



وظایف بهورزان
و مراقبان سلامت
در طرح ملی
آمایش امید

پنجره امید را بازنگه داریم



اعظم غلامی جوادیه

مدیر مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان



حکیمه اسلامی فر

مربی مرکز آموزش بهورزی
دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان



حکیمه مغویی نژاد

کارشناس جوانی جمعیت
دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان



اهداف آموزشی

امید است بهورزان و مراقبان سلامت پس از مطالعه مقاله بتوانند:

برنامه طرح ملی آمایش امید و اهداف آن را شرح دهند.

وظایف خود را در طرح ملی آمایش امید جهت بهبود شاخص های جمعیتی بیان کنند.

مشاوره فرزندآوری را به نحو مطلوب به زوج های جوان جهت کاهش فاصله بین ازدواج و فرزند اول و کاهش فاصله بین موالید ارائه دهند.



جمعیت به عنوان یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های قدرت، نقش تعیین کننده ای در آینده کشور ایفا می‌کند. (۱) این درحالی‌ست که نرخ باروری در بسیاری از کشورهای توسعه یافته به زیر سطح جایگزینی کاهش یافته است. (۲) در ایران نیز کاهش تمایل خانواده‌ها به فرزندآوری موجب شده میزان باروری کلی یعنی تعداد فرزندان که یک زن در طول زندگی خود به‌طور متوسط به دنیا می‌آورد به زیر حد جایگزینی کاهش یابد. (۳) این تغییرات چالش‌هایی را برای بهره‌وری اقتصادی و پایداری برنامه‌هایی مانند مستمری، مراقبت‌های اجتماعی و تأمین اجتماعی ایجاد می‌کند. برای رسیدگی به این موضوع بسیاری از دولت‌ها سیاست‌هایی را با هدف افزایش نرخ زاد و ولد معرفی کرده اند (۲) که در ایران می‌توان به طرح «ملی آمایش امید» اشاره کرد.

طرح ملی آمایش امید

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای اجرای سیاست‌های کلی نظام و تحقق اهداف برنامه هفتم پیشرفت، اقدام به طراحی برنامه‌ای جامع جهت افزایش نرخ باروری کلی^۱ تا دستیابی به حد جایگزینی ۲/۵ تا سال ۱۴۰۷ با عنوان «طرح ملی آمایش امید» کرده است. هدف این برنامه «تحلیل دقیق شاخص‌های جمعیتی، تعیین اولویت‌ها براساس شرایط فرهنگی و زیست بومی هر منطقه و هدف‌گذاری کمی تعداد موالید مطلوب» است. در این برنامه خانه‌های بهداشت و مراکز خدمات جامع سلامت به عنوان بازوهای اجرایی اصلی، نقش کلیدی و زیر ساختی کارآمد در جهت ارتقای سلامت مادر و کودک و حمایت از فرزندآوری دارند. امید است با اجرای این طرح مسیر تحقق سیاست‌های کلی جمعیت هموار شود. (۱)

برخی تعاریف کلیدی

نرخ باروری کلی: میانگین تعداد فرزندان که یک زن در طول دوران باروری خود به دنیا می‌آورد.

- جمعیت زنان در سن باروری: زنان ۱۰ تا ۵۴ سال
- هدف گذاری کمی (مطلوب): تعیین تعداد موالید مورد نیاز در هر منطقه برای دستیابی به نرخ باروری کلی ۲/۵ تا سال ۱۴۰۷
- دیرفرزندی: زوج‌هایی که ۲ سال از ازدواج آن‌ها گذشته و هنوز فرزندی ندارند.
- کم فرزندی: زنانی که دو فرزند زنده داشته و سن آخرین فرزند بیشتر از یکسال و ۵ ماه و ۲۹ روز باشد.
- بی‌فرزندی: زنانی که فرزند نداشته و در حال حاضر باردار نیستند.
- تک فرزندی: زنانی که دارای یک فرزند زنده با حداقل سن یک سال و ۵ ماه و ۲۹ روز هستند.
- میانه سنی: سنی که در آن دقیقاً نصف جمعیت پیرتر و نصف دیگر در سنین جوان‌تر از آن قرار دارند.
- میزان سزارین نخست‌زا: تعداد (درصد) مادران بارداری اول که به روش سزارین زایمان کرده‌اند نسبت به تعداد کل مادران با بارداری اول
- ناباروری اولیه: زمانی که زوجها تجربه باروری نداشته باشند و با وجود حداقل یک‌سال اقدام برای بارداری، باردار نشده‌اند. (برای سن ۳۵ سال و بیشتر، حداقل شش ماه)
- ناباروری ثانویه: زمانی که تجربه قبلی بارداری وجود دارد، اگر چه الزاماً منجر به تولد نوزاد زنده نشده باشد و باوجود حداقل یک‌سال اقدام برای بارداری، باردار نشده است. (برای سن ۳۵ سال و بیشتر، حداقل شش ماه)

1. TFR: Total fertility rate

وظایف بهورزان و مراقبان سلامت در طرح ملی آمایش امید

- تعداد موارد سقط جنین و انصراف از سقط
۳. **ارایه مشاوره فرزندآوری به گروه‌های هدف**
 براساس اولویتهای اعلامی رییس مرکز خدمات جامع سلامت (۱)

اصلی ترین گروه هدف مداخله:

- زنانی که حداقل ۶ ماه از شروع زندگی مشترک آن‌ها گذشته است. فرزند نداشته و در حال حاضر باردار نیستند.
- زنانی که سن آخرین فرزند آن‌ها ۱۸ ماه و بیشتر است.
- زنانی که در آخرین بارداری سابقه سقط داشته‌اند.
- زنانی که با هر سن و تعداد فرزند تمایل به داشتن فرزند دارند. (۴)

در برنامه آموزش و مشاوره فرزندآوری باید متناسب با مخاطب، محتوای آموزشی (بحران جمعیت و سالمندی کشور، بوکلت مراقبت‌های ادغام یافته ازدواج، سلامت باروری و مشاوره فرزندآوری، مشکلات و پیامدهای تک فرزندی، قانون‌های حمایت از خانواده، محتوای حفظ حیات جنین

۱. شناسایی و تحلیل کامل جمعیت تحت پوشش: مراقبان سلامت و بهروزان موظفند جمعیت تحت پوشش خود را شناسایی و تحلیل کنند تا بتوانند متناسب با شرایط جمعیتی، اقتصادی و اجتماعی منطقه و همچنین ضمن در نظر گرفتن باورها، ارزش‌ها و سبک زندگی مردم، مداخلات و راهکار اجرایی طراحی کنند.

۲. استخراج داده‌های جمعیتی طبق جدول استاندارد (جدول الف و ب): شامل جمع‌آوری داده‌های مربوط به تعداد زنان در سن باروری (۱۰ تا ۵۴ سال) به تفکیک پنجه‌های سنی، تعداد زنان همسردار، باردار، بی‌فرزند، دیرفرزند، تک‌فرزند، دو فرزند، سه فرزند، چهار فرزند و بیشتر، تعداد زنان نابارور

- تعداد موارد مرگ مادر، نوزاد و کودکان تا ۵۹ ماهه
- تعداد موارد زایمان اول، دوم، سوم، چهارم و بیشتر به همراه نوع زایمان (طبیعی یا سزارین)

(جدول الف)

[illegible]

(جدول ب)

[illegible]

و...) روش آموزش و تکنیک‌های آموزشی متفاوت به‌کار برد، مثلاً برای فرزندآوری استفاده ازعکس، پوستر و نمادهای فرزندآوری بسیار مؤثر است و یا وقتی یک مادر بعد از تولد فرزند از طریق جامعه و گروه‌های بهداشتی درمانی بازخورد مثبت می‌بیند، نگرش او نسبت به فرزندآوری مثبت خواهد شد. همچنین افزایش آگاهی یک زن نسبت به فواید فرزندآوری از جمله جلوگیری از سرطان رحم و سینه و دیگر سرطان‌ها، تنظیم فشارخون یا نیازهای دوران سالمندی از جمله نیازهای عاطفی و احساسی در کنار ضعف جسمانی که با وجود فرزند و نوه می‌تواند مرتفع شود، عوامل انگیزشی مناسبی برای تغییر نگرش مثبت و اقدام به فرزندآوری است. (۵)

۴. ارایه گزارش فصلی به مرکز خدمات جامع سلامت

۵. استفاده از ظرفیت رابطان سلامت و همکاری گروه‌های مردمی: برنامه بر تقویت نقش آفرینی مردم، سفیران سلامت، گروه‌های داوطلب، خیران و سازمان‌های مردم نهاد تأکید دارد. (۱)

نتیجه‌گیری

در خیلی از موارد غفلت از فرزندآوری بموقع، باعث می‌شود خانواده‌ها نتوانند به تعداد فرزند دلخواه خود در آینده دست یابند؛ از طرفی اگر روند کاهشی رشد جمعیت در کشور همچنان ادامه یابد، در آینده با جمعیتی پیر روبه‌رو خواهیم بود. از آنجا که مسأله جمعیت یک مسأله فرابخشی بوده برای

اجرای دقیق سیاست‌های جمعیتی باید همزمان از ظرفیت جامعه‌شناسان، متخصصان آمار و آموزش سلامت و... بهره‌برد. به نظرمی‌رسد تعیین یک مقام بالادست مثل استاندار یا فرماندار جهت نظارت مستمر بر اجرای قوانین جوانی جمعیت در سایر ارگان‌ها احتمال رسیدن به هدف را بیشتر می‌سازد.

پیشنهادهای

با توجه به اجرای این برنامه در سال‌های اخیر و مواجهه همکاران با چالش‌ها و موانع در هر منطقه؛ پیشنهاد می‌شود: چالش‌های هر منطقه توسط مراقبان و بهورزان محترم استخراج شده سپس با برگزاری جلسات با شورا، خیران، معتمدان و روحانی روستا سعی در جلب مشارکت همه جانبه این افراد در راستای رفع موانع و مشکلات مطرح شده داشته باشند یا در کمیته‌های جوانی جمعیت شهرستان مطرح و تصمیمات اجرایی اتخاذ شود.

قطعا آموزش مؤثر و مستند کادر بهداشتی که همواره مورد اعتماد مردم بالاخص در مناطق روستایی بوده‌اند گام مؤثر دیگری در خصوص حل بحران پیش‌رو و آگاهی بخشی جامعه خواهد بود، که این امر خود مستلزم باور، اعتقاد و نگرش مثبت و قوی فرد آموزش دهنده است، بنابراین نمی‌توان مسأله‌ای را که خودمان به آن باور نداریم به دیگران به گونه‌ای آموزش دهیم که باور و اجرا کنند؛ پس اگر نگرش‌مان نیاز به تغییر دارد از امروز شروع کنیم.

منابع

۱. شیوه نامه اجرایی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. طرح آمایش امید. برنامه جامع افزایش نرخ باروری کل به عدد ۲/۵. در راستای ماده ۸۱ برنامه هفتم پیشرفت و قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت. اسفند ۱۴۰۳
2. Liu J. Research on the mechanism of fertility support measures to increase the fertility rate. Salud, Ciencia y Tecnología -Serie de Conferencias. 2025; 4:1523. <https://doi.org/10.56294/sctconf20251523>
۳. بزرگی گلچهره، خاقانی طوبی. وظایف کارکنان بهداشتی با توجه به سیاست‌های جمعیتی کشور (تلاش برای جوان سازی جمعیت). فصلنامه بهورز. زمستان ۱۴۰۰. سال سی و دوم. شماره ۱۱۱
۴. شیوه نامه مراقبت‌های ادغام یافته ازدواج، باروری سالم و فرزندآوری، آموزش/ مشاوره فرزندآوری ویژه ارائه دهنده خدمت، معاونت بهداشت، مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس ۱۴۰۲ (نسخه ۰۲)
۵. منصوری سحر، موحدی نیا زهرا، فلامرزی مهدیه، بابا صفری زینب «et all» فرزندآوری و فواید بارداری. مرکز جوانی جمعیت و سلامت خانواده و مدارس. بهار ۱۴۰۳