



که باید به نوزادان هم داده شود دیگر توزیع نمی شود.»

سبحانی علاوه بر فقر غذایی، فقر فرهنگی را هم درباره این موضوع مهم می داند: «در اینجا سن تولد بسیار پایین است، دختران ۱۴ ساله ازدواج می کنند و بلافاصله باردار می شوند. خود این زنان در سن رشد هستند و وقتی باردار می شوند عملاً ماده غذایی کمی به خودشان می رسد. بعد از بچه اول بلافاصله بچه دوم را باردار می شوند و بعد سومی و... بعضی از خانواده ها بسیار فقیرند و آن مواد لازمی که باید زنان باردار مصرف کنند به آن ها نمی رسد. زنان بعد از زایمان هم بیشتر سهم سفره را به فرزندان و همسرشان می دهند و به خودشان چیزی نمی رسد. بسیاری از این زنان به پزشک مراجعه نمی کنند و بالطبع دارویی هم دریافت نمی کنند. ما به عنوان پزشکان روستاها خودمان سعی می کنیم به صورت مرتب به مادران باردار سر برنیم و اقلام مورد نیازشان را تامین کنیم.» به گفته او بسیاری از زنان در این منطقه درهای زیادی دارند که با انواع و اقسام قرص ها خوب نمی شود اما با کلسیم درشان تسکین پیدا می کند: «یعنی آنها انقدر کمبود کلسیم دارند که به صورت بیماری بروز پیدا می کند. زنان باردار باید از همه گروه های غذایی ویتامین دریافت کنند، به ویژه از ماهی، گوشت قرمز و سفید، حبوبات و مغز پجات که عملاً از سفره بسیاری از خانواده های ایرانی به ویژه خانواده هایی که در مناطق محروم مثل بلوچستان زندگی می کنند حذف شده است. تالاسمی مینور در استان سیستان و بلوچستان بیداد می کند و مادرانی که تالاسمی و فقر آهن دارند، بدن شان دچار مشکلات عیدیه ای است. خیلی کم مادر بارداری پیدا می شود که گروه های غذایی و مکمل ها را به صورت کامل دریافت کند.»

❖ توصیه هایی که اجرای شان سخت است

شواهد موجود نشان می دهد که مکمل سازی متعادل انرژی و پروتئین، به بهبود رشد جنین کمک می کند و ممکن است خطر مرده زایی، تولد نوزاد با وزن کم و نوزادان کوچک تر از سن بارداری را کاهش دهد، به ویژه در میان زنان باردار دچار سوء تغذیه. مصرف مکمل های با پروتئین بالا در دوران بارداری مفید به نظر نمی رسد و ممکن است برای جنین مضر باشد. در کنار اینها، مشاوره های تغذیه ای دوران بارداری با هدف افزایش دریافت انرژی و پروتئین مادر هم می تواند در افزایش دریافت پروتئین و کاهش خطر زایمان زودرس مؤثر باشد اما در مناطق محرومی مانند سیستان و بلوچستان عملی کردن این توصیه ها کار آسانی نیست.

طیبه سمیعی زاده طوسی، استادیار آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران شهر و عضو حامیان کانون سلامت زنان ایران شهر به «مهمیها» می گوید، چون فقر غذایی در ایران شهر بسیار زیاد است و عده ای حتی بیش از دو ماه هم شده که گوشت نخورده اند یا توان خرید دیگر مواد غذایی را ندارند: «پهزیستی خیلی ضعیف عمل می کند، کسانی که دچار معلولیت اند خدمات خوبی دریافت نمی کنند، به دلیل فقرشان در این منطقه به سمن ها مراجعه می کنند و سمن ها هم به آنها کمک می کنند یا بسیاری از افراد توانایی خرید داروهای روان پزشکی شان را ندارند و خیران به آنها کمک می کنند. توان خرید مردم در داروهایشان بسیار کم شده است.»

فرحناز امراللهی، مدیرعامل موسسه پرتو هم می گوید، مادرانی که تعداد فرزندان شان زیاد است به دلیل فقر ترجیح می دهند که سر سفره، غذایشان را به بچه های شان بخشند و به همین دلیل دچار سوء تغذیه اند: «دولت باید در این زمینه ورود کند چون سمن ها نمی توانند این افراد را همیشه تامین کنند. بعضی از این داروها مثل مولتی ویتامین به شدت گران است و ما شاید بتوانیم تعداد کمی از این قرص ها را برای عده ای از مادران تهیه کنیم.» به گفته او، از دوره ای که کارت هماهنگی سوخت به سوختک شان داده شد، این مردان توانستند درآمد خوبی داشته باشند و بالطبع وضع غذایی مردم هم بهتر شده بود: «اما اخیراً مرز پاکستان بسته شد، روی تغذیه مردم تاثیر گذاشت و سوء تغذیه در بین زنان بیشتر است.»

❖ توزیع می کنیم، اعتبار نداریم

با همه این حرف ها اما احمد اسماعیل زاده، مدیر دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت به مهمیها می گوید، برنامه مکمل یاری

رایگان برای همه گروه های سنی طبق دستورالعمل شبکه بهداشت و درمان از جمله برای زنان باردار در کل کشور در حال انجام است. گرچه او هم می گوید در این مسیر مشکلاتی وجود دارد: «مشکلی که ما در برنامه مکمل یاری داریم این است که اعتبارات این برنامه با وجود اینکه از سوی وزارت بهداشت تخصیص پیدا می کند اعتبارات محدودی است و به همین دلیل، همین پوشش دهی برنامه مکمل یاری در کل گروه های سنی آن مقداری که مدنظر ماست، نیست. در حال حاضر این پوشش دهی بسته به بودجه ای که به دانشگاه های علوم پزشکی تخصیص پیدا می کند، حدود ۴۵ تا ۵۵ درصد است اما با توجه به اهمیت سلامت زنان باردار و کودکان حتی اگر دانشگاهی محدودیت اعتبار هم دارد، اولویت با این گروه است.» او درباره کمبود این مکمل ها در بعضی از مناطق محروم کشور می گوید: «شاید گزارش هایی درباره اتمام این مکمل ها به دست ما رسیده باشد اما به طور کلی چنین گزارشی که سه یا چهار سال است که در سراوان یا دیگر مناطق محروم توزیع این مکمل ها قطع شده، نداشته ایم. در شبکه های بهداشت و درمان هر گروه سنی ای یک فواصل مراجعه به مراکز درمانی برای دریافت این مکمل ها دارد. مثلاً زنان باردار در فاصله زمانی سه ماهه و شش ماهه باید برای دریافت این مکمل ها مراجعه کنند. احتمال دارد ولی موقتاً در مراکز بهداشتی این مکمل ها قطع شده باشد یا دانشگاهی کمبود بوده چه برای تامین این قرص ها داشته باشد اما به معنی قطع کلی این مکمل ها نیست. ما به طور مرتب پیگیریم که بودجه برای تامین این مکمل ها کم نشود. اخیراً هم مکاتبه ای کردیم که بودجه مکمل ها در ۸ منطقه کمر خوردار که از بودجه یک درصدی بیمه روستایی که به وزارت بهداشت داده شود، تامین می شود ۲۵ درصد افزایش پیدا کند.»

اسماعیل زاده در این باره می گوید، مادرانی که به شبکه های بهداشت و درمان در دوران بارداری مراجعه می کنند مکمل های اسید فولیک همراه با ویدو مکمل مولتی ویتامین را به صورت رایگان دریافت می کنند: «باتوجه به نتایج حاصل از ششمین پایش وضعیت یُد جامعه، ما برای دانشگاه های علوم پزشکی اجبار کردیم که به جای توزیع مکمل های اسید فولیک، از اسید فولیک با یُد استفاده کنند. با وجود اینکه قیمت اسید فولیک با یُد از ساده آن بالاتر است اما برای سلامت بیشتر زنان باردار، جلوگیری از سقط جنین و برای بالا بردن بهره هوشی کودکان، توزیع این قرص ها را اجباری کردیم.» به گفته او، دفتر بهبود تغذیه وزارت بهداشت جدیداً نامه ای نوشته و در آن خواسته که دقیقاً اعلام شود اعتباراتی که برای تهیه مکمل ها اختصاص داده می شود دقیقاً چه شده است: «دانشگاه ها حق این را ندارند که اعتبارات تهیه مکمل های دارویی را جای دیگری استفاده کنند تا مثلاً به کار ماندن شان حقوق بدهند! اما اعتبارات محدود است؛ مثلاً در جایی ممکن است یک میلیارد تومان برای تامین مکمل های دارویی نیاز باشد اما اعتباری که داده می شود ۴۰۰ یا ۵۰۰ میلیون تومان است. اما با رسی ها از همین تخصیص بودجه صورت می گیرد و مستندات جدی تر جمع آوری خواهد شد.»

زهرا طاولی، رئیس اداره سلامت مادران وزارت بهداشت هم به «همیها» می گوید، این دفتر با همکاری دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت همفکری می کند که چه مکمل هایی را باید در بسته ها بگذارند که به مادران باردار مناطق محروم داده شود. او درباره میزان توزیع این مکمل ها می گوید: «این موضوع بستگی به دانشگاه های علوم پزشکی دارد که با پولی که وزارت در اختیار آنها می گذارد آیا مکمل ها را خریداری می کند یا برای کار دیگری استفاده می کند. خودشان مسئول خریداری و توزیع این مکمل ها هستند و اداره ما نظارت کننده بر این موضوع نیست.» به گفته او مکمل های بارداری در مناطق محروم شامل اسید فولیک و یُد از یک ماه قبل از بارداری تا سه ماه بعد از زایمان است و در سه ماهه دوم و سوم هم قرص های آهن و مولتی ویتامین باید به این مادران داده شود.

❖ قانون جوانی جمعیت و کمبود ویتامین

چند سال از اجرای شدن قانون جوانی جمعیت می گذرد و انطور که کارشناسان، پزشکان، بهورزان و خود زنان می گویند این قانون دردی از درد زنان باردار مناطق محروم دوا نکرده؛ زنانی که دیگر وسایل پیشگیری از بارداری رایگان در اختیار ندارند، با فقر اقتصادی شان مدام در حال زایماند و مکمل های دارویی و بسته های غذایی کافی هم دریافت نمی کنند.

طیبه سمیعی زاده طوسی، استاد دانشگاه علوم پزشکی ایران شهر و عضو حامیان کانون سلامت زنان ایران شهر می گوید، زاد و ولد در استان سیستان و بلوچستان آمار بالایی دارد و بعد از اجرایی شدن قانون جوانی جمعیت و جمع آوری وسایل پیشگیری از بارداری رایگان از خانه های بهداشت، این آمار بیشتر شده است: «ما مخالف افزایش جمعیت نیستیم اما زنان فقیری که نمی خواهند بارداری های متوالی داشته باشند با اجرای این قانون دچار مشکلات شده اند.» به گفته او زنان باردار توان خرید مکمل های دارویی را ندارند و ارائه رایگان این داروها به آنها جزو ضروریات است: «این زنان حتی توان خریدن پوشک، شیر خشک و شونیده ها را برای کودکان شان هم ندارند. اگر حرف از افزایش جمعیت می زنیم، باید به این موضوعات هم توجه کنیم. بسیاری از مادران دچار فقر شدید غذایی اند و با بارداری و زایمان وضعیت شان بدتر هم می شود. شاید باید برایشان یارانه ویژه یا حقوق ماهیانه در نظر بگیرند تا بتوانند حداقل زندگی خود و کودکان شان را تامین کنند.»

فرحناز امراللهی، مدیرعامل موسسه پرتو هم معتقد است، وزارت بهداشت با توجه به اینکه رشد جمعیت را تشویق می کند، باید در این جهت و برای مقابله با خطری که جان مادران و آینده نوزادان را تهدید می کند، به تامین مکمل های دارویی توجه جدی نشان دهد. سیما سبحانی، پزشک روستای دهک از توابع سراوان هم

می گوید، بسیاری از زنان باردار در منطقه سراوان بارداری پرخطر دارند و نباید باردار شوند اما نمی توانند وسایل پیشگیری از بارداری را تهیه کنند و جان خود و فرزندشان به خطر می افتد: «بسیاری از مادران باردار از روش های پیشگیری از بارداری اطلاعی ندارند و قبلاً پیشگیری از بارداری را گناه می دانستند. البته الان آگاهی در این باره بیشتر شده است اما وسایل در اختیارشان نیست که بخواهند پیشگیری کنند. از بین مادران بارداری که به من مراجعه می کنند شاید از هر ۱۰ نفر، دو نفر باشند که بارداری با خواسته خودشان داشته باشند.»

او می گوید درست است که زاد و ولد باید بیشتر شود اما به چه قیمتی؟ «وقتی مادری هنوز از زایمانی قبلی ریکویری نشده است دوباره باردار می شود. یا مادرانی که می گویند چندین فرزند کوچک دارند و پدرشان فوت کرده یا طلاق گرفته اند و در خرج روزانه آنها مانده اند. از چند سال پیش که غربالگری جنین را حذف کرده اند نوزادان بیشتری را دیده ام که با آنر مالی های زیادی به دنیا می آیند که قبلاً شاهدش نبودیم.»

احمد اسماعیل زاده، مدیر دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت هم با بیان اینکه ماده ۲۴ قانون جوانی جمعیت که درباره تامین اقلام و بسته های غذایی و بهداشتی برای مادران باردار و شیرده زیر دو سال است، می گوید از زمانی که این قانون اجرایی شده این ماده به اجرا در نیامده است اما پرسال کمپویش ۸ استان کمر خوردار کشور اتفاق افتاد: «در اداره جوانی جمعیت وزارت بهداشت دنبال این هستند که این ماده را عملیاتی کنند و ظاهراً بودجه ای هم گرفته اند اما اعتبار بزرگی نیست که بشود برای همه مادران در کل کشور اجرایی اش کرد. ما برنامه ای برای مادران بارداری که محرومند داریم و برنامه دیگری هم وجود دارد که از طریق کمیته امداد کارت های مادران دارای سوء تغذیه ۳۵۰ هزار تومان شارژ می شود تا بتوانند مواد مغذی بخرند.»

❖ فقر زنان جهانی است

طبق گزارش یونیسف، سوء تغذیه حاد در میان زنان باردار و شیرده در کشورهای درگیر فقر، جنگ و بحران اقتصادی، طی دو سال گذشته رشدی ۲۵ درصدی داشته است. افزایش قیمت مواد غذایی که بخشی از آن به دلیل جنگ اوکراین بوده، فشار بی سابقه ای بر جوامع آسیب پذیر وارد کرده است. در یکی از مطالعات گسترده در کشورهای کم درآمد، مشخص شد بیش از ۸۰ درصد زنان باردار دچار کمبودهای شدید ریز مغذی ها مانند فولیک، ویتامین B1۲ و کولین اند. کمبود این مواد می تواند منجر به تولد نوزادان با وزن پایین، ناتوانی های ذهنی و حتی مرگ نوزاد شود.

دسترسی یا فقدان دسترسی به تغذیه مناسب مادران به طور مستقیم با نابرابری های اقتصادی جهانی مرتبط است: در حالی که مادران در کشورهای با درآمد بالا به طور منظم از ویتامین های دوران بارداری استفاده می کنند، در کشورهای با درآمد پایین و متوسط، مانند نیجریه، بسیاری از زنان از این مراقبت پایه ای محرومند. کمبود ریز مغذی ها حدود دوسوم زنان در سن باروری در سراسر جهان را تحت تاثیر قرار می دهد و زنان باردار به ویژه در مناطقی که دسترسی به رژیم های غذایی متنوع و مغذی محدود است، بسیار آسیب پذیرترند. این نابرابری هر ساله موجب حدود ۲۹۵ هزار مرگ قابل پیشگیری مادران و میلیون ها مرگ قابل پیشگیری نوزادان می شود.

به طور جهانی، ۳۷ درصد از زنان باردار از کم خونی رنج می برند که خطر مرگ مادر، وزن پایین هنگام تولد و عوارض مادام العمر برای نوزادان را افزایش می دهد. ویتامین های دوران بارداری که به طور رسمی با عنوان مکمل های چند ریز مغذی (MMS) شناخته می شوند، می توانند این کمبودها را به طور مؤثری جبران کنند، اما رساندن این مکمل ها به زنانی که بیشترین نیاز را دارند همچنان یک مانع بزرگ است.

در سپتامبر ۲۰۲۴، سازمان EvidenceAction یک برنامه آزمایشی را در ۹۰ مرکز درمانی در نیجریه آغاز کرد تا کمبود ریز مغذی ها از جمله کم خونی جلوگیری کرده و سلامت مادران و نوزادان را بهبود بخشد. این اولین اقدام عملی این سازمان در قالب «شتاب دهنده» آن هاست برای بررسی چالش های تأمین مکمل MMS، قرصی که حاوی ۱۵ ویتامین و ماده معدنی ضروری مخصوص زنان باردار است. هزینه تهیه مکمل MMS برای یک دوره کامل ۱۸۰ روزه (طبق توصیه سازمان جهانی بهداشت) حدود ۲/۱۲ دلار به ازای هر زن است. با توجه به هزینه پایین و اثربخشی بالا، محققان این اقدام را به عنوان یکی از بهترین سرمایه گذاری های جهانی معرفی کرده اند؛ به طوری که برای هر یک دلار سرمایه گذاری، حدود ۲۷ دلار بازده اقتصادی تخمین زده می شود.

هیچ منطقه ای در مسیر دستیابی به اهداف جهانی ۲۰۳۰ برای کاهش ۵۰ درصدی کم خونی یا کاهش ۳۰ درصدی وزن پایین هنگام تولد قرار ندارد. تغذیه مادران با برابری جنسیتی گره خورده است؛ سوء تغذیه سلامت زنان، توانمندی اقتصادی و استقلال آن ها را تضعیف می کند و چرخه ای از ناتوانی و فقر را بین نسل ها تداوم می بخشد.

اما می شود چرخه نابرابری را شکست. مدل های موفق بین المللی نشان می دهند که اگر مکمل های بارداری به شکل ساده، رایگان و در زمان مناسب به دست زنان برسد، اگر آموزش و پیگیری به طور پیوسته در جریان باشد و اگر زنان نه فقط گیرند، بلکه تصمیم گیرنده و همراه این مسیر باشند، می توان زندگی هزاران مادر و کودک را نجات داد.

در واکنش به این وضعیت، یونیسف برنامه ای جهانی راه اندازی کرده که هدف آن ارائه مکمل ها، خدمات مشاوره ای و کمک های تغذیه ای به ۱۶ میلیون زن در ۱۶ کشور تا پایان سال ۲۰۲۵ است. این تلاش ها شاید نخستین گام واقعی برای مقابله با فقر غذایی زنان باردار در سطح جهانی باشد.

خبر سازان



شیوع ۱۱ درصدی آسم در کودکان و نوجوانان

رئیس اداره بیماری های مزمن تنفسی وزارت بهداشت اعلام کرد که شیوع علائم آسم در میان کودکان و نوجوانان حدود ۱۱ درصد و شیوع میان جمعیت بزرگسال نیز ۹ درصد است. به گزارش ایسنا، مهدی نجمی درباره جزئیات این مطالعه توضیح داد و گفت: «این مطالعه، نخستین مطالعه گسترده ای است که با حجم نمونه بسیار بالا در تمام کشور انجام شده است. این مطالعه براساس یک پرسش نامه در ارتباط با علائم آسم انجام شده است. شرکت کنندگان در این مطالعه درباره علائمی که بیشترین احتمال بروز آسم را به همراه دارند، مورد پرسش قرار گرفته اند. اگر این مطالعه در پنج سال آینده یک بار دیگر انجام شود و میزان علائم شیوع آسم در کودکان افزایش یابد، به طور مثال از ۱۱ درصد کنونی به ۱۵ درصد برسد؛ بیانگر افزایش آسم در کشور است. به طور قطع اگر فاز دوم این مطالعه در کشور انجام می شد، میزان شیوع قطعی آسم در کودکان از ۱۱ درصد کمتر و حدود ۷ تا ۶ درصد بود. روند صعود و نزولی میزان شیوع آسم برای وزارت بهداشت بسیار مهم است.»



افزایش معدل امتحانات نهایی

مدیرکل آموزش و پرورش شهر تهران اعلام کرده است که در سال تحصیلی گذشته معدل کنبی امتحانات نهایی ۸۴ صدم درصد رشد داشت؛ این معدل از ۱۱/۶۷ به ۱۲/۵۱ رسید و پیش بینی شده است که در سال آینده این عدد به ۱۳/۵ برسد. به گزارش ایسنا، مجید پارسا درباره اقدامات آموزش و پرورش شهر تهران برای ارتقای معدل کنبی نهایی سال جاری گفت: «یکی دیگر از اقدامات برنامه ریزی شده در این زمینه، انعقاد تفاهمنامه با عملکردی امتحانات نهایی سال جاری را تعیین و برای آن برنامه پیش بینی کنند که برای رسیدن به اهداف چه برنامه هایی خواهیم داشت.» پارسا اضافه کرد: «برنامه هایی که برای کیفیت بخشی آموزشی در آموزش و پرورش شهر تهران دنبال کردیم، تحت عنوان برنامه مبتنی تحول بود که به همت معاونت آموزش متوسطه پیش بینی شد. همچنین کارگروه های کیفیت بخشی در سطح مناطق و کارگروه های درسی در سطح مدارس تشکیل دادیم که بحث کیفیت بخشی در مدارس را دنبال کنند.»



شناسایی ۲ مفقود انفجار بندر شهید رجایی

به گزارش ایلنا، جواد میرهادی، مدیرکل پزشکی قانونی هرمزگان اعلام کرده است که پیکر دو نفر دیگر از جانب‌اختگان حادثه انفجار بندر شهید رجایی، با آزمایش دی.ان.ای شناسایی شد. با شناسایی این تعداد، شمار پیکرها به ۴۸ نفر رسید که پیکر این جانب‌اختگان به خانواده‌های آنها تحویل داده می‌شود. برای احراز هویت بقیه پیکرهای تحویل‌شده به پزشکی قانونی، از پیکرها و بستگان درجه یک آنها نمونه‌برداری دی.ان.ای گرفته شده که پس از مشخص شدن داده‌های ژنتیکی و تطبیق نمونه پیکرها با نمونه‌های بستگان، نتیجه به استحضار هموطنان خواهد رسید. پیش از این نیز پیکر ۴۶ نفر شناسایی شده بود. پیکر ۹ نفر از مفقودان این حادثه نیز تاکنون شناسایی نشده است.