

جمعیت

و

تنظیم خانواده

(بهداشت باروری)

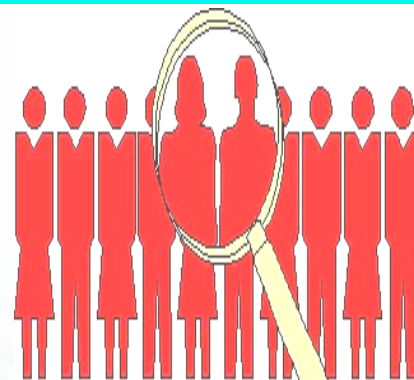
Population

and

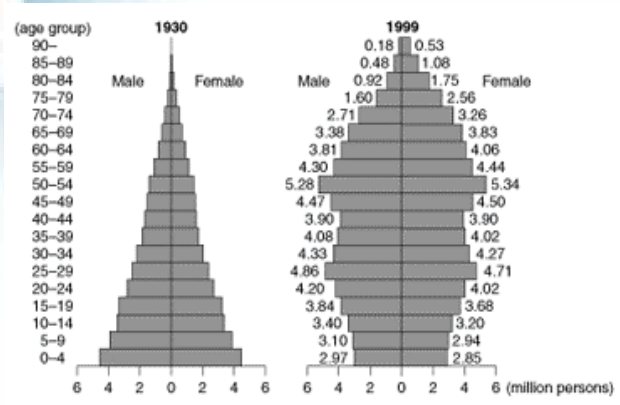
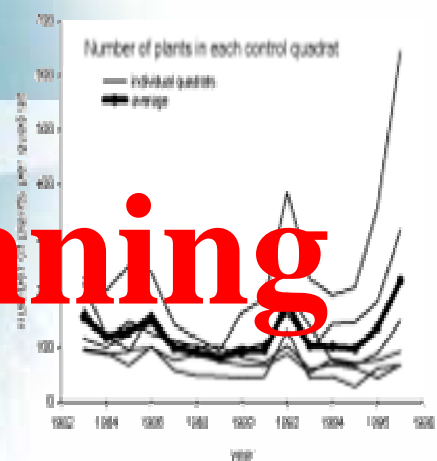
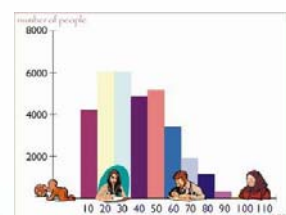
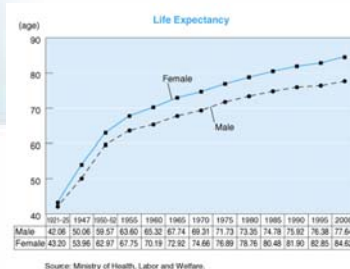
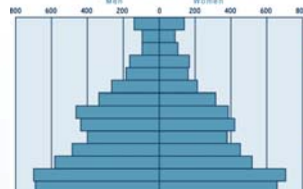
Family planning

دکتر باقرزاده

(سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴ ترم بهمن)



The population of Nunavik, 2000



فهرست مطالب

بخش اول : جمعیت و خانواده

فصل اول : جمعیت

۱. تعریف و انواع جمعیت ۲
۲. مباحث مطرح در جمعیت شناسی ۳
۳. هرم های سنی جمعیتی ۵
۴. توزیع جغرافیائی جمعیت ۵
۵. وقایع دموگرافیک یا حرکات جمعیت ۶
۶. مشکلات ناشی از رشد بی رویه جمعیت ۹
۷. جمعیت شناسی تاریخی ۱۰
۸. تغییرات جمعیت در ایران و جهان ۱۱

فصل دوم : خانواده

۱. مبانی و اهداف خانواده ۱۴
۲. تپه های خانواده ۱۵
۳. سلسله مراتب نیازهای آدمی ۱۶
۴. ملاکها و معیارهای گزینش همسر ۱۸
۵. ازدواج دانشجویی ۲۰
۶. دیدگاه جوانان درباره ازدواج ۲۱
۷. آفات ازدواج دیر هنگام ۲۲
۸. اینترنت و ازدواج ۲۳

بخش دوم : تنظیم خانواده و بهداشت باروری

فصل اول : تنظیم خانواده

۱. تعریف و قلمرو خدمات تنظیم خانواده ۲۵
۲. اهمیت خدمات تنظیم خانواده ۲۶
۳. اهداف تنظیم خانواده ۲۷
۴. قانون تنظیم خانواده و جمعیت ۲۸
۵. تاریخچه تنظیم خانواده در ایران ۲۹
۶. سلامت و بهداشت باروری (کنفرانسهای آلماتا و قاهره) ۳۰

فصل دوم : فیزیولوژی تولید مثل در انسان

۱. هورمونها و غدد مرتبط با تولید مثل ۳۱
۲. آناتومی و فیزیولوژی دستگاه تناسلی مرد ۳۲
۳. آناتومی و فیزیولوژی دستگاه تناسلی زن ۳۳

فصل سوم : برنامه کشوری برای تنظیم خانواده

۱. پنج محور اصلی برنامه کشوری برای تنظیم خانواده ۳۴
۲. انواع روش های پیشگیری از بارداری ۳۶
۳. قرص های خوراکی پیشگیری از بارداری ۳۶
۴. آمپول یا روش تزریقی پیشگیری از بارداری ۳۹
۵. نورپلانت (کپسولهای کاشتنی) پروژسترون ۴۰
۶. کاندوم ۴۰
۷. روش اورژانس پیشگیری از بارداری ۴۱
۸. آی یو دی ۴۲
۹. روشهای دائمی پیشگیری از بارداری ۴۳
۱۰. نمونه سولات امتحانی درس جمعیت و تنظیم خانواده ۴۶

فصل یک : جمعیت

تعریف جمعیت: جمعیت تجمعی از افراد انسانی است که در منطقه ای معین (روستا، شهر، شهرستان، استان یا کشور) به طور مستمر و معمولاً به شکل مجموعه ای از خانوارها زندگی می کنند و پایگاه سیاسی و شرایط ملی و قومی واحدی دارند.

انواع جمعیت:

- ۱- جمعیت اصلی: جمعیت کل جامعه یا کشور را جمعیت اصلی می نامند.
- ۲- جمعیت محدود (فرعی): انواعی از جمعیت که نسبت به جمعیت کل جامعه یا کشور کوچکتر و محدودترند.



تقسیم بندی جمعیت ها:

الف : تقسیم بندی بر اساس قلمرو و زندگی جمعیت:

- الف ۱- جمعیت مقیم (قانونی): تمام کسانی را شامل است که تابعیت کشوری را دارند و یا اهل منطقه ای هستند، صرف نظر از اینکه هنگام سرشماری در محل حضور داشته باشند یا نداشته باشند.
- الف ۲- جمعیت واقعی (حاضر یا سرشماری شده): صرفاً کسانی را شامل است که در هنگام سرشماری در محل حضور داشته باشند و مورد شمارش قرار بگیرند.

ب : تقسیم بندی بر اساس جابجایی های جمعیتی:

- ب ۱- جمعیت باز: جمعیتی که در افزایش یا کاهش آن، علاوه بر موالید و مرگ و میر، مهاجرت (درون کوچی و برون کوچی) نیز تاثیر دارد.
- ب ۲- جمعیت بسته: جمعیتی که در افزایش یا کاهش آن، مهاجرت (درون کوچی و برون کوچی) نقشی ندارند و تغییرات آن فقط از اختلاف زاد و ولد و مرگ و میر ناشی می شود.

ج : تقسیم بندی بر اساس حرکات جمعیت (زاد و ولد، مرگ و میر و مهاجرت):

- ج ۱- جمعیت ثابت: جمعیت بسته ای است که برای مدت طولانی در معرض میزانهای ثابت تولد و مرگ قرار گیرد و میزان افزایش سالیانه این جمعیت به سوی مقدار ثابتی میل کند.
- ج ۲- جمعیت متوقف: جمعیت ثابتی است که در آن میزان افزایش طبیعی صفر باشد.

جمعیت متعادل: جمعیتی است که در لحظه معینی از زمان دارای حجم ثابت و میزانهای موالید و مرگ و همچنین میزانهای درون کوچی و برون کوچی برابر باشد این جمعیت را نباید با جمعیت ثابت اشتباه کرد چرا که در جمعیت متعادل این وضعیت موقتاً چنین است.

تعریف جمعیت شناسی : واژه دموگرافی Demography (جمعیت شناسی) در ترجمه تحت اللفظی آن از یونانی

به معنای «توصیف مردم» است. جمعیت شناسی یکی از رشته های علوم اجتماعی است که مطالعه ساختار جمعیتی در ابعاد مختلف، توصیف و تحلیل آماری، بررسی حرکات جمعیتی، روابط متقابل مابین پدیده های جمعیتی از جنبه های اقتصادی، اجتماعی و زیستی همگی در چهارچوب آن بررسی می گردد.

جمعیت شناسی کلیه جنبه های مختلف زاد و ولد، مرگ و میر، مهاجرت، ازدواج و طلاق، توزیع سنی، جنسی و جغرافیایی جمعیت، امید به زندگی، طول عمر و نرخ رشد جمعیت را در برمی گیرد و با تکیه بر علوم ریاضی و آمار، اقتصاد، علوم اجتماعی، پزشکی، ژنتیک، تاریخ و جامعه شناسی، جمعیت را مورد بررسی قرار می دهد.

تعریفی که سازمان ملل متحد از جمعیت شناسی بیان نموده عبارت است از: علمی که با هدف بررسی جمعیت از جهات اندازه، ساختار، تغییر و تحول، حرکات و خصوصیات مشترک از جنبه کمی و بررسی حرکات زمانی و مکانی و همچنین ارتباط متقابل بین پدیده های جمعیتی به لحاظ کیفی می باشد.

جمعیت های انسانی از دو جهت مورد بررسی قرار می گیرند. اول از جهت ساختاری (ترکیب) که به واسطه آن جمعیتها با توجه به عوامل تشکیل دهنده مطالعه می شوند و دوم از جهت حرکات زمانی و مکانی، که از طریق آن تغییرات و تحولات جمعیت ها در طی زمان و مکان مورد پژوهش قرار می گیرند.

به طور کلی **مباحث مطرح جمعیت شناسی** در دو سطح **خرد** (خانواده) و **کلان** بررسی می شود:

الف - حجم جمعیت: زیر بنای برنامه ریزی صحیح داشتن اطلاعات آماری دقیق و شناسایی درست از وسعت و اندازه جمعیت می باشد. شناسایی ابعاد جمعیتی از مهمترین وجوه در بررسی های کمی جمعیت شناسی می باشد. امروزه با توجه به سرشماری های دقیق که هر ۱۰ سال یک بار انجام می گردد، تعداد جمعیت در اکثر کشورها بمیزان دقیقی مشخص می باشد. در برخی از کشورها سیستم ثبت و گزارش دهی اطلاعات مربوط به مرگ و میر و زاد و ولد با دقت بسیار بالایی برنامه ریزی شده است. مثلاً در کره جنوبی به دلیل مجهز بودن به دستگاه های دقیق، آمار جمعیت بطور منظم و ساعت به ساعت مشخص و در محل های تجمع در معرض دید قرار می گیرد. در ایران وظیفه ثبت اندازه جمعیت به عهده مرکز آمار ایران است.

ب- توزیع جمعیت: توزیع و پراکندگی جمعیت از نظر سنی، جنسیت، جغرافیایی، وضع تأهل، اشتغال، تحصیلات و موارد مشابه دیگر در این بخش مورد مطالعه قرار می گیرد.

ج- حرکات جمعیت: جمعیت هیچگاه وضع ثابتی ندارد بلکه همواره در حال تغییر و دگرگونی است. این تغییرات غالباً به صورت انواع مهاجرت، زاد و ولد و مرگ و میر بررسی می شود.

۱ - توزیع جمعیت بر حسب جنسیت: نسبت موالید پسر به دختر را نسبت جنسی زمان تولد می نامند و با تقسیم تعداد مردان یک جمعیت بر تعداد زنان همان جمعیت محاسبه می شود، بنابراین نسبت جنسی بر حسب تعریف عبارتست از تعداد مردان در مقابل ۱۰۰ نفر زن.

$$\text{Sex Ratio} = \frac{\text{Male}}{\text{Female}} * 100$$

نسبت جنسی یک جمعیت تا حد زیادی بستگی به مرگ و میر نسبی مردان و زنان، و در مناطقی که مهاجرت معتدبایی وجود دارد بستگی به توزیع نسبی و جنسی مهاجرین به داخل و یا به خارج دارد جنگ های بزرگ معمولاً نسبت جنسی را به علت مرگ و میر بیشتر و قابل ملاحظه مردان، پائین می آورد. همین طور جمعیت هائی که مردان سهم بیشتری از مهاجرین را به خود اختصاص می دهند از نسبت جنسی بالاتری برخوردارند. نسبت جنسی را می توان جداگانه برای سنین و یا گروه های سنی مختلف محاسبه نمود که در این حالت موسوم به نسبت های جنسی ویژه می شوند نسبت جنسی در هنگام تولد تقریباً در بیشتر کشورهای جهان در حدود ۱۰۵ مولود پسر در مقابل ۱۰۰ مولود دختر است.

۲ - توزیع جمعیت بر حسب سن: یکی از ویژگیهای کمی ساختمان جمعیت ها، توزیع آنها بر حسب سن است.

انواع سن

سن یعنی تعداد سالهائی که از طول زندگی یک شخص می گذرد. در مطالعات دموگرافی سن را به دو نوع تقسیم می کنند:

۱- سن درست - سنی است که در یک لحظه مصداق می یابد. مثلاً شخصی که از تولدش درست پنج سال گذشته باشد سن او در آن لحظه ۵ سال درست است هر شخصی در طول سال فقط یک روز در سن درست قرار دارد.

۲- سن مداوم - تمام لحظاتی که بین دو سن درست قرار دارد سن مداوم نامیده می شود مثلاً کسی که بیشتر از ۵ سال درست و کمتر از ۶ سال درست دارد سن او ۵ ساله مداوم است. هر شخصی ۳۶۴ روز از سال را در سن مداوم قرار دارد. در جمعیت شناسی برخلاف ریاضی که صفر واحد حساب نمی شود، صفر یک سال کامل است. هر شخصی در اولین روز تولدش در صفر سالگی درست قرار دارد و بین اولین روز تولد تا اولین سالگرد تولد در سن صفر سالگی مداوم قرار می گیرد.

در کشورها و مناطق در حال توسعه عده زیادی از افراد در سنین کمتر از ۱۵ سالگی قرار دارند در حالی که در کشورهای توسعه یافته افراد زیر ۱۵ سال بسیار کمتر است. کشوری که افراد زیر ۱۵ سال آن نزدیک به ۴۰ درصد و بیشتر باشد کشور جوان نامیده می شود.

درصد افراد زیر ۱۵ سال را در چند کشور صنعتی (توسعه یافته) و در حال توسعه را در جدول زیر با هم مقایسه کرده و در سمت چپ جدول آمار کشور ایران را هم ببینید. که در سال های اخیر رو به کاهش بوده است:

کشور ایران		درصد	کشور در حال توسعه	درصد	کشور توسعه یافته
سال	درصد	۴۶	کامبوج	۱۸	اتریش
۱۳۶۵	۴۵,۵	۳۶	مالزی	۱۶	آلمان
۱۳۷۰	۴۴,۳	۳۷	اندونزی	۱۶	ایتالیا
۱۳۷۵	۳۹,۵	۴۶	عراق	۲۰	فرانسه

منابع اطلاعات جمعیتی

در زمان قدیم شمارش افراد انسان به وسیله خود آنها مساله ناشناخته ای بود یا این امر به نظر آنها پلید می نمود. بطوریکه عقیده داشتند ملت ها از آن خدا هستند و تنها خداست که تعداد امت خود را می داند. زیرا تنها مالک است که می تواند اموال خود را بر شمارد و صورت برداری کند. حتی با پیشرفت ها و تحولاتی که در جهان به وجود آمده هنوز در مواردی تعیین تعداد انسان ها تا حدودی دشوار است.

مطالعه جمعیت از دو راه انجام می گیرد، یک طریقه عبارت از عکسبرداری در زمان معین از وضع جمعیت و طریقه دیگر بررسی حرکات جمعیت از راه ثبت عوامل تشکیل دهنده آن مانند: تولد، مرگ و میر و مهاجرت است. برای این دونوع مطالعه که مکمل یکدیگر هستند، دو نوع روش بررسی وجود دارد.

الف - سرشماری و آمارگیری نمونه ای که نشان دهنده وضع جمعیت در یک زمان معین است.

ب - دفاتر ثبت احوال که اطلاعاتی در باره حرکات جمعیت فراهم می کند.

نسبت وابستگی

در گروه های بزرگ سنی جمعیت واقع در سنین ۱۵- و ۶۵ ساله بیالا را جمعیت غیرواقع در سن فعالیت و جمعیت ۶۴-۱۵ ساله را جمعیت واقع در سن فعالیت می نامند. خارج قسمت تعداد جمعیت غیرواقع در سن فعالیت بر جمعیت واقع در سن فعالیت را نسبت وابستگی می نامند.

در صورتیکه تعداد جمعیت غیرواقع در سن فعالیت با جمعیت واقع در سن فعالیت مساوی باشد این نسبت برابر یک می شود و هر چه این رقم کمتر از یک باشد نسبت وابستگی کمتر است. معمولاً در کشورهای پیشرفته صنعتی که جمعیت سالخورده می باشد نسبت وابستگی بین ۰/۵ تا ۰/۸ نوسان دارد و در کشورهای در حال توسعه که اکثراً دارای جمعیت جوان می باشند نسبت وابستگی، گاهی بیش از یک نیز می باشد. به عنوان مثال رقم ۰/۸ در نسبت

وابستگی بدین معنی می باشد که در مقابل هر یک نفر از افراد فعال، ۰/۸ نفر یا در مقابل هر ۱۰ نفر فعال ۸ نفر فرد غیر واقع در سن فعالیت در جامعه بسر می برند.

هرم های سنی جمعیتی

یکی از طرق نشان دادن ساختار سنی جمعیت، هرم سنی است. به عبارت دیگر برای نشان دادن ساختمان سنی جمعیت در یک لحظه معین از نموداری استفاده می شود که هرم سنی نامیده می شود. که در آن فراوانی افراد در هر یک از سنین یا گروه های سنی به صورت سطح (هیستوگرام) نمایش داده می شود هرم سنی از دو محور عمود برهم تشکیل می گردد که محور عمودی برای سن و محور افقی برای تعداد نفرات به کار می رود. معمولاً قسمت راست هرم به زنان و قسمت چپ هرم به مردان اختصاص دارد. در هر هرم سنی بایستی در محور عمودی تقسیمات سن را به دقت تعیین نمود تا معلوم شود مقصود از این تقسیمات سنین منفرد است یا گروه های سنی. بهترین بعدی که برای ساختن هرمهای سنی قبول شده اینست که طول محور عمودی مساوی دو سوم طول محور افقی باشد. دقت نمایش هرم سنی به تقسیمات سنی محور عمودی بستگی دارد. دقیقترین طریقه نمایش ساختمان سنی و جنسی بکار بردن فراوانی بر حسب سنین منفرد است. با این روش می توانیم تاریخچه جمعیت را مورد مطالعه قرار دهیم. به منظور استاندارد نمودن شکل هرم های سنی و قابلیت مقایسه داشتن آنها باید در رسم هرم های سنی کل جمعیت را بر مبنای ۱۰۰، ۱۰۰۰ و ۱۰۰۰۰ ... محاسبه نمائیم. شکل هرم سنی یک کشور به سه عامل بستگی دارد:

۱- تعداد موالید در هر یک از نسلها

۲- تقلیل تعداد افراد در اثر مرگ و میر

۳- مهاجرت به کشور و یا مهاجرت از کشور

هرم سنی در جمعیت های جوان معمولاً مثلثی شکل با قاعده وسیع می باشد و در جمعیت های سالخورده زنگی (زنگ ناقوس) شکل می باشد و بین این دو نوع شکل انواع مختلف جمعیت را از لحاظ ساختمان سنی می توان یافت.

توزیع جغرافیائی جمعیت

چگونگی توزیع جمعیت بر روی زمین را «توزیع جغرافیائی جمعیت» می نامند جمعیت هر کشور در تمامی سطح آن به صورتی نامتعادل پخش و توزیع شده است برای سنجش این توزیع ها و تفاوت ها و تغییرات ناحیه ای آن میزان تراکم جمعیت و میزان های شهرنشینی، روستانشینی و کوچ نشینی را محاسبه و بررسی می کنند.

تراکم جمعیت

تراکم جمعیت شاخصی است که رابطه بین وسعت منطقه و تعداد جمعیت را معین می کند و آن را می توان به چند نوع محاسبه کرد، تراکم حسابی، تراکم زیستی، تراکم اقتصادی، تراکم شهری، تراکم روستائی و تراکم ابتدائی.

الف - تراکم حسابی: میزان تراکم حسابی جمعیت، عبارت است از رابطه بین وسعت کمی منطقه و جمعیت آن یا به عبارتی نسبت تعداد جمعیت به واحد خاک. (متوسط تعداد جمعیت در یک کیلومتر مربع)

$$\text{میزان تراکم حسابی جمعیت} = \frac{\text{تعداد کل جمعیت}}{\text{کل مساحت منطقه}}$$

میزان تراکم حسابی جمعیت را می توان بر حسب مناطق مختلف مانند قاره، منطقه، کشور، استان، شهرستان و ... محاسبه کرد. تراکم حسابی برای کشور ایران در سال ۱۳۷۰ برابر با ۳۴ نفر در کیلومتر مربع بود.

در حال حاضر کشورهای نظیر بنگلادش و بحرین دارای بیشترین تراکم و کشورهای نظیر استرالیا و ایسلند دارای کمترین تراکم هستند.

ب - تراکم زیستی: میزان تراکم زیستی یا حیاتی جمعیت عبارت است از رابطه میان وسعت زمین های زیر کشت

یا قابل کشت یک منطقه با جمعیت آن و به سخنی دیگر نسبت تعداد جمعیت در واحد زمین زراعی. تراکم زیستی همیشه بیشتر از تراکم حسابی می باشد. چون زمینهای قابل کشت معمولاً خیلی کمتر از کل زمینها است به طوری که در سال ۱۳۷۵ تراکم حسابی ۳۶٫۶ و تراکم زیستی در همان سال ۳۴۳ نفر در هر کیلومتر مربع بوده است.

$$\text{میزان تراکم زیستی} = \frac{\text{تعداد کل جمعیت}}{\text{مساحت کل زمینهای قابل کشت}}$$

ج - تراکم اقتصادی

میزان تراکم اقتصادی عبارت است از رابطه میان تعداد جمعیت یک منطقه با منابع اقتصادی یا مجموع وسایلی که انسان ها برای ادامه زندگی از آن برخوردارند. میزان تراکم اقتصادی شاخصی است که با وجود دشواری محاسبه مهمترین ملاک ارزیابی نسبت جمعیت با محیط جغرافیایی مسکون به حساب می آید زیرا برعکس میزان تراکم حسابی که زمین های بلااستفاده را نیز وارد محاسبه می کند و یا میزان تراکم زیستی که از منابع اقتصادی، تنها به زمین زراعی توجه دارد میزان تراکم اقتصادی تمام منابع اقتصادی را در نظر می گیرد.

د - تراکم شهری

میزان تراکم شهری عبارت است از رابطه میان جمعیت و وسعت شهری که از تقسیم جمعیت شهر به مساحت آن (برحسب هکتار) بدست می آید.

$$\text{میزان تراکم شهری} = \frac{\text{تعداد جمعیت شهر}}{\text{کل مساحت شهر برحسب هکتار}}$$

میزان تراکم شهری را می توان براساس ناحیه های شهری نیز محاسبه کرد

ه - میزان شهر نشینی: نسبت جمعیت ساکن در شهرها به کل جمعیت کشور را میزان شهر نشینی گویند. میزان شهرنشینی در کشور بلژیک ۹۷درصد و در کشور نپال ۱۱درصد بیشترین و کمترین می باشد. در کشور ایران در سال ۱۳۸۲ میزان شهرنشینی برابر با ۶۶ درصد بود.

وقایع دموگرافیک یا حرکات جمعیت

تحت عنوان وقایع دموگرافیک که اکثراً آنها را **حرکات جمعیت** نیز می نامند مسائل:

- ۱- تولد و باروری
- ۲- مرگ و میر
- ۳- مهاجرت
- ۴- ازدواج و طلاق

مطالعه شده و سعی می شود قوانین و قواعد نسبتاً ثابتی برای این وقایع کشف و برقرار گردد.

تولد و باروری

تولد birth در مفهوم جمعیت شناسی به معنی تعداد موالید زنده در یک جمعیت خاص و طی یک زمان معین است. اندازه گیری زاد و ولد با استفاده از شاخصهای متفاوتی انجام می گیرد. ساده ترین آن میزان خام موالید یا CBR میباشد (Crude birth rate) که نسبت موالید یکسال تقویمی یک منطقه را به میانگین آن منطقه در همان سال به ازای هزار نفر نشان می دهد.

$$\text{میزان خام موالید} = \frac{\text{تعداد موالید در یک سال تقویمی}}{\text{جمعیت میانه همان سال}} \times 1000$$

میزان خام موالید به علت اینکه موالید را نسبت به

همه جمعیت محاسبه می کند میزان دقیقی نیست چرا که همه جمعیت در زاد و ولد نقش ندارند. برای سنجش دقیق تر باید موالید را به نسبت به میانگین زنان واقع در سن فرزندآوری یعنی ۱۵ تا ۴۹ سال سنجید. که شاخص به دست آمده را میزان باروری عمومی یا (general fertility rate) GFR نامیده می شود:

$$\text{میزان باروری عمومی} = \frac{\text{تعداد موالید در یک سال}}{\text{جمعیت میانه زنان ۱۵-۴۹ ساله}} \times 1000$$

از آنجا که مخرج کسر میزان باروری عمومی از

مخرج کسر میزان موالید خام کوچکتر است، میزان باروری عمومی همیشه بزرگتر از میزان موالید خام خواهد بود. رابطه بین این دو میزان با توجه به ساختار جمعیت ها متفاوت است و در جمعیت های جوان میزان باروری عمومی تقریباً ۴ تا ۵ برابر میزان موالید می باشد.

منظور از جمعیت میانه سال: چون تعداد جمعیت مرتباً به علت نوسان در میزان موالید، مرگ و میر و مهاجرت در حال تغییر است، لذا جمعیت وسط سال معمولاً به عنوان مخرج کسر انتخاب می شود. جمعیت میانه سال به برآورد جمعیت در اول مهر ماه اطلاق می گردد.

مرگ و میر

یکی از حرکات جمعیتی، مرگ و میر است و منظور از آن در کاربرد عرفی، همان پایان یافتن حیات انسانی و در جمعیت شناسی، مجموعه مرگ هایی است که در یک جامعه یا گروه اجتماعی در یک سال معین اتفاق می افتند. مرگ انسان ها از لحظه تولد و حتی پیش از آن شروع می شود و با گذشت زمان، قابلیت میرائی روبه افزایش می رود. مرگ و میر معمولاً تا یک ماهگی به حساب روز، تا یک سالگی بر حسب ماه و پس از یک سالگی بر مبنای سال، مورد محاسبه قرار می گیرد.

محاسبه میزانهای مرگ و میر

تعداد کل مرگ هایی که طی یکسال در جامعه روی می دهد رقم مطلق مرگ و میر نامیده می شود، اما دانستن این رقم به تنهایی نمی تواند سودمند واقع شود از این رو برای درک صحیح شرایط جمعیتی و امکان پذیری مطالعات تطبیقی ناچار به محاسبه میزان مرگ و میر هستیم، میزان های مرگ و میر را در حالت کلی بر دو گونه تقسیم می کنند: «عمومی» و «اختصاصی». میزان مرگ و میر کلیه اعضای جامعه در طول یک سال معین «میزان مرگ و میر عمومی» یا «میزان خام مرگ و میر» نامیده می شود به عبارتی در یک جمعیت، میزان مرگ و میر عمومی عبارتست از کسری که صورتش تعداد مرگ و میر سالیانه آن جمعیت و مخرج آن تعداد افراد آن جمعیت در میانه سال مورد مطالعه است.

$$\text{CDR (Crude death rate)} = \frac{D}{P} \times 1000$$

میزان مرگ و میر عمومی = CDR

D = تعداد فوت شدگان در یک سال

P = جمعیت میانه همان سال

به عنوان مثال میزان مرگ و میر عمومی در سال ۱۳۷۵ برای چند کشور به شرح زیر می باشد:

- ① ایران ← ۷ در هزار ② بحرین ← ۳ در هزار ③ سنگال ← ۲۸ در هزار ④ جهان ← ۹ در هزار

مهاجرت:

برخلاف مرگ و میر و زاد و ولد که موجبات حرکت جمعیت را در طول زمان فراهم می کنند، مهاجرت شکل توزیع جمعیت در مکان را تغییر می دهد

امید به زندگی (Life Expectancy)

به میزان متوسط عمر که برای هر نوزاد تازه متولد شده پیش بینی می گردد، امید به زندگی در هنگام تولد اطلاق می شود. که از مهمترین شاخص های بهداشتی، زیستی می باشد. محاسبه امید به زندگی با توجه به برآوردهای آماری در هر جامعه ای انجام پذیرفته و از جداول آماری مخصوص استخراج می گردد. معمولاً امید به زندگی در زنان کمی بیش از مردان می باشد (به دلیل عوامل مؤثر در میزان مرگ و میر بر حسب جنس). امید به زندگی شدیداً به امکانات و تسهیلات رفاهی موجود در جامعه بستگی دارد، لذا میزان این شاخص در کشورهای مختلف متفاوت می باشد. کافی است یک نفر در ژاپن متولد شود تا ۸۰ سال زنده بماند و یا در بنگلادش به دنیا بیاید تا فقط ۴۰ سال امیدوار به حیات باشد. برخی از آمارهای امید به زندگی به شرح زیر است:

• ایران سال ۱۳۵۷ ← ۵۹ سال

• ایران ۱۳۸۲ ← حدود ۷۰ سال

• بنگلادش ← ۴۰ سال

• ژاپن ← ۸۰ سال

زمان دو برابر شدن جمعیت (Doubling Time)

زمانی که لازم است تا با توجه به میزان رشد جمعیت، تعداد افراد ساکن در یک منطقه معین به ۲ برابر برسد. طبعاً سرعت رشد جمعیت با زمان دو برابر شدن نسبت عکس دارد. اگر میزان رشد منفی باشد از اصطلاح نصف شدن جمعیت (Halving time) استفاده می شود. طرز محاسبه این زمان به شکل زیر می باشد:

۷۰

$$\text{زمان دو برابر شدن جمعیت} = \frac{\text{درصد افزایش جمعیت}}{\text{درصد افزایش جمعیت}}$$

- در سال ۵۸ درصد افزایش جمعیت ایران ۴٪ بود پس زمان دو برابر شدن جمعیت ← ۱۷,۵ سال می شد.
- در سال ۸۴ درصد افزایش جمعیت حدود ۱,۴٪ است پس زمان دو برابر شدن جمعیت ← ۵۰ سال می باشد.
- در اکثر کشورهای اروپایی رشد ۱٪ در صد است پس زمان دو برابر شدن جمعیت ← ۷۰ سال می باشد.
- در کشور بلغارستان رشد ۵/۰- می باشد پس زمان نصف شدن جمعیت ← ۱۴۰ سال می باشد

جدول میزان رشد سالانه جمعیت ایران و زمان دو برابر شدن آن در همان سال

رد	دوره های هشت گانه	مدت دوره	درصد رشد جمعیت	طول زمان دو برابر شدن
۱	۱۳۰۰ تا ۱۲۶۰	۴۰ سال	۰/۶ درصد	۱۱۵ سال
۲	۱۳۰۰ تا ۱۳۲۰	۲۰ سال	۱/۲ درصد	۵۸ سال
۳	۱۳۲۰ تا ۱۳۳۵	۱۵ سال	۲ درصد	۳۵ سال
۴	۱۳۳۵ تا ۱۳۴۵	۱۰ سال	۳/۱ درصد	۲۲ سال
۵	۱۳۴۵ تا ۱۳۵۵	۱۰ سال	۲/۷ درصد	۲۶ سال
۶	۱۳۵۵ تا ۱۳۶۵	۱۰ سال	۳/۹ درصد	۱۸ سال
۷	۱۳۶۵ تا ۱۳۷۰	۵ سال	۲/۵ درصد	۲۸ سال
۸	۱۳۷۰ تا ۱۳۷۵	۵ سال	۱/۵ درصد	۴۶ سال

مشکلات ناشی از رشد بی رویه جمعیت:

۱. جمعیت و تغذیه ← تا سال ۱۳۹۹ ← جمعیت ایران ۱۰۰ میلیون ← ۲۰٪ روستایی (مولد) و ۸۰٪ شهری (مصرف کننده)
 - تا سال ۱۳۹۹ ← نیاز به مواد غذایی ← ۲ برابر می شود
 ۲. جمعیت و اشتغال:
 - تا سال ۱۳۵۰ ← سالانه حدوداً یک میلیون تولد در ایران
 - از ۵۰ تا ۱۳۵۸ ← روند افزایشی جمعیت
 - سال ۱۳۵۸ ← دو میلیون تولد در سال (رشد حدود ۴٪)
 - تا سال ۱۳۶۸ ← تداوم دو میلیون تولد
 - از سال ۱۳۶۸ ← روند کاهشی
 - سال ۱۳۷۲ ← یک میلیون و دویست هزار تولد ← روند ثابت شده
 - متولدین ۵۸ تا ۶۸ (دو میلیونی ها) ← سال ۱۳۷۸ ← ۲۰ ساله ← دو میلیون نیروی کار ← ادامه روند تا ۱۰ سال (۱۳۸۸)
 - بر اساس آمار بانک مرکزی ← ۳۵۰ هزار فرصت شغلی در سال ایجاد می شود
 - بر اساس تحقیقات ← زوجها علاقه به ۲ بچه (حداقل) در ۶ سال اول ازدواج ← سن ازدواج متوسط ۲۳ سال ← متولدین ۵۸ تا ۶۸ ازدواج و هر کدام حداقل دو بچه ← ۲۰ سال دیگر ← تکرار مشکل
 ۳. جمعیت و آموزش پرورش
 ۴. جمعیت و مسکن
 ۵. جمعیت و محیط زیست
 ۶. جمعیت و بهداشت (روند افزایش امکانات بهداشتی با رشد جمعیت نامتناسب می باشد)
- سرگذشت طبیعی جمعیت:** تولد افراد جمعیت در یک دوره زمانی مشخص (مثلاً ۱۳۲۵ تا ۱۳۳۵) و تشکیل یک نسل انسانی و ورود این نسل تازه به کانال حیاتی (کودکی ۰ تا ۹ سال - نوجوانی ۱۰ تا ۱۹ - جوانی ۲۰ تا ۲۹ - رو به کمال ۳۰ تا ۳۹ - کامل ۴۰ تا ۴۹ - رو به پیری ۵۰ تا ۵۹ - پیر ۶۰ تا ۶۹ - رو به سالمندی ۷۰ تا ۷۹ - سالمند ۸۰ تا ۸۹ - رو به کهنسالی ۹۰ تا ۹۹) یک امر طبیعی می باشد.
- مرگ و میر این افراد در طی گذشتن از این کانال به تدریج پیش می آید. تا آنکه بلاخره تمامی افراد از کانال حیاتی می گذرند و نسل ها از بین می روند. گذشت زمان و تأثیر آن بر روی انسانها به نوبه خود موجب تغییرات کمی و کیفی و دگرگونیهای در جسم و جان انسانها می شود. در دوره ای از این گذر زمان فرد امکان باروری و ایجاد نسلی جدید را پیدا می کند و این سرگذشت طبیعی برای نسلهای بعدی همچنان ادامه می یابد. امروزه دخالت در این سرگذشت طبیعی انسانها در ابعاد مختلفی به چشم می خورد:
- پیشگیرهای بهداشتی و تغذیه ای، اقداماتی که در جهت بهبود نسل، توسعه بهداشت و درمان برای کاهش مرگ و میرها و افزایش امید به زندگی بر اثر بهبود شرایط زیستی و رفاهی به عمل آمده اند، که اغلب کیفیت جمعیتی را بهبود بخشیده است.
- به این ترتیب می توان گفت بر اثر تغییر شرایط اجتماعی ممکن است جامعه با توسعه یافتن خود بر سرگذشت طبیعی انسانها فایز آمده و کمیت و کیفیت جمعیت را دگرگون سازد برای مثال کافی است فردی در جامعه ژاپن متولد شود تا ۸۰ سال امید زندگی داشته باشد حال آنکه اگر در بنگلادش یا افغانستان متولد شده بود این امید زندگی به کمتر از ۴۰ سال کاهش می یافت.

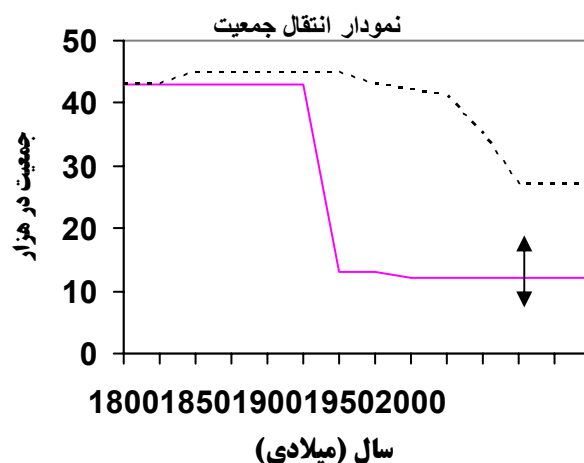
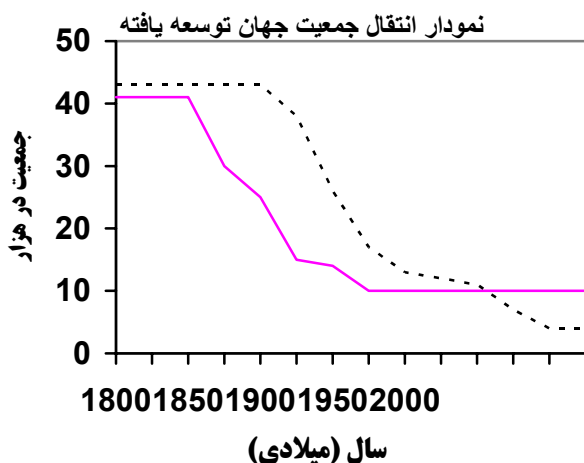
جمعیت شناسی تاریخی:

بازسازی جمعیت ها: این بازسازی برای پی بردن به شرایط اجتماعی دورانهای گذشته حائز اهمیت می باشد. که معمولاً بازسازی گذشته بر اساس آثار باستانی به جا مانده انجام می شود. و در بازسازی جمعیتی آینده نیز بر اساس سیاستهای جمعیتی لازم؛ اعمال خاصی انجام می شود مثلاً برای جوان سازی جمعیت باروری را فزونی می دهند و یا برعکس می توان سن جامعه را بالا برد و یا با ایجاد توازن بین این دو می توان جمعیت متعادلی را به وجود آورد.

تحولات جمعیتی: بررسی های تاریخی نشان می دهد که جمعیت جهان در حدود ۱۰ هزار سال قبل (دوران نوسنگی) حدود ۱۰ میلیون نفر بوده و در اوایل دوران مسیحیت به ۲۵۰ میلیون رسیده و تا اواسط قرن ۱۷ (عصر جدید جمعیتی) به نیم میلیارد و تا اواسط قرن ۱۹ به یک میلیارد و تا سال ۱۹۲۵ به ۲ میلیارد و بالاخره تا سال ۱۹۶۰ به ۳ میلیارد نفر رسیده است که از سال مزبور تا امروز (سال ۲۰۰۰) به بیش از ۶ میلیارد نفر بالغ شده است. به عبارت دیگر در گذشته اگر زمانی حدود ۱۷ قرن طول می کشید که جمعیت کره زمین دو برابر شود امروزه هر ۴۰ سال یکبار اینکار انجام می گیرد. باید به این مهم هم توجه داشت که افزایش ۳ میلیاردی ۴۰ سال اخیر، معادل تمامی افزایش جمعیت در طول بیش از یک میلیون سال تاریخ بشریت بوده است. عوامل این افزایش چه بوده است؟

روند افزایش: میزان رشد جمعیت جهان تا قرن ۱۸ حدود صفر بود تا قرن ۱۹ به ۰/۵ درصد و تا ۱۹۵۰ به ۰/۷ درصد و یکبار تا سال ۱۹۷۵ به ۰/۲٪ رسید که با تلاشهای تنظیم خانواده کاهش و امروزه به حدود ۱/۳ درصد رسیده است ولی آنچه مهم است این است که با وجود این کاهش، استمرار عدد ۱/۳ در ۵۴ سال آینده جمعیت را به دو برابر کنونی افزایش خواهد داد.

مسئله دیگری که حائز اهمیت است ۹۰ درصد این افزایش در کشورهای در حال توسعه خواهد بود.



همانطور که ملاحظه می فرمایید کاهش یک باره مرگ و میر در کشورهای در حال توسعه به وقوع پیوسته ولی آثار زیادی از کاهش میزان مولید در آنها دیده نمی شود. ولی این روند در کشورهای توسعه یافته متناسب هم می باشد.

کشورهای در حال توسعه: همواره بخش عظیمی از جمعیت جهان را در خود جای می داده اند. بعد از جنگ جهانی دوم در حوالی ۱۹۵۰ کاهش یکبار مرگ و میر را تجربه کردند. این کاهش حدود یک قرن بعد از

کشورهای توسعه یافته انجام گرفت اگر چه اغلب از پشتوانه تعمیم سواد و بهداشت و تغذیه مناسب که لازمه توسعه است برخوردار نبوده اند، هر چند این کاهش مرگ و میر نشانه توسعه پایدار نمی تواند باشد ولی تاثیر خودش را در افزایش زیاد جمعیت این کشورها به جای گذاشته است. و سالیانه حدود ۹۰ درصد از افزایش جمعیتی جهان حاصل مولید این کشورها می باشد. میزان رشد سالیانه کنونی این قبیل کشورها حدود ۲۰ تا ۲۷ در هزار اعلام شده است که هرگز با رشد سالیانه ۴ در هزار کشورهای توسعه یافته قابل قیاس نمی باشد. در هر صورت تنها راه متعادل کردن جمعیت آن است که هم چون کشورهای توسعه یافته همپای تقلیل میزان مرگ و میر میزان مولید نیز در حد منطقی کاهش داده شود.

تغییرات جمعیت در ایران و جهان:

جمعیت جهان در سال ۱۹۲۰ در حدود ۲ میلیارد نفر، در سال ۱۹۶۰ در حدود ۳ میلیارد، در سال ۱۹۷۵ در حدود ۴ میلیارد، در سال ۱۹۸۷ در حدود ۵ میلیارد و در سال ۲۰۰۰ بالغ بر ۶ میلیارد نفر بوده است. و بر اساس پیش بینی ها در سال ۲۰۲۵ به ۸ میلیارد و در سال ۲۰۵۰ به بیش از ۹ میلیارد نفر افزایش خواهد یافت.

کشورهای جهان را از نظر تغییرات جمعیتی، می توان به دو دسته عمده تقسیم کرد: کشورهای توسعه یافته یا صنعتی که عمدتاً شامل اروپا، آمریکای شمالی، اقیانوسیه و ژاپن می باشد و کشورهای در حال توسعه که شامل بقیه کشورهای جهان است. کشورهای توسعه یافته به علت کاهش زودتر مرگ و میر، رشد بالای جمعیتی را زودتر تجربه کردند. همچنین به علت کاهش زودتر میزان باروری که در نتیجه توسعه اقتصادی و اجتماعی افتاد، این دسته از کشورها زودتر از مناطق دیگر با کاهش میزان رشد جمعیت مواجه شدند. در حال حاضر میزان رشد جمعیت در این کشورها حتی پایین تر از دوره قبل از کاهش مرگ و میر است. ولی در کشورهای در حال توسعه با وجود کاهش میزان مرگ و میر هنوز میزان رشد به مراتب بالاتر می باشد.

تغییرات جمعیت در قاره ها:

اروپا: دارای کمترین میزان رشد است (۰/۲-) در حال حاضر ۱۱/۵ درصد جمعیت جهان را دارد و در سال ۲۰۲۵ به ۹/۱ درصد و در سال ۲۰۵۰ به ۷/۲ درصد خواهد رسید.

آفریقا: بالاترین میزان رشد را دارد. به توجه به احتمال عدم کاهش آن در کوتاه مدت، انتظار می رود که سهم ۱۴ درصدی کنونی آفریقا از جمعیت جهان در سال ۲۰۵۰ به ۲۰ درصد افزایش یابد.

آسیا: بیشترین درصد جمعیت جهان در آسیا ساکن است (در حدود ۶۰ درصد) که ۳۴ درصد آن در چین و ۲۸ درصد آن هم در هند ساکن هستند در سال ۲۰۵۰ سهم آسیا از جمعیت جهان به ۵۸ درصد کاهش می یابد و جایگاه هند با چین عوض خواهد شد. چین ۲۶ درصد (۱/۳۹ میلیارد) و هند ۳۰ درصد (۱/۶۹ میلیارد) جمعیت آسیا را خواهند داشت.

آمریکا و اقیانوسیه: جمعیت زیاد این دو قاره در نتیجه مهاجر پذیری آنها و مهاجرت اروپاییان به آنها می باشد و در حال حاضر بعد از اروپا کمترین رشد جمعیت در اثر باروری را دارند.

جمعیت ایران:

ایران یکی از کشورهای پر جمعیت دنیا است. بر اساس برآورد سازمان ملل ایران هم اکنون هجدهمین کشور پر جمعیت جهان می باشد.

اولین سرشماری عمومی کشور رسماً در سال ۱۳۳۵ شمسی انجام گرفت و پس از آن به طور مرتب هر ۱۰ سال یکبار تکرار می شود.

بر اساس برآوردهای موجود جمعیت ایران در سال ۱۲۸۰ در حدود ۹ میلیون نفر بوده است. این جمعیت در طی ۵۰ سال به ۱۶ میلیون نفر در سال ۱۳۳۰ افزایش یافت. سرشماری سال ۱۳۳۵ جمعیت را در حدود ۱۹ میلیون نشان داد و با افزایش جمعیت در سالهای بعد در سال ۱۳۷۵ به بیش از ۶۰ میلیون نفر رسید و در حال حاضر هم حدوداً ۶۷ میلیون می باشد. و با رشد متوسط ۰/۸ درصد در سال ۲۰۵۰ به ۹۶ میلیون خواهد رسید.؟ (رشد امروزه رقمی حدود ۱/۲ درصد می باشد)

جدول جمعیتی ایران بر اساس اعلام مرکز آمار ایران (به میلیون نفر)

سال	۱۲۶۰	۱۲۷۰	۱۲۸۰	۱۲۹۰	۱۳۰۰	۱۳۱۰	۱۳۱۵	۱۳۲۰	۱۳۲۵	۱۳۳۰	۱۳۳۵	۱۳۴۵	۱۳۵۵	۱۳۶۵	۱۳۷۰	۱۳۷۵
جمعیت	۷/۶	۸/۱	۸/۶	۹/۱	۹/۷	۱۱/۱	۱۱/۹	۱۲/۸	۱۴/۱	۱۶/۲	۱۸/۹	۲۵/۷	۳۳/۷	۴۹/۴	۵۵/۸	۶۰

ساختار جمعیتی ایران:

به علت تنوع شرایط آب و هوایی و تقسیمات کشوری، توزیع جمعیت در کشور نامتعادل می باشد. بر اساس سرشماری سال ۱۳۷۵ بیش از یک ششم جمعیت کشور در استان تهران سکونت داشتند در حالی که این استان فقط ۲ درصد مساحت کشور را به خود اختصاص می دهد.

جدول جمعیتی تهران

سال	۱۳۰۲	۱۳۱۹	۱۳۲۱	۱۳۲۵	۱۳۲۹	۱۳۳۵	۱۳۳۸	۱۳۴۲	۱۳۴۵	۱۳۷۵
جمعیت	۲۱۰/۰۰۰	۵۴۰/۰۰۰	۷۰۰/۰۰۰	۸۸۰/۰۰۰	۹۸۵/۰۰۰	۱/۵۱۲/۰۰۰	۱/۷۰۶/۰۰۰	۲/۳۱۷/۰۰۰	۲/۷۰۰/۰۰۰	۶/۷۵۹/۰۰۰

از طرفی استان سیستان و بلوچستان که ۱۱ درصد مساحت کشور را داراست فقط ۰/۳ درصد جمعیت را در خود جای داده است.

مهاجرت به شهرها موجب شد که نسبت شهرنشینی به تدریج افزایش یابد به طوری که از حدود ۳۱ درصد در سال ۱۳۳۵ به بیش از ۶۱ درصد در سال ۱۳۷۵ بالغ گردید.

جدول درصد شهرنشینی در ایران

سال	۱۳۰۰	۱۳۰۵	۱۳۱۵	۱۳۲۵	۱۳۳۵	۱۳۴۵	۱۳۵۵	۱۳۶۵	۱۳۷۵
درصد شهرنشینی	۱۷/۸	۱۹/۱	۲۰/۹	۲۴/۷	۳۱/۴	۳۹/۱	۴۶/۹	۵۴/۳	۶۱/۳

ضمناً در سال ۱۳۳۵ ایران دارای ۱۹۹ شهر بود که این رقم در سال ۱۳۷۵ به ۶۱۲ شهر افزایش یافت. ساختار سنی جمعیت ایران در سال ۱۳۶۵ منعکس کننده هرم سنی یک جمعیت جوان است که درصد افراد کمتر از ۱۴ سال ۴۰ درصد کل جمعیت می باشد. با کاهش میزان باروری در سالهای ۶۵ تا ۷۵ از نسبت افراد خردسال کاسته شد به طوری که درصد افراد ۰-۴ ساله در سال ۱۳۷۵ در مقایسه با سال ۱۳۶۵ کاهشی حدود ۴۰ درصد را نشان می دهد.

حرکات جمعیت ایران

در دهه های گذشته تغییر در فرایندهای مرتبط با حرکات جمعیت موجب افزایش جمعیت ایران شده است. از این فرایندها، مرگ و میر و باروری از اهمیت بیشتری نسبت به مهاجرت برخوردار بوده اند.

همانند سایر کشورهای در حال توسعه، میزان مرگ و میر در ایران در گذشته در سطح بالایی قرار داشته است گسترش بهداشت و امکانات بهداشتی به موازات توسعه اقتصادی و اجتماعی کشور، کاهش شدید مرگ و میر را در پی داشته است. امید به زندگی در سال ۱۳۳۵ حدوداً ۳۹ سال بوده که در سال ۱۳۸۲ به ۷۰ سال افزایش یافته است. به همین صورت احتمال مرگ نوزادان از ۱۷۹ در هزار در سال ۱۳۳۵ به ۲۱ در هزار در سال ۸۲ رسید.

سیاست های جمعیتی:

راهکارهای برنامه ریزی شده در سطح ملی، محلی و بین المللی در جهت تأثیر گذاری بر عوامل مرتبط به جمعیت مثل اندازه، رشد، توزیع و ترکیب آنرا تحت عنوان سیاست های جمعیتی می نامند. این سیاستها برای هماهنگ کردن تعادل بین تغییرات عوامل جمعیتی و سایر عوامل طراحی می شوند. سیاستهای جمعیتی زمانی طراحی می شوند که یک مشکل و یا مسأله جمعیتی وجود داشته باشد. عوامل جمعیتی به خودی خود مشکل ساز نیستند مگر اینکه در ارتباط با عوامل دیگر در نظر گرفته شوند. مثلاً اگر رشد جمعیت متناسب با رشد اقتصادی نباشد، رشد جمعیت به یک مشکل جمعیتی مبدل می شود.

سیاست های جمعیتی در ایران:

کشور ایران نیز مثل سایر کشورهای در حال توسعه با افزایش جمعیت و افزایش شهر نشینی مواجه بوده است. در مقابله با افزایش جمعیت و توزیع نامتناسب آن راهکارهایی تدوین شده است. کاهش رشد جمعیت کشور در سالهای اخیر، تا حدودی موفقیت سیاستهای مرتبط با باروری را منعکس می کند. اما کوششها در جهت کنترل رشد شهری و باز توزیع جمعیت تأثیر چندانی مثبتی از خود نشان نداده است. هنوز چالش هایی در زمینه بهداشت باروری، حفظ محیط زیست، موقعیت زنان، شهر نشینی، توزیع نابرابر جمعیت و امکانات و بهداشت و آموزش همگانی وجود دارد. هر چند استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری در سطح کشور به ۷۰ درصد رسیده ولی در بعضی از استانها مثل سیستان و بلوچستان این میزان ۴۱ درصد گزارش شده است. و میزان باروری کل در این استان هم بیش از دو برابر کشور می باشد. ۲۰ درصد کل زایمان ها در سالهای اخیر ناخواسته بوده اند. و از این میزان ۵۰ درصد جزو حاملگی های پر خطر بوده اند (زیر ۱۹ و بالای ۳۴ سال). در استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری مشارکت مردان بسیار ضعیف گزارش می شود.

توزیع جمعیت در کشور بسیار نامتعادل است. ۲۲ درصد از جمعیت کشور در ۵ شهر بزرگ تهران، اصفهان، شیراز، مشهد و تبریز متمرکز شده اند. جمعیت نزدیک به ۴۰ درصد از روستاهای کشور کمتر از ۱۰۰ نفر می باشد. مناطق پیرامون شهرهای بزرگ خصوصاً تهران به حاشیه های نابسامان تبدیل شده است. استفاده بیش از حد از منابع طبیعی، کاهش این منابع و سرانه فضای سبز را به همراه داشته است. آلودگی هوا در شهرها، دفع غیر صحیح زباله همچنان به عنوان مشکل باقی مانده است. میانگین سطح سواد در کشور علی رغم افزایش پوشش تحصیلی، پنجم ابتدایی می باشد.

راهکارهای پیشنهادی و اهداف کمی:

۱. تقویت آموزشها و مشاوره های تخصصی به منظور بهره مندی از یک ازدواج سالم، استفاده مؤثر از وسایل جلوگیری از حاملگی، رعایت فاصله مناسب بین موالید، استفاده از شیر مادر برای تغذیه نوزادان، کاهش حاملگی های ناخواسته و پرخطر و افزایش سهم مشارکت مردان در برنامه های تنظیم خانواده.
۲. تحقق پوشش کامل استفاده از وسایل جلوگیری از حاملگی از طریق ارائه آموزشها و امکانات مورد لزوم
۳. افزایش امکانات بهداشتی در جهت کاهش مرگ و میر مادران و کودکان
۴. ارتقاء شرایط زندگی در مناطق دور افتاده و روستایی
۵. تدوین سیاستهای ضروری و همچنین ارائه آموزشهای لازم به مردم جهت استفاده مناسب از امکانات محیطی و مشارکت فعال در حفظ محیط زیست.

۶. افزایش پوشش خدمات پزشکی و بهداشتی، به منظور بهبود وضع سلامت و افزایش امید به زندگی در بدو تولد به ۷۵ سال.

۷. افزایش میانگین سواد در کشور

۸. گسترش آموزشهای مرتبط با شهروندی

۹. بالا بردن موقعیت زنان از طریق افزایش میزان تحصیلات و مشارکت در فعالیتهای اقتصادی و اجتماعی

۱۰. تدوین سیاستهای لازم جهت قانونمند کردن مهاجرتها



فصل دوم: خانواده

بعد از مطالعه جمعیت در فصل قبلی، در این فصل به مسائل مهم مرتبط به خانواده می پردازیم که کوچکترین واحد جمعیتی هم محسوب می شود.

مبانی و اهداف خانواده:

تعریف: در نظر بسیاری از مردم خانواده به منزله واحد اجتماعی (Social unit) است که شامل یک زوج متأهل و فرزندانشان است و در خانه ای در کنار هم زندگی می کنند.

تعریف خانواده از نظر راجرز (Carl Ragers):

"خانواده نظام نیمه بسته ای است که نقش ارتباطات داخلی را ایفا می کند، و دارای اعضای است که وضعیتهای و مقامهای مختلفی را در خانواده و اجتماع احراز کرده و با توجه به محتوای وضعیتهای، افکار و ارتباطات خویشاوندی که مورد تأیید جامعه ای است که خانواده جزء لاینفک آن است، ایفای نقش می کند."

تعریف خانواده از نظر مُرداک (Murdock):

"خانواده یک گروه اجتماعی است که اعضای آن به وسیله دودمان، ازدواج یا فرزند خواندگی با یکدیگر پیوند برقرار می کنند و نیز کسانی که در زندگی باهم از تشریک مساعی در تأمین درآمد، اقتصاد زندگی و نگهداری از فرزندان برخوردار هستند."

پروفیسور روزنباوم (Rosenbaum): با بررسی حدود چهارصد اثر علمی در زمینه جامعه و خانواده می نویسد: "کلیه تعاریف و برداشتهای متفاوت از جامعه شناسی خانواده در آلمان غربی، دارای دو وجه مشترک هستند:

۱. خانواده گروه کوچکی است که ویژگی اساسی و غیر قابل تفکیک آن، صمیمیت آن است.
۲. اجتماعی کردن نسل آینده جزء بدیهیترین، اساسی ترین و اصلی ترین وظایف خانواده است.

تیپهای خانواده:

خانواده را از حیث کیفیت روابط درونی و میزان استحکام آنها، می توان به چهار تیپ تقسیم نمود که هر یک ویژگیها، کارکردها و تأثیرات خاص خود را داراست. این تیپها عبارتند از:

۱. خانواده متلاشی (broken home)
۲. خانواده متزلزل (unbalanced)
۳. خانواده متعادل (balanced family)
۴. خانواده متعالی (transcendental family)

الف) خانواده متلاشی:

عبارت است از اینکه یک یا چند تن از اعضای خانواده به علت شکستن واحد خانوادگی یا تجزیه برخی از نقشها از عهده انجام تکالیف ناشی از نقش خود آنطور که باید و شاید برنیامده اند.

انواع خانواده گسیخته:

۱. عدم ثبات: واحد خانوادگی کامل نشده است و می توان آنرا جزء انواع عدم موفقیت در ایفای نقش در خانواده به حساب آورد زیرا پدر یا شوهر وجود ندارد و در نتیجه وظایف خود را انجام نمی دهند و این وظایف توسط جامعه یا مادر انجام می گیرد.
۲. فسخ، جدایی، طلاق و ترک: در اینجا تجزیه ناشی از تصمیم یکی از همسران بر جدایی است.
۳. خانواده درون تهی (empty shell family): اعضای آن با هم زندگی می کنند ولی روابط و کنش متقابل با یکدیگر ندارند (طلاق روانی).
۴. غیبت غیر ارادی یک از دو همسر: مرگ، زندان، جنگ و یا به هر دلیل.
۵. عدم موفقیت غیر ارادی: مثل بیماری روانی، جسمی و ...

ب) خانواده متزلزل:

خانواده دشوار، نابسامان و نامتعادل نیز نامیده می شود.

ویژگیها: در خانواده متزلزل ...

- خانواده، از هدف اصلی زندگی بازمانده و آرمانش را از دست داده است.
 - جایگاه و منزلت برخی اعضا، مشخص نبوده یا حفظ نگردیده است.
 - فردای روشن و امید به زندگی وجود ندارد.
 - مدیریت تجزیه شده و تصمیم گیری در آن به غایت دشوار است.
 - جاذبیت زندگی به میزان قابل ملاحظه ای کاهش یافته و انگیزه چندانی برای پایبندی اعضای آن به میثاق زندگی وجود ندارد.
 - مسئولیت پذیری از توزیع عادلانه ای برخوردار نیست و در قبال ایفای وظایف، برخورد مشوقانه صورت نمی گیرد.
 - مشکلات و مسائل جزئی به سادگی به بحران یا تشنج تبدیل می شود.
 - انتقادهای اعضا از یکدیگر به شکلی مستقیم، مستمر و غیر منصفانه صورت می گیرد.
- لازم به ذکر است که در تیپ خانواده متزلزل، ساختار خانواده قابل ترمیم بوده و با بهره گیری از شیوه های درمانی به ویژه خانواده درمانی (family therapy) توانایی افراد برای غلبه بر مشکلات افزایش می یابد و به تدریج به الگوی خانواده متعادل نزدیک می شود.

ج) خانواده متعادل:

خانواده بهنجار (normal)، متوازن و موفق نیز گفته می شود.

ویژگیها: در خانواده متعادل...

- هر فرد در موقعیت واقعی خویش قرار گرفته و از جانب دیگران نیز مورد حمایت و تأیید واقع می گردد.
- عواطف، مسولیتها و امتیازات به طور عادلانه میان افراد توزیع می شود.

- امنیت و جذابیت کافی برای افراد وجود داشته و چیزی بر دل بستگی به خانواده، ترجیح داده نمی شود.
- مدیریت متکی بر روابط انسانی و برخوردار از مشورت و هماهنگی با افراد، اعمال می شود.
- رویکرد مثبت به انسان، زندگی، نقشها و آینده وجود دارد.
- انتقادات، به شیوه ای غیر مستقیم، موردی، فردی و منصفانه انجام می گیرد.
- مشکلات از افراد تفکیک شده به جای حمله به فرد، تلاش برای بازشناسی مسأله و حل آن انجام می گیرد.
- تبادل عاطفی به شیوه های قلبی، کلامی و عملی انجام می گیرد.

(د) خانواده متعالی:

با عنوان متکامل، بالنده، و خودشکوفایی نیز شناخته می شود.

ویژگیها: در خانواده متعالی ...

- نه تنها مشکلات مورد بررسی قرار می گیرد و تلاش برای حل آنها می شود (خانواده متعادل) بلکه ظرفیتهای و استعدادهای افراد تا مرز خودشکوفایی مورد استفاده قرار می گیرد.
- توجه افراد غالباً معطوف به آینده است و در آینده زندگی می کنند. به هدفی نیاز دارند که توجهشان را به آینده معطوف سازد.
- افراد از هویتی پرمعنا، روشن و منسجم برخوردار هستند.
- افراد نه تنها به رشد و پیشرفت خویش، بلکه به اعتلای جمعی اعضای خانواده می اندیشند و برای تحقق آن، طرح و اندیشه جدیدی ارائه می دهند.
- کار و مسئولیت، به زندگی معنا و دوام می بخشد.
- تعقیب هدف، هیچگاه پایان نمی یابد، اگر هدفی را باید کنار گذاشت، باید بی درنگ انگیزه نوینی آفرید.
- تلاش افراد معطوف به دستیابی به تجربه اوج (climax experience) است. همکاری و اشتراک مساعی دیگران، تحقق این هدف را تسهیل می نماید.
- تفسیر و تعبیر وقایع و رویدادهای زندگی خوش بینانه است. هر شکست، یک تجربه و فرصتی برای ارزیابی موقعیت در نیل به پیروزی تلقی می شود.

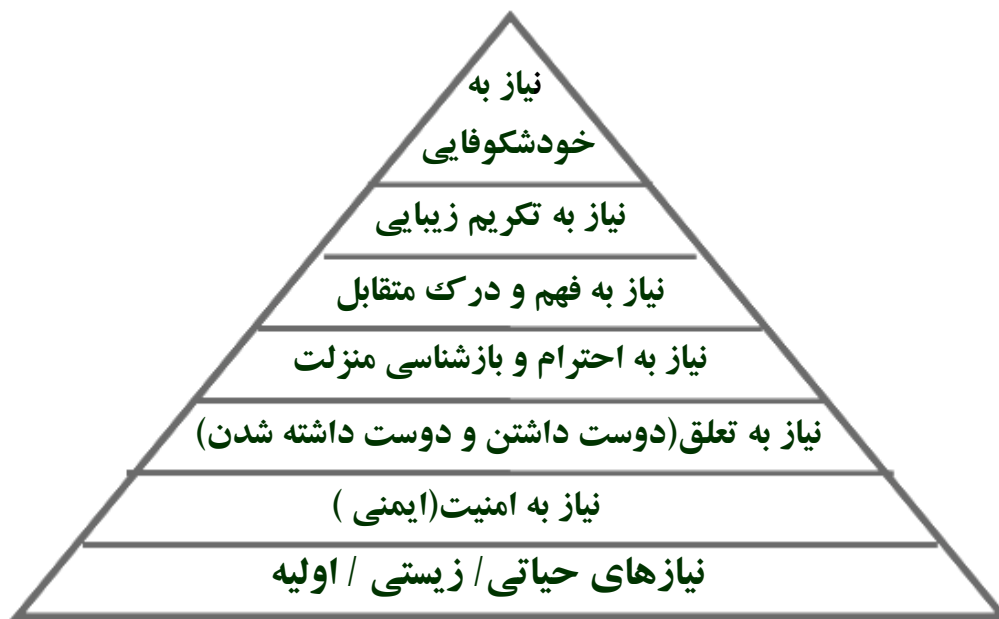
اهداف تشکیل خانواده:

۱. تحقق جامعه سالم
۲. تداوم نسل
۳. تأمین نیازهای اساسی
۴. تربیت اجتماعی نسل
۵. حراست ایمان
۶. جمال اجتماعی
۷. رشد و بالندگی

سلسله مراتب نیازهای آدمی از نظر آبراهام مزلو (Abraham Maslow):

مزلو عقیده دارد ابتدا باید نیازهای حیاتی (زیستی)، به لحاظ اهمیتشان ارضاء گردد و همانگونه که در نمودار زیر مشاهده می شود، این نیازها قاعده هرم را تشکیل می دهند، یعنی همانگونه که تعادل هرم، متکی بر قاعده آن است، تعادل وجود آدمی نیز ابتدا بر پایه تأمین نیازهای حیاتی (زیستی)، استوار بوده پس از آن، زمان ارضاء نیازهای اساسی روانی، فرا می رسد. در این مرحله نیز مراتبی وجود دارد یعنی ابتدا و مقدم بر همه احتیاج به امنیت باید ارضاء شود، زیرا آرامش حاصل از آن، موجب می شود که فرد بتواند به احتیاجات دیگر خود از حیث روحی و روانی بیندیشد.

پس از آن است که نوبت به نیازهای عالی تر نظیر تعلق، احترام و غیره می رسد. سرانجام در مرحله نهایی، زمان پاسخ به نیاز خودشکوفایی فرا می رسد که در قله هرم مذکور قرار دارد.



نمودار مزلو در باره بررسی جایگاه و منزلت نیازهای آدمی

ازدواج موقعیتی را برای زن و مرد مهیا می کند تا در پرتو زندگی مشترک بتوانند، اولاً به بخش قابل توجهی از نیازهای حیاتی خود، یعنی غریزه جنسی، آن هم در محیطی سالم، پاک و مشروع پاسخ دهند و با تکیه بر آرامش به دست آمده از آن، قادر به پذیرش مسئولیتها و وظایفشان گردند. و ثانیاً به تأمین نیازهای اساسی روانی خود، اهتمام ورزند.

رعایت نکات زیر سبب ایجاد تفاهمی عمیق در بین همسران می شود:

۱. زندگی معقول، حاصل پاسخ متعادل به نیازهای اساسی زوجین است. پاسخ به برخی نیازها و معطل گذاشتن برخی دیگر، نمی تواند به زندگی موفق منجر شود.
۲. هر نیازی از اهمیت خاص خود برخوردار است به عنوان مثال برخی همسران نیاز به غریزه جنسی را مهم تلقی ننموده و لذا فعالانه با آن برخورد نمی کنند، در حالی که رضایت حاصل از آن می تواند علاوه بر شادابی و نشاط زوجین، استقامت آنان را در حل دشواریهای زندگی افزایش دهد.
۳. آگاهی از نیازهای اساسی موجب می شود که فرد در رابطه با خود و همسرش روش معقول و منطقی را اتخاذ نماید. همسرانی که گوش به زنگ نیازهای روحی یکدیگر هستند و سعی در تأمین به موقع آن دارند، قادرند اعتماد طرف مقابل را جلب کنند.
۴. تأمین نیازهای اساسی باید به عنوان یک وظیفه تلقی گردد. چنانچه این وظیفه با رفتارهایی نظیر آزار و منت نهادن آمیخته شود، نه تنها تأثیر مطلوب خود را از دست می دهد، بلکه به فرموده قران کریم، موجب نابودی زحمات و اعمال آدمی خواهد شد.
۵. در صورت تأمین بیشتر نیازهای روانی زمینه برای خودشکوفایی فراهم می شود. منظور از خودشکوفایی، ظهور استعدادها و قابلیتهای فرد در بالاترین حد ممکن است.

تربیت اجتماعی نسل:

یکی از اهداف تشکیل خانواده، پرورش فرزندان سالم و شایسته است. چنین تربیتی دارای ابعاد متنوعی نظیر عاطفی، اجتماعی، عقلی، فیزیکی و اخلاقی است. و خانواده به عنوان اولین نهاد تربیتی شرایط لازم برای آنرا دارد. دلایل اهمیت خانواده در تربیت فرزندان:

- الف - خانواده اولین و با نفوذترین محیط تربیتی برای فرزندان است.
- ب - از زمان تولد تا ۷ سالگی، مهمترین دوران شکل گیری شخصیت محسوب می شود به طوری که اثرات تربیتی این دوران تا سالیان دراز همچنان باقی می ماند.
- ج - کودک از سال های نخست زندگی، رفتار والدین را اقتباس نموده و در صدد درونی ساختن آنها برمی آید و این امر به تدریج جای خود را به همانند سازی با والد همجنس می دهد.

ملاکها و معیارهای گزینش همسر:

۱. **معیارهای روانشناختی:** شخصیت، درونگرا یا برونگرا بودن، متانت و وقار، مثبت گرا، منفی گرا یا واقعیت گرا بودن و ... که هدف آن یافتن مشابهت ها و ایجاد زمینه برای تفاهم است.
۲. **معیارهای زیبا شناختی:** زیبایی و جذابیت برای پیوند زن و مرد نقطه شروع مناسبی است ولیکن شرط کافی محسوب نمی شود. چنانچه در کنار زیبایی ظاهری، ویژگیهای دیگری نظیر رفتار مناسب و منش مطلوب وجود نداشته باشد، زندگی مشترک حالت کسل کننده پیدا می کند و از شور و جاذبه تهی می شود. این نوع زندگی شبیه آنست که آدمی بنشیند و ساعات و روزهای متمادی به تابلویی زیبا خیره شود.
۳. **معیارهای علمی و فرهنگی:** تناسب میزان تحصیلات و تجانس رشته های دانشگاهی، عامل مثبت و تأثیر گذاری بر رون تفاهم زوجین محسوب می شود.
۴. **معیارهای تکوین رشد:** هر چند در ازدواج، احراز و تحقق رشد فکری یا همان سن عقلی مقدم بر سن واقعی می باشد، در خصوص سن مناسب برای آن در مورد پسران سالهای ۲۲ تا ۳۰ و برای دختران ۱۸ به بعد می باشد وجود فاصله سنی حدوداً ۳ تا ۶ سال با ارشدیت مرد نیز طبیعی به نظر می رسد.
۵. **معیارهای مادی و اقتصادی:** هر چند پاسخ متعارف به نیازهای اقتصادی و معیشتی زن و زندگی، یکی از وظایف و مسئولیتهای مرد است ولی باید توجه داشت که غالباً در بدو تشکیل زندگی، غالباً شرایط مطلوب اقتصادی مهیا نیست بلکه به مرور زمان و در سایه تلاش مرد و همراهی زن، این شرایط فراهم می شود. پس شایسته است که جوانان با یقین به وعده پروردگار و به انگیزه محدودیت اقتصادی، ازدواج را به تأخیر نیندازند و اطمینان به لطف الهی داشته باشند که فرمود: ... اگر از نیازمندان و مستمندان باشند خدا از فضل خود بی نیازشان سازد.
۶. **معیارهای اخلاقی و دینی:** واقعیت این است که فرد دین باور در نگاه دیگران، یعنی انسانی که دارای درجه ای از خودساختگی، رفتار اطمینان بخش و پایبندی به ارزشهای اخلاقی باشد. به عبارت دیگر، حضور دین به معنای حضور مجموعه ای از آداب، اخلاق، سلوک و رفتار ارزشمند است. از فرمایشات رسول اکرم (ص)، آمده که: همیشه در ازدواج، همسر با ایمان انتخاب کنید.

نتیجه یک پژوهش:

بر اساس یک نظر سنجی که در بین ۶۰۰۰ دانشجوی دانشگاههای تهران انجام گرفت (۵۶٪ مرد و ۴۴٪ زن) با میانگین سنی مردان ۲۵/۳ و زنان ۲۱/۹ سال، نتایج زیر به دست آمد:

از دانشجویان در مورد **مهمترین انگیزه** آنها برای ازدواج سوال شد که نتیجه:

- در اولویت اول مهمترین انگیزه دانشجویان از ازدواج، آشنایی با فرد ایده آل بود
- در اولویت دوم گریز از تنهایی را به عنوان مهمترین دلیل ازدواج ذکر کردند
- سومین محرک دانشجویان به ازدواج، آلوده نشدن به مفاسد اجتماعی بود
- در مورد **خاستگاه اجتماعی همسر** ایده آل از نظر دانشجویان نتایج به این صورت بود:
 - برای ۴۸٪ آنان، خاستگاه اجتماعی همسرانشان تفاوتی نداشت
 - ۱۹٪ ترجیح می دادند از همشهریان خود همسر بگیرند
 - ۱۶٪ مایل بودند همسران خود را از آشنایان خانوادگی و دوستان انتخاب کنند
 - ۱۲٪ ترجیح می دادند از همکلاسی و همکار خود همسر بگیرند

در مورد **سن مناسب** برای ازدواج:

- برای دختران ۲۲ و برای پسران ۲۵ سال بود
- زمان مناسب برای ازدواج:

- ۷۱٪ بعد از اتمام تحصیلات
- ۲۸٪ در حین تحصیل
- ۱٪ قبل از دانشگاه

عوامل مهم **استحکام خانواده** از نظر ۶۰۰۰ دانشجو به شرح زیر بود:

- تناسب فکری زوجین (۲۷۳۸ نفر)
- پایبندی به اصول مذهبی (۲۰۵۰ نفر)
- تناسب فرهنگی (۱۸۹۵ نفر)
- سطح اقتصادی یکسان (۴۹۰ نفر)
- زیبایی و تناسب جسمانی (۶۲۳ نفر)

شیوه های تثبیت و استحکام مؤدت در خانواده:

۱. ارتقاء ارتباطات انسانی: ارتباط کلامی و هنر خوب شنیدن
۲. تبادل عاطفی پایدار
۳. همدلی
۴. ارتقاء سطح ارزش شخصی
۵. مثبت نگری و مثبت گرایی
۶. رغبت شناسی طرف مقابل
۷. وسعت نظر (رعایت اعتدال)

ازدواج دانشجویی

نخستین جشن ازدواج دانشجویی در زمستان سال ۱۳۷۶ با ابتکار نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری در دانشگاه شهید بهشتی و با شرکت ۶۰ زوج از دانشجویان این دانشگاه برگزار شد و از همان ابتدا مورد توجه گسترده محافل مختلف فرهنگی و خبری قرار گرفت. زمستان سال بعد (۱۳۷۷) این جشن‌ها در مقیاسی وسیع‌تر و با شکوه‌تر با حضور ۲۰۰ زوج در دانشگاه شهید بهشتی برگزار شد. مشارکت فعال صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران در انعکاس این جشن توجه اقبال مختلف مردم را به این مسئله جلب کرد در سال ۱۳۷۸ تعدادی از دانشگاه‌های کشور در شهرهای مختلف اقدام به برگزاری این جشن‌ها نمودند و جشن ازدواج یک هزار زوج دانشجویی از ۱۳ دانشگاه در شهر تهران و با مدیریت نهاد نمایندگی مقام معظم رهبری در دانشگاه شهید بهشتی برگزار شد.

پیام رهبر انقلاب، شرکت فعال رؤسای قوای سه‌گانه کشور و هدایای بخش‌های مختلف دولت به این زوج‌ها در واقع مهر تأیید نهایی دولت و نظام را بر جشن‌های ازدواج دانشجویی زد. در سال ۱۳۷۹ نهاد مرکزی نمایندگان مقام معظم رهبری در دانشگاه‌ها مسئولیت برگزاری این جشن‌ها را پذیرفت و ستادی را به همین منظور تشکیل داد.

اهداف ازدواج دانشجویی

۱. عمل به دستورات دینی

۲. تلاش جهت الگو سازی در مراسم و جشن‌های ازدواج

۳. تلطیف فضای سنگین سیاسی دانشگاه‌ها

۴. اهتمام در جلب حمایت و مشارکت خیرین امر ازدواج دانشجویان

۵. تغییر پارامتر دوستیابی به همسریابی در روابط دختر و پسرها در دانشگاه‌ها

۶. کمک به تحکیم کانون خانواده از طریق آموزش مسائل خانواده

۷. اشاعه فرهنگ ساده زیستی و پرهیز از تجمل‌گرایی

۸. ایجاد فرهنگ اتحاد و وفاق و همدلی در میان آحاد جامعه

۹. حذف مهریه‌های سنگین و غیر شرعی

۱۰. پایین آوردن سن ازدواج در کشور

۱۱. بالا بردن نرخ ازدواج در کشور

۱۲. از بین بردن سنت‌های خرافی در امر ازدواج

۱۳. افزایش سطح کمی و کیفی ازدواج دانشجویان

درصد سهم ازدواج دانشجویی نسبت به نرخ ازدواج کل کشور در فاصله ۱۳۷۷-۱۳۸۲

سال	تعداد واقعه ازدواج کل کشور	تعداد واقعه ازدواج دانشجویی	درصد سهم ازدواج دانشجویی نسبت به نرخ ازدواج در کل کشور
۱۳۷۶	۵۱۱۴۰۱	۶۰	
۱۳۷۷	۴۷۹۲۶۳	۲۰۰	۰/۰۷
۱۳۷۸	۵۱۱۴۰۱	۱۰۰۰	۰/۹
۱۳۷۹	۵۳۱۴۹۰	۱۴۰۰۰	۱/۰۲
۱۳۸۰	۶۱۱۵۱۹	۱۴۰۰۰	۱/۶۱
۱۳۸۱	۶۴۶۴۹۸	۱۴۰۰۰	۲/۸۱
۱۳۸۲	۶۴۴۲۵۱	۲۵۰۰۰	۳/۰۲

دیدگاه جوانان درباره ازدواج

موانع ذیل برای ازدواج از سوی جوانان مطرح است:

- ترس از مشکلات و سختی‌هایی که ممکن است بعد از ازدواج پیش آید
- نداشتن شغل
- نبودن امکان آشنایی با جنس مخالف در قبل از ازدواج
- ناتوانی مالی والدین در تدارک ازدواج برای فرزندان
- وابستگی شدید به خانواده
- ترس از محدود شدن آزادی‌های فردی پس از ازدواج
- محدود بودن دایره انتخاب همسر
- وجود آداب و رسوم دست و پاگیر و بی‌فایده
- عدم امکان تهیه مسکن مناسب
- ترس از قطع رابطه با دوستان پس از ازدواج
- ناتوانی فرد در برقراری ارتباط اجتماعی جنس مخالف
- فراهم نبودن جهیزیه و وسایل زندگی
- تحمیلی شدن مراسم مختلف مربوط به ازدواج
- نبودن حس مسئولیت‌پذیری
- نداشتن توانایی مالی کافی برای ازدواج
- ترس از محدود شدن امکان پیشرفت و ترقی پس از ازدواج
- آزاد نبودن در انتخاب همسر
- پیدا نکردن فردی که به عنوان همسر دارای خصوصیات دلخواه باشد
- فقدان عشق و علاقه لازم به شخص خاصی برای ازدواج
- ارضاء نیاز جنسی خارج از چارچوب ازدواج
- سخت‌گیر بودن در انتخاب همسر
- بی‌برنامه بودن در زندگی
- بی‌علاقه بودن نسبت به بچه‌دار شدن
- عدم بلوغ شخصیتی کافی در فرد
- نداشتن اعتماد به جنس مخالف
- ناتوانی والدین در راهنمایی برای ازدواج
- اولویت دادن به تحصیل
- وجود ملاک‌های سخت‌گیرانه خانواده برای ازدواج
- ترس از عدم موفقیت در برقراری رابطه مناسب با خانواده همسر
- ترس از تغییر شهر محل زندگی
- نقص جسمانی
- وجود خواهر یا برادر بزرگتر که هنوز ازدواج نکرده است.
- ترس از ازدواج به دلیل تجربه‌های ناموفق دیگران

○ نداشتن ثبات شغلی (پسران جوان)

○ ترس از مخالفت همسر با اشتغال فرد (دختران جوان)

○ شرط دست و پاگیر خانواده دختر (پسران)

○ نداشتن کارت پایان خدمت یا معافیت (پسران)

در یک تحقیق میدانی دیگر موانع ازدواج از دیدگاه جوانان مورد بررسی و پژوهش میدانی قرار گرفته ۷۷ درصد جوانان، سنگین بودن مهریه‌ها، ۹۰ درصد نداشتن شغل، ۶۲ درصد نداشتن مسکن، ۷۵ درصد مشکل تهیه جهیزیه را مانع اصلی ازدواج دانسته‌اند.

طولانی بودن پروسه ازدواج

فرآیند ازدواج در کشور ما طولانی است سنت‌ها و آداب و رسوم که خیلی از آنها از فرهنگ‌ها و کشورها و ملل خارجی به عاریه گرفته شده است باعث شده‌اند این فرآیند طولانی و هزینه‌بر باشد. در این میان بی‌تجربگی خانواده‌ها، ناهماهنگی تربیتی بین خانواده‌ها بروز بعضی از مشکلات و اختلاف سلیقه‌ها باعث بروز تشنجات و اختلافات در میان خانواده‌های عروس و داماد شده و در بعضی از مواقع این مساله به طلاق می‌انجامد. در کنار این معضل صرف هزینه‌های گزاف نیز باعث می‌شود خانواده‌ها و جوانان جرأت ورود به این فرآیند را از دست بدهند.

آفات ازدواج دیر هنگام

الف- از جهت فیزیولوژی بدن:

انسان در سن خاصی به آن مرحله از رشد فیزیکی می‌رسد که بدن او از لحاظ ارگانیک آماده ازدواج است، اما پس از سپری شدن این سن، شور و نشاط جوانی و به تبع آن، آمادگی نسبی فرد برای ازدواج به تحلیل می‌رود. گذشته از اینها کهولت سن چه برای زن و چه برای مرد تغییرات ظاهری را در فیزیک بدن از قبیل چروک دست و صورت و کم مویی و... در پی دارد که به نوبه خود از موانع ازدواج خواهد بود.

ب- آفات روانی:

فرد مجرد، آرامش روانی ندارد. حتی خداوند باری تعالی هم هنگامی که علت وجودی زوج‌ها را بیان می‌کند ایشان را به آرامش (سکونت) بشارت می‌دهد.

از همه مهمتر اینکه ساختار روانی فرد به نحوی است که هر یک از زن و مرد بدون دیگری در خود کمبودی احساس می‌کند. شادی‌ها، مرارت‌ها سختی‌ها، دلتنگی‌ها و... باید با کسی در میان گذارده شود تا بخشی از بار روانی هر فرد کاسته شود. آیا فرد می‌تواند همیشه و همه دلتنگی‌های خود را به پدر و مادر بگوید؟ در دسترس نبودن گزینه این دو موجود گران‌بها که است؟ آیا می‌توان از کسی به غیر از همسر نام برد؟

ج- آفات دینی:

معمولاً فرد مجرد به دلیل رویارویی با مشکلات روزمره فراوان و فقدان تکیه گاهی مناسب به سرعت توکل و اعتماد خود به رحم و عطفوت باری تعالی را از دست می‌دهد. او عدم موفقیت خود در ازدواج را به اشتباه به خداوند سبحان نسبت می‌دهد اما فرد با ازدواج به زیبایی‌ها چشم می‌گشاید و عقیده‌اش دو چندان می‌شود.

د- آفات اجتماعی:

عموماً افراد جامعه فرد ازدواج نکرده را موجود ناقص و کمای نابافته می‌دانند و او را هنوز به اصطلاح مرد یا زن کامل نمی‌دانند.

اینترنت و ازدواج

فناوری اطلاعات و ارتباطات که در اینترنت نمود واضح به خود می‌گیرد، کاربرد گسترده و تاثیرات آن در ابعاد مختلف زندگی امروزی و آینده جوامع بشری به یکی از مهم‌ترین مباحث روز جهان مبدل شده است. این ابزار خارق‌العاده ارتباطی، در عرصه ازدواج نیز تاثیرات مختلفی گذاشته است. صرف نظر از تعاریف متنوع و دامنه وسیع کاربرد فناوری اطلاعات و ارتباطات در بخش‌های مختلف زندگی بشری اینترنت باعث شده است که ازدواج مقولات متفاوت و مختلفی را آغاز نماید. دسترسی سریع به اطلاعات پایگاه‌های ازدواج، سایت‌های همسریابی و برقراری ارتباط آحاد جامعه و دختران و پسران بدون در نظر گرفتن فواصل جغرافیایی و فارغ از محدودیت‌های زمانی محوری‌ترین دستاورد این فناوری است. بر همین اساس نظریه‌هایی مانند ایجاد شهرهای مجازی، اتاق‌های مجازی گفتگو، آموزش الکترونیکی احکام ازدواج و خانواده مطرح گردید و ظرف چند سال اخیر در برخی از کشورها پیشرفت‌های قابل توجهی نموده است. مزایای عملی شدن این نظریه‌ها، استفاده از فناوری اطلاعات و ارتباطات و اینترنت در زمینه ازدواج را به یک موضوع روز تبدیل کرده است. کاربرد شبکه اینترنت توسط سازمان‌های غیردولتی در امر ازدواج جهت ارائه خدمات و اطلاعات به جوانان، سایر موسسات خیریه ازدواج و فعال در امر ازدواج جوانان این ابزار ارتباطی را به یک وسیله مفید در موضوع ازدواج تبدیل کرده است. ازدواج اینترنتی موضوع جدیدی است که روز به روز افزایش می‌یابد در این شیوه ارتباطات افراد بدون ساختمان و دیوار و بدون واسطه به صورت ۲۴ ساعته قابل دسترسی می‌باشد. با ایجاد چنین امکاناتی است که جوانان به راحتی وارد یک سایت اینترنتی شده به آن دسته از خدمات و اطلاعات ازدواج مورد نیاز خود دسترسی پیدا می‌کنند و در واقع شیوه سنتی ارتباط و تعامل دختران و پسران با همدیگر تغییر می‌کند. متخصصان فناوری اطلاعات و ارتباطات بر این باورند که شفاف شدن گفتگوهای دختران و پسران، افزایش دقت و شفافیت در کار **N.G.O**های ازدواج و برخورداری از امکانات ارتباطی بدون هزینه مزایایی است که با اینترنت متصور است.

اینترنت تا حدودی جایگاه افراد سنتی و ارتباطات سنتی را که دختر را به پسر و بالعکس معرفی می‌کرد پر نموده است. به رغم مزایای که تاکنون برای اینترنت در زمینه ازدواج عنوان شده خطراتی نیز در این نوع همسریابی نوین وجود دارد که دزدی اطلاعات و ورود افراد ناباب به سایت‌های ازدواج و نامشخص بودن هویت واقعی افراد از جمله آنها است. از سوی دیگری در کل نظام ازدواج اینترنتی اولین مشخصه آن سرعت است و دقت سحت و کنترل آمار و ارقام و استفاده صحیح از فرم‌های استاندارد مربوط، بسیار حائز اهمیت می‌باشد و برای تصحیح اشتباهات ثبتي فرصت کوتاه است. همچنین سوء استفاده کنندگان جنسی از این ابزار وسیع استفاده می‌کنند.

با این وجود، به صرف وجود برخی خطرات نمی‌توان از کارایی بالا و دستاوردهای مهم اینترنت در زمینه ازدواج چشم پوشید و لیکن استفاده از این ابزار برای گسترش ازدواج جوانان نیازمند ایجاد بسترهای فکری و فرهنگی برای پذیرش آن از طرف جامعه، رفع موانع حقوقی و قانونی و تأمین پیش نیازهای سخت افزاری و نرم افزاری است.

دامنه فناوری اطلاعات و ارتباطات از طریق اینترنت بحث مهم آموزش را نیز در زمینه ازدواج در بر گرفته که در مبحثی با عنوان آموزش ازدواج اینترنتی مورد تاکید محققان و صاحب نظران واقع شده و دنبال می‌شود. این شیوه آموزشی مختص محیط یا افراد خاصی نیست و همه افراد علاقه‌مند به تحصیل اعم از بیکار و یا شاغل می‌توانند از آن استفاده کنند. در روش یادگیری جمعی نیز با استفاده از ابزارهای مختلفی چون سالن‌های تبادل نظر و گفتگوی اینترنتی دانشجویان به طور همزمان در اینترنت حضور یافته و در مورد موضوعات درسی و یا تمرین‌ها و تحقیقات ارائه شده از طرف استاد به بحث و تبادل نظر می‌پردازند. در مقابل مزایای اینترنت در بحث ازدواج معایب آن نیز هر روز در صفحه حوادث روزنامه‌ها به چشم می‌خورد افراد شاید و پلید از طریق اتاق‌های گفتگو مجازی به شیوه‌های

مختلف افراد را مورد اغوا قرار داده و با قول‌های ازدواج آنها را به انحراف می‌کشانند. امروزه دنیای ارتباطات فرصت‌های جدیدی را مقابل و پیش روی نسل جوان قرار داده است امروز مردم به لحاظ فرهنگی آزاد هستند و گزینه‌های مختلفی برای تعیین نوع و سبک زندگی خود دارند. مجموعه فرصت‌ها و امکاناتی که ارتباطات از جمله اینترنت، برای جوان امروز ایجاد کرده است مفهوم سبک زندگی را در جامعه مدرن مطرح می‌کند. همچنین جامعه شناسان متعقدند که تصویر ذهنی ترسیم شده توسط اینترنت باعث به وجود آمدن یک نوع قضاوت و ارزش در ذهن افراد در خصوص واقعیت‌های اجتماعی می‌شود. اینترنت می‌تواند به عنوان منشا سبک زندگی در رفتار قلمداد شده و ارزش‌ها و نگرش‌ها را در ذهن افراد ایجاد کند. اینترنت می‌تواند با تغییر عوامل غیر اقتصادی منجر به تغییر سلیقه‌ها شده و در نتیجه الگوی مصرف را نیز در جامعه تغییر دهد. در ارتباطات از نوع اینترنت این اینترنت است که به افراد اطلاعات می‌دهد و مشخص می‌کند که فرد در حوزه‌های متفاوت چه گزینه‌هایی دارد و چگونه می‌تواند از بین آنها دست به انتخاب زند. اینترنت امروزه در زندگی جوانان بخش عمده‌ای را فرا گرفته است و این مساله باعث شده است که جوانان از ارتباطات سنتی به دور باشند و نتوانند خود را بنمایانند و یا جفت خود را دریابند مشغول شدن بیش از اندازه جوانان به اینترنت آنان را از دایره ارتباطات زبانی، کلامی و دیداری و شنیداری دور می‌سازد و این معضل را به وجود می‌آورد که نتوانند به همسریابی صحیح بپردازند. اینترنت هویت یابی جوانان را به تاخیر می‌اندازد و این مساله در ازدواج آنها تاثیر گذار است.

معایب اینترنت

اینترنت معایب زیادی هم دارد و به ازدواج آسیب وارد می‌سازد و این فرآیند تکنولوژیکی کاملاً مدرن که زندگی بشریت را با تحولی جدید روبه‌رو ساخته است امروزه یکی از خطرناک‌ترین و فعال‌ترین عوامل فروپاشی کانون خانواده هم است. کارشناسان روانشناسی تاثیر برنامه‌های ضد اخلاقی و ضد حقوق خانواده برای زوج‌های جوان را یکی از عوامل افزایش تمایل خانواده‌ها به زندگی انفرادی دانسته‌اند. این مسئله آنقدر در جوامع اروپایی و آمریکایی فاحش شد. که چندی پیش خبر تصویب طرحی از سوی مجلس نمایندگان آمریکا در جهت الزام شرکت‌های پخش فیلم، برای خودداری از پخش برنامه‌های منافی حقوق خانواده و منافی عفت در ساعت اولیه شب شدند حتی تعدادی از کشورهای اروپایی و آسیایی با تسلیم شکایت و درخواست‌هایی به سازمان‌های مختلف حقوق بشر... از گسترش رو به فزون فرهنگ آمریکایی که غالباً به انزوا و زندگی بدون کانون خانواده می‌نماید ابراز نگرانی و خطر نمودند. آنچه در این بین مهم و قابل ذکر است رشد روز افزون این پدیده در کشور ما می‌باشد!

بررسی برخی از پرونده‌های موجود در دادگاه‌های خانواده تاثیر این مطلب را در پدیده طلاق کاملاً واضح می‌سازد که در مجموع خبر از فاصله گرفتن زوجین (هر کدام به نحوی) از تعهدات خانوادگی، کم رنگ شدن عشق و علاقه در زندگی و توجه به مسائل ضد اخلاقی، داشتن انتظارات غیر متعارف و ضد اخلاقی زوجین در زندگی از همدیگر، تقلید از مدل‌های پخش شده غربی در جمیع جهات زندگی و... برخی از تاثیرات کاملاً منفی و آسیب رسان اینترنت می‌باشد.

بخش دوم: فصل یک: تنظیم خانواده Family Planning

تعریف: اصلاح برنامه ریزی خانواده (Family Planning) را تنظیم خانواده گویند. برای بیان آن کلمه های: تنظیم باروری، برنامه ریزی باروری، تنظیم توالد و تناسل، تنظیم زاد و ولد یا موالید، تنظیم وقت برای زاد و ولد و در نهایت کنترل موالید به کار می رود (Birth Control).

تنظیم خانواده بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی یعنی برنامه ریزی زوجین برای دستیابی به اهداف باروری به صورت آگاهانه، مسئولانه و داوطلبانه؛ که به منظور ارتقای تندرستی و بهزیستی خانواده انجام می گیرد و در ضمن باید توجه کرد که تنظیم خانواده به معنی تحدید موالید نمی باشد چرا که تحدید موالید به عنوان یک سیاست دولتی در برنامه ریزی ها اعمال می شود اما تنظیم خانواده برنامه ریزی زوجین برای داشتن یک خانواده متناسب از نظر بهداشتی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی است.

همانطور که می دانیم Control کلمه فرانسوی بوده و معادل Check که کلمه انگلیسی و به معنی رسیدگی و تطبیق با شرایط است، که تنظیم خانواده هم به همین منظور به کار می رود. بنابراین در کشوری مثل سوئد که با رشد منفی جمعیت روبرو است، تنظیم خانواده و کنترل موالید (Birth Control) در جهت افزایش تولد و در کشوری مثل ایران و خیلی جاهای دیگر که با رشد جمعیت روبرو هستند تنظیم خانواده برای کاهش جمعیت به کار می رود. با توجه به مطالب فوق می توان مفاهیم زیر را برای واژه **تنظیم خانواده** به کار برد:

- ۱- ارادی کردن تعداد فرزندان و تنظیم اختیاری ابعاد خانواده.
- ۲- کنترل موالید به صورت آگاهانه، مسئولانه و داوطلبانه.
- ۳- تدابیری که به خانواده امکان می دهد تعداد فرزندی را که می خواهند داشته باشند.
- ۴- جلوگیری از تولد فرزند ناخواسته.
- ۵- فاصله گذاری مناسب بین حاملگی ها
- ۶- کمک به بهبود ناباروری ها
- ۷- جلوگیری از حاملگی به صورت مؤقت و یا دائمی

در کنفرانس جهانی بین المللی زن در سال ۱۹۷۵ اعلام شد که: زنان حق دارند آزادانه و مسئولانه درباره تعداد و فاصله بین کودکان خود تصمیم بگیرند و به آگاهی ها و وسایلی دسترسی داشته باشند که بتوانند این حق را اعمال کنند. به این ترتیب در طی چند سال گذشته، تنظیم خانواده از صورت نخواستاری در گوشه ها به یک حق اساسی بشر و یکی از اجزای بهداشت خانواده و بهزیستی اجتماعی در کانون توجه بین المللی تبدیل شده است.

قلمرو خدمات تنظیم خانواده:

تنظیم خانواده تنها مترادف کنترل موالید نیست، بلکه چیزی بیشتر از آن است. یک کمیته کارشناسی سازمان بهداشت جهانی WHO اعلام داشته که تنظیم خانواده دارای موضوع های اساسی زیر می باشد:

- ۱- فاصله گذاری مناسب و محدود کردن موالید
- ۲- آموزش درباره پیشگیری از بارداری
- ۳- آموزش در باره بچه داری
- ۴- آموزش درباره روابط زن و شوهر
- ۵- غربالگری از نظر شرایط بیماری شناختی مرتبط با دستگاه تولید مثل مانند سرطان گردن رحم

۶- مشاوره ژنتیک

۷- معاینات و مشاوره های پیش از ازدواج

۸- انجام آزمون های مربوط به بارداری و انجام مراقبتهای لازم

۹- آماده سازی زن و شوهرها برای زایمان و تولد نخستین کودک آنها

۱۰- ارائه خدمات لازم برای مادرانی که ازدواج نکرده اند

۱۱- آموزش اقتصاد خانواده و اصول تغذیه

۱۲- ارائه خدمات مربوط به قبول فرزند خوانده

این فعالیتها در کشورهای گوناگون به طرق مختلف و برابر اهداف و سیاستهای کشوری از نظر تنظیم خانواده انجام می شود.

اهمیت خدمات تنظیم خانواده:

تنظیم خانواده امروزه به عنوان یکی از بندهای اساسی حقوق بشر و یکی از اجزاء حیاتی توسعه پایدار شناخته شده است و گروههای زیر را پوشش می دهد:

الف - زنان

تنظیم خانواده به زنان کمک می کند تا از خود در مقابل حاملگیهای برنامه ریزی نشده محافظت کنند به طوری که در چند دهه گذشته تنظیم خانواده از ۴۰۰ میلیون حاملگی ناخواسته جلوگیری کرده و در نتیجه بسیاری از زنان به خاطر مواجه نشدن با حاملگی های پر خطر و سقطهای غیر ایمن توانسته اند به زندگی خود ادامه دهند. یک هشتم مرگهای مادران ناشی از سقط و عوارض آن است و ۹۰ درصد آنها در کشورهای در حال توسعه اتفاق می افتد. اگر همه زنان از حاملگی های پر خطر محافظت شوند **مرگ مادران** تا حدود یک چهارم کاهش پیدا می کند. ضمن هر سال بیش از ۵۸۵۰۰۰ هزار زن به علت عوارض حاملگی و زایمان جان می بازند که بیشتر این مرگها را می توان با خدمات تنظیم خانواده پیشگیری کرد.

ب- کودکان

تنظیم خانواده با فاصله گذاری مناسب بین تولدها باعث نجات جان کودکان می شود در جهان هر سال ۱۵-۱۳ میلیون مرگ زیر ۵ سال داریم که اگر فاصله بین دو تولد به ۲ سال افزایش یابد ۴ میلیون از این مرگها کاهش می یابد و کودکان کشورهای در حال توسعه ۲۵ درصد کمتر می میرند. مطالعات نشان داده که احتمال مرگ کودکی که در فاصله کمتر از دو سال از کودک قبلی به دنیا آمده به طور متوسط دو برابر است.

ج- مردان: رعایت مقررات تنظیم خانواده به مردان نیز امکان فراهم کردن یک زندگی بهتر را می دهد. این امر آنها را قادر می سازد تا وظیفه مراقبت از خانواده خود را به نحو بهتری انجام دهد.

د- خانواده ها

زوج ها با داشتن فرزند کمتر قادرند امکانات سلامت خانواده و توانایی تأمین غذا، لباس، مسکن و آموزش بهتر برای خود و خانواده خود فراهم کنند.

ر- ملتها

در جوامعی که دختران، فرزندان کمتری در مقایسه با مادرانشان داشته باشند بهبود وضعیت اقتصادی سیر سریعتری را دارد.

ز- کره زمین

جمعیت زمین در کمتر از ۵۰ سال آینده دو برابر می شود؟! و به همان نسبت صدمه به کره زمین هم افزایش خواهد یافت. (با توجه به محدودیت منابع طبیعی از جمله آب و خاک و ...) که خدمات تنظیم خانواده می تواند نجات بخش کره زمین شود.

← از فواید دیگر تنظیم خانواده می توان به این موارد هم اشاره کرد :

- ۱- جلوگیری از اکثر سقطهای غیر قانونی در جهان (روزانه ۵۰ هزار مورد) و جلوگیری از مرگ ۱۵۰ هزار زن جوان و میلیونها نقص عضو و بیماری.
- ۲- افزایش کیفیت زندگی، وقت فراغت، تحصیل، اشتغال، استراحت و فعالیتهای اجتماعی زنان.
- ۳- صرف وقت، پول و انرژی بیشتر برای فرزندان کمتر و بهبود کیفیت زندگی.
- ۴- تأمین سلامت جسمی، روانی و اجتماعی مادر و کودک.
- ۵- ایجاد توازن بین جمعیت کلی و تعداد فرزند هر خانواده.
- ۶- تأمین نیروی کار جهت رشد مناسب اقتصادی.
- ۷- تنظیم خانواده برای تأمین آزادی خانواده و بهبود نقش پدری و مادری و ثبات خانوادگی، ایجاد زمینه برای انتخاب نسل سالم، تربیت صحیح کودکان و تأمین آینده آنان از طریق مشارکت مادران در فعالیتهای اجتماعی مؤثر است.

اهداف تنظیم خانواده :

اهداف تنظیم خانواده در دو دسته اهداف واسطه ای و اهداف نهایی قرار می گیرد.

اهداف واسطه ای : بهبود کیفیت و کمیت خدمات به عنوان اهداف واسطه ای برای رسیدن به اهداف نهایی می

باشد که شامل موارد زیر است :

- الف- بهبود کیفیت توصیه ها، اطلاعات، آموزش، پیامها، مشاوره ها و خدمات تنظیم خانواده.
- ب- کاهش درصد نیازمندان به خدمت که نیازهای آنان برآورد نشده است.
- ج- قابل خرید بودن، مقبول بودن و در دسترس بودن خدمات با کیفیت بالای تنظیم خانواده برای همه نیازمندان به آن با حفظ محرمانه بودن آن.

اهداف نهایی : اهداف نهایی در واقع جزو اهمیت های خدمات تنظیم خانواده هم می باشد که شامل موارد زیر می باشد:

۱- توانمندسازی زوجین :

- الف - توانمند کردن زوجها و افراد در جهت رسیدن به اهداف باروری خود با احترام به شأن و حقوق ایشان در مورد انتخاب تعداد، فاصله گذاری و زمانبندی زایمانها .
- ب- توانمند کردن زنان در زمینه مشارکت در تصمیم گیری و برنامه ریزی بهداشت باروری.
- ج- افزایش مشارکت و قبول مسئولیت مردان در اجرای تنظیم خانواده.

۲- سلامت زنان :

- الف- جلوگیری از بارداریهای برنامه ریزی نشده.
- ب- کاهش میزان بارداریهای پرخطر.
- ج- کاهش سقط به ویژه سقطهای غیر قانونی و غیر ایمن.
- د- پیشگیری از سوء تغذیه مادر از طریق فاصله گذاری مناسب.
- ه- کاهش مرگ و میر مادر.

و - ارتقاء امر تغذیه با شیر مادر با فاصله گذاری مناسب بین تولد فرزندان .

وَأُولَادُتُ يُرْضَعْنَ أَوْلَادَهُنَّ حَوْلَيْنَ كَامِلَيْنِ لِمَنْ أَرَادَ أَنْ يُتِمَّ الرَّضَاعَةَ بقره ۲۳۳

مادری که می خواهد فرزند خود را به طور کامل شیر بدهد. بایستی دو سال تمام کودک خود را شیر بدهد .

۳- سلامت جنین و کودک :

الف- پیشگیری از سوء تغذیه کودک از طریق فاصله گذاری مناسب.

ب - کاهش میزان اختلالات رشد جنینی از طریق فاصله گذاری مناسب و جلوگیری از زایمانهای زود هنگام، دیر هنگام یا حاملگی های پی در پی.

ج- کاهش بیماریهای ژنتیک از طریق پیشگیری از بارداریهای دیر هنگام.

د - کاهش مرگ و میر کودک.

۴- سلامت جامعه :

- پیشگیری از رشد ناموزون جمعیت از طریق دستیابی به باروری مطلوب با توجه به منابع موجود و توسعه اقتصادی و اجتماعی .

- بررسیها نشان داده است که هزینه های مربوط به آموزش، پرورش و رشد و تکامل کودک بسیار بیشتر از هزینه پیشگیری از تولد وی است .

قانون تنظیم خانواده و جمعیت :

ماده ۱: کلیه امتیازاتی که در قوانین بر اساس تعداد فرزندان یا عائله پیش بینی و وضع شده اند در مورد فرزندان چهارم و بعد که پس از یک سال از تصویب این قانون متولد می شوند قابل محاسبه و اعمال نخواهد بود و فرزندان که تا تاریخ مزبور متولد می شوند کماکان از امتیازات مقرر شده برخوردار می باشند.

تبصره ۱ : نحوه استفاده از امتیازات پیش بینی شده در قانون کار مصوب ۱۳۶۹/۸/۲۹ مجمع تشخیص مصلحت نظام و قانون تامین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴ به شرح زیر خواهد بود:

الف -مرخصی بارداری و زایمان کارگران زن (موضوع ماده ۷۶ قانون کار مصوب ۱۳۶۹/۸/۲۹ مجمع تشخیص مصلحت نظام) برای فرزندان چهارم و بعد که پس از یک سال از تصویب این قانون متولد می شوند، از مرخصی استحقاقی موجود و آتی کارگر کسر خواهد شد.

ب -هزینه نگهداری فرزندان کارگران زن در مراکز نگهداری (موضوع ماده ۷۸ قانون کار مصوب ۱۳۶۹/۸/۲۹ مجمع تشخیص مصلحت نظام) برای فرزندان چهارم و بعد که پس از یک سال از تصویب این قانون متولد می شوند ، به عهده کارگر خواهد بود.

ج -حق بیمه فرزندان (موضوع ماده ۵۸ قانون تامین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴) برای فرزندان چهارم و بعد که پس از یک سال از تصویب این قانون متولد می شوند، به صورت جداگانه تعیین و مطابق تعرفه تامین اجتماعی از بیمه شده دریافت می گردد.

ماده ۲ : وزارتخانه های آموزش و پرورش ، فرهنگ و آموزش عالی ، بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و فرهنگ و ارشاد اسلامی موظف به اجرای برنامه های ذیل می باشند.

الف -وزارت آموزش و پرورش موظف خواهد بود که مطالب آموزشی مربوط به جمعیت و تامین سلامتی مادران و کودکان را در متون درسی خود به نحوی موثر بگنجاند.

ب -وزارت فرهنگ و آموزش عالی و وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی موظف به ایجاد یک واحد درسی به نام جمعیت و تنظیم خانواده در کلیه رشته های آموزشی می باشند.

ج - وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی موظف است زمینه های جلب مشارکت فعال و موثر روزنامه نگاران ، فیلم سازان و سایر هنرمندانی را که به نحوی با آن وزارتخانه ارتباط دارند به منظور ارتقا سطح آگاهیهای عمومی از برنامه های جمعیت و تنظیم خانواده فراهم نماید.

ماده ۳ : سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران موظف است جهت ارتقا سطح آگاهیهای عمومی در تامین سلامت کودکان و مادران و جمعیت برنامه های آموزشی رادیویی و تلویزیونی به طور مستقیم و غیر مستقیم تهیه و پخش نماید.

ماده ۴ : هزینه های ناشی از مواد ۲ و ۳ از محل کاهش هزینه های دولت که با اجرا ماده ۱ این قانون حاصل می شود تامین خواهد شد.

حقوق باروری :

حقوق باروری در برگیرنده موادی از حقوق بشر است که قبلاً در قوانین ملی، اسناد بین المللی مربوط به حقوق بشر و سایر توافق نامه های سازمان ملل متحد به رسمیت شناخته شده است. این حقوق بر به رسمیت شناختن موارد زیر تأکید دارد:

الف : تصمیم گیری آزادانه و مسئولانه همه زوجها و افراد در مورد تعداد، فاصله گذاری و زمان به دنیا آوردن فرزندان .

ب : حق دسترسی به اطلاعات و ابزار مناسب .

ج : حق دسترسی به بالاترین معیارهای بهداشت باروری .

د : تصمیم گیری عاری از هر گونه تبعیض، فشار و خشونت .

و : تصمیم گیری بر اساس احتیاجات فرزندان فعلی و آتی خود .

هـ : تصمیم گیری بر اساس مسئولیتهای خود در قبال جامعه .

واجدین شرایط تنظیم خانواده :

با توجه به تعاریف یاد شده در دروسهای قبلی ، هر زوجی که زن آن زوج در سنین باروری (۱۵ تا ۴۹) سال باشد واجد شرایط برای تنظیم خانواده است .

در میان زوجین واجد شرایط ، اولویت اول با زن و شوهرهایی است که خانواده خود را کامل کرده اند و فرزندان دیگری نمی خواهند .

اولویت دوم با زوجینی است که در مرحله فاصله گذاری هستند یعنی می خواهند بارداری اول خود (در شروع ازدواج) و یا بارداری بعدی را به تأخیر بیندازند .

در واقع اولویتهای یاد شده ، در بالا همان گروه هدف اصلی خدمات تنظیم خانواده هستند. در حال حاضر در ایران از هر ۱۰۰ زوج واجد شرایط حدود ۷۳ زوج تحت پوشش برنامه های تنظیم خانواده قرار دارد .

در اینجا باید یادآوری کرد که با توجه به گستردگی اهداف و قلمرو خدمات تنظیم خانواده که قبلاً ذکر شد، تمام مردم به نوعی می توانند از خدمات تنظیم خانواده بهره مند شوند .

تاریخچه تنظیم خانواده در ایران :

تاریخچه تنظیم خانواده در ایران شامل ۳ دوره است (یک دوره قبل انقلاب و دو دوره بعد از انقلاب):

۱. دوره اول : رشد کمتر از ۳٪ بوده با اینکه اداره ای تحت عنوان اداره بهداشت و تنظیم خانواده تشکیل گردیده بود ولی به علت نداشتن پشتوانه مذهبی و فرهنگی زیاد مؤثر نبوده است .

۲. سالهای ۱۳۵۷ تا ۱۳۶۷ به دلایلی تمایل به فرزند بیشتر بوده که سبب افزایش رشد جمعیت تا حدود ۴٪ نیز شده بود .

۳. سال ۱۳۶۸ تا امروز که با خدمات تنظیم خانواده رشد جمعیت به حدود ۱٫۳ درصد رسیده است .

سوابق اجرایی تنظیم خانواده در ایران:

۱. قبل از سال ۱۳۳۰ فعالیت مؤثری انجام نمی شد.
۲. اولین فعالیت موثر در سال ۱۳۳۴ با تأسیس اداره بهداشت مادر و کودک و توزیع قرصهای کف کننده، ژل ها و کاندوم آغاز شد.
۳. فعالیت رسمی تنظیم خانواده در سال ۱۳۴۳ با تأیید تنظیم خانواده توسط برخی مقامات روحانی از جمله دادن فتوی توسط آیت الله شیخ بهالدین محلاتی آغاز گردید.
۴. در سال ۱۳۶۵ پس از انجام سرشماری و اعلام جمعیت بالغ بر ۵۰ میلیونی ایران، روند جدیدی از تنظیم خانواده آغاز و در سال ۱۳۶۷ بعد از برگزاری سمینار ملی جمعیت و توسعه در مشهد که ماحصل آن برنامه **ملی تنظیم خانواده** بود که این برنامه مورد تأیید مقامات کشور و بویژه رهبر انقلاب قرار گرفت. و سبب تصویب قوانین و نیز ارائه راهکارهای جدیدی از طرف سازمانهای مرتبط از جمله وزارت بهداشت گردید. قانون تنظیم خانواده که قبلاً در مورد آن بحث گردید، یکی از همین راهکارها بود.

سلامت و بهداشت باروری (آلما آتا - قاهره)

در کنفرانس بین المللی مراقبتهای اولیه بهداشتی که در ماه سپتامبر در **آلما آتا** برگزار شد بر لزوم اقدام فوری همه دولتها، همه کارکنان سلامت و توسعه و همچنین جامعه جهانی برای محافظت از سلامت همه مردم دنیا و ارتقای آن تأکید شد. در این کنفرانس مجدداً تأکید شد که سلامت به معنای رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی است، نه فقط نبود بیماری یا ناتوانی و این موضوع یکی از حقوق اساسی بشر محسوب می شود.

کنفرانس ۱۹۹۴ قاهره نقطه عطفی در مجموعه کنفرانسهای جمعیتی سازمان ملل بود چرا که در این کنفرانس تأکید بر تأمین نیازهای فردی و رفاه ماوراء تنظیم خانواده از جمله نیاز به مراقبت بهداشتی وسیع در زمینه تولیدمثل و بهبود در منزلت زنان بود. **بهداشت باروری** برای نخستین بار در یک سند سیاست بین المللی تعریف شد که شامل تأمین سلامتی و مراقبت دوران بچه زائی و جلوگیری از ابتلا به بیماریهای تناسلی نظیر HIV/AIDS و بیان سایر عواملی چون خرید و فروشهای جنسی و خشونت علیه زنان که موجب فقر بهداشتی می شود، بود.

برنامه عمل **کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه** که در سال ۱۹۹۴ در شهر **قاهره** تشکیل و توسط ۱۷۹ کشور شرکت کننده پذیرفته شد، یک چارچوب مفهومی برای کاهش رشد جمعیت و بهبود زندگی مردم فراهم نمود. در این کنفرانس به منظور فراهم نمودن خدمات تنظیم خانواده در زمینه مراقبت وسیع **بهداشت باروری**، بر توسعه انسانی، سرمایه گذاری وسیع در زمینه بهبود بهداشت، آموزش و حقوق بویژه در مورد زنان و دختران تمرکز و تأکید شد. همچنین در دسترسی همگانی به خدمات زیر تا سال ۲۰۱۵ میلادی اجماع حاصل شد:

- ۱- فراهم نمودن دسترسی همگانی به طیف وسیعی از روشهای مطمئن و قابل اعتماد تنظیم خانواده و خدمات بهداشت باروری مرتبط با آن.
- ۲- کاهش میزان مرگ و میر اطفال به ۳۵ در هزار تولد زنده و میزانهای مرگ و میر اطفال زیر ۵ سال به ۴۵ در هزار تولد زنده.
- ۳- کاهش میرائی و مرگ و میر مادران به سطحی که تا مدت طولانی آنها مشکلی در زمینه بهداشت عمومی نداشته باشند.
- ۴- افزایش مقدار امید زندگی در بدو تولد به بیش از ۷۵ سال. در کشورهای با بالاترین میزان مرگ و میر، هدف افزایش مقدار امید زندگی در بدو تولد به بیش از ۷۰ سال می باشد.

۵- دسترسی همگانی به آموزش ابتدائی و تکمیل آن، تضمین دسترسی سریع و گسترده زنان و دختران به سطوح آموزشی متوسطه و بالاتر.

لازم به توضیح است که هم اکنون در ایران، بهداشت باروری در حیطه مراقبتهای اولیه بهداشتی خدمات زیر را ارائه می دهد:

۱. مشاوره، اطلاع رسانی، آموزش، ارتباطات در زمینه مراقبتهای اولیه بهداشتی
۲. مراقبتهای نوزاد به ویژه تغذیه با شیر مادر
۳. مراقبتهای بهداشتی کودکان و ترویج تغذیه سالم دوره کودکی
۴. خدمات مربوط به مراقبتهای قبل و بعد از زایمان، زایمان ایمن و مطمئن
۵. مراقبتهای بهداشتی زنان مشتمل بر پیشگیری و درمان مناسب نازایی، جلوگیری از سقط جنین و درمان عوارض آن، پیشگیری و درمان مناسب بیماریهای مقاربتی از جمله ایدز، کنترل و درمان سرطانهای پستان و دستگاه تولید مثل
۶. خدمات تنظیم خانواده
۷. مراقبتهای بهداشتی سالمندان

برنامه های بهداشت باروری نیازهای دختران و زنان را تأمین نموده و زنان را در رهبری و برنامه ریزی، تصمیم گیری، مدیریت، اجرا و ارزشیابی مشارکت می دهد.

این برنامه ها با ارائه اطلاعات، مشاوره و خدمات بهداشت باروری به مردان جوان و بزرگسال، آنها را برای مشارکتی برابر در امر تنظیم خانواده، مسئولیتهای خانوادگی، پرورش کودک و قبول مسئولین اصلی در پیشگیری از بیماریهای مقاربتی آموزش داده و آنان را در چنین زمینه هایی توانا می سازد.

فصل دوم: فیزیولوژی تولید مثل در انسان

نظریه سلولی: طبق این نظریه، پیکر همه موجودات زنده از سلول تشکیل شده.

هورمونها و غدد مرتبط با تولید مثل: هورمون یک ماده شیمیایی است که بوسیله یک سلول یا گروهی از سلولها بداخل مایعات بدن ترشح می شود و یک اثر کنترل کننده بر روی سایر سلولهای بدن اعمال می کند. تعداد کمی از هورمونها در کل بدن تأثیر می کنند ولی اکثر آنها بر روی بافتهای اختصاصی اثر می کنند که به آنها بافت هدف گفته می شود مثلاً هورمون های بیضه که بر روی اندامهای مردانه و نیز صفات ثانویه جنسی در مردان اثر می کنند.

نقش غده هیپوفیز در فیزیولوژی تولید مثل انسان؟

هورمونهای مهمی از غده هیپوفیز ترشح می شود که دو تای آنها از اهمیت خاصی برخوردار است:

۱- هورمون محرک فولیکولی یا FSH:

در خانمها موجب رشد فولیکولها (تخمکها) و در آقایان موجب پیشبرد تشکیل اسپرم می شود.

۲- هورمون لوتئینی یا LH:

در خانمها نقش مهمی در ایجاد مرحله تخمک گذاری دارد و نیز موجب ترشح هورمونهای جنسی زنانه از تخمدانها می شود و در آقایان هم موجب ترشح هورمون تستوسترون (هورمون جنسی مردانه) از بیضه ها می شود.

هورمون های جنسی تخمدانها:

۱- استروژن ها: تکامل و رشد اندامهای جنسی در زنان و صفات ثانویه جنسی در آنها به عهده این هورمون می باشد.

۲- پروژسترون: ترشح شیر و پیشبرد تکامل پستانها را به عهده دارد.

هورمون جنسی بیضه ها (تستوسترون):

رشد اندامهای جنسی مردانه را تحریک می کند و همچنین موجب پیشبرد تکامل و رشد مشخصات ثانویه جنسی در مردان می شود.

عمل ترشح هورمون در بیضه ها توسط هورمونهای هیپوفیز کنترل می شود.

آناتومی و فیزیولوژی دستگاه تناسلی مرد:

دستگاه تناسلی مرد به اندامهای جنسی داخلی و خارجی تقسیم می گردد:

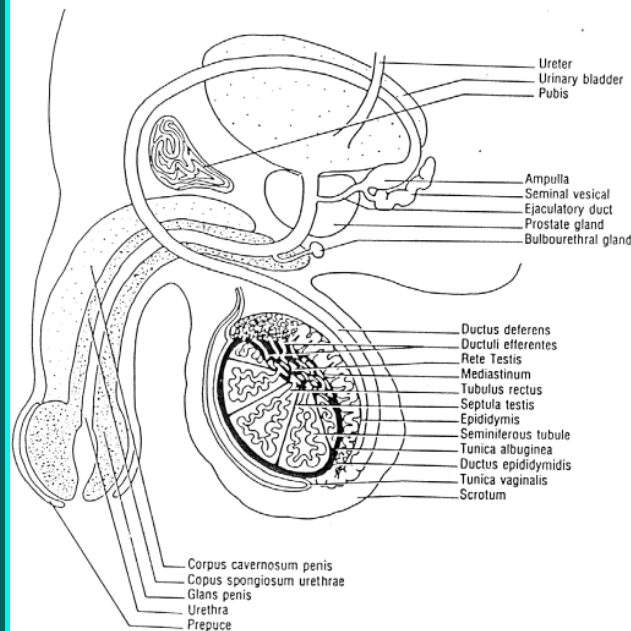
اندام تناسلی خارجی: شامل بیضه ها (Testis)، کیسه بیضه یا اسکروتوم (Scrotum) و آلت تناسلی یا Penis می باشد. اسکروتوم کیسه ای است که بیضه ها داخل آن قرار گرفته اند و مسئولیت نگه داری از بیضه را داشته و درجه حرارت آنرا پایین تر از بدن نگه می دارد.

اندامهای جنسی داخلی: لوله های منی ساز (Seminiferous tubule)، اپیدیدیم (Epididymis) مجرای منی بر یا ازودفران (vasodeferens)، غده پروستات (Prostate gland) و کیسه منی (Seminal vesicle) و غدد بولبواورترال (Bulbourethral gland) می باشد.

همانطور که قبلا گفته شد بیضه ها دو عمل انجام می دهند:

۱- تولید اسپرم یا سلولهای جنسی مردانه

۲- تولید هورمونهای جنسی مردانه که در داخل بیضه ساخته شده و توسط رگهای خونی جذب و به نقاط مختلف بدن می روند.



روند ساخت اسپرم: یکی از کارهای بیضه ساخت اسپرم می باشد. ساخت اسپرم از حدود ۱۳ سالگی شروع شده و تا پایان عمر ادامه می یابد. عمل اسپرم سازی که از شروع تا خاتمه حدود ۷۵ روز طول می کشد را اسپرماتوژنز می گویند.

بالغ شدن و انتقال و نگهداری اسپرمها: بعد از ساخت، اسپرم وارد یک کانال طولانی به نام اپیدیدیم (۶متری) می شود (Epididymis) که وظیفه انتقال و آماده سازی اسپرم را به عهده دارد. این عمل حدود ۲ تا ۱۲ روز طول می کشد بعد از این مرحله اسپرمها از طریق کانالی به نام مجرای ابران (Vas deferens) عبور کرده و وارد محلی به نام آمپول

(Ampulla) می شوند. محتویات آمپول به همراه محتویات کیسه مایع منی و پروستات به مجرای انزال (Ejaculatory duct) وارد می شوند. لازم به ذکر است که روزانه حدود ۱۲۰ میلیون اسپرم تولید می شود.

غده پروستات، غده ای مخروطی شکل است به ابعاد ۴×۳ سانتی متر که در زیر مثانه قرار گرفته و از وسط آن پیشابراه عبور می کند مجاری انزالی (حاوی ترشحات کیسه منی و اسپرم) از طرفین سطح خلفی پروستات به آن وارد شده و به پیشابراه می پیوندند. ترشحات پروستات نیز بوسیله تعدادی مجرای کوچک به پیشابراه وارد می شوند. پیشابراه از وسط آلت تناسلی عبور می کند.

انتقال اسپرمها به لوله های رحمی و عمل لقاح: در هنگام انزال ترشحات کیسه مایع منی و پروستات با اسپرم مخلوط می شوند. حجم متوسط منی در هر انزال حدود ۵-۲ میلی لیتر می باشد که از دو قسمت اسپرم و مایع منی تشکیل یافته است. در هر میلی لیتر از مایع منی حدود ۱۰۰ میلیون اسپرم وجود دارد که این ۱۰۰ میلیون فقط ۲-۱ درصد حجم مایع منی را تشکیل می دهد. اسپرم ها معمولاً تا 1.5 ساعت بعد از انزال به لوله های رحمی می رسند. (سرعت حرکت آن ۴ تا ۶ میلیمتر در دقیقه) و در این مکان تا ۷۲ ساعت قابلیت باروری تخمک را دارند که در صورت حضور همزمان تخمک لقاح صورت گرفته و جنین تشکیل می گردد. با وجود اینکه فقط یک اسپرم برای بارور کردن تخمک کافی است ولی کسانی که تعداد اسپرمهایشان در هر میلی لیتر کمتر از ۴۰ میلیون باشد ۵۰٪ احتمال عقیمی وجود دارد و اگر این مقدار کمتر از ۲۰ میلیون باشد معمولاً فرد عقیم می شود.

توضیحات بیشتر در مورد تستوسترون: بطور عموم تستوسترون مسئول صفات مردانه می باشد. مقدار متوسطی تستوسترون در زندگی جنینی و تا ۱۰ هفته یا بیشتر بعد از تولد توسط بیضه ها تولید می شود اما بعد از آن تا ۱۰ تا ۱۳ سالگی ترشح آن کاملاً متوقف می شود. بعد از آن در زمان بلوغ مقدار ترشح آن به شدت افزایش و مجدداً بعد از ۵۰ سالگی کاهش می یابد.

۱- اثر به رشد اندامهای جنسی و پیدایش صفات اولیه و ثانویه جنسی

۲- اثر بر رویش مو در نقاط مختلف بدن

۳- اثر بر طاسی مردانه

۴- اثر بر صدا

۵- اثر بر پوست و پیدایش آکنه در دوران بلوغ

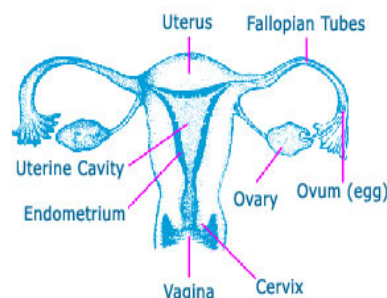
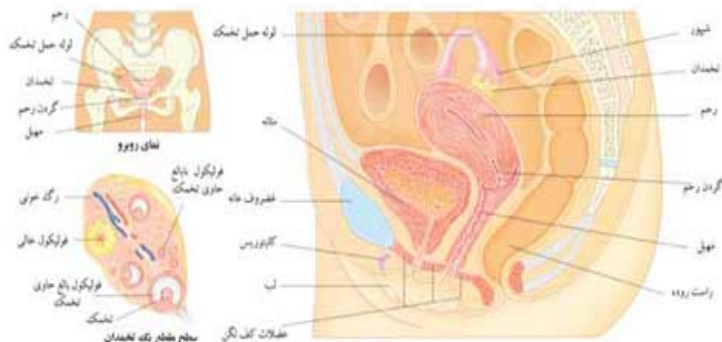
۶- اثر بر تشکیل پروتئینها و رشد عضلانی در مردان

توجه: این اثر تستوسترون (اثر بر عضله) باعث شده که از آن به عنوان یک عامل کمکی در ورزش استفاده گردد ولی باید توجه کرد که متاسفانه استفاده از این ماده بدون تجویز پزشک و بررسیهای کلینیکی همزمان، می تواند موجب آسیب کبد و حتی ایجاد سرطانهای کبد گردد. همچنین استفاده از هر نوع هورمون جنسی در مردان ممکن است باعث ایجاد عقیمی و در زنان سبب رویش مو در صورت، صدای مردانه، پوست خشن و قطع قاعدگی و ... شود.

The Female Reproductive System دستگاه تولید مثل زن

شامل دو قسمت خارجی و داخلی است:

دستگاه تناسلی خارجی شامل: لبهای بزرگ و کوچک، کلیتوریس، پویس، غدد، واژن و پرده بکارت می باشد.
اندام تناسلی داخلی شامل: دهانه رحم، لوله های رحمی (Fallopian tube)، تخمدانها (Ovary)، عروق، اعصاب می باشد.

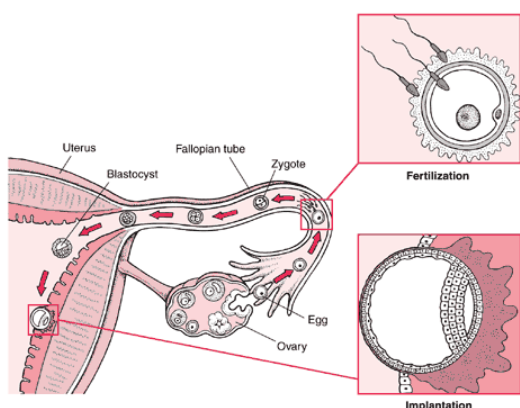


رحم عضوی عضلانی و توخالی به ابعاد $7 \times 5 \times 3$ سانت می باشد و وزن آن ۳۰ تا ۴۰ گرم است. که دو لوله رحمی به نام لوله های فالوپ از زوایای طرفی قسمت فوقانی تنه رحم خارج می شوند به طول ۱۰ سانتی متر و در انتها به شکل شیپوری (انفاندیبولوم) در آمده و بر روی تخمدانها قرار می گیرند و وظیفه گرفتن تخمک و انقال آن به داخل لوله رحم را دارند.

تخمدان ها همتای بیضه ها در مرد می باشند، تولید مثل با تکامل تخمدانها شروع می شود. در زمان تولد یک نوزاد دختر در دو تخمدان حدود یک میلیون و در هنگام بلوغ حدود ۳۰۰ تا ۴۰۰ هزار تخمک وجود دارد. در سراسر سالهای تولید مثل یک زن فقط حدود ۴۰۰ عدد از این تخمکها تکامل پیدا کرده و باقیمانده آنها از بین می روند(بعد از یائسگی)

یک تخمک در وسط هر دوره جنسی ماهانه از یک فولیکول تخمدانی بداخل حفره شکمی دفع می شود و توسط یکی از لوله های رحمی وارد رحم شده و در صورتی که بوسیله اسپرم بارور شود تخم تشکیل و در رحم لانه گزینی می کند. **دوره جنسی در زنان:** این دوره با عادت ماهانه شروع می شود و به طور متوسط ۲۸ روز می باشد ولی حتی در افراد سالم این دوره از ۲۰ تا ۴۵ روز می تواند متغیر باشد.

این دوره معمولاً در ابتدا نامنظم است ولی کم کم منظم می شود و در زنهای سالم بین ۴۵ تا ۵۰ سال متوقف و دوره



یائسگی شروع می شود. پس دوره باروری زن حدود ۳۰ تا ۳۵ سال می باشد. تغذیه بد، کار زیاد و پر مشقت، فشار زندگی و رنج روحی به طور چشمگیری از طول این مدت می کاهد.

مرحله باروری در هر دوره جنسی ماهانه: تخمک بعد از خروج از تخمدان معمولاً تا ۲۴ ساعت قابلیت باروری دارد تخمک با سرعت یک میلیمتر در ساعت در لوله رحم حرکت و به طرف رحم می رود. در چند ساعتی که تخمک در ابتدای لوله

رحمی است بهترین شرایط برای لقاح را دارد و هر چه به رحم نزدیکتر شود قدرت باروری خود را از دست می دهد. بعد از عمل انزال که معمولاً شامل حدود ۵۰۰ میلیون اسپرم است تعدادی از اسپرم ها (حدود ۱۰۰۰ تا ۳۰۰۰) در ظرف ۵ تا ۱۰ دقیقه به محل لقاح(انتهای لوله) منتقل می شوند. اسپرم هم حداکثر تا ۷۲ ساعت زنده می ماند(البته بیشتر آن در ۲۴ ساعت اول از بین می رود) بنابراین برای ایجاد لقاح زمان محدودی وجود دارد.

فصل سوم: برنامه کشوری برای تنظیم خانواده:

برنامه تنظیم خانواده بر مبنای پنج محور به شرح زیر، جمعیتهای مرتبط با برنامه را در سه مرحله قبل، حین و بعد از ازدواج پوشش می دهد:

۱. آموزش
۲. مشاوره
۳. تامین، توزیع و ارائه روشهای متنوع پیشگیری از بارداری
۴. تحقیقات و مطالعات
۵. نظارت، پایش و ارزشیابی

۱- آموزش:

- آموزش قبل از ازدواج: تدریس در مقاطع مختلف تحصیلی
- آموزشهای حین ازدواج
- آموزشهای بعد از ازدواج: آموزش کلیه واجدین شرایط از طریق حضوری، شماره تلفن گویای ۱۴۹، محیطهای کاری، صدا و سیما و مطبوعات و ...

۲- مشاوره:

مشاوره و راهنمایی در مورد تنظیم خانواده در تمامی مراکز بهداشتی و درمانی سراسر کشور انجام می گیرد. که شامل ۶ مرحله **بهداشت** می باشد: (در زبان انگلیسی این ۶ مرحله حروف اول کلمه **GATHER** می باشند).



- (a) ب/ برخورد مناسب یا **Greet / G** سلام کردن و خوش آمد گویی
- (b) ه/ هدف مراجعه کننده؟ یا **Ask / A** پرسیدن هدف مراجعه کننده
- (c) د/ دادن اطلاعات کافی در مورد همه روشها یا **Tell / T** گفتگو و دادن اطلاعات
- (d) ا/ انتخاب یک روش مناسب توسط داوطلب یا **Help / H** کمک کردن به انتخاب
- (e) ش/ شرح کامل در مورد روش انتخابی یا **Explain / E** شرح کامل روش انتخابی
- (f) ت/ تماس بعدی برنامه ریزی می شود یا **Return / R** برنامه ریزی برای مراجعه

۲- تأمین، توزیع و ارائه روشهای متنوع پیشگیری از بارداری: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی روشهای پیشگیری از بارداری را از طریق کلیه مراکز بهداشتی در سراسر کشور به صورت رایگان و مستمر در اختیار مردان و زنان متقاضی قرار می دهد.

پیشگیری از بارداری**تاریخچه پیشگیری از بارداری:**

۱. بشر اولیه: نقشی برای مرد قائل نبودند و حاملگی را در اثر ← نفوذ اشعه خورشید، خواب دیدن زنان، غذای خاص و ... می دانستند
 ۲. مصری ها: ۴ هزار سال پیش ← گذاشتن خزه در دهانه رحم
 ۳. هندی ها: برگ، موم، پوست لیمو ترش، اسفنج و ...
 ۴. حبس تنفس و سرفه و عطسه برای خارج کردن اسپرم
 ۵. مالیدن فلفل به دهانه رحم و امروزه ژله و پماد
 ۶. ساخت کاندوم از روده حیوانات و ماهی
 ۷. مالیدن روغن مانده و تند شده به دهانه رحم
- قابل ذکر است که نقش اسپرم در حاملگی به شکل امروزی حدود ۳۰۰ سال است شناخته شده است.
- آمریکا ← ۱۹۱۶ ← اولین کلینیک تنظیم خانواده ← مارگرت سنجر ← که منجر به دستگیری و حبس وی شد.

روشهای تنظیم خانواده

روشهای بسیار متنوعی در ایران و جهان برای پیشگیری از بارداری وجود دارد که زوجین باید حداقل در حد آشنایی همه روشها را بشناسند تا بتوانند روش مناسبی را برای خود انتخاب کنند.

انواع روش های پیشگیری از بارداری:

روشهای پیشگیری به دو دسته کلی موقت و دائم تقسیم می گردد:

A - روش های موقت:

۱- روشهای هورمونی خوراکی

الف) قرص های خوراکی

- قرص LD (دوز پایین)
- قرص HD (دوز بالا)
- قرص های تری فازیک یا سه فازی
- قرص های لاینسترونول یا شیردهی

ب) روشهای تزریقی یا آمپول DMPA (دیومدروکسی پروژسترون استات)

پ) روشهای کاشتنی (نورپلنت)

۲- روشهای سد کننده: فیزیکی - شیمیایی - فیزیکی شیمیایی (مثل دیافراگم - کاندوم - اسفنج و اسپرموساید)

۳- روشهای مکانیکی: IUD ها

۴- روشهای طبیعی (البته روش حساب نمی شوند)

B - روشهای دائم:

الف) بستن لوله در زنان

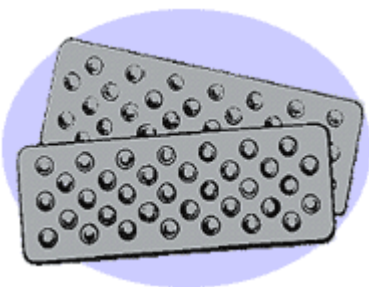
ب) بستن لوله در مردان

اثر بخشی روشهای پیشگیری از بارداری:

روشهای پیشگیری از بارداری از اثر بخشی متفاوتی برخوردارند، منظور از اثر بخشی این است که یک روش معین تا چه اندازه از بارداری پیشگیری می کند.

جدول طبقه بندی اثر بخشی روشهای پیشگیری از بارداری

در شرایط متداول مؤثر است (اگر به طور صحیح و مستمر استفاده شود مؤثر است)	در شرایط متداول مؤثر است (اگر به طور صحیح و مستمر استفاده شود بسیار مؤثر است)	همیشه بسیار مؤثر است
کاندوم ها (زنان و مردانه)	قرص های ترکیبی	نورپلنت کاشتنی
دیافراگم با اسپرم کش	قطع قاعدگی در شیردهی فقط برای ۶ ماه	واژکتومی
اسپرم کش ها		روشهای تزریقی
روشهای طبیعی و سنتی		بستن لوله در زنان
		آی یودی
		قرص های شیردهی



یک پیام: مناسب ترین روش پیشگیری از بارداری در ابتدای ازدواج قرص های ترکیبی و سپس کاندوم می باشد. (شروع قرص یک ماه قبل از ازدواج).

قرص های خوراکی پیشگیری از بارداری:

یکی از مناسب ترین روشها در ابتدای ازدواج، استفاده از قرص های ترکیبی خوراکی با دوز پایین یا LD می باشد.

قرصهای ترکیبی (LD-HD):

✓ این قرص ها مانع تخمک گذاری در هر قاعدگی می شوند ولی بعد از قطع قرص مجدداً تخمک گذاری

شروع می شود.

✓ قرص LD به عنوان یک روش سالم و ایمن برای بیشتر زنان قابل استفاده می باشد.

✓ این قرص ها نمی توانند باعث سقط در حاملگی شوند.

✓ در تمام دوره های سنی قابل استفاده می باشد (از نوجوانی تا یائسگی).

طرز مصرف:

- اولین قرص روز پنجم قاعدگی چه خونریزی تمام شده باشد یا نه شروع می شود.
- بعد از ۲۱ قرص ۷ روز خورده نشود و بعد از ۷ روز بدون توجه به روز قاعدگی بسته بعدی شروع شود.
- یعنی روز هشتم بسته بعدی شروع شود.

توصیه ها:

- سعی شود قرص ها هر شب در ساعت معین خورده شود.
- بهتر است بعد از شام و قبل از خواب خورده شود تا هم تهوع و استفراغ کم شده و هم یادآوری روزانه آن آسانتر شود.
- اگر در فاصله بین دو بسته (۷روز) قاعدگی ایجاد نشد برای رد حاملگی به پزشک مراجعه شود.

موارد منع مصرف قطعی:

افرادی که مبتلا به مشکلات زیر هستند نباید از قرص های ترکیبی برای پیشگیری استفاده کنند:

- بیماریهای قلبی و عروقی و سابقه سکته های مغزی.
- بیماری دریچه ای قلب.
- بیماری کبدی، هپاتیت عفونی و اختلال واضح تستهای کبدی.
- سابقه زردی ، همزمان با مصرف قرص های ترکیبی.
- سرطانهای وابسته به هورمون مثل: سرطانهای پستان، رحم و..
- خونریزیهای غیر طبیعی واژینال.
- احتمال حاملگی.
- سیگارهای بالای ۳۵ سال با مصرف بیش از ۱۵ نخ سیگار در روز.
- افزایش چربیهای خون از نوع LDL.

موارد منع مصرف نسبی: افرادی که مشکلات زیر را دارند تحت نظر پزشک و با احتیاط می توانند از قرص

های ترکیبی برای پیشگیری استفاده کنند:

- سردردهای میگرنی و یا عروقی.
- صرع.
- فشار خون بالا و کنترل نشده.
- دیابت.
- سابقه دیابت حاملگی.
- بیماری کیسه صفرا.
- قبل از اعمال جراحی بزرگ.
- بیماری های مزمن کلیوی.
- وریدهای واریسی.

توجه: شرایط زیر منعی برای استفاده از قرص ها نیست:

۱. داشتن و یا نداشتن فرزند

۲. لاغری و چاقی

۳. سابقه سقط و یا حاملگی ناموفق

۴. سیگاری بودن در سنین زیر ۳۵ سال

نکات مهم در مصرف قرص های ترکیبی:

- در هفته اول از اولین دوره مصرف قرص باید از روش دیگری مثل کاندوم استفاده کرد.
- در صورت فراموشی قرص به مدت یک شب، تا نوبت بعدی هر وقت یادش آمد می خورد و اگر یادش نیامد در نوبت بعدی ۲ قرص باهم خورده می شود.
- در صورت فراموشی دو شب، در دو شب بعد از آن هر بار دو قرص و تا آخر بسته از روش دیگری مثل کاندوم استفاده کند.
- در صورت فراموشی سه شب یا بیشتر، مصرف قرص را متوقف و از روش دیگری استفاده کند تا شروع قاعدگی و بعد از آن از روز پنجم مثل قبل مجدداً بسته بعدی را شروع می کند.
- لکه بینی همزمان با مصرف قرص در یکی دو ماه اول طبیعی است.
- تهوع و استفراغ و سردرد در یکی دو ماه اول طبیعی است در صورت ادامه تهوع و استفراغ از قرص ویتامین B6 استفاده شود.
- مصرف قرص محدودیت سنی ندارد مگر موارد منع مصرف موجود باشد.
- باروری مجدد: تخمک گذاری معمولاً ۳ ماه بعد از قطع قرص بوجود می آید.
- پیگیری: ۶ ماه بعد از مصرف قرص جهت کنترل وزن، فشار خون، قند، کلسترول و تری گلیسیرید به مرکز بهداشتی مراجعه شود.
- مصرف قرص سرطان زا نیست.
- استفاده از قرص تأثیری در ناهنجاریهای جنینی ندارد.
- مصرف سهوی در موقع حاملگی زبانی برای جنین ایجاد نمی کند.
- میزان اثر: اگر درست استفاده شود تنها ۱ در هزار شکست دارد.

قرص های شیردهی (پروژسترونی) - لاینسترونول یا مینی پیل:

- این قرص برای پیشگیری از بارداری در مادران شیرده کاربرد دارد و هیچ تأثیری روی میزان شیر ندارد. در افراد مبتلا به فشار خون و دیابت نیز می توان از این قرص استفاده کرد.
- بسته های قرص ۲۸ عدد است و بدون قطع کردن خورده می شود
- در ۴ تا ۶ ماه بعد از زایمان اگر شیردهی کامل باشد مصرف می شود در کسانی که شیردهی کامل ندارند موثر نمی باشد.
- حتماً در ساعات معین خورده شود مثلاً ساعت ۸ شب
- شروع مصرف در شیردهی ۶ هفته پس از زایمان است به شرط اینکه قاعدگی اتفاق نیفتاده باشد و تغذیه فقط با شیر مادر باشد
- اگر قاعدگی اتفاق افتاد از روز اول قاعدگی شروع شود
- در صورت فراموشی اگر مصرف قرص کمتر از ۳ ساعت فراموش شد قرص را خورده و قرص بعدی را در زمان خودش بخورد.
- اگر مصرف قرص بیش از سه ساعت فراموش شد قرص را خورده و قرص بعدی در زمان خودش و تا دو روز از روش کمکی دیگر مثل کاندوم استفاده کند.

قرص های تری فازیک:

- ۲۱ عددی است اولین قرص از روز اول قاعدگی شروع می شود. توجه شود قرص ها رنگهای مختلف هستند و هر کدام فقط در تاریخ خودش باید خورده شود.
- بعد از مصرف قرص بیست و یکم به مدت یک هفته مصرف قرص قطع شده و بعد از آن بسته بعدی دوباره شروع می شود.
- در صورت فراموشی یک قرص، به مدت کمتر از ۱۲ ساعت، آن قرص را خورده و بقیه را ادامه دهد.
- فراموشی بیش از ۱۲ ساعت، قرص فراموش شده را نخورد و بقیه را ادامه دهد و از روش کمکی استفاده کند.
- بقیه موارد مثل قرصهای ترکیبی است.

فواید قرص ها:

۱. مؤثرترین روش پیشگیری مؤقت می باشد
۲. کاهش کم خونی بخصوص کم خونی فقر آهن
۳. کاهش بارداری نابجا
۴. کاهش دردهای قاعدگی
۵. کاهش کیست های تخمدان
۶. کاهش ناراحتی های قبل از قاعدگی
۷. کاهش سرطانهای رحم و تخمدان
۸. کاهش بیماریهای پستان
۹. منظم شدن قاعدگی
۱۰. کاهش بیماریهای التهابی لگن

معایب قرص ها:

۱. یادآوری روزانه مشکل است بعضی خانمها فراموش می کنند
۲. لکه بینی
۳. تهوع در ماههای اول
۴. سردرد خفیف در ماههای اول
۵. سفتی و دردناکی پستانها در ماههای اول
۶. افزایش اندک وزن
۷. در عده کمی از افراد سبب تغییر خلق می شود
۸. در موارد بسیار نادری می تواند باعث سکته مغزی و لخته خون شود این مسئله بیشتر در زنان سیگاری و سن بالا و دارای فشار خون دیده می شود.

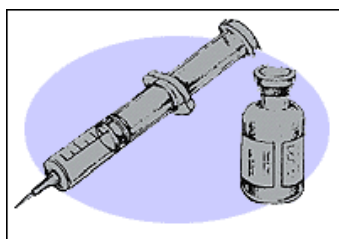
آمپول یا روش تزریقی پیشگیری از بارداری:

آمپول ها از سری وسائل هورمونی پیشگیری می باشند و اگر درست و به موقع مصرف شوند یکی از مؤثرترین روشها می باشند. کاربرد این روش بسیار آسان بوده و هیچگونه محدودیتی در رابطه جنسی ایجاد نمی کند.

- ✓ متداول ترین نوع آمپول تزریقی برای پیشگیری از بارداری DMPA می باشد.
- ✓ این آمپول فقط شامل یک هورمون از نوع پروژسترون می باشد.
- ✓ نقش اصلی آمپول پیشگیری از تخمک گذاری می باشد.

این روش برای افراد زیر مناسبتر می باشد:

۱. افرادی مانند عشایر که در مکان ثابتی زندگی نمی کنند.
۲. کسانی که به هر دلیل امکان استفاده از قرصهای پیشگیری از بارداری را ندارند
۳. برای خانمهایی که همسرشان وازکتومی کرده و سه ماه تا منفی شدن آزمایش باید از روش دیگری استفاده کنند.
۴. خانمهای بالای ۳۵ سال



توجه: این نوع آمپول هر سه ماه یک بار تزریق می شود.

مزایا:

۱. عدم مصرف روزانه
۲. بسیار موثر
۳. پیشگیری از کم خونی
۴. هر سه ماه یک بار تزریق می شود و زمان تزریق را هم می شود دو هفته زودتر یا دیرتر انجام داد (انعطاف پذیری بیشتر)
۵. در کمیت و کیفیت شیر مادر بی تأثیر است و ۶ هفته پس از زایمان قابل استفاده می باشد.
۶. بیشتر مزایای هورمونی قرص ها را دارا می باشد.

معایب:

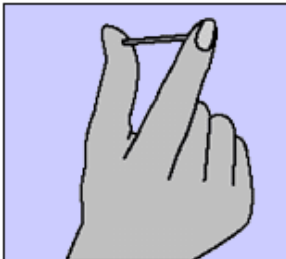
۱. قطع قاعدگی
۲. افزایش وزن و درد پستانها در بعضی خانمها
۳. در تعداد کمی از خانمها سردرد و کاهش میل جنسی
۴. بازگشت باروری با تأخیر

زمان تزریق: در یکی از ۵ روز اول قاعدگی به صورت عضلانی در سرین و یا بازو زده می شود در خانمهایی که قبلاً قرص LD مصرف کرده اند می توان بلافاصله بعد از قطع قرص آمپول را تزریق کرد. و در خانمهایی که قرص شیر دهی استفاده می کنند و می خواهند تبدیل به آمپول کنند. ۱ تا ۵ روز بعد از قطع قرص می توان تزریق را انجام داد. توجه شود که تزریق بعدی باید ۳ ماه بعد باشد.

نورپلانت (کپسولهای کاشتنی) پروژسترون:

یکی از روشهای طولانی اثر پیشگیری از بارداری است که توسط بیحسی موضعی در زیر پوست ناحیه فوقانی بازو کاشته می شود.

- از ۶ کپسول قابل انعطاف به طول ۳ تا ۴ سانت و قطر ۲,۴ میلی متر تشکیل شده
- اثر ضد بارداری ۲۴ ساعت بعد از کاشت شروع و تا ۵ سال ادامه دارد
- زمان کاشت از روز اول تا هفتم قاعدگی می باشد
- بسیار مؤثر است.
- اثر بخشی این روش در زنان بالای ۷۰ کیلوگرم کاهش می یابد.

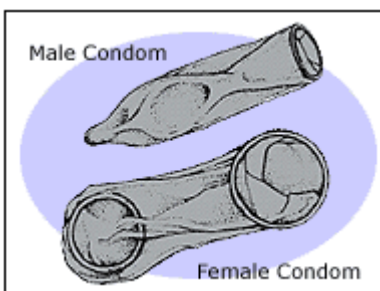


کاندوم:

این وسیله از پلاستیک نازکی (لاتکس) ساخته شده و دارای قابلیت ارتجاعی زیادی می باشد و به عنوان سدی در مقابل عبور مایع منی به داخل واژن عمل می کند. دارای شکل و اندازه، رنگ و انواع گوناگونی می باشد. در ضمن بعضی از انواع دارای خاصیت اسپرم کشی نیز می باشند.

مزایا:

- جلوگیری از انتقال بیماریهای مقاربتی (اگر صحیح استفاده شود).
- با کاستن خطر انتقال بیماریهای مقاربتی استفاده از آن می تواند خطر نازایی و خطر ابتلا به سرطان سرویکس را کاهش دهد
- تنها روش جلوگیری از انتقال ایدز می باشد (اگر صحیح استفاده شود).
- کمک به حفظ نعوظ آلت تناسلی
- نقش درمانی در انزال زودرس
- نقش درمانی در خانمهایی که به اسپرم همسرشان آلرژی دارند



معایب کاندوم:

- حساسیت به لاتکس در بعضی افراد
- مسائل فرهنگی
- احتمال پاره بودن و یا سوراخ شدن در حین استفاده

نکات مهم در استفاده از کاندوم:

- کاندومها به دور از حرارت، نور و رطوبت نگه داری شود.
- تاریخ مصرف حتماً چک شود.
- توجه شود کاندومها یک بار مصرف می باشند.
- غلاف در تماس با اشیاء و انگشت دست و ... ممکن است پاره شود.
- غلاف در حالت نعوظ و قبل از نزدیکی پوشیده شود.
- غلاف نباید تا انتها کشیده شود بلکه باید فضایی برای منی در انتهای آن باشد.
- دقت شود فضای خالی فوق از هوا خالی شود با فشار دادن.
- غلاف تمام طول آلت تا انتها را بپوشاند.
- بلافاصله بعد از انزال اقدام به خروج شود در حالت نعوظ.
- هنگام مقاربت اگر غلاف پاره شد اگر انزال صورت نگرفته باشد باید نزدیکی متوقف و غلاف جدید استفاده شود.
- چنانچه پارگی همراه با انزال باشد فوراً به پزشک جهت جلوگیری از حاملگی مراجعه کرد یا از روش اورژانس پیشگیری از بارداری استفاده کرد.
- روش اورژانس پیشگیری از بارداری را نمی شود دائماً استفاده کرد بلکه فقط در مواقع خاص باید از آن استفاده نمود.

روش اورژانس پیشگیری از بارداری

- این روش حداکثر تا ۷۲ ساعت (سه شبانه روز) بعد از تماس می باشد و هرچه زودتر استفاده شود اثرش بیشتر خواهد بود
- روش اول: ۴ عدد قرص ضد بارداری LD (زرد رنگ) را یکجا خورده و ۱۲ ساعت بعد هم ۴ عدد قرص LD یکجا خورده شود. (جمعاً ۸ قرص)
- روش دوم: ۲ عدد قرص ضد بارداری HD (سفید رنگ) را یکجا خورده و ۱۲ ساعت بعد هم ۲ عدد قرص HD یکجا خورده شود. (جمعاً ۴ قرص)
- روش سوم: ۴ عدد قرص ضد بارداری تری فازیک (سفید رنگ) را یکجا خورده و ۱۲ ساعت بعد هم ۴ عدد قرص تری فازیک (سفید رنگ) یکجا خورده شود. (جمعاً ۸ قرص)
- توجه: هنگام استفاده از روش اورژانس پیشگیری از بارداری، معمولاً تهوع و استفراغ زیاد است پس از داروخانه یک قرص یا شربت ضد تهوع مثل دیمن هیدرینات گرفته و نیم ساعت قبل از خوردن قرصهای پیشگیری و بعد هر ۴ تا ۶ ساعت استفاده شود.

IUD (Intra Uterine Device)

آی یو دی وسیله ای کوچک از جنس فلز و یا پلاستیک بوده که توسط پزشک و یا ماما در داخل رحم گذاشته می شود. زمان گذاشتن آی یو دی هفت روز اول قاعدگی بوده و عمل اصلی آن جلوگیری از رسیدن اسپرم به تخمک می باشد.

مزایا:

- جلوگیری موثر
- مدت اثر طولانی (Tcu 380 A یا کاپرتی که ۱۰-۸ سال موثر می باشد)
- بازگشت سریع قدرت باروری بعد از خروج

مواردی که نباید IUD استفاده شود:

- حاملگی یا شک به حاملگی
- عفونت های حاد و اخیر لگنی
- خونریزی واژینال با علت ناشناخته
- احتمال وجود بدخیمی در دستگاه تناسلی
- آنومالی های رحمی
- سابقه حاملگی های خارج رحمی
- عفونتهای حاد سرویکس

مواردی که باید با احتیاط و زیر نظر پزشک از IUD استفاده کرد:

- بیماری دریچه ای قلب
- اختلالات انعقادی خون
- کسانی که در معرض ابتلا به بیماریهای مقاربتی هستند
- حساسیت به مس
- خونریزی های قاعدگی شدید
- سابقه جراحی روی تخمدان ها و لوله ها
- کسانی که بچه ندارند
- افراد دارای نقص ایمنی ناشی از دارو یا ایدز و ...
- تنگی سرویکس
- قاعدگی های خیلی نامنظم و دردناک

عوارض:

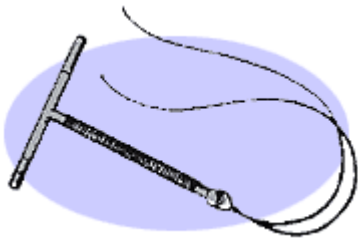
- افزایش خونریزی
- درد زیر دل در ماههای اول

عوارض خیلی نادر:

- حاملگی خارج رحمی
- سوراخ شدن رحم که در حین گذاشتن اتفاق می افتد (خیلی نادر)
- عفونت لگنی
- خروج خود به خودی (اغلب در سه ماهه اول گذاشتن یا بعد از زایمان اتفاق می افتد)
- حاملگی (در صورت حاملگی باید فوراً خارج نمود چون احتمال سقط و زایمان زودرس بیشتر می شود ولی سبب آنومالی و ناهنجاری جنین نمی شود)

روشهای سدی پیشگیری از بارداری: مواد اسپرم کش:

- مثل ژله ها ، کف ها، شیافهای خود حل شونده، قرصها و ... که اسپرم را قبل از رسیدن به بالا غیر فعال می کنند
- ۱۰ تا ۳۰ دقیقه قبل از نزدیکی استفاده شود قرصها و شیافها تا یک ساعت و ژله ها و کرمها تا ۸ ساعت اثر دارند



COPPER T 380A

کلاهیك سرویکس - اسفنج های ضد بارداری (قبلاً در آب خیس می شود) - دیافراگم

توجه: روشهای آخر (مواد اسپرم کش، کلاهیك، اسفنج، دیافراگم) توسط مراکز بهداشتی درمانی ارائه نمی شود فقط جهت آشنایی در اینجا ذکر شده است.

روشهای دائمی پیشگیری از بارداری: شامل بستن لوله در خانمها و بستن لوله در آقایان می باشد.

بستن لوله در خانمها: (Tubal Ligation) یا TL

این روش مخصوص زنانی است که خانواده خود را کامل نموده اند و فرزند بیشتری نمی خواهند با برش کوچکی روی شکم هر دو لوله رحم که مسئول انتقال تخمک از تخمدان به رحم هستند بسته و برش داده می شوند. این عمل با بیحسی موضعی یا بیهوشی و با عمل مینی لاپاراتومی یا لاپاراسکوپی انجام می شود.

میزان اثر: بسته به نوع عمل فرق می کند:

۱. در بستن به طریق لاپاروسکوپ (۱ در ۲۰۰ مورد در سال اول امکان حاملگی)

۲. بستن موقع سزارین: (۱ در ۲۰۰۰ زن در سال اول امکان حاملگی)

مزایا:

- بسیار موثر می باشد.
- دائمی است و زن و مرد به یک روش بی خطر و طولانی دست می یابند.
- بر کیفیت رابطه جنسی اثری نداشته و اثری در قدرت جنسی زن ندارد.
- با از بین بردن ترس حاملگی، لذت جنسی را افزایش میدهد.
- عوارض جانبی حتی در دراز مدت ندارد.
- پیشگیری از ابتلا به سرطان تخمدان.
- عمل ساده و راحت است و ۱۵ تا ۳۰ دقیقه طول می کشد.

عیب ها:

- درد در یکی دو روز بعد از عمل.
 - عوارض ناشی از جراحی (عفونت - خونریزی - خطر بیهوشی).
 - نیاز به اتاق عمل (همه جا نمی شود انجام داد).
 - نیاز به بستری.
 - هزینه گرانتر از وازکتومی است.
- توجه: این عمل مخصوص خانمهایی است که خانواده خود را تکمیل کرده و تمایلی به بارداری ندارند و استفاده از روشهای دیگر هم برایشان سخت می باشد.

بستن لوله در آقایان (وازکتومی یا NSV)

وازکتومی عبارت است از قطع لوله منی بر که توسط عمل جراحی ساده و مطمئن در مدت کوتاهی انجام می شود. وازکتومی آسانترین و موثرترین روش پیشگیری از بارداری می باشد و بدون تیغ جراحی و در مدت زمان کوتاهی انجام می شود.

وازکتومی برای چه افرادی مناسب است: این روش برای افرادی توصیه می شود که :

۱. می خواهند از روشی استفاده کنند که تداخلی با فعالیت جنسی آنها نداشته باشد.
۲. تصمیم به بچه دار شدن مجدد ندارند.
۳. به دلیل پزشکی نمی خواهند بچه دار شوند.
۴. احتمال بروز بیماریهای ژنتیکی در فرزندان آنها وجود دارد.
۵. به علت سهولت و نداشتن عوارض ، وازکتومی را به بستن لوله همسرشان ترجیح می دهند.

همانطور که قبلاً ذکر شد ، بیضه ها دو کار انجام می دهند: ساخت هورمون مردانه و ساخت اسپرم ها

- در اخته شدن بیضه از بین میرود در نتیجه نمی تواند دو کار یاد شده را انجام دهد .
- ولی در **وازکتومی** بیضه سالم است و همیشه دو کار یاد شده را بطور کامل انجام میدهد .
- بعد از وازکتومی در مقدار و مشخصات مایع منی هیچگونه تغییری حاصل نمی شود .
- ترس و نگرانی از حاملگی ناخواسته اثرات منفی بر روی تمایلات مردانه و زنانه دارد. پس از **وازکتومی** ترسها و نگرانیها به صفر می رسد و تمایلات مردانه و زنانه هر روز بیشتر از روز قبل خواهد شد .
- برگشت پذیری** : قابل برگشت می باشد ولی باروری نسبی است (۲۵ تا ۸۰ درصد افراد بعد از عمل قدرت باروری پیدا می کنند).

عوارض:

- عارضه خاصی گزارش نشده است (سازمان بهداشت جهانی وازکتومی را به عنوان راحت ترین و بهترین راه پیشگیری دائم از بارداری معرفی کرده است).
- عوارض عمل جراحی سرپایی : عفونت - خونریزی - که با رعایت دستورات بعد از عمل از این عوارض پیشگیری می شود.
- حساسیت به داروی بی حسی.
- گرانولوما (نادر) که با دستورات پزشکی معمولاً بهبود می یابد.

عمل وازکتومی:

- عمل بدون تیغ جراحی بوده و در مدت زمان کوتاهی انجام می شود.
- عمل با بیحسی موضعی انجام شده و درد و خونریزی ندارد.
- با وسیله مخصوصی سوراخ کوچکی روی پوست ایجاد شده و از همان سوراخ لوله ها بسته می شود.
- بعد از عمل نیازی به بخیه نمی باشد و فقط یک چسب کوچک زده می شود.
- بعد از ۴۸ ساعت سوراخ ایجاد شده کاملاً ترمیم و هیچ اثری نمی ماند.

مدارک لازم جهت عمل وازکتومی

۱. شناسنامه
 ۲. دفترچه بیمه درمانی (در صورت موجود) جهت نوشتن داروهای بعد از عمل
 ۳. کسانی که دو بچه یا کمتر دارند حضور همسر (با شناسنامه) جهت رضایت نامه.
- توجه :** عمل وازکتومی نیازی به ناشتا بودن ندارد . و فقط ناحیه عمل (پوست بیضه قبل از عمل نظافت شود).

توصیه های بعد از عمل برای کسانی که وازکتومی کرده اند :

- ۱) حتی المکان یک روز (۲۴ ساعت) استراحت کنند .
- ۲) فقط در روز اول در یک کیسه فریزر کمی یخ خرد شده ریخته و از روی شورت تنگ روی بیضه ها گذاشته و تا شش ساعت ، هر یک ساعت یک بار اینکار را انجام داده و هر بار به مدت ۵ دقیقه نگه دارند .

- ۳) حتماً تا یک هفته از بیضه بند یا شورت تنگ استفاده کنند .
- ۴) تا یک هفته از انجام کارهای سنگین مثل دوچرخه سواری و راهپیمایی زیاد و بلند کردن اجسام سنگین خودداری کنند .
- ۵) تا دو تا سه روز به محل عمل آب نزنند و بعد از آن میتوانند حمام کنند .
- ۶) درد و کبودی و تورم مختصر طبیعی می باشد مگر اینکه خیلی زیاد باشد.
- ۷) تا ۶ روز نزدیکی نداشته باشند . بعد از ۶ روز مشکلی وجود ندارد اما توجه داشته باشند که بلافاصله بعد از عمل ، قدرت باروری از بین نمی رود و همچنان خطر حاملگی وجود دارد ، بنابراین در عرض سه ماه بعد از عمل و یا ۲۰ بار انزال از یک روش جلوگیری از بارداری مانند کاندوم ، قرص و یا غیره استفاده شود پس از ۲۰ بار انزال یا گذشت ۳ ماه از عمل برای انجام آزمایش منی بایستی به آزمایشگاه مراجعه نمایند .
- در صورت منفی بودن آزمایش اول لازم است جهت اطمینان از موفقیت کامل عمل ۳ ماه بعد نیز یک آزمایش انجام داده و نتیجه به رویت پزشک برسد . در صورت منفی بودن آزمایش در دو مرحله دیگر احتیاج به هیچ وسیله جلوگیری نخواهد بود .
- کسانی که وازکتومی کرده اند در صورت بروز هر یک از علائم زیر به مرکزی که عمل کرده اند مراجعه کنند :
- ۱) خونریزی و چرک در محل عمل (۲) تب در هفته اول بعد از عمل (۳) وجود درد و تورم در محل عمل که مرتباً افزایش یابد.

چگونگی انجام آزمایش :

جهت انجام آزمایش می بایست نمونه ای از ترشحات منی را تهیه نمود . بدین منظور نزدیکی بروش منقطع صورت گرفته و مایع منی را در ظرفی تمیز و خشک مانند لیوان یکبار مصرف جمع آوری کرده . جمع آوری نمونه به این روش از آنجا که خارج از آزمایشگاه و در منزل صورت گرفته ساده تر و راحت تر بوده و با رعایت کامل مسایل شرعی می باشد . پس از آن نمونه تهیه شده را حداکثر تا یک ساعت و نیم به آزمایشگاه تحویل داد در طی مسیر نمونه نباید در معرض حرارت زیاد یا سرمای زیاد قرار گیرد .

جدول مقایسه ای وازکتومی و بستن لوله در خانمها

عنوان	وازکتومی	بستن لوله در خانمها
تأثیر	بسیار موثر ولی سه ماه بعد از عمل	بسیار موثر - بلافاصله
عوارض	عوارض جدی ندارد و خطر عوارض عمل بسیار کم است	عوارض جدی ندارد - عوارض عمل و بیهوشی ممکن است
مقبولیت	جای زخم کوچک و غیر قابل دیدن - رایگان - برگشت پذیری بیشتر	جای زخم کوچک ولی قابل دیدن - برگشت پذیری کمتر از NSV - پرخرج تر
پرسنل	به راحتی توسط یک نفر انجام می شود	نیاز به پرسنل اطاق عمل دارد
زمان	نصف زمان بستن لوله در خانمها (سرپایی)	مدت بیشتری نسبت به NSV
لوازم	لوازم بسیار ساده	لوازم پیچیده لاپاراسکوپ
مراقبت	احتیاج به مراقبت بعد از عمل ندارد	نیاز به مراقبت دارد
عوارض طولانی مدت	هیچ عارضه طولانی مدتی که مورد تایید سازمان بهداشت جهانی باشد گزارش نشده	افزایش مختصری در حاملگی نابجا گزارش شده است
میل جنسی	تأثیری ندارد - بهبود میل جنسی	تأثیری ندارد - بهبود میل جنسی
چاقی و لاغری	تأثیری ندارد	تأثیری ندارد
مشکل شرعی	بر اساس استفتائات مشکلی ندارد	بر اساس استفتائات مشکلی ندارد

زندگی بهتر؛ آسایش بیشتر با خدمات تنظیم خانواده

جدول کلی مشاوره روشهای تنظیم خانواده

روش	مزایا	معایب	معایب	مزایا	روش
فرص	(۱) پیشگیری از کم خونی (۲) پیشگیری از حاملگی خارج رحمی (۳) پیشگیری از سرطانهای رحم و تخمدان (۴) پیشگیری از عفونت های داخل شکمی (۵) تسکین دردهای قاعدگی	(۱) بعضی از خانمها مصرف روزانه را فراموش میکنند. (۲) لکه بینی، چاقی مختصر، سردرد و تهوع (۳) در فشارخونی ها و افراد سن بالا امکان تشکیل لخته های خونی	(۱) طبقه مصرف که احتمال بارگی وجود دارد و نیز باعث کاهش لذت جنسی میشود (۲) حساسیت به کاندوم	(۱) تنها روشی است که از بیماریهای مقاربتی جلوگیری میکند (۲) پیشگیری از انزال زودرس	کاندوم
آپول	(۱) نیاز به یادآوری روزانه ندارد (۲) اثر طولانی مدت (۳) پیشگیری از کم خونی (۴) بسیار موثر	(۱) احتمال افزایش وزن و سردرد و تهوع (۲) احتمال تاخیر در قاعدگی (۳) احتمال لکه بینی	(۱) احتمال بروز درد زیر شکم (۲) احتمال خونریزی و عفونت	(۱) پیشگیری موثر از حاملگی به مدت طولانی حتی تا ۱۰ سال (۲) نیاز به مصرف روزانه ندارد (۳) گذاشتن و خارج کردن آن سریع و آسان می باشد	IUD
NSV	(۱) کم هزینه (رایگان) (۲) ساده و موثر (۳) سریع و مطمئن (۴) بدون تاثیر در روابط جنسی	بلافاصله بعد از عمل مؤثر نمی باشد	(۱) نیاز به بستری در بیمارستان دارد (۲) همراه با درد در چند روز اول بعد عمل (۳) احتمال خونریزی و عفونت در محل عمل	(۱) موثر و دائمی (۲) بدون عارضه جانبی خاص	TL

در جدول فوق مزایا و معایب روشهای رایج تنظیم خانواده ذکر شده است. با استفاده از این جدول و مختصری از طریقه کاربرد روشهای فوق می شود مشاوره تنظیم خانواده را برای کسانی که اطلاعاتی در مورد آن ندارند ارائه کرد.

نمونه سوالات امتحانی درس جمعیت و تنظیم خانواده

سوالات جمعیت شناسی :

- ۱- جمعیت را تعریف کنید؟
- ۲- جمعیت ها بر اساس قلمرو زندگی به چند گروه تقسیم می شوند، نام برده و شرح دهید؟
- ۳- جمعیت ها بر اساس جابجایی های جمعیتی به چند گروه تقسیم می شوند، نام برده و شرح دهید؟
- ۴- جمعیت ها بر اساس حرکات جمعیت به چند گروه تقسیم می شوند، نام برده و شرح دهید؟
- ۵- جمعیت باز و بسته چیست ، شرح دهید؟
- ۶- توضیح دهید به چه جمعیتی ، ثابت گفته می شود؟
- ۷- جمعیت متعادل را توضیح داده و تفاوت آنرا با جمعیت ثابت بنویسید؟
- ۸- جمعیت شناسی یا دموگرافی را تعریف کنید؟
- ۹- در جمعیت شناسی منظور از ترکیب جمعیت چیست شرح دهید؟
- ۱۰- منظور از وقایع حیاتی در علم جمعیت شناسی چیست ، توضیح داده و تأثیر آن بر جمعیت را بررسی کنید؟
- ۱۱- دو منبع عمده تأمین اطلاعات در جمعیت شناسی را توضیح دهید؟
- ۱۲- نسبت جنسی (Sex Ratio) را تعریف کرده و فرمول محاسبه آنرا بنویسید؟
- ۱۳- منظور از سن درست چیست ، توضیح دهید؟

- ۱۴- نسبت وابستگی را تعریف کنید؟
- ۱۵- نسبت وابستگی در کشوری برابر با $0/6$ می باشد، مفهوم آنرا توضیح دهید؟
- ۱۶- هرم سنی را تعریف کرده و بگویید اهمیت آن در جمعیت شناسی چیست؟
- ۱۷- شکل هرم سنی یک کشور به چه عواملی بستگی دارد، آنها را بنویسید؟
- ۱۸- تراکم جمعیت را تعریف کرده و مهمترین نوع محاسبه تراکم جمعیت را بنویسید؟
- ۱۹- تراکم اقتصادی چیست؟
- ۲۰- وقایع دموگرافیک یا حرکات جمعیت را فقط نام ببرید؟
- ۲۱- منظور از میزان مرگ و میر اختصاصی چیست، شرح دهید؟
- ۲۲- چرا محاسبه میزان مرگ و میر خام یا عمومی در یک جامعه نمی تواند به تنهایی سودمند باشد؟
- ۲۳- منظور از بازسازی جمعیت ها چیست؟
- ۲۴- خیلی مختصر در مورد تحولات جمعیتی جهان در گذشته توضیح دهید؟
- ۲۵- مشکلات جمعیتی کشورهای در حال توسعه با کشورهای توسعه یافته را مقایسه کنید؟
- ۲۶- درصد رشد جمعیت در کشور ایران حدود $1/2$ می باشد، زمان دو برابر شدن جمعیت را محاسبه کنید؟
- ۲۷- همانطور که می دانید جمعیت ایران در دهه ۵۸ تا ۶۸ رشد بالایی داشته، مشکلات ناشی از آنرا بنویسید؟
- ۲۸- مشکلات ناشی از رشد بی رویه جمعیت را ذکر کنید؟
- ۲۹- رشد جمعیتی در کشور ایران را به طور مختصر در طول صده گذشته بنویسید؟

سوالات خانواده :

- ۱- خانواده را تعریف کنید؟
- ۲- تعریف خانواده از نظر راجرز (Carl Ragers) چیست؟
- ۳- تعریف خانواده از نظر مُرداک (Murdock) چیست؟
- ۴- خانواده را از حیث کیفیت روابط درونی و میزان استحکام آنها به چهار گروه تقسیم می کنند، نام ببرید؟
- ۵- خانواده متلاشی (Broken Home) را تعریف کنید؟
- ۶- منظور از خانواده درون تهی (Empty Shell Family) چیست و جزو کدام تیپ خانواده ها است؟
- ۷- از ویژگیهای خانواده متزلزل (Unbalanced Family) ۵ مورد را بنویسید؟
- ۸- از ویژگیهای خانواده متعادل (Balanced Family) ۵ مورد را بنویسید؟
- ۹- از ویژگیهای خانواده متعالی (Transcendental Family) ۵ مورد را بنویسید؟
- ۱۰- از اهداف تشکیل خانواده ۵ مورد را نام ببرید؟
- ۱۱- سلسله مراتب نیازهای آدمی را بنویسید؟ (از نظر آبراهام مزلو Abraham Maslow)
- ۱۲- رعایت چه نکاتی می تواند سبب ایجاد تفاهمی عمیق در بین همسران شود؟
- ۱۳- از ملاکها و معیارهای گزینش همسر ۵ مورد را شرح دهید؟
- ۱۴- از اهداف ازدواج دانشجویی ۷ مورد را بنویسید؟
- ۱۵- ازدواج دیر هنگام چه مشکلاتی را ممکن است برای انسان در پی داشته باشد؟

سوالات تنظیم خانواده

- ۱- تنظیم خانواده (Family Planning) را تعریف کنید؟
- ۲- منظور از آگاهانه، مسئولانه و داوطلبانه در تنظیم خانواده چیست، مختصر توضیح دهید؟
- ۳- از مفاهیم تنظیم خانواده (Family Planning) پنج مورد را بنویسید؟
- ۴- از قلمرو خدمات تنظیم خانواده ۶ مورد را بنویسید؟
- ۵- از فواید خدمات تنظیم خانواده ۶ مورد را بنویسید؟

- ۶- اهداف واسطه ای خدمات تنظیم خانواده را توضیح دهید؟
- ۷- اهداف نهایی خدمات تنظیم خانواده را نام ببرید؟
- ۸- در کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه (۱۹۹۴ قاهره) تأکید بر چه چیزی بود و از مصوبات آن مورد را بنویسید؟
- ۹- اثرات هورمون تستوسترون را بنویسید؟
- ۱۰- مراحل مشاوره تنظیم خانواده را به ترتیب نام برده و مختصری توضیح دهید؟
- ۱۱- انواع قرصهای پیشگیری از بارداری را که در ایران رایج است را نام برده و نوع هورمون آنرا بنویسید؟
- ۱۲- پنج مورد از روشهای تنظیم خانواده را که همیشه بسیار مؤثر هستند را نام ببرید؟
- ۱۳- مناسبترین روش پیشگیری از بارداری در ابتدای ازدواج چیست و زمان شروع مصرف آن کی می باشد؟
- ۱۴- طرز مصرف قرص دوز کم یا (LD) را بنویسید؟
- ۱۵- شخصی که می خواهد قرص را به عنوان روش پیشگیری از بارداری انتخاب کند چه توصیه های می شود؟
- ۱۶- اگر شخصی ۱، ۲ یا سه شب مصرف قرص LD را فراموش کند، چکار باید بکند؟
- ۱۷- در صورت ایجاد حاملگی، حتماً باید مصرف قرص قطع شود، اگر شخصی سهواً مصرف قرص را ادامه دهد چه مشکلی برای جنین ایجاد می شود؟ آیا کسی که مدت زیادی قرص مصرف میکند خطر نازایی وجود دارد؟
- ۱۸- قرص شیردهی یا مینی پیل چیست، طرز مصرف و زمان شروع مصرف آن کی و چگونه می باشد؟
- ۱۹- قرص تری فازیک چیست، و طرز مصرف آن چگونه می باشد؟
- ۲۰- از فواید مصرف قرص های پیشگیری از بارداری ۶ مورد را بنویسید؟
- ۲۱- آمپول پیشگیری از بارداری (DMPA) هر چند وقت تزریق می شود و از فواید و مضرات آن ۳ مورد را بنویسید؟
- ۲۲- از مزایای کاندوم ۵ مورد را بنویسید؟
- ۲۳- روش اورژانس پیشگیری از بارداری چیست و نکات مهم در مورد آنرا بنویسید (۲ نکته خیلی مهم)؟
- ۲۴- آی یو دی چیست و مزایای آن چه می باشد؟
- ۲۵- از مزایای بستن لوله در خانم ها ۵ مورد را بنویسید؟
- ۲۶- وازکتومی یا بستن لوله در آقایان برای چه افرادی مناسب می باشد؟
- ۲۷- تفاوت وازکتومی با اخته کردن چیست؟
- ۲۸- به طور مختصر وازکتومی را با توبکتومی (بستن لوله در خانمها) مقایسه کنید؟

منابع:

۱. دانش خانواده انتشارات سمت
۲. جمعیت و تنظیم خانواده تألیف دکتر محمد جهانفر انتشارات دانشگاه تهران
۳. مبانی روشهای پیشگیری از بارداری انتشارات سازمان بهداشت جهانی
۴. درسنامه جامع جمعیت و تنظیم خانواده تألیف دکتر خلیل علی محمد زاده
۵. مبانی جمعیت شناسی - دکتر مهدی امانی
۶. گفتاری در باب جمعیت شناسی کاربردی - دکتر محمد میرزایی
۷. جمعیت شناسی عمومی ایران - دکتر سید مهدی امانی
۸. جمعیت و تنظیم خانواده تألیف: دکتر اکبر بربریان انتشارات نور دانش
۹. جدیدترین مطالب تنظیم خانواده ارائه شده توسط معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۱۰. سایت اینترنتی ازدواج دانشجویی (دفتر نهاد در دانشگاه شهید بهشتی)
۱۱. فصلنامه علمی پژوهشی جمعیت