



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان

آذربایجان غربی

معاونت امور بهداشتی

تحلیل برنامه نظام مراقبت مرگ کودکان

گرد آوری و تدوین :

فریبا عباسیان - شهناز طلایی

گروه سلامت خانواده

زیر نظر :

دکتر رسول انتظارمهدی

تایپ و صفحه آرایی:

لیلا دانا

طراحی روی جلد :

زینب غفاری آذر

صلى الله عليه وسلم

فهرست

- پیشگفتار: ۴
- جایگاه کودکان در نظام های سلامت ۶
- کودکان و نظامهای ثبت وقایع حیاتی ۷
- الگو و روند تاریخی مرگ کودکان در جهان ۸
- روند کاهش مرگ کودکان ۱۲
- علل مرگ کودکان و روند آن ۲۶
- علل اصلی مرگ کودکان زیر یکسال در سال ۱۹۹۱: ۲۷
- روند علل مرگ کودکان زیر یکسال در طول سالهای ۱۹۶۰ تا ۱۹۹۱: ۲۸
- علل اصلی مرگ کودکان زیر پنج سال ۲۸
- علل اصلی مرگ دوره نوزادی ۲۹
- نابرابری های اجتماعی اقتصادی در الگوی مرگ کودکان ۳۰
- مهمترین علل مرگ و میر کودکان جهان: ۳۴
- سیمای مرگ کودکان در منطقه مدیترانه شرقی ۳۸
- مرگ کودکان زیر ۵ سال کشور ایران در منطقه مدیترانه شرقی ۴۵
- مرگ کودکان زیر یک سال کشور ایران در منطقه مدیترانه شرقی ۴۵
- مرگ دوره نوزادی کشور ایران در منطقه مدیترانه شرقی ۴۶
- سیمای مرگ کودکان در استان ۴۷

پیشگفتار:

در هر جامعه ای مادران و کودکان یک گروه دارای اولویت را تشکیل می دهند. از نظر شمار افراد این دو گروه در کشور های رو به پیشرفت نزدیک به ۷۰ درصد کل جمعیت را شامل می شوند. هر جا که خدمات بهداشتی دایر باشد، عمده ترین گروه مصرف کننده خدمات بهداشتی هستند. مادران و کودکان نه تنها یک گروه پر جمعیت، بلکه یک گروه «آسیب پذیر» و «در معرض خطر ویژه» هم هستند که این خطر در کودکان و شیرخواران در رابطه با رشد، تکامل و بقاست. گروههای آسیب پذیر عبارتند از گروههایی از جمعیت که به علت عوامل غیر قابل اجتناب بیش از دیگران در معرض خطر بیماریها و آسیب ها قرار دارند. بنابراین بنابراین هر عاملی که این خطر را افزایش دهد، میتواند فرد را جزو گروه آسیب پذیر قرار دهد. به عنوان مثال سن، در افراد با سن کمتر از ۵ سال به علت عوامل فیزیولوژیک، که تحت تاثیر سن است، بیش از سنین دیگر به امراض گوناگون مبتلا می گردند. بسیاری از بیماریها و مرگ کودکان را می توان پیشگیری کرد.

وضعیت کودکان در هر کشور یک ارزیابی گسترده، از وضعیت کنونی بقای کودکان و مراقبتهای بهداشتی مادران، کودکان و نوزادان ارائه می دهد. این موضوعات در قلب پیشرفت بشری قرار داشته و می توانند به عنوان مقیاسی جهت اندازه گیری میزان توسعه و رفاه هر کشور و همچنین مدرکی گویا دال بر اولویتهای ارزشهای موجود در هر جامعه مورد استفاده قرار گیرند. سرمایه گذاری در زمینه بهداشت کودکان و مادران تنها موضوعی مرتبط با حقوق بشر نیست، بلکه یک تصمیم اقتصادی خردمندانه و یکی از مطمئن ترین راهها جهت قرار گرفتن یک کشور در مسیر دستیابی به آینده ای بهتر می باشد.

مجمع عمومی سازمان ملل متحد، یونیسف را موظف کرده تا با ترویج و پشتیبانی از حقوق کودکان و زنان ، زمینه ساز بروز موارد سه گانه زیرباشد:

- ۱- کودکان از بدو تولد از مناسبترین مراقبت ممکن برخوردار باشند
 - ۲- با تندرستی به مدرسه بروند و پذیرای آموزش شوند
 - ۳- سالهای نوجوانی را به سلامت سپری کنند.
- در سالهای گذشته ،جمهوری اسلامی ایران پیشرفت قابل ملاحظه ای در تحقق هر چه بیشتر حقوق اولیه کودکان ونوجوانان داشته است از آن جمله دستیابی به پوشش وسیع ایمن سازی،بهبود وضعیت تغذیه ای، ریشه کنی فلج اطفال ،کاهش مرگ و میرکودکان و افزایش قابل توجه ثبت نام درمدارس ابتدایی رامی توان نام برد.

امید است با سعی و تلاش همه همکاران درزمینه نهضت جهانی برای کودکان و نوجوانان به منظور تحقق اهداف زیر در طول یک نسل سعی و تلاش نماییم تا:

- همگی باسلامت زندگی را آغاز کنند و در محیطی پرمحبت پرورش یابند تا بتوانند از نظر جسمی تندرست ،از نظر ذهنی هوشیار ، از نظر عاطفی ایمن ،از نظر اجتماعی توانا و از نظر فکری پویا باشند.

- همه کودکان به آموزش پایه بطورکامل و باکیفیت مناسب دسترسی داشته باشند.

- همه نوجوانان فرصت بروز استعدادهای فردی خود را در محیطی امن وبالنده داشته باشند و بتوانند در سرنوشت جامعه خود مشارکت کرده و به آن خدمت نمایند.

جایگاه کودکان در نظام های سلامت

تامین، حفظ و ارتقاء سطح سلامت نوزادان و کودکان بعنوان گروه های آسیب پذیر جامعه در خدمات بهداشتی جایگاه ویژه ای دارد که با افزایش آگاهی، دانش، مهارت و توانایی در تمام سطوح کارکنان بهداشتی می توان عوارض بارداری، زایمان و پس از زایمان و اختلالات بد تولد را بموقع تشخیص و مراقبتهای لازم رابه مادران و نوزادان در معرض خطر ارائه نمود. شناسایی الگوی مرگ در کودکان نظامهای سلامت را قادر میسازد راههای پیشگیری از مرگ نابهنگام و زودرس کودکان را براساس شواهد محیطی احصاء نموده و نسبت به طراحی مداخلات متناسب اقدام نمایند. مطالعات متعدد در کشورهای مختلف نشان داده که بارعایت اصول اولیه مراقبت از بدو تولد و ارائه صحیح مراقبتهای میتوان موفقیت چشمگیری در کاهش مرگ و میر کودکان حاصل نمود.

کودکان و نظامهای ثبت وقایع حیاتی

هرچند در ادبیات نظام سلامت کودک به افراد زیر ۱۶ سال اطلاق میشود ولی در ارزیابی های سازمانهای بین المللی و نظامهای سلامت کشورهای مختلف، مرگ کودکان به فوت کودک زیر پنج سال سن (۵۹ ماه و ۲۹ روز) گفته میشود. برهمن اساس کودکان زیر ۵ سال در سه گروه عمده طبقه بندی میشوند و هر گروه نیز ممکن است به زیرگروههای کوچکتر قابل طبقه بندی باشند.

۱- دوره نوزادی از بدو تولد تا ۲۸ روزگی

۲- شیرخواری از بدو تولد تا زیر یک سال

۳- زیر ۵ سال از بدو تولد تا زیر ۵ سالگی

در طبقه بندی و تعاریف مرگ کودک، مرده زایی (**Still birth**) محاسبه نمیکردد و خود مستقلاً به عنوان یک شاخص تعریف شده است.

ثبت داده های حیاتی در کشورهای دنیا در طول دهه های اخیر یکی از مهمترین چالش ها در برآورد اماری زندگی و مرگ انسانها بوده است. فقدان نظام ثبت وقایع حیاتی در برخی کشورها و کامل نبودن آن در اکثر کشورها از جمله توسعه یافته، برآورد واقعی از پایه ای ترین اطلاعات دموگرافیکی را با محدودیت مواجه ساخته است. محدودیت دسترسی به اطلاعات پایه دموگرافیکی و ضرورت رتبه بندی و تعیین میزان حصول به شاخص های ملی و منطقه ای محققین را واداشته است روش های مختلفی جهت برآورد اماری بکار گیرند(از جمله **DHS**) و ضرایب مختلفی را اعمال و سپس به تطبیق (**Adjusting**) داده های اماری بپردازند. برای آگاهی از فراوانی، الگوها و علل مرگ کودکان در بیش از ۵۰ کشور در حال توسعه از سال ۱۹۸۷ در قالب طرح مطالعاتی **(Demographic & health**

DHS (survey) حداقل یک بار و حداکثر شش بار به مورد اجرا گذاشته شده است. هرچند اطلاعات حاصله از این مطالعات تفاوت‌های مختلف کمی و کیفی در داخل و بین کشورها داشته است ولی برش مطلوبی از وضعیت مرگ کودکان را در دسترس برنامه ریزان قرار می‌دهد و به منظور جمع‌آوری اطلاعات تکمیلی، مطالعاتی در این زمینه در قالب سرشماریهای ملی **SBH (Summary birth history)** یا مطالعات اختصاصی **FBH (Full birth history)** انجام می‌گیرد.

الگو و روند تاریخی مرگ کودکان در جهان

در قرن بیستم، مرگ کودکان در اکثریت قریب به اتفاق کشورهای دنیا صرفنظر از سطح اولیه، وضعیت اجتماعی، اقتصادی و استراتژی‌های توسعه‌ای کاهش محسوس یافت. کاهش میزان‌های مرگ کودکان در کشورهای پیشرفته اقتصادی از اواخر قرن نوزدهم آغاز شده بود، ولی در کشورهای در حال توسعه این کاهش چند سال بعد از جنگ دوم جهانی آغاز شد. این کاهش عمومی در مرگ کودکان توجه کمتری را جلب کرد و هدف‌گذاری‌های آرمانی را جهت کاهش بیشتر موارد مرگ بدنبال داشت. نیمه دوم قرن بیستم با بهبود کارایی نظام‌های سلامت، معرفی واکسن‌های جدید و ایمن‌سازیهای وسیع (برنامه **EPI**)، گسترش استفاده از **ORS**، بهبود وضعیت تغذیه‌ای و بهداشتی مادران و کودکان و کاهش تولدهای پرخطر منجر به کاهش موارد مرگ کودکان زیر ۵ سال گردید.

مطالعات متعدد بعدی در دهه ۸۰، مشخص ساخت کاهش مرگ در برخی کشورها کند، قطع یا حتی معکوس گردیده است و بعدها مشخص گردید که این معکوس شدن روند، در جوامع با امید زندگی پایین، بیشتر اتفاق افتاده است. مهمترین علل

زمینه ای قابل تصور در این کشورها رشد پایین اقتصادی و اپیدمی ایدزو حتی بهره مندی از تکنولوژی های روز در نظامهای سلامت عنوان گردید.

تحلیل هایی نیز عنوان می کردند که علیرغم حفظ حیات کودکان بدلیل کاهش ابتلا به سرخک و بیماریهای اسهالی، عوامل دیگری باعث مرگ کودکان در سالهای بعدی می شدند که مداخلات اقتصادی برای آنها اعمال نمی شد.

تحقیقات متعدد انجام گرفته در سطح بین المللی و کشورهای مختلف نشان داد مهمترین علل کندی کاهش روند مرگ یا حتی معکوس شدن آنها به دلایل پایین دستی و بالا دستی بودند. اهم این عوامل شناسایی شده عبارت بودند از: ویژگی های اقتصادی، بیولوژیکی، رفتاری، اجتماعی و دموگرافیکی

همین دلایل کافی بود تا سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۰ هدف گذاریهای کاهش مرگ کودکان را مطرح نموده و برای اولین بار هدف کاهش مرگ کودکان به ۷۰ دریک هزار تولد زنده را دنبال نماید. این هدف با بهبود وزن زمان تولد کودکان و کاهش شیوع سوء تغذیه تا حدودی در اکثر کشورها محقق شد. برای ارزیابی دقیقتر حصول به اهداف تعیین شده، بررسی های (SURVEYS) میزان مرگ کودکان و انتشار گزارشات روند کاهش به یک الگوی رایج تبدیل گشت و برهمین اساس ۷ مطالعه مقطعی و گذشته نگر بصورت همزمان در مناطق مختلف جهان اجرا شد. افزایش دسترسی به داروها و اطلاعات ملی و بین المللی، تصویر به مراتب شفافتری از روند مرگ، بخصوص مرگ کودکان را آشکار ساخت که تعهد بیشتر دولت ها را در پی داشت.

طبقه بندی کشورها براساس الگوهای مرگ توسط سازمانهای بین المللی، مشارکت دولت ها را شتاب بیشتری بخشید.

از جمله نتایج مطالعات بین المللی، میانگین جهانی احتمال وقوع مرگ کودک قبل از رسیدن به ۵ سالگی در سال ۱۹۹۹، ۶/۷ درصد بود که در سالهای ۱۹۵۰، ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ به ترتیب، ۲۵ درصد، ۱۲ درصد و ۹/۶ درصد بودند. در مطالعه سال ۱۹۹۹، در کشورهای افریقایی این احتمال ۱۵-۱۲/۵ درصد (کشورهای گروه **D** و **E**» کشورهای با مرگ خیلی بالا) و در کشورهای امریکایی و اروپایی و پاسیفیک غربی با کمتر از ۵ درصد (کشورهای گروه **A, B, C**) و در کشورهای جنوب شرق آسیا و مدیترانه شرقی در حدود میانگین جهانی بودند. (شانس مرگ در کشورهای گروه **D, E** تقریباً ۱۵ برابر کشورهای گروه **A**)

علیرغم کاهش میانه میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال از ۱۵۰ در هزار تولد زنده در سال ۱۹۵۰ به ۴۰ در ۱۰۰۰ تولد زنده در سال ۱۹۹۰، دامنه عددی در بین سالهای مذکور تغییر چندانی نداشته است. بعنوان مثال در سالهای ۵۹-۱۹۵۵ دامنه عددی بین ۲۱ در هزار تولد زنده (در سوئد) و ۳۸۱ در هزار تولد زنده (در سیرالئون) بود و این دامنه در سال ۹۹-۱۹۹۵ بین ۵ در هزار تولد زنده (درفنلاند، لوکزامبورگ و سوئد) و ۳۳۴ در هزار تولد زنده (در نیجر) بود.

نتایج مطالعات آشکار میسازد کاهش رشد اقتصادی، بی ثباتی سیاسی و پیشرفت اپیدمی ایدز در سالهای مذکور در کندی روند کاهش مرگ موثر بوده است که نقش اپیدمی ایدز بارزتر از بقیه می باشد.

تفاوت های منطقه ای را نیز نایستی از چشم دور داشت. بعنوان مثال اگرچه میزان مرگ در کشورهای گروه **B** در ۹۹-۱۹۹۵ بین ۴۰-۲۸ در هزار تولد زنده متغیر بود. این میزان در کشورهای پاسیفیک ۶۴ در هزار تولد زنده بود. مطالعات بین منطقه ای

در طی سالهای ۱۹۹۴-۱۹۷۰ حقایقی از مرگ کودکان زیر ۵ سال را در اختیار قرار میدهد.

۱- میانه مرگ زیر ۵ سال در تمامی مناطق سازمان جهانی بهداشت کاهش یکنواخت داشته است.

۲- میانه مرگ گروه هدف در اروپا در سال ۱۹۷۰ ، ۵۰ ، پاسیفیک غربی و امریکا ۱۰۰ و افریقا ۲۰۰ و مدیترانه شرقی و جنوب شرق آسیا تقریباً ۱۶۰ در هزار تولد زنده بود.

۳- منطقه ای که کاهش یکنواخت در طی ربع قرن را به صورت مستمر تجربه کرد منطقه مدیترانه شرقی بود که از ۱۷۰ به ۵۰ مرگ در هزار تولد زنده رسید.

روند کاهش مرگ کودکان

الف) مرگ کودکان زیر ۵ سال

متوسط کاهش میزان مرگ از حدود ۱۵۰ در ۱۰۰۰ تولد زنده در سال ۱۹۵۰ به حدود ۴۰ در ۱۰۰۰ تولد زنده در سال ۱۹۹۰ بوده است. براساس مطالعات تخمین زده می شود که ۱۰/۵ میلیون کودک زیر ۵ سال در سال ۱۹۹۹ در کشورهای مختلف مناطق سازمان جهانی بهداشت جان خود را از دست داده انداز این تعداد مرگ ، ۹۸ درصد موارد در کشورهای در حال توسعه و حدود ۲ درصد در کشورهای توسعه یافته رخ داده است.

برآورد این ارزیابی نشان می دهد ۶/۷ درصد نوزادان تازه متولد شده در سطح جهان در سال ۱۹۹۹ قبل از رسیدن به سن ۵ سالگی جان خود را از دست می دهند ، که در منطقه آفریقا ۱۵ درصد ، منطقه اروپا کمتر از ۲ درصد ، سایر کشورهای در حال توسعه ۸-۳ درصد بوده است . و این ارقام از سال ۱۹۵۰ (۲۵ درصد) ، ۱۹۸۰ (۱۲ درصد) ، ۱۹۹۰ (۹/۶ درصد) شاهد کاهش مستمر بوده است.

مناطق مختلف سازمان جهانی بهداشت براساس کاهش میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال به سه گروه ذیل تقسیم بندی شده اند:

- ۱- گروه اول: میزان مرگ بسیار پایین و روند کاهش آن نسبتاً " پایین است. شامل: به ترتیب منطقه اروپا ، آمریکا و غرب اقیانوس آرام
- ۲- گروه دوم: کاهش مرگ با سرعت چشمگیری اتفاق افتاده است. شامل منطقه مدیترانه شرقی
- ۳- گروه سوم: میزان مرگ بالا و کاهش آن کند می باشد. شامل منطقه آفریقا و منطقه آسیای جنوب شرقی

منطقه آفریقا:

نرخ متوسط مرگ از ۲۶۴ در ۱۰۰۰ تولد زنده در سال (۱۹۵۹-۱۹۵۵) به حدود ۱۵۲ در ۱۰۰۰ تولد زنده در سال (۱۹۹۹-۱۹۹۵) کاهش یافته . (۴۲درصد). این کاهش در کشورهای منطقه در بیش از ۵۰درصد کشورها، کمتر از ۲۰ درصد بوده است. (از سال ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۹). عملکرد کشورهای این منطقه بد ارزیابی گردیده است.

منطقه جنوب شرق آسیا:

این منطقه کاهش نسبتاً پایداری را در طول ۴ دهه داشته است و از حدود ۲۲۲ در ۱۰۰۰ تولد زنده در سال (۱۹۵۹-۱۹۵۵) به ۹۰ در ۱۰۰۰ تولد زنده در سال (۱۹۹۹-۱۹۹۵) رسیده است.

به جز دو کشور کره شمالی و میانمار کلیه کشورها دارای کاهش ۲۰ درصد و بیشتر در طول دو دهه بوده اند (از سال ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۹).

منطقه غرب اقیانوس آرام:

متوسط مرگ از ۱۵۴ در ۱۰۰۰ تولد زنده در سال (۱۹۵۹-۱۹۵۵) به ۴۸ در ۱۰۰۰ تولد زنده در سال (۱۹۹۹-۱۹۹۵) کاهش یافته است و فقط مغولستان و گینه نو موفقیت در کاهش مرگ حاصل نکرده اند. در حقیقت گینه نو دارای افزایش مرگ بوده است.

منطقه مدیترانه شرقی:

میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال به شدت کاهش پیدا کرده است و از ۲۳۸ در ۱۰۰۰ تولد زنده در سال (۱۹۵۹-۱۹۵۵) به ۷۱ در ۱۰۰۰ تولد زنده در سال (۱۹۹۹-۱۹۹۵) رسیده است و در کشورهای مثل ایران - اردن - عمان - قطر - عربستان - تونس - امارات متحده عربی این کاهش پایدار بوده است. افغانستان، جیبوتی و سومالی دارای کمترین کاهش بوده اند.

منطقه آمریکا:

متوسط میزان مرگ از ۱۴۰ در ۱۰۰۰ تولد زنده در سال (۱۹۵۹-۱۹۵۵) به ۳۸ در ۱۰۰۰ تولد زنده در سال (۱۹۹۹-۱۹۹۵) کاهش داشته است. (۷۰ درصد) و نرخ کاهش در ابتدا کند و سپس بشدت افزایش داشته است. و تمامی کشورها کاهش حداقل ۲۰ درصد و یا بیشتر شاهد بوده اند. در کشور آمریکا موارد مرگ کودک زیر یک سال از سال ۱۹۵۰ تا ۱۹۹۱ با نرخ متوسط سالیانه ۳/۱۱ درصد کاهش یافته است.

منطقه اروپا:

متوسط نرخ مرگ و میر از ۶۳ در ۱۰۰۰ تولد زنده در سال (۱۹۵۹-۱۹۵۵) به ۱۹ در ۱۰۰۰ تولد زنده در سال (۱۹۹۹-۱۹۹۵) کاهش داشته که عمدتاً در نتیجه بهبود شرایط زندگی و دسترسی به آنتی بیوتیک می باشد. همه کشورها به جز آلبانی - ارمنستان - قرقیزستان - لتونی دارای کاهش قابل توجهی بوده اند.

خلاصه اطلاعات در جداول زیر درج شده اند:

جدول شماره (۱): خلاصه روند میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال در

۱۰۰۰ تولد زنده ، سالهای ۱۹۹۹-۱۹۵۵

منطقه غرب اقیانوس آرام	منطقه جنوب شرقی آسیا	منطقه اروپا	منطقه مدیترانه شرقی	منطقه آمریکا	منطقه آفریقا	
۱۵۳,۶	۲۲۱,۶	۶۲,۵	۲۳۸,۲	۱۳۹,۹	۲۶۳,۶	۱۹۵۵-۵۹
۴۸,۵	۹۰,۲	۱۹,۱	۷۰,۷	۳۷,۹	۱۵۲,۲	۱۹۹۵-۹۹

جدول شماره (۲): روند تغییرات و شاخص هدف هزاره سوم در میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال مناطق

شش گانه سازمان جهانی بهداشت و جهان در هزار تولد زنده ۲۰۱۲-۱۹۹۰

منطقه	۱۹۹۰	۱۹۹۵	۲۰۰۰	۲۰۰۵	۲۰۱۰	۲۰۱۲	هدف هزاره ۲۰۱۵
منطقه آفریقا	۱۷۳	۱۶۸	۱۴۶,۹	۱۲۷,۳	۱۰۵,۳	۹۵	۵۸
منطقه آمریکا	۴۲	۳۴	۲۶,۶	۲۰,۹	۱۸,۲	۱۵	۱۴
منطقه جنوب شرق آسیا	۱۱۸	۱۰۰	۷۹,۳	۶۶,۸	۵۶,۱	۵۰	۳۴
منطقه اروپا	۳۲	۲۸	۲۱,۳	۱۶,۶	۱۴	۱۲	۱۱
منطقه مدیترانه شرقی	۱۰۳	۹۳	۷۸,۶	۶۴,۸	۵۹,۵	۵۷	۳۹
منطقه غرب اقیانوس آرام	۵۲	۴۴	۳۶,۱	۲۳,۷	۱۷,۴	۱۶	۱۷
جهان	۹۰	۸۵	۷۳,۵	۶۲,۴	۵۳,۱	۴۸	۳۰

جدول شماره(۳): روند میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال در ۱۰۰۰ تولد زنده براساس مناطق هدف توسعه هزاره (۲۰۱۲-۱۹۹۰)

مناطق	۱۹۹۰	۱۹۹۵	۲۰۰۰	۲۰۰۵	۲۰۱۰	۲۰۱۲	هدف توسعه ۲۰۱۵	درصد کاهش ۱۹۹۰-۲۰۱۲
مناطق توسعه یافته	۱۵	۱۱	۱۰	۸	۷	۶	۵	۵۷
مناطق در حال توسعه	۹۹	۹۳	۸۳	۶۹	۵۷	۵۳	۳۳	۴۷
شمال آفریقا	۷۳	۵۷	۴۳	۳۱	۲۴	۲۲	۲۴	۶۹
جنوب صحرای آفریقا	۱۷۷	۱۷۰	۱۵۵	۱۳۰	۱۰۶	۹۸	۵۹	۴۵
آمریکای لاتین و کارائیب	۵۴	۴۳	۳۲	۲۵	۲۳	۱۹	۱۸	۶۵
قفقاز و آسیای مرکزی	۷۳	۷۳	۶۲	۴۹	۳۹	۳۶	۲۴	۵۰
شرق آسیا	۵۳	۴۶	۳۷	۲۴	۱۶	۱۴	۱۸	۷۴
جنوب آسیا	۱۲۶	۱۰۹	۹۲	۷۶	۶۳	۵۸	۴۲	۵۴
جنوب شرق آسیا	۷۱	۵۸	۴۸	۳۸	۳۳	۳۰	۲۴	۵۷
غرب آسیا	۶۵	۵۴	۴۲	۳۴	۲۶	۲۵	۲۲	۵۲
اقیانوسیه	۷۴	۷۰	۶۷	۶۴	۵۸	۵۵	۲۵	۲۶
جهان	۹۰	۸۵	۷۵	۶۳	۵۲	۴۸	۳۰	۴۷

برگرفته از آمار و اطلاعات گزارش روند مرگ کودکان آژانس بین بخشی صندوق کودکان ملل متحد ۲۰۱۳

طبق گزارش صندوق کودکان ملل متحد در سال ۲۰۱۳، پیشرفت قابل توجهی در دستیابی به اهداف توسعه هزاره (کاهش مرگ کودکان زیر ۵ سال در سال ۲۰۱۵ به میزان دو سوم نسبت به سال ۱۹۹۰) حاصل شده است. تعداد مرگ کودکان زیر ۵ سال سرتاسر جهان از بیش از ۱۲/۶ میلیون مورد در سال ۱۹۹۰ به ۶/۶ میلیون مورد در سال ۲۰۱۲ کاهش یافته است.

از سال ۱۹۹۰ میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال جهان ۴۷ درصد کاهش داشته است (از ۹۰ در ۱۰۰۰ تولد زنده در سال ۱۹۹۰ به ۴۸ در ۱۰۰۰ تولد زنده). در همه مناطق به جز کشورهای جنوب صحرای آفریقا و اقیانوسیه میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال تا ۵۰ درصد و حتی بیشتر کاهش داشته است. بالاترین میزان مرگ کودکان هنوز هم در کشورهای جنوب صحرای آفریقا با میزان مرگ ۹۸ در هزار تولد زنده (۱۵ برابر بیش از متوسط مناطق توسعه یافته) ثبت می‌گردد. نرخ کاهش سالیانه مرگ کودکان زیر ۵ سال از ۱/۲ درصد در طی ۱۹۹۵-۱۹۹۰ به ۳/۹ درصد طی ۲۰۱۲-۲۰۰۵ افزایش یافته ولی در برخی مناطق جهان هنوز نارسایی در نیل به کاهش مرگ مشاهده می‌شود.

در حال حاضر حدود نیمی از مرگ کودکان زیر ۵ سال جهان تنها در ۵ کشور هند، نیجریه، جمهوری دموکراتیک کنگو، پاکستان، چین رخ می‌دهد. در این میان هند با (۲۲ درصد) - نیجریه با (۱۳ درصد) در مجموع بیش از یک سوم از کل مرگهای اتفاق افتاده را به خود اختصاص داده اند.

همه مناطق « به جز جنوب صحرای آفریقا و اقیانوسیه » میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال را به بیش از نصف سال ۱۹۹۰ کاهش داده اند. شرق آسیا (۷۴ درصد) - شمال آفریقا (۶۹ درصد)، یعنی به اندازه دو سوم مرگ سال ۱۹۹۰ و کاهش مورد نیاز

برای تحقق هدف توسعه هزاره و آمریکای لاتین و کارائیب با کاهش ۶۵ درصد و غرب آسیا با کاهش ۶۲ درصد در مسیر دستیابی به هدف توسعه هزاره قرار دارند.

جنوب آسیا (که جمهوری اسلامی ایران نیز در این طبقه قرار دارد) دارای میزان مرگ ۵۸ در هزار تولدزنده و تعداد ۲/۱ میلیون مرگ کودک زیر ۵ سال می باشد. یونیسف علت کاهش رقم مرگ و میر کودکان را ناشی از ثروتمندتر شدن بعضی از کشورهای فقیر عنوان کرده است و از علل دیگر عنوان شده تغذیه کودکان با شیر مادر و ایمن سازی در برابر بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن بوده است. در کشورهایمانند لیبریا، تیمور شرقی و لائوس که موفق ترین بوده اند، آگاه سازی مردم و والدین مهمترین عامل عنوان شده است.

برآورد میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال ، زیر یکسال ، نوزادان براساس مناطق بانک جهانی

مناطق	میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال در ۱۰۰۰ تولد زنده		میزان مرگ اختصاصی جنسی کودکان زیر ۵ سال در ۱۰۰۰ تولد زنده				میزان مرگ کودکان زیر یکسال در ۱۰۰۰ تولد زنده		میزان مرگ نوزادان در ۱۰۰۰ تولد زنده	
	۱۹۹۰	۲۰۱۲	۱۹۹۰		۲۰۱۲		۱۹۹۰	۲۰۱۲	۱۹۹۰	۲۰۱۲
			مرد	زن	مرد	زن				
درآمد کم	۱۶۶	۸۲	۱۷۳	۱۵۸	۸۷	۷۷	۱۰۴	۵۶	۴۷	۳۰
درآمد متوسط	۸۷	۴۵	۸۹	۸۵	۴۶	۴۴	۶۲	۳۴	۳۴	۲۱
پایین تر از حد متوسط	۱۱۸	۶۱	۱۱۹	۱۱۷	۶۳	۶۰	۸۲	۴۶	۴۴	۲۸
بالاتر از حد متوسط	۵۴	۲۰	۵۷	۵۱	۲۲	۱۹	۴۲	۱۶	۲۴	۱۰
درآمد پایین و متوسط	۹۹	۵۳	۱۰۱	۹۷	۵۵	۵۱	۶۹	۳۹	۳۶	۲۳
درآمد بالا	۱۵	۶	۱۶	۱۳	۷	۶	۱۲	۵	۷	۴
جهان	۹۰	۴۸	۹۲	۸۷	۵۰	۴۶	۶۳	۳۵	۳۳	۲۱

تجزیه تحلیل داده های حاصل از بررسی خانوارها در کشورها نشان می دهد که میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال مناطق روستایی ۱,۷ برابر مناطق شهری می باشد. بعنوان مثال مرگ کودکان زیر ۵ سال ۲۰ درصد از فقیرترین خانوارها تقریباً ۲ برابر بیشتر از مرگ کودکان زیر ۵ سال خانوارهای ثروتمند می باشد. مقایسه مرگ کودکان بین کشورهایی با درآمد بالا و درآمد پایین در سال ۲۰۱۲ نشان میدهد میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال در کشورهایی با درآمد پایین ۱۳ برابر کشورهایی با درآمد بالا میباشد.

آموزش و سواد مادر یک عامل قوی و تعیین کننده این نابرابری هاست. کودکان مادران تحصیل کرده، حتی مادران با سواد ابتدایی احتمال بیشتری برای زنده ماندن نسبت به فرزندان مادرانی که هیچ آموزشی ندیده اند، دارند. (منتقل شود)

(ب) مرگ کودکان زیر یک سال

مرگ کودکان زیر یک سال به کلیه مرگ های اتفاق افتاده بین زمان تولد و یک سالگی شیرخوار (تا قبل از اولین سال تولد کودک = CDC) اطلاق میشود. میزان مرگ شیرخواران (**Infant Mortality Rate=IMR**) برآوردی از تعداد شیرخواران فوت شده به ازاء یک هزار تولد زنده است. این میزان معمولاً به عنوان شاخص سنجش سطح سلامتی و رفاه جوامع نیز بکار میرود. این میزان در سال ۲۰۱۳ براساس برآوردهای سازمان ملل متحد ۴۹ مورد در یک هزار تولد زنده بوده است.

**جدول شماره (۴): روند میزان مرگ کودکان زیر یک سال
مناطق WHO در هزار تولد زنده از سال ۱۹۹۰ تا سال ۲۰۱۲**

منطقه	۱۹۹۰	۱۹۹۵	۲۰۰۰	۲۰۰۵	۲۰۱۰	۲۰۱۲
منطقه آفریقا	۱۰۵	۱۰۱	۹۴	۸۰	۶۷	۶۳
منطقه آمریکا	۳۴	۲۷	۲۲	۱۷	۱۴	۱۳
منطقه جنوب شرق آسیا	۸۳	۷۲	۶۱	۵۱	۴۲	۳۹
منطقه اروپا	۲۶	۲۳	۱۸	۱۴	۱۱	۱۰
منطقه مدیترانه شرقی	۷۶	۶۹	۶۱	۵۳	۴۶	۴۴
منطقه غرب اقیانوس آرام	۴۰	۳۴	۲۸	۲۱	۱۵	۱۴
جهان	۶۳	۶۰	۵۳	۴۴	۳۷	۳۵

(ج) مرگ دوره نوزادی

۲۸ روز اول زندگی «دوره نوزادی» آسیب پذیرترین زمان زندگی کودک است. ۴۸ ساعت بلافاصله پس از تولد یک دوره حیاتی برای زنده ماندن نوزاد است. این زمانی است که مادر و کودک باید پیگیری شده و مراقبت‌های پیشگیری و درمان رادریافت نمایند. نزدیک به سه میلیون کودک هر سال در ماه اول زندگی می‌میرند و به همین تعداد نیز مرده دنیا می‌آیند. نیمی از کل مرگ و میر نوزادان در ۲۴ ساعت اول زندگی و ۷۵ درصد در هفته اول رخ می‌دهد.

در سال ۲۰۱۲ نزدیک به ۴۴ درصد از مرگ کودکان زیر ۵ سال در این دوره زمانی اتفاق افتاده است. مرگ دوره نوزادی هم بدلیل نسبت بسیار بالا در بین مرگ کودکان زیر ۵ سال و هم بدلیل ضرورت مداخلات متفاوت از سایر رده‌های سنی زیر ۵ سال از اهمیت بسیاری برخوردار است. مرگ دوره نوزادی (از بدو تولد تا ۲۸ روزگی) از ۴/۴ میلیون مورد در سال ۱۹۹۰ به ۳ میلیون مورد در سال ۲۰۱۲ کاهش پیدا کرده است. به عبارت دیگر میزان مرگ نوزادان در دوره یاد شده از ۳۳ به ۲۱ در هزار تولد زنده

(۳۷ درصد) کاهش یافته است. این روند آهسته تر از روند کاهش مرگ کودکان زیر ۵ سال (۴۷ درصد) بوده است. در دوره یاد شده مرگ نوزادی نسبت به مرگ دوره کودکی از ۳۷ درصد در سال ۱۹۹۰ به ۴۴ درصد در سال ۲۰۱۲ افزایش یافته است. تقریباً "دوسوم از مرگهای دوره نوزادی در ۱۰ کشور رخ میدهد. کشورهای جنوب صحرای آفریقا نیز که بالاترین خطر مرگ در ماه اول زندگی را داشته اند، در سالهای اخیر دارای کمترین پیشرفت در کاهش مرگ نوزادان بوده اند.

در ۵ منطقه در حال توسعه در سال ۲۰۱۲ بیش از نیمی از مرگهای زیر ۵ سال در این دوره اتفاق افتاده است (شرق آسیا - شمال آفریقا - جنوب آسیا - غرب آسیا - آمریکای لاتین و کارائیب)

جدول شماره (۵): روند میزان مرگ نوزادی در مناطق سازمان جهانی

بهداشت (در هزار تولد زنده) ۲۰۱۲-۱۹۹۰

منطقه	۱۹۹۰	۲۰۰۰	۲۰۰۵	۲۰۱۰	۲۰۱۲
منطقه آفریقا	۴۴	۴۱,۲	۳۷,۹	۳۴,۶	۳۲
منطقه آمریکا	۱۸	۱۲,۹	۱۰,۴	۸,۶	۸
منطقه جنوب شرق آسیا	۴۷	۳۶,۹	۳۳	۲۹,۵	۲۷
منطقه اروپا	۱۴	۹,۶	۷,۹	۶,۵	۶
منطقه مدیترانه شرقی	۴۰	۳۰,۷	۲۸	۲۵,۷	۲۶
منطقه غرب اقیانوس آرام	۲۳	۱۶,۶	۱۲,۷	۹,۵	۹
جهان	۳۳	۲۸,۱	۲۵,۱	۲۲,۴	۲۱

جدول شماره (۶): روند میزان مرگ نوزادان در ۱۰۰۰ تولد زنده براساس مناطق سازمان جهانی

بهداشت و اهداف هزاره سوم ۲۰۱۲-۱۹۹۰

درصد سهم مرگ نوزادان از مرگ کودکان زیر ۵ سال		در صد کاهش ۱۹۹۰-۲۰۱۲	۲۰۱۲	۱۹۹۰	مناطق
۲۰۱۲	۱۹۹۰	۲۰۱۲			
۵۶	۵۲	۵۴	۴	۸	مناطق توسعه یافته
۴۳	۳۶	۳۷	۲۳	۳۶	مناطق در حال توسعه
۵۸	۴۱	۵۸	۱۳	۳۰	شمال آفریقا
۳۴	۲۶	۲۸	۳۲	۴۵	جنوب صحرای آفریقا
۵۱	۴۱	۵۶	۱۰	۲۲	آمریکای لاتین و کارائیب
۴۱	۳۴	۴۰	۱۵	۲۵	قفقاز و آسیای مرکزی
۶۰	۴۶	۶۵	۸	۲۴	شرق آسیا
۵۳	۴۰	۳۹	۳۱	۵۰	جنوب آسیا
۴۸	۳۷	۴۵	۱۵	۲۷	جنوب شرق آسیا
۵۳	۴۱	۵۱	۱۳	۲۷	غرب آسیا
۳۹	۳۵	۱۷	۲۲	۲۶	اقیانوسیه
۴۴	۳۷	۳۷	۲۱	۳۳	جهان

برگرفته از آمار و اطلاعات گزارش روند مرگ کودکان آژانس بین بخشی سازمان

یونیسف سال ۲۰۱۳

علل مرگ کودکان و روند آن

هرچند سازمان جهانی بهداشت مهمترین علل مرگ کودکان زیر ۵ سال را در ۱۱ گروه^۱ طبقه بندی و گزارش مینماید، ولی همین سازمان عمده ترین علت زمینه ای مرگ کودکان زیر ۵ سال را سوءتغذیه ذکر میکند که در سال ۲۰۱۳ بیش از ۳۵ درصد موارد مرگ این گروه را در اقصی نقاط دنیا به خود اختصاص داده است. همانگونه که از فهرست سازمان جهانی بهداشت بر میآید، مهمترین علل مرگ کودکان پنج بیماری عفونی (پنومونی، اسهال، مالاریا و سرخک) میباشد که علیرغم کاهش مطلوب موارد مرگ کودکان در سطح جهان نسبت مرگ ناشی از این بیماریها تقریباً ثابت مانده است. این بیماریها در مجموع یک سوم از علل مرگ دوره کودکی را تشکیل میدهند (۲/۲ میلیون مورد). در طی سال ۲۰۱۱ پوشش ایمن سازی برعلیه سرخک در بین کودکان ۲۳-۱۲ ماهه به ۸۴ درصد در ۶۴ درصد کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت افزایش یافته و فراوانی مرگ ناشی از سرخک نیز ۷۱ درصد کاهش را نشان میدهد. شواهد نشان میدهند که خشونت و ناپایداریهای سیاسی نیز در مرگ کودکان زیر ۵ سال نقش مهمی دارند. برآورد شده است که از ۲۰ کشور دارای بالاترین میزان مرگ زیر ۵ سال، ۱۲ کشور دچار مشکلات امنیتی و خشونت بودند.

^۱ HIV/ AIDS، اسهال، سرخک، مالاریا، پنومونی، پره ماچوریتی، آسفیکسی دوران تولد، سپسیس

دوره نوزادی، آنومالی های نوزادی، سایر بیماریها و حوادث

جدول شماره (۷): فراوانی نسبی علل اصلی مرگ در کودکان ۴-۱ ساله
در سال های ۱۹۷۰ و ۲۰۰۷

بیماری قلبی	قتل	پنومونی	سرطان	ناهنجاری مادرزادی	حوادث	
۲	۲	۹	۹	۱۲	۳۷	سال ۱۹۷۰
۴	۸	۲	۸	۱۲	۳۴	سال ۲۰۰۷

همانگونه که ملاحظه میشود در طی مدت چهار دهه الگوی مرگ کودکان از بیماریهای عفونی به علل غیر عفونی تغییر یافته است. حوادث ترافیکی با رقم ۳۴ درصد بالاترین علت مرگ ناشی از حوادث و سوانح بوده است. در طی مدت یاد شده مرگ بدلیل پنومونی از ۹ درصد به ۲ درصد کاهش داشته مرگ کودک بدلیل جنایی ۲۶ درصد افزایش یافته است. موضوع بسیار مهم تغییر بسیار جزئی مرگ ناشی از سوانح و حوادث (غیر عمدی) در طی بیش از ۳۵ سال است که نشان دهنده رشد فزاینده سهم مرگ ناشی از حوادث در کشورهای در حال توسعه میباشد.

علل اصلی مرگ کودکان زیر یکسال در سال ۱۹۹۱:

علل شامل: ناهنجاری مادرزادی - سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار - نارسایی و کم وزنی - سندرم دیسترس تنفسی - عوارض بارداری مادر - حوادث - عفونتهای پری ناتال - پنومونی - هیپوکسی داخل رحمی و آسیفکسی بدو تولد بوده است. لیکن علت اول و سوم مرگ در کودکان سفید پوست و سیاه پوست متفاوت می باشد. یعنی ناهنجاری مادرزادی علت اول مرگ و نارسایی و کم وزنی علت سوم مرگ در کودکان

سفید پوست و در کودکان سیاه پوست بالعکس. و سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار قاتل دوم مرگ در هر دو گروه می باشد.

روند علل مرگ کودکان زیر یکسال در طول سالهای ۱۹۶۰ تا ۱۹۹۱:

مرگ کودکان با علل ناهنجاری مادرزادی و پنومونی به طور مداوم در طول ۳۱ سال کاهش یافته است ، گرچه این کاهش در مورد پنومونی و آنفلوانزا بسیار سریعتر انجام گرفته است. (ناهنجاری مادرزادی از ۳۶۱/۴ در ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده به ۱۸۶/۹ در ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده و پنومونی از ۳۱۴/۱ در ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده به ۱۴/۸ در ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده) یعنی نرخ متوسط کاهش سالیانه ۲/۱ درصد در مورد ناهنجاری مادرزادی و ۱۰/۵ درصد برای پنومونی بوده است.

- مرگ بدلیل نارسی و کم وزنی تا سال ۱۹۸۸ با ۵/۴ درصد سالیانه کاهش داشته و سپس تا سال ۱۹۹۱ افزایش یافته است.
- سندرم دیسترس تنفسی از سال ۱۹۷۲ تا ۱۹۹۱ با ۷ درصد کاهش داشت.
- مرگ بدلیل حوادث از سال ۱۹۶۰ تا سال ۱۹۸۴ با ۴/۷ درصد کاهش یافته و تا سال ۱۹۹۱ ثابت مانده است.
- سندرم مرگ ناگهانی شیرخوار از سال ۱۹۷۳ تا سال ۱۹۸۰ افزایش و سپس تا سال ۱۹۹۱ با رقم ۱/۱ درصد سالیانه کاهش نشان می دهد.

علل اصلی مرگ کودکان زیر پنج سال

۵ علت عمده مرگ کودکان زیر ۵ سال در سال ۲۰۱۲ عبارت بودند از :

- عفونتهای حاد تنفسی ۱۷ درصد
- نارسی ۱۵ درصد

- آسیفکسی و صدمات حین تولد ۱۰ درصد
- بیماریهای اسهالی ۹ درصد
- مالاریا ۷ درصد

علل اصلی مرگ دوره نوزادی

در سال ۲۰۱۲ در سطح جهان یک چهارم مرگ نوزادی به علت سپسیس/ مننژیت (۱۲ درصد)، پنومونی (۱۰ درصد) و اسهال (۲ درصد) بوده است. این بیماریها قابلیت پیشگیری ساده ای داشته و مداخلات ساده درمانی که در دسترس میباشند میتوانند از مرگ بخش عظیمی از نوزادان جلوگیری نمایند. تولد نوزاد نارس (پره ماچوریتی) و عوارض آن با سهم ۳۴ درصد علت عمده مرگ این گروه محسوب میشود.

نابرابری های اجتماعی اقتصادی در الگوی مرگ کودکان

فارغ از علل زمینه ای قرار گیری انسانها ی جوامع مختلف در طبقات مختلف اقتصادی اجتماعی(به عنوان مثال در پنج گروه یک تا پنج) بنظر نمیرسید که این جایگاه طبقاتی در الگوی ابتلا به بیماری و مرگ نیز تاثیر داشته باشد. اولین گزارش مکتوب در نابرابری در الگوی مرگ در ۱۹۷۱ از کشورهای اروپایی منتشر گردید. در این گزارش مشخص گردید مرگ طبقه پنجم دو برابر طبقه اول بوده و بعدها کاشف بعمل آمد که مثلا درابتلا به سل نیز این الگو با تفاوت یک به ده در طبقات پایین اجتماع شیوع بیشتری داشته است. مطالعات بعدی در این خصوص ضمن آشکارکردن اختلاف طبقاتی در ابتلا و مرگ مشخص نمود که تفاوتهای نژادی و سایر عوامل اجتماعی نیز در این اختلاف پیامد موثر بوده اند.

نژاد

اگرچه در دهه های اخیر مرگ کودکان ۴-۱ ساله در طبقات مختلف اقتصادی کاهش یافته ولی این کاهش متوازن نبوده است، بطوریکه مرگ کودکان سیاه پوست ۲ برابر بیش از کودکان سفید پوست می بوده است(به عنوان مثال در امریکا در سال ۲۰۰۷ میزان مرگ کودکان سیاه پوست ۴۴ و در کودکان سفید پوست ۲۶ در هزار تولد زنده بوده است). مطالعات نشان میدهند مرگ زیر یکسال در ایالات متحده آمریکا از سال ۱۹۵۰ تا سال ۱۹۹۱ با نرخ متوسط سالیانه ۳/۱۱ درصد کاهش چشمگیری داشته است و لیکن این کاهش در نژادهای سیاه و سفید بطور قابل توجهی تفاوت داشته است. بطوریکه نرخ کاهش سالیانه مرگ کودکان زیر یکسال در کودکان سفیدپوست ۳/۲۳ درصد و در کودکان سیاه پوست ۲/۸۹ درصد بوده است.

روند کاهش میزان مرگ نوزادی در سفیدپوستان سریعتر از بالای یک ماه بود» متوسط کاهش سالیانه نوزادی ۳/۶۵ درصد و در بالای یک ماه ۲/۲۷ درصد و در کودکان سیاه پوست این موضوع کاملاً برعکس بود. متوسط کاهش سالیانه نوزادی ۲/۷۸ درصد و بالای یک ماه ۳/۰۹ درصد بوده است.

سطح سواد و آموزش مادر:

مطالعه ای که در دو نقطه زمانی ۱۹۶۴ تا ۱۹۶۶ و ۱۹۸۸ انجام شد نشان داد با افزایش سواد مادر میزان مرگ کودکان کلا و بخصوص در کودکان زیر یکسال کاهش پیدا کرده است. لیکن در دوره دوم (۱۹۸۸) کاهش مرگ در کودکان سفیدپوست بیشتر از سیاه پوست بوده است.

درآمد خانواده:

روند مرگ کودکان از الگوی آموزش و سطح سواد مادر تبعیت می کند» بویژه در کودکان سفید پوست» با افزایش درآمد مرگ کاهش پیدا می کند.

جنس:

میزان مرگ در طول ۶ دهه در پسران ۴-۱ ساله حدود ۳۰-۱۵ درصد بالاتر از نرخ مرگ در کودکان دختر بوده است. علت این امر چند عاملی بوده و بخشی از علل آن مربوط به الگوی اجتماعی و فرهنگی مربوط می باشد.

فقر

نتایج بررسی ها در کشور امریکا نشان داد ، در طول سالهای ۱۹۶۹ تا ۲۰۰۷ کاهش مرگ در گروههای با فقر پایین ۶۵/۸ درصد ، و در گروه با فقر بالا ۵۷/۵ درصد بوده است.

محل سکونت:

در طول سالهای ۲۰۰۳-۲۰۰۷ میزان مرگ گروه سنی ۴-۱ سال بر حسب محل اقامت بطور قابل توجهی متفاوت بوده است. از ۱۵/۵ در ۱۰۰۰۰۰ جمعیت ماساچوست تا بالای ۴۹/۸ در می سی سی پی و ۴۶/۸ در آرکانزاس

نتیجه کلی:

کاهش میزان مرگ در تمام گروههای نژادی و اجتماعی از موفقیت های مهم در بهداشت عمومی مشهود است. مرگ بدلیل حوادث ، پنومونی، سرطان، ناهنجاریهای مادرزادی کاهش یافته ، لیکن روند مرگ بدلیل قتل رضایت بخش نمی باشد.

بهبود شرایط زندگی - تغذیه- پیشرفتهای پزشکی و درمانی - در سال ۱۹۶۵ از عوامل مهم در کاهش دراز مدت مرگ کودکان بویژه در خصوص مرگهایی با علل بیولوژیکی و پزشکی « سرطان ، ناهنجاریهای مادرزادی ، پنومونی » ذکر شده است.

حوادث ترافیکی ، غرق شدگی ، سوختگی ، عمدتاً" به دلایل اجتماعی و زیست محیطی (ضعف و نابرابریهای اجتماعی و اقتصادی و مسکن نامناسب) رخ داده است. بعنوان مثال حوادث رانندگی با اقداماتی چون استاندارد سازی وسایط نقلیه ، اجباری کردن بستن کمربندایمنی ، کاهش مصرف مشروبات الکلی حین رانندگی ، کاهش

سرعت ، اجرای قانون ، افزایش دسترسی به خدمات تروما ، تاثیر بسزایی در کاهش
بلند مدت مرگ ناشی از حوادث ترافیکی داشته است.

مهمترین علل مرگ و میر کودکان جهان:

جدول شماره (۸): جدول توزیع نسبی علل مرگ کودکان زیر ۵ سال مناطق شش گانه WHO و جهان از سال ۲۰۰۰-۲۰۱۲

سایر بیماریها	حوادث	آنومالیهای مادرزادی	سپتی سمی و سایر شرایط عفونی نوزاد	آسپنکسی و عوارض حول تولد	نارسی	عفونتهای حاد تنفسی	مالاریا	سرخک	بیماریهای اسهالی	HIV/AIDS	مناطق
۱۵	۲	۲	۴	۸	۱۱	۱۵	۱۶	۸	۱۲	۵	۲۰۰۰
۱۵	۲	۴	۴	۹	۱۱	۱۵	۱۷	۵	۱۱	۶	۲۰۰۵
۱۷	۴	۴	۵	۱۰	۱۳	۱۶	۱۵	۱	۱۱	۴	۲۰۱۰
۱۷	۴	۵	۵	۱۰	۱۳	۱۷	۱۴	۲	۱۰	۳	۲۰۱۱

سایر بیماریها	حوادث	آنومالیهای مادرزادی	سپتی سمی و سایر شرایط عفونی نوزاد	آسپنکسی و عوارض حول تولد	نارسی	عقونتهای حاد تنفسی	مالاریا	سرخک	بیماریهای اسهالی	HIV/AIDS	مناطق	
۲۱	۶	۱۵	۶	۸	۲۰	۱۴	۰	۰	۶	۱	آمریکا	
۲۲	۷	۱۷	۶	۸	۲۰	۱۱	۰	۶	۱	۲۰۰۵		
۱۹	۲۰	۱۷	۶	۸	۱۸	۶	۰	۴	۱	۲۰۱۰		
۲۱	۹	۱۹	۶	۹	۲۰	۱۰	۰	۴	۱	۲۰۱۱		
۱۴	۴	۵	۸	۱۱	۱۷	۲۱	۰	۴	۱۴	۰	جنوب شرق آسیا	
۱۴	۴	۶	۸	۱۱	۱۸	۲۰	۰	۴	۱۴	۰		۲۰۰۵
۱۵	۴	۸	۵	۱۴	۲۱	۲۰	۱	۳	۹	۰		۲۰۱۰
۱۵	۴	۹	۵	۱۴	۲۱	۲۰	۱	۳	۹	۰		۲۰۱۱

سایر بیماریها	حوادث	آنومالیهای مادرزادی	سپتی سمی و سایر شرایط عفونی نوزاد	آسپنکسی و عوارض حول تولد	نارسی	عنوانهای حاد تنفسی	مالاریا	سرخک	بیماریهای اسهالی	HIV/AIDS	مناطق
۲۴	۷	۱۷	۴	۸	۱۹	۱۵	۰	۰	۶	۰	۲۰۰۰
۲۴	۷	۱۸	۴	۹	۲۰	۱۴	۰	۰	۵	۰	۲۰۰۵
۲۵	۷	۱۹	۴	۹	۲۰	۱۲	۰	۰	۴	۰	۲۰۱۰
۲۵	۷	۱۹	۴	۹	۲۰	۱۲	۰	۰	۴	۰	۲۰۱۱
۲۰	۵	۶	۴	۱۱	۱۷	۱۸	۱	۴	۱۴	۰	۲۰۰۰
۱۸	۶	۶	۵	۱۲	۱۹	۱۹	۱	۲	۱۱	۰	۲۰۰۵
۱۹	۵	۷	۶	۱۲	۱۹	۱۸	۱	۱	۱۰	۰	۲۰۱۰
۱۸	۵	۷	۶	۱۲	۱۹	۱۸	۱	۳	۱۰	۰	۲۰۱۱
											اروپا
											مدیترانه شرقی

مناطق	HIV/AIDS	بیماریهای اسهالی	سرخک	مالاریا	عقونتهای حاد تنفسی	نارسی	عوارض حول تولد آسپنکسی و	شرایط عفونی نوزاد سپتی سمی و سایر	آنومالیهای مادرزادی	حوادث	سایر بیماریها
غرب اقیانوس آرام	۲۰۰۰	۰	۱	۰	۲۴	۱۵	۱۶	۲	۸	۹	۱۹
	۲۰۰۵	۰	۱	۰	۱۹	۱۶	۱۵	۴	۱۰	۹	۲۱
	۲۰۱۰	۰	۱	۰	۱۶	۱۷	۱۵	۴	۱۲	۹	۲۴
	۲۰۱۱	۰	۰	۰	۱۶	۱۶	۱۴	۴	۱۲	۱۰	۲۴
جهان	۲۰۱۲	-	-	۷	۱۷	۱۵	۱۰	-	-	-	-

سیمای مرگ کودکان در منطقه مدیترانه شرقی

منطقه مدیترانه شرقی یکی از مناطق شش گانه سازمان جهانی بهداشت میباشد که از نظر جغرافیایی کشورهای خاورمیانه را در برمیگیرد. براساس گزارش سال ۲۰۱۳ در منطقه مدیترانه شرقی مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال تقریباً ۴۵ درصد کاهش یافته است. (از ۱۰۳ مورد مرگ در هزار تولد زنده در سال ۱۹۹۰ به ۵۷ مورد مرگ در هزار تولد زنده در سال ۲۰۱۲).

این دستاورد نشانگر سطح کاهشی، بالاتر از کاهش مورد نیاز برای رسیدن به هدف توسعه هزاره (MDGs) در سال ۲۰۱۵ میباشد.^۳

این روند کاهشی مرگ و میر در کودکان زیر یکسال بین سالهای ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۲، ۴۳ درصد (از ۷۶ در ۱۰۰۰ تولد زنده به ۴۴ در ۱۰۰۰ تولد زنده) و در نوزادان ۳۴ درصد (از ۴۰ در ۱۰۰۰ تولد زنده به ۲۶ در ۱۰۰۰ تولد زنده) بوده است.

میزان کاهش مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال مطابق برآوردهای اخیر، در شش کشور (مصر، لبنان، عمان، عربستان سعودی، جمهوری اسلامی ایران، تونس) بالاتر از کاهش دو سوم مورد نیاز برای رسیدن به هدف توسعه هزاره بوده است. و در شش

1-MDGs: Millennium Development Goals

۲- براساس اهداف توسعه هزاره که در سال ۲۰۰۰ میلادی مورد تعهد کشورهای جهان قرار گرفت، مقرر گردید نسبت مرگ و میر کودکان در این کشورها تا سال ۲۰۱۵ میلادی، دو سوم نسبت به سال ۱۹۹۰ کاهش یابد. بعنوان مثال این میزان در ایران از ۶۵ در ۱۰۰۰ تولد زنده به ۲۲ در ۱۰۰۰ تولد زنده کاهش یابد.

کشور (افغانستان ، جیبوتی ، پاکستان ، سومالی ، سودان ، یمن) دستیابی به هدف ، همچنان یک چالش عمده باقی مانده است.

نرخ سالیانه کاهش مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در منطقه مدیترانه شرقی بین سالهای ۱۹۹۰ و ۲۰۱۲ بطور متوسط ۲/۷ درصد کاهش یافته است. این روند کاهش سالیانه از ۱/۳ درصد دهه ۱۹۹۹-۱۹۹۰ به ۳ درصد در سال ۲۰۰۰-۲۰۰۹ و ۳/۳ درصد در سال ۲۰۱۲-۲۰۱۰ نمایانگر بود. در طول این دوره ، شش کشور موفق منطقه (مصر- لبنان- عمان- عربستان سعودی- جمهوری اسلامی ایران- تونس) شاهد ۵/۳ الی ۷/۷ درصد کاهش بوده است.

جدول شماره(۹): روند میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال کشورهای منطقه

مدیترانه شرقی در هزار تولد زنده ۲۰۱۲-۱۹۶۰

کشور	۱۹۶۰	۱۹۹۰	۱۹۹۹	۲۰۰۷	۲۰۰۹	۲۰۱۰	۲۰۱۱	۲۰۱۲
عربستان	۲۵۰	۴۵	۲۵	۲۵	۲۱	۱۸	۹	۹
امارات متحده عربی	۲۲۳	۲۲	۹	۸	۷	۷	۷	۸
فلسطین	-	۴۳	-	۲۷	۳۰	۲۲	۲۲	۲۲
عمان	۲۸۰	۴۷	۱۶	۱۲	۱۲	۹	۹	۱۲
قطر	۱۴۰	۲۱	۱۶	۱۵	۱۱	۸	۸	۷
ایران	۲۸۱	۶۵	۴۶	۳۳	۳۱	۲۶	۲۵	۱۸
عراق	۱۷۱	۴۶	۱۲۸	۴۴	۴۴	۳۹	۳۸	۳۴
افغانستان	۳۶۰	۲۰۹	۲۵۷	۲۵۷	۱۹۹	۱۴۹	۱۰۱	۹۹
پاکستان	۲۲۷	۱۲۴	۱۱۲	۹۰	۸۷	۸۷	۷۲	۸۶
کویت	۱۲۸	۱۵	۱۲	۱۱	۱۰	۱۱	۱۱	۱۱
بحرین	۱۶۰	۱۷	۱۶	۱۰	۱۲	۱۰	۱۰	۱۰
یمن	۳۴۰	۱۲۸	۱۱۹	۷۳	۶۶	۷۷	۷۷	۶۰
سوریه	۲۰۱	۳۸	۳۰	۱۷	۱۶	۱۶	۱۵	۱۵
مصر	۲۸۲	۹۴	۵۲	۳۶	۲۱	۲۲	۲۱	۲۱
مراکش	۲۱۱	۸۰	۵۳	۳۴	۳۸	۳۶	۳۳	۳۱
لبنان	۸۵	۳۳	۳۲	۲۹	۱۲	۲۲	۹	۹
لیبی	۲۷۰	۴۳	۲۲	۱۸	۱۹	۱۷	۱۶	۱۵
تونس	۲۵۴	۵۱	۳۰	۲۱	۲۱	۱۶	۱۶	۱۶
جیبوتی	۲۸۹	۱۱۹	۱۴۹	۱۲۷	۹۴	۹۱	۹۰	۸۱
اردن	۱۳۹	۳۷	۳۵	۲۴	۲۵	۲۲	۲۱	۱۹

کشور	۱۹۶۰	۱۹۹۰	۱۹۹۹	۲۰۰۷	۲۰۰۹	۲۰۱۰	۲۰۱۱	۲۰۱۲
سودان جنوبی ^۴	۲۰۸	۲۵۱	۱۰۹	۱۰۹	۱۰۸	۱۰۳	*۱۲۱	۱۰۴
سومالی	۲۹۴	۱۷۷	۲۱۱	۱۴۲	۱۸۰	۱۸۰	۱۸۰	۱۴۷

۳- سودان جنوبی از سال ۲۰۱۱ به نام سودان جنوبی در گزارش ها آمده است. قبل از ۲۰۱۱ فقط به نام سودان لحاظ شده است.

جدول شماره (۱۰): روند میزان مرگ کودکان زیر یکسال کشورهای منطقه

مدیترانه شرقی (در هزار تولد زنده) ۲۰۱۲-۱۹۶۰

کشور	۱۹۶۰	۱۹۹۰	۱۹۹۹	۲۰۰۷	۲۰۰۹	۲۰۱۰	۲۰۱۱	۲۰۱۲
عربستان	۱۷۰	۳۶	۲۰	۲۰	۱۸	۱۵	۸	۷
امارات متحده عربی	۱۴۹	۱۸	۸	۷	۷	۶	۶	۷
فلسطین	-	۳۶	-	۲۴	۲۵	۲۰	۲۰	۱۹
عمان	۱۶۴	۳۶	۱۴	۱۱	۹	۸	۷	۱۰
قطر	۹۴	۱۷	۱۲	۱۲	۱۰	۷	۶	۶
ایران	۱۶۴	۵۰	۳۷	۲۹	۲۶	۲۲	۲۱	۱۵
عراق	۱۱۷	۳۷	۱۰۴	۳۶	۳۵	۳۱	۳۱	۲۸
افغانستان	۲۱۵	۱۴۰	۱۶۵	۱۶۵	۱۳۴	۱۰۳	۷۳	۷۱
پاکستان	۱۳۹	۹۶	۸۴	۷۳	۷۱	۷۰	۵۹	۶۹
کویت	۸۹	۱۳	۱۱	۹	۸	۱۰	۹	۱۰
بحرین	۱۱۰	۱۵	۱۳	۹	۱۰	۹	۹	۸
یمن	۲۲۰	۹۰	۸۶	۵۵	۵۱	۵۷	۵۷	۴۶
سوریه	۱۳۶	۳۱	۲۵	۱۵	۱۴	۱۴	۱۳	۱۲
مصر	۱۸۹	۶۸	۴۱	۳۰	۱۸	۱۹	۱۸	۱۸
مراکش	۱۳۲	۶۷	۴۵	۳۲	۳۳	۳۰	۲۸	۲۷
لبنان	۶۵	۲۷	۲۸	۲۶	۱۱	۱۹	۸	۸
لیبی	۱۵۹	۳۷	۱۹	۱۷	۱۷	۱۳	۱۳	۱۳
تونس	۱۷۰	۴۰	۲۴	۱۸	۱۸	۱۴	۱۴	۱۴
جیبوتی	۱۸۶	۹۳	۱۰۴	۸۴	۷۵	۷۳	۷۲	۶۶
اردن	۹۷	۳۰	۲۹	۲۱	۲۲	۱۸	۱۸	۱۶

۲۰۱۲	۲۰۱۱	۲۰۱۰	۲۰۰۹	۲۰۰۷	۱۹۹۹	۱۹۹۰	۱۹۶۰	کشور
۶۷	*۷۶	۶۶	۶۹	۶۹	۶۷	۱۴۹	۱۲۳	سودان جنوبی ^۵
۹۱	۱۰۸	۱۰۸	۱۰۹	۸۸	۱۲۵	۱۰۷	۱۷۵	سومالی

۴- سودان جنوبی از سال ۲۰۱۱ به نام سودان جنوبی در گزارش ها آمده است. قبل از ۲۰۱۱ فقط به نام سودان لحاظ شده است.

جدول شماره (۱۱): روند میزان مرگ کودکان زیر یک ماه کشورهای منطقه مدیترانه شرقی (در هزار تولد زنده) ۲۰۱۲-۱۹۹۰

کشور	۱۹۹۰	۲۰۰۴	۲۰۰۹	۲۰۱۰	۲۰۱۱	۲۰۱۲
عربستان	۲۰	۱۱	۱۲	۱۰	۵	۵
امارات متحده عربی	۱۲	۴	۴	۴	۴	۵
فلسطین	۲۱	-	-	-	۱۳	۱۳
عمان	۲۲	۵	۶	۵	۵	۷
قطر	۱۰	۴	۵	۴	۴	۴
ایران	۲۸	۱۹	۱۷	۱۴	۱۴	۱۱
عراق	۲۳	۶۳	۲۳	۲۰	۲۰	۱۹
افغانستان	۵۳	۶۰	۵۲	۴۵	۳۶	۳۶
پاکستان	۵۱	۵۳	۴۲	۴۱	۳۶	۴۲
کویت	۹	۷	۵	۶	۵	۶
بحرین	۶	۴	۶	۴	۴	۴
یمن	۴۳	۴۱	۲۹	۳۲	۳۲	۲۷
سوریه	۱۸	۷	۸	۹	۹	۹
مصر	۲۸	۱۷	۱۱	۹	۷	۱۲
مراکش	۳۶	۲۴	۲۰	۱۹	۱۹	۱۸
لبنان	۱۶	۱۹	۷	۱۲	۵	۵
لیبی	۲۱	۱۱	۱۱	۱۰	۱۰	۹
تونس	۲۴	۱۳	۱۲	۹	۱۰	۱۰
جیبوتی	۴۰	۴۵	۳۵	۳۴	۳۳	۳۱
اردن	۱۹	۱۶	۱۵	۱۳	۱۲	۱۲

کشور	۱۹۹۰	۲۰۰۴	۲۰۰۹	۲۰۱۰	۲۰۱۱	۲۰۱۲
سودان جنوبی ^۶	۵۷	۲۷	۳۶	۳۵	*۳۸	۳۶
سومالی	۵۰	۴۹	۵۲	۵۲	۵۰	۴۶

مرگ کودکان زیر ۵ سال کشور ایران در منطقه مدیترانه شرقی

در پایان سال ۲۰۱۲ ایران با میزان مرگ ۱۸ کودک زیر ۵ سال در هزار تولد زنده در میان گروه کشورهای منطقه، رتبه گروه سوم را دارد و کشور افغانستان با میزان ۹۹ در هزار تولد زنده رتبه هشتم را در میان کشورهای عضو منطقه به خود اختصاص داده است.

مرگ کودکان زیر یک سال کشور ایران در منطقه مدیترانه شرقی

در پایان سال ۲۰۱۲ ایران با میزان مرگ ۱۵ کودک زیر یک سال در هزار تولد زنده در میان گروه کشورهای عضو منطقه مدیترانه شرقی رتبه سوم را دارد و در طی همان مدت کشور افغانستان با میزان ۷۱ در هزار تولد زنده رتبه هشتم را در میان کشورهای منطقه به خود اختصاص داده است.

^۵ - سودان جنوبی از سال ۲۰۱۱ به نام سودان جنوبی در گزارش ها آمده است. قبل از ۲۰۱۱ فقط به نام سودان لحاظ شده است.

مرگ دوره نوزادی کشور ایران در منطقه مدیترانه شرقی

در پایان سال ۲۰۱۲ ایران با میزان مرگ ۱۱ نوزاد در هزار تولد زنده در میان گروه کشور های منطقه رتبه دوم را دارد و کشور افغانستان با ۳۶ و کشور پاکستان با ۴۲ مرگ نوزاد در هزار تولد زنده به ترتیب رتبه های ۲۱ و ۲۲ (از کشور عضو) را دارا بودند.

جدول شماره (۱۲): مقایسه مرگ کودکان زیر ۵ سال سالهای ۲۰۱۲ و هدف توسعه

هزاره ۲۰۱۵ کشورهای منطقه مدیترانه شرقی

کشورهای منطقه که به اهداف توسعه دست یافته اند			کشورهای منطقه که فاصله زیادی با اهداف توسعه دارند			کشورهای منطقه که نیاز به ادامه فعالیتها دارند		
کشور	۲۰۱۲	۲۰۱۵	کشور	۲۰۱۲	۲۰۱۵	کشور	۲۰۱۲	۲۰۱۵
مصر	۲۱	۲۹	افغانستان	۹۹	۵۹	عراق	۳۴	۱۸
لبنان	۹	۱۱	جیبوتی	۸۱	۴۰	امارات	۸	۶
عمان	۱۲	۱۳	پاکستان	۸۶	۴۶	کویت	۱۱	۵
عربستان	۹	۱۶	سومالی	۱۴۷	۵۹	لیبی	۱۵	۱۴
ایران	۱۸	۱۹	سودان جنوبی	۱۴۰	۸۴	اردن	۱۹	۱۲
تونس	۱۶	۱۷	یمن	۶۰	۴۲	سوریه	۱۵	۱۳

سیمای مرگ کودکان در استان

نظام بررسی مرگ کودکان در پایان سال ۱۳۸۷ میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال کشور ایران را ۲۱/۶۷ در هزار تولد زنده نشان داده است. در استان آذربایجان غربی نیز براساس نتایج زیج حیاتی در مناطق روستایی این میزان ۲۲,۵ در هزار تولد زنده استخراج شده بود و در پایان سال ۱۳۹۲ این میزان ۱۸,۳ در هزار تولد زنده محاسبه شده است، که اکنون با دریافت آمار دقیق مرگ نوزادان «از ابتدای سال ۱۳۹۱» میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال استان در پایان سال با دقت بالایی محاسبه می شود..

هم اکنون در راستای ارتقاء سلامت کودکان و کاهش مرگ و میر این گروه آسیب پذیر، نظام مراقبت مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه استان آذربایجان غربی از سال ۱۳۸۶ همزمان با کل کشور اجرا می شود.

جمعیت استان آذربایجان غربی طبق سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰ تعداد ۳۰۸۰۵۷۶ اعلام شده که یک میلیون و ۵۵۵ هزار و ۱۲۷ نفر (۱۵۵۱۲۷ نفر) را مردان و یک میلیون و ۵۲۵ هزار و ۴۴۹ نفر (۱۵۲۵۴۴۹ نفر) را زنان تشکیل می دهند.

از کل جمعیت استان یک میلیون و ۹۳۲ هزار و ۵۴۴ نفر در شهرها و یک میلیون و ۱۴۸ هزار و ۳۲ نفر در روستاها زندگی می کنند. یعنی حدود ۶۲,۷ درصد از جمعیت استان در شهرها سکونت داشته و مابقی روستانشین هستند.

بیشترین جمعیت شهرستان های استان مربوط به شهرستان ارومیه با جمعیتی بالغ بر ۹۶۳۷۳۸ نفر و کمترین جمعیت مربوط به شهرستان پلدشت با جمعیتی بالغ بر ۴۲۰۷۱ می باشد.

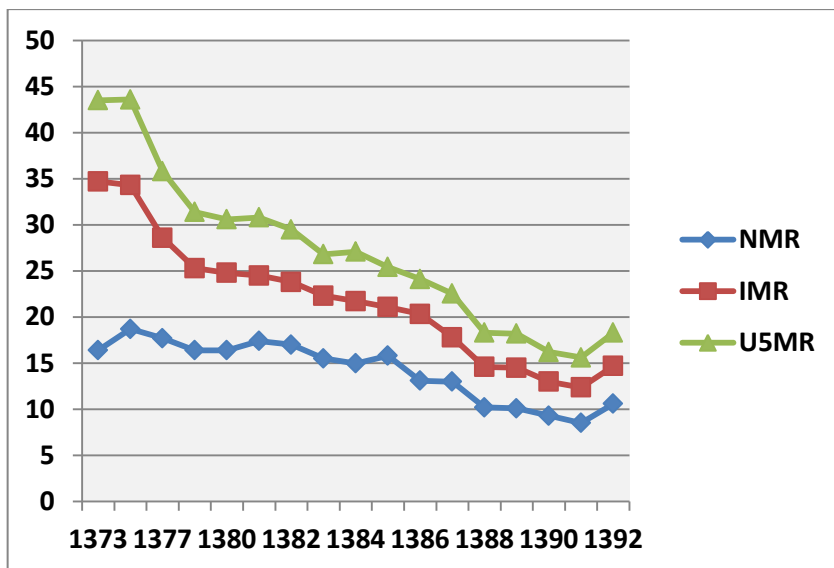
آمار کودکان زیر ۵ سال این استان براساس سرشماری نفوس و مسکن در سال ۱۳۹۰ تعداد ۲۵۰۶۱۴ نفر و کودکان زیر ۸ سال ۴۲۹۱۶۲ نفر اعلام گردیده است یعنی به ترتیب ۸/۱۳ درصد و ۱۳/۹ درصد از جمعیت کل استان به این دو گروه سنی اختصاص یافته است که بیانگر اهمیت موضوع می باشد.

جدول شماره (۱۳): شاخص مرگ کودکان در ۱۰۰۰ تولد زنده مناطق روستایی استان

آذربایجان غربی برگرفته زیج حیاتی از سال ۱۳۷۳ لغایت ۱۳۹۲

سال	میزان مرگ نوزادان	میزان مرگ کودکان زیر یکسال	میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال
۱۳۷۳	۱۶,۴	۳۴,۷	۴۳,۵
۱۳۷۵	۱۸,۷	۳۴,۳	۴۳,۶
۱۳۷۷	۱۷,۷	۲۸,۶	۳۵,۸
۱۳۷۹	۱۶,۴	۲۵,۳	۳۱,۴
۱۳۸۰	۱۶,۴	۲۴,۸	۳۰,۶
۱۳۸۱	۱۷,۴	۲۴,۵	۳۰,۸
۱۳۸۲	۱۷	۲۳,۸	۲۹,۵
۱۳۸۳	۱۵,۵۲	۲۲,۳۱	۲۶,۸۱
۱۳۸۴	۱۴,۹۸	۲۱,۷۳	۲۷,۰۹
۱۳۸۵	۱۵,۸۱	۲۱,۰۹	۲۵,۴۳
۱۳۸۶	۱۳,۱	۲۰,۳۳	۲۴,۱۲
۱۳۸۷	۱۳	۱۷,۸۱	۲۲,۵۴
۱۳۸۸	۱۰,۲	۱۴,۶	۱۸,۳
۱۳۸۹	۱۰,۱	۱۴,۵	۱۸,۲
۱۳۹۰	۹,۳	۱۳	۱۶,۲
۱۳۹۱	۸,۵۲	۱۲,۳۸	۱۵,۶۱
۱۳۹۲	۱۰,۶	۱۴,۷	۱۸,۳

نمودار شماره (۱): روند کاهش مرگ NMR - IMR - U5MR در ۱۰۰۰ تولد زنده
 استان آذربایجان غربی « برگرفته زیج حیاتی » سالهای ۷۳ لغایت ۹۲

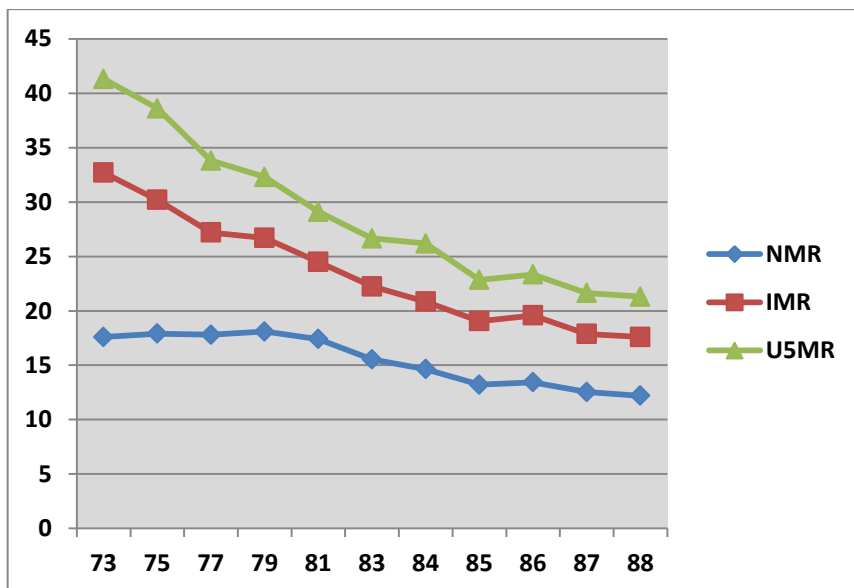


جدول شماره (۱۴): شاخص مرگ کودکان در ۱۰۰۰ تولد زنده مناطق روستایی کشور

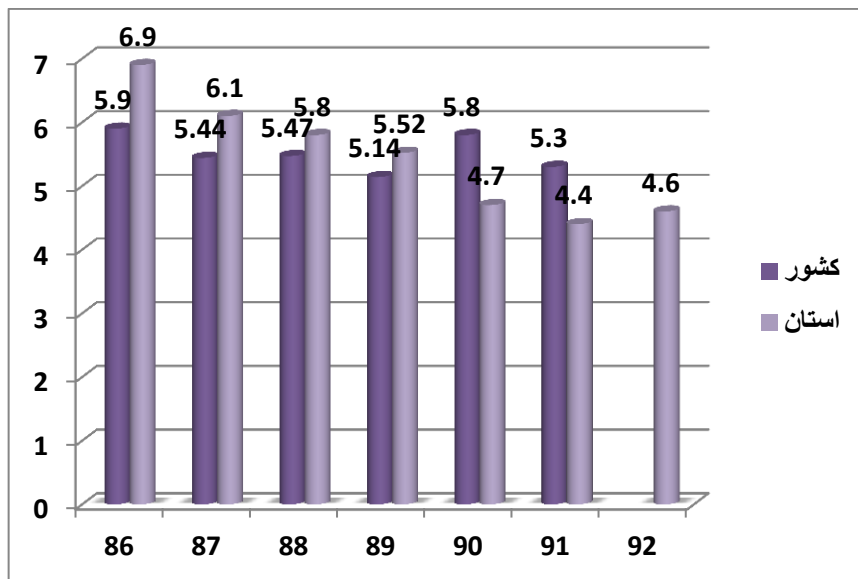
برگرفته زیج حیاتی از سال ۱۳۷۳ لغایت ۱۳۸۸

سال	میزان مرگ نوزادان	میزان مرگ کودکان زیر یکسال	میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال
۱۳۷۳	۱۷,۶	۳۲,۷	۴۱,۳
۱۳۷۵	۱۷,۹	۳۰,۲	۳۸,۶
۱۳۷۷	۱۷,۸	۲۷,۲	۳۳,۸
۱۳۷۹	۱۸,۱	۲۶,۷	۳۲,۳
۱۳۸۱	۱۷,۴	۲۴,۵	۲۹,۱
۱۳۸۳	۱۵,۵۴	۲۲,۲۴	۲۶,۶۶
۱۳۸۴	۱۴,۶۴	۲۰,۸۴	۲۶,۱۹
۱۳۸۵	۱۳,۲۲	۱۹,۰۵	۲۲,۸۴
۱۳۸۶	۱۳,۴۳	۱۹,۵۸	۲۳,۳۴
۱۳۸۷	۱۲,۵۳	۱۷,۸۷	۲۱,۶۴
۱۳۸۸	۱۲,۲	۱۷,۶	۲۱,۳

نمودار شماره (۲): روند کاهش مرگ NMR - IMR - U5MR در ۱۰۰۰ تولد زنده کشور «برگرفته زیج حیاتی» سالهای ۷۳ لغایت ۸۸



نمودار شماره (۳): مقایسه میزان مرگ کودکان ۰۹-۱ ماهه در ۱۰۰۰ تولد زنده استان
آذربایجان غربی در سالهای ۱۳۸۶-۱۳۹۲



جدول شماره (۱۵): مقایسه روند میزان مرگ کودکان ۰۹-۱ ماهه در ۱۰۰۰۰ تولد زنده استان و کشور سالهای ۸۶-۹۲

علت مرگ	۱۳۸۶		۱۳۸۷		۱۳۸۸		۱۳۸۹		۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲
	کشور	استان	کشور	استان	کشور	استان	کشور	استان	استان	استان	استان
حوادث	۹,۱	۱۵,۸	۱۰,۵	۱۸,۲	۹,۵	۱۳,۳	۹,۶	۱۷,۱	۱۴,۲	۱۴	۱۳,۲
ناهنجاری مادرزادی	۱۰,۶	۱۲,۹	۱۱,۹	۷,۷	۱۱,۳	۱۲,۸	۱۱,۹	۱۲,۱	۱۵,۵	۱۳,۵	۱۰,۷۸
بیماری تنفسی	۶,۷۸	۷	۴,۹	۶,۷	۵	۷,۵	۴,۴۵	۵,۲	۰,۸	۱,۷	۱,۳۶
بیماری عفونی انگلی	۴,۲	۸,۹	۴	۶,۶	۳,۸۲	۳,۳	۳,۵۴	۲,۴	۲	۲	۱,۶۷
بیماری غدد و متابولیک		۱,۵	۲,۱	۲,۶		۱,۷		۲,۵	۲,۹	۱,۷	۳,۲
سرطان		۱,۲	۱,۶	۰,۹۹		۱,۱		۰,۶	۲,۴	۰,۸	۲,۵۸
بیماری گوارشی		۱,۳	۱,۸	۱,۸		۳		۲,۴	۰,۴۸	۰,۸	۱
بیماری قلبی عروقی		۳,۸	۲,۷	۲,۶		۳,۳		۳	۰,۶	۱,۳	۲,۵۸
بیماری سیستم عصبی		۳,۸	۲,۹	۳,۹۷		۲,۹		۴	۴,۵	۴,۶	۴,۵
سایر		۷,۴	۰,۹	۵,۱		۳,۲		۲,۸	۱,۴۴	۰,۹	۱,۸
بیماری سیستم خونساز		۰,۷	۱,۱	۰,۴۹		۱,۳		۱,۷	۰,۴۸	۰,۹	۱,۵
بیماری سیستم ادراری		۱,۹	۱	۱,۳		۰,۹		۰,۶	۰,۱۶	۰,۳	۰,۶
اختلالات با منشاء حول تولد		۰,۳۴	۰,۹	۰,۳		۰,۶		۰,۳	۱,۴۴	۰,۶	۰,۷

۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹		۱۳۸۸		۱۳۸۷		۱۳۸۶		علت مرگ
استان	استان	استان	استان	کشور	استان	کشور	استان	کشور	استان	کشور	
۰,۱	۰,۳	۰,۱۶	----		۰,۸		۰,۴۹	۰,۲	۰,۵		اختلالات روانی و رفتاری
۰,۳	۰,۱	۰,۱۶	----		۱,۳		۲,۱	۱,۶	۱,۵		حالات بد تعریف شده
۴,۶	۴,۴	۴,۷	۵,۵۲	۵,۱۶	۵,۷	۵,۴۷	۶,۱	۵,۴۴	۶,۹	۵,۹	کل در هزار تولد زنده
۶۵۸۱۵	۶۲۷۹۰	۶۲۳۵۸	۶۲۳۹۳	۱۳۶۴۵۲۳	۶۲۱۷۰	۱۳۴۸۵۴۶	۶۰۳۹۲	۱۳۰۰۱۶۵	۵۷۸۹۳	۱۲۸۶ ۷۱۶	تعداد تولد

همانگونه که مشاهده میشود در پایان سال ۱۳۹۲ مرگ ناشی از حوادث و ناهنجاری مادرزادی با اختلاف ۲,۵ در هزار تولد زنده به ترتیب در رتبه های اول و دوم قرار گرفته است.

آنچه حائز اهمیت می باشد کاهش مرگ با علت های بیماری های تنفسی و بیماری های عفونی انگلی از ابتدای سال ۱۳۸۶ (سال اجرای نظام مراقبت مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه) می باشد. که نباید زحمات همکاران در آموزش مادران و نیز پیگیری و بررسی دقیق و سریع موارد مرگ کودکان را در این میان نادیده گرفت.

جدول شماره (۱۶) : مقایسه درصد علت مرگ کودکان ۰۹-۱ ماهه استان و کشور سالهای ۸۶-۹۲

۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹		۱۳۸۸		۱۳۸۷		۱۳۸۶		علت مرگ
			استان	کشور	استان	کشور	استان	کشور	استان	کشور	
۲۸,۶	۳۱,۸	۳۰	۳۱	۲۰	۲۳,۱۸	۲۰,۴	۲۹,۶۴	۲۰,۵	۲۲,۸	۱۸	حوادث
۲۳,۳	۳۰,۸	۳۲,۷	۲۲	۲۵	۲۲,۳۴	۲۵,۱	۱۲,۶۶	۲۳,۴	۱۸,۷۹	۱۸,۴	ناهنجاری مادرزادی
۳	۴	۱,۶۸	۹,۵۶	۹	۱۳,۱۲	۱۱,۲	۱۱	۹,۸	۱۰,۲۷	۱۳,۵	بیماری تنفسی
۳,۶	۴,۷	۴,۳	۴,۳	۷	۵,۸۶	۸,۲	۱۰,۷۸	۸	۱۳	۸,۴	بیماری عفونی انگلی
۶,۹	۴	۶	۴,۶۳	۶	۳	۴,۸	۴,۳	۴,۲	۲,۲۵	۴,۳	بیماری غدد و متابولیک
۵,۶	۱,۸	۵	۱,۱۵	۳	۱,۹۵	----	۱,۶	۳	۱,۷۵	۳	سرطان
۲,۳	۱,۸	۱	۴,۳۴	۴	۵,۳	----	۲,۹۶	۴	۲	۴	بیماری گوارشی
۵,۶	۲,۹	۱,۳	۵,۵	۵	۵,۸۶	----	۴,۳	۵	۵,۵	۸	بیماری قلبی عروقی
۹,۹	۱۰,۵	۹,۴	۷,۲۴	۶	۵	۵,۷	۶,۴۶	۶	۵,۵	۶	بیماری سیستم عصبی
۳,۹	۲,۲	۳	۵,۲۱	۶	۵,۵	----	۸,۳۵	۲	۱۰,۷۷	۳	سایر
۳,۳	۲,۲	۱	۳,۱۸	۳	۲,۲	----	۰,۸	۲	۱	۳	بیماری سیستم خونساز
۱,۳	۰,۷	۰,۳	۱,۱۵	۱	۱,۶۷	----	۲,۱۵	۲	۲,۷۵	۱	بیماری سیستم ادراری
۱,۶	۱,۴	۳	۰,۵۷	۳	۱,۱	----	۰,۵	۲	۰,۵	۲	اختلالات با منشاء حول تولد

۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹		۱۳۸۸		۱۳۸۷		۱۳۸۶		علت مرگ
استان	استان	استان	استان	کشور	استان	کشور	استان	کشور	استان	کشور	
۰,۳	۰,۷	۰,۳	۰	۰	۱,۳۹	----	۰,۸	۰	۰,۷۵	۰	اختلالات روانی و رفتاری
۰,۶	۰,۴	۰,۳	۰	۱	۲,۲	----	۳,۵	۳	۲,۲۵	۲	حالات بد تعریف شده
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	کل

جدول شماره (۱۷): فراوانی نسبی مقایسه ای مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه کشور و استان آذربایجان غربی به تفکیک نوع حادثه ۹۲-۱۳۸۶

نوع حادثه	۱۳۸۶		۱۳۸۷		۱۳۸۸		۱۳۸۹		۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲
	کشور	استان	کشور	استان	کشور	استان	کشور	استان	استان	استان	استان
ترافیکی	۳۰	۳۰,۷۶	۴۳	۴۱,۸۱	۴۱	۳۸,۵۵	۴۵,۱	۴۳,۹۲	۴۰,۴	۴۴,۳	۴۶
سقوط	۵	۳,۲۹	۷	۳,۶۳	۶	۴,۸	۶,۲	۲,۸	۴,۵	۳,۴	۹,۲
برخورد با نیروهای مکانیکی بیجان	۱	۰	۲	۲,۷۲	۰	۲,۴	۰	۲,۸	۲,۲۴	۶,۶	۴,۶
غرق شدگی	۱۳	۸,۷۹	۱۰	۱۰,۹	۱۰	۸,۴۳	۱۲,۱	۱۱,۲	۱۳,۴۸	۹	۱۰,۳
سوختگی	۸	۲۶,۳۷	۷	۱۸,۱	۷	۱۵,۶۶	۳	۱۰,۲۸	۷,۸۶	۱۰,۲	۲,۳
انسداد تنفسی	۱۰	۸,۷۹	۱۱	۱۲,۷۲	۱۲	۱۶,۸۶	۱۳	۱۹,۶۷	۱۹,۱	۱۳,۶	۱۷,۲
سایر فاکتورهای حوادث	۷	۸,۷۹	۶	۵,۴۵	۰	۲,۴	۰	۴,۶۷	۰	۰	۲,۳
تجاوز و خشونت	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰,۹۳	۴,۵	۱,۱	۱,۱
مسمومیت	۷	۲,۱۹	۷	۰,۹	۸	۱,۲	۶	۲,۸	۵,۶	۵,۷	۴,۶
برق گرفتگی	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰,۹۳	۲,۲۴	۳,۴	۰
عوارض دارویی	۳	۲,۱۹	۲	۰	۲	۲,۴	۱	۰	۰	۰	۲,۳
حوادث و بلایای غیر مترقبه	۱	۳,۲۹	۰	۰,۹	۰	۴,۸	۰	۰	۰	۲,۳	۰
خفگی	۳	۵,۴۹	۲	۱,۸	۲	۲,۴	۳	۰	۰	۰	۰

۱۳۹۲		۱۳۹۱		۱۳۹۰		۱۳۸۹		۱۳۸۸		۱۳۸۷		۱۳۸۶		نوع حادثه
استان	استان	استان	استان	کشور	کشور	استان	کشور	استان	کشور	استان	کشور	استان	کشور	
۰	۰	۰	۰	۲	۲	۰	۲	۰	۲	۰	۲	۰	۲	نیش حشرات و گیاهان سمی
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	جمع کل

همانگونه که مشاهده می شود در استان آذربایجان غربی مرگ ناشی از حوادث ترافیکی مانند کشور در رتبه اول حوادث غیر عمدی قرار گرفته و مرگ ناشی از حادثه انسداد تنفسی در رتبه دوم می باشد.

جدول شماره (۱۸): فراوانی نسبی مقایسه ای مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه کشور و استان آذربایجان غربی به تفکیک نوع ناهنجاری ۹۲-۱۳۸۶

۱۳۸۶		۱۳۸۷		۱۳۸۸		۱۳۸۹		۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	ناهنجاری
کشور	استان	کشور	استان	کشور	استان	کشور	استان	استان	استان	استان	
----	۴۴	۲۵	۲۵,۵	۱۸,۸	۳۷,۵	۲۰,۴	۳۱,۵۷	۳۱,۹	۱۴,۱	۲۱,۱	ناهنجاری مادرزادی سیستم عصبی
----	۱۸,۶۶	۴۵	۳۶,۱	۴۹,۳	۳۰	۴۱,۱	۱۸,۴۲	۳۵	۳۴,۱	۲۸,۲	ناهنجاری مادرزادی سیستم قلبی
----	۴	۵	۱۰,۶	۳,۳	۳,۷۵	۴,۷	۷,۸۹	۲	۵,۹	۰	ناهنجاری مادرزادی سیستم تنفسی
----	۶,۶	۸	۱۰,۶	۷,۸	۶,۲۵	۷,۸	۹,۲	۱۳,۴	۱۵,۳	۱۹,۷	ناهنجاری مادرزادی سیستم گوارشی
----	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱,۳	۱	۳,۵	۲,۸	ناهنجاری مادرزادی سیستم ادراری
----	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱,۳	۲	۳,۵	۲,۸	ناهنجاری مادرزادی سیستم اسکلتی
----	۰	۰	۰	۰	۳,۷۵	۰	۱۸,۴۲	۹,۳	۱۲,۹	۱۵,۵	ناهنجاری مادرزادی کروموزومی
----	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲	۲,۳	۲,۸	لب شکری و شکاف کام
----	۲۶,۶۶	۱۷	۱۷	۹,۱	۱۸,۷۵	۱۲,۸	۱۰,۵۲	۳	۸,۲	۷	سایر ناهنجاری مادرزادی
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	جمع کل

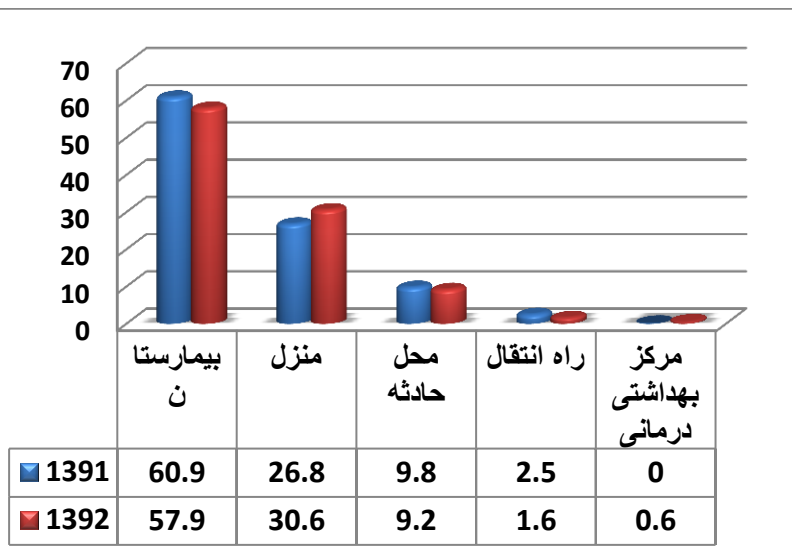
همانگونه که ملاحظه میشود ناهنجاری های مادرزادی سیستم قلبی عروقی استان در سال ۱۳۹۲ همچون کشور (۱۳۸۹) در رتبه اول لعل مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه قرار گرفته است.

جدول شماره (۱۹): مقایسه توزیع نسبی مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه استان آذربایجان غربی بر حسب جنس و گروه سنی و محل سکونت در سالهای ۱۳۹۲-۱۳۸۹

عنوان	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲
گروه سنی				
۱ تا ۱۲ ماه	۵۲,۷	۵۰,۵	۵۴,۷	۵۶
۱۲ تا ۲۴ ماه	۲۰,۸	۲۰,۳	۱۷,۷	۱۸
۲۴ تا ۵۹ ماه	۲۶,۳	۲۹	۲۷,۵	۲۵,۹
جنس				
دختر	۵۱,۳	۴۱,۲	۴۲,۷۵	۴۳,۶
پسر	۴۸,۷	۵۸,۷	۵۷,۲۴	۵۶,۳
محل سکونت				
شهر	۴۶,۵	۴۴,۲	۴۶,۷	۴۸,۲
روستا	۵۳,۵	۵۵,۷	۵۳,۲	۵۱,۸

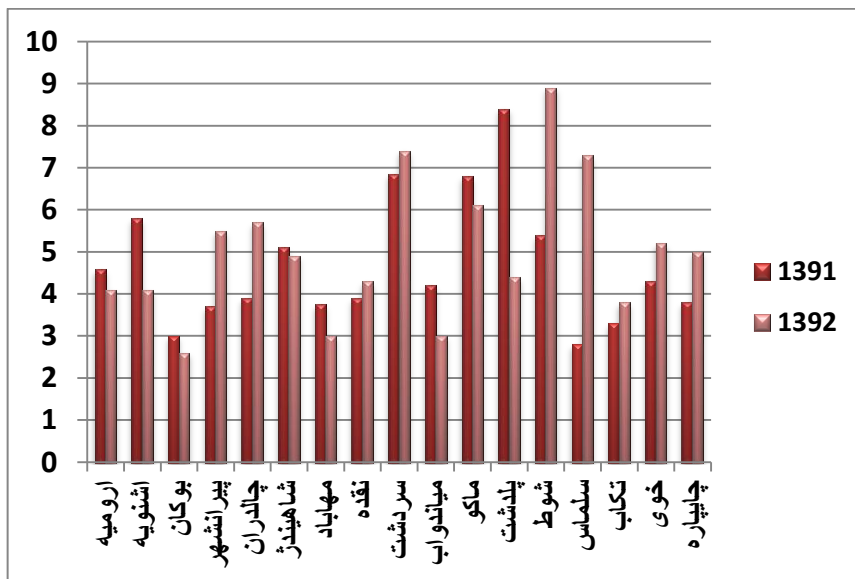
نمودار شماره (۴): مقایسه ای توزیع نسبی مرگ کودکان ۰۹-۱ ماهه استان براساس

محل فوت سالهای ۱۳۹۱-۱۳۹۲



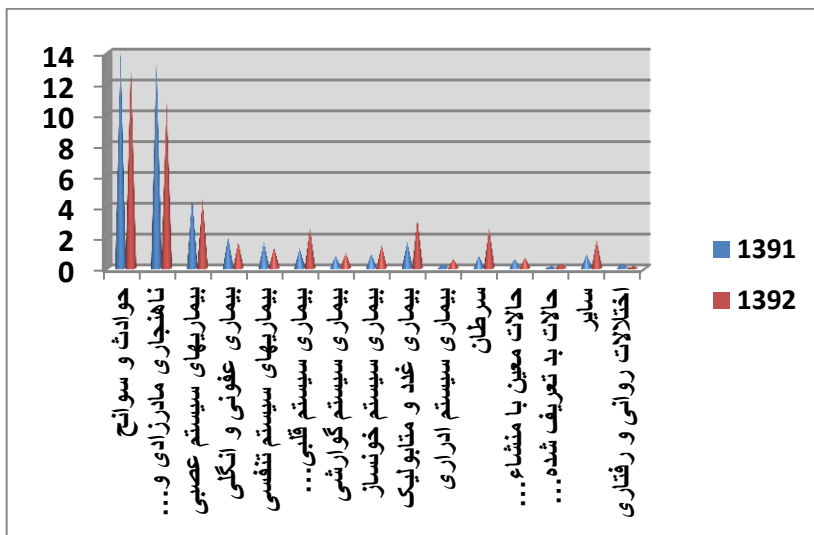
نمودار شماره (۵): مقایسه میزان مرگ کودکان ۰۹-۱ ماهه در ۱۰۰۰ زنده شهرستانها با

استان در سالهای ۱۳۹۱-۱۳۹۲



نمودار شماره(۶):مقایسه میزان علل مرگ و میر کودکان ۰۹-۱ ماهه استان در ۱۰۰۰۰

تولد زنده - سالهای ۱۳۹۱-۱۳۹۲



وضعیت مرگ کودکان ۰۹-۱ ماهه بر اساس علل مهم مرگ کودکان در استان آذربایجان غربی و استانهای منطقه شمال غرب

جدول شماره (۲۰): مقایسه میزان مرگ کودکان ۰۹-۱ ماهه دانشگاه علوم پزشکی آذربایجان غربی
به ازای ۱۰۰۰ تولد زنده در استانهای منطقه شمال غرب و کشور سالهای ۹۲-۸۶

۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸	۱۳۸۷	۱۳۸۶	استان
			۴	۳	۳,۶	۵,۵	آذربایجان شرقی
۴,۶	۴,۴	۴,۷	۵,۶	۵,۷	۶,۱	۶,۹	آذربایجان غربی
			۵,۶	۶,۱	۵,۱	۶,۷	اردبیل
			۴,۴	۳,۵	۴,۳	۷,۷	زنجان
			۳,۴	۳,۱	۳,۶	۳,۱	گیلان
۴,۸	۵,۳	۵,۷	۵,۱۶	۵,۴۷	۵,۴۴	۵,۹	کشور

در طول سالهای ۱۳۸۶-۱۳۹۱ میزان مرگ و میر ۱-۵۹ ماهه استان از روند کاهشی برخوردار می باشد. بطوری که این میزان از $\frac{۶}{۹}(۳۹۹)$ مورد مرگ) به ازای ۱۰۰۰ تولد زنده در سال ۱۳۸۶، به $\frac{۴}{۴}(۲۷۷)$ مورد مرگ) به ازای ۱۰۰۰ تولد زنده دارای کاهش بوده است. لیکن در پایان سال ۹۲ این میزان به مقدار $\frac{۰}{۲}$ در هزار تولد زنده افزایش نشان میدهد یعنی $\frac{۴}{۶}$ در هزار تولد زنده می باشد.

جدول شماره (۲۱): مقایسه میزان مرگ کودکان ۱-۵۹ ماهه به علت حوادث غیر عمدی
به ازای ۱۰۰۰۰ تولد زنده در استانهای منطقه شمال غرب و کشور سالهای ۹۲-۸۶

استان	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲
آذربایجان شرقی	۴,۴	۵,۶	۳,۷	۴,۶			
آذربایجان غربی	۱۵,۹	۱۸,۲	۱۲,۹	۱۸,۱	۱۴,۳	۱۴	۱۳,۲
اردبیل	۱۲,۵	۱۱,۵	۱۱,۸	۶,۷			
زنجان	۱۸,۱	۱۴,۷	۱۲,۱	۱۲,۳			
گیلان	۶,۷	۱۰,۶	۸,۵	۷,۲			
کشور	۹,۱	۱۰,۵	۹,۵	۹,۶			

با توجه به جدول فوق تغییر شاخص مرگ ومیر کودکان ۱-۵۹ ماهه به علت حوادث وسوانح غیرعمدی در طی سالهای اخیر روند صعودی یا نزولی منظمی نداشته و نوسانات متغیر داشته ، لذا نتیجه گیری وتفسیر در مورد بهبود یا عدم بهبود این شاخص دشوار میباشد. ولی میانگین تغییرات شاخص نشان میدهد که در طی ۵ سال گذشته تغییر محسوسی رخ نداده است.

جدول شماره (۲۲): مقایسه میزان مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه به علت ناهنجاری مادرزادی و کروموزومی به ازای ۱۰۰۰۰ تولد زنده در استانهای منطقه شمال غرب و کشور سالهای ۹۲-۸۶

استان	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲
آذربایجان شرقی	۹,۳	۱۳,۷	۸,۳	۱۶,۲			
آذربایجان غربی	۱۲,۸	۷,۸	۱۲,۱	۱۱,۴	۱۵,۵	۱۳,۵	۱۰,۷۸
اردبیل	۱۹,۹	۱۷,۱	۱۷,۳	۱۷			
زنجان	۶,۸	۴,۵	۷,۷	۴,۵			
گیلان	۶,۷	۸,۸	۶,۶	۷,۸			
کشور	۱۰,۶	۱۱,۹	۱۱,۳	۱۱,۹			

میزان مرگ ناشی از ناهنجاری مادرزادی در استان آذربایجان غربی مطابق با میانگین کشوری بوده و دارای تغییرات کاهشی و یا افزایش منظم نمی باشد. انتظار می رود اجرای برنامه غربالگری ناهنجاری های جنینی و ارائه مشاوره و آموزشهای دقیق به مادر ، بتواند در پیشگیری از ایجاد ناهنجاریها موثر باشد.

جدول شماره (۲۳): مقایسه میزان مرگ کودکان ۰۹-۱ ماهه به علت بیماری عفونی و انگلی به ازای ۱۰۰۰۰ تولد زنده در استانهای منطقه شمال غرب و کشورسالیهای ۹۲-۸۶

استان	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲
آذربایجان شرقی	۲,۸۵	۲,۱۶	۱,۹۲	۲,۵۶			
آذربایجان غربی	۸,۶۴	۶,۶۲	۳,۳۸	۲,۴	۲	۲	۱,۶۷
اردبیل	۳,۰۲	۴,۶۹	۱,۲۷	۳,۷۴			
زنجان	۵,۱	۱,۷	۲,۷۶	۴,۴۶			
گیلان	---	---	۰,۶۳	۲,۸۱			
کشور	۴,۲	۴	۳,۸۲	۳,۵۴			

همانگونه که درجدول فوق نیزمشاهده می گردد، شاخص مرگ ومیر کودکان ۱-۵۹ماهه به علت بیماری عفونی وانگلی استان درطول سال های گذشته مطابق شاخص کشوری روند کاهشی داشته ونسبت به شاخص کشوری از وضعیت مطلوبی برخوردار می باشد.

جدول شماره (۲۴): مقایسه میزان مرگ کودکان ۰۹-۱ ماهه به علت بیماری سیستم تنفسی به ازای ۱۰۰۰۰ تولد زنده در استانهای منطقه شمال غرب و کشور سالهای ۹۲-۸۶

استان	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲
آذربایجان شرقی	۵,۰۷	۲,۶۳	۳,۱	۴,۲۷			
آذربایجان غربی	۶,۹۱	۶,۹۵	۷,۵۶	۴,۹۷	۰,۸	۱,۷	۱,۳۶
اردبیل	۵,۱۸	۱,۲۸	۳,۳۸	۲,۴۹			
زنجان	۸,۵	۲,۸۳	۲,۷۶	۴,۴۶			
گیلان	۶,۳۴	۳,۷۵	۱,۵۷	۴,۳۷			
کشور	۶,۷۸	۴,۹	۵,۰۶	۴,۴۵			

همانگونه که در جدول فوق نیز مشاهده می گردد، شاخص مرگ و میر کودکان ۱-۵۹ ماهه ناشی از بیماری های تنفسی، استان در طول سال های گذشته مطابق شاخص کشوری از روند کاهشی برخوردار بوده لیکن همچنان نیاز به ارایه کیفی خدمات بهداشتی دوران کودکی . می باشد.

- گزارش نظام کشوری مراقبت مرگ کودکان ۵۹-۱ ماهه سال ۱۳۸۷، گردآورنده دکتر حمیدرضا لرنژاد، سال ۱۳۸۸
- برنامه های بهداشتی دفتر سلامت خانواده و جمعیت - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی سال ۱۳۸۶
- سند سیاست ارتقاء مراقبتهای اولیه سلامت، مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت
- دستاوردها، چالش ها و افق های پیش روی نظام جمهوری اسلامی ایران، جلد دوم، شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی / وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
- سیمای سلامت / وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی / معاونت تحقیقات و فناوری، مرکز ملی تحقیقات سال ۱۳۸۱
- سیمای سلامت و جمعیت در ایران در سال ۱۳۸۹ / مطالعه شاخصهای چندگانه سلامت و جمعیت / موسسه ملی تحقیقات سلامت
- شاخص های سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران، تدوین: معاونت سلامت / مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت، گروه فناوری مدیریت اطلاعات و دبیرخانه تحقیقات کاربردی، سال ۱۳۸۸
- THE STATE OF THE WORLD'S CHILDREN ۲۰۰۱
- THE STATE OF THE WORLD'S CHILDREN ۲۰۰۸
- THE STATE OF THE WORLD'S CHILDREN ۲۰۰۹
- THE STATE OF THE WORLD'S CHILDREN ۲۰۱۱
- THE STATE OF THE WORLD'S CHILDREN ۲۰۱۲
- THE STATE OF THE WORLD'S CHILDREN ۲۰۱۴

- UNICEF ANNUAL REPORT ٢٠١١
- LEVEL & TRENDS IN CHILD MORTALITY – REPORT ٢٠١١ (IGME)
- LEVEL & TRENDS IN CHILD MORTALITY – REPORT ٢٠١٢ (IGME
- LEVEL & TRENDS IN CHILD MORTALITY – REPORT ٢٠١٣ (IGME)
- WWW . UNICEF . ORG
- WWW . CHILDINFO . ORG
- INTEGRATED MANAGEMENT AND EVALUATION SYSTEM IN REPRODUCTED HEALTH / ١٣٨٤ (IMES)
- Child Mortality in the United States, ١٩٣٥-٢٠٠٧
- Infant Mortality in the United States Trends, Differentials, and Projections, ١٩٥٠ through ٢٠١٠
- The decline in child mortality: a reappraisal Omar B. Ahmad,^١ Alan D. Lopez,^٢ & Mie Inoue^٣