

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۱ / گفتار ۱ / شهلا خسروی

کلیات بهداشت خانواده و روند تغییرات شاخص‌های آن

فهرست مطالب

اهداف درس	۱۵۱۹
خانواده	۱۵۱۹
اصول تأثیر خانواده بر سلامت افراد	۱۵۲۰
انواع خانواده	۱۵۲۱
مراحل مختلف زندگی	۱۵۲۲
دوران شیرخوارگی و کودکی	۱۵۲۳
بلوغ	۱۵۲۳
دوران جوانی	۱۵۲۴
میانسالی	۱۵۲۴
دوران از کار افتادگی	۱۵۲۵
دوران پیری	۱۵۲۵
عوامل خطر سلامت در بهداشت خانواده	۱۵۲۶
کمبود ید	۱۵۲۶
کمبود آهن	۱۵۲۶
کمبود ویتامین A	۱۵۲۷
کمبود روی	۱۵۲۷
دیگر عوامل خطر مرتبط با رژیم غذایی و فعالیت فیزیکی	۱۵۲۷
شاخص‌های بهداشت خانواده و روند تغییرات آنها در ایران و جهان	۱۵۲۹
شاخص‌های بهداشت خانواده	۱۵۳۰
روند کلی تحول جمعیت در ایران و جهان	۱۵۳۰
منابع	۱۵۳۳

کلیات بهداشت خانواده و روند تغییرات شاخص‌های آن

شهلا خسروی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، بتواند:

- خانواده را تعریف نماید
- اصول تأثیر خانواده بر افراد را ذکر کند
- انواع خانواده را نام ببرد
- مراحل مختلف زندگی را بیان کند
- مشکلات مراحل مختلف را ذکر نماید
- سطوح ارتباط پزشک با خانواده را شرح دهد
- عوامل خطر در خانواده را توضیح دهد
- شاخص‌ها و روند تغییرات آنها در ایران را شرح دهد
- تغییرات شاخص‌های باروری در دنیا را شرح دهد

واژه‌های کلیدی

خانواده، عوامل خطر، شاخص‌های باروری

خانواده

خانواده بعنوان اولین و اساسی‌ترین نهاد اجتماعی، عبارت است از تجمع مشترک دو یا چند نفر که به واسطه سببی یا نسبی با هم رابطه زیست‌شناختی داشته و زیر یک سقف زندگی می‌کنند و متشکل از والد یا والدین و فرزندان آنان می‌باشد و سلامت افراد تحت تأثیر اصول، ارتباطات، تکامل اجتماعی - شرایط اقتصادی و

فرهنگی آن قرار می‌گیرند. اعضاء خانواده، مجموعه‌ای از ژن‌های مشترک هستند و به عنوان واحدی فرهنگی، منعکس کننده فرهنگ اجتماع بزرگتر می‌باشند. همچنین خانواده واحدی اپیدمیولوژیکی و واحدی برای فراهم کردن خدمات اجتماعی و مراقبت‌های جامع پزشکی است. چگونگی تأثیر خانواده بر افراد و یا بالعکس با توجه به تغییرات طبیعی تکامل افراد در طول زندگی و آشنایی با عوامل خطر در خانواده بیشتر مشخص می‌گردد و به این جهت در این گفتار، به این مسائل اشاره می‌شود. یکی از راه‌های حفظ بهداشت خانواده ایجاد تشکّل پزشک خانواده می‌باشد. پزشک خانواده با کسب اطلاعات وسیع در این زمینه باید توانایی خود را برای مداخله و ارتقاء سلامت افراد افزایش دهد و خانواده بعنوان یک واحد مراقبت و سلامت در نظر گرفته شود و با پیدا کردن روش‌های مناسب برای شناخت بیشتر خانواده‌ها، یاری به خانواده برای مراقبت افراد بیمار و نیز حفظ شیوه‌های سالم زندگی مدّ نظر باید باشد.

اصول تأثیر خانواده بر سلامت افراد

۱ - خانواده را زمانی می‌توان بهتر شناخت که بعنوان اولین واحد مراقبت، مورد توجه قرار گیرد تصمیم‌گیری در مورد یک فرد، بخصوص فرد بیمار، بدون توجه به خانواده او و نقش آن فرد در مقابل سایر افراد خانواده خطرناک است.

۲ - الگوهای تعاملی در خانواده شکل می‌گیرد که ممکن است باعث اصلاح و یا تغییر رفتار فرد شود. به این جهت باید الگوهای ثابت کلامی و غیر کلامی خانواده‌ها را شناخت.

۳ - وجود علائم بیماری در خانواده باعث تثبیت عملکرد اعضاء خانواده می‌شود هر چند که این علائم و مشکلات نیازمند مداخله همه اعضاء نباشد. وقتی بیماری مزمن یا عودکننده در عضوی از اعضاء خانواده وجود دارد ممکن است بعضی دیگر از اعضاء خانواده نیز در سطوح مختلف گرفتار آن شوند.

۴ - از ویژگی‌های خانواده سالم، توانایی آنها در تطابق با تغییرات طبیعی زندگی می‌باشد این تغییرات مانند تولد، وجود کودک در خانواده، ارتباطات جدید، جدایی فرزندان جوان از خانواده، پیری و مرگ می‌باشد.

خانواده اولین محیط اجتماعی است که فرد در آن قرار می‌گیرد و از آن تاثیر، می‌پذیرد و این تاثیرپذیری می‌تواند از طریق بیولوژیکی و یا رفتاری باشد. تاثیر بیولوژیکی خانواده فرد را ممکن است مستعد ابتلاء به بیماری نماید مانند افسردگی؛ کانسرها و یا تاثیر رفتاری مانند پرخوری، عدم تحرک، اعتیاد و الکلیسم از طریق الگوی والدین داشته باشد.

برای کسب موفقیت در بهداشت خانواده پزشک باید از طریق Family involvement و درگیر کردن اعضاء خانواده با شناخت افراد ذی نفوذ و تاثیر گذار در فامیل برای سلامت خانواده اقدام نماید.

چرخه خانواده

خانواده‌ها پایدار نیستند و همواره در حال تغییرند. جدول شماره ۱ مدل پایه چرخه زندگی خانواده

هسته‌ای را نشان می‌دهد :

جدول ۱ - مدل پایه چرخه زندگی خانواده هسته‌ای

وقایع تشکیل دهنده		مراحل چرخه زندگی خانواده	
مرحله پایانی	مرحله آغازین	توضیح	شماره
تولد اولین فرزند	ازدواج	تشکیل	۱
تعداد آخرین فرزند	تولد اولین فرزند	دوام	۲
ترک گفتن خانه توسط فرزندان	تولد آخرین فرزند	گسترش کامل	۳
آخرین فرزند، خانه والدین را ترک می‌کند	اولین فرزند خانه را ترک می‌کند	انقباض	۴
اولین والد می‌میرد	اولین فرزند خانه پدری را ترک می‌کند	انقباض کامل	۵
مرگ بازمانده (فروپاشی)	مرگ اولین والد	فروپاشی	۶

انواع خانواده

تنوع ارتباطات افراد، منجر به تشکیل انواع خانواده گردیده است هنوز در اکثر جوامع خانواده سنتی تک هسته‌ای معمول ترین نوع می‌باشد. واحدهای خانواده در سرتاسر دنیا شکل‌های متفاوتی دارند. دانشمندان علوم اجتماعی سه نوع خانواده را به شرح زیر، تعریف کرده‌اند :

۱ - خانواده هسته‌ای (Nuclear Family)

خانواده هسته‌ای یا اولیه در تمام جوامع انسانی، مشترک است و شامل زوجین و کودکان وابسته آنها می‌شود. مسئولیت تربیت به عهده والدین بوده و رابطه زوجین، صمیمی است.

۲ - خانواده گسترده (Extended Family)

یکی از رایج ترین نوع خانواده در خاور دور و خاور میانه است و بیشتر در مناطق زراعی روستایی، مرسوم است. به طوری که چند خانواده با رابطه خونی بین مردها با هم زندگی می‌کنند، قدرت در دست مرد سالخورده فامیل است، روابط فامیلی بر روابط زناشویی، ارجح می‌باشد و مسئولیت‌ها تقسیم شده است.

۳ - خانواده سه نسلی

خانواده‌ای که افراد جوان به دلیل نبودن امکانات با نسل‌های قبلی خود به طور موقت زندگی می‌کنند.

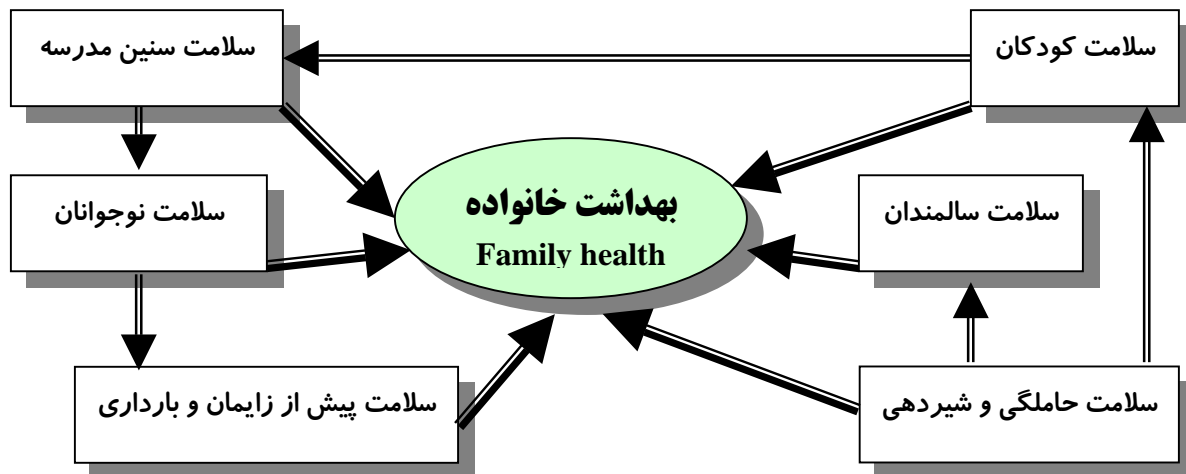
بدیهی است که انواع مشروع و نامشروع دیگری از خانواده نیز وجود دارد که در جدول ۲ به آن‌ها اشاره شده است.

جدول ۲ - انواع خانواده

خانواده هسته‌ای	Traditional Nuclear Family in Home
خانواده گسترده	Extended Family
خانواده حاصل از زندگی فرزند با یکی از والدین	Single parent family
خانواده ناشی از ازدواج دو جنس همسان	Gay family
خانواده حاصل از زندگی دو نفر زن با یکدیگر	Lesbian family
خانواده حاصل از زندگی دو نفر مرد با یکدیگر	Created family
خانواده حاصل از زندگی دو نفر با همدیگر بدون التزام قانونی	Cohabited family

بهداشت خانواده

برای دستیابی به بهداشت خانواده باید مراحل مختلف تکامل، عوامل خطرآفرین در خانواده و عوامل موثر بر سلامت خانواده را شناخت. شمای کلی بهداشت خانواده در شکل ۱ نشان داده شده است.



شکل ۱ - شمای کلی بهداشت خانواده

مراحل مختلف زندگی

شناخت فرآیند تکاملی انسان به دلایل لیست شده در جدول یک جزء بسیار مهم برای مراقبت‌های پزشکی خانواده می‌باشد:

با وجود تفاوت‌های وسیع در فرآیند تکاملی افراد، وجوه مشترک مشخصی در اکثر موارد در مراحل زندگی وجود دارد و لذا این مراحل به ۶ دوره طبقه بندی می‌شود: شیرخوارگی و کودکی، بلوغ و نوجوانی، جوانی،

میانسالی، از کارافتادگی و پیری. این تصور که تکامل بعد از مرحله نوجوانی متوقف می‌شود مبنای علمی ندارد زیرا هر مرحله‌ای از زندگی از نوزادی تا پایان عمر، با ویژگی‌ها و مهارت‌های تکاملی خاصی همراه می‌باشد.

تکامل موفقیت‌آمیز، فرد را برای زندگی و ورود به مراحل بعدی آماده می‌سازد. مشکلات موجود در کسب این مهارت‌ها خطر اختلالات روانی، اجتماعی و حتی مشکلات پزشکی را می‌تواند افزایش دهد. ممکن است تصور شود که تکامل، مراحل مختلف پیشرفت خطی است اما بعضی از محققین معتقدند که تکامل، پیشرفت خطی دارد اما تأثیر آن از نوع ماریجی است و به این جهت باید به خانواده به عنوان یک واحد مراقبت توجه شود.

دوران شیرخوارگی و کودکی (Infancy and Childhood)

ویژگی‌های تکاملی این مرحله به طور کامل مورد بررسی قرار گرفته است. فرآیند تکاملی در این مرحله در مقایسه با دیگر مراحل زندگی (مرحله استراحت) بسیار سریع است و به همین دلیل انحراف از آن سرعت قابل تشخیص می‌باشد. یادآور می‌شود که روش‌های استاندارد ارزیابی مانند تست غربالگری تکاملی Denver (Denver developmental screening test) در سال‌های اول زندگی قابل استفاده هستند. شاید مهمترین ویژگی‌های دوران شیرخوارگی و کودکی نیاز به پرورش است حتی قبل از تولد، رشد جنین باید از لحاظ تغذیه‌ای و محافظت از خطرات، مورد توجه قرار گیرد. فعالیت واقعی والدین از بدو تولد شروع می‌شود. شروع ارتباط بین مادر و کودک، اغلب از لحظه تولد می‌باشد که تأثیر بسزایی بر تکامل روحی، عاطفی، اجتماعی و حتی هوش او دارد. کودکان به دلیل نیازهای دائمی با والدین تماس زیادی دارند بویژه وقتی که هر دو زوج در رشد کودک مشارکت داشته و فرزند اول آنها نیز باشد. نیازهای تغذیه‌ای کودک، مشخص نمودن محل خواب او، ارتباط او با کودکان دیگر خانواده از مسائلی است که در این مرحله مطرح می‌باشد.

در سن ۳-۲ سالگی کودکان شروع به تجربه فعالیت‌های مستقل می‌نمایند، مانند استقلال در پوشیدن لباس و یا دستشویی رفتن که والدین باید در یاددهی این فعالیت‌ها همراه با صبوری تلاش نمایند. مشکلاتی مانند بروز خشم و قهر، انکار و منفی‌گرایی، مکیدن انگشت، مشکلات دستشویی رفتن و ... شایع هستند. کودک برای داشتن رفتار مناسب، نیازمند استانداردهای ثابت از طرف والدین در مقابله با آنها می‌باشد، بویژه توافق والدین در اصول تربیتی بسیار مناسب است.

در اواخر دوران کودکی (۱۰-۶ سالگی) وقوع حوادث، شایع است با وجود شیوع بالای حوادث خفیف، مرگ به علت حادثه از علل مرگ و میر این گروه می‌باشد. در این مرحله موضوع هویت جنسی و نمایش رفتارهای متناسب با جنس نیز مطرح است.

بلوغ (Adolescence)

مرحله بلوغ در بین مراحل تکاملی، شاید بحرانی‌ترین و پرتغییرترین دوران می‌باشد و بدن متحمل یک متامورفیزم واقعی می‌گردد. رشد سریع و تغییرات همه‌جانبه، فرد جوان را به طور سریع و اساسی متأثر می‌سازد. از جهتی برای بکار بردن اصطلاح مرحله بلوغ با توجه به تغییرات وسیع بهتر است از انفجار استفاده شود. از نظر

روانی اجتماعی، ویژگی‌های این دوره بطور واضح شامل جدا شدن از خانواده، تکامل هویت فردی، تکامل هویت جنسی، شروع وابستگی به دوستان (بجای خانواده) و شروع طراحی روش‌هایی برای جلب حمایت دوستان است. فرآیند تکامل خودشناسی اغلب یکی از تظاهرات استرس‌زا برای نوجوان می‌باشد. نکته جالب این است که دقیقا وقتی والدین تلاش می‌نمایند که نوجوان مستقل از خانواده شود، نوجوان بیشتر به دوستانش وابسته می‌شود. تکامل جنسی در این دوران مطرح می‌گردد. بیشتر جوانان کشورهای غربی در مقطع دبیرستان فعالیت جنسی را آغاز می‌نمایند به این جهت میزان حاملگی ناخواسته و ابتلاء به HIV در سنین ۱۹-۱۳ سال در این کشورها در حد بالایی می‌باشد.

در نوجوانان نیز مانند کودکان بزرگتر مشخص نمودن محدودیت‌ها و استانداردها مورد نیاز است و شرکت آنها در کارهای جمعی و مشارکت‌های اجتماعی افزایش می‌یابد و باید آموزش‌های لازم در مورد عوامل خطرآفرین مانند حوادث، استفاده از الکل و مواد مخدر و ... به آنان ارائه گردد.

دوران جوانی (Young Adulthood)

گاهی اوقات تکامل از این مرحله به بعد بسیار کند می‌گردد اما واضح است که در مراحل بعدی زندگی مهارت‌های مهم تکاملی اتفاق می‌افتد. اریکسون این مرحله را کسب مهارت و توانایی ایجاد ارتباط و دوستی عمیق یا مودت (intimacy) می‌داند. پیدا کردن یک شریک زندگی، ارتباط با زندگی او و انتظارات او و صحبت کردن در مورد زمان داشتن فرزند از جنبه‌های بسیار مهم این مرحله می‌باشد و در این زمان است که فرد برای تشکیل خانواده و تطابق با اعضای خانواده همسر آماده می‌گردد.

در دوران جوانی تفکرات در مورد نحوه زندگی شخصی عمیق می‌شود و با ازدواج و یا ایجاد یک رابطه حمایتی (در خانواده‌های غیرسنتی) این مرحله کامل می‌گردد. امروزه بطور معمول هم زن و هم مرد روش‌های کسب درآمدهای اقتصادی را در این مرحله به دست می‌آورند. خانم‌ها اغلب ترجیح می‌دهند که وقت خودشان را صرف فرزندان، همسرانشان یا وابستگان نمایند.

تفاوت‌های بسیار وسیعی در انتخاب نوع خانواده و روابط افراد وجود دارد. ۲۵٪ همه خانوارها را خانواده‌های سنتی تشکیل می‌دهند و هنوز در جوامع، این حالت، طبیعی (نرم) و معمول محسوب می‌شود. در حالیکه خانواده‌هایی هستند که فقط روابط آنها حمایتی است یا مسئولیت فرزند با یکی از والدین است که به خانواده‌های تک والد (Single parents) معروفند.

میانسالی (Middle Age)

اریکسون این دوره را تضاد بین رکود و تولید می‌داند. در این دوران نقش‌های شغلی و اجتماعی شخص تثبیت می‌گردد. خط مشی کلی خانواده ثابت می‌گردد و زمانی است که وضعیت اقتصادی و شخصیتی کامل می‌شود و فرد به اهداف زندگی خود می‌رسد. مهمترین حالت تطابق فرد با مسئولیت‌های جدید، بویژه نقش‌های مدیریتی در شغل یا ارتقاء شغلی پیش می‌آید. با برنامه‌های ورزشی، مذهبی یا اجتماعی بیشتر درگیر می‌شود. وقتی که فرزندان خانه را ترک می‌کنند والدین احساس خالی بودن خانه را دارند (بخصوص خانم‌ها)، در این مرحله

وقایعی مانند یائسگی، تجربه داشتن نوه، تغییرات بدن و ... مطرح است. در سنین ۴۰-۵۰ سالگی فرد خود را با تغییرات بدنی این سالها تطابق می‌دهد. افزایش وزن، تغییرات فیزیکی بیماری‌ها، از بین رفتن حالت جوانی و ... را می‌توان نام برد. مهمترین مراقبت‌ها در این مرحله بیماریابی می‌باشد.

دوران از کار افتادگی (Retirement)

این یک پدیده اجتماعی است که تجربیات انسانی نسبتا زیاد است. این دوره اثرات مثبت و منفی دارد. عموماً اگر برای این دوره برنامه ریزی صحیح صورت گیرد همراه با نتایج مثبت خواهد بود. تخصیص زمانی برای ورزش، ارائه آموزش‌ها و تجربیات برای دیگران، ملاقات با فرزندان و نوه‌ها و مسافرت می‌تواند شرایط مناسبی برای فرد ایجاد نماید. در این مرحله مردها بیشتر به توانایی‌های شغلی و تولیدی خود پی می‌برند و تمایل دارند که خارج از منزل هم کاری داشته باشند در حالیکه خانم‌ها دوست دارند کار خارج از منزل خودشان را ترک نمایند. جنبه‌های منفی این دوره وجود عوامل خطر و بیماری‌های آنها می‌باشد و توانایی افراد برای بسیاری از کارها کاهش می‌یابد.

دوران پیری (Old Age)

بیشتر مردم تصورشان در مورد پیری، تصور نادرستی است و جنبه منفی دارد و حتی بعضی از منابع، ویژگی‌های این مرحله را بصورت شروع قطع وابستگی‌ها، آماده شدن برای ناتوانی‌ها، بیماری‌ها و مرگ، ذکر می‌کنند. تغییرات مشخص در بدن در این مرحله بسیار زیاد می‌باشد و در واقع توانایی فرد در مقابله با این تغییرات، تعیین کننده اثرات و جنبه‌های مثبت سال‌های آخر عمر می‌باشد.

در این گروه سنی تفاوت‌های فیزیولوژیکی و اجتماعی فراوانی وجود دارد که خود ناشی از عوامل اجتماعی، تفاوت تجربیات و تعریف افراد از عمر می‌باشد. آموزش‌های قبلی و سلامت فرد هنگام ورود به این دوران نقش مهمی در حفظ سلامت در سال‌های آخر عمر دارد.

از جنبه‌های مثبت این دوران این است که فرد خودش معتقد باشد که عمر مفیدی داشته است و یا داشتن فرزندان و نوه‌های موفق برای بعضی مهم است و برای عده‌ای داشتن مناصب مختلف و یا کتاب‌های نوشته شده و دیگر فعالیت‌ها مطرح می‌باشد. در سال‌های اول دوران کهنسالی، اغلب احساس خوشبختی، اثر مثبت دارد در حالیکه در سال‌های آخر، احساس رضایت و موفقیت و یا عبارتی رسیدن به اهداف، مهم می‌باشد.

۵۰٪ افراد بالای ۷۵ سال قادر به انجام فعالیت‌های روزمره شخصی نیستند و افراد پیرتر بطور مشخصی با این ناتوانی، خودشان را تطبیق می‌دهند و عده‌ای دیگر منتظرند که با مراقبت‌های پزشکی قابلیت آن‌ها افزایش یابد. شایعترین مشکلات آنها کاهش توانایی و ظرفیت فیزیکی، اعمال شخصی، تغییرات حافظه، بروز بیماری‌ها و ارتباط با اعضاء خانواده می‌باشد. در بعضی از جوامع، شیوع خودکشی در این گروه بالاست و معمولاً در افراد مجرد و تنها رخ می‌دهد و ۳۰٪ آنان گرفتار افسردگی می‌شوند. شایان ذکر است که در پزشکی نیاکان و فرهنگ اسلامی ایران، دوران سالخوردگی در واقع دوران بهره برداری از مطالعات و تجربیات چندین ساله است که شرح مفصل آن

به صورت گفتار جداگانه‌ای در این کتاب ارائه گردیده است.

عوامل خطر سلامت در بهداشت خانواده

عواملی نظیر کمبود تغذیه مادر و کودک، عدم تغذیه با شیر مادر، عوامل خطر مرتبط با رژیم غذایی و فعالیت فیزیکی، بهداشت جنسی و باروری را می‌توان نام برد. البته خطرات شغلی، مواد اعتیادآور، خطرات محیطی و اقدامات سوء رفتار و خشونت نیز بر پیکره سلامت خانواده آسیب وارد می‌کنند نتایج اصلی از خطر مرگ و میر قابل انتساب به این خطرات سال‌های از دست رفته زندگی و DALY (Disability Adjusted Life Year) یا سال‌های تعدیل شده زندگی بر حسب ناتوانی، محاسبه می‌شود.

بسیاری از مردم کشورهای در حال توسعه بخصوص زنان و کودکان از کمبود تغذیه و اساساً کمبود پروتئین انرژی رنج می‌برند که عوارض جانبی آن کمبود ریزمغذی‌هایی مانند ید، آهن، ویتامین A و روی و کم‌وزنی می‌باشد.

کمبود تغذیه به عنوان وضعیت ضعیف آنتروپومتریک، تعریف می‌شود که عمدتاً حامل رژیم غذایی ناکافی و عفونت‌های مکرر است. از مشکلات معمول کشورهای در حال توسعه که همه افراد در سنین مختلف و عمدتاً کودکان زیر ۵ سال بخصوص ۲۴-۶ ماه در معرض این خطر هستند حدود ۲۷٪ کودکان زیر ۵ سال کم‌وزن هستند کودکان کم‌وزن در خطر بیشتر مرگ ناشی از اسهال و پنومونی قرار دارند و خطر مرگ این کودکان بالاتر است (از نوع شدید تا خفیف) و مطالعات نشان می‌دهد که ۷۰-۵۰٪ بار بیماری‌های اسهالی، مالاریا، عفونت‌های حاد تنفسی در کودکی مربوط به تغذیه است.

کمبود ید

احتمالاً شایع‌ترین علت منفرد قابل پیشگیری عقب ماندگی ذهنی و آسیب مغزی کمبود ید است. کورتینیسیم بومی نوعی عقب ماندگی ذهنی عمیق ناشی از این کمبود که طیف وسیعی از ناهنجاری‌ها را تشکیل می‌دهد که با پایین آمدن متوسط وزن هنگام تولد افزایش مرگ و میر نوزادی، ناهنجاری شنوایی، اختلال مهارت‌های حرکتی و تعیین عملکرد عصبی همراه است و یا تجویز روغن یددار خوراکی یا عضلانی اضافه کردن ید به آب یا نمک (متداول‌ترین راه) قابل کنترل است.

کمبود آهن

آهن در تمامی بافت‌های بدن برای فعالیت‌های پایه‌ای سلولی بخصوص در عضله مغز و گلبول قرمز خون نقش اساسی دارد. کم‌خونی بعنوان نماد فقر آهن شدید که بر عملکرد بافت‌ها تأثیر می‌گذارد بکار می‌رود. فقر آهن شایع‌ترین موارد کمبود مواد مغذی در دنیاست که حدود ۲ میلیارد نفر را گرفتار کرده است به دلیل نیاز به آهن در شرایط خاص کودکان کم‌سن، زنان باردار و زنانی که تازه زایمان کرده‌اند با شیوع و شدت بیشتری به فقر آهن دچار می‌شوند. حدود یک پنجم مرگ و میر حول و حوش زایمان و یک دهم MMR کشورهای در حال توسعه قابل انتساب به آهن است. کم‌خونی فقر آهن در سال‌های آغازین کودکی باعث کاهش هوش، در اواسط

کودکی و در شدیدترین حالت خود ممکن است عقب ماندگی خفیف ذهنی ایجاد نماید. در مجموع ۰/۸ میلیون مرگ سراسر دنیا قابل انتساب به آهن است و زنان با شیوع بیشتری مبتلا می‌گردند.

کمبود ویتامین A

ویتامین A یکی از مواد مغذی اساسی لازم برای حفظ سلامت چشم و بینایی، رشد، عملکرد ایمنی و بقا می‌باشد عواملی مانند کمبود ویتامین A در غذا سوء جذب و افزایش دفع ناشی از بیماری‌های شایع می‌تواند باعث کمبود شوند. کمبود شدید با **اگزوفتالمی** کلاسیک و آسیب قرنیه مشخص می‌شود کودکان زیر ۵ سال و زنان سنین باروری در معرض خطر بیشتر هستند ۲۱٪ تمامی کودکان از کمبود ویتامین A (بر اساس پایین بودن غلظت سرمی ریتانول) رنج می‌برند. حدود ۰/۸ میلیون (۱/۴٪) موارد مرگ در سراسر دنیا ناشی از وجود ویتامین A می‌باشد.

کمبود روی

کمبود روی با ناکافی نبودن میزان آن در رژیم یا جذب ناکافی و یا از دست رفتن روی حین اسهال میتواند ایجاد شود. سطوح بالای مهارکننده‌های جذب روی (فیبروفیتات‌ها) در رژیم غذایی به جذب پایین می‌انجامد و در رژیم غذایی با منابع گیاهی چون غنی از فیتات است میزان توصیه شده روی بالاست. کمبود روی با مشخصه قد کوتاه، هیپرگنادیسم، اختلال عملکرد ایمنی، اختلالات پوستی، نقص عملکرد شناختی و بی‌اشتهایی برآورد می‌شود. یک سوم جمعیت دنیا مبتلا به کمبود روی هستند. کمبود شدید نادر است کمبود خفیف و متوسط وجود دارد. در مجموع ۱/۴٪ (۰/۸ میلیون) از موارد مرگ دنیا به کمبود روی نسبت داده شده است.

عدم تغذیه با شیر مادر

شیر مادر بعنوان غذای مطلوب با ترکیبات متناسب با سن و نیازها و حاوی کلیه مواد معدنی مغذی و ایمنی مورد لزوم کودک مطرح است و توصیه WHO، تغذیه انحصاری (فقط شیر و داروها) در ۶ ماه اول است اما در مجموع میزان تغذیه انحصاری پایین است. عدم تغذیه با شیر مادر بخصوص (Exclusive Breast Feeding (EBF) از عوامل خطر مهم برای ناتوانی‌ها و مرگ و میرهای دوران نوزادی و کودکی است که در کشورهای در حال توسعه عمدتاً از بیماری‌های اسهالی و عفونت‌های حاد تنفسی ناشی می‌شود. تغذیه با شیر مادر برای تکامل دستگاه عصبی بخصوص در نوزادان نارس، با وزن پایین تر هنگام تولد و نوزادان کوچک برای سن بارداری دارای اهمیت است.

دیگر عوامل خطر مرتبط با رژیم غذایی و فعالیت فیزیکی

فشار خون بالا

افزایش فشارخون، تقریباً همواره بدون علامت است ولی تغییرات ساختاری در شریان‌های خون رسان

قلب، مغز، کلیه و دیگر قسمت‌ها ایجاد می‌کند که خطر سکته مغزی، بیماری‌های ایسکمیک قلب، نارسایی کلیه و سایر بیماری‌ها را در بر دارد که این نتایج فقط مربوط به فشارخون بسیار بالا نیست بلکه با فشارخون متوسط یا پایین تر هم ممکن است عارض شود. اصلاح پدیدترین علل فشارخون بالا عبارتند از رژیم غذایی مناسب (عدم مصرف نمک) میزان ورزش، سن، چاقی وافر و نوشیدن الکل. ۶۲٪ بیماری‌های مغزی و عروقی و ۴۹٪ بیماری‌های ایسکمیک قلبی به نامطلوب بودن فشارخون (سیستول بیش از ۱۱۵ mmHg) قابل انتساب است که حدود ۰/۷/۱ میلیون مرگ یا ۱۳٪ کل موارد مرگ را شامل می‌شود.

کلسترول بالا

کلسترول موجود در بدن در کبد و با استفاده از انواع مختلف غذاها ساخته می‌شود رژیم غذایی مملو از چربی اشباع شده، وراثت و مشکلات متعدد متابولیک نظیر دیابت شیرین بر مقدار کلسترول تأثیر می‌گذارند، مقدار کلسترول با افزایش سن بالا می‌رود بعد از میانسالی تثبیت می‌شود. کلسترول از اجزاء کلیدی آترواسکلروز است که از تجمع ذرات چربی در لایه داخلی شریان‌ها پدید می‌آید و خطر بیماری‌های ایسکمیک قلب، سکته مغزی ایسکمیک و دیگر بیماری‌های عروقی را بالا می‌برد. کلسترول بالا عامل ایجاد ۱۸٪ بیماری‌های عروقی مغزی غیرکشنده و ۵۶٪ بیماری‌های ایسکمیک قلب است و ۷/۹٪ از کل موارد مرگ دنیا را شامل می‌شود.

چاقی، اضافه وزن و بالا بودن شاخص توده بدنی

شیوع اضافه وزن و چاقی عموماً با استفاده از شاخص توده بدنی ارزیابی می‌شود. WHO، BMI ۲۵ و بالاتر را برای تعریف اضافه وزن و BMI ۳۰ و بالاتر را چاقی مطرح کرده است و متوسط این شاخص در بالغین آسیا و آفریقا کمتر از آمریکای شمالی و اروپا است. در کهنسالان هم این شاخص افزایش می‌یابد و بیش از ۱ میلیارد نفر در دنیا اضافه وزن داشته و ۳۰۰ میلیون نفر دچار چاقی هستند. اضافه وزن و چاقی به عوارض نامطلوب متابولیک بر فشارخون، کلسترول و تری گلیسیریدها و مقاومت در برابر انسولین می‌انجامد. خطر بیماری کرونری قلب، سکته‌های ایسکمیک با افزایش BMI تدریجاً بالا می‌رود. BMI بالا خطر سرطان پستان، کولون، پروستات، آندومتر، کلیه و کیسه صفرا را هم افزایش می‌دهد. (ناشی از تغییرات هورمونی) ۵۸٪ موارد دیابت شیرین در جهان و ۲۱٪ بیماری‌های ایسکمیک مربوط به BMI بالای 21 kg/m^2 می‌باشد.

مصرف کم میوه و سبزی‌ها

میوه‌ها و سبزی‌ها از اجزاء مهم رژیم غذایی سالم هستند و در پیشگیری بسیاری از بیماری‌های عمده نظیر بیماری‌های قلبی - عروقی و برخی سرطان‌ها کمک می‌کنند. عوامل مسئول آنتی اکسیدان‌ها و ریزمغذی‌های کاروتینوئید، ویتامین C، اسید فولیک و ... می‌باشد. مصرف میوه و سبزی تا حدی منعکس کننده فضای فرهنگی اقتصادی و کشاورزی کشورها است. سطح مصرف بر حسب گرم بر فرد در روز در نقاط مختلف دنیا تا ۲ برابر اختلاف دارد. ۴۵۵ gr/day در اروپا.

عدم فعالیت فیزیکی

مردم در چهار حوزه عمده زندگی فرصت فعالیت دارند: ۱- کار (بخصوص کار بدنی)، ۲- رفت و آمد با دوچرخه یا پیاده، ۳- وظایف خانگی مثل کارهای منزل و ۴- اوقات فراغت (شرکت در فعالیت ورزشی) تعریف عدم فعالیت فیزیکی عبارتست از فعالیت کم یا عدم فعالیت در هر یک از ۴ حوزه مقیاس استاندارد برای فعالیت فیزیکی و اطلاعات در دسترس نیست. حدوداً ۱۵٪ بالغین در دنیا در گروه عدم فعالیت قرار دارند. فعالیت فیزیکی با بهبود متابولیسم گلوکز و کاهش چربی و فشارخون خطر بیماری‌های تنفسی و دیابت را کاهش می‌دهد. عدم فعالیت فیزیکی باعث ۱/۹ میلیون مرگ در دنیا می‌شود.

سلامت جنسی و باروری

عوامل خطر در حیطه سلامت جنسی و باروری از چند راه بر رفاه و سلامت افراد تأثیر می‌گذارد. بیشترین خطر، از روابط جنسی غیرایمن نشأت می‌گیرد که به HIV منجر می‌شود. البته نتایج بالقوه زیان بار نظیر STD و حاملگی ناخواسته و عواقب ناشی از خشونت جنسی در دیگر قسمت‌های این گفتار، گنجانده شده‌اند.

روابط جنسی غیرایمن

HIV/AIDS چهارمین عامل بزرگ مرگ و میر در دنیاست. در حال حاضر ۲۸ میلیون نفر (۷۰٪) از ۴۲ میلیون مورد ابتلاء در آفریقا متمرکز شده‌اند ولی همه‌گیری در دیگر نقاط جهان به سرعت در حال رشد است. امید به زندگی در زمان تولد در آفریقا ۴۷ سال است که بدون HIV حدود ۶۲ سال می‌باشد. به علت عدم اطلاع اکثر افراد مبتلا پیشگیری و کنترل دشوارتر است. جنبه کافی اعمال جنسی پرخطر عبارتند از: تعداد شرکای جنسی، سرعت تغییر شرکای جنسی، تعداد شرکای جنسی، نوع فعالیت جنسی. بررسی این رفتارها دشوار است و غالباً افراد پرخطر از قلم می‌افتند ۲/۹ میلیون یا ۵/۲٪ مرگ‌ها در دنیا قابل انتساب به روابط جنسی غیرایمن می‌باشد.

عدم پیشگیری از حاملگی ناخواسته

علت بارداری ناخواسته، عدم استفاده یا استفاده ناکارآمد از روش‌های پیشگیری از بارداری است بررسی‌های جمعیت شناختی، نشان می‌دهد که زنان ۲۹-۱۵ ساله که در حال حاضر از روش‌های مدرن استفاده می‌کنند حدود ۶۲٪-۸٪ در مناطق مختلف دنیا است و در زنان ۳۰-۴۴ ساله استفاده از روش‌های مدرن کمی بالاتر است. با فرض دسترسی همه افراد به روش‌های بارداری ناخواسته پیامدهایی مانند سقط، سقط غیرایمن و مرگ و میر مادران به حداقل ممکن خواهد رسید. در سطح دنیا بارداری‌های بدون طرح قبلی مسئول ۹۰٪ از تولدهای ناخواسته و مابقی موارد از شکست روش پیشگیری ناشی شده‌اند. عدم پیشگیری از بارداری باعث حدود ۱۴۹۰۰۰ (۰/۳٪) مورد مرگ می‌باشد.

شاخص‌های بهداشت خانواده و روند تغییرات آنها در ایران و جهان

برآیند برنامه‌های اجرایی و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در زمینه‌های مختلف از جمله بیماری‌های

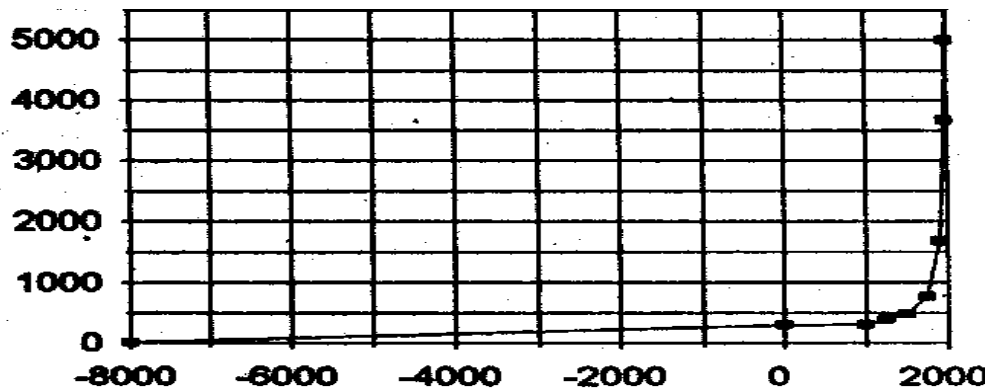
شایع کودکان، ارتقاء خدمات دوران بارداری و زایمان، بهداشت باروری و ... از طریق شاخص‌هایی سنجیده می‌شوند که همواره اثرپذیر عملکرد سایر ارکان توسعه نیز هستند. شاخص‌هایی چون میزان‌های بروز مرگ، میزان‌های ابتلاء، رفتار باروری و ... تحت تأثیر سطوح مختلف توسعه اجتماعی و اقتصادی قرار دارند. میزان‌هایی چون اشتغال و بیکاری، تحصیلات، مهاجرت و ... بر شاخص‌های بهداشت خانواده تأثیر دارند.

شاخص‌های بهداشت خانواده

- الف) شاخص‌های جمعیتی مانند ترکیب سنی جنسی، سواد، اشتغال، مهاجرت
 - ب) شاخص‌های باروری (میزان موالید) باروری کلی و عمومی، باروری اختصاصی سنی
 - ج) شاخص‌های استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری، کمیت و کیفیت خدمات
 - د) میزان‌های مرگ و میر مادران، مرگ و میر کودکان زیر یک‌سال و زیر ۵ سال
 - ه) شاخص پوشش مراقبت‌های دوران بارداری، مراقبت کودکان و مراقبت‌های زایمان و خدمات زایمان
- شاخص‌های جمعیتی با دامنه وسیع از جمله تعداد، توزیع، ترکیب و ساخت جمعیت و رشد جمعیت که از عمده مباحثی است که در بخش مربوطه بطور کامل آورده شده است.

روند کلی تحول جمعیت در ایران و جهان

رشد جمعیت دنیا از گذشته دور تا کنون مراحل ماندگار قبل از پیدایش کشاورزی، مرحله بعد از پیدایش کشاورزی و مرحله بعد از انقلاب صنعتی را گذرانده که هر مرحله تحول اساسی در روند رشد جمعیت رخ داده است. اعتبار برآورد جمعیت در گذشته‌های دور و نسبت به دو قرن اخیر کمتر و بر اساس استنباطها در مورد



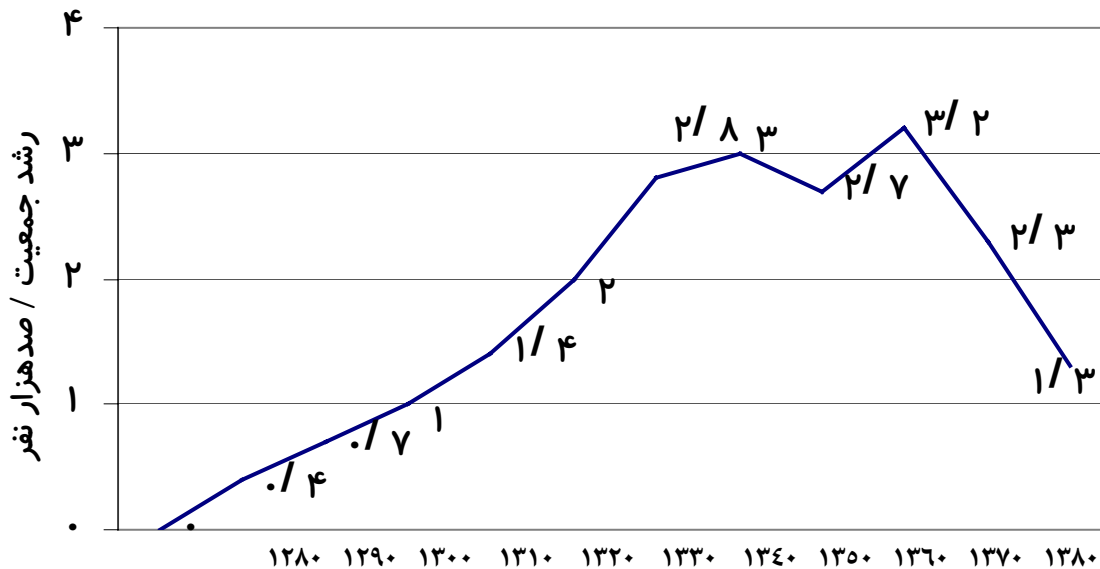
نمودار ۱ - روند کلی تغییرات درازمدت جمعیت دنیا از زمان پیدایش کشاورزی تا سال ۲۰۰۰ میلادی

تعداد و تراکم تقریبی جمعیت صورت گرفته است. آنچه مسلم است اینکه جمعیت سنی ۱۰-۵ میلیون قبل از پیدایش کشاورزی به حدود ۳۰۰ میلیون نفر برای سال صفر میلادی برآورد شده است و این جمعیت در طول یک

هزاره حدوداً ثابت مانده است که عللی چون مرگ و میر بالای ناشی از بیماری‌ها مطرح است و پس از آن روند کلی تغییرات دنیا طبق نمودار ۱ می‌باشد.

از اواخر قرن هیجدهم و در قرن نوزدهم میلادی رشد جمعیت در قاره اروپا و آمریکا و متعاقب آن در قرن حاضر در آسیا، آفریقا و آمریکای لاتین شتاب بی سابقه‌ای می‌گیرد. بطوری که تا قرن هیجدهم رشد سالانه حدود صفر در فاصله سال‌های ۱۷۵۰ تا ۱۸۵۰ میلادی حدود ۰/۷ درصد و بین سال‌های ۱۹۵۰ تا ۱۹۷۵ حدود ۲٪ و در آستانه ورود به قرن بیست و یکم رشد جمعیت دنیا حدود ۱/۵٪ می‌باشد که با این وضع جمعیت دنیا در کمتر از نیم قرن به دو برابر مقدار فعلی (حدود ۶/۵ میلیارد) می‌رسد (۳).

ایران نیز در حال حاضر شانزدهمین کشور پرجمعیت جهان است. جمعیت ایران در اوایل قرن بیستم، کمتر از ۱۰ میلیون نفر و طبق اولین سرشماری در سال ۱۳۳۵ حدود ۱۹ میلیون نفر بوده است. رشد جمعیت ایران طبق نمودار شماره ۲ می‌باشد و در طی یک دوره ۹۵ ساله جمعیت کشور حدود ۶ برابر شده است. طبق آخرین سرشماری جمعیت ایران حدود ۶۰ میلیون محاسبه شده است ولی براساس برآورد آماری WHO (سال ۲۰۰۲) در حال حاضر جمعیت کشور بالغ بر ۶۹ میلیون نفر می‌باشد. (رشد حدود ۱/۵٪ و میانه سنی حدود ۱۹/۴). ضمناً روند رشد جمعیت کشور در جدول ۲ نشان داده شده است.



نمودار ۲ - روند رشد جمعیت در ایران

وضع سواد و تحصیلات

نسبت باسوادان در جمعیت ۶ ساله و بالاتر کشور ایران در سال ۱۳۷۵ که بیش از ۷۹/۵٪ (مردان بیش از زنان) و طبق آمار سال ۱۳۷۹ حدود ۸۱/۴٪ است (مردان بیش از زنان) و این رقم در مقایسه با کشورهای

پرجمعیت جهان سوم بسیار بالاست هر چند بیش از ۸۱٪ جمعیت ۶ ساله و بالاتر باسواد هستند اما متوسط سطح سواد حدود کلاس پنجم ابتدایی است هنوز حدود نیمی از زنان و دختران روستایی مناطق محروم کشور بی‌سواد هستند.

از ویژگی‌های عمده توسعه سواد، افزایش تعداد افراد دارای تحصیلات عالی می‌باشد بطوریکه در سال ۱۳۵۵ این تعداد ۲۸۳ هزار نفر و در سال ۱۳۷۵ این تعداد با حدود ۵/۲ برابر افزایش (۱۵۰۵۰۰۰ نفر) رقم بالایی را شامل می‌شود.

گرچه ارتقاء سطح تحصیلات در جمعیت، عامل بسیار مهمی است لیکن افزایش سریع‌تر سطح سواد زنان در ارتقاء آنان و بهینه شدن زندگی از اهمیت بالایی برخوردار است.

وضع اشتغال

وضع اشتغال، طبق آمار جمعیت ۶۵-۱۰ سال را جمعیت واقع در سنین کار و فعالیت در ایران می‌دانند که عده‌ای به لحاظ اقتصادی فعال و عده‌ای غیرفعال هستند. طبق سرشماری سال ۱۳۷۵، ۳/۳۵٪ از جمعیت ۱۰ سال به بالا فعال به لحاظ اقتصادی بوده‌اند که این آمار در سال ۱۳۳۵، ۵/۴۷٪ بوده که بتدریج کاهش یافته است طبق آمار سال ۱۳۷۹، ۲/۵۵٪ مناطق شهری و ۳/۵۹٪ مناطق روستایی شاغل و بقیه بیکار و یا محصل بوده‌اند.

سن ازدواج

در ایران نیز مانند اغلب کشورهای در حال توسعه عمومیت ازدواج بالاست در سرشماری سال ۱۳۷۵ درصد افراد هرگز ازدواج نکرده ۴۵-۴۰ ساله از ۱/۷٪ برای مردان و ۱/۶٪ برای زنان تجاوز نمی‌کرد. پیش‌رسی ازدواج در زنان ۱۹-۱۵ ساله در طول زمان کاهش یافته بطوریکه در طول ۴۰ سال (از ۱۳۳۵ تا ۱۳۷۵) از ۴۱٪ به ۱۷/۹٪ و در سال ۷۹ به ۱۶/۹٪ رسیده است و ازدواج زنان در سنین ۱۴-۱۰ سال حدود ۱/۳ در کل می‌باشد. اگر چه سن ازدواج افزایش یافته است اما تفاوت سن ازدواج در بین زن و مرد از حدود ۸ سال در سال ۱۳۴۹ به حدود ۴-۵ سال در ۱۳۷۹ کاهش یافته است.

طی ۳۰ سال اخیر سن ازدواج مردان فقط ۲-۱ سال افزایش یافته در حالیکه در زنان این افزایش در حدود ۶-۵ سال بوده است. در دهه ۱۳۵۹-۱۳۴۹ سن ازدواج مردان تغییر نکرده در صورتی که برای زنان ۳ سال افزایش یافت.

شاخص‌های باروری

برای شناخت سطح باروری، شاخص‌های مختلفی مانند میزان خام موالید، میزان باروری عمومی، میزان باروری کلی و میزان تجدید نسل اشاره کرد. میزان باروری عمومی GFR شدت موالید را در بین زنان واقع در سنین باروری (۴۹-۱۵ ساله) می‌سنجد و اگر برای گروه‌های سنی ۵ ساله از ۴۹-۱۵ سال این محاسبه انجام شود و تعداد موالید هر گروه سنی از زنان را به میانگین تعداد زنان در همان سال تقسیم کنند میزان باروری اختصاصی سنی (Age Specific Fertility Rate) ASFR را نشان می‌دهد که به عبارتی بیانگر الگوی باروری در یک

جامعه می‌باشد. بطور مثال :

$$ASFR = \frac{\text{موالید گروه سنی ۲۰-۲۴}}{\text{میانگین زنان ۲۰-۲۴ ساله}}$$

میزان باروری کلی یا TFR (Total Fertility Rate) در واقع نشان می‌دهد که یک زن در تمام طول دوران باروری خود چند فرزند زنده بدنیا خواهد آورد که از طریق محاسبه میزان باروری اختصاصی سنی محاسبه می‌شود.

$$TFR = \frac{\sum ASFR \times 5}{1000}$$

سطح باروری جمعیت ایران در گذشته بسیار بالا بود بطوریکه در مطالعات باروری کشورهای مختلف سطح باروری ایران در طول سال ۱۳۴۵ یکی از بالاترین سطوح باروری زنان حتی در بین کشورهای در حال توسعه را نشان می‌دهد.

اولین مطالعه در مورد سطح باروری زنان کشور (مرکز آمار ایران ۱۳۶۳) در سال ۱۳۵۲ میزان مولید را ۴۱/۸ در هزار و میزان باروری کلی ۶/۲۵ فرزند را نشان می‌داد. به علت ترک سیاست‌های کنترل مولید از سال ۱۳۵۷ تا سال ۱۳۶۸ سطح باروری به شدت افزایش یافته بطوریکه نتایج سرشماری سال ۱۳۶۵ میزان باروری کلی زنان کشور ۶/۳۲ فرزند بدست آمد که باز هم یکی از بالاترین سطوح باروری زنان در بین کشورهای مختلف جهان بوده است از سال ۱۳۶۸ به دلیل اقدامات وسیع در زمینه کنترل جمعیت و افزایش سطح سواد و آگاهی جامعه سطح باروری رو به کاهش نهاد بطوریکه در سال ۱۳۷۵ این عدد بین ۲/۶۶ تا ۴/۰۳ گزارش شد و طبق آخرین آمار رسمی کشوری میزان باروری عمومی ۱/۳ ± ۶۱/۰ و میزان باروری کلی در متوسط شهر و روستا ۲/۰ می‌باشد.

میزان باروری کلی در سال ۱۹۹۱ در دنیا از حدود ۸ در کشور نیجر تا حدود ۱/۳ در پایین ترین میزان در کشور ایتالیا بوده است در حالیکه میزان باروری کلی در دنیا کاهش یافته و بطور متوسط حدود ۱/۵ می‌باشد هنوز طبق آمار ۲۰۰۱ سازمان جهانی بهداشت در کشور نیجر باروری کلی حدود ۸ می‌باشد در حالیکه کشورهایمانند اسپانیا، لاندی و بلغارستان این میزان حدود ۱/۱ گزارش شده است و طبق آمار سال ۲۰۰۱ سازمان جهانی بهداشت با برآوردهای این سازمان، باروری کلی ایران ۲/۹ گزارش شده است.

بالا بودن چشمگیر باروری اختصاصی سنی در گروه سنی ۳۵ سال و بالاتر در بعضی استان‌ها نشانه نیاز جدی به توسعه خدمات تنظیم خانواده در این گروه است.

منابع

- ۱ - زنجانی، حبیب الله، ۱۳۷۷، سطح باروری در ایران و چشم اندازهای آن، مقاله ارائه شده در سمینار آمارهای حیاتی .

۲ - الف) ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت خانواده و جمعیت. ب) یونیسف (Unicef) و صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، سیمای جمعیت و توسعه، وزارت بهداشت، ۱۳۸۱.

3) United Nation, 1988, world population estimates and projections, 1950 – 2025 – New York, pp. 12 – 14.

4) WHO, World Health Report, 2002 WHO .

5) Robert B. Taylor , Alan K. David Thomas, A. Johnson, Jr. D. Melessa Phillips , Joseph E. Scherger , Family medicine springer – verlay, New York, 1997, Fifth Edition, Part I, II.

6) Jeffrey S. Nevid, Spencer A. Rathus, Hannah R. Rubonstin, Health in the new millennium. Worth publishers. New York, 2001.



