

گزارش پانزده سال فعالیت جمهوری اسلامی ایران در
خصوص اهداف کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه

۱۳۸۸

- جدول شماره ۱- نسبت دختران به پسران در تحصیلات ابتدایی، راهنمایی، متوسطه و عالی از جمعیت در حال تحصیل، بر پایه ی سرشماری های ۱۳۶۵، ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵ در جمهوری اسلامی ایران
- جدول شماره ۲- تغییر درصد زنان و مردان با سواد ۱۵ تا ۲۴ ساله در فاصله سال های ۱۳۵۵ تا ۱۳۸۵ در جمهوری اسلامی ایران
- جدول شماره ۳- سهم اشتغال زنان در بخش های جز کشاورزی از شاغلان ۱۰ ساله و بالاتر بر پایه ی داده های سرشماری های ۱۳۶۵، ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵ در جمهوری اسلامی ایران
- جدول شماره ۴- تغییرات برخی از شاخص های سلامت مادران در جمهوری اسلامی ایران
- جدول شماره ۵- تغییر برخی از شاخص های سلامت در مقاطع زمانی مختلف
- جدول شماره ۶- درصد مصرف روش های گوناگون پیش گیری از بارداری در جمهوری اسلامی ایران

فهرست نمودارها

- نمودار ۱- تغییر نسبت دختران به پسران در تحصیلات ابتدایی، راهنمایی، متوسطه و عالی برپایه ی داده های سه سرشماری پیاپی در جمهوری اسلامی ایران
- نمودار ۲- روند تغییر درصد باسوادان زن ۱۵ تا ۲۴ ساله و مردان باسواد همان گروه سنی در فاصله سال های ۱۳۵۵ و ۱۳۸۵ در جمهوری اسلامی ایران
- نمودار ۳- وضعیت اشتغال زنان و مردان ۱۰ ساله و بالاتر در فاصله سال های ۱۳۵۵ تا ۱۳۸۵ در جمهوری اسلامی ایران
- نمودار ۴- دلایل مرگ مادران در جمهوری اسلامی ایران
- نمودار ۵- تغییرات شاخص مرگ مادران در جمهوری اسلامی ایران
- نمودار ۶- درصد برخورداری از خدمات کامل مراقبت های دوران بارداری (برابر استانداردهای اعلام شده) به تفکیک محل ارائه خدمات در سال ۱۳۸۴
- نمودار ۷- تغییرات درصد مصرف روش های پیش گیری از بارداری (قرص- آی یودی- کاندوم) به تفکیک شهر و روستا - در جمهوری اسلامی ایران
- نمودار ۸- تغییرات درصد مصرف بستن لوله های رحمی و وازکتومی در جمهوری اسلامی ایران
- نمودار ۹- تغییرات درصد مصرف جمع کل روش ها، روش های نوین و روش های سنتی در جمهوری اسلامی ایران

موضوع	صفحه
مقدمه.....	۱
خلاصه اجرایی.....	۲
فصل یکم: جمعیت و توسعه.....	۷
فصل دوم: برابری جنسیتی، عدالت و توانمندسازی زنان.....	۱۹
فصل سوم: حقوق باروری و سلامت باروری.....	۲۷
فصل چهارم: نوجوانان و جوانان.....	۵۱
فصل پنجم: بیماری های آمیزشی و اچ آی وی و ایدز.....	۵۶
فصل ششم: حمایت طلبی و تغییر رفتار.....	۶۰
فصل هفتم: داده ها و پژوهش.....	۶۲
فصل هشتم: همکاری ها و منابع.....	۶۷
فصل نهم: مداخله های برتر و مسائل پیش رو.....	۶۹
فصل دهم: نتیجه گیری و توصیه برای ۵ سال آینده.....	۷۳
پیوست ها:	

۱- منابع

۲- فهرست علامت های اختصاری

۳- فهرست سازمان هایی که در تدوین این گزارش همکاری داشته اند

کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه که در سال ۱۹۹۴ با حضور ۱۷۹ کشور در قاهره برگزار شد، نقطه عطفی در برنامه سلامت، و بویژه سلامت باروری در سراسر جهان بود. شرکت کنندگان در این کنفرانس متعهد گردیدند که با نگرشی نو به زوایای توسعه سلامت و جمعیت در کشورها پرداخته و از برنامه عمل این نشست به عنوان یکی از سرفصل‌های سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی بهره‌گیری نمایند.

هیأت شرکت‌کننده جمهوری اسلامی ایران با حضوری فعال در این نشست و آرایه نقطه نظرهای برخاسته از نگرش غنی دین‌مبین اسلام به انسان، کرامت انسانی و سلامت انسانی و تبیین سیاست‌های جمهوری اسلامی ایران در ارتباط با موارد پیشگفت، پیشرو بودن جمهوری اسلامی ایران را در زمینه‌های مورد نظر اثبات نمود.

پس از برگزاری این کنفرانس و با توجه به تعهدات جمهوری اسلامی ایران به آموزه‌های دین‌مبین اسلام، اعتقادات و فرهنگ کشور و سیاست‌های توسعه‌ای نظام جمهوری اسلامی، برنامه عمل کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه نیز در تدوین برنامه‌ها و سیاست‌گذاری‌ها مدنظر قرار گرفت. برنامه‌های توسعه‌ای تدوین شده در جمهوری اسلامی ایران از مهمترین مستندات و منابعی بود که با منظور نمودن ابعاد مختلفی از جمعیت و توسعه در بخش‌های مختلف خود، به مدیران و اجرا کنندگان برنامه‌ها کمک کرد تا در برداشتن گام‌های خود به سوی پیشرفت، از قویترین قوانین و مستندات بهره‌گیرند.

امروز که با یاری پروردگار متعال پانزدهمین سال برگزاری کنفرانس جمعیت و توسعه را در پیش داریم، خدای بزرگ را سپاسگزاریم که به ما این توان را اعطا فرمود تا گام‌های خود را در راستای تعهدات جمهوری اسلامی به انسان، کرامت و سلامت انسان و جمعیت کشور برداشته و در راستای آن قادر به بهبود سیمای سلامت جمعیت در کشور باشیم.

همچنین امیدواریم که در طی پنج سال باقی‌مانده و در بیستمین سال پس از برگزاری کنفرانس جمعیت و توسعه قادر باشیم که اهداف جمهوری اسلامی ایران در زمینه انجام تعهدات مربوطه را به بهترین نحوی به جامه عمل درآوریم.

از دفتر نمایندگی صندوق جمعیت ملل متحد در جمهوری اسلامی ایران که با پشتیبانی‌ها و همکاری‌های مداوم خود به ارتقای وضعیت برنامه‌ها یاری نموده و نیز در تهیه این گزارش کمک‌های موثری داشته‌اند سپاسگزاری می‌گردد.

دکتر مرضیه وحید دستجردی

وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

در نخستین دهه ی پس از انقلاب اسلامی (بهمن ماه ۱۳۵۷) در ایران، اجرای سیاست های جمعیتی متوقف شد و میزان افزایش جمعیت شتاب گرفت.

چهارمین سرشماری عمومی نفوس و مسکن (۱۳۶۵) که جمعیت کشور را ۵۰ میلیون نفر و نرخ رشد جمعیت را ۳,۲ درصد اعلام می داشت مسوولان را متوجه جدی بودن مسائل جمعیتی ساخت.

برگزاری کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه در قاهره (۱۳۷۳) در بهترین فرصت تاریخی، مسوولان آماده و برانگیخته ی جمهوری اسلامی ایران را در اجرای سیاست های جمعیت و توسعه خود راسخ تر نمود.

هدف های استراتژیک کاستن از موالید، رفع مشکلات اجتماعی ناشی از بیکاری، گسترش سوادآموزی، افزایش درآمد، ارتقای سلامت، همگانی ساختن بیمه های اجتماعی، تحکیم خانواده، تعمیم عدالت اجتماعی، عدالت در سلامت، ارتقای بهداشت باروری و جلب مشارکت بخش های خصوصی، تعاونی و خیریه به برنامه های پنجساله ی سوم اقتصادی اجتماعی (۱۳۸۳ - ۱۳۷۹) و چهارم کشور (۱۳۸۸ - ۱۳۸۴) راه یافت. قانون برنامه های پنجساله دربرگیرنده ی نمونه های مستندی از راه یافتن مقوله های جمعیتی به استراتژی های توسعه کشور است.

نسبت جمعیت گروه سنی ۶۵ ساله و بالاتر کشور که در چند دهه ی گذشته وضعیتی تقریباً ثابت داشت در حال حاضر روبه افزایش است و آنگاه که نسل پرشمار جوانان امروز به میانسالی و سپس سالمندی پای گذارد سرمایه گذاری های مورد نیاز از چالش های بزرگ کشور خواهد بود. معاونت سلامت وزارت بهداشت با سازماندهی های اخیر، مراقبت های سالمندی و آموزش شیوه زندگی سالم را برای افراد ۶۰ تا ۶۹ ساله در دستور کار خویش قرار داده است.

مهاجرت های داخلی در درجه اول سبب رشد شهرنشینی شده است. ایران در سال ۱۳۶۰ پدیده ی انتقال شهری یعنی بیشتر شدن درصد جمعیت شهرنشین از ۵۰٪ کل جمعیت کشور را پشت سرگذاشته است. در سال ۱۳۸۵ میزان شهرنشینی به ۶۸,۴۶٪ رسید و رشد شهرنشینی، تعداد شهرهای کشور را در نیم قرن اخیر بیش از ۵ برابر افزایش داده است.

جمهوری اسلامی ایران در گسترش سوادآموزی زنان، بویژه در روستاها و مناطق محروم، توفیقی چشمگیر داشته است. در فاصله دو سرشماری ۱۳۶۵ و ۱۳۸۵ سواد زنان روستایی ۹۰ درصد و درصد مردان باسواد روستایی ۳۵ درصد افزایش یافته است (افزایش شاخص باسوادی در روستا برای مردان از ۶۰ به ۸۱,۲ و در زنان از ۳۶,۳ به ۶۹ درصد). با وجود این در سرشماری سال ۱۳۸۵ درصد خانوارهایی که هیچ عضو بی سواد نداشته اند در روستاها ۴۳ درصد اعلام شده است.

درصد زنان ۱۵ تا ۲۴ ساله ی باسواد همواره با فاصله از مردان، ولی با شیب تندتر از آن افزایش یافته است تا جایی که فاصله ی ۲۰ درصدی میان درصد باسواد زن و مرد سال ۱۳۵۵ در سال ۱۳۸۵ فقط به ۱ درصد رسیده است (۹۶،۱٪ برای زنان ۱۵-۲۴ ساله در مقابل ۹۷،۱٪ برای مردان همین مقطع سنی).

از نظر وضعیت اشتغال افراد ۱۰ ساله و بالاتر همواره میان زنان و مردان اختلاف معنی دار موجود بوده است. با وجود پیشرفت های بسیار، دستیابی به عدالت جنسیتی در جمهوری اسلامی ایران بویژه از نظر اشتغال زنان و حضور آنان در مناصب بالای مدیریتی نیازمند تداوم برنامه ریزی های فعلی است و از حیث تاثیری که بر سلامت خواهد داشت در مقوله عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت و در قالب یکی از حیطه های اولویت دار آن جهت تدوین برنامه عملیاتی مد نظر قرار گرفته است. آمار و ارقامی که در این مجال آورده شده تنها بخشی از نتیجه اقداماتی است که طی سال های گذشته در راستای کاهش نابرابری های جنسیتی و نیل به عدالت جنسیتی صورت پذیرفته است.

پس از پشت سرگذاشتن نخستین دهه ی پس از انقلاب که با توقف برنامه های جمعیتی همراه بود جمهوری اسلامی ایران تعهد سیاسی بارز برای تدوین، اعلام و اجرای سیاست های جمعیتی نشان داده است. اکنون در جمهوری اسلامی ایران بسیاری از نیازهای زنان و مردان و بخشی از نیازهای نوجوانان و جوانان از اولویت های برنامه های توسعه به شمار می روند. با وجود این، کیفیت و توزیع استانی منابع و تامین نیازهای خاص هریک از برنامه ها با کمبود و چالش هایی روبه روست.

جمهوری اسلامی ایران در ارتقای سلامت مادران توفیقی درخور توجه داشته و از آن جمله مرگ مادران را در فاصله سال های ۱۳۶۹ تا ۱۳۸۵ به یک چهارم تقلیل داده است. هم چنین موضوع نابرابری در سلامت مادران، از جمله نابرابری در وضعیت سلامت مادران شهری و روستایی مورد توجه قرار گرفته است. از آنجا که در جمهوری اسلامی ایران بهبود وضعیت روستاها و نواحی محروم همواره یکی از اولویت ها بوده، با توسعه روستاها از جنبه های گوناگون و بهبود وضعیت خدمات سلامت و ارائه آن در این نواحی، بسیاری از شاخص های سلامت از جمله سلامت مادران در روستاها نیز ارتقاء یافته است آمار لازم است. کاهش درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده در روستاها به یک سوم در فاصله سال های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ خود موید این مطلب است.

پوشش مراقبت های دوران بارداری با ۶ بار مراجعه در کل کشور ۹۴ درصد است. نسبت زایمان با سزارین از چالش های امروز نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران است.

درصد مصرف روش های گوناگون پیش گیری از بارداری در جمهوری اسلامی ایران حدود ۷۹ درصد است. حدود یک چهارم این میزان به روش های سنتی تعلق دارد. درصد نیازهای برآورد نشده تنظیم خانواده فقط ۵،۹ است. جالب توجه این است که حدود ۶۶ درصد از زنان کشور پیش از نخستین بارداری از هیچ روش پیش گیری استفاده نمی کنند. رقم حدود ۱۸ درصدی حاملگی های ناخواسته در کنار پوشش ۸۰ درصدی استفاده از روش ها، نشان می دهد که کاستن استفاده از روش های غیرمطمئن نیازمند برنامه ریزیهای بیشتری است. رضایت از خدمات به طور عموم چشمگیر و بویژه در واحدهای دولتی بیش از مراکز خصوصی اعلام شده است.

افزایش تنوع و فراهمی وسایل گوناگون پیش گیری از بارداری از ارزش های برنامه تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران است. با وجود این کمبودهای گاه به گاه این وسایل عمدتاً به دلیل اتفاقاتی که خارج از حوزه تصمیم گیری مدیران و برنامه ریزان است، دیده می شود. برای ایجاد آمادگی در برخورد با نیازهای بهداشت باروری در بلاهای طبیعت و شرایط بحران سازماندهی و پیش بینی های اساسی صورت گرفته است.

سقط جنین بجز در مواردی که قانون آن را مجاز دانسته است، ممنوع است. سیاست جمهوری اسلامی ایران بر مبنای برنامه های پیشگیری از بارداری های ناخواسته و پرخطر است که در اولین قدم بتواند سبب کاهش نیاز به سقط جنین گردد. تغییرات و بهبود میزان بارداری های ناخواسته موفقیت قابل توجه کشور را در این راستا نشان می دهد و البته تاکید بر این امر دارد که برنامه های مربوطه باید همچنان با شدت و حدت ادامه یابد. شایان ذکر است که به استناد قانون، سقط جنین در برخی از موارد خاص مجاز است. همچنین همه مراکز درمانی کشور موظف به ارائه خدمات Emergency Obstetric Care هستند.

اگرچه حمایت های مذهبی، سیاسی و فرهنگی موثر از مهمترین عوامل توفیق جمهوری اسلامی ایران در توسعه ی بهداشت باروری بوده است. این برنامه در مواردی با موانعی که منشاء فرهنگی و مذهبی دارند روبه روست. در این موارد نیز برنامه ریزی برای آگاهی رسانی و بیان صحیح مسئله برای سیاستگذاران و مدیران ارشد کشوری در اولویت فعالیت ها قرار دارد.

ایران، امروز با انبوه جمعیت جوان خود روبه روست. دولت نسل پرشمار جوانان را هدیه ی جمعیتی دانسته و مصمم به استفاده از این نیروی عظیم و افزایش توان تولید اقتصادی است. همچنین برنامه ریزی های گسترده ای لازم است تا با رسیدن این نسل به سنین میانسالی و سالمندی، جامعه مهیای پذیرایی از آنان و برخوردار از استطاعت خدمت رسانی های پرهزینه به سالمندان نسل های بعد باشد.

برای تحلیل وضعیت کنونی جوانان و سنجش نیازهای آنان کوششی درخور توجه صورت گرفته و با نمونه ای درخور اعتنا بسیاری از جنبه های حیات اجتماعی امروز جوانان شناخته شده است. امید است که با بهره گیری نظام یافته از این داده ها، تبدیل آنها به برنامه های عملی و پاسخگو در اولین فرصت ممکن صورت گیرد.

نسل جوان خود از بحران های هویتی، دغدغه های زندگی اجتماعی، اختلال در کارکردهای خانواده، نارضایی از نظام آموزشی، نیاز خود به مهارت های زندگی که نظام آموزشی بدان اعتنای کافی ندارد سخن رانده است.

در برابر مخاطرات گوناگون که جوانان امروز را در بر گرفته است نقش دولت می بایست اطلاع رسانی درست، کافی، بموقع و موثر باشد. دولت جمهوری اسلامی ایران ضمن نامناسب تلقی نمودن برخی از سایت های موجود اطلاع رسانی، تلاش هایی را برای راه اندازی سایت های اینترنتی با محتوای مناسب، منطبق با فرهنگ و مذهب و نیز سازماندهی برخی امکانات دیگر اطلاع رسانی انجام داده است.

کانون هایی که برای تامین خدمات مورد نیاز جوانان بویژه در بعد مشاوره و اطلاع رسانی تجهیز یافته اند نیازمند مهارت، تخصص و سازگاری زمانی بیشتر است تا جوانان بتوانند حداکثر بهره ممکن را از آنان دریافت کنند. براساس پژوهش های درخور که از سال ها پیش درخصوص دوران بلوغ دختران و پسران کشور صورت گرفته است، دولت درصدد تدوین برنامه ای مدون و سازمان یافته برای حمایت از نوجوانان در سن بلوغ و کاستن از فشار بحران های این مقطع سنی است.

بخش سلامت در جمهوری اسلامی ایران دارای ادارات مسئول برای بیماری های قابل انتقال از طریق تماس جنسی است. این ادارات بویژه در خصوص HIV و ایدز، دارای نقشه ای موثر و مشخص است. باتوجه به اینکه بخش خصوصی دارای عمده ترین نقش در ارائه خدمات درمانی سرپایی به جامعه است، انتظار می رود که حل مراجعه اکثریت مبتلایان به بیماری های آمیزشی نیز در همین بخش صورت گیرد.

کنترل HIV و ایدز، زیرنظر کمیته فنی و سازگار با تجربه ها و الزام های بین المللی برای تشخیص، مراقبت و درمان بدرستی صورت می گیرد. در جریان مراقبت و درمان، همه ی جنبه های حقوق انسانی، رازداری و رفاه بیماران رعایت می شود. در راستای ارزیابی آموزش های هرچه صحیح تر به جامعه، در طی سال های گذشته گام های بسیار بلندی برداشته شده است و برنامه های آموزشی مربوطه به HIV و ایدز از طریق رادیو، تلویزیون و سایر رسانه های گروهی به کرات پخش می گردد. با وجود این، آموزش توده های مردم نیازمند سعی بیشتر در حذف هرچه بیشتر موانع فرهنگی و اجتماعی است.

سوء مصرف مواد و ابتلای معتادان به HIV و ایدز از چالشهای امروز نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران است.

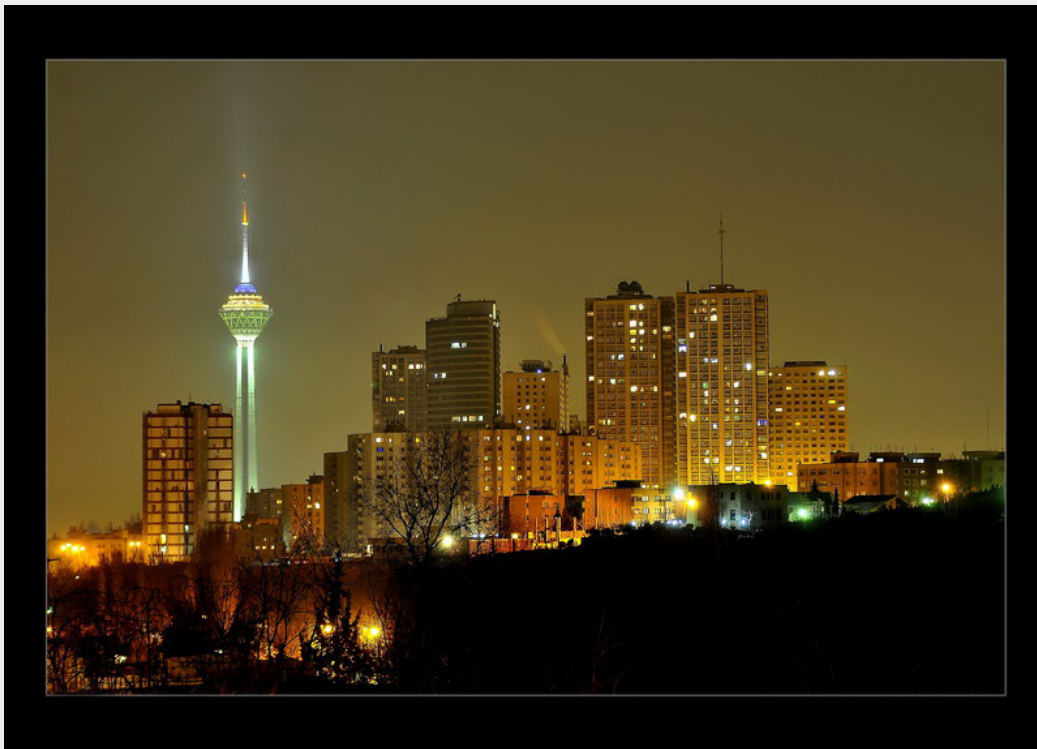
در جمهوری اسلامی ایران از ابتکار کلینیکهای مثلثی و مراکز مشاوره رفتاری به طور همزمان برای آموزش و مشاوره، مراقبت و درمان استفاده شده است. در این مراکز همه خدمات، و از جمله درمان با داروهای ضد رترو ویروس رایگان است. به سبب پرهزینه بودن درمان ضد رترو ویروس و احتمال افزایش موارد باید از هم اکنون دیگر گزینه های درمانی جستجو شود.

برای انتقال پیام های بهداشت باروری و برقراری ارتباط در راستای حقوق باروری اقدامات شایان توجهی صورت گرفته است. یکی از اقداماتی که در سطح ملی برای آگاهی رسانی در زمینه های یادشده رخ داده است، راه اندازی تلفن های پاسخگو و سیستم های اطلاع رسانی تلفنی ۲۴ ساعته است. تلفن سه رقمی ۱۴۹ با گسترش در حدود ۳۰۰ شهر کشور شاهی بر این مدعا است.

ایران در اطلاع رسانی بهداشت باروری اقدامات مناسبی را در راستای اطلاع رسانی، آموزش و برقراری ارتباط (IEC) و نیز آموزش هایی که نیاز فردی یا جوامع کوچک را هدف قرار دهد انجام داده است. بدهی است بهره گیری از تجربیات سایر کشورها و استفاده از تجربیات موفق آنها، با در نظر گرفتن زمینه های مذهبی و فرهنگی مشابه می تواند سبب افزایش سرعت پیشرفت های مورد نظر گردد.

سرشماری های عمومی نفوس و مسکن که هر ۱۰ سال یک بار تکرار می شود (و برنامه ریزی برای کاهش فاصله زمانی آن به پنج سال انجام شده است)، داده های سازمان ثبت احوال کشور و پژوهش های بی شمار که سازمان ها و نهادهای مسوول در جهت شناخت نیاز و گردآوری داده ها به اجرا می گذارند منبعی سرشار و یاری دهنده برای پی گیری مسائل جمعیتی و بهداشت باروری است. با وجود این، در مواردی این داده ها بهنگام نیست، در طی سال های گذشته، بهره گیری از سیستم های اینترنتی موجب شده است که دسترسی به اطلاعات حاصله از بسیاری از بررسی ها، بویژه در موارد اطلاعات بعضی از داده ها که فقط یک بار منتشر می شود و تکراری در پی ندارد، بهبود یابد. برخی از شاخص ها در زمینه های: تولد و مرگ و باروری، مصرف برخی از روش های پیش گیری از بارداری در گروه های پرخطر، بعضی از پیامدهای ایدز، نیاز به داروهای اساسی، داده های مربوط به جوانان و سالمندان و نیز بیماری های آمیزشی نیازمند تداوم روند بهبودی است.

میزان بهره مندی دولت جمهوری اسلامی ایران از کمک های بین المللی اندک است. صندوق جمعیت سازمان ملل اصلی و عمده ترین سازمان بین المللی حمایت کننده از برنامه های بهداشت باروری است که از سال های ۱۳۵۰ این کمک ها را آغاز نموده است. این کمک ها در تقویت توان کارشناسی، ظرفیت سازی، ایجاد انگیزه در کارکنان و یاری رساندن به طرح های پژوهشی و شناساندن اندیشه های نو ارزشمند بوده است.



مقدمه

انسان هم هدف توسعه است و هم عامل آن ولی معمولاً آنان که فاصله بیشتری از توسعه دارند و می‌بایست پیش از همه هدف توسعه قرار گیرند خود به میزان زیاد از عاملیت آن بدورند. انسان گرسنه، بی‌سواد، بی‌خانمان و بی‌ازخلاقیت که در سلسله مراتب قدرت نیز جایی ندارد مهمترین هدف توسعه است اما از عاملیت آن بی‌است. از جلوه‌های مهم کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه که در سال ۱۹۹۴ به همت صندوق جمعیت سازمان ملل متحد در قاهره برگزار شد توجه به دوگانگی برخاسته از جمعیت و توسعه و هدف قرار دادن همزمان هر دو بود. هم از این روست که برنامه عمل این کنفرانس که خود مبین نگاه مسوول به آینده‌ی کنفرانس بود سراسر با نگرانی‌های برخاسته از تقابل این دو آمیخته است: سرفصل‌هایی چون ادغام استراتژی‌های جمعیت و توسعه، رابطه‌ی میان جمعیت، فقر و توسعه پایدار، جمعیت و محیط، برابری جنسیتی و توانمندسازی زنان، حقوق باروری، مهاجرت و شهرنشینی، جمعیت و آموزش و سلامت از نشانه‌های این نگرانی است. این نگرانی‌ها و دغدغه‌ها به خوبی در نتایج مطالعات و تحقیقات مراکز معتبر علمی جهان در دهه‌های اخیر در مورد سلامت نیز نشان داده شده است. نتایج این تحقیقات بیان‌کننده این است که از میان عواملی که سلامتی انسانها را تحت تاثیر قرار می‌دهند عوامل اجتماعی بیشترین اثر را بر سلامتی دارند و سهم آنها از سایر عوامل مانند عوامل ژنتیکی و بیولوژیکی و حتی از سهم خود مراقبت‌های سلامتی بسیار بیشتر (حدود ۵۰٪) است. مهم‌تر اینکه عوامل اجتماعی اثرات نامطلوب خود را بیشتر بر سلامت طبقات پایین‌تر جامعه نشان می‌دهند و از این رو باعث ایجاد بی‌عدالتی در سلامت جوامع می‌شوند. بهمین دلیل لازم است توجه ویژه‌ای را به عوامل اجتماعی به عنوان تهدیدکننده اصلی سلامت بخصوص سلامت طبقات پایین‌تر و محروم‌تر جامعه معطوف داشت. زیرا بدون توجه به عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت رسیدن به هدف سلامتی برای همه که خود از اهداف مهم سلامت در جهان و در کشورهاست و نیز کاهش نابرابری‌های سلامتی غیر ممکن می‌گردد.

پی‌گیری‌هایی که از آن زمان و هر پنج سال یک بار برای پایش پیشرفت در پرداختن کشورها به برنامه عمل صورت گرفته است همانند تزریق‌های یادآور در ایمن‌سازی، در برانگیختن موجی دیگر از تلاش جهانی برای بازتعهد سال ۱۹۹۴ نقشی انکارناپذیر داشته است.

تدوین گزارش ۱۵ سال پس از کنفرانس قاهره فرصتی برای تامل کشورها و دولت‌ها در خصوص تلاش‌های خود و قیاس آن با جامعه جهانی برای عمل به تعهداتی است که در برابر جمعیت، توسعه، اقتصاد، محیط، آموزش، سلامت و عدالت برعهده گرفته‌اند.

جمعیت و توسعه در ایران

در نخستین دهه ی پرتلاطم پس از انقلاب اسلامی (بهمن ماه ۱۳۵۷) در ایران، سیاست های کنترل جمعیت متوقف شد و میزان افزایش جمعیت شتابی بی سابقه گرفت.

چهارمین سرشماری عمومی نفوس و مسکن (۱۳۶۵) که جمعیت کشور را حدود ۵۰ میلیون نفر و رشد جمعیت را ۳٫۲ درصد اعلام می داشت مسوولان را متوجه جدی بودن مسائل و مشکلات جمعیت ساخت. سمینار کشوری جمعیت و توسعه که کمی بعد در شهر مشهد برگزار شد باعث ایجاد آمادگی بیشتری گردید. در برنامه اول توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور (۱۳۶۸-۱۳۷۲) کنترل جمعیت از اولویت ها در توسعه اقتصادی اجتماعی کشور اعلام شد.

برگزاری کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه در قاهره (۱۳۷۳) که ایران از شرکت کنندگان فعال آن بود شاید در بهترین فرصت تاریخی برای مسوولان آماده و برانگیخته ی ایران زمینه ای مساعد فراهم آورد تا تفکر حاکم بر برنامه عمل این کنفرانس را در ادغام جمعیت و توسعه با جدیت بیشتر در پیش گیرند (وزارت بهداشت، ۱۳۸۳ الف)

برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۳ - ۱۳۷۹) و برنامه چهارم آن (۱۳۸۸ - ۱۳۸۴) در برگیرنده ی هدف های استراتژیک در تحدید موالید، رفع مشکلات اجتماعی ناشی از بیکاری، افزایش درآمد، آموزش، سلامت، همگانی ساختن بیمه سلامت، تحکیم خانواده، تعمیم عدالت اجتماعی، بهبود وضعیت تغذیه مردم، ارتقای عدالت در سلامت، توجه به سلامت مردم در مناطق توسعه نیافته یا کمتر توسعه یافته، ارتقای سلامت باروری و جلب مشارکت بخش های خصوصی، تعاونی و خیریه در این راه است.

در قانون برنامه ی چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی نمونه های فراوان از راه یافتن مقوله های جمعیت و توسعه به استراتژی های توسعه کشور دیده می شود. از آن جمله است: بند و از ماده ۱۸ (توجه به سرانه سهم پروتئین در تغذیه)؛ بند الف ماده ۲۸ (حذف کامل نقاط سانحه خیز در راه ها)؛ بند الف ۳ از ماده ۳۰ (توسعه شبکه آب)؛ بند و از ماده ۴۹ (حفظ سرمایه های انسانی)؛ بند ب از ماده ۵۰ (آموزش عالی)؛ ماده ۵۲ (آموزش عمومی)؛ مواد ۶۰ تا ۷۱ (حفظ محیط زیست)؛ ماده ۸۴ (امنیت غذا و تغذیه)؛ ماده ۸۵ (کاهش عامل های تهدیدکننده سلامت)؛ ماده ۸۶ (کاهش خطرات اعتیاد، ایدز و بار بیماری های روانی)؛ ماده ۸۸ (تعالی عملکرد بالینی)، ماده ۸۹ (دسترسی عادلانه همه مردم)؛ ماده ۹۰ (عدالت در هزینه های سلامت)؛ ماده ۹۱ (استقرار بیمه همگانی درمان در روستا)؛ ماده ۹۲ (درمان مصدومان حوادث رانندگی)؛ ماده ۹۳ (تنظیم بازار دارو)؛ ماده ۹۵ (توزیع عادلانه درآمد)؛ ماده ۹۶ (استقرار نظام جامع تامین اجتماعی و پوشش کامل بیمه ها)؛ ماده ۹۷ (پیش گیری از آسیب های اجتماعی)؛ ماده ۹۹ (بهبود وضعیت اشتغال، مسکن ارزان قیمت، ارتقای سطح اجتماعی، درمانی، معیشتی و بهبود وضعیت آموزشی و فرهنگی، حفظ و تثبیت موقعیت شغلی برخی از گروه های خاص جامعه) و ماده ۱۰۲ (استفاده از بخش تعاونی در برقراری عدالت اجتماعی) (سازمان مدیریت، ۱۳۸۳).

جمعیت، توسعه و تغذیه

GDP، تورم، بیکاری و خط فقر شاخص های توسعه هستند و اندکس توسعه انسانی عبارتست از طول عمر، ثبت نام در مدارس، درآمد و وضعیت تغذیه افراد جامعه. اثرگذاری تغذیه بر ابعاد توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی جوامع و عواقب ناخواسته انواع سوء تغذیه بر جامعه در سه بعد سلامت، یادگیری و توسعه اقتصادی کشور بر اساس نتایج مطالعات جهانی به شرح زیر است:

- در بعد سلامت: سوء تغذیه موجب مرگ و میر می شود. ۶۰٪ مرگ کودکان جهان مرتبط با سوء تغذیه است که یک مورد از هر ده مورد به علت «سوء تغذیه شدید» است، مرگ ۳-۱،۲ میلیون کودک در ارتباط با کمبود ویتامین A است، ۲۰٪ مرگ مادران مرتبط با آنمی فقر آهن است و تولد نوزاد کم وزن با بیماری های تحلیل برنده در ارتباط است.
 - در بعد یادگیری: اختلالات ناشی از کمبود دریافت ید سبب کاهش IQ به میزان ۱۳،۵ امتیاز می شود. سوء تغذیه پروتئین انرژی سبب تاخیر در شرکت کودکان در مدرسه، کاهش قابلیت عملکرد کودکان در مدرسه و در جا زدن دانش آموزان در یک کلاس می شود. آنمی سبب کاهش ظرفیت شناختی و کاهش اسکور تست آنان بین ۱،۵-۵SD، ۰ می شود.
 - در بعد اقتصادی: کوتاه قدی سبب کاهش قابلیت تولید می شود. ۱٪ کاهش قنبر با ۱،۴٪ کاهش قابلیت تولید است. همچنین ۱٪ کاهش میزان آهن سرم برابر با ۱٪ کاهش در قابلیت تولید است.
- نتایج بررسی مصرف مواد غذایی که در سالهای ۸۱-۱۳۷۹ توسط انستیتو تحقیقات تغذیه کشور انجام شده است، حاکی از آن است که در برنامه های تغذیه ای باید عناوینی همچون ارتقای وضعیت دریافت درشت مغذی ها و ریزمغذی ها مدنظر قرار گیرند.



شاخص توده بدنی عبارتست از نسبت وزن (کیلوگرم) به مجذور قد (متر به توان ۲) Body Mass Index

بررسی ملی سلامت و بیماری در سال ۱۳۷۸ میزان شیوع اضافه وزن و چاقی را بر اساس BMI (شاخص توده بدنی)، در جمعیت ۱۵-۳۹ سال زن در حدود ۳۵٪ و در مردان همین گروه سنی در حدود ۲۵٪ نشان داده است. در جمعیت ۴۰-۶۹ ساله شیوع اضافه وزن و چاقی در مردان در حدود ۳۵٪ و در زنان در حدود ۵۵٪ نشان داده شده است. چاقی و اضافه وزن بدلائل متعدد از جمله عوامل فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی و فاکتورهای ژنتیکی ایجاد می شود و بهبود آن علاوه بر برنامه های فرهنگ سازی تغذیه ای نیاز به تغییر در شیوه زندگی و افزایش تحرک بدنی دارد. ایجاد رفتارهای تغذیه ای صحیح از دوران کودکی و آموزش تغذیه در مدارس باید آغاز شود. چاقی دوران کودکی و نوجوانی در دوران بزرگسالی ادامه می یابد و خطر بیماریهای متابولیک را افزایش می دهد. بنابراین برنامه ریزی برای افزایش فعالیتهای ورزشی و تحرک بدنی در کنار رژیم غذایی متعادل و آموزش تغذیه برای تامین رشد مطلوب در این دوران حائز اهمیت است. اضافه وزن و چاقی از عوامل عمده و زمینه ساز ابتلا به بیماریهای متابولیک می باشد.

□ در حال حاضر، بیماریهای قلبی - عروقی یکی از علل عمده مرگ و میر در ایران است. عدم رعایت تغذیه صحیح، مصرف بیش از مقادیر توصیه شده چربی ها بویژه چربی های حیوانی و روغن های نباتی جامد که حاوی مقادیر زیاد اسیدهای چرب اشباع شده می باشد، از مهمترین دلایل بروز بیماریهای قلبی و عروقی است. اطلاعات موجود حاکی از بالابودن کلسترول خون در درصد قابل توجهی از مردم کشور است. مصرف بالای چربی ها بطور کلی و روغن نباتی جامد از علل افزایش کلسترول محسوب می شود. بر اساس اطلاعات بررسی مصرف مواد غذایی، متوسط مصرف چربیها در کشور از مقدار توصیه شده بیشتر است. بررسی مصرف مواد غذایی در سال ۱۳۸۰ نشان داده است که مصرف سرانه روغن و چربی در کشور ۴۰ گرم در روز است که در مقایسه با سبد مطلوب پیشنهادی (۳۶ گرم) بیشتر است.



o نتایج سه بررسی کشوری انجام شده در سال های ۱۳۷۴ و ۱۳۷۷ و ۱۳۸۳ بر اساس شاخص های قد برای سن (کوتاه قدی تغذیه ای)، وزن برای سن (کم وزنی) و وزن برای قد (لاغری) حاکی از آن است که روند سوء تغذیه در کودکان زیر ۵ سال ایرانی، بویژه طی سالهای ۱۳۷۷-۱۳۸۳ کاهش قابل ملاحظه ای داشته است.

□ مطالعات انجام شده در کشور در طی سالهای ۶۸-۱۳۶۲ نشان داد که حدود ۲۰ میلیون نفر از مردم کشور در معرض کمبود ید قرار داشته و عوارض شدید کمبود ید از جمله عقب ماندگی رشد، اختلال شنوایی و کاهش ضریب هوشی نیز در کودکان ساکن در نواحی کوهستانی مشاهده گردید. اولین بررسی کشوری انجام شده در سال ۱۳۶۸، شیوع گواتر را به میزان ۶۸٪ نشان داد. شیوع گواتر در سال ۱۳۸۰ حدود ۹٫۸٪ و در سال ۸۶ حدود ۶٫۵٪ محاسبه گردید. هم اکنون ۹۶٫۶٪ نمکهای خوراکی تصفیه شده دارای میزان ید مناسب هستند و ۹۸٫۷٪ خانوارها از نمک یددار استفاده میکنند.

خلاصه عملکرد وزارت بهداشت در خصوص بهبود تغذیه جامعه در برنامه چهارم توسعه ماده ۸۴ در خصوص امنیت غذا و تغذیه به شرح زیر است:

- تغییر الگوی مصرف روغن از جامد به مایع، کاهش تولید روغن جامد، کاهش میزان اسید چرب اشباع و ترانس در روغنهای جامد، آموزش عام و تخصصی از طریق رسانه های جمعی، اجرای دستورالعمل اصلاح مصرف روغن در مراکز دولتی، تشکیل کمیته فنی بهبود کیفیت و اصلاح الگوی مصرف روغن و ...
- اجرای برنامه کشوری غنیسازی آرد از شهریور ماه ۸۵. در برنامه غنیسازی آرد با آهن و اسیدفولیک کلیه استانهای کشور تحت پوشش قرار گرفته اند.

- استاندارد نمودن برنامه های تغذیه ای و آموزشی ارائه شده در روستامهدها
- ترسیم منحنی وزن گیری مادران باردار در پرونده مراقبتهای ادغام یافته دوران بارداری برای اولین بار در کشور
- طراحی و تدوین سبد مطلوب غذایی در بحران ها و ارائه به سازمانهای متولی امداد رسانی غذا و تغذیه در کشور
- تهیه نقشه سوء تغذیه کودکان زیر ۶ سال کشور به تفکیک شهرستانها در سالهای ۸۸-۱۳۸۷.

از دیگر ضعفها در مراقبت از مادران توجه نکردن به وضعیت زنان از نظر کمبود ریزمغذیهاست. پس از توفیق چشمگیر جمهوری اسلامی ایران در کنترل کمبود «ید» که با ارزشیابیهای مکرر اثرات آن تایید شد، وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۰ به تحقیقی گسترده برای شناخت بهتر وضعیت ریزمغذیهای آهن و روی و ویتامینهای A و D دست زد که نتایج آن در سال ۱۳۸۵ انتشار یافت (دفتر بهبود، ۱۳۸۵). برپایه نتایج این مطالعه:

- از نظر رتبه کمخونی (هموگلوبین پایین) زنان باردار با میزان ۲۱ درصد، پس از کودکان ۱۵ تا ۲۳ ماهه در رتبه دوم قرار دارند. میزان کمخونی در بقی از استانها تا ۴۴ درصد گزارش شده است؛

- از نظر رتبه کمبود ذخیره آهن (فریتین پایین) زنان باردار با نسبت ۴۳ درصد در صدر قرار دارند؛
- ۱۰ درصد زنان باردار و ۶ درصد جوانان به کم خونی فقر آهن مبتلایند.
- مقابله با کم خونی در کودکان، زنان باردار و جوانان چالشی بزرگ است که بویژه در روستاها از اهمیت خاص خود برخوردار است.
- کمبود «روی» در زنان باردار کل کشور ۳۹ درصد گزارش شده است. در این ریزمغذی نیز برخی از استان ها در مقایسه با متوسط کشوری از میزان های پایین تری برخوردار هستند و مقابله با این کمبود را باید یکی از فوریت های بهداشت عمومی در کشور دانست.
- بیشترین کمبود ویتامین A در مناطقی از هرمزگان، بوشهر و جنوب خوزستان مشاهده شده است. در ۴۲ درصد از خانوارها، ویتامین A کمتر از ۷۰ درصد نیاز خورده می شود. کمبود ویتامین A در زنان باردار کشور از ۷ تا ۳۴ درصد متغیر است.
- کمبود درجات مختلف (خفیف، متوسط و شدید) ویتامین D در زنان باردار کشور ۵۶٫۵ درصد با دامنه ی نوسان ۷۰-۳۰ درصد در نقاط مختلف کشور است. بالاترین میزان کمبود ویتامین D از مناطق شهری تهران گزارش می شود.

جمعیت، توسعه و محیط

- به عنوان نمونه، قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی درباره حفظ محیط زیست دارای تاکیدهای زیر است:
- گسترش آموزش های عمومی و تخصصی محیط زیست، حمایت از سرمایه گذاری در این بخش و تقویت ساختارها (ماده ۶۰)
- پایش منابع آلوده کننده محیط؛ تشویق مبارزه بیولوژیک و کاستن از مصرف سموم و مدیریت پسماندها (ماده ۶۱)
- مبارزه با آلودگی هوا، بویژه در کلان شهرها (ماده ۶۲)
- جلوگیری از آلودگی و تخریب سواحل، بویژه ساحل دریای خزر (ماده ۶۳)
- ارتقای آگاهی های عمومی درباره محیط و ضرورت حفظ سلامت آن و برقراری نظام اطلاعات زیست محیطی (ماده ۶۴)
- تدوین اصول پایدار بوم شناختی، بویژه در الگوهای تولید و مصرف (ماده ۶۵)
- اجرای سیاست های مصرف بهینه ی منابع پایه و محیط زیست شامل مدیریت مصرف انرژی، آب، مواد اولیه، کاهش مواد زائد جامد و بازیافت مواد زائد جامد (ماده ۶۶)
- تقویت مدیریت زیست بومی و جلوگیری از شکار بی رویه (ماده ۶۷)

- حفاظت، احیای ذخایر، رفع آلودگی و بهره برداری منطقی از محیط های دریایی (ماده ۶۸)
- خارج ساختن دام از جنگل، ساماندهی جنگل نشینان؛ ایجاد تعادل میان دام و مرتع؛ تقویت آبخیزداری؛ توسعه زراعت چوب؛ توسعه جنگل ها و بهره برداری منطقی از جنگل (ماده ۶۹).
- اجرای طرح مرتع داری (ماده ۷۰).



جمعیت، توسعه و سالمندان

جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر ایران که در سرشماری سال ۱۳۳۵، ۶،۲۵ درصد اعلام شده بود، با گذشت چهار دهه، در سال ۱۳۷۵ با مختصر افزایش به ۶،۶۲ درصد رسید. داده های سرشماری عمومی نفوس و مسکن جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۸۵، نسبت جمعیت ۶۰ ساله و بالاتر را ۷،۲۶ درصد (در نقاط شهری ۸،۶ و در روستاها ۸،۲۸ درصد) اعلام داشته است. توزیع جمعیت سالمند در استان های مختلف بی آنکه از الگویی خاص پیروی کند، تفاوت های آشکار دارد. استان های گیلان (۱۰،۱۰) خراسان جنوبی (۹،۵) و مرکزی (۹،۲) در شمار استان های با بیشترین نسبت جمعیت سالمند و استان های سیستان و بلوچستان (۴،۱۶) هرمزگان (۵،۲۶) و خوزستان (۵،۳۵) دارای کمترین درصد سالمندان اند. (سرشماری مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵).

یکی از بررسی ها (وزارت بهداشت، ۱۳۸۶ الف) وضعیت سالمندان کشور را تا حدود زیاد مطلوب ارزیابی کرده است: فقط ۹ درصد سالمندان تنها به سر می برند؛ تنها ۰،۴ درصد از آنان بیکار و فاقد درآمدند؛ ۵۹ درصد سالمندان وضعیت سلامت خود را «خوب» و ۵ درصد «عالی» می دانند؛ و اشتغال به کار پاره وقت و تمام وقت در مردان و در سالمندان روستایی بیشتر است.

حال آنکه، در مطالعه ای دیگر که وضعیت سالمندان داخل کشور با سالمندان ایرانی مقیم کشور سوئد و همتایان سوئدی آنان مقایسه شده است (مداح، چاپ نشده) منشاء عمده حمایت مالی از سالمندان، نه بیمه های اجتماعی، که فرزندان و همسر اعلام شده است؛ سالمندان کشور بسیار بیشتر از دو گروه مقایسه نگران آینده ی زندگی خویش بوده اند؛ سه برابر کمتر از آنان ورزش می کنند و فقط یک سوم دو گروه شاهد از گذران اوقات فراغت خویش خشنود بوده اند.

با وجود اینکه وزارت بهداشت از سالها پیش به مراقبت از سالمندان توجه داشته و برنامه های پراکنده به اجرا می گذارده است در سال های اخیر این برنامه ها سازمان دهی یافته و شامل دو برنامه مراقبت های ادغام یافته سالمند و شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی گشته است. برنامه شیوه زندگی سالم در دوره سالمندی فقط برای گروه سنی ۶۰-۶۹ سال در ۷۲ شهرستان از دانشگاه های علوم پزشکی و برنامه مراقبت های ادغام یافته سالمند برای تمامی گروه های سنی ۶۰ سال و بالاتر در ۱۷ شهرستان از ۱۷ دانشگاه علوم پزشکی اجرا می گردد. عزم جدی برای گسترش این دو برنامه در سراسر کشور با استفاده از پتانسیل های درون بخشی و فرا بخشی وجود دارد.



در اجرای این مقصود دستور عمل های روشنی برای بهبود رفتار سالمندان تدوین شده است. در این راستا موضوعات آموزشی تمرینات بدنی و تغذیه، پوکی استخوان، درد مفاصل، دهان و دندان، استرس، حافظه، حوادث و سقوط، یبوست، مشکلات بینایی و شنوایی، اختلال خواب، مشکلات پا، بی اختیاری ادراری، اعتیاد به سیگار در راستای بار بیماری ها و مبتنی بر نیاز به سالمندان بر اساس طرح درس و محتوای آموزشی استاندارد آموزش داده می شود و گام هایی که باید برای تبدیل آموزش های داده شده به رفتار های پایدار طی گردد نیز فراهم گردیده است.

در این دستورعمل ها از جمله ارزیابی سالمند برای طبقه بندی مشکل (مانند بیماری های قلب و عروق، اعم از بیماری های ایسکمیک قلبی و عروقی و دیس لیپیدمی، فشارخون، اختلالات تغذیه ای، دیابت، سرطان ها، افسردگی و اضطراب و اختلال خواب، پوکی استخوان، بی اختیاری ادراری، سل، بیماری های دهان و دندان، دمانس و اختلال بینایی و شنوایی)؛ گام هایی که باید برای پی گیری و ارجاع آنان برداشته شود؛ و نکات مربوط به مشاوره با سالمند یا همراه وی (درباره ی تغذیه، فعالیت های بدنی، ترک سیگار، پیش گیری از سرطان های پستان و کولورکتال، پیش گیری از سقوط، اختلال خواب و ...) تهیه شده است. در دستورعمل ویژه پزشکان، نکات لازم درباره درمان نیز بخش چهارم دستورعمل را تشکیل می دهد.

در حال حاضر اطلاعات کاملی از وضعیت معیشت و میزان پوشش اجتماعی سالمندان دردست نیست.

جمعیت، توسعه و مهاجرت

در مهاجرت های داخلی نقش مهاجرت روستائینان به شهر و از شهرهای کوچک به شهرهای بزرگتر اهمیت بیشتری دارد. این الگو در مهاجرت های داخلی، به طور مستقیم سبب افزایش نسبت جمعیت شهرنشین و رشد شهرنشینی شده است. اگر جهان در سال ۲۰۰۸ خود را مهیای پدیده انتقال شهری (یعنی تجاوز جمعیت شهرنشین از ۵۰ درصد جمعیت جهان) می کند، ایران ربع قرن پیش در سال ۱۳۶۰ این پدیده را از سر گذرانده است. رشد شهرنشینی از جمله عواملی است که تعداد شهرهای کشور را در نیم قرن اخیر بیش از ۵ برابر کرده و از ۱۹۹ شهر در سال ۱۳۳۵ به ۱۰۱۵ شهر در سال ۱۳۸۵ رسانده است.

مهاجرت به داخل کشور به طور عمده به دلایل پیروی از خانوار، جستجوی اشتغال و تحصیل بوده است. مهاجرت تحصیل کرده ها در نیم قرن اخیر الگوی غالب مهاجرت ایرانیان به خارج از کشور را تشکیل می داده است (عباسی، ۱۳۸۷).

در فاصله ی سال های ۷۵-۱۳۶۵ نزدیک به ۲۸ درصد از مهاجران به خارج از کشور را جوانان تشکیل می داده اند (۲۹ درصد مردان و ۲۶ درصد زنان مهاجرت کرده). نسبت جنسی که در دهه ی پیش از آن ۸,۲۷ بود در فاصله ی دو سرشماری یادشده به ۱۳۷ رسید (۱۳۷ مرد در برابر ۱۰۰ زن). (کمالی، ۱۳۸۳).

برای مهار این سیر مهاجرت، جمهوری اسلامی ایران در سال های اخیر برنامه های متفاوتی مانند حمایت از نخبگان (تشکیل بنیاد نخبگان) و شناسایی و بکارگیری مهارتهای آنان در توسعه کشور را اجرا نموده است. این مداخله ها حتی در مواردی امکان بازگشت مهاجران را به کشور فراهم آورده است.

به نظر کارشناسان، تمرکزگرایی در روابط اجتماعی سبب تمرکز یافتن امکانات و تسهیلات زندگی می شود و جمعیت برای دستیابی به این امکانات به سوی قطب های یاد شده مهاجرت می کند. این قاعده نه فقط درباره مهاجرت های داخلی، بلکه حتی در مهاجرت های بین المللی صائب است.

ایجاد چنین واحدهایی دست زد و برابر همان ضوابط جمعیت را در پوشش این واحدها قرار داد. چند وظیفه ای بودن این واحدها و ادغام یافته بودن خدمات آنان سبب دسترسی یافتن جمعیت حاشیه شهرها به همه ی خدمات و از آن جمله خدمات بهداشت باروری می شود. در همین راستا در سالهای اخیر ایجاد پایگاه های بهداشتی برای ارائه خدمات بهداشت باروری بویژه در مناطق حاشیه شهری مورد تاکید قرار گرفته و سبب بهبود دسترسی جمعیت قابل توجهی از گیرندگان خدمات در این مناطق شده است.

در دهه ی اول پس از انقلاب اسلامی، بخش عمومی حدود دو برابر و نیم پیش از انقلاب رشد کرد و تعداد شاغلان بخش خصوصی، علی رغم افزایش جمعیت تقریباً ثابت ماند. از این رو عمده ساختار مشاغل کشور زیرمجموعه نظام دولتی قرار گرفت. این تمرکز، سبب مهاجرت مردم به سوی این قطب ها شد و روستاییان را به شهرها و جمعیت شهرها را به سوی قطب های تمرکز امکانات بیشتر در تهران و سپس در مراکز استان ها گسیل داشت. در دهه ی دوم به سبب رشد بیشتر بخش خصوصی اندکی از هجوم مهاجران به شهرها کاسته شد اما افزایش مطلق جمعیت سبب شد علی رغم ملایم تر شدن مکنندگی شهرها، بازهم بر حجم مهاجران، بخصوص مهاجران تهران، افزوده شود (زاهد، ۱۳۸۵).

دلایل اقتصادی و فرهنگی سبب می شود مهاجران به شهرها در آغاز، حاشیه شهرها را برای اسکان خویش برگزینند. حاشیه نشینی خود نیز از عوامل تاثیر گذار بر سلامت است چراکه حاشیه نشین ها، معمولاً در مقایسه با دیگران مورد غفلت قرار می گیرند و مواردی از قبیل امکان برخورداری از تحصیل، شرایط اشتغال برابر و یا برخورداری از حمایت های اجتماعی در بسیاری از موارد برایشان فراهم نیست. این قبیل محرومیت ها سبب محدودیت روابط اقتصادی، اجتماعی و سیاسی، شرایط بد کاری، حقوق نامناسب، درآمد کم و تغذیه نامناسب این گروه ها شده که خود می تواند اثرات منفی بر سلامت آنان ایجاد نماید. از این رو در دهه های اخیر جمعیت موج و ناخوانده ی حاشیه ی شهرها همواره از مصائب خدمت رسانی در بخش های گوناگون توسعه بوده است.

تا آنجا که به بهداشت باروری و بخش سلامت مربوط می شود در جمهوری اسلامی ایران بنا به ضوابط دایرکردن واحدهای شبکه PHC، به تبع تجمع جمعیت نیازمند خدمت در حاشیه شهرها می توان به ایجاد چنین واحدهایی دست زد و برابر همان ضوابط جمعیت را در پوشش این واحدها قرار داد.

جمعیت و توسعه

چند وظیفه ای بودن این واحدها و ادغام یافته بودن خدمات آنان سبب دسترسی یافتن جمعیت حاشیه شهرها به همه ی خدمات و از آن جمله خدمات بهداشت باروری می شود. در همین راستا در سالهای اخیر ایجاد پایگاه های بهداشتی برای ارایه خدمات بهداشت باروری بویژه در مناطق حاشیه شهری مورد تاکید قرار گرفته و سبب بهبود دسترسی جمعیت قابل توجهی از گیرندگان خدمات در این مناطق شده است.





روح فصل چهارم برنامه عمل کنفرانس قاهره (UN, ۱۹۹۵) را بهبود تحصیلات و آموزش دختران و زنان، مشارکت زنان در فرایند سیاسی و زندگی اجتماعی، اشتغال برابر زنان و مردان و از میان برداشتن تبعیض‌های گوناگون جنسیتی نسبت به زنان تشکیل می دهد.

اصل ۲۰ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران همه افراد ملت را اعم از زن و مرد یکسان در حمایت قانون می داند. اصل ۲۱ دولت را موظف کرده است حقوق زن را در تمام جهات با رعایت موازین اسلامی تضمین کند. از آن جمله است ایجاد زمینه مساعد برای رشد شخصیت زن و احیای حقوق مادی و معنوی او، حمایت مادران بویژه در دوران بارداری و حضانت فرزند، ایجاد بیمه خاص بیوه زنان و زنان سالخورده ی بی سرپرست و اعطای قیومت فرزندان به مادران شایسته (سالنامه، ۱۳۸۱).

بنابراین نگاه عدالت محور به زنان و دختران و تلاش برای کاهش نابرابری های جنسیتی نه در فرهنگ اصیل ایرانی و نه در آیین غنی اسلامی ما پدیده نوظهوری نیست و در طول تاریخ حرکت های بسیاری در این زمینه صورت پذیرفته است که اقدامات ذیل نمونه هایی از این حرکت ها در سیر تاریخی خود می باشند:



برنامه های اول (۱۳۶۸-۱۳۷۲) و دوم (۱۳۷۴-۱۳۷۸) توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران را می توان آغازی برای بحث های زنان و جنسیت با توجه به طرح سوادآموزی برای زنان و موضوع ورزش زنان به شمار آورد.

در برنامه سوم توسعه (۱۳۷۹-۱۳۸۳)، صرف نظر از توسعه سوادآموزی، زیر عنوان «سیاست های اشتغال» تسهیلاتی به صورت وام بدون بهره برای زنان بیکار سرپرست خانوار منظور شده است. از مرکز امور مشارکت زنان ریاست جمهوری خواسته شده است برای بهره گیری از خدمات زنان طرح هایی تهیه کنند و به اجرا گذارند (سازمان مدیریت، ۱۳۷۸).

در برنامه چهارم توسعه (۱۳۸۴-۱۳۸۸) موضوع جنسیت در فصل هشتم برنامه با صراحت مطرح شده است. ماده ۱۱۱ قانون برنامه بر توانمندسازی زنان تأکید دارد و تهیه و تصویب برنامه ی جامع برای مشارکت زنان را الزامی ساخته است. وضع قوانین برای مبارزه با خشونت نسبت به زنان و تهیه لوایحی در حمایت از تشکل های زنان، از دیگر موارد طرح شده در این قانون است (پور رضا، ۱۳۸۷).

گسترش سوادآموزی، بویژه توجه آن به ارتقای وضعیت سواد در میان زنان و در روستاها و مناطق محروم از دستاوردهای چشمگیر جمهوری اسلامی ایران بوده است. در جمعیت ۶ ساله و بالاتر کشور ایران، درصد باسوادان زن که در سرشماری های ۱۳۶۵ و ۱۳۷۵ برای کل کشور به ترتیب ۵۲،۰۸ و ۷۴،۲۱ درصد بود در سرشماری سال ۱۳۸۵ به ۸۰،۳۴ درصد رسید. این نسبت ها برای مناطق شهری به ترتیب ۶۵،۶۳، ۸۱،۷۰ و ۸۵،۵۵ و در مناطق روستایی کشور ۳۶،۳۳، ۶۲،۴۱ و ۶۸،۸۹ درصد بوده است.

میزان افزایش درصد زنان باسواد در فاصله ی دو سرشماری ۱۳۶۵ و ۱۳۸۵ برای زنان باسواد روستایی (۹۰٪) حدود سه برابر افزایش این شاخص در میان زنان شهری (۳۵ درصد) اعلام شده است.

با وجود این، در سرشماری سال ۱۳۸۵ درصد خانوارهایی که یک یا چند عضو بی سواد داشته اند در کل کشور ۳۵،۷۰ درصد و در خانوارهای شهری و روستایی به ترتیب ۲۶،۹ و ۵۶،۸۸ درصد بوده است که نشان دهنده تفاوت میان شهر و روستاست (مرکز آمار، ۱۳۸۶).

جدای از تفاوت میان شهر و روستا، اختلاف شاخص های مختلف در میان استان های کشور نیز جای تأمل دارد. در یکی از نشریات سازمان ملل درباره ارزیابی جمعیتی در جمهوری اسلامی ایران با اعلام سه رقم کشوری، بهترین استان و بدترین استان به تفاوت میان استان ها اشاره شده است. به عنوان مثال فاصله ی میان استان های خوب و بد درباره شاخص امید به زندگی در سال ۱۳۸۰ براساس اطلاعات مرکز آمار ایران ۷ سال، نسبت دختران به پسران با سواد در فاصله ۰،۸-۰،۹۲ (مرکز آمار ایران ۱۳۸۵)، در دسترسی به آب آشامیدنی سالم در شهرها ۱۷ درصد و در روستاها ۳۶ درصد، مرگ کودکان زیر یک سال در فاصله ۵۴،۶-۲۸،۷ در هزار (مرکز آمار ایران ۱۳۸۱) و مرگ کودکان زیر پنج سال در فاصله ۱۴،۳۷-۵،۳۶ (دانشگاه های شهید بهشتی و سیتان و بلوچستان اطلاعات زیج ۱۳۸۵) ۵۷ در هزار، درخصوص سهم زنان ۶۴-۴۵ ساله و ۴۴-۲۵ ساله برای استفاده در غیر بخش کشاورزی به ترتیب ۲۰ و ۱۲ درصد و از نظر دسترسی به کامپیوترهای شخصی بیش از ۱۲۲ در هزار (UN, ۲۰۰۳).

برابری جنسیتی و توانمندسازی زنان، سومین هدف از هدف های توسعه ی هزاره است. مقصد این هدف، از میان بردن تفاوت موجود در آموزش میان زنان و مردان است که درخصوص آموزش ابتدایی و متوسطه تا سال ۲۰۰۵ و درباره آموزش عالی می بایست تا سال ۲۰۱۵ تحقق یابد.

برای سنجش پیشرفت در دست یافتن به این هدف ۴ شاخص تعیین شده است:

شاخص ۹- نسبت دختران و پسران دانش آموز در آموزش های ابتدایی، راهنمایی و متوسطه

شاخص ۱۰- نسبت زنان باسواد به مردان با سواد در گروه سنی ۱۵-۲۴ سال

شاخص ۱۱- سهم زنان شاغل حقوق بگیر در بخش های جز کشاورزی

شاخص ۱۲ - نسبت کرسی های پارلمانی که توسط زنان اشغال شده است.

شاخص ۹، مربوط به سومین هدف توسعه هزاره: نسبت دختران به پسران در تحصیلات ابتدایی، متوسطه و عالی و تغییرات آن را می توان در جدول شماره ۱ مشاهده کرد.

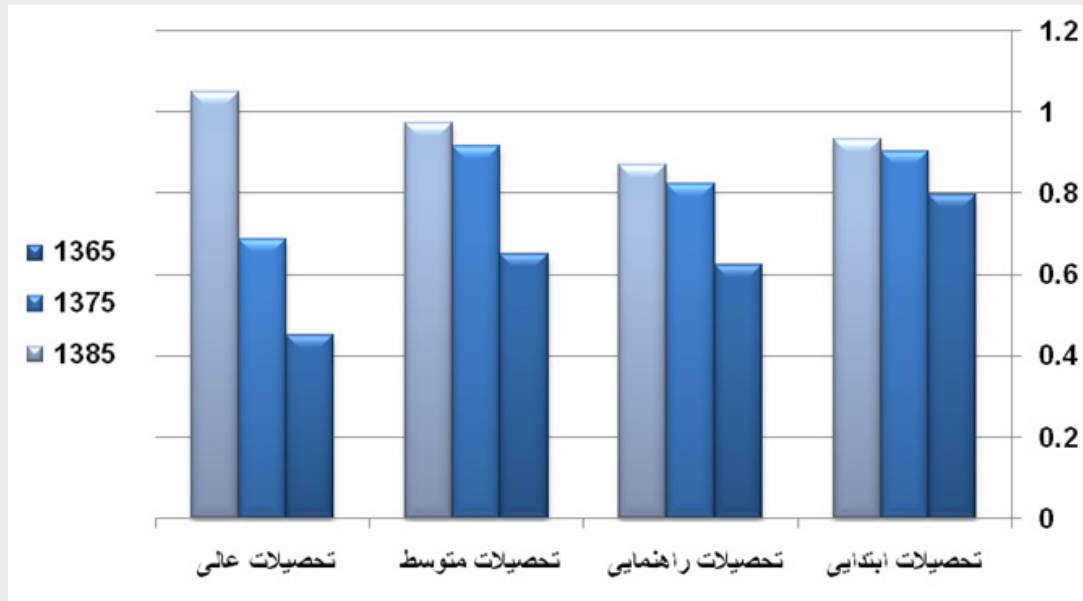
جدول شماره ۱ - نسبت دختران به پسران در تحصیلات ابتدایی، راهنمایی، متوسطه و عالی جمعیت در حال تحصیل در سرشماری های ۱۳۶۵، ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵ در جمهوری اسلامی ایران

نسبت دختران به پسران	در تحصیلات ابتدایی	در تحصیلات راهنمایی	در تحصیلات متوسط	در تحصیلات عالی	سایر	جمع	سال های سرشماری
۰.۷۹۶	۰.۶۲۴	۰.۶۵۰	۰.۴۵۱	۰.۹۴۲	۰.۷۵۴		۱۳۶۵
۰.۹۰۳	۰.۸۳۵	۰.۹۱۶	۰.۶۸۸	۱.۵۵	۰.۸۸۵		۱۳۷۵
۰.۹۳۴	۰.۸۷۰	۰.۹۷۲	۱.۰۵	۱.۲۶	۰.۹۵۴		۱۳۸۵

جدول شماره ۱ و نمودار ۱ نسبت دختران به پسران در جمعیت در حال تحصیل کشور را در دو دهه ی گذشته در همه حال رو به افزایش نشان می دهد. سرعت و شیب این افزایش در نسبت دانش آموختگان دختر در تحصیلات عالی چشمگیرتر است.

در نمودار شماره ۱ تغییر نسبت دختران به پسران در تحصیلات ابتدایی راهنمایی، متوسطه و عالی بر پایه داده های سه سرشماری پیاپی تصویر شده است.

نمودار ۱ - تغییر نسبت دختران به پسران در تحصیلات ابتدایی، راهنمایی، متوسطه و عالی بر پایه‌ی داده‌های سه سرشماری پیاپی در جمهوری اسلامی ایران



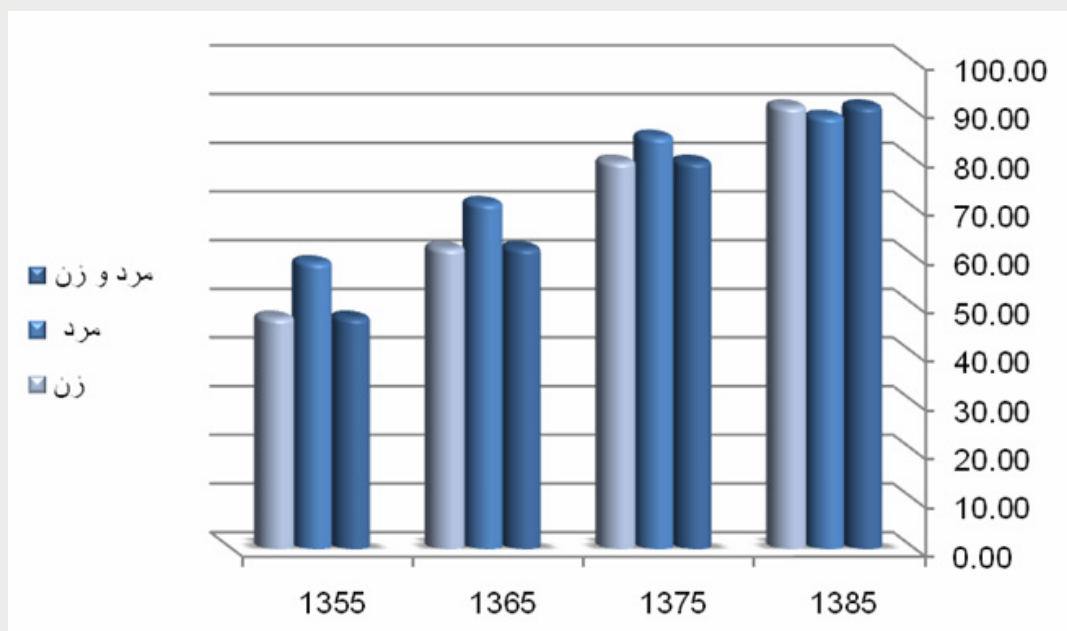
شاخص ۱۰: نسبت زنان باسواد ۱۵-۲۴ ساله به مردان همین گروه سنی: این نسبت در جدول شماره ۲ و نمودار ۲ آمده است.

جدول شماره ۲- تغییر درصد زنان و مردان باسواد ۱۵-۲۴ ساله در فاصله سال‌های ۸۵-۱۳۵۵ در جمهوری اسلامی ایران

سال سرشماری	درصد باسوادان		
	مرد و زن	مرد	زن
۱۳۵۵	۴۷,۴۹	۵۸,۸۷	۳۵,۴۸
۱۳۶۵	۶۱,۷۸	۷۱,۰۲	۵۲,۰۷
۱۳۷۵	۷۹,۵۱	۸۴,۶۶	۷۴,۲۱
۱۳۸۵	۹۰,۸۷	۸۸,۷۴	۸۰,۳۴

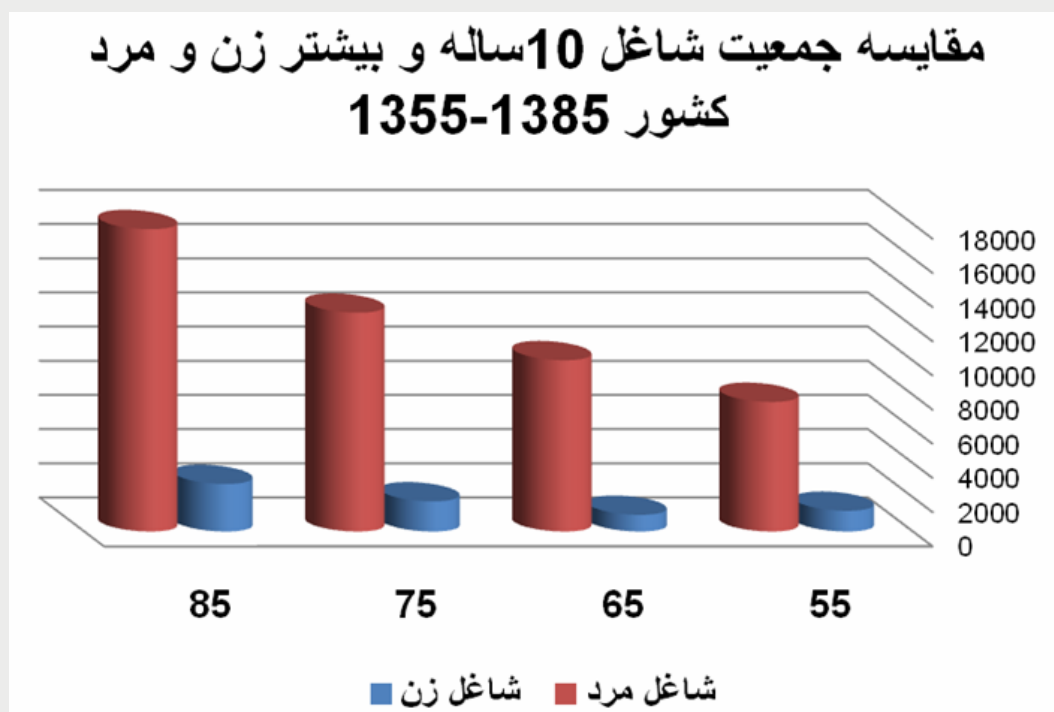


نمودار ۲- تغییرات درصد باسوادان زن ۱۵-۲۴ ساله و مردان با سواد همان گروه سنی در فاصله سالهای ۸۵-۱۳۵۵ در جمهوری اسلامی ایران



وضعیت اشتغال زنان و مردان ۱۰ ساله و بالاتر در مقاطع سرشماری‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵ در نمودار ۳ نشان داده شده است. اشتغال زنان با روندی افزایشی همواره با فاصله از میزان اشتغال مردان سیر کرده است.

نمودار ۳- وضعیت اشتغال زنان و مردان ۱۰ ساله و بالاتر در فاصله سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۸۵ در جمهوری اسلامی ایران



شاخص ۱۱- سهم زنان شاغل حقوق بگیر در بخش‌های جز کشاورزی

سهم اشتغال زنان در همه بخش‌ها برپایه نتایج حاصل از سه سرشماری ۱۳۶۵، ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵ تغییر یافته است. این تغییرها را می‌توان در جدول شماره ۳ مشاهده کرد.

جدول شماره ۳- سهم اشتغال زنان در بخش‌های جز کشاورزی از شاغلان ۱۰ ساله و بالاتر بر پایه‌ی داده‌های سرشماری‌های ۱۳۶۵، ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵ در جمهوری اسلامی ایران. اطلاعات مربوط به مردان درون () آمده است.

سهم زنان شاعل در بخش کشاورزی نسبت به کل نیروی کار	سهم زنان شاعل در بخش صنعت و خدمات نسبت به کل نیروی کار (درصد)	سهم اشتغال زنان در دو بخش صنعت و خدمات نسبت به کل نیروی کار (درصد)	جمع نیروی کار	زنان شاعل در بخش‌های صنعت و خدمات	سرشماری
۲,۳ (۲۶,۹)	۲۵۹,۵۶۷ (۲۹۶,۳۵۶۷)	۶,۵ (۶۴,۲)	۷۱۵۷۴۳ (۷۰۶۲۶۷۴)	۱۱۰۰۱۵۵۱	۱۳۶۵
۲ (۲۱)	۲۹۴۴۶۵ (۳۰۶۲۷۹۸)	۱۰,۱ (۶۶,۹)	۱۴۷۰۹۳۴ (۹۷۴۳۳۷۲)	۱۴۵۷۱۵۷۲	۱۳۷۵
۱,۹۶ (۱۶,۰۴)	۴۰۲۲۱۱ (۳۲۸۴۵۳۷)	۱۱,۶ (۷۰,۴)	۲۳۷۹۶۱۲ (۱۴۴۰۹۹۸۳)	۲۰۴۷۶۳۴۳	۱۳۸۵

در سال ۱۳۸۵، از همه شاغلان در بخش‌های غیر کشاورزی (صنعت و خدمات) ۱۸,۱٪ را زنان و ۸۱,۹٪ را مردان تشکیل می‌داده‌اند (مرکز آمار، ۱۳۸۷).

شاخص ۱۲- نسبت کرسی‌های پارلمانی که توسط زنان اشغال شده است.

با اندکی مسامحه درباره تعداد کرسی‌های پارلمانی مقرر در هر دوره، حوادثی که از آغاز تا پایان هر دوره اتفاق می‌افتد و اینکه گاهی ممکن است همه زنان نماینده، نه یکباره بلکه بتدریج و در طول ۴ سال وارد مجلس شده باشند درصد زنان نماینده مجلس را در ۷ دوره نمایندگی می‌توان به شرح زیر دانست

دوره‌های اول و دوم، هریک	۱,۴۸٪
دوره سوم	۱,۶۴٪
دوره چهارم	۲,۸۸٪
دوره پنجم	۵٪
دوره ششم	۳,۶٪
دوره هفتم	۴,۳٪

اطلاعات رسمی مربوط به دور هشتم (دوره‌ی حاضر) در دست نیست (CWP, ۲۰۰۵).

در مجموع وضعیت زنان در جمهوری اسلامی ایران نسبت به گذشته ارتقای محسوس یافته است. علاوه بر شاخص هایی که پیشتر به آنها اشاره شد بازتاب توسعه اجتماعی سیاسی زنان را در نمونه های زیر نیز می توان دید (شاهسوند، ۱۳۸۴)

□ توجه به زنان روستایی و مناطق محروم در قالب تعاونی ها و صندوق های اعتبارات خرد و تاسیس مراکز آموزش شبانه روزی و نیز مراکز آموزش فنی و حرفه ای و حمایت مالی از زنان روستایی و زنان سرپرست خانوار از طریق وام های کمبیته امداد امام خمینی (ره).

□ کاهش نرخ باروری کلی در سال های ۷۸-۱۳۷۵، نشان دادن موفقیت برنامه در کاهش بارداری های پرخطر از نظر تعداد را تبیین می کند. علاوه بر این نرخ استفاده از روش های مدرن پیشگیری از بارداری در این سال ها ۱۷,۶۸٪ رشد داشته است که از شاخص های مهم برای بررسی وضعیت بارداری های ناخواسته است. رشد نرخ امید به زندگی در سال های ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۲ برابر ۴,۳٪ برای مردان و زنان بوده است.

□ افزایش نرخ ورود دختران به دانشگاه های سراسری کشور به بیش از میزان ۶۰ درصد و توجه به افزایش مشارکت نظام مند زنان، موجب رشد در خور توجه سازمان های غیردولتی زنان از ۵۹ سازمان در سال ۱۳۷۶ به ۲۴۸ سازمان در ابتدای سال ۱۳۸۰ و ۴۷۰ سازمان در سال ۱۳۸۳ شده است *

□ حضور زنان در عرصه انتخابات شوراهای اسلامی شهر و روستا و ورود ۷۸۳ نفر از بانوان در انتخابات اول این شوراها و با نرخ رشد ۷۹,۷۶ درصدی اعضای زن شوراهای اسلامی شهر و روستا (از انتخابات اول تا انتخابات دوم). و افزایش نرخ رشد داوطلبان زن نمایندگی مجلس شورای اسلامی از دوره ششم تا هفتم به میزان ۳۵,۵ درصد.

□ تغییرات بنیادین در ساختار نظام برنامه ریزی در استانها و ایجاد ۳۳۶ فرصت در سال ۱۳۷۹ برای حضور موثر زنان در شوراهای برنامه ریزی و توسعه استان ها و کمیته های ذی ربط آن به موجب ماده ۷۰ قانون برنامه سوم توسعه که این رقم در سال ۱۳۸۳ به ۶۳۰ فرصت رسید.

□ افزایش درصد مدیران، قانون گذاران و کارکنان عالی رتبه زن از کل زنان شاغل با نسبت ۱,۲ درصد به میزان مشابه با مردان

* طبق برآوردها یک درصد افزایش در ورود زنان به دوره متوسطه، سه درصد افزایش در رشد اقتصادی به دنبال خواهد داشت. همچنین بازده های ناشی از سرمایه گذاری در آموزش زنان نسبت به بازده ناشی از سرمایه گذاری در آموزش مردان فزون تر است زیرا زنان علاوه بر استفاده از مهارت هایشان در کسب درآمد، از آن در حمایت از بهداشت و آموزش کودکان (خصوصاً آموزش دخترانشان) نیز بهره می جویند. برخی از پیامدهای ناشی از افزایش سهم زنان در آموزش عالی عبارتند از کاهش نرخ باروری، رشد شاخص های توسعه انسانی به تبع افزایش دانش و مهارت آنان و همچنین رشد فرهنگ عمومی، افزایش شاخص های بهداشتی، بهبود پیشرفت تحصیلی فرزندان زنان تحصیل کرده و ایجاد و تقویت احساس امنیت در بین زنان. فرصت بیشتر زنان برای دستیابی به موقعیت های شغلی بهتر، کمک به افزایش سطح رفاه خانواده ها، بالا رفتن نرخ مشارکت کل در جامعه و سرانجام کاهش تدریجی تخریب محیط زیست است (مرکز امور مشارکت، ۱۳۸۴).

□ افزایش کمی و کیفی مباحث مرتبط با جنسیت در برنامه چهارم توسعه کشور نسبت به برنامه های اول و دوم و سوم و گنجاندن رویکرد جنسیتی در مراحل تدوین برنامه چهارم توسعه و عمق بخشیدن به این مباحث در کلیه بخش های مرتبط در برنامه چهارم توسعه.

□ توسعه فضاهای ورزشی خاص بانوان و افزایش ورزشکاران زن.

علی رغم تمام این پیشرفت های اجتماعی و اقتصادی که در جهت تحقق برابری جنسیتی در ایران صورت گرفته، فعالیت های بیشتری در برخی زمینه های خاص مورد نیاز است. در این سال ها قسمت عمده جمعیت فعال کشور را مردان تشکیل می دهند و زنان با وجود افزایش جمعیت خانم های تحصیلکرده حضور در خور توجه در عرصه اقتصاد کشور ندارند. در این سال ها، به طور متوسط حدود

۸۸ درصد از سهم درآمدی کشور متعلق به مردان بوده است. زنان همچنان دستمزدهای پایین تری دریافت می کنند و موقعیت های شغلی کمتری نسبت به تحصیلات و تجربیات خود در بخش عمومی و خصوصی دارند. توانایی زنان برای تاثیرگذاری بر سیاست های کشور، به دلیل عدم مشارکت و حضور جدی در نظام تصمیم سازی، تصمیم گیری و سیاست گذاری در سطح ملی و محلی از میزان کمتری برخوردار است.

درکنار بیکاری دانش آموختگان و نیاز به بهبود موقعیت های اقتصادی زنان در خانواده و جامعه، با توجه به ساختار سنی و جنسی کنونی جمعیت کشور در ده سال آینده، ممکن است با پدیده افزایش خانوارهای یک نفره به سرپرستی زنان تحصیل کرده مواجه گردیم. البته شایان ذکر است که تغییرات این شاخص در فاصله سال های ۸۵-۱۳۴۵ بسیار جزیی و به شرح زیر بوده است: سال ۱۳۴۵: ۴,۳۶٪، سال ۱۳۵۵: ۵,۶۱٪، سال ۱۳۶۵: ۴,۵۲٪، سال ۱۳۷۵: ۴,۴۲٪ و سال ۱۳۸۵: ۵,۲٪. براساس آخرین اطلاعات زنان سرپرستی ۶۵,۵٪ خانوارهای تک نفری را به عهده دارند.

یکی از نگرانی های عمده، کمبود حمایت برای ترکیب نقش زنان در خانواده و اشتغال است. در شرایط حاضر که چشم انداز ملی، تقویت قدرت رقابت اقتصاد کشور و تعامل فعال با اقتصاد جهانی است. تعیین دقیق تر نقش خانم ها می تواند سبب کمرنگ شدن برخی از موانع در راه دست یابی به این آرمان باشد. ایجاد تعادل میان نقش های زنان در خانه و بیرون خانه مستلزم ایجاد فضای مناسب برای توسعه مشارکت اقتصادی زنان است.

در جامعه کنونی ایران، اگرچه نیروی کار، بویژه کار زنان، یکی از شاخص های توسعه اقتصادی - اجتماعی است می توان اشتغال زنان را مسأله ای اجتماعی تلقی کرد.



در مطالعات بسیار اشتغال زنان در بیرون از خانه منفی ارزیابی شده است. اثر اشتغال مادران بر پرورش و تربیت کودکان، بر گردش روان کارهای خانه و افزایش روزافزون مهدکودک و تبعات آنها از جمله استندهای مخالفان اشتغال زنان در بیرون از خانه است.

در سال ۱۳۷۹ در تهران مطالعه‌ای انجام شد که نشان می‌داد در حالیکه ۱۰ درصد زنان، کار بیرون از خانه دارند، ۷۰ درصد آنان علاقه‌مندی به کار دارند. از سویی حضور روزافزون زنان در دانشگاه‌ها نیاز زنان را به کسب موقعیت‌های اشتغال نشان می‌دهد از سویی دیگر نیاز به ایجاد ظرفیت‌های لازم در ساختارهای اجتماعی - اقتصادی برای پذیرش اشتغال زنان احساس می‌شود. (سفیری، ۱۳۸۳)

به نظر می‌رسد سیاست‌گذاری‌های مکمل برای دست یافتن به هدف‌های برابری جنسیتی، توانمندسازی آنان و استفاده گسترده‌تر از توان بالقوه‌ی زنان در برنامه‌های توسعه و رفاه اجتماعی می‌بایست افزایش جمعیت فعال اقتصادی زنان و مشارکت بیشتر زنان در مناصب مدیریتی را در بر گیرد. این ملاحظات

از پیش نیازهای دست یافتن به هدف‌های توسعه هزاره است.



برابر مدارک کنفرانس قاهره، سلامت باروری به این معنی است که مردم بتوانند آزاد و آگاه درباره چگونگی، زمان، فواصل و دفعات تولید مثل خویش تصمیم بگیرند. داشتن آگاهی، دسترسی به مجموعه متنوعی از روش های سالم، اثربخش و بی خطر روش های پیش گیری از بارداری، برخورداری از سلامت دوران بارداری و زایمان از حقوق اولیه ی زنان و مردان است. براین مبنا، حقوق باروری در برگیرنده ابعادی از حقوق انسانی است که در قوانین ملی، اسناد حقوق بشر بین الملل و دیگر مدارک و توافق های سازمان ملل متحد پذیرفته شده است (صندوق جمعیت، ۱۹۹۵)

اگر از ایجاد انستیتو تحقیقات بیولوژی تولید مثل در تهران (۱۳۵۱) و تشکیل مرکز اسناد جمعیت و تنظیم خانواده (۱۳۵۲) در تهران بگذریم، نگرش عالی ترین مقامات جمهوری اسلامی و در سال های دهه هفتاد و قانون تنظیم خانواده و جمعیت مصوب سال ۱۳۷۲ مجلس شورای اسلامی را می توان سرآغازی بر نگرش سلامت مادر، کودک و خانواده در ارتباط با تنظیم خانواده دانست. پس از کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه برپایه تعهدات بین المللی و با کمک های کارشناسی صندوق جمعیت (تهران) محتوی سلامت باروری با محوریت خانواده تقویت شد و سبب توجه به دیگر ابعاد، حمایت طلبی برای بهداشت باروری در نظام های رسمی و غیر رسمی، بهبود کیفیت برنامه و خدمات، اطلاع رسانی بیشتر و بهتر و ایجاد ظرفیت سازمانی برای پرداختن به اجزای مختلف بهداشت باروری شد. از دستاوردهای مهم نگرش جدید ارتقای کیفیت پوشش برنامه تنظیم خانواده، ارتقای سلامت مادران و بهبود شرایط زایمان، ارتقای سلامت کودکان، ارتقای برنامه هایی همچون سلامت نوجوانان و جوانان، مراقبت از بیماری های آمیزشی و HIV و ایدز، افزایش ظرفیت گردآوری داده ها و اهمیت یافتن بهداشت باروری در شرایط بحران بود که بویژه برای کشوری مانند ایران که همواره در خطر روبه رو شدن با بلاهای گوناگون طبیعت قرار دارد می بایست برآن ارج نهاد.

تدوین شاخص های سنجش پیشرفت به سوی هدف های کنفرانس قاهره و هدف های توسعه هزاره، طرح تدریجی اهمیت جنسیت و توانمندسازی زنان، رسیدن به درک مشترک درخصوص رابطه ی بهداشت باروری با آموزش (سوادآموزی)، مهارت آموزی و درآمدزایی و نزدیک شدن به حوزه های حساس همچون خشونت نسبت به زنان و دختران از دیگر نتایج رویکرد جامع به بهداشت باروری است. دراین سال ها قوانین حمایت کننده ی گوناگون به شکل مواد مصرح در قانون برنامه یا دیگر قوانین و مصوبات هیأت دولت پرداختن به اجزای بهداشت باروری را تسهیل کرده است. از جمله اینکه در برنامه پنجساله ی اول توسعه، شورای اقتصاد وزارت بهداشت را مسوول پرداختن به برنامه های جمعیتی و دیگر بخش ها را مکلف به همکاری با این وزارتخانه کرد؛ همانگونه که گفته شد، قانون جمعیت و تنظیم خانواده در سال ۱۳۷۲ از تصویب مجلس شورای اسلامی گذشت؛ در برنامه پنجساله دوم توسعه هدف های مشخص برای برنامه های جمعیت و تنظیم خانواده تعیین شد و منابع لازم برای دست یافتن به آنها اختصاص یافت؛ برنامه پنجساله سوم، توفیق برنامه های جمعیتی را از هدف های استراتژیک اعلام داشت، ابزارهای قانونی برای اجرای این برنامه ها را مشخص کرد، توجه به همه ابعاد بهداشت باروری و از آن جمله توانمندسازی زنان، تامین حمایت بیمه ای، ارتقای کیفیت فعالیت ها از جمله در مشاوره های پیش از ازدواج و جلب مشارکت بخش های خصوصی و تعاونی را مقرر داشت و برنامه چهارم توسعه به

ابعادی بسیار گسترده تر و ظریف تر مانند تقویت نظام تامین اجتماعی، سیاست های اشتغال، بهبود برابری جنسیتی، حفظ و ارتقای سرمایه اجتماعی، گسترش نهادهای مدنی و ارتقای رضایت عمومی را مورد تاکید قرار داد. به عنوان آخرین نمونه های قانون گذاری حمایت کننده از بهداشت باروری در جمهوری اسلامی ایران می توان از قانون سقط درمانی، در سال ۱۳۸۴ و افزایش مدت مرخصی دوران شیردهی به شش ماه در سال ۱۳۸۶ را نام برد.

اکنون در جمهوری اسلامی ایران بسیاری از نیازهای زنان و مردان و بخشی از نیازهای نوجوانان و جوانان از اولویت های لازم برخوردارند. دولت برای بسیاری از این نیازها برنامه های خاص دارد و منابع انسانی، مالی و تجهیزاتی لازم برای اجرای آنها تخصیص می یابد. با وجود این کیفیت، توزیع استانی و تامین نیازهای ویژه هریک از این برنامه ها ممکن است با چالش ها و کمبودهای کم یا بیش روبه رو باشد که می بایست برطرف ساختن آنها هدف برنامه های آتی قرار گیرد.

در جمهوری اسلامی ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مسئولیت کانونی برنامه ها و فعالیت های بهداشت باروری را برعهده دارد و تلاش می کند با بهره گیری از جو مساعد سیاسی موجود نهادهای مرتبط با حقوق و بهداشت باروری را به مشارکت موثر در این راه برانگیزد.

عزم سیاسی برای پرداختن به برنامه های جمعیت، تنظیم خانواده و سپس بهداشت باروری با آغاز گسترش شبکه مراقبت های اولیه بهداشتی در جمهوری اسلامی مقارن بود. از این رو بسیاری از برنامه ها که پیشتر به صورت عمودی ارائه می شد با ادغام در شبکه کارا و توانای PHC از فرصتی استثنایی برای گسترش، افزایش پوشش، تداوم، اطلاع رسانی و آموزش و تدارک داروها، وسایل و مواد مورد نیاز برخوردار شدند. اکنون برنامه هایی چون تنظیم خانواده، ارتقای سلامت مادران، سلامت کودکان، ایمن سازی، بهبود تغذیه، بهداشت محیط، مبارزه با بیماری های واگیردار و غیرواگیردار به صورتی کاملاً ادغام یافته در شبکه مراقبت های اولیه بهداشتی ارائه می شود.

در زیر به بعضی از این اجزاء اشاره مفصل تر شده است.

سلامت مادران

در سال ۱۳۸۴ مراقبت های دوران بارداری با ۶ مراجعه یا بیشتر هر زن، در کل کشور ۹۴٫۳٪، زایمان در حضور افرادی که آموزش ندیده اند در کل کشور ۲۰٫۷٪ و نسبت مرگ مادران ۲۴٫۴ درصد هزار تولد زنده بوده است. تغییرات این چند شاخص را در جدول شماره ۴ می توان دید.

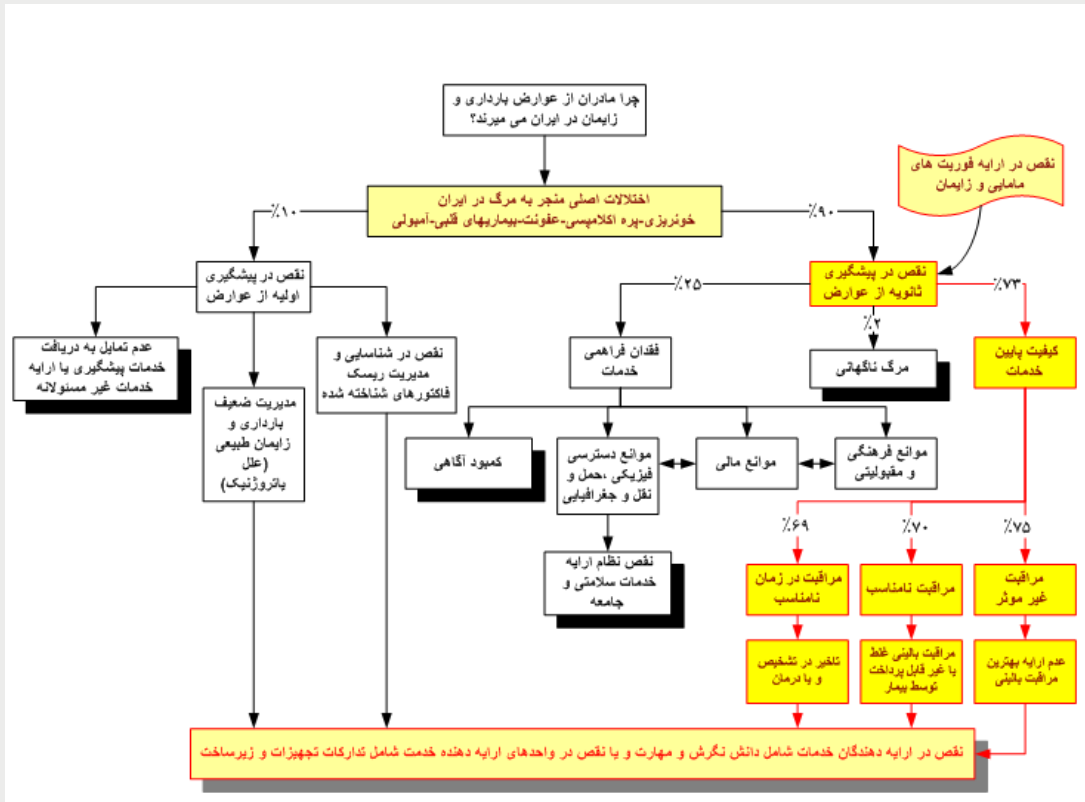
جدول شماره ۴- تغییرات برخی از شاخص های سلامت مادران در جمهوری اسلامی ایران

شاخص	۱۳۶۸	۱۳۷۰	۱۳۷۶	۱۳۷۹	۱۳۸۴
پوشش مراقبت های دوران بارداری دست کم ۶ مراجعه برای هر مادر	-	-	۶۰,۵	۷۹,۸	۹۴,۳
درصد زایمان در مراکز زایمانی	-	-	۷۸,۷	۸۷,۶	۹۶,۳
درصد زایمان زیر نظر افراد آموزش ندیده نسبت به کل زایمان ها	-	-	۱۳,۴	۱۰,۴	۲,۷
نسبت مرگ مادران به سیب عوارض بارداری و زایمان در صدهزار تولد زنده	۹۱	۵۴	۳۷,۴ (1)	-	24.6±1

(۱)- این رقم به سال ۱۳۷۵ مربوط است. منبع: تعیین میزان مرگ و میر مادران از عوارض بارداری و زایمان به روش مطالعه مرگ های زنان در سنین باروری (RAMOS). دکتر محسن نقوی. ۱۳۷۵
منبع: وزارت بهداشت، ۱۳۸۳؛ وزارت بهداشت، ۱۳۸۴ و اداره سلامت مادران، ۱۳۸۶

پراکندگی زنان نسبت به سن باروری، میزان مولید و نسبت مرگ مادران در استان های گوناگون کشور یکسان نیست به گونه ای که در برخی از استان ها با داشتن میزان های پایین تر زنان ۴۹-۱۵ ساله همسر دار و مولید، میزان های بالاتری از مرگ مادر مشاهده می شوند. بدیهی است که در برخی دیگر از مناطق کشور، می توان تصویری کاملاً متقابل با این تصویر یافت.

گذشته از سن مادر (۳۵ سال یا بیشتر)، بارداری های بیش از ۴ بار، بی سوادی مادر (۶۳,۳٪ مادران فوت شده در سال ۱۳۸۳ بی سواد یا دارای تحصیلات اندک بوده اند)، سرپرستی زایمان توسط فرد دوره ندیده و کیفیت نامطلوب خدمات بیمارستانی از مهمترین عامل های موثر بر مرگ مادران بوده است. در سال ۱۳۷۶، حدود ۴۳ درصد و در سال ۱۳۸۴، ۸۲ درصد از مرگ مادران در بیمارستان اتفاق افتاده است. در این سال ها، میزان زایمان در بیمارستان از ۷۸,۷ در سال ۱۳۷۶ به ۹۶,۳٪ در سال ۱۳۸۴ رسیده است. همان طور که در نمودار ۴ دیده می شود مسبب ۹۰ درصد از اختلالات اصلی که به مرگ مادران می انجامد ضعف نظام ارائه خدمات در پیش گیری ثانوی از بروز عوارض است: در ۷۳ درصد موارد به سبب کیفیت نامطلوب خدمات، ۲۵ درصد موارد در اثر فراهم نبودن خدمات و در ۲ درصد موارد با مرگ هایی که «ناگهانی» اعلام می شود. نارسایی در پیش گیری اولیه، که به صورت نشناختن عامل های خطر و مراقبت های ناکافی تظاهر می کند، مسوول ۱۰ درصد مرگ مادران است (همان).



وضعیت مرگ مادران در جمهوری اسلامی ایران

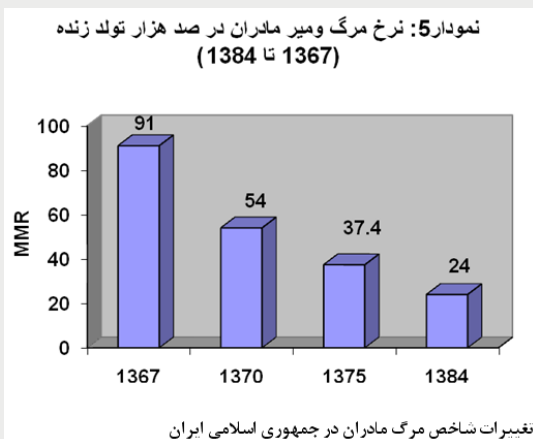
بهبود سلامت مادران، به عنوان پنجمین هدف توسعه هزاره با دو نشانگر مشخص سنجیده می شود:

الف - نسبت مرگ مادران که می بایست در فاصله سال های ۲۰۱۵-۱۹۹۰ به یک چهارم رقم سال ۱۹۹۰ تقلیل یابد؛ و

ب - ارتقای نسبت زایمان در حضور کارکنان آموزش دیده.

از آنجائیکه در MDG سال مبداء برای محاسبه MMR، رقم سال ۱۹۹۰ میلادی (۱۳۶۹ شمسی) در نظر گرفته شده بود، برای محاسبه MMR در سال ۱۳۹۴ از نتایج دو بررسی سال ۱۳۶۷ و ۱۳۷۰ استفاده شد. با محاسبات انجام شده عدد شاخص MMR در سال ۱۳۶۹ (۱۹۹۰ میلادی) حدود ۷۵ تا ۹۰ در نظر گرفته شد. براساس اهداف توسعه هزاره این میزان تا سال ۱۳۹۴ باید به ۱۸ تا ۲۲ در صدهزار تولد زنده برسد. (نمودار ۵)

درباره شاخص دیگر، برپایه داده های نظام ادغام یافته ی پایش و ارزشیابی (وزارت بهداشت، ۱۳۸۴) می توان گفت زایمان هایی که زیر نظر افراد آموزش دیده صورت می گیرد در کل کشور ۹۷،۳، در روستاها ۹۴،۱ و در شهرها ۹۸،۹ درصد اعلام می شود که نسبت به سال های پیش ارتقای محسوس یافته است.



تغییرات شاخص مرگ مادران در جمهوری اسلامی ایران

در گزارشی دیگر (وزارت بهداشت، ۱۳۸۶ ب) زایمان زیرنظر افراد دوره ندیده در مناطق روستایی کشور ۵,۷٪ دیده می شود که بسیار نزدیک به رقم یادشده در بالاست. در این گزارش نیز می توان تفاوت میان مناطق مختلف روستایی را مشاهده کرد. این شاخص در ۳۰ حوزه (از ۴۱ دانشگاه علوم پزشکی کشور) کمتر از متوسط کشوری، در یک مورد صفر و در ۱۵ مورد کمتر از یک است و در مقابل در ۶ مورد بیش از ۷ و در یکی از استان ها بیش

رفع این نابرابری ها در حال حاضر در هدف برنامه های جاری قرار گرفته است.

در سال ۱۳۸۴، پوشش مراقبت های دوران بارداری با دست کم ۶ بار مراجعه ی هر خانم در کل کشور ۹۴,۳٪ (در شهر ۹۴,۶ و در روستا ۹۳,۸ درصد) بوده است.

وضعیت سایر شاخص های مربوط به سلامت مادران

نسبت سزارین به کل زایمان ها از چالش های امروز نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران است. این نسبت در کل کشور ۴۰,۴ درصد، در شهرها ۴۶,۷ درصد و در روستاها ۲۷,۵ درصد گزارش شده است. در تعدادی از استان ها نسبت سزارین ۵۰ درصد و در یکی از استان ها ۶۴ درصد بوده است. نسبت سزارین در زنان روستایی که در کل کشور ۲۷ درصد است در بعضی از استان به بیش از ۵۰ درصد می رسد. ۶۴ درصد زایمان های انجام شده در بخش خصوصی به روش سزارین انجام می شود.

در بعضی از استان ها، نسبت سزارین در مراکز بخش خصوصی فراتر از ۷۰ و در معدودی از آنها به ۸۳ تا ۸۵ مورد از صد زایمان می رسد.

انتخاب سزارین به عنوان روش زایمان در ۶۲ درصد موارد بنا به تشخیص پزشک، در ۲۶ درصد موارد به سبب سابقه زایمان های قبلی، ۱۰ درصد به خواست خانم باردار و ۲ درصد با علت های نامعلوم گزارش شده است (وزارت بهداشت، ۱۳۸۴).

در میان نشانه های زایمان پرخطر، سزارین بالاتر از هر سابقه دیگر - مانند زایمان سخت، زایمان زودرس، مرگ نوزاد - قرار دارد: در کل کشور ۲۴,۱٪ و در شهر و روستا به ترتیب ۲۸,۵ و ۱۶,۲ درصد. در بعضی از استان ها سابقه سزارین در زایمان های پرخطر به ۳۵ درصد می رسد و در ۱۳ استان بیش از متوسط اعلام شده برای کشور قرار دارد.

در سال ۱۳۸۴ در کل کشور حدود ۸۷ درصد مادران مراجعه کننده برای دریافت مراقبت های پس از زایمان حداقل دو بار در دو ماه اول مراقبت شده اند این شاخص در بخش دولتی و خصوصی به ترتیب ۶۷,۹ و ۱۶,۵ درصد گزارش شده است.

در حال حاضر برای تقویت برنامه سلامت مادران چهار اقدام اساسی در دستور کار قرار دارد:

- الف- برقراری نظام کشوری مراقبت مرگ مادر
- ب- مراقبت های ادغام یافته ی مادری ایمن «خدمات خارج بیمارستانی»
- ج- توسعه ی بیمارستان های دوستدار مادر «خدمات بیمارستانی»
- د - بهبود پوشش زایمان ایمن در مناطق محروم و دور

تنظیم خانواده

دهه ی نخست پس از انقلاب اسلامی در ایران با تشویق زاد و ولد همراه بود و عمده ی سیاست های اعلام شده در جهت حمایت از ازدواج زودرس و خانواده های پر اولاد پیش می رفت. در دهه ی دوم انقلاب، آنگاه که سیاست گذاران به فکر کنترل رشد جمعیت و کاهش نفوس افتادند و از شبکه ی در حال گسترش مراقبت های اولیه بهداشتی برای افزایش دسترسی به خدمات بهره گرفتند، آثار سیاست های نو سرعت بروز یافت (جدول شماره ۵)

جدول شماره ۵- تغییر برخی از شاخص های سلامت در مقطع زمانی مختلف

شاخص	۱۳۶۳			۱۳۶۷			۱۳۷۲			۱۳۷۹	۱۳۸۴
	روستا	شهر	کل	روستا	شهر	کل	روستا	شهر	کل	کشور	کشور
میزان تولد ادر هزار	۴۴	۳۸	۴۱	۴۰	۳۲	۳۶	۳۰	۲۴	۲۷	۱۶,۳	۱۸,۳
میزان مرگ ادر هزار	۸	۶	۷	۷	۴	۵	۴,۸	۳,۵	۴	۳,۸	۵,۹۳
میزان باروری عمومی	۱۹۷	۱۷۶	۱۸۶	۲۰۹	۱۴۴	۱۷۱	-	-	-	۶۱	-
میزان باروری کلی	-	۵	-	۷	۴	۵	۴,۴	۲,۹	۳,۶	۲	۱,۹۶
مرگ کودکان زیر یکسال ادر هزار	۷۱	۳۴	۵۱	۵۱	۳۱	۴۵	۴۴	۲۴	۳۴	۲۸,۶	۳۲,۱
مرگ مادران ادرصد هزار	۲۳۳	۷۷	۱۴۰	۱۳۸	۴۱	۹۱	۵۳	۲۶	۴۰	-	۲۴,۴

منبع: برای سال های ۱۳۶۳، ۱۳۶۷ و ۱۳۷۲ Shadpour، ۱۹۹۴؛ برای سال ۱۳۷۹ وزارت بهداشت (۱۳۷۹) و برای سال ۱۳۸۶ UNFPA/SCI و ۲۰۰۷. [منشاء داده های سال ۱۳۷۹ وزارت بهداشت و داده های سال ۱۳۸۶ مرکز آمار ایران است]. شاخص هایی که با علامت * مشخص شده اند مربوط به سال ۱۳۸۵ هستند.



در پژوهشی (Abbasi, ۲۰۰۶) که به تحلیل داده‌های دو سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال‌های ۱۳۶۵ و ۱۳۷۵ و مطالعه خصوصیات بهداشتی و جمعیت ایران (وزارت بهداشت ۱۳۷۹) پرداخته است پژوهشگران کاهش باروری در ایران را از نظر سرعت و اختصاصی بودن آن به سن در کل کشور ارزیابی کرده‌اند و معتقدند کاهش باروری و دوران گذار ایران در همه استان‌ها، فارغ از سطح توسعه، صورت گرفته است؛ خلاف بسیاری از نقاط جهان کاهش باروری نه در دو سر طیف سن باروری، بلکه در همه سنین اتفاق افتاده است؛ خلاف بسیاری از دیگر نقاط در روستا و شهر هردو مشهود بوده است و بتدریج فاصله میان شهر و روستا در باروری و مصرف روش‌ها کمتر شده است. این نتایج در دیگر تحلیل‌ها نیز تأیید شده است (Hosseini, ۲۰۰۷).

در سال‌هایی که از اجرای برنامه‌های ادغام یافته‌ی تنظیم خانواده می‌گذرد، پوشش روش‌های گوناگون، تقریباً همواره روی به افزایش داشته است (جدول شماره ۶)

جدول شماره ۶- درصد مصرف روش‌های گوناگون پیش‌گیری از بارداری در جمهوری اسلامی ایران

روش پیش‌گیری از بارداری	۱۳۶۸		۱۳۷۱		۱۳۷۲		۱۳۷۳		۱۳۷۹		۱۳۸۴	
	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر	روستا	شهر
قرص‌های خوراکی	۱۷	۱۸	۲۶	۱۹	۲۷,۲	۲۲,۳	۲۶,۹	۱۹,۲	۲۱,۹	۱۶,۵	۲۶,۴	۱۶,۱
کاندوم	۳	۸	۴,۲	۸	۴,۱	۷,۶	۴,۷	۸,۱	۳,۶	۲۷	۶,۱	۱۰,۷
آی بی دی	۱	۵	۳,۱	۱۰	۳,۵	۱۰	۳,۹	۱۰,۷	۵,۳	۱۰,۲	۶,۲	۹
بستن لوله‌های رحمی	-	-	۷,۴	۷	۷,۵	۱۰	۱۰,۶	۱۱,۴	۱۸,۹	۱۶,۱	۱۹,۳	۱۶,۵
بستن لوله‌ها در مردان	۰	۰	۰,۳	۱,۳	۰,۵	۱,۴	۰,۵	۱,۷	۱,۳	۳,۵	۱,۲	۳,۸
کل روش‌ها	۳۱	۶۲	۵۱,۴	۷۲,۴	۵۴	۷۵,۳	۵۶,۸	۷۷,۴	۶۷,۲	۷۷,۴	۸۷,۷	۸۰,۴
روش‌های نوین *	۲۱	۳۱	۴۱	۴۵,۳	۵۲,۸	۵۱,۳	۴۶,۶	۵۱,۱	۵۷,۳	۵۵,۲	۶۵,۲	۵۷,۲
کل روش‌های سنتی	۱۰	۳۱	۱۰,۴	۲۷,۱	۱۱,۲	۲۴	۱۰,۲	۲۶,۳	۹,۹	۲۲,۲	۱۰,۳	۲۳,۳

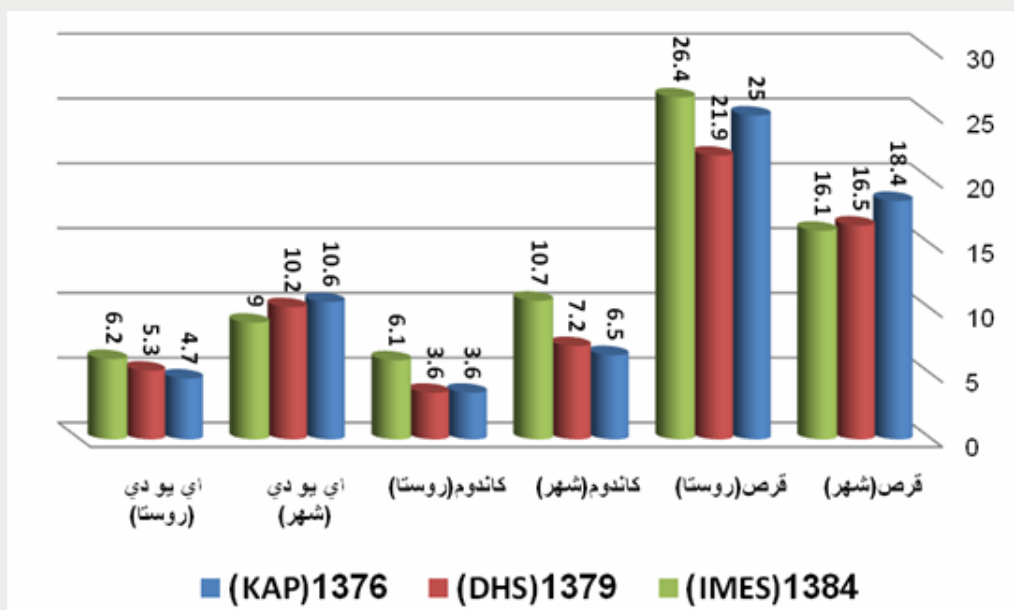
(*) به جمع روش‌های نوین در روستا و شهر به ترتیب ۵,۹ و ۱,۲ درصد استفاده از روش تزریقی و ۰,۱ درصد بابت نورپلنت در روستا که در جدول نیست افزوده شده است

منبع: - برای سال‌های ۱۳۶۸ تا ۱۳۷۳: (MOH& ME, ?)

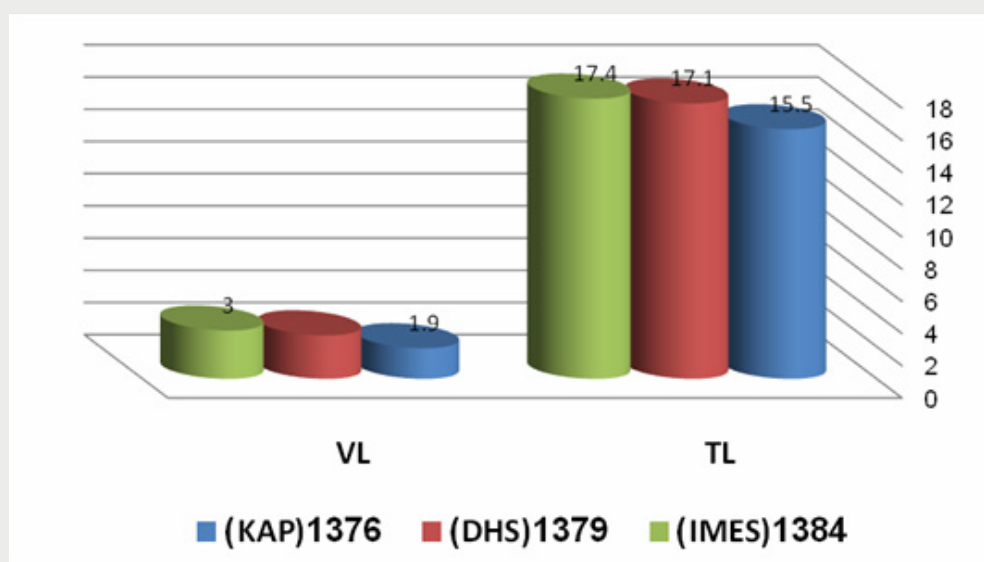
- برای سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۷۹: (وزارت بهداشت/ صندوق، ۱۳۸۳ الف)

در نمودارهای ۷، ۸ و ۹ تغییرات درصد مصرف روش‌های گوناگون پیش‌گیری از بارداری و جمع کل روش‌ها و روش‌های نوین و روش‌های سنتی آمده‌است.

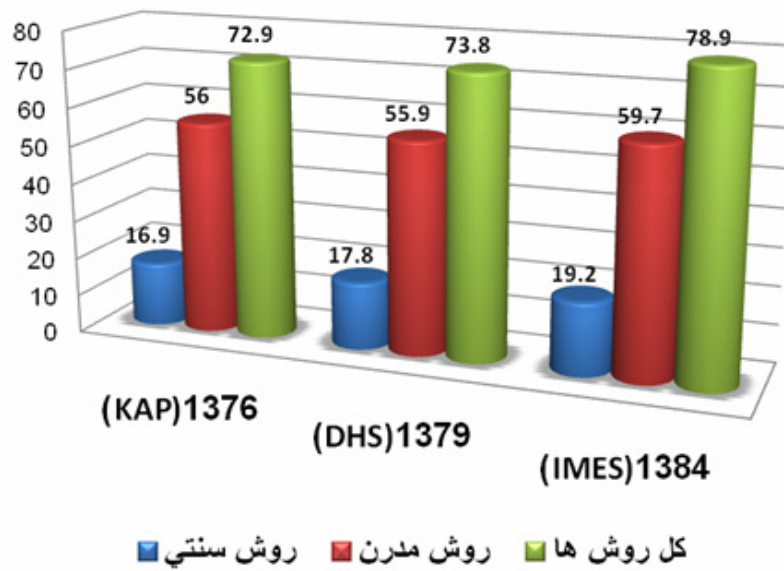
نمودار ۷- تغییرات درصد مصرف روش‌های پیش‌گیری از بارداری (قرص، کاندوم و آی‌یودی) - به تفکیک شهر و روستا - در جمهوری اسلامی ایران



نمودار ۸- تغییرات درصد روش‌های جراحی در جمهوری اسلامی ایران



نمودار ۹ - تغییرات درصد جمع کل روش‌ها، روش‌های نوین و روش‌های سنتی در جمهوری اسلامی ایران



گسترش پوشش روش‌های گوناگون پیش‌گیری از بارداری، کاهش میزان بارداری‌های ناخواسته و پرخطر و کاهش باروری عمومی و باروری کلی از توفیق‌های آشکار برنامه‌های تنظیم خانواده از سال‌های دهه‌ی دوم انقلاب به این سو بوده است. برابر گزارش بانک جهانی، در فاصله سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۰ متوسط فاصله دو بارداری در خانم‌های کشور از ۳۳،۱ به ۴۷،۸ ماه رسیده است (۲۰۰۷a, WB).

در آخرین داده‌های مصرف روش‌های گوناگون که از نظام ادغام یافته‌ی پایش و ارزشیابی برنامه‌ها به دست آمده است (وزارت بهداشت، ۱۳۸۴) پوشش کل روش‌ها ۷۸،۹ (در شهر ۸۰،۴ و در روستا ۷۵،۷) و جمع روش‌های مطمئن ۵۹،۷ درصد (در شهر ۵۷،۱ و در روستا ۶۵،۳) بوده است. نزدیکی منقطع در شهر ۲۳،۳ درصد و در روستا ۱۰،۳ درصد گزارش شده است. از روش‌های مطمئن نیز درصد استفاده از روش‌های بستن لوله‌ها در زنان، آی یودی، تزریقی سه ماهه و قرص، که ضریب اطمینان بیشتر دارند در روستا بیشتر از شهر است.

تنوع روش‌های پیش‌گیری از بارداری و از آن جمله روش اورژانس پیش‌گیری، از امتیازهای برنامه‌ی امروز تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران است. در برنامه‌ی کشوری تنظیم خانواده چهار نوع قرص (ترکیبی، پروژسترونی، EC)، دو نوع تزریقی (یک ماهه و سه ماهه)، کاندوم، آی یو دی، روش‌های جراحی زنان و مردان وجود دارند. تحقیقات کاربردی برای اضافه نمودن روش‌های کاشتنی پنج ساله در دو منطقه از کشور در حال انجام است که نتایج آن تصمیم قطعی اضافه شدن این روش را به برنامه مشخص خواهد کرد. تاکنون نتایج به دست آمده نشان‌دهنده مناسب بودن این روش برای کشور است. درصد نیازهای برآورده نشده براساس اطلاعات حاصل از نظام ادغام یافته پایش و ارزشیابی (۱۳۸۴) فقط ۵،۹ درصد است که میان آنان که می‌خواهند باردار شوند (۱،۵ درصد) و آنان که دیگر نمی‌خواهند صاحب فرزند شوند (۴،۴ درصد) تقسیم شده است. این میزان در سال ۱۳۷۹ معادل ۷،۵٪ بوده است. البته هنوز ۶۶ درصد از زنان کشور (در روستاها ۷۸،۶٪) پیش از نخستین بارداری از هیچ روش پیش‌گیری از بارداری استفاده نمی‌کنند و روش‌هایی چون نزدیکی منقطع در زوج‌هایی که چهارفرزند یا بیشتر دارند حدود ۱۰٪ است. شاخص بستن لوله‌ها در آقایان اگرچه پایین ولی رو به افزایش است.

رقم نسبتاً بالای حاملگی‌های ناخواسته در کنار پوشش حدود ۲۰ درصدی روش‌های غیر مطمئن، بیانگر لزوم برنامه‌ریزی بیشتر برای گسترش استفاده از روش‌های مطمئن در خانواده‌هایی است که از بارداری‌های ناخواسته و پرخطر دوری می‌جویند. همچنین وجود و تداوم باورهای بازدارنده، ترس از عوارض روش‌های مدرن، ضریب نسبتاً بالای شکست و درصد‌های بالای نادرست بودن شیوه استفاده از قرص از نشانه‌های لزوم ارتقای کیفیت خدمات است.

رضایت از خدمات به طور عموم بالا و در مراکز دولتی بیش از مراکز خصوصی است. ادغام یافته بودن بهداشت باروری در شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی سبب می‌شود که ردگیری اعتبارات هزینه‌ای برنامه تنظیم خانواده با هر جزء دیگر از بهداشت باروری ناممکن باشد.

امنیت اقلام بهداشت باروری

صندوق جمعیت سازمان ملل، Reproductive Health Commodity Security را تضمین دست یافتن به وسایل مورد نیاز، از جمله برای پیش‌گیری از بارداری، برخوردار از کیفیت، در زمان لازم، به اندازه مورد نیاز، در مکانی که به آن احتیاج است، با پرداخت هزینه قابل پرداخت می‌داند. البته علیرغم وضوح لیست همه وسایل بهداشت باروری، تاکید عمده بر وسایل و روش‌های مورد نیاز برای پیش‌گیری از بارداری صورت گرفته است. صندوق جمعیت سازمان ملل برای نشان دادن پیامدهای دست کم گرفتن اهمیت امنیت اقلام نیاز بهداشت باروری اعلام داشته است در ازای هر ۱ میلیون دلار کاسته شدن از منابعی که به تامین این وسایل می‌انجامد ممکن است بر بارداری ناخواسته ۳۶۰۰۰۰، بر تعداد سقط جنین ۱۵۰۰۰۰، بر مرگ کودکان زیر پنج‌سال ۱۴۰۰۰، بر مرگ کودکان زیر یک‌سال ۱۱۰۰۰ و بر مرگ مادران ۸۰۰ مورد افزوده شود(همان).

با توجه به تاکید تعریف یادشده درباره برخوردار بودن وسایل از کیفیت درخور، صندوق جمعیت سازمان ملل (تهران) در سال ۲۰۰۶ کیفیت محصول سه کارخانه تولید کننده این گونه وسایل را (کاندوم و قرص و آمپول‌های هورمونی پیش‌گیری از بارداری) در سازگاری با استانداردهای جهانی و معیارهای مورد قبول بررسی کرده است. براساس پیشنهادهای ارایه شده توسط بازدید کننده ها، اقدامات ارتقای کیفیت در تولید کنندگان انجام و آمادگی برای ارزیابی مجدد گزارش شده است.



در حال حاضر دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس در وزارت بهداشت مسوول برنامه‌ریزی و تامین منابع مالی برای وسایل پیش‌گیری از بارداری است. دانشگاه‌های علوم پزشکی، اعتبارات مالی برای تامین وسایل مورد نیاز پیش‌گیری از بارداری را در قالب بودجه سالانه دریافت می‌دارند و از تولیدکننده‌های داخلی می‌خرند. خرید وسایلی که باید از خارج از کشور وارد شود با نظارت اداره تنظیم خانواده دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس صورت می‌گیرد. در این موارد نیز خرید توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی انجام می‌شود. دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس مسوولیت آموزش‌های تکمیلی نیروی انسانی شاغل و ظرفیت‌سازی در سطوح استان و شهرستان را برای تامین امنیت کنتراسپتیوها برعهده دارد و در این راستا تاکنون بیش از ۴۰ کارگاه ملی و استانی را برگزار نموده است. در کنار وسایل جلوگیری از بارداری اغلب لوازم مورد نیاز بهداشت باروری نیز می‌بایست توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، براساس لیست تدوین شده مرکز گسترش شبکه‌ها و ارتقای سلامت تدارک شود. امنیت اقلام بهداشت باروری، گذشته از برآورد درست و تامین منابع و خرید و توزیع، بسیاری از موضوع‌های مرتبط با تولیدکنندگان، انتخاب درست، جابه‌جایی، انبار کردن و نگهداری اصولی از وسایل را در بر می‌گیرد.

براساس یکی از گزارش‌ها (Doroudi) که به بررسی وضعیت فراهمی وسایل مورد نیاز بهداشت باروری اختصاص دارد، تاخیر در ارسال تخصیص‌های سه ماهه می‌تواند اختلالات تاثیر گذاری در دستیابی به هدف امنیت کنتراسپتیوها ایجاد نماید. این چالش با افزایش تعریف شده موجودی در سطوح مختلف ارایه خدمت که آنها را قادر به انبار نمودن اقلام مورد نیاز برای زمان بیشتری می‌نماید، جبران شده است.

در حال حاضر برآورد نیاز سالانه به وسایل گوناگون تنظیم خانواده برپایه آمار مصرف در سال‌های پیش از آن و مبتنی بر Regression صورت می‌گیرد. در این شیوهی برآورد، ابتکار عمل به دانشگاه داده شده است، بدیهی است با انجام برنامه‌های مداخله‌ای و افزایش مصرف و انعکاس آن در آمارهای سه ماهه، میزان برآورد نیاز دانشگاه در مقاطع بعدی افزایش خواهد یافت. همچنین دانشگاه خود مسئول برآورد نیازهای خود به انواع مختلف روش‌های پیشگیری از بارداری ضمن توجیه برنامه‌ریزی‌های در دست اجرا است. در حال حاضر سیاست وزارت بهداشت براین است که موجودی وسایل دست کم برای مصرف سه ماه آینده در هر کدام از سطوح (خانه بهداشت یا پایگاه بهداشتی، مرکز بهداشتی و درمانی روستایی یا شهری، مرکز بهداشت شهرستان، معاونت بهداشتی دانشگاه)، در مجموع حدود ۹-۱۲ ماه براساس تیپ دانشگاه کافی باشد.

گزارشی از کمبودهای گاه به گاه وسایل پیش‌گیری از بارداری، در مقاطع سه ماهه و سالانه با دو شکل متفاوت از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و تامین و توزیع کنندگان این اقلام جمع‌آوری می‌شود. متأسفانه اطلاعات مربوط به موجبات این رویدادها و راه‌های جلوگیری از تکرار آنها اندک است. همچنان که از دلایل قطع روش، گزارش‌های روتین و منظم تهیه نمی‌شود تا نشان دهد بی‌نظمی در تدارک وسایل یا محدود بودن آنها چه تأثیری بر ادامه نیافتن روش‌ها داشته است.

خرید و تدارک کاندوم مردان، که گذشته از کاربرد آن در پیشگیری از بارداری، برای جلوگیری از بیماری‌های انتقال یابنده با آمیزش جنسی نیز مصرف می‌شود، نیز توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور صورت می‌گیرد. دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس با همکاری سایر بخش‌های وزارت متبوع بر این امر نظارت دارد. به نظر می‌رسد که این دفتر نیازمند هماهنگی‌های بیشتری با مرکز مدیریت بیماری‌ها که می‌بایست مصرف کاندوم را در حوزه کار خویش ثبت و گزارش کند، است.

بدیهی است که علیرغم اقدامات مثبت انجام شده درباره برآورد وسایل مورد نیاز تنظیم خانواده و جز آن، در زمان‌های عادی و نیز زمان‌های بحران‌ها و در برخورد با بلاهای طبیعت و نیز شیوه‌ی پایش جنبه‌های گوناگون، ارتقای این فرآیند‌ها باید همواره مدنظر قرار گیرد.

برای ایجاد آمادگی در برخورد با نیازهای بهداشت باروری در بلاهای طبیعت و شرایط بحران، جمعیت هلال احمر و وزارت بهداشت فهرستی جامع از همه اقلام ضرور (با فرض مصرف سه ماهه‌ی جمعیتی ۱۰۰۰۰ نفری) تهیه کرده‌اند و بخش عمده از آن را فراهم آورده‌اند. این دو سازمان موافقت کرده‌اند با استفاده از فضاهایی که در چند دانشگاه علوم پزشکی برای انبار کردن لوازم و تجهیزات وجود دارد وسایل یاد شده نگهداری شود.

تنوع روش‌های پیشگیری از بارداری

با توجه به تعریف انتخاب آگاهانه و آزادانه در انتخاب روش‌های پیشگیری از بارداری و توانمندسازی خانواده‌ها برای تصمیم‌گیری در راستای تعداد و زمان فرزندآوری، نیاز به تنوعی از روش‌های پیشگیری از بارداری ضرورت می‌یابد. از سویی با نهادینه شدن برنامه مشاوره تنظیم خانواده در آرایه این خدمات، لزوم وجود تنوعی از روش‌های پیشگیری از بارداری برای انتخاب هرچه آزادانه و آگاهانه‌تر گیرنده خدمت در پایان فرایند مشاوره امری طبیعی است.

در این راستا افزایش تنوع روش‌های پیشگیری از بارداری در برنامه تنظیم خانواده جمهوری اسلامی ایران همواره در دستور کار بوده است و در این راستا تعداد روش‌های در اختیار گیرندگان خدمت در سالهای متوالی رو به افزایش داشته است.

قرص یکی از پرمصرف‌ترین روش‌های پیشگیری از بارداری در کشور است که در حال حاضر به چهار شکل قرص‌های ترکیبی LD، قرص‌های ترکیبی سه مرحله‌ای (Triphasic)، قرص‌های پروژسترونی دوران شیردهی و قرص‌های پروژسترونی پیشگیری اورژانس از بارداری در سیستم آرایه خدمت در دسترس است. سیر استفاده از قرص‌ها در کشور نسبتاً ثابت است. شایان ذکر است که ورود قرص لوونورجسترل برای استفاده از روش EC از دو سال قبل به برنامه کشوری بوده است، حال آنکه روش‌های EC با استفاده از قرص‌های Low Dose، High Dose و تری فازیک از ۹ سال پیش در کشور معرفی شده است. آمپول‌ها نیز از روش‌های پر مصرف در برنامه کشوری تنظیم خانواده هستند. آمپول‌های پروژسترونی سه ماهه پیشگیری از بارداری با سابقه بیش از ۱۲ سال در برنامه کشوری در برخی از مناطق کشور از استقبال بسیار وسیعی برخوردار بوده و مصرف آن از سیری نسبتاً ثابت برخوردار است.

آمپول های یک ماهه ترکیبی پیشگیری از بارداری که از سه سال قبل به برنامه کشوری وارد شده اند، با توجه به نوپا بودن آن در برنامه کشوری در طی سالهای گذشته همواره با سیر صعودی مصرف روبرو بوده اند.

کاندوم نیز یکی دیگر از روش های پیشگیری از بارداری است که بویژه در طی سالیان گذشته استفاده از آن با سیر صعودی چشمگیری مواجهه بوده است. تولید کننده داخلی امکان بهره گیری گیرندگان خدمت از انواع کاندوم ها را مهیا نموده است.

آی یو دی نیز یکی از روش های دیگر پیشگیری از بارداری است که از ابتدای برنامه کشوری تنظیم خانواده وجود داشته است. سیر استفاده از این روش ثابت است. شایان ذکر است که در حال حاضر آی یو دی تنها روش پیشگیری از بارداری است که تولید آن در داخل کشور انجام نمی شود.

روش های جراحی پیشگیری از بارداری نیز از ابتدای برنامه در دسترس گیرندگان خدمات بوده اند. در این میان استفاده از روش بستن لوله در خانم ها که در ابتدای برنامه از حجم بالایی برخوردار بود در

طی سالیان گذشته رو به کاهش گذاشته است و در مقابل استفاده از روش بستن لوله در آقایان با سیری آرام رو به افزایش دارد.

روش کاشتینی نورپلنت نیز در سالهای ۷۰ در برنامه کشوری تنظیم خانواده وجود داشت. به دلیل برخی از مشکلات در ارزیابی خدمات این روش، نورپلنت در اولین سال های ۸۰ از برنامه کشوری حذف شد. در حال حاضر دو تحقیق در دو منطقه از کشور بر روی روش های کاشتینی پنج ساله در حال انجام است. نتایجی که تاکنون از این دو تحقیق حاصل شده است، بیانگر مناسب بودن این روش برای گیرندگان خدمت با ارزیابی خدمات دقیق مشاوره تنظیم خانواده است. امید است با نهایی شدن این تحقیق، اقدامات لازم برای ورود آن به برنامه کشوری صورت گرفته و تنوع روش های موجود را افزایش دهد.



آموزش های هنگام ازدواج

آموزش های هنگام ازدواج از سال ۱۳۷۲ در کشور آغاز شد و در طی سالهای بعد با گسترش فیزیکی به سراسر کشور، برنامه قادر به آن شد که زوجین بیشتری را هر ساله تحت پوشش قرار دهد. این آموزش ها برای همه افرادی که در آستانه ازدواج هستند اجباری بوده و انجام تشریفات ثبت رسمی ازدواج پس از حضور در این کلاس ها صورت خواهد گرفت. هم اکنون این آموزش ها در حدود ۴۰۰ مرکز آموزشی با پوششی بالغ بر ۹۰٪ در سراسر کشور در حال انجام است. مدت این کلاس ها حدود دو ساعت بوده و بطور مجزا برای آقایان و خانم های در آستانه ازدواج، بطور منظم و هر روزه برگزار می شود.

محتوی آموزش های هنگام ازدواج فراتر از برنامه تنظیم خانواده بوده و مقوله هایی مانند سلامت کودکان، مراقبت های دوران بارداری، زایمان ایمن، ترویج تغذیه با شیرمادر، پیشگیری از سرطان های شایع زنان را نیز در کنار بحث تنظیم خانواده در بر می گیرد.

در طی سالیان گذشته و براساس بررسی های انجام شده از بین گیرندگان خدمت و بررسی نیازهای جامعه، تغییر محتوی آموزشی این کلاس ها به عنوان یکی از اولویت های برنامه تعیین شد. براین مبنا، عناوین یادشده جای خود را به عناوین مبانی دینی ازدواج و تحکیم بنیان خانواده، روابط عاطفی و اجتماعی در آغاز زندگی مشترک، روابط زناشویی در آغاز زندگی مشترک و تنظیم خانواده خواهند داد. بسته خدمت جدید نهایی شده است و در سال جاری در اختیار گیرندگان خدمت قرار خواهد گرفت. بر مبنای این بسته آموزشی، گیرندگان خدمت پس از مشاهده یک فیلم که در بردارنده چهار محتوی فوق باشد سوالات خود را از مربیان مربوطه خواهند پرسید و در نهایت یک جلد کتاب تهیه شده برای این گروه هدف پس از پایان کلاس برای استفاده و بهره گیری بیشتر به آنان هدیه خواهد شد.

عوارض سقط جنین

در مطالعه خصوصیات جمعیتی و بهداشتی ایران (وزارت بهداشت، ۱۳۷۹) ۲۲٫۷ درصد زایمان های شهری و ۲۵٫۱٪ زایمان های روستایی در دوساله ی پیش از زمان بررسی محصول بارداری های ناخواسته دانسته شده است. درصد زایمان های محصول بارداری های ناخواسته در شهرها از ۱۷ درصد در استانی تا ۳۳٫۱ درصد در استانی دیگر تغییر می کند و در ۱۷ استان بیشتر از ۲۳ درصد است. در مناطق روستایی دامنه تغییر این اعداد از ۱۶٫۷ درصد تا ۳۲٫۱٪ و در ۱۵ استان بیش از ۲۵ درصد اعلام شده است. در نهایت میزان بارداری ناخواسته هر دو زوج براساس (۲۰۰۰) DHS معادل ۲۴٫۱٪ گزارش شده است. این شاخص در سال ۲۰۰۵ براساس بررسی IMES با حدود ۶ درصد بهبود معادل ۱۸٫۶٪ گزارش شده است.

در تحقیقی دیگر (Abbasi, ۲۰۰۴) با کاوش داده های همین مطالعه (وزارت بهداشت، ۱۳۷۹) بارداری های unintended را جمع بارداری های unwanted و mistimed و بارداری های intended را مجموع wanted و indifferent به حساب آورده اند و اثر متغیرهای غیروابسته چون سن زن، تعداد بارداری، آموزش و وضعیت اشتغال را بر آن تحلیل کرده اند.

یک مطالعه (ملک افضلی، ۱۳۷۵) تعداد سقط جنین را در سال ۱۳۷۵، براساس برآوردهای انجام شده، ۸۰۰۰۰ مورد در سال محاسبه کرده است.

در بررسی آگاهی و نگرش مردم و مسوولان مملکتی درباره سقط جنین، بیشتر پاسخ‌دهندگان سقط جنین را مسأله‌ای عمده در کشور دانسته‌اند. دانش پاسخ‌دهندگان درباره مقررات و قوانین ناظر بر سقط جنین بسیار اندک اعلام شده است. سه چهارم پاسخ‌دهندگان از وجود فتوای پشتیبانی کننده از سقط جنین اطلاع اندک داشتند یا چیزی نمی‌دانسته‌اند و این ناآگاهی در قشر تحصیل کرده و کارکنان دولت بیشتر بوده است. بیش از سه چهارم پاسخ‌دهندگان از مراکزی که خدمات آنان متوجه سقط جنین است بی‌اطلاع بوده‌اند (Pourreza, ۲۰۰۵).

در مطالعه‌ای که به بررسی پیامدهای جسمی، روانشناختی و اجتماعی سقط جنین در ایران اختصاص دارد دست کم یک سوم از پاسخ‌دهندگان، دچار شدن به یکی از پیامدهای معمول روانشناختی را در پی سقط جنین اعلام داشته‌اند. مهمترین پیامد اجتماعی سقط جنین «سرزنش شدن توسط دیگران» و عمده‌ترین عارضه جسمی، «خونریزی» اعلام شده است (Pourreza, ۲۰۰۶).

در ایران، فتوای تسهیل کننده سقط جنین وجود داشته و دارد. قانون سقط درمانی که درخرداد ماه ۱۳۸۴ از تصویب مجلس شورای اسلامی گذشته و در ۱۳۸۴/۳/۲۵ به تایید شورای نگهبان رسیده است، دست‌زدن به سقط جنین را با تشخیص سه پزشک متخصص و تأیید سازمان پزشکی قانونی (با وجود اندیکاسیون‌های پزشکی مثل بعضی بیماریهای مادرزادی جنینی و برخی موارد خطرناک برای مادر قبل از سن چهار ماهگی جنین) مجاز دانسته است و مجازات و مسؤولیتی متوجه پزشک مباشر نخواهد بود. در چنین مواردی که انجام سقط جنین از نظر قانونی فاقد هرگونه مشکلی است، باید نسبت به آسان سازی فرآیند‌های قانونی و تسریع اقدامات اداری اقدام لازم صورت گیرد. در غیر اینصورت گذشت زمان برای دریافت مجوزها سبب افزایش عمر جنین شده و خطر انجام این مداخله را برای جان مادر افزایش خواهد داد.

با توجه به اینکه براساس گزارش نظام ادغام یافته پایش و ارزشیابی سال ۱۳۸۴، بارداری ناخواسته زوجین ۱۸٫۶٪ گزارش شده است، درخواست به سقط جنین در برخی از موارد اجتناب ناپذیر خواهد بود. بنابراین لزوم ارتقای کیفیت خدمات پیشگیری از بارداری و نیز تسهیل موارد سقط شرعی و قانونی باید مد نظر قرار گیرد.

توفیق جمهوری اسلامی ایران در جنبه‌های گوناگون بهداشت باروری محصول برخورداری از بافت فرهنگی یاری دهنده‌ی آن تلقی شده است. پشتیبانی رهبران مذهبی در پرداختن به برخی از جنبه‌های حساس این برنامه‌ها که پیش از آن با اقبال چندان رو به رو نبود عامل کلیدی در سیاست گذاری‌ها و گشاینده راه بود. حمایت سیاسی دولت در اختصاص منابع لازم برای گسترش شبکه ارائه دهنده خدمات و تامین دسترسی مردم به خدمات و وسایل مورد نیاز و نیز در توجه به دیگر جنبه‌های توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی مانند گسترش سوادآموزی بویژه در میان زنان و زنان روستاها و نواحی محروم کشور

توانمندسازی زنان و کاستن از نابرابری های جنسیتی در کنار حمایت هایی که برای دست زدن به پژوهش های ضرور و نیز برخوردار شدن از کمک سازمان های بین الملل، بویژه صندوق جمعیت سازمان ملل، به ویژه در زمینه طراحی برنامه های جدید توسط دولت و اجرای آزمایشی آنها و نیز شناسایی فعالیتهای انجام شده به سایر کشورها و مجامع بین المللی فراهم آمده است از مهمترین زمینه های فرهنگی یاری دهنده به توفیق برنامه های بهداشت باروری است.

در عین حال باید پذیرفت که مذهب، فرهنگ و آداب اجتماعی هر جامعه از مهمترین عواملی هستند که در برنامه ریزی ها، فعالیت ها، پژوهش ها و ... باید همواره مدنظر قرار گیرند. برخی مسایل مانند مراودات جنسی، بیماری های آمیزشی، مسائل مربوط به نوجوانان و جوانان، و در مواردی که جامعه از افشای واقعیت به سبب تعارض یافتن مذهب، فرهنگ و آداب اجتماعی جامعه سر می پیچد و دست یافتن به داده های درست را غیرممکن می کند، به منزله ی عاملی بازدارنده عمل می کند و مانع سیاست گذاری روشن، مداخله موثر یا دست یافتن به واقعیت ها می شود.

تجربه نشان داده است این گونه مسائل در ذات خود حامل واقعیت های علمی و اجتماعی بارزند و اگر به صورتی منطقی و نظام یافته، توسط افرادی که از اهلیت و اعتقاد کافی برخوردارند به شکلی متعهد و پی گیر با بدنه ی سیاست گذار یا تصمیم گیر کشور در میان گذارده شود اثر خود را برجا خواهند گذارد. تجربه ی تنظیم خانواده نمونه ی بارز توفیق در چنین حمایت طلبی بردبارانه و موثر است.

سلامت زنان ۴۵-۶۰ سال (یائسگی)

برنامه ارائه خدمات یائسگی در ایران برای اولین بار در کشور در جهت رویکرد سلامت نگر به سالهای انتهایی دوره باروری زنان در ماههای پایانی سال ۸۵ بر اساس اصول زیر مورد توجه قرار گرفت.

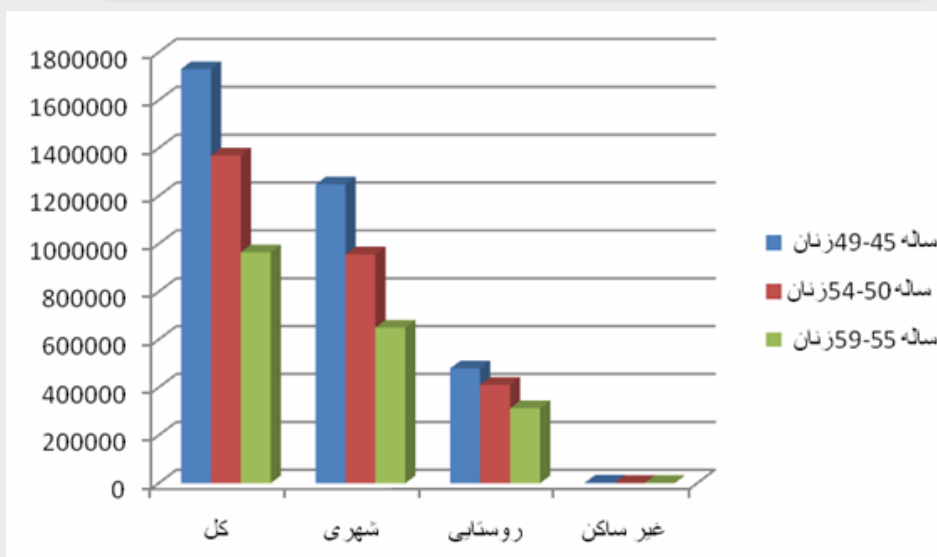
- ۱- ایجاد نگرش مثبت نسبت به دوره یائسگی به عنوان یک پدیده طبیعی در زندگی زنان
- ۲- استفاده بهینه از مواجهه زنان با این دوره زندگی برای پرداختن به آن دسته از مشکلات سلامتی که مورد توجه قرار نگرفته یا کشف نشده اند
- ۳- توانمند ساختن زنان گروه هدف برای پرداختن به موقع به مشکلات سلامت خود (self care) با استفاده از Golden time یائسگی برای دریافت خدمات پیشگیرانه و بهبود شیوه زندگی
- ۴- تقویت روابط بین فردی زنان گروه هدف با همسرانشان در دوره یائسگی و تقویت نقش حمایتی مردان در این زمینه
- ۵- برنامه ریزی برای سالمندی سالم و پیشگیری از مهمترین مشکلات سلامت زنان در دوره سالمندی
- ۶- حفظ احترام گروه هدف در برخورد با مشکلات بویژه مشکلات اورژانس و عملکرد جنسی
- ۷- نگاه ادغام یافته به مشکلات سلامت، انجام ارزیابی کامل دوره ای و انجام مداخله مناسب برای رفع سایر مشکلات سلامتی آنان با توجه به پروتکل های موجود یا نظر پزشک
- ۸- عدم تحمیل هزینه های گزاف به بیماران و سیستم، خارج از توصیه های راهنمای بالینی

برنامه خدمات سلامت زنان میانسال برای زنان ۴۵-۶۰ سال با توجه به اصول فوق و نیازهای سلامت این گروه بصورت یک بسته خدمتی ادغام یافته طراحی شد و درحال حاضر در ۵ استان کشور به صورت پایلوت ارائه می شود.

وضعیت موجود سلامت زنان میانسال:

- جمعیت زنان ۴۵-۶۰ سال براساس سرشماری ۱۳۸۵ به شرح زیر می باشد:

جمعیت زنان ۴۵-۶۰ سال کشور برحسب سن و وضع سکونت				
کل کشور	کل	شهری	روستایی	غیر ساکن
زنان ۴۵-۴۹ ساله	1730280	1248232	479821	2227
زنان ۵۰-۵۴ ساله	1369357	956139	411246	1972
زنان ۵۵-۵۹ ساله	964445	649944	313191	1310
زنان ۴۵-۶۰ سال	4064082	2854315	1204258	5509



مهمترین علت مرگ در این گروه بیماری قلبی عروقی است که با توجه به عوامل خطر این بیماریها، لزوم تغییر شیوه زندگی برای مقابله با کاهش اثر محافظتی استروژن از مهمترین اصول مداخله برای تامین سلامتی در این گروه است.

از طرف دیگر نتایج مرور سیستماتیک مطالعات کشور پیرامون سلامت میانسالان که توسط اداره سلامت میانسالان در اسفندماه ۸۵ انجام شده است، نشان دهنده آن است که سلامت زنان میانسال در اکثر حیطه ها در معرض تهدید بیشتری نسبت به مردان همان گروه سنی است.

از جمله در موارد زیر:

- شیوع افسردگی (زنان ۳-۲ برابر مردان)
- اضطراب (۵-۳ برابر مردان)
- بیماریهای روانی (۴-۲ برابر مردان)
- دیابت (زنان ۲-۱ درصد بیشتر)
- چاقی (۳-۲ برابر مردان)
- کمر درد و آرتروز (زنان ۴۹-۴۰ سال حدود ۲ برابر مردان)
- استئوپورزیس (زنان مانند همه دنیا بیش از مردان)

همچنین در گزارش مطالعه جامعه نگر بیماریهای روماتیسمی در شهر تهران که توسط مرکز تحقیقات روماتولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۸۶ (دکتر دواچی-دکتر جمشیدی و همکاران) انجام شده است، علائم و شکایات شایع بیماریهای روماتولوژیک در زنان بسیار بیشتر از مردان و در اکثر موارد بیش از دو برابر مردان است. توزیع فراوانی نسبی مصرف برخی مواد غذایی در هفته (زنان ۵۴ - ۴۵ سال) که در مطالعه بررسی عوامل خطر بیماری ها در سال ۸۴ توسط مرکز مدیریت بیماریها انجام شده است، حاکی از وجود مشکلات مهم در شیوه زندگی زنان میانسال است، بطوری که مصرف لبنیات، میوه و سبزی و ماهی که از دسته جات مهم مواد غذایی مورد نیاز زنان میانسال هستند، در درصد کثیری از جمعیت این گروه بسیار ناکافی است. در همین مطالعه موارد زیر در گروه زنان ۴۵-۵۴ سال گزارش شده است:

- چاقی و اضافه وزن ۷۱,۲٪
- فشار خون بالا ۱۹ درصد
- دیابت ۶ درصد
- نداشتن فعالیت بدنی ۸۳ درصد
- دیس لیپیدمی ۲۵,۲ درصد

از طرف دیگر یائسگی به عنوان یکی از دلایل موربیدیتی در زنان گروه هدف محسوب می شود که شواهد مربوط به گزارش بار بیماریها به شرح زیر برآن دلالت می کنند:

۱- گزارش بار بیماریها حاکی از آن است که یائسگی در میان ۲۱ بیماری و آسیب اول برای جنس مونث در همه سنین قرار می گیرد.

۲- یائسگی در همه سنین و در جنس مونث رتبه ۱۷ بار بیماریها را به خود اختصاص می دهد.

۳- در همان گزارش، یائسگی علت اول سالهای سپری شده با ناتوانی در گروه سنی ۴۹-۴۵ سال است.

موربیدیتی های های باروری در زنان و مردان ایرانی

موربیدیتی های باروری بعنوان یک شاخص تکمیلی برای پایش کیفیت مراقبت های بهداشت باروری در کنار سایر شاخص ها مثل MMR مطرح شده است. اطلاعات مبتنی بر جامعه در مورد موربیدیتی باروری در کشورهای در حال توسعه اغلب از بیمارستان ها و کلینیک ها جمع آوری می شود که علت آن آسانی نسبی تدارکات و هزینه کم جمع آوری اطلاعات است. در حالیکه این اطلاعات مبتنی بر جامعه و جمعیت کل نمی باشد. از طرفی تعیین اولویت ها در جنبه های مختلف بهداشت باروری مستلزم استناد به اطلاعات مبتنی بر جامعه است.

سالانه در دنیا ۵۰ میلیون زن تحت تاثیر موربیدیتی های مادری قرار می گیرند و برای حداقل ۱۸ میلیون زن موربیدیتی های مادری، طولانی مدت شده و اغلب ناتوان کننده می باشد. به دلایل مختلف موربیدیتی های باروری در مردان نیز مغفول مانده و اطلاعات دقیقی در دست نمی باشد. لذا دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس (اداره سلامت میانسالان) دو پروژه تحقیقاتی Community Based در زمینه موربیدیتی های باروری زنان و مردان را یائسگی را در سال های ۸۷-۱۳۸۶ با همکاری UNFPA در ۴ استان (هرمزگان، کرمانشاه، گلستان و قزوین) به اجرا گذاشت.

موربیدیتی باروری در زنان در ۳ زیر گروه

۱. موربیدیتی بیماریهای زنان (ژنیکولوژیک)

۲. موربیدیتی، حاملگی و زایمان

۳. موربیدیتی ناشی از استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری بررسی شد.

از نتایج طرح مشخص گردید که درصد قابل ملاحظه ای از زنان و دختران از یک یا چند موربیدیتی در طی دوران زندگی خود رنج می برند که این امر نقش به سزایی در کاهش کیفیت زندگی آنان داشته و توانایی کاری آنان را میکاهد. به علاوه با توجه به نقش محوری زنان در رشد و نمو و تربیت فرزندانشان، این عوارض صدمات جبران ناپذیری را بر نسلهای اتی نیز دارد لذا اتخاذ سیاست های بهداشتی درمانی مناسب به منظور کاهش بار این بیماریها در اولویت ویژه قرار دارد.

ناباروری

بررسیها نشان می دهد که ۱۴ درصد زوجهای ایرانی از ناباروری رنج می برند. این امر سلامت خانواده را تحت تاثیر قرار داده و گاه ادامه حیات کانون خانواد را دچار آسیب می نماید. گرانی هزینه های درمان ناباروری دسترسی به روشهای نوین درمانی را برای برخی اقشار جامعه کاهش می دهد. حل معضلات مرتبط با مسائل فقهی - شرعی و حقوقی روشهای نوین درمان ناباروری نیز از چالشهای مهمی است که نیاز به انجام کار کارشناسی ویژه دارد. اداره سلامت میانسالان برای استانداردسازی خدمات و جلب موافقت سازمانهای بیمه گر برای تامین پوشش خدمات درمان ناباروری و تدوین لوایح و ایین نامه های لازم برای حل چالشهای درمان ناباروری برنامه ریزی نموده و با کمک سازمانهای ذینفع نتایج این برنامه در خدمت زوجین نابارور قرار خواهد گرفت.

رابطین بهداشتی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای اجرای برنامه های بهداشت، باروری، تنظیم خانواده، مراقبت مادران، سلامت کودکان... سعی در ترویج مشارکت مردمی دارد، بهره گیری از خدمات رابطین بهداشتی در مناطق حاشیه شهری نیز در همین راستا است. رابطان بهداشت از میان زنان باسواد بر مبنای علایق شخصی انتخاب و تربیت شده و کاملاً داوطلبانه و بدون دریافت مزد کار می کنند. این برنامه بصورت آزمایشی و در سال ۱۳۶۹ در جنوب تهران با ۲۰۰ رابط بهداشتی آغاز شده است. اکنون تعداد رابطین زن بالغ بر ۱۲۰۰۰۰ نفر بوده و صندوق جمعیت ملل متحد UNFPA و صندوق کودکان سازمان ملل Unicef با دولت جمهوری اسلامی در اجرای این برنامه همکاری دارند.

همانگونه که گفته شد این داوطلبان در مناطق شهری و حاشیه شهری با برنامه های بهداشت باروری همکاری می کنند. با توجه به غیر فعال بودن ارایه خدمات در مناطق شهری، این رابطین بهداشتی پیگیری خدمات را مناطق تعیین شده شهری برعهده دارند. هر رابط بهداشتی زن، مسئول پیگیری خدمات بهداشت باروری برای حدود ۵۰-۳۰ خانوار تحت پوشش خود است. این رابطین اطلاعات بهداشت باروری را در اختیار خانواده ها قرار داده و خدمات بهداشت باروری مورد نیاز آنها مانند تنظیم خانواده، مراقبت های دوران بارداری، واکسیناسیون، مراقبت کودکان و آشنایی با مسایل بلوغ فرزندان را پیگیری می کنند.

سلامت باروری و بلایا

ایران، از جمله کشورهای بلاخیز جهان است که افزون بر بلاهای طبیعی، دچار پیامدهای استفاده نامطلوب از محیط زیست و جنگ و هجوم آوارگان نیز بوده است، پیشگیری و کاهش آثار زیانبار بلاها و آمادگی برای مقابله با آن، شرط ضروری توسعه پایدار کشور است. یکی از پیامدهای بلایا، مشکلات بهداشت باروری می باشد. تامین مراقبت های بهداشت باروری برای همه افراد جامعه، در بحران، بلا و همه شرایط اضطراری، با حفظ کرامت انسانی و احترام به ارزشهای قومی، باورهای مذهبی و حقوق به رسمیت شناخته شده بشری در سراسر جهان از ضروریات می باشد. همه بلاها، از سویی با آسیب های جانی وارد به مردم نیاز به ارائه خدمات بهداشتی، از جمله بهداشت باروری، را بالا می برند و از سوی دیگری با تخریب زیر ساخت های بهداشتی، امکان ارائه خدمات را کمتر می کنند، بنابراین، درست است اگر بگوییم در همه شرایط اضطراری، نیاز به خدمات بهداشت باروری بیشتر می شود، اما هر بلا با ویژگی های خود، در هر منطقه، با زمینه های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی ویژه، تاثیر متفاوتی بر بهداشت باروری دارد که در برنامه ریزی باید به آن توجه کرد.

اقدامات انجام یافته در این خصوص:

۱. نهایی سازی برنامه عملیاتی کشوری بهداشت باروری در پاسخ به بحرانها در حوادث غیرمترقبه که شامل: بازنگری برنامه عملیاتی کشوری، دستورالعملها و راهنمای کاربردی و راهنمای میدانی بهداشت باروری و تطبیق موارد فوق در پاسخ به بحرانها و حوادث غیرمترقبه با نظام خدمات بهداشتی درمانی کشور برای رسیدن به حداکثر هماهنگی.

۲. طراحی سامانه داده های جغرافیایی مخاطرات، تراکم جمعیتی و مراکز ارائه خدمات بهداشتی درمانی بویژه بهداشت خانواده شامل: تعیین توزیع جمعیتی، تهیه و آماده سازی نقشه های الکترونیکی کشور، وارد نمودن اطلاعات جمعیتی و بحرانها در نقشه های الکترونیکی

۳. تدوین مدول آموزشی مدیریت خدمات بهداشت باروری در پاسخ به بحرانها و حوادث و سوانح غیر مترقبه شامل: طراحی مدول آموزشی ویژه مدیران سلامت برای مدیریت خدمات بهداشت باروری در بحرانها برای استفاده سازمانهای دولتی و غیردولتی، مدیران برنامه و دست اندرکاران ارائه خدمات بهداشت باروری در بحرانها (دربدارنده خصوصیات: اصول مدیریت بحران، قرار داشتن در راستای برنامه عملیاتی کشوری، دستورالعملها و راهنمای کاربردی و راهنمای میدانی بهداشت باروری، تطبیق کامل با نظام سلامت کشور و مطابق با استانداردهای مدل های آموزشی در رویارویی با حوادث و سوانح غیر مترقبه).

۴. طراحی برنامه عملیاتی بهداشت باروری در پاسخ به بحران ها و حوادث غیر مترقبه شامل: تعیین کلیه شاخصها و حوزه های بهداشت باروری و لحاظ کردن آنها در برنامه عملیاتی بهداشت باروری کشوری، بازنگری کلیه اسناد و دستور العمل های موجود مرتبط با بهداشت باروری، بررسی برنامه های عملیاتی استاندارد و معتبر سایر کشورها و منابع علمی مدیریت بهداشتی بحران ها، بررسی وضعیت فعلی برنامه عملیاتی کشور و دستورالعملهای بهداشت باروری و ارائه نظرات کارشناسی در خصوص هر گونه تغییر ضروری در راستای دستیابی به استانداردهای جهانی بهداشت در پاسخ به بحرانها.

۵. بازنگری وضعیت ارائه خدمات بهداشت باروری در اقدامات قبلی، شناسایی ارگان/ واحدهای دست اندرکار بهداشت باروری و تعیین توانمندیها و نقش احتمالی آنان در پاسخ به بحرانها در گذشته، حال و آینده شامل: مرور کلیه دستورالعملهای موجود و راهنمای کاربردی آنها درارتباط با بهداشت باروری، بررسی وضعیت ارائه خدمات بهداشت باروری در اقدامات قبلی، شناسایی ارگان/ واحدهای دست اندرکار بهداشت باروری و تعیین توانمندیها و نقش احتمالی آنان، بررسی میزان آگاهی دست اندرکاران مدیریت بهداشتی بحران ها و نیروهای بهداشتی فعال در پاسخ به بحران ها در خصوص بهداشت باروری.



۶. تدوین دستورالعمل و راهنمای کاربردی برنامه عملیاتی کشوری بهداشت باروری در پاسخ به بحران ها و حوادث غیر مترقبه شامل: بازنگری کلیه دستور العمل ها و راهنمای کاربردی برنامه عملیاتی کشوری بهداشت باروری، بررسی دستور العمل های استاندارد و معتبر و راهنمای کاربردی آنها در سایر کشورها و منابع علمی و مدیریت بهداشتی بحران ها، تدوین کتابچه راهنمای میدانی پاسخ به نیازهای مرتبط با بهداشت باروری در شرایط بحرانی.



جمعیت گروه سنی ۹-۲۵ سال نوجوان و جوان که در آستانه انقلاب ۱۱,۶ میلیون نفر بود و در سال ۱۳۶۵ به ۱۶,۶ میلیون نفر رسید با گذشت دودهمه در سال ۱۳۸۵ به بیش از ۲۵,۶ میلیون نفر افزایش یافته و در حال حاضر ۲۳,۵ میلیون نفر (۱۳۸۸) است. سرچشمه ی این افزایش، سیاست های جمعیتی نخستین دهه ی پس از انقلاب اسلامی است که ازدواج در سنین پایین و فرزند آوری و خانواده های پر اولاد را در نظر و عمل تشویق می کرد. محصول سیاست آن روز نه فقط می بایست در زمان حاضر به صورت گروه پرشمار نوجوانان در آستانه ی باروری و تولید مثل و نیز در طلب شغل، مسکن و دیگر نیازها مدیریت شود که در صورت عدم برنامه ریزی صحیح با رسیدن به سن سالمندی مشکلات خاص خود را به دنبال خواهد داشت.

	1355	1365	1385
سال ۹ - ۲۴	11605580	16584185	25567828
سال ۱۵ - ۲۴	6392480	9385926	171358183

با افزایش پر شمار نسل جوان پدیده ای که جمعیت شناسان از آن به هدیه جمعیتی تعبیر می کنند وجود دارد . جمهوری اسلامی ایران با برنامه ریزی درصدد آمادگی کامل برای استفاده از نسل جوان امروز برای کار و تولید بیشتر، افزایش توان اقتصادی جامعه و پس انداز های مولد برای برخورد با نیاز های مهم همین نسل در سنین میانسالی و سالمندی است.

نوجوانی و جوانی دوران گذرهای حساس و بحرانی است؛ گذار جسمی، روانشناختی، اقتصادی و اجتماعی. دورانی که در آن کودکی پشت سرگذاشته شده است و فشار اجتماعی برای پذیرفتن مسوولیت های بزرگسالی سخت و سنگین است. تکوین و تشخیص هویت، از دشوارترین توقعات این دوران است.

نسل نوجوان و جوان امروز، بویژه با پدیده هایی روبه رویند که در گذشته مطرح نمی بود یا چنین ابعادی نداشت: فقر، نابرابری های اجتماعی، بیکاری، جهانی سازی، شیوع بیماری های واگیردار مانند HIV و ایدز، سروکار داشتن با موجی اثرگذار از رسانه های همگانی و ابزارهای ارتباط و برهم خوردن بسیاری از نظام های سنتی و ارزشی.

یکی از نخستین گام هایی که می بایست برای سیاست گذاری و برنامه ریزی درست در این باره برداشته شود سنجش نیازهای جوانان است. سازمان ملی جوانان که در زمان خویش به عنوان نهاد زیر نظر رئیس جمهور مسوولیت پرداختن به چنین نیازسنجی را برعهده داشت دست به پژوهشی وسیع با نمونه ی ۷۵۰۰۰ نفری از جوانان ۱۴-۲۹ ساله ی شهری و روستایی زد که نتایج آن در دی ماه سال ۱۳۸۱ به صورت مجله هایی که در برگیرنده ی وضعیت کل کشور و هریک از استان های مربوط است انتشار یافت.



. شورای عالی جوانان در مرداد ماه ۱۳۸۶ کلیات برنامه حفظ و ارتقای سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی جوانان را از تصویب گذرانده است (شورای عالی، ۱۳۸۶).

در گزارش سازمان ملی جوانان (سازمان ملی، ۱۳۸۱) به جنبه های مثبت بسیار در اظهارنظرهای جوانان اشاره رفته است که در این نوشته قصد پرداختن به آنها در میان نیست.

از ارزش های این تحقیق حجم نمونه، گسترش آن به هر دو جنس در روستاها و شهر، و شمول آن به همه جوانان اعم از مشغول به تحصیل یا غیر آن، شاغل به کار و غیر شاغل، مشمول خدمت سربازی یا غیر آن، توجه به وضعیت فرهنگی خانواده، میزان هوشمندی جوان، قومیت، تعلق دینی و پرداختن به آرزوهای جوانان بوده است.



تمهیدات ظریف پیش بینی شده ضریب پاسخگویی به پرسشنامه های این تحقیق را که در برگیرنده ی پرسش های بسیار است، به ۹۷ درصد رسانده است. آن گونه که از مقدمه گزارش تحقیق پیداست سازمان ملی جوانان، در گذشته نیز در دو گزارش جداگانه، «وضعیت و نگرش جوانان ایران: گزارش نهایی نتایج پژوهشی طرح مشاوره ملی، جوانان»، دی ماه ۱۳۸۰ و «وضعیت و نگرش و مسائل جوانان ایران» اردیبهشت ماه ۱۳۸۱ در این خصوص اطلاعاتی را منتشر کرده بوده است.

اداره سلامت جوانان وزارت بهداشت نیز در چند سال اخیر با حمایت صندوق جمعیت (تهران) چند پژوهش خاص را درباره میزان دسترسی جوانان به اطلاعات بهداشت باروری از راه پایگاه اینترنتی و تلفن های گویا (شرکت دیدگان، ۱۳۸۵) خدمات بهداشت باروری و مشاوره هایی که به جوانان ارائه می شود (موسسه سلامت، ۱۳۸۵ و مرکز تحقیقات، ۱۳۸۶) و درخصوص نظام مراقبت از بیماری و پیش گیری از بیماری های غیرواگیردار از دوران کودکی و نوجوانی (اداره سلامت جوانان، ۱۳۸۴) به پایان رسانده و گزارش همه این بررسی ها انتشار یافته است.

در گزارش یکی از این تحقیق ها (موسسه سلامت، ۱۳۸۵) گفته شده است، روستا و شهر در این خدمات تفاوت محسوس دارند، مراجعه پسران و غیرمجردها و شاغلان در قیاس بسیار کمتر از دختران، مجردها و غیر شاغلان است. ساعات کار این مراکز باید متناسب بیشتری با نیاز مراجعه کنندگان داشته باشد. در گزارش دیگر (مرکز تحقیقات، ۱۳۸۶) گفته اند ۶۸ درصد کارکنان برای کاری که انجام می دهند آموزش دیده اند؛ وضعیت مراکز از نظر نظافت، آراستگی ظاهر، سرویس های بهداشتی و تهویه نیازمند بهبود است، برای افزایش جاذبه در راستای مراجعه ی جوانان، بهبود کیفیت خدمات، نیروهای متخصص برای مشاوره های بهداشت باروری، فضا و تجهیزات تاثیرگذار است.

یکی از حوادث اثرگذار بر هویت جوانان از سرگذراندن دوره ی پرابهام بلوغ است. شرم و حیا مانع پرسیدن (و پاسخ دادن) و کم اطلاعی سبب برداشت های نارواست و در مجموع سبب شکل گیری نگرش ها و رفتارهای نادرست می شود. در گذشته ی دور یا نزدیک بررسی های مختلف در بافت فرهنگی کشورمان اطلاعات کافی در این باره فراهم ساخته است: بهداشت بلوغ دختران (انجمن، ۱۳۷۹ الف)، بهداشت بلوغ پسران (انجمن، ۱۳۷۹ ب) و مقایسه ی نقش آموزش سلامت دوران بلوغ از طریق والدین یا توسط اولیای مدارس و اثر آن بر آگاهی نگرش و عملکرد دختران مقطع راهنمایی تحصیلی مناطق ۱۹ گانه ی آموزش و پرورش تهران (ملک افضلی، ۱۳۸۲).

باید پذیرفت که هنوز از برخی از زوایای این گزارش ها برای برنامه ریزی در سازمان ملی جوانان و وزارت بهداشت می توان استفاده کرد.

در سندی که شورای عالی جوانان از تصویب گذرانده است (شورای عالی، ۱۳۸۶) از جمله چالش ها به روند فزاینده ی بروز و شیوع عامل های خطر بیماری های غیرواگیردار در جوانان، کمبود سواد بهداشتی و الگوپذیری جوانان از تبلیغات منفی سلامت رسانه های بین المللی اشاره شده است. برنامه ریزی و مداخله برای کاهش سوانح و حوادث، ارتقای حس خودباروری در نسل جوان، سازماندهی نظام جمع اوری داده ها و داده پردازی و انتشار اطلاعات مناسب سلامت جوانان مدنظر قرار گرفته است.

سند شورای عالی جوانان چالش های عمده در تامین خدمات مورد نیاز جوانان را در سه محور عمده خلاصه کرده است:

الف - موازی کاری حوزه های موثربر سياست گذاری

ب- موازی کاری در ارايه خدمت سلامت جوانان؛ و

ب- كافي نبودن منابع مالي و انساني در اجراي طرح هاي اولويت سلامت در حوزه جوانان
نظر نهادی رسمی و مسوول چون شورای عالی جوانان را درخصوص عزم سياست گذاران بايد جدی گرفت و برای گذر از این مرحله برنامه ریزی کرد.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اخیراً سياست خود را از تکیه ی صرف بر نیازهای بهداشت باروری جوانان به نگاهی جامع تر و ادغام یافته تر تغییر داده است. در این رویکرد، خانواده، فضایی که نوجوان و جوان در آن رشد می کند، تربیت می شود و آموزش می بیند همراه با سلامت او، و از آن جمله سلامت باروری، ازدواج و اشتغال و درآمد او مورد توجه قرار می گیرد. در این راه، تکیه بر چند اصل راهنما Guiding principles توصیه می شود.

الف - استناد به آموزه های غنی مذهبی موجود درباره موضوعات فوق الذکر

ب - تناسب برنامه ها و مداخله ها با فضای اجتماعی معنوی کشور

ج - رویکرد فرهنگی

د - تنوع درونی گروه جوانان: هدف، توجه ویژه به جوانان آسیب پذیرتر و محروم تر است. در این باره، میزان سواد، جنسیت، سن، جایگاه طبقاتی در جامعه، میزان دسترسی یافتن جوانان به خدمات بهداشتی و اندازه برخورداری آنان از حمایت خانوادگی از عامل های تعیین کننده است.

بنابراین همت براین است که در موارد ذیل سلامت جوانان رویکردی جامعه نگرانه و مبتنی بر فرهنگ و اصول مذهبی کشور جمهوری اسلامی ایران داشته باشد:

۱- پدید آوردن فضایی که همواره در سياست گذاری ها ساختار جمعیتی و تحلیل دینامیسم فقر در جامعه را مورد نظر قرار می دهد؛

۲- در آموزش، تکیه بر ایجاد مهارت های زندگی، و از آن جمله آموزش جامع سلامت باروری و روابط میان افراد در چارچوب خانواده؛

۳- تامین خدمات بهداشت باروری؛ و

۴- جلب مشارکت جوانان و واگذار کردن قدرت هدایت به خود آنان.

صندوق جمعیت، در چارچوب برنامه های مشترک با دولت جمهوری اسلامی ایران موضوع حمایت خود را در هرکدام از این چهار حوزه ی کلیدی به شرح زیر اعلام داشته است.

در حوزه ی اول: بسیج حمایت ذینفعان، تقویت داده های کمک کننده به تشخیص فقر، تدوین مدل های فقرزدایی و گسترش قلمرو نظام داده ها و اطلاعات؛

در حوزه ی دوم: آموزش های سلامت باروری، مهارت های زندگی و جنسیت؛ ایجاد محیط مساعد و توانمندکننده ی جوانان، تدوین برنامه های خاص مدارس و تدوین برنامه های ویژه ی جوانان بیرون از محیط مدرسه؛

در حوزه ی سوم: افزایش میزان دسترسی جوانان به خدمات بهداشت باروری و بهره مندی آنان از این خدمات؛ تدوین بسته جامع خدمات مورد نیاز جوانان در بهداشت باروری و کمک به ارائه آن، ظرفیت سازی در کارکنان نظام سلامت؛ و

در حوزه ی چهارم: آماده ساختن جوانان به عنوان عامل تغییر و توسعه، جلب مشارکت جوانان برای توسعه ی برابری اجتماعی و توجه به جنبه های جنسیتی، توانمندسازی جوانان برای مشارکت، سپردن رهبری ارتباطات و توسعه برنامه ها به خود جوانان و ایجاد توان و ظرفیت حمایت طلبی در آنان. در مجموع شاید بتوان گفت بخشی از آموزش نوجوانان و جوانان که از حساسیت های خاص خود برخوردار است. موفقیت در برنامه ریزی برای این آموزش ها نیازمند مشارکت همه ذینفعان در دست یافتن به سیاست های مطلوب است. اما بخشی دیگر نظیر آماده سازی های دختران و پسران برای رویارویی با پدیده بلوغ، تغذیه دوران بلوغ، آموزش پدران و مادران و تدارک خدمات مشاوره و پیش گیری از برنامه هایی است که با پشتوانه ی حمایت سیاسی آسانتر از دیگر جنبه ها دست یافتنی است.

اداره کنترل ایدز و بیماری های آمیزشی مسئول برنامه ریزی برای کنترل بیماری های آمیزشی در کشور است. برنامه این اداره درباره HIV و ایدز سازمان یافته تر از سایر بیماری ها است. مرکز مدیریت بیماری ها رقم بیماران مبتلا به بیماری های آمیزشی در شش ماهه ی نخست سال ۱۳۸۶ را ۳۷۷۱۴ نفر اعلام می دارد (مرکز مدیریت ۱۳۸۶). همانند بسیاری از کشورها برخی بیماران، به سبب نگرانی از اطلاعاتی که در مراکز دولتی گرفته می شود یا از بیم پی گیری های این مراکز برای درمان کامل، ترجیح می دهند برای درمان به بخش خصوصی مراجعه کنند و بخش خصوصی نیز ساز و کار و تمایلی برای پیگیری و گزارش دهی به مراکز مسئول ندارد.

برنامه ریزی برای HIV و ایدز در جمهوری اسلامی ایران وضعیتی نسبتاً تثبیت شده دارد و می توان به داده های مفید در این باره دست یافت. نخستین مورد HIV در ایران، در کودکی مبتلا به هموفیلی که می بایست از فرآورده های خونی وارداتی استفاده می کرد، شناخته شد.

هدایت فنی برنامه کنترل HIV و ایدز را کمیته کشوری ایدز که با حضور کارشناسان برجسته ی کشور در مرکز مدیریت بیماری ها تشکیل می شود برعهده دارد.

استراتژی ملی کنترل HIV و ایدز سازگار با تجربه ها و الزام های بین المللی، برای تشخیص و مراقبت از موارد اچ آی وی مثبت و درمان بیماران مبتلا به ایدز طراحی شده است. در جریان مراقبت و درمان همه جنبه های حقوق انسانی، رازداری و رفاه بیماران رعایت می شود. علیرغم حساسیت های موجود برای آموزش های همگانی درخصوص ایدز، در سال های اخیر گام های بلندی برای گسترش این آموزش ها برداشته شده و برنامه های فراوانی از طریق رسانه های گروهی (رادیو و تلویزیون) به ارایه این آموزش ها برای عموم مردم پرداخته است. همچنین در سال های اخیر برگزاری دوره های آموزشی برای گروه های خاص مانند روحانیان، دانشجویان، معلمان، قضات و نظامیان و تقویت جنبه های قانونی با موفقیت هایی روبه رو بوده است.

ابتلای مصرف کنندگان تزریقی مواد به HIV و ایدز از چالش های امروز نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران است. سیاست های کاهش آسیب برای این افراد با همکاری سازمان زندان ها و اقدامات تأمینی و تربیتی، ستاد مبارزه با مواد مخدر و سازمان بهزیستی و حمایت قوه محترم قضاییه تدوین گردید و در نقاط پر خطر به اجرا در آمد و توانست به عنوان یک تجربه ی موفق در کنترل این بیماری، معرفی گردد.

در جمهوری اسلامی ایران از ابتکار راه اندازی کلینیک های مثلی و مراکز مشاوره رفتاری به طور همزمان برای آموزش، مشاوره و مراقبت و درمان مبتلایان به عفونت HIV و ایدز استفاده می شود. در این مراکز همه خدمات، و از آن جمله درمان ضد رترو ویروس، داوطلبانه، محرمانه و رایگان است. بعضی از داروهای ضد رترو ویروس در ایران ساخته می شود.

در جمهوری اسلامی ایران برای نیل به هدف برخورداری افراد مبتلا از حمایت های اجتماعی، کمیته ی فنی حمایت اجتماعی ذیل کارگروه کشوری کنترل ایدز تشکیل گردیده و در اولین سال تشکیل خود توانست در همین راستا تمامی افراد مبتلا به اچ آی وی و ایدز و نیز خانواده هایشان را بصورت رایگان تحت پوشش بیمه های خدمات درمانی قرار دهد.

برپایه گزارش دی ماه سال ۱۳۸۶ مرکز مدیریت بیماری ها (دبیرخانه، ۱۳۸۶)، در دهه ی گذشته، شیوع اچ آی وی در مصرف کنندگان تزریقی مواد، کشور را از مرحله ی با شیوع اندک به مرحله ی با شیوع گسترده تر رساند و نگرانی درباره افزایش شیوع اچ آی وی در دیگر گروه های جمعیتی دارای رفتارهای پرخطر را ایجاد کرد. هرچند با جلب حمایت سیاست گذاران و به اجرا گذاردن تصمیم های کلیدی در امر کاهش آسیب، ارائه خدمات اچ آی وی و ایدز به مصرف کنندگان تزریقی مواد و زندانیان میسر شده است، رساندن این خدمات به دیگر گروه های در معرض بیشترین خطر نیازمند برنامه ریزی ها و فعالیت های بیشتر است.

امروز جمهوری اسلامی ایران درباره غربالگری خون و فرآورده های خونی، درصد درمان ضد رترو

ویروس، مراقبت از زنان باردار مبتلا به HIV، تعداد مبتلایان همزمان به سل و HIV، شیوع عفونت در گروه های پرخطر (تا جایی که امکان شناسایی این گروه ها وجود دارد)، سن دچار شدن، درصد مصرف کاندوم برای پیش گیری از انتقال بیماری های آمیزشی و نظایر آن اطلاعات قابل استناد دارد. در سال ۱۳۸۵ از اعتبارات ملی حدود ۲۷۶ میلیارد ریال و از اعتبارات بین الملل معادل ۲۸ میلیارد ریال برای مبارزه با اچ آی وی و ایدز هزینه شده است. اعتبارات هزینه شده دولت در سال ۱۳۸۵ نسبت به سال ۱۳۸۳ حدود ۲،۳ برابر و اعتبارات بین المللی بدون در نظر گرفتن پروژه صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا (Global Fund) در همین دوره زمانی ۲،۵ برابر شده است.



بر اساس آمار جمع‌آوری شده از دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، تا تاریخ ۱۳۸۸/۴/۱ مجموعاً ۱۹۷۷۴ نفر افراد مبتلا به HIV/AIDS در کشور شناسایی شده‌اند که ۹۳٫۱٪ آنان را مردان و ۶٫۹٪ را زنان تشکیل می‌دهند. تا کنون ۱۹۷۵ نفر مبتلا به ایدز شناسایی شده و ۳۳۱۵ نفر از افراد مبتلا فوت کرده‌اند. ۳۷٫۷٪ از مبتلایان به HIV در گروه سنی ۲۵-۳۴ سال قرار دارند که بالاترین نسبت در بین گروه‌های سنی را به خود اختصاص می‌دهند. علل ابتلا به HIV در بین کل مواردیکه از سال ۱۳۶۵ تا کنون در کشور به ثبت رسیده‌اند به ترتیب، تزریق با وسایل مشترک در مصرف کنندگان مواد (۶۹٫۷٪)، رابطه جنسی (۸٫۴٪)، دریافت خون و فرآورده‌های خونی (۱٫۲٪) و انتقال از مادر به کودک (۰٫۶٪) بوده است. راه انتقال در ۲۰٫۱٪ از این گروه نامشخص مانده است.

از دستاوردهای مهم برنامه کنترل اچ‌آی‌وی و ایدز آنست که امروز مقام‌های عالی‌رتبه حکومتی بکرات در حمایت از برنامه‌های ایدز سخن می‌گویند.

از دیگر دستاوردهای عمده، صدور دو بخشنامه توسط رئیس قوه قضائیه بوده است. یکی از این نامه‌ها درباره مخالفت نکردن فعالیت‌های کاهش آسیب و دیگری درباره ممنوعیت فرستادن مصرف‌کنندگان مواد به زندان بوده است. معاون رئیس‌جمهور نیز در نامه‌ای آزمایش اچ‌آی‌وی پیش از استخدام و اخراج کارکنان به علت دچار بودن به اچ‌آی‌وی را منع کرده است. وزارت آموزش و پرورش درباره اجباری بودن ثبت نام مبتلایان به اچ‌آی‌وی در مدارس بخشنامه‌ای صادر کرده است. همچنین به همه زندان‌های کشور ابلاغ شده است که مبتلایان به اچ‌آی‌وی را از دیگر زندانیان جدا نکنند. پذیرفتن کاهش آسیب به عنوان نوعی درمان و دستگیر نکردن مصرف‌کنندگان مواد که در پوشش این برنامه‌اند و نیز ممنوع شدن آزمایش اچ‌آی‌وی پیش از ازدواج و پیش از صدور روادید از دیگر تصمیم‌های مهم کشوری بوده است.

تصویب سیاست‌های کلان کشور درباره اعتیاد و ذکر راهبرد «کاهش آسیب» به عنوان یکی از این سیاست‌ها توسط مجمع تشخیص مصلحت نظام که به تأیید رهبری نیز رسیده است از دیگر دستاوردهای مهم است.



تجویز داروهای ضد رترو ویروسی براساس دستورعمل کشوری مراقبت بالینی از بیماران مبتلا به اچ آی وی و ایدز، به طور رایگان، از طریق مراکز مشاوره بیماری های رفتاری در دانشگاه های علوم پزشکی کشور صورت می گیرد. محدودیتی درخصوص تعداد بیماران یا اولویت بندی آنان وجود ندارد.

به گفته مسوولان ارشد، همه گیری اچ آی وی و ایدز در ایران دو موج مشخص را پشت سر گذارده است: موج اول در سال ۱۳۶۶ به سبب آلوده بودن خون و فرآورده های خونی وارداتی پدید آمد و گروهی مبتلا برجا گذاشت؛

موج دوم در سال های ۱۳۷۵ و ۱۳۷۶ با استفاده از سرنگ های مشترک آلوده توسط مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر شکل گرفت؛ و

با توجه به موفقیت برنامه های کاهش آسیب در گروه مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر و کند شدن روند رو به رشد شیوع اچ آی وی در این گروه، پیش بینی وقوع موج سوم بیماری نیز دور از ذهن مسوولان و کارشناسان کشوری نمی باشد.

در حال حاضر در مرکز هر استان، دست کم یک «مرکز مشاوره رفتاری» دایر است. در این مراکز درباره پیش گیری، درمان، کنترل و داروی اچ آی وی و ایدز آموزش می دهند، مشاوره می کنند و بسته های کاهش آسیب (کاندوم و سرنگ) را رایگان در اختیار می گذارند. در ایران هیچ بیمار مبتلا به ایدز در دست یافتن به دارو با مشکل روبه رو نیست (صداقت، ۱۳۸۶).

«کاهش آسیب» از برنامه های مهم مرکز مدیریت بیماری ها در کنترل اچ آی وی و ایدز است. در این باره ایجاد مراکز گذری برای تحویل دادن یا عوض کردن سرنگ و مراقبت و مشاوره، توزیع سرنگ و سوزن استریل و درمان نگهدارنده با متادون از اقدام های اساسی است که اجرا می شود (دفتر نمایندگی، ۱۳۸۶).

مشاوران سازمان جهانی بهداشت توصیه کرده اند باید کاری کرد که معتادان، به طیف وسیع از درمان های متنوع اعتیاد دسترسی یابند و درمان نگهداری با متادون در قلب این درمان ها باشد. مشاوران معتقدند درمان معتادان، مداخله ای کلیدی برای پیش گیری از انتقال اچ آی وی در میان آنان و از آنان به دیگران است. سرمایه گذاری برای درمان وابستگان به مواد، بخصوص درمان جایگزین با شبه مخدرها در مقایسه با هزینه های درمان ایدز و بیماری های همراه با آن کاملاً مقرون به صرفه است.

مصرف اکستازی و محرک های شبه آمفتامینی در میان جوانان ایرانی باید هشداری برای مسوولان و تشویق آنان به برنامه ریزی و پیش گیری از گسترش دامنه ی این مشکل و آمادگی برای درمان این گروه از مصرف کنندگان مواد باشد.

مقصود از این فصل اینست که معلوم شود از امکانات گسترده ی ارتباطی و الکترونیکی که در زمانه ی حاضر فراهم است چه مقدار برای انتقال پیام های بهداشت باروری، اطلاع رسانی یا برقراری ارتباط و رساندن جامعه به شناخت نزدیک به واقع از حقوق باروری استفاده می شود.

برای پاسخ گفتن به این پرسش داده های کافی در دست نیست. بی گمان سازمان های مسوول، مانند وزارت بهداشت و دانشگاه های علوم پزشکی، از فرصت های بسیار که صدا و سیمای کشور در سطح ملی یا در استان ها در اختیار می گذارد برای گفتگو در باره موضوعاتی که امکان مطرح ساختن آنها در رادیو یا تلویزیون وجود دارد بهره می گیرند. مناسبت های خاص؛ مانند روز و هفته جهانی جمعیت، روز و هفته جهانی شیرمادر، روز جهانی ایدز، روز جهانی بهداشت، روز جهانی محیط زیست، روز جهانی کودک، روز جهانی سالمندان و نظایر آن؛ نیز فرصتی است که از آن برای مطرح ساختن موضوع هایی که در قلمرو بهداشت باروری قرار دارد استفاده می شود: مانند سلامت مادر و کودک، نقش خانواده در ارتقای سلامت، تربیت و تغذیه کودک، رفتار با نوجوانان، مسائل دوران بلوغ، تنظیم خانواده، بیماری های آمیزشی، HIV و ایدز و رفتارهای پرخطر. همچنین از این فرصت می توان برای بازاریابی و آموزش مداخله در عوامل اجتماعی تاثیر گذار بر سلامت خصوصاً سلامت باروری بهره جست. سلامت باروری همچون سایر حیطه های سلامت خود متاثر از عوامل اجتماعی است و افزایش آگاهی عمومی می تواند زمینه جلب مشارکت های مردمی و همکاری های بین بخشی در راستای ارتقای سلامت و همچنین سلامت باروری و در نهایت اعتدالی عدالت در سلامت را فراهم نماید.

اینترنت از امکاناتی است که اتصال به اقیانوسی از اطلاعات را میسر می سازد. در آخرین سرشماری عمومی نفوس و مسکن تعداد خانوارهای استفاده کننده از اینترنت در سال ۱۳۸۵، ۲۱۰۲۳۹۵ خانوار اعلام شده است که بیش از ۱۲ درصد خانوارها را شامل می شود. نسل جوان، به اعتبار کنجکاو و روحیه ی پرسشگر خویش بیش از همه مشتاق به بهره مندی از این امکان و سیراب ساختن عطش کنجکاو خویش است.

با توجه به بالا بودن کاربران اینترنت در ایران و خصوصاً بکارگیری بیشتر این بستر توسط جوانان و نوجوانان، میزان دسترسی آنان به اطلاعات از منابع الکترونیکی از مباحث مورد توجه می باشد. در سالهای اخیر وزارت بهداشت و نیز دانشگاه های علوم پزشکی اقدام به طراحی وب سایتهای متعددی در این زمینه نموده اند. از جمله این وب سایت ها، وب سایت جوان سالم بوده که با حمایت صندوق جمعیت ملل متحد طراحی شده و در حال حاضر نیز تدابیر لازم برای معرفی آن، به روز رسانی و ارتقای کیفی صورت می گیرد.

از آنجا که در دنیای جهانی اطلاعات الکترونیکی برخی مباحث غیرعلمی و غیر اخلاقی نیز رواج داشته و می تواند بر روحیه و آینده نوجوانان تاثیر داشته باشد، لذا برخی از این سایت ها پس از شناسایی فیلتر می شوند تا از سلامت اخلاقی، روحی و اجتماعی جوانان حراست شود.

البته هنوز نیاز به بالابردن کیفیت این منابع و نیز دسترسی بیشتر جوانان به پاسخگویی به موقع به سوالات آنان احساس می شود و این مسئله بطور جدی مدنظر قرار گرفته است.

علی رغم همه ی ابزارهای تکنولوژیک که امروز برای رساندن پیام و برقراری ارتباط فراهم است، بررسی نتایج حاصل از اجرای برنامه های آموزشی درباره رفتار جنسی، رابطه ی جنسی و HIV که در سال ۲۰۰۵ در ۸۳ کشور توسعه یافته و توسعه یابنده به عمل آمد نشان داد آن دسته از برنامه های آموزشی که محتوایی سازمان یافته و مکتوب دارند و در میان گروهی مشخص از جوانان در مدرسه، کلینیک یا در جایی از جامعه اجرا شده اند مداخله هایی موثر برای ایجاد رفتار صحیح و مسوولانه در میان جوانان بوده اند (UNFPA, ۲۰۰۶ c)

روزگاری گمان می رفت اطلاع رسانی، آموزش دادن و برقراری ارتباط (IEC) برای نشر پیام ها و بازاریابی در حوزه سلامت و از آن جمله بهداشت باروری کفایت می کند.

در شرایط امروز به نظر نمی رسد تنها با IEC بتوان از پس مسائل حاد و حساس بهداشت باروری برآمد. از آن جمله است مسائلی مانند نیازهای برآورده نشده ی بهداشت باروری، بویژه در چارچوب اطلاع رسانی به نحوی که به بهره مندی از خدمات بینجامد، بارداری های ناخواسته و سقط جنین، خشونت، شیوه های نوین و موثر جلب و جذب جوانان، تداوم خدمات بهداشت باروری در شرایط بحران، ناباروری ها و جلب مشارکت مردان در حوزه بهداشت باروری. توفیق در برخورد موثر با این گونه مسائل به الگوهایی جدید و محدود شده تر برای برقراری ارتباط و ایجاد انگیزه در گروه هدف نیاز دارد. یاد دادن تنها گفتن (ابلاغ پیام) و یاد گرفتن تنها شنیدن (دریافت پیام) نیست. برای شکل گیری رفتار و تغییر آن، سازوکاری دیگر ضرورت دارد. از این رو، جدای از تسهیلاتی که برای ارائه خدمات فراهم می شود دست یافتن ارائه کنندگان خدمات به آنان که به خدمتشان نیاز دارند و توفیق در برقراری ارتباط موثر با آنان در مدیریت برنامه ها و از آن جمله برنامه های بهداشت باروری جایگاهی تردیدناپذیر دارد. آن گونه که از تجربه دیگر کشورها می توان آموخت (Sri Lanka, ۲۰۰۷) در شرایط حاضر، گرایش از الگوی متعارف IEC به سوی آموزش هایی که نیازهای خاص فرد را موضوع آموزش و تغییر رفتار قرار دهد ضرورت دارد. برای این منظور می بایست به طراحی شیوه ی استراتژیک برقراری ارتباط با تاکید خاص بر نیازهای افراد یا جوامع کوچک، ایجاد ظرفیت انسانی و فنی برای پی گیری الگوی جدید و طراحی و تولید مواد آموزشی جذاب و پیشرفته و توزیع آنها و سرانجام آموزش افراد توسط کارکنان آموزش دیده و مهارت یافته دست زد.

ایران از سال ۱۳۳۵ هر ده سال یک بار به سرشماری عمومی نفوس و مسکن دست زده است. در مواردی در فاصله‌ی دو سرشماری نیز آمارگیری‌های مقطعی و تکمیلی به فراهم ساختن داده‌های بهنگام کمک می‌کند. این سرشماری‌های مرکز آمار ایران و گزارش‌های سازمان ثبت احوال کشور منبع اصلی داده‌های جمعیتی را در جمهوری اسلامی ایران تشکیل می‌دهند. در آخرین سرشماری که در سال ۱۳۸۵ صورت گرفت رویکرد جنسیتی نیز مد نظر قرار گرفت و در آن برخی از پرسش‌ها مانند پرسش‌های مربوط به نیروی کار و اشتغال با توجه به ویژگی‌های زن و مرد ثبت و تحلیل شده است. این ملاحظه حتی در انتخاب پرسشگران زن و مرد نیز مؤثر بوده است. درکنار اطلاعات یادشده، وزارت بهداشت نیز در برخی موارد به شکل مستقل و در برخی موارد با مشارکت سایر سازمان‌های دست‌اندرکار به فراهم نمودن برخی از اطلاعات اختصاصی مورد نیاز اقدام کرده است. از این موارد می‌توان به بررسی DHS، بررسی IMES، ثبت مرگ و برخی موارد دیگر اشاره نمود.

کیفیت داده‌های سرشماری در ایران در طول زمان بهبود یافته و در حال حاضر اطلاعات دقیق‌تری از وضعیت جمعیت ارائه می‌شود. در سال‌های اخیر نحوه اطلاع‌رسانی مرکز آمار ایران نیز بهبود درخور توجه یافته است. این داده‌ها مبنای ارزشمند برای محاسبه شاخص‌های توسعه هزاره و توسعه پایدار به حساب می‌آید. با وجود این، اطلاعات سرشماری در مواردی به سبب سرعت زمان انتشار داده‌ها دارای اشکالاتی است.

سازمان ثبت احوال ایران نیز داده‌های وقایع حیاتی (موالید، مرگ و میر، ازدواج و طلاق) را جمع‌آوری و منتشر می‌کند. پوشش ثبت ولادت و فوت در سه دهه گذشته به طور چشمگیر افزایش یافته است. پوشش ثبت مولید در کل کشور در سال ۱۳۸۵ حدود ۹۶ درصد ثبت تا یکسال پس از وقوع (و ثبت حدود ۷۵ درصد در مهلت قانونی کمتر از ۱۵ روز) بوده است. پوشش ثبت فوت در کل کشور در سال ۱۳۸۵ نیز حدود ۸۹ درصد ثبت تا یکسال پس از وقوع (و ثبت ۷۷ درصد در مهلت قانونی کمتر از ۱۰ روز) بوده است. مابقی وقایع ثبت نشده در همان سال در سال‌های بعد از وقوع ثبت، تحت عنوان معوقه ثبت می‌شوند. از این رو، زمانی که داده‌های ثبتی ولادت و فوت مبنای محاسبه میزان‌های ولادت و مرگ و میر قرار می‌گیرند، میزان‌های محاسبه شده بر مبنای ثبت وقایع یکسال پس از وقوع کمتر از حد واقعی است و این ناشی از ثبت نشدن وقایع در سال وقوع است. به عنوان مثال، میزان مرگ و میر خام بر مبنای داده‌های ثبتی ۱۳۸۵، ۴/۶ برآورد شده، در صورتی که با منظور داشتن آمار معوقه نرخ مرگ و میر برای سال ۱۳۸۵ حدود ۶ در هزار خواهد بود. (عباسی ۱۳۸۷)

پوشش ثبت ولادت تا یکسال پس از وقوع در برخی از استانها حدود ۹۷ درصد و در چند استان دیگر حدود ۸۵ درصد و ۸۰ درصد بوده است. پوشش ثبت فوت نیز در بعضی از استان‌ها در بالاترین حد و در برخی دیگر در حد ۷۴ تا ۷۶ درصد بوده است. براین اساس، سازمان ثبت احوال برای ارتقاء سطح پوشش در استان‌های ضعیف طرحی را به اجرا گذارده است که در بهبود وضعیت پوشش این استان‌ها و کل کشور مؤثر بوده است. علاوه بر آن اقدامات دیگری از جمله اعزام مأمور ثبت احوال به مناطق مختلف روستائی و عشایری و همکاری‌های فرابخشی با سایر سازمان‌های مرتبط، صورت گرفته است.

در صورت تقویت و بهبود داده‌های ثبت احوال، می‌توان از آنها برای ارزیابی برخی از شاخص‌های اهداف توسعه هزاره در کشور از جمله شاخص‌های کاهش مرگ و میر کودکان، بهبود سلامت مادران و مبارزه با بیماری‌ها (مانند ایدز) استفاده کرد. علاوه بر آن، داده‌های ثبت احوال، امکان برآورد سالانه برخی از شاخص‌ها تا سطح شهرستان و بخش را فراهم می‌سازد که مبنائی برای ارزیابی شاخص‌های توسعه هزاره نه تنها در سطح کشور و استان بلکه در سطح شهرستان و مناطق محدودتر است. علی‌رغم اینکه داده‌های مرگ و میر در حال حاضر به تفکیک علل جمع‌آوری می‌شوند، به دلیل آموزش ناکافی در ثبت علل فوت، داده‌های علل فوت از دقت کافی برخوردار نیست. همچنین تفاوت‌های استانی در ثبت داده‌ها نیز موجب عدم اطمینان به نتایج حاصله برای کل کشور و مناطق مختلف شده است. (همان)

علاوه بر داده‌های سرشماری و ثبتی، توسعه شبکه بهداشتی و گسترش خانه‌های بهداشت از ابتدای دهه ۱۳۶۰ امکان جمع‌آوری و ثبت داده‌های زیج حیاتی را در نقاط روستایی کشور فراهم ساخته است که در بررسی شاخص‌های مربوط به باروری، تنظیم خانواده، مرگ و میر شیرخواران و کودکان مؤثر است.



این داده‌ها از سال ۱۳۷۱ به بعد به صورت الکترونیکی در دسترس است و منبع مفیدی برای بررسی روند باروری، تنظیم خانواده، سلامت مادران و کودکان محسوب می‌شود. نکته اصلی در مورد این داده‌ها دستیابی به وضعیت مطلوب و نیز اجرای برنامه‌هایی برای بهبود پوشش و کیفیت داده‌هاست.

تحقیقات نمونه‌ای نیز در سال‌های اخیر در ایران انجام شده که منجر به درک بهتری از وضعیت تنظیم خانواده، سلامت مادران، کودکان و بهداشت باروری شده است. از جمله این تحقیقات می‌توان به بررسی بهداشتی جمعیتی (DHS) اشاره کرد که در سال ۱۳۷۹ در کلیه استان‌های کشور توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری مرکز آمار ایران انجام شد. تحقیقات نمونه‌ای تحولات باروری در ایران (Iran Fertility Transition Survey (IFTS) و نیز بررسی باروری پایین در ایران (Iran Low Fertility Survey (ILFS) که در استان‌های خاص به ترتیب در سال‌های ۱۳۸۲ و ۱۳۸۴ توسط دانشگاه تهران با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه ملی استرالیا انجام شد، اشاره کرد. همچنین تحقیق IMES در سال ۱۳۸۴ در سراسر کشور در ارتباط با اکثریت قریب به اتفاق شاخص‌های سلامت باروری انجام و گزارش آن نیز منتشر شد. با همه اینها، پاسخ برخی از پرسش‌های بهداشت باروری در این داده‌ها موجود نیست و داشتن اطلاعات مربوط به آنها برای بررسی جامع شاخص‌های اهداف توسعه هزاره نیازمند پیگیری از مراجع ذیربط است.

علاوه بر منابع مذکور، سازمان‌های مختلف در ایران داده‌های مربوط به ویژگی‌های جمعیت تحت پوشش خود را جمع‌آوری و عرضه می‌کنند. برای مثال، وزارت آموزش و پرورش سالانه آمارهای مختلفی در مورد تعداد مدارس، کلاس‌ها، معلمان، دانش‌آموزان و هزینه‌های سرانه آموزشی و غیره را جمع‌آوری و منتشر می‌کند. این داده‌ها ارزیابی کیفیت آموزشی و بررسی انطباق سیستم آموزشی با توجه به نیازهای نیروی کار در کشور با داده‌های موجود را فراهم نمی‌کند. اداره اتباع خارجه وزارت کشور نیز در دوره‌های مختلفی داده‌های مربوط به اتباع خارجه و پناهندگان را در قالب طرح آمایش جمع‌آوری و منتشر کرده است.

البته برای بررسی وضعیت مهاجرین سوالات بیشتری مورد نیاز است تا اطلاعات بیشتری را درباره آنان جمع‌آوری کند. مرکز آمار ایران، علاوه بر سرشماری‌ها، اطلاعاتی را به صورت نمونه‌گیری در زمینه‌های نیروی کار و هزینه درآمد خانوار در فاصله‌های بین سرشماری جمع‌آوری می‌کند که امکان بررسی روند تحولات اشتغال و سایر شاخصهای اقتصادی اجتماعی مانند فقر را فراهم می‌سازد. علاوه بر موارد فوق، در ایران داده‌ها و اطلاعات زیست محیطی نیز برای ارزیابی منابع طبیعی و محیط زیست و روند تخریب آنها نیازمند کامل تر شدن است. (همان). در یکی از گزارش‌های صندوق جمعیت تهران (UNFPA/IRAN, ۲۰۰۶) با مرور گزارش پیشرفت به سوی هدف‌های هزاره جمهوری اسلامی ایران، مقاله‌ای از مرکز آمار ایران درباره شاخص‌های هدف هزاره و جدول کمبود داده‌ها که توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور و مرکز آمار ایران تهیه شده است نیز بحث فوق را درباره برخی از شاخص‌ها و داده‌ها تایید می‌کند.

با وجود اینکه در حوزه سلامت داده‌های بسیار وجود دارد، مجموعه‌ای آنها به طور کامل پاسخگوی نیاز بررسی‌هایی از این دست نیست. داده‌های بیماری و مرگ در کنار اطلاعات جمعیتی بنیان بسیاری از شاخص‌های این حوزه را تشکیل می‌دهند.

ثبت و گزارش بیماری‌ها در مراجعات سرپایی و بستری با کمبودهایی روبه‌روست. داده‌های مرگ وضعیتی مشخص‌تر دارد ولی همچنان بسته به منابع داده‌ها، تناقض‌ها و تفاوت‌هایی در ارقام مرگ، به چشم می‌خورد. به نظر می‌رسد تلاش‌های مکرر چند ساله‌ی اخیر در ایجاد هماهنگی میان منابع مهم داده‌های مرگ (وزارت بهداشت، سازمان ثبت احوال و مرکز آمار ایران) نیازمند تداوم است. این نکته در گزارشی دیگر نیز منعکس است (UN, ۲۰۰۳)



در نظام سلامت به یمن وجود زیج حیاتی، پرونده خانوار، و فرم‌های ویژه ثبت و گزارش داده‌ها، گزارش‌ها وضعیتی منظم‌تر و درخور اعتماد دارد. در دیگر سطوح شبکه‌های بهداشت و درمان هنوز مدیریت اطلاعات سلامت با دشواری‌هایی روبرو است. تلاش‌های سال‌های اخیر در دعوت از کارشناسان خارجی یا ایجاد انگیزه در پژوهشگران داخلی در این باره منجر به تدوین چند گزارش شده است. اولین مطالعه بار بیماریها در کشور برای سال مرجع ۱۳۸۲ انجام شده و نتایج آن در سال ۱۳۸۶ انتشار یافته است.

انتشار نتایج مطالعه جهانی بار بیماریها و ترجمه خلاصه ای از آن به فارسی نگرش نوینی را در فضای سیاست‌گذاریهای مرتبط با سلامت در کشور به دنبال داشت به طوریکه بازتاب آن در متن مواد و تبصره های قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی اجتماعی کشور جای گرفت.

گرچه انجام این مطالعه به عنوان اولین مطالعه از این دست با محدودیتها و چالشهایی روبه‌رو بوده است ولی در هر مرحله از اجرای آن، تلاش مجریان بر این بوده است که به نحوی بر این مشکلات غلبه نمایند که کمترین اثر مخدوش کنندگی بر نتایج مطالعه داشته باشد. مهمترین این چالشها نقصان منابع کافی داده‌های مربوط به پیامدهای غیرکشنده بیماریها و برآورد برای آینده (Projection) بوده است.

از ویژگیهای این مطالعه بازنگری لیست مطالعه جهانی بر اساس وضعیت اپیدمیولوژیک کشور بوده که منجر به حذف برخی از بیماریهای نادر و اضافه شدن بیماریهای موجود در کشور شده است. محاسبه جزئیات اختلالات مرتبط با باروری نیز از جمله خصوصیات این مطالعه است که در سایر مطالعات مشابه در سایر کشورها مشاهده نمیشود. اطلاعات مورد نیاز برای محاسبه بار این اختلالات از مطالعات اپیدمیولوژیک مرتبط به دست آمده است.

تلاش شده است بر اساس نتایج این مطالعه تصویری از وضعیت مرگ و میر و ابتلا به پیامدهای غیر کشنده بیماریها و آسییها به دست آید. ضروری است دست‌اندرکاران انجام این مطالعه از یک طرف در جهت رفع نواقص و ایجاد تصویری روشن‌تر تلاش نموده و از طرف دیگر تمهیداتی در جهت محاسبه بار بیماریها به تفکیک مناطق جغرافیایی فراهم نمایند تا اثر مداخلات و روند تأثیر مداخلات در مناطق مختلف به خوبی نمایان گردد.



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مسوولیت نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران را برعهده دارد و به کمک دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی به اجرای برنامه‌های بهداشت و درمان می‌پردازد. هر استان دست کم دارای یک دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی است. تعداد استان‌ها ۳۰ و تعداد دانشگاه‌های علوم پزشکی ۴۱ است.

بخش عمده‌ی منابع مالی، انسانی و تجهیزاتی مورد نیاز برنامه‌های بهداشت باروری با اعتبارات دولت تامین می‌شود و نقش کمک‌های بین‌المللی در قیاس با اعتبارات دولت در خور توجه نیست. گذشته میزان کمک‌های بین‌المللی حدود ۰/۹ درصد کل اعتبارات هزینه شده برآورد شده بود (سازمان جهانی، ۱۳۷۶) ولی از رقم کنونی اطلاع دقیق در دست نیست.

آنچه از اجزای بهداشت باروری در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در حال اجراست به صورتی ادغام شده با دیگر برنامه‌های بهداشت عمومی و در شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی جریان دارد. از این رو، ردیابی اعتبارات اختصاص یافته به اجزای بهداشت باروری در عمل میسر نیست.

در گذشته منابع مالی مورد نیاز، در چارچوب برنامه‌های پنجساله‌ی توسعه و در قالب بودجه سالانه، توسط سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی تخصیص می‌یافت و در اختیار وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی قرار می‌گرفت. منابع مالی به صورت تخصیص‌های فصلی، تقریباً در هر فصل در حد ۲۵ درصد بودجه‌ی سالانه، برای هزینه کردن به دست واحدهای اجرایی در سطح ملی، استان‌ها و شهرستان‌ها می‌رسید.

در نظم نوین، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی منحل شده و به صورت یکی از معاونت‌های رئیس جمهور در نهاد ریاست جمهور قرار گرفته است. در حال حاضر، به طور موقت به شیوه‌ی گذشته عمل می‌شود اما به احتمال، در آینده تغییرات عمده، بویژه از نظر اختیار تخصیص منابع و تفویض آن به استان‌ها و استانداری‌ها صورت خواهد گرفت. انتظار می‌رود در نظم نو، اعتبارات تعلق یافته به هر بخش یا هر وزارتخانه به صورت کلی در اختیار وزیر قرار گیرد و با تصمیم‌هایی که در درون وزارتخانه گرفته می‌شود توزیع شود. در این حال آمادگی برای توجیه منطقی‌تر نیاز و مهیا بودن برای رقابت نزدیک با رقبای داخل بخش و داشتن روابط مؤثر تعیین کننده خواهد بود.

در یکی از گزارش‌های صندوق جمعیت (UNFPA, ۲۰۰۴) منابع مالی اختصاص یافته به برنامه‌های ارایه خدمات، آموزش‌ها و تحقیقات تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی ایران به شرح زیر اعلام شده است:

سال	میلیارد ریال
۱۹۹۱	۶.۶
۱۹۹۶	۳۲
۱۹۹۸	۵۰
۱۹۹۹	۵۰
۲۰۰۰	۶۴
۲۰۰۲	۱۰۰
۲۰۰۳	۱۰۰
۲۰۰۵	۱۰۰
۲۰۰۶	۱۴۰
۲۰۰۸	۱۴۰
۲۰۰۹	۱۶۰

در سال ۲۰۰۲ بیش از نیمی از اعتبارات فوق برای خرید وسایل پیش‌گیری از بارداری، ۴۰ تا ۴۵ درصد دیگر در ازای روش‌های جراحی پیش‌گیری از بارداری و باقی‌مانده برای آموزش و تحقیق هزینه شده است. گزارش تاکید دارد علی‌رغم افزایش چشمگیر رقم مطلق اعتبارات مالی، قدرت خرید آن به سبب نرخ بالای تورم افزایش درخور توجه نداشته است (همان).

همانند منابع مالی، نیروی انسانی مورد نیاز برنامه‌های بهداشت باروری نیز در شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی که گسترش کامل در سراسر کشور دارد تامین می‌شود.

گرچه تعداد سازمان‌های غیردولتی در کشور کم نیست، رابطه‌ی آنها با نظام رسمی ارائه خدمات استحکام چندان ندارد. دست‌کم از نظر بهداشت باروری همکاری سازمان‌های مردم‌نهاد و بخش خصوصی با تنگناهای زیر مواجه است:

- سازوکار شفاف برای ثبت سازمان‌های غیردولتی و شناخت آنها وجود ندارد.
 - سازوکارهای حمایت از این سازمان‌ها روشن نیست.
 - بخش خصوصی در ارائه طیفی از خدمات بهداشت باروری از توزیع وسایل تا اعمال جراحی نقش آشکار دارد. برابر نتایج مطالعه‌ی DHS، ۲۴٫۵ درصد از کسانی که در کل کشور از روش‌های مختلف پیش‌گیری از بارداری استفاده می‌کنند محل دریافت وسایل را بخش خصوصی اعلام داشته‌اند. این مشارکت در بررسی IMES در سال ۱۳۸۴ نیز ۲۴ درصد گزارش شده است.
 - سازوکار مشخص برای بهره‌مند شدن سازمان‌های غیردولتی از کمک‌های دولت یا منابع بین‌المللی مورد نیاز است.
 - سازمان‌های غیر دولتی نقش کمتری در ارائه خدمات دارند و عمده‌ی مشارکت آنها به آموزش و گاهی پژوهش محدود می‌شود.
- صرف نظر از جنبه‌های مالی، کمک سازمان‌های بین‌المللی، بویژه صندوق جمعیت سازمان ملل از دیدگاه فنی، کارشناسی، ایجاد انگیزه در کارکنان، ظرفیت‌سازی، یاری رساندن به اجرای پروژه‌های تحقیق و حمایت از اجرای طرح‌های پایلوت بسیار ارزشمند است.

بخش عمده کمک‌های بین‌المللی مربوط به بهداشت باروری از طریق سازمان‌های وابسته به سازمان ملل متحد در اختیار وزارت بهداشت قرار می‌گیرد و هزینه می‌شود.

صندوق جمعیت سازمان ملل متحد مهمترین و مؤثرترین سازمان بین‌المللی برای حمایت مالی و فنی از برنامه‌های جمعیت و بهداشت باروری در جمهوری اسلامی ایران است. صندوق جمعیت از سال ۱۳۵۰ با وزارت بهداشت همکاری داشته است. این همکاری در فاصله‌ی سال ۱۳۵۷ تا ۱۳۶۳ توقف داشت. در فاصله‌ی سال‌های ۱۳۶۳ تا ۱۳۷۲ کمک‌های صندوق به طور عمده صرف ظرفیت‌سازی و کمک به اجرای برنامه‌های جمعیتی و تنظیم خانواده شد. برنامه دوم صندوق (۱۳۷۷ - ۱۳۷۳) همگام با برنامه پنج‌ساله دوم توسعه‌ی کشور که احیای برنامه‌های جمعیتی و تنظیم خانواده را هدف قرار داده بود به حمایت از این برنامه‌ها اختصاص یافت. این کمک‌ها در برنامه پنج‌ساله سوم توسعه‌ی کشور نیز ادامه داشت. کمک‌های مالی صندوق جمعیت در فاصله‌ی سال‌های ۱۹۹۶ تا ۲۰۰۱ به طور متوسط هر سال ۲ میلیون دلار بوده است (UNFPA, ۲۰۰۴).

۱- شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در جمهوری اسلامی ایران در سال‌های ۱۳۵۸ تا ۱۳۶۰ طراحی شد، چهار سال به آزمودن، تکمیل و رفع معایب و تدوین دکترین آن گذشت و از اردیبهشت ماه ۱۳۶۴ به اجرا درآمد و گسترش یافت. یکی از ویژگی‌های این شبکه، ادغام یافته بودن همه‌ی خدماتی است که ارائه می‌شود. ادغام هر برنامه‌ی نو، مستلزم فراهم ساختن حداقل‌هایی است که از جمله سطح‌بندی خدمات، تدوین بسته‌های خدمت و آموزش، تعیین شیوه‌های ثبت و گزارش داده‌ها و روش پایش و ارزشیابی را شامل می‌شود.

وقتی در دهه‌ی دوم پس از انقلاب اسلامی، جمهوری اسلامی ایران به عزم ملی احیای سیاست‌های جمعیتی و گسترش تنظیم خانواده دست یافت، شبکه‌ی مراقبت‌های اولیه بهداشتی بستری آماده برای ادغام این برنامه بود که همچون شریانی پرانشعاب پیام‌ها و وسایل این برنامه را همراه با دیگر برنامه‌ها به همه شهرها و روستاهای کشور می‌رساند. آثار و پیامدهای جای گرفتن در این بستر و بهره‌مندی از این شریان خون رسان را در تغییر تقریباً همه‌ی شاخص‌های مرتبط با این برنامه می‌توان دید.

ادغام تنظیم خانواده و خدمات ادغام یافته مادر و کودک و سپس بهداشت باروری در شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی نخستین مداخله‌ی برتر در گسترش بهداشت باروری بود.

۲- دولت جمهوری اسلامی ایران، در دهه‌ی دوم پس از انقلاب با جدی گرفتن هشدار کارشناسان و متخصصان بهداشت عمومی و جمعیت، حمایت کامل خود را از برنامه‌های تنظیم خانواده و سپس بهداشت باروری در راستای ارتقای سلامت مادران، کودکان و خانواده نشان داد. در این چرخش عملکردی، نقش رهبران مذهبی برجسته بود و نه فقط تردید سیاست‌گذاران و مجریان را در ضرورت پرداختن به این برنامه‌ها از میان می‌برد، بلکه برای قشرهای وسیع از جامعه نیز هدایت‌کننده بود.

توفیق در جلب و تداوم حمایت رهبران فکری و مذهبی جامعه از مهم‌ترین مداخله‌های برتر و با اثرات چند جانبه بود.

۳- در بخش روستایی شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی، ارائه خدمت Active طراحی شده است. به این معنی که اگر آنکه می‌بایست از خدمات واحد ارائه‌کننده خدمت برخوردار شود به هر دلیل بموقع مراجعه نکند شناخته می‌شود و حداکثر به فاصله‌ی ۳ روز برای پی‌گیری به او مراجعه می‌کنند. محاسبات مالی، سهم این بخش از فعالیت‌ها (پی‌گیری فعال و بازدید منزل) را در خور توجه نشان داده است.

در بخش شهری، از آغاز به اعتبار بالاتر بودن سطح سواد و تراکم جمعیت و فاصله‌های نزدیک‌تر جغرافیایی که جملگی تسهیل‌کننده‌ی مراجعه‌ی بموقع است از تعیین این وظیفه‌ی پرهزینه برای مراکز شهری خودداری شد. در عمل، نیاز به پی‌گیری مشابه در شهر نیز ضرورت یافت و برای این منظور از وجود رابطان داوطلب Community Health Volunteers in Iran استفاده شد. خانم‌های رابط با رعایت چند شرط از جمله رضایت همسر، از میان زنان خانه‌دار برگزیده می‌شوند، آموزش می‌بینند و به عنوان رابط میان مرکز ارائه‌کننده خدمات در شهر و تعدادی از خانوارهای همسایه‌ی خویش پیام‌های بهداشتی را به درون خانه‌ها و خانواده‌ها می‌برند و برخی اطلاعات مشخص درباره تولد، مرگ، و مصرف روش‌های پیش‌گیری از بارداری، مراقبت‌های مادران و کودکان و ... را از خانوارها به مرکز انتقال می‌دهند. کار این خانم‌ها داوطلبانه است و هیچ پرداخت نقدی یا غیرنقدی در بر ندارد (Unicef, ۱۹۹۸) شمار رابطان داوطلب در کشور امروز بیش از ۱۲۰۰۰۰ است. از دیگر ارزش‌های کار خانم‌های رابط پرداختن به نیازهای بین‌بخشی خانواده‌هاست که فعالیت‌های آنان را به فراتر از بخش سلامت گسترش می‌دهد.

دیگر مداخله‌ی برتر در کمک به گسترش منطقی برنامه‌های بهداشت باروری و ارتقای کیفیت این خدمات استفاده از کمک رابطان داوطلب بوده است.

۴- جلب مشارکت وسیع بخش خصوصی در برنامه‌های بهداشت باروری از توزیع وسایل تا کمک به اعمال جراحی و تولید صنعتی وسایل پیش‌گیری از بارداری دیگر مداخله‌ی برتر است. برابر نتایج مطالعه‌ی DHS (سال ۱۳۷۹) ۲۴٫۵ درصد و IMES (سال ۱۳۸۴) ۲۴ درصد از مراجعان تنظیم خانواده وسایل مورد نیاز خود را از بخش خصوصی دریافت می‌کنند.

سهام بخش خصوصی در خدمات بستری را از زایمان و اعمال جراحی زنان تا مشارکت در درمان ناباروری و سرطان‌ها به هیچ روی نمی‌توان نادیده گرفت.

جلب همکاری بخش خصوصی در ارائه خدمات بهداشت باروری از مداخله‌های برتر است.

باروری از مداخله‌های برتر است.

۵- در مبارزه با HIV و ایدز، جمهوری اسلامی ایران از ابتکار راه‌اندازی کلینیک‌های مثلثی و مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری برای ارائه‌ی همزمان آموزش و مشاوره، مراقبت از افراد آلوده به HIV و درمان بیماران ایدزی بهره گرفته است. کارشناسان بهره‌گیری از این روش را مؤثر و موفق ارزیابی کرده‌اند. در چندین شهر کشور در مراکز بهداشتی درمانی حاشیه شهر، خدمات دوستدار نوجوانان AFS= Adolescent Friendly service به منظور استفاده از peer education برای کاهش رفتارهای پرخطر در زمینه ایدز فعالیت‌هایی انجام شده است. نتایج ارزشیابی این فعالیت‌ها نشان داد که مداخله‌های انجام شده در بالابردن آگاهی این قشر در زمینه ایدز تا حدودی موفق بوده است. (وزارت بهداشت-یونیسف)

استفاده از کلینیک‌های مثلثی و مراکز مشاوره رفتاری در کنترل HIV و ایدز مداخله‌ای برتر است.

۶- تشویق دانشگاه‌های علوم پزشکی، جهاد دانشگاهی و بخش خصوصی به راه‌اندازی کلینیک‌های ناباروری اقدامی بسیار مؤثر و مفید بوده است. امروز هیچ زوج نابارور برای درمان به خارج از کشور اعزام نمی‌شوند. در حال حاضر درمان ناباروری در ایران بسیار کم هزینه‌تر از دیگر کشورها، از جمله کشورهای همسایه است و دسترسی به آن دشوار نیست.

تقویت برنامه درمان ناباروری در جمهوری اسلامی ایران را باید از مداخله‌های برتر در بهداشت باروری دانست.

۷- راه‌اندازی کلینیک‌های نوزادان Prenatology برای حمایت از نوزادانی که در کلینیک‌های ناباروری به دنیا می‌آیند گرچه در آغاز راه است به احتمال زیاد مداخله‌ای برتر خواهد بود. زیرا کلینیک‌های ناباروری به طور معمول پس از به دنیا آمدن نوزاد زوج نابارور، ماموریت خود را پایان یافته می‌بینند. حال آنکه این نوزادان به سبب چند قلوژی و عیب‌های گوناگون ژنتیک بیش از دیگر نوزادان به مراقبت نیاز دارند.

راه‌اندازی کلینیک‌های نوزادان برای حمایت از نوزادان محصول درمان ناباروری گرچه در آغاز راه است به نظر می‌رسد مداخله‌ای برتر و شایسته‌ی گسترش خواهد بود.

۸- ورود رویکرد عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت در بخش سلامت و گسترش این دیدگاه به بیرون از وزارت بهداشت جهت جلب حمایت و گسترش همکاری‌های سایر وزارتخانه‌ها و سازمان‌هایی که فعالیت‌ها و اقداماتشان بر سلامت از جمله سلامت باروری تاثیر دارند. در این راستا در سال ۱۳۸۴ جمهوری اسلامی ایران به عنوان یکی از کشورهای همکار سازمان جهانی بهداشت در زمینه تدوین برنامه استراتژیک عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت با هدف ارتقاء عدالت بر سلامت شناخته شد. به عبارت دیگر با استفاده از پتانسیل‌های برون بخشی به موازات منابع درون بخشی سلامت به مداخله در عوامل اجتماعی تاثیر گذار بر سلامت به منظور ارتقاء عدالت در سلامت خصوصاً سلامت باروری می‌پردازیم.

تدوین برنامه عملیاتی بین بخشی در ۱۴ حیطه اولویت دار ملی عوامل اجتماعی تاثیر گذار بر سلامت مداخله برتری در راستای ارتقاء عدالت در سلامت و کاهش بی عدالتی‌های سلامت باروری کشور است.

از مسائل مرتبط با بهداشت باروری که کشور در آینده با آن روبه رو خواهد بود سه مسأله‌ی زیر ابعاد وسیع‌تر و اثرگذارتر دارند:

۱- جمعیت بالای نوجوانان و جوانان هم‌اکنون نیز از مسائل بهداشت عمومی است و در آینده نیز همچنان خواهد بود.

۲- راه یافتن جوانان امروز به سنین میانسالی و سالمندی چالشی بزرگ بر سر راه جامعه و بهداشت عمومی است. تنوع بیماری‌ها و نیازهای میانسالان و سالمندان، تامین معیشت و رفاه آنان و هزینه‌های سنگین بیمارستانی و غیرآن در کنار بازگشت کمتر و طولانی‌تر سرمایه برای درمان بیماری‌های غیرواگیردار مآل‌اندیشی و تدبیر کافی طلب می‌کند.

۳- با توجه به موفقیت برنامه‌های کاهش آسیب در گروه مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مخدر و کند شدن روند رو به رشد شیوع اچ‌آی‌وی در این گروه، پیش‌بینی وقوع موج سوم بیماری نیز دور از ذهن مسؤولان و کارشناسان کشوری نمی‌باشد.

در سال‌هایی که از کنفرانس قاهره می‌گذرد جمهوری اسلامی ایران در ارتقای سلامت جامعه، افزایش طول عمر، بهبود تغذیه، مبارزه با بیماری‌های واگیردار و بهبود شاخص‌های توسعه انسانی توفیق‌های فراوان داشته است. در حوزه بهداشت باروری، موفقیت‌های این کشور در کاستن از تولد، مرگ، رشد جمعیت و میزان باروری کلی، ارتقای سلامت مادران و کودکان، رساندن پوشش ایمن‌سازی به بالاتر از ۹۵ درصد و افزایش درصد مصرف روش‌های گوناگون پیش‌گیری از بارداری مثال زدنی است. این دستاوردها، جمهوری اسلامی را در راه دست یافتن به بیشتر هدف‌های برنامه عمل کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه قاهره و هدف‌های توسعه هزاره یاری داده است. هدف از بندهای نتیجه‌گیری و توصیه‌ها در این فصل آنست که صندوق جمعیت سازمان ملل در چارچوب تعهد و مأموریت خویش هدف‌های آتی همکاری با دولت جمهوری اسلامی ایران را با این امید سامان دهد که اگر ICPD + ۲۰ نیز پیش آید ایران وضعیتی بمراتب بهتر از آنچه در ICPD + ۱۵ انعکاس یافته است داشته باشد.

۱- ارتقای نظام مدیریت اطلاعات از الزامات نظام سلامت و بهداشت باروری در جمهوری اسلامی ایران است.

صندوق جمعیت می‌تواند در این راستا، با گرد آوردن همه‌ی ذینفعان، شناخت و دسته‌بندی و هماهنگ‌سازی نیازها و حمایت کارشناسی و فنی به طراحی سامانه‌ای پاسخگو و آزمودن آن در یک یا چند استان یاری دهد.

۲- در بیان ضعف‌های نظام اطلاعات در بهداشت باروری از جمله به داده‌هایی اشاره می‌شود که یک بار انتشار می‌یابند. از جمله مطالعه‌های مهم سال‌های اخیر که می‌توان آنها را مصداق این ضعف دانست بررسی جمعیت و سلامت (DHS) و مطالعه‌ی بار بیماری‌هاست که اولی در سال ۱۳۷۹ و دومی در سال ۱۳۸۱ صورت گرفته است. شایان ذکر است که بررسی IMES پیرو DHS و با تغییرات عناوین برخی از شاخص‌ها و با هدف دستیابی به اطلاعات در سطح شهرستان‌ها در فاصله پنج سال پس از DHS براساس شاخص‌های مورد نیاز در سال ۱۳۸۹ انجام گردد. نتایج بهنگام مطالعه بار بیماری‌ها مورد نیاز نظام سلامت و بهداشت باروری است.

صندوق جمعیت سازمان ملل با هدایت و تعهد حمایت کارشناسی در هر دو مورد می‌تواند با گشودن گره این دو مطالعه به غنای منابع داده‌ای سلامت و بهداشت باروری و احیاناً رفع معایبی که بویژه بر نخستین مطالعه‌ی بار بیماری‌ها مترتب بوده است کمک کند.

۳- صندوق جمعیت سازمان ملل متحد می‌تواند با کمک فنی به تحلیل علمی و درست، جنبه‌های پنهان ضعف کیفی خدمات را با جزئیات و شفافیت‌هایی که در خدمت طراحی عملیات اجرایی قرار گیرد آشکار کند و با مشخص ساختن راه‌های ارتقای کیفیت این خدمات، ایران را در جایگاهی بهتر از جامعه جهانی بهداشت باروری قرار دهد.

۴- یکی از ضعف‌هایی که قطعاً می‌بایست هدف برنامه‌های آتی قرار گیرد مقابله با کمبود ریزمغذی‌ها در زنان باردار، کودکان و نوجوانان است که در مواردی به عنوان یکی از فوریت‌های بهداشت عمومی مطرح می‌شود.

۵- جمهوری اسلامی در دهه‌های گذشته از نظر پرداختن به پژوهش‌ها، وضعیتی چشمگیر داشته است. با وجود این هنوز حوزه‌ها و موضوعات بسیار وجود دارد که برای روشن شدن ابعاد و رفع ابهام‌ها، نیازمند پژوهش‌های دقیق و گاه پیچیده‌اند.

هدایت تیم‌های پژوهش و حمایت فنی و کارشناسی از این تیم‌ها از حوزه‌های مهم همکاری صندوق جمعیت سازمان ملل متحد با دولت جمهوری اسلامی ایران است و بی‌گمان ثمرات درخور توجه در ارتقای سطح کیفی برنامه‌ها خواهد داشت.

۶- برخی از کمبودها در نظام سلامت و بهداشت باروری به سبب ضعف در ظرفیت پرداختن به فعالیت‌های خاص است. توان محدود نظام در سنجش نیاز، مشاوره درست و حرفه‌ای، پایش، ارزشیابی، پژوهش، حمایت طلبی، مستندسازی، ارتقای کیفیت، تحلیل‌های مالی، آینده‌نگاری Futurology/ Forecasting، توزیع عادلانه منابع و مدل‌سازی، مواردی از ظرفیت‌های مورد نیاز است.

پیشگامی صندوق جمعیت سازمان ملل متحد در پرداختن به این ضرورت نه فقط به طور مستقیم دروندادی پربها برای ارتقای فرایندهای بهداشت باروری خواهد بود بلکه با Externalities در خور توجه به طور غیرمستقیم در اعتلای وضعیت کل نظام سلامت نیز مؤثر خواهد بود و به جریانی بسیار هزینه‌آفرین و کارآ تبدیل خواهد شد.

the ICPD Programme of Action, to make sexual and reproductive health a national priority, to achieve the agreed target of 0.7 per cent of GNP for official development assistance, to ensure that agreed financial resources needed to implement the ICPD Programme of Action are included in national development budgets and development assistance for health programmes. 4. Give highest priority in national budgets, strategies and policies to expanding access to comprehensive reproductive health services. 5. Ensure that reproductive health are prominently reflected in both the policy and the Millennium Declaration as well as in the targets and indicators for the MDGs. 6. Take immediate action to reduce maternal mortality and morbidity and unsafe abortion. 7. Develop Technical and Policy Guidance for Health Systems (2003). 8. Strengthen reproductive rights concern. 9. Strengthen safe motherhood, including antenatal care, the presence of skilled attendants during childbirth, and postnatal care. 10. Take immediate action to remedy the acute lack of qualified health workers from HIV/AIDS and loss of staff to developed countries. 11. Strengthen the link between the private sector, NGOs and government in production and distribution of commodities and supplies, especially for family planning and HIV/AIDS. 12. Give high priority to encouraging private sector involvement in HIV/AIDS at the prevention stage by holding a dialogue with the private sector and the unmet needs in commodities in UNFPA and IPPF. 13. Develop a road map to ensure sustainable financing, recognition of reproductive health, and strengthen family planning services to enable women to plan their fertility. 14. Promote men's understanding of their roles and responsibilities in reproductive health, reproductive rights of men and women, supporting their participation in reproductive health care, including family planning services, helping to prevent sexually transmitted infections, including HIV/AIDS. 15. Ensure that reproductive health programmes, including young people and people living with HIV/AIDS, are implemented, monitored and evaluated. 16. Mobilize support for reproductive health through public health education campaigns and other means. 17. To promote and protect maternal health. 18. Scale up and ensure that reproductive health are integrated into comprehensive sexual and reproductive health responses to HIV/AIDS that build on the principles of one national response to HIV/AIDS coordinating body, and one agreed country-level mechanism for maximum possible integration with other relevant sexual and reproductive health programmes. 19. Give priority to and increase resources for research on vaccine development, ensure respect for the human rights, especially sexual and reproductive rights of people living with HIV/AIDS as well as other vulnerable groups. 20. Ensure that the human rights of the girl child and young women, particularly sexual and reproductive health, and their full participation in decision-making at all levels. 21. Implement fully international humanitarian law for women and girls, migrants and refugees during and after conflict. 22. Ensure that the law those who engage in sexual violence, exploitation and abuse of health services are provided as an integral part of human rights. 23. Enact and enforce laws making domestic and sexual violence a crime, and practices such as female genital mutilation, a punishable offence. 24. Promote wider access to youth-friendly reproductive health services, including political, religious and cultural leaders, in order to provide wider access to youth-friendly reproductive health services. 25. Promote the rights of adolescents and those not in school, and provide training and support for young men, to promote the rights of women and girls. 26. Ensure their right to reproductive health information and services. 27. Eliminate disparities in how boys and girls are treated and educated. 28. Access to clean water is a fundamental human right, and gender-sensitive strategies to raising water productivity and conservation are essential. 29. Initiating water-pollution control programmes, including land, water and credit, particularly for women, are essential for sustainable development. 30. Protect the reproductive health of women and girls in agricultural crops. 31. Promote and protect the rights of women and girls to fully and effectively engage in the economic and social development of their countries.