

دستاوردهای تنظیم خانواده در ایران

معصومه سیمبر: استادیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
نویسنده رابط: msimbar@sbm.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۸/۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۸/۱۲/۱۸

چکیده

رمینه و هدف: رشد سریع جمعیت پس از سرشماری سال ۱۳۶۸ مورد توجه قرار گرفت و کنترل رشد و جمعیت برنامه تنظیم خانواده به عنوان یک اولویت در نظر گرفته شد. استراتژی‌های این برنامه تنظیم خانواده به کاهش سریع جمعیت و شاخص‌های باروری انجامید و میزان مصرف روش‌های پیشگیری از بارداری از ۴۹ درصد در سال ۱۳۶۷ به ۷۳/۸ درصد در سال ۱۳۸۶ رسید. این مقاله با هدف مرور برنامه تنظیم خانواده در ایران در طول چهار دهه گذشته و بحث در خصوص دلایل این موفقیت می‌پردازد تا الگویی برای ترویج سایر جوانب بهداشت باروری باشد.

روش کار: مرور سیستماتیک از مقالات ایندکس شده در مدلاین و پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، سرشماری دموگرافیک و سلامت و مطالعات آگاهی، نگرش و عملکرد وزارت بهداشت، سرشماری‌های ملی جمعیت سازمان آمار.

نتایج: برنامه تنظیم خانواده در ایران از سال ۱۳۴۵ شروع شد و با موفقیت‌های محدودی روبرو بود. بعد از سرشماری سال ۱۳۶۵ کنترل جمعیت به عنوان سیاست عمومی کشور قرار داده شد و توسط رهبران جامعه مورد حمایت قرار گرفت. محیطی حامی برای برنامه توسط وسایل ارتباط جمعی ایجاد شد و با تشکیل بخش جمعیت و تنظیم خانواده در وزارت بهداشت و افزایش سطح پوشش خدمات بهداشتی اولیه، آموزش کارکنان ماهر و ارائه خدمات مجانی، این خدمات بازسازی شد، برای تقویت فعالیت‌های جامعه از داوطلبان و سازمان‌های غیر دولتی استفاده شد. برای ایجاد مهارت‌های فردی علاوه بر آموزش تنظیم خانواده در مراکز بهداشتی، آموزش در مدارس، دانشگاه‌ها و محل‌های کار، ارتش و کلاس‌های قبل از ازدواج نیز انجام شد و مشارکت مردان با آرایه‌های مردانه مانند واکتومی یا کاندوم ترویج شد.

نتیجه‌گیری: اصول ترویج بهداشت مبین دستاوردهای برنامه تنظیم خانواده در ایران هستند. اصولی که برای موفقیت در ترویج سایر برنامه‌های بهداشت باروری می‌بایست در نظر گرفته شوند.

واژگان کلیدی: تنظیم خانواده، ترویج بهداشت، باروری، جمعیت، ایران

مقدمه

Survey سال ۱۳۷۹، ۷۳/۳ درصد از زنان متأهل در همان زمان با سن بیش از ۱۵ سال در حال استفاده از یک روش پیشگیری از بارداری بودند و میزان شیوع مصرف عوامل ضد بارداری‌ها برای مناطق شهری و روستایی ۷۷/۴ درصد و ۶۷/۲ درصد به ترتیب بود (Deputy of Health 2000) و این در حالی بود که میزان مصرف

موفقیت ایران در تنظیم خانواده که به کاهش سریعی در میزان باروری انجامید، یعنی از ۶ تولد در اوایل دهه ۶۰ به حدود ۲ تولد به ازای هر زن رسید، که به عنوان انقلابی دیگر در کشور شناخته شد (UNFPA 2006). بر طبق نتایج سرشماری جمعیت شناسی و سلام (DHS) Demographic and Health

۳- سر شماری های جمعیتی باروری ایران که توسط سازمان آمار ایران انجام شده است.

۴- مقالات نمایه شده در مدلاین و پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی Scientific Information Database (SID)

۵- مقالات دانشمندان شناخته شده ایرانی که متخصص تغییرات جمعیتی و تنظیم خانواده بودند.

تاریخچه تنظیم خانواده در ایران

برنامه تنظیم خانواده ایران قبل از انقلاب (۱۳۴۵ تا ۱۳۵۵): اولین سرشماری نوین در ایران در سال ۱۳۳۵ نشان داد که جمعیت ایران ۱۸/۹ میلیون نفر بود. اگرچه این آمار نشان دهنده افزایش ناگهانی در میزان رشد جمعیت در ایران بود، اما ایران از کشورهایی بود که مخالف مداخله دولت در امور باروری در گردهمایی عمومی سازمان ملل در سال ۱۳۴۱ بود. اما، بعد از سرشماری سال ۱۳۴۵ و رسیدن جمعیت به میزان ۲۶ میلیون، حکومت سلطنتی ایران سیاست کنترل جمعیت را پذیرفت و برنامه تنظیم خانواده ی ملی را در سال ۱۳۴۶ بنیان گذاشت (Rudi 1999; Mehryar et al. 2001a). شورای تنظیم خانواده در وزارت بهداشت در سال ۱۳۴۶ تاسیس شد و برنامه ملی تنظیم خانواده زیر نظر یکی از معاونت های وزارت بهداشت شروع به کار کرد (Deputy of Health 2009). برنامه تنظیم خانواده در سه مرحله توصیف شده است. در اوایل دهه ۱۳۴۰ که اولین مرحله بود و اصولاً بر توانمند سازی زوج در انتخاب تنظیم خانواده و تصمیم گیری و در دسترس قرار دادن روش های پیشگیری از بخش تجاری متمرکز بود. با وجود این در مرحله دوم و در سال های بعد از دهه ۱۳۴۰ دغدغه اصلی، یک برنامه فعال تنظیم خانواده و توزیع روش های پیشگیری از طریق کلینیک های عمومی بود. مرحله سوم، یک برنامه تهاجمی بود و مبارزه عظیمی را از طریق وسایل ارتباط جمعی برای ترویج تنظیم خانواده و غلبه بر اثرات سوء رشد جمعیت بر رشد اقتصاد در اواسط دهه ۱۹۷۰ صورت گرفت (Aghajanian 1989). برنامه ی جمعیت و تنظیم خانواده در ترویج قوانین خاصی که موجب ارتقای موقعیت بود نیز در گیر شد (Mehryar

عوامل ضد بارداری برای دنیا و برای کشورهای توسعه یافته و مناطق کمتر توسعه یافته به ترتیب ۶۰/۹، ۶۸/۵ و ۵۹/۴ درصد نشان داده شد (United Nation, population division 2003) رشد جمعیت از ۳/۹ در سال ۱۳۶۵ به ۱/۵ در سال ۱۳۷۵ رسید و سرانجام به ۱/۱ در سال ۱۳۸۶ رسیده است (Statistics Center of Iran 2005). میزان باروری کلی نیز از ۷/۱ در سال ۱۳۶۵ به ۲/۹۶ در سال ۱۳۷۵ (Statistics Center of Iran 1998) و ۲ در سال ۱۳۷۹ (Deputy of Health 2000) و سرانجام به ۱/۹ در سال ۱۳۸۵ (UNFPA 2005) رسید. نشان داده شد که حدود ۸۵ درصد از تغییرات مربوط به بارداری زنان متأهل در قالب ازدواج و حدود ۱۵ درصد از تغییرات قابل انتساب به میزان ازدواج بود (Abbasi Savazi 2000).

موفقیت های برنامه تنظیم خانواده توسط چندین جامعه شناس و مردم شناس مرور شده است، اما هیچگاه توسط متخصصان بهداشت و یا با استفاده از اصول ترویج بهداشت و آموزش بهداشت مورد بررسی قرار نگرفته است. این مقاله با هدف مروری بر تنظیم خانواده در ایران و دستاوردهای آن در ۴ دهه گذشته و بحث در مورد اصول ترویج بهداشت و تئوری های تغییر رفتار می پردازد که می توانند این دستاوردها را توضیح دهد.

منابع اطلاعات

منابع اصلی اطلاعات در این مقاله عبارتند از

- ۱- سر شماری دموگرافیک و سلامت DHS که توسط وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و اداره آمار ایران در سال ۱۳۷۹ انجام شد.
- ۲- سر شماری ملی جمعیت که توسط سازمان آمار ایران در سال های ۱۳۵۵، ۱۳۶۵، ۱۳۷۵ و ۱۳۸۴ انجام شد. سر شماری های حاصل از مطالعات آگاهی، نگرش و عملکرد که توسط وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در فاصله سال های ۱۳۶۸ تا ۱۳۷۶ انجام شد.

یک روش تنظیم استفاده میکنند (Malek-Afzali 1989). احیای برنامه‌ی تنظیم خانواده بر اساس اصول ترویج بهداشت.

اعلام برنامه تنظیم خانواده به عنوان یک سیاست عمومی: بعد از اعلام آتش بس جنگ تحمیلی در سال ۱۳۶۷ و طراحی برنامه ۵ ساله (۱۳۶۸-۱۳۷۳) (Planning and Budget Organization 1989) دولت متوجه شد که با افزایش جمعیت تقاضا برای غذا، مراقبت‌های بهداشتی، آموزش و کار فزونی می‌یابد و بنابراین سیاست کنترل جمعیت را به عنوان یک اولویت کشور اعلام کرد (Aghajanian et al 1999).

ایجاد یک محیط حامی: بعد از جلب حمایت سه قوه و دیگر سیاستمداران سطح بالا، نیاز فوری به یک برنامه کنترل جمعیت در یک سمینار سه روزه "جمعیت و توسعه" در شهریور سال ۱۳۶۷ در مشهد اعلام شد. جمعیت‌شناسان دانشگاهی و متخصصان از وزارتخانه‌هایی مانند کشاورزی، آموزش، اقتصاد و بهداشت از این فرصت برای تأکید بر نیاز به یک برنامه ریزی قوی برای کنترل جمعیت استفاده کردند. در انتهای این سمینار، احیای برنامه تنظیم خانواده در جمهوری اسلامی برای اولین بار اعلام شد (Deputy of Health 2009; Aghajanian 1995). در اسفند ماه سال ۱۳۶۸ سمیناری به نام "دیدگاه‌های اسلامی در پزشکی" نیز در مشهد برگزار شد که توسط سمینار دیگری به نام اسلام و سیاست جمعیتی "در اصفهان و در اسفند سال ۱۳۶۸ دنبال شد تا از حمایت رهبران دینی اطمینان حاصل شود (Mehryar et al. 2001a) و بیش از ۱۰۰ مقاله در روزنامه‌های اصلی تهران در فاصله سال‌های ۱۳۶۷ تا ۱۳۶۹ به این موضوع مهم اختصاص داده شد (Ayazi 1994).

برنامه تنظیم خانواده با سه هدف کلی الف) تشویق به فاصله‌گذاری بین تولدها، ب) برحذر داشتن زنان از بارداری در سنین زیر ۱۸ سال و بیشتر از ۳۵ سال و ج) محدود کردن تعداد زنان به ۲ تا ۳ فرزند دنبال شد (Mehryar et al. 2001b). برای حصول اطمینان از

(et al. 2001b). بر طبق آمار رسمی سال ۱۳۵۹، هزینه‌ی سالیانه‌ی دولت ایران در مورد برنامه‌ی تنظیم خانواده، دومین مقدار اختصاص داده شده در میان ۱۶ کشور بود (Nortman and Hofstatter 1979). به رغم همه‌ی منابعی که به برنامه تنظیم خانواده اختصاص داده شده بود و فعالیت‌های عمومی و اجتماعی که در دهه ۱۳۵۰ انجام شد، سرشماری باروری سال ۱۳۵۶ که آخرین منبع اطلاعاتی در مورد اجرای تنظیم خانواده بود میزان مصرف عوامل ضد بارداری را ۳۷ درصد نشان داد که شامل روش‌های سنتی هم بود و در میان زوج‌های روستایی (۲۰٪) کمتر از زوج‌های شهری (۵۴٪) بود (Family planning Health office 2009;)

(Statistics Center of Iran 1987)

برنامه تنظیم خانواده بعد از انقلاب (۱۳۵۵ تا ۱۳۸۸): در طول دهه ۱۳۵۵ تا ۱۳۶۵ جمعیت ایران از ۳۳/۷ میلیون به ۴۹/۴ میلیون افزایش یافت که نشان دهنده متوسط رشد سالیانه ۳/۹ درصدی در طول این سالیان بود. میزان باروری کلی نیز از ۶/۳ در سال ۱۳۵۵ به ۷/۱ در سال ۱۳۶۵ رسید (Statistics Center of Iran 1998). اگرچه این میزان زیاد رشد جمعیت تا حدودی به علت پناهندگان افغانی و کاهش مرگ نوزادان در دهه ۶۰ بود، اما این واقعیت نیز وجود داشت که به علت تهاجم عراق در شهریور ۱۳۵۹ و شروع جنگ ۸ ساله، تنظیم خانواده اولویت خود را از دست داده بود؛ اما این بدان معنا نبود که خدمات برنامه تنظیم خانواده و تدارکات آن چه در بخش بهداشت عمومی یا خصوصی قطع شده باشد. در حقیقت همه‌ی فعالیت‌های آرایه اطلاعات، آموزش و ارتباط توسط تسهیلات بهداشت مادر و کودک توسط وزارت بهداشت و کلینیک‌های بهداشت خصوصی و پزشکان ادامه یافت (Roudi 1999; Deputy of Health 2009; Aghajanian 1989). به طوری که اولین سرشماری آگاهی، نگرش و عملکرد (۱۳۶۸) که بلافاصله بعد از شروع رسمی برنامه تنظیم خانواده انجام گرفت، نشان داد که ۶۴ درصد از زنان شهری و ۳۱ درصد از زنان روستایی مصاحبه شده، از

مردان در برنامه‌های تنظیم خانواده با استفاده از منابع موجود و بهبود کیفیت خدمات تنظیم خانواده و نظارت و ارزیابی برنامه‌ها بود (Mehryar et al. 2001a; Deputy of health 2009; Aghajanian 1998).

در آذر ماه ۱۳۶۷ شورای عالی قضایی اعلام کرد که تنظیم خانواده هیچگونه منع قانونی ندارد. این اعلام نظر اجازه داد تا معاونت بهداشت خود را برای برنامه تنظیم خانواده و خرید وسایل پیشگیری از بارداری در سال ۱۳۶۸ آماده کند (Mehryar et al. 2001a; Aghajanian 1995).

برای حمایت قانونی و برداشتن تردیدهایی که در مورد مقبولیت عقیم سازی وجود داشت در سال ۱۳۶۹ شورای عالی قضایی اعلام داشت که عقیم سازی مردان و زنان خلاف اصول و قوانین موجود نیست (Aghajanian 1995; Mehryar et al. 2001a). و لایحه تنظیم خانواده در سال ۱۳۶۸ آماده شد و سرانجام در اردیبهشت سال ۱۳۷۱ تصویب شد. تصویب این لایحه نه تنها انگیزه‌های اقتصادی در مورد داشتن خانواده بزرگ را از بین برد بلکه اساس قانونی لازم را برای سیاست کنترل جمعیت و تنظیم خانواده را نیز فراهم کرد (Mehryar et al. 2001a).

باز سازی خدمات تنظیم خانواده: تا سال ۱۳۶۷ خدمات تنظیم خانواده از طریق برنامه خانواده و بهداشت مدارس وزارت بهداشت ارائه می شد و مناطق روستایی تحت پوشش این دفتر نبود. با اصول برنامه تنظیم خانواده دفتر جمعیت و تنظیم خانواده تأسیس شد و از آن زمان به بعد با توسعه شبکه‌های بهداشتی اولیه، ارابه‌ی خدمات تنظیم خانواده تسهیل شد و خدمات برنامه روستایی در روستاهای دور دست رخنه کرد (Mehryar et al. 2001a; Mehryar et al. 2001b; Aghajanian 1998). خدمات برنامه‌ی تنظیم خانواده و عوامل ضد بارداری نوین شامل قرص، وسایل داخل رحمی، نورپلانت، دی مدروکسی پروژسترون تزریقی و کاندوم در خانه‌های بهداشت روستایی به اغلب زوج‌های روستایی ارائه شد. این خانه‌های بهداشتی مبتنی بر جامعه که ستون فقرات سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه ایران هستند، به آسانی

همکاری بین بخشی، شورای تحدید موالید در سال ۱۳۶۹ تشکیل شد. این شورا شامل وزرای بهداشت، آموزش و پرورش، آموزش عالی، کار و امور اجتماعی، کشاورزی، ارشاد اسلامی، طرح و بودجه و همچنین سرپرستان سازمان ثبت شهری بود که توسط وزارت بهداشت سرپرستی می شد. وظایف اصلی این کمیسیون نظارت، سرپرستی، هماهنگی همه سیاست‌ها و فعالیت‌های دولتی برای کنترل رشد جمعیت بود (Aghajanian 1989).

اهداف برنامه طراحی شده توسط شورای تحدید موالید شامل کاهش در میزان تولد، کاهش در میزان رشد جمعیت، افزایش در میزان مصرف عوامل ضد بارداری در میان زنان متأهل و کاهش در میزان باروری عمومی بود. برای رسیدن به این اهداف ۴ فعالیت اصلی در نظر گرفته شد که شامل برنامه آموزشی سازمان دهی شده توسط مدارس دانشگاه‌ها و وسایل ارتباط جمعی در رابطه با مساله جمعیت و تنظیم خانواده، افزایش دسترسی به روش‌های پیشگیری برای زوج‌های ازدواج کرده، ارابه طیف وسیعی از روش‌های تنظیم خانواده با کیفیت مناسب و هدایت تحقیقات بر جوانب مختلف تنظیم خانواده و سیاست‌های جمعیتی بود (Aghajanian 1998).

یک جنبه برجسته از این برنامه توجه به راهبردهای بهبود شاخص‌های توسعه، مانند بهبود در شاخص‌های اجتماعی و اقتصادی مانند افزایش سطح درآمد و استانداردهای زندگی برای اقشار کم درآمد، تقویت مشارکت زنان در امور اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی، تسهیل آموزش و اشتغال زنان، کاهش مرگ و میر کودکان، گسترش خدمات بهداشت عمومی، گسترش امنیت اجتماعی و مزایای بازنشستگی برای سالمندان بود بطوریکه به تعداد زیاد فرزند به عنوان منبعی برای امنیت و حمایت در سنین پیری ننگرند. از راهبردهای دیگر در مورد این برنامه افزایش آگاهی در مورد مسایل جمعیتی از طریق وسایل ارتباط جمعی و ترویج مشارکت

همچنین سربازان در ارتش است. افراد مجرد نیز می‌توانند با مراجعه به سامانه‌های ارائه خدمات، وسایل و مراقبت‌های لازم را دریافت کنند (Khoshbin et al 2002).

جدول ۱ رشد جمعیت و میزان باروری کلی و گرایش به کاهش را از اولین سرشماری در سال ۱۳۳۵ تا سال ۱۳۸۵ نشان می‌دهد. بیشترین دوره کاهش مربوط به سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۷۵ است که برنامه فعال تنظیم خانواده در ایران شروع شد.

آمار سال ۱۳۳۵ مربوط به Bharier می‌باشد (Bharier 1968). آمار مربوط به ۱۳۴۵ تا ۱۳۷۵ از سرشماری سازمان آمار است (Statistics Center of Iran 1998; Statistics Center of Iran 2005) و آمار مربوط به سال ۲۰۰۰ مربوط به سرشماری جمعیت و سلامت وزارت بهداشت است (Deputy of Health 2000) و سال ۲۰۰۷ مربوط به کتاب آمار سلامت جهانی سال ۲۰۰۹ است (World Health Statistics 2009).

نشانگرهای تنظیم خانواده در طول سال‌های بعد از احیای برنامه تنظیم خانواده همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده است بهبود یافت.

اطلاعات سال ۱۳۵۵ در مرکز آمار ایران (Statistics Center of Iran 1987) و وزارت بهداشت (Family Planning Office 2009) است و اطلاعات سال ۱۳۶۸ تا ۱۳۷۶ از مطالعات آگاهی، نگرش و عملکرد وزارت بهداشت (Malek Afzali 1989) و اطلاعات سال ۱۳۷۹ مربوط به سرشماری جمعیت و سلامت است (Deputy of Health 2000). و آمار سال ۱۳۸۵ مربوط به آمار ارائه شده توسط صندوق جمعیت سازمان ملل است (UNFPA 2005).

فعالیت‌ها و راهکارهای اخیر: اکنون دفتر جمعیت و تنظیم خانواده علاوه بر استمرار و تقویت فعالیت‌ها و راهکارهای گذشته به برنامه ریزی‌های مداخلاتی و ارزیابی‌های دقیق‌تری هم پرداخته است که شامل تأسیس مراکز تحقیق تنظیم خانواده در دانشگاه‌های علوم پزشکی

قابل دستیابی و ارزان بوده و نقش مهمی در آرایه‌ی خدمات تنظیم خانواده و سایر خدمات بهداشتی ایفا می‌کند و به سوی نزدیک‌تر کردن چالش‌ها بین شاخص‌های مربوط به مصرف روش‌های پیشگیری و دیگر شاخص‌های بهداشتی در شهر و روستا پیش می‌رود (Abbasi Shavazi 2000).

آموزش استفاده درست از وسایل پیشگیری مانند قرص نیز مؤثر به نظر می‌رسید که به علت نزدیکی و تداوم تماس مداوم کارکنان بهداشت جامعه (بهورزان) با مددجویان بود (Aghajanian 1998; Abbasi Shavazi 2000; Mehryar et al. 2001a).

در مراکز بهداشت شهری، خدمات تنظیم خانواده در مراقبت‌های بهداشتی اولیه ادغام یافت. مددجویان می‌توانستند به برخی از مراکز شهری برای عقیم‌سازی نیز مراجعه کنند. بخش خصوصی نیز بخش مهمی از خدمات تنظیم خانواده در مناطق شهری و روستایی است. وسایل پیشگیری در داروخانه‌ها نیز قابل دسترسی هستند و عقیم‌سازی در بیمارستان‌های خصوصی هم انجام می‌شود (Aghajanian and Mehryar 1999).

تقویت فعالیت‌های جامعه: ساکنین مناطق شهری از اقشار اجتماعی پایین‌تر می‌توانند از خدمات مبتنی بر جامعه مشابهی در مراکز بهداشتی شهری بهره ببرند. در پایگاه‌های بهداشتی زنان داوطلب نیز به ترویج تنظیم خانواده با آموزش رو در رو کمک می‌کنند (Mehryar et al. 2001b) و این داوطلبان به عنوان رابطان بهداشتی بین خانواده و مراکز بهداشتی خدمت می‌کنند. برنامه رابطان بهداشتی در سال ۱۳۷۲ با ۲۰۰ داوطلب شروع شد و اکنون بیش از ۴۳۰۰۰ داوطلب در سراسر کشور با کلینیک‌های نزدیک به محل زندگی خود کار می‌کنند (Roudi 2002).

ایجاد مهارت‌های شخصی: برنامه تنظیم خانواده ایران بر دو فعالیت متمرکز است: آموزش و ارائه فعالیت‌های آموزشی که شامل آموزش قبل از ازدواج و آموزش دانش‌آموزان و دانشجویان در مدارس و دانشگاه‌ها و

نشان داده شده که عوامل مهمی در کاهش میزان باروری و رشد جمعیت هستند (Paydarfar and Moini 1995; Sheikhi 1995).

به علاوه، کاهش در میزان رشد جمعیت با روند توسعه در کشورهای منطقه نیز مستند بود. اما این تغییرات در ایران بسیار سریعتر از سایر کشورها بود. در مقایسه با چهار کشور مسلمان دیگر شامل الجزایر، ترکیه، بنگلادش، اندونزی، رشد جمعیت در ایران بیشتر و سریعتر کاهش یافت (Jones and Westoff 2003). در این کشورها نیز دولت ها برنامه تنظیم خانواده را به عنوان پاسخی به نگرانی در مورد رشد بسیار سریع جمعیت شروع کردند که بخشی از تلاش برای نوین گرایی اجتماعی و اقتصادی بود (Sheikhi 1995). سرعت تغییرات باروری در ایران بعد از احیای سال ۱۳۶۷ برنامه تنظیم خانواده نشان دهنده ی نقش مهم این برنامه در تغییرات بود (Aghajanian and Mehriar 1999; Aghajanian 1998).

به علاوه، اگرچه، افزایش سن ازدواج و کاهش در نسبت زنان ازدواج کرده در فاصله سال های ۱۳۶۵ تا ۱۳۷۵ به عنوان عوامل مشارکت کننده در تغییرات باروری بود (Aghajanian and Mehryar 1999). اما حدود ۸۵ درصد از کاهش باروری مربوط به کاهش در باروری افراد متأهل در طول سال های ۱۳۶۵ تا ۱۳۷۵ بود و میزان ازدواج مسؤول فقط ۱۵ درصد از کاهش بود که نشان میداد زنان ایرانی رفتار باروری خود را در زمان تأهل کنترل می کنند که شامل کنترل در شروع، فاصله گذاری و توقف است (Abbasi Shavazi 2000).

در حقیقت همه عواملی که در بالا ذکر شد و در شروع ترویج برنامه تنظیم خانواده در ایران مشارکت داشت. بر طبق چارتر اتاوا (WHO 2009a)، برای ترویج هر جنبه از بهداشت شامل تنظیم خانواده، اعلام سیاست به همگان، ایجاد محیطی حامی، تقویت فعالیت های اجتماعی، توسعه مهارت های شخصی و باز سازی خدمات لازم بود که در فعالیت های ترویج برنامه احیا شده تنظیم خانواده ایران مشهود بود. به طوری که برای اعلام سیاست لازم بود که

کشور، راه اندازی مراکز آموزش و ارایه خدمات و بازگشت پذیری وازکتومی، تقویت برنامه تنظیم خانواده از طریق رابطان بهداشتی مرد در اداره ها، توسعه برنامه تنظیم خانواده در کلیه تعاونی های روستایی کشور و به خانه های بهداشت کارگری، توسعه برنامه تنظیم خانواده در اردوگاه های افغانه و عراقی، توسعه برنامه تنظیم خانواده در خانوارهای تحت پوشش کمیته امداد، نیروهای انتظامی و زندان ها، آموزش مشکلات ناشی از رشد بی رویه جمعیت و تنظیم خانواده به انجمن اولیاء و مربیان و به فراگیران نهضت سواد آموزی، تأسیس مرکز اطلاعات و آموزش و ارتباطات جمعیت و تنظیم خانواده (IEC) در تهران، سر انجام نظارت و پایش مستمر از فعالیت های برنامه در مراکز ارایه خدمت و در سطح خانوار، اصلاح استانداردها و دستور العمل های فنی و انجام پایش بینی های جمعیتی با استفاده از نرم افزار اسپکتروم (Population and family health office) (2009). اکنون این دفتر راهکار کلیدی برنامه جمعیت و تنظیم خانواده را در رساندن میزان باروری کلی در حد جایگزینی ۱/۲، با پایش بینی های جمعیتی و تعیین میزان حاملگی ناخواسته در هر منطقه قرار داده است و به بررسی عوامل موثر بر حاملگی ناخواسته و طراحی، اجرا، پایش و ارزشیابی برنامه های مداخلاتی می پردازد (Khoshbin et al. 2002).

بحث

چندین مطالعه برای مرور و آنالیز تغییرات جمعیتی و باروری در ایران انجام شده است (Aghajanian 1989; Roudi 1999; Abbasi Shavazi 2000; Mehryar et al. 2001). تعدادی از این مطالعات نشان داده اند که تغییرات در باروری ایران به همراه تغییرات در شرایط اقتصادی و سیاسی رخ داد. به عنوان مثال تقاضا برای تعداد فرزند کمتر به علت کاهش در میزان مرگ و میر نوزادان و یا با بیشتر شدن سواد سطح آموزش به ویژه برای زنان (Mehryar et al. 2001a; Aghajanian 1998) و تجدد گرایی و شهر نشینی

جدید ترویج بهداشت در نظر گرفته شود زیرا زمینه‌ی جهانی برای ترویج بهداشت به طور چشمگیری تغییر کرده است. تداوم یک برنامه اصولی ترویج تنظیم خانواده هنوز امری حیاتی است زیرا با باروری بالای تجربه شده در کشور در اوایل دهه ۱۳۷۰، پیش بینی می شود که در دهه بعدی و با رسیدن زنان به سنین زاد و ولد پدیده پرزایی یا Baby Boom رخ دهد و تکرار شوند (Aghajanian and Mehryar 1999).

ترویج تنظیم خانواده در ایران به تغییر رفتار باروری در زوجهای ایرانی انجامید. این برنامه به مردم کمک کرد تا تهدیدهای ناشی از باروری زیاد و ازدیاد جمعیت را بر سلامت خود و جامعه احساس کنند و فواید اجرای یک برنامه تنظیم خانواده را در خانواده و جامعه بر موانع موجود ترجیح دهند و خود کارآمدی لازم را برای تغییر رفتار باروری خود کسب کنند که بر اساس مدل باورهای بهداشتی درک این موارد برای تغییر رفتار لازم بود (Rosenstock 1990; National Cancer Institute 2005).

برنامه تنظیم خانواده ایران می تواند مدل مناسبی برای دیگر جوانب ترویج بهداشت باروری مانند بهداشت زنان و نوجوانان، ترویج مشارکت مردان در بهداشت باروری، ترویج بهداشت جنسی، ترویج عدالت جنسیتی و پیشگیری از بیماری های مقاربتی و ایدز در ایران و دیگر کشورها، بخصوص کشورهای اسلامی منطقه باشد. توصیه برای مطالعات بعدی: امروز ایران مانند دیگر کشورها کیفیت خدمات بهداشت باروری از جمله تنظیم خانواده را به عنوان یک امر مهم در نظر گرفته است (WHO 2005). ارزیابی کیفیت مراقبت های تنظیم خانواده نشاندهنده تسهیلات و تجهیزات کافی و داشتن پرسنل آموزش دیده و همچنین مددجویانی راضی از سرویس ها است. با وجود این اطلاعات متوسط مددجویان در مورد روش های انتخاب شده را نشان میدهد که برنامه های مداخلاتی برای ارتقای کیفیت مشاوره تنظیم خانواده لازم است (Simbar et al. 2006; Nakhaee & Mirmohamadzadeh 2005). اکنون زمان آن رسیده است که با درگیر کردن

همه سیاست گذاران در همه بخش ها و سطوح از عواقب ناشی از ازدیاد جمعیت آگاه شوند که با اعلام اینکه هیچیک از برنامه های توسعه بدون برنامه تنظیم خانواده و کنترل رشد جمعیت موفق نخواهد شد انجام گردید. بر طبق این بیانیه ایجاد یک محیط حامی نیز لازم بود که با برگزاری چندین سمینار در شروع برنامه برای متقاعد کردن رهبران مذهبی و عقیدتی برای جلب حمایت آنان از برنامه و با برنامه ریزی برای بهبود شاخص های اجتماعی و اقتصادی و قانون گذاری برای رفع موانع اجرای برنامه تنظیم خانواده و سرانجام افزایش آگاهی عمومی از طریق وسایل ارتباط جمعی بخصوص تلویزیون و مقالات حمایت کننده میسر شد. تقویت فعالیت ها در جامعه از طریق جستجوی کمک برای یک آموزش مبتنی بر جامعه و توزیع عوامل ضد بارداری توسط بهورزان و رابطان بهداشتی، در گیر کردن سازمان های غیر دولتی و خصوصی برای ترویج برنامه امکان پذیر گردید. برای توسعه مهارت ها، مشاوره های رو در رو با مددجویان به وسیله ماماها در مراکز بهداشتی شهری یا توسط رابطان بهداشتی در مناطق شهری و بهورزها در مناطق روستایی، آموزش زوج ها در کلاس های قبل و بعد از ازدواج و آموزش در مدارس، دانشگاه ها، ارتش و اغلب محل های کار و از طریق وسایل ارتباط جمعی همگی اجرا شدند. در کنار آنها تأسیس یک دپارتمان مجزا از جمعیت و تنظیم خانواده، تجهیز بخش تنظیم خانواده با انواع عوامل ضد بارداری مجانی و ایجاد تسهیلات برای واکتومی و توبکتومی در مراکز و به صورت موبایل برای مناطق دور دست همگی از تدابیر لازم برای بازسازی خدمات تنظیم خانواده بودند. قابل ذکر است که اصول ترویج بهداشت چند بار از سال ۱۳۶۵ تا به حال مورد اصلاح قرار گرفت. آخرین بیانیه مربوط به کنفرانس بانگوک بود که بر اساس اصول و راهبردهای های بیانیه اتاوا و سایر کنفرانس های جهانی تدوین شد (WHO 2009b). بنابر این لازم است تا در راهکارهای جدید ترویج برنامه های تنظیم خانواده ایران اصول و راهبردهای

نتیجه گیری

اصول ترویج بهداشت مبین دستاوردهای برنامه تنظیم خانواده در ایران هستند. اعلام سیاست کنترل جمعیت و ترویج تنظیم خانواده به همگان، ایجاد محیطی حامی، تقویت فعالیت های اجتماعی، توسعه مهارت های شخصی و باز سازی خدمات برای ترویج تنظیم خانواده اصولی بودند که نه تنها ضامن موفقیت تنظیم خانواده در چند دهه گذشته بودند بلکه می توانند در ترویج سایر برنامه های بهداشت باروری نیز راهگشا باشند.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله کمال تشکر و قدردانی خود را از اداره سلامت مادران وزارت بهداشت و سازمان آمار جهت همکاری بی دریغشان برای تهیه و تکمیل اطلاعات ابراز میدارم.

بیشتر مردان در جوانب مختلف بهداشت باروری از جمله تنظیم خانواده به ارتقای کیفیت این خدمات و بهبود شاخص ها پردازیم. تحقیقات نشان میدهد که اگرچه مردان نگرش مثبتی برای مشارکت در برنامه های بهداشت باروری شامل تنظیم خانواده دارند (Modares-nejad 2005; Tavakoli and Eashidi Jahan 2005; Rakhshani et al 2005). اما مردان در برنامه ها کمتر دیده می شوند، اگرچه باید به این نکته نیز اذعان داشت که برنامه تنظیم خانواده در آن زمان تنها برنامه در منطقه بود که استریلیزاسیون مردانه و زنانه هر دو را ترویج می کرد (Roudi 1997).

جدول ۱- میزان رشد جمعیت و میزان باروری کلی از سال ۱۳۳۵ تا سال ۱۳۸۶

شاخص	سال	۱۳۳۵	۱۳۴۵	۱۳۵۵	۱۳۶۵	۱۳۷۵	۱۳۷۹	۱۳۸۶
میزان رشد سالانه جمعیت (%)		۲/۲	۳/۱	۲/۷	۳/۹	۱/۵	۱/۲	۱/۱
میزان باروری کلی به ازای هر زن		۷/۳	۷/۷	۶/۳	۷/۱	۲/۹۶	۲	۱/۹

جدول ۲- شاخص های تنظیم خانواده از سال ۱۳۵۵ تا ۱۳۸۵

شاخص میزان استفاده	سال	۱۳۵۶	۱۳۶۸	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴	۱۳۷۵	۱۳۷۶	۱۳۷۹	۲۰۰۶
عوامل ضد بارداری	۳۷	۴۹/۰	۶۴/۶	۶۷/۸	۷۰	۷۲/۹	۷۶/۲	۷۲/۹	۷۲/۹	۷۳/۳	۷۳/۸
عوامل ضد بارداری مدرن	NA*	۲۷/۵	۴۴/۶	۴۸/۶	۴۹/۲	۵۲	۵۴/۹	۵۲	۵۴/۹	۵۵/۹	۵۶
عوامل ضد بارداری سنتی	NA	۱۸/۴	۲۰	۱۸/۶	۱۸/۹	۱۹/۲	۱۸	۱۹/۲	۱۶/۹	۱۷/۸	NA
عوامل ضد بارداری خوراکی	NA	۱۸/۱	۲۲/۶	۲۴/۵۵	۲۲	۲۲/۸	۲۱/۹	۲۲/۸	۲۰/۹	۱۸/۴	NA
کاندوم	NA	۵/۷	۶/۴	۲۴/۵	۶/۶	۵/۷	۵/۶	۵/۷	۵/۴	۵/۹	NA
IUD	NA	۳/۷	۷/۱	۶/۷	۷/۸	۷/۱	۷/۱	۷/۱	۸/۳	۸/۳	NA
عوامل ضد بارداری تزریقی	NA	NA	NA	۷/۲	۰/۵	۱/۳	۲/۵	۲/۵	۲/۹	۲/۸	NA
نورپلانت	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	۰/۵	۰/۵	NA
استریلیزاسیون مردانه	NA	NA	۰/۹	۱	۱/۲	۱/۳	۱/۶	۱/۳	۱/۹	۲/۷	NA
استریلیزاسیون زنانه	NA	NA	۷/۶	۹/۲	۱۱/۱	۱۳/۷	۱۵	۱۳/۷	۱۵/۵	۱۷/۱	NA
کاندوم و و ازکومی	NA	NA	۷/۳	۷/۷	۷/۸	۷	۷/۲	۷/۲	۷/۳	۸/۶	NA
حامیگی ناخواسته	NA	NA	۲۹/۹	۳۷	۳۰/۶	۲۵/۱	۲۵/۴	۲۵/۴	۲۴/۴	۲۴/۱	NA

*NA= Not available

References

- Abbassi-Shavazi, M.J., 2000. Effects of marital fertility and nuptiality on fertility transition in the Islamic republic of Iran, 1976-1996. Demography program research school of social sciences, The Australian National University. *Working Papers in Demography*. 84, pp. 1-37. <http://demography.anu.edu.au/Publications/WorkingPapers/84.pdf> Accessed 16 June 2009. Accessed 16 June 2009.
- Aghajanian, A., 1989. "Population policy, fertility and family planning in Iran", In: K. Mahadevan (ed.) *Fertility Policies of Asian Countries* (New Delhi: Sage Publications).
- Aghajanian, A., 1995. A New Direction in Population Policy and Family Planning in the Islamic Republic of Iran *Asia-Pacific Population Journal*. 10(1). pp. 3-20.
- Aghajanian, A., 1998, Family Planning Program and Recent Fertility Trends in Iran. MEASURE Evaluation. Population Center University of North Carolina at Chapel Hill . pp. 1-60.
- Aghajanian, A. and Merhyar, A.H., 1999. Fertility, Contraceptive Use and Family Planning Program Activity in the Islamic Republic of Iran. *International Family Planning Perspectives*. 25 (2), pp. 98-102.
- Ayazi, M. 1994. Islam and Family planning. Islamic culture Publication. Tehran Iran [In Persian].
- Bharier, J., 1968. A note on population of Iran. *Population Studies*, 22-273-279. Cited in 1 Aghajanian, A., 1995. A New Direction in Population Policy and Family Planning in the Islamic Republic of Iran *Asia-Pacific Population Journal*, 10(1), pp. 3-20.
- Deputy of Health., 2000. A Preliminary Report on Demographic and Health Survey. Ministry of Health and Medical Education. Tehran, Iran.[In Persian]. Available from: <http://www.fhp.hbi.ir/FHPPages/MainOffice/DHS-REP.HTM> Accessed 18 June 2009.
- Deputy of health., 2009. History of family planning in Iran. Family planning Office. Ministry of Health and Medical Education. Tehran, Iran. [In Persian]. Available from: <http://www.fhp.hbi.ir/fhppages/TanzimOffice/TanzimOfficeHistory.htm> Accessed 16 June 2009.
- Family Planning Office., 2009. Family Planning Graphs, Deputy of Health. Ministry of Health and Medical Education. Available from:<http://www.fhp.hbi.ir/FHPPages/H>

- TML-slides/fp-graphs.htm Accessed 16 June 2009.
- Jones, E. and Westoff, C.F., 2003. Executive Summary - Fertility Decline in Muslim Countries. Population recourse center. Available from: http://www.prcdc.org/files/Fertility_Decline_Muslim.pdf Accessed 16 June 2009
- Khoshbin, S., Andalib, P., Nazari, B. and Hekmat, S., 2002. Country plan for Population and family planning. Deputy of Health, Ministry of Health and Medical Education. UNFPA. Tehran Iran. [In Persian]. Available from: <http://www.fhp.hbi.ir/e-books/B-FAMILYPLANNING.pdf> Accessed 16 June 2009
- Malek Afzali H., 1989. Knowledge, attitude and practice of women about family planning . Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran. [In Persian].
- Mehryar A.H., Roudi. F., Aghajanian, A. and Tajdini, F., 2001a. Repression and revival of the family Planning program and its impact on the fertility levels and demographic transition in the Islamic republic of Iran. Working Paper 2022, Economic Research Forum for the Arab Countries, Iran and Turkey, Cairo, Egypt. Available online at: www.erf.org.eg/CMS/getFile.php?id=40 Accessed 16 June 2009.
- Mehryar, A.H., Delavar B., Farjadi, G.A. and Hosseini-Chavoshi, M., 2001b. Naghavi M. & Tabibian M Iranian Miracle: How to Raise Contraceptive Prevalence Rate to above 70% and Cut TFR by Two-thirds in less than a Decade? XXIV IUSSP General conference Salvador-Brazil 2001 . Available from: http://www.iussp.org/Brazil2001/s20/S20_02_Mehryar.pdf Accessed 16 June 2009
- Modarres Nejad V., 2005. Couples' attitudes to the husband's presence in the delivery room during childbirth. East Mediterr Health J, **11**(4), pp. 828-34.
- Nakhaee, N. and Mirahmadizadeh, A.R., 2005. Iranian women's perceptions of family-planning services quality: a client-satisfaction survey. Eur J Contracept Reprod Health Care. **10**(3), pp. 192-8.
- National cancer institute., 2005. Theory at a glance: A guide for health promotopn practice. US department of Health and human Services. National Institute of Health. NIH Publication No 05-3896 September 2005.
- Nortman, D. and Hofstatter, E., 1979. Population and Family Planning Programs: Supplementary Tables to the ninth edition of the Fact-book. New York: Population Council (Working Paper, Special Series, and No.2).

- Paydarfar, A. and Moini, R., 1995. Modernization process and fertility change in pre- and post-Islamic Revolution of Iran. *Population Research and Policy Review*. 14, pp. 71-90.
- Population and Family Health Office., 2009. Mission of Family planning Office. Deputy of Health. Ministry of Health and Medical Education. Tehran, Iran.
- Planning and Budget Organization., 1989. The first plan economic-, social- and cultural development of Islamic Republic of Iran (1989-1993). Plan and Budget organization. Tehran, Iran. [In Persian].
- Population and Family Health Office., 2009. Mission of Family planning Office. Deputy of Health. Ministry of Health and Medical Education. Tehran, Iran.
- Rakhshani, F., Niknami. S. and Ansari Moghaddam A.R., 2005. Couple communication in family planning decision-making in Zahedan, Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J*. **11**(4), pp. 586-93
- Rosenstock, I.M., 1990. The health belief model: Explaining through experiences. Glanz K, Lewis FM (Eds), *Health Behavior and Health Education: Theory And Practice*. Jossy-Bass Publishers, Sanfrancisco. Oxford.
- Roudi, F., 1997. Surprising decline in Iran's growth rates. *Popul Today*. **25**(11), p. 4.
- Roudi, F., 1999. Iran's revolutionary approach to family planning. **27**(7), pp. 4-5.
- Roudi, F., 2002. Iran's family planning program: Responding to a nation's needs. *Mena Policy Briefs July 2002*, Population Reference Bureau. P 1-8. Available from: <http://www.prb.org> Accessed 16 June 2009.
- Sheykhi, M.T., 1995. The socio-psychological factors of family planning with special reference to Iran: a theoretical appraisal. *Int Sociol*. **10**(1), pp.71-82.
- Simbar, M., Ahma, M., Ahmadi, G. and Alavi-Majd H.R., 2006. Quality assessment of family planning services in urban health centers of Shahid Beheshti Medical Science University. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv*. **19**(4-5), pp. 430-42
- Statistics Center of Iran., 1998. Population Indexes of Iran 1956-1996. Statistics Center of Iran. Tehran, Iran [In Persian].
- Statistics Center of Iran., 1987. Fertility study of Iran 1977. Statistics Center of Iran. Tehran, Iran [In Persian].
- Statistics Center of Iran., 1990. Annual book of Statistics of Iran. Tehran, Iran [In Persian].
- Statistics Center of Iran., 2005. Annual book of statistics. Tehran, Iran [In Persian]. Available from: <http://>

- amar.sci.org.ir/index_e.aspx , Accessed 16 June 2009.
- Tavakoli, R. and Rashidi-Jahan, H., 2003. Knowledge of and attitudes towards family planning by male teachers in the Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J.* **9**(5-6), pp. 1019-25.
- UNFPA., 2005. Monitoring ICPD goals-selected indicators. The state of world population. Available from: http://www.unfpa.org/swp/2005/presskit/docs/monitoring_goals.pdf Accessed 16 June 2009.
- UNFPA., 2006. A Holistic Approach Underpins the Islamic Republic of Iran's Success in Family Planning. Available from: <http://www.unfpa.org/countryfocus/iran/family.htm> Accessed 9 February 2006.
- United Nation, Population Division., 2003. World Contraceptive use-2003. Available from: http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2003/WallChart_CP2003.pdf Accessed 18 June 2009.
- World Health Organization., 2005. Strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets related to reproductive health. *Reprod Health Matters*, **13**(25), pp. 11-8.
- World Health Statistics., 2009. World Health Organization. Geneva, Sweetzerlan. pp 133-134. Available from: <http://www.fhp.hbi.ir/fhppages/TanzimOffice/TanzimOfficeMainPage.htm> Accessed 16 June 2009
- World Health Organization WHO (a)., 2009. Ottawa charter for health promotion. Available from: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf Accessed 16 June 2009
- World Health Organization WHO (b)., 2009. Health Promotion International Available from: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/hpr_special%20issue.pdf Accessed 16 June 2009.