

کرونا؛

[چالش نظام سلامت]

سرشناسه: راجی / سیدمحمدحسین - فوجی / محسن .
عنوان و نام پدیدآور: کرونا؛ چالش نظام سلامت / سید محمد حسین راجی؛ محسن فوجی؛
به سفارش معاونت تبلیغات و ارتباطات اسلامی آستان قدس رضوی
مشخصات نشر: مشهد، آستان قدس رضوی، معاونت تبلیغات .
مشخصات ظاهری: ۱۷۶ص: مصور (رنگی)، جدول، نمودار (رنگی) (۱۴/۵×۲۱/۵ س م
یادداشت: چاپ اول.

کرونا؛ چالش نظام سلامت

نویسنده: سیدمحمدحسین راجی؛ محسن فوجی
به اهتمام جمعی از نخبگان: آقایان سیدمحمدرضاخاتمی، مجتبی قربانی، سجاد کمالی نیا
و خانم‌ها مانده صفایی، فاطمه حجتی، ایران قاسم پور، فاطمه حکم آبادی
صفحه‌آرا: محمد صادق صالحی
نوبت چاپ: اول ۱۳۹۹
شابک:
ناشر: آستان قدس رضوی
تیراژ: ۱۰۰۰ نسخه
قیمت: ۲۵۰۰۰ تومان



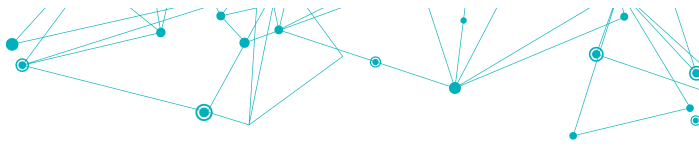
فهرست

پیشگفتار..... ۱۱

فصل یکم

مراقبت های بهداشتی اولیه (PHC)

اهمیت PHC	۱۷
معنای PHC	۱۷
اصول PHC	۱۸
۱. برابری توزیع یا عادلانه بودن توزیع خدمات	۱۸
۲. مشارکت جامعه	۱۸
۳. هماهنگی بین بخشی	۱۹
۴. فناوری مناسب	۱۹
۵. جامعیت خدمات	۲۰
۶. تعهد سیاسی دولت (اجرایی)	۲۰
اجزای مراقبت های بهداشتی اولیه (PHC)	۲۰
وضعیت ایران در PHC	۲۱
تغذیه مناسب	۲۳
تأمین آب کافی و سالم و بهسازی محیط	۲۶
مراقبت بهداشتی مادر و کودک	۳۰
ایمن سازی علیه بیماری های عمده عفونی	۳۳



۳۴ الف) واکسن هپاتیت ب (HepB ۳)

۳۵ ب) واکسن سه‌گانه (DPT)

۳۶ ج) واکسن سرخک (measles)

۳۷ مقایسه با پیش از انقلاب

۳۸ درمان مناسب بیماری و خدمات درمانی

۴۱ مقابله با بیماری‌ها

۴۳ بهداشت روان

۴۴ نتیجه‌گیری

فصل دوم وضعیت درمان در امریکا

۴۹ ۱. هزینه‌های درمانی

۶۶ ۲. کیفیت و بازدهی سیستم درمانی

فصل سوم

مقایسه عملکرد کشورهای توسعه یافته با ایران در مقابله با بیماری کرونا

۷۱ ۱. وضعیت کرونا در امریکا

۸۱ ۲. وضعیت کرونا در اروپا

۹۱ ۳. اقدامات ایران در مقابله با کرونا

۹۱ ۱. دولت، وزارتخانه‌ها و نهادهای مربوطه

۱۰۰ ۲. قوه قضائیه

۱۰۱ ۳. وزارت دفاع

۱۰۲ ۴. سپاه پاسداران انقلاب اسلامی و سازمان بسیج مستضعفین

۱۰۴ ۵. ارتش

۱۰۵ ۶. نیروی انتظامی

۱۰۶ ۷. دانشگاه‌ها، بسیج دانشجویی، جهاد دانشگاهی و دیگر نهادهای علمی و...

۱۰۷ ۸. کمیته امداد

۱۰۸ ۹. هلال احمر

۱۰۹ ۱۰. بنیاد مستضعفان

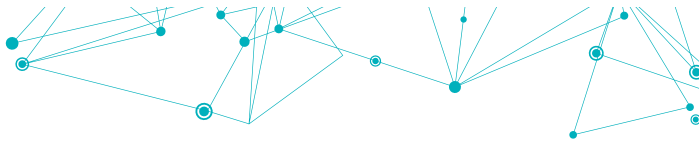
۱۱. ستاد اجرایی فرمان امام (ره) ۱۱۰
۱۲. آستان قدس رضوی ۱۱۱
۱۳. حوزه علمیه، طلاب، هیئت‌های مذهبی و دیگر نهادهای دینی ۱۱۲

فصل چهارم

بیوتروریسم

۱۱۷. بیوتروریسم چیست؟ ۱۱۷
۱۱۸. تاریخچه جنگ‌های میکروبی بیولوژیک ۱۱۸
۱. دوران اولیه: از ابتدا تا آغاز جنگ جهانی اول ۱۱۹
- ۱-۱. مسمومیت غذایی ۱۲۰
- ۱-۲. استفاده از بیماری طاعون ۱۲۰
- ۱-۳. استفاده از بیماری آبله ۱۲۱
۲. دوران نوین: از آغاز جنگ جهانی اول تا انتهای جنگ جهانی دوم ۱۲۲
- ۲-۱. تشکیل واحد ۷۳۱ ژاپن ۱۲۳
- ۲-۲. استفاده آلمان از عوامل میکروبی در طول جنگ جهانی ۱۲۴
- ۲-۳. استفاده متفقین از سلاح‌های بیولوژیک در جنگ جهانی ۱۲۵
۳. دوران کنونی: از انتهای جنگ جهانی دوم تا کنون ۱۲۵
- حمله‌ها و حوادث بیولوژیک مخرب کشورها ۱۲۸
- ۳-۱. حادثه سوردولفسک روسیه ۱۲۹
- ۳-۲. تسلیحات بیولوژیک عراق در دوره صدام ۱۳۰
- ۳-۳. نامه‌های حاوی اسپورهای سیاه‌زخم ۱۳۱
- ۳-۴. حملات داعش در عراق و سوریه با گاز کلر ۱۳۲
- ۳-۵. نمونه‌هایی از ترور بیولوژیک افراد و شخصیت‌ها ۱۳۲
- الف) اقدامات سیا در ترور کاسترو ۱۳۳
- ب) موساد، ترورهای بیولوژیک و مرگ‌های آرام رهبران فلسطینی ۱۳۳
- ج) سابقه استفاده منافقین از بیوتروریسم در ایران ۱۳۴
- ۳-۶. انواع بیماری آنفولانزا در جهان ۱۳۴
- ۳-۷. کرونا ویروس (سارس، مرس و کووید-۱۹) ۱۳۶
- بررسی کووید-۱۹ ۱۳۷





- ۱۳۸ فرضیه اول: تولید در آزمایشگاه‌های چین
- ۱۳۹ فرضیه دوم: تولید توسط آمریکا
- ۱۴۲ فرضیه سوم: جهش یافته ویروس

فصل پنجم

موج سازی و موج سواری دشمنان در بحران ها

- ۱۴۷ ۱. موج سازی
- ۱۵۲ ۲. موج سواری
- ۱۵۳ الف) وسوسه اعطای وام از سوی سازمان‌های بین‌المللی
- ۱۶۱ ب) وسوسه کمک‌های بشردوستانه سازمان‌های بین‌المللی
- ۱۶۱ تجربه تلخ اعتماد به کمک‌های غرب
- ۱۶۳ ج) وسوسه دریافت کمک‌های آمریکا
- ۱۶۴ نمونه‌های تاریخی از اعتماد به آمریکا
- ۱۶۷ نمونه‌هایی از اعتماد نکردن دنیا به آمریکا
- ۱۶۹ منابع فارسی
- ۱۷۱ منابع لاتین
- ۱۷۳ منابع اینترنتی داخلی
- ۱۷۴ منابع اینترنتی خارجی





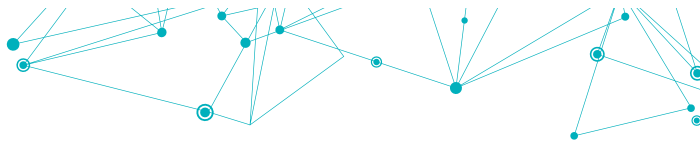




پیشگفتار

یکی از مباحث مهم پیرامون کشورها، وضعیت بهداشت و سلامت آنهاست. عالی ترین مقام، که نقش یک مرجعیت سازمان دهنده را برای بهداشت جامعه‌ی جهانی ایفا می‌کند سازمان جهانی بهداشت (WHO) بوده که یکی از آژانس‌های تخصصی سازمان ملل متحد است. هر چند سابقه سازمان ملل و نهادهای زیر مجموعه‌اش سابقه‌ای سیاه است، و دشمنی خود را بارها و بارها با ملت ایران ثابت کرده است، اما دستاوردهای پزشکی ایران کار را بدان جارسانده که دشمنان ایران نیز لب به اعتراف گشوده‌اند. یکی از آن اعتراف‌ها مصاحبه شبکه CBC بزرگ‌ترین رسانه جمعی کانادا است که دشمنی آشکاری با جمهوری اسلامی ایران دارد. این شبکه مصاحبه‌ای با دکتر کریستف هاملمن¹ نماینده فعلی سازمان بهداشت جهانی در ایران و مشاور ارشد «بهداشت و توسعه جهانی» انجام داده است. او که تقریباً سابقه فعالیت یا مشاوره در تمامی نهادهای زیرمجموعه سازمان ملل (WHO, UNDP, UNFPA, UNICEF, UNHCR, UNODC, UNAIDS) را دارد، برای بازدید از وضعیت مقابله با بیماری کرونا و رسیدگی به بیماران به ایران آمده بود و پس از حضور و بازدید از بیمارستان‌های میزبان بیماران کرونایی، در مصاحبه با شبکه CBC، مشاهدات خود را تشریح کرد.

1. Dr. Christoph Hamelmann



وی در پاسخ به این پرسش که «شیوه مدیریت شیوع این بیماری در ایران را چگونه دیدید» گفت:

I have visited many more hospitals not only in Tehran but go to others provinces, the hospital we have visited today with the mission. Briefly to the mission we had big who mission which is also supported by Robert Koch Institute from Berlin and we had also expert from China in the mission to learn from the experience is there

من از تعدادی از بیمارستان‌ها نه تنها در تهران بلکه در دیگر استان‌ها بازدید کردم. ما امروز با هیئت (همراه) از بیمارستان بازدید کردیم. در این هیئت بزرگ که مورد حمایت مؤسسه رابرت کخ از برلین بود و همچنین به همراه کارشناسی از چین، به اینجا آمده‌ایم تا از تجربه‌های آن [ایران] بیاموزیم.

This mission has visited today ... of third level of the facilities and they were very impressed of how was the quality of services

این هیئت امروز امکانات سطح سوم مراقبت را بازدید کردند و از کیفیت خدمات شگفت‌زده شدند.

and also critical things which is needed in moment really increase the cycle of improvement and learning

همچنین شاهد تلاشی جدی بودیم که برای افزایش چرخه بهبود و یادگیری بسیار ضروری است.

and we saw also the PHC level facilities which is quite interesting because when really want to deal with the early case Detection and the contact tracing, and the stopping the transmission. to refer from PHC to ... of third level is very important

ما همچنین امکانات سطح PHC (مراقبت‌های اولیه) را شاهد بودیم که بسیار جالب است زیرا وقتی با شناسایی مسئله تازه‌ای سروکار دارید و وقتی با ردیابی تماس و جلوگیری از سرایت درگیر هستید، این‌ها از سطح PHC به سطح سوم



ارجاع داده می شود که این امر بسیار مهم است.

So Iran has very strong PHC systems and the mission was very impressed, also by the PHC facilities, they could see.

ایران نظام مراقبت های اولیه قدرتمندی دارد و هیئت (همراه) از امکانات ایران در این زمینه بسیار شگفت زده شد.

I think, what the most people do not know maybe from Iran, Iran has one of the strongest health care systems in her region, it's mean in eastern Mediterranean region.

من فکرمی کنم آنچه بسیاری از مردم در مورد ایران نمی دانند این است که ایران یکی از قوی ترین نظام های سلامت را در شرق مدیترانه دارد.

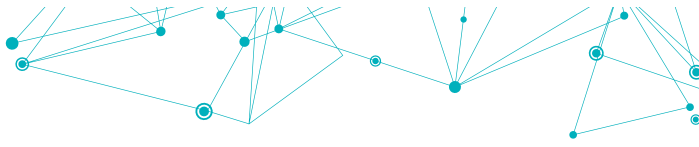
and has before the epidemic started to be in many area, the health system has been in many areas a best practice example for many other countries

و حتی پیش از آغاز همه گیری کرونا در بسیاری از بخش ها بهترین الگوی عملی برای کشورهای دیگر بوده است.

for example, when you see the global discussion on universal health covers, Iran's one of the countries used the highest coverage of national financial protection in our region, so the country starts epidemic was very strong health system

برای مثال به بحث پوشش درمانی عمومی توجه کنید. ایران از جمله کشورهای دارای بیشترین پوشش سلامت در منطقه است؛ بنابراین ایران با یک نظام سلامت قوی، مقابله با ویروس (کرونا) را آغاز کرده است.

I'm talking about upscaling means when you know have suddenly such an epidemic, that means we need upgrading systems, we need upscale. That you also need to introduce invention and you need to do e evidence bases way



من از توسعه سیستم می گویم یعنی وقتی شما یک همه گیری ناگهانی مثل ایران دارید، در هر سیستمی باید ایجاد توسعه کنید. همچنین باید ابتکارهایی مبتنی بر شواهد و تجربیات داشته باشید.

That is why we as WHO try to support Iran like any other members they try to support Iran and providing that international network and international expertise Which is appreciate In that political context not that easy.

برای همین است که ما به عنوان سازمان بهداشت جهانی می کوشیم تلاش می کنیم از ایران مثل هر کشور عضو دیگری حمایت کنیم و شبکه و تخصص بین المللی که مورد نیاز ایران است را فراهم کنیم؛ اگرچه در شرایط سیاسی فعلی کار چندان آسانی نیست.



فصل اول:

مراقبت های بهداشتی اولیه

(PHC)







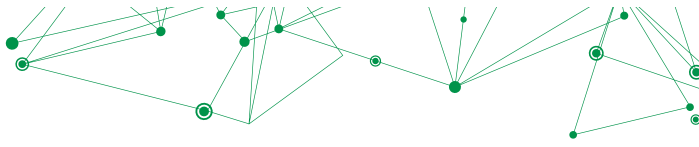
همان طور که گذشت، نماینده سازمان بهداشت جهانی (WHO) بر کیفیت بالای مراقبت‌های بهداشتی اولیه (Primary Health Care- PHC) در ایران، تأکید و آن را مایه شگفتی جهان می‌داند. حال پرسش اینجاست که PHC چیست و چقدر اهمیت دارد؟

اهمیت PHC

شعار اصلی سازمان بهداشت جهانی «سلامت برای همه» (Health for All) HFA است و کلید اصلی رسیدن به این شعار، مراقبت‌های بهداشتی اولیه PHC است.

معنای PHC

PHC عبارت است از: خدمات بهداشتی ضروری که بر پایه روش‌های عملی بوده و از نظر علمی معتبر و از نظر اجتماعی پذیرفتنی باشد؛ با فناوری مناسب، برای تمامی افراد و خانواده‌ها قابل دسترسی باشد؛ با مشارکت کامل افراد و خانواده‌ها انجام شود، و بهای آن برای جامعه و کشور در هر وضعیتی قابل پرداخت باشد. این خدمات بخش جدایی‌ناپذیر نظام بهداشتی کشور و توسعه اقتصادی اجتماعی بوده و نخستین تماس مردم با نظام بهداشتی کشور است که خدمات را تا حد



ممکن به محل زندگی و کار مردم می‌برد. هدف از ارائه این مراقبت‌ها، تأمین، نگهداری و ارتقای سطح سلامت افراد جامعه است.

اصول PHC



۱. برابری توزیع یا عادلانه بودن توزیع خدمات^۱

خدمات بهداشتی باید بدون توجه به توانایی پرداخت مردم، میان همه آن‌ها یکسان توزیع شود و همه به خدمات بهداشتی دسترسی داشته باشند. مقصود از مراقبت‌های بهداشتی اولیه آن است که با تغییر مرکز ثقل نظام مراقبت بهداشتی از شهرها به روستاها، خدمات هرچه نزدیک‌تر به خانه مردم ارائه شود.

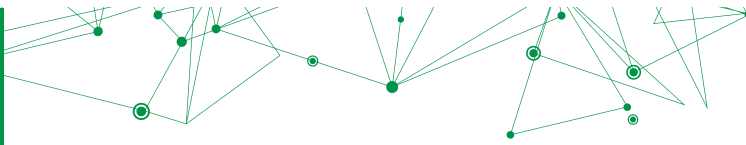
۲. مشارکت جامعه^۲

مداخله افراد و خانواده‌ها در ارتقای سلامتی و بهزیستی خود. صرف نظر از مسئولیت دولت. یک بخش ضروری از مراقبت‌هاست. بدون مداخله جامعه محلی نمی‌توان به پوشش کامل و جامع مراقبت‌های بهداشتی اولیه دست یافت. جوامع باید در موارد زیر مشارکت داشته باشند:

- ایجاد و نگهداری محیط بهداشتی؛
- برقراری فعالیت‌های بهداشتی پیشگیری و ارتقایی؛
- ارائه اطلاعات مربوط به درخواست‌ها و نیازها به مسئولان سطح بالا؛
- به‌انجام‌رسانیدن اولویت‌های مراقبت‌های بهداشتی و اداره بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها.

1. Equity

2. Community Participation



مثال هایی از روش های موفق مشارکت جامعه، شامل تجربه پزشکان پابرهنه^۱ در چین و ماما های سنتی آموزش دیده در هندوستان است.

۳. هماهنگی بین بخشی^۲

بهداشت به صورت مجرد وجود ندارد و تحت تأثیر ترکیبی از عوامل محیطی، اجتماعی و اقتصادی است که ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر دارند.

مراقبت های بهداشتی اولیه تنها با بخش بهداشت فراهم نمی شود. سایر بخش های مرتبط با توسعه جامعه مانند بخش کشاورزی، آموزش، مسکن و ارتباطات نیز باید در مراقبت های بهداشتی اولیه درگیر شوند. دولت ها برای اطمینان از این هماهنگی، مقررات ویژه ای وضع می کنند و با برنامه ریزی مناسب از کم کاری یا دوباره کاری غیر ضروری می پرهیزند.

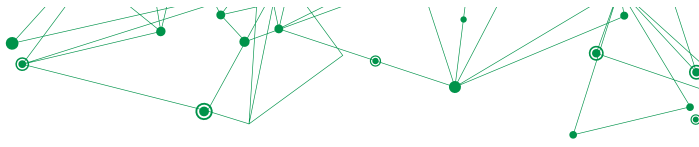
۴. فناوری مناسب^۳

منظور، فناوری معتبر علمی و قابل انطباق با نیازهای محلی و قابل پذیرش توسط ارائه کنندگان و گیرندگان خدمت است که توسط خود مردم با اتکا بر منابع جامعه و با بهایی قابل پرداخت توسط کشور نگهداری شود. به طور خلاصه فناوری مناسب ترکیبی است که هم نیازهای مراقبت بهداشتی و هم بافت اقتصادی - اجتماعی کشور را فراهم کرده و ملاحظه های زیر را در نظر می گیرد:

- هزینه (شامل هزینه های سرمایه ای و جاری)؛
- تأمین فناوری برای مقابله با مشکلات بهداشتی؛
- قابل پذیرش بودن رویکرد برای جامعه هدف و ارائه کنندگان؛
- قابل تحمل بودن رویکرد از جمله ظرفیت نگهداری تجهیزات.

1. Bare-foot Doctor
2. Inter-sectoral Approach
3. Appropriate Methods





۵. جامعیت خدمات^۱

- مراقبت‌های بهداشتی اولیه رویکردی جامع بر اساس مداخلات زیر است:
- مداخلات ارتقائی: برخورد مراقبت‌ها در سطح جامعه با علل اساسی تأثیرگذار بر سلامت است؛
 - مداخلات پیشگیری‌کننده: کاهش دهنده بروز بیماری‌ها یا برخورد سریع با عللی که برای فرد مشکل ایجاد کرده است؛
 - مداخلات درمانی: هدف آن تأمین مناسب‌ترین درمان بیماری در جمعیت تحت پوشش توسط گروه مراقبت بهداشتی است؛
 - مداخلات بازتوانی: سبب کوتاه‌شدن پیامد یا عوارض مربوط به مشکل سلامتی افراد می‌شود.

رویکرد جامع مراقبت‌های بهداشتی اولیه نیازمند استفاده از کارکنانی است که بتوانند در برخورد با مشکلات، راه‌حل جامعی ارائه دهند. برای مثال، در درمان کودک مبتلا به اسهال تنها مایع خوراکی کافی نیست، بلکه نیازمند آموزش خانواده، بهداشت محیط و بهبود تغذیه است.

۶. تعهد سیاسی دولت (اجرایی)

دولت‌ها مسئولیت مهم و اصلی را در زمینه دستیابی به HFA دارند و باید مسئولیت‌پذیر باشند.

اجزای مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC)

سازمان بهداشت جهانی اجزای یازده‌گانه‌ای را برای مراقبت‌های بهداشتی اولیه بیان کرده است که با دقت در آن به اهمیت این موارد پی می‌بریم:



۱. آموزش بهداشت
۲. تغذیه مناسب
۳. تأمین آب کافی و سالم و بهسازی محیط
۴. مراقبت بهداشتی مادر و کودک و تنظیم خانواده
۵. ایمن سازی علیه بیماری های عمده عفونی
۶. پیشگیری از بیماری های بومی شایع و کنترل آنها
۷. درمان مناسب بیماری و حوادث شایع
۸. تدارک داروهای اساسی
۹. بهداشت دهان و دندان
۱۰. بهداشت روان
۱۱. آمادگی مقابله با بلایای طبیعی

وضعیت ایران در PHC


همان طور که در مقدمه بیان شد نماینده سازمان بهداشت جهانی پس از بازدید از ایران درباره جایگاه بهداشتی ایران اعتراف می کند که ایران یک نظام PHC قدرتمند دارد و هیئت (همراه) از امکانات ایران بسیار شگفت زده شده است. من فکر می کنم آنچه بسیاری از مردم در مورد ایران نمی دانند این است که ایران یکی از قوی ترین نظام های سلامت را در منطقه شرق مدیترانه دارد.

سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۸ گزارشی درباره وضعیت PHC در ایران منتشر کرد و از واژه "Incredible Masterpiece" به معنی «شاهکار شگفت انگیز» برای توصیف وضعیت مراقبت های اولیه در ایران استفاده کرد.

گزارش سازمان بهداشت جهانی از وضعیت PHC در ایران (سال ۲۰۰۸)^۱

The Islamic Republic of Iran

Primary Health Care in Action



Iranians open the door to health for all
They have been described as an "incredible masterpiece". The Iranian health houses, introduced amidst the 1980-1989 war with Iraq have extended basic health services to the poorest, most far-flung corners of the Islamic Republic of Iran.

Despite initial opposition from experts who thought the scheme's infrastructure was too ambitious and that the health workers lacked training, thanks to the scheme over 90% of the Islamic Republic of Iran's 23 million rural population now has access to health services, officials say.

"At the beginning, we could never imagine such a breakthrough. We were at war and the country was in a miserable condition," says Dr Sirous Pileroudi, a former senior official with the Ministry of Health and one of the founders of the Iranian health-care system.

- Over 90% of 23 million rural Iranians benefit from free health care
- Primary health care has reduced infant mortality
- Health workers are from the communities they serve
- Health houses address changing health priorities

Community health work is part of a primary health care approach. This approach was the strategy countries adopted in the Declaration of Alma-Ata in 1978 to achieve the goal of 'health for all' of their people by 2000.

Shift to chronic diseases
"People enjoy primary health care services free of charge," says Dr Mohammad Esmael Mollaog, the director of the Centre for Healthcare Promotion. "The health workers are well familiar with the culture and traditions and that is a big advantage."

Dr Kamel Shadpour, another of the Iranian

now with chronic diseases like diabetes and hypertension.

This is an abridged version of an article published in the Bulletin of the World Health Organization in August 2008¹.



در این گزارش، سازمان بهداشت جهانی درباره وضعیت PHC در ایران می‌گوید: «ایرانیان درهای سلامت را به روی همه افراد جامعه باز کرده‌اند. خانه‌های بهداشتی ایران که در میانه جنگ با عراق گسترش یافت، خدمات اساسی بهداشتی را در این کشور گسترش داده است تا جایی که فقیرترین و دورترین نقاط ایران نیز از این خدمات بهره‌مند هستند.

برخی کارشناسان زیرساخت این طرح را بلندپروازانه و تأمین کارمندان بهداشت برای آن را فاقد قابلیت اجرایی می‌دانستند، اما به لطف این طرح، بیش از ۹۰ درصد از ۲۳ میلیون نفر جمعیت روستایی جمهوری اسلامی ایران اکنون به خدمات درمانی رایگان دسترسی دارند.

دستاوردهای این طرح شامل کاهش مرگ و میر در نوزادان و زنان باردار، مقابله با بیماری‌های مُسری، افزایش هشت ساله امید به زندگی از ۶۳ سال در سال ۱۹۹۰

1. https://www.who.int/whr/2008/media_centre/iran.pdf?ua=1



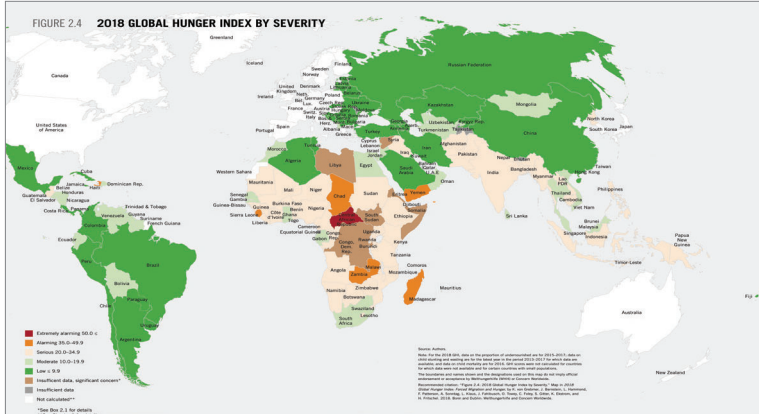
به ۷۱ سال است. همچنین PHC، مرگ و میر نوزادان را نیز کاهش داده است. رویکرد مراقبت های بهداشتی اولیه این بود که کشورهای حاضر در اجلاس بیانیه آلماتا: آتا (Alma-Ata) در سال ۱۹۷۸، برای رسیدن به هدف «سلامت برای همه مردم در برابر انتقال بیماری های مزمن» از خدمات مراقبت های بهداشتی اولیه بهره مند شوند که ایرانیان با خانه های بهداشت، از پیشگامان این امر بودند و در مهار بیماری های مسری خوب عمل کردند».

این گزارش مربوط به حدود سیزده سال پیش یعنی ابتدای رستاخیز پزشکی ایران بوده است و نسبت به زمان حال، بسیار ناچیز است. در ادامه، کشور را در برخی مؤلفه های شاخص PHC، از نگاه سازمان های جهانی بررسی خواهیم کرد:

تغذیه مناسب

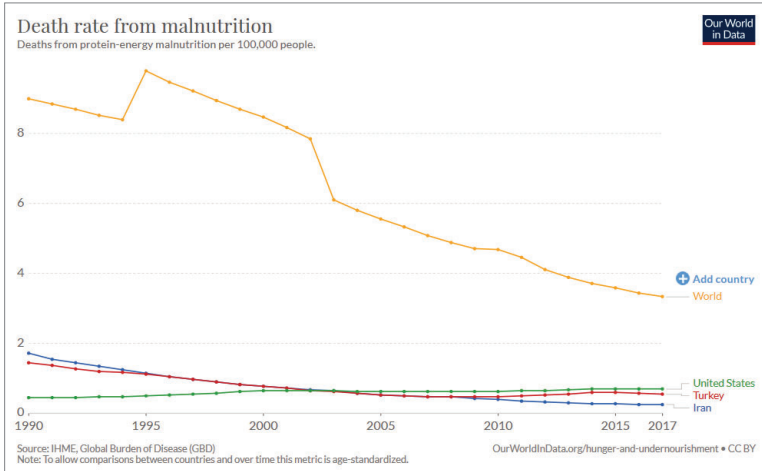
یکی از اجزای مهم در شاخص PHC تغذیه مناسب است. براساس گزارش سال ۲۰۱۸ از شاخص جهانی گرسنگی^۱، وضعیت ایران در مقایسه با سایر کشورهای جهان روی نقشه قابل مشاهده است:

ایران در زمره کشورهای پایین شاخص جهانی گرسنگی
منبع: گزارش شاخص جهانی گرسنگی در سال ۲۰۱۸، صفحه ۲۲



به گزارش مؤسسه جهانی آمار و ارزیابی سلامت (GBD)، نرخ مرگ‌ومیر بر اثر سوء‌تغذیه در ایران بسیار پایین‌تر از میانگین جهانی و همچنین پایین‌تر از کشورهایمانند آمریکا و ترکیه است.

نرخ مرگ و میر بر اثر سوء تغذیه، ۱۹۹۰-۲۰۱۶
 منبع: مؤسسه جهانی آمار و ارزیابی سلامت (GBD)^۱



اگر وضعیت تغذیه مردم ایران را در سال های پیش از انقلاب بررسی کنیم، به وضوح درمی یابیم از نظر این شاخص، مردم شرایط بسیار نامناسبی داشتند و پس از انقلاب با توجه و تلاش حاکمیت، وضعیت با سرعت زیادی بهبود یافته است.

جان فوران جامعه شناس و استاد دانشگاه کالیفرنیا، در کتاب «مقاومت شکننده» که پیرامون اوضاع اقتصادی-اجتماعی ایران در دوران پهلوی نوشته شده است، بیان می دارد: «سازمان ملل متحد در دهه ۱۹۵۰ (۱۳۳۰) برآوردی به عمل آورد و متوجه شد در ایران، هر بزرگسال، روزانه کمتر از ۱۸۰۰ کالری دریافت می کند که از تمامی مناطق فقیرنشین خاورمیانه کمتر و پایین تر بود».^۲ همچنین وی درباره وضعیت بهداشت ایران در اواخر دوره پهلوی می نویسد: «[براساس بررسی ها] ۶۴ درصد شهرنشینان در سال های ۱۳۵۲-۱۳۵۱ دچار سوء تغذیه بودند (که ۲۵ درصد این ها، وضع تغذیه شان بسیار بد بود) و این در مقایسه با ۴۲ درصد

1. https://ourworldindata.org/grapher/malnutrition-death-rates?tab=chart&country=IRN+OWID_WRL+TUR+USA

۲. جان فوران (۱۳۸۵)، مقاومت شکننده، تهران: رسا، ص ۳۴۹.

