

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۱ / گفتار ۱ / دکتر شهلا خسروی، دکتر مریم حاتمی

بهداشت خانواده و روند تغییرات شاخص‌های آن

فهرست مطالب

۲۱۵۷	اهداف درس
۲۱۵۷	خانواده
۲۱۵۸	اصول تأثیر خانواده بر سلامت افراد
۲۱۵۹	انواع خانواده
۲۱۶۰	مراحل مختلف زندگی
۲۱۶۱	دوران شیرخوارگی و کودکی
۲۱۶۱	بلوغ
۲۱۶۲	دوران جوانی
۲۱۶۲	میانسالی
۲۱۶۳	دوران از کار افتادگی
۲۱۶۳	دوران پیری
۲۱۶۴	عوامل خطر سلامت در بهداشت خانواده
۲۱۶۴	کمبود ید
۲۱۶۴	کمبود آهن
۲۱۶۵	کمبود ویتامین A
۲۱۶۵	کمبود روی
۲۱۶۵	دیگر عوامل خطر مرتبط با رژیم غذایی و فعالیت فیزیکی
۲۱۶۷	شاخص‌های بهداشت خانواده و روند تغییرات آنها در ایران و جهان
۲۱۶۷	شاخص‌های بهداشت خانواده
۲۱۶۸	روند کلی تحول جمعیت در ایران و جهان
۲۱۷۵	منابع

خانواده و روند تغییرات شاخص‌های آن

Family health

دکتر شهلا خسروی*، دکتر مریم حاتمی**

*دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران**دانشکده پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی

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.

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 والدین و فرزندان آنان می‌باشد و سلامت افراد تحت تأثیر اصول، ارتباطات، تکامل اجتماعی - شرایط اقتصادی و فرهنگی آن قرار می‌گیرند. اعضای خانواده، مجموعه‌ای از ژن‌های مشترک هستند و به عنوان یک واحد 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 تشکل 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، باید یاری به خانواده برای مراقبت افراد بیمار و نیز حفظ شیوه‌های سالم زندگی مد نظر 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 غیرکلامی خانواده‌ها را شناخت.

۳ - وجود علائم بیماری در خانواده باعث تثبیت عملکرد اعضای خانواده می‌شود. هر چند این علائم و مشکلات نیازمند مداخله همه اعضا نباشد. وقتی بیماری مزمن یا عودکننده در عضوی از اعضای خانواده وجود دارد ممکن است بعضی دیگر از اعضای خانواده نیز در سطوح مختلفی مبتلای به 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 تأثیر، می‌پذیرد و این تأثیرپذیری می‌تواند از طریق بیولوژیکی و یا رفتاری باشد. تأثیر بیولوژیکی خانواده فرد را ممکن است مستعد ابتلاء به بیماری نماید مانند افسردگی؛ کانسرها و یا تأثیر رفتاری مانند پرخوری، عدم تحرک، اعتیاد و الکلیسم از طریق الگوی والدین داشته باشد.

برای کسب موفقیت در بهداشت خانواده، پزشک باید از طریق مشارکت و درگیر کردن اعضای خانواده (Family involvement) با شناخت افراد ذی نفوذ و تأثیر 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
تولد 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 انواع خانواده در شرق و غرب آسیا 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

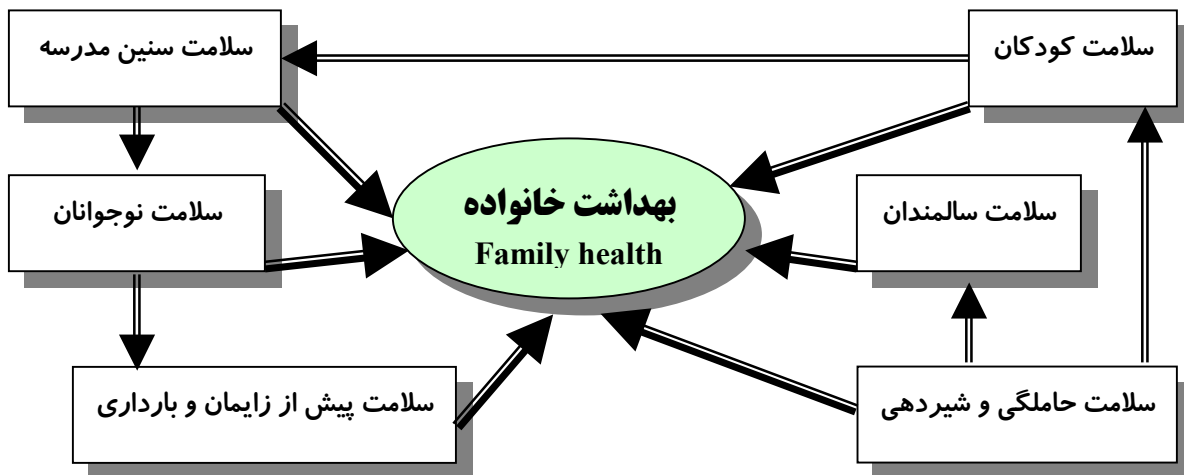
خانواده‌ای که افراد جوان به دلیل نبودن امکانات با نسل‌های قبلی خود به طور موقت زندگی می‌کنند. بدیهی است که انواع مشروع و نامشروع دیگری از خانواده نیز وجود دارد که در جدول ۲ به آن‌ها اشاره شده است.

جدول ۲ - انواع خانواده

خانواده هسته‌ای خانواده گسترده خانواده حاصل از زندگی فرزند با یکی از والدین خانواده ناشی از ازدواج دو جنس همسان خانواده حاصل از زندگی دو نفر زن با یکدیگر خانواده حاصل از زندگی دو نفر مرد با یکدیگر خانواده حاصل از زندگی دو نفر با همدیگر بدون التزام قانونی	Traditional Nuclear Family in Home Extended Family Single parent family Gay family Lesbian family Created family 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 مهمی 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 ماریچی 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 بسرعت 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 دگرگونی واقعی می‌گردد. رشد سریع و تغییرات همه جانبه، 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 دقیقاً 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. /ریکسون 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 غیرسنستی 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 فرزند، همسر یا وابستگان خود 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 و معمول محسوب می‌شود. در حالی که 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)

/ریکسون این دوره را تضاد بین رکود و تولید می‌داند. در این دوران نقش‌های شغلی و اجتماعی شخص تثبیت می‌گردد. خط مشی کلی خانواده ثابت می‌شود و زمانی است که وضعیت اقتصادی و شخصیتی کامل شده 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 و بویژه خانم‌ها احساس خالی بودن خانه را دارند، 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 نسبتاً 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 حالی که 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 به عبارتی رسیدن به اهداف، مهم می‌باشد.

در بعضی از جوامع، حدود 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 گفتر 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 اساسا کمبود پروتئین - انرژی رنج می‌برند که عوارض جانبی آن کمبود ریزمغذی‌هایی مانند ید، آهن، ویتامین A و روی و کم وزنی می‌باشد.

کمبود تغذیه به عنوان وضعیت ضعیف آنتروپومتریک، تعریف می‌شود که عمدتا حامل رژیم غذایی ناکافی و عفونت‌های مکرر است. از مشکلات معمول کشورهای در حال توسعه که همه افراد در سنین مختلف و عمدتا کودکان زیر ۵ سال بخصوص ۲۴-۶ ماه در معرض این خطر هستند حدود ۲۷٪ کودکان زیر ۵ سال کم وزن هستند کودکان کم وزن 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 و عفونت‌های حاد تنفسی در کودکی مربوط به تغذیه است.

کمبود ید

کمبود ید، احتمالا شایع‌ترین علت منفرد قابل پیشگیری عقب ماندگی ذهنی و آسیب مغزی 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 (متداول ترین 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. کم خونی 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 کم سن، 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. کم خونی 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٪ 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 است.

کمبود روی

کمبود روی با ناکافی بودن میزان آن در رژیم غذایی یا جذب ناکافی و یا از دست رفتن روی حین اسهال میتواند ایجاد شود. سطوح بالای مهارکننده‌های جذب روی (فیبروفیتات‌ها) در رژیم غذایی باعث کاهش جذب روی می‌شود و لذا در رژیم غذایی با منابع گیاهی چون غنی از فیتات است میزان توصیه شده روی، بیشتر است. 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 روی، نادر است ولی 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

فشارخون 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 طبق آمار سازمان جهانی بهداشت، شیوع چاقی در سطح جهان، از سال ۱۹۷۵ به بعد، تقریباً ۳ برابر شده است و در سال ۲۰۱۶ بیش از ۱/۹ میلیارد (۳۹ درصد) از افراد ۱۸ ساله و بالاتر، دارای اضافه وزن و ۶۵۰ میلیون نفر (۱۳ درصد) آن‌ها، دچار چاقی بوده‌اند.

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.

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

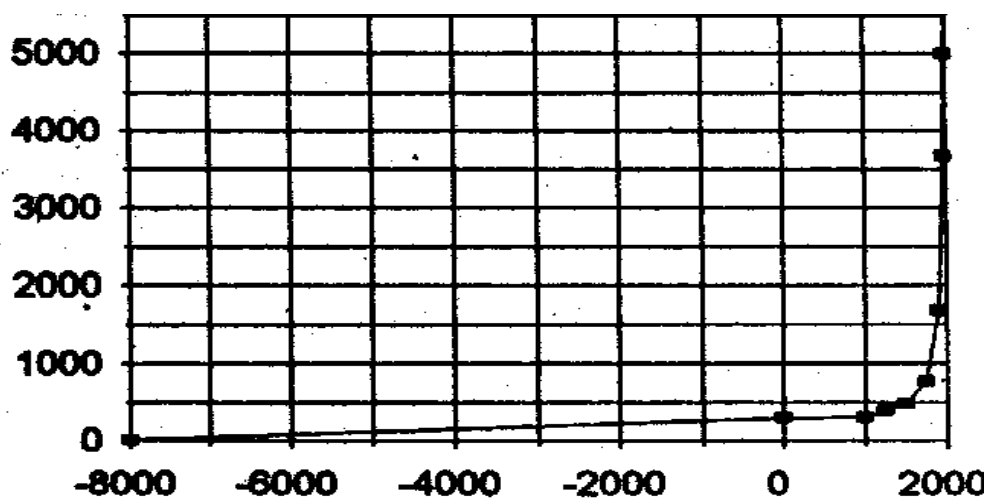
الف) شاخص‌های جمعیتی مانند ترکیب سنی جنسی، سواد، اشتغال، مهاجرت
ب) شاخص‌های باروری (میزان مولید) باروری کلی و عمومی، باروری اختصاصی سنی

ج) میزان‌های مرگ و میر مادران، مرگ و میر کودکان زیر یک‌سال و زیر ۵ سال
د) 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 به‌طور کامل آورده شده است.

روند کلی تحول جمعیت در ایران و جهان

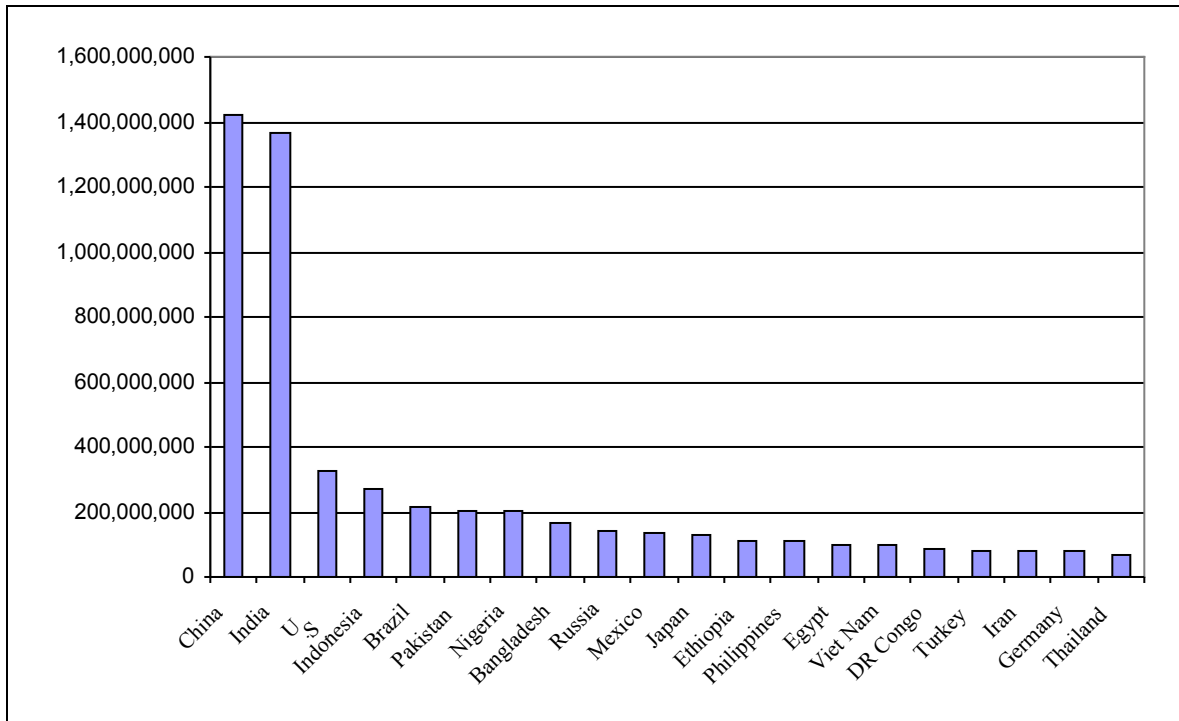
رشد جمعیت دنیا از گذشته دور تا کنون مراحل ماندگاری را در هر مرحله تحول اساسی در روند رشد جمعیت رخ داده است. اعتبار برآورد جمعیت در گذشته‌های دور و نسبت به دو قرن اخیر کمتر و بر اساس استنباطها در مورد تعداد و تراکم تقریبی جمعیت صورت گرفته است. آنچه مسلم است اینکه جمعیت سنی ۱۰-۵ میلیون قبل از پیدایش کشاورزی 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.



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

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 بی‌سابقه‌ای 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 تعداد فعلی می‌رسد.

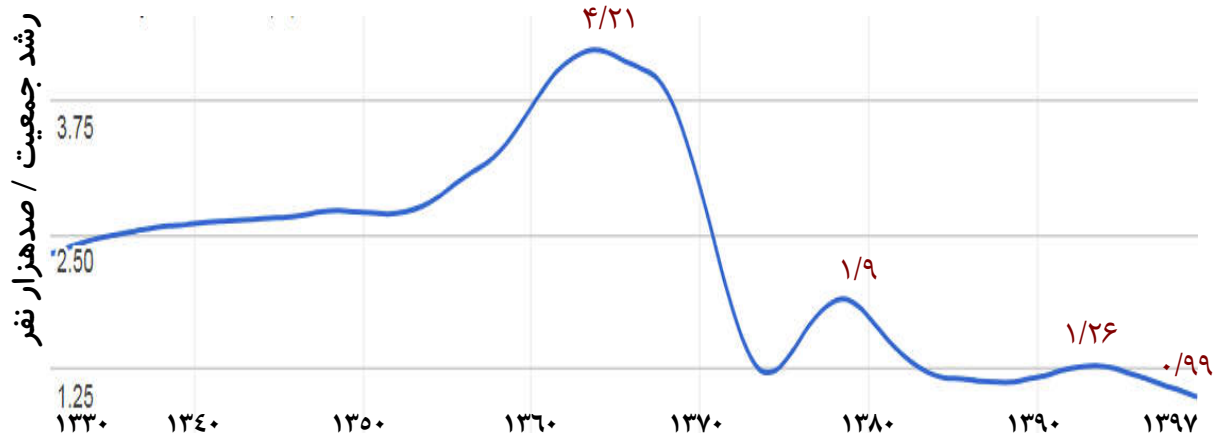
ایران در اوایل سال ۲۰۱۹ میلادی به عنوان هیجدهمین کشور پرجمعیت جهان، شناخته شده است (نمودار ۲). جمعیت ایران در اوایل قرن بیستم، کمتر از ۱۰ میلیون نفر و طبق اولین سرشماری در سال ۱۳۳۵ حدود ۱۹ میلیون نفر بوده است. رشد جمعیت ایران تا سال ۱۳۶۰ شمسی رو به افزایش و از آن زمان به بعد رو به کاهش بوده است (نمودار ۳).



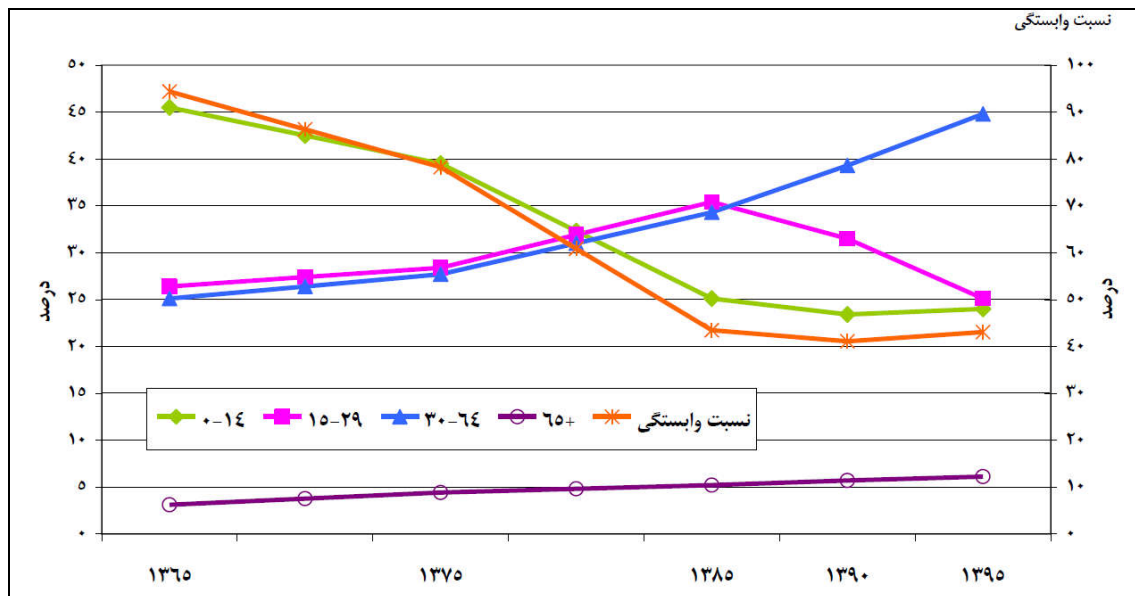
نمودار ۲- ایران به عنوان هیجدهمین کشور در بین ۲۰ کشور پرجمعیت جهان در سال ۱۳۹۷ شمسی

براساس نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال ۱۳۹۰، جمعیت ایران از حدود ۷۵ میلیون و ۱۵۰ نفر به ۷۹ میلیون و ۹۳ هزار نفر در سال ۱۳۹۵ افزایش یافته که ۵۰/۷٪ آنان را افراد مذکر و ۴۹/۳٪ آن‌ها را افراد مونث تشکیل داده و بنابراین نسبت جنسی جمعیت، یعنی تعداد مردان در مقابل ۱۰۰ زن، ۱۰۳ محاسبه شده است. متوسط نرخ رشد، طی ۵ ساله ۹۰-۱۳۸۵ بالغ بر ۱/۲۹ درصد بوده که در سال‌های ۹۵-۱۳۹۰ به ۱/۲۴ درصد کاهش یافته است. نرخ باروری هم طبق آمار سال ۱۳۹۵ حدود ۲/۱۵ فرزند، برآورد شده است و این در حالی است که در سال ۱۳۹۰، بالغ بر ۱/۹ بوده و لذا در سرشماری سال ۱۳۹۵، قدری افزایش یافته است. بیش از ۷۴٪ مردم ایران در شهرها و بقیه در روستاها ساکن هستند. ضمناً پرجمعیت‌ترین شهرهای کشور با بیش از یک میلیون نفر جمعیت در سال ۱۳۹۵ به ترتیب: شامل تهران، مشهد، اصفهان، کرج، شیراز، تبریز، قم و اهواز بوده است.

سهام جمعیت ۱۴-۰ ساله که به نسبت جوانی معروف است تا سال ۱۳۷۵ در حدود ۴۰٪ جمعیت کشور بوده که در سال ۱۳۸۵ به ۲۵ درصد و در سال ۱۳۹۰ به ۲۳/۴ درصد کاهش یافته ولی بار دیگر در سال ۱۳۹۵ به ۲۴ درصد، افزوده شده است. این رقم برای جمعیت کل جهان، بالغ بر ۲۶٪ برآورد شده است.



نمودار ۳ - روند رشد سالانه جمعیت در ایران طی سال‌های ۱۳۳۰-۱۳۹۷ شمسی



نمودار ۴ - سهم گروه‌های عمده سنی از جمعیت کل کشور و نسبت وابستگی در دوره ۹۵-۱۳۶۵

سهم جمعیت گروه سنی ۶۵ ساله و بالاتر، از سال ۱۳۶۵ به بعد روند افزایشی داشته و در سال ۱۳۹۵ به ۶/۱ درصد رسیده است.

با تغییرات صورت گرفته در نرخ باروری کشور از سال ۱۳۶۵ به بعد، ایران در مسیر گذار جمعیتی، قرار گرفته است. پنجره جمعیتی، دوره‌ای است که در آن کمتر از یک سوم جمعیت، خارج از سنین فعالیت و بیشتر از دو سوم آن در سنین فعالیت باشند. در این حالت، نسبت وابستگی سنی یا بار تکفل که از تقسیم جمعیت خارج از سنین فعالیت، یعنی جمعیت کمتر از ۱۵ ساله و ۶۵ ساله و بالاتر، بر جمعیت سنین فعالیت یعنی گروه سنی

۶۵-۱۵ ساله به دست می‌آید، به پایین‌ترین سطح خود یعنی کمتر از ۵٪ می‌رسد. همانگونه که در نمودار ۴ مشاهده می‌شود، کشور ایران قبل از سال ۱۳۸۵ وارد فاز پنجره جمعیتی شده است.

پنجره جمعیتی که موهبت جمعیتی نیز نامیده می‌شود در تاریخ جمعیتی هر ملتی فقط یک بار اتفاق می‌افتد و دوره‌ای به کوتاهی حدود ۴ دهه را طی می‌کند و اگر به درستی هدایت شود به نحو چشمگیری می‌تواند به توسعه کشور، بیانجامد ولی اگر برنامه ریزی صحیحی برای هدایت آن وجود نداشته باشد به جای کمک به توسعه اقتصادی و اجتماعی، به مانع بزرگی در مسیر توسعه، تبدیل شده و منجر به رشد بی‌کاری در بین جوانان و نهایتاً افزایش جرایم و مخاطرات رفتاری، افزایش مهاجرت و حتی گسستگی جمعیت می‌گردد.

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٪ بوده است (مردان بیش از زنان) و این رقم در مقایسه با کشورهای پرجمعیت جهان سوم بسیار بالاست. نتایج سرشماری سال ۱۳۹۵ نشان دهنده این واقعیت است که ۸۷٪ جمعیت ایران را افراد باسواد، تشکیل می‌دهند.

شکاف نرخ با سوادی بین زنان و مردان در سال ۱۳۹۵ بالغ بر ۶/۸ درصد و بین مناطق شهری و روستایی در حدود ۱۱/۳ درصد بوده و طی دوره ده ساله ۹۵-۱۳۹۰ از میزان آن کاسته شده است.

وضع اشتغال

وضع اشتغال، طبق آمار جمعیت ۶۵-۱۵ 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، ۳۵/۳٪ از جمعیت ۱۰ سال به بالا فعال به لحاظ اقتصادی بوده‌اند که این آمار در سال ۱۳۳۵، ۴۷/۵٪ بوده که بتدریج کاهش یافته است طبق آمار سال ۱۳۷۹، ۵۵/۲٪ مناطق شهری و ۵۹/۳٪ مناطق روستایی شاغل و بقیه بیکار و یا محصل بوده‌اند. مرکز آمار ایران، نرخ بیکاری در سال ۱۳۹۵ را ۱۲/۶ درصد، اعلام کرده است

سن ازدواج

میزان مجرد مردان طی سال‌های ۱۳۹۵-۱۳۵۵ در گروه‌های سنی ۲۰-۳۹ ساله افزایش یافته و میزان مجرد زنان نیز در این محدوده سنی و طی سال‌های ۸۵-۱۳۵۵ روند افزایشی داشته است و به دلیل مهاجرت مردان جوان روستایی به شهرها مضیقۀ ازدواج برای زنان روستایی، بیشتر بوده و میزان مجرد زنان روستایی ۳۹-۳۵ ساله نزدیک به دو برابر مردان روستایی در این گروه سنی شده است.

طی سال‌های ۸۵-۱۳۶۵ میانگین سن ازدواج، در دختران و پسران شهری و روستایی ایرانی، افزایش یافته و در زنان، قدری بیشتر از مردان بوده است و سن ازدواج مردان تا سال ۱۳۹۵ رو به افزایش بوده و به میانگین ۲۷/۴ رسیده است ولی در زنان تا حدودی کاسته شده و طی سال‌های ۹۵-۱۳۹۰ به میانگین ۲۳ سال کاهش یافته است و لذا بر اختلاف سنی هم افزوده شده و از ۲/۹ سال در سال ۱۳۸۵ به ۴/۴ سال در سال ۱۳۹۵ افزایش یافته است.

متاسفانه بر میزان طلاق در سطح کشور، افزوده شده و تعداد مردان و زنان بدون همسر بر اثر طلاق، به هفت برابر افزایش یافته است ولی به دلیل بالا بودن احتمال ازدواج مجدد مردان نسبت به زنان، در برابر هر مرد مطلقه حدود ۲ زن مطلقه و در برابر هر مرد بیوه بیش از ۷ زن بیوه در سطح کشور وجود دارد.

شاخص‌های باروری

برای شناخت سطح باروری، شاخص‌های مختلفی مانند میزان خام مولید، میزان باروری کلی و میزان تجدید نسل اشاره کرد. میزان باروری عمومی GFR شدت مولید را در بین زنان واقع در سنین باروری (۱۵-۴۹ ساله) می‌سنجد و اگر برای گروه‌های سنی ۵ ساله از ۱۵-۴۹ سال این محاسبه انجام شود و تعداد مولید 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 :

$$\text{ASFR} = \frac{\text{مولید گروه سنی } 20-24}{\text{میانگین زنان } 20-24 \text{ ساله}}$$

میزان باروری کلی یا (Total Fertility Rate) TFR 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.

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

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 براساس نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵، میزان باروری کلی در ایران رقمی برابر با ۲/۰۱ محاسبه شده است. البته این شاخص در مناطق شهری و روستایی کشور، یکسان نمی‌باشد. به طوری که در مناطق شهری، کمتر از سطح جانشینی و برابر ۱/۸۶ ولی در مناطق روستایی، بالاتر از سطح جانشینی و برابر ۲/۴۸ می‌باشد و از

استانی به استان دیگر نیز متفاوت است! به گونه‌ای که کمترین رقم با فراوانی ۱/۳۸ مربوط به استان گیلان و بالاترین رقم با فراوانی ۳/۹۶ متعلق به استان سیستان و بلوچستان بوده است.

میزان باروری کلی در سال ۲۰۱۹ میلادی در دنیا از حدود ۷/۱۵ در کشور نیجر تا حدود ۱/۲۱ در پایین‌ترین میزان در کشور تایوان، گزارش شده است در حالی که میزان باروری کلی در دنیا کاهش یافته و بطور متوسط حدود ۱/۵ می‌باشد هنوز طبق آمار مورد اشاره در کشورهای موزامبیک، بورکینافاسو، گامبیا، نیجریه، اوگاندا، بروندي، آنگولا، چاد، مالی، کنگو، سومالی و نیجر که عمدتاً جزو کشورهای آفریقایی هستند بیش از ۵ تا ۷ و در کشورهای نظیر هونگاری، اسپانیا، بوسنی - هرزگوین، قبرس، هنگ کنگ، کره جنوبی، یونان، هلند، سنگاپور، پرتغال، مولداوی و یونان، کمتر از ۱/۴ می‌باشد.

برخی از مواد قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت در جمهوری اسلامی ایران

ماده ۱- در راستای اجرای سیاست‌های کلی جمعیت و خانواده و سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه و موضوع اجرای نقشه مهندسی فرهنگی کشور و سند جمعیت و تعالی خانواده و برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، احکام مقرر در این قانون با رعایت مصوبات شورای عالی انقلاب فرهنگی لازم الاجراء اعلام گردیده و هماهنگی و نظارت بر اجرای آن به شرح زیر می‌باشد:

ماده ۲- کلیه وزارتخانه‌ها و دستگاه‌های زیرمجموعه دولت، موظفند دستورالعمل‌ها، برنامه‌ها و منشورات مرتبط با خانواده، فرزندآوری و جمعیت را در چهارچوب مصوبات شورای عالی انقلاب فرهنگی تهیه نموده و به مجلس شورای اسلامی و شورای عالی انقلاب فرهنگی گزارش دهند.

ماده ۳- وزارت راه و شهرسازی مکلف است امکان استفاده مجدد از امکانات دولتی مربوط به **تامین مسکن خانوار را برای خانواده‌ها پس از تولد فرزند سوم و بیشتر فراهم آورد** و این خانواده‌ها می‌توانند صرفاً برای بار دوم از کلیه امکانات دولتی در این خصوص استفاده نمایند.

ماده ۴- اهداء زمین به خانواده در رابطه با تولد سومین فرزند خانواده

ماده ۵- تامین و ارتقای کیفیت مسکن خانواده‌های دارای ۳ تا ۴ فرزند زیر ۲۰ ساله

ماده ۶- اولویت تامین مسکن کارکنان دارای حداقل سه فرزند با تحویل منازل سازمانی توسط ارگان ذیربط

ماده ۷- احداث، تکمیل، تامین و تجهیز خوابگاه‌های دانشجویان و طلاب متاهل توسط دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی و مدیریت حوزه‌های علمیه

ماده ۸- پرداخت ودیعه مسکن دانشجویان و طلاب متاهل توسط صندوق رفاه

ماده ۹- پرداخت انواع تسهیلات توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران باهدف تشویق فرزندآوری خانواده‌ها

ماده ۱۰- استقرار سامانه تسهیلات قرض الحسنه فرزند توسط بانک مرکزی

ماده ۱۱- تخصیص ۱۰ میلیون ریال به ازای هر فرزندی که از ابتدای سال ۱۴۰۰ متولد شده است

ماده ۱۲- تامین خودرو به قیمت کارخانه برای خانواده‌های دارای ۲ تا ۵ فرزند

ماده ۱۳- افزایش یارانه فرزندان خانواده‌های دارای حداقل سه فرزند تحت تکفل

- ماده ۱۴-** اولویت واگذاری زمین به خانواده‌های دارای سه فرزند به منظور اجرای طرح‌های تولیدی و کشاورزی
- ماده ۱۵-** اولویت بکارگیری، جذب و استخدام نیروی جدید به ازای تأهل و نیز داشتن هر فرزند یکساله تا حداکثر ۵ ساله ... و تبدیل وضعیت استخدامی و افزایش سنوات و ...
- ماده ۱۶-** افزایش کمک هزینه اولاد اعضاء هیئت علمی دانشگاه‌ها و ...
- ماده ۱۷-** احکام مرتبط با مدت مرخصی زایمان، امنیت شغلی در دوره بارداری و ...
- ماده ۱۸-** میزان معافیت مالیاتی اشخاص حقیقی موضوع ماده ۸۴ قانون مالیات‌های مستقیم با اصلاحات ۱۳۹۴/۰۴/۳۱ به ازای فرزند سوم و بیشتر، که بعد از تصویب این قانون (سال ۱۴۰۰ ه ش) متولد گردد
- ماده ۱۹-** اعطای جایزه ملی جوانی جمعیت مبنی بر اثربخشی بر رشد ازدواج و فرزندآوری ...
- ماده ۲۰-** تشویق کارکنانی که طی یک سال گذشته ازدواج کرده یا دارای فرزند شده‌اند در روز ملی جمعیت
- ماده ۲۱-** معافیت یا تخفیف حق بیمه با تقویت صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر نسبت به بیمه مادران خانه‌دار دارای ۳ فرزند و بیشتر
- ماده ۲۲-** تامین فضای مناسب جهت رفع نیازهای نوزادان، کودکان و مادران باردار جهت استراحت، شیردهی و نگهداری کودکان افراد شاغل.
- ماده ۲۳-** حمایت از شیرخوارگاه‌ها و مراکز نگهداری شبانه‌روزی کودکان بی‌سرپرست و خیابانی
- ماده ۲۴-** در نظر گرفتن سبد تغذیه و بسته بهداشتی رایگان به صورت ماهانه به مادران باردار، شیرده و دارای کودک زیر پنج سال که بر اساس آزمون وسع، نیازمند حمایت می‌باشند.
- ماده ۲۵-** صدور شناسنامه مادرانه به منظور تخصیص تسهیلات خاص به مادران دارای سه فرزند یا بیشتر
- ماده ۲۶-** استفاده دانشجویان و طلاب اناس باردار از مرخصی تحصیلی قبل از زایمان، بدون احتساب در سنوات تحصیلی
- ماده ۲۷-** تسهیلات مرتبط با تعهدات قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان
- ماده ۲۸-** تولید محتوای آموزشی در خصوص وجوه مثبت و ارزشمند ازدواج به هنگام نیاز و آسان، تعدد فرزندان در خانواده و تقویت و حمایت از نقش‌های مادری و همسری، صیانت از تحکیم خانواده و مقابله با محتوای مغایر سیاست‌های کلی جمعیت و عوارض جانبی استفاده از روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری و نیز عوارض خطرناک پزشکی، روانشناختی و فرهنگی و اجتماعی سقط جنین، با تولید و پخش فیلم، سریال، تبلیغات بازرگانی، برگزاری جشنواره‌ها و نمایشگاه‌ها...
- قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، مشتمل بر ۷۲ ماده در جلسه مورخ هفتم بهمن ماه ۱۳۹۹ کمیسیون مشترک جوانی جمعیت و حمایت از خانواده مجلس شورای اسلامی مطابق اصل هشتاد و پنجم قانون اساسی تصویب گردیده و در تاریخ بیست هفتم مهرماه ۱۴۰۰ از طرف ریاست مجلس شورای اسلامی جهت صدور دستور اجرا به ریاست جمهور کشور و در تاریخ بیست و چهارم آبان‌ماه ۱۴۰۰ جهت اجرا به وزارت بهداشت، ابلاغ گردیده است. لطفا جهت مطالعه کلیه مواد و تبصره‌های آن به سایت مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی مراجعه نمایید: <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/1678266>

منابع

1. Fertility rate by country, 2019. Available from: <http://worldpopulationreview.com/countries/total-fertility-rate/> [Last accessed on February 2019].
 2. Worldometers. Countries in the World by Population (2018). Available from: <http://www.worldometers.info/world-population/population-by-country/>. [Last accessed on February 2019].
 3. WHO. NCDnet - Global Noncommunicable Disease Network. Available from: <http://www.who.int/ncdnet/en/>. [Last accessed on February 2019].
 4. 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.
 5. Jeffrey S. Nevid, Spencer A. Rathus, Hannah R. Rubonstin, Health in the new millennium. Worth publishers. New York, 2001.
 6. United Nation, 1988, world population estimates and projections, 1950 – 2025 – New York, pp. 12 – 14.
 7. WHO, Word Health Report, 2002 WHO .
- ۸- زنجانی حبیب الله. سطح باروری در ایران و چشم اندازهای آن، مقاله ارائه شده در سمینار آمارهای حیاتی، ۱۳۷۷ .
- ۹- سیمای جمعیت و توسعه، وزارت بهداشت: الف) ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت خانواده و جمعیت. ب) یونیسف (UNICEF) و صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، ۱۳۸۱.
- ۱۰- نوروزی لادن و همکاران سازمان برنامه و بودجه. تحلیل نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵، آبان ماه ۱۳۹۶ صفحات ۶۰-۱.
- ۱۱- مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت در جمهوری اسلامی ایران مصوب مجلس شورای اسلامی در سال ۱۳۹۹. در آدرس: <https://rc.majlis.ir/fa/law/show/1678266> قابل دسترس در فروردین‌ماه ۱۴۰۲ ش.

