

## نیازهای سلامت کودکان در بستر تحولات اجتماعی

### دکتر نعمت بابایی\*

سلامت کودکان و نوجوانان یک اولویت اصلی در همه کشورهای است، زیرا نام آنان «امروز» است و فردا برای پاسخگویی به نیازهای آنان خیلی دیر است، در عین حال نام دیگر آنان «فردا» است، چون آینده هر کشور متکی به آنان است.

نیازهای سلامت کودکان در بستر تحولات اجتماعی در سطح جهانی و ملی گویای کاستیهای چندی است که در این نوشته به برخی از آنها پرداخته می شود و معمول است که در موضوع سلامت به ابعاد جسمانی و فیزیکی سلامت کودکان بیشتر توجه شود و ابعاد روانی و اجتماعی سلامت کودکان کمتر مورد توجه قرار گیرد، در حالی که پدیده انتقال اپیدمیولوژیک در حال وقوع است و مشکلات بهداشتی و سلامت چهره عوض کرده است و آنچه در سالها و دهه های دیگر در قرن بیست و یکم عمده خواهد شد: بیماریها، اختلالات روانی، رفتاری و اجتماعی است که جایگزین بیماریهای عفونی و واگیردار می شود. چگونگی پرداختن به این تحولات جهت حفظ و ارتقای سلامت کودکان و نوجوانان از عمده ترین محورهای این نوشته است.

### مقدمه

امسال بیش از ۱۱ میلیون کودک پیش از رسیدن به ۵ سالگی خواهند مرد، بیش از نیمی از این کودکان با بیماریهایی فوت خواهند کرد که به سادگی قابل پیشگیری هستند. تنها آلودگی محیط زیست مسئول از بین رفتن بیش از ۵ میلیون کودک در سال می باشد، از همین رو سازمان جهانی بهداشت (W.H.O) شعار سال ۲۰۰۳ خود را با عنوان «محیط زیست سالم برای کودکان» مطرح کرده است، زیرا کودکان زیر ۵ سال هر چند ۱۰ درصد جمعیت جهان را تشکیل می دهند، اما به ۴۰ درصد بیماریهای جهان مبتلا می شوند که حدود یک سوم این

\* متخصص پزشکی اجتماعی

بیماریها بر اثر عوامل زیست محیطی از جمله آلودگی هوا، دسترسی نداشتن به آب و فاضلاب بهداشتی است. دیگر بیماریهای واگیر نیز به نوعی برخاسته از محیط خانه، مدرسه و جامعه است که باید برای کنترل و حذف آنها اقدام کرد. سوء تغذیه از مهمترین عوامل آسیب رسان به کودکان است، از دلایل عمده دیگر فقدان آگاهی، فقر و نابرابری اجتماعی - اقتصادی نهفته است. اما مشکلات کودکان فقط به این چارچوبها محدود نمی شود، افزون خواهی و جنگ افزوی آدمی موجب شده میلیونها کودک در دهه گذشته معلول، زخمی یا کشته شوند. حدود ۲۵۰ میلیون کودک بین ۴ تا ۱۴ سال در جهان کارهای سخت و توانفرسا، در محیط ناامن و غیربهداشتی انجام می دهند که بیش از ۹۰ درصد آنها در آسیا و آفریقا هستند، تحولات اجتماعی اقتصادی ایجاب می کند به مسائل سلامت کودکان فقط در ابعاد جسمی بسنده نکنیم، میلیونها کودک از لحاظ روانی، اجتماعی در معرض سوء استفاده، خشونت و بی توجهی قرار دارند؛ اینها خطرانی است که در برنامه ریزیها بهداشتی کشورها به آنها کمتر توجه می شود (Bloom 2001).

### چشم انداز سلامت کودکان در ایران

در کشور ما ایران تنها رقم ناچیزی از درآمدهای عمومی صرف بخش بهداشت و درمان می شود، براساس آمار سازمان جهانی بهداشت در ایران سالانه به ازای هر فرد ۷۵ دلار صرف سرانه سلامت می شود، در حالی که کشور های منطقه بیش از ۳ برابر این مقدار و برخی کشورهای جهان ۳۰ برابر این مقدار را صرف سرانه سلامت می کنند. براساس آمارهای موجود روزانه ۲۰ درصد از ایرانیان کمتر از یک دلار در روز درآمد دارند و حداقل حدود ۷ میلیون نفر از جمعیت کشور زیر خط قرمز فقر (بقا) زندگی می کنند، این در حالی است که نزدیک به ۸ میلیون نفر از اقشار آسیب پذیر جامعه که شامل کودکان هم می شود بیمه نیستند. در سایه چنین وضعیتی براساس آمار موجود برابر شاخصهای تن سنجی حداقل ۲۵ درصد کودکان ایرانی دچار سوء تغذیه از نوع لاغری، کم وزنی و کوتاهی قد هستند. اگر سوء تغذیه ناشی از

ریز مغذیها را هم بخواهیم محسوب کنیم این رقم به بیش از ۵۰ درصد بالغ خواهد شد (وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سیمای تغذیه کودکان در استانها).

دریافت نکردن منابع غنی ویتامین نظیر سبزیجات، میوه ها و کلسیم (لبنیات) کودکان را به انواع بیماریها مبتلا می کند، برخی از نمونه ها در ایران حاکی از پوکی استخوان در جوانان است. پایه های پوکی استخوان در سنین کودکی و نوجوانی گذاشته می شود و یکی از مسائل مهم سلامت در بزرگسالی است، که برآورد می شود در حدود ۷ میلیون نفر از بزرگسالان علائم آن را داشته باشند، دلیل عمده چنین بیماری ناتوان کننده ای، مصرف ناچیز لبنیات در ایران است که کمتر از ۱/۳ استاندارد جهانی است، به نحوی که ایران در آخرین رده های مصرف لبنیات قرار است ولی در عین حال از نظر مصرف نوشابه های گازدار از کشورهای صدر جدول می باشد (همان).

یک بررسی نشان دهنده آن است که در ۲۰ سال اخیر نوشابه های گاز دار نزدیک به ۱۵ درصد رشد داشته ولی مصرف شیر و لبنیات تنها حدود ۰/۱ درصد رشد کرده است. فقدان آگاهی لازم، فرهنگ نادرست غذایی و هجوم تبلیغات از دلایل چنین روالی است. در نتیجه، حدود ۲۰ درصد مردم به ناامنی پروتئین و انرژی، ۴۰ درصد نیز به پرخوری در زمینه انرژی و پروتئین، ۵۰ درصد به سوء تغذیه ناشی از کمبود ریز مغذیها دچار هستند. در ایران سوء تغذیه هم از نوع کمبود و هم از نوع افزایش مواد وجود دارد و حاکی از نبود آگاهی و تفاوت های فاحش طبقاتی است تأثیر تبلیغات مواد غذایی مضر، آشغال غذا (Junk food) و هله هوله های رنگارنگ مانند چیپس، پفک و ... را که رسانه ملی هم در آن سهم عمده ای دارد، نباید دست کم گرفت؛ ذهنیت مردم جامعه ما چنین است که اگر کالایی مضر باشد از تلویزیون تبلیغ نخواهد شد. کودکان چاق محصول محیط مسمومی هستند که علاوه بر مسائل اشاره شده به دلیل بی تحرکی به این عارضه دچار می گردند، زیرا سرانه فعالیت ورزشی دانش آموزان ابعاد کمتر از یک متر دارد.

## وضعیت سلامت کودکان در مناطق کشور

برابر آمار سوء تغذیه مفرط در ایران را در استانهای توسعه نیافته باید جستجو کرد. استان سیستان و بلوچستان از نظر کودکان لاغر، کوتاه قد تغذیه ای و کم وزن همواره در صدر جدول قرار دارد. همچنین از نظر بیسوادی این استان با ۵۷/۵ درصد در صدر قرار دارد و گویای این نکته است که چرخه معیوب بیسوادی زائیده توسعه نیافتگی و توسعه نیافتگی خود مولود بیسوادی است. به همین دلیل ارقامی نظیر ۲۵ درصد سوء تغذیه براساس شاخصهای تن سنجی در کودکان در ایران، در این استان مضاعف می شود، و گویای این نکته است که میانگینها گاهی گول زننده است و تفکیک مناطق را باید خواستار شد (همان).

علاوه بر سوء تغذیه برابر بررسی انجام شده توسط وزارت بهداشت که با همکاری چند مؤسسه و دانشگاههای علوم پزشکی در مهر ماه ۱۳۸۰ انجام شده و تحت عنوان سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران انتشار یافته است از جمله شاخصهای اجتماعی و بهداشتی کودکان که در ایران نیازمند بازنگری در برنامه هاست موارد زیر می باشد:

۱- کودکان زیر ۱۵ سال محروم از زندگی با والدین - در این مورد حدود ۳ تا ۴ درصد کودکان سیستان، بلوچستان، کهگیلویه و بویر احمد از نعمت زندگی با خانواده کامل محروم اند.

۲- کار کودکان - حدود ۲۵۰ هزار نفر از کودکان ۴ تا ۱۴ سال به کار توأم با دریافت مزد اشتغال دارند، استانهای زنجان، قزوین و آذربایجان غربی در صدر فهرست قرار دارند.

۳- آموزشهای پیش دبستانی - از ۱۰ میلیون کودک واجد آموزشهای پیش دبستانی تنها نزدیک نیم میلیون نفر در آموزشهای پیش دبستانی شرکت دارند. استان اردبیل، سیستان، بلوچستان و ایلام در صدر فهرست قرار دارند و روستاها همواره از شهرها فاصله فاحش دارند.

۴- سواد - بیش از ۲۰ درصد کودکان ۶ تا ۱۰ ساله سیستانی و بلوچستانی به مدرسه راه نیافته اند، آذربایجان غربی، کرمان و مناطق روستایی هم در این زمینه دچار چالش است. برابر آمار، دانش آموزان مقطع راهنمایی آذربایجان غربی از ادامه تحصیل باز مانده اند. در ایران هر

چند بیش از ۸۰ درصد جمعیت ۶ ساله و بالاتر با سواد هستند ولی متوسط سطح سواد حدود کلاس پنجم ابتدایی است. در سیستان و بلوچستان این متوسط تا کلاس دوم ابتدایی کاهش می یابد، هنوز حدود نیمی از دختران و زنان روستایی سیستان و بلوچستان، کردستان و آذربایجان غربی بیسواد هستند.

۵- مصرف بالای شیر خشک - استانهای بوشهر، یزد، کرمان، قم و شهر تهران نیازمند مداخله جدی برای افزودن آگاهی و بهبود عملکرد مادران و ارتقای حمایت‌های اجتماعی در جهت استفاده از شیر مادر است.

۶- مشکلات دیگر - برابر بررسی انجام شده حدود ۹۲ درصد کودکان در سطوح مختلف دچار پوسیدگی دندان هستند، حدود ۴۰ درصد آنها دچار مشکلات عاطفی رفتاری هستند و ۲ درصد آنها به نوعی عوارض ستون فقرات دچارند.

### تحولات اجتماعی و نیازهای کودکان

سرآغاز سلامتی «زنده بودن» است، اما پس از زنده ماندن به سرعت نیازمند شرایط مناسب روانی، اجتماعی و احساسی هستیم و این بیان ساده در تعریف سلامتی یعنی: «بیمار نبودن» پاسخگو نیست. در کشور ما با وجود کاسیتهای موجود، به خصوص در مناطق محروم، برای سلامت جسمی کودکان کامهای مناسبی برداشته شده است، اما آنچه فقدان آن، در تمام عرصه های کشور محسوس است، توجه نکردن کافی به ابعاد روانی، احساسی و اجتماعی سلامت کودکان است، این بی توجهی در عصاره تباطات و جهانی سازی، موجب آسیب پذیری کودکان و نوجوانان در ابعاد روانی، خودکشی، سیگار، اعتیاد، فرار از خانه، افت تحصیلی و ... می شود و از جمله مواردی است که در برنامه ریزیهای بهداشتی برای کودکان و نوجوانان باید به آنها در کنار رفع سوء تغذیه و بهسازی جسمی سلامت توجه ورزید. واقعیت تحولات اجتماعی گویای آن است که چهره بیماریها و اختلالات در حال دگرگونی است و پدیده انتقال اپیدمیولوژیک (Epidemiologic Transition) در حال وقوع است و به سرعت پیش می رود و موجب بیماریها، اختلالات عفونی، جسمی و واگیردار می شود، به

نحوی که تا سال ۲۰۲۰ در همه جهان منشاء بر هم زنده سلامت، اختلالات و بیماریهای روانی، رفتاری و اجتماعی خواهد شد. برخی از این عوامل هر چند در مرگ و میر چندان نقشی ایفا نمی کنند، اما در بار جهانی بیماریها (Burden of Disease) و سالهای تطبیق یافته عمر توأم با ناتوانی (Disability Adjusted Life Years, D.A.L.Y.)، نقش عمده ای ایفا خواهند کرد. از همین رو باید از هم اکنون به این آتش زیر خاکستر توجه داشت و برنامه ریزی کرد. آنچه امروز در مورد کودکان و نوجوانان به صورت یک خطر مطرح است، فردا به صورت بحران مطرح خواهد شد (Bommier 2002).

### راهکارهای مقابله

امروزه یک توافق علمی جهانی در مورد اطلاعات اساسی برای سلامت کودکان وجود دارد، با این اطلاعات می توان به یاری کودکان و نوجوانان که نامشان هم «امروز» و هم «فردا» است شتافت.

در سال ۱۹۹۰ اعلامیه آموزش برای همه در تایلد منتشر شد، در این اعلامیه بر حقوق کلیه شهروندان برای برخورداری از آموزش تأکید می شود. منظور از آموزش در این اعلامیه فقط آموزشهای رسمی و مدرسه ای نیست، بلکه بر آموخته ها و مهارتهای کسب شده در داخل و خارج مدرسه، اعم از کودکان و نوجوانان و بزرگسالان تأکید دارد. این آموزه ها و مهارتهای اصولی برای کسب توانایی زندگی ضروری تلقی می شود؛ برابر مفاد این اعلامیه:

« هر فردی اعم از کودک، نوجوانان و بزرگسال باید قادر باشد از فرصتهای آموزشی برای برآورده کردن نیازهای آموزشی ضروری مانند سواد، بیان کلامی، حل مسئله، آگاهی، مهارتها، ارزشها و طرز ارتباط، برخوردار باشد، زیرا یک انسان برای زنده ماندن و تعالی به سوی کامل ترین ظرفیتهای زندگی و کار در شأن انسان، مشارکت در توسعه، بهبود کیفیت زندگی و تصمیم گیریهای آگاهانه به فراگیری آنها نیاز دارد.» (Matanoski 2001).

همچنان که ملاحظه می شود آموزش فقط در حصار مدرسه و آموزشهای سنتی محدود نمی شود و به حل مسئله، آگاهی، مهارتهای اجتماعی و ارزشها می پردازد، این همان

کاستی است که در مورد کودکان و نوجوانان به خصوص در ایران برای مواجهه با خطرهای پیش روی آنان در قرن بیست و یکم مواجه هستیم، که به تعبیری می توان سوء تغذیه فکری و رفتاری نامید. اگر سوء تغذیه جسمی را بتوان با آگاهی و توزیع عادلانه بر طرف کرد، معالجه سوء رفتار و اختلالات روانی کودکان و نوجوانان و پیشگیری از ابتلای آنان، به برنامه ریزیهای طولانی، صبر، استمرار و ابتکار نیازمند است.

از جمله الگوهای موفق در ارتقای سلامت جسمی، روانی و اجتماعی کودکان استفاده از الگوی داوطلبان بهداشتی (Social Voluntire)، آموزش کودک به کودک (Child to Child) و کودکان برای سلامت (Children for Health) می باشد که در مجموع بر مشارکت کودکان و نوجوانان در سلامت خودشان تأکید می شود و پایه ای برای مشارکت اجتماعی و ایفا نقش بیشتر کودکان و نوجوانان در مردم سالاری را بنیاد می گذارد.

بدین ترتیب اگر واژه «سلامت برای کودکان» را به «کودکان برای سلامت» تغییر دهیم دریچه ای دیگر گشوده خواهد شد، چرا که این بار سخن از به کار گیری نیروی عظیم کودکان به میان خواهد آمد. بی تردید اگر برای کودکان نقشی فراتر از دریافت کنندگان صرف خدمات سلامت قائل باشیم، یعنی از آنها برای پیاده کردن برنامه ها مشارکت بجویم و احساس مسئولیت درباره سلامت خود و جامعه را به آنها انتقال دهیم در رسیدن به اهداف سلامت راهی کوتاه تر خواهیم پیمود و در سایه این سیاستگذاری دو لبه، دیری نخواهد پایید که خردسالان و نوجوانان به عنوان بزرگسالان جوان جامعه در کنار بقیه، جریانهای اجتماعی را عمیقاً تحت تأثیر قرار دهند و مردم سالاری را از این طریق در جامعه رواج بخشند.

اگر احساس مسئولیت در برابر سلامتی خود و جامعه را به کودکان انتقال دهیم، سرمایه گذاری بلند مدت انجام داده ایم و برای آینده شهروندانی تربیت خواهند شد که مسئولیت پذیر و مشارکت جو خواهند بود. هر هفته ۲۵۰ هزار کودک در کشورهای در حال توسعه جان خود را از دست می دهند و میلیونها کودک دیگر با نقص سلامت و رشد ناکافی زندگی می کنند، با تغییر نحوه مدیریت و انتقال مفاهیم پایه ای و مشارکت بخشیدن واقعی،

می توان از مرگ، بیماری، اختلالات روانی و اجتماعی پیشگیری مؤثر کرد و یکی از زیباترین ابعاد مشارکت مردم در تغییر وضع جامعه را فراهم آورد (همان).

### جمع بندی

سلامت کودکان یک موضوع استراتژیک برای همه ملت هاست، در کشور ما هر چند محدودیت سرانه بخش بهداشت، تاثیر خود را در سلامت و رشد کودکان می گذارد، اما توزیع ناعادلانه آن در مناطق مزید بر علت گردیده و سوء تغذیه مفرط در مناطق و اقشار محروم از یکسو و چاقی و بی تحرکی را از دیگر سو برای عده ای از کودکان فراهم آورده است. بی گمان یکی از علل اساسی تراژدی سوء تغذیه، بیماری و ناتوانی کودکان، فقر است، اما نقش آگاهی جامعه و محافظت های پایه ای و مشارکت آنان غیر قابل انکار است.

مشکل جدی در تفکر حاکم توجه به سلامت جسمی و پیشرفت تحصیلی و معدل کودکان و نوجوانان است که کمتر به مسائل عاطفی، روانی و رفتاری کودکان و نوجوانان توجه می شود. شناخت تغییر و تحولات اجتماعی و تاثیر آن در سلامت کودکان و نوجوانان یک ضرورت است، زیرا تاثیر این تحولات در رفتار و کردار کودکان بسیار پر اهمیت است، برای مواجهه و مقابله با این تحولات و رویارویی با پدیده انتقال اپیدمیولوژیک، آموزش بهداشت روانی و رفتاری و آماده ساختن کودکان و نوجوانان برای یادگیری مهارت های فردی و اجتماعی و هم چنین آموزش پدران، مادران، مربیان و معلمان مورد تاکید است. عدم آشنایی و توجه به تغییرات روانی، رفتاری در این دوره ممکن است به مناقشات خانوادگی و اجتماعی منجر شده و منشاء بسیاری از انحرافات، اعتیاد، بزهکاری و تبهکاری در کودکان و نوجوانان گردد، در چنین شرایطی دیگر تنها آموزشهای سنتی و درسی کافی نیست و آموزش ارزشها و مهارت آموزی در ابعاد فردی و اجتماعی به شدت مورد نیاز است، هم چنین برنامه ریزی برای حمایت و پشتیبانی از کودکان در برابر فقر، تبعیض، نابرابری، کار کودکان، سوء استفاده، خشونت و بی توجهی، از جمله مواردی است که باید در مورد آنها توجه کافی شود. فقر و نابرابری ارتباط و همبستگی معناداری با ضریب هوشی کودکان دارد و فقر تنها به مسائل و

مشکلات جسمانی محدود نمی ماند، بلکه عوارض و مشکلات آن به صورت ناتوانی جسمانی، ذهنی و یا روانی تا پایان عمر، در زندگی و سرنوشت افراد تاثیر می گذارد که برخی از آنها نیازمند سرپرستی و رسیدگی ویژه می باشد و نهادهای اجتماعی در آینده باید هزینه ها گزافی را صرف آموزش، بازتوانی، بازپروری و درمان و نگهداری آنان نمایند. از همین رو پرداختن و توجه به تامین رفاه اجتماعی کلیه کودکان از اولویت های تحولات اجتماعی است.

کودکان و نوجوانان بخصوص در دوران بلوغ به لحاظ تعارض نظام سستی و مدرن به جای همدلی و پیوند عاطفی با نظام خانواده و جامعه و مدرسه، به مقابله با آن برمی خیزند از همین روح حفظ سلامت کودکان و نوجوانان نیازمند داشتن دید جدید و ایده های نو می باشد و حاصل تعامل عناصر زیادی است که از آن جمله می توان به بهبود کیفیت زندگی، مشارکت در توسعه، و تصمیم گیریهای آگاهانه برای فراگیری و مهارت آموزی اشاره کرد. رشد اجتماعی مستلزم هماهنگی با گروههای اجتماعی و پیروی از هنجارها و سنت های آنان است، کودکان در این دوران کم کم درک می کنند چه کسانی هستند و چه مقامی در جامعه دارند، آنان الگوهای کنش متقابل پایداری با دیگران تشکیل می دهند و آنرا به صورتی در می آورند که بتوانند به کمک آن به رفتار خود نظم دهند و از قواعد اجتماعی جامعه شان دنباله روی کنند. برای اینکه روند اجتماعی شدن صورت گیرد، لازم است در جامعه تمایلی به اجتماعی کردن وجود داشته باشد. هم چنین افرادی وجود داشته باشند که مسئولیت اجتماعی کردن را بر عهده گیرند، از جمله روشهایی که می توان توسط آنها به کودکان و نوجوانان، شخصیت بخشید و مسئولیت پذیری و مشارکت پذیری آنان را افزود برقراری شوراهای دانش آموزی و اختیار بخشیدن به آنها، انتخابات در موارد مختلف، استفاده از روشها و تکنیکهای آموزش کودک به کودک در موارد گوناگون، تیم و گروه سازی و آموزش رقابت های سالم بین تیم ها و گروهها و ... که در مدرسه، جامعه و خانواده کودکان را برای پایه گذاری رفتارهای سالم و سالم سازی محیط زیست آماده کرده و گام بزرگی در پیشگیری از اختلالات رفتاری و روانی که چالش بزرگ سلامتی در قرن بیست و یکم است خواهد بود.

- ۱ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۰، سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران.
- ۲ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۶، سیمای سلامت و توسعه در استانها، ..
- ۳ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۷، سیمای تغذیه کودکان در استانها..
- 4- Bommier A, steclclov G. Defining health in equality: Journal of health Economics, may 2002; 21: 497-513
- 5- Bloom G. Equity in health in unequal societies, meeting health needs in contexts of social changes. Health Policy September 2001; 57: 205-24.
- 6- Matanoski GM. Conflicts between two cultures: implication for epidemiologic reserchers in Communicating with Policy-makers. American Journal of Epidemiology, 2001; 154 (suppl): 536-542.