

جزوه هادیان

کانال تلگرام ما پاسخگوی سوالات شما در زمینه آموزشی ها در طول مدت خدمت شما خواهد بود @tojhiamoozesh

جلسه اول انقلاب جمعیت دگر مروتی

مقدمه

جمعیت در طول تاریخ یکی از مولفه های مهم قدرت است، پادشاهان حاکمان و سیاست مداران دوست داشتند که جمعیت تحت پوششان جمعیت بیشتری باشد. اگر جنگ میشد نیروی نظامی بیشتری می توانستند بسیج کنند و در غیر حالت جنگ هم میتوانستند مالیات و خراج بیشتری را از جمعیت تحت پوششان بگیرند.

جمعیت تعیین کننده قدرت حکومت ها بود

مدرنیته و انقلاب جنسی

یکی از مهمترین اتفاقات که دانشمندان غربی به آن مهم ترین اتفاق اجتماعی تاریخ مدرنیته میگویند و اتفاق فوق العاده مهمی در تاریخ بشر بوده انقلاب جنسی است. این مسئله در فاصله سالهای ۱۹۵۰ تا ۱۹۷۰ میلادی ابتدا در آمریکا و بعد به صورت دومینووار در کشورهای مختلف اروپایی رخ میدهد عواملی دست به دست هم می دهند و کشورهایی را که خانواده های مستحکم تری داشتند به وضع فعلی میرسانند که نهاد خانواده تا حد بالایی تضعیف شده هنجارهای اخلاق جنسی به شدت به سمت نابودی رفته و فجایع متعدد اخلاقی در این جوامع رقم خورد. انقلاب جنسی یک نقطه عطف فوق العاده مهم است؛

عوامل مؤثر در رخداد انقلاب جنسی

عواملی دست به دست هم داد تا انقلاب جنسی رقم خورد: 1. جنبش زنان موج دوم فمینیست 2. انقلاب قانون طلاق 3. کتابهای منتشر شده خاص 4. انقلاب وسایل ضدبارداری 5. تحول رسانه در غرب

1. جنبش زنان موج دوم فمینیست

موج دوم فمینیست فمینیستهای رادیکال بودند به شدت فمینیست های ضد خانواده بودند مدعیان حقوق زن و مدعیان برابری جنسیتی این جریان به شدت علیه خانواده اقدام کرد

ضدیتشان با خانه داری زن. حتی در کتاب هایشان آوردند که خانه داری یک زن مثل کار در اردوگاه کار اجباری است حتی اگر یک خانمی خودش راغب و مایل بود که در خانه بنشیند و فرزند پروری و همسر داری

، کند باید او را به زور از خانه بیرون بکشیم و به او کار در بیرون از محیط خانه بدهیم آن فضایی که آن سالها و در موج دوم فمینیست فمینیستهای رادیکال - رقم خورد به شدت فضا، فضای ضد خانواده و به شدت ضد مرد بود. این کمک کرد به اینکه انقلاب جنسی رقم بخورد یکی از سردمداران آن موج دوم فمینیست خانمی به نام شولامیت فایر استون بود این خانم شولامیت فایر استون میگفت که علت ظلم تاریخی به زن بیولوژی تولید مثل اش است؛ اینکه میتواند بچه بیاورد. من حتی در جایی دیدم که پیشنهاد کرده بود که پزشکان باید کاری کنند که مردان هم بچه بیاورند یعنی مردان هم حامله بشوند

این افکار رادیکالی که اینها داشتند به شدت علیه خانواده رقم خورد جالب است که این خانم شولامیت فایر استون در سال ۲۰۱۲ فوت کرد؛ در تنهایی فوت کرد و بر اثر بوی فاسد شدن جسدش بود که همسایه ها فهمیدند این فرد که یکی از رهبران موج دوم فمینیست بوده فوت کرده است

2. انقلاب قانون طلاق

مسئله بعدی که منجر به وقوع انقلاب جنسی در غرب شد انقلاب طلاق بود divorce revolution قانون طلاق که در آمریکا تغییر کرد به قانون طلاق بی دلیل معروف است. دیگر زن و مرد احتیاج نداشتند اقامه دلیل کنند که از همسرشان طلاق بگیرند. طلاق را تسهیل کردند. این قانون به صورت فدرال که درآمد در سال اول در آمریکا قریب به سی درصد به آمار طلاق افزوده شد و طلاق راحت شد

در انقلاب جنسی فساد همه گیر شد به طوری که یک جوان برای پاسخ به غریزه اش ضرورتی نمیدید که بخواهد ازدواج کند؛ یعنی عامل مهمی که در تشکیل ازدواج وجود داشت سست شد. ازدواج هایی هم که شکل میگرفت به کوچک ترین بهانه ای به راحتی میتوانست منجر به طلاق بشود. فرزند هم که می توانست عامل بقای خانواده ها باشد به شدت فرزندآوری کم شد. این عوامل دست به دست هم داد تا شرایط فعلی غرب را رقم زد. الان تقریباً در غرب از هر دو بچه ای که به دنیا می آید یکی خارج از فضای خانواده به دنیا می آید

در آمریکا بیش از ۴۵ درصد از بچه ها که به دنیا می آیند نامشروع هستند یعنی پدر مشخص ندارند یا پدری بالای سر خانواده نیست. هم باشی رقیب ازدواج شد. آن عبارتی که بعضاً به اشتباه ازدواج سفید میگوئیم که نه ازدواج است نه سفید است یک زنای مستمر است. الان ازدواج سفید در غرب، رقیب ازدواج شده و منجر به این شده است که حتی مواردی که ازدواج میکنند بسیاری از آنها قبل از آن زندگی هم باشی را داشتند. بعضاً این

دختران کوچکی که میبینید لباس عروس در فیلم های غربی پوشیدند اینها معمولاً دارند میروند در عروسی مادر و پدرشان شرکت کنند؛ یعنی بالاخره اینها تصمیم گرفتند که با هم ازدواج کنند

3. کتابهای منتشر شده خاص

کتاب هایی بود **آلفرد کینزی** نوشته است. آلفرد کینزی دو کتاب بسیار مهم نوشت یکی **رفتارهای جنسی در مردان و دیگری رفتارهای جنسی در زنان** در این دو کتاب بسیاری از مفاسد اخلاقی را بیش از آن چیزی که وجود داشت شایع جلوه داد مثلاً رفته بود از یک بند خاص از زندان مطالعه انجام داده بود که بسیاری اساساً به خاطر مفاسد اخلاقی زندان افتاده بودند. شیوعی که فساد اخلاقی در آن قسمت از زندان داشت را به کل جامعه تعمیم داده بود و به اعداد و ارقام عجیب و غریبی رسیده بود. مثلاً ۸۰ درصد خیانت ۲۰ درصد همجنس بازی و امثال اینها اعدادی که بعدش کسی نتوانست ادعا کند که در این حد در جامعه آمریکا این مفاسد اخلاقی وجود دارد و بعد کتب متعددی نوشته شد و بیان شد که آن چیزی که به عنوان مطالعات علمی آقای آلفرد کینزی ارائه داده واقعاً یک شیادی محض است و این مطالعه کلی سوگیری دارد بر اساس مطالعات آلفرد کینزی بسیاری از قوانین در آمریکا تغییر کرد بسیاری از مفاسد اخلاقی جواز پیدا کرد. چرا؟ چون آقای آلفرد کینزی یک شعار داشت که میگفت گناه همه گناه هیچ کس نیست رفتاری که همه دارند انجام می دهند، رفتار طبیعی بشر است و این دیگر معنا ندارد که بگوییم یک گناه است ناهنجار است ضد ارزش اجتماعی است.

4. انقلاب وسایل ضدبارداری

در طول تاریخ انواع و اقسام مختلف وسایل ضدبارداری وجود داشت اما تنوع و تکرار فوق العاده و تولید انبوه این وسایل یک مسئله متاخر است و مربوط به همین ۶۰ ۷۰ سال گذشته است به عنوان نمونه قرصی که در سال ۱۹۶۲ به عنوان یک قرص ضدبارداری مجوز FDA آمریکا را گرفت و مصرف شد ظرف چند سال جمعیت انبوهی از زنان کشورهای غربی از این قرص ها استفاده کردند

قرص ضدبارداری چگونه میتواند منجر به انقلاب جنسی شود؟ این قرصها کمک کردند اگر زن غربی بازدارنده درونی نداشت - به قولی آن تقوا را نداشت که بخواهد یکسری اصول را رعایت کند این قرصها به این زن اطمینان خاطر میداد که دیگر بعد از ارتکاب فساد اخلاقی مسائل متعدد برایش به وجود نخواهد آمد بارداری ناخواسته نخواهد داشت، دردسرهای سقط را به دنبال نخواهد داشت و خیالش میتواند راحت باشد. خود غربی ها میگویند این قرصها و انقلاب وسایل ضدبارداری به وقوع انقلاب جنسی در غرب کمک کرد

5. تحول رسانه در غرب

قوانین سانسور در هالیوود تغییر کرد مفهوم منحوس ۱۸ در آن برهه اختراع شد مجلات مبتذل در آن برهه تیراژ میلیونی میخوردند و یکی از موثرترین اتفاقاتی که در حیطه رسانه افتاد، ورود تلویزیونهای کابلی به خانه های مردم بود یک تلویزیون رسمی وجود داشت که خیلی از ملاحظات اخلاقی را رعایت میکرد ولی در کنارش به موازات آن یک جریان تلویزیونهای کابلی پا به عرصه گذاشت و مردم چند دلار پول میدادند و اشتراک سریالهای آن تلویزیونهای کابلی را می خریدند

پیامدهای انقلاب جنسی از دست دادن خانواده مستحکم و جمعیت جوان

انقلاب جنسی منجر شد به اینکه غرب دو مؤلفه مهم قدرت را از دست بدهد؛ یکی خانواده مستحکم و دیگری جمعیت جوان جمعیت جوان تا که چرا مؤلفه قدرت است؛ چون این جمعیت جوان توانمند است، قدرتمند است. و تولید قدرت میکند؛ اما خانواده مستحکم چرا مؤلفه قدرت شمرده میشود؟ چرا منجر به تولید قدرت میشود؟ به خاطر اینکه یک خانواده مستحکم است که میتواند نیروی انسانی خوب تربیت کند. مستند زمستان جمعیتی را ببینید خارجیها ساختند و در ایران دوبله شده است. در آن مستند آمدند مطالعاتی که ویژگی خانواده مستحکم را اثبات کرده است آوردند انواع و اقسام خانواده های قوی که به قول خودشان اسم خانواده رویش غربیها می گذارند قیاس کرده است گفته است از انواع خانواده های غربی کدامشان در تربیت فرزند موفق تر بودند؟ کدامشان بچه هایی تربیت کردند که اعتیاد در آنها کمتر است خودکشی در آنها کمتر است ترک تحصیل در آنها کمتر است. این ۵-۶- مدل خانواده ای که بررسی کردند ببینند کدام موفق تر است؟ پدر و مادر، قانونی پدر و مادر هم باشی Cohabitation تک والد مرد یعنی صرفا پدر بالای سر خانواده باشد، تک والد زن یعنی صرفا مادر بالای سر خانواده باشد، همجنس باز مرد و همجنس باز زن اینها را قیاس کردند در عمده مطالعاتی که صورت گرفته موفق ترین خانواده در تربیت فرزند پدر و مادر قانونی است که عمده آسیبهایی اجتماعی در بچه های آنها فوق العاده کمتر است و معمولا در مطالعات بدترین هم جنس بازهای مرد هستند که متاسفانه در این فرهنگ مبتذل غربی همجنس باز مرد هم میتواند برود یک بچه ای را بگیرد بیاورد و بزرگ کند که اوج ابتذال و سخافت فرهنگی غرب است. غربی ها این دو مؤلفه قدرت را از دست دادند

سیمای پیشین خانواده چگونه بود؟ همان فیلم هایی که بعضا دیدیم؛ یک میزی است و چند بچه معمولا ۳-۴ بچه دور میز همراه با پدر و مادر نشستند به شدت به پدر و مادر احترام می گذارند دعای سفره میخوانند و بعد

غذا را شروع می کنند؛ اما می بینیم که در یک برهه ی خیلی کوتاهی این سیمای خانواده غربی دگرگون میشود و اینها خانواده مستحکم را از دست می دهند

به اینجا که رسید غربی ها اندیشمندان، دانشمندان و تئوریسینهای غربی به فکر فرو رفتند گفتند هم فرزندآوری مان ظرف بیست سال که انقلاب جنسی رخ داده تقریباً نصف شده و داریم جمعیت جوانمان را از دست میدهم و خانواده های مستحکمان دارد کم میشود و اساساً خانواده شکل نمی گیرد و خانواده هایی که شکل می گیرند درصد زیادی به طلاق منتهی می شود و کارکردهای این خانواده ها هم روز به روز دارد از دست می رود

دلایل عدم امکان بازگشت غرب به قبل از انقلاب جنسی

دو مسیر در قبال این مؤلفه های قدرت پیش روی آنها بود؛ یکی اینکه به همان سبک زندگی خانواده محور قبلی برگردند که تا حد زیادی این قضیه نشدنی بود. چرا؟

پیوند بحث سرمایه با مسائل جنسی

زیرا مسائل جنسی با بحث سرمایه پیوند خورده بود. الآن چرا نمیتوانند در آمریکا قوانین اسلحه را تغییر بدهند؟ به خاطر اینکه این کمپانی های اسلحه سازی این قدر قدرتمند هستند که رئیس جمهور می برند و می آورند مسائل جنسی با بحث سرمایه پیوند خورده بود و کسی در غرب حریف سرمایه دارها نیست در شرق هم چه بسا همین است

بالا بودن شدت تغییرات

عامل دیگری که نمیگذاشت غرب به سبک زندگی خانواده محور برگردد، شدت تغییرات بود ؟ گفتند حالا که این دو مولفه قدرت یعنی خانواده مستحکم و جمعیت جوان را نداریم کاری کنیم که دیگران هم نداشته باشند. این اتفاقی بود که برای غرب رقم خورد.

اقدامات غرب بعد از انقلاب جنسی در سایر کشورها

بعد از آن است که شاهد پیگیر دو مسئله عمده هستیم: 1. تخریب نهاد خانواده در سرتاسر دنیا و جهان غیر از غرب 2. پیگیری کنترل جمعیت در دنیا

1. تخریب نهاد خانواده در سرتاسر دنیا

غرب در کشورهای مختلف دنیا روی مسئله کنترل جمعیت سوار میشود خواستند که این مولفه های قدرت را از کشورهای مختلف دنیا بگیرند خواستند که خانواده را تضعیف کنند میبینیم که کارهای رسانه ای در این جهت دارد در کشور میشود؛ مثلاً ده ها شبکه ماهواره ای وجود دارد که هزینه میکنند برای اینکه یک سریال خارجی را در ایران دوبله کنند و پخش شود هزینه این ده ها شبکه ماهواره ای را کی دارد پرداخت میکند؟ کی میپردازد؟ چرا غربی ها دارند در این مسیر هزینه میکنند؟ به خاطر سودش آنها هزینه می کنند برای اینکه خانواده هایی را در سرتاسر جهان دچار فروپاشی کنند تا این قدرتی که خانواده مستحکم ایجاد میکند برای کشورهای شرقی و به خصوص کشورهای مسلمان ایجاد مزیت نسبی نکند. برای اینکه موازنه قدرت در دنیا به هم نریزد

2. کنترل جمعیت

کنترل جمعیت در ایران چه قبل و چه بعد از انقلاب توسط کسانی رهبران کنترل جمعیت و معماران کنترل جمعیت بودند که تقریباً همگی در آمریکا تحصیل کرده بودند

پروژه کنترل جمعیت قبل از انقلاب

پروژه کنترل جمعیت از آمریکا آغاز شد و خانم ستاره فرمانفرمایان که مددکاری اجتماعی خوانده بود قبل از سال 1340 هجری شمسی در ایران کنترل جمعیت را آغاز میکند. کم کم دستگاه سلطنتی میآید از او حمایت میکند و برنامه هایش را در کل کشور گسترش میدهند مسئله جمعیت این قدر برای غرب مهم بود که سفارت آمریکا در ایران یک نیروی ویژه مسئله جمعیت داشت

مسئله جمعیت این قدر برای غرب مهم بود که وقتی شاه یک جلسه خصوصی با کیسینجر، مشاور امنیت ملی کارتل و فورد رئیس جمهور آمریکا داشت بحث بر سر جمعیت شد. یک جلسه دیگری تقریباً با همین ترکیب به جای شاه دکتر هوشنگ انصاری در واشنگتن نشسته بود اولین سؤالی که رئیس جمهور آمریکا از وزیر اقتصاد ایران میکند این است که آیا همچنان رشد جمعیت شما بالا است؟ پاسخ میشنود؛ بله متأسفانه جمعیتمان بالاست ولی به شدت پیگیر کنترل جمعیت هستیم

بحث کنترل جمعیت فوق العاده برای غربیها اهمیت داشت و به شدت پیگیر بودند حضرت امام در نوفل لوشاتو پاریس است، انقلاب هنوز پیروز نشده است. خبرنگار زن آمریکایی به نام جورجی گایر می آید از حضرت امام میپرسد که آیا اگر شما توانستید در ایران حکومت تشکیل بدهید کنترل جمعیت خواهید کرد؟ نگرانی که غرب دارد این است که آیا اگر نظام ایران تغییر کند کنترل جمعیت ادامه پیدا خواهد کرد یا خیر؟ که حضرت امام خیلی هوشمندانه میگویند در این زمینه باید حکومت تصمیم بگیرد.

اقدامات غرب برای کنترل جمعیت (1. تولید شبه علم علمی 2. ترویج دیدگاه های ضد جمعیت 3. پرورش نیرو 4. گنجاندن تنظیم خانواده در مؤلفه های حقوق بشر 5. پروژه کنترل جمعیت بعد از انقلاب)

1. تولید شبه علم علمی

غربی ها برای اینکه کنترل جمعیت را در دنیا به پیش ببرند کارهای مختلفی انجام میدادند یکی از کارهای مهمشان این بود که تولید علم کنند تولید ادبیات یا دقیق تر تولید شبه علم علمی کنند.

2. ترویج دیدگاه های ضد جمعیت

کارشناسان رشد جمعیت را مخرب محیط زیست میدانند نابود کننده منابع طبیعی میدانند و رشد جمعیت را ضد سلامت می دانند. خانم دکتر امیلی مرکانت زن دانشمند غربی است پایان نامه اش دکترایش را در موضوع اسناد کنترل جمعیت انجام داد میگوید یک زمانی جمعیت شناسان آمریکایی معتقد بودند که اگر میخواهید رشد جمعیت در کشورهای غیر غربی در حال توسعه یا عقب مانده کاهش پیدا کند باید کمک کنید اینها به توسعه برسند؛ یعنی وقتی یک سیاست مدار آمریکایی به جمعیت شناس آمریکایی رجوع میکرد جمعیت شناس می گفت که من میدانم نگران هستی که کشورهای در حال توسعه دارد رشد جمعیتشان زیاد میشود ولی راهش این است که اینها به توسعه برسند، چون هر کشوری به توسعه رسید رشد جمعیتش کم شد. **کمک به توسعه کشورهای غیر غربی مطلوب سیاستمداران آمریکایی است.**

برای همین جمعیت شناسان پروژه گفتند اگر میخواهید به توسعه برسید، باید کنترل جمعیت کنید خانم امیلی مرکانت با اسناد و شواهد دانه دانه بررسی کردند گفتند این دانشمندان وقتی مشتریانان تغییر کرد مفاهیمی که خلق کردند هم تغییر کرد هیچ یک از کشورهای توسعه یافته دنیا از طریق کنترل جمعیت به توسعه

نرسیدند بلکه از طریق جمعیت انبوه جوانی که داشتند توانستند به توسعه برسند؛ اما وقتی که خودشان از این طریق به توسعه رسیدند، کشورهای دیگر را منع کردند که مبادا اینها با جمعیت جوان انبوه شان بخواهند به توسعه برسند

3. پرورش نیرو

نیروی انسانی معتقد به کنترل جمعیت پرورش دادند که یک نمونه اش خانم ستاره فرمانفرمایان بود یا نمونه دیگرش دکتر امیر منصور سرداری بود که فرد بهایی بود و آمریکا تحصیل کرده بود و مسئول تنظیم خانواده در وزارت بهداشت پیش از انقلاب بود اینها دانه دانه به کشورهای غربی کشانده شدند و برای کنترل جمعیت تربیت شدند این هم یک حرف آشکار است و مسئله ای است که اسنادش منتشر شده است این موارد دست به دست هم داد و ساختارهایی ایجاد شد و از ابزارهای متعدد سیاسی هم برای کنترل جمعیت استفاده کردند. سیاستمداران برایشان مطلوب نبود که کنترل جمعیت را انجام بدهند ولی بعضا مجبور میشدند. مثلا ژاپن بعد از شکست در جنگ جهانی دوم به کنترل جمعیت اجبار شد. وقتی شرایط جمعیتی کشورهای شکسته خورده در جنگ جهانی دوم را با کشورهای پیروز مقایسه میکنیم میبینیم که جنگ جهانی دوم در شرایط جمعیت اینها فوق العاده مؤثر بوده است. آلمان ایتالیا و ژاپن وضعیت فاجعه بار جمعیتی دارند. یکی از ابزارهایی که غرب استفاده کرد برای اینکه کنترل جمعیت را در کشورهای دیگر به پیش ببرد **سو استفاده از بحث تسهیلات بین المللی و بحث وام های بین المللی بود**

وزیر جنگ آمریکا بعد از اینکه جنگ ویتنام تمام شد رئیس بانک جهانی شد آنجا اعطای وامهای بین المللی را مشروط به کنترل جمعیت کرد؛ یعنی تنها به کشورهایی وام های کلان بین المللی داده میشد که اینها بروند کنترل جمعیت انجام بدهند. به نظر میرسد که احیای برنامه تنظیم خانواده بعد از انقلاب خودمان هم تا حد زیادی ناشی از علاقه دولتمردان وقت به گرفتن همین وامهای بین المللی بود

غرب نخبه ترین افراد را بالای سر کنترل جمعیت گذاشت مثلا کیسینجر بحث کنترل جمعیت را در کشورهای مختلف دنیا پیگیری میکرد که مکاتباتش در زمینه کنترل جمعیت در ایران وجود داشت. ابزارها مختلف بود بخشی همان تولید شبه علم و تربیت نیرو بود بخش دیگر جنگ بود بخش دیگر استفاده از ابزارهای بیولوژیک بود بخشی **بلوای حقوق بشری بود**

4. گنجاندن تنظیم خانواده در مؤلفه های حقوق بشر

تنظیم خانواده در یک کنفرانس بین المللی که پیش از انقلاب در تهران به عنوان یکی از مولفه های حقوق بشر شمرده شد اینکه انسان بچه نیابد یکی از مولفه های حقوق بشر شد؛ یعنی در راستای اهداف خودشان حقوق بشر تعریف میکنند این کارها و پیگیریها انجام شد و به کشور کنترل جمعیت وارد شد

5. پروژه کنترل جمعیت بعد از انقلاب

بعد از انقلاب کنترل جمعیت تا سال ۱۳۶۵ متوقف میشود که باز بعد از سرشماری سال ۱۳۶۵ این کنترل جمعیت را آغاز میکنند که از همان ابتدا هم میشود دست نهادهای بین المللی در آغاز کنترل جمعیت را مشاهده کرد

۱ دکتر نیکولاس ابراشتاد محقق انستیتو اینترپرایز آمریکا می گوید که ایران ظرف دو دهه هفتاد درصد از نرخ باروری اش را کم کرد که این اتفاق احتمالاً در تاریخ بشر بی نظیر بود. در تاریخ معاصر کنترل جمعیتی که در ایران شد و کاهش نرخ باروری که در ایران رقم خورد قطعاً در تاریخ معاصر بی نظیر است

با شیب فوق العاده زیادی فرزند آوریمان کاهش پیدا کرد خانواده هایی که در دهه شصت بیش از شش فرزند به دنیا می آوردند، صرفاً ظرف پانزده سال فرزندآوری شان یک سوم شد. این شیب فوق العاده ای که نرخ باروری و فرزندآوری در کشور کاهش پیدا کرد منجر به این شده است که جمعیتمان با شیب فوق العاده زیادی دارد پیر میشود با سرعت فوق العاده زیادی جمعیت کشور رو به پیری دارد می رود

تفاوت کنترل جمعیت ایران با سایر کشورها

رئیس سابق سازمان ثبت احوال آقای دکتر ناظمی اردکانی در مصاحبه شان گفتند که **ایران جز سومین کشور دنیا است** که دارد با بیشترین سرعت جمعیتش پیر میشود. بسیاری از کشورهای دیگر دنیا هم جمعیتشان پیر شده چه اشکال دارد جمعیت ایران هم پیر بشود آن کشورهایی که جمعیتشان تا الآن پیر شده، عموماً کشورهای ثروتمندی هستند، کشورهای توسعه یافته هستند کشورهایی مثل ژاپن، انگلیس، آلمان اینها به واسطه اقتصاد قدرتمندی که داشتند توانستند تا حدی مصائب و مشکلاتی که یک جمعیت سالمند دارد را تحمل و مدیریت کنند هر چند همانها هم الآن کمرشان زیر بار مخارج جمعیت سالمند خم شده است به خاطر همین است که ژاپن وزارت زادوولد ایجاد میکند انگلیس وزارت تنهایی ایجاد میکند.

متأسفانه پیش از اینکه به توسعه برسیم و پیش از اینکه یک اقتصاد قدرتمند بشویم جمعیتمان دارد پیر میشود. الان تقریباً از هر ده نفر ایرانی یک نفر بالای شصت سال سن دارد ولی صرفاً ظرف دو الی سه دهه آینده از هر چهار ایرانی یک نفر بالای شصت سال سن خواهد داشت کلاً سیمای جامعه مان دگرگون میشود و این مسئله مسئله خود مردم است

جمعیت مسئله حاکمیت و مردم

از ابعاد مهمی که باید در مسئله جمعیت به آن پرداخته بشود بحث بر سر خود مردم است و تبیین سیاستهای جمعیتی برای مردم به سود خود مردم خواهد بود. سن بازنشستگی را به ناچار باید افزایش بدهند وقتی که جمعیت پیر می شود و در نتیجه این ضررش متوجه خود مردم خواهد بود اینکه آسیبهای تک فرزندی را میگوییم این مرتبط با خود مردم است. اینکه میگوییم بچه های تک فرزند معمولاً خوب تربیت نمیشوند این برای خود مردم است اینکه در فرهنگ خودمان هم داشتیم که یکی یک دانه یا لره های عزیز یک اصطلاح قشنگ دارند میگویند که یک بچه مال کلاغ است ممکن است کلاغ یک بچه را بردارد ببرد کل زندگی تان رفته است این بچه هایی که امروز به دنیا می آیند میتوانند عصای پیری پدر و مادرشان باشند نسل گذشته را میبینیم که ۶-۷ بچه داشتند اینها باز گله مند هستند که این بچه ها به ما رسیدگی نمی کنند. شما بعضاً میبینید یک تک فرزند با یک تک فرزند دیگر ازدواج می کند اینها احیاناً بچه هایی داشته باشند، در سنین سالخوردگی پدر و مادرشان متولی نگهداری از چهار نفر خواهند بود آیا توان این را خواهند داشت؟ فرض را بگیریم بهترین تربیت را داشته باشند خیرخواه پدر و مادرشان باشند دوستدار پدر و مادرشان باشند اساساً توان نگهداری از پدر و مادرشان را نخواهند داشت این هایی که الان این کار با کلاس را انجام میدهند و به یکی دو بچه قناعت میکنند در بهترین حالت در سنین سالخوردگی روانه یک جای باکلاس به نام خانه سالمندان میشوند و کسی که آنجا رفته باشد میداند چه فضای محنت بار و غم انگیز و پر از افسردگی آن فضا دارد

ثمرات فرزندآوری برای خانواده ها

شاید به این نیت بچه آوردن که عصای پیری باشد زیاد قشنگ نباشد ولی واقعاً یک حقیقتی است که در طول تاریخ و فرهنگ ایران ریشه دارد که همین عبارت **عصای پیری** را میشود در قرآن داریم **نفخت فیه من روحی** خدا میگوید من از روح خودم در انسان دمیدم گویا هر بچه ای که به دنیا می آید شما دارید یک قطعه از روح خدا را در خانه تان می آورید دارید در زندگی تان می آورید دارید روی زمین میآورید و به خانه ها را میبینید

که صفا میدهد، فضای **خانواده ها را شاداب** میکند هر چقدر سختی دارد این فرزندآوری همراه با خودش یک لذت‌های ویژه دارد

خانواده هایی هستند که دنبال فرزند آوری هستند و مشکل ناباروری دارند و چقدر اینها عذاب میکشند و چقدر سختی میکشند و چه مصائبی را متحمل میشوند که بتوانند فرزندی بیاورند قدردان این نعمت بودن را از مردم باید بخواهیم

ولی آن بچه ای که خدا به شما میدهد آن چهره آن مجموع استعدادهایی که آن بچه دارد

می گذاریم، می بینیم که معمولا آن فرد متاهل **شرایط اقتصادی اش بهتر** است. این صرفا عوامل معنوی ندارد عوامل مادی هم دارد فرد وقتی که ازدواج میکند ؛ یعنی عوامل مادی هم این بحث **رزاقیت** دارد

. حضرت امیر المؤمنین امام علی (ع) می فرمایند که «کَلِمَا كَثُرَ الْعِيَالُ كَثُرَ الرِّزْقُ هر مقدار نان خور شما بیشتر بشود، **رزق و روزی شما هم بیشتر** میشود هنوز این فرهنگ خوب را نگه داشتیم عموم مردم حداقل زبانی هم که شده این را می پذیرند که هر آن کس که دندان دهد نان دهد باید این فرهنگ را در مردم بیدار کنیم و این خدمتی به خود مردم است

. این بچه ها به خانه و زندگی صفا میدهند و در آینده و در سنین سالخوردگی دستگیر ما خواهند بود

یک آیه زیبا قرآن میگوید **و من نعمره ننکسه فی الخلق افلا یعقلون** و کسی را که عمر طولانی دهیم او را در آفرینش رو به ضعف و ناتوانی میبریم، پس آیا انسانها نمی اندیشند؟ یعنی افراد سالمند بچه ها را بعضا پیدا می کنند راه رفتن افراد سالمند را نگاه میکنید میبینید شبیه بچه هایی است که تازه راه رفتند. حافظه افراد سالمند ضعیف عین بچه ها می شود. روحیه شان حساس میشود به کوچکترین مسئله ای دلشان عین بچه ها می شکند مشکلات سلامت برایشان وجود دارد، سبزه پوشکشان متفاوت است.

اقدامات لازم برای حمایت از خانواده ها

به خانواده ها روحیه بدهیم بگوییم که دولت شما را حمایت خواهد کرد. در قانون حمایت از خانواده تسهیلات بسیاری شمرده شده است زمین میدهند بسیاری را دادند بسیاری از موادش اجرایی شده است کسی اگر موادش را اجرایی نکند، به جرم استنکاف از اجرای قانون حتی میتواند به زندان بیفتد. فوق العاده قانون قانون ارزشمندی است یک خرده به مردم احساس پشت گرمی می دهد این را بتوانیم به مردم بگوییم حکومت هم تا حد خوبی با

این سیاست‌های جدید جمعیتی همراهی کرده است؛ اما علاوه بر آن کارهایی که حکومت انجام داده و این قانون را پیش گرفته است نیازمند این هستیم که فضای اجتماع فضای محلات و عمل مردم را با فرزندآوری بیشتر موافق کنیم مردم از فرزندآوری خانواده‌ها حمایت کنند. مثلاً فرد یک مغازه سوپر مارکتی دارد دم در ورودی سیمان بزند که این مادر بتواند کالسکه بچه‌اش را داخل بیاورد این یک حرکت موافق رشد جمعیت انجام داده است.

آن همسایه‌ای که طبقه بالایش بچه‌ها میدوند و صدای پایشان می‌آید و دارد اذیت میشود و تحمل میکند، یکی از کمک‌های مردم به بحث رشد جمعیت است. اینها باید فرهنگش جا بیفتد. آن صاحب خانه‌ای که خانه را در اختیار افرادی قرار می‌دهد که چند بچه دارند و می‌گویند حتی به شما تخفیف میدهم این دارد به آینده جمعیت کشور کمک می‌کند. باید برای اینها فرهنگ سازی کرد این شبکه توانمند کادر بهداشت و سلامت گسترده مجهز که در دور افتاده‌ترین نقاط کشور نیرو دارد میتواند این فرهنگها را بین مردم جا بیندازد نیاز است که به مردم گفته شود کمیت بچه‌ها زیاد ارتباطی با کیفیتشان ندارد این به این معنا نیست تصور شود اگر بچه‌ها کم بشوند میتوان کیفیتشان را افزایش داد. مثال نقض‌های متعددی دارد تک فرزند تعداد کم است و کیفیت هم معمولاً پایین است. هر چند موارد استثنای بزرگی این مسئله دارد. باید به مردم گفته شود که فرزند کمتر لزوماً زندگی بهتر را نمی‌آورد سالهای دهه شصت هر چند سالیان سختی بود، فرزندآوری هم بیشتر بود کلی مشکلات اقتصادی وجود داشت جنگ بود کلی تحریم وجود داشت؛ اما شاهد هستیم که آسایش کمتری وجود داشت ولی آرامش بیشتری وجود داشت. آسایشی را رسیدیم که آرامش به دنبال نداشته است و باید این را به مردم بگوییم **بحث جمعیت یک بحث ملی** است بحث این نیست که چه کسی دارد حکومت میکند ایران با یک جمعیت پیر نمی‌تواند به پیشرفت برسد حالا هر کسی میخواهد در رأس آن حکومت باشد. با یک بحث ملی مواجه هستیم هر کسی که دوستدار این کشور است ایران را دوست دارد باید نگران بحث سالخوردگی جمعیت کشور باشد. باید همه در این مسیر حرکت کنیم دل بسوزانیم با همه افکار همراهی کنیم و از آنها بخواهیم که به جوان ماندن ایران کمک کنند. **جوان ماندن ایران به معنای تضمین پیشرفت و توسعه و امنیت کشور است**

برژینسکی یکی از تئوریسین‌ها و استراتژیست‌های برجسته آمریکایی در سال ۲۰۰۹ مصاحبه‌ای با وال استریت ژورنال کرده است. آنجا توصیه میکند به سیاستمداران آمریکایی که از حملات پیش‌دستانه به تأسیسات هسته‌ای ایران اجتناب کنید. می‌گوید به این تأسیسات هسته‌ای ایران حمله نظامی نکنید. بعد می‌گوید با ایران بازی طولانی مدتی را آغاز کنید زیرا وضع آمارهای جمعیتی به نفع نظام کنونی نیست خیلی ساده این است که می

گوید فعلا به ایران حمله نظامی نکنید چون جمعیت جوانی دارد و شما از پس اینها بر نمی آید حمله نظامی را موکول کنید به زمانی که جمعیت ایران پیر و سالخورده شد این حمله نظامی امنیت من و شماست امنیت

توجه ویژه به سقط جنین

سقط جنین به مثابه کشتن

یکی از خویشاوندان شما به رحمت خدا رفتند این فرد اگر با مرگ طبیعی مرده باشد. شما یک حسی دارید ولی اگر به قتل رسیده باشد حس شما متفاوت است سقط جنین قتل است مرگ نیست. سقط جنین کشتن است

اگر سقط در سه ماهه دوم صورت بگیرد کورتاژ میکنند دستگاه وارد رحم مادر میشود بچه را قطعه قطعه میکند و بیرون می کشد یک خانم دکتري در آمریکا از طرفداران حق انتخاب بود pro-choice کسانی که معتقدند مادر می تواند انتخاب کند بچه را نگه دارد یا بکشد فعال آزادی سقط جنین بود. این تعریف میکند میگوید من رفتم در یک مطب پزشک که داشت سقط جنین انجام میداد تصویر سونوگرافی را که دیدم دستگاه که خواست پای بچه را بگیرد و بکند آن جنین پایش را عقب کشید. میگفت به دکتر گفتم که آقای دکتر این پایش را عقب کشید. دکتر هم گفت که این جانورها همه همین اند. گفت حال من خراب شد از مطب بیرون آمدم و الان یکی از فعالان ضد سقط جنین در آمریکاست به جریان پرولایف پیوسته است **طرفداران حق حیات میگویند که**

شما حق ندارید این بچه را بکشید این حق حیات دارد

بیشتر بودن آمار سقط جنین از تصادفات جاده ای

آمار تصادفهای جاده ای در کشور قریب به بیست هزار مورد در سال است آمار مرگ و میرهای ناشی از تصادفات جاده ای بسیار بالاست؛ اما قریب به پانزده الی بیست برابر همین تعداد کشته های تصادفات جاده ای سقط جنین غیر قانونی در کشورمان داریم.

نقش شبکه بهداشت و سلامت در پیشگیری از سقط جنین

شبکه بهداشت و سلامت پرسنل شبکه بهداشت و سلامت می توانند **مؤثرترین حلقه مقابله با این جنایت در کشور** باشند و اگر تنها یک بچه را شما نجات بدهید این را یک بچه نمی شود دید این یک نسل است یک نسل

بچه مسلمان است یک نسل از شیعیان حضرت امیرالمؤمنین است که تا روز قیامت طبق احادیث ثواب کند برای شما نوشته میشود شریک هستید و در گناهانشان شریک نیستید یک باقیات و صالحات فوق العاده ای است و باید بتوانیم در مقابل این جنایت بایستیم و مانع انجام سقط جنینهای جنایی در کشور بشویم هشدار خطر سلاح های کشتار فردی است

سالخوردگی جمعیت و نقش وزارت بهداشت در اجرای قانون جوانی جمعیت و فرهنگ سازی دکتر جباری

محورهای اصلی موضوع جمعیت

در موضوع جمعیت چهار محور اصلی تاثیر گذار است: ۱ حوزه ی سیاست و سیاست گذاری

2. حوزه ی اقتصاد و معیشت 3. سلامت 4. 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 تاثیر دارد موضوع **مهم فرهنگ و تربیت** است.

پنج مسئله اصلی حوزه جمعیت (1). چالشهای مختلف در ازدواج 2. تهدید بنیان خانواده و طلاق

3. مسئله کاهش نرخ باروری 4. سقط جنین 5. مهاجرت)

1. چالشهای مختلف در ازدواج

پدیده ی بی ازدواجی. یعنی عده ای از جوانها تصمیم قاطع می گیرند که به هیچ وجه ازدواج نکنند مسئله ی بعدی ما دیر ازدواجی است که متأسفانه تبدیل به فرهنگ شده است. به بهانه های مختلف سمت و سوی حرکت ما به این سمت است. که دیرتر ازدواج کنیم یک وقتی ممکن است این بهانه اشتغال باشد و بهانه ای واقعی باشد. یک وقتی ممکن است بهانه ها 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 ران 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 بخشی اش خانوادگی باشد سخت ازدواج کنند. پس مسئله ی اول ما ازدواج است.

2. تهدید بنیان خانواده و طلاق

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 ثبتي و واقعی این هم بنیان خانواده را تهدید میکند و باید برایش فکری کنیم

3. مسئله کاهش نرخ باروری

مسئله ی سوم ما در حوزه ی چالشهای فرزندآوری در ایران کاهش امکان فرزند بیشتر است. این مسئله چند دلیل عمده دارد. اول اینکه در ایران فاصله ی بین ازدواج و تولد اولین فرزند زیاد و حدود پنج سال است. زوجین جوان ما که ازدواج میکنند تا بخواهند تصمیم به بچه دار شدن بگیرند و تا تولد اولین فرزندشان پنج سال فاصله می افتد. این مسئله بسیار مهم و در عین حال اشتباه است. از نظر پزشکی دلیل اصلی اش این است که ما ناباروری های اولیه را دیر تشخیص میدهم و همین دیر تشخیص دادن فرصت طلایی فرزندآوری را در برخی از زوجین جوان به ویژه در خانم ها از دست میدهد اگر سن ازدواج بالا باشد، مضیقه ی این فرصت بیشتر است و احتمال و امکان فرزندآوری کمتر خواهد بود. دوم اینکه فاصله ی بین موالید ما زیاد است یعنی خانواده های

ایرانی بین تولد اولین فرزند و دومین فرزندشان فاصله ی زیادی دارند. این تحت تاثیر شعار «فرزند کمتر زندگی بهتر» قرار دارد. **سومین** مسئله در کاهش امکان فرزند بیشتر ناباروری ها هستند چه ناباروریهای اولیه یعنی کسانی که تجربه ی 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 بچه دار نمی شوند. مسئله ی **چهارم** تنظیم خانواده ی عمومی است در کشور ما اجرای سیاستهای غلط و واقعا 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 مخصوصا 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 بچه دار شدن کردند دچار ناباروری شدند.

4. سقط جنین

سقط خود به خودی ما از میانگین و (norm) جهانی بالاتر است سقط خود به خودی تحت تاثیر عوامل مختلفی قرار دارد از علل ژنتیک گرفته تا سبک زندگی ، تغذیه ، محیط زیست ، آب و هوا و عوامل متعدد دیگر .

از بین رفتن جنین ها سقط پزشکی است در مواردی که جان مادر به خطر می افتد سقط با مجوز پزشکی قانونی صورت می پذیرد یا در موردی که از نظر پزشکی ادامه حیات برای جنین متصور نیست و سایر مواردی که در قانون برشمرده شده اند این اتفاق می افتد عدد از بین بردن جنین ها در سقط پزشکی در کل موالید و بارداری های ما بالا نیست حدودا 10 هزار مورد در سال است

اما مسئله ی مهم ما بحث سقطهای عمدی است که از آن با عناوین سقط عمدی یا سقط جنایی یا سقط غیر قانونی یاد می شود. متاسفانه 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 غیر اخلاقی 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 لانه گزینی در رحم اتفاق می افتد، 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 نمی کند. متاسفانه یک تلقی غلط در اذهان همه ی 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 واقعا هیچ فرقی نمیکند فقط به مراتب رشد

. قبل از پرداختن به مسئله ی پنجم در بحث از بین رفتن جنین ها مورد دیگر غربالگریهای بی ضابطه است. متأسفانه غربالگریهایی که برای سندرم داون در کشور ما انجام می شد هم مثبت کاذب زیادی داشت و هم منفی کاذب یعنی تعدادی جنین سالم بودند و به خاطر خطای آزمایشگاهی فکر میکردیم اینها مبتلا به سندرم داون هستند و آنها را سقط میکردیم 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 غربالگریها ندارند

5. مهاجرت

مسئله ی مهم مهاجرت است. آنچه که با آن مواجهیم مهاجرت از روستاها به شهرهای کوچک و مهاجرت از شهرهای کوچک به کلان شهرها و بعضا مهاجرت از کلان شهرها به خارج از کشور است.

فرهنگ زیربنا است

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 شده اند نشان میدهند مسئله ی فرهنگ مسئله ی اصلی است.

فرهنگ فرزند آوری (فرزند سرمایه زندگی است)

یکی از تلقی های اشتباه در جامعه این است که فرزند از نگاه سرمایه به هزینه تبدیل شده است به خاطر همین با بی فرزندی مواجه هستیم چون فرزند را سرمایه نمیدانیم و هزینه میدانیم. نکته ی بعدی شعار یک یا دو بچه کافی است و بحث کم فرزندی است باز هم علتش نگاه هزینه ای به فرزند است. اگر بخواهیم هم از نظر فردی و هم از نظر خانوادگی دچار مشکلات عدیده ی 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. نکته ی بعدی که بچه زحمت دارد - واقعا هم زحمت دارد - ولی در کنارش به خیرات برکات و رحمتی که بچه می آورد توجه نمی کنیم.

فرهنگ ازدواج

می خواهیم گزاره هایی 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. ال ممکن است برای یک کسی شانزده سالگی باشد و برای یک کسی ۲۴، ۲۵ یا هجده سالگی باشد ولی اگر شرایط بلوغ فکری و اجتماعی برای فرد رقم بخورد در سنین پایین تر حتما ازدواج بهتر خواهد بود. فرزندآوری پنج سال بعد از ازدواج گزاره ی غلطی است. **فرزندآوری باید در دو سال اول ازدواج** رقم بخورد که بتوانیم ناباروری های اولیه را به موقع تشخیص دهیم و تدبیر کنیم گزاره ی 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 ادامه ی زندگی قبلی نباشد از نظر انسانی عرفی و شرعی حق زن است

فرهنگ سن بارداری

فرهنگ سن بارداری است. بارداری زیر هجده سال و بالای ۳۵ سال نباید باشد. این گزاره ی غلطی است گزاره ی درست این است که **بارداری در هیچ سنی منعی ندارد** در برخی از سنین نیازمند مراقبت و توجه بیشتری است و گر نه 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 ام اس دارد ولی خواهان فرزندآوری است پزشک داروهایش را تنظیم میکند و مراقبتهایش را بهتر می کند که دوره ی بارداری را که یک دوره ی فیزیولوژیکی است طی کند. گزاره ای است که **فاصله ی بین موالید باید بین سه تا پنج سال** باشد. در این باره هیچ الزامی وجود ندارد توصیه ی 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 فعلی اش ندارد.** در برخی از شرایط مادر نیازمند توجه و مراقبت بیشتری از نظر روانی جسمی و پزشکی است. گزاره ای 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 صحه گذاشتن بر این گزاره حداقل امکان ازدواج را از آنها می گیریم چون می گویند این **دختر ناز است** و نمیتواند بچه دار شود. در این صورت امکان ازدواجش به

شدت پایین می آید و تقریباً نزدیک به صفر میشود گزاره ی تأخیر در بارداری بدون مشکل است گزاره ی غلطی است تأخیر در بارداری احتمال ناباروری های اولیه و ثانویه را افزایش میدهد.

زایمان برتر (فرهنگ باروری و بارداری)

فرهنگ باروری و بارداری است. یکی از چالشهای اصلی مان در حوزه ی سلامت - که مرتبط با جمعیت و فرزندآوری است - زایمان به شیوه ی سزارین است. این گزاره که سزارین باید انتخابی باشد و مشکلی ندارد گزاره ی 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 می زند ترویج کنیم نه روشهای مصنوعی را

گزاره های غلط

روشهای پیشگیری از بارداری کلا بی خطر هستند. روشهای پیشگیری از بارداری مخصوصاً طولانی مدت ها 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 می دهند روشهای پیشگیری از بارداری باید با حساب و کتاب و زیر نظر پزشک باشند و طولانی مدت استفاده نشوند.

گزاره ی غلط دیگری وجود دارد که **بارداری حتما باید با برنامه ریزی باشد ۳۳ درصد بارداریها در تمام دنیا بدون برنامه ریزی هستند** ما میگوییم اگر بارداری به هر دلیلی بدون برنامه ریزی 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 برنامه ریزی واقعا اشکالی ندارد. گزاره ی 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 گزاره ی غلط این است که در روستا نمی توان زندگی کرد ولی روستا واقعا بهترین مکان برای زندگی است. الحمد لله الآن امکانات زیر ساختی و امکانات روز زندگی تقریبا در اغلب - یا حتی میتوانم بگویم صد در صد - روستاها فراهم است.

روستا واقعا با صفاترین مکان برای زندگی است. یا اینکه گفته می شود 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 بخشی اش مرتبط با بخش های دولتی - مردمی است و یک بخش آن مرتبط با بخشهای خصوصی است ولی واقعا امکانش فراهم است. حاشیه نشینی موضوع خیلی مهمی است. الان تلقی عمومی این است که حاشیه نشینی با بدبختی بهتر از زندگی در روستا یا شهر خودمان است حدودا ۱۲ تا ۱۳ میلیون حاشیه نشین داریم این موضوع تبعات اجتماعی سنگینی را برای کشور و خود عزیزانی دارد که در حاشیه ی شهرها زندگی میکنند باید بتوانیم مسائل این دوستان و هموطنان عزیزمان را در شهر و روستای خودشان حل کنیم که نخواهند بیایند و در حاشیه ی شهرهای بزرگ ساکن شوند. گزاره ی غلطی هست که ایران جای زندگی نیست. از دل این گزاره مهاجرت به سایر کشورها در می آید. 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 خلاصه ای از مسائل مختلف فرهنگی بود که بر حوزه ی جمعیت و فرزندآوری اثر می گذارد.

چشم انداز آینده جمعیت جهان

سازمان ملل متحد بخشی با عنوان جمعیت و توسعه دارد. اخیرا این بخش گزارشی را منتشر کرده است که چشم انداز آینده ی جمعیت جهان را در این گزارش بیان می کند میخواهیم با هم این گزارش را مرور کنیم و ببینیم چه میگوید در این گزارش نرخ متوسط سالمندی در جهان در سال ۲۱۰۰ برابر با ۲۴۰۰۳ درصد بیان می شود. این یعنی در سال ۲۱۰۰ از هر چهار نفری که میبینیم 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 پر جمعیت ترین کشورهای

دنیایا با هم مقایسه کنیم. در سال ۲۰۲۲ ده کشور پرمجمعیت دنیا به ترتیب چین هند آمریکا اندونزی، برزیل، روسیه، پاکستان بنگلادش، نیجریه و مکزیک هستند پدیده ی سالمندی و سالخوردگی جمعیت دو علت اصلی دارد یکی افزایش امید به زندگی و دیگری کاهش (TFR) یا نرخ باروری یا نرخ فرزندآوری در سال ۲۰۵۰ به خاطر پدیده ی سالمندی و سالخوردگی جمعیت ده کشور پرمجمعیت دنیا - که در بالا ذکر شدند - جابه جا خواهند شد. در فهرست ده کشور پرمجمعیت دنیا در سال ۲۰۵۰ هند بالاتر از چین قرار میگیرد و بعدآمریکااست. 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 جابه جا خواهند شد. بر اساس همین گزارش کشورهای پرمجمعیت دنیا تا سال ۲۰۵۰ با هم مقایسه میشوند روسیه و ژاپن با توجه به نرخ سالمندی بالا و کاهش نرخ باروری شان از جمله ده کشور با جمعیت بالا محسوب نمیشوند. ایران در سال ۲۰۲۲ با جمعیت حدود ۸۵ میلیون نفر در رتبه ی هفدهم دنیا قرار دارد. در سال ۲۰۵۰ با جمعیت ۹۹ میلیون نفر یک رتبه کاهش پیدا میکند و به رتبه ی هجدهم میرسد. باز هم این گزارش پیش بینی میکند که ایران در سال ۲۱۰۰ برابر با ۸۰ میلیون نفر جمعیت خواهد داشت که عمده ی این جمعیت سالمند هستند وقتی در این گزارش وضعیت ایران با کشورهای همجوار و همسایه ی ایران مقایسه می شود 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 همسایه ی ما مثل عربستان روسیه آذربایجان و ترکیه هم در این گزارش آمده اند بر اساس این پیش بینی جمعیت کشور ما با ۸۲ میلیون نفر رو به کاهش خواهد بود. در واقع این گزارش میخواید بگوید ایران در سال ۲۱۰۰ رتبه ی نخست سالمندی جمعیت را تجربه خواهد کرد ایران در سال ۲۱۰۰ رتبه ی ششم جمعیت را در کشورهای همجوار خواهد داشت. در سال ۲۱۰۰ پنج کشور همسایه ی 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 می رود.

پیش بینیهای 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 دانشگاه هایم 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 50 درصد کاهش پیدا

میکند و به ۷۷۱ میلیون نفر میرسد. بر اساس پیش بینی ها نرخ رشد جمعیت در این کشور ۱،۴۷ درصد خواهد بود. در دو سه سال اخیر دولت چین سیاست های 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 می شود. 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 می دهد. چون پدیده ی خوب امید به زندگی در کشورمان رو به افزایش است نمیتوانیم تکریم سالمندی را رقم بزنیم و به سالمندانمان خدمات خوبی به ویژه در حوزه ی 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

مرکز پژوهشهای مجلس شورای اسلامی از بررسی وضعیت سالمندی در ایران و چالشهای آن گزارشی را منتشر کرده است پیش بینی مرکز پژوهشهای مجلس شورای اسلامی بر اساس آمار این است که در سال ۱۴۳۰ حدود ۳۰ درصد یک سوم 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 سالمندی مان بالا بوده و علت اصلی آن افراط در اجرای سیاستهای تنظیم خانواده بوده است.

عوامل مؤثر در تشدید سالمندی چهار عامل اصلی

1. **کاهش خانواده های گسترده و متمرکز** در یک محله (ما به سمت آپارتمان نشینی و خانواده های کوچک رفتیم اگر بعضی خانواده ها بخواهند فرزند بیشتری داشته باشند محیطهای کوچک آپارتمانی این امکان را برایش یا سخت میکند یا سلب)

2. کاهش بعد خانوار (یعنی کاهش تعداد اعضای خانواده)

3. بالا بودن آمار تجرد قطعی در کشور ماست کسانی هستند که هرگز ازدواج نکرده اند. حدوداً بین ۱۱ تا ۱۲ میلیون دختر و پسر در سن ازدواج داریم که اینها مجرد هستند و ازدواج نکرده اند.

4. زنانه شدن سالمندی یعنی مرگ و میر سالمندی در مردان بیشتر از زنان ماست

بر اساس داده هایی سازمان ثبت احوال کشور از کل ولادت هایی که در سال ۱۳۹۹ رخ داده اند 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 پدر بزرگ و مادر بزرگ را سرپرستی کنند که حتماً از توانشان خارج است.

سایر عوامل چالش سالمندی

1. افزایش هزینه های مراقبتهای بهداشتی و درمانی زیر ساخت های ما برای مراقبت از سالمندانمان نیاز به تقویت، توسعه و بعضاً بازسازی دارد

2. ناپایداری نظام رفاهی 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 بیماری های واگیر به سمت بیماریهای غیرواگیر از حیث سلامت در حال حرکت هستیم.

3. نیاز به زیر ساختهای مراقبت از سالمندان است. در حال حاضر یکی از چالشهایمان این است که حدوداً نزدیک به ۱۰ میلیون سالمند در کشور داریم هم اکنون به ازای هر ۷۰۰ سالمند یک تخت بیمارستانی داریم در حالی که در کشورهای توسعه یافته به ازای هر ۱۸ سالمند یک تخت بیمارستانی است. ببینید چقدر اختلاف داریم این موضوع ما را دچار 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. نشان دهنده ی 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 شده اند امید به زندگی در کشور ما افزایش یابد اما اگر غفلت کنیم این مسئله بار مالی سنگینی را به صندوق های 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 سالمندی مان از ۱۰ درصد فعلی به ۲۰ درصد افزایش خواهد یافت. این در حالی است که در کشورهای توسعه یافته این روند ۷۰ تا ۱۲۰ سال طول کشیده است بزرگواران دقت کنید. ما طی ۲۳ سال داریم از ۱۰ درصد سالمندی به ۲۰ درصد می رسیم. در کشورهای توسعه یافته 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 توسعه یافته قبل از فرآیند توسعه یافتگی اتفاق افتاده است و این ضرر مضاعف اقتصادی فرهنگی و اجتماعی را برای ما ایجاد می کند. 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 پدیده ی 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 همه ی کشورها دچار غفلت از جوانی جمعیت می شوند با سالخوردگی جمعیت مواجه میشوند. در این زمینه وقتی زنگ سالمندی جمعیت به صدا در می آید کشورها سعی میکنند تدبیر کنند تا دچار این عارضه ی جدی نشوند چون این عارضه ی جدی همه ی مسائل فرهنگی اجتماعی اقتصادی سیاسی و امنیتی شان را تحت تأثیر قرار میدهد یکی از اقداماتی که اغلب کشورها در این زمینه انجام میدهند تغییر سیاستهای بلند مدت 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 مسئله ای 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. **عمده ی تکالیف این قانون به عهده ی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار داده شده** 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 غیر مستقیم 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 یک چهارم کل قانون میشود. این یعنی اگر در حوزه ی بهداشت سبک زندگی و فرهنگ سازی عمومی به درستی از ظرفیتهای موجود استفاده کنیم که در دوره ی تنظیم خانواده همین کار را کردیم و از ظرفیت نظام و شبکه ی بهداشت استفاده کردیم که در تنظیم خانواده موفق

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 تایید شد. این قانون جهت اجرا در ۱۴۰۰،۸،۱۹ توسط مجلس شورای اسلامی به رئیس جمهور ابلاغ شد. آقای رئیس جمهور 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 دانشگاه ها و موسسات عالی آموزش پزشکی ابلاغ شد.

مراجع ناظر پنجگانه

. در این قانون پنج ناظر در نظر گرفته شده است: **1. ستاد ملی جمعیت**، **2. شورای عالی انقلاب فرهنگی**، **3. مجلس شورای اسلامی**، **4. سازمان بازرسی کل کشور**، **5. نهادهای اطلاعاتی - امنیتی**

اول **ستاد ملی جمعیت** که این ستاد به ریاست رئیس جمهور 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 رییس جمهور دبیر ستاد ملی جمعیت را تعیین می کند که این ستاد در بخش دولتی اصلی ترین هماهنگ کننده و ناظر است. ناظر دیگر اجرای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت **شورای عالی انقلاب فرهنگی** است. وظیفه ی 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 به ویژه جرایم سازمان یافته در سقط عمدی جنین **نهادهای اطلاعاتی - امنیتی** ناظر اجرای این قانون هستند.

تکالیف و ماموریت‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

در معاونت‌های مختلف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بخش‌های مختلف تکالیف و موارد قانونی شان 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 شده اند. 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

وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی مکلف است آیین نامه ی این ماده را ابلاغ و دستور العمل مربوطه را اصلاح کند به تدبیر وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جناب آقای دکتر بهرام عین اللهی 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 شبانه روزی 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. کارهای روزمره و زودگذر نباشد که ان شا الله خیرات و برکاتش هم برای کارکنان خدمت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخش‌های مختلف بهداشتی درمانی و آموزشی باشد و هم برای عموم مردم که از این خدمات بهره مند میشوند رئیس این قرارگاه آقای وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی است. جانشین رئیس معاونت محترم بهداشت است. ابتدا اداره ی جوانی جمعیت تشکیل شد. بعد با توجه به اینکه تکالیف متعددی بود و با یک اداره کار راه نمی افتاد، مرکز جوانی جمعیت سلامت خانواده و مدارس تأسیس شد که بنده ی حقیر توفیق دارم در ریاست این مرکز باشم. دبیرخانه ی قرارگاه تشکیل شد. در ذیل قرارگاه کمیته های مختلفی تشکیل شدند از جمله کمیته ی فرهنگی کمیته ی علمی کمیته ی بهداشت کمیته ی مراقبت و درمان کمیته ی بیمه کمیته ی حقوقی کمیته ی رصد پایش و کمیته ی رسانه برای همه

ی این کمیته ها تکالیفی مشخص شد که بتوانند در ابتدای امر آئین نامه های مرتبط را اصلاح و آئین نامه های 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 ماده ی ۹ رسیدگی به تخلفات اداری برای کارمندان یا مدیران متخلف اعمال میشود. برای متخلفین حبس یا جزای نقدی درجه ی ۴ و ۵ در این قانون دیده شده است.

ماده ی ۲۶ مجازات اسلامی پنج تا پانزده سال محرومیت از حقوق اجتماعی دیده شده است. همه ی 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

پنجره ی جمعیتی مان 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 اداره ی امور کشور نخواهیم داشت بهترین ظرفیت برای اینکه بتوانیم قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت را به خوبی اجرا کنیم استفاده از ظرفیت شبکه ی بهداشت و درمان کشور است.

نقش مهم و تاثیرگذار بهورزان و مراقبین سلامت

در طرح تنظیم خانواده از امکان چهره به چهره ی بهورزان با عموم مردم استفاده کردیم در حال حاضر در شبکه ی بهداشت ۳۲ هزار بهورز و ۲۲ هزار مراقب سلامت داریم مراقبان سلامت عمدتاً ماما هستند بهورزان و مراقبان سلامت می توانند سهم به سزایی 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 مسئله ی 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.

بسته های اقتصادی قانون

- واگذاری زمین و مسکن به خانواده هایی که فرزند سوم به بعد متولد می شود
- تسهیلات قرض الحسنه ازدواج و فرزندآوری که برای سال ۱۴۰۲ افزایش پیدا کرده است (به ازای هر فرزند ۳۰ میلیون تومان)
- امتیاز خرید خودرو دولتی
- واگذاری سهام

اشاره ای به مواد قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

می خواهیم به مواد قانون مختلفی -حدود ۶۰ درصدش تکلیف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است

ماده ی ۲ (ماده دو) وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مکلف است دستور العملها منشورها، آئین نامه ها و شیوه نامه هایی را که مغایر با قانون هستند بازنگری کند. تقریباً همه ی دستور العملها، قریب ۹۶ ۹۷ درصدشان را بازنگری کردیم درصد خیلی کمی مانده است که به زودی متناسب با تکالیف جدید قانونی برای حفظ کرامت مادری و ارزشمندی فرزندآوری نهایی میشود.

ماده 3 (ماده سه) تامین زمین یا واحد مسکونی حداکثر ۲۰۰ متری به قیمت تمام شده با ۲ سال تنفس و ۸ سال قسط بندی پس از تولد فرزند سوم

تبصره ی ۵ ماده ی ۷ (تبصره پنج ماده هفت) 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.

ماده 10 (ماده ده) تسهیلات قرض الحسنه برای تولد فرزند سوم تا پنجم و بالاتر به ترتیب از ۳۰ تا ۵۰ میلیون تومان با تنفس شش ماهه

ماده 14. (ماده چهارده) حق بهره برداری زمین با هدف تولید کشاورزی و اشتغال و تخفیف ۲۵ هزینه واگذاری با ۵۰ درصد افزایش طول دوره بازپرداخت برای تولد فرزند ۳ به بعد

ماده ی 15 (ماده پانزده) 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 دانشگاه ها ابلاغ شده است. باید از تعدیل نیروی مادران بارداری که یا صاحب سه فرزند هستند یا دارای فرزند شیر خوارند خودداری شود باز هم این موضوع به دانشگاه ها ابلاغ شده است که این مادران باردار یا شیرده اطمینان شغلی داشته باشند.

ماده ی ۱۶ (ماده شانزده) حقوق سالانه کمک هزینه ی اولاد و حق عائله مندی بر اساس تعداد فرزندان به ترتیب افزایش پیدا کند. این هم به دانشگاه ها ابلاغ شده است. مرخصی ایام زایمان نه ماه کامل شده و به همه ی دانشگاه ها ابلاغ شده است برای دوقلوها و بیشتر این مدت دوازده ماه و یک سال کامل است نکته ی دیگر اینکه مادر می تواند 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. الحمد لله این هم ابلاغ شده است و در حال اجراست هر چند ممکن است بعضی جاها مشکلاتی وجود داشته باشند.

بند ب ماده ی ۱۷ (بند ب ماده ی هفده) همه ی دانشگاه های 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 شب کاری شان باید کاهش پیدا کند این قانون ابلاغ شده است. بر اساس ماده ی ۱۷ 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.

بند ت ماده ی ۱۷ (بند ت ماده هفده) 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.

ماده ی ۲۰ (ماده بیست) تمامی دستگاهها از جمله وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه ها مکلف شدند، کسانی را که در سال گذشته اقدام به فرزندآوری کردند و بچه دار شدند یا ازدواج کردند تشویق کنند. خوشبختانه این کار در دانشگاه ها انجام می شود.

ماده ی ۲۲ (ماده بیست و دو) این قانون باید فضای مناسب جهت رفع نیازهای نوزادان کودکان و مادران فراهم شود. این دو قسمت دارد یک قسمتش مهد کودکهای رایج است که باید برای کارکنان دولت دیده بشود یک قسمت ایجاد مراکز فضای مادر و کودک برای مراجعین و ارباب رجوع به دستگاه هاست که وقتی مادران مراجعه می کنند 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 داده اند خیلی هایشان هنوز انجام نداده اند. ما هم اصرار داریم و پیگیری میکنیم که این کار انجام شود.

ماده ی ۲۴ (ماده بیست و چهار) تدوین و تهیه ی 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.

ماده ی ۲۶ (ماده بیست و شش) این قانون امتیازات خوبی برای مادران باردار دانشجو دیده شده است. اینها می توانند در دوره ی بارداری شان 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 دوره ی نگهداری از کودک و شیردهی اش را با خیال راحت طی کنند.

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 زمینه ی آموزش غیر حضوری اینها در مواردی که آموزش مهارتی نیست و امکانش فراهم است و دانشجوی خانم دارای فرزند زیر سه سال است فراهم شود. کاهش نوبت کاری شب برای دانشجویان مادر باردار یا دارای فرزند زیر دو سال است. حتی دانشجویان دستیار تخصصی

و دانشجویان (Ph.D) هم از این امکان بهره مند شدند. قبل از این نبود و برای اولین بار این اتفاق افتاد برای اساتیدی که اساتید راهنمای دانشجویان بارداری یا دارای فرزند خردسال هستند افزایش سهمیه ی سقف استاد در نظر گرفته شد.

ماده ی ۲۷ (ماده بیست و هفت) به ازای هر فرزند شش ماه از تعهدات قانون خدمات پزشکان پیرا پزشکان کسر میشود این ماده ی قانونی برای گروه پیرا پزشکی 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 متاهل می توانند 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 **ماده ی ۲۸، ۳۵، ۴۶ و ۴۸ میشود بحث فرهنگ سازی** داریم یعنی تحکیم خانواده ترویج ازدواج بهنگام و فرزند آوری به موقع اصلاح نمادهای دو فرزندآموزش 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 رسانه ای متعددی را به شکل پوستر موشن گرافی، تیزر فیلم کوتاه و.... ارائه کردیم و هنوز هم در حال انجام آن هستیم

ماده ی ۳۶ (ماده سی و شش) وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مکلف است مراکز مشاوره ی مبتنی بر سبک زندگی اسلامی ایرانی را راه اندازی کند. خوشبختانه دستورالعمل این هم تدوین شده است و به زودی ابلاغ خواهد شد.

ماده ی ۳۸ (ماده سی و هشت) آموزشهای هنگام ازدواج به تمامی زوجین جوان را به عهده ی 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 می کنند برای آموزشها ارجاع داده میشوند. موقع انجام آزمایشهای هنگام ازدواج آموزشهای مورد نظر را میبینند که آموزشهای هنگام ازدواج شش ساعت هستند.

ماده ی ۳۹ (ماده سی و نه) باید حداقل پنج درصد اعتبارات پژوهشی دانشگاه ها برای اولویتهای مرتبط با خانواده و فرزندآوری و روش های جمعیت اختصاص پیدا کند این رقم به این موضوع اختصاص پیدا کرده است همین جا از همه ی 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.

ماده ی ۴۱ (ماده چهل و یک) همه ی دانشگاه های علوم پزشکی و دانشکده های علوم پزشکی موظف هستند که یک مرکز درمان ناباروری سطح دو راه اندازی 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 همه ی 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

ماده ی ۴۲ (ماده چهل و دو) 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 هزینه هایشان تحت پوشش بیمه ی ناباروری قرار می گیرد. قبل از این زوجین هزینه ی زیادی میکردند از ویزیت پزشک گرفته تا سونوگرافی و آزمایش تا نهایتا برسند به اینکه به پزشک فوق تخصص ناباروری ارجاع داده شوند. در این صورت آن موقع نشاندار میشدند تا هزینه هایشان بیمه شود. الان این امکان فراهم شده است. نکته ی 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 می شوند. 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 می افتد.

ماده ی ۴۳ (ماده چهل و سه) 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 بیمه های پایه مقاومت می کند ولی در حال انجام است. الحمد لله از قبل از ابلاغ قانون در درمان و تشخیص علت ناباروری خیلی جلو هستیم.

ماده ی ۴۴ (ماده چهل و چهار) باید بیمه ی پایه ی 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 شده اند.

ماده ی ۴۵ (ماده چهل و پنج) بحث راهنمای بالینی بیمه ی خدمات سلامت زنان مادران باردار و نوزادان است. خوشبختانه این هم تدوین ابلاغ و انجام شد.

بند ب ماده ی ۴۶ (بند ب ماده ی چهل و شش) پرداخت فوق العاده کمک به فرزندآوری به صورت افزایش پلکانی به ازای تولد فرزند اول به بعد در جمعیت تحت پوشش به ارائه دهندگان 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 شبکه ی بهداشت یعنی بهورزان ماماها و مراقبین سلامت است. بهورز یا مراقب سلامتی که مشاوره ی فرزندآوری می دهد که منجر به تولد زنده میشود به صورت پلکانی کارانه دریافت میکند. این غیر از سایر کارانه هایی است که به هر دلیلی در نظام شبکه به این عزیزان پرداخت می شود. 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 می شود. نهایتا کد ملی فرزندی که به دنیا می آید. بر اساس آمار و ارقامی که مرکز مدیریت شبکه از تمامی پایگاههای بهداشتی کشور دارد برای آن خط پایه ای تعریف شده است. بر اساس آن خط پایه هر چه تعداد موالید افزایش پیدا کند به صورت کارانه پلکانی افزوده میشود مثلاً ۵۰ زن متاهل تحت پوشش خدمات یک بهورز هستند در سال ۱۴۰۱ از این زنان پنج فرزند متولد شده اند در سال ۱۴۰۲ به ازای هر فرزندی که به این پنج فرزند اضافه شود کارانه ی پلکانی تعلق می گیرد 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 می گیرد. اینها با هم جمع میشوند و کارانه ی پلکانی افزایش پیدا می کند. الحمد لله این هم در نظام شبکه اجرایی شده است. برخی از بهورزها و مراقبین سلامت ما شیرینی دریافت این کارانه را چشیده اند.

ماده ی ۴۷ (ماده چهل و هفت) راهنمای مکتوب حفظ و مراقبت از سلامت جنین است. این هم ابلاغ شده است 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 منطقی تری خواهد گرفت که ان شا الله به حفظ آن جنین کمک خواهد کرد.

ماده ی ۴۹ (ماده چهل و نه) 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 وسیله ی نقلیه ی عمومی برای همه ی مادران

فراهم شود. با دوستان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی آمایش سرزمینی آن را انجام دادیم و این قانون در حال اجراست.

ماده ی ۵۰ (ماده پنجاه) تکالیف سنگین قانون است که با آن چالش داریم متاسفانه نرخ سزارین در کشور ما حدود ۵۴ تا ۵۶ درصد است که بالاتر از زایمان طبیعی است بر اساس ماده ی ۵۰ این قانون چه باید بکنیم؟ بر اساس این ماده باید سالانه نرخ زایمان طبیعی مان پنج درصد افزایشی و سزارینمان کاهشی باشد. سیاستهای یکپارچه سازی آن تدوین شده است. البته هنوز متاسفانه دستور العمل کشوری اش ابلاغ نشده است فرهنگ سازی 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 سهمیه ی مناطق محروم و نیاز مناطق اصلاح تعرفه های کارآمد در افزایش زایمان طبیعی از دیگر مسائلی است که باید به آنها توجه شوند.

ماده ی ۵۰ ماده ی مهمی در ترویج **زایمان طبیعی** است. در این ماده ذکر میشود ممنوعیت پرداخت بیمه در موارد زایمان سزارین است توسعه ی زایمانهای بدون درد یا کم درد در دستور کار است ارتقای کیفیتهای مراقبتهای دوره ی بارداری در ماده ی ۵۰ این قانون دیده شده است. ارزیابی و ارزشیابی عملکرد کارکنان بر حسب رضایت مادر دیده شده است. یعنی درصدی از کارانه ای که به ماما متخصص زنان و زایمان و سایر عوامل زایمان پرداخت میشود بر اساس رضایت مادرانی است. که در بلوک زایمان حاضر میشوند پیش نیاز اعتبار بخشی بیمارستانها بر اساس کاهش سالانه پنج درصد از نرخ سزارین در این ماده دیده شده است. بر اساس رضایت مادران باید پنج درصد بودجه ی عمرانی به بهسازی و زیباسازی و خوشایند سازی بلوکهای زایمان تعلق پیدا کند.

ماده ی ۵۱ (ماده پنجاه و یک) ممنوعیت توزیع رایگان یا یارانه ای روشها و تجهیزات پیشگیری از بارداری قید شده است. این هم اجرایی شده است. بر اساس این ماده امکان دسترسی به روشها و تجهیزات پیشگیری از بارداری هست **اول** اینکه فقط رایگان نیست. **دوم** اینکه صرفا پزشکان در شبکه ی بهداشت میتوانند آنها را تجویز کنند یعنی ماماها بهورزان مراقبین سلامت و کارشناسان بهداشت نمی توانند پزشک می تواند نسخه بدهد و تجویز کند و مراجعه کنندگان به پزشک از داروخانه دریافت کنند.

ماده ی ۵۲ (ماده پنجاه و دو) این قانون موارد مجاز عقیم سازی باید ابلاغ میشد. در قانون کلا واز کتومی ممنوع شده است توبکتومی یا بستن لوله ها در زنان صرفا در مواردی که برای مادر بارداری خطر جانی دارد یا بارداری هرج دارد مجاز است. دستور العمل آن ابلاغ شده است.

ماده ی ۵۳ (ماده پنجاه و سه) باید دستور العمل مرتبط با سقط جنین و غربالگری ها را اصلاح میکردیم یکی از مهم ترین دستور العمل ها دستور العمل غربالگری ناهنجاری های جنینی در سندرم داون و تریزومی ها بود. خوشبختانه اصلاح و ابلاغ شد و در حال اجراست هر چند به دلیل تعارض منافی که وجود دارد و نگاهی غلطی که به این غربالگری وجود دارد برخلاف استانداردهای دنیا بعضی موقع ها بی رویه و بدون استاندارد و بدون اندیکاسیون انجام میشود، ولی الحمد لله اصلاح شده و کاهش پیدا کرده است.

ماده ی ۵۴ (ماده پنجاه و چهار) کلیه ی 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 سامانه ی جامع قرار دهد تا بتوانیم داشبورد مدیریتی واحدی از آن داشته باشیم اسم آن سامانه ی ملی باروری سالم گذاشته شده است. این سامانه رونمایی شده و در حال تکمیل داده هاست و در آینده ی نه چندان دور یکی از سامانه های بسیار خوب در رصد حوزه ی سلامت مادران خواهد بود.

ماده ی ۵۵ (ماده پنجاه و پنج) برنامه ی جامع مهار پیشگیری و کاهش سقط خود به خودی داشته باشیم خوشبختانه این برنامه ابلاغ شده و در حال اجراست.

ماده ی ۵۶ (ماده پنجاه و شش) ممنوعیت سقط عمدی جنین است. در قانون سقط عمدی جنین جرم انگاری شده است. سقط عمدی جنین از جرایمی است که جنبه ی عمومی دارد و مشمول مجازات های مختلف مثل دیه حبس و ابطال پرونده ی پزشکی است. نقطه ی مثبت در این قانون این است که هر پزشک دارو فروش 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 پروانه ی پزشکی اش ابطال می شود. این حکم بازدارنده ای است و ان شاء الله جلوی کسانی که این جنایت را مرتکب میشوند گرفته میشوند.

ماده ی ۵۷ و ماده ی ۶۱ قانون (ماده پنجاه و هفت و ماده شصت و یک قانون) بحث برنامه و تمهیداتی است که البته قوه ی 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.

ماده ی ۵۸ (ماده پنجاه و هشت) این قانون داروهای سقط جنین فقط باید در داروخانه های مجاز - که الان در بیمارستانها مستقر هستند - توزیع شوند هرگونه خرید و فروش این داروها خارج از این داروخانه ها ممنوع است.

ماده ی ۶۵ (ماده شصت و پنج) پدافند غیر عامل است. طبق این ماده ی قانونی در حوزه های مختلف که برای بارداری و باروری مخاطره و خطر وجود دارد و یا باعث ناباروری میشود مطالبه و اقدام شود. در حوزه ی مواد شیمیایی سموم پرتوهای رادیواکتیو در آب، غذا، محصولات تراریخته و در هوا این موضوع را داریم مسئولیت این کار با سازمان پدافند غیر عامل است که در این کار وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی وزارت جهاد کشاورزی و صدا و سیما با آن سازمان همکاری می کنند تکالیف اینها باید مشخص شوند که این کار انجام شده است تا در کنار هم به ایفای وظایفشان بپردازند. این کار در حال اجراست.

همان طور که گفته شد در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت تکالیف بسیار متعددی به عهده ی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است و این قانون امتیازات خیلی خوبی دارد.

پی نوشت ها

۱ سوره ی مبارکه إسرا ، آیه ی ۸۰ ؛ نرخ باروری کل (Total fertility rate) (مخفف ،) TFR یا نرخ فرزندآوری میانگین تعداد فرزندی است که به ازای هر زن ۱۵ تا ۴۹ سال متولد شده است. داریم پیر می شویم دیگر ۲ فرزند کافی نیست

معرفی دکتر صابر جبّاری رئیس مرکز جوانی جمعیت سلامت خانواده و مدارس وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و مسئول دبیرخانه ی قرارگاه جوانی جمعیت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

(

سیاست های جدید پیشگیری از بارداری دکتر منصوری

ماده 51 (ماده پنجاه و یک) هرگونه توزیع رایگان یا یارانه ای اقلام پیشگیری از بارداری و کار گذاشتن اقلام پیشگیری و تشویق به استفاده از آنها در شبکه های بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی ممنوع می باشد

تبصره: هرگونه ارائه داروهای پیشگیری از بارداری در داروخانه های سراسر کشور و شبکه بهداشت و کار گذاشتن اقلام پیشگیری باید با تجویز پزشک باشد.

انچه در این قانون ممنوع شده است:

1. ارائه رایگان و یارانه ای اقلام پیشگیری از بارداری در شبکه های بهداشتی درمانی وجود قرص و آمپول های جلوگیری از بارداری ، IUD و کاندوم در شبکه های بهداشتی درمانی ، مراکز و خانه های بهداشتی به دلیل نقض قانون ممنوع است .
 2. کار گذاشتن اقلام پیشگیری از بارداری در شبکه های بهداشتی درمانی ممنوع است جاگذاری IUD توسط پزشک و ماما در مراکز بهداشتی در مانی و خانه های بهداشت و شبکه های بهداشت درمانی ممنوع است .
 3. تشویق به استفاده از اقلام پیشگیری از بارداری ممنوع است هر گونه تشویق ، اجباری و پیگیری استفاده از روش ها به گونه ای که جزو خدمات کارکنان بهداشتی باشد و یا به صورت شفاهی ، طبق قانون ممنوع است .
 4. ارائه دارو های جلوگیری از بارداری در داروخانه های سراسر کشور و شبکه بهداشت بدون تجویز پزشک ممنوع است قرص های جلوگیری از بارداری و آمپول ها به دلیل کیفیت هورمونی جزو داروهای هستند که نیاز به نسخه پزشک دارند از طرفی ممنوعیت مصرف این داروها در بعضی بیمارها قبل از تجویز پزشک ملزم به رعایت کنتراندیکاسیون ها می باشد همه پزشکان اعم از عمومی _ متخصص می تواند این داروها را تجویز می کند .
 5. این قرص ها و آمپول ها سه ماه به دلیل کیفیت هورمونی فقط باید با نسخه پزشک تحویل مراجعان داده شود .توهیچ کشوری داروهای خاص بدون نسخه پزشک تحویل داده نشود .
- این داروها هورمونی به شدت اختلالات خلقی مثل افسردگی افزایش می دهد .

پزشکان شبکه های بهداشتی درمانی علی رغم اینکه مجاز به تجویز این دارو ها می باشند فقط در صورت درخواست بیمار و بدون تشویق و ترغیب به استفاده از این داروها (طبق متن ماده 51) می تواند این داروها تجویز کند .

_ کار گذاشتن IUD بدون تجویز پزشک ممنوع است

_ کارگذاشتن IUD در مطب پزشکان بلامانع است

_ کارگذاری IUD در دفاتر کار مامایی فقط با تجویز پزشک بلامانع است.

_ مستندات تجویز پزشک باید در پرونده مراجعه کننده موجود باشد .

ممنوعیت ارائه رایگان اقلام پیشگیری از بارداری در شبکه های بهداشت باعث افزایش بارداری های بدون برنامه و افزایش سقط (قتل) جنین خواهد شد

پیشگیری از بارداری دکتر سمایی

اقلام پیشگیری از بارداری

تعریف سلامت : سازمان جهانی بهداشت در سال 1947 سلامتی را حالتی از رفاه کامل جسمی ، روانی و اجتماعی نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی تعریف کرده است .

سلامتی مفهومی کلی مستلزم تعامل و درون وابستگی میان اجزای مختلف است .سازمان جهانی بهداشت در تعریف سلامت به تحقیق دکتر ابوت و دکتر جونز در دانشگاه ویسکانسین که سلامت را هفت بعد تعریف می کند استناد می کند . توجه به ابعاد سلامت ضرورت نگاه همه جانبه در سیاست گذاری های کلان را مضاعف می سازد . (سلامت معنوی . عاطفی . اجتماعی . محیط زندگی . شغلی . جسمی . ذهنی)

پیشگیری از بارداری در سالهای 1965 الی 1964 کتابی تحت عنوان کنترل بارداری توسط فردی به نام پینکوس منتشر شد که در آن موضوع داروها و ترکیبات هورمونی در راستای پیشگیری از بارداری مورد بحث قرار گرفت .

پیشگیری از بارداری به طرق مختلف صورت می پذیرد که عده آنها با تاخیر در فرزند اوری و افزایش سن مادر می تواند موجب مشکلات جبران ناپذیری چون ناباروری شود .

مصرف بی رویه و بی قاعده ترکیبات هورمونی پیشگیری از بارداری و حتی بدون تجویز پزشک مشکلات و بیماریهای جدی همچون **ترمبوآمبولیک** می شود به نحوی که به اذعان های اماری سن ابتلا به سکتة های مغزی

اقدام پیشگیری از بارداری متنوع است :

شیردهی یکی از شایع ترین روش های پیشگیری از بارداری که از گذشته مورد توجه زنان بوده است. با شیردهی تغییراتی روی غده هیپوفیز و هیپوتالاموس ایجاد شود روی عملکرد تخمدان تاثیر بگذرد و یک آمنوره ایجاد می کند که این آمنوره منجر به پیشگیری از بارداری می شود

مزایا : در دسترس و رایگان . **معایب :** مدت تاثیر غیر قابل اعتماد

فواید : کاهش چشمگیر خطر سرطان پستان

قرص های هورمونی حاوی استروژن و پروژسترون : از طریق اثر بر هیپوتالاموس و هیپوفیز و تخمدان سبب مهار ترشح هورمون های محرک از مغز و اثر روی تخمدان و جلوگیری از تخمک گذاری می شود .

عوارض شایع : تهوع ، پرخاشگری و رفتارهای تکانشی (افسردگی) ، ترومبوز آمبولی های وریدی ، ترومبوز شریانی ، افزایش فشار خون ، دیابت ، چربی خون و سنگ کیسه صفرا . ناراحتی پستان ، افزایش وزن . افزایش لکه های رنگدانه صورت ، کم خونی فقر آهن ، افسردگی و کاهش میل جنسی ، تغییرات آندروژنی نامطلوب صدا (مردانه شدن صدا)

احتیاط مصرف : ترکیبات هورمونی در زنان با مصرف دخانیات ، سابقه فشار خون بالا ، دیابت ، بیماری روماتیسمی قلب ، چربی خون بالا ، و سابقه خانوادگی سکتة مغزی یا قلبی و مصرف الکل ، آدنوم کبد

ایا این ترکیبات هورمونی خوراکی با انواع سرطان مرتبط هستند یا خیر :

ارتباطی بین سرطان رحم و تخمدان با این داروها وجود ندارد و حتی در بیماران سابقه سرطان های تخمدان دارند مصرف این قرص ها با سرکوب عملکرد تخمدان می تواند اثر محافظتی هم داشته باشد . سرطان دهانه رحم که بعد از سرطان پستان جز چالش های مهم سلامت زنان در غرب محسوب می شود باید بیان داشت که مصرف قرص ای پیشگیری از بارداری به مدت بیش از یکسال خطر تغییرات سلول های دهانه رحم (دیسپلازی و کارسینوم درجای دهانه رحم) به سمت سرطانی شدن را افزایش می دهد و خطر سرطان مهاجم دهانه رحم بعد از 5 سال از مصرف افزایش می یابد که این خطر با سن و تعداد شرکای جنسی افزایش می یابد و در زنان مبتلا به زگیل تناسلی حدود سه برابر می شود .

قرص های ترکیبی خوراکی تاثیر آن بر قدرت باروری فرد :

مطالعه ای در انگلستان انجام شد و نشان داده شد که به دلیل سرکوب هیپوتالاموس و هیپوفیز و تخمدان بعد از قطع مصرف قرص ممکن است قدرت باروری فرد با تاخیر به حالت طبیعی برگردد . این تاخیر بیشتر در زنانی رخ می دهد که هرگز زایمان نکرده بودند

با توجه به اینکه متأسفانه این ترکیبات گاه بدون تجویز پزشک عرضه می شود لذا شایسته است جامعه به موارد منع مصرف قرص های ترکیبی خوراکی آگاه باشد این عبارتند از :

1. اختلالات ترمبوآمبولیک (از جمله سابقه خانوادگی در بستگان نزدیک ، والدین یا خواهران و برادران که نشان دهنده استعداد ارثی برای ترومبوز یا لخته در عروق است بیماری عروقی مغز ، انسداد عروق کرونری قلب یا سابقه قبلی اختلالات)

2. اختلال چشمگیر عملکرد کبد مثلاً بیماران مبتلا به هپاتیت و سیروز کبد

3. سابقه بیماری کرونر قلب یا بیماری مغزی عروقی

سردرد میگرنی همراه با اورا (اورا به تغییرات و حالات در نیمه صورت و چشم گفته می شود که فرد از شروع میگرن آگاه کند)

2. دیابت شیرین همراه با بیماری عروقی

3. سرطان شناخته شده یا مشکوک پستان

4. خونریزی غیر طبیعی دستگاه تناسلی

5. حاملگی مشخص یا مشکوک

6. افراد سیگاری بالای 35 سال

7. فشار خون بالا و کنترل نشده

ایمپلنت ها :

ایمپلنت ها یکی از روش های پیشگیری از بارداری طولانی مدت است و چون تاخیر در بازگشت بارداری می شود بیماران به عوارض آن آگاه باشند در متون طب زنان به صراحت بیان می شود که این روش فقط در زنانی استفاده شود که تعداد کودکان خود را کامل کرد یا مبتلا به بیماری مزمنی هستند که ممکن است سلامت آنها در اثر حاملگی به مخاطره بیفتد و در بیماران با حوادث ترومبو امبولی و بیماری کبد و سرطان های مشکوک یا شناخته شده پستان ممنوع است

از عوارض این روش اختلال در الگوهای خونریزی است که موجب عدم تمایل زنان مسلمان به استفاده از آن شده است زیرا انجام مناسک مذهبی و روابط زناشویی ایشان دچار مشکل می سازد

از دیگر عوارض جدی این روش حاملگی خارج از رحم است که حدود 30 درصد حاملگی های که در حین استفاده از نوعی ایمپلنت بنام نورپلنت رخ می دهند از نوع نابه جا یا خارج از رحم هستند .

ترکیبات هورمونی از بارداری تزریقی :

این ترکیبات شامل میزان تغلیظ شده ای از هورمون پروژسترون استات هستند که در بیمارانی که می خواهند حداقل یکسال باردار نشوند استفاده می شود و با خطر تاخیر در قدرت باروری همراه هستند و در بیماران دچار اختلالات انعقادی ، افسردگی ، بیماری قلبی عروقی ، آدنوم کبد ممنوع است . از عوارض مهم این ترکیب اثر بر تراکم استخوان است و در زنانی که تاکنون زایمان نکرده اند زنان سیگاری و زنانی که کلسیم کافی مصرف نمی کنند در بیشترین حد است

اثر بر باروری در آینده و تاخیر در حامله شدن مشکل منحصر به فرد روشهای تزریقی جلوگیری از حاملگی است

جلوگیری از حاملگی با وسایل داخل رحمی (IUD)

وسیله ای است که درون رحم قرار می گیرد و مانع لانه گزینی جنین لقاح یافته می شود و انواع مختلفی دارد شایع ترین آن نوع مسی و نوع هورمونی است IUD های مسی با اثر اسپرم کش و تغییر محیط رحم مانع باروری می شوند در صورتی که مکانیسم اثر IUD جلوگیری از لانه گزینی باشد با توجه به اینکه منجر به سقط جنین حاصل از لقاح می شود بسیاری از مراجع استفاده از آن را شرعا مجاز نمی دانند .

انواع ازاد کننده هورمون نوع دیگری از IUD هستند که در رحم هورمون لوونورژستول آزاد می کنند .

از عوارض شایع **وسیله های داخل رحمی عفونت ها** هستند . عفونت های باکتریای مرتبط با IUD که در اثر آلودگی حفره آندومتر و در هنگام جاگذاری IUD رخ می دهد یکی دیگر از عفونت های مهم ،کتینوما یسس است می تواند موجب **آبسه های لگنی یک طرفه** شود یکی دیگر از خطرات **خطر پاره شده رحم** است

عقیم سازی

عقیم سازی با جراحی شایع ترین روش کنترل باروری دائم مورد استفاده زوج ها است که در جهان حداقل سن 30 سال برای برای آن در نظر گرفته شده است زیرا سن جوانتر در زمان عقیم سازی سبب بروز مشکلات در زمینه ازدواج می شود طلاق و ازدواج مجدد پیش بینی کننده های پشیمانی هستند که ممکن است به در خواست های برگرداندن عقیم سازی منجر شوند .

خطرات و عوارض زودرس عقیم سازی دایمی در زنان شامل عوارض بیهوشی سراسری و عوارض ناشی از جراحی شکمی یا لگنی قبلی ، سابقه عفونت های لگنی ، چاقی و دیابت شیرین است شایع ترین عارضه قابل ملاحظه لاپارتومی ناخواسته به دنبال مشاهده چسبندگی داخل شکمی است وازعوارض دیررس عقیم سازی می توان به افزایش نامنظمی پریود و درد مربوط به عقیم سازی لوله ای اشاره کرد

سقط جنین حاجی کاظم

اگر جنین در سن پایین با سقط عمدی یا خود به خودی از بین برود آیا حیاتش ادامه پیدا می کند ؟

جنین از لحظه شکل گیری به بعد حیاتش ادامه پیدا می کند در جهان برزخ زندگی می کند و در روز قیامت به پدر و مادرش ملحق خواهد شد

کانال تلگرام ما @tojhiamoozesh

اگر سقط جنین خود به خودی باشد جنین در روز قیامت شفاعت کنند پدر و مادرش هست

اما اگر سقط عمدی باشد جنین روز قیامت از پدر و مادرش شکایت خواهد کرد .

جنین سقط شده باید برایش اسم انتخاب شود اگر اسم نزاریم جنین گله مند می شود .

بعضی از جنین معلوم نیست پسر هست یا دختر . اسم مشترک بین پسر و دختر انتخاب شود .

اگر جنین سقط شود پیامبر اکرم بهش افتخار می کند . خدا به جنین سقط شده امر می کند وارد بهشت شوید

اما جنین میگه به بهشت نمیروم تا پدر و مادرم ملاقات کنم . این رحمت خدا است که دعای جنین مستجاب می شود .

جنین از سن 4 تا 5 ماهگی به بعد به لحاظ انسان بودگی با من و شما تفاوتی ندارد .

سقط عمدی حرام است .

اولین مرحله ای که افریده می شود . نطفه می باشد . مرحله نطفه گیر اولین مرحله انسان بودن است

دیه قتل جنین از مرحله نطفه گیر برقرار است اما به تدریج افزایش می یابد به ولوج کامل می رسد دیه ثابت می باشد و با ۱۰ سالگی انسان یکی می باشد . .

از زمانی که جنین حرکاتی از خود بروز می دهد حرکت از غیر جنین نیست . که شرعا دلالت بر ولوج روح کامل دارد که اگر این علائم وجود نداشته باشد حداکثر زمانش 4 ماهگی می باشد

ایا قبل از ولوج کامل جنین روح دارد یا هیچ روحی ندارد ؟ از لحظه شکل گیری جنین روح دارد .

اما روح کامل نیست

سلول اسپرم و تخمک در محیط مساعد بدون لقاح قرار گیرد از بین می روند اما اگر لقاح پیدا می کند اگر کسی مانع حیات نشود زنده می ماند .

نه تخمک نه اسپرم رشد نمی کند . سلول لقاح یافته به سرعت شروع به تحول پیدا کردن

گرفتن جان مثل گرفتن جان همه انسانها از دانشمندان ، علما ، امام زمان و می باشد .

اگر جان کسی نجان بدهیم ینی جای همه انسانها نجات دادیم

جنین ولد انسان می باشد و از بین بردن آن قتل می باشد .

هرگاه قران فرموده بچه هاتون نکشید شامل جنین ها هم می شود .

سقط عمدی جنین قتل است . سقط عمدی جنین نهایت ازار جنین است . حتی اگر بنا به انتخاب از بین بردن یا نبردن جنین باشد تو انتخاب کن جنین زنده بماند چون مادر تو زمانی هم که تو در شکمش بودی جنین بودی می توانست تصمیم بگیرد که جان تو را بگیرد یا جان تو را نگیرد این به این معنا هست که مادر قدرتش داشت تو را از بین ببرد ولی این کار را انجام نداد . و تو به شکرانه این لطف مادر به جنینت زندگی بدی و جانش را نگیری . در حوزه انتخاب تو نیست از بین بردن جنین .

جنین جزیی از اندام ها و بدن مادر است و هرکس نسبت به بدن خودش اختیار دارد و می تواند جنین خود را از بین ببرد . فهم ما انسان طبیعی یک سر دارد پس نباید بگوییم این جزیی از بدن ما است بدن هر انسانی یک نوع DNA دارد .

کشتن انسانها نادرست است . بدون اینکه در نظر گرفتن قیافه اون جنین .

از لحظه لقاح تا مرگ طبیعی باید از جان ها دفاع کرد .

موضوع سقط عمدی جنین از زوایا مختلف بررسی می شود : از منظر علمی بررسی شود به این معنی که شاخص های علوم سیاست سلامت و اخلاق پزشکی . از **منظر روانشناسی** از منظر فقهی یا شاخص های دیگر شناسایی کتب و شناسایی سرفصل ها . **زاویه شیوع** اینکه در چه شهرهایی شیوع به چه میزان می باشد رتبه بندی صورت بگیرد . زاویه ریشه ها به این معنا که افراد احراز می کنند که دلیل انجام اینکار چیست . از زاویه معارف (اینکه معرفت دینی چه می گویند .) زاویه راهبردی (وضعیت موجود چیست) . زاویه گفتمانی بسیار مهم است (انانچه در زبان ها در مورد سقط عمدی جنین است و چطور میشود که انچه صحیح است بر زبان جاری شود

دکتر گلرخی

واجد پدر یا مادر شدن واجد شرایط غریزی و فطری دارد . صاحب فرزند شدن جزیی از مسیر رشد و خلقت می باشد .

انسانها سه بعد درون خودشان دارند ، **بعد والد** . **بعد بالغ** . **بعد کودک** (تا آخرین لحظه زندگی نیاز داریم)

مهمترین بعد کودک است . منبع و مرجع همه انرژی ها و هیجانات و انگیزه ها است . که تا آخر عمر برای زندگی ضروری است .

اگر بعد کودکی حذف شود زندگی یکنواخت خواهد شد . کسی که بعد کودکی ضعیفی دارد انگیزه ای برای شروع کارها ندارد . انگیزه ای برای تداوم و به اتمام رساندن کارها ندارد . معمولا در تراکنش های عاطفی ضعیف است . پس از یه سنی به بعد رفتارهای ما تغذیه کننده بعد کودک نیست این بعد کودکی تا یه سنی به علت رفتارهای ما تغذیه می شود . به همین علت بعد کودکی همراه با ما بزرگ می شود مهمترین روان ترین و طبیعی ترین تغذیه ها برای احیای بعد کودکی **داشتن فرزند** است .

دکتر زینالو

غربالگری دوران بارداری تست هایی هستند که برای خانم باردار درخواست و انجام می شود سه نوع مشخص از تریزومی ها شامل تریزومی 21 تریزومی 13 و تریزومی 18 مد نظر بررسی غربالگری دوران بارداری می باشد .

تریزومی 13 یا سندروم داون اصلی ترین بیماری است

تست های تشخیصی تهاجمی احتمال سقط بالا می برد

طبق نتایج انجام شده بیست هزار سقط جنین سالمی که اتفاق می افتد به قیمت پیدا شدن هزار نفر فرد مبتلا به داون اتفاق می افتد نتایج تحقیقات سال 2018

در سال 92 اولین بار برنامه غربالگری کلید خورد و برنامه غربالگری ادغام شد در مراقب های اولیه بهداشتی یا PHC در شبکه

چرا مثبت کاذب غربالگری در کشور ما نسبت به کشورهای پیشرفته بالا است ؟ برخی از آزمایشگاه ها علی رغم طبق پروتکل کشور که اگر خانم باردار ریسک به دنیا آوردن بچه داون 1.250 یا 1.300 یا 1.500 یا کمتر باشد نباید بهش استرس وارد کنیم و یا تست های دیگر برایشان پیشنهاد دهیم و باید مادر را ارجاع دهیم برا ادامه مراقبت های بارداری ...

کانال تلگرام ما @tojihiamoozesh

برخی از آزمایشگاه ها یا برخی متخصصین ممکن است در تفسیر نتایج آزمایشگاهی ریسک های خارج از این بازه را هم به عنوان موارد پر خطر گزارش کنند

ساماندهی فرایند غربالگری نمیتواند اطمینان خاطر قطعی و صد درصد به مادر باردار بدهد که فرزند شما سالم است بعد از تولد هم ممکن بچه دچار نقص و معلولیت هم بشود

جلسه اول انقلاب جمعیت دکتر مروتی (20)

*دو مورد از اقدامات غرب برای کنترل جمعیت در جهان را نام ببرید؟ تولید شبه علم علمی.ترویج دیدگاه های ضد جمعیت.پرورش نیرو.گنجاندن تنظیم خانواده در مؤلفه های حقوق بشر .پروژه کنترل جمعیت بعد از انقلاب

هرگونه نشر و کپی این جزوه بدون اجازه صاحب این جزوه ممنوع است

*اهمیت مولفه جمعیت، چه شواهد و مستندات تاریخی دارد؟ جمعیت در طول تاریخ یکی از مولفه های مهم قدرت شمرده میشد، پادشاهان حاکمان و سیاستمداران دوست داشتند که جمعیت تحت پوششان جمعیت بیشتری باشد. اگر جنگ میشد نیروی نظامی بیشتری می توانستند بسیج کنند و در غیر حالت جنگ هم میتوانستند مالیات و خراج بیشتری را از جمعیت تحت پوششان بگیرند. جمعیت تعیین کننده قدرت حکومت ها بود

1. کدام یک از گزاره های زیر صحیح نیست؟

الف) هیچ یک از کشورهای توسعه یافته دنیا از طریق کنترل جمعیت به توسعه نرسیدند
ب) به اعتقاد جمعیت شناسان غربی، راه کاهش رشد جمعیت کشورهای غیر غربی کمک به توسعه یافتگی آنهاست

ج) اتخاذ سیاست های کنترل جمعیت از علل پیشرفت کشور های توسعه یافته غربی است
د) گزینه ب و ج

2. کدام عبارت در مورد سالخوردگی جمعیت ایران درست است؟

الف) ایران با توجه به منابع سرشار زیرزمینی توان مدیریت سالخوردگی جمعیت را خواهد داشت
ب) سرعت سالخوردگی جمعیت ایران مانند تمام کشورهای جهان زیاد است
ج) جمعیت ایران پیش از توسعه یافتگی، پیر خواهد شد
د) با قدرتمندی اقتصادی میتوان بدون نگرانی پذیرای سالمندی جمعیت بود

3. طبق مطالعاتی که ویژگی خانواده مستحکم را در غرب اثبات کرده است، موفق ترین خانواده در تربیت فرزند کدام مدل زیر می باشد؟

الف) تک والد مرد ب) پدر و مادر هم باشی ج) پدر و مادر قانونی د) تک والد زن

4. کدام یک از گزاره های مفهومی ذیل صحیح است؟

الف) فرزندآوری زیاد ایرانی ها، پیش از دهه شصت سابقه نداشته است
ب) سیاست تحدید نسل پیش از حکومت پهلوی نیز در ایران وجود داشته است
ج) اتخاذ سیاست تحدید نسل به توسعه کشورهای پیشرفته غربی کمک کرده است

(د) عموم کشورهای توسعه یافته غربی، هیچ زمان سیاست رسمی تحدید نسل نداشته اند

5. کدام یک از موارد زیر از علل وقوع انقلاب جنسی در آمریکا نبوده است؟

الف) تحول رسانه غربی ب) سخت گیری های حکومت آمریکا در مسائل اخلاقی

ج) انقلاب وسایل ضدبارداری د) کتاب های آلفرد کینزی

6. کدام یک از موارد زیر از پیامدهای انقلاب جنسی در آمریکا نبوده است؟

الف) جنبش های فمینیستی رادیکال ب) از دست دادن خانواده مستحکم

ج) از دست دادن جمعیت جوان د) همه گیری فساد

7. کدام یک از واکنش های غرب بعد از مواجهه با آثار انقلاب جنسی نبود؟

الف) بازگشت کامل به سبک زندگی خانواده محور قبلی ب) تخریب نهاد خانواده در دنیا

ج) پیگیری سیاست کنترل جمعیت در دنیا د) پرورش نیروی انسانی در راستای سیاست های

جمعیتی

8. کدام یک از عواقب سالمندی جمعیت کشور است؟

الف) ضعیف شدن نیروی دفاعی ب) کم شدن نیروی کار و تولید ج) کاهش جمعیت جوان و نخبه و کاهش

رشد علمی د) همه موارد

9. کدام مورد جز اقدامات و ابزار های غرب برای کنترل جمعیت در دنیا نبوده است؟

الف) تولید شبه علم و پرورش نیرو ب) ترویج دیدگاه های ضد جمعیت و کنترل جمعیت با ابزار توسعه

یافتگی ج) گنجانیدن تنظیم خانواده در مؤلفه های حقوق بشر د) ارائه تسهیلات و وام های بین المللی

ه) عدم ازدواج

10. کدام گزینه صحیح است؟

الف) اجرای سیاست کنترل جمعیت حکومت پهلوی، قبل از پیروزی انقلاب متوقف شده بود

ب) بعد از انقلاب و پیش از سرشماری سال ۱۳۶۵، برنامه تنظیم خانواده وجود نداشت

(ج) امام خمینی ره در نامه موجود در صحیفه نور، با اتخاذ سیاست کنترل جمعیت موافقت کرده اند
(د) رشد جمعیت قبل از انقلاب نرخ بالایی نداشته

فصل دوم دکتر جباری سالخوردگی جمعیت (20)

*چهار عامل اصلی مؤثر در تشدید سالمندی را نام ببرید؟

کاهش خانواده های گسترده و متمرکز . کاهش بعد خانوار . بالا بودن آمار مجرد قطعی . زنانه شدن سالمندی

1. کدام گزینه صحیح می باشد؟

الف) سالمندی در ایران برخلاف کشورهای توسعه یافته قبل از فرآیند توسعه یافتگی اتفاق افتاده است.

ب) سالمندی در ایران همانند کشورهای توسعه یافته قبل از فرآیند توسعه یافتگی اتفاق افتاده است.

ج) مرگ و میر سالمندی در مردان بیشتر از زنان است.

د) مرگ و میر سالمندی در مردان و زنان برابر است.

2. کدام از موارد زیر از عوارض سالمندی جمعیت می باشد؟

الف) افزایش هزینه های مراقبت های بهداشتی و درمانی ب) نیازمندی به زیرساخت های مراقبت از

سالمندان ج) ناپایداری نظام رفاهی د) همه موارد

3. براساس گزارش سازمان ملل متحد، جمعیت ایران در سال 2100 در مقایسه با سال 2022 چند درصد

کاهش می یابد؟

الف) 23 درصد ب) 20 درصد ج) 18 درصد د) 25 درصد

4. پیش بینی می شود در سال 2100 سالمندان حدودا چند درصد جمعیت جهان را تشکیل می دهند؟

21/2 ب) 23/2 ج) 24/3 د) 25/1

5. کدام یک از 2 عامل زیر از عوامل اصلی در پدیده سالمندی و سالخوردگی جمعیت هستند؟

الف) افزایش امید به زندگی - مهاجرت ب) مهاجرت - کاهش TFR ج) افزایش امید به زندگی -

کاهش TFR

د) کاهش نرخ رشد جمعیت - افزایش امید به زندگی

6. کدام یک از موارد زیر از عوامل مؤثر در تشدید سالمندی نمی باشد؟

الف) کاهش بُعد خانوار ب) مردانه شدن سالمندی ج) بالا بودن آمار تجرد د) کاهش خانواده‌های گسترده و متمرکز در یک محله

7. به ترتیب بیشترین و کمترین میزان سالخوردگی در کدام یک از شهرهای ایران است؟

الف) گیلان، سیستان و بلوچستان ب) البرز، سیستان و بلوچستان ج) تهران، خوزستان د) بندرعباس، خراسان رضوی

8. از نظر تعداد جمعیت، به ترتیب ایران چندمین کشور جهان است؟ و با ادامه روند موجود، این جایگاه در چند دهه آینده به کدام سمت گرایش پیدا خواهد نمود؟

الف) جزو 20 کشور اول است. همچنان جزو 20 کشور اول خواهد بود.

ب) جزو 10 کشور اول است. همچنان جزو 10 کشور اول خواهد بود.

ج) جزو 20 کشور اول است. بعد از سی امین کشور جهان قرار خواهد گرفت.

د) جزو 10 کشور اول است. بعد از بیستمین کشور جهان قرار خواهد گرفت.

9. کدام استان کشور بیشترین درصد سالمندان را دارد؟

الف) تهران ب) سمنان ج) مازندران د) گیلان

10. براساس گزارش سازمان ملل متحد در سال 2100، کدام کشور کمترین نرخ سالمندی را تجربه می کند؟

الف) آلبانی ب) چاد ج) بنگلادش د) هند

پیش بینی می شود در سال 2100 سالمندان حدوداً چند درصد جمعیت جهان را تشکیل می دهند؟

الف) 2/1 ب) 3/1 ج) 4/1 د) 5/1

نرخ رشد جمعیت ایران در حال حاضر چقدر است

الف) 1 ب) 0/6 ج) 1/6 د) 2/1

رخ باروری کلی در سال 1402 در ایران به چه عددی رسیده است؟

2/5

b. ☒

0/6

c. ☐

1/6

d. ☐

2/1

شاخص جمعیتی ایران و سیاست های جمعیتی استاد محزون (۲۰)

1. در مفهومی تحت عنوان «خانواده کامل» کدام یک از موارد زیر متصور است؟

الف) تشکیل خانواده و نفی تجرد ب) در مقابل خانواده ناقص از لحاظ تعداد کم فرزند یا بعضا بدون فرزند

ج) خانواده دارای امکانات رفاهی کامل د) گزینه های الف و ب

۲. کدام گزینه برای سال های اخیر صحیح است؟

الف) شاخص امید زندگی به بالاتر از 74 سال و نرخ باسودی به بیش از 87 درصد رسیده

ب) شاخص امید زندگی به پایین‌تر از 65 سال و نرخ باسودی به بیش از 95 درصد رسیده

ج) شاخص امید زندگی به بالاتر از 95 سال و نرخ باسودی به کمتر از 70 درصد رسیده

د) شاخص امید زندگی به پایین‌تر از 65 سال و نرخ باسودی به کمتر از 70 درصد رسیده

3. در تاریخ معاصر، کدام یک از سازمان‌های بین‌المللی در سیاست‌های جمعیتی کشورمان نقش مستقیم نداشته؟

الف) صندوق جمعیت ملل متحد (UNFPA) ب) سازمان جهانی بهداشت (WHO)

ج) سازمان همکاری اقتصادی و توسعه (OECD) د) بانک جهانی (World Bank)

4. کدام گزینه از پیامدهای کاهش نرخ باروری است؟

الف) کاهش نرخ رشد جمعیت ب) کاهش میزان ازدواج

ج) تغییر ساختار سنی جمعیت به سالمندی د) گزینه‌های الف و ج

5. معمولاً افراد در چه دورانی از زندگی در سن کار و فعالیت یا سن بالقوه کار و فعالیت هستند؟

الف) افرادی که در حال ورود به سن 15 سالگی هستند ب) افرادی که در سن 15 تا 64 سال هستند

ج) افرادی که بالقوه مشغول کار هستند و لو کمتر از سن 15 سال هستند

د) افرادی که در سن 15 تا 45 سال هستند

6. منظور از پنجره جمعیتی کدام گزینه است؟

الف) دوره‌ای است که جمعیت سالمندان یک کشور بیشتر از سنین 15 تا 64 ساله است

ب) دوره‌ای است که جمعیت 15 تا 64 ساله به حداکثر میزان خود می‌رسد

ج) بیش از دو سوم جمعیت در سن کار و فعالیت هستند د) ب و ج

7. چنانچه شاخص باروری در یک جامعه برابر با سطح جانشینی باشد، به بیان ساده به این مفهوم است که
و چنانچه شاخص رشد طبیعی جمعیت صفر باشد، به این مفهوم است که

الف) به همان اندازه‌ی زوجین، فرزند جایگزینشان می‌شود - به همان میزان که متولد می‌شوند، به همان میزان هم افرادی در جامعه فوت می‌کنند

ب) نرخ موالید با نرخ مرگ و میر برابر شده - باید در آینده منتظر منفی شدن رشد جمعیت باشیم

ج) جمعیت رو به جوان‌تر شدن می‌رود - جمعیت کاهش می‌یابد

د) حتما نرخ باروری افزایش خواهد یافت - جمعیت سالمند می‌شود

8. بیشترین نوع خانوار در کشورمان ... است.

الف) خانوارهای زوجی ب) خانوارهای گسترده ج) خانوارهای هسته‌ای د) خانوارهای تک نفره

9. طبق آخرین آمارهای رسمی، چند استان باروری بالاتر از سطح جانشینی دارند؟

الف) 10 استان ب) 4 استان ج) 19 استان د) بیش از نیمی از استان‌ها

10. کدامیک از موارد زیر، از شاخص امید زندگی در بدو تولد برداشت نمی‌شود؟

الف) متوسطی از طول عمر مردان و زنان در یک جامعه ب) شاخصی از سطح مرگ و میر در یک جامعه

ج) برآیندی از امید و نشاط در بین افراد یک جامعه د) نشانی از میزان جوانی یا سالمندی افراد یک جامعه

فصل یک خانواده و جمعیت دکتر گلرخی (20)

*سه مورد از مواردی که مصادیق جنگ جمعیتی می باشد نام ببرید؟ مشکلات و آسیب های تک

فرزندی و نداشتن فرزند . مشکلات اقتصادی و اجتماعی. مشکلات فرهنگی

*به چه علت برخی از افرادی که در معرض سوگ، پیمان شکنی و یا طرد قرار گرفته اند، تمایلی به

داشتن فرزند ندارند؟ توضیح دهید: تعمیم دادن مشکلات دیگران به خودشان مثلا رفتار نامناسب

فرزندان با پدر و مادرشان (در زمینه ارث و نگه داری پدر و مادر سالمند خود در خانه سالمندان و بد رفتاری با والدینشان) . فقدان نقش های جنسیتی (مادر می گوید تناسب اندامم از بین می رود یا پدر می گوید همش کار کنم و همش به فرزند برسد) . یا وقتی پدر و مادر به فرزند می گویند چه سختی هایی کشیدیم تا تو بزرگ بشوی و به اینجا برسی خب این فرزند هم می گوید وقتی پدر و مادر خودشان کشتند تا ما به اینجا برسیم پس چه دلیلی داره من هم خودم بکشم تا صاحب فرزند شوم و برای یزرگ شدنش سختی کنیم .

1. کدامیک از موارد زیر از آسیب های تک فرزندی نمی باشد؟

- (الف) شکل گیری احساس رقابت جویی (ب) جایگزینی رسانه (ج) محرومیت والدین از حمایت فرزندان در دوران بیماری و سالمندی (د) تامین افراطی نیازها

2. افزایش توقع و زودرنجی، سرخوردگی و ناسازگاری و عدم شکل گیری شخصیت خلاق از نتایج کدام مورد می باشد؟

- (الف) وابستگی فرزندان به هم (ب) تامین افراطی نیازها (ج) بلوغ زودرس (د) پرخاشگری

3. کدامیک از باورهای زیر در حوزه فرزندآوری صحیح می باشد؟

- (الف) فرزند کمتر منجر به افزایش کیفیت زندگی می شود
(ب) تربیت فرزندان دوم به بعد، به پیچیدگی تربیت فرزند اول نمی باشد
(ج) فرزند کمتر منجر به افزایش کیفیت تربیت فرزند می شود
(د) تعداد فرزندان با میزان وقتی که پدر و مادر باید برای آنها صرف کنند رابطه مستقیم دارد

4. مهمترین آسیب تامین افراطی نیازهای کودک چیست؟

- (الف) شکل گیری تنبلی و بی نظمی در کودک (ب) ضعف در فرآیند حل مسئله (ج) ضعف در روابط عمومی کودک (د) ایجاد مشغله برای پدر و مادر

5. بر اساس محتوای آموزشی، کدام یک از موارد زیر از عوامل عدم تمایل به داشتن فرزند در برخی خانواده ها نمی باشد؟

- الف) سو مدیریت رفتار والدین ب) فرهنگ سازی آسیب زا در دهه های شصت و هفتاد
ج) فقدان مهارت ارتباط موثر د) فقدان یا نقصان در تعریف نقش های جنسیتی
6. بر اساس محتوای آموزشی، یکی از مهمترین مواردی که به افزایش کیفیت زندگی و سلامت روان در دوران سالمندی کمک می کند کدام مورد است؟
الف) مسافرت و تفریح ب) شاغل بودن ج) داشتن نوه د) حضور در گروه همسالان
7. کدامیک از موارد زیر مربوط به آسیب های احتمالی در خانواده های دارای دو فرزند نمی باشد؟
الف) وابستگی افراطی میان فرزندان ب) عدم شکل گیری تفکر خلاق
ج) افزایش تمایل به مقایسه کردن خود با دیگران د) شکل گیری احساس رقابت جویی
8. بر اساس محتوای آموزشی، داشتن فرزند منجر به افزایش کدام یک از موارد زیر می شود؟
الف) اعتماد به نفس ب) مهارت کنترل هیجانات ج) مهارت حل مسئله د) کیفیت رابطه با همسر
9. علت یادگیری بهتر و سریع تر در فرزندان دوم به بعد چیست؟
الف) داشتن الگوی هم سن ب) استعداد بیشتر در فرزندان دوم به بعد ج) قدرت یادگیری بیشتر در فرزندان دوم به بعد د) هر سه مورد
10. کدام یک از موارد زیر از نتایج داشتن فرزند نمی باشد؟
الف) افزایش انعطاف پذیری ب) افزایش اعتماد به نفس ج) کاهش بازدهی د) احیای حالت کودکی

جلسه اول قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت دکتر بانکی پور (20)

*متناسب با قانون جوانی جمعیت در جهت فرهنگ سازی و کمک به حل شبهات ذهنی مردم مربوط به حوزه مالی چه اقداماتی انجام شده است ؟ تسهیلات ازدواج 7 برابر شده است . ایجاد خوابگاه های متاهلی برای دانشجویان متاهل . حق تاهل را 3 تا 4 برابر کردیم . واگذاری زمین به خانواده های دارای فرزند

سوم به بعد . فروش بدون نوبت و بدون قرعه کشی خودروی ایرانی به قیمت کارخانه پس از تولد فرزند دوم به بعد به مادران . هزینه های دوران باردگی و شیردهی تحت پوشش بیمه قرار دادن . تحت پوشش بیمه قراردادن مادران ناباروری

***در قانون جوانی جمعیت چند مانع برای فرزند اوری شناسایی شده به اختصار توضیح دهید ؟**

۲۱ مانع

نگرانی از بیکاری سرپرست خانواده . اشتغال و نگرانی اتیه زنان . هزینه های دوران باردگی ، زایمان و شیردهی . شیوع و هزینه های درمان ناباروری و محدودیت مراکز . عقیم سازی و استفاده بی رویه از اقلام پیشگیری . شیوع غیر استاندارد زایمان غیر طبیعی و ترس از زایمان . ترس از فرزند معلول . قبح زدایی و شیوع انواع سقط جنین . عدم اطمینان به ادامه زندگی مشترک . نگرانی از مسئولیت های بچه داری و محدودیت های آن . نگرانی از تربیت صحیح فرزندان . نگرانی از اتیه و آینده فرزندان . ناسازگاری تاهل و فرزند اوری با محدودیت های کنونی آموزش عالی . ضعف خدمات اجتماعی مادر و کودک در محیط اجتماعی ، اداری و آموزشی

1. برای حل بحران سالخوردگی جمعیت، از هم اکنون چه میزان افزایش TFR مورد انتظار است؟

الف) 2/5 ب) 0/9 ج) 1/6 د) 1/2

2. مهمترین اقدامی که در جهت حل بحران سالخوردگی، پس از تصویب قانون می تواند انجام گیرد کدام است ؟

الف) فرهنگ سازی در جامعه و محیط های بهداشتی و درمانی

ب) کمک به حل گره های ذهنی جامعه توسط مراقبین سلامت

ج) کمک به حل شبهات مردم در حوزه مالی د) تمام موارد

3. از دلایل اصلی افزایش شیوع سقط جنین طی سالهای گذشته کدام مورد می باشد؟

الف) قبح زدایی از سقط جنین ب) افزایش شیوع ناهنجاریهای جنین ج) هر دو مورد د) هیچکدام

4. کدام اقدامات در جهت کمک به جوانی جمعیت و فرزند آوری به عنوان راه حل انجام نشده است؟

الف) الزام دانشگاهها به کاهش سالانه پنج درصد زایمانهای غیرطبیعی

ب) متوقف کردن مسئله عقیم سازی و استفاده بی رویه از اقلام پیشگیری از بارداری

ج) جعدم انجام غربالگری عمومی برای ناهنجاریهایی مانند سندرم داون به علت پایین بودن احتمال بروز آن

د) ممنوعیت انجام غربالگری برای تمامی ناهنجاریهای جنینی

5. اجرای کدام یک از تکالیف قانونی ، از نظر استاد محترم بسیار کلیدی و حتی عامل تحقق بقیه مواد قانونی

میشود ؟

الف) بخش مربوط به تسهیلات شغلی و حمایت از مادران شاغل ب) بخش مربوط به وام ازدواج و فرزندآوری

ج) بخش مربوط به مراقبین سلامت و بهورزان د) بخش مربوط به فرهنگ سازی رسانه ای

6. پرداخت کارانه ویژه برای مراقبین سلامت و بهورزان بر چه اساسی در نظر گرفته شده است؟

الف) به نسبت افزایشی که هرکدام در جامعه آماری مرتبط خودشان در نرخ باروری و ازدواج داشته اند.

ب) به نسبت افزایشی که هرکدام در جامعه آماری مرتبط خودشان در مشاوره فرزند آوری داشته اند.

ج) به نسبت افزایشی که هرکدام در جامعه آماری مرتبط خودشان در تعداد تولد داشته اند.

د) به نسبت افزایشی که هرکدام در جامعه آماری مرتبط خودشان در تعداد مادران تحت پوشش داشته اند.

7. در سال 1430 جمعیت سالمند چند درصد از جمعیت کل کشور تخمین زده می شود ؟

الف) 15 درصد ب) 25 درصد ج) 30 درصد د) 40 درصد

8. در قانون جوانی جمعیت در زمینه کمک به حل مشکل هزینه های فرزندآوری کدام اقدام صورت گرفته است

؟

الف) اعطای وام به مادرانی که فرزند دوم به بعد را به دنیا می آورند.

ب) اعطای خودرو به مادرانی که فرزند دوم به بعد را به دنیا می آورند.

ج) اعطای تقریباً رایگان زمین 200 متری به همه مادر د) همه موارد

9. در قانون جوانی جمعیت در زمینه کمک به حل مشکل درمان ناباروری و تاسیس مراکز درمان ناباروری همه ی اقدامات زیر انجام شده است بجز؟

- الف) بیمه ناباروری برای دختران مجرد بالای 30 سال به منظور حفظ قدرت باروری
ب) 90 درصد هزینه های درمان ناباروری در بخش دولتی بیمه شده اند.
ج) الزام به راه اندازی یک مرکز ناباروری درجه دو در تمام دانشگاه ها و حداقل یک مرکز ناباروری درجه یک در تمام استان ها

د) نیمی از استان ها و دانشگاه ها در یک سال گذشته مرکز ناباروری خود را ایجاد کردند

10. در قانون جوانی جمعیت ، برای حل مانع ازدواج جوانان تسهیلات ازدواج جوانان در سال 1402 نسبت به سه سال قبل چند برابر شده است ؟

- الف) سه برابر ب) 5 برابر ج) 8 برابر د) 10 برابر

جلسه دوم نقشی وزارت بهداشت در اجرای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت دکتر جباری(20)

*ماده ی 26 قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت را به اختصار شرح دهید؟

دوره ی بارداری شان یک نیمسال تحصیلی بدون احتساب در سنوات از مرخصی تحصیلی استفاده کنند اگر فرزند زیر دو سال داشته باشند

مادران باردار دانشجو میتوانند تا چهار نیمسال بدون احتساب در سنوات درخواست مرخصی تحصیلی کنند تا دوره ی نگهداری از کودک و شیردهی اش را با خیال راحت طی کنند.

موافقت با مهمان شدن دانشجویان باردار و دارای فرزند زیر دو سال حداکثر به مدت چهار نیمسال است

آموزش غیر حضوری و مجازی دانشجویان باردار و دارای فرزند زیر سه.

کاهش نوبت کاری شب برای دانشجویان مادر باردار یا دارای فرزند زیر دو سال است

***مزیت ماده ی 42 قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت چیست؟**

شناسایی زوج ناباروری توسط پزشک ما در مرکز بهداشت شهری یا روستایی نشاندار میشوند و هزینه هایشان تحت پوشش بیمه ی ناباروری قرار می گیرد.

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 می شوند. مثلاً اختلالات هورمونی و اختلالات تیروئیدی در سطح دو درمان میشوند و نیاز به سطح سه نیست

1. بر اساس ماده ی 52 در خصوص عقیم سازی زنان و مردان همه ی موارد ذیل صحیح است بجز؟

(الف) به دنبال این قانون موارد مجاز عقیم سازی ابلاغ شده است

(ب) طبق قانون وازکتومی در همه موارد ممنوع می باشد

(ج) توبکتومی یا بستن لوله ها در زنان صرفاً در مواردی که برای مادر باردار خطر جانی دارد یا بارداری هرج دارد مجاز است

(د) توبکتومی در خانم های سن باروری به هیچ وجه مجاز نمی باشد

2. کدام گزینه نادرست است؟

(الف) ماده ی 7 قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت بیان می کند که پیوست فرهنگی اجتماعی برای خوابگاه های متاهلی تدوین شود

(ب) تبصره 5 ماده ی 7 قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت بیان می کند که پیوست فرهنگی اجتماعی برای خوابگاه های متاهلی تدوین شود

(ج) ماده ی 15 قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت بیان می کند که سنوات به ازای هر فرزند معادل یک سال برای مستخدمین صاحب فرزند دوم افزایش پیدا کند

(د) ماده ی 15 قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت بیان می کند که سنوات به ازای هر فرزند معادل یک سال برای مستخدمین صاحب فرزند سوم تا پنجم افزایش پیدا کند

3. کدام یک از سازمان های ذیل از مراجع ناظر بر اجرای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت هستند؟

الف) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (ب) وزارت علوم
د) وزارت دفاع (ج) شورای عالی انقلاب فرهنگی

4. کدام گزینه صحیح است؟

الف) بر اساس ماده‌ی 58 قانون جوانی جمعیت داروهای سقط جنین فقط باید در داروخانه‌های مجاز توزیع شوند
ب) موضوع ماده‌ی 56 قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت پدافند غیرعامل است
ج) ماده‌ی 55 این قانون در حوزه ممنوعیت سقط عمدی جنین است
د) بحث ماده‌ی 56 قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت این است که برنامه‌ی جامع مهار، پیشگیری و کاهش سقط خود به خودی داشته باشیم

5. بر اساس قانون جوانی جمعیت و حمایت از خانواده و موضوع فرهنگ سازی کدامیک از موارد ذیل صحیح است؟

الف) در مواد قانونی 28، 35، 46 و 48 بحث فرهنگ‌سازی مطرح شده است
ب) فرهنگ سازی شامل موضوعات تحکیم خانواده، ترویج ازدواج بهنگام و فرزندآوری به موقع، اصلاح نمادهای دو فرزندی، آموزش عوارض سقط عمدی جنین و عوارض روش‌های جلوگیری از بارداری می باشد
ج) فرهنگ سازی مرتبط با قانون جوانی جمعیت تنها برعهده سازمان صدا و سیما و وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی است

د) موارد الف و ب

6. برای ایجاد الگوی واحد و یکسان در کشور جهت اجرای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، همه تدابیر زیر اندیشیده و اجرا شده اند به جز؟

الف) راه اندازی قرارگاه جوانی جمعیت با حضور مقام عالی وزارت و متناظر آن در دانشگاه ها با حضور ریاست دانشگاه

ب) نظارت مستمر و وجود مراجع ناظر پنج گانه

ج) وجود قوانین برخورد با مستنکفین در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

د) واگذاری بیش از 60 درصد تکالیف قانونی برعهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

7. مطابق ماده های قانونی 42 و 43 قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مرتبط با ناباروری کدامیک از موارد ذیل صحیح نمی باشد؟

(الف) طبق ماده 43 خدمات معاینه، بیماریابی، تشخیص علت ناباروری و درمان آن باید تحت پوشش کامل بیمه قرار بگیرد

(ب) زوج ناباروری که شناسایی می شوند توسط پزشک در مرکز بهداشت شهری یا روستایی نشاندار می شوند و هزینه هایشان تحت پوشش بیمه ی ناباروری قرار می گیرد

(ج) ناباروری هایی که نیاز به خدماتی نظیر (IVF) دارند در سطح دو فقط شناسایی می شوند

(د) موارد اختلالات هورمونی و اختلالات تیروئیدی به درمان در سطح سه نیاز دارند

8. بر اساس ماده ی 26 قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، کدامیک از امتیازات ذیل برای مادران باردار در نظر گرفته شده است؟

(الف) تدوین و تهیه ی سبد غذایی و بهداشتی برای مادران باردار و شیرده و دارای کودک تا پنج سال

(ب) اگر فرزند زیر دو سال داشته باشند، می توانند تا دو نیمسال بدون احتساب در سنوات درخواست مرخصی تحصیلی کنند تا دوره ی نگهداری از کودک و شیردهی اش را با خیال راحت طی کنند

(ج) اگر فرزند زیر دو سال داشته باشند، می توانند تا چهار نیمسال بدون احتساب در سنوات درخواست مرخصی تحصیلی کنند تا دوره ی نگهداری از کودک و شیردهی اش را با خیال راحت طی کنند

(د) تدوین و تهیه ی سبد غذایی و بهداشتی برای مادران باردار و شیرده و دارای کودک تا سه سال

9. ماده 27 قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت عبارت است از:

(الف) کاهش تعهدات موضوع قانون مربوط به خدمت پزشکان و پیراپزشکان به ازای هر فرزند 1 سال

(ب) کاهش تعهدات موضوع قانون مربوط به خدمت پزشکان و پیراپزشکان به ازای هر فرزند 6 ماه

(ج) کاهش تعهدات موضوع قانون مربوط به خدمت پزشکان و پیراپزشکان به ازای هر فرزند 2 سال

(د) هیچکدام

10. کدامیک از موارد ذیل در خصوص ماده ی 58 قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت می باشد:

(الف) داروهای سقط جنین فقط باید در داروخانه های دارای مجوز وزارت بهداشت که در حال حاضر در بیمارستان ها مستقر هستند ، توزیع شوند

ب) هرگونه خرید و فروش و پخش این داروها خارج از سامانه ردیابی و رهگیری فرآورده های دارویی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جرم است

ج) نگهداری و حمل داروهای رایج در سقط جنین بدون نسخه پزشک جرم است

د) همه موارد

نقش وزارت بهداشت در فرهنگ سازی دکتر جباری (20)

* زیربنای مداخلات برای گسترش فرزندآوری چیست؟

عامل اصلی در افزایش جمعیت موضوع فرهنگ و تربیت است .

* پنج مسئله اصلی حوزه جمعیت را نام ببرید؟ 1. چالشهای مختلف در ازدواج 2. تهدید بنیان

خانواده و طلاق 3. مسئله کاهش نرخ باروری 4. سقط جنین 5. مهاجرت

1. کدام گزینه صحیح است؟

الف) روش های پیشگیری از بارداری خطر سرطان سینه و سرطان رحم را افزایش نمی دهند

ب) 33 درصد بارداری ها در تمام دنیا بدون برنامه ریزی هستند

ج) روش های پیشگیری از بارداری طولانی مدت خطر ناباروری ندارند

د) روش های پیشگیری از بارداری کوتاه مدت خطر ناباروری دارند

2. در خصوص سقط جنین همه گزاره های زیر صحیح اند به جز:

الف) سقط عمدی جنین در صورت استریل بودن مشکلی ندارد

ب) سقط عمدی جنین حکم قتل انسان را دارد

ج) سقط عمدی زیر 4 ماه و بالای 4 ماه یکسان است و قتل عمد محسوب می شود

د) سقط عمدی جنین در هر شرایطی غیراخلاقی است

کانال تلگرام ما @tojhiamoozesh

3. همه موارد زیر از مسائل و چالش های مهم حوزه جمعیت در کشور ما می باشد، به جز:

الف) کاهش میل به ازدواج ب) کاهش فرزندآوری ج) مهاجرت شهر به روستا د) سقط عمدی جنین

4. همه ی موارد زیر از جمله شایع ترین چالش هایی است که منجر به چالش امکان فرزند بیشتر شده است بجز:

الف) فاصله ی زیاد بین ازدواج و تولد اولین فرزند ب) سقط جنین درمانی ج) ناباروری د) فاصله ی زیاد بین موالید

5. مهمترین محور از چهار محور موضوع جمعیت کدام است؟

الف) حوزه ی سیاست گذاری ب) حوزه ی اقتصاد و معیشت ج) حوزه بهداشت و سلامت د) حوزه فرهنگ و تربیت

6. کدام یک از گزاره های فرزندآوری زیر صحیح است؟

الف) روش های پیشگیری از بارداری کلاً بی خطر هستند. ب) فاصله سنی دو فرزند زیر 3 سال هم باشد، اشکالی ندارد. ج) سقط عمدی جنین اگر تمیز و ایمن باشد، مشکلی ندارد. د) بارداری باید حتما برنامه ریزی شده باشد.

7. بارداری در چه سنی ممنوعیت دارد؟

الف) زیر 18 سال ب) بالای 35 سال ج) بارداری در هیچ سنی منعی ندارد د) بالای 45 سال

8. روش های پیشگیری از بارداری خطر کدام سرطان ها را افزایش نمی دهد؟

الف) سرطان سینه ب) سرطان رحم ج) سرطان کولون د) سرطان تخمدان

9. در فرهنگ سازی فرزندآوری کدام مورد زیر صحیح است؟

الف) فرزند سرمایه نیست، هزینه است ب) بچه فقط زحمت دارد ج) یک یا دو بچه کافی است د) فرزند سرمایه زندگی است

10. کدامیک از موارد زیر صحیح است:

- الف) هیچ زنی نباید بالای 40 سال باردار شود
ب) بارداری زیر 18 سال و بالای 35 سال پرخطر است
ج) فاصله بین موالید باید بین 3 تا 5 سال باشد
د) **فرزند آوری در 2 سال اول ازدواج باشد**

***موضوع ماده 51 قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت چیست ؟ ممنوعیت توزیع رایگان یا یارانه ای روشها و تجهیزات پیشگیری از بارداری**

***ماده 51 قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت را توضیح دهید؟ ممنوعیت توزیع رایگان یا یارانه ای روشها و تجهیزات پیشگیری از بارداری.** 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 شبکه ی بهداشت میتوانند آنها را تجویز کنند یعنی ماماها به ورزان مراقبین سلامت و کارشناسان بهداشت نمی توانند پزشک می تواند نسخه بدهد و تجویز کند و مراجعه کنندگان به پزشک از داروخانه دریافت کنند.

1. مطابق با ماده 51 قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت کدام مورد زیر صحیح است؟

الف) وجود آمپول و قرص های هورمونی جلوگیری از بارداری در داروخانه های دولتی ممنوع است

ب) **هیچ داروخانه ای در سطح کشور، چه داروخانه های داخل مراکز بهداشت یا داروخانه های خارج از مراکز سطح شهر، به هیچ وجه اجازه ندارند مثل بقیه داروها این داروها را بدون نسخه پزشک در اختیار مراجعین قرار بدهند**

ج) وجود آمپول و قرص های هورمونی جلوگیری از بارداری در داروخانه های خصوصی ممنوع است

د) **ارائه آمپول و قرص های هورمونی جلوگیری از بارداری در داروخانه های دولتی و خصوصی با تجویز پزشک ممنوع است**

2. همه موارد زیر در خصوص کار گذاشتن IUD طبق قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت صحیح است به جز؟

- (الف) کار گذاشتن IUD بدون تجویز پزشک ممنوع است (ب) کار گذاشتن IUD در مطب پزشک بلامانع است
(ج) کار گذاشتن IUD در دفاتر کار مامایی با تجویز پزشک بلامانع است
(د) کار گذاشتن IUD در دفاتر کار مامایی بدون تجویز پزشک هم بلامانع است

3. تشویق به استفاده از اقلام پیشگیری از بارداری در کدام ماده قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت تعیین تکلیف شده است؟

- (الف) ماده 51 (ب) ماده 52 (ج) ماده 53 (د) ماده 61

4. ماما طبق ماده 51 قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت به ترتیب اجازه تجویز و کار گذاشتن اقلام پیشگیری از بارداری را به تنهایی دارد؟

- (الف) بلی، بلی (ب) بلی، خیر (ج) خیر، بلی (د) خیر، خیر

5. طبق ماده 51 قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت بین پزشک مرکز بهداشتی درمانی با پزشک در مطب های خصوصی تفاوتی گذاشته شده است؟

(الف) بله، پزشک مرکز بهداشتی درمانی اجازه تجویز اقلام پیشگیری از بارداری را ندارد

(ب) بله، پزشک مطب خصوصی اجازه تجویز اقلام پیشگیری از بارداری را ندارد

(ج) خیر، هر دو پزشک مرکز بهداشتی درمانی و پزشک در مطب های خصوصی اجازه تجویز اقلام پیشگیری از بارداری را ندارند

(د) خیر، هر دو پزشک مرکز بهداشتی درمانی و پزشک در مطب های خصوصی اجازه تجویز اقلام پیشگیری از بارداری را دارند

6. طبق ماده 51 قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت کدام مورد زیر برای ارائه دهندگان خدمت در مواجهه با مردم برای پیشگیری از بارداری ممنوع شده است؟

الف) تشویق

ب) ترغیب

ج) اجبار

د) همه موارد

7. ماده 51 قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت برای جلوگیری از کدام برنامه قبلی تبیین شده است؟

الف) برنامه سلامت مادران ب) برنامه تنظیم خانواده ج) برنامه واکسیناسیون د) برنامه شیردهی

8. موارد زیر طبق ماده 51 قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت ممنوع شده است بجز...

الف) ارائه رایگان اقلام پیشگیری از بارداری در شبکه های بهداشتی درمانی

ب) جاگذاری IUD توسط پزشک در مرکز بهداشتی درمانی ج) تجویز اقلام پیشگیری از بارداری توسط پزشک
در مطب د) هیچکدام

9. وظیفه یا محدودیت شبکه های بهداشتی درمانی در زمینه اقلام پیشگیری از بارداری در کدام ماده قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت دیده شده است؟

الف) ماده 52

ب) ماده 53

ج) ماده 51

د) ماده 54

10. تجویز اقلام پیشگیری از بارداری توسط چه کسی مجاز است؟

الف) ماما

ب) پرستار

ج) ماما و پزشک

د) پزشک و متخصص

جلسه سوم: پیشگیری از بارداری: دکتر سمایی (20)

* آیا این ترکیبات هورمونی می تواند مرتبط با سرطان باشد یا نه؟ توضیح دهید. ارتباطی بین سرطان رحم و تخمدان با این داروها وجود ندارد و حتی در بیماران سابقه سرطان های تخمدان دارند مصرف این قرص ها با سرکوب عملکرد تخمدان می تواند اثر محافظتی هم داشته باشد. سرطان دهانه رحم که بعد از سرطان پستان جز چالش های مهم سلامت زنان در غرب محسوب می شود باید بیان داشت که مصرف قرص ای پیشگیری از بارداری به مدت بیش از یکسال خطر تغییرات سلول های دهانه رحم (دیسپلازی و کارسینوم درجای دهانه رحم) به سمت سرطانی شدن را افزایش می دهد و خطر سرطان مهاجم دهانه رحم بعد از 5 سال از مصرف افزایش می یابد که این خطر با سن و تعداد شرکای جنسی افزایش می یابد و در زنان مبتلا به زگیل تناسلی حدود سه برابر می شود .

* آیا مصرف قرص‌ها و اقلام پیشگیری مثل OCP می‌تواند قدرت باروری فرد را در آینده تغییر بدهد

یا نه؟ توضیح دهید؟ بله .. مطالعه ای در انگلستان انجام شد و نشان داده شد که به دلیل سرکوب هیپوتالاموس و هیپوفیز و تخمدان بعد از قطع مصرف قرص ممکن است قدرت باروری فرد با تاخیر به حالت طبیعی برگردد. این تاخیر بیشتر در زنانی رخ می‌دهد که هرگز زایمان نکرده بودند

1. کدام یک از موارد زیر از عوارض قرص‌های هورمونی پیشگیری از بارداری می‌باشد؟

الف) ترومبوآمبولی‌های وریدی ب) لکه‌های رنگی در صورت ج) سنگ‌های کیسه صفری

د) همه موارد

2. کدام یک از اثرات IUD در پیشگیری از بارداری نمی‌باشد؟

الف) اثر اسپرم کشی ب) تاثیر بر محیط رحم و منع لانه‌گزینی ج) مهار تخمک‌گذاری د) همه ی موارد

3. مصرف قرص جلوگیری از بارداری ترکیبی در تمام بیماران زیر غیرمجاز است به جز؟

الف) سابقه اختلالات ترومبوآمبولیک در خانواده ب) مشکوک به سرطان

ج) خانم 35 ساله با شرح حال مصرف سیگار د) خانم 40 ساله با سابقه کیست تخمدان

4. کدام روش پیشگیری از بارداری کم‌عارضه‌ترین و در دسترس‌ترین می‌باشد و با کاهش خطر برخی بیماری‌ها همراه است؟

الف) شیردهی ب) OCP ج) IUD د) توپکتومی

5. اگر فردی با ورود ایمپلنت باردار شود، چند درصد احتمال بارداری خارج از رحم دارد؟

الف) 30 درصد ب) 20 درصد ج) 10 درصد د) 25 درصد

6. نحوه عملکرد قرص‌های ترکیبی استروژن - پروژسترون در جلوگیری از بارداری چیست؟

الف) ممانعت از لانه‌گزینی ب) اثر اسپرم کشی ج) تاثیر بر کورهیپوتالاموس - هیوفیز تخمدان د) همه موارد

7. قرص های جلوگیری از بارداری با افزایش خطر ابتلا به کدام سرطان همراه است؟

الف) سرطان رحم ب) سرطان تخمدان ج) سرطان دهانه رحم د) همه موارد

8. کدام گزینه از عوارض IUD نمی باشد؟

الف) آبسه های لگنی یک طرفه ب) خطر پاره شدن رحم ج) کیست های بدون علت تخمدانی

د) حاملگی های خارج از رحم

جلسه دوم حیات جنین : استاد حاجی کاظم (18)

1. گرفتن جان فرزند توسط پدر و مادر از نظر قرآن کریم دارای چه کیفیتی دانسته شده است؟

الف) در شرایط اضطرار ب) جهالت آمیز ج) بر اساس محاسبات صحیح د) کینه ورزانه

2. کدامیک از موارد ذیل در راستای سقط عمدی غیرمجاز جنین ممنوع است؟

الف) همه موارد ب) ترساندنی که انگیزه فرد برای انجام سقط را افزایش دهد ج) تشویق به سقط

د) راهنمایی به نحوه انجام سقط

3. کدامیک از واژگان ذیل از نظر معنای واژگانی، برای از بین بردن عمدی جنین دقیق تر است؟

الف) اسقاط ب) سقط ج) انداختن د) ختم

4. در صورتی که جنسیت جنین سقط شده مشخص نباشد، چه نامی برای وی انتخاب می شود؟

الف) نام دخترانه ب) نام انتخاب نمی شود ج) نام پسرانه د) نام مشترک بین دختر و پسر

5. دفن کردن جسم بی جان جنین از چه سن و سالی از جنین ضروری است؟

الف) از 9 ماهگی ب) از زمان شکل گیری جنین ج) از 3 ماهگی د) از هشت هفتگی

6. در چه شرایطی گرفتن جان یک نفر همچون گرفتن جان همه انسان ها نیست؟

الف) اگر وی در آستانه مرگ باشد ب) اگر وی جایگاه اجتماعی نداشته باشد ج) اگر وی فساد بزرگ و

وسیع در جامعه ایجاد کرده باشد د) اگر وی گناهکار باشد

7. برای اینکه نجات جان کسی مثل نجات جان همه انسان‌ها ارزشمند باشد، از نظر قرآن کریم چنین فردی چه ویژگی‌ای باید داشته باشد؟

- (الف) انسان بودن، کافیت (ب) حتما باید برای جامعه سودآور باشد (ج) حتما باید مسلمان باشد (د) حتما باید سالم و سرزنده باشد

8. آغاز انسان بودگی جنین از چه زمانی است؟

- (الف) هشت هفتگی (ب) بعد از قابلیت حیات در بیرون بدن مادر (ج) شانزده هفتگی (د) ابتدای شکل‌گیری نطفه

9. روح کامل در جنین در چه زمانی دمیده می‌شود؟

- (الف) لحظه چهار ماهگی (ب) زمان تولد (ج) لحظه لقاح (د) بین 2 تا 4 ماهگی

10. احکام مرتبط با جسم بی جان جنین، چه چیزی را می‌تواند نشان دهد؟

- (الف) اهمیت رعایت بهداشت (ب) اهمیت سلول‌های بی جان (ج) اهمیت استفاده از وسایل ایزوله (د) اهمیت وجود انسانی

11. رویکرد حامی جنین، خود را در درجه اول مدافع کدامیک از موارد ذیل معرفی می‌کند؟

- (الف) انتخاب (ب) زندگی (ج) سلامت (د) ایمنی

12. دلایل معرفتی ما نسبت به وضعیت جنین در «یک ماهگی عمر جنین»، چه ماهیتی را برای وی نشان می‌دهد؟

- (الف) فاقد هرگونه انسانیت (ب) انسانیت کامل جنین (ج) دارای مرتبه‌ای از وجود انسانی (د) وضعیت نامعلوم درباره جنین

13. کدام مورد از زوایای ورود به موضوع سقط عمدی جنین است؟ (الف) همه موارد (ب) از منظر علمی همچون فقهی، حقوقی، جامعه‌شناسی (ج) از منظر راهبردی (د) از منظر سنجش شیوع در جمعیت عمومی

14. کدام مورد از ضرورت‌های همیشگی مشاوره به مادران نیست؟ (الف) افزایش مهارت حل مسئله در مادر

- (ب) خوب گوش کردن به مادر (ج) کمک مالی به مادر (د) یافتن ظرفیت‌های اطراف مادر

15. در مواردی که شکل گیری جنین خارج از بستر خانواده است، سقط کردن وی به خاطر خارج بستر خانواده بودن، چه حکمی دارد؟ (الف) مجاز است (ب) **حرام است** (ج) بستگی به وضعیت اجتماعی دوطرف دارد (د) بستگی به وضعیت اقتصادی دوطرف دارد

16. در کدامیک از موارد ذیل، گرفتن جان جنین حرام است؟

(الف) مشکلات اقتصادی (ب) ترس از عدم موفقیت در تربیت فرزند (ج) **همه موارد** (د) فقدان جنسیت دلخواه

17. کدامیک از این موارد از جنس اقدامات حامی جنین است؟

(الف) **همه موارد** (ب) انصراف مشاوره محور (ج) برخورد با تخلف (د) آگاه سازی و توانمند سازی

18. شباهت ماجرای حضرت مریم با موضوع ما چیست؟

(الف) شرایط دشوار در بارداری پیش بینی نشده (ب) توبه از گناه (ج) **پدیدار شد اسیب سقط جنین** (د) در معرض سقط جنین قرار گرفتن

19. قرآن کریم در توصیف کسی که مرتکب سقط عمدی جنین شده از چه وصفی استفاده کرده است؟

(الف) انداختن جنین (ب) اقدام هولناک (ج) دشمنی کردن آشکار (د) **قتل فرزند**

20. جنین سقط شده خود به خودی چه ظرفیتی در روز قیامت نسبت به پدر و مادر خود خواهد داشت؟

(الف) **شفاعت پدر مادر** (ب) شکایت از پدر و مادر (ج) فراموشی پدر و مادر (د) همه موارد

21. نزدیکترین کسی که باید دیه قتل جنین را از لحظه شکل گیری جنین پرداخت کند چه کسی است؟

(الف) **کسی که عمل کشنده را انجام داده است** (ب) پزشک (ج) پدر (د) مادر

22. جنین از چه سن و سالی دارای روح است؟

(الف) هشت هفتگی (ب) شانزده هفتگی (ج) **ابتدای شکل گیری نطفه** (د) بعد از قابلیت حیات در بیرون بدن مادر

23. کدام یک جز تابوهای نادرست نیست؟

الف) نگرانی نسبت به عفاف جامعه (ب) ناپسند داشتن نگهداری فرزند (ج) ناپسند دانستن فرزندار شدن دوران عقد (د) نگرانی از نازیبایی یا جنس فرزند

24. در پژوهش های مختلف کدام مورد بیشترین اظهار رادر ارتکاب سقط عمدی جنین داشته است ؟

الف) مشکلات مالی (ب) بارداری دوران عقد (ج) نخواستن فرزند بیشتر (رد شدن تعداد فرزندان از عدد مورد نظر) (د) در معرض خطر قرار گرفتن ابرو

25. در صورتی که دیدگاه مراجعی که امکان سقط عمدی جنین دارای نقص قبل دمیده شدن روح کامل و با تشخیص قطعی نسبت به حرج (مشقت غیر قابل تحمل) برای مادر در نظر بگیریم در صورت تحقق همه این شرایط مجوز سقط چه وضعیتی دارد ؟

الف) اجرای سقط در صورتی که مرج فقهی سقط کننده نیز همان نظر را داشته باشد ممکن است اما ترجیح و توصیه دینی ندارد .

ب) اجرای سقط ترجیح خواهد داشت (ج) اجرای سقط ضروری است (د) وابسته به شرایط می تواند صرفا مجاز باشد یا ترجیح باشد

26. کدام یک از وظایف دینی نسبت به جنین نیست ؟

الف) دفن جنین (ب) مراقبت از حیات جنین (ج) عدم همکاری در سقط غیر مجاز جنین (د) کشف کلیه ناهنجاری های جنین

27. از بین بردن عمدی جنین چه زمانی موجب واجب شدن دیه به وراثت جنین می شود؟

الف) از زمان شکل گیری جنین (ب) از هشت هفتگی (ج) از سه ماهگی (د) از 9 ماهگی

28. از منظر جنبش های حامی جنین انجام سقط عمدی جنین چه عنوانی می تواند داشته باشد ؟

الف) کمک به مادر (ب) کاهش هزینه های دولت (ج) کمک به جنین (د) نهایت ازار کودکان

29. کدام مورد از نشانه های دمیده شدن روح کامل در جنین محسوب می شود؟

الف) رشد جنین (ب) خود آگاه شدن حرکات جنین (ج) حرکت خود جنین (د) احساس درد جنین

30. کدام مورد از حقوق همیشگی جنین سقط شده (خود به خودی و عمدی) است ؟

الف) ثبت هویت وی ب) اعلام وضعیت سقط شدگی جنین ج) بررسی علل سقط د) نام گذاری جنین

31. جنبش های حامی جنین معمولا آغاز ضرورت حفاظت از جنین را چه زمانی می داند ؟

الف) پیش از لقاح ب) هشت هفتگی ج) 16 هفتگی د) لقاح

32. کدام مورد درباره جنینی که در سن یکی دوماهگی با سقط خود به خودی یا عمدی جاننش را از دست می دهد ضروری است .

الف) نماز ب) غسل ج) کفن د) پیچیدن در پارچه

33. کدام یک از مراجع ذیل با وجود قطعیت در تشخیص نقص جنین قبل دمیده شدن روح کامل بودن (سختی غیر قابل تحمل بودن) باز هم سقط جنین دارای نقص را حرام می داند ؟

الف) عظمی نوری همدانی ب) عظمی علوی گرگانی ج) عظمی بهجت د) همه گزینه ها

34. در چه زمانی امکان توبه وجود نخواهد داشت؟

الف) در صورتی که گناه بسیار سنگین باشد ب) در صورت ناآگاهی نسبت به موضوع ج) در صورتی که مسئولیت فرد ، مراقبت از چیزی بوده اما مراقبت نکرده است د) در صورتی که انسان اراده پشیمانی از گناه نداشته باشد .

35. اگر خود پدر و مادر قبل از سقط غیر مجاز به آن راضی باشند آیا دیه از سقط کننده برداشته می شود ؟

الف. بله ب) خیر ج) بستگی به میزان اطلاع پدر و مادر دارد د) بستگی به شدت مشکلات پدر و مادر دارد .

36. درباره نقش اقایان در موضوع سقط عمدی جنین کدامیک از موارد ذیل جامع تر است ؟

الف) نقش چندانی در این موضوع ندارد ب) نقش انها صرفا در ایجاد زمینه انجام این عمل است

ج) نقش آنها صرفاً در بازدارندگی نسبت به انجام این عمل است (د) برای انجام و برای بازدارندگی نسبت به سقط عمدی نقش دارند

جلسه اول : دکتر زینالو(20)

*تفاوت های انجام فرایند غربالگری در کشور ما با کشورهای توسعه یافته دنیا را توضیح دهید؟ در کشور ما به صورت بی رویه تست های غربالگری برای خانم های باردار تجویز می شود .

در کشور ما برای هر زن باردار در سه ماهه اول بارداری تست غربالگری تجویز شود اگر مادر باردار به هر دلیلی این تست را انجام نمیداد باید کتبا تعهد امضا کند . که در صورت به دنیا آمدن فرزند مشکل دار خودشان خواسته اند .

در کشورهای اروپایی و امریکایی تست های غربالگری برای خانم های سن بالا بیمه می کند یعنی 35 سال به بالا کل هزینه ها بر عهده دولت است .

در کشور ما پزشک را به علت تولد فرزند داون محکوم می کند و تمام هزینه های فرزند داون را باید پزشک پرداخت کند ولی در کشورهای دیگر این شکلی نیست. این فرایند بخاطر ایجاد نگرانی در پزشکان برخی پزشکان هر مادر باردار بدون داشتن فاکتور ریسک هر تستی که لازم باشد برایشان ولو هزینه های سنگین ای تست ها برا مادر باردار تجویز می شود . این مجازات خارج از روال برای پزشکان این سیستم را تبدیل کرده به سیستم القایی تقاضایی یا فشار به مادر باردار .

یکی از شروط تست های غربالگری در کشورهای توسعه یافته هر برنامه غربالگری باید توسط وزارت بهداشت مانتورینگ دقیق و سختگیرانه انجام شود که اگر این کار انجام نشوند برنامه های غربالگری به یک بیزینس پرسود برای ارایه دهندگان خدمت تبدیل می شود

خط قرمز انجام تست های غربالگری در کشور های پیشرفته حفظ جان مادر و جنین است

در کشور های غربی در صورتی که مشخص شود مادر فرزند داون به دنیا می آورد اساس جنین را سقط نمی کنند

***اشکالات وارد بر تست های غربالگری در ایران را توضیح دهید ؟ مثبت و منفی کاذب بالا . هزینه هنگفت تست ها . غیر استاندارد بودن تست های غربالگری حجم زیادی سوق داده می شود به سمت سقط جنین . به صورت بی رویه تست های غربالگری برای خانم های باردار تجویز می شود . برنامه های غربالگری به یک بیزینس پرسود برای ارایه دهندگان خدمت تبدیل می شود.**

1. غربالگری بارداری برای کدام دسته از زنان جامعه مفید و سود بخش است، چرا؟

الف) برای همه زنان باردار به دلیل تشخیص تریزومی ها

ب) برای همه زنان باردار به دلیل کمک به ارتقای سلامت مادر و جنین

ج) برای زنان باردار مسن تر به دلیل احتمال بیشتر بروز ناهنجاری جنینی در این افراد

د) برای زنان باردار جوان تر به دلیل تعداد بالای بارداری ها در این سنین

2. آیا ماده 53 قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت غربالگری بارداری را حذف کرده است؟

الف) بله این تستها دیگر در کشور قابل انجام نیست ب) بله هیچ مادر متقاضی حق انجام تستهای فوق را ندارد.

ج) خیر هر مادر بارداری که مراقب سلامت او ارجاع دهد قانونا می تواند تستها را انجام دهد

د) خیر هر مادر باردار متقاضی تحت نظر متخصص زنان امکان انجام تستهای غربالگری را دارد

3. کدام یک از موارد زیر جزو اصول اولیه طراحی یک برنامه غربالگری سلامت نیست؟

الف) دقت بالای تست ب) عدم تحمیل هزینه قابل توجه به افراد

ج) عدم تحمیل آسیب قابل توجه به افراد د) معطوف به همه ی گروه های سنی

4. اگر ریسک غربالگری مادری در دوران بارداری 250/1 باشد به معنای آنست که با چه احتمالی فرزندش از نظر ابتلا به تریزومی ها سالم است؟

الف) 99.96% ب) 99% ج) 96% د) 90%

5. چرا انجام تستهای تشخیصی تهاجمی غربالگری بارداری (از جمله آمنیوسنتز و CVS)، قبل از ارجاع موارد پرخطر به تستهای غیرتهاجمی (NIPT) ممنوع شده است؟

الف) چون 0.5 تا 2 درصد احتمال سقط جنین سالم به دنبال دارد

ب) چون خط قرمز انجام غربالگری ها حفظ جان انسان هاست

ج) چون توده زنانی که به تستهای تهاجمی ارجاع میشوند سالانه دچار 300 تا 1000 مورد سقط عارضی می شدند
د) همه موارد

6. آیا با ساماندهی غربالگری سونامی معلولیت زایی اتفاق خواهد افتاد؟

الف) خیر چون غربالگری بارداری ارتباطی به تولد معلولین ندارد.

ب) خیر، از 1 میلیون موالید ایرانی سالانه حدود 20 الی 30 هزار نوزاد ناهنجار به دنیا می آیند که تنها حدود یک تا دو هزار مورد آن در غربالگری ها قابل تشخیص اند.

ج) بله با ساماندهی غربالگری بررسی سایر ناهنجاری ها نیز متوقف خواهد شد. د) هیچکدام

7. در مقایسه با شرایط فعلی، اگر در کشور هیچ غربالگری انجام نشود، هزینه مراقبت از همه کودکان ایرانی مبتلا

به داون را با استاندارد نگه داری از افراد مبتلا به داون در کشور آمریکا محاسبه گردد، چه میزان هزینه است؟

الف) در حال حاضر هزینه کمتری نسبت به هزینه نگه داری افراد داون میپردازیم

ب) در حال حاضر بیش از 100 برابر نگه داری از افراد داون، هزینه میپردازیم

ج) هزینه ها نسبتا برابر است د) قابل مقایسه نیستند

8. تصمیم گیری در خصوص شروع و استمرار یک برنامه غربالگری به چه فاکتورهایی وابسته نیست؟

الف) عملکرد تست ها از منظر بالینی ب) هزینه اثر بخشی انجام آن برنامه

ج) صرف اثربخشی و فواید آن برنامه د) هیچکدام

9. انگیزه کادر شبکه بهداشت، جهت اصرار بر انجام تستهای غربالگری توسط مادر باردار کدامیک از موارد زیر نمی تواند باشد؟

- الف) مجازات قانونی مراقب سلامت مادر باردار در صورت تولد نوزاد داون
- ب) پایش های دقیق و سختگیرانه ستادی در خصوص ارجاع و پیگیری مادران غیرمتمنقاضی
- ج) صلاحدید شخصی هریک از کارکنان شبکه بهداشتی در ضرورت پیگیری انجام این تستها
- د) هدایت آزمایشگاه های ريفرال انجام غربالگری

10. فواید برنامه های غربالگری سلامت نسبت به عوارض آن چگونه میتواند باشد ؟

- الف) همواره فواید تستهای غربالگری بیش از عوارض آنهاست
- ب) اغلب فواید تستهای غربالگری بیش از عوارض آنهاست
- ج) همواره عوارض تستهای غربالگری بیش از فواید آنهاست
- د) تنها اگر برتری فواید بر عوارض اثبات شده باشد قابل توصیه است

قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت دکتر بانکی پور

حدود 30 سال آینده ینی سال 1430 حدود 30 درصد جمعیت سالمند خواهد شد .
به ازای هر فردی که بالای 60 سال عمر دارد دو نفر بیشتر وجود خارجی ندارد .
ان دوره ای که من و شماها سالمندی هستیم دو نفر وجود دارد
در واقع ان زمان کسی نداریم که از ما حمایت کند (حوزه خانوادگی)
جمعیت جوان موتور اقتصاد ، موتور خلاقیت ، موتور علم ، تعداد انها بسیار کم خواهد بود (حوزه اجتماعی)
در حوزه فرزند اوری 21 مانع فرزند اوری شناسایی کردیم :

1. تاخیر و صعوبت ازدواج جوانان (در 10 سال گذشته 40 درصد ازدواج جوانان کم شده است)
2. الگوی مسکن و فرهنگ اجاره مسکن ناسازگار با خانواده های بیش از دو فرزند (زندگی آپارتمان نشینی
اقتضای بیش از دو فرزند ندارد یا تعداد فرزند بیشتر مانع از پیدا کردن خانه اجاره ای می شود)

3. مشکلات اقتصادی و هزینه های زیاد فرزند پروری
4. نگرانی از بیکاری سرپرست خانواده
5. اشتغال و نگرانی اتیه زنان
6. هزینه های دوران بارداری، زایمان و شیردهی
7. شیوع و هزینه های درمان ناباروری و محدودیت مراکز آن
8. عقیم سازی و استفاده بی رویه از اقلام پیشگیری
9. شیوع غیر استاندارد زایمان غیر طبیعی و ترس از زایمان
10. ترس از فرزند معلول
11. قبح زدایی و شیوع انواع سقط جنین (روزانه دو هزار سقط جنینی در ایران داریم)
12. عدم اطمینان به ادامه زندگی مشترک
13. نگرانی از مسئولیت های بچه داری و محدودیت های آن
14. نگرانی از تربیت صحیح فرزندان
15. نگرانی از اتیه و آینده فرزندان
16. ناسازگاری تاهل و فرزند اوری با محدودیت های کنونی آموزش عالی
17. ضعف خدمات اجتماعی مادر و کودک در محیط اجتماعی، اداری و آموزشی
18. نهادینه شدن فرهنگ فرزند کمتر زندگی بهتر
19. مهاجرت
20. حرکت های معارض فرهنگی و قانونی
21. فقدان متولی، ضمانت اجرای سیاست ها و قوانین مرتبط با جمعیت و خانواده

نرخ باروری اکنون 1.63 باید طی 5 سال به 2.5 برسانیم سالیانه 0.9 درصد باید افزایش داشته باشیم
در بخش مراقبین سلامت و بهورزان باید کارانه ویژه ای در نظر بگیریم
خط مقدم جنگ جمعیتی ما مراقبین سلامت و بهورزان می باشند .
جهت رفع مانع اول : تسهیلات ازدواج را 8 برابر کردیم
حق تاهل را بیش از 3 الی 4 برابر کردیم

مشوق های اقتصادی: مسکن - سهام - زمین - خودرو - معافیت مالیاتی - افزایش

مشوق های سلامت: پوشش بیمه مادران - زایمان طبیعی رایگان - پیشگیری و تشخیص رایگان ناباروری

مشوق های فرهنگی: آموزشهای مشوق فرزند آوری - تولید برنامه های آموزشی حوزه فرزند آوری - فعالیت های آموزشی پژوهشی فرهنگی مبتنی بر نقشه - مهندسی فرهنگی کشور

مشوق های اجتماعی حمایت از مادران مرخصی های زایمان (شغلی - اختصاص بودجه برای نهادهای تسهیل گر ازدواج - افزایش سنوات تحصیلی برای مادران

بسته های اقتصادی قانون

- واگذاری زمین و مسکن به خانواده هایی که فرزند سوم به بعد متولد می شود
- تسهیلات قرض الحسنه ازدواج و فرزندآوری که برای سال ۱۴۰۲ افزایش پیدا کرده است) به ازای هر فرزند ۳۰ میلیون تومان (
- امتیاز خرید خودرو دولتی
- واگذاری سهام

تولد فرزند سوم به بعد

ماده 3. تامین زمین یا واحد مسکونی حداکثر ۲۰۰ متری به قیمت تمام شده با ۲ سال تنفس و ۸ سال قسط بندی پس از تولد فرزند سوم

ماده 10. تسهیلات قرض الحسنه برای تولد فرزند سوم تا پنجم و بالاتر به ترتیب از ۳۰ تا ۵۰ میلیون تومان با تنفس شش ماهه

ماده 69. اختصاص وام ۱۵۰ میلیون تومانی ودیعه خرید یا ساخت مسکن برای خانواده های فاقد مسکن با بازپرداخت ۲۰ ساله مشروط به تولد فرزند سوم به بعد در سال ۱۳۹۹ یا پس از آن

ماده 2. امکان استفاده مجدد از امکانات دولتی تامین مسکن خانواده ها پس از تولد فرزند سه به بعد (سبز شدن فرم جیم)

ماده 14. حق بهره برداری زمین با هدف تولید کشاورزی و اشتغال و تخفیف ۲۵ هزینه واگذاری با ۵۰ درصد افزایش طول دوره بازپرداخت برای تولد فرزند ۳ به بعد

ماده 15. افزایش سنوات خدمت به میزان یک سال به ازای هر ماده ۱۵ فرزند پس از تولد فرزند سوم تا پنجم

ماده 18. معافیت مالیاتی اشخاص حقیقی به ازای فرزند ۳ به بعد هر فرزند 15 درصد مشروط به تصویب در بودجه سنواتی

ماده 21. افزایش سوابق بیمه گذار زنان خانه دار روستایی و عشایری با تولد فرزند چهارم و پنجم به ازای هر فرزند ۲ سال

حمایت از مادران غیر شاغل

ماده 13. افزایش ۳ برابری یارانه فرزندان در خانواده های دهک های ۱ تا حداقل ۳ فرزندی غیر شاغل در دستگاههای دولتی

ماده 21.

- تامین ۱۰۰٪ بیمه مادران خانه دار دارای ۳ فرزند و بیشتر روستایی و عشایری از طریق صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان و روستاییان
- افزایش سوابق بیمه گذار با تولد فرزند چهارم و پنجم به ازای هر فرزند ۲ سال

حمایت از مادران دانشجو و طلبه

ماده 26

- مرخصی یک نیمسال تحصیلی بدون احتساب در سنوات برای مادر باردار دانشجو با طلبه

- مرخصی با میهمان شدن مادران دانشجو و طلبه لیه دارای فرزند زیر ۲ سال حداکثر تا 4 نیمسال بدون احتساب در سنوات
- آموزش غیر حضوری و مجازی مادران دانشجو و طلبه دارای فرزند زیر ۳ سال
- افزایش سهمیه سقف استاد راهنمایی برای استاد دارای دانشجوی باردار با دارای فرزند شیرخوار
- موافقت با کاهش نوبت کاری شب سب مادران دانشجو دارای فرزند زیر ۲ سال

ماده 27

- کسر تعهدات قانون خدمات پزشکان و پیرا پزشکان به میزان ۶ ماه به ازای هر فرزند برای مادران
- گذراندن تعهدات قانون خدمات پزشکان و پیرا پزشکان در محل سکونت خود برای مادران
- تعویق تعهدات قانون خدمات پزشکان و پیرا پزشکان برای مادران باردار و دارای فرزند زیر دو سال تا ۲ سال

حمایت از مادران شاغل

ماده 17

- مرخصی زایمان ۹ ماه کامل و به درخواست مادر میتواند تا دو ماه آن قبل از تولد باشد.
- اعطای دورکاری به مادران باردار حداقل به مدت ۴ ماه
- اختیاری بودن شیفت شب برای مادران باردار و دارای فرزند شیرخوار تا ۲ سال و برای پدر تا ۱ ماهگی فرزند به جز در بخش خصوصی

ماده 22

- تامین مهدکودک در هر دستگاه برای نگهداری کودکان مادران شاغل در دستگاه

ماده 15

- عدم جواز تعدیل فرد دارای ۳ فرزند مادران باردار و دارای فرزند شیرخوار

ماده 17

- کاهش سن بازنشستگی مادر به مدت یک سال به ازای تولد هر فرزند و برای تولد فرزند ۳ به بعد، یک و نیمسال

تولد هر فرزند

ماده 11. پرداخت یک میلیون بلاعوض جهت سرمایه گذاری بورس به نام فرزندان متولد سال ۱۴۰۰ و بعد از آن

ماده 9. افزایش ۲۵ سقف تسهیلات مسکن جهت خرید و ساخت و جماله به ازای هر فرزند و افزایش دو ساله دوره بازپرداخت

ماده 10. تسهیلات قرض الحسنه برای تولد فرزند اول تا پنجم و بالاتر به ترتیب از ۱۰ تا ۵۰ میلیون تومان با تنفس شش ماهه

تولد فرزند دوم به بعد

ماده 12. فروش بدون نوبت و بدون قرعه کشی خودروی ایرانی به قیمت کارخانه پس از تولد فرزند دوم به بعد به مادران

ماده 10. تسهیلات قرض الحسنه برای تولد فرزند دوم ۲۰ میلیون تومان با تنفس شش ماهه

قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

یکی از دغدغه های فرزندآوری در ایران نگرانی والدین از آینده فرزندان چون هست سهام در نظر گرفته شده از شرکتهای سود ده دولتی برای فرزند در نظر گرفته شده است که در سن ۲۴ سالگی اجازه برداشت خواهند داشت

. در واقع تضمین مالی برای فرزندان در سن ازدواج آنها خواهد بود

قوانین مربوط به حوزه وزارت بهداشت

- ترویج ازدواج آسان و موفق
- ارائه خدمات باروری سالم به صورت رایگان و کم هزینه
- ترویج زایمان طبیعی

- مشاوره فرزندآوری
- پیگیری و تشخیص بهنگام و درمان ناباروری
- پیگیری و مقابله با سقط عمدی جنین

ازدواج

- آموزش حدود ۵۰۰ هزار زوج در سال به صورت رایگان

- تهیه و تدوین بسته های آموزشی

- نرم افزار هم نفس

آموزشهای هنگام ازدواج :

- برگزاری کلاسهای شش ساعت ازدواج (بهداشت و سلامت ، حقوق زوجین ،روانشناسی احکام و اخلاق) در مراکز منتخب جامع سلامت و آموزش کلیه زوجین مراجعه کننده به این مراکز
- بازنگری و تدوین شیوه نامه پرداخت حق الزحمه مربیان ازدواج و تصویب در هیات امنای دانشگاهها
- بازنگری و تدوین شیوه نامه کلاسهای آموزش هنگام ازدواج و تایید توسط شورای عالی انقلاب فرهنگی
- انجام و تحلیل آمایش سرزمینی کشوری جهت برآورد تعداد استاندارد کلاسهای مشاوره هنگام ازدواج جهت تسهیل دسترسی بهتر مردم به آموزش ها

جوانان در آستانه ازدواج یا زوجین جوان

- ماده 68 . اعطای وام ۲۰۰ میلیون تومانی به زوجین جوان ازوج زیر ۲۵ سال و زوجه زیر ۲۳ سال) و وام ۱۷۰ میلیونی به زوجین با سنین بالاتر با ضمانت های آسان
- ماده 16 . افزایش ۷.۵ برابری حق عائله مندی در مدت ۵ سال
- ماده 15 . افزایش ۲٪ امتیاز در جذب و استخدام به ازای تأهل
- ماده 36 . تأسیس مراکز مشاوره مبتنی بر سبک زندگی ایرانی - اسلامی در مراکز آموزش عالی

ماده 33 تربیت و آموزش مهارت‌های سبک زندگی ایرانی - اسلامی و ازدواج در کلیه مقاطع تحصیلی و بسترهای یادگیری

ماده 33. آموزش مسائل تربیتی بلوغ و ازدواج به کادر آموزشی و اولیا بر اساس سبک زندگی ایرانی اسلامی

ماده 8. تأمین ۵۰٪ ودیعه مسکن ۷۰ متری شهرهای بالای ۵۰۰ هزار نفر و ۱۰۰ متری سایر شهرها برای دانشجویان و طلاب

ماده 7. تأمین بودجه ایجاد و بهسازی خوابگاه‌های متاهلان در کلیه مراکز آموزش عالی برای دانشجویان زن و مرد بومی و غیربومی

ماده 69. اختصاص وام ۵۰ میلیون تومانی ودیعه خرید یا ساخت مسکن برای زوجین بدون فرزند و فاقد مسکن با بازپرداخت ۱۰ ساله

ماده 15. افزایش محدوده سنی در استخدام جدید یک سال به ازای تأهل

مواد (28. 29.32.33 و....) فرهنگ سازی

خدمات مراقبتی مادران باردار

- خدمات مراقبتی مادران باردار ، قبل از بارداری ، حین بارداری ، بعد از بارداری در شبکه بهداشت رایگان می باشد
- زایمان طبیعی در تمام بیمارستانهای دولتی رایگان می باشد

حمایت های دوران بارداری و شیردهی

- ماده 53. پوشش بیمه ای آزمایشهای مادر و جنین بر اساس ضوابط قانونی
- ماده 49. ارتقای مهارت مامایی کشور و افزایش تعداد ماماها به ازای هر دو صادر در حال زایمان یک ماما
- ماده 45. پوشش بیمه ای خدمات سلامت زنان اعم از مراجعه به ماماها با پزشکان
- ماده 44. تحت پوشش کامل قراردادان کلیه مادران در دوران بارداری و شیردهی تا پایان ۵ سالگی کودکان بر اساس آزمون وسع

ماده 24. ارائه رایگان سید تغذیه و بسته بهداشتی مادران باردار شیرده و دارای کودک زیر ۵ سال بر اساس آزمون وسع

ماده 50. ارتقای کیفیت مراقبتهای بارداری و زایمان طبیعی با راه اندازی پرونده الکترونیک یکپارچه

ماده 47. در اختیار مادر گذاشتن قانون راهنمای حفظ و مراقبت جنین با توزیع در کلیه مراکز تحت پوشش وزارت بهداشت

ماده 48. کاهش هزینه های روحی و روانی و اقتصادی دوران بارداری و جلوگیری از القای هرگونه ترس و هراس نسبت به بارداری

ماده 53.

- اختیاری بودن غربالگری همراه با تجویز پزشک متخصص بر اساس استانداردهای روز بین المللی و علمی
- استاندارد سازی عملکرد ارائه دهندگان خدمات بارداری و سلامت مادر و جنین و ارزشیابی با صدور و لغو مجوز
- اصلاح روشهای غربالگری و استاندارد سازی مقادیر مثبت و منفی کاذب نتایج آزمایشها و تعیین مسئولیت عاملین خدمت

حمایت از مادران باردار و شیرده :

تمام مادران باردار و شیرده و دارای کودکان زیر 5 سال که بضاعت مالی نداشته باشند و تحت پوشش هیچ بیمه ای نباشند به صورت رایگان توسط بیمه سلامت ایران بیمه می شوند .

ناباروری

- ۹۰ درصد خدمات ناباروری تحت پوشش بیمه قرار گرفته اند دولتی و خصوصی)
- پیشگیری و درمان ناباروری در دستور کار شبکه بهداشت قرار گرفته است و ادغام شده است .

درمان زوجین نابارور و پیشگیری از ناباروری

ماده 43. بیمه ای قرار گرفتن درمان تمامی زوج های نابارور

ماده 41. تجهیز و راه اندازی یک مرکز تخصصی ناباروری سطح ۲ در دانشگاه علوم پزشکی و سطح ۳ در هر استان

ماده 42. تدوین دستور العمل راهنمای بالینی پیشگیری و تشخیص درمان ناباروران با ادغام در شبکه بهداشت

ماده 65. اجرای آزمایش های علمی در مورد مواد و فرآورده های وارداتی تراریخته ناباروری و رعایت ضوابط سازمان پدافند غیر عامل

ماده 40

- حمایت از شرکت دانش بنیان تولید اقلام و تجهیزات درمان ناباروری
- اختصاص 5٪ از اعتبارات توسعه علوم و فناوریهای نو به تحقیقات بنیادی و تجاری سازی درمان ناباروری و.....
- اختصاص 5٪ از تسهیلات و حمایت های صندوق نوآوری و شکوفایی به شرکت دانش بنیان فعال در این حوزه

ماده 41

- اختصاص 10٪ از بودجه طرح های نوآورانه جهاد دانشگاهی به طرح های درمان ناباروری و زایمان طبیعی
 - برطرف شدن کمبود نیروی متخصص با افزایش ظرفیت پذیرش دستیار تخصصی ناباروری ظرف مدت 5 سال
 - برگزاری دوره تخصصی آموزشی با محتوای درمان ناباروری و ارجاعات مربوطه برای متخصصان زنان و مامایی
 - استقرار متخصصان طب سنتی در مراکز ناباروری
- ماده 61. انتقال عوائد حاصل از جریمه و مصادره اموال مشارکت کنندگان در تجارت غیر قانونی سقط جنین به خزانه جهت درمان ناباروری

کانال تلگرام ما @tojihiamoozesh

هرگونه نشر و کپی این جزوه بدون اجازه صاحب این جزوه ممنوع است