

# **برنامه‌های تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران**

زمستان ۱۳۸۷

برنامه‌های تنظیم خانواده  
در جمهوری اسلامی ایران

نویسندگان: حسین ملک‌افصلی، آمنه ستاره فروزان، معصومه راغبی،  
فریده جبروتی، سیده صفورا دژپسند، شمس‌تیمن، ژاله دولو، مهدی رهگذر،  
باقر نمازی

ویراستار علمی و فنی: آقای سیروس پیله‌وری

طراحی جلد: رعنا شجاع‌پور صفحه‌آرایی: حسام‌الدین نراقی

ناشر: نخبگان چاپ و صحافی: پردیس دانش

شمارگان: ۱،۰۰۰ نسخه تاریخ انتشار: زمستان ۱۳۸۷ (چاپ اول)

«کلیه حقوق برای مؤسسه همیاران غذا محفوظ می‌باشد»

بهاء: ۲۰.۰۰۰ ریال





## مؤسسه همیاران غذا (غیردولتی ایران)<sup>۱</sup>

مؤسسه همیاران غذا یک مؤسسه مردمی، داوطلب، غیرانتفاعی، غیرسیاسی و مستقل است که در اسفند ماه سال ۱۳۷۹ در تهران به ثبت رسیده است.

مؤسسه همیاران از بدو تأسیس، اهداف مشخصی را برای خود تدوین نموده که آن را در فعالیتهای خود دنبال می‌کند، این اهداف عبارتند از:

- تقویت همکاری با ذی‌نفعان داخلی (مردم به ویژه گروه‌های محروم و آسیب‌پذیر، دولت، بخش خصوصی، تشکلهای نوین، خیریه‌ها، دانشگاه‌ها و مراجع علمی) به منظور ارتقاء شرایط محیط اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، فرهنگی و قانونی برای فعالیت تشکلهای غیردولتی
- گسترش همکاری‌های منطقه‌ای و بین‌المللی (آژانس‌ها و نهادهای مدنی، مراکز علمی و بخش خصوصی)
- افزایش توانمندی جامعه هدف، جهت حل مشکلات خود از طریق اجرای پروژه‌های مردم محور و الگویی.

این مؤسسه، توانمندسازی را محور برنامه‌های خود در زمینه توسعه خودجوش و خودگردان قرار داده است و در این راستا تلاش می‌نماید این رویکرد را در کنار برنامه‌ریزی‌های دولت ترویج نماید. اهداف کلی مؤسسه در این محور عبارتند از:

- توسعه رهیافت مشارکتی در میان تمام دست‌اندرکاران بخش دولتی، خصوصی، نهادهای مدنی و جوامع محلی
- تقویت روحیه خودباوری و اتکا به خود در بین مردم
- کمک به دولت در راستای اجرای سیاست تغییر نگرش از تصدی‌گری به تسهیل‌گری، به گونه‌ای که مشارکت مردم و تشکلهای در تصمیم‌گیری لحاظ شود
- ترویج رویکرد تمرکززدایی در برنامه‌ریزی و اجرای طرح‌ها از طریق مشارکت و اتصال پایدار به ساختارهای موجود
- بهره‌گیری از ظرفیت‌های سازمان‌یافته مردمی برای توسعه و پایدار ساختن طرح‌های توسعه‌ای
- بهره‌گیری از ظرفیت‌های خیرین و مؤسسات خیریه در اجرای فعالیت‌های فقرزدایی بر محور اشتغال.

## فهرست مطالب

۱	پیشگفتار
۶	چکیده
	فصل اول: سیاستها و برنامه‌های تنظیم خانواده و کنترل جمعیت در
۱۱	سال‌های پیش از انقلاب اسلامی (قبل از سال ۱۳۵۷)
۱۲	تاریخچه
۱۴	فعالیت‌های بخش دولتی
۲۴	فعالیت‌های بخش غیردولتی
	فصل دوم: سیاستها و برنامه تنظیم خانواده و کنترل جمعیت در اولین
۳۷	دهه پس از انقلاب اسلامی (۱۳۶۶-۱۳۵۷)
۳۸	سیاستهای کنترل جمعیت
۴۹	دسترسی و استفاده از خدمات تنظیم خانواده
۵۲	تغییرات جمعیت
	فصل سوم: سیاستها و برنامه تنظیم خانواده و کنترل جمعیت در دهه
۶۱	دوم پس از انقلاب اسلامی (۱۳۷۶-۱۳۶۷)
۶۲	اقدامات یک پارچه و همه جانبه
	کنترل جمعیت و تنظیم خانواده در برنامه‌های اول و دوم
۶۵	توسعه
۷۵	دستاوردهای یک دهه اقدامات همه جانبه

۸۳	فصل چهارم: حمایت‌های بین‌المللی
۸۴	صندوق جمعیت سازمان ملل متحد (UNFPA)
۱۰۱	سازمان جهانی بهداشت (WHO)
۱۰۲	کمیساریای عالی پناهندگان (UNHCR)
۱۰۴	بانک جهانی (WB)
۱۰۵	صندوق کودکان سازمان ملل متحد (UNICEF)
۱۰۷	فصل پنجم: موفقیت‌ها، چالش‌ها و برنامه‌های آینده
۱۰۸	موفقیت‌ها
۱۱۳	چالش‌ها
۱۱۵	برنامه آینده
۱۱۷	پیوست
۱۱۸	رشد جمعیت ایران
۱۲۸	رابطان بهداشت در ایران
۱۴۲	انجمن تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران



### پیشگفتار

سیر تحول و فراز و فرود برنامه‌های تنظیم خانواده و کنترل جمعیت در کشور ایران (قبل و پس از انقلاب اسلامی) موضوعی است که این کتاب به آن می‌پردازد ولی مانند هر اثر پژوهشی دیگر، نانوشته‌های این مجموعه که حکایت روزها کاوش و گفتگو با نخبگان و برنامه‌ریزان مربوطه، هفته‌ها کندوکاو در بایگانی کتابخانه‌ها و لابلاهای اسناد و مدارک قدیم و جدید، ده‌ها جلسه بارش فکری و هم‌اندیشی و بالاخره ماه‌ها گردآوری و بررسی و پایش و پالایش دست‌نوشته‌ها و مقالات است، همچنان ناگفته باقی می‌ماند.

این کتاب چکیده یک عمر تجربه و تخصص خدمات بهداشتی و اجتماعی همکاران به دقت انتخاب شده‌ای است که طی چندین ماه به پژوهش و بیان داستان بایدها و نبایدها، موافقت‌ها و مخالفت‌ها، اوج‌ها و فرودها، افراط‌ها و تفریط‌ها و دستاوردهای مثبت و پیامدهای منفی برنامه‌های تنظیم خانواده در طی بیش از شصت سال اخیر ایران پرداخته‌اند و به شما که علاقمند و پژوهشگر مسائل بهداشتی و اجتماعی یا حتی اقتصادی و سیاسی هستید تقدیم می‌شود.

قابل ذکر است که سه سال قبل در نشستی از محققان و نخبگان منطقه خاورمیانه دوستی عزیز از مصر با احترام و ستایش از تجربه موفق کشور عزیزمان در زمینه برنامه‌های تنظیم خانواده سخن به میان آورد. و از سوی دوستان فاضل دیگر کشورهای منطقه خاورمیانه درخواست مستندسازی دانش و تجربه ایران را طرح نمود. این درخواست مورد تأیید گروه محققان ایرانی قرار گرفت و محقق و استاد عالیقدر جناب آقای دکتر حسین ملک افضلی زحمت مدیریت این طرح را برعهده گرفتند. در اینجا لازم است از بانک جهانی خصوصاً سرکار خانم نادره شاملو به جهت حمایت‌های خود از این طرح سپاسگزاری نمائیم.

سرکار خانم راغبی مشاور کل مجموعه و پژوهشگر بخش «روند و فرآیند تنظیم خانواده در دهه‌های پیش از پیروزی انقلاب اسلامی در بخش غیردولتی»، سرکار خانم جبروتی همین مهم را در بخش برنامه‌ها و فعالیت‌های دولتی مورد بررسی قرار داده‌اند که در فصل اول ارائه گردیده است. فصل‌های دوم و سوم به همت سرکار خانم فروزان و سرکار خانم دژپسند تدوین گردیده. سرکار خانم دولو مولف فصل چهارم و مشاور و همکاری ارزشمند برای کل گروه بوده‌اند. سرکار خانم تیمن نویسنده پیوست «رابطان بهداشت» و جناب آقای رهگذر مشاور آماری مجموعه و نویسنده پیوست «رشد جمعیت ایران» بوده‌اند که از همه آنها سپاسگزاریم.

## برنامه‌های تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران

---

همچنین لازم است از همکاری ریاست و کارشناسان محترم صندوق جمعیت ملل متحد (UNFPA) که با بازخوانی این کتاب و ارائه پیشنهادات سازنده‌ای ما را در مستند و مستدل‌تر نمودن این مجموعه یاریگر شدند قدردانی نمایم.

ایجاد هماهنگی بین اعضای مختلف این تیم پژوهشی را مرهون حضور موثر، همت و تلاش مثال‌زدنی سرکار خانم آمنه ستاره فروزان به عنوان هماهنگ‌کننده پروژه هستیم و از ایشان بسیار متشکریم.

اعتبار در پروژه پژوهشی به بنیه علمی و صاحب نظری مدیر پروژه باز می‌گردد و در موضوع تنظیم خانواده چه کس مطلع‌تر و معتبرتر از دکتر حسین ملک افضلی که مدیریت و هدایت مجموعه برنامه‌ها و فعالیت‌های این گروه را بر عهده داشته‌اند که جای تقدیر فراوان دارد. امید آن که شما نیز با بیان اطلاعات، انتقادات و پیشنهادات خود ما را در هر چه غنی‌تر ساختن چاپ‌های بعدی همراهی بفرمائید.

محمد باقر نمازی

رئیس هیات مدیره مؤسسه همیاران غذا



چکیده

## چکیده

کشور ایران با وسعت ۱۶۴۸۰۰۰ کیلومتر مربع و جمعیت ۷۰ میلیون در سال ۲۰۰۶ در نیمه جنوبی منطقه معتدل شمالی و در جنوب غربی آسیا قرار دارد. ارتفاع آن از سطح دریا به طور متوسط ۱۲۰۰ متر است. پست‌ترین نقطه آن چاله لوت با عمق ۵۶ متر و بلندترین نقطه آن قله دماوند با ارتفاع ۵۶۱۰ متر است که در میان رشته کوه البرز قرار دارد.

سه نوع آب و هوا در ایران قابل مشاهده است:

۱- آب و هوای بیابانی و نیمه بیابانی

۲- آب و هوای کوهستانی

۳- آب و هوای خزری

آب و هوای چهار فصل را در یک زمان در نقاط مختلف ایران می‌توان مشاهده کرد.

زبان و خط رسمی ایران فارسی است. ۹۹/۶٪ جمعیت مسلمان،

۱۳/۰٪ مسیحی، ۵/۰٪ زرتشتی و ۲/۰٪ یهودی هستند.

حکومت ایران جمهوری اسلامی است.

## برنامه‌های تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران

---

برنامه‌های تنظیم خانواده را در ایران می‌توان در سه دوره اصلی مورد بررسی قرار داد:

الف - قبل از انقلاب اسلامی

ب - آغاز انقلاب تا پایان سال ۱۳۶۶

ج - از آغاز سال ۱۳۶۷ تاکنون

در دوره قبل از انقلاب اسلامی حتی پیش از انجام سرشماری سال ۱۳۴۵ رژیم حاکم ایران به موضوع رشد جمعیت در کشور توجه داشت. پس از روشن شدن حدود موالید و رشد آن در سرشماری سال ۱۳۴۵، سیاست‌های کنترل جمعیت به طور رسمی به عنوان یکی از برنامه‌های مهم در برنامه‌های عمرانی چهارم و پنجم رژیم گذشته منظور شد. در این دوران وجود موانع متعدد اجتماعی، اقتصادی و سیاسی از جمله بالا بودن نسبت بی‌سواد و پائین بودن سطح آگاهی زنان بویژه در نواحی روستایی، حاکم بودن نگرش سنتی و ارزش‌گذاری متفاوت به جنسیت فرزندان، پراکندگی روستاهای کشور، کمبود راه و وسایل ارتباط در روستاها و شهرها، دسترسی نامناسب روستائیان و ساکنان مناطق کمتر توسعه یافته کشور به خدمات بهداشتی از جمله برنامه‌های تنظیم خانواده، پائین بودن سن ازدواج و ... اجراء موفق برنامه‌های تنظیم خانواده را با محدودیت مواجه کرده بود.

هر چند در فاصله سالهای ۱۳۴۵ تا ۱۳۵۰ رشد جمعیت از ۳/۱٪ به ۲/۷٪ کاهش یافت، با وجود آن برخی از صاحب نظران معتقدند که به طور کلی رژیم گذشته در اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده موفق نبوده است (عباسی شوزای، ۱۳۸۳).

در دوره دوم یعنی در دهه اول انقلاب اسلامی (سال‌های ۱۳۶۶-۱۳۵۷) مجدداً رشد جمعیت در ایران افزایش یافت و به ۳/۹٪ رسید. دلایل اصلی رشد در این دوره را می‌توان به عوامل زیادی نسبت داد، از جمله کاهش میزان مرگ و میر، بخصوص کاهش میزان مرگ و میر نوزادان در مناطق روستایی به علت راه‌اندازی شبکه‌های بهداشتی و درمانی کشور، توسعه راه‌ها، گسترش برق‌رسانی، توسعه وسائل ارتباط جمعی، توزیع مناسب منابع غذایی و افزایش سواد بویژه در مناطق روستایی از آن جمله اند. (ملک افضلی، ۱۳۷۲).

در کنار چنین بهبودی در وضعیت سلامت جامعه و کاهش میزان مرگ و میر، سیاست‌های تنظیم خانواده اهمیت سابق خود را از دست داد. دولت جدید، سیاست‌های کاهش رشد را با جدیت گذشته ادامه نداد. معاونت جمعیت و تنظیم خانواده در وزارت بهداشت کمی قبل از پیروزی انقلاب اسلامی منحل و وظایف آن به اداره کل بهداشت خانواده واگذار گردیده بود و نسبت به گذشته فعالیت کمتری داشت. در ضمن تردیدهایی در زمینه انطباق این برنامه با اصول و موازین شرع اسلام و وارداتی بودن برنامه مطرح شد که در نتیجه نگرش جامعه را نسبت به کنترل جمعیت و استفاده از برنامه‌های تنظیم خانواده تغییر داد.



بنا به نظر محققان فرا تحلیل سیاستهای جمعیتی در ایران بیانگر این است که این سیاستها به شدت از تحولات اجتماعی، سیاسی و فرهنگی قبل و بعد از انقلاب متأثر است. از این رو علت توقف برنامه تنظیم خانواده در دهه اول انقلاب را باید در بستر اجتماعی، سیاسی آن زمان جستجو کرد.

دوره سوم از سال ۱۳۶۷ تاکنون را شامل می‌شود. از آنجا که مطالعات بیانگر شروع کاهش باروری حتی قبل از شروع برنامه‌های تنظیم خانواده در دهه دوم پس از انقلاب بود، می‌توان سایر برنامه‌های توسعه دولت را در آن موثر دانست. از جمله افزایش سطح سواد، توسعه اجتماعی نقاط روستایی و گسترش شبکه‌های بهداشتی که تحت عنوان «سیاست‌های غیرمستقیم» یا «سیاست‌های ضمنی» از آن نام برده می‌شود؛ هم چنین موافقت علمای مذهبی و حمایت آنان را می‌توان از عوامل اصلی اقدامات بستر ساز برای اجرای رسمی برنامه‌های تنظیم خانواده از سال ۱۳۶۷ دانست.

پس از سرشماری رسمی سال ۱۳۶۵ و رسیدن رشد جمعیت به ۳/۹۱٪، طرح بحث‌های تخصصی در مورد آینده و خطر تداوم رشد جمعیت و تأثیر آن بر توسعه، زمینه‌ساز شروع رسمی برنامه تنظیم خانواده در کشور شد.

همچنین برگزاری دو سمینار تخصصی در مشهد و اصفهان و بررسی علمی ابعاد مختلف رشد جمعیت با هدف تأثیرگذاری بر سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان منجر به تشکیل شورای تحدید موالید، در نظر گرفتن سیاست‌های مناسب تنظیم خانواده و همچنین تصویب قانون تنظیم خانواده شد که نتایج آن پس از پیروزی انقلاب اسلامی در برنامه‌های اول و دوم توسعه کشور تحقق یافت.

از آنجا که تردید جامعه در مشروعیت استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری موجب عدم اقبال عمومی نسبت به این برنامه‌ها می شد جلب تأیید و حمایت رهبران مذهبی نیز تأثیر بسزایی در توفیق برنامه در این دوره داشت.

با توفیق برنامه‌های تنظیم خانواده و کاهش نرخ رشد جمعیت طی دهه دوم پس از پیروزی انقلاب و تداوم این روند تا امروز موجب گردیده موضوعاتی از قبیل توزیع متوازن کاهش رشد در مناطق مختلف کشور، چشم انداز جمعیت در آینده و تأثیر کاهش نرخ رشد بر وضعیت جمعیت کل کشور در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گیرند و مباحث نوپدید مختلفی پیرامونشان گسترش یابد.

## فصل اول:

سیاست‌ها و برنامه‌های تنظیم خانواده  
و کنترل جمعیت در سال‌های پیش از  
انقلاب اسلامی (قبل از سال ۱۳۵۷)

## ۱ - تاریخچه

تحقیق در منابع و مأخذ اسلامی نشان می‌دهد که پیشگیری از حاملگی در اسلام مجاز و مورد استفاده بوده است.

در تمدن اسلامی دانشمندان بزرگ پزشکی توجه خاصی به روش‌های گوناگون پیشگیری از حاملگی و تجویز آن داشته‌اند. به طور نمونه علی بن عباس المجوسی پزشک ایرانی قرن چهارم، در فصل بیست و هشتم دایره المعارف «الملکی» به مواد و وسایل جلوگیری از حاملگی اشاره نموده و جلوگیری از حاملگی را فقط به منظور حفظ سلامت مادر و کسانی که حاملگی برای آنها خطرناک است توصیه نموده است (وزارت بهداشتی ۱۳۵۵). همچنین در کتاب «قانون» ابن سینا حداقل بیست شیوه (دستورالعمل) دارویی و شیمیایی و دیگر روش‌ها برای جلوگیری از حاملگی ذکر گردیده است (کتابی، ۱۳۷۰).

توجه به فاصله‌گذاری بین حاملگی‌ها در ایران - با نگاه «سلامت مادر و فرزند» - ریشه در تعالیم اسلامی دارد. مثل توصیه دو سال شیردادن مادر به فرزند که زمینه را برای پذیرش فرهنگی و صدور مجوزهای شرعی راه‌های کنترل حاملگی و اعلام «عدم منافات کنترل حاملگی با اسلام»، باز می‌گذارد.

روشهای سنتی جلوگیری از بارداری مانند روش منقطع و یا داروهای گیاهی، از زمان قدیم در ایران کاربرد داشته است. اما روشهای جدید (کاندوم) برای اولین بار توسط سربازان متفقین به ایران وارد شد (بازرگانی، ۱۳۵۱).

از نظر خانم فرمانفرمائی‌ان توجه به موضوع کنترل جمعیت - بخصوص بین خانواده‌های کم جمعیت- به دهه بیست خورشیدی باز می‌گردد (فرمانفرمائی‌ان، ۱۳۵۰). در آن زمان خانم هاجر تربیت در گزارشی به رضا شاه از وضعیت اسفبار بهداشتی و نرخ بالای مرگ و میر مادران و نوزادان بین خانواده‌های فقیر شکایت و پیشنهاد می‌کند تا برای کنترل بارداری در مناطق محروم کشور چاره‌ای اندیشیده شود.

به دنبال این گزارش و با همکاری بنیاد «راه» ، در همان زمان انجمنی به نام «بهداشت خانواده» تأسیس شد ولی تا سالها نه تنها فعالیت گسترده‌ای نداشت بلکه آنگونه که در گزارش‌های پراکنده آمده است به علت فقدان وسائل برای پیشگیری از حاملگی، روش‌هایی چون آب نمک و اسفنج را توصیه می‌کرد. این انجمن از سال ۱۳۳۰، ژل و قرص‌های کف کننده را در مقیاس محدود از خارج وارد نمود و در دسترس مراجعین قرار داد. فعالیت انجمن با حمایت موسسه‌ای به نام «سازمان همکاری بین المللی» و در جوار برنامه «اصل چهار» انجام می‌گرفت که بخشی از برنامه های آن بهداشت مادر و کودک و آموزش روش‌های جلوگیری بود (فرمانفرمائی‌ان، ۱۳۵۰).

حدود سال ۱۳۳۰ سازمانی به نام سازمان همکاری بهداشت بین‌المللی در ایران بوجود آمد که بخشی از برنامه‌های بهداشتی آن بهداشت مادر و کودک بود و در کلینیک‌های این سازمان روش‌های جلوگیری از حاملگی برای زنان تشریح می‌شد و داروهایی مثل ژل و قرص‌های کف‌کننده هم در داروخانه‌ها به فروش می‌رسید (وزارت بهداشتی، ۱۳۵۵).

## ۲- فعالیت‌های بخش دولتی

در سال ۱۳۳۵ با انجام اولین سرشماری عمومی که توسط سازمان برنامه وقت انجام شد مسئله ازدیاد جمعیت در سومین برنامه عمرانی کشور مورد توجه قرار گرفت (مقدم، ۷۵-۱۳۷۶). در سال ۱۳۳۴ با تأسیس اداره بهداشت مادران و کودکان در وزارت بهداشتی قرص‌های پیشگیری از بارداری و IUD به ایران وارد شد (زنجان و همکاران، ۱۳۷۸). به دنبال آن در سال ۱۳۳۷ انجمن راهنمای بهداشت خانواده ایجاد گردید که اعضای آن داوطلبانه به انجام فعالیت می‌پرداختند و وظیفه آنان ارائه خدمات مربوط به تنظیم خانواده بود. به این ترتیب اولین واحد تنظیم خانواده در زایشگاه حمایت مادران و کودکان تأسیس شد و شروع به فعالیت کرد (مقدم، ۷۵-۱۳۷۶).

در سال ۱۳۴۳ برخی مقامات روحانی ایران تحت شرایطی به تنظیم خانواده مجوز دادند. از آن جمله در فتوایی که از طرف حاج شیخ بهاءالدین محلاتی صادر شد چنین آمد: «طرق مختلف جلوگیری از حاملگی از نظر قوانین شرعی در صورتی که بصورت موقت بوده و زن را عقیم نسازد مانعی ندارد» (کتابی، ۱۳۷۰).

تشکیل «سپاه بهداشت» در سال ۱۳۴۳ به عنوان نیرویی متشکل از پزشکان و دیپلمه‌های فارغ‌التحصیل (پسر) منجر به تسهیل انتقال پیام‌های تنظیم خانواده به روستاها شد (دانایی، ۱۳۴۸). این فعالیت با تصویب قانون خدمات اجتماعی زنان در سال ۱۳۴۷ و اقدام به استفاده از نیروی دختران دیپلم در امر پیکار با بی‌سوادی و ارتقاء سطح بهداشت و رفاه مردم توسعه یافت.

از وظایف عمده این افراد طی دوره ۲ ساله خدمت خود آشنا نمودن مردم با برنامه‌های بهداشت و تنظیم خانواده بود (دانائی، ۱۳۴۸). پس از دومین سرشماری عمومی کشور در سال ۱۳۴۵ توجه بیشتر دولت به موضوع جمعیت و تنظیم آن جلب شد. در این راستا در فروردین ماه سال ۱۳۴۶، معاونت جدیدی تحت عنوان «جمعیت و تنظیم خانواده» در وزارت بهداشتی ایجاد گردید. این معاونت مسئولیت برنامه‌ریزی، آموزش، تحقیقات، ارزشیابی و ایجاد هماهنگی و نظارت در اجرای برنامه‌های تنظیم جمعیت را بر عهده داشت. اولین هدف برنامه‌های این معاونت زیر پوشش گرفتن ۵۰۰ هزار زن در مدت ۵ سال اول اجرای برنامه بود (آسایش، ۱۳۵۶).

در سال اول اجرای برنامه فوق به علت محدودیت امکانات مالی، نیاز به مطالعات بیشتر و آشنا نبودن مردم با برنامه، پیشرفت آن اندک و محدود بود. در این سال مقدمات لازم جهت تدوین طرح اجرایی برنامه‌های بهداشت تنظیم خانواده در برنامه عمرانی چهارم کشور فراهم شد.

برنامه عمرانی چهارم (۱۳۴۷-۵۱) به عامل رشد جمعیت توجه خاص داشت. در این برنامه یکی از اهداف تنظیم خانواده وصول به رشد ۱٪ طی ۲۰ سال آینده بود، هر چند در سال ۱۳۴۹ غیر عملی بودن نیل به چنین هدفی روشن شد (جبروتی، ۱۳۶۰).

در گزارش جبروتی پاره‌ای از اقداماتی که در دوره برنامه عمرانی چهارم انجام شد به شرح زیر ذکر شده است:

- تجهیز ۱۹۲۶ مرکز بهداشتی درمانی در کشور، شامل کلینیک‌های وابسته به وزارت بهداشتی و کلینیک‌های سایر سازمانها جهت ارائه خدمات کلینیکی مورد نظر برنامه؛
- پوشش خدمات بهداشت باروری برای ۵۱۸.۶۵۹ نفر زن در سن باروری؛
- تأمین دارو و وسایل جلوگیری از بارداری برای ۱۷.۳۷۳.۶۷۰ بار مراجعه کلینیکی؛



## برنامه‌های تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران

- آموزش ۱۶.۶۲۹ نفر کادر پزشکی و ۲۲۲.۶۲۲ نفر از گروه‌های اختصاصی مثل پرستاران ، ماماها ، پرسنل بهداشتی ، سپاهیان بهداشت و ... به منظور توجیه بیشتر آنان در مورد برنامه‌های تنظیم خانواده؛
- آموزش قشرهای مختلف جامعه از طریق وسایل ارتباط جمعی ، کارشناسان و مروجین شاغل در برنامه؛
- تأسیس یک مرکز تحقیقاتی بیولوژی تولیدمثل انسانی؛
- اجرای ۷۵ پروژه تحقیقاتی در زمینه جمعیت و کنترل آن؛
- تأسیس مرکز سپاه خدمات اجتماعی زنان در وزارت بهداشتی (در سال ۱۳۴۷).

بودجه مصوب تنظیم خانواده طی برنامه عمرانی چهارم بالغ بر ۱/۳ میلیارد ریال بود. در سال ۱۳۵۰ اولین گام قانونی برای عقیم‌سازی داوطلبانه در ایران برداشته شد. در این سال در بند ۲ ماده ۴۲ قانون جزا چنین آمد:

«هر عمل جراحی و یا پزشکی لازم که با اجازه فرد یا قیم و یا سرپرست قانونی او و مطابق با اصول علمی و صحیح انجام گیرد جنایت محسوب نمی‌شود.»

در همان سال اولین گام قانونی بستن لوله‌ها برداشته شد. در برنامه عمرانی پنجم ( ۱۳۵۲-۵۶ ) جلوگیری از تولد ۱.۳۰۰.۰۰۰ کودک در مدت ۵ سال، هدف برنامه جمعیت و تنظیم خانواده قرار گرفت.

مقارن با آن سازمان برنامه هدفهای جمعیتی برنامه عمرانی کشور را در بلند مدت وصول به میزان رشد جمعیت ۱٪ عنوان نمود. برای نیل به هدف مزبور، کاهش نرخ موالید طی برنامه پنجم از ۴۸ در هزار نفر به ۳۹ در هزار نفر جمعیت و کاهش نرخ مرگ و میر از ۱۶ در هزار نفر به ۱۲ در هزار نفر جمعیت در نظر گرفته شد. بدین ترتیب پیش‌بینی می‌شد که میزان رشد جمعیت از ۳۲ در هزار به ۲۷ در هزار نفر جمعیت کاهش یابد (آسایش ۱۳۵۶).

پاره‌ای از نتایج و عملکرد برنامه در این دوره به شرح زیر است (جبروتی، ۱۳۶۰):

- ارائه خدمات کلینیکی برنامه از طریق ۲۰۶۲۲ مرکز (در این برنامه در نظر گرفته شده بود که ۹۱/۹۰٪ مراجعین از قرص، ۰/۲۰٪ از آی یو دی، ۷/۸۵٪ از کاندوم و ۰/۰۵٪ نیز از وسایل و مواد دیگر استفاده کنند)؛
- آموزش ۵۱۲۰۵۱ نفر گروه اختصاصی (برای تعلیم مردم) و ۱۳۴۰۴ نفر کادر پزشکی؛
- پوشش ۱۰۹۰۰۰۰ نفر زن در سن باروری؛
- پذیرش ۳۰۴۲۸۰۲۴ بار مراجعه به مراکز تنظیم خانواده؛
- خدمات تنظیم خانواده از طریق مراکز مختلف ارائه می‌شد. مراکزی مانند مراکز وابسته به وزارت بهداشتی (۸۵٪) و کلینیک‌های وابسته به سازمانهای دیگر (۱۵٪) [مثل انجمن راهنمای بهداشت خانواده (۴/۹٪) سازمان شاهنشاهی

## برنامه‌های تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران

- خدمات اجتماعی (۲/۸٪) سازمان زنان ایران (۱/۸۵٪)
  - شیرخورشید سرخ (۰/۹٪) شرکت ملی نفت ایران (۰/۵٪)
  - دانشگاه‌های ایران (۰/۱۷٪) خیریه‌ها، بخش خصوصی و دیگر موسسات (جمعاً ۳/۷۹٪)؛
  - آموزش مسائل جمعیتی در دبیرستانها، دانشگاهها و مدارس عالی؛
  - تأسیس ۴ مرکز جمعیت شناسی در دانشگاه‌های اصفهان، شیراز، آذربایجان و تهران؛
  - تشکیل ۸ مرکز شبانه‌روزی سپاهیان خدمات اجتماعی زنان؛
  - تأسیس مرکز اسناد جمعیت و تنظیم خانواده؛
  - اجرای بیش از ۱۲۵ طرح تحقیقاتی در زمینه مسائل جمعیتی، اجتماعی و پزشکی و نیز ارزشیابی مداوم عملکرد فعالیت‌های آموزشی، کلینیکی و تحقیقاتی برنامه؛
  - اعزام بیش از ۳۴۰ نفر از کارشناسان و مسئولین وزارت بهداشتی و سایر سازمان‌های بهداشتی و درمانی به خارج از کشور جهت کسب آموزش و مهارت‌های لازم برنامه؛
  - بودجه مصوب برنامه جمعیت و تنظیم خانواده در برنامه عمرانی پنجم ۸۰۵۶۹۴۱۰۰۰ ریال بود.
- در سال ۱۳۵۱ موضوع سقط جنین در ششمین کنگره متخصصین بیماری‌های زنان و زایمان مطرح شد و پزشکان شرکت‌کننده خواهان تغییر قوانین موجود در ارتباط با سقط‌های غیر ایمن شدند.

تا قبل از سال ۱۳۵۲ دولت عمل سقط جنین را فقط در شرایطی که جان مادر در خطر باشد مجاز اعلام کرده بود. در همان سال در ماده ۱۸۴ قانون جزا تصریح شد، زنانی که عامداً باعث سقط شوند مشمول ۱-۳ سال حبس تادیبی می‌شوند.

در سال ۱۳۵۵ قوانین جدیدی درباره «بستن لوله‌ها» به تصویب رسید. ماده ۵ قانون جزا در این مجموعه می‌گوید:

انجام اعمال جراحی به وسیله پزشک به منظور جلوگیری از بارداری با شرایط زیر مجاز است:

۱- رضایت همسر

۲- دارا بودن حداقل دو فرزند

تبصره ۱- در مواردی که سن زوجین بالاتر از ۲۵ سال باشد شرط داشتن فرزند ضروری نیست.

تبصره ۲- در مورد زنان مجرد، سن آنان نباید از ۲۰ سال کمتر باشد.

بر اساس ماده ۷ همین قانون کلیه بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها مکلف شدند گزارش موارد اعمال جراحی جلوگیری از بارداری را با مدارک مربوط به مدت سه سال در بایگانی خود نگهداری کنند و گزارش آمار اقدامات مزبور را بدون ذکر هویت بیمار در فرمهای مخصوصی که از طرف وزارت بهداشت و بهزیستی تهیه می‌شد منعکس نمایند و حداکثر یک هفته بعد از عمل به واحد امور جمعیتی و تنظیم خانواده شهرستان و نظام پزشکی محل ارسال دارند.

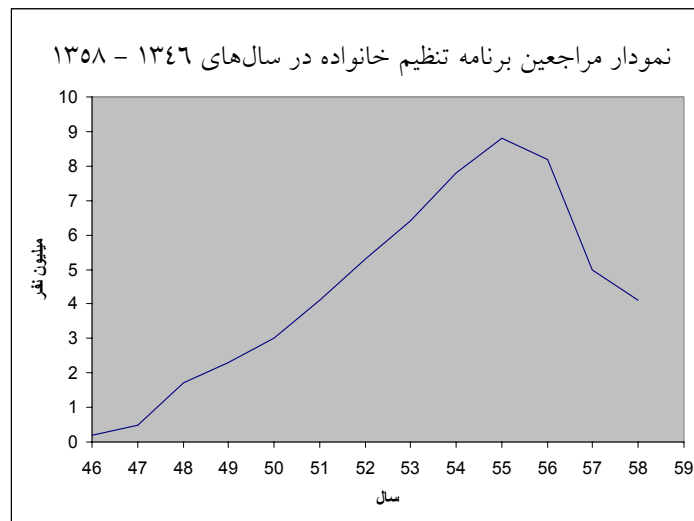
## برنامه‌های تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران

متعاقباً کلینیک‌هایی احداث و اعلام شد که در آنها خدمات مربوط به وازکتومی و توبکتومی در جوار دیگر روش‌های تنظیم خانواده ارائه می‌گردد.

در برنامه عمرانی ششم، سیاست‌های اجرایی برنامه تنظیم خانواده مطرح شد و کمیته مشترک برنامه‌ریزی جمعیت، هدف‌های برنامه را به قرار زیر تعیین نمود (جبروتی، ۱۳۶۰):

- کاهش میزان مولید از ۴۰ در هزار در ابتدای برنامه به ۳۰ در هزار در پایان برنامه؛
  - تصحیح هرم سنی جمعیت به نسبتی که در دراز مدت منجر به ایجاد ساختار جمعیتی متناسب گردد؛
  - تصحیح توزیع جغرافیایی جمعیت از طریق تنظیم حرکات آن؛
  - بهبود سیستم‌های ثبت وقایع حیاتی به منظور ایجاد زمینه اطلاعاتی مناسب برای اندازه‌گیری صحیح و مستمر میزان‌های جمعیتی؛
  - تقلیل رشد طبیعی جمعیت از ۲/۶٪ به ۱/۹٪؛
- بودجه پیشنهادی برنامه عمرانی ششم جهت جلوگیری از ۲ میلیون تولد ناخواسته مجموعاً ۱۹/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال تعیین گردید.
- برنامه تنظیم خانواده از ابتدا فعالیت چشمگیری نداشت. میزان پذیرش مراجعه کنندگان به مراکز در سالهای ۱۳۵۷ و ۱۳۵۸ بطور قابل

ملاحظه‌ای کاهش یافته بود. نمودار (۱) تصویری از عملکرد برنامه تنظیم خانواده را از آغاز تا پایان سال ۱۳۵۸ نشان می‌دهد.



بطوریکه در نمودار ملاحظه می‌گردد میزان مراجعین مراکز تنظیم خانواده در طول سال‌ها بسرعت افزایش یافته و در سال ۱۳۵۵ به حداکثر می‌رسد. در سال ۱۳۵۶ کاهش نسبتاً کمی را نشان می‌دهد ولی در دو سال اول برنامه ششم (سالهای ۱۳۵۷ و ۱۳۵۸) این روند کاهشی سرعت می‌گیرد. این نوسانات و کاهش روند در کلیه ابعاد و فعالیت‌های تنظیم خانواده اعم از آموزشی، مددیاری و ... وجود دارد.

## برنامه‌های تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران

---

در بررسی علل و عوامل مؤثر در رکود و عدم پیشرفت برنامه ، موارد ذیل ملاحظه می گردد:

- در سال ۱۳۵۵، وزارت بهداری و سازمان رفاه اجتماعی با هم ادغام و «وزارت بهداری و بهزیستی» تأسیس شد؛
- سازمان‌های منطقه‌ای تشکیل و اختیارات کامل به مدیران عامل استان‌ها تفویض گردید؛
- مراکز بهداشتی منحل و اجرای برنامه‌های بهداشتی، تقریباً متوقف شد؛
- معاونت بهداشت و تنظیم خانواده (که تا آن موقع مستقل عمل می‌کرد و دارای ۲۱۵ پرسنل و ۵ اداره کل بود و برنامه آن به صورت مستقل در کلینیک‌ها اجرا می‌شد)، منحل گردید و کارکنان آن به ۳۶ نفر تنزل یافت. برنامه تنظیم خانواده در قالب گروه کارشناسی و توام با سایرخدمات بهداشتی ارائه می شد؛
- در نتیجه فعالیت ادارات تنظیم خانواده در مناطق نیز تضعیف یا متوقف گردید و کارشناسان ورزیده و مجرب آن به سایر واحدها منتقل شدند؛
- واحدهای سیار روستایی و تعدادی از مراکز ارائه دهنده خدمات تنظیم خانواده، تعطیل و دریافت داروها و وسایل پیشگیری از حاملگی مختل و درخواست تجهیزات کلینیکی مورد نیاز توسط مراکز متوقف گردید؛

- اجرای برنامه‌های آموزشی برای عموم مردم و تربیت کادر بهورز و بهداشت‌یار عملاً متوقف شد؛
- به نظر می‌رسد مهمترین عامل رکود برنامه‌های تنظیم خانواده بعد از انقلاب اسلامی، تقویت و گسترش شایعه وارداتی و تحمیلی بودن برنامه تنظیم خانواده بود که بعد از پیروزی انقلاب اسلامی و با تکثیر و توزیع فتوایه حضرت امام در مورد جایز بودن کاربرد وسایل پیشگیری از حاملگی (این شایعات و مخالفت‌ها) تا حد زیادی تعدیل شد.

### ۳- فعالیت‌های بخش غیردولتی :

بدیهی است حصول به هدف کنترل جمعیت و تنظیم خانواده بدون فراهم آمدن زمینه‌های مساعد ساختاری و نیروی انسانی آموزش دیده امکان پذیر نیست. آنچه تا اواسط دهه سی انجام می‌گرفت اقداماتی پراکنده و مقطعی بود. در واقع سال ۱۳۳۷ را می‌توان سر آغاز برنامه‌های تنظیم خانواده در ایران دانست.

در این سال خانم ستاره فرمانفرمایان که سال‌ها کارشناس رسمی سازمان ملل بود به ایران بازگشت و با تأسیس آموزشگاه عالی خدمات اجتماعی زمینه تربیت نیروی انسانی برای اجرای برنامه‌هایی چون رفاه اجتماعی و آموزش تنظیم خانواده را در کشور فراهم نمود، وی با همکاری خانم هاجر تربیت «انجمن بهداشت و تنظیم خانواده ایران» را به صورت موسسه‌ای مردمی و مدرن سازمان داد که بلافاصله به



## برنامه‌های تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران

---

عضویت فدراسیون بین‌المللی انجمنهای تنظیم خانواده (IPPF)<sup>۲</sup> درآمد و از کمک‌های وسیع فنی و مالی این فدراسیون برخوردار شد (فرمانفرمائی، ۱۳۵۰).

در اساسنامه این انجمن آمده است که:

«انجمن راهنمای بهداشت خانواده ایران یک موسسه قانونی ملی است که مرکز فعالیت‌های آن در تهران مستقر می‌باشد. هدف انجمن تأمین بهداشت و رفاه خانواده‌ها از طریق ایجاد مولید برنامه‌ریزی شده و کمک به خانواده‌ها در اتخاذ تصمیم در مورد تعداد فرزندان خود با توجه به امکانات مادی و اجتماعی و همچنین کاهش میزان مرگ و میر نوزادان و سقط جنین می‌باشد.»

«انجمن موسسه‌ای داوطلب محسوب می‌شد که یک رئیس افتخاری داشت و ارکان آن عبارت بودند از هیات امناء، شورای ملی، کمیته‌های اجرایی، هیات نمایندگان شعبات انجمن، کمیته هماهنگی و بالاخره اعضا.»

در آن زمان جمعیت ایران رشدی سریع با آهنگ قریب به ۳/۲ درصد داشت و ۵۰٪ جمعیت زیر سن ۱۵ سال بودند. (امانی، ۱۳۵۱)

---

۱ - IPPF: این فدراسیون بزرگترین شبکه سازمان‌های غیردولتی در جهان بوده، خاستگاه آن هندوستان و مقر آن در انگلستان است و در ۱۸۰ کشور از جمله ایران اعضای پیوسته و وابسته دارد.

طبق گزارش‌های موجود یک پنجم تخت‌های زایشگاه‌ها را در آن زمان زنانی اشغال می‌کردند که در غیاب دسترسی به امکانات جلوگیری مبادرت به سقط جنین‌های غیرقانونی و غیرایمن کرده بودند. (رحمتی، ۱۳۵۷)

انجمن راهنمای بهداشت خانواده ایران موفق شد بلافاصله پس از تأسیس، نخستین کلینیک تنظیم خانواده را در بیمارستان حمایت مادران راه‌اندازی نماید. تا اوایل دهه ۴۰ خورشیدی که هنوز دولت برنامه مدونی برای تنظیم خانواده نداشت، دانشجویان، اساتید و فارغ التحصیلان رشته مدیریت خدمات اجتماعی و مددکاری اجتماعی با دیدار از زنان در سنین باروری در محلات فقیرنشین و بیمارستانها، آموزش آنان و پیگیری کاربرد وسائل پیشگیری موثرترین نقش را در گسترش این خدمات داشتند.

لازم به یادآوری است که ترویج تنظیم خانواده جزء تفکیک ناپذیر کلیه فعالیت‌های مددکاران اجتماعی در برنامه‌های فردی، گروهی و جامعه‌ای (محل‌ای) بود و ارائه بسیاری از خدمات و کمک‌ها به مددجویان منوط به شرکت آنان در دوره‌های آموزشی-ترویجی تنظیم خانواده، بود که در کلینیک‌های انجمن ارائه می‌شد.

انجمن توانست با گسترش تدریجی حضور خود، این خدمات را، در ۱۶۶ کلینیک ثابت متعلق به انجمن و در جوار مراکز رفاه خانواده وابسته به آموزشگاه عالی خدمات اجتماعی ارائه کند. در مناطق محروم این خدمات رایگان بود و خدمات متنوعی مثل جلوگیری از بارداری،

کلاسهای مخصوص برای آموزش مادران جوان، کلاسهای مادران بزرگسال و پدران و آموزش جنسی ویژه پسران (برای کنترل رفتارهای پرخطر) را شامل می‌شد (بازرگانی، ۱۳۵۴).

انجمن خدمات خود را در روستاها با تربیت زنان جوان و با سواد روستا تحت عنوان «مشوقین روستایی» پی می‌گرفت. این مشوقین تحت نظر پزشک یا ماما یا مددکار انجمن فعالیت می‌کردند (رحمتی، ۱۳۵۷). از اوایل دهه ۴۰ خورشیدی پس از آنکه دولت برنامه‌های تنظیم خانواده را در دستور کار خود قرار داد، این فعالیت‌ها در بخش غیردولتی به تدریج به سمت فعالیت‌های ترویجی و آموزشی سوق یافت. در سال ۱۳۴۷ بود که یکی از برنامه‌های اصلی انجمن به ثمر نشست.

در این سال کنفرانس حقوق بشر سازمان ملل با همکاری انجمن راهنمای بهداشت خانواده در تهران تشکیل شد و در بیانیه پایانی خود اعلام داشت «تنظیم خانواده از حقوق اصلی افراد است» و با تأیید این اعلامیه از سوی شورای عالی سازمان ملل، متن آن در شمار اسناد بین‌المللی منتشر گردید (IPPF, ۱۹۷۵).

دهه پنجاه خورشیدی، با افزایش سریع و سرسام آور بهای نفت، تقسیم اراضی و از هم‌پاشیدگی بافت سنتی روستاها همراه بود که در پی آن، سیل مهاجرت روستائیان به شهرها آغاز و منجر به تشدید معضل حاشیه‌نشینی شد. این دهه نقطه عطفی در تاریخ تحولات اجتماعی ایران محسوب می‌شود.

از سال ۱۳۵۲ خورشیدی، انجمن راهنمای بهداشت خانواده، خدمات خود را با دو کلینیک سیار پیشرفته‌ای که از طرف IPPF در اختیارش قرار گرفته بود به کارخانجات و روستاها - به خصوص به مناطق حاشیه‌ای و فقیرنشین اطراف تهران - می‌رساند (کریمیان، ۱۳۵۶).

تهیه برنامه‌های رسانه‌ای، دوبله و نمایش فیلم‌های تنظیم خانواده در کلینیک‌های ثابت و سیار از دیگر خدمات انجمن بود. بالاخره با پیگیری‌های انجمن بود که در سال ۱۳۵۳ مسائل مربوط به جمعیت در برنامه‌های درسی دبیرستان‌ها گنجانده شد (IPPF, ۱۹۷۵).

در پی انجام یک سلسله تحقیقات سنجش دانش، نگرش، عملکرد (KAP) که در سال ۱۳۵۱ توسط دانشکده بهداشت و آموزشگاه عالی خدمات اجتماعی انجام گرفت، برای اولین بار در ایران در ششمین کنگره متخصصان زنان و زایمان موضوع سقط جنین رسماً مطرح و تجدید نظر در قوانین مربوطه درخواست شد.

تا آن زمان طبق ماده ۱۸۴ قانون جزاء هر زنی که عامداً باعث سقط می‌گردید مجازاتی از یک تا ۳ سال حبس تأدیبی داشت. پیگیری‌های انجمن منجر به تغییر قانون و آزادی مشروط سقط جنین شد شرط قانونی این کار زمانی بود که جان مادر در خطر باشد.

براساس ماده ۱۷ قانون نظام پزشکی سال ۱۳۵۷، عمل سقط جنین می‌بایست در بیمارستان و پس از مشاوره و تصویب دو پزشک صورت گیرد. ضروری بود ظرف ۲۴ ساعت گزارش عمل با ذکر دلیل، نام

بیمارستان و اسامی پزشکان مشاور به هیات مدیره نظام پزشکی ارسال شود.

انجمن در زمینه عقیم‌سازی (بستن لوله ۳) نیز پیشقدم بود، در سال ۱۳۵۵ و بلافاصله پس از تصویب قانون عقیم‌سازی در بعضی کلینیک‌های مجهزتر خود در جنوب تهران خدمات وازکتومی را به مددجویان ارائه می‌داد (ثاقب، ۱۳۵۸). طبق اطلاعات پراکنده موجود انجمن تا سال ۱۳۵۶ دارای ۱۴ کلینیک مجهز شهری، ۱۵۲ کلینیک ثابت روستائی و چندین کلینیک سیار بود.

علاوه بر خدمت‌رسانی، تربیت نیروی انسانی، تاسیس و تجهیز کلینیک‌های ثابت و سیار، انجمن بهداشت خانواده فعالیت‌های گسترده دیگری نیز انجام می‌داد مثل سفارش پایان‌نامه‌های لیسانس و فوق‌لیسانس به خصوص به دانشجویان دوره فوق لیسانس مدیریت خدمات اجتماعی، ترجمه و تدوین متون آموزشی مربوط برای دانشجویان مددکاری، انتشار فصلنامه، خبرنامه و جزوات آموزشی که هم‌اکنون بخشی از این پایان‌نامه‌ها در ۸۰ عنوان در کتابخانه دانشکده خدمات اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی موجود است.

از اوایل سال ۱۳۵۶ و با شروع دوران تحولات اجتماعی و سیاسی، خدمات عقیم‌سازی در درمانگاه‌های انجمن تعطیل شد. پس از پیروزی انقلاب اسلامی، مراکز رفاه خانواده و کلیه کلینیک‌های آن به سازمان بهزیستی کشور واگذار گردید.

تا ماه‌های منتهی به انقلاب، به جز انجمن بهداشت خانواده ایران، سازمان شاهنشاهی خدمات اجتماعی، جمعیت شیروخورشید سرخ ایران، انجمن ملی حمایت کودکان، خیریه فرح و بنگاه حمایت مادران و نوزادان از جمله سازمان‌هایی بودند که با دریافت کمک‌های قابل توجه دولتی و در کنار وظایف اصلی خود، در زمینه توسعه خدمات اجتماعی و کنترل جمعیت نیز فعالیت داشتند (احمدپور، ۱۳۵۶).

فعالیت آنها در بخش تنظیم خانواده محدود به انتشار پوستر با همکاری بعضی از برنامه‌های انجمن بهداشت خانواده بود. با این حال طبق گزارشات رسمی، علیرغم سرمایه‌گذاری‌های وسیع و تعدد دستگاه‌های متولی، به علت فقدان برنامه جامع و همه جانبه‌نگر و فقدان دستگاه هماهنگ‌کننده، از مجموع این فعالیت‌ها و سرمایه‌گذاری‌ها بهره‌برداری صحیحی به عمل نمی‌آمد. به خصوص برنامه تنظیم خانواده توفیقی نداشت (سازمان برنامه و بودجه، ۱۳۵۵). دلیل این امر را شاید بتوان در عدم تناسب برنامه‌ها و فعالیتها با اعتقادات و باورهای مردم (به خصوص در مناطق روستایی) دانست.

در سالهای قبل از پیروزی انقلاب اسلامی اکثریت مردم ایران در روستاهای پراکنده کشور زندگی می‌کردند (۶۰٪). سطح سواد بسیار نازل بود و بی‌سوادی به خصوص بین زنان عمومیت داشت. عوامل مذهبی، فرهنگی نیز شرایطی را ایجاد می‌کرد که اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده را بسیار دشوار می‌ساخت.

## برنامه‌های تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران

روستائیان معمولاً فرزند زیاد را بزرگترین پشتوانه زندگی خود می‌دانستند، مخصوصاً فرزند پسر را که برای خانواده در حکم سرمایه نیروی انسانی برای کار و پشتوانه و اعتبار والدین در دوران کهولت شمار می‌رفت. از این رو ایده داشتن فرزندان زیاد برای قریب به اتفاق روستائیان ایران ضروری می‌نمود.

انجمن علیرغم تجارب ارزشمندش در کار ترویج محله‌ای، در برنامه‌های تنظیم خانواده، بدون توجه به زیرساخت‌های ارزشی جامعه و یا زمینه‌سازی‌های متناسب فرهنگی، به‌خصوص در سال‌های منتهی به انقلاب اسلامی به نوعی سنت‌شکنی پرداخت. اقداماتی از قبیل سقط جنین و آموزش مقوله‌های بهداشت باروری با الگویی وارداتی؛ که البته متأثر از جو روشنفکری شهرهای بزرگ کشور در سال‌های پیش از انقلاب بود و به همین دلیل روز به روز مقاومت بیشتری را از سوی مردم علیه خود بر می‌انگیخت.

از سوی دیگر دامنه پوشش خدمات و فعالیت‌های انجمن به عنوان یک سازمان غیردولتی با همه وسعتش محدود به ۴۸ روستا و تعدادی از مناطق حاشیه نشین شهری بود. حال آنکه ایران در سال ۱۳۵۶ دارای ۷۵۰۰۰ روستا بود.

آنچه نقش انجمن را شاخص می‌ساخت نوع فعالیت، عملکرد و سیاست‌گذاری آن به عنوان یک موسسه ملی یا در اصطلاح امروزی آن «سازمان غیر دولتی» بود، که راهکارها را بگونه‌ای که می‌خواست معرفی

#### مؤسسه همیاران غذا (غیردولتی ایران)

و اجرا می‌کرد ، نتایج را می‌سنجید و سپس دولت را وادار به پیگیری و اجرای وسیع و همگانی طرح می‌نمود.

با این همه ، پیشگامی، ابتکار عمل و اثرگذاری فعالیتهای انجمن راهنمای بهداشت خانواده ایران به مدیریت شاخص بنیانگذار آن خانم فرمانفرمائیان را نباید فراموش کرد .



### منابع:

- آسایش، خلیل. (۱۳۵۶)، نگرشی بر برنامه‌های جمعیتی در ایران، تهران، آموزشگاه عالی خدمات اجتماعی.
- امانی، مهدی. (۱۳۵۱)، نظری به جغرافیای جمعیت تهران، تهران، موسسه مطالعات و تحقیقات اجتماعی.
- احمدپور، هدایت‌الله. (۱۳۵۶)، بررسی دلایل قطع استفاده از وسایل جلوگیری از حاملگی نزد زنان، پایان‌نامه، تهران، آموزشگاه عالی خدمات اجتماعی.
- بازرگانی، محمدحسین. (۱۳۵۱)، تنظیم خانواده در ایران، پایان‌نامه، تهران، آموزشگاه عالی خدمات اجتماعی.
- ثاقب، نینا. (۱۳۵۸)، بررسی عوامل موثر در انتخاب روش سترون‌سازی برای تنظیم خانواده، پایان‌نامه، تهران، آموزشگاه عالی خدمات اجتماعی.
- جبروتی، فریده. (۱۳۶۰)، گزارش سابقه و وضع موجود برنامه‌های تنظیم خانواده، تهران، اداره کل جمعیت و تنظیم خانواده.
- دانایی، افسانه. (۱۳۴۸)، بررسی و ارزیابی بولتن بهداشت و تنظیم خانواده، پایان‌نامه، تهران، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.
- رحمتی، حبیب‌الله. (۱۳۵۷)، سنجش آگاهی زنان روستای سعیدآباد نسبت به زنان روستای عرب‌آباد، پایان‌نامه، تهران، آموزشگاه عالی خدمات اجتماعی.

- زنجانی و همکاران. (۱۳۷۸)، جمعیت، توسعه و بهداشت باروری، چاپ دوم، تهران، انتشارات تبلیغ بشری.
- سازمان برنامه و بودجه. (۱۳۵۶)، گزارش برنامه عمرانی پنجم کشور، چاپ اول، تهران، انتشارات سازمان برنامه و بودجه.
- عباسی شوزای، معصومه. (۱۳۸۳)، ارزشیابی تأثیر آموزش واحد درسی جمعیت و تنظیم خانواده بر آگاهی و نگرش دانشجویان در دو گروه مورد و شاهد، پایان‌نامه (کارشناسی ارشد)، تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- فرمانفرمائی، ستاره. (۱۳۵۰)، مصاحبه حضوری نشریه انجمن راهنمای بهداشت خانواده ایران، شماره ۱، تهران، آموزشگاه عالی خدمات اجتماعی.
- فرمانفرمائی، ستاره. (۱۳۵۰)، مصاحبه حضوری، نشریه انجمن راهنمای بهداشت خانواده ایران، شماره ۲، تهران، آموزشگاه عالی خدمات اجتماعی.
- کاوه فیروز، زینب. (۱۳۸۳)، تغییر سیاست‌های کنترل جمعیت و تأثیر آن بر تحولات باروری در ایران، خلاصه مقالات نخستین همایش انجمن جمعیت‌شناسی ایران، تهران، مرکز مطالعات جمعیتی آسیا و اقیانوسیه.
- کتابی، احمد. (۱۳۷۰)، نظریات جامعه‌شناسی با حواشی و ضمائ جدید، چاپ سوم، تهران، انتشارات اقبال.

#### برنامه‌های تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران

---

- کریمیان، مهری. (۱۳۵۶)، سنجش آگاهی زنان روستای جاثیج (کلینیک ثابت) نسبت به زنان روستای ترک مزرعه (کلینیک سیار)، پایان نامه، تهران، آموزشگاه عالی خدمات اجتماعی.
- مقدم، مریم. (۱۳۷۶)، نقش مراکز تنظیم خانواده در کنترل بارداری، پایان نامه، تهران، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.
- ملک‌افضلی، حسین. (۱۳۷۲)، وضعیت برنامه تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران، خلاصه مقالات، سمینار بررسی مسائل جمعیتی ایران، شیراز، دانشگاه شیراز، مرکز جمعیت‌شناسی.
- وزارت بهداشتی. (۱۳۵۵)، نشریه مخصوص برنامه‌های بهداشت و تنظیم خانواده، تهران، انتشارات وزارت بهداشتی.
- IPPF. (1975), Iran Activities Report, Fact Booklet, Indian Ocean Region.



## فصل دوم:

سیاست‌ها و برنامه‌های تنظیم خانواده  
و کنترل جمعیت در اولین دهه پس از  
انقلاب اسلامی (۱۳۵۷-۱۳۶۶)

### ۱- سیاست‌های کنترل جمعیت

در این دهه مساله تنظيم خانواده مخالفين و موافقين زيادى داشت. عده‌اى از مخالفان، آن را مغاير با اصول اوليه اسلام مى‌دانستند و تكثر نسل را غيرقابل تخطى قلمداد مى‌کردند. عده‌اى به دلايل سياسى و اجتماعى کنترل جمعيت را زائيده فکر استعمار مى‌دانستند.

برخى نيز آن را دخالت در كار خدا و زائيده راحت طلبى غربى‌ها و فرار آنها از مسئوليت تربيت فرزندان مى‌دانستند. عده‌اى هم با برنامه تنظيم خانواده بطور فردى مخالفتى نداشتند ولى با دولتى شدن آن و محدود كردن اختيار خانواده‌ها از طريق دولت موافق نبودند (ايازى، ۱۳۷۳).

اما موافقين برنامه تنظيم خانواده در رد نظريه استعماري بودن تنظيم خانواده اعلام مى‌داشتند كه اگر جامعه نتواند مشكلات اشتغال، مسكن، ازدواج، امور تربيتى و اخلاقى، اوقات فراغت، تغذيه و مانند آن را حل كند، انقلاب با مشكل مواجه خواهد شد و بزودى شاهد بحران‌هاى اجتماعى، سياسى و اخلاقى خواهيم بود.

طرح این موضوع که هر اندازه تعداد مسلمانان بیشتر باشد، خطر بیشتری برای استکبار خواهد بود، توجه به ابعاد کمی جمعیت است درحالی که جمعیت فاقد دانش، معنویت، اشتغال و بهداشت و سلامت قدرت به حساب نمی‌آید. (ملک افضلی، ۱۳۸۵).

فرآیند تغییر سیاست‌ها در این دوره را می‌توان در دو بخش بررسی نمود. اول بسترسازی برای برنامه و تغییرات اجتماعی و دوم تغییرات ساختاری - اجتماعی موثر بر برنامه طی دهه اول انقلاب.

#### **الف - بسترسازی و جلب حمایت همه جانبه از برنامه‌های تنظیم خانواده و کنترل جمعیت**

علیرغم این که دولت تا اواخر این دهه سیاست مدونی در مورد برنامه‌های تنظیم خانواده نداشت، در این دوران تلاش‌هایی از سوی برخی از سیاست‌گذاران انجام شد که آغاز گر تغییر سیاست‌های رسمی دولت از سال ۱۳۶۷ بود.

مرندی وزیر اسبق بهداشت درمان و آموزش پزشکی در این زمینه بیان می‌دارد:

«علیرغم مخالفت‌های صورت گرفته و توقف برنامه‌های کنترل جمعیت، مسئولان وزارت بهداشت در جهت ادامه برنامه‌های تنظیم خانواده تلاش‌هایی صورت دادند. اولین اقدام، کسب اطلاع از اجلاس‌های بین‌المللی و توسعه نتایج و توصیه‌های آن‌ها در ایران بود.» (کاوه فیروز، ۱۳۸۳)

ملک افضلی معاون اسبق بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی نیز به موثر بودن اقداماتی نظیر: گسترش شبکه بهداشت و ادغام دانشگاههای علوم پزشکی با وزارت بهداشت و تشکیل وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سالهای ۱۳۶۴ و ۱۳۶۵ اشاره می‌کند (ملک‌افضلی، ۱۳۸۵).

نتایج سرشماری سال ۱۳۶۵ نشان داد که نزدیک به ۱۵/۷ میلیون نفر بر تعداد جمعیت کشور افزوده شده است. با توجه به رشد بالای جمعیت در این دوره، ممکن است این سوال مطرح گردد که چرا دولت با مشاهده رشد بالای جمعیت در سرشماری سال ۱۳۶۵، سیاست‌های کنترل جمعیت را از همان سال آغاز نکرد؟

با استناد به نظر سیاست‌گذاران و کارشناسان، قبل از سال ۱۳۶۷ برخی اقدامات توسط دولت در این زمینه انجام شده است. بر اساس مصاحبه‌های انجام شده، در سال‌های قبل از ۱۳۶۷ ضرورت اتخاذ سیاست‌های کنترل جمعیت از سوی برخی از سیاست‌گذاران و کارشناسان جمعیتی احساس شده بود، ولی به دلیل جو سیاسی حاکم بر جامعه و شرایط ایجاد شده ناشی از جنگ و همسو نبودن افکار سیاست‌گذاران و مخالفت علما با این مسئله، از طرح آن خودداری شد به طوری که علیزاده کارشناس سازمان مدیریت و برنامه ریزی اظهار می‌دارد:



«آغاز سیاست‌های رسمی کنترل جمعیت از سال ۱۳۶۷ زمینه‌های قبلی داشته است. وزارت بهداشت از سال ۱۳۵۹ به دنبال برنامه‌ها و فعالیت جدی در این زمینه بوده و از سال ۱۳۶۰ نیز لزوم اتخاذ سیاست‌های کنترل جمعیت احساس شده بود، اما به دلیل جو موجود و مخالفت برخی سیاست‌گذاران، جرأت بیان آن وجود نداشت» (کاوه فیروز، ۱۳۸۳).

ملک افضلی معاون اسبق بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی نیز اشاره می‌کند که در آن زمان مسئولین وزارت بهداشت، تنظیم خانواده را مترادف با فاصله‌گذاری فرزندان می‌دانستند و به آن به عنوان یک برنامه بهداشتی برای سلامتی مادر و کودک تاکید داشتند.

با توجه به مستندات علمی حاملگی در سنین مناسب و فاصله‌گذاری بین تولدها را در سلامت مادر و کودک موثر دانسته و تنظیم خانواده را اجتناب از حاملگی‌هایی که سلامت مادر و کودک را به خطر می‌اندازد تعریف می‌کردند (ملک افضلی، ۱۳۸۵).

از این روی، در تابستان ۱۳۵۸ که هنوز چهار ماه از پیروزی انقلاب اسلامی نگذشته بود وزیر بهداری دولت موقت طی ملاقاتی با رهبر انقلاب اسلامی امام خمینی<sup>(ره)</sup>، مسئله رشد جمعیت را مطرح و بر ضرورت پیگیری برنامه‌های تنظیم خانواده تاکید نمود. در پایان این ملاقات و پس از استماع گزارش، رهبر معظم انقلاب اسلامی با ادامه برنامه‌های تنظیم خانواده موافقت نمودند. (آشفته تهرانی، ۱۳۶۴: ۳۲۱)

چند ماه پس از آن، در اوایل پاییز ۱۳۵۸، وزیر بهداشتی گزارش مکتوبی را به حضور امام خمینی ارسال و بر ضرورت تداوم برنامه‌ها و خدمات تنظیم خانواده تاکید مجدد نمود.

در این گزارش مسئله رشد سریع جمعیت و ضرورت استفاده از روش‌های نوین ضد بارداری شرح و از رهبر معظم انقلاب اسلامی درخواست شده بود تا بر اساس اطلاعات مندرج در گزارش نظرات صریح فقهی خود را اظهار نمایند، ایشان نیز در هامش گزارش یادداشت زیر را مرقوم نمودند:

«استفاده از این روش‌ها چنانچه زنان را در معرض مشکلات سلامت (آسیب) قرار نمی‌دهد و همچنین همسر با آن موافق است، برای حل مشکلات (مندرج در گزارش) شرعا جایز است». (آشفته تهرانی، ۱۳۶۴: ۳۲۳) این مستند توسط دست اندرکاران وقت به عنوان فتوی تلقی و به کلیه واحدهای مرتبط وزارتخانه ابلاغ شد.

در ادامه تلاش برای تغییر سیاست‌های جمعیت، در اواخر این دهه بود که عده‌ای از دوستداران انقلاب و کشور شروع به دادن هشدارهایی علیه افزایش جمعیت در همایش‌ها کردند و آثار مخرب افزایش جمعیت را در ابعاد اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی و بهداشتی، از جمله تخریب محیط‌زیست، افزایش نیاز به فضای آموزشی و مدرسه، افزایش ناهنجاری‌های اجتماعی، بیکاری و ... یادآور شدند.

در سال ۱۳۶۷ اولین سمینار ملی جمعیت و توسعه در شهر مقدس مشهد توسط سازمان برنامه و بودجه برگزار گردید. این سمینار با پیام

نخست وزیر وقت افتتاح شد. نمایندگان ۴۳ وزارتخانه و مراکز علمی، پژوهشی و اجرایی کشور در آن شرکت داشتند (مقدم، ۱۳۷۶).

وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی نیز با ارائه شاخص‌هایی اثرات باروری بالا را در مرگ و میر نوزادان و مادران مطرح کرد و با هدف جلوگیری از افزایش مرگ و میر نوزادان و مادران، ضرورت فاصله‌گذاری بین زایمان‌ها را مورد تاکید قرار داد (مقدم، ۱۳۷۶).

نظر به اینکه در سمینار مشهد علما و روحانیون که از افراد موثر کلیدی بودند حضور فعال نداشتند، در اردیبهشت سال ۱۳۶۹ سمیناری به عنوان اسلام و سیاست جمعیت در شهر اصفهان برگزار شد و عده‌ای از علما و محققان از جنبه‌های مختلف به بحث در این مساله پرداختند (Mehryar, et al, 1995).

همچنین مقالات مختلفی در روزنامه‌های کثیر الانتشار کشور در موافقت و مخالفت با کنترل جمعیت منتشر گردید. یکی از زنان فعال مذهبی کشور در مجله «پیام هاجر» تنظیم خانواده را به عنوان یک حق بشری برای انسانها مطرح نمود و بر حق زنان در کنترل بر بدن و باروری خویش تاکید نمود.

آنچه در این مقالات مطرح می‌شد بیشتر نگرش به موضوع افزایش جمعیت از دیدگاه کارشناسی بود و بیانگر موضوع از نظر مذهبی و احادیث اهل بیت و فرهنگ تشیع تلقی نمی‌شد. در آن زمان، تمرکز وزارت بهداشت به مقوله جمعیت، نگاه سلامت نگر بود.

این رویکرد در وزارت بهداشت حتی قبل از کنفرانس جمعیت و توسعه که بحث بهداشت باروری و حقوق ناشی از آن را مطرح نمود، جریان داشت. ملک افضلی معاون اسبق بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اظهار میدارد که :

اکثراً پیامهای تنظیم خانواده مضمون سلامت خانواده را داشت. بطور مثال: «تنظیم خانواده برای سلامت مادر و کودک ضروری است» یا «حاملگی کمتر از ۱۸ سال، فاصله کمتر از ۳ سال و حاملگی در سن بالای ۳۵ سال، می تواند برای مادر و کودک خطرناک باشد» (ملک افضلی، ۱۳۸۵).

مسئولین وقت وزارت بهداشت با جمع آوری تحقیقات انجام شده در دنیا و ایران، مستندات معتبری برای اثبات ادعای خود جمع آوری کردند. تاکید حامیان برنامه تنظیم خانواده در این دهه بر این اصل اسلامی استوار بود که حفظ سلامت بدن از واجبات است و به خطر انداختن سلامت بدن حرام است. بنابراین مطرح نمودن تنظیم خانواده در راستای پیشگیری از آسیب به سلامتی مادر و صیانت از سلامت مادر و کودک می باشد.

طرح این مباحث در نزد علمای عظام موجب جلب حمایت بسیاری از روحانیون از برنامه های تنظیم خانواده گردید. یکی از علمای اعلام به معاونت بهداشت وقت وزارت بهداشت فرمودند «ما از شما متوقع می شویم که چرا به مقوله تنظیم خانواده برای سلامتی انسانها زودتر نپرداختید» (ملک افضلی، ۱۳۸۵).

## برنامه‌های تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران

---

مجموعه این عوامل موجب شد هیئت وزیران در سال ۱۳۶۸ به برنامه تنظیم خانواده کشور رای دهند و حضرت امام خمینی(ره) بنیان‌گذار انقلاب هم فتوا دادند که پیشگیری از حاملگی مجاز است و استفاده از وسایل جلوگیری از بارداری به چهار شرط جایز است (مقدم، ۱۳۷۶):

- جلوگیری از بارداری موجب فساد عضو و نازایی دائمی (عقیمی) نشود؛
- شوهر راضی باشد؛
- عمل جلوگیری و کارگزاردن دستگاههای مربوطه با ارتکاب حرام توأم نباشد؛
- عوارض جانبی عمده ای برای انسان در بر نداشته باشد.

خوشبختانه در آن زمان مجموعه‌ای از وسایل و روش‌های پیشگیری از بارداری در نظام ارائه خدمات کشور وجود داشت (از جمله قرص، IUD و آمپول تزریقی). در این دوره زنان تنها به زنان ارائه دهنده خدمات مراجعه می نمودند. همه این عوامل با متن فتوا مطابقت داشت و بدین ترتیب اجرای فعال برنامه تنظیم خانواده در نظام بهداشت و درمان کشور میسر گردید.

## ب - تغییرات اجتماعی - ساختاری موثر بر برنامه کنترل جمعیت و تنظیم خانواده

مک نیکل کاهش باروری را بیشتر متأثر از شرایط فرهنگی - اجتماعی و اقتصادی جامعه می‌داند و معتقد است باروری فقط به طور محدودی در معرض عملکرد مستقیم دولت است و سیاست‌های مستقیم دولت به تنهایی باعث تغییر وضعیت باروری در جامعه نمی‌شود (مک نیکل، ۱۹۹۷، ۱۹۹۸).

بر اساس این نظریه در این بخش به پیشرفت وضعیت زنان، توسعه ارتباطات و توسعه خدمات بهداشتی کشور که از عوامل اثرگذار غیرمستقیم بر وضعیت باروری جامعه می‌باشند پرداخته می‌شود.

### ۱. افزایش نرخ با سواد ( به خصوص در زنان )

میزان با سواد کشور در سالهای ۶۵-۱۳۵۵ با تغییر جهشی از ۴۷/۵ درصد به ۶۲/۸ درصد افزایش یافت. بطوری که سهم دختران دانش‌آموز در مقطع ابتدایی از ۳۹/۷۲ درصد به ۴۴/۳۴ درصد رسید ولی در پسران از ۶۰/۲۸ درصد به ۵۵/۶۶ درصد کاهش یافت. در مقطع راهنمایی نیز سهم دختران از ۳۷/۲۱ درصد به ۳۸/۴۲ درصد رسید ولی سهم پسران از ۶۲/۷۹ درصد به ۶۱/۵۸ درصد تنزل یافت. در مقطع متوسطه نیز سهم دختران از ۳۶/۳۶ درصد به ۴۲/۳۸ درصد افزایش داشت در حالی که این میزان در پسران از ۶۳/۶۴ درصد به ۵۷/۶۲ درصد کاهش نشان می‌داد.

قابل ذکر است که افزایش میزان سواد در زنان شهر و روستا نیز در این دهه بیش از مردان بوده است. در فاصله سال‌های ۶۵-۱۳۵۵ افزایش میزان سواد در زنان روستایی ۱۱۰ درصد و در مردان فقط ۳۷/۵ درصد بود. (مرکز امور زنان و خانواده، ۱۳۸۵). بخش مهمی از توسعه سواد در شهر و روستا حاصل کار بسیار موثر آموزش بزرگسالان، توسط نهضت سوادآموزی بود که اندکی بعد از انقلاب پا گرفت (دفتر سلامت خانواده و جمعیت، ۱۳۸۳).

## ۲. توسعه ارتباطات در مناطق روستایی و محروم کشور

توسعه راههای شوسه مناسب و وسایل ارتباطی از قبیل رادیو، تلویزیون و تلفن در اقصی نقاط کشور بخصوص در مناطق روستایی و محروم، به درستی نقش مهمی در توسعه آگاهی عموم و افزایش رفاه مردم داشتند. توسعه ارتباطات رابطه مستقیمی با به کار بردن روشهای پیشگیری از بارداری در جامعه دارد (دفتر سلامت خانواده و جمعیت، ۱۳۸۳).

## ۳. توسعه زیر ساخت شبکه بهداشت و درمان کشور

در سال ۱۳۶۳ طرح گسترش شبکه بهداشت در مجلس مطرح شد و مورد تصویب قرار گرفت (مقدم، ۱۳۷۶). این طرح آثار مثبت خود را در ارتقای سلامت و بهداشت باروری، در سال‌های بعد نشان داد.

شبکه بهداشت و درمان که محل ارائه خدمات ادغام یافته و رایگان در روستاها و شهرها بود یکی دیگر از عوامل مهم زیربنایی برنامه‌های تنظیم خانواده محسوب می‌شود (دفتر سلامت خانواده و جمعیت، ۱۳۸۳). علیرغم این تلاش‌ها نتایج بررسی سال ۱۳۶۸ وزارت بهداشت در زمینه آگاهی، نگرش و عملکرد زنان ۴۵-۱۵ ساله در موضوع تنظیم خانواده و برخی از شاخص‌های اجتماعی که در سال ۱۳۶۹ منتشر شد، موارد زیر را آشکار نمود که موجب نگرانی دست اندرکاران سلامت شد:

- هنوز ۵۸ درصد زنان همسر دار ۴۵-۱۵ ساله کشور بی‌سواد

بودند؛

- فقط ۶۴ درصد زنان شهری از یک روش پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند؛
- تنها ۳۶ درصد زنان روستایی تحت پوشش خانه بهداشت، از یک روش پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند؛
- تنها ۷ درصد زنان روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت از یکی از روش‌های موثر و مدرن پیشگیری از بارداری استفاده می‌کردند (سیمای سلامت، ۱۳۶۹).



## ۲- دسترسی و استفاده از خدمات تنظیم خانواده

هرچند طی دهه اول به دلایل پیش گفت رکود و تنزلی در ارائه خدمات و بهره‌برداری جامعه از خدمات تنظیم خانواده روی داد لیکن این امر به معنای قطع استفاده جامعه از خدمات عمومی یا خصوصی جهت کنترل موالید و تنظیم خانواده نبود.

اطلاعات مندرج در گزارش‌های مرکز آمار ایران - که سالانه منتشر می‌شود - ادعای فوق را تأیید می‌کند. آمار گزارش‌های سالانه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی نیز نشان دهنده بهره‌برداری جامعه از چنین خدماتی در دهه اول انقلاب است.

جدول شماره یک حاوی خلاصه‌ای از اطلاعات مربوط به سال‌های

۱۳۵۷-۱۳۶۹ می‌باشد (Mehryar et al, 1995).

مؤسسه همیاران غذا (غیردولتی ایران)

جدول شماره ۱ : تعداد استفاده‌کنندگان از خدمات تنظیم خانواده مراکز بهداشتی درمانی وزارت بهداشت به تفکیک نوع خدمت دریافتی (۱۳۵۷-۱۳۶۹).

تعداد IUD	تعداد کاندوم توزیع شده	بسته‌های قرص جلوگیری از بارداری توزیع شده	تعداد خدمت‌گیرندگان تنظیم خانواده	سال
۱۰۰۰۰	۴۱۸۰۰۰	۴۶۶۵۰۰۰	۵۲۳۰۰۰۰	۱۹۷۸
۹۰۰۰	۲۸۴۰۰۰	۳۸۲۳۰۰۰	۴۱۹۱۰۰۰	۱۹۷۹
۱۱۰۰۰	۲۵۷۰۰۰	۳۲۱۲۰۰۰	۴۲۵۰۰۰۰	۱۹۸۰
۱۷۰۰۰	۴۷۲۰۰۰	۵۰۷۸۰۰۰	۵۶۰۳۰۰۰	۱۹۸۱
۲۵۰۰۰	۵۴۸۰۰۰	۵۴۴۲۰۰۰	۶۱۹۶۰۰۰	۱۹۸۲
۲۷۰۰۰	۵۵۱۰۰۰	۵۰۹۶۰۰۰	۵۹۴۳۰۰۰	۱۹۸۳
۲۹۰۰۰	۶۲۰۰۰۰	۵۱۶۳۰۰۰	۶۰۵۸۰۰۰	۱۹۸۴
۳۳۰۰۰	۷۰۸۰۰۰	۴۹۳۵۰۰۰	۶۶۰۴۰۰۰	۱۹۸۵
۳۵۰۰۰	۷۵۸۰۰۰	۵۱۳۴۰۰۰	۶۷۰۱۰۰۰	۱۹۸۶
۴۶۰۰۰	۱۰۴۳۰۰۰	۵۲۱۶۰۰۰	۷۰۵۱۰۰۰	۱۹۸۷
۵۵۰۰۰	۲۸۰۰۰۰	۴۷۳۸۰۰۰	۵۳۵۴۰۰۰	۱۹۸۸
۹۷۰۰۰	۱۳۸۳۰۰۰	۷۵۳۲۰۰۰	۹۰۱۱۰۰۰	۱۹۸۹
۱۳۲۰۰۰	۲۷۱۲۰۰۰	۴۵۶۴۰۰۰	۱۰۴۱۲۰۰۰	۱۹۹۰

منبع : ( Mehryar et al ,1995 )

## برنامه‌های تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران

اولین مطالعه «بررسی آگاهی، نگرش، عملکرد» (KAP) نیز که در سال ۱۳۶۸ توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کمی پیش از آغاز جدی برنامه تنظیم خانواده در دهه دوم انقلاب انجام شد حاکی از این بود که تقاضای عمومی برای استفاده از خدمات تنظیم خانواده طی دهه اول انقلاب رشد یافته است (ملک افضلی، ۱۳۶۸).

بر اساس این بررسی، تقریباً دو سوم (۶۴٪) از زنان شهری و یک سوم (۳۱٪) از زنان ساکن روستا که با ایشان مصاحبه شده بود گزارش کردند که از یک روش تنظیم خانواده بهره می‌برند. هرچند که طبق نتایج این مطالعه تنها ۵۲٪ زنان شهری و ۲/۳ زنان روستایی از روش‌های مدرن جلوگیری از بارداری استفاده می‌کردند.

جدول شماره (۲) توزیع فراوانی استفاده از این روش‌ها را به تفکیک شهر و روستا نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی استفاده از خدمات مدرن جلوگیری از بارداری به تفکیک نوع روش و محل سکونت زنان (۱۳۶۸)

روش جلوگیری محل سکونت زنان	قرص (درصد)	IUD (درصد)	کاندوم (درصد)
شهر	۸۳	۱۲	۶
روستا	۶۰	۱۷	۲۳

منبع: ملک افضلی ۱۳۶۸.

اهمیت این یافته‌ها هنگامی روشن می‌شود که اطلاعات جدول شماره ۲ با وضعیت استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری طی سال‌های اول انقلاب (جدول شماره ۱) مقایسه شود. آثار فعالیت شبکه‌های بهداشت وزارت بهداشت در سال‌های ۶۸ و ۶۹ بروز کرد.

### ۳- تغییرات جمعیت

در اولین دهه بعد از انقلاب اسلامی (سالهای ۶۶-۵۷) سیاست‌های کاهش رشد جمعیت، بطور رسمی ادامه نیافت و میزان رشد جمعیت شتاب بی‌سابقه‌ای گرفت. طی این دوره ارائه خدمات تنظیم خانواده فعال نبود و تنها در صورت مراجعه افراد به کلینیک‌ها این خدمات ارائه می‌شد، البته بخش خصوصی نیز فعالیت‌هایی در این زمینه داشت (اداره کل سلامت خانواده و جمعیت، ۱۳۷۹).

بررسی نظرات و نگرش سیاست‌گذاران نشان می‌دهد که با آغاز انقلاب اسلامی، هدف مستقیم دولت، افزایش باروری نبود، بلکه مخالفت دولت و علما با کلیه برنامه‌های رژیم گذشته از جمله برنامه‌های تنظیم خانواده بود که باعث تغییر سیاست‌ها شد (کاوه فیروز، ۱۳۸۳). در این دهه برخی از عوامل مهمی را که منجر به رشد جمعیت گردید می‌توان در دو دسته کلی بررسی کرد:

## الف - عوامل اصلی افزایش جمعیت

### ۱- تشویق خانواده‌ها به داشتن فرزند زیاد :

پاره‌ای از سیاستمداران جمهوری اسلامی ایران بر اساس تفسیری که از احادیث و آیات قرآنی داشتند مردم را به داشتن بچه‌های زیاد تشویق می‌کردند. مسئولین وقت نیز اعلام داشتند که تمایلی به اجرای احکام تنظیم خانواده در کشور ندارند.

آیت‌ا... مکارم شیرازی در این زمینه بیان داشته است : " در دوران قبل انقلاب به برنامه‌های رژیم گذشته با سوءظن نگریسته می‌شد، چون این طرز تفکر وجود داشت که برنامه‌های رژیم گذشته حتی برنامه‌های کنترل جمعیت امپریالیستی است " (کاوه فیروز، ۱۳۸۳).

مرندی، وزیر اسبق بهداشت و درمان در مصاحبه مطبوعاتی خود این مسئله را یادآور شده است : "[بعد از انقلاب] ما معتقد به فاصله‌گذاری در زایمان بودیم، ولی متأسفانه طی آن سال‌ها نمی‌توانستیم این را بگوئیم، زیرا برنامه‌های تنظیم خانواده در رژیم گذشته را در ذهن مردم تداعی می‌کرد" (کاوه فیروز، ۱۳۸۳).

ملک افضلی معاون اسبق بهداشت وزارت بهداشت در این مورد اظهار می‌دارد: "آن سالها بسیاری از جوانان انقلابی خیلی زود ازدواج کردند و صاحب فرزندان زیادی شدند. از طرفی جنگ تحمیلی با عراق نیز این سیاست را تقویت نمود" (ملک افضلی ۱۳۸۵).

علی‌رغم مخالفت سیاسی در زمینه کنترل جمعیت، توجه مسئولین وزارت بهداشتی به اهمیت مسئله سبب شد که در سال ۱۳۵۸ وزیر بهداشتی وقت از امام خمینی استفتا نموده و ایشان در این زمینه فتوا دادند:

"در صورتی که از نظر بهداشتی ضرری متوجه بانوان نباشد و شوهر با این امر موافق باشد حل این مشکل (مشکل رشد جمعیت) شرعاً جایز است" (کیهان، ۱۳۶۸).

با وجود این، عملاً اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده به طور رسمی تا سال ۱۳۶۷ به تأخیر افتاد (کاوه فیروز، ۱۳۸۳).

## ۲- کاهش مرگ و میر در کشور :

دولت جمهوری اسلامی ایران در دهه ۶۰ برنامه‌های بسیار خوبی در قالب توسعه مراقبت‌های اولیه بهداشتی (بخصوص در روستاها) از طریق ایجاد و گسترش خانه‌های بهداشت و اجرای برنامه‌های واکسیناسیون، تأمین آب آشامیدنی سالم، پیشگیری از اسهال و عفونت‌های حاد تنفسی در کودکان و بهبود تغذیه اجرا نمود.

بدین ترتیب قدم‌های مؤثری در کاهش مرگ و میر کودکان برداشت. گسترش شبکه بهداشتی درمانی در سراسر کشور و افزایش دسترسی مردم به این خدمات موجب گردید تا شاخص مرگ و میر در کشور کاهش قابل ملاحظه‌ای پیدا کند که خود تأثیر بسزایی بر رشد جمعیت در این سالها گذاشت (مقدم، ۱۳۷۶).

### ۳- مهاجرت :

ایران در این سالها با موج سنگین مهاجرت‌های بین‌المللی روبرو بود. این فرآیند چند سال پیش از انقلاب اسلامی با ورود تعداد زیادی از پناهندگان افغانی آغاز شد و در سال ۱۳۶۰ با رانده شدن ایرانیان مقیم عراق شدت بیشتری به خود گرفت. در این سالها به دلیل وجود تعارضات شدید در کشورهای همسایه بخصوص عراق و افغانستان نزدیک به چهار میلیون پناهنده جنگی وارد کشور شدند (ملک افضلی، ۱۳۸۵).

### ب- عوامل فرعی افزایش جمعیت

علاوه بر عوامل فوق، اقداماتی توسط دولت انجام گرفت که به طور ضمنی زمینه‌ساز افزایش باروری در سال‌های بعد از انقلاب شد. این اقدامات عبارت بودند از:

- سن قانونی ازدواج در پسران از ۱۸ سال به ۱۵ سال و در دختران از ۱۵ سال به ۱۳ سال کاهش یافت. علاوه بر آن ، ازدواج دختران ۹ تا ۱۲ ساله نیز مشروط به داشتن توانایی جسمانی و گواهی پزشک و اجازه حاکم شرع مباح اعلام شد. دولت ازدواج در سنین پایین را یکی از ابزارهای جلوگیری از آسیب‌های اجتماعی می‌شناخت. در نتیجه این عوامل بود که میزان ازدواج در این سالها افزایش چشمگیری یافت.

- حمایت مالی دولت از زوج‌های جوان نظیر در اختیار گذاشتن وسایل زندگی و دادن مسکن یکی دیگر از عوامل تشویق کننده ازدواج‌های زودرس بود.
  - تدوین قوانین و مقرراتی نظیر واگذاری زمین و امکانات به خانواده‌هایی که فرزندان بیشتری داشتند باعث تشویق خانواده‌ها به ویژه خانواده‌های محروم برای داشتن فرزندان بیشتر می‌شد.
  - معافیت از سربازی برای کلیه کسانی که بیش از سه فرزند داشتند.
  - جیره‌بندی و کوپنی شدن نیازهای اساسی مردم، نظیر گوشت و برنج و این انتظار که دولت نیازهای فرزندان به ویژه نیازهای مرتبط با تغذیه، بهداشت و آموزش آنان را به رایگان برآورده خواهد کرد.
- علیزاده کارشناس سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی در این زمینه بیان می‌دارد :
- «دولت ایران به دلیل شرایط خاص سال‌های آغازین انقلاب، با اتخاذ قوانینی نظیر سیاست‌های جیره‌بندی کالا و انجام اقداماتی جهت رفع تبعیض و محرومیت، به تشدید مولید کمک کرد. به عبارتی دیگر، دولت در این دوره (بعد از انقلاب تا سال ۱۳۶۷) نه تنها سیاست‌های بازدارنده مولید را اتخاذ نمی‌کند، بلکه سیاست‌های اتخاذ شده در این زمینه به



### برنامه‌های تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران

گونه‌ای است که باعث تسریع آهنگ رشد جمعیت می‌شود» (کاوه فیروز، ۱۳۸۳).

مجموعه این عوامل موجب گردید که متوسط رشد جمعیت در سال‌های دهه اول انقلاب به ۳/۹ درصد افزایش یابد. نتایج اولین سرشماری عمومی نفوس و مسکن در نظام جمهوری اسلامی ایران (چهارمین سرشماری کشور) افزایش غیرقابل انتظار جمعیت کشور را طی سال‌های ۱۳۵۵ لغایت ۱۳۶۵ نشان داد. در این سرشماری جمعیت کشور ۴۹.۴۹۴.۵۰۱ نفر اعلام شد.

از ۳/۹ درصد نرخ رشد جمعیت، ۰/۷ درصد آن مربوط به مهاجرت و ۳/۲ درصد مربوط به اختلاف موالید و مرگ (موالید ۴۰ در هزار و مرگ ۸ در هزار) بود (دفتر سلامت خانواده و جمعیت، ۱۳۸۳).

### منابع:

- آشفته تهرانی، (۱۳۶۴)، جامعه شناسی و آینده روند جمعیت ایران، دانشگاه اصفهان، جهاد دانشگاهی، اصفهان.
- اداره کل سلامت خانواده و جمعیت، (۱۳۷۹)، جمعیت و تنظیم خانواده در ایران، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران.
- ایازی، علی، (۱۳۷۳)، اسلام و تنظیم خانواده، تهران. دفتر فرهنگ اسلامی، چاپ اول.
- دفتر سلامت خانواده و جمعیت، (۱۳۸۳)، جمعیت و تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران، انتشارات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران.
- کاوه فیروز، زینب، (۱۳۸۳)، تغییر سیاست‌های کنترل جمعیت و تأثیر آن بر تحولات باروری در ایران، خلاصه مقالات نخستین همایش انجمن جمعیت شناسی ایران، تهران، مرکز مطالعات جمعیتی آسیا و اقیانوسیه.
- کیهان، روح الله، (۱۳۶۸)، کنترل موالید، چاپخانه بهمن، تهران.
- مرکز امور زنان و خانواده، (۱۳۸۵)، گزارش وضعیت زنان در جمهوری اسلامی ایران، تهران.
- مقدم، مریم، (۱۳۷۵)، نقش مراکز تنظیم خانواده در کنترل بارداری، پایان نامه، تهران، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.
- ملک افضلی، حسین، (۱۳۸۶)، رهبران مذهبی برای حمایت از کنترل جمعیت در دستیابی به اهداف توسعه هزاره، خلاصه مقالات کنفرانس، بالی. اندونزی.

- ملک افضلی، حسین. (۱۳۸۵)، تنظیم خانواده بعد از انقلاب اسلامی ایران، مصاحبه حضوری.
- ملک افضلی، حسین. (۱۳۶۸)، آگاهی، نگرش و عملکرد زنان متأهل ۴۹-۱۵ سال در زمینه برنامه تنظیم خانواده، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران.
- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۶۹)، سیمای سلامت و بیماری در ایران، تهران.
- Mehryar, A. H., et al. 1995. "The Rise and Fall of Fertility Rates of Iranian Population After the Islamic Revolution of 1979." Tehran: Institute for Research on Planning & Development. Working Papers Series in English (No 3).
- Mc Nicoll, P., 1998, "Government & Fertility in Transition & Post-Transitional Societies", Population Consil , No. 113.



## فصل سوم:

سیاست‌ها و برنامه تنظیم خانواده و  
کنترل جمعیت در دهه دوم پس از  
انقلاب اسلامی (۱۳۶۸ تا ۱۳۷۷)

### ۱- اقدامات یکپارچه و همه جانبه

در اواخر دهه اول بعد از انقلاب و ادامه آن در دهه دوم (سال‌های ۱۳۷۸-۱۳۶۸) نتایج جلب حمایت همه جانبه از تنظیم خانواده آشکار شد. آن چه پذیرش برنامه های تنظیم خانواده را از سال ۱۳۶۷ به بعد تسهیل کرد، حمایت رهبران مذهبی و مقامات بالای دولتی و یکپارچه شدن نظر و خواست دولت و علمای مذهبی در مورد ضرورت گسترش برنامه‌های تنظیم خانواده بود. سرانجام، حاصل چنین هماهنگی صدور بیانیه رسمی شورای عالی قضایی در پائیز ۱۳۶۷ با مضمون فقدان منع شرعی و قانونی برای تنظیم خانواده بود.

دهه دوم بعد از انقلاب تقریباً مقارن با برنامه پنج ساله اول و دوم توسعه اجتماعی و اقتصادی کشور (۱۳۷۷-۱۳۶۸) بود. کنترل جمعیت در این دو برنامه از اولویت ویژه‌ای برخوردار گردید (کاوه فیروز، ۱۳۸۳). حمایت رهبران مذهبی، به برنامه‌های تنظیم خانواده دولت مشروعیت بخشید و این مشروعیت زمینه‌ساز انجام فعالیت‌های تبلیغی و ترویجی دیگر، نظیر ایجاد کارگاه‌هایی برای زوج‌های جوان، آموزش از طریق رسانه‌ها، آموزش در دبیرستان‌ها و ... شد (عباسی شوازی، ۲۰۰۰).

ایازی در کتاب خود تحت عنوان «اسلام و تنظیم خانواده» به بررسی دیدگاه اسلام در باب ضرورت تنظیم خانواده پرداخته است. وی در حین

ارائه دیدگاه اسلام، آرا و عقاید خود را در موافقت با برنامه‌های تنظیم خانواده مطرح کرده و در پایان به شبهات مخالفین تنظیم خانواده پرداخته و به اشکالات وارده از سوی آنان پاسخ می‌دهد. (ایازی، ۱۳۷۳)

بررسی نظرات روحانیون در مورد برنامه‌های تنظیم خانواده حاکی از آن است که اولاً، نظرات علمای مذهبی موافق با برنامه‌ها انعکاس بیشتری در جامعه داشته است. ثانیاً، به دلیل این که روحانیون و علمای مذهبی بعد از انقلاب نقش مهمی در ساختار سیاسی و اجتماعی جامعه داشتند، نظرات آنان بیشتر ملاک عمل قرار می‌گرفت. ثالثاً، طرح مسائل و مشکلات جمعیتی و تبلیغ ضرورت اعمال برنامه‌های کنترل جمعیت در مساجد و نماز جمعه و سایر مراسم مذهبی دلیل دیگری بر پذیرش این برنامه‌ها توسط مردم و خانواده‌ها بود (کاوه فیروز، ۱۳۸۳).

شاید بتوان حمایت علمای مذهبی و هماهنگی آن‌ها با دستگاه سیاست‌گذاری و اجرایی کشور را یکی از عوامل مهم پذیرش اجتماعی این برنامه‌ها بعد از انقلاب اسلامی قلمداد کرد.

یکی از تفاوت‌های اساسی بین کشور ایران و سایر کشورهای اسلامی از جمله پاکستان، بنگلادش، ترکیه و یا مصر در مورد برنامه‌های تنظیم خانواده این است که در آن کشورها به دلیل اینکه علمای مذهبی نقش کمتری در دستگاه‌های اجرایی و سیاست‌گذاری دارند، برنامه‌های کنترل جمعیت که توسط دولت‌ها اجرا می‌شود عمدتاً با واکنش منفی و مخالفت علمای مذهبی رو به رو می‌گردد و یا این که حداقل با حمایت همه‌جانبه آن‌ها همراه نیست. از این روست که علی‌رغم اعمال

برنامه‌های تنظیم خانواده در آن کشورها، میزان موفقیت برنامه‌ها قابل مقایسه با ایران نیست (کاوه فیروز، ۱۳۸۳).

از آنجا که تعهد بالایی سیاسی و دولتی نسبت به برنامه‌های تنظیم خانواده وجود داشت، نخست وزیر وقت (میر حسین موسوی) در سال ۱۳۶۸ خاطر نشان کرد که هیچ یک از برنامه‌های توسعه و رفاه کشور بدون اعمال جدی برنامه‌های تنظیم خانواده به موفقیت نخواهد رسید (مقدم، ۱۳۷۵). بیانیه رسمی شورای عالی قضایی و تعهد بالایی دولت، محدودیت‌های احتمالی را مرتفع و زمینه را از آذر ماه سال ۱۳۶۸ برای آغاز رسمی برنامه تنظیم خانواده فراهم نمود.

این برنامه سه هدف اصلی داشت که در اولین برنامه توسعه کشور پس از پیروزی انقلاب منظور و به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید. این اهداف عبارت بودند از:

- کاهش میزان باروری کلی زنان ایران از  $\frac{6}{4}$  به  $\frac{4}{0}$  فرزند در هر زن تا سال ۱۳۸۵؛
- کاهش نرخ رشد طبیعی جمعیت از  $\frac{3}{2}$  در صد به  $\frac{2}{9}$  در صد تا پایان برنامه اول (۱۳۷۲)؛
- کاهش نرخ رشد جمعیت از  $\frac{3}{9}$  در صد به  $\frac{2}{3}$  در صد تا سال ۱۳۸۵؛



## ۲- کنترل جمعیت و تنظیم خانواده در برنامه‌های اول و دوم

### توسعه

#### برنامه اول توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی

در برنامه اول توسعه که طی سال‌های ۷۲-۱۳۶۸ به اجرا درآمد، موضوع تعدیل میزان رشد جمعیت مورد توجه قرار گرفت. کاهش نرخ رشد طبیعی از ۳/۲ درصد در اول برنامه به ۲/۹ درصد در پایان این برنامه به عنوان مهم‌ترین هدف جمعیتی در نظر گرفته شد. این مهم از طریق اثرگذاری آگاهانه و برنامه‌ریزی شده بر متغیر باروری میسر می‌گردید (سازمان برنامه و بودجه، ۱۳۶۸).

در تاریخ ۱۳۶۹/۶/۴ هیئت محترم دولت، وظایف دستگاه‌های اجرایی مرتبط با اعمال سیاست تحدید موالید را به تصویب رساند. از جمله این وظایف برای وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تحت پوشش قرار دادن ۲۴ درصد از زنان و مادران در سنین بارداری را طی سال‌های ۶۸ - ۱۳۷۶ منظور داشت و به آن قسمت از نواحی و مناطق جغرافیایی و قشرهای اجتماعی کشور که از باروری ناخواسته زیان‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بیشتری دیده بودند اولویت بخشید، تا از تولد یک میلیون موالید ناخواسته در طول این برنامه جلوگیری شود (سازمان برنامه و بودجه، ۱۳۷۷).

دولت در برنامه اول توسعه، برای تحقق هدف تعدیل رشد جمعیت، علاوه بر فعالیت واحدهای اجرایی تنظیم خانواده وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، انجام اقدامات ذیل را نیز لازم دانست:

- بالا بردن سطح سواد و دانش عمومی افراد جامعه و به خصوص افزایش ضریب پوشش تحصیلی دختران لازم‌التعلیم؛
- اعتدالی موقعیت زنان از طریق آموزش و افزایش زمینه‌های مشارکت زنان در امور اقتصادی، اجتماعی جامعه و خانواده؛
- ارتقای سطح سلامت افراد جامعه و کاهش مرگ و میر مادران و کودکان؛
- لغو کلیه مقررات مشوق رشد جمعیت و اتخاذ تدابیر متناسب با سیاست تحدید موالید کشور.

علاوه بر آن، بر اساس مندرجات قانون برنامه اول توسعه، به موجب مصوبه مورخ ۱۳۶۸/۱۲/۸ مجلس شورای اسلامی، مقرر شد تا وزارت بهداشت به منظور پیشبرد سریع و صحیح فعالیت‌های مربوط به کنترل جمعیت، با هماهنگی کلیه دستگاه‌های ذیربط و کارشناسان، شورایی تحت عنوان «شورای تحدید موالید» تشکیل دهد که اجرای بهتر شیوه‌های علمی و عملی و برخورد با مسایل جمعیتی را به عهده داشته باشد. (جهانفر، ۱۳۷۹)

در سال ۱۳۷۰ وزارت بهداشت اداره کل جمعیت و تنظیم خانواده را به عنوان یک واحد مجزا از اداره کل بهداشت خانواده تشکیل داد و عهده دار توسعه و پیشبرد برنامه‌ها در سطح کشور شد. در آن زمان علاوه بر اختصاص بودجه‌های لازم به آن اداره کل، بودجه‌های استانی تنظیم خانواده نیز تصویب گردید.

در دسترس بودن خدمات تنظیم خانواده از جمله تأمین IUD، قرص و کاندوم از مهمترین اقدامات حمایتی وزارت بهداشت بود. متعاقب این اقدامات براساس گزارش آمارگیری جاری جمعیت در سال ۱۳۷۰ جمعیت کشور به ۵۵۸۳۷۱۶۳ نفر و متوسط رشد سالانه جمعیت طی ۵ سال (۱۳۶۵-۱۳۷۰) به ۲/۴۶ درصد رسید (دفتر سلامت خانواده و جمعیت، ۱۳۸۳).

در سال ۱۳۷۱ لایحه کنترل جمعیت و تنظیم خانواده از طرف دولت تهیه و تقدیم مجلس گردید. این لایحه در تاریخ ۷۲/۲/۲۶ از تصویب مجلس گذشت. تصویب لایحه کنترل جمعیت و تنظیم خانواده نشانه بارز حمایت همه جانبه نظام جمهوری اسلامی ایران و تعهد سیاسی دولت از اجرای برنامه تنظیم خانواده بود.

این قانون انگیزه‌ها و پاداش‌های متعلق به خانواده‌های پر اولاد و فرزندان زیاد را قطع و مبانی قانونی مشخصی برای اعمال سیاست‌های کنترل موالید و اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده فراهم ساخت. همچنین به تمهیداتی فراتر از تنظیم خانواده دست یازید. مانند ایجاد فرصت‌های آموزشی و اشتغال زنان، تأمین امکان بقای نوزادان از طریق بهبود خدمات بهداشت مادر و کودک از یک سو و گسترش پوشش نظام تأمین اجتماعی به عنوان منبع تأمین و حمایت سنین کهولت از دیگر سو. (دفتر سلامت خانواده و جمعیت، ۱۳۸۳)

البته قانون محروم نمودن فرزند چهارم به بعد از برخی امتیازات خانوادگی نیز مطرح بود که از سوی تعدادی از مسئولین وزارت بهداشت

مورد انتقاد قرار گرفت. زیرا به اعتقاد آنان برنامه تنظیم خانواده نیازمند برنامه‌ریزی صحیح برای خانواده است و اینکه مردم باید با آگاهی کامل، خود متقاضی این برنامه‌ها باشند و نمی‌توان با اجبار و زور آنها را محدود نمود. فرزند چهارمی هم که متولد می‌شود حق حیات و برخورداری از حقوق خود را دارد. از نگاه این منتقدین اصل تصمیم‌گیری آگاهانه و آزادانه مردم در مورد بچه‌دار شدن آنها و استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری با بعضی از مفاد این قانون مغایرت داشت. (ملک افضلی ۱۳۸۵)

از دیگر ویژگی‌های مثبت این قانون نگاه فرابخشی به برنامه‌های تنظیم خانواده و کنترل جمعیت کشور بود. در پرتو چنین نگرشی وظائف و تکالیف سایر بخش‌های ذینفع تعیین شد:

- وزارت آموزش و پرورش، مکلف به بالا بردن سطح سواد در کلیه اقشار جامعه بویژه آموزش بزرگسالان ( ۳۰ سال ) و گنجاندن مطالب آموزشی مربوط به جمعیت و تامین سلامت مادران و کودکان در متون درسی خود برای بالا بردن سطح آگاهی دانش آموزان دبیرستانی (بویژه دختران) نسبت به زیانهای باروری بالا در کشور شد؛
- وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، موظف به ایجاد واحد درسی به نام «جمعیت و تنظیم خانواده» در کلیه رشته‌های آموزشی خود شدند؛

- وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی موظف شد، زمینه‌های جلب مشارکت فعال و موثر روزنامه‌نگاران، فیلم‌سازان و سایر هنرمندانی را که به نحوی با آن وزارتخانه ارتباط دارند فراهم آورد و برای ارتقا سطح آگاهی‌های عمومی از برنامه‌های جمعیت و تنظیم خانواده از همه این وسایل استفاده کند؛
  - صدا و سیما جمهوری اسلامی موظف گردید جهت ارتقا آگاهی‌های عمومی و تامین سلامت مادران و کودکان و کل جمعیت، برنامه‌های آموزشی مناسب تهیه و پخش نماید.
- براساس نتایج بررسی نمونه‌ای وزارت بهداشت در خرداد ماه ۱۳۷۳، رشد جمعیت ۱/۸٪ محاسبه شد. این کاهش، بسیار فراتر از حد انتظار و مرهون اجرای وسیع برنامه‌های تنظیم خانواده و همکاری‌های ذیقیمت کلیه دستگاه‌های اجرایی کشور بود. (UNFPA, 1995)

#### برنامه دوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی

دولت جمهوری اسلامی ایران در برنامه دوم توسعه نیز به دلیل ضرورت پیگیری مسئله تنظیم خانواده و کاهش عواقب ناشی از رشد جمعیت، ضمن ادامه و تقویت سیاست‌های جمعیتی برنامه پنج‌ساله اول، راهکارهای زیر را جهت تعدیل رشد جمعیت در دستور کار قرار داد (دفتر سلامت خانواده و جمعیت ۱۳۸۳):

۱- بهبود شاخص‌های اجتماعی و اقتصادی؛

- ۲- توجه عاجل به افزایش میزان درآمد و سطح زندگی گروه‌های کم درآمد در شهر و روستا؛
- ۳- گسترش هرچه بیشتر آموزش‌های ابتدائی، راهنمائی و متوسطه به ویژه برای دختران در نقاط دور افتاده کشور؛
- ۴- کوشش برای بهبود موقعیت اجتماعی زنان از طریق افزایش سطح دانش آنان و مشارکت جدی‌تر آنان در امور اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی کشور؛
- ۵- کاهش میزان مرگ و میر اطفال زیر یک سال از طریق تلفیق خدمات بهداشتی با سایر برنامه‌های توسعه؛
- ۶- توسعه خدمات رفاهی و حمایتی برای قشرهای آسیب‌پذیر جامعه؛
- ۷- گسترش تامین اجتماعی برای سالخوردگان و از کار افتادگان خصوصاً زنان خانه‌دار و برخورداری این گروه از رفاه اجتماعی در سنین کهولت و از کارافتادگی؛
- ۸- آموزش خلاق برای آحاد جامعه به نحوی که سواد آموزی فقط خواندن و نوشتن ساده تلقی نگردد بلکه باعث شود تا افراد جامعه بتوانند از استعداد و توانایی خود در کمک به اقتصاد جامعه و خویشتن استفاده کنند؛
- ۹- توجه ویژه به اقشار آسیب‌پذیر جامعه و کمک به آن‌ها؛
- ۱۰- استفاده از منابع و امکانات موجود و بهره‌برداری از تکنولوژی‌های مناسب برنامه‌های توسعه.

اهداف جمعیتی برنامه پنج ساله دوم نیز عبارت بودند از:

الف: افزایش سطح آگاهی های عمومی افراد جامعه در زمینه های مسائل جمعیتی از طریق:

- تاکید بر آموزش و افزایش آگاهی بانوان در مقاطع سنی که بالقوه قدرت باروری دارند در زمینه مزیت های کنترل باروری؛
- گسترش سطح آگاهی عمومی افراد جامعه در زمینه نیازها و مشکلات ناشی از رشد بی رویه جمعیت از طریق رسانه‌های عمومی به ویژه صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران.

ب : تنظیم خانواده و کنترل رشد جمعیت از طریق:

- تامین و توزیع گسترده وسایل پیشگیری از بارداری در سطح مناطق جغرافیایی به ویژه روستاها و مناطق محروم کشور؛
- کسب دانش و انجام مطالعات جهت استفاده از روش‌ها و تکنولوژی‌های جدید در امر پیشگیری از بارداری؛
- اختصاص بخشی از فعالیت بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها و مراکز بهداشتی در سطح کشور به ارائه خدمات مستمر پیشگیری از بارداری؛
- لغو کلیه قوانین ، مقررات و امتیازات اقتصادی، اجتماعی مشوق خانواده‌های پرجمعیت.

پ: پژوهش در مورد مصادیق سیاست های فوق از طریق:

- انجام پژوهش های علمی جهت کسب اطلاع از آگاهی، نگرش، عملکرد و مشکلات خانواده‌ها در زمینه تنظیم خانواده؛

- انجام تحقیقات کاربردی برای یافتن راه‌ها و تکنولوژی مناسب برای افزایش آگاهی، نگرش، عملکرد خانواده‌ها و رفع مشکلات آن‌ها در دسترسی به وسایل پیشگیری از حاملگی؛
- انجام طرح جاری جمعیت و نیروی کار به منظور اطلاع از چگونگی تحولات جمعیت، بازار کار، نیروی فعال و نیروی شاغل کشور در مقطع سالهای ۱۳۷۴-۱۳۷۶؛
- انجام طرح نمونه گیری سالانه از وضعیت اقتصادی و اشتغال خانوار.

از جمله فعالیت‌های انجام شده در طول برنامه دوم توسعه می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- تأسیس ۱۲ مرکز آموزش، خدمات و تحقیقات تنظیم خانواده در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور؛
- تأسیس مراکز بازگشت پذیری بستن لوله مردان؛
- تقویت برنامه‌های بهداشت باروری با تکیه بر خدمات تنظیم خانواده از طریق رابطین بهداشت<sup>۳</sup>. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده سعی در ترویج مشارکت مردمی داشت، بهره‌گیری از خدمات رابطین بهداشتی در مناطق حاشیه شهری نیز در همین راستا بود. رابطین

---

۳ - از آنجا که فعالیت رابطین بهداشت در گسترش برنامه‌های تنظیم خانواده و بهداشت باروری در ایران بسیار موثر بوده است، توصیف بیشتر این برنامه در پیوست گزارش آمده است.



## برنامه‌های تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران

---

بهداشت از میان زنان باسواد، بر مبنای علائق شخصی آنان انتخاب می‌شدند و آموزش می‌دیدند و بدون دریافت مزد کار می‌کردند؛

- توسعه برنامه‌های بهداشت باروری و تنظیم خانواده در اردوگاه‌های افغانه و عراقی سراسر کشور با همکاری کمیساریای عالی پناهندگان سازمان ملل متحد؛
- توسعه برنامه‌های تنظیم خانواده در کلیه تعاونی‌های روستایی کشور با همکاری وزارت کشاورزی؛
- اجرای طرح آموزش مشکلات ناشی از رشد بی‌رویه جمعیت به دانش آموزان دختر و پسر کلاس‌های آخر دبیرستان‌های کشور با همکاری وزارت آموزش و پرورش؛
- توسعه برنامه‌های تنظیم خانواده در خانواده‌های کم درآمد تحت پوشش سازمان‌های حمایتی؛
- انجام طرح تحقیقاتی بررسی شاخص‌های بهداشت باروری و تنظیم خانواده به طور سالیانه در سراسر کشور؛
- جلب همکاری صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران برای تهیه و پخش برنامه‌های رادیویی و تلویزیونی؛
- تهیه مقالات تنظیم خانواده و ارائه آن به جراید کثیرالانتشار؛
- نظارت و ارزشیابی مستمر فعالیت‌های کنترل جمعیت و تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی و درمانی سراسر کشور؛

- تأسیس مرکز اطلاعات، آموزش و ارتباطات جمعیت و تنظیم خانواده (IEC) در تهران؛
- تهیه و توزیع وسایل پیشگیری از بارداری در کلیه مراکز بهداشتی و درمانی کشور؛
- تأسیس انجمن تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۳. این انجمن سازمانی غیردولتی و غیر انتفاعی است که متشکل از اعضای تنظیم (IPPF) میباشد.

از نکات مثبت این برنامه می توان به موارد زیر اشاره نمود:

- اجازه استفاده از کلیه وسایل پیشگیری از حاملگی، فراهم بودن پشتیبانی اجتماعی برای اجرای برنامه، احساس مسئولیت جدی دولت برای کاهش رشد جمعیت، امکان استفاده از وسایل ارتباط جمعی، تعهد مالی دولت برای رایگان بودن وسایل پیشگیری از حاملگی و تولید پاره ای وسایل پیشگیری از حاملگی مثل کاندوم و آیودی در داخل کشور. (حلم سرشت، ۱۳۸۵)

### ۳ - دستاوردهای یک دهه اقدامات همه جانبه :

مطالعات جمعیتی نشان می‌دهد که باروری از نیمه دوم دهه ۱۳۶۰ روند رو به کاهشی داشته است (عباسی شوزای، ۱۳۷۹). علاوه بر آن سرعت کاهش باروری در سال‌های میانی دهه ۱۳۷۰ نیز دور از انتظار بوده است. تجربیات کشورهای دیگر از جمله مصر و پاکستان نیز بیانگر این است که اعمال برنامه‌های تنظیم خانواده نمی‌تواند به کاهشی بیش از ۵۰٪ در فاصله یک دهه منجر شود (کاوه فیروز، ۱۳۸۳).

چنانچه منابع اعتباری را که صرف اجرای یک برنامه ملی می‌شود به عنوان یکی از نماگرهای تعهد سیاسی نسبت به برنامه در نظر بگیریم. روند رو به رشد اعتباراتی که به برنامه تنظیم خانواده در کشور ما اختصاص یافته حاکی از وجود عزم ملی برای کنترل جمعیت در ایران است. اطلاعات موجود نشان می‌دهد که سهم اعتباری برنامه‌های بهداشت باروری و تنظیم خانواده از اعتبارات ملی کشور در سال ۱۳۷۰، بالغ بر ۶/۶ میلیارد ریال بوده و با رشد تدریجی به ۳۲ میلیارد ریال افزایش یافته و در سال ۱۳۸۰ حدود ۶۰ میلیارد ریال شده است که معادل ۴/۵٪ از کل بودجه ورازت بهداشت در همان سال می‌باشد (دفتر سلامت خانواده و جمعیت، ۱۳۸۳).

هر چند در سال‌های پایانی دهه ۱۳۶۰ و سال‌های آغازین دهه ۱۳۷۰ سیاست‌های جمعیتی در کاهش باروری موثر بود، لیکن اقدامات دیگر از جمله افزایش سطح سواد، توسعه نقاط روستایی و گسترش شبکه‌های بهداشتی از عوامل مهم و بسترساز تغییر نگرش مردم در مورد

فرزندآوری و افزایش تقاضا برای استفاده از وسایل تنظیم خانواده بودند و سهم عمده ای در این کاهش داشتند.

مطالعه‌ای که در سال ۱۳۷۱ توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی روی ۳۶.۰۰۰ نفر زن متاهل انجام شد و در آن ۱.۵۰۰ زن از هر استان کشور (۷۵۰ نفر از مناطق روستایی و ۷۵۰ نفر از مناطق شهری) شرکت داشتند، نشان داد که میزان پذیرش برنامه‌های تنظیم خانواده به ویژه در مناطق روستایی و در مقایسه با سه سال قبل از آن افزایش چشمگیری یافته است (ملک افضلی ۱۳۷۲).

نتایج مطالعه فوق حاکی از آن بود که میزان شیوع استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری در مناطق روستایی به دو برابر افزایش یافته و به ۴۱٪ رسیده بود. این میزان در مناطق شهری به میزان ۱/۵ برابر افزایش یافته و ۴۷٪ از زنان مورد مطالعه استفاده از روش‌های موثر جلوگیری از بارداری را گزارش کرده بودند.

شیوع استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری (شامل قرص، کاندوم، IUD و بستن لوله) در سطح ملی و توسط زنان ۱۵-۴۵ سال همسر دار ۴۵٪ بود.

بررسی‌هایی که یک دهه پس از مطالعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی انجام شد، حاکی از آن بود که در ۲۳ استان از ۲۹ استان کشور میزان استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری به ۷۰٪ رسیده است.

## برنامه‌های تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران

حتی در استان‌هایی که در آنها پایین‌ترین میزان استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری گزارش شده بود (سیستان و بلوچستان و هرمزگان) این میزان به ترتیب معادل ۴۱/۵٪ و ۵۵٪ و همچنان بالاتر از میزان استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری در اغلب کشورهای همسایه ایران بود.

این یافته‌ها حاکی از پایداری و استمرار برنامه‌های تنظیم خانواده در کشور است و حاصل چنین تعهد و پایداری کاهش نرخ باروری کلی (TFR) و رسیدن به ۲/۶ در میانه دهه هفتاد می‌باشد.

مطالعات مرکز آمار ایران در سال ۱۳۷۸ و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۹ نشان داد که نرخ باروری کلی در مناطق شهری اکثر استان‌های کشور به میزان کمتر از ۲ رسیده است.

جدول شماره ۱ نسبت زنان متاهل ۴۹-۱۵ ساله مناطق شهری و روستایی را که طی سال‌های ۱۳۷۹-۱۳۶۹ از یکی از روش‌های جلوگیری از بارداری استفاده می‌کردند (به تفکیک روش مورد استفاده) نشان می‌دهد.

مقایسه این اطلاعات حاکی از آن است که تلاش‌های انجام شده در زمینه توسعه برنامه‌های تنظیم خانواده در کشور بویژه طی دهه دوم پس از پیروزی انقلاب تنها منجر به افزایش میزان استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری نشده بلکه این تلاش‌ها در ترکیب روش‌های مورد استفاده توسط زنان نیز موثر بوده است.

به این ترتیب که طی دهه مورد بررسی استفاده از روش‌های سنتی که تاثیر کمتر و ریسک بالاتر برای حاملگی ناخواسته را دارد به تدریج کاهش و استفاده از روش‌های مدرن و مطمئن افزایش یافته است. بررسی دموگرافیک سلامت (وزارت بهداشت ۱۳۸۰) نشان داد تنها ۲۶/۲٪ از زنان واجد شرایط از روش‌های جلوگیری از بارداری استفاده نمی‌کردند (۲۲/۶٪ در مناطق شهری و ۳۲/۸٪ در مناطق روستایی). بررسی بیشتر درباره ویژگی‌های این گروه حاکی از آن بود که ۵/۲٪ از آنان به دلیل اینکه در زمان مطالعه باردار بودند نیازی به استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری نداشتند، ۸٪ از آنان نیز به دلیل هیستریکتومی، منوپوز یا نداشتن ارتباط جنسی نابارور بودند، ۴/۱٪ تشخیص ناباروری اولیه یا ثانویه داشتند و ۱/۹٪ تازه زایمان کرده و یا در دوران شیردهی بودند.

کمتر از ۴٪ (۳/۸٪ از کلیه زنان و ۱۴/۵٪ کسانی که از روش‌های جلوگیری از بارداری استفاده نمی‌کردند) برای فرزنددار شدن تلاش می‌کردند و ۲/۷٪ (۱۰/۳٪ کسانی که از روش‌های جلوگیری از بارداری استفاده نمی‌کردند) دلایل دیگری برای عدم استفاده ذکر کرده بودند.

کسانی که مخالفت همسر را دلیل عدم استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری ذکر کرده بودند تنها ۰/۴٪ از زنان بودند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که در کمتر از ۳۰٪ زنان واجد شرایطی که از روش‌های جلوگیری از بارداری استفاده نمی‌کردند اکثریت با گروه‌هایی بود که در خطر حاملگی ناخواسته نبودند.

یکی دیگر از دستاوردهای ارزشمند این دهه را می‌توان کاهش فاصله بین مناطق شهری و روستایی از نظر وضعیت استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری دانست. بر اساس یک بررسی انجام شده در سال ۱۳۵۸ میزان شیوع استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری برای زنان شهری ۵۳/۸٪ و در مناطق روستایی (۱۹/۹٪) بود.

این تفاوت در سال ۱۳۷۱ به ۲۳٪ کاهش یافت به طوری که پنج سال پس از آن در سال ۱۳۷۶ این شکاف (بین میزان شیوع استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری در مناطق شهری و روستایی) را ۱۲٪ گزارش کرده‌اند. (مرکز آمار ایران ۱۳۷۹)

دسترسی به چنین توفیق دور از انتظار را در یک دوره محدود ۲۰ ساله می‌توان حاصل تلاش‌های این دهه و بسترسازی انجام شده طی دهه اول انقلاب دانست.

مؤسسه همیاران غذا (غیردولتی ایران)

جدول ۱: نسبت زنان متاهل ۴۹-۱۵ سال، استفاده کننده از روش های مختلف جلوگیری از بارداری بر اساس مطالعات ملی در سال های ۱۳۶۹ تا ۱۳۷۹

سال و منطقه	۱۳۶۹		۱۳۷۱		۱۳۷۳		۱۳۷۵		۱۳۷۹	
	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر
روش										
قرص	۲۱/۹	۱۶/۵	۲۵/۸	۱۹/۰	۲۵/۹	۱۹/۲	۲۵/۹	۱۹/۰	۲۵/۸	۱۹/۰
کاندوم	۳/۶	۷/۲	۴/۳	۶/۶	۴/۷	۸/۱	۴/۷	۶/۶	۴/۳	۶/۶
IUD	۵/۳	۱۰/۲	۴/۷	۱۱/۰	۳/۹	۱۰/۷	۳/۹	۱۰/۷	۴/۷	۱۰/۷
توتکومی	۱۸/۹	۱۶/۱	۱۵/۷	۱۴/۴	۱۰/۶	۱۱/۴	۱۰/۶	۱۱/۴	۱۵/۷	۱۴/۴
واژکتومی	۱/۳	۳/۵	۰/۸	۲/۲	۰/۵	۱/۷	۰/۵	۱/۷	۰/۸	۲/۲
تزریق	۵/۵	۱/۳	۴/۲	۱/۲	۰/۶	۰/۴	۰/۶	۰/۴	۴/۲	۱/۲
نورپلانت	۰/۷	۰/۳	-	-	-	-	-	-	-	-
روشهای مدرن	۵۷/۲	۵۵/۲	۵۵/۵	۵۴/۴	۴۶/۲	۵۱/۵	۴۶/۲	۵۱/۵	۴۷/۱	۳۳/۰
روش عادی سنتی	۹/۷	۲۱/۷	۹/۶	۲۴/۲	۱۰/۲	۲۵/۲	۱۰/۲	۲۵/۲	۲۷/۰	۳۷/۰
سایر	۰/۳	۰/۵	۵/۰	۲/۱	۲/۹	۱/۱	۲/۹	۱/۱	-	۴/۰
کل	۶۷/۲	۷۷/۴	۷۰/۱	۸۰/۷	۵۹/۳	۷۷/۹	۵۹/۳	۷۷/۹	۷۴/۱	۶۴/۰

منبع: مرکز آمار ایران و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی



### منابع:

- ایازی، علی. (۱۳۷۳)، اسلام و تنظیم خانواده، تهران، دفتر فرهنگ اسلامی، چاپ اول.
- جهانفر، محمد و جهانفر، شایسته. (۱۳۷۹)، جمعیت و تنظیم خانواده، تهران، انتشارات اورنج، چاپ دوم.
- حلم سرشت، پریش و دل‌پیشه، اسماعیل. (۱۳۸۵)، جمعیت و تنظیم خانواده تهران، انتشارات چهر، ویراست سوم.
- دفتر سلامت خانواده و جمعیت، (۱۳۸۳)، جمعیت و تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران، انتشارات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران.
- سازمان برنامه و بودجه. (۱۳۶۸)، قانون برنامه دوم اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ۷۲-۱۳۶۸، چاپ اول.
- سازمان برنامه و بودجه. (۱۳۷۷)، قانون برنامه دوم اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ۷۸-۱۳۷۴، چاپ پنجم.
- عباسی شوزای، محمد جلال. (۱۳۷۹)، ارزیابی نتایج فرزندان خود در برآورد باروری با استفاده از داده‌های سرشماری، نامه علوم اجتماعی، شماره ۱۶.
- کاوه فیروز، زینب. (۱۳۸۳)، تغییر سیاست‌های کنترل جمعیت و تأثیر آن بر تحولات باروری در ایران، خلاصه مقالات نخستین همایش انجمن جمعیت‌شناسی ایران، تهران، مرکز مطالعات جمعیتی آسیا و اقیانوسیه.

- مرکز آمار ایران، (۱۳۷۹)، نتایج بررسی رشد جمعیت، ۱۳۷۹-۱۳۵۸، تهران مرکز آمار ایران.
- مقدم، مریم. (۱۳۷۵)، نقش مراکز تنظیم خانواده در کنترل بارداری، پایان‌نامه، تهران، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران.
- ملک افضلی، حسین. (۱۳۸۵)، تنظیم خانواده بعد از انقلاب اسلامی ایران، مصاحبه حضوری.
- ملک افضلی، حسین. (۱۳۷۲)، تحلیلی بر وضعیت برنامه تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران، خلاصه مقالات سمینار بررسی مسائل جمعیتی ایران، شیراز، دانشگاه شیراز، مرکز جمعیت‌شناسی.
- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، (۱۳۸۰)، گزارش مقدماتی بررسی دموگرافیک سلامت در ایران DHS، تهران: واحد آمار، دفتر معاونت سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.
- Abbasi Shavazi, M.J., 2000, effect of Marital Fertility and Nupitality on Fertility Transition in the Islamic Republic of Iran, 1976-1996, Working Papers in Demography, No 84, Australian National University, Canberra.

## فصل چهارم:

حمایت‌های بین‌المللی

### ۱- صندوق جمعیت سازمان ملل متحد (UNFPA)

سابقه فعالیت صندوق جمعیت در ایران به اواخر دهه ۱۳۴۰ بر می گردد. این صندوق بین سالهای ۱۳۴۹ تا ۱۳۶۷ کمک‌هایی را در اختیار سازمان‌های ذیربط دولتی قرار داد (کاوه فیروز، ۱۳۸۳).

با توسعه فعالیت‌های صندوق در کشور، سه برنامه با بودجه‌ای بالغ بر ۳۰ میلیون دلار توسط صندوق به طور کامل در کشور اجرا گردید (دفتر سلامت خانواده و جمعیت، ۱۳۸۳)، فعالیت‌های عمده طی این دوره عبارت بودند از:

- کمک به تحقیقات در زمینه های تنظیم خانواده و رشد جمعیت؛
- آموزش مدیران بهداشت خانواده و کارکنان بهداشتی و مسئولان تنظیم خانواده؛
- تأمین وسایل پیشگیری از بارداری و وسایل پزشکی لازم در برنامه؛
- برگزاری کارگاههای آموزشی جهت ارتقای مهارت‌های مدیریتی کارکنان دولت؛
- بهبود بخشیدن به امور مربوط به اطلاعات، آموزش، ارتباطات و تنظیم خانواده.

### برنامه کشوری اول و دوم:

صندوق جمعیت اولین برنامه کشوری خود را با تخصیص اعتباری به مبلغ ۴ میلیون دلار برای یک دوره دو ساله ۱۳۷۰ - ۱۳۶۹ تصویب کرد. مدت اجرای این برنامه بعداً تا پایان سال ۱۳۷۲ تمدید شد.

برنامه دوم از سال ۱۳۷۳ تا ۱۳۷۷ به طول انجامید و کمک‌های اعتباری معادل ده میلیون دلار را در اختیار سازمان‌های فعال در زمینه تنظیم خانواده و کنترل جمعیت قرار داد. (کاوه فیروز، ۱۳۸۳)

این برنامه‌ها طوری تنظیم شده بود که نیازهای مرتبط با بهداشت مادران، کودکان و تنظیم خانواده (از جمله اولویت‌های پیش‌بینی شده در برنامه پنج ساله اول و دوم توسعه جمهوری اسلامی ایران) را پاسخگو باشد. در چهارچوب برنامه اول و دوم کشوری صندوق برای تحقق برنامه‌های تنظیم خانواده و کنترل جمعیت کمک‌هایی به شرح زیر در اختیار سازمانها قرار داد (صندوق جمعیت ملل متحد، ۱۳۷۷).

## ۱- وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی

الف) با توجه به میزان بالای مرگ و میر مادران در مناطق روستایی، در برنامه کشوری اول صندوق جمعیت ملل متحد پیش بینی شد که به منظور تقویت و گسترش خدمات زایمانی در نواحی روستائی کمک هایی در اختیار وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی قرار گیرد. این فعالیت در جریان برنامه دوم صندوق جمعیت ملل متحد نیز استمرار یافت.

در اجرای این امر ۳۰ مرکز آموزش ماما روستا در برنامه اول و ۱۵ مرکز در برنامه دوم تجهیز شد. ۱۵۰۰ ماما روستا و مروج تنظیم خانواده، دوره آموزش خود را با موفقیت در مراکز آموزش به اتمام رسانیدند و بسیاری از آنها در روستای محل زندگی خود به ارائه خدمات زایمان پرداختند.

ب) همکاری های جنوب - جنوب که ابزاری کارآمد در جهت دستیابی به توسعه از طریق تبادل تجربیات و امکانات می باشد. در فصل چهاردهم برنامه عمل کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه قاهره در سال ۱۹۹۴، درخواست شد که در زمینه های جمعیت و بهداشت باروری از جمله تنظیم خانواده و مراقبت های بهداشتی مرتبط به جنس مسئله همکاری های جنوب - جنوب بیشتر مورد توجه قرار گیرد. یکی از برنامه های موفق صندوق جمعیت ارائه تجربه موفق ایران در برنامه های تنظیم خانواده به سایر کشورهای جهان بود.

## برنامه‌های تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران

---

در این خصوص با توجه به تجارب غنی ایران در زمینه‌های جمعیت، بهداشت باروری و تنظیم خانواده هئیت‌هایی از سنگال، گامبیا، گینه بیسائو، مالدیو، چین، اندونزی و فیلیپین از جمهوری اسلامی ایران دیدار کردند و با نظام ارائه خدمات بهداشت باروری و تنظیم خانواده آشنا شدند.

از مسائل مهمی که مورد توجه هیات‌های بازدیدکننده قرار گرفت مسئله روش‌های جراحی برای پیشگیری از بارداری بود که در ایران با موفقیت زیادی اجرا می‌شود (با توجه به اینکه این برنامه‌ها در سایر کشورهای اسلامی اجرا نشده و یا اجرای آن با مشکلاتی روبرو است).

ج) دستیابی به خدمات بهداشت باروری در حاشیه شهرها که فاقد خانه‌های بهداشت و واحدهای بهداشتی شهری هستند، محدود است. برای رفع این مشکل از سال ۱۳۷۰ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طرح رابطین بهداشتی را در نواحی نیمه شهری و مناطق فقیرنشین حاشیه شهرهای بزرگ به اجرا درآورد. رابطین بهداشتی از میان توده‌های مردم برخاسته‌اند و به صورت داوطلبانه خدماتی را در اختیار همسایگان خود قرار می‌دهند. نقش آنها ارتقای آگاهی‌های مردم در زمینه مسایل بهداشتی از جمله بهداشت باروری و تنظیم خانواده است همچنین، آنها مردم را ترغیب می‌کنند که برای استفاده از خدمات به واحدهای بهداشتی مراجعه کنند.

از آنجا که ابتکار بکارگیری خدمات رابطین بهداشتی در جهت ارتقای مشارکت مردم در ارائه خدمات بهداشت باروری و تنظیم خانواده می‌باشد، صندوق جمعیت در این زمینه با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همکاری کرد.

دفتر صندوق جمعیت در تهران برای پاسخگویی به تقاضای فزاینده برای خدمات بهداشت باروری و تنظیم خانواده که حاصل فعالیت‌های رابطین بهداشتی بود<sup>۴</sup>، تعدادی از کارکنان بهداشتی را برای طی دوره‌های آموزشی در زمینه چگونگی مشارکت مردمی در اجرای برنامه‌های بهداشت باروری، به خارج از کشور اعزام داشت.

د) دفتر صندوق جمعیت ملل متحد در تهران به منظور افزایش هر چه بیشتر استفاده از وسایل پیشگیری از باروری و امکان انتخاب شیوه‌های مختلف توسط مردم، کمک‌هایی را در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار داد تا به این ترتیب گستره وسیعی از شیوه‌های مختلف پیشگیری از بارداری از قبیل کاندوم، قرص، نورپلنت و آمپول در اختیار متقاضیان قرار گیرد.

ه) صندوق جمعیت در تهران در انطباق با سیاست دولت مبنی بر بهبود بهداشت مادران از طریق ارائه خدمات پیشگیری از بارداری با کیفیت مطلوب و نیز ارائه خدمات مشاوره تنظیم خانواده، اعتبار لازم

---

۴ - با توجه به اهمیت نقش رابطین در توسعه برنامه های بهداشت باروری بخصوص تنظیم خانواده جزئیات این برنامه در ضمیمه آمده است.



## برنامه‌های تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران

---

برای تاسیس ۹ مرکز آموزشی وازکتومی و توبکتومی در اختیار وزارت بهداشت قرار داد.

مواد آموزشی جهت تدریس در مراکز آموزشی تهیه و درباره مشاوره و تضمین کیفیت خدمات، دوره‌های آموزشی برگزار شد. عده‌ای از پزشکان ایرانی برای آشنایی با تجارب سایر کشورها در زمینه شیوه‌های جراحی پیشگیری از بارداری (توبکتومی و وازکتومی) به خارج از کشور اعزام گردیدند.

ضمناً برای بازکردن مجدد لوله‌ها پس از انجام عمل وازکتومی مرکز ویژه‌ای با استفاده از اعتبارات اعطایی صندوق، تاسیس و آموزشهایی در زمینه فنون جراحی با استفاده از میکروسکوپ برگزار شد.

و ( دولت به اهمیت نقش فعالیت‌های اطلاعاتی، آموزشی و ارتباطاتی در ایجاد آگاهی‌های لازم در مسایل جمعیتی بخوبی واقف بود. برای افزایش این قبیل فعالیت‌ها و حمایت از برنامه‌های بهداشت باروری و تنظیم خانواده، صندوق جمعیت ملل متحد در سال ۱۹۹۵ برای تاسیس یک مرکز اطلاعات، آموزش و ارتباطات کمک‌هایی را در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار داد.

این مرکز مسئولیت تهیه جزوات و مواد آموزشی را برعهده داشت و برای مدیران و ارائه کنندگان خدمات در تهران و استان‌ها برنامه‌های آموزشی در زمینه‌های مربوط به اطلاعات، آموزش و ارتباطات برگزار می‌کرد.

## ۲- مرکز آمار ایران

یکی از فعالیتهای مهم پیش‌بینی شده در برنامه کشوری اول و دوم صندوق جمعیت، تقویت توانایی‌های ملی در زمینه جمع‌آوری، ارزیابی و تحلیل داده‌های جمعیتی به منظور کاربرد آن در برنامه‌ریزی‌های ملی برای توسعه بود. برای تحقق این امر کمک‌هایی در اختیار مرکز آمار ایران که مسئولیت اجرای سرشماری‌های عمومی کشوری و سایر تحقیقات جمعیتی ملی را برعهده دارد، قرار گرفت.

برای تحلیل داده‌های حاصل از سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال ۱۳۶۵ و اجرای یک طرح تحقیقی درباره ویژگی‌های اقتصادی - اجتماعی خانوار کمک‌هایی در اختیار مرکز آمار ایران قرار داده شد. هدف از این کمک آن بود که مرکز آمار ایران نتایج حاصل از سرشماری را با داده‌های به دست آمده از طرح ویژگی‌های اقتصادی - اجتماعی خانوار تلفیق کند.

در قالب دومین برنامه کشوری صندوق جمعیت، همکاری با مرکز آمار ایران ادامه یافت و نمایندگی صندوق جمعیت در تهران برای اجرای سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۷۵ کمک‌هایی در اختیار مرکز قرار داد.

با استفاده از اعتبارات طرح مشترک صندوق و مرکز آمار ایران فعالیت‌هایی از قبیل تهیه طرح سرشماری، تهیه نقشه‌های هوایی، آموزش آمارگران همچنین استخراج نتایج سرشماری با بکارگیری دستگاه‌های الکترونیکی به اجرا در آمد.

### ۳- نهضت سوادآموزی

در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران تأکید شده است که کلیه افراد تا پایان دوره دبیرستان حق استفاده از آموزش رایگان را دارند. تأکید دولت بر توسعه منابع انسانی و آموزش موجب شد که در آذرماه سال ۱۳۵۸ برنامه سوادآموزی ملی که هدف آن با سوادکردن تمام بیسوادان تا پایان سال ۱۳۷۹ بود تدوین و به مورد اجرا درآید.

به این ترتیب سازمان نهضت سوادآموزی با هدف ریشه‌کن کردن بی‌سوادی تأسیس شد. برنامه‌های آموزشی نهضت در سه مقطع مقدماتی، تکمیلی و آموزش مدام اجرا می‌شود. کارکنان دولت، کارگران کارخانه‌ها، افراد نیروهای مسلح، عشایر، پناهندگان و روستاییان اعم از زن و مرد در هر سنی که باشند می‌توانند در کلاس‌های نهضت حضور یابند و با سواد شوند.

صندوق جمعیت ملل متحد برای ارتقاء آگاهی‌های جمعیتی در میان اقشار بی‌سواد و کم سواد جامعه در چارچوب یک طرح مشترک طی دو برنامه اول و دوم کشوری، کمک‌هایی در اختیار نهضت سوادآموزی قرار داده است تا نهضت بتواند پیام‌های جمعیتی را در کتب مخصوص سوادآموزی بگنجاند. این قبیل کتب در افزایش آگاهی‌های جمعیتی بین سوادآموزان و تغییر نگرش آنها بسیار مفید و موثر بود و موجب شده است که سوادآموزان در مسئله بعد خانوار و اتخاذ تصمیم در مورد تعداد فرزندان دیدگاه‌های منطقی داشته باشند.

یکی دیگر از هدف‌های طرح مشترک با نهضت سوادآموزی، آشنا ساختن مدیران سازمان با مسئله ارتقای آگاهی‌های جمعیتی از طریق کاربرد برنامه‌های سوادآموزی بود. در نظام غیر رسمی آموزشی، صندوق جمعیت برای گنجاندن پیام‌های جمعیتی در کتب مخصوص سوادآموزی با نهضت سوادآموزی همکاری دارد.

#### ۴- سازمان برنامه و بودجه

دفتر جمعیت و نیروی انسانی سازمان برنامه و بودجه در ادغام عوامل جمعیتی در برنامه‌ریزی برای توسعه نقشی مهم ایفا می‌کرد. کمک‌های صندوق جمعیت برای ارتقای مهارت‌های کارکنان دفتر از طریق شرکت در دوره‌های آموزشی مورد استفاده قرار گرفت و سخت‌افزارها و نرم‌افزارهایی نیز در اختیار دفتر قرار داده شد.

هدف کلی، تقویت دفتر جمعیت و نیروی انسانی و انجام تحقیقات جمعیتی به منظور ادغام بهینه سیاست‌های جمعیتی در برنامه توسعه بود. علاوه بر آن، با استفاده از کمک‌های صندوق، تحقیقات و مطالعاتی درباره ارتباط بین جمعیت و شاخص‌های اقتصادی و اجتماعی صورت گرفت.

در ادامه برنامه اول، صندوق جمعیت سازمان ملل متحد با توجه به ارتباط مهم میان جمعیت و برنامه‌ریزی برای توسعه، کمک‌های فنی به سازمان برنامه و بودجه را پیگیری نمود.

## برنامه‌های تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران

---

در این زمینه، صندوق جمعیت کمک‌هایی در اختیار سازمان برنامه و بودجه قرار داد که هدف از آن تقویت نقش سازمان در هماهنگی فعالیت‌های جمعیتی و در نهایت تدوین سیاست جامع جمعیتی است. با وجود آنکه دولت جمهوری اسلامی ایران در اجرای برنامه‌های بهداشت باروری و تنظیم خانواده توفیق چشمگیری داشت، اما سیاست جامع جمعیتی تدوین نشده بود.

در این زمینه در قالب یک طرح مشترک، صندوق جمعیت با سازمان برنامه و بودجه همکاری داشته و برای تدوین سیاست جمعیتی جامع ملی کمک‌هایی را در اختیار سازمان مزبور قرار داد. در این خصوص، کمیته‌ای متشکل از نمایندگان وزارتخانه‌ها، سازمانهای دولتی، دانشگاه‌ها و موسسات آموزشی برای تدوین سیاست جامع جمعیتی در سازمان برنامه و بودجه تشکیل شد و پیش نویس اولیه در دست تهیه قرار گرفت.

در چهارچوب این برنامه مشترک چند طرح تحقیقاتی پیرامون موضوعات مختلف اجتماعی - اقتصادی و فرهنگی نیز به اجرا درآمد که نتایج آنها در تهیه پیش نویس سیاست جامع جمعیتی مورد استفاده قرار گرفت.

## ۵- دانشگاه‌ها

**الف)** در زمینه آموزش جمعیت و جمعیت شناسی، در چارچوب یک طرح مشترک با دانشگاه تهران، کمک‌هایی در اختیار دانشکده علوم اجتماعی قرار گرفت. هدف از این طرح تقویت توانایی‌های ملی برای تدریس مسایل جمعیتی در سطوح مختلف دانشگاهی و انجام تحقیقاتی درباره تدوین، اجرا و ارزیابی سیاست‌های جمعیتی در کشور بود.

از اهداف دیگر در چارچوب طرح مزبور تجدید نظر در برنامه درسی دانشکده علوم اجتماعی در دوره‌های لیسانس و فوق لیسانس به منظور تقویت تدریس مسایل مربوط به جمعیت و توسعه بود.

**ب)** کمک به ارتقای سطح تحقیقات و آموزش بهداشت باروری و تنظیم خانواده در قالب یک طرح مشترک با معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و صندوق جمعیت ملل متحد با هدف توسعه تحقیقات و آموزش بهداشت باروری و تنظیم خانواده انجام شد. هدف از همکاری، تقویت توانایی‌های واحدهای پژوهشی برای انجام تحقیقات و آموزش بود.

در اجرای این طرح فرصت‌های آموزشی در داخل و خارج از کشور در اختیار عده‌ای از کارکنان قرار داده شد. ضمناً با استفاده از اعتبارات طرح تعدادی از آخرین نشریات و مدارک موجود در زمینه بهداشت باروری نیز تهیه گردید.

ج) در ادامه برنامه اول به منظور تقویت توانایی‌های ملی جهت تدریس جمعیت‌شناسی و انجام تحقیقات پیرامون موضوعات جمعیتی، صندوق جمعیت از طریق موسسه عالی پژوهش در برنامه‌ریزی و توسعه، کمک‌هایی را در اختیار تعدادی از دانشگاه‌ها و موسسات آموزش عالی کشور قرار داد. هدف از این کمک‌ها آموزش و تأمین نیروی انسانی لازم برای تدریس جمعیت‌شناسی و مطالعات جمعیتی در دوره‌های لیسانس و فوق لیسانس بود.

در این ارتباط در قالب طرح مشترک با موسسه عالی پژوهش در برنامه‌ریزی و توسعه، عده‌ای از اساتید، مدرسان و مربیان دانشگاه‌ها برای مطالعه و شرکت در دوره‌های کوتاه مدت یا کنفرانس‌ها و مجامع علمی تخصصی به خارج از کشور اعزام شدند.

#### ۶- سازمان ثبت احوال

سازمان ثبت احوال کشور در جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات جمعیتی نقش دارد. این سازمان علاوه بر ایفای وظیفه سنتی‌اش یعنی ثبت وقایع حیاتی و صدور شناسنامه برای اتباع ایران، بر اساس مصوبه تشکیل شورای تجدید موالید، موظف شد که در فواصل سه ماهه، شش ماهه و سالانه در مورد وضعیت آمار حیاتی و روند آن اطلاعاتی تهیه کند.

در دوران برنامه اول و دوم توسعه، سازمان ثبت احوال کشور در زمینه ثبت به هنگام وقایع حیاتی به موفقیت‌های چشمگیری دست یافت، هرچند که ثبت کامل تولد و مرگ هنوز مقدور نگردیده است. سازمان

ثبت احوال کوشید تا در چهارچوب یک طرح مشترک با همکاری صندوق جمعیت، که در ۱۰ استان کشور به طور آزمایشی در دست اجرا بود بر این مشکل غلبه کند و به هدف خود که ثبت کامل تولد و مرگ است، دست یابد.

در قالب طرح مشترک با صندوق جمعیت از طریق فراهم شدن فرصت‌های آموزشی در جهت ارتقای توان فنی کارکنان سازمان ثبت احوال نیز قدم‌هایی برداشته شد. در استان‌هایی که طرح به طور آزمایشی به اجرا در آمد ثبت تولد و مرگ روندی صعودی را نشان داد.

#### ۷- وزارت آموزش و پرورش

اولویت‌های مربوط به آموزش جمعیت از سیاست‌های دولت در برنامه دوم توسعه نشأت می‌گیرد. در آن برنامه توصیه شد که آموزش جمعیت در نظام‌های رسمی و غیررسمی کشور ادغام گردد.

این سیاست‌ها موجب شد که در نظام‌های رسمی و غیررسمی آموزشی ایران به مسئله جمعیت توجه شود. نقش حمایتی و موثر صندوق نیز منجر به تشکیل واحد ویژه‌ای برای هماهنگی و نظارت بر امور مرتبط با آموزش جمعیت در وزارت آموزش و پرورش گردید و کمیته‌ای نیز تاسیس شد تا مواد آموزشی جمعیتی را برای درج در کتب درسی تهیه کند. این مواد آموزشی بصورت جزوه‌های جداگانه جهت استفاده در مقاطع ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان چاپ و منتشر شده و به طور آزمایشی در ۱۰۰۰ مدرسه ۵ استان کشور تدریس شد.



#### ۸- سازمان‌های غیر دولتی

دولت جمهوری اسلامی ایران به مسئله ایجاد زمینه برای فعالیت سازمان‌های غیر دولتی، به ویژه سازمان‌های غیر دولتی فعال در عرصه سلامت و امور جمعیتی، علاقه فراوانی ابراز داشته است.

صندوق جمعیت در جهت ایجاد چهارچوب مناسبی برای فعال‌تر شدن سازمان‌های غیردولتی دست اندرکار امور جمعیتی با دولت جمهوری اسلامی ایران همکاری دارد. در این ارتباط با حمایت صندوق جمعیت ملل متحد و فدراسیون بین‌المللی تنظیم خانواده، انجمن تنظیم خانواده ایران که فعالیتش در سال‌های پیشین متوقف شده بود، مجدداً احیا و از اواسط سال ۱۳۷۳ فعالانه آغاز به کار کرد.

این انجمن در اجرای برنامه‌های بهداشت باروری و تنظیم خانواده نقش عمده‌ای ایفا می‌کند و به نیازهای مرتبط با بهداشت باروری جوانان و زنان توجه خاصی دارد.<sup>۶</sup>

---

۵ - با توجه به اهمیت اقدامات انجمن تنظیم خانواده در زمینه بهداشت باروری و تنظیم خانواده در ایران اطلاعات بیشتر در باره آن در پیوست گزارش آمده است.

## برنامه سوم کشوری صندوق جمعیت ملل متحد در ایران ( ۱۳۸۳

– ۱۳۷۹ )

برنامه سوم کشوری صندوق جمعیت ملل متحد در ایران از نظر ساختار و فرآیند تدوین برنامه با دو برنامه اول و دوم متفاوت بود و در تدوین آن سازمان‌های دولتی و غیردولتی و سازمان‌های ملل متحد همکاری داشتند. کل اعتبارات برنامه نیز بالغ بر ۱۱ میلیون دلار بود. این برنامه با برنامه سوم توسعه کشور هماهنگی داشت و به دولت ایران در رسیدن به اهداف جمعیتی و توسعه کمک نمود (UNICEF,2002).

اهداف برنامه سوم توسعه ایران ارتقاء رفاه و کیفیت زندگی مردم از طریق توسعه اقتصاد پایدار و ریشه‌کنی فقر و بی‌سوادی، تواناسازی زنان و جوانان و مشارکت آنان در روند توسعه، کاهش مرگ و میر و بیماری‌های زنان و کودکان و نیز کاهش میزان باروری و رشد جمعیت بود. صندوق ملل متحد اهداف برنامه سوم خود را نیز بر پایه اهداف برنامه سوم توسعه کشور قرار داد. برنامه سوم صندوق دارای سه زیر مجموعه بود :

- بهداشت باروری
- جمعیت و توسعه
- برنامه های حمایتی

این برنامه با همکاری دولت در پنج استان محروم کشور شامل استان‌های: بوشهر ، سیستان و بلوچستان ، کردستان ، گلستان و یک منطقه (اسلامشهر) اجرا گردید. دلیل انتخاب این مناطق میزان بالای مرگ

## برنامه‌های تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران

---

و میر مادران و باروری زنان و پائین بودن میزان استفاده از وسائل پیشگیری از بارداری و سواد زنان در مقایسه با سطح متوسط کشوری بود.

استان هرمزگان نیز با شرایط مشابه به عنوان نمونه کنترل جهت ارزشیابی اجرای برنامه توسط صندوق جمعیت انتخاب گردید. مکانیزمی نیز جهت کنترل هماهنگی میان وزارت بهداشت و سایر سازمان‌های همکاری کننده مانند وزارت آموزش و پرورش، نهضت سوادآموزی، مرکز مشارکت زنان و سازمان‌های غیردولتی در سطوح استانی در نظر گرفته شد.

منابعی نیز جهت توسعه وضعیت بهداشت باروری و تنظیم خانواده مردم، تواناسازی زنان و ارتقا آگاهی مردم در مسائل جمعیتی و هماهنگی در جمع‌آوری اطلاعات جمعیتی در پنج استان مربوطه اختصاص داده شد.

### اهداف برنامه های بهداشت باروری:

- افزایش کیفیت و پوشش خدمات و اطلاعات برنامه جامع بهداشت باروری و تنظیم خانواده؛
- ارتقاء توانایی مدیریت و هماهنگی برنامه‌های بهداشتی و جمعیت در سطوح کشوری، استانی و محلی؛
- افزایش میزان آگاهی از برنامه‌های بهداشت باروری و تنظیم خانواده شامل حقوق بهداشت باروری و افزایش کیفیت خدمات و مشارکت مردان در برنامه‌ها.

در سطوح کشوری پروتکل هایی در جهت ارائه خدمات بهداشت مادر و کودک و تنظیم خانواده، درمان بیماری های مقاربتی، غربالگری سرطان پستان با کیفیت بالا و مکانیزم ارتقاء کیفیت برنامه ها تهیه گردید. توسعه مواد آموزشی و کمک آموزشی و آموزش مربیان نیز از دیگر وظایف در سطح کشوری بود. آموزش حین خدمت، مدیریت و برگزاری تحقیق، تحقیقات فرهنگی - اجتماعی و ارزیابی نیازهای نوجوانان و مردان نیز در سطوح استانی انجام شد. فعالیتهای اطلاعات آموزش و ارتباطات (IEC) نیز قسمتی از برنامه پروژه در سطوح استانی بود.

جهت تقویت نقش هماهنگی و مدیریتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در برنامه های بهداشت باروری و تنظیم خانواده فعالیتهای زیر انجام گردید:

- تهیه استراتژی های برنامه بهداشت باروری و تنظیم خانواده؛
- بررسی و تقویت سیستم اطلاعات و مدیریت بهداشتی (HMIS)؛
- ترویج همکاری میان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با سایر سازمان های دولتی و بخش خصوصی؛
- بودجه اختصاص داده شده جهت برنامه های بهداشت باروری و تنظیم خانواده در برنامه سوم کشوری صندوق جمعیت ملل متحد ۵/۵ میلیون دلار بود.

## ۲- سازمان جهانی بهداشت WHO

سازمان جهانی بهداشت با دولت ایران توافقنامه دوسالانه دارد که همواره اولویت‌های چند زمینه را در بر می‌گیرد:

- سیاست‌های بهداشتی
- توسعه خدمات بهداشتی
- حفاظت از سلامت و ارتقای آن
- مبارزه یکپارچه با بیماریها

در بخش حفاظت از سلامت و ارتقای آن از نظر جمعیتی مهمترین برنامه‌ها عبارت است از: بهداشت باروری، تنظیم خانواده و بهداشت جامعه (دفتر سلامت خانواده، ۱۳۸۳).

در طول سال‌های ۱۳۷۲ - ۱۳۷۱ مبلغ ۳۱.۰۰۰ دلار اعتبار به برنامه‌های بهداشت مادران و کودکان و تنظیم خانواده اختصاص یافت. برنامه‌های مشترک در این زمینه در سال‌های ۱۳۷۴ - ۱۳۷۳ کلیه خدمات بهداشت مادر و کودک، تنظیم خانواده و سلامت زنان را شامل می‌شد و اعتبار هزینه شده برای آن حدود ۹۲.۵۰۰ دلار بود.

در سال‌های ۱۳۷۶ - ۱۳۷۵ ارتقای وضعیت بهداشت باروری، تنظیم خانواده، بهداشت کودکان، بهداشت نوجوانان، سلامت زنان و بهداشت سالمندان در شمار برنامه‌های اصلی بوده و بالغ بر ۶۲۴۰۰ دلار برای آنها هزینه شد. اعتبار اختصاص یافته برای سال‌های ۱۳۷۸ - ۱۳۷۷ مبلغ ۹۲۵۰۰ دلار بود.

در سال‌های بعد به علت موفقیت برنامه تنظیم خانواده و همچنین کمک‌های صندوق جمعیت ملل متحد، برنامه تنظیم خانواده از لیست کمک‌های سازمان جهانی بهداشت حذف گردید (دفتر سلامت خانواده، ۱۳۸۳).

### ۳- کمیساریای عالی پناهندگان سازمان ملل متحد (UNHCR)

کمک‌های کمیساریای عالی پناهندگان به برنامه‌های تنظیم خانواده و بهداشت باروری در بین پناهندگان شامل دو قسمت می‌گردد:

#### الف) برنامه های تنظیم خانواده در داخل اردوگاهها

پس از ICPD با همکاری کمیساریای عالی سازمان ملل در امور پناهندگان برنامه تربیت داوطلبین بهداشتی از میان پناهندگان به اجرا در آمد و در کلیه اردوگاه‌های محل سکونت پناهندگان واحدهایی مجهز به وسایل سمعی بصری (ویدیو و تلویزیون و اورهد) ایجاد شد.

مربیان بهداشت خانواده با مراجعه به چادرها، اتاقها و محل سکونت پناهندگان سعی می‌کردند تا از میان آنان افراد علاقمند، باسواد و دارای فرصت کافی و انگیزه اشتغال در فعالیت‌های بهداشتی را بیابند و طبق برنامه‌ای که در ستاد مرکزی طراحی شده بود آنها را در کلاس‌های آموزشی شرکت دهند.

داوطلبین بهداشت به طور عمده مسائل مربوط به بهداشت مادر و کودک و تنظیم خانواده را آموزش می‌دیدند و از آنها خواسته می‌شد تا این آموزش‌ها را به ۵۰ تا ۱۰۰ خانوار نزدیک به محل سکونت خود

## برنامه‌های تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران

انتقال دهند با توجه به اینکه در هر یک از مهمان شهرها (محل سکونت پناهندگان) واحدی تحت عنوان بهداشت سرا، مسئولیت ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی را عهده‌دار بود کارکنان شاغل در مهمان شهرها به کمک رابطین بهداشت پیگیری برخی از موارد عدم مراجعه را نیز انجام می‌دادند.

وسایل مدرن پیشگیری از بارداری بطور رایگان به پناهندگان ارائه می‌شد. این برنامه یکی از توفیقات وزارت بهداشت در راستای جلب همکاری پناهندگان در ارائه خدمات بهداشتی مورد نیاز آنها محسوب می‌شود.

### ب) برنامه‌های تنظیم خانواده و بهداشت باروری در خارج از اردوگاه‌ها

تاسیس ۳۱ پایگاه بهداشتی در اطراف شهرهای مشهد، زابل، شهر ری، ورامین، پاکدشت و اسلامشهر. مدت این پروژه سه سال بود و در حال حاضر این برنامه به دانشگاهها سپرده شده است. پوشش وسائل مطمئن تنظیم خانواده بین پناهندگان خارج اردوگاه‌ها ۶۰٪ می‌باشد. برنامه پناهندگان غیرمقیم در اردوگاه‌ها در بردارنده سه استراتژی می‌باشد.

۱. افزایش دسترسی به پایگاه‌های بهداشتی اطراف شهرها
۲. همکاری پناهندگان با رابطین بهداشتی
۳. ارتقای کیفیت خدمات و وسایل پیشگیری از بارداری

#### ۴- بانک جهانی WORLD BANK

اولین وام بانک جهانی در بخش بهداشت به مبلغ ۱۴۱.۴۰۰.۰۰۰ دلار به منظور اجرای طرح بهداشت و جمعیت در سال ۱۳۷۲ در اختیار دولت ایران قرار گرفت (دفتر سلامت خانواده، ۱۳۸۳). فعالیت‌هایی که در قالب وام اول بانک جهانی انجام شد عبارت بودند از، بهبود وضعیت بهداشت در مناطق روستائی از طریق:

##### الف) بهبود ارائه خدمات بهداشتی در روستاها

- احداث، تجهیز و راه‌اندازی ۶۲۳ مرکز بهداشتی درمانی روستائی در ۱۴ استان کشور؛

- احداث، تجهیز و راه‌اندازی مرکز ملی مدیریت بهداشت NPMC و طراحی بخش اولیه سیستم MIS.

##### ب) فعالیت‌های تنظیم خانواده

- خرید وسایل مدرن پیشگیری از بارداری
- اعزام ۴۶ نفر جهت شرکت در دوره‌های کوتاه‌مدت خارج از کشور

- انجام فاز اول تحقیق DHS

- چاپ کتاب احکام تنظیم خانواده

##### ج) انجام فاز اول تحقیق اقتصاد بهداشت



#### ۵- صندوق کودکان سازمان ملل متحد UNICEF

صندوق کودکان سازمان ملل متحد برای تامین سلامت مادر و کودک، بهبود تغذیه و آموزش نیروی انسانی با وزارت بهداشت و درمان همکاری دارد از جمله این همکاری ها می توان به موارد زیر اشاره کرد: ارزیابی شاخص های سلامت کودک، تقویت و گسترش نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، بهداشت باروری و تنظیم خانواده، کنترل عفونتهای حاد تنفسی، مبارزه با بیماری‌های اسهالی، تغذیه کودک و آموزش دختران ، تقویت سازمان های غیردولتی و توانمندسازی زنان، تهیه مواد آموزشی برای رابطین بهداشت (دفتر سلامت خانواده و جمعیت ۱۳۸۳).

**منابع:**

- کاوه فیروز، زینب. (۱۳۸۳)، تغییر سیاست‌های کنترل جمعیت و تأثیر آن بر تحولات باروری در ایران، خلاصه مقالات نخستین همایش انجمن جمعیت‌شناسی ایران، تهران، مرکز مطالعات جمعیتی آسیا و اقیانوسیه.
- دفتر سلامت خانواده و جمعیت، (۱۳۸۳)، جمعیت و تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران، انتشارات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران.
- دفتر نمایندگی صندوق جمعیت ملل متحد در جمهوری اسلامی ایران، (۱۳۷۷)، فعالیتهای صندوق جمعیت ملل متحد در ایران،

## فصل پنجم:

موفقیت‌ها، چالش‌ها و  
برنامه‌های آینده

## ۱- موفقیت‌ها

قبل از سال ۱۳۳۵ (اولین سرشماری رسمی کشور) فعالیت‌های مربوط به تنظیم خانواده بصورت بسیار محدود آن هم از طریق انجمن بهداشت خانواده که یک سازمان غیردولتی بود با همکاری سازمان‌های بین‌المللی انجام می‌گرفت. دولت در این برنامه‌ها مشارکت قابل توجهی نداشت. چنان که گفته شد این فعالیت‌ها بسیار محدود بوده و بطور عمده در محدوده پایتخت و از طریق داروخانه‌ها با توزیع وسایل محدود پیشگیری از بارداری اختیار انجام می‌گرفته است.

بعد از سرشماری ۱۳۳۵ و در سومین برنامه عمرانی کشور (۱۳۴۶-۱۳۴۲) مساله کنترل جمعیت مورد توجه قرار گرفت و بطور محدود توسط مراکز بهداشت مادر کودک قرص‌های پیشگیری از بارداری و IUD، آن هم عمدتاً در مراکز استان‌ها توزیع می‌شد.

بعد از سرشماری سال ۱۳۴۵ در ساختار وزارت بهداشت بازنگری شد و معاونت جدیدی تحت عنوان معاونت جمعیت و تنظیم خانواده شکل گرفت. فعالیت این معاونت منجر به این شد که در برنامه پنج ساله چهارم (۱۳۴۷-۵۱) و برنامه عمرانی پنجم (۱۳۵۶-۱۳۵۲) مساله کنترل جمعیت مورد توجه قرار گیرد.

در این دوره ده ساله تقریباً یک میلیارد تومان یعنی به نرخ آن روز (معادل ۱۵۰ میلیون دلار) برای تنظیم خانواده هزینه شد. در برنامه پنج ساله عمرانی ششم حدود دو میلیارد تومان بودجه برای این برنامه منظور گردید (تقریباً چهار برابر دوره ده ساله قبلی) لیکن با شروع تحولات ناشی از انقلاب اسلامی برنامه متوقف شد.

در مجموع این برنامه‌ها که به طور عمده در شهرهای بزرگ اجرا گردید، منجر به کاهش رشد جمعیت از ۳/۱ به ۲/۷ درصد گردید. نتیجه اینکه برنامه تنظیم خانواده در سال‌های قبل از انقلاب با رویکرد تدارک امکانات و نه رویکرد افزایش تقاضا، از طریق تغییر در شاخص‌های اجتماعی (ارتقا سطح سواد زنان و دختران، افزایش مشارکت اجتماعی زنان، ...) آن هم فقط در محدوده شهرهای بزرگ که در آن زمان جمعیت محدودی از کشور را تشکیل می‌داد انجام شد. لذا در همان سال‌های اولیه انقلاب به دلیل پذیرفته نشدن برنامه توسط مردم و عدم حمایت انقلاب با توقف کامل روبرو شد.

البته نباید در این دوران فعالیت‌های انجمن بهداشت و تنظیم خانواده را به عنوان یک سازمان غیردولتی (عضو فداراسیون بین المللی تنظیم خانواده) فراموش کرد، شاید برنامه‌ها و اثرگذاری انجمن بیش از سایر برنامه‌ها و اثر بخشی برنامه‌های دولت باشد.

در دهه اول شروع انقلاب به اعتبار اینکه برنامه‌های تنظیم خانواده یک برنامه وارداتی از غرب می‌باشد و در رژیم گذشته هم مورد استقبال روحانیون نبوده مورد استقبال قرار نگرفت. در نتیجه چنین عدم استقبالی رشد جمعیت به ۳/۹٪ افزایش یافت. لیکن در همین دوران دولت انقلابی با انجام برنامه‌های اجتماعی در عرصه‌های سوادآموزی، بهداشت و ارتباطات زمینه‌های پذیرش برنامه تنظیم خانواده را در پایان دهه اول و ابتدای دهه دوم فراهم نمود. توسعه خانه بهداشت و مدرسه در مناطق روستایی، نهضت سوادآموزی، رساندن آب و برق، تاسیس جاده در روستاها و توسعه صداوسیما از جمله این اقدامات می‌باشد.

اصل متریقی صیانت از ذات در شرع مقدس همراه با شواهد مربوط به عوارض حاملگی‌های زود هنگام، دیر هنگام و با فاصله کم موجب شد با رویکرد ارتقای سلامت مادر و کودک، برنامه تنظیم خانواده مباح شناخته شود. براساس آن تعهد سیاسی همراه با برنامه‌ریزی در جمهوری اسلامی ایران متجلی گردید. ادغام برنامه کنترل جمعیت در کلیه برنامه‌های توسعه کشور و نگرش جامع به این برنامه و تامین اعتبارات کافی حکایت از تعهد بالای سیاسی جمهوری اسلامی ایران به این برنامه دارد. تصویب «قانون تنظیم خانواده» در سال ۱۳۷۲ توسط مجلس شورای اسلامی و تایید آن بوسیله شورای محترم نگهبان موجبات اقدامات عملی موثری از جمله؛ اضافه کردن دو واحد درس جمعیت و تنظیم خانواده در کلیه مقاطع آموزش عالی و همچنین در دروس دوره‌های متوسطه و نهضت سوادآموزی شد. این تعهد سیاسی به اندازه‌ای توسعه یافت که

## برنامه‌های تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران

---

مزایای قانونی برای فرزند چهارم به بعد معلق گردید. البته به نظر نویسندگان اقدام اخیر بر خلاف توصیه‌های کنفرانس جمعیت و توسعه است که در آن از هر گونه تطمیع و تهدید به منظور اجرای تنظیم خانواده برحذر شده است.

از میان سازمان‌های بین‌المللی نقش صندوق جمعیت سازمان ملل متحد در حمایت از برنامه‌های تنظیم خانواده کشور در ابعاد پشتیبانی، آموزش نیروی انسانی و مشاوره‌های فنی ارزنده و غیر قابل انکار می‌باشد.

از دیگر علل مهم توفیق برنامه در دهه دوم پس از پیروزی انقلاب اسلامی استفاده از مشارکت مردمی، به ویژه مشارکت زنان در مداخلات بهداشتی از جمله برنامه‌های بهداشت باروری و تنظیم خانواده بود. با توجه به اهمیت مشارکت زنان در حفظ سلامتی و بهداشت جامعه، طرح رابطین بهداشت علاوه بر آموزش مطالب و مهارت‌های لازم به رابطین زن، با هدف انتقال پیام‌های بهداشتی، از طریق آنان، منجر به گسترش موفقیت‌آمیز دانش تنظیم خانواده و بهداشت باروری به ویژه به خانواده‌های شهرنشین در ایران شد. نتیجه این که:

- اقدامات اجتماعی و بهداشتی در دهه اول همراه با تعهد بالای سیاسی منجر به کاهش رشد جمعیت در یک دوره ۱۵ ساله (۱۳۷۰ تا ۱۳۸۵) از ۲/۴۶ به ۱/۶ شد که در تاریخ کنترل جمعیت در دنیا بی نظیر می باشد.

### درس‌های مهمی که میتوان از این دوران گرفت عبارت است از:

- چنانچه با توجه به حساسیت رهبران سیاسی و مذهبی نسبت به یک موضوع اجتماعی (حساسیت سیاسیون و علمای روحانی به سلامت مادر و کودک) شواهد علمی لازم توسط محققین و متخصصین آن موضوع جمع‌آوری و به رهبران سیاسی و مذهبی ارایه گردد، منجر به بروز تعهد سیاسی و تحقق برنامه مورد نظر می‌شود. در تجربه مورد بحث با آگاهی از اهمیت سلامت مادران و کودکان از دیدگاه علمای اسلام شواهد علمی توسط محققین مسلمان جمع‌آوری و به تصمیم‌سازان و سیاستگذاران ارایه گردید و جواز اجرای برنامه تنظیم خانواده توسط آنها صادر شد. بصیرت روحانیون بخصوص حضرت امام خمینی(ره) بنیان‌گذار جمهوری اسلامی ایران منجر به پذیرش برنامه در کشور گردید.
- فراهم آوردن زمینه‌های اجتماعی برای مداخلات بهداشتی که با فرهنگ و اعتقادات مردم ارتباط دارد در توفیق چنین مداخلاتی این مسئله نقش حائز اهمیتی دارد و کمک میکند تا زمینه پذیرش در جامعه مهیا شود.
- ایجاد بستر لازم برای دسترسی به خدمات به نحوی که بتواند پاسخگوی افزایش تقاضا باشد و مشکلاتی برای متقاضیان از نظر دسترسی به خدمت ایجاد نشود، از دیگر ضرورت‌های مقدماتی برای توفیق برنامه‌های تنظیم خانواده و بهداشت باروری در ایران بوده است.



- تامین مشارکت جامعه در برنامه‌های تنظیم خانواده و بهداشت باروری (استفاده از رابطین بهداشت) افزون بر افزایش پوشش کمی در بهبود کیفیت برنامه از جمله کاهش میزان باروری ناخواسته موثر بوده است. از دلایل اصلی این توفیق ارائه آموزش‌ها به صورت چهره به چهره و با زبان مردمی از طریق هم‌تایان است.

## ۲- چالش‌ها

یکی از نگرانی‌هایی که به گوش می‌رسد، به هم‌خوردن تعادل جمعیتی قوم‌های مختلف به دلیل عدم استقبال کافی بعضی از قومیت‌ها از برنامه تنظیم خانواده می‌باشد. گرچه این چالش در محدودی از استان‌های کشور مشاهده می‌شود ولی می‌تواند توجیهی برای توقف برنامه تنظیم خانواده در کشور باشد.

ذهنیت غربی بودن برنامه تنظیم خانواده نزد بعضی از سیاستگذاران کشور و تلقی آن به عنوان یک برنامه وارداتی از کشورهای مغرب زمین و خطر افزایش بیماری‌های مقاربتی و مشکلات اجتماعی نگرانی از بالا رفتن سن ازدواج، به تعویق افتادن و کاهش ازدواج به دلیل عدم تعادل تعداد مردان و زنان با توجه به تغییرات جمعیتی و لحاظ کردن اختلاف سنی زنان و مردان در هنگام ازدواج (گروه سنی ۲۵-۲۰ سال در زنان زیاده‌تر و ۳۰-۲۵ در مردان کمتر)، نگرانی از افزایش خانواده‌های تک

فرزند و تزلزل در ساختار خانواده و سلامت روان اینگونه خانواده‌ها و احتمال کاهش نیروی کار در آینده.

بخش عمده بار برنامه‌های تنظیم خانواده در ایران در حال حاضر بر دوش زنان است. در مجموع بر اساس آخرین گزارش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۹ استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری مدرن که نیازمند مشارکت بیشتر مردان است ۱۶٪ کل موارد را تشکیل داده است. استفاده از کاندوم در ۶٪ از موارد و استفاده از روش وازکتومی در ۲۰۵٪ موارد ذکر شده است، این یافته به این معنا است که از ۵۶٪ پوشش استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری توسط خانواده‌ها در سال ۱۳۷۶ تنها حدود ۹٪ موارد به روش‌هایی که توسط مردان استفاده می‌شود اختصاص داشت.

هزینه بخش عمده برنامه تنظیم خانواده توسط دولت پرداخت می‌شود. در روستاها تقریباً صد در صد هزینه توسط دولت و در شهرها تقریباً ۵۰ درصد هزینه توسط دولت تأمین می‌گردد. این وابستگی شدید به منابع و اعتبارات دولتی خطر وقوع مشکل در استمرار ارائه خدمت در صورت بروز مشکلات مالی در دولت را افزایش می‌دهد.

### ۳- برنامه آینده

- توجه ویژه به توسعه استان‌هایی که در آنها تقاضای برنامه تنظیم خانواده ناچیز است. چنانچه در این استانها به توسعه اجتماعی، بهداشت، ارتباطات و ... پردازیم خود به خود تقاضای تنظیم خانواده افزایش می‌یابد و نگرانی بر طرف می‌شود. چنانچه نشان داده شده است که حتی در استان‌هایی که از طرف قومیت‌ها مقاومت برای اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده وجود دارد با گسترش توسعه اجتماعی و اقتصادی در آن استان‌ها نیز به افزایش تقاضا برای این برنامه رسیده‌ایم.
- در مورد نگرانی از غربی بودن برنامه تنظیم خانواده، لازم است تلاش مضاعف برای توجیه تطبیق برنامه تنظیم خانواده با آموزه‌های دینی انجام گیرد از آن جمله ضرورت اصل حفظ سلامت مادر و کودک و یا مسئولیت خانواده در آموزش مهارت‌های زندگی به نوجوانان و جوانان با توجه به انفجار اطلاعاتی که از منابع نامطمئن جوانان را تهدید می‌کنند.
- آرایه آموزش جنسی بخصوص اطلاع از رفتارهای پرخطر و مهارت‌های مراقبت از خود برای نوجوانان و جوانان بر پایه احکام اسلامی و در چارچوب شرع مقدس با نظارت والدین؛
- ضرورت حفظ و ارتقاء تعهد دولت در تأمین هزینه‌های تنظیم خانواده به عنوان یک وظیفه حاکمیتی به منظور جلوگیری از

آسیب دیدن دست آوردهای چشمگیر اجرای برنامه تنظیم خانواده؛

- اجتناب از شعار خانواده تک فرزندی و برنامه ریزی برای داشتن ۲ تا ۳ فرزند؛

- دخالت دادن بخش خصوصی در اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده به خصوص در شهرها؛

- ارتقاء کیفیت خدمات تنظیم خانواده و تقویت مشاوره به منظور کاهش حاملگی‌های ناخواسته و در پی آن کاهش سقط جنین؛

- آموزش مسایل تنظیم خانواده در سنین قبل از ازدواج به هر دو جنس. در این آموزش‌ها لازم است اهمیت مشارکت مردان مورد تاکید قرار گیرد؛

- ترویج و تسهیل ازدواج توسط خانواده‌ها و دولت و تغییر فرهنگ جامعه در مورد ضرورت بیشتر بودن سن پسران از دختران هنگام ازدواج.

## پیوست‌ها:

- ۱ - رشد جمعیت ایران
- ۲ - رابطه‌ی بهداشت در ایران
- ۳ - انجمن تنظیم خانواده

## رشد جمعیت ایران

### ۱- اندازه جمعیت

الگوی تغییرات جمعیت در ایران همانند اکثر کشورهای درحال توسعه است. جمعیت ایران برابر سرشماری‌های سال‌های ۱۳۳۵، ۱۳۴۵، ۱۳۵۵، ۱۳۶۵، ۱۳۷۰، ۱۳۷۵، ۱۳۸۵ به ترتیب حدود ۱۹، ۲۶، ۳۴، ۴۹، ۵۶، ۶۰ و ۷۰ میلیون نفر می‌باشد. جدول ۱ جمعیت ایران را در سرشماری‌های مختلف نشان می‌دهد.

جمعیت مناطق شهری طی سالهای ۱۳۳۵، ۱۳۴۵ و ۱۳۵۵ کمتر از جمعیت روستایی می‌باشد ولی از سال ۱۳۶۵ به بعد این وضع برعکس شده است و درصد شهرنشینی همواره سیر صعودی داشته که مهاجرت دلیل اصلی آن می‌باشد (دفتر سلامت خانواده و جمعیت، ۱۳۷۹).

براساس مطالعه  $DHS^V$ ، ۱۰/۴ درصد جمعیت شهری کشور در سال‌های ۷۹-۱۳۷۵ جمعیتی را شامل می‌شود که از روستا به شهر مهاجرت کرده‌اند و انگیزه اقتصادی مهمترین عامل این مهاجرت بوده است (دفتر سلامت خانواده و جمعیت، ۱۳۷۹؛ جمعیت و تنظیم خانواده در ایران، ۱۳۸۳).

برنامه‌های تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران

جدول ۱: شمار جمعیت ایران به تفکیک شهروستا طی سال‌های سرشماری (۱۳۵۵-۱۳۸۵)

سال سرشماری	جمعیت شهری	جمعیت روستایی	کل جمعیت	درصد شهرنشینی
۱۳۳۵	۶.۰۰۲.۶۲۱	۱۲.۹۵۲.۰۸۲	۱۸.۹۵۴.۷۰۴	۳۱/۴
۱۳۴۵	۹.۷۹۵.۸۱۰	۱۵.۹۹۲.۹۱۲	۲۵.۷۸۸.۷۲۲	۳۸/۰
۱۳۵۵	۱۵.۸۵۴.۶۸۰	۱۷.۸۵۴.۰۶۴	۳۳.۷۰۸.۷۴۴	۴۷/۰
۱۳۶۵	۲۶.۸۴۴.۵۶۱	۲۲.۶۰۰.۴۴۹	۴۹.۴۴۵.۰۱۰	۵۴/۳
۱۳۷۰	۳۱.۸۳۶.۵۹۸	۲۴.۰۰۰.۵۶۵	۵۵.۸۳۷.۱۶۳	۵۷/۰
۱۳۷۵	۳۶.۸۱۷.۷۸۹	۲۳.۲۳۷.۶۹۹	۶۰.۰۵۵.۴۸۸	۶۱/۳
۱۳۸۵	۴۸.۲۴۵.۰۷۵	۲۲.۲۲۷.۷۷۱*	۷۰.۴۷۲.۸۴۶	۶۸/۵

منبع: مرکز آمار ایران

\* جمعیت غیرساکن به جمعیت روستائی اضافه شده است.

## ۲- میانه سنی

میانه سنی کل کشور که در سال ۱۳۳۵ برابر ۲۰/۲ سال بود در سال ۱۳۴۵ کاهش چشم‌گیری داشت و به ۱۶/۹ سال رسیده بود، طی سال‌های ۱۳۵۵-۱۳۷۰ تغییرات چشم‌گیری نداشت، ولی در سال ۱۳۷۵ به ۱۹/۴ رسید.

مؤسسه همیاران غذا (غیردولتی ایران)

این روند کلی در مناطق شهری و روستایی هم وجود داشت. هر چند میانه سنی مناطق شهری در سال ۱۳۷۵ نظیر سال ۱۳۳۵ شده ولی در مناطق روستایی حدود ۲ سال کاهش داشت که نشان می‌دهد میانه سنی در مناطق شهری زودتر از مناطق روستایی در حال بازگشت به الگوی ۴۰ سال قبل بوده است (جدول ۲).

جدول ۲: میانه سنی جمعیت ایران برحسب جنس به تفکیک شهر و روستا در سرشماری‌های کشور\*

سرشماری	نقاط شهری		نقاط روستایی		کل کشور
	مرد	زن	مرد	زن	
۱۳۳۵	۲۰/۷	۲۰/۴	۱۹/۹	۲۰/۱	۲۰/۲
۱۳۴۵	۱۸/۰	۱۷/۵	۱۵/۸	۱۶/۸	۱۶/۹
۱۳۵۵	۱۸/۷	۱۸/۶	۱۵/۴	۱۶/۷	۱۷/۴
۱۳۶۵	۱۸/۴	۱۸/۳	۱۵/۵	۱۵/۷	۱۷/۰
۱۳۷۰	۱۹/۰	۱۸/۶	۱۶/۳	۱۶/۲	۱۷/۶
۱۳۷۵	۲۰/۵	۲۰/۳	۱۷/۶	۱۸/۳	۱۹/۴
۱۳۸۵	۲۴/۶۴	۲۴/۴۴	۲۲/۱۵	۲۲/۱۸	۲۳/۸۹

\* فقط شامل جمعیت ساکن است.

ماخذ: مرکز آمار ایران (ر.پ)

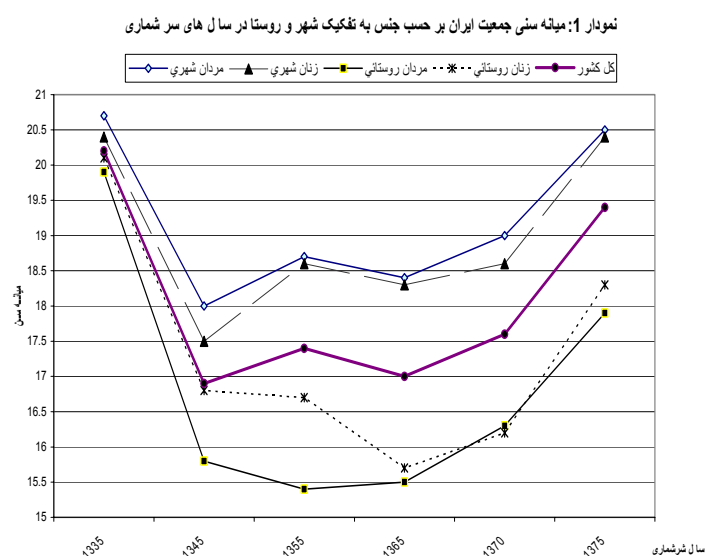
ساختار سنی در سرشماری سال ۱۳۳۵ متأثر از مرگ و میر فوق‌العاده بالای کودکان ولی در سرشماری سال ۱۳۷۵ متأثر از کاهش موالید بوده است که موجب شده میانه سن در این دو سرشماری بالاتر از سایر



## برنامه‌های تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران

سال‌ها باشد. این امر در مناطق روستایی کمی با تاخیر انجام می‌شود و ممکن است در سرشماری سال ۱۳۸۵ خود را نشان دهد.

بطورکلی طی سال‌های ۱۳۴۵ تا ۱۳۷۰ میانه سن روستانشینان همواره ۲ سال کمتر از شهرنشینان بوده است، در هیچ یک از سال‌های سرشماری میانه سن زنان و مردان در مناطق شهری و روستایی با هم اختلاف آشکاری نداشته است (جدول ۲). نمودار ۱، توزیع میانه سنی جمعیت شهری و روستایی ایران را برحسب جنس بر اساس سرشماری سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۷۵ نشان می‌دهد.



### ۳- نرخ رشد جمعیت

علیرغم اینکه جمعیت کشور از ۱۹ میلیون نفر در سال ۱۳۳۵ به رقمی حدود ۵۰ میلیون نفر در سال ۱۳۶۵ رسیده بود که به پیشرفت بهداشت و گسترش آن و کاهش میزانهای مرگ و میر به ویژه مرگ نوزادان و کودکان متناسب می‌شود (معاونت سلامت، ۱۳۸۳)، نمودار ۲ حاکی است که در فاصله دهه ۱۳۴۵ تا ۱۳۵۵ متوسط نرخ رشد جمعیت در مقایسه با دهه ۱۳۳۵-۱۳۴۵ رو به کاهش گذاشته و از ۳/۱۳ درصد به ۲/۷۱ درصد تقلیل یافته است.

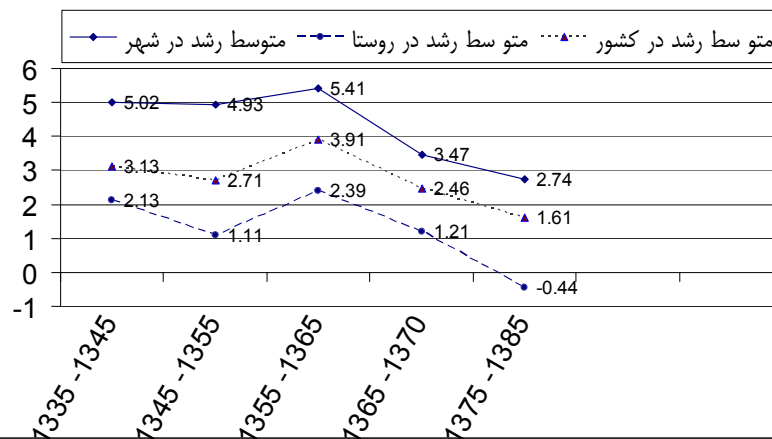
این کاهش در مناطق روستایی (از ۲/۱۳ درصد به ۱/۱۱ درصد) بارزتر از مناطق شهری (از ۵/۰۲ درصد به ۴/۹۳ درصد) بوده است. در فاصله دهه ۱۳۵۵ تا ۱۳۶۵ جهشی در رشد جمعیت اتفاق افتاده و در سال ۱۳۶۵ به رقم بی‌سابقه ۳/۹۱ درصد رسید. این افزایش در مناطق شهری از ۴/۹۳ به ۵/۴۱ و در مناطق روستائی از ۱/۱۱ به ۲/۳۹ بود (مرکز آمار ایران، گزیده نتایج، ۱۳۸۶).

این تغییرات بطور عمده مربوط به کاهش مرگ و میر کودکان به دلیل اقدامات بهداشتی و عدم تغییر معنی‌دار در زاد و ولد و مهاجرت از شهر به روستا بوده است. حدود ۰/۸ این رشد ناشی از ورود مهاجرین و معاودین عراقی و آوارگان و پناهندگان افغانی بوده است (معاونت سلامت، ۱۳۸۳).

## برنامه‌های تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران

محاسبه با استفاده از  $P_n = P_0(1+r)^n$  انجام شده است.

نمودار 2: متوسط نرخ رشد سالانه (درصد) جمعیت طی فواصل زمانی سرشماریها



ماخذ: مرکز آمار ایران (ر.پ)

از سال ۱۳۶۷ پس از اعمال سیاست‌های تنظیم خانواده و کاهش سطح باروری که در سیاست‌های اولین برنامه پنج‌ساله توسعه اقتصادی و اجتماعی منظور شده بود و گسترش فعالیت‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و استقبال خانواده‌ها موجب شد که در دهه ۱۳۶۵ تا ۱۳۷۵ نرخ رشد با سرعتی استثنایی به ۲/۴۶ درصد (شهر ۳/۴۷ درصد، روستا ۱/۲۱) تقلیل یابد.

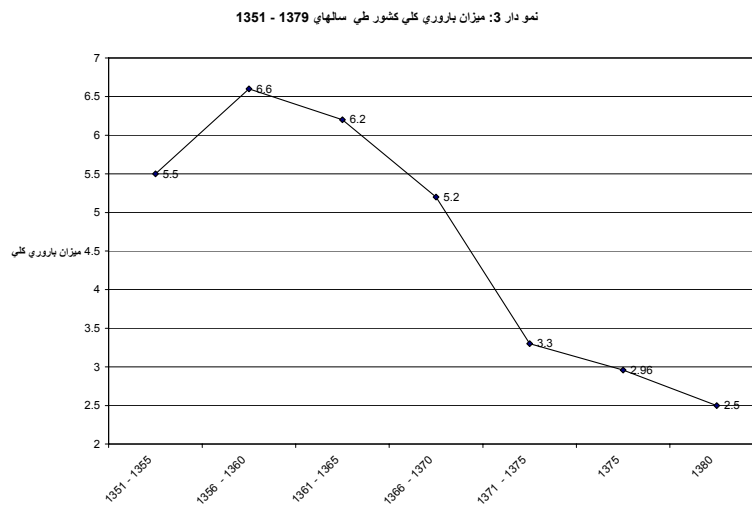
روند کاهش متوسط نرخ رشد جمعیت در مناطق روستایی بسیار بارزتر از مناطق شهری بود که یکی از دلایل آن می‌تواند ناشی از مهاجرت روستائیان به شهرها باشد.

براساس سرشماری سال ۱۳۸۵ متوسط نرخ رشد جمعیت کل کشور در فاصله ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵ کاهش یافته و از ۲/۴۶ درصد به ۱/۶۱ درصد رسیده است. همچنین در مناطق شهری از ۳/۴۷ به ۲/۷۴ و در مناطق روستائی از ۱/۲۱ به ۰/۴۴- کاهش یافته است. بالا بودن متوسط نرخ رشد در سال های ۶۵-۱۳۵۵ ممکن است ناشی از افزایش جمعیت در سنین باروری در این سال ها باشد (مرکز آمار ایران، گزیده نتایج، ۱۳۸۶).

#### ۴- باروری کلی

باروری کلی در فاصله زمانی سالهای ۶۰-۱۳۵۶ به بیشترین رقم ۶/۵ فرزند رسید که قبل از آن در فاصله زمانی ۱۳۵۵-۱۳۵۱، ۵/۵ فرزند بود. پس از آن روند کاهشی به خود گرفته و این روند کاهشی در فاصله زمانی ۶۵-۱۳۶۱ تا ۷۵-۱۳۷۱ بارز بوده است (نمودار ۳). میزان باروری کلی از ۲/۶ در سال ۱۳۷۶ (بررسی KAP وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) به تقریباً ۲/۱ در سال ۱۳۷۹ (DHS) کاهش یافته است (جمعیت و تنظیم خانواده در ایران، ۱۳۸۳).

## برنامه‌های تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران



منبع: دفتر سلامت خانواده و جمعیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرکز آمار ایران

### ۵- امید به زندگی

برای بیان تغییرات امید به زندگی می‌توان دو مقطع ۱۳۵۵-۱۳۳۵ و ۱۳۸۰-۱۳۶۵ را در نظر گرفت. در مقطع اول، امید به زندگی کمی کاهش و سپس به آرامی روبه افزایش گذاشته است. در مقطع دوم امید به زندگی به تدریج روبه افزایش گذاشته که با گذر از مرحله انتقال باروری همخوانی دارد.

طی سالهای ۱۳۵۵ - ۱۳۳۵ اختلافی در امید به زندگی در زنان و مردان وجود نداشته است و افزایش امید به زندگی در زنان نسبت به

مؤسسه همیاران غذا (غیردولتی ایران)

مردان از سال ۱۳۶۵ آغاز شده است و پیش‌بینی می‌شود که در سال‌های آینده این افزایش اختلاف ادامه داشته باشد (جدول ۳).

جدول ۳: امید به زندگی در بدو تولد به تفکیک جنس طی سال‌های سرشماری

سال	مرد	زن
۱۳۳۵	۵۷/۶۳	۵۷/۴۴
۱۳۵۵	۵۵/۷۵	۵۵/۰۴
۱۳۶۵	۵۸/۴۸	۵۹/۳۳
۱۳۷۰	۶۲/۴۰	۶۲/۴۰
۱۳۷۵	۶۷/۰۰	۶۹/۸۰
۱۳۸۰	۶۷/۶	۷۰/۴

منبع: جمعیت و تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران

منابع:

- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت خانواده و جمعیت. سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران (DHS). مهرماه ۱۳۷۹.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر سلامت خانواده و جمعیت. جمعیت و تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران. سال ۱۳۸۳.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت. گزارش ده سال فعالیت جمهوری اسلامی ایران در خصوص اهداف کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه. سال ۱۳۸۳.
- مرکز آمار ایران، سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۸۵. گزیده نتایج. سال ۱۳۸۶.
- تاریخ مشاهده ۱۳۸۵/۳/۶ <http://www.sci.org.ir>

## رابطان بهداشت در ایران

### ۱. اولین تجربه

پس از انقلاب اسلامی، نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی به عنوان قالب مناسب سازمانی، برای ارائه خدمات بهداشتی اولیه پذیرفته شد. تجربه‌ی راه‌اندازی شبکه‌های بهداشتی درمانی تا آن جا که به ارائه‌ی خدمات در مناطق روستایی مربوط می‌شد بسیار موفق و تحسین برانگیز بود.

افزایش تعداد خانه‌های بهداشت و کارایی چشم‌گیر بهورزان، نقش عمده‌ای در عدالت اجتماعی و پوشش خدمات بهداشتی روستاییان و بهبود شاخص‌های بهداشتی داشت، در صورتی که پوشش‌ها و کیفیت خدمات بهداشتی در مناطق شهری به ویژه حاشیه‌ی شهرهای بزرگ به علت ناکافی بودن دسترسی با کمبودهای فراوانی روبه‌رو بود. از جمله‌ی این کمبودها می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

- در سال ۱۳۷۰ تنها ۵۰٪ جمعیت شهری به سهولت به خدمات بهداشتی درمانی دولتی دسترسی داشتند، برای رفع این مشکل ۴۴۸ پایگاه در نقاط شهری تاسیس شد.
- یکی از اصول مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی جلب مشارکت مردم است که تا آن زمان در نظام بهداشتی تجسمی عینی پیدا نکرده بود.



- با توجه به این که شبکه‌ی بهداشت جایگاه مناسبی برای آموزش و تربیت نیروی انسانی، پزشکی و پیراپزشکی بود تنها به دلیل فعال نبودن این خدمات در شهر چنین مقصودی حاصل نشد.
  - به دلیل رشد سریع جمعیت، شهرنشینی و گریز جمعیت از مراکز به حاشیه‌ی شهرها، تراکم جمعیت در حاشیه بیش از مراکز شهری بود، به گونه‌ای که گسترش نظام بهداشتی درمانی پاسخ گوی نیاز جمعیت حاشیه‌ی شهرها نبود.
- بر همین اساس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۰ برای اولین بار طرحی را با عنوان «رابطان بهداشت» در حاشیه‌ی شهر تهران مورد آزمایش قرار داد تا به وسیله‌ی آن نقاط ضعف مطرح شده را بپوشاند. این تجربه با چهار مرکز و ۱۶۰ نفر داوطلب زن در حاشیه‌ی شهر ری شروع شد و به ده مرکز افزایش یافت.

## ۲. اهداف طرح

۱. ارائه‌ی خدمات بهداشتی به صورت فعال؛
۲. افزایش پوشش خدمات در جمعیت زیر پوشش مرکز یا پایگاه بهداشت شهری؛
۳. آموزش الگوی مناسب تغذیه به خانواده‌ها؛
۴. توانمند نمودن نظام شبکه‌ی بهداشت و درمان در شهر به منظور بهره‌گیری از آن در آموزش دانشجویان؛

۵. گسترش همکاری‌های بین بخشی در سطوح محیطی و میانی  
نظام ارائه خدمات از طریق همکاری با شهرداری‌های مناطق،  
شوراهای محلات، مدارس محله، انجمن‌های اولیا و مربیان و سایر  
ارگان‌های ارائه دهنده خدمات در محله؛
۶. بهره‌مندی از نظام اطلاعات بهداشتی در سطح شهر.

برای دستیابی به اهداف بیان شده در سال ۱۳۷۰ استراتژی و  
فعالیت‌های زیر انجام شد:

- الف- تعیین محدوده جغرافیایی برای مراکز بهداشتی درمانی  
شهر مورد مطالعه؛
- ب- سرشماری تمام خانوارهای ساکن در محدوده تعیین شده؛
- ج- انتخاب رابطان بهداشت به ازای هر ۵۰ خانوار یک زن ساکن  
در محدوده؛
- د- بهبود استاندارد مراکز بهداشتی درمانی تحت مطالعه؛
- ه- آموزش رابطان بهداشت به منظور انجام فعالیت‌های زیر:
- مهارت انتقال آموزش‌های دریافت شده به خانوارهای تحت پوشش
  - پی‌گیری ۵۰ خانوار تحت پوشش برای استمرار استفاده از خدمات بهداشتی
  - انتقال اطلاعات راجع به تولد، مرگ و مهاجرت از ۵۰ خانوار تحت پوشش به مرکز بهداشتی درمانی

- بسیج خانوارهای ساکن در محدوده برای بهبود شرایط محیط زندگی در محله با هم کاری های دیگر سازمان های مرتبط

### ۳. فعالیت‌های طرح

- جلب همکاری مردم به منظور مشارکت زنان علاقمند و واجد شرایط تحت عنوان «رابط بهداشت»؛
- برنامه‌ریزی به منظور تدوین نظام آموزشی مناسب برای رابطان بهداشت؛
- حضور فعال و مستمر رابطان بهداشت در کلاس‌های آموزشی و انتقال مطالب یاد گرفته شده به خانوارهای زیر پوشش؛
- افزایش دانش بهداشتی زنان منطقه‌ی زیر پوشش درباره‌ی تغذیه با شیر مادر، تغذیه‌ی صحیح مادران و کودکان، پیشگیری و درمان بیماری‌های اسهالی و حاد تنفسی در کودکان، واکسیناسیون کودکان و مادران باردار، بهداشت مواد غذایی، ارتقای بهداشت محیط، حفظ محیط زیست، و...؛
- افزایش آگاهی جمعیت تحت پوشش در زمینه‌ی پیشگیری از حاملگی و افزایش استفاده از وسایل موثر؛
- افزایش دانش بهداشتی خانواده‌های منطقه در جهت ارتقای بهداشت فردی و روانی؛
- برقراری ارتباط فعال واحد بهداشتی با خانوارهای محدوده‌ی جمعیتی خود؛

- ارتقای پوشش و ارائه‌ی خدمات بهداشتی اولیه به گروه‌های آسیب‌پذیر در منطقه؛
- پوشش کامل واکسیناسیون مادران و کودکان براساس برنامه‌ی کشوری؛
- شناسایی و تکمیل پرونده‌ی بهداشتی برای نظارت بر اماکن عمومی و مراکز توزیع و عرضه‌ی مواد غذایی؛
- ایجاد و توسعه‌ی همکاری بین بخشی با شهرداری، سازمان‌های آموزش و پرورش و آب و فاضلاب به منظور رفع مشکلات اجتماعی، رفاهی و فرهنگی مردم؛
- سرشماری خانوارهای محدوده‌ی جغرافیایی تحت پوشش واحدهای بهداشتی شهری و شناسایی گروه‌های آسیب‌پذیر؛
- جمع‌آوری و ثبت وقایع جمعیتی و حیاتی در محدوده‌ی زیر پوشش واحد بهداشتی، درمانی؛
- محاسبه‌ی شاخص‌های بهداشتی در جمعیت زیر پوشش؛
- ایجاد زمینه‌ی مناسب برای کارآموزی و کارورزی دانشجویان و کمک به بینش جامعه‌نگری در آموزش پزشکی؛
- کمک به انجام تحقیقات کاربردی در جمعیت زیر پوشش واحدهای بهداشتی درمانی؛

«رابط بهداشت» از میان زنان منطقه‌ی مورد نظر با داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، بهره‌مندی از مقبولیت اجتماعی، داشتن وقت کافی، علاقه، انگیزه برای انجام فعالیت‌های اجتماعی و موافقت همسر - در صورت داشتن همسر - انتخاب و دعوت به همکاری می‌شوند.

هر رابط به طور متوسط ۵۰ خانوار را در همسایگی محل سکونت خود تحت پوشش قرار می‌دهد و از طریق برقراری ارتباط با آنان وظایفشان را انجام می‌دهند. رابط این خدمات را داوطلبانه و رایگان انجام می‌دهد. انتخاب رابطان بهداشت از میان افراد محله مزایای ویژه‌ای دارد زیرا این افراد با زبان و فرهنگ افراد محله‌ی خود آشنا هستند و بهتر می‌توانند به عنوان پل ارتباطی میان جامعه و بخش‌های مختلف توسعه به بهبود وضعیت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی محله‌ی خود کمک کنند.

#### ۴. وظایف رابط بهداشت

- کسب آگاهی‌های بهداشتی و مهارت‌های ارتباطی با شرکت مداوم در کلاس‌های آموزشی؛
- انتقال پیام‌های بهداشتی به خانوارهای زیر پوشش خود و تشویق و ترغیب آن‌ها برای دریافت مراقبت‌های بهداشتی؛
- برقراری ارتباط بین سازمان‌های دولتی و مردم محله برای برآورد نمودن نیازهای بهداشتی و اجتماعی آن‌ها؛

- جمع‌آوری اطلاعات جمعیتی و آمارهای مربوط به مرگ، تولد، مهاجرت‌ها، تنظیم خانواده و نیازهای بهداشتی از خانوارهای تحت پوشش خود؛
- جلب مشارکت مردم در حل مشکلات بهداشتی منطقه؛
- مشارکت دادن خانوارهای زیر پوشش خود در زمینه‌ی بهبود وضعیت محیطی و ارتقای سلامتی محله و همکاری با مسئولین بهداشتی.

#### ۵. تعمیم طرح به کل کشور

یک سال و نیم بعد از اجرای طرح پایلوت در شش مرکز بهداشتی درمانی شهر ری مشخص شد که پوشش خدمات مربوط به مادران و کودکان در مراکز تحت پوشش نسبت به مراکز شاهد و هم‌چنین کیفیت خدمات به ویژه در ارتباط با حاملگی ناخواسته ارتقا یافته است. اجرای این تجربه بعد از شهر ری به حاشیه‌ی شهر شیراز و سپس مشهد، تبریز و اصفهان توسعه یافت. از اواخر سال ۱۳۷۲ حداقل یک مرکز برای اجرای طرح رابطان با استفاده از اعتبارات وزارت بهداشت و یونسف در هر استان در نظر گرفته شد و دستورالعمل‌های اجرایی یکسان برای استان‌ها ارسال شد.

## ۶. گسترش طرح تحت عنوان برنامه

با توجه به موفقیت طرح پایلوت در شهر ری و یک مرکز در هر استان این پروژه در سال ۱۳۷۳ به عنوان یک برنامه‌ی کشوری در دستور کار اجرایی همه‌ی استان‌ها قرار گرفت. یک ردیف پست سازمانی در مرکز بهداشت هر استان زیر مجموعه‌ی کارشناسان گسترش شبکه و به عنوان کارشناسان برنامه‌ی «رابطان بهداشت» منظور و هر سال اعتباری برای استان جهت برنامه‌ی رابطان در نظر گرفته شد.

کارشناسان استانی و شهرستانی برنامه برای ارتقای همکاری‌های بین‌بخشی به کمیسیون امور بانوان در استانداری و فرمانداری معرفی شدند و کلیه‌ی کارشناسان مسئول مرکز بهداشت استان و شهرستان در فعالیت‌های رابطان بهداشت مشارکت داده شدند.

## ۷. گسترش کمی برنامه

این برنامه با روند چشم‌گیری گسترش پیدا کرده است و در حال حاضر بیش از ۷۰.۰۰۰ رابط شهری، حدود ۲۰.۰۰۰ رابط روستایی، ۱.۵۳۹ رابط عشایر و بیش از ۱۰.۰۰۰ داوطلب متخصص در سراسر کشور با برنامه هم‌کاری می‌کنند و در شهرها حدود ۱۷.۰۰۰.۰۰۰ نفر یعنی ۲۷٪ جمعیت شهری را زیر پوشش دارند و برای بالا بردن سلامت جامعه، توانمندسازی خود و خانوارهای زیر پوشش تلاش می‌کنند.

۳/۳٪ رابطان تحصیلات دانشگاهی، ۴۳٪ تحصیلات دبیرستانی و ۲۴٪ تحصیلات دوره‌ی راهنمایی و سایرین دارای سواد دوره‌ی ابتدایی هستند.

## ۸. منابع آموزشی

اولین متن آموزشی که برای رابطان بهداشت در نظر گرفته شد کتاب «حقایقی برای زندگی» بود. سپس در جریان اجرای طرح کتاب‌هایی براساس نیاز جامعه به روش آموزش مشارکتی تدوین و تهیه شد. از جمله:

- کتاب مقدماتی: رباط بهداشت قبل از شروع فعالیت‌های بهداشتی از طریق این کتاب با نظام ارائه‌ی خدمات بهداشتی، درمانی کشور و انتظار نظام بهداشتی از آن‌ها (وظایف رباط) و چگونگی برقراری ارتباط با مردم آشنا می‌شوند. این کتاب زمینه‌ساز فعالیت‌های آتی رابطان است و نقش مهمی در جذب آن‌ها برای ادامه‌ی همکاری دارد.
- مجموعه‌ی کتاب اول (سلامت کودکان): شامل کتاب‌های مراقبت از نوزادان، تغذیه با شیر مادر، واکسیناسیون، رشد کودک، تغذیه‌ی کودک، تکامل کودک، اسهال و عفونت‌های تنفسی است.
- مجموعه‌ی کتاب دوم (سلامت باروری): شامل کتاب‌های بهداشت ازدواج، تنظیم خانواده، مراقبت از مادران و بیماری‌های زنان است.



- مجموعه‌ی کتاب سوم (سلامت خانواده): در برگیرنده‌ی کتاب‌های آب آشامیدنی، دفع بهداشتی مدفوع، دفع بهداشتی زباله، بهداشت مواد غذایی، مبارزه با جوندگان و حشرات، بهداشت مدارس، بهداشت حرفه‌ای و حفظ محیط زیست است.
- مجموعه‌ی کتاب پنجم (آشنایی با بیماری‌های شایع): شرح بیماری‌های قلبی، سل، تب مالت، مالاریا، بیماری‌های انگلی، سالک، سوء مصرف مواد و HIV (ایدز) را شامل می‌شود.
- کتاب راهنمای مربیان: به عنوان مرجع برای آموزش مربیان و افرادی که به نحوی با این برنامه همکاری می‌کنند استفاده می‌شود. به این منظور کارگاه‌های متعدد کشوری با عنوان «روش آموزش مشارکتی» برای مسئولان و کارشناسان همکار برنامه و کارگاه‌های متعدد استانی با عنوان «آشنایی مربیان با روش آموزش مشارکتی» برای مربیان و کارشناسان شهرستانی که مجری این طرح بودند برگزار شد.

#### ۹. - توانمندسازی و تشویق رابطان بهداشت برای توسعه‌ی

##### محله:

رابطان بهداشت علاوه بر پرداختن به مسائل مرتبط با سلامت جامعه در زمینه‌ی تامین سایر نیازهای اجتماعی و فرهنگی جامعه‌ی خویش نیز توانمند شده‌اند. این توانمندی‌ها عبارتند از:

**درآمدزایی:** تلاش‌های وزارت کشاورزی در زمینه‌ی ایجاد تعاونی‌های روستایی و نیز تجارب دفتر هماهنگی سازمان‌های غیر دولتی زنان در نهاد ریاست جمهوری در زمینه‌ی درآمدزایی زنان، منجر به ایجاد تعاونی‌های تولیدی محلی با همکاری رابطان و خانوارهای تحت پوشش آنان شد.

مسئولین رابطان بهداشت در مراکز بهداشتی درمانی برپایه‌ی نیاز محله و با همکاری سازمان‌های دیگر از جمله وزارت تعاون و کار مبادرت به تشکیل کلاس‌هایی در ارتباط با چگونگی راه‌اندازی و مدیریت اجرایی و مالی تعاونی‌ها و همچنین آموزش حرفه‌های مختلف (خیاطی، بافتنی، سبده‌بافی، گلدوزی، قالی‌بافی، حصیربافی، عروسک‌سازی، آرایش‌گری، شیرینی‌پزی، کامپیوتر، عکاسی، نقاشی، خطاطی، تعمیر وسایل الکتریکی خانگی، زنبورداری، تعمیر خرابی سیستم آبرسانی داخل خانه و...) در این آموزش‌ها مسایل فرهنگی و اخلاقی جامعه مورد توجه بوده است و اقدام به برگزاری کلاس‌های آموزش قرآن و احکام نیز نموده‌اند.

در حال حاضر رابطان بهداشت در ۳۴ شهر ایران تعاونی‌های تولیدی و چند منظوره ایجاد کرده‌اند که معمولاً اعضای این تعاونی‌ها رابطان بهداشت و اعضای خانوارهای تحت پوشش آن‌ها در یک یا چند محله هستند. هم‌چنین با تلاش ۲۰۷۲ رابط تعداد ۷۳۴ کارگاه خانگی کوچک درآمدزا در ارتباط با کشت قارچ، سبزیجات، گیاهان دارویی، جوارب بافی، قالی بافی و صنایع دستی ایجاد شده است.

**برقراری ارتباط:** رابطان بهداشت به عنوان نمایندگان مردم در محله به منظور برقراری ارتباط با بخش‌های دیگر توسعه نظیر آموزش و پرورش، شهرداری، راه و ترابری، وزارت نیرو، آب و فاضلاب، نهضت سوادآموزی، محیط زیست و دیگر سازمان‌های ارائه دهنده خدمات شهری و رفاهی آموزش دیده‌اند و فعالیت‌هایشان در این زمینه موفقیت‌هایی چون ترغیب مسئولین و جلب مشارکت آن‌ها را در موارد زیر به همراه داشته است:

- احداث پل عابر پیاده، آسفالت کوچه‌ها و معابر، احداث پارک و فضای سبز، بهبود شرایط محیطی مدارس، ایجاد ایستگاه اتوبوس، کمک به جمع‌آوری بهداشتی زباله، پلاک‌بندی و نام‌گذاری کوچه‌ها و خیابان‌ها، کنترل اماکن عرضه‌ی مواد غذایی در محله، ایجاد کانون‌های فرهنگی و ورزشی، ایجاد پایگاه‌های تهیه‌ی جهیزیه برای افراد بی‌بضاعت و ایجاد کشتارگاه‌های بهداشتی.

**انتقال تجارب:** سالیانه گردهمایی مربیان و رابطان بهداشت به منظور انتقال تجارب و آشنایی با نظرات و نوآوری‌های رابطان در کشور برگزار می‌گردد و در این گردهمایی‌ها حدود ۱۵۰۰ نفر از نمایندگان رابطان بهداشت استان‌ها شرکت می‌کنند و به بیان فعالیت‌ها، نوآوری‌ها و مشکلات خود می‌پردازند و راه‌کارهایی برای رفع مشکلات و بهبود برنامه پیشنهاد می‌کنند که در برنامه‌ریزی کشوری مدنظر قرار می‌گیرد.

## ۱۰. مراسم روز جهانی داوطلب:

سازمان ملل روز ۱۴ آذر را «روز جهانی داوطلب» تعیین نموده است. این روز به عنوان «روز رابطان بهداشت» به منظور ایجاد انگیزه برای همکاری و شناساندن آن‌ها در جامعه شناخته شده است و مراسم باشکوهی در دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها برگزار می‌شود که با اهدای لوح تقدیر به کلیه داوطلبان بهداشت و تقدیم جوایز و هدایایی برای رابطان نمونه سعی می‌شود از زحمات بی‌دریغ و صادقانه‌ی این افراد قدردانی شود. در این روز رسانه‌های گروهی در جهت شناسایی رابطان بهداشت، برنامه‌های مفید و تشویق‌کننده‌ای پخش می‌کنند.

## ۱۱. مشارک‌های بین بخشی

به منظور تقویت همکاری‌های بین بخشی در قالب برنامه‌ی رابطان بهداشت از سازمان‌ها و نهادهای اداری سایر بخش‌ها افراد متخصص انتخاب و به عنوان داوطلب متخصص معرفی می‌گردند. از این افراد پس از آموزش‌های اولیه در زمینه‌ی نظام شبکه‌ی بهداشت و درمان، وظایف رابطان و آموزش رابطان جهت ارتقای دانش و مهارت‌های لازم برای توسعه‌ی اجتماعی محلات استفاده می‌شود.

در حال حاضر بیش از ۱۱۰۰۰ داوطلب متخصص در سایر زمینه‌ها به جز بهداشت، به منظور ارتقای دانش و مهارت‌های زندگی مانند عمران، درآمدزایی و... در آموزش و توانمندسازی با رابطان بهداشت در مناطق شهری، روستایی و عشایری همکاری می‌کنند.

## ۱۲. دست‌آوردهای برنامه

برنامه‌ی رابطان بهداشت در ایران یک تجربه‌ی موفق مشارکت سازمان یافته‌ی مردم در ارتقای سطح سلامت خود و جامعه به حساب می‌آید و نتایج زیر را در بر داشت:

- مشارکت مردم در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری و استفاده از آن‌ها برای ارائه‌ی مراقبت‌های اولیه‌ی بهداشتی؛
- استفاده از نفوذ مردم برای توسعه‌ی همکاری‌های بین بخشی و تقویت رویکردهای تعیین‌کننده‌ی سلامت برای توسعه‌ی پایدار و اهداف هزاره‌ی سوم؛
- بهره‌گیری از امکانات موجود در جامعه برای آموزش دانشجویان؛
- امکان جامعه‌نگرشدن همه‌ی برنامه‌ها و احساس رضایت کارکنان به دلیل کار با مردم؛
- امکان ایجاد یک نظام اطلاعات بهداشتی معتبر و پایا در محله با مشارکت مردم؛
- ایجاد زمینه‌ی لازم برای مشارکت فعال زنان در توسعه‌ی اقتصادی، اجتماعی و برقراری عدالت جنسی؛
- ارتقای مهارت‌های زندگی و توانمندسازی جامعه برای رسیدن به اهداف هزاره‌ی سوم از جمله فقرزدایی، سوادآموزی، حفظ محیط زیست و کاهش رفتارهای پرخطر به‌خصوص در جوانان.

### انجمن تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران

انجمن تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران یکی از سازمان‌های غیردولتی است که در زمینه حقوق و بهداشت باروری فعالیت می‌کند. این سازمان به عنوان نهادی غیردولتی و داوطلبانه، به منظور مشارکت در رسیدن به اهداف بهداشت و حقوق باروری آحاد جامعه، به‌ویژه جوانان و گروه‌های محروم، با توجه به ارزش‌های فرهنگی و اعتقادی فعالیت خود را از سال ۱۳۷۴ آغاز نموده است.

انجمن در اجرای این فعالیت‌ها، به طور عمده از خدمات داوطلبانه‌ی داوطلبین بهره‌مند است و تعداد معدودی کارمند نیز پیگیری امور اجرایی را بر عهده دارند. انجمن تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران، عضو فدراسیون بین‌المللی تنظیم خانواده <sup>^</sup> IPPF است. این فدراسیون بزرگترین سازمان داوطلبانه‌ی دنیا به شمار می‌آید که در جهت بهداشت و حقوق باروری در سراسر دنیا فعالیت می‌کند.

بهداشت باروری مشتمل بر طیف گسترده‌ای است که از تولد تا دوران یائسگی و کهولت را در بر می‌گیرد و از جمله شامل عناوین زیر است:

تغذیه‌ی مناسب و توجه به تحصیل کودکان و نوجوانان، بهداشت بلوغ در دختران و پسران، پیشگیری و درمان بیماری‌های مقاربتی و ایدز، مشاوره قبل از ازدواج، روش‌های تنظیم خانواده و پیشگیری از بارداری، بهداشت جنسی، ایمنی و سلامت بارداری و زایمان، پیشگیری و درمان سرطان‌های شایع زنان، بهداشت جسمی و روانی دوران یائسگی، لزوم مشارکت همه جانبه‌ی مردان در امر بهداشت باروری و همچنین توجه به حقوق بهداشت باروری.

یکی از اهداف اصلی انجمن تنظیم خانواده، ارتقای سطح آگاهی عمومی در زمینه‌ی بهداشت باروری است که به‌این منظور برنامه‌های متنوعی را طراحی و اجرا کرده است. این انجمن برای بار اول در سال ۱۳۷۹ برنامه ریزی استراتژیک را در دستور کار خود قرار داد. یافته‌های مطالعات و تحلیل‌های انجام شده، اهداف کلی، اختصاصی و زمینه‌ی فعالیت‌های آتی را مشخص کرد.

در ادامه برای بار دوم این برنامه در سال ۱۳۸۳ بازنگری و مجدداً استراتژی و روند کاری سازمان برای حرکت‌های جدید معین و مشخص شد. بنا بر نیازها و فضاهای موجود و همچنین مطابق با ارزیابی‌های انجام شده در سطح منطقه‌ی آسیا- با توجه به این‌که ایران یکی از کشورهای منطقه‌ی جنوبی آسیا است و کشورهای این منطقه در تقسیم بندی فدراسیون بین المللی تنظیم خانواده عبارتند از: هند، بنگلادش، سری لانکا، نپال، مالدیو، پاکستان، ایران، افغانستان- ۵ استراتژی اصلی

برای جهت دهی به فعالیت‌ها در نظر گرفته شد که در مقوله‌های زیر طراحی شده‌اند:

- جوانان (Adolescent)
- ایدز (HIV/AIDS)
- دسترسی (Access)
- ترویج (Advocacy)
- سقط درمانی (Safe Abortion)

بخش قابل توجهی از جمعیت کشور ایران را نوجوانان تشکیل می‌دهند و حدود نیمی از این نوجوانان دختر هستند. از سویی این دوره با تحولات فراوان جسمی و روحی همراه است و موجب تغییر نگاه نوجوان نسبت به جهان اطراف و رفتار و احساسات وی می‌شود که این موضوع می‌تواند زمینه ساز برخی مشکلات شود.

برای پیشگیری از این موارد نیاز به محیطی سرشار از تفاهم، صمیمیت و آگاهی در خانواده و جامعه است. بسیاری از مشکلات مختلف جسمی، روانی و اجتماعی مانند بیماری‌های عفونی، ازدواج‌های ناموفق، حاملگی‌های زودرس و پرخطر، مرگ و میر مادر و کودک، بیماری‌های قلبی و عروقی و بیماری‌های مزمن ریشه در این دوران دارند. بنابراین شناخت این مرحله و ویژگی‌های آن باعث ارائه راه حل‌هایی برای مقابله با این گونه موارد و پیشگیری از آن‌ها می‌شود. در رسالت انجمن تنظیم خانواده، همان‌طور که در بالا به آن اشاره شد تاکید و توجه فراوانی به سلامت جسمی و روانی نوجوانان شده است.



به همین مناسبت هر سال برنامه‌های آموزشی متعددی در زمینه‌ی بهداشت بلوغ دختران و پسران، تغذیه، ورزش و سلامت روحی و روانی آنان طراحی و به اجرا در می‌آید.

#### ۱. اهداف انجمن

انجمن با این باور که بهداشت باروری و جنسی و دسترسی به خدمات مربوط به آن جزء حقوق پایه‌ی انسان است به موضوعات بهداشت، حقوق باروری و جنسی و مسائل جمعیت خواهد پرداخت و اهداف و فعالیت‌های اصلی خود را هماهنگ با فرهنگ و سیاست‌های جمهوری اسلامی ایران به شرح ذیل دنبال خواهد کرد:

- از حق انتخاب آگاهانه و آزادانه و مسئولانه‌ی بهداشت باروری و جنسی همه‌ی زنان، مردان و جوانان حمایت کرده و از راه‌های استفاده از این حقوق پشتیبانی می‌کند.
- در جهت تامین نیازهای اطلاعاتی و خدماتی بهداشت باروری و جنسی آحاد مردم به خصوص افراد جوان، فقیر و محروم تلاش می‌نماید.
- انجمن دسترسی به اطلاعات، آموزش‌ها و خدمات بهداشت باروری را به طور مستقیم و یا غیر مستقیم بدون توجه به سن، جنس، وضعیت تاهل، توانایی پرداخت، نژاد، باورهای مذهبی و سیاسی، ناتوانی جسمی و یا هر عامل دیگر که می‌تواند موجب تبعیض شود، امکان پذیر می‌نماید.

- خدماتی که توسط انجمن ارائه می‌شود غیر اجباری بوده و مشروط به قبول و یا عدم پذیرش موقعیت دیگری نیست.
- انجمن در گسترش و پیشبرد طرح‌های خدمات مشاوره‌ای و کلینیکی مربوط به جمعیت، بهداشت، حقوق باروری و جنسی می‌کوشد.
- انجمن به منظور ارتقای سلامت بهداشت باروری و جنسی به تهیه منابع و اطلاعات آموزشی، چاپ بروشورها و کتب آموزشی، انتشار نشریات و خبرنامه‌ها و تهیه نرم‌افزارها و برنامه‌های اینترنتی می‌پردازد.
- انجمن در جهت پیشبرد اهداف خود، اقدام به برگزاری دوره‌ها، کارگاه‌ها و برنامه‌های آموزشی، نشست‌ها، همایش‌ها، کنفرانس‌ها، تورها، مسابقات، مراسم هنری و... می‌نماید.
- انجمن جهت پیشبرد اهداف خود انجام بررسی‌ها و پژوهش‌های مختلف را بر عهده می‌گیرد.
- انجمن در جهت جلب حمایت و تحکیم رابطه با ارگان‌های دولت جمهوری اسلامی ایران، سازمان‌های غیر دولتی و مراکز بین‌المللی که در زمینه‌ی اهداف انجمن فعالیت می‌نمایند، تلاش می‌کند.
- انجام اقدامات مناسب دیگر جهت حصول به اهداف مذکور

## ۲. فعالیت‌های انجمن تنظیم خانواده

الف) جوانان (Adolecent)

ب) ایدز (HIV/AIDS)

ج) سقط ایمن (Safe Abortion)

د) دسترسی به خدمات (Access)

ه) ترویج (Advocacy)

### الف) فعالیت‌های مربوط به جوانان

- برگزاری اولین جشنواره‌ی مطبوعات، بهداشت و حقوق باروری؛
- برگزاری کارگاه‌های دو روزه در خصوص آموزش آموزشگران HIV/AIDS (TOT);
- برگزاری جلسات بحث گروهی متمرکز (FGD) در خصوص سیاست‌های IPPF و انجمن تنظیم خانواده ایران؛
- برگزاری همایش جوانان در روز جهانی مبارزه با ایدز؛
- طرح برنامه‌ی آموزشی برای نوجوانان در مدارس، فرهنگسراها و مراکز بهزیستی تهران و شهرستان‌ها؛
- طرح نوجوانان آموزش‌گر بهداشت بلوغ (ناب)؛
- برگزاری دوره‌های آموزشی بهداشت و حقوق باروری با هدف ارتقای سطح آگاهی داوطلبین جوان و استفاده از توان آن‌ها جهت تدریس در برنامه‌های آتی جوانان؛

- تدوین خود آموز ایدز و بیماری‌های مقاربتی جوانان؛
- برگزاری نشست سالانه کمیته جوانان به منظور ارائه خلاصه فعالیت‌های انجام شده در خصوص جوانان و نوجوانان.

#### ب) فعالیت‌های مرتبط با ایدز

- انتخاب انجمن تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران به عنوان مرکز عالی مبارزه با ایدز در جنوب آسیا از طرف SARO؛
- امضای تفاهم‌نامه همکاری با وزیر وقت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و رئیس IPPF در اردیبهشت ماه ۱۳۸۴؛
- امضای تفاهم‌نامه همکاری با دانشگاه علوم پزشکی بوشهر و افتتاح اولین مرکز مشاوره‌ی ایدز و آموزش بهداشت باروری در بوشهر در سال ۱۳۸۴؛
- امضای تفاهم‌نامه با دانشگاه علوم پزشکی تهران جهت افتتاح اولین باشگاه «یاران مثبت» ویژه افراد HIV+ در ایران؛
- برگزاری کنسرت روز جهانی ایدز؛
- افتتاح باشگاه یاران مثبت در تاریخ ۸۵/۵/۱۵ در بیمارستان امام خمینی تهران با همکاری انجمن تنظیم خانواده و مرکز تحقیقات ایدز در ایران؛
- امضای تفاهم‌نامه با یونیسف و ایجاد اولین دفتر محله‌ای ترویج خدمات دوست‌دار نوجوان در بم؛
- برگزاری کارگاه آموزشی و چاپ پمفلت در زمینه ایدز؛

#### برنامه‌های تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران

- امضای تفاهم نامه با مشاور محترم سلامت شهرداری تهران برای راه‌اندازی مراکز محله‌ای ارائه‌ی خدمات دوست‌دار نوجوان؛
- امضای تفاهم نامه با بنیاد بیماری‌های خاص جهت ارائه‌ی خدمات مشاوره‌ای بهداشت باروری و ایدز؛
- امضای تفاهم نامه با دانشگاه علوم پزشکی ایران جهت گسترش همکاری‌های بین بخشی در زمینه‌ی مبارزه با ایدز؛
- امضای تفاهم نامه با معاونت سلامت سازمان زندان‌های کشور جهت تأسیس مراکز ارائه‌ی خدمات دوست‌دار نوجوان در سه زندان استان تهران.

#### **ج) فعالیت‌های مرتبط با سقط ایمن**

- برگزاری کارگاه دو روزه‌ی سقط ایمن به صورت TOT (تهران)
- چاپ ۲۰۰ نسخه پمفلت سقط و توزیع آن
- امضای تفاهم نامه با پژوهشکده‌ی ابن سینا

د) فعالیت‌های مرتبط با دسترسی به خدمات

۱- باشگاه یاران مثبت:

این باشگاه در تاریخ ۱۳۸۵/۵/۱۵ با همکاری مرکز تحقیقات ایدز ایران و IPPF (فدراسیون بین‌المللی تنظیم خانواده) شروع به کار کرد. از فعالیت‌های آن می‌توان به کاهش انگ و تبعیض نسبت به PLHIVs، توانمندسازی PLHIVs کمک به بازگشت ایشان به متن جامعه و ارائه خدمات مشاوره‌ای و درمانی اشاره نمود. در سال گذشته حدود ۱۲۰ نفر به طور مستقیم از خدمات باشگاه بهره برده‌اند. شایان ذکر است گردش مالی سازمان ۵۰.۰۰۰ دلار در سال می‌باشد.

۲- مرکز نوجوان مطلوب در بم:

این مرکز با همکاری UNICEF در سال ۱۳۸۴ شروع به کار کرد. تعداد افراد بهره‌مند از آن در سال گذشته ۵۰۰۰ نفر بوده است و گردش مالی آن ۱۲۰.۰۰۰ دلار می‌باشد. شرح فعالیت‌های این مرکز به صورت زیر است:

- طرح آموزش همسان نوجوانان و جوانان برای پیشگیری از HIV/AIDS؛
- برگزاری کلاسهای مشاوره در زمینه بهداشت جنسی و باروری برای نوجوانان و جوانان؛
- تهیه و پخش IEC materials پیرامون HIV/AIDS؛
- اطلاع رسانی پیرامون HIV/AIDS و کاهش انگ و تبعیض نسبت به افراد PLHIV.

۲- مرکز مشاوره بوشهر:

این مرکز در سال ۱۳۸۳ با همکاری دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در راستای ارائه خدمات مشاوره‌ی بهداشت جنسی و باروری، بهداشت روانی، VCT, ART, IEC materials, Peer educators شروع به فعالیت نمود. شایان ذکر است در سال گذشته این مرکز موفق به ارائه‌ی خدمات به صورت مستقیم به ۷۰۰ نفر در بوشهر شده است و گردش مالی مرکز در سال ۱۵.۰۰۰ دلار می‌باشد.

۳- راه‌اندازی سایت اطلاع‌رسانی انجمن:

این پایگاه اینترنتی با هدف اطلاع‌رسانی در زمینه فعالیت‌های انجمن و همچنین، مرجعی برای پاسخگویی به سوالات جامعه، آموزش و اطلاع‌رسانی به جوانان و نوجوانان و با هدف پوشش دادن اهداف کلی انجمن خصوصاً مبارزه با گسترش ایدز ایجاد شده است و در آینده قابلیت پاسخگویی به سئوالات بازدیدکنندگان توسط کارشناسان خبره را خواهد داشت و برنامه‌های آموزشی و اطلاع‌رسانی خود را گسترش خواهد داد.

#### ه) فعالیت‌های مربوط به ترویج بهداشت باروری

- برگزاری ۳ نشست علمی - فصلی در شهرستان‌های اصفهان، بندر انزلی و گرگان برای داوطلبین انجمن؛
- برپایی غرفه‌ی کتاب و فروش نشریات انجمن در روز جهانی جمعیت، سمینار اهدای جنین پژوهشکده‌ی ابن سینا و برنامه‌ی شهرداری در پارک لاله؛
- برگزاری اولین جشنواره مطبوعاتی بهداشت و حقوق باروری؛
- برای اولین بار در ایران جشنواره‌ی مطبوعات جهت ترویج بهداشت و حقوق باروری به همت اعضای کمیته‌ی رسانه‌ها و همکاری دیگر اعضای داوطلب در تاریخ ۱۳۸۵/۵/۱۶ برگزار شد. هدف این برنامه افزایش تعامل بین انجمن تنظیم خانواده و اصحاب رسانه جهت احقاق حقوق باروری بوده است.
- انتشار نشریه‌ی بهداشت خانواده؛
- برگزاری نشست‌های مطبوعاتی در شهرهای مختلف (بندر انزلی، قزوین ...)
- برگزاری کارگاه آموزشی برای خبرنگاران و روزنامه نگاران در زمینه بهداشت و حقوق باروری؛
- چاپ و انتشار مقالات مختلف پیرامون بهداشت و حقوق باروری در روزنامه‌های کشوری و محلی.