

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سند بهداشت باروری نوجوانان و جوانان
جمهوری اسلامی ایران

به سفارش:
دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

عنوان و نام پدیدآور	: سند بهداشت باروری نوجوانان و جوانان جمهوری اسلامی ایران/ کارفرما [به سفارش] دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ مجری معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان... [و دیگران].
مشخصات نشر	: کرمان: انتشارات گرا: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان، معاونت تحقیقات و فن آوری، ۱۳۹۴.
مشخصات ظاهری	: ۲۳۶ ص:، جدول، نمودار.
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
یادداشت	: مجری معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، مرکز تحقیقات مدلسازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمان.
موضوع	: ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. برنامه آموزش و ارتقای سلامت مبتنی بر توانمندسازی مردم و جوامع
موضوع	: دختران نوجوان - - سلامتی و بهداشت
شناسه افزوده	: ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
شناسه افزوده	: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان کرمان. معاونت تحقیقات و فناوری
رده بندی کنگره	: RG ۱۳۹۴۵/۱۳۳ ص۸۷/
رده بندی دیویی	: ۶/۱۱۲
شماره کتابشناسی ملی	: ۳۹۵۷۵۵۴

مشخصات کتاب

نام کتاب: سند بهداشت باروری نوجوانان و جوانان جمهوری اسلامی ایران
کارفرما: دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
مجری: معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان - مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت و مرکز تحقیقات مدلسازی در سلامت - پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمان
ناشر: معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان
طراحی و صفحه آرایی: رضا شیخ زاده - فاطمه تانوردی

تیراژ: ۱۰۰

تاریخ انتشار: فروردین ماه ۱۳۹۵

مبلغ: ۱۲۰۰۰۰ ریال

پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت در یک نگاه

حرکت به جلو بدون درک مناسب از آینده می تواند عواقب جدی برای سیستم به همراه داشته باشد و در بخش منحصر به فرد سلامت این عواقب می تواند جدی تر باشد. با توجه به اهمیت تقویت شناخت از آینده در نظام سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، به عنوان اولین پژوهشکده در حوزه نظام سلامت کشور، فعالیت خود را در راستای نهادینه نمودن مبانی آینده پژوهی در نظام سلامت، از سال ۱۳۹۱ در دانشگاه علوم پزشکی کرمان آغاز نموده است. این پژوهشکده از تجمیع پنج مرکز تحقیقاتی زیر شکل گرفته است:

مرکز منطقه ای آموزش نظام مراقبت اچ آی وی / ایدز

مرکز منطقه ای آموزش نظام مراقبت اچ آی وی / ایدز، به عنوان اولین مرکز آموزش نظام مراقبت، پایش و ارزیابی اچ آی وی / ایدز در منطقه مدیترانه شرقی از سال ۱۳۸۷ آغاز به کار کرده است. این مرکز افتخار دارد به عنوان اولین مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت در زمینه مراقبت اچ آی وی / ایدز در منطقه مدیترانه شرقی و شمال آفریقا (MENA) شناخته شده است.

مرکز تحقیقات انفورماتیک پزشکی

مرکز تحقیقات انفورماتیک پزشکی به عنوان اولین مرکز تحقیقاتی در زمینه انفورماتیک پزشکی در کشور فعالیت خود را از سال ۱۳۹۰ آغاز کرد. در حال حاضر این مرکز در سه حوزه کاربرد داده ها و سیستم های اطلاعاتی، ارزیابی و ارتقاء سیستم ها، طراحی و توسعه سیستم ها در حال فعالیت است.

مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت

مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت از مهرماه سال ۱۳۹۱ فعالیت خود را آغاز کرده است. این مرکز فعالیت های خود را به مواردی چون حوادث ترافیکی، عدالت در سلامت، گروه های آسیب پذیر جامعه (سالمندان، کودکان، ...)، اعتیاد و بیماری های غیرقابل واگیر اختصاص داده است.

مرکز تحقیقات مدل‌سازی در سلامت

مرکز تحقیقات مدل‌سازی در سلامت در اسفندماه ۱۳۸۹ آغاز به کار نمود. این مرکز می‌کوشد تا از طریق مدل‌سازی مفهومی، ریاضی و آماری در قالب پژوهش‌های بنیادی و کاربردی زمینه بررسی دقیق‌تر مسائل پیچیده کنونی و آینده حوزه سلامت و تصمیم‌سازی برای حل این مسائل را فراهم نماید.

مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت

مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت از ابتدای خرداد ماه ۸۹ آغاز به کار کرده است. این مرکز هم‌اکنون در زمینه‌های مطالعاتی مختلف نظیر فلسفه سلامت، فقه الحدیث، پزشکی خانواده، تخصیص منابع، مدیریت تغییر، مدیریت تیم، سبک زندگی سالم، مدیریت دانش، حسابداری و مدیریت مالی، آینده‌نگاری به فعالیت می‌پردازد.

دفتر مجله بین‌المللی مدیریت و سیاست‌گذاری در سلامت

این مجله با رویکرد انتشار آخرین یافته‌ها و تجربیات در حوزه سیاست‌گذاری و مدیریت در سلامت از سال ۱۳۹۱ فعالیت خود را آغاز نموده است. انتشار اولین شماره‌ی مجله در تاریخ ۲۵ خردادماه ۱۳۹۲ مصادف با ۱۵ ژوئن ۲۰۱۳ در واقع شروع گام نهادن مجله در عرصه‌ی رقابت بین‌المللی محسوب می‌شود که تا تاریخ ۹ سپتامبر ۲۰۱۵، ۲۴ شماره از آن منتشر شده است. همچنین این مجله موفق شده است در پایگاه PubMed Central (PMC) نیز مقالات خود را ایندکس نماید.

فهرست مطالب

۹	مقدمه
۱۰	مجریان و مشارکت کنندگان در تدوین سند
۱۰	مجریان طرح
۱۱	همکاران اصلی طرح
۱۱	سایر صاحب نظران و مشارکت کنندگان
۱۲	خلاصه سند
۱۲	خلاصه سند فارسی
۱۶	مقدمه
۱۹	روش کار
۲۱	دیدگاه حاکم (مبانی نظری)
۲۱	مفهوم مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت (SDH)
۲۳	عوامل اجتماعی مؤثر بر بهداشت باروری نوجوانان و جوانان
۲۷	سلامت و الگوی پیشرفت سلامت محور
۲۸	چشم انداز، مأموریت، اهداف کلان و ارزش ها
۳۲	تحلیل محیطی
۳۳	تحلیل محیط داخلی: نقاط قوت
۳۴	تحلیل محیط داخلی: نقاط ضعف
۳۵	تحلیل محیط خارجی: نقاط فرصت
۳۶	تحلیل محیط خارجی: نقاط تهدید
۳۸	تعیین موقعیت استراتژیک
۳۸	موقعیت استراتژیک
۳۹	مسائل و چالش های استراتژیک
۴۰	سیاست ها
۴۲	راهبردها
۴۴	اقدامات
۵۲	تکاشت نهادی

۵۲.....	راهنمای جدول
۶۰.....	نگاشت نهادی برای واحدهای وزارت بهداشت درمانی و آموزش پزشکی
۶۴.....	شیوه پیاده سازی سند (راهکارهای عملیاتی جهت پیاده شدن سند)
۶۶.....	تعاریف و مفاهیم
۶۶.....	سند بهداشت باروی نوجوانان و جوانان
۶۶.....	چشم انداز
۶۶.....	مأموریت (رسالت)
۶۷.....	ارزش ها و جهت گیری ها
۶۷.....	هدف
۶۷.....	اهداف کلی و کلان
۶۷.....	اهداف کمی
۶۸.....	سیاست
۶۸.....	سیاست های کلان
۶۸.....	سیاست های اجرایی
۶۸.....	راهبردها (استراتژی)
۶۹.....	بسته های اجرایی
۶۹.....	برنامه
۶۹.....	برنامه های اجرایی
۶۹.....	برنامه عملیاتی
۷۰.....	نظام برنامه ریزی
۷۰.....	سلسله مراتب در برنامه
۷۱.....	پیوستها
۷۱.....	پیوست شماره ۱: نتایج حاصل از مرور اسناد بالادستی
۷۱.....	قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران
۷۳.....	چشم انداز ۲۰ ساله
۷۳.....	قانون تحکیم خانواده
۷۵.....	نشست های راهبردی رهبری (خلاصه اهم مطالب)
۸۲.....	قانون برنامه اول توسعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی جمهوری اسلامی ایران
۸۵.....	قانون برنامه دوم توسعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی جمهوری اسلامی ایران

اهداف کلان کیفی خط مشی‌های اساسی و سیاست‌های کلی برنامه دوم توسعه.....	۸۸
قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی جمهوری اسلامی ایران.....	۹۵
قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی جمهوری اسلامی ایران.....	۹۸
قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی جمهوری اسلامی ایران.....	۱۰۴
نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران.....	۱۰۸
پیوست شماره ۲: نتایج حاصل از مرور اسنادی آمار و اطلاعات منتشر شده.....	۱۱۰
آمار و اطلاعات منتشر شده.....	۱۱۰
تعریف شاخص.....	۱۱۴
نتیجه‌گیری.....	۱۵۵
منابع.....	۱۵۶
پیوست شماره ۳: نتایج حاصل از مرور کتابخانه‌ای منابع حوزوی.....	۱۵۸
استراتژی جستجو.....	۱۵۸
انتخاب مقالات.....	۱۵۸
استخراج داده‌ها.....	۱۵۸
نتایج.....	۱۶۰
حقوق زنان.....	۱۶۰
خشونت علیه زنان.....	۱۶۱
روابط جنسی.....	۱۶۲
خانواده.....	۱۶۵
ازدواج موقت.....	۱۶۶
فطرت.....	۱۶۸
رفتارهای پرخطر.....	۱۶۸
آسیب‌های اجتماعی.....	۱۶۹
پیوست شماره ۴: نتایج حاصل از مرور نظام مند.....	۱۷۱
مقدمه.....	۱۷۱
روش بررسی.....	۱۷۴
استراتژی جستجو.....	۱۷۴
انتخاب مقالات.....	۱۷۵
استخراج داده‌ها.....	۱۷۵

۱۷۷	نتایج
۱۸۸	منابع
۱۹۲	پیوست شماره ۵: نتایج حاصل از مصاحبه ها
۱۹۲	روش بررسی
۱۹۳	یافته ها
۲۱۱	پیوست شماره ۶: مطالعه تطبیقی کشورها
۲۱۱	عنوان: مطالعه تطبیقی ۱۶ کشور منتخب
۲۱۱	مقدمه
۲۱۳	روش بررسی
۲۱۴	نتایج
۲۲۴	منابع
۲۲۶	پیوست نتایج گروه کاری متمرکز
۲۲۶	چالش ها بهداشت باروری نوجوانان و جوانان
۲۳۲	راهکارهای پیشنهادی
۲۳۵	خلاصه سند انگلیسی

مقدمه

دوران نوجوانی و جوانی، نه تنها دوره مهمی در فرآیند رشد آدمی محسوب می شود، بلکه، بستری مناسبی را برای رشد جامعه از نظر ابعاد مختلف اجتماعی، سیاسی و ... فراهم می آورد؛ لذا توانمندسازی این گروه در توسعه همه جانبه کشور امری ضروری بوده و سلامت این نسل در کلیه ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی، منجر به سلامت نسل آتی کشور خواهد شد.

تغییر و تحولات جسمی، شخصیتی و روانی ایجاد شده در این دوران، نوجوانان و جوانان را در معرض آسیب هاجدی اجتماعی قرار می دهد. بحران ناشی از بلوغ، فشار غرایز، تمایل به ابراز وجود، استقلال و آزادی عمل در زندگی، روبرو شدن با مسائل احساسی و عاطفی و در نهایت میل به رفتارهای پرخطر جنسی، از جمله آسیب هایی هستند که سلامت این نسل را مورد تهدید قرار می دهند. براساس تعریف بهداشت باروری، زندگی جنسی سالم و رضایت بخش در کلیه ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی مورد تاکید قرار گرفته است، ولی در کشور ما، در زمینه بهداشت باروری، بیشتر توجهات و برنامه ها، به مبحث تنظیم خانواده و در واقع بعد جسمی معطوف شده است و سلامت معنوی و روانی و نشاط اجتماعی نادیده گرفته شده و در این زمینه ها، آنچنان که باید و شاید عمل نشده است. این شناخت که بین زنان و مردان نه تنها از نظر بیولوژیکی، بلکه از نظر پیامدهای اجتماعی نیز تفاوت وجود دارد، بسیار مهم است.

با توجه به، چند وجهی بودن و دارای ابعاد متعدد این موضوع و همچنین مشارکت همه گروه های جامعه، وجود یک نقشه راه برای رسیدن به اهداف سلامت و بهداشت باروری جوانان و نوجوانان کشور ضرورت می یابد. بر این اساس دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تصمیم گرفت که مستند و شواهدی را برای نقشه راه بهداشت باروری تنظیم نماید که این مهم توسط - مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت و مرکز تحقیقات مدل سازی پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام پذیرفت. امید است این مستند گامی مهم جهت ایجاد یک زبان مشترک و هماهنگی بین سازمانهای ذی ربط بردارد.

مجریان و مشارکت کنندگان در تدوین سند

مجریان طرح

دکتر علی اکبر حقدوست: استاد و عضو هیأت علمی گروه اپیدمیولوژی؛ رئیس مرکز تحقیقات مدلسازی در سلامت، رئیس مرکز منطقه ای آموزش نظام مراقبت HIV/AIDS، عضو مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان

دکتر محمدحسین مهرانحسینی: استادیار و عضو هیات علمی گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی؛ رئیس مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، عضو مرکز تحقیقات مدلسازی در سلامت، معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان

دکتر محمودرضا دهقانی: پزشک عمومی و کارشناس ارشد آموزش پزشکی، معاون مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

مریم اسماعیلی: کارشناس مدیریت بهداشت و درمان، محقق مرکز منطقه ای آموزش نظام مراقبت HIV/AIDS، معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دبیر انجمن مدیریت سلامت استان کرمان

اکرم جباری نژاد: کارشناس ارشد میکروبیولوژی، محقق مرکز منطقه ای آموزش نظام مراقبت HIV/AIDS و مرکز تحقیقات مدلسازی در سلامت، معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان

دکتر رضا دهنویه: استادیار و عضو هیأت علمی گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی؛ معاون پژوهشی مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان

همکاران اصلی طرح

دکتر محمد اسماعیل مطلق: استاد، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، متخصص کودکان و نوزادان، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، معاونت بهداشتی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دکتر مینو السادات محمود عربی: دکترای پزشکی عمومی، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، معاونت بهداشتی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دکتر گلایل اردلان: متخصص کودکان و نوزادان، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، معاونت بهداشتی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دکتر سهیلا خوشبین: متخصص پزشکی اجتماعی، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، معاونت بهداشتی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دکتر مجذوبه طاهری: متخصص کودکان و نوزادان، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، معاونت بهداشتی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دکتر محمد اسلامی: دکترای تخصصی آموزش بهداشت، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، معاونت بهداشتی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دکتر محمد تقی یمانی: دکترای پزشکی عمومی، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس و اداره نوجوانان و مدارس معاونت بهداشتی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دکتر بهنام صادقی راد: دکترای عمومی داروسازی، محقق مرکز تحقیقات مدلسازی در سلامت، معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان.

دکتر شهرزاد متقی پیشه: دکترای عمومی دامپزشکی، محقق مرکز تحقیقات مدلسازی در سلامت، معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان.

سایر صاحب نظران و مشارکت کنندگان

سایر همکاران:

تشکر و قدردانی

با سپاس و قدردانی از سرکار خانم طاهره امینایی و سرکار خانم مرضیه دشتی

خلاصه سند

خلاصه سند فارسی

زمینه موضوع: ساختار جمعیت هر کشوری، مهمترین سرمایه جهت پیشرفت محسوب می گردد. ترکیب سنی، جنسی، نحوه توزیع و پراکندگی و میزان تراکم و از همه مهم تر تنظیم نرخ رشد از مؤلفه های اصلی ساختار جمعیتی می باشد. در این ارتباط، بهداشت باروری یکی از مباحث کلیدی در تولید نسل سالم می باشد که با توجه به حساسیت گروه سنی نوجوانان و جوانان و میزان فراوانی این گروه پیرامون این موضوع، بهداشت باروری نوجوانان و جوانان از مباحث مهم و اصلی در تولید نسل سالم و ایجاد ساختار جمعیتی سالم آینده کشور محسوب می شود.

روش کار: به منظور تنظیم این سند، چند فاز مطالعاتی جهت جمع آوری شواهد به منظور تصمیم گیری و ارائه راهکارها انجام پذیرفت که شامل مرور اسنادی قوانین و مقررات، مرور نظامند مستندات ملی و بین المللی، بررسی تجربیات ۱۶ کشور، بررسی آمار و اطلاعات در دسترس، مرور کتابخانه ای مستندات پایگاه حوزه و انجام مصاحبه کیفی بود. سپس از طریق گروه های کاری متمرکز چشم انداز، مأموریت، ارزش ها و اهداف، سیاست ها، راهبردها و اقدامات توسط تیم تدوین سند پیشنهاد گردید و سپس بر اساس چند مصاحبه گروهی و برگزاری پانل ذی نفعان نسبت به موارد فوق اجماع حاصل گردید.

اهم چالش ها: در این سند، بر اساس دیدگاه مؤلفه های اجتماعی مؤثر بر سلامت و مبتنی بر ارزش های دینی و فرهنگی کشور، اهم چالش ها و مسائل استراتژیک پیرامون بهداشت باروری نوجوانان و جوانان به شرح زیر بود:

- نبود نظام فکری منسجم و دانش لازم پیرامون موضوع در چارچوب الگوی پیشرفت کشور

- عدم هماهنگی و انسجام دستگاه های ذی ربط در ارتباط با نقش های اجرایی خود
پیرامون موضوع
- تغییر سبک زندگی نوجوانان و جوانان به دلیل صنعتی و مدرنیته شدن
- تغییر ساختارهای اجتماعی و عدم تطابق نظام های اجتماعی - اقتصادی موجود مبتنی بر نیازمندی های طبیعی و فیزیولوژی دو جنس
- زیاد بودن فاصله بین بلوغ جنسی، فکری و اجتماعی
- بالا رفتن رفتارهای پرخطر نوجوانان و جوانان و افزایش رشد اچ.آی.وی / ایدز از طریق انتقال جنسیتی در خارج از چارچوب خانواده
- تهاجم فرهنگی و شکاف بین نسلی
- پایین بودن دانش و مهارت های زندگی مبتنی بر سبک زندگی دینی در بین نوجوانان و جوانان

پیشنهادات: به منظور انجام مداخلات برای ارتقاء بهداشت باروری نوجوانان و جوانان، انجام مشاوره ها و آموزش و مهارت دهی های فردی اگرچه که لازم است؛ اما کافی نیست. بلکه باید مداخلات همه جانبه در کلیه ساختارها و محیط های اجتماعی - اقتصادی و فرهنگی صورت پذیرد و این امر جز از طریق اتخاذ بسته های سیاست های منسجم و انجام نقش کل حاکمیت پیرامون این موضوع در سطوح مختلف میسر نمی شود. بنابراین مبنایی ترین مداخله، تغییر ساختارهای اجتماعی - اقتصادی مبتنی بر محور خانواده می باشد که این امر باید در چارچوب الگوی پیشرفت اسلامی ایرانی کشور سیاست گذاری و به مرحله اجرا برسد. سپس بر اساس الگوی تدوین شده محیط های حامی بهداشت باروری اعم از محیط خانواده، مدارس، محلات و محیط شهری از ابعاد مختلف اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی باز طراحی و تغییر گردد. همزمان باید این تغییرات کلان مداخلات خرد و مبتنی بر فرد اعم از مشاوره و مهارت دهی نیز انجام پذیرد. لذا مؤلفه ها و محورهای قابل مداخله به طور خلاصه به شرح زیر می باشد:

○ اتخاذ سیاست های حامی سلامت و بهداشت باروری نوجوانان و جوانان

- ارائه الگوی خانواده در الگوی پیشرفت اسلامی و ایرانی و تعیین نقش زن و مرد
- تعیین تولید واحد به منظور مدیریت یکپارچه بهداشت باروری نوجوانان و جوانان
- ایجاد نظام تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد
- ایجاد شبکه خبرگان علمی پیرامون موضوع
- ایجاد بسته‌های سیاستی موزون جهت گفتمان‌سازی خانواده محوری در جامعه از ابعاد مختلف سیاسی، اجتماعی - اقتصادی
- ایجاد محیط‌های حامی سلامت و بهداشت باروری نوجوانان و جوانان
- محیط‌های فیزیکی و فضای شهری
 - محیط و معماری محل سکونت و خانه‌ها
 - محیط زیست حاشیه شهرها
 - محیط‌های تفریحی و عمومی
- محیط‌های آموزشی و آموزش عالی
- محیط کار و اشتغال
- محیط اقتصادی و بازار
- محیط مجازی و رسانه‌ای
- محیط قانونی
- توانمندسازی اجتماعی
- ارتقاء سواد سلامتی جامعه پیرامون بهداشت باروری و بیماری‌های مرتبط با آن
- سازماندهی سازمان‌های مردم‌نهاد (خیریه‌ها، سمن‌ها، هیأت‌ها)
- ارتقاء سرمایه اجتماعی در سطح محلات با محوریت مسجد
- توانمندسازی فردی
 - ارتقاء آگاهی و دانش پیرامون بهداشت باروری
 - ارتقاء مهارت‌های زندگی نوجوانان و جوانان

○ نظام ارائه خدمت

- مراکز مشاوره‌ای مذهبی و پاسخ‌گویی شبهات
- مراکز حمایت اجتماعی
- مراکز مشاوره خانواده
- مراکز آسیب‌های اجتماعی
- کلینیک‌های ارائه خدمت
- مشاوره بلوغ
- بسته خدمت پزشک خانواده
- بسته خدمات بهداشت باروری در حوادث به ویژه برای نوجوانان و جوانان

امید است که در ادامه این مستند به عنوان یک سند پایین دستی برای سلامت نوجوانان و جوانان کشور بعد از تلفیق با اسناد مرتبط توسط دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس در شورای عالی سلامت کشور تصویب نهایی و صحنه‌گذاری شده و وارد مرحله تدوین برنامه‌های عملیاتی و اجرایی گردد.

مستند پیشرو، در دو بخش اصلی متن سند و پیوست‌ها می‌باشد که متن سند شامل دیدگاه حاکم، چشم‌انداز، مأموریت، ارزش‌ها و اهداف، تحلیل محیطی، سیاست‌ها و اهداف استراتژیک، راهبردها و اقدامات می‌باشد و در بخش پیوست‌ها، ۷ گزارش مطالعات انجام شده برای گردآوری شواهد لازم برای تصمیم‌گیری ارائه شده است.

مقدمه

بهداشت باروری، کلیه اقدامات لازم در سطح پیشگیری و تشخیص زودرس در کلیه مقاطع زندگی دوران کودکی، نوجوانی، بلوغ، دوره بارداری، یائسگی و از تولد تا مرگ را شامل می‌گردد؛ به گونه‌ای که این اقدامات نه تنها از بیماری پیشگیری کرده و آنها را به هنگام تشخیص، درمان می‌کند، بلکه اقدامات انجام شده در هر دوره باعث کاهش بار بیماری‌ها در دوره‌های بعدی زندگی می‌شود که این امر در نهایت شاخص میزان رضایت از زندگی را افزایش می‌دهد.

بهداشت باروری شامل سلامت جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری و یا نقص عضو در ارتباط با سیستم تناسلی، کارکرد و فرآیند آن و در نهایت تولید نسل سالم می‌باشد. از آنجا که بلوغ جنسی، زمینه بلوغ فکری و روحی و روانی و در نتیجه بلوغ اجتماعی را فراهم می‌آورد، مهمترین موضوع در بهداشت باروری موضوع بلوغ و به ویژه بلوغ جنسی می‌باشد که سایر موضوعات بهداشت باروری پیرامون آن شکل می‌گیرد. بر این اساس موضوعات بهداشت باروری به پنج دوره زیر قابل تفکیک و بررسی است که در جدول شماره ۱-۱ آمده است.

دوران قبل از بلوغ

دوران نوجوانی و ابتدای دوران بلوغ

دوران جوانی و بلوغ کامل

دوران قبل از ازدواج و شکل‌گیری خانواده

دوران ازدواج و زندگی در خانواده

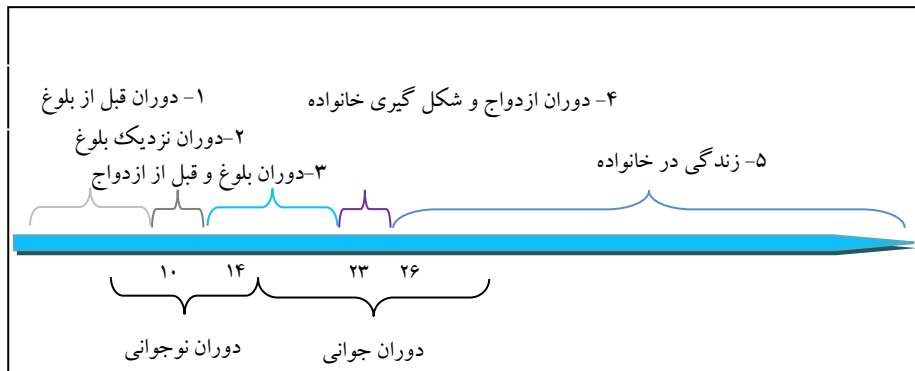
جدول ۱-۱: موضوعات و حیطه های بهداشت باروری

اجتماعی	معنوی	روانی	جسمی	
ارتباطات عاطفی	آغاز دوره تمیز و آمادگی برای انجام تکالیف شرعی و وظایف دینی	هویت جنسیتی	هویت جنسی	دوران قبل از بلوغ
حمایت و تقویت خانواده	پایان دوره تمیز، دوره بلوغ جنسی و ابتدای بلوغ عقلی	تغییرات روحی و روانی، تزلزل شخصیت	تغییرات فیزیولوژی و جنسی	دوران نوجوانی و ابتدای دوران بلوغ
شبکه های اجتماعی، کسب مهارت های زندگی کار، تحصیل، درآمد	بلوغ عقلی و درک هویت	ارتباطات عاطفی	ارتباطات جنسی انتقال جنسیتی	دوران جوانی و بلوغ کامل
بلوغ اجتماعی، میزان استقلال از خانواده، حمایت خانواده	درک حریم و حد و مرز آشنایی و ارتباطات	ارتباطات عاطفی	ارتباطات جنسی	دوران قبل از ازدواج و شکل گیری خانواده
طلاق قانونی و تبعات اجتماعی آن برای زوجین و فرزندان / تربیت فرزندان برای ورود به یک زندگی اجتماعی سالم	طلاق بر اثر انحرافات جنسی و مسائل اخلاقی / ایجاد فضایی عاطفی برای درک بهتر زیبایی های خلقت و عبودیت خالصانه	طلاق عاطفی و یا شکل گیری ارتباطات عاطفی عمیق بین همه اعضای خانواده	تنظیم خانواده، دوران بارداری، زایمان و بعداز آن، دوران یائسگی، طلاق جنسی	دوران ازدواج و زندگی در خانواده

شورای عالی جوانان، سن جوانی را بین ۱۵ تا ۲۹ سال تعیین نموده است. در حالی است که دوره نوجوانی و جوانی در نظام سلامت از سن ۱۰ تا ۲۴ سالگی تعریف شده است و این موضع یکی از چالش های تدوین سند بهداشت باروری برای نوجوانان و جوانان می باشد. به هر حال با توجه به تحقیقات انجام شده در خصوص متوسط سن بلوغ دختران و پسران و همچنین متوسط سن ازدواج، همانگونه که در نمودار ۱-۱ نشان داده شده است، محدوده سنی نوجوانی و جوانی، تمامی مراحل دوره بهداشت باروری و بالتبع موضوعات آن را شامل می گردد.

از سوی دیگر با توجه به تغییر سریع هرم سنی جامعه و حجم زیاد جمعیت در گروه سنی جوانان (حدود ۳۶٪) بار مسائل مربوط به این گروه سنی به ویژه در ارتباط با عوامل اجتماعی مؤثر بر بهداشت باروری (کار، مسکن، تحصیلات، ازدواج) در جامعه زیاد شده است و جزء مسائل اولویت دار در اداره کشور قرار گرفته است.

نمودار ۱-۱: دوره زمانی و مراحل بهداشت باروری نوجوانان و جوانان



لذا با توجه به گستردگی گروه هدف و اهمیت تولید نسل سالم برای آینده و همچنین وجود مسائل مختلف پیرامون بهداشت باروری در دوره های مختلف بلوغ جسمی، فکری و اجتماعی افراد و نیز وجود شواهدی بر رفتارهای پرخطر گروه هدف در ارتباط با بهداشت باروری، تدوین سند بهداشت باروری نوجوانان و جوانان کشور ضرورت پیدا کرد.

روش کار

طرح تدوین سند بهداشت باروری جوانان و نوجوانان در اوایل اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۰ از سوی دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس معاونت بهداشتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت و مرکز تحقیقات مدل سازی در سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمان واگذار گردید. پس طی مراحل مقدماتی واگذاری پروژه و تشکیل تیم اجرایی و تدوین روش کار مراحل انجام طرح مطابق نمودار شماره ۱ به شرح زیر انجام پذیرفت:

تدوین مبانی نظری و دیدگاه حاکم

تدوین چشم انداز، مأموریت، اهداف کلان و ارزش ها

تحلیل محیط داخلی و خارجی

تحلیل ذینفعان

شناسایی و اولویت بندی مسائل و چالش ها

تعیین سیاست های کلی و اهداف

تدوین راهبردها و اقدامات

نحوه پیاده سازی مفاهیم سند

لازم به توضیح است برای تحقق هر یک از مراحل فوق، ترکیبی از روش های علمی و پژوهشی به شرح زیر استفاده گردید که نتایج و روش پژوهش هر کدام در پیوست قرار دارد:

مرور نظامند مستندات علمی داخلی و خارجی

مرور کتابخانه ای مستندات پایگاه حوزه

مرور اسنادی اسناد بالادستی

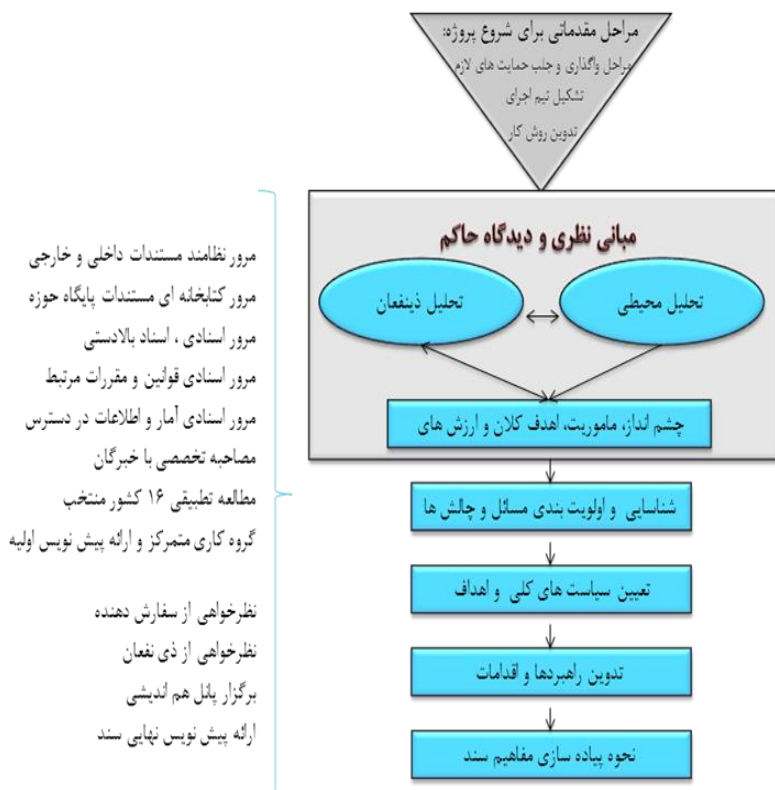
مرور اسنادی قوانین و مقررات

مرور اسنادی آمار و اطلاعات در دسترس

مصاحبه با خبرگان تخصصی

مطالعه تطبیقی ۱۶ کشور

نتایج حاصل از روش های فوق در قالب مراحل تعریف شده به صورت گروه کاری متمرکز مورد بررسی قرار گرفت و پیش نویس اولیه سند بهداشت باروری نوجوانان و جوانان کشور تدوین گردید. سپس این پیش نویس برای نظرخواهی به سفارش دهنده ارائه گردید و بعد از انجام اصلاحات، سند اصلاح شده برای نظرخواهی به ذی نفعان حقیقی و حقوقی مشخص شده از سوی دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس ارائه گردید و نظرات ایشان اعمال گردید و طی برگزاری یک پانل از ذی نفعان، پیش نویس سند بهداشت باروری نوجوانان و جوانان کشور نهایی شد و برای تصویب و ورود به مرحله پیاده سازی تحویل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس معاونت بهداشتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی گردید.



نمودار شماره ۱: مراحل و روش تدوین سند بهداشت باروری نوجوانان و جوانان کشور

لازم به ذکر است اصول حاکم بر تدوین سند بهداشت باروری نوجوانان و جوانان کشور عبارت بودند از:

بکارگیری روش علمی برای تدوین سند
 استفاده از شواهد، مدارک مستند، پژوهش‌های انجام شده و آمار و اطلاعات و تکمیل
 آنها با استفاده از نظر خبرگان علمی و اجرایی
 ایجاد تفاهم و زبان مشترک بین ارگان‌های ذیربط در خصوص دیدگاه حاکم بر سند و
 مسائل بهداشت باروری نوجوانان و جوانان کشور
 تلاش در جهت مشارکت حداکثری همه سازمان‌ها، نهاد‌های حوزه سلامت، نمایندگان
 مجلس، اساتید حوزه و دانشگاه

دیدگاه حاکم (مبانی نظری)

مفهوم مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت (SDH)

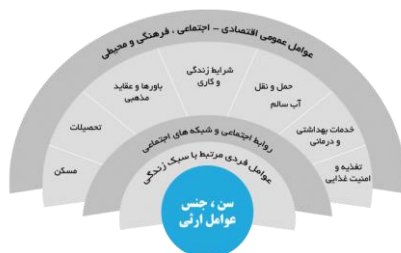
اجتماع از سه جزء اصلی افراد، نیازهای و ارتباطات اجتماعی تشکیل شده است که بر اساس نظریه کارکردگرایان، انواع و نحوه برآورد نیازهای اجتماعی موجب شکل‌گیری انواع مختلف ارتباطات و ساختار اجتماعی می‌گردد. نگرش جامعه به نیازها و نحوه رفع آن‌ها ارزش‌های جامعه را مشخص می‌کند و با عمومی شدن ارزش‌ها، بین افراد جامعه نظام ارزشی جامعه شکل گرفته و هنجار اجتماعی به عنوان قوی‌ترین نیروی محرک در جامعه به وجود می‌آید؛ به نحوی که نگرش، تصمیم‌گیری و رفتار افراد در قالب نظام ارزشی و هنجارهای غالب جامعه هدایت می‌شوند. لازم به توضیح است که در جامعه اسلامی کارکردهای تعریف شده در جامعه برای رفع نیازها در جهت شکوفایی فطرت و تحقق جامعه فطری و دینی می‌باشد، لذا نیازها و تمایلات غریزی افراد در جامعه دینی با شکوفایی تمایلات فطری انسان در جامعه هدایت و تأمین می‌گردد.

در همین راستا، تأمین نیازهای جامعه به نحوی که سلامت جامعه حفظ شده و ارتقاء پیدا کند به عنوان اصلی‌ترین نیاز جامعه مطرح می‌گردد که زیر بنایی برای رفع دیگر نیازهای جامعه و پایداری در اجتماع می‌باشد. از آنجا که منظور از سلامت، رفاه کامل جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی است و نه تنها نبود بیماری و نقص عضو، مفهوم سلامت یک مفهوم گسترده بوده که کلیه ساختارهای اجتماعی را در ابعاد گوناگون پوشش می‌دهد و تحقق آن منوط به کارکرد صحیح و درست کلیه اجزا و روابط جامعه است.

لذا سلامت و بیماری ریشه در تعامل پیچیده بین افراد، عوامل ساختاری اجتماعی (مثل موفقیت تحصیلی و شغل) و عوامل فرهنگی (مثل باورهای سلامت جوامع گوناگون محلی و خرده فرهنگ‌های همسانان) دارد که به صورت خطر یا عوامل حفاظتی خاص دیده می‌شوند. علاوه بر عوامل مذکور، فشارهای بازار بر جلب مشتری و اطلاعات منابع مختلف نیز ممکن است بر درک سلامت و مخاطرات آن اثر گذارد.

نتایج تحقیقات مختلف نیز حاکی از آن است که افراد دارای زمینه‌های وراثتی و اجتماعی متفاوت، در تماس با عوامل بیماری‌زا درجات مختلفی از سلامت و بیماری را تجربه می‌نمایند. شیوه زندگی افراد مختلف نشان دهنده انتخاب‌های آنها در مجاورت با خطرها و عوامل مؤثر بر سلامت آنان می‌باشد؛ زمان صرف شده داخل خانه و خارج از آن، نوع همسایگی و عادت‌های فردی مانند عادت‌های غذایی، تحرک فیزیکی و مصرف الکل یا دارو، از عوامل مؤثر بر شیوه زندگی هستند. همچنین تجربه کشورها نشان داده است که سلامت عمومی جامعه تأمین نخواهد شد، مگر آنکه مؤلفه‌ها و تعیین‌کننده‌های کلان اجتماعی مدنظر قرار گیرند؛ چرا که همه ابعاد سلامت تحت تأثیر این عوامل می‌باشند. بر اساس این تحقیقات و تجربیات، عوامل زیستی حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد، عوامل فیزیکی ۱۰ تا ۱۵ درصد، نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی ۱۰ تا ۲۵ درصد و عوامل اجتماعی حدود ۵۰ درصد بر سلامت جامعه مؤثر هستند. درخصوص عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت می‌توان به مواردی همچون فرهنگ عمومی / باورهای مذهبی، طبقه اقتصادی خانواده (درآمد خانوار)، میزان برخورداری از حمایت شبکه‌های اجتماعی (سرمایه اجتماعی)، محیط اجتماعی، سطح سواد و مهارت، استقلال و شرایط کار، شرایط محیط زندگی و کار اشاره نمود.

با توجه به ویژگی‌های اجتماعی و وضعیت سلامت هر کشور، مطالعات مختلف ابعاد متفاوتی از متغیرهای اجتماعی مؤثر بر سلامت را در نظام‌های سلامت‌شان شناسایی نموده و به عنوان اولویت خود انتخاب کرده‌اند. در نمودار ۱ الگوی کلی از مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت نشان داده شده است.



نمودار ۱: الگوی کلی مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر بر سلامت

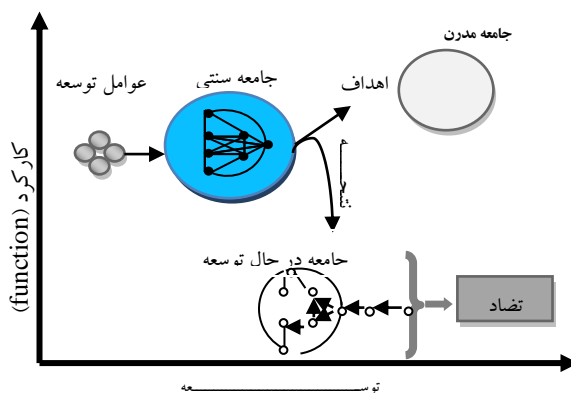
عوامل اجتماعی مؤثر بر بهداشت باروری نوجوانان و جوانان

در چند دهه اخیر، انجام "اقدامات" و مداخلات برای توسعه کشور در "قالب‌های بین‌المللی" و جهانی سازی فرهنگ غربی و ضعف در "قدرت تفکر" منسجم و علم سازمان یافته برای اداره جامعه مبنی بر نیازها و ارزش‌های کشور، موجب شده است که انسجام و نظم اجتماعی "نیازها و روابط" به هم ریزد و کارکرد اجتماعی در رفع نیازها بر اساس ارزش‌های اسلامی از بین برود که این امر با گسترش فناوری‌های ارتباطی و الگوسازی فرهنگ غرب در قالب تهاجم فرهنگی تشدید شده است.

توسعه آن هم به صورت ناقص و التقاطی در کشور باعث گردید نظام سرمایه داری با نگاه و ارزش مادی گرایانه حاکم گردد و موجب تغییر ارزش‌ها و نیازها و در نتیجه الگو شدن سبک زندگی غربی شود. بنابراین طبقه متوسط و ضعیف جامعه تلاش خود را برای رسیدن به ارزش‌های مادی ایجاد شده افزایش داده است. از سوی دیگر طبقه مرفه نیز برای حفظ مرتبه و شأن خود، روز به روز ارزش استفاده از الگوهای خود را در سطح بالاتری قرار داده است.

از سوی دیگر افزایش مهاجرت ها به دلیل کار و تحصیل منجر به افزایش جمعیت شده و گسترش شهرها با الگوی صنعتی و مدرن موجب پیچیدگی روابط اجتماعی و ناکارآمدی در تأمین نیازهای جامعه و تغییر سبک زندگی (روابط اجتماعی، اشتغال، تغذیه، تحرک بدنی و...) گردیده که این امر نابرابری های اجتماعی و شکاف طبقاتی را ایجاد نموده است (نمودار ۲).

با توجه به الگوی رشد جمعیتی کشور، مقایسه پراکندگی جمعیت در سال ۱۳۷۰ و سال ۱۳۸۵ نشان دهنده افزایش جمعیت شهری می باشد. در سال ۱۳۷۰، ۸۰٪ جمعیت در روستاها ساکن بودند که در سال ۱۳۸۵ به ۳۰٪ تقلیل یافته است. متأسفانه از طرف دیگر ۷۰٪ جمعیت شهری در ۷ کلان شهر پراکنده می باشند که خود موجب افزایش جمعیت خارج از دسترس پوشش بهداشتی می گردد. متأسفانه افزایش مهاجرت جمعیت روستایی به شهرها باعث افزایش حاشیه نشینی گشته است. حاشیه نشینی بالقوه باعث کاهش بهداشت اجتماعی، فردی و به خصوص بهداشت باروری می گردد. لذا با کاهش جمعیت روستایی برنامه ریزی های انجام شده بر اساس افزایش پوشش بهداشتی جمعیت تحت نظر خانه های بهداشت کاهش یافته و در نتیجه این مراکز جمعیت کمی را پوشش می دهند.



نمودار ۲: ورود مدرنیته و تغییر ساختارهای اجتماعی در ایران

با انجام اقدامات توسعه، مکانیزم کنترل بیرونی در اجتماع نهادینه نشده است. از سوی دیگر، به علت تغییر ارزش ها و تغییر کارکرد دین و مذهب، کنترل درونی اجتماع نیز از بین رفته است. در مجموع، این عوامل باعث شده که روابط اجتماعی برای تأمین نیازهای افراد جامعه بر اساس ارزش

های دینی شکل نگرفته و این امر فساد و انحرافات اجتماعی را افزایش داده است. از سوی دیگر برای تأمین "نیاز به احترام"، جاه طلبی و برتری جویی شکل گرفته و مدرک گرایی در راستای کسب مقام بالاتر ارزش یافته است. همچنین نابرابری های ایجاد شده در ساختار اجتماع سلسله مراتب در جامعه گردیده است.

با تغییر ارزش ها به سمت ثروت، گروه "مرجع اجتماعی" به عنوان الگوی جامعه تغییر پیدا کرده و طبقه ثروتمند، تولید کننده ارزش ها و تعیین کننده نیازهای جامعه شده است. برای تأمین نیازهای ایجاد شده توسط گروه مرجع که عمدتاً مبتنی بر نیازهای واقعی افراد جامعه نمی باشد و همچنین به دلیل وجود سلسله مراتب و پیچیدگی روابط در اجتماع، در تأمین نیازهای ایجاد شده اقشار پایین و متوسط جامعه که حجم زیادی را تشکیل می دهند ناکامی به وجود آمده و این ناکامی موجب نارضایتی گردیده است. این تحولات اجتماعی موجبات افزایش بیماری های گوناگون غیرواگیر (افزایش استرس، افسردگی، بیماری های قلبی و عروقی، سرطان و ...) گردید؛ اما این تغییر الگوهای نگرشی، ارزشی و رفتاری بیش از پیش روابط اجتماعی و انسانی در ارتباط با کلیه موضوعات بهداشت باروری را تحت تأثیر قرار داد (نمودار ۳).



نمودار شماره ۳: عوامل اجتماعی مؤثر بر بهداشت باروری نوجوانان و جوانان

سلامت و الگوی پیشرفت سلامت محور

جمهوری اسلامی ایران از بدو استقرار در حدود سه دهه قبل، با توجه به مبانی برگرفته از اسلام و متون اسلامی و فرهنگ ایرانی اسلامی، یکی از اهداف اصلی نظام اسلامی را گسترش و ارتقاء عدالت و رفع محرومیت در جامعه قرار داده است. در این راستا، کلیه قوانین کشور شامل قانون اساسی، سند چشم انداز و برنامه‌های پنج ساله توسعه‌ای کشور بر این مهم تأکید نموده اند. لذا دولت مردان، بخصوص متولیان سلامت که خود را موظف به ارتقاء شاخص‌های حوزه سلامت می دانند باید به این نکته بسیار مهم توجه داشته باشند که روند پیشرفت کشور، باید با نگاه و رویکرد عدالت محوری همراه باشد تا ضمن رفع نیازهای همه اقشار جامعه در نقاط مختلف کشور، تعاملات اجتماعی تنظیم گردد و بر این اساس انسجام و نظم اجتماعی در چارچوب ارزش های اسلامی جامعه حاصل شود. از آنجا که اکثر معضلات موجود حوزه سلامت از جمله بهداشت باروری ریشه در عوامل اجتماعی مانند طبقه اجتماعی، شغل، درآمد، تحصیلات، جنسیت، محل سکونت و ... دارد، بهترین راه دستیابی به سلامت از طریق مقابله با عوامل ایجاد کننده آن شناخته شده است. در همین ارتباط دیدگاه حاکم و الگوی پیشرفت کشور و اداره جامعه اصلی ترین موضوع و علت ریشه ای در ایجاد و یا رفع مشکلات و معضلات سلامتی جامعه می باشد.

سیاستگذاران و متولیان کشور در برنامه‌ریزی برای کاهش بی عدالتی باید تأثیر محیطی (اجتماعی- اقتصادی و فیزیکی) که افراد در آن متولد می شوند و سال‌های ابتدای عمر را در آن سپری می کنند، مدرسه و دانشگاهی که در آن تحصیل می کنند، خانه و محله ای که در آن سکونت دارند، محیطی که در آن کار می کنند، جایی که برای تفریح انتخاب می نمایند، و هزاران هزار موقعیتی که در اجتماع و پیرامون آن‌ها وجود دارد و بر سلامتشان تأثیر دارد را شناسایی کرده و در جهت حذف و یا کاهش تأثیرات نامطلوب این عوامل و ارتقاء تأثیرات مثبت آن‌ها حرکت نمایند؛ لذا همه دستگاه ها و سازمان‌ها و از همه مهمتر مردم، باید برای تحقق سلامت تلاش نمایند.

به جرأت می توان گفت که مؤثرترین گلوگاه برای کاهش معضلات و مسائل مربوط به بهداشت باروری، توجه به عوامل اجتماعی و تحقق عدالت می باشد و تلاش‌های سازمان‌ها و ارگان‌های مسئول باید در جبهتی باشد که همه افراد جامعه به صورت یکسان و عادلانه از اجتماع و اقتصادی سلامت محور در قالب الگوی پیشرفت متناسب با ارزش های اسلامی و بومی بهره‌مند شوند.

چشم انداز، مأموریت، اهداف کلان و ارزش ها

بر اساس مرور انجام شده تا کنون در کشور، چشم انداز و مأموریتی در رابطه با بهداشت باروری نوجوانان و جوانان صورت نپذیرفته است. از آنجا که عدم وجود مأموریت ملی مانع بزرگی در انجام این کار بود، لذا در این پروژه فرض بر این قرار گرفت که متنی که در ذیل آمده می تواند به عنوان یک مأموریت کشوری و بالادستی در سلامت باروری نوجوانان و جوانان در نظر گرفته شود.

الف - چشم انداز ملی بهداشت باروری نوجوانان و جوانان (VISION)

در افق برنامه، جمهوری اسلامی ایران با اتخاذ سیاست ها و مداخلات مدبرانه در کلیه شئون جامعه، توانسته است الگوی مناسبی از ایجاد سبک زندگی سالم در ارتباط با تولید نسل را بر اساس ارزش های متعالی اسلامی، در بین کشورهای اسلامی منطقه ارائه دهد و در جهت استقرار سبک زندگی سالم نوجوانان و جوانان مبتنی بر سبک زندگی دینی و رشد سرمایه اجتماعی جامعه گام های اساسی بردارد؛ به نحوی که نوجوانان و جوانان کشور بدانند، بخواهند و بتوانند تولید نسل سالمی داشته باشند و سلامت خود را در این زمینه افزایش دهند و در جامعه ای زندگی کنند که به آنها اجازه سالم بودن، سالم ماندن و سالم تر شدن را بدهد.

ب- مأموریت ملی بهداشت باروری نوجوانان و جوانان (MISSION)

حفظ، ارتقاء و بازگشت سلامت نوجوانان و جوانان ساکن در جمهوری اسلامی ایران، در ارتباط با کلیه ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی تولید نسل سالم از طریق اتخاذ و ایجاد ترکیبی از سیاست ها و محیط های فرهنگی، اجتماعی، سیاسی، اقتصادی، ساختاری و زیست محیطی حامی تولید نسل سالم در جهت استقرار سبک زندگی سالم و ارتقاء کیفیت زندگی نوجوانان و جوانان و در راستای ارزش های متعالی نظام مقدس جمهوری اسلامی و تحقق چشم انداز بیست ساله.

چشم انداز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در زمینه بهداشت باروری نوجوانان و جوانان

(VISION)

با اتکال الهی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای مأموریت خود توانسته است نقش رهبری و تولیت تمامی امور مربوط به بهداشت باروری نوجوانان و جوانان کشور را کسب و از کلیه ظرفیت های دینی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی برای انجام این مهم استفاده کرده و بازوی حمایتی و هدایتی کافی را در کل نظام جمهوری اسلامی داشته باشد.

مأموریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در زمینه بهداشت باروری نوجوانان و جوانان

(MISSION)

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، از طریق حمایت طلبی و هدایت نهادها و سازمان های مؤثر بر سلامت و همچنین ارائه خدمات در چارچوب وظایف این وزارتخانه در راستای حفظ، ارتقاء و بازگشت سلامت باروری نوجوانان و جوانان کشور از ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در جهت استقرار سبک زندگی سالم و ارتقاء کیفیت زندگی نوجوانان و جوانان گام برمی دارد.

اهداف کلان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در زمینه بهداشت باروری نوجوانان و

جوانان (OBJECTIVES)

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در راستای دو مأموریت اصلی خود، اهداف کلان زیر را پیگیری می نماید:

۱- حمایت طلبی و هدایت نهادها و سازمان های مؤثر بر سلامت در راستای اتخاذ و ایجاد سیاست ها و محیط های حامی بهداشت باروری و همچنین توانمندسازی اجتماعی و فردی در این زمینه:

۱,۱- استخراج و پایش اطلاعات پایه بهداشت باروری

۱,۲- اطلاع رسانی و گزارش به نهادها و سازمان های مؤثر بر سلامت باروری

۱,۳- تولید محتوای علمی

۲- ارائه خدمات مرتبط با بهداشت باروری در چارچوب وظایف وزارتخانه در پنج مرحله دوران قبل از بلوغ، دوران نوجوانی و ابتدای دوران بلوغ، دوران جوانی و بلوغ کامل، دوران قبل از ازدواج و شکل گیری خانواده، دوران ازدواج و زندگی در خانواده:

- اجرای سیاست های مدیریت جمعیت و تنظیم خانواده
- بهداشت خانواده
- بهداشت مادر و کودک
- بهداشت مدارس و سایر آموزشگاه ها و مکان های جمعی که هریک به نوعی با نوجوانان و جوانان سروکار دارند
- مشاوره و خدمات دوران بلوغ جنسی
- مشاوره و خدمات قبل و حین ازدواج
- مشاوره بعد از ازدواج
- پیشگیری و درمان اختلالات جنسی
- خدمات نازایی و باروری
- مراقبت های زمان بارداری
- تغذیه بارداری
- زایمان
- مراقبت های بعد از زایمان
- مراقبت های مادر و کودک

ارزش ها (Values)

با توکل و امید به رضایت الهی و رعایت ارزش ها و اصول اسلام، عدالت محوری و مسئولیت پذیری به منظور پاسخگویی و تأمین نیازهای سلامت نوجوانان و جوانان جهت تولید نسل سالم در راستای کارآمدی نظام مقدس جمهوری اسلامی، ارزش اساسی برای تحقق این برنامه می باشد.

- توجه به نقش اولیه و اساسی خانواده در کلیه مراحل بهداشت باروری نوجوانان و جوانان به عنوان هسته مرکزی در ساختار اجتماعی جامعه منطبق با فرهنگ کشور.
- تکریم و ارزش گذاری به نقش مادری زنان در جامعه به عنوان کانون اصلی خانواده
- تأمین نیازهای جنسی، روحی و روانی نوجوانان و جوانان به ساده ترین شیوه ممکن در چهارچوب مبانی دینی و تشکیل خانواده همراه با پایبندی به اصول اخلاقی، دینی اجتماعی
- توجه به سلامت نسل های آینده
- ارتقاء فرهنگ نوجوانان و جوانان جهت تولید نسل سالم از طریق انعکاس دیدگاه ها و مبتنی بر نوآوری های بومی و ارزش های اسلامی
- توجه به نیازهای نوجوانان و جوانان و مشارکت دادن آن ها در زمینه های مختلف مدیریت بهداشت باروری
- مسئولیت و پاسخگویی همگانی اجتماعی، خانوادگی و فردی برای سلامت نوجوانان و جوانان جهت تولید نسل سالم
- تعاون و همکاری همگانی بخش های مختلف دولتی و غیردولتی برای رسیدن به هدف تولید نسل سالم مبتنی بر ارزش های اسلامی
- تأکید بر عوامل اجتماعی و محیطی مؤثر بر سلامت نوجوانان و جوانان در ارتباط با تولید نسل سالم برخورداری مناسب از آب، غذا، مسکن، شغل، سواد بهداشتی، دسترسی عادلانه به اطلاعات مورد نیاز برای کنترل سرنوشت فردی و جمعی و توسعه احساس هویت و تعلق خاطر اجتماعی بر اساس باورهای دینی و مذهبی
- جامعیت، فراگیری، کیفیت و ایمنی، بهره وری مراقبت ها و خدمات مرتبط با تولید نسل سالم، در چارچوب وظایف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برای همه نوجوانان و جوانان کشور.

تحلیل محیطی

در این قسمت، عوامل مؤثر بر بهداشت باروری نوجوانان و جوانان در ابعاد داخلی و خارجی و همچنین عوامل مثبت و منفی در چهار گروه مورد بررسی قرار می‌گیرند. پرواضح است که برای این تقسیم بندی لازم است به دقت محیط داخلی و خارجی از یکدیگر به خوبی تفکیک شوند. بر اساس تعاریف علمی محیط داخلی متشکل از عواملی است که توسط سازمان و یا مجری برنامه راهبردی قابل تغییر است و به عبارتی در حدود اختیارات وی است در حالی که محیط خارجی یعنی فضایی که مجری برنامه راهبردی به راحتی نمی‌تواند قواعد آن را تغییر دهد. از آنجایی که این برنامه به عنوان سند بهداشت باروری نوجوانان و جوانان در سطح وزارت بهداشت می‌باشد، لذا محیط داخلی آن وزارت بهداشت در نظر گرفته شده و عواملی که فرای وزارت بهداشت هستند به عنوان محیط خارجی آورده شده‌اند. لازم به ذکر است که بیان لیست بلند در هر زیر عنوان این سند ملی احتمالاً توجه را از موارد بسیار مهم منحرف خواهد نمود؛ لذا در این مستند سعی گردیده است که مهم‌ترین گزینه‌ها انتخاب و راهبردها بر اساس گزینه‌های مهم تبیین گردد که پایه قوی‌تری برای برنامه ریزی داشته باشند.

تحلیل محیط داخلی: نقاط قوت

تأثیر نهایی	رتبه	ضریب تأثیر	نقاط قوت (S) Strengths	ردیف
۱۸	۳	۶	وجود شورای عالی سلامت در راس نظام تولید و سیاستگذاری حوزه سلامت	S.۱
۱۶	۴	۴	توجه به بهداشت باروری و سلامت زنان و خانواده در نقشه تحول نظام سلامت	S.۲
۱۲	۳	۴	جهت گیری کلان نقشه سلامت علمی با اولویت موضوعات علمی مربوط به ارتقاء سلامت و مؤلفه های اجتماعی مؤثر سلامت، نظام سلامت	S.۳
۲۸	۴	۷	طرح جامع ارتقاء سلامت مبتنی بر مؤلفه های اجتماعی در برنامه توسعه پنجم	S.۴
۸	۲	۴	لزوم تدوین سند توسعه سلامت استان ها با رویکرد مؤلفه های اجتماعی مؤثر بر سلامت در کارگروه تخصصی سلامت و امنیت غذایی	S.۵
۱۲	۳	۴	اجرای طرح پزشک خانواده و تیم سلامت در روستا و شهرها	S.۶
۹	۳	۳	وجود شبکه بهداشت همراه با برنامه بهداشت خانواده و موفقیت در برنامه تنظیم خانواده	S.۷
۱۲	۳	۴	حساسیت مسئولین پیرامون مبارزه با بیماری های بهداشت باروری همچون اچ.آی.وی/ایدز	S.۸
۱۲	۴	۳	گسترش مراکز تحقیقات کاربردی به ویژه مراکز تحقیقاتی مؤلفه های اجتماعی مؤثر بر سلامت در سراسر کشور	S.۹
۹	۳	۳	وجود اعضای هیات علمی ویژه در زمینه پزشکی اجتماعی، اپیدمیولوژی/ شبکه کارشناس بهداشت مدارس، خدمات مشاوره ای در دانشگاه ها / شبکه رابطین بهداشت	S.۱۰
۱۳۶	۳۲	۴۲	جمع نمرات	

تحلیل محیط داخلی: نقاط ضعف

تأثیر نهایی	رتبه	ضریب تأثیر	نقاط ضعف (W) Weaknesses (W)	ردیف
-۲۸	-۴	۷	ضعف مجموعه دانش و تخصص های پیرامون موضوع بهداشت باروری و ارتباط منطقی بین آنها	W.۱
-۲۱	-۳	۷	نبود یک مجموعه نظامند فکری و نظری پیرامون موضوع بهداشت باروری و ارتباط آن با دیگر موضوعات و سردرگمی بین سه حوزه تمدنی و فرهنگی اسلامی ایرانی و غربی	W.۲
-۲۴	-۴	۶	اولویت پایین معیار سلامت به ویژه سلامت باروری نوجوانان و جوانان در تصمیم گیری ها، سیاستگذاری ها و برنامه های پیشرفت کشور	W.۳
-۱۸	-۳	۶	انسجام و هماهنگی ناکافی بین سازمان های تأثیرگذار بر سلامت نوجوانان و جوانان	W.۴
-۲۴	-۴	۶	ضعف در نظام مدیریتی و برنامه ریزی پیرامون بهداشت باروری و سلامت نوجوانان و جوانان	W.۵
-۲۴	-۴	۶	نبود اطلاعات کافی، شفاف و قابل اعتماد از وضعیت موضوع روابط جنسی و بهداشت باروری جهت تصمیم گیری مبتنی بر شواهد و مستندات و عدم وجود سیستم نظارت و پایش دقیق شاخص های سلامت و عوامل تعیین کننده سلامت	W.۶
-۱۵	-۳	۵	ناکارآمدی در شناسایی گروه های آسیب پذیر و هدف موضع سلامت جنسی و باروری و دسترسی به این گروه جهت ارائه خدمات در سطوح مختلف	W.۷
-۱۸	-۳	۶	ضعف نظام ارائه خدمت در سطوح مختلف مداخله پیرامون بهداشت روابط جنسی و باروری (مراکز مشاوره، مراکز حمایتی، مراکز پیشگیری و درمانی)	W.۸
-۱۵	-۳	۵	ضعف در دارا بودن نیروی انسانی متخصص (چند تخصصی) پیرامون بهداشت باروری به ویژه بعد روانی و اجتماعی	W.۹
-۱۶	-۴	۴	ضعف در ایجاد شبکه اجتماعی سالم و حامی پیرامون موضوع خانواده و بهداشت باروری نوجوانان و جوانان	W.۱۰
-۲۰۳	-۳۵	۵۸	جمع نمرات	

تحلیل محیط خارجی: نقاط فرصت

رتبه	فرصت ها (O) Opportunities	ضریب تأثیر	رتبه	تأثیر نهایی
۰.۱	جهت گیری کلان کشور به سمت الگوی پیشرفت اسلامی ایران	۷	۴	۲۸
۰.۲	اولویت بالای نگاه عدالت محوری و کاهش اختلاف های بین گروهی در سطح نظام و دولت و اجرای طرح های همچون هدفمند کردن یارانه ها، اجرای طرح مسکن	۵	۴	۲۰
۰.۳	توجه مسئولین به اهمیت موضوع تحکیم نهاد خانواده و تربیت نسل آینده در اسناد بالادستی، تشکیل وزارت ورزش و جوانان، ایجاد ستاد ملی برای امور خانواده، افزایش بودجه کشوری در زمینه امور زنان و خانواده، قانون تحکیم خانواده	۵	۵	۲۵
۰.۴	منابع غنی دستورات دینی و مذهبی پیرامون خانواده و موضوع روابط جنسی و بهداشت باروری و وجود شبکه مبلغین و روحانیت، مناسبت های مذهبی	۵	۴	۲۰
۰.۵	تأکید بر افزایش فعالیت های فرهنگی و ارتقاء سرمایه اجتماعی با محوریت مساجد و معتمدین محلات در طول برنامه ها در اسناد بالادستی و تأثیر آن بر سبک زندگی	۴	۵	۲۰
۰.۶	توجه بالای نظام به تحقق چشم انداز و توجه خاص به سلامت همه جانبه به عنوان محور توسعه پایدار در اسناد بالادستی و تصویب	۴	۴	۱۶
۰.۷	طرح تحول در نظام آموزشی و تربیتی کشور، افزایش برنامه های مربوط به ارتقاء مهارت های زندگی، افزایش برنامه های رسانه ملی پیرامون مباحث خانواده، مباحث مربوط به بهداشت باروری	۴	۳	۱۲
۰.۸	افزایش آگاهی نوجوانان و جوانان نسبت به آسیب های پیرامون روابط جنسی و رفتارهای پرخطر	۳	۳	۹
۰.۹	ورود نظام مدیریت شهری به مباحث حوزه سلامت	۳	۳	۹
۰.۱۰	جمع نمرات	۴۰	۳۵	۱۵۹

تحلیل محیط خارجی: نقاط تهدید

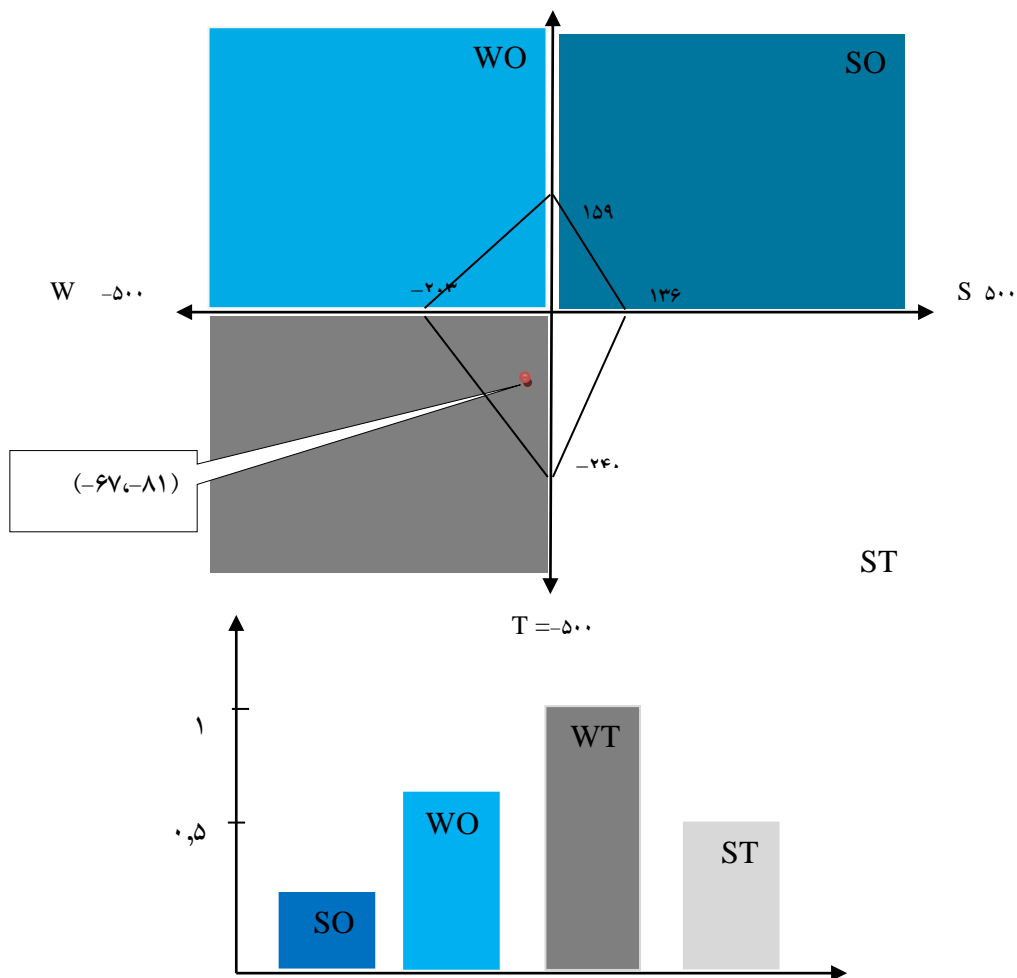
ردیف	تهدیدها (T)	ضریب تاثیر	رتبه	تاثیر نهایی
T.۱	جهانی سازی به سبک غربی تهاجم فرهنگی و پروژه شکاف نسلی، فشارهای سیاسی بین المللی پیرامون این موضوع	۷	-۵	-۳۵
T.۲	وجود شکاف ارزشی در جامعه و کاهش انسجام اجتماعی، افزایش فردگرایی و مادی گرایی در جامعه، تغییر معیارها و ارزش های انتخاب همسر، تغییر نگرش نوجوانان و جوانان نسبت ارزش تحصیلات، کار و ازدواج و معیارهای انتخاب همسر	۷	-۴	-۲۸
T.۳	نامناسب بودن نظام پاسخگویی به نیازهای فکری، ذهنی و روحی نوجوانان و جوانان در مراحل انواع بلوغ جنسی، فکری و اجتماعی، نامناسب بودن مهندسی پیام مفاهیم دینی متناسب با روحیات و مقتضیات نسل جدید (نظام آموزشی، تربیتی و همچنین فرهنگ سازی و ساماندهی اوقات فراغت نوجوانان و جوانان)	۵	-۴	-۲۰
T.۴	تغییر گروه مرجع در جامعه و همچنین تغییر جریان ها و منابع اطلاعاتی برای هدایت و مشاوره و الگوی سازی نسل جوان کشور، استفاده نا به هنگام از فناوری های ارتباطی (موبایل، ماهواره و اینترنت) در نسل نوجوان و جوان، محتوای پیام های رسانه ای که مخالف سلامت جنسی و باروری می باشد از نظر نرم افزاری (تبلیغات، دانش و نگرش های ...)	۵	-۴	-۲۰
T.۵	توزیع نامناسب جمعیت به لحاظ شهری و روستای و همچنین بین کلان شهرهای کشور، پایین بودن سرمایه اجتماعی و شبکه های اجتماعی به ویژه در سطح محلات، شبکه خانواده	۴	-۴	-۱۶
T.۶	تفاوت های درآمدی و اقتصادی و احساس نابرابری بالا در سطح جامعه که به دلیل افزایش ارتباطات و انتقال اطلاعات است و نمایش ظاهری ثروت در جامعه	۵	-۴	-۲۰
T.۷	اختلاف بین وضعیت تحصیل و اشتغال/ بیکاری در مردان و زنان جمعیت هدف	۴	-۳	-۱۵
T.۸	تغییر الگوی و سبک زندگی اجتماعی به ویژه در نسل جوان (شیوع بالای رفتارهای نامناسب مرتبط با سلامت مانند کم و بی تحرکی، تغذیه نامناسب،	۴	-۳	-۱۵

تأثیر فزاینده	رتبه	ضریب تأثیر	تهدیدها (T) Threats	ردیف
			تغییر در سفره غذایی خانواده و گرایش بیشتر خانواده ها به غذاهای آماده، افزایش چاقی به دلیل روند توسعه کشور و صنعتی شدن	
-۱۲	-۳	۴	نامناسب بودن عملکرد رسانه های جمعی در جهت الگوسازی و رشد مناسب برای جمعیت هدف	T.۹
-۱۶	-۴	۴	پایین بودن سطح سواد سلامتی در ارتباط با بهداشت باروری، عملکرد نامناسب کشور به ویژه پیرامون موضوع در دوره های زمانی مختلف به ویژه دوران بلوغ، زمان تشکیل خانواده و بعد از تشکیل خانواده	T.۱۰
-۱۵	-۵	۳	بالا رفتن سن ازدواج، مزیقه ازدواج، و وجود موانع و سخت گیری ها در امر ازدواج	T.۱۱
-۱۶	-۴	۴	افزایش زمینه های استرس، اضطراب و افسردگی در جامعه و عدم مهارت جامعه در مدیریت استرس ها و شیوه برقراری ارتباط مؤثر، افزایش میزان خشونت ها و خشونت های مخفی در نهاد خانواده به دلیل فشار های روانی ناشی از عوامل اقتصادی و اجتماعی، افزایش میزان طلاق عاطفی و قانونی	T.۱۲
-۱۲	-۳	۴	تغییر الگوی انتقال بیماری اچ. آی. وی / ایدز به سمت روابط جنسی، بالا بودن و افزایش مصرف الکل، مواد مخدر و رفتارهای پرخطر جنسی، افزایش ارتباطات جنسی بیرون از چارچوب خانواده، و انحرافات جنسی، پایین آمدن سن اولین ارتباط جنسی	T.۱۳
-۲۴۰	-۵۰	۶۱	جمع نمرات	

تعیین موقعیت استراتژیک

موقعیت استراتژیک

تحلیل محیطی صورت گرفته نشانگر آن بود که در محیط داخلی نقاط ضعف بر نقاط قوت غلبه داشته و در محیط خارجی نیز نقاط تهدید بر فرصت پیشی گرفته است. بنابراین مرکز ثقل توان مداخلات استراتژیک وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، پیرامون موضوع بهداشت باروری نوجوانان و جوانان در وضعیت تهدید و ضعف (WT) قرار دارد.



مسائل و چالش های استراتژیک

۱. نبود نظام فکری منسجم و دانش لازم پیرامون موضوع در چارچوب الگوی پیشرفت کشور
۲. عدم هماهنگی و انسجام دستگاه های ذی ربط در ارتباط با نقش های اجرایی خود پیرامون موضوع
۳. تغییر سبک زندگی نوجوانان و جوانان به دلیل صنعتی و مدرنیته شدن
۴. تغییر ساختارهای اجتماعی و عدم تطابق نظام های اجتماعی - اقتصادی موجود مبتنی بر نیازمند های طبیعی و فیزیولوژی دو جنس
۵. زیاد بودن فاصله بین بلوغ جنسی، فکری و اجتماعی
۶. بالا رفتن رفتارهای پرخطر نوجوانان و جوانان و افزایش رشد اچ.آی.وی / ایدز از طریق انتقال جنسیتی در خارج از چارچوب خانواده
۷. تهاجم فرهنگی و شکاف بین نسلی
۸. پایین بودن دانش و مهارت های زندگی مبتنی بر سبک زندگی دینی در بین نوجوانان و جوانان

سیاست‌ها

۱. کاهش فاصله بین سن بلوغ جنسی، فکری و اجتماعی در نوجوانان و جوانان
۲. متناسب‌سازی ساختارهای اجتماعی مبتنی بر ساختارهای طبیعی و ابعاد وجودی انسان بر اساس دیدگاه اسلام
۳. تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد در زمینه بهداشت باروری نوجوانان و جوانان کشور
۴. سرمایه‌گذاری پژوهشی در حد طاقت، نظریه پردازی و تئوریزه نمودن بر اساس داشته‌های علمی و مذهبی
۵. تأکید بر رویکردهای پژوهش کیفی جهت مداخلات اجتماعی
۶. اعلام سیاست‌های شفاف در سطوح مختلف تصمیم‌گیری در کشور در ارتباط با مدیریت جمعیت و بهداشت باروری
۷. توزیع متناسب جمعیت شهری و روستایی در قالب آمایش سرزمینی
۸. توزیع مناسب جمعیت بین شهرهای مختلف کشور
۹. ترویج شیوه‌های زندگی سالم با تأکید بر سبک زندگی دینی با محوریت بهداشت باروری به ویژه در میان اعضای خانواده به ویژه دختران و زنان گروه سنی هدف
۱۰. تأکید بر محیط‌های حامی سلامت باروری به ویژه در محیط خانواده، مهدکودک‌ها، مدارس و مراکز آموزش عالی، محیط‌های عمومی شهری و تفریح‌گاه‌ها و مراکز نظامی
۱۱. تأکید بر تقویت شبکه‌های اجتماعی و حمایتی به ویژه روابط خانوادگی، سازمان‌های مردم‌نهاد نوجوانان و جوانان
۱۲. تقویت بنیان خانواده با تأکید بر ارزش‌های اسلامی و خانواده محوری در کلیه برنامه‌های اجتماعی
۱۳. ارتقاء کیفیت زندگی خانوادگی و تعیین الزامات آموزشی و تربیتی آن در سطوح مختلف

۱۴. رعایت عدالت جنسیتی با توجه به استعدادها و توانایی‌های هر جنس که متناسب با آن وظایف و حقوق جنسیتی در جامعه شکل می‌گیرد
۱۵. تقویت جایگاه زنان در خانواده
۱۶. تغییر نقش زنان در جامعه با محوریت نقش مادری و همسری
۱۷. تأکید بر سلامت معنوی و سپس سلامت روانی و جسمی نوجوانان و جوانان
۱۸. هویت‌یابی نوجوانان و جوانان کشور بر اساس نظام فکری، ارزشی و بینشی اسلام
۱۹. تأکید بر انتخاب آگاهانه و ازدواج به موقع و آسان
۲۰. یکپارچگی سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، نظارت و دیدبانی نظام سلامت در ارتباط با بهداشت باروری در چارچوب خانواده
۲۱. شفاف‌سازی مسئولیت و تقویت نقش و عملکرد دستگاه‌ها و سازمان‌های مختلف در پیشگیری، ایمن‌سازی و کنترل آسیب‌های اجتماعی تأثیرگذار بر بهداشت باروری در راستای برنامه‌های توسعه کشور
۲۲. گسترش و ارتقاء مشارکت سازمان یافته بین بخش‌های مختلف حاکمیتی پیرامون بهداشت باروری نوجوانان و جوانان در سطوح مختلف مداخله
۲۳. محوریت خانواده در ارائه کلیه خدمات و برنامه‌های حفظ، ارتقاء و بازگشت سلامت
۲۴. بهبود و عدالت در دسترسی به خدمات برای گروه‌های مختلف در سطوح مختلف مداخله
۲۵. بهبود و عدالت در فراهم بودن خدمات جهت گروه‌های مختلف
۲۶. سطح‌بندی ارائه خدمات در چهار سطح پیشگیری مبتنی بر هر چهار بعد سلامت جنسی، روانی، معنوی و اجتماعی: پیشگیری مقدماتی، پیگیری اولیه، پیشگیری ثانویه (درمانی)، پیشگیری ثالثیه (بازتوانی)
۲۷. سطح‌بندی آموزش و تربیت جنسی در سنین مختلف جنسی بر اساس قبل از بلوغ، بعد از بلوغ، قبل از ازدواج، حین ازدواج و بعد از ازدواج

۲۸. تأکید بر شخصی سازی آموزش های تربیت جنسی برای افراد مناسب با گروه سنی تعریف شده

راهبردها

۱. جهت دهی تحقیقات مؤلفه های اجتماعی مؤثر بر سلامت در چارچوب سلامت خانواده
۲. ساماندهی وضعیت تحصیل و مهاجرت در کشور به ویژه برای دختران
۳. ساماندهی اوقات فراغت نوجوانان و جوانان
۴. تغییر الگوی اشتغال زنان در جامعه و حرکت از اشتغال و فعالیت اقتصادی به اشتغال و فعالیت های اجتماعی
۵. ایجاد عرصه هایی غیر از ورود به دانشگاه برای تأمین نیازهای روانی، علمی و شخصیتی زنان و دختران
۶. ارتقاء تعهدات اخلاقی، اجتماعی و قانونی در ارتباطات اجتماعی
۷. ارتقاء سرمایه اجتماعی در سطح محلات با محوریت مساجد
۸. تقویت همکاری بین بخشی برای بازاریابی رفتارهای اجتماعی سالم در ارتباط با بهداشت باروری نوجوانان و جوانان کشور
۹. گسترش و ارتقاء نقش نهادهای مدنی در تحقق اهداف بین بخشی مرتبط با بهداشت باروری نوجوانان و جوانان
۱۰. گفتمان سازی پیرامون نقش محوری نهاد خانواده در نظام اجتماعی اسلامی
۱۱. تقویت فعالیت های مردمی در قالب ساختارهای حقوقی مناسب همچون خیریه ها، انجمن ها و سازمان های مردم نهاد پیرامون موضوع بهداشت باروری نوجوانان و جوانان کشور
۱۲. ارتقاء سلامت اجتماعی و پیشگیری از آسیب های اجتماعی، تقویت مهارت های زندگی و فرزند پروری
۱۳. نهادینه سازی ساختار و فرآیند مشارکت نوجوانان و جوانان در تصمیم گیری ها و سیاست گذاری ها در سطح محلات

۱۴. نهادهای سازنده ساختار و فرآیند مشارکت مردمی در برنامه ریزی و اجرا و ارزیابی در سطح محلات
۱۵. فرهنگ سازی و اصلاح باورهای جامعه نسبت به جایگاه زنان در تصمیم گیری و تصمیم سازی و نقش آنان در سلامت خانواده و جامعه
۱۶. فرهنگ سازی نسبت به جایگاه ویژه زنان به عنوان مادر و همسر
۱۷. ارتقاء نظام سامانه های تربیتی به ویژه نظام آموزش و پرورش و آموزش عالی برای مهارت های زندگی مبتنی بر محوریت خانواده به ویژه قدرت تصمیم گیری و حل مساله در چارچوب معیارهای تعریف شده در سبک زندگی دینی
۱۸. اجرای برنامه بهداشت باروری بر بستر پزشک خانواده و تیم سلامت، همراه با تلفیق با برنامه تنظیم خانواده و بهداشت مادر و کودک
۱۹. تلفیق برنامه HIV/ایدز با برنامه بهداشت باروری، سلامت نوجوانان و جوانان کشور، برنامه کاهش آسیب های رفتارهای پرخطر
۲۰. توسعه کمی و کیفی بیمه های اجتماعی و سلامت به منظور ارتقاء حمایت ویژه دولت از اقشار نیازمند (زنان بد سرپرست، خودسرپرست و سرپرست خانوار آسیب پذیر، کودکان کار، کودکان خیابانی، کودکان حاشیه نشین، زنان و سالمندان در سایر گروه های آسیب پذیر، مادران باردار محروم، نوزادان و کودکان محروم)

اقدامات

اتخاذ سیاست های حامی سلامت

۱. ایجاد تولیت واحد و یکپارچه پیرامون بهداشت باروری نوجوانان و جوانان در چارچوب نهاد خانواده
۲. ارائه الگوی خانواده در الگوی پیشرفت اسلامی و ایرانی و تعیین نقش زن و مرد
۳. گسترش و جهت دهی مراکز علمی و پژوهشی حوزه و دانشگاه پیرامون بهداشت باروری نوجوانان و جوانان در چارچوب نهاد خانواده
۴. تدوین منظومه واژه شناسی پیرامون بهداشت باروری نوجوانان و جوانان
۵. ارتقاء دانش و نگرش سیاست گذاران و قانون گذاران پیرامون موضوع بهداشت باروری و موضوعات مرتبط با آن به ویژه سلامت خانواده
۶. تشکیل شبکه خبرگان سیاستگذاری پیرامون در ارتباط با بهداشت باروری در چارچوب سلامت خانواده در سطح کشور
۷. ساماندهی نظام استقرار مصوبات و پاسخگویی کلیه نهادهای مرتبط با بهداشت باروری به ویژه برای گروه سنی نوجوان و جوان
۸. تقویت ارتباط فعال با حوزه های علمیه و سازمان تبلیغات اسلامی جهت انعکاس موضوعات سلامت نوجوانان و جوانان در ارتباط با بهداشت باروری در چارچوب سلامت خانواده
۹. مدیریت یکپارچه عوامل خطر مؤثر بر بهداشت باروری نوجوانان و جوانان کشور
۱۰. حمایت از ترویج و تسهیل امر ازدواج و تشویق جوانان برای تشکیل خانواده پایدار بر اساس فرهنگ اسلامی- ایرانی و رفع موانع فرهنگی و اقتصادی آن به عنوان عامل مؤثر بر بهداشت باروری

۱۱. روزآمد نمودن برنامه های سلامت مبتنی بر ارتقاء سلامت، پیشگیری، کاهش عوامل خطر و افزایش سطح حفاظت کننده های سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در گروه های مختلف جمعیتی هدف (سنی، جنسی و جغرافیایی)
۱۲. اجرای برنامه ملی کنترل رفتارهای پرخطر (در راستای کنترل بیماری ایدز) در قالب برنامه های کنترلی جامعه محور شامل:
- ۱۲,۱. برنامه ملی کنترل اعتیاد، دخانیات و الکل
- ۱۲,۲. برنامه ملی افزایش فعالیت فیزیکی
- ۱۲,۳. برنامه ملی ارتقاء سلامت روان با تأکید بر مهارت های زندگی (در راستای کاهش بار بیماریهای روانی)، فرزندپروری و روابط خانوادگی (سلامت روانی و اجتماعی خانواده)، پیشگیری از خودکشی و خشونت (کودک آزاری، همسرآزاری و سالمندآزاری) و انگ زدایی
۱۳. تدوین برنامه جامع مراقبت سلامت خانواده در سطح ملی، منطقه ای و محلی
۱۴. یکپارچه سازی اطلاعات جهت هدایت و کمک به تصمیم گیرندگان سطوح کلان در ارتباط با بهداشت باروری نوجوانان و جوانان با رویکرد مؤلفه های اجتماعی مؤثر بر سلامت با برش های کشوری، استانی، شهرستانی و محلات
- ۱۴,۱. ایجاد بانک و سامانه جامع آمار و اطلاعات بهداشت باروری مدغم در سامانه جامع آمار و اطلاعات نوجوانان و جوانان کشور
- ۱۴,۲. استقرار مرکز ملی داده ها و اسناد سلامت مرتبط با بهداشت باروری در چارچوب سلامت خانواده
- ۱۴,۳. رصد شاخص های عدالت در سلامت با تأکید بر وضعیت اقتصادی، آمایش سرزمینی و گروه های سنی و جنسی نوجوانان و جوانان کشور

- ۱۴,۴. ایجاد مرکز تحلیل اطلاعات بخش بهداشت باروری نوجوانان و جوانان و ارائه
پسخوراند به دست اندرکاران
- ۱۴,۵. طراحی سامانه و فرآیند انتشار اطلاعات
- ۱۴,۶. ساماندهی مراکز مشاوره خانواده و روانی در سطح کشور جهت یکپارچه سازی
اطلاعات با همکاری نظام مشاوره روانشناسی کشور
- ۱۴,۷. ارتقاء نظام مراقبت گروه های سنی-جنسی جمعیت نوجوانان و جوانان
- ۱۴,۸. ثبت داده های ملی مراقبت، رفتارهای پرخطر و عوامل خطر، عوامل تعیین کننده سلامت
و توسعه سامانه های هشدار سریع و تصمیم یار در ارتباط با بهداشت باروری
۱۵. اتخاذ تدابیر لازم جهت اصلاح قوانین، مقررات و برنامه ها و ساختارهای حقوقی، اقتصادی و
فرهنگی در راستای حمایت از خانواده با تأکید بر ابعاد مختلف سلامت نوجوانان و جوانان

ایجاد محیط های حامی سلامت و بهداشت باروری جوانان و نوجوانان

۱۶. تغییر و جهت گیری معماری مسکن ها، محیط داخلی خانه و محیط های شهری متناسب با
فرهنگ اسلامی- ایرانی
۱۷. مدیریت و کنترل فضای مجازی و رسانه ای در راستای حمایت از بهداشت باروری نوجوانان
و جوانان کشور
- ۱۷,۱. حمایت از ارتقاء نظام اطلاع رسانی روزآمد و پاسخگو در زمینه بهداشت باروری
نوجوانان و جوانان کشور
- ۱۷,۲. گسترش و ارتقاء استفاده از رسانه ها و صدا و سیما و فضای مجازی در جهت ترویج
رفتارهای سالم با نظارت و هماهنگی با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۱۷,۳. ارزیابی و استانداردسازی رسانه ها در ارتباط با مباحث سواد سلامت و مشارکت مردم
پیروان مباحث بهداشت باروری برای گروه هدف

- ۱۷,۴. ایجاد سامانه پایش و ارزیابی مستمر سواد سلامت جامعه و قابلیت مشارکتهای مردمی
پیرامون بهداشت باروری در گروه هدف نظارت بر عرضه اطلاعات موثق و مناسب
مخاطب عمومی در ارتباط با بهداشت باروری
- ۱۷,۵. نظارت بر اطلاعات عرضه شده در رسانه ها
- ۱۷,۶. نظارت بر محتوای اطلاعات مرتبط با کلیه محصولات، خدمات، مراقبت ها و مداخلات
مؤثر بر بهداشت باروری نوجوانان و جوانان
۱۸. مدیریت فضای مدگرایی در نوجوانان و جوانان
۱۹. ایجاد محیط مناسب برای مشارکت دانش آموزان و دانشجویان برای ارتقاء سلامت خود و
جامعه در ارتباط با بهداشت باروری و ایجاد انگیزه برای مشارکت و نیز اصلاح سبک زندگی
خود و توصیه به دیگران در این زمینه
۲۰. گسترش فضاهای ورزشی به خصوص برای دختران و بانوان
۲۱. استفاده از ظرفیت محیط های ارائه خدمات برای جلب مشارکت جامعه و نیز آموزش و
توانمندسازی آنان برای اتخاذ رفتارهای سالم پیرامون بهداشت باروری
۲۲. استفاده از ظرفیت محیط های آموزشی در رده های مختلف جهت توانمندسازی جامعه برای
افزایش مشارکت و نیز اتخاذ رفتارهای سالم مرتبط با بهداشت باروری
۲۳. تأمین امنیت اجتماعی برای زنان در فضاهای عمومی

توانمندسازی اجتماعی

۲۴. تدوین و اجرای برنامه ملی ارتقاء سواد سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی آحاد جامعه
پیرامون بهداشت باروری
۲۵. برنامه توانمند سازی گروههای آسیب پذیر با مشارکت مردم در ارتباط با بهداشت باروری
نوجوانان و جوانان (توانمند سازی زنان، توانمند سازی حاشیه نشین ها، خانواده های
بدسرپرست)

۲۶. برنامه توانمندسازی افراد کلیدی و مرجع (روحانیون، اساتید دانشگاه، هنرمندان، ورزشکاران و گروه های همسال) در جوامع محلی در زمینه بهداشت باروری برای گروه هدف
۲۷. سازماندهی سمن های کشور برای مشارکت در پیش گیری و کاهش آسیب های اجتماعی و ارتقاء سلامت نوجوانان و جوانان پیرامون بهداشت باروری
۲۸. افزایش آگاهی جامعه از نقش و تأثیر شغل خانه داری در سلامت و توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور و حمایت از آن
۲۹. آگاه سازی و جلب مشارکت جامعه، والدین و مسئولین در مورد اهمیت تکامل دوران ابتدایی کودکی جهت ارتقاء بهداشت باروری
۳۰. ساماندهی و فعال سازی شبکه های مبلغین مذهبی بر اساس موضوع بهداشت باروری نوجوانان و جوانان
۳۱. تدوین بسته مهارت های زندگی نوجوانان و جوانان در چارچوب خانواده سلام مبتنی بر سبک زندگی دینی و اسلامی
۳۲. اجرای برنامه مهارت های زندگی در شبکه مساجد، خانواده ها، مراکز آموزش و آموزش عالی، زندان ها و پادگان ها
۳۳. اجرای برنامه های مهارت های مدیریت خانواده برای هر دو جنس متناسب با نقش های تعریف شده در الگو
۳۴. گسترش مراکز و نظام پاسخگویی به مسائل و شبهات فلسفی و هویت یابی نوجوانان و جوانان
۳۵. ارتقاء سیستم های حمایتی گروه های آسیب دیده و در معرض خطر موجود در ارتباط با بهداشت باروری
۳۶. سازماندهی اوقات نوجوانان و جوانان کشور به منظور کاهش رفتارهای پرخطر

۳۷. تدوین بسته خدمتی پیش گیری از رفتارهای پرخطر مؤثر بر بهداشت باروری و شناسایی افراد در معرض خطر از طریق اقدامات محله محور و استقرار آن با مشارکت شوراهای اسلامی شهر و روستا، سازمان تبلیغات اسلامی و وزارت ارشاد اسلامی با محوریت مساجد

توانمندسازی فردی

۳۸. استقرار بسته های استاندارد "آموزش و ترویج مهارت های زندگی سالم مبتنی بر سبک زندگی دینی" برای گروه های سنی مختلف نوجوانان و جوانان کشور و جلب حمایت برای گنجاندن آن در برنامه های رسمی و غیررسمی (با پوشش ۱۰۰ درصد جمعیت تا پایان برنامه از کلیه موقعیت های مهدکودک، مدارس، دانشگاه ها، سربازخانه ها، محل های کاری خصوصی و دولتی، مراکز فنی و حرفه ای، اتحادیه ها و سندیکاها، زندان ها و ...)

۳۹. ارتقاء آگاهی و بینش زنان و مردان از حقوق و مسئولیت های فردی، خانوادگی و اجتماعی برای حفظ و ارتقاء رعایت اصول و ارزشهای متعالی در ارتباط با بهداشت باروری در چارچوب خانواده

۴۰. ارتقاء آگاهی ها و مهارت های زوجین و آموزش های لازم در زمینه حقوق، تکالیف، روابط سالم زناشویی، بهداشت باروری، مهارت های ارتباطی، حسن خلق و معاشرت

۴۱. ارتقاء و گسترش آموزش همگانی به ویژه دختران و زنان و تقویت جایگاه زنان در خانواده

۴۲. ارتقاء و گسترش آموزش همگانی و اصلاح نگرش خانواده ها نسبت به رفع تبعیض بین

کودکان خود و تقویت جایگاه زنان در خانواده و رفع ظلم و خشونت در جامعه و خانواده

۴۳. ارتقاء و گسترش آگاهی نوجوانان و جوانان و همچنین خانواده ها از نقش و مسئولیت های

متعدد در خانواده و اجتماع و همچنین نیازهای سلامتی در مراحل مختلف زندگی اعم از

کودکی، بلوغ، ازدواج و اداره خانواده و فرزند پروری

۴۴. ارتقاء آگاهی زنان و خانواده از نقش های متعدد زنان در خانواده و اجتماع و نیازهای متناسب

با این حوزه ها در دوره های مختلف زندگی

۴۵. ارتقاء آگاهی زنان و خانواده ها از نقش ها و مسئولیت ها، نیازهای سلامت در مراحل مختلف زندگی (بلوغ، ازدواج و ...) حقوق و تکالیف متقابل زن و مرد در زندگی خانوادگی
۴۶. تعیین نیازهای آموزشی سلامت نوجوانان و جوانان و عوامل فرهنگی و اجتماعی و معنوی تاثیرگذار در گروه های مختلف سنی ایشان و بر اساس پایه های مختلف تحصیلی و آموزشی تقویت برنامه ها و خدمات
۴۷. آموزش مهارت های ارتباطی برای خانواده با تأکید بر آموزش های زن و مرد بطور مجزا
۴۸. ارائه آموزشهای لازم در زمینه حقوق، مسئولیت و روابط زناشویی و بهداشت باروری بر اساس مبانی خانواده اسلامی
۴۹. برداشتن موانع موجود درخصوص آموزش مهارت ها همسررداری درخصوص سلامت زنان
۵۰. آموزش معیارهای صحیح در همسرگزینی و افزایش مهارت های آنها در حفظ خانواده پایدار و توانمندسازی دختران و پسران (جوانان) در این خصوص و حفظ خانواده پایدار
۵۱. تهیه راهنماها و متون آموزشی مناسب برای تصمیم گیری گروه های هدف در ارتباط با بهداشت باروری
۵۲. تعیین گروه و متولیان آموزشی تربیت جنسی در کشور در گروه های سنی مختلف و محیط های مختلف (مدارس، مراکز آموزش عالی، محلات، مراکز نظامی)

نظام ارائه خدمت بهداشتی درمانی

۵۳. بازنگری نظام مراقبت های اولیه سلامت بر اساس عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت جهت ارائه خدمات بهداشت باروری
۵۴. طراحی و استقرار بسته خدمتی پیش گیری، درمان و کاهش آسیب در حاشیه هشت شهر بزرگ کشور پیرامون بهداشت باروری نوجوانان و جوانان

۵۵. شناسایی افراد گروه هدف در معرض عوامل خطر اصلی، واسطه ای مرتبط با بهداشت باروری به منظور کنترل عوامل، انجام اقدامات پیشگیرانه، غربالگری و درمان زودرس
۵۶. افزایش دسترسی به گروه های هدف با رفتارهای پرخطر و اجرایی برنامه های کاهش آسیب
۵۷. استفاده از فناوری های نوین در حوزه شناسایی و ارائه خدمات به گروه های در معرض خطر و آسیب پذیر
۵۸. گسترش مراکز مشاوره خانواده و مشاوره بلوغ و روابط جنسی
۵۹. تقویت جایگاه مشاور در زمینه بهداشت باروری نوجوانان و جوانان در نظام ارائه خدمات
۶۰. ارتقاء گسترش خدمات مشاوره ای بهداشت باروری نوجوانان و جوانان از راه دور
۶۱. گسترش مراکز خدمات آسیب های اجتماعی
۶۲. گسترش شبکه مراکز خدمت رسانی و آسیب های اجتماعی
۶۳. گسترش کلینیک های سلامت جنسی و آمایش آن بر اساس سطح بندی خدمات
۶۴. تکمیل، طراحی و استقرار سیستم ادغام یافته کلیه ارائه خدمات مرتبط با بهداشت باروری با رعایت سطح بندی متناسب در چارچوب سلامت خانواده
۶۵. تعیین بسته پایه خدمات بهداشت باروری نوجوانان و جوانان و ارائه آن به تمامی افراد گروه هدف جامعه در قالب برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع
۶۶. طراحی و اجرای برنامه ارتقاء سلامت افراد آسیب پذیر گروه هدف با محوریت پزشک خانواده
۶۷. تدوین و اجرای راهنماهای تشخیص و درمان و همچنین پیشگیری و غربالگری در بسته خدماتی پزشکان خانواده در ارتباط با بهداشت باروری نوجوانان و جوانان
۶۸. استقرار برنامه سلامت بانوان با جهت گیری بهداشت باروری در چارچوب سلامت خانواده
۶۹. تهیه بسته خدمات بهداشت باروری در زمان حوادث به ویژه برای نوجوانان و جوانان

نگاشت نهادی

راهنمای جدول

جدول ذیل، نقش دستگاه ها و سازمان های دولتی و غیردولتی را در ارتباط با انجام اقدامات مرتبط با بهداشت باروری نوجوانان و جوانان از نظر نوع مداخله (اجرایی، سیاستگذاری)، سطح مداخله (مقدماتی، اولیه، ثانویه، ثالثیه)، بعد مداخله (جسمی، روحی، روانی، اجتماعی) و وزن مداخله (میزان تأثیرگذاری) تعیین می کند.

لازم به توضیح است که رنگ پررنگ تر، بیشترین نقش را داشته و کمترین نقش، متعلق به کم رنگ ترین رنگ می باشد.

همچنین سه ستاره، نشان دهنده بیشترین میزان تأثیر و یک ستاره، به معنی کمترین میزان تأثیر می باشد.

نام ذینفع	نوع سازمان										سطح مداخلات		ملاحظات مداخله و اقدام	
	سبب	آرزو	نیاز	آگاهی	عملیاتی	مقدماتی	اولیه	ثانویه	ثالثیه	جسمی	روانها	معنوی	اجتماعی	میزان تأثیر
نهاد رهبری	•												***	تدوین الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت با محوریت خانواده ابلاغ سیاست های کلی سلامت به ویژه سلامت خانواده اعلام سیاست های جمعیتی
تشخیص مصلحت نظام	•												***	تهیه بسته سیاست های کلی سلامت و سلامت خانواده تهیه بسته سیاست های جمعیتی
شورای عالی انقلاب فرهنگی	•												***	تدوین قوانین و مقررات لازم جهت تحقق سبک زندگی دینی با تأکید بر سلامت نسلی

نام ذینفع	نوع سازمان	سطح مداخلات										ملاحظات مداخله و اقدام			
		تأثیر مثبت / منفی	میزان تاثیر	اجتماعی	معنوی	روانی	جسمی	ثابت	ثابت	اولیه	مقدمه		عملیاتی	اجرائی	سیاست گذار
هیات وزیران	•														تهیه و ابلاغ بسته های اجرایی حامی سلامت به ویژه سلامت خانواده براساس رویکرد مولفه ای اجتماعی موثر بر سلامت SDH
شورای عالی سلامت	•														تصویب و نظارت بر اجرای سند نقشه راه سلامت خانواده با تاکید بر بهداشت باروری نوجوانان و جوانان
امور زنان و خانواده نهاد ریاست جمهوری	•														تدوین و نظارت بر بسته های اجرایی سلامت خانواده با محوریت سلامت زنان
وزارت کشور	•														توانمند سازی مدیران در سطح کشور جهت اتخاذ سیاست های حامی سلامت پیرامون موضوع در چارچوب سند توسعه سلامت ساماندهی سازمان های مردم نهاد در ارتباط با بهداشت باروری جوانان و نوجوانان کشور شناسایی افراد و گروه های هدف (کارت ملی، کارت سلامت هوشمند)
نیروی انتظامی	•														اتخاذ تدابیر سلامت اجتماعی از نظر نظم و امنیت اجتماعی مباحث مرتبط با بهداشت باروری نوجوانان و جوانان
سازمان شهرداری های کشور	•														ساماندهی فرهنگسراها و نشیات شهری و روستایی از نظر برنامه ها و محیط جهت حمایت از بهداشت باروری در چارچوب تعریف شده ایجاد محیط های عمومی و شهری حامی بهداشت باروری از ابعاد مختلف فیزیکی، زیستی و تفریحی
وزارت اطلاعات	•														شناسایی و برخورد با شبکه های فساد اخلاقی و اجتماعی در چارچوب جنگ نرم و تهاجم فرهنگی

فهرده مجریه

نام ذینفع	نوع سازمان		سطح مداخلات										ملاحظات مداخله و اقدام
	سیاست گذار	اجرایی	عملیاتی	مقدماتی	اولیه	ثانویه	ثالثیه	جسمی	روانی	معنوی	اجتماعی	میزان تاثیر	
وزارت ورزش و جوانان		•	•										<p>تجهی بست های اجرایی و نظارت بر کلیه ابعاد زندگی جوانان و نوجوانان با رویکرد تامین سلامت و ارتقای کیفیت زندگی ساماندهی امور مربوط به تشکیل خانواده و تسهیل ازدواج ساماندهی اوقات فراغت نوجوانان و جوانان ساماندهی شبکه های اجتماعی نوجوانان و جوانان حمایت از ایجاد تحرک بدنی لازم در عموم نوجوانان و جوانان دوره های مهارت های زندگی براساس گروه هدف سنی انجام بازاریابی های اجتماعی پیرامون بهداشت باروری نوجوانان و جوانان و...</p>
وزارت ارشاد اسلامی		•											<p>حمایت از رسانه های مکتوب و دیجیتال سلامت خانواده و سلامت نوجوانان و جوانان حمایت از انتشار کتب و بسته های فرهنگی پیرامون توانمندسازی سلامت خانواده و بهداشت باروری نوجوانان و جوانان حمایت از اقدامات هنری و فرهنگی پیرامون سلامت خانواده و بهداشت باروری در قالب جشنواره و همایش سلامت خانواده</p>
وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات		•											<p>مدیریت فضاهاى مجازى در جهت حمایت از بهداشت باروری نوجوانان و جوانان به ویژه از نظر دسترسی کاربران</p>
وزارت علوم تحقیقات و فناوری (مراکز تحقیقاتی)													<p>نظریه پردازی و تئوریزه نمودن مبانی خانواده و جامعه خانواده محور انجام پژوهش های لازم از نظر جامعه شناسی پیرامون مسائل مرتبط با نوجوانان و جوانان، بهداشت باروری و سلامت خانواده آموزش و تربیت نیروی انسانی مشاوره خانواده و مشاوره بالینی در جهت تقویت خانواده سالم و بهداشت باروری نوجوانان و جوانان</p>

ملاحظات مداخله و اقدام	سطح مداخلات										نوع سازمان				نام ذینفع
	تأثیر مثبت/ منفی	میزان تأثیر	اجتماعی	معنوی	روانی	جسمی	تالیفه	تأویفه	اولیه	مقدمه‌ای	عملیاتی	اجرایی	سیاست‌گذار	علمی	
مهارت دهی و توانمندسازی نوجوانان و جوانان در خصوص ایجاد سبک زندگی دینی و سالم از طریق تحول در نظام آموزش و پرورش زمینه سازی جهت هویت یابی نوجوانان و جوانان به ویژه در زمان بلوغ ایجاد محیط حامی سلامت در ارتباط با موضوع و کاهش رفتارهای پرخطر		*	*	*								*		*	وزارت آموزش و پرورش
توانمندسازی نوجوانان و جوانان در ارتباط با فعالیت و کار جهت افزایش اشتغال به ویژه اشتغال های خانگی ساماندهی مفید اوقات فراغت نوجوانان و جوانان از طریق ایجاد مهارت های فنی و حرفه ای		*	*	*								*		*	سازمان فنی و حرفه ای
طراحی و گسترش معماری اسلامی - ایرانی به منظور ارتقای فضای مسکن و فضای شهر حامی سلامت خانواده به ویژه از نظر بهداشت باروری		*	*	*								*			وزارت مسکن و راه ترابری و امور زیر بنایی
اشتغال و رفع مشکلات بیکاری حمایت های مالی از سلامت خانواده به ویژه از طریق تیم سلامت پزشکی خانواده حمایت از بیماری های پیرامون بهداشت باروری به ویژه حمایت از اقشار آسیب پذیر اجتماعی به ویژه زنان سرپرست خانوار		*	*	*								*			وزارت کار، رفاه و امور اجتماعی
مدیریت بازار داخلی و ارتباط با بازارهای بین المللی کالا و خدمات مؤثر بر بهداشت باروری نوجوانان و جوانان در جامعه		*	*	*								*			وزارت بازرگانی

نام ذینفع	نوع سازمان			سطح مداخلات						اقدامات و مداخلات		
	علمی	اجرائی	سیاست گذار	نام ذینفع	علمی	اجرائی	سیاست گذار	نام ذینفع	علمی		اجرائی	سیاست گذار
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی		•										انجام مداخلات لازم پیرامون سیاست های تنظیم جمعیت کشور تهیه و مهندسی پیام های سلامت خانواده و بهداشت باروری نوجوانان و جوانان پایش و حمایت طلبی پیرامون بهداشت باروری نوجوانان و جوانان و سلامت خانواده بازاریابی اجتماعی پیرامون مباحث بهداشت باروری نوجوانان و جوانان اقدامات مربوط به سطوح مداخلات پیشگیری و درمان بیماریهای جسمی و روانی نوجوانان و جوانان پیرامون بهداشت باروری به ویژه ایدز ارائه خدمات لازم بهداشت باروری نوجوانان و جوانان در چارچوب سلامت خانواده از طریق تیم سلامت و پزشک خانواده
سازمان بهزیستی		•										اقدامات لازم در مهدکودک ها جهت هویت جنسی مهارت های زندگی برای افراد تحت پوشش حمایت از زنان و کودکان بی سرپرست، بد سرپرست و زنان سرپرست خانوار
تیم قضایه												تدوین و نظارت بر بسته های اجرایی پیشگیری از جرائم مرتبط با بهداشت باروری نوجوانان و جوانان
												توانمند سازی و مهارت دهی زندگی سالم به زندانیان و خانواده های ایشان کنترل ایدز
												حمایت از قوانین حامی سلامت خانواده در کلیه ابعاد جامعه

نام ذینفع	نوع سازمان										سطح مداخلات					اقدامات و مداخلات
	علمی	مسئمت گذار	اجرایی	عملیاتی	مقدماتی	ارلیه	ثابته	جنسی	روانی	معنوی	اجتماعی	میزان تاثیر	تاثیر مثبت/ منفی			
دادگستری			•								•	•	برخورد قضایی با مراکز و عاملین خدشه کننده سلامت خانواده و بهداشت باروری نوجوانان و جوانان			
سازمان ثبت و احوال (دفاتر ازدواج)			•								•	•	شناسایی افراد و گروه ها و کارت ملی هوشمند الزامات قانونی براساس دوره های مهارت های زندگی قبل از ازدواج			
کمیسیون های تخصصی مجلس			•								•	•	کمیسیون آموزش و پرورش و آموزش عالی کمیسیون فرهنگی کمیسیون امور اجتماعی کمیسیون بهداشت و درمان			
مرکز پژوهش های مجلس			•								•	•	تولید شواهد و تحلیل سلامت جهت تصمیم سازی و تصویب قوانین حامی سلامت خانواده و بهداشت باروری نوجوانان و جوانان			
صدا و سیما			•								•	•	الگوسازی فرهنگی و شخصیتی پیرامون خانواده سالم و سلامت جوانان و نوجوانان مستند سازی پیرامون مسائل اجتماعی سلامت خانواده و رفتارهای پر خطر نوجوانان و جوانان برنامه های آموزشی مشاوره خانواده، سلامت جنسی و بهداشت باروری ایجاد زمینه های لازم برای هویت یابی نوجوانان و جوانان در راستای سلامت معنوی			

فهره مشتمله

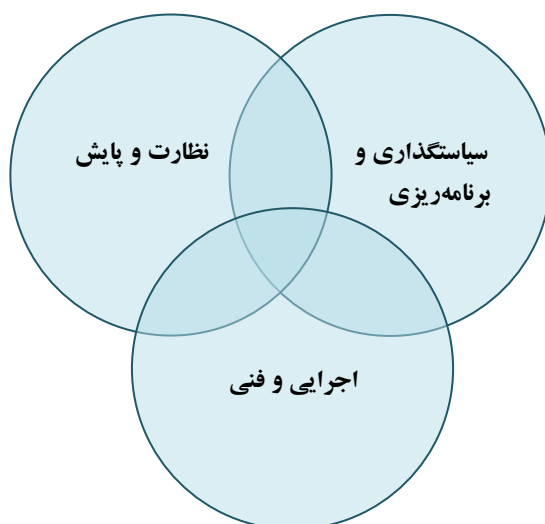
سایر سازمان های حاکمیتی:

<p>پاسخگویی به شبهات و سوالات ذهنی و فلسفی نوجوانان و جوانان براساس مخاطب شناسی تقویت ارزش ها و هویت دینی و مذهبی نوجوانان و جوانان تقویت جایگاه مساجد در سرمایه اجتماعی محلات و توانمندسازی خانواده ها از این طریق</p>	<p>***</p>																							
<p>اقدامات و مداخلات</p>		<p>سطح مداخلات</p>										<p>نوع سازمان</p>												
	<p>ظرف / محیط / مفضی</p>	<p>میزان تاثیر</p>	<p>اجتماعی</p>	<p>معنوی</p>	<p>روانی</p>	<p>جسمی</p>	<p>ثابته</p>	<p>ثابته</p>	<p>اولیه</p>	<p>مقدماتی</p>	<p>عملیاتی</p>	<p>اجرایی</p>	<p>مسئمت گذار</p>	<p>علمی</p>										
<p>نظریه پردازی و انجام تحقیقات بنیادی و نظری تدوین منظومه فکری منسجم در ارتباط با جامعه خانواده محور از دیدگاه اسلام پاسخگویی دینی و مذهبی به نیازهای فکری و ذهنی نوجوانان و جوانان براساس مخاطب شناسی تقویت جایگاه مساجد در سرمایه اجتماعی محلات و توانمندسازی خانواده ها از این طریق</p>	<p>***</p>													<p>•</p>										
<p>تحقیق در خصوص عوامل تاثیر گذار اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی بر سلامت خانوار و بهداشت باروری نوجوانان و جوانان</p>	<p>***</p>													<p>•</p>	<p>مراکز دانشگاهی و تحقیقاتی غیر دولتی، انجمن های علمی</p>									
<p>اجرای برنامه های فوق العاده براساس بسته های مهارت دهی و دانشی پیرامون بهداشت باروری نوجوانان و جوانان</p>	<p>***</p>										<p>•</p>				<p>سازمان بسیج دانش آموزی و دانشجویی</p>									
<p>حمایت از خانوارهای نیازمند و آسیب پذیر در جامعه به ویژه زنان سرپرست خانوار یا بدسرپرست</p>	<p>***</p>											<p>•</p>			<p>کمیته امداد حضرت امام</p>									
<p>برگزاری دوره های توانمندسازی در شبکه اجتماعی اعضا و تاثیر بر محلات</p>	<p>***</p>														<p>هلال احمر</p>									

سازمان های غیر حاکمیتی:

نگاشت نهادی برای واحدهای وزارت بهداشت درمانی و آموزش پزشکی

با توجه به جایگاه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سفارش دهنده این طرح، نگاشت نهادی برای این وزارت خانه با جزئیات بیشتری در ادامه آمده است البته لازم است برای دیگر سازمان ها نیز جزئیات مشخص گردد. معاونت ها و واحدهای مرتبط وزارت خانه با موضوع بهداشت باروری در سه دسته سیاستگذاری، اجرایی و فنی و همچنین نظارت و پایش دسته بندی شدند و براساس سطح ارائه خدمات اقدامات آن ها مشخص گردید.



حیطه و اقدامات مرتبط با بهداشت باروری در وزارت بهداشت	سطح مداخلات	ماهیت واحد			واحد های مرتبط در وزارتخانه
		سیاستگذاری	اجرایی و فنی	نظارت و پایش	
حیطه اقدامات					حوزه وزارتی
✓ حمایت طلایی از دستگاه ها و ذی نفعان مرتبط و موثر بر بهداشت باروری					
✓ هماهنگی درون سازمانی و برون سازمانی در ارتباط با بهداشت باروری در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	۱ و ۰				شورای سیاستگذاری وزارتخانه
✓ تلفیق برنامه ها مرتبط با بهداشت باروری در چارچوب سلامت خانواده					شورای معاونین وزارتخانه
✓ تصویب برنامه های عملیاتی مرتبط با سند بهداشت باروری					هیات امنای دانشگاه ها
✓ نظارت بر پرونده های برنامه ها در سطوح مختلف					دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
اقدامات					
					دبیرخانه مولفه های اجتماعی موثر بر سلامت

حیطه اقدامات	۰ و ۱	نظارت و پایش	اجرایی و فنی	سیاستگذاری	معاونت بهداشتی
✓ فرهنگسازی و ارتقا دانش افراد و جامعه،					دبیرخانه آموزش و ارتقای سلامت
✓ تهیه بسته خدمات بهداشت باروری در زمان حوادث به ویژه برای نوجوانان و جوانان و استانداردهای مرتبط با آن					اداره بهداشت و تنظیم خانواده
✓ ایجاد تسهیلات برای ارائه خدمات بهداشت باروری نوجوانان و جوانان					اداره سلامت جمعیت، خانواده و مدارس
✓ فراهم نمودن امکانات غربالگری،					مرکز گسترش شبکه
✓ فراهم نمودن امکانات درمانهای سرپایی در سطح اول،					مرکز مدیریت بیماریهای واگیر، (اداره ایدز)
✓ فراهم نمودن ارایه خدمات مشاوره ای برای افراد و خانواده ها،					اداره بهداشت روان و اعتیاد
✓ فراهم نمودن ارایه خدمات روانشناسی و روانپزشکی					پزشک خانواده
✓ ارزیابی و پایش و نظام مراقبت از بهداشت باروری جوانان و نوجوانان					
اقدامات					
✓ ایجاد نظام پایش و مراقبت بهداشت باروری در نوجوانان و جوانان					
✓ گسترش شبکه ارائه خدمت در چارچوب پزشک خانواده					
✓ گسترش و ارتقای شبکه رابطین بهداشتی و پیام آوران سلامت در مجموعه های هدف و پرخطر پیرامون بهداشت باروری به ویژه نوجوانان و جوانان					
✓ ایجاد و گسترش شبکه پیام آوران سلامت در دستگاه ها و ارگان های موثر بر بهداشت باروری به ویژه برای گروه سنی نوجوانان و جوانان					
✓ تدوین راهنما در ارتباط با بهداشت باروری و سلامت جنسی برای خانواده ها، والدین، مربیان، جوانان و نوجوانان و گروه های آسیب پذیر مرتبط با بهداشت باروری					
✓ تدوین بسته های آموزشی مهارت های زندگی متناسب با گروه های سنی مختلف جامعه هدف نوجوانان و جوانان در مدارس و مراکز آموزش عالی					

<p>✓ بازنگری در بسته های آموزشی و اجرای دوره های مهارت های زندگی در ارتباط با بهداشت باروری مبتنی بر ارتقای تصمیم گیری و انتخاب آگاهانه و صحیح مخاطبین</p> <p>✓ ایجاد مرکز مشاوره خانواده</p> <p>✓ ایجاد مرکز تلفنی مشاوره بلوغ و سلامت جنسی در ارتباط با بهداشت باروری در قالب پایگاه جامع اطلاع رسانی سلامت خانواده</p> <p>✓ ایجاد پایگاه اطلاع رسانی بلوغ و سلامت جنسی در ارتباط با بهداشت باروری در قالب پایگاه جامع اطلاع رسانی سلامت خانواده</p> <p>✓ مهندسی پیام، تولید محتوا و نشر به تفکیک گروه های هدف (به ویژه در مدارس، دانشگاه ها، مساجد، مجتمع های نظامی) در ارتباط با بهداشت باروری نوجوانان و جوانان</p> <p>✓ همکاری با مراکز اطلاع رسانی و رسانه های عمومی به ویژه صدا و سیما جهت ارتقای سواد و دانش سلامتی پیرامون بهداشت باروری</p> <p>✓ ارتقای فعالیت های مربوط با بازاریابی اجتماعی و ارتقای شبکه اجتماعی و مردمی پیرامون بهداشت باروری به ویژه در گروه های هدف سنی</p> <p>✓ اجرای دوره های توانمند سازی سازی گروه های آسیب پذیر و در معرض خطر</p> <p>✓ اجرای دوره های توانمندسازی گروه ها و افراد موثر بر بهداشت باروری همچون پزشکان خانواده، پیام آوران سلامت و رابطین بهداشتی، مربیان پرورشی، والدین، اصحاب رسانه و...</p>				
--	--	--	--	--

معاونت درمان	سیاستگذاری	اجرائی و فنی	نظارت و پایش	آ۲ ۳	حیطه اقدامات
					<p>✓ گسترش و ارتقای کلینیک های سلامت جنسی در سطح دو و سه نظام ارجاع پزشک خانواده</p> <p>✓ گسترش خدمات سرپایی</p> <p>✓ گسترش و ارتقای مراکز DIC</p> <p>✓ ارتقای ارائه خدمات زنان و زایمان</p> <p>✓ ارتقای خدمات ناباروری</p>
معاونت آموزشی				-	<p>✓ ارتقا دانش فنی در کشور از طریق ایجاد گروه های آموزشی مرتبط با بهداشت باروری</p> <p>✓ توسعه کمی و کیفی نیروی انسانی مرتبط با بهداشت باروری</p> <p>اقدامات</p> <p>✓ تاسیس و ارتقای رشته تخصصی پزشک خانواده با رویکرد جامعه محور</p> <p>✓ تهیه و آموزش بسته های آموزشی برای تخصص های پزشکان خانواده (به صورت MPH و دستیاری) و پزشکان عمومی در ارتباط با بهداشت باروری و سلامت جنسی</p> <p>✓ ایجاد شاخه های علمی در موضوعات مختلف بهداشت باروری در برد و گروه های بهداشت باروری کشور در سطح دکترای تخصصی و کارشناسی ارشد و MPH</p> <p>✓ تربیت نیروی انسانی متخصص پیرامون رفع مسائل بهداشتی و درمانی مرتبط با بهداشت باروری</p>

<ul style="list-style-type: none"> ✓ ارتقای خدمات بهداشت و سلامت خانواده خانواده با رویکرد مولفه های اجتماعی موثر بر سلامت و ارتقای سلامت ✓ تهیه راهنما و دستورالعمل های (گادلاین و پروتکل های پیشگیری و درمانی) برای بهبود اختلالات جسمی و روانی مرتبط با بهداشت باروری در سطوح مختلف 					
<p style="text-align: center;">حیطه اقدامات</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ ارتقا و گسترش مرز های دانش فنی موضوع در کشور ✓ ایجاد شواهد لازم جهت تصمیم گیری و سیاست گذاری، برنامه ریزی و مداخلات ✓ کمک به پایش و نظارت پیامدهای مداخلات بهداشت باروری <p style="text-align: center;">اقدامات</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ گسترش و ارتقای مراکز تحقیقات مولفه های اجتماعی موثر بر سلامت ✓ ایجاد شبکه تحقیقات ملی مولفه های اجتماعی موثر بر سلامت ✓ ایجاد بخش مطالعات جمعیتی با رویکرد مولفه های اجتماعی موثر بر سلامت در مراکز تحقیقاتی مذکور ✓ ایجاد بخش ها و گروه های مطالعاتی و پژوهشی سلامت خانواده با رویکرد مولفه های اجتماعی موثر بر سلامت در مراکز تحقیقاتی مذکور در ارتباط با بهداشت باروری ✓ گسترش تحقیقات کیفی در مورد کیفیت زندگی گروه های مختلف هدف در ارتباط با بهداشت باروری و سلامت جنسی ✓ ایجاد پایگاه اطلاعات تخصصی بپرامون بهداشت باروری شامل کلیه آمار و اطلاعات رسمی، گزارشات تحقیقات و مطالعات علمی انجام شده ✓ تربیت نیروی انسانی دکترای پژوهشی بپرامون شاخه های مختلف بهداشت باروری از رشته های تخصصی مرتبط ✓ ایجاد همکاری بین شبکه تحقیقات و علمی بین مراکز علمی و پژوهشی دینی و حوزه ای، وزارت علوم تحقیقات و فناوری و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی 	-				معاونت تحقیقات و فناوری

شیوه پیاده سازی سند (راهکارهای عملیاتی جهت پیاده شدن سند)

شیوه تصویب سند

مرجع تصویب سند بهداشت باروری نوجوانان و جوانان کشور، شورای عالی سلامت می باشد. لازم به توضیح است پیش نویس بهداشت باروری نوجوانان و جوانان، قسمتی از سند سلامت نوجوانان و جوانان محسوب می گردد که باید با دیگر ابعاد سلامت نوجوانان و جوانان تلفیق گردد. در این ارتباط با توجه به رویکرد حاکم بر سند تلفیق این سند در سند سلامت خانواده نیز پیشنهاد می گردد. لذا بعد از نهایی شدن پیش نویس سند بهداشت باروری نوجوانان و جوانان کشور توسط مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت و مدل سازی در سلامت و تحویل آن به دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، این پیش نویس با مدیریت این دفتر با دیگر اسناد مرتبط تلفیق و از طریق معاون بهداشت وزارت خانه با هماهنگی دبیرخانه شورای عالی سلامت کشور، در این شورا به تصویب خواهد رسید. پیشنهاد می گردد که این مرحله تا نیمه اول سال ۱۳۹۱ به اتمام رسد.

مرحله تکمیل و استقرار

در این مرحله اهداف و اقدامات سند بهداشت باروری نوجوانان و جوانان کشور، جزئی تر شده و به صورت کمی بیان خواهد شد. تدوین برنامه های عملیاتی تحقق این اهداف نیز توسط کمیته های تخصصی صورت پذیرفته و تفاهم نامه ها و موافقت نامه های لازم جهت اجرای برنامه ها بین نهادهای مختلف تنظیم و محقق می گردد. بدین منظور لازم است دوره های ایجاد زبان مشترک و توانمندسازی اعضای کمیته ها تخصصی، توسط تیم های تسهیل گر صورت گیرد. پیشنهاد می گردد دوره زمانی این مرحله تا پایان سال ۱۳۹۱ به اتمام رسیده و با مراحل تدوین بودجه سال ۱۳۹۲ کشور همراه باشد.

نهادینه شدن مفاهیم سند بهداشت باروری نوجوانان و جوانان کشور و ایجاد گفتمان سلامت نوجوانان و جوانان در چارچوب سلامت خانواده بین مسئولین و مردم، یکی دیگر از اهداف این

مرحله می باشد که زمینه اصلی استقرار سند را فراهم می آورد؛ در این راستا همایش ملی "سلامت نوجوانان و جوانان" جهت فرهنگ سازی و تبدیل دیدگاه حاکم سند به گفتمان غالب در بین نقش آفرینان سلامت نوجوانان و جوانان کشور پیشنهاد می گردد.

همانگونه که تاکنون ذکر گردید، در تدوین این سند سعی گردید تا با توجه به امکانات و وضعیت موجود بهداشت باروری نوجوانان و جوانان، مهمترین اولویت های سلامتی گروه هدف پیرامون موضع انتخاب گشته تا اقدامات اجرایی بین بخشی برای رفع آنها صورت گیرد. بدیهی است که این رویکرد نباید منجر به فراموش کردن سایر مشکلات سلامتی گروه هدف گردد و در مراحل بعدی می بایست این مشکلات را نیز کانون توجه سازمان های تأثیرگذار بر سلامت نوجوانان و جوانان قرار داد.

مرحله اجرای سند در چارچوب برنامه های عملیاتی تدوین شده

در این مرحله سازمان ها و نهادهای دخیل در تحقق اهداف سند توسعه اعم از دولتی و غیر دولتی و همچنین داخلی و خارج از استان، طبق تفاهم نامه های حاصل از مرحله گذشته، مکلف به انجام نقش خود می باشند. زمان شروع این مرحله از آغاز سال ۱۳۹۲، همراه با آغاز سال دوم برنامه توسعه پنجم کشور، پیشنهاد می گردد.

مرحله ارزیابی و بازنگری برنامه

مرحله ارزیابی و بازنگری برنامه همزمان با شروع مراحل تکمیل، استقرار و اجرای سند آغاز می گردد. در این مرحله اطلاعات و گزارشات لازم از محیط پیرامون و وضعیت اجرای روند، برنامه ها و پروژه ها به دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس جهت انجام اقدامات اصلاحی ارائه می گردد.

همچنین بازنگری سند و برنامه های پایین دست آن در زمان های معین (ابلاغ برنامه های بالادستی جدید، تغییر مسئولین کلیدی، تحقق اهداف برنامه و یا وقوع مسائل پیش بینی نشده و بازنگری سالانه) صورت می پذیرد. انجام وظایف این مرحله عمدتاً توسط دفتر سلامت جمعیت، خانواده و

مدارس انجام می‌پذیرد. در این ارتباط پیشنهاد می‌گردد اطلاع‌رسانی در خصوص تحقق اهداف سند و پیشرفت برنامه‌ها منحصراً توسط این دفتر صورت پذیرد.

تعاریف و مفاهیم

سند بهداشت باروری نوجوانان و جوانان

مستندی است مبتنی بر شواهد علمی که در آن مسائل کلیدی حوزه بهداشت باروری نوجوانان و جوانان کشور در آن شناسایی شده و سیاست‌ها، راهبردها و اقدامات در آن مشخص شده است و به تصویب مرجع قانونی رسیده است.

چشم انداز

چشم انداز تصویری از آینده است که در صورت تحقق اهداف و مقاصد حوزه سلامت، به آن دست خواهیم یافت. چشم انداز، آرزویی روشن برای آینده، چالش برانگیز، معنی‌دار برای کلیه ذی‌نفعان و مایه شوق و امید و کوتاه و بیاد ماندنی می‌باشد. اجزای چشم انداز شامل مقصود، توجیه و فایده است.

مأموریت (رسالت)

رسالت، بیانیه‌ای است که مشروعیت ایجاد، ادامه و بقاء حوزه فعالیت بخش سلامت را تعیین می‌کند و به عبارتی فلسفه وجودی و گستره حوزه سلامت و وجه تمایز آن با سایر بخش‌ها را مشخص کرده و بیانگر تعهدات حاکمیت در بخش سلامت است. اجزا اصلی مأموریت شامل اهداف، فعالیت و ارزش‌ها و فلسفه حاکم بر آن می‌باشد.

ارزش ها و جهت گیری ها

تلاش برای تحول در عرصه های مختلف مؤثر بر سلامت و در مسیر حرکت به طرف جامعه آرمانی (چشم انداز) را مشخص می نماید. این جهت گیری ها برگرفته از نتایج مطالعات نحوه حرکت برای نیل به چشم انداز هستند.

هدف

عبارت است از غایت خواست های جامعه اعم از اجتماعی فرهنگی و اقتصادی، منبعث از نظام ارزش های حاکم بر جامعه در انتهای دوره برنامه و برنامه ها. هدف ممکن است کیفی و یا کمی باشد، ولی دارای این ویژگی است که در پایان دوره برنامه می توان درجه نسیبی تحقق آن را تعیین کرد.

اهداف کلی و کلان

هدف های کلان برنامه در چارچوب هدف های آرمانی چشم انداز و در قالب سیاست های کلی و اصول حاکم تعیین می گردند و ناظر به دوره زمانی برنامه است که باید طی برنامه محقق شوند.

اهداف کمی

هدف های کمی بر اساس شاخص های کمی هدفگذاری و برای تحقق اهداف کیفی بخش سلامت تعیین می شوند و بر اساس آنها وضعیت مطلوب بخش و یا اجزاء و سازمان های مختلف آن، در زمان مشخص در طول دوره برنامه ریزی مشخص می گردد.

سیاست

دستور و راهنمای تفکر و تصمیم‌گیری برای مدیران است که انتخاب گزینه‌های مختلف اجرایی و استراتژی‌ها را برای تحقق هدف‌های کلان روشن می‌سازد. مجموعه‌ای از معیارها و تدابیر (قانونی، فنی، اجرایی و مالی) هستند که با اتخاذ آنها، موجبات و تسهیلات لازم جهت تحقق هدف‌های برنامه فراهم می‌شود.

سیاست‌های کلان

مجموعه جهت‌گیری‌های کلی و عمده که از بین معیارها و جهت‌گیری‌های متعدد قابل‌اعمال انتخاب می‌گردند تا بتوان در بلندمدت به کمک آنها چشم‌انداز و اهداف مرتبط با آن را محقق ساخت.

سیاست‌های اجرایی

سیاست‌هایی هستند که در چارچوب آنها اقدامات لازم برای دستیابی به اهداف باید صورت گیرد، در واقع سیاست‌های حاکم بر بسته‌ها و برنامه‌های اجرایی می‌باشد.

راهبردها (استراتژی)

چارچوبی است که مسیر حرکات و اقدامات اصلی برای دستیابی به اهداف را ترسیم کرده و چگونگی تخصیص کلی منابع را برای بدست آوردن موقعیت‌های مطلوب و خنثی نمودن تهدیدها در حال و آینده بیان می‌دارد. تدوین استراتژی‌ها مستلزم برگزیدن یک جهت‌گیری کلی و تخصیص منابع از میان چارچوب‌های جایگزین است.

بسته های اجرایی

بسته های اجرایی عبارتند از: مجموعه ای از برنامه های عملیاتی برای تعدادی از طرح های اولویت دار، به منظور رفع یک مشکل سلامتی. به عبارت دیگر بسته اجرایی به معنی برنامه ریزی توأمان چندین پروژه به هم پیوسته و یا خوشه ای از پروژه های متجانس و به هم مرتبط اولویت دار است که می تواند به یک یا چندین بخش تعلق داشته باشد، ولی برنامه جامع برای حوزه سلامت نیست.

برنامه

نمایش منظم و رعایت سلسله مراتب فعالیت های مربوط بهم و مرتبط با یک رشته تصمیمات منظم و مرتبط بر حسب دوره های زمانی مختلف است. به عبارت دیگر برنامه گاه نامه تصمیمات منظم بر اساس سلسله مراتب عملیات است.

برنامه های اجرایی

برنامه های کلی عملیات اجرایی معطوف به بخش های مختلف و یا یک موضوع و یا بسته اجرایی خاص، شامل نوع و حجم عملیات و اعتبارات مورد نیاز برنامه های عملیات اجرایی مذکور جهت دستیابی به اهداف می باشد.

برنامه عملیاتی

مجموعه اقداماتی که برای دستیابی به اهداف مورد نظر باید انجام گیرد که شامل زمان بندی، برآورد منابع مورد نیاز و روش انجام کار است و دارای پروژه و فعالیت می باشد.

نظام برنامه ریزی

مجموعه ای از تعاریف و مفاهیم، قوانین و مقررات، سازمان و تشکیلات و روش ها است که به منظور تهیه و تدوین و چگونگی اجرا، نظارت و ارزشیابی برنامه های توسعه طراحی شده است.

سلسله مراتب در برنامه

ترتیب مفاهیم و اقدامات در برنامه شامل مأموریت، چشم انداز، ارزش ها و جهت گیری ها، اهداف کلان، سیاست های کلی، اهداف کلان کمی، راهبردها، سیاست های اجرایی، بسته های اجرایی، برنامه های اجرایی، برنامه های عملیاتی سند، برنامه های عملیاتی دستگاه ها و سازمان ها می باشد.

پیوست‌ها

پیوست شماره ۱: نتایج حاصل از مرور اسناد بالادستی

مطالبی که به عنوان اسناد پشتیبان در این بخش آورده شده اند، با تمرکز بر الویت موضوعاتی از جمله نوجوانان و جوانان، بهداشت باروری، تحکیم خانواده، توانمندسازی زنان و پیشگیری از آسیب های اجتماعی می باشند که از متون قوانین استخراج گردیده اند:

قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران

مقدمه قانون اساسی:

زن در قانون اساسی: در ایجاد بنیادهای اجتماعی اسلامی، نیروهای انسانی که تاکنون در خدمت استعمار همه جانبه خارجی بودند هویت اصلی و حقوق انسانی خود را باز می‌یابند و در این بازیابی طبیعی است که زنان به دلیل ستم بیشتری که تاکنون از نظام طاغوتی متحمل شده‌اند، استیفای حقوق آنان بیشتر خواهد بود. خانواده واحد بنیادین جامعه و کانون اصلی رشد و تعالی انسان است و توافق عقیدتی و آرمانی در تشکیل خانواده که زمینه ساز اصلی حرکت تکاملی و رشد یابنده انسان است اصل اساسی بوده و فراهم کردن امکانات جهت نیل به این مقصود از وظایف حکومت اسلامی است. زن در چنین برداشتی از واحد خانواده، از حالت (شیء بودن) و یا (ابزار کار بودن) در خدمت اشاعه مصرف زدگی و استعمار، خارج شده و ضمن بازیافتن وظیفه خطیر و پر ارج مادری در پرورش انسان‌های مکتبی پیش آهنگ خود هم‌رمز مردان در میدان‌های فعال حیات می‌باشد و در نتیجه پذیرای مسئولیتی خطیرتر و در دیدگاه اسلامی برخوردار از ارزش و کرامتی والاتر خواهد بود.

اصل سوم: دولت جمهور اسلامی ایران موظف است برای نیل به اهداف مذکور در اصل دوم، همه امکانات خود را برای امور زیر به کار برد:

ایجاد محیط مساعد برای رشد فضایل اخلاقی بر اساس ایمان و تقوی و مبارزه با کلیه مظاهر فساد و تباهی.

بالا بردن سطح آگاهی های عمومی در همه زمینه ها با استفاده صحیح از مطبوعات و رسانه های گروهی و وسایل دیگر.

تأمین آزادی های سیاسی و اجتماعی در حدود قانون.

رفع تبعیضات ناروا و ایجاد امکانات عادلانه برای همه، در تمام زمینه های مادی و معنوی.

تأمین حقوق همه جانبه افراد از زن و مرد و ایجاد امنیت قضایی عادلانه برای همه و تساوی عموم در برابر قانون.

اصل دهم: از آنجا که خانواده واحد بنیادی جامعه اسلامی است، همه قوانین و مقررات و برنامه ریزی های مربوط باید در جهت آسان کردن تشکیل خانواده، پاسداری از قداست آن و استواری روابط خانوادگی بر پایه حقوق و اخلاق اسلامی باشد.

اصل بیستم: همه افراد ملت اعم از زن و مرد یکسان در حمایت قانون قرار دارند و از همه حقوق انسانی، سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی با رعایت موازین اسلام برخوردارند.

اصل بیست و یکم: دولت موظف است حقوق زن را در تمام جهات با رعایت موازین اسلامی تضمین نماید و امور زیر را انجام دهد:

ایجاد زمینه های مساعد برای رشد شخصیت زن و احیاء حقوق مادی و معنوی او.

حمایت مادران، بالخصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند و حمایت از کودکان بی سرپرست.

ایجاد دادگاه صالح برای حفظ کیان و بقای خانواده.

ایجاد بیمه خاص بیوگان و زنان سالخورده و بی سرپرست.

اعطای قیمومت فرزندان به مادران شایسته در جهت غبطه آنها در صورت نبودن ولی شرعی.

اصل سی و یکم: داشتن مسکن متناسب با نیاز، حق هر فرد و خانواده ایرانی است. دولت موظف است با رعایت اولویت برای آنها که نیازمندترند به خصوص روستائینان و کارگران، زمینه اجرای این اصل را فراهم کند.

چشم انداز ۲۰ ساله

برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، تبعیض و بهره مند از محیط زیست مطلوب.

قانون تحکیم خانواده

با عنایت به نقش و جایگاه ویژه نهاد خانواده در نظام حقوقی و تربیتی اسلام و نیز در راستای تحقق سیاست قضازدایی و برای کاهش یا مرتفع نمودن مشکلات موجود در قواعد حقوق خانواده و رفع ابهام، تعارض و خلأ از قوانین و مقررات کنونی خانواده، لایحه حمایت خانواده در تاریخ ۹۰/۲/۲۲ توسط کمیسیون قضایی و حقوقی به مجلس شورای اسلامی تقدیم شد که در ذیل اهم مفاد آن آورده شده است:

ماده ۲۲: ثبت نکاح موقت یا انقضاء مدت یا بذل آن در صورت باردار شدن زوجه الزامی است و انقضاء مدت یا بذل آن مانع ثبت واقعه نکاح منتفی شده نیست. در سایر موارد، ثبت نکاح موقت با توافق زوجین انجام می گیرد.

در صورت توافق زوجین برای ثبت ازدواج موقت مراتب در اسناد سجلی آنان درج نمی شود؛ مگر این که طرفین نسبت به ثبت آن در اسناد مذکور نیز توافق کنند.

تبصره ۵- ثبت وقایع موضوع این ماده و ماده قبل در دفاتر رسمی ازدواج یا ازدواج و طلاق مطابق آئین نامه ای به عمل می آید که ظرف یک سال با پیشنهاد وزیر دادگستری و تأیید رئیس قوه

قضائیه به تصویب هیأت وزیران می‌رسد. تا تصویب آئین نامه مذکور، نظام نامه های موضوع ماده (۱) اصلاحی قانون راجع به ازدواج مصوب ۱۳۱۶ هجری شمسی کماکان به قوت خود باقی هستند.

ماده ۲۳: دادگاه در موارد زیر به تقاضاء زوج اجازه ازدواج مجدد دائم برای زوج صادر می‌کند:

رضایت همسر اول،

عدم قدرت همسر اول به ایفاء وظایف زناشویی،

عدم تمکین زن از شوهر پس از صدور حکم الزام تمکین وی،

ابتلاء زن به جنون یا امراض صعب العلاج،

محکومیت قطعی زن در جرایم عمدی به مجازات حبس بیش از یک سال یا جزاء نقدی

که بر اثر عجز از پرداخت به بازداشت بیش از یک سال منجر شود،

ابتلاء زن به هر گونه اعتیاد مضر که به تشخیص دادگاه به اساس زندگی خانوادگی خلل

وارد کند،

سوء رفتار یا سوء معاشرت زن به حدی که ادامه زندگی را برای مرد غیر قابل تحمل کند،

ترک زندگی خانوادگی از طرف زن به مدت شش ماه،

عقیم بودن زن،

غایب شدن زن به مدت بیش از یک سال.

تبصره ۵: متقاضی باید دادخواست خود را به طرفیت همسر اول با ذکر علل و دلایل تقدیم آن، تهیه

و به دادگاه تسلیم کند.

ماده ۲۴: دولت باید از طریق دستگاه های فرهنگی و رسانه های عمومی در جهت ترویج فرهنگ

ازدواج و رعایت برقراری مهریه های متعارف اقدامات لازم را به عمل آورد.

تبصره ۱: میزان مهریه متعارف با توجه به وضع عمومی اقتصادی کشور هر سه سال یک بار از

طرف رئیس قوه قضائیه اعلام می‌شود.

تبصره ۲: هر گاه مهریه در زمان وقوع عقد به میزان متعارف باشد و زوج در صورت حال شدن مهریه از پرداخت آن امتناع کند، مشمول مقررات ماده (۲) قانون نحوه اجراء محکومیت های مالی می باشد.

تبصره ۳: چنانچه مهریه مقرر از میزان مهریه متعارف در سال وقوع عقد بیشتر باشد، در خصوص مازاد صرفاً ملائت زوج ملاک پرداخت است.

تبصره ۴: مقررات مربوط به محاسبه مهریه به نرخ روز لازم الرعایه است.

نشست های راهبردی رهبری (خلاصه اهم مطالب)

۱- نشست اول راهبردی

در نخستین نشست اندیشه های راهبردی در «جمهوری اسلامی ایران»، رهبر معظم انقلاب اسلامی و ده ها نفر از اندیشمندان، استادان و صاحب نظران دانشگاهی و حوزوی، به هم اندیشی و بررسی "مبانی، ویژگی ها و ابعاد الگوی اسلامی - ایرانی پیشرفت" و با محوریت "فکر، علم، زندگی و معنویت" عرصه های مهم الگوی اسلامی - ایرانی پیشرفت در تاریخ ۱۰/۰۹/۱۳۸۹ پرداختند.

وجود حرکت زیکراکی از اول انقلاب در اداره و پیشرفت کشور الگوی اسلامی - ایرانی پیشرفت به گونه ای تدوین شود که جامعه را به سمت جامعه ای متفکر سوق دهد و جوشیدن فکر و «اندیشه ورزی» به حقیقتی نمایان در جامعه تبدیل شود. ایشان در همین زمینه مشخص شدن راهبردها و الزامات پیشرفت در عرصه فکر و توجه به ابزارهای آن از جمله «آموزش و پرورش و رسانه ها» را در تدوین الگوی پیشرفت مهم دانستند. معنویت، روح پیشرفت واقعی در همه زمینه ها و مسائل است.

توجه به مسئله توحید

توجه به معاد و محاسبه اخروی

پیوستگی و عدم تفکیک دنیا و آخرت

هدف نهایی اسلام، رستگاری انسان است و در این نگاه همه مسائل از جمله عدالت، رفاه، امنیت و عبادت مقدمه یا اهداف میانی هستند و هدف اصلی این است که انسان سعادتمند شود.

انسان در نگاه اسلام را موجودی مختار، مکلف و در معرض هدایت الهی دانستند. عدالت به عنوان یکی از ارکان اصلی لحاظ شود، چرا که در اسلام، عدالت، معیار حق و باطل و ملاک مشروعیت یا عدم مشروعیت حکومت ها است.

اسلام برای ثروت، اهمیت قائل است و تولید ثروت را مطلوب می داند به شرط اینکه از آن، برای ایجاد فساد و سلطه و اسراف استفاده نشود.

دکتر درخشان: الگوی پیشرفت درون زا است و اجرای آن نیازمند عزم و اراده ملی مسئولان دستگاه های دولتی و غیردولتی و تکیه بر قابلیت ها و توانایی های داخلی است.

دکتر مصطفی سلیمی فر با وجود همه تغییرات بوجود آمده در مدل های توسعه، به علت اینکه همه این مدل ها از نگاه اومانستی و جهان بینی سکولار سرچشمه می گیرند، نتوانسته اند اهداف مورد نظر جوامع بشری را تأمین کنند. ضمن اینکه علاوه بر تفاوت های ایدئولوژیک، جغرافیای پیشرفت ایران نیز متفاوت است، بنابراین باید به تبیین الگوی پیشرفت اسلامی - ایرانی پردازیم.

باید با راهبردهایی همچون اصلاح نظام آموزشی کشور، طراحی نظام تعمیق معرفت دینی جامعه و ایجاد نظام تولید و انتشار دانش و با توجه اسناد فرادستی مانند قانون اساسی و سند چشم انداز ۲۰ ساله، به تبیین الگوی پیشرفت پردازیم.

دکتر زهرا نصراللهی، استاد دانشگاه یزد نیز در سخنرانی خود در باب ضرورت الگوی اسلامی - ایرانی پیشرفت، خاطر نشان کرد تقریباً همه مدل های پیشرفت غربی در ایران اجرا شده، اما به نتیجه مطلوب نرسیده است.

این استاد دانشگاه، اصالت دادن به شکل و ظواهر اسلامی، نبود زیر ساخت های سیستماتیک، عدم شناخت کافی از «غرب، اسلام و ایران»، جبهه گیری در مقابل هر نوع تغییر، عدم خود باوری کامل در جامعه علمی کشور، نبود انعطاف لازم و جدیت رقبای جهانی را مهمترین موانع تحقق الگوی صحیح پیشرفت خواند.

دکتر پارسا نیا: ارتباط بین علم و فرهنگ در بدنه جامعه.

دکتر عادل پیغامی، از دانشگاه امام صادق (ع) به الزامات دهه پیشرفت و عدالت پرداخت. این استاد دانشگاه افزایش خلاقیت، مهارت حل مسأله، مهارت تصمیم‌گیری و نقادی را از جمله مهارت‌های بنیادین پیشرفت برشمرد و گفت: شاخص‌های کنونی که معیار ارائه آمار در کشور است، جامعه را به عدالت و پیشرفت مطلوب نمی‌رساند و لازم است در هر حوزه شاخص‌های آماری جدیدی تدوین و ملاک عمل قرار گیرد.

پروفسور رفیع پور: استعمار به عنوان مهمترین روش تحقق اهداف خود، به ایجاد تغییرات ارزشی، فرهنگی و اجتماعی در کشورهای اسلامی و تحت سلطه می‌پردازد. توسعه غربی، با دامن زدن به تضادها و ایجاد و تحکیم ارتباطات عمودی، الفت درونی جوامع انسانی را عملاً سست می‌کند. دکتر حداد عادل، تأمین عدالت، تحکیم مبانی خانواده، و نفی نگاه ابزاری به زن را از جمله رئوس اصلی الگوی اسلامی - ایرانی پیشرفت برشمرد.

دکتر داوودی افزود: در این روند تعیین شاخص‌های عدالت و رشد اقتصادی، اسراف، خانواده مطلوب از نظر اسلام، نظم و انضباط اجتماعی، شهرسازی و معماری اسلامی، استقلال، آزادی، وحدت ملی، قانون‌مداری، خدمت‌مداری، و مشارکت سیاسی در دستور کار گروه‌های تخصصی قرار گرفته است.

آیت‌الله محمد مهدی آصفی، استاد حوزه‌های علمیه نجف و قم، پایه و مبنای اصلی پیشرفت، ارتقاء توانایی‌های علمی دانشگاه‌ها است.

آیت‌الله حائری شیرازی نیز در نشست اندیشه‌های راهبردی، شناخت و رعایت دقیق قوانین هستی و طبیعت را، زمینه‌ساز پیشرفت حقیقی برشمرد.

خانم عباسوند استاد حوزه و دانشگاه بعنوان آخرین سخنران این نشست به لزوم توجه به خانواده محوری در پیشرفت اشاره کرد و گفت: پیشرفت مبتنی بر معنویت و توجه به ابعاد فرهنگی در نگاه استراتژیک اسلام، از اولویت برخوردار است.

۲- نشست دوم راهبردی

دومین نشست اندیشه‌های راهبردی در جمهوری اسلامی، با «موضوع عدالت» و با هم‌اندیشی و تبادل نظر رهبر معظم انقلاب و ده‌ها نفر از اندیشمندان، متفکران، استادان و محققان دانشگاهی و حوزوی در تاریخ ۲۷/۰۲/۱۳۹۰ برگزار شد.

دکتر فهیمه فرهمندپور استادیار دانشگاه تهران بود. دکتر فرهمندپور تحت عنوان «اقتضائات و ملاحظات عدالت جنسیتی با رویکرد دینی» گفت: عدالت را نباید تقسیم کمی فرصت ها و مشاغل در نظر گرفت، بلکه در برداشت صحیح از عدالت، تفاوت های طبیعی زن و مرد پذیرفته می شود.

ایجاد عرصه هایی غیر از ورود به دانشگاه برای تأمین نیازهای روانی، علمی و شخصیتی زنان و دختران از دیگر پیشنهاد های خانم فرهمند پور بود.

۳- نشست سوم راهبردی

صدها نفر از اندیشمندان، نخبگان، اساتید حوزه و دانشگاه، پژوهشگران و مؤلفان آثار علمی، همراه با حضرت آیت الله خامنه ای رهبر انقلاب اسلامی، در تاریخ ۱۴/۱۰/۱۳۹۰ در سومین نشست اندیشه های راهبردی جمهوری اسلامی، به تعامل فکری و بررسی ابعاد مختلف موضوع زن و خانواده پرداختند.

برنامه ریزی برای تحقق شایستگی ها و کرامت زن و خانواده و رفع مصادیق ظلم به زنان نیز مطالبه ای بحق از مراجع سیاست گذاری و اجرایی کشور است. کوتاهی و کاهلی در این موارد، علاوه بر کفران نعمت و از دست دادن فرصت، زمینه ساز سوءاستفاده بدخواهان و کج اندیشان است.

بنابراین مسئله خانواده، مسئله بسیار مهمی است؛ پایه ای اصلی در جامعه است، سلول اصلی در جامعه است. نه اینکه اگر این سلول سالم شد، سلامت به دیگرها سرایت می کند؛ یا اگر ناسالم شد، عدم سلامت به دیگرها سرایت می کند؛ بلکه به این معناست که اگر سالم شد، یعنی بدن سالم است.

جامعه اسلامی، بدون بهره مندی کشور از نهاد خانواده ی سالم، سرزنده و بانشاط، اصلاً امکان ندارد پیشرفت کند. بالخصوص در زمینه های فرهنگی و البته در زمینه های غیر فرهنگی، بدون خانواده های خوب، امکان پیشرفت نیست.

البته این را هم بگوئیم؛ غرب رندانه از زیر بار طرح مسئله ی خانواده در می رود. توی همه بحثهایی که اینها می کنند، بحث زن هست، اما اصلاً بحث خانواده نیست. خانواده، نقطه ی ضعف غرب

است. مسئله زن را مطرح می کنند، اما اصلاً اسم خانواده را نمی آورند؛ با اینکه زن از خانواده جدا نیست. بنابراین رسیدن به این مسئله، لازم است. هم در زمینه گفتمان سازی، و هم در زمینه نزدیک کردن این گفتمان به اجرا؛ که البته اگر به صورت گفتمان در آمد، اجرای آن دیگر کار دشواری نیست. یعنی همان اشکالاتی که به مجلس و شورای نگهبان و دولت و غیره دارند، همه آنها برطرف می شود. گفتمان یک جامعه مثل هواست، همه تنفسش می کنند؛ چه بدانند، چه ندانند؛ چه بخواهند، چه نخواهند. باید این گفتمان سازی انجام بگیرد؛ که البته نقش رسانه ها و بالخصوص نقش روحانیون و نقش بزرگان و اساتید دانشگاهی حتماً نقش بارز و مهمی است.

خب، ما باید در این زمینه، خلأهای نظری را پر کنیم. نتیجه این خواهد شد که سرمایه گذاری پژوهشی در حد طاقت لازم است؛ این را ما تصدیق می کنیم. ما با مراجعه به مقاله های دوستان - که چکیده مقاله ها و خود مقاله ها را قبلاً به من دادند، من هم یک مروری کرده ام - به این نتیجه می رسیم که بایستی مجموعه نظام، سرمایه گذاری مهمی در حد طاقت و امکانات خود در زمینه ی پژوهش در این مسئله بکند.

بنابراین نباید در مقابل این فرهنگ غلط انفعال داشت. غرب در قضیه ی زن و خانواده، در یک گمراهی و ضلالت عمیقی به سر می برد. فقط خانواده نیست؛ بلکه در مورد شخصیت زن، هویت زن، غرب در یک گمراهی عجیبی است.

ما باید در این بررسی ها، از دارائی های علمی خودمان - که کم هم نیست - استفاده کنیم. ده ها نظریه و الگوی مرفقی در همین زمینه زن و خانواده می شود استخراج کرد. اینها نظریه پردازی بشود، تئوریزه بشود، با جوانبش، با اجزایش، تدوین بشود و ارائه بشود. اینها کارهای میان مدت و بلندمدتی است که حتماً بایستی انجام بگیرد. تعالیم ناب و مرفقی اسلام در قرآن و حدیث باید مورد استفاده قرار بگیرد.

که فی الجمله نگاه اسلام به زن - به حیث جنس - یک نگاه فوق العاده متعالی است. به نظر من خیلی از این مشکلات مربوط به بانوان، ناشی است از مشکلات حیات جمعی خانواده، به حیثی که زن در آن محور است. ما خلأهای قانونی و عادت و سنتی عجیب و فراوانی داریم.

این مشکلات عمدتاً مربوط می شود به مشکلات داخل خانواده. اگر زن داخل خانواده امنیت روانی داشته باشد، امنیت اخلاقی داشته باشد، آسایش داشته باشد، سکن داشته باشد، حقیقتاً شوهر برای او لباس محسوب شود.

همچنان که قرآن خواسته، مودت و رحمت بین اینها باشد،

آنگاه مشکلات بیرون خانواده برای زن قابل تحمل خواهد شد؛ اصلاً بر اینها فائق می آید. اگر زن در آسایشگاه خود، در سنگر اصلی خود، بتواند مشکلات خودش را کاهش بدهد، بلاشک در عرصه اجتماع هم خواهد توانست.

اولاً، نگاه اسلام به جنسیت، یک نگاه درجه دو است؛ نگاه اول و درجه یک، حیث انسانیت است؛ که در آن، جنسیت اصلاً نقشی ندارد. خطاب، انسان است.

بالاخره در داخل خانواده، مرد نمای بیرونی است، زن نمای داخلی است.

بنابراین، جنسیت یک امر ثانوی است، یک امر عارضی است؛ در کارکردهای زندگی معنا پیدا می کند، در سیر اصلی بشر هیچ تأثیری ندارد و معنایی پیدا نمی کند. حتی کارهایشان با هم متفاوت است.

این واقعاً جهاد است؛ این شعبه‌ای از همان جهاد اکبری است که فرموده‌اند؛ جهاد با نفس است.

حالا در مورد خانواده، حرف خیلی زیاد است. مسئله همسری، مسئله مادری، اینها همه‌اش باید تفکیک شود. زن در خانواده یک نقش همسری دارد؛ این نقش همسری، فوق‌العاده است؛ ولو اصلاً مادری‌ای وجود نداشته باشد.

ما اگر می خواهیم این مرد در داخل جامعه یک موجود مفیدی باشد، باید این زن در داخل خانه همسر خوبی باشد؛ و الا نمی شود.

از جمله مسائلی که مطرح می شود، مسئله اشتغال بانوان است. اشتغال بانوان از جمله چیزهایی است که ما با آن موافقیم. بنده با انواع مشارکت های اجتماعی موافقم؛ حالا چه از نوع اشتغال اقتصادی باشد، چه از نوع اشتغالات سیاسی و اجتماعی و فعالیت های خیرخواهانه و از این قبیل باشد؛ اینها هم خوب است. زنها نصف جامعه اند و خیلی خوب است که اگر ما بتوانیم از این نیم جامعه در زمینه اینگونه مسائل استفاده کنیم؛ منتها دو سه تا اصل را باید ندیده نگرفت. یک اصل این است که این کار اساسی را - که کار خانه و خانواده و همسر و کدبانویی و مادری است - تحت الشعاع قرار ندهد.

دومین مسئله، مسئله محرم و نامحرم است. مسئله محرم و نامحرم در اسلام جدی است. البته بخش عمده ای از این قضیه ی محرم و نامحرم باز برمی گردد به خانواده. یعنی چشم پاک و دل بی وسوسه و ریب برای هر یک از زوجین موجب می شود که محیط خانواده از طرف او تقویت و گرم شود؛ مثل یک کانون گرمابخشی، محیط را گرم می کند. اگر آن طرف مقابل هم همین چشم پاک و دل خالی از وسوسه را داشت، طبعاً این دوجانبه خواهد شد و محیط می شود محیط کانون خانوادگی گرم و بامحبت. اگر چنانچه نه، چشم خائن، دست خائن، زبان دو وجه، دل بی محبت و بی اعتقاد به همسر و همسری وجود داشت، ولو ظاهرسازی هائی هم باشد، محیط خانواده سرد می شود.

یا همین تشریفات زائد ازدواج - خرج های زیاد، مجالس متعدد - که واقعاً انسان دلش می گیرد وقتی می شنود. اینها از آن مواردی است که گفتمان سازی می خواهد. خانم های مؤثر، آقایان مؤثر، اساتید دانشگاه، روحانیون، بخصوص صدا و سیما و رسانه ها باید در این زمینه ها کار کنند؛ این را از این حالت بیرون بیاورند.

مرد باید قدردان باشد. جامعه باید قدردان باشد. حتماً بایستی بر روی کار زن های خانه دار ارزش گذاری ویژه بشود.

قانون برنامه اول توسعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی جمهوری اسلامی ایران

ماده واحده، تبصره ۵:

توزیع سالانه اعتبارات سرمایه‌گذاری های ثابت بین استان های مختلف در طول برنامه باید به گونه‌ای صورت پذیرد که در انتهای برنامه، برخورداری بخش های محروم از امکانات آموزشی - بهداشتی و راه مناسب روستایی، اشتغال و برق‌رسانی بر مبنای گزارش اجمالی شناسایی بخش های محروم (مرحله ششم) سازمان برنامه و بودجه حداقل مطابق برخورداری بخشهای غیرمحروم در سال ۱۳۶۸ باشد.

ماده واحده، تبصره ۶:

۱- : تحت پوشش آموزشی قراردادن کلیه افراد واجب‌التعلیم در بخش های محروم.

قسمت یکم، الف - هدفهای کلی:

۳- : گسترش کمی و ارتقاء کیفی فرهنگ عمومی تعلیم و تربیت و علوم و فنون در جامعه با توجه خاص نسبت به نسل جوان.

قسمت یکم، ب - خط مشی ها:

۳-۱- : سازماندهی و سیاستگذاری هماهنگ و همگون در امر فعالیت های فرهنگی بر مبنای آزادی عمل واحدهای اجرایی جهت تحقیق، تتبع، نوآوری و ارائه خدمات فرهنگی.

۳-۲- : همگانی کردن فعالیتهای فرهنگی و اجتناب از تفکر دولتی نمودن امور فرهنگی با تأکید بر سیاستهای نظارتی و هدایتی دولت.

۳-۳- : افزایش کمی و کیفی تولید و پخش برنامه‌ها و افزایش پوشش جمعیتی و جغرافیایی صدا و سیما در راستای تأمین نیازهای برنامه توسعه به‌ویژه در زمینه آموزش های مستقیم و توجه بیشتر به جمعیت در سن تحصیل و نیازهای محلی و منطقه‌ای.

۳-۴: پرورش روحیه احترام به قانون، نظم‌پذیری، تعاون و کارگروهی، احترام به قداست و ارزش کار و فعالیت مولد، صرفه‌جویی، حفظ محیط‌زیست و منابع طبیعی، حفظ قداست خانواده و تقویت روحیه مسئولیت‌پذیری و مشارکت در امور سیاسی و اجتماعی.

۳-۶: ایجاد امکانات آموزشی لازم برای تمامی کودکان لازم‌التعلیم.

۳-۷: توسعه فضای آموزشی متناسب با رشد دانش‌آموز و ایجاد امکانات آموزشی و پرورشی لازم و تربیت نیروهای کافی برای تمامی مقاطع به ویژه کودکان لازم‌التعلیم با اولویت روستاها.

۳-۱۴: همگانی کردن ورزش و گسترش فعالیت‌های تربیت‌بدنی خاصه بین جوانان به منظور پرورش جسم و روح و پربار کردن اوقات فراغت عموم مردم.

۳-۱۸: مشارکت بیشتر زنان در امور اجتماعی، فرهنگی، آموزشی و اقتصادی با حفظ شئونات خانواده و ارزش‌های متعالی شخصیت اسلامی زن.

۳-۱۹: بسیج کلیه امکانات دستگاه‌های اجرایی ذیربط در جهت ریشه‌کنی اعتیاد و مبارزه با مفاسد اجتماعی.

۶-۲: تأمین آموزش‌های عمومی بهداشتی - درمانی و مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای عامه مردم با تأکید بر مناطق محروم و روستایی کشور.

۹-۱۲: پیشگیری از وقوع جرائم و انجام مراقبت بعد از خروج زندانیان از زندان و خانواده‌های آنان و برخورد قاطع با عوامل قاچاق مواد مخدر و سایر مفاسد اجتماعی.

قسمت یکم، ج - تصویر کلان برنامه:

۱ - جمعیت

۱-۱ - خطوط کلی سیاست تحدید موالید کشور.

بر مبنای بررسی های به عمل آمده، اعمال سیاست تعدیل مولید از ۶,۴ مولود زنده به دنیا آمده در طی دوران بالقوه باروری یک زن (سال ۱۳۶۵) به ۴ نوزاد در سال ۱۳۹۰ و کاهش نرخ رشد طبیعی جمعیت از ۳,۲ به ۲,۳ درصد در همین مدت با توجه به ساختمان فعلی بسیار جوان جمعیت و ویژگیهای زیستی و فرهنگی جامعه امکان پذیر خواهد بود. از این رو کاهش باروری عمومی زنان تا حد ۴ نوزاد و نرخ رشد طبیعی ۲,۳ درصد در سال ۱۳۹۰، مهمترین هدفهای درازمدت سیاست تحدید مولید کشور خواهد بود و متناسب با این هدفها، کاهش نرخ رشد طبیعی جمعیت به ۲,۹ درصد در انتهای این برنامه و ابتدای برنامه توسعه بعدی، از طریق اثرگذاری آگاهانه و برنامه ریزی شده بر متغیر باروری به عنوان عمده ترین هدف جمعیتی این برنامه در نظر گرفته شده است.

به منظور نیل به این هدف، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان مجری این سیاست موظف است با همه توان و امکانات خود، به طور متوسط ۲۴ درصد از زنان و مادران واقع در مقاطع سنی بالقوه باروری را طی سالهای ۶۸-۱۳۷۲ تحت پوشش برنامه تنظیم خانواده قرار دهد، تا از تولیدیک میلیون مولود ناخواسته در طول این برنامه جلوگیری شود. از این دیدگاه، اولویت با آن قسم از نواحی، مناطق جغرافیایی و قشرهای اجتماعی کشور خواهد بود که از باروری ناخواسته و غالباً در حد بیولوژیک، زیان های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بیشتری دیده اند.

تحقق این هدفها، علاوه بر فعالیتهای واحد اجرایی تنظیم خانواده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مستلزم کوشش هایی از این قرار است:

- بالا بردن سطح سواد و دانش عمومی افراد جامعه و بخصوص افزایش ضریب پوشش تحصیلی دختران لازم التعلیم.

- اعتلاء موقعیت زنان از طریق تعمیم آموزش و افزایش زمینه های مشارکت زنان در امور اقتصادی - اجتماعی جامعه و خانواده.

- ارتقاء سطح سلامت افراد جامعه و کاهش مرگ و میر مادران و کودکان.

- لغو کلیه مقررات مشوق رشد جمعیت و اتخاذ تدابیر متناسب با سیاست تحدید مولید کشور.

۳- بودجه و وضع مالی دولت

۳-۳-۴: سهم اعتبارات فرهنگی و هنری در کل بودجه دولت از ۱,۴ درصد در سال ۱۳۶۷ به ۱,۹ درصد در سال ۱۳۷۲ افزایش می‌یابد.

د- هدف های کمی کلان (برنامه توسعه): نرخ باروری از ۶,۴ فعلی به ۴ در سال ۱۳۹۰ کاهش می‌یابد. در نتیجه نرخ رشد جمعیت از ۳,۲ درصد به ۲,۳ درصد در سال مذکور تقلیل می‌یابد و نرخ رشد جمعیت در سال ۱۳۷۲ به سطح ۳ درصد خواهد رسید.

قانون برنامه دوم توسعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی جمهوری اسلامی ایران

تبصره ۱۱:

۴- احداث فضاهای چند منظوره فرهنگی، آموزشی، تربیتی، هنری و ورزشی در مراکز جمعیتی نقاط محروم کشور.

تبصره ۱۲: از محل اعتبارات فصل تأمین اجتماعی، معادل چهار هزار و هشتصد میلیارد (۴۸۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰) ریال برای پرداخت مستقیم کمک معاش ماهانه به اقشار کم درآمد شامل خانواده‌ها، زنان و کودکان بی‌سرپرست، خانواده‌هایی که سرپرست آن‌ها از کارافتاده و سربازان متأهلی که امکان تأمین معاش خود را ندارند.

تبصره ۲۹- ب:

۲- گسترش فرهنگ قناعت و ساده‌زیستی و مبارزه با تجمل‌گرایی و اسراف و تبذیر.

۶- تهیه برنامه‌های تبلیغی و ارشادی و آموزشی و پخش و انتشار آنها از طریق رسانه‌های عمومی و کتاب‌های درسی.

تبصره ۶۰ - : به منظور پربار کردن اوقات فراغت دانش آموزان و بالندگی نسل جوان کشور، دولت موظف است امکانات ذیل را فراهم نماید:

الف - ایجاد تسهیلات لازم از قبیل بخشودگی مالیاتی به مدت ۵ سال (برای نقاط محروم ۸ سال)، پرداخت بخشی از سود تسهیلات بانکی و نظایر آن برای بخش‌های خصوصی و تعاونی در زمینه تأمین و توسعه، انجمن‌ها، کانون‌ها و مراکز علمی، آموزشی، دینی، فرهنگی، هنری، تلویزیونی، سینمایی و تجربی (کارگاهی) و ورزشی برای جوانان و دانش آموزان.

ب - گسترش و بهبود پوشش شبکه‌های صدا و سیما، توسعه وسایل ارتباط جمعی اعم از مکتوب و سمعی و بصری، خرید حق امتیاز پخش برنامه‌های مناسب خارجی و افزایش کمی و بهبود کیفی برنامه‌های رادیو تلویزیونی به گونه‌ای که جذب جوانان به فرهنگ بیگانه را به حداقل برساند.

ج - ایجاد تسهیلات لازم برای گشت‌های علمی، دینی، فرهنگی، ورزشی و تفریحی برای جوانان و دانش آموزان و توسعه فضاهای اردوئی مناسب و کانون‌های فرهنگی و تربیتی.

د - ارائه الگوهای مناسب و الگوسازی در زمینه‌های مختلف علمی، دینی، فرهنگی و ورزشی برای نوجوانان و جوانان در جهت جذب آنان به فرهنگ خودی.

ه - ایجاد تسهیلات لازم برای اشتغال جوانان.

و - ارائه تسهیلات بانکی و وام مناسب و قرض الحسنه جهت فراهم نمودن زمینه ازدواج جوانان.

ز - ارائه تسهیلات لازم برای دوره سربازی جوانان متأهل و پربار کردن دوره سربازی.

ح - اولویت دادن به جوانان متأهل در امر استخدام و کاریابی.

ط - ارائه خدمات مشاوره در زمینه‌های گوناگون فردی و اجتماعی جوانان و دانش آموزان.

ی - ایجاد تسهیلات لازم در جهت تأمین مسکن ارزان برای جوانان متأهل.

ک - تمرکز و سازماندهی به نظام اطلاعات و آمار و تحقیقات مربوط به جوانان.

ل - توسعه و تجهیز کانون‌های فرهنگی، هنری مساجد.

تبصره ۶۵ - دولت مکلف است نسبت به ایجاد و اختصاص امکانات ورزشی برای دانش‌آموزان دختر و بانوان، با توجه به حفظ شئون زن در جامعه اسلامی اقدام نماید.

تبصره ۶۹ - ب - به منظور ایجاد نظم عمومی و وجدان کاری و اعمال روش‌های غیر مستقیم جهت اقدام و رعایت قانون و نظم اجتماعی و پیشگیری از وقوع جرائم، دولت مکلف است طرح آموزش همگانی مردم را تهیه و اجراء نماید.

اهداف کلان کیفی خط مشی‌های اساسی و سیاست‌های کلی برنامه دوم توسعه

بخش اول- هدفهای کلان کیفی

- ۲- رشد فضائل بر اساس اخلاق اسلامی و ارتقاء کمی و کیفی فرهنگ عمومی جامعه.
- ۳- هدایت نوجوانان و جوانان در عرصه‌های ایمان مذهبی، فرهنگ خودی، خلاقیت، علم، هنر، فن و تربیت بدنی و مناسبات انسانی، خانوادگی و اجتماعی و مشارکت در صحنه‌های فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و اقتصادی.
- ۱۳- تلاش در جهت حاکمیت کامل قانون و حفظ امنیت همه جانبه آحاد مردم و ترویج فرهنگ احترام به قانون، نظم اجتماعی و وجدان کار.

بخش دوم - خط مشی‌های اساسی

- ۵- تعمیم، گسترش و بهبود نظام تأمین اجتماعی بوسیله تأمین منابع از محل بودجه عمومی به منظور پرداخت مستمری به اقشار نیازمند، زنان و کودکان بی‌سرپرست و معلولین توسعه بیمه‌های اجتماعی و قرار دادن همه اقشار مردم تحت پوشش بیمه خدمات درمانی تا آخر برنامه دوم و پرداخت سهم سرانه دولت مطابق ضوابط قانون بیمه خدمات درمانی.
 - ۶- عنایت به مناطق محروم و روستاها با اولویت اشتغال، بهداشت و آموزش، تولید و عمران.
 - ۸- تحت پوشش قرار دادن کلیه کودکان و نوجوانان لازم‌التعلیم و تقویت آموزش‌های عمومی.
 - ۱۴- سعی در جهت‌دهی و هدایت سهم عمده منابع مالی به بخش‌های اجتماعی شامل فرهنگ، آموزش عمومی، بهداشت و درمان، آموزش عالی و تحقیقات و تربیت بدنی.
- رشد فضائل بر اساس اخلاق اسلامی و ارتقاء کمی و کیفی فرهنگ عمومی جامعه:

۲- سازماندهی و سیاست‌گذاری هماهنگ در امر فعالیت‌های فرهنگی در زمینه‌های اخلاقی و معنوی جامعه.

۳- افزایش کمی و کیفی تولید و پخش برنامه‌های صدا و سیما به عنوان دانشگاه عمومی کشور.

۴- گسترش آموزش‌های مستقیم در زمینه‌های اخلاقی، معنوی با توجه به نیازهای گروه‌های مختلف سنی بویژه نسل جوان و نوجوانان و نیازهای هر منطقه.

۸- گسترش فرهنگ قناعت و صرفه‌جویی، دوری از تجمل‌گرایی و اسراف و تبذیر در بخش‌های عمومی و خصوصی و ارائه الگوهای مناسب زندگی.

۹- واگذاری فعالیت‌های اجرایی، فرهنگی، هنری، ورزشی به مردم و تقویت مشارکت عمومی با توجه به سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری و نظارت‌دولت.

۱۰- پرورش روحیه همبستگی ملی و احترام به قانون و ارزش‌های انقلاب اسلامی، حفظ قداست خانواده و تقویت روحیه مسئولیت‌پذیری و مشارکت در امور سیاسی و اجتماعی.

۱۱- همگانی کردن ورزش و گسترش فعالیت‌های تربیت بدنی خصوصاً بین جوانان به منظور پرورش جسم و روح و پربار کردن اوقات فراغت عموم مردم.

۱۲- توجه ویژه در برنامه‌ریزی‌ها و اختصاص امکانات به مسائل تربیت بدنی و پرکردن اوقات فراغت بانوان.

۱۳- مشارکت بیشتر زنان و بانوان در امور اجتماعی، فرهنگی، آموزشی و اقتصادی با حفظ شئونات خانواده و ارزش‌های متعالی شخصیت اسلامی‌زن.

۱۴- بسیج کلیه امکانات و دستگاه‌های ذیربط در جهت ریشه‌کنی اعتیاد و مبارزه با مفاسد اجتماعی و تهاجم فرهنگی.

- ۱۵- تلاش برای شناخت ترندها، ابزارها و شیوه‌های تهاجم فرهنگی دشمن و برنامه‌ریزی برای مقابله جدی با آن.
- ۱۶- توجه به سازماندهی و توسعه فعالیت مساجد به عنوان پایگاه‌های رشد فضائل اخلاقی و ارزش‌های معنوی.
- ۱۷- تقدم پرورش بر آموزش در امور سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و اجراء در سطوح مختلف آموزشی و کل جامعه.
- ۱۸- استمرار کمک‌های مستقیم دولت به بخش فرهنگ و تقویت و توسعه آن.
- هدایت جوانان و نوجوانان در عرصه‌های ایمان مذهبی، فرهنگ خودی، خلاقیت، علم، هنر و فن و تربیت بدنی و مناسبات انسانی، خانوادگی و اجتماعی و مشارکت در صحنه‌های فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و اقتصادی از طریق:
- تقویت تفکر و گرایش‌های اسلامی، ایمان مذهبی و ترغیب به عمل صالح و تشویق به انجام فرائض دینی و تعظیم شعائر مذهبی.
- ترویج رفتار مناسب فردی، خانوادگی و اجتماعی و مبارزه با رواج الگوهای ناهنجار رفتاری ناشی از تراوش فرهنگی بیگانه.
- معرفی ابعاد گوناگون سیره اهل بیت "علیهم‌الصلوة والسلام" به عنوان الگوهای متعالی رفتار فردی و اجتماعی.
- ارتقاء بینش اعتقادی و سیاسی در زمینه امامت و رهبری جامعه اسلامی.
- اهتمام به امر پرورش روح خلاقیت، نوآوری در زمینه‌های علمی، فرهنگی، هنری.
- ۷- آگاه ساختن جوانان نسبت به موارد غنی فرهنگی، اسلامی و ملی و مبارزه با روحیه حقارت و از خود بیگانگی در برابر فرهنگ غرب.
- ۸- آشنا ساختن جوانان با علوم و فنون جدید توأم با تعهد نسبت به ارزش‌های اسلامی.

۱۱- شناساندن دشمنان داخلی و خارجی و تقویت روح مقاومت در برابر تهاجم فرهنگی و مفاسد اجتماعی و بزهکاری.

۱۲- برنامه‌ریزی برای استفاده مطلوب از اوقات فراغت.

۱۳- توجه لازم به سلامت جسم و نشاط روح و حفظ شادابی و طراوت جوانی از طریق توسعه ورزش همگانی.

۱۴- ترغیب نسبت به ازدواج و تشکیل خانواده با تسهیل شرایط، تعدیل توقعات، کاهش تشریفات و آگاهی نسبت به روش‌های و معیارهای شرعی درانتخاب همسر و حقوق خانواده.

۱۵- ایجاد زمینه‌های لازم جهت مشارکت فعال جوانان در امور سیاسی، اجتماعی و اقتصادی و تقویت روحیه تعاون و مسئولیت‌پذیری.

۵- تربیت نیروی انسانی مورد نیاز از طریق:

گسترش آموزش‌های فرهنگی، اعتقادی، علمی، فنی، تخصصی مورد نیاز کشور به ویژه در سطوح کارشناسی ارشد و دکترا.
ارتقاء کیفی نظام آموزشی کشور.

۵- تأکید بر مشارکت و همکاری هر چه بیشتر مردم در امور آموزشی فنی و تبیین نقش آموزش و تربیت نیروی انسانی در روند رشد و توسعه جامعه.

۸- تأکید بر استفاده از امکانات عمومی و رسانه‌های گروهی جهت تقویت برنامه‌های آموزشی و پرورشی، اجرای شیوه‌های صحیح آموزشی، هماهنگی در برنامه‌های آموزشی و پرورشی در راستای اهداف برنامه.

۱۲- تقویت جنبه‌های فرهنگی دانش‌آموزان و دانشجویان و تعمیق معرفت دینی و ارزش‌های اسلامی.

۱۳- بازنگری در سیستم آموزشی کشور و بکارگیری اعتبارات در جهت افزایش بازدهی علمی و ارتقاء کیفیت آموزش و پرورش.

۸- تقویت مشارکت عامه مردم و اتخاذ تدابیر لازم برای نظارت شایسته و پیوسته بر اجرای برنامه از طریق:

توسعه نقش مردم در امور فرهنگی از طریق اصلاح قوانین و مقررات و روش‌ها و حمایت‌های مالی و اعتباری از فعالیت‌های فرهنگی.

۳- گسترش فرهنگ امر به معروف و نهی از منکر.

۱۱- تقویت بنیه دفاعی کشور در حد نیاز در چارچوب سیاست‌ها و تدابیر فرماندهی معظم کل قوا از طریق:

۶- گسترش فرهنگ ایمان، معنویت و مقاومت در کلیه نیروهای مسلح و آحاد ملت.

۱۳- تلاش در جهت حاکمیت کامل قانون و حفظ امنیت همه‌جانبه آحاد مردم و ترویج فرهنگ احترام به قانون، نظم اجتماعی و وجدان کاری از طریق:

ایجاد زمینه‌های لازم جهت فعالیت‌های سالم و سازنده فرهنگی، علمی، اجتماعی، همکاری همه‌جانبه ملی.

گسترش و تقویت و آموزش فرهنگ نظم و انضباط و قانون‌گرایی و رعایت اخلاق و حقوق و ارزش‌های اجتماعی در کلیه آحاد جامعه و نهادها و ارگان‌های کشور. گسترش قداست قانون و قانون‌گرایی.

احتراز جدی از بی‌نظمی، قانون شکنی و هرگونه تعدی و تجاوز به حقوق اشخاص، ملت و نظام.

۱۶- تقویت و ترجیح ارزش‌های انقلاب اسلامی در عرضه کردن منابع مالی و امکانات دولتی از طریق:

توجه لازم به نیروهای متعهد و فداکار در زمینه‌های آموزشی، فنی، اشتغال و تأمین ابزار کار، زمین، مسکن و امکانات لازم برای تشکیل خانواده.

۵ - جمعیت

الف - تأکید بر آموزش آگاهی بانوان در مقاطع سنی بالقوه باروری، در زمینه مزیت‌های کنترل باروری.

ب - گسترش سطح آگاهی عمومی افراد جامعه در زمینه زیان‌ها و مشکلات ناشی از رشد بی‌رویه جمعیت از طریق رسانه‌های عمومی به ویژه صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران.

ج - آموزش مسائل جمعیت در قالب مواد درسی در سطوح متوسطه و دانشگاهی.

۵-۲-: تنظیم خانواده و رشد جمعیت:

۱-۲-۵-: تأمین و تعمیم گسترده وسایل پیشگیری از بارداری در سطح مناطق جغرافیایی کشور به ویژه روستاها و مناطق محروم.

۲-۲-۵-: کسب دانش و انجام مطالعات جهت استفاده و توسعه روشها و تکنولوژی‌های جدید در امر پیشگیری از بارداری.

۳-۲-۵-: اختصاص بخشی از فعالیت بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها و مراکز بهداشتی در سطح کشور به منظور ارائه مستمر خدمات پیشگیری از بارداری.

۴-۲-۵-: لغو کلیه قوانین و مقررات و امتیازهای اقتصادی-اجتماعی، مشوق خانوارهای پرجمعیت.

۵-۲-۵-: پژوهش در مورد مصادیق سیاست‌های فوق از طریق:

الف - انجام پژوهش‌های علمی جهت کسب اطلاع از میزان آگاهی، نگرش، عملکرد و مشکلات خانواده‌ها در زمینه تنظیم خانواده.

- ب - مطالعه تغییرات میزان رشد جمعیت بر پایه اطلاعات جاری و مطالعات نمونه‌ای.
- ج - انجام تحقیقات کاربردی جهت یافتن راه‌ها و تکنولوژی مناسب برای افزایش آگاهی، نگرش و عملکرد خانواده‌ها و رفع مشکلات آنها برای دسترسی به وسایل پیشگیری از حاملگی.
- د - انجام طرح جاری جمعیت و نیروی کار به منظور اطلاع از چگونگی تحولات جمعیت، بازار کار، نیروی فعال و نیروی شاغل کشور در مقاطع ۱۳۷۴-۱۳۷۶.
- ه - انجام طرح نمونه‌گیری از وضعیت اقتصاد و اشتغال خانوار به صورت سالانه.

قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی جمهوری اسلامی ایران

ماده ۷۱ - شورای برنامه‌ریزی و توسعه استان وظایف زیر را به عهده دارد:

ن - پیشنهاد برنامه‌های توسعه مشارکت زنان و جوانان به ویژه بسیجیان در فعالیت های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی استان به مراجع ذی‌ربط و تنظیم سیاست‌های اجرائی مربوطه.

ماده ۱۵۷ - با عنایت به اهتمام ویژه نظام جمهوری اسلامی ایران به حل مسائل جوانان و اعتلاء و رشد نسل جوان کشور و استفاده بهینه از استعدادها و توانائی های این نسل عزیز، مرکز ملی جوانان به منظور ساماندهی اساسی امور جوانان کشور بصورت ساختار و سازمان کار متناسب با این‌مأموریت به سازمان ملی جوانان تبدیل می‌گردد تا وظایف اساسی ذیل را بر عهده گیرد:

الف - سازمان ملی جوانان موظف است برنامه جامع ملی ساماندهی امور جوانان کشور با عنایت به جایگاه نقش و مأموریت‌های اساسی دستگاه های مختلف دولتی و غیردولتی مرتبط با امور جوانان نظیر نیروی مقاومت بسیج و توجه اساسی به نیازهای جوانان در حوزه‌های فرهنگی، اجتماعی، سیاسی، شغلی، علمی، تفریحی و تحصیلی را تهیه و تدوین نماید.

ب - شناسایی و پی‌گیری واگذاری آن دسته از فعالیتهای دستگاه های اجرائی که می‌تواند با پیش‌بینی تمهیدات لازم از طریق سازمانهای غیردولتی جوانان انجام گیرد.

ج - برای تحقق مواردی که نیاز به تهیه طرح دارد، سازمان ملی جوانان برحسب مورد طرح های لازم شامل اهداف، اصلاحات سازمانی، تسهیلات مالی، حمایت های اجرائی از تشکل های غیردولتی را تهیه نماید.

ماده ۱۵۸ - مرکز امور مشارکت زنان ریاست جمهوری موظف است در جهت زمینه‌سازی برای ایفای نقش مناسب زنان در توسعه کشور و تقویت نهاد خانواده، ضمن انجام مطالعات لازم با همکاری دستگاه های اجرایی ذی‌ربط اقدامات ذیل را به عمل آورد:

الف - با بهره‌گیری از اصول و مبانی اسلامی و با در نظر گرفتن تحولات آینده جامعه، نیازهای آموزشی و فرهنگی و ورزشی خاص زنان را شناسایی کرده و طرح‌های مناسب را بر حسب مورد از طریق دستگاه‌های اجرایی ذی‌ربط تهیه و برای تصویب به مراجع مربوط پیشنهاد کند.

ب - طرح‌های لازم برای افزایش فرصت‌های اشتغال زنان و ارتقاء شغلی آنان در چارچوب تمهیدات پیش‌بینی شده در این قانون و متضمن اصلاحات ضروری در امور اداری و حقوقی را تهیه و به منظور تصویب به هیأت وزیران ارائه کند.

ج - با سازماندهی فعالیت‌های مطالعاتی مشترک با دستگاه‌های مسئول در قوه قضائیه، طرح‌های لازم برای تسهیل امور حقوقی و قضائی زنان را تهیه و بر حسب مورد از طریق دستگاه‌های مسئول پی‌گیری کند.

د - برای بهره‌گیری از خدمات مختلف اجتماعی زنان در زمینه‌های مالی، حقوقی، مشاوره‌ای، آموزشی و ورزشی، طرح‌های لازم با اولویت قائل شدن برای زنان خودسرپرست و بی‌سرپرست مناطق توسعه نیافته یا کمتر توسعه یافته و گروه‌های محروم جامعه در زمینه حمایت از تشکیل سازمان‌های غیر دولتی، تهیه و بر حسب مورد به دستگاه‌های اجرایی یا دولت منعکس کند تا پس از تصویب از طریق دستگاه‌های ذی‌ربط اجرا شوند.

ماده ۱۶۲ - ج - : به منظور ارزیابی تحولات فرهنگ عمومی و میزان اثربخشی مجموعه فعالیت‌های فرهنگی که از طریق دستگاه‌های آموزشی، فرهنگی، رسانه‌ها و سایر دستگاه‌های اجرایی و نهادها و سازمان‌های غیردولتی صورت می‌گیرد:

با استفاده از اطلاعات و شاخص‌های موضوع بند (الف) این ماده و انجام مطالعات و تحقیقات لازم، چالش‌ها و بحران‌های فرهنگی قابل پیش‌بینی ناشی از توسعه ارتباطات فرهنگی و تهاجم فرهنگ بیگانه را شناسایی و پس از تأیید شورای عالی انقلاب فرهنگی و بر حسب مورد به دستگاه‌های مسئول منعکس نماید.

پس از تعیین شاخص‌های اصلی نشان‌دهنده تحولات فکری، بینشی، رفتاری اقشار مختلف به ویژه نوجوانان و جوانان و تصویب آن از طرف شورای عالی انقلاب فرهنگی، به‌طور سالانه و مستمر گزارش‌های لازم حاوی تحولات شاخص‌ها و علل آن، راه‌کارهای مؤثر برای بهبود این شاخص‌ها را تهیه و پس از تأیید شورای عالی انقلاب فرهنگی در اختیار مراجع ذی‌ربط قرار دهد تا برای اصلاح سیاست‌ها و فعالیت‌های اجرایی مورد استفاده قرار گیرد.

ماده ۱۶۳ - : با توجه به اهمیت گسترش فضاها، مذهب‌ها و مساجد ضمن حفظ اصل ساماندهی ساخت و ساز، احیا، تعمیر و تجهیز مساجد از طریق مشارکت‌های مردمی و شوراهای شهری و روستایی دستگاه‌های اجرائی موضوع این ماده موظفند طی سال‌های اجرای برنامه اقدامات زیر را انجام دهند:

و - با هدف اعتلای جایگاه مسجد و مدرسه در فعالیت‌های اجتماعی، فرهنگی محلات، روستاها و شهرها و هماهنگ‌سازی فعالیت‌های سازماندهی‌شده در این مکانها در جهت ارتقاء ایمان و ارزش‌های معنوی و اخلاقی و شکوفائی خلاقیت‌های علمی، فرهنگی و هنری.

گروه‌های مختلف جامعه به‌ویژه نوجوانان و جوانان اقدامات ذیل در سال‌های برنامه سوم توسعه انجام می‌گیرد:

تعریف فعالیت‌های آموزشی، فرهنگی و هنری مشترک مسجد و مدرسه در آئین‌نامه‌ها و مقررات بخش‌های آموزش، فرهنگ و هنر و تبلیغات اسلامی، تربیت بدنی و ورزش.

قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی جمهوری اسلامی ایران

ماده ۵۲ - : دولت موظف است به منظور تضمین دسترسی به فرصت های برابر آموزشی به ویژه در مناطق کمتر توسعه یافته، گسترش دانش، مهارت و ارتقاء بهره‌وری سرمایه‌های انسانی به‌ویژه برای دختران و توسعه کمی و کیفی آموزش عمومی آن دسته از اقدام های ذیل که جنبه قانونگذاری ندارد را به انجام برساند:

الف - توسعه زمینه‌های لازم برای اجرای برنامه آموزش برای همه.

ط - برنامه‌ریزی برای تدوین برنامه آموزشی ارتقاء سلامت و شیوه‌های زندگی سالم.

ماده ۸۶ - : وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دستگاه های ذی‌ربط مکلفند تا پایان سال اول برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، اقدامات لازم را جهت کاهش خطرات و زیان های فردی و اجتماعی اعتیاد، پیشگیری و درمان بیماری ایدز و نیز کاهش بار بیماری های روانی معمول دارد.

ماده ۹۶ - :

ج - تأمین بیمه خاص (در قالب فعالیت های حمایتی) برای حمایت از زنان سرپرست خانوار و افراد بی‌سرپرست با اولویت کودکان بی‌سرپرست.

ماده ۹۷ - : دولت مکلف است به منظور پیشگیری و کاهش آسیب های اجتماعی، نسبت به تهیه طرح جامع کنترل کاهش آسیب های اجتماعی، با تأکید بر پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر، مشتمل بر محورهای ذیل اقدام نماید:

الف - ارتقاء سطح بهداشت روان، گسترش خدمات مددکاری اجتماعی، تقویت بنیان خانواده و توانمندسازی افراد و گروه های در معرض آسیب.

ب - بسط و گسترش روحیه نشاط، شادابی، امیدواری، اعتماد اجتماعی، تعمیق ارزش های دینی و هنجارهای اجتماعی.

ج - شناسایی نقاط آسیب خیز و بحران زای اجتماعی در بافت شهری و حاشیه شهرها و تمرکز بخشیدن حمایت های اجتماعی، خدمات بهداشتی - درمانی، مددکاری، مشاوره اجتماعی و حقوقی و برنامه های اشتغال حمایت شده، با اعمال راهبرد همکاری بین بخشی و سامانه مدیریت آسیب های اجتماعی در مناطق یادشده.

د - پیشگیری اولیه از بروز آسیب های اجتماعی از طریق: اصلاح برنامه های درسی دوره آموزش عمومی و پیش بینی آموزش های اجتماعی و ارتقاء مهارت های زندگی.

ه - خدمات رسانی به موقع به افراد در معرض آسیب های اجتماعی با مشارکت سازمان های غیردولتی.

و - بازتوانی آسیب دیدگان اجتماعی و فراهم نمودن زمینه بازگشت آنها به جامعه.

ز - تهیه طرح ملی مبارزه با مواد مخدر و روانگردان بر اساس محورهای ذیل:

پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر و قاچاق آن با استفاده از تمامی امکانات و توانمندی های ملی.

در اولویت قراردادن استراتژی کاهش آسیب و خطر، کار درمانی، آموزش مهارت های زندگی سالم، روان درمانی، درمان اجتماع مدار معنادان و بهره گیری از سایر یافته های علمی و تجارت جهانی در اقدام ها و برنامه ریزی های عملی.

جلوگیری از تغییر الگوی مصرف مواد مخدر به داروهای شیمیایی و صنعتی. جلوگیری از هرگونه تطهیر عواید ناشی از فعالیت های مجرمانه مواد مخدر و روان گردان ها.

به کارگرفتن تمام امکانات و توانمندی های ملی برای مقابله با حمل و نقل و ترانزیت مواد مخدر و همچنین عرضه و فروش آن در سراسر کشور.

تقویت نقش مردم و سازمان های غیردولتی در امر پیشگیری و مبارزه با اعتیاد.

ل - افزایش مستمری ماهیانه خانواده‌های نیازمند و بی سرپرست و زنان سرپرست خانواده تحت پوشش دستگاه های حمایتی بر مبنای چهل درصد (۴۰٪) حداقل حقوق و دستمزد در سال اول برنامه.

ماده ۱۰۰ - : دولت موظف است به منظور ارتقاء حقوق انسانی، استقرار زمینه‌های رشد و تعالی و احساس امنیت فردی و اجتماعی در جامعه و تربیت نسلی فعال، مسئولیت‌پذیر، ایثارگر، مؤمن، رضایت‌مند، برخوردار از وجدان کاری، انضباط با روحیه تعاون و سازگاری اجتماعی، متعهد به انقلاب و نظام اسلامی و شکوفایی ایران و مفتخر به ایرانی‌بودن، «منشور حقوق شهروندی» را مشتمل بر محورهای ذیل تنظیم و به تصویب مراجع ذی‌ربط برساند:

الف - پرورش عمومی قانون‌مداری و رشد فرهنگ نظم و احترام به قانون و آئین شهروندی.

د - تأمین آزادی و امنیت لازم برای رشد تشکل های اجتماعی در زمینه صیانت از حقوق کودکان و زنان.

و - حفظ و صیانت از حریم خصوصی افراد.

ز - ارتقاء احساس امنیت اجتماعی در مردم و جامعه.

بخش چهارم - صیانت از هویت و فرهنگ اسلامی - ایرانی فصل نهم - توسعه فرهنگی

ماده ۱۰۴ - :

ز - ساماندهی نظام یارانه‌ای بخش فرهنگ با اولویت کودکان، دانش‌آموزان و دانشجویان با رویکرد تغییر نظام پرداخت یارانه از تولید به سمت مصرف، برای کلیه اقشار جامعه و خرید محصولات فرهنگی.

ماده ۱۰۶ - : دولت مکلف است به منظور تعمیق ارزش ها، باورها، فرهنگ معنویت و نیز حفظ هویت اسلامی - ایرانی، اعتلای معرفت دینی و توسعه فرهنگ قرآنی، اقدام‌های ذیل را انجام دهد:

الف - بسط آگاهی‌ها و فضائل اخلاقی در میان اقشار مختلف مردم و زمینه‌سازی اقدام‌های لازم برای ایجاد فضای فرهنگی سالم و شرایط مناسب برای احیای فریضه امر به معروف و نهی از منکر و اهتمام به آن.

ب - گسترش فعالیتهای رسانه‌های ملی و ارتباط جمعی در جهت مقابله با تهاجم فرهنگی، سالم‌سازی فضای عمومی، اطلاع‌رسانی صحیح و تحقق سیاست‌های کلی برنامه چهارم با فراهم آوردن زمینه‌های مناسب انتشار گزارش‌های عملکرد دستگاه‌ها و افزایش امکان دسترسی جامعه به آموزش‌های عمومی، فنی - حرفه‌ای، ترویجی و آموزش‌های عالی از طریق شبکه‌های صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران.

ج - حمایت از پژوهش‌های راهبردی و بنیادی در زمینه اعتلای معرفت دینی و توسعه فعالیت‌های قرآنی.

د - تهیه طرح جامع ترویج و توسعه فرهنگ نماز.

ه - تهیه طرح جامع گسترش فضاها، مذهبی و مساجد توسط سازمان‌های تبلیغات اسلامی و اوقاف و امور خیریه با همکاری سازمان میراث فرهنگی تا پایان سال اول برنامه چهارم.

و - تداوم نهضت قرآن‌آموزی.

ز - تقویت سهم کتاب‌خوانی در حوزه دین در کشور، خصوصاً مناطق محروم و طراحی کتابخانه حوزه دین در مساجد و سایر اماکن مذهبی.

ط - به‌کارگیری شیوه‌ها و راهکارها و ابزارهای نوین در عرصه تبلیغات دینی.

ی - حمایت از برنامه‌ریزی، نیازسنجی و ارائه آموزش‌های ضروری به مبلغین دینی در جهت بهبود کیفیت تبلیغات دینی.

ل - ساماندهی تبلیغات رسانه‌ای، بهبود محتوای کتب درسی، استقرار محیط و ساختارهای حقوقی در جهت حفظ و ارتقاء هویت اسلامی - ایرانی، تقویت نهاد خانواده بر اساس تعالیم میراث معنوی جامعه ایرانی.

م - تدوین و اجرای برنامه‌های آموزشی، تبلیغی و ترویجی در کلیه سطوح اجتماعی برای آموزش، گسترش و تعمیق فرهنگ کار و نظم اجتماعی، شناخت ارزش زمان و رعایت آن در انجام کلیه فعالیتها.

س - توسعه مشارکت‌های مردمی در عرصه فرهنگ دینی، برنامه‌ریزی و اقدام‌های لازم برای حمایت از هیأت‌های مذهبی و تشکل‌های دینی با رویکرد بهبود کیفیت فعالیت‌ها و پرهیز از خرافات و انحرافات.

ماده ۱۰۸ - : دولت موظف است به منظور زنده و نمایان نگهداشتن اندیشه دینی و سیاسی و سیره عملی حضرت امام خمینی (ره) و برجسته کردن نقش آن به عنوان یک معیار اساسی در تمام سیاستگذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌ها و تسری آن در مجموعه ارکان نظام، اقدام‌های زیر را انجام دهد:

و - تهیه و اجرای برنامه‌های سازنده توسط سازمان ملی جوانان با همکاری مؤسسه مذکور در بند (ب) به منظور آشنائی و ارتباط نسل جوان با اندیشه و زندگی امام و آرمان‌های انقلاب اسلامی.

ه - تقویت تعامل فرهنگ‌ها و زبان‌های بومی با فرهنگ و میراث معنوی ملی و معرفی وجوه گوناگون فرهنگ بومی در سطح ملی با رویکرد تحکیم وحدت ملی به ویژه در نظام آموزشی کشور، رسانه‌ها و تولید محصولات فرهنگی و هنری.

ماده ۱۱۱ - : دولت موظف است با هدف تقویت نقش زنان در جامعه و توسعه فرصت‌ها و گسترش سطح مشارکت آنها در کشور، اقدام‌های ذیل را معمول دارد:

الف - تدوین، تصویب و اجرای برنامه جامع توسعه مشارکت زنان مشتمل بر بازنگری قوانین و مقررات، به ویژه قانون مدنی، تقویت مهارت های زنان متناسب با نیازهای جامعه و تحولات فناوری، شناسائی و افزایش ساختارهای سرمایه گذاری در فرصت های اشتغال زا، توجه به ترکیب جنسیتی عرضه نیروی کار، ارتقاء کیفیت زندگی زنان و نیز افزایش باورهای عمومی نسبت به شایستگی آنان.

ب - تنظیم و ارائه لوایح، مربوط به تحکیم نهاد خانواده جهت تصویب در مراجع ذیصلاح.

ج - انجام اقدام های لازم از جمله تهیه برنامه های پیشگیرانه و تمهیدات قانونی و حقوقی به منظور رفع خشونت علیه زنان.

د - تقدیم لایحه حمایت از ایجاد و گسترش سازمان های غیردولتی، نهادهای مدنی و تشکل های زنان به مجلس شورای اسلامی.

ماده ۱۱۲- دولت مکلف است به منظور تبیین و تقویت جایگاه جوانان در جامعه، به عنوان سرمایه انسانی و اجتماعی کشور و عنایت و اهتمام ویژه به اعتلا و رشد و تعالی نسل جوان، برنامه ساماندهی امور جوانان حاوی برنامه های اجرائی لازم، مشتمل بر شیوه های اصلاح نگرش عمومی و ایجاد فرهنگ مثبت اندیشی نسبت به جوان، زمینه سازی برای رشد فکری، علمی، حضور، توانمندسازی و ارتقاء سطح مشارکت همه جانبه آنان در فرآیند توسعه پایدار کشور، افزایش رفاه و سلامت جسمی و روانی و ایجاد شوق، انگیزه و امید به آینده در میان جوانان و رفع دغدغه های شغلی، ازدواج، مسکن و آسیب های اجتماعی آنان در چارچوب نگرش فرابخشی و به عنوان یک خط مشی محوری با استفاده حداکثر از ظرفیتهای موجود دستگاه های اجرایی و سازمان های غیردولتی و ظرفیت سازی در کشور و نیز بهره گیری از اصلاح ساختارهای نظام اداری، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، از طریق اعمال نظام مدیریت راهبردی، در چارچوب برنامه چهارم را ظرف مدت شش ماه از تصویب این قانون تهیه نماید.

قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی جمهوری اسلامی ایران

فصل اول - فرهنگ اسلامی - ایرانی

ماده ۳، تبصره ۲-: طراحی، تولید، توزیع و صدور خدمات و محصولات فرهنگی، هنری و سینمایی، رسانه‌ای، صنایع دستی که موجب ترویج فرهنگ برهنگی، بدحجابی و بی‌حجابی و ابتدال باشند، ممنوع است.

ماده ۶-: و-: به منظور ارتقاء کارکرد فرهنگی و هنری مساجد، برقراری عدالت فرهنگی و ترویج فرهنگ اسلامی و جذب جوانان و نوجوانان به مساجد، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی مکلف است با رعایت موازین اسلامی ترتیبی اتخاذ نماید تا پایان برنامه حداقل یک چهارم مساجد شهری و روستاهای بالای هزار نفر جمعیت برخوردار از کانون فرهنگی و هنری باشند.

فصل دوم - علم و فناوری

ماده ۱۵:

الف - بازنگری متون، محتوا و برنامه‌های آموزشی و درسی دانشگاهی مبتنی بر آموزه‌ها و ارزش‌های دینی و هویت اسلامی - ایرانی و انقلابی و تقویت دوره‌های تحصیلات تکمیلی با بهره‌گیری از آخرین دستاوردهای دانش بشری، با اولویت نیاز بازار کار.

ب - تدوین و ارتقاء شاخص‌های کیفی به خصوص در رشته‌های علوم انسانی به ویژه در رشته‌های علوم قرآن و عترت و مطالعات میان رشته‌ای با بهره‌گیری از امکانات و توانمندی‌های حوزه‌های علمیه و تأمین آموزش‌های مورد نیاز متناسب با نقش دختران و پسران.

ماده ۱۵: الف:

۱۰- برنامه‌ریزی جهت تدوین برنامه‌های آموزشی ارتقاء سلامت جسمانی و روانی مبتنی بر آموزه‌های دینی و قرآنی.

۱۱- تقویت و گسترش نظام مشاوره دانش آموز و خانواده جهت تحقق سلامت روحی دانش آموزان.

۱۲- بهره‌برداری از اماکن ورزشی سازمان تربیت بدنی در ساعات بلااستفاده جهت ارتقاء سلامت جسمی دانش آموزان.

د - وزارت آموزش و پرورش موظف است به منظور تضمین دسترسی به فرصت‌های عادلانه آموزشی به تناسب جنسیت و نیاز مناطق به ویژه در مناطق کمتر توسعه‌یافته و رفع محرومیت آموزشی، اقدام نماید.

و - سازمان صدا و سیما موظف است در راستای ترویج ارزش‌های اسلامی - ایرانی، ارتقاء سطح فرهنگ عمومی و مقابله با ناهنجاری‌های فرهنگی و اجتماعی، تقویت و گسترش برنامه‌های آموزشی، علمی و تربیتی در شبکه‌های مرتبط به ویژه برای دانش آموزان و دانشجویان در جهت حمایت از تحول در نظام آموزش و پرورش و تقویت هویت ملی جوانان را در اولویت قرار دهد.

ماده ۴۱: -:

الف - دستگاه‌های اجرائی و مؤسسات عمومی غیردولتی ذی‌ربط که از بودجه عمومی دولت استفاده می‌کنند، بر اساس منشور تربیتی نسل جوان و سند ملی توسعه و ساماندهی امور جوانان مصوب دولت ضمن ایجاد « برنامه ساماندهی امور جوانان» ذیل بودجه سنواتی خود از طریق ستاد ملی و استانی ساماندهی امور جوانان اقدامات لازم را جهت اجرائی شدن این اسناد در طول سال‌های برنامه به عمل آورند.

ب - دستگاه های اجرائی و مؤسسات عمومی غیردولتی ذی ربط که از بودجه عمومی دولت استفاده می کنند، با همکاری سازمان ملی جوانان میزان تحقق شاخص های مصوب شورای عالی جوانان را درخصوص اجرائی نمودن « برنامه ساماندهی امور جوانان » مورد سنجش و پایش قرار دهند.

ج - دولت لایحه ساماندهی تکالیف دستگاه های اجرائی موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری را با هدف بازنگری و شفاف سازی وظایف آنها در مواجهه با مسائل و چالش های فراوری جوانان تهیه و در سال اول برنامه جهت تصویب به مجلس شورای اسلامی ارائه نماید.

ماده ۴۳- به منظور ساماندهی و اعتبار بخشی مراکز مشاوره متناسب با فرهنگ اسلامی - ایرانی و با تأکید بر تسهیل ازدواج جوانان و تحکیم بنیان خانواده، تأسیس مراکز و ارائه هرگونه خدمات مشاوره ای روان شناختی - اجتماعی نیازمند اخذ مجوز بر اساس آئین نامه مصوب هیأت وزیران است.

ماده ۱۹۶-:

د - کمک به تعمیق ارزش های انقلاب اسلامی و توسعه فرهنگ و تفکر بسیجی از طریق تشکیل هسته های تربیتی، غنی سازی اوقات فراغت، توسعه فرهنگ ارزشی و استفاده از نخبگان بسیجی برای مشاوره و تولید فکر، توسعه فرهنگ عفاف و حجاب، آشنایی با مبانی اندیشه حضرت امام (ره) با اجرای طرح های دانشجویی، دانش آموزی، اقشار و رده های مقاومت بسیج.

ط - پشتیبانی از رده های مقاومت بسیج جامعه زنان به ویژه در فعالیت های مربوط به توسعه فرهنگ عفاف و حجاب و تحکیم بنیاد خانواده.

تبصره ۲- به دستگاه های اجرائی اجازه داده می شود متناسب با میزان آمادگی سازمان بسیج سازندگی، اجرای بخشی از فعالیت های آموزشی، بهداشتی، فرهنگی و غنی سازی اوقات فراغت و پروژه های عمرانی خود از قبیل احداث و تعمیر مساجد، مدارس و خانه های بهداشت روستایی، بیابان زدایی، جنگل کاری، آبرسانی به روستاها و همچنین در مناطق محروم، روستایی و مرزی را به آن سازمان واگذار نماید تا با استفاده از نیروهای داوطلب بسیجی و مردمی و جوانان و متخصصان به نحو سازمان یافته، اجراء نمایند.

ماده ۲۰۹-: به منظور تحکیم و ارتقاء امنیت اجتماعی، اخلاقی و پیشگیری و مقابله با هرگونه ناهنجاری فرهنگی و اجتماعی و اخلال در امنیت عمومی.

الف - دولت موظف است ساز و کارهای اجرائی لازم را با تأکید بر موارد زیر فراهم و اجرائی نماید:

۱- مبارزه با جریانات، گروه ها و باندهای سازمان یافته مروج انحرافات اخلاقی، خرافه پرستی، ابتدال و پوچ گرایی.

۲- ارتقاء احساس امنیت و سالم سازی فضای عمومی جامعه.

۳- بهره گیری و هماهنگ سازی اقدامات فرهنگی، آموزشی، تربیتی، تبلیغی و رسانه ای برای مقابله با ناهنجاری های فرهنگی و اجتماعی.

ب - کلیه دستگاه های اجرائی موظفند اقدامات لازم را برای اجرای طرح جامع فرهنگ عفاف و حجاب معمول داشته و نسبت به متناسب سازی محیط خدمتی با اقتضات جامعه اسلامی اقدام نمایند.

ماده ۲۲۷-: دولت نسبت به تهیه و تدوین «سند ملی امنیت بانوان و کودکان در روابط اجتماعی» با مشارکت و برنامه ریزی نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران، قوه قضائیه، سازمان بهزیستی کشور، شهرداری، وزارت کشور، شورای عالی استان ها، مرکز امور زنان و خانواده ریاست جمهوری، وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کار و امور اجتماعی توسط دولت در طول سال های برنامه اقدام قانونی به عمل آورد.

ماده ۲۳۰-: دولت با همکاری سازمان ها و دستگاه های ذی ربط از جمله مرکز امور زنان و خانواده با هدف تقویت نهاد خانواده و جایگاه زنان در عرصه های اجتماعی و استیفاء حقوق شرعی و قانونی بانوان در همه زمینه ها با تدوین و تصویب « برنامه جامع توسعه امور زنان و خانواده» مشتمل بر محورهای تحکیم بنیان خانواده، بازنگری قوانین و مقررات مربوطه، پیشگیری از آسیبهای اجتماعی، توسعه و ساماندهی امور اقتصادی - معیشتی با اولویت ساماندهی مشاغل خانگی برای

زنان سرپرست خانوار و زنان بدسرپرست، تأمین اجتماعی، اوقات فراغت، پژوهش، گسترش فرهنگ عفاف و حجاب، ارتقاء سلامت، توسعه توانایی های سازمان های مردم نهاد، ارتقاء توانمندی های زنان مدیر و نخبه، توسعه تعاملات بین المللی، تعمیق باورهای دینی و اصلاح ساختار اداری تشکیلاتی زنان و خانواده اقدام قانونی نماید.

نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران

۶،۱- سیاست ها

سیاست ۵): روزآمد نمودن برنامه های سلامت مبتنی بر ارتقاء سلامت، پیشگیری، کاهش عوامل خطر و افزایش سطح حفاظت کننده های سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی

۲۶. برنامه ملی جامعه ایمن در محیط های مختلف مسکونی، تفریحی، کار و آموزشی شامل مدارس و دانشگاه ها

۲۷. برنامه تکامل دوران ابتدایی کودکی (Early Childhood Development (ECD)

۲۸. توجه به ارتقاء سلامت و پیشگیری در تأمین مالی نظام سلامت

۲۹. روزآمد نمودن برنامه های سلامت مبتنی بر ارتقاء سلامت، پیشگیری، کاهش عوامل خطر و افزایش سطح حفاظت کننده های سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی در گروه های مختلف جمعیتی (سنی، جنسی و)

سیاست ۶): مراقبت های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخ گویی، اطلاع رسانی شفاف، اثربخشی، کارایی و بهره وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر سطح بندی استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده در کلیه شهرها و روستاها

۳۰. استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده در کلیه شهرها و روستاها

۳۲. استقرار سامانه خدمات جامع و همگانی سلامت
۳۴. توسعه ارائه خدمات سلامت از راه دور
۳۵. ارتقاء کیفیت خدمات و مراقبت های سلامت
۳۶. راه اندازی نظام ارائه خدمات مبتنی بر شواهد
۳۸. طرح جامع کاهش تصدی گری دولت در ارائه خدمات سلامت
۴۰. بازنگری نظام مراقبت های اولیه سلامت بر اساس عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت
- سیاست (۱۳): اجرای دیدبانی، تقویت نظام مراقبت و گزارش دهی، پایش و ارزشیابی برنامه های سلامت بخشی و بین بخشی
۸۲. دیدبانی پیامدهای سلامت همه جانبه، عدالت و عملکرد نظام سلامت در سطوح مختلف ملی و منطقه چشم اندازی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۸۳. توسعه پوشش نظام مراقبت سلامت
۸۵. جلب مشارکت نهادهای مؤثر در استقرار نظام مراقبت بخشی و بین بخشی
- سیاست (۱۵): توسعه فناوری اطلاعات برای اعتلای برنامه های سلامت
۹۰. توسعه خدمات الکترونیک پایه در نظام سلامت
۹۱. دسترسی عادلانه به منابع، خدمات سلامت (مشمول بر ارتقاء سلامت و حفظ ایمنی) به کمک فناوری اطلاعات و ارتباطات
۹۲. دسترسی سریع، ارزان، پایدار و امن به صد درصد سوابق سلامت کلیه افراد جامعه به کمک فناوری اطلاعات و ارتباطات

پیوست شماره ۲: نتایج حاصل از مرور اسنادی آمار و اطلاعات منتشر شده

آمار و اطلاعات منتشر شده

سلامت، از مهم ترین ابعاد حیات انسان و شرط ضروری برای ایفای نقش های اجتماعی است. در حال حاضر ۳۶٪ از جمعیت ایران بین سنین ۱۰-۲۴ سال می باشد. در نتیجه شناخت عوامل مؤثر بر بهداشت باروری نوجوانان و جوانان که مادران آینده را تشکیل می دهند، از مهم ترین الویت های بهداشتی می باشد که بررسی این عوامل مؤثر بر روی آن با تمرکز بر روی پارامترهای اقتصادی، اجتماعی، بهداشتی و فرهنگی صورت می پذیرد.

جمعیت

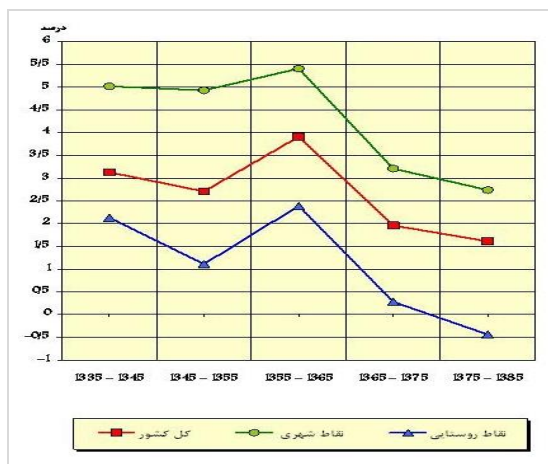
تعداد جمعیت و ویژگی های آن بر اساس آخرین سرشماری جمعیت و مقایسه اقلام منتخب جمعیتی در سرشماری های انجام شده و نیز تعداد وقایع حیاتی ولادت، فوت، ازدواج و طلاق می باشد که به هر یک جداگانه پرداخته می شود.

بر اساس نتایج اولیه سرشماری عمومی نفوس و مسکن، جمعیت ایران در سال ۱۳۹۰ برابر با ۷۴۹۶۱۷۰۲ نفر است. این تعداد در سال ۱۳۸۵ برابر با ۷۰۴۹۵۷۸۲ نفر بوده است. نسبت مردان در جمعیت کشور ۵۱٪ و زنان ۴۹٪ عنوان شده است و به ازای هر ۱۰۳ مرد، ۱۰۰ زن وجود دارد. سهم جمعیت شهری از کل جمعیت کشور ۷۱٪ و جمعیت روستایی ۲۹٪ است که در مقایسه با سال ۱۳۸۵ تفاوتی مشاهده نشده است (۱).



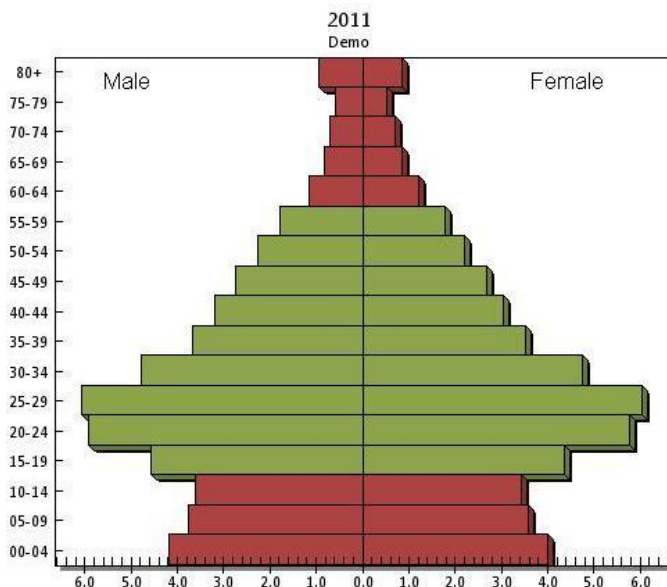
نمودار ۱: رشد جمعیت کشور

همچنین (اندازه متوسط خانوار) $3/6$ نفر است که این رقم در سال 1385 ، 4 نفر بوده است. بر اساس این نتایج میزان رشد جمعیت در سال 1390 ، $1/3$ درصد می‌باشد که این میزان در سال 1385 برابر $1/6$ درصد بود (نمودار ۲) (۱).



نمودار ۲: متوسط رشد جمعیت طی سال‌های 1335 تا 1385

میانگین سنی در سال 1387 برای مردان و زنان $28/0$ سال و میانگین سنی در اولین ازدواج در مردان و زنان به ترتیب $26/2$ و $23/2$ بوده است. بر اساس سرشماری‌های عمومی نفوس و مسکن در سال 1385 ، $25/1$ از جمعیت کشور را جوانان تشکیل می‌دهند که این میزان در نقاط شهری و روستایی به ترتیب برابر با $23/7$ و $28/1$ است. همچنین بر اساس هرم سنی جمعیت در سال 1385 ، بیشترین تعداد زن و مرد در رده سنی $18-15$ ، $24-20$ سال می‌باشد (شکل ۱) (۱).



شکل ۱: هرم سنی جمعیت سال ۱۳۸۹

آمار و ارقام نشان می دهند که در طی ۴۵ سال اخیر، نسبت جمعیت جوان ایران (سنین ۱۵-۲۴ سال) در مقایسه یا کل جمعیت همواره در حال افزایش بوده است. بدین ترتیب که این نسبت از ۱۵/۴۲ درصد در سال ۱۳۳۵ به ۲۰/۵۵ درصد در سال ۱۳۷۵ و به ۲۵/۱۶ درصد در سال ۱۳۸۵ رسیده است. گرچه سیاستگذاران نگران چنین مسأله ای هستند، لکن دوره انبساط کوتاه خواهد بود. بدین ترتیب که تورم جوانی در ایران از اوایل دهه ۱۳۷۰ آغاز شده و در اواسط دهه ۱۳۸۰ به حد نهایی خود رسید و پس از آن نسبت جمعیت جوان به سرعت رو به کاهش خواهد گذاشت و در سال ۱۴۰۰ هجری شمسی مقدار آن به ۱۵/۰۳ درصد خواهد رسید. بدیهی است که از این زمان به بعد، سیاستگذاران لازم است به گونه ای برنامه ریزی کنند تا نسبت جمعیت جوان از این مقدار کمتر نشود، زیرا در غیر این صورت، جمعیت کشور بارکود جوانی روبرو خواهد شد (۲).

میزان ازدواج و طلاق

تعداد موارد ثبت شده ازدواج ۸۹۱۶۲۷ مورد در سال گذشته و نرخ ازدواج در این سال ۱۲/۱ در هزار است که این رقم نسبت به سال پیش از آن ثابت است. بیشترین ازدواج‌ها در سن ۲۰ تا ۲۴ سالگی برای مردان و زنان به ثبت رسیده است و بیشترین ترکیب سنی ازدواج نیز حاصل مردان ۲۰ تا ۲۴ ساله با زنان ۱۵ تا ۱۹ ساله بوده است (۳). بر اساس اطلاعات مرکز آمار ایران در سال ۱۳۸۴ میزان ازدواج ۷۸۷۸۱۸ و میزان طلاق ۸۴۲۴۱ می باشد. این آمارها در سال ۱۳۸۵ به ترتیب برابر با ۷۷۸۰۲۳ و ۹۴۰۴۰ می باشد (جدول ۱) (۱).

جدول ۱: ازدواج و طلاق ثبت شده در نقاط شهری و روستایی سال های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵

سال	جمع		نقاط شهری		نقاط روستایی	
	ازدواج	طلاق	ازدواج	طلاق	ازدواج	طلاق
۱۳۸۴	۷۸۷۸۱۸	۸۴۲۴۱	۵۵۸۵۸۲	۷۰۰۲۳	۲۲۹۲۳۶	۱۴۲۱۸
۱۳۸۵	۷۷۸۰۲۳	۹۴۰۴۰	۵۵۶۶۵۸	۷۸۸۰۱	۲۲۱۳۶۵	۱۵۲۳۹

منبع: مرکز آمار ایران

میزان ولادت و فوت

مدیرکل دفتر آمار و اطلاعات جمعیتی و مهاجرت سازمان ثبت احوال کشور با اشاره به تولد ۱/۸ نوزاد به ازای هر مادر در سال گذشته، نسبت به رشد صفر و در ادامه رشد منفی جمعیت در سال‌های آتی هشدار داد. نرخ رشد طبیعی جمعیت در سال گذشته ۱/۲۵ بود. برابر احکام برنامه اول نرخ رشد جمعیت باید از ۳/۲ در زمان تدوین برنامه اول به ۲/۳ در سال ۹۰ کاهش می‌یافت. این در حالی است که هم‌اکنون این نرخ، ۱/۲۵ است. تعداد تولد مولود زنده به دنیا آمده به ازای هر مادر نیز در سال‌های برنامه اول توسعه رقمی معادل ۶/۴ بوده است. در حالی که بر اساس این برنامه این رقم در سال ۹۰ باید به ۴ کاهش می‌یافت، هم‌اکنون با نرخ ۱/۸ نوزاد به ازای هر مادر مواجه هستیم که این موضوع حاکی از سیاست‌های کنترل جمعیت در دهه‌های گذشته و تأثیرپذیری از تحولات جهانی است (۳).

در سال گذشته یک میلیون و ۳۶۴۵۲۳ واقعه ولادت در کشور ثبت شد که از این تعداد ۶۹۸۳۲۸ نفر پسر و مابقی دختر بوده‌اند. یک میلیون و ۷۵ هزار ولادت از این تعداد در نقاط شهری و حدود ۲۸۹ هزار ولادت در نقاط روستایی به ثبت رسیده است. نسبت جنسی در زمان تولد بر اساس اطلاعات ثبتی، ۱۰۵ بوده است که این میزان معادل حدود میانگین جهانی است (۳).

بر اساس مطالعه IrMIDHS در سال ۱۳۸۹ در کل کشور، نتایجی به شرح زیر به دست آمده که در قالب عناوین و جداول جداگانه، قابل بحث و بررسی می باشد. برای برخی از شاخص های ارائه شده، تعاریفی ذکر گردیده که قبل از نمایش هر جدول آمده است.

تعریف شاخص

تمهیدات زندگی کودک: کودکان ۰ تا ۱۷ ساله ای که حداقل با یک والد بیولوژیک زندگی نمی کنند.

شیوع کودکانی که حداقل یکی از والدین شان فوت کرده است: کودکان ۰ تا ۱۷ ساله ای که حداقل یکی از والدین شان فوت کرده است.

تمهیدات زندگی کودکان زیر ۱۲ سال

کودکانی که با هر دو والد زندگی نمی کنند، درصدی که:			درصد کودکانی که:		
با هیچ یک از والدین زندگی نمی کنند	با پدر زندگی می کنند	با مادر زندگی می کنند	حداقل یکی از والدین شان فوت کرده است	حداقل با یکی از والدین شان زندگی نمی کنند	
۱۵,۸۲	۴۰,۹۶	۴۳,۲۳	۶,۵۶	۱۰,۰۳	کل کشور
۱۳,۹۷	۴۳,۸۴	۴۲,۱۹	۶,۲۲	۹,۴۹	شهری
۱۸,۷۹	۳۶,۳۱	۴۴,۹۰	۷,۲۲	۱۱,۰۴	روستایی
۱۰,۹۳	۴۴,۲۶	۴۴,۸۱	۶,۵۳	۹,۶۱	مرد
۲۰,۵۸	۳۷,۷۴	۴۱,۶۸	۶,۶۰	۱۰,۴۹	زن

تحصیلات افراد ۶ سال و بالاتر در مقطع ابتدایی به تفکیک زیر در کل کشور، مناطق شهری و روستایی و جنسیت، قابل ملاحظه است:

تحصیلات افراد ۶ سال و بالاتر در مقطع ابتدایی

میزان خالص حضور دختران در آموزش ابتدایی	میزان خالص حضور پسران در آموزش ابتدایی	شاخص برابری جنسیتی (آموزش ابتدایی)	نسبت خالص حضور در آموزش ابتدایی	میزان خالص پذیرش در آموزش ابتدایی	
۹۷,۳۵	۹۷,۱۶	۱	۹۷,۱۱	۹۳,۲۴	کل کشور
۹۷,۶۸	۹۷,۷۲	۱	۹۷,۶۳	۹۳,۶۹	شهری
۹۶,۶۸	۹۶,۰۶	۱,۰۱	۹۶,۰۹	۹۲,۳۰	روستایی
-	-	-	۹۷,۰۶	۹۳,۶۱	مرد
-	-	-	۹۷,۱۶	۹۲,۸۲	زن

تعریف شاخص:

شاخص میزان شیوع پیشگیری از بارداری: زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله ازدواج کرده که خود یا همسرشان از روش های پیشگیری از بارداری استفاده می کنند.

میزان شیوع و نوع روش پیشگیری از بارداری در زنان ۱۵-۴۹ سال

کل روش ها	جمع روش های سستی	جمع روش های مدرن	سایر	روش منقطع	روش ریتمی	روش های تداوم شیردهی	کاندوم	قرص	تزریق	ایمپلانت	آی یو دی	لوله بستن مردان	لوله بستن زنان	کل کشور	شهری	روستایی
۸۱,۶۲	۲۲,۸۴	۶۰,۰۷	۰,۱۲	۲۲,۲۴	۰,۳۲	۰,۲۶	۱۴,۵۱	۱۵,۸۷	۳,۶۸	۰,۰۲	۸,۵۷	۲,۹۸	۱۴,۹۲			
۷۸,۷۱	۸۲,۸۳	۲۶,۲۱	۵۸,۱۷	۰,۱۴	۲۵,۵۶	۰,۳۸	۱۶,۵۷	۱۳,۳۹	۲,۳۰	۰	۸,۷۰	۳,۶۴	۱۴,۰۷			
۱۴,۷۸	۶۴,۶۰	۰,۰۶	۱۴,۳۰	۰,۱۵	۰,۴۰	۹,۵۹	۲۱,۷۹	۶,۹۷	۰,۰۵	۸,۲۶	۱,۳۹	۱۶,۹۵				

میزان شیوع و نوع روش پیشگیری از بارداری در زنان ۱۵-۵۴ سال

کل روش ها	جمع روش های سستی	جمع روش های مدرن	سایر	روش منقطع	روش ریتمی	روش های تداوم شیردهی	کاندوم	قرص	تزریق	ایمپلانت	آی یودی	لوله بستن مردان	لوله بستن زنان	کل کشور	شهری	روستایی
۷۸,۷۶	۲۱,۵	۵۸,۴۵	۰,۱۳	۲۰,۹۱	۰,۲۹	۰,۲۴	۱۳,۳۸	۱۴,۶۹	۳,۳۸	۰,۰۱	۷,۸۲	۳,۰۳	۱۶,۵۸			
۷۹,۹۳	۲۴,۶۷	۵۶,۶۶	۰,۱۵	۲۴,۰۵	۰,۳۶	۰,۱۹	۱۵,۲۵	۱۲,۳۸	۲,۱۱	۰	۷,۹۳	۳,۷۲	۱۵,۷۴			
۷۵,۹۶	۱۳,۸۴	۶۲,۷۶	۰,۰۹	۱۳,۳۵	۰,۱۴	۰,۳۸	۸,۸۵	۲۰,۲۷	۶,۴۴	۰,۰۵	۷,۵۵	۱,۳۶	۱۸,۶۰			

درصد شیوع استفاده از روش های پیشگیری از بارداری در زنان ۱۵-۴۹ سال در مطالعات قبلی

MICS 76	DHS 79	IMES 84	MIDHS 89	
-	۷۳,۸	۷۸,۹	۸۱,۶۲	کل کشور
-	۷۷,۴	۸۰,۴	۸۲,۸۳	شهری
-	۶۷,۲	۷۵,۷	۷۸,۷۱	روستایی

نیاز برآورده شده و برآورده نشده برای پیشگیری از بارداری در زنان ۱۵-۴۹ سال

درصد تقاضای برآورده شده (Satisfied) برای پیشگیری	نیاز برآورده نشده کل	نیاز برآوردن نشده برای محدود کردن تعداد فرزندان	نیاز برآورده نشده برای فاصله گذاری بین فرزندان	نیاز برآورده شده کل	نیاز برآورده شده برای محدود کردن تعداد فرزندان	نیاز برآورده شده برای فاصله گذاری بین فرزندان	
۹۳,۱۵	۵,۶۹	۲,۱۰	۳,۵۹	۷۷,۳۸	۵۰,۸۴	۲۶,۵۶	کل کشور
۹۳,۵۳	۵,۴۶	۲,۰۸	۳,۳۹	۷۸,۹۸	۵۲,۶۴	۲۶,۳۶	شهری
۹۲,۲۴	۶,۲۱	۲,۱۵	۴,۰۶	۷۳,۷۸	۴۶,۷۶	۲۷,۰۴	روستایی

نیاز برآورده شده و برآورده نشده برای پیشگیری از بارداری در زنان ۱۵-۵۴ سال

درصد تقاضای برآورده شده (Satisfied) برای پیشگیری	نیاز برآورده نشده کل	نیاز برآوردن نشده برای محدود کردن تعداد فرزندان	نیاز برآورده نشده برای فاصله گذاری بین فرزندان	نیاز برآورده شده کل	نیاز برآورده شده برای محدود کردن تعداد فرزندان	نیاز برآورده شده برای فاصله گذاری بین فرزندان	
۹۳,۲۴	۵,۴۴	۲,۱۶	۳,۲۸	۷۵,۰۵	۵۰,۸۶	۲۴,۲۱	کل کشور
۹۳,۶۰	۵,۲۳	۲,۱۴	۳,۰۹	۷۶,۵۶	۵۲,۶۴	۲۳,۹۴	شهری
۹۲,۳۷	۵,۹۲	۲,۲۱	۳,۷۱	۷۱,۶۰	۴۶,۸۰	۲۴,۸۱	روستایی

تعریف شاخص:

نیازهای برآورده نشده: زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله ازدواج کرده که بارور بوده و مایل به فاصله گذاری بین بارداری ها یا محدود کردن تعداد فرزندان شان هستند، اما در حال حاضر از روش های پیشگیری استفاده نمی کنند.

درصد نیاز برآورده نشده برای پیشگیری از بارداری در زنان ۱۵-۴۹ سال در مطالعات قبلی

MICS 76	DHS 79	IMES 84	MIDHS 89	
-	۷,۵	۶,۲	۵,۶۹	کل کشور
-	۵,۸	-	۵,۴۶	شهری
-	۱۰,۴	-	۶,۲۱	روستایی

پوشش مراقبت های دوران بارداری در زنانی که در دو سال قبل از مطالعه، زایمان نوزاد زنده داشته اند.

مراقبت بهداشتی ماهر	۹۶,۹۹	۹۷	۹۶,۹۸
مراقبت دارای مدرک دانشگاهی	۹۰,۶۸	۹۵,۴۱	۸۲,۳۵
کلیه مراقبت	۹۷,۱۸	۹۷,۱۳	۹۷,۲۶
سایر	۰,۶۱	۰,۴۹	۰,۸۰
اقوام/دوستان	۰,۱۰	۰,۰۸	۰,۱۴
بهروز ماما	۲۸,۴۴	۷,۶۸	۶۵,۰۸
مامای روستایی	۰,۷۶	۰,۲۹	۱,۵۸
مامای محلی	۰,۴۸	۰,۳۴	۰,۷۲
کارشناس بهداشت خانواده	۲۵,۴۷	۳۰,۴۷	۱۶,۶۵
مامای تحصیل کرده	۵۴,۰۶	۵۲,۱۶	۵۷,۴۱
پزشک عمومی	۱۲,۲۶	۷,۵۵	۲۰,۵۹
پزشک متخصص	۵۸,۸۶	۶۶,۲۷	۴۵,۷۸
کل کشور		شهری	روستایی

تعریف شاخص:

پوشش مراقبت های دوران بارداری: زنان ۱۵ تا ۵۴ ساله ای که طی دو سال قبل از مطالعه، زایمان نوزاد زنده داشته و در زمان بارداری به وسیله کارکنان ماهر بهداشتی، حداقل یک بار مراقبت شده باشد.

پوشش مراقبت های دوران بارداری در زنانی که در دو سال قبل از مطالعه، زایمان نوزاد زنده داشته اند، در مطالعات قبلی

MICS 76	DHS 79	IMES 84	MIDHS 89	
۷۶٫۵	۹۳٫۱	۹۸٫۳	۹۷٫۱۸	کل کشور
۷۸٫۹	۹۴٫۸	-	۹۷٫۱۳	شهری
۷۲٫۴	۸۹٫۹	-	۹۷٫۲۶	روستایی

روش زایمان، محل زایمان و مراقبت پس از زایمان در زنانی که در دو سال قبل از مطالعه زایمان نوزاد زنده داشته اند.

مراقبت پس از زایمان (حداقل یک بار)	روش زایمان		محل زایمان				
	سزارین	زایمان طبیعی	سایر	منزل	بخش خصوصی	بخش دولتی	
۶۹٫۷۰	۴۵٫۵۴	۵۴٫۴۳	۱٫۲۲	۳٫۸۲	۱۲٫۲۹	۸۲٫۶۸	کل کشور
۶۷٫۲۲	۵۱٫۳۸	۴۸٫۵۸	۱٫۶۲	۱٫۹۲	۱۶٫۹۹	۷۹٫۴۷	شهری
۷۴٫۲۴	۳۵٫۶۸	۶۴٫۳۲	۰٫۵۲	۷٫۱۵	۴٫۰۲	۸۸٫۳۲	روستایی

تعریف شاخص ها:

زایمان در مرکز بهداشتی: زنان ۱۵ تا ۵۴ ساله ای که طی دو سال قبل از مطالعه یک زایمان نوزاد زنده داشته اند و در یک مرکز بهداشتی زایمان کرده اند.

سزارین: آخرین تولدهای زنده طی دو سال قبل از مطالعه که از طریق سزارین به دنیا آمده اند.

زایمان طبیعی: آخرین تولدهای زنده طی دو سال قبل از مطالعه که از طریق زایمان طبیعی به دنیا آمده اند.

پوشش مراقبت های پس از زایمان: زنان ۱۵ تا ۵۴ ساله ای که طی دو سال قبل از مطالعه، زایمان نوزاد زنده داشته اند و پس از زایمان به وسیله کارکنان ماهر حداقل یک بار مراقبت شده اند.

درصد زنان زایمان کرده به روش سزارین در دو سال قبل از مطالعه در مطالعات قبلی

عنوان شاخص	MIDHS 89	IMES 84	DHS 79	MICS 76
زایمان طبیعی				
کل کشور	۵۴,۴۳	۵۹,۶	۶۵	-
شهری	۴۸,۵۸	۵۳,۳	۵۸,۱	-
روستایی	۶۴,۳۲	۷۲,۵	۷۷,۵	-
سزارین				
کل کشور	۴۵,۵۴	۴۰,۴	۳۵	-
شهری	۵۱,۳۸	۴۶,۷	۴۱,۹	-
روستایی	۳۵,۶۸	۲۷,۵	۲۲,۵	-

عنوان شاخص	MIDHS 89	IMES 84	DHS 79	MICS 76
پوشش مراقبت های پس از زایمان				
کل کشور	۶۹,۷۰	۸۶,۵	۶۱,۲	-
شهری	۶۷,۲۲	۸۵,۱	۶۳,۹	-
روستایی	۷۴,۲۴	۸۹,۴	۵۶,۵	-

توزیع زنانی که در دو سال قبل از مطالعه به کمک مراقبان بهداشتی ماهر زایمان کرده اند

درصد زنان زایمان کرده توسط:											
مراقبان بهداشتی ماهر	کلیه مراقبان	هیچکس	سایر	اقوام/دوستان	بهورز ماما	مامای روستایی	مامای محلی	مامای تحصیلکرده	پزشک عمومی	پزشک متخصص	
۹۵,۸	۹۹,۲ ۲	۰,۴۲	۳,۱۵	۱,۰۴	۰,۱۵	۰,۳	۲,۲۸	۵۳,۷ ۶	۰,۹۶	۵۴,۳ ۷	کل کشور
۹۷,۳۶	۹۹,۱ ۹	۰,۴۱	۳,۴۵	۰,۶۵	۰	۰,۰۸	۰,۸۴	۴۸,۴ ۸	۰,۷۳	۶۲,۲ ۸	شهری
۹۳,۰۸	۹۹,۲ ۸	۰,۴۳	۲,۶۱	۱,۷۱	۰,۴۲	۰,۶۸	۴,۸۰	۶۳	۱,۳۸	۴۰,۵ ۰	روستایی

درصد زنانی که در دو سال قبل از مطالعه به کمک مراقبان بهداشتی ماهر زایمان کرده اند، در مطالعات قبلی

MICS 76	DHS 79	IMES 84	MIDHS 89	
۸۶,۱	۸۹,۶	۹۶,۳	۹۵,۸	کل کشور
۹۵,۳	۹۵,۵	۹۸,۷	۹۷,۳۶	شهری
۶۹,۶	۷۹	۹۱,۵	۹۳,۰۸	روستایی

نوزادان وزن شده در زمان تولد و نوزادان با وزن تولد کمتر از ۲,۵ کیلوگرم

تعداد کودکان	درصد نوزادان با وزن تولد کمتر از ۱,۵ کیلوگرم	درصد نوزادان با وزن تولد کمتر از ۲,۵ کیلوگرم	درصد نوزادان وزن شده در زمان تولد	
۳۹۵۲	۰,۸۳	۷,۷	۹۴	کل کشور
۲۴۸۳	۰,۷۳	۷,۷	۹۵,۸	شهری
۱۴۶۹	۱,۰۳	۷,۸	۹۰,۸	روستایی

تعریف شاخص ها:

نوزادان وزن شده در زمان تولد: آخرین نوزادان زنده طی دو سال قبل از مطالعه که در زمان تولد وزن شده اند.

نوزادان با وزن تولد پائین: آخرین تولدهای زنده طی دو سال قبل از مطالعه که وزن زمان تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم داشته اند.

درصد نوزادان با وزن پائین در مطالعات قبلی

MICS 76	DHS 79	IMES 84	MIDHS 89	
-	-	۷,۲	۷,۷	کل کشور
-	-	۷,۲	۷,۷	شهری
-	-	۷,۱	۷,۸	روستایی

تعریف شاخص:

آگاهی صحیح درباره پیشگیری از HIV: زنان ۱۵ تا ۵۴ ساله ای که ۲ روش پیشگیری از عفونت HIV را بدرستی می شناسند، می دانند که یک فرد به ظاهر سالم ممکن است HIV داشته باشد و ۲ مورد از رایج ترین باورهای غلط درباره انتقال HIV را رد می کنند.

آگاهی صحیح زنان ۵۴-۱۵ سال درباره پیشگیری از ایدز/HIV

درصد زنانی که درباره ایدز شنیده اند	درصد زنانی که می دانند:						میزان آگاهی صحیح زنان درباره پیشگیری از ایدز	
	می توان شانس ابتلا به ایدز را کاهش داد به وسیله:		یک فرد به ظاهر سالم ممکن است مبتلا به HIV باشد		ایدز نمی تواند منتقل شود به وسیله:			
	استفاده از کاندوم در هر بار رابطه جنسی		نیس پشه		به ویروس ایدز			
۶۵,۵۰	۷۵,۹۲	۴۳,۴۲	۷۰,۳۷	۳۱,۲۰	۵۴,۳۷	۶۱,۹۵	۲۰,۳۶	روستای
۸۵,۸۶	۸۱,۶۶	۶۱,۶۷	۷۰,۲۰	۳۸,۴۶	۶۷,۵۷	۷۷,۷۱	۳۶,۷۷	شهری
۷۹,۸۶	۸۰,۲۷	۵۶,۵۶	۷۰,۲۵	۳۶,۷۰	۶۴,۳۸	۷۳,۹۰	۳۱,۹۳	کل کشور

آگاهی صحیح زنان ۱۵-۲۴ سال درباره پیشگیری از ایدز/HIV

درصد زنانی که درباره ایدز شنیده اند	درصد زنانی که می دانند:								
	می توان شانس ابتلا به ایدز را کاهش داد به وسیله:			ایدز نمی تواند منتقل شود به وسیله:					
	با داشتن فقط یک شریک جنسی غیر مبتلا که شریک جنسی دیگری ندارد	استفاده از کاندوم در هر بار رابطه جنسی	یک فرد به ظاهر سالم ممکن است مبتلا به HIV باشد	نیش پشه	خوردن غذای مشترک با فرد آلوده به ویروس ایدز	روپوسی یا دست دادن			
							کل کشور	شهری	روستایی
۸۶,۰۹	۷۷,۲۶	۶۱,۴۱	۳۹,۰۷	۴۲,۹۹	۶۶,۳۹	۷۶,۲۰	۱۹,۶۲		
۹۱,۳۱	۷۸,۲۶	۶۲,۹۸	۲۶,۶۴	۴۴,۸۸	۶۹,۴۸	۸۰,۰۵	۲۱,۰۱		
۷۴,۷۷	۷۴,۶۱	۵۷,۲۳	۴۴,۳۳	۳۷,۹۹	۵۸,۱۸	۶۵,۹۸	۱۶,۶۰		

تعریف شاخص:

نگرش صحیح نسبت به افراد مبتلا به HIV: زنان ۱۵ تا ۵۴ ساله ای که در هر چهار سوال مرتبط، نگرش پذیرا نسبت به افراد مبتلا به HIV نشان داده اند.

نگرش صحیح نسبت به افراد مبتلا به HIV/ایدز در زنان ۱۵-۵۴ سال

از میان زنانی که درباره ایدز شنیده اند درصدی که:					
اگر عضوی از خانواده به بیماری ایدز مبتلا شود، مایل اند از او در خانه خود نگهداری کنند	اگر عضوی از خانواده آلوده به ویروس ایدز شود، این مسئله را از دیگران پنهان نگه نمی دارند	حاضر هستند از یک فروشنده آلوده به ویروس ایدز، میوه یا سبزی تازه بخرند	عقیده دارند به یک معلم زن آلوده به ویروس HIV باید اجازه داده شود که به تدریس در مدرسه ادامه دهد	نگرش صحیح نسبت به افراد مبتلا به ایدز دارند	
۸۲,۸۱	۴۶,۴۳	۳۵,۱۴	۵۴,۰۴	۸,۹۹	کل کشور
۸۳,۲۹	۴۴,۷۸	۳۶,۹۱	۵۶,۹۴	۹,۱۲	شهری
۸۱,۳۳	۵۱,۴۷	۲۹,۶۷	۴۴,۹۱	۸,۵۳	روستایی

تعریف شاخص:

محافظت در برابر کزاز نوزادان: زنان ۱۵ تا ۵۴ ساله ای که طی دو سال پیش از بررسی، تولد نوزاد زنده داشته و پیش از زایمان حداقل ۲ دوز واکن توام با فواصل مناسب دریافت کرده اند.

محافظت در برابر کزاز نوزادان در زنانی که یک زایمان نوزاد زنده در دو سال قبل از مطالعه داشته اند.

درصد زنانی که:							
در برابر کزاز نوزادان محافظت شده اند	حداقل ۴ دوز واکسن توام که آخرین دوز در طول ۱۰ سال گذشته دریافت شده	حداقل ۳ دوز واکسن توام که آخرین دوز در طول ۵ سال گذشته دریافت شده	حداقل ۲ دوز واکسن توام که آخرین دوز در طول ۳ سال گذشته دریافت شده	حداقل ۱ دوز واکسن توام در طول بارداری گذشته و ۱ دوز پیش از بارداری دریافت شده	حداقل ۲ دوز واکسن توام در طول بارداری گذشته دریافت کرده اند	حداقل ۱ دوز واکسن توام در طول بارداری گذشته دریافت کرده اند	
۳۲,۷۰	۱۲,۲۰	۱۳,۱۱	۸,۸۹	۷,۳۴	۱۰,۰۳	۲۴,۱۶	کل کشور
۳۲,۴۲	۱۲,۱۰	۱۲,۷۷	۷,۹۰	۶,۶۲	۱۰,۵۴	۲۵,۳۳	شهری
۳۳,۱۹	۱۲,۳۹	۱۳,۶۹	۱۰,۶۳	۸,۶۰	۹,۱۵	۲۲,۰۹	روستایی

درصد محافظت در برابر کزاز نوزادان در زنانی که یک زایمان نوزاد زنده در دو سال گذشته داشته اند، در مطالعات قبلی

MICS 76	DHS 79	IMES 84	MIDHS 89	
۷۶,۲	۷۹,۶	-	۳۲,۷۰	کل کشور
۷۴,۹	۸۰,۷	-	۳۲,۴۲	شهری
۷۸,۶	۷۷,۸	-	۳۳,۱۹	روستایی
با توجه به تکمیل بودن واکسیناسیون گروه هدف مطالعه، نتیجه منطقی می باشد.				

تعریف شاخص:

نوزادان وزن شده در زمان تولد: آخرین نوزادان زنده طی دو سال قبل از مطالعه که در زمان تولد، وزن شده اند.

نوزادان با وزن تولد پائین: آخرین تولدهای زنده طی دو سال قبل از مطالعه که وزن زمان تولد کمتر از ۲۵۰۰ گرم داشته اند.

نوزادان وزن شده در زمان تولد و نوزادان با وزن تولد کمتر از ۲,۵ کیلوگرم

تعداد کودکان	درصد نوزادان با وزن تولد کمتر از ۱,۵ کیلوگرم	درصد نوزادان با وزن تولد کمتر از ۲,۵ کیلوگرم	درصد نوزادان وزن شده در زمان تولد	
۳۹۵۲	۰,۸۳	۷,۷	۹۴	کل کشور
۲۴۸۳	۰,۷۳	۷,۷	۹۵,۸	شهری
۱۴۶۹	۱,۰۳	۷,۸	۹۰,۸	روستایی

درصد نوزادان با وزن تولد پائین در مطالعات قبلی

MICS 76	DHS 79	IMES 84	MIDHS 89	
-	-	۷,۲	۷,۷	کل کشور
-	-	۷,۲	۷,۷	شهری
-	-	۷,۱	۷,۸	روستایی

میزان های مرگ و میر نوزادان، شیرخواران و کودکان زیر ۵ سال برای دوره های ۵ سال و ۱۰ سال قبل از مطالعه

میزان مرگ نوزادان (زیر یک ماه)	میزان مرگ شیرخواران (زیر یک سال)	میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال	
۵ سال قبل از مطالعه			
۱۳,۰۵	۱۷,۲۵	۱۸,۴۶	شهری
۲۰,۴۰	۲۶,۵۳	۲۸,۳۲	روستایی
۱۶,۸۸	۲۰,۷۲	۲۲,۶۱	پسر
۱۴,۵۰	۲,۵۸	۲۱,۴۹	دختر
۱۵,۷۴		۲۲,۰۷	کل کشور
۱۰ سال قبل از مطالعه			
۱۴,۸۱	۱۹,۷۷	۲۱,۵۵	شهری
۲۱,۸۸	۲۹,۹	۳۱,۱۶	روستایی
۱۹,۲۲	۲۴,۹۵	۲۷,۰۲	پسر
۱۵,۲۹	۲۱,۱۰	۲۲,۷۸	دختر
۱۷,۳۵	۲۳,۱۲	۲۵	کل کشور

تعریف شاخص‌ها:

ازدواج پیش از ۱۵ سالگی: زنان ۱۵ تا ۵۴ ساله ای که در زمان نخستین ازدواج شان کمتر از ۱۵ سال تمام داشته‌اند.

ازدواج پیش از ۱۸ سالگی: زنان ۲۰ تا ۵۴ ساله ای که در زمان نخستین ازدواج شان کمتر از ۱۸ سال تمام داشته‌اند.

ازدواج پیش از ۱۵ سالگی و پیش از ۱۸ سالگی در زنان ۱۵-۴۹ سال

تعداد کل زنان	درصد زنان هرگز ازدواج نکرده	سن در زمان اولین ازدواج		گروه‌های سنی
		< ۱۸ سال	> ۱۵ سال	
۱۰۹۶۴	۶۰,۶۲	۱۶,۴۵	۲,۵۷	۱۵-۲۴
۱۰۴۱۸	۲۰,۶۸	۱۹,۹۳	۳,۸۲	۲۵-۳۴
۷۲۳۳	۵,۸۰	۳۴,۱۲	۹,۷۶	۳۴-۴۴
۵۳۵۷	۲,۱۶	۳۸,۲۰	۸,۰۷	۴۵-۵۴
۳۱۸۴۰	۲۹,۲۶	۲۳,۷۹	۵,۲۱	۱۵-۴۹
۲۶۷۹۹	۲۰,۱۳	۲۵,۴۲	۵,۶۹	۲۰-۴۹
۲۴۴۱۵	۲۶,۶۹	۲۵,۰۳	۴,۷۰	شهری
۱۰۶۶۹	۲۶,۶۸	۲۹,۴۹	۶,۸۶	روستایی
۳۵۰۸۴	۲۶,۶۸	۲۶,۳۱	۵,۳۴	کل کشور

ازدواج پیش از ۱۵ سالگی و پیش از ۱۸ سالگی در مطالعات قبلی

MICS 76	DHS 79	IMES 84	MIDHS 89	عنوان شاخص
ازدواج پیش از ۱۵ سالگی				
-	-	-	۵,۳۴	کل کشور
-	۱	-	۴,۷۰	شهری
-	۱,۶	-	۶,۸۶	روستایی
ازدواج پیش از ۱۸ سالگی				
-	-	-	۲۶,۳۱	کل کشور
-	-	-	۲۵,۰۳	شهری
-	-	-	۲۹,۴۹	روستایی

تعریف شاخص:

باروری عمومی: متوسط تعداد کودکان زنده ای که یک زن در طی دوران باروری خود به دنیا می آورد.

حاملگی در سن پائین: زنان ۲۰ تا ۲۴ ساله ای که حداقل یک زایمان نوزاد زنده قبل از ۱۸ سالگی داشته اند.

نرخ باروری عمومی و تعداد کودکان زیر ۵ سال به ازای ۱۰۰۰ زن ۱۵-۴۹ سال و حاملگی در سن پائین در زنان ۲۰-۲۴ سال

نرخ باروری عمومی	نسبت کودکان به ازای ۱۰۰۰ زن	حاملگی قبل از ۱۸ سالگی	
۶۰,۶۸	۲۸۵,۴	۱,۸۴	کل کشور
۵۴,۱۷	۲۶۰,۵	۱,۴۴	شهری
۷۶,۴۸	۳۴۴,۵۲	۲,۷۳	روستایی

نرخ باروری عمومی و حاملگی در سن پائین، در مطالعات قبلی

عنوان شاخص	MIDHS 89	IMES 84	DHS 79	MICS 76
ازدواج پیش از ۱۵ سالگی				
کل کشور	۶۰,۶۸	-	۶۱	-
شهری	۵۴,۱۷	-	۵۴,۷	-
روستایی	۷۶,۴۸	-	۷۲,۶	-
ازدواج پیش از ۱۸ سالگی				
کل کشور	۱,۸۴	۶,۳	-	-
شهری	۱,۴۴	۵,۳	۴,۱	-
روستایی	۲,۷۳	۸,۴	۵,۷	-

تعریف شاخص:

استعمال دخانیات: زنان ۱۵ تا ۵۴ ساله ای که در ماه گذشته، یک روز یا بیش از یک روز از فرآورده های دخانی نظیر سیگار، پیپ، سیگار برگ و قلیان استفاده کرده اند.

سیگار کشیدن قبل از ۱۵ سالگی: زنان ۱۵ تا ۵۴ ساله ای که قبل از ۱۵ سالگی، یک بار به طور کامل سیگار کشیده اند.

استعمال دخانیات و سیگار کشیدن قبل از ۱۵ سالگی در زنان ۱۵-۵۴ سال

درصد زنانی که در حال حاضر پیپ یا سیگار می کشند	درصد زنانی که در حال حاضر قلیان می کشند	درصد زنانی که در حال حاضر سیگار می کشند	درصد زنانی که قبل از ۱۵ سالگی یک سیگار را به طور کامل کشیده اند	درصد زنانی که در ماه گذشته یک روز یا بیش از یک روز از فرآورده های دخانی استفاده کرده اند	
۰,۰۵	۴,۹۵	۰,۷۵	۰,۴۷	۵,۵۹	کل کشور
۰,۰۳	۵,۰۸	۰,۸۶	۰,۴۶	۵,۷۸	شهری
۰,۰۸	۴,۶۴	۰,۴۸	۰,۵۰	۵,۱۳	روستایی

استعمال دخانیات در زنان ۱۵-۵۴ سال

درصد زنانی که به کودک خود تریاک داده اند	درصد زنانی که از فرآورده های نپیر دخانی توتون و تنباکو استفاده کرده اند	درصد زنانی که هرگز فرآورده های دخانی مصرف نکرده اند	درصد زنانی که هرگز سیگار کشیده اند	
۱,۴۶	۰,۵۷	۸۳,۹۳	۹۱,۹۰	کل کشور
۱,۰۹	۰,۴۸	۸۲,۸۹	۹۱,۳۵	شهری
۲,۳۴	۰,۷۷	۸۶,۴۱	۹۳,۲۳	روستایی

تعریف شاخص ها:

تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۶ ماه اول: کودکان زیر ۶ ماه که انحصاراً با شیر مادر تغذیه شده اند.

ادامه تغذیه با شیر مادر تا یک سالگی: کودکان ۱۲ تا ۱۵ ماهه ای که در حال حاضر با شیر مادر تغذیه می شوند.

ادامه تغذیه با شیر مادر تا دو سالگی: کودکان ۲۰ تا ۲۳ ماهه ای که در حال حاضر با شیر مادر تغذیه می شوند.

استفاده از شیر مادر به عنوان غذای اصلی تا ۶ ماهگی: کودکان زیر ۶ ماه که از شیر مادر به عنوان منبع اصلی تغذیه در روز گذشته استفاده کرده اند.

مدت تغذیه با شیر مادر: سنی که (به ماه) ۵۰ درصد کودکان ۰ تا ۳۵ ماهه در آن در روز گذشته شیر مادر دریافت نکرده اند.

تغذیه با بطری: کودکان صفر تا ۲۲ ماهه ای که روز گذشته شیر را با بطری مصرف کرده اند.

شروع تغذیه با غذاهای جامد، نیمه جامد و نرم: کودکان ۶ تا ۸ ماهه ای که روز گذشته غذای جامد، نیمه جامد و یا نرم دریافت کرده اند.

حداقل دفعات تغذیه: کودکان ۶ تا ۲۳ ماهه ای که بر اساس وضعیت تغذیه با شیر مادر طی روز گذشته به حداقل دفعات یا بیشتر غذای جامد، نیمه جامد یا نرم (و شیر در مورد کودکانی که شیر مادر نمی خورند) مصرف کرده اند.

تغذیه با شیر مادر متناسب با سن: کودکان ۰ تا ۲۳ ماهه ای که طی روز گذشته به طور متناسب تغذیه شده اند.

تعداد دفعات تغذیه با شیر برای کودکانی که شیر مادر نمی خورند: کودکان ۶ تا ۲۳ ماهه که شیر مادر نمی خورند و طی روز گذشته حداقل ۲ بار شیر خورده اند.

وضعیت تغذیه با شیر مادر در کودکان زیر دو سال و احتمال تداوم تغذیه با شیر مادر

طول مدت سیردهی	درصد تغذیه با بطری	درصد کودکان ۶ تا ۲۳ ماهه که با حداقل دفعات با شیر مادر تغذیه شده اند	احتمال تداوم شیردهی تا ۲۰ الی ۲۳ ماهگی	احتمال تداوم شیردهی تا ۱۲ الی ۱۵ ماهگی	درصد دفعات با شیر مادر نمی خورند و با حداقل دفعات با شیر تغذیه شده اند	درصد کودکانی که در ۸-۶ ماهگی شروع به تغذیه با غذاهای جامد، نیمه جامد و نرم کرده اند	درصد استفاده از شیر مادر به عنوان غذای اصلی تا ۶ ماهگی	درصد تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان ۶-۰ ماهه	
۲۱,۳۰	۳۱,۱	۴۸,۷	۵۱,۱	۸۴,۱	۲۰,۱	۷۵,۹	۷۰,۷	۵۳,۱	کل کشور
۲۱,۱۸	۳۳,۹	۴۸,۱	۵۰,۶	۸۱,۲	۲۲,۸	۷۷,۷	۶۷,۴	۴۷,۸	شهری
۲۱,۵۴	۲۶,۳	۴۹,۸	۵۲	۸۸,۷	۱۵,۴	۷۳	۷۶,۸	۶۲,۸	روستایی
۲۱,۵۴	۳۱	۴۸,۸	۵۲,۲	۸۶,۱	۱۹,۳	۷۱,۵	۷۰,۱	۵۰,۶	مرد
۲۱,۱۳	۳۱,۲	۴۸,۶	۴۹,۹	۸۱,۵	۲۱,۱	۸۰,۶	۷۲	۵۶,۳	زن

روند تغذیه انحصاری با شیر مادر در کودکان زیر ۶ ماه در مطالعات قبلی

MICS 76	DHS 79	IMES 84	MIDHS 89	
-	۴۴,۱	۲۳,۱	۵۳,۱	کل کشور
-	-	-	۵۰,۶	مرد
-	-	-	۵۶,۳	زن
-	۴۱,۷	۲۲,۷	۴۷,۸	شهری
-	۴۸,۳	۲۴	۶۲,۸	روستایی

نرخ بیکاری و اشتغال

نرخ بیکاری ارائه شده حاصل از نتایج طرح آمارگیری نیروی کار در سال ۱۳۸۷ برابر با ۱۰/۴ که در مقایسه با سال ۱۳۸۰ (۱۴/۲) به میزان ۳/۸ کاهش یافته است (جدول ۲). این نرخ برای جوانان ۱۵-۲۹ سال، در سال ۱۳۸۰ برابر با ۲۷/۴ و در سال ۱۳۸۷ برابر ۲۰/۴ بوده است (جدول ۳)(۱).

جدول ۲: نرخ بیکاری در جمعیت بر حسب مناطق شهری و روستایی (۱۳۸۰-۱۳۸۷)

روستایی	شهری	کل	سال
۱۳/۵	۱۴/۸	۱۴/۲	۱۳۸۰
۱۰/۹	۱۴/۳	۱۲/۸	۱۳۸۱
۱۰/۰	۱۲/۸	۱۱/۸	۱۳۸۲
۶/۸	۱۲/۳	۱۰/۳	۱۳۸۳
۷/۱	۱۳/۸	۱۱/۵	۱۳۸۴
۷/۱	۱۳/۴	۱۱/۳	۱۳۸۵
۶/۶	۱۲/۵	۱۰/۵	۱۳۸۶
۷/۲	۱۲/۰	۱۰/۴	۱۳۸۷

جدول ۳: نرخ بیکاری جوانان ۱۵-۲۹ ساله برحسب مناطق شهری و روستایی (۱۳۸۰-۱۳۸۷)

سال	کل	شهری	روستایی
۱۳۸۰	۲۷/۴	۲۹/۷	۲۴/۸
۱۳۸۱	۲۳/۷	۲۷/۴	۱۹/۵
۱۳۸۲	۲۲/۲	۲۴/۵	۱۸/۵
۱۳۸۳	۱۹/۶	۲۳/۷	۱۲/۸
۱۳۸۴	۲۰/۶	۲۵/۰	۱۲/۸
۱۳۸۵	۲۰/۸	۲۴/۹	۱۳/۰
۱۳۸۶	۲۰/۰	۲۳/۸	۱۲/۵
۱۳۸۷	۲۰/۴	۲۳/۴	۱۴/۱

ماخذ: مرکز آمار ایران نتایج طرح آمارگیری نیروی کار

نرخ بیکاری جمعیت ۱۵-۲۹ ساله عبارت است از نسبت جمعیت بیکار ۱۵-۲۹ ساله به جمعیت فعال ۱۵-۲۹ ساله ضرب در ۱۰۰.

تعداد خانوارهای دارای مسکن

بر اساس آمار ارائه شده توسط مرکز آمار ایران تعداد خانوارهای ساکن در واحدهای مسکونی معمولی و اجاره ای در سال ۱۳۸۵ به ترتیب برابر با ۱۱۰۱۳۲۳۵ و ۳۹۸۱۵۴۹ بوده است. همچنین درصد خانوارهای ساکن در واحدهای مسکونی معمولی ملکی و اجاره ای کشور در سال ۱۳۸۵ به ترتیب ۶۹/۴۴ و ۲۵/۱۰ اعلام شد (۱).

مؤسسات ارائه دهنده خدمات

بر اساس آمار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر توسعه و هماهنگی نظام آماری، تعداد مؤسسات درمانی فعال به طور کل در سال ۱۳۸۰ و ۱۳۸۶ به ترتیب ۷۱۷ و ۷۹۹ بوده است (جدول ۴) (۴).

بر اساس آمار سازمان بهزیستی کل کشور در سال ۱۳۸۶ تعداد واحدهای ارائه دهنده خدمات سازمان بهزیستی که شامل مجتمع‌های خدمات اجتماعی، خدمات اجتماعی شهری و روستایی، خدمات توانبخشی و خدمات پیشگیری، امور فرهنگی و اعتیاد است به طور کل برابر با ۶۷۸۶ می باشد که نسبت به سال ۱۳۸۰ (۵۷۸۳) به میزان ۱۰۰۳ واحد افزایش یافته است. میزان خدمات اجتماعی در قسمت آسیب‌های اجتماعی در سال ۱۳۸۶ برابر با ۲۸۵ واحد بوده است که این میزان در سال ۱۳۸۰ برابر با ۱۸۱ واحد بود که نشان دهنده افزایش ۱۰۴ واحد در طول ۶ سال بوده است (جدول ۵) (۵).

جدول ۴: تعداد مؤسسات درمانی فعال برحسب وضعیت حقوقی

سال	جمع مؤسسات	مؤسسات وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	مؤسسات خصوصی	سایر مؤسسات
۱۳۸۰	۷۱۷	۴۷۹	۱۱۹	۱۱۹
۱۳۸۲	۷۳۳	۴۹۰	۱۲۰	۱۲۳
۱۳۸۳	۷۳۸	۴۹۳	۱۲۳	۱۲۲
۱۳۸۴	۷۵۰	۴۹۵	۱۲۸	۱۲۷
۱۳۸۵	۷۷۳	۵۰۵	۱۲۸	۱۴۰
۱۳۸۶	۷۹۹	۵۲۸	۱۳۰	۱۴۱

شامل مؤسسات درمانی وابسته به سازمان تأمین اجتماعی، امور خیریه، بانک‌ها و ... می باشد.

مأخذ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (ر. پ.)

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، دفتر توسعه و هماهنگی نظام آماری.

جدول ۵: تعداد واحدهای ارائه دهنده خدمات سازمان بهزیستی کشور

خدمات پیشگیری، امور فرهنگی و اعتبار				خدمات توانبخشی	خدمات اجتماعی روستایی		خدمات اجتماعی شهری				مجتمع های خدمات اجتماعی		سال
بازپروری معنادران	مشاوره ژنتیک	مشاوره حضوری	صدای مشاور		حمایت از خانواده های بی سرپرست و نیازمند	خدمات مهدکودک	آسیب های اجتماعی (۱)	حمایت از خانواده های بی سرپرست و نیازمند	خدمات مهدکودک	نگهداری کودکان بی سرپرست (۱)	روستایی	شهری	
۷۳	۶۴	۱۰۳	۸۹	۸۰۰	۶۶۱	۱۱۴۰	۱۸۱	۴۷۴	۳۵۳	۱۱۶	۱۲۳۰	۴۹۹	۱۳۸۰
۷۵	۶۰	۱۱۶	۱۳۸	۸۰۴	۵۹۱	۱۰۰۵	۲۱۰	۴۷۱	۲۶۸	۱۲۴	۱۱۷۹	۵۲۵	۱۳۸۲
۵۴	۵۵	۹۹	۶۵	۷۹۵	۵۷۳	۹۵۱	۲۱۲	۴۵۶	۲۲۴	۱۲۹	۱۱۷۱	۵۲۲	۱۳۸۳
۵۰	۴۶	۹۲	۴۴	۷۱۴	۵۱۷	۸۷۴	۲۲۵	۴۴۲	۱۷۳	۱۲۳	۱۱۲۶	۵۲۶	۱۳۸۴
۷۲	۴۷	۸۱	۳۰	۱۲۲۴	۵۹۵	۹۰۰	۲۲۷	۴۴۲	۱۶۳	۱۴۸	۱۴۹۵	۹۸۰	۱۳۸۵
۱۱۷	۵۳	۹۲	۲۹	۸۷۴	۷۵۵	۷۳۳	۲۸۵	۴۷۹	۱۲۵	۱۲۰	۲۱۷۳	۹۵۱	۱۳۸۶

(۱) شامل شیرخوارگاه و مرکز شبانه روزی است.

(۲) شامل فعالیت واحدهای بازپروری زنان و دختران آسیب دیده اجتماعی (۲۴)، خانه سلامت دختران (۳۱)، تشخیص و جایگزینی کودکان خیابانی (۳۱)، طرح مداخله در بحران های اجتماعی (۷۵)، طرح مداخله در خانواده به منظور کاهش طلاق (۹۸)، مهمانسرای سلامت کودک (۸) و طرح تلفن کودک (۱۸) است.

مأخذ - سازمان بهزیستی کشور. (ر. پ). - سازمان بهزیستی کشور. دفتر آمار و خدمات ماشینی.

همچنین بر اساس آمار سازمان بهزیستی کل کشور در سال ۱۳۸۶ تعداد مراکز غیردولتی ارائه دهنده خدمات تحت نظارت سازمان بهزیستی کشور برابر با ۱۱۸۵۷ واحد بود که این تعداد واحد در سال ۱۳۸۰ برابر با ۳۹۱۹ واحد بود (جدول ۶) (۵).

تعداد خانه های بهداشت فعال در روستاها در سال ۱۳۸۰ برابر با ۱۶۲۸۱ بوده است که در سال ۱۳۸۶ به ۱۷۱۵۱ تعداد افزایش یافته است (جدول ۷) (۵).

سازمان بهزیستی کشور تعداد مددجویان استفاده کننده از خدمات ارائه شده توسط واحدهای مختلف سازمان بهزیستی کشور مطابق جدول ۸ اعلام کرد. این خدمات در سه دسته خدمات اجتماعی شهری، خدمات اجتماعی روستایی و خدمات پیشگیری، امور فرهنگی و اعتیاد قرار می گیرند (۵).

جدول ۶: تعداد مراکز غیر دولتی ارائه دهنده خدمات تحت نظارت سازمان بهزیستی کشور

خدمات توانبخشی	خدمات اجتماعی			سال
	حمایت از خانوارهای بی سرپرست	خدمات مهدکودک	نگهداری کودکان بی سرپرست	
۶۵۴	۳۸۶	۲۷۴۷	۱۳۲	۱۳۸۰
۷۹۲	۴۲۸	۶۳۳۷ ^(۱)	۱۷۷	۱۳۸۲
۸۱۲	۴۴۵	۶۷۸۰	۱۸۹	۱۳۸۳
۸۶۲	۴۷۸	۷۴۰۷	۲۲۳	۱۳۸۴
۱۰۳۱	۴۶۴	۱۰۱۱۸	۲۵۱	۱۳۸۵
۱۱۸۷	۰۰۰	۱۰۳۷۶	۲۹۴	۱۳۸۶

(۱) از سال ۱۳۸۲ به مهدکودک های خصوصی و خودکفا، روستامهدها نیز اضافه شده است که در روستاها فعالیت دارند. مأخذ - سازمان بهزیستی کشور. دفتر آمار و خدمات ماشینی

جدول ۷: خانه های بهداشت فعال در روستاها

سال	خانه های بهداشت فعال
۱۳۸۰	۱۶۲۸۱
۱۳۸۲	۱۶۱۷۵
۱۳۸۳	۱۶۳۱۴
۱۳۸۴	۱۶۷۲۵
۱۳۸۵	۱۷۱۳۰
۱۳۸۶	۱۷۱۵۱

به طور کل در سال ۱۳۸۰ تعداد مددجویان استفاده کننده از این خدمات ۷۱۳۵۳۶ نفر بوده است که در مقایسه با سال ۱۳۸۵ (۷۸۰۸۷۴ نفر) ۶۷۳۳۸ نفر افزایش داشته است (۵).

جدول ۸: مددجویان (۱) استفاده کننده از خدمات ارائه شده (۲) توسط واحدهای مختلف سازمان بهزیستی کشور

سال	خدمات اجتماعی شهری		خدمات اجتماعی روستایی		خدمات پیشگیری، امور فرهنگی و اعتیاد		
	نگهداری کودکان بی سرپرست	خدمات مهد کودک	بی سرپرست و نیازمند (مستمری بگیران)	حمایت از خانوارهای بی سرپرست و نیازمند (مستمری بگیران)	صدای مشاور	مشاوره حضوری	مشاوره ژنئیک
۱۳۸۰	۵۵۸۲	۳۶۵۹۱	۲۸۴۷۰۷	۳۴۲۰۷	۵۴۴۱۶	۶۶۸۰۱	۱۰۰۳۰۴
۱۳۸۲	۵۱۲۴	۲۵۵۷۷	۲۲۱۶۰۱	۷۶۸۱۳	۵۶۶۵۴	۵۵۶۷۹	۲۴۲۱۲۵
۱۳۸۳	۳۷۳۶	۱۶۹۴۶	۲۰۹۷۳۴	۵۴۷۱۱	۵۰۲۳۸	۵۵۳۳۱	۲۲۶۷۶۱
۱۳۸۴	۳۸۹۱	۱۱۳۵۷	۲۰۶۸۷۶	۶۰۴۷۳	۲۵۶۲۰	۵۱۳۴۴	۲۷۲۷۶۹
۱۳۸۵	۴۴۸۴	۹۱۲۷	۲۰۱۲۵۰	۶۵۳۹۵	۳۱۸۶۶	۸۳۸۴۶	۲۵۶۱۹۰
۱۳۸۶	۵۱۸۳	۱۲۶۰۴	۱۸۵۱۵۵ ^(۶)	۷۶۵۲۴	۲۸۱۱۶	۱۳۴۹۴ ^(۶)	۲۹۰۷۷۵

سال

۱) با توجه به این که در بعضی از موارد، فرد یا افراد مددجو به طور همزمان از دو یا چند خدمت اجتماعی و توانبخشی بهره‌مند می‌شوند، ارائه اطلاعات کل مددجویان تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور مقدور نیست.

۲) علاوه بر خدمات مندرج در جدول، سازمان بهزیستی کشور در زمینه تحصیل، مسکن، درمان، حرفه آموزی و سایر موارد، کمک هزینه‌هایی به افراد نیازمند پرداخت می‌کند.

۳) شامل مددجویان استفاده کننده از خدمات واحدهای بازپروری زنان و دختران آسیب دیده اجتماعی (۱۲۴۱)، خانه سلامت دختران (۶۶۵)، تشخیص و جایگزینی کودکان خیابانی (۵۴۸۶)، طرح مداخله در بحران‌های اجتماعی (۳۱۴۴۵)، طرح مداخله در خانواده به منظور کاهش طلاق (۲۳۰۳۶) مهمانسرای سلامت کودک (۳۱۴) و طرح تلفن کودک (۱۴۳۳۷) می‌باشد.

۴) فقط شامل توانبخشی اجتماعی نابینایان است.

۵) خانوارهای مهاجر جنگ تحمیلی را نیز شامل می‌شود.

۶) تا سال ۱۳۸۵ اطلاعات تعداد افراد خانوارهای مستمری بگیر ارائه شده و در سال ۱۳۸۶ اطلاعات مربوط به خانوارهای مستمری بگیر است.

مأخذ - سازمان بهزیستی کشور. (ر. پ).

- سازمان بهزیستی کشور. دفتر آمار و خدمات ماشینی.

درآمد زنان

بر اساس گزارشات سالانه UNDP، متوسط نسبت درآمد زنان به مردان در ایران، در گزارش سال ۲۰۰۴، برابر با ۰/۲۹، در سال ۲۰۰۵ برابر با ۰/۲۸ و در گزارش سال ۲۰۰۸-۲۰۰۷ برابر با ۰/۳۹ ذکر شده است؛ که حکایت از رشد درآمد زنان حتی در این مدت کوتاه دارد (۸،۶،۷).

وضعیت اشتغال زنان

شمار زنان شاغل طی سال های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵ نزدیک به سه برابر شده و از ۹۹۸۰۰۰ نفر به ۲۷۸۲۰۰۰ نفر رسیده است (۹).

الکل

بر اساس گزارش جهانی سازمان بهداشت جهانی در مورد وضعیت مصرف الکل در جهان در سال ۲۰۰۰، میزان کلی مصرف ثبت شده الکل در ایران ۳/۱٪، تخمین میزان مصرف ثبت نشده (مصرفی که به هر دلیلی قابل بررسی و ثبت نیست، اما در جوامع و اقشار مختلف قابل انتظار است) ۳۴٪، مصرف سنگین ۵/۱٪، میزان مصرف در مردان ۱۸٪ و در زنان ۴٪، متوسط مصرف روزانه ۲ بار و متوسط مصرف کلی در هر فرد ۱۱ لیتر در سال بوده است (۱۰).

در گزارش جامع سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۳ با استفاده از نتایج مطالعه ای که در سال ۲۰۰۱، بر روی یک نمونه ۹۶ نفری از بیماران قلبی - عروقی بیمارستان های کشور انجام شده بود، میزان شیوع در تمام طول زندگی در بین آن ها ۳/۸٪ گزارش گردید. در همین گزارش میزان شیوع مصرف الکل در میان دانش آموزان دبیرستانی در ایران با دامنه سنی ۲۰-۱۶ سال و حجم نمونه ۲۱۰۰ نفر ۳/۴٪ گزارش شده است.

بر اساس گزارش سال ۲۰۰۴ سازمان بهداشت جهانی در مورد وضعیت مصرف الکل در جهان، میزان کلی وابستگی به الکل در سال ۲۰۰۴ در جمعیت بزرگسال (بالای ۱۵ سال) در ایران برابر با ۳/۷٪ (۹/۱۱٪ در مردان و ۷/۲٪ در زنان) بر اساس معیار DSM-IV اندازه گیری شده است (۱۰).

آخرین گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۰ در زمینه شیوع عوامل خطر در جهان حاکی از آن است که در ایران بر اساس نتایج مطالعات ملی سال ۲۰۰۵، میزان شیوع مصرف الکل در بالغین بالای ۱۵ سال برای هر نفر کمتر از ۱/۰ لیتر در سال بوده است (۱۱).

مواد مخدر

سوء مصرف مواد و اعتیاد از عوامل مهم تأثیرگذار بر وضعیت سلامت جسمی، روانی و اجتماعی در جامعه ایرانی می‌باشد. مطالعات جمعیتی در ایران شیوع را در کل حدود ۳ درصد گزارش کرده‌اند. مطالعات متعددی نشان می‌دهد که در بین معتادان خصوصاً معتادین مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد در نقاط مختلف ایران ۲ تا ۱۲/۷ درصد از معتادین را زنان تشکیل می‌دهند. اطلاعات منتشر شده از مطالعه کشوری "نظام مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر" در سال ۱۳۸۴ حاکی از شیوع ۲۶/۶ درصدی سیگاری-های فعال در جمعیت مردان ۱۵ تا ۶۵ سال و شیوع ۴/۲ درصدی سیگاری‌های فعال در جمعیت زنان در همان سنین دارد (۱۲).

بر اساس آمارهای موجود در ۶ ماهه اول سال بیش از ۸۷ هزار نفر در مراکز مرکز گذری ترک اعتیاد در کشور پذیرش شده‌اند. در حال حاضر مراکز گذری ترک اعتیاد در تمامی استان‌ها دایر است، اما بیشتر در استان‌هایی مانند تهران، شیراز، مشهد و کرمان این مراکز فعال هستند که تعدادی از این مراکز نیز ویژه زنان است. طی ۶ ماهه اول سال جاری، ۸۷ هزار و ۵۳۵ نفر به مراکز گذری مراجعه کردند که بر اساس برآوردهای انجام شده، تعداد این افراد نسبت به مدت مشابه سال گذشته افزایش یافته است. آمارهای سال گذشته نشان می‌دهد که تعداد مراجعه کنندگان به مراکز ترک اعتیاد گذری در سال گذشته ۴۳۱۹۴ نفر بوده و این درحالی است که فقط در ۶ ماهه اول امسال دو برابر این تعداد به مراکز DIC مراجعه کرده‌اند. همچنین ۳۷ مرکز نیز در سراسر کشور با ظرفیت ۱۰ هزار و ۱۸ تخت در سراسر کشور وجود دارد که در ۶ ماهه اول سال، ۱۰۲۰۴ فرد معتاد در این پناهگاه‌ها پذیرش شده‌اند (۱۳).

در بررسی که در سال ۲۰۰۶ صورت گرفت، درصد شیوع سیگار در بین نوجوانان ایرانی ۱۴/۳ درصد بیان کرده‌اند که این نسبت برای پسران ۱۸/۵٪ و برای دختران ۱۰/۱٪ است. در دبیرستان‌ها، بیش از مدارس راهنمایی سیگار استعمال می‌گردد (۱۷/۴٪ در مقابل ۱۱/۶٪). (۱۴).

آسیب های اجتماعی

نتایج تحقیقی که در سازمان بهزیستی انجام شده، حاکی از آنند که ۵۰ درصد از زنان روسپی ارجاع شده به مراکز بازپروری، جزء گروه سنی ۱۹-۱۵ ساله و ۲۴ درصد از گروه ۲۴-۲۰ ساله بوده اند. این آمار نشان دهنده کاهش سن افراد درگیر در این آسیب اجتماعی است (۱۵).

رفتارهای پرخطر

در ایالات متحده، اغلب خانواده ها حتی بیشتر از تلفن، تلویزیون در خانه دارند. با تخمین ۲/۵ ساعت تماشای تلویزیون در هر روز، می توان گفت به طور متوسط هر آمریکایی تا سن ۷۰ سالگی، ۷ سال از ۴۷ سال دوران بیداری خود را صرف تماشای تلویزیون می کند. جوانان به طور متوسط ۱۶ تا ۱۸ ساعت در هفته به تماشای تلویزیون می پردازند که این جریان از ۲ سالگی آغاز می شود. نیمی از نوجوانان ۱۶-۱۵ ساله بخش عظیمی از فیلم های معروف روز حتی فیلم های R-rated (دارای محدودیت سنی تماشاگر) را تماشا کرده اند و تقریباً همه آنها یک نسخه از مجلات سکسی را تا سن ۱۵ سالگی دیده اند. ضمن اینکه اینترنت با افزایش دسترسی و محبوبیت بیشتر، کاربران را در معرض طیف وسیعی از اطلاعات قرار می دهد که پیش از این تا این حد قابل دستیابی نبوده اند (۱۶).

بر اساس بررسی های مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری های آمریکا در سال ۱۹۹۹، شش رفتار پرخطر بهداشتی، باعث مرگ و میر جوانان و نوجوانان می شوند. این رفتارها شامل صدمات عمدی و غیرعمدی، سیگار کشیدن، استفاده از الکل و مواد مخدر، رفتارهای نامشروع جنسی (که منجر به حاملگی ناخواسته و ایدز می شوند)، تغذیه نامناسب و عدم فعالیت جسمانی هستند (۱۷).

روابط جنسی

اگرچه شواهد نشان می دهد که تماس جنسی زود هنگام در نوجوانان ایرانی به مراتب کمتر از آمار بسیاری از کشورها است، ولی طبق مطالعه ای که توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۷ در تهران انجام شده است، کمی بیش از ۲۵ درصد پسران نوجوان تماس جنسی داشته اند که بیش از ۵۰ درصد آنان اولین تجربه جنسی خود را در قبل از ۱۵ سالگی داشته اند (۱۸).

یک بررسی تصادفی در میان افراد ۴۰ تا ۸۰ ساله جمعیت شهری کشورهای آسیایی نشان داد که بیشتر از ۲۰ درصد مردان و ۳۰ درصد زنان، حداقل در یک زمینه از روابط جنسی خود شکایت داشته و دچار نارضایتی بودند. اگرچه در بین کشورها تفاوت هایی وجود داشت، در میان مردان ۲۰٪ افراد به انزال زودرس و ۱۵٪ به اختلال نعوظ مبتلا بودند. در زنان ۲۷٪ اختلال بی میلی جنسی، ۲۴٪ مشکلات خشکی واژن و ۲۳٪ ناتوانی در رسیدن به ارگاسم مشاهده شد. از ۹۴۸ زن و ۹۹۲ مردی که در این تحقیق شرکت داشتند و کژکاری جنسی را گزارش کرده بودند، تنها ۲۱٪ از آنها در جستجوی درمان بودند (۱۹).

اپیدمیولوژی اچ.آی.وی در ایران

شیوع اچ.آی.وی در طی ۲۵ سال گذشته در ایران رشد فزاینده‌ای داشته است. این عفونت در جمعیت‌های مختلف دارای رفتارهای پرخطر انتشار پیدا کرده و در حال افزایش می‌باشد. به طوری که اگر چه شیوع در کل جمعیت عمومی کشور بسیار کمتر از یک درصد می‌باشد، اما در بعضی از زیرگروه‌های خاص جمعیتی این مقدار به بالای پنج درصد نیز رسیده است. بنابراین انجام مطالعاتی عمیق در مورد این عفونت در کشور و به خصوص در گروه‌های خاص جمعیتی ضروری به نظر می‌رسد. اگرچه اولین موارد شناخته شده، کودکان مبتلا به هموفیلی و تالاسمی بودند که فرآورده‌های خونی آلوده وارداتی دریافت کرده بودند، ولی به دلیل تعداد کم این افراد، تا اواسط دهه ۱۳۷۰ توجه زیادی به این مشکل نشد. در این زمان دو اپیدمی بسیار شدید در زندانیان مشاهده شد که ویروس از طریق تزریق‌های مشترک آلوده منتقل شده بود. این اولین زنگ خطر در جامعه ایران بود و باعث شد تا مدیریت برنامه تقویت شود. حدس زده می‌شد که تقریباً تا اولین دهه ۱۳۸۰، آلودگی در زندانیان محدود شده و خطر جدی احتمالاً وجود نداشت؛ ولی در سال‌های اول دهه ۱۳۸۰ به تدریج چندین مطالعه در مصرف‌کنندگان تزریقی در شهرهای بزرگ به خصوص تهران انجام و مشخص شد که آلودگی در بعضی از نقاط کشور در این گروه خاص، تا نزدیک ۲۵٪ رسیده بود. این یافته‌ها و البته تجربیات کسب شده از اپیدمی‌های زندان‌ها، باعث شد که برنامه کاهش آسیب در بین مصرف‌کنندگان تزریقی به سرعت رشد یافته و به یکی از بزرگترین برنامه‌های کاهش آسیب دنیا تبدیل شود.

اگرچه احتمال بروز اپیدمی های کانونی در گروه های دارای تماس جنسی پرخطر از سال ها قبل داده می شد، ولی مستندات قوی در این خصوص وجود نداشت. تقریباً از اواسط دهه ۱۳۸۵، کم-کم مستنداتی تولید شد و نتایج تحقیقات نشان داد ویروس به شبکه ارتباطی جنسی نیز وارد شده و در بعضی از نقاط کشور، امکان رشد سریع آلودگی زنان تن فروش مطرح شد. البته اولین مطالعه کشوری انجام شده بر روی این گروه پرخطر در سال ۱۳۸۸-۱۳۸۹ نشان داد که این نگرانی قابل توجه بوده و باید به آن توجه بیشتری شود.

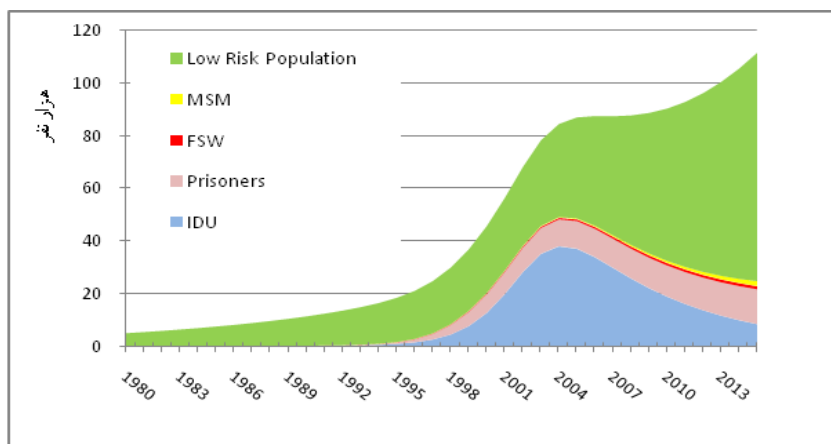
متأسفانه اطلاعات موجود درخصوص اندازه جمعیت مردان دارای تماس جنسی با سایر مردان و میزان شیوع آلودگی در این گروه بسیار محدود بوده و برای درک بهتر وضعیت، انجام تحقیقات وسیع اپیدمیولوژیک در این خصوص ضروری به نظر می رسد. البته پر واضح است که به دلیل دشواری کار بر روی این گروه، انجام این مطالعات بسیار دشوار است.

تحقیق و مطالعه در زمینه اچ.آی.وی کاری بس دشوار است. بسیاری از گروه ها و افراد در معرض خطر ابتلا به عفونت اچ.آی.وی پنهان بوده و شناسایی و دسترسی به آنان به راحتی امکانپذیر نیست. یکی از مسائل مهم در رابطه با اچ.آی.وی/ایدز، مسأله انگ اجتماعی است که موجب می شود تا افراد مبتلا به دلیل طرد شدن از اجتماع، آلودگی خود را پنهان کنند و خواسته یا ناخواسته موجبات ابتلای دیگران و گسترش اپیدمی اچ.آی.وی را نیز فراهم کنند؛ البته به دلیل اینکه بسیاری از رفتارهایی که موجب انتقال اچ.آی.وی می شود مغایر با آداب اجتماعی و فرهنگ جامعه اسلامی ایران است، این انگ اجتماعی و پنهان بودن گروه های خاص و رفتارهای خطرناک مرتبط با آن بیشتر از بسیاری از کشورهای جهان می باشد. از طرفی طولانی بودن دوره نهفتگی آلودگی، باعث انتقال هرچه بیشتر ویروس می گردد. همچنین در ایران محدودیت های بسیار زیادی از جمله مسائل اخلاقی، اجتماعی، اعتقادی و نیز سیاسی و یا حتی هزینه بالا در جمع آوری مستقیم آمار و اطلاعات دقیق در مورد گروه های پرخطر و وضعیت عفونت در آنان وجود دارد که مانع از انجام مطالعات کامل و دقیق در این گروه ها می گردد.

تا تاریخ ۱۳۹۰/۷/۱، مجموعاً ۲۳۴۹۷ نفر افراد مبتلا به اچ.آی.وی/ایدز در کشور شناسایی شده اند که ۹۱/۳٪ آنان را مردان و ۸/۷٪ را زنان تشکیل می دهند. تاکنون ۳۱۶۸ نفر از افراد شناسایی شده مبتلا به ایدز شده اند و ۴۴۱۹ نفر از افراد مبتلا نیز فوت کرده اند. ۴/۴۶٪ از مبتلایان شناخته شده به

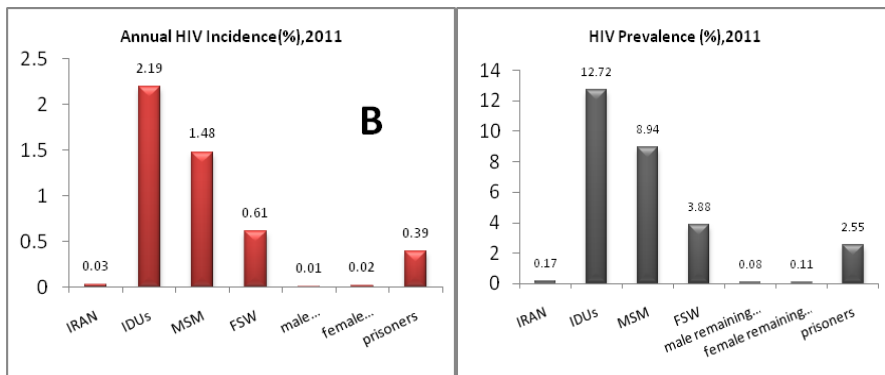
اچ.آی.وی در گروه سنی ۲۵-۳۴ سال قرار دارند که بالاترین نسبت در بین گروه‌های سنی را به خود اختصاص داده است.

با این وجود و بر اساس نتایج چندین مطالعه عمیق و مدلسازی، به نظر می‌رسد که شیوع اچ.آی.وی در ایران در جمعیت عمومی نزدیک به ۰,۲٪ باشد. بر اساس آخرین تخمین‌های انجام شده به روش مدلسازی، حدود ۱۰۰ هزار نفر اچ.آی.وی مثبت در کشور وجود دارد.



نمودار ۱: نتایج مدلسازی برآورد تعداد افراد آلوده به اچ.آی.وی به تفکیک گروه

بر اساس نتایج نمودار ۱، مشخص است که بیماری روند افزایشی داشته و در سال‌های گذشته، مصرف کنندگان تزریقی یکی از مهمترین گروه‌های آلوده بوده‌اند. ولی با گذشت زمان به نظر می‌رسد موج سوم انتقال، یعنی انتقال از طریق جنسی در حال افزایش بوده و به تدریج و با وارد شدن ویروس به شبکه افرادی که تماس‌های جنسی حفاظت شده ندارند، الگوی انتقال تغییر می‌یابد. در این حالت عمده انتقال در افرادی صورت می‌گیرد که به ظاهر حتی ممکن است شخصاً ارتباطات جنسی پرخطر نداشته باشند. به عنوان مثال مردی که به عنوان مشتری یک زن تن‌فروش بوده و یا با مردان دیگر تماس جنسی داشته، ویروس را به همسر خود منتقل می‌کند و زن نیز می‌تواند نوزاد خود را آلوده کند. چنین انتقالی در جامعه ایران ممکن است از یک مرد زندانی و یا یک مرد مصرف‌کننده تزریقی نیز صورت پذیرد.



نمودار ۲: میزان بروز و شیوع آلودگی به ویروس اچ.آی.وی در سال ۲۰۱۱ در ایران بر اساس مدل‌سازی‌های انجام شده

بر اساس آمارهای موجود، تقریباً ۲۳ هزار نفر مثبت در کشور به ثبت رسیده‌اند که بسیار کمتر از تعداد برآورد شده می‌باشد و نشان می‌دهد که حساسیت سیستم مراقبت و ارزیابی دهنده خدمت در کشف موارد مثبت حداکثر ۲۵٪ است و لذا بایست در جهت تقویت سیستم کشف افراد مثبت و وارد نمودن آنها در نظام مراقبت اقدامات اساسی صورت پذیرد.

بر اساس برآوردهای انجام شده، مهمترین گروه پرخطر کماکان مصرف کنندگان تزریقی مواد هستند. این گروه در جامعه ایران احتمالی جمعیتی حدود ۲۵۰ تا ۳۰۰ هزار نفر را تشکیل می‌دهند و بر اساس نتایج آخرین مطالعه سرولوژیک و رفتاری در آنها، حدود ۱۵ درصد آنها به این عفونت آلوده می‌باشند. با وجود برنامه بسیار گسترده کاهش آسیب در این گروه در معرض خطر، مانند توزیع وسیع سرنگ استریل، درمان نگاه‌دارنده متادون و جلوگیری از گرایش افراد مصرف کننده به تزریق، کماکان حدود ۵۵ تا ۶۰ درصد افراد مثبت جدید، از طریق تزریق غیرایمن در بین مصرف کنندگان مواد آلوده می‌شوند.

گروه پرخطر دیگری که مطالعات اندکی بر روی آنها صورت گرفته زنان تن‌فروش می‌باشند. درخصوص اندازه جمعیت این گروه اتفاق نظر وجود ندارد و نتایج مطالعات گسترش شبکه‌ای کشوری هنوز منتشر نشده، ولی به نظر می‌رسد که اندازه آن‌ها رقمی بین ۶۰ تا ۱۰۰ هزار نفر منطقی باشد. همچنین فراوانی عفونت اچ.آی.وی در مطالعه سرولوژیک با نمونه‌گیری از مراکز

ارایه خدمت صورت گرفته، نزدیک ۵٪ بوده است. البته متأسفانه این آلودگی در بعضی استان ها به صورت قابل ملاحظه‌ای بیش از ۵٪ بدست آمد و نشان می‌دهد که جمعیت آلوده دوم جامعه احتمالاً این گروه می‌باشند.

درخصوص مردان دارای تماس جنسی با سایر مردان در کشور اطلاعات زیادی در دسترس نیست. مطالعات اندک در زندانیان نشان می‌دهد که این رفتار گاه تا ۱۰٪ نیز در بین مردان دیده می‌شود، اگرچه بر اساس اطلاعات بین‌المللی، بین ۱ تا ۳ درصد مردان کل جامعه معمولاً در این گروه قرار می‌گیرند. احتمالاً در آینده نزدیک بر اساس نتایج مطالعات گسترش شبکه‌ای می‌توان تخمین دقیقتری از جمعیت این گروه داشت. نتایج مطالعات مدلسازی نشان می‌دهد که احتمالاً آلودگی به ویروس در این افراد باید قابل ملاحظه باشد، ولی متأسفانه به دلیل دسترسی بسیار دشوار به این افراد و همچنین انگ اجتماعی زیاد، هنوز اطلاعات قابل اعتمادی درخصوص شیوع آلودگی در این گروه در دسترس نیست.

اگرچه شروع اپیدمی شناخته شده اچ.آی.وی در اواسط دهه ۱۳۷۰ در دو زندان کشور صورت گرفت و در این دو نقطه تا نزدیک ۷۰ درصد زندانیان آلوده شدند، ولی با اقدامات بسیار وسیع و جدی و پیگیری های انجام شده، خوشبختانه آلودگی در گروه زندانیان به حدود ۲ درصد رسیده و تقریباً ثابت باقیمانده است. نکته جالب این است که نتایج مدلسازی و نتایج بدست آمده از مطالعات سرولوژیک در این گروه بسیار به هم نزدیک است.

البته نتایج مدلسازی ها نشان می‌دهد که تقریباً سالیانه حدود ۶۰۰۰ تا ۹۰۰۰ مرگ به دلیل این عفونت در کشور باید رخ دهد، ولی میزان ثبت شده بسیار کمتر و نزدیک ۵۰۰ مرگ است؛ مشخص نیست که این تفاوت به دلیل اشکال در ثبت مرگ و یا انگ هایی است که به موضوع مرتبط است، یا افراد مثبت زیادی هستند که در جامعه بدون ثبت شدن فوت می‌کنند و یا واقعاً مدلسازی ها اعداد غیر واقعی را نشان می‌دهد. ولی به هر شکل، واقعیت ها نشان می‌دهد که ابعاد این عفونت در کشور کمتر باز شده است.

چنین اشکالی درخصوص برآورد تعداد نوزادان آلوده و تعداد افرادی که به درمان های دارویی نیاز دارند نیز وجود دارد. تخمین های مدلسازی ها تقریباً بین ۴ تا ۷ برابر تعداد مشاهده شده است و نشان می‌دهد که احتمالاً روش های کشف موارد مثبت در کشور باید تقویت شود. ذکر این نکته

نیز بسیار مهم است که کشف موارد مثبت و آرایه مراقبت های لازم به ایشان خود می تواند یک روش بسیار مؤثر کنترلی نیز باشد، چراکه افراد مثبت جامعه اگر به خوبی به مشکل خود آشنا شده و از نظر روانی حمایت شوند، با انجام فعالیت های پیشگیرانه، شانس سرایت را به سایرین کاهش خواهند داد.

نهایتاً نکته بسیار مهم آخر، میزان آگاهی و دانش افراد جامعه از این عفونت و بیماری است. بر اساس مطالعات انجام شده و مقاله مروری که در این زمینه چاپ شده، حدود یک چهارم مصرف کنندگان تزریقی، ۷ درصد زنان تن فروش، ۱۵ درصد زندانیان و ۱۷٪ جوانان جامعه دانش کافی در خصوص این بیماری و روش های انتقال آن دارند. طبیعی است که دانش محدود کل جامعه و گروه های در معرض خطر، خود بزرگترین مانع برای اعمال و اجرای برنامه های پیشگیرانه و کنترلی خواهد بود و به عنوان یکی از ضروری ترین اقدامات باید دانش صحیح و مؤثر را با استفاده از روش های منطبق بر باورهای دینی و فرهنگی جامعه به مردم منتقل نمود.

مضيقه ازدواج

بررسی تعادل یا عدم تعادل نسبت جنسی در سال ۱۳۹۰ و ۱۳۹۵ با استفاده از پیش بینی جمعیت سرشماری ۱۳۸۵، برای سال های مذکور صورت گرفته است. با این پیش فرض که عوامل مؤثر بر افزایش یا کاهش جمعیت برای هر دو جنس یکسان است، برای محاسبه نسبت جنسی افراد در سن ازدواج در سال ۱۳۹۰، از تعداد جمعیت ۱۵ تا ۳۴ ساله مرد و ۱۰ تا ۲۹ ساله زن سرشماری ۱۳۸۵ استفاده گردید که در آن نسبت جنسی به دست آمده تقریباً برابر با ۹۸/۹ است. یعنی با فرض ثابت بودن مرگ و میر و عوامل جمعیتی دیگر مؤثر بر کاهش یا افزایش جمعیت، در سال ۱۳۹۰ به ازای هر ۱۰۰ زن در سن ازدواج (۴۹-۱۵ ساله) ۹۹ مرد در سن ازدواج (۳۹-۲۰ ساله) وجود خواهد داشت.

نسبت جمعیت ازدواج نکرده به تفکیک گروه های سنی و مناطق شهری و روستایی متفاوت است. همچنین با افزایش سطح تحصیلات، میزان جمعیت ازدواج نکرده افزایش می یابد. البته این افزایش برای هر دو جنس در مناطق روستایی بیش از مناطق شهری است. نتایج محاسبه مضيقه ازدواج نشان می دهد تا سال ۱۳۹۰، تقریباً مضيقه یا تنگنای ازدواج برای دختران وجود دارد و در دهه ۱۳۹۰، این

تنگنا برای پسران خواهد بود. البته شدت این مضمیقه خیلی زیاد نیست و جوانان خود را در بازار منعطف ازدواج با توزیع سنی همسران در دسترس و موجود سازگار خواهند کرد (۲۱).

نتیجه گیری

در انتها از نگاه SDH می توان نتیجه گرفت که در جامعه باید راهکارها و ظرفیت های متفاوتی را برای ارتقاء سلامت با توجه به جوان بودن جمعیت کشور، وضعیت بیکاری، مسکن، سن ازدواج، افزایش تماس های جنسی تدارک دید.

منابع

۱. مرکز آمار ایران، سالنامه آماری کشور سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵ (<http://amar.sci.org.ir>).
۲. بررسی وضعیت زنان سرپرست خانوار، دفتر مطالعات فرهنگی، فروردین ۱۳۹۰.
۳. گزارش ایسنا به نقل از مدیرکل دفتر آمار و اطلاعات جمعیتی و مهاجرت ثبت احوال ایران، مجله دنیای اقتصاد، کد خبر: DEN-۲۶۰۸۴۲، تاریخ چاپ: ۱۹ تیر ۱۳۹۰.
۴. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر توسعه و هماهنگی نظام آماری.
۵. سازمان بهزیستی کشور، دفتر آمار و خدمات ماشینی.
6. Human Development Report 2004, Cultural liberty in today's diverse world UNDP, 2004
7. Human Development Report 2005, International cooperation at a crossroads: Aid, trade and security in an unequal world. UNDP, 2005
8. Human Development Report 2007/2008, Fighting climate change: human solidarity in a divided world. UNDP, 2007
۹. مرکز آمار ایران، ۲۰۰۹.
10. World Health Organisation, WHO Global Status Report on Alcohol 2004, Department of Mental Health and Substance Abuse Geneva 2004.
11. World Health Organisation, World Health Statistics 20103
۱۲. محرابی س، دلاوری ع، مرادی ق و همکاران. مصرف سیگار در جمعیت ۶۴-۱۵ ساله ایران، سال ۱۳۸۴. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران؛ ۱۳۸۶، دوره ۳، شماره ۱ و ۲: صفحات ۱ تا ۹.
۱۳. خبرگزاری ایسنا به نقل از معاون پیشگیری و درمان اعتیاد سازمان بهزیستی، ۷ دی ۱۳۹۰.
14. Kelishadi, R., Ardalan, G., Gheiratmand, R., Delavari, A., & Heshmat, R. (2006). Smoking behavior and its influencing factors in a national representative sample of Iranian adolescents. *Preventive Medicine*, 42, 423- 426.
۱۵. اداره کل آمار و خدمات دادگستری، جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۱.
16. Wakefield, Melanie; Flay, Brian; Nichter, Mark; Giovino, Gary (2002), Role of media in influencing trajectories of youth smoking.
17. Center for diseases control and prevention. State injury mortality retrieved November 1, 2000 from the world wide web: <http://www.cdc.gov/>
18. WHO, Country cooperation strategy for WHO and the Islamic Republic of Iran 2005-2009. 2006. p. 29.

19. Nicolosi, A, Glasser, C, Kimt, B, Marumo, K & Laumann, O, (2005). Sexual behaviour and dysfunction and help-seeking patterns in adults aged 40–80 years in the urban population of Asian countries, London Chapman and Hall.
۲۰. روابط آزاد زن و مرد از دیدگاه آموزه های دینی و روانشناسی، زارعی توپخانه محمد، معرفت، سال بیستم، شماره ۱۶۳، تیر ۱۳۹۰، ۸۱-۹۶
۲۱. بررسی وضعیت مضیقه ازدواج در ایران (در سال سرشماری سال ۱۳۸۵)، احمدی و کیل و همتی رضا، ۱۳۸۷.

پیوست شماره ۳: نتایج حاصل از مرور کتابخانه ای منابع حوزوی

استراتژی جستجو

این جستجو در سال ۱۳۹۰ با مراجعه به سایت پایگاه حوزه به آدرس اینترنتی www.hawzah.net و بانک اطلاعات نشریات کشور به آدرس www.magiran.com انجام شد. کلید واژه‌های اصلی مورد استفاده در این جستجو عبارت بودند از: حقوق زنان، خشونت علیه زنان، روابط جنسی، خانواده، ازدواج موقت، فطرت، رفتارهای پرخطر و آسیب‌های اجتماعی. فاصله زمانی جستجو از سال ۱۳۷۵ تا ۱۳۹۰ بود. نتایج این جستجوها در جداول آورده شده‌است.

انتخاب مقالات

از میان تعداد ۳۷۸۳۶ مقالات فارسی بدست آمده در جستجوی مقدماتی، بعد از حذف مقالات غیر مرتبط با توجه به بررسی عنوان و خلاصه و حذف مقالات تکراری تعداد ۴۴۹ مقاله مرتبط و نسبتاً مرتبط مناسب و واجد شرایط کافی، جهت بررسی متن کامل و مرور ساختار یافته وارد مطالعه شدند که نتایج در جدول نشان داده شده است. در ادامه متن کامل این مقالات مورد بررسی قرار گرفت و محتوای آنها تحلیل و یافته‌های مهم، پیام‌های اصلی و ایرادات و پیشنهادات ارائه شده توسط آنها مورد بررسی دقیق قرار گرفت. نتایج بررسی در مرحله نهایی تعداد یافته‌های گزینش شده برای بررسی‌های تکمیلی، تعداد ۱۱۵ مورد مقاله و مطلب کاملاً مرتبط به دست آمد.

استخراج داده‌ها

در این مرحله به متن کامل مقالات رجوع و علاوه بر اطمینان از مرتبط بودن موضوع مقاله به هدف این تحقیق، سعی شد پیام‌های اصلی مقاله شناسایی و دسته‌بندی گردد. در این مطالعه سعی گردید توجه ویژه به بخش‌های مهم مقاله که دربرگیرنده پیام اصلی مقاله بودند مبذول گردد. این بخش

ها شامل قسمت انتهایی مقدمه که مشتمل بر اهداف مقاله، نتایج مهم و پیام های ارائه شده در بحث مقاله بویژه بخش نتیجه گیری و نیز مباحث کلیدی مورد بحث در پرسش و پاسخ ها ارائه شده بودند. در نهایت مقالات و سایر مطالب، تحلیل محتوا و دسته بندی شدند.

شیوه جستجوی ساختاریافته در جستجوی مقدماتی در پایگاه حوزه

مشخصات کلی جستجو						
کلید واژه	بازه زمانی	تعداد کل یافته ها	تعداد مقالات	تعداد مقالات مجلات	تعداد پرسش و پاسخ	تعداد پایان نامه ها
حقوق زنان	۱۳۷۵-۱۳۹۰	۶۴۵۶	۲۲۱۶	۳۶۲۴	۶۸	۲۰۷
خشونت علیه زنان	۱۳۷۵-۱۳۹۰	۱۶۸۹	۶۰۸	۱۰۲۷	۵	۹
روابط جنسی	۱۳۸۰-۱۳۹۰	۲۱۲۳	۸۶۲	۱۱۵۴	۳۴	۲۳
خانواده	۱۳۸۰-۱۳۹۰	۲۰۲۷۲	۴۵۲۵	۱۲۱۶۲	۲۴۹	۵۷۳
ازدواج موقت	۱۳۸۰-۱۳۹۰	۱۰۰۳	۳۴۲	۴۸۹	۹۰	۱۹
فطرت	۱۳۷۵-۱۳۹۰	۵۹۰۱	۱۸۹۶	۳۱۶۸	۱۳۱	۱۹۵

تعداد یافته های مرتبط و نسبتاً مرتبط				
کلید واژه	تعداد مقالات	تعداد مقالات مجلات	تعداد پرسش و پاسخ	تعداد پایان نامه ها
حقوق زنان	۲۲	۱۹	۳	۹
خشونت علیه زنان	۲	۸	۱۱	۶
روابط جنسی	۷		۱	
خانواده	۳۱		۷	۸
ازدواج موقت	۵	۶	۴	۱

تعداد یافته های مرتبط و نسبتاً مرتبط			
فطرت	۱۲	۶	۶
شیوه جستجوی ساختاریافته در جستجوی مقدماتی در بانک اطلاعات نشریات کشور			
کلید واژه	بازه زمانی	تعداد مقالات	تعداد مقالات مرتبط
رفتارهای پرخطر	۱۳۸۰-۱۳۹۰	۹۴	۱۴
آسیب های اجتماعی	۱۳۸۰-۱۳۹۰	۱۹۱	۸
روابط جنسی	۱۳۸۰-۱۳۹۰	۱۰۷	۳۳

نتایج

از مجموع ۴۴۹ مقاله به دست آمده از پایگاه حوزه، تعداد ۱۱۵ مقاله مورد تجزیه و تحلیل نهایی قرار گرفتند. از نظر زمانی اکثر مقالات و سئوالات مطرح شده در بین سالهای ۱۳۹۰ تا ۱۳۸۰ انجام شده بودند که از نظر نوع مطالعه قسمت اعظم مقالات مروری بودند. از نظر تحلیل محتوا، یافته ها را می توان در چند موضوع خلاصه نمود که عبارت هستند از:

حقوق زنان

- روشن نمودن جایگاه فردی و اجتماعی زنان بر اساس مبادی، مبانی و منابع دینی و تعیین وضع مطلوب زنان در عرصه های مختلف فرهنگی، اجتماعی، حقوقی و اقتصادی بر اساس موازین دینی.
- لزوم توجه بیشتر به مسائل زنان و کاستی های مربوط به آن، در سیاستگذاری های کلان حوزه های مختلف.
- لزوم مقاومت در برابر برخی از عقاید و باورهای روشنفکران حامی حقوق زنان و جلوگیری از فریب زنان با شعارهای فمینیستی.

- لزوم تعیین و تصریح دامنه تفاوت های حقوقی میان زنان و مردان در نظام حقوقی ایران و تعیین راهکارهای مناسب برای دست یابی زنان به حقوق خود در فرآیند جهانی شدن.
- مربوط ندانستن تفاوت های فاحش میان زنان و مردان به دلیل هویت جنسی طبیعی، بلکه مدنظر قرار دادن نقش های جنسیتی داده شده به زنان از سوی جامعه در فرهنگ های مختلف و حیثیت انسانی آنها.
- پی بردن به پوچی و بیهودگی دیدگاه هایی از جمله سکولار و فمینیسم و دامن زدن هر چه بیشتر آنها به فروپاشی نظام خانواده و لجام گسیختگی روابط در جامعه.
- برجسته ساختن اهمیت نقش زنان در تعلیم و تربیت صحیح اسلامی و جایگاه برتر و والاتر زن نسبت به مرد در این مورد.
- پی بردن به این نکته که آزادی واقعی زنان در گرو عفت، پاکدامنی و تقواست نه تبلیغات سوء و گمراه کننده غربیان که آزادی زنان را در بی عفتی و فحشا خلاصه کرده اند.
- تأکید بر نقش مهم و اساسی اشتغال زنان در ایجاد توسعه پایدار در زمینه های مختلف اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، سازندگی و ...
- رعایت محدودیت های شرعی و الهی و عمل به تکالیف و وظایف اسلامی علیرغم حقوق یکسان زن و مرد که رعایت این محدودیت ها، زمینه ساز رشد طبیعی و سازنده جامعه و مانع تباهی و فساد زن و مرد و پرهیز از شیء و وارگی زن است.

خشونت علیه زنان

- مطالعه بر روی خشونت علیه زنان در سه حوزه مختلف: خشونت درون خانواده، خشونت در جامعه و خشونت های اعمالی توسط دولت ها.
- تأکید بر نقش مثبت دین در مهار خشونت علیه زنان و مذمت رفتارهای تبعیض آمیز، توهین آمیز و خشونت آمیز نسبت به زنان در جامعه و حمایت از حقوق آنان در کلیه ابعاد.

- توجه به توصیه های دینی و پیشگیری از خشونت جنسی علیه زنان و جلوگیری از تعدی و آزار دیگران از طریق پوشش مناسب، رعایت نکات اخلاقی در رفت و آمدها، رعایت حیا و عفاف در جامعه و تحریک جنس مذکر نسبت به جنس مؤنث.
- لزوم آموزش شیوه های رفتاری و کنترل خشم به زوجین در جلوگیری از خشونت های خانوادگی و زناشویی و به کارگیری راهکارهای آموزشی، مشاوره ای و کلینیکی.
- تأکید بر برخی از عواقب منفی مدرانسیون بر نظام خانواده، کم رنگ کردن بنیاد خانواده و تزلزل هرچه سریعتر آن.
- ویران شدن جایگاه خانواده در دنیای مدرن، از بین رفتن نقش همسری و مادری زنان و نگرش جدید به زن به عنوان یک کالای سرمایه ای.
- مبارزه با برخی باورهای غلط فرهنگی و جاهلی در خشونت علیه زنان و تبیین ارزش والا و منزلت بالای زنان.
- مشارکت هرچه بیشتر دولت ها در حمایت های قانونی و فعالیت های فرهنگی مؤثر در کاهش خشونت علیه زنان.
- اتخاذ تدابیری جهت ممنوعیت پخش تصاویر خشونت بار از رسانه های جمعی مانند: قتل و کشتارهای فجیع و تجاوزات و نیز صحنه هایی که به نوعی زمینه تحریک رفتارهای خشن و جنسی را فراهم می نماید.

روابط جنسی

- مسأله بهداشت روانی یک جامعه مربوط به این است که افراد آن جامعه تا چه حد و به چه نسبت از روابط جنسی طبیعی برخوردارند.
- اسلام، مانند دیگر ادیان توحیدی، نه تنها راه اصلی ارضای این غریزه نیرومند را ازدواج میداند، بلکه حکمت این کشش شدید انسان به جنس مخالف خود را به هم پیوستن زن و مرد و تشکیل خانواده به حساب می آورد.

- خداوند غریزه جنسی را با نیرومندی تمام در زن و مرد قرار داده است تا به سوی هم کشیده شوند. میل شدید غریزی مقدمه ازدواج زن و مرد و تشکیل خانواده است. تشکیل خانواده بدون کشش جنسی که مقدمه آن است، یا عملی نیست یا دوام ندارد.
- در خانواده ای که با این حکمت الهی تشکیل می شود، نیازهای اساسی انسان و از جمله نیاز جنسی به خوبی ارضاء میشود و به علاوه مودت، رحمت، حياء، عفت، غیرت و بسیاری از صفات حسنه انسانی در بین اعضاء آن بروز می یابد.
- ارضاء غریزه جنسی در غیر مسیر تشکیل خانواده و یا خارج از چارچوب ازدواج، هم باعث می شود که نظام خانوادگی سست شود و در نتیجه مجتمع انسانی دچار بحران های جدی گردد و هم میل جنسی همراه با عواطف پاک ارضا نشود و در نتیجه بیماری های روانی و انحرافات اخلاقی زیادی گریبان گیر انسان خطا کار شود.
- رایج ترین طرق ارضاء میل جنسی در غرب عبارتند از: ۱- روابط جنسی قبل از ازدواج، ۲- روابط جنسی در ازدواج، ۳- روابط جنسی افراد متأهل خارج از ازدواج یا به اصطلاح دینی زناى محصنه.
- یکی از زیانبارترین آثار روابط قبل از ازدواج، تأثیر منفی آن بر استحکام خانواده است.
- وجود روابط نادرست و ناپاک در خارج از حریم خانواده باعث افزایش بیماری های مقاربتی، سلب اعتماد و اطمینان زن و شوهر و فراهم آمدن زمینه جدایی و طلاق، جسارت و خشونت می شود.
- ارضاء غریزه جنسی با همسر مشروع و دایم علاوه بر لذت جسمانی، عواطف پاک انسانی را ارضاء و تلطیف می کند، مودت و رحمت را در اعضاء خانواده زیاد می نماید. عفت و حیا را در جامعه می گستراند، جلوی فسادها و تجاوزها را می گیرد، استعدادها و خلاقیت های انسان را شکوفا می کند و سکینه و آرامش را به جای اضطراب و اختلال فکر می نشاند.
- در نیاز جنسی، دو هدف دنبال می شود که در طبیعت و فطرت بشر ریشه دارد: یکی آرامش روح و روان فردی یا انسجام تکامل و دیگری ادامه نسل و حفظ نوع.

- عشق زن و مرد به یکدیگر هم طبیعی و فطری است و هم اساسی و مهم که می‌بایست با ضوابط الهی و راه کارهای دینی و انسانی، به عینیت و عمل درآید، نشانه‌ها و عوامل چنین عشقی؛ آگاهی، تعهد، تعاون، عمیق بودن و پاکیزگی در روابط زن و مرد است.
- تمتعات جنسی، منحصرأ در چارچوب زندگی زناشویی مجاز است و کشاندن آن از محیط خانه به اجتماع، موجب تضعیف فعالیت های اجتماعی می شود و در کنار عوامل دیگر، در کاهش آمار ازدواج تأثیر مستقیم و به سزایی دارد.
- در سیستم روابط آزاد جنسی، همان تعداد ازدواجی که صورت می گیرد، در بسیاری از موارد به طلاق منجر می شود. دختر و پسر در این نوع روابط دوستانه، لایه های انسانی و حرمت برانگیز خود را شناسایی نکرده اند و تعامل فکری و روحی، نقشی در انتخاب آن ها نداشته است، بلکه صرفاً جذابیت های بصری و لذت جویی های شهوانی در انتخاب آن ها دخیل بوده است.
- لزوم توجه به نبود آموزش های کافی درباره فعالیت جنسی و اطلاعات ناکافی جنسی، پیش نوازش ناکافی، ناسازگاری در ارتباط به طور کلی، باورهای جنسی نادرست، ارتباط ضعیف درباره نیازها یا اضطراب های جنسی هر یک از طرفین، وجود اختلال جنسی در شریک جنسی، اضطراب درباره عملکرد جنسی و ترس از موفق نبودن در رابطه جنسی، روابط خانوادگی آشفته و تربیت محدودکننده والدین، داشتن تجارب نامطلوب جنسی پیش از ازدواج، احساس گناه درباره آمیزش جنسی و مغایرت داشتن آن با مذهب، اضطراب و افسردگی به عنوان شایع ترین عوامل روانشناختی در اختلال های کنش جنسی.
- لزوم توجه به عوامل سایکوزنیک و عوامل فرهنگی و اجتماعی و عوامل بیولوژیکی.
- ایجاد موقعیت بحران زا در تحولات حوزه خانواده و ازدواج در صورت عدم توجه به بیکاری و مضیقه ازدواج جوانان.
- بالابردن سطح دانش و فرهنگ زندانیان و تشویق آنان به پای بندی به اصول اخلاقی و اجتماعی در جلوگیری از اشاعه رفتارهای پرخطر و بیماری های خطرناکی از جمله ایدز، هپاتیت B و هپاتیت C در زندان.

- تأکید بر اهمیت آموزش های بهداشت جنسی و نقش مثبت آنها در پیش گیری از پیامدهای منفی مانند حاملگی های ناخواسته، بیماری های مقاربتی، سوء استفاده های جنسی، خشونت های جنسی، سرخوردگی های جنسی و ...
- توجه ویژه زوجین به رفتارهای پوششی در خانواده، عفاف کلامی، مراقبت های ویژه در مورد کنجکاوی های کودکان و نوجوانان در مسائل جنسی و تنزیه محیط زندگی از تحریکات جنسی.
- سالم سازی محیط مدرسه و پاکسازی جامعه از الگوهای ناسالم و آسیب زای اجتماعی که مانع رشد سالم جنسی نوجوانان و جوانان هستند.
- توجه به ابعاد معنوی و روحانی تربیت جنسی به موازات ارائه دانش و اطلاعات مربوط به مسائل جنسی و توجه به تربیت جنسی به معنای جامع و فراگیر آن شامل بهداشت جنسی، اخلاق جنسی و آینده جنسی نوجوانان و جوانان.
- ارائه تربیت جنسی از طریق مدارس و افزایش آگاهی و درک دانش آموزان از انواع نارسایی ها و بیمارهای مربوط به امور جنسی.
- توجه به شیوه فرزندپروری مناسب به عنوان عامل مهمی در رشد عرت نفس جنسی و مؤلفه های آن و تأثیر آن در ایجاد و برقراری احساسات، افکار و رابطه جنسی سالم.

خانواده

- ترکیب خانوادگی دو والدی، با ازدواج رسمی و نقش آن در ایجاد کانونی برای آسایش عمومی و همه جانبه کودکان و والدین.
- اولین شرط داشتن جامعه ای سالم و پویا، سلامت و پایداری خانواده است و برپایی و پویایی نهاد خانواده، شاخصه ی اصلی یک اجتماع زنده و رو به توسعه است.
- یکی از عوامل مؤثر در تحکیم روابط خانواده، داشتن محیطی سالم و هدایتگر است. صبوری، مدارا، حفظ عفت، پابندی به خانواده و همسر یا برعکس پرخاشگری، عدم سازش، طغیانگری و بی بندوباری از ویژگی هایی است که خانواده ها تا حدود زیادی از محیط خود می آموزند.

- علت تامه تشکیل خانواده، نیاز جنسی نیست. آمیزش جنسی و فرزنددار شدن و زیبایی های ظاهری، به خودی خود امری جسمانی و بدنی هستند و در این میان، نباید آمیزش روح ها و نیازی که روان زن و مرد به یکدیگر دارند، از نظر محو گردد. محیط خانه، باید محیطی پر از صفای خانواده، تجلی گاه مودت و رحمت زن و مرد نسبت به یکدیگر و وسیله سکون و آرامش آنها باشد.
- تا سختی از جهات مختلف، میان زن و مرد وجود نداشته باشد و نسبت به یکدیگر دیدگاه مثبتی نداشته باشند، محال است که بتوانند با یکدیگر اتحاد پیدا کنند.
- پس رفت تاریخ خانواده در غرب با گسترش خانواده های نامتعارف از جمله همجنس گرایان و شمار زیاد و روزافزون خانواده های مطلقه و تک والدینی.
- عدم پایبندی به اخلاق و تعهدات انسانی به عنوان مهمترین دلایل افول خانواده در غرب.
- تضعیف هرچه بیشتر انسجام خانوادگی در جوامع مدرن به دلیل ازهم پاشیدگی خانواده ها.
- سرزنش فمینیست ها در آزادسازی مسائل جنسی به بهانه حمایت از زنان و آشکارشدن خطرات آزادی های جنسی مطرح شده برای زنان و مسائل و مشکلات زندگی بدون ازدواج برای آنها.
- اهمیت نقش اساسی و مهم مادر در تربیت کودکان به دلیل تأثیرپذیری زیاد کودک از عواطف، احساسات، نگرش ها و اندیشه های مادر.
- الگو گرفتن از بانو فاطمه زهرا (س) در بیشترین اشراف ایشان به رموز تدبیر منزل، همسررداری و تربیت فرزند.

ازدواج موقت

- توجه به این اصل که اسلام همواره به تمامی نیازها و ابعاد وجودی انسان و واقعیت های زندگی او، درعین حفظ جایگاه ارزشی اش توجه داشته.
- تأکید آیات و روایات مختلف بر نکاح دائم جوانان.
- مذمت شدید آیات و روایات متعدد در مورد مرد یا زنی که دارای ذائقه هوسرانی و تابع تمایلات و غرائز خویش هستند و ازدواج موقت را به عنوان یک ابزار سوء استفاده و یا وسیله ای برای توسعه

شهوترانی و جایگزینی آن برای نفی ازدواج دائم، و مسئولیت پذیری زن و مرد، هواپرستی، ظلم و بی عدالتی می دانند.

- راهکار اسلام در سازماندهی و تعدیل غرائز در جهت تأمین و پاسخگویی به نیاز بشر و اجابت صحیح و آبرومندانه نیازهای جنسی است، نه به عنوان ترویج هوسرانی و لابلالی گری با مجوز شرعی و الفتای یک راهکار شایع و اولیه و کلیدی برای رفع تمامی مشکلات، و فراگیر برای همه افراد و تمامی زمان ها و مکان ها.

- طرح ازدواج موقت از سوی دین مبین اسلام به عنوان یک راهکار شایسته و مناسب، برای یک سلسله از مشکلات و معضلات اجتماعی و لزوم توجه به استفاده از آن در ظرف زمانی و مکانی خود و اینکه به کارگیری این طرح در تمامی جوامع یکسان نیست و می توان بر حسب فرهنگ ها و ملل مختلف و پیش فرض های متفاوت به لحاظ تمامی ابعاد حقوقی، اجتماعی، انسانی به عنوان یک راهکار ثانویه از آن استمداد جست.

- وجود زمینه های دینی و فرهنگی در کشورهای اسلامی و به خصوص مذهب تشیع درخصوص ازدواج موقت و حساسیت کمتر در کشورهای غیراسلامی به دلیل محیط های لائیک و سکولار آنها و انواع آمیزش های نامتعارف در این کشورها.

- نگرستن به ازدواج موقت به عنوان یک ضرورت اجتماعی و تعدیل و اصلاح نگاه ها و برداشت های غلط و بی مبنا به این راهکار شرعی.

- غیرعملی بودن انتخاب رهبانیت و سرکوب غریزه جنسی جوانان و توقع تحصیل، پیشرفت، کار، تلاش و مراعات فرهنگ و باورهای جامعه در این شرایط؛ در نتیجه به گناه افتادن افراد و دوری آنها از معنویت، دین، ایمان و اخلاق.

- عدم اصرار بر قبیح اجتماعی و روی گردانی جامعه از ازدواج موقت و بازنگه داشتن راه های مشروع تأمین نیازهای غریزی افراد.

- اگر هدف از ازدواج موقت، تنوع طلبی و چشیدن زنان گوناگون باشد، کار حرامی نیست، اما حلال مذموم و منفور است و اگر هدف، رفع ضرورت و فرونشاندن عطش و گریز از زنا و گناه است، حلال است و حلال ممدوح.

فطرت

- تأکید بر ویژگی های فراحوانی، خدادادی و فراگیر و همگانی فطریات در انسان ها.
- مخالفت فطرت بشر با فحشا و سفاح که باعث قطع نسل و فساد انساب است.
- ضمانت قانون اسلام نسبت به تمامی شئون احتیاط در حفظ انساب و سایر مصالح بشری و فطری و بستن باب زنا و امر به نکاح.
- فطرت ماهیتاً ناظر بر مسئولیت خواهی ست و در فضای مقید بودن و مسئولیت قرار می گیرد و گزینه ماهیتاً ناظر بر آزادی خواهی ست و در جامعه غربی، در فضای رها بودن و آزادی قرار می گیرد.
- بنیادی ترین تفاوت در مبنای حرکت و حیات جوامع و مکاتب مختلف در این است که فطرت حقیقت پذیر کمال جویِ حق محور را محور عمل خود قرار می دهند یا گزینه ی منفعت طلب لذت جویِ خود محور را؟
- در جامعه غربی، خانواده تا جایی قابل دفاع است که محل لذت و منفعت انسان است و همه چیز در خدمت توانمند شدن انسان است، بدون آنکه سهمی برای فرهمند شدن وی در نظر گرفته شده باشد.
- ازدواج امری است فطری، (نه تحمیلی از ناحیه عادت و یا ضروریات زندگی و یا عوامل دیگر). یکی از محکم ترین دلیل ها بر فطری بودن ازدواج مجهز بودن ساختمان جسم (دو جنس نر و ماده) بشر به جهاز تناسل و توالد است.

رفتارهای پرخطر

- اهمیت وجود یک نظام حمایت اجتماعی قوی برای دانش آموزان در جلوگیری از آسیب های اجتماعی آنان.
- توجه به پیامدهای منفی رشد سریع تکنولوژی و شهرنشینی در دامن زدن به مشکلات بی خانمانی، بیکاری، مصرف مواد مخدر، رفتارهای نامشروع و تن فروشی نوجوانان.

- توجه به تأثیر رسانه ها در سلامت نوجوانان و جوانان و نظارت بیشتر بر تولید برنامه های تلویزیونی در جلوگیری از ایجاد رفتارهای پرخطر، خشونت، فشارهای روانی و روی آوردن به مصرف مواد مخدر در نوجوانان و جوانان.
- لزوم توجه ویژه به نقش تربیت جنسی مدارس نسبت به نقش خانواده ها و تأثیرگذاری بیشتر آن.
- کنترل قوی و حمایت خانواده از نوجوانان و جوانان در پیشگیری از رفتارهای غیرایمن جنسی و خطرات پیش روی نوجوانان و جوانان و جلوگیری از ناتوانی و افزایش بروز بیماری های مزمن.

آسیب های اجتماعی

- توجه به تأمین و غنی سازی اوقات فراغت جوانان و زنان، توسط خانواده ها و نهادهای مدنی و کاهش اوقات بیکاری آنها.
- نظارت بر تولید و کیفیت کالاهای فرهنگی و رسانه های جمعی به منظور جلوگیری از تولید و ترویج آثار مبتذل اخلاقی.
- تسریع و تسهیل امر ازدواج و نیازهای جوانان.
- تعمیق باورها و ارزش های دینی، پای بندی به اجرای احکام و حدود الهی، تقویت کنترل درونی و تقویت پاکدامنی و ایجاد مصونیت در برابر آسیب های اجتماعی.
- توجه ویژه به آموزش های قبل از ازدواج برای جوانان و زوج ها درباره آئین همسرداری، برقراری روابط عاطفی و صمیمانه با همسر، شناخت تفاوت های جنسیتی و روانی همسر و کسب مهارت های ارتباطی جهت کاهش تعارضات زناشویی.
- ایجاد و گسترش مراکز مشاوره مناسب و نیز مراکز تفریحی برای پیش گیری از ابتلاء جوانان به مواد مخدر.
- مراقبت والدین از رفتارهای نوجوانان و جوانان و کنترل روابط دوستانه آنها.

- اهمیت مدرسه به عنوان اولین نهاد اجتماعی مؤثر بر زندگی نوجوانان و جوانان و ایجاد تأثیرات منحصر به فرد و عمیق بر زندگی آنان و بهبود فرصت ها، کیفیت زندگی و رفتارهای نوجوانان.
- افزایش توانمندی و مهارت زنان و آموزش های فنی و حرفه ای و ایجاد فرصت های شغلی مناسب و مولد برای زنان نیازمند کار.

پیوست شماره ۴: نتایج حاصل از مرور نظام مند

عنوان طرح: مرور نظام مند مستندات و شواهد بین المللی در زمینه بهداشت باروری نوجوانان و جوانان

در دنیا در ۳ دهه اخیر

مقدمه

در طول حیات انسان، هیچ برهه‌ای مهمتر و حساس تر از دوران نوجوانی و جوانی نیست. در واقع زیربنای زندگی بزرگسالی فرد، سلامت جسمی و تربیت روانی او در این دوران پی ریزی می شود. بخش عظیمی از تحولات نگرشی و رفتاری نوجوانان و جوانان، شیوه های همسرگزینی، ازدواج و معاشرت های صمیمانه و مسائل بهداشت باروری در این دوران رخ داده و توجه و اهمیت ویژه ای را طلب می کند.

ارائه خدمات مشاوره ای، آموزشی و ارتقاء آگاهی ها و مهارت های نوجوانان و جوانان در راستای ارتقاء کیفیت زندگی این گروه سنی، منجر به ارتقاء سلامت جامعه خواهد شد و مانعی مهم در راه گسترش معضلات و اختلالات در سلامت جسمی، روحی و روانی آنان از یک سو و بروز صدمات و بیماری ها به دلیل عدم وجود دانش و آگاهی کافی و نبود منابع اطلاع رسانی مفید و در دسترس از سوی دیگر خواهد بود. این درحالی است که دسترسی همگان به خصوص نسل جوان به اطلاعات صحیح و به موقع، درخصوص مسائل بهداشتی، درمانی و مشاوره ای، حقی انکارناپذیر و ایجاد، حفظ و ارتقاء زمینه آن از مهمترین وظایف بخش ها و گروه های مختلف پزشکی و بهداشتی است.

وضعیت بهداشت باروری و جنسی نوجوانان و جوانان ما، یکی از مهم ترین و ناشناخته ترین مسائل بهداشتی جامعه محسوب می شود. بهداشت باروری وضعیتی است که در آن رفاه کامل جسمی، روحی و اجتماعی موجود می باشد و به تمام مواردی که به سیستم تولیدمثل و عملکرد آن ارتباط

پیدا کند، مربوط می شود و صرفاً به معنای عدم وجود بیماری، ضعف یا سستی اطلاق نمی گردد (کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه ۱۹۹۴). بهداشت جنسی، یکی از جنبه های اصلی بهداشت فردی است که همه افراد را در همه سنین و همه مراحل زندگی تحت تأثیر قرار داده و نوع نگرش و رفتارهای کسب شده در این دوران بر عملکرد اجتماعی و جنسی در دوران بزرگسالی تأثیر به سزایی دارد. با توجه به این نکته برنامه های آموزش بهداشت جنسی بر روی ارتقاء بهداشت جنسی و کاهش مشکلات جنسی در میان گروه های مختلف جامعه تأکید دارند (۵-۲، ۱). اما با توجه به اینکه نوجوانان و جوانان برای حفظ و ارتقاء سلامت خود، به ویژه سلامت جنسی و باروری شان از اطلاعات، تجربه و امکانات کمتری نسبت به سایر گروه های جامعه برخوردارند (۶، ۳)، لازم است تا مورد حمایت و توجه خاص قرار گرفته و حساسیت و سرمایه گذاری ویژه ای برای توانمندسازی آنان در جامعه اعمال شود. دستیابی به حقوق باروری این گروه سنی، وسیله ای برای رشد و توسعه اقتصادی و اجتماعی جامعه است؛ ولی غالباً علی رغم اهمیت و جایگاه ویژه، این خدمات نادیده گرفته شده و ارائه آنها در جامعه با موانع و محدودیت هایی همراه است.

یکی از مهمترین راهکارهای تأمین نیازهای بهداشت باروری نوجوانان و جوانان، آگاه سازی، اطلاع رسانی و توانمندسازی در زمینه بهداشت باروری و بلوغ به این گروه سنی در دوره راهنمایی، دبیرستان و پس از آن در مشاوره های قبل و بعد از ازدواج است. این درحالی است که متوسط سن اولین ارتباط جنسی در پسران ایرانی ۱۴،۹ گزارش شده است (۳). بسیاری از کارشناسان براین باورند که اطلاع رسانی و آموزش در سنین مدرسه، راهکاری مناسب برای پیشگیری از اختلالات، رفتارهای مخاطره آمیز و بیماری های شایع جنسی و باروری در دوران جوانی و بزرگسالی است که منجر به تربیت افرادی سالم و مولد خواهد شد. توانمندسازی نوجوانان و جوانان در این زمینه باعث می شود که آنها درک واضحی از بیماری ها، مشکلات و خطرات احتمالی سلامت داشته و خود را درقبال حفظ و ارتقاء سلامت خود، مسئول و مکلف بدانند. تأثیرگذاری آموزش های ارائه شده به این گروه سنی تا حدی است که علاوه بر تغییر نگرش و به تبع آن تغییر رفتار خود نوجوان یا جوان، منجر به تبادل افکار سازنده بین آنها، خانواده و ارائه دهندگان خدمات شده و بسیاری از مسائل و معضلات به راحتی و به شیوه ای علمی حل و فصل می گردد و در نهایت ورود آنها به

زندگی مشترک با اتخاذ تصمیمات بهتر، علمی و سنجیده در زمینه بهداشت و سلامت باروری همراه خواهد بود (۷۸). به عنوان مثال می توان از تلفیق مهارت های زندگی و مهارت های آموزش بهداشت با برنامه های درسی مدارس، تدوین برنامه های آموزشی جدید به منظور افزایش آگاهی درباره بهداشت جسمی، تدارک برنامه های مشاوره ای برای همسالان به منظور مشارکت در پیشگیری از بیماری های مقاربتی و مراقبت و محافظت در برابر آن بیماری ها و افزایش مشارکت دانش آموزان در آموزش بهداشت از طریق فعالیت های فوق برنامه، بهره برد (۹-۱۴). از طریق غنی سازی عناصر نظام آموزشی نظیر محتوا، روش ها و ارزشیابی می توان تجارب مثبت نوجوان در مدرسه را توسعه و رفتارهای خطرناک جنسی را کاهش داد (۱۶، ۱۵). البته این نکته را نباید از یاد برد که آموزش درخصوص مسائل جنسی و باروری، باید در چارچوبی کاملاً برنامه ریزی شده و هدفمند ارائه شده تا هم حریم های موجود در جامعه حفظ شود و هم آموزش ها متناسب با سنین و شرایط افراد بوده و برای آنها مقبول و جذاب باشد. به عنوان مثال در دوران بلوغ و جوانی، آموزش مهارت هایی از جمله مهارت های ارتباطی، برقراری رابطه با جنس مخالف، راه های ارضای صحیح عاطفی، پیشگیری از آسیب ها و بیماری هایی همچون ایدز و یا انحرافات اخلاقی دیگر کاملاً مناسب و به جا بوده که شاید ذکر آنها در سنین پائین تر و نوجوانی، نه تنها راه گشا نبوده، بلکه منجر به ایجاد آسیب های احتمالی دیگر از جمله آسیب های اجتماعی، عاطفی و روحی - روانی شود (۱۷-۱۹).

در هر صورت، محیط های آموزشی از جمله مدرسه در حله اول (به ویژه دانش آموزان دوره راهنمایی و دبیرستان) و سپس دانشگاه که گروه هدف آنها، سنین نوجوانی و جوانی می باشد، نقش بسیار ویژه ای در ارائه آموزش های لازم و اطلاع رسانی درخصوص بهداشت جنسی و باروری می باشند که هنگام برنامه ریزی برای سلامت باروری نوجوانان و جوانان، باید به نقش کلیدی آنها، توجه خاصی مبذول داشت. اگرچه مدرسه یکی از مهم ترین منابع و اطلاع رسانی در زمینه سلامت باروری به نوجوانان و جوانان است، ولی نباید نقش خانواده، به ویژه والدین و نیز سازمانهای بهداشتی - درمانی متولی امر را نادیده گرفت. نقش و حمایت خانواده در کاهش رفتارهای جنسی خطرناک به میزان بالایی اثرگذار است (۲۰).

روان شناسان، عناصر خانوادگی و والدینی را که سطح صلاحیت اجتماعی نوجوان را تقویت می کنند، مورد پژوهش قرار داده اند و در بسیاری از تحقیقات به اهمیت تأثیر عملکرد خانواده بر رشد نوجوان اشاره شده و فرآیندهای والدینی از جمله نقش مدیریتی و نظارتی، ارتباط والدین و نوجوان و سبک همبستگی خانواده و بسیاری عوامل دیگر را بررسی کرده اند (۱۷-۲۷، ۵). دستیابی به حقوق باروری و بهداشت و سلامت جنسی به خصوص برای قشر آسیب پذیر نوجوان و جوان، در جامعه با عزمی جزم، اراده ای استوار، برنامه ریزی و ارائه راهکارها و سیاست های صحیح و کاربردی و همکاری های بین بخشی مناسب و سازنده محقق خواهد شد. با توجه به کمبود مطالعات جامع در خصوص وضعیت بهداشت باروری در سنین نوجوانی و جوانی در کشور و همچنین شناخت وضعیت موجود، مطالعه فعلی با هدف مرور نظام مند مطالعات مختلف داخلی و بین المللی انجام شد.

روش بررسی

استراتژی جستجو

این تحقیق در سال ۱۳۹۰ انجام شد که طی آن به سایت های بین المللی مراجعه شد. کلید واژه های اصلی مورد استفاده در این تحقیق عبارت بودند از: Sexual Reproductive Health Rights, Sexual education, STD Youth, pre-marriage Counseling, Puberty Health, Health violence, program reproductive health و بهداشت باروری، سلامت باروری، نوجوانان، جوانان، بلوغ، سلامت جنسی، خشونت علیه زنان، بیماری های مقاربتی، برنامه تنظیم خانواده، رفتارهای پرخطر، آسیب های اجتماعی و روابط جنسی.

با ترکیب این کلیدواژه ها، سایت های اصلی شامل web of knowledge, Scopus, Pub med, Google Scholar, science direct و Magiran جستجو و نتایج بدست آمده با یکدیگر ترکیب شد. فاصله زمانی جستجو از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۱ بود. نتایج این جستجوها در جدول ۱ آورده شده است.

انتخاب مقالات

از میان حدود ۲۷ هزار مقاله فارسی و انگلیسی بدست آمد. در مرحله اول مقالات مورد بررسی بر اساس ارتباط با موضوع تحقیق به ۳ دسته کاملاً مرتبط، نسبتاً مرتبط و غیرمرتبط تقسیم شدند. بعد از حذف موارد غیرمرتبط و مرور متن کامل مقالات نسبتاً و کاملاً مرتبط، در انتها ۲۸۵ مقاله (۱۸۶ مقاله فارسی و ۹۹ مقاله انگلیسی) واجد شرایط کافی گزینش و محتوای آنها تحلیل و یافته های مهم، پیام های اصلی و ایرادات و پیشنهادات ارائه شده توسط آنها مورد بررسی دقیق قرار گرفت.

مقالات بدست آمده در جستجوی اولیه از نظر محتوا بررسی ابتدایی شدند و بر اساس میزان ارتباط موضوعی با عنوان تحقیق به سه دسته مرتبط، نیمه مرتبط و غیرمرتبط تقسیم شدند. برای این تقسیم بندی ابتدا عنوان و سپس خلاصه مقالات مطالعه شدند و فقط مقالاتی غیر مرتبط تشخیص داده شدند که به صورت واضح و مشخص در راستای موضوع تحقیق نبودند؛ به عبارتی برای بالا بردن حساسیت جستجو موارد مشکوک در این فاز حذف نشدند.

استخراج داده ها

در این مرحله، به متن کامل مقالات مرتبط و نیمه مرتبط رجوع و علاوه بر اطمینان از مرتبط بودن موضوع مقاله به هدف این تحقیق، سعی شد پیام های اصلی مقاله شناسایی و دسته بندی گردد. در این مطالعه سعی گردید توجه ویژه به بخش های مهم مقاله که دربرگیرنده پیام اصلی مقاله بودند، مبذول گردد. این بخش ها شامل قسمت انتهایی مقدمه که مشتمل بر اهداف مقاله، نتایج مهم و پیام های ارائه شده در بحث مقاله بویژه بخش نتیجه گیری بودند. این بررسی و استخراج اطلاعات توسط یکی از افراد تیم تحقیق صورت گرفت که به موضوع احاطه کامل داشت. در ضمن برای بالا بردن دقت کار همه مقالات توسط یک فرد مطالعه شد تا تفاوت های بین فردی باعث ایجاد خطا نشود. در نهایت یافته های مهم بدست آمده از مقالات فیش برداری شد و سپس توسط دو نفر به صورت مستقل مطالعه، تحلیل محتوا و دسته بندی شدند.

جدول ۱- شیوه جستجوی ساختاریافته بانک های اطلاعاتی و یافته های بدست آمده در جستجوی مقدماتی بر اساس نام پایگاه های مورد بررسی (بین المللی)

نام پایگاه	بازه زمانی	تعداد کل یافته ها	تعداد یافته های گزینش شده برای بررسی های تکمیلی
sciencedirect	۲۰۰۰-۲۰۱۱	۱۱۵۱۶	۴۶
Pub med	۲۰۰۰-۲۰۱۱	۱۶۱۹۱	۵۳

با توجه به اینکه وب سایت های اشاره شده در جدول فوق از مهم ترین وب سایت های انگلیسی در زمینه علوم پزشکی محسوب می شوند و همچنین طی جستجوی به عمل آمده در ۳ وب سایت Scopus, Web of knowledge, Google scholar مقالات تکراری به دست آمد که نتایج آن در جدول ۱ آورده نشده است.

جدول ۲- شیوه جستجوی ساختاریافته بانک های اطلاعاتی و یافته های بدست آمده در جستجوی مقدماتی بر اساس نام پایگاه های مورد بررسی (داخلی)

نام پایگاه	بازه زمانی	تعداد کل یافته ها	تعداد یافته های گزینش شده برای بررسی های تکمیلی
Sid	۱۳۸۰-۱۳۹۰	۱۱۵۶	۱۰۸
magiran	۱۳۸۰-۱۳۹۰	۴۳۲	۷۸

نتایج

از نظر زمانی، اکثر مقالات یافته شده در بین سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۱ به چاپ رسیده بودند که از نظر نوع مطالعه قسمت عمده مقالات توصیفی- تحلیلی بود و تعداد کمی به صورت مقالات تحقیقاتی حاصل از مطالعات اولیه انتخاب شدند. محتوای مقالات در جدول شماره ۳ به نمایش گذاشته شده است. از نظر تحلیل محتوا، یافته های این مقالات را می توان در چند موضوع خلاصه نمود که عبارت هستند از:

آموزش و ارائه خدمات:

- تأکید بر اهمیت خانواده به عنوان یکی از ایمن ترین شیوه های کسب اطلاعات درخصوص بهداشت باروری و ابعاد مذهبی آن.
- برقراری ارتباط بین ارائه دهندگان خدمات در یک سیستم مراقبت های اولیه بهداشتی با نوجوانان و جوانان.
- افزایش دسترسی به رسانه های مکتوب و جذاب آموزشی و هماهنگی هرچه بیشتر بین خانواده، کادر بهداشتی و معلمان در ارائه این آموزش ها و جلوگیری از دوگانگی در آموزش.
- نامناسب بودن وضعیت مراکز ارائه خدمات بهداشت باروری نوجوانان و جوانان به لحاظ کیفیت ارائه خدمات و عدم وجود نظارت مناسب بر عملکرد این گونه مراکز.
- تأکید بر افزایش مشارکت مردان در امر تنظیم خانواده و فعال نمودن سازمان های غیردولتی در زمینه بهداشت و حقوق باروری.
- عدم وجود استانداردهای تعریف شده درخصوص مشاوره های پیش از ازدواج درخصوص جوانان.
- تدوین برنامه آموزش بهداشت جنسی که قابل الحاق به خدمات بهداشت خانواده در مرکز بهداشتی دولتی بوده و متناسب برای کارکنان واحدهای بهداشت خانواده مراکز بهداشتی درمانی شهری، پزشکان عمومی این مراکز و زنان مراجعه کننده به این واحد ها باشد.
- اعتقاد به تأخیر در فعالیت جنسی تا زمان ازدواج در اکثریت قشر جوان.

- آموزش به نوجوانان و جوانان در خصوص بهداشت باروری.
- افزایش خشونت های خانوادگی در جوامع غربی علیه زنان به ویژه زنان جوان.
- افزایش شیوع بیماری های مقاربتی در سنین نوجوانی و جوانی به خصوص ایدز.
- آموزش پزشکان و ارائه دهندگان خدمات اولیه سلامت جهت کاهش خطرات بیماری های مقاربتی.

رفتارهای پرخطر

- اهمیت وجود یک نظام حمایت اجتماعی قوی برای دانش آموزان در جلوگیری از آسیب های اجتماعی آنان.
- توجه به پیامدهای منفی رشد سریع تکنولوژی و شهرنشینی در دامن زدن به مشکلات بی خانمانی، بیکاری، مصرف مواد مخدر، رفتارهای نامشروع و تن فروشی نوجوانان.
- توجه به تأثیر رسانه ها در سلامت نوجوانان و جوانان و نظارت بیشتر بر تولید برنامه های تلویزیونی در جلوگیری از ایجاد رفتارهای پرخطر، خشونت، فشارهای روانی و روی آوردن به مصرف مواد مخدر در نوجوانان و جوانان.
- لزوم توجه ویژه به نقش تربیت جنسی مدارس نسبت به نقش خانواده ها و تأثیرگذاری بیشتر آن.
- کنترل قوی و حمایت خانواده از نوجوانان و جوانان در پیشگیری از رفتارهای غیرایمن جنسی و خطرات پیش روی نوجوانان و جوانان و جلوگیری از ناتوانی و افزایش بروز بیماری های مزمن.

آسیب های اجتماعی

- توجه به تأمین و غنی سازی اوقات فراغت جوانان و زنان، توسط خانواده ها و نهادهای مدنی و کاهش اوقات بیکاری آنها.
- نظارت بر تولید و کیفیت کالاهای فرهنگی و رسانه های جمعی به منظور جلوگیری از تولید و ترویج آثار مبتذل اخلاقی.
- تسریع و تسهیل امر ازدواج و نیازهای جوانان.

- تعمیق باورها و ارزش های دینی، پای بندی به اجرای احکام و حدود الهی، تقویت کنترل درونی و تقویت پاکدامنی و ایجاد مصونیت در برابر آسیب های اجتماعی.
- توجه ویژه به آموزش های قبل از ازدواج برای جوانان و زوج ها درباره آئین همسرداری، برقراری روابط عاطفی و صمیمانه با همسر، شناخت تفاوت های جنسیتی و روانی همسر و کسب مهارت های ارتباطی جهت کاهش تعارضات زناشویی.
- ایجاد و گسترش مراکز مشاوره مناسب و نیز مراکز تفریحی برای پیشگیری از ابتلاء جوانان به مواد مخدر.
- مراقبت والدین از رفتارهای نوجوانان و جوانان و کنترل روابط دوستانه آنها.
- اهمیت مدرسه به عنوان اولین نهاد اجتماعی مؤثر بر زندگی نوجوانان و جوانان و ایجاد تأثیرات منحصر به فرد و عمیق بر زندگی آنان و بهبود فرصت ها، کیفیت زندگی و رفتارهای نوجوانان.
- افزایش توانمندی و مهارت زنان و آموزش های فنی و حرفه ای و ایجاد فرصت های شغلی مناسب و مولد برای زنان نیازمند کار.

روابط جنسی

- لزوم توجه به نبود آموزش های کافی درباره فعالیت جنسی و اطلاعات ناکافی جنسی، پیش نوازش ناکافی، ناسازگاری در ارتباط به طور کلی، باورهای جنسی نادرست، ارتباط ضعیف درباره نیازها یا اضطراب های جنسی هر یک از طرفین، وجود اختلال جنسی در شریک جنسی، اضطراب درباره عملکرد جنسی و ترس از موفق نبودن در رابطه جنسی، روابط خانوادگی آشفته و تربیت محدودکننده والدین، داشتن تجارب نامطلوب جنسی پیش از ازدواج، احساس گناه درباره آمیزش جنسی و مغایرت داشتن آن با مذهب، اضطراب و افسردگی به عنوان شایع ترین عوامل روانشناختی در اختلال های کنش جنسی.
- لزوم توجه به عوامل سایکوزنیک و عوامل فرهنگی و اجتماعی و عوامل بیولوژیکی.
- ایجاد موقعیت بحران زا در تحولات حوزه خانواده و ازدواج در صورت عدم توجه به بیکاری و مضیقه ازدواج جوانان.

- بالابردن سطح دانش و فرهنگ زندانیان و تشویق آنان به پای بندی به اصول اخلاقی و اجتماعی در جلوگیری از اشاعه رفتارهای پرخطر و بیماری های خطرناکی از جمله ایدز، هپاتیت B و هپاتیت C در زندان.
- تأکید بر اهمیت آموزش های بهداشت جنسی و نقش مثبت آنها در پیشگیری از پیامدهای منفی مانند حاملگی های ناخواسته، بیماری های مقاربتی، سوء استفاده های جنسی، خشونت های جنسی، سرخوردگی های جنسی و ...
- توجه ویژه زوجین به رفتارهای پوششی در خانواده، عفاف کلامی، مراقبت های ویژه در مورد کنجکاوی های کودکان و نوجوانان در مسائل جنسی و تنزیه محیط زندگی از تحریکات جنسی.

جدول شماره ۳- مهمترین یافته های اولیه بدست آمده در مقالات مورد جستجو

مهمترین یافته ها	عامل
تأکید بر اهمیت خانواده به عنوان یکی از ایمن ترین شیوه های کسب اطلاعات در خصوص بهداشت باروری و ابعاد مذهبی آن (با در نظر گرفتن مسئله حیا و عفت و عادات و سنن اجتماعی خاص جامعه) و آشنایی ارائه کنندگان خدمات بهداشتی به توصیه های اسلامی در خصوص بهداشت باروری و تسهیل انتقال آن به ارائه کنندگان خدمات بهداشتی می تواند یکی از عناصر اصلی در ارتقاء بهداشت باروری باشد.	تأکید دین اسلام بر بهداشت باروری
افزایش دسترسی به رسانه های مکتوب و جذاب آموزشی و هماهنگی هرچه بیشتر بین خانواده، کادر بهداشتی و معلمین در ارائه این آموزش ها و جلوگیری از دوگانگی در آموزش مورد توجه قرار گیرد.	آموزش به نوجوانان و جوانان در خصوص بهداشت باروری
محوریت وزارت بهداشت در برنامه ریزی، اجرا و پیاده شدن محتویات بسته جامع خدماتی، لازم است تا مشارکت سایر نهادها، بخصوص وزارت آموزش و پرورش و نهادهای فرهنگی جلب شود. به علاوه برای پایش عملکرد مراکز و برقراری و حفظ استانداردها، لازم است تا یک نظام ارزشیابی خارجی مستمر، بر فعالیت های این مراکز و نحوه ارائه خدمات مربوط نظارت کند.	ارتقاء کیفیت خدمات مراکز ارائه کننده خدمات بهداشت باروری در کشور
موضوع های حساس همچون اطلاعات، نگرش و رفتارهای پرخطر نوجوانان نسبت به بهداشت باروری و جنسی و حتی مسائل مربوط به سلامت فردی، تغذیه، ورزش نوجوانان و بیماری های مقاربتی اغلب کنار گذاشته شده اند. از آنجا که هرگونه برنامه ریزی جهت کسب آمادگی دختران در رویارویی با مسایل بلوغ و بهداشت باروری باید بر اساس اطلاعات دقیق در مورد الگوی رفتاری و نیازهای آموزشی آنها صورت گیرد.	وجود باورهای نادرست بین نوجوانان و جوانان در خصوص مسائل باروری و ازدواج
	تأکید بر مشاوره قبل، حین و بعد از ازدواج

مهمترین یافته ها	عامل
<p>اعتقاد به تأخیر در فعالیت جنسی تا زمان ازدواج در اکثریت قشر جوان به نظر می رسد که تا بحال فاکتور فرهنگی و اجتماعی مهمی در کنترل رفتار های جنسی خطرناک و پیشگیری از بیماری های مقاربتی و ایدز در قشر نوجوان و جوان ما بوده است، که حفظ این اعتقاد باید مد نظر مسئولین بهداشتی جامعه قرار گیرد.</p>	<p>نگرش مثبت دانشجویان در خصوص روابط جنسی مشروع در قالب ازدواج</p>
<p>آموزش های مرتبط با پیشگیری از بیماری های مقاربتی، دسترسی به خدمات بهداشتی - درمانی مرتبط با بیماری های مقاربتی از مهم ترین حقوق نوجوانان و جوانان محسوب می شود.</p>	<p>دستیابی به خدمات بهداشت باروری به عنوان یکی از حقوق اصلی نوجوانان و جوانان</p>
<p>میزان علائم افسردگی و خشونت خانوادگی در میان زنان بالا می باشد. برنامه های بهداشتی پیشگیری روانی بایستی توسعه یافته و اجرا گردد. خشونت بر پایه جنسیت یکی از فاکتورهای خطر برای علل عوارض جانبی سلامت باروری برای زنان سرتاسر جهان است. به ویژه، خشونت شریک زندگی (IPV) با افزایش خطر HIV، عفونت های منتقله از راه جنسی (STIs)، بارداری های ناخواسته و کاهش بارداری ارتباط دارد.</p>	<p>خشونت خانوادگی علیه زنان</p>
<p>یافته ها ضرورت جلب حمایت در میان جوانان و خانواده های آنان برای به تأخیر انداختن ازدواج، اجرای قوانین موجود بر روی حداقل سن ازدواج و تشویق مدرسه، بهداشت و دیگر مقامات برای حمایت از زنان جوان در مذاکره با پدر و مادر آنها جهت به تأخیر انداختن ازدواج آنها را تأکید می کند.</p>	<p>کاهش سن اولین مقاربت جنسی در جوانان در جوامع غربی و تأخیر در ازدواج</p>
<p>بیماران مبتلا به بیماری های منتقله از راه جنسی نماینده گروه قابل شناسایی دارای خطر بالای عفونت HIV هستند. این مطالعه نشان داد که عوامل خاصی وجود دارد که خطر عفونت HIV در بین بیماران مراجعه کننده به درمانگاه های عمومی عفونت های منتقله از راه جنسی را بالا می برد. بنابراین بایستی به چنین افراد دارای خطر بالا خدماتی به عنوان جلوگیری و کنترل انتقال HIV داده شود.</p>	<p>افزایش شیوع بیماری های مقاربتی در جوامع شرق آسیا</p>

عامل	مهمترین یافته ها
ایجاد بستر مناسب جهت دسترسی نوجوانان و جوانان به اطلاعات بهداشت باروری	ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی باید اطلاعات و خدماتی که نوجوانان نیاز به انتخاب در زندگی جنسی خود دارند را فراهم آورند، اما معمولاً موفق به انجام این کار نمی شوند. کشورهای آمریکای لاتین با مشکلات مشابه مواجه هستند. موانع دسترسی به خدمات پیشگیری از بارداری از سطوح مختلفی سرچشمه می گیرد: نوجوانان و شریک جنسی آنها، سیستم بهداشت و آموزش و فاکتورهای فرهنگی اجتماعی.
تقویت آموزش پزشکان در سیستم های ارائه خدمات بهداشتی - درمانی	توجه و تمرکز بر کیفیت مراقبت و تقویت آموزش پزشکان از ارکان اصلی بهداشت باروری جوانان می باشد. مشارکت در برنامه های ویژه نظیر برنامه کوپن منجر به افزایش دانش، شیوه های بهبود یافته و به میزان کمتری تغییر در نگرش می شود. برنامه کوپن رقابت با حمایت فنی برای پزشکان شرکت کننده می تواند یک استراتژی حمایت کننده برای اجرای تغییر باشد.

بحث و نتیجه گیری:

از یافته های مطالعه چنین برمی آید که موضوع های مهم و حساسی نظیر نگرش نوجوانان و جوانان درخصوص مسائل مرتبط با بهداشت باروری متأثر از عوامل متعددی می باشد. از جمله این عوامل باورها و اعتقادات مذهبی، آموزش های مورد نیاز این گروه سنی درخصوص بهداشت باروری، کیفیت خدمات ارائه شده در مراکز مشاوره و دسترسی به منابع اطلاعاتی نظیر اینترنت و غیره می باشند.

توجه به نیازهای بهداشت باروری نوجوانان و جوانان که مادران آینده را تشکیل می دهند، از مهم ترین الویت های بهداشتی می باشد. از عمده ترین خطرات سلامتی مرتبط با بهداشت باروری در زنان، بیماری های منتقله جنسی، حاملگی زودرس و ناخواسته و سقط های خطرناک می باشند. شواهد موجود نشان می دهد که خطرات جدی برای سلامت نوجوانان، خصوصاً برای دختران، زمانی اتفاق می افتد که فعالیت جنسی در آنها آغاز گردد. هر چه سن شروع فعالیت جنسی پائین تر باشد، خطرات احتمالی و عوارض بیشتر خواهد بود. در بسیاری از کشورها، درصد زیادی از افراد در سنین نوجوانی فعالیت جنسی خود را آغاز می نمایند. به طوریکه سن اولین تماس جنسی در این

کشورها بین ۱۳ تا ۱۵ سالگی است. اگر چه شواهد نشان می دهد که تماس جنسی زود هنگام در نوجوانان ایرانی به مراتب کمتر از آمار بسیاری از کشورها است؛ ولی طبق مطالعه ای که توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۷ در تهران انجام شده است، کمی بیش از ۲۵ درصد پسران نوجوان تماس جنسی داشته اند که بیش از ۵۰ درصد آنان اولین تجربه جنسی خود را در قبل از ۱۵ سالگی داشته اند (۶-۱۸).

با توجه به جمعیت بسیار جوان، طبیعی است عدم توجه به نیازهای بهداشت باروری آنان، در آینده نه چندان دور کشور را به در معرض خطرات جدی جسمی و اجتماعی قرار داده و از تبعات مستقیم آن افزایش خطر موج سوم اپیدمی HIV خواهد بود (۷، ۱۹).

شیوع این عفونت و سایر عفونت های منتقله از راه تماس های جنسی در ایران در سطح پایین می باشد و تاکنون بیش از ۹۰ درصد افراد آلوده به عفونت HIV شناسایی شده مرد بوده اند، چرا که مهم ترین راه انتقال تاکنون از طریق تزریق مواد به روش غیر بهداشتی بوده است، ولی تجربه سایر کشورهای جهان نشان داده است که موج سوم همه گیری که از طریق تماس جنسی است، خطر بیشتری به زنان تحمیل نموده و به صورت جدی و به سرعت می تواند به یک معضل سلامت برای خانم ها تبدیل شود. چالش های بزرگی که در مدیریت این بیماری ها وجود دارد، مخفی بودن عمده بار حاصل از این عفونت ها، همه گیری سریع و انفجاری آنها و مدیریت پیچیده آنها به دلیل محدودیت ها و معذوریت های فرهنگی و حصارهای اجتماعی است (۲۸ - ۳۲).

تماس های جنسی غیرایمن و خارج از چارچوب روابط مشروع تعریف شده، به عنوان بزرگ ترین تهدید سلامت باروری برای زنان ایرانی محسوب می شود که اگر چه نسبت به سایر کشورها از فراوانی پایین تری برخوردار است؛ ولی روند افزایشی آن باید به عنوان یک تهدید جدی تلقی گردد. عوامل مهم چنین رفتارهایی را می توان به صورت خلاصه به شرح زیر بیان نمود.

جوان بودن جمعیت.

مهاجرت بالای جوانان برای تحصیل و یا کسب درآمد.

بالا رفتن سن ازدواج به دلایل متعدد اجتماعی و اقتصادی.

رسوخ فرهنگ های غربی در جامعه.

تغییر نگاه های مذهبی و کم شدن نقش باورهای دینی به عنوان مهم ترین عامل کنترل رفتارهای جنسی خارج از چارچوب خانواده.

دانش کم و محدود جوانان و اختصاصاً زنان در سنین پایین به مباحث بهداشت باروری.

گسیختگی کانون گرم خانواده در درصدی از جامعه که به صورت مسری می تواند در تخریب کانون سایر خانواده ها و سلامت جامعه تأخیر مخرب بگذارد.

با توجه به دلایل فوق الذکر باید سعی گردد تا به صورت هماهنگ با افزایش دانش کاربردی نوجوانان و جوانان، نشان دادن عینی خطرات تماس های جنسی غیر کنترل شده به خصوص خارج از چارچوب تعریف شده خانواده به جوانان و بزرگ نمودن عواقب غیرقابل برگشت آن، ترغیب آنها به محدود نگاه داشتن روابط جنسی در دایره زناشویی، ترویج استفاده از روش های مؤثر پیش گیری، تقویت کانون های خانواده و تلاش در جهت کاهش سن ازدواج با آسان سازی شرایط زمینه بروز آلودگی های مربوطه را به حداقل رساند (۳۳-۳۵).

البته لازم به ذکر است که روابط جنسی غیر سالم در جامعه علاوه بر سلامت جسم، سلامت روح و روان، و سلامت اجتماعی را به شدت تحت تأثیر قرار داده و سلامت معنوی را نیز تخریب می کند. نگاهی تطبیقی به سایر جوامع در حال توسعه و واقعیت های مربوط در کشور در دهه اخیر نیز نشان می دهد، بدون دنبال نمودن سیاست منسجم کشوری در مواجهه با موج شدید حاصل از تماس های جنسی در خارج از دایره خانواده می توان بنیادهای اجتماعی را به شدت تحت تأثیر قرار دهد. این در حالی است که به نظر می رسد در مباحث کلیدی ابتدایی همانند نحوه تماس و معاشرت های اجتماعی زنان و مردان و همچنین نحوه پوشش بدنی سوالات بی جواب بسیاری باقی مانده است که برای رسیدن به یک راهکار مورد قبول اجتماعی باید روند طولانی و پیچیده ای را طی نمود (۳۶،۳۷).

تجربه سایر کشورهای جهان نشان داده است که موج سوم همه گیری که از طریق تماس جنسی است، خطر بیشتری به زنان تحمیل نموده و به صورت جدی و به سرعت می تواند به یک معضل سلامت برای خانم ها تبدیل شود. چالش های بزرگی که در مدیریت این بیماری ها وجود دارد، مخفی بودن عمده بار حاصل از این عفونت ها، همه گیری سریع و انفجاری آنها و مدیریت پیچیده آنها به دلیل محدودیت ها و معذوریت های فرهنگی و حصارهای اجتماعی است (۳۸-۴۲).

البته لازم به ذکر است که روابط جنسی غیر سالم در جامعه علاوه بر سلامت جسم، سلامت روح و روان، و سلامت اجتماعی را به شدت تحت تأثیر قرار داده و سلامت معنوی را نیز تخریب می کند. نگاهی تطبیقی به سایر جوامع در حال توسعه و واقعیت های مربوط در کشور در دهه اخیر نیز نشان می دهد، بدون دنبال نمودن سیاست منسجم کشوری در مواجهه با موج شدید حاصل از تماس های جنسی در خارج از دایره خانواده می توان بنیادهای اجتماعی را به شدت تحت تأثیر قرار دهد. این در حالی است که به نظر می رسد در مباحث کلیدی ابتدایی همانند نحوه تماس و معاشرت های اجتماعی زنان و مردان و همچنین نحوه پوشش بدنی سئوالات بی جواب بسیاری باقی مانده است که برای رسیدن به یک راهکار مورد قبول اجتماعی باید روند طولانی و پیچیده ای را طی نمود (۳۶،۳۷).

تجربه سایر کشورهای جهان نشان داده است که موج سوم همه گیری که از طریق تماس جنسی است، خطر بیشتری به زنان تحمیل نموده و به صورت جدی و به سرعت می تواند به یک معضل سلامت برای خانم ها تبدیل شود. چالش های بزرگی که در مدیریت این بیماری ها وجود دارد، مخفی بودن عمده بار حاصل از این عفونت ها، همه گیری سریع و انفجاری آنها و مدیریت پیچیده آنها به دلیل محدودیت ها و معذوریت های فرهنگی و حصارهای اجتماعی است (۳۸-۴۲).

البته لازم به ذکر است که روابط جنسی غیر سالم در جامعه علاوه بر سلامت جسم، سلامت روح و روان، و سلامت اجتماعی را به شدت تحت تأثیر قرار داده و سلامت معنوی را نیز تخریب می کند. نگاهی تطبیقی به سایر جوامع در حال توسعه و واقعیت های مربوط در کشور در دهه اخیر نیز نشان می دهد، بدون دنبال نمودن سیاست منسجم کشوری در مواجهه با موج شدید حاصل از تماس های

جنسی در خارج از دایره خانواده می توان بنیادهای اجتماعی را به شدت تحت تأثیر قرار دهد(۴۶) - (۴۳).

از محدودیت های مطالعه این بود که فقط مقالات زبان فارسی و انگلیسی جستجو شد که طبیعتاً ما را از اطلاعات مهم سایر زبان ها محروم می کند. یا اینکه بسیاری از مطالب مهم ممکن است به صورت مقاله چاپ نشوند و در grey literature وجود داشته باشند که دسترسی ما به آنها کم بوده است.

به نظر می رسد که الگو بومی شده و منطبق بر فرهنگ دینی و ایرانی باید به صورت جامع طراحی شود که به همه مباحث از جمله تعریف دقیق مرتبط با بهداشت باروری پرداخته و بعد از تبیین اصول و راهبردهای کلان به جزئیات و شیوه عملیاتی کردن آنها واقع بینانه بپردازد. مستندات نشان می دهد که چنین برنامه ای تاکنون به صورت جامع طراحی نشده است و اگر شده، جامع و مانع و بر اساس مستندات نبوده است. مرور ساختاریافته مستندات به خصوص در کشورهای دیگر اطلاعاتی ذی قیمتی در مورد تجربیات آن کشورها در خصوص شیوه آموزش این مباحث، نقش هر یک از افراد و واحدهای جامعه در ارتقاء دانش و تصحیح عملکرد جوانان در موضوع بهداشت باروری ارائه نموده است که باید این تجربیات بر اساس شرایط بومی کشور و بر اساس مستندات موجود تعدیل و کاربردهای آنها روشن شود.

منابع

۱. رفائی شیرپاک خسرو، بهداشت جنسی، در: فاتحی حسین و همکاران، کتاب جامع بهداشت عمومی (جلد سوم)، چاپ اول، ارجمند، تهران، ۱۳۸۳، ۱۲۷۶-۱۲۸۱.
2. Minister of Health, Canadian Guidelines for Sexual Health Education. Minister of Health Community Acquired Infections Division Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Canada, 2003.
۳. رمضان زاده فاطمه، حق الهی فدیه و همکاران، وضعیت مراکز موجود ارائه خدمات سلامت باروری به نوجوانان و جوانان در ایران، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۷، شماره ۴، ۱۳۸۸، صص: ۱۰-۱.
۴. کرامتی محمدرضا، اسفندیاری محمدرضا، محبوب عشرت آبادی حسن، تأثیر برنامه بهداشت بلوغ بر آگاهی، نگرش و سلامت عمومی نوجوانان، مجله اندیشه های نوین تربیتی، دوره ۵، شماره ۱، ۱۳۸۸، صص ۵۰-۳۵.
۵. خسروی زهره، بررسی کیفی نقش عملکرد خانواده در بروز رفتارهای مخاطره آمیز نوجوانان، مجله مطالعات روانشناختی، دوره ۳، شماره ۴، ۱۳۸۶، صص ۶۸-۴۵.
۶. رحمتی نجار کلائی، فاطمه و همکاران. عوامل فردی مؤثر در اتخاذ رفتارهای پرخطر منجر به ایدز: یک مطالعه کیفی. فصلنامه پایش، سال دهم شماره دوم بهار ۱۳۹۰ صص ۲۲۱-۲۰۵.
۷. رفاهی، ژاله. آموزش مهارت های زندگی راهکار پیشگیری از آسیب های اجتماعی نوجوانان. فصلنامه رهیافتی نو در مدیریت آموزشی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، سال اول، شماره دوم، زمستان ۸۷، صص ۱۴۶-۱۳۱.
۸. مرکز آمار ایران، سالنامه آماری کشور سال های ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۶ (<http://amar.sci.org.ir>)
۹. مرکز امور زنان و خانواده ریاست جمهوری، گزارش تحول وضعیت زنان طی سال های ۱۳۸۵-۱۳۵۵، ۱۳۸۵، <http://stat.women.gov.ir/statistic>
۱۰. صادقی فسایی س، کلهر س. ابعاد شکاف جنسیتی و میزان تحقق کاهش آن در برنامه سوم توسعه. پژوهش زنان، دوره ۵، شماره ۲، پائیز ۱۳۸۶: ۲۸-۵
۱۱. ام البنین چابکی، آموزش و جنسیت در ایران، مطالعات زنان، سال اول، شماره ۲، ۱۳۸۲
۱۲. طهرانی بنی هاشمی آ، امیرخانی م، حق دوست ع و همکاران. سواد سلامت در ۵ استان کشور و عوامل مؤثر بر آن. گام های توسعه در آموزش پزشکی بهار و تابستان ۱۳۸۶؛ ۱۴(۱): ۹-۱.

۱۳. مرکز آمار ایران، مرگ و میر کودکان در ایران، روندها و شاخص‌ها (۱۳۳۵-۱۴۰۰)
(<http://amar.sci.org.ir>)
۱۴. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت. مطالعه ملی بار بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران، ۱۳۸۶
۱۵. نوربالا ا ع، محمد ک. بررسی سلامت و بیماری در ایران. مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور. خرداد ۱۳۸۰
۱۶. نقوی م، جمشیدی ح ر. بهره‌مندی از خدمات سلامت سال ۱۳۸۱ در جمهوری اسلامی ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، ۱۳۸۴
۱۷. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت. سیمای جمعیت و سلامت در جمهوری اسلامی ایران (DHS) ۱۳۷۹
۱۸. زالی م ر، محمد ک، مسجیدی م ر. بررسی سلامت و بیماری در ایران ۷۰-۱۳۶۹. نشریه شماره ۲۵ کل کشور. معاونت پژوهشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. تیر ۱۳۷۲.
۱۹. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر آمار و فن آوری اطلاعات
(<http://sit.behdasht.gov.ir>)
۲۰. موحدی م، حجاری‌زاده ب، رحیمی ا و همکاران. روند تغییرات شاخص‌های مهم سلامت و الگوی نابرابری جغرافیایی آنها در جمعیت روستایی کشور. مجله پژوهشی حکیم، زمستان ۸۶، دوره دهم، شماره چهارم
21. Moradi-Lakeh M, Ramezani M, Naghavi M. Equality in Safe Delivery and Its Determinants in Iran. Arch Iranian Med 2007; 10 (4): 446 – 451
۲۲. رضائی تهرانی ف، حجازی ف، افلاکی س. عوامل مؤثر بر استفاده صحیح از روش‌های پیشگیری از بارداری. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی قزوین. شماره ۱۴، تابستان ۱۳۷۹، ص ۳۷
23. Loretta E. Gavin. A Review of Positive Youth Development Programs That Promote Adolescent Sexual and Reproductive Health. Journal of Adolescent Health. 2010.
24. Kari M. Gloppen. Confidence as a Predictor of Sexual and Reproductive Health Outcomes for Youth. Journal of Adolescent Health. 2010.
25. Dorothy Shaw. Access to sexual and reproductive health for young people: Bridging the disconnect between rights and reality. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2009.

26. Negussie Taffa. Reproductive health perceptions, beliefs and sexual risk-taking among youth in Addis Ababa, Ethiopia. Patient education and counseling. 2003.
27. Jocelyn DeJong. The Sexual and Reproductive Health of Young People in the Arab Countries and Iran. Reproductive Health Matters. 2005.
28. Commentary. Commentary: Future Directions for Positive Youth Development as a Strategy to Promote Adolescent Sexual and Reproductive Health. Journal of Adolescent Health. 2010.
29. Johanne Sundby. Young people's sexual and reproductive health rights
30. .Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. 2006.
31. Alethea Mashamba. Youth reproductive health services in Bulawayo, Zimbabwe. Health & Place. 2002.
32. Ian Askew. The Contribution of Sexual and Reproductive Health Services to the Fight against HIV/AIDS: A Review. Reproductive Health Matters. 2003.
33. Adrienne Germain. Women's groups and professional organizations in advocacy for sexual and reproductive health and rights. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2009.
34. Brigitte M Holzner. Youth, Sexuality and Sex Education Messages in Indonesia: Issues of Desire and Control. Reproductive Health Matters. 2004.
35. Editorial. What Teenagers Are Doing Right: Changes in Sexual Behavior over the Past Decade. Journal of Adolescent Health. 2004.
36. Kevin James Harvey. 'Am I normal?' Teenagers, sexual health and the internet. Social Science & Medicine. 2007.
37. Cherrie B. Boyer. Youth United Through Health Education: Community-Level, Peer-Led Outreach to Increase Awareness and Improve Noninvasive Sexually Transmitted Infection Screening in Urban African American Youth. Journal of Adolescent Health. 2007.
38. WILLIAM R. BRIEGER. West African Youth Initiative: Outcome of a Reproductive Health Education Program. Journal of Adolescent Health. 2001.
39. Liberty Eaton. Unsafe sexual behavior in South African youth. Social Science & Medicine. 2003.
40. Melanie Gallant. School-based HIV prevention programs for African youth. Social Science & Medicine. 2004.
41. Angela Zamora. Using biology to teach adolescents about STD transmission and self-protective behaviors. Applied Developmental Psychology. 2006.
42. Nancy H. Busen. What African-American Middle School Youth Report About Risktaking Behaviors. Journal of Pediatric Health Care. 2006.
43. Diane M. Straub. HIV Prevention Education and Testing among Youth: Is There a Correlation? Journal of Adolescent Health. 2007.
44. DOUGLAS B. KIRBY. The "Safer Choices" Intervention: Its Impact on the Sexual Behaviors of Different Subgroups of High School Students. Journal of Adolescent Health. 2004.

45. Eleanor Maticka-Tyndale. Peer-led interventions to reduce HIV risk of youth: A review Evaluation and Program Planning. 2010.
46. M. Jane Park. The Health Status of Young Adults in the United States. Journal of Adolescent Health. 2006.

پیوست شماره ۵: نتایج حاصل از مصاحبه ها

روش بررسی

پژوهش حاضر کاربردی و از نوع توصیفی بود که به صورت کیفی در سال ۱۳۹۰ انجام پذیرفت. در این مطالعه، نمونه پژوهش (۱۴ نفر) با روش هدفمند و طبقه ای انتخاب شد. نمونه گیری تا جایی انجام پذیرفت که به سطح اشباع رسید. در پیدا کردن این نمونه ها از روش گلوله برفی نیز استفاده گردید. این افراد بر اساس نمونه ها شامل افرادی با سابقه علمی، تحصیلات، پژوهشی و اجرایی و عضویت در کمیته های مرتبط، داشتن تألیف در این زمینه انتخاب شدند. روانشناسی بالینی، جامعه شناسی پزشکی، مشاوره بالینی مراکز دانشگاهی، مرکز مشاوره خانواده. ۱۱ مصاحبه رو در رو و ۳ مصاحبه به صورت تلفنی انجام پذیرفت. سپس کل مصاحبه پیاده سازی شد. متوسط زمان مصاحبه ها ۷۵ دقیقه بود. دو سؤال باز در خصوص چالش ها و راهکارهای بهداشت باروری نوجوانان و جوانان کشور در مصاحبه ها مورد پرسش قرار گرفت؛ به نحوی که مصاحبه شوندگان بتوانند دیدگاه ها و اعتقادات خود را پیرامون موضوع بیان نمایند. در ابتدا ۴ مورد از مصاحبه ها به صورت عمیق انجام شد تا فهم بهتری از موضوع و وضعیت آن در جامعه هدف پیدا شود. همچنین مواردی که باید در حین مصاحبه های نیمه ساختاریافته مورد نظر قرار گیرد، شناسایی شد. در ادامه، مصاحبه ساختاریافته با ده نفر صورت پذیرفت. برای تحلیل داده های حاصل از روش تحلیل چارچوبی^۱ مشتمل بر ۵ مرحله آشناسازی^۲، شناخت چارچوب مفهومی^۳، کدگذاری^۴، ترسیم جداول^۵ و نگاشت و تفسیر^۶ استفاده شد.

¹ Framework analysis

² Identifying

³ Identifying a Thematic Framework

⁴ Indexing

⁵ Charting

⁶ Mapping and Interpretation

طی مرحله آشنایی فرمی حاوی اطلاعات مربوط به افراد و خلاصه ای از محتوای هر مصاحبه تدوین شد. برای تدوین فرم راهنمای مفهومی اولیه، جلسات مکرری بین پژوهشگران برگزار شده و در این مورد بحث و تبادل نظر انجام شد؛ چارچوب مفهومی بر اساس مدل پروسد-پروسید تدوین گردید که در مرحله کد گذاری مصاحبه های مرحله آشناسازی چندین بار این چارچوب مفهومی اصلاح شد. سپس، یافته های حاصل از مستندات مصاحبه بر اساس چارچوب و به صورت جداگانه کد گذاری شده و فهرستی از این کدها به همراه ارتباط آنها با چارچوب مفهومی از این مصاحبه ها استخراج گردید. در این مرحله به هر کدام از بخش های مصاحبه افراد یک یا دو کد اختصاص یافت که طی جلسات گروه و تیم تدوین سند بعضی از این کدها تغییر پیدا نمود. بعد از تفکیک کد گذاری انجام شده جدول موضوعی و نمودار درختی حاصل از کل مصاحبه ها ترسیم و در نهایت تفسیر به صورت گزارش توصیفی نگاشته شد.

یافته ها

در انتهای مطالعه کیفی، یافته ها در سه بخش موضوع شناسی، چالش ها و راهکارهای بهداشت باروری نوجوانان و جوانان تقسیم بندی گردید؛ در بخش موضوع شناسی ۵ مفهوم، در بخش چالش ها ۷ مفهوم اصلی و ۲۷ چالش و در بخش راهکارها ۹۰ راهکار کلان شناسایی، که در ادامه به توضیح آنها پرداخته می شود.

بخش اول- موضوع شناسی بهداشت باروری

مفهوم اول- فلسفه سلامت و تعامل آن با انسان شناسی:

گروهی از خبرگان بر این عقیده بودند که با توجه به اختلاف نگاه به انسان در پارادایم های فکری و فلسفی موجود مفهوم و فلسفه سلامت متفاوت خواهد بود و این مسأله بین تمدن اسلام و تمدن غرب به ویژه مدرنیته وجود دارد. " در اسلام غایت امر انسان قرب الی الله است و این سیر یک موضوع ابدی است و انسان در این دنیا مادی به ابزاری برای رشد و تکامل سریع برای تحقق این سیر دست می یابد و بر اساس چنین فلسفه ای، فلسفه رشد و کمال انسان شکل می گیرد، لذا رفاه

امور دنیایی هدف میانی برای این امر می باشند" (م ۲). "غایت سلامت انسان در اسلام نمی تواند رفاه باشد، بلکه کمال انسان است که در حاشیه آن مفاهیم مانند رشد، سعادت، رضایت و قرب الهی شکل می گیرد" (م ۸). هر چیزی که خلاف رشد انسان و قرب الی الله باشد سلامت انسان را با مشکل مواجه می سازد" (م ۸). بنابراین "حاکمیت سالم، حاکمیتی است که روش های زیستن و امتیازات اجتماعی را، زمینه های اجتماعی را در جهت قرب الی الله تعیین می کند" (م ۸). لذا "مفهوم سلامت نمی تواند بدون مفهوم گستره وجودی انسان تعریف شود (م ۸) و در این میان "سلامت قلب و باطن انسان که ابدی است از اهمیت و جایگاه ویژه ای برخوردار است (م ۷).

مفهوم دوم - رابطه دین با ابعاد وجودی انسان:

از آنجا که انسان موجود مختاری است و باید با اراده خود مسیر سعادت را طی نماید هدایت انسان برای انتخاب صحیح یکی از الزامات رشد و کمال انسان است (م ۲). بنابراین هدایت انسان به نحوی که سلامت در تمام گستره وجودی او تحقق یابد حائز اهمیت می باشد. از سوی دیگر "فلمرو دین، کلیه حوزه های اختیاری انسان را که در رفتار تجلی می یابد شامل می گردد؛ اعم از رابطه فرد با خدا، با دیگران، با خودش و طبیعت می باشد که از عمق افکار و عقاید شروع و از احساسات و عواطف عبور و به رفتار ختم می گردد" (م ۳).

مفهوم سوم - انواع تمایلات انسانی برای رشد و کمال:

خداوند برای رشد و کمال انسان سه نوع تمایل و یا نیرو قرار داده است که دوتای آن غریزی و یکی از نوع فطری است: "در نوع اول در بدو تولد خودش کوفتا بوده و نیاز به گذشت زمان و معلم یا مربی ندارد. مانند شیر خوردن نوزاد از پستان مادر.

نوع دوم غریزی است که شکوفایی و فعلیت یافتن آن ها نیاز به گذشت زمان دارد، اما نیاز به مربی یا معلم ندارد، مگر این که بخواهیم آن را هدایت کنیم مانند غریزه جنسی، غریزه جاه یا مال پرستی. غریزه جنسی از غرایزی است که از سن ۱۳ یا ۱۴ سالگی در پسرها و از ۱۱ سالگی در دخترها محقق می شود.

نوع سوم تمایل که به فطرت نام برده می‌شود، هم نیاز به گذشت زمان دارد و هم مربی و معلم تا اختیار انسان به سعادت تعریف شده انسان تعلق گیرد و انبیاء برای همین منظور آمدند. مانند حقیقت جویی و خداپرستی " (م ۴).

بر اساس این یافته‌ها می‌توان چنین دریافت آنچه که حائز اهمیت است با شکوفایی فطرت، غرایز نیز در راستای رشد انسان همسو با فطرت می‌گردد و این موضوع حد، میزان و چگونگی پاسخگویی به غرایز را مشخص می‌نماید. از آنجا که دین الهی همان فطرت است، دین با ابعاد مذکور می‌تواند سبکی از زندگی را ایجاد نماید که منجر به تحقق سلامت در تمام گستره وجودی انسان گردد. با توجه به آنکه در جامعه اسلامی، هدف اقامه دین و شکوفایی فطرت است و یا به عبارت دیگر ایجاد جامعه دینی است؛ در این راستا مؤلفه‌های آگاهی، عقیده و اختیار انسان و هدایت تمایلات او برای تصمیم‌گیری صحیح بر اساس معیارهای دینی و فطری و به بهترین عبارت تربیت دینی و اسلامی افراد جامعه بسیار مهم می‌باشد. " دو نوع لذت در ذات انسان ممکن است رخ بدهد: یک لذت برخواسته از نیازهای طبیعی و زیستی انسان و یک لذت برخواسته از نیازهای فطری انسان. نیازهای طبیعی یا نیازهای فیزیولوژیک انسان، مثل نیاز جنسی، نیاز حاصل از خوردن. می‌تواند لذتی را به بار بیاورد، اما این لذت زمانی که با نیازهای فطری هماهنگ نباشد، دستخوش تغییر می‌شود و در کوتاه مدت یا دراز مدت، با فقدان شدید التذاذ همراه می‌شود (م ۸). نیازهای زیستی با نیازهای تقرب به خدا و عبودیت (نیازهای فطری) انطباق کامل و همپوشی کامل پیدا می‌کند. اگر این مسئله را بفهمیم، آن وقت می‌توانیم بهداشت باروری را در قالب همین مفهوم شکل بدهیم، به شرط اینکه اسلام را مقطعی نبینیم و آن را به عنوان یک نظام جامع و پویا بنگریم " (م ۸).

مفهوم چهارم - نحوه تربیت و مداخلات برای رشد:

کار تربیت اسلامی بر دو رکن استوار است که موضوع بحث رشد می‌باشد؛ اول: شناخت اصول رشد و پیاده‌سازی آن در زندگی (تحلیه) مثلاً برای رشد گیاه ابتدا باید استعدادها و اصول رشد را شناخت و متناسب با آنها برای رشد استعدادها برنامه‌ریزی نمود. دوم: عواملی که از رشد جلوگیری می‌کنند را شناخت و سپس آنها را از بین برد (تخلیه). در ارتباط با قوه غریزه نیز به همین منوال می‌باشد، لذا باید در این مسیر سه گام برداشته شود: گام اول آموزش - شناخت استعداد قوه غریزه

جنسی: غده‌هایی که در سن خاصی در آنها ترشح زیاد می‌شود و از نظر تغییرات هورمونی و فیزیولوژی موضوع منتقل می‌گردد. که این موضوع باید کاملاً طبیعی و عادی مانند رشد دست و پا توضیح داده شود. گام دوم تعلیم - مسأله اساسی آن است که چه کاری باید اتفاق صورت پذیرد که این رشد رشد متعالی باشد یعنی رشد زودرس نشود، از آن ضربه‌ای نینیم و به آن هم ضربه‌ای نزنیم. لذا در اسلام آموزش و دستورالعمل وجود دارد. گام سوم - تزکیه از ماده زکی یعنی رشد و نمو صالح: برای اینکه قوه غریزی نیز تحت رشد و آنهم رشد متعالی قرار گیرد باید نکات و تدابیر مربوط به هر سنی برای رشد این قوه مدنظر قرار گیرد. چه تدابیری در نظر بگیریم که این اصول در جامعه انسانی و اسلامی پدیدار شود. در تعلیم آموزش داده می‌شود که استعداد چیست و اصول چیست. اما در تزکیه به تدابیری توجه می‌شود که زمینه پیاده‌سازی اصول را فراهم می‌آورد. در تربیت اسلامی وقتی که معرفت داده شود توسط آن عزم ایجاد می‌گردد در عزم باید مشارطه و برنامه ریزی صورت پذیرد تا اصول پیاده شود در امر برنامه ریزی کارکرد تزکیه آنست که تدبیر انجام شود که زمینه اجرا ایجاد شود و سپس نوبت به مرحله اجرا و مراقبه، محاسبه و مأخذ می‌رسد" (م ۱۳).

مفهوم پنجم - غریزه جنسی و انواع بلوغ:

"در بهداشت باروری در واقع، چالش اجتماعی و Problem (مسأله) ما این است که با یک پدیده‌ای روبرو هستیم که این پدیده معلول است و محصول و نتیجه است. محصول و نتیجه چیست؟ محصول یک رابطه است که رابطه ناشی از قوی‌ترین غریزه است. که خود غریزه جنسی برخلاف آنچه که تصور می‌شود که یک غریزه واحد است و نوعی التذاذ بین دو عضو جنسی است، یک غریزه بسیار پیچیده است. یعنی بخش‌هایی از حالات شخصیتی و تیپ زن و مرد است. و تقریباً با کل ابعاد وجودی انسان در ارتباط می‌باشد. ارتباط جنسی با جنس مخالف، گویا یک حالت معنوی بر آن حاکم است. غریزه جنسی، غریزه‌ای است که مرتب در حال شکل عوض کردن است. در رفتار غریزی، پدیده‌ای به نام حیا وجود دارد. غریزه جنسی قابل دفع نیست. فقط باید کانالیزه شود" (م ۸).

"ما باید حداقل های را در رسش (بلوغ) اجتماعی، فکری و عقلی که هر سه تقریباً دارای یک مفهوم هستند، در مقابل رسش جنسی - جسمی در نظر بگیریم. یک حد نصابی می خواهد که بر آن پایه سوار شود و این حد نصاب، هوش انتزاعی است. هوش انتزاعی، سن دارد یعنی عموم بچه ها در فرهنگ عمومی ما، مثلاً در ۱۳ سالگی یا ۱۴ سالگی، به هوش انتزاعی می رسند. منتها فراتر از این اکتسابی بودن آن است" (م ۸). بلوغ اجتماعی یک ماکزیمم دارد که اگر از آن ماکزیمم برسد، دیگر با اکتساب هم، بلوغ اجتماعی هم رخ نمی دهد. مثلاً اگر میوه رسیده را روی درخت بگذاریم بیشتر بماند تا رسیده تر شود، پس از مدتی مجدداً به حالت کالی و نارسی خود برمی گردد" (م ۸). دختر و پسر از یک سنی که بالاتر رفتند، حالت های انتزاعی نسبت به جنس مخالف، در حریم خانواده و نسبت به اجتماع در ارتباط با هویت جنسی شان، این آمادگی کاهش پیدا می کند و "خود میان بینی راجعه" پیدا می کند یعنی اگر فرد ازدواج نکرد و به یک سن خاصی رسید، انعطافش خیلی کم است (م ۸).

هوش هیجانی برمی گردد به بلوغ فکری - اجتماعی و رسش عاطفی که موجب ادراک هیجانات و عواطف طرف مقابل و ادراک هیجانات خود می شود. یعنی کیفیت برقراری روابط بهینه با همسر به عنوان جنس مخالف، شناخت هیجانات وی، یعنی شناخت تیپ شخصیتی و روانشناختی زن و برقراری روابط بهتر با او که البته موجب التذاذ بیشتر و آرامش بیشتر برای من و او می شود. چگونه می توانیم مهارت هایی را در زندگی مان کسب کنیم که اختلافات را کاهش بدهیم؟ از رسش عقلی استفاده می کنیم در حیطه اجتماع. در بحث بهداشت باروری باید به این نکته دقت کنیم که توان فهم دختر و پسر در چه حدی است؟ در این خصوص (برای انواع بلوغ که هر کدام بر بهداشت باروری تأثیر دارند) باید استانداردهایی را تعریف کنیم. اما یک سؤال مهم در این ارتباط این است که آیا ما می توانیم به بلوغ شرعی کفایت بکنیم؟ (م ۸). بر اساس تحقیق انجام شده عقل در شریعت همان هوش انتزاعی و عاطفی مصطح است. در زمان بلوغ جنسی فرد به سطحی از تمیز و اراده رسیده است تا تکلیف الهی را حمل نموده و انجام دهد (م ۳).

بخش دوم: چالش‌ها بهداشت باروری نوجوانان و جوانان کشور

مفهوم اول- دانش و تخصص لازم پیرامون موضوع:

بسیاری از خبرگان بر این عقیده بودند که مفاهیم پایه موضوع بهداشت باروری به ویژه در گروه هدف نوجوانان و جوانان به صورت نظری و عملیاتی تعریف نشده است. "یک سری مسائل Conceptual داریم که اصلاً تعریف نشده، حتی ما درک درستی از تحولات فیزیولوژیک نه بحث روان کودک (نداریم)، ما نه تعریف درستی از سلامت جنسی داریم و نه از Sexual Profile جمعیت خود آگاهیم" (م ۱۰). همچنین بر اساس نظر خبرگان در این زمینه واژه شناسی درستی نیز وجود ندارد. "Reproductive Health ترجمه بهداشت باروری برای آن صحیح نیست. زیرا پایه آن از آناتومی است" (م ۱۱) و در این زمینه بستر پژوهشی و انجام کارهای پژوهشی بنیادی و کاربردی مناسب نمی باشد. "به علت حساسیت موضوع کسی جرأت نمی کند در مورد این مباحث پژوهش انجام دهد" (م ۶). "متأسفانه اینکه چگونه این فرهنگ دینی شناسایی شود، چگونه این فرهنگ دینی در میان خانواده های ما نهادینه شود و در مقام اجرا، زمینه هایی که این فرهنگ بیشتر اثرگذاری شود، مشخص گردد، در این زمینه ها کار نشده است. اگر در این سه زمینه کار شود هم از نظر جنبه های دینی خیلی جامعه ما ارتقاء پیدا می کند و هم از لحاظ مسائل و مشکلات خانوادگی نتیجه بخش خواهد بود" (م ۱). "وقتی پیامدهای بهداشت باروری را بررسی می کنیم، مسائل دینی و بایدهای اجتماعی و بایدهای مبتنی بر فطرت وارد نشده است" (م ۸). "روانکاوها و روانپزشک ها و کسانی که به خصوص در این حوزه کار می کنند یا در بخش خصوصی مشاور زوجین هستند و تجربه هایی دارند که سیستم به طور عادی آنها را رصد نمی کند. یعنی تجربیات اینها به طور سیستماتیک جمع آوری نمی شود" (م ۱۰).

مفهوم دوم- وضعیت اجتماعی:

خبرگان، بالا رفتن سن ازدواج و فاصله آن با بلوغ جنسی و فکری را عامل اصلی بسیاری از ناهنجاری های مربوط به بهداشت باروری دانستند. "بزهکاری بچه ها و نوجوانان، زمینه های فشارهای جنسی دارد، از سوی دیگر برای ازدواج ناامید است (۱۵ سال بعد از نیاز جنسی می تواند

ازدواج کنند) و از سوی دیگر باید نیاز جنسی خود را ارضا نماید، لذا دچار انحراف جنسی می گردد" (م ۵).

در ساختار خانواده و همچنین بعد خانوار تغییر ایجاد شده است. "در حال حاضر بسیاری از خانواده ها تا ۱۲ - ۱۰ سال ابتدای زندگی، تک فرزند هستند (م ۸).

همچنین خبرگان، بالا بودن میزان طلاق و همچنین میزان زنان متعلقه و یا شوهر از دست داده را که درصد قابل توجهی از آنها نیز سرپرست خانوار می باشند، یکی دیگر از چالش های اجتماعی پیرامون بهداشت باروری برشمردند. "آمار نسبتاً بالای خانم های جوان و بدون همسر وجود دارد که ازدواج نکرده اند و از معرض انتخاب هم بیرون رفته اند که این به علت بالا رفتن حد زیبایی در خانم ها است. از لحاظ زیبایی، استیل بدنی و اقتصاد خانواده. آمار طلاق ۲۵٪-۲۰ است. این حداقل آمار طلاق است که باید بر روی آن تمرکز شود. بسیاری از آن ها سال های ابتدایی زندگی و بخش قابل توجهی از آن در دوران عقد است. از این تعداد معمولاً افراد کمی شانس انتخاب شدن مجدد دارند و یا باید به انتخاب های ضعیف تن دهند که اصلاً در آن بهداشت باروری رعایت نمی شود که این مجموعه در حدود ۶ میلیون نفر است. این ۶ میلیون نفر بایستی نیازهای جنسی و روانی آن ها یک جوری تأمین شود" (م ۸).

بر اساس نظر خبرگان میزان روابط جنسی خارج از چارچوب خانواده به ویژه در گروه سنی نوجوانان و جوانان افزایش یافته است. "اگر ما بگوییم یک چهارم جوانان زیر ۱۸ سال تا به آن سن (سن قانونی) می رسند لاقلاً تجربه یک بار تماس جنسی داشته باشند، این یک چهارم جمعیت را نمی توانیم کنار بگذاریم و یک درصد قابل توجهی از آنها رفتار جنسی دارند یا طیفی از رفتارهای جنسی را دارند (م ۱۰). "بلوغ جنسی پایین آمده است، اما بسیار نامحسوس می باشد. به ویژه در دوره ۳۰ ساله انقلاب، نکته ای که مهم است این است که سن اولین رابطه جنسی پایین آمده و میزان رابطه جنسی قبل از ازدواج افزایش یافته است. مشکل عشق های خیابانی و دوستی های خیابانی است که زیاد شده است (م ۱۱).

همچنین یافته‌های حاصل از مصاحبه نشان داد ارتباط جنسی با چند فرد در هر دو جنس افزایش یافته است. "آنچه که در تحقیقات در سطح دانشگاه انجام شده، وجود رابطه جنسی یک فرد با شرکای جنسی متعدد اثبات شده، در سطح دانش آموزان دبیرستانی، داشتن چند شریک جنسی و برقراری ارتباط جنسی با تعداد بیشتری افراد، نشان دهنده داشتن اعتماد به نفس برای دانش آموزان تلقی می‌شود و در واقع به نوعی مایه افتخار و مباحثات برای آنها است (م ۸)". افراد در دوره نوجوانی تک عشقی هستند، اما سه تا ۵ سال بعد از ازدواج تغییر کرده است. اما مسأله اینست که در همان ابتدا موضوع تک عشقی از بین رفته است و ذات و فطرت از بین رفته است (م ۶).

مفهوم سوم - وضعیت اپیدمیولوژی و بیماری‌های مرتبط با بهداشت باروری:

خبرگان بر این نظر بودند که افزایش روابط دختر و پسر و ارتباطات جنسی موجب افزایش میزان آلودگی به اچ.آی.وی / ایدز را شده است که در آینده‌ای نزدیک، موج این بیماری از طریق انتقال جنسی به وجود خواهد آمد. "در ایران، در سطح جهانی ما سرعت رشد انتقال ایدز از شاخصه تزریقی به شاخصه روابط جنسی را داشته ایم" (م ۸).

پدیده سقط جنین غیرقانونی و اعمال جراحی غیرقانونی نیز در ارتباط با بهداشت باروری نیز افزایش یافته است.

همچنین میزان جراحی‌های انتقال جنسیتی در ایران نسبت به دیگر کشورهای جهان زیاد می‌باشد. "در سال حدود ۶۰۰ مورد جراحی جنسیتی در ایران انجام می‌شود در حالی که در کشور فرانسه و جمعیتی که دارد حدود ۳۰۰ مورد در سال است" (م ۱۲). "خیلی از جراحی‌هایی که منجر به تغییر جنسیت افراد می‌شود، مبنای زیستی ندارند. یعنی مبنای زیستی - دو جنسیتی ندارند، بلکه مبنای زیستی - روانی دارند. یا مبنای روانی کامل دارند که برمی‌گردد به فرهنگ و بحث هویت جنسیتی" (م ۸).

میزان ناتوانی جنسی در دو جنس افزایش یافته است. "در حال حاضر اختلالات جنسی (Sexual Disorders) در حریم خانواده، مانند سردمزاجی زنان و یا اختلالات مردان، بسیار رو به افزایش

است. یکی از مسائل انحراف جنسی مردان این این که در مورد مسائل جنسی در حریم خانواده، رضای کافی ندارند (م ۸).

میزان ریسک فاکتورهای روانی مربوط به بهداشت باروری که موجب اختلالات جنسی می شود؛ همانند استرس، افسردگی و اضطراب افزایش یافته است. "۳۰٪ تا ۴۰٪ خانواده‌ها دچار اختلالات هستند. علت ۸۵٪ اختلالات، ضعف‌ها، ناتوانی مسائل روان‌شناختی است نه زیست‌شناختی. بیشتر مسائل ارتباطی، روان‌شناختی، نحوه نگرش، فیزیکی خانه، دعوای، ترس‌ها، اضطراب‌ها، روابط نامشروع، ورود به فضای sex مجازی، Pornography، زندگی مدرن می باشد (م ۸). "افسردگی های نهفته و ناپیدا که کسی به آنها توجه نمی نماید و درصد آنها در کشور بسیار بالا است. این افراد دارای مشکلات اصیل اجتماعی هستند و کسی برای راهنمایی آنها وجود ندارد و این مشکلات در درون مزمن شده و افراد آنها را ابراز نمی نمایند" (م ۶). "بیشتر مشکلات جسمی منشاء روحی و روانی دارند و نباید به پزشک مراجعه شود که این نوع بیماری های نیز در جوانان زیاد شده است، مانند مشکلات قلبی و عروقی (م ۶). "مراجعه جنسی و روحی به مرکز مشاوره بسیار زیاد است، اما بسیاری از مراجعات قابل پیشگیری بودند: ناتوانی مرد بعد از ازدواج کاملاً مسأله روحی است" (م ۶).

ریسک فاکتورهای رفتاری مؤثر بهداشت باروری مانند نحوه لباس پوشیدن و آرایش کردن، تحرک و فعالیت مؤثر بدنی، سبک تغذیه در نوجوانان و جوانان افزایش یافته است. "اگر دختری زیر ابروی خود را برداشت این ریسک فاکتور دارد. اگر پسری دیر به خانه آمد یا موبایل او فیلم داشت، این Risk Factor دارد" (م ۱۱). بایستی برخی از محرک‌های جنسی را کنترل کنیم مانند تغذیه، روش صحیح خوابیدن در نوجوانی و جوانی، روش استحمام، روابط با جنس مخالف، پوشیدن نوع لباس که هر کدام یک سری دستورات دارند. یکی از مسائل مطرح شده در حال حاضر این است که فعالیت‌های حرکتی جوانان کم است و حال آن‌که تغذیه آن‌ها بیش از فعالیت‌های حرکتی آن‌ها است. به عنوان مثال در هر وعده غذایی ۱۲ تا ۱۳ هزار کالری دریافت می‌کنند و با این رفت و آمدهای معمولی ۲۰۰۰ تا ۳۰۰۰ کالری را تخلیه می‌کنند. همیشه ۱۰۰۰۰ کالری متراکم باقی می‌ماند. لذا ورزش و فعالیت‌های حرکتی می‌تواند خیلی باعث تخلیه فکری شود. (م ۴).

"...تغذیه در مدارس و غذاهای روغنی مانند چیپس و... که تحریک کننده هستند. تحرک و ورزش پایین به علت صنعتی شدن، ایجاد احساس گناه به علت مباحث دینی..." (م ۶)

مفهوم چهارم - وضعیت رفتار فردی در سبک زندگی:

پایین بودن دانش و مهارت لازم، یکی از موارد مهمی بود که توسط مصاحبه شوندگان بر آن تأکید شد. "یکی از مهارت های ازدواج موفق این است که زوجین نیازهایشان را به یکدیگر بگویند و حل کنند و قرار نیست یکی همیشه تابع دیگری باشد. مهارت مذاکره و مشورت و ... است و زود باید یاد بگیرند" (م ۱۰). "توانی مرد بعد از ازدواج، کاملاً مساله روحی است. اگر آموزش های خاصی دیده بود، این موضوعات به وجود نمی آمد" (م ۶).

یافته های حاصل از مصاحبه ها نشان دهنده کاهش پابندی و باورهای دینی بود. "بسیاری از آموزه های دینی ما متأسفانه کمرنگ شده است. کمرنگ شدن آن باعث شده است که الان جوان ما آن را مغایر با اصول علم بداند" (م ۱۱). "نکته مهم تر ما انتخاب همسر یا همسرگزینی است. در همسرگزینی های خود معمولاً به یک بعد نگاه می کنیم. می گوئیم ما می خواهیم زن بگیریم یا شوهر بگیریم، نمی گوئیم ما می خواهیم پدر یا مادر خوبی بگیریم. نمی گوئیم ما می خواهیم کسی را بگیریم که آخرت ما بهتر تأمین شود. به این فاز معمولاً نگاه نمی شود" (م ۱۱). "ما فقط به این مسئله نگاه می کنیم که اگر آموزش جنسی نداریم، دچار مشکل هستیم. مشکل ندانستن مسائل جنسی نیست، مشکل تعهدات اخلاقی است. پابند نبودن به چارچوب خانواده چه زن و چه مرد" (م ۱۱).

وجود سئوالات فلسفی و ذهنی بنیادین در بین نوجوانان و جوانان و عدم پاسخگویی صحیح به آنها و اختلال در هویت یابی نوجوانان و جوانان، یکی از چالش های دیگری است که خبرگان به آن اشاره داشتند. "سن جوانی زمان هویت یابی است و سئوالات فلسفی زیادی دارند یکی از این مسائل مسئله عشقی است. اگر نوجوان و جوان بتواند جوابی برای سئوالات فلسفی و هویت یابی جواب پیدا کند، مشکلاتش حل می شود. البته بعضی این بحران را طی می کنند و بعضی نیز طی نمی کنند. بعضی تعهد اجتماعی دارند و بعضی ندارد" (م ۶). "به هر حال اگر برای عشق جواب

نداشته باشد دو حالت به وجود می آید: یا شدیداً دچار مباحث مفراط می شود و گوشه گیر می گردد و یا درگیر مسائل بی اخلاقی و دچار اباهگری می شود. (م ۶)

خبرگان نیز بر وجود آموزه های غلط در ارتباط با ازدواج و روابط دختر و پسر و تشکیل خانواده و همچنین تغییر مفهوم زیباشناختی در ارتباطات دو جنس تأکید داشتند. "ما به ازدواج، نگاه لذت جویانه داریم و حال آن که در روایات ما نگاه به ازدواج کمال آفرین است. نگاه به ازدواج در دین قدسی است" (م ۴). عشق مفهوم واقعی نیست و یک انگاره غلط است که نمی تواند در ارتباط صحیح دختر و پسر در فرهنگ دینی جایگاهی داشته باشد" (م ۱۴). "یک آموزه غلط وجود دارد و آن اینست که: واقعاً ازدواج برابر با مسائل جنسی است پس مسائل عاطفی، تعهد و غیره چه؟" (م ۶). "سه آموزه غلط مهم در خصوص ارتباط دختر و پسر، برای انتخاب بهتر، پخته تر شده، کاهش فشار عصبی و هوس است" (م ۱۴). "دختران می گویند که برای شناخت روحیات جنس مخالف با آنها دوست شدم. یا برای اینکه ازدواج کنم با اینها دوست شدم" (م ۸). "زیاد شدن تصاویر و عکس ها است که توقعات جنسی زن و مرد بالا رفته است و رضایت جنسی هم پایین آمده است" (م ۱۱). "پنج علت ایجاد ارتباط بین دختر و پسر: کمبود محبت، مشکلات عاطفی، کلاس ها و ترجیحات گروهی همسالان و گروه ها، مسائل اجتماعی و اختلاف طبقات، نیاز جنسی است" (م ۱۴).

مفهوم پنجم - وضعیت عوامل محیطی در سبک زندگی:

محیط اقتصادی و کار و شغل بر نقش زن دارای نقش اساسی است. "شاغل بودن زنان (اشتغال زنان در کشور ما بیمار متولد شده است. نه این که شغل بد است، خوب است؛ اما ما نگاه مردانه به شغل زنان می کنیم. یعنی مرد ۷/۵ ساعت و زن هم ۷/۵ ساعت کار می کند، حال آن که زن از لحاظ فیزیولوژیکی، روابط، فرزندداری، فیزیکی، لطافت اقتضای آن را ندارد که بتواند. بنابراین ممکن است که توان آن را نداشته باشد و در خانه کم بگذارد که منجر به طلاق می شود" (م ۴).

فضا و محیط فرهنگی در اجتماع نیز از عوامل محیطی تأثیرگذار بر موضع شناخته شد. "اولاً آسیب شناسی کنیم که این عوارض از کجا به وجود آمده اند. که بسیاری از موارد منتهی می شود به فقدان فرهنگ دینی ما در زندگی خانوادگی، زندگی اجتماعی و یا فردی ما" (م ۱).

فضا و محیط سیاسی حاکم در کشور و همچنین چه مخالفین عوامل چالش برانگیز در این زمینه است. "مسأله حجاب و روابط دختر و پسر به نماد قدرت و حاکمیت در ایران تبدیل شده است و این مسأله خود موجب بالا رفتن حساسیت نسبت به موضوع شده و خیلی جاها به صورت امنیتی در آمده است" (م ۱۰). "جنگ نرم هدف و نتیجه آن نوجوانان و جوانان هست" (م ۱۱).

در ارتباط با مفهوم شبکه های اجتماعی، مهمترین ساختار حمایتی و اجتماعی پیرامون موضوع بهداشت باروری مسأله محیط خانواده است. "همین که فرهنگ خانواده، فرهنگ سالمی باشد، اثر خودش را در ساختار شخصیتی افراد خانواده نهادینه کرده است. که اگر فرد با محیط بیرون هم مواجه شود، می تواند به راحتی مقاومت کند، اما اگر این ساختار، ساختاری متزلزل باشد و ساختاری باشد که اصلاً معیار و شاخصی بر آن حاکم نباشد، با کوچکترین موردی اثر می پذیرد" (م ۱).

مفهوم ششم - نظام تربیتی و آموزش:

خبرگان، یکی از مهمترین مباحث پیرامون بهداشت باروری را ضعف در نظام تربیتی و آموزشی دانستند. "ضعف آموزش های قبل از تشکیل خانواده و ازدواج و نهایت در اطلاع رسانی، آموزش و تربیت دچار مشکل هستیم و نظام آموزشی مناسبی در این زمینه وجود ندارد" (م ۶). آموزش های حین ازدواج، آموزش های خطرناکی در زمینه اختلالات جنسی است" (م ۸). یعنی این Assessment آموزشی قبلش بی نهایت اهمیت دارد، اما متأسفانه توزیع اسناد کلیشه ای بیشتر مد نظر است" (م ۱۰).

مفهوم هفتم - نظام مدیریتی و سیاستگذاری:

نتایج مصاحبه، ضعف در وجود یک نظام منسجم فکری را نشان داد. "یکی از چالش های اساسی نبود یک سیاست واحد و جامع به صورت شفاف و مشخص پیرامون بهداشت باروری می باشد. "یک مهندسی فرهنگی جامع و واحدی در این زمینه وجود ندارد" (م ۳). ما بین سه فرهنگ و تمدن اسلامی،

ایرانی و غربی سردرگم هستیم" (م ۱۲). ما با نگاهی دیگر به ساخت فطری و طبیعی انسان، با نگاه به بعد کمال‌گرایانه انسان، با سنت‌های الهی به منزله قوانین حتمی موجود در جامعه، موجود در خانواده، موجود در روح هر انسان هستیم و تا با این نگاه وارد کار نشویم، به نتیجه نمی‌رسیم. مهم‌تر از آن، ما به اسلام آنگونه که باید نگاه نکرده ایم و نگاه ما فقط در حد آداب و رسومی سنتی است که در کشور به اجرا درمی‌آید. یعنی اسلام را به عنوان یک رویکرد فطری و وحیانی که دارای داده‌های علمی به معنای حقیقت و در دامنه فراگیر کل بشر و کل سنین رشد و جهت‌دهنده و تحول‌آفرین نگاه نکرده ایم. آیا در این مسایل وقتی که ما نه نقش اسلام را نگاه کرده ایم و نه چالش‌های موجود را با علمای اسلامی در میان نگذاشته ایم تا مورد بحث قرار گیرند، دچار یک مسئله مضاعف شده ایم. یعنی ما روابط جنسی را نه حتی در حد یک رویکرد سنتی برای کشورمان تعریف کرده‌ام و نه حتی تعریف قانونی از این روابط ارائه داده ایم "ما در پارادوکسی هستیم که از یک طرف سلامت جسمی و جنسی می‌خواهیم و از یک طرف نام اسلام بر زبان می‌آوریم، از طرف دیگر آموزش جنسی می‌خواهیم ارائه دهیم. به جای اینکه بحث کنترل روابط را ترویج دهیم، با تشویق رهبانیت جنسی سعی در حل مسئله داشته باشیم. ما باید به پیشنهادات عملیاتی برای نسل جوان برسیم." (م ۸)

همچنین خبرگان، بر ضعف در هماهنگی بین ارگان‌ها و تولیت شفاف بین بخش‌های مختلف تأکید نمودند. "نقش دستگاه‌ها و سهم هر یک و میزان آنها در موضوع مورد بحث مشخص نیست. یک نظم فکری و علمی پیرامون موضع وجود ندارد تا همه دستگاه‌ها بر اساس آن عمل نمایند. لذا مشارکت بین دستگاه‌ها نیز وجود ندارد" (م ۳). "عدم هماهنگی مسئولین در برخورد با یک مسأله اجتماعی بدلیل متفاوت بودن نگرش و تفکرهای گوناگون یکی از مسائل ساختاری برای رشد جامعه است" (م ۱۲). "وزارت آموزش و پرورش، در پژوهش وزارت بهداشت را قبول ندارد، فقط در قسمت درمان یک مقدار آن را قبول دارد. حتی در مسائل بهداشت مدارس نیز خودشان صاحب نظر هستند" (م ۱۱). "Primordial prevention کار وزارت بهداشت نیست. اگر بخواهیم اولویت‌بندی کنیم، در ایران، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، سازمان تبلیغات اسلامی، حوزه علمیه و وزارت آموزش و پرورش باید این کار را انجام دهند. در بیماری‌های جسمی که جلوگیری اولیه هم هست که منظور این است که کسی دچار ایدز نشود، می‌گوییم مثلاً کاندوم و تمام مقولات وابسته به آن (کی، چگونه استفاده شود) که این کار، کار وزارت بهداشت است، ولی اگر بگوییم جلوگیری اولیه که یعنی Safe Sex است،

یعنی در چارچوب ازدواج جلورفتن، این کار وزارت ارشاد است. یعنی هیئت دولت موظف است. نسخه‌ای که وزارت بهداشت اگر در این مورد بنویسد می‌شود نسخه ۳ و ۴ که اثربخشی آن گذشته است" (م ۱۱).

بنا به نظر خبرگان یکی از مسائل و چالش‌های اصلی در زمینه بهداشت باروری موضوع ضعف مدیریت و برنامه ریزی است. "... یعنی یکی از ضعف‌های اصلی اش (بهداشت باروری) مدیریت است سیستم مدیریتی مان کاملاً متکی به فرد هست" (م ۱۰). به دلیل مسائل و محدودیت‌های روانشناختی مدیران و سیاست‌گذاران پیرامون این موضوع دچار ضعف در برنامه ریزی با دید واقع بینانه و بلند مدت و پایه‌ای می‌شود و خیلی از مباحث را انکار نموده و بر اساس ذهنیت عمل می‌نمایند و یا خیلی از مباحث نرم و ملموس نیست و شاید برایشان قابل درک نباشد" (م ۸). اگر ما بخواهیم با انکار این مسائل جلو برویم تهیه این سند یا سندهایی که قبلاً آمده اند خیلی کاری را پیش نمی‌برد (م ۱۰).

بخش سوم - راهکارهای کلان در خصوص بهداشت باروری

مفهوم اول - شناخت دقیق و صحیح از محیط:

بر اساس نظر خبرگان باید در ابتدا شناخت صحیحی از وضعیت جامعه بدست آید. "این مباحث دیر شده است، اما باید شفاف صحبت گردد و قوانین مرتبط هم ایجاد گردد و همزمان فرهنگ ساز نیز صورت پذیرد" (م ۶). "حتی علیرغم حساس بودن موضوع بحث، آمارها باید صریح و شفاف باشند و عمق رابطه را بیان کنند (م ۸)". "اولاً آسیب شناسی کنیم که این عوارض از کجا به وجود آمده اند. که بسیاری از موارد منتهی می‌شود به فقدان فرهنگ دینی ما در زندگی خانوادگی، زندگی اجتماعی و یا فردی ما و بعد از شناسایی آسیب‌ها، به آموزه‌های دینی رجوع شود که چه راهکاری از دین برای این موارد پیشنهاد می‌شود. البته از دستاوردهای علمی نیز می‌توان استفاده کرد به شرطی که در چارچوبی باشد که فرهنگ دینی تبیین می‌کند" (م ۱).

مفهوم دوم - تدوین نظام فکری جامع و پویای واحد در این زمینه:

همزمان با شناخت واقعیت های جامعه باید یک نظام واحد فکری جامع و پویایی تدوین و بر اساس آن مهندسی فرهنگی در جامعه شکل گیرد. "بر اساس یک بنابراین اتاق فکر و یک مرکزی که از نظر علمی، دینی و حوزه های مختلف کلیه نظام مربوطه (نظام فکری حاکم) را طراحی نماید باید شکل گردد و زنجیره ای از این مراکز به وجود آید (م ۳).

مفهوم سوم - محوریت خانواده در کلیه مداخلات:

در این ارتباط "به نظر می رسد که آنچه که اسلام در بیانات قرآنی و در روایات آورده است، بدون شک یکی از مواردی که حتماً مورد نظر اسلام بوده، همین مسائل خانوادگی است. در خصوص نظام خانواده به طور کلی و در ابعاد مختلف، اسلام نظر کاملی ارائه کرده و آن به دلیل نقش مهم خانواده در کل نظام اجتماعی است و در بعد دنیوی و هم در بعد اخروی و هم در مسائل اجتماعی و هم در مسائل فردی. بنابراین این موضوع یک مسأله استراتژیک برای نظام فکری اسلامی است" (م ۱). بنابراین "واکسینه کردن و ابعاد مختلف بهداشت در خانواده بر درمان مقدم است" (م ۱).

مفهوم چهارم - تأکید بر دیدگاه جامعه نگر و پیشگیری از خاستگاه:

"پس در Reproductive Health، بایستی اول دیدگاه ما جامعه نگر باشد، سپس Primordial Prevention را پررنگ کنیم. تعریف Primordial Prevention: جلوگیری از استقرار الگوهای غلط فرهنگی اجتماعی است که به نوعی باعث ایجاد اشکال در تداوم ازدواج در سلامت روان شخص در این سنین خاص می شود و ابعاد آن متفاوت است. در این حالت سلامت باید ریشه یابی برخورد شود. "بایستی از الگوهای غلط اجتماعی فرهنگی که به نوعی باعث ترویج این مسائل می شوند، جلوگیری کنیم" (م ۱۱). "بزرگان همیشه می گویند اگر می خواهید جلوی یک انحراف را بگیرید، مهمترین نکته این است که جلوی Normalization آن را بگیرید و ما داریم به سمت نرمال شدن می رویم" (م ۱۱). "با مسئولیت بیشتری به این قضیه نگاه شود. بحث، بحث پیشگیری است و ۹۰ درصد کار ما پیشگیری است. قبل از وقوع آسیب ما باید همه را واکسینه کنیم و واکسن ما واکسن علم و دانش و مهارت است و این خیلی برای ما سخت است" (م ۱۰). خوشبختانه دستورات

دینی ما غنی است، ولی جوان‌پسند نیست. در این زمینه نیاز به کارکردن زیاد است. ما کلاً در مسائل مذهبی، سنتی فکر و سیاست‌گذاری می‌کنیم و همین کار خریدار ندارد (م ۱۱) و "Approach عمودی به نوجوانان در کشور ما و خیلی کشورهای دیگر کار نمی‌کند. پیشنهاد من این بود که حتماً یک Comprehensive Approach داشته باشیم و من دلم می‌خواهد شما حتماً به این نکته اشاره کنید و ما حتماً باید در بستر اجتماعی اش این را ببینیم" (م ۹).

مفهوم پنجم - توجه به کل مراحل رشد و تکامل انسان و فضا‌های مربوط به آن:

"برای ریشه‌یابی و نسخه‌نوشتن، مرز گذاشتن برای سنین باعث می‌شود که ما پیشگیری ریشه‌ای را فراموش کنیم و بهتر است به جای این که خط مرزی را بشکنیم، طولی نگاه کنیم. درست است که می‌توانیم در هر مقطعی Assessment داشته باشیم، ولی در آخر کار برای نسخه‌ای که می‌خواهیم پیچیم، محوریت انرژی خود را روی کودکان و قبل از لقاح بگذاریم، حال چه برای بهداشت سالمندان و چه نوجوان و جوان" (م ۱۱). "باید به موضوع روانشناسی رشد تماماً از آغاز تا پایان توجه نمود و چون تعهد در دوره کودکی مطرح می‌شود و باید در آن زمان تربیت صورت پذیرد" (م ۶). مجموعه‌ها یا فضا‌های مختلفی برای مداخلات در این زمینه وجود دارد "بنابراین برای زیر ۱۸ سال از طریق خانواده یا انجمن مدرسه و خانه (اولیاء و مربیان) می‌توانیم مقدار خیلی زیادی را پوشش دهیم و ۱۸ سال به بالا را در دانشگاه در قالب اردو و جشن" (م ۱۰) که مهمترین آن خانواده است و در این ارتباط نقش مادر در تربیت و رشد بسیار کلیدی می‌باشد.

مفهوم ششم - تأکید بر نقش زن به عنوان مادر:

"اگر مادر بودن را بتوانیم در ذهن‌ها یک هنر مقدس بگنجانیم که افراد از مادر بودن و شدن لذت ببرند، موفق خواهیم بود" (م ۱۱). "تنها کسی که می‌تواند جلوی ماهواره، اینترنت و بلوتوث را بگیرد، مادر است. اگر بتوانیم مادران خوبی به جامعه تحویل دهیم، یک سد دفاعی خوبی در برابر تهاجم فرهنگی است و بایستی در مدارس واحدهای متفاوت درسی در مورد نقش محوری مادر و تربیت فرزند داشته باشیم. در مورد شغل خانم‌ها این یک آفت است. هم بیکاری آقایان و هم از نظر

این که خانم‌ها به نقش مادری خود نمی‌رسند، بایستی یک برنامه‌ای گذاشته شود که شغل خانم‌ها نیمه وقت باشد. این محوریت مادری مهم است. اگر بتوانیم نقش مادر را تقویت کنیم و مادر واقعاً برای بچه‌ها مادری کند، دیگر بچه نیاز به دوست خلاف کار ندارد. اگر بچه با محبت بزرگ شود، اصلاً یکی از بحث‌های روابط نامشروع به علت جلب محبت است" (م ۱۱).

مفهوم هفتم - ترویج ازدواج به موقع و آسان:

"ترویج فرهنگ ازدواج آسان بسیار مهم است؛ سن ازدواج در سالم سازی جامعه خیلی مؤثر است. به این معنا که باید فاصله بین بلوغ جنسی و بلوغ اجتماعی را کاهش داد" (م ۴). ما باید زمینه‌های ازدواج در سنین پایین را فراهم کنیم تا به جامعه سالم برسیم و در جامعه سالم، نه تنها به نسل سالم که هدف این پروژه است می‌رسیم، بلکه به بهداشت روانی سالم هم خواهیم رسید. از اختلالات و انحرافات جنسی هم دور خواهیم شد و به حداقل خواهند رسید" (م ۸).

مفهوم هشتم - کنترل عوامل محیطی و رفتارهای پر خطر:

بایستی برخی از محرک‌های جنسی را کنترل کنیم مانند: تغذیه، روش صحیح خوابیدن در نوجوانی و جوانی، روش استحمام، روابط با جنسی مخالف، پوشیدن نوع لباس که هر کدام یک سری دستورات دارند. بحث دیگر، اوقات فراغت جوانان است که می‌تواند بسیار مهم باشد. در این ارتباط ورزش به عنوان یک راهکار می‌تواند بسیار مؤثر باشد (م ۴).

مفهوم نهم - سطح بندی آموزش و تربیت جنسی:

"البته آموزش‌ها می‌توانند در سالم سازی خانواده‌ها کمک کنند، اما بایستی مسائل جنسی را در چند مرحله آموزش دهیم یعنی:

برای سنین ابتدایی، یک آموزش‌های کلی و اجمالی در حد بهداشت عمومی.
در سن راهنمایی، آموزش‌های اجمالی از مسائل روابط جنسی و مضرات و آسیب‌ها (هشدارها و اختلالاتها)

در دوره دبیرستان، کارگاه آموزش جنسی نه به صورت تفصیلی و اشاره به جزئیات که خود تحریک آفرین باشد.

آموزش افرادی که برای ازدواج اقدام می‌کنند یک هفته قبل از ازدواج که با تفصیل و اشاره به جزئیات است.

کارگاه آموزش جنسی بعد از ازدواج که شامل روش‌ها، ارضاء کامل، روش‌های ارتباط، نقاط تحریک که در کارگاه به صورت باز مطرح شود" (م ۴).

پیوست شماره ۶: مطالعه تطبیقی کشورها

عنوان: مطالعه تطبیقی ۱۶ کشور منتخب پیرامون بهداشت باروری نوجوانان و جوانان کشور

مقدمه

یکی از دوره‌های مهم زندگی انسان، دوره نوجوانی است (۱). در واقع زیربنای زندگی بزرگسالی فرد، سلامت جسمی و تربیت روانی او در این دوران پی ریزی می شود (۲). امروزه بیش از یک میلیارد نفر نوجوان ۱۰ تا ۱۹ سال وجود دارد (۳) که ۷۰٪ از آن‌ها در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند (۲).

نوجوانان نسبت به والدین خود دسترسی بیشتری به آموزش رسمی، افزایش نیاز به مهارت های تکنولوژیکی مانند سواد کامپیوتر و اینترنت، قرار گرفتن در معرض ایده‌های جدید از طریق رسانه‌ها، مخابرات و ... هستند (۴). محیطی که در آن تصمیم‌گیری جوانان در مورد بهداشت باروری و جنسی نیز به سرعت در حال تغییر و تحول است (۵، ۶). عواملی مانند پشت سر گذاشتن دوران کودکی و از دست دادن حمایت های بی قید و شرط والدین، ایجاد حالات و روحیات استقلال طلبی و قدرت و مسائلی از این دست در ایجاد مسائل و مشکلات نوجوانی، مؤثر هستند (۲).

مسائل و مشکلات نوجوانان و جوانان در جوامع مختلف و فرهنگ های گوناگون متفاوت می باشد. مسائلی که نوجوانان روستایی دارند با مسائل نوجوانان شهری یکی نیست، حتی نوجوانان و جوانانی که در یک شهر بزرگ زندگی می کنند اما تابع خرده فرهنگ های گوناگون می باشند و پایگاه های اجتماعی متفاوتی دارند، دارای مشکلات مشابه نیستند و اصولاً آنچه در یک جا مسئله ساز می باشد، در جایی دیگر ممکن است مسئله ساز نباشد (۲).

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، بهداشت باروری عبارت از سلامت کامل جسمی، روانی و اجتماعی اجزاء سیستم باروری در سرتاسر زندگی است. بر این اساس همه مردم باید قادر به داشتن زندگی جنسی سالم و رضایت بخش، تصمیم‌گیری آزادانه و مسئولانه در مورد زمان و چگونگی فرزندآوری خود، حق دسترسی به اطلاعات، امکانات، کسب بالاترین استانداردهای بهداشت باروری و جنسی بدون از هر گونه تبعیض، اجبار و خشونت باشند (۷).

از آنجا که نوجوانان و جوانان برای حفظ سلامت خود و به ویژه باروری شان از اطلاعات، تجربه و امکانات کمتری نسبت به بزرگسالان برخوردارند و در معرض خطر بیشتری قرار دارند، لازم است تا اهمیت خاصی برای سلامت باروری در نظر گرفته شود (۸). وضعیت بهداشت باروری جنسی جوانان یکی از مبهم‌ترین مسائل بهداشتی جامعه ما محسوب می‌شود که به علت حساسیت آن کمتر مورد مطالعه و تحقیق قرار گرفته و این در حالی است که جهان از جمله کشور ما با خطر گسترش بیماری خطرناک و لاعلاج ایدز مواجه است (۹). مسائل و مفاهیم بهداشت باروری، به عنوان یک نیاز مبرم آموزشی، مورد تأکید شرع و عرف می‌باشند و در فرآیند تأمین سلامت انسان و تعامل مثبت با محیط زیست و نهایتاً توسعه متوازن نقش انکارناپذیری دارند (۱۰).

علی‌رغم این واقعیت که بهداشت باروری نوجوانان با توجه به مستندات زیاد در این زمینه به یکی از اولویت‌های تحقیقاتی تبدیل شده است، اما هنوز این حوزه، جدید و چالش‌برانگیز است. دانش علمی کنونی در مورد بهداشت جنسی و باروری نوجوانان مربوط به کشورهای توسعه‌یافته و به میزان بسیار کمی در کشورهای در حال توسعه است. عوامل متعددی به شواهد غیرکافی در مورد موضوع بهداشت باروری نوجوانان کمک کرده است که از جمله می‌توان به فقدان داده‌های موجود در بهداشت باروری و جنسی نوجوانان، بهره‌برداری کم از منابع موجود که می‌تواند درک ما را از جمعیت جوان بهبود بخشد، عدم دقت علمی که ممکن است منجر به نتیجه‌گیری‌های غیرقابل اعتماد و یا مغرضانه شود، اشاره نمود (۱۱).

علی‌رغم تفاوت‌های قابل ملاحظه کشورها از نظر فرهنگی و اجتماعی، بررسی عوامل مؤثر بر سلامت و بهداشت جنسی و باروری نوجوانان و جوانان، آشنایی با مدیریت و برنامه‌های سایر نقاط

دنیا و استفاده حداکثری از تجربیات آنها می تواند مانع از اشتباهاتی شود که احتمالاً زمینه ساز آن نگاه بسته به این موضوع خواهد بود. در نهایت با به کارگیری دانش و تجربه دیگر کشورها و تلفیق آنها با وضعیت و شرایط اجتماعی و باورهای دینی خود و بدون کپی برداری، مدل بومی خود را ارائه دهیم.

در این مقاله تلاش در بررسی برخی از مهمترین عوامل مؤثر بر سلامت و بهداشت جنسی و باروری نوجوانان و جوانان در سایر کشورهای دنیا و پاسخگویی به سئوالات کلیدی در این خصوص جهت استفاده در تنظیم یک برنامه جامع در کشور است.

روش بررسی

در این مطالعه ۱۶ کشور به منظور پراکندگی در سطح جهان و در بر گرفتن حداکثر پوشش مستندات و شواهد بر اساس میزان توسعه یافتگی (توسعه یافته و در حال توسعه)، مذهب (اسلامی و غیراسلامی) و موقعیت جغرافیایی آنها (موقعیت قاره‌ای هر کشور) مورد بررسی قرار گرفتند. این کشورها عبارتند از: الجزایر، برزیل، کانادا، ایالات متحده آمریکا، انگلستان، ترکیه، ایران، اندونزی، مالزی، هندوستان، پاکستان، مصر، مراکش، شیلی، مکزیک و کره جنوبی.

این تحقیق در سال ۱۳۹۰ انجام شد و اطلاعات آن با مراجعه به سایت‌های ملی و بین‌المللی به دست آمد. کلید واژه‌های اصلی مورد استفاده در این تحقیق موارد زیر و یا ترکیبی از آنها می‌باشند: بهداشت و سلامت باروری، بهداشت و سلامت جنسی، نوجوانان، جوانان، مدارس، میانگین سنی در اولین مقاربت جنسی، میانگین سنی در اولین ازدواج، میانگین سنی در اولین بارداری، اچ آی وی و ایدز و معادل این کلمات به زبان انگلیسی.

سایت‌های اصلی مورد استفاده شامل United Nation، Google Scholar، SID، Pub med، UNAIDS بودند. همچنین از سایت مراکز سلامت مربوط به کشورهای منتخب نیز استفاده شد. فاصله زمانی جستجو از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۱ بود.

در جستجوی اولیه ۹۱۹۷۰۵ مقاله انگلیسی و فارسی بدست آمد. از این تعداد مقالات در سایت Google Scholar تنها مقالاتی جمع آوری شدند که عنوان آنها مرتبط بود که می توان در حدود ۱۰۰ تا ۱۵۰ مقاله اول بودند. سپس عنوان مقالات از لحاظ تکراری نبودن مورد بررسی قرار گرفتند و در نهایت متن کامل این مقالات بررسی شدند. مقالات بر اساس ارتباط با موضوع تحقیق به ۳ دسته کاملاً مرتبط، نسبتاً مرتبط و غیرمرتبط تقسیم شدند. بعد از حذف موارد غیرمرتبط و مرور متن کامل مقالات نسبتاً و کاملاً مرتبط، مقالات واجد شرایط کافی گزینش شدند و محتوای آنها تحلیل و یافته‌های مهم، پیام‌های اصلی و ایرادات و پیشنهادات ارائه شده توسط آنها مورد بررسی دقیق قرار گرفتند.

در این مطالعه سعی گردید توجه ویژه به بخش‌های مهم مقاله که دربرگیرنده پیام اصلی مقاله بودند، مبذول گردد. این بخش‌ها شامل قسمت انتهایی مقدمه که مشتمل بر اهداف مقاله، نتایج مهم و پیام‌های ارائه شده در بحث مقاله به‌ویژه بخش نتیجه‌گیری بودند. در نهایت یافته‌های مهم بدست آمده از مقالات توسط دو نفر فیش‌برداری و دسته‌بندی شدند. در انتها تمامی یافته‌ها جهت بررسی کامل توسط یک نفر مطالعه و تحلیل محتوا شدند.

سئوالات اصلی مورد بررسی در این مطالعه سن شروع فعالیت جنسی، نوع و میزان ارتباط جنسی، سطح آگاهی نوجوانان و جوانان در مورد سلامت جنسی و باروری و میزان استفاده از آن در زندگی روزمره می‌باشد.

نتایج

وضعیت رابطه جنسی در کشورهای منتخب

میانگین سنی در اولین رابطه جنسی (به صورت ازدواج یا خارج از چارچوب ازدواج) اهمیت زیادی دارد. رابطه جنسی خارج از چارچوب می تواند باعث مسائل و مشکلات زیادی گردد. مواردی از قبیل بارداری، عفونت‌های منتقله از راه جنسی مانند ایدز، HIV و ...

در کانادا در سال ۲۰۰۴، ۲۵٪ کل افراد HIV، زن و بیشترین میزان مربوط به زنان ۱۹-۱۵ سال بود (۱۳، ۱۲). ۷۰٪ دختران و حدود ۶۲٪ پسران ۱۸ ساله آمریکایی رابطه جنسی و مقاربت دارند (۱۴). نوجوانان آمریکایی هر ساله حدود ۸۵۰ هزار حاملگی دارند (۱۵، ۱۶).

در برزیل میزان انتقال HIV از طریق جنسی برای مردان و زنان ۲۴-۱۵ سال به ترتیب ۷۰٪ و ۵۹/۷۵٪ و میزان رابطه جنسی قبل از ۱۵ سالگی ۳۵/۴٪ است (۱۷). همچنین در میان مردان ۱۳ سال و بالاتر در سال ۲۰۰۷، ۴۶٪ موارد ایدز به علت ارتباط دگرجنسگرا و در میان زنان بالغ این میزان ۹۵٪ بوده است (۱۸). در مکزیک میزان رابطه جنسی قبل از ۱۵ سالگی ۳/۸٪ و درصد مردان همجنس باز ۱۰/۲٪ است (۱۹).

درصد STD در نوجوانان کره جنوبی کمتر از ۷٪ است (۲۰) که این میزان در سال ۲۰۰۹ برای افراد ۱۵-۴۹ سال که با HIV زندگی می کنند کمتر از ۰/۱٪ بود (۲۱). در مالزی درصد شیوع HIV در سال ۲۰۰۹، ۰/۵٪ و بیشترین گروه سنی مبتلا به ایدز ۳۹-۳۰ سال بوده است، داشتن رابطه جنسی زیر سن ۱۵ سال ۵/۴٪ است و شیوع ایدز در مردان جوان ۰/۱٪ است. همچنین شیوع رابطه جنسی در مردان همجنس باز ۳/۹٪ می باشد (۲۲). در هند درصد انتقال HIV از طریق جنسی در مردان و زنان ۲۴-۲۰ سال به ترتیب ۲٪ و ۰/۱٪ است (۲۳). در پاکستان شیوع ایدز در مردان جوان ۰/۱٪ است (۲۴).

جدول ۱، شامل میانگین سنی در اولین مقاربت جنسی، میانگین سنی در اولین ازدواج، میانگین سنی در اولین بارداری و درصد بارداری در نوجوانان و جوانان در کشورهای منتخب می باشد. علی رغم تفاوت های دو تا سه سال در آمارهای موجود (سال های ۲۰۰۴ تا ۲۰۰۷)، می توان آن ها را با یکدیگر مقایسه نمود. زیرا طی این سال ها اختلاف معنی داری در آمارها دیده نشده است.

میانگین سنی ازدواج در کشورهای توسعه یافته (۲۹/۵ سال) نسبت به کشورهای در حال توسعه (در حدود ۲۴/۵ سال) بالاتر است. همچنین در کشورهای اسلامی میانگین مذکور کمتر از ۲۱ سال (به استثنای الجزایر با میانگین سنی ۳۱/۶ سال) و در کشورهای غیراسلامی میانگینی در حدود ۲۸ سال است.

در کشورهای غیراسلامی کمترین میانگین سنی زنان در ازدواج در هند (۱۷/۸ سال) است. از میانگین سنی اولین ازدواج در کشورهای مکزیک، مالزی و الجزایر اطلاعات دقیقی در دسترس نیست. اندونزی تنها کشور اسلامی است که میانگین سنی اولین مقاربت جنسی را در این کشور (۱۹/۷ سال) اعلام نموده است. میانگین سنی اولین مقاربت جنسی در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه منتخب در یک محدوده می باشد (۱۷ تا ۲۰/۱ سال). میزان بارداری نوجوانان و جوانان در کشورهای منتخب تفاوت معنی داری با یکدیگر نداشتند.

در جدول ۲، میزان آگاهی نوجوانان و جوانان از راه‌های پیشگیری از ایدز، میزان آگاهی از وسایل پیشگیری از بارداری و همچنین میزان استفاده آنها از این وسایل به مشخص شده است. اطلاعات نشان می‌دهند که تفاوت بین میزان آگاهی و میزان استفاده از هر نوع وسیله پیشگیری از بارداری بسیار زیاد است.

جدول ۱: میانگین سنی در اولین ازدواج، مقاربت جنسی و میزان بارداری در نوجوانان و جوانان ۱۶ کشور منتخب

نوع کشور	گروه	کشور	میانگین سنی در اولین ازدواج	میانگین سنی در اولین مقاربت جنسی	میزان بارداری
آسیایی	توسعه یافته غیراسلامی	کره جنوبی	مردان ۳۰/۶ و زنان ۲۷/۵ سال	-	۳٪ نوجوانان
	در حال توسعه اسلامی	ایران	زنان ۱۹/۱ سال	-	۹/۵٪ زنان ۱۵-۱۹ سال
		اندونزی	۱۹/۸ سال	۱۹/۷ سال	۲٪ زنان ۱۵-۱۹ سال
			مالزی	-	-
آفریقایی	در حال توسعه غیراسلامی	هند	زنان ۱۷/۸ سال	زنان ۱۷/۶ و مردان ۲۲/۶ سال	۱۳٪ زنان ۱۵-۱۹ سال
	در حال توسعه اسلامی	مصر	زنان ۲۰/۶ سال	-	-
		الجزایر	زنان ۲۹/۸ و مردان ۳۳/۵ سال	-	-
		مراکش	زنان ۲۱/۴ سال	-	-

نوع کشور	گروه	کشور	میانگین سنی در اولین ازدواج	میانگین سنی در اولین مقاربت جنسی	میزان بارداری
اروپایی	توسعه یافته غیراسلامی	انگلستان	زنان ۳۲/۳ و مردان ۳۳/۹ سال	۱۷/۵	به ازای هر ۱۰۰۰ زن ۱۹-۱۵ سال، ۲۷ تولد
	در حال توسعه اسلامی	ترکیه	زنان ۲۲/۸ و مردان ۲۶/۱ سال	-	۱۵ و ۱۹ ساله‌ها به ترتیب ۰/۵٪ و ۲۰/۷٪
آمریکایی	توسعه یافته غیراسلامی	آمریکا	زنان ۲۶ و مردان ۲۷/۱ سال	۱۷	۱۹-۱۵ سال به ازای هر ۱۰۰۰ نفر، ۲۱/۵
		کانادا	زنان ۲۸/۴ و مردان ۳۰/۲ سال	۱۷/۳	۱۹-۱۵ سال به ازای هر ۱۰۰۰ نفر، ۱۳ تولد
	در حال توسعه غیراسلامی	مکزیک	-	-	زنان ۱۵-۱۹ سال ۱۲/۹٪
		شیلی	زنان ۲۶/۷ و مردان ۲۸/۸ سال	-	-
		برزیل	-	زنان ۱۷/۹ سال مردان ۱۶/۲ سال	۲۴-۱۸ سال ۴۳/۳٪

جدول ۲: میزان آگاهی نوجوانان و جوانان در استفاده از وسایل جلوگیری از بارداری، روش های پیشگیری از ایدز و استفاده از وسایل ضدبارداری

نوع کشور	گروه	کشور	میزان آگاهی در استفاده از هر نوع روش جلوگیری از بارداری	میزان استفاده از هر نوع روش جلوگیری از بارداری	میزان آگاهی از ایدز
کشورهای آسیایی	توسعه یافته غیراسلامی	کره جنوبی	۹۸٪	۳۸/۲٪	-
	در حال توسعه اسلامی	پاکستان	زنان ۱۵-۲۴ سال متاهل ۹۱/۸٪	زنان ۱۵-۲۴ سال متاهل ۲۲/۷٪	زنان ۱۵-۲۴ سال متاهل ۲۰/۳٪
		ایران	-	-	زنان ۱۷٪ و مردان ۱۶٪
		مالزی	-	-	۲۳٪
		اندونزی	زنان ۱۵-۲۴ سال متاهل ۹۸/۵٪	زنان ۱۵-۲۴ سال متاهل ۶۴/۴٪	زنان ۱۳٪ و مردان ۱۲٪
	در حال توسعه غیراسلامی	هند	افراد ۱۵-۲۴ سال ۹۶٪	استفاده همیشگی افراد ۱۵-۲۴ متاهل ۳۴/۵٪ و مجرد ۲۳/۸٪	زنان ۳۲٪ و مردان ۴۵٪
	کشورهای آفریقایی	در حال توسعه اسلامی	الجزایر	-	زنان ۱۵-۲۴ سال متاهل ۴۳/۶٪
مراکش		افراد ۱۵-۲۴ سال ۹۹/۸٪ (۲۰۰۳-۴)	میزان استفاده همیشگی زنان متاهل ۱۵-۲۴ سال ۷۲/۵٪	زنان ۱۵-۲۴ سال ۴۳/۶٪ (به استثنای روش پرهیز از مقاربت جنسی)	

نوع کشور	گروه	کشور	میزان آگاهی در استفاده از هر نوع روش جلوگیری از بارداری	میزان استفاده از هر نوع روش جلوگیری از بارداری	میزان آگاهی از ایدز
کشورهای اروپایی	توسعه یافته غیراسلامی	انگلستان	-	میزان استفاده همیشگی زنان متاهل ۱۵-۲۴ سال ۴۷/۱٪	زنان ۳٪ و مردان ۱۶٪
	در حال توسعه اسلامی	ترکیه	۱۴/۳٪	-	۳۷٪
	توسعه یافته غیراسلامی	آمریکا	-	میزان استفاده همیشگی زنان ۱۵-۱۹ سال ۹۸/۵٪	-
کشورهای آمریکایی	توسعه یافته غیراسلامی	کانادا	۷۵٪ دختران ۱۹- ۱۴ سال	۱۰٪ دختران ۱۹-۱۴ سال	-
	در حال توسعه غیراسلامی	مکزیک	۲۶/۴٪	-	زنان ۸۴٪ و مردان ۷۶٪
	در حال توسعه غیراسلامی	برزیل	۱۵-۱۲ سال ۹۵/۵٪	برزیل: ۶۲/۱٪	زنان ۴۸٪ و مردان ۴۸٪
	در حال توسعه غیراسلامی	شیلی	-	-	-
	در حال توسعه غیراسلامی	مکزیک	۲۶/۴٪	-	-

این اختلاف در بین کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه وجود دارد. میزان آگاهی از وسایل جلوگیری از بارداری در کشورهای منتخب مورد مطالعه بالا است، ولی در تمام کشورها میزان استفاده از این وسایل پایین است (استثنا در مورد آمریکا به میزان استفاده ۹۸/۵٪ در میان افراد مؤنث ۱۵-۱۹ سال). در میان کشورهای اسلامی، زنان نوجوان و جوان مراکشی بیشترین میزان استفاده

همیشگی از وسایل پیشگیری از بارداری را در میان کشورهای مورد مطالعه دارند. در مورد کشورهای شیلی، مالزی و ایران آماری کلی در دسترس نیست.

میزان آگاهی نوجوانان و جوانان در مورد ایدز بسیار پایین است. این میزان در بین کشورهای اسلامی و غیراسلامی تفاوت معنی داری ندارد. در مورد میزان آگاهی از ایدز در نوجوانان و جوانان به جز کشورهای انگلستان و شیلی کمتر از ۵۰٪ است. لازم به ذکر است که در مورد میزان آگاهی نوجوانان و جوانان کشورهای توسعه یافته آمریکا، کره جنوبی و کانادا اطلاعاتی در دسترس نیست.

بحث:

مهم‌ترین یافته‌های پژوهش حاضر را می‌توان در قالب چند مورد، عنوان نمود: تماس‌های جنسی در سنین پائین و نوجوانی تقریباً در تمامی کشورهای مورد مطالعه، امری نسبتاً رایج بود و به نظر می‌رسد که در بسیاری از کشورها، سیاست اصلی، ایمن نمودن تماس جنسی می‌باشد نه ممانعت از تماس جنسی و سن ازدواج

اولین تماس و تجربه جنسی در بین جوانان، اغلب در طول سال‌های نوجوانی صورت گرفته است. درصد فعالیت‌های جنسی قبل از ازدواج در مالزی در طول چند سال اخیر افزایش یافته است. این امر ممکن است در اثر مدرنیزاسیون سریع و تغییرات اجتماعی در این کشور باشد. در این کشور، آمار فعالیت جنسی در پسران بیشتر از دختران است. با این وجود، شیوع مقاربت جنسی قبل از ازدواج در میان نوجوانان مالزیایی، در مقایسه با سایر کشورهای توسعه یافته کمتر است (۲۵).

در مالزی، سن ازدواج ۲۱ و ۱۸ سال و با رضایت والدین است. دختران مسلمان زیر ۱۶ سال می‌توانند با اجازه مقامات شریعت ازدواج کنند و به برخی از دختران ۱۴ ساله نیز اجازه ازدواج داده می‌شود (۲۶). سن ازدواج در هند برای مردها ۲۱ و برای زنان ۱۸ سال است (۲۷). در پاکستان سن ازدواج برای مردان ۱۸ سال و برای زنان ۱۶ سال است. در پاکستان نیز همانند دیگر کشورهای در حال توسعه سن ازدواج در زنان و مردان زیادتر شده است. برخی از محققان بین‌المللی نتیجه‌گیری

کردند که فعالیت‌های جنسی نوجوانان قبل از ازدواج به دلیل به تأخیر انداختن سن ازدواج است (۲۸).

پیامدهای تماس جنسی

سالانه، حداقل ۱۱۱ میلیون مورد جدید قابل درمان عفونت‌های منتقله از راه جنسی (بیماری‌های منتقل شونده از طریق جنسی) STIs و نیمی از تمام عفونت‌های جدید اچ آی وی در میان جوانان دیده می‌شود و ۴/۴ میلیون دختر در سنین ۱۹-۱۵ سال سقط جنین انجام می‌دهند که اکثر این سقط‌ها ناامن هستند. ده درصد از کل تولدها در سراسر جهان، مربوط به مادران نوجوان است که میزان بسیار بالاتری از مرگ و میر مادران را نسبت به مادران مسن تر و بزرگتر از خود تجربه می‌کنند. روند عفونت HIV در آمریکای لاتین در حال افزایش است و بیشترین عفونت‌ها در میان جمعیت جوان و عمدتاً مردان رخ می‌دهد، اما به سرعت در میان زنان و بیشترین حالت از طریق انتقال دگرجنسگرا در حال گسترش می‌باشد (۲۹).

عفونت‌های جنسی، یکی از ۵ عامل مهم تهدیدکننده زندگی مولد سالم در کشورهای در حال توسعه است. بیشترین تعداد عفونت‌های جدید، در جنوب و جنوب شرقی آسیا دیده شده است. در سال ۲۰۰۶، تعداد ۷۰۵۵۹ مورد از عفونت‌های منتقله از طریق جنسی در کشور مالزی گزارش شد که این موارد تا پایان سال ۲۰۰۵، ۱۰۶۶۳ مورد مبتلا به AIDS و بقیه مبتلا به STIs بوده‌اند. داشتن شرکای جنسی متعدد، به میزان بالایی در بین دانش آموزان مالزیایی دیده می‌شود. این یافته‌ها، مشابه یافته‌های حاصل از تحقیق در کشور ترکیه است. اندونزی اپیدمی رشد سریعی برای HIV دارد. بر طبق داده‌های ملی، این کشور تا سال ۲۰۱۰ تعداد بیماران ایدز/اچ آی وی نسبت به سال ۲۰۰۷ دو برابر شده است. بیش از نیمی از افراد واجد این بیماری در سنین ۲۹-۲۰ سال هستند. یکی از رفتارهای اصلی پرخطر رابطه دگرجنسگرا حفاظت نشده (%۴۹/۳) می‌باشد (۳۰).

درصد حاملگی‌های ناخواسته و سقط جنین در این گروه سنی به نسبت بالا می‌باشد. علی‌رغم کاهش جهانی در نرخ اولین بارداری، بارداری نوجوانان یک چالش مهم و مداوم در بسیاری از کشورهاست. مادر شدن زود هنگام به عنوان عواقب منفی برای نوجوانان دختر و فرزند آن‌ها و نیز چشم‌انداز آینده اقتصادی، آموزشی و اجتماعی آن‌ها به رسمیت شناخته شده است. این خطرات به

خصوص در مناطقی مانند آمریکای مرکزی، که در آن سطح فقر بالا و دسترسی به منابع پائین است بیشتر دیده می‌شود.

میزان آزار و اذیت جنسی در ۱۹ کشور از ۷-۳۴ درصد برای دختران و ۳-۲۹ برای پسران گزارش شده است (۲۹).

وسایل پیشگیری از بارداری

استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری و بیماری‌های مقاربتی، اغلب محدود به ازدواج و روابط زناشویی پس از آن می‌شود و استفاده از این وسایل بویژه در بین نوجوانان و جوانان قبل از ازدواج و تشکیل خانواده کمتر است. استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری و پیشگیری از بیماری‌های مقاربتی، در طول دوران نوجوانی و باتوجه به سن افراد متفاوت است. کاندوم و وسایل پیشگیری از بارداری بیشتر ممکن است بعد از برقراری اولین رابطه مورد استفاده قرار گیرند (۳۱).

مطالعه در زمینه شروع فعالیت جنسی و استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری و کاندوم نشان داده است که نوجوانان و جوانان تمایل به استفاده از این وسایل ندارند. دلایل اصلی این امر برای آن‌ها، شروع زود هنگام رابطه جنسی است. با ظهور ایدز ضرورت درک رفتار جنسی و باروری به ویژه برای جمعیت جوان مبرم است (۳۲).

تابوها

در بسیاری از جوامع و فرهنگ‌های مورد بررسی، تمایلات جنسی موضوعی حساس است که به سختی می‌تواند آشکارا مورد بحث قرار گیرد. باور اشتباهی که در همه قاره‌ها هنوز وجود دارد این است که آموزش مسائل جنسی، جوانان را بیشتر به داشتن روابط جنسی تشویق می‌کند. مخفی کردن مشکلات و مسائل جنسی و عدم مراجعه به متخصصین و مشاورین مربوطه در بسیاری از کشورهای مورد مطالعه دیده می‌شود. بسیاری از نوجوانان و جوانان از ابراز احساسات خود در خصوص مسائل جنسی و پرسش در این مورد ترس دارند و عدم ابراز و بیان مسائل و تمایلات جنسی در میان آن‌ها به وفور دیده می‌شود.

در واقع، گزارش سازمان ملل بیان می‌کند که "رسیدن به اهداف هزاره توسعه سلامت مادران امکان‌پذیر نخواهد بود، مگر اینکه سرمایه‌گذاری و اقدام مؤثری در این زمینه در میان نوجوانان و جوانان صورت گیرد.

محدودیت‌های مطالعه:

در این مطالعه با محدودیت‌هایی از جمله بررسی تعداد محدودی مطالعه به دلیل محدودیت زمان و نیروی انسانی و نیز فیلتر بودن برخی از سایت‌ها و عدم امکان استفاده از مقالات به دلیل استفاده از برخی کلیدواژه‌های مرتبط ولی فیلتر شده و همچنین تحلیل وضعیت صرفاً بر اساس مستندات چاپ شده و نه مشاهده و تحلیل مستقیم شرایط کشورها اشاره کرد.

چند پیام اصلی و کاربردی برای کشور:

به نظر می‌رسد که تماس جنسی ایمن به عنوان اولویت سلامت باروری در بسیاری از کشورهای جهان است. زیرا خواسته و یا ناخواسته به سمت ترویج تماس‌های جنسی خارج از چارچوب ازدواج سوق یافته‌اند. این موضوع طبعاً نمی‌تواند در دکتترین مدیریت اجتماعی جامعه ما پذیرفته شود، لذا تنها راهکار مؤثر، تقویت بنیاد خانواده از طریق پایین آوردن سن ازدواج و تقویت استحکام آن است.

در غیر این صورت، احتمالاً تجربیاتی که در سایر کشورها اعم از توسعه یافته و توسعه نیافته، اسلامی و غیراسلامی است در جامعه ما نیز هر روز بیشتر می‌شود که اهم این موارد تولد نوزادان از مادران مجرد و در سنین نوجوانی و همچنین افزایش شیوع بیماری‌های منتقله از طریق جنسی از جمله اچ.آی.وی است. البته بار روحی و روانی و آسیب‌های فرهنگی نیز باید در نظر گرفته شود.

منابع

1. Golchin m, characterization of social and economic of family and adolescent mental health. Congress of public health and preventive medicine, Kermanshah, 1380.
2. Khodayari fard m, youth and adolescent issues, 1384, p 32-34.
3. United Nations Population Fund (UNFPA), State of the World Population 2003: Investing in Adolescents' Health and Rights, New York: UNFPA, 2003.
4. UNFPA, Generation of Change: Young People and Culture, 2008, Youth Supplement to UNFPA's State of the World Population Report, New York: UNFPA, 2008.
5. Ali MM and Cleland J, Sexual and reproductive behaviour among single women aged 15-24 in eight Latin American countries: a comparative analysis, Social Science & Medicine, 2005, 60(6):1175-1185.
6. Gupta N and Mahy M, Sexual initiation among adolescent girls and boys: trends and differentials in Sub-Saharan Africa, Archives of Sexual Behavior, 2003, 32(1):41-53.
7. WWW.WHO.INT
۸. رمضان زاده، فاطمه، حق‌اللهی، فدیه و همکاران، وضعیت مراکز موجود ارائه خدمات سلامت باروری به نوجوانان و جوانان در ایران، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۷ شماره ۴ زمستان ۱۳۸۸، صفحه ۱۰-۱.
۹. سیمبر، معصومه، رمضانی تهرانی، فهیمه، هاشمی، زینب، مدل باورهای بهداشتی-باروری جنسی دانشجویان، دو فصلنامه طب جنوب، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر، سال هفتم، شماره ۱، شهریور ۱۳۸۳، صفحه ۷۰-۷۸.
۱۰. عزیززی، فاطمه، ظفرمند، محمدهادی، بیات، فیروزه، بررسی دیدگاه‌های والدین، معلمان و دانش‌آموزان پیرامون آموزش مفاهیم بهداشت باروری به دانش‌آموزان به شیوه بحث گروهی متمرکز، دو فصلنامه طب جنوب، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر، سال ششم، شماره ۱، شهریور ۱۳۸۲، صفحه ۷۸-۶۹.
11. Juarez F: Adolescent reproductive health in Latin America among low-income groups.
12. HIV and AIDS in Canada: surveillance report to December 31, 2004. Ottawa, on: surveillance and risk assessment division, centre for infectious disease prevention and control, public health agency of Canada; 2005. Available at: www.phacaspc.gc.ca/publicat/aids-sida/haic-vsac11204/index.html. accessed january 19, 2006.
13. Hiv/aids- epi updates-2005. Ottawa, on: surveillance and risk assessment division, centre for infectious disease prevention and control, public health agency of Canada; 2005. Available at: www.phacaspc.gc.ca/publicat/aids-sida/haic-vsac11204/index.html. accessed january 19, 2006.

14. Mosher WD et al. Sexual behavior and selected health measures: men and women, 15-44 years of age, United States, 2002. *Advance Data* 2005; #362:1-56.
15. Weinstock H et al. Sexually transmitted diseases among American youth: incidence and prevalence estimates, 2000. *Perspectives on Reproductive & Sexual Health* 2004; 36(1):6-10.
16. Klein JD & Committee on Adolescence. Adolescent pregnancy: current trends and issues. *Pediatrics* 2005; 116(1):281-286.
17. WWW.UNAIDS.ORG/en/regionscountries/countries/Brazil/
18. Ministry of Health Brazil, 2007. *Bulletin Epidemiological STD/AIDS*.
19. WWW.UNAIDS.ORG/en/regionscountries/countries/Mexico/
20. Lee SY & Lee HS, 2002. 2001 national health insurance statistical year book. Mapo: national health insurance cooperation.
21. WWW.UNAIDS.ORG/en/regionscountries/countries/South Korea/
22. WWW.UNAIDS.ORG/en/regionscountries/countries/MALAYSIA/
23. WWW.UNAIDS.ORG/en/regionscountries/countries/India/
24. WWW.UNAIDS.ORG/en/regionscountries/countries/Pakistan/
25. Lee L K, Chen P C Y, Lee K K, Kaur J, Premarital sexual intercourse among adolescents in Malaysia: a cross-sectional Malaysian school survey, *Singapore Med J* 2006; 47(6) : 476.
26. Malaysian family law
27. <http://iussp2005.princept.on.edu/download.aspx?submissionId=50332>. Retrieved 2007-01-21.
28. Child Marriage Restraint Act 1929.
29. IPPF Framework for Comprehensive Sexuality Education (CSE), UK Registered Charity No. 229476, Published in January 2010 by the International Planned Parenthood Federation
30. Awareness of school students on sexually transmitted infections (STIs) and their sexual behavior: a cross-sectional study conducted in Pulau Pinang, Malaysia, Mudassir Anwar, Syed Azhar S Sulaiman, Keivan Ahmadi, Tahir M Khan, Anwar et al. *BMC Public Health* 2010, 10:47.
31. Impact of HIV and sexual health education on the sexual behavior of young people: a review update, UNAIDS, 1997.
32. UNAIDS 1998, The Status and Trends of the Global HIV/AIDS Pandemic, AIDSCAP, the Francios- Xavier Bagnoud Centre for Health and Human Rights of the Harvard School of Public Health, and UNAIDS

پیوست نتایج گروه کاری متمرکز

چالش‌ها بهداشت باروری نوجوانان و جوانان

چالش‌های پیرامون تخصص و دانش لازم پیرامون موضوع (شناخت موضوع)

ضعف تعاریف عملیاتی و مشخص مفاهیم پیرامون موضوع بهداشت باروری وجود دارد. واژه شناسی پیرامون موضوع به خوبی صورت پذیرفته است. از وضعیت جامعه، پیرامون بهداشت باروری به ویژه روابط جنسی نه به صورت کیفی و کمی شناخت قابل اطمینانی وجود ندارد. زیرساخت‌های پژوهش پیرامون موضوع دچار خلل می‌باشد و کسی به علت حساسیت موضوع در این باره پژوهش نمی‌کند. تعامل بین تخصص‌های گوناگون پیرامون موضوع و همچنین شناخت وضعیت جامعه به درستی صورت نمی‌پذیرد. نبود دانش، نگرش و مهارت‌های بومی متناسب با فرهنگ اسلامی پیرامون موضوع به صورت شفاف و مشخص ارائه نمی‌شود. عمده ارائه مشاوره‌ها (روانی، خانوادگی) متناسب با فرهنگ اسلامی نمی‌باشد.

وضعیت اجتماعی

خشونت‌های خانوادگی، خشونت علیه زنان بالا رفتن سن ازدواج (۲۵,۵ برای زنان و ۲۷,۵ برای مردان) وجود پدیده مضیقه ازدواج پیرامون حجاب جمعیتی پایین آمدن سن اولین ارتباط جنسی (۱۴ سال) وجود جمعیت قابل توجه زنان متعلقه و یا همسر از دست داده (بیش از ۶ میلیون نفر) که بیش از یک ششم آنها سرپرست خانوار نیز می‌باشند. وجود جمعیت زیادی از زنان ازدواج نکرده

بزهکاری نوجوانان و جوانان در ارتباط با فشارهای جنسی و خلاهای عاطفی زیاد شده است، به ویژه در حاشیه های کلان شهرها

انحرافات جنسی در بین نوجوانان و جوانان در گروه سنی ۱۵-۱۹ نسبت به گروه سنی ۲۰-۲۴ بیشتر است.

خود ارضایی: آمار درستی در این زمینه وجود ندارد، اما در مدارس حداقل ۷۰ درصد گزارش شده است

ارتباط با جنس موافق:

ارتباط با جنس مخالف:

افزایش روابط دختر و پسر خارج از چارچوب خانواده (حدود ۵۷ درصد، ۲۵٪ ارتباط جنسی دارند و حدود ۷-۱۰ درصد ارتباط جنسی کامل دارند) که بیشتر آنها منجر به ازدواج نمی شود در جمعیت قابل توجهی از جوانان و نوجوانان (حدود ۸۰ درصد این ارتباطات منجر به ازدواج نمی شود).

وجود رابطه جنسی یک فرد با شرکای جنسی متعدد در سنین قبل از ازدواج افزایش یافته است.

ساختار خانواده هم از نظر سلسله مراتبی و هم از نظر بعد خانواده تغییر یافته است.

اختلال در نهاد خانواده ها

ارتباطات پسر و دختر قبل از تشکیل خانواده

سخت گیری در ازدواج

به موقع نبودن زمان ازدواج

پایین بودن انتخاب مناسب همسر

ارتباط بیرون از حریم خانواده و پایبند نبودن به حریم خانواده

بالا رفتن طلاق عاطفی، جنسی (حدود ۵۰ درصد) و قانونی (۲۰ درصد)

وضعیت نرم و مد حجاب و عفاف بر اساس ارزش ها و هنجارهای اسلامی تغییر یافته است.

مصرف بالای لوازم آرایشی و بهداشتی

افزایش آرایش در دختران ازدواج نکرده که ریسک فاکتور رفتاری محسوب می گردد.

وضعیت استفاده ناهنجار از موبایل، اینترنت و ماهواره، (داستان، عکس و فیلم های مبتذل)

افزایش جراحی‌های زیبایی و اقدامات آرایشی و بهداشتی
بالا رفتن سقط جنین و جراحی‌های غیرقانونی (حداقل ده هزار و حداکثر صد هزار مورد در سال
برآورد شده است).

بالا رفتن خودکشی و قتل بدلیل مسائل جنسی
بالا رفتن خشونت و نزاع‌های پیرامون مسائل جنسی
بالا رفتن میزان مراجعات به مراکز مشاوره روانشناسی و خانواده و افزایش میزان مراجعات به دلیل
مسائل جنسی

وضعیت بیماری‌های مرتبط با بهداشت باروری

افزایش رشد انتقال اچ.آی.وی/ایدز از طریق روابط جنسی و ایجاد موج جدید از طریق انتقال
جنسی

بالا بودن جراحی‌های انتقال جنسیتی (۸۰ مورد - ۶۰۰ مورد در سال)

بالا رفتن ناتوانی جنسی در دو جنس

افزایش ریسک فاکتورهای مؤثر بر بهداشت باروری

افزایش اختلالات روحی و روانی

افزایش استرس و اضطراب

افزایش افسردگی به خصوص بعد از ازدواج و بعد از زایمان

افزایش میزان بیماری‌های قلبی و عروقی

افزایش بیماری دیابت

افزایش سرطان سینه، دهانه رحم، پرستات

افزایش رفتارهای پرخطر:

مصرف مواد مخدر به ویژه مواد مخدر صنعتی

مصرف الکل، (۱۶ درصد)

مصرف مواد غذایی پر انرژی و چرب، استفاده از مواد انرژی زا و نیروزا

کم تحرکی و فعالیت مؤثر بدنی

وضعیت رفتاری و محیطی (سبک زندگی):

عوامل رفتاری

بالا بودن مشکلات شناختی و معرفتی در هویت یابی نوجوانان و جوانان و ضعف در پاسخگویی به

سئوالات ذهنی آنها

دانش و آگاهی پایین نوجوانان و جوانان در خصوص دستورات دینی پیرامون موضوع

آگاهی پایین نوجوانان و جوانان در خصوص آگاهی نسبت به اختلالات و بیماری های پیرامون این

موضوع

آگاهی پایین نوجوانان و جوانان در خصوص مراکز مختلف ارائه دهنده خدمت در ارتباط با

اختلالات خود

کاهش پایبندی به اعتقادات و باورهای دینی و مذهبی

تغییر زیباشناختی در ارتباطات بین دو جنس (بر اثر الگوی های رفتاری ایجاد شده از طریف داستان،

عکس و فیلم)

افزایش ارتباط با جنس مخالف به دلیل کمبود محبت و عاطفی و مشکلات روانشناختی

افزایش ارتباط با جنس مخالف به دلیل نگرش های غلط همچون شناخت روحیات جنس مخالف،

به دلیل ازدواج، برای کسب تجربه و به اصطلاح افزایش پختگی، برای کاهش فشارهای عصبی و

هوس

مساوی دانستن ازدواج با مسائل جنسی و کاهش نگاه قدسی به آن

در انتخاب همسر موضوع جنیست مهم است به جای انتخاب مادر و پدر آینده

رسوخ نمودن مفهوم عشق در ارتباط بین دو جنس که مفهوم واقعی نمی باشد و از فرهنگ غرب به

غلط وارد شده است.

کاهش تعهدات اخلاقی و مسئولیت پذیری در ارتباطات اجتماعی به ویژه ارتباط با جنس مخالف

در خارج از چارچوب خانواده

بالا بودن میزان ناامیدی در تأمین نیازهای زندگی به ویژه نیازهای جنسی خود در زمان به موقع آن و

در آینده ملموس برای نوجوانان و جوانان

ارزش شدن ثروت و مادیات به ویژه ملاک های مادی در تشکیل خانواده و زندگی

مهارت پایین نوجوانان و جوانان در ایجاد ارتباطات سالم با دوستان و جامعه، انجام مذاکرات و بیان نظرات خود

مهارت پایین نوجوانان و جوانان در تصمیم گیری و حل مسأله متناسب با ارزش ها و عقاید دینی

مدگرایی و نیاز به احترام

عوامل محیطی:

فقر و شکاف طبقاتی در جامعه

نامناسب بودن محیط کار و اشتغال به ویژه برای خانم ها در بخش های مختلف اداری، کارخانه ای

چه در بخش دولتی و غیردولتی

وجود منافع اقتصادی در بازار لوازم بهداشتی و آرایشی، لباس های مختلف برای ایجاد مد و زینت آلات، موبایل و ابزارهای ارتباطی نوین و...

ساماندهی نامناسب اوقات فراغت نوجوانان و جوانان

افزایش فضای فرهنگی و ارزشی پیرامون ارتباط آزاد روابط دختر و پسر

قرارگرفتن موضوع روابط دختر و پسر و حجاب به عنوان نماد قدرت و حاکمیت و در نتیجه افزایش حساسیت موضوع به لحاظ سیاسی و امنیتی

قرارگرفتن این موضوع به عنوان یک مسأله رقابتی در تبلیغات انتخاباتی و سیاسی

وجود جنگ نرم و تهاجم فرهنگی

افزایش فرهنگ مادی گرایی، فردگرایی و توجه به منافع شخصی

رشد میزان تکنولوژی های ارتباطی و رسانه ای

طراحی نامناسب فضای خانه ها، مدارس و دانشگاه ها و فضاهای عمومی شهری متناسب با فرهنگ اسلامی

عوامل تقویت کننده: شبکه های اجتماعی

ضعف نهاد خانواده

کاهش نقش مادری و همسری زن در خانه و اختلال ایفای این نقش در زنان جامعه

فرزند سالاری در خانه

محیط خانواده و تضعیف روابط خانوادگی و نفوذ فرهنگ غربی در خانواده از طریق فناوری های نوین ارتباطی و رسانه ای گروه همسالان در محیط محله و مدرسه و تغییر ساختار محلات بر اساس معتمدین محله و کاهش سرمایه اجتماعی در سطح محلات با محوریت مساجد تغییر گروه مرجع در جامعه در سطح خانواده، محله و جامعه به سمت طبقه ثروتمند جامعه

نظام آموزش و تربیتی

ضعف نظام آموزش و پرورش در تربیت افراد مبتنی بر افزایش مهارت های زندگی، توان حل مساله و قدرت تصمیم گیری بر اساس ارزش ها و نگرش های حاکم در کشور ناکارآمد بودن آموزش های قبل از ازدواج ضعف در آموزش، هدایت و مشاوره حین ازدواج و بعد از ازدواج مشکل در نیازسنجی آموزشی و مخاطب شناسی به ویژه شناخت و با توجه به روحیات دوره جوانی و نوجوانی در اطلاع رسانی و فرهنگ سازی بیشتر از قالب های سنتی و ناکارآمد نوشتاری و.. استفاده می شود از مدیریت نمادها و چهره به چهره ... استفاده مؤثر صورت نمی گیرد. آموزش های آگاهی ساز برای کاهش آسیب های روحی در تعاملات بعد از ازدواج بسیار مهم است.

تناقض بین پیام ها و نظام های آموزشی عملکرد ضعیف رسانه ها در فرهنگ سازی و ایجاد الگوهای متناسب با فرهنگ اسلامی تغییر منابع و مجراهای اطلاعاتی و دانشی

مدیریت و سیاست گذاری:

سردرگمی بین سه حوزه فرهنگی ایرانی، اسلامی و غربی در مدیریت جامعه و نظام تصمیم گیری الگوی توسعه کشور و نداشتن الگوی پیشرفت مبتنی بر اسلام و ایران نبود یک مجموعه نظاممند فکری و نظری پیرامون موضوع بهداشت باروری و ارتباط آن با دیگر موضوعات

نبود درک صحیح و درست پیرامون موضوع بهداشت باروری و ارتباط آن با موضوعات دیگر
 ضعف در مهندسی ساختارهای اجتماعی و مباحث اقتصادی و... بر اساس و محوریت خانواده
 شفاف نبودن تولید و سطوح آن پیرامون حوزه های مختلف مؤثر بر بهداشت باروری در کشور
 وجود ساختارهای موازی و شفاف نبودن نقش ارگان های مختلف پیرامون موضوع
 ضعف در حلقه ارتباطی بین لایه سیاست گذار، قانونگذار و اجرا پیرامون موضوع بهداشت
 ضعف مدیریت و برنامه ریزی پیرامون موضوع
 ملموس نبودن بعد نرم برای مدیران اجرایی
 عدم ثبات مدیریتی
 عدم تصمیم گیری مبتنی بر شواهد
 ضعف در برنامه ریزی توسط سیاست گذار به دلیل روحیات و مسائل روانشناختی (انکار واقعیات و
 احساس سختی و خستگی برای مداخلات)
 رویکرد بالا به پایین برای اجرای سیاست ها که برای جمعیت هدف مناسب نمی باشد.

راهکارهای پیشنهادی

تدوین الگوی پیشرفت اسلامی ایرانی
 ایجاد اتاق فکر و مرکز مطالعات جامع پیرامون موضوع بهداشت باروری
 جهت دهی تحقیقات مؤلفه های اجتماعی مؤثر بر سلامت در چارچوب سلامت خانواده
 تعیین گروه و متولی آموزشی تربیت جنسی در کشور در گروه های سنی مختلف و محیط های
 مختلف (مدارس، محلات، پایگاه ها)
 اعلام سیاست های شفاف در سطوح مختلف تصمیم گیری در کشور
 تصمیم گیری مبتنی بر شواهد در زمینه بهداشت باروری نوجوانان و جوانان کشور
 تدوین منظومه واژه شناسی پیرامون بهداشت باروری نوجوانان و جوانان
 ایجاد بانک و سامانه جامع آمار و اطلاعات بهداشت باروری مدغم در سامانه جامع آمار و اطلاعات
 نوجوانان و جوانان کشور

تأکید بر محیط‌های حامی سلامت باروری به ویژه در محیط خانواده، مهد کودک‌ها، مدارس و دانشگاه‌ها، محیط‌های عمومی شهری و تفریحگاه‌ها و پادگان‌ها
تغییر و جهت‌گیری معماری مسکن‌ها، محیط داخلی خانه و محیط‌های شهری متناسب با فرهنگ
اسلامی- ایرانی

مدیریت و کنترل فضای مجازی

مدیریت فضای مدگرایی در نوجوانان و جوانان

توزیع متناسب جمعیت شهری و روستایی در قالب آمایش سرزمینی

توزیع مناسب جمعیت بین شهرهای مختلف کشور

ساماندهی وضعیت تحصیل و مهاجرت در کشور به ویژه برای دختران

تأکید بر تقویت شبکه‌های اجتماعی و حمایتی به ویژه روابط خانوادگی

افزایش سرمایه اجتماعی در سطح محلات با محوریت مساجد و تقویت فعالیت‌های مردمی در قالب

ساختارهای حقوقی مناسب همچون خیریه‌ها، انجمن‌ها و سازمان‌های مردم‌نهاد پیرامون موضوع

بهداشت باروری نوجوانان و جوانان کشور

تغییر نقش زنان در جامعه با محوریت نقش مادری و همسری

تغییر الگوی اشتغال زنان در جامعه و حرکت از اشتغال و فعالیت اقتصادی به اشتغال و فعالیت‌های

اجتماعی

کاهش فاصله بین سن بلوغ جنسی، فکری و اجتماعی در نوجوانان و جوانان

افزایش تعهدات اجتماعی و اخلاقی و قانونی در ارتباطات اجتماعی

تأکید بر سلامت معنوی و سپس سلامت روانی و جسمی نوجوانان و جوانان

تأکید بر انتخاب آگاهانه و ازدواج به موقع و آسان

محوریت خانواده در ارائه کلیه خدمات و برنامه‌های حفظ، ارتقاء و بازگشت سلامت

سطح بندی ارائه خدمات در چهار سطح پیشگیری مبتنی بر هر چهار بعد سلامت جنسی، روانی،

معنوی و اجتماعی: پیشگیری از خاستگاه، پیگیری اولیه، پیشگیری ثانویه (درمانی)، پیشگیری

ثالثیه (بازتوانی)

تلفیق برنامه HIV/ایدز با برنامه بهداشت باروری، سلامت نوجوانان و جوانان کشور، برنامه کاهش آسیب های رفتارهای پرخطر

اجرای برنامه بهداشت باروری بر بستر پزشک خانواده و تیم سلامت، همراه با تلفیق با برنامه تنظیم خانواده و بهداشت مادر و کودک افزایش دسترسی به گروه های هدف با رفتارهای پرخطر و

اجرای برنامه های کاهش آسیب

گسترش مراکز مشاوره خانواده و مشاوره بلوغ و روابط جنسی

گسترش کلینیک های سلامت جنسی و آمایش آن بر اساس سطح بندی خدمات

گسترش مراکز خدمات آسیب های اجتماعی

خلاصه سند انگلیسی

Human resource is one of the most fundamental components of development. Age and sex distributions of a population and its growth rate determine the structure of a community. In order to have a healthy new generation, special attention is required to the reproductive health, particularly among young age groups. With a comprehensive plan in this area, we may generate an active and productive generation for future.

In order to create the main structure of such a plan, in several steps, we reviewed all available evidences via systematic review of national and international documents. We explored the experiences of 16 countries; statistics of relevant indicators were abstracted from national documents; in a comprehensive desk review, the main electronic library of the religion school of Qom, HOZEH, were searched. In addition, in deep interviews, we approached a group of top religious leaders. All collected information was discussed in a series of technical meetings; based on these discussions the main component of the plan including vision, mission, goals, policies, and strategies were generated via consensus.

The plan was developed compatible with the main concepts of the SDH (social determinants of health), in lines with the dominant religious and the cultural values. The main recognized strategic issues were defined as follows:

- Shortage of coherent thoughts in this area compatible with the framework of the national development plan
- Disorganization among the activities of relevant organizations in reproductive health
- Considerable changes in the dominant life style of young generation mainly because of the impact of industrialization
- Time gap between the sexual, mental and social maturations of tanager
- Increase in the frequency of risky behaviors of young people and an rising trend in the prevalence of HIV/AIDS
- Gaps between the values of different generations mainly due to westernization
- Lack of enough knowledge about a health life style compatible with Islamic values

Education and training of teenagers and young generation about reproductive health within the cultural limits is essential, but the desirable impacts are not obtained unless these training being supported with appropriate and comprehensive interventions in the whole community.

Without any doubt, strong family is the fundamental basis for any progress and development in the Islam. Therefore, this plan was organized with a special respect to family; from this perspective, we have to review the functions of schools, organizations, cultural values, economy, and social relationships. Hence, we extract the following polices in this regard:

- Employing supportive polices in related to the health of young generation
 - Defining the roles of males and females based on the Islamic and Iranian norms
 - Defining how the coordination different stakeholders
 - Implementing evidence based decision making
 - Networking among scientific bodies
 - Harmonizing rules and regulation to support the strength of families
- Creating safe environments for young generation
 - Appropriate environment
 - Houses and living places
 - Public places
 - Locations for leisure
 - Schools and collages
 - Businesses and markets
 - Mass media and virtual environments
 - Rules and regulations
- Empowerment of individuals
 - Improvement of knowledge
 - Improvement of life skills
- The models of service delivery
 - Religious consultancy
 - Social supports and securities
 - Consultancy to families
 - Social supports for special subgroups
 - Health care provider centers
 - Consultancy about maturation
 - Family physician and their service packages

We hope this document as a top document helps others to develop their detail action plans for the health of young generations with more integrity compatible with main polices of the ministry of health.

This document has two parts; the first part presents the top view, including vision, mission, tasks, values, situation analysis, strategies, and goals. In the second part, we pasted seven appendices about reports, statistics, and reviews of relevant documents.