قرارگاه تعالی سلامت و جوانی جمعیت

اداره جوانی جمعیت معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

استان چهارمحال و بختیاری

متن آموزشی هفته جمعیت: ۲۴تا۳۰ اردیبهشت ماه ۱۴۰۱

" برآنچه واقع نشده با آنچه واقع شده، برهان آور و با بررسی وقوع یافته ها، پیش بینی کن واقعه ها را، چرا که امور جهان همانند هم هستند." (امام علی ع)

از۱۷ تا ۲۳ اردیبهشت ماه با شعار (**سلامت ما، سلامت سیاره ما**) هفته سلامت نامیده شد. **۲۰ اردیبهشت ماه** با عنوان نقش مردم، مسئولین، سمن ها در **ارتقای سلامت خانواده و جوانی جمعیت** نام گذاری شده است. ۲۴ تا ۳۰ اردیبهشت ماه هفته ملی جمعیت است. شعارهای زیر از طرف وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی برای هفته ملی جمعیت مطرح گردید که لازم است در استان چهار محال وبختیاری پیرامون این شعارها برنامه هایی تدارک و در سطح استان اجرا گردند.

در خردادماه ۱۴۰۱از این محتوی آموزشی، آزمونی در سطح استان چهارمحال و بختیاری اجرا می گردد. شرکت کلیه کارکنان حوزه معاونت بهداشت دانشگاه و شبکه های بهداشت و درمان ده گانه در آزمون مربوطه الزامی است.

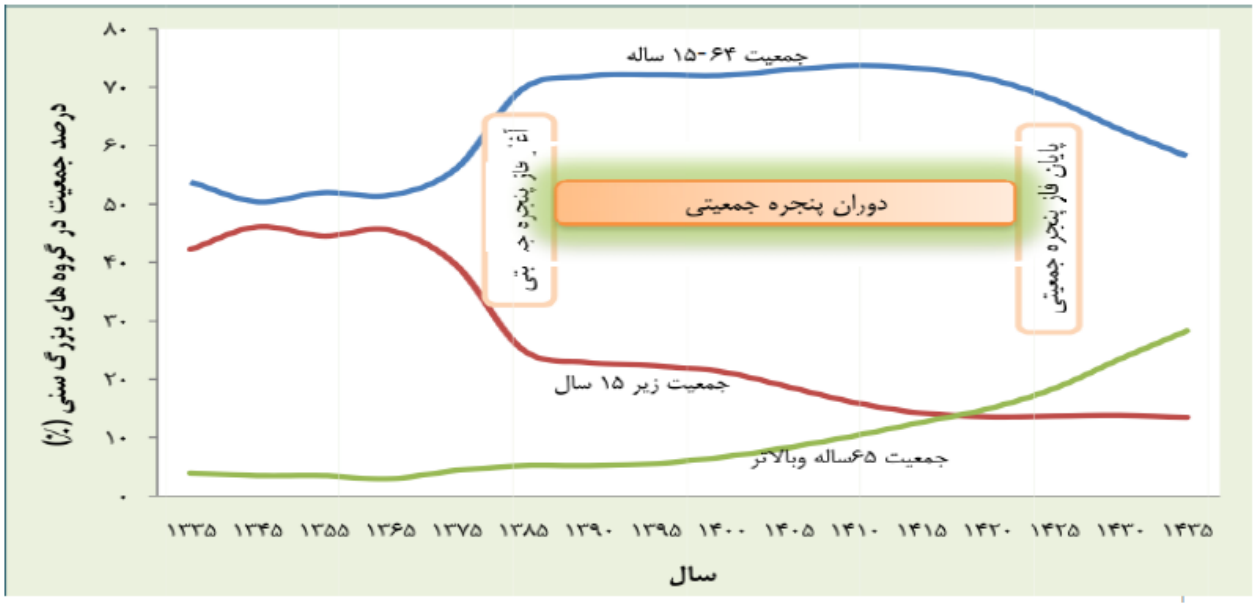
مخاطبین: اعضای قرارگاه، مدیران، پزشکان، پرستاران، ماماها، مراقبین سلامت، بهورزان، کارکنان دانشگاه، هسته های جمعیت باور و جمعیت یاور، سفیران سلامت، پیام گزاران سلامت، اعضای گروه سلامت و امنیت غذایی ، نمایندگان مجلس شورای اسلامی، شورای اداری و توسعه استان

ردیف	روز	تاریخ	شعار محوری
۱	شنبه	۱۴۰۱/۲/۲۴	در آرزوی فرزند (ناباروری)
۲	یکشنبه	۱۴۰۱/۲/۲۵	فرزند تنهای من (آسیب های تک فرزندی)
۳	دوشنبه	۱۴۰۱/۲/۲۶	خانواده دوستدار فرزند (فرزندپروری)
۴	سه شنبه	۱۴۰۱/۲/۲۷	پدر و مادر و حس خوب زندگی (والدین و صمیمیت زندگی)
۵	چهارشنبه	۱۴۰۱/۲/۲۸	زندگی سالمندی من (سالخوردگی جمعیت)
۶	پنجشنبه	۱۴۰۱/۲/۲۹	می خواهم زنده بمانم (سقط و قتل جنین)
۷	جمعه	۱۴۰۱/۲/۳۰	حمایت از خانواده و جوانی جمعیت (قانون و فرزندآوری)

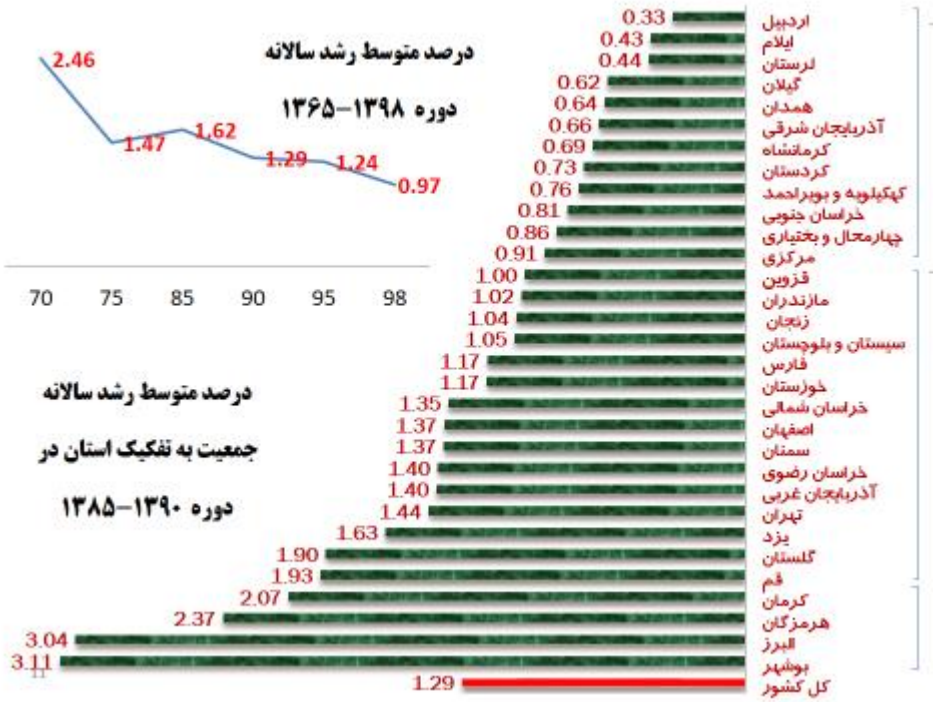
در کشـور جمهوری اسـلامی ایران درپنجره جمعیتی قرارداریم. هر چند فرصـت طلایی را خوب استفاده نکردند، اما باید از فرصـت باقیمانده و در ۷ سـال پیش رو (فرصـت نقره ای) اسـتفاده کرد. ما از دهه ی ۹۰ درپنجره جمعیتی قرار گرفتیم واحتمال بسـته شـدن این پنجره و افتادن در شرایط بحرانی پیش بینی می شود. هر گاه در جامعه‌ای حداقل ۷۰ درصد از جمعیت در بازه سـنی ۱۵ تا ۶۴ سـال (سـنین فعالیت و کار) باشند، اصطلاحا آن جامعه در فرصت پنجره جمعیت تعریف میشـود. نسـبت جمعیت زیر ۱۵ سـال به کمتر از ۳۰ درصد کلّ جمعیت می‌رسد و نسبت جمعیت ۶۵ ساله و بالاتر هنوز کمتر از ۱۵ درصد است.

احتمال بسـته شـدن پنجره جمعیتی به دو دلیل اتفاق می‌افتد. نخسـت به علت افزایش سن امید به زندگی و بیشـتر شـدن جمعیت سالمندان است. دلیل دوم هم این است که اگر سیاست‌های تشویقی جمعیت اثر کند، موالید در سـالهای آینده ۱۵ سـال طول می کشد که وارد سن کار شوند. بنابراین ممکن است پنجره جمعیتی زودتر بسته شود، اما در عوض اگر سیاست‌های جمعیتی موفق عمل کند، بعد از دوره ۱۵ ساله جمعیت مولد بالا می ماند.

سـن امید به زندگی درکشـور ما بالا رفته و جمعیت سـالمندان رو به افزایش اسـت و در سـال های نه چندان دور، رشـد جمعیت کشور را با برنامه های کنترل رشد جمعیت که اخیرا متوجه شدند اشتباه بودند، رشد جمعیت رو به کاهش بوده و چنانچه فعلا سیاست های تشویقی رشد جمعیت اثر کند، سیاست هایی که در چند سال اخیر با ابلاغیه مقام معظم رهبری در پیش گرفته شـده، موالید حداقل ۱۵ سـال طول می کشـد که وارد سـن کار بشـوند. بنابراین ممکن اسـت این پنجره جمعیتی زودتر بسـته شود و اگر درعوض، سیاست های جمعیتی موفق عمل کنند که انشا الله موفق عمل خواهد کرد بعد از یک دوره ۱۵ ساله هست که جمعیت مولد بالا می رود. بنابراین ما بایستی از این فرصت پنجره جمعیتی و دوران طلایی، استفاده کنیم و رشد جمعیت را افزایش دهیم.



برای سـالهای ۱۳۸۵ تا۱۳۹۰ متوسـط رشـد سـالانه جمعیت در کشـور ۱/۲۹ بوده که دراسـتان چهارمحال وبختیاری حدود۰/۸۶ بوده و از متوسـط رشد سالانه ی کشور بسیار بسیار پایین تر بوده و این رشد در سالهای ۱۳۶۵ تا ۱۳۹۸ به این شکل به ۰/۹۷ رسیده ، که اینها زنگ خطرجدی برای توجه بیشتر به افزایش رشد سالانه ی جمعیت در استان است.



چنانچه به رشـد جمعیت توجه نشـود، جمعیت جایگزین دراستان و حتی کشور وجود نخواهد داشت وما با بحران جمعیت مواجه هسـتیم، کما اینکه در اسـتان چهارمحال وبختیاری می بینیم که با چه شیب تندی نرخ رشد جمعیت رو به کاهش رفته است.

این نرخ رشـدجمعیت درمناطق شـهری ما بسیار بسیار سرعت بیشتری از مناطق روستایی داشته و می طلبد که ماهم در مناطق شـهری وهم در مناطق روسـتایی نسبت به افزایش قابلیت جانشینی نسل ها که متوسط تعداد دخترانی است که از مـادران خود متولد خواهند شـــد بپردازیم. اگر ما با همین آهنگ رشـــد جمعیت پیش برویم در آینده ای نه چندان دور متوسط دخترانی که از مادران متولد می شوند زیر(۱) خواهد بود ودر واقع به سمت انقراض نسل ها پیش می رویم.

۳-۱۸- تجدید نسل و جایگزینی در استان چهارمحال و بختیاری

میزان تجدید نسل عبارت است از رابطه بین تعداد یک نسل و تعداد فرزندانی که از این نسل زاییده می‌شوند و یا به‌عبارت‌دیگر مطالعه این مطلب که قابلیت جانشینی نسل‌ها به چه میزانی است؟ بنابراین با محاسبه میزان تجدید نسل می‌توان گفت که چه تعداد دخترانی جانشین مادران خود خواهند شد. میزان تجدید نسل را می‌توان در دو حالت زیر محاسبه کرد: (الف) میزان تجدید نسل ناخالص (ب) میزان تجدید نسل خالص

جدول ۳-۵۷: میزان تجدید نسل ناخالص استان چهارمحال و بختیاری

سال	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹	۱۴۰۰	۱۴۰۱	۱۴۰۲	۱۴۰۳	۱۴۰۴
مناطق شهری	۱/۰۲۴۱	۰/۹۵۸۸	۰/۹۴۵۷	۰/۸۲۰۸	۰/۷۶۹۹۲	۰/۸۱۵	۰/۸۵۳۶	۰/۸۲۸۱	۰/۸۱۳۴	۰/۷۹۳۸
مناطق روستایی	۱/۵۳۴۰۸	۱/۴۵۸۲۴	۱/۳۰۰۳۲	۱/۱۱۶۴۸	۱/۰۷۸۴۹	۰/۹۱۱۴	۱/۱۰۷۴	۰/۹۸۹۸	۱/۰۴۳۷	۰/۹۷۵۱
استان	۱/۲۱۰۳	۱/۱۳۵۲	۱/۰۵۶۹۶	۰/۹۲۵۴۴	۰/۸۹۰۳۳	۰/۸۳۷۹	۰/۹۴۰۸	۰/۸۸۶۹	۰/۸۹۱۸	۰/۸۵۵۷

۳-۱۸-۲-میزان تجدید نسل خالص در استان چهارمحال و بختیاری

این شاخص نیز عیناً همانند میزان تجدید نسل ناخالص محاسبه می‌شود با این تفاوت که مرگ‌ومیر زنان موردبحث به‌حساب می‌آید. میزان تجدید نسل خالص برای استان چهارمحال و بختیاری در جدول ۳-۵۸ آورده شده است.

جدول ۳-۵۸: میزان تجدید نسل خالص استان چهارمحال و بختیاری

	۱۳۹۵	۱۳۹۶	۱۳۹۷	۱۳۹۸	۱۳۹۹	۱۴۰۰	۱۴۰۱	۱۴۰۲	۱۴۰۳	۱۴۰۴
مناطق شهری	۰/۹۹۸	۰/۹۳۷	۰/۹۲۳	۰/۸۰۵	۰/۷۵۹	۰/۷۹۲۹	۰/۸۳۰۸	۰/۸۰۸۲	۰/۷۹۳۹	۰/۷۷۴۷
مناطق روستایی	۱/۱۹	۱/۱۰۸	۱/۲۹۳	۱/۰۸۸	۱/۰۴۸	۱/۰۷۵۹	۱/۱۰۶۱۹	۰/۹۶۱۴	۱/۰۱۳۷	۰/۹۴۷۱
استان چهارمحال و بختیاری	۱/۱۷۸	۱/۱۰۵	۱/۰۳	۰/۹۰۶	۰/۸۶۵	۰/۸۱۴۱	۰/۹۱۵۴	۰/۸۶۴۳	۰/۸۶۹۱	۰/۸۳۳۹

چنانچه نرخ باروری کل به سطح ۲/۱ برسد (۲/۱فرزند) درواقع به معنی جانشینی والدین هست و اگر کمتر از آن بشود به معنی کاهش تدریجی جمعیت و نهایتا" انقراض نسـل ها. رشـد جمعیت در کشـور ۱/۳ درصـد گزارش شـده و در برخی مناطق کمتر از آن هم حدود۱/۱ در برخی از آمارها و در چهارمحال وبختیاری متاسـفانه در سال ۱۴۰۰ حدود ۰/۸۲ ونرخ

باروری کلی ۱/۷۸ گزارش شـده اسـت. **البته این نرخ در شهرستان های شهرکرد، کیار، فارسان، بروجن و فارسان خیلی کمتر بوده و از متوسط استانی پایین تر است که نیازمند توجه جدی تر هستند.**

امید به زندگی در سـطح اسـتان چهارمحال وبختیاری در مردان درسـال ۱۹۹۰، ۶۷ سال بوده که درسال ۲۰۱۹ به ۷۶/۳ سال رسیده وهمچنین در زنان ۷۲/۸ سال بوده که به ۸۲/۷ سال رسیده است.

Health system performance in Iran: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019

Lancet 2022; 399: 1625–45
Published Online
April 6, 2022
https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02751-3

GBD 2019 Iran Collaborators*

Location	Sex	Life expectancy at birth (years)				
		1990	1991	2000	2010	2019
Chahar Mahaal and Bakhtiari	Both	69.6 (67.7 to 71.4)	70 (68.3 to 71.7)	73.2 (72 to 74.5)	76.1 (75.3 to 77.1)	79.2 (78 to 80.5)
	Female	72.8 (70.6 to 74.9)	73.1 (71.1 to 75.1)	76.1 (74.7 to 77.7)	79.4 (78.4 to 80.5)	82.7 (80.9 to 84.1)
	Male	67 (64.1 to 69.5)	67.4 (64.8 to 69.8)	70.8 (69 to 72.7)	73.4 (72.2 to 74.7)	76.3 (74.7 to 77.9)
Iran (Islamic Republic of)	Both	66.7 (65.9 to 67.4)	68.9 (68.2 to 69.6)	71.9 (71.5 to 72.4)	75.5 (75.2 to 75.7)	77.8 (77.5 to 78)
	Female	69.7 (69 to 70.4)	71.6 (70.9 to 72.3)	74.3 (73.8 to 74.7)	77.8 (77.5 to 78.1)	79.6 (79.2 to 79.9)
	Male	64.1 (63.2 to 65)	66.6 (65.8 to 67.5)	69.9 (69.3 to 70.5)	73.3 (72.9 to 73.6)	76.1 (75.6 to 76.5)

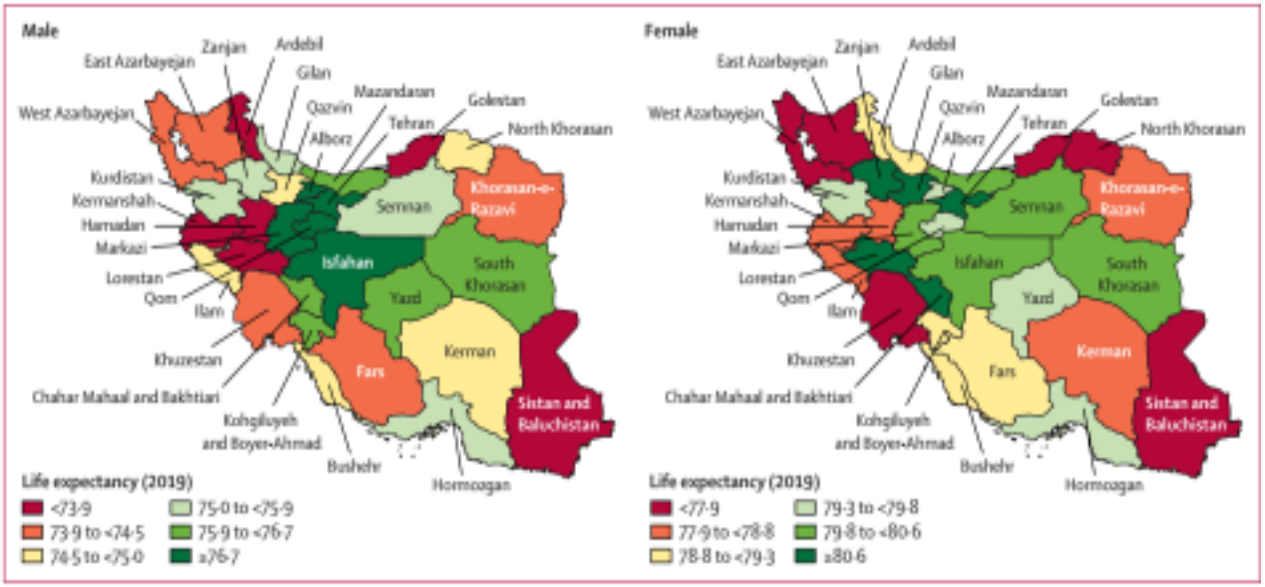
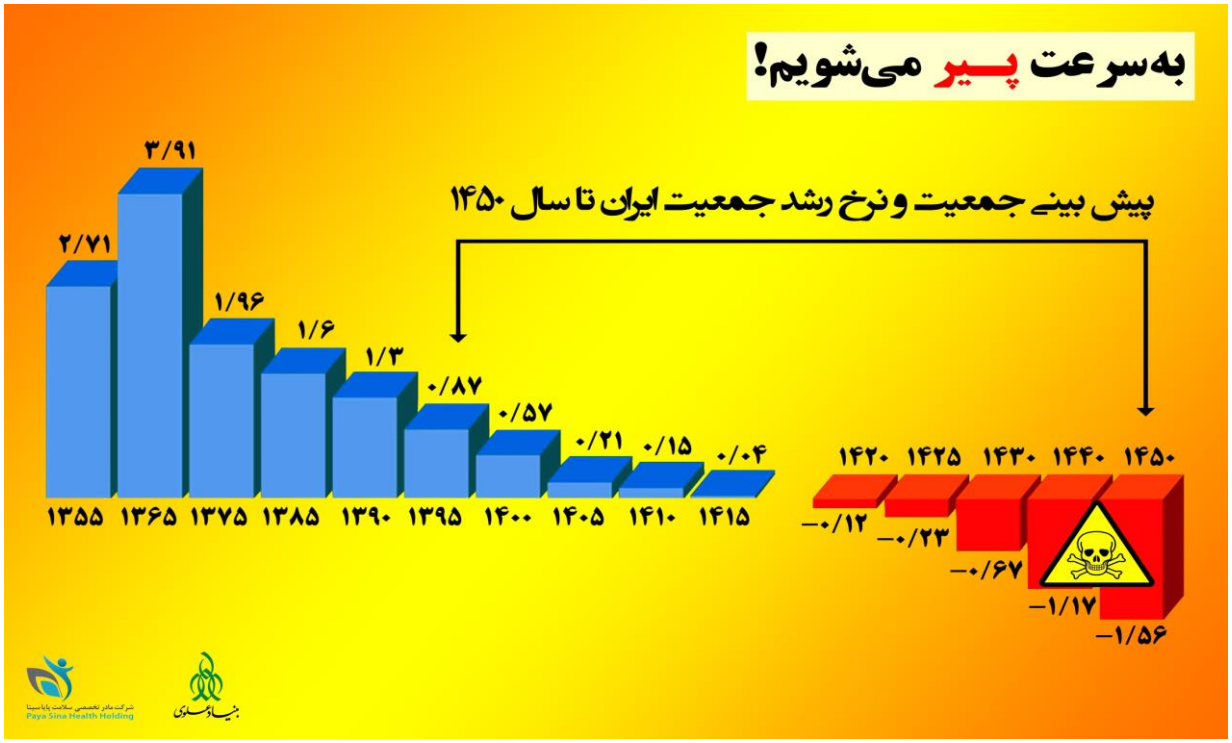


Figure 1: Life expectancy at birth (years) among provinces of Iran in male and female individuals, 2019

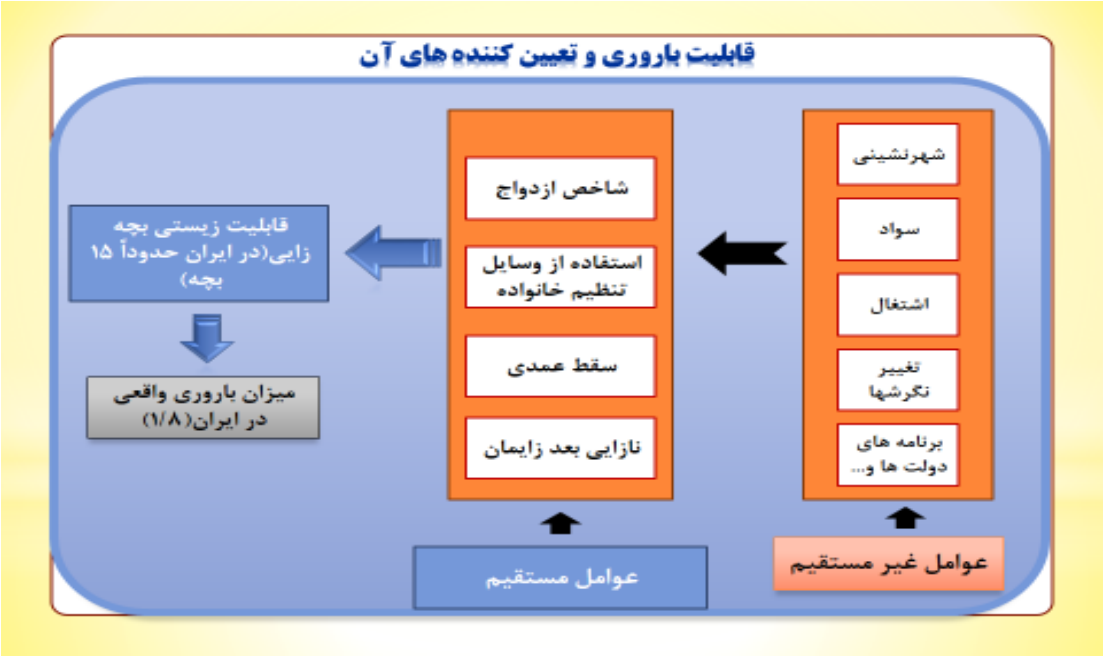
امید به زندگی مردان در مقایسه استان ما با استان های دیگر، می بینید که امید به زندگی در مردان در سطح بالایی است و ما بعد از اسـتان های اصـفهان ، قم ، مرکزی وتهران در رتبه ی دوم قرار داریم. اما در زنان اسـتان چهارمحال وبختیاری امید به زندگی درسطح بالایی قرار دارد. این افزایش امید به زندگی باعث کاهش ودرواقع بسته شدن پنجره جمعیتی است. اگر چه امید به زندگی یک شـاخص خوبی اسـت ویک نشـانگر مهم برای رشـد اقدامات بهداشـتی درمانی در سطح استان وموفقیت هاست، اما ما بایستی به این هم توجه کنیم که اگر به افزایش نرخ رشد جمعیت در کشور وحتی در استان توجه نکنیم ما در سال های آینده با نرخ رشد منفی مواجه می شویم و این به معنی انقراض نسل هاست.

البته باید به این نکته نیز توجه داشـت که ممکن اسـت ثبت مرگ ها در اسـتان چهارمحال و بختیاری از پوشـش بالایی برخوردار نبوده و بخشـی از بالا بودن امید زندگی بخاطر کم شماری و احتمالا خطای سیستماتیک در برنامه ثبت مرگ ها باشد که از سال ۱۴۰۱ این مهم نیز در دستور ارتقا قرار گرفته است و لازم است آمار موارد مرگ از کلیه منابع جمع آوری و ثبت گردد.



درهرم سنی یا ساختار سنی وجنسی جمعیت می بینیم که در واقع جمعیت سالمند رو به افزایش وجمعیت جوان و کودکان وافرادی که تازه متولدمی شوند رو به کاهش هست که نشان دهنده توجه جدی است . کاهش رشد جمعیت وافزایش سن ازدواج در طی این دوران باعث شده که در واقع رشد جمعیت کم بشود و جمعیت جوان ، جمعیت بارور وجمعیتی که در واقع نیازمند کار وتلاش اقتصادی است رو به کاهش برود. بررسی ها نشان می دهد که میانگین اندازه ی خانوار در کشور های توسعه یافته۲ فرزند ودر برخی کشور های آسیایی۲ تا ۳ فرزند و در برخی کشورها ۴ تا ۵ فرزندمی باشد. متاسفانه این رقم در کشور ما پایین است و باید این متوسط تعداد افراد در یک خانواده رو به افزایش باشد. علل گوناگونی باعث شده که نرخ رشد جمعیت در کشورهای مسلمان وبه خصوص کشور ما کاهش پیدا کند وآن بحث اسلام ستیزی واسلام هراسی است. که ما باید به این هم توجه بکنیم که کشورهای غربی وصهیونیست ها در جهت کنترل یا کاهش جمعیت مسلمانان و شیعیان روش هایی را در پیش گرفتند. ازجمله نسل کشی از طریق مقابله ی نظامی در کشورهای مختلف یا تروریست،که باید به اینها هم توجه کرد.

در کاهش رشد جمعیت ایران، حتما" مسائل سیاسی واجتماعی نقش دارند و برنامه کنترل جمعیت توسط سازمان های بین المللی و بانک جهانی در سالهای دور به کشورهای مختلف و از جمله کشور ما تحمیل شده است و در کاهش رشد جمعیت نقش داشت.



به عوامل زیر که باعث کاهش رشد جمعیت ایران شدند نیز می توان اشاره نمود:

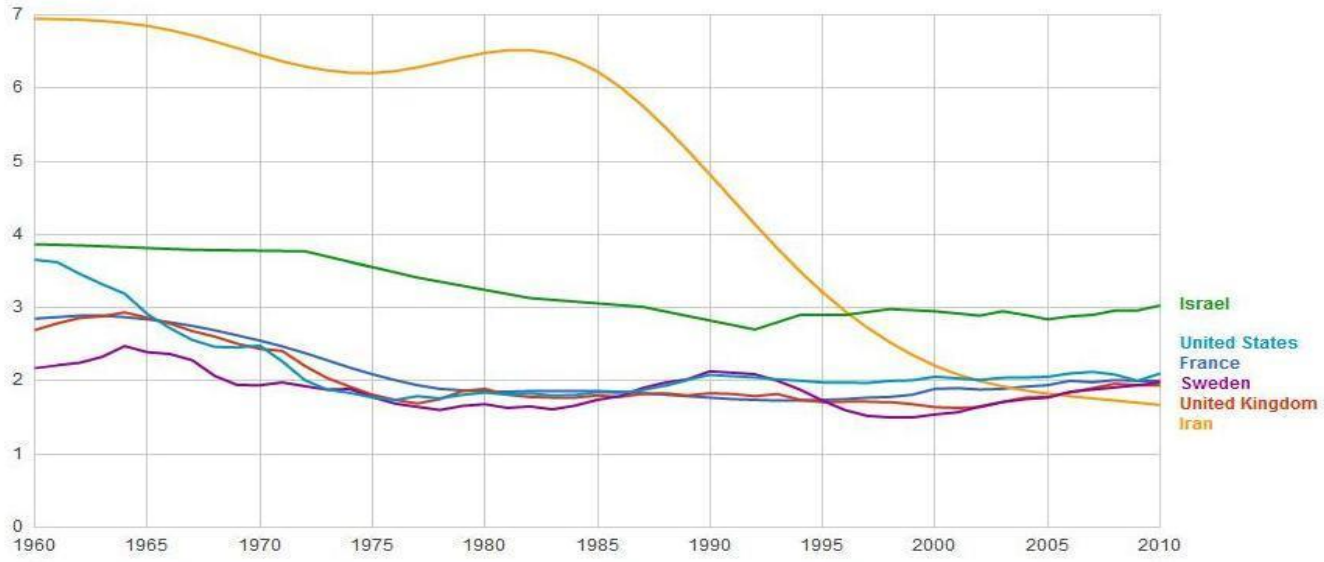
- اجرای سیاست های تحدید نسل و کنترل جمعیت با علم سلامت باروری توسط شبکه سلامت
- اخذفتوی و نظر موافق برخی از علمای مذهبی برجواز کنترل وکاهش جمعیت
- دخالت دولت وتصویب قوانین مشوق کاهش جمعیت و جریمه فرزند چهارم و بیشتر
- افزایش میزان باسوادی زنان (۵۲٪ در سال ۱۳۶۵ و ۸۰٪ در سال ۱۳۸۵ برای زنان)
- توسعه شهرنشینی (۶۰٪ در سال ۱۳۶۵ و ۷۱٪ در سال ۱۴۰۰)
- افزایش سن ازدواج (به ترتیب برای مردان و زنان ۲۴ و ۱۹/۷ در سال ۱۳۶۵و ۲۶/۵ و ۲۳/۱ در سال ۱۳۸۵و۲۶/۷ و ۲۳/۴ درسال ۹۰)
- توسعه اشتغال زنان (۶/۱ درصد در سال ۱۳۶۵ و ۱۳ درصد در سال ۱۴۰۰)

اما در آیات وروایات قرآنی به روشنی این مطلب بیان شده که ترس از رسیدن رزق وروزی نباید مانع از ازدواج وفرزند آوری شود زیرا خداوند متعال روزی همگان را ضمانت کرده است واین هم مطلب دیگری که ما باید از بیم فقر وندارى واز اینکه رزق وروزی نداریم موجبات کاهش رشد جمعیت را فراهم نکنیم که در واقع گناه بزرگی است که حکم عقل وحکم شرع حرکت بسوی تعادل واعتدال در تعداد وکیفیت جمعیت است. زمان لازم برای ۲ برابر شدن جمعیت در ۱۳۴۵-۱۳۳۵ درایران ۲۲ سال بوده که در شرایط فعلی حدود ۷۰ سال وبیشتر طول می کشد تا جمعیت ما به ۲ برابر برسد واین هم زنگ خطر دیگری است.

زمان لازم برای دو برابر شدن جمعیت ایران در دوره‌های مختلف

دوره	متوسط رشد سالیانه	زمان لازم برای دو برابر شدن	توضیحات
۱۳۳۵-۴۵	۳.۱۳	۲۲	فرض بر این است که جمعیت ایران با هریک از ارقام متوسط رشد سالیانه به دست آمده، چندسال برای دو برابر شدن خود، زمان لازم دارد.
۱۳۴۵-۵۵	۲.۷۱	۲۶	
۱۳۵۵-۶۵	۳.۹۱	۱۸	
۱۳۶۵-۷۵	۱.۹۶	۳۶	
۱۳۷۵-۸۵	۱.۶۱	۴۳	
۱۳۸۵-۹۰	۱.۲۹	۵۴	

مقایسه نرخ باروری در کشورهای آمریکا، فرانسه، سوئیس، انگلستان، رژیم صهیونیستی و ایران در نمودار زیر قابل مشاهده است:



در مقایســه نمودارهای بالا به روشنی دیده می شود که هیچکدام از این کشورها افت آبشاری شدیدی در نرخ باروری مانند ایران ندارند!!

از جمله دیدگاههای افزایش جمعیت این اســت که : ما باید حداقل فرز ندان در یک خانواده یا برای والدین ۲/۱ باشــد تا بتوانیم جایگزینی در جامعه حفظ بشــود. بنابراین با توجه به خســارات وارده و کاهش شــدید رشــد جمعیت در ســال های گذشــته باید ترویج فرزند آوری در بقای نســل ها و افزایش ســطح جانشــینی فرزندها وترویج آن مورد توجه ما قرار بگیرد وفرزند بیشــتر نشــاط بیشــتر جایگزین شعار قبلی گردد. در سال های آینده با بحران رشد جمعیت ، کاهش تعداد افراد در ســن کار وازآن طرف تک فرزندی وبی فرزندی وسالمندی جمعیت از چالش های مهم جمعیت کشور خواهد بود. جمعیت ،موتور محرکه اقتصــاد اســت وبنابراین جمعیت باعث استقلال وقدرت یک کشور می شود وپیرو این مسائل راهبردهایی در سطح استان انتخاب شده برای افزایش جمعیت از جمله ؛ توانمند سازی ذینفعان کلیدی گروه های مرجع وجمعیت هدف ، رصــد دقیق آمایش جمعیت ونرخ باروری دراســتان ، حفظ وارتقای باروری ســالم وفرزند آوری در جمعیت هدف ، تسهیل ازدواج در بین دانشــجویان نخبگان جوان وکارکنان دولت ، توســعه همکاری های بین بخشــی در زمینه صیانت از جمعیت ومطالبه ی اجرای قانون حمایت از خانواده وجوانی جمعیت.

نقش آموزش در فرهنگ سازی بهداشتی در استان چهارمحال وبختیاری

- ضرورت تحول در آموزش بهورزان و مراقبین سلامت و همچنین ارائه مشوق به آنها در جهت سیاستهای جمعیت
- نقش هر بهورز یا مراقب سلامت (سطح یک ارائه ی خدمات):

✓اولا ترغیب زنان تحت پوشش خود به فرزندآوری (کاهش فاصله بین ازدواج و فرزند اول، کاهش فاصله بین فرزندان، زنان خواهان فرزند به بالای ۳۵سال اکتفا نشود و...)

✓ثانیاً منصرف کردن زنانی که به دلیل بارداری ناخواسته جهت مشاوره برای سقط مراجعه کرده اند

- نقش پزشک در سطح یک و دو سه:

فرهنگ سازی، تسهیل فرزندآوری و حذف موانع بر اساس موازین دقیق علمی
کاهش سزارین، توقف سقط ها، عدم ترویج روشهای پیشگیری از بارداری

اصلاح باورهای غلط مطلب مهمی است که در آموزش ها باید مد نظر قرار گیرد:

کلیه ی قوانینی که باعث ترویج روش های پیشـــگیری از بارداری در جامعه بوده تماما" منســـوخ ودر واقع اجرای آنها به عنوان یک تخلف محسـوب شـده ومشـمول مجازات اسلامی است که به تمام شبکه های بهداشت ودرمان استان ودرسطح جامعه منتشـر شده است. (ماده ۵۶) سقط جنین ممنوع بوده و از جرائم دارای جنبه عمومی جرم می باشد. (تبصره ۴) چنانچه پزشک یا ماما یا داروفروش خارج از مراحل این ماده ، وسایل سقط جنین را فراهم سازند مجازات خواهند شد.

(ماده ۶۰) فعالیت مدیران وعوامل موثردر بسترهای مجازی معرفی کننده افراد ومراکز مشارکت کننده در سقط غیر قانونی جنین ممنوع است. (ماده ۶۱) ارتکاب گسترده جنایت علیه تمامیت جسمانی جنین به قصد نتیجه یا علم به تحقیق آن، به گونه ای که موجب ورود خسـارت عمده به تمامیت جسـمانی جنین ها یا مادران در حد وسیع گردد جرم محسوب می شود.(تبصره الحاقی ۱)

قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
استان چهارمحال و بختیاری
مرکز بهداشت استان

ماده ۵۶ – «سقط جنین ممنوع بوده و از جرائم دارای جنبه عمومی می باشد و طبق قانون، موجب مجازات است و دیه و حبس و ابطال پروانه پزشکی بر اساس مواد ۷۱۶ تا ۷۲۰ قانون مجازات اسلامی (کتاب پنجم، مجازات‌های تعزیری و بازدارنده) و این قانون انجام می‌شود.»

تبصره ۴ – «چنانچه پزشک یا ماما یا داروفروش، خارج از مراحل این ماده، وسایل سقط جنین را فراهم سازند یا مباشرت به اسقاط جنین نمایند، علاوه بر مجازات مقرر در ماده ۶۲۴ قانون مجازات اسلامی، فعالیت ایشان ابطال می شود. تحقق این جرم نیازمند تکرار نیست.»

ماده ۶۰ – «فعالیت مدیران و عوامل موثر در بسترهای مجازی معرفی‌کننده افراد و مراکز مشارکت کننده در سقط غیرقانونی جنین ممنوع است و بر حسب مورد متخلفان از این حکم علاوه بر مجازات درجه پنج موضوع ماده ۱۹ قانون مجازات اسلامی، به پرداخت جزای نقدی معادل دو تا پنج برابر عوائد حاصل ارتکاب جرم محکوم می شوند.»

قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

ماده ۶۱ – ارتکاب گسترده جنایت علیه تمامیت جسمانی جنین به قصد نتیجه یا علم به تحقق آن، به گونه‌ای که موجب ورود خسارت عمده به تمامیت جسمانی جنین‌ها یا مادران در حد وسیع گردد، مشمول حکم ماده ۲۸۶ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲/۲/۱ می‌گردد.

تبصره الحاقی ۱ – هر گاه دادگاه از مجموع ادله و شواهد قصد ایراد خسارت عمده درحد وسیع و یا علم به موثر بودن اقدامات انجام شده را احراز نکند و جرم ارتکابی مشمول مجازات قانونی دیگری نباشد، با توجه به میزان نتایج زیانبار جرم، مرتکب به حبس تعزیری درجه پنج یا شش محکوب می‌شود.

تبصره الحاقی ۲ – هر کس به هر عنوان به طور گسترده دارو، مواد و وسایل سقط غیرقانونی جنین را فراهم و یا معاونت و مباشرت به سقط غیرقانونی جنین به طور وسیع نماید و یا در چرخه تجارت سقط جنین فعال و یا موثر باشد، در صورتی که مشمول ماده فوق الذکر نباشد، علاوه بر مجازات تعزیری درجه دو، به پرداخت جزای نقدی معادل دو تا پنج برابر عوائد حاصل از ارتکاب جرم محکوم می‌گردد.

تبصره الحاقی ۳ – اموال و وسائل حاصل از ارتکاب جرم مصادره شده و عوائد آن به همراه جزای نقدی دریافتی، به حساب خزانه واریز شده و پس از درج در بودجه سنواتی، در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار می‌گیرد تا در جهت درمان ناباروری هزینه گردد.

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
استان چهارمحال و بختیاری
مرکز بهداشت استان

قرارگاه تعالی سلامت و جوانی جمعیت

اداره جوانی جمعیت معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

استان چهارمحال و بختیاری

هفته جمعیت: ۲۴تا۳۰ اردیبهشت ماه ۱۴۰۱

سزارین یک عمل جراحی بسیار سنگین(ماژور) است و عوارض بی شماری دارد اما به شدت در جامعه ی ما رواج داده شده است.

میانگین استاندارد زایمانهای سزارین در کشورهای توسعه یافته ۱۰-۱۵٪ است و در ایران این عدد در بیمارستانهای دولتی تا ۴۰٪ و در بیمارستان های خصوصی بیش از ۵۰٪ است.

* ۲۱٪ فرزندان ماحصل سزارین تا ۱۲ سالگی به آسم و آلرژی دچار می شوند و تا ۷۱٪ به چاقی زیر پنج سال دچار خواهند شد.
* در زنان با سابقه سزارین احتمال ناباروری بعدی ۱۷٪، چسبندگی های جفت در بارداری های بعدی ۷۴٪ و مرده زایی ۲۱٪ خواهد بود.
* در هیچ کتاب مرجع پزشکی عددی برای تعداد زایمان سزارین ذکر نشده و محدودیتی گفته نشده است. همه چیز بستگی به شرایط بدنی خود فرد و تشخیص پزشک در حین عمل(مشاهده ی چسبندگی ها و ...) دارد. ممکن است یک نفر با یک بار سزارین دیگر نتواند بچه دار شود، و ممکن است یک نفر بتواند ۶-۷ سزارین موفق و کم عارضه داشته باشد.

تاثیر گذاری حرف و عمل بهورزان، ماماها، مراقبین سلامت و پزشکان بر مردم در ابعاد مختلف سبک زندگی:

- ✓ تشویق به بارداری و فرزند آوری
- ✓ بیان فواید بارداری و شیردهی
- ✓ جلوگیری از سقط جنین
- ✓ آموزش و مشاوره فرزند آوری
- ✓ پیشگیری و تشخیص زودرس ناباروری
- تشویق به زایمان طبیعی
- آموزش و مشاوره حین ازدواج
- تشویق به ازدواج آسان،موفق و پایدار
- برنامه سلامت جنسی خانواده
- آموزش و مشاوره عوارض روشهای پیشگیری از بارداری

لطفا درباره ابعاد بالا به بحث و بررسی پرداخته و از دستورالعمل های مربوطه اطلاعات لازم را کسب نمائید. همکارانی که قرار است بر ابعاد مختلف سبک زندگی مردم تاثیر گذار و موجبات رشد جمعیت را فراهم نمایند لطفا خلاصه ای از محتوی آموزشی درباره آیتم های بالا تهیه و به اداره جوانی جمعیت دانشگاه ارسال فرمایند.

هماهنگی، راهبری، نظارت و پایش جهت حسن اجرای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت و قرارگاه سلامت و جوانی جمعیت از ماموریت های **اداره جوانی جمعیت معاونت بهداشت** دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد است.

بر اساس بند پ ماده ۱ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت:

استانداران از طریق شورای برنامه ریزی و توسعه استان عهده دار راهبری،برنامه ریزی،هماهنگی بین بخشی و نظارت و ارزیابی در سطح استان در مورد احکام قانون هستند.

مجازات ترک فعل قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت: ماده ۷۱ قانون

- اعمال مجازات ماده ۹ رسیدگی به تخلفات اداری
- حبس یا جزای نقدی درجه چهار یا پنج موضوع ماده ۱۹ قانون مجازات اسلامی
- ۵ تا ۱۵ سال محرومیت از حقوق اجتماعی موضوع ماده ۲۶ قانون مجازات اسلامی

تحلیل آماری قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

- کل قانون دارای ۷۳ ماده و ۸۱ تبصره و ۲۳۶ تکلیف قانونی است. ۴۳ ماده قانون، تکلیف قانونی وزارت بهداشت در معاونت های مختلف است (۵۹ درصد). ۲۰ ماده قانون، تکلیف قانونی معاونت بهداشت است (۲۶ درصد).
- در جدول زیر مواد قانونی مربوط به هریک از معاونت های دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد مشخص است که لازم است همکاران محترم با جستجوی قانون در اینترنت یا سایت دانشگاه از محتوی و مفاد قانون اطلاعات لازم را کسب نمایند.

ردیف	نام معاونت / اداره	تعداد مواد قانونی	مواد قانونی مرتبط
۱	معاونت بهداشت	۲۰	۲-۲۲-۲۴-۲۸-۳۵-۳۶-۳۸-۴۲-۴۴-۴۷-۴۸-۴۹-۵۰-۵۱-۵۲-۵۳-۵۴-۵۵-۵۷-۶۱
۲	معاونت درمان	۱۳	۲۶-۲۷-۳۵-۴۰-۴۱-۴۲-۴۳-۴۶-۴۷-۴۸-۴۹-۵۰-۵۲-۵۶
۳	معاونت آموزش	۱۰	۲۶-۲۷-۳۵-۳۹-۴۱-۴۲-۴۶-۴۷-۴۸-۵۰
۴	معاونت توسعه	۹	۶-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸-۲۰-۲۲-۴۶-۵۰
۵	آمار و فناوری اطلاعات	۹	۲۴-۳۴-۴۷-۴۸-۴۹-۵۰-۵۳-۵۴-۵۵
۶	فرهنگی و دانشجویی	۶	۲-۷-۲۸-۳۵-۳۶-۳۸
۷	پرستاری	۵	۲۶-۲۷-۳۵-۴۱-۴۶
۸	بیمه	۵	۴۳-۴۴-۴۵-۴۹-۵۰
۹	معاونت غذا و دارو	۳	۴۰-۵۰-۵۱
۱۰	معاونت تحقیقات	۲	۳۹-۵۰
۱۱	روابط عمومی	۲	۲۸-۳۵
۱۲	دفتر طب ایرانی	۲	۴۱-۴۲
۱۳	رفاه دانشجویی	۱	۸

قرارگاه تعالی سلامت و جوانی جمعیت در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان چهار محال وبختیاری تشکیل شده و اقداماتی در راستای حمایت از خانواده شروع نموده که امیدواریم همه با همفکری وهمراهی بتوانیم موجبات ارتقاء رشد جمعیت را فراهم کنیم.

در واتسپ لینک های مجازی قرارگاه و موج صیانت و جوانی جمعیت را دنبال کنید:

https://chat.whatsapp.com/LpwiQr8NoRSDq6OQn4uAQk

https://chat.whatsapp.com/DPYbD3ek7mK1SnU93Ir8og

شاخص های ارزیابی دانشگاهها دستور کار مشترک هیات امناهای دانشگاههای علوم پزشکی کشور

ردیف	عنوان شاخص	صورت	مخرج	توضیحات
۱	میزان باروری کلی (TFR)	مجموع میزان باروری اختصاصی سنی ضربدر ۵	۱۰۰۰	مهمترین شاخص از سامانه سیب احصا نمی شود باید دانشگاه با هماهنگی سازمان ثبت احوال یا از سامانه ایمان محاسبه کند
۲	درصد زایمان دو سال پس از زایمان قبلی	تعداد زایمانها دوسال پس از زایمان قبلی ضربدر ۱۰۰	تعداد کل زایمانها	اهمیت ویژه
۳	درصد زایمان نوبت دوم به بعد به کل زایمانها	تعداد زایمانهای نوبت دوم ضربدر ۱۰۰	تعداد کل زایمانها	
٤	درصد زایمان نوبت سوم به کل زایمانها	تعداد زایمانهای نوبت سوم ضربدر ۱۰۰	تعداد کل زایمانها	اهمیت ویژه
٥	درصد زایمان نوبت چهارم به بعد به کل زایمانها	تعداد زایمانهای نوبت چهارم و بیشتر ضربدر ۱۰۰	تعداد کل زایمانها	
٦	درصد زایمان زنان ۱۵ تا ۱۹ سال	تعداد زایمانهای زنان ۱۵ تا ۱۹ سال ضربدر ۱۰۰	تعداد کل زایمانها	اهمیت ویژه
۷	درصد زایمان زنان ۲۰ تا ۲٤ سال	تعداد زایمانهای زنان ۲۰ تا ۲۵ سال ضربدر ۱۰۰	تعداد کل زایمانها	
۸	درصد زایمان زنان ۲۵ تا ۲۹ سال	تعداد زایمانهای زنان ۲٦ تا ۳۰ سال ضربدر ۱۰۰	تعداد کل زایمانها	

شاخص های ارزیابی دانشگاهها دستور کار مشترک هیات امناهای دانشگاههای علوم پزشکی کشور

ردیف	عنوان شاخص	صورت	مخرج	توضیحات
۹	درصد زایمان زنان ۳۰تا ۳٤ سال	تعداد زایمانهای زنان ۳۱ تا ۳۵ سال	تعداد کل زایمانها	
۱۰	درصد زایمان زنان ۳۵تا ۳۹ سال	تعداد زایمانهای زنان ۳۵ تا ٤۰ سال ضربدر ۱۰۰	تعداد کل زایمانها	اینها متولدین ٦۰ تا ٦۵ هستند اهمیت ویژه
۱۱	درصد زایمانهای زنان ٤۰ تا ٥٤ سال	تعداد زایمانهای زنان ٤۱ تا ٥۰ سال ضربدر ۱۰۰	تعداد کل زایمانها	
۱۲	درصد زایمان طبیعی	تعداد زایمانهای طبیعی ضربدر ۱۰۰	تعداد کل زایمانها	اهمیت ویژه
۱۳	درصد بارداری در ۲ سال اول پس از ثبت از ازدواج	تعداد بارداری هایی که در ۲ سال اول پس از ثبت ازدواج رخ داده اند ضربدر ۱۰۰	به کل ازدواجهای ثبت شده در دوسال گذشته	اهمیت ویژه
۱٤	درصد بارداری پس از مشاوره فرزندآوری	تعداد زنان باردار شده در فاصله حداکثر یک سال پس از مشاوره فرزندآوری ضربدر ۱۰۰	تعداد کل زنان مشاوره فرزندآوری شده	
۱۵	درصد بارداریهای نوبت دوم به بعد	تعداد بارداریهای نوبت دوم به بعد با فاصله کمتر از ۳ سال از بارداری قبلی ضربدر ۱۰۰	تعداد کل بارداریها	
۱٦	درصد مراقبت پیش از بارداری	تعداد زنان متاهل که مراقبت پیش از بارداری را دریافت نموده اند ضربدر ۱۰۰	تعداد کل زنان ازدواج کرده سنین ۱۵ تا ٥٤ سال	

افزایش آگاهی، نگرش، تغییر رفتار و درک خطر کاهش نرخ باروری توسط مردم، افزایش نرخ رشد جمعیت، کاهش سقط، کاهش سزارین، افزایش پوشش مشاوره های ازدواج، کاهش تولد، کاهش ناباروری، افزایش پوشش درمان ناباروری، افزایش ازدواج و موالید و ... از دیگر اهداف مهم است. مطالبه اجرای سایر مواد قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت از سایر دستگاه های اجرایی و حاکمیتی و رفع موانع

قرارگاه تعالی سلامت و جوانی جمعیت

اداره جوانی جمعیت معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد استان چهارمحال و بختیاری

اداره جوانی جمعیت معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی