



دبیرخانه شورای ملی سالمندان

سالمندان در آینه رسانه‌ها

دبیرخانه شورای ملی سالمندان



وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی
سازمان بهزیستی کشور
شورای ملی سالمندان

www.snceir



دبیرخانه شورای ملی سالمندان

سالمندان در آینه رسانه‌ها دبیرخانه شورای ملی سالمندان



www.snceir

لیست سایتهای فعال خبری

مجموعه حاضر، حاصل جستجو در ۳۰ سایت فعال خبری به شرح ذیل است. این جستجو برای تمام کلید واژه های مرتبط با گروه های هدف و فعالیت های سازمان بهزیستی صورت گرفته است.

- 1- واحد مرکزی خبر
- 2- باشگاه خبرنگاران جوان
- 3- خبرگزاری ایرنا (خبرگزاری جمهوری اسلامی ایران)
- 4- خبرگزاری ایسنا (خبرگزاری دانشجویان ایران)
- 5- خبرگزاری ایلنا (خبرگزاری کار)
- 6- خبرگزاری مهر
- 7- خبرگزاری فارس
- 8- خبرگزاری آنا (خبرگزاری دانشگاه آزاد)
- 9- خبرگزاری پانا (کانون دانش آموزی)
- 10- خبرگزاری ایکن (خبرگزاری قرآنی ایران)
- 11- خبرگزاری موج
- 12- خبرگزاری زنان
- 13- حیات
- 14- خبرگزاری شبستان
- 15- عصر ایران
- 16- تابناک
- 17- دادنا
- 18- فردا نیوز
- 19- شبکه خبر دانشجو
- 20- آفتاب نیوز
- 21- سایت خبری تحلیلی شهر
- 22- رجانیوز
- 23- امید نیوز
- 24- پایگاه خبری الف
- 25- خبر آنلاین
- 26- خبرگزاری برنا
- 27- خبرگزاری ایبنا
- 28- جهان نیوز
- 29- سلامت نیوز
- 30- خبر خودرو
- 31- پایگاه خبری قانون
- 32- روزنامه ایران سپید
- 33- پایگاه خبری مهرخانه
- 34- خبرگزاری نسیم



دفترخانه شورای ملی سالمندان

سالمندان در آینه رسانه‌ها

اخبار مرتبط با

اخبار متفرقه مرتبط با سالمندان



WWW.SNCE.IR

دفترخانه شورای ملی سالمندان



www.snce.ir

کاهش نرخ باروری هر زن ایرانی از ۷ به ۱.۷ فرزند

ملک افضلی گفت: همچنین در مورد روش‌های پیشگیری از باروری در شهرها ۵۵ درصد از زنان از روش‌های مدرن و ۲۵ درصد از روش سنتی بهره گرفته‌اند و در روستاها ۶۱ درصد از روش مدرن و ۱۴ درصد به روش سنتی پیشگیری کرده‌اند.

کد خبر: ۳۱۳۸۳۵

تاریخ: ۱۸ دی ۱۳۹۲ - ۱۴:۴۳

استاد دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی گفت: هر زن ایرانی در سال ۵۵ حدود ۷ فرزند به دنیا می‌آورد که امروز به ۱.۷ کاهش یافته البته همزمان باید ۳۰ درصد جوانان ازدواج نکرده را به ازدواج تشویق کنیم.

به گزارش فارس، حسین ملک افضلی امروز در ششمین کنگره بهداشت باروری و ناباروری که در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برگزار شد، گفت: سلامت و بهداشت باروری مانند سلامت کامل جسم، روان و اجتماعی است که بعد معنوی نیز به آن اضافه شده است.

وی با تأکید بر اینکه باید به کیفیت زندگی به جای کمیت در بهداشت باروری نگرسته شود، گفت: نباید تصور کرد که با تربیت گروه پزشکان، ماما و ... می‌توان سلامت باروری را به طور کامل تأمین کرد، چرا که سلامت باروری متأثر از شرایط اقتصادی است و اشتغال، محیط معنوی اجتماعی و منزل بر سلامت روانی افراد و باروری آنها تأثیر می‌گذارد.

ملک افضلی گفت: باروری فرآیندی نیست که با ازدواج آغاز شود، بلکه از تولد تا سالمندی را شامل می‌شود. کودکانی که دچار کم‌خونی و مشکلات مادرزادی هستند، یا تحت تأثیر سنت‌های غلط دوران بلوغ (مانند ختنه زنان که ۵۰ سال پیش در کشور ما هم مواردی از آن بوده و الان نیست ولی در کشورهای آفریقایی هنوز دیده می‌شود)، سلامت باروریشان به خطر می‌افتد، حتی رفتارهای پرخطر که باعث مشکلات و بیماری‌های مقاربتی می‌شود، مانند ایدز این سلامت را به خطر می‌اندازد.

استاد دانشکده بهداشت دانشگاه تهران با اشاره به اینکه سقط ناامن طبق قوانین هر کشوری تعریف می‌شود، گفت: زمانی که از بارداری‌های بی‌برنامه صحبت می‌شود، منظور کاهش موالید و جمعیت نیست، بلکه باید زندگی افراد همراه با کیفیت باشد و زوجینی که نابارور هستند، شرایطی را برایشان ایجاد کرد تا در سنین نامناسب بارور نشوند.

ملک افضلی به شاخص‌های توسعه سلامت زنان در کشور در سال ۸۹ اشاره کرد و گفت: درصد زنان بارداری که در دوران باروری حداقل ۶ بار توسط افراد دوره‌دیده مراقبت شده‌اند، در شهر ۹۱ درصد و در روستا ۸۵ درصد بوده است. همچنین زنانی که زایمان خود را در یک مرکز دولتی یا خصوصی انجام داده‌اند در شهرها ۹۷ و در روستاها ۹۳ درصد است.

وی افزود: ۴۹ درصد زنان در شهرها زایمان طبیعی داشته‌اند و ۶۴ درصد زنان در روستا به این روش زایمان کرده‌اند. زنانی که حداقل یک بار مراقبت پس از زایمان داشته‌اند، در شهرها ۷۳ درصد و در روستا ۷۵ درصد بوده است. همچنین درصد زنانی که هنگام زایمان از کمک افراد دوره دیده برخوردار بوده‌اند، در شهر ۹۸ و در روستا ۹۳ درصد بوده‌اند.

وی همچنین از برخورداری زنانی که در مقابل با بیماری کزاز واکسن زده‌اند در شهرها ۳۲ و در روستاها ۳۳ درصد اعلام کرد و گفت: مصرف زنان باردار از مکمل آهن، اسیدفولیک و مولتی ویتامین در شهرها ۸۰ درصد و روستاها ۷۹ درصد است.

ملک افضلی گفت: همچنین در مورد روش‌های پیشگیری از باروری در شهرها ۵۵ درصد از زنان از روش‌های مدرن و ۲۵ درصد از روش سنتی بهره گرفته‌اند و در روستاها ۶۱ درصد از روش مدرن و ۱۴ درصد به روش سنتی پیشگیری کرده‌اند.

ملک افضلی ادامه داد: درصد زنانی که متقاضی وسیله پیشگیری از بارداری بوده اما نیازشان برطرف نشده در شهرها ۵.۵ درصد بوده است و آنهایی که از راه‌های پیشگیری از ایدز اطلاع داشته‌اند در شهرها ۲۱ و در روستاها ۱۷ درصد گزارش شده است.

وی افزود: طبق این گزارش زنان بارداری که سواد خواندن و نوشتن داشته‌اند در شهرها ۹۶ و در روستاها ۸۸ درصد بوده است و همچنین مردانی که سواد خواندن و نوشتن داشتند در شهر ۹۶ و در روستا ۹۲ درصد بوده است.

استاد دانشکده بهداشت دانشگاه تهران گفت: متأسفانه درصد تمایل زنان به مصرف دخانیات افزایش یافته به طوری که در شهرها ۵.۲ درصد قلیان و ۹ دهم درصد سیگار مصرف کرده‌اند. این آمار در روستاها ۴.۷ درصد قلیان و نیم درصد در مصرف سیگار است.

وی ادامه داد: میانگین سن اولین ازدواج زنان در سال ۵۵ برابر با ۱۹.۷ سال در کل کشور بوده که در سال ۹۰ به ۲۳.۴ سال رسیده است.

وی ادامه داد: میزان زایمان قبل از ۱۸ سالگی در شهرها ۴ درصد و در روستاها ۸ درصد بوده و درصد زنان ۲۰ تا ۲۴ ساله که در سال ۵۵ ازدواج کردند، ۷۹.۹ درصد بود که در سال ۹۰ به ۴۷ درصد کاهش یافته است. این بیانگر کاهش سن ازدواج در کشور بوده و طبق رفتار باروری زنان ایرانی در ۵۵ سال اخیر تعداد کودکانی که هر زن به دنیا می‌آورد از ۷ به ۱.۷ کاهش یافته است.

ملک افضلی گفت: زمانی سیاست‌های کشور برای کنترل موالید شکل گرفت و امروز این سیاست پسندیده نیست. چرا که تا ۳۲ سال آینده جمعیت کشور ۹۹ میلیون نفر می‌رسد اما ۱۷ درصد جمعیت سالمند و ۶ درصد را فقط کودکان تشکیل می‌دهند.

وی ادامه داد: آمارها نشان می‌دهد ۸۰ درصد زایمان‌های کشور در گروه سنی ۲۰ تا ۳۵ ساله است، بنابراین الگوی باروری نشان می‌دهد که رفتار باروری در سن مطلوب اتفاق افتاده و آموزه‌های باروری مؤثر بوده است. اما به دلیل شرایط اقتصادی و اجتماعی و آمار پائین ازدواج، فقط ۱.۴ کودک به دنیا آورده می‌شود.

وی افزود: باید ۳۰ درصد افرادی که ازدواج نمی‌کنند را تشویق به ازدواج کرد، چرا که خطر در راه است و در ۳۰ سال آینده همین تعداد کودک به دنیا نخواهد آمد.

ملک افضلی ادامه داد: در سال ۹۰ از ۱۲ میلیون زن ۲۰ تا ۳۵ سال، ۷۰ درصد آنها ازدواج کرده‌اند، بنابراین ۸۰ درصد موالید به این گروه تعلق دارد و اگر دوران باروری را برای هر فرد ۱۰ سال در نظر بگیریم، هر فرد ۱.۴ درصد کودک به دنیا می‌آورد.

استاد دانشکده بهداشت دانشگاه تهران گفت: پیشنهاد می‌شود اگر بخشی از بارانه‌ها به صندوقی سوق داده شود و برای افزایش توانایی، کارآفرینی، اشتغال و ازدواج سرمایه‌گذاری شود و فقط ۱۰ درصد ازدواج بیشتر شود، یک میلیون و ۶۰۰ هزار زوج جدید خواهیم داشت که در واقع در سال دو میلیون و ۲۴۰ هزار نوزاد به تولدها افزوده می‌شود و نرخ باروری از ۱.۷ به دو خواهد رسید.

پنجره جمعیتی کشور آغاز شد

سیاست‌های تنظیم خانواده، عمدتاً بر پایه تأکید روی سلامت مادر و کودک و جلوگیری از بارداری‌های ناخواسته و کاهش سقط جنین مستقر است.

کدخبر: ۳۱۵۵۳۹

تاریخ: ۲۱ دی ۱۳۹۲ - ۰۹:۳۵

سرویس اجتماعی «فردا»: طرح برژینسکی برای سیرنزولی جمعیت ایران، کاهش جمعیت ایران با روند کنونی به ۳۸ میلیون نفر تا ۱۴۸۲، آغاز پنجره جمعیتی کشور و پاسخ به نقدها و سیاست‌های مانع‌تراش جمعیتی از جمله مباحث مهمی بوده که در این گفت‌وگوی تفصیلی به آن پرداخته شده است.

با توجه به دغدغه‌های رهبر معظم انقلاب در زمینه سیاست‌های جمعیتی و در آستانه بررسی "طرح جامع جمعیت و تعالی خانواده" که در دستور کار مجلس است و براین اساس باید توسط نمایندگان و بخش‌های مختلف اجرایی به مفاد، زوایا و ظرایف آنها پرداخته شود، با خلیل‌علی محمدزاده پزشک و دارای دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی و عضو هیئت علمی دانشگاه که به تدریس و پژوهش در زمینه‌های اقتصاد سلامت، مدیریت استراتژیک و سازمان و مدیریت بهداشت و درمان ایران اشتغال دارند به گفت‌وگوی تفصیلی پرداختیم.

هدف اصلی سیاست‌های جمعیتی، غیر از تأمین کمیت لازم، ارتقای شرایط زیستی و کیفیت زندگی همه مردم کشور است

برای شروع و در نخستین سؤال بفرمایید کلاً اهداف سیاست‌های جمعیتی چیست و در هر مورد به چه نحوی عمل می‌شود؟

محمدزاده: سیاست‌های جمعیتی هر کشور از یک سلسله آرمان‌ها، اهداف کیفی و کمی و راهکارهای عملی برای تحقق آن اهداف در محدوده زمانی خاص تشکیل می‌شود. در گذشته تعریف سیاست‌های جمعیتی مترادف بود با سیاست دولت‌ها در تشویق ولادت و یا ایجاد موانعی در راه ازدیاد آن، ولی اکنون این سیاست‌ها صرفاً به این معنی نیست.

هدف اصلی سیاست‌های جمعیتی، غیر از تأمین کمیت لازم، ارتقای شرایط زیستی و کیفیت زندگی همه مردم کشور و آماده ساختن آنها برای ایفای نقش فعال و سازنده در فرآیند توسعه فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی کشور است.

سیاست‌های جمعیتی دارای دو بعد کیفی و کمی است، در بعد کمی اتخاذ تدابیری برای ازدیاد و یا کاهش جمعیت و ابعاد شهرها مطرح است و بعد کیفی به موضوعاتی همچون تندرستی جمعیت‌ها، نظارت در امر ازدواج، بهبود کیفیت آموزش و ایجاد فرصت‌های شغلی مربوط است.

در این گفت‌وگو بنده مایلیم بیشتر روی سیاست‌های تنظیم خانواده متمرکز شوم. البته این بدان معنی نیست که این مسئله مهمتر است و بقیه به این اندازه مهم نیستند، خیر، بلکه نگرش من بیشتر به این موضوع است، با توجه به مطالعاتی که دارم. در عین حال مایلیم که در طول بحث ضمن اشاره سیستماتیک به مسئله جمعیت، آن را از نگاه رسالت یک سازمان بهداشتی و درمانی ببینیم.

خلیل‌علی محمدزاده عضو شورای راهبردی آمار و اطلاعات جمعیتی

در ایران مطابق سیاست‌های کلی، دولت‌ها در محدوده اعتبارات تخصیصی، موضوع کنترل جمعیت را با کامل‌ترین شکل آن پشتیبانی مستقیم کرده‌اند

سیاست‌های جمعیتی در حوزه بهداشت و درمان کشورهای مختلف چگونه مورد حمایت قرار می‌گیرند؟

محمدزاده: دیدگاه و سیاست‌های جمعیتی در همه کشورهای دنیا با رصد استراتژیک و بررسی روندها و ساختار و ترکیب سنی جمعیت، هر چند سال یک بار مورد بازبینی و اصلاح قرار می‌گیرد، کاری که در کشور ما مدیریت نمی‌شد. نرخ باروری ما وقتی به حد جاننشینی رسید، باید سیاست‌ها عوض می‌شد، یعنی سال ۷۶ به بعد.

در بخش بهداشت و درمان این بازنگری‌ها بسته به اینکه سیاست دولت در زمینه باروری و نیز درباره رشد جمعیت، افزایشی و یا کاهش‌ی باشد، در دسترسی به روش‌های پیشگیری از بارداری، به سه دسته شامل پشتیبانی غیر مستقیم، بدون پشتیبانی و برخوردار از پشتیبانی مستقیم تقسیم می‌شود که هر یک تعریف و شیوه اجرای خاص خود را دارد. در پشتیبانی غیرمستقیم، دولت‌ها اجازه تهیه اطلاعات، شیوه‌نامه و وسایل را به منابع غیردولتی می‌دهند.

در وضعیت بدون پشتیبانی، دولت‌ها از دسترسی به اطلاعات، دستورالعمل‌ها و وسایل در ارتباط با روش‌های پیشگیری مدرن جلوگیری می‌کنند. در حالت پشتیبانی مستقیم نیز، دولت‌ها به‌طور مستقیم از طریق مراکز دولتی انتشار اطلاعات، دستورالعمل‌ها و وسایل را

پشتیبانی می‌کنند. بنابراین در بیش از دو دهه اخیر، در ایران مطابق سیاست‌های کلی، دولت‌ها در محدوده اعتبارات تخصیصی، موضوع کنترل و تحدید جمعیت را با کامل‌ترین شکل آن پشتیبانی مستقیم کرده‌اند.

با تغییر سیاست کلی نظام در باروری، نحوه پشتیبانی و رویه‌های مربوط به آن نیز باید بازبینی و با شرایط جدید انطباق یابد

آیا مفهوم این گفته شما این است که با تغییر سیاست‌های باروری در هر کشوری نوع و نحوه ارائه خدمات نیز تغییر می‌کند؟

محمدزاده: بله، قطعاً همین‌طور است. در کشور ما در زمان حاضر سیاست کلی نظام به جلوگیری از کاهش رشد جمعیت و افزایش میزان باروری تغییر یافته است، پس نحوه پشتیبانی و رویه‌های مربوط به آن نیز باید بازبینی و با شرایط جدید انطباق یابد.

بنابراین چون مانند گذشته نمی‌توان به‌طور گسترده و مستقیم از طریق مراکز دولتی انتشار اطلاعات، دستورالعمل‌ها و وسایل جلوگیری از بارداری را به‌استثنای بیماری‌ها و موارد بارداری‌های پرخطر که حدودش را متخصصان امر تعیین می‌کنند، ترویج، تشویق و پشتیبانی کرد.

در هر حال در شرایط فعلی و در مرحله گذار از وضعیت قبلی به دوران جدید، باید دقت شود که شاخص‌های مرگ و میر مادر و کودک، همچنان به‌سمت مطلوب، ارتقا یابد و تزلزلی در آنها ایجاد نشود.

بخشی از فعالیت‌های تنظیم خانواده در کاهش و یا افزایش جمعیت باید کاملاً با هم فرق کند

تسنیم: آیا هم اکنون نوع فعالیت‌ها تغییر کرده است؟

محمدزاده: سیاست‌های تنظیم خانواده، مؤلفه‌ها و شیوه‌های مختلفی از پیشگیری از بارداری‌ها را شامل می‌شود و عمده آنها هم بر پایه تأکید روی سلامت مادر و کودک و جلوگیری از بارداری‌های ناخواسته و کاهش سقط جنین مستقر است.

یک بخشی از این سیاست‌ها در بحث افزایش و کاهش جمعیت مشترک است، مثلاً فاصله گذاری در حدود ۳۰ ماه بین تولد فرزندان، که مادر در حال شیردهی به فرزند خود هست و نیز برای حفظ ذخایر و آمادگی‌های لازم برای زایمان بعدی، این امر نیاز است. ولی در سیاست‌های افزایش جمعیت، روش‌های پیشگیری باید به‌قدر کفایت مد نظر باشد، نمی‌شود گفت ما به کاهش و یا افزایش کاری نداریم،

ما طبق وظیفه سازمانی، توجه‌مان تنها به مراقبت‌هاست. این بدان معنی خواهد بود که نوع فعالیت‌های ما در کاهش و یا افزایش جمعیت، فرقی با هم نداشته باشد.

در کشورهایی مانند فرانسه و آلمان که سیاست‌ها در جهت افزایش جمعیت است، سزارین انتخابی ممنوعیت قانونی دارد.

تسنیم: در سایر کشورها، دسترسی به روش‌های پیشگیری از بارداری برای عموم به چه شکل است و آیا اصولاً بین سیاست‌های باروری و میزان دسترسی‌های دولتی و یا خصوصی یک رابطه مشخصی وجود دارد؟

محمدزاده: بله، در بعضی کشورها مانند آلمان، لهستان، ایتالیا، ترکمنستان و امارات متحده عربی دسترسی به روش‌های پیشگیری از بارداری مورد پشتیبانی قرار نمی‌گیرد. سیاست این کشورها حمایت از باروری مبتنی بر افزایش جمعیت است.

در کشورهایی مثل فرانسه، ارمنستان و عربستان سعودی دسترسی به روش‌های پیشگیری از بارداری به‌طور غیر مستقیم حمایت می‌شود، در این کشورها نیز سیاست دولت در زمینه باروری بر پایه افزایش جمعیت است.

در بیشتر کشورهایی که روش‌های پیشگیری از بارداری از سوی مراکز دولتی پشتیبانی مستقیم می‌شود، سیاست باروری بر اساس کاهش جمعیت و یا حفظ وضع موجود است، در ایران بر اساس قانون تنظیم خانواده و جمعیت، تاکنون چنین روندی دنبال شده است. این برنامه‌ها باید بازنگری و با سیاست‌های جدید تطبیق یابد.

علاوه بر این در کشورهایی مانند فرانسه و آلمان که سیاست‌ها در جهت افزایش جمعیت است، به‌شدت مراقبت می‌شود که زایمان‌ها به‌صورت طبیعی اتفاق افتد و سزارین انتخابی ممنوعیت قانونی دارد.

اگر سیاست‌های تنظیم خانواده بیش از ۲۵ سال در کشوری اعمال شوند، نگرش مردم نسبت به مباحث فرهنگی و تمدنی آن کشور تا حدود زیادی تغییر می‌کند

برخی جمعیت‌شناسان از رشد منفی جمعیت در دهه‌های آینده می‌گویند و البته حرف‌های متفاوت و بعضاً متناقضی در این باره شنیده می‌شود، نظر شما چیست؟

محمدزاده: در صورتی که با وجود تغییر در سیاست کلی نظام، همچنان شیوه کاری خود را براساس گذشته ادامه دهیم، با نرخ باروری کل کنونی یعنی ۱.۷۸ به جمعیت حدود ۹۷ میلیون در سال ۱۴۲۰ افزایش می‌یابیم و پس از آن دچار رشد منفی می‌شویم و بر پایه پیش‌بینی سازمان ملل که در سال ۲۰۱۰ انجام گرفته است، جمعیت کشور در چند دهه آتی، باز هم کاهش یافته درصد سالمندان نیز چندین برابر خواهد شد.

این سیر نزولی، دقیقاً نقطه‌ای است که برخی سیاست‌گذاران آمریکایی مانند «زییگنیو برژینسکی» طراح پروژه نظم نوین جهانی در مصاحبه با وال استریت ژورنال آن را به‌دقت مورد توجه قرار داده و از سیاست‌مداران خواسته‌اند که در مسائل سیاسی با ایران بازی طولانی‌مدتی را انجام دهند تا تغییر شکل جمعیتی در ایران به نفع آنها رقم زده شود.

برابر پیش‌بینی‌های جمعیتی سال ۲۰۵۰ در همسایگی ما عراق و افغانستان بیش از دو برابر و پاکستان نزدیک به دو برابر و حتی عربستان و اسرائیل بیش از ۱.۵ برابر خواهند شد ولی ما با تداوم وضعیت کنونی، در نهایت ۲۵ درصد افزایش و پس از آن متوقف خواهیم ماند، و بعد از آن مصائب مان شروع خواهد شد.

همان‌طور که می‌دانید سیاست‌های جمعیتی، همه ابعاد و زمینه‌های فرهنگی، اقتصادی، سیاسی، دفاعی را تحت تأثیر قرار می‌دهند و به همین دلیل است که رهبر معظم انقلاب، جمعیت را عامل اقتدار معرفی می‌کند و خواستار آن می‌شوند که جمعیت در ابعاد مختلف به‌درستی مدیریت شود. این بحث مدیریت جمعیت بسیار مهم است و هر بخشی باید در این زمینه کار خود را به‌خوبی انجام دهد. اگر مدیریت جمعیت در صدر سیاست‌های ما باشد، افزایش جمعیت نقطه قوت بزرگی است برای بهره‌برداری از فرصت‌ها و جلوگیری از تهدیدها و یا تبدیل آنها به فرصت‌ها و نیز رفع ضعف‌ها.

نکته‌ای هم هست و آن اینکه گفته شده است؛ اینکه مردم بچه نمی‌خواهند ریشه‌های فرهنگی و اقتصادی دارد. ضمن قبول نسبی این نظر، یک پاسخ روشن به آن این است که اگر سیاست‌های تنظیم خانواده بیش از ۲۵ سال در کشوری اعمال شوند، نگرش‌ها، فکرها و باورهای مردم نسبت به مباحث فرهنگی و تمدنی آن کشور تا حدود زیادی تغییر می‌کند. بنابراین در تغییر سبک زندگی، تأثیرات این عامل نیز باید مدنظر قرار گیرد. این که اثر چنین متغیر مهمی را لحاظ نکنیم، یک نوع غفلت است. اگر به این مسئله اذعان کردیم، آن موقع در راه بازگشت خیلی چیزها را تغییر خواهیم داد و سکوت‌ها را خواهیم شکست.

از این نوع تغافل‌ها در آموزش‌ها و ارائه خدمات پیشگیری از بارداری نیز انجام شده است. با توجه به اینکه در بخش سلامت عدم تقارن اطلاعات بین مردم و پزشکان و نیز کادر پزشکی وجود دارد و همچنین ضرورت اجرای منشور حقوق بیمار؛ باید عوارض و معایب اقدامات و از جمله روش‌های جلوگیری به‌خوبی تشریح شود، در حالی که این کارها در خیلی موارد صورت نمی‌گیرد، در عوض شاهد بزرگ‌نمایی‌هایی از مزایای این روش‌ها هستیم، به‌ویژه مواردی که این مسائل را تک‌متغیره و با توجه به نتایج شاخص‌های صرفاً بهداشتی، مورد سنجش و تأیید قرار دادیم.

بحث جمعیت، یک موضوع فرابخشی و دینامیک است و تصمیم‌گیری در زمینه افزایش، کاهش و یا حفظ رشد آن نباید به یک و یا چند وزارتخانه مربوط شود

پس بحث جمعیت از نگاه شما فراتر از حوزه عمل یک وزارتخانه است و ابعاد مختلفی را در بر می‌گیرد؟

محمدزاده: بله، همین‌طور است که می‌فرمایید، بحث جمعیت یک موضوع فرابخشی، پویا و دینامیک است و تصمیم‌گیری در زمینه افزایش، کاهش و یا حفظ رشد آن و یا نرخ باروری کل، به یک و یا چند وزارتخانه مربوط نمی‌شود بلکه جزو استراتژیک‌ترین موضوعات هر کشوری است.

هر دستگاه و وزارتخانه‌ای، ضمن نگرش سیستمی به موضوعات استراتژیک و از جمله مسئله جمعیت، باید از دریچه رسالت سازمانی خود، فعالیت‌های خویش را پیش برد. البته در همه برنامه‌ریزی‌ها و تصمیم‌گیری‌ها، هر دو مسئله مهم افزایش نرخ باروری کل که در حال حاضر حداقل سدهم زیر سطح جایگزینی هستیم و الزامات پنجره جمعیتی که الآن یک سالی است در این دوره وارد شده‌ایم، باید در کانون توجه و اقدام قرار گیرد.

بدیهی است در بخش بهداشت و درمان نیز پس از اعلام سیاست کلی نظام در این زمینه، باید سیاست‌ها و رویکردهای قبلی تغییر و در چارچوب‌های تعیین شده، نوع و نحوه پشتیبانی روش‌های کنترلی در بخش‌های دولتی و خصوصی به شرحی که توضیح داده شد و نیز بسته‌های آموزشی و مشاوره‌ای، مورد تجدید نظر کامل قرار گیرد که البته در حوزه بهداشت این مسئله در چند ماه اخیر یک بار به‌طور جدی کلید خورد و به‌لحاظ اجرایی هم تا حدود زیادی مقدمات کارها پیش رفت، که روند امور تغییر یافت. امیدواریم این مسیر به‌خوبی طی شود.

سیاست‌های جدید باید با مشارکت همه بخش‌ها فرهنگ‌سازی شود

به‌رحال سیاست‌های مربوط به جمعیت ارتباط مستقیمی به نگرش‌های مردم و وضعیت اقتصادی دارد، برای گذشتن از چنین موانعی، به چه نحوی باید عمل شود؟

محمدزاده: بله، درست است، البته سیاست‌های دولتی و نگرش فرهنگی خانواده‌ها، اولویت بیشتری نسبت به سایر جنبه‌ها دارد، مثلاً در ارتباط با وضع اقتصادی بررسی‌ها نشان می‌دهد که معمولاً این‌طور نیست که هرچه خانواده‌ای تمکن مالی بالایی داشته باشد، جمعیتش هم افزون‌تر باشد و یا به‌عکس، یکی از آمادگی‌هایی که برای اجرای سیاست‌های جدید جمعیتی، در همه حوزه‌ها و از جمله حوزه سلامت

پایه‌ای است، فرهنگ سازی و نهادینه ساختن موضوع است و این مسئله اساسی‌تر از قانون‌گذاری است، زیرا این کار باید با اراده ملی انجام گیرد.

بالاخره شیوه قبلی، فرهنگ و آثاری داشته و رسوبات زیادی به جای گذاشته، اصلاً کنار سایر عوامل یک نوع سبک دیگری ساخته، و در حال حاضر در مرحله ناشی از چالش‌های مربوط به آن در همه حوزه‌ها هستیم و در مسیری قرار گرفته‌ایم که باید برای پاسخ‌گویی به مشکلات و شبهات مردم در همه این زمینه‌ها، متخصصان و مسئولان امر باید اقدامات روشن و متقاعدکننده‌ای داشته باشند و مسیر اجرایی مشخصی را نشان دهند و در کل سیاست‌های جدید باید با مشارکت همه بخش‌ها فرهنگ سازی شود.

تغییر نگرش‌ها و دیدگاه‌های فردی، فرهنگی و اجتماعی جامعه چیزی نیست که به‌آسانی اتفاق بیفتد، باید مدت‌ها کار شود و ابعاد متنوع قضیه توسط صاحب نظران علوم گوناگون و دستگاه‌های برنامه‌ریز، نهادهای رسانه‌ای و فرهنگی و حوزه‌های علمیه و دانشگاه‌ها بدرستی تبیین شوند تا ایده‌آل‌ها، عادت‌ها و ارزش‌های کاذبی که در این رابطه در اذهان و غالباً متأثر از مشکلات فرهنگی و اقتصادی و بدون تأمل در مضرات و وضعیت آینده نقش بسته، کنار گذاشته و نیاز به تغییر پذیرفته شود و آن‌گاه مردم با آگاهی از مزایای تغییر و برای مقابله با خطرات ناشی از عدم تغییر، مشارکت کنند.

همچنین باید عوامل تقویت‌کننده رفتارهای موجود در جامعه سست شود تا خانواده‌ها، عادات فعلی را ترک و به اجرای تغییر روی آورند و پس از این مرحله است که باید به نهادینه شدن رفتار جدید در جامعه چشم امید دوخت.

این عوامل تقویت‌کننده می‌تواند شامل ازدواج‌های دیر هنگام، میل به بی‌فرزندگی، تک‌فرزندگی و کم‌فرزندگی، باروری با تأخیر طولانی و گاهی سه تا پنج سال پس از ازدواج، باشد که عملاً راه را بر فرزندآوری‌های بعدی می‌بندد و همه این موارد باید مورد آسیب‌شناسی جدی قرار گیرد.

نتیجه ازدواج دیر هنگام، از بین رفتن بهترین سال‌های باروری و کاهش فرزندآوری است

تغییر فرهنگی مهم است و البته کنار آن عوامل اقتصادی اداره خانواده نیز کم‌تأثیر نیست.

محمدزاده: بله، گرچه سیاست‌گذاری‌ها تأثیر بسزایی در تحقق دستاوردها دارند، لکن پدیده‌هایی چون ازدواج، بارداری و فرزندآوری امور ارادی، آگاهانه، آزادانه و مسئولانه به حساب می‌آیند و نمی‌توان صرفاً با بخشنامه و دستورالعمل آنها را عملیاتی کرد، بلکه باید در سایه آموزش و ترویج تعالیم دینی یک تحول فرهنگی در افراد صورت پذیرد و سپس سایر عوامل دخیل در موضوع از جمله بستر و شرایط رشد

اقتصادی فراهم شوند، مثلاً در یکی از بررسی‌ها از پسران سؤال شده که چرا تاکنون ازدواج نکرده‌اند، که بیش از ۳۰ درصد پاسخ داده‌اند: چون شغل ندارند.

از طرف دیگر تقریباً به همان میزان دختران هم در طرح علت رد خواستگارهای خود، به همین مشکل نداشتن شغل اشاره کرده‌اند که این وضعیت باعث می‌شود؛ سن ازدواج بالا رود.

هم‌اکنون میانگین سن ازدواج، در دختران به حدود ۲۴ سال و در پسران به ۲۷ سال رسیده که نتیجه آن ازدواج دیرهنگام، از بین رفتن بهترین سال‌های باروری و کاهش فرزندآوری است. و یا وقتی نرخ طلاق در جامعه افزایش می‌یابد، فرزندآوری متوقف و فرزندپروری و مراقبت‌های مربوط به آن خدشه‌دار می‌شود. این زنگ خطرهای فعلاً در حد هشدار است ولی نتایج بلند و پیامدهایی دارد که راههای رفع آنها را از هم اکنون باید دنبال کرد.

ترویج زایمان‌های طبیعی و کاستن از آمار سزارین یکی از راههایی است که به افزایش نرخ باروری کل در کشور کمک می‌کند

آیا عوامل دیگری وجود دارد که در فرزندآوری غیر از مواردی که تاکنون ذکر شد، مهم باشند؟

به همه این موارد باید حدود سه میلیون زوج نابارور هم اضافه شود که مشتاقانه در پی فرزندآوری هستند لکن هنوز در کشور هیچ بیمه‌ای این مسئله را پوشش کامل نمی‌دهد که باید در این خصوص نیز تدابیری اندیشیده شود.

ترویج زایمان‌های طبیعی و کاستن از آمار سزارین یکی دیگر از راههایی است که به افزایش نرخ باروری کل در کشور کمک می‌کند. با تأسف باید گفت که در سزارین رتبه اول منطقه و رتبه دوم جهان بعد از برزیل هستیم. تا زمانی که این رویه‌ها اصلاح نشود و متخصصان، عمل درست و فرهنگ صحیح را در این زمینه و سایر موارد مرتبط، جایگزین و جاری نسازند، در تحقق آنچه نیاز ضروری کشور است، موفق نخواهیم بود.

کنار سیاست‌ها و اهتمام به برنامه ریزی و اجرای درست برنامه‌ها و در نظر گرفتن مشوق‌ها، تا حدی که از معنویت کار هم کاسته نشود، به این مسائل باید توجه جدی و زیربنایی داشت.

ما هم اکنون در طرح‌هایی که در دست بررسی هست یکی از اشتباهات اساسی‌مان این است که مسئله مهم فرزندآوری را امری مادی دیدیم و همه‌اش به ضرب و زور بودجه می‌خواهیم این کار را عملی کنیم. به‌نظر بنده بودجه‌ها باید بیشتر صرف زیرساخت‌ها و مدیریت جمعیت و کیفیت زندگی شود، همان مواردی که تکلیف حداقل این دولت و ۱۰ دولت آتی در فرصت جمعیتی اقتضا می‌کند.

در افزایش جمعیت، به هر دو بعد کمیت و کیفیت توجه شود

تسنیم: به مسئله مهم فرزندپروری اشاره کردید، جایگاه این مسئله نیز باید در برنامه‌های جمعیتی چگونه دیده شود؟

محمدزاده: یکی از ابعاد مهم کیفیت جمعیت، توجه به این امر مهم است. باید تربیت فرزند و تحویل فرزند صالح به جامعه، از سوی دستگاه‌های سیاست‌گذار و برنامه‌ریز تربیتی و معرفتی، مدارس، دانشگاه‌ها و مساجد و همچنین رسانه‌ها و تربیون‌ها مورد توجه قرار گیرد و این زمینه با تغییر نگرش‌ها و انجام آموزش‌ها و مهارت‌ها و تخصیص اعتبارات لازم، مورد حمایت قرار گیرد. بیشترین نقشی که حوزه بهداشت و درمان در این رابطه ایفا می‌کند، تأمین و ارتقای سلامتی است.

بررسی رهنمودهای رهبر معظم انقلاب در رابطه با جمعیت و سیاست‌های ابلاغی از سوی معظم‌له، حاکی از توجه همه‌جانبه به این موضوع است، یعنی هم به کمیت و هم به کیفیت باید توجه داشت. برای خروج از منطقه خطر این موارد برای مدتی نسبتاً طولانی، باید به موازات هم پیش روند مهم بودن هر دو بعد قضیه با توجه به قرار گرفتن در دوره پنجره جمعیتی که هر ملتی شاید یک بار بیشتر در مسیر آن قرار نمی‌گیرد، بیش از هر چیز دیگری مورد تأکید است.

پس همه این موارد ضرورت دارد؛ افزایش باروری، مادر و فرزند سالم، دوره باروری ایمن و کم‌عارضه و فرزند صالح، مولد و بانشاط که کشور را در آینده در اوج قله‌ها بنشانند.

جمعیت جوان، دارای تحصیلات، ماهر و کارآفرین، رکن توسعه است و در این دوره ۴۰ساله که در فرصت جمعیتی هستیم، باید با پاسخ‌گویی به نیازهای گروه سنی جوانان و حتی میانسالان، شرایطی فراهم شود که با رشد همه‌جانبه، پاسخ‌گویی به هزینه‌های سرسام‌آور سالخوردگی جمعیت در زمینه‌های بهداشتی درمانی، رفاهی و حمایتی تقلیل یابد.

البته در تولیت سلامت سالمندان، دولت‌ها نقش درجه اول دارند و در این خصوص هم باید آمادگی‌های لازم در دولت‌ها برای انجام مراقبت‌ها و ارائه خدمات و سایر امکانات فراهم آید. این اقدامات هم بدون مشارکت خانواده‌ها ره به جایی نمی‌برد و راه‌حل آن، دوباره افزایش بعد خانواده است، همان چیزی که رهبر معظم انقلاب به‌درستی می‌فرمایند: توسعه و تحکیم خانواده.

ایران هم‌اکنون بیشترین کاهش میزان رشد جمعیت در منطقه را دارد.

پیری جمعیت و ارتباط آن با کاهش باروری در سایر کشورها به چه نحوی است؟

محمدزاده: کشور ما همانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه به دنبال کاهش مداوم و مستمر باروری و افزایش امید به زندگی، تغییرات اساسی و مهمی را در ساختار سنی خود تجربه می‌کند.

سرعت کاهش باروری در ایران بسیار بالاتر از کشورهای منطقه صورت گرفته، بنابراین در صورت عدم توقف چنین وضعی، کشور ما با شدت و حدت بیشتری مسائل و چالش‌های سالمندی را تجربه خواهد کرد.

ایران هم اکنون بیشترین کاهش میزان رشد جمعیت در منطقه را دارد. اگر همین روند طی شود در ۱۰۰ سال آینده جمعیت بسیاری از کشورهای منطقه که الآن بسیار کمتر از ما هستند، بیشتر از ما خواهد شد و اینجاست که جمعیت به‌عنوان عامل اقتدار، نقش خود را به‌نحو بارزی نشان خواهد داد.

ببینید ژاپنی که الآن نصف ما مساحت و حدود دو برابر ما جمعیت دارد، نه نفت و گاز داشت و نه منابع و ذخایر خاصی. از خاکستر جنگ جهانی دوم برخاست و در سایه تکیه بر دانایی و توانایی نیروی انسانی و با پشتوانه فرهنگ ملی و صد البته مدیریت جمعیت، به یکی از پیشرفته‌ترین کشورها تبدیل شد. با یادگیری از مزایا و معایب این مسیر پیموده شده و با توجه به اقتضات بومی کشورمان و با تأکید بر آموزه‌های اسلامی می‌شود آن را مدل‌سازی کرد.

رتبه فرزندآوری کشورهایی مانند برزیل، ترکیه، فرانسه، انگلیس و آمریکا از ما بالاتر است.

آیا در این زمینه مطالعات نیز صورت گرفته و یا شاخص‌های اختصاصی وجود دارد؟

محمدزاده: بله، این هم کشورها در این زمینه مطالعه می‌کنند و هم گزارشات جهانی در این ارتباط تهیه می‌شود و از منظرهای مختلف این کار صورت می‌گیرد. درصد کهنسالی، هزینه‌های آن، خدمات، حمایت‌ها و مراقبت‌ها، همه این موارد در هر کشوری تعریف دارد و مورد توجه دولت‌ها است، شاخص‌هایی هم هست که این موارد را سنجش می‌کند و با استانداردها مقایسه می‌کنند، مثلاً در بعد خانوار، یک شاخصی به‌نام فرزندآوری زنان وجود دارد.

بر اساس آمار ۲۰۱۱ رتبه زنان ایرانی در جدول جهانی فرزندآوری ۱۴۶ است. رتبه کشورهایمانند برزیل، ترکیه، فرانسه و انگلیس از ما بالاتر است. در همین گزارش رژیم اشغالگر قدس ۷۰ پله و آمریکا ۲۲ پله از ما جلوتر است، یعنی در کشورهای نامبرده شده تعداد فرزندان یک خانواده از تعداد فرزندان در یک خانواده ایرانی بیشتر است.

جالب است، این نکته گفته شود که در دهه ۷۰ که ما همچنان بر برنامه‌های کاهش رشد جمعیت اصرار داشتیم و رهبر معظم انقلاب هم فرمودند که تداوم این سیاست‌ها از اواسط دهه ۷۰ به بعد اشتباه بود و حتی مسئله توبه و استغفار را مطرح کردند، در همان سال‌ها و یا شاید چند سال قبل از آن بود که این چالش جمعیتی در کشور آمریکا هم مطرح بود و آن زمان رئیس جمهور وقت آمریکا، با رد برنامه کنترل جمعیت، برنامه افزایش رشد جمعیت آمریکا را تأیید و ابلاغ کرد.

در حال حاضر میانگین نرخ رشد جمعیت ما حدود یک‌دهم درصد از متوسط جهانی بیشتر است، ولی با تداوم روند کنونی در سال ۲۰۵۰ در حالی که درصد نرخ رشد جمعیت جهان به نیم تقلیل می‌یابد، درصد رشد ما از ۱.۳ (یک و سه‌دهم) فعلی به ۰.۳ (سه‌دهم) نزول خواهد یافت و برای این مشکل دهه‌های آتی که در زمان بروز آن، دیگر کاری از کسی ساخته نیست، باید از هم اکنون چاره اندیشی شود، یکی از مصادیق علاج واقعه قبل از وقوع آن، همین مورد کاهش بحرانی نرخ باروری جمعیت کشور است.

اگر جمعیت جوان کشور طی سال‌های آینده همچنان محدود شود، ۹ دهه بعد با جمعیت کمتر از نصف کنونی، با سهم سالمندی حدود ۵۰ درصد روبه‌رو خواهیم شد.

برای بحث‌های جمعیتی شاخص‌های مختلفی بیان می‌شود که هر کدام داده‌های خاصی دارد و به‌قولی همدیگر را تکمیل می‌کنند، در این مورد چه دیدگاهی دارید؟

محمدزاده: برای پی بردن به افزایش جمعیت، بیان درصد رشد جمعیت و یا نرخ باروری کل به‌تنهایی کافی نیست، روش واضح‌تر برای رشد جمعیت، محاسبه مدت زمانی است که یک جمعیت با استمرار میزان رشد خود به دو برابر اندازه فعلی خود خواهد رسید. بر این مبنا جمعیت ایران در ۹ دهه اخیر با افزایش حدودی ۸ برابری از ۱۰ میلیون نفر در سال ۱۳۰۰ به ۷۷ میلیون در سال ۱۳۹۲ رسید.

توضیح بیشتر اینکه جمعیت کشور در ۴۰ سال اول بیش از دو برابر (۲۲ میلیون نفر) و در بیش از ۵۰ سال بعد، ۳.۵ برابر رشد داشته است اما در صورت ادامه وضع موجود نه‌تنها در بازه زمانی مشابه جمعیت کشور دو برابر نخواهد شد بلکه ۸۰ سال بعد همان‌طور که گفته شد، جمعیت ما از جمعیت کنونی، بسیار کمتر خواهد شد.

ممکن است برخی بگویند خوب اصلاً چرا باید دو برابر شویم؟ یک نمونه خوب می‌آورد؛ به هر حال ایتالیا ۷۰۰ سال طول کشیده تا دو برابر شده! چرا باید افزایش رشد جمعیت داشته باشیم؟

محمدزاده: جواب این است که کاهش و یا افزایش جمعیت یک روی قضیه است و به هم خوردن ساختار و ترکیب سنی جمعیت نیز آن روی دیگر است. اگر تجدید نسل نداشته باشیم و جمعیت جوان کشور طی سال‌های آینده محدود شود، ۹ دهه بعد با جمعیت کمتر از حد کنونی که سهم سالمندان حدود ۵۰ درصد شده است، چگونه می‌توان پروژه‌های رشد و توسعه کشور را به انجام رساند و از ایرانی مقتدر سخن گفت؟ اصلاً چگونه می‌توان به‌ازای هر دو نفر، یک سالمند را اداره کرد؟ کدام صندوق بازنشستگی، بیمه‌ای و حمایتی می‌تواند این همه بار را تحمل کند؟ کدام تک‌فرزندی می‌تواند علاوه بر اداره زندگی خود، به زندگی پدر و یا مادر پیر خود نیز به نحو مطلوبی بپردازد و حالا تصور کنید که او با یک تک‌فرزند دیگر ازدواج کرده باشد و در حقیقت دو نفر علاوه بر زندگی خود بعد از گذشت مدتی، باید مراقب چهار سالمند هم باشند، این خیلی امکان‌پذیر نیست و به همه این موارد اضافه کنید این نقصان را که بچه‌های این ازدواج عمه، عمو، خاله و دایی هم ندارند.

تفکر در چنین موضوعاتی است که در بعد فردی و اجتماعی می‌طلبد عزم ما در پیمودن این راه دشوار و پرهزینه را سخ شود، زیرا در غیر این‌صورت خسارات و عواقب مسئله بسیار سنگین و جبران‌ناپذیر است.

در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، نسبت‌های بالای افراد جوان، تضمین‌کننده رشد جمعیت در مرحله کاهش باروری و حتی بعد از افت باروری تا حد جایگزینی است

در خلال بحث‌های تان به فرصت و یا پنجره جمعیتی اشاره کردید، مفهوم و الزامات این مسئله چیست و ضمناً آیا این نوع چالش‌ها در همسایه‌های ما هم وجود دارد یا خیر؟

محمدزاده: این مسائل فقط برای ما نیست، کشورهای دیگر هم دغدغه‌ها و چالش‌هایی از این نوع را دارند و برای رفع نگرانی‌های خود در آینده دست به کار شده‌اند و به‌شدت دارند کار می‌کنند ولی ما به‌صورت یک‌پارچه هنوز به درک درستی نرسیده‌ایم.

در همین همسایگی ما ترکیه که نرخ باروری کل آن هم اکنون حدود چهار دهم از ما بیشتر است و در مرز حد جایگزینی، درصدد برآمده، سیاست‌های باروری خود را از کنترل جمعیت به افزایش رشد جمعیت تغییر دهد و برای جلوگیری از پیر شدن جمعیت و افزایش نیروی کار مورد نیاز و افزایش قدرت ملی، خانواده‌ها را حداقل به داشتن سه فرزند ترغیب کرده است.

در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، نسبت‌های بالای افراد جوان عملاً تضمین کننده رشد جمعیت در مرحله کاهش باروری و حتی بعد از افت باروری تا سطح جایگزینی است.

اصولاً در دوره فرصت جمعیتی که ۷۰ درصد جمعیت در سن کار و فعالیت هستند، بیش از شاخص‌های رشد و باروری، باید توجه به ساختار و ترکیب سنی جمعیت معطوف باشد و رفع نیازهای آنها، تا کشور با سرمایه انسانی سالم و تحصیل کرده با کاستن از مصرف کل جامعه و تغییر الگوهای تولید و مصرف و با افزودن بر میزان پس‌انداز کل، رشد، توسعه و پیشرفت واقعی و پایدار در کشور را رقم زند.

رشد سریع سرمایه گذاری در بخش تولید و زیرساخت‌ها و برطرف کردن چالش‌های اشتغال جمعیت فعال و رشد بازدهی نیروی کار از جمله سیاست‌هایی است که توفیق در آنها می‌تواند این دوره را به یک فرصت و دوره طلایی تبدیل کند.

درباره تنظیم خانواده و رابطه آن با سیاست‌های باروری هم اکنون افراط و تفریط هست

در صورت توقف سیاست‌های کاهش جمعیت، تنظیم خانواده چه جایگاهی پیدا می‌کند؟

محمدزاده: همان‌طور که گفته شد، تنظیم خانواده لزوماً به معنای کاهش جمعیت نیست، چارچوبی است حاوی یک‌سری ملاک‌ها و تدابیر، که هم در سیاست‌های افزایش رشد جمعیت و هم در سیاست‌های کاهش جمعیت می‌تواند دامنه تأثیر داشته باشد.

تنظیم خانواده در اصطلاح عام به کنترل کاهشی جمعیت تعبیر شده که اشتباه است، درباره تنظیم خانواده و رابطه آن با سیاست‌های باروری هم اکنون افراط و تفریط وجود دارد، برخی افراد وقتی از افزایش رشد جمعیت صحبت می‌کنند، قائل به کمترین حدی از رعایت چارچوب‌های تنظیم خانواده نیستند که اعمال چنین دیدگاهی وضعیت شاخص‌های سلامت جمعیت را به هم می‌ریزد.

برخی دیگر چنان دامنه تنظیم خانواده را گسترده می‌گیرند و آن‌چنان علاقه‌مندی به اجرای همه جزئیات آن را نشان می‌دهند، که عملاً در ذیل سیاست‌های افزایش رشد جمعیت نیز، به ترویج، تجویز و اعمال فعالیت‌های کاهش جمعیت می‌پردازند.

ما برای گذر از افراط و تفریط هر دو دیدگاه، اصرار داریم بگوئیم باروری سالم و منظور از باروری سالم رعایت چارچوبی است که طی آن با تضمین سلامت مادر و کودک، رشد جمعیت تا سطح مورد نیاز برای فائق آمدن بر مشکلات آینده افزایش یابد ولی یک عده‌ای هم آن را پوششی قرار می‌دهند برای همان کنترل جمعیت، تا با کمترین حساسیت‌ها، کار قبلی پیش رود. یکی از مسائلی که در طرح مجلس باید تکلیف آن مشخص شود، حدود استفاده از روش‌های کنترلی است.

باید نفی رویکرد کنترلی و افزایش سیاست باروری براساس تأمین، حفظ و ارتقای شاخص‌های بهداشتی عملیاتی شود

یعنی در هر حال نگران شاخص‌های عمده سلامتی و نیز بارداری سالم و وضعیت مطلوب مادر و نوزاد هستید؟

محمدزاده: بله، حتماً این رسالت و وظیفه ذاتی بخش سلامت است، مگر ما می‌توانیم غیر از این بیندیشیم و یا عمل کنیم؟ مانند همه کشورهای دنیا، که در آنها شاخص‌های مرگ و میر نوزاد، شیرخوار و کودک و مرگ و میر مادر جزو رایج‌ترین نگرانی‌های دولت‌ها است، این شاخص‌ها برای دولت و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ما هم فوق‌العاده پراهمیت است تا جایی که برخی از این شاخص‌ها روزانه ثبت و بررسی می‌شوند و حتی در بالاترین سطوح مدیریتی، پیگیری مستقیم می‌شوند.

پس ما باید نفی رویکرد کنترلی و افزایش سیاست باروری را بر اساس تأمین، حفظ و ارتقای شاخص‌های بهداشتی و به‌ویژه شاخص‌های مورد اشاره، عملیاتی کنیم و در رابطه با شیوه سابق پشتیبانی مستقیم از مراکز دولتی در دسترسی به انواع مختلف وسایل پیشگیری، نیز باید طی دستورالعمل‌هایی پوشش محدود و منحصر به بیماری‌های خاص، رفتارهای پرخطر و مادران پرخطر صورت پذیرد و مابقی از این حد و حصر باید خارج شوند.

بحث جمعیت یک اقدام فرهنگی، مدیریتی و تخصصی است. در این حیطه‌ها کار برجسته‌ای که در مرحله عمل پیش رود، فعلاً دیده نمی‌شود

تا به حال در بحث خطر کاهش جمعیت کشور، تذکرات متعددی از سوی رهبر معظم انقلاب صادر شده، چه نکات محوری در این سخنان هست که لازم است در وضع قوانین به آنها پرداخته شود؟

محمدزاده: سؤال بسیار مهمی کردید. چالش ما با عوامل ذی‌ربط در همین زمینه‌هاست. در رابطه با جلوگیری از کاهش جمعیت کشور در فرمایشات رهبر معظم انقلاب چهار کلیدواژه اساسی وجود دارد، که متأسفانه تاکنون هیچ‌یک از آنها صورت برنامه عملیاتی به خود نگرفته است. چرا می‌گویم اقدام عملی صورت نگرفته، برای اینکه بحث جمعیت یک اقدام فرهنگی، مدیریتی و تخصصی است.

ما در این حیطه‌ها کار برجسته‌ای که در مرحله عمل پیش رود، نمی‌بینیم. بله، مردم مؤمن خودشان وقتی مکرر از زبان رهبر معظم انقلاب مطالبی به‌طور مستقیم می‌شنوند، احساس تکلیف می‌کنند و طبعاً منتظر دولت نمی‌مانند و اقداماتی می‌کنند ولی دولت‌ها هم در جهت‌دهی به موضوع تکلیف دارند. به هر حال تولیت و هدایت امر در همه کشورها با دولت است.

این چهار مؤلفه عبارتند از؛ محدود کردن اقدامات کنترلی در بخش دولتی (مگر مواردی که سلامت مادر و کودک متوقف بر آن است و موارد لازم در پیشگیری‌ها که برخی از آنها مورد اشاره قرار گرفت)، دوم فرهنگ سازی (توسط همه بخش‌ها و صاحب نظران تمام علوم و زمینه‌های علمی و حوزه‌ها و دانشگاه‌ها و رسانه‌ها) و سوم اقناع متخصصان و ورود آنها به صحنه اجتماع جهت راهنمایی و تشریح وضعیت موجود و هدایت به موقعیت مطلوب و چهارم نیز مسئله کهنسالی و ضرورت تجدید نسل به‌منظور کاهش عوارض ناشی از آن که یکی از اصلی‌ترین تأثیرات آن کاهش نیروی کار یعنی قشر مولد و فعال جوان و میانسال شاغل در جامعه و همچنین بالا رفتن بیش از حد هزینه‌های حمایتی و مستمری افراد بالای ۶۴ سال است.

در ارتباط با مؤلفه اخیر، باید عرض شود که با کاهش نیروی کار و افزایش مستمری بگیران دولت‌ها با مشکلات جدی در رشد و توسعه اقتصاد ملی و تولید ناخالص داخلی و در نتیجه تأمین بودجه سلامت برای افراد اجتماع روبه‌رو می‌شوند. با بالا رفتن نسبت سنی افراد جامعه به کل افراد، نیاز جامعه به پرداخت مستمری، تأمین خدمات حمایتی برای افراد سالخورده و یا حتی ایجاد آسایشگاه برای نگهداری افراد سالخورده افزایش می‌یابد که تأمین هر کدام از این موارد در صورت کاهش نیروی کار در هر کشوری با موانع جدی برای تأمین هزینه مواجه خواهد شد.

هم اکنون که جمعیت سنین پیری در ایران در حد ۸.۲ درصد است، بیش از ۴۰ درصد بودجه درمانی کشور به این قشر اختصاص پیدا می‌کند، حال اگر این گروه سنی طی ۳۰ سال آینده سه برابر و یا هفتاد سال آتی بیش از پنج برابر شود، آیا از بودجه‌های سلامت چیزی برای بقیه می‌ماند؟ آیا این بودجه‌ها قادر به تأمین و مراقبت کامل همین قشر می‌شود؟

البته در همه این موارد، تحرکات اندکی صورت گرفته لکن ناقص، ناتمام و ابتدایی است و انگیزش لازم در ساماندهی و تعمیم همه آنها دیده نمی‌شود و مخالفت‌های آشکار و پنهانی هم هست که برخی از روی خیرخواهی و برخی هم از روی روشنفکرآمایی و فراقکنی صورت می‌پذیرد.

در طرح جامع جمعیت و تعالی خانواده، باید تکلیف این متغیرهای تأثیرگذار در راهیابی به جلوگیری از کاهش رشد جمعیت و افزایش نرخ باروری کل، به‌روشنی تبیین و با مواد و تبصره‌های مناسبی مورد پشتیبانی قرار گیرد، در غیر این صورت خود این طرح مانعی در راه افزایش جمعیت خواهد بود.

نگرش فرهنگی زوجین و خانواده‌ها، مشکلات اقتصادی و نیز سیاست‌های باروری در اولویت عوامل مؤثر در نرخ باروری کل قرار دارند

چه عوامل بهداشتی در کاهش نرخ باروری کل بیشترین دخالت را داشته و دارند؟

محمدزاده: این مطالب تا حدودی بیان شد. نگرش فرهنگی زوجین و خانواده‌ها، مشکلات اقتصادی و نیز سیاست‌های باروری در اولویت عوامل مؤثر در نرخ باروری کل قرار دارند. البته همه این موارد در هم تأثیر دارند اما با گذشت زمان ممکن است درصد تأثیر هر کدام فرق کرده باشد، به عنوان مثال طی ۲۵ سال اخیر، به تدریج کاستن از بعد خانوار به ارزش تبدیل شده و داشتن فرزند زیاد، مثبت تعبیر نشده است و نهایتاً یک فرهنگ مسلطی در این زمینه پدیده آمد که همین مسئله، دیگر اصل نقش کنترل جمعیت را کم‌رنگ کرده است تا جایی که بدون تغییر نگرش، دیدگاه و فرهنگ افراد و جامعه، صرفاً با حذف کنترل‌ها، افزایش خاصی در حد انتظار رخ نمی‌دهد و شاید تأثیرات در خوش‌بینانه‌ترین شرایط از ۲۰ درصد هم فراتر نرود، ولی این مسئله اگر با اقدام فرهنگی و فنی متخصصان زنان و زایمان همراه باشد، حکم نیروی پیش‌برنده را در این مسئله ایفا خواهد کرد.

در اجرای سیاست‌های جدید هر سازمانی باید نقش خود را ایفا کند و این درست نیست که هر دستگاهی به جای اینکه کار خود را بکند و شرایط لازم را مهیا کند، نقش دیگری را پررنگ‌تر و تأثیرگذارتر ببیند و به امید تلاش دیگران، خود از کار بایستد به خصوص اینکه فرهنگ سازی کار همگانی است.

بر این اساس بارداری‌های ناخواسته هم موضوع مهمی است و باید مهار شود، در غیر این صورت بحث سقط جنین و عوارض ناشی از آن نیز اختلالی در وضع سلامت ایجاد می‌کند. وزارت بهداشت هم برای کاهش بارداری‌های ناخواسته و سقط جنین و هم تقلیل نرخ سزارین، باید برنامه جامع و فراگیری داشته باشد و مرتب پایش کند که هر سال در هدف‌های کمی، به‌مرور به میزانی از این آمارها کم شود.

همان‌طور که گفته شد، برای کاهش نرخ باروری کل در سیستم بهداشت و درمان دنیا، اقدامات متفاوتی مرسوم است که طی نزدیک به سه دهه اخیر همه این روش‌ها به‌نوعی در ایران اعمال شده است. از جمله این اقدامات می‌توان به ادغام برنامه تنظیم خانواده و باروری سالم در سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه، فراهم کردن دسترسی به خدمات بهداشت باروری، مهیا کردن انواع روش‌های پیشگیری از بارداری مؤثر، سالم و کم‌هزینه و ارتقای مشارکت مردان در بهداشت جنسی و باروری اشاره کرد.

همان‌طور که عنوان شد، قطعاً در اجرای سیاست‌های جدید جمعیتی باید حد کفایت نوع و میزان فعالیت‌های زیرمجموعه هر محور، در بازبینی‌ها مدنظر قرار گیرد، مثلاً روش‌های جراحی و دایمی در پیشگیری از بارداری را حتماً می‌توان محدود و حتی ممنوع کرد مگر مواردی که اندیکاسیون قطعی و اجتناب‌ناپذیر دارند.

باید تسهیلاتی فراهم شود که علاقه به تحصیل و رفتن به سمت اشتغال توسط زنان به‌عنوان موانع توسعه کمی و کیفی ازدواج، باروری و تشکیل خانواده مطرح نباشند

تسنیم: آیا عوامل دیگری نیز وجود دارد که بتوان آنها را در برنامه‌ها گنجانید؟

محمدزاده: ببینید در برنامه همه چیز را شاید بگنجانیم ولی برنامه اگر اصولی باشد، باید تحلیل محیطی کند و راه‌های مختلف را شناسایی کند و از بین آنها مناسب‌ترین و مؤثرترین گزینه‌ها را گلچین کند. اینکه همه مقوله‌های خرد و کلان را کنار هم قرار دهیم و مهم را تشخیص ندهیم، ما را در تشتت و بی‌عملی قرار خواهد داد و به قول معروف برنامه شکست اجرا خواهد شد. در بحث راه‌های اجرایی هم، این مسیر باید پیموده شود.

برگردیم به سؤال شما، علاوه بر اقدامات ذکرشده، موارد دیگری نیز وجود دارد که در کشور ما به‌طور طبیعی رخ داده است، نظیر افزایش سن ازدواج که در برخی از کشورها برای کاهش نرخ باروری کل، این افزایش از طریق قانون صورت می‌گیرد. هم اکنون ۱۲ میلیون دختر و پسر در سن ازدواج، به هر دلیلی از این موهبت برخوردار نشده‌اند و این یعنی حداقل ۳ میلیون بچه‌ای که ظرف دو سه سال آینده متولد نمی‌شوند و سپس جلوگیری از فرزندان دیگری که از آن به بعد به علت بالا رفتن سن باروری متولد نخواهند شد.

وقتی بانک‌ها قادر به پرداخت وام اندک ازدواج برای کمک به ازدواج جوانان نیستند، متعجب می‌مانم که چگونه طرح‌های جمعیتی را که نیازمند ده‌ها میلیارد بودجه طی چندین سال آینده است، اجرا خواهند شد؟!

همچنین دو مورد دیگر، ارتقای آموزش و تحصیلات دانشگاهی و فرصت‌های شغلی برای زنان هست که در مقایسه با گستره آن نسبت به قبل از انقلاب، جزو دستاوردهای انقلاب اسلامی است، ادامه این مسیر اشکالی ندارد لکن باید تغییر نگرشی اتفاق افتد و ترتیبی اتخاذ شود و نیز تسهیلاتی فراهم شود که علاقه به تحصیل و رفتن به سمت اشتغال به‌عنوان موانع توسعه کمی و کیفی ازدواج، باروری و تشکیل خانواده مطرح نباشند.

تا وقتی که دولت‌ها با تأسیس خوابگاه‌های متأهلی، افزایش مرخصی زایمان برای مادران و در نظر گرفتن آن برای پدران و برنامه دورکاری و شغل‌های پاره‌وقت برای خانم‌ها و همچنین مهدکودک‌ها در درون سازمان‌ها، موافقت چندانی نمی‌کنند، عملاً موانعی بر سر راه فرزندآوری به قوت خود باقی می‌ماند. البته برای زنان خانه‌دار هم باید تسهیلاتی در نظر گرفته شود، زیرا تنها ۱۵ درصد خانم‌ها، شاغل می‌باشند.

پاسخ‌گویی به این نیازها و ایجاد بسترها و لوازمی که راه تحکیم و تعالی واحد خانواده را ببیماید، بخش مهمی از بازگشت به سبک زندگی سالم براساس الگوهای اسلامی و ایرانی است که همه بخش‌های کشور باید به آن بپردازند و باید امکانات لازم روز به روز برای جمعیت فراهم‌تر شود و مهمتر از آن مدیریت همه بخش‌ها بهبود یابد و جمعیت زیاد به‌خوبی مدیریت شود.

در غیر این صورت بدون تقویت و توسعه زیرساخت‌ها و بدون فرهنگ سازی و فرهنگ پذیری و صرفاً با تکیه بر مشوق‌های مصوب، که فعلاً اعتبار اسمی دارند تا تخصیصی و واقعی، دستاورد زیادی نخواهیم داشت و این امر مهم در حدی که منظور نظر است، تعطیل خواهد ماند. امیدوارم فعالیت‌های فرهنگی در این زمینه هرچه بیشتر، بسترها را برای تحقق این سیاست‌ها هموار نماید.

طرح جامع جمعیت و تعالی خانواده مجلس تا اصلاح اساسی نشود، راهگشا نخواهد بود

آقای دکتر، صراحتاً بگوئید این سیاست‌های جدید در چه مرحله‌ای از عمل هست و چه آینده‌ای پیش‌بینی می‌شود؟

محمدزاده: سیاست‌های کلی نظام در رابطه با افزایش نرخ باروری کل فعلاً در حرف و شعار متوقف است، چیزی که هم با شعور جور است و هم بر اساس شرع است، اینک در همراهی با سبک زندگی غربی که البته خود غربی‌ها از این راهی که رفته‌اند، پشیمان هستند و در حال بازگشت و جبران هستند ولی ما تازه راه افتادیم که آن مسیر را برویم. شاید یکی از عواملی که بتواند نیروی محرکه واقع شود، طرح جامع جمعیت و تعالی خانواده است که در مجلس در جریان است، به شرطی که اصلاحات کاملی در آن صورت گیرد.

همان‌طور که گفته شد کاهش رشد جمعیت در کشور به ترتیب به نگرش‌های فرهنگی و سپس مشکلات اقتصادی مردم و خانواده‌ها نسبت به ازدواج و فرزندآوری و فرزندپروری و در یک عبارت به تغییر سبک زندگی اسلامی و ایرانی مربوط می‌شود. در این طرح فرهنگ سازی ضعیف دیده شده و سیاست‌های کنترلی قبلی، گاهی در درون طرح ادغام شده و بعضاً جایی که سخن از افزایش جمعیت است، به نوعی با کیفیت و یا مطلوبیت و به علت نیاز به بودجه فراوان و لزوم اعمال روش‌های پیچیده اجرایی، طرح محدود شده و در مواردی عملاً سندی شده برای افزایش نیافتن جمعیت!

سیاست‌های تنظیم خانواده که از سوی مجامع جهانی در کشورهای مختلف دنبال می‌شود، علاوه بر جنبه‌های بهداشتی و درمانی، سیاست‌های فرهنگی و سیاسی نیز است

به نظر تان چرا این‌طور شده؟

محمدزاده: اشاره کردم که موضوع جمعیت و افزایش و کاهش آن که مربوط به بیش از ۲۰ نوع تخصص می‌شود در کشور ما در گذشته و حال، این مسئله عملاً به یک وزارتخانه واگذار شده و آن سازمان نیز طبعاً تنها از دریچه رسالت سازمانی خود به موضوع نگاه کرده، در حالی که سیاست‌های تنظیم خانواده که از سوی مجامع جهانی در کشورهای مختلف دنبال می‌شود، علاوه بر جنبه‌های بهداشتی و درمانی، سیاست‌های فرهنگی و سیاسی می‌باشند.

هم اکنون ایرادی که هست اینکه؛ تهیه کنندگان طرح جامع جمعیت، با نیت تحقق منویات کارشناسی رهبر معظم انقلاب، نظرات افراد مختلف را گرفته و سپس با نتایج و شرح کارهایی که در حوزه بهداشت در زمینه پیشگیری در طول این سال‌ها در جریان بود، بدون نام بردن از مفاهیم کنترلی، تلفیق کرده‌اند و اینجا خطاهایی صورت گرفته است.

ما در دوره‌ای در این قسمت، اغلب مشکلات طرح را بنا به درخواست کمیسیون مربوطه اصلاح کرده و با شرکت در جلسات مشترک، به‌نحوی وضعیت فعلی و آینده پیش‌رو را تبیین و نظر اکثر اعضا را به متن اصلاحی راغب کردیم. لکن با بازگشت افرادی که با شدت تمام در سال ۹۱ و پس از چندین تذکر رهبر معظم انقلاب در حوزه بهداشت، سیاست‌های قبلی را به‌سرعت پیش برده بودند، اوضاع متفاوت شد.

ایران یک‌صدم جمعیت دنیا را دارد ولی ۳.۴ درصد عقیم‌سازی‌های دنیا در بخش دولتی صورت گرفته است

اختلاف نظر اساسی در کجاست؟

محمدزاده: ببینید سیاست‌های کلی نظام تغییر کرده ولی همچنان وازکتومی و توبکتومی انتخابی متوقف نشده، این چه معنی دارد؟

سالانه دو میلیون وازکتومی (Vasectomy) در دنیا صورت می‌گیرد که در بخش دولتی ایران به‌طور میانگین تا سال ۹۱ سالانه حدود ۳۰ هزار نفر وازکتومی شده اند به‌عبارتی حدود ۱.۵ درصد وازکتومی‌های بخش عمومی ایران در این آمار هست.

چند سال پیش برآورد شد که بیش از ۱۳۰ میلیون زن در سراسر جهان از طریق بستن لوله‌های خود عقیم شده‌اند. در کشور ما طی ۲۳ سال گذشته حدود ۲.۵ میلیون نفر تنها در بخش عمومی در معرض این عمل قرار گرفته‌اند، به‌عبارتی ۱.۹ درصد توبکتومی‌های جهان در ایران انجام شده است.

البته آمار دقیقی از اینکه در بخش خصوصی چه‌میزان از این عقیم‌سازی‌ها صورت گرفته، در دست نیست ولی در آنجا هم عدد اگر بیشتر نباشد، قطعاً کمتر از این میزان نیست، به‌ویژه آنکه توبکتومی‌ها با سزارین‌های دوم و به بعد ارتباط مستقیمی دارند و متأسفانه قریب به اتفاق زایمان‌ها در بخش خصوصی، به‌روش جراحی و سزارین است.

همه این موارد در حالی است که ایران یک‌صدم جمعیت جهان را دارد، به‌عبارت دیگر عقیم‌سازی‌ها در ایران حداقل بیش از ۳.۴ برابر میانگین جهانی است. این موارد با سیاست‌های جدید، همخوانی ندارد. جای تعجب اینکه با این‌همه تذکر، عده‌ای بحث را به حاشیه میدان می‌برند و داخل میدان را نیز با گارد آهنین مراقبت می‌کنند، تا مبدا یک وقتی فعالیتی تغییر کند.

شایان ذکر است که طی هفت سال اخیر ۲۰ تا ۲۲ درصد جمعیت زنان همسردار، وسائل پیشگیری از بارداری را از بخش عمومی دریافت کرده‌اند و اگر حدود ۳۰ تا ۴۰ درصد را هم در نظر بگیریم که از روش‌های طبیعی استفاده و یا هیچ روشی را به کار نبسته‌اند، می‌توانیم بگوئیم آمار بخش خصوصی هم حداقل، رقمی کمتر از بخش عمومی نیست.

نکته دیگر اینکه با وجود ابلاغ سیاست‌های کلی، باید از این همه روش و تنوع پیشگیری از بارداری در سیستم دولتی مواردی کاسته شود. حالا قرص‌ها و کاندوم، در موارد فاصله گذاری، شیردهی و پیشگیری از برخی بیماری‌ها، گاهی ضرورت پیدا می‌کنند، بقیه چرا همچنان پابرجا باشد؟ آمار سزارین در کشور سه برابر میزان جهانی آن است ولی اقدام عملی برای ترویج زایمان‌های طبیعی صورت نمی‌گیرد؟ آیا سزارین میزان خطر زایمان را بالا نمی‌برد؟ آیا سزارین غیر ضروری در حکم عمل به شعار یک و یا دو بچه کافیه، نیست؟ چرا هزینه‌های سزارین در همه بیمه‌ها جاری و ساری است، ولی زایمان‌های طبیعی فرهنگ سازی نمی‌شود و در پوشش کامل بیمه‌ها قرار نمی‌گیرد؟ چرا عوارض تک‌فرزندی و آسیب‌های کم‌فرزندی در برنامه‌های بهداشتی روشن نمی‌شود؟ چرا افسردگی‌ها و اضطراب‌ها و نگرانی‌های خانواده‌ها در این زمینه پیشگیری نمی‌شود؟ چرا با شفافیت برنامه‌ها و تغییرات آن برای مردم بیان نمی‌شود؟ بحث حمایت‌های بیمه‌ای کامل برای نازایی‌ها، یک اقدام اساسی است، حال چرا به این موارد در طول این سال‌ها پرداخته نشده است؟ اینکه با سیاست‌های کلی ابراز همدردی شود، این به تنهایی دردی را دوا نمی‌کند.

یک‌زمانی، همه این نشانه‌گذاری‌ها انجام شد و در واقع گفته شد که این موارد هم جزو ارکان سلامت مادر و کودک است، چرا در طول اجرای برنامه از این مسائل غفلت شده و همچنان نیز می‌شود؟ پاسخی که گرفتیم، مشکوک می‌نمود!

شبکه‌های بهداشتی مثل گذشته، برای اجرای استراتژی‌های جدید باید آموزش ببینند

آیا غیر از این موارد مسائل دیگری نیز هست که بازدارنده به حساب آید؟

محمدزاده: بله، یک‌سری بی‌عملی‌ها و بدفهمی‌ها هم وجود دارد. یک شبکه خدمت‌گزار و خدمت‌رسان ده‌ها هزار نفری همراه با رابطان مردمی با طرح، برنامه و انگیزه، برای سلامت جمعیت و از جمله کاهش جمعیت کشور، خانه به خانه و چهره به چهره و با تشویق‌ها، حدود ربع قرن فرهنگ سازی و اقدام عملی کرده‌اند ولی اینک گفته می‌شود این اقدامات صرفاً برای سلامت مادر و کودک انجام شده، این تفکر یعنی به کار نرفتن این شبکه در فعالیت‌های مربوط به سیاست‌های جدید و این‌کندی در مسیر اجرای سیاست‌های جدید را سبب خواهد شد.

گفته شده، مردم اراده کردند و کاهش جمعیت اتفاق افتاد، و آلا این سیاست‌ها تأثیرش چندان نبود و اگر مردم اراده کنند، باز هم جمعیت افزایش می‌یابد. ما بحث اراده ملی را در این باره کاملاً می‌پذیریم لکن می‌گوئیم اولاً باید شبکه بهداشتی مثل گذشته، برای اجرای استراتژی‌های جدید تعلیم ببینند، تا تحقق این اراده ملی را زمینه سازی و تقویت کنند و ثانیاً می‌گوئیم این‌طور نیست که به همان

سرعتی که جمعیت کاهش یافت، بتوان آن را افزایش داد. کار در افزایش جمعیت، به جهت زمانی، اجرایی، هزینه و متقاعد سازی ده چندان دشوار است، بنابراین بخش‌های مختلف و از جمله این شبکه باید مضاعف و یا حداقل مانند دوره قبل عمل کند.

یکی از بدفهمی‌ها این است که در زمینه جمعیت به خلاف نظر سازمان ثبت احوال که تخمین می‌زنند با تداوم نرخ باروری فعلی تا سال ۱۴۲۰ و بعد از رسیدن جمعیت کشور به بیش از ۹۷ میلیون نفر، رشد جمعیت صفر و پس از آن منفی خواهد شد، همان‌ها که همچنان پاشنه آشیل تحدید نسل را نمی‌توانند رها کنند، می‌نویسند نه تنها در آن سال‌ها کاهش نخواهیم داشت بلکه سال ۱۴۸۰ به ۹۴ میلیون خواهیم رسید! در حالی که پیش‌بینی سازمان ملل با تداوم وضع فعلی برای ایران، جمعیت ۳۱ میلیون است. نمی‌شود آنجا که آمارهای جهانی برای ما مدال آور می‌شود، حرف‌شان را سند محکم به حساب آوریم ولی در سایر موارد، بگوئیم این آمارها غلط است!

کار بدین جا ختم نمی‌شود، توجیه غلط می‌آورند که پدیده سالمندی و عوارض ناشی از آن به عنوان معضلی که باید از هم اکنون به آن فکری شود، نیست و افزایش چهار تا پنج برابری آن در آمارهای مورد قبول خود در سال ۱۴۸۰ را هم به حساب توفیقات می‌گذارند و می‌نویسند: "چون در سال ۱۴۸۰، امید به زندگی در بدو تولد در ایران به ۸۹ سال خواهد رسید، پس سن بالای ۶۴ سال، کهنسالی به حساب نمی‌آید." سؤال این است؛ آیا کشورهایی که هم اکنون همین امید به زندگی برای آنها محقق شده، سالمندی را از ۷۸ سالگی محاسبه می‌کنند؟! جای اشکال اینکه، موضوعی که ده‌ها تخصص در آن دخیل است، در کشور ما عملاً تحت سکان‌داری تنها یک سازمان تخصصی است، آن هم با قرائت خاص و انحصاری. این خلأ قانونی باید با تدبیر مجلس و دولت محترم، برطرف شود.

نکته دیگر اینکه همه متخصصان باید بتوانند در این زمینه حرف‌های خود را آزادانه بزنند. این نظرات باید گفته شود تا با آگاهی بخشی به جامعه و همراهی متخصصان امر، زمینه‌های وضع مطلوب حاصل شود.

چرا باید خط فرمان از سیاست‌های کلی تا رسیدن به تدوین استراتژی‌ها و خط‌مشی‌ها و سرانجام تاکتیک‌ها و اقدامات عملیاتی این قدر طولانی باشد؟!

یعنی با سیاست‌های کلی نظام نه همراهی زبانی، بلکه باید همراهی برنامه ریزی شده و نظام‌مندی صورت پذیرد؟

محمدزاده: بله، در حال حاضر نباید در توجیه گذشته بمانیم و شاید لازم نباشد که به دنبال مقصر بگردیم، قول معروفی است؛ آنجا که کسی تقصیر را به گردن نمی‌گیرد و یا اصلاً تقصیر متوجه یک شخص واحد نیست، که حقیقتاً اینجا بحث به همین صورت است. همه مقصرند، هر کس به اندازه خود. باید تا دیر نشده و کار از کار نگذشته، به علاج واقعه بپردازیم. از نظر مدیریتی چرا باید خط فرمان از سیاست‌های کلی تا رسیدن به تدوین استراتژی‌ها و خط‌مشی‌ها و سرانجام تاکتیک‌ها و اقدامات عملیاتی این قدر طولانی باشد؟! این محل اشکال است و یا پس از ابلاغ سیاست‌های کلی هنوز در این رابطه قیل و قال باشد؟ این هم جای اشکال دارد.

خدا رحمت کند؛ شهید مظلوم دکتر بهشتی را می‌فرمودند: وظیفه عالم (متخصص) گفتن حق است خواه با کهنه جور آید و خواه با نو. متأسفانه گاهی ملاحظه می‌شود، از آنجا که هنوز بسترهای لازم برای متقاعد سازی مردم صورت نگرفته و گاهی از روی علل و عواملی اقتضائی، در مواردی دیدگاه مثبتی به مسئله فرزندآوری و فرزند پروری در جامعه نیست و مثلاً داشتن بیش از ۲ و یا ۳ فرزند در جامعه منفی تلقی می‌شود، صاحبان روشن‌سازی اجتماع تحت تأثیر این نگرش‌ها و فرهنگ‌ها، خود را در مسئله فرزندآوری دخیل نمی‌بینند و در برابر برخی مسائل عامه‌پسند که خودشان نیز قبول ندارند، سکوت اختیار می‌کنند، این نگاه در مسئله سرنوشت سازی چون جمعیت صحیح نیست.

بنده معتقدم حالا که اغلب به اشتباه‌مان واقف شده‌ایم، باید کاری کنیم. به قول درست، عذرخواهی واقعی سه بخش دارد. اول؛ متأسفم. دوم؛ تقصیر من بود و سوم؛ حالا چگونه می‌توانم جبران کنم. حالا بحث عذرخواهی نیست، بزرگی به‌جای همه ما آمد و این کار را کرد، تا ما انگشت اتهام را متوجه این و آن نکنیم، بلکه برای جبران اشتباهات صورت گرفته، دست به کار شویم. به هر حال چراغ این راه را متخصصان باید روشن سازند و آنها که خود را متخصص، ولایی و تجربه‌دارتر می‌دانند، بیشتر از بقیه باید در اقدامات اصلاحی نقش ایفا کنند و بدانند که افزایش جمعیت به‌آسانی کاهش آن نیست.

باید کاری همه‌جانبه و در همه حوزه‌ها اعم از فرهنگی، سیاسی، عمرانی، اداری، بهداشتی، بیمه‌ای، اشتغال، درمانی و... صورت گیرد و رسانه‌ها نیز با تشریح ابعاد مختلف قضیه در این مورد جایگاه شایسته‌ای دارند.

فرزندآوری با بخشنامه و اجبار نمی‌شود، باید فرهنگش ایجاد شود، باید مسئولیت پذیری‌اش به وجود آید و البته دولت‌ها تکالیف سنگینی در این ماجرا دارند

آقای دکتر، شما گفت‌وگوها و مناظره‌ها در این زمینه را چقدر راه‌گشا می‌بینید؟

محمدزاده: بسیار زیاد. نقطه شروع فرهنگ سازی می‌تواند از همین جا باشد. نمی‌شود در جایگاه اجرای سیاست‌های جدید، مفهوم مشترکی را شکل نداد. تیم‌ها را تشکیل نداد، تیم‌ها را به وظایف خود آشنا نساخت، در اهداف سالیانه، میزان‌های کمی را هدف گذاری نکرد و به آنچه در سیاست‌های کلی آمده، رسید.

الآن شبکه‌های بهداشتی‌مان در این ارتباط در ابهام به سر می‌برند و متفاوت به موضوع نگاه می‌کنند. آن روز که به‌دنبال ترویج روش‌های جلوگیری بودیم، ابتدا مردم نگرش دیگری داشتند وقتی وضعیت تبیین شد و مشارکت بخش‌های مختلف جامعه به کار گرفته شد، مردم هم به‌تدریج پذیرفتند. حالا هم باید با همان روحیه و انگیزه به‌دنبال تشریح واقعیت‌ها باشیم و آن‌گاه که شرایط مهیاتر شد، موضوع را مردم خود پیش می‌برند، زیرا تصمیم‌گیر اصلی آنها هستند.

فرزندآوری با بخشنامه و اجبار نمی‌شود، باید فرهنگش ایجاد شود، باید مسئولیت پذیری‌اش به وجود آید و البته دولت‌ها تکالیف سنگینی در این ماجرا دارند، از ارتقای امکانات بهداشتی و درمانی تا کیفیت تحصیلات، شغل، مسکن و محیط زیست. اما اینکه بگوئیم آره، همین‌ها چون الآن نیست، پس هروقت به وجود آمد، به چشم. نه آن وقت خیلی دیر شده است. بحث جمعیت و تغییر دادن هرم و ساختار آن، در شرایطی که از یک طرف در پنجره جمعیتی قرار گرفته‌ایم و از طرف دیگر در منطقه خطر یعنی نرخ باروری زیر ۱.۸ فرزند، یک مسئله حیاتی است که از امروز باید برای حتی دو دهه بعدش برنامه اجرایی شروع کرد.

تأخیر در ازدواج‌ها تنها دلایل مؤثر اقتصادی ندارد، دلایل متقن فرهنگی هم دارد

البته در جامعه اشکالات دیگری هم پیدا شده، نظیر موضوعاتی که در مقوله ازدواج به آنها پرداختید؟

محمدزاده: بله، ولی بنای بحث ما این بود که در این مصاحبه در محدوده سیاست‌های تنظیم خانواده حرف بزنیم. درست است، هدف از ازدواج و نگاه به فرزندآوری در جامعه تحریف شده و این اساسی‌ترین مشکلی است که کیان خانواده و تحکیم و توسعه آن را تهدید می‌کند. تأخیر در ازدواج‌ها تنها دلایل مؤثر اقتصادی ندارد، دلایل متقن فرهنگی هم دارد و این موارد باید پیمایش شود و جدی گرفته شود و با هسته مرکزی به وجود آورنده آن به‌صورت مختلف مقابله شود و گرنه نرخ رشد جمعیت در ۲۰ سال آتی صفر و پس از آن منفی خواهد شد و بعد از آن هم کار خاصی برای جبران نمی‌شود انجام داد.

تجربه‌های کشورهایی که در موقعیت سقوط جمعیتی قرار گرفته‌اند، همین را می‌گوید. یا مهاجر پذیری و یا تسهیلات رفاهی؟ ما اولی را که نمی‌توانیم اجرا کنیم، برای دومی هم هزار اما و اگر هست، پس آموزه‌های اسلامی و فرهنگ سازی و سایر شیوه‌ها را باید در اولویت قرار دهیم. تقریباً قریب به اتفاق کشورهایی که رشد منفی یافته‌اند، همچنان منفی مانده‌اند. از آن سراسیابی بالا آمدن، کار شاقی است. اگر باورهای فرهنگی تغییر کند، مشکلات اقتصادی مانع خیلی عمده‌ای نخواهند بود.

پس از این‌همه، به مردم می‌رسیم و به‌درستی فرمودید که باید آنها تصمیم بگیرند و اینکه یک عده‌ای می‌گویند نخبگان و دانشگاهی‌ها بچه‌دار شوند؟

محمدزاده: امروزه به‌دلایل گوناگون اغلب مردم از داشتن حداقل ۳ فرزند در خانواده‌ها امتناع می‌کنند و این واقعیت قابل کتمان نیست. برای فرهنگ سازی، ایجاد تحرک و انگیزه لازم است و در خط مقدم این کار متخصصان قرار می‌گیرند. تا خانواده‌ها تغییر شیوه ندهند فرزندآوری ممکن نیست. باید تشکیل خانواده، داشتن فرزندان صالح و تأسیس خانواده موفق، تبدیل به کلاس شود.

در جامعه اسلامی به این چیزها باید بالید. فرهنگ مناسب در جامعه از خانواده‌های خوب سرچشمه می‌گیرد. در این موضوع واقعاً فرهنگ سازی مقدم بر مشوق‌ها و هر چیز دیگر و حتی قانون است. متأسفانه افرادی که در ظاهر سوار بر موج غلط رایج در بین مردم حرکت می‌کنند، در جلسات و محافل، به اقشار کم‌درآمد توهین می‌کنند و می‌گویند ما نمی‌خواهیم مثلاً فرزندان این گروه اضافه شود که بعدها مثلاً فرزندانشان معتاد شوند و یا سایر آسیب‌ها و بحران‌ها پیش آید.

این افراد می‌گویند، اگر هم قرار است افزایش جمعیت داشته باشیم، باید سراغ طبقات ثروتمند، دانشگاهی و شهری برویم. بله، سراغ این‌ها هم برویم، خوب است ولی استراتژی ما باید همه خانواده‌های دارای شرایط را در بر گیرد. همین الآن وضعیت طبقات مختلف گروه سنی جوان در فرزندآوری از نظر علمی، درآمدی و شهری و یا روستایی، تفاوت چندانی با هم ندارد.

آن بحث نخبگی که مطرح شده، اشاره به این دارد که بالاخره چون در ازدواج افراد دانشگاهی و نخبه با هم، احتمال اینکه فرزندان باهوش‌تری متولد شوند، افزایش می‌یابد، خطایی است به آنها که جلو بیفتند، هم نگرانی به خود راه ندهند و هم در فرهنگ سازی ایفای نقش کنند و سهم خود را از جمعیت کشور افزایش دهند، هم اکنون به هر حال تحصیل کرده‌ها نیز به‌علل مختلف تمایل به فرزندان کمتری دارند. این خطاب را به همه آنهایی که رفاه دارند، نیز می‌توان تأکید کرد و گرنه خیلی‌ها که الآن نخبه نامیده می‌شوند و یا ثروتمند و شهری به حساب می‌آیند، اغلب پدر و مادرهایشان نخبه نبوده‌اند و اکثراً ثروتمند و یا شهری هم نبوده‌اند و پرداختن در پیرامون همه این مسائل اجتماعی مرا بیشتر قانع می‌کند که اگر باورهای فرهنگی تغییر کند، مشکلات اقتصادی مانع خیلی عمده‌ای در این راه نخواهند بود.

افزایش نرخ باروری کل باید متناسب با آموزه‌های اسلامی و اقتضات راهبردی کشور باشد

کلام آخر؟

محمدزاده: افزایش نرخ باروری کل باید متناسب با آموزه‌های اسلامی و اقتضات راهبردی کشور صورت پذیرد. تبعیت مقلدوار از الگوهای جهانی و پی‌گیری آن برنامه‌ها حتی سخت‌گیرانه‌تر از آن چیزی که آنها در سایر کشورها اجرا می‌کنند و عدم توجه به سایر شاخص‌ها و بی‌توجهی به تحلیل هزینه — فایده این اقدامات، باید محدود شود. این کار باید بر مبنای برنامه ریزی استراتژیک پیش رود و تحت مدیریت استراتژیک، عملکرد واقعی مرتباً با استانداردها و هدف گذاری‌های از پیش تعیین شده، تطبیق شود و مورد ارزیابی و کنترل قرار گیرد.

حداقل تعداد مناسب فرزندان در خانواده، سه فرزند است

حد مناسب تعداد فرزندان در خانواده چند نفر است؟

محمدزاده: بنده عدد خاصی را ذکر نمی‌کنم ولی منابع معتبر علمی، حداقل تعداد مناسب فرزندان در خانواده را سه فرزند اعلام می‌کنند.

از صبر و حوصله شما ممنونیم.

محمدزاده: بنده هم از دقت نظر شما و اهتمام به مسئله مهم جمعیت، سلامت و نیز لزوم مدیریت آن سپاس تمام دارم و ان شاءالله خداوند همه ما را از گزندها مصون دارد.

کشفی که زمان را خرید

تهران - ایرنا - محققان بنیاد سلول های بنیادی نیویورک (NYSCF) و مرکز پزشکی دانشگاه کلمبیا، موفق به تولید سلول عصبی زنده، از سلول های آسیب دیده مغزی بیماران مبتلا به آلزایمر شدند.

کد خبر: ۸۰۹۸۷۲۹۲ | تاریخ خبر: ۱۳۹۲/۱۰/۱۹ - ۱۴:۲۴

به گزارش گروه اخبار علمی ایرنا از پایگاه پلاس وان، محققان از این دستاورد به عنوان معکوس کردن حرکت عقربه های ساعت تعبیر کرده اند.

این روش، شروع بیماری را سال ها پیش از هرگونه نشانه مرتبط با آلزایمر نشان می دهد، علاوه بر این، امکان مقایسه سلول های سالم با سلول های بیمار وجود دارد.

سلول های بنیادی مغزی تولید شده از سلول های عصبی مرده، قادرند تا ۱۱ سال به طور منجمد نگهداری شوند و در صورت لزوم مورد استفاده قرار گیرند.

در زمان حاضر این سلول های تولید شده منجمد در بانک مغز نیویورک، در دانشگاه کالیفرنیا تولید و ذخیره می شوند.

سلول های بنیادی تولیدشده به این روش برای درمان آلزایمر و چهار بیماری عصبی دیگر قابل استفاده هستند.

نتایج این تحقیق با توجه به وجود حدود ۵۰ میلیون نفر مبتلایان به آلزایمر در جهان از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

نتایج کامل این تحقیقات در شماره اخیر نشریه Acta Neuropathologica Communications منتشر شده است.

مشهد/

مشکل اصلی امروز سالمندان کاهش وزن و لاغری است

کارشناس مسئول واحد بهبود تغذیه دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نیشابور گفت: اگر چه امروزه چاقی بیشترین مشکل تغذیه‌ای در سنین جوانی و میان‌سالی است اما در افراد سالمند مشکل اصلی، کاهش وزن و لاغری است.

کد خبر: ۴۷۰۲۲۸۸

تاریخ: ۲۱ دی ۱۳۹۲ - ۱۱:۵۳

لیلا شورورزی در گفتگو با خبرنگارباشگاه خبرنگاران مشهد، افزود: مطالعات نشان داده دریافت کم انرژی با افزایش مرگ و میر مرتبط است و رژیم غذایی ناکافی، شاخص توده بدنی پایین، کم شدن دور بازو و کاهش آلبومین سرم با شکستگی لگن ارتباط دارد.

وی بیان داشت: کاهش وزن ناگهانی حتی هنگامی که به‌صورت خودخواسته انجام شود خطر شکستگی لگن را افزایش می‌دهد.

کارشناس مسئول واحد بهبود تغذیه دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نیشابور اظهار داشت: چهار علت اصلی در کاهش وزن افراد سالمند شامل بی‌اشتهایی، تحلیل توده عضلانی، لاغری مفرط و کم آبی است.

شورورزی عنوان کرد: راهنمای مداخله تغذیه‌ای برای سالمندان مبتلا به سوءتغذیه شامل افزایش وزن از طریق افزایش دریافت پروتئین، انرژی و مایعات است.

وی خاطرنشان کرد: در سالمندان مبتلا به سوءتغذیه لازم است از غذاهای پر انرژی و پر پروتئین استفاده شود.

کارشناس مسئول واحد بهبود تغذیه دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نیشابور گفت: برای افزایش دانسیته انرژی و پروتئین غذاهای سالمندان می‌توان کمی پودر شیر خشک به غذاهایی مانند شیر، ماست، سوپ یا فرنی اضافه کرد.

شورورزی یادآور شد: از بهترین توصیه‌ها برای مقوی و مغذی کردن غذا، اضافه کردن غلات جوانه‌زده (جوانه گندم، ماش یا عدس) و یا پودر غلات جوانه‌زده در برنامه غذایی است.

وی با اشاره به اینکه مصرف جوانه غلات، انرژی و پروتئین غذا را افزایش می‌دهد، اظهار داشت: استفاده از جوانه غلات در تهیه انواع سالاد، سوپ، آش و اضافه کردن پودر جوانه غلات در انواع سالادها، ماست، ماست خیار و ... نمونه‌هایی از مقوی و مغذی کردن غذا است.

کارشناس مسئول واحد بهبود تغذیه دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی نیشابور بیان کرد: رژیم غذایی باید حاوی مقادیر مناسبی از منابع غذایی حاوی روی (ZN) مانند جگر، عدس، نخود سبز، نان گندم کامل مانند سنگک، گوشت و لبنیات باشد.

شورورزی گفت: سالمندان باید روزانه ۱ تا ۱/۵ لیتر مایعات (آب، شیر، چای کم رنگ، دوغ کم نمک و بدون گاز، آب میوه طبیعی و ...) قبل از ایجاد احساس تشنگی بنوشند.

... اضافه کرد: سالمندان از گروه نان و غلات مانند نان، برنج و ماکارونی بیشتر استفاده و باید در هر وعده غذایی یکی از انواع نان و غلات یا سیب‌زمینی را مصرف کنند. /ش

این "چربی‌ها" بدنتان را گرم می‌کند

پژوهشگران نوع خاصی از چربی در بدن را بسیار سودمند برای سلامت افراد می‌دانند اما این چربی‌های ارزشمند به دلایلی می‌تواند از بین برود و در عوض نوع بدی از چربی که برای بدن مضر است جای آن را بگیرد.

کد خبر: ۴۷۰۰۶۴۱

تاریخ: ۱۹ دی ۱۳۹۲ - ۱۴:۰۰

به گزارش خبرنگار کلینیک باشگاه خبرنگاران؛ اکثر افراد با افزایش سن دچار چاقی و اضافه وزن می‌شوند و همینطور کم کردن وزن در آنها به سختی صورت می‌گیرد. پزشکان به تازگی علت این مشکل را پیدا کرده‌اند.

گفتنی است، براساس تحقیقات صورت گرفته با افزایش سن میزان چربی‌های مفید و کارآمد در بدن افراد کاهش می‌یابد.

بررسی‌ها نشان می‌دهند، در بدن افراد دو نوع چربی وجود دارد چربی قهوه‌ای مفید و چربی سفید که برای بدن مضر است.

نقش چربی قهوه‌ای در بدن تولید گرما از طریق افزایش "سوخت و ساز بدن" است، اما میزان این چربی با افزایش سن در افراد کاهش می‌یابد.

کاهش این چربی همچنین باعث احساس سرما در فصول سرد سال در افراد سالمند به نسبت جوانان می‌شود.

چربی سفید از روش‌های نادرست تغذیه، عدم ورزش و تحرک ایجاد می‌شود و با ورود به جریان خون می‌تواند سبب بروز بسیاری از بیماری‌ها شود.

پزشکان با توجه به عدم پیدا کردن راهی برای تولید چربی قهوه‌ای بیشتر در سنین بالا به افراد سالمند توصیه می‌کنند تا رژیم غذایی کم چرب داشته باشند و همینطور روزانه ۳۰ الی ۴۵ دقیقه ورزش با شدت متوسط انجام دهند تا دچار افزایش وزن نشوند.

پزشکان همچنین توصیه می‌کنند افراد از ۴۵ سالگی به بعد ۲۰۰ کالری غذا در روز کمتر به نسبت افراد جوانتر مصرف نمایند.

این افراد نباید آبگوشت بخورند

مطالعات جدید نشان می‌دهند افراد زیادی وجود دارند که غذاهای سنتی با همه‌ی فوایدی که برایشان دارند گاهی می‌توانند مضر باشند.

کد خبر: ۴۶۹۸۵۲۸

تاریخ: ۱۷ دی ۱۳۹۲ - ۲۳:۰۰

به گزارش خبرنگار بهداشت و درمان باشگاه خبرنگاران چربی موجود در آبگوشت برای سالمندان می‌تواند دردسرساز شود از این رو بهتر است سالمندان مصرف بی‌رویه این نوع غذاها را که علاوه بر بالا بردن کلسترول خون باعث افزایش فشار خون و نفخ می‌شوند پرهیز کند.

بررسی‌ها نشان می‌دهند؛ سالمندان و گروه‌های سنی بالای ۶۵ سال تیم گوارشی ضعیف‌تری نسبت به قبل دارند و بهتر است از مواد غذایی سنگین مانند آبگوشت کمتر استفاده کنند.

نتایج مطالعات نشان می‌دهند، چربی موجود در مواد غذایی با افزایش سن سریعتر جذب بدن می‌شود از این رو سالمندان بهتر است از حداقل چربی گوشت برای تهیه‌ی مواد غذایی استفاده کنند و غلات (لوبیا، نخود و ...) ساعت‌ها قبل از تهیه آبگوشت در آب خیس کنند.

انتهای پیام/



دفترخانه شورای ملی سالمندان

سالمندان در آینه رسانه‌ها

اخبار مرتبط با

اخبار سالمندان و بازگشت‌کنان استانی



WWW.SNCE.IR

دفترخانه شورای ملی سالمندان

wwwsnceir

رشت/

خدمت صادقانه به معلولان و سالمندان یک ضرورت اجتماعی و اخلاقی است

استاندار گیلان در بازدید از آسایشگاه معلولان و سالمندان رشت ارائه خدمات صادقانه به سالمندان و معلولان را یک ضرورت اجتماعی و اخلاقی دانست.

کد خبر: ۴۷۰۲۳۴۸

تاریخ: ۲۱ دی ۱۳۹۲ - ۱۲:۱۶

به گزارش خبرنگار باشگاه خبرنگاران رشت، محمد علی نجفی سالمندان را افرادی با هوش و سرشار از تجربه توصیف کرد و از قشرهای مختلف مردم و مدیران دستگاه های اجرایی در رده های مختلف خواست ضمن بازدید از مراکز خیریه به ویژه مراکز نگهداری سالمندان و معلولان از این فرصت برای خدمت به این اقشار نیازمند استفاده کنند.

استاندار با بازدید از قسمت های مختلف آسایشگاه رشت و عیادت و دلجویی از سالمندان و معلولان بستری در این آسایشگاه ۵۰ میلیون ریال به این مرکز هدیه کرد و خواستار رفع نیازهای اساسی آسایشگاه معلولان و سالمندان رشت شد.

آسایشگاه معلولان و سالمندان رشت نخستین آسایشگاه نگهداری این گروه از افراد نیازمند است که در سال ۱۳۴۵ به همت جمعی از خیران در محله سلیمانداراب و در زمینی به وسعت ۱۷ هزار مترمربع تاسیس شد و اینک ۵۵۶ سالمند و معلول در این مرکز خیریه و مردمی نگهداری می شوند. /ش

انتهای پیام

جشن تولدی برای سالمندان مازندران / پیرانی که دغدغه جوانان را دارند

ساری - خبرگزاری مهر: جشن تولد سالمندان و بازنشستگان متولد دیماه در محل کانون بازنشستگان استان برگزار شد و در حاشیه این مراسم، شاغلان دیروز از مشکلاتی نظیر بیکاری فرزندان، هزینه های بالایی دارویی، پایین بودن حقوق و... سخن گفتند.

به گزارش خبرنگار مهر، طبق آمار دو هزار و ۴۰۰ بازنشسته در حوزه صنعت نفت استان های شمالی وجود دارد که سهم مازندران از این تعداد حدود ۷۰۰ نفر است.

محمد رضا چراغزاده که با ۳۷ سال سابقه خدمت و کار، سالروز ۵۸ سالگی اش را جشن می گرفت، در گفتگو با خبرنگار مهر، افزود: اگر در زمینه درمانی همانند زمان کارمندی با ما برخورد می شد، بسیار خوب بود.

وی که کارمند شرکت مرکزی نفت بوده است، ادامه داد: در هنگام کارمندی هنگام مراجعه به تهران، هزینه ایاب و ذهاب را علاوه بر درمان پرداخت می کردند ولی در زمان بازنشستگی این مزایا به کلی قطع شد و فقط هزینه درمان پرداخت می شود.

سید مهدی ساداتی رئیس هیئت مدیره کانون بازنشستگان شرکت نفت نیز، مکانیزه نبودن صندوق ها، مشکلات استخدامی فرزندان، مشکلات درمانی همکاران را از جمله مسائل فراروی برشمرد.

پرداخت دیر هنگام هزینه های درمانی

وی اظهار داشت: هزینه های درمانی بسیار دیر پرداخت می شود و این امر از دغدغه های سالمندان شرکت است با وجود نامه نگاری های فراوان هنوز پاسخی دریافت نکرده ایم.

فریدون حبیب نایب رئیس هیئت مدیره کانون بازنشستگان که با ۴۲ سال خدمت اکنون در آستانه ۷۲ سالی است می گوید: کانون بازنشستگان شرکت نفت استان ۵۵۰ عضو دارد.

وی اظهار داشت: باشگاه فرهنگی و کتابخانه و خانه سالمندان به مساحت ۱۰ هزار و ۵۰۰ مترمربع در قائمشهر در دست ساخت است.

وی از جمله مشکلات فراروی را مبلغ پرداختی نسخه‌های درمانی بیان کرد و گفت: پرداخت دیرهنگام هزینه‌ها سبب اعتراض سالمندان شده است.

حبیب زاده بیان داشت: در استان مازندران تنها یک کانون بازنشستگان وجود دارد و از جمله طرحهایی که برای اعضا در نظر گرفته شده است، طرح ویژه گردشگری یک روزه است.

دغدغه بیکاری فرزندان

سید طاهر سجادی سالمند و بازنشسته ۵۴ ساله، بیکاری فرزندانش را از جمله دغدغه‌ها بیان می‌کند و می‌گوید: با استخدام آنها در شرکت نفت موافقت نشد و دخترام را در آزمایشگاه نپذیرفتند و این امر برایم رنج آور است.

حسین ایزدی که دارای ۱۹ ساله خدمت است، دغدغه اشتغال فرزندانش را دارد و عنوان می‌کند: عدم بکارگیری فرزندانمان از جمله مسائل است.

وی اظهار داشت: از نظر حقوقی نیز بانک رفاه هر سال برای بازنشستگان ارگانهای دیگر تسهیلات قائل می‌شود ولی بانک تجارت ساری در این ۱۰ سال وامی ارائه نداده است.

سید مهدی ربیعی که با ۶۳ سال سن در جشن تولد بازنشستگان حضور داشت، نیز از بیکاری چهار فرزند لیسانسیه بیکارش می‌گوید و عنوان می‌کند: مشکل جوانان ما مسکن و کار است و به این دلیل جوانان حاضر به تشکیل خانواده نیستند.

علی مشهد بانی که ۳۳ سال به عنوان کارمند انبار نفت ساری مشغول خدمت بوده است، می‌گوید: برای شیمی درمانی به تهران می‌روم و باید هزینه رفت و آمد، اسکان و همراه را خود پرداخت کنم.

وی اظهار داشت: این مشکلات با بیکاری دخترانم بیشتر می‌شود درحالی‌که حقوق دریافتی هزینه‌ها را تامین نمی‌کند.

جویباری سالمند ۶۳ ساله در مناطق مختلف از جمله اهواز، تهران و ساری خدمت کرده است نیز می گوید: بارها مسئولان به ما وعده دادند که هر امکاناتی که شاغلان دارند برای بازنشستگان هم در نظر گرفته می شود ولی این عده ها هرگز عملی نمی شود.

وی افزود: به عنوان نمونه، مجتمع رفاهی محمودآباد که مختص شرکت نفت است را هیچگاه در اختیار بازنشستگان قرار نمی دهند، این درحالیست که دیگر ارگانها از آن استفاده می کنند.

لزوم رعایت تغذیه سالم از سوی سالمندان

کارشناس تغذیه علوم پزشکی مازندران در مراسم جشن تولد بازنشستگان گفت: افزایش سن مستلزم رعایت تغذیه است و در این دوران سیستم بدن خاصیت دوره جوانی را ندارد و باید ملاحظات بیشتری در مورد تغذیه صورت گیرد.

محمد رجبی افزود: وقتی سن افزایش می یابد یکسری حسایستها ایجاد می شود و ممکن است افرادی زمینه دیابت داشته باشند و و تا این دوران به آن مبتلا نشده باشند.

وی عنوان کرد: چربی هایی که در خون وجود دارد و بدن آن نیاز دارد در این دوران ممکن است اختلال در سوخت و ساز بوجود آید.

وی تصریح کرد: تمام بیماریهای مزمن با افزایش وزن و سن خود را نشان می دهند و اگر بتوانیم مقداری وزن را کم کنیم، مفید است.

این کارشناس تغذیه بیان داشت: بهترین غذا برای این دوران غذاهایی است که کالری کم ولی حجم زیادی دارند.

کد خبر: ۲۲۱۰۷۲۵

تاریخ مخابره: ۱۸/۱۰/۱۳۹۲ - ۱۸:۴۰

چاپ خبر

امانت داری و اخلاق مداری

استفاده از این خبر فقط با ذکر منبع " خبرگزاری مهر " مجاز می باشد

سرپرست سرای سالمندان ۱۷ شهریور سنندج:

خیرین کمک‌های بسزایی به سالمندان ۱۷ شهریور سنندج می‌کنند

سرپرست سرای سالمندان ۱۷ شهریور سنندج گفت: خیرین کمک‌های بسزایی به سالمندان ۱۷ شهریور سنندج می‌کنند.

علی قادرمرزی امروز در گفت‌وگو با خبرنگار فارس در سنندج اظهار داشت: در حال حاضر ۵۸ سالمند شامل ۱۸ زن و ۴۰ مرد در سرای سالمندان ۱۷ شهریور سنندج نگهداری می‌شوند.

وی با بیان اینکه اداره این سرا به صورت هیئت امنایی است، گفت: بهزیستی استان نیز به منظور نگهداری این سالمندان به ازای هر نفر روز ۷ هزار و ۵۰۰ تا ۸ هزار تومان پرداخت می‌کند.

سرپرست سرای سالمندان ۱۷ شهریور سنندج تصریح کرد: تنها ۱۰ درصد از سالمندان این سرا خانواده دارند و مابقی از داشتن خانواده محروم و یا اصلاً به دیدن آنها نمی‌آیند.

به گفته قادرمرزی، بیشتر سالمندان زیرپوشش این سرا با معرفی اداره کل بهزیستی استان به صورت رایگان و بدون پرداخت شهریه نگهداری می‌شوند.

وی از فعالیت ۱۴ نفر مراقب برای نگهداری سالمندان این مجموعه خبر داد و گفت: هشت مرد و شش زن مراقب به صورت شیفتی از سالمندان نگهداری می‌کنند.

به گفته سرپرست سرای سالمندان ۱۷ شهریور سنندج، چهار پرستار و بهیار نیز در این سرای به صورت دو شیفت صبح و عصر فعالیت می‌کنند.

قادرمرزی با بیان اینکه تنها یک نفر از سالمندان زیرپوشش این سرا حقوق‌بگیر است، گفت: بعضی از سالمندان بیش از ۱۲ تا ۱۳ سال در این محل نگهداری می‌شوند.

این مسئول تصریح کرد: ۱۲ نفر از سالمندان نیز مجهول‌الهویه هستند و بعد از چند سال به دلیل گرفتن الزایمر حتی قادر به شناسایی یک نفر نیستند.

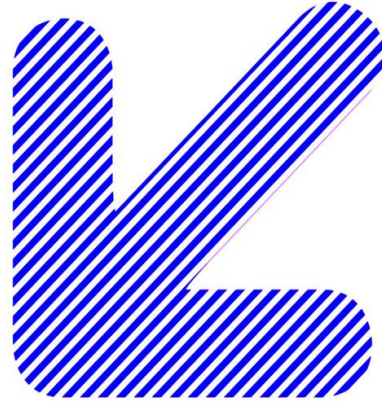
سرپرست سرای سالمندان ۱۷ شهرپور سنندج با بیان اینکه مشارکت مردم خیر سنندج در کمک به این مرکز قابل تقدیر است، خاطرنشان کرد: در ایام سال به ویژه در ماه مبارک رمضان مردم نועدوست و خیر سنندج با آوردن اجناس مختلف و کمک‌های مالی این مرکز را در ارائه خدمات بهتر به سالمندان یاری می‌کنند.

قادرمرزی خاطرنشان کرد: کمک‌های نقدی و غیرنقدی مردم خیر استان به سرای سالمندان ۱۷ شهرپور سنندج نقش مهمی در ارائه خدمات هرچه بهتر به سالمندان زیرپوشش داشته است.

وی در پایان اذعان داشت: تمام کمک‌های نقدی خیرین نیز با توجه به خواسته خود آنان هزینه می‌شود.

انتهای پیام/۷۹۰۰۲/ن ۲۰

Fars News Agency. All Rights Reserved ۲۰۱۴©



WWW
SNICE
IR

آخرین اخبار، اطلاعات و
خدمات دبیرخانه شورای
ملی سالمندان را به طور
آنلاین دریافت نمایید.