



ماما، سلامت باروری، جمعیت سالم

Dr. Mansoureh Refaei

PhD in Reproductive health

Hamadan university of medical sciences

اهداف

- نقش ماما در سلامت و توسعه
- باروری و جمعیت
- وضع جمعیتی ایران
- مفاهیم جمعیتی
- جوانی جمعیت و سالخوردگی
- آینده نگری جمعیت در ایران
- سیاستهای جمعیتی
- ابلاغ سیاست جمعیتی در ایران
- قانون جوانی جمعیت و حمایت از خانواده
- جمعیت سالم و سلامت باروری

نقش ماما در سلامت

➤ UNFPA (2021):

- Midwives save lives.
- Well-trained midwives could help avert roughly two thirds of all maternal and newborn deaths.
- They could also deliver 87 percent of all essential sexual, reproductive, maternal and newborn health services.
- Yet only 42 percent of people with midwifery skills work in the 73 countries where more than 90 per cent of all maternal and newborn deaths and stillbirths occur.



بیانیه مامای جهانی ۲۰۲۱



- Sexual, reproductive, maternal, newborn and adolescent health (SRMNAH) is an essential component of the Sustainable Development Goals (SDGs).
- Improving SRMNAH requires increased commitment to, and investment in, the health workforce.
- **Midwives** play a pivotal role within the wider **SRMNAH** workforce.

سرمایه گذاری بر ماماها



INVEST IN
**Health workforce planning,
management and regulation
and in the work environment**



INVEST IN
**High-quality education
and training of midwives**



INVEST IN
**Midwife-led improvements
to SRMNAH service delivery**



INVEST IN
**Midwifery leadership
and governance**

سرمایه گذاری بر ماماها، چرا؟



➤ ارتقاء پیامد سلامت

➤ تقویت نیروی کار

➤ تسهیل ثبات اقتصادی

➤ تاثیر مثبت بر اقتصاد کلان

سرمایه گذاری بر ماماها، چرا؟

- ماماها ارائه دهنده های اساسی مراقبت های بهداشتی اولیه هستند و می توانند نقش عمده ای در این زمینه و همچنین سایر سطوح سیستم بهداشتی داشته باشند:
- علاوه بر مراقبت های دوران بارداری ، آنها یک طیف گسترده ای از مداخلات بالینی و کمک به اهداف سلامت گسترده تر ، مانند پرداختن به حقوق جنسی و تولید مثل ، ارتقا مداخلات خودمراقبتی و توانمند سازی زنان و دختران نوجوان.
- تحلیلها نشان میدهد که ماماها می توانند حدود ۹۰٪ از خدمات SRMNAH را ارائه دهند در حالیکه آنها فقط ۱۰٪ نیروی کار در این زمینه را تشکیل میدهند.



ماما و توسعه پایدار

- سلامت جنسی، باروری، مادر، نوزاد و نوجوان بخشی مهم از توسعه پایدار است.
- توسعه پایدار باید رشد اجتماعی را که در آن نیازهای همه افراد برآورده شده، فراهم آورد.
- حفاظت موثری از محیط زیست به عمل آورده و در مصرف منابع طبیعی با دقت عمل کند.
- این توسعه باید رشد پایدار اقتصادی و رونق اقتصادی را به همراه داشته باشد.



باروری و جمعیت

➤ جمعیت و مسائل مربوط به آن، از جمله مسائل چند بُعدی و پیچیده جوامع انسانی است که تحت تأثیر عوامل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و ... است.

➤ باروری به عنوان یکی از اجزای اصلی رشد جمعیت، موضوعی است که همواره مورد توجه قرار گرفته

است.



باروری و جمعیت

➤ در واقع نقش باروری به عنوان مهمترین پدیده تعیین- کننده نوسانات جمعیتی باعث شده که مطالعات مربوط به آن نسبت به سایر پدیده‌های جمعیتی از اهمیت قابل توجهی برخوردار باشد.

➤ اندازه گیری و شناخت سطح باروری و عوامل مؤثر بر آن، نه تنها در پیش بینی‌های جمعیتی که اساس و زیربنای برنامه ریزی های اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی است، بلکه در ارزیابی شرایط اقتصادی و اجتماعی جامعه نیز از شاخص های کلان و مهم به شمار می‌آید.

ماما و جمعیت

یکی از وظایف مامایی، کنترل رشد جمعیت و تنظیم خانواده است و از آنجا که روند نزولی کاهش جمعیت در ایران در خور توجه است، شناخت مسائل مرتبط و مؤثر بر باروری و فرزندآوری و دادن مشاوره مفید و مؤثر به مردم میتواند بسیار کمک کننده باشد.



اهمیت جمعیت

در عصر حاضر، مسائل اقتصادی، اجتماعی و سیاسی در سطوح ملی و بین المللی با موضوع جمعیت، پیوند و ارتباط مستقیمی برقرار کرده است. بررسیها نشان میدهد هر گونه برنامه ریزی بدون مطالعه و کنکاش در ساختار جمعیت و روند آن امکانپذیر نیست.



دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی درمانی همدان

وضعیت جمعیتی ایران

13

باروری و جمعیت

- ایران نیز در حال حاضر یک کاهش باروری را تجربه میکند. در این راستا نتایج سرشماریهای آماری نشان میدهد که میزان باروری کلی از ۷ کودک در سال ۱۳۶۳ به ۳.۳۵ کودک در سال ۱۳۷۵ رسیده است، ۱۳۹۱-۹۵: ۲.۱ و این روند کاهشی ادامه داشته است، ۱۳۹۸: ۱.۶ رسیده است.
- کاهش باروری منجر به پیری جمعیت میشود که همین امر باعث کاهش نیروی کار و دشواری در برآوردن نیازهای عرصه شغلی آینده میشود و پیر شدن جمعیت نیز به معنای کاهش یافتن مالیات پایه است که به دنبال آن، حفظ سطح فعلی درآمد، بهداشت و سایر هزینه های اجتماعی به مخاطره خواهد افتاد.



جمعیت کشور و متوسط رشد سالانه آن

- سرشماری عمومی نفوس و مسکن: شناخت ویژگی اجتماعی، جمعیتی و اقتصادی کشور: نتایج این مطالعات در اختیار برنامه ریزان و سیاستگذاران قرار می گیرد.
- سابقه ی سرشماری عمومی نفوس و مسکن در ایران مربوط به سال های ۱۳۳۵، ۱۳۴۵، ۱۳۶۵، ۱۳۵۵، ۱۳۷۵، ۱۳۸۵، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵ میشود. تمام سرشماریها از سال ۱۳۳۵ تا سال ۱۳۸۵ به فاصله زمانی ۱۰ سال انجام شد و ۲ سرشماری اخیر نیز با فاصله زمانی ۵ سال از سرشماری سال ۱۳۸۵ تا سال ۱۳۹۵ به مرحله ی اجرا درآمد.
- طی این مدت بالغ بر ۶۰ میلیون نفر به جمعیت کشور اضافه شده است.
- رشد جمعیت کشور تا شروع انقلاب اسلامی روندی کاهنده و ناگهان پس از آن افزایش یافته به طوری که در دهه ی ۵۵-۱۳۶۵ به یکباره به رشدی نزدیک ۴ درصد رسیده که در تاریخ کشورمان بیسابقه بوده است.
- بر اساس نتایج سرشماری ۱۳۷۵ متوسط رشد سالانه جمعیت دوباره روند کاهشی به خود گرفته به طوری که به ۱.۹۶ درصد رسیده است و این روند کاهشی تا سال ۱۳۹۵ نیز ادامه داشته است.

جمعیت کشور و متوسط رشد سالانه آن ۱۳۳۵-۱۳۹۵

سال	جمعیت	متوسط رشد سالانه	
		دوره	درصد
۱۳۳۵	۱۸۹۵۴۷۰۴	-	-
۱۳۴۵	۲۵۷۸۸۷۲۲	۱۳۳۵-۴۵	۳/۱۳
۱۳۵۵	۳۳۷۰۸۷۴۴	۱۳۴۵-۵۵	۲/۷۱
۱۳۶۵	۴۹۴۴۵۰۱۰	۱۳۵۵-۶۵	۳/۹۱
۱۳۷۵	۶۰۰۵۵۴۸۸	۱۳۶۵-۷۵	۱/۹۶
۱۳۸۵	۷۰۴۹۵۷۸۲	۱۳۷۵-۸۵	۱/۶۲
۱۳۹۰	۷۵۱۴۹۶۶۹	۱۳۸۵-۹۰	۱/۲۹
۱۳۹۵	۷۹۹۲۶۲۷۰	۱۳۹۰-۹۵	۱/۲۴

تعداد و بعد خانوار

در فواصل سالهای ۹۵-۱۳۳۵ تعداد خانوارهای کشور از ۳.۹۹ میلیون به ۲۴.۱۹ میلیون رسیده است.

طی این مدت تعداد خانوارهای کل کشور بیش از ۶ برابر شده است. این موضوع درحالی است که تعداد خانوارهای شهری بیش از ۱۴ برابر و تعداد خانوارهای روستایی بیش از ۲ برابر شده است.

در دهه اخیر کاهش محسوسی در بعد خانوار اعم از نقاط شهری و روستایی ملاحظه میشود.

جدول ۱-۱۵- بعد خانوار کل کشور به تفکیک مناطق شهری و روستایی: ۹۵-۱۳۳۵

سال	کل کشور	نقاط شهری	نقاط روستایی
۱۳۳۵	۴/۷۶	۴/۷۶	۴/۷۵
۱۳۴۵	۴/۹۹	۴/۹۹	۴/۹۹
۱۳۵۵	۵/۰۲	۴/۸۶	۵/۱۸
۱۳۶۵	۵/۱۱	۴/۰۰	۵/۴۵
۱۳۷۵	۴/۸۴	۴/۶۳	۵/۲۲
۱۳۸۵	۴/۰۳	۳/۸۹	۴/۳۶
۱۳۹۰	۳/۵۵	۳/۴۸	۳/۷۳
۱۳۹۵	۳/۳۰	۳/۲۶	۳/۴۲

امروزه عواملی چون شهرنشینی، تغییر الگوی زندگی (آپارتمان نشینی)، رشد انگیزه های فردگرایانه، کمرنگ شدن کارهای سنتی پدر بزرگها، مادر بزرگها و سایر بستگان نسبی، قدرت اقتصادی پایین خانواده و ریسک ناشی از بار تکفل بیشتر و . . .، باعث هسته ای شدن خانواده و کاهش بعد خانوار در کشور شده است.

باروری

➤ رشد جمعیت چهار جز مهم دارد که عبارتند از موالید، مرگ و میر، مهاجر پذیری و مهاجر فرستی.

➤ زاد و ولد عامل منحصر به فرد افزایش جمعیت است.

➤ باروری به رفتار تجربی، واقعی یا بالفعل فرزندآوری جمعیت اطلاق می شود.

➤ باروری به عنوان مهمترین شاخص تأثیرگذار بر رشد جمعیت محسوب می شود. با این حال باروری پدیده ای جمعی است و نه فردی.

➤ میزان کل باروری TFR: شمار فرزندی که یک زن در طول دوران باروری خود با توجه به سن باروری، ۱۵ تا ۴۹ سال، بدون به شمار آوردن مرگ و میرهای فرزندان به دنیا می‌آورد.

➤ روند باروری کل در همه استانها از ۹۰-۱۳۷۶ روندی کاهشی بوده است.

➤ میزان باروری اکثر استانها از ۹۵-۱۳۹۱ نسبت به دوره قبل اندکی افزایش یافته است.

میزان باروری کل

شرح	۱۳۷۶-۸۰	۱۳۸۱-۸۵	۱۳۸۶-۹۰	۱۳۹۱-۹۵
کشور	۲/۰۹	۱/۸۱	۱/۷۹	۲/۰۱
آذربایجان شرقی	۱/۸۸	۱/۷	۱/۷۵	۱/۹۸
آذربایجان غربی	۲/۳۸	۲/۰۷	۲/۰	۲/۲۲
اردبیل	۲/۱۴	۱/۷۷	۱/۷۸	۱/۹۹
اصفهان	۱/۸	۱/۵۴	۱/۵۴	۱/۷۴
البرز	۱/۷۲	۱/۵	۱/۴۶	۱/۶۱
ایلام	۲/۲	۱/۹۱	۱/۷۸	۱/۹۸
بوشهر	۲/۲۶	۲/۱۳	۲/۱۳	۲/۳۳
تهران	۱/۷	۱/۴	۱/۳۹	۱/۵۶
چهارمحال و بختیاری	۲/۳۳	۲/۰۲	۲/۰	۲/۲۷
خراسان رضوی	۲/۳۷	۲/۰۶	۲/۰	۲/۴۱
خراسان شمالی	۲/۵۷	۲/۱۹	۲/۲	۲/۸۴
خراسان جنوبی	۲/۶۹	۲/۵۶	۲/۴۸	۲/۸۵
خوزستان	۲/۵۸	۲/۱۵	۲/۱۲	۲/۲۸
زنجان	۲/۰۹	۱/۷۸	۱/۷۹	۲/۱۱
سمنان	۱/۹۷	۱/۷۸	۱/۶۲	۱/۸۸
سیستان و بلوچستان	۴/۴۷	۳/۹۵	۳/۷۱	۳/۹۶
فارس	۲/۰	۱/۷۰	۱/۶۷	۱/۸۳
قزوین	۱/۹۱	۱/۶۸	۱/۶۴	۱/۹۱
قم	۲/۲۱	۱/۹۵	۱/۹۴	۲/۲۳
کردستان	۲/۰۸	۱/۹۳	۱/۹	۲/۰۳
کرمان	۲/۶۴	۲/۳۲	۲/۱۵	۲/۳۲
کرمانشاه	۲/۰۳	۱/۷۱	۱/۶۵	۱/۷۵
کهگیلویه و بویراحمد	۲/۴۸	۲/۲۵	۲/۲۷	۲/۲۹
گلستان	۲/۱۴	۱/۹۶	۲/۰	۲/۳۸
گیلان	۱/۷۱	۱/۳۹	۱/۲۸	۱/۳۸
لرستان	۲/۲۶	۱/۸۷	۱/۸۳	۲/۱۰
مازندران	۱/۷۱	۱/۴۲	۱/۴۰	۱/۵۱
مرکزی	۱/۹۲	۱/۶۷	۱/۶۱	۱/۸۱
هرمزگان	۲/۹۳	۲/۵۳	۲/۴۳	۲/۶۴
همدان	۱/۹۳	۱/۶۶	۱/۶۶	۱/۹۷
	۲/۲۲	۲/۰۲	۲/۱۲	۲/۴۱

باروری سالم و جمعیت

➤ برای پیشگیری از منفی شدن رشد جمعیت، نرخ باروری کلی باید به حداقل ۲.۱ (حد جایگزینی) افزایش یابد.

➤ در سال ۱۳۸۵ موالید مربوط به زنان گروه سنی ۲۰ تا ۲۴ سال ۳۱.۴ درصد بوده که به ۲۰.۲۶ درصد در ۱۰ سال بعد کاهش یافته است.

➤ از سویی گروه سنی ۳۹-۳۵ سال تنها ۷.۹ درصد موالید سال ۸۵ را به دنیا آورده بودند.

➤ در حالیکه در فاصله کوتاه ۱۰ سال به دلیل افزایش سن ازدواج و افزایش میانگین سن فرزندآوری سهم این گروه زنان به ۹.۱۲ درصد افزایش یافته است.

باروری سالم و جمعیت

این مساله یکی از دلایل کاهش باروری مقطعی است (اثر زمانبندی). افزایش سن ازدواج

با توجه به وضعیت موجود باروری ایران، ازدواج/ تشکیل و تحکیم خانواده از مولفه های اساسی فزونی باروری و فرزندآوری است و می تواند در افزایش باروری کلی نقش برجسته ای را ایفا نماید.

در پی اعلام سرشماری سال ۱۳۸۵ مبنی بر کاهش نرخ باروری کلی به کمتر از حد جایگزینی این مهم یکی از دغدغه های اساسی دفتر سلامت جمعیت خانواده و مدارس محسوب گردید. (۱.۸)

عوامل موثر بر کاهش جمعیت

از جمله عوامل تاثیرگذار در کاهش رشد جمعیت در دو دهه اخیر:

- افزایش سطح سواد و تحصیلات جمعیت کشور به ویژه زنان جوان
- افزایش سن ازدواج جوانان
- به تعویق انداختن زمان فرزندآوری پس از ازدواج
- گسترش شهرنشینی
- صنعتی شدن امور
- افزایش هزینه های زندگی
- تغییر نگرش و تمایل خانواده ها به ویژه زوجهای جوان در کاهش تعداد فرزندان
- افزایش سطح بهداشت و کاهش سطح مرگ و میر به ویژه مرگ و میر نوزادان و در نتیجه بالا رفتن امید زندگی



دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی درمانی همدان

25

روند ساختار و ترکیب جمعیت

ساختار سنی جمعیت کشور

- در واقع سن و جنس دو متغیر کلیدی در جمعیت شناسی میباشند و از اهمیت کمی و کیفی بسیاری برخوردارند و یکی از مشغله های ذهنی عمده ی دست اندرکاران امور اجرایی در تمام دنیا محسوب میشود.
- از نظر جمعیت شناختی سن و جنس اصلی ترین مولفه های تفاوت میان افراد بوده و تحت تاثیر عوامل مختلف اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی است. به همین دلیل است که جمعیت شناسان ویژگیهای جمعیت را اغلب بر حسب سن و جنس تحلیل میکنند.
- منظور از توزیع سنی جمعیت، بررسی و طبقه بندی جمعیت یک جامعه به تفکیک سن است که از روی سال تولد افراد صورت میگیرد.

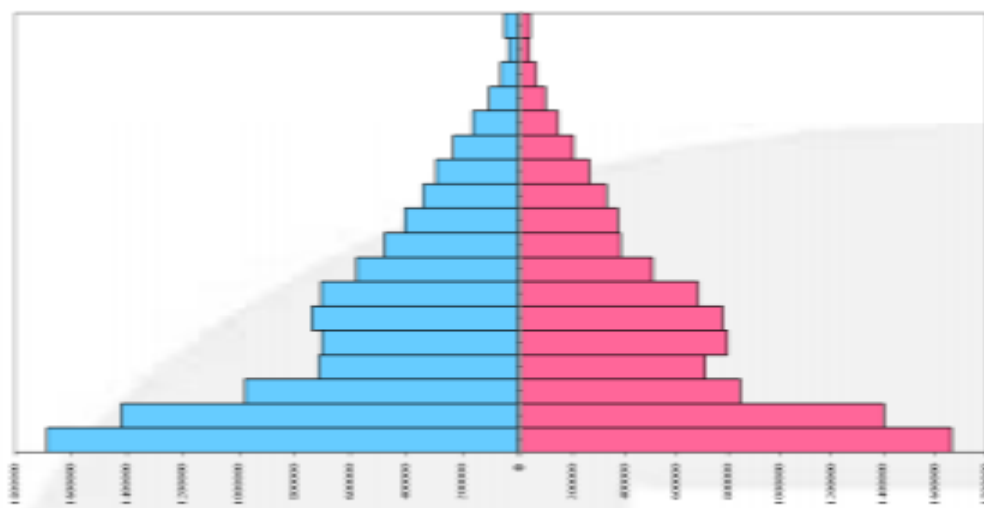
ترکیب جنسی

زمانی که شاخصهای جمعیتی (باروری، مرگ و میر و مهاجرت) را مقایسه میکنیم در نظر گرفتن تفاوت در ترکیب جنسی آنها اهمیت مییابد. سنجهای که عموماً برای نشان دادن ترکیب جنسی جمعیت به کار برده میشود، نسبت جنسی است.

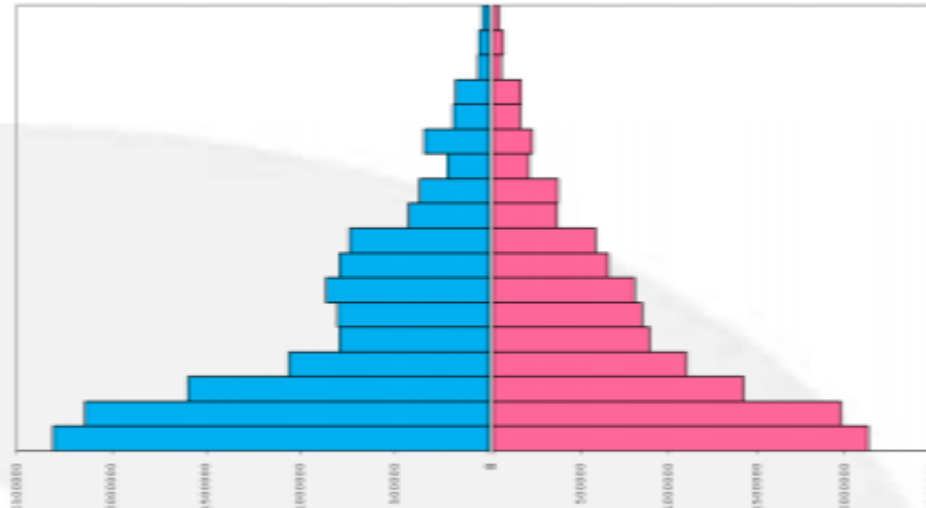
نسبت جنسی عبارت است از تعداد مردان در مقابل هر ۱۰۰ نفر زن. معمولاً در هنگام تولد نسبت موالید پسر به موالید دختر مساوی ۱.۰۵ است.

هرمهای سنی جمعیت ایران

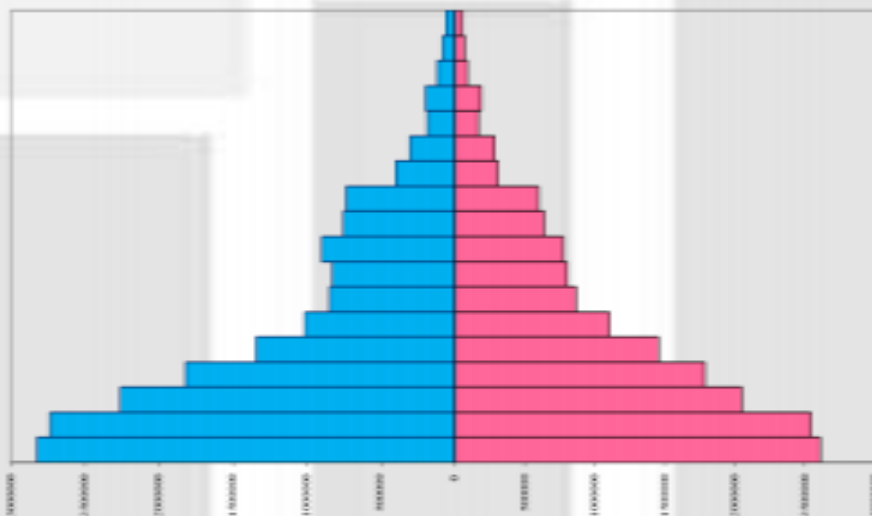
- بررسی های سنی جمعیت کشور از سال ۱۳۳۵ تا سال ۱۳۶۵ نشان میدهد که جمعیت کشور همواره بدون کنترل در حال افزایش بوده است.
- از سال ۱۳۷۵ به بعد قاعده ی هرمهای سنی در حال جمع شدن است که نشان دهنده اثرگذاری اعمال سیاستهای کنترل جمعیت در کشور پس از سالهای جنگ تحمیلی عراق علیه ایران است.
- در هرم سنی سال ۱۳۹۰ افزایش فوقالعاده جمعیت گروههای سنی ۲۴-۲۰ و ۲۵-۲۹ ساله ، نسل متولدین بعد از انقلاب) نمایان است، که این وضعیت باعث شده که در کشور با پدیده ی "تورم جوانی" روبه رو باشد.
- هرچند که اقتصاددانان چنین وضعیتی را به عنوان "فرصت طلایی" اطلاق میکنند، اما افزایش بیش از حد جمعیت در این سنین تاثیر خود را بر تعداد موالید دهه آینده خواهد گذاشت که این پدیده به "اثر گشتاور جمعیتی" معروف است.



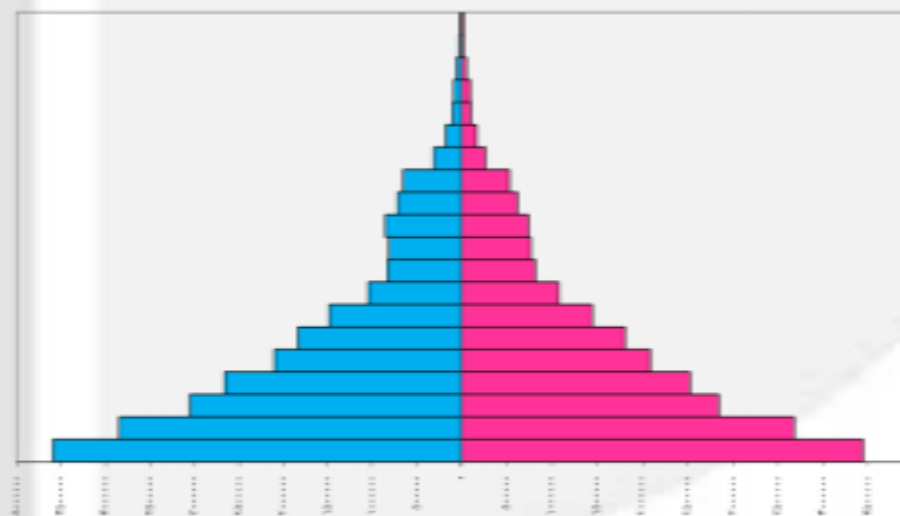
شکل ۲-۲- هرم سنی جمعیت ایران سال ۱۳۴۵



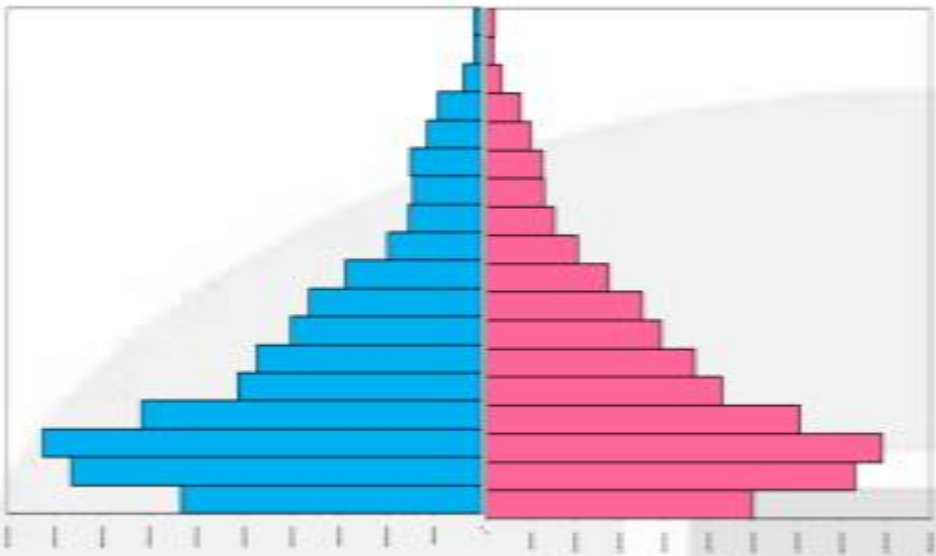
شکل ۲-۱- هرم سنی جمعیت ایران سال ۱۳۳۵



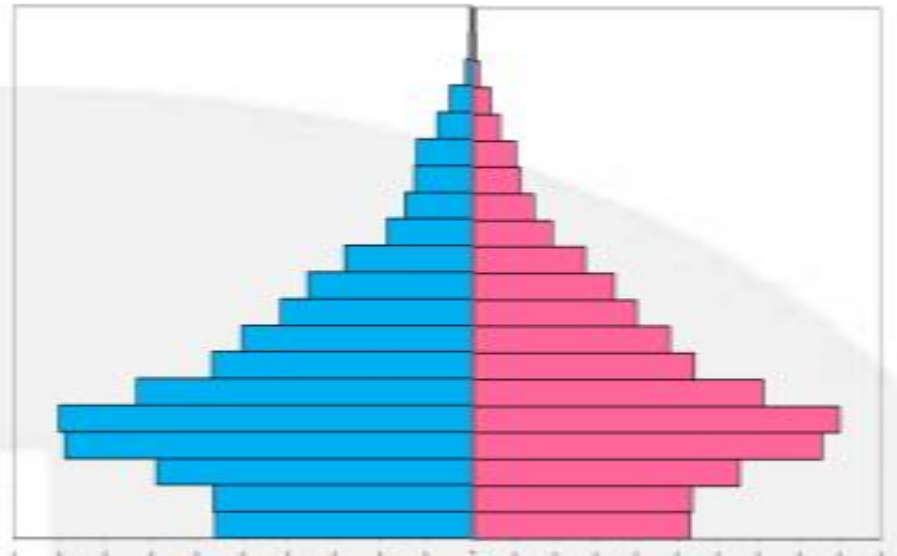
شکل ۲-۴- هرم سنی جمعیت ایران سال ۱۳۶۵



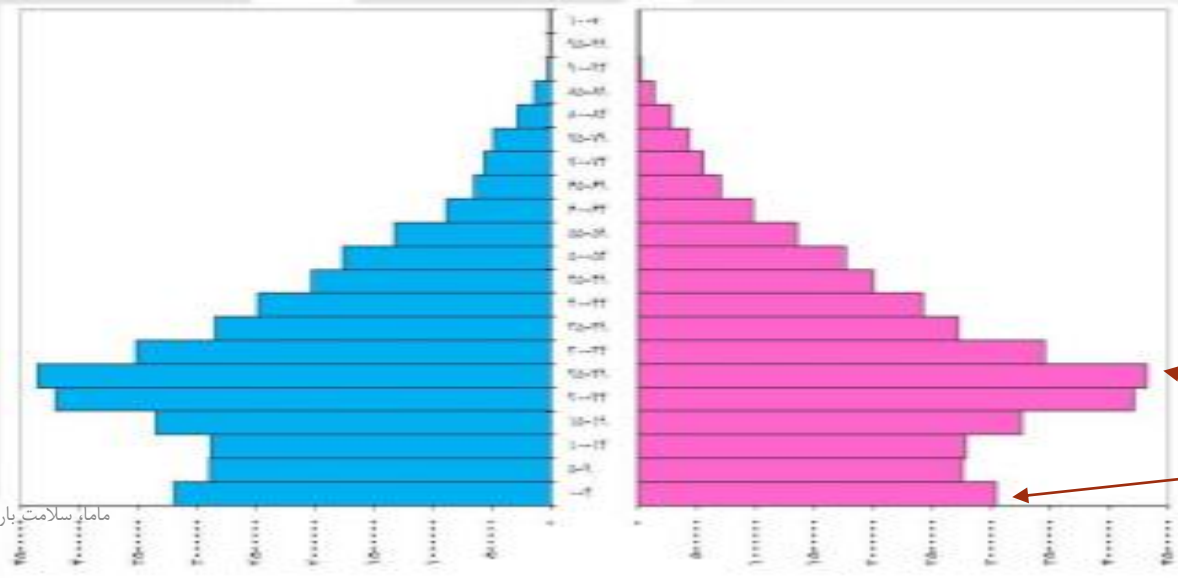
شکل ۲-۳- هرم سنی جمعیت ایران سال ۱۳۵۵



شکل ۲-۶- هرم سنی جمعیت ایران سال ۱۳۸۵



شکل ۲-۵- هرم سنی جمعیت ایران سال ۱۳۷۵

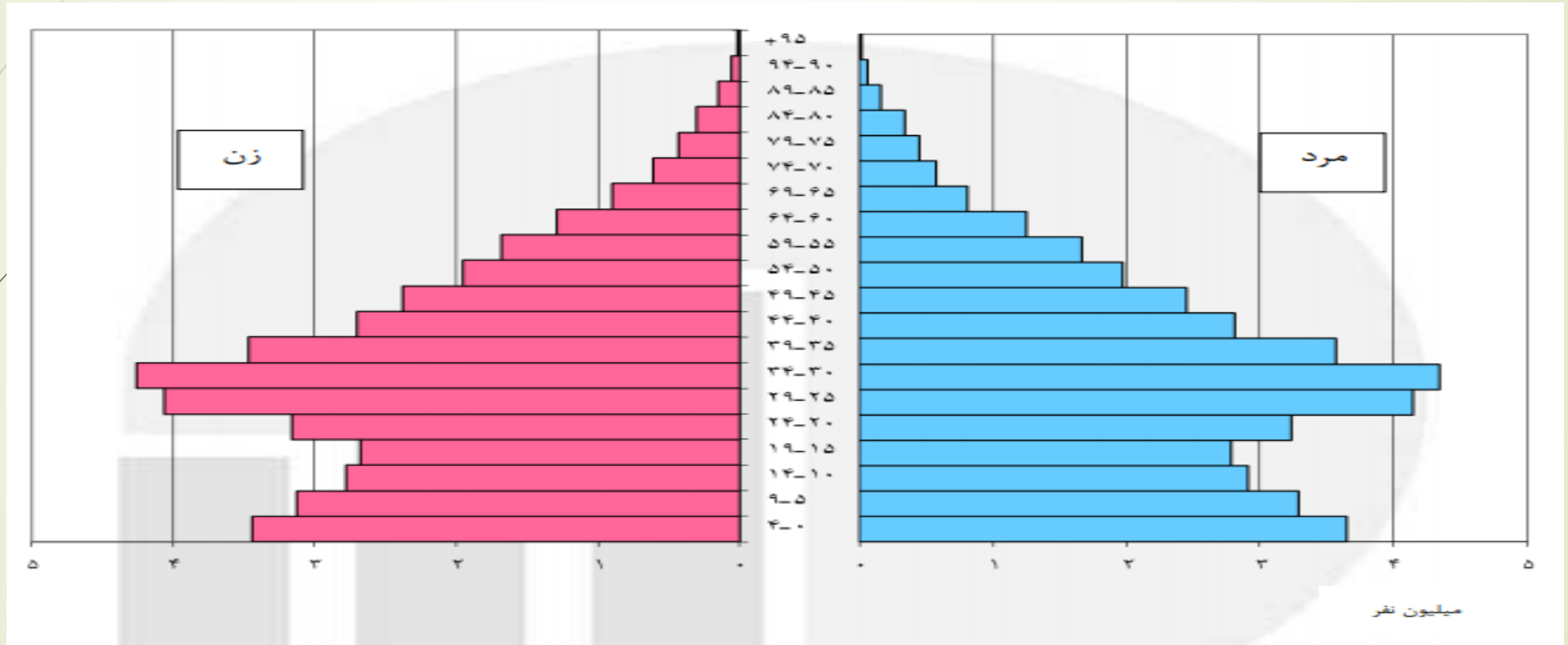


1390

مادر سلامت باروری، جمعیت سالم

گشتاور جمعیتی

هرم سنی جنسی ایران ۱۳۹۵



تفاوت هرم سنی در جمعیت‌های جوان و سالخورده

32

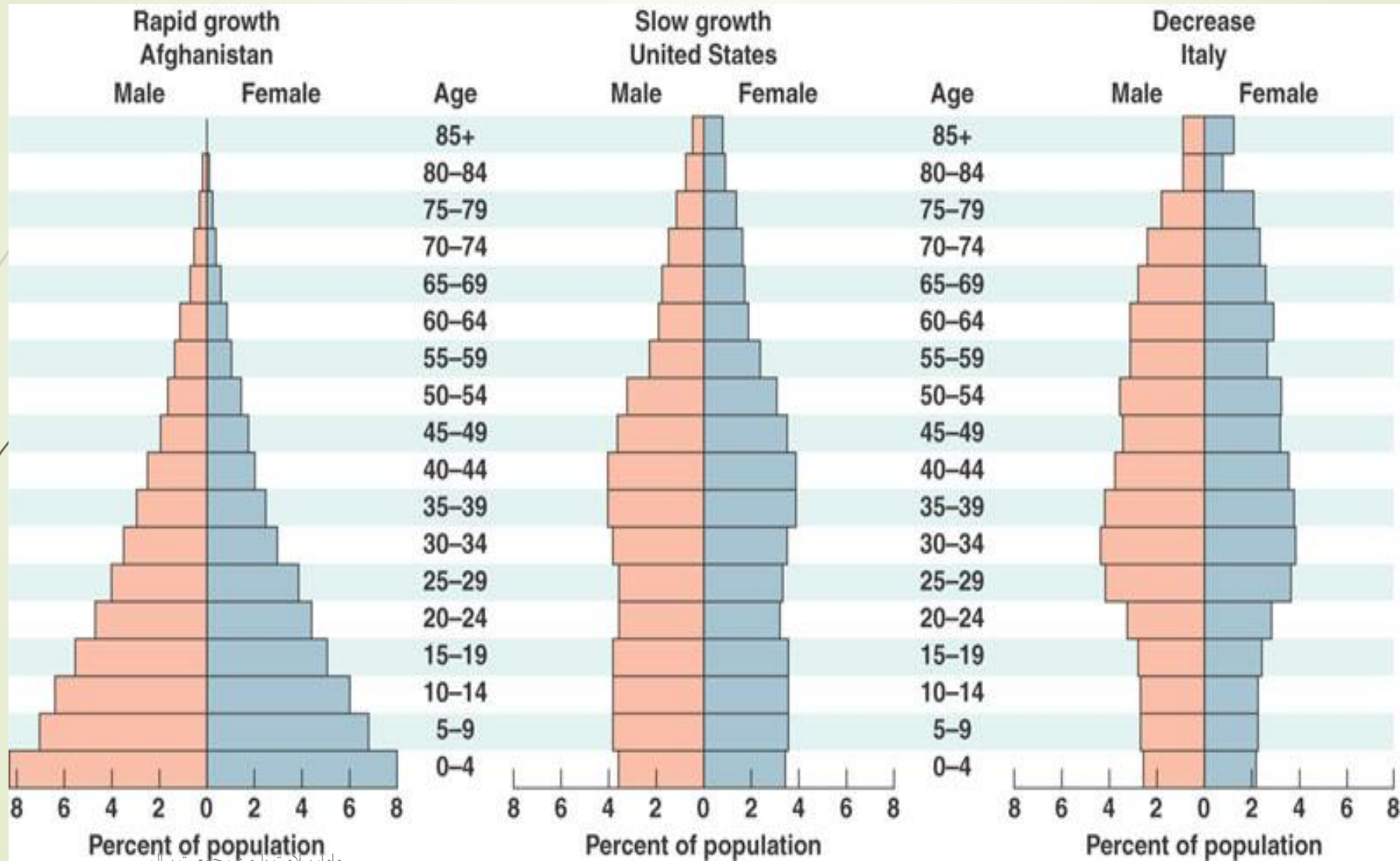
➤ در جمعیت‌های جوان پایه‌های هرم پهن‌تر و رأس آن باریک‌تر است (مانند کشور ایران، هند، افغانستان و ...) و این به دلیل موالید بیشتر و امید به زندگی کمتر در این کشورها است.

➤ هرم جمعیت‌های سالخورده باریک‌تر و رأس آن وسیع‌تر و تقریباً استوانه‌ای شکل است (مانند کشور ژاپن، ایتالیا، سوئد و ...). در این جمعیت‌ها میزان ازدواج و در پی آن میزان موالید کاهش یافته ولی مهاجرت به این کشورها بیشتر است. این امر باعث می‌شود که قاعده هرم کوچکتر از سایر نواحی آن باشد.

➤ در حال حاضر هرم سنی جمعیت ایران در حال انتقال از مراحل اولیه (مرحله تورم جوانی: گروه‌های سنی ۱۹-۱۵ و ۲۴-۲۰ ساله) به سالخوردگی است. علت این امر انفجار جمعیت در گذشته و کاهش موالید در زمان حال است.

سه الگوی هرم سنی جمعیت (کاهش یابنده، تقریباً ثابت و افزایش یابنده)

33



ماما، سلامت باروری، جمعیت سالم

افزایش جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر

- درصد جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر در نقاط شهری و روستایی کشور در سال ۱۳۳۵ به ترتیب ۳/۶ درصد و ۴/۲ درصد بوده که در سال ۱۳۹۵ به ترتیب به ۵/۸ و ۶/۸ درصد در نقاط شهری و روستایی افزایش یافته است.
- به عبارت دیگر درصد جمعیت سالمند در روستاهای کشور بیشتر بوده که از دلایل آن میتوان به مهاجرت جوانان برای ادامه تحصیل و جستجوی کار بهتر در نقاط شهری کشور اشاره کرد.

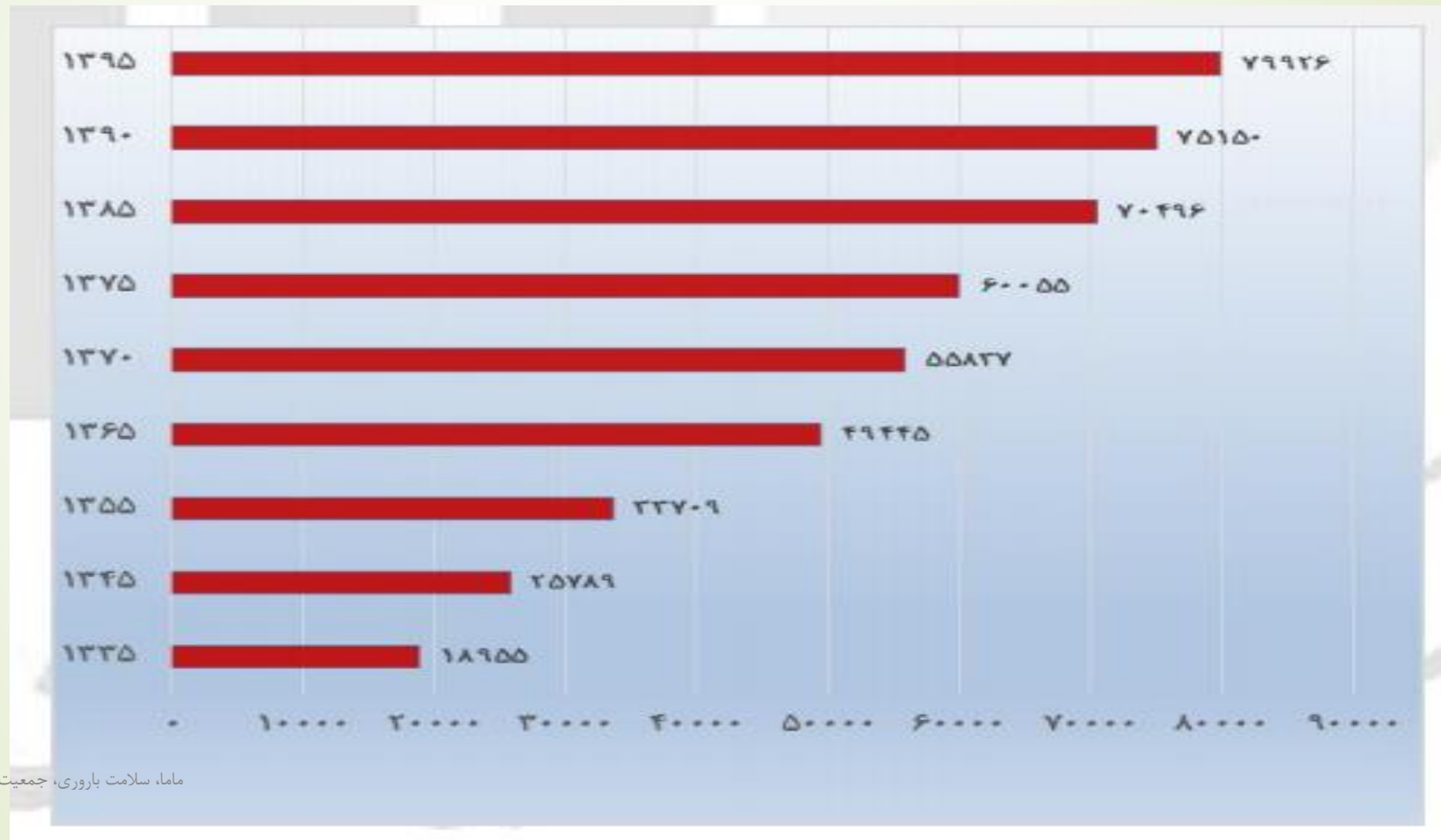
➤ افزایش جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر:

- افزایش سطح بهداشت عمومی
- تغییرات اساسی در نگرش و سبک زندگی افراد همزمان با کاهش میزان موالید،
- شاخص امید زندگی در بدو تولد برای هر دو جنس افزایش یافته

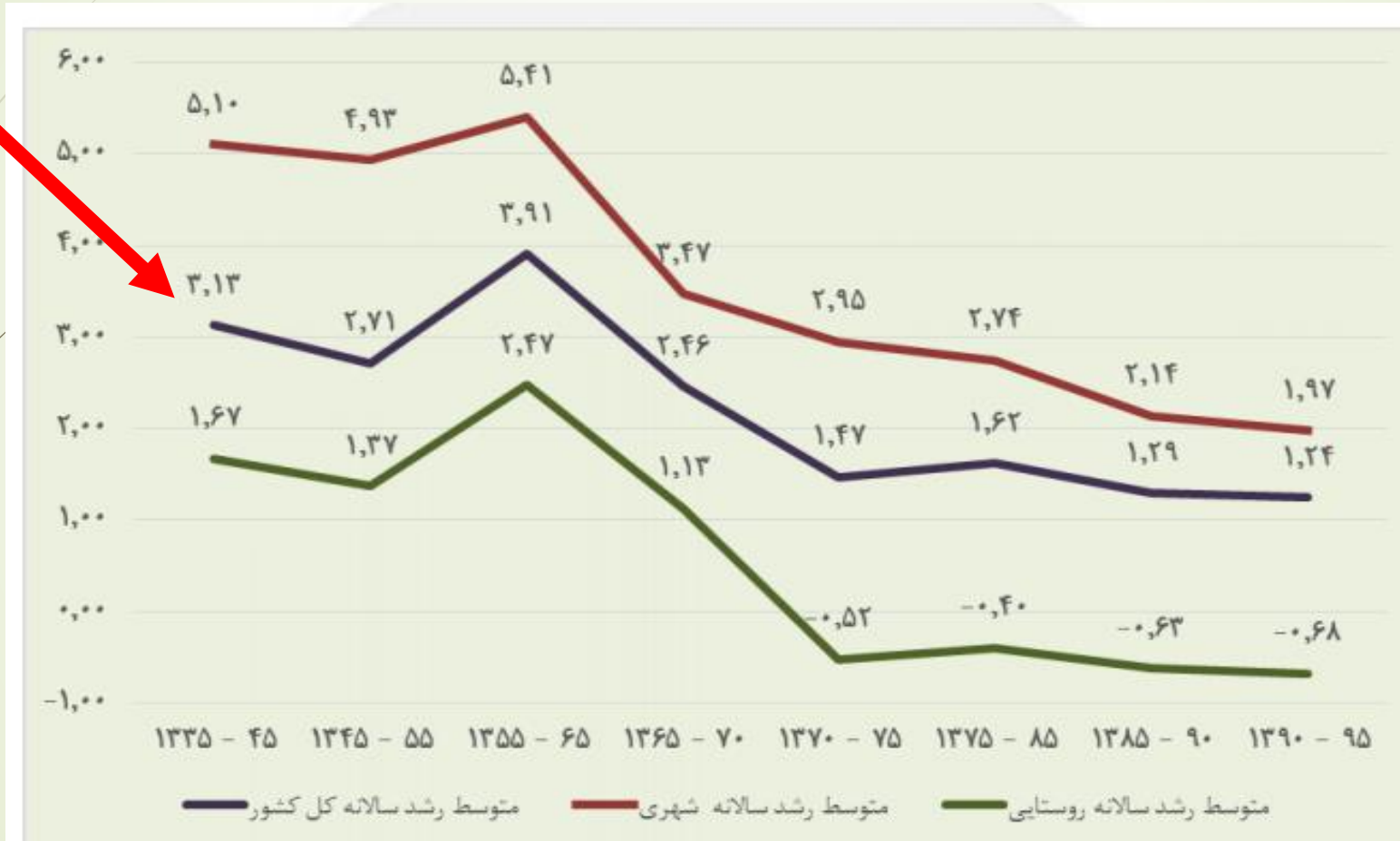
جدول ۲-۲- درصد جمعیت کل کشور برحسب گروه‌های سنی : ۱۳۳۵ تا ۱۳۹۵

گروه‌های	۱۳۳۵	۱۳۴۵	۱۳۵۵	۱۳۶۵	۱۳۷۵	۱۳۸۵	۱۳۹۰	۱۳۹۵
جمع	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰
۴-۱۰ ساله	۱۷/۷	۱۷/۷	۱۶/۱	۱۸/۳	۱۰/۳	۷/۸	۸/۳	۸/۹
۹-۱۵ ساله	۱۴/۹	۱۶/۴	۱۵/۷	۱۵/۲	۱۴/۱	۷/۸	۷/۵	۸/۰
۱۴-۱۰	۹/۶	۱۲/۰	۱۲/۸	۱۱/۹	۱۵/۱	۹/۵	۷/۵	۷/۱
۱۵-۱۹	۷/۵	۸/۵	۱۰/۷	۱۰/۵	۱۱/۹	۱۲/۴	۸/۸	۶/۸
۲۰-۲۴	۷/۹	۶/۷	۸/۳	۸/۵	۸/۷	۱۲/۸	۱۱/۲	۸/۰
۲۵-۲۹	۸/۰	۶/۶	۶/۳	۷/۴	۷/۹	۱۰/۳	۱۱/۵	۱۰/۳
۳۰-۳۴	۷/۳	۶/۷	۵/۱	۵/۹	۶/۶	۷/۹	۹/۳	۱۰/۸
۳۵-۳۹	۵/۴	۵/۷	۴/۸	۴/۳	۶/۰	۷/۰	۷/۴	۸/۸
۴۰-۴۴	۵/۹	۵/۳	۵/۰	۳/۳	۴/۷	۵/۸	۶/۵	۶/۹
۴۵-۴۹	۳/۴	۳/۴	۴/۱	۳/۲	۳/۴	۵/۰	۵/۴	۶/۰
۵۰-۵۴	۴/۲	۳/۰	۳/۹	۳/۲	۲/۶	۴/۰	۴/۷	۴/۹
۵۵-۵۹	۲/۰	۱/۷	۲/۱	۲/۷	۲/۳	۲/۷	۳/۶	۴/۲
۶۰-۶۴	۳/۳	۲/۷	۱/۷	۲/۴	۲/۳	۲/۱	۲/۵	۳/۲
۶۵ ساله و	۴/۰	۳/۹	۳/۵	۳/۰	۴/۴	۵/۲	۵/۷	۶/۱

تغییرات جمعیت کشور طی سالهای ۱۳۳۵-۱۳۹۵



متوسط رشد سالانه جمعیت کشور



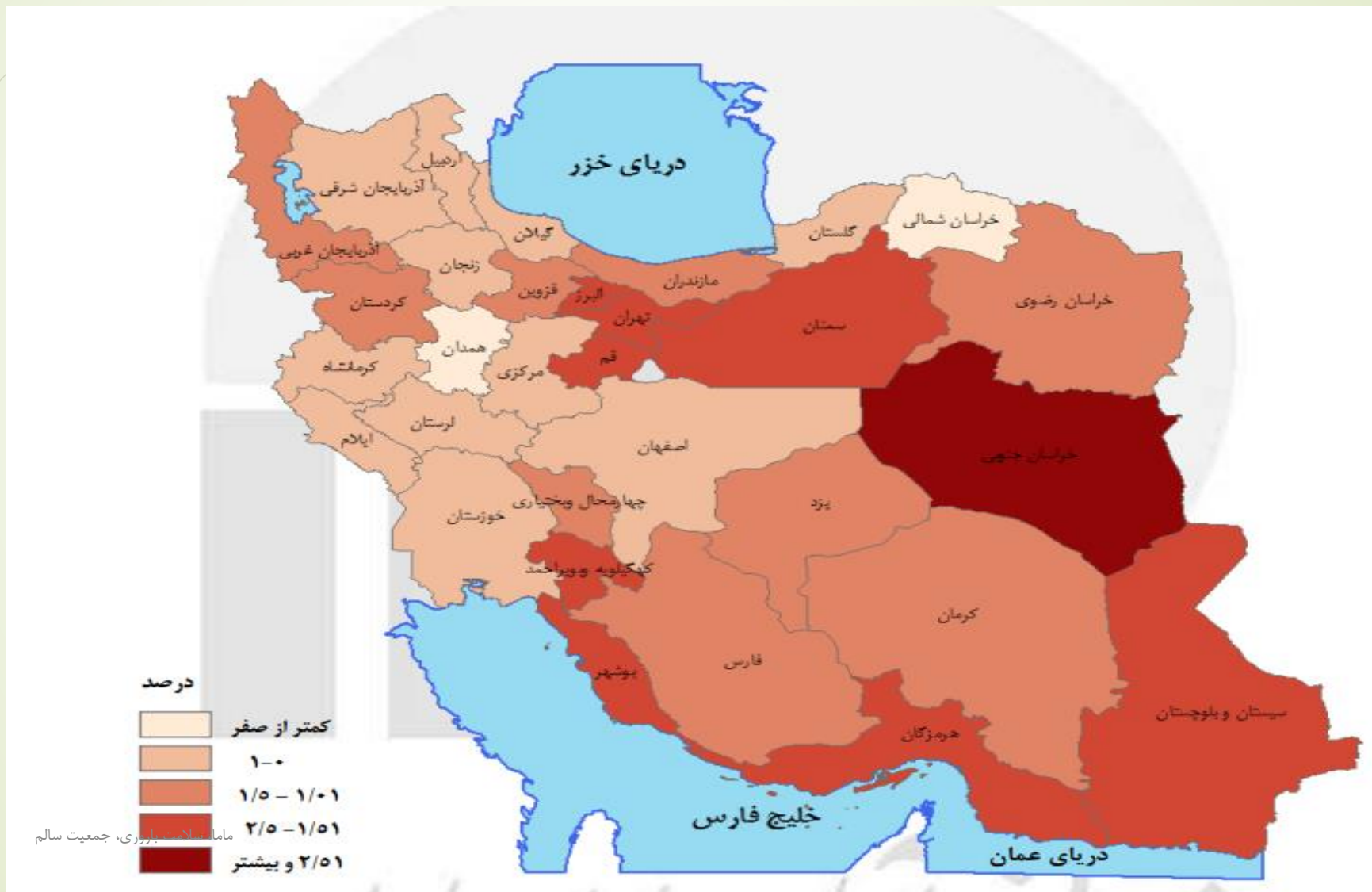
رشد جمعیت

برطبق یک تقسیم بندی کلی می توان رشد جمعیت را بدین صورت طبقه بندی کرد که:

- رشد جمعیت ۰/۱ درصد جمعیت ثابت
- رشد جمعیت ۰/۵-۰/۱ درصد رشد ضعیف (سال ۱۳۹۹ به ۰.۶ رسیده)
- رشد جمعیت ۱-۰/۵ درصد رشد متوسط (سال ۱۳۹۸ رشد جمعیت ایران به کمتر از ۱ درصد رسیده است و باروری کلی ۱.۶، زیر سطح جایگزینی)
- رشد جمعیت ۱/۵-۱ درصد رشد سریع
- رشد جمعیت ۲-۱/۵ درصد رشد بسیار سریع
- رشد جمعیت < ۲ درصد رشد انفجاری جمعیت

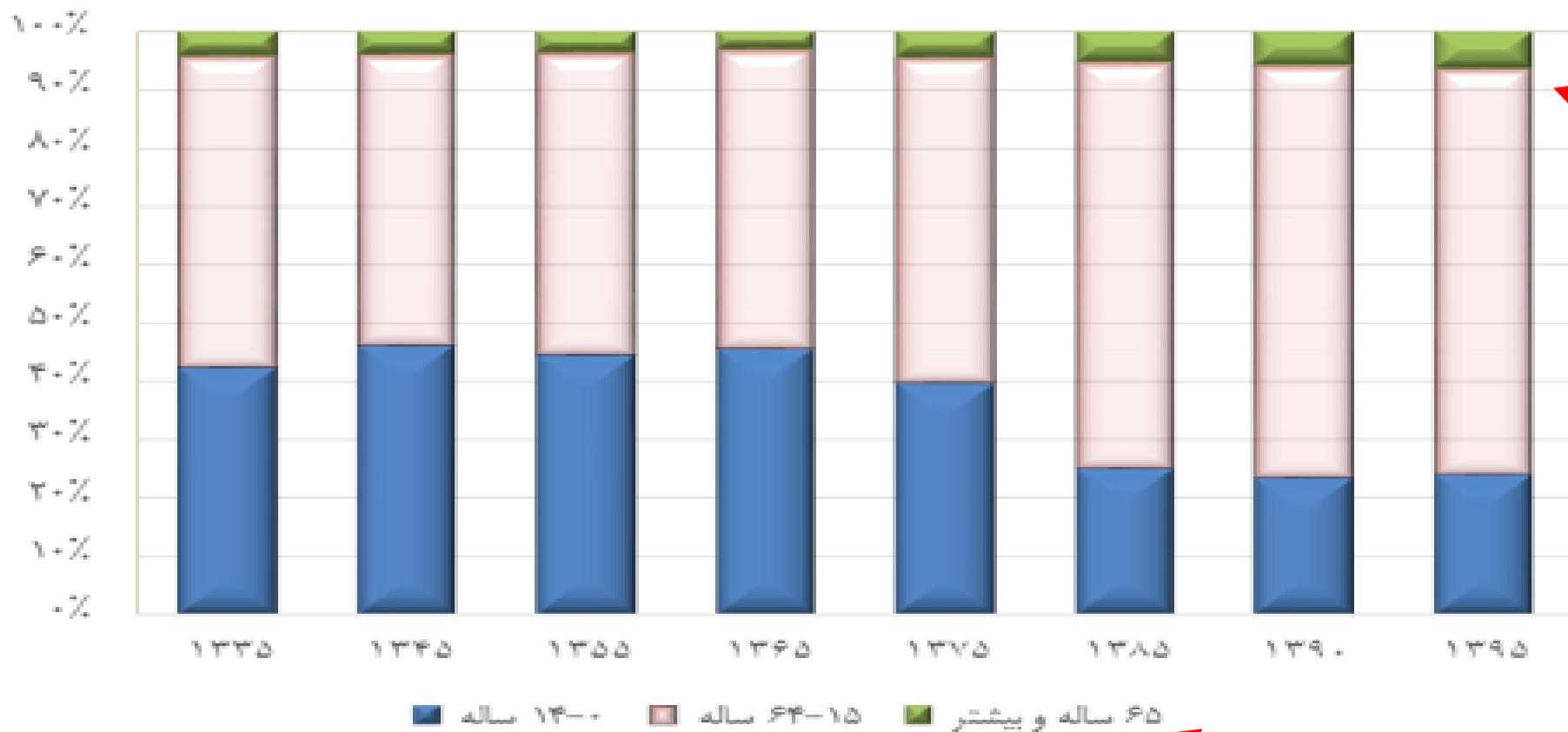
متوسط رشد سالانه جمعیت کشور ۱۳۹۰-۱۳۹۵

همدان: ۰.۲۳-



توزیع جمعیت بر اساس گروههای سنی در سال ۱۳۹۵

زن		مرد		جمع		گروههای عمده سنی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۰/۰۰	۳۹۴۲۷۸۲۸	۱۰۰/۰۰	۴۰۴۹۸۴۴۲	۱۰۰/۰۰	۷۹۹۲۶۲۷۰	جمع
۲۳/۷۰	۹۳۴۵۴۱۲	۲۴/۳۲	۹۸۴۷۲۵۳	۲۴/۰۱	۱۹۱۹۲۶۶۵	۰-۱۴ ساله
۷۰/۰۴	۲۷۶۱۶۶۴۰	۶۹/۷۴	۲۸۲۴۵۴۴۷	۶۹/۸۹	۵۵۸۶۲۰۸۲	۱۵-۶۴ ساله
۶/۲۵	۲۴۶۵۷۷۶	۵/۹۴	۲۴۰۵۷۴۲	۶/۱۰	۴۸۷۱۵۱۸	۶۵ ساله و بیش تر



شکل ۲-۴۰- توزیع درصدی جمعیت کشور در سه گروه عمده سنی: ۱۳۹۵ - ۱۳۳۵

زن		مرد		جمع		گروه‌های عمده سنی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۱۰۰/۰۰	۳۹۴۲۷۸۲۸	۱۰۰/۰۰	۴۰۴۹۸۴۴۲	۱۰۰/۰۰	۷۹۹۲۶۲۷۰	جمع
۲۳/۷۰	۹۳۴۵۴۱۲	۲۴/۳۲	۹۸۴۷۲۵۳	۲۴/۰۱	۱۹۱۹۲۶۶۵	۱۴-۰ ساله
۷۰/۰۴	۲۷۶۱۶۶۴۰	۶۹/۷۴	۲۸۲۴۵۴۴۷	۶۹/۸۹	۵۵۸۶۲۰۸۷	۶۴-۱۵ ساله
۶/۲۵	۲۴۶۵۷۷۶	۵/۹۴	۲۴۰۵۷۴۲	۶/۱۰	۴۸۷۱۵۱۸	۶۵ ساله و بیش‌تر

استان همدان	۱۳۶۵	۱۳۹۵	
۱۴-۰	%۴۷	%۲۲.۶۰	بالای ۴۰٪: جوان
۶۴-۱۵	%۴۹.۶۸	%۷۰.۱۲	
۶۵ و بیشتر	%۳.۲۳	%۷.۲۸	بین ۷-۱۴٪ رو به سالمندی

تبعات منفی شدن جمعیت؟

➡ جوانی جمعیت

➡ پیری جمعیت



دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی درمانی همدان

44

جوانی جمعیت

جوانی جمعیت

▶ ورتهایم Wertheim جامعه شناس و جمعیت شناس معروف هلندی، پس از مطالعاتی که در سرزمین اندونزی و تعدادی از کشورهای توسعه نیافته و صنعتی به عمل آورده است به این نتیجه میرسد که در بیشتر کشورهای توسعه نیافته نسبت افراد در گروه سنی کمتر از ۱۵ سال به کل جمعیت، حدود ۴۰ درصد یا بیشتر از آن بوده است.

▶ از آن پس این شاخص تحت عنوان "تست ورتهایم" معروف شده است. در این شاخص چنانچه ۴۰ درصد و بیشتر از جمعیت یک کشور را جمعیت کمتر از ۱۵ سال تشکیل دهد، جمعیت آن کشور به عنوان جمعیت جوان تلقی میشود.

جوانی جمعیت

میزان جوانی کل جمعیت و نقاط شهری و روستایی کشور را بر اساس نتایج سرشماری سالهای ۱۳۳۵ تا ۱۳۹۵ نشان میدهد. براساس تست ورتهایم ملاحظه میشود که جمعیت کشور از سال ۱۳۳۵ تا ۱۳۶۵ جوان بوده و از سال ۱۳۷۵ به بعد از جوانی جمعیت کاسته شده است.

سال	کل کشور	شهری	روستایی
۱۳۳۵	۴۲/۲	۴۰/۲	۴۳/۰
۱۳۴۵	۴۶/۱	۴۴/۱	۴۷/۴
۱۳۵۵	۴۴/۵	۴۱/۰	۴۷/۷
۱۳۶۵	۴۵/۴	۴۲/۸	۴۸/۶
۱۳۷۵	۳۹/۵	۳۷/۷	۴۲/۶
۱۳۸۵	۲۵/۱	۲۳/۷	۴۸/۱
۱۳۹۰	۲۳/۴	۲۲/۳	۲۶/۱
۱۳۹۵	۲۴	۲۳	۲۶/۹

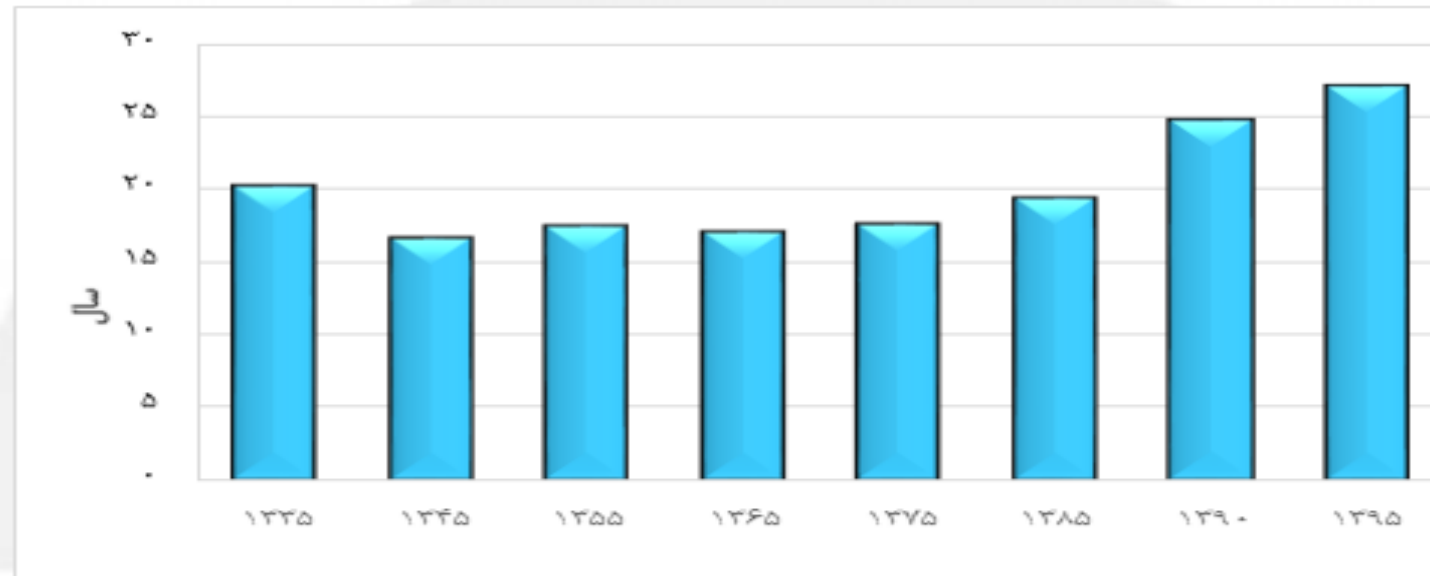
ماما، سلامت باروری، جمعیت سالم

میانگین و میانه سنی جمعیت

- از شاخصهای مهم
- بررسی میانگین و میانه سنی جمعیت، تصویر واضحتری از جوانی جمعیت را عرضه میکند.
- میانه سنی، سنی است که در آن دقیقاً نصف جمعیت پیرتر و نصف دیگر در سنین جوانتر از آن قرار دارند.

- جمعیتی را که میانه سنی آن زیر ۲۰ سال باشد: جوان
- جمعیتی را که میانه سنی آن بین ۲۰ تا ۳۰ سال باشد: میانسال
- جمعیتی را که **میانه سنی آن ۳۰ سال یا بیشتر باشد: پیر**

میانۀ سنی جمعیت



شکل ۲-۴۴- میانۀ سنی جمعیت کل کشور: ۱۳۳۵ - ۱۳۹۵

شرح	۱۳۶۵	۱۳۷۵	۱۳۸۵	۱۳۹۰	۱۳۹۵
کل کشور	۱۷	۱۹	۲۴	۲۷	۳۰
همدان	۱۶	۱۹	۲۵	۲۸	۳۱

میانگین سنی جمعیت

شرح	۱۳۶۵	۱۳۷۵	۱۳۸۵	۱۳۹۰	۱۳۹۵
کل کشور	۲۱/۸	۲۴/۰	۲۸/۰	۲۹/۸	۳۱
همدان	۲۱/۵	۲۴/۱	۲۸/۷	۳۰/۷	۳۲

نسبت وابستگی (بار تکفل)

➤ نسبت وابستگی سنی یا بارتکفل :

➤ به نسبت افراد واقع در سنین وابستگی (زیر ۱۵ سال و بالای ۶۴ سال به افراد در سنین به لحاظ اقتصادی مولد (۶۴-۱۵ سال) گفته میشود.

➤ پایین بودن این شاخص بیانگر سطح مطلوب رفاه اقتصادی جامعه و قدرت پس انداز بیشتر است. بر عکس، هر چه مقدار شاخص وابستگی بالاتر باشد، فشار وارده بر جمعیت شاغل برای تأمین معاش افراد تحت تکفل فزونی گرفته و سطح رفاه کاهش مییابد.

➤ نسبت وابستگی کل: تقسیم جمعیت کمتر از ۱۵ سال و بالای ۶۴ سال به جمعیت ۶۴-۱۵ ساله

➤ نسبت وابستگی کودکان و نوجوانان: تقسیم جمعیت کمتر از ۱۵ سال به جمعیت ۶۴-۱۵ ساله

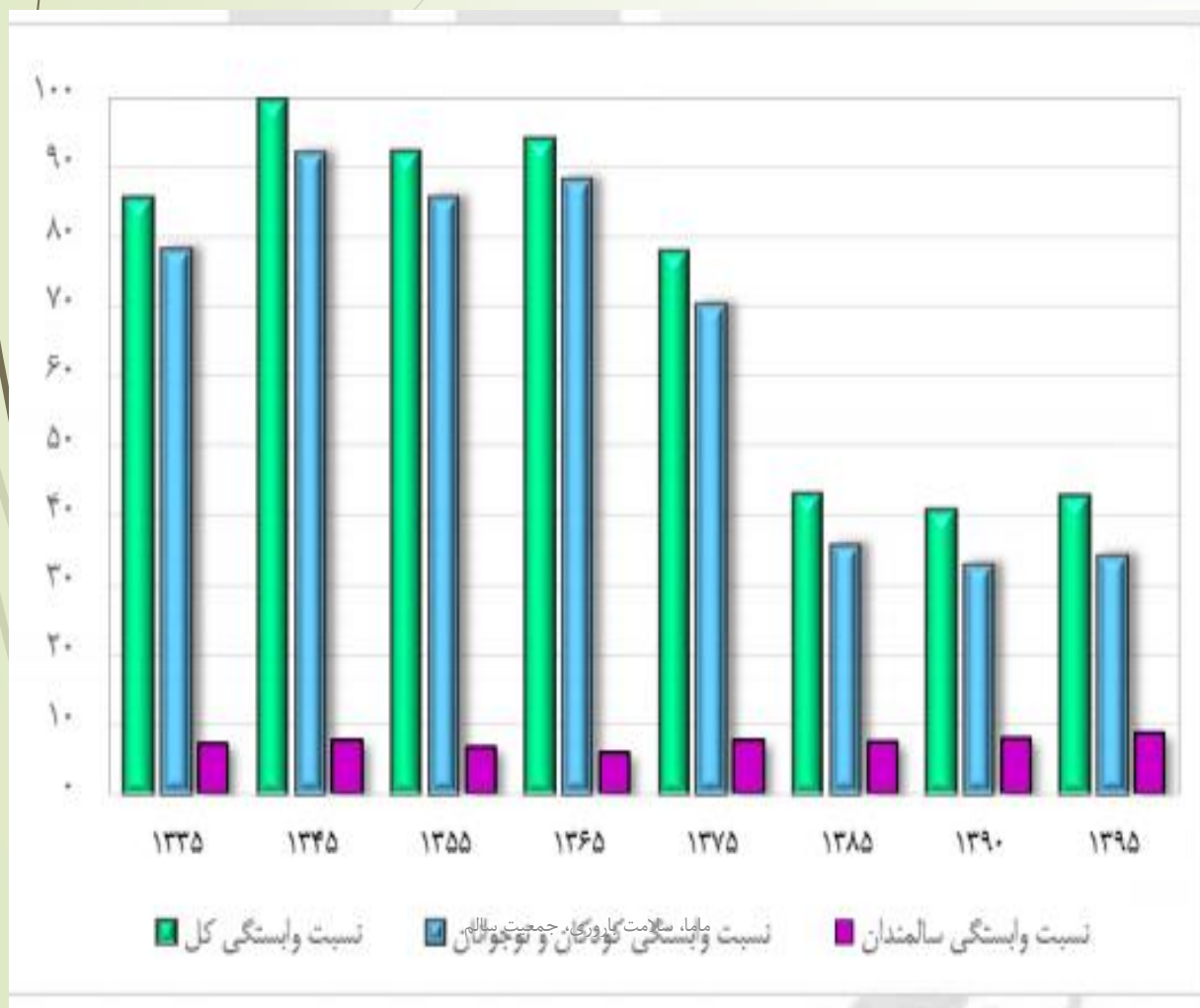
➤ نسبت وابستگی سالمندان: تقسیم جمعیت بالای ۶۴ سال به جمعیت ۶۴-۱۵ ساله

نسبت وابستگی

51

- نسبت وابستگی کودکان و نوجوانان از سال ۱۳۶۵ با شروع کاهش باروری تغییر کرده و به شدت کاهش مییابد.
- به دنبال آن هم شاخص وابستگی کل با توجه به سهم بالای نسبت کودکان در آن، کاهش سریع پیدا میکند به طوری که در سال ۱۳۸۵ به زیر ۴۵ درصد میرسد.
- از سال ۱۳۸۵ به بعد نقش وابستگی سالخوردگان در نسبت وابستگی کل افزایش مییابد.
- کاهش نسبت وابستگی به دلیل افزایش سهم افراد فعال از کل جمعیت است

نسبت وابستگی



سال	نسبت وابستگی کل	نسبت وابستگی کودکان و نوجوانان	نسبت وابستگی سالمندان
۱۳۳۵	۸۵/۷۱	۷۸/۳۴	۷/۳۷
۱۳۴۵	۹۹/۸۲	۹۲/۱۱	۷/۷۱
۱۳۵۵	۹۲/۴۸	۸۵/۷۰	۶/۷۷
۱۳۶۵	۹۴/۲۲	۸۸/۳۲	۵/۹۰
۱۳۷۵	۷۸/۱۰	۷۰/۴۰	۷/۷۰
۱۳۸۵	۴۳/۴۱	۳۵/۹۷	۷/۴۴
۱۳۹۰	۴۱/۰۵	۳۲/۹۸	۸/۰۷
۱۳۹۵	۴۳/۰۸	۳۴/۳۶	۸/۷۲

جمعیت جوان

سال	جمعیت کل کشور	جوانان (۱۵-۲۴ ساله)			جوانان (۱۵-۲۹ ساله)		
		نسبت جنسی	نسبت جنسی	جمعیت	نسبت جنسی	نسبت جنسی	جمعیت
۱۳۳۵	۱۸۹۵۴۷۰۴	۹۳/۴	۱۵/۴	۲۹۱۷۷۰۲	۹۳/۸	۲۳/۴	۴۴۳۵۵۰۴
۱۳۴۵	۲۵۷۸۸۷۲۲	۹۴/۶	۱۴/۸	۳۸۱۱۱۹۷	۹۴/۶	۲۱/۲	۵۴۶۰۸۶۹
۱۳۵۵	۳۳۷۰۸۷۴۴	۹۷/۷	۱۹/۰	۶۳۹۲۴۸۰	۹۶/۲	۲۵/۲	۸۵۰۴۰۶۵
۱۳۶۵	۴۹۴۴۵۰۱۰	۱۰۳/۱	۱۹/۰	۹۳۸۵۹۲۶	۱۰۲/۶	۲۶/۴	۱۳۰۳۸۲۲۳
۱۳۷۵	۶۰۰۵۵۴۸۸	۹۹/۳	۲۰/۵	۱۲۳۳۷۵۲۹	۹۹/۷	۲۸/۴	۱۷۰۴۶۶۸۳
۱۳۸۵	۷۰۴۹۵۷۸۲	۱۰۲/۰	۲۵/۲	۱۷۷۳۸۱۸۳	۱۰۲/۲	۳۵/۴	۲۴۹۶۳۱۳۵
۱۳۹۰	۷۵۱۴۹۶۶۹	۱۰۱/۰	۲۰/۰	۱۵۰۲۱۵۴۰	۱۰۱/۰	۳۱/۵	۲۳۶۹۴۱۹۴
۱۳۹۵	۷۹۹۲۶۲۷۰	۱۰۳/۰	۱۴/۸	۱۱۸۵۱۸۷۶	۱۰۲/۰	۲۵/۱	۲۰۰۵۳۰۰۹

جمعیت جوان

➤ علاوه بر این، آنچه در زمان تورم جوانی جمعیت، برای دولتمردان حائز اهمیت است، دسترسی به اطلاعات جمعیتی، جامعه-شناسی، روانشناسی و بهداشتی کافی از جوانان مجرد است. که بر برنامه ها و سیاستهای کوتاه مدت و بلندمدت دولت اثر دارد.

➤ زیرا مجردان جوان ممکن است به ویژه درگیر مخاطرات رفتاری با ریسک بالا باشند. بنابراین برنامه ریزی و تصمیم گیری و سرمایه گذاری اندیشمندانه درخصوص اشتغال، ازدواج، بهداشت باروری، آموزش و گذران اوقات فراغت جوانان ایرانی دارای اهمیت ویژه است.



دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی درمانی همدان

سالخوردگی جمعیت

55

—شاخص سالخوردگی

شاخص سالخوردگی : نسبت سالمندان به کودکان است : تقسیم جمعیت بالای ۶۵ سال به جمعیت زیر ۱۵ سال

این شاخص، تغییرات باروری را به سرعت در خود نشان میدهد .

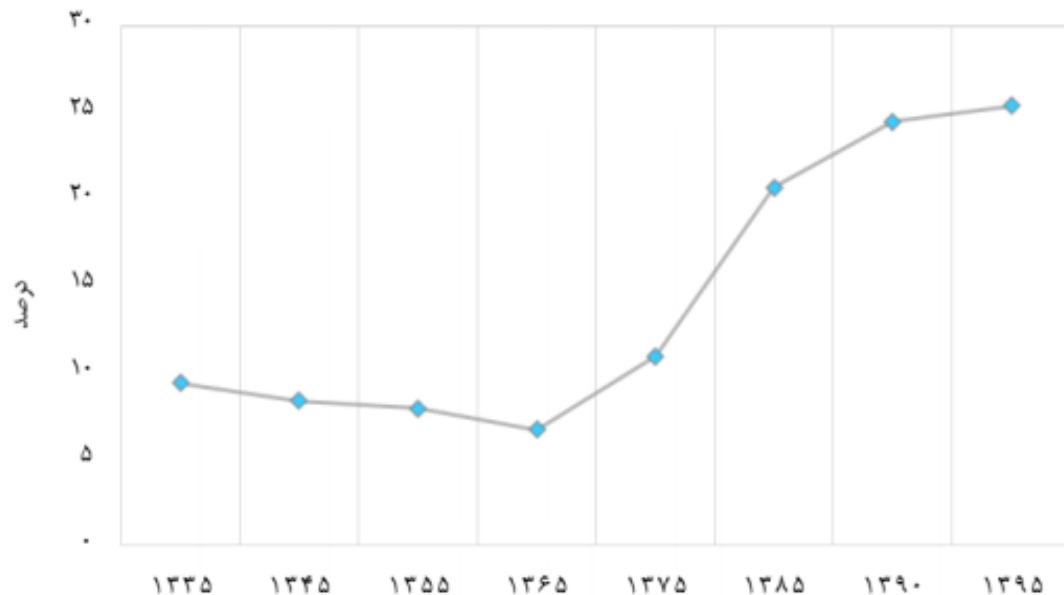
طبق این معیار، جمعیت‌های با رقم **کمتر از ۱۵، جوان** و جمعیت‌های **بیش از ۳۰ سال، سالخورده** به حساب می‌آیند.

در سطح دنیا در سال ۲۰۰۰، شاخص سالخوردگی دو کشور ژاپن و بلغارستان بیش از ۱۰۰ بوده و پیشبینی شده است که تا سال ۲۰۳۰، همه کشورهای توسعه یافته شاخص بیش از ۱۰۰ داشته باشند و حتی در ژاپن و برخی کشورهای اروپایی به بالای ۲۰۰ هم برسد.

علت خاکستری شدن جمعیت: تمایل خانواده‌ها به داشتن فرزند کمتر و دوم زنده ماندن افراد بیشتر.

سالخوردگی جمعیت

شاخص سالخوردگی جمعیت ایران : سال ۱۳۳۵ تا سال ۱۳۶۵، روند کاهش تدریجی داشته. این روند عمدتاً به خاطر کاهش مرگ و میر کودکان و نوزادان و بخشی هم افزایش موالید بوده است که باعث شده میزان رشد سالیانه جمعیت کودک و نوجوان در این مدت بیش از میزان رشد جمعیت سالمند باشد. از سال ۱۳۶۵ و با کاهش سریع باروری، روند این شاخص هم معکوس شده به طوری که در سال ۱۳۹۵ به ۴/۲۵ درصد رسیده است که نشان می‌دهد جمعیت ایران به سمت سالخوردگی در حرکت است.



شکل ۲-۴۶- شاخص سالخوردگی جمعیت ایران: ۱۳۳۵-۱۳۹۵

نام استان	۱۳۶۵	۱۳۷۵	۱۳۸۵	۱۳۹۰	۱۳۹۵
کل کشور	۶/۷	۱۰/۹	۲۰/۷	۲۴/۵	۲۵/۴
همدان	۶/۹	۱۱/۷	۲۶/۲	۳۱/۶	۳۲/۲



دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی درمانی همدان

آینده نگری جمعیت ایران تا افق ۱۴۳۰ هجری شمسی

58

فرضیه های باروری جمعیت ایران تا ۱۴۳۰/۲۰۵۰

➤ فرض اول: میزان باروری کل در ایران در طی دوره ۹۵-۱۳۹۰ به ۲.۱ فرزند افزایش یافته است. بر مبنای فرض اول پیشبینی میشود میزان باروری کل در ایران از ۲.۱ فرزند در سال ۱۳۹۵ به ۲.۶ فرزند در سال ۱۴۳۰ افزایش یابد.

➤ فرض دوم: ثابت ماندن میزان باروری، به این ترتیب که میزان باروری کل در ایران تا سال افق ۱۴۳۰ در سطح ۲.۱ فرزند باقی بماند.

➤ فرض سوم کاهش میزان باروری : باروری کل از ۲.۱ به ۱.۵ فرزند در سال افق ۱۴۳۰ کاهش یابد.

➤ فرض چهارم: کاهش میزان باروری به صورت ملایم از ۲.۱ به ۱.۹

برآورد تعداد جمعیت کل کشور با چهار فرض پیشبینی : ۱ تا ۱۳۹۵

سال‌های پیش‌بینی	کاهش میزان باروری کل		فرض اول	فرض دوم
	افزایش میزان باروری کل (۲/۶ فرزند)	تثبیت میزان باروری کل (۲/۱ فرزند)	فرض سوم (۱/۵ فرزند)	فرض چهارم (۱/۹۵ فرزند)
۱۳۹۵	۸۰,۰۳۸,۱۶۷	۸۰,۰۳۸,۱۶۷	۸۰,۰۳۸,۱۶۷	۸۰,۰۳۸,۱۶۷
۱۴۰۰	۸۵,۱۵۹,۳۳۰	۸۴,۹۷۴,۰۵۲	۸۴,۷۸۵,۳۴۴	۸۴,۹۱۲,۲۹۳
۱۴۰۵	۸۹,۹۹۱,۱۲۴	۸۹,۲۳۶,۲۴۴	۸۸,۵۴۱,۰۹۹	۸۹,۰۲۲,۴۰۶
۱۴۱۰	۹۴,۴۷۲,۰۰۳	۹۲,۸۲۱,۳۶۰	۹۱,۱۴۱,۳۰۱	۹۲,۳۳۸,۹۰۶
۱۴۱۵	۹۸,۹۵۸,۸۷۶	۹۶,۰۰۹,۰۰۱	۹۳,۰۰۳,۰۹۱	۹۵,۱۰۳,۹۸۵
۱۴۲۰	۱۰۳,۵۶۵,۷۶۴	۹۹,۰۱۳,۶۱۳	۹۴,۴۲۸,۰۵۰	۹۷,۵۹۰,۸۹۶
۱۴۲۵	۱۰۸,۱۴۸,۲۴۰	۱۰۱,۷۸۱,۴۷۴	۹۵,۳۰۴,۲۱۸	۹۹,۷۸۸,۴۸۸
۱۴۳۰	۱۱۲,۴۷۵,۴۵۸	۱۰۴,۰۱۷,۵۸۸	۹۵,۳۱۷,۶۴۶	۱۰۱,۳۹۲,۳۲۰

- نتایج پیشبینی حاکی از آن است براساس هر فرض در دوره زمانی ۳۵ ساله ۱۳۹۵ تا ۱۴۳۰ حداقل متوسط رشد سالانه جمعیتی ۰.۵ درصد و حداکثر ۰.۹۸ خواهد بود.
- در بدترین حالت ممکن ۱.۵ فرزند، پیشبینی میشود، حداقل تا دهه ۱۴۲۰ شمسی رشد جمعیت کشور به صفر نخواهد رسید.

اما تغییرات عمده ای در ساختمان سنی جمعیت رخ خواهد داد:

در صورت تحقق فرض اول در سال ۱۴۳۰ با جمعیت **سالمند ۱۶.۸** درصد روبه رو خواهیم بود.

در صورت عملی شدن فرض دوم درصد جمعیت ۱۴-۰ سال و درصد جمعیت فعال ۶۴-۱۵ سال کاهش و در مقابل درصد جمعیت ۶۵ سال و بیشتر افزایش خواهد داشت. در این حالت نیز با جمعیت **سالمند ۱۸.۲** درصد روبه رو خواهیم شد.

در صورت تحقق فرض سوم پیشبینی، درصد جمعیت ۱۵-۶۴ سال کاهش و در مقابل جمعیت بالاتر از ۶۵ سال افزایش خواهد داشت. در چنین حالتی هم با جمعیتی **سالمند ۱۹.۹ درصد** روبه رو خواهیم بود، که نیاز به بودجه، امکانات و برنامه ریزیها و سیاستگذاریهای خاص خود را دارد.

در صورت تحقق فرض آخر، درصد جمعیت جوان ۱۸.۶ درصد با **جمعیت سالمند ۱۸.۷** درصد تقریباً برابر خواهد بود.

به این معناست که نسبت افراد سالخورده به کل جمعیت در حال افزایش است.

جمعیت رو به سالمندی: جمعیتی که بین ۷ تا ۱۴ درصد آن را گروه های سنی ۶۵ ساله و بیشتر تشکیل دهند.

جمعیت سالمند: این نسبت در جامعه بین ۱۴ تا ۲۰ درصد

جمعیت سالخورده: این نسبت در جامعه ی سالخورده ۲۰ درصد و بیشتر میباشد.

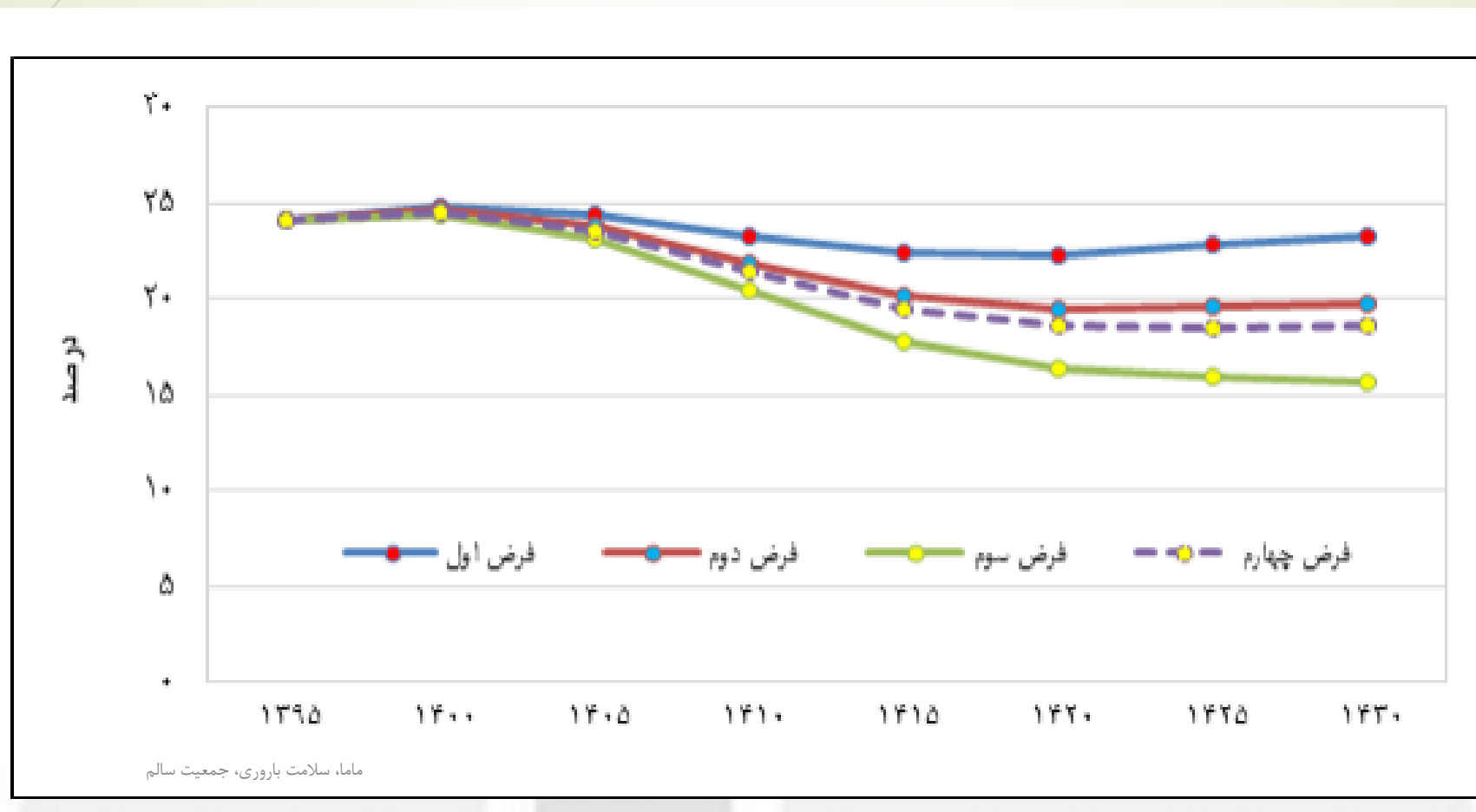
توزیع جمعیت کل کشور با چهار فرض پیشبینی در گروههای وسیع سنی : ۱۳۹۵ تا ۱

فرض اول افزایش میزان باروری کل (۲/۶ فرزند)			فرض دوم تثبیت میزان باروری کل (۲/۱ فرزند)			سال های پیش بینی
۱۴-۰	۶۴-۱۵	۶۵ و بیشتر	۱۴-۰	۶۴-۱۵	۶۵ و بیشتر	
۱۹,۳۰۴,۵۶۲	۵۵,۸۶۲,۰۸۷	۴,۸۷۱,۵۱۸	۱۹,۳۰۴,۵۶۲	۵۵,۸۶۲,۰۸۷	۴,۸۷۱,۵۱۸	۱۳۹۵
۲۱,۰۸۳,۱۶۵	۵۸,۳۹۰,۹۸۰	۵,۶۸۵,۱۸۵	۲۰,۸۹۷,۸۸۸	۵۸,۳۹۰,۹۸۰	۵,۶۸۵,۱۸۵	۱۴۰۰
۲۱,۹۴۶,۹۰۷	۶۰,۹۹۶,۶۶۴	۷,۰۴۷,۵۵۴	۲۱,۱۹۲,۰۲۷	۶۰,۹۹۶,۶۶۴	۷,۰۴۷,۵۵۴	۱۴۰۵
۲۱,۹۵۸,۲۵۲	۶۳,۹۲۲,۱۴۷	۸,۵۹۱,۶۰۴	۲۰,۳۰۷,۶۱۰	۶۳,۹۲۲,۱۴۶	۸,۵۹۱,۶۰۴	۱۴۱۰
۲۲,۱۱۶,۵۴۹	۶۶,۳۴۷,۰۷۱	۱۰,۴۹۵,۲۵۶	۱۹,۳۵۱,۱۹۳	۶۶,۱۶۲,۵۵۲	۱۰,۴۹۵,۲۵۶	۱۴۱۵
۲۳,۰۹۷,۹۳۸	۶۷,۹۵۴,۸۳۸	۱۲,۵۱۲,۹۸۸	۱۹,۲۹۸,۲۲۵	۶۷,۲۰۲,۳۹۹	۱۲,۵۱۲,۹۸۸	۱۴۲۰
۲۴,۶۴۲,۷۱۱	۶۸,۱۳۷,۰۱۱	۱۵,۳۶۸,۵۱۹	۱۹,۹۲۲,۱۳۴	۶۶,۴۹۰,۸۲۲	۱۵,۳۶۸,۵۱۹	۱۴۲۵
۲۶,۰۷۱,۷۴۰	۶۷,۴۱۶,۲۷۳	۱۸,۹۸۷,۴۴۵	۲۰,۵۵۶,۹۸۶	۶۴,۴۷۳,۱۵۷	۱۸,۹۸۷,۴۴۵	۱۴۳۰

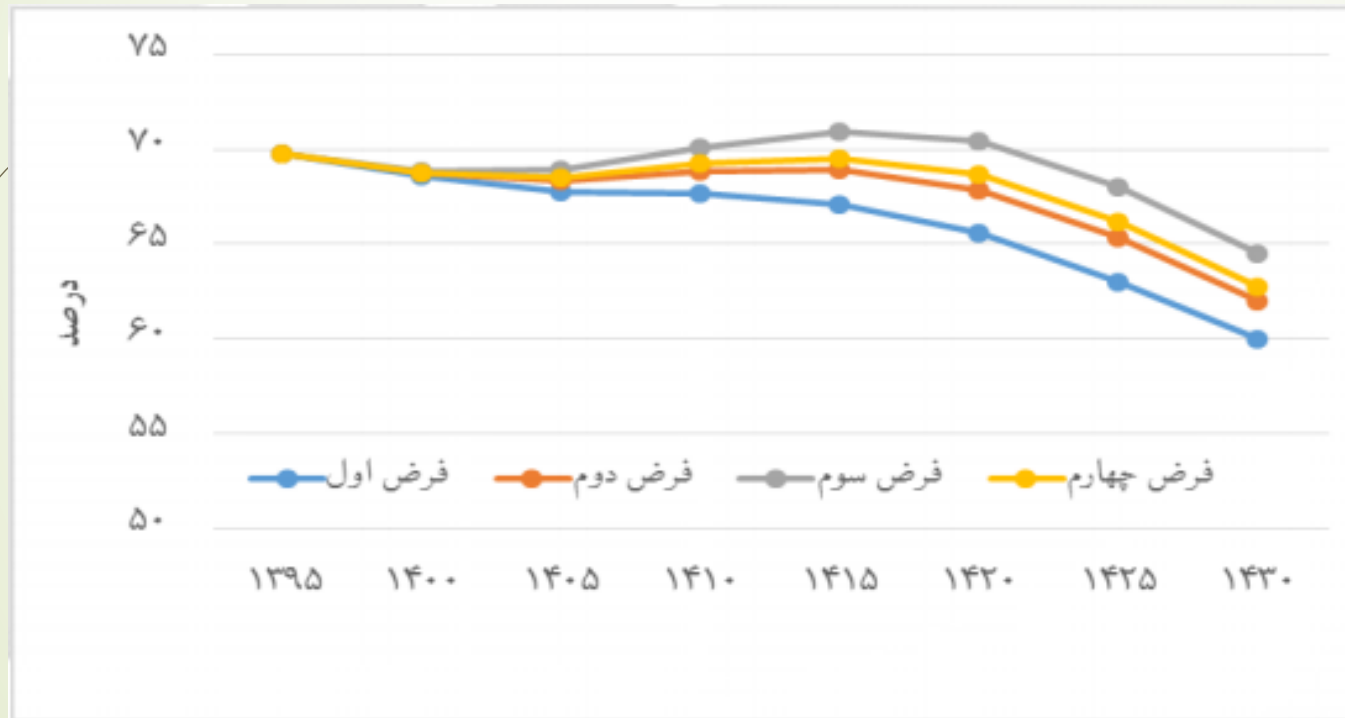
وزیع جمعیت کل کشور با چهار فرض پیشینی در گروههای وسیع سنی: ۱۳۹۵ تا ۱

سال‌های پیش بینی	فرض سوم کاهش میزان باروری کل (۱/۵ فرزند)			فرض چهارم کاهش ملایم میزان باروری کل (۱/۹۵ فرزند)		
	۱۴-۰	۶۴-۱۵	۶۵ و بیشتر	۱۴-۰	۶۴-۱۵	۶۵ و بیشتر
۱۳۹۵	۱۹,۳۰۴,۵۶۲	۵۵,۸۶۲,۰۸۷	۴,۸۷۱,۵۱۸	۱۹,۳۰۴,۵۶۲	۵۵,۸۶۲,۰۸۷	۴,۸۷۱,۵۱۸
۱۴۰۰	۲۰,۷۰۹,۱۸۰	۵۸,۳۹۰,۹۸۰	۵,۶۸۵,۱۸۵	۲۰,۸۳۶,۱۲۹	۵۸,۳۹۰,۹۸۰	۵,۶۸۵,۱۸۵
۱۴۰۵	۲۰,۴۹۶,۸۸۲	۶۰,۹۹۶,۶۶۴	۷,۰۴۷,۵۵۴	۲۰,۹۷۸,۱۸۹	۶۰,۹۹۶,۶۶۴	۷,۰۴۷,۵۵۴
۱۴۱۰	۱۸,۶۲۷,۵۵۰	۶۳,۹۲۲,۱۴۶	۸,۵۹۱,۶۰۴	۱۹,۸۲۵,۱۵۵	۶۳,۹۲۲,۱۴۶	۸,۵۹۱,۶۰۴
۱۴۱۵	۱۶,۵۳۳,۲۱۸	۶۵,۹۷۴,۶۱۶	۱۰,۴۹۵,۲۵۶	۱۸,۵۰۷,۶۸۳	۶۶,۱۰۱,۰۴۶	۱۰,۴۹۵,۲۵۶
۱۴۲۰	۱۵,۴۰۵,۵۶۶	۶۶,۵۰۹,۴۹۶	۱۲,۵۱۲,۹۸۸	۱۸,۰۸۸,۶۶۰	۶۶,۹۸۹,۲۴۸	۱۲,۵۱۲,۹۸۸
۱۴۲۵	۱۵,۱۲۰,۳۷۳	۶۴,۸۱۵,۳۲۷	۱۵,۳۶۸,۵۱۹	۱۸,۴۱۰,۲۸۶	۶۶,۰۰۹,۶۸۳	۱۵,۳۶۸,۵۱۹
۱۴۳۰	۱۴,۸۵۶,۱۴۰	۶۱,۴۷۴,۰۶۲	۱۸,۹۸۷,۴۴۵	۱۸,۸۳۴,۶۶۷	۶۳,۵۷۰,۲۰۸	۱۸,۹۸۷,۴۴۵

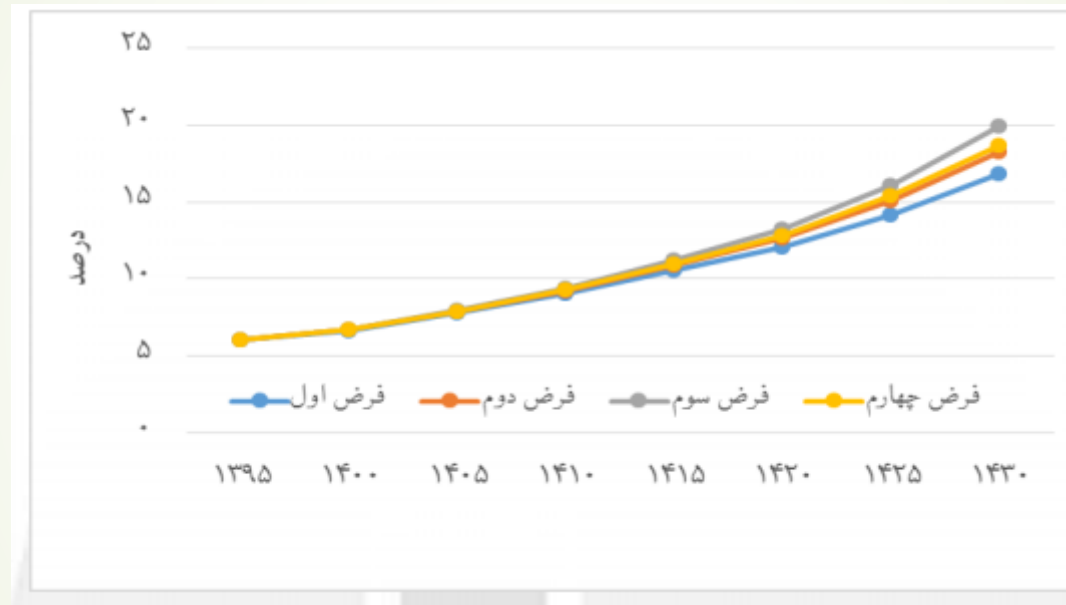
پیشبینی جمعیت کمتر از ۱۵ سال با فروض مختلف تا افق سال پیشبینی



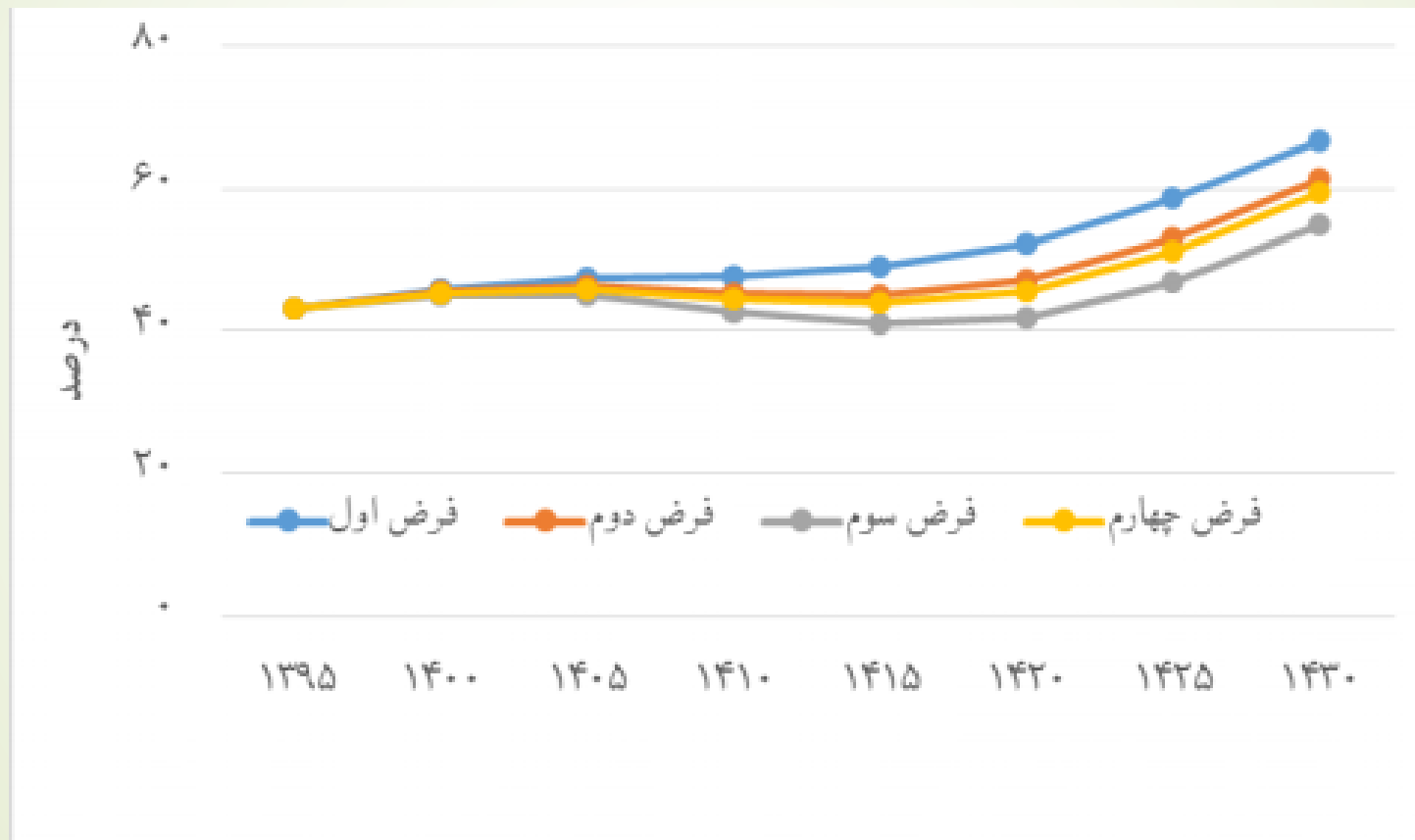
یشینی جمعیت ۶۴-۱۵ سال با فروض مختلف تا افق سال پیشینی



یشینی جمعیت ۶۵ سال و بیشتر با فروض مختلف تا افق سال پیشینی



یشبینی بارتکفل کل کشور با چهار فرض پیشبینی ۱۴۳۰



زنانه شدن سالخوردگی

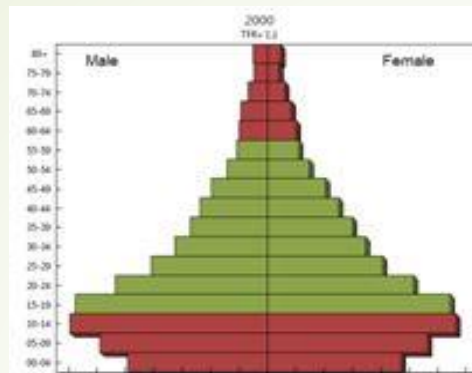
- نسبت جنسی محاسبه شده برای هر فرض حاکی از آن است که در صورت تحقق هرکدام از فروض، جمعیت سالمند به سمت زنانه شدن پیش خواهد رفت.
- در روند سالخورده شدن جمعیت، غالباً وضعیت دو جنس با همدیگر تفاوت دارد. مردان به طور کلی، میزان مرگ و میر بالاتری نسبت به زنان دارند و امید زندگی آنها عموماً کمتر از زنان است، بنابراین، تعداد زنانی که به سنین سالخوردگی میرسند به مراتب بیش از مردان است.
- در اکثر کشورها، نسبت جنسی در سنین سالخوردگی گویای همین امر است به طوری که برخی سخن از زنانه شدن، سالخوردگی به میان آورده اند.
- در ارتباط با همین موضوع، تعداد بیشتری از زنان در دوران سالمندی فاقد همسر بوده و تنهایی را بیش از مردان تجربه میکنند.

پیش بینی هرم سنی - جنسی جمعیت ایران از سال های ۲۰۵۰ تا ۲۰۰۰

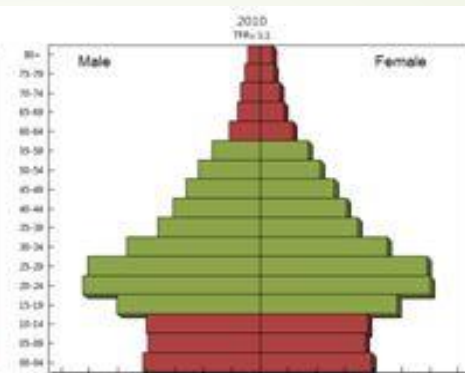
TFR= 1.1

70

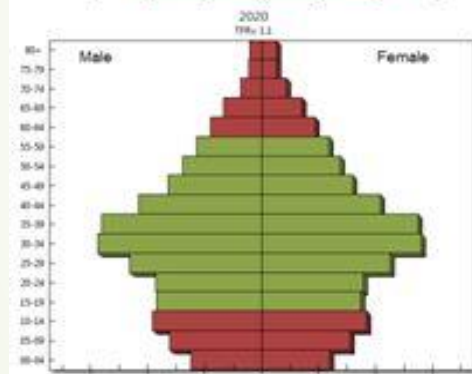
2000



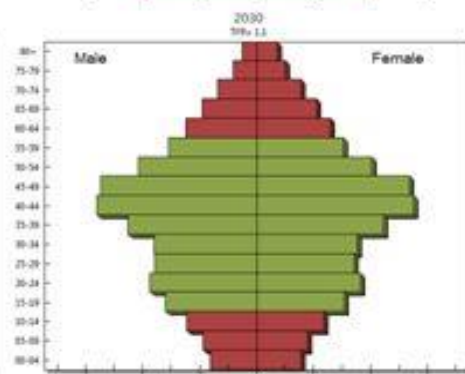
2010



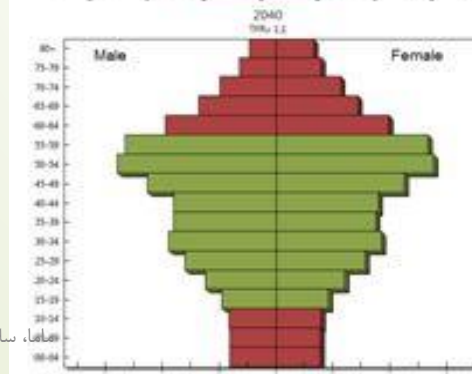
2020



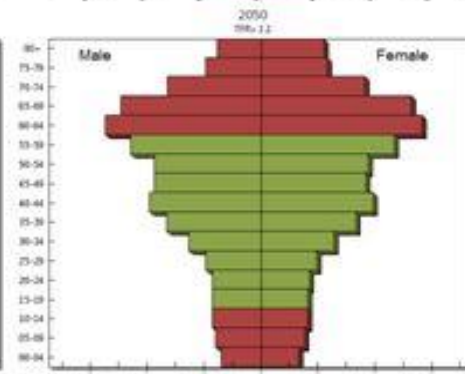
2030



2040



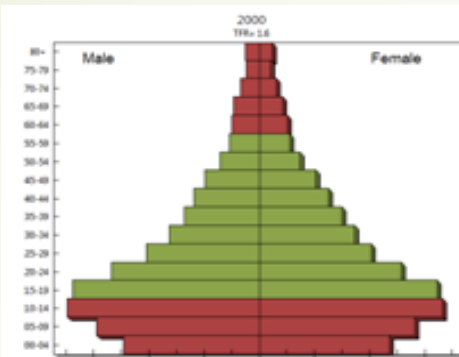
2050



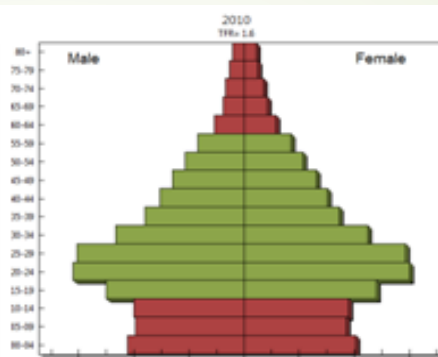
پیش بینی هرم سنی - جنسی جمعیت ایران از سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۵۰ بر اساس TFR= 1.6

71

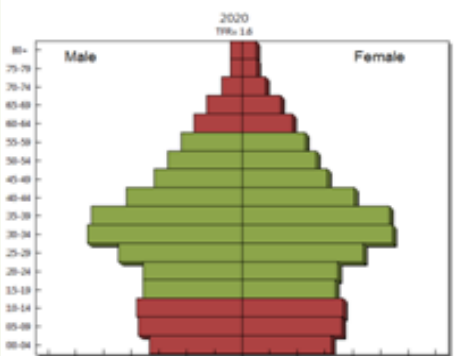
2000



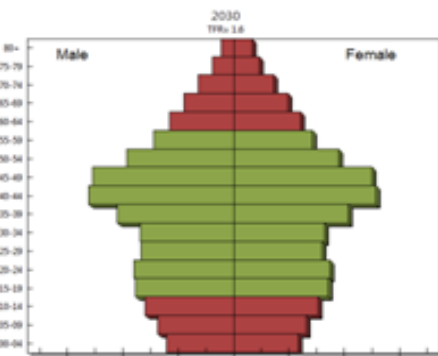
2010



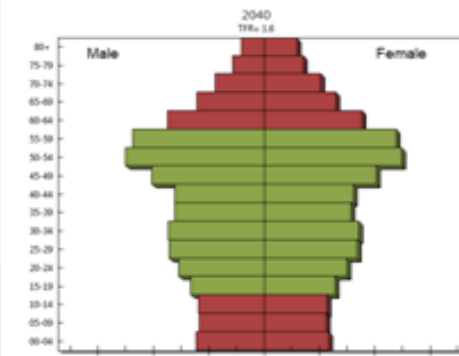
2020



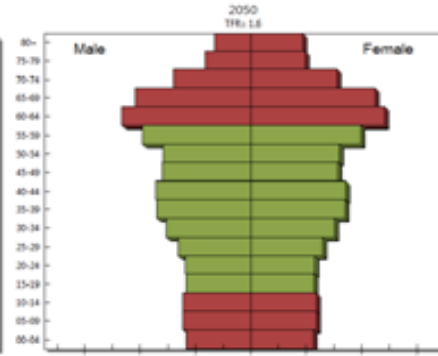
2030



2040



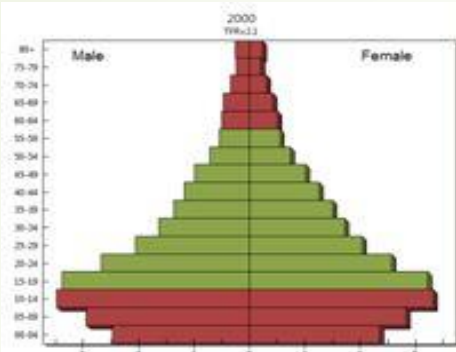
2050



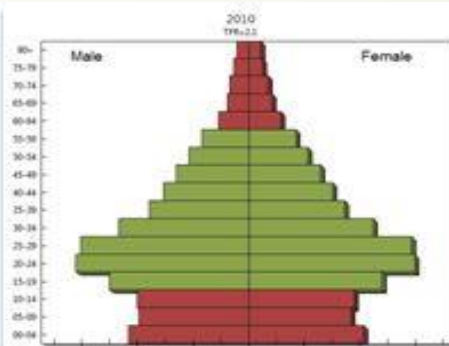
پیش بینی هرم سنی - جنسی جمعیت ایران از سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۵۰ بر اساس TFR= 2.1

72

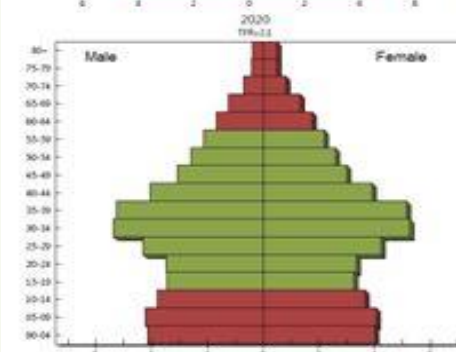
2000



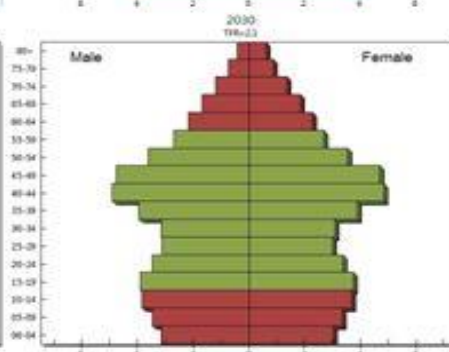
2010



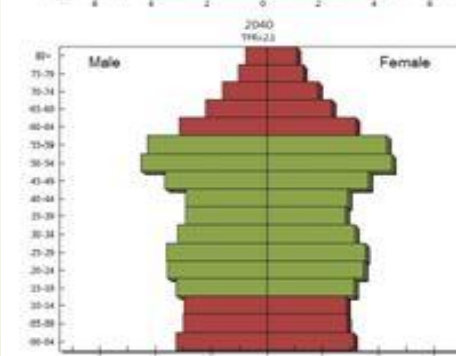
2020



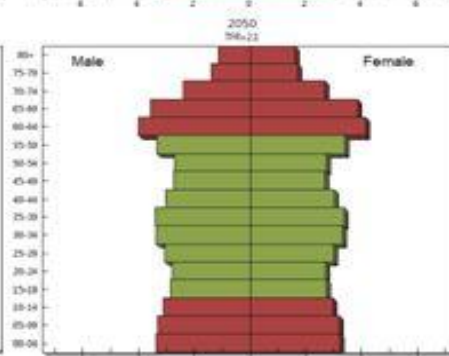
2030



2040



2050



نتایج

- سیاستهای افزایشی جمعیت در آینده منجر به افزایش جمعیت سالمند و نیز افزایش جمعیت کودک و نوجوان شده و در نتیجه بار تکفل دو چندان خواهد شد.
- به عبارتی فشار اقتصادی بر دوش تعداد محدودی از جمعیت خواهد افتاد. این جمعیت میبایست از یکسو به جمعیت کودک و نوجوان بپردازد و از سوی دیگر در پی تهیه امکانات و فراهم آوردن هزینه های نگهداری جمعیت سالمند و سالخورده باشد.
- نیاز: برنامه ریزی صحیح، توجه به بعد کیفی جمعیت و فراهم آوردن زیرساختهای اجتماعی، اقتصادی، رفاهی، بهداشتی، زیستی و فرهنگی لازم برای داشتن جمعیتی بیش از جمعیت موجود در کشور ضروری و حیاتی به نظر میرسد.

جمعیت و اقتصاد

➤ افزایش نسبت جمعیت سالمندان، مسلماً به افزایش هزینه های بهداشت و درمان منجر خواهد شد و همچنین مراقبتهای مربوط به این گروه سنی را افزایش می دهد، و از آنجا که جمعیت بالای ۶۵ سال، اصولاً از عایدی ناشی از اندوخته ها و پس اندازهای دوره جوانی خود بهره مند هستند، در نتیجه، به جای سرمایه گذاری پس اندازهای خود، از آنها استفاده کرده و موجبات کاهش امنیت اقتصادی فراهم میگردد. بنابراین، پیر شدن جمعیت، سبب کاهش پس انداز عمومی و سرمایه و نیروی انسانی میشود و در نتیجه، باعث کاهش امنیت اقتصادی میگردد.



دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی درمانی همدان

75

سیاست‌های جمعیتی

سیاستهای جمعیتی

- جمعیت: تمام یا بخشی از ساکنان یک منطقه
- جمعیت مطلوب: جمعیتی که در بهترین شرایط با منابع موجود جامعه هماهنگی و تناسب داشته باشد. جمعیتی که بیشترین و بالاترین درآمد سرانه واقعی را به دست میدهد.
- یعنی شرایطی که در آن آحاد جمعیت به بهترین موقعیت اشتغال و درآمد دسترسی پیدا میکنند.
- هم پدیده کم جمعیتی و هم پدیده پر جمعیتی ما را از جمعیت مطلوب دور میکند.
- جمعیت مطلوب در گرو تنظیم باروری است.

سیاست‌های جمعیتی

➤ مجموعه ای از تدابیر و فعالیتها با هدف تاثیرگذاری بر نرخ رشد جمعیت ، توزیع جغرافیایی، بافت جمعیت.

➤ سیاست‌هایی که بر کاهش یا افزایش موالید توجه دارد.

➤ هدف سیاست‌ها:

➤ ارتقا شرایط زندگی مردم

➤ دستیابی به جمعیتی با اندازه و نرخ رشد متناسب با امکانات کشور

انواع سیاستهای جمعیتی

- سیاستهای مستقیم و آشکار: تشویق موالید، تنظیم خانواده
- سیاستهای غیرمستقیم و پنهان: سیاستهای اجتماعی و اقتصادی کشور

- سیاستهای جمعیتی کلان
- سیاستهای جمعیتی خرد: مشاوره قبل از ازدواج

- ماهیت کمی: افزایش یا کاهش جمعیت، آزادی یا ممنوعیت سقط جنین، مهاجرت، حق عائله مندی
- ماهیت کیفی: بهداشت، تامین اجتماعی، حمایت از مادران و کودکان، آموزش و....

«سیاست‌های کلی جمعیت»^۳

با عنایت به اهمیت مقوله جمعیت در اقتدار ملی؛ و با توجه به پویندگی، بالندگی و جوانی جمعیت کنونی کشور به عنوان یک فرصت و امتیاز؛ و در جهت جبران کاهش نرخ رشد جمعیت و نرخ باروری در سال‌های گذشته، سیاست‌های کلی جمعیت ابلاغ می‌گردد.

با در نظر داشتن نقش ایجابی عامل جمعیت در پیشرفت کشور، لازم است برنامه‌ریزی‌های جامع برای رشد اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور متناسب با سیاست‌های جمعیتی انجام گیرد. همچنین ضروری است با هماهنگی و تقسیم کار بین ارکان نظام و دستگاه‌های ذیربط در این زمینه، اقدامات لازم با دقت، سرعت و قوت صورت گیرد و نتایج رصد مستمر اجرای سیاست‌ها گزارش شود.

سیدعلی خامنه‌ای

۳۰/اردیبهشت/۱۳۹۳

در متن سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری، ابعاد مختلفی از سلامت که عمده آن مربوط به سلامت باروری است، تاکید شده است.

«سیاست‌های کلی جمعیت»^۳

۱- ارتقاء پویایی، بالندگی و جوانی جمعیت با افزایش نرخ باروری به بیش از سطح جانشینی.

۲- رفع موانع ازدواج

۳- اختصاص تسهیلات مناسب برای مادران بویژه در دوره بارداری و شیردهی و پوشش بیمه‌ای هزینه‌های زایمان و درمان ناباروری مردان و زنان و تقویت نهادها و مؤسسات حمایتی ذی‌ربط.

۴- تحکیم بنیان و پایداری خانواده با اصلاح و تکمیل آموزش‌های عمومی در باره اصالت کانون خانواده و فرزند پروری و با تأکید بر آموزش مهارت‌های زندگی و ارتباطی و ارائه خدمات مشاوره‌ای بر مبنای فرهنگ و ارزش‌های اسلامی- ایرانی و توسعه و تقویت نظام تأمین اجتماعی، خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی در جهت سلامت باروری و فرزندآوری.

۵- ترویج و نهادینه‌سازی سبک زندگی اسلامی- ایرانی

۶- ارتقاء امید به زندگی

۷- فرهنگ سازی برای احترام و تکریم سالمندان

۸- توانمندسازی جمعیت در سن کار

۹- باز توزیع فضایی و جغرافیایی جمعیت

۱۰- حفظ و جذب جمعیت در روستاها و مناطق مرزی و کم تراکم

۱۱- مدیریت مهاجرت به داخل و خارج

۱۲- تشویق ایرانیان خارج از کشور برای حضور و سرمایه گذاری، و بهره‌گیری از ظرفیت‌ها و توانایی‌های آنان.

۱۳- تقویت مؤلفه‌های هویت‌بخش ملی

۱۴- رصد مستمر سیاست‌های جمعیتی در ابعاد کمی و کیفی

قانون جوانی جمعیت و حمایت از خانواده

■ قانون فوق مشتمل بر ۷۲ ماده در جلسه مورخ هفتم بهمن ماه یکهزار و سیصد و نود و نه تصویب گردید.

➤ **ماده ۲۴-** به منظور تحقق بند ث ماده ۱۰۲ برنامه ششم توسعه وزارت تعاون ، کار و رفاه اجتماعی مکلف است با معرفی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و همکاری کمیته امداد امام خمینی (ره) ، ستاد اجرایی فرمان حضرت امام خمینی(ره) و بنیاد مستضعفان، مادران باردار، شیرده و دارای کودک زیر پنج سال را که بر اساس آزمون وسع، نیازمند حمایت می-باشند، شناسایی کرده و خدمات سبد تغذیه رایگان و بسته بهداشتی رایگان را به آنها به صورت ماهانه اختصاص دهد.

➤ **ماده ۳۵-** وزارتخانه‌های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کلیه موسسات آموزش عالی کشور، مکلفند در راستای سیاست های کلی جمعیت و خانواده حداکثر یک سال پس از ابلاغ این قانون، در جهت ترویج و آگاهی بخشی نسبت به وجوه مثبت ازدواج به هنگام نیاز، آموزش مهارت‌های دوران ازدواج، فرزندآوری، آثار منفی کم فرزنددی در خانواده و کاهش رشد جمعیت در جامعه، حرمت سقط جنین، نهادینه کردن هنجارهای صیانت از تحکیم خانواده، ایفای نقش‌های خانوادگی و مقابله با محتوای مغایر سیاست‌های جمعیتی، ضمن حذف محتوای آموزشی مخالف فرزندآوری، اقدامات و فعالیت های آموزشی، پژوهشی و فرهنگی ویژه دانشجویان و کادر آموزشی و اداری مبتنی بر نقشه مهندسی فرهنگی کشور ذیل برنامه های سالانه خود را انجام دهند.

ماده ۳۸- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است در اجرای آموزش‌های حین ازدواج، محتوای تدوین شده توسط شورای فرهنگی اجتماعی زنان و خانواده شورای عالی انقلاب فرهنگی را در زمینه بهداشت، سلامت باروری و فرزندآوری عیناً آموزش داده و آموزش‌های اخلاقی، حقوقی و روانشناسی حین ازدواج را به نهاد رهبری دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور واگذار نماید.

ماده ۴۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است حداکثر ظرف مدت دو سال پس از لازم الاجرا شدن قانون، نسبت به تجهیز و راه اندازی حداقل یک مرکز تخصصی درمان ناباروری سطح ۲ در دانشگاه‌های علوم پزشکی و حداقل یک مرکز ناباروری سطح ۳ به ازای هر استان اعم از دولتی و عمومی غیر دولتی در قالب نظام سطح بندی خدمات متناسب با الگوی جمعیتی اقدام نماید.

ماده ۴۲- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مکلف است دستورالعمل و راهنمای بالینی هماهنگ کشوری مربوط به پیشگیری، تشخیص به هنگام و درمان افراد نابارور و در معرض ناباروری را با بهره‌گیری از تخصص‌های مرتبط در قالب نظام سطح بندی خدمات ضمن ادغام در شبکه بهداشت با رویکرد بروزرسانی، حداکثر تا شش ماه پس از لازم الاجرا شدن این قانون تدوین و پس از تصویب وزیر بهداشت و تایید ستاد عالی جمعیت و خانواده ابلاغ نماید.

ماده ۴۳- در راستای بندهای «ح» و «د» ماده ۱۰۲ قانون برنامه ششم توسعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با همکاری وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان های بیمه گر، برنامه‌ها و اقدامات لازم را برای برخورداری همه زوج‌هایی که علی‌رغم اقدام به بارداری به مدت یک سال یا بیشتر، صاحب فرزند نشده‌اند، از برنامه‌های معاینه، بیماریابی، تشخیص علت ناباروری و درمان آن تحت پوشش کامل بیمه‌های پایه، بدون محدودیت زمان و دفعات مورد نیاز به تشخیص پزشک معالج به عمل آورد.

ماده ۴۴- سازمان بازرسی کل کشور موظف است با همکاری وزارت بهداشت، نیروی انتظامی و سازمان های نظام پزشکی و پزشکی قانونی و دستگاه های امنیتی، سامانه همگانی ویژه ای جهت گزارش مردمی متخلفان فروش داروهای سقط، مشارکت در سقط غیرقانونی، سایتها و بسترهای مجازی معرفی کننده مراکز و افراد مشارکت کننده در سقط، توصیه های کادر بهداشتی و درمانی خارج از چارچوب کمیسیون سقط، شناسایی عناصر ترویج دهنده سقط عمدی را ایجاد و متخلفین را به مراجع قضائی معرفی نماید.

ماده ۴۵- شورای عالی بیمه مکلف است حداکثر تا ۶ ماه پس از ابلاغ این قانون، راهنمای بالینی استاندارد پوشش بیمه ای خدمات سلامت زنان، مادران باردار و نوزادان را از جمله ماماها و پزشکان در مراکز خصوصی و دولتی در قالب سطح بندی خدمات با لحاظ نظام ارجاع تدوین و ابلاغ نماید.

ماده ۴۶- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با رویکرد افزایش رشد جمعیت و تأکید بر اثرات مثبت بارداری و زایمان طبیعی، فواید فرزندآوری، کاهش فاصله ازدواج و فرزند اول و همچنین کاهش فاصله بین فرزندان، حداکثر تا یک سال پس از لازم الاجرا شدن این قانون، نسبت به تغییر، اصلاح، تکمیل و بروزرسانی علمی متون و منابع آموزشی، مضرات مادی و معنوی سقط جنین و عوارض استفاده از داروهای ضد بارداری، منع سزارین غیرضروری، به بازآموزی و تربیت کارکنان و ارائه دهندگان این آموزشها اقدام نماید و با آموزش کارکنان شبکه بهداشت و درمان برای مراجعین در تمامی بازه های سنی باروری، به ازای تولد فرزند اول تا پنجم در جمعیت تحت پوشش و مطابق با دستورالعمل حمایتی موضوع این حکم، به ارائه دهندگان خدمات به صورت افزایش پلکانی، فوق العاده کمک به فرزندآوری پرداخت نماید.

ماده ۴۷- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است حداکثر سه ماه پس از لازم الاجرا شدن این قانون راهنمای مکتوب حفظ، مراقبت و سلامت جنین را پس از تایید ستاد عالی جمعیت، با توزیع در کلیه مراکز تشخیصی، بهداشتی، درمانی اعم از دولتی و غیردولتی در اختیار مادر قرار دهد.

ماده ۴۸- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با بازنگری دستورالعمل ها و متون **آموزشی** و ترویجی خود در جهت **افزایش باروری و ثمرات بارداری و زایمان طبیعی** در سلامت بانوان، هزینه های روحی، روانی و اقتصادی دوران بارداری را کاهش دهد و از القای هرگونه ترس و هراس نسبت به امر بارداری ذیل عباراتی از قبیل پرخطر و ناخواسته در شبکه بهداشت، ممانعت به عمل آورد و از عبارت مراقبت ویژه به جای آنها استفاده کند.

ماده ۴۹- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است امکان **زایمان طبیعی** در بیمارستان ها و زایشگاه های دولتی را به گونه ای فراهم نماید که برای افراد تحت پوشش بیمه و مراجعین فاقد پوشش بیمه ای به صورت **کاملاً رایگان** انجام و متناسب با آمایش سرزمینی، ظرف حداکثر ۲ سال پس از ابلاغ این قانون، با توجه به استانداردهای سطح بندی آرایه خدمات، ترتیبی اتخاذ نماید که کلیه زنان باردار حداکثر طی مدت یکساعت با وسیله نقلیه معمول به خدمات زایشگاهی ایمن و استاندارد دسترسی داشته باشند.

ماده ۵۰- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است در راستای تأمین، حفظ، ارتقاء سلامت مادر و نوزاد و **کاهش سالانه پنج درصد (۵٪) از میزان زایمان سزارین** نسبت به نرخ کل زایمان در کشور تا رسیدن به نرخ میانگین جهانی، اقدام به اجرای موارد ذیل نماید و گزارش اقدامات و نتایج حاصل را هر سه ماه یکبار به ستاد عالی جمعیت و خانواده ارائه نماید.

- **ماده ۵۱-** هرگونه توزیع رایگان و ارائه اقلام مرتبط با پیشگیری از بارداری و کارگذاشتن اقلام پیشگیری و تشویق به استفاده از آنها در شبکه بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی ممنوع می باشد.
- تبصره ۱- وزارت بهداشت مکلف است حداکثر سه ماه پس از لازم الاجراشدن قانون، منطبق بر منابع معتبر پزشکی دستورالعمل ارائه دارو، خدمات و اقلام مرتبط با جلوگیری از بارداری را برای افرادی که بارداری باعث خطر جانی برای مادر و یا جنین می شود تهیه و با تصویب ستاد عالی جمعیت و خانواده اجرایی نماید.
- تبصره ۲- هرگونه ارائه داروهای هورمونی جلوگیری از بارداری در داروخانه های سراسر کشور باید مطابق دستورالعمل فوق و با تجویز پزشک باشد.
- **ماده ۵۲-** عقیم سازی زنان و مردان به جز در موارد استثنایی و در جایی که بارداری برای مادر خطر جانی دارد، ممنوع است. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری پزشکی قانونی حداکثر سه ماه پس از لازم الاجراشدن قانون، منطبق بر منابع معتبر پزشکی دستورالعمل موارد مجاز برای عقیم سازی را که خطر جانی برای مادر دارد تهیه و با تایید ستاد عالی جمعیت و تصویب وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اجرایی نماید.

➤ **ماده ۵۳-** وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است حداکثر سه ماه پس از لازم الاجرا شدن این قانون، کلیه «دستورالعملهای صادره» مرتبط با بارداری و سلامت مادر و جنین که ممکن است عوارضی برای آن ها ایجاد کند و یا این که کادر بهداشتی- درمانی یا مادر را به سقط جنین توصیه یا راهنمایی کند، به نحو ذیل مورد بازنگری قرار داده و پس از تایید ستاد عالی جمعیت و خانواده به اجرا درآورد...

➤ **ماده ۵۵-** وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است برنامه-ی جامعی برای کنترل، پیشگیری و کاهش سقط خود به خودی جنین به صورت ادغام در شبکه شامل آموزش عمومی اصلاح سبک زندگی و آسیب-های وارده ناشی از تغذیه- و داروها بر سلامت جنین را اجرا نماید.



دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی درمانی همدان



باروری سالم و فرزند آوری

باروری سالم و جمعیت

➤ خانواده نخستین نهاد اجتماعی است و حفظ زندگی خانوادگی نشان از اهمیت ویژه نهاد خانواده است.

➤ سلامت جسمی ، روحی - روانی و عاطفی خانواده با محوریت سلامت باروری و جنسی به ویژه با رعایت ارزش ها و کرامت انسانی همچون احترام و مسئولیت پذیری در افراد و زوجین شکل می گیرد.

➤ سلامت جنسی و باروری محور اصلی تداوم و پایداری ازدواج، پویایی و بالندگی جمعیت و خانواده است.



باروری سالم و فرزند آوری

➤ براساس تعاریف چارچوب های سازمان جهانی بهداشت، سلامت یک وضعیت خوب بودن جسمی، روانی و اجتماعی بوده و فقط به مفهوم نبودن بیماری نیست.

➤ سلامت باروری: شرایطی است که فرآیند باروری در یک وضعیت خوب بودن کامل فیزیکی، ذهنی/ روانی و اجتماعی قرار داشته و صرفاً به معنی نبودن بیماری یا اختلال در فرآیند باروری نیست. سلامت باروری به فرآیند، عملکرد و سیستم باروری در طول عمر می پردازد (از دیدگاه سلامت باروری انسان ها قادر به برخورداری از یک زندگی جنسی مسوولانه، رضایتبخش و سالم هستند که آن ها را توانمند می سازد تا قادر و آزاد در تولید نسل و باروری باشند هر زمان و هر تعداد که خواسته آن ها باشد).



ماما، سلامت باروری



باروری سالم و فرزند آوری

- باید توجه داشت که مفهوم سلامت باروری محدود به خانم ها نیست. مردان نیز نیازهای سلامت باروری داشته که پاسخ دادن به این نیازهای مردان از سوی همسران بسیار مهم است.
- مشارکت مردان در بهداشت باروری هم در امر سلامت زوج نقش مهمی دارد زیرا نقش حمایت کننده و نیز مشارکت جویانه مردان در سلامت باروری و ابعاد آن سبب خواهد شد که مسوولیت فرزندآوری و فرزندپروری بین زوج تقسیم شود.
- بدیهی است که با ارتقای مشارکت مردان در سلامت باروری و تقسیم عادلانه وظایف بین زوجین، این یک امر مشترک بین زوجین تلقی شده و زنان نیز دیگر همه وظایف را متوجه خود نمی بینند و پذیرش بهتر و بیشتری برای فرزندآوری و فرزندپروری خواهند داشت. قطعاً این امر به ارتقای نرخ باروری کلی کمک خواهد کرد.



➤ برای تبیین بیشتر ابعاد سلامت باروری و ارتباط آن با سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری در زمینه جمعیت، از این رو همه ارائه دهندگان خدمات سلامت باروری ضروری است در راستای سیاست های جمعیت و خانواده خدمات باکیفیت باروری سالم و فرزندآوری را برای داشتن ایرانی جوان ارائه نمایند و به عنوان مروجان باروری در کل اداره باروری سالم و جمعیت برنامه های زیر را که از اجزای سلامت باروری می باشند، به جد در دستور کار خود قرار داده است.



➤ <https://www.amar.org.ir>

➤ بررسی روند تغییرات ساختار و ترکیب جمعیت کشور و آینده آن تا افق ۱۴۳۰ شمسی بر اساس نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۹۵

https://www.amar.org.ir/Portals/0/Files/fulltext/1398/N_brtsvtjkvaato1430.pdf

➤ مجله تحقیقات اقتصادی / دوره‌ی ۴۸، شماره‌ی ۲، سال ۹۲ / صفحات ۲۲۴-۲۰۱ بررسی اثر ساختار سنی جمعیت بر
3 com. gmail@rokh5258 رشد اقتصادی ایران ۲ غلامرضا محمدپور دانشگاه خلیج فارس بوشهر، دانشکده‌ی ادبیات
سمیه 4 ir.ac.yazduni@rbakhshi رسول بخشی دستجردی دانشگاه یزد، دانشکده‌ی اقتصاد، مدیریت و حسابداری
هاجر اثنی‌عشری ir.ac.yazduni.stu@jafary جعفری دانشگاه شهید باهنر، دانشکده‌ی مدیریت و اقتصاد

بازتولید جمعیت ایران: ۱ وضع موجود و ملاحظات دربارہ سیاستگذاری * حسن سرایی ۹۳/۹/۱۸: دریافت تاریخ ۹۴/۱/۲۰ پذیرش تاریخ:

فصلنامه علوم اجتماعی شماره ۶۸، بهار ۱۳۹۴

UNFPA

فائزہ قربانی؛ ناهید گل‌مکانی؛ محمدتقی شاکری. ارتباط استفاده از شبکه‌های اجتماعی مجازی و گرایش به فرزندآوری در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی و فردوسی مشهد: مطالعه مقطعی. مجله زنان، مامایی و نازایی ایران. دوره ۱۹، شماره ۱۹، مرداد ۱۳۹۵، صفحه ۱۵-۲۴

قانون جوانی جمعیت و حمایت از خانواده

زندگی زیباست، تماشا می‌یست
چرا زیبا نمی‌بینم؟
چرا گاهی به پای این همه خوبی نمی‌شینم؟
چرا با هم نمی‌خندیم؟
مگر دنیا چه کم دارد؟
بین این آسمان آبی ست
بین دنیای ما آکنده از پاکی ست
و خوبی تا ابد پاینده میماند
تو باور کن
همین کافی ست