



بهداشت مادران و کودکان

در

کشورهای مدیترانه شرقی

شهلا اسیری - کارشناس ارشد بهداشت

- عضو هیئت علمی

ترتیب، روشهای زندگی، شرایط بهداشتی و توسعه اقتصادی، اجتماعی در این کشورها بسیار متنوع و گوناگون است. مشکلات تغذیه ای در بزرگسالان، از عوارض ناشی از پرخوری تا عوارض محرومیت از مواد غذایی متفاوت است.

نشانگرهای بهداشتی، این گوناگونی در منطقه را به روشنی منعکس می کند. برای مثال میزان مرگ و میر کودکان و مادران در برخی از کشورها، به طرزنگران کننده ای بالاست به طوری که این میزان به ندرت در نقاط دیگر دنیا دیده می شود. از طرف دیگر در بیشتر کشورهای خلیج فارس، اگر این شاخصها بهتر از شاخصهای کشور پیشرفته نباشد، هم سطح آنها است. در همین زمینه، شاخصهای

۲۲ کشور که وابسته به منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت (Who) می باشند، گستره وسیعی از شرایط اقتصادی، اجتماعی، بوم شناختی، بهداشت و تغذیه را ارائه می دهند که در يك انتهای آن کشورهایی مثل کشورهای خلیج فارس قرار دارند که از در آمد سرانه بسیار بالایی برخوردارند، در حالی که در انتهای دیگر آن کشورهایی قرار دارند که از طرف سازمان ملل متحد (UN) به عنوان کم توسعه یافته ترین کشورهای دنیا (LDC) طبقه بندی شده اند مانند جیبوتی، سومالی و سودان. تراکم جمعیت در بعضی کشورها مثل بحرین و کویت، زیاد و در برخی مثل عربستان سعودی و سودان، کم است. به همین



بیشتری نشان می دهد، پیش بینی ها را کاملاً تأیید می کند .

در مورد میزان مرگ و میر مادران ، در سالهای اخیر مطالعاتی در تعدادی از کشورهای افریقا ، آسیا و امریکای جنوبی انجام گرفته که به ما امکان می دهد تا اهمیت حقیقی مسئله را درک کنیم . شاخصهای مربوطه نشان می دهند که طبیعت مشکل در تمامی کشورهای منطقه یکسان نبوده و آنها را می توان در ۳ گروه بزرگ طبقه بندی کرد :

- ۱- کشورهای با مشکلات جزئی و یا فاقد مشکل : بحرین ، قبرس ، کویت ، اردن ، قطر ، عربستان سعودی و امارات متحده عربی
- ۲- کشورهای با مشکلات متوسط : مصر ، ایران ، عراق ، لیبی ، سوریه و تونس
- ۳- کشورهای با مشکلات زیاد و هشداردهنده : افغانستان ، جیبوتی ، پاکستان ، سومالی ، سودان ، یمن .

در کشورهایی که میزان مرگ و میر کودکان بالا است (IMR بیشتر از ۱۰۰) (۱) ، غالباً میزان مرگ مادران هم زیاد می باشد (MMR بیشتر از ۵۰) (۲) . با توجه به این حقیقت که در بیشتر این کشورها تعداد زنان تحصیل کرده ، اندک است (معمولاً کمتر از ۲۰٪) ، کمتر از ۵۰٪ مردم به آب آشامیدنی سالم دسترسی دارند و درآمد سرانه از

اقتصادی - اجتماعی مربوط به تعداد زنان باسواد ، دسترسی به آب سالم و برخورداری از کمک افراد آموزش دیده در هنگام زایمان ، گوناگونی بسیار در این کشورها را نشان می دهد .

کشورهای منطقه ، از نظر سیاسی ، خصوصاً در سه دهه اخیر دستخوش دگرگونی های بسیار بوده است که در بین آنها نظام ها و نهادهای کاملاً متفاوتی را می توان یافت . در این منطقه کشورهای ثروتمندی هستند که ثبات سیاسی دارند و به توسعه مستمر و هماهنگ اقتصادی - اجتماعی دست یافته اند که بازتاب آشکار آن در وضعیت سلامت مادران و کودکان دیده می شود . کشورهایی هم وجود دارد که منابع آنها محدود است و عدم ثبات سیاسی ، درگیریهای نظامی طولانی و یلاهای طبیعی ، موانع بزرگی بر سر راه توسعه اقتصادی - اجتماعی آنها می باشد . نیاز به گفتن نیست که در این کشورها ، وضعیت بهداشتی مادران و کودکان در سطح پائینی است ، و تا زمانی هم که اقدام جدی برای تغییر شرایط موجود به عمل نیاید ، در سالهای آینده به همین صورت باقی خواهد ماند .

جدول شماره یک گوناگونی موقعیتهای اقتصادی ، اجتماعی و جمعیتی منطقه را آشکارا نشان می دهد . دامنه نشانگرها در بیشتر موارد ، حاکی از گوناگونی های قابل پیش بینی در وضعیت بهداشت است .

جدول شماره ۲ که نشانگرهای بهداشتی و اقتصادی - اجتماعی هریک از کشورها را با جزئیات

1. Infant mortality Rate .
2. Maternal mortality Rate .



اقتصادی اجتماعی، مهمترین علل مرگ مادران و

سود ناخالص ملی (GNP) (۱) کمتر از ۵۰۰ دلار

آمریکایی است، می توان گفت که محرومیت های

جدول شماره ۱- اطلاعات جمعیتی و اقتصادی،

اجتماعی در منطقه مدیترانه شرقی WHO *

موضوع	اندازه ها (میزان، درصد و)	میانگین منطقه ای	دامنه تغییرات	کشورها *	جمعیت کل منطقه (میلیون)
			(range)		
مساحت (کیلومتر مربع)		۶۸۵ - ۲۵۰۵۸۱۳	۲۲	۱۳/۰۰۱	
جمعیت کل (میلیون)		٪۲۸۲ - ۹۴/۷۲۸	۲۲	۲۹۸/۱۳۸	
تراکم جمعیت (بر کیلومتر مربع)	۲۲/۹	۲/۱ ۶۱۲	۲۲		
جمعیت شهری	٪۳۹/۴	٪۱۴ - ۹۴	۲۲	۱۱۷/۴۶۶	
جمعیت روستایی و چادر نشین	٪۶۰/۶	٪۶ - ۸۶	۲۲	۱۸۰/۶۷۲	
جمعیت بر حسب سن و جنس:					
زیر پنجاه سال	٪۱۶	٪۹ - ۲۲	۲۲	۴۷/۷۰۲	
زیر پانزده سال	٪۴۴	٪۲۵ - ۵۲	۲۲	۱۳۱/۱۸۱	
پانزده سال به بالا	٪۵۶	٪۴۸ - ۷۵	۲۲	۱۶۶/۹۵۷	
۶۵ سال و بالاتر	٪۴	٪۰/۶ - ۱۰	۲۲	۱۱/۹۲۶	
مردان کل	٪۵۱	٪۴۶ - ۶۸	۲۲	۱۵۲/۰۰۱	
پانزده سال و بالاتر	٪۵۲	٪۴۳ - ۷۵	۲۲	۸۶/۸۱۸	
زنان کل	٪۴۹	٪۳۲ - ۵۴	۲۲	۱۴۶/۰۸۸	
پانزده سال و بالاتر	٪۴۸	٪۲۵ - ۵۷	۲۲	۸۰/۱۳۹	
رشد خالص جمعیت	٪۲/۶	٪۰/۱ - ۶/۸	۲۲	۷/۷۵۲	
رشد طبیعی	٪۰۳	٪۱/۳ - ۳/۹	۲۲	۸/۹۴۴	
تولد زنده	۰/۰۰۴۲/۳	۰/۰۰۲۰/۶ - ۵۰	۲۲	۱۲/۶۱۱	
کل مرگ ها	۰/۰۰۱۲/۵	۰/۰۰۲/۵ - ۲۷	۲۲	۳/۷۲۷	
مرگ کودکان ۱-۴ ساله	۰/۰۰۱۴/۲	۰/۰۰۰/۳ - ۳۸	۲۰	۰/۵۱۶	
نسبت مرگ زیر پنجاه سال	٪۳۷/۷	٪۵ - ۵۵	۱۸		
امید زندگی در بدو تولد مرد	۵۶/۱ سال	۴۱ - ۷۲ سال	۲۲		
زن	۵۶/۷ سال	۴۰ - ۷۰ سال	۲۲		
بزرگسالان پسران: کل	٪۶۱/۷	٪۷ - ۸۸	۲۱	۱۰۳/۰۱۲	
مرد	٪۵۰/۸	٪۲ - ۸۴	۲۰	۴۴/۱۰۳	
زن	٪۷۴	٪۱۲ - ۹۹	۲۱	۵۹/۳۰۳	
درصد تولید ناخالص ملی: از کشاورزی	٪۱۲/۳	٪۰/۵ - ۵۷	۲۲		
از صنایع و معادن	٪۳۵/۲	۷/۲ - ۶۴	۲۲		
درآمد سرانه بر حسب دلار آمریکایی:					
تولید ناخالص داخلی (GDP)	۱۶۴۵	۱۷۵ - ۲۲۹۰۰	۲۲		
تولید ناخالص ملی	۱۳۷۵	۲۰۲ - ۲۲۹۰۰	۲۲		
بیکاری	٪۳/۹	٪۰ - ۳۰	۱۴		

* براساس اطلاعات منتشره در سال ۱۹۸۷

** تعداد کشورهایی که اطلاعات درباره آنها موجود بوده است.



کودکان را تشکیل می دهند .

حدود ۸ - ۱۰ کشور منطقه که به روند مداوم توسعه دست یافته اند ، با درآمد سرانه بیش از ۲۰۰۰ دلار ، دسترسی حدود ۸۰٪ مردم به آب سالم و زنان تحصیل کرده بیش از ۶۰٪ ، دارای IMR کمتر از ۵۰ و MMR کمتر از ۵ می باشد .

* داده های اختصاصی مربوط به بهداشت

اطلاعات مربوط به بهداشت و وضعیت تغذیه ای مادران و کودکان در کشورهای منطقه ، ناقص و بیشتر براساس بررسیهای ویژه و به شدت محدود است . در هر حال ، این منطقه ، نقطه ای است که در برنامه ریزیهای آینده ، خدمات بهداشتی مادر و کودک ، باید الویت زیادی به آن داده شود .

از اطلاعات قابل دسترس ، نکات برجسته زیر را می توان اثبات کرد :

الف - در صد بالایی از مادران ، خصوصاً در مناطق روستایی تعدادی از کشورها مثل جیبوتی ، سومالی ، سودان ، یمن ، دچار کمبود وزن و سوء تغذیه هستند .

ب - کم خونی تغذیه ای در زنان باردار و شیرده ، احتمالاً شایع ترین مشکل ناشی از ضعف تغذیه در کشورهای منطقه است .

ج - اگر چه اطلاعات معتبر در دسترس نیست اما ثابت شده است که در بسیاری از کشورها ، افزایش وزن در دوران بارداری بسیار کمتر از سطح مطلوب

است . در ارتباط با این مسئله ، حقیقت این است که شیوع مشکل کم وزنی هنگام تولد در این کشورها و در میان گروههای جمعیتی محروم ، بسیار بیشتر از کشورهای ثروتمند است (۳۰ - ۲۰ درصد)

د - طی بررسی هایی که در مورد مسائل مربوط به تغذیه در زمینه های خاص در تعدادی از کشورها انجام شده ، نارسائی تغذیه در دوران بارداری ، خصوصاً در ارتباط با انرژی دریافتی را به روشنی نشان می دهد . این مسئله خصوصاً در مورد زنان روستائی که کارهای سنگین انجام می دهند و نیاز به انرژی اضافی دارند ، کاملاً بارز است . محرومیت انرژی در سه ماهه آخر حاملگی ، همراه با انجام کار سنگین ، یک عامل تعیین کننده مهم در کم وزنی هنگام تولد می باشد .

* بیماریهای خاص ناشی از کمبود مواد غذایی در

کودکان

سه نوع خاص از کمبود تغذیه ، شایع در این منطقه که کودکان بزرگترین قربانیان آن هستند ، عبارتست از :

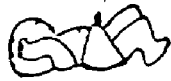
الف - کم خونی ناشی از کمبود آهن و فولاتها (Folate) که احتمالاً شایع ترین شکل ناشی از کمبود تغذیه در منطقه است که بر کودکان و زنان باردار اثر می گذارد و معمولاً به دلیل نداشتن نشانه های مشهود ، یک شکل از یادرفته است . کاهش مقاومت بدن در مقابل عفونتهای شایع ، از مظاهر مهم کم خونی تغذیه ای است .

جدول شماره ۴ - بعضی از نشانگرهای بهداشتی و اقتصادی اجتماعی کشورهای منطقه مدیترانه شرقی

کشورها	میزان مرگ کودکان	مرگ کودکان	مرگ مادران به علت ناشی از	ایستادگی	بامسای زنان	درآمد سرانه از	درصدناتالی که توسط فرد	درصد جمعیتی که به آب
نمبریکال	(۱-۴ ساله)	بارهای در ده هزار تولد زنده	(سال)	(درصد)	سودناخالص ملی	آموزش دیده زایمان می کنند	سالم دسترسی دارند.	
افغانستان	۱۸۲	۳۰	۶۰	۴۱	۸	۲۰۰	۸	۲۰
بحرین	۲۳	-/۶	۴	۷۱	۶۴	۶۶۷۰	۹۷	۱۰۰
قبرس	۱۱	-/۳	۰	۷۶	۹۴	۶۳۷۰	۹۸	۱۰۰
چین	۱۱۴	۵۰۲۰۱	۷۴	۰۰	۱۰	۷۷۶	۷۹	۷۶
عمان	۲۵	۸/۳	۸	۶۱	۳۸	۶۱۰	۳۵	۹۵
جمهوری اسلامی ایران	۵۱	۴/۱	۱۲	۶۷	۴۱	۷۳۵	۷۵	۷۵
عراق	۵۲	۱۶/۱	۱۶	۶۶	۸۵	۲۶۰۰	۸۶	۹۲
اردن	۳۵	-/۸	۵۰۲۰۱	۶۹	۶۰	۱۹۹۰	۸۲	۹۷
کویت	۱۷	-/۸	-/۲	۷۳	۸۰	۱۳۰۰۰	۹۹	۱۰۰
لبنان	۳۹	۲	۵۰۲۰۱	۶۷	۶۹	۹۵۰	۲۵	۹۸
لیس	۳۱	۷	۷	۶۱	۷۰	۷۵۰۰	۷۶	۹۰
موریتور	۷۲	۱۷	۵۰۲۰۱	۶۲	۲۲	۸۴۰	۲۶	۲۵
عمان	۲۸	۴/۸	-/۷	۵۸	۲۵	۵۰۲۰۱	۷۹	۵۸
پاکستان	۸۰	۱۶	۴۰	۶۱	۱۶	۳۵۰	۶۰	۵۲
قطر	۱۳	۱/۱	-/۱	۷۳	۷۶	۱۵۹۸۰	۱۰۰	۱۰۰
مروستان سعودی	۶۹	۱۶	۴/۲	۶۶	۳۷	۷۳۹۰	۷۹	۹۲
سریالی	۱۵۱	۳۱	۱۱۰	۳۷	۶	۲۷۰	۲	۳۳
سودان	۱۴۰	۱۹	۵۳	۳۹	۲۰	۱۰۰۰	۶۰	۳۲
سریه	۴۹	۵/۳	۲۸	۶۵	۵۷	۱۵۷۰	۶۱	۸۰
ترکی	۵۵	۱۹	۵/۳	۶۶	۲۱	۱۰۰۰	۶۸	۷۸
امارات متحده عربی	۱۱	-/۹	۱/۳	۶۹	۳۶	۱۹۱۲۰	۹۸	۱۰۰
جمهوری یمن (عدن)	۱۳۷	۳۳	۱۰	۵۱	۲۵	۴۳۰	۱۲	۳۳
جمهوری یمن (صنعا)	۱۷۰	۲۸	۱۰۰	۵۱	۳	۵۴۰	۱۲	۴۰

* براساس آخرین ارقام موجود از مرکزورد در سالهای ۱۹۸۴ تا ۱۹۸۸

۱. م. ۵۰ : اطلاعات موجود نیست



با گواتر آندمیک که با بزرگ شدن غده تیروئید همراه

ب - اختلالات ناشی از کمبود ید (IDD) سابقاً فقط

