



پژوهشکده‌ی آمار

گزارش تحلیلی

الگوی زندگی مادران و ویژگی‌های اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی خانوارها

اسفند ۱۳۹۸





پژوهشکده‌ی آمار

بسم الله الرحمن الرحيم

شناسنامه نشریه	
SD-4-1-98-05	کد گزارش
الگوی زندگی مادران و ویژگی‌های اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی خانوارها	فارسی
Mothers life pattern and the social, economic and health characteristics of households	انگلیسی
حضور مادران در خانوار، ویژگی‌های اجتماعی و اقتصادی مادران، سلامت مادران، ازدواج، باروری و فرزندآوری مادران، واکسیناسیون و سلامت کودکان	واژه‌های کلیدی
روشنک علی‌اکبری صبا	نویسندگان
پژوهشکده‌ی آمار،	ناظر علمی
پژوهشکده‌ی آمار،	ناشر
پژوهشکده‌ی آمار، تهران، خیابان دکتر فاطمی، خیابان باباطاهر، خیابان شهید فکوری، شماره‌ی ۱۴۵. کد پستی: ۱۴۱۳۷۱۷۹۱۱	نشانی
۳-۴۴۰-۸۸۶۳۰	تلفن
research@srtc.ac.ir	پست الکترونیک

♦ مسئولیت آرا و نظراتی ارائه‌شده در گزارش بر عهده‌ی نویسنده یا نویسندگان است.

♦ حق مالکیت معنوی این گزارش تحلیلی متعلق به پژوهشکده‌ی آمار است و نقل مطالب فقط با ذکر مأخذ مجاز است.

صفحه‌بندی:

طاهره امینی

طرح جلد:

ساناز مهندسی



الگوی زندگی مادران و ویژگی‌های اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی خانوارها

روشنک علی‌اکبری صبا



* مقدمه

اجرای آمارگیری) و آمارگیری هزینه و درآمد خانوارهای شهری و روستایی کشور ۱۳۹۴ اطلاعات مفصلی در خصوص نقش و تأثیر مادران و ویژگی‌های آن‌ها بر زندگی فرزندان به دست آمد. بدیهی است از آنجا که نتایج حاصل تحلیل توصلی توصیفی است نه تبیینی، در این مجال به دنبال اثبات رابطه‌ای علی نبوده‌ایم و تنها ارائه‌ی تصویری از ویژگی‌های مادران به تنهایی یا در ارتباط با ویژگی‌ها و شرایط زندگی کودکان مورد نظر بوده است. انتظار می‌رود نتایج این طرح پژوهشی اهمیت توجه به نقش مادران در جامعه را برای برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران این حوزه بیش از پیش آشکار سازد. شایان ذکر است اطلاعات دهک‌ها و پنجک‌های اقتصادی خانوارها که در این گزارش گاهاً به‌عنوان متغیری برای سطح‌بندی اقتصادی خانوارها به کار رفته است بر اساس سطح‌بندی خانوارها در چارچوب آمارگیری شاخص‌های چندگانه‌ی جمعیت و سلامت ۱۳۹۴ است. این سطح‌بندی به روش آزمون تقریب وسیع و بر پایه‌ی مجموعه‌ای از اطلاعات مرتبط با ویژگی‌های منتخب خانوارها، اطلاعات فردی سرپرست و امکانات خانوارها صورت گرفته است.

نقش و تأثیر مادران و ویژگی‌های آن‌ها بر زندگی فرزندان بر کسی پوشیده نیست. با توجه به نقش پررنگ مادران در وضعیت اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی خانوارها بررسی ویژگی‌های آنان بر اساس آخرین داده‌های حاصل از آمارگیری‌ها از اهمیت به‌سزایی برخوردار است. هدف اصلی در این پژوهش، بررسی ویژگی‌های مادران و ارتباط آن‌ها با ویژگی‌های فردی و جمعی اعضای خانوار است. از جمله عوامل کلیدی که به نظر می‌رسد بر سطح اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی اعضای خانوارها تأثیرگذار است وضعیت حضور مادران در کنار فرزندان، وضعیت جمعیت‌شناختی مادران (از جمله سن، شاخص‌های ازدواج و تحصیلات)، وضعیت اجتماعی (از جمله اشتغال و درآمد) و وضعیت سلامت (از جمله ابتلا به بیماری‌های مزمن و وضع معلولیت) آن‌ها است که انتظار می‌رود بر ویژگی‌های اعضای خانوار از جمله تحصیلات، تربیت کودکان، سطح رضایت از زندگی و بهداشت و سلامت فرزندان تأثیرگذار باشد.

در این پژوهش با بررسی اطلاعات موجود از آمارگیری شاخص‌های چندگانه جمعیت و سلامت ۱۳۹۴ (آخرین

روشنک علی‌اکبری صبا کارشناس پژوهشی گروه پژوهشی طرح‌های فنی و روش‌های آماری و هیئت علمی پژوهشکده‌ی آمار هستند.

عمده‌ترین نتایج حاصل از این پژوهش به تفکیک حوزه‌ها و موضوعات مورد بررسی به شرح زیر است.

حضور مادران در خانوار

پیش از بررسی هر ویژگی، به دلیل اهمیت موضوع، حضور مادران در خانوار بررسی و نتایج زیر حاصل شد.

♦ از بین ۲۱,۹۹۴,۹۲۱ کودک ۰ تا ۱۷ ساله در سال ۱۳۹۴ در سطح کل کشور، حدود ۹۵/۵ درصد از کودکان، همراه و در حضور مادر واقعی خود^۱ زندگی می‌کنند. کمترین درصد زندگی در حضور مادران واقعی به گروه سنی ۱۵ تا ۱۷ ساله اختصاص دارد. در بین استان‌های مختلف کشور،

- برای کودکان ۰ تا ۴ ساله، استان‌های قم، گیلان و کرمانشاه،
 - برای کودکان ۵ تا ۱۴ ساله، استان‌های کرمانشاه، گیلان و کهگیلویه و بویراحمد و
 - برای کودکان ۱۵ تا ۱۷ ساله، استان‌های آذربایجان شرقی، خراسان جنوبی و تهران
- کمترین درصد زندگی در حضور مادران واقعی را داشته‌اند.

* ویژگی‌های اجتماعی و اقتصادی مادران

در این بخش برخی ویژگی‌های اجتماعی و اقتصادی مادران شامل وضع سواد، وضع زناشویی، نگرش نسبت به خشونت خانگی، رضایت از زندگی و وضعیت اشتغال و تأمین اجتماعی مادران بررسی می‌شود.

وضع سواد مادران

♦ در سال ۱۳۹۴ درصد مادران بی‌سواد در کل جامعه (مادرانی که به مدرسه نرفته‌اند یا تنها پیش‌دبستانی یا آمادگی را گذرانده‌اند) ۱۱/۷ درصد بوده است. بیشترین درصد مادران بی‌سواد در گروه سنی ۶۵ ساله و بالاتر با

۵۸/۶ درصد مشاهده شد و کمترین درصد مادران بی‌سواد نیز مربوط به مادران گروه سنی ۱۵-۲۹ ساله با ۴/۹ درصد بود.

♦ ۷/۶ درصد از مادران شهرنشین و ۲۱/۹ درصد از مادران روستانشین بی‌سواد هستند.

♦ بیشترین میزان بی‌سوادی مربوط به مادران در خانوارهای پنجگانه اول اقتصادی با ۱۹/۸ درصد و کمترین آن مربوط به مادران در خانوارهای پنجگانه پنجم اقتصادی با ۴/۴ درصد است. به عبارت دیگر همزمان با بالا رفتن سطح اقتصادی خانوارها میزان بی‌سوادی مادران نیز کاهش می‌یابد.

وضع زناشویی مادران

♦ سهم مادران دارای همسر در کل جامعه ۹۳/۲ درصد بود. مادران دارای همسر در گروه سنی ۱۵-۲۹ ساله با ۹۵/۴ درصد بیشترین سهم را نسبت به دیگر گروه‌های سنی داشتند و کمترین درصد مادران دارای همسر همانگونه که انتظار می‌رود، مربوط به مادران گروه سنی ۶۵ ساله و بالاتر با ۶۰/۸ درصد بود.

♦ درصد مادران بی‌سواد دارای همسر ۹۰/۶، درصد مادران با تحصیلات ابتدایی و راهنمایی دارای همسر ۹۳/۶، درصد مادران با تحصیلات متوسطه، دیپلم و پیش‌دانشگاهی دارای همسر ۹۴/۲ و درصد مادران با تحصیلات دانشگاهی دارای همسر ۹۱/۹ است. به عبارت دیگر کمترین درصد مادران دارای همسر در رده‌ی مادران بدون تحصیلات رسمی (بی‌سواد) بوده است که انتظار می‌رود میانگین سنی بالاتری داشته باشند. پس از این رده کمترین درصد مادران دارای همسر به رده‌ی مادران با تحصیلات دانشگاهی تعلق دارد.

♦ ۹۴/۵ درصد از مادران روستانشین در مقابل ۹۲/۶ درصد از مادران شهرنشین دارای همسر هستند.

شاخص در میان مادران گروه سنی ۳۰-۳۹ ساله با ۱۸/۴ درصد و بیشترین مقدار آن در بین مادران گروه سنی ۶۵ ساله و بالاتر با ۳۲/۲ درصد مشاهده شد.

♦ درصد نگرش موافق مادران با خشونت خانگی مردان نسبت به همسران خود با افزایش میزان تحصیلات کاهش می‌یابد به گونه‌ای که بیشترین میزان آن در میان مادران بی‌سواد با ۳۶/۳ درصد و کمترین مقدار آن در میان مادران دارای تحصیلات دانشگاهی با ۶/۴ درصد است.

♦ درصد نگرش موافق مادران با خشونت خانگی در نقاط شهری و روستایی به ترتیب با ۱۶/۰ و ۲۹/۶ درصد اختلاف قابل توجهی دارد.

♦ در بین پنجگ‌های اقتصادی، مادران پنجگ اول بیش از سایر پنجگ‌ها با خشونت خانگی موافق بودند (۲۷/۹ درصد). سهم مادران موافق با خشونت خانگی در بین پنجگ‌های اقتصادی روندی نزولی دارد به طوری که کمترین مقدار این سهم با ۹/۵ درصد به پنجگ پنجم اقتصادی تعلق دارد.

رضایت مادران از زندگی

♦ درصد رضایتمندی مادران از زندگی خانوادگی ۸۳/۷، سهم مادرانی که ابراز شادمندی بودن کرده‌اند ۵۰/۸ درصد و سهم مادران امیدوار به بهبود زندگی خود ۵۷/۶ درصد است. درصد رضایتمندی مادران از زندگی خانوادگی در میان تمام گروه‌های سنی از سطح بالایی برخوردار بوده اما با افزایش سن مادران این شاخص کاهش می‌یابد. کمترین مقدار این شاخص با ۷۶/۶ درصد در میان مادران گروه سنی ۶۵ ساله و بالاتر و بیشترین مقدار آن با ۸۷/۳ درصد در میان مادران گروه سنی ۱۵-۲۹ ساله است. درصد شادمندی در گروه سنی ۱۵-۲۹ ساله با ۵۷/۱ درصد بیشترین و در گروه سنی ۶۵ ساله و بالاتر، با ۴۱/۱ درصد کمترین مقدار را دارد. درصد امیدواری به بهبود زندگی در میان مادران همانند شاخص شادمندی با

♦ سهم مادران دارای همسر از کل مادران در همه‌ی پنجگ‌های اقتصادی بالای ۹۰ درصد است در این بین مادران در خانوارهای پنجگ دوم با ۹۴/۶ درصد بیشترین سهم و مادران در خانوارهای پنجگ پنجم کمترین سهم را با ۹۰/۸ درصد دارا هستند.

♦ سهم مادران با همسرانی که بیش از یک همسر دارند (چندهمسری همسران) ۱/۵ درصد بود. ۰/۶ درصد از مادران گروه سنی ۲۹-۱۵ ساله و ۳/۴ درصد از مادران گروه سنی ۶۵ ساله و بالاتر دارای همسران چندهمسری بودند.

♦ درصد مادران با همسران چندهمسری با افزایش سطح تحصیلات کاهش می‌یابد. کمترین مقدار این درصد به مادران دارای تحصیلات دانشگاهی با ۰/۲ درصد و بیشترین مقدار آن به مادران بی‌سواد با ۴/۶ درصد تعلق دارد.

♦ با بررسی این شاخص به تفکیک مناطق شهری و روستایی، به وضوح مقدار بیشتر این شاخص در بین مادران روستانشین مشهود است. درصد مادران با همسران چندهمسری در نقاط روستایی ۲/۸ درصد و مقدار این شاخص در نقاط شهری ۱/۰ درصد است.

♦ مادرانی که خانوارهای آن‌ها در پنجگ اقتصادی اول قرار دارند با ۲/۶ درصد بیشترین میزان مادران دارای همسران چندهمسری و مادرانی که خانوارهای آن‌ها در پنجگ اقتصادی پنجم قرار دارند با ۰/۸ درصد کمترین میزان را در این شاخص دارا هستند.

نگرش مادران نسبت به خشونت خانگی

♦ سهم مادرانی که با خشونت خانگی مردان نسبت به همسران خود (کتک به هنگام بدون اطلاع بیرون رفتن از منزل یا بی‌توجهی به فرزندان یا بحث با شوهر یا امتناع از رابطه جنسی یا سوزاندن غذا) موافق‌اند در سطح کل جامعه ۱۹/۸ درصد بود. کمترین مقدار این

دارد و مقدار آن‌ها با افزایش سطح اقتصادی خانوارها افزایش می‌یابد.

وضعیت اشتغال و تأمین اجتماعی مادران

♦ در بررسی وضعیت اشتغال و تأمین اجتماعی مادران به تفکیک سن، بیشترین درصد اشتغال میان مادران گروه سنی ۴۰-۶۴ ساله با ۱۳/۵ درصد و کمترین آن در میان مادران ۶۵ ساله و بالاتر با میزان ۵/۶ درصد است که در واقع بر اساس شرایط سنی این مادران چنین نتیجه‌ای دور از انتظار نیست.

♦ درصد پوشش بیمه‌ی پایه برای مادران گروه‌های سنی متفاوت اگر چه اختلاف چندانی با هم ندارند اما بیشترین پوشش بیمه‌ی پایه در میان مادران ۴۰-۶۴ ساله و کمترین پوشش بیمه‌ی پایه برای مادران ۶۵ ساله و بالاتر است. در حالی که روند برخورداری مادران از بیمه‌ی تکمیلی متفاوت بوده و با افزایش سن، درصد مادران تحت پوشش بیمه‌ی تکمیلی افزایش می‌یابد به گونه‌ای که ۲۶/۱ درصد از مادران ۶۵ ساله و بالاتر برخوردار از بیمه‌ی تکمیلی هستند.

♦ از میان مادران بی‌سواد، ۸/۵ درصد شاغل‌اند. درصد اشتغال در بین مادران دارای مدرک تحصیلی ابتدایی و راهنمایی ۶ درصد، مادران دارای مدرک تحصیلی متوسطه، دیپلم و پیش‌دانشگاهی ۷/۲ درصد و مادران دارای مدرک تحصیلی دانشگاهی ۳۵/۷ درصد است. به عبارت دیگر در بین مادران باسواد با افزایش سطح سواد، درصد اشتغال مادران افزایش می‌یابد.

♦ درصد برخورداری مادران از بیمه‌ی پایه نیز متغیر است به طوری که بیشترین درصد مادران برخوردار از بیمه‌ی پایه را بعد از مادران در رده‌ی سایر، مادران با مدرک تحصیلی دانشگاهی (۹۴/۸ درصد) تشکیل می‌دهند. مشابه این وضعیت برای برخورداری مادران از بیمه تکمیلی نیز برقرار است و پوشش بیمه‌ی تکمیلی برای

افزایش سن مادران روندی کاهشی دارد. اگر چه در سطح کل جامعه میزان این شاخص برای مادران ۵۷/۶ درصد است، اما بیشترین میزان امیدواری به بهبود زندگی در گروه سنی مادران ۱۵-۲۹ ساله با ۶۲/۳ درصد بوده و کمترین مقدار با ۳۵/۶ درصد برای مادران گروه سنی ۶۵ ساله و بالاتر رخ داده است.

♦ کمترین میزان رضایتمندی مادران از زندگی خانوادگی با ۷۵/۶ درصد در میان مادران بی‌سواد و بیشترین مقدار آن با ۸۸/۵ درصد در میان مادران با تحصیلات دانشگاهی است. میزان شادمندی مادران دارای تحصیلات دانشگاهی با ۶۱/۵ درصد و مادران بی‌سواد با ۳۷/۵ درصد به ترتیب بیشترین و کمترین مقدار این شاخص در میان مادران به تفکیک وضع تحصیلی آن‌ها است. در سطح کل جامعه، سهم مادران بی‌سوادی که ابراز داشته‌اند به بهبود زندگی خانوادگی خود امیدوار هستند ۴۰/۷ درصد است که در مقایسه با مادران باسواد و تحصیل کرده از سطح امیدواری پایین‌تری برخوردارند. سهم ۶۹/۶ درصدی مادران با امیدواری به بهبود زندگی در بین زنان دارای تحصیلات دانشگاهی نیز بیشترین مقدار این شاخص را به خود اختصاص داده است.

♦ میزان رضایتمندی مادران از زندگی خانوادگی در نقاط روستایی با ۸۲/۸ درصد در مقایسه با نقاط شهری (۸۴/۱ درصد) اندکی کمتر است. هر دو شاخص درصد شادمندی مادران و درصد امیدواری آن‌ها به بهبود زندگی در آینده در نقاط شهری در مقایسه با میزان این دو شاخص در نقاط روستایی بیشتر بوده است.

♦ در مجموع رضایتمندی مادران از زندگی خانوادگی خود در چهارمین پنجک اقتصادی بیش از سایر پنجک‌ها بوده و کمترین میزان این رضایتمندی متعلق به مادرانی است که در خانوارهای پنجک اول زندگی می‌کنند. درصد شادمندی مادران و درصد امیدواری مادران به بهبود زندگی نیز در بین پنجک‌های اقتصادی روندی صعودی

استعمال دخانیات

- ♦ در سطح کل جامعه ۷۰ درصد از مادران به استعمال سیگار، ۴/۸ درصد به استعمال قلیان و ۵/۳ درصد از مادران کلاً به استعمال دخانیات روی آورده‌اند. در میان مادران، میزان استعمال قلیان ۴/۸ درصد است که به تفکیک سن، مادران ۱۵-۲۹ ساله با ۵/۰ درصد بیشترین میزان استعمال قلیان را در میان کل مادران دارند.
- ♦ در سطوح مختلف تحصیلات، بیشترین میزان درصد استعمال سیگار، قلیان و دخانیات در میان مادران بی‌سواد به ترتیب با ۱/۳، ۷/۳ و ۸/۳ درصد مشاهده می‌شود.
- ♦ مادران در هر سه مورد سیگار، قلیان و دخانیات بیشترین درصد استعمال به مناطق شهری به ترتیب با ۰/۹، ۴/۸ و ۵/۴ تعلق دارد.
- ♦ میزان استعمال سیگار توسط مادران در میان خانوارهای پنجک پنجم جامعه (خانوارهای جامعه با سطح اقتصادی بالاتر) با ۱/۴ درصد بیشترین و در میان خانوارهای پنجک اول اقتصادی با ۰/۳ درصد کمترین مقدار را دارد و در میان پنجک‌های دیگر اقتصادی خانوارها روندی افزایشی دارد. درصد استعمال قلیان مادران در میان خانوارهای سومین پنجک اقتصادی جامعه با ۵/۶ درصد بیشترین و در خانوارهای دومین پنجک اقتصادی با ۴/۱ درصد کمترین میزان را دارد. درصد استعمال دخانیات توسط مادران به تفکیک پنجک‌های اقتصادی خانوارهای آن‌ها نزدیک به هم است اما الگوی متفاوتی با استعمال سیگار و استعمال قلیان دارد. به عبارت دیگر مقدار این درصد در میان مادران پنجک‌های اقتصادی اول و پنجم مانند هم و ۵/۷ درصد است اما بیشترین درصد استعمال دخانیات توسط مادران در خانوارهای پنجک سوم اقتصادی با ۶/۰ درصد است.

مادران با سطح تحصیلات دانشگاهی با ۳۸/۱ درصد بیشترین مقدار درصد برخورداری مادران از بیمه‌ی تکمیلی است.

- ♦ ۱۱/۱ درصد از مادران شاغل هستند که در این بین ۸/۷ درصد از مادران روستایی و ۱۲ درصد از مادران شهرنشین شاغل هستند.
- ♦ پوشش بیمه‌ی پایه‌ی مادران در نقاط روستایی بیش از نقاط شهری است در حالی که ۱۹/۳ درصد از مادران شهرنشین دارای پوشش بیمه‌ی تکمیلی هستند که در مقایسه با مادران مناطق روستایی بسیار بیشتر است.
- ♦ در میان پنجک‌های اقتصادی، بیشترین درصد مادران شاغل مربوط به پنجک آخر اقتصادی با ۲۱/۱ درصد و کمترین آن مربوط به پنجک‌های اول و سوم اقتصادی با ۸/۲ درصد است.
- ♦ پوشش بیمه‌ی پایه برای مادران پنجک‌های اقتصادی، اختلاف ناچیزی دارد با این حال بیشترین پوشش بیمه‌ی پایه در میان مادران در خانوارهای پنجک اول با ۹۳/۶ درصد و بعد از آن بیشترین پوشش بیمه‌ی پایه برای مادران حاضر در خانوارهای پنجک آخر جامعه است. درصد برخورداری مادران از بیمه‌ی تکمیلی در پنجک‌های اقتصادی الگویی متفاوت با پوشش بیمه‌ی پایه دارد. بیشترین پوشش بیمه‌ی تکمیلی با ۳۱/۱ درصد شامل حال مادران پنجک پنجم جامعه و کمترین آن با ۵/۷ درصد مربوط به مادران پنجک اول جامعه است. هر چه سطح اقتصادی مادران و خانوارهای آن‌ها بالاتر باشد پوشش بیمه‌ی تکمیلی برای آنان بیشتر است.

* سلامت مادران

در این بخش برخی ویژگی‌های سلامت مادران و موضوعات مرتبط شامل استعمال دخانیات به‌عنوان عامل خطرزای سلامت، شیوع بیماری‌های مزمن، ابتلا به بیماری‌های روحی و فشار روان‌شناختی بررسی می‌شود.

شیوع بیماری‌های مزمن

◆ شیوع بیماری‌های مزمن^۲ (در هر صد هزار نفر) برای مادران ۶۵ ساله و بالاتر بر اساس شرایط سنی آن‌ها بیش از مادران دیگر گروه‌های سنی است. اگرچه مادران گروه سنی ۴۰-۶۴ ساله نیز نسبت به مادران جوان‌تر از بیماری‌های بیشتری رنج می‌برند. در میان مادران جوان گروه سنی ۱۵-۲۹ ساله، بیماری‌های کم‌خونی بسیار شایع است که نیاز به توجه ویژه به تغذیه‌ی مادران جوان را نشان می‌دهد. در این گروه سنی شیوع بیماری‌های مفصلی در رده‌ی دوم قرار دارد. در گروه سنی ۳۰-۳۹ ساله نیز به ترتیب بیماری‌های کم‌خونی و مفصلی رایج‌ترین بیماری‌های مادران این گروه سنی است. در گروه سنی ۴۰-۶۴ ساله شیوع بیماری‌های مفصلی به شدت افزایش می‌یابد، به طوری که تعداد مادران مبتلا به بیماری‌های مفصلی در گروه سنی ۴۰-۶۴ ساله بسیار بیشتر از دو گروه سنی ۱۵-۲۹ ساله و ۳۰-۳۹ ساله است. شایع‌ترین بیماری مادران در گروه سنی ۶۵ ساله و بالاتر بیماری فشار خون است و بعد از آن بیماری‌های مفصلی و دیابت و قند خون بالا از بیماری‌های رایج در این گروه سنی است که حتی در مقایسه با دیگر گروه‌های سنی نیز شیوع بیشتری دارد.

◆ در قسمت سلامت جسمانی (شیوع بیماری‌ها) به جز بیماری‌های پوستی، صرع و کم‌کاری یا پرکاری تیروئید درصد ابتلا به بقیه‌ی بیماری‌ها برای مادران بی‌سواد در مقایسه با مادران دارای تحصیلات (ابتدایی، راهنمایی، متوسطه، دیپلم و پیش‌دانشگاهی یا دانشگاهی) بیشترین میزان را دارد. شیوع بیماری در میان مادران دانشگاهی تقریباً الگویی مشابه سایر گروه‌های تحصیلی مادران دارد و بیماری‌های مفصلی و کم‌خونی رایج‌ترین انواع بیماری‌ها هستند، اما نکته‌ای که قابل توجه است اختلاف میزان ابتلا به این بیماری‌ها در میان مادران دانشگاهی است که پایین‌تر از سایر گروه‌های تحصیلی و مادران بی‌سواد است.

◆ هم در مناطق شهری و هم در مناطق روستایی، بیماری‌های مفصلی رایج‌ترین بیماری میان مادران است و بعد از آن بیماری‌های کم‌خونی رایج‌ترین است. نکته‌ی قابل توجه، تفاوت زیاد برخی بیماری‌ها مانند بیماری‌های قلبی، عروقی و آئزین در میان مادران شهری و روستایی است. میزان شیوع بیماری‌های قلبی، عروقی در میان مادران شهرنشین ۳۵۵۵/۷ نفر در مقابل ۴۵۹۹/۶ نفر در هر صد هزار نفر برای مادران روستانشین است.

◆ اگرچه خانوارهای پنجک اول اقتصادی جامعه از لحاظ اقتصادی و درآمد در پایین‌ترین سطح درآمدی و رفاهی قرار دارند اما به نسبت سایر گروه‌ها شیوع بیماری کمتری در این گروه اعلام شده است. در بین مادرانی که در خانوارهای دومین پنجک اقتصادی زندگی می‌کنند شیوع بیماری صرع به نسبت سایر گروه‌های اقتصادی بیشتر است. در میان خانوارهای سومین پنجک اقتصادی بیماری‌های قلبی، عروقی، آئزین، آسم، بیماری مزمن ریه، دیابت، قند خون بالا و نارسایی کلیه شایع‌ترین بیماری مادران به نسبت سایر پنجک‌های اقتصادی دیگر است. درصد مادران با بیماری فشار خون بالا، هر نوع سرطان و هر نوع کم‌خونی در چهارمین پنجک اقتصادی خانوارها بیشتر از پنجک‌های اقتصادی دیگر است. رایج‌ترین بیماری مادرانی که در خانوارهای پنجمین پنجک اقتصادی هستند نیز بیماری‌های مفصلی، بیماری‌های پوستی و کم‌کاری یا پرکاری تیروئید است.

ابتلا به بیماری‌های روحی

◆ سهم مادران مبتلا به بیماری روحی ۶/۸ درصد بوده که ۴/۶ درصد از این مادران برای درمان بیماری روحی خود دارو مصرف می‌کنند. بیشترین درصد مادرانی که برای درمان بیماری روحی خود دارو مصرف می‌کنند به مادران گروه سنی ۴۰-۶۴ ساله با ۶/۵ درصد و کمترین مقدار آن به مادران ۱۵-۲۹ ساله با ۱/۸ درصد تعلق دارد. این

الگو در خصوص مادرانی که برای بیماری روحی خود دارو مصرف می‌کنند نیز برقرار است.

♦ در قسمت سلامت روحی و روانی نیز مادران بی‌سواد بیشترین مقدار شاخص‌ها را به خود اختصاص داده‌اند. این الگو برای مادران با تحصیلات دانشگاهی تقریباً برعکس است یعنی میزان شیوع انواع بیماری‌ها در میان مادران با تحصیلات دانشگاهی اغلب از سایر گروه‌های تحصیلی پایین‌تر است. در سطح کل جامعه ۶۸ درصد از مادران دارای بیماری روحی هستند. کمترین درصد ابتلا به این بیماری با ۴۸ درصد مربوط به مادران با تحصیلات دانشگاهی است و بیشترین میزان ابتلا را مادران بی‌سواد با ۸۳ درصد دارا هستند. درصد مادران با مصرف دارو برای بیماری روحی نیز با افزایش سطح تحصیلات کاهش می‌یابد.

♦ سهم مادران مبتلا به بیماری روحی در نقاط شهری و روستایی به ترتیب ۷۰ درصد و ۶۷ درصد است. درصد مادران با مصرف دارو برای بیماری روحی نیز در نقاط شهری و روستایی به ترتیب ۴۵ درصد و ۴۶ درصد است.

♦ درصد مادران مبتلا به بیماری روحی و روانی در خانوارهای با وضعیت اقتصادی متوسط که در سومین پنجم اقتصادی قرار دارند بیشترین میزان یعنی ۷۷ درصد است. درصد مادران با مصرف دارو برای بیماری روحی در خانوارهای چهارمین پنجم اقتصادی با ۴۸ درصد بیشترین و در میان مادران خانوارهای پنجمین پنجم اقتصادی با ۴۲ درصد کمترین میزان را دارد.

فشار روان‌شناختی

♦ بررسی شاخص‌های فشار روان‌شناختی (درصد مادران مضطرب، درصد مادران ناامید، درصد مادران ناآرام و بی‌قرار، درصد مادرانی که افسرده و غمگین هستند، درصد مادرانی که می‌پندارند انجام هر کاری برای آن‌ها

بسیار سخت است و درصد مادران با احساس بی‌ارزشی) نشان می‌دهد، به جز شاخص درصد مادران مضطرب و عصبی که برای مادران گروه سنی ۴۰-۶۴ ساله بالاترین میزان را دارد، تمام شاخص‌های دیگر برای مادران ۶۵ ساله و بالاتر به نسبت دیگر گروه‌های سنی بیشتر بوده است.

♦ در بحث فشار روان‌شناختی مقدار شاخص‌ها اغلب برای مادران بی‌سواد بالاتر از سایر گروه‌های تحصیلی است. اختلاف میزان این شاخص‌ها در میان مادران بی‌سواد و مادران دارای تحصیلات دانشگاهی قابل تأمل بوده و نشانگر این موضوع است که فشارهای روان‌شناختی بر مادران با تحصیلات بالاتر مانند تحصیلات دانشگاهی بسیار کمتر است. این امر البته می‌تواند با جوان‌تر بودن مادران دارای تحصیلات دانشگاهی نیز در ارتباط باشد.

♦ مقدار شاخص‌های بحث فشار روان‌شناختی تفاوت‌های قابل توجهی در دو زیرجامعه‌ی مادران در نقاط شهری و روستایی ندارند.

♦ بیشترین میزان مادران تحت فشارهای روان‌شناختی اغلب مربوط به مادرانی است که به سومین پنجم اقتصادی جامعه تعلق دارند. تنها در مورد احساس افسردگی و غمگینی، بیشترین درصد مادران افسرده و غمگین با ۱۶۳ درصد مربوط به خانوارهای دومین پنجم اقتصادی است. کمترین مقدار این شاخص با ۱۰ درصد نیز مربوط به مادران در پنجمین پنجم سطح اقتصادی است.

* درآمد مادران

بر اساس داده‌های آمارگیری هزینه و درآمد خانوار در سال ۱۳۹۴، در نمونه‌های نقاط شهری، ۱۸۲۸۲ کودک ۰ تا ۱۷ ساله بوده‌اند که بررسی درآمد خالص^۳ مادران آن‌ها نشان می‌دهد در نقاط شهری،

درآمد به‌طور متوسط دارای هزینه‌ها و درآمد بیشتری نسبت به خانوارهای کودکان با مادران بدون درآمد هستند، اما تقریباً عکس این موضوع در خانوارهای نقاط روستایی مشاهده می‌شود. به عبارت دیگر در نقاط روستایی کشور خانوارهای کودکان با مادران دارای درآمد به‌طور متوسط هزینه و درآمد کمتری نسبت به خانوارهای کودکان با مادران بدون درآمد دارند. این موضوع شاید به انگیزه‌ی کسب درآمد مادران در این دو زیرگروه از جامعه (نقاط شهری و روستایی) اشاره دارد. به نظر می‌رسد در نقاط شهری علاوه بر فشارهای اقتصادی عوامل دیگری چون مسائل فرهنگی و اجتماعی بر کسب درآمد مادران تأثیرگذار است.

سهم درآمد مادران و دهک‌های اقتصادی خانوار

برای رسیدن به تصویری شفاف‌تر از سهم مادران کودکان تا ۱۷ ساله از درآمد خالص خانوارها، متوسط این سهم در دهک‌های اقتصادی مختلف بررسی شد. بدین منظور ابتدا درآمد خالص خانوارها (درآمد بدون در نظر گرفتن برآورد هزینه مسکن) برای کل کودکان ۰ تا ۱۷ ساله مجموعه داده‌ها به‌صورت مجزا در نقاط شهری و روستایی دهک‌بندی شد. سپس میانگین سهم مادران از درآمد خالص خانوارها به تفکیک دهک‌ها محاسبه شد. نتایج به تفکیک مناطق شهری و روستایی در شکل‌های ۱ و ۲ ارائه شده است.

شکل ۱ نشان می‌دهد در نقاط شهری، سهم مادران از درآمد خالص خانوار در دهک‌های اقتصادی توزیعی U شکل دارد، به این معنی که بیشترین میانگین این سهم به دهک‌های اول و آخر اقتصادی تعلق دارد. از یک سو در دهک اول اقتصادی احتمالاً به دلیل شرایط اقتصادی ضعیف خانوارها و نیاز آن‌ها به همکاری مادران در کسب درآمد خانوار این میانگین مقدار بزرگی به خود اختصاص داده است (۱۳٪ درصد). از سوی دیگر در دهک دهم اقتصادی احتمالاً به دلیل مسائل فرهنگی یا شرایط بهتر کسب درآمد توسط

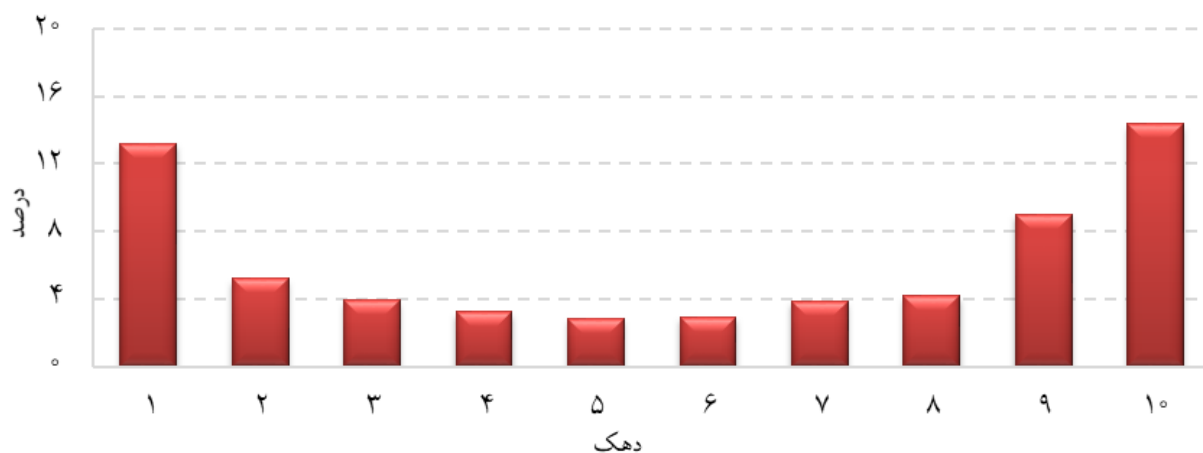
- مادران ۸۵٪ درصد از کودکان یا درآمدی نداشتند یا درآمد خالص آن‌ها منفی بود.
 - مادران ۱۰٪ درصد از کودکان حداکثر نیمی از درآمد خانوار را کسب کرده‌اند.
 - مادران ۴٪ درصد از کودکان بیش از نیمی از درآمد خانوار را کسب کرده‌اند که از این بین مادران ۲٪ درصد از کودکان کل درآمد خالص خانوار را کسب کرده‌اند.
- همچنین در نقاط روستایی،

- مادران ۸۶٪ درصد از کودکان یا درآمدی نداشتند یا درآمد خالص آن‌ها منفی بود.
- مادران ۸٪ درصد از کودکان حداکثر نیمی از درآمد خانوار را کسب کرده‌اند.
- مادران ۴٪ درصد از کودکان بیش از نیمی از درآمد خانوار را کسب کرده‌اند که از این بین مادران ۳٪ درصد از کودکان کل درآمد خالص خانوار را کسب کرده‌اند.

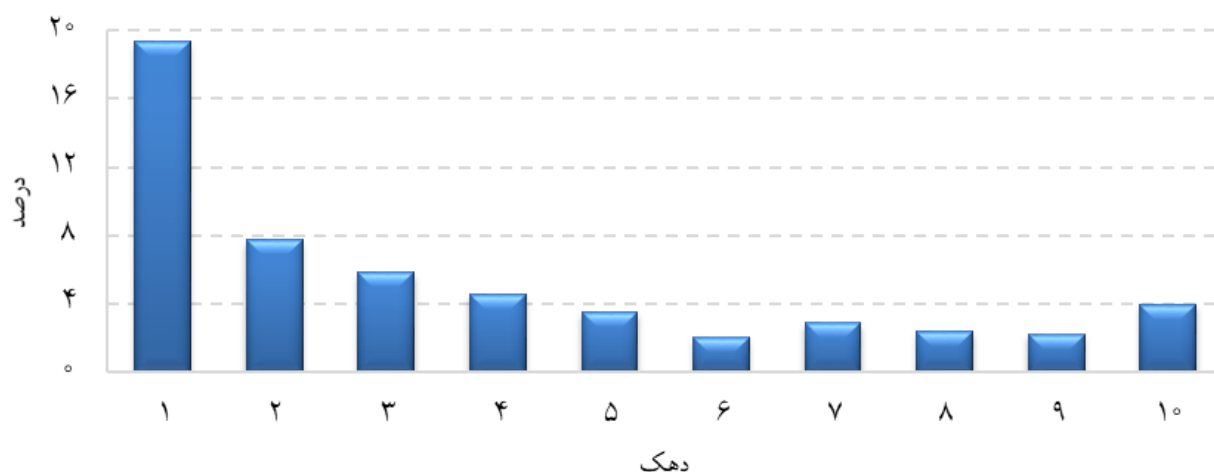
ویژگی‌های مادران دارای درآمد

- ◆ متوسط سن مادران دارای درآمد در نقاط شهری حدود ۴۴ سال و در نقاط روستایی حدود ۴۳ سال است. سن مادران دارای درآمد به‌طور متوسط ۱ یا ۲ سال (به ترتیب در نقاط روستایی و شهری) بیش از سن مادران بدون درآمد است. همچنین مادران دارای درآمد به‌طور متوسط خانوارهایی با تعداد اعضای کمتری دارند.
- ◆ در نقاط شهری، مادران دارای درآمد به‌طور متوسط در واحدهای مسکونی بزرگتری زندگی می‌کنند. این در حالی است که در نقاط روستایی، مادران دارای درآمد به‌طور متوسط در واحدهای مسکونی کوچک‌تری زندگی می‌کنند.
- ◆ در نقاط شهری کشور خانوارهای کودکان با مادران دارای

شکل ۱- سهم مادران از درآمد خالص خانوار به تفکیک دهک‌های اقتصادی در نقاط شهری



شکل ۲- سهم مادران از درآمد خالص خانوار به تفکیک دهک‌های اقتصادی در نقاط روستایی



درآمد مادران و ویژگی‌های کودکان

- ◆ سن کودکان با مادران دارای درآمد به‌طور متوسط یک یا دو سال، به ترتیب در نقاط شهری و روستایی بیش از سن کودکان با مادران بدون درآمد است. به عبارت دیگر با افزایش سن کودکان احتمالاً فرصت مناسب‌تری برای مادران فراهم می‌شود تا در فعالیت‌های درآمدزا شرکت نمایند یا شانس بیشتری برای کسب درآمد بدون کار (مانند بازنشستگی) داشته باشند.
- ◆ نرخ باسوادی کودکان با مادران دارای درآمد اندکی بیش

مادران میانگین سهم مادران از درآمد خالص خانوار مقدار قابل توجهی است (۱۴/۴ درصد). این الگو در نقاط روستایی متفاوت از نقاط شهری است. شکل ۲ نشان می‌دهد در نقاط روستایی، سهم مادران از درآمد خالص خانوار در دهک‌های اقتصادی روندی تقریباً نزولی دارد. میانگین این سهم از ۱۹/۴ درصد در دهک اول اقتصادی (که مقدار قابل توجهی است) به ۳/۵ درصد در دهک پنجم اقتصادی رسیده است و پس از آن بین دهک پنجم تا دهک دهم اقتصادی در بازه ۲/۱ درصد تا ۴/۰ درصد نوسان داشته است.

می‌یابد. در گروه سنی ۱۵-۲۹ ساله میانگین درآمد مادران شهری و روستایی تقریباً برابر است، در صورتی که در گروه سنی مادران ۴۰ ساله و بالاتر، میانگین درآمد مادران شهری حدوداً سه برابر مادران روستایی است.

♦ در تمام مقاطع تحصیلی و حتی در گروه مادران بی‌سواد، درآمد خالص مادران در مناطق شهری بیش از مادران مناطق روستایی بوده و در هر دو منطقه شهری و روستایی مادران با تحصیلات دانشگاهی به نسبت سایر مادران بیشترین درآمد را دارند.

✱ ازدواج مادران

در این بخش به بررسی شاخص‌های سنی ازدواج مادران (سن ازدواج مادران و اختلاف سن آن‌ها با همسرانشان) پرداخته می‌شود.

سن ازدواج و اختلاف سنی مادران با همسرانشان

♦ در سطح کل جامعه، میانگین سن مادران در نخستین ازدواج ۱۹/۸ سال و میانگین اختلاف سن مادران و همسرانشان ۴/۸ سال است. در گروه‌های سنی پایین‌تر اختلاف سن مادران با همسرانشان بیشتر می‌شود، در گروه سنی مادران ۱۵ تا ۲۹ سال اختلاف سن مادران با همسرانشان بیشتر از سایر گروه‌های سنی بوده و ۵/۸ سال است. کمترین اختلاف سن مادران و همسرانشان در گروه سنی ۴۰ تا ۶۴ سال با ۴ سال اختلاف است.

♦ با افزایش سطح تحصیلات میانگین سن مادران در نخستین ازدواج افزایش می‌یابد به طوری که میانگین سن مادران بی‌سواد در نخستین ازدواجشان کمتر از تمام گروه‌های تحصیلی مادران است (۱۸/۸ سال) و بیشترین میانگین سن مادران در نخستین ازدواج برای مادران با تحصیلات دانشگاهی بوده که ۲۲/۶ سال است. میانگین اختلاف سن مادران و همسرانشان به تفکیک سطح تحصیلات برای مادران با تحصیلات متوسطه، دیپلم و

از کودکان با مادران بدون درآمد است. هرچند نرخ باسوادی این دو زیرجامعه اختلاف زیادی با هم ندارند.

♦ نرخ کودکان در حال تحصیل با مادران دارای درآمد اندکی کمتر از کودکان با مادران بدون درآمد است. این اطلاع در کنار نتیجه قبل بیانگر این موضوع است که گرچه احتمال باسواد شدن کودکان با مادران دارای درآمد بیش از کودکان با مادران بدون درآمد است اما احتمال ترک تحصیل نیز در بین کودکان با مادران دارای درآمد بیش از کودکان با مادران بدون درآمد است. این احتمال به وضوح در نقاط روستایی بیشتر است.

♦ درصد کودکان ۱۰ تا ۱۷ ساله فعال (شاغل یا بیکار) و نیز درصد کودکان شاغل در زیرگروه کودکان با مادران دارای درآمد به‌طور قابل توجهی بیش از زیرگروه کودکان با مادران بدون درآمد است. این اطلاع در کنار نتیجه قبل می‌تواند بیانگر شرایط سخت اقتصادی برای بخشی از مادران دارای درآمد باشد. به عبارت دیگر عواملی که مادران را به سمت کسب درآمد سوق می‌دهند از جمله نیازهای اقتصادی می‌توانند مشکلاتی در خصوص تحصیل فرزندان نیز ایجاد کنند یا کودکان را وادار به ورود زودهنگام به بازار کار نمایند.

♦ درصد کودکان ۱۰ تا ۱۷ ساله‌ی دارای همسر در زیرگروه کودکان با مادران دارای درآمد بیش از زیرگروه کودکان با مادران بدون درآمد است. این اختلاف در نقاط روستایی پررنگ‌تر است.

میانگین درآمد سالانه مادران

♦ میانگین درآمد سالانه خالص مادران شهرنشین در سطح کل کشور تقریباً سه برابر میانگین درآمد مادران روستانشین کشور است و میزان این شاخص در هر دو گروه شهری و روستایی با افزایش سن مادران افزایش

باروری نکاحی مادران

- ♦ میزان باروری نکاحی کل^۴ جامعه مادران برابر با ۳/۶ فرزند بوده که بالاتر از سطح جانشینی یعنی ۲/۱ فرزند است. مرکز آمار ایران، بر اساس نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵ «میزان باروری کل» را رقمی برابر با ۲/۰۱ فرزند اعلام کرده است. مقدار این شاخص بر اساس نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰ نیز برابر ۱/۸ فرزند محاسبه شده بود، که از سطح جانشینی جامعه پایین تر بود. از این رو با توجه به مقدار نسبتاً بالای میزان باروری نکاحی به نظر می‌رسد که در حال حاضر مؤثرترین کار برای بالا بردن نرخ باروری و فرزندآوری در خانوارها فراهم آوردن شرایط ازدواج برای جوانان است، زیرا می‌توان نتیجه گرفت در صورتی که شرایط ازدواج فراهم باشد میزان باروری حتی بالاتر از نرخ جانشینی است و تقویت این روند می‌تواند تأثیر مثبتی بر جلوگیری از سالمند شدن جامعه در سال‌های آتی داشته باشد.
- ♦ بیشترین میزان باروری نکاحی کل در میان مادران بی‌سواد با ۵/۰ فرزند و کمترین مقدار آن در میان مادران با تحصیلات دانشگاهی به میزان ۲/۸ فرزند است.
- ♦ میزان این شاخص در مناطق روستایی با ۴/۵ فرزند بالاتر از مناطق شهری با ۳/۵ فرزند است.
- ♦ میزان باروری نکاحی کل در میان مادران پنجک اول اقتصادی بیشترین مقدار خود را اختیار می‌کند که ۴/۷ فرزند است. کمترین مقدار این شاخص نیز با ۲/۸ فرزند به مادران خانوارهایی با سطح اقتصادی بالا تعلق دارد.

تمایل به تک‌فرزندی

- ♦ منظور از تک‌فرزندی عدم تمایل به داشتن فرزند دیگری برای مادرانی است که در حال حاضر تنها یک فرزند دارند. بر این اساس تمایل به تک‌فرزندی در میان مادرانی که دارای یک فرزند هستند در سطح کل جامعه

پیش‌دانشگاهی با ۵/۱ سال بیشترین و برای مادران با تحصیلات دانشگاهی با ۴/۳ سال کمترین مقدار خود را در میان مقاطع مختلف تحصیلی اختیار می‌کند.

- ♦ میانگین سن ازدواج مادران در نخستین ازدواج آن‌ها در مناطق روستایی با ۱۹/۱ سال، کمتر از مناطق شهری با ۲۰/۱ سال است. اختلاف سن مادران و همسرانشان در مناطق شهری و روستایی تفاوت اندکی دارند.

- ♦ در میان پنجک‌های اقتصادی، مادران خانوارها با کم‌ترین سطح اقتصادی با ۱۹/۳ سال پایین‌ترین میانگین سن در نخستین ازدواج و مادران خانوارها با بالاترین سطح اقتصادی (پنجک پنجم) با ۲۰/۶ سال بیشترین میانگین سن در نخستین ازدواج را به خود اختصاص داده‌اند. کمترین اختلاف سنی مادران با همسرانشان را خانوارهای پنجک اول و بیشترین اختلاف سنی مادران با همسرانشان در خانوارهای پنجک پنجم اقتصادی مشاهده می‌شود.

- ♦ در سطح کل جامعه، ۸/۴ درصد از مادران بیش از ۱۰ سال با همسرانشان اختلاف سن دارند (یعنی مادران بیشتر از ده سال از همسرانشان کوچک‌ترند). ۴۶/۰ درصد از مادران بین ۳ تا ۱۰ سال با همسرانشان اختلاف سن دارند (مادران بین ۳ تا ۱۰ سال از همسران خود کوچک‌ترند) که در واقع رایج‌ترین اختلاف سنی مادران با همسرانشان است. ۳۴/۱ درصد از مادران کل جامعه حداکثر ۳ سال کوچک‌تر یا ۳ سال بزرگتر از همسرانشان هستند. ۲/۳ درصد از مادران، ۳ تا ۱۰ سال بزرگتر از همسرانشان هستند و ۰/۳ درصد از مادران نیز بیش از ۱۰ سال بزرگتر از همسرانشان هستند.

* باروری و فرزندآوری مادران

در این بخش به بررسی شاخص‌های شاخص‌های باروری و فرزندآوری مادران (باروری نکاحی و تمایل به تک‌فرزندی مادران) پرداخته می‌شود.



۶/۰ درصد است. با افزایش سن مادران، تمایل آن‌ها به تک‌فرزندی دارای الگوی کاهشی است. به عبارت دیگر مادران در گروه‌های سنی بالاتر تمایل کمتری به تک‌فرزندی دارند. بدیهی است تمایل به تک‌فرزندی زمانی معنا پیدا می‌کند که قابلیت باروری وجود داشته باشد و جامعه آماری این شاخص مادرانی هستند که یک فرزند داشته و عدم تمایل خود به داشتن فرزند دیگر را اعلام کرده‌اند. در میان مادران گروه سنی ۱۵ تا ۲۴ سال میل به تک‌فرزندی بیش از دو گروه سنی دیگر است.

است. اگر چه اختلاف خیلی زیادی در بین گروه‌های سنی وجود ندارد.

◆ بیشترین درصد کودکان زیر ۶ ماه برخوردار از شیردهی انحصاری به تفکیک پنج‌گانه‌های اقتصادی خانوارهای مادران، مربوط به کودکان پنج‌گانه سوم اقتصادی با ۵۵/۲ درصد و کمترین آن برای کودکان خانوارهای پنج‌گانه پنجم اقتصادی (بالاترین سطح اقتصادی خانوارهای جامعه) با ۳۲/۸ درصد است.

◆ سهم کودکان ۱۲ تا ۱۵ ماه برخوردار از تداوم شیردهی در یک سالگی در سطح کل جامعه ۸۳/۶ درصد است. به عبارت دیگر ۸۳/۶ درصد از کودکان ۱۲ تا ۱۵ ماهه در جامعه همچنان از شیر مادرشان تغذیه می‌شوند که بیشترین مقدار این شاخص به تفکیک سن مادران، مربوط به کودکان با مادران گروه سنی ۳۰-۳۹ ساله و کمترین آن برای کودکان با مادران گروه سنی ۴۰ ساله و بالاتر است.

◆ بیشترین درصد کودکان ۱۲ تا ۱۵ ماهه‌ی برخوردار از تداوم شیردهی در یک سالگی نیز مربوط به کودکان خانوارهای پنج‌گانه سوم اقتصادی با ۸۹/۴ درصد و کمترین آن برای کودکان خانوارهای پنج‌گانه پنجم اقتصادی با ۷۶/۸ درصد است.

◆ در سطح کل جامعه، شاخص برخورداری از تغذیه و مواد غذایی جامد، نیمه‌جامد و نرم برای کودکان ۶ تا ۸ ماهه

◆ با افزایش سطح تحصیلات مادران تمایل به تک‌فرزندی در میان آن‌ها بیشتر می‌شود به گونه‌ای که کمترین میزان تمایل به تک‌فرزندی در میان مادران بی‌سواد با ۱/۳ درصد و بیشترین میزان آن در میان مادران با تحصیلات دانشگاهی ۱۰/۶ درصد است.

◆ شرایط جغرافیایی و محیطی نیز بر تمایل مادران جامعه‌ی هدف به داشتن تنها یک فرزند بی‌تأثیر نبوده و تمایل مادران شهرنشین به تک‌فرزندی با ۷/۲ درصد تقریباً دو برابر مادران روستانشین است.

◆ بیشترین میزان تمایل به تک‌فرزندی با ۷/۹ درصد در پنج‌گانه پنجم اقتصادی است که افراد از سطح اقتصادی بالاتری برخوردارند. کمترین مقدار این شاخص نیز به مادران پنج‌گانه اول یا ضعیف‌ترین خانوارهای جامعه از نظر اقتصادی تعلق دارد.

✱ سلامت کودکان و ویژگی‌های مادران

◆ در سطح کل جامعه، ۴۵/۲ درصد کودکان زیر ۶ ماه برخوردار از شیردهی انحصاری هستند، به این معنا که در شش ماه ابتدای زندگی خود تغذیه‌ای به جز شیر مادر ندارند. بیشترین مقدار این شاخص به تفکیک سن مادران، مربوط به کودکان با مادران دارای گروه سنی ۳۰-۳۹ ساله با ۴۵/۸ درصد است و کمترین درصد این شاخص مربوط به کودکان با مادران ۴۰ ساله و بالاتر

اطلاعاتی در خصوص واکسیناسیون و ایمن‌سازی کودکان زیر ۵ سال کشور از منظر وضعیت مشاهده‌ی کارت واکسن، پوشش واکسن و تأخیرهای احتمالی در دریافت آن ارائه می‌شود. اهمیت بررسی وضعیت کارت واکسن کودکان در این مطالعه از آنجاییست که جامعه‌ی مورد بررسی برای آمارهای ارائه‌شده در ادامه‌ی این بخش، کودکانی هستند که کارت واکسن آن‌ها در آمارگیری شاخص‌های چندگانه‌ی جمعیت و سلامت ۱۳۹۴ مشاهده و اطلاعات مورد نیاز بر اساس آن‌ها ثبت شده است.

وضعیت کارت واکسن

♦ کارت واکسن کودکان، معتبرترین سندی است که وضعیت دریافت هر یک از واکسن‌های برنامه‌ی ملی واکسیناسیون کشور در آن ثبت می‌شود. کودکان با مادران گروه سنی ۱۵ تا ۲۹ سال با ۹۸٫۷ درصد دارای بیشترین کارت واکسن هستند که در این میان مأموران آمارگیری ۸۱٫۵ درصد از کارت‌های کودکان در این گروه را مشاهده و اطلاعات واکسن‌ها را بر اساس آن‌ها ثبت کرده‌اند. از سوی دیگر کودکان با مادران گروه سنی ۴۰ تا ۶۴ سال با ۹۸٫۱ درصد دارای کمترین درصد کارت واکسن هستند که ۷۵٫۶٪ از این کودکان کارتشان توسط مأموران آمارگیری در حین آمارگیری مشاهده شده است.

♦ درصد کودکان دارای کارت واکسن، برای کودکان با مادران دارای تحصیلات دانشگاهی با ۹۹٫۳ درصد بیشترین مقدار و برای کودکان با مادران بی‌سواد با ۹۵٫۶ درصد کمترین مقدار را دارد. درصد کودکانی که اصلاً کارت واکسن نداشته‌اند در بین کودکان با مادران بی‌سواد با ۱٫۱ درصد بیشترین مقدار و در بین کودکان با مادران دارای تحصیلات دانشگاهی با صفر درصد کمترین مقدار را دارد.

♦ در سطح کل جامعه ۹۸٫۵ درصد، در کل مناطق شهری ۹۹٫۱ درصد و در کل مناطق روستایی ۹۷٫۴ درصد از

۸۶٫۲ درصد بوده که به‌تفکیک گروه‌های سنی مادران، بیشترین میزان آن برای کودکان با مادران ۴۰ ساله و بالاتر با ۹۴٫۵ درصد و کمترین آن در میان مادران ۱۵ تا ۲۹ ساله با ۸۱٫۷ است.

♦ بیشترین درصد کودکان ۶ تا ۸ ماهه‌ی برخوردار از تغذیه و مواد غذایی جامد، نیمه‌جامد و نرم مربوط به کودکان خانوارهای پنجگ چهارم اقتصادی با ۹۶٫۸ درصد و کمترین آن برای کودکان با مادران حاضر در خانوارهای پنجگ اول اقتصادی (پایین‌ترین سطح اقتصادی خانوارهای جامعه) با ۷۶٫۳ درصد است.

♦ سهم کودکان ۶ تا ۲۳ ماهه‌ی برخوردار از حداقل دفعات وعده غذایی، ۷۰٫۶ درصد بوده که میزان این شاخص در میان کودکان با مادران گروه‌های سنی تفاوت چندانی ندارد.

♦ بیشترین میزان شاخص کودکان ۶ تا ۲۳ ماهه‌ی برخوردار از حداقل دفعات وعده غذایی با ۸۱٫۱ درصد مربوط به کودکان خانوارهای پنجگ پنجم اقتصادی و کمترین آن با ۶۳٫۴ درصد برای کودکان با مادران حاضر در خانوارهای پنجگ اول اقتصادی است.

♦ در سطح کل جامعه، سهم کودکان ۶ تا ۲۳ ماهه‌ی برخوردار از غذاهای غنی‌شده با آهن، ۸۸٫۴ درصد است که مقدار این شاخص برای کودکان با مادران گروه سنی ۳۰ تا ۳۹ ساله با ۸۹٫۷ درصد اندکی بیش از سایر گروه‌های سنی مادران است.

♦ بیشترین میزان درصد کودکان ۶ تا ۲۳ ماه برخوردار از غذاهای غنی‌شده با آهن، با ۹۵٫۸ درصد مربوط به کودکان خانوارهای پنجگ اقتصادی و کمترین آن با ۸۲٫۲ درصد برای کودکان با مادران حاضر در خانوارهای پنجگ اول اقتصادی است.

ایمن‌سازی و واکسیناسیون کودکان

با توجه به اهمیت موضوع، در این بخش از گزارش،

کودکان دارای کارت واکسن هستند. به نظر می‌رسد با بالا رفتن سطح تحصیلات مادران احتمالاً نظم بیشتری بر واکسیناسیون کودکان حاکم است و مادران با تحصیلات بالاتر اهمیت بیشتری به نگهداری کارت واکسن کودکان خود می‌دهند.

♦ کودکان در خانوارهای پنجگ چهارم اقتصادی با ۹۹/۴ درصد بیشتر از سایر کودکان دارای کارت واکسن بودند و کارت ۸۳/۱ درصد از کودکان این گروه توسط مأموران آمارگیری مشاهده شده است. کمترین میزان دارا بودن کارت واکسن نیز به کودکان خانوارهای پنجگ اول اقتصادی تعلق دارد که برای گردآوری اطلاعات ۷۸/۸ درصد از کودکان این گروه کارت واکسن مشاهده شده است.

درصد پوشش واکسن‌های منتخب

با توجه به تعداد و تنوع واکسن‌ها و نظر به توصیه‌های بین‌المللی در بررسی شاخص‌های ایمن‌سازی کودکان، در ادامه‌ی این بخش برای تحلیل بهتر داده‌ها چهار واکسن سل (BCG)، سه‌گانه ۳ (DPT3)، سرخک- سرخچه- اورپون ۱ (MMR1) و سرخک- سرخچه- اورپون ۲ (MMR2) به‌عنوان نماینده‌ای از کل واکسن‌های برنامه‌ی واکسیناسیون کودکان در نظر گرفته می‌شود. این واکسن‌ها در فاصله‌ی زمانی بدو تولد تا ۱۸ ماهگی کودکان در فاصله‌های ۶ ماهه به آن‌ها تزریق می‌شود. جامعه‌ی مورد بررسی در این بخش کودکانی هستند که کارت واکسن آن‌ها در آمارگیری شاخص‌های چندگانه‌ی جمعیت و سلامت ۱۳۹۴ مشاهده و اطلاعات آن‌ها ثبت شده است.

♦ در سطح کل جامعه‌ی مورد بررسی، ۹۸ درصد از کودکان واکسن سل (BCG) دریافت کرده‌اند که در این بین کودکان شهرنشین با ۹۸/۳ درصد بیشتر از کودکان روستانشین (۹۷/۲ درصد) این واکسن را دریافت کرده‌اند. ۹۰/۳ درصد از کودکان واکسن سه‌گانه

(DPT3) را دریافت کرده‌اند که کودکان شهرنشین با ۹۵/۵ درصد بیشتر از کودکان روستانشین (۹۱/۳ درصد) موفق به دریافت این واکسن شده‌اند. ۹۵/۳ درصد از کودکان واکسن سرخک، سرخچه و اورپون ۱ (MMR1) را دریافت کرده‌اند که همانند دو واکسن بالا کودکان شهرنشین بیشتر از کودکان روستانشین موفق به دریافت این واکسن شده‌اند. دریافت این واکسن در نقاط شهری و روستایی از الگویی شبیه الگوی دو واکسن دیگر تبعیت می‌کند. میزان دریافت واکسن سرخک، سرخچه و اورپون ۲ در کل جامعه ۹۱/۳ درصد بوده که در این بین ۹۱/۸ درصد از کودکان شهرنشین این واکسن را دریافت کرده‌اند در حالی که میزان دریافت این واکسن برای کودکان روستانشین ۸۹/۸ درصد بوده است.

♦ در مجموع میزان دریافت واکسن‌های منتخب برای کودکان در مناطق شهری بیش از کودکان در مناطق روستانشین است. سطح دریافت تمام واکسن‌های منتخب برای کودکان با مادران گروه سنی ۴۰ تا ۶۴ سال بیش از سایر گروه‌های سنی بوده و کمترین میزان دریافت واکسن‌ها برای کودکان با مادران گروه سنی ۱۵ تا ۲۹ ساله است. ممکن است نگرانی مادران در این سنین، بالاتر بودن دانش آن‌ها نسبت به اهمیت دریافت واکسن‌ها توسط کودکان و تجربه‌ی بالای این مادران در داشتن فرزندان باعث بالاتر رفتن میزان دریافت واکسن در کودکان آن‌ها نسبت به دو گروه سنی دیگر باشد.

♦ کودکان با مادران بی‌سواد کمترین میزان دریافت واکسن‌های منتخب را داشته و با افزایش سطح تحصیلات مادران درصد دریافت این واکسن‌ها نیز به نسبت افزایش می‌یابد. نکته‌ی حائز اهمیت اینکه پوشش واکسن‌های منتخب برای کودکان زیر ۵ سال با مادرانی که دارای تحصیلات دانشگاهی هستند اندکی کاهش می‌یابد.

♦ الگوی یکسانی در دریافت واکسن‌ها بین پنجگ‌های

توضیحات

۱- نه فردی مانند مراقب، پرستار، نامادری یا هر فرد دیگری که نقش مادری نسبت به کودک ایفا نماید.

۲- بیماری‌های مزمن بررسی‌شده در این طرح شامل بیماری‌های مفصلی، قلبی عروقی، آنژین، آسم، بیماری مزمن ریه، دیابت، قند خون بالا، فشارخون، بیماری‌های پوستی، صرع، هر نوع سرطان، سکته‌ی قلبی، سکته‌ی مغزی، نارسایی کلیه، هر نوع کم‌خونی و کم‌کاری یا پرکاری تیروئید هستند.

۳- در این بررسی، درآمد خالص، درآمد بدون در نظر گرفتن برآورد هزینه مسکن و درآمد منتسب به طریق تهیه‌ی کالاهاست.

۴- این میزان از تقسیم تعداد کودکان زنده به دنیا آمده یک سال معین یک جامعه به میانگین تعداد زنان حداقل یک‌بار ازدواج‌کرده واقع در گروه سنی ۱۵ تا ۴۹ سال آن جامعه در همان سال به دست می‌آید که برای سهولت بیان، آن را در ۱۰۰۰ ضرب می‌کنند.

منابع

[۱]. علی‌اکبری صبا، روشنگر؛ شیری، محمد و امینی، طاهره (۱۳۹۸). الگوی زندگی مادران و ویژگی‌های اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی خانوارها. پژوهشکده‌ی آمار.

میزان تأخیر در دریافت واکسن‌های منتخب

۹۲/۳ درصد از کودکان دریافت‌کننده واکسن سل (BCG)، این واکسن را بدون تأخیر و ۷/۳ درصد با تأخیری بیش از ۱۰ روز دریافت کرده‌اند. ۷۰/۷ درصد از کودکان دریافت‌کننده‌ی واکسن سه‌گانه ۳ (DPT3)، این واکسن را بدون تأخیر و ۲۹ درصد از کودکان واکسن را بیشتر از ۱۰ روز دریافت کرده‌اند. ۷۵/۳ درصد از کودکان دریافت‌کننده‌ی واکسن سرخک، سرخچه و اورویون ۱ (MMR1)، این واکسن را بدون تأخیر و ۲۴/۴ درصد از کودکان واکسن را با تأخیری بیشتر از ۱۰ روز دریافت کرده‌اند. ۶۱/۹ درصد از کودکان دریافت‌کننده‌ی واکسن سرخک، سرخچه و اورویون ۲ (MMR2)، این واکسن را بدون تأخیر و ۳۷/۸ درصد از کودکان واکسن را با تأخیری بیشتر از ۱۰ روز دریافت کرده‌اند.

از میان واکسن‌های منتخب کمترین تأخیر مربوط به واکسن سل (BCG) بوده و به نظر می‌رسد یکی از دلایل آن تزریق واکسن در بدو تولد کودکان است. به عبارت دیگر کودکان تازه به دنیا آمده این واکسن را در بیمارستان دریافت می‌کنند و از این رو تأخیر آن کمتر از سایر واکسن‌هاست. بیشترین تأخیر مربوط به واکسن سرخک، سرخچه و اورویون ۲ (MMR2) است که لازم است کودکان در ۱۸ ماهگی این واکسن را دریافت کنند.



تهران، خیابان دکتر فاطمی، خیابان باباطاهر
خیابان شهید سرتیپ فکوری، شماره‌ی ۱۴۵
کدپستی: ۱۴۱۳۷ ۱۷۹۱۱ تلفن: ۳-۸۸۶۳۰۴۴۰
پیام‌نگار: info@srtc.ac.ir وب‌گاه: www.srtc.ac.ir