

کتاب جامع

بهداشت عمومی

فصل ۱۱ / گفتار ۴ / دکتر سهیلا خوشبین، زهره حقیقت دانا

تنظیم خانواده

فهرست مطالب

۲۲۱۹	اهداف درس
۲۲۱۹	مقدمه
۲۲۲۰	حاملگی بدون برنامه (Unintended pregnancy)
۲۲۲۰	حاملگی‌های پرخطر
۲۲۲۰	اهمیت تنظیم خانواده
۲۲۲۲	تاریخچه تنظیم خانواده
۲۲۲۳	قانون تنظیم خانواده و جمعیت
۲۲۲۴	سیاست‌های برنامه کشوری تنظیم خانواده
۲۲۲۵	راهکارهای ضروری جهت نائل شدن به اهداف ابلاغ سیاست‌های جدید جمعیت :
۲۲۲۵	الف - فعالیتهای آموزشی
۲۲۲۵	ب - ارائه خدمات تنظیم خانواده به زوجین با شرایط خاص و پرخطر
۲۲۲۶	روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری قابل ارائه در مراکز دولتی و غیردولتی:
۲۲۲۶	نرخ باروری در مناطق مختلف کشور
۲۲۲۷	شاخص‌های ارزشیابی برنامه
۲۲۲۹	بررسی وضعیت جهانی جمعیت
۲۲۳۰	بررسی وضعیت کشوری جمعیت
۲۲۳۰	نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵
۲۲۳۱	پیشنهادها
۲۲۳۱	خلاصه
۲۲۳۱	منابع

تنظیم خانواده Family planning

دکتر سهیلا خوشبین*، زهره حقیقت دانا**
* دفتر سلامت خانواده و جمعیت ** دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

اهداف درس

انتظار می‌رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، بتواند:

- تنظیم خانواده را تعریف کند
- حاملگی‌های برنامه ریزی نشده و یا بدون برنامه را توضیح دهد
- حاملگی‌های پرخطر از دیدگاه تنظیم خانواده را شرح دهد
- اهمیت تنظیم خانواده را بیان کند
- تاریخچه تنظیم خانواده را در دوران قبل از انقلاب شرح دهد
- مراحل اتخاذ سیاست تحدید موالید را در دوران بعد از انقلاب نام ببرد
- قانون تنظیم خانواده را بیان کند
- فعالیت‌های کلی برنامه تنظیم خانواده را نام ببرد
- سیاست‌های تنظیم خانواده را عنوان کند
- اهداف برنامه را لیست کند
- شاخص‌های ارزشیابی برنامه تنظیم خانواده را لیست نماید

مقدمه

تنظیم خانواده به معنای توانمند ساختن خانواده و جامعه به منظور تصمیم‌گیری آگاهانه و آزادانه برای انتخاب تعداد فرزندان، فاصله‌گذاری بین بارداری‌ها، انتخاب زمان بارداری‌ها، پیشگیری از بارداری‌های ناخواسته، سقط‌های غیرقانونی و به حداقل رساندن بارداری‌های پرخطر در راستای ارتقای سلامت مادران و کودکان، خانواده و در نهایت، جامعه بوده است که برای رسیدن به این اهداف در اختیار گذاردن مجموعه کاملی از روش‌های موثر و

مطمئن جلوگیری از بارداری ضروری است. دسترسی همگان به بهترین روش‌های مطمئن، موثر، کم هزینه و مقبول پیشگیری از بارداری که بر خلاف قانون نباشد از حقوق مردان و زنان محسوب می‌گردد. بنابراین تنظیم خانواده می‌تواند با هدف به تاخیر انداختن موقت بارداری و یا توقف همیشگی فرزندآوری، مورد استفاده قرار گیرد.

حاملگی بدون برنامه (Unintended pregnancy)

به مجموع حاملگی‌های زیر اطلاق می‌گردد:

- ۱) فرد در حال حاضر این بارداری را نمی‌خواسته ولی تمایل به بارداری را در آینده داشته است (Mistimed pregnancy)
- ۲) فرد تمایل به این بارداری را نه در حال حاضر و نه در آینده داشته است (Unwanted pregnancy)

حاملگی‌های پرخطر

از دیدگاه تنظیم خانواده شامل موارد زیر است:

- ۱) حاملگی‌های زیر ۱۸ و بالای ۳۵ سال
- ۲) حاملگی‌های با فاصله گذاری کمتر از دو سال
- ۳) حاملگی‌های با رتبه ۴ و بالاتر

اهمیت تنظیم خانواده

برنامه تنظیم خانواده با هدف اصلی حفظ و ارتقاء سلامت زنان و کودکان، از زمان شروع تاکنون موفقیت چشمگیری در کشور ما داشته است. چشم انداز برنامه تنظیم خانواده، خواسته بودن همه بارداری‌ها است. بارداری‌های ناخواسته همراهی بالایی با عوارض دوران بارداری، مرگ و میر مادران باردار و کودکان زیر پنج سال و عوارض دوران نوزادی دارد. بر مبنای بسیاری از مطالعات مراقبت مادر و نوزاد در حاملگی ناخواسته کمتر از بارداری با برنامه قبلی است. همچنین اقدام به سقط غیرقانونی و غیر شرعی، معضلی است که معمولاً در حاملگی‌های ناخواسته بروز می‌نماید. **تنظیم خانواده امروزه به عنوان یکی از بندهای اساسی حقوق بشر و یکی از اجزاء حیاتی توسعه پایدار شناخته شده است** زیرا به افراد و گروه‌های مختلف به شرح زیر کمک می‌کند.

زنان

تنظیم خانواده به زنان کمک می‌کند تا خود را در مقابل حاملگی‌های برنامه ریزی نشده محافظت کنند. در دهه ۱۹۶۰ برنامه‌های تنظیم خانواده از طریق کمک به زنان، موفق به پیشگیری از بروز ۴۰۰ میلیون حاملگی برنامه ریزی نشده در جهان گردید. در نتیجه بسیاری از زنان بخاطر مواجه نشدن با حاملگی‌های پرخطر و سقط‌های غیرایمن توانستند به زندگی خود ادامه دهند. در واقع اگر می‌شد همه زنان از نظر بروز حاملگی‌های پرخطر مورد حفاظت قرار گیرند مرگ مادر تا حد ۲۵٪ کاهش پیدا می‌کرد.

پیشگیری از ایدز و دیگر بیماری‌های منتقله از طریق تماس جنسی

تنظیم خانواده از بارداری زنان آلوده به HIV می‌کاهد و بدین ترتیب از تولد کودک آلوده جلوگیری می‌کند. از بین شیوه‌های پیشگیری از بارداری، کاندوم در این خصوص حائز بیشترین اثرات می‌باشد.

توانمندسازی جامعه

تنظیم خانواده مناسب، مردم را در خصوص مسائل زناشویی و تولید مثل، صاحب اطلاعات علمی مناسب می‌کند.

کاهش بارداری نوجوانان

زنان باردار نوجوان بیشتر کودکان پره ترم و یا کم وزن را به دنیا می‌آورند. کودکان متولد از مادران نوجوان، بیشتر می‌میرند. بسیاری از زنان نوجوان متعاقب بارداری، ترک تحصیل می‌نمایند که این مسئله در درازمدت عوارض شخصی، خانوادگی و اجتماعی فراوانی را به دنبال دارند.

عدالت جنسیتی

بارداری‌های ناخواسته و خارج از برنامه، زنان را از دیگر برنامه‌های زندگی محروم می‌کند. تنظیم خانواده زنان را قدرتمند می‌سازد و زمینه را برای عدالت جنسیتی، فراهم می‌کند. در واقع زنان با تنظیم خانواده مناسب در تشکیل خانواده با تعداد مناسب دخالت صریح پیدا می‌کنند.

کودکان

تنظیم خانواده از طریق فاصله گذاری مناسب بین زایمان‌ها به زنده ماندن کودکان کمک می‌کند. در جهان هر سال بین ۱۳ تا ۱۵ میلیون کودک زیر ۵ سال می‌میرند. اگر تمام کودکان با فاصله گذاری حداقل دو سال بدنیا می‌آمدند ۳ تا ۴ میلیون از این مرگ‌ها می‌توانست پیشگیری شود.

مردان

تنظیم خانواده به مردان و زنان کمک میکند تا مراقبت از خانواده خود را بهتر انجام دهند. مردان در همه دنیا می‌گویند که رعایت تنظیم خانواده باعث تامین یک زندگی بهتر برای خانواده آنها می‌گردد.

خانواده

برنامه‌های تنظیم خانواده باعث ارتقا سطح سلامت خانواده می‌شود. زوجها با داشتن تعداد فرزند مناسب قادر به تامین آموزش، پرورش، بهداشت و تغذیه کافی برای فرزندان خود هستند.

ملل، حفظ سرمایه‌های ملی و ارتقاء وضع اقتصادی جامعه

تنظیم خانواده کمک به توسعه ملل می‌کند. در کشورهایی که زنان، فرزندان کمتر در مقایسه با مادرانشان دنیا آورده‌اند مردم بهبود وضعیت اقتصادی سریعتری را در مقایسه با سایر کشورهای دیگر داشته‌اند.

کره زمین و حفظ محیط زیست

جمعیت مناسب در آینده تقاضای مناسب برای استفاده از منابع طبیعی از قبیل آب و خاک قابل کشت را بدنال خواهد داشت. بنابراین هر کس در آینده فرصت بهتر و بیشتری برای ساختن یک زندگی مناسب و خوب خواهد داشت.

قابل تاکید است که؛ در سند توسعه پایدار، صراحتاً آمده است که: تا سال ۲۰۳۰، باید دسترسی جهانی به خدمات مراقبت‌های مرتبط با بهداشت جنسی و باروری تحقق یابد و از جمله در خصوص تنظیم خانواده، اطلاع رسانی و آموزش‌های لازم و ادغام بهداشت باروری به استراتژی‌ها و برنامه‌های ملی به اجرا گذاشته شود.

تاریخچه تنظیم خانواده

در شهریور ماه ۱۳۲۰ جمعیت شیر و خورشید سرخ ایران کار خود را که منحصر به کنترل حوادث و سوانح بود گسترش داد و به امور مختلف بهداشتی و درمانی از جمله تنظیم خانواده پرداخت. در حدود سال ۱۳۳۰ سازمانی به عنوان سازمان همکاری بهداشت بین‌المللی در ایران بوجود آمد که جزئی از برنامه‌های بهداشتی آن بهداشت مادر و کودک بود. در کلینیک‌های بهداشت مادر و کودک روش‌های جلوگیری از بارداری برای زنان توضیح داده می‌شد. این وسایل پیشگیری شامل ژل و قرص‌های کف کننده واژینال بود که توسط زنان متقاضی از داروخانه خریداری می‌شد. در سال ۱۳۳۴ اداره بهداشت مادر و کودک در وزارت بهداشت تاسیس گردید و بدنال آن در سال ۱۳۳۵ قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری و آی یو دی وارد ایران شد بطوری که در سال ۱۳۳۷ اولین درمانگاه تنظیم خانواده شروع بکار نمود. صندوق جمعیت ملل متحد (UNFPA) که یکی از سازمان‌های وابسته به سازمان ملل است فعالیت خود را در ایران با هدف کمک‌های مالی به سازمان‌های دولتی ذیربط با مسایل جمعیتی در اواخر دهه ۱۳۴۰ آغاز کرد. در سال ۱۳۴۱ برای اولین بار برنامه‌های جمعیتی مورد توجه دولت قرار گرفت بطوری که در برنامه عمرانی سوم به مسئله جمعیت اشاره گردید و در سال ۱۳۴۳ جلوگیری از حاملگی مورد تایید مقامات روحانی قرار گرفت. در سال ۱۳۴۶ برنامه تنظیم خانواده، ارائه خدمت را فقط برای جوامع شهری با تاکید بر زنان را مدنظر قرار داد. در برنامه عمرانی سوم (۱۳۴۶-۱۳۴۲) راه اندازی مراکز بهداشت پیشنهاده گردید بطوری که این مراکز در اواخر برنامه عمرانی چهارم (۱۳۵۱-۱۳۴۷) ایجاد گردیدند و ارائه خدمت در آن‌ها آغاز شد. در همین زمان معاونت جمعیت و تنظیم خانواده در وزارت بهداشت تاسیس و برنامه‌های جمعیت و تنظیم خانواده اعلام گردید. از دی ماه ۱۳۵۱ انستیتو تحقیقات بیولوژی تولید مثل با هدف انجام مطالعات در زمینه بررسی اثرات و عوارض روش‌های پیشگیری از بارداری بر فرایند تولید مثل در تهران شروع به فعالیت نمود، و یک سال بعد (۱۳۵۲) به منظور گردآوری کلیه اطلاعات جمعیتی و تنظیم خانواده نقاط مختلف جهان، مرکز اسناد جمعیت و تنظیم خانواده در ایران تاسیس گردید. در طول سه دوره برنامه‌های عمرانی فعالیت‌های آموزشی

بی شماری با هدف ایجاد مهارت در کارکنان ارائه خدمت و ارتقا سطح آگاهی گروه‌های هدف و جامعه انجام گردید. در خرداد ماه ۱۳۵۸ واحد بهداشت در معاونت بهداشتی وزارت بهداشت بوجود آمد که عهده دار انجام فعالیت‌های بهداشتی مادر و کودک، تنظیم خانواده و تغذیه گردید و در سال ۱۳۶۲ برنامه بهداشت مدارس در بهداشت خانواده، ادغام و اداره کل بهداشت خانواده و مدارس ایجاد شد.

پس از سرشماری ۱۳۶۵ اعلام جمعیت ۵۰ میلیونی مسئولین را متوجه رشد شتابان جمعیت و مشکلات ناشی از آن کرد. لذا با توجه به این امر در سال ۱۳۶۷ پس از ارائه بیانات آیت الله خامنه‌ای در مورد برنامه تنظیم خانواده، سمینار ملی جمعیت و توسعه در شهر مقدس مشهد توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی برگزار گردید و حاصل آن برنامه ملی تنظیم خانواده بود که مورد تایید امام خمینی (س) قرار گرفت و متعاقب آن در خرداد ماه ۱۳۶۷ دولت سیاست تحدید موالید را اعلام نمود. و در سال ۱۳۶۸ وزارت بهداشت اولین بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد زنان ۱۵-۴۵ سال از دیدگاه تنظیم خانواده را اجرا کرد و در همین سال در برنامه ۵ ساله اول توسعه اجتماعی و اقتصادی کشور (۷۲-۱۳۶۸) برنامه کنترل جمعیت از اولویت ویژه‌ای برخوردار و در تاریخ ۱۳۶۸/۶/۴ وظایف دستگاه‌های اجرایی ذیربط (وزارت‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، آموزش و پرورش، فرهنگ و ارشاد اسلامی، علوم، تحقیقات و فناوری و کار و امور اجتماعی، سازمان‌های صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران و مدیریت و برنامه ریزی و مرکز ثبت احوال) در خصوص اعمال سیاست تحدید موالید به تصویب هیات وزیران رسید و در سال ۱۳۶۹ هیئت محترم وزیران تشکیل شورای تحدید موالید را تصویب کرد و جهت اجرا ابلاغ نمود. در شهریور ماه ۱۳۷۰ واحد تنظیم خانواده از اداره کل بهداشت خانواده مجزا و تحت عنوان اداره کل جمعیت و تنظیم خانواده عهده دار توسعه و پیشبرد برنامه در سطح کشور گردید.

در سال ۱۳۷۰ لایحه کنترل جمعیت و تنظیم خانواده از طرف دولت تهیه و تقدیم مجلس گردید و در تاریخ ۷۲/۲/۲۶ از تصویب مجلس گذشت و یک هفته بعد به تایید شورای نگهبان رسید. جمعیت در سال ۱۳۶۵ به حدود ۵۰ میلیون و در سال ۷۵ به بعد به حدود ۶۷ میلیون نفر رسیده است و پیش بینی می‌شد که در صورت ادامه روند رشد فعلی جمعیت کشور در سال ۱۴۰۰ به بیش از ۱۰۰ میلیون نفر برسد اما سرشماری سال ۹۰ نشان داد که جمعیت با این روند رشد پیش نرفته و جمعیت کشور از ۷۵ میلیون نفر تجاوز نکرده است که به این علت سیاست تنظیم خانواده در اوایل دهه ۹۰ به دلیل نگرانی از سالخوردگی جمعیت تغییر کرد.

قانون تنظیم خانواده و جمعیت

ماده ۱

کلیه امتیازاتی که در قوانین بر اساس تعداد فرزندان و یا عایله پیش بینی و وضع شده‌اند در مورد فرزند چهارم و بعد که پس از یک‌سال از تصویب این قانون متولد می‌شوند قابل محاسبه و اعمال نخواهد بود و فرزندی که تا تاریخ مزبور متولد می‌شوند کماکان از امتیازات مقرر، برخوردار می‌باشند.

ماده ۲

وزارتخانه‌های آموزش و پرورش، علوم، تحقیقات و فناوری، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و فرهنگ و ارشاد اسلامی موظف به اجرای برنامه‌های ذیل هستند:

- وزارت آموزش و پرورش موظف خواهد بود مطالب آموزشی مربوط به جمعیت و تامین سلامتی مادران و کودکان را در متون درسی خود به نحو موثری بگنجانند.
- وزارت‌های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف به ایجاد واحد درسی به نام جمعیت و تنظیم خانواده در کلیه رشته‌های آموزشی می‌باشند.

ماده ۳

وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی موظف است زمینه‌های جلب مشارکت فعال و موثر روزنامه نگاران، فیلم سازان و سایر هنرمندانی که به نحوی به آن وزارتخانه ارتباط دارند به منظور ارتقاء سطح آگاهی‌های عمومی از برنامه‌های جمعیت و تنظیم خانواده را فراهم نماید.

ماده ۴

سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران موظف است جهت ارتقاء سطح آگاهی‌های عمومی در تامین سلامت مادران و کودکان و جمعیت، برنامه‌های آموزشی رادیویی و تلویزیونی بطور مستقیم و غیر مستقیم تهیه و پخش نماید.

سیاست‌های برنامه کشوری تنظیم خانواده

مطالعات نشان داده که از اواسط دهه ۶۰ رشد کاهشی رخ داده به طوری که در سال ۷۵ نرخ رشد به ۱/۵ درصد و در سال ۹۲ به میزان ۱/۳ درصد رسیده است. نکته حائز اهمیت دیگر این است که؛ جامعه در صورتی از یک رشد جمعیتی منطقی برخوردار است که میزان باروری کلی آن بیش از ۲/۱ بوده و این امر به این مفهوم است که هر خانمی باید در دوران باروری خود بین ۲ تا ۳ فرزند زنده داشته باشد. در این صورت این جامعه با رشد منفی جمعیت روبرو نمی‌گردد و این درحالی است که در حال حاضر میزان باروری کلی کشور به میزان ۱/۶۱ می‌باشد که به معنای کمتر از حد جایگزینی می‌باشد. پیرو ابلاغ سیاست‌های کلی جمعیت و بازنگری در سیاست‌های جمعیتی در راستای دستیابی به نرخ باروری کلی در حد جایگزینی و اهمیت سلامت مادران در حفظ بنیاد خانواده، ضمن تشویق خانواده و مشاوره فرزند آوری، در برخی موارد زنان با شرایط پرخطر مانند ابتلای به بیماری یا شرایط خاص گیرنده خدمت لازم است بارداری خانم تا زمان بهبودی نسبی به تعویق افتد و یا از بارداری وی پیشگیری بعمل آید، در اینگونه موارد و در صورت تمایل فرد به فاصله گذاری / پیشگیری از بارداری، می‌توان برای زنان پرخطر، خدمات مورد نیاز را به طور رایگان در اختیار آنان قرار داد.

راهکارهای ضروری جهت نائل شدن به اهداف ابلاغ سیاست‌های جدید جمعیت :

- ازدواج‌ها در سطح کشور، زودتر صورت بگیرد یعنی سن ازدواج که در حال بالا رفتن است کم شود.
- بعد از ازدواج، خانواده‌ها زودتر فرزنددار شوند و در صورتی که تمایل به داشتن فرزند بیشتر دارند، فاصله منطقی بین آنها را رعایت کرده و البته در این مسیر باید سلامت مادران، کودکان و سلامت زنان در دوران باروری، تأمین شود.

در این راستا راهکارهای زیر برای حصول نتایج مطلوب توصیه می‌شود:

- جلب مراجعین به واحدهای ارایه خدمت
 - آموزش گروه هدف براساس محتوای آموزشی تدوین شده
- فعالیت‌های این اداره برای گیرندگان و زنان با شرایط خاص و پرخطر برای دریافت خدمات تنظیم خانواده بر دو محور استوار است : ۱ - آموزش ۲ - ارائه روش‌های پیشگیری از بارداری به زوجین با شرایط خاص و پرخطر

الف - فعالیت‌های آموزشی

در راستای ابلاغ سیاست‌های جمعیتی جدید، آگاهی‌رسانی به جامعه با پرهیز از باورهای نادرست، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. با توجه به کمیت و کیفیت مطلوب جمعیت، نیاز به آموزش‌های برنامه‌ریزی شده در گروه هدف می‌باشد. اصلی‌ترین گروه هدف مداخله خانواده‌هایی خواهند بود که:

- بیش از یک سال از ازدواج آنها سپری شده و برنامه‌ای برای فرزندآوری ندارند. (ترغیب آنان به برنامه‌ریزی جهت فرزند آوری)
- فرزندان خود را به دنیا آورده و علیرغم تمایل به داشتن فرزند بعدی و نبودن شرایط بارداری پرخطر، سن آخرین فرزندشان از سه سالگی گذشته است
- علیرغم تمایل به داشتن فرزند بعدی و عدم وجود شرایط بارداری پرخطر به سال‌های پایانی دوران باروری سالم نزدیک شده و برای بارداری بعدی برنامه‌ریزی نکرده‌اند.
- آموزش جامعه و یا گروه‌های عام از طریق رسانه‌های جمعی و گروهی با هدف ارتقاء سطح آگاهی جامعه با تأکید بر نوجوان و جوان در زمینه نقش جمعیت در توسعه پایدار ارائه می‌گردد.

ب - ارائه خدمات تنظیم خانواده به زوجین با شرایط خاص و پرخطر

در کلیه مراکز خدمات جامع سلامت، پایگاه‌های سلامت و خانه‌های بهداشت در سطوح شهر و روستا انواع روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری به طور رایگان و مستمر در اختیار زوجین پرخطر قرار می‌گیرد و متقاضیان می‌توانند در چارچوب مقررات وضع شده از این خدمات بهره‌گیرند.

روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری قابل ارائه در مراکز دولتی و غیردولتی:

- قرص‌های خوراکی
- کاندوم
- روش‌های تزریقی یک و سه ماهه
- آی یو دی
- روش‌های کاشتنی
- بستن لوله در زن و مرد

نرخ باروری در مناطق مختلف کشور

نرخ باروری در مناطق مختلف کشور، متفاوت بوده و مناطق به دو گروه زیر تقسیم گردیده است:

- الف - شهرستان‌های با نرخ باروری در حد جایگزینی و یا پایین تر از حد جایگزینی
- ب - شهرستان‌های با نرخ باروری بالاتر از حد جایگزینی

بدین منظور ضروریست تا برنامه ریزی در گروه الف بر اساس مراحل زیر صورت گیرد.

گام اول : شناسایی گروه‌های هدف برنامه افزایش نرخ باروری با ارتقاسلامت : ابتدا باید گروه‌های هدف را شناسایی نمود برای این منظور زوجین بدون فرزند که حداقل یکسال از ازدواج آنها گذشته، خانم‌های ۱۸ تا ۳۵ ساله که فرزند زیر سه سال نداشته اند و همچنین خانم‌های ۳۰ تا ۳۵ ساله که تمایل به بارداری مجدد دارند شناسایی می‌شوند .

گام دوم : بررسی تمایل زوجین برای تولد فرزند جدید : پس از شناسایی گروه هدف، باید پیگیری در خصوص بررسی تمایل آنان برای باروری انجام گیرد این کار می‌تواند به صورت دعوت در جلسات گروهی و یا پیگیری توسط رابطین به درب منزل و یا پیگیری‌های تلفنی انجام شود.

گام سوم : بررسی موقعیت اجتماعی و اقتصادی این گروه هدف : در این مرحله پس از شناسایی خانم‌هایی که در گروه هدف قرار گرفته و تمایل به بارداری دارند، وضعیت اقتصادی و اجتماعی آنان برای باروری مجدد بررسی می‌گردد(ملاک گفته خود مراجعه کننده می‌باشد) این کار نباید به طور واضح انجام گرفته و عزت نفس افراد خدشه دار گردد.

گام چهارم : بررسی وضعیت جسمانی مادر برای باروری : پس از مشاوره پرسنل بهداشت خانواده در صورت پذیرش خانم برای باروری مجدد باید وی از لحاظ جسمانی بررسی گردند آزمایش لازم برای آنان

درخواست شود پرونده پیش از بارداری برای این خانم ها تهیه گردد .

گام پنجم : مشاوره دقیق و ارائه آموزش های لازم در خصوص زمان مناسب فرزند آوری : این گروه ها باید به صورت چهره به چهره و یا گروهی مورد مشاوره قرار گرفته و مشکلات تاخیر در امر باروری از لحاظ جسمی و عاطفی بر آنان بیان شود .

گام ششم : گرفتن فیدبک از آموزش های ارائه شده : پس از هر جلسه گروهی و یا چهره به چهره از آموزش های ارائه شده فیدبک گرفته شود و به سوالات مطرح شده پاسخ داده شده و یا در صورت نیاز به سطح بالاتر ارجاع گردند .

گام هفتم : بررسی ایجاد تغییر نگرش و رفتار در مادر : پس از گذراندن تمامی مراحل قبل ضروریست تا ظرف سه ماه بعد پیگیری انجام گرفته و نتایج در پرونده خانوار ثبت گردد.

جدول ۱- شاخص های کمی مقایسه ای برنامه جمعیت و تنظیم خانواده در سال ۱۳۹۱ (۲۰۱۱)

شاخص	سال ۱۳۷۹ (درصد)	سال ۱۳۹۱ (درصد)
استفاده از روش های پیشگیری از بارداری	۷۳/۸	۸۲
استفاده از روش های مدرن پیشگیری از بارداری	۵۵/۹	۷۰
استفاده از قرص های خوراکی پیشگیری از بارداری	۱۸/۴	۲۴
استفاده از کاندوم	۵/۹	۲۳
استفاده از آی یو دی	۸/۵	۱۸
استفاده از روش تزریقی	۲/۸	۶
استفاده از روش کاشتنی (نورپلنت)	۰/۵	۰
استفاده از بستن لوله در مرد	۲/۷	۶
استفاده از بستن لوله در زن	۱۷/۱	۲۳

شاخص های ارزشیابی برنامه

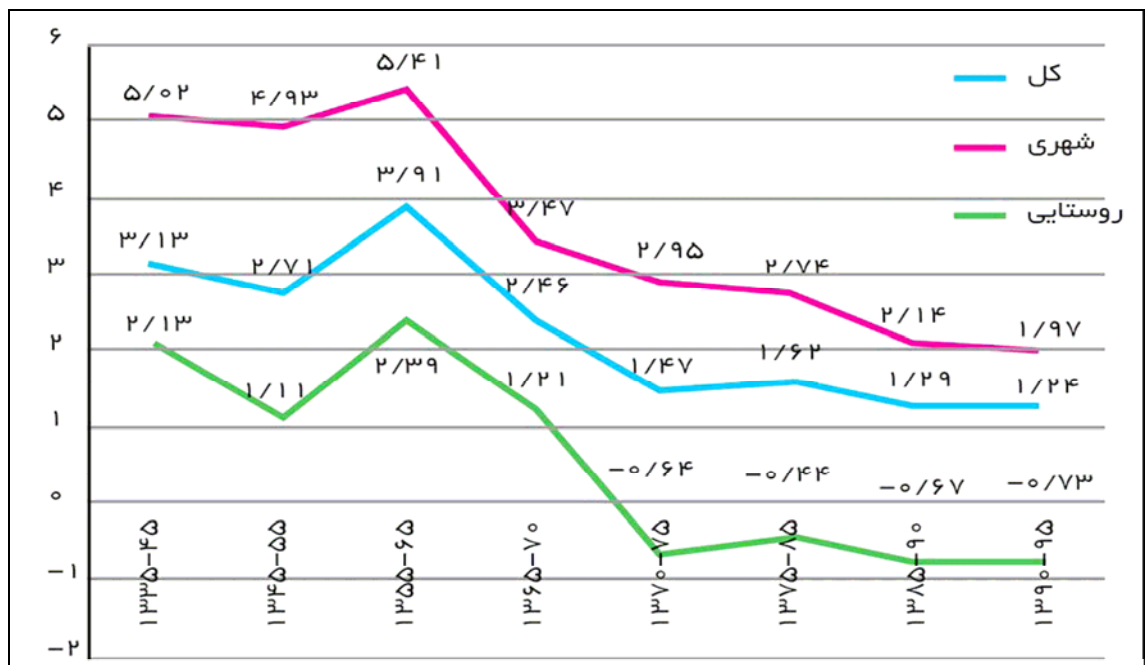
برنامه تنظیم خانواده در دو مقطع زمانی متوسط و بلند می تواند مورد ارزشیابی قرار گیرد.

شاخص های با مقطع زمانی متوسط

این شاخص ها تغییرات رفتاری را در جامعه ای که خدمت را دریافت کرده اند اندازه گیری می کند. بنابراین می تواند برنامه را از نظر کمی و کیفی مورد ارزشیابی قرار دهند. لازم به توضیح است که عوامل متعددی از قبیل

جدول ۲- شاخص‌های کیفی برنامه جمعیت و تنظیم خانواده

شاخص	درصد
درصد استفاده صحیح از قرص	۵۱/۵
درصد شکست قرص‌های خوراکی ترکیبی	۱/۵
درصد شکست قرص شیردهی	۴
درصد شکست کاندوم	۲/۳
درصد شکست سایر روش‌های مدرن	۰/۱
درصد شکست روش‌های سنتی	۳/۱
درصد شکست کل روش‌های پیشگیری از بارداری	۱/۴
میزان حاملگی‌های پرخطر (سن و رتبه بارداری)	۱۲/۱
حاملگی ناخواسته	۳۰/۶
زنان با حاملگی ناخواسته با قرص	۲۷/۱
زنان با حاملگی ناخواسته با روش منقطع	۳۸/۶
زنان با حاملگی ناخواسته با آی یو دی	۱۱/۴
زنان با حاملگی ناخواسته با آمپول	۲/۸
زنان با حاملگی ناخواسته با وازکتومی همسر	۰/۲۸
زنان با حاملگی ناخواسته بدون استفاده از هیچ روش پیشگیری	۲۴/۵



نمودار ۱ - متوسط رشد سالانه جمعیت

اشتغال، سواد، اقتصاد و . . . بر روی رفتارهای باروری موثر است و استفاده از خدمات تنظیم خانواده یکی از این عوامل تاثیرگذارنده بر شاخص‌های باروری می‌باشد و بنابراین توسعه کمی و کیفی این خدمت می‌تواند یکی از عوامل پایین آورنده شاخص‌های باروری در متقاضیان این خدمت محسوب گردد.

بررسی وضعیت جهانی جمعیت

آمار مربوط به جمعیت به طور اساسی بر روی اقتصاد کشورها، وضعیت سلامتی و بر روی شرایط اجتماعی تأثیر گذار است. رشد جمعیت تغییراتی در روند میزان باروری و ساختار جمعیت ایجاد می‌کند و در نهایت تأثیرات پیچیده ای می‌گذارد.

میزان باروری به طور جهانی در حال کاهش است. به عنوان یک پیامد، رشد جمعیت تقریباً در همه جا به غیر از آفریقا رو به کاهش است. در اواسط سال ۲۰۱۵، رشد جهانی به ۷/۳ بیلیون رسید تقریباً سه برابر رشد جمعیت در سال ۱۹۵۰، که ۶۰٪ از آنها در آسیا زندگی می‌کنند. حتی از آنجایی که رشد جمعیت رو به کاهش است، جمعیت جهانی تا سال ۲۰۳۰ به ۸/۵ بیلیون خواهد رسید.

افزایش جمعیت ممکن است بر روی گرمایش جهانی همانند کمبود آب، مهاجرت گسترده و توده ای و کاهش منابع و تولید غذایی اثر گذاری منفی داشته باشد. بین سال ۱۹۹۰ و ۲۰۱۵، تعداد متوسط پیش بینی شده تولد کودک از هر زن (میزان باروری کلی) نزدیک یا زیر سطح جایگزینی ۲/۱ در تمام مناطق به جز مناطق آفریقایی و مدیترانه می‌باشد. میزان باروری نزدیک یا کمتر از سطح جایگزینی، هم اکنون در ۴۴ درصد از کشورها وجود دارد.

پروژه پیش رو نشان می‌دهد که تقریباً ۲/۱ بیلیون کودک در طی سال‌های ۲۰۱۵ تا ۲۰۳۰ در سر تا سر جهان متولد خواهد شد، این امر یک افزایش تقریباً ۳ درصدی از کل آمار متولدشدگان در طی پانزده سال گذشته می‌باشد. نیمی از این کودک‌ها در آسیا و یک سوم آنها در آفریقا متولد می‌شوند. در همان دوره جمعیت کلی زنانی که قابلیت باروری دارند در سال ۲۰۳۰ به میزان ۹ درصد افزایش خواهد یافت که به عبارتی جمعیت آنان به ۲ بیلیون نفر خواهد رسید.

سرمایه گذاری کردن در خصوص سلامت باروری مخصوصاً در برنامه‌های مرتبط با خانواده ارزشمند است و می‌بایست این اطمینان حاصل شود که تمام زنان و مردان می‌توانند به جمعیت دلخواه خود دست یابند. در کشورهایی که میزان رشد جمعیت و ساختار سن افراد به طور ناگهانی تغییر می‌کند، شتافتن به سوی سلامت یکی از عامل‌های مهم تلقی می‌شود. به عنوان مثال در کشورهایی که میزان مرگ و میر و باروری کم است به تدریج منابع زیادی در اختیار سلامت بزرگسالان و افراد پیر قرار می‌گیرد که همان منابع می‌تواند برای سلامت مادران و کودکان در نظر گرفته شود.

تمام مولفه‌های سلامت جنسی و باروری مانند برنامه ریزی خانواده، جلوگیری از سقط جنین غیر ایمن، رسیدگی به خشونت علیه زنان و اطمینان از دسترسی به خدمات بهداشتی جنسی و درمانی توسط همه کسانی که به آنها نیاز دارند، از جمله نوجوانان در جریان استراتژی جدید جهانی برای سلامت زنان، کودکان و نوجوانان در جلسه ای که در سپتامبر ۲۰۱۵ توسط دبیر کل سازمان جهانی بهداشت برگزار شد، مورد توجه قرار گرفته است.

بررسی وضعیت کشوری جمعیت

نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵

براساس نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵، "میزان باروری کل ایران رقمی برابر با ۲/۰۱ فرزند محاسبه شد. این شاخص براساس نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰ برابر ۱/۸ فرزند محاسبه شده بود.

میزان باروری کل ایران برای نقاط شهری کمتر از سطح جانشینی و برابر ۱/۸۶ فرزند و در نقاط روستایی بالاتر از سطح جانشینی و برابر ۲/۴۸ فرزند به دست آمد.

حداقل میزان باروری کل مربوط به استان گیلان با رقم ۱/۳۸ و حداکثر آن مربوط به استان سیستان و بلوچستان با مقدار ۳/۹۶ فرزند می‌باشد. این شاخص برای استان تهران برابر ۱/۵۶ فرزند محاسبه شد.

میزان باروری کل در همه استان‌های کشور، به غیر از استان گیلان، نسبت به دوره‌های سه ساله قبل، افزایش یافته است.

الگوی سنی باروری نشانگر افزایش میزان باروری اختصاصی در سنین ۳۹-۳۰ ساله و ۱۹-۱۵ ساله است. این تغییر از یکسو بیانگر جبران باروری تاخیری و از دیگر سو پیش‌رسی ازدواج و باروری سنین پایین تر از ۲۰ سال بویژه در نقاط روستایی را نشان می‌دهد.

میزان باروری اختصاصی سنی ۱۹-۱۵ ساله تا ۴۰-۴۴ ساله کل کشور اندکی افزایش یافته است. افزایش باروری اختصاصی به ترتیب در گروه‌های سنی ۳۵-۳۹ ساله، ۳۰-۳۴ ساله و ۱۵-۱۹ ساله زنان شهری مشهود است.

جدول ۳- روند نرخ رشد در ایران از سال ۱۳۳۵ تا ۱۳۹۵

سال	۱۳۳۵ - ۱۳۴۵	۱۳۵۵	۱۳۶۵	۱۳۷۰	۱۳۷۵	۱۳۸۵	۱۳۹۰	۱۳۹۵
نرخ رشد	۳/۱۳	۲/۷۱	۳/۹۱	۲/۴۶	۱/۴۷	۱/۶۲	۱/۲۹	۱/۲۴

بیشترین افزایش در باروری ویژه سنی ۳۵-۳۹ ساله زنان شهری صورت گرفته است. این تغییر الگوی سنی سهم بسزایی در رسیدن میزان باروری کشور به سطح جانشینی را داشته است.

در نقاط روستایی، بیشترین افزایش باروری در گروه سنی ۱۵-۱۹ ساله مشاهده می‌شود. سطح باروری در ایران در سال‌های اخیر روند افزایشی آرام داشته است. الگوی اختصاصی سنی باروری در سال‌های اخیر از الگوی زودرس فرزندآوری به سمت الگوی دیررسی فرزندآوری در حال تغییر بوده است. باروری اختصاصی سنی به معنای متولدین زنده بدنیا آمده از هر ۱۰۰۰ زن ۱۵-۴۹ سال و باروری کلی به معنای تعداد متوسط فرزندان بدنیا آمده از هر یک زن است.

جدول ۴- شاخص‌های باروری و جمعیت توسط گزارش‌های جهانی

سال	متوسط سن	جمعیت	میزان باروری کلی طبق گزارش‌های جهانی
۲۰۱۸	۳۰/۱	۸۲۰۱۱۷۳۵	۱/۶۱
۲۰۱۷	۳۰/۱	۸۱۱۶۲۷۸۸	۱/۶۴
۲۰۱۶	۳۰/۱	۸۰۲۷۷۴۲۸	۱/۶۶
۲۰۱۵	۲۹/۵	۷۹۳۶۰۴۸۷	۱/۶۹

پیشنهادها

با عنایت به اهمیت تنظیم خانواده و تاثیر گذاری آن بر سلامت مادر و کودک که در نهایت سلامت خانواده و جامعه را در بر می‌گیرد، لازم است اساتید محترم دروس جمعیت و تنظیم خانواده، بیماری‌های زنان و بهداشت عمومی تاکید بیشتری بر مقوله حاملگی‌های برنامه ریزی نشده و پرخطر از دیدگاه تنظیم خانواده را داشته باشند و ضمن تاثیر آن بر سلامت مادر و در نهایت جامعه راه‌های پیشگیری از این مشکلات که انتخاب روش مناسب پیشگیری از بارداری و استفاده صحیح از آن می‌باشد بیان نمایند.

خلاصه

تنظیم خانواده به معنای برنامه ریزی برای آینده باروری است. این خدمت با هدف پیشگیری از حاملگی‌های بدون برنامه، پرخطر از دیدگاه تنظیم خانواده، سقط و تامین سلامت مادر و کودک ارائه می‌گردد. آگاهی متقاضیان از چگونگی دسترسی به خدمت، استفاده صحیح از وسایل و فراهم بودن وسایل مطمئن و موثر در مراکز ارائه خدمت از عوامل کلیدی پیشبرد برنامه محسوب می‌شوند.

منابع

۱ - سیمبر معصومه، دستاوردهای تنظیم خانواده در ایران، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۱- ۹۲ : صفحات

- دوره ۸ شماره ۱ بهار ۱۳۸۹ ص ۹۲-۸۱.
- ۲ - اسلامی محمد، فرخ اسلاملو حمیدرضا، دستورالعمل روشهای پیشگیری از بارداری در جمهوری اسلامی ایران، نشر فوژان، ۱۳۸۸.
- ۳ - جنتی فر نوشین، مدیر محمدرضا، فیروزنیا رزیتا، مرجع سریع دستورالعمل روشهای پیشگیری از بارداری، انتشارات کمیته علمی اجرایی آموزش و ارتقاء سلامت، ۱۳۹۱.
- ۴ - مجدفر زهرا، ناییب ماندانا، عرب علیدوستی فاطمه، دستورالعمل باروری سالم، معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۹۴.
- ۵ - دستورالعمل زنان واجد شرایط دریافت خدمات رایگان فاصله گذاری / پیشگیری از بارداری، وزارت بهداشت، ۱۳۹۴.
- ۶ - صندوق جمعیت ملل متحد: گزارش کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه ۱۹۹۴ - صفحه ۴۵ و ۴۸.
- ۷ - عباسی، محمد جلال: حاملگی‌های بدون برنامه در جمهوری اسلامی ایران، سال ۱۳۸۰ صفحه ۱.
- ۸ - معاونت امور بهداشتی، اداره کل تغذیه، بهداشت و تنظیم خانواده و صندوق کودکان ملل متحد: مجموعه آموزشی جمعیت و تنظیم خانواده، صفحه ۲.
- ۹ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اداره کل بهداشت خانواده: تاریخچه برنامه جمعیت و تنظیم خانواده، ۱۳۸۰.
- ۱۰ - برنامه پنج ساله سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی: سیاست‌ها و روش‌های اجرایی مصوبات برنامه سوم توسعه، سیاست استراتژیک تحدید موالید، صفحه ۱۷-۱۴.
- ۱۱ - معاونت بهداشتی، دفتر سلامت خانواده و جمعیت: سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران - ۱۳۷۹، صفحات ۵۶-۸۱.

12. WHO. From MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. World Health Organization 2015. Available from: <http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/en/>. [Last accessed on 2019 April 4].

13. Moosazadeh M, Nekoei-Moghadam M, Emrani Z, Amiresmaili M, Prevalence of unwanted pregnancy in Iran: a systematic review and meta-analysis, *Int J Health Plann Manage*. 2014 Jul-Sep;29(3).

14. Statistical Center of Iran, Population Data for Islamic Republic of Iran, Population and Housing Census of 1395, Available from: <https://www.amar.org.ir/news/ID/5080/>. [Last accessed on 2019 April 6].

15. Knoema site, Iran's population and total fertility rates, Available from: <https://knoema.com/atlas/Iran/topics/Demographics/>. [Last accessed on 2019 April 6].

16. Worldometers site, Population of Iran, Available from: <https://www.worldometers.info/world-population/iran-population/>. [Last accessed on 2019 April 6].

17. Earth-policy site, Modern contraceptive prevalence rate in Iran, 2011, Available from: <http://www.earth-policy.org/mobile/releases/update124> . [Last accessed on 2019 April 6].
18. Tejaratefarda site, Iran's population growth rate, Available from: <http://www.tejaratefarda.com/> . [Last accessed on 2019 April 6].
19. Statistical Center of Iran-1999 : Population Data Sheet for Islamic Republic of Iran .
20. World Population 2000: United Nations Population Division Department of Economic and Social Affairs.
21. John Hopkins Population Information Program, WHO, USAID. The Essentials of Contraceptive Technology, A Handbook for Clinic Staff, July 2001.
22. Family Health and Population Dept. Undersecretary for Health, Ministry of Health and Medical Education. Islamic Republic of Iran: Country Report on Population and Family Planning Program in the Islamic Republic of Iran, page 35
23. With Adaptations for Reproductive Health, Bertrand, Magnani, Rutenberg, September 1996, page 14.
24. 2001 World Population Data Sheet of the Population Reference Bureau :Demographic Data and Estimates for the Counties and Regions of the world.