

## مطالعه اثرات برنامه‌های تحدید جمعیت در پیشبرد اهداف توسعه بهداشت ملی از سال ۷۷-۱۳۶۵

شده‌است. همچنین به منظور بررسی ارتباط بین اثرات تنظیم خانواده با برخی از شاخص‌های بهداشتی با توجه به اطلاعات حاصل از برنامه شبیه‌سازی و در نظرگرفتن حداکثر دو فرزند برای هر خانواده و استفاده ۷۵ تا ۸۰ درصد از وسائل پیشگیری در جوامعی که شیردهی نسبتاً طولانی رایج بوده‌است درصد زنان ۱۵ تا ۴۵ ساله که از روشهای پیشگیری استفاده می‌کنند محاسبه گردیده و نهایتاً ارتباط اثرات میزان مصرف کنتراسپتیوها با متغیرهای تولد خام و مرگ و میر، مرگ و میر زیر یکسال، زیر پنجسال، سواد زنان، شاغلین زن، واکسیناسیون به تفکیک واکسن‌ها، نیروی انسانی (پزشک، پرستار، ماما، به‌ورز) سنجیده شد.

### بیان مسئله

شکاف نسبی موجود که موجب جدائی بخشی از جهان به عنوان جهان سوّم شده‌است، به تعبیر علمای اجتماعی غرب به لحاظ سیاست‌های اجتماعی در این گروه کشورها است. این کشورها با ویژگیهای فرهنگی، سیاسی و اجتماعی خود از جهان صنعتی متمایز می‌گردند. خصوصیات قابل ذکر جهان سوّم از نوع اقتصادی، جمعیتی و اجتماعی است که از وابستگی آنها به تولیدات اولیه میراث‌های استعماری و نظیر آن ناشی می‌شود. اگرچه این جوامع اکثر ملل جهان را شامل می‌شوند ولی اغلب محققین جهانی از سیاست‌های اجتماعی و برنامه‌های رفاه درون کشورها غافل‌اند. دولت‌های جهان سوّم به این نتیجه رسیده‌اند که می‌بایست سیاست جمعیتی را بعنوان بخش مهمی از سیاست اجتماعی خود پذیرفته و در چهارچوب آن

**پژوهشگر:** دکتر فاطمه دباغی، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی ایران.

**استاد راهنما:** دکتر محمود محمودی، دانشیار گروه آمار و خدمات بهداشتی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران.

**اساتید مشاور:** دکتر سید مهدی الوانی، دکتر کامل شادپور، استاد دانشکده مدیریت و حسابداری دانشگاه علامه طباطبائی، کارشناس ارشد شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور.

**استاد آمار:** دکتر محمود محمودی، دانشیار گروه آمار و خدمات بهداشتی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران.

### چکیده پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که به منظور بررسی اثرات برنامه‌های تحدید جمعیت در پیشبرد اهداف توسعه بهداشت ملی انجام شده‌است.

این پژوهش در دو بخش انجام شده‌است: بخش اول ارائه مدل شبیه‌سازی به منظور تعیین اثرات تنظیم خانواده روی باروری و نهایتاً بر بهداشت ملی.

بخش دوم با استفاده از روش کارآزمائی بالینی در مقیاس وسیع بر اساس روند واقعی تغییرات جمعیت در دهسال گذشته (۷۵-۱۳۶۵) پیش‌بینی جمعیت انجام شده‌است.

در این روش اختلاف بین جمعیت ناشی از ثابت‌بودن شرایط جامعه با وضعیت موجود مقایسه

روشهای جدید تنظیم خانواده ناخواسته حامله می‌شوند، در نتیجه از هر پنج حاملگی یک مورد آن ناخواسته است. تلاشهای جهانی تنظیم خانواده علیرغم پیشرفتهای سریع در دهه‌های اخیر هنوز کافی نیست. به اعتقاد کارلسون زمانی می‌توان به عمق واقعی این عدم کفایت پی برد که به جای نگرستن به وضع حاضر به آنچه می‌توانست باشد اندیشید.

شولنبرگ<sup>(۴)</sup> هم‌آهنگ کننده صندوق جمعیت ملل متحد اظهار می‌دارد که جهان اکنون با جمعیتی برابر ۵/۷ بلیون نفر مواجه است که بمراتب رشدی سریعتر از گذشته دارد. عبارتی در هر ثانیه سه نفر به جمعیت جهان اضافه می‌شود. طی سال ۱۹۹۰ بیش از یک میلیارد نفر به جمعیت جهان اضافه شده که تقریباً ۹۳ درصد آنان در کشورهای در حال توسعه آسیا، آفریقا و آمریکای لاتین دنیا آمده‌اند که تمامی آنها نیازمند غذا، مسکن، انرژی و آب آشامیدنی سالم می‌باشند (سمینار جمعیت و توسعه ۱۹۹۴).

طبق برآورد بانک جهانی انتظار می‌رود که بسیاری از کشورهای در حال توسعه تا قرن بیست و یکم همچنان به رشد جمعیت خود ادامه دهند، از آن جمله جمعیت ایران دو برابر جمعیت کنونی ایالات متحده امریکا خواهد شد.

براساس آخرین سرشماری انجام شده در سال ۱۳۷۰ جمعیت کل ایران ۵۵/۸ میلیون نفر برآورد گردیده است. بدین ترتیب از سال ۱۹۰۰ تا ۱۹۹۱ جمعیت کشور بیش از ۵/۵ برابر افزایش یافته است. در دهه ۱۳۵۵ تا ۱۳۶۵ جمعیت ایران از ۳۳/۷۱ میلیون نفر به ۴۹/۴۵ میلیون نفر رسیده است که نرخ رشد جمعیت معادل ۳/۹۱ درصد در سال بوده است که از این رقم ۳/۲ درصد مربوط به رشد طبیعی جمعیت و ۰/۷ درصد مربوط به اثر مهاجرت‌های خارجی

استراتژی توسعه مورد نظر را اتخاذ نمایند. جهان سوم دریافته است که تغییرات جمعیتی بر تحولات در سایر زمینه‌ها نظیر سطوح درآمد، رشد اقتصادی، تعلیم و تربیت، اشتغال و بهداشت و موقعیت زنان تأثیر داشته و پاسخگوی آنهاست. ابزاری چون بکارگیری تنظیم خانواده، ارتباطات جمع‌آوری اطلاعات پایه، و نیل به اهداف فوق را میسر می‌سازد. این زمینه‌ها زنجیره‌ای با یکدیگر در ارتباط‌اند. موفقیت در تلاشهای مربوط به تنظیم خانواده با کیفیت برنامه‌های بهداشت بطور اعم در ارتباط است که در نهایت به توسعه عمومی در جامعه می‌انجامد (شیخی ۱۳۶۹).

به نظر گرتلر<sup>(۱)</sup> (۱۹۹۴) کنترل جمعیت یک عنصر کلیدی در توانائی کشورها برای تأمین و توسعه رفاه اقتصادی اجتماعی است. نظر به اینکه کاهش باروری همیشه با توسعه اقتصادی همراه بوده است اغلب کشورها سیاست‌هایی را در جهت کاهش رشد جمعیت طراحی می‌کنند. این سیاست‌ها شامل تشدید برنامه‌های تنظیم خانواده، افزایش سطح سواد زنان و موقعیت اقتصادی آنانست.

ژولی داونزو<sup>(۲)</sup> (۱۹۹۵) در مورد اثرات بالقوه تنظیم خانواده بر بهداشت جامعه بیان می‌دارد که سه علت عمده در توسعه و گسترش برنامه‌های تنظیم خانواده مؤثر است: وسیله‌ای برای کاهش تولدهای ناخواسته می‌باشد، از عوامل کاهش رشد جمعیت و دستیابی به رشد اقتصادی سریعتر است و بالاخره موجب بهبود وضعیت بهداشت زنان و کودکان می‌شود. علاوه بر این بهداشت خود یک دلیل عمده برای برنامه‌ریزی تنظیم خانواده در اغلب کشورها محسوب می‌گردد. از نظر کاتلی کارلسون<sup>(۳)</sup> رئیس شورای بین‌المللی جمعیت (۱۹۹۴) در حال حاضر کمتر از ۲٪ مخارج دولتی کشورهای در حال توسعه و کمتر از ۲٪ از کمک‌های جهانی به برنامه‌های تنظیم خانواده اختصاص دارد. در حالی که تخمین زده شده است که ۱۲۰ میلیون نفر از زنان کشورهای در حال توسعه به دلیل عدم استفاده از

1- Gertler

2- Julli Davanzo

3- Catley Carlson

4- Scholenburge

به آهنگ رشد و توسعه اقتصادی وجود دارد؟ تجربیات پژوهشگر در طی سالهای خدمت در مراکز بهداشتی و درمانی و دانشگاهی نشان می‌دهد که شروع و استمرار سیاست کنترل موالید به امکانات زیادتری نیازمند است. اجرای سیاست تنظیم خانواده یک بار از سال ۱۳۴۶ تا سال ۱۳۵۷ توانست میزان رشد جمعیت را از ۳/۱ درصد به ۲/۷ درصد برساند. این برنامه در شهرها موفق و در روستاها ناکام ماند ولیکن اکنون میزان باروری کل زنان در نقاط شهری به طور محسوس پائین تر از نقاط روستائی است. بنابراین برنامه‌های تنظیم خانواده نیازمند تجدید نظر جدی است. علاوه بر آن ارتقاء سطح سواد و آگاهی و تأمین اشتغال و تجدید نظر در سیاست‌های اشتغال زنان می‌تواند عامل مؤثر در کنترل موالید باشد. افزایش نزدیک به ۲۰ میلیون نفر بر جمعیت کشور در فاصله سالهای ۱۳۵۵ تا ۱۳۶۷ پرسنل و امکاناتی به مراتب بیش از سالهای قبل می‌طلبد و تغییر در روشهای کنترل موالید تأثیراتی بر حدود کارائی و موفقیت برنامه‌ها می‌گذارد که باید مورد بررسی قرار گیرد.

#### چهارچوب پنداشتی

چهارچوب پنداشتی این پژوهش بر مفهوم کنترل جمعیت و برنامه‌های بهداشت ملی استوار است که در این راستا به بحث در بارهٔ عناوینی چون افزایش جمعیت در جهان و کشورهای در حال توسعه، جمعیت و محیط زیست، جمعیت و عوامل توسعه اقتصادی، جمعیت و آموزش و پرورش، جمعیت و بهداشت مادر و کودک، جمعیت و تنظیم خانواده پرداخته خواهد شد و ارتباط عوامل جمعیتی با برنامه‌های بهداشت ملی مورد بحث قرار خواهد گرفت.

برآوردهای بخش مطالعات جمعیت سازمان ملل متحد برای سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۲۵ میلادی نشان می‌دهد که حدود ۳/۲ میلیارد نفر به جمعیت جهان افزوده

بوده است. از سال ۱۳۶۵ تا ۱۳۷۰ جمعیت ایران از رقم ۴۹/۴۵ به ۵۵/۸ میلیون نفر بالغ گردیده که میزان رشد سالانه بطور متوسط ۲/۴۶ درصد بوده است. مروری بر ارقام مربوط به جمعیت کشور در فاصله سالهای ۱۲۸۰ تا ۱۳۶۵ نشان می‌دهد که جمعیت کشور همواره روند صعودی را پیموده و فقط در فاصله سالهای ۱۳۴۵-۱۳۵۵ و ۱۳۶۵-۱۳۷۰ میزان رشد جمعیت در مقایسه با سالهای گذشته کاهش اندکی داشته که این امر ناشی از اجرای سیاست‌های جمعیتی بوده است (گزارش کنفرانس بین‌المللی قاهره، ۱۹۹۴).

نگاهی به وضعیت خدمات اساسی بهداشت درمان، آموزش و مسکن نمایانگر بحران عظیمی است. شمار کودکان لازم‌التعلیم ۶ تا ۱۰ ساله کشور در سال ۱۳۹۰ به حدود ۱۲/۸ میلیون نفر و در مقاطع راهنمایی و دبیرستان و فنی و حرفه‌ای به ترتیب به ۷/۲ و ۹ میلیون نفر خواهد رسید. در این صورت حتی با در نظر گرفتن یک افت احتمالی ۲۰ درصدی در نظام آموزش دوره متوسطه می‌باید مجموعاً حدود ۲۸/۵ میلیون نفر در کلیه سطوح آموزش به تحصیل مشغول باشند یعنی در این فاصله شمار دانش‌آموزان و دانشجویان کشور حدود ۲/۵ برابر افزایش خواهد یافت. بنابراین با حفظ همین معیارها و شاخص‌های نامناسب آموزش فعلی بازم باید معادل ۱/۵ برابر همه مؤسسات آموزشی موجود بر حجم این مؤسسات افزوده شود و باید مجموع کادرهای آموزشی در آموزش‌های پیش‌دانشگاهی به ۱/۳ میلیون نفر و مدرسین دانشگاهی به ۵۵ هزار نفر بالغ گردد. در زمینه بهداشت و درمان تعداد پزشکان مورد نیاز کشور در سال ۱۳۹۰ با شاخص ۵۰ درصد پائینتر از شاخص فعلی کشورهای پیشرفته حدود ۱۰۰ هزار نفر خواهد بود. حال با توجه به عظمت این ارقام و این همه کاستیها و نارسائیهای عمیق آیا راه دیگری به جز برخورد مسئولانه و آگاهانه و قاطع با پدیده رشد شتابان جمعیت و سرعت بخشیدن

عقب مانده سهم اقتصادی کودکان در فعالیتهای کشاورزی قابل ملاحظه است. همچنین کودکان امروز عصای روز پیری والدین خود هستند. امروزه در نظریه های نئوکلاسیک عواملی مثل فقر بهداشتی، نرخ بالای مرگ و میر شیرخواران و موانع فرهنگی که در رفتار باروری تأثیر دارند به فراموشی سپرده شده اند، به اعتقاد پژوهشگران آموزش مادران با رفتار باروری آنان ارتباط دارد. آموزش؛ کیفیت مراقبتهای آنان را از شیرخواران و کودکان افزایش می دهد و نرخ بالای باروری را کاهش داده و در به حداقل رساندن اندازه خانواده عامل تعیین کننده ای می باشد.

#### مروری بر مطالعات انجام شده

کالدول<sup>(۳)</sup> و همکارانش پژوهشی را به منظور بررسی کاهش باروری در آفریقا در سال ۱۹۹۲ انجام داده اند. آنها با استفاده از روش کوهورت و مقایسه دو یا چند بررسی اجمالی میزان تولد را با احتمال ۱۵ تا ۲۵٪ کاهش در بوتسوانا، زیمبابوه و کنیا مورد مطالعه قرار دادند. این کاهش بیش از تفاوت احتمالی و واقعی ۱۰٪ می باشد که بطور قراردادی پذیرفته شده است و مشخص کننده انتقال معکوس باروری است. شواهد نشان می دهد که در سال ۱۹۹۱ کاهش باروری در جنوب غربی و جنوب شرقی نیجریه بیش از ۱۰٪ بوده است. این مطالعه نشان داده است که کاهش باروری در کنیا کمتر بوده و میزان مرگ و میر شیرخواران بالاتر گزارش شده است.

بوتسوانا، زیمبابوه و کنیا از آموزش بالاتری برخوردار بوده اند. تمام فرزندان دختر سن مدرسه در مدارس ابتدائی مشغول به تحصیل هستند. ۴۰-۲۰ درصد آنها در دبیرستان به تحصیل ادامه می دهند. البته این مسئله فقط در مورد کشورهای مذکور صدق نمی کند بلکه

خواهد شد که حدود سه میلیارد از این افزایش جمعیت مربوط به کشورهای در حال توسعه آفریقا، آسیا و آمریکای لاتین می باشد در حالی که جمعیت کشورهای پیشرفته دنیا فقط ۱۶۶ میلیون نفر افزایش خواهد یافت. گزارش جمعیت و توسعه کنفرانس قاهره (۱۹۹۴) نشان می دهد که سالانه ۹۰ میلیون نفر و در هر ثانیه سه نفر به جمعیت جهان اضافه می شود. لینکلن (۱۹۹۴) معتقد است که جمعیت جهان یک رشد ۲۰ درصد را در سال نشان می دهد که ۹۵ درصد این رشد مربوط به کشورهای جنوب (جوامع رو به رشد) می باشد.

بررسی آمار و ارقام مربوط به افزایش جمعیت در ممالک پیشرفته و در حال رشد یا جهان سوم و اختلاف فاحش ارقام مربوطه گویای این واقعیت است که افزایش جمعیت این ممالک ناشی و متأثر از عوامل متعدد و گوناگونی است، مانند عوامل بیولوژیک، اقتصادی، بهداشتی و در نهایت به گونه ای چشمگیر عوامل فرهنگی، معنوی و اخلاقی می باشد. اما قدر مسلم آن است که افزایش جمعیت بویژه از مشخصات و ویژگیهای ملل از رشد مانده جهان سوم و عمده ترین مانع فزاینده رشد و توسعه اقتصادی، اجتماعی و به بیانی دیگر مهمترین عامل و نشان عقب ماندگی آنها می باشد. عاملی که هر روز بیش از پیش بنیه اقتصادی و امکانات بالقوه رشد و توسعه آنها را تحلیل برده و زیر فشار قرار می دهد.

ایگان دیکسی فالوسی<sup>(۱)</sup> و همکارانش در سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۴ در رابطه با بحران جمعیت در جهان سوم بیان می دارند که حاملگی های ناخواسته یک معضل بهداشتی در این کشورهاست و هنوز کنترل و توانائی تنظیم باروری یک مشکل عمده در جامعه است. مطالعات کوهن و هاوس<sup>(۲)</sup> (۱۹۹۴) نیز در جنوب آفریقا و سودان و کشورهای کمتر توسعه یافته نشان داده است که بین شاخصهای فقر و رفتارهای جمعیتی رابطه وجود دارد. در کشورهای فقیر و

1- Egon Diczfalusy      2- Cohen & House

3- Caldwell

بافزایش روند آموزش در ایران در ارتباط می باشد. بیش از  $\frac{1}{4}$  از این کاهش مربوط به کاهش مرگ و میر کودکان زیر یکسال بوده که خود یک مکانیسم مربوط به نظریه تقاضا می باشد. شواهدی وجود ندارد که ثابت کند ارتباطی بین شروع برنامه تنظیم خانواده و قانون حمایت خانواده با کاهش باروری وجود دارد. بطور کلی پژوهشگران معتقدند که کاهش باروری در ایران به نظر می رسد که بر نظریه تقاضا استوار بوده است. چنانچه بیشتر مطالعات نیز این نظریه را تأیید نموده است. نتایج پژوهش نشان داد که کاهش باروری در ایران در بین تمام سطوح تحصیلات زنان قابل مشاهده بوده لیکن این امر در بین زنانی که همسرانشان از تحصیلات بالاتر برخوردار بوده اند بیشتر قابل ملاحظه است. شاید این کاهش در بین گروه مذکور به این دلیل است که بالا رفتن سطح تحصیلات در مردان موجب بهبود شرایط شغلی و اقتصادی اجتماعی آنان می گردد. علاوه بر آن بر نگرش آنان به مدرنیزاسیون و برخورداری از وضعیت اقتصادی و رفاهی بالاتر تأثیر دارد. بهمین دلیل باروری کاهش می یابد و خود این مسئله تأییدی بر نظریه تقاضا در ایران است.

دکتر نفیس صدیق مدیر صندوق جمعیت ملل متحد پژوهشی را به منظور بررسی خدمات اختصاصی تنظیم خانواده و استفاده از روشهای پیشگیری بوسیله زنان در ۱۰ کشور در حال توسعه بین سالهای ۱۹۷۴-۱۹۷۸ انجام داده است. هدف اصلی این پژوهش بررسی خصوصیات جمعیتی زنانی است که از خدمات تنظیم خانواده استفاده می کنند و/یا بعللی از کاربرد روشهای پیشگیری خودداری می نمایند.

داده های این مطالعه از مرکز تحقیقات جهانی باروری بدست آمده کشورهای مورد مطالعه شامل کلمبیا، اندونزی، مصر، کنیا، کره، مالزی، پاکستان، پاناما، فیلیپین و سری لانکا می باشد. علت انتخاب این کشورها برای مطالعه به چند دلیل بوده است. یکی از مهمترین علل، توزیع جغرافیائی آنها در سطح جهانی

شبه همین وضعیت تحصیلی در کشورهای چون لسو و کامرون و غنا نیز قابل ملاحظه است. میزان مصرف روش های پیشگیری در زنان متأهل ۲۷-۴۴ درصد می باشد و استفاده از روش های جدید پیشگیری ۱۸-۳۲ درصد است. ارتباط محکم و معنی داری بین درآمد سرانه، سطح شهرنشینی و میزان درگیر بودن در کارهای کشاورزی با کاهش سطح باروری بدست نیامد. آقاجانیان و همکارانش پژوهشی را به منظور بررسی وضعیت ازدواج در ایران و کاهش باروری در سال ۱۹۹۵ انجام داده اند. اساس این تحقیق بر دو نظریه انتقال جمعیت و تغییرات ساختار اقتصادی استوار است. این مطالعه یک پژوهش گذشته نگر و طولی است که تأثیر تغییرات ساختار اقتصادی و وضعیت ازدواج را بر کاهش میزان باروری از سال ۱۹۵۵ تا ۱۹۷۹ مورد بررسی قرار داده است.

اطلاعات این پژوهش از نتایج پژوهش باروری در ایران در ۱۹۷۷ که بوسیله مرکز آمار ایران انجام شده است و همچنین بخشی از بررسی اجمالی باروری در جهان جمع آوری شده است. داده ها شامل تاریخچه باروری زنان مورد مطالعه می باشد که از ۱۹۲۶ تا ۱۹۷۷ ثبت شده است لیکن بدلیل تحولات انقلاب ایران بطور کامل تجزیه و تحلیل نشده است. برخی از اطلاعات نیز از بخش مطالعات جمعیتی دانشگاه شیراز در سال ۱۹۸۴ جمع آوری گردیده، همچنین از اطلاعات پژوهش مرکز آمار ایران که در سال ۱۹۸۷ انجام شده در تحقیق اخیر استفاده شده است. نتایج پژوهش نشان داد که میزان باروری نکاحی در طول سال ۱۹۵۰ رو به افزایش بوده و طی سالهای ۱۹۵۹ و بعد از آن روندی نزولی داشته است و این کاهش با شروع رشد اقتصادی طی سالهای ۱۹۵۵ به بعد تا سال ۱۹۷۷ ادامه یافته است. این کاهش در نقاط شهری بیشتر بوده بطوری که در شهر تهران چهار فرزند در هرازدواج بوده است. این کاهش در شهرهای کوچکتر کمتر و در روستاها نیز قابل توجه نبوده است. لیکن این کاهش

می باشد، چنانچه کشورهای منتخب در قاره آفریقا، آسیا و آمریکای لاتین قرار گرفته اند و علاوه بر آن از لحاظ درآمد سرانه و مشخصات اقتصادی اجتماعی و تولد خام و مرگ و میر کودکان زیر یکسال مشابهت دارند. همچنین از لحاظ خصوصیت شهرنشینی نیز تاحدودی بهم نزدیک هستند و به لحاظ اینکه این ده کشور برنامه های تنظیم خانواده را نیز مورد استفاده قرار می دهند بعنوان نمونه انتخاب شدند.

نهایتاً دسترسی به داده ها برای تجزیه و تحلیل و بررسی برنامه ها نیز از دلائل عمده انتخاب آنها می باشد. نتایج مطالعه نشان می دهد که نسبت قابل توجهی از زنان در این کشورها حداقل از ۳ یا ۴ روش پیشگیری از بارداری استفاده می کنند و در ۸ الی ۱۰ کشور تقریباً تمام زنان در باره یک روش پیشگیری از بارداری آگاهی دارند، لیکن خدمات قابل دسترسی روشهای پیشگیری بخوبی ارائه نمی شود. در کشورهایی که اغلب زنان از روشهای پیشگیری آگاهی دارند بدلیل عوامل مختلف از جمله تعداد سالهای تأهل، تعداد بچه های زنده، اشتغال در زمان تأهل، محل سکونت، تحصیلات و تگرش آنها بداشتن فرزند بیشتر می باشد. بطور کلی از این شش عامل، تحصیلات رابطه معنی داری با آگاهی نسبت به روشهای پیشگیری دارد، بدین معنا که زنانی که از سطح تحصیلات بالاتری برخوردارند از روشهای پیشگیری آگاهی بیشتری دارند.

#### اهداف پژوهش

- تعیین اثرات برنامه های تحدید جمعیت در پیشبرد اهداف توسعه بهداشت ملی.
- ارائه پیشنهاد برای کاربرد یافته ها.
- ارائه پیشنهاد برای پژوهش های بعدی.

#### ب - اهداف ویژه

- تعیین اثرات تنظیم خانواده روی باروری در کل کشور.

● تعیین ارتباط بین اثرات تنظیم خانواده با برخی شاخص های بهداشتی ( امید به زندگی، مرگ و میر کودکان زیر یکسال و مرگ و میر کودکان زیر پنجسال و ...).

● تعیین اندازه خانواده براساس روش آمنوره شیردهی در گروه مادران با شیردهی طولانی مدت و کوتاه مدت.

● تعیین اندازه خانواده در اثربخشی بالای روش های تنظیم خانواده.

● تعیین اندازه خانواده در اثربخشی پائین روشهای تنظیم خانواده.

● تعیین میانگین فرزندان متولد شده، حاملگی های ناخواسته، حاملگی های تحقق نیافته در اثربخشی بالای روشهای تنظیم خانواده.

● تعیین میانگین فرزندان متولد شده حاملگی های ناخواسته، حاملگی های تحقق نیافته در اثربخشی پائین روشهای تنظیم خانواده.

● مقایسه فواصل تولدها در شیردهی طولانی مدت و کوتاه مدت.

● تعیین روند برخی شاخص های بهداشتی (امید به زندگی، مرگ و میر کودکان زیر یکسال و زیر پنجسال) از سال ۱۳۷۵-۱۳۶۶.

● تعیین اثرات برنامه های تنظیم خانواده در کاهش جمعیت کودکان ۴-۰ سال و ۹-۵ سال و جمعیت کل کشور و ارتباط آن با بهداشت جامعه.

#### سئوالات پژوهش

- ۱- اندازه خانواده براساس روش آمنوره شیردهی در دوگروه مادران با شیردهی طولانی مدت و شیردهی کوتاه مدت چقدر است؟
- ۲- اندازه خانواده در اثربخشی بالا و پائین روشهای تنظیم خانواده چقدر است؟
- ۳- میانگین فرزندان متولد شده، حاملگی های ناخواسته، حاملگی های تحقق نیافته در اثربخشی بالا و

در بخش دوم که از کارآزمایی بالینی در مقیاس وسیع استفاده شده است کل کشور به عنوان جامعه پژوهش مورد بررسی قرار گرفت.

#### نمونه پژوهش

به لحاظ اینکه هدف مطالعه تأثیر برنامه‌های تنظیم خانواده روی سلامت خانواده و جامعه می‌باشد بدین منظور در روشهای بکار برده شده که یکی از آنها ارتباط بین تنظیم خانواده و باروری می‌باشد از مدل شبیه‌سازی استفاده شده است. ۱۰۰۰ زن بصورت نمونه در مدل انتخاب شده و از سن ازدواج تا پایان یائسگی یا نازائی مورد پیگیری قرار گرفته‌اند.

در روشی که بعنوان کارآزمایی بالینی در مقیاس وسیع استفاده شده است کل جامعه بعنوان نمونه انتخاب شده که در این قسمت اثرات تنظیم خانواده روی سلامت جامعه مورد بررسی قرار گرفته است.

#### محیط پژوهش

در این پژوهش کلیه استانهای کشور که از برنامه تنظیم خانواده استفاده می‌کرده‌اند محیط پژوهش محسوب می‌شوند.

#### روش انجام کار

پژوهش حاضر در دو بخش مختلف انجام گرفته است. بخش اول، شامل ارائه مدل شبیه‌سازی به منظور تعیین اثرات تنظیم خانواده روی باروری و بخش دوم با استفاده از روش کارآزمایی بالینی در مقیاس وسیع و روش ترکیبی، اثرات کنترل جمعیت روی بهداشت ملی مورد مطالعه قرار گرفت و ارتباط بین متغیرهای سواد زنان، تعداد شاغلین زن، مرگ و میر خام، مرگ و میر اطفال زیر یکسال، مرگ و میر زیر پنج سال و سایر متغیرها با اثرات تنظیم خانواده که از مدل شبیه‌سازی بدست آمده بود سنجیده شد. در

پائین تنظیم خانواده به چه میزان است؟

۴- فواصل تولدها در شیردهی طولانی مدت و کوتاه مدت چه تفاوتی دارد؟

۵- روند برخی شاخص‌های بهداشتی (امید به زندگی و مرگ و میر کودکان زیر یکسال و زیر پنجسال) از سال ۱۳۶۶ تا ۱۳۷۵ چگونه است؟

۶- اثرات برنامه‌های تنظیم خانواده در کاهش جمعیت کودکان ۴-۵ سال و ۵-۹ سال و جمعیت کل کشور چیست و چه ارتباطی با بهداشت جامعه دارد؟

۷- چه ارتباطی بین اثرات تنظیم خانواده با برخی شاخص‌های بهداشتی (امید به زندگی، مرگ و میر کودکان زیر یکسال، مرگ و میر کودکان زیر پنجسال و ...) در کل کشور وجود دارد؟

#### روش پژوهش

##### نوع پژوهش:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که در دو بخش مختلف انجام شده است، بخش اول: ارائه مدل شبیه‌سازی<sup>(۱)</sup>، به منظور تعیین اثرات تنظیم خانواده روی باروری و بخش دوم: مطالعه به روش کارآزمایی<sup>(۲)</sup> بالینی در مقیاس وسیع با استفاده از روش ترکیبی<sup>(۳)</sup> به منظور تعیین اثرات کنترل جمعیت روی بهداشت ملی مورد مطالعه قرار گرفت و ارتباط بین متغیرهای سواد زنان، تعداد شاغلین زن، مرگ و میر خام، مرگ و میر اطفال زیر یکسال، مرگ و میر زیر پنجسال و سایر متغیرها با اثرات تنظیم خانواده که از مدل شبیه‌سازی بدست آمده بود سنجیده شد.

#### جامعه پژوهش

چون بررسی حاضر در دو بخش مختلف انجام شده در هر بخش جامعه پژوهش متفاوت می‌باشد. در بخش اول که از شبیه‌سازی استفاده شده است جامعه پژوهش عبارتست از کلیه زنان سنین باروری در جوامع مختلف.

1- Simulation

2- Large scale clinical trail

3- Component method

نیافته، درصد فرزندان ناخواسته و درصد حاملگی های تحقق نیافته و فواصل تولدها در اثر بخشی بالا و پائین روشهای تنظیم خانواده و طول مدت شیردهی تعیین گردید. نتایج بیانگر آن است که با طولانی شدن طول مدت شیردهی اندازه خانواده کمتر می شود و در اثر بخشی بالای روشهای تنظیم خانواده ۷۷/۶ درصد زنان که ۳ فرزند می خواستند به تعداد فرزندان دلخواه خود دست یافته اند و میانگین تعداد فرزندان ۴/۷۴ بوده است.

میانگین تعداد فرزندان در اثر بخشی بالای روشهای تنظیم خانواده ۲/۵۳ و در اثر بخشی پائین ۳/۹۲ فرزند می باشد که به این ترتیب به سئوالات ۴-۱ پژوهش پاسخ داده شده است.

در رابطه با سئوال پنجم پژوهش که روند برخی شاخص های بهداشتی از سال ۱۳۶۶ تا ۱۳۷۵ چگونه است؟ نتایج که از طریق مطالعه کارآزمایی در مقیاس وسیع و با استفاده از روش ترکیبی حاصل شده است در شرایط کاهش تدریجی باروری نشان می دهد که شاخص امید به زندگی از سال ۱۳۶۶ تا ۱۳۷۵ بتدریج در زنان و مردان افزایش یافته است در حالی که میزان کل باروری در همین زمان از ۵/۲۷ فرزند به ۲/۲۷ فرزند در سال ۱۳۷۵ رسیده است.

میزان تولد خام از ۳۷/۸ درصد به ۱۹ درصد کاهش یافته و میزان مرگ و میرخام در طی دهسال گذشته از ۹/۵ درصد به ۵/۷ درصد تقلیل یافته است. همچنین روند شاخص ها در شرایط ثابت ماندن باروری نیز بررسی گردید. نتایج بیانگر آن است که میزان تولد خام از ۳۸/۹ به ۴۰ درصد رسیده است و میزان کل جمعیت از ۵۰۹۰۸۴۶۲ نفر در سال ۱۳۶۶ به رقمی برابر ۶۶۹۰۹۴۰۲ نفر افزایش یافته است.

بمنظور تعیین اثرات جمعیت بر شاخص های بهداشتی با استفاده از اطلاعات حاصل از برنامه شبیه سازی و در نظر گرفتن تعداد دو فرزند برای هر خانم و با فرض استفاده ۷۵ تا ۸۰ درصد از وسائل پیشگیری و در

برنامه شبیه سازی ابتدا تاریخچه باروری ۱۰۰۰ زن مورد مطالعه قرار گرفت و حالات مختلفی که ممکن است در طول زمان مستعد برای باروری واقع گردد بررسی شده است. برای نتایج حاملگی سه حالت مرگ جنینی، مرده زایی و تولد زنده در نظر گرفته شده است. عامل دیگری که مورد توجه بوده تعداد فرزندان می باشد که مشخص گردید پس از هر تولد آیا زن مجدداً بارور گردیده یا خیر، تعداد باروری های ناخواسته، نازایی اولیه و نازایی ثانویه مورد توجه بوده که طبق مطالعات ۴/۸ درصد زنان قبل از ۲۵ سالگی دچار نازایی می باشند. سن یائسگی نیز در این برنامه مورد توجه قرار گرفته است، سپس درصد زنان ۱۵ تا ۴۵ ساله ای که از روشهای پیشگیری استفاده می نمودند با بکارگیری اطلاعات حاصل از برنامه شبیه سازی و فرمول  $P = \frac{0.49 - C.B.R}{0.425}$  محاسبه گردید. در بخش دیگر این پژوهش با استفاده از روش ترکیبی پیش بینی جمعیت، روند واقعی تغییرات جمعیت در ده سال گذشته مورد مطالعه قرار گرفت و اختلاف بین جمعیت ناشی از ثابت بودن شرایط با جمعیت موجود مقایسه شد. در شرایط ثابت باروری، میزان باروری ۵/۶ تولد در نظر گرفته شد. در شرایط کاهش میزان کل باروری یا وضعیت موجود، میزان کل باروری از سال ۱۳۶۵ با تأثیر برنامه های بهداشت تنظیم خانواده از یک سو و پیشرفتهای اقتصادی اجتماعی از سوی دیگر میزان کل باروری از سال ۱۳۷۵ به ۲/۲۷ تقلیل یافته است.

#### نتیجه گیری نهائی از یافته ها

یافته های حاصل از این پژوهش که بمنظور دستیابی به هدف کلی یعنی تعیین اثرات برنامه های تحدید جمعیت در پیشبرد اهداف توسعه بهداشت ملی تدوین یافته در دو بخش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

با استفاده از برنامه شبیه سازی تعداد فرزندان متولد شده، فرزندان خواسته، میانگین فرزندان متولد شده، درصد زنان با حاملگی ناخواسته و حاملگی تحقق



نتایج بیانگر ارتباط معنی دار و مستقیم می باشد بدین معنا که با بالا رفتن پوشش تنظیم خانواده سواد زنان و تعداد شاغلین زن افزایش یافته است.

یافته ها نشان می دهد که بین پوشش تنظیم خانواده با نیروی انسانی مورد نیاز از جمله تعداد پزشک، پرستار ماما، به ورز و تعداد خانه های بهداشت ارتباط مستقیم و معنی دار وجود دارد. مطالعه ارتباط وضعیت واکسیناسیون با پوشش تنظیم خانواده بیانگر ارتباط مستقیم و معنی دار می باشد بطوری که با کلیه واکسن های سه گانه، سرخک، فلج اطفال و ب ث این بستگی قابل مشاهده است.

نظر گرفتن مدت شیردهی فرمول زیر تدوین گردید:

$$p = \frac{C.B.R - 0.49}{0.425}$$

سپس با استفاده از فرمول فوق پوشش تنظیم خانواده محاسبه و ارتباط آن با شاخص های مذکور با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون مورد مطالعه قرار گرفت. نتایج نشان داده که پوشش تنظیم خانواده با شاخص های مرگ و میر خام، مرگ و میر زیریکسال و مرگ و میر زیر پنج سال ارتباط معنی دار و معکوس دارد و با بالا رفتن پوشش تنظیم خانواده از میزان مرگ و میر کاسته شده است. همچنین بستگی صفاتی چون شغل زنان، ازدواج، سواد زنان نیز مورد مطالعه قرار گرفت.

جدول شماره ۱- مقایسه اندازه خانواده و میانگین تولدها در

اثربخشی بالا و اثربخشی پائین روشهای تنظیم خانواده

میزان اثربخشی پائین	میزان اثربخشی بالا	میانگین فرزندان اندازه خانواده
۲/۲۴	۰/۲۹	۰
۲/۸۱	۱/۱۸	۱
۳/۵۱	۲/۰۸	۲
۴/۳۱	۳	۳
۴/۹۹	۳/۸۸	۴
۵/۶۹	۴/۷۴	۵
۳/۹۲	۲/۵۳	میانگین

جدول فوق بیانگر آنستکه کمترین میانگین تعداد فرزندان مربوط به میزان اثربخشی بالای روشهای

تنظیم خانواده ۲۹٪ می باشد. همچنین میانگین تعداد فرزندان در زنانی که تعداد پنج فرزند را می خواستند ۴/۷۴ فرزند می باشد.

جدول شماره ۲- توزیع وضعیت پوشش تنظیم خانواده در کل کشور از سال ۷۳-۱۳۶۵

پوشش تنظیم خانواده	سال
۰/۲۲	۱۳۶۵
۰/۲۶۰	۱۳۶۶
۰/۳۱	۱۳۶۷
۰/۳۶	۱۳۶۸
۰/۴۱	۱۳۶۹
۰/۴۶	۱۳۷۰
۰/۵۱	۱۳۷۱
۰/۵۶	۱۳۷۲
۰/۶۱	۱۳۷۳

جدول فوق بیانگر آنست که پوشش تنظیم خانواده از سال ۷۳-۶۵، روندی صعودی داشته بطوری که از

۲۲ درصد در سال ۶۵ به ۶۱ درصد در سال ۷۳ افزایش را نشان می دهد.

جدول شماره ۳- پیش بینی جمعیت در وضعیت کاهش میزان کل باروری (وضعیت موجود)

۱۳۷۵	۱۳۷۴	۱۳۷۳	۱۳۷۲	۱۳۷۱	۱۳۷۰	۱۳۶۹	۱۳۶۸	۱۳۶۷	۱۳۶۶	۱۳۶۵	شاخص‌ها
۶۶/۸	۶۶/۵	۶۶/۵	۶۶/۴	۶۶/۴۰	۶۵/۴۵	۶۴/۵	۶۳/۵۵	۶۲/۶۰	۶۱/۶۵	۶۱/۶۵	امید به زندگی مردان
۶۸/۷	۶۸	۶۷/۷	۶۷/۵	۶۷/۵۰	۶۶/۵۳	۶۵/۵۷	۶۴/۶۰	۶۳/۶۳	۶۲/۶۷	۶۲/۶۷	امید به زندگی زنان
۷/۲۷	۷/۶۰	۷/۹۳	۷/۹۳	۳/۶۰	۳/۹۳	۴/۲۷	۴/۶۰	۴/۹۳	۵/۲۷	۵/۲۷	میزان کل باروری
۱۰۴/۳	۱۰۴/۳	۱۰۴/۴	۱۰۴/۴	۱۰۴/۵	۱۰۴/۵	۱۰۴/۵	۱۰۴/۶	۱۰۴/۶	۱۰۴/۶	۱۰۴/۶	نسبت جنسی
۱۹	۲۱/۱	۲۳/۲	۲۵/۳	۲۷/۴	۲۹/۵	۳۱/۶	۳۳/۷	۳۵/۸	۳۷/۸	۳۷/۸	میزان تولد خام
۵/۷	۵/۸	۵/۹	۶	۶/۲	۶/۸	۷/۳	۸	۸/۷	۹/۵	۹/۵	میزان مرگ خام
۱/۳	۱/۵	۱/۷	۱/۷	۱/۹	۲/۱	۲/۳	۲/۴	۲/۶	۲/۷	۲/۸	میزان رشد طبیعی
۶۱۲۷۸۱۱۷	۶۰۴۶۷۵۹۴	۵۹۵۵۰۴۶۱	۵۸۵۲۸۱۸۹	۵۷۴۰۷۷۷۳	۵۶۲۰۵۷۰۷	۵۴۹۴۱۶۸۰	۵۳۶۲۳۸۸۴	۵۲۲۶۱۵۷۱	۵۰۸۴۵۰۸۷	۵۰۸۴۵۰۸۷	جمعیت

یافته‌های حاصل در جدول شماره ۴ که به منظور پیش بینی جمعیت با توجه به وضعیت موجود تدوین شده است بیانگر آنستکه شاخص امید به زندگی از سال ۱۳۶۶ تا سال ۱۳۷۵ به تدریج در زنان و مردان افزایش یافته است، در حالی که میزان کل باروری از ۲۷/۸ تا ۵/۲۷ در سال ۱۳۶۶ به ۲/۲۷ در سال ۱۳۷۵ رسیده است.

همچنین میزان تولد خام از ۳۷/۸ درصد به ۱۹ درصد کاهش یافته است و میزان مرگ و میر خام نیز در طی ده سال گذشته از ۵/۵ درصد به ۱/۳ درصد رسیده است. بالاترین میزان رشد طبیعی ۲/۸ درصد بوده در حالی که در سال ۱۳۷۵ به ۱/۳ درصد رسیده است. میزان کل جمعیت در سال ۱۳۶۶ برابر ۵۰۸۶۵۰۸۷ نفر می‌باشد که در سال ۱۳۷۵ به ۵۰۸۴۵۰۸۷ نفر رسیده است.

جدول شماره ۴- پیش بینی جمعیت در وضعیت ثابت ماندن میزان کل باروری

۱۳۷۵	۱۳۷۴	۱۳۷۳	۱۳۷۲	۱۳۷۱	۱۳۷۰	۱۳۶۹	۱۳۶۸	۱۳۶۷	۱۳۶۶	۱۳۶۵	شاخص‌ها
۶۰/۷	۶۰/۷	۶۰/۷	۶۰/۷	۶۰/۷	۶۰/۷	۶۰/۷	۶۰/۷	۶۰/۷	۶۰/۷	۶۰/۷	امید به زندگی مردان
۶۱/۷	۶۱/۷	۶۱/۷	۶۱/۷	۶۱/۷	۶۱/۷	۶۱/۷	۶۱/۷	۶۱/۷	۶۱/۷	۶۱/۷	امید به زندگی زنان
۵/۶	۵/۶	۵/۶	۵/۶	۵/۶	۵/۶	۵/۶	۵/۶	۵/۶	۵/۶	۵/۶	میزان کل باروری
۱۰۴/۳	۱۰۴/۳	۱۰۴/۴	۱۰۴/۴	۱۰۴/۴	۱۰۴/۵	۱۰۴/۵	۱۰۴/۵	۱۰۴/۶	۱۰۴/۶	۱۰۴/۶	نسبت جنسی
۴۰	۳۹/۸	۳۹/۷	۳۹/۶	۳۹/۶	۳۹/۵	۳۹/۵	۳۹/۳	۳۹/۲	۳۸/۹	۳۸/۹	میزان تولد خام
۹/۱	۹/۱	۹/۱	۹/۱	۹/۱	۹/۲	۹/۲	۹/۳	۹/۴	۹/۵	۹/۵	میزان مرگ خام
۳/۱	۳/۱	۳/۱	۳/۱	۳	۳	۳	۳	۳	۳	۲/۹	میزان رشد طبیعی
۶۶۹۰۹۴۰۲	۶۴۸۷۴۵۹	۶۲۹۱۰۵۴۷	۶۱۰۱۳۶۵	۵۹۱۷۸۵۲۲	۵۷۴۰۵۸۹۴	۵۵۶۹۱۰۸۵	۵۴۰۳۵۲۲۹	۵۲۴۴۰۰۰۰	۵۰۹۰۸۴۶۲	۵۰۹۰۸۴۶۲	جمعیت

یافته‌های حاصل در جدول شماره ۴ که به منظور پیش بینی جمعیت در شرایط ثابت ماندن میزان کل باروری از سال ۱۳۶۵ تاکنون تدوین شده نشان می‌دهد که شاخص امید به زندگی از سال ۱۳۶۶ تا ۱۳۷۵ در زنان و مردان ثابت مانده است و همچنین میزان تولد خام از ۳۸/۹ درصد به ۳۰ درصد کاهش یافته است. یافته‌ها بیانگر آن است که میزان مرگ و میر خام از ۹/۸ درصد به ۹/۱ کاهش یافته و میزان رشد طبیعی جمعیت از ۲/۹ درصد به ۳/۱ درصد افزایش یافته است. میزان کل جمعیت کشور در سال ۱۳۶۶، ۵۰۸۴۵۰۸۷ نفر بوده است که در سال ۱۳۷۵ به ۵۰۹۰۸۴۶۲ نفر رسیده است.

نسبت به زیانهای باروری بالا در کشور فراهم خواهد شد.

بطور کلی نتایج این پژوهش مورد استفاده سازمان برنامه و بودجه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت آموزش و پرورش، وزارت کشاورزی، مرکز آمار ایران، سازمان ثبت احوال کشور و سایر دستگاههای اجرایی که به نحوی با سیاست‌های جمعیتی کشور درگیر می‌باشند قرار خواهد گرفت.

### پیشنهاد برای پژوهشهای آینده

● نظر به اینکه انجام پژوهش فعلی با مشکلاتی چند به جهت گسترده بودن موضوع پژوهش روبرو بوده است پیشنهاد می‌شود همین پژوهش در ابعاد محدودتر و در سطح استانی انجام گیرد.

● از آنجائیکه متغیرهای مورد مطالعه در برنامه شبیه‌سازی ممکن است پاسخگوی نیازهای برنامه‌ریزی نباشد و نتایج حاصل قابل تعمیم به کلیه جوامع نمی‌باشد، پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه با سایر متغیرهای مؤثر بر جمعیت با استفاده از مدل شبیه‌سازی انجام گردد.

● با توجه به اینکه بین عامل سواد و شغل ارتباط معنی‌داری با پوشش تنظیم خانواده بدست آمده است پیشنهاد می‌شود پژوهشی در رابطه با تأثیر سطح سواد و شغل زنان بر استفاده از روش‌های تنظیم خانواده انجام گیرد.

● با توجه به اینکه رهبری و مدیریت کارآمد برنامه‌های تنظیم خانواده تاکنون توانسته است از رشد بی‌رویه جمعیت در کل کشور بکاهد و به جهت عدم امکان مطالعه شیوه‌های مدیریت و برنامه‌ریزی و ارزشیابی برنامه‌های تنظیم خانواده در این پژوهش، پیشنهاد می‌شود پژوهشی در رابطه با تأثیر شیوه‌های مدیریت و رهبری برنامه‌های بهداشتی در کنترل جمعیت انجام شود.

پژوهشگر معتقد است که از نتایج این پژوهش می‌توان در ابعاد ذیل استفاده نمود:

در برنامه‌ریزی‌های کلان جمعیت کشور نتایج این پژوهش می‌تواند بعنوان نمونه‌ای در جهت تدوین خط‌مشی‌های جمعیتی مورد استفاده قرار گیرد.

همچنین با استفاده از مدل شبیه‌سازی بدلیل آنکه امکان انجام پژوهش‌های جمعیتی در شرایط آزمایشگاهی مقدور نمی‌باشد می‌توان شرایط مشابه با شرایط جامعه را پیش‌بینی و متغیرهای جمعیتی را مورد آزمایش قرار داد. همچنین با توجه به اینکه نتایج پژوهش نشان داد که با افزایش طول مدت شیردهی میانگین فرزندان متولد شده کمتر می‌شود، بهتر است در برنامه‌های کشوری ترویج تغذیه با شیرمادر و استفاده از روش آمنوره شیردهی بعنوان یک روش مناسب در تنظیم خانواده تأکید بیشتری شود.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که میانگین تعداد فرزندان در اثربخشی بالای روش‌های تنظیم خانواده علیرغم عدم تمایل زنان به افزایش تعداد فرزندان بازم بالا می‌رود، لذا پیشنهاد می‌گردد که در نتایج این پژوهش در جهت برنامه‌ریزی دسترسی بهتر و بیشتر به خدمات تنظیم خانواده اقدام گردد.

با توجه به اینکه نتایج پژوهش نمایانگر ارتباط معنی‌داری بین کلیه شاخص‌های بهداشتی مورد مطالعه با پوشش تنظیم خانواده می‌باشد، بخصوص رابطه معنی‌دار و مستقیم بین سواد زنان و شغل زنان بدست آمده است، پیشنهاد می‌شود که خطوط کلی برنامه‌های تنظیم خانواده برگسترش برنامه‌های آموزش بخصوص برای دختران جوان استوار گردد.

از نتایج این پژوهش وزارت آموزش و پرورش می‌تواند در جهت برنامه‌ریزی گسترش سطح سواد بخصوص افزایش ضریب پوشش تحصیل دختران لازم‌التعلیم بهره‌گیرد. همچنین با تدوین متون آموزشی موجبات افزایش سطح آگاهی دانش‌آموزان دبیرستانی

منابع

۳- شیخی، محمدتقی. حامه شناسی جهان سوم. تهران: انتشارات اشراقی. ۱۳۶۹  
 ۴- گزارش کنفرانس بین‌المللی جمعیت، گزارش ملی جمعیت جمهوری اسلامی ایران، قاهره ۱۹۹۴، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۱- برانت، ویلی. جهان مسلح، جهان گرسنه. ترجمه هرمز همایون پور. تهران: شرکت سهامی انتشارات و آموزش انقلاب اسلامی، ۱۳۷۰.  
 ۲- تودارور، مایکل. توسعه اقتصادی در جهان سوم. ترجمه غلامعلی فرجادی. ۱۳۷۰.

5- Aghajanian, Akbar, Raftery, Adrian, "Demand or Ideation? Evidence from the Iranian marital Fertility Decline". Demography. Vol. 32, No. 2, may 1995.

6- Caldwell, John C. "A new Type of Fertility Transition in Africa". Population and Development Review. Vol. 18. No.2. Jun 1992

7- Carlson, Margaret Catley. " The

decisive decade "The progress of nations.

New york: unicef house. 1994. PP(25)

8- Diczfalusy Egon, " Reproductive "Health : Towards a brighte future".

world Health forum . Vol.15. 1994. PP: (4).

9- Gertler paul John W molyneau "How economic Development and family planning programs Combined to Reduce indonesian Fertility. "Demography. Vol. 31. No.1, Feb. 1994, pp: 33