 2020. Global values are median of country figures and are not population weighted averages.
- ^z Global Health Expenditure Database. Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/nha/database>, accessed 1 May 2021). The WHO regional and global averages are unweighted. This indicator is presented here because it could constitute the health-related portion of the SDG Indicator 1.a.2.
- ^{aa} Levels and trends in child malnutrition. UNICEF/WHO/World Bank Group Joint Child Malnutrition Estimates. New York, Geneva and Washington (DC): United Nations Children's Fund, World Health Organization and the World Bank Group; 2021.
- ^{ab} Prevalence of anaemia in women of reproductive age (Global Health Observatory) [online database]. Geneva: World Health Organization; 2019 ([https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-women-of-reproductive-age\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-women-of-reproductive-age(-)), accessed 1 May 2021).
- ^{ac} Violence against women prevalence estimates, 2018. Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>). Given the lack of consensus on the definition and standardized measurements of psychological intimate partner violence, the current estimates only include physical and/or sexual partner violence. As the majority of the available survey data on intimate partner violence are for women aged 15–49, with sparse data for women aged 50 years and older, the estimates are presented for the 15–49 age group.
- ^{ad} Progress on drinking water, sanitation and hygiene – 2017 update and SDG baselines. Geneva and New York: World Health Organization and United Nations Children's Fund; 2017 (<https://washdata.org/sites/default/files/>

- documents/reports/2018-01/JMP-2017-report-final.pdf, accessed 1 May 2021); and Water and sanitation [online database], Global Health Observatory (GHO) data. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/water-sanitation-and-hygiene-exposure>, accessed 1 May 2021). Comparable estimates are only shown for countries with recent primary data.
- ae Official development assistance for the water sector (water supply and sanitation, agricultural water resources, and hydro-electric power plants), OECD CRS, 2019 (<https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=crs1>, accessed 1 May 2021). Includes CRS purpose codes for water supply and sanitation (CRS 14000), agricultural water resources (CRS 31140), and hydro-electric power plants (CRS 23220).
- af Public health and environment [online database], Global Health Observatory (GHO) data. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/public-health-and-environment/GHO/public-health-and-environment>, accessed 1 May 2021).
- ag Data from World Health Organization, Polio Eradication Initiative, as of 17 February 2020. (Updated information can be found at: <https://polioeradication.org/>, accessed 1 May 2021).
- ah Risk factors in noncommunicable diseases [online database], Global Health Observatory (GHO) data. Geneva: World Health Organization (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/noncommunicable-diseases---risk-factors>, accessed 1 May 2021).
- ai Non-standard definition. For more details see the Joint UNICEF/WHO database of skilled health personnel (footnote e).
- aj Proportion of institutional births (%) used as proxy for the SDG indicator.
- ak The most recent national official estimates of neonatal, infant and under-five mortality rates in India are from the India Sample Registration System with a rate of 23, 32 and 36 deaths per 1000 live births, respectively, in the year 2018.
- al The most recent national official estimates of neonatal, infant and under-five mortality rates in Zambia are from the 2018 Zambia Demographic and Health Survey (2018 ZDHS) with a rate of 27, 42 and 61 deaths per 1000 live births, respectively, in the 5-year period before the survey.
- am Data pertain to a non-standard age or marital status group. For more details, see the World Contraceptive Use 2020 (footnote n).
- an Estimate refers to smoking only, but expected to be similar to all tobacco use.
- ao Oedema data was not considered in the analysis.
- ap Height/length modality (standing/lying) was not collected.
- aq Estimate based on reported official coverage.
- ar Proxy estimate based on reported data for both sexes together.
- as Estimate extrapolated from previous years.
- at Data for capital city only.
- au Reduced age range/interval 36–59 months; unadjusted.
- av Reduced age range/interval 12–60 months; unadjusted.
- aw Height/length modality (standing/lying) was not collected excluding Haute Kotto.
- ax Estimate based on reported coverage from the national vaccination registry.
- ay Reflects population vaccinated before the implementation of the human papillomavirus programme (pilot/demo projects).
- az Subnational introduction.
- ba National Surveillance System; Kuwaiti citizens.
- bb Reduced age range: age 0–5 months not covered; unadjusted.
- bc Proxy estimate based on reported coverage by age 14 (registry).
- bd Omani citizens.
- be Excludes Azad Jammu and Kashmir and Gilgit Baltistan regions.
- bf Reduced age range/interval 24–59 months; unadjusted.
- bg Excludes Transnistria.
- bh Health centres (80% coverage); 0–60 months.

- bi Proxy estimate based on reported coverage by age 13 (registry).
- bj Estimate based on survey data. Females 16 years of age at time of the survey.
- bk Coverage over 100% truncated to 99%. May indicate problems with the accuracy of data.
- bl Oedema data was considered in the analysis.
- bm Survey data (subnational) indicate 80% coverage.
- bn For high-income countries with no information on clean fuel use, usage is assumed to be 100%.

منطقه‌های WHO

* سازمان جهانی بهداشت منطقه آفریقا: الجزایر، آنگولا، بنین، بوتسوانا، بورکینافاسو، برونیدی، کابو ورد، کامرون، جمهوری آفریقای مرکزی، چاد، کومور، کنگو، ساحل عاج، جمهوری دموکراتیک کنگو، گینه استوایی، اریتره، اسواتینی، اتیوپی، گابن، گامبیا، غنا، گینه، گینه بیسائو، کنیا، لسوتو، لیبیا، ماداگاسکار، مالاوی، مالی، موریتانی، موریس، موزامبیک، نامیبیا، نیجر، نیجریه، رواندا، سائوتومه و پرنسیپ، سیشل، سیگال، سیگال لئون، آفریقای جنوبی، سودان جنوبی، توگو، اوگاندا، جمهوری متحد تانزانیا، زامبیا، زیمبابوه.

* سازمان جهانی بهداشت منطقه قاره آمریکا: آنتیگوا و باربودا، آرژانتین، باهاما، باربادوس، بلیز، بولیوی (ایالت چند ملیتی)، برزیل، کانادا، شیلی، کلمبیا، کاستاریکا، کوبا، دومینیکا، جمهوری دومینیکن، اکوادور، السالوادور، گرانا، گواتمالا، گویان، هائیتی، هندوراس، جامائیکا، مکزیک، نیکاراگوئه، پاناما، پاراگوئه، پرو، سنت کیتس و نویس، سنت لوسیا، سنت وینسنت و گرنادین، سورینام، ترینیداد و توباگو، ایالات متحده آمریکا، اروگوئه، ونزوئلا (جمهوری بولیواری).

* منطقه آسیای جنوب شرقی سازمان جهانی بهداشت: بنگلادش، بوتان، جمهوری دموکراتیک خلق کره، هند، اندونزی، مالدیو، میانمار، نپال، سریلانکا، تایلند، تیمور شرقی.

* منطقه اروپایی سازمان بهداشت جهانی: آلبانی، آندورا، ارمنستان، اتریش، آذربایجان، بلاروس، بلژیک، بوسنی و هرزگوین، بلغارستان، کرواسی، قبرس، چک، دانمارک، استونی، فنلاند، فرانسه، گرجستان، آلمان، یونان، مجارستان، ایسلند، ایرلند، اسرائیل، ایتالیا، قزاقستان، قرقیزستان، لتونی، لیتوانی، لوکزامبورگ، مالت، موناکو، مونته نگرو، هلند، مقدونیه شمالی، نروژ، لهستان، پرتغال، جمهوری مولداوی، رومانی، فدراسیون روسیه، سن مارینو، صربستان، اسلواکی، اسلوانی، اسپانیا، سوئد، سوئیس، تاجیکستان، ترکیه، ترکمنستان، اوکراین، بریتانیای کبیر و ایرلند شمالی، ازبکستان.

* منطقه مدیترانه شرقی WHO: افغانستان، بحرین، جیبوتی، مصر، ایران (جمهوری اسلامی)، عراق، اردن، کویت، لبنان، لیبی، مراکش، عمان، پاکستان، قطر، عربستان سعودی، سومالی، سودان، جمهوری عربی سوریه، تونس، امارات متحده عربی، یمن.

* منطقه اقیانوس آرام غربی WHO: استرالیا، برونئی دارالسلام، کامبوج، چین، جزایر کوک، فیجی، ژاپن، کیریباتی، جمهوری دموکراتیک خلق لائوس، مالزی، جزایر مارشال، میکرونزی (ایالات فدرال)، مغولستان، نائورو، نیوزیلند، نیوئه، پالاو، پاپوآ گینه نو، فیلیپین، جمهوری کره، ساموآ، سنگاپور، جزایر سلیمان، تونگا، تووالو، وانواتو، ویتنام.

در دسترس بودن داده‌های تفکیک شده برای شاخص‌های پیامدی GPW 13

داده‌های تفکیک‌شده برای اندازه‌گیری تأثیر GPW 13 - از جمله شاخص‌های نتیجه و همچنین شاخص‌های مورد استفاده برای نظارت بر اهداف HALE و Triple Billion - از طیف وسیعی از منابع داده، جمع‌آوری شد. اینها عبارت بودند از:

داده‌ها از مجموعه داده‌های در دسترس عموم بر اساس نظرسنجی‌های جمعیت‌شناختی و سلامت (DHS)، بررسی‌های خوشه‌ای شاخص چندگانه (MICS) و نظرسنجی‌های سلامت باروری (RHS). داده‌های تفکیک شده در پایگاه داده، با تجزیه و تحلیل مجدد توسط مرکز بین‌المللی عدالت در سلامت در دانشگاه فدرال Pelotas برزیل، یک مرکز همکار WHO برای نظارت بر عدالت سلامت منتشر شده است.

برآوردهای WHO از برآوردهای جهانی بهداشت (GHE) و همچنین برآوردهای تولید شده توسط برنامه‌های WHO و منتشر شده در رصدخانه سازمان جهانی بهداشت

برآوردهای آب، بهسازی و بهداشت (WASH) از برنامه نظارت مشترک (JMP) سازمان بهداشت جهانی / یونیسف، تخمین‌های سوء تغذیه مشترک یونیسف و سازمان بهداشت جهانی و بانک جهانی از پایگاه داده جهانی WHO در مورد رشد و سوء تغذیه کودکان.

منبع داده برای نرخ مرگ‌ومیر زیر پنج سال (U5MR) و نرخ مرگ‌ومیر نوزادان (NMR) گروه بین‌سازمانی ملل برای برآورد مرگ‌ومیر کودکان (UN IGME) است.

در دسترس بودن داده‌های تفکیک شده در پنج بعد نابرابری ارزیابی شد: سن، وضعیت اقتصادی، تحصیلات، محل سکونت و جنس (جدول A4.1 و A4.2). تعداد کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت با داده‌های تفکیک شده در دسترس بر اساس شاخص و بعد نابرابری محاسبه شد. برآوردها از آخرین سال موجود و داده‌های نظرسنجی جمع‌آوری شده بین سال‌های ۲۰۱۰ و ۲۰۱۹ برای محاسبه استفاده شد.

هدف توسعه پایدار/مجمع جهانی بهداشت	شاخص	منبع اطلاعات (سال)*	سن	وضعیت اقتصادی	تحصیلات	محل اقامت	رابطه جنسی
هدف توسعه پایدار. ۲.۲.۱	شیوع کوتاه قدی در کودکان کمتر از ۵ سال (%)	نظرسنجی ها	۸۴	۸۶	۷۱	۸۵	۸۶
هدف توسعه پایدار. ۲.۲.۲	شیوع اضافه وزن در کودکان کمتر از ۵ سال (%)	نظرسنجی ها	۸۴	۸۶	۷۱	۸۵	۸۶
هدف توسعه پایدار. ۲.۲.۲	شیوع هدر رفتن در کودکان کمتر از ۵ سال (%)	نظرسنجی ها	۸۴	۸۶	۷۱	۸۵	۸۶
هدف توسعه پایدار. ۳.۱.۱	نسبت مرگ و میر مادران (به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ تولد زنده)						
هدف توسعه پایدار. ۳.۱.۲	تولد با حضور پرسنل بهداشتی ماهر (در دو یا سه سال قبل از نظرسنجی) (%)	نظرسنجی ها		۹۳	۷۴	۹۵	
هدف توسعه پایدار. ۳.۲.۱	نرخ مرگ و میر زیر پنج سال (مرگ به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده)	نظرسنجی ها/ برآوردها (۲۰۱۹)**		۷۶	۶۴	۷۶	۱۹۴
هدف توسعه پایدار. ۳.۲.۲	نرخ مرگ و میر نوزادان (مرگ در هر ۱۰۰۰ تولد زنده)	نظرسنجی ها/ برآوردها (۲۰۱۹)**		۷۶	۶۴	۷۶	۱۹۴
هدف توسعه پایدار. ۳.۳.۱	تعداد عفونت های جدید HIV (در هر ۱۰۰۰ جمعیت غیر آلوده)	برآوردها (۲۰۱۹)					۱۰۷
هدف توسعه پایدار. ۳.۳.۲	بروز سل (در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت)	برآوردها (۲۰۱۹)	۱۸۲				۱۸۲
هدف توسعه پایدار. ۳.۳.۳	بروز مالاریا (به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت در معرض خطر)						
هدف توسعه پایدار. ۳.۳.۴	بروز هیپاتیت B (در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت)						
هدف توسعه پایدار. ۳.۴.۱	میزان مرگ و میر منتسب به بیماری های قلبی عروقی، سرطان، دیابت یا بیماری مزمن تنفسی (%)	برآوردها (۲۰۱۹)					۱۸۳
هدف توسعه پایدار. ۳.۴.۲	میزان مرگ و میر خودکشی (به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت)	۱۸۳					۱۹۴
هدف توسعه پایدار. ۳.۵.۱	پوشش مداخلات درمانی برای اختلالات مصرف مواد (%)						
هدف توسعه پایدار. ۳.۵.۲	کل مصرف الکل سرانه در بزرگسالان بالای ۱۵ سال (لیتر الکل خالص)						۱۸۸
هدف توسعه پایدار. ۳.۶.۱	نرخ مرگ و میر ترافیکی جاده ای (به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت)						
هدف توسعه پایدار. ۳.۷.۱	تقاضا برای تنظیم خانواده برآورده شد - استفاده از روش های مدرن (%)	نظرسنجی ها	۸۵	۹۰	۷۸	۹۱	
هدف توسعه پایدار/مجمع جهانی بهداشت	شاخص	منبع اطلاعات (سال)*	سن	وضعیت اقتصادی	تحصیلات	محل اقامت	رابطه جنسی
هدف توسعه پایدار. ۳.۸.۱	شاخص پوشش خدمات UHC						
هدف توسعه پایدار. ۳.۸.۲	نسبت جمعیت با بیش از ۱۰٪ هزینه های خانوار برای سلامت (%)	نظرسنجی ها				۹۶	
هدف توسعه پایدار. ۳.۹.۱	میزان مرگ و میر منتسب به آلودگی هوای خانگی و محیطی (به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت)	برآوردها (۲۰۱۶)					۱۸۳
هدف توسعه پایدار. ۳.۹.۳	میزان مرگ و میر منتسب به آب ناسالم، بهداشت ناامن و عدم رعایت بهداشت (به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ جمعیت)	برآوردها (۲۰۱۶)					۱۸۳
هدف توسعه پایدار. ۳.۹.۳	میزان مرگ و میر منتسب به مسمومیت غیر عمدی (به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر جمعیت)	برآوردها (۲۰۱۶)					۱۸۳
هدف توسعه پایدار. a.۳.۱	شیوع مصرف دخانیات در بین افراد بالای ۱۵ سال (%)	برآوردها (۲۰۱۸)					۱۴۹
هدف توسعه پایدار. b.۳.۱	پوشش ایمن سازی DTP۳ بین کودکان ۱ ساله (%)	نظرسنجی		۸۷	۶۹	۸۹	۹۰
هدف توسعه پایدار/مجمع جهانی بهداشت	شاخص	منبع اطلاعات (سال)*	سن	وضعیت اقتصادی	تحصیلات	محل اقامت	رابطه جنسی
هدف توسعه پایدار. b.۳.۱	پوشش ایمن سازی سرخک بین کودکان ۱ ساله (%)	نظرسنجی		۸۸	۶۹	۸۹	۹۰
هدف توسعه پایدار. b.۳.۱	پوشش ایمن سازی فلج اطفال بین کودکان ۱ ساله (%)	نظرسنجی		۸۸	۶۹	۸۹	۹۰
هدف توسعه پایدار. ۴.۲.۱	نسبت عفونت های جریان خون ناشی از ارگانیزم های مقاوم به ضد میکروبی (%)						
هدف توسعه پایدار. ۵.۲.۱	نسبت کودکان کمتر از ۵ سال در مسیر رشد (سلامت، یادگیری و رفاه روانی اجتماعی) (%)						
هدف توسعه پایدار. ۵.۶.۱	نسبت زنان (۱۵-۴۹) مورد خشونت توسط شریک صمیمی فعلی یا سابق (%)						
هدف توسعه پایدار. ۵.۶.۱	نسبت زنان (۱۵-۴۹) که تصمیمات خود را در مورد روابط جنسی، استفاده از پیشگیری از بارداری و مراقبت های بهداشتی باروری می گیرند (%)						

جدول 1-4A | تعداد کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت با داده‌های تفکیک‌شده در دسترس عموم، بر اساس بعد نابرابری و شاخص‌های نتیجه GPW 13

هدف توسعه پایدار/مجمع جهانی بهداشت	شاخص	منبع اطلاعات (سال)	سن	وضعیت اقتصادی	تحصیلات	محل اقامت	رابطه جنسی
هدف توسعه پایدار ۶.۱.۱	نسبت جمعیتی که از خدمات آب آشامیدنی با مدیریت ایمن استفاده می‌کنند (%)	برآوردها (۲۰۱۷)				۳۲	
هدف توسعه پایدار ۶.۲.۱	نسبت جمعیتی که از خدمات بهداشتی با مدیریت ایمن استفاده می‌کنند (%)					۳۹	
هدف توسعه پایدار ۷.۱.۲	نسبت جمعیت با اتکای اولیه به سوخت‌های پاک (%)						
هدف توسعه پایدار ۱۱.۶.۲	میانگین غلظت سالانه ذرات ریز (PM2.5) در مناطق شهری ($\mu\text{g}/\text{m}^3$)						
هدف توسعه پایدار ۱۶.۲.۱	نسبت کودکان (۱-۱۷ ساله) که پرخاشگری فیزیکی یا روانی را تجربه می‌کنند (%)						
مجمع جهانی بهداشت ۶۶.۱۰	شیوع فشار خون بالا در افراد بالای ۱۸ سال (سن استاندارد) (%)	برآوردها (۲۰۱۵)					۱۹۰
مجمع جهانی بهداشت ۶۶.۱۰	شیوع چاقی بین بزرگسالان (%)	برآوردها (۲۰۱۶)					۱۹۰
مجمع جهانی بهداشت ۶۶.۱۰	شیوع چاقی در بین کودکان و نوجوانان (۵-۱۹) (%)	برآوردها (۲۰۱۶)					۱۹۰
مجمع جهانی بهداشت ۶۸.۳	تعداد موارد فلج اطفال ناشی از ویروس فلج اطفال وحشی (WPV)						
	نسبت امکانات بهداشتی با داروهای ضروری در دسترس و مقرون به صرفه بر مبنای پایدار (%)						
	پوشش واکسن برای بیماری‌های مستعد اپیدمی						

برای شاخص‌های دارای داده‌های حاصل از نظرسنجی‌ها، اگر داده‌هایی برای حداقل یک سال نظرسنجی بین سال‌های ۲۰۱۹-۲۰۱۰ در دسترس باشد، یک کشور شمارش می‌شود. ** داده‌های تفکیک شده بر اساس جنسیت برای میزان مرگ‌ومیر زیر پنج سال بر اساس برآوردها است.

*** آخرین داده‌های موجود هنگام تولید جدول.

منبع: HEAT Plus Data Repository, Health Equity Monitor (https://www.who.int/data/gho/health-equity/assessment_toolkit/heat-plus-data-repository), دسترس به ۳۰ آوریل ۲۰۲۱.

جدول 1-A4 | تعداد کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت با داده های تفکیک شده در دسترس عموم، بر اساس ابعاد نابرابری و شاخص های مورد استفاده برای نظارت بر امید به زندگی سالم و اهداف سه میلیاردي

جنسیت	محل سکونت	تحصیلات	وضعیت اقتصادی	سن	منبع اطلاعات (سال)	شاخص	اهداف سه میلیاردي
183					برآورد (۲۰۱۹)	امید به زندگی سالم بدو تولد (سال)	شاخص
						جمعیت های سالم تر	
	95	74	94		نظرسنجی ها	پوشش مراقبت های دوران بارداری - حداقل چهار بار ویزیت (در دو یا سه سال قبل از نظرسنجی) (%)	هدف توسعه پایدار ۱۸.۳
89	82	55	62		نظرسنجی ها	کودکان کمتر از ۵ سال با علائم ذات الریه که به یک مرکز بهداشتی منتقل می شوند (%)	
90	89	69	87		نظرسنجی ها	پوشش ایمن سازی DTP3 بین کودکان ۱ ساله (%)	هدف توسعه پایدار b.۳.۱
191					برآورد (۲۰۱۴)	میانگین گلکز پلاسما ناشتا برای بزرگسالان +۲۵ سال (استاندارد سنی) (%)	
30	30		30		نظرسنجی ها	درصد جمعیتی که زیر توری حشره کش می خوابند (%)	
190					برآورد (۲۰۱۵)	شیوع فشار خون بالا در افراد بالای ۱۸ سال (سن استاندارد) (%)	
117			42		برآورد (۲۰۱۹)	نسبت افراد مبتلا به HIV در حال حاضر تحت درمان ضد رتروویروسی (%)	مجموع جهانی بهداشت ۲۰۱۰
	165				برآورد (۲۰۱۷)	نسبت موارد سل درمان شده (%)	
						تقاضا برای تنظیم خانواده برآورده شد - استفاده از روش های نوین (%)	
	91	78	90	85	نظرسنجی ها	نسبت جمعیت با بیش از ۱۰ درصد هزینه های خانوار برای سلامت (درصد)	هدف توسعه پایدار ۳.۷.۱
	96				نظرسنجی ها	میانگین غلظت سالانه ذرات ریز (PM 2.5) در مناطق شهری (µg/m ₃)	هدف توسعه پایدار ۳.۸.۲
						نرخ مرگ و میر منتسب به آلودگی هوای خانگی و محیطی (به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت).	هدف توسعه پایدار ۳.۹.۱
183					برآورد (۲۰۱۶)	نرخ مرگ و میر منتسب به آلودگی هوای خانگی و محیطی (به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت).	هدف توسعه پایدار ۲.۲.۲
86	85	71	86	84	نظرسنجی ها	شیوع اضافه وزن در کودکان کمتر از ۵ سال (%)	
190					برآورد (۲۰۱۶)	شیوع چاقی در بزرگسالان (%)	هدف توسعه پایدار ۶.۶.۱
190					برآورد (۲۰۱۶)	شیوع چاقی در بین کودکان و نوجوانان (۵ تا ۱۹) (%)	هدف توسعه پایدار ۶.۶.۱
149					برآورد (۲۰۱۸)	شیوع مصرف دخانیات در افراد بالای ۱۵ سال (%)	هدف توسعه پایدار ۳.۵.۱
						نسبت کودکان (۱-۱۷ ساله) که پرخاشگری فیزیکی یا روانی را تجربه می کنند (%)	هدف توسعه پایدار ۱۶.۲.۱
						نسبت کودکان کمتر از ۵ سال در مسیر رشد (سلامت، یادگیری و رفاه روانی اجتماعی) (%)	هدف توسعه پایدار ۴.۲.۱
	32				برآورد (۲۰۱۷)	نسبت جمعیتی که از خدمات آب آشامیدنی با مدیریت ایمن استفاده می کنند (%)	هدف توسعه پایدار ۶.۱.۱
	39				برآورد (۲۰۱۸)	نسبت جمعیتی که از خدمات بهداشتی با مدیریت ایمن استفاده می کنند (%)	هدف توسعه پایدار ۶.۲.۱
						نسبت زنان (۱۵ تا ۴۹) مورد خشونت توسط شریک صمیمی فعلی یا سابق (%)	هدف توسعه پایدار ۵.۲.۱
						نرخ مرگ و میر ترافیک جاده ای (به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)	هدف توسعه پایدار ۳.۶.۱
86	85	71	86	84	نظرسنجی ها	شیوع کوتاه قدی در کودکان کمتر از ۵ سال (%)	هدف توسعه پایدار ۲.۲.۱
183				183	برآورد (۲۰۱۶)	میزان مرگ و میر خودکشی (به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)	هدف توسعه پایدار ۳.۶.۱
188					برآورد (۲۰۱۸)	کل مصرف سرانه الکل در بزرگسالان بالای ۱۵ سال (لیتر الکل خالص)	هدف توسعه پایدار ۳.۴.۲
86	85	71	86	84	نظرسنجی ها	شیوع هدر رفتن در کودکان کمتر از ۵ سال (%)	هدف توسعه پایدار ۳.۵.۲
90	89	69	88		نظرسنجی ها	پوشش ایمن سازی سرخک در کودکان ۱ ساله (%)	حفاظت در مواقع اضطراری
90	89	69	88		نظرسنجی ها	پوشش ایمن سازی فلج اطفال بین کودکان ۱ ساله (%)	بهداشتی

* برای شاخص های دارای داده های حاصل از نظرسنجی ها، اگر داده هایی برای حداقل یک سال نظرسنجی بین سال های ۲۰۱۰-۲۰۱۹ در دسترس باشد، یک کشور شمارش می شود. راهنما: همه شاخص هایی که برای نظارت بر اهداف سه میلیاردي استفاده می شوند، شاخص های نتیجه سیزدهمین برنامه کلی کاری نیستند.

منبع: امید به زندگی سالم به علاوه مخزن داده، نظارت بر عدالت در سلامت.

(https://www.who.int/data/gho/healthequity/assessment_toolkit/heat-plus-data-repository, accessed 30 April 2021)

سازمان جهانی سلامت گزارش آمارهای سلامت جهان را به صورت سالانه از آخرین داده موجود در مورد سلامت و شاخص‌های مرتبط با سلامت برای ۱۹۴ کشور عضو سازمان تولید می‌کند. در ویرایش مربوط به سال ۲۰۲۱، جدیدترین داده‌های مرتبط با بیش از ۵۰ شاخص مربوط به سلامت در راستای اهداف توسعه پایدار و «آرمان ۳میلیارد» مربوط به سازمان جهانی سلامت وجود دارد. سازمان جهانی سلامت در سیزدهمین برنامه کاری عمومی GPW13 اشاره کرده است همه کشورهای عضو، متعهد به تحقق آرمان سه میلیارد هستند تا پیشرفت به سوی دستور کار ۲۰۳۰ برای توسعه پایدار را آن‌گونه که از طریق داده‌های ملی و سیستم‌های اطلاعات سلامت اطلاع‌رسانی شده است، تسریع کنند.

این گزارش در بخش اول، با استفاده از بررسی نابرابری میان کشورها و درون کشورها، آخرین داده‌های موجود در مورد کووید-۱۹، از جمله موارد ابتلا، مرگ، واکسیناسیون، مشکلات در ارائه خدمات مراقبت از سلامت، تأثیر بر کارکنان سلامت، مهاجران و پناهندگان و شکاف‌های داده‌های مرتبط را نشان می‌دهد. در بخش دوم، روندها و شاخص‌های جدید زندگی را از قبیل امید به زندگی، امید به زندگی سالم، و بار جهانی و منطقه‌ای بیماری‌ها و آسیب‌ها خلاصه شده است؛ در بخش سوم، عوامل خطر ساز رفتاری، محیطی و متابولیکی مختلف که محرک‌های اصلی بار بیماری‌ها هستند، ارائه شده است؛ کانون تمرکز بخش چهارم روی پوشش همگانی سلامت است؛ و روندهای پوشش خدمات و حفاظت مالی را با نگاهی دقیق‌تر به انواع مختلف خدمات ضروری از جمله خدمات برای سلامت باروری، مادر، نوزاد و کودک، خدمات بیماری‌های واگیردار، سلامت نیروی کار و امنیت سلامت، ارائه می‌کند. بخش پنجم، گزارش خلاصه‌ای از پیشرفت‌های اخیر، پیش‌بینی‌ها برای دستیابی به آرمان سه میلیارد و همچنین فرصت‌هایی برای تسریع پیشرفت در دستیابی به اهداف توسعه هزاره مرتبط با سلامت از طریق کاهش نابرابری‌های سلامت و تقویت داده‌ها و سیستم‌های اطلاعات سلامت است.

ISBN: 978-600-457-126-5



9

786004

571265