

## مطالعه اثرات برنامه های تحدید جمعیت در پیشبرد اهداف توسعه بهداشت ملی

نویسندگان: دکتر فاطمه دباغی<sup>۱</sup>، دکتر محمود محمودی<sup>۲</sup>،  
دکتر سید مهدی الوانی<sup>۳</sup>، دکتر کامل شادپور<sup>۴</sup>

### خلاصه

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که به منظور بررسی اثرات برنامه های تحدید جمعیت در پیشبرد اهداف توسعه بهداشت ملی انجام شده است. این پژوهش در دو بخش انجام شده است. بخش اول ارائه مدل شبیه سازی به منظور تعیین اثرات تنظیم خانواده روی باروری و نهایتاً بر بهداشت ملی بخش دوم با استفاده از روش کار آزمائی بالینی در مقیاس وسیع بر اساس روند واقعی تغییرات جمعیت در دهسال گذشته (۱۳۶۵-۱۳۷۵) پیش بینی جمعیت انجام شده است. در این روش اختلاف بین جمعیت ناشی از ثابت بودن شرایط جامعه با وضعیت موجود جامعه مقایسه شده است.

همچنین به منظور بررسی ارتباط بین اثرات تنظیم خانواده یا برخی از شاخص های بهداشتی با توجه به اطلاعات حاصل از برنامه شبیه سازی و در نظر گرفتن حداکثر دو فرزند برای هر خانواده و استفاده ۷۵ تا ۸۰ درصد از وسائل پیشگیری در جوامعی که شیردهی نسبتاً طولانی رایج بوده است درصد زنان ۱۵ تا ۴۵ ساله که از روشهای پیشگیری استفاده می کنند محاسبه گردیده و نهایتاً ارتباط اثرات میزان مصرف کنتراستیتیوها را با متغیرهای تولد خام مرگ و میر، مرگ و میر زیر یکسال، زیر پنجسال، سواد زنان، شاغلین زن، و اکسیناسیون به تفکیک و اکسن ها، نیروی انسانی (پزشک، پرستار، ماما، بهورز) سنجیده شد.

**کلید واژه: برنامه های تحدید جمعیت، توسعه بهداشت ملی**

### مقدمه:

استعماری و نظایر آن ناشی می شود. اگر چه این جوامع اکثر ملل جهان را شامل می شوند اغلب محققین جهان از سیاست های اجتماعی و برنامه های رفاه درون کشورها غافل اند. دولتهای جهان سوم به این نتیجه رسیده اند که می بایست سیاست جمعیتی را بعنوان بخش مهمی از سیاست اجتماعی خود پذیرفته و در چارچوب آن استراتژی توسعه مورد نظر را اتخاذ نمایند. جهان سوم دریافته است که تغییرات جمعیتی بر تحولات در سایر زمینه ها نظیر سطوح درآمد،

شکاف نسبی موجود که موجب جدائی بخشی از جهان سوم شده است به تعبیر علمای اجتماعی غرب به لحاظ سیاست های اجتماعی در این گروه کشورهاست. این کشورها با ویژگی های فرهنگی، سیاسی، اجتماعی خود از جهان صنعتی متمایز میگردند خصوصیات قابل ذکر جهان سوم از نوع اقتصادی جمعیتی و اجتماعی است که از وابستگی آنها به تولیدات اولیه میراث های

۱- استادیار دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی ایران

۲- دانشیار گروه آمار و خدمات بهداشتی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۳- دانشگاه علامه طباطبائی دانشکده مدیریت

۴- وزرات بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

رشد اقتصادی، تعلیم و تربیت، اشتغال و بهداشت و موقعیت زنان تاثیر داشته و پاسخگوی آنهاست (۳). کارشناسان بانک جهانی معتقدند که بدون پیاده شدن برنامه های کارآمد تنظیم خانواده در کشورهای روبه رشد نمی توان انتظار داشت که این کشورها بسوی پیشرفت اقتصادی و اجتماعی گام بردارند. با این حال اقتصاددانان توسعه معتقدند که تنها پس از مرحله توسعه واقعی است که برنامه های تنظیم خانواده سایر سیاست های جمعیتی در صورتی که به خوبی طرح و اجرا شوند می توانند نقش مهم و مفیدی بازی کنند (۲). کنترل جمعیت یک عنصر کلیدی در توانائی کشورها برای تامین و توسعه اقتصادی اجتماعی است به همین جهت اغلب کشورها سیاست هایی را در جهت کاهش رشد جمعیت طراحی می کنند. این سیاستها شامل تشدید برنامه های تنظیم خانواده، افزایش سطح سواد زنان و موقعیت اقتصادی آنان است (۹).

در بین برنامه های بهداشتی توجه به بهداشت مادر و کودک و بویژه برنامه های تنظیم خانواده در راس برنامه های توسعه قرار گرفته اند و از آنجائی که موضوع جمعیت بر تمام بخش های اقتصادی اجتماعی و فرهنگی جامعه تاثیر می گذارد لذا انطباق فعالیت های جمعیتی با ویژگیهای خاص هر ملت امری خاص و امکان پذیر است بر همین اساس مطالعات جمعیتی و برنامه ریزیهادر کشورهای اسلامی بر مبنای رهنمود های آئین مقدس اسلام قرار دارد. بطوری که شرط داشتن فرزند سلامت مادر، توانائی حاملگی و زایمان ذکر گردیده و در آیه ۲۳۳ سوره بقره صراحتاً فاصله بین دوزایمان حداقل ۳۳ ماه (با توجه به دوره کامل شیردهی یعنی دو سال تمام و ۹ ماه برای حاملگی بعدی) تعیین شده است. نگاهی به گزارش آماری جمعیت جهان مربوط به سالهای ۱۹۸۵ تا ۲۰۲۵ میلادی نشان می دهد که تا پایان قرن بیست و یکم زمانی که جمعیت جهان به ثبات خواهد رسید جمعیتی معادل ۱۰/۵ بلیون نفر خواهد داشت. از نظر مایکل شولنبرگ هماهنگ کننده صندوق جمعیت ملل متحد در هر ثانیه سه نفر به جمعیت جهان اضافه می شود که تقریباً ۹۳ در صد آنان در کشورهای در حال توسعه بدنیا آمده اند (۱۰).

شولنبرگ معتقد است که آنچه که ایران و دیگر کشورهای جهان در سال های آینده این دهه برای ایجاد توازن بین جمعیت و منابع انجام خواهند داد مسیر حرکت را در صد سال آینده مشخص خواهد کرد (۷). نگاهی اجمالی به جمعیت کشور نشان می دهد که تداوم نرخ رشد بالای جمعیت در سه دهه اخیر برای کشور مسائل و مشکلات فراوانی آفریده است و بر اثر آن بسیاری از متغیر های جمعیتی از حالت تعادل و سازگاری با سایر امور کشور خارج گردیده و به عمده ترین مانع و عامل بازدارنده رشد و تحرک اقتصادی جامعه مبدل شده است (۴).

نتایج سرشماری ۱۳۶۵ کشور نشان می دهد که از ۴۹/۵ میلیون نفر جمعیت کشور ۱۲/۸ میلیون نفر فعال و از این میان تنها ۱۱ میلیون نفر یعنی ۲۲/۲ در صد کل جمعیت شاغل اند. گزارش توسعه انسانی ملل متحد مربوط به سالهای ۱۹۹۲ تا ۹۳ نشان می دهد که ۲۷/۱ در صد کل جمعیت کشور شاغل اند و ۱۷/۵ در صد جمعیت زنان کشور نیز در بخشهای مختلف کشاورزی، صنعتی، خدماتی، بکار اشتغال دارند. نگاهی به خدمات بهداشت و درمان، آموزش و مسکن نمایانگر بحران عظیمی در کشور است. شمار کودکان لازم التعلیم ۶ تا ۱۰ ساله کشور در سال ۱۳۹۰ به ۱۲/۸ میلیون نفر و در مقاطع راهنمایی و در دبیرستان به ۷/۲ و ۹ میلیون نفر خواهد رسید. در زمینه بهداشت و درمان سوای ضرورت ایجاد تاسیسات و تسهیلات اولیه به منظور رفع محرومیت های کنونی بخشهای وسیعی از جمعیت کشور از قبیل آب آشامیدنی، درمانگاهها، بیمارستانها، تعداد پزشکان مورد نیاز کشور و کنترل بیماریهای واگیر در سال ۱۳۹۰ با شاخصی در حد ۵۰ درصد پائین تر از شاخص های فعلی کشورهای پیشرفته حدود ۱۰۰۰۰۰ نفر خواهد بود یعنی ۸۳۰۰۰ نفر بیش از وضع موجود. حال با توجه به عظمت این ارقام و این همه کاستیها و نارسائی های عمیق در زمینه اشتغال، مسائل زیستی، خوراک، پوشاک، مسکن، آموزش و پرورش و بهداشت و درمان آیاراه دیگری به جز برخورد مسئولانه و آگاهانه و قاطع با پدیده رشد شتابان جمعیت و سرعت بخشیدن به آهنگ رشد و توسعه اقتصادی وجود دارد؟ تجربیات پژوهشگر در

این بررسی سایر عوامل مثل نازائی اولیه و نازائی ثانویه مورد توجه بوده که طبق مطالعات ۴/۸ درصد زنان قبل از ۲۵ سالگی دچار نازائی می باشند. سن یائسگی نیز در این برنامه نیز در نظر گرفته شده است. سپس در صد زنان ۱۵ تا ۴۵ ساله ای که از روشهای پیشگیری استفاده می نموده اند با استفاده از اطلاعات حاصل از برنامه شبیه سازی و فرمول بدست آمده زیر  $P=0.425-C.B.R$  محاسبه گردید که این فرمول  $0.425$

در جوامعی که شیردهی طولانی و رایج باشد و ۷۵ تا ۸۰ درصد زنان دارای دو فرزند می باشند و از وسایل پیشگیری استفاده می کنند در صد استفاده از وسایل پیشگیری را نشان می دهد.

در بخش دیگر این پژوهش با استفاده از روش ترکیبی پیش بینی جمعیت، روند واقعی تغییرات جمعیت در دهسال گذشته مورد مطالعه قرار گرفت و اختلاف بین جمعیت ناشی از ثابت بودن شرایط جامعه با وضعیت موجود مقایسه شد. در شرایط ثابت باروری میزان ۵/۶ تولد در نظر گرفته شد و تغییر متغیرهایی مثل میزان شهر نشینی، اشتغال زنان، سواد و پذیرش عامه از برنامه های تنظیم خانواده به

طی سالهای خدمت در مراکز بهداشتی، درمانی و دانشگاهی نشان می دهد که شروع و استمرار سیاست کنترل موالید به امکانات زیادتری نیازمند است. اجرای سیاست تنظیم خانواده یکبار از سال ۱۳۴۶ تا ۱۳۵۷ توانست میزان رشد جمعیت را از ۳۸ درصد به ۲۷ درصد برساند بنابراین برنامه های تنظیم خانواده نیازمند تجدیدنظر جدی است و علاوه بر آن ارتقاء سطح سواد و آگاهی و تامین اشتغال و تجدید نظر در سیاست های اشتغال زنان می تواند عامل مؤثر در کنترل موالید باشد. افزایش نزدیک به بیست میلیون نفر بر جمعیت کشور در طی سالهای ۱۳۵۵ تا ۱۳۶۷ پرسنل و امکاناتی به مراتب بیش از سالهای قبل می طلبد و تغییر در روشهای کنترل موالید تاثیرات جدی بر حدود کار آئی و موفقیت برنامه های تنظیم خانواده می گذارد که باید مورد بررسی قرار گیرد. (۵)

### روش کار

پژوهش حاضر در دو بخش مختلف انجام گرفته بخش اول: شامل ارائه مدل شبیه سازی به منظور تعیین اثرات تنظیم خانواده روی باروری و بخش دوم: با استفاده از روش کار آزمائی بالینی در مقیاس وسیع (Large Scale Clinical Trail) روش ترکیبی (Component Method) اثرات کنترل جمعیت روی بهداشت ملی مورد مطالعه قرار گرفت و ارتباط بین متغیرهای (سواد زنان، تعداد شاغلین زن، مرگ و میر خام، مرگ و میر اطفال زیر یکسال، مرگ و میر زیر پنجسال و سایر متغیرها...) با اثرات تنظیم خانواده که از مدل شبیه سازی بدست آمده بود سنجیده شد.

در برنامه شبیه سازی ابتدا تاریخچه باروری ۱۰۰۰ زن مورد مطالعه قرار گرفته و حالات مختلفی که ممکن است در طول زمان مستعد برای باروری واقع گردد بررسی شده است برای نتیجه حاملگی سه حالت مرگ جنینی، مرده زائی و تولد زنده در نظر گرفته شده است. عامل دیگری که مورد توجه بوده تعداد فرزندان می باشد که مشخص گردید که پس از هر تولد آیا زن مجدداً بارور گردیده یا خیر؟ تعداد باروری های ناخواسته نیز مورد توجه قرار گرفت. در

جدول ۱: توزیع فراوانی اندازه خانواده بر اساس روش آمنوره شیردهی در روستاهای مادران با شیردهی، طولان، مدت و شیردهی، کوتاه مدت

طول مدت شیردهی	شیردهی طولانی مدت	شیردهی کوتاه مدت
۰	۶۷	۵۰
۱	۹	۳
۲	۲۳	۹
۳	۴۲	۱۷
۴	۷۵	۳۵
۵	۹۳	۴۱
۶	۱۳۰	۶۰
۷	۱۶۳	۶۵
۸	۱۷۰	۶۶
۹	۲۱۵	۶۷
۱۰	۲۵۱	۷۴
۱۱	۲۷۲	۱۱۰
۱۲	۲۸	۸۴
۱۳	۳۶	۸۸
۱۴	۱۶	۵۹
۱۵	۴	۵۶
۱۶	۲	۸۶
جمع	۱۳۹۶	۱۰۰۰
میانگین	۷/۶۹	۹/۹۰

به تعداد دلخواه فرزندان دست یافتند و میانگین تعداد فرزندان ۴/۷۴ بیچه بوده است نتایج بیانگر آن است که در اثر بخشی پائین روشهای تنظیم خانواده میانگین تعداد فرزندان ۵/۶۹ فرزند بوده و بالاترین درصد مربوط به زنانی است که ۵ فرزند می خواستند و به تعداد دلخواه خود رسیدند (جداول او ۲ و ۳).

در بخش دوم بررسی روند شاخص های بهداشتی از سال ۱۳۶۶ تا ۱۳۷۵ نشان می دهد که شرایط کاهش تدریجی باروری شاخص امید به زندگی از سال ۱۳۶۶ تا ۱۳۷۵ به تدریج در زنان و مردان افزایش یافته است در همین زمان میزان کل باروری از ۵/۲۷ فرزند به ۲/۲۷ فرزند در سال ۱۳۷۵ رسیده است. میزان تولد خام از ۳۷/۸ درصد به ۱۹ درصد کاهش یافته و میزان مرگ و میر خام در طی ده سال گذشته از ۹/۵ درصد به ۵/۷ درصد تقلیل یافته است (جدول ۴).

روند شاخص ها در شرایط ثابت ماندن باروری نیز بررسی گردید، نتایج مؤید آن است که میزان تولد خام از ۳۷/۹ به ۴۰ درصد رسیده

جدول ۲: توزیع فراوانی نسبی اندازه خانواده با میزان اثربخشی بالای روشهای تنظیم خانواده بر حسب تعداد فرزندان خواسته شده و فرزندان متولد شده

۰	۷۵۳	۵۲	۴۸	۴۸	۵۰	۵۰
۱	۲۰۷	۷۵۳	۱۵	۴	۲	۰
۲	۳۷	۱۶۲	۷۶۹	۲۵	۹	۲
۳	۳	۳۱	۱۵۰	۷۷۶	۴۱	۲۴
۴	۰	۲	۱۵	۲۶۷	۷۱	۲۴
۵	۰	۰	۳	۱۱۹	۷۳۱	۲۴
۶	۰	۰	۰	۱۱	۱۰۴	۲۴
۷	۰	۰	۰	۱	۱۲	۲۴
۸	۰	۰	۰	۰	۱	۲۴
جمع	۱۰۰۰	۱۰۰۰	۱۰۰۰	۱۰۰۰	۱۰۰۰	۱۰۰۰
میانگین	۰/۲۹	۱/۱۸	۲/۰۸	۳	۲/۸۸	۴/۷۴

اندازه ای بوده که مجموعاً میزان کل باروری در سال ۱۳۷۵ نیز ۵/۶ تولد باقی مانده است.

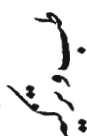
در شرایط کاهش میزان کل باروری یا وضعیت موجود میزان کل باروری از سال ۱۳۶۵ با تاثیر برنامه های بهداشت و تنظیم خانواده از یک سو و پیشرفتهای اقتصادی، اجتماعی همراه با توسعه شهرنشینی از سوی دیگر میزان کل باروری در سال ۱۳۷۵ به ۲/۲۷ تقلیل یافته است.

جدول ۳: توزیع فراوانی نسبی اندازه خانواده با میزان اثربخشی پایین روشهای تنظیم خانواده بر حسب تعداد فرزندان خواسته شده و فرزندان متولد شده

۰	۱۶۵	۵۰	۵۰	۴۹	۴۹	۴۸
۱	۲۲	۱۷۹	۷	۴	۵	۳
۲	۲۰۷	۲۶۸	۲۳۰	۲۱	۹	۱۲
۳	۱۷۷	۲۰۰	۲۶۶	۲۴۵	۲۸	۱۲
۴	۱۲۲۰	۱۳۴	۱۷۷	۲۵۳	۳۱۴	۴۱
۵	۶۷	۹۸	۱۴۳	۲۰۰	۲۳۷	۳۴۱
۶	۳۲	۴۳	۸۴	۱۲۹	۱۸۳	۲۵۵
۷	۶	۱۵	۲۹	۶۷	۹۴	۱۶۰
۸	۱	۷	۱۱	۲۰	۵۳	۷۴
۹	۱	۶	۱	۹	۲۰	۳۶
۱۰	۰	۰	۱	۱	۸	۱۱
۱۱	۰	۰	۱	۲	۰	۵
۱۲	۰	۰	۰	۰	۰	۲
جمع	۱۰۰۰	۱۰۰۰	۱۰۰۰	۱۰۰۰	۱۰۰۰	۱۰۰۰
میانگین فرزندان	۲/۲۴	۲/۸۱	۳/۵۱	۴/۳۱	۴/۹۹	۵/۶۹

نتایج:

یافته های حاصل از این پژوهش که به منظور دستیابی به هدف کلی یعنی تعیین اثرات برنامه های تحدید جمعیت در پیشبرد اهداف توسعه بهداشت ملی تدوین یافته در دو بخش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است در بخش اول با استفاده از برنامه شبیه سازی تعداد فرزندان متولد شده، فرزندان خواسته، میانگین فرزندان متولد شده، درصد زنان با حاملگی ناخواسته و حاملگی تحقق نیافته، درصد فرزندان ناخواسته و درصد حاملگی های تحقق نیافته و فواصل تولد ها در اثر بخشی بالا و پائین روشهای تنظیم خانواده و طول مدت شیردهی تعیین گردید نتایج بیانگر آن است که با طولانی شدن طول مدت شیردهی اندازه خانواده کمتر می شود و در اثر بخشی بالای روشهای تنظیم خانواده ۷/۶ درصد زنان که سه فرزند می خواستند



یافته ها نشان می دهد که بین پوشش تنظیم خانواده با نیروی انسانی مورد نیاز از جمله پزشک، پرستار، ماما، بهورز و تعداد خانه های بهداشت ارتباط مستقیم و معنی دار وجود دارد. مطالعه ارتباط بین وضعیت واکسیناسیون و پوشش تنظیم خانواده بیانگر ارتباط

است و میزان کل جمعیت از ۵۰۹۰۸۴۶۲ میلیون نفر در سال ۱۳۶۶ به رقمی برابر ۶۶۹۰۹۴۰۲ میلیون نفر افزایش یافته است (جدول ۵). به منظور تعیین اثرات جمعیت بر شاخص های بهداشتی با استفاده از اطلاعات حاصل از برنامه شبیه سازی و در نظر گرفتن دو

فرزند برای هر خانم و با فرض استفاده ۷۵ تا

۸۰ درصد از وسایل پیشگیری و در نظر گرفتن طول مدت شیردهی فرمول زیر تدوین گردید.

جدول ۴: پیش بینی جمعیت در وضعیت کاهش میزان کل باروری (وضعیت موجود)

شاخص ها	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴	۱۳۷۵
امید به زندگی مردان	۶۱/۶۵	۶۲/۶۰	۶۳/۵۵	۶۴/۵۰	۶۵/۴۵	۶۶/۴۰	۶۶/۴۰	۶۶/۴۰	۶۶/۴۰	۶۶/۴۰
امید به زندگی زنان	۶۲/۶۷	۶۳/۶۳	۶۴/۶۰	۶۵/۵۷	۶۶/۵۳	۶۶/۵۰	۶۶/۵۰	۶۶/۵۰	۶۶/۵۰	۶۶/۵۰
میزان کل باروری	۵/۲۷	۴/۹۳	۴/۶۰	۴/۲۷	۳/۹۳	۳/۶۰	۳/۲۷	۳/۲۷	۲/۹۳	۲/۶۰
نسبت جنسی	۱۰۰/۴۶	۱۰۰/۴۶	۱۰۰/۴۶	۱۰۰/۴۶	۱۰۰/۴۵	۱۰۰/۴۵	۱۰۰/۴۵	۱۰۰/۴۵	۱۰۰/۴۴	۱۰۰/۴۳
میزان تولد خام	۳۷/۸	۳۷/۸	۳۳/۷	۳۱/۶	۲۹/۵	۲۷/۴	۲۵/۳	۲۳/۲	۲۱/۱	۱۹
میزان مرگ خام	۹/۵	۸/۷	۸	۷/۳	۶/۸	۶/۲	۶	۵/۹	۵/۸	۵/۷
میزان رشد طبیعی	۲/۸	۲/۷	۲/۶	۲/۴	۲/۳	۲/۱	۱/۹	۱/۷	۱/۵	۱/۳
جمعیت	۵۰۸۶۵۰۸۷	۵۲۲۶۱۵۷۱	۵۳۶۲۳۸۲۴	۵۴۹۴۱۶۸۰	۵۶۲۰۷۰۷۲	۵۷۴۰۷۲۳۳	۵۸۵۴۸۱۸۹	۵۹۵۵۰۴۶۱	۶۰۴۶۷۵۹۴	۶۱۲۷۷۱۱۷

۰/۴۹-C.B.R

۰/۰۴۲۵

مستقیم و معنی دار می باشد بطوری که با کلیه واکسن های سه گانه سرخک، فلج اطفال و ب ت ژ قابل مشاهده است.

سپس با استفاده از فرمول فوق در صد پوشش تنظیم خانواده محاسبه و ارتباط آن با شاخص های مذکور با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون

مورد مطالعه

قرار گرفت، نتایج

نشان داد که

پوشش تنظیم

خانواده با

شاخص مرگ

و میر خام، مرگ

و میر زیر یکسال،

مرگ و میر زیر پنج سال ارتباط معنی دار و معکوس دارد و با بالا رفتن پوشش تنظیم خانواده از میزان مرگ و میر کاسته شده است همچنین بستگی صفاتی چون اشتغال زنان، ازدواج، سواد زنان نیز مورد مطالعه قرار گرفت نتایج بیانگر ارتباط معنی دار و مستقیم می باشد بدین معنا که با بالا رفتن پوشش تنظیم خانواده، سواد زنان و تعداد شاغلین زن افزایش یافته است (جدول ۶)

جدول ۵: پیش بینی جمعیت در وضعیت ثابت ماندن میزان کل باروری (وضعیت موجود)

شاخص ها	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴	۱۳۷۵
امید به زندگی مردان	۶۰/۷	۶۰/۷	۶۰/۷	۶۰/۷	۶۰/۷	۶۰/۷	۶۰/۷	۶۰/۷	۶۰/۷	۶۰/۷
امید به زندگی زنان	۶۱/۷	۶۱/۷	۶۱/۷	۶۱/۷	۶۱/۷	۶۱/۷	۶۱/۷	۶۱/۷	۶۱/۷	۶۱/۷
میزان کل باروری	۵/۶	۵/۶	۵/۶	۵/۶	۵/۶	۵/۶	۵/۶	۵/۶	۵/۶	۵/۶
نسبت جنسی	۱۰۰/۴۶	۱۰۰/۴۵	۱۰۰/۴۵	۱۰۰/۴۵	۱۰۰/۴۵	۱۰۰/۴۴	۱۰۰/۴۴	۱۰۰/۴۴	۱۰۰/۴۳	۱۰۰/۴۳
میزان تولد خام	۳۸/۹	۳۹/۳	۳۹/۳	۳۹/۵	۳۹/۵	۳۹/۶	۳۹/۶	۳۹/۷	۳۹/۸	۴۰
میزان مرگ خام	۹/۸	۹/۴	۹/۴	۹/۳	۹/۲	۹/۱	۹/۱	۹/۱	۹/۱	۹/۱
میزان رشد طبیعی	۲/۹	۳	۳	۳	۳	۳/۱	۳/۱	۳/۱	۳/۱	۳/۱
جمعیت	۵۰۹۰۸۴۶۲	۵۲۴۴۰۰۰۰	۵۴۰۳۵۲۲۹	۵۵۶۹۱۰۸۵	۵۷۴۰۵۸۹۴	۵۹۱۷۹۵۲۳	۶۱۰۱۳۴۶۵	۶۲۹۱۰۵۴۷	۶۴۸۷۴۴۵۹	۶۶۹۰۹۴۰۲

### بحث و نتیجه گیری:

در این پژوهش تلاش بر آن بوده که رابطه ای منطقی بین تنظیم خانواده و توسعه بهداشت ملی بدست آید بدین منظور با استفاده از مطالعه به روش کار آزمائی بالینی در مقیاس وسیع ترکیبی در دو حالت کاهش تدریجی باروری و ثابت ماندن آن مطالعه صورت گرفت نتایج مطالعه نشان داد که شاخص امید به زندگی از سال ۱۳۶۶ تا ۱۳۷۵ در

زنان و مردان به تدریج افزایش یافته و میزان کل باروری از ۵/۲۷ فرزند به ۲/۲۷ فرزند در همین زمان رسیده است. در برنامه پنجساله اول توسعه اقتصادی اجتماعی کشور آهنگ رشد جمعیت برای سالهای آتی با توجه به روند رشد فعلی بعنوان یک معضل عمده مطرح گردیده است. پیش بینی جمعیت ایران که بر اساس سه فرض و الگوی وست و ساوت West and South تا ۱۳۹۰ انجام شده است نشان داده است که در صورت اجرای

جدول ۶: توزیع وضعیت پوشش تنظیم خانوانه در کل کشور از سال ۱۳۶۵ تا ۱۳۷۳

۱۳۶۵	-۰/۲۲
۱۳۶۶	-۰/۲۶
۱۳۶۷	-۰/۳۱
۱۳۶۸	-۰/۳۶
۱۳۶۹	-۰/۴۱
۱۳۷۰	-۰/۴۶
۱۳۷۱	-۰/۵۱
۱۳۷۲	-۰/۵۶
۱۳۷۳	-۰/۶۱

سیاست تعدیل میزان رشد جمعیت از طریق تقلیل سطح زاد و ولد و باروری جایگاه ویژه در بطن برنامه پنجساله اول داشته است با این حال علیرغم این توفیق نسبی برنامه های جمعیت و تنظیم خانوانه در خلال برنامه اول توسعه باید اذعان داشت که هنوز آهنگ رشد جمعیت کشور بالاست (۷).

بر مبنای اهداف مندرج در برنامه پنجساله اول توسعه اعمال سیاست تعدیل مولید و در نتیجه کاهش نرخ رشد طبیعی جمعیت از ۳/۲ درصد در سال ۱۳۶۸ به ۲/۹ درصد در انتهای این برنامه و ابتدای برنامه توسعه دوم از طریق اثرگذاری آگاهانه و برنامه ریزی شده بر متغیر باروری به عنوان عمده ترین هدف جمعیتی این برنامه در نظر گرفته شده بطوری که نتایج آمارگیری جمعیت در سال ۱۳۷۰ نشان می دهد که رشد متوسط جمعیت بین سالهای ۱۳۶۵ تا ۷۰ رقمی معادل ۲/۴۶ درصد می باشد. به منظور نیل به این هدف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به

سیاست تحدید مولید جمعیت ایران با فرض کاهش تدریجی باروری و مرگ و فرض باروری ثابت و کاهش تدریجی مرگ و میر و بالاخره با فرض افزایش تدریجی باروری و مرگ و میر ثابت به حداقل ۹۸ میلیون و در صورت عدم اجرای سیاست های تنظیم خانوانه به ۱۲۱ میلیون نفر در سال ۱۳۹۰ بالغ خواهد شد به عبارت دیگر در صورت اجرای سیاستهای تنظیم خانوانه از افزایش ۲۳ میلیون نفر در عرض ۲۲ سال جلوگیری به عمل خواهد آمد که در این صورت رشد جمعیت

جدول ۷: توزیع تفاضل جمعیت در شرایط ثابت ماندن باروری و شرایط موجود بر حسب سن

گروه سنی سال	۱۳۶۶	۱۳۶۷	۱۳۶۸	۱۳۶۹	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴	۱۳۷۵
۰-۴	۴۹۱۸۵	۲۰۲۲۹۲	۴۶۶۷۵۹	۸۵۱۴۱۰	۱۳۶۶۹۴۰	۱۹۲۲۵۴۱	۲۶۲۵۸۹۲	۲۶۲۵۸۹۲	۴۱۰۱۰۰۲	۴۹۲۴۶۳۰
۵-۹	۸۲۳	۳۶۸۴	۹۳۷۵	۱۹۱۱۳	۳۵۲۴۹	۷۲۰۱	۱۲۱۵۴۴	۱۲۱۵۴۴	۷۲۴۷۷۱	۱۲۲۰۰۹۴
تفاضل کل جمعیت	۴۳۳۷۵	۱۷۸۴۳۰	۴۱۱۴۰۵	۷۴۹۴۰۶	۱۲۰۰۱۸۶	۱۷۲۲۲۴۹	۲۴۸۵۲۷۷	۲۴۸۵۲۷۷	۴۴۰۶۸۶۵	۵۶۳۲۲۸۵

عنوان مجری سیاست تنظیم خانوانه ۲۴ درصد از زنان و مادران در مقاطع سنی باروری را طی سالهای ۱۳۶۸ تا ۱۳۷۲ تحت پوشش تنظیم خانوانه قرار داده است بدین ترتیب در طی این سالها توانسته از تولید یک میلیون کودک ناخواسته جلوگیری کند. گزارش های وزارت بهداشت، درمان در نتایج بررسیهای نمونه ای در خرداد ۱۳۷۳ حاکی از آن است که با اجرای سیاست تنظیم خانوانه رشد طبیعی جمعیت به ۷/۸ درصد در سال ۱۳۷۲ رسیده است آنچه که مسلم است

در پایان سال ۱۳۹۰ به ۲/۲ درصد خواهد رسید (۶).

تفاضل جمعیت در گروه سنی ۰ تا ۴ سال از سال ۱۳۶۶ تا ۱۳۷۵ با توجه به ثابت ماندن باروری کل و کاهش تدریجی آن نشان می دهد که تا سال ۱۳۷۵ با اجرای برنامه های تنظیم خانوانه از تولد ۴۹۲۴۶۳۰ نفر کودک پیشگیری شده است (جدول ۷) که این امر به دلیل توجه دولت و دستگاههای اجرایی برنامه ریز به مسئله جمعیت در چارچوب استراتژی های توسعه اقتصادی و اجتماعی کشور بطور جدی بوده است بطوری که سیاست های مرتبط با جمعیت بویژه

وجود دارد که برای از بین بردن آن تلاش زیادی باید انجام شود زیرا میزان سواد در نزد زنان تاثیر فاطمی بر موفقیت‌های برنامه‌های تنظیم خانواده داشته و بعنوان یکی از ابزارهای تحقق سیاست تعدیل رشدی رویه جمعیت محسوب میشود.

نتایج تحقیق نشان داد با اجرای برنامه‌های وسیع تنظیم خانواده با آهنگ فعلی تا سال ۱۳۷۵ از تولد حدود ۵ میلیون کودک جلوگیری شده است که با توجه به چنین شرایطی رشد طبیعی جمعیت در سال ۱۳۷۵ به ۷۳ می‌رسد و میزان کل باروری که در سال شروع سیاست‌های تعدیل جمعیت (برنامه اول توسعه ۱۳۶۸) برابر ۴/۶ فرزند بوده به رقمی برابر ۲/۲۷ فرزند در سال ۱۳۷۵ رسیده است.

خرداد ۱۳۷۳ حاکی از آن است که با اجرای سیاست تنظیم خانواده رشد طبیعی جمعیت به ۷۸ درصد در سال ۱۳۷۲ رسیده است آنچه که مسلم است این است که موفقیت‌های کشور در اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده مرهون همکاری‌های ذیقیمت سازمان‌های اجرایی کشور می‌باشد و مواردی چون افزایش سطح سواد و دانش عمومی افراد جامعه در استقبال از برنامه‌های تنظیم خانواده موثر بوده است. فعالیت‌های گسترده‌ای که در برنامه اول توسعه اقتصادی اجتماعی کشور به منظور ریشه کنی بیسوادی و ترمیم بنیان‌های اقتصادی آغاز شد میزان بیسوادی از حدود ۵۳ درصد در سال ۱۳۵۵ به ۲۵/۷ درصد در سال ۱۳۷۰ تنزل داد. با این وجود هنوز در جامعه روستائی ایران بخصوص زنان میزان بیسوادی نسبتاً بالائی

#### منابع:

- ۱- برانت ویلی. جهان مسلح، جهان گرسنه ترجمه هرمز همایون پور، تهران، شرکت سهامی انتشار و آموزش انقلاب اسلامی ۱۳۷۰ ص (۱۰۳)
  - ۲- تودارو، مایکل، توسعه اقتصادی در جهان سوم، جلد اول، ترجمه فرجادی، غ، ع، ۱۳۷۰ ص (۳۳۱)
  - ۳- شیخی، م، ت، جامعه شناسی جهان سوم تهران: نشر اشراقی ۱۳۶۹، ص مقدمه
  - ۴- علیزاده م. جمعیت و توسعه، تازه‌های اقتصاد، اردیبهشت ماه ۱۳۷۰ (ص ۱۵، ۱۶، ۲۲)
  - ۵- علیزاده م، رشد جمعیت توسعه و اشتغال، آدینه، اردیبهشت ماه ۱۳۶۸، ص (۱۴ و ۱۶)
  - ۶- کمیته برنامه‌ریزی جمعیت و تنظیم خانواده، طرح مقدماتی جمعیت و برنامه کنترل موالید برنامه پنجساله اول ۷۲-۶۸، تهران، خرداد ماه ۱۳۶۸ ص ۸-۶
  - ۷- گزارش کنفرانس بین المللی جمعیت، وزارت بهداشت و درمان،
- گزارش ملی جمعیت جمهوری اسلامی ایران، قاهره، ۱۹۹۴، ص ۵ و ۳
- 8- Cohen B. House William J. "Demographic Behaviour and poverty; micro level evidence from southern Sudan" Would Developmetn, Vol 22, no 7, 1994, pp 1031.
- 9- Gertler paul John W. molyneau X. "How economic Development and family planning programs combined to reduce Fertility" Demography, Vol 31. No 1, Feb 1994, pp.33.
- 10- Report of international conference on population and development, Health population and development, Cairo, 1994, pp 5.

11- Report of international conference of population and development national policies and plan of action, cairo, 1994,

pp4-11 .

12- World Health Report "the state of world health," world health forum, Vol, 16, 1994, pp 379 .