

الفصل الأول

قياس العبء العالمي للأمراض وعوامل الخطر، 2001-1990

Dean T. و Majid Ezzati و Colin D. Mathers و Alan D. Lopez
Christopher J. L. Murray و Jamison

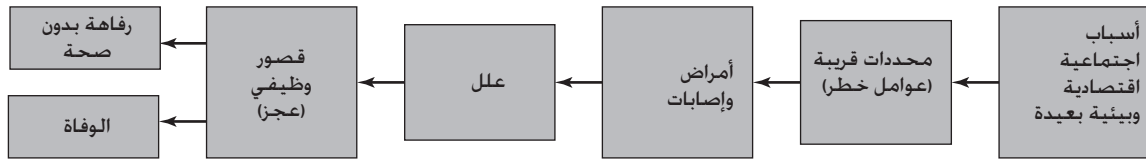


تخطيط الرعاية الصحية وما يتعلق بها من سياسات. ومن هنا يشكل إطار العبء العالمي للأمراض (GBD) المحاولة الرئيسية، إن لم تكن الوحيدة، لتحقيق ذلك. ومن بين السمات البارزة لإطار العبء العالمي للأمراض، دمج بيانات عن النتائج الصحية غير المميّنة في القياسات المختصرة للصحة السكانية. ووضع طرق لتقييم موثوقية البيانات وتعيين البيانات الناقصة. واستخدام مقياس مشترك لتلخيص عبء الأمراض الناتج عن الفئات التشخيصية للتصنيف العالمي للأمراض وعوامل الخطر الرئيسية التي تتسبب في تلك النتائج الصحية. ويعرض الشكل 1-1 نسخة مبسطة من هذا الإطار ويبين كذلك سلسلة الأحداث السببية ذات الأهمية بالنسبة للنتائج الصحية، مع التعريف بالمكونات والمحددات الأساسية للحالة الصحية التي تتطلب قياساً كمياً.

وقد اعتمدت عدة بلدان ووكالات إيمانية صحية نهج العبء العالمي للأمراض كمعيار للمحاسبة الصحية وكوسيلة إرشادية عند تحديد أولويات البحوث الصحية، ومنها على سبيل المثال، أستراليا (Mathers و Vos و Stevenson 1999)؛ ولاية أندرا براديش، الهند (Mahapatra 2002)؛ وموريشيوس (Vos و آخرون 1995)؛ والمكسيك (Lozano و آخرون 1995)؛ وجنوب أفريقيا (Bradshaw و آخرون 2003)؛ وتايلند (Bundhamcharoen و آخرون 2002)؛ وتركيا (جامعة باسكنت 2005)؛ والولايات المتحدة (McKenna و آخرون 2005)؛ ومنظمة الصحة العالمية 1996.

في عصر يتعين فيه على أغلب المجتمعات التعامل مع الطلب المتزايد على الموارد الصحية، فقد بات حتماً عليها أن تحدد خياراتها بشأن تقديم الخدمات الصحية، حتى ولو كانت تلك الخيارات تتمثل، تلقائياً، في استمرارها في تطبيق الممارسات الراهنة. أما التخطيط الصحي الإستراتيجي فمن شأنه أن يزيد من وتيرة التنمية الصحية والنجاح في تحقيق الأهداف الصحية أو أن يقلل من تكاليف بلوغ تلك الأهداف، وحينئذ يجب على مثل ذلك التخطيط أن يأخذ في الاعتبار الاحتياجات التي يجب على النظام الصحي التعامل معها؛ ويعني ذلك أنه يتوجب على واضعي السياسات أن يكونوا على وعي بالعبء النسبي للأمراض، والإصابات، وعوامل الخطر التي تتسبب في حدوثها، وكيف يمكن أن يؤدي اعتماد سياسات وإجراءات تدخلية متنوعة إلى تغيير ذلك العبء. وبالطبع، لا تعتبر الاحتياجات العوامل الوحيدة المحددة لعملية تقديم الخدمات، ولكنها يجب أن تكون عنصراً حاسماً الأهمية في عمليات التخطيط واتخاذ القرار.

ومن ثم، تصبح المسألة هي كيفية تقييم الأهمية النسبية للمخاطر الصحية وما يترتب عليها من نتائج في مختلف الفئات الديموغرافية من السكان. وكل ما يلزم آنذاك، هو إيجاد إطار لتوحيد، وتحقيق، وخلق، ونشر المعلومات المتاحة عن الصحة السكانية، والتي تتصف بالجزؤ، بل وبالتناقض في بعض الأحيان، هذا، إلى جانب بعض النهج للطريقة التي تتغير بها الصحة السكانية، بحيث تكون المعلومات أكثر صلة بأغراض



المصدر: Mathers وآخرون 2002
ملاحظة: يهدف هذا العرض إلى إعطاء مخطط عام؛ فعلى سبيل المثال، يمكن لبعض عوامل التعرض للمخاطر، مثل العوامل البيئية، أن تكون أسباباً مباشرة للمرض، كما يمكن للإصابات أن تؤدي مباشرة إلى الوفاة.

شكل 1-1 نظرة عامة على إطار عبء الأمراض

تاريخ دراسات عبء الأمراض

في عام 1992، أصدر البنك الدولي تكليفاً بإجراء أول دراسة للعبء العالمي للأمراض بغرض تقديم تقييم شامل لعبء الأمراض في عام 1990. وقد شملت تلك الدراسة العالم ككل حيث غطت 8 مناطق Lopez و Murray و Murray و Lopez و 1996a,d و Jamison و 1994. البنك الدولي 1993. ولكي تتمكن تلك الدراسة من الخروج بتوصيات لبلدان تمر بمراحل مختلفة من التنمية، فيما يخص اتخاذ مجموعة من الإجراءات التدخلية، فقد تم الجمع بين التقديرات وتحليلات فعالية تكاليف الإجراءات التدخلية في مختلف تجمعات السكان (Jamison و Jardel و 1994، البنك الدولي 1993). وعلى الرغم من أن المحاولات السابقة لقياس الأزمات العالمية لأسباب الوفاة كميًا (Hakulinen وآخرون 1986 و Lopez 1993) قدمت إسهاماً قيماً، أول الأمر، في بناء قاعدة بيانات وشواهد للسياسات، إلا أنها كانت محصورة إلى درجة كبيرة في مجموعات واسعة النطاق من أسباب الوفاة، مثل جميع أنواع العدوى والأمراض الطفيلية مجتمعة، ولم تتناول النتائج الصحية غير المميتة.

وقد نُشرَت طرق ونتائج دراسة العبء العالمي للأمراض التي أُجريت عام 1990 على نطاق واسع، وكما أُشير سابقاً، والتي نتج عنها العديد من الممارسات المتعلقة بعبء الأمراض (Lopez و Murray 1997a,b,c; 1996c,d). ومن بين المبادئ الأساسية الموجهة لتقييم عبء الأمراض، ذلك المبدأ الذي مفاده أن جميع مصادر البيانات الصحية تقريباً تتضمن - على الأرجح - معلومات مفيدة، شريطة فحص مصداقيتها وشموليتها بعناية، ومن الممكن كذلك التوصل إلى تقديرات متسقة داخلياً للوبائيات الوصفية العالمية الخاصة بالحالات الرئيسية، إذا ما اجتمع اتباع الطرق السليمة، مع أمانة الباحث، والآراء الصادرة عن خبرة، وإعداد تقديرات متسقة داخلياً عن معدل حدوث، وانتشار ما يقرب من 500 من العواقب المترتبة على الأمراض والإصابات محل الدراسة، وكذلك مدة دوامها، ومعدلات الوفاة الناجمة عنها. تم إعداد نموذج رياضي، DisMod، لاستخدامه في دراسة العبء العالمي للأمراض عام 1990 من أجل تحويل البيانات الجزئية المتعلقة بمعدل وقوع الأمراض والإصابات، والتي كثيراً ما تكون غير محددة كذلك، إلى وصف متسق للمعايير الوبائية الأساسية في كل منطقة حسب الفئة العمرية (Barendregt وآخرون 2003 و Lopez و Murray 1996b).

يبدأ هذا الفصل بسرد موجز لتاريخ العمل في مجال عبء الأمراض، متضمناً مناقشة لطبيعة وأصول سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز (DALY) كمقياس لعبء الأمراض. ثم يناقش تطبيقات تحليل عبء الأمراض في مجال صياغة السياسات الصحية. ثم يوجز الفصل بعد ذلك طرق ونتائج دراسة العبء العالمي للأمراض التي أُجريت عام 2001، والمبينة بمزيد من التفاصيل في الفصلين الثالث والرابع من هذا الكتاب، ويقدم القسم الأخير الأعمال التي أُجريت في مجال عبء الأمراض منذ أوائل تسعينيات القرن الماضي، ويقترح بعض المجالات الأساسية التي تكون في حاجة إلى مزيد من العمل.

ويتبع ذلك الفصل التمهيدي والموجز، الفصل الثاني الذي يصف المرتكزات الديموغرافية للتقييمات الوبائية اللاحقة، ويعرض الموقف العام من خلال استعراض موجز للتغيرات التي حدثت مؤخراً (أي من عام 1990 إلى عام 2001) في المعايير الديموغرافية الأساسية، كما يقمّم الفصل أيضاً تلك التغيرات في توزيع أسباب الوفيات بين الأطفال دون سن خمس سنوات في الفترة ما بين عامي 1990 و 2001، والصعوبات التي تقف عقبة في سبيل تقييم اتجاهات الوفيات بصورة يمكن الاعتماد عليها، ويقدم الفصلان الثالث والرابع الطرق والنتائج النهائية لدراسة العبء العالمي للأمراض التي أُجريت عام 2001، ويتناول الفصل الثالث أعباء حالات الوفاة والأمراض والإصابات حسب السن، والنوع، ويعرض كذلك لـ 136 فئة للأمراض والإصابات. أما الفصل الرابع، فيتناول عبء الأمراض والإصابات الناتج عن 19 عاملاً من عوامل الخطر، ويخص منها عدداً من الحالات المهمة، ويعرض كلا الفصلين النتائج وفقاً لتصنيف البنك الدولي للبلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل والتي يقسمها إلى ست مجموعات إقليمية. ويستطلع الفصل الخامس مدى صمود النتائج الرئيسية في مواجهة الجوانب غير اليقينية في البيانات وكذلك الافتراضات البديلة المتعلقة بإنشاء مقياس سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز. ويدرس الفصل السادس الآثار المترتبة على تضمين المواليد المتوفى في تقييم العبء العالمي للأمراض. فمن الممكن أن تكون لتضمينها أهمية، نظراً لضخامة الأعداد (3.3 مليون في عام 2001)، وكذلك لأن تضمين المواليد المتوفى يثير أسئلة كبرى تدور حول كيفية تقييم مقدار الفاقد المرتبط بحالات الوفاة قرب موعد الولادة بدلالة سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز.

سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز

تعتبر سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز مقياساً للفجوة الصحية، من شأنه أن يوسع مفهوم السنوات المفقودة من العمر المحتمل بسبب الوفاة في سن مبكرة؛ ليشمل السنوات المكافئة من العيش في صحة، والتي ضاعت بسبب إصابة الأفراد بالعجز أو بسبب سوء الحالة الصحية (Murray 1996). حيث ينظر إلى سنة واحدة من العمر المصحح باحتساب مدة العجز - على أنها سنة مفقودة من العيش في صحة جيدة. وينظر كذلك إلى عبء المرض باعتباره مقياساً للفجوة بين الحالة الصحية الراهنة والوضع المثالي الذي يعيش فيه الجميع إلى أعمار متقدمة بدون مرض أو عجز. ويتشابه هذه التصور عن سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز باعتباره مقياساً للصحة، وليس للمنفعة المفقودة. مع مبادئ قياس إجمالي الناتج المحلي كما أوجزها أيسنر (1989, p. 7): "إن محور تركيزنا... ينصب على قياسات جميع النشاطات الاقتصادية المتعلقة بالرفاهة (ومن هنا على سبيل المثال، إجمالي الناتج المحلي). وليس على الرفاهة ذاتها". يشار هنا إلى أنه تتوفر معلومات حول حساب سنوات العمر المصححة باحتساب مدة العجز. ونسبة خصم الوقت، وأوزان العمر في الفصل الثالث.

تحتسب سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز بالنسبة للحالة المرضية أو الصحية من خلال جمع سنوات العمر المفقودة بسبب الوفاة في سن مبكرة (YLL) بين السكان وسنوات العمر المفقودة بسبب العجز (YLD) للحالات المرضية التي تصيب الحالة الصحية. وتحتسب سنوات العمر المفقودة بسبب الوفاة المبكرة عن طريق حاصل ضرب عدد حالات

الوفاة لكل عمر في معدل العمر القياسي المتوقع في العالم بالنسبة للعمر الذي حدثت فيه الوفاة. ولتقدير سنوات العمر المفقودة بسبب العجز لسبب محدد ولفترة زمنية محددة. يضرب عدد الحالات المرضية في متوسط مدة المرض وعامل وزن [مرجح] يعكس شدة المرض على تدرج من 0 (صحة تامة) إلى 1 (وفاة). هذا، وقد تم سرد الأوزان المستخدمة في دراسة العبء العالمي للأمراض عام 2001 بالتفصيل في موضع آخر (انظر الجداول الملحقه من 613 إلى 813- في الفصل الثالث).

علاوة على ذلك، فإنه عند حساب سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز، استخدمت دراسة العبء العالمي للأمراض معدل خصم وقت يبلغ 3 في المائة وأوزان عمر غير موحدة، بما أعطى وزناً أقل لسنوات العمر التي يحيها الإنسان في سنوات الصغر والكبر. أما فيما يخص النتائج المعلنة في الكتاب الحالي والمستخدمة في أولويات مكافحة المرض في البلدان النامية، الطبعة الثانية (DCP2)، فقد طبق معدل خصم الوقت البالغ 3 في المائة. ولكن لم تطبق أوزان العمر غير الموحدة، ومن ثم يكافئ الموت في سن الرضاع 30 سنة من العمر المصحح باحتساب مدد العجز. وتكافئ الوفاة في سن 20 عاماً ما يقرب من 28 سنة من العمر المصحح باحتساب مدد العجز. وبناء عليه، فإن عبء المرض بين السكان البالغ 3000 سنة من العمر المصحح باحتساب مدد العجز يكافئ نحواً من 100 حالة وفاة في سن الرضاع. أو ما يقرب من 5000 شخص يبلغون من العمر 50 عاماً ويعيشون عاماً واحداً فاقد البصر (وزن العجز 0.6).

الموت أو المرض في السن الصغيرة على الصحة العامة (Dempsey 1947; Ghana Health Assessment Project Team 1981).

وتركزت التعليقات والانتقادات الموجهة لدراسة العبء العالمي للأمراض على بنية مقياس سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز (Anand و Rotllant و Hanson و Williams و Morrow 1998) ووصفة خاصة بالخيارات الاجتماعية المتصلة بأوزان العمر ودرجات شدة العجز. كما وُجّه انتقاد قليل نسبياً إلى الغموض الكبير في الوبائيات الوصفية الأساسية لبعض الشعوب، خاصة في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء (انظر الفصل الخامس في هذا الكتاب)، والتي ربما تكون أكثر أهمية بكثير بالنسبة لتحديد الأولويات الصحية (Cooper وآخرون 1998).

وقد أكدت نتائج دراسة عبء الأمراض التي أجريت عام 1990 ظنون العديد من العاملين في مجال الرعاية الصحية في أن الأمراض غير المعدية والإصابات تعتبر سبباً رئيسياً من أسباب العبء الصحي في جميع المناطق. بل وأصبحت بالفعل السبب الرئيسي للوفاة والعجز في بعض المناطق التي تتجه بسرعة إلى التحول الصناعي مثل منطقة شرق آسيا والمحيط الهادئ. كما كانت الاضطرابات والإصابات العصبية النفسية، بصفة خاصة، هي الأسباب الأساسية لفقدان سنوات من الحياة الصحية عند قياسها بمقياس سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز. ولكن أهميتها قلّت كثيراً عندما قيست بدلالة معدلات الوفيات وحدها. ووفقاً لتقديرات الدراسة الأصلية للعبء العالمي للأمراض، فقد كانت الأمراض غير المعدية، بما فيها الاضطرابات العصبية النفسية، هي السبب وراء 41 في المائة من العبء العالمي للأمراض في عام 1990، وهو ما يقل الشيء اليسير عن نسبة الأمراض المعدية، والحالات التي تصيب الأم، وحالات الفترة المحيطة بالولادة، والحالات الغذائية مجتمعة (والتي تمثل 44 في المائة). كما عُرِزَ 15 في المائة من ذلك العبء إلى الإصابات، أما التقديرات السابقة للأولويات الصحية العالمية والتي استندت إلى بيانات معدلات الوفيات، فلم تعز أي وفيات فيها إلى اضطرابات الصحة النفسية، بينما عزت إلى الإصابات نسبة أقل من نصف النسبة (7 في المائة) المقدرة بواسطة مقياس سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز (Lopez 1993).

فمن الممكن أن تتسبب العديد من الأمراض، مثل الحالات العصبية النفسية وحالات فقدان السمع، والإصابات، في سوء الحالة الصحية إلى درجة كبيرة، ولكنها قد تتسبب في حدوث عدد قليل من الوفيات أو لا تتسبب مطلقاً في حدوث أية وفيات بصورة مباشرة. وعلى الرغم من أن القياسات المنفصلة للبقاء على قيد الحياة والحالة الصحية بين الباقيين على قيد الحياة تعد من المدخلات المفيدة عند صياغة السياسات الصحية، إلا أنه بناء على ما سبق، يجب الجمع بينها بطريقة ما لتوفير مقياس واحد وشامل لصحة السكان الإجمالية. ولتقييم عبء الأمراض، استخدمت دراسة العبء العالمي للأمراض التي أجريت عام 1990 مقياساً يستند إلى الزمن لقياس كل من معدل الوفيات في سن مبكرة (أي سنوات العمر المفقودة بسبب الوفاة في سن مبكرة أو YLL) والعجز (أي سنوات الحياة الصحية المفقودة نتيجة للعجز أو YLD، محددة حسب شدة العجز). ويقدم مجموع كل من المكونين، وهو ما يعرف بسنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز (DALYs)، قياساً للتدفق المستقبلي للحياة الصحية (وهي السنوات المتوقع قضاؤها في صحة تامة) والمفقودة نتيجة لوقوع أمراض وإصابات معينة في عام 1990 (إطار 1-1). ويعبّر عن أثر الحالات المميّزة (بسبب المرض أو الإصابة) بدلالة سنوات العمر المفقودة، بينما تعبّر سنوات العمر المفقودة بسبب العجز (YLD) عن التبعات الصحية المستقبلية من حيث العواقب المترتبة على الأمراض أو الإصابات بين الحالات الواقعة في عام 1990 والتي لم تكن مميّزة. (وللاطلاع على بيان أكثر شمولاً - عن قياس سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز والفلسفة التي تستند إليها خيارات هذا المعيار، انظر Murray ; Murray و Salomon 1996 وآخرون 2002).

ولكن قياس سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز لا يقتصر على دراسة العبء العالمي للأمراض فحسب. فقد استخدم البنك الدولي شكلاً مختلفاً من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز في استعراضه الأول لأولويات القطاع الصحي (Jamison وآخرون 1993)، وهي مشتقة من العمل الذي سبق إنجازها لوضع قياسات قائمة على الزمن. تعكس بصورة أفضل أثر

وربما تعمل تقديرات عبء الأمراض والإصابات الناجمة عن التعرض لعوامل الخطر الرئيسية - على توجيه سياسات وأولويات الوقاية بصورة أكثر إفادة من "الجدول الجامع League Table" لعبء الأمراض والإصابات. ففي العقود الأخيرة، حاول الباحثون الوصول إلى قياس كمي لآثار التعرض لعوامل معينة، مثل تدخين التبغ، على معدلات الوفيات من الأمراض الرئيسية مثل أمراض السرطان (Peto ; Parkin و Doll 1981 وآخرون 1994) أو من أمراض متعددة (Peto وآخرون 1992; United States Department of Health و Human Services 1992)، سواء في بلدان منفردة أو عبر مجموعات من البلدان، باستخدام طرق قابلة للمقارنة.

وقد قامت الدراسات الموجهة لبلدان معينة بدراسة آثار عدة عوامل خطر رئيسية (Holman وآخرون 1988; Foege و McGinnis 1993)، إلا أنه قبل دراسة العبء العالمي للأمراض التي أجريت عام 1990، لم تكن ثمة محاولات لإجراء تقييمات عالمية لأعباء الأمراض والإصابات المميتة وغير المميتة الناجمة عن التعرض لأخطار صحية كبرى متعددة، وتوصلت الدراسة التي أجريت عام 1990 إلى قياس كمي لعشيرة عوامل أخطار استناداً إلى المعلومات المتاحة في ذلك الوقت عن الأسباب، والانتشار، والتعرض للإصابة، ونتائج الأمراض والإصابات. وعزت هذه الدراسة ما يقرب من 16 في المائة من العبء العالمي للأمراض والإصابات إلى سوء التغذية؛ وعزت كذلك 7 في المائة من ذلك العبء إلى رداءة المياه والصرف الصحي؛ كما عزت ما نسبته 2 إلى 3 في المائة إلى أخطار مثل الممارسات الجنسية غير الآمنة، والتبغ، والكحول، والتعرض للمخاطر المهنية (Murray و Lopez 1998; Murray و Lopez و Murray 1997a; Lopez و Jamison و Murray 1994 والبنك الدولي 1993).

تطبيقات تحليل عبء الأمراض

تفيد تحليلات عبء الأمراض في توفير المعلومات للسياسات الصحية من خلال خمس وسائل رئيسية على الأقل على النحو المبين في هذا القسم. وعلى الرغم من أن تقديرات حالات الوفاة المصنفة حسب السبب أو سنوات العمر المفقودة تخدم الغرض نفسه، إلا أنها في بعض الاستخدامات، تكون أقل جودة.

تقييم الأداء

يشكل عبء الأمراض مؤشراً يمكن استخدامه لتقدير مدى التقدم المحرز على مر الزمن، وذلك في نطاق بلد واحد، أو منطقة واحدة، أو الأداء النسبي عبر البلدان والمناطق. وبالنسبة لهذا المجال من مجالات التطبيق، فيمكن اعتبار عبء الأمراض مشابهاً للحسابات القومية للدخل والنتاج، التي وضعها سيمون كوزنتس وآخرون في ثلاثينيات القرن الماضي، والتي انتهى بها الحال إلى أن تصبح في عام 1939 حساباً قومياً كاملاً للدخل والنتاج للمملكة المتحدة، أُعدَّ بناء على طلب من الخزانة. وفي العقود التالية، أُحدثت الحسابات القومية للدخل والنتاج خوفاً في الدعائم التجريبية التي يقوم عليها تحليل السياسات الاقتصادية. وكما يوضح أحد العلماء البارزين

قائلاً: "لقد كانت الحسابات القومية للدخل والنتاج في الولايات المتحدة ... والحسابات المناظرة لها في البلدان الأخرى، من بين أكبر الإسهامات في مجال المعرفة الاقتصادية على مدى نصف القرن الماضي ... فقد أصبح الآن في إمكان عدة أجيال من الاقتصاديين والممارسين أن يربطوا بين البنى النظرية للدخل والإنتاج والاستثمار والاستهلاك والمدخرات، وبين الأعداد الحقيقية لتلك الحسابات المتميزة بتفاصيلها الدقيقة وعلاقتها البنينة قوية التشابك" (Eisner 1989, p. 1).

إيجاد مننديات لمناقشات مستنيرة حول القيم والأولويات

يتضمن تقييم عبء الأمراض، في الحقيقة، مشاركة مجموعة عريضة من أخصائيي الأمراض، وأخصائيي الوبائيات، وفي أحيان كثيرة، من واضعي السياسات، فعلى سبيل المثال، من شأن مناقشة القيم المناسبة لأوزان العجز أو سنوات العمر المفقودة في مختلف الأعمار، أن يساعد على توضيح قيم وأهداف السياسات الصحية الوطنية. كما أن مناقشة العلاقات بين الأمراض وعوامل الخطر المسببة لها، في ضوء الظروف المحلية، تساهم في لفت الانتباه إلى الأولويات وإلى البرامج الرامية إلى التعامل معها.

تحديد أولويات المكافحة الوطنية

خُدد الآن العديد من البلدان قائمة مختصرة نسبياً من الإجراءات التدخلية التي أصبح التطبيق الكامل لها يشكل أولوية واضحة لدى دائرة الاهتمام الوطني السياسي والإداري فيها، ومن أمثلة ذلك، الإجراءات التدخلية لمكافحة السسل، وشلل الأطفال، وفيروس مرض الإيدز، والتدخين، وحالات النقص في مغذيات دقيقة محددة، وحيث يتسم الاهتمام السياسي والقدرات الإدارية الرفيعة المستوى بالثبات النسبي، ونظراً لنقص الموارد المتاحة، فمن الممكن تعظيم المنافع الناجمة عن استخدام تلك الموارد، إذا وجهت نحو إجراءات تدخلية تتسم بالفعالية من حيث التكلفة وموجهة لحل المشاكل المرتبطة بالعبء المرتفع للأمراض. وتمثل التقييمات الوطنية لعبء الأمراض واحداً من مدخلات عملية إعداد قائمة مختصرة بأولويات مكافحة الأمراض.

خلق المعرفة

تقدم الكليات الطبية عدداً ثابتاً ومحدوداً من الساعات التعليمية، كما أن البرامج التدريبية المقدمة للمستويات والأنواع الأخرى من العاملين في مجال الرعاية الصحية هي الأخرى محدودة، ومن الوسائل الأساسية لتطبيق أولويات السياسات الصحية، حسن تخصيص هذا المورد من الوقت الثابت، وبنطوي ذلك بدوره على تخصيص وقت للتدريب على الإجراءات التدخلية حيثما يكون عبء الأمراض مرتفعاً وحيثما تتوفر إجراءات تدخلية فعالة من حيث التكاليف.

كبيرة مما كانت عليه في الماضي. ومن بين الأمثلة الجيدة على ذلك، جمهورية إيران الإسلامية، التي طبقت الحكومة فيها، على مدى السنوات الخمس الماضية، نظاماً لتسجيل الوفيات مع معلومات طبية عن سبب الوفاة، والذي اتسع نطاقه من أربعة أقاليم كان يغطيها في بداية تطبيقه، ليشمل 26 إقليمياً، أو جميع أقاليم البلاد تقريباً، ويتمثل أحد الأمثلة الأخرى في الدراسة الشاملة التي أجرتها حكومة تايلند لتحديد أسباب الوفاة من خلال المقابلات الشخصية، والتي كانت تهدف إلى التعامل مع جوانب النقص الكبيرة في ترميز بيانات الوفيات الوطنية في تايلند (Choprapawon وآخرون 2005).

وبفضل الانتقادات التي وجهت إلى نهج الدراسة الأصلية، خاصة فيما يتعلق بالطرق التي اتبعتها في تقييم أوزان شدة حالات العجز الصحية، أجريت تغييرات أساسية في طريقة تضمين الباحثين لتقييمات الحالة الصحية، أو بمعنى آخر، استخدام الرأي المستند إلى السكان بدلاً من آراء الخبراء المستخدمة في دراسة عام 1990، كما تم التوصل إلى طرق أفضل كثيراً لتحسين قابلية المقارنة فيما بين البلدان لبيانات الاستقصاءات التي جرى عن الحالة الصحية (Murray و Tandon وآخرون 2002، Murray و Salomon 2004). وكان من شأن استخدام طرق أفضل لوضع نماذج للعلاقة بين مستوى معدل الوفيات والتركيبة العامة لأسباب الوفاة بين السكان، والتي تستند كذلك إلى النسب بدلاً من المعدلات، أن أدى إلى مزيد من الثقة في تقديرات أسباب الوفاة في البلدان النامية (Murray و Salomon 2002)، علاوة على ذلك، فإن تحسين مراقبة السكان فيما يتعلق ببعض الأمراض الرئيسية مثل فيروس ومرض الإيدز، والإنتاجية واسعة النطاق للبيانات من خلال طرق تحديد أسباب الوفاة عبر المقابلات الشخصية، خاصة في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء - أدى إلى تقليل الاعتماد على نماذج تقديرات أسباب الوفاة، على الرغم من الارتياح الكبير الذي لا يزال يكتنف استخدام مثل تلك البيانات، وللتعرف على مزيد من التفاصيل حول تلك التطورات وغيرها من التطورات المنهجية، انظر الفصل الثالث من هذا الكتاب.

ولعل أكبر تقدم منهجي تم تحقيقه منذ دراسة العبء العالمي للأمراض التي أجريت عام 1990 هو ذلك التقدم المتعلق بالقياس الكمي لعبء الأمراض الناتج عن عوامل الخطر. فقد حددت الدراسة الأولى القياس الكمي لآثار 10 عوامل من عوامل الخطر على الصحة السكانية، إلا إنه ثمة قلقاً شديداً بشأن قابلية الطرق والتقديرات المستخدمة للمقارنة، فعوامل الخطر المختلفة لها أساليب وبائية مختلفة، خاصة فيما يتعلق بتعاريف التعرض لخطر الإصابة، وقوة الدليل على وجود العلاقة السببية، وتوفّر الأبحاث الوبائية حول التعرض للإصابة والمخاطر، ونتيجة لذلك، كان من الصعب إثبات قابلية المقارنة فيما بين تقديرات عبء الأمراض الذي تسببه عوامل الخطر المختلفة، خاصة وأن الكثير من الأبحاث الكلاسيكية المعنية بعوامل الخطر تعاملت مع التعرض لمخاطر الإصابة باعتبارها ثنائية التفرع، بحيث يكون الفرد إما متعرضاً أو غير متعرض لتلك العوامل، وذلك مع تعريف التعرض لمخاطر الإصابة وفقاً لقيمة حدية اعتباطية في الغالب.

كما تعد المعلومات عن عبء الأمراض أو عوامل الخطر مدخلاً حيوياً لكي تتم عملية تخصيص الموارد للبحث والتطوير على بصيرة ومعرفة. وتصبح تقديرات عبء الأمراض ضرورية في صياغة وتطبيق أولويات البحث والتطوير، ولاسيما متى كان ينتظر من الجهد الثابت أن يعود بنفع لا يتناسب مع حجم ذلك الجهد وحسب، ولكن مع حجم المشكلة التي يتناولها كذلك، فعلى سبيل المثال، ربما يكون لتطوير لقاح ضد مجموعة واسعة من الالتهابات الرئوية الفيروسيّة أثر يزيد بمئات المرات على أثر لقاح ضد العدوى بفيروس هانتا.

تخصيص الموارد على الإجراءات التدخلية الصحية

يعد إنشاء قاعدة بيانات وشواهد لتحفيز إعادة تخصيص الموارد للإجراءات التدخلية التي تولد، عند النقطة الحدية، أكبر خفض في الخسائر الناجمة عن المشاكل الصحية - أحد المهام الأساسية للتحليلات الرامية إلى تحديد الأولويات في مجال الصحة، وتصبح تقييمات العبء ضرورية لتحسين تخصيص الموارد، خاصة، عندما يتطلب إرساء أحد الإجراءات التدخلية تكاليف ثابتة كبيرة، كما هو الحال مع حشد الاهتمام السياسي والإداري للأولويات الوطنية لمكافحة الأمراض، وبالمثل، فقد يكون التعميم (أو التوسيع الكبير) لأحد الإجراءات التدخلية مصاحباً بتكاليف ثابتة كبيرة، وفي هذه الحالة، ستعتمد فعالية تكاليف التوسيع في جزء منها على حجم العبء.

تحسين القياس الكمي المقارن للأمراض، والإصابات، وعوامل الخطر: دراسة العبء العالمي للأمراض التي أجريت عام 2001

شكلت دراسة العبء العالمي التي أجريت عام 1990 تقدماً كبيراً في القياس الكمي لأثر الأمراض، والإصابات، وعوامل الخطر على الصحة السكانية عالمياً وفي كل منطقة على حدة، وقد استفادت الوكالات الحكومية وغير الحكومية على حد سواء من نتائجها للمطالبة بمزيد من التخصيصات الإستراتيجية للموارد الصحية من أجل برامج الوقاية من الأمراض ومكافحتها، والتي من شأنها أن تعود بأكبر النفع على الصحة السكانية، كما زادت النتائج بصورة كبيرة من فهم الوبائيات الوصفية الأساسية للأمراض والإصابات في جميع أنحاء العالم.

فبعد نشر النتائج الأولية لدراسة العبء العالمي للأمراض، أدى تطبيق الطرق التي اتبعت فيها، على المستوى الوطني، إلى إتاحة المزيد من البيانات عن الوبائيات الوصفية للأمراض والإصابات، بالإضافة إلى تحسينات في الطرق التحليلية وبيانات معدل الوفيات في عدد من البلدان. وقد نجحت الدراسات الوطنية لعبء الأمراض في تحسين الجهود الرامية إلى تحسين وتوسيع نطاق جمع بيانات المعلومات الصحية التي تعتبر الأساس لمثل تلك التحليلات، وذلك من خلال إبراز مناهج لتفسير وتقديم بيانات الصحة السكانية إلى واضعي السياسات، والتي تتميز بكونها أكثر إتقاناً بصورة

مثل، تحديد القيمة الحدية لارتفاع ضغط الدم عند 140 ملليمتر زئبقي لضغط الدم الانقباضي. وترجع الشواهد الحديثة حول عوامل التعرض لمخاطر الإصابة المستمرة مثل الكوليسترول، وضغط الدم، ومؤشر كتلة الجسم، أن مثل تلك القيم الحدية المعرفة اعتباطياً تعد غير مناسبة، نظراً لأن المخاطر التي تسببها تلك الأخطار تتناقص باستمرار على مدى النطاق الكامل لمستويات التعرض المقاسة لمخاطر الإصابة. مع عدم وجود قيمة حدية واضحة (Eastern Stroke و Coronary Heart Disease Collaborative Research Group 1998, Ezzati وآخرون 2004, Rose 1985. منظمة الصحة العالمية 2002).

ولخدمة دراسة العبء العالمي للأمراض التي أجريت عام 2001، تم تحديد إطار جديد لتقييم عوامل الخطر لدراسة التغيرات في عبء الأمراض التي يمكن توقعها في ظل التوزيعات السكانية البديلة المتعلقة بالتعرض للإصابة بعامل خطر واحد أو مجموعة من عوامل الخطر (Lopez و Murray 1999). ومن ثم تم حساب نسب الأمراض التي يمكن عزوها إلى عامل خطر معين. بناء على مقارنة عبء المرض المتوقع في ظل التوزيع الحالي المقدر للتعرض لمخاطر الإصابة حسب السن، والنوع، والمنطقة، ومقارنته مع ذلك المتوقع في ظل توزيع المخاطر للإصابة مخالف للواقع. وقد تم تعريف مثل هذا التوزيع المخالف للواقع لكل عامل من عوامل الخطر. باعتباره التوزيع السكاني للتعرض لمخاطر الإصابة الذي يؤدي إلى أقل مستويات عبء المرض. ومن ثم، عندما نأخذ التبغ كمثال، سيتمثل ذلك التعرض لمخاطر الإصابة المخالف للواقع للحد الأدنى النظري من الخطر في اعتبار 100 في المائة من السكان من غير المدخنين مطلقاً. وفي حالة زيادة الوزن والسمنة، سيكوّن توزيعاً ضيق النطاق لمؤشر كتلة الجسم يتركز حول المستوى المثالي البالغ 21 كجم/م². وهكذا دواليك. وقد أعدت مجموعات من الخبراء توزيعات التعرض لمخاطر الإصابة للحد الأدنى النظري من الخطر والخاصة بعوامل الخطر التي تم تعيين قياسها الكمي في الدراسة التي أجرتها منظمة الصحة العالمية عن التقييم المقارن للأخطار (والذي يعد الأساس المنهجي والتجريبي لدراسة العبء العالمي للأمراض التي أجريت عام 2001). وذلك لكل عامل من عوامل الخطر. استناداً إلى المعرفة العلمية المتاحة عن المخاطر التي تسببها عوامل الخطر. كما اتبعت هذه الدراسة استعراضات وتحليلات منهجية للمصادر الموجودة والمعنية بالتعرض لعوامل الخطر والمخاطر المترتبة عليها. في عملية تكرارية زادت من قابلية المقارنة فيما بين عوامل الخطر (Ezzati وآخرون 2002, 2004). ويشتمل الفصل الرابع من هذا الكتاب على المزيد من التفاصيل حول تلك الطرق والنتائج.

ومن الممكن أن تؤثر عوامل الخطر على نتائج الأمراض والإصابات من خلال عوامل أخرى وسيطة. فعلى سبيل المثال، يرجع السبب وراء ما يمثله الغذاء والنشاط الجسماني من آثار على الأمراض القلبية الوعائية إلى عوامل وسيطة مثل الوزن، وضغط الدم، والكوليسترول. كما يمكن أن تؤثر عوامل الخطر على نتائج الأمراض والإصابات بالاشتراك مع بعضها البعض. فعلى سبيل المثال، تزيد - بصورة كبيرة - احتمالات إصابة المدخنين الذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم والكوليسترول بالأمراض القلبية الوعائية.

وأخيراً، توجد لبعض الأخطار محددات اجتماعية وسلوكية مشتركة. فعلى سبيل المثال، يغلب على أفراد الأسر المعيشية الفقيرة في المناطق الريفية، نقص التغذية، واستخدام مصادر المياه غير المأمونة، والتعرض إلى الأبخرة الناتجة عن الوقود الصلب داخل المنزل. ونظراً لتلك الخصائص الوبائية والاجتماعية المتعلقة بالتعرض لعوامل الخطر والمخاطر المترتبة عليه، يجب أن يتضمن التحليل المتعلق بالسياسات تقييم الفوائد الصحية للخفض المترجم في المخاطر المتعددة. كما تعني تعدد المسببات أيضاً أنه يمكن استخدام مجموعة من الإجراءات التدخلية للوقاية من الأمراض. بحيث يتم تحديد الخيارات المحددة بعوامل مثل، التكاليف، وتوفر التكنولوجيا، والبنية الأساسية، والأولويات. وكان من بين الجوانب الجديدة لتحليل عوامل الخطر في دراسة العبء العالمي للأمراض التي أجريت عام 2001، وضع وتطبيق طرق لتقييم عبء الأمراض الذي يمكن عزوه إلى المخاطر المجمعَة لعوامل خطر متعددة (Ezzati وآخرون 2003).

وتمثلت وحدات التحليل الأساسية في دراسة العبء العالمي للأمراض التي أجريت عام 1990 في مناطق البنك الدولي الثماني المحددة في مطبوعة تقرير عن التنمية في العالم 1993 والتي أصدرها البنك الدولي (عام 1993)، وعلى الرغم من أن تلك المناطق قد أعدت بحيث تكون متجاورة جغرافياً، إلا أنها كانت متفاوتة إلى أبعد حد من حيث التنمية الصحية. فعلى سبيل المثال، تضمنت المنطقة المشار إليها ببلدان آسيا الأخرى والجزر بلداناً متنوعة التشكيلات الوبائية مثل ميانمار وسنغافورة. وقد حدّد ذلك من قابلية تطبيق التقييمات الوبائية المقارنة في هذه المناطق. ومن ثم اتبعت دراسة العبء العالمي للأمراض التي أجريت عام 2001 نهجاً أكثر دقة. حيث أعدت في أول الأمر تقديرات معدل الوفيات الكلي للدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية باستخدام طرق مختلفة للبلدان في مختلف مراحل التنمية الصحية. إلا أن اختيار الطريقة كان يتوقف إلى حد كبير على توافر البيانات (Lopez وآخرون 2002). وتحددت معدلات الوفاة المرتبطة بسن ونوع معينين في البلدان بصورة أساسية باستخدام واحد من ثلاثة مناهج قياسية: استخدام طرق جدول الحياة المعتاد للبلدان التي يوجد بها سجل أحوال مدنية كامل؛ أو تطبيق الطرق الديموغرافية القياسية لتصحيح النقص في تسجيل الوفيات؛ أو تطبيق جداول حياة نموذجية في حالة عدم توفر سجل أحوال مدنية أو بيانات استقصائية عن معدل وفيات الكبار (Lopez وآخرون 2002, Murray وآخرون 2003).

ويمكن العثور على تفاصيل الأساليب المنهجية المعتمدة لتقدير معدل الوفيات الخاص بسبب معين في البلدان، والوبائيات الوصفية للحالات غير المميّنة في البلدان والمناطق الفرعية، موضحة في مواضع أخرى (Mathers وآخرون 2002؛ والفصل الثالث من الكتاب الحالي). وأدى ذلك التركيز على البلدان المنفردة كوحدات للتحليل، إضافة إلى التطبيق المنهجي للأساليب القياسية على جميع البلدان في أي فئة من فئات توافر البيانات، إلى تحسن كبير في مدى قابلية مقارنة القياس الكمي للأمراض والإصابة عبر السكان.

أما التقدم الرئيسي الأخير الذي حدث في دراسة العبء العالمي للأمراض التي أجريت عام 2001، فقد تمثل في تلك المحاولات المنهجية للقياس الكمي لبعض جوانب الغموض في كل من التقييمات الوطنية والعالمية لعبء الأمراض (انظر الفصل الخامس من هذا الكتاب). ويجب أن يؤخذ ذلك الغموض في الاعتبار عند إجراء مقارنات بين البلدان ويجب أن يحظى بعناية في نقله إلى أخصائيي الباثيات وواضعي السياسات على حد سواء وكذلك في تفسير كلا الفريقين لتلك الجوانب الغامضة.

النتائج الرئيسية لدراسة العبء العالمي للأمراض التي أجريت عام 2001

يلخص ذلك القسم، والجداولان 1-1 و 1-2 النتائج الأساسية لدراسة العبء العالمي للأمراض التي أجريت عام 2001. كما يوجد تقرير أكثر تفصيلاً للنتائج في الفصلين الثالث والرابع.

معدل الوفيات على الصعيدين العالمي والإقليمي

توفي ما يزيد - قليلاً - على 56 مليون شخص في عام 2001، من بينهم 10.5 مليون (أو ما يقرب من 20 في المائة) طفل صغير دون الخامسة من أعمارهم. وقد توفي 4 ملايين طفل تقريباً قبل أن يبلغوا شهراً من أعمارهم، إضافة إلى 3.3 مليون ولدوا ميتين (انظر الفصل السادس). وقد وقعت 99 في المائة من حالات وفيات الأطفال السابقة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. كما يعزى إلى البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل عدد كبير نسبياً من حالات الوفاة بين البالغين في السنوات الصغيرة والمتوسطة من أعمارهم: حيث حدثت 30 في المائة من جميع حالات الوفاة في الأعمار من 15 إلى 59 عاماً. مقارنة بنسبة 15 في المائة في البلدان المرتفعة الدخل. ومن ثم، يكون من المهم معرفة أسباب الوفاة في هذه الأعمار، إضافة إلى الوفاة في سن الطفولة، من أجل تقييم أولويات الصحة العامة.

وعلى مستوى العالم، توجد حالة وفاة واحدة من بين كل ثلاث، يرجع سببها إلى ما تطلق عليه دراسة العبء العالمي للأمراض أسباب المجموعة الأولى (الأمراض المعدية، وحالات النفاس وحالات الفترة المحيطة بالولادة، وحالات العوز الغذائي) (انظر الجدول 1-1). وقد بقيت تلك النسبة بلا تغيير تقريباً منذ عام 1990، باستثناء فارق واحد رئيسي. فبينما عزي إلى فيروس ومرض الإيدز 2 في المائة فقط من حالات الوفاة في عام 1990، بلغت تلك النسبة 14 في المائة في عام 2001. وباستثناء فيروس ومرض الإيدز، انخفضت حالات الوفاة المعزوة إلى المجموعة الأولى من ثلث إجمالي حالات الوفاة في عام 1990 إلى أقل من الخمس في عام 2001. وعملياً، فقد حدثت جميع حالات الوفاة المعزوة إلى المجموعة الأولى في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.

وتعتبر أسباب المجموعة الثانية (الأمراض غير المعدية) في الوقت الراهن مسؤولة عن أكثر من 50 في المائة من حالات الوفاة بين البالغين، بين سن 15 و59 عاماً، في جميع المناطق، باستثناء جنوب آسيا، وأفريقيا جنوب الصحراء، حيث تظل أسباب المجموعة الأولى، بما في ذلك فيروس ومرض الإيدز، مسؤولة عن ثلث وثلثي حالات الوفاة في المنطقتين على التوالي. أما خارج هاتين المنطقتين، فتواجهه البلدان

النامية في الوقت الراهن عبئاً ثلاثياً للأمراض بسبب الأمراض المعدية، وغير المعدية، والإصابات (أسباب المجموعة الثالثة). أما فيما بين البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل كمجموعة، فقد شملت الأسباب الرئيسية الثلاثة للوفاة في عام 2001 أمراض القلب الإقفارية (ischemic heart disease)، والأمراض الدماغية الوعائية، والتي يعزى إلى كليهما مجتمعين ما يقرب من خمس جميع حالات الوفاة، وبمعنى آخر، فقد أمكن بالفعل إثبات حدوث تحول وبائي في تلك المجموعة من البلدان من الأمراض المعدية إلى الأمراض المزمنة غير المعدية، وهو أمر ذو أهمية كبرى بالنسبة للتخطيط الصحي.

الأسباب الرئيسية للعجز

نجحت دراسة العبء العالمي للأمراض التي أجريت عام 1990 في جذب انتباه واضعي السياسات الصحية إلى عبء الأمراض غير المميته التي طالما عانت في السابق من تجاهل كبير، لا سيما الاضطرابات العصبية النفسية. واستناداً إلى بيانات وتحليلات محدثة، أثبتت نتائج دراسة العبء العالمي للأمراض التي أجريت عام 2001، أن العجز والعيش في حالة صحية غير تامة بسبب الأمراض والإصابات، يلعبان دوراً مركزياً في تحديد الحالة الصحية الإجمالية للسكان في جميع مناطق العالم. وتحظى الحالات العصبية النفسية، واضطرابات النظر، وفقدان السمع، واضطرابات إدمان الكحول، بنصيب الأسد من العبء الإجمالي للحالات غير المميته المسببة للعجز.

ففي جميع المناطق، تعتبر الحالات العصبية النفسية أكثر أسباب العجز أهمية، حيث يعزى إليها أكثر من 37 في المائة من سنوات العمر المفقودة بسبب العجز (YLD) بين البالغين من سن 15 عاماً وما فوقها. وذلك على مستوى العالم، ويتساوى الذكور والإناث تقريباً في عبء الحالات العصبية النفسية المسبب للعجز. وإن كانت الأسباب الرئيسية تختلف لدى كل منهما. ففي الوقت الذي يعد فيه الاكتئاب السبب الرئيسي للعجز لدى كل من الذكور والإناث، فإن عبء الاكتئاب لدى الإناث أعلى من الذكور بنسبة 50 في المائة، كما أن الإناث يعانون من أعباء أعلى نتيجة لاضطرابات القلق، والصداع النصفي، وخرف الشيخوخة، وعلى الجانب الآخر، فإن عبء إدمان الكحول والتخدرات لدى الذكور أعلى بواقع ست مرات تقريباً من الإناث، ويعزى إليه ربع العبء العصبي النفسي لدى الذكور.

ويقع أكثر من 85 في المائة من عبء الأمراض الناتج عن النتائج الصحية غير المميته في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، أما جنوب آسيا، ومنطقة أفريقيا جنوب الصحراء، فهي مسؤولة عن 40 في المائة من جميع سنوات العمر المفقودة بسبب العجز. وعلى الرغم من تفشي الحالات المسببة للعجز مثل الخرف، والأمراض العضلية الهيكلية بصورة أعلى في البلدان التي يرتفع فيها معدل العمر المتوقع، إلا إنه ما يعوض ذلك، انخفاض نسبة العجز الناتج عن الأمراض القلبية الوعائية، والأمراض التنفسية المزمنة، والعواقب طويلة الأجل للأمراض المعدية، وحالات العوز الغذائي. وبمعنى آخر، فإن الأفراد الذي يعيشون في البلدان النامية لا يعانون من انخفاض معدل العمر المتوقع فحسب مقارنة بأولئك الذي يعيشون في البلدان المتقدمة، بل يعيشون قسماً كبيراً من حياتهم في حالة صحية سيئة.

الجدول 1-1 حالات الوفاة وعبء الأمراض حسب الأسباب - البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. والبلدان المرتفعة الدخل وعلى مستوى العالم، 2001

على مستوى العالم		البلدان المرتفعة الدخل		البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل		
سنوات العمر المصححة باحتساب مدة العجز (3.0)	حالات الوفاة	سنوات العمر المصححة باحتساب مدة العجز (3.0)	حالات الوفاة	سنوات العمر المصححة باحتساب مدة العجز (3.0)	حالات الوفاة	
871 1,535	56,242	149,161	7,891	1,386,709	48,351	جميع الأسباب
249.8	9.1	160.6	8.5	265.7	9.3	العدد الإجمالي (بالآلاف)
256.5	10.0	128.2	5.0	281.7	11.4	المعدل لكل 1000 من السكان
						المعدل القياسي حسب السن لكل 1000 ب
						مجموعات الأسباب المختارة:
(36.5) 560,937	(32.3) 18,166	(5.7) 8,561	(7.0) 552	(39.8) 552,376	(36.4) 17,613	أ. أولاً. الأمراض المعدية.
						والحالات الأمومية والمحيطية
						بفترة الولادة.
						والعوز الغذائي
(2.3) 36,093	(2.9) 1,606	(0.1) 219	(0.2) 16	(2.6) 35,874	(3.3) 1,590	السل
(4.7) 71,461	(4.6) 2,574	(0.4) 665	(0.3) 22	(5.1) 70,796	(5.3) 2,552	فيروس وممرض الإيدز (HIV/AIDS)
(3.9) 59,141	(3.2) 1,783	(0.3) 444	(1.>) 6	(4.2) 58,697	(3.7) 1,777	الأمراض الإسهالية
(1.5) 23,113	(1.4) 763	(1.>) 23	(1.>) 1	(1.7) 23,091	(1.6) 762	الخصبة
(2.6) 39,970	(2.1) 1,208	(1.>) 9	(0.0) 0	(2.9) 39,961	(2.5) 1,207	الملاريا
(5.6) 85,920	(6.7) 3,753	(1.6) 2,314	(4.4) 345	(6.0) 83,606	(7.0) 3,408	عدوى الجهاز التنفسي السفلي
(5.9) 90,477	(4.5) 2,522	(0.9) 1,408	(0.4) 32	(6.4) 89,068	(5.1) 2,489	حالات الفترة المحيطة بالولادة
(1.0) 15,578	(0.4) 250	(1.>) 130	(0.1) 9	(1.1) 15,449	(0.5) 241	سوء التغذية الناجم عن نقص البروتينات والطاقة
(52.6) 807,839	(58.5) 32,891	(86.7) 129,356	(87.0) 6,868	(48.9) 678,483	(53.8) 26,023	ثانياً - الحالات غير المعدية
(0.7) 11,244	(1.5) 842	(1.1) 1,628	(1.9) 146	(0.7) 9,616	(1.4) 696	سرطانات المعدة
(0.5) 8,236	(1.1) 614	(2.1) 3,175	(3.3) 257	(0.4) 5,060	(0.7) 357	سرطانات القولون والمستقيم
(0.6) 9,169	(1.1) 607	(0.8) 1,223	(1.3) 102	(0.6) 7,945	(1.0) 505	سرطان الكبد
(1.0) 16,099	(2.2) 1,227	(3.6) 5,397	(5.8) 456	(0.8) 10,701	(1.6) 771	سرطانات الرغامى، والقصبة، الرئة
(1.3) 19,997	(1.7) 960	(2.8) 4,192	(2.6) 202	(1.1) 15,804	(1.6) 757	السكري
(3.4) 51,835	(1.>) 13	(5.6) 8,408	(1.>) 3	(3.1) 43,427	(1.>) 10	الاضطرابات الأكتينية أحادية القطب
(1.0) 15,178	(0.2) 84	(2.8) 4,171	(0.3) 23	(0.8) 11,007	(0.1) 62	اضطرابات استهلاك الكحول
(1.9) 28,643	(0.0) 0	(0.3) 493	(0.0) 0	(2.0) 28,150	(0.0) 0	إعتمادات عدسة العين
(1.1) 16,889	(0.0) 0	(1.0) 1,525	(0.0) 0	(1.1) 15,364	(0.0) 0	اضطرابات الرؤية، المتعلقة بالسن
(2.0) 29,994	(0.0) 0	(3.6) 5,387	(0.0) 0	(1.8) 24,607	(0.0) 0	فقدان السمع، البادئ في البالغين
(0.7) 11,178	1.6 889	(0.8) 1,209	(1.6) 129	(0.7) 9,969	(1.6) 760	أمراض القلب المسببة لارتفاع ضغط الدم
(5.5) 84,273	(12.6) 7,063	(8.3) 12,390	(17.3) 1,364	(5.2) 71,882	(11.8) 5,699	مرض القلب الإقفاري
(4.7) 72,024	(9.6) 5,390	(6.3) 9,354	(9.9) 781	(4.5) 62,669	(9.5) 4,608	المرض الدماغى الوعائى
(2.5) 38,736	(4.8) 2,676	(3.5) 5,282	(3.8) 297	(2.4) 33,453	(4.9) 2,378	مرض الانسداد الرئوي المزمن
(1.0) 15,778	(1.4) 771	(1.4) 2,146	(1.5) 118	(1.0) 13,633	(1.4) 654	تليف الكبد
(0.7) 10,005	(1.2) 663	(0.6) 929	(1.4) 111	(0.7) 9,076	(1.1) 552	التهاب الكلية والكلى
(1.1) 17,452	(1.>) 5	(2.5) 3,786	(1.>) 3	(1.0) 13,666	(1.>) 2	الفصال العظمي
(1.6) 24,952	(0.9)	(1.0) 1,420	(0.4) 30	(1.7) 23,533	(1.0) 477	الشدوذ الخلقى
(1.1) 17,108	(0.7) 380	(5.0) 7,468	(2.6) 207	(0.7) 9,640	(0.4) 173	ألزهايمر وغير من أمراض الخرف
(10.9) 167,094	(9.2) 5,186	(7.5) 11,244	(6.0) 471	(11.2) 155,850	(9.8) 4,715	ثالثاً - الإصابات
(2.3) 35,063	(2.1) 1,189	(2.0) 3,045	(1.5) 121	(2.3) 32,017	(2.2) 1,069	حوادث الطرق المرورية
(1.0) 15,041	(0.7) 387	(1.0) 1,459	(0.9) 71	(1.0) 13,582	(0.7) 316	السقطات
(1.3) 20,255	(1.6) 875	(1.7) 2,581	(1.6) 126	(1.3) 17,674	(1.5) 749	الإصابات الذاتية
(1.2) 18,897	(1.0) 556	(0.5) 765	(0.3) 24	(1.3) 18,132	(1.1) 532	العنف

المصدر: الفصل الثالث.

ملاحظات: تشير الأرقام بين القوسين إلى النسبة المئوية الإجمالية العمود.

المجموع الإجمالي الشامل للمجموعات الذي يظهر بالخط باللون الداكن يعتبر قيمة جمعية. ولكن ينبغي ألا يجمع مع جميع الحالات الأخرى المذكورة في الجدول. أ. تشير (DALYs 3,0) إلى إصدار مقياس سنوات العمر المصححة باحتساب مدة العجز استناداً إلى معدل تخفيض سنوي 3 في المائة، وأوزان عمر موحدة.

ب. معايرة بالنسب باستخدام المجتمع العالمي لمنظمة الصحة العالمية (WHO World Standard Populated)

ج. بما في ذلك الأسباب المسؤولة عن أكثر من 1 في المائة من الوفيات العالمية أو سنوات العمر المصححة باحتساب مدة العجز في عام 2001.

عبء الأمراض والإصابات غير المميتة في تقييم شامل للصحة السكانية في العالم. وتؤكد النتائج

تدعم نتائج دراسة العبء العالمي للأمراض التي أجريت عام 2001 أيضاً على تنامي أهمية الأمراض غير المعدية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. كما تبرز التغييرات المهمة التي حدثت في الصحة

فتمائل معدلات الوفاة والعجز نتيجة الإصابة بين الذكور تلك الموجودة في أفريقيا جنوب الصحراء.

عبء الأمراض المعزو إلى عوامل الخطر

كما سبق وأن ذكرنا، فقد كان من بين جوانب التقدم الكبرى التي تحققت في دراسة العبء العالمي للأمراض التي أجريت عام 2001، إنشاء إطار موحد للقياس الكمي لعبء الأمراض والإصابات والمعزو لعوامل خطر رئيسية، وكذلك تطبيق هذا الإطار على بيانات التعرض لمخاطر الإصابة والمخاطر المتعلقة بعوامل خطر رئيسية مختارة، استناداً إلى استعراضات شاملة ومنهجية للأدبيات المنشورة وغيرها من المصادر. وعلى الرغم من جوانب الغموض المتأصلة في تقييم الآثار الصحية لعوامل الخطر على مستوى السكان، فإن القياس الكمي لعبء الأمراض التي يمكن عزوها إلى المخاطر المنفردة والمجمعة لعوامل خطر محددة، يرجح أن الأسباب الرئيسية للوفيات وعبء الأمراض تشمل عوامل الخطر لحالات المجموعة الأولى (ومنها على سبيل المثال، نقص التغذية، والأبخرة المتصاعدة داخل المنازل نتيجة لاستخدام الأسر المعيشية للوقود الصلب؛ ودراسة المياه، والصرف الصحي، والنظافة الشخصية، والممارسات الجنسية غير الآمنة)، والتي يتركز العبء الناتج عنها بصورة أساسية في جنوب آسيا ومنطقة أفريقيا جنوب الصحراء، وعوامل الخطر لحالات المجموعة الثانية (خاصة التدخين، والكحول، وارتفاع ضغط الدم والكوليسترول، وزيادة الوزن، والسمنة)، والتي تنتشر بصورة واسعة عالمياً (انظر الجدول 1-2)، وفي البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، شملت الأسباب الرئيسية لعبء الأمراض عوامل الخطر السائدة بين الفقراء والمرتبطة بحالات المجموعة الأولى (ومنها على سبيل المثال، نقص الوزن في فترة الطفولة [ويمثل 8.7 في المائة من عبء الأمراض في تلك المناطق]؛ والمياه غير المأمونة، والصرف الصحي، والنظافة الشخصية [ويمثل جميعها 3.7 في المائة]؛ والأبخرة المتصاعدة داخل منازل الأسر المعيشية نتيجة لاستخدام الوقود الصلب [ويمثل 3.0 في المائة]، والممارسات الجنسية غير الآمنة [ويمثل 5.8 في المائة]، وعوامل الخطر للأمراض غير المعدية (ومنها على سبيل المثال، ارتفاع ضغط الدم [ويمثل 5.6 في المائة]، والتدخين [ويمثل 3.9 في المائة]، وإدمان الكحول [ويمثل 3.6 في المائة]، أما فيما بين البلدان المرتفعة الدخل، فقد كانت عوامل الخطر المرتبطة بحالات المجموعتين الثانية والثالثة، هي الأسباب الرئيسية لفقدان الحياة الصحية (التدخين [ويمثل 12.7 في المائة]، وارتفاع ضغط الدم [ويمثل 9.3 في المائة]، وزيادة الوزن والسمنة [ويمثل 7.2 في المائة]، وارتفاع الكوليسترول [ويمثل 6.3 في المائة]، وإدمان الكحول [ويمثل 4.4 في المائة]).

كما تم عزو ما يقدر بنسبة 45 في المائة من معدل الوفيات العالمي و36 في المائة من العبء العالمي للأمراض إلى المخاطر المشتركة لتسعة عشر عامل خطر عالمياً مختاراً. كما كانت المخاطر المجمعة أكبر من ذلك في بعض المناطق التي كان يعد وجود عدد صغير نسبياً من الأمراض وعوامل الخطر المتعلقة بها مسؤولاً عن فقدان أعداد كبيرة من الأرواح (ومن ذلك فيروس ومرض الإيدز وعوامل الخطر المسؤولة عن وفيات الأطفال في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء؛ وعوامل الخطر القلبية الوعائية، بما في ذلك التدخين وإدمان الكحول في أوروبا وآسيا الوسطى)، وعالمياً، تعزى إلى الآثار المجمعة لعوامل الخطر الموضحة في هذا الكتاب نسبة كبيرة من الأمراض الرئيسية مثل الإسهال، وعدوى الجهاز التنفسي السفلي، وفيروس ومرض

السكانية في بعض المناطق منذ عام 1990. ويعد فيروس ومرض الإيدز السبب الرئيسي الرابع لعبء الأمراض في العالم، والسبب الرئيسي في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء، حيث تأتي بعده الملاريا في المركز الثاني. كما تظهر سبعة أسباب من المجموعة الأولى ضمن قائمة أول 10 أسباب في تلك المنطقة، وقد نتج عن التحول الوبائي في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل انخفاض بنسبة 20 في المائة في نصيب الفرد من عبء الأمراض الناجمة عن أسباب المجموعة الأولى، منذ عام 1990. ولولا تفشي فيروس ومرض الإيدز وما يصاحبه من نقص في انحسار عبء مرض السل، لوصلت نسبة هذا الانخفاض إلى ما يقرب من 30 في المائة.

كما زاد نصيب الفرد من عبء الأمراض في كل من أوروبا وآسيا الوسطى بنحو 40 في المائة منذ عام 1990، وأصبحت الصحة السكانية في تلك المنطقة الآن أسوأ من أية منطقة أخرى باستثناء جنوب آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء. ويعكس ذلك الزيادة الحادة في معدل وفيات الذكور البالغين والعجز في تسعينيات القرن الماضي، ما أدى إلى نشوء أعلى تفاضل بين الذكور والإناث من حيث عبء الأمراض في العالم، ومن العوامل المهمة لتلك الزيادة، على الأرجح، المستوى المرتفع لاستهلاك الكحول بين الرجال، ما أدى إلى ارتفاع معدلات الحوادث، والعنف، والأمراض القلبية الوعائية، وفيما بين عامي 1991 و1994، زادت مخاطر الوفاة المبكرة بين البالغين (من سن 15 إلى 59 عاماً) بنسبة 50 في المائة بين الذكور الروس. وقد تحسنت تلك النسبة إلى حد ما فيما بين عامي 1994 و1998، إلا إنها ارتفعت بعد ذلك.

وكذلك فإن عبء الأمراض غير المعدية أخذ في الازدياد، وإليه يعزى ما يقرب من نصف إجمالي عبء الأمراض، وهو ما يمثل زيادة مقدارها 10 في المائة عن المستويات المقدرة في عام 1990. كما يعزى 50 في المائة من عبء الأمراض بين البالغين في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل الآن إلى الأمراض غير المعدية، ويبدو أن السبب وراء ذلك التحول، على الأرجح، يعود إلى تطبيق إجراءات تدخلية فعالة لمواجهة أمراض المجموعة الأولى، مقترباً بزيادة عدد المسنين وانتشار مخاطر الأمراض غير المعدية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، وتهيم أمراض القلب الإقفارية والسكتة على عبء الأمراض في أوروبا وآسيا الوسطى، حيث يعزى لكليهما أكثر من ربع إجمالي عبء الأمراض، وعلى العكس من ذلك، تعتبر تلك الأمراض مسؤولة عن 8 في المائة من عبء الأمراض في منطقة أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي، ولكن تلك المنطقة تعاني أيضاً من مستويات مرتفعة لمرض السكري واضطرابات الغدد الصماء، مقارنة بمناطق أخرى. أما العنف فيعتبر رابع الأسباب الرئيسية لعبء الأمراض والإصابات في منطقة أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي، وعلى الرغم من أن العنف لا يظهر على قائمة أول 10 أسباب للعبء في أية منطقة أخرى، إلا أنه يبقى عاملاً مهماً.

فالإصابات تؤثر بالأساس على الشباب، وينتج عنها عادة، عواقب شديدة تؤدي إلى العجز، وكانت جميع صور الإصابة مسؤولة عن 16 في المائة من العبء بين البالغين في عام 2001. حيث يعزى إلى الإصابات أكثر من 30 في المائة من جميع عبء الأمراض والإصابات بين البالغين من الذكور الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و44 عاماً، وذلك في أجزاء من مناطق أوروبا وآسيا الوسطى، وأمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي، والشرق الأوسط وشمال أفريقيا، ومن بين أكبر عشرة أسباب رئيسية للعبء في تلك المناطق، حوادث الطرق المرورية، والعنف، والإصابات الذاتية، أما في الاتحاد السوفياتي السابق وغيره من بلدان أوروبا الشرقية التي يوجد بها معدل وفيات مرتفع (بين البالغين)،

الجدول 1-2 حالات الوفاة وعبء الأمراض المعزو إلى عوامل الخطر - البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، والبلدان المرتفعة الدخل وعلى مستوى العالم، 2001

على مستوى العالم		البلدان المرتفعة الدخل		البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل	
سنوات العمر المصححة باحتساب معد العجز (3.0)	حالات الوفاة	سنوات العمر المصححة باحتساب معد العجز (3.0)	حالات الوفاة	سنوات العمر المصححة باحتساب معد العجز (3.0)	حالات الوفاة
871 1,535	56,242	149,161	7,891	709 1,386	48,351
249.8	9.1	160.6	8.5	265.7	9.3
256.5	10.0	128.2	5.0	281.7	11.4
العامل الخطر					
العدد الإجمالي (بالآلاف)					
المعدل لكل 1000 من السكان					
المعدل القياسي حسب السن لكل 1000 ب					
عوامل الخطر					
نقص التغذية لدى الأطفال والأمهات					
نقص الوزن لدى الأطفال					
(7.9) 120,647	(6.5) 3,630	(0.1>) 67	(0.0) 0	(8.7) 120,579	(7.5) 3,630
(1.6) 24,722	(1.1) 621	(0.5) 789	(0.1) 8	(1.7) 23,933	(1.3) 613
(1.6) 24,686	(1.4) 800	(0.0) 0	(0.0) 0	(1.8) 24,686	(1.7) 800
(1.8) 27,636	(1.5) 849	(0.1>) 5	(0.0) 0	(2.0) 27,631	(1.8) 849
عوامل خطر أخرى متعلقة بالتغذية والنشاط البدني					
ضغط الدم المرتفع					
(6.0) 91,950	(13.5) 7,615	(9.3) 13,887	(17.6) 1,392	(5.6) 78,063	(12.9) 6,223
(3.4) 52,246	(6.9) 3,880	(6.3) 9,431	(10.7) 842	(3.1) 42,815	(6.3) 3,038
(2.8) 42,248	(4.2) 2,361	(7.2) 10,733	(7.8) 614	(2.3) 31,515	(3.6) 1,747
(2.4) 36,819	(4.7) 2,641	(2.7) 3,982	(4.2) 333	(2.4) 32,836	(4.8) 2,308
(1.8) 27,411	(3.4) 1,935	(3.2) 4,732	(4.8) 376	(1.6) 22,679	(3.2) 1,559
ارتفاع الكوليسترول					
(4.7) 72,919	(8.5) 4,802	(12.7) 18,900	(18.5) 1,462	(3.9) 54,019	(6.9) 3,340
(3.6) 56,029	(3.4) 1,893	(4.4) 6,580	(0.3) 24	(3.6) 49,449	(3.9) 1,869
(0.6) 9,914	(0.4) 226	(1.4) 2,024	(0.5) 37	(0.6) 7,890	(0.4) 189
الصحة الجنسية والإيجابية					
الجنس غير الآمن					
(5.3) 81,179	(5.1) 2,851	(0.6) 909	(0.4) 32	(5.8) 80,270	(5.8) 2,819
(0.5) 7,434	(0.3) 162	(0.1>) 23	(0.0) 0	(0.5) 7,411	(0.3) 162
عوامل الخطر البيئية					
المياه غير الآمنة، والصرف الصحي، والنظافة الشخصية					
(3.4) 51,911	(2.8) 1,567	(0.2) 289	(0.1>) 4	(3.7) 51,622	(3.2) 1,563
(0.6) 9,371	(1.4) 811	(0.4) 664	(1.0) 76	(0.6) 8,707	(1.5) 735
(2.7) 41,734	(3.2) 1,791	(0.1>) 2	(0.0) 0	(3.0) 41,731	(3.7) 1,791
عوامل خطر أخرى مختارة					
حقن ملوثة في أماكن تقديم الرعاية الصحية					
(0.6) 9,050	(0.7) 412	(0.1>) 76	(0.1>) 4	(0.6) 8,974	(0.8) 407
(0.4) 6,079	(0.1) 71	(0.5) 699	(0.1>) 6	(0.4) 5,381	(0.1) 65
(35.9) 551,158	(45.3) 25,488	(34.3) 51,092	(44.0) 3,473	500,066	(45.6) 22,014

المصدر: الفصل الرابع. لاحظ أن عبء الوفيات والأمراض المعزو إلى عوامل خطر فردية لا يمكن إضافته نظراً لتعدد مسبباته. انظر الفصل الرابع للاطلاع على التفاصيل. أ. (نفس الحاشية السفلية كما في الجدول 1-1)

ب. معايرة بالسن باستخدام المجتمع العالمي لمنظمة الصحة العالمية (WHO World Standard Populated)

الاستنتاجات

إن الاهتمام الذي حظيت به طرق ونتائج دراسة العبء العالمي للأمراض التي أجريت عام 1990 في الأوساط العلمية وأوساط واضعي السياسات، والتطبيق واسع النطاق لتلك الطرق من جانب البلدان على جميع مستويات التنمية الصحية، واعتماد الإطار كطريقة مفضلة للمحاسبة الصحية من جانب الهيئات الصحية الدولية مثل منظمة الصحة العالمية، ليقف شاهداً على الحاجة الملحة إلى تقييمات موضوعية ومنهجية لعبء الأمراض من أجل تحديد الأولويات في مجال الرعاية الصحية. وقد استطاع ذلك الجهد الهائل والشامل لقياس عبء الأمراض كميّاً في جميع أنحاء العالم، أن يغيّر بصورة كبيرة من وجهات النظر حول أهمية بعض الحالات

الإيدز وسرطان الرئة، ومرض الانسداد الرئوي، ومرض القلب الإقفاري، والسكتة. كما يلاحظ أن المخاطر المجتمعة المترتبة على عوامل الخطر التسعة العشر، الأنفة الذكر، والمتعلقة بعدد من الأمراض والإصابات المهمة مثل حالات الفترة المحيطة بالولادة والحالات التنفسية، وأنواع أخرى مختارة من السرطانات، والإصابات المتعمدة وغير المتعمدة، والتي تعتمد على عوامل مخاطر أكثر تنوعاً - كانت أقل، ولكنه لا يمكن تجاهلها في الوقت نفسه. فالعدد الصغير نسبياً لعوامل الخطر المسؤولة عن نسبة كبيرة من عبء الأمراض، تشدد على الحاجة إلى سياسات، وبرامج، وبحوث علمية للاستفادة من الإجراءات التدخلية لعوامل الخطر الرئيسية المتعددة التي تؤثر على الصحة (Ezzati وآخرون 2003).

إن تقييم وتوثيق حالة الصحة في العالم بصورة تفصيلية في بداية الألفية الجديدة يعد مهمة مفيدة، ويزود هذا الكتاب العلماء اليوم وفي المستقبل بسجل تاريخي محدد للأسباب التاريخية لعبء الأمراض في المناطق الرئيسية من العالم. في بداية القرن الحادي والعشرين. وما من شك في أن توفر تقرير عن الصحة العالمية في بداية القرن العشرين. أو ما قبله. كان سيحظى بما هو أكثر من مجرد الاهتمام التاريخي. إلا إنه، نظراً لطرق التبادل العلمي. وحالة المعرفة العلمية والمنهجية في ذلك الوقت. فقد كان هذا الأمر مستحيلاً.

ويعتبر هذا الكتاب. في عرضه للنتائج الشاملة لدراسة العبء العالمي للأمراض في عام 2001. من خلال عدد من الوجوه. تنويجاً للجهود الذي بدأ في عام 1990. ويمثل نهاية البداية لتقييمات العبء العالمي للأمراض. وبفضل الاستخدام واسع النطاق لمفاهيم عبء الأمراض بين الهيئات الوطنية والدولية. منذ أن نشرت النتائج الأولى. والاهتمام المتزايد في تحسين الوبائيات الوصفية الأساسية للأمراض. والإصابات. وعوامل الخطر من قبل البلدان والهيئات. تم وضع الأسس لتقييمات الصحة السكانية المستقبلية. وكلما زاد انتشار البرامج والسياسات الرامية إلى تحسين الصحة على مستوى العالم. كلما زادت الحاجة إلى تقييمات شاملة. وموثوقة. وقابلة للمقارنة. ليتسنى القيام بمتابعة دورية للصحة في العالم ولدى نجاح. أو عدم نجاح. التدابير الساعية إلى تعزيز الصحة وتقليل عبء الأمراض. كما أنه ثمة حاجة إلى مبادرات جديدة. وربما إلى مؤسسات عالمية جديدة. لقياس عبء الأمراض في جميع أنحاء العالم. وكيفية تغيره. بصورة أكثر موثوقية عما هو عليه الحال حتى الآن. وأخيراً. فإن هذا الكتاب يقدم خط الأساس الذي يمكن أن يقاس عليه مثل هذا التقدم في التنمية الصحية العالمية.

ثبت المراجع

- Anand, S., and K. Hanson. 1998. "DALYs: Efficiency Versus Equity." *World Development* 26 (2): 307-10.
- Barendregt, J. J., G. J. van Oortmarssen, T. Vos, and C. J. L. Murray. 2003. "A Generic Model for the Assessment of Disease Epidemiology: The Computational Basis of DisMod II." *Population Health Metrics* 1 (1): e4.
- Baskent University. 2005. *Burden of Disease Final Report*. Ankara, Turkey: Baskent University and the School of Public Health, Refik Saydam Hygiene Center, Ministry of Health.
- Bradshaw, D., P. Groenewald, R. Laubscher, N. Nannan, B. Nojilana, R. Norman, D. Pieterse, M. Schneider, D. E. Bourne, I. M. Timaeus, R. Dorrington, and L. Johnson. 2003. *Initial Burden of Disease Estimates for South Africa*, 2000. Cape Town: South African Medical Research Council. <http://www.mrc.ac.za/bod/bod.htm>.

. خاصة الاضطرابات النفسية. وأن يجذب اهتمام المسؤولين عن الصحة العامة في العالم إلى عبء الإصابات الذي لم يقدر حق قدره. كما استطاعت التطورات المنهجية التي حدثت على مدى العقد الماضي. وكذا النهج الأكثر تنظيمياً والذي اتبع في جمع البيانات الأساسية ونتائج الأبحاث المتعلقة بصحة السكان. ونتائج دراسات عبء الأمراض العديدة التي أجريت على المستوى الوطني ودون الوطني. أن تحسن - بصورة مثيرة - الأدوات المنهجية والقاعدة التجريبية لتقييم عبء الأمراض. خاصة. قابلية المقارنة بين النصيب المقدّر الذي تشارك به كل من الأمراض. والإصابات. وعوامل الخطر. في ذلك العبء.

وكما نشر في هذا الكتاب. فإن دراسة العبء العالمي للأمراض التي أجريت عام 2001 تقدم تحديثاً شاملاً للأهمية المقارنة للأمراض والإصابات. وعوامل الخطر. بالنسبة للصحة العالمية. وتضم الدراسة مجموعة من مصادر البيانات الجديدة. بهدف إعداد تقديرات متنسقة داخلياً عن 136 سبباً رئيسياً مقسمة حسب النوع. وحسب ثماني فئات عمرية. من حيث معدل حدوثها. وانتشارها. وشدها. ومدتها. ومعدل الوفيات الناتج عنها. كما أجريت تقديرات للوفيات حسب السن والنوع بصورة منفصلة في 226 بلداً وإقليماً. اعتماداً على بيانات تسجيل الوفيات من جميع البلدان والتي يبلغ إجماليها 770 عاماً. و535 مصدرًا إضافياً لمعلومات عن مستويات معدل وفيات الأطفال والبالغين. وأكثر من 2600 مجموعة بيانات توفر معلومات عن أسباب محددة للوفاة في المناطق التي لا توجد بها تغطية مناسبة من خلال أنظمة تسجيل الوفيات. كما استطاعت دراسة العبء العالمي للأمراض التي أجريت عام 2001 أن تضمّن معلومات من أكثر من 10000 مجموعة بيانات تتعلق بصحة ومعدل وفيات السكان (انظر الفصل الثالث). وذلك إلى جانب ما يزيد على 8500 مصدر بيانات (ومنها على سبيل المثال دراسات وبائية. وسجلات أمراض. وأنظمة إخطار. وما إلى ذلك) حيث استخدمت لتقدير معدل الحدوث. والانتشار. وسنوات العمر المفقودة بسبب العجز. مقسمة حسب الأسباب. وهي بذلك تمثل واحدة من أكبر خلاصات المعلومات العالمية عن الصحة السكانية. التي أجريت إلى يومنا هذا.

وقد اعتمد كثير من الأبحاث المعنية بعبء الأمراض. والتي أجريت على مدى العقد الماضي أو قريباً منه. على الجهود المنهجية والتجريبية التي جعلت من دراسة العبء العالمي للأمراض تطوراً كبيراً في مجال إحصائيات الصحة العامة العالمية. ولم يكن التقدم في مجال تحديث القاعدة الوبائية لتقييم عبء الأمراض الناتج عن العديد من الأمراض والإصابات ذات الأهمية يسير على وتيرة واحدة. وذلك على الرغم من التحسينات الضخمة في البيانات والطرق المتاحة لتقييم معدل الوفيات على مستوى العالم وعلى مستوى المناطق حسب الأسباب. وعلى الرغم أيضاً من بعض التقدم الذي حقق في البيانات. وفهم وبائيات بعض الأسباب الرئيسية لسوء الصحة مثل فيروس مرض الإيدز وداء السكري. وعلى الرغم من ذلك. فلا يزال الوصول إلى تقديرات أكثر موثوقية لأعباء الأمراض على مستوى العالم والمناطق والمستوى الوطني. يواجه العديد من التحديات المنهجية والتجريبية. فإن جدول الأعمال الموضوعي. الذي جرى رسم خطوطه العريضة قبل عقد مضى (Murray و Jamison و Lopez 1994). لا يزال صالحاً إلى اليوم على نحو مائل. ويحتاج إلى أن يتم تناوله بطريقة أكثر تنظيمياً. إذا أريد حقاً لإطار عبء الأمراض أن يحظى بمزيد من القبول باعتباره الأداة الدولية للمحاسبة الصحية.

- Bundhamcharoen, K., Y. Teerawatananon, T. Vos, and S. Begg. 2002. *Burden of Disease and Injuries in Thailand: Priority Setting for Policy*. Bangkok: Ministry of Public Health.
- Choprapawon, C., Y. Porapakkham, O. Sablon, R. Panjajaru and B. Jhanthararat. 2005. "Thailand's National Death Registration Reform: Verifying the Causes of Death between July 1997 and December 1999." *Asia-Pacific Journal of Public Health* 17 (2): 110-116.
- Cooper, R. S., B. Osotimehin, J. S. Kaufman, and T. Forrester. 1998. "Disease Burden in Sub-Saharan Africa: What Should We Conclude in the Absence of Data?" *Lancet* 351 (9087): 208-10.
- Dempsey, M. 1947. "Decline in Tuberculosis: The Death Rate Fails to Tell the Entire Story." *American Review of Tuberculosis* 56 (2): 157-64.
- Doll, R., and R. Peto. 1981. *The Causes of Cancer*. Oxford, U.K.: Oxford University Press.
- Eastern Stroke and Coronary Heart Disease Collaborative Research Group. 1998. "Blood Pressure, Cholesterol, and Stroke in Eastern Asia." *Lancet* 352 (9143): 1801-7.
- Eisner, R. 1989. *The Total Incomes System of Account*. Chicago and London: University of Chicago Press.
- Ezzati, M., A. D. Lopez, A. Rodgers, and C. J. L. Murray. 2004. *Comparative Quantification of Health Risks: The Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*. Geneva: World Health Organization.
- Ezzati, M., A. D. Lopez, A. Rodgers, S. Vander Hoorn, C. J. L. Murray, and the Comparative Risk Assessment Collaborating Group. 2002. "Selected Major Risk Factors and Global and Regional Burden of Disease." *Lancet* 360 (9343): 1347-60.
- Ezzati, M., S. Vander Hoorn, A. Rodgers, A. D. Lopez, C. D. Mathers, C. J. L. Murray, and the Comparative Risk Assessment Collaborating Group. 2003. "Estimates of Global and Regional Potential Health Gains from Reducing Multiple Major Risk Factors." *Lancet* 362 (9380): 271-80.
- Ghana Health Assessment Project Team. 1981. "Quantitative Method of Assessing the Health Impact of Different Diseases in Less Developed Countries." *International Journal of Epidemiology* 10 (1): 73-80.
- Hakulinen, T., H. Hansluwka, A. D. Lopez, and T. Nakada. 1986. "Global and Regional Mortality Patterns by Cause of Death in 1980." *International Journal of Epidemiology* 15 (2): 226-33.
- Holman, C. D. J., B. K. Armstrong, L. N. Arias, C. A. Martin, W. M. Hatton, L. D. Hayward, M. A. Salmon, R. E. Shean, V. P. Waddell. 1990. *The Quantification of Drug Caused Morbidity and Mortality in Australia* 1988. Canberra: Commonwealth Department of Community Services and Health.
- Hyder, A. A., G. Rotllant, and R. Morrow. 1998. "Measuring the Burden of Disease: Healthy Life Years." *American Journal of Public Health* 88 (2): 196-202.
- Jamison, D. T., and J.-P. Jarde. 1994. "Comparative Health Data and Analyses." In *Global Comparative Assessments in the Health Sector: Disease Burden, Expenditures, and Intervention Packages*, ed. C. J. L. Murray and A. D. Lopez, v-vii. Geneva: World Health Organization.
- Jamison, D. T., W. H. Mosely, A. R. Measham, and J. L. Bobadilla, eds. 1993. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York: Oxford University.
- Lopez, A. D. 1993. "Causes of Death in the Industrialized and Developing Countries: Estimates for 1985-1990." In *Disease Control Priorities in Developing Countries*, ed. Dean Jamison, W. Henry Mosely, A. R. Measham, and J. L. Bobadilla, 15-30. New York: Oxford University Press.
- Lopez, A. D., and C. J. L. Murray. 1998. "The Global Burden of Disease, 1990-2020." *Nature Medicine* 4 (11): 1241-43.
- Lopez, A. D., O. B. Ahmad, M. Guillot, B. D. Ferguson, J. A. Salomon, C. J. L. Murray, and K. Hill. 2002. *World Mortality in 2000: Life Tables for 191 Countries*. Geneva: World Health Organization.
- Lozano, R., C. J. L. Murray, J. Frenk, and J. Bobadilla. 1995. "Burden of Disease Assessment and Health System Reform: Results of a Study in Mexico." *Journal for International Development* 7 (3): 555-64.
- Mahapatra, P. 2002. *Estimating National Burden of Disease: The Burden of Disease in Andhra Pradesh, 1990s*. Hyderabad, India: Institute of Health Systems.
- Mathers, C. D., T. Vos, and C. Stevenson. 1999. *The Burden of Disease and Injury in Australia*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare. <http://www.aihw.gov.au/publications/index.cfm/title/5180>.
- Mathers, C. D., C. Stein, M. Ma Fat, C. Rao, M. Inoue, K. Shibuya, N. Tomijima, C. Bernard, and H. Xu. 2002. *The Global Burden of Disease 2000 Study (version 2): Methods and Results*. Discussion Paper 50. Geneva: Global Program on Evidence for Health Policy, World Health Organization. <http://www.who.int/evidence>.
- McGinnis, J. M., and W. H. Foege. 1993. "Actual Causes of Death in the United States." *Journal of the American Medical Association* 270 (18): 2207-12.
- McKenna, M. T., C. M. Michaud, C. J. L. Murray, and J. S. Marks. 2005. "Assessing the Burden of Disease in the United States Using Disability-Adjusted Life Years." *American Journal of Preventive Medicine* 28 (5): 415-23.
- Murray, C. J. L. 1996. "Rethinking DALYs." In *The Global Burden of Disease*, ed. C. J. L. Murray and A. D. Lopez, 1-89. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Murray, C. J. L., and A. D. Lopez. 1996a. "Evidence-Based Health Policy: Lessons from the Global Burden of Disease Study." *Science* 274 (5288): 740-43.
- . 1996b. "Global and Regional Descriptive Epidemiology of Disability: Incidence, Prevalence, Health Expectancies, and Years Lived with Disability." In *The Global Burden of Disease*, ed. C. J. L. Murray and A. D. Lopez, 201-46. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- . 1996c. *Global Health Statistics: A Compendium of Incidence, Prevalence, and Mortality Estimates for over 200 Conditions*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- . eds. 1996d. *The Global Burden of Disease*, vol. 1. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- . 1997a. "Global Mortality, Disability, and the Contribution of Risk Factors: Global Burden of Disease Study." *Lancet* 349 (9063): 1436-42.s
- . 1997b. "Mortality by Cause for Eight Regions of the World: Global Burden of Disease Study." *Lancet* 349 (9061): 1269-76.
- . 1997c. "Regional Patterns of Disability-Free Life Expectancy and Disability-Adjusted Life Expectancy: Global Burden of Disease Study." *Lancet* 349 (9062): 1347-52.
- . 1999. "On the Comparable Quantification of Health Risks: Lessons from the Global Burden of Disease Study." *Epidemiology* 10 (5): 594-605.
- Murray, C. J. L., A. D. Lopez, and D. T. Jamison. 1994. "The Global Burden of Disease in 1990: Summary Results, Sensitivity Analyses, and Future Directions." *Bulletin of the World Health Organization* 72 (3): 495-508.
- Murray, C. J. L., J. A. Salomon, C. D. Mathers, and A. D. Lopez. 2002. *Summary Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurement, and Applications*. Geneva: World Health Organization.
- Murray, C. J. L., A. Tandon, J. A. Salomon, C. D. Mathers, and R. Sadana. 2002. "New Approaches to Enhance Cross-Population Comparability of Survey Results". In *Summary Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurement, and Applications*, ed. C. J. L. Murray, J. A. Salomon, C. D. Mathers, and A. D. Lopez, 421-32. Geneva: World Health Organization.
- Murray, C. J. L., B. D. Ferguson, A. D. Lopez, M. Guillot, J. A. Salomon, and O. B. Ahmad. 2003. "Modified Logit Life Table System: Principles, Empirical Validation, and Application." *Population Studies* 57 (2): 165-82.

- Parkin, D. M., P. Pisani, A. D. Lopez, and E. Masuyer. 1994. "At Least One in Seven Cases of Cancer Is Caused by Smoking: Global Estimates for 1985." *International Journal of Cancer* 59 (4): 494-504.
- Peto, R., A.D. Lopez, J. Boreham, M. Thun, and C.Heath. 1992."Mortality from Tobacco in Developed Countries: Indirect Estimates from National Vital Statistics." *Lancet* 339 (8804): 1268-78.
- Rose, G. 1985. "Sick Individuals and Sick Populations." *International Journal of Epidemiology* 14 (1): 32-38.
- Salomon, J. A., and C. J. L. Murray. 2002. "The Epidemiologic Transition Revisited: Compositional Models for Causes of Death by Age and Sex." *Population and Development Review* 28 (2): 205-28.
- .2004. "A Multimethod Approach to Measuring Health State Valuations." *Health Economics* 13: 281-90.
- United States Department of Health and Human Services. 1992. *Smoking and Health in the Americas. Report of the Surgeon General, in Collaboration with the Pan-American Health Organization*, Department of Health and Human Services publication (CDC) 92-8419. Washington,DC: Office on Smoking and Health.
- Vos, T.,M. Tobias, H. Gareeboo, F. Roussety, S.Huttley, and C. J. L.Murray. 1995. *Mauritius Health Sector Reform, National Burden of Disease Study, Final Report of Consultancy*. Port Louis, Mauritius: Ministry of Health and Ministry of Economic Planning and Development.
- Williams, A. 1999. "Calculating the Global Burden of Disease: Time for a Strategic Appraisal?" *Health Economics* 8 (1): 1-8.
- World Bank. 1993. *Investing in Health: World Development Report 1993*. New York: Oxford University Press.
- WHO (World Health Organization). 1996. *Investing in Health Research and Development. Report of the Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options*. Geneva: WHO.
- .2002. *Reducing Risks: Promoting Healthy Life*.World Health Report 2002. Geneva: WHO.