

ساختار دگرگی جمعیت در ایران

دکتر صابر جاری



نارنجی

فرصت زندگی کردن را از بین نبرید!



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



عنوان اثر: سالخوردگی جمعیت در ایران

بر اساس گفتاری از:
دکتر صابر جباری

تهیه شده در مرکز جوانی
جمعیت، سلامت خانواده و
مدارس معاونت بهداشت و
بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

طراح جلد و صفحه آرا: مهدی شیعه‌زاده

تولید شده در دی ماه ۱۴۰۲



معاونت بهداشت

مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

فهرست مطالب

مقدمه	۶
محورهای اصلی موضوع جمعیت	۷
پنج مسئله اصلی حوزه جمعیت	۷
۱. چالش‌های مختلف در ازدواج	۷
۲. تهدید بنیان خانواده و طلاق	۸
۳. مسئله کاهش نرخ باروری	۹
۴. سقط جنین	۱۱
۵. مهاجرت	۱۳
فرهنگ زیربنا است	۱۳
فرهنگ فرزند آوری	۱۴
فرهنگ ازدواج	۱۵
بارداری در چه سنی؟	۱۶
زایمان برتر	۱۸
گزاره های غلط!	۸۱
چشم اندازه آینده جمعیت جهان	۲۱
هشدار: به تله جمعیتی نزدیک می شویم!	۵۲
عوامل مؤثر در تشدید سالمندی و عوارض آن	۲۶
تغییر سیاست های جمعیتی	۳۰
قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت	۳۰
مراجع ناظر پنجگانه	۳۲
تکالیف و مأموریت های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۳۳
قرارگاه خط مقدم جمعیت	۳۴
پنجره نجات جمعیت	۳۶
نقش مهم و تاثیرگذار بهورزان و مراقبین سلامت	۳۷
اشاره ای به مواد قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت	۳۷
پی‌نوشت‌ها:	۵۵



مقدمه

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ. «رَبِّ أَدْخِلْنِي مُدْخَلَ صِدْقٍ
وَ أَخْرِجْنِي مُخْرَجَ صِدْقٍ وَ اجْعَلْ لِي مِنْ لَدُنْكَ سُلْطَانًا
نَصِيرًا» (۱). السَّلَامُ عَلَيْكَ يَا بَقِيَّةَ اللَّهِ.

بحثی که پیش رو دارید موضوع مهم سالخوردگی جمعیت در ایران است. همان طور که مستحضر هستید، جمعیت عامل اصلی اقتدار در کشورهای مختلف است. کشورهای دنیا برای موضوع جمعیت اهمیت ویژه‌ای قائلند. هر چند طی ۱۰۰ سال اخیر بر اثر یک سیاست غلط با عنوان (family planning) یا تنظیم خانواده اغلب کشورهای دنیا با موضوع سالخوردگی جمعیت مواجه شده‌اند، اما کشور عزیز ما، ایران، بیش از سایر کشورها دارد با این معضل دست و پنجه نرم می‌کند که در ادامه به آن می‌پردازیم.

محورهای اصلی موضوع جمعیت

در موضوع جمعیت چهار محور اصلی تأثیرگذار است:

۱- حوزه‌ی سیاست و سیاست‌گذاری

۲- حوزه‌ی اقتصاد و معیشت

۳- سلامت

۴- فرهنگ و تربیت

موضوع جمعیت از این چهار محور و عوامل مؤثر خارج نیست. در بین این چهار محور مهم‌ترین عاملی که در افزایش یا کاهش جمعیت، حفظ جوانی جمعیت یا سرعت به سمت سالخوردگی تأثیر دارد، موضوع مهم فرهنگ و تربیت است.

پنج مسئله اصلی حوزه جمعیت

می‌خواهیم با هم مروری کنیم که کشور عزیز ما، ایران، با چه چالش‌ها و مسائل مهمی در حوزه‌ی جمعیت مواجه است. ما پنج مسئله و چالش مهم در حوزه‌ی جمعیت یا ازدواج و فرزندآوری داریم.

۱. چالش‌های مختلف در ازدواج

یک مسئله‌ی ما ازدواج است. بعداً به این مسئله از روایت آمار می‌پردازیم. الان فقط می‌خواهم مسائل را عرض کنم. در کشورمان در حوزه‌ی ازدواج با چند پدیده مواجه هستیم. یکی پدیده‌ی بی‌ازدواجی است. یعنی عده‌ای از جوان‌ها تصمیم قاطع

می گیرند که به هیچ وجه ازدواج نکنند. مسئله‌ی بعدی ما دیرازدواجی است که متأسفانه تبدیل به فرهنگ شده است. به بهانه‌های مختلف سمت و سوی حرکت ما به این سمت است که دیرتر ازدواج کنیم. یک وقتی ممکن است این بهانه اشتغال باشد و بهانه‌ای واقعی باشد. یک وقتی ممکن است بهانه‌ها واقعی نباشند و تحصیل باشند. یک بخش به این دلیل است که ممکن است هنوز بلوغ فکری - اجتماعی حاصل نشده باشد. مسکن و دلایل مختلفی وجود دارند، اما اگر کسی این مسائل و مشکلات را نداشته باشد، باز با مشکل دیگری در ازدواج مواجه هستیم که اسمش را سخت ازدواجی گذاشتم. یعنی اگر دختر و پسر تصمیم به ازدواج هم داشته باشند و شرایطشان هم فراهم باشد، به دلیل مداخلات دیگری که ممکن است یک بخشی از آن اجتماعی و یک بخشی‌اش خانوادگی باشد، سخت ازدواج کنند. پس مسئله‌ی اول ما ازدواج است.

۲. تهدید بنیان خانواده و طلاق

مسئله‌ی دوم ما تهدید بنیان خانواده است. یعنی بالاخره با هر سختی و تدبیری ازدواج شکل می‌گیرد، اما آمار طلاق ما بالاست. ما هم با طلاق عاطفی مواجه هستیم و هم با طلاق ثبتی و واقعی. این هم بنیان خانواده را تهدید می‌کند و باید برایش فکری کنیم.

۳. مسئله کاهش نرخ باروری

مسئله‌ی سوم ما در حوزه‌ی چالش‌های فرزندآوری در ایران، کاهش امکان فرزند بیشتر است. این مسئله چند دلیل عمده دارد. اول اینکه در ایران فاصله‌ی بین ازدواج و تولد اولین فرزند زیاد و حدود پنج سال است. زوجین جوان ما که ازدواج می‌کنند تا بخواهند تصمیم به بچه‌دار شدن بگیرند و تا تولد اولین فرزندشان پنج سال فاصله می‌افتد. این مسئله بسیار مهم و در عین حال اشتباه است. از نظر پزشکی دلیل اصلی‌اش این است که ما ناباروری‌های اولیه را دیر تشخیص می‌دهیم و همین دیر تشخیص دادن فرصت طلایی فرزندآوری را در برخی از زوجین جوان، به‌ویژه در خانم‌ها از دست می‌دهد. اگر سن ازدواج بالا باشد، مضیق‌ه‌ی این فرصت بیشتر است و احتمال و امکان فرزندآوری کمتر خواهد بود. دوم اینکه فاصله‌ی بین مولید ما زیاد است. یعنی خانواده‌های ایرانی بین تولد اولین فرزند و دومین فرزندشان فاصله‌ی زیادی دارند. این تحت تأثیر شعار «فرزند کمتر، زندگی بهتر» قرار دارد. سومین مسئله در کاهش امکان فرزند بیشتر، ناباروری‌ها هستند، چه ناباروری‌های اولیه، یعنی کسانی که تجربه‌ی بارداری و فرزندآوری ندارند و چه ناباروری‌های ثانویه که فرزند اول

دارند و فرزند دوم، سوم یا بیشتر می‌خواهند و با وجود اینکه اقدام به بارداری می‌کنند، اما بچه‌دار نمی‌شوند. مسئله‌ی چهارم تنظیم خانواده‌ی عمومی است. در کشور ما اجرای سیاست‌های غلط و واقعاً افراطی بدون توجه به عواقب این سیاست‌ها با وجود آنکه امکان داشتن فرزند بیشتر داریم، اما چون روش‌های پیشگیری از بارداری را برای مردم بیان نکردیم و خیلی جاها امکان اختیار را از آنها سلب کردیم، مانع فرزندآوری بیشتر شده است. در هر صورت همین باعث شده است که بعضی از افراد، مخصوصاً کسانی که از روش‌های دائمی پیشگیری از بارداری مثل توبکتومی و وازکتومی استفاده کردند و الان پشیمان هستند، امکان بازگشت نداشته باشند؛ برخی هم که از روش‌های طولانی مدت پیشگیری از بارداری استفاده کردند و الان که تصمیم به بچه‌دار شدن کردند دچار ناباروری شدند.

پس تا الان سه مسئله را گفتیم:

۱- چالش‌های مختلف در ازدواج

۲- تهدید بنیان خانواده و طلاق

۳- کاهش امکان فرزند بیشتر

۴. سقط جنین

چالش یا مسئله‌ی چهارم در حوزه‌ی فرزندآوری از بین بردن یا از بین رفتن جنین‌هاست. به نظر می‌رسد سقط خود به خودی ما از میانگین و (norm) جهانی بالاتر است. ما در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی داریم داده‌ها را دقیق می‌کنیم که ببینیم آیا واقعاً این‌گونه هست یا نیست. سقط خود به خودی تحت تأثیر عوامل مختلفی قرار دارد، از علل ژنتیک گرفته تا سبک زندگی، تغذیه، محیط زیست، آب، هوا و عوامل متعدد دیگر. خوشبختانه در این زمینه کار می‌شود. امیدوارم در سال‌های آینده شاهد کاهش سقط خود به خودی باشیم.

بحث بعدی در از بین رفتن جنین‌ها سقط پزشکی است. این مورد ایرادی ندارد. در مواردی که جان مادر به خطر می‌افتد، سقط با مجوز پزشکی قانونی صورت می‌گیرد یا در مواردی که از نظر پزشکی ادامه‌ی حیات برای جنین متصور نیست و سایر مواردی که در قانون برشمرده شده‌اند، این اتفاق می‌افتد. عدد از بین رفتن جنین‌ها در سقط پزشکی در کل مولید و بارداری‌های ما بالا نیست و حدوداً ۱۰ هزار مورد در سال است.

اما مسئله‌ی مهم ما بحث سقط‌های عمدی است که از آن با عناوین سقط عمدی یا سقط جنایی یا سقط غیرقانونی یاد می‌شود. متأسفانه آمار سقط عمدی در کشور بالاست. این موضوع هم از نظر شرعی برای ما که یک کشور مسلمان هستیم، زیبنده نیست، هم از نظر اخلاقی کار غیراخلاقی محسوب می‌شود و هم از نظر انسانی پدر و مادر که انسان هستند، فرزندشان را با سقط عمدی به قتل می‌رسانند. این کار در فرهنگ دینی ما مذموم و گناه کبیره است. وقتی لانه‌گزینی در رحم اتفاق می‌افتد، حکم قتل این جنین اگر یک روزه، دو روزه، سه روزه یا یک ماهه، دو ماهه، سه ماهه، چهار ماهه یا به بالا باشد، فرقی نمی‌کند. متأسفانه یک تلقی غلط در اذهان همه‌ی ما جا افتاده است که اگر سقط عمدی جنین زیر چهار ماه باشد، اشکالی ندارد. این تلقی غلط تحت تأثیر شعارهای «فرزند کمتر، زندگی بهتر» است. در حالی که واقعاً هیچ فرقی نمی‌کند. فقط به مراتب رشد جنین از نظر فقه اسلامی دیه‌اش متفاوت است.

قبل از پرداختن به مسئله‌ی پنجم، در بحث از بین رفتن جنین‌ها مورد دیگر غربالگری‌های بی‌ضابطه است. متأسفانه غربالگری‌هایی که برای سندرم داون در کشور ما انجام می‌شد، هم مثبت کاذب زیادی داشت و هم منفی کاذب. یعنی تعدادی جنین سالم بودند و به خاطر خطای آزمایشگاهی

فکر می کردیم اینها مبتلا به سندرم داون هستند و آنها را سقط می کردیم و تعدادی جنین هم مبتلا به سندرم داون بودند و آنها را تشخیص نمی دادیم. خوشبختانه اینها استانداردسازی شده اند و الان میزان غربالگری ما کمتر شده است. هر چند بر اساس استانداردهای جهانی باید میزان غربالگری خیلی پایین تر از این باشد. خیلی از مادران باردار نیاز به انجام این غربالگری ها ندارند. حالا وقت پرداختن به این موضوع و صحبت راجع به آن نیست.

۵. مهاجرت

مسئله ی پنجم مسئله ی مهم مهاجرت است. در مسئله ی مهاجرت آنچه که با آن مواجهیم، مهاجرت از روستاها به شهرهای کوچک و مهاجرت از شهرهای کوچک به کلان شهرها و بعضاً مهاجرت از کلان شهرها به خارج از کشور است. این پنج مسئله ی مهم ما در حوزه ی چالش های جمعیت و فرزندآوری در ایران بود که به صورت خلاصه عرض کردم.

فرهنگ زیربنا است

در ادامه به صورت گذرا گزاره هایی را مرور می کنیم. این امر در فرهنگ سازی بسیار مهم است. علت تأکیدم بر فرهنگ سازی این است که در اذهان عمومی تلقی عموم

مردم این است که مانع اصلی در فرزندآوری مسائل اقتصادی است، اما هم مطالعات ما در سقط عمدی جنین و هم مطالعات ما در مسائل فرهنگی - اجتماعی و مقالات متعددی که منتشر شده‌اند، نشان می‌دهند مسئله‌ی فرهنگ مسئله‌ی اصلی است. البته اقتصاد مهم است، اما مسئله‌ی اصلی نیست. مثال می‌زنم. به کلان‌شهرها نگاه کنید. به تعبیر ساده بالاشهری‌ها بیشتر بچه می‌آورند یا پایین‌شهری‌ها؟ استان‌های برخوردار و غیربرخوردار کشور را مقایسه کنید و ببینید کدام استان‌ها بیشتر فرزندآوری دارند؟ استان‌های محروم یا غیربرخوردار یا استان‌های برخوردار؟ این نشان می‌دهد لزوماً مسئله‌ی اقتصادی مسئله‌ی اصلی نیست و اگر مسئله‌ی اقتصادی حل شود لزوماً منجر به ازدواج بهنگام و فرزندآوری به موقع نخواهد شد.

فرهنگ فرزند آوری

چند گزاره در فرهنگ فرزندآوری داریم. یکی از تلقی‌های اشتباه در جامعه این است که فرزند از نگاه سرمایه به هزینه تبدیل شده است. به خاطر همین با بی‌فرزندگی مواجه هستیم، چون فرزند را سرمایه نمی‌دانیم و هزینه می‌دانیم. نکته‌ی بعدی شعار یک یا دو بچه کافی است و بحث کم‌فرزندگی است. باز هم علتش نگاه هزینه‌ای به فرزند

است. اگر بخواهیم هم از نظر فردی و هم از نظر خانوادگی دچار مشکلات عدیده‌ی اجتماعی، فردی و خانوادگی و حتی در دوران سالمندی شخص خودمان نشویم، باید حداقل سه فرزند داشته باشیم که نرخ باروری کشور بیشتر از عدد نرخ جانشینی که ۲/۵ است باشد. نکته‌ی بعدی در نگاه ما این است که بچه زحمت دارد - واقعاً هم زحمت دارد - ولی در کنارش به خیرات، برکات و رحمتی که بچه می‌آورد توجه نمی‌کنیم.

فرهنگ ازدواج

می‌خواهم گزاره‌هایی را که در فرهنگ ازدواج است عرض کنم. ازدواج در سن بالا یک فرهنگ شده است، ولی باید ازدواج به هنگام نیاز و به موقع باشد. البته نمی‌شود برایش سن تعیین کرد، ممکن است برای یک کسی شانزده سالگی باشد و برای یک کسی ۲۴، ۲۵، ۲۰ یا هجده سالگی باشد، ولی اگر شرایط بلوغ فکری و اجتماعی برای فرد رقم بخورد در سنین پایین‌تر حتماً ازدواج بهتر خواهد بود. فرزندآوری پنج سال بعد از ازدواج گزاره‌ی غلطی است. فرزندآوری باید در دو سال اول ازدواج رقم بخورد که بتوانیم ناباروری‌های اولیه را به موقع تشخیص دهیم و تدبیر کنیم. گزاره‌ی دیگر اینکه زنان بیوه یا مطلقه حق ازدواج مجدد ندارند. متأسفانه

این مسئله در بخشی از فرهنگ ما وجود دارد. ازدواج مجدد زنان به هر دلیلی که باشد، طلاق یا فوت یا شهادت همسر یا هر دلیل دیگری که امکان ادامه‌ی زندگی قبلی نباشد، از نظر انسانی، عرفی و شرعی حق زن است و نباید حق حیات مجدد و مادری را از این زنان بگیریم. گزاره‌ای که طلاق می‌گیرم و دیگر ازدواج نمی‌کنم، باید با این گزاره که تا بشود نباید طلاق بگیریم، ولی اگر طلاق گرفتیم و شرایط مهیا باشد دوباره ازدواج می‌کنم، جایگزین شود. تعابیر غلطی که درباره جشن طلاق است، یعنی طلاق امر مذموم و بدی است و اثرات روحی و روانی بدی بر زوجین، به‌ویژه خانم‌ها دارد، باید اصلاح شوند. ما داریم این را به قهقرا می‌بریم.

بارداری در چه سنی؟

مطلب بعدی درباره‌ی فرهنگ سن بارداری است. بارداری زیر هجده سال و بالای ۳۵ سال نباید باشد. این گزاره‌ی غلطی است. گزاره‌ی درست این است که بارداری در هیچ سنی منعی ندارد. در برخی از سنین نیازمند مراقبت و توجه بیشتری است. وگرنه اگر کسی ازدواج کرده و شانزده هفده ساله باشد یا کسی ازدواج کرده و سنش بالای ۳۵ سال باشد، امکان بارداری دارد. مثل خانمی که بیماری قلبی یا ام‌اس دارد، ولی خواهان فرزندآوری است. پزشک داروهایش

را تنظیم می‌کند و مراقبت‌هایش را بهتر می‌کند که دوره‌ی بارداری را که یک دوره‌ی فیزیولوژیکی است طی کند. گزاره‌ای است که فاصله‌ی بین موالید باید بین سه تا پنج سال باشد. در این باره هیچ الزامی وجود ندارد. توصیه‌ی ما این است که درستش این است که ما نه ماه بارداری داریم، دو سال شیردهی داریم و سه سال با تولد فرزند بعدی فاصله باشد، ولی اگر زودتر از این موعد هم بارداری اتفاق افتاد، خطری برای مادر و جنین یا فرزند فعلی‌اش ندارد. در برخی از شرایط مادر نیازمند توجه و مراقبت بیشتری از نظر روانی، جسمی و پزشکی است.

گزاره‌ای هست که می‌گوید هیچ زن بالای ۴۰ سال نباید باردار شود. سن ازدواج در کشور ما بالا رفته است. اگر دخترانمان امکان ازدواج هم داشته باشند، با صحنه گذاشتن بر این گزاره حداقل امکان ازدواج را از آنها می‌گیریم، چون می‌گویند این دختر نازاست و نمی‌تواند بچه‌دار شود. در این صورت امکان ازدواجش به شدت پایین می‌آید و تقریباً نزدیک به صفر می‌شود. گزاره‌ی تأخیر در بارداری بدون مشکل است، گزاره‌ی غلطی است. تأخیر در بارداری احتمال ناباروری‌های اولیه و ثانویه را افزایش می‌دهد.

زایمان برتر

مطلب بعدی درباره‌ی فرهنگ باروری و بارداری است. یکی از چالش‌های اصلی‌مان در حوزه‌ی سلامت - که مرتبط با جمعیت و فرزندآوری است - زایمان به شیوه‌ی سزارین است. این گزاره که سزارین باید انتخابی باشد و مشکلی ندارد، گزاره‌ی غلطی است. زایمان طبیعی زایمان برتر برای مادر و نوزاد است. باید زایمان طبیعی را که مجرای اصلی است که خداوند حکیم عالم خلقت و آفرینش را از آن رقم می‌زند، ترویج کنیم، نه روش‌های مصنوعی را.

گزاره‌های غلط!

گفته می‌شود روش‌های پیشگیری از بارداری کلاً بی‌خطر هستند. واقعاً این‌جوری نیست. باید به زوجین جوانان بگوییم که روش‌های پیشگیری از بارداری، مخصوصاً طولانی مدت‌ها خطر ناباروری دارند. این روش‌ها در برخی از موارد خطر بیماری‌های غیرواگیر مثل فشار خون بالا و دیابت را افزایش می‌دهند. همچنین در بعضی از موارد خطر (cancer) یا سرطان سینه، سرطان رحم و سرطان تخمدان را افزایش می‌دهند. روش‌های پیشگیری از بارداری باید با حساب و کتاب و زیر نظر پزشک باشند و طولانی مدت استفاده نشوند.

گزاره‌ی غلط دیگری وجود دارد که بارداری حتماً باید با برنامه‌ریزی باشد. ۳۳ درصد بارداری‌ها در تمام دنیا بدون برنامه‌ریزی هستند. ما می‌گوییم اگر بارداری به هر دلیلی بدون برنامه‌ریزی بود، نباید به مادر استرس وارد کنیم. اگر مادر نیازمند حمایت روانی بیشتر و حمایت‌های دیگری است، اقدامات پزشکی، بهداشتی یا مراقبتی می‌خواهد، آن اقدامات را تدبیر کنیم. بارداری بدون برنامه‌ریزی واقعاً اشکالی ندارد. گزاره‌ی غلط دیگر در این زمینه این است که اگر سقط عمدی جنین تمیز و ایمن باشد اشکالی ندارد. این گزاره غلط است. سقط عمدی جنین وقتی جنین یک روزه، یک ماهه، دو ماهه، سه ماهه و زیر چهار ماه هم باشد، در هر سنی که باشد حرام است و گناه کبیره است. سقط عمدی جنین نباید انجام شود.

تعدادی گزاره در فرهنگ مهاجرت داریم. در بحث مهاجرت گزاره‌ی غلط این است که در روستا نمی‌توان زندگی کرد، ولی روستا واقعاً بهترین مکان برای زندگی است. الحمدلله الان امکانات زیرساختی و امکانات روز زندگی تقریباً در اغلب - یا حتی می‌توانم بگویم صد در صد - روستاها فراهم است. روستا واقعاً باصفا‌ترین مکان برای زندگی است. یا اینکه گفته می‌شود شهر ما کوچک است و امکانات زندگی ندارد. اگر

هم نیست باید این گزاره را جایگزین کنیم با اینکه شهر ما کوچک است و باید امکانات مورد نیاز را در آن فراهم کنیم، نه اینکه خودمان مهاجرت کنیم. یک بخشی‌اش مرتبط با بخش‌های دولتی - مردمی است و یک بخش آن مرتبط با بخش‌های خصوصی است، ولی واقعاً امکان‌ش فراهم است.

حاشیه‌نشینی موضوع خیلی مهمی است. الان تلقی عمومی این است که حاشیه‌نشینی با بدبختی بهتر از زندگی در روستا یا شهر خودمان است. حدوداً ۱۲ تا ۱۳ میلیون حاشیه‌نشین داریم. این موضوع تبعات اجتماعی سنگینی را برای کشور و خود عزیزانی دارد که در حاشیه‌ی شهرها زندگی می‌کنند. باید بتوانیم مسائل این دوستان و هموطنان عزیزمان را در شهر و روستای خودشان حل کنیم که نخواهند بیایند و در حاشیه‌ی شهرهای بزرگ ساکن شوند.

گزاره‌ی غلطی هست که ایران جای زندگی نیست. از دل این گزاره مهاجرت به سایر کشورها درمی‌آید. ما باید آن را با این گزاره که اگر سختی‌هایی داریم باید با دست خودمان کشورمان را بسازیم و این سختی‌ها را مرتفع کنیم، جایگزین سازیم. این خلاصه‌ای از مسائل مختلف فرهنگی بود که بر حوزه‌ی جمعیت و فرزندآوری اثر می‌گذارد.

چشم انداز آینده جمعیت جهان

سازمان ملل متحد بخشی با عنوان جمعیت و توسعه دارد. اخیراً این بخش گزارشی را منتشر کرده است که چشم انداز آینده جمعیت جهان را در این گزارش بیان می کند. می خواهیم با هم این گزارش را مرور کنیم و ببینیم چه می گوید. در این گزارش نرخ متوسط سالمندی در جهان در سال ۲۱۰۰ برابر با ۲۴/۰۳ درصد بیان می شود. این یعنی در سال ۲۱۰۰ از هر چهار نفری که می بینیم یک نفر سالمند خواهد بود. کشور آلبانی با ۴۹ درصد، چین با ۴۱ درصد و فرانسه با ۳۴ درصد بالاترین نرخ سالمندی در جهان را خواهند داشت. کشور چاد که کشوری آفریقایی است با ۱۰ درصد کمترین نرخ سالمندی را خواهد داشت. بر اساس همین گزارش در سال ۲۰۵۰ جمعیت جهان برابر با ۹ میلیارد و ۶۸۷ میلیون نفر خواهد بود. می خواهیم پرجمعیت ترین کشورهای دنیا را با هم مقایسه کنیم. در سال ۲۰۲۲ ده کشور پرجمعیت دنیا به ترتیب چین، هند، آمریکا، اندونزی، برزیل، روسیه، پاکستان، بنگلادش، نیجریه و مکزیک هستند. پدیده سالمندی و سالخوردگی جمعیت دو علت اصلی دارد، یکی افزایش امید به زندگی و دیگری کاهش (TFR) (۲) یا نرخ باروری یا نرخ فرزندآوری. در سال

۲۰۵۰ به خاطر پدیده‌ی سالمندی و سالخوردگی جمعیت ده کشور پرجمعیت دنیا - که در بالا ذکر شدند - جا به جا خواهند شد. در فهرست ده کشور پرجمعیت دنیا در سال ۲۰۵۰ هند بالاتر از چین قرار می‌گیرد و بعد آمریکاست. یعنی به ترتیب هند، چین، آمریکا، اندونزی، برزیل، پاکستان، بنگلادش، نیجریه، کنگو و اتیوپی هستند. این یعنی اگر از سالمندی جمعیت غفلت کنیم، دیر یا زود مرزهای جمعیتی جا به جا خواهند شد.

بر اساس همین گزارش کشورهای پرجمعیت دنیا تا سال ۲۰۵۰ با هم مقایسه می‌شوند. روسیه و ژاپن با توجه به نرخ سالمندی بالا و کاهش نرخ باروری‌شان از جمله ده کشور با جمعیت بالا محسوب نمی‌شوند. ایران در سال ۲۰۲۲ با جمعیت حدود ۸۵، ۸۶ میلیون نفر در رتبه‌ی هفدهم دنیا قرار دارد. در سال ۲۰۵۰ با جمعیت ۹۹ میلیون نفر یک رتبه کاهش پیدا می‌کند و به رتبه‌ی هجدهم می‌رسد. باز هم این گزارش پیش‌بینی می‌کند که ایران در سال ۲۱۰۰ برابر با ۸۰ میلیون نفر جمعیت خواهد داشت که عمده‌ی این جمعیت سالمند هستند. وقتی در این گزارش وضعیت ایران با کشورهای همجوار و همسایه‌ی ایران مقایسه می‌شود، در سال ۲۱۰۰ کشور پاکستان با حدود ۴۸۶ میلیون

نفر بیشترین میزان جمعیت را خواهد داشت. در سال ۲۱۰۰ عراق ۱۱۱ میلیون نفر جمعیت و افغانستان ۱۱۰ میلیون نفر جمعیت خواهند داشت. جمعیت سایر کشورهای همسایه‌ی ما مثل عربستان، روسیه، آذربایجان و ترکیه هم در این گزارش آمده‌اند. بر اساس این پیش‌بینی جمعیت کشور ما با ۸۲ میلیون نفر رو به کاهش خواهد بود. در واقع این گزارش می‌خواهد بگوید ایران در سال ۲۱۰۰ رتبه‌ی نخست سالمندی جمعیت را تجربه خواهد کرد. ایران در سال ۲۱۰۰ رتبه‌ی ششم جمعیت را در کشورهای همجوار خواهد داشت. در سال ۲۱۰۰ پنج کشور همسایه‌ی ایران به ترتیب پاکستان، روسیه، عراق، افغانستان و ترکیه بیشترین جمعیت منطقه را خواهند داشت. جمعیت عامل اصلی اقتدار کشورها و پیشرفت و توسعه است. اگر جمعیت رو به کاهش بگذارد و نسبت جمعیتی به هم بخورد اقتدار کشورها زیر سؤال می‌رود و از دست می‌رود.

پیش‌بینی‌های همین گزارش نشان می‌دهند که چین و ژاپن بیشترین کاهش جمعیت را تجربه خواهند کرد. سالانه در کشور ژاپن بیشتر از ۴۵۰ مدرسه تعطیل می‌شوند. از امسال (۲۰۲۳م) دولت ژاپن اعلام کرد دارم دانشگاه‌هایم را تعطیل می‌کنم، چون دانشجویی ندارم و نسلی نیست که

جایگزین شود و از این امکانات برای تحصیل استفاده کند. جمعیت چین در سال ۲۱۰۰ در مقایسه با سال ۲۰۲۲ حدوداً ۵۰ درصد کاهش پیدا می‌کند و به ۷۷۱ میلیون نفر می‌رسد. بر اساس پیش‌بینی‌ها نرخ رشد جمعیت در این کشور ۱/۴۷ درصد خواهد بود. در دو سه سال اخیر دولت چین سیاست‌های تنظیم خانواده و سیاست تک فرزندی را کنار گذاشته است و الان سه فرزندی را تشویق و تبلیغ می‌کند. در این گزارش جمعیت ایران در سال ۲۱۰۰ در مقایسه با سال ۲۰۲۲، ۲۰ درصد کاهش یافته است و به ۸۰ میلیون نفر می‌رسد. نرخ رشدش هم ۱/۵۵ درصد برآورد می‌شود. کشورهایی که بیشترین نرخ سالمندی را در سال ۲۱۰۰ تجربه خواهند کرد، کره جنوبی ۴۴ درصد، چین ۴۰ درصد، تایلند ۳۹ درصد، اسپانیا و ژاپن و ایتالیا ۳۸ درصد، آلمان و ایران ۳۳ درصد خواهند بود. یعنی در ایران از هر سه نفر یک نفر سالمند خواهند بود. در واقع اگر این مسئله برای هر کشوری اتفاق بیفتد یک فاجعه است، چون تمامی مسائل فردی، خانوادگی و اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. چون پدیده‌ی خوب امید به زندگی در کشورمان رو به افزایش است، نمی‌توانیم تکریم سالمندی را رقم بزنیم و به سالمندانمان خدمات خوبی، به‌ویژه در حوزه‌ی سلامت

و پزشکی ارائه کنیم. این گزارش مختص بخش جمعیت و توسعه سازمان ملل متحد بود که با هم مرور کوتاهی کردیم.

هشدار: به تله جمعیتی نزدیک می شویم!

پدیده‌ی سالخوردگی جمعیت بیشتر از آنچه که فکر می‌کنیم به ما نزدیک است و ما خیلی فاصله‌ای با آن نداریم. اخیراً مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی از بررسی وضعیت سالمندی در ایران و چالش‌های آن گزارشی را منتشر کرده است که آن را با هم مروری می‌کنیم. پیش‌بینی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی بر اساس آمار این است که در سال ۱۴۳۰ حدود ۳۰ درصد، یک‌سوم جمعیت ایران سالمند خواهند بود. بیشترین جمعیت سالمندی را در استان گیلان با ۱۳/۲ درصد و کمترین جمعیت سالمندی را در استان سیستان و بلوچستان با ۴/۹ درصد خواهیم داشت. سهم سالمندان ایران طی سال‌های گذشته، که منفی بود، یعنی از ۱۷- درصد در سال ۱۳۵۵، قبل از انقلاب که نمای کل کشور جوان بود، با رشد ۲۸ درصد در سال ۱۳۹۵ رسیده است. این یعنی سرعت سالمندی‌مان بالا بوده و علت اصلی آن افراط در اجرای سیاست‌های تنظیم خانواده بوده است.

عوامل مؤثر در تشدید سالمندی و عوارض آن

عوامل مؤثر در تشدید سالمندی چهار عامل اصلی هستند. اول اینکه خانواده‌های گسترده و متمرکز در یک محله کاهش پیدا کردند. ما به سمت آپارتمان‌نشینی و خانواده‌های کوچک رفتیم. اگر بعضی خانواده‌ها بخواهند فرزند بیشتری داشته باشند محیط‌های کوچک آپارتمانی این امکان را برایشان یا سخت می‌کند یا سلب. دوم کاهش بُعد خانوار است. یعنی تعداد اعضای خانواده کاهش پیدا کرده‌اند. سوم بالا بودن آمار تجرد قطعی در کشور ماست. کسانی هستند که هرگز ازدواج نکرده‌اند. حدوداً بین ۱۱ تا ۱۲ میلیون دختر و پسر در سن ازدواج داریم که اینها مجرد هستند و ازدواج نکرده‌اند. چهارم زنانه شدن سالمندی است. یعنی مرگ و میر سالمندی در مردان بیشتر از زنان ماست. باید برای این مسئله تدبیری بیندیشیم.

بر اساس داده‌هایی که سازمان ثبت احوال کشور منتشر کرده است، از کل ولادت‌هایی که در سال ۱۳۹۹ رخ داده‌اند، ۴۰ درصد فرزند اول، ۴۰/۸ درصد فرزند دوم، ۱۴ درصد فرزند سوم و ۴/۳ درصد فرزند چهارم و بیشتر بودند. این خبر خوبی است که عبور ما را از شعار «فرزند کمتر، زندگی

بهتر» و شعار «یک یا دو بچه کافی است» نشان می‌دهد. هر چند جای کار زیادی دارد که دچار سالخوردگی جمعیت نشویم. می‌توانیم این نتیجه را بگیریم که در بسیاری از موارد دو تک فرزند با هم ازدواج می‌کنند. وقتی ۴۰ درصد تک فرزند هستند، در آینده اینها باید چهار پدربزرگ و مادربزرگ را سرپرستی کنند که حتماً از توانشان خارج است.

سایر عوامل چالش سالمندی وجود دارند که با آنها درگیر خواهیم بود. اول اینکه هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به‌شدت افزایش پیدا می‌کند. زیرساخت‌های ما برای مراقبت از سالمندان نیاز به تقویت، توسعه و بعضاً بازسازی دارد. نظام رفاهی دچار ناپایداری می‌شود. نسبت شاغلین به بازنشستگان تغییر می‌کند. پرداخت حقوق و مزایای بازنشستگان دچار چالش‌های جدی خواهد شد. وابستگی سالمندان افزایش پیدا خواهد کرد. در شرایط فعلی زیر بار سنگین اقتصادی به علت شیوع بیماری‌های غیرواگیر مثل دیابت، فشار خون بالا، بیماری‌های قلبی - عروقی و کبد چرب در اثر سبک غلط زندگی هستیم. این بار و فشار رو به فزونی و افزایش است. در این دوره از بیماری‌های واگیر به سمت بیماری‌های غیرواگیر از حیث سلامت در حال حرکت هستیم.

موج سومی که در راه است، پدیده‌ی سالمندی و عوارض آن است که ما داریم از آن غفلت می‌کنیم. طبیعتاً این مسئله بار سنگینی را تحمیل خواهد کرد. نکته‌ی بعدی نیاز به زیرساخت‌های مراقبت از سالمندان است. در حال حاضر یکی از چالش‌هایمان این است که حدوداً نزدیک به ۱۰ میلیون سالمند در کشور داریم. هم‌اکنون به ازای هر ۷۰۰ سالمند یک تخت بیمارستانی داریم. در حالی که در کشورهای توسعه‌یافته به ازای هر ۱۸ سالمند یک تخت بیمارستانی است. ببینید چقدر اختلاف داریم. این موضوع ما را دچار چالش‌های جدی خواهد کرد.

ناپایداری نظام رفاهی یکی دیگر از چالش‌های سالمندی است. امید به زندگی در کشور ما قبل از انقلاب حدوداً ۵۷ سالگی بود و الان در مردان ۷۲ سالگی و در زنان ۷۶ سالگی است. افزایش امید به زندگی در ایران خبر خیلی خوبی است. نشان‌دهنده‌ی این است که امکانات پزشکی و بهداشتی و سطح رفاه اجتماعی ما افزایش یافته است. خدمات سلامت روان و نشاط اجتماعی افزایش پیدا کرده است. اینها باعث شده‌اند امید به زندگی در کشور ما افزایش یابد، اما اگر غفلت کنیم، این مسئله بار مالی سنگینی را به صندوق‌های بازنشستگی تحمیل خواهد کرد. وقتی نسبت شاغلین به

بازنشستگان تغییر پیدا کند، صندوق‌های بازنشستگی دچار ورشکستگی خواهند شد.

با این حساب اگر با همین منوال جلو برویم و در کشور تدبیری برای فرزندآوری نکنیم، در سال ۱۴۲۱ سالمندی‌مان از ۱۰ درصد فعلی به ۲۰ درصد افزایش خواهد یافت. این در حالی است که در کشورهای توسعه‌یافته این روند ۷۰ تا ۱۲۰ سال طول کشیده است. بزرگواران دقت کنید. ما طی ۲۳ سال داریم از ۱۰ درصد سالمندی به ۲۰ درصد می‌رسیم. در کشورهای توسعه‌یافته این روند طی ۷۰ تا ۱۰۰ سال طی می‌شود. این هم به دلیل اشتباه و افراطی بود که ما در سیاست‌های تنظیم خانواده انجام دادیم. به بیان بهتر سالمندی در ایران برخلاف کشورهای توسعه‌یافته قبل از فرآیند توسعه‌یافتگی اتفاق افتاده است و این ضرر مضاعف اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی را برای ما ایجاد می‌کند.

برای درصد توزیع سالمندان در کشور نموداری هست. گیلان با ۱۳/۲ درصد بیشترین سالمندان را در خود جای داده است. استان‌هایی مثل سمنان، تهران، البرز، مرکزی و مازندران جزو استان‌های سالمند هستند و باید بیشتر به آنها توجه کنیم. هر چند پدیده‌ی سالمندی از سایر استان‌های ما خیلی دور نیست، اگر از ازدواج بهنگام و فرزندآوری به موقع غفلت کنند.

تغییر سیاست های جمعیتی

قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

وقتی همه‌ی کشورها دچار غفلت از جوانی جمعیت می‌شوند، با سالخوردگی جمعیت مواجه می‌شوند. در این زمینه وقتی زنگ سالمندی جمعیت به صدا درمی‌آید، کشورها سعی می‌کنند تدبیر کنند تا دچار این عارضه‌ی جدی نشوند، چون این عارضه‌ی جدی همه‌ی مسائل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و امنیتی‌شان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. یکی از اقداماتی که اغلب کشورها در این زمینه انجام می‌دهند تغییر سیاست‌های بلندمدت کشور و وضع قوانین است. خوشبختانه در کشور عزیز ما، ایران، هر چند با کمی تأخیر، قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت در مجلس شورای اسلامی به تصویب رسید، ابلاغ شد و در حال اجراست. این قانون ابعاد مختلفی دارد و سعی کرده است به ۲۱ مسئله‌ای که مانع ازدواج و فرزندآوری در ایران است پاسخ بدهد و آنها را حل کند. قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت قانون هوشمندی است. عمده‌ی تکالیف این قانون به عهده‌ی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار داده شده است. می‌خواهیم با هم این تکالیف

و امتیازاتی را که در قانون دیده شده‌اند، مرور کنیم که ببینیم آیا این ادعا که می‌گوییم قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت قانون خوبی است واقعاً درست است یا غلط. کل قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت ۷۳ ماده، ۸۱ تبصره و ۲۳۶ حکم دارد. از مجموع تمامی احکامی که در این قانون مندرج شده است ۴۳ ماده به صورت مستقیم و غیرمستقیم مرتبط با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است که حدود ۵۹ درصد از کل قوانین و نزدیک ۶۰ درصد کل قوانین می‌شود. از این ۶۰ درصد ۲۰ ماده تکلیف معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است که اگر بخواهیم با حجم کل قانون مقایسه کنیم، حدود ۲۶ درصد یا یک‌چهارم کل قانون می‌شود. این یعنی اگر در حوزه‌ی بهداشت، سبک زندگی و فرهنگ‌سازی عمومی به‌درستی از ظرفیت‌های موجود استفاده کنیم که در دوره‌ی تنظیم خانواده همین کار را کردیم و از ظرفیت نظام و شبکه‌ی بهداشت استفاده کردیم که در تنظیم خانواده موفق بودیم، ان‌شاءالله کشور عزیزمان، ایران، را از سال‌خوردگی جمعیت نجات خواهیم داد.

قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت در مجلس شورای اسلامی در ۱۳۹۹/۱۲/۲۶ به تصویب رسید. نهایتاً در

۱۴۰۰/۸/۱۰ در شورای نگهبان تأیید شد. این قانون جهت اجرا در ۱۴۰۰/۸/۱۹ توسط مجلس شورای اسلامی به رئیس‌جمهور ابلاغ شد. آقای رئیس‌جمهور در ۱۴۰۰/۸/۲۴ اجرای قانون را به وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دستگاه‌های ذیربط ابلاغ کردند. این قانون در ۱۴۰۰/۹/۱۵ توسط وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به دانشگاه‌ها و مؤسسات عالی آموزش پزشکی ابلاغ شد.

مراجع ناظر پنجگانه

یکی از ویژگی‌های این قانون این است که در آن مراجع ناظر کاملاً مشخص شده‌اند. در این قانون پنج ناظر در نظر گرفته شده است. ناظر اول **ستاد ملی جمعیت** است که این ستاد به ریاست رئیس‌جمهور محترم تشکیل می‌شود. ۲۳ وزیر و سازمان در آن عضو هستند. وزرا و سازمان‌های مختلف مثل وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی، وزیر فرهنگ و ارشاد اسلامی، وزیر کشور، سازمان برنامه و بودجه، سازمان بسیج مستضعفین، سازمان تبلیغات اسلامی، سازمان صدا و سیما و سایر سازمان‌ها. رئیس‌جمهور دبیر ستاد ملی جمعیت را تعیین می‌کند [که این ستاد] در بخش دولتی اصلی‌ترین هماهنگ‌کننده و ناظر است. ناظر دیگر اجرای قانون حمایت از خانواده و جوانی

جمعیت شورای عالی انقلاب فرهنگی است. وظیفه‌ی ذاتی مجلس شورای اسلامی نظارت است که در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت هم ذکر شده است. ناظر دیگر سازمان بازرسی کل کشور به نمایندگی از قوه قضائیه است. در برخی از موارد، به‌ویژه جرایم سازمان‌یافته در سقط عمدی جنین نهادهای اطلاعاتی - امنیتی ناظر اجرای این قانون هستند.

تکالیف و مأموریت های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

در معاونت‌های مختلف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بخش‌های مختلف تکالیف و موارد قانونی‌شان را ذکر کردیم. از معاونت بهداشت گرفته تا معاونت درمان، معاونت آموزش، معاونت پژوهش، معاونت پرستاری، معاونت فرهنگی دانشجویی و سایر ادارات کل، صندوق رفاه دانشجویان و معاونت طب سنتی ایرانی - اسلامی همگی طبق قانون تکالیفی دارند که به تفکیک مشخص شده‌اند. برای اینکه قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت خوب اجرا شود برای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تکالیفی در این قانون درج شده است.

قرارگاه خط مقدم جمعیت

مثلاً وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است آئین‌نامه‌ی این ماده را ابلاغ و دستورالعمل مربوطه را اصلاح کند. به تدبیر وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، جناب آقای دکتر بهرام عین‌اللهی قرارگاهی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل شد که بتواند از نظر مفهومی الگوی واحد و یکسانی را در کشور ایجاد کند. خوشبختانه الان بعد از قریب دو سال این اتفاق افتاده است. از نظر الگوی سازمان تلاش شد با یک کار جهادی و کار شبانه‌روزی و هماهنگی تمام معاونت‌ها و مدیریتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی این اتفاق رقم بخورد که خوشبختانه رقم خورد.

در قرارگاه سه اصل کارآیی، دانایی و مانایی مد نظرمان بود. یعنی خواستیم هر آنچه تصویب می‌کنیم کارآمد باشد و نیازی را رفع کند یعنی کارآیی؛ بر اساس دانش باشد یعنی دانایی؛ و مانایی، یعنی ماندگار باشد و کارهای روزمره و زودگذر نباشد که ان‌شاءالله خیرات و برکاتش هم برای کارکنان خدوم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخش‌های مختلف بهداشتی، درمانی و آموزشی باشد و هم برای عموم مردم که از این

خدمات بهره‌مند می‌شوند. رئیس این قرارگاه آقای وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. جانشین رئیس، معاونت محترم بهداشت است. ابتدا اداره‌ی جوانی جمعیت تشکیل شد. بعد با توجه به اینکه تکالیف متعددی بود و با یک اداره کار راه نمی‌افتاد، مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس تأسیس شد که بنده‌ی حقیر توفیق دارم در ریاست این مرکز باشم. دبیرخانه‌ی قرارگاه تشکیل شد. در ذیل قرارگاه کمیته‌های مختلفی تشکیل شدند، از جمله کمیته‌ی فرهنگی، کمیته‌ی علمی، کمیته‌ی بهداشت، کمیته‌ی مراقبت و درمان، کمیته‌ی بیمه، کمیته‌ی حقوقی، کمیته‌ی رصد پایش و کمیته‌ی رسانه. برای همه‌ی این کمیته‌ها تکالیفی مشخص شد که بتوانند در ابتدای امر آئین‌نامه‌های مرتبط را اصلاح و آئین‌نامه‌های جدید را تدوین کنند و بعد نظارت بر حسن اجرای قانون را در سطح وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و در دانشگاه علوم پزشکی ایران پیگیری کنند.

یکی از ویژگی‌های خوب قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت این است که مجازات ترک فعل در قانون دیده شده است. بحث این است در مواردی که تخلف

صورت می‌گیرد مجازات ماده‌ی ۹ رسیدگی به تخلفات اداری برای کارمندان یا مدیران متخلف اعمال می‌شود. برای متخلفین حبس یا جزای نقدی درجه‌ی ۴ و ۵ در این قانون دیده شده است. بر اساس ماده‌ی ۲۶ قانون مجازات اسلامی پنج تا پانزده سال محرومیت از حقوق اجتماعی دیده شده است. همه‌ی اینها برای این است که این موضوع مهم است و اگر مدیری از این موضوع تخلف کند با او برخورد شود و بتوانیم کشور عزیزمان را در فرصت کوتاهی که داریم نجات دهیم.

پنجره نجات جمعیت

پنجره‌ی جمعیتی‌مان از حیث زاد و ولد حدود چهار پنج شش سال بیشتر باز نیست. بعد بسته می‌شود، اما از حیث نیروی کار تا سال ۱۴۲۰ مشکلی نخواهیم داشت. اگر بعد از آن تدبیری نکنیم خدای نکرده نیروی کار و نیروی انسانی برای اداره‌ی امور کشور نخواهیم داشت. بهترین ظرفیت برای اینکه بتوانیم قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت را به‌خوبی اجرا کنیم استفاده از ظرفیت شبکه‌ی بهداشت و درمان کشور است.

نقش مهم و تاثیرگذار بهورزان و مراقبین سلامت

در طرح تنظیم خانواده از امکان چهره به چهره‌ی بهورزان با عموم مردم استفاده کردیم. در حال حاضر در شبکه‌ی بهداشت ۳۲ هزار بهورز و ۲۲ هزار مراقب سلامت داریم. مراقبان سلامت عمدتاً ماما هستند. بهورزان و مراقبان سلامت می‌توانند سهم به‌سزایی در تشویق به فرزندآوری و توجیه و اقناع افکار عمومی داشته باشند. برای مردم حرف و عمل بهورزان و مراقبان سلامت در تشویق به بارداری و فرزندآوری و زایمان طبیعی - که مسئله‌ی مهمی است - بیان فواید بارداری و شیردهی و تشویق به ازدواج آسان، موفق و پایدار و جلوگیری از سقط عمدی جنین و حفظ و ارتقای کرامت مادری مهم است. کرامت مادری خیلی مهم است. اگر بتوانیم کرامت مادری را حفظ کنیم و ارتقا دهیم در واقع کار مهم و اساسی کردیم. مورد دیگر ارزشمندی فرزندآوری است.

اشاره‌ای به مواد قانون حمایت از خانواده و جوانی

جمعیت

می‌خواهم به مواد قانون مختلفی - که عرض کردم حدود ۶۰ درصدش تکلیف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است - اشاره‌ای کنم و اینها را با هم مرور می‌کنیم. ماده‌ی ۲ قانون می‌گوید وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی مکلف است دستورالعمل‌ها، منشورها، آئین‌نامه‌ها و شیوه‌نامه‌هایی را که مغایر با قانون هستند، بازنگری کند. تقریباً همه‌ی دستورالعمل‌ها، قریب ۹۶، ۹۷ درصدشان را بازنگری کردیم. درصد خیلی کمی مانده است که به‌زودی متناسب با تکالیف جدید قانونی برای حفظ کرامت مادری و ارزشمندی فرزندآوری نهایی می‌شود.

تبصره‌ی ۵ ماده‌ی ۷ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت بیان می‌کند که پیوست فرهنگی اجتماعی برای خوابگاه‌های متاهلی تدوین شود. خوشبختانه این امر توسط معاونت دانشجویی فرهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و به دانشگاه‌ها ابلاغ شده است.

ماده‌ی ۱۵ این قانون بیان می‌کند که سنوات به ازای هر فرزند معادل یک سال برای مستخدمین صاحب فرزند سوم تا پنجم افزایش پیدا کند. این هم توسط معاونت دانشجویی فرهنگی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به دانشگاه‌ها ابلاغ شده است. باید از تعدیل نیروی مادران بارداری که یا صاحب سه فرزند هستند یا دارای فرزند شیرخوارند خودداری شود. باز هم این موضوع به دانشگاه‌ها ابلاغ شده است که این مادران باردار یا شیرده اطمینان شغلی داشته باشند.

در ماده‌ی ۱۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت بحث این است که حقوق سالانه، کمک هزینه‌ی اولاد و حق عائله‌مندی بر اساس تعداد فرزندان به ترتیب افزایش پیدا کند. این هم به دانشگاه‌ها ابلاغ شده است. بحث این است که مرخصی ایام زایمان نه ماه کامل شده و به همه‌ی دانشگاه‌ها ابلاغ شده است. برای دوقلوها و بیشتر این مدت دوازده ماه و یک سال کامل است. نکته‌ی دیگر اینکه مادر می‌تواند دو ماه از این مرخصی را قبل از تولد فرزند بگیرد که این امر می‌تواند با حفظ حقوق فولدهای مرتبط رفاه حال مادر را فراهم کند. الحمدلله این هم ابلاغ شده است و در حال اجراست. هر چند ممکن است بعضی جاها مشکلاتی وجود داشته باشند.

در بند ب ماده‌ی ۱۷ این قانون همه‌ی دانشگاه‌های ذیربط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را مکلف کردیم که برای مادران شاغل باردار یا صاحب فرزند شیرخوار تا دو سال یا پدران تا یک ماهگی نوزادشان نوبت شب‌کاری‌شان باید کاهش پیدا کند. این قانون ابلاغ شده است. بر اساس ماده‌ی ۱۷ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت دورکاری مادران حداقل به مدت چهار ماه در مشاغلی که امکان دورکاری دارند، ابلاغ شده است. برای مشاغلی که امکان

دورکاری نیست، مثل مامایی که در بلوک زایمان کار می‌کند یا پرستاری که در بالین هست، این امکان وجود ندارد، اما خوشبختانه برای سایر مشاغل امکانش فراهم شده است. بر اساس بند ۱۷ ماده ۱۷ این قانون کاهش سن بازنشستگی به ازای هر فرزند، یک سال ابلاغ شده است. حداقل سن بازنشستگی برای مادران دارای یک فرزند ۴۲ سالگی، برای دو فرزند ۴۱ سالگی و برای سه فرزند ۴۰ سالگی است. یعنی اگر مادری ۴۰ ساله باشد و سه فرزند داشته باشد، می‌تواند با حقوق کامل بازنشسته شود.

بر اساس ماده ۲۰ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت تمامی دستگاه‌ها از جمله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌ها مکلف شدند، کسانی را که در سال گذشته اقدام به فرزندآوری کردند و بچه‌دار شدند یا ازدواج کردند، تشویق کنند. خوشبختانه این کار در دانشگاه‌ها انجام می‌شود.

بر اساس ماده ۲۲ این قانون باید فضای مناسب جهت رفع نیازهای نوزادان، کودکان و مادران فراهم شود. این دو قسمت دارد. یک قسمتش مهدکودک‌های رایج است که باید برای کارکنان دولت دیده بشود. یک قسمت ایجاد مراکز فضای مادر و کودک برای مراجعین و ارباب رجوع به

دستگاه‌هاست که وقتی مادران مراجعه می‌کنند و خواستند فرزندشان را شیر بدهند یا تعویض پوشک انجام دهند یا استراحت کنند، این امکان برایشان فراهم باشد. این کار تازه شروع شده است. برخی از بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و مراکز آموزشی ما این کار را انجام داده‌اند. خیلی‌هاشان هنوز انجام نداده‌اند. ما هم اصرار داریم و پیگیری می‌کنیم که این کار انجام شود.

موضوع ماده‌ی ۲۴ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت تدوین و تهیه‌ی سبد غذایی و بهداشتی برای مادران باردار و شیرده و دارای کودک تا پنج سال است. این سبد را در دو بخش تدوین کردیم. وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مکلف است با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی این ماده را اجرا کنند. به این صورت که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سبد غذایی و بهداشتی را مشخص کند و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی این سبد را ماهیانه یک بار بر اساس آزمون وسع در اختیار مادران باردار و شیرده و دارای کودک پنج سال قرار دهند. متأسفانه هنوز این ماده اجرایی نشده، ولی اجرای آن در حال پیگیری است.

بر اساس ماده‌ی ۲۶ این قانون امتیازات خوبی برای مادران باردار دانشجو دیده شده است. اینها می‌توانند در

دوره‌ی بارداری‌شان یک نیمسال تحصیلی بدون احتساب در سنوات از مرخصی تحصیلی استفاده کنند. اگر فرزند زیر دو سال داشته باشند، می‌توانند تا چهار نیمسال بدون احتساب در سنوات درخواست مرخصی تحصیلی کنند تا دوره‌ی نگهداری از کودک و شیردهی‌اش را با خیال راحت طی کنند. یکی دیگر از امتیازاتی که وجود دارد، موافقت با مهمان شدن دانشجویان باردار و دارای فرزند زیر دو سال، حداکثر به مدت چهار نیمسال است. دانشگاه‌ها مکلف هستند که همکاری کنند. دیگر اینکه زمینه‌ی آموزش غیرحضوری اینها در مواردی که آموزش مهارتی نیست و امکانش فراهم است و دانشجوی خانم دارای فرزند زیر سه سال است، فراهم شود. خوشبختانه این مورد در حال اجراست.

بحث دیگر کاهش نوبت کاری شب برای دانشجویان مادر باردار یا دارای فرزند زیر دو سال است. خوشبختانه بخشنامه‌اش تدوین و ابلاغ شد. حتی دانشجویان دستیار تخصصی و دانشجویان (Ph.D) هم از این امکان بهره‌مند شدند. قبل از این نبود و برای اولین بار این اتفاق افتاد. برای اساتیدی که اساتید راهنمای دانشجویان باردار یا دارای فرزند خردسال هستند، افزایش سهمیه‌ی سقف استاد در نظر گرفته شد. این هم امتیازی است که این کار را رقم می‌زند.

یکی دیگر از امتیازات و تکالیفی که در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت هست ماده‌ی ۲۷ این قانون است. به ازای هر فرزند شش ماه از تعهدات قانون خدمات پزشکان و پیراپزشکان کسر می‌شود. این ماده‌ی قانونی برای گروه پیراپزشکی پرستاران، ماماها، پزشکان عمومی و گروه عمومی در حال اجراست. برای دستیاران تخصصی موانع و چالش‌هایی دارد که در حال اصلاح است. دیگر اینکه مادران متأهل می‌توانند بر اساس این ماده طرحشان را در محل سکونت خانواده طی کنند و امکان تعویق طرح تا دو سالگی فرزند برای مادران فراهم است.

بر اساس سایر مواد قانونی که شامل ماده‌ی ۲۸، ۳۵، ۴۶ و ۴۸ می‌شود بحث فرهنگ‌سازی داریم. یعنی تحکیم خانواده، ترویج ازدواج بهنگام و فرزندآوری به موقع، اصلاح نمادهای دو فرزند، آموزش عوارض سقط عمدی جنین و عوارض روش‌های جلوگیری از بارداری. سعی کردیم روی این موضوع در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دو سال اخیر متمرکز شویم. تولیدات رسانه‌ای متعددی را به شکل پوستر، موشن‌گرافی، تیزر، فیلم کوتاه و... ارائه کردیم و هنوز هم در حال انجام آن هستیم.

ماده‌ی ۳۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت می‌گوید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است مراکز مشاوره‌ی مبتنی بر سبک زندگی اسلامی - ایرانی را راه‌اندازی کند. خوشبختانه دستورالعمل این هم تدوین شده است و به زودی ابلاغ خواهد شد.

ماده‌ی ۳۸ این قانون آموزش‌های هنگام ازدواج به تمامی زوجین جوان را به عهده‌ی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گذاشته است که این از قبل هم بود. الان ما مجری این کار هستیم. وقتی زوجین به محضر مراجعه می‌کنند برای آموزش‌ها ارجاع داده می‌شوند. موقع انجام آزمایش‌های هنگام ازدواج آموزش‌های مورد نظر را می‌بینند که آموزش‌های هنگام ازدواج شش ساعت هستند.

ماده‌ی ۳۹ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت این است که باید حداقل پنج درصد اعتبارات پژوهشی دانشگاه‌ها برای اولویت‌های مرتبط با خانواده و فرزندآوری و روش‌های جمعیت اختصاص پیدا کند. این رقم به این موضوع اختصاص پیدا کرده است. همین جا از همه‌ی پژوهشگران دعوت می‌کنم از این فرصت استفاده کنند و مسائل، مشکلات و چالش‌های کشور را پژوهش کنند و برای حل آنها به ما راهکار ارائه دهند.

بر اساس ماده‌ی ۴۱ این قانون همه‌ی دانشگاه‌های علوم پزشکی و دانشکده‌های علوم پزشکی موظف هستند که یک مرکز درمان ناباروری سطح دو راه‌اندازی کنند. هر دانشگاه در سطح استان یک سطح سه داشته باشد. پیش از این سطح دو نداشتیم. فقط سطح سه داشتیم، یعنی مرکز درمان فوق تخصصی ناباروری. خوشبختانه در همه‌ی استان‌ها یک مرکز دولتی درمان فوق تخصصی ناباروری داریم. خیلی از استان‌ها مرکز خصوصی درمان فوق تخصصی ناباروری را هم دارند. سطح دو و سطح یک که بهداشت است، نبود. خوشبختانه این موضوع در ماده‌ی ۴۲ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت دیده شده است. دستورالعمل پیشگیری، تشخیص بهنگام و درمان ناباروری تدوین شده است و به زودی ابلاغ می‌شود. مزیتش این است که زوج ناباروری که الان شناسایی می‌شوند توسط پزشک ما در مرکز بهداشت شهری یا روستایی نشاندار می‌شوند و هزینه‌هایشان تحت پوشش بیمه‌ی ناباروری قرار می‌گیرد. قبل از این زوجین هزینه‌ی زیادی می‌کردند از ویزیت پزشک گرفته تا سونوگرافی و آزمایش تا نهایتاً برسند به اینکه به پزشک فوق تخصص ناباروری ارجاع داده شوند. در این

صورت آن موقع نشاندار می‌شدند تا هزینه‌هایشان بیمه شود. الان این امکان فراهم شده است. نکته‌ی دوم این است که پیشگیری از ناباروری در دستور کار قرار گرفته است، آموزش سبک زندگی، مخاطرات بارداری و باروری. بسیاری از ناباروری‌هایی که نیاز به خدمات تخصصی و فوق تخصصی ندارند مثل (IVF) در سطح دو شناسایی می‌شوند. مثلاً اختلالات هورمونی و اختلالات تیروئیدی در سطح دو درمان می‌شوند و نیاز به سطح سه نیست. مثلاً ممکن است واریکوسلی باشد که باعث ناباروری بشود که با عمل جراحی ساده مشکل آن مرد حل می‌شود و باروری اتفاق می‌افتد.

ماده‌ی ۴۳ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت هم ما را مکلف کرد که خوشبختانه اجرایی شد. طبق این ماده خدمات معاینه، بیماریابی، تشخیص علت ناباروری و درمان آن باید تحت پوشش کامل بیمه قرار بگیرد. این امر در بخش دولتی و بخش خصوصی انجام شده است. در برخی از جاها بخش خصوصی برای عقد قرارداد با بیمه‌های پایه مقاومت می‌کند، ولی در حال انجام است. الحمدلله از قبل از ابلاغ قانون در درمان و تشخیص علت ناباروری خیلی جلو هستیم. ماده‌ی ۴۴ این قانون می‌گوید باید بیمه‌ی پایه‌ی مادران

باردار و شیرده یا دارای کودکان زیر پنج سال رایگان باشد. خوشبختانه این کار را در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام دادیم. چند قدم هم جلوتر هستیم. یعنی تا دهک پنجم به صورت کاملاً رایگان بیمه شده‌اند.

ماده‌ی ۴۵ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت بحث راهنمای بالینی بیمه‌ی خدمات سلامت زنان، مادران باردار و نوزادان است. خوشبختانه این هم تدوین، ابلاغ و انجام شد.

بر اساس بند پ ماده‌ی ۴۶ این قانون پرداخت فوق‌العاده

کمک به فرزندآوری به صورت افزایش پلکانی به ازای تولد فرزند اول به بعد در جمعیت تحت پوشش به ارائه‌دهندگان خدمات باید انجام شود. با تدبیر قرارگاه اسم این را در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی **طرح رویش** گذاشتیم.

به نحوی این پاداش آقای وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به همکاران خوبمان در شبکه‌ی بهداشت، یعنی

بهورزان، ماماها و مراقبین سلامت است. خلاصه‌اش این است که بهورز یا مراقب سلامتی که مشاوره‌ی فرزندآوری

می‌دهد که منجر به تولد زنده می‌شود، به صورت پلکانی

کارانه دریافت می‌کند. این غیر از سایر کارانه‌هایی است

که به هر دلیلی در نظام شبکه به این عزیزان پرداخت

می‌شود. یعنی ما اینجا با سه کد ملی کار داریم. یکی کد

ملی مادری که مراجعه می‌کند و تحت پوشش خدمات ما قرار می‌گیرد. دیگری کد ملی بهورز یا مراقب سلامتی که زحمت مشاوره را می‌کشد و این مادر باردار می‌شود. نهایتاً کد ملی فرزندی که به دنیا می‌آید. بر اساس آمار و ارقامی که مرکز مدیریت شبکه از تمامی پایگاه‌های بهداشتی کشور دارد، برای آن خط پایه‌ای تعریف شده است. بر اساس آن خط پایه هر چه تعداد موالید افزایش پیدا کند به صورت کارانه پلکانی افزوده می‌شود. مثلاً ۵۰ زن متأهل تحت پوشش خدمات یک بهورز هستند. در سال ۱۴۰۱ از این زنان پنج فرزند متولد شده‌اند. در سال ۱۴۰۲ به ازای هر فرزندی که به این پنج فرزند اضافه شود، کارانه‌ی پلکانی تعلق می‌گیرد. یعنی اگر پنج فرزند بشود شش فرزند، آن بهورز یک میلیون تومان کارانه می‌گیرد، شش فرزند هفت فرزند بشود یک میلیون و ۳۵۰ هزار تومان کارانه به آن بهورز تعلق می‌گیرد. هفت فرزند هشت فرزند بشود یک میلیون و ۴۵۰ هزار تومان کارانه به آن بهورز تعلق می‌گیرد. اینها با هم جمع می‌شوند و کارانه‌ی پلکانی افزایش پیدا می‌کند. الحمدلله این هم در نظام شبکه اجرایی شده است. برخی از بهورزها و مراقبین سلامت ما شیرینی دریافت این کارانه را چشیده‌اند.

ماده‌ی ۴۷ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت بحث راهنمای مکتوب حفظ و مراقبت از سلامت جنین است. این هم ابلاغ شده است. یک جزوه‌ی خیلی کوچک و کتابچه‌ای در اختیار مادران قرار می‌گیرد. زمانی که یک مادر از بارداری خودش در آزمایشگاه یا درمانگاه یا مرکز بهداشت مطلع می‌شود، این جزوه به او داده می‌شود. فلسفه‌ی این جزوه و کتابچه این است که اگر مادر تصمیمی به سقط عمدی جنین دارد کمی حوصله و فکر کند، چون یکی از موارد شایع در سقط عمدی پشیمانی است. مادر در التهاب و استرسی قرار می‌گیرد که ممکن است سریع تصمیم بگیرد. هر چه زمان بگذرد مادر تصمیم منطقی‌تری خواهد گرفت که ان شاءالله به حفظ آن جنین کمک خواهد کرد.

ماده‌ی ۴۹ این قانون این است که امکان زایمان رایگان فراهم شود. در حال حاضر امکان زایمان طبیعی در تمامی بیمارستان‌های دولتی به صورت رایگان در اختیار مردم است. دیگر اینکه دسترسی به زایشگاه یا خدمات بلوک زایمان بیمارستانی باید حداقل تا یک ساعت با وسیله‌ی نقلیه‌ی عمومی برای همه‌ی مادران فراهم شود. با دوستان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی آمایش سرزمینی آن را انجام دادیم و این قانون در حال اجراست.

ماده‌ی ۵۰ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت تکالیف سنگین قانون است که با آن چالش داریم. متأسفانه نرخ سزارین در کشور ما حدود ۵۴ تا ۵۶ درصد است که بالاتر از زایمان طبیعی است. بر اساس ماده‌ی ۵۰ این قانون چه باید بکنیم؟ بر اساس این ماده باید سالانه نرخ زایمان طبیعی مان پنج درصد افزایشی و سزارینمان کاهشی باشد. سیاست‌های یکپارچه‌سازی آن تدوین شده است. البته هنوز متأسفانه دستورالعمل کشوری‌اش ابلاغ نشده است. **فرهنگ‌سازی زایمان طبیعی** جزو تکالیف است. برقراری نظام تضمین کیفیت و مهارت‌های آموزشی جزو تکالیفی است که در این ماده دیده شده است. پذیرش دستیاران زن متناسب با سهمیه‌ی مناطق محروم و نیاز مناطق، اصلاح تعرفه‌های کارآمد در افزایش زایمان طبیعی از دیگر مسائلی است که باید به آنها توجه شوند. ماده‌ی ۵۰ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت ماده‌ی مهمی در ترویج زایمان طبیعی است. در این ماده ذکر می‌شود ممنوعیت پرداخت بیمه در موارد زایمان سزارین است. توسعه‌ی زایمان‌های بدون درد یا کم‌درد در دستور کار است. ارتقای کیفیت‌های مراقبت‌های دوره‌ی بارداری در ماده‌ی ۵۰ این قانون دیده شده است. ارزیابی و ارزشیابی عملکرد کارکنان بر حسب رضایت مادر دیده شده است. یعنی درصدی از کارانه‌ای که به ماما، متخصص زنان و زایمان و سایر

عوامل زایمان پرداخت می‌شود بر اساس رضایت مادرانی است که در بلوک زایمان حاضر می‌شوند. پیش‌نیاز اعتباربخشی بیمارستان‌ها بر اساس کاهش سالانه پنج درصد از نرخ سزارین در این ماده دیده شده است. بر اساس رضایت مادران باید پنج درصد بودجه‌ی عمرانی به بهسازی و زیباسازی و خوشایندسازی بلوک‌های زایمان تعلق پیدا کند.

ماده‌ی دیگر قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت ماده‌ی ۵۱ است. در این ماده ممنوعیت توزیع رایگان یا یارانه‌ای روش‌ها و تجهیزات پیشگیری از بارداری قید شده است. این هم اجرایی شده است. لازم است اینجا توضیحی بدهم. بر اساس این ماده امکان دسترسی به روش‌ها و تجهیزات پیشگیری از بارداری هست، ولی اول اینکه فقط رایگان نیست. دوم اینکه صرفاً پزشکان در شبکه‌ی بهداشت می‌توانند آنها را تجویز کنند. یعنی ماماها، به‌ورزان، مراقبین سلامت و کارشناسان بهداشت نمی‌توانند. پزشک می‌تواند نسخه بدهد و تجویز کند و مراجعه‌کنندگان به پزشک از داروخانه دریافت کنند.

بر اساس ماده‌ی ۵۲ این قانون موارد مجاز عقیم‌سازی باید ابلاغ می‌شد. این کار انجام شده است. در قانون کلاً وازکتومی ممنوع شده است. توبکتومی یا بستن لوله‌ها

در زنان صرفاً در مواردی که برای مادر بارداری خطر جانی دارد یا بارداری هرج دارد مجاز است. دستورالعمل آن ابلاغ شده است.

بر اساس ماده‌ی ۵۳ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت باید دستورالعمل مرتبط با سقط جنین و **غربالگری‌ها** را اصلاح می‌کردیم. یکی از مهم‌ترین دستورالعمل‌ها دستورالعمل غربالگری ناهنجاری‌های جنینی در سندرم داون و تریزومی‌ها بود. خوشبختانه اصلاح و ابلاغ شد و در حال اجراست. هر چند به دلیل تعارض منافعی که وجود دارد و نگاه‌های غلطی که به این غربالگری وجود دارد، برخلاف استانداردهای دنیا بعضی موقع‌ها بی‌رویه و بدون استاندارد و بدون اندیکاسیون انجام می‌شود، ولی الحمدلله اصلاح شده و کاهش پیدا کرده است.

در خصوص ماده‌ی ۵۴ این قانون وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف بود کلیه‌ی اطلاعات باروری، بارداری و زایمان، سقط عمدی، سقط خود به خودی و سقط جنین در بخش دولتی و خصوصی و بهداشتی و درمانی را در یک سامانه‌ی جامع قرار دهد تا بتوانیم داشبورد مدیریتی واحدی از آن داشته باشیم. اسم آن سامانه‌ی ملی باروری سالم گذاشته شده است. این سامانه رونمایی شده و در حال تکمیل

داده‌هاست و در آینده‌ی نه چندان دور یکی از سامانه‌های بسیار خوب در رصد حوزه‌ی سلامت مادران خواهد بود. بحث ماده‌ی ۵۵ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت این است که برنامه‌ی جامع مهار، پیشگیری و کاهش سقط خود به خودی داشته باشیم. خوشبختانه این برنامه ابلاغ شده و در حال اجراست.

ماده‌ی ۵۶ این قانون ممنوعیت سقط عمدی جنین است. در قانون سقط عمدی جنین جرم‌انگاری شده است. سقط عمدی جنین از جرایمی است که جنبه‌ی عمومی دارد و مشمول مجازات‌های مختلف مثل دیه، حبس و ابطال پرونده‌ی پزشکی است. نقطه‌ی مثبت در این قانون این است که هر پزشک، داروفروش یا مامایی مبادرت به سقط عمدی جنین کند یا ابزار آلات و تجهیزات سقط را در مطبش فراهم کند، بدون تکرار متهم به سقط عمدی جنین خواهد بود و پروانه‌ی پزشکی‌اش ابطال می‌شود. این حکم بازدارنده‌ای است و ان‌شاءالله جلوی کسانی که این جنایت را مرتکب می‌شوند گرفته می‌شوند.

ماده‌ی ۵۷ و ماده‌ی ۶۱ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت بحث برنامه و تمهیداتی است که البته قوه‌ی قضائیه با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است در خصوص پیشگیری و مقابله با سقط عمدی جنین و

حفظ حیات جنین اقداماتی را انجام بدهد. این اقدامات در حال انجام هستند.

بر اساس ماده‌ی ۵۸ این قانون داروهای سقط جنین فقط باید در داروخانه‌های مجاز - که الان در بیمارستان‌ها مستقر هستند - توزیع شوند. هرگونه خرید و فروش این داروها خارج از این داروخانه‌ها ممنوع است.

موضوع ماده‌ی ۶۵ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت پدافند غیرعامل است. طبق این ماده‌ی قانونی در حوزه‌های مختلف که برای بارداری و باروری مخاطره و خطر وجود دارد و یا باعث ناباروری می‌شود مطالبه و اقدام شود. در حوزه‌ی مواد شیمیایی، سموم، پرتوهای رادیواکتیو، در آب، غذا، محصولات تراریخته و در هوا این موضوع را داریم. مسئولیت این کار با سازمان پدافند غیرعامل است. که در این کار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت جهاد کشاورزی و صدا و سیما با آن سازمان همکاری می‌کنند. تکالیف اینها باید مشخص شوند که این کار انجام شده است تا در کنار هم به ایفای وظایفشان بپردازند. این کار در حال اجراست.

همان‌طور که گفته شد در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت تکالیف بسیار متعددی به عهده‌ی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است و این قانون امتیازات خیلی خوبی دارد.

اگر با همکاری و همیاری همه‌ی شما عزیزان بتوانیم این قانون را به‌خوبی اجرا کنیم، آینده‌ای شاد، جوان، پویا و خرم را برای کشور عزیزمان، ایران، رقم خواهیم زد. ان‌شاءالله.

پی‌نوشت‌ها:

۱- سوره‌ی مبارکه‌ی اِسرائ، آیه‌ی ۸۰

۲- (TFR)، مخفف (Total fertility rate)؛ نرخ باروری کل یا نرخ فرزندآوری میانگین تعداد فرزندان‌ی است که به ازای هر زن ۱۵ تا ۴۹ سال متولد شده است.

داریم پیر می‌شنویم

دیگر ۲ فرزند کافی نیست



معرفی: دکتر صابر جباری، رئیس مرکز جوانی
جمعیت، سلامت خانواده و مدارس وزارت بهداشت،
درمان و آموزش پزشکی و مسئول دبیرخانه‌ی قرارگاه
جوانی جمعیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی