

خانواده و
جوانی جمعیت

خانواده و جوانی جمعیت

ویژه مدیران و کارکنان

نویسنده: دکتر محمد جعفرزاده

فرزند بین‌المللی

زندگی‌نامه

سرشناسه: جعفرزاده، محمد، ۱۳۵۲ -
عنوان قراردادی: ایران. قوانین و احکام
Iran. Laws, etc.

عنوان و نام پدیدآور: خانواده و جوانی جمعیت: ویژه مدیران و کارکنان / محمد جعفرزاده؛ بقیه‌ی نویسندگان حسین شریفی... [و دیگران]؛ ویراستار مهرداد عالی جهان؛ مرکز بهداشت استان اردبیل. مشخصات نشر: اردبیل: خط هشت، ۱۴۰۱.
مشخصات ظاهری: ۹۶ ص.؛ نمودار: ۱۴/۲۱×۵/۱ س.م.

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۷۶۶۵-۷۱-۰
وضعیت فهرست نویسی: فیپا
یادداشت: بقیه‌ی نویسندگان حسین شریفی، حمید واحدی زاده، نازیلا نژاد دادگر، فرحناز باباپور، سلماز رضایی، لیلا مسعودی.
یادداشت: کتابنامه.

موضوع: جمعیت -- آینده‌نگری -- ایران
Population forecasting -- Iran

قوانین و مقررات -- ایران

Law and legislation -- Iran

حقوق خانواده -- ایران

Domestic relations -- Iran

جمعیت -- جنبه‌های مذهبی -- اسلام

Population -- Religious aspects -- Islam

موضوع: ایران -- سیاست جمعیت -- قرن ۱۴

۲۰th century -- Iran -- Population policy

شناسه افزوده: شریفی، حسین

شناسه افزوده: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اردبیل. مرکز بهداشت

رده بندی کنگره: HB۳۶۳۶/۴

رده بندی دیویی: ۳۰۴/۶۰۹۵۵

شماره کتابشناسی ملی: ۸۹۸۳۵۷۴

اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیپا

مرکز بهداشت استان اردبیل

خانواده و جوانی جمعیت (ویژه مدیران و کارکنان)

نویسنده اصلی: دکتر محمد جعفرزاده

سایر نویسندگان: دکتر حسین شریفی، حمید واحدی زاده، دکتر نازیلا نژاد دادگر، فرحناز باباپور،

سلماز رضایی، دکتر لیلا مسعودی.

ویراستار: مهرداد عالی جهان

مدیر هنری، صفحه‌آرا، تصویرساز و طراح روی جلد: مهرداد عالی جهان

شمارگان: ۱۰۰۰ نسخه

نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۱

قیمت: ۵۰۰۰۰۰ ریال



فهرست

فصل اول: لزوم افزایش جمعیت جوان

لزوم افزایش جمعیت جوان ۱۲

فصل دوم: فرزندآوری از دیدگاه اسلام

فرزندآوری از دیدگاه اسلام ۲۰

توصیه به ازدواج و فرزندآوری ۲۰

تشویق به ازدواج با زنان ولود (زنان بسیار زایا و فرزندآور) ۲۲

تضمین رزق و روزی افراد ۲۳

توییح فرزندکشی يك سنت بسیار ناپسند در عصر نزول و سقط جنین ۲۶

تشویق به افزایش نسل مسلمانان ۲۸

فصل سوم: فرزندآوری

فرزندآوری ۳۲

عوارض روش‌های پیشگیری از بارداری ۳۴

فصل چهارم: پیشگیری از سقط جنین

پیشگیری از سقط جنین ۳۸

عوارض عمده سقط ۴۳

فصل پنجم: قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت..... ۴۶

فصل ششم: سالمندی

امید به زندگی و فرآیند سالمندی..... ۷۴

اصول و ارزش‌ها..... ۷۸

پیری یک موفقیت است. پیری مساوی بیماری نیست..... ۸۰

سلامت سالمندان..... ۸۹

برنامه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دوران سالمندی..... ۹۱

اقدامات سالمندان پرخطر و بسیار پرخطر..... ۹۴

رهبر معظم انقلاب اسلامی (مد ظله العالی):

یکی از ابزارهای قدرت،
حفظ اکثریت جوان در جامعه است.

۱۳۹۹/۰۱/۰۳



بنام حضرت دوست

من که در تنگ برای تو قاف دارم با چه روی نبوسم غم دریا دارم
 دل پر از شوق رهایی است و ممکن نیست به زبان آدم آن را که نهادارم
 سدم بر جوانان ؛

جمیعت، جمیعت جوان و درک کدام، جواجمیعت، مولغای هم در
 جوامع بشری است. چند سال است این امر هم در کشور عزیزان
 به جد، در معرض آیب قرار گرفته است.

شاید زمانی به « زندگی بهتر با فرزندان» بهای داریم، ولی زمان آن رسیده است
 که کشور عزیزان را از این خطر شدت تهدید کننده نجات دهیم. اگر بدانیم
 در کجای، جرای جمیعت کار گرفته ایم؛ یقیناً ادامه مسیر برایمان آن خواهد
 شد. فرصت فائزه است فردا میر است. اگر نتوانیم صبورانه
 جمیعت را بگیریم، دکای هم دستار در جت افزایش جمیعت بپردازیم،
 فرصت از دست فو اهر رفت.

هر کدام از ما در این مسیر کف و طولانی مسئولیت داریم که باید به انجام برسانیم.
 مجموعه فرگامای را بر ایمان شخصی نموده است تا بتوانیم به این هدف مهم دست یابیم.

شور دیدارت آن شهید به راهما بکشد او در را از گنج گوه به دریا بکشد
 یسوان تو شبیه است به شب آمانه شب که ایقدر نباید به درازا بکشد
 پایدار باشید. تیر ۱۴۰۱. دکتر محمد جبار، معاون بهائیت دانشگاه و نیز سرپرست

فصل اول

لزوم افزایش
جمعیت جوان



لزوم افزایش جمعیت جوان

یکی از عوامل مهم اقتدار کشورها جمعیت جوان آنهاست. جمعیت جوان به عنوان نیروی مولد، موجب رشد اقتصادی و اجتماعی کشور شده و از مولفه‌های قدرت کشورها به شمار می‌آید.

هر کشوری برای توسعه به نیروی انسانی نیازمند است و قدرتش با جمعیت، ارتباط وثیقی دارد. برای این که بتوان به صورت همه‌جانبه به سوی پیشرفت حرکت کرد؛ بایستی به توسعه و ارتقاء سرمایه‌های انسانی نیز توجه و عنایت ویژه مبذول داشت. بنابراین می‌توان گفت وضعیت سلامت مردم از شاخص‌های مهم سرمایه انسانی است.

اقتدار کشور

ارتباط مستقیم

قدرت کشور

نیروی انسانی

پیشرفت کشور

در طی نیم قرن اخیر شاهد بهبود قابل توجه شاخص امید به زندگی در بین زنان و مردان کشورمان هستیم به نحوی که هم‌اکنون امید به زندگی در ایران به بیش از ۷۵ سال رسیده است. کشور ایران طی دهه‌های گذشته دارای جمعیت جوان بوده و ضرورت دارد ضمن حفظ این ثروت، در تقویت آن نیز کوشش‌هایی انجام گیرد. اما طی سال‌های اخیر شاهد شیب نزولی روند باروری در کشور هستیم. آنچه از بررسی‌های صورت گرفته به دست می‌آید این است که در سال ۱۳۹۵ نرخ باروری کلی ۲/۱ بوده که این میزان در سال ۱۳۹۸ به ۱/۷۴ رسیده است و روند کاهشی در سال ۱۳۹۹ همچنان ادامه داشته و فاصله زیادی با سطح جانشینی دارد.

از ماه‌های انتهایی سال ۱۳۹۸ و در پی شیوع بیماری کووید-۱۹ و متعاقب بروز بحران اقتصادی و شرایطی که به خاطر کنترل ویروس کرونا در کشور ایجاد شد؛ میزان مولید با روند کاهشی مواجه گردید. به عقیده کارشناسان در یک دوره بیست ساله تا سال ۱۴۲۰ جمعیت سالمندان ایران با افزایش حدود دو برابر مواجه خواهد شد در حالی که این روند در سایر کشورها طی یکصد سال روی می‌دهد.





روند سالمندی در ایران در مقایسه با کشورهای منطقه غرب آسیا مانند عراق و پاکستان، بسیار سریع‌تر است. حال آنکه سیاست‌های کلی جمعیت در سال ۱۳۹۳ و در ۱۴ بند از سوی رهبر معظم انقلاب (دامه برکاته) به کلیه دستگاه‌ها ابلاغ شد. این سیاست‌ها ضرورت هماهنگی و نیز تقسیم کار بین همه ارکان نظام و سایر دستگاه‌های ذی‌ربط را یادآور شده است. در این ابلاغیه، لزوم اجرای دقیق، سریع و قوی و ارائه گزارش نتایج رصد مستمر سیاست‌های ابلاغی، مورد تأکید قرار گرفته است. سیاست‌های کلی جمعیت، زمانی تحقق یافته و به درستی اجرا خواهد شد که در کلیه سطوح قانون‌گذاری، اجرایی و نظارتی، نگاهی جمعی و مسئولانه وجود داشته باشد.

سیاست‌گذاران جمعیتی می‌توانند به دو شیوه مستقیم و غیرمستقیم به صورت موثر در تحولات جمعیتی یک کشور ایفای نقش نمایند. تشویق مولید، مبارزه با مرگ و میر نوزادان و یا پیشگیری از بارداری از جمله سیاست‌گذاری‌هایی است که بر عوامل جمعیتی به طور مستقیم و بدون واسطه تأثیر دارد. از سوی دیگر اگر سیاست‌گذاران به این نتیجه برسند که سیاست‌های مستقیم بر افزایش جمعیت موثر نیست؛ سیاست‌های غیرمستقیمی را تدوین و این روند را مدیریت می‌نمایند. به عنوان مثال: اگر خانواده‌ها از طریق روش‌های مستقیم به افزایش تعداد مولید تشویق نشوند؛ سیاست‌گذاران با افزایش مدت مرخصی مرتبط با بارداری و زایمان، فراهم ساختن زمینه امنیت شغلی بانوان شاغلی که اخیراً صاحب فرزند شده‌اند، حمایت از خانواده و تامین بخشی از هزینه‌های بهداشتی و درمانی مرتبط با فرزندآوری، پرداخت هزینه تربیت فرزندان و سایر موارد مشابه، نقش‌آفرینی می‌کنند.

وضعیت موجود

از مهمترین مولفه‌های موثر بر توسعه و پیشرفت هر کشوری، سرمایه انسانی و جمعیت جوان آن است؛ زیرا در ابعاد مختلف اقتصادی و اجتماعی، زمینه‌پویایی و خلاقیت



را برای کشور ایجاد می‌کند. به دلیل این‌که کشورمان در سال‌های اخیر با تغییرات و تحولات جمعیتی روبرو گشت، رهبر معظم انقلاب اسلامی در ۳۰ اردیبهشت ۱۳۹۳ «سیاست‌های کلی جمعیت» را ابلاغ فرمودند.

متن ابلاغیه مقام معظم رهبری به روسای سه قوه و رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام با بیان اهمیت مقوله جمعیت در ارتقای امنیت ملی؛ پویندگی، بالندگی و جوانی جمعیت حال حاضر کشور را فرصت و امتیاز به شمار آورده و بر ضرورت جبران کاهش نرخ رشد جمعیت و نرخ باروری در سال‌های گذشته تاکید شده است. در این ابلاغیه به جوانی جمعیت به عنوان نقش ایجابی در پیشرفت کشور اشاره و از مسئولان خواسته شده تا برای رشد اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، برنامه‌ریزی جامع و متناسب با سیاست‌های جمعیتی کشور انجام گیرد و به صورت مستمر، اجرای سیاست‌ها مورد رصد واقع شود.

کشورمان دارای جمعیتی بالغ بر ۸۳ میلیون و ۵۰۰ هزار نفر است و دارای شاخص توسعه انسانی ۰/۷۹۸ می‌باشد و جزو کشورهای بارده بالای توسعه محسوب می‌گردد (برنامه توسعه سازمان ملل، ۲۰۱۸). امید به زندگی از جمله مؤلفه‌های مهم توسعه انسانی به شمار می‌رود. برابر اطلاعات مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۵ این شاخص در حدود ۱۷ سال افزایش داشته و از ۵۸/۹ سال (۱۳۵۹) به ۷۵/۴ سال (۱۳۹۵) رسیده است.

فاز پنجره فرصت جمعیتی در ایران





این در حالی است که بر اساس نتایج سرشماری نفوس و مسکن، متوسط رشد جمعیت کشور که در سال ۱۳۴۵ عدد ۳/۱۳ را نشان می‌داد در سال ۱۳۹۵ با کاهش مواجه شده و روی عدد ۱/۲۴ ایستاده است. بالاترین درصد رشد جمعیت مربوط به سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۶۵ است. در طی این سال‌ها درصد رشد جمعیت عدد ۳/۹۱ را نشان می‌دهد. لیکن پس از آن دهه، رشد جمعیت کاهشی بوده و در نهایت در سال ۱۳۹۵ متوسط رشد جمعیت به ۱/۲۴ رسیده است. باید توجه داشت که کاهش این روند برای اقتدار، پویایی و بالندگی کشور یک هشدار جدی محسوب می‌شود.

موضوع دیگری که موجب نگرانی است، ساختار و ترکیب جمعیت کشور و کاهش سطح باروری می‌باشد. در سال ۱۳۳۵ ساختار هرم سنی کشور کاملاً جوان بوده و سهم جمعیت جوان از کل جمعیت که در سنین ۰-۱۴ قرار داشتند ۴۲/۲ درصد بود. اما از سال ۱۳۷۵ سهم افراد واقع در سن ۰-۱۴ سال با کاهش مواجه شده و با جمع شدن قاعده هرم سنی؛ سهم این گروه سنی در سال ۱۳۹۵ به ۲۴ درصد رسیده است. در عین حال سهم جمعیت ۱۵-۶۴ سال و ۶۵ سال و بیشتر افزایش پیدا کرده است. در حال حاضر ترکیب غالب جمعیت کشور به سمت میانسالی در حال پیشرفت می‌باشد. تا دهه ۱۳۴۰ الگوی باروری در ایران طبیعی بوده و تلاشی عمدی برای محدود ساختن این الگوی طبیعی نیز وجود نداشته است. طبق آمار میزان باروری کلی در سال ۱۳۴۵ برابر با ۷ بود و این میزان در سال ۱۳۵۵ با کاهش مواجه شد و به ۶/۵ رسید. در پی پیروزی انقلاب اسلامی شاخص باروری کلی در سال ۱۳۵۹ به عدد ۷ بازگشت. از ابتدای دهه ۶۰ شمسی نرخ باروری با کاهش بطنی و آرام مواجه گردید و در میانه این دهه نرخ یادشده به سطح ۶/۳ رسید. با آغاز برنامه تنظیم خانواده از سال ۱۳۶۸، شتاب کاهشی باروری بیشتر شده و میزان باروری کل در سال ۱۳۷۵ به ۲/۸ رسید. این نرخ در سال ۱۳۸۵ روی عدد ۱/۹۸ ایستاد و در سال ۱۳۹۰ عدد ۱/۸ را تجربه کرد. در سال ۱۳۹۵ با افزایش مقطعی نرخ باروری کلی عدد ۲/۱ را نشان داد.

بررسی‌های صورت گرفته حکایت از آن دارد که نرخ باروری کلی در سال ۱۳۹۸ به عدد

۱/۷۴ رسیده و اکنون نیز این روند همچنان کاهشی است و فاصله زیادی با سطح جانشینی دارد.



کارشناسان انتظار دارند با شیوع بیماری کووید-۱۹ و به دنبال بحران اقتصادی و شرایط خاصی که این بیماری ایجاد کرده، کشور با روند کاهشی نرخ باروری کلی مواجه باشد. همچنین جمعیت سالمند ایران طی بازه بیست ساله یعنی از ۱۴۰۱ تا سال ۱۴۲۰ به میزان حدود دو برابر افزایش داشته باشد. در حالی که این روند در سایر کشورها حدود ۱۰۰ سال طول می‌کشد. به طور مثال در کشورهای همسایه ایران، مانند پاکستان و عراق، روند سالمندی جمعیت بسیار آهسته‌تر خواهد بود. پیش‌بینی می‌شود برابر سناریوی حد متوسط، افراد بالای ۶۰ سال، در سال ۱۴۲۰ به بیست میلیون نفر معادل ۲/۶ درصد جمعیت کشور برسند. به عبارت دیگر از هر ۴/۸ نفر، یک فرد سالمند وجود خواهد داشت. طبق شواهد علمی، سالخوردگی بر جایگاه سیاسی، اقتصادی و امنیتی کشور در منطقه غرب آسیا و جهان تأثیرات منفی و ریشه‌داری خواهد گذاشت. هم‌اینک کشور در برهه‌ای قرار گرفته که از آن به عنوان پنجره فرصت یاد می‌شود. این وضعیت که ۳۰ سال تداوم دارد فرصت بسیار مناسبی برای برنامه‌ریزی اقتصادی، کارآفرینی و اشتغال‌زایی برای جمعیت فعال و مولد کشور است تا با مدیریت صحیح و بهینه و استفاده نمودن از امکانات بالقوه، بتوان سیاست‌های حمایتی را اتخاذ و مردم را برای فرزندآوری ترغیب نمود. انتظار آن است تا با استفاده از این فرصت، بسترهایی برای سازندگی، شکوفایی و بالندگی کشور ایجاد گردد. آنچه در کشورهای اروپایی در طی ۳۰۰ سال اخیر رخ داد؛ شیب بسیار ملایم پیری جمعیت و سالمندی بود. این موضوع سبب شد تا اروپا در این خصوص با بحران روبرو



نشود و با به اجرا گذاشتن سیاست‌هایی برای جبران آن، فرصتی را برای خود ایجاد کند. لیکن به دلیل سرعت بالای سالمندی در ایران، کشورمان طی ۳۰ سال آتی با بحران شدید سالمندی مواجه خواهد شد. ایران به سمت سالمندی گام می‌گذارد و دیگر کشورهای منطقه در آینده، جوانی جمعیت را تجربه خواهند نمود.

وقتی جامعه به سوی سالمندی حرکت می‌کند در ابعاد مختلف اقتصادی، اجتماعی، سلامتی، خانوادگی و علمی با پدیده‌های جدیدی روبرو خواهد شد که این امر به طور حتم برای کشور مشکلاتی را پیش خواهد آورد.

اگر کشور در چاله جمعیتی قرار گیرد، امکان خارج شدن از آن طی ۱۵۰ سال وجود نخواهد داشت. پنجره جمعیتی موجود در کشور به دلیل وجود نیروی جوان و مولد، ۱۵ سال است. هشت سال از این فرصت طی سال‌های گذشته از دست رفته و تنها هفت سال دیگر برای استفاده از این فرصت، زمان باقیست.

رheber معظم انقلاب اسلامی (مدظله العالی) موضوع جمعیت و ارائه راهکارهای مناسب بران آن را به صورت مستمر خواستار هستند: «موضوع بحران جمعیت با هیچ بحرانی قابل مقایسه نیست، بنابراین لازم است که این موضوع به صورت جدی به ویژه در حوزه بهداشت مورد توجه قرار گیرد».

در طول بحران کرونا به دلیل اینکه شرایط برای عموم مردم ملموس بود؛ لذا همکاری با حوزه بهداشت و درمان توسط مردم به صورت موثری انجام گرفت و حتی به خاطر حفظ سلامت مردم، بسیاری از برنامه‌های ضروری و مهم تعطیل گردید. لیکن به نظر می‌رسد بحران جمعیت برای عموم جامعه چندان ملموس و حائز اهمیت نیست. بهترین و طلایی‌ترین شرایط طی هشت سال گذشته برای کشور وجود داشت اما طی این دوره زمانی، نرخ باروری با کاهش ۳۰ درصدی و نرخ ازدواج با کاهش ۴۰ درصدی مواجه شد. حال با وجود شرایط موجود طی هفت سال آتی بایستی سالانه نرخ جمعیت یک درصد افزایش یابد تا بتوان با بحران جمعیتی از طریق نرخ رشد ۲/۵ درصدی مقابله نمود.

فصل دوم

فرزندآوری از دیدگاه

اسلام



فرزندآوری از دیدگاه اسلام

جمعیت از جمله مؤلفه‌های اصلی پیشرفت هر کشوری است و در منابع اسلامی، با بیانات متعدد و گوناگون، به صورت مستقیم و غیرمستقیم، بر محبوبیت فرزندآوری و تکثیر نسل تأکید و توصیه شده است. فقها با توجه به این روایات، اصل اولی در مسئله را استحباب دانسته‌اند.

در منابع دینی و در آیات و روایات فراوانی به موضوع جمعیت پرداخته شده است. این دسته آیات و یا روایات در چند مقوله دسته‌بندی می‌شود.

توصیه به ازدواج و فرزندآوری

فرزند سالم و صالح می‌تواند موجب افزایش عشق، نشاط و سلامت روانی و تعالی شخصیت والدین شود. برای ازدواج، اهداف بسیاری یاد شده که از همه مهم‌تر، تولید نسل و فرزندآوری است که با آمدن فرزند، زندگی رنگ و بوی محبت بیشتری به خود می‌گیرد.

در آموزه‌های دینی توصیه و تشویق‌های بسیاری نسبت به ازدواج شده و نهی از تجرد



لازمه آن با عنایت به فلسفه خلقت، زاد و ولد، تولید و تکثیر نسل است. برخی آیات و روایات، به ازدواج با هدف تکثیر نسل توصیه می‌کند.



• قرآن کریم می‌فرماید:

پدیدآورنده آسمان‌ها و زمین برای شما از جنس خودتان همسرانی قرار داد و برای چهار پایان نیز جفت‌هایی. شما را به این وسیله (به وسیله همسران) تکثیر می‌کند (شورا: ۱۱).

فرزندان در دنیا زینت شمرده شده‌اند (کهف: ۴۶)

فرزندان به‌عنوان امداد، یار و مددکار انسان معرفی شده‌اند (نوح: ۱۲؛ اسراء: ۶).

فرزندان یادگار و جانشین پدر و مادر در دنیا - فرزندان موجب قدرت و مایه غلبه مؤمنان - در آخرت کثرت فرزند مایه مباهات پیامبر اسلام (صلی‌الله‌علیه‌وآله) - فرزندان نعمتی از نعمت‌های الهی و گلی از گل‌های بهشت - فرزندان موجب آموزش و نیک‌بختی والدین در زندگی اخروی معرفی شدند.

• امام باقر (علیه‌السلام) از پیامبر خدا (صلی‌الله‌علیه‌وآله) نقل می‌فرمایند:

شایسته است انسان مؤمن همسری برگزید تا شاید خداوند فرزندى برای او روزی کند



که زمین را با گفتن "لا اله الا الله" آکنده سازد.

• پیامبر اکرم (صلی الله علیه و آله) می فرماید:

ازدواج کنید؛ همانا ازدواج جزء سنت من است و در طلب فرزند باشید.

تشویق به ازدواج با زنان ولود (زنان بسیارزایا و فرزندآور)

۱. رسول خدا (صلی الله علیه و آله): بهترین زنان شما کسانی هستند که بچه‌زا، مهربان، پاکدامن، عزیز و گرمای نزد خانواده و خاشع و فروتن نزد شوهرش باشد.
۲. رسول خدا (صلی الله علیه و آله) از ازدواج با زن نازا نهی فرمود: با زنی مهربان و فرزندآور ازدواج کنید که من به فزونی شما بر امم مباهات می کنم.
۳. امام صادق (علیه السلام) به نقل از پیامبر اسلام: نهی از زن باجمال ولی نازا
۴. رسول خدا (صلی الله علیه و آله): با دختر باکره‌ای که فرزند زیاد می آورد، ازدواج کنید و با زن نازای زیبا ازدواج نکنید.
۵. رسول خدا (صلی الله علیه و آله): زیبای عقیم را بگذارید و با سیاه بچه‌آور ازدواج کنید. یکی از فلسفه‌های اصلی ازدواج در اسلام، زاد و ولد و تکثیر نسل بشر است؛ فزونی فی نفسه جمعیت مسلمانان؛ ارزشمند و مطلوب است.





تضمین رزق و روزی افراد

از جمله مبانی دینی، اعتقاد به خدای متعالِ خالق و رازق هستی است؛ خدای هستی‌بخش، تنها خالق همه هستی است و همه هستی فعل اوست.

یکی از لوازم توحید افعالی، توحید در رازقیت است؛ اعتقاد به اینکه تنها رازق حقیقی خداست. این باور از شئون باورمندی به مالکیت مطلق و ربوبیت مطلق خدا بر هستی است. اگر خدا مالک و صاحب تمام هستی است، جایی برای مالکیت دیگران باقی نمی‌ماند تا از آن به کسی چیزی ببخشند؛ زیرا روزی دادن مستلزم در دست داشتن روزی است. مخلوقات در اصل وجود و در فعل خود، عین وابستگی و ربط به خدا هستند، روزی‌دهنده حقیقی نبوده؛ تنها نقش اسباب و وسایل را دارند:

«هَلْ مِنْ خَالِقٍ غَيْرِ اللَّهِ يَرْزُقُكُمْ مِنَ السَّمَاءِ وَ الْأَرْضِ» آیا جز خدا آفریننده‌ای هست که از آسمان و زمین به شما روزی دهد؟ (فاطر: ۳). مراد از «رزق و روزی»، هر چیزی که انسان برای ادامه حیاتش از آن استفاده می‌کند.

بنابراین، یک مؤمن معتقد هرگز نباید نگران رزق و روزی موجودات، جنبندگان و یا انسان‌ها باشد.

شبهه: مشکلات اقتصادی، امروزه مانع و یا توجیهی برای تأخیر سن ازدواج و یا کم‌فرزند است.

اما در سبک زندگی اسلامی و در منابع دینی، هرگز مشکلات اقتصادی نباید مانعی برای ازدواج و فرزندآوری باشد؛ زیرا بر اساس آیات قرآن کریم، خدای متعال رزق و روزی آحاد بشر و همه موجودات و جنبندگان را تضمین کرده است:

«وَفِي السَّمَاءِ رِزْقُكُمْ وَمَا تُوعَدُونَ فَوَرَبِّ السَّمَاءِ وَ الْأَرْضِ إِنَّهُ لَحَقُّ مِثْلَ مَا أَنْتُمْ تَتَطَفَّؤْنَ»

«و روزی شما با همه وعده‌ها که به شما می‌دهند در آسمان است. پس به خدای



آسمان و زمین قسم که این (وعده و رزق مقدر) به مانند تکلمی که با یکدیگر می‌کنید حق و حقیقت است.» (ذاریات: ۲۲ و ۲۳).

بر اساس آیات قرآن کریم نباید نسبت به تأمین رزق و روزی فرزندان که متولد می‌شوند نگران بود؛ زیرا هر فرزندی رزق خود را به همراه خود می‌آورد. خدای متعال می‌فرماید:

خداوند نه تنها نیازی به رزق انسان‌ها ندارد، بلکه همواره در حال روزی دادن به موجودات می‌باشد (ذاریات: ۵۷ و ۵۸).

هیچ جنبنده‌ای در زمین نیست مگر اینکه روزی او بر خداست! او قرارگاه و محل نقل و انتقالش را می‌داند همه این‌ها در کتاب آشکارا ثبت است (هود: ۶).

بنابراین مقتضای ایمان واقعی این است که هیچ خانواده و یا جامعه‌ای در برنامه‌ریزی برای افزایش اولاد و جمعیت خود، نباید نسبت به تأمین روزی آنها نگران باشد؛ زیرا مقتضای رازقیت الهی، این است که آنها را بدون روزی رها نکرده و رزق آنان را تأمین می‌کند، «مردان و زنان بی‌همسر خود را همسر دهید، همچنین غلامان و کنیزان صالح و درستکاران را اگر فقیر و تنگدست باشند، خداوند از فضل خود آنان را بی‌نیاز می‌سازد، خداوند گشایش دهنده و آگاه است (نور: ۳۲).

در منطق قرآن: نه تنها مشکل مالی، معیشتی و فقر نباید مانع ازدواج شود، بلکه ازدواج، عاملی است برای از بین بردن فقر، تهی دستی! قرآن کریم، با قاطعیت تمام روزی همه انسان‌ها و جانداران را تضمین کرده است:

و چه بسیار جاندارانی که نمی‌توانند متحمل روزی خود شوند. خداست که آنها و شما را روزی می‌دهد و اوست شنوای دانا (عنکبوت: ۶۰).

در برخی روایات ترس از فقر و روزی فرزندان، بدگمانی نسبت به خدای متعال شمرده شده است:



امام صادق(علیه السلام): «مَنْ تَرَكَ التَّزْوِيجَ مَخَافَةَ الْعَيْلَةِ فَقَدْ أَسَاءَ بِاللَّهِ الظَّنَّ»

بکر ابن صالح می گوید: به حضرت ابی الحسن(علیه السلام) نامه نوشتم و یادآور شدم که مدت پنج سال است که از فرزنددار شدن جلوگیری می کنم. دلیلش هم این است که همسرم به خاطر مشکلات اقتصادی، خود را در تربیت فرزندان ناتوان و از آن اکره دارد. نظر شما چیست؟ آن حضرت، در جوابم نوشتند: «اطلب الولد فان الله یرزقهم»؛ اولاددار شوید که خداوند روزی آنان را می رساند (مجلسی، بی تا، ج ۱۰۳، ص ۲۱۸).

از منظر معارف دینی و قرآنی یکی از حکمت های ازدواج تکثیر نسل انسان است. لازمه تحقق هدف حکیمانه خداوند، این است که نیازهای اساسی طبیعی و غیر طبیعی او را فراهم کند.

اگر خداوند انسان را بیافریند اما رزق او را مهمل گذارد، کاری عبث انجام داده و ساحت خدا از فعل عبث منزه است.

بنابراین، اگر جامعه ای در مسیر توحید و بندگی خدا و بازگشت به او باشند، وجود فرزندان سبب پیشرفت و ترقی جامعه بوده و فراوانی جمعیت نشانه ای از لطف خدا به آنها به حساب می آید.





توبیخ فرزندکشی يك سنت بسیار ناپسند در عصر نزول و سقط جنین

امروزه ما در بسیاری از جوامع شاهد جنایت هولناکی درباره جنین انسان (انسان بالقوه) هستیم، به بهانه‌های مختلف فرزندکشی، سقط جنین و جلوگیری از بارداری انجام می‌شود، اسلام به شدت با این تفکر مخالف است و سقط جنین، فرزندکشی و جلوگیری از بارداری را نکوهش کرده است.

خدای متعال، سنت جاهلی قتل اولاد به خاطر ترس از فقر را به شدت محکوم و از آن نهی کرده، روزی همه را تضمین می‌کند:

«وَلَا تَقْتُلُوا أَوْلَادَكُمْ مِنْ إِمْلَاقٍ نَحْنُ نَرْزُقُكُمْ وَإِيَّاهُمْ» (انعام: ۱۵۱) «و از بیم تنگدستی فرزندان خود را مکشید، ماییم که به آنها و شما روزی می‌بخشیم»

همچنین قرآن کریم می‌فرماید: «وَلَا تَقْتُلُوا أَوْلَادَكُمْ خَشْيَةَ إِمْلَاقٍ نَحْنُ نَرْزُقُهُمْ وَإِيَّاكُمْ إِنَّ قَتْلَهُمْ كَانَ خِطْأً كَبِيراً» (اسراء: ۳۱) و از بیم تنگدستی فرزندان خود را مکشید، ماییم که به آنها و شما روزی می‌بخشیم. آری کشتن آنان همواره خطایی بزرگ است. باید گفت: فرزند نعمت است و داشتن فرزندان زیاد، و ازدیاد نسل مورد تأکید دین اسلام است. فرزندکشی و یا سقط جنین و حتی جلوگیری از فرزنددار شدن، به بهانه ترس از روزی در اسلام به شدت نهی شده است.

در روایات متعدد، فرزندکشی و خودداری از فرزنددار شدن، مورد نکوهش قرار گرفته است. نهی از سقط جنین در روایات:

- کتاب من لا یحضره الفقیه به نقل از اسحاق بن عمار: به امام کاظم علیه السلام عرض کردم: زنی از ترس حاملگی، برای سقط جنین خود دارو می‌خورد. حضرت فرمود: جایز نیست. عرض کردم: هنوز در مرحله نطفه است. فرمود: نخستین چیزی که آفریده می‌شود نطفه است. [کتاب من لا یحضره الفقیه: ۴/۱۷۱/۵۳۹۴].

- صحیح‌ه ابو عبیده از ابو جعفر (ع): امام باقر(ع) درباره زن بارداری که دارویی



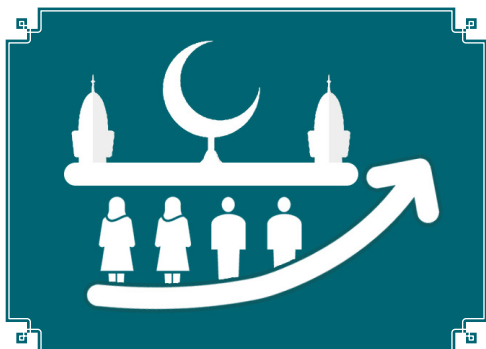
می نوشد تا فرزند سقط شود و فرزند هم سقط می شود، می فرمود: اگر آنچه سقط شده، به مرحله ای رسیده باشد که دارای استخوان، گوش، چشم باشد، بر زن واجب است دیه او را به پدرش بپردازد. اگر به این مرحله نرسیده و علقه یا مضغه باشد، باید چهل دینار بپردازد. راوی می گوید: پرسیدم: آیا زن از دیه فرزند خود ارث نمی برد؟ فرمود: خیر، چون زن، او را کشته و قاتل ارث نمی برد [حرعاملی، ۱۷ / ۳۹۰].

- شیخ مفید از امام امیرالمؤمنین (ع) روایت کرده است: زن باردار زناکاری را نزد خلیفه دوم آوردند. وی حکم به رجم آن زن داد. حضرت علی (علیه السلام) به عمر فرمود: اگر به واسطه زناکار بودن زن، بر او سلطه داری، چه اختیاری نسبت به فرزند داخل رحم او داری؟ خداوند می فرماید: هیچ کس بار گناه دیگری را بر دوش نمی کشد. عمر گفت: در معضلی که پیش آمد و ابوالحسن آنجا حاضر نباشد، زنده نباشم و ادامه داد: ای ابوالحسن با او چه کنم؟ امام فرمود: از او نگه داری کن تا زایمان کند و زمانی که فرزند را به دنیا آورد و کسی برای سرپرستی طفل پیدا شد، حد را بر او جاری کن [حرعاملی، ۱۰۸/۲۸].

- روایات متواتر یا قریب به تواتر، دلالت بر وجوب دیه برای سقط جنین می کنند. بر اساس روایات دیه جنین تام الخلقه که روح در او دمیده نشده باشد، یک صد دینار است بنابراین وجوب پرداخت دیه، به دلالت التزامی بر حرمت سقط جنین، حکم می کند؛ زیرا دیه، جبران کننده خسارت حاصل از جنایت است و سقط عمدی، بدون اذن شارع، قطعاً حرام است (مکارم شیرازی، ۲۸۶). به عبارت دیگر با توجه به اینکه در وجوب دیه، این است که به سبب جنایت باشد و جنایت عمدی نیز قطعاً حرام است پس اسقاط عمدی جنین در هر یک از مراحل رشد، حرام خواهد بود.



بر اساس حقوق اسلامی که مبتنی بر قرآن و احادیث اسلامی می باشد قانون مربوط به سقط جنین به شرح ذیل تصویب گردیده است: سقط درمانی (منحصراً) با تشخیص قطعی سه پزشک متخصص و تایید پزشکی قانونی مبنی بر بیماری جنین که پس از ولادت موجب حرج والدین یا طفل می شود و یا بیماری مادر که با تهدید جانی مادر توأم باشد آن هم قبل از ولوج روح (چهار ماه و ده روز) با رضایت زن و شوهر مجاز و مجازات و مسئولیتی متوجه پزشک مباشر نخواهد بود و الا پیگرد قانونی دارد.



تشویق به افزایش نسل مسلمانان

آیات و روایات زیادی به تحریص و تشویق مسلمانان به ازدیاد نسل و توالد و تناسل پرداخته اند:

۱. ازدیاد جمعیت مسلمانان و فزونی جمعیت آنان بر دشمنان: پس شما را بر آنها چیره می کنیم و اموال و فرزندان آنان را افزون خواهیم کرد و نفرت شما را بیش از دشمن قرار می دهیم (اسراء: ۶).

۲. رسول خدا (صلی الله علیه و آله): «تَنَاقُحُوا تَكْتَرُوا فَاتَىٰ ابَاهِي بِكُمُ الْيَوْمَ الْقِيَامَةَ وَلَوْ بِالسَّقَطِ»؛ ازدواج کنید که زیاد می شوید؛ به راستی من روز قیامت به شما بر سایر

امت‌ها مباحثات می‌کنم. حتی به کودکان سقط شده. «ایها الناس تَزَوَّجُوا فَاتَىٰ مُكَائِرٌ بِكُمْ الْأُمَّمَ يَوْمَ الْقِيَامَةِ»

۳. پیامبر اکرم (صلی‌الله‌علیه‌وآله): «وَالْمَوْلُودُ فِي أُمَّتِي أَحَبُّ إِلَيَّ مِمَّا طَلَعَتْ عَلَيْهِ الشَّمْسُ» (همان): یک نوزاد در امت من نزد من محبوب‌تر است از آنکه خورشید بر آن بتابد.

۴. پیامبر اسلام (صلی‌الله‌علیه‌وآله): «زیاد فرزند آورید تا فردا (روز قیامت)، به زیادی شما بر امت‌های دیگر افتخار کنم».



بنابراین اصل اولی و به‌عنوان یک قاعده کلی در متون دینی، فزونی جمعیت، امری پسندیده است. اسلام و حتی همه ادیان آسمانی، پیروان خود را به افزایش جمعیت با ایمان و شایسته در حد توان توصیه می‌کنند. از این رو، صرف کمیت و کثرت عددی در



ایجاد اقتدار و عظمت برای مسلمانان، در مقابل پیروان سایر ادیان مؤثر است. و اسلام گرچه به تکثیر موالید توصیه و ترغیب نموده است، اما شواهد فراوانی نشان می‌دهد که تنها تکثیر کمی جمعیت در اسلام هدف نیست. فزونی کمی و کیفی، هر دو باید مورد لحاظ قرار گیرد. آنچه پیامبر اکرم (صلی‌الله‌علیه‌وآله) به آن توصیه نمودند، تکثیر فرزندان شایسته و نیکو است، پس در سیاست افزایش جمعیت، توجه به تربیت، پرورش و کیفیت نیروی انسانی و برخورداری جامعه از افراد با ایمان، مجرب و کیفی نیز مهم و ضروری است.

فصل سوم

فرزندآوری



فرزندآوری

بی‌شک یکی از پراحساس‌ترین تجربه‌هایی که انسان در طول زندگی آن را درک می‌کند؛ فرزندآوری و پدر و مادر شدن است. این تمایل در فطرت انسان قرار دارد و بقا و تداوم نسل نیز از این مسیر می‌گذرد. در سنین بالاتر نیز می‌توان با مراقبت‌های لازم، احتمال بارداری و فرزندآوری سالم را به وجود آورد. یکی از معجزه‌های عشق و زندگی میان دو زوج که باعث استحکام هرچه بیشتر پیوندشان نیز می‌شود؛ تولد فرزند است. وقتی کودک اولین واژه‌ای را ادا می‌کند، زمانی که برای نخستین بار روی زمین گامی برمی‌دارد، وقتی که می‌خندد و دندان تازه درآورده‌اش پدیدار می‌شود، لحظه‌ای که برای نخستین بار شمع‌های روی کیک تولدش را فوت می‌کند و... همه از نقاط عطف یک زندگی زناشویی حکایت دارد. به بیان دیگر، بهترین هدیه‌ای که زن و شوهر می‌توانند به هم دیگر بدهند؛ تولد فرزند است. لذا زوجین باید تغییراتی که تولد فرزند در شیوه زندگی آنها به صورت اجتناب‌ناپذیری به وجود می‌آورد؛ بشناسند و برای آن آماده شوند. برای این منظور باید زوجین به برخی از موارد دقت کافی را داشته باشند که در ادامه به آن‌ها خواهیم پرداخت.



- برای به دنیا آوردن یک فرزند سالم از رژیم غذایی سالم پیروی کرده و ورزش را فراموش نکنید. با پرهیز از عوامل مضر پیش از شروع بارداری، فرصت فرزندآوری را از دست ندهید.



- ایده‌هایتان برای بچه‌دار شدن را با همسر خود مطرح کنید و انتظاراتتان را به او بیان نمایید؛ برای آینده خود و خانواده‌تان برنامه‌ریزی کنید.
- در صورتی که بعد از گذشت یک سال (در سنین بالای ۳۵ سال بعد از گذشت ۶ ماه)، هنوز باردار نشده‌اید با یک پزشک متخصص مشورت نمایید.
- برای ناباروری هم دلایل مردانه وجود دارد و هم دلایل زنانه. پس برای این‌که بتوان ناباروری را درمان نمود باید زن و شوهر هر دو مورد بررسی قرار گیرند.
- برای این‌که بتوان از روش‌های مناسب برای درمان ناباروری استفاده کرد؛ باید به نوع مشکل زن و شوهر توجه داشت. اغلب زوج‌ها پس از درمان، می‌توانند صاحب فرزند شوند.
- افرادی که اضافه وزن دارند؛ می‌توانند پس از ورزش و کاهش وزن بچه‌دار شوند. اگر مادری می‌خواهد فرزندی سالم به دنیا بیاورد؛ بهتر است ورزش را پیش از بارداری انجام دهد. قطعاً ورزش موجب حفظ سلامتی و تندرستی مادر می‌گردد.
- در حین بارداری نیز مادر می‌تواند ورزش کند. ورزش در این زمان باعث تقویت و نیرومندی عضلات شده و مفاصل و ستون فقرات مادر را محافظت می‌نماید.



• از عوامل اصلی در ناباروری مردان، کشیدن سیگار است.



• مصرف الکل موجب کاهش توانایی تولید اسپرم در مردان می‌گردد.

• برای بارداری سالم‌تر توصیه می‌شود که زنان مصرف اسید-فولیک را قبل از بارداری آغاز کرده و تا پایان بارداری تداوم دهند.



عوارض روش‌های پیشگیری از بارداری

بسیاری از افراد فکر می‌کنند که داروهای ضدبارداری در اصل راهی برای پیشگیری از بارداری هستند؛ ولی واقعیت این است که داروهای ضدبارداری به هر حال دارو بوده و عوارض زیادی را با خود به همراه دارند. با توجه به عوارض جبران‌ناپذیر این روش‌ها و همچنین بر اساس قوانین حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، کلیه اقلام پیشگیری از بارداری از تمامی مراکز بهداشت و درمان جمع‌آوری شده است. برخی از این عوارض عبارت‌اند از:

• حساسیت پستان‌ها

• تهوع





- افزایش وزن
- سردردهای خفیف

عوارض آیودی (IUD)

آیودی در واقع دستگاهی جهت جلوگیری از بارداری است. این دستگاه پیشگیری از بارداری نیز مانند دیگر روش‌ها دارای عوارضی به قرار زیر است:

- افزایش خونریزی و درد هنگام قاعدگی
- خونریزی نامنظم و لکه‌بینی بین دو قاعدگی‌ها
- کرامپ شکمی
- افزایش ترشحات واژینال



عوارض آمپول‌های ترکیبی پیشگیری از بارداری

روش‌های تزریقی و آمپول‌های ترکیبی که جهت جلوگیری از بارداری مورد استفاده قرار می‌گیرند؛ دارای عوارض زیادی هستند که برخی از موارد مشهود به قرار زیر می‌باشند:

- حساسیت پستان‌ها
- افزایش بروز افسردگی و اضطراب
- آکنه



- سردرد و سرگیجه
- کم شدن مقدار و تعداد روزهای خونریزی قاعدگی
- افزایش وزن خفیف
- کاهش HDL و کم شدن نسبت HDL به LDL

عوارض آمپول دیومدروکسی پروژسترون (آمپول سه ماهه)

تزریق به منظور پیشگیری از بارداری را با نام دپو می‌شناسند که حاوی هورمون‌هایی می‌باشد که با یک بار استفاده، به مدت سه ماه از بارداری پیشگیری می‌کند ولی این روش نیز عاری از عوارض نبوده که برخی از این عارضه‌ها عبارت‌اند از:

- سردردهای شایع و تغییر در خلق و خوی
- حسایت و تحریک‌پذیری پستان‌ها
- حالت تهوع
- اختلالات قاعدگی
- افزایش وزن



فصل چهارم

پیشگیری از

سقط جنین



پیشگیری از سقط جنین

از اساسی‌ترین حقوقی که هر جنینی از آن برخوردار است؛ حق حیات و داشتن سلامت جسم است. جنین انسان، موجودی است که باید محترم شمرده شود و حتی اگر از راه نامشروع به وجود آمده نیز دارای حرمت بوده و از حقوق قانونی مانند حق حیات، حق مالی و ... برخوردار است. لذا هرگونه صدمه‌ای به جنین اعم از جرح و نقص عضو، غیراخلاقی و غیرشرعی به حساب می‌آید. بنابراین سقط جنین به این معنی است که حیات او قبل از زایمان نادیده گرفته شده است.

در فرهنگ باستانی ایرانیان سقط عمدی جنین را عملی برابر با قتل وارث خانواده تلقی کرده و آن را جرم می‌انگاشتند و به صورت مطلق این عمل را مورد نکوهش قرار می‌دادند.

در برخی موارد سقط خود به خودی (Spontaneous abortion) روی می‌دهد که دارای علت‌هایی مربوط به مادر و جنین است. بعضی مواقع هم «طبی» است که در شرایطی خاص برای این‌که بتوانند جان مادر را نجات دهند و یا از شرایط غیرقابل درمان نوزاد یا عدم تداوم زندگی او بعد از به دنیا آمدن پیشگیری کنند؛ انجام می‌شود.



در جمهوری اسلامی ایران نیز مانند بسیاری از کشورهای پیشرفته جهان، سقط‌های جنایی (Criminal) هم به‌طور کامل غیرطبی و هم غیرعلمی و غیرقانونی است.

در شرع مقدس اسلام این‌گونه سقط، حرام بوده و در حکم قتل نفس به‌شمار می‌آید و با عامل و عوامل آن مانند قاتلین در حوزه‌های اجتماعی و قضایی برخورد می‌شود:

- ماده ۵۶ قانون قرار دادن روی میز خدمت همه مراقبین سلامت به شرح ذیل: سقط جنین ممنوع بوده و از جرایم دارای جنبه عمومی می‌باشد و طبق قانون موجب مجازات است و دیه و حبس و ابطال پروانه پزشکی بر اساس مواد ۷۱۶ تا ۷۲۰ قانون مجازات اسلامی انجام می‌شود (کتاب پنجم، مجازات‌های تعزیری و بازدارنده).

- تبصره ۴ - چنانچه پزشک یا ماما یا دارو فروش، 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، پروانه فعالیت ایشان ابطال می‌شود (تحقق این جرم نیازمند تکرار نیست).

- ماده ۶۱ و قرار دادن روی میز خدمت همه مراقبین سلامت به شرح ذیل: ارتکاب گسترده جنایت علیه تمامیت جسمانی جنین به قصد نتیجه یا علم به تحقق آن به‌گونه‌ای که موجب ورود خسارت عمده به تمامیت جسمانی جنین‌ها یا مادران در حد وسیع گردد مشمول حکم ماده ۲۸۶ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲/۰۲/۰۱ می‌گردد.

- تبصره الحاقی ۱ - هرگاه دادگاه از مجموعه ادله و شواهد قصد ایراد خسارت عمده در حد وسیع و یا علم به موثر بودن اقدامات انجام شده را احراز نکند و جرم ارتكابی، مشمول مجازات قانونی دیگری نباشد؛ با توجه به میزان نتایج زیان‌بار جرم، مرتکب به حبس تعزیری درجه پنج یا شش محکوم می‌شود.

- تبصره الحاقی ۲ - هر کسی که به هر عنوان به‌طور گسترده دارو و مواد و وسایل سقط غیرقانونی جنین را فراهم و یا معاونت و مباشرت به سقط غیرقانونی جنین به‌طور



وسیع نمایند و یا در چرخه تجارت سقط جنین فعال و یا مؤثر باشد، در صورتی که مشمول ماده فوق الذکر نباشد؛ علاوه بر مجازات تعزیری درجه ۲، به پرداخت جزای نقدی معادل ۲ تا ۵ برابر عوائد حاصل از ارتکاب جرم محکوم می‌گردد.

- تبصره - اموال و وسایل حاصل از ارتکاب جرم مصادره شده و عواقب 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 و در جهت درمان ناباروری هزینه خواهد گردید.

طی پژوهش‌های صورت گرفته در کشور عزیزمان، شواهدی بر افزایش این دو نوع سقط وجود دارد که در حد غیرقابل قبولی می‌باشد. به طور سالانه ۲۱۳ میلیون بارداری در جهان روی می‌دهد که از این تعداد ۲۵ میلیون بارداری به صورت غیرطبیعی و توسط افرادی که آشنایی کافی با آن ندارند یا در مکان‌هایی که غیررسمی بوده و دارای آلودگی و غیربهداشتی هستند؛ سقط می‌شوند. این نوع سقط‌ها باعث بروز عوارض جبران‌ناپذیر و حتی مرگ در مادر می‌گردند که بین ۴/۱۳ تا ۷/۲ درصد از مرگ مادران باردار بر حسب جغرافیای مختلف را شامل می‌شود. همچنین سقط‌های غیرطبیعی و عوارض آن منجر به بستری شدن ۷/۴ تا ۷ مادر از هر ۱۰۰۰ زن می‌شوند. این رقم برای کلیه سقط‌ها از ده مادر به ازای هزار زن بیشتر می‌شود، قطعاً این گونه سقط‌ها و عوارض آن که باعث بستری شدن مادر می‌گردد؛ دارای ابعاد اقتصادی وسیعی است که موجب تحمیل هزینه به بودجه عمومی و اقتصاد خانواده می‌شود.

سقط‌های غیرطبیعی باعث بروز عوارض زیادی مانند: نارسایی کلیه، عفونت، تروما، کم خونی و غیره شده و گاهی حتی منجر به مرگ مادر می‌شوند. متأسفانه این روش غیرطبیعی در شرایط غیربهداشتی انجام می‌گیرد. برای سقط از داروها یا روش‌های مختلف خوراکی و تزریقی استفاده می‌کنند.





در برخی موارد از روش موضعی از راه واژن و با استفاده از وسایل و یا شاید مواد شوینده و گاهی نیز با به کار بردن فرآورده‌های حیوانی و... اقدام به سقط جنین می‌کنند که عوارض بسیار خطرناک و جدی را برای فرد و خانواده او در پی دارد.

یکی از مشکلات و معضلات بزرگی که نظام سلامت را با چالش مواجه ساخته، سواد سلامت پایین زنان و خانواده است.

طی سال ۱۳۸۰ مطالعات متقنی انجام گرفت. بر اساس داده‌های به دست آمده؛ سی درصد از زنان باردار موفق به تولد نوزاد می‌شوند و به دلیل آماده نبودن رحم/آندومتر (Endometrial receptivity) ۷۰ درصد بارداری‌ها موفق نبوده و منجر به تولد نوزاد نمی‌گردد.

«آندومتر لایه خارجی رحم» از جمله ارگان‌هایی نادر در بدن انسان می‌باشد که به صورت ماهانه در طول سال‌های باروری بازترمیم می‌شود. برای این که انسان بتواند بارور شود؛ به این بازترمیم آندومتر وابسته است که در هر سیکل باروری اتفاق می‌افتد. پذیرش آندومتر یک حقیقت علمی است چرا که پیش شرط بسیار مهمی در فرآیند



باروری انسان و لانه‌گزینی جنین در رحم محسوب می‌گردد (hum.reprod.update, ۲۰۱۵; ۲۰۱۹). بنابراین آسیب بالقوه آندومتر، باعث می‌شود تا روند ترمیم و پذیرش در دوره بعدی باروری کاهش یابد. در مواردی که سقط به صورت خودبه‌خودی اتفاق می‌افتد نیز با توجه به زمان حاملگی و نوع مداخلات ایمنی، باروری در زنان با اختلال مواجه می‌شود.

با نگاهی بر شواهد جدید حاصل شده می‌توان دریافت که سقط عمدی به صورت روزافزونی رشد می‌نماید و به خاطر دستکاری غیربهداشتی و عمدی، عوارضی از این دست افزایش پیدا کرده است (hum.reprod.update; ۲۰۱۴).

دستکاری‌های طبی کورتاژ (dilatoin & curretage) طی سقط خودبه‌خودی، سقط طبی و سقط عمدی، سبب نازک شدن آندومتر و اشکال در باروری زن می‌گردد. پژوهش‌های متعدد و متقن حاکی از این است که آن دسته از زنانی که با مشکل در باروری روبرو هستند؛ غالباً در گذشته خود سابقه دستکاری طبی کورتاژ را داشته‌اند.



ایجاد فیبروز و چسبندگی بین سطوح میومترال از جمله آسیب‌های در لایه آندومتر به خصوص در بارداری است که سبب تخریب حفره رحم نیز می‌گردد. مختل نمودن



جایگزینی جنین و پذیرندگی رحم هم از عوارض این چسبندگی می باشد. همچنین این عارضه، تاثیری منفی بر مهاجرت اسپرم نیز دارد (reprod.biomed.online; ۲۰۱۶) در صورت بارداری، احتمال چسبندگی جفت، عارضه خطرناک مامای به دلیل تماس مستقیم پرزهای جفتی با میومتر افزایش می یابد.

عوارض عمده سقط

برخی از عوارض شایع سقط جنین به قرار زیر می باشند:

- خطر سرطان پستان
- ناباروری ثانویه
- مرده زایی
- حاملگی نابجا
- سقط خودبه خودی در بارداری های بعدی
- مرگ زودرس
- مرده زایی
- زایمان زودرس
- تولد نوزاد کم وزن
- اختلالات روانی و افسردگی

مداخلات دارویی و استفاده از پروستاگلندین ها همانند میزوپروستول؛ نواقص مادرزادی، تولد زودرس، پارگی رحم، خونریزی خطرناک رحمی و عفونت را سبب می شود و شانس باروری در زنان با استفاده مکرر آن کاهش یافته و احتمال زایمان



زودرس، مرده‌زایی و مرگ مادر در بارداری‌های بعدی افزایش می‌یابد (FDA; ۲۰۱۸) و احتمال افزایش این عوارض در صورت تکرار سقط بیش از دوبار دور از انتظار نیست.



فصل پنجم

قانون حمایت از خانواده

و جوانی جمعیت



قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

قانون حمایت از خانواده به پیشنهاد قوه قضائیه در جلسه هیئت دولت نهم و در تیر ماه سال ۱۳۸۶ تصویب و به مجلس ارسال شد. مجلس هشتم در اسفند ۱۳۹۰ لایحه را مصوب کرد و به شورای نگهبان ارسال نمود. این شورا برخی مواد از آن را مبهم و مواردی را خلاف شرع اعلام نمود و لایحه را جهت اصلاح به مجلس بازگرداند. سرانجام مجلس نهم با اصلاح لایحه، نظر شورا را تأمین کرد و در اسفند ۱۳۹۱ لایحه به تأیید شورا رسید و تبدیل به قانونی با ۷۳ ماده و چندین تبصره گردید که به قرار زیر است:

ماده ۱ - در راستای اجرای سیاست‌های کلی جمعیت و خانواده و بندهای ۴۵، ۴۶ و ۷۰ سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه و ماده (۴۵) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) مصوبه ۱۳۹۳/۱۲/۴ موضوع اجرای نقشه مهندسی فرهنگی کشور و سند جمعیت و تعالی خانواده و مواد (۷۲)، (۹۴)، (۱۰۲)، (۱۰۳)، (۱۰۴) و (۱۲۳) قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران احکام و مقرر در این قانون با رعایت مصوبات شورای عالی انقلاب فرهنگی لازم‌الاجرا است.



ماده ۲ - کلیه وزارت خانه‌ها و دستگاه‌های زیر مجموعه دولت موظفند دستورالعمل‌ها برنامه‌ها و منشورات مرتبط با خانواده، فرزندآوری و جمعیت در چارچوب مصوبات شورای عالی انقلاب فرهنگی تهیه نموده و جهت تحقق تبصره (۴) راهبرد کلان سوم نقشه مهندسی فرهنگی کشور هر شش ماه یکبار به مجلس شورای اسلامی و شورای عالی انقلاب فرهنگی گزارش دهند.

ماده ۳ - وزارت راه و شهرسازی مکلف است امکان استفاده مجدد از امکانات دولتی مربوط به تأمین مسکن خانوار را برای خانواده‌ها پس از تولد فرزند سوم و بیشتر فراهم آورد و این خانواده‌ها می‌توانند صرفاً برای بار دوم از کلیه امکانات دولت در این خصوص استفاده نمایند.

ماده ۴ - به منظور تحقق بنده (چ) ماده (۱۰۲) قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران؛ دولت مکلف است یک قطعه زمین یا واحد مسکونی حداکثر به میزان (۲۰۰) متر مربع منطبق با ضوابط حد نصاب تفکیک بر اساس طرح‌های هادی روستایی و شهری به طرح‌های جامع و تفصیلی شهری مصوب برای ساکنین در روستاهای شهرهای کمتر از پانصد هزار نفر پس از تولد فرزند سوم و بیشتر به صورت مشترک و بالمناصفه به پدر و مادر؛ در همان محل بر اساس هزینه آماده‌سازی فقط برای یک بار به صورت فروش اقساطی با دو سال تنفس و ۸ سال اقساط اعطاء نماید و سند مالکیت، پس از پرداخت آخرین قسط در حداکثر یک ماه به مالکین تحویل داده می‌شود.

ماده ۵ - به منظور تحقق بنده (چ) ماده (۱۰۲) قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران دستگاه اجرایی مکلفند برای تأمین و ارتقای کیفیت مسکن، پایان کار و عوارض ساخت و ساز کلیه هزینه‌های تخصیص شبکه، انشعابات و هزینه‌های خدمات نظام مهندسی را به میزان ۵۰ درصد



برای خانواده‌های دارای سه فرزند زیر بیست سال و به میزان ۷۰ درصد برای خانواده‌های دارای حداقل چهار فرزند زیر بیست سال برای یک مرتبه و هزینه پروانه و عوارض ساختمان را به میزان ۱۰ درصد برای خانواده‌های دارای حداقل سه فرزند زیر بیست سال تخفیف دهند. دولت مکلف است ۱۰۰ درصد تخفیف‌های مربوط به پروانه ساختمان را از محل منابع عمومی در بودجه‌های سنواتی پیش‌بینی نماید.

ماده ۶- کلیه دستگاه‌های مذکور در ماده (۲۹) قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مکلفند حداقل هفتاد درصد از ظرفیت منازل مسکونی سازمانی در اختیار خود را جهت بهره‌برداری به خانواده‌های کارکنان دارای حداقل سه فرزند و فاقد مسکن ملکی مناسب در شهر محل خدمت تخصیص داده و در صورت وجود مازاد بر نیاز این خانواده‌ها به سایرین طبق ضوابط مربوط اختصاص دهند. همچنین طول زمان بهره‌برداری در منازل سازمانی برای خانواده‌های دارای سه فرزند و بیشتر فاقد مسکن ملکی مناسب در شهر محل خدمت حداقل باید به میزان دو برابر سکونت سایرین باشد.

ماده ۷- در اجرای بند (پ) ماده (۱۰۳) قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران کلیه دانشگاه‌ها و مراکز آموزشی دولتی مکلفند متناسب با برآورد نیاز دانشجویان متاهل اعم از بومی و غیربومی، زن و مرد، نسبت به هزینه‌کرد حداقل ۱۰ درصد از درآمد اختصاصی و ۱۰ درصد از اعتبارات تملک دارایی‌های سرمایه‌ای سالانه مقرر در بودجه سنواتی خود به استثنای مواردی که از لحاظ شرعی مصارف مشخصی دارند، جهت احداث، تکمیل و تأمین و تجهیز خوابگاه‌های متاهلین اقدام کنند.

ماده ۸- صندوق‌های رفاه دانشجویی و مراکز مدیریت حوزه‌های علمیه مکلفند پس از لازم‌الاجرا شدن این قانون برای دانشجویان و طلاب متاهل فاقد مسکن، نسبت



به پرداخت ودیعه مسکن (قرض الحسنه ضمن اجاره)، مشروط به ارائه اجاره‌نامه دارای شناسه رهگیری از مشاوران املاک به نحوی اقدام نمایند که هر ساله حداقل ۵۰ درصد متوسط قیمت ودیعه اجاره مسکن (۷۰ متری) در شهرهای بیش از پانصد هزار نفر جمعیت و مسکن (۱۰۰ متری) در سایر شهرهای محل تحصیل پوشش داده شوند.

ماده ۹- بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران مکلف است از طریق بانک‌های عامل و مؤسسات اعتباری، نسبت به پرداخت انواع تسهیلات مسکن با هدف تشویق فرزندآوری خانواده‌ها به شرح زیر اقدام کند:

۱. افزایش ۲۵ درصدی سقف تسهیلات خرید، ساخت و جعاله تعمیرات مسکن به ازای هر فرزند زیر بیست سال سن تا حداکثر دو برابر سقف مصوب از محل افزایش مبلغ سپرده بانکی با رعایت مصوبات شورای پول و اعتبار

۲. افزایش دوره بازپرداخت میزان دو سال به ازای هر فرزند زیر بیست سال سن، تا سقف ده سال.

ماده ۱۰- به منظور تحقق بند (ث) ماده (۱۰۲) قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران مکلف است برای متولدین سال ۱۴۰۰ به بعد از طریق کلیه بانک‌ها و مؤسسات اعتباری از محل پس‌انداز و جاری قرض الحسنه نظام بانکی و حذف تسهیلات قرض الحسنه ازدواج متقاضیان بالای پنجاه سال سن، نسبت به پرداخت (تسهیلات قرض الحسنه تولد فرزند) اقدام نماید. مبلغ این تسهیلات برای تولد فرزند اول (۱۰۰) میلیون ریال فرزند دوم (۲۰۰) میلیون ریال برای تولد فرزند سوم (۳۰۰) میلیون ریال، فرزند چهارم (۴۰۰) میلیون ریال و فرزند پنجم و بالاتر (۵۰۰) میلیون ریال بدون لازم به سپرده‌گذاری مشمولان با شش ماه دوره تنفس به ترتیب با دوره بازپرداخت سه تا هفت سال و اخذ یک ضامن معتبر و سفته تعیین می‌شود. متقاضیان حداکثر تا دو سال پس از



تولد می‌توانند درخواست دریافت وام را ثبت نمایند.

ماده ۱۱ - دولت مکلف است به ازای هر فرزند که از ابتدای سال ۱۴۰۰ متولد شود، مبلغ ده میلیون ریال تا سقف سالانه ۱۰ هزار میلیارد ریال، صرفاً جهت خرید واحدهای صندوق‌های سرمایه‌گذاری قابل معامله در بورس به نام فرزند اختصاص دهد. ساز و کار اجرایی از جمله نحوه خرید و انتخاب صندوق و هزینه‌های مرتبط به پیشنهاد وزارت امور اقتصادی و دارایی به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

ماده ۱۲ - شرکت‌های خودروساز داخلی مکلفند از زمان ابلاغ این قانون، یک خودروی ایرانی به قیمت کارخانه به انتخاب و به نام مادر پس از تولد فرزند دوم به بعد، در هر نوبت ثبت نام برای یک مرتبه تحویل دهند.

ماده ۱۳ - سازمان هدفمندی یارانه‌ها مکلف است از محل درآمدهای ناشی از حذف یارانه سه دهک بالای درآمدی نسبت به افزایش یارانه فرزندان خانواده‌های دهک‌های اول تا چهارم دارای حداقل سه فرزند تحت تکفل که هیچ کدام از والدین در دستگاه‌های مذکور در ماده (۲۹) قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران شاغل نباشد؛ به میزان سه برابر برای یارانه مصوب سایرین پرداخت نماید.

ماده ۱۴ - دولت مکلف است در کلیه واگذاری‌های حق بهره‌برداری زمین با هدف اشتغال‌زایی و اجرای طرح‌های تولیدی و کشاورزی اولویت‌ها و مشوق‌های مؤثری همچون تخفیف تعرفه و هزینه واگذاری حداقل به میزان ۲۵ درصد و افزایش طول دوره بازپرداخت تسهیلات به میزان حداقل ۵۰ درصد برای خانواده‌هایی که پس از ابلاغ این قانون صاحب فرزند سوم و بیشتر می‌شوند، در نظر بگیرد.

ماده ۱۵ - کلیه دستگاه‌های مذکور در ماده (۲۹) قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مکلف‌اند:





۱. در بکارگیری جذب استخدام نیروی جدید به ازای تاهل و نیز داشتن هر فرزند، یکسال تا حداکثر ۵ سال به سقف محدوده سنی اضافه کنند.

۲. در به کارگیری، جذب و استخدام به ازای تاهل و نیز هر فرزند دو درصد و در مجموع حداکثر تا ۱۰ درصد به امتیاز هر فرد اضافه می‌شود.

ماده ۱۶ - دولت مکلف است برای کلیه گروه‌های مختلف حقوق‌بگیر در دستگاه‌های مذکور در ماده (۲۹) قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران و همچنین نیروهای مسلح، وزارت اطلاعات، سازمان انرژی اتمی (به استثنای مشمولین قانون کار) از قبیل کارکنان کشوری و لشکری، اعضای هیأت علمی دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی و قضات، از ابتدای سال ۱۴۰۱ به مدت ۵ سال افزایش حقوق سالانه در سقف ردیف حقوق و جبران خدمت به گونه‌ای اعمال نماید که هر ساله، کمک هزینه اولاد و حق عائله‌مندی مشمولین ماده در چارچوب افزایش سنواتی حقوق و دستمزد به ترتیب به میزان ۱۰۰ درصد و ۵۰ درصد افزایش یابد.

ماده ۱۷ - احکام ذیل نسبت به همه مستخدمین و کارکنان در کلیه بخش‌های دولتی و غیردولتی لازم‌الاجرا می‌باشد:

۱. مدت مرخصی زایمان با پرداخت تمامی حقوق و فوق‌العاده‌های مرتبط به نه ماه تمام افزایش یابد. در صورت درخواست مادر تا دو ماه از این مرخصی در ماه‌های پایانی بارداری قابل استفاده است. مرخصی مزبور برای تولد دو قلو و بیشتر، دوازده ماه می‌باشد. در مواردی که مرخصی زایمان موجب اختلال در کار بخش خصوصی گردد، پس از تایید وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی هزینه تحمیل شده توسط دولت جبران خواهد شد.

۲. نوبت کاری شب برای مادران شاغل باردار و همچنین مادران دارای فرزند



شیرخوار تا دو سال و پدران تا یک ماهگی نوزاد، در مشاغل و فعالیت‌هایی که نیازمند نوبت کاری شب می‌باشند، اختیاری است. شمول این بند بخش خصوصی مشمول قانون کار نمی‌شود.

۳. اعطای دورکاری به درخواست مادران باردار حداقل به مدت چهار ماه و دوران بارداری در مشاغلی که امکان دورکاری در آن‌ها فراهم است؛ الزامی می‌باشد.

۴. مادران شاغلی که از زمان لازم‌الاجرا شدن این قانون، فرزند یا فرزندان به دنیا خواهند آورد به ازای هر فرزند، می‌توان از یک سال کاهش در سن بازنشستگی برخوردار شوند و برای فرزند سوم و بیشتر میزان کاهش یک و نیم سال به ازای هر فرزند خواهد بود. حداقل سن بازنشستگی مشمول این بند برای مادران دارای یک فرزند چهل و دو سال، دارای دو فرزند چهل و یک سال و دارای سه فرزند بیشتر چهل سال و حداقل با بیست سال سابقه بیمه است. برقراری مستمری یا حقوق بازنشستگی متناسب با سنوات پرداخت حق بیمه در زمان اشتغال می‌باشد.

ماده ۱۸ - میزان معافیت مالیاتی اشخاص حقیقی موضوع ماده (۸۴) قانون مالیات‌های مستقیم اصلاحی مصوب ۱۳۹۴/۴/۳۱ به ازای فرزند سوم و بیشتر، که بعد از تصویب این قانون متولد شود به ازای هر فرزند مشمول پانزده درصد تخفیف مشروط به تصویب آن در بودجه سنواتی می‌گردد. این تخفیف حداقل سه بار قابل استفاده است.

ماده ۱۹ - ستاد ملی جمعیت مکلف است با همکاری ستاد اجرایی فرمان امام خمینی (ره) به منظور اهدای سالانه (جایزه ملی جوانی جمعیت) نسبت به تدوین شاخص‌های ارزیابی و سنجش به تفکیک بخش‌های خانواده، رسانه، سازمان‌های مردم نهاد، دستگاه‌های اجرایی، شرکت‌ها و مؤسسات خصوصی، مدیران، نخبگان اقدام نموده و بر اساس گزارش ارائه شده از نهادهای ذیربط مبنی بر اثر بخشی بر رشد ازدواج و فرزندآوری در جامعه، مخاطب نسبت به اعطای جایزه ملی جوانی جمعیت اقدام



نماید.

ماده ۲۰ - کلیه دستگاه‌های مذکور در ماده (۲۹) قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مکلفند در روز ملی جمعیت، کارکنانی که در یک سال گذشته ازدواج کرده یا دارای فرزند شده‌اند را مورد تشویق قرار دهند.

ماده ۲۱ - دولت مکلف است در راستای اجرای بند (ب) ماده (۱۰۳) قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران حداکثر شش ماه پس از لازم‌الاجرا شدن این قانون با تقویت صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان روستاییان و عشایر؛ نسبت به بیمه مادران خانه‌دار دارای سه فرزند و بیشتر به شرح ذیل اقدام کند:

۱. در خصوص مادران غیرشاغل دارای سه فرزند و بیشتر ساکن مناطق روستایی و عشایر ۱۰۰ درصد حق بیمه توسط دولت پرداخت شود.

۲. با تولد فرزند چهارم و پنجم به ازای هر فرزند، دو سال به سوابق بیمه‌ای بیمه‌گذار افزوده شود.

ماده ۲۲ - کلیه دستگاه‌های مذکور در ماده (۲۹) قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران از جمله سازمان‌ها و شرکت‌هایی که شمول قانون بر آن‌ها مستلزم ذکر نام است و کلیه شرکت‌ها و مؤسسات وابسته به آن‌ها موظفند ظرف شش ماه پس از ابلاغ این قانون به منظور تکریم و حفظ حقوق مادر و کودک، با طراحی، احداث و تجهیز تمامی ساختمان‌ها و اماکن عمومی خدماتی و آموزشی و رفاهی تحت اختیار و نظارت خود، اقدام به تأمین فضای مناسب جهت رفع نیازهای نوزادان، کودکان و مادران باردار جهت استراحت، شیردهی و نگهداری کودکان نمایند.



ماده ۲۳ - جهت حمایت از شیرخوارگاه‌ها و مراکز نگهداری شبانه‌روزی کودکان بی‌سرپرست و خیابانی اقدامات زیر باید صورت پذیرد:

۱. سازمان بهزیستی کشور مکلف است با همکاری نهادهای خیریه و مجموعه‌های مردم نهاد، به توسعه و تجهیز کمی و کیفی شیرخوارگاه‌ها کشور تا میزان یک و نیم برابر سطح فعلی بپردازد.

۲. سازمان بهزیستی کشور مکلف است در هر یکی از مراکز مذکور حداقل یک نفر آشنا به تربیت اسلامی کودک، با معرفی مراکز مدیریت حوزه‌های علمیه را در چارچوب قوانین مربوط به کارگیری کند.

۳. سازمان بهزیستی کشور مکلف است برنامه‌ریزی و نظارت مناسب جهت محتوای تربیتی و آموزشی و ابعاد معنوی و مذهبی مراکز با همکاری حوزه علمیه انجام دهد.

۴. دولت موظف به تأمین زمین با اجاره ۹۹ ساله و غیرقابل تغییر کاربری برای خیریه‌ها و سازمان‌های متقاضی تأسیس این مراکز پس از تایید سازمان بهزیستی کشور است.

ماده ۲۴ - به منظور تحقق بند (ث) ماده (۱۰۲) قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مکلف است با معرفی به وزارت بهداشت در مان و آموزش پزشکی و همکاری کمیته امداد امام خمینی (ره)، ستاد اجرای فرمان حضرت امام خمینی (ره)، بنیاد مستضعفان مادران باردار، شیرده و دارای کودک زیر پنج ساله را که بر اساس آزمون وسع، نیازمند حمایت می‌باشند، شناسایی کرده و خدمات سبد تغذیه رایگان و بسته بهداشتی رایگان را به آن‌ها به صورت ماهیانه اختصاص دهد.

ماده ۲۵ - سازمان ثبت احوال کشور مکلف است نسبت به ایجاد سامانه برخط



برای معرفی و صدور شناسه ویژه برای مادران دارای سه فرزند یا بیشتر اقدام نماید. مدت اعتبار این شناسه ده سال است و در صورت تولد فرزندان بعدی به مدت ۵ سال تمدید خواهد شد. دستگاه‌های ذیربط موظفند اقدامات زیر را برای دارندگان کارت مزبور به همراه اعضای خانواده انجام دهند:

۱. نیم‌بها بودن ورودی کلیه اماکن و بناهای تاریخی فرهنگی و موزه‌های تابعه وزارت میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری و دستگاه‌های اجرایی موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری.

۲. نیم‌بها بودن خدمات حمل‌ونقل عمومی شهری و تعرفه‌های فرهنگی ورزشی و تفریحی شهرداری‌ها دستگاه‌های اجرایی موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری.

۳. نیم‌بها بودن بلیط سینماها هر ماه یکبار.

۴. تخفیف ۲۰ درصدی دوره‌های آموزشی، تربیتی و هنری کانون پرورش فکری کودکان و نوجوانان برای استفاده فرزندان.

ماده ۲۶ - کلیه مؤسسات آموزش عالی موضوع ماده (۱) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور و مراکز حوزوی مکلفند:

۱. با تقاضای کتبی طلاب و دانشجویان مادر باردار جهت مرخصی یک نیم‌سال تحصیلی قبل از زایمان بدون احتساب در سنوات تحصیلی موافقت نماید.

۲. با تقاضای مرخصی طلاب و دانشجویان مادر دارای فرزند زیر دو سال حداکثر تا چهار نیم‌سال تحصیلی بدون احتساب در سنوات تحصیلی موافقت نمایند.

۳. با تقاضای طلاب و دانشجویان مادر باردار یا دارای فرزند زیر دو سال جهت میهمانی به میزان حداکثر چهار نیم‌سال تحصیلی به حوزه یا مؤسسه آموزش عالی



هم سطح یا پایین تر مورد تقاضا موافقت نمایند.

۴. با تقاضای طلاب و دانشجویان مادر باردار یا دارای فرزند زیر سه سال جهت آموزش مجازی یا غیر حضوری برای گذراندن واحدهای دروس نظری دوره تحصیلی موافقت نمایند.

۵. با تقاضای دانشجویان مادر باردار دارای فرزند زیر دو سال جهت کاهش نوبت کاری شب بر اساس آیین نامه‌ای که حداکثر ظرف سه ماه پس از ابلاغ این قانون از سوی وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تصویب می‌گردد، موافقت نمایند.

۶. شرایطی را فراهم نمایند که برای اساتید راهنما به ازای داشتن هر دانشجوی مادر باردار یا دارای فرزند شیرخوار به سقف استاد راهنمایی آن‌ها اضافه شود.

ماده ۲۷ - به ازای هر فرزند شش ماه از تعهدات موضوع (قانون مربوط به خدمات پزشکان و پیراپزشکان) از مادران مشمول این قانون کسر می‌گردد. بانوان متاهل دارای فرزند می‌توانند تعهدات خود را در محل سکونت خانواده بگذرانند. مادران باردار و مادران دارای فرزند زیر دو سال می‌توانند طی دوره بارداری و تا دو سالگی فرزند، آغاز طرح خود را به تعویق بیندازند.

ماده ۲۸ - کلیه دستگاه‌های مذکور در ماده (۲۹) قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران به ویژه وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، صدا و سیما، جمهوری اسلامی ایران، سازمان تبلیغات اسلامی، نهادها و مؤسسات عمومی غیردولتی، شهرداری‌ها و دهیاری‌ها مکلفند در راستای آگاهی بخشی نسبت به وجوه مثبت و ارزشمند ازدواج به هنگام نیاز و آسان، تعدد فرزند در خانواده و تقویت و حمایت از نقش‌های مادری و همسری، صیانت از تحکیم خانواده و مقابله با محتوای مغایر سیاست‌های کلی جمعیت و عوارض جانبی استفاده از روش‌های مختلف پیشگیری از بارداری و نیز عوارض خطرناک پزشکی روان‌شناختی و فرهنگی



و اجتماعی سقط جنین، اقدامات لازم از قبیل تولید و پخش فیلم و سریال تبلیغات بازرگانی برگزاری جشنواره‌ها و نمایشگاه‌ها را انجام دهند.

ماده ۲۹ - سازمان صدا و سیما موظف است حداقل ۱۰ درصد از بودجه اختصاص یافته برنامه‌های تولیدی پویانمایی مستند فیلم و سریال را به برنامه‌هایی با محوریت موضوع افزایش جوانی جمعیت اختصاص دهد.

ماده ۳۰ - سازمان تبلیغات اسلامی در چارچوب اساسنامه خود موظف است؛ برنامه جامعی جهت حمایت از فعالین مردم در حوزه فرزندآوری و تسهیل ازدواج در قالب هیأت، مساجد، کانون‌های فرهنگی و اعزام مبلغ و مانند آن‌ها تدوین نماید.

ماده ۳۱ - وزارتخانه‌های کشور، ورزش و جوانان و فرهنگ و ارشاد اسلامی و همچنین سازمان تبلیغات اسلامی، ستاد امر به معروف و نهی از منکر و سایر نهادهای ذیربط مکلف است حداقل ۳۰ درصد از بودجه حمایت از سازمان‌های مردم نهاد و تشکل‌های فرهنگی را به مجموعه‌هایی از قبیل گروه‌های فرهنگی و جهادی کانون‌های فرهنگی مساجد و سازمان‌های مردم نهاد که در جهت کاهش سن ازدواج، تسهیل ازدواج جوانان را تشویق به فرزندآوری و استحکام خانواده با رویکرد دینی تشکیل شده اختصاص دهند. گزارش سالانه عملکرد و ارزیابی فعالیت‌های صورت گرفته و حمایت‌های موضوع این ماده ضمن ارائه به ستاد ملی جمعیت، به صورت عمومی نیز منتشر می‌شود. دستورالعمل ارزیابی عملکرد موضوع این ماده توسط ستاد ملی جمعیت تدوین و ابلاغ می‌شود.

ماده ۳۲ - وزارت راه و شهرسازی و کلیه شهرداری‌ها و دهیاری‌ها مکلفند در سطح شهرها، روستاها و راه‌های مواصلاتی و سایر اماکن عمومی، حداقل یک سوم ظرفیت اسمی سالانه تبلیغات محیطی که جهت تبلیغات فرهنگی در نظر گرفته شده است را به موضوع ازدواج، فرزندآوری، رشد جمعیت و تعالی نهاد خانواده اختصاص دهند.



ماده ۳۳ - وزارت آموزش و پرورش مکلف است با همکاری مرکز مدیریت حوزه‌های علمیه، سازمان تبلیغات اسلامی و در چارچوب مصوبات شورای عالی انقلاب فرهنگی، از جمله سند تحول بنیادین آموزش و پرورش اقدامات زیر را انجام دهد:

۱. تربیت و آموزش مهارت‌های مربوط به سبک زندگی اسلامی ایرانی، رشد شخصیت فردی، اجتماعی و مهارت‌های فردی، ترویج فرهنگ ارزشمندی ازدواج خانواده و فرزندآوری و مسئولیت‌پذیری برای تشکیل و تعالی خانواده با لحاظ اصول یادگیری مبتنی بر اجرای سند تحول بنیادین آموزش و پرورش در برنامه آموزشی، پژوهشی، تربیتی در قالب کلیه بسته‌های یادگیری به ویژه کتب درسی، تولیدات و رویدادها، جشنواره‌ها و اردوهای فرهنگی و تربیتی، محتوای چندرسانه‌ای به صورت تعاملی و برخط با بهره‌گیری از ظرفیت زیست‌بوم‌های فناورانه در بستر فضای مجازی در کلیه مقاطع تحصیلی.

۲. گنجاندن محتوای آموزشی و پرورشی در راستای بندهای سیاست‌های کلی جمعیت و سیاست‌های کلی خانواده در کتاب‌های درسی، ظرف دو سال بعد از لازم‌الاجرا شدن این قانون.

۳. آموزش و مهارت‌های تربیتی دوران بلوغ و ازدواج از طریق آموزش مستمر به اولیا و کارکنان آموزشی، متناسب با سن دانش‌آموزان و بر اساس سبک زندگی اسلامی ایرانی به صورت حضوری.

۴. تربیت نیروی انسانی توانمند، متعهد و متاهل برای درس (مدیریت خانواده و سبک زندگی).

ماده ۳۴ - وزارتخانه‌های آموزش و پرورش و علوم، تحقیقات و فناوری مکلف به ایجاد، گسترش و تقویت رشته‌های تحصیلی در همه دانشگاه‌های کشور متناسب با جایگاه و نقش خانواده و زن بر اساس فرهنگ اسلامی - ایرانی، از قبیل مدیریت خانه و



خانواده هستند.

ماده ۳۵ - وزارتخانه‌های علوم تحقیقات و فناوری و بهداشت در مان و آموزش پزشکی و کلیه مؤسسات آموزش عالی کشور مکلفند در راستای سیاست‌های کلی جمعیت و خانواده، حداکثر یک سال پس از ابلاغ این قانون جهت ترویج و آگاهی‌بخشی نسبت به وجوه مثبت ازدواج به هنگام نیاز، آموزش مهارت‌های دوران ازدواج، فرزندآوری، آثار منفی تک‌فرزندی در خانواده و کاهش رشد جمعیت در جامعه، حرمت سقط جنین، نهادینه کردن هنجارهای صیانت از تحکیم خانواده، ایفای نقش‌های خانوادگی با مقابله با محتوای مغایر سیاست‌های جمعیتی، ضمن حذف محتوای آموزش مخالف فرزندآوری، اقدامات و فعالیتهای آموزشی، پژوهشی و فرهنگی ویژه دانشجویان و نیروی انسانی آموزشی و اداری را مبتنی بر نقشه مهندسی فرهنگی کشور ذیل برنامه‌های سالانه خود انجام دهند.

ماده ۳۶ - وزارتخانه‌های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت و درمان آموزش پزشکی موظف است با هماهنگی نمایندگی ولی فقیه در دانشگاه‌ها، نسبت به تأسیس مراکز مشاوره مبتنی بر سبک زندگی اسلامی - ایرانی در مرکز آموزش عالی اقدام نماید.

ماده ۳۷ - سازمان تبلیغات اسلامی مکلف است به منظور ترویج و تسهیل در امر ازدواج از طریق مؤسسات فرهنگی، مساجد و روحانیان و دیگر ظرفیت‌های مردمی به توسعه فرهنگ واسطه‌گری در امر انتخاب همسر، با محوریت مشارکت خانواده‌ها و رعایت موازین قانونی و شرعی بپردازد.

ماده ۳۸ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است در چهارچوب مصوبات شورای عالی انقلاب فرهنگی آموزش‌های حین ازدواج را به تمامی زوجین اعم از دانشجوی و غیردانشجو ارائه دهد. آموزش‌دهندگان موضوع این حکم با تایید نهاد نمایندگی ولی فقیه در دانشگاه علوم پزشکی مربوط انتخاب می‌شود.



ماده ۳۹ - وزارتخانه‌های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و ورزش و جوانان با معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری و کلیه مراکز مؤسسات آموزشی و پژوهشی مرتبط با موضوع این قانون که از بودجه عمومی کشور استفاده می‌کنند؛ مکلفند هر سال حداقل ۵ درصد از اعتبارات پژوهشی خود را به مطالعات و پژوهش‌های مرتبط با خانواده، فرزندآوری و رشد جمعیت در راستای اولویت‌های پژوهشی که هر ساله از سوی ستاد ملی جمعیت تعیین می‌شود، اختصاص دهند و فهرست طرح‌های تحقیقاتی، مشخصات پژوهشگران و نتایج بدست آمده را به همراه گزارش شش ماهه به ستاد ملی جمعیت اعلام نمایند.

ماده ۴۰ - معاونت علمی و فناوری ریاست جمهوری و صندوق نوآوری و شکوفایی مکلفند از شرکت‌های دانش بنیان و خلاق در تولید اقلام و تجهیزات مورد نیاز برای فرزندآوری و درمان ناباروری از طریق ارائه تسهیلات، مشوق‌ها و فضا و تجهیزات حمایت کنند.

ماده ۴۱ - در راستای بنده (ح) ماده (۱۰۹) قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مکلف است حداکثر ظرف دو سال پس از لازم‌الاجرا شدن این قانون نسبت به تجهیز و راه‌اندازی حداقل یک مرکز تخصصی درمان ناباروری سطح دو در دانشگاه‌های علوم پزشکی و حداقل یک مرکز درمان ناباروری سطح سه به ازای هر استان، اعم از دولتی و عمومی غیردولتی در قالب نظام سطح‌بندی خدمات متناسب با الگوی جمعیت اقدام نماید.

ماده ۴۲ - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و مکلف است دستورالعمل و راهنمای بالینی هماهنگ کشوری مربوط به پیشگیری، تشخیص به هنگام و درمان افراد نابارور و در معرض ناباروری را با رعایت شاخص‌ها و مفاد نقشه مهندسی فرهنگی



کشور با بهره‌گیری از تخصص‌های مرتبط در قالب نظام سطح‌بندی خدمات ضمن ادغام در شبکه بهداشت با رویکرد بروزرسانی، حداکثر تا شش ماه پس از لازم‌الاجرا شدن این قانون، تدوین و پس از تصویب وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام نماید.

ماده ۴۳ - در راستای بنده (ح) و (د) ماده (۱۰۲) قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مکلف است با همکاری وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی و سازمان‌های بیمه‌گر، برنامه‌ها و اقدامات لازم را برای برخورداری همه زوج‌هایی که علی‌رغم اقدام به بارداری به مدت یک سال یا بیشتر، صاحب فرزند نشده‌اند، از برنامه‌های معاینه، بیماریابی، تشخیص علت ناباروری و درمان آن تحت پوشش کامل بیمه‌های پایه، بدون محدودیت زمان و دفعات مورد نیاز به تشخیص پزشک معالج به عمل آورد.

ماده ۴۴ - در اجرای ماده (۷۰) و (د) ماده (۱۰۲) قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با همکاری وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مکلف است کلیه مادران فاقد پوشش بیمه‌ای را طی دوران بارداری و شیردهی و همچنین کودکانی که تا پایان پنج سالگی تحت پوشش خدمات درمانی پایه بیمه‌ای بر اساس آزمون وسیع قرار دهد.

ماده ۴۵ - شورای عالی بیمه مکلف است راهنمای بالینی و استاندارد پوشش بیمه‌ای خدمات سلامت زنان، مادران باردار و نوزادان را از جمله ماماها و پزشکان در مراکز خصوصی و دولتی در قالب سطح‌بندی خدمات با لحاظ نظام ارجاع، تدوین نماید و حداکثر تا شش ماه پس از لازم‌الاجرا شدن این قانون به تصویب هیئت وزیران برساند.

ماده ۴۶ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است جهت آموزش دانشجویان علوم پزشکی و کارکنان نظام سلامت با رویکرد افزایش رشد جمعیت و



تاکید بر اثرات مثبت بارداری و زایمان طبیعی، فواید فرزندآوری، کاهش فاصله ازدواج تا تولد فرزند اول و همچنین کاهش فاصله بین تولد فرزندان حداکثر تا یک سال پس از لازم الاجرا شدن این قانون، نسبت به موارد ذیل اقدام نماید:

۱. تغییر، اصلاح، تکمیل و بروزرسانی علمی متون و منابع آموزشی، در راستای تبیین مضرات مادی و معنوی سقط جنین، عوارض استفاده از داروهای ضد بارداری و زایمان غیرطبیعی غیرضروری

۲. بازآموزی و تربیت کارکنان و ارائه دهندگان آموزش های بند (۱) جهت آموزش و مراجعین در تمامی بازه سنی باروری

۳. 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.

ماده ۴۷ - وزارت بهداشت در مان و آموزش پزشکی با همکاری دبیرخانه شورای عالی انقلاب فرهنگی، حداکثر سه ماه پس از لازم الاجرا شدن این قانون، راهنمای مکتوب حفظ مراقبت و سلامت جنین را با رعایت شاخص های و مفاد نقشه مهندسی فرهنگی کشور، با توزیع در کلیه مراکز تشخیصی، بهداشتی، درمانی اعم از دولتی و غیردولتی در اختیار مادران قرار دهد.

ماده ۴۸ - وزارت بهداشت در مان و آموزش پزشکی مکلف است با بازنگری دستورالعمل ها و متون آموزشی و ترویجی خود در جهت افزایش باروری و ثمرات بارداری و زایمان طبیعی در سلامت بانوان، هزینه های روحی و روانی و اقتصادی دوران بارداری را کاهش دهد و از القای هرگونه ترس و هراس نسبت به امر بارداری پرهیز و از بکارگیری عباراتی از قبیل پرخطر و ناخواسته در شبکه بهداشت ممانعت به عمل آورد و از عبارت مراقبت ویژه به جای آن ها استفاده کند.

ماده ۴۹ - وزارت بهداشت، در مان و آموزش پزشکی مکلف است امکان زایمان



طبیعی در بیمارستان‌ها و زایشگاه‌های دولتی را به گونه‌ای فراهم نماید که برای افراد تحت پوشش بیمه و مراجعین فاقد پوشش بیمه‌ای به صورت کاملاً رایگان انجام و متناسب با آمایش سرزمینی ظرف حداکثر دو سال پس از ابلاغ این قانون با توجه به استانداردهای سطح‌بندی ارائه خدمات، ترتیبی اتخاذ نماید که کلیه زنان باردار حداکثر طی مدت یک ساعت با وسیله نقلیه معمول به خدمات زایشگاهی ایمن و استاندارد دسترسی داشته باشند.

ماده ۵۰ - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مکلف است در راستای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت مادر و نوزاد و کاهش سالانه ۵ درصد از میزان زایمان غیرطبیعی نسبت به نرخ کل زایمان در کشور تا رسیدن به نرخ میانگین جهانی اقدام به اجرای موارد زیر نماید و گزارش اقدامات و نتایج حاصله را هر سه ماه یکبار به ستاد ملی جمعیت ارائه نماید:

۱. یکپارچه‌سازی سیاست‌های ترویج زایمان طبیعی و کاهش زایمان غیرطبیعی در حوزه‌های بهداشت درمان آموزش، پژوهش، غذا، دارو و خدمات بیمه‌ای و برقراری ارتباط منطقی بین آن‌ها

۲. آموزش و فرهنگ‌سازی برای زایمان طبیعی و آموزش‌های فردی به مادر باردار و خانواده

۳. برقراری نظام تضمین کیفیت مهارت‌آموزی و ارائه خدمات مراقبت بارداری و زایمان در قالب کار گروهی توسط ماماها، پزشکان و متخصصان زنان و زایمان، اطفال بی‌هوشی و بقیه کارکنان مرتبط

۴. پذیرش دستیار زنان و زایمان متناسب با سهمیه مناطق با اولویت مناطق محروم و ممانعت از خروج متخصصان از محل تعیین شده در زمان پذیرش سهمیه مناطق

۵. اصلاح تعرفه‌ها و کارانه در جهت افزایش زایمان طبیعی در چارچوب قوانین و مقررات



۶. ممنوعیت پرداخت بیمه در موارد زایمان به روش جراحی، خارج از دستورالعمل‌های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مگر در مواردی که بیمه‌گر قبل از لازم‌الاجرا شدن این قانون متعهد به پرداخت بوده باشد.

۷. توسعه منظم و منسجم زایمان‌های بدون درد با تجهیز بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی و تأمین متخصص و کاردان و کارشناس بیهوشی و مانند آن به‌عنوان جایگزین زایمان به روش جراحی به میزان سالانه ۵ درصد افزایش، نسبت به سال پایه و تاثیرگذاری آن بر شاخص‌های اعتبارسنجی بیمارستان‌ها

۸. ارتقای کیفیت مراقبت‌های بارداری در راستای فرزندآوری و زایمان طبیعی مبتنی بر پرونده الکترونیکی یکپارچه و برخط سلامت با امکان دسترسی در کلیه بخش‌های بهداشت و درمان دولتی و غیردولتی، بر اساس استقرار راهنماهای بالینی سلامت مادر و جنین و با رعایت سطح‌بندی خدمات

۹. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است نسبت به ارزشیابی عملکرد کارکنان بهداشتی - درمانی بر حسب میزان رضایت مادران، در ارائه مراقبت با کیفیت بارداری و زایمان طبیعی و اعمال آن در کارانه ارائه‌دهندگان خدمات اقدام نماید.

۱۰. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است عملکرد بیمارستان‌ها را در زمینه کاهش سالانه ۵ درصد از میزان زایمان به روش جراحی نسبت به نرخ کل زایمان با رعایت موازین علمی در جهت حفظ سلامت مادر و جنین به‌عنوان پیش‌نیاز اعتباربخشی بیمارستان‌ها قرار دهد.

۱۱. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است پنج درصد از بودجه‌های عمرانی خود را به بهبود کیفیت محیط‌های زایشگاهی از نظر فیزیکی و بهداشتی اختصاص دهد. از سال سوم اجرای این قانون پرداخت سهم هر زایشگاه منوط به افزایش میزان رضایت مادران باردار از محیط فیزیکی زایشگاه می‌باشد.

ماده ۵۱ - هرگونه توزیع رایگان یا یارانه‌ای اقلام مرتبط با پیشگیری از بارداری و کار



گذاشتن اقلام پیشگیری و تشویق به استفاده از آن‌ها در شبکه بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی ممنوع می‌باشد.

ماده ۵۲ - عقیم‌سازی دائم زنان و مردان و یا مواردی که احتمال برگشت‌پذیری در آن‌ها ضعیف یا بسیار دشوار است (همچون بستن لوله‌ها) ممنوع است. زنان در مواردی که بارداری برای مادر خطر جانی دارد یا ضرر مهم همچون عوارض جسمی جدی یا حرج (مشقت شدید غیر قابل تحمل) چه در دوران بارداری چه بعد از زایمان ایجاد می‌کند و راه دیگری هم وجود نداشته باشد و دفع ضرر یا حرج مذکور با پیشگیری‌های موقت امکان‌پذیر نباشد، از این امر مستثنی می‌باشند.

ماده ۵۳ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است حداکثر سه ماه پس از لازم‌الاجرا شدن این قانون، کلیه دستورالعمل‌های صادره مرتبط با بارداری و سلامت مادر و جنین که پزشکان و کارکنان بهداشتی - درمانی یا مادران را به سقط جنین توصیه کرده یا سوق می‌دهد، حذف نموده مگر مواردی که جان مادر در خطر باشد و سایر مواردی که ممکن است عوارضی برای مادر یا جنین ایجاد کند، با همکاری دبیرخانه شورای عالی انقلاب فرهنگی بر اساس شاخص‌ها و مفاد نقشه مهندسی فرهنگی کشور به نحو ذیل مورد بازنگری قرار داده و به اجرا درآورد و بر آن نظارت کند:

۱. استانداردهای چگونگی تجویز و عملکرد پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات، آموزش مؤثر و قانونمند آن‌ها، پایش و ارزشیابی عملکرد و صدور یا لغو مجوزهای خدمت مربوطه در اجرای مفاد این ماده

۲. اصلاح روش‌های غربالگری و تشخیصی و عملکرد مورد استفاده برای مادر و جنین در جهت حفظ آن‌ها و منتفی کردن احتمال خطر برای آن‌ها و به استانداردهای روز رساندن مقادیر مثبت و منفی کاذب نتایج و تفسیر آزمایش‌ها و تصویربرداری‌ها با رعایت شاخص‌های به‌روز و استانداردهای علمی و تعیین مسئولیت تجویزکننده و



انجام دهنده خدمات

۳. تعیین آیین‌نامه تصدیق آزمایشگاه‌ها و مراکز تصویربرداری عامل آزمایش‌ها و تصویربرداری‌های مجاز غربالگری ناهنجاری جنین با رعایت شاخص‌های بند (۱) و (۲) با تبیین نحوه ارزیابی منظم از آن‌ها و چگونگی پاسخگویی آنان.

ماده ۵۴ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است طی شش ماه از لازم‌الاجرا شدن این قانون، ضمن استقرار سامانه جامع نسبت به ثبت اطلاعات کلی مراجعین باروری، بارداری، سقط و دلایل آن و زایمان و نحوه آن در کلیه مراکز بهداشتی، درمانی، آموزشگاه‌ها، مراکز درمان ناباروری و مراکز تصویربرداری پزشکی اعم از دولتی و غیردولتی با رعایت اصول محرمانگی اقدام کند.

ماده ۵۵ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است برنامه جامع برای مهار، پایش، پیشگیری و کاهش سقط خودبه‌خودی جنین به صورت ادغام در شبکه بهداشت شامل آموزش عمومی اصلاح سبک زندگی و آسیب‌های وارده ناشی از تغذیه و داروها بر سلامت جنین را اجرا نماید.

ماده ۵۶ - سقط جنین ممنوع بوده و از جرایم دارای جنبه عمومی می‌باشد و مطابق مواد (۷۱۶) تا (۷۲۰) قانون مجازات اسلامی و مواد این قانون، مستوجب مجازات دیه، حبس و ابطال پروانه پزشکی است.

ماده ۵۷ - قوه قضائیه موظف است با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر دستگاه‌های مرتبط، حداکثر ظرف سه ماه پس از لازم‌الاجرا شدن این قانون، برنامه و تمهیدات قانونی لازم برای پیشگیری و مقابله با سقط غیرقانونی جنین و پیشنهاد اصلاح مقررات مراجع ذیصلاح مرتبط را تهیه و اعلام نماید.

ماده ۵۸ - توزیع داروهای رایج در سقط جنین فقط برای عرضه مراکز درمانی بیمارستانی دارای مجوز از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در داروخانه‌های



آن‌ها مجاز است. هرگونه خرید، فروش و پخش داروهای مذکور خارج از سامانه ردیابی رهگیری فرآورده‌های دارویی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نگهداری و حمل این داروها بدون نسخه پزشک جرم است و مشمول مجازات تعزیری درجه سه تا شش موضوع ماده (۱۹) قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲/۲/۱ می‌شود.

ماده ۵۹ - وزارت اطلاعات و سایر دستگاه‌های امنیتی مکلفند با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نیروی انتظامی و سازمان‌های نظام پزشکی و پزشکی قانونی و سایر دستگاه‌های ذی‌ربط از طریق سامانه موجود، گزارش مردمی متخلفان فروش داروهای سقط، مشارکت در سقط غیرقانونی، تارناها و بسترهای مجازی معرفی‌کننده مراکز و افراد مشارکت‌کننده در سقط، توصیه‌های کارکنان بهداشتی درمانی خارج از ضوابط عناصر ترویج‌دهنده سقط غیرقانونی را شناسایی و به عنوان ضابط قضایی، موارد را به مراجع قضایی اعلام نمایند.

ماده ۶۰ - فعالیت مدیران و عوامل موثر در بسترهای مجازی و معرفی‌کننده افراد و مراکز مشارکت‌کننده در سقط غیرقانونی جنین ممنوع است و حسب مورد متخلفان از این حکم علاوه بر مجازات تعزیری درجه پنج موضوع ماده (۱۹) قانون مجازات اسلامی، به پرداخت جزای نقدی معادل دو تا پنج برابر عوائد حاصل از ارتکاب جرم محکوم می‌شوند.

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 جنین یا مادران در حد وسیع گردد، مشمول حکم ماده (۲۸۶) قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲/۲/۱ می‌گردد.

ماده ۶۲ - دولت مکلف است حداکثر ظرف یک سال پس از لازم‌الاجرا شدن این قانون، برنامه‌ریزی جامعی در حوزه مهاجرت داخلی و خارج از کشور با هدف ارتقای



کیفی و کمی جمعیت در راستای بندهای (۹)، (۱۰)، (۱۱) و (۱۳) سیاست‌های کلی جمعیت ارائه و در جهت اجرا به دستگاه‌های ذیربط ابلاغ نماید.

ماده ۶۳ - به منظور تهیه نقشه روزآمد تراکم جمعیت و هدفمند کردن طرح‌های حمایتی این قانون با توجه به پراکندگی خانواده‌ها در سطح کشور، سازمان ثبت احوال کشور، مکلف است با همکاری مرکز آمار ایران اداره کل مهاجرین و اتباع خارجی نسبت به تولید و انتشار آمارهای مهاجرت برحسب فرد و خانواده بر پایه داده‌های مکانی پایگاه اطلاعات جمعیت کشور به صورت سالانه و همچنین تهیه سازوکار افزودن ثبت رویدادهای حیاتی و تغییرات نشانی اتباع خارجی کشور به پایگاه اطلاعات جمعیت کشور اقدام نماید.

ماده ۶۴ - وزارت امور خارجه مکلف است حداکثر تا یک سال پس از ابلاغ این قانون، گزارش کلیه تعهدات ناشی از معاهدات بین‌المللی مرتبط با مسائل جمعیتی کشور را به مجلس شورای اسلامی و شورای عالی انقلاب فرهنگی ارائه و با کمک نهادهای ذیربط، تدابیر و اقداماتی انجام دهد که زمینه کلیه عملکردهای ضد جمعیتی نهادهای بین‌المللی در کشور برطرف گردد.

ماده ۶۵ - رعایت ضوابط ابلاغی سازمان پدافند غیرعامل از سوی دستگاه‌های اجرایی پس از اعلام آزمایش مواد و فرآورده‌های غذایی و واردات محصولات تراریخته، موارد حمله زیستی، آلاینده‌های محیطی و عوامل شیمیایی تشعشعات با آلودگی امواج نسبت به اختلالات باروری جنسی، توسط مراجع ذیربط الزامی است.

ماده ۶۶ - نیروهای مسلح با استفاده از ظرفیت و امکانات دستگاه‌های اجرایی و سازمان‌های ذیربط خود، در زمینه ارائه خدمات بهداشتی و سلامت باروری، درمان ناباروری، افزایش ازدواج، کاهش طلاق و اعطای مشوق‌های فرزندآوری ویژه کارکنان نیروهای مسلح و خانواده آنان، بازنشستگان و بسیجیان اقدام نمایند.



ماده ۶۷ - دستگاه‌های اجرایی مندرج در ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری می‌توانند تکالیف خود در این قانون را از طریق تفاهم‌نامه و عقد قرارداد با سازمان بسیج مستضعفین به اجرا برسانند.

ماده ۶۸ - به منظور حمایت از ازدواج جوانان، بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران مکلف است از محل پس‌انداز و جاری قرض‌الحسنه نظام بانکی، تسهیلات قرض‌الحسنه ازدواج به کلیه زوج‌هایی که بیشتر از چهار سال از تاریخ عقدشان نگذشته باشد و تاکنون تسهیلات ازدواج دریافت نکرده‌اند، با اولویت نخست پرداخت کند. تسهیلات قرض‌الحسنه برای هر یک از زوج‌ها در سال ۱۴۰۱، حدود (۱۲۰) میلیون تومان و با دوره بازپرداخت ده ساله است.

ماده ۶۹ - بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران موظف است در راستای اجرای بند (چ) ماده (۱۰۲) قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی فرهنگی جمهوری اسلامی ایران از طریق بانک‌های عامل، مبلغ هزار میلیارد ریال از منابع سپرده‌ای پس‌انداز و جاری قرض‌الحسنه نظام بانکی به تفکیک، نسبت به پرداخت تسهیلات قرض‌الحسنه ودیعه یا خرید یا ساخت مسکن (بنا به درخواست خانوار) با بازپرداخت حداکثر بیست ساله برای خانواده‌های فاقد مسکن که در سال ۱۳۹۹ به بعد صاحب فرزند سوم می‌شوند، به میزان یک میلیارد و ۵۰۰ میلیون ریال اقدام نماید.

ماده ۷۰ - اجرای احکام این قانون در ارتباط با نهادهای زیر نظر مقام معظم رهبری منوط به اذن ایشان می‌باشد.

ماده ۷۱ - مستکفین از اجرای این قانون، علاوه بر جبران خسارت وارده و اعمال مجازات موضوع ماده (۹) قانون رسیدگی به تخلفات اداری به مجازات حبس یا جزای نقدی درجه چهار یا پنج موضوع ماده (۱۹) قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲/۲/۱ محکوم می‌شوند.





ماده ۷۲ - دولت مکلف است جهت اجرای احکام این قانون، بودجه لازم را در قوانین بودجه سنواری و در ردیف‌های مشخص از محل درآمد ذیل بر حسب نیاز تأمین و اختصاص دهد:

۱. اعتبارات هزینه‌ای:

(الف) - یک درصد از اعتبارات بودجه کلیه دستگاه‌ها، نهادها و مؤسسات موضوع ماده (۲۹) قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران و مندرج در قانون بودجه که به نحوی از انحا از اعتبارات دولتی استفاده می‌کنند به استثنای فصول (۱)، (۴) و (۶) هزینه‌ای و شرکت‌های زیان‌ده

(ب) - یک درصد از اعتبارات مالیات بر ارزش افزوده

(پ) - یک درصد از اعتبارات جدول هدفمندی یارانه‌ها

(ت) - مبلغ ۳ درصد از محل موضوع مابه‌التفاوت نرخ ارز

(ث) - ۱۰ درصد از منابع حاصل از اجرای ماده (۳۷) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲)، (مالیات سلامت)

(ج) - دو درصد از یک دوازدهم هزینه جاری شرکت‌های دولتی، بانک‌ها و مؤسسات انتفاعی وابسته به دولت که سودده و فاقد زیان انباشت هستند.

(چ) - ۱۰۰ درصد از محل افزایش ۲۰ درصدی جرایم تخلفات رانندگی

(ح) - ۷۰ درصد از درآمد اجرای اصل (۴۹) قانون اساسی؛ به غیر از اموالی که باید به صاحبان حق رد شود و یا در اختیار ولی فقیه است.

(خ) - منابع حاصل از جریمه‌های مذکور در متن این قانون

(د) - اعتبارات مرتبط با توزیع عموم اقلام پیشگیری از بارداری، عقیم‌سازی و سایر مواردی که تحت هر عنوانی به کنترل جمعیت منجر می‌شده است.





ذ) - صد درصد از درآمد حاصل از افزایش (۹۰۰) ریال به تعرفه هر متر مکعب گاز مصرفی واحدهای تولید کننده فولاد

ر) - ۱۰۰ درصد از درآمد حاصل از افزایش (۱۰۰) ریال به ازای هر متر مکعب فروش آب شرب شهری مشترکان پر مصرف آب از طریق شرکت‌های آبفای شهری و واریز به حساب خزانه

ز) - صد درصد از درآمد حاصل از افزایش سه برابری جرایم مرتبط به کالا، تجهیزات و داروهای قاچاق

س) - ۱۰۰ درصد جرایم تعزیرات حاصل از احتکار و گرانفروشی

ش) - کاربر بسته‌های ارائه‌دهنده خدمات مخابراتی علاوه بر قیمت هر پیامک مبلغ (۱۰) ریال از استفاده‌کننده خدمات مذکور دریافت و جذب منابع این قانون قرار گیرد.

۲. اعتبارات تملک دارایی‌های سرمایه‌ای - عمرانی:

مبلغ ۳ درصد از محل اعتبارات تملک دارایی‌های سرمایه‌ای بابت احداث، تکمیل و تجهیز طرح‌های تحقیقاتی و تجهیزاتی و امکانات مرتبط با این قانون.

ماده ۷۳- به موجب این قانون، قانون تنظیم خانواده و جمعیت مصوب ۱۳۷۲/۲/۲۶

با اصلاحات و الحاقات بعدی آن و ماده واحده قانون سقط درمانی مصوب ۱۳۸۴/۳/۱۰

و محدودیت‌های مربوط به تعداد فرزند در بند (۴) ماده (۶۸) قانون مدیریت خدمات

کشوری و ماده (۸۶) قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴/۴/۳ نسخ می‌گردد.



فصل ششم

فرآیند سالمندی



امید به زندگی و فرآیند سالمندی

پیشرفت جامعه بشری، بهبود وضعیت بهداشتی درمانی و افزایش امید به زندگی نهایتاً موجب افزایش درصد جمعیت سالمند شده است. سالخوردگی جمعیت، پیامد طبیعی افزایش امید به زندگی است. سالخوردگی جمعیت پدیده جهانی و رو به افزایش است. جهان هر سال با درصد جمعیت سالمند بیشتر و سالمندان پیرتر روبرو خواهد بود. تأمین سلامت سالمندان یکی از مهم‌ترین چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی درمانی در قرن بیست و یکم به شمار می‌رود. رشد جهانی جمعیت سالمندان هم برای ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی، درمانی و هم برای اعضای خانواده و جامعه‌ای که سالمندان در آن زندگی می‌کنند؛ یک چالش مهم محسوب می‌گردد.

طبیعی است هر چه افراد مسن‌تر باشند، به مراقبت‌ها و خدمات بیشتری احتیاج دارند. لذا برنامه‌ریزی برای ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان، ضروری است. سالمندی فرصتی است که اگر برنامه‌ریزی نداشته باشیم تبدیل به تهدید می‌شود. از آنجایی که ارائه خدمات به سالمندان، جهت ارتقاء سطح سلامت آنان، چند وجهی بوده و باید همواره همه ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی آنان مورد توجه قرار گیرد، مسئولیت



تأمین سلامت سالمندان جامعه، ضمن محوریت وزارت بهداشت، نیاز به همکاری گسترده بین بخشی دارد.



البته افزایش جمعیت فی نفسه خود یک چالش نیست و نشان از موفقیت نظام سلامت در بالا بردن امید به زندگی در جامعه دارد، اما در صورت بی توجهی سیاست‌گذاران سلامت کشور، می‌تواند چالش‌هایی برای نظام سلامت و نیز برای جامعه ایجاد نماید. سیاست‌گذاری و تدوین سیاست‌ها و استراتژی‌های اثربخش برای سلامت سالمندان در پیشگیری، درمان و توانبخشی در جهت فعال نگاه داشتن سالمندان و ارتقای سلامت این گروه، یکی از وظایف اصلی دولت‌ها است.

جوامع مختلف به مدد توسعه اجتماعی، اقتصادی و پیشرفت‌های نظام سلامت، به میانگین سنی بالاتری دست پیدا کرده و امید به زندگی بیشتری را برای شهروندان خود به ارمغان آورده‌اند. در ایران نیز امید به زندگی بدو تولد کمی بیش از ۵۰ سال در سال ۱۹۷۷ به رقمی بالاتر از ۷۰ سال در سال‌های اخیر رسیده است. در امریکا از سال ۱۹۰۰ تا پایان قرن بیستم امید به زندگی بدو تولد از ۴۷ سال به ۷۹ سال افزایش پیدا کرد و این رقم در ژاپن از مرز ۸۰ سال گذشته است.



طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت در کشورهای در حال توسعه، جمعیت سالمندان سریع‌ترین رشد را نسبت به تمام گروه‌های جمعیتی دارد و تا سال ۲۰۳۰ رشدی معادل چهار برابر رشد کل جمعیت را دارا خواهد بود و به یک مسئله جمعیت شناختی عمده تبدیل خواهد شد.

فرآیند سالمندی تغییرات تدریجی در ساختار و عملکرد موجودات زنده است که به مرور زمان ایجاد شده و ناشی از بیماری یا صدمات عمده نیست و سرانجام منجر به افزایش احتمال مرگ می‌شود. سن زیست شناختی کسی را نمی‌توان از سن تقویمی او دریافت. از این رو گفته شده است که هیچکس تنها با گذراندن شماری از سال‌های عمر پیر نمی‌شود. غالباً برای سادگی، سن تقویمی را مبنای تعریف سالمندی قرار می‌دهند. بنا به تعریف و توصیف سازمان بهداشت جهانی، سالمند به کسی گفته می‌شود که سن ۶۰ سالگی را پشت سر گذاشته باشد و از نظر سنی به سه گروه، سالمند جوان (۶۹-۶۰ سال)، سالمند میانسال (۷۹-۷۰) و سالمند پیر (۸۰ و بالاتر) تقسیم می‌گردند.

لذا سالمندی معمولاً همراه با مشکلات مختلفی است که جنبه‌های اجتماعی، روانی، فیزیولوژیکی را می‌تواند در برگیرد. بدیهی است این موارد همراه با تحمیل هزینه قابل توجهی است.





تعاریف

• سالمندان

عبارت از افرادی است که سن آنان ۶۰ سال و بالاتر می‌باشد.

• سالمند (سالمند جوان)

فردی است که سن او بین ۶۰ تا ۶۹ سال می‌باشد.

• سالخورده (سالمند میان سال)

فردی که سن او بین ۷۰ تا ۷۹ سال می‌باشد.

• کهنسال (سالمند پیر)

عبارت از فردی است که سن او ۸۰ سال و بالاتر می‌باشد.

• سالمندان آسیب‌پذیر

افرادی که در طی فرایند سالمندی دچار مشکلات ساختاری و عملکردی در بدن می‌شوند.

• شاخص سالمندی

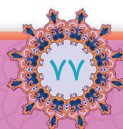
عبارت از تعداد افراد ۶۰ ساله و بالاتر به ازای هر ۱۰۰ نفر زیر ۱۵ سال در جمعیت می‌باشد.

• نسبت وابستگی سالمندان

عبارت از تعداد افراد ۶۰ ساله و بالاتر در هر ۱۰۰ نفر افرادی که سن آنها ۱۵ تا ۶۰ ساله می‌باشد.

• جامعه رو به سوی سالمندی

بر اساس تعاریف سازمان جهانی سلامت، جامعه‌ای که بیش از ۷ درصد جمعیت آن را گروه‌های سنی در رده سالمندی تشکیل داده باشد که در چنین شرایطی جامعه با پدیده سالمندی مواجه شده است.





اصول و ارزش‌ها

• **اصل اول:** پیری یک فرآیند مداوم و پیوسته در سراسر زندگی است. کیفیت زندگی و شادابی یک فرد در دهه ششم و هفتم زندگی تا حد زیادی توسط دسترسی و استفاده وی به خدمات سلامت فردی و عمومی، خدمات سلامت روانی، حمایت‌های اجتماعی، فرصت‌های آموزشی، اشتغال و درآمد، در طی دهه‌های قبلی زندگی وی رقم می‌خورد. از این رو موفقیت برنامه سلامت سالمندان در گروی مدیریت فرآیند سالمندی موفق در طی دوران جوانی و بالاخص دوران میانسالی است.

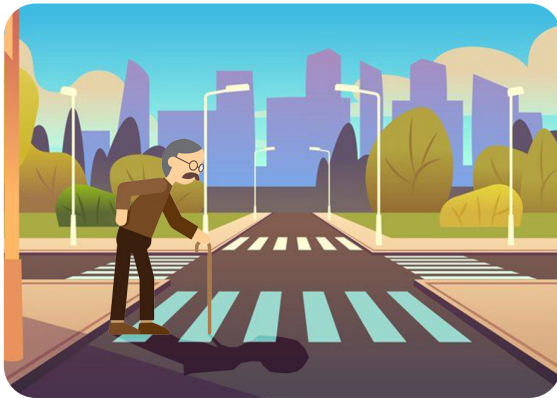
• **اصل دوم:** رفع نیازهای عالی سالمندان در گروی رفع نیازهای پایه آنان است. نیازهای انسان سطوح مختلفی را تشکیل می‌دهند. اگر برخی از نیازهای پایه سالمندان برآورده نگردد، به دشواری می‌توان بر روی رفع نیازهای عالی تر آنها تمرکز نمود. نیاز یک سالمند به غذا و سرپناه، پایه‌ای‌ترین نیازهای یک سالمند محسوب می‌گردد. ایمنی در مقابل بیماری، فقر، محرومیت، ترس و آزار، سطح بعدی نیازهای یک سالمند را تشکیل می‌دهد. وجود ارتباطات محترمانه با اعضای خانواده و دوستان سطح بعدی نیازهای یک سالمند می‌باشد. حق انتخاب (مکان زندگی، نحوه رفت و آمد، شیوه برقراری ارتباط، روش گذراندن اوقات فراغت) سطح بعدی نیازهای یک سالمند محسوب می‌گردد و به فعل رساندن تمام استعدادها و توانایی‌های درونی، بالاترین سطح نیازهای یک سالمند را تشکیل می‌دهد. برنامه سلامت سالمندان باید با اتخاذ یک رویکرد وسیع و ادغام یافته بطور متوازن بر روی رفع تمام این نیازها تمرکز نماید.

• **اصل سوم:** مفهوم سالمندی نیازمند یک بازتعریف اساسی است. بسیاری از مشکلاتی که با افزایش سن در سطح ملکول‌ها، سلول‌ها، بافت‌ها و ارگان‌ها اتفاق می‌افتد، امروزه شناخته شده است و بالقوه قابل پیشگیری و حتی قابل بازگشت تلقی می‌شود. به این ترتیب سالمندی موفق می‌تواند با حداقل ناتوانی اتفاق بیافتد.

• **اصل چهارم:** مفهوم بازنشستگی نیازمند یک بازتعریف اساسی است. امروز نگاه غالب به سالمندان از منظر سرمایه انسانی می‌باشد. به طور قطع به مرور زمان توانمندی‌های فیزیکی سالمندان کاهش می‌یابد، اما این امر به موازات افزایش تجربه، خرد و تاثیرگذاری اجتماعی سالمندان صورت می‌گیرد. استفاده از یک مرز سنی ثابت برای بازنشستگی حجم عظیمی از تجربه، خرد و سرمایه اجتماعی را به کنار می‌راند. بازنشسته کردن سالمندانی که کماکان از کارایی مناسبی برخوردارند می‌تواند موجب محرومیت جامعه از تجربیات و توانمندی‌های این گروه سنی بشود.

• **اصل پنجم:** عدالت در برخورداری از مواهب یک زندگی سالم و در رفاه برای همه سالمندان کشور، اصل دیگر در تدوین سند محسوب می‌گردد.

• **اصل ششم:** سیاست‌های تدوین شده در این سند بر مبنای اصول و ارزش‌های اسلامی برگرفته از قرآن کریم بوده و با رعایت اصول علمی و مبتنی بر شواهد تهیه شده است. این سیاست‌ها مطابق با اصول الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت و نیز به تبعیت از اسناد بالادستی و سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری در خصوص سلامت و سیاست‌های جمعیت تهیه و تدوین شده است.





پیری یک موفقیت است، پیری مساوی بیماری نیست

سالمند شدن یک موفقیت است که باید به آن افتخار کرد. پیری یعنی فائق آمدن بر خطرات، سختی‌ها و بیماری‌ها در طول عمر.

افزایش امید به زندگی و سالمند شدن جمعیت نیازمند سیاست‌های مناسب دولت‌ها در جهت تغییر نقش سالمندان از افرادی وابسته به جمعیتی فعال از هر نظر را اجتناب‌ناپذیر می‌نماید. از بارزترین تغییرات دهه‌های اخیر تغییر الگوی سالمندی است. تغییرات الگوی سالمندی که از میانه دهه ۶۰ اتفاق افتاده است به علت شناخت دو موضوع تفاوت‌های فردی و انعطاف‌پذیری در پروسه سالمندی است. به نحوی که افرادی در میان‌سالی معلول می‌شوند و در مقابل افرادی هستند که در ۷۰-۸۰ سالگی در مسابقات ورزشی شرکت می‌کنند. از مواردی که منجر به تفاوت‌های فردی می‌گردد رفتارهای سلامتی و فاکتورهای روانی و اجتماعی است. سیاست‌گذاری‌ها در کشورهای اروپایی در راستای سالمندی سالم و فعال از طریق ارتقا سلامت و درجه بالاتری از فعالیت‌های اجتماعی و استقلال سالمندان است.

سن تقویمی ملاکی برای میزان توانایی و سلامتی فرد نیست. بسیاری از سالمندان هستند که از نظر وضعیت سلامتی، فعالیت‌های اجتماعی و... بسیار بهتر از جوانان هستند.

با رعایت شیوه زندگی سالم می‌توان سالم پیر شد یا در صورت وجود بیماری عوارض آن را کنترل کرد و جلوی ناتوانی را گرفت. در واقع اینکه فرد در طول زندگی، چگونه زندگی کرده؛ وضعیت سلامتی دوران سالمندی او را مشخص می‌کند. اما حتی اگر در سالمندی هم شیوه زندگی سالم به کار گرفته شود باز هم موثر است و از بروز و یا پیشرفت ناتوانی جلوگیری می‌کند. نکته دیگر، انجام مراقبت‌های دوره‌ای یا همان چکاپ است. مثل اینکه سالمندان حتی اگر هیچ مشکلی هم نداشته باشند باید سالی



یک بار فشار خون آن‌ها کنترل شود، آزمایش قند خون ناشتا بدهند، معاینه بینایی (بینایی سنجی)، معاینه شنوایی (شنوایی سنجی) و معاینه دهان و دندان بشوند.

هفت گروه زیر در سالمندان در معرض خطر آسیب‌پذیری دسته‌بندی می‌شوند:

سالمندان در معرض خطر آسیب‌پذیری	
۱	زنان سالمند
۲	کهنسالان (پیرترین پیران)
۳	سالمندان روستایی
۴	سالمندان حاشیه شهرها
۵	سالمندانی که در مؤسسات نگهداری می‌شوند
۶	سالمندان بی‌بضاعت (زیر خط فقر نسبی)
۷	سالمندان تنها

اگر قرار است سالمندی یک اتفاق خوب باشد، این زندگی طولانی‌تر باید همراه با فرصت‌های همیشگی برای سلامتی، مشارکت و امنیت باشد. در این صورت است که می‌توان انتظار یک سالمندی فعال و با نشاط را داشته باشیم که به عنوان منبعی حمایت‌کننده برای خانواده و جامعه است.

ارزش و احترام گذاشتن به گفته‌های سالمند: منظور این نیست که برای برقراری ارتباط با سالمند هر چه او بگوید قبول کنید، بلکه به او و حق او برای فکر کردن و سخن گفتن احترام بگذارید.

شناخت توان سالمندان از نظر شرکت و نقش رهبری فعالیت‌های اجتماعی، نه فقط در جهت منافع خود بلکه برای منافع کل جامعه، اهمیت اساسی دارد. تفکر آینده‌نگر ایجاب می‌کند که به توان بالقوه‌ی سالمندی به عنوان پایه و مبنای توسعه آینده ایمان آوریم.



اهداف سالمندی موفق

اجتناب یا به تعویق انداختن بیماری در سالمندان	سالمندی سالم	۱
اجتناب یا به تعویق انداختن معلولیت در سالمندان	سالمندی با حفظ کارایی	۲
اجتناب یا به تعویق انداختن وابستگی در سالمندان	سالمندی با حفظ استقلال	۳
اجتناب از تنهایی و جدا ماندگی در سالمندان	سالمندی با حفظ جایگاه و مشارکت اجتماعی	۴
به تعویق انداختن بازنشستگی در سالمندان	سالمندی مولد و بهره‌ور	۵
اجتناب از ناامیدی، بی‌انگیزگی و ایستایی در سالمندان	سالمندی همراه با به فعل رساندن تمام استعدادها و توانایی‌های درون	۶
اجتناب از تحقیر و تبعیض در سالمندان	سالمندی با حفظ منزلت، کرامت و عزت نفس	۷

براساس تعریف سازمان جهانی بهداشت سالمندی فعال دارای سه رکن اصلی است:

- سلامت
- مشارکت
- امنیت



■ سلامت

از عوامل تاثیرگذار در داشتن سالمندی فعال وضعیت سلامت عمومی و سلامت جامعه‌ای است که سالمند در آن زندگی کرده است. سلامت علاوه بر نداشتن بیماری یا ناتوانی، شامل عملکرد بالای فیزیکی و شناختی و داشتن فعالیت‌های اجتماعی مناسب و مفید می‌باشد. در واقع سلامت در برگیرنده سه بعد سلامت بدنی مناسب، سلامت شناختی مناسب و شرکت در فعالیت‌های اجتماعی است.

■ مشارکت

مشارکت‌های اقتصادی و مولد بودن، حفظ استقلال (اتونومی) و فعال بودن در جامعه فاکتورهایی است که دیگران به سالمندی فعال افزوده‌اند. کشورها و ملل مختلف تعاریف اختصاصی خودشان را دارند.

بنابراین سالمندان به عنوان یک پتانسیل عظیم می‌توانند به عضوی فعال در اجتماع و اقتصاد ظاهر گردند. اهمیت این موضوع وقتی است که جمعیت عظیمی از سالمندان در کشورمان در حال شکل‌گیری است که با مشارکت این گروه در زمینه‌های مختلف، علاوه بر پیشگیری از وابستگی، شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و اقتصادی مختلف، ارتقا کیفیت زندگی سالمندان و پیشرفت جامعه را در پی خواهد داشت.

■ امنیت

شرایط محیطی نقش مهمی در توان عملکردی سالمندان دارد. برای مستقل و فعال بودن سالمند باید شرایط هم فراهم باشد. به عنوان مثال فضای خانه، فضاهای عمومی باید طوری باشد که امکان رفت و آمد سالمند وجود داشته باشد. وسایل حمل و نقل عمومی نیز همینطور. بسیاری از سالمندان عزیز ما به خاطر مثلاً یک مشکل زانو نمی‌توانند از برخی فضاهای عمومی مانند پارک‌ها به علت پله‌های زیاد استفاده کنند و یا به دلیل ارتفاع اتوبوس در جاهایی که سکوی مخصوص وجود ندارد، نمی‌توانند از



اتوبوس استفاده کنند. در کشورهایی که به این موضوع توجه شده است حتی سالمندی که از نظر جسمی مشکل دارد و ناتوان است مثلاً روی ویلچر است به خاطر امکاناتی که در اختیار دارد می‌تواند خودش به مغازه برود و خرید کند.

محیط باید امن باشد بطوری که حتی یک سالمند ناتوان هم بدون احساس خطر بتواند به تنهایی از خانه بیرون برود و مثلاً از عابر بانک پول بگیرد.



بیانیه حقوق بشر سازمان ملل در سال ۱۹۹۱، پنج اصل را در مورد حقوق سالمندان ارائه نمود. این پنج اصل عبارتند از استقلال، مشارکت، مراقبت، خود شکوفایی و کرامت. در این بیانیه برای هر یک از پنج اصل، مواردی را بیان نموده است که عبارتند از:

۱. استقلال

مهم‌ترین چیزی که در سالمندی کیفیت زندگی را افزایش می‌دهد و باعث می‌شود تا سالمندان زندگی بهتری داشته باشند؛ حفظ استقلال است. هدف این است که سالمند بتواند کارهای روزانه خودش را انجام بدهد و چه در خانواده و چه در جامعه فعال باشد. باید به سالمندان اجازه داد تا جایی که ممکن است کارهای روزانه خودشان را خودشان انجام دهند. همچنین هر فعالیتی که به علت سالمندی متوقف می‌گردد باید با فعالیتی دیگر جایگزین گردد. مثلاً سالمندی که قبلاً می‌دویده اما دیگر نمی‌تواند بدود، به جای آن پیاده روی کند. حرکت و فعالیت در کاهش بسیاری از بیماری‌ها و مشکلات موثر



است. حرکت و فعالیت در بهبود فعالیت ذهنی و جلوگیری از فراموشی نیز موثر است. افراد سالمند باید از طریق تأمین درآمد، خانواده، حمایت جامعه و یا خود یآوری به غذای مکفی، آب، سرپناه، پوشاک و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی دسترسی داشته باشند.

برای افراد سالمند باید موقعیت کار کردن را فراهم نمود. این افراد همچنین باید به دیگر فرصت‌های شغلی درآمدزا دسترسی داشته باشند.

افراد سالمند باید قادر به مشارکت در تعیین زمان خروج از نیروی کار باشند.

افراد سالمند باید به برنامه‌های تحصیلی و آموزشی مناسب دسترسی داشته باشند.

افراد سالمند باید قادر به زندگی در محیط‌هایی باشند که امن بوده و سازگار با سلیقه‌های شخصی و تغییر ظرفیت‌هایشان می‌باشد.

افراد سالمند باید تا هر زمانیکه ممکن است، قادر به اقامت در این محیط‌ها باشند.

۲. مشارکت

شناخت توان سالمندان از نظر شرکت و نقش رهبری فعالیت‌های اجتماعی، نه فقط در جهت منافع خود بلکه برای منافع کل جامعه، اهمیت اساسی دارد. تفکر آینده‌نگر ایجاد می‌کند که به توان بالقوه‌ی سالمندی به عنوان پایه و مبنای توسعه آینده ایمان آوریم.

افراد سالمند باید به حضور خود در جامعه ادامه دهند و در تدوین و اجرای سیاست‌هایی که به طور مستقیم رفاه آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد مشارکت فعال داشته باشند و دانش و مهارت خود را با نسل جوان به اشتراک بگذارند.

افراد سالمند باید به دنبال یافتن و توسعه‌ی فرصت‌هایی برای خدمت به جامعه باشند. این خدمات را می‌توانند به شکل داوطلبانه و در موقعیت‌هایی متناسب با منافع



و ظرفیت‌هایشان ارائه دهند.

افراد سالمند باید قادر به تشکیل جنبش یا انجمن افراد سالمند باشند.

۳. مراقبت

افراد سالمند باید مطابق با ارزش‌های فرهنگی نظام هر جامعه از مراقبت‌های خانواده، اجتماع و حفاظت بهره‌مند شوند.

برای کمک به افراد سالمند به منظور حفظ و به دست آوردن مجدد سطح مطلوب سلامت روانی، احساسی و فیزیکی و پیشگیری از بیماری و تأخیر در شروع آن، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی باید برای این افراد فراهم شود.

به منظور افزایش استقلال، حفاظت و مراقبت از خود افراد سالمند باید به خدمات اجتماعی و حقوقی دسترسی داشته باشند.

افراد سالمند باید قادر به استفاده از سطوح مناسب مراقبت‌های آسایشگاهی حفاظتی، توانبخشی و انگیزش اجتماعی و روانی در محیط انسانی و امن باشند.

افراد سالمند ساکن در هر نوع سرپناه یا مراکز درمانی و مراقبتی باید از حقوق انسانی و آزادی‌های اساسی از جمله احترام کامل به کرامت، باورها، نیازها و حریم خصوصیشان و همچنین حق تصمیم‌گیری در مورد مراقبت از خود و کیفیت زندگی‌شان برخوردار باشند.

۴. خود شکوفایی

افراد سالمند باید قادر به دنبال کردن فرصت‌ها برای شکوفایی توانایی بالقوه‌ی خود باشند. افراد سالمند باید به منابع آموزشی، فرهنگی، معنوی و تفریحی جامعه دسترسی داشته باشند.

۵. کرامت

افراد سالمند باید قادر به زندگی کردن در عزت و امنیت باشند و مورد استعمار و



سوء استفاده جسمی یا روانی قرار نگیرند. با افراد سالمند باید کاملاً بدون در نظر گرفتن سن، جنس، پیش زمینه‌های نژادی و قومی، ناتوانی یا هر وضعیت دیگر رفتار کرد و فارغ از مشارکت اقتصادی، شان به آنها بها داد.

راهنمای سالمندی فعال توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۲ منتشر گردید. در این راهنما ضمن بیان ضرورت توجه به سالمندی فعال، در مورد تعیین‌کننده‌های سالمندی فعال حیطه‌ها و شاخص‌هایی بیان شده و چالش‌های افراد سالمند در هفت حیطه مورد بررسی قرار گرفته است. این هفت حیطه عبارتند از: بار بیماری اضافه، افزایش خطر ناتوانی (کاهش بینایی و کاهش شنوایی)، ارائه خدمات مراقبتی سلامت، افزایش جمعیت زنان سالمند نسبت به مردان، اخلاق و نابرابری، وضعیت اقتصادی در دوران سالمندی و شکل‌گیری الگوی جدید سالمندی.

در سال ۲۰۱۲ اتحادیه اروپا به منظور اندازه‌گیری سالمندی فعال شاخص‌هایی را در چهار حیطه معرفی نمود. معیارهای انتخاب این شاخص‌ها عبارت بودند از شاخص‌های پیامد به جای شاخص‌های ورودی و فرآیند، قابل مقایسه بودن میان کشورهای اتحادیه اروپا، پوشش شاخص‌ها در کشورهای عضو اتحادیه اروپا، قابل اندازه‌گیری بودن در طول سال‌ها، دسترسی به بانک‌های اطلاعاتی میکرو، کیفیت و به موقع بودن، استفاده نموده‌اند. این چهار حیطه و شاخص‌های آن عبارتند از:

■ استخدام کارگران سالمند

باید به افراد سالمند اجازه داد تا کارهای درآمدزای خود را تا زمانی که می‌خواهند و تا زمانی که کار مولد دارند، ادامه دهند. بیکار گذاردن، کم‌بکار گرفتن و انعطاف‌ناپذیری بازار غالباً مانع این امر است و از این رو سبب محدود شدن فرصت‌ها برای افراد و محروم ماندن جامعه از انرژی و مهارت‌های سالمندان می‌شود.



■ فعالیت اجتماعی و مشارکت افراد سالمند

سالمندان را به فعال بودن در نقش‌های فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی و تداوم مشارکت در امور اجتماعی، و از آن جمله کارهایی که در ازای آنها مزدی پرداخت نمی‌شود؛ تشویق کنید.

■ زندگی مستقل و خود سامان افراد سالمند

سالمندان باید فرصت‌ها و موقعیت‌هایی برابر و یکسان در جامعه برای تفریح، آموزش، یادگیری، اشتغال، فعالیت‌های داوطلبانه و... داشته باشند.

■ ظرفیت و مهیاسازی محیط برای سالمندی فعال

باید از همه ابزارهای ممکن برای دسترسی سالمندان به تغییرات تکنولوژیک و بهره‌مندی و تطابق خویش با آن‌ها استفاده کرد.





سلامت سالمندان

بند ۷ سیاست‌های جمعیتی ابلاغی مقام معظم رهبری

فرهنگ‌سازی برای احترام و تکریم سالمندان و ایجاد شرایط لازم برای تأمین سلامت و نگهداری آنان در خانواده و پیش‌بینی سازوکار لازم برای بهره‌مندی از تجارب و توانمندی‌های سالمندان در عرصه‌های مناسب

با عنایت به برآورد سازمان جهانی بهداشت، در کشورهای در حال توسعه، جمعیت سالمندان سریع‌ترین رشد را نسبت به تمام گروه‌های جمعیتی دارد، با توجه به نرخ رشد جمعیت سالمندان کشور ایران (۳/۴ درصد سالانه) پیش‌بینی می‌شود که جمعیت شصت سال و بالاتر به حدود ۲۸ میلیون نفر تا سال ۱۴۳۰ افزایش یابد که نزدیک به حدود ۳۰ درصد از کل جمعیت خواهد بود.

پیش‌بینی می‌شود تعداد سالمندان ایران تا سال ۲۰۳۰ میلادی ۴/۱۴ درصد، در سال ۲۰۵۰ به ۲/۳۱ درصد نیز برسد در این سال متوسط جمعیت سالمندان جهان، ۵/۲۱ درصد و آسیا ۲۴ درصد خواهد بود به طوری که تعداد سالمندان ایران از میانگین جهان و آسیا بیشتر خواهد شد و این یعنی از هر سه نفر، در کشور، یک نفر سالمند خواهد بود و این رشد جمعیت هم برای ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، درمانی و هم برای اعضای خانواده و جامعه‌ای که سالمندان در آن زندگی می‌کنند یک چالش مهم محسوب می‌گردد.

در سال‌های اخیر کشور ایران به مدد توسعه اجتماعی، اقتصادی و پیشرفت‌های نظام سلامت، به میانگین سنی بالاتر و امید به زندگی بیشتری دست یافته است. بدیهی است افزایش امید به زندگی، با افزایش درصد جمعیت سالمند همراه بوده و سال‌خوردگی جمعیت یک دست‌آورد مثبت و یکی از افتخارات ما است. براساس سرشماری ۱۳۹۵ مرکز آمار ایران، کشور ما ۷ میلیون سالمند دارد که ۲۸/۹ درصد جمعیت را تشکیل می‌دهد و انتظار می‌رود تا سال ۱۴۳۰ این درصد به ۳۰ درصد کل جمعیت کشور برسد.



با توجه به این آمار امید زندگی در مردان، کمتر از زنان می‌باشد و سهم زنان از جمعیت سالمند کشور افزایش یافته است. افزایش امید زندگی و افزایش تعداد زنان سرپرست خانوار از عواملی هستند که در بروز هر چه بیشتر زنانه شدن سالمندی مؤثرند. درصد تنهایی زنان سالمند در مقایسه با مردان، بیشتر است و این بیشتر بودن، واگذاری بیشتر آنان را به مراکز نگهداری سالمندان در پی دارد. در توجه به مشکلات سالمندی با حجم انبوهی از مشکلات زنان سالمند نسبت به مردان مواجه می‌شویم. وضعیت اقتصادی زنان نسبت به مردان، میزان دریافتی حقوق بازنشستگی، سپرده‌ها، دارایی و عوایدی که نصیب‌شان می‌شود، نسبت به مردان در درجه پایین‌تری قرار دارد. بیماری‌های شایع در میان زنان و مردان چون پوکی استخوان به دلیل تفاوت در فیزیولوژی زنان و مردان، در زنان بیشتر دیده می‌شود که به تبع، شکستگی‌های استخوانی و انواع معلولیت را به همراه دارد. شکستگی‌هایی که به دنبال از دست دادن تعادل و سقوط در خانه یا در فضاهای شهری اتفاق می‌افتد. همچنین بروز بیماری‌های نوپدید می‌چون آلزایمر (دمانس) بر ابعاد مشکلات سالمندان و خانواده‌ها و مراقبان آنان می‌افزاید.





مشکلات سالمندان: سالمندی معمولاً همراه با مشکلات مختلفی است که جنبه‌های جسمی، روانی و اجتماعی را در بر گرفته و با تحمیل هزینه‌های قابل توجهی همراه است. با سالمند شدن جمعیت، برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در جهت تغییر نقش سالمندان از افرادی وابسته به جمعیتی فعال از هر نظر، اجتناب‌ناپذیر است.

حفظ تندرستی و سلامت سالمندان، امری امکان‌پذیر بوده و نباید بیماری و ناتوانی را جزء جدایی‌ناپذیر سالمندی دانست. در این راستا مراقبت دوره‌ای سالمندان در کنار آموزش شیوه زندگی سالم می‌تواند با کاهش بار بیماری و افزایش امید به زندگی توأم با سلامت، به سالمندی سالم و فعال منجر شود. بدیهی است شما به عنوان پزشک مرکز ارائه خدمات جامع سلامت، بیشترین نقش را در پیشبرد اهداف نظام سلامت خواهید داشت. امید است با تلاش، شاهد افزایش برخورداری سالمندان از برنامه‌های سلامت باشیم.



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

برنامه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دوران سالمندی

این وزارتخانه متولی اصلی سلامت جامعه در تمام سطوح آن از جمله پیشگیری، درمان و توانبخشی است و به لحاظ مسئولیتی که در قبال حفظ و ارتقاء سلامت شهروندان دارد، مسئولیت سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌ها و اقدامات لازم در زمینه سلامت جسمی و روانی سالمندان و سایر گروه‌های سنی را عهده‌دار می‌باشد. نظام ارائه خدمات سلامت در وسعتی به پهنای کلیه روستاها و شهرهای



کشور در قالب واحدهای ارائه دهنده خدماتی مانند: خانه‌های بهداشت، پایگاه‌های سلامت، مراکز خدمات جامع سلامت، کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها و مراکز توانبخشی مختلف سازماندهی شده است و با ارائه مراقبت‌های ادغام یافته سلامت سالمندی توسط مراقبین سلامت و پزشکان به ارزیابی و پیشگیری و درمان مشکلات شایع جسمانی و روانی سالمندان می‌پردازد. اداره سلامت سالمندان دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس معاونت بهداشت وزارت بهداشت، مسئول سیاستگذاری، برنامه‌ریزی و هماهنگی درون و برون بخشی کلیه اقدامات مرتبط با موضوع سالمندان در بخش‌های مختلف و مرتبط این وزارتخانه است.

تا به حال طبق سامانه سیب (سالمندان ثبت نام شده) ۹/۱۰ درصد کل جمعیت استان اردبیل می‌باشد که ۱/۴۷ درصد مرد و ۹/۵۲ درصد زن می‌باشد.

بیشترین سالمند در شهرستان کوثر و نیر و کم‌ترین سالمند در شهرستان پارس آباد می‌باشد.

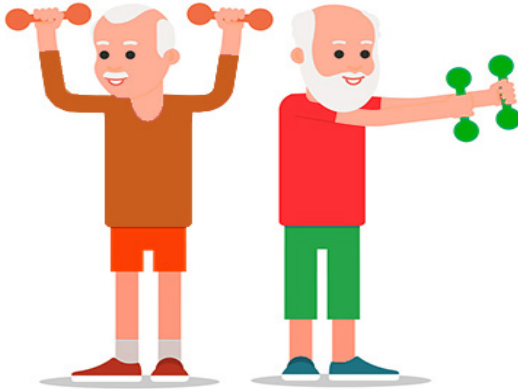
برای کلیه زنان و مردان ۶۰ سال و بالاتر خدمات زیر ارائه می‌شود:

مراقبت‌های ادغام یافته سالمندی برای زنان و مردان بالای ۶۰ سال

- غربالگری تغذیه در سالمندان (۶۰ سال و بالاتر)
- غربالگری افسردگی سالمندان (۶۰ سال و بالاتر)
- مراقبت از نظر خطر سقوط و عدم تعادل در سالمندان (۶۰ سال و بالاتر)
- مراقبت از نظر فشار خون (۶۰ سال و بالاتر)
- پیشگیری از سکنه‌های قلبی و مغزی از طریق خطرسنجی و مراقبت ادغام یافته دیابت، فشارخون بالا و اختلالات چربی‌های خون (۳۰ سال و بالا)



- برنامه غربالگری و تشخیص زودهنگام سرطان روده بزرگ (۷۰-۵۰ سال)
- تشخیص زودهنگام سرطان سینه (۷۰-۳۰ سال)
- توزیع ویتامین (د) ۵۰۰۰۰ واحد به صورت ماهانه
- توزیع کلسیم (د) به سالمندان



برنامه شیوه زندگی سالم در سالمندی

با رعایت شیوه زندگی سالم می‌توان سالم پیر شد یا در صورت وجود بیماری عوارض آن را کنترل کرد و جلوی ناتوانی را گرفت.

در برنامه شیوه سالم زندگی در دوره سالمندی آموزش‌ها به دو شکل، آموزش گروهی و چهره‌به‌چهره در خانه‌های بهداشت، پایگاه سلامت و مراکز جامع سلامت در خصوص تغذیه، فعالیت بدنی، مراقبت از کمر و زانو، مراقبت از پاها، پوکی استخوان، پیشگیری از حوادث، بهداشت دهان و دندان، یبوست، بی‌اختیاری ادرار، یائسگی، استرس، حافظه، خواب، روابط زناشویی، رانندگی، استعمال دخانیات، ترک سیگار و سایر موارد بر حسب نیاز سالمند بر اساس مراقبت‌های انجام شده، به سالمندان داده می‌شود.



اقدامات سالمندان پرخطر و بسیار پرخطر

۱- شناسایی کلیه سالمندان پرخطر

- الف - ارزیابی اولیه با تکمیل فرم (شناسایی و ارزیابی اولیه سالمندان پرخطر) توسط تیم مراجعه کننده به درب منازل
- ب - تعیین نیازهای استخراج شده در فرم ارزیابی

۲- مداخلات بهداشتی درمانی

انجام مراقبت‌های سلامت در منزل توسط غیرپزشک و پزشک بر اساس بسته‌های خدمتی سالمندان (مراقبت سالمندان در منزل براساس بسته‌های خدمت: بیماری‌های قلبی عروقی، فشار خون، دیابت، افسردگی، اختلالات شناختی، تغذیه سالم، سقوط)

۳- مراقبت‌های ویژه و تخصصی

خدمات تشخیصی و درمانی تخصصی و خدمات توانبخشی با هماهنگی اورژانس ۱۱۵ و یا تیم حمایتی جهت تسهیل دریافت خدمات مورد نیاز سالمند در خصوص آن‌ها (بیماری‌های صعب‌العلاج و شدید و ناتوان کننده شامل بیماران دیالیزی، سکته‌های قلبی و مغزی، سرطان‌ها در مراحل حاد و پیشرفته، آسم و نارسائی‌های قلبی و تنفسی دارای وضعیت حاد و تنگی نفس شدید، زخم بستر متعدد و گسترده، آلزایمر پیشرفته، بیماری روانی شدید، فلجی یا ناتوانی کامل حرکتی و مشکلات ناشی از سوانح و حوادث و تروما و مسمومیت‌ها)

۴- مراقبت‌های حمایتی عمومی و تخصصی

حمایت‌های مالی و معیشتی و خدمات عمومی برای رفع نیازها و مایحتاج روزانه سالمندان پرخطر جهت کاهش موارد نیاز به خروج از منزل حمایت‌های ویژه برای انجام



اقدامات تشخیصی و درمانی تخصصی و خدمات توانبخشی با هماهنگی تیم مراقبتی و توسط تیم حمایتی نسبت به دریافت خدمات مورد نیاز سالمند

۵- آموزش مستقیم و غیر مستقیم به سالمند، خانواده، جامعه و گروه‌های داوطلب حمایت‌گر

اقدامات شناسایی و مراقبت سالمندان پرخطر و بسیار پرخطر

گروه‌بندی	سالمندان تحت پوشش	خدمات دریافتی	مسئول اجرا
سالمندان سالم حداقل خطر (سبز)	گروه اول: سالمندان سالم / حداقل خطر (سبز)	مراقبت بهداشتی درمانی معمول در مراکز (با تعیین وقت قبلی)	واحدهای ارائه خدمات بهداشتی درمانی استان
سالمندان کم خطر (زرد)	گروه دوم: سالمندان کم خطر (زرد) سالمندانی که فقط یکی از سه فاکتور خطر زیر را دارند: • تنهایی • سن بالای ۷۵ سال • زندگی در مناطق حاشیه‌ای	مراقبت بهداشتی درمانی معمول در مراکز (با تعیین وقت قبلی)	واحدهای ارائه خدمات بهداشتی درمانی استان
		آموزش و اطلاع‌رسانی در مورد مراکز ارائه‌دهنده خدمات مرتبط و شماره تماس و نحوه برقراری ارتباط در صورت نیاز یا بروز مشکل یا مشاهده علائم خطر	تیم حمایتی
		Home visit در صورت لزوم	تیم مراقبتی
		خدمات حمایتی	تیم حمایتی
سالمندان با خطر متوسط (نارنجی)	گروه سوم: سالمندان با خطر متوسط (نارنجی) از سه فاکتور خطر زیر دو فاکتور خطر را دارند: تنهایی - سن بالای ۷۵ سال - زندگی در مناطق حاشیه‌ای: که فاقد ناتوانی و هم‌ابتلانی نیز باشند.	مراقبت بهداشتی درمانی معمول در مراکز (با تعیین وقت قبلی)	واحدهای ارائه خدمات بهداشتی درمانی استان
		دوره ای Home visit	تیم مراقبتی
		خدمات حمایتی	تیم حمایتی
		آموزش خود مراقبتی به سالمند / خانواده	کمیته آموزش همگانی شهرستان



ارزیابی جامع وضعیت سالمند	تیم مراقبتی	<p>گروه چهارم: سالمندان پرخطر (قرمز)</p> <p>همه سالمندان گروه نارنجی با یکی از دو فاکتور خطر Disability (ناتوانی عملکردی سالمندانی) در انجام فعالیت‌های روزمره (ADL) یا Comorbidity (ابتلاء همزمان به حداقل دو بیماری زمینه‌ای) دارند.</p>	<p>سالمندان پرخطر (قرمز)</p>
مراقبت‌های بهداشتی درمانی معمول در منزل سالمند	تیم مراقبتی		
مراقبت‌های بهداشتی درمانی توانبخشی ویژه	تیم حمایتی + تیم مراقبتی تخصصی		
خدمات حمایتی	تیم حمایتی		
آموزش خود مراقبتی به سالمند/ خانواده	کمیته آموزش همگانی شهرستان		
خدمات توانبخشی مبتنی بر جامعه	تیم حمایتی + سازمان بهزیستی		
مراقبت‌های بهداشتی درمانی معمول در منزل سالمند	تیم مراقبتی	<p>گروه پنجم: سالمندان بسیار پرخطر (قرمز تیره)</p> <ul style="list-style-type: none"> • کلیه سالمندان گروه قرمز که ناتوانی عملکردی در انجام فعالیت‌های روزمره ADL و Comorbidity همزمان دارند. • سالمندانی که حداقل یک بیماری صعب‌العلاج مثل سالمندان دیالیزی یا سرطانی و ... یا حمله بیماری در وضعیت حاد و شدید و کنترل نشده هستند. • سالمندانی که مشکوک به کوید ۱۹ هستند یا در تماس با یک مورد مشکوک/شناخته شده کوید بوده‌اند. • کلیه سالمندان ساکن در مراکز نگهداری شبانه روزی و در انجام فعالیت‌های روزمره ADL دارند. 	<p>سالمندان بسیار پرخطر (قرمز تیره)</p>
مراقبت‌های بهداشتی درمانی و توانبخشی ویژه	تیم حمایتی + تیم مراقبتی تخصصی		
مراقبت‌های اورژانسی	اورژانس		
خدمات حمایتی	تیم حمایتی		
آموزش خود مراقبتی به سالمند/ خانواده	کمیته آموزش همگانی شهرستان + تیم حمایتی سازمان بهزیستی		
خدمات توانبخشی مبتنی بر جامعه	تیم حمایتی سازمان بهزیستی		