

تحلیلی بر روند تحولات مرگ و میر ایران و جهان و عوامل موثر بر مرگ و میر کشور در متون پژوهشی (درسه دهه اخیر)

محسن محمدی^۱ / علی پزهان^۲ / مجید رادفر^۳

چکیده

مقاله حاضر با هدف بررسی روند تحولات مرگ و میر در سه دهه اخیر نگارش شده است. مجموع پژوهش‌ها و مقالات مورد بررسی ۷۹ مقاله، پژوهش، رساله و پایان‌نامه بوده است که به روش فراتحلیل با استفاده از نرم‌افزارهای $Max\ q\ data$ و $Cm2$ به تحلیل اطلاعات اقدام شد که نتایج حاصل از پژوهش نشان داد تحولات مرتبط با کاهش مرگ و میر در کشورهای مرجع به شکلی کاملاً کند و بطئی که فرایند آن نزدیک به دویست تا دویست پنجاه سال طول کشیده اما در همه کشورها روند یکنواخت نبوده اما عمده کشورهای غربی این مراحل را طی کرده‌اند که منجر به شکل‌گیری نظریه‌گذار جمعیتی شود، با پایان این دوره به دلیل انتقال تجربیات و دانش علمی در حوزه بهداشت از کشورهای مرجع به سایر کشورها مانند ایران بازه زمانی بسیار کوتاهتری را طی کرده، مثلاً در کشور ما ایران از شروع تحولات پیشگیری، درمان و انجام امور مرتبط با کنترل مرگ و میر بازه ای ۶۰ تا ۶۵ سال یان مهم رخ داده است. یافته‌های پژوهش نشان داد در ایران روند تحولات از بیماری‌های زمینه‌ای و مسری به تناوب با تحولات سبک زندگی همسو شده است و امروز مهم‌ترین عوامل مرگ و میر، عامل مربوط به بیماری‌هاست اما بیماری‌های قلبی عروقی دارای بیشترین درصد که ارتباط مستقیم با سبک زندگی دارد و در ادامه تایید این تحلیل، بعد از آن سوانح و تصادفات در رتبه دوم قرار گرفته است و سهم مرگ و میر مردان در همه موارد که همین موضوع باعث تفاوت امید به زندگی زنان با مردان بین دو تا سه سال آن هم با تغییر به نفع زنان شده است.

کلیدواژه‌ها: مرگ و میر، فراتحلیل، سبک زندگی، کشورهای مرجع، بیماری‌های قلبی و عروقی و سوانح و تصادفات.

۱- گروه جمعیت‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۲- گروه جمعیت‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: Pezghan_ali@yahoo.com
۳- گروه علوم اجتماعی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

مقدمه

موضوع آماری و مهم‌ترین یافته‌های این پژوهش‌ها در حوزه مرگ و میر را مورد بررسی قرار داده‌ایم.

در ضرورت و اهمیت موضوع لازم است به موارد زیر اشاره داشته باشیم

۱- بررسی مهم‌ترین عامل رشد جمعیت مرگ و میر در پژوهش‌ها، رساله‌ها، مقالات و مطالب علمی ارائه شده از چه وضعیتی برخوردارند.

۲- طبق یافته‌های این پژوهش‌ها مدل تحولات مرگ و میر چه روندی را در سه دهه اخیر طی نموده است.

پیشینه و سوابق نظری پژوهش

به طور کلی جهانی شدن را می‌توان افزایش سطح اتصال میان مردم و محل‌ها در همه دنیا در نظر گرفت، البته این مفهوم بیشتر بعد سیاسی پیدا کرده است، زیرا بسیاری از مردم آن را به معنی نفوذ شرکت‌های چند ملیتی کشورهای توسعه یافته در کشورهای کمتر توسعه یافته می‌دانند. مهار مرگ، که منجر به رشد جمعیت شده است ابتدا در کشورهای اروپایی و آمریکای شمالی به وقوع پیوست و در همین جاها بود که رشد سریع جمعیت در عصر جدید آغاز و به سایر نقاط دنیا نیز انتقال یافت، نکته مهم این بود که کاهش مرگ ابتدا در شیرخواران تاثیر می‌گذارد تا سایر گروه‌های سنی و واکنش به پیامدهای آن با تاخیر صورت می‌پذیرد. آنهم در زمانی که کودکان به تحصیلات، پوشاک، غذا، کار، مسکن و ... نیاز پیدا می‌کنند [۱].

گذار سلامت و میرایی: سلامت و میرایی به واقع دو روی یک سکه هستند. «ابتلاء» به شیوع بیماری در جمعیت و «میرایی» به الگوهای مرگ گفته می‌شود. این ارتباط برای بسیاری آشناست هر چه سالم تر باشید، امکان اینکه طولانی‌تر زندگی کنید بیشتر است. در سطح اجتماع، این بدین معناست که جمعیت‌های دارای میرایی بالا آنهایی هستند که شیوع بیماری در آنها بیشتر است. بنابراین، ارتقای سطح سلامت باعث افزایش امید زندگی می‌شود. اکثر ما امید زندگی طولانی مان را امری بدیهی می‌پنداریم، اما در حدود یک سده پیش و در همه‌ی طول تاریخ بشر پیش

امروز بر همه جمعیت شناسان و پزشکان ثابت شده است که کاهش میرایی، نه افزایش باروری، علت عمده‌ی رشد جمعیت در دنیای امروز بوده است. اکنون میرایی چنان مهار شده است که اکثر ما می‌توانیم انتظار داشته باشیم از عمری طولانی بهره ببریم. غلبه بر بیماری و مرگ زودرس، یکی از عمده‌ترین پیشرفت‌ها در وضعیت زندگی انسان و مایه‌ی افتخار آدمی است. با وجود این، یکی از پیامدهای جانبی کاهش میرایی، رشد افسار گسیخته جمعیت و مشکلات ناشی از آن بوده است. افزایشی قارچ گونه که جمعیت را از یک میلیارد انسان در ۲۰۰ سال پیش به ۹ میلیارد تا اواسط سده حاضر می‌رساند. افزایش جمعیت همه چیز را در جهان تغییر داده است، و شما نمی‌توانید جهانی را که در آن زندگی می‌کنید درک کنید مگر آن که در مورد چگونگی به وقوع پیوستن گذار سلامت و میرایی شناخت پیدا کنید. از جمله کشورهایی که گذار سلامتی و میرایی را به سرعت طی نموده است می‌توان به کشور خودمان ایران اشاره داشت که فاصله گذار جمعیتی و رشد جمعیت همراه با کنترل آن را در بازه زمانی بسیار کوتاهی سرو سامان داده است تا جائیکه در دهه‌های گذشته جزئی از کشورهای موفق در حوزه کنترل جمعیت و جلوگیری از مرگ و میر معرفی شده است، و این مهم بویژه در کنترل مرگ و میر کودکان بعنوان مهم‌ترین و تاثیرگذارترین عامل در جلوگیری از مرگ و میر کودکان در افزایش امید به زندگی می‌توان اشاره نمود.

علی‌رغم همه موفقیت‌هایی که کشور در حوزه‌های مختلف جمعیتی و بهداشتی بدست آورده است با این حال میزان و عوامل موثر در مرگ و میر کشور و سهم هر عامل به دلایل مختلفی چون عدم ثبت دقیق اطلاعات آماری، عدم همکاری مناسب جامعه‌های آماری، مشکلات مفاهیم جمعیتی و عدم درک صحیح مردم از اهمیت سوالات و ... با مشکل همراه بوده است جهت بدست آوردن اطلاعات حوزه مرگ و میر پژوهش حاضر با عنوان فراتحلیل اهمیت داده‌های آماری تهیه و تنظیم شده است تا مدل یافته‌های تحقیقی بررسی

«امید زندگی» برای دوران رومی‌ها در حدود ۲۲ سال برآورد شده است [۶]. البته، این بدان معنی نیست که همه در ۲۲ سالگی می‌افتادند و می‌مردند. بلکه وضعیت به این صورت بوده که اکثر کودکان به سنین بزرگسالی نمی‌رسیده‌اند. ویژگی عمده جوامع دارای میرایی بالا این بوده که تنوع میزان مرگ در سنین مختلف بسیار بیشتر از امروز بوده است، اما به طور کلی مردم در سنین جوانتر می‌مردند تا پیرتر.

امپراتوری روم از سده سوم رو به فروپاشی گذاشت از حدود سده پنجم تا سده پانزدهم، قرون وسطی نامیده شده است. بهبود وضعیت تغذیه در این دوره احتمالاً باعث افزایش امید زندگی به بیش از سی سال شده است. در سده‌ی چهاردهم طاعون، یا مرگ سیاه، در اروپا همه‌گیر شد، و از غرب به آسیا گسترش یافت. احتمالاً از سال ۱۳۴۶ تا ۱۳۵۰ میلادی در حدود یک سوم جمعیت اروپا بر اثر همه‌گیری از میان رفته‌اند. طاعون در اروپا لانه کرد و «به مدت سه سده مناطق گوناگون را، یکی پس از دیگری، آلوده ساخت. شیوع این بیماری، در زندگی اجتماعی، اقتصادی، جمعیتی، سیاسی، هنری و مذهبی اروپایی‌ها تأثیری ژرف گذاشت» نبود اطمینان به زندگی می‌تواند نابود کننده باشد، اما می‌تواند باعث تشویق فرد به خطر کردن نیز بشود، همان کاری که بعضی اروپایی‌ها بوسیله‌ی مهاجرت به مناطق مختلف دنیا کردند [۷، ۸].

از انقلاب صنعتی تا عصر حاضر: طاعون در مناطق مدیترانه شایع تر از مناطق شمال و شرقی بوده است (جایی که هوا گرم تر از آن است که کک‌ها در زمستان بمیرند). آخرین همه‌گیری گسترده‌ی طاعون در سال ۱۷۲۰ در ماری، واقع در جنوب فرانسه، اتفاق افتاد. هم زمانی این رخداد با ظهور انقلاب صنعتی تصادفی نبود. طاعون احتمالاً بر اثر «تغییرات ایجاد شده در زمینه‌ی مسکن سازی، حمل و نقل دریایی، بهداشت محیط و دیگر عوامل مشابه تأثیرگذار در تماس انسان با موش و کک» کم شد [۹]. در اواخر سده هجدهم، پس از فرو نشستن همه‌گیری بیماری طاعون و با افزایش درآمد که موجب بهبود وضعیت تغذیه،

از آن، میزان مرگ بسیار بالا و مرگ زود هنگام رواج داشته است. در طول دویست سال گذشته، و بویژه در سده‌ی بیستم، همه‌ی کشورها، یکی پس از دیگری، پدیده‌ی گذار به سلامت بهتر و میزان‌های پائین تر مرگ را تجربه کردند، تغییری بلند مدت در الگوهای بیماری و سلامت که باعث کاهش میزان مرگ، و فوت زود هنگام به دلیل ابتلاء به بیماری‌های عفونی و تمرکز عمده‌ی مرگ در سالمندان بر اثر بیماری‌های استحال‌ای شد. این پدیده را عمران (۱۳۷۴) «گذار اپیدمیولوژیکی» خوانده است. اما از آنجا که واژه‌ی «اپیدمیولوژی» به لحاظ فنی مربوط است به بیماری و نه مرگ، در جمعیت شناسی از مفهوم گسترده تر «گذار سلامت و میرایی» استفاده میشود. در نتیجه این گذار، متغیر بودن میرایی بر اساس سن کاهش یافته یا متراکم شده، و مستطیل شدگی میرایی افزایش یافته است. این بدان معناست که اکثر مردم به سنین بالا می‌رسند و سپس نسبتاً سریع می‌میرند. تغییرات گسترده‌ی اجتماعی ناشی از رسیدن درصد بالایی از افراد به سنین پیری سهم به سزایی در گذار جمعیتی به طور کلی دارد. ما با پیگیری تاریخچه‌ی چگونگی تغییرات چشمگیر سلامت و میرایی در طول زمان، از جوامع پیشامدرن تا عصر حاضر، بویژه تاریخ اروپا که داده‌های بیشتری از آن در دست داریم، می‌توانیم به درک بهتری از این گذار نایل آئیم [۲].

تغییرات مربوط به سلامت و میرایی در طول زمان: در طول تاریخ بشر، در اکثر مناطق دنیا امید زندگی احتمالاً بین ۲۰ تا ۳۰ سال در نوسان بوده است [۵-۳]. با این سطوح میرایی، تنها دو سوم از نوزادان تا یک سالگی، و تقریباً نیمی از آنان تا ۵ سالگی زنده می‌مانند اند این بدان معناست که در حدود نیمی از مرگ‌ها پیش از ۵ سالگی روی می‌داده است. از سوی دیگر، قریب ده درصد مردم جوامع پیشامدرن تا ۶۵ سالگی زنده می‌مانند. بنابراین، در جوامع پیشامدرن جهان، تقریباً نیمی از مرگ‌ها به کودکان زیر پنج سال، و تنها یک دهم به افراد ۶۵ سال و بالاتر مربوط بوده است. از دوران روم باستان تا انقلاب صنعتی:

ضد آبله محدود بوده است [۱۳]. از سوی دیگر، پرستون و هینز چنین نتیجه گیری کردند که در مهار بیماری‌های عفونی، اشاعه اطلاعات بهداشتی نقشی مهمتر از تغذیه بازی کرده است.

در سال ۱۹۰۰، ایالات متحد ثروتمندترین کشور جهان به شمار می‌آمد. جمعیت آن بسیار باسواد، و به گونه‌ای استثنایی از تغذیه‌ی خوب برخوردار بود. این کشور، از نظر سرانه درآمد، سواد و مصرف غذا، حتی در میان کشورهای امروزی، در موقعیتی بالا قرار داشت. اما با وجود این، هجده درصد کودکانش پیش از رسیدن به پنج سالگی می‌مردند؛ میزانی که در عصر حاضر جزو یک چهارم کشورهای پائین جدول قرار می‌گیرد. چرا ایالات متحد نمی‌توانست از تفوق‌های اقتصادی و اجتماعی خود برای بقای کودکانش استفاده کند؟ پاسخ این است که آنان فرآیندهای بیماری‌های عفونی را به خوبی درک نکرده بودند [۱۴].

آب پاکیزه، حمام، توالی، سامانه فاضلاب و ساختمان‌هایی که جلوی ورود جوندگان و دیگر حیوانات حامل بیماری را بگیرند، اسباب عمومی برای بهبود وضعیت سلامت هستند. اکنون ما شستن دست‌ها را به عنوان کاری عاقلانه پذیرفته‌ایم، اما کار سیموایس در وین، لیستر در گلاسکو، و پاستور در پاریس در اثبات نظریه‌ی میکروب همگی در اواسط سده‌ی نوزدهم انجام شد. بهداشت عمومی عمدتاً در برگیرنده‌ی تمهیدات پیشگیری از انتشار بیماری است. این اسباب‌ها عامل عمده اُفت میرایی در جهان بوده‌اند. امروزه در غرب به الگوی پزشکی درمان بیماری توجه بسیار شده است، اما مفید بودن آن بر اساس خوب بودن شالوده بهداشت عمومی پیش‌بینی می‌شود [۱۵].

هزینه تمهیدات بهداشت عمومی را جامعه تأمین می‌کند، نه فرد. از سوی دیگر، خدمات درمانی در بسیاری از مناطق دنیا هنوز مسئولیت فردی محسوب می‌شود. در ایالات متحد تا اوایل سده‌ی بیستم طول کشید تا سلامت کودکان مسئولیت جامعه به حساب آید، و نه امری خصوصی مربوط به خانواده [۱۴]. برای مثال، واکسیناسیون کودکان به کمک نظام آموزش و پرورش بسیار گسترده شد.

مسکن و بهداشت شد، امید زندگی در اروپا و ایالات متحد به حدود چهل سال رسید [۱۰]. همان گونه که در جدول ۱ نشان داده شده است، این مرحله گذاری بود که در طی آن میزان مرگ کودکان زیر پنج سال با افراد ۶۵ سال و بالاتر برابری می‌کرد. بیماری‌های عفونی (شامل آنفلوآنزا، عفونت‌های حاد تنفسی، ذات الریه، حصبه، مالاریا، وبا و آبله) هنوز دلایل عمده‌ی مرگ را تشکیل می‌دادند، اما توان مرگ زایی آنها در حال کاهش بود. تحلیل‌های اخیر داده‌های مربوط به میرایی نشان داده که بالاترین امید زندگی ثبت شده در جهان از حدود سال ۱۸۰۰ آغاز به افزایش بدون وقفه کرده است [۱۰، ۱۱]. کشورهای اسکاندیناوی طلایه دار این افزایش بودند تا دهه‌ی ۱۹۸۰ که ژاپن پیشتاز شد. (جدول ۱)

اگرچه میزان مرگ از میانه سده نوزدهم رو به کاهش گذاشت، بنا به دلایل گوناگون، این پیشرفت‌ها در اوایل به کندی صورت می‌گرفت. قحطی یکی از این دلایل بود. در سده نوزدهم قحطی به دفعات اتفاق افتاد. قحطی سیب زمینی ایرلند در اواخر دهه ۱۸۴۰ و ناکامی برداشت محصول در سوئد در اوایل دهه‌ی ۱۸۶۰، از مشهورترین آنها هستند. عالم‌گیری و همه‌گیری بیماری‌های عفونی، شامل عالم‌گیری آنفلوآنزا در ۱۹۱۸، حتی تا سده بیستم به بالاتر نگه داشتن میزان‌های مرگ کمک کرده است. در آگوست ۱۹۱۸، زمانی که جنگ جهانی اول رو به اتمام بود، آنفلوآنزای کُشنده در آفریقای غربی (سیرالئون) به یکباره بروز کرد که بعدها به «آنفلوآنزای اسپانیایی» معروف شد. در طی یک سال، این بیماری به سرعت به همه‌ی دنیا سرایت کرد و در مسیر خود جان بیش از ۲۰ میلیون انسان، از جمله ۵۰۰۰۰۰ نفر را در آمریکا و کانادا گرفت [۱۲].

مک کیون و رکورد (۱۹۶۲)، کسانی که پژوهش‌های اولیه را در این زمینه انجام دادند، بر این باور بودند که بهبود وضعیت تغذیه و بهداشت، بیش از هر چیز در کاهش مرگ در سده‌ی نوزدهم تأثیر داشته و پیشرفت‌های پزشکی به طور عمده به مایه کوبی بر

فرد دیگر. بیماری آبله، در جهان در نتیجه واکسیناسیون وسیع ریشه کن شد، و فلج اطفال پس از دو دهه واکسیناسیون جهانی بوسیله ی سازمان جهانی بهداشت به ریشه کنی نزدیک شده است. هند، نیجریه و پاکستان به ترتیب بیشترین قربانیان فلج اطفال را در سال دارند.

درمان بیماری‌ها در برگرنده طیف وسیعی از روش‌هاست، از محلول درمانی خوراکی برای نوزادان و استفاده از آنتی بیوتیک به منظور درمان عفونت‌های باکتریایی گرفته، تا درمان‌های پیچیده مبتنی بر فناوری برای درمان بیماری‌های قلبی، سرطان‌ها، بیماری‌های استحال‌ای و پیوند اعضا و این تمهیدات شامل درمان‌های دارویی، پرتو درمانی، و جراحی است.

گسترده‌ی گزینه‌های موجود برای عقب رانی مرگ نشان‌دهنده پیچیدگی کاهش میرایی در جمعیت‌های مختلف است. شوفلید و ره‌ر پس از بررسی کاهش میرایی در اروپا چنین نتیجه گرفتند: «هیچ راه ساده یا واحدی برای کاهش میرایی وجود ندارد، بلکه ترکیبی از عناصر مختلف، از بهبود تغذیه گرفته تا ارتقای سطح تحصیلات، همگی تأثیر گذارند.» کالدول (۱۹۸۶) اینطور مطرح کرد که سطوح بالای درآمد ملی تقریباً همیشه با امید زندگی بالاتر مرتبط است، پرسش اینجاست که آیا برای کشورهای فقیرتر نیز امکان کاهش سطوح میرایی وجود دارد؟ پاسخ این است: بله، و چندین راه برای آن هست. پس از پایان جنگ جهانی، در زمان انقلاب کمونیستی، امید زندگی در چین، کشوری بسیار فقیر، ۴۰ سال بود. ترکیبی از تمهیدات بهداشت عمومی و اجرای سامانه ی خدمات بهداشتی اولیه (پزشکان پا برهنه) امید زندگی را تا اواسط دهه ی ۱۹۶۰ به بیش از ۶۰ سال رساند. افزایش درآمد در چین اکنون امید زندگی زنان را به ۷۵ سال رسانده است. جغرافیا نیز در این میان نقش دارد. کالدول متوجه شد که جزایر و کشورهای قلمروشان محدود است به نظر می‌رسد که می‌تواند میرایی را راحت تر کاهش دهند تا آنها که سرزمین وسیع‌تری دارند [۱۶].

پیشینه تحولات مرگ و میر در ایران

امید زندگی از میانه ی سده ی نوزدهم به گونه ای چشمگیر افزایش یافت. در انگلیس، در سال ۱۸۵۱، امید زندگی برای زنان ۴۴ و برای مردان ۴۰ سال بود. اما، در اوایل سده ی بیستم، امید زندگی برای مردان به ۷۷ و برای زنان به ۸۲ سال رسید. همانطور که در شکل ۱ مشاهده می کنید، ایالات متحد نیز الگوی مشابهی را دنبال کرده است. در سال ۱۸۵۰، امید زندگی برای زنان ۴۰/۵ و برای مردان ۳۸/۳ سال بود. این بدان معناست که تنها ۷۲ درصد کودکان تا پنج سالگی زنده می‌ماندند و تقریباً ۳۰ درصد نوزادان به ۶۵ سالگی می‌رسیدند. امید زندگی در سده ی بیستم با سرعت بیشتری افزایش یافت. این اتفاق در ایران از اواخر سده بیستم شروع شد و تا اوایل سده بیست و یک به اوج آن رسید امید به زندگی از دهه پنجاه سی سال در دهه هفتاد به ۷۵ سال رسید [۳].

به تعویق انداختن مرگ بوسیله ی پیشگیری و درمان بیماری‌ها :

بهبود وضعیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی تنها می‌تواند مرگ را تا سنین پیری به تعویق بیندازد. برای رسیدن به این هدف دو راه وجود دارد: (۱) پیشگیری از بروز بیماری یا جلوگیری از شیوع آنها (۲) درمان مردم زمانی که بیمار می شوند. پیشگیری از بیمار شدن مسلماً بهترین راه است. پیشگیری بوسیله ی بهبود وضعیت تغذیه؛ سالم سازی آب به منظور جلوگیری از شیوع بیماری انتقال یافتنی از راه آب و رعایت بهداشت فردی؛ نصب سامانه فاضلاب برای جلوگیری از تماس با فضولات انسانی؛ تهیه ی لباس و کفش مناسب برای جلوگیری از راهیابی انگل‌ها ، داشتن سرپناه مناسب برای ایمن بودن؛ محافظت در برابر جوندگان و حشرات؛ واکسیناسیون برای مقابله با بیماری‌های کودکان؛ استفاده از مواد ضد عفونی کننده برای پاکسازی محل زندگی و مقابله با بیماری‌های کودکان؛ استفاده از مواد ضد عفونی کننده برای پاکسازی محل زندگی و غذاخوری؛ ضد عفونی کردن ظروف، ملافه‌ها، و لباس‌های بیماران؛ و استفاده از دستکش و ماسک صورت برای جلوگیری از سرایت بیماری از فردی به

ایران در پایان قرن ۱۳ «وقایع خونین سال‌های ۱۲۹۳ تا ۱۲۹۵ در غرب ایران و تصرف و دست به دست گشتن این منطقه بین ارتش روسیه و قوای عثمانی و در نتیجه قتل عام‌های متعدد، به دنبال خود قحطی معروف سال ۱۲۹۶ را نیز در غرب کشور به همراه داشت که خود منجر به قحطی عام ایران گردید که به سال دمپختگی در تهران معروف است» [۱۷]. شیوع تیفوئید در سال ۱۲۹۳ در آذربایجان غربی مسئله‌ای است که نمی‌توان آن را نادیده گرفت، چه تلفات این بیماری تنها در شهر رضائیه بیش از ۲۰ هزار نفر برآورد شده است [۱۷].

هم‌زمانی وقوع قحطی و شیوع بیماری‌های واگیردار در شرایط از هم پاشیدگی نظم اجتماعی در این نقل قول به خوبی نشان داده شده است؛ البته در شرایطی هم که نظم اجتماعی تا این حد پاشیده نیست، باز هم امکان شیوع بیماری‌های واگیردار وجود دارد. «وبای عام ۱۲۷۱ ایران» مصداقی از این وضعیت است که ما به نقل از همان منبع، به آن اشاره می‌کنیم:

«وبای عام سال ۱۲۷۱ ایران از خراسان و از منطقه تربت‌جام شیوع یافته و از آن جا به سایر نقاط کشور کشیده شد و از نیشابور و سبزوار و شاهرود به تهران رسیده و در این شهر حدود ۲۳ هزار نفر تلفات داشته. این بیماری در اوایل سال ۱۲۷۲ به منطقه گیلان سرایت نموده و قبل از آن در قزوین تلفات سنگینی داده است.» [۱۷].

امید زندگی ایران را در آستانه این قرن که تقریباً مقارن است با آستانه ورود به دوره گذار جمعیتی ایران، در حدود ۲۵ سال برآورد شده است. بر طبق برآورد سرایی (امید زندگی ۲۵ سال) نرخ خام مرگ ۴۰/۳ هزار در سال و نرخ مرگ و میر اطفال ۳۰۵ در هزار در سال. این وضعیت مرگ و میر را شاید بتوان با کمی جرح و تعدیل به سرتاسر قرن سیزدهم هجری شمسی تعمیم داد [۱۸].

کاهش مستمر در سطح مرگ و میر ایران باید در اوایل این قرن هجری شمسی آغاز شده باشد. این زمان مقارن است با پایان یافتن جنگ اول جهانی و ایجاد

آرامشی نسبی در جهان و هم‌چنین برقراری تدریجی نظم در ایران. بنابر این، برقراری نظم و آرامش نسبی در جهان و ایران می‌تواند از طریق مهار نسبی قحطی و کاهش دامنه شیوع بیماری‌های واگیردار، نوسانات مرگ و میر را کم کرده باشد. ولی افزایش امید زندگی، از حدوداً ۲۵ سال در آغاز این دوره، تا حدود ۳۵ سال در حدود سال ۱۳۲۰، بیشتر از آن است که صرفاً بر اثر تقلیل در نوسانات مرگ و میر انجام شده باشد. در واقع، چیزی که آریاگا و دیویس در مورد تغییرات مرگ و میر امریکای لاتین، پس از ۱۹۳۰ می‌گویند شاید در مورد ایران هم برای همان دوره زمانی، صدق کند. در این صورت، تغییر نسبتاً قابل ملاحظه در سطح مرگ و میر ایران در این ۲۰ سال را هم‌چنین باید تا حدودی به تحولات اساسی به وجود آمده در تکنولوژی کنترل و به تعویق انداختن مرگ در فاصله بین دو جنگ در کشورهای پیشرفته و کاربرد آن حتی در سطح محدود، در جامعه ایران نسبت دهیم. جریان انتقال تکنولوژی کنترل مرگ و میر از کشورهای پیشرفته صنعتی به ایران با وساطت نهادهای بهداشتی بین‌المللی، به ویژه سازمان جهانی بهداشت (WHO) پس از جنگ جهانی دوم تسریع می‌شود و سطح مرگ و میر ایران را از ۱۳۲۰ تا ۱۳۳۵ و سپس در سه دهه پس از آن، ضمن تضعیف فزاینده رابطه توسعه اقتصادی و اجتماعی و سطح مرگ و میر باز هم پایین‌تر و پایین‌تر می‌آورد تا بالاخره در سال ۱۳۶۵ امید زندگی تا حدود ۶۰ سال بالا می‌رود [۱۸].

مقایسه تجربه ایران در کاهش سطح مرگ و میر با تجربه متناظر در کشورهای اسکاندیناوی باز هم آموزنده است. اولاً، در حالی که امید زندگی در کشورهای اسکاندیناوی در طول قرن هجدهم - از جمله در اواسط آن که مقارن است با انقلاب صنعتی - در حدود ۳۵ سال یا بیشتر بوده است. امید زندگی ایران در آستانه ورود به این قرن هجری شمسی بنابر برآورد ما در حدود ۲۵ سال باید بوده باشد. به تعبیر دیگر، امید زندگی ایران در آستانه ورود به دوره گذار جمعیتی‌اش متجاوز از ۱۰ سال کمتر از امید زندگی کشورهای

بوده است. کاهش مستمر در سطح مرگ و میر ایران باید پس از پایان یافتن جنگ اول جهانی آغاز شده باشد. این دوره مقارن است با برقراری آرامش نسبی در جهان و ایران. این آرامش می‌تواند از طریق مهار کردن نسبی قحطی و کاستن دامنه شیوع امراض مسری، نوسانات مرگ و میر را تا حدودی گرفته باشد. تغییر در سطح مرگ و میر ایران در این دوره را، هم‌چنین باید تا حدودی به تحولات اساسی به وجود آمده در تکنولوژی کنترل و به تعویق انداختن مرگ در فاصله بین دو جنگ (اول و دوم جنگ جهانی) در کشورهای پیشرفته و کاربرد آن (تحولات)، حتی در سطح محدود، در جامعه ایران نسبت دهیم [۱۸].

جریان انتقال تکنولوژی کنترل مرگ از کشورهای پیشرفته صنعتی به ایران با وساطت نهادهای بهداشتی بین‌المللی، بخصوص سازمان جهانی بهداشت، پس از جنگ جهانی دوم تسریع می‌شود و سطح مرگ و میر ایران را از ۱۳۲۰ تا ۱۳۳۵ و سپس در سه دهه پس از آن، ضمن تضعیف فزاینده رابطه توسعه اقتصادی و اجتماعی و سطح مرگ و میر باز هم پایین‌تر و پایین‌تر می‌آورد (همان). تا سرانجام شاخص‌های مرگ و میر در دهه ۶۵-۱۳۵۵ به طور متوسط، حدوداً به این ارقام نزدیک می‌شود: امید زندگی ۵۷/۵ سال، نرخ مرگ و میر اطفال زیر یک سال نزدیک به ۸۰ در هزار در سال، و نرخ خام مرگ نزدیک به ۱۱ در هزار در سال و در سال ۱۳۹۵ رسیدن امید به زندگی نزدیک ۷۵ سال نرخ مرگ و میر ۱۷ در هزار و کاهش چشمگیر نرخ رشد همه حکایت از تغییرات عمده و گذارهای جمعی در ایران را دارد.

بنابراین نظریه گذار جمعیتی، در مرحله اول دوره گذار باید شاهد کاهش پیوسته در سطح مرگ و میر و ثبات نسبی سطح باروری باشیم. آمارهای استنباط شده برای سطح مرگ و میر ایران از ۱۳۰۰ تا ۱۳۹۵ هم مؤید کاهش پیوسته سطح مرگ و میر است. با این حال، گذار مرگ و میر ایران دست کم از دو لحاظ با گذار مرگ و میر کشورهای اروپای غربی و شمالی فرق دارد. ایران گذار مرگ و میر را از سطحی به مراتب بالاتر از

اسکاندیناوی در همان مرحله باید بوده باشد. این بدان معناست که ایران، گذار مرگ و میرش را از سطحی به مراتب بالاتر از کشورهای اسکاندیناوی آغاز کرده است. ثانیاً در حالی که در کشورهای اسکاندیناوی متجاوز از دو قرن طول می‌کشد تا امید زندگی از بیش از ۳۵ سال در اواسط قرن هجدهم به حدود ۷۳ سال در سال ۱۹۶۵ برسد (افزایش در حدود ۳۵ سال)، ایران افزایشی به همین مقدار در امید زندگی‌اش را (از ۲۵ سال در ۱۳۰۰ تا ۶۰ سال در ۱۳۶۵) فقط ظرف ۶۵ سال تجربه می‌کند. به بیان دیگر، آهنگ کاهش در سطح مرگ و میر ایران بسیار تندتر از آهنگ کاهش در سطح مرگ و میر کشورهای اسکاندیناوی است. ثالثاً در حالی که در اروپای غربی و شمالی (از جمله کشورهای اسکاندیناوی) کاهش در سطح باروری هم‌زمان یا با کمی تأخیر به موازات کاهش در سطح مرگ و میر پیش رفته است، در ایران کاهش شتابان در سطح مرگ و میر در شرایطی صورت گرفت که دست کم تا سال ۱۳۶۵، باروری تقریباً ثابت بوده است [۱۸].

تقریب وضعیت دموگرافیک ایران بین ۱۳۰۰ تا ۱۳۶۵ هجری شمسی که تقریباً با چند سال اختلاف مقارن است با مرحله اول دوره گذار جمعیتی ایران. از مدل‌های جمعیت سازمان ملل استنباط و در جدول ۲ گزارش شده است تا سال ۱۳۶۵ از سال ۱۳۶۵ به بعد بر طبق نتایج آماری در سال‌نامه آماری استخراج شده است. با استفاده از اطلاعات مندرج در این جدول تغییرات مرگ و میر، باروری و نرخ رشد جمعیت ایران در این فاصله زمانی (۱۳۰۰ تا ۱۳۹۵) را دنبال می‌کنیم.

(جدول ۲)

وضعیت مرگ و میر ایران در آستانه ورود به دوره گذار جمعیتی‌اش، بنابر مندرجات جدول ۲، به این صورت بوده است: امید زندگی در حدود ۲۵ سال، نرخ مرگ و میر اطفال زیر یک سال در حدود ۳۰۰ در هزار در سال و نرخ خام مرگ در حدود ۴۰ در هزار در سال. البته این ارقام نشان‌دهنده سطح متوسط مرگ و میر است. به تعبیر دیگر، سطح واقعی مرگ و میر در حوالی این ارزش‌ها، به طور ضعیف و گاه بسیار شدید، در نوسان

ظرفیت‌های موجود در بهبود امید زندگی در بدو تولد است. در همین راستا، نقش گروه‌های سنی و علل اصلی مرگ در تفاوت‌های امید زندگی در بدو تولد در سطح استان‌های کشور در سال ۱۳۹۵ مورد بررسی قرار گرفته است. برای محاسبه شاخص امید زندگی در بدو تولد از داده‌های سازمان ثبت احوال کشور استفاده شده است. همچنین اطلاعات علل مرگ بر حسب سن و جنس از سامانه ثبتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اخذ شده است. پس از تصحیح کم‌ثبتی داده‌های مرگ، نقش گروه‌های سنی و علل مرگ در تفاوت‌های استانی امید زندگی با کاربرد روش تجزیه آریاگا محاسبه شد. یافته‌ها نشان داد که استان سیستان و بلوچستان پایین‌ترین و استان‌های اصفهان و البرز بالاترین امید زندگی در بدو تولد در کشور را دارند که تفاوت حدود ۸ سال در امید زندگی را نشان می‌دهد. همچنین تقریباً همه سنین نقش مثبت در فزونی امید زندگی استان‌های با امید زندگی بالاتر از سطح کشور داشتند. بیماری‌های قلبی و عروقی و حوادث غیرعمدی مهم‌ترین علل تفاوت امید زندگی در سطح استان‌های کشور بودند. براساس یافته‌ها، به‌نظر می‌رسد تفاوت‌های موجود در طول عمر در سطح استان‌های کشور ناشی از نابرابری در توسعه است [۲۰].

روش پژوهش

مقاله حاضر به روش فراتحلیل انجام شده است، در این مقاله از فرا تحلیل به‌عنوان یک تکنیک آماری جهت تعیین، جمع‌آوری، ترکیب و خلاصه نمودن یافته‌های مرتبط با چالش‌های جمعیت در حوزه مرگ و میر ایران استفاده شد، در جستجو از پایگاه‌های مذکور مقالات اصلی بازیابی شد. از آنجا که برخی از این پایگاه‌ها همپوشانی دارند، پس از انتقال نتایج به‌دست‌آمده به نرم‌افزار به حذف موارد تکراری پرداخته شد.

با توجه به معیارهای ورود به مطالعه، حذف مقالات تکراری، حذف مقالاتی که به صورت تمام متن در دسترس نبودند و بررسی کیفیت، درنهایت، تعداد ۷۹ مقاله انتخاب، با روش تحلیل محتوا بررسی و ابعاد

کشورهای اروپای غربی و شمالی آغاز کرده است و آهنگ کاهش در سطح مرگ و میر و کاهش میزان باروری ایران به مراتب تندتر از آهنگ کاهش در سطح این دو شاخص در کشورهای اروپای غربی و شمالی است.

ناصری (۱۴۰۰) در مقاله خود با عنوان «اصیل تحلیل مرگ افزوده در همه‌گیری کرونا در ایران»

تحلیل مرگ افزوده یکی از روش‌های مورد قبول و جاری در برآورد مرگباری همه‌گیری‌ها، بخصوص در مورد بیماری‌های ناشناخته یا کم شناخته می‌باشد که در حال حاضر در بسیاری از کشورهای جهان در مواجهه با همه‌گیری بیماری کرونا (کووید-۱۹) انجام گرفته و کمک مؤثری به شناخت روند گسترش و گزارش‌دهی این بیماری کرده است. در این مقاله مقدار مرگ افزوده به عنوان نشانه‌ای از پیامد همه‌گیری ارائه می‌شود. روش: داده‌های مرگ منتشر شده به‌وسیله دفتر آمار و اطلاعات جمعیتی و مهاجرت وزارت کشور در دو قالب فصلی و هفتگی و داده‌های مربوط به موارد فوت از بیماری کرونا از گزارش‌های روزانه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و یا از یکی از سامانه‌های جهانی جمع‌آوری و به صورت هفتگی پردازش شد. یافته‌ها: نتیجه تحلیل مرگ افزوده در دوران همه‌گیری کرونا در ایران ارائه شده و نشان می‌دهد که در طول هجده ماه از اسفند ۱۳۹۸ تا پایان مرداد ۱۴۰۰، در مجموع ۴۸۲،۲۰۰ مورد مرگ افزوده نسبت به دوران پیش از همه‌گیری گزارش شده که تنها ۰۳۸،۱۰۲ مورد (۵۰،۹۰ درصد) آن به صورت مستقیم در بیماران مبتلا به تشخیص قطعی بیماری کرونا بستری در بیمارستان ثبت شده است. نتیجه‌گیری: تنها نیمی از موارد مرگ افزوده در دوران همه‌گیری کرونا در ایران با تشخیص قطعی بیماری کرونا ثبت شده است و روشن نیست که نیمه دیگر موارد مرگ افزوده به کدام علل منتسب شده‌اند [۱۹].

ساسانی پور (۱۴۰۰) در مقاله خود با عنوان (مطالعه نقش سن و علل مرگ و میر در تفاوت‌های استانی امید به زندگی در بدو تولد) هدف این مطالعه شناخت

استفاده مجدد از داده‌ها در تولیدات علمی سایر کشورها شناسایی شدند. و تمام مقالات در چهار سطح طبق جدول ۳ نهایی گردیده است و به تحلیل مطالب آن به روش فراتحلیل با نرم‌افزار Max q data پرداخته شد. (جدول ۳)

یافته‌ها

با یک نگاه توصیفی همانگونه که در نمودار پیش‌رو قابل ملاحظه می‌باشد می‌توان ده مورد برجسته از عوامل مستقیم و غیر مستقیم موثر در مرگ و میر را طبق پژوهش‌های صورت گرفته مورد اشاره قرار داد شکل ۱ که حاصل خروجی نرم‌افزار Max q data می‌باشد به شکلی واضح و گویا نتایج یافته‌های پژوهش‌ها و مقالات مورد بررسی را نمایان نموده است که در ادامه به تحلیل هر یک از موارد پرداخته شده است.

همان‌طور که در شکل ۱ مشخص شده است، یافته‌های حاصل از پژوهش‌های بررسی شده بسیار متعدد هستند، اما خطوط نشان می‌دهد دو یافته کلیدی استخراج شده: روند شدت افزایش و یا کاهش بیماری‌ها بر مرگ‌ومیر اثر مثبت و منفی داشته است ولی در بین همه موارد در سال‌های اخیر تصادفات و سوانح بر مرگ‌ومیر و کاهش جمعیت اثر مثبت فراوانی گذاشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

بیماری‌ها و مرگ و میر: همان‌طور که در جدول بالا مشخص شده است بیشترین درصد از کل فراوانی‌ها در جامعه مربوط به بیماری‌ها می‌باشد. این نشان دهنده اهمیت بررسی ارتباط بین مرگ‌ومیرهای جامعه کنونی و بیماری‌های گوناگون است. هنوز هم علم بشر نتوانسته است بر عوارض اصلی مرگ و میر فائق آید هر چند تحولات و نتایج حکایت از کاهش درصد بیماری‌ها در مرگ و میر دارد اما همچنان بیماری‌ها بیشترین عامل مرگ و میر بوده است عمدتاً در رابطه با این موضوع به مسئله بیماری‌های گوناگون اشاره می‌شود و ادعا می‌شود که مسئله اصلی چالش‌های جمعیتی در ارتباط با مرگ‌ومیر

خانوار انواع بیماری‌ها در جامعه می‌باشد. هرچند این متغیر یکی از عوامل مهم در مرگ و میر است، اما باید به این نکته توجه داشت که بر اساس تحقیق‌های تجربی بیماری‌های مختلف دارای اثر مثبت بر مرگ‌ومیر جامعه بوده‌اند، از این رو ملاحظه می‌شود بیماری‌هایی واگیر و کنترل ناشی از آن در حد کلان کاهش پیدا کرده است اما ظهور و بروز بیماری‌های مختلف دیگر همسو با شکل تحولات جامعه مانند سبک زندگی بویژه بیماری‌های قلبی عروقی و بیماری‌های زمینه‌ای نقش کلیدی در میزانه‌ها و عوامل مرگ و میر دارند بعد از بیماری‌ها مهم‌ترین عامل طبق یافته‌های موجود در پژوهش‌ها درصد مرگ‌ومیر تصادفات جاده‌ای در میان عابرین پیاده و موتور سواران رخ داده است. اهمیت عابرین پیاده و موتور سواران در تصادفات رانندگی در بسیاری از مطالعات اثبات شده است. از این رو توجه به مسئله‌ی عابرین پیاده و موتور سواران در حوادث ترافیکی می‌تواند تا حدودی از عمق فاجعه بکاهد، به‌ویژه که بیشترین مرگ‌ومیر این گروه‌ها بر اثر ضربه وارد آمده به سر بوده به‌طور خلاصه، به منظور کاهش مرگ‌ومیر مرتبط با حوادث رانندگی، نظارت بر تصادفات جاده‌ای، راه اندازی کمپین‌های آموزش رعایت اصول و قوانین ترافیکی برای جلوگیری از تصادفات جاده‌ای، تشویق مردم با استفاده از کمربند و کلاه ایمنی، بالا بردن استانداردهای ایمنی جاده‌ها، آموزش عموم مردم در کمک‌های اولیه و بهبود خدمات اورژانس، مجهز کردن تکنولوژی‌های موجود در بیمارستان و... راهکارهایی است که پیشنهاد می‌شود. همچنین برای کاهش حوادث رانندگی بایست عوامل مختلف که در بروز حوادث رانندگی نقش اساسی دارد شناسایی شده و برای کاهش و یا حذف این عوامل اقدامات لازم انجام شود. از نظر موقعیت در تصادفات نتایج نشان داد که بیشترین فراوانی حادثه دیدگان مربوط به سرنشینان اتومبیل (۲۴ درصد) و بعد از آن مربوط به دوچرخه سواران (۲۴ درصد) و سپس موتور سواران (۲۱ درصد) می‌باشد. از دیگر نتایج بدست آمده در این بررسی، نوع آسیب وارد آمده به مصدومین و فوت شدگان و علت مرگ می‌باشد و همان‌طور که گفته شد بیشترین آسیب وارد آمده در میان حادثه‌دیدگان زخم‌های

و ۴/۹ درصد اختلاف وجود دارد. این اختلاف برای نوزادان فوت شده بسیار کم است. بین نوزادان زنده مانده و نوزادان مرده به دنیا آمده در زمینه سابقه سقط جنین مادر ۲۲/۶ درصد اختلاف وجود دارد، در حالی که این شاخص برای نوزادان فوت شده ۹/۴ درصد است.

سطح آلودگی و کاهش جمعیت:

به طور کلی امروزه در پی پیشرفت‌های ایجاد شده در زمینه‌های بهداشتی و فناوریانه، مرگ‌ومیر در همه نقاط دنیا کاهش بسیاری پیدا کرده است. البته با وجود کاهش محسوس مرگ‌ومیر نوزادان در کشورهای در حال توسعه، این شاخص در مقایسه با کشورها پیشرفته ۵۱ در برابر ۵ در هزار در سال ۲۰۰۷- (سازمان ملل: ۲۰۰۹)، همچنان بالاست و برای کاهش هر چه بیشتر آن تلاش می‌شود. در ایران نیز با وجود این که در دهه‌های اخیر، مرگ‌ومیر نوزادان به شدت کاهش یافته است. اما هنوز ظرفیت‌های زیادی برای کاهش هر چه بیشتر مرگ‌ومیر نوزادان وجود دارد.

سبک زندگی و کاهش جمعیت:

با توجه به نتایج بدست آمده در تحقیق «سطح و الگوی مرگ‌ومیر نوزادان در ایران با تأکید بر علل مرگ و عوامل اجتماعی اقتصادی مرتبط با آن»، یافته‌های خسروی چنین بود: یافته‌ها نشان می‌دهد که توجه به عوامل غیربیمه‌ای و غیراقتصادی مانند مرگ و میر زود هنگام بیمه شدگان در کنار عوامل اقتصادی و اکچئوری به عنوان یک نوع متغیر پارامتریک، می‌تواند باعث کاهش هزینه‌های سازمان تأمین اجتماعی شود. نتایج نشان دهنده‌ی این است که حدود ۲۷ درصد از هزینه‌های غیرمستقیم (درآمد از دست رفته) و حدود ۲۱ درصد از هزینه‌های مستقیم (پرداختی‌های مستمری) تحمل شده از طریق مرگ‌ومیر زود هنگام (در سن کار) بر صندوق بازنشستگی تأمین اجتماعی ایران تنها به مرگ ناشی از سوانح غیر عمد، که بخش مهمی از آن به سوانح ترافیکی تعلق دارد، قابل انتساب است.

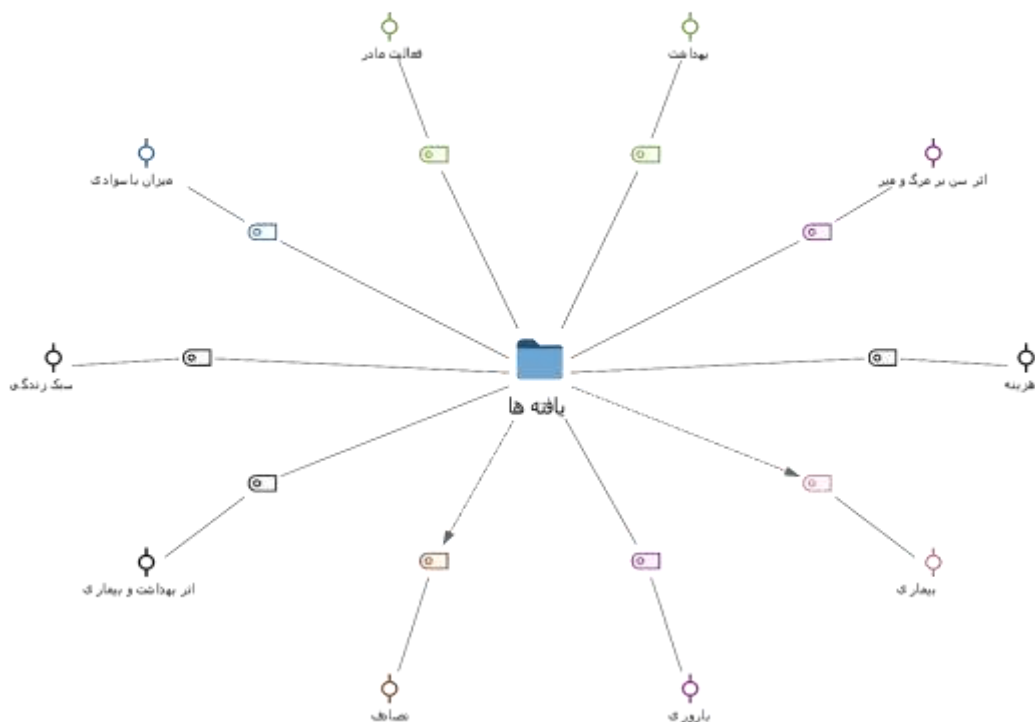
شدید (باز) و بعد از آن آسیب به سر و اندام‌های فوقانی و تحتانی بود و در میان فوت شدگان بیشترین آسیب مربوط به آسیب‌های وارده به سر و جمجمه و بعد از آن زخم‌های شدید می‌باشد. علت مرگ در ۵۴/۸۲ درصد موارد ضربه به سر و بعد از آن صدمات داخلی (۱۴/۳۹ درصد) دومین عامل مرگ شناسایی شده است. (جدول ۴)

سطح باروری و کاهش جمعیت:

بررسی و شناخت برخی از عوامل مؤثر بر مرگ نوزادان زیر یک هفته در شهر تهران، ارزیابی اسناد و مدارک موجود، چگونگی ثبت داده‌ها و شناخت تفاوت‌های نوزادان فوت شده و زنده مانده بودند.

سن نوزادان زنده مانده و مرده به دنیا آمده و بعد شاخص ناهمسانی برای این دو گروه به ترتیب ۰/۶ و ۱/۶ درصد است. شاخص ناهمسانی برای این دو گروه (مرده به دنیا آمده و فوت شده) به ترتیب ۱۲/۴ و ۱۹ درصد است. سن نوزادان در ارتباط با تعداد هم‌شکمان اختلاف نسبتاً زیادی وجود دارد، شاخص ناهمسانی برای نوزادان مرده به دنیا آمده ۱۰/۵ و برای نوزادان فوت شده ۱۱/۸ درصد است. بین وضعیت حیاتی نوزادان و طول دوره حاملگی مادر (نارس یا کامل بودن نوزاد) تفاوت و اختلاف چشمگیری وجود دارد، بین وضعیت حیاتی نوزادان و وزن آنان به هنگام ولادت در مورد نوزادان مرده به دنیا آمده در سطح ۸۲ درصد و در مورد نوزادان فوت شده در سطح ۶۹/۹ درصد اختلاف وجود دارد. بین وضعیت حیاتی نوزادان و سن مادر در این بررسی تفاوت چشمگیری دیده نشد. به طوری که شاخص ناهمسانی برای نوزادان مرده به دنیا آمده و فوت شده به ترتیب ۱۱/۹ و ۸/۳ درصد است. بین نوزادان زنده مانده، مرده به دنیا آمده و بعداً فوت شده از نظر منطقه محل سکونت والدین اختلاف وجود دارد در مورد متغیرهای زیستی نوزاد بین نوزادان زنده مانده و مرده به دنیا آمده ۱۰۰ درصد اختلاف وجود دارد. در بین سایر متغیرهای مرتبط با مرگ نوزادان در زمینه محل صدور شناسنامه مادر بین نوزادان زنده مانده و مرده به دنیا آمده و بعداً فوت شده به ترتیب ۲۷/۳ درصد

یافته‌ها- خلاصه



شکل ۱ - مدل یافته‌های اصلی تحقیق‌های بررسی شده

جدول ۱ - بهبود امید زندگی

تعداد تولدهای مورد نیاز برای رشد جمعیت معادل صفر	درصد مرگ:		درصد بقا تا سن:				امید زندگی (زنان)	دوره:
	۵+	۶۵	۲۶	۲۵	۵	۱		
۶/۱	۱۸	۵۳	۸	۳۴	۴۷	۶۳	۲۰	پیشامدرن
۴/۲	۱۷	۳۹	۱۷	۵۰	۶۱	۷۴	۳۰	مدرن
۳/۳	۲۹	۲۷	۲۹	۶۳	۷۳	۸۲	۴۰	بعضی از کشورهای آفریقایی جنوب صحرا (قابل قیاس با آمریکا و اروپای قرن نوزده)
۲/۱	۷۴	۹	۷۵	۹۶	۹۷	۹۷	۷۱	متوسط جهان در حدود سال ۲۰۱۰
1/2	۸۳	۲	۸۳	۹۶	۹۷	۹۷	۷۷	مکزیک
۲/۱	۸۷	<۱	۸۷	۹۹	۹۹	۹۹	۸۰	ایالات متحد
۲/۱	۹۰	<۱	۹۱	۹۹	۹۹	۹۹	۸۳	کانادا
۲/۱	۹۳	<۱	۹۹	۹۹	۹۹	۹۹	۸۶	ژاپن (بالترین در جهان)

جدول ۲ - وضعیت دموگرافیک ایران در فاصله زمانی ۱۳۰۰ تا ۱۳۹۵

دوره زمانی	امید زندگی هنگام ولادت	نرخ مرگ و میر اطفال زیر ۱ سال	نرخ خام مرگ	نرخ رشد طبیعی (در هزار در سال)
در آستانه قرن چهاردهم	۲۵	۳۰۵	۴۰/۳	۳
۱۳۲۰-۱۳۰۰	۳۰	۲۵۶	۳۳/۸	۱۱
۱۳۳۵-۱۳۲۰	۴۰	۲۰۱	۲۳/۵	۲۲/۵
۱۳۴۵-۱۳۳۵	۴۷/۵	۱۳۲	۱۷/۶	۳۰
۱۳۵۵-۱۳۴۵	۵۲/۵	۱۰۶	۱۴/۱	۲۷(۳۰)
۱۳۶۵-۱۳۵۵	۵۷/۵	۸۲	۱۱/۱	۳۲
۱۳۷۵-۱۳۶۵	۶۷,۵	۴۲	۹,۵	۳۰
۱۳۸۵-۱۳۷۵	۷۱	۲۲	۸,۶	۲۸
۱۳۹۰-۱۳۸۵	۷۳,۵	۱۷	۸	۲۲
۱۳۹۵-۱۳۹۰	۷۵	۱۷	۸	۲۲

جدول ۳ - چهار سطح ارزیابی کیفیت مطالعات

درجه کیفی	توضیحات
پایین	داده‌ها بیش از حد یکنواخت هستند، به دلیل تجزیه و تحلیل ناکافی یا استراتژی نمونه‌گیری، داده‌ها حقیقی نیستند و به نظر می‌رسد که نویسندگان مجموعه‌ای از ایده‌های خود را قرار داده‌اند.
متوسط	ماهیتاً توصیفی است، اما در توصیف زمینه و جزئیات ضعیف است و این منجر به ظاهر سطحی متوسط ماهیتا کار می‌شود.
بالا	توصیفی است، اما شامل سطح کافی از تجزیه و تحلیل است، همراه با در نظر گرفتن زمینه، ارائه یک تصویر پویاتر از شرکت کنندگان در مطالعه و محیط پیچیده‌ای که در آن کار می‌کنند.
بسیار بالا	شامل یک تمرکز نظری با توجه به در نظر گرفتن فرایندهای داخلی درگیر در ایجاد وضعیتی که توصیف شده بود به‌عنوان مثال، پیوندهایی با ساختارهای ماکرو و با مقادیر اکتشافی است که می‌تواند به سایر عرصه‌های تحقیق منتقل شود.

جدول ۴ - فراوانی یافته‌های اصلی در تحقیق‌های بررسی شده

فراوانی	درصد	
۳۴	۴۳	اثر بیماری‌ها بر مرگ و میر
۱۳	۱۶/۶	اثر تصادفات و سوانح بر مرگ و میر
۱۲	۱۵/۲	اثر آلودگی محیط بر مرگ و میر
۱۲	۱۵/۲	اثر باروری بر مرگ و میر
۸	۱۰	اثر تغذیه و سبک زندگی بر مرگ و میر
۷۹	۱۰۰	کل

Reference:

- 1- Weeks, John Robert; Population: an introduction to concepts and topics, Elahe Mirzaei, Tehran, Higher Institute of Management and Planning Education and Research, 2016, first edition: 111.
- 2- Imran quoted by Mirzaei, Mohammad. Addendum to the socio-economic demography course; 1374: 41-36.
- 3- Riley, S. Social support and health through the life course, aging from Birth to death: Interdisciplinary perspectives, 2005: 93-106. Boulder, CO: Westview Press.
- 4- United Nation, Com [arative study of mortality trends in E.C.A.F.E contries' Economic for Asia and the Far East. Bangkok; 1973. 20.
- 5- Weiss, R. S. (Ed.). Loneliness: The experience of emotional and social isolation. Cambridge; 1973. MA: MIT Press
- 6- Preston, S. H. Mortality Pattern in National Population, with Special Reference to Recorded Causes of Death. New York: Academic Press; 1975.
- 7- Cantor, J. The Development of a Child into a Consumer. Journal of Applied Developmental Psychology; 2001. 22. 61-72. 10.1016/S0193-3973(00)00066-6.
- 8- Chriskos, Panteleimon. Face detection hindering; 2005. 403-407. 10.1109/GlobalSIP.2017.8308673.
- 9- Brian McNeil. Women and the Eucharistic Presidency; First published: October 1976
<https://doi.org/10.1111/j.1741-2005.1976.tb06750.x>
- 10- Vallin, J & Meslé, F. The Segmented Trend Line of Highest Life Expectancies. Population and Development Review, 2009; 35: 159-187. 10.1111/j.1728-4457.2009.00264.x.
- 11- Oepen, J; Vaupel James W. Broken Limits to Life Expectancy. Science 296 (5570); 2002: 1029-1031. <https://doi.org/10.1126/science.1069675>
- 12- Crosby, P. Let's Talk Quality: 96 Questions That You Always Wanted to Ask Phil Crosby. McGraw-Hill, New York; 1989.
- 13- McKeown, T, and R. G. Record. "Reasons for the Decline of Mortality in England and Wales during the Nineteenth Century." Population Studies, 1962; 16(2): 94-122. <https://doi.org/10.2307/2173119>.
- 14- Peterson, M., & Haines, J. F. Work Stress in America [Editorial]. International Journal of Stress Management, 1991; 11(2), 91-113. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.11.2.91>
- 15- Erickson, M E., Marvelous N, Bakhtiyor R. "A Refractive Index Study of a Diverse Set of Polymeric Materials by QSPR with Quantum-Chemical and Additive Descriptors" Molecules 25, 2000; 17: 3772. <https://doi.org/10.3390/molecules25173772>
- 16- Caldwell quoted by Abbasi Shawazi. Demographic Conference of Iran, recent and future developments of Iran's population, 1986.
- 17- Zanjani H, (1389) Demographic Analysis, (Tehran), Samit Publications, 1389.
- 18- Saraei, H; A brief overview of world population; 1376: 23.
- 19- Naseri K, (1400) "The original analysis of increased death in the corona epidemic in Iran" Tehran, Culture and Health Promotion Quarterly; 1400: 19.
- 20- Sasanipour, M. Studying the role of age and causes of death in the provincial differences of life expectancy at birth in Iran, Journal of the Iranian Demographic Association; Spring and Summer 1400-Number 31.

An Analysis of the Trends of Mortality in Iran and the World and the Factors Affecting the Country's Mortality in Research Texts (Course of the Last Decade)

Mohammadi M¹, Pezghan A², Radfar M³

Abstract

The current article was written with the aim of investigating the trends of mortality in the last three decades. The total number of researches and articles reviewed was 79 articles, researches, dissertations and theses, which were analyzed using Cm2 and Maxq software. data was analyzed, and the results of the research showed that the developments related to the reduction of mortality in the reference countries were quite slow and gradual, the process of which took nearly two hundred to two hundred and fifty years, but the process was not uniform in all countries, but the major Western countries have gone through these stages that lead to the formation of population theorists. At the end of this period, due to the transfer of experiences and scientific knowledge in the field of health from reference countries to other countries such as Iran, a much shorter period of time has passed. For example, in our country, Iran, since the beginning of the developments of prevention, treatment and doing things related to mortality control, a period of 60 to 65 years has happened. The findings of the research showed that in Iran, the process of changes from underlying and contagious diseases has alternately aligned with lifestyle changes, and today the most important causes of death are related to diseases, but cardiovascular diseases have the most The percentage that is directly related to the lifestyle and further confirming this analysis, after accidents and accidents is ranked second, and the share of men's deaths in all cases, which causes the difference between the life expectancy of women and men between two Three years have changed in favor of women.

Keywords: Mortality, Meta-analysis, Lifestyle, Reference Countries.

1- Department of Demography, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2- Department of Demography, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran, (Corresponding Author), Pezghan_ali@yahoo.com

2- Department of Social Sciences, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Roudhen, Iran