

سورة الاحقاف

سیمای سلامت روستانشینان ایران

۱۳۸۲-۱۳۷۲

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت سلامت:

مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت
دبیرخانه تحقیقات کاربردی معاونت سلامت

و

مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور

به مناسبت بیست و پنجمین سالگرد
صدور بیانیه آلماتا

اطلاعات مورد استفاده برای تدوین این مجموعه را

☑ بهورزان در خانه‌های بهداشت

☑ کاردان‌ها در مراکز بهداشتی درمانی روستایی

☑ کارشناسان در مراکز بهداشت شهرستان

☑ کارشناسان در مراکز بهداشت دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و

☑ همکارانی در مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت

طی ده سال جمع‌آوری، دسته‌بندی و مرتب نموده‌اند.

طی سال‌های ۱۳۸۲ و ۱۳۸۳ این اطلاعات برای تهیه گزارشی از عملکرد ده ساله نظام ارائه خدمت در مناطق روستایی بوسیله

پزشک متخصص اپیدمیولوژی؛ مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت

◀ دکتر محسن نقوی

پزشک متخصص پزشکی اجتماعی؛ مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت

◀ دکتر ناهید جعفری

کارشناس ارشد مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت

◀ عصمت جمشیدبیگی

کارشناس ارشد مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت

◀ دکتر سید حسین واثق

کارشناس ارشد مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت

◀ امیرمسعود آزاد

و

◀ دکتر محمد اسماعیل اکبری

استخراج، بازنویسی، بازبینی، تجزیه و تحلیل و تدوین شد.

این گزارش:

به همه کسانی که در جهان برای تدوین فلسفه و راهبرد

«مراقبت‌های اولیه بهداشتی» (PHC)*

طی پنجاه سال اخیر تلاش کرده‌اند

9

❖ آنانی که در ایران آن را آزمودند

❖ کسانی که دل به اجرای آن سپردند و طی ۲۰ سال اخیر این اندیشه را در پهنه کشورمان عینیت بخشیدند.

❖ تمام افرادی که هم اکنون از آن پاسداری و در ارتقاء پاسخگویی آن، به نیازهای کنونی تلاش می‌کنند.

تقدیم می‌شود.

* PHC: Primary Health Care

فهرست مطالب

پیشگفتار

مقدمه

- الف) مراقبت‌های اولیه بهداشتی ۱
- ب) نظام ارائه‌دهنده خدمات در جمهوری اسلامی ایران ۳
- پ) زیج حیاتی؛ ابزار ثبت و جمع‌آوری داده‌ها از محیطی‌ترین سطوح نظام ارائه خدمات ۸
- ت) روش جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل و جمع‌بندی ۲۲
- ث) نتایج ۲۶

بخش اول: جمعیت تحت پوشش ۲۷

- ۱-۱: تعداد جمعیت تحت پوشش ۳۰
- ۱-۲: روند زمانی و توزیع استانی متوسط جمعیت تحت پوشش یک خانه بهداشت ۳۱
- ۱-۳: روند تغییر نسبتی از جمعیت روستایی که در روستاهای قمر ساکن اند ۳۲

بخش دوم: کیفیت داده‌ها ۳۵

- ۲-۱: همبستگی و ارتباط بین گروه‌های سنی ۳۹
- ۲-۲: همخوانی نسبت‌های جنسی ۴۴

بخش سوم: روند تغییر شاخص‌ها در طول ۱۰ سال و در بین استان‌ها ۵۳

- ۳-۱: تغییر و توزیع ترکیب سنی جمعیت ۶۹
- ۳-۲: روند تغییر شاخص‌های باروری ۷۱
- ۳-۳: تغییر و توزیع میزان‌های مرگ و میر ۱۰۳

بخش چهارم: مقایسه روند تغییرات شاخص‌ها بر حسب روستاهای اصلی و قمر ۱۰۷

بخش پنجم: وضعیت شاخص‌های جمعیت و سلامت در مناطق روستایی از ۲۸۱ شهرستان کشور ۱۲۵

بخش ششم: تعامل شاخص‌های مختلف اجتماعی و جمعیتی و سلامت ۱۷۹

پیشگفتار

سلامت و امنیت جزء حقوق اولیه هر یک از افراد جامعه است و دولت موظف به تأمین آن به طور برابر برای همه آحاد اجتماع است.

تفکر مراقبت‌های اولیه بهداشتی انقلابی بود که در نظام ارائه خدمات مرتبط با سلامت در نیمه دوم قرن بیستم شکل گرفت. این تفکر، نظام ارائه خدمات را بر چهار محور اساسی:

- ◆ تأمین مشارکت‌های اجتماعی در برنامه‌ریزی، تأمین و مدیریت مراقبت‌های اولیه بهداشتی.
- ◆ مبتنی نمودن مراقبت‌های اولیه بهداشتی بر روش‌های کاربردی، از نظر علمی معتبر و از نظر اجتماعی پذیرفتنی که بصورت سطح‌بندی شده و ادغام یافته ارائه می‌شود.
- ◆ نزدیک تر نمودن هر چه بیشتر خدمات به محل کار و زندگی مردم بدون هر گونه تفاوت اجتماعی، اقتصادی و سیاسی
- ◆ تأمین آن بر پایه خوداتکابی و همپا با نظام توسعه اجتماعی اقتصادی کشور و بعنوان جزء محوری توسعه مزبور

شکل گرفته است.

خوشبختانه این تحول جهانی مقارن گردید با انقلاب شکوهمند اسلامی ایران و زمینه‌های طراحی، اجرا، گسترش و حتی ارتقاء آن در کشور فراهم گردید. هم اکنون که با مصوبه مجلس محترم شورای اسلامی در زمینه بیمه روستائیان و فراهم آمدن امکان پیوند طرح پزشک خانواده با بدنه عظیم شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور فراهم شده است و نظام سلامت در نقطه چرخش بزرگی در ارتباط با دگرگون شدن سیمای سلامت جامعه قرار دارد، انتشار این گزارش را حُسن شروعی برای آغاز راه مراحل جدید و ارتقاء تفکر مراقبت‌های اولیه بهداشتی می‌دانم. به هر صورت تفکر مراقبت‌های اولیه بهداشتی باید بتواند توانمندی‌های محتوایی خود را در عرصه‌ای که نیازهای جامعه مبتنی بر دگرگونی ناهمگن سیمای سلامت (Health Transition) در مقابل آن گذاشته، نشان دهد. مسلماً هم در محتوا و درونمایه مراقبت‌های اولیه بهداشتی توانمندی‌های ذهنی ناشناخته زیادی وجود دارد و هم همه کارکنان بخش امور اجتماعی و سلامت کشور توانایی این فرارویی جدید را دارند.

دکتر مسعود پزشکیان

وزیر

تیرماه ۱۳۸۴

مقدمه

بیش از ۲۵ سال از تاریخ برگزاری کنفرانس مراقبت‌های اولیه بهداشتی در شهر آلماتا و صدور اعلامیه مشهور آن در سال ۱۹۸۷ و تصویب گزارش و اعلامیه این کنفرانس در سال ۱۹۷۹ در اجلاس جهانی بهداشت گذشته است. در این اعلامیه نه تنها اقدام فوری دولت‌ها، بلکه تلاش همه کارکنان سلامت و توسعه اجتماعی و جامعه جهانی برای محافظت از سلامت همه مردم دنیا و ارتقاء آن درخواست شده بود. اعلامیه مزبور از همه و بخصوص دولت‌ها درخواست کرده بود که برای:

- ◆ **سلامت:** یعنی آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری یا ناتوانی، به عنوان یک حق همگانی و رسیدن به بالاترین سطح ممکن سلامت، به عنوان یک آرمان اجتماعی که تحقق آن، نیاز به اقدام بسیاری از بخش‌های دیگر اجتماعی و اقتصادی دارد، تلاش کنند.
- ◆ کاهش و حذف نابرابری شدید در وضعیت سلامت مردم جهان، بویژه در بین کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه و در درون کشورها، در بین اقشار مختلف جامعه که از نظر سیاسی، اجتماعی و اقتصادی ممکن است متفاوت باشند، بکوشند. چرا که این مشکل مشترک همه کشورهاست.
- ◆ واگذاری حق مردم برای مشارکت فردی و جمعی که در برنامه‌ریزی، هدایت و اجرای مراقبت‌های بهداشتی خویش تلاش نم
- ◆ دولت‌ها در برابر سلامت مردم خود مسؤلیت دارند، پس به اجرای این مسؤلیت گردن نهند.
- ◆ هدف اجتماعی دولت‌ها و همه جامعه جهانی باید این باشد که مردم فعلاً به سطحی از سلامتی دست یابند که از نظر اجتماعی و اقتصادی بتوانند به زندگی مولد راه یابند. کلید رسیدن به این هدف و مقصود اجتماعی، مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC: Primary Health Care) است.
- ◆ مراقبت‌های اولیه بهداشتی (PHC) عبارتست از:
 - ◀ مراقبت‌های اساسی مبتنی بر روش‌های کاربردی، از نظر علمی معتبر و از نظر اجتماعی پذیرفتنی، که از طریق مشارکت کامل همه افراد و خانواده‌های جامعه در دسترس همگان قرار گیرد.
 - ◀ این مراقبت‌ها باید به گونه‌ای طراحی شود که جامعه بتواند در هر مرحله از توسعه و با روحیه خوداتکایی هزینه‌های آن را متقبل شود.
 - ◀ این مراقبت‌ها، بخشی جدایی‌ناپذیر از نظام بهداشتی کشور است و وظیفه محوری و کانون اصلی توجه نظام مزبور است.
 - ◀ این مراقبت‌ها؛ بخش جدایی‌ناپذیر از نظام توسعه کلی اقتصادی و اجتماعی جامعه است.
 - ◀ این مراقبت‌ها که اولین سطح تماس افراد، خانواده و جامعه، با نظام سلامت ملی است، باید تا آنجا که ممکن است به محل زندگی و کار مردم نزدیک باشد و اولین بخش فرآیند مراقبت مستمر و اولین

فرآیند مستمر سلامتی را تشکیل دهد.

- ◀ در این مراقبت‌ها باید مسائل ارتقا (Promotion)، پیشگیری (Prevention)، درمانی (Curative) و توانبخشی (Rehabilitation) متناسب با شرایط اجتماعی و نیازهای مردم فراهم گردد.
- ◀ حداقلی که در مجموعه این مراقبت‌ها باید گنجانده شود عبارتند از: آموزش مسایل بهداشتی رایج و روش‌های پیشگیری و کنترل از بیماری‌های شایع، کمک به تأمین غذای سالم و تغذیه مناسب، تأمین آب آشامیدنی سالم و کافی، بهسازی‌های اساسی محیط، مراقبت‌های بهداشتی از مادر و کودک من جمله تنظیم خانواده و ایمن‌سازی، پیشگیری کنترل و بیماری‌های بومی و محلی، درمان مناسب بیماری‌ها و آسیب‌های شایع، و تأمین داروهای اساسی.
- ◀ این مراقبت‌ها باید به گونه‌ای مدیریت شود که همه بخش‌های اجتماعی و مرتبط با توسعه و سلامت را درگیر امر سلامت جامعه نموده آنها را در این زمینه هماهنگ نماید.
- ◀ این مراقبت‌ها باید به گونه‌ای سطح‌بندی شود که از هدر رفتن منابع، با واگذاری هر فعالیت به اولین سطحی که توانمندی اجرای آن را دارد (با استفاده از ارجاع)، ممانعت و از دوباره کاری در هر سطح یا در بین سطوح مختلف (با بهره‌گیری از ادغام برنامه‌ها) جلوگیری به عمل آورد.
- ◀ اجرای این مراقبت‌ها را باید تا حد ممکن در سطوح کاملاً محیطی به کارکنان محلی و کمکی واگذار نمود و سطح‌بندی خدمات براساس قابلیت‌ها و توانمندی‌های رده‌های قرار داده شده در هر سطح انجام داد.

آنچه که به عنوان «شبکه‌های بهداشتی و درمانی» در ایران بخصوص در مناطق روستایی پس از نیمه اول دهه شصت هجری شمسی شکل گرفت، برپایه مفاهیم و محتوای ذهنی مراقبت‌های اولیه بهداشتی بوده است. هم‌اکنون شبکه‌های مزبور و محتوای نظامند آن در جهان یکی از الگوهای معتبر جهانی است. پایش، ارزشیابی و ارتقاء این ساختار نظامند یکی از وظایف بسیار مهم بخش‌های اجتماعی دولت است. این گزارش که با استفاده از داده‌های ثبت شده توسط بهورزان و گردآوری شده توسط کاردanan و کارشناسان شهرستان‌ها و استان‌ها و با همت همکاران حوزه سلامت در مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت و دبیرخانه تحقیقات کاربردی و با یاری مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور انجام شده است؛ گوشه‌هایی از عملکرد این نظام را در مناطق روستایی طی ده سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ نشان می‌دهد.

دکتر محمد اسماعیل اکبری

معاون سلامت

تیرماه ۱۳۸۴

الف) مراقبت‌های اولیه بهداشتی

در اواخر دهه ۱۹۷۰ میلادی، سازمان جهانی بهداشت گزارش‌هایی از وضعیت بهداشتی و تندرستی صدها میلیون نفر از مردم جهان را به طور رسمی انتشار داد. این گزارش‌ها اشاره داشت که بیش از نیمی از مردم دنیا به مراقبت‌های کافی بهداشتی دسترسی ندارند، و بین کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه جهان از نظر وضعیت بهداشتی و منابعی که صرف آن می‌شود، اختلاف‌ها باور نکردنی است.

در پی این گزارش‌ها و گزارش‌های دیگری که حاصل بررسی‌های بیشتر در مقایسه کشورهای با توسعه یافتگی متفاوت بود، سی امین اجلاس سازمان جهانی بهداشت در ماه مه ۱۹۷۷ میلادی، تشکیل گردید و در آن، هدف رسیدن به بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ میلادی برای همه مردم دنیا تعیین شد. تأمین این هدف، نیازمند وسیله بود. به همین دلیل در سپتامبر ۱۹۷۸ میلادی، کنفرانس جهانی آلمآتای شوروی با شرکت نمایندگان ۱۳۴ کشور مراقبت‌های اولیه بهداشتی (Primary Health Care - PHC) را به عنوان وسیله و ابزار رسیدن به هدف مزبور معرفی کرد.

تعریف مراقبت‌های اولیه بهداشتی

ارائه مراقبت‌های بهداشتی، براساس روش‌های قابل عمل که از نظر علمی، معتبر و از نظر اجتماعی قابل قبول باشد، از طریق مشارکت کامل افراد و خانواده‌ها در دسترس همه آنها قرار گیرد، هزینه آن را جامعه و کشور بتواند تقبل کند، و جامعه در هر مرحله از توسعه یافتگی با روحیه اعتماد به نفس و اتکاء به خود از عهده آن برآید.

مراقبت‌های اولیه بهداشتی زیر ساخت خاصی را طلب می‌کند که دارای سطوح مختلف ارائه خدمت بود، ولی در تمام این سطوح، دو اصل بنیانی و مهم مشارکت جامعه و همکاری بین بخشی اجتناب‌ناپذیر بود. در همان آغاز، ۸ جزء اصلی مراقبت‌های اولیه بهداشتی تعیین گردید تا در سطوح مختلف، خدمات آن به همه مردم ارائه شود. این اجزاء عبارت بودند از:

- ↪ آموزش مسایل عمده بهداشتی جامعه و روش‌های پیشگیری و مبارزه با آنها
- ↪ تأمین غذای کافی و بهبود تغذیه صحیح
- ↪ تأمین آب سالم و کافی، بهسازی‌های اساسی محیط و بهداشت مسکن
- ↪ بهداشت مادر و کودک و تنظیم خانواده
- ↪ ایمن‌سازی علیه بیماری‌های عفونی خصوصاً بیماری‌های دوران کودکی
- ↪ پیشگیری از بیماری‌های شایع بومی مانند مالاریا و مبارزه با این بیماری‌ها
- ↪ درمان مناسب بیماری‌ها و حوادث رایج

⇐ پیش‌بینی و فراهم کردن داورهای اساسی

بعدها به طرز فکر مراقبت‌های اولیه بهداشتی اصولی نیز اضافه شد شامل:

⇐ مشارکت و درگیری جامعه در حل مشکلات بهداشتی خودشان

⇐ تفکر پرداختن به بحث‌های مختلف توسعه و رفاه اجتماعی که باعث می‌شود مجموعه‌ای از خدمات از پایین به بالا، بر مبنای نیاز جامعه سازمان یابد.

⇐ توسعه تکنولوژی مناسب بهداشتی برای رسیدن به هدف‌های مراقبت‌های اولیه بهداشتی

⇐ تأکید بیشتر مراقبت‌های اولیه بهداشتی بر پیشگیری نسبت به درمان

امروزه بسیاری از کشورهای شرکت‌کننده در کنفرانس آلمان، به توصیه‌های این کنفرانس عمل کرده‌اند و کشور ما نیز نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی را زیرساخت تأمین مراقبت‌های اولیه بهداشتی قرار داده است.

ب) نظام ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی - درمانی در ایران

ب.۱) مقدمه و تاریخچه

از سال‌ها قبل ضرورت تأمین دسترسی سهل و سریع مردم به نیازهای اولیه بهداشتی درمانی احساس شده بود. با توجه به مشکلات آن زمان کشور، از جمله وجود بیش از ۶۰۰۰۰ روستای پراکنده که تعداد قابل ملاحظه‌ای از آنها جمعیت کمتر از ۲۰۰ نفر داشتند و در مناطق دور افتاده جا گرفته بودند؛ کمبود امکانات و منابع مالی و انسانی؛ مشکل ترابری و انتقال خدمات به مناطق دورافتاده؛ و... مسئولان حفظ سلامتی و بهداشتی کشور را واداشت تا دست به اجرای طرح‌های مختلفی بزنند از قبیل: طرح تربیت بهدار، طرح سپاه بهداشت، طرح بهدار روستا، طرح سلسله و طرح رضاییه (ارومیه) و... تا هدف دسترسی مردم به نیازهای اولیه بهداشتی تأمین شود.

۱- در سال ۱۳۱۹، طرح «تربیت بهدار» با تأسیس آموزشگاه بهداری در مشهد آغاز شد و در سال ۱۳۲۵ به اصفهان و شیراز گسترش یافت. این طرح در اوایل دهه ۱۳۴۰ متوقف گردید.

۲- در سال ۱۳۴۳، «قانون تشکیل سپاه بهداشت» به اجرا درآمد. برابر این قانون تعدادی از مشمولین خدمت وظیفه باید ۲ سال خدمت خود را در وزارت بهداری می‌گذارند.

۳- در سال ۱۳۵۱، طرح تحقیقاتی «نحوه توسعه خدمات پزشکی و بهداشتی در ایران» چگونگی استقرار یک نظام بهم پیوسته برای عرضه خدمات و نیز تربیت عوامل غیرپزشک به منظور استقرار در واحدهای محیطی را بررسی کرد. این طرح با همکاری سازمان جهانی بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه تهران و وزارت بهداری وقت در استان آذربایجان غربی به اجرا درآمد و به «طرح رضاییه» معروف شد. رسیدن به فکر خانه بهداشت و طراحی نظام فعلی شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور از دستاوردهای این طرح بود.

۴- در سال ۱۳۵۸، وزارت بهداری با توجه به وضعیت موجود کشور به تدوین سیاست‌ها و استراتژی‌هایی برای زیر ساخت نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی پرداخت که مهم‌ترین آنها عبارت بود از:

♦ اولویت روستاها و مناطق محروم بر شهرها

♦ اولویت بهداشت و فعالیت‌های پیشگیری بر درمان

♦ اولویت درمان سرپایی بر درمان بستری

♦ اولویت درمان عمومی بر درمان تخصصی.

بر مبنای سیاست‌ها و خط‌مشی‌های معین شده، با استفاده از تجارب پیشین، و بر اساس طرز فکر مراقبت‌های اولیه بهداشتی (Primary Health Care) که خود حاصل اجلاس آلماتا بود، نظام روشنی برای ارائه خدمات بهداشتی درمانی در کل کشور طراحی گردید.

ب. ۲) مفهوم شبکه بهداشتی درمانی

نظام بهداشتی درمانی کشور برای سه سطح شهرستان، استان (که بعدها تبدیل به دانشگاه علوم پزشکی گردید) و ملی طراحی گردید. این نظام، اصول و ضوابطی بنیانی برای گسترش واحدهای بهداشتی درمانی خود و ارائه خدمات در مدنظر قرار داد که از همان آغاز تاکنون هنوز هم مورد عمل است.

شبکه بهداشتی درمانی شهرستان، کوچکترین واحد مستقل این نظام را تشکیل می‌دهد که پس از استقرار و با استفاده از زنجیره ارتباط سطوح مختلف خود می‌تواند خدمات تعریف شده‌ای را به جمعیت تحت پوشش خود ارائه دهد. به این منظور، برای هر شبکه بهداشت و درمان شهرستان ۳ سطح ارائه خدمت در نظر گرفته شده است: سطح اول شبکه بهداشت و درمان هر شهرستان را در روستاها، خانه‌های بهداشت و در شهرها، پایگاه‌های بهداشت تشکیل می‌دهند (البته در روستاهایی با بیش از ۶۰۰۰ نفر جمعیت به جای خانه بهداشت، از واحد پایگاه بهداشت روستایی استفاده می‌شود). بر مبنای مطالعات انجام شده در مناطق کشور و با توجه به اصول و ضوابط طرح‌های گسترش، با کمک افراد مجرب و آشنا با منطقه و با رعایت تمامی جنبه‌های فرهنگی، جمعیتی و اقلیمی، محل استقرار کلیه خانه‌های بهداشت و تعداد مورد نیاز از پایگاه‌های بهداشت در مناطق روستایی و شهری هر شهرستان در مجموعه‌ای به نام «طرح شبکه بهداشت و درمان شهرستان» گردآوری شد. انجام سرشماری سالانه از جمعیت تحت پوشش، آموزش مردم و جلب مشارکت آنان در زمینه‌های مختلف، ارائه خدمات سلامت خانواده (مراقبت از مادران و کودکان و تنظیم خانواده)، واکسیناسیون، مبارزه با بیماری‌ها، بالا بردن سطح بهداشت محیط و حرفه‌ای، ارائه خدمات بهداشت مدارس و دهان و دندان و جمع‌آوری، ثبت و نگهداری آمار و تنظیم گزارشات آماری عمده‌ترین وظایف این واحدهای سطح اول را تشکیل می‌دهند.

محاسبه حجم خدمات رایج خانه‌های بهداشت نشان می‌دهد که به طور متوسط یک بهورز می‌تواند خدمات مورد نیاز بیش از ۱۰۰۰ نفر جمعیت را در طول یک سال ارائه دهد. ولی براساس شرایط فرهنگی و نیز نوع وظایف در نظر گرفته شده برای بهورزان، معمولاً ۲ بهورز (زن و مرد) در هر خانه بهداشت کار می‌کنند و باید بتوانند مراقبت‌های اولیه بهداشتی مورد نیاز حدود ۲۰۰۰ نفر را ارائه دهند. البته متمرکز بودن این جمعیت در یک نقطه یا پراکنده بودن آن در چند روستا، نقش تعیین‌کننده‌ای در حجم و گردش کار خانه بهداشت دارد. معمولاً هر خانه بهداشت جمعیت چند روستا را که در فاصله مناسب از هم (یک ساعت پیاده روی) قرار دارد، پوشش می‌دهد. روستای محل استقرار خانه بهداشت، روستای اصلی و روستا یا روستاهای تحت پوشش آن با فاصله حداکثر یک ساعت پیاده روی از خانه بهداشت، روستاهای قمر نام دارند.

با توجه به وظایف پایگاه‌های بهداشت و حجم کار آنها، به طور معمول یک پایگاه بهداشت شهری به ازای هر ۱۲۵۰۰ نفر جمعیت در نظر گرفته شد. پرسنل چنین واحدی را ۱ ماما، ۳ کاردان بهداشت خانواده، ۱ کاردان بهداشت مبارزه با بیماری‌ها (که وظایف بهداشت محیط و حرفه‌ای را نیز به عهده دارد) و ۱ نفر خدمتگذار تشکیل می‌دهد. به نسبت کاهش جمعیت تحت پوشش، در تعداد پرسنل تغییر ایجاد خواهد شد.

سطح دوم شبکه بهداشت و درمان شهرستان را مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری تشکیل می‌دهند. وظایف اصلی این مراکز، پشتیبانی از خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های بهداشت تحت پوشش، نظارت بر فعالیت آنها، قبول ارجاعات درمانی (به دلیل وجود پزشک در این مراکز) و برقراری ارتباط مناسب با سطوح بالاتر است.

هر مرکز بهداشتی درمانی روستایی بر حسب جمعیت تحت پوشش خود، به طور متوسط ۵ خانه بهداشت یا جمعیتی حدود ۹۰۰۰ نفر را پوشش می‌دهد. در این نوع از مراکز، گروهی مرکب از پزشک، کاردان‌های مختلف بهداشتی و در صورت نیاز بهیار و دارویار و افراد اداری مالی، کار می‌کنند.

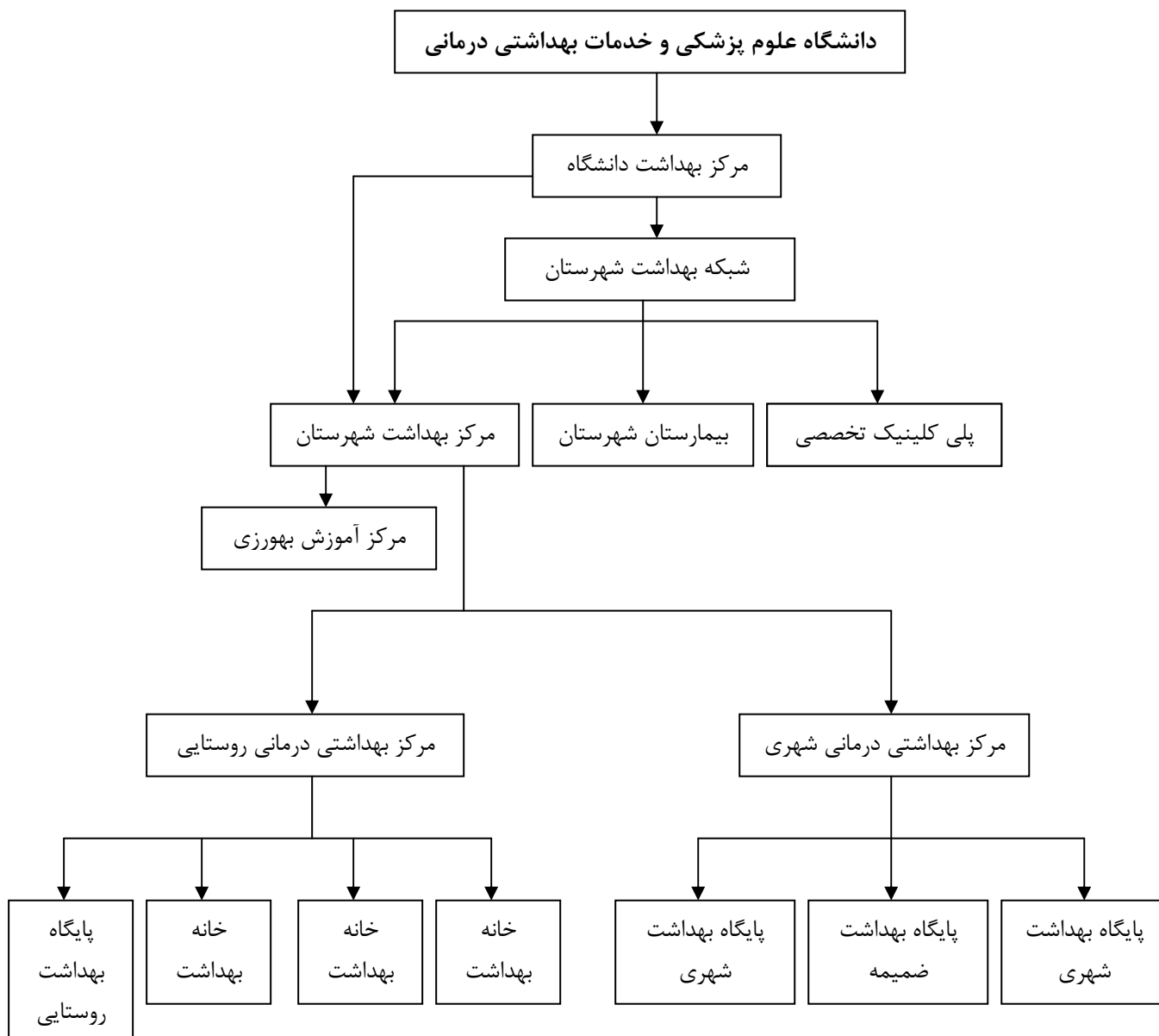
به جهت فعالیت روزافزون بخش خصوصی در تمامی مناطق شهری و سیاست استفاده از بخش خصوصی در ارائه خدمات درمان سرپایی، مراکز بهداشتی درمانی شهری عمدتاً وظیفه قبول ارجاعات و نظارت بر واحدهای تحت پوشش خود (پایگاه‌های بهداشت) را بعهده دارند.

در سطح سوم شبکه، برحسب وظیفه‌ای که انجام می‌شود، دو نوع واحد وجود دارد شامل: مرکز بهداشت شهرستان و بیمارستان شهرستان.

مسئولیت اصلی مرکز بهداشت شهرستان، برنامه‌ریزی، پشتیبانی فنی و تدارکاتی، کنترل ضوابط و مقررات بهداشتی درمانی، بررسی گزارشات آماری و نظارت بر فعالیت‌های واحدهای تحت پوشش (مراکز بهداشتی درمانی، خانه‌های بهداشت، پایگاه‌های بهداشت، تسهیلات زایمانی، مراکز آموزش بهورزی، آزمایشگاه‌های مختلف و...) می‌باشد. بیمارستان شهرستان حداقل با تخصص‌های جراحی، داخلی، کودکان، زنان و زایمان، بیهوشی، رادیولوژی و آزمایشگاه و با بخش‌های بستری، پلی کلینیک‌های تخصصی و اورژانس اداره می‌شود و پشتیبانی فنی و قبول ارجاعات بیماران از مراکز بهداشتی درمانی را به عهده دارد.

البته در شبکه بهداشت و درمان یک شهرستان واحدهای دیگری نیز در بخش دولتی فعالیت دارند از جمله: مرکز آموزش بهورزی، تسهیلات زایمانی و...

نمودار سطوح و واحدهای مختلف یک شبکه بهداشت و درمان شهرستان در صفحه بعد آمده است.



نظام بهداشت شهرستان در جمهوری اسلامی ایران

ب.۳) امتیازهای نظام شبکه بهداشت و درمان

امتیازهایی که می‌توان برای نظام ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی ایران بر شمرد عبارتند از:

- ۱- تدوین طرح‌های گسترش شبکه هر شهرستان با توجه به اصول و ضوابط تعریف شده و مشخص و تعیین سهم هر واحد از فعالیت‌ها و وظایف کلی و در واقع سطح‌بندی خدمات.
- ۲- محاسبه نیروی انسانی مورد نیاز هر واحد ارائه دهنده خدمت با توجه به حجم خدمتی که ارائه می‌شود، جمعیت تحت پوشش هر واحد، زمان صرف شده برای ارائه هر خدمت و زمان کلی که پرسنل در اختیار می‌باشند.
- ۳- استفاده از نیرویی به نام بهورز، چگونگی انتخاب و آموزش او. بهورزان از افراد بومی همان روستای محل خدمت هستند و با شیوه‌ای خاص (تئوری و عملی) تربیت می‌شوند.
- ۴- ادغام یافتگی خدمات و وجود نیروهای پشتیبان.
- ۵- چگونگی ثبت و گزارش اطلاعات بهداشتی. نظام اطلاعات شبکه‌های بهداشتی درمانی بر ثبت روزانه فعالیت‌ها (پرونده خانوار و دفاتر ثبت فعالیت‌ها)، فرم‌های گزارش ماهانه و زیج حیاتی تکیه دارد.
- ۶- چگونگی نظارت با استفاده از چک لیست‌های مشخص.

ب.۴) عملکرد

مجلس شورای اسلامی، در پایان سال ۱۳۶۳ با تصویب اعتباری به مبلغ ۲۵۰ میلیون تومان اجازه داد که در سال ۱۳۶۴ مقدمات توسعه شبکه بهداشت و درمان در هر استان به طور نمونه در یک یا دو شهرستان فراهم گردد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با استفاده از اعتباری که هر ساله پس از آن، در اختیار گرفت توانست تا پایان سال ۱۳۸۲، بیش از ۱۶۳۸۰ خانه بهداشت، ۲۳۰۰ مرکز بهداشتی درمانی روستایی، ۱۳۵۰ پایگاه بهداشت غیر ضمیمه، ۳۵۳۰ پایگاه بهداشت (اعم از ضمیمه و غیر ضمیمه)، ۲۱۸۰ مرکز بهداشتی درمانی شهری، ۴۰۰ واحد تسهیلات زایمانی، ۳۱۵ مرکز بهداشت شهرستان و ۴۰ مرکز بهداشت دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی برای ارائه خدمات بهداشتی درمانی و پشتیبانی این خدمات را به تمامی مردم کشور، راه‌اندازی و فعال سازد. همچنین، در طول این سال‌ها تعداد ۲۷۳۰۰ بهورز در مراکز آموزش بهورزی تربیت و بکار گرفته شده‌اند. با کمک همه این واحدها و تمامی پرسنل دلسوز و بی‌ادعا که در اقصی نقاط کشور مشغول ارائه خدمت هستند، بسیاری از شاخص‌های بهداشتی درمانی تغییر داشته است که در این مجموعه به آنها پرداخته می‌شود.

پ) زیج حیاتی، ابزار ثبت و جمع آوری داده‌ها از محیطی‌ترین سطوح نظام ارائه خدمات

پ.۱) تعریف زیج حیاتی

زیج در لغت، معرب کلمه‌ی فارسی زیگ و به معنای تعیین احوال ستارگان، و جدولی است که از آن به حرکات سیارات معرفت یابند.

زیج حیاتی ورقه‌ای است با طول و عرض ۷۰ در ۵۰ سانتیمتر که در آغاز (سال ۱۳۶۷)، فقط برای نمایش وقایعی که در زمینه تولد و مرگ اتفاق می‌افتاد، فراهم آمد و بتدریج در جریان کار، از سویی کارایی و سهولت کاربرد خود را نشان داد و از سوی دیگر برای افزودن پاره‌ای داده‌ها، چه در تکمیل داده‌های پیشین و چه افزودن داده‌های نو، آمادگی و ارتقاء یافت.

اول بار در سال ۱۳۶۷، نمونه زیج حیاتی در خانه‌های بهداشت کشور بکار گرفته شد. این زیج دارای چند دایره متحدالمرکز و ۱۲ قطاع (به نشانه ۱۲ ماه سال بود و به همین دلیل نام خود را از جدول موجود در رصدخانه‌ها وام گرفت) و ۳ جدول مربوط به ثبت جمعیت منطقه، موالید و مرگ بود و چون از آن برای ثبت آمارهای حیاتی بهره گرفته می‌شد، پسوند حیاتی را به آن دادند. زیج‌های اولیه غالباً به روش اوزالید و سیاه و سفید تهیه می‌شد ولی به تدریج با اثبات کارآیی این ابزار، چاپ و سپس، چاپ رنگی آن با گسترش جداول موجود در آن، میسر گردید.

زیج حیاتی، ابزاری است که در درون نظام شبکه بهداشت و درمان کشور، و براساس نیازهای واقعی آن شکل گرفت و کامل شد. با استفاده از این ابزار کارآ، ساده و معتبر می‌توان در سطوح محیطی، شهرستانی، دانشگاهی، استانی و کشوری توان رهبری تیم بهداشتی را ارتقاء داد. با استفاده از شاخص‌های حاصل از زیج حیاتی می‌توان وضعیت برنامه‌ها و مداخله‌ها را ارزیابی کرد و سطح پیشرفت برنامه‌ها و میزان دستیابی به هدف‌ها را سنجید.

زیج حیاتی وسیله‌ای بسیار خوب و مناسب برای ثبت وقایعی چون تولد و مرگ است. با استفاده از داده‌های آن می‌توان وقایع نادری مانند مرگ مادران را پیگیری کرد و با بررسی دلایل وقوع آنها، از نقاط ضعف نظام بهداشتی و اجتماعی منطقه، ارزیابی روشنی بدست داد.

تنها با این ابزار است که به طور همزمان امکان ارزیابی فعالیت‌ها توسط بهورز، مسؤول مرکز بهداشتی درمانی، مسؤول شهرستان و مسؤولین سطوح بالاتر نظام شبکه بهداشت و درمان میسر می‌گردد.

با محاسبه شاخص‌های مورد نیاز و مرتب کردن آنها بر حسب نتیجه در درون استان می‌توان مناطق با عملکرد پایین را مشخص کرد، نقاط ضعف آن مناطق را شناسایی و مداخلات مناسب برای رفع مشکل را طراحی و اجرا نمود. بنابراین، مشاهده می‌شود که وسیله‌ای به این سادگی، قادر است کارآیی مدیریتی خوبی داشته باشد.

همانطور که گفته شد، از سال ۱۳۶۷ داده‌های جمعیتی مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت بر

زیج‌های حیاتی ثبت می‌شوند، و با گسترش کمی فعالیت خانه‌های بهداشت این اطلاعات نیز با حجم بیشتری در دسترس قرار گرفت. به نظر می‌رسد زمان آن رسیده باشد که روند تغییرات طی حداقل ۱۰ سال اخیر جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل گردد تا علاوه بر تعیین وضعیت هر استان و عملکرد سال‌های اخیر، مدرک ارزشمند و منحصر به فردی از یکی از ابزارهای موجود در نظام شبکه بهداشت و درمان ایران باقی بماند و ارزش حفظ و حراست از آن مورد تأکید مجدداً قرار گیرد.

پ.۲) روش گردآوری، تجزیه و تحلیل و ارائه داده‌ها

مجموعه وقایع حیاتی مربوط به جمعیت تحت پوشش خانه‌های بهداشت و خدمات ارائه شده توسط بهورزان که در زیج‌های حیاتی به تفکیک محل سکونت (روستای اصلی و روستاهای قمر) ثبت می‌شوند عبارتند از:

- ◆ تعداد و ترکیب سنی و جنسی جمعیت تحت پوشش و تعداد زنان همسر دار ۱۵ تا ۴۹ ساله که پس از سرشماری در ماه‌های فروردین و اردیبهشت هر سال توسط بهورز بر زیج حیاتی ثبت می‌شود.
- ◆ وقایع مربوط به باروری و مرگ که پس از وقوع در جمعیت تحت پوشش به روش چوب خطی بر زیج حیاتی ثبت می‌گردند شامل:

۱- خانمه بارداری منجر به تولد زنده یا مرده‌زایی بر حسب:

- جنس نوزاد
- سن مادر
- محل زایمان
- فرد کمک‌کننده به زایمان
- وزن هنگام تولد نوزاد
- ماه تولد

۲- مرگ بر حسب

- سن (به تفکیک زیر یک ماه، ۱ تا ۴ سال، گروه‌های سنی ۵ ساله)
- جنس متوفی
- در مورد کودکان زیر پنجسال بر حسب علت اصلی
- در مورد مادران باردار بر حسب علت اصلی

◆ وقایعی که به صورت فصلی با شمارش از پرونده‌های خانوار و دفاتر ممتد تنظیم خانواده انجام می‌شود و در زیج حیاتی ثبت می‌گردند شامل: تعداد افراد واجد شرایط تنظیم خانواده بر حسب نوع روش پیشگیری از بارداری مورد استفاده در ۴ مقطع زمانی (پایان ماه‌های خرداد، شهریور، آذر و اسفند).

زیج‌های حیاتی سال قبل در فروردین ماه هر سال از دیوار خانه‌های بهداشتی که یک سال تمام فعال بوده‌اند، جمع‌آوری می‌شود و پس از کنترل اطلاعات آن توسط مرکز بهداشتی درمانی مربوطه، برای ورود داده‌ها به رایانه، به مرکز بهداشت شهرستان منتقل می‌گردند. توسط نرم‌افزار فارسی تهیه شده به این منظور، مجموعه بانک‌های اطلاعاتی شهرستان‌های مختلف تحت پوشش هر دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی به هم افزوده شده و بانک اطلاعاتی استانی یا شهرستانی را به دست می‌دهد. از مجموعه این بانک‌های اطلاعاتی، بانک اطلاعات زیج‌های حیاتی کل کشور در مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت آماده می‌شود. در حال حاضر، اطلاعات زیج‌های حیاتی از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ به تفکیک در این مرکز وجود دارد و هر ساله بانک اطلاعاتی سال جدید نیز به این مجموعه اضافه می‌شود. البته همواره

اطلاعات زیج حیاتی سال قبل در دسترس است، زیرا داده‌ها در سال جاری توسط خانه‌های بهداشت جمع‌آوری می‌گردد.

با استفاده از بانک اطلاعاتی زیج‌های حیاتی می‌توان شاخص‌های متعددی را برای بررسی وضعیت موجود، ارزشیابی برنامه‌ها، تعیین وضعیت سلامت و... به تفکیک کل کشور، هر دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی، هر شهرستان، هر مرکز بهداشتی درمانی روستایی و هر خانه بهداشت محاسبه و استخراج کرد. نوع شاخص به همراه روش محاسبه و روش ارائه هر یک از آنها در ابتدای هر بخش می‌آید.

پ.۳) راهنمای تنظیم زیج حیاتی

فرم زیج حیاتی از ابتدا تا پایان هر سال، به دیوار خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های بهداشت روستایی در روستا و پایگاه‌های بهداشت غیر ضمیمه شهری و مراکز بهداشتی درمانی شهری (پایگاه بهداشت ضمیمه) در شهرها نصب می‌شود. هر سال فرم جدید زیج حیاتی بر روی فرم سال قبل قرار می‌گیرد (تا ۳ سال). در این کتاب فقط داده‌هایی که حاصل زیج‌های حیاتی خانه‌های بهداشت می‌باشد، بررسی می‌شوند.

همان‌طور که قبلاً نیز گفته شد، هدف از تکمیل این فرم در خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های بهداشت روستایی، داشتن اطلاعات آماری به هنگام و دقیق از جمعیت تحت پوشش روستایی و محاسبه شاخص‌های جمعیتی-بهداشتی آن واحد و در نهایت، کل جمعیت روستایی تحت پوشش است تا بتوان هر ساله نتیجه فعالیت‌های واحدهای ارائه‌کننده خدمات بهداشتی درمانی (خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های بهداشت روستایی) را به صورت کمی ارزیابی کرد و برای تحقیقات علمی اطلاعات کامل و به هنگامی در اختیار داشت. برای رسیدن به این هدف‌ها، عملکرد درست همه کسانی که به نوعی در این کار دخالت دارند، بسیار مهم است.

در بالا و وسط صفحه زیج حیاتی، نام دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، نام مرکز بهداشت شهرستان و واحد مربوط (خانه بهداشت، پایگاه بهداشت روستایی و...) قید می‌شود.

مثال

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فسا

مرکز بهداشت شهرستان فسا

آمار جمعیت، تولد و مرگ در خانه بهداشت علی‌آباد

و نیز بر حسب جمعیت ایرانی یا غیر ایرانی. (براساس نظرخواهی از سازمان ثبت احوال، فقط برای متولدینی که پدر آنها ایرانی است شناسنامه ایرانی صادر می‌شود). بنابراین، کلیه خانوارهایی که پدر خانوار، ایرانی است جزو خانوارهای ایرانی محسوب می‌شوند و اطلاعات آنها در زیج حیاتی خانوارهای ایرانی درج می‌گردد و در غیر این صورت، به عنوان اتباع بیگانه به حساب آمده و اطلاعات آنها در زیج حیاتی جمعیت غیر ایرانی ثبت می‌شود.

برای تعداد کم جمعیت‌های غیر ایرانی هم زیج حیاتی جداگانه تهیه می‌گردد.

زیج‌های حیاتی خاص جمعیت غیر ایرانی نیز همانند زیج‌های حیاتی جمعیت ایرانی در پایان هر سال جمع‌آوری می‌شود و برای ورود به رایانه به مرکز بهداشت شهرستان تحویل می‌گردد و سپس مجدداً به واحد تهیه‌کننده آن عودت داده می‌شود تا بر روی دیوار آن واحد باقی بماند.

چنانچه در وسط سال مهاجر غیر ایرانی به منطقه وارد شد، در آن سال زیج جداگانه ندارند و فقط سرشماری در آغاز هر سال انجام می‌گیرد و براساس آن زیج تنظیم می‌شود.

در پایگاه‌های بهداشت روستایی، داده‌ها در ستون‌های مربوط به روستای اصلی ثبت می‌گردد و به عنوان جمعیت

روستایی به حساب می‌آید.

به منظور تکمیل زیج حیاتی، علاوه بر توجه به دو راهنما در دو طرف بالای برگه زیج حیاتی و زیرنویس‌های هر یک از جداول، باید نکاتی نیز مورد توجه باشند از قبیل:

زیج‌های کنونی دارای ۷ جدول و ۵ دایره متحدالمرکز است که در چهار رنگ چاپ می‌شود. دوائر متحدالمرکز در نسخه‌های رنگی از داخل به خارج به ترتیب سفید (برای ثبت سال)، زرد (برای ثبت موالید زنده)، نارنجی (برای ثبت مرگ‌های ۱ تا ۱۱ ماهه)، سبز (برای ثبت مرگ‌های ۱ تا ۴ ساله) و آبی (برای ثبت مرگ‌های ۵ ساله و بالاتر) چاپ می‌شود. در درون قطاع‌های ۱۲ گانه و در محدوده هر یک از رنگ‌های چهارگانه زرد، نارنجی، سبز و آبی یک مربع و یک دایره پیش‌بینی شده است: در زیج‌های حیاتی قابل استفاده در خانه‌های بهداشت مربع □ برای ثبت ارقام اتفاقاتی است که در روستای اصلی پیش می‌آید و دایره ○ برای ثبت رقم اتفاقاتی است که در روستا یا روستاهای قمر حادث می‌شود. اگر خانه بهداشت پیش از یک روستای قمر داشته باشد مجموعه داده‌های آنها در همان یک دایره ثبت می‌گردد.

همین مفاهیم برای جمعیت غیر ایرانی هم که در پوشش واحدهای ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی درمانی هستند (خانه بهداشت، پایگاه بهداشت روستایی و...) کاربرد دارد.

هر کدام از اعداد درون دوائر زیج حیاتی با سایر جداول کنترل می‌شود.

اعداد در درون این دوائر باید طوری نوشته شود که بدون چرخش دایره به راحتی از روبرو قابل خواندن باشد.

۱- جدول جمعیت بر حسب سن و جنس

اولین جدول در سمت راست برگه زیج حیاتی، جمعیت تحت پوشش را نشان می‌دهد. مبنای این جدول سرشماری اول سال بهورز در روستاهای تحت پوشش است. پس از اتمام سرشماری، در آغاز، اطلاعات جمع‌آوری شده بر حسب سن و جنس و به تفکیک روستای اصلی و روستا یا روستاهای قمر در جمعیت روستایی در این جدول ثبت می‌گردد.

در این جدول، یک ستون مربوط به جمعیت زنان همسر دار (ستون رنگی) وجود دارد. در ستون زن، هر یک از سطرهای ۱۰ تا ۱۴ سال، ۱۵ تا ۱۹ سال، ۲۰ تا ۲۴ سال... تا ۴۵ تا ۴۹ سال به دو قسمت تقسیم شده است. در هر سطر، ستون سمت راست (یعنی ستون سفید) برای نوشتن کل جمعیت زنان، و ستون چپ (یعنی رنگی) برای ثبت رقم جمعیت زنان همسر دار در آن گروه سنی پیش‌بینی شده است.

منظور از زن همسر دار، زنی است که در عقد شرعی و عرفی مردی قرار دارد چه در حال حاضر، در خانه همسر خود زندگی کند یا در خانه پدری خود ساکن باشد (صیغه به عنوان همسر شرعی محسوب می‌گردد).

کلیه افرادی که به منطقه‌ای مهاجرت می‌کنند و در آنجا ساکن می‌شوند باید بلافاصله در پوشش خدمات بهداشتی درمانی نزدیکترین واحد ارائه‌دهنده خدمت آن منطقه قرار گیرند، برای آنها پرونده خانوار تشکیل شده و اطلاعات آنها بر زیج حیاتی ثبت گردد.

چنانچه، تعداد مهاجرین در منطقه‌ای زیاد باشد (هم مهاجرت‌پذیر و هم مهاجرت فرست) ضرورت دارد سرشماری مجدد در آبان ماه نیز صورت گیرد و جدول در زیج حیاتی براساس سرشماری وسط سال اصلاح شود.

کل		روستای قمر		روستای اصلی		منطقه و جنس سن (سال)
		زن	مرد	زن	مرد	
						کمتر از یک سال
						۱ تا ۴ سال
						۵ تا ۹ سال
						۱۰ تا ۱۴ سال
						۱۵ تا ۱۹ سال
						۲۰ تا ۲۴ سال
						۲۵ تا ۲۹ سال
						۳۰ تا ۳۴ سال
						۳۵ تا ۳۹ سال
						۴۰ تا ۴۴ سال
						۴۵ تا ۴۹ سال
						۵۰ تا ۵۴ سال
						۵۵ تا ۵۹ سال
						۶۰ تا ۶۴ سال
						۶۵ تا ۶۹ سال
						۷۰ تا ۷۴ سال
						۷۵ تا ۷۹ سال
						۸۰ تا ۸۴ سال
						۸۵ سال و بیشتر
						جمع

۲- جدول تولد بر حسب وزن و جنس نوزاد، سن مادر و شرایط زایمان

جدول دوم به ثبت اطلاعات دقیق‌تر مربوط به موالید اختصاص دارد. این جدول در طول سال‌های استفاده از زیچ تغییرات عمده یافته است. در این جدول نیز همه ارقام بر حسب جنس نوزاد و به تفکیک روستاهای اصلی و قمر برای خانه‌های بهداشت ثبت می‌شود. در زیچ‌های کنونی رقم مرده به دنیا آمده‌ها، زنده به دنیا آمده‌ها، وزن هنگام تولد (کمتر از ۲۵۰۰ گرم، ۲۵۰۰ گرم و بیشتر، وزن نشده) سن مادر در این تولد زنده، و شرایطی که زایمان در آن صورت گرفته است (در بیمارستان؛ در منزل؛ زیر نظر؛ مامای تحصیل کرده، مامای دوره دیده، یا مامای دوره ندیده) منعکس می‌گردد.

♦ بخش اول: تعداد دختران و پسران مرده به دنیا آمده در بر گه زیچ حیاتی به روش چوب خطی علامت زده می‌شود، در دو حالت، نوزاد مرده به دنیا آمده به حساب می‌آید:

الف) نوزادی که بعد از هفته بیستم حاملگی به دنیا آمده است و هیچ یک از علائم حیاتی را ندارد (حتی یک نفس هم نکشیده و گریه نکرده است) و

ب) نوزادی که با وزن بیش از ۵۰۰ گرم (بدون احتساب وزن جفت) به دنیا آمده و در زمان تولد فاقد علائم حیاتی است.

♦ بخش دوم: مربوط به تعداد کل نوزادان زنده متولد شده و جنس آنها بر حسب منطقه می‌باشد.

♦ بخش سوم: مربوط به وزن هنگام تولد نوزاد بر حسب جنس اوست. چنانچه، وزن هنگام تولد در دست نبود می‌توان وزن روز دهم تولد را اندازه گرفت. زیرا بعد از تولد، تا روز هفتم وزن کودک اندکی کم می‌شود و بعد مجدداً رو به افزایش می‌گذارد به طوری که، درست روز دهم تولد، وزن او معادل وزن روز تولدش می‌باشد.

تعداد نوزادانی که وزنشان کمتر از ۲۵۰۰ گرم باشد در دو ستون اول این قسمت و آنهایی که وزنشان ۲۵۰۰ گرم یا بیشتر است در دو ستون بعدی علامت زده می‌شود. در دو ستون آخر این بخش، تعداد نوزادانی ثبت می‌شود که وزن زمان تولد آنها در دسترس نبوده است.

♦ بخش چهارم: مربوط به سن مادر در هر تولد زنده نوزاد اوست. اگر حاصل زایمان ۲ یا چند نوزاد است (دو قلو یا بیشتر) برای هر یک از تولدهای زنده در قسمت سن مادر، یک علامت زده می‌شود یعنی برای دو قلو، ۲ بار علامت زده می‌شود زیرا در این بخش از جدول تعداد تولدها مطرح است. در نهایت، مجموع ارقام درون ستون‌های این بخش با ارقام بخش‌های دوم و سوم این جدول مساوی خواهند بود.

♦ بخش پنجم: در برگیرنده شرایط زایمان در بیمارستان یا منزل است. چنانچه، زایمان در بیمارستان، زایشگاه یا تسهیلات زایمانی انجام شده باشد تعداد آنها در ستون مربوط، علامت زده می‌شود و اگر زایمان در منزل زائو انجام گرفته باشد، بر حسب اینکه کمک‌کننده به زایمان چه کسی است در ستون‌های زیر آن علامت‌گذاری می‌شود. اگر حاصل زایمان دو قلو یا چندقلو باشد در این بخش، فقط یک بار ثبت می‌شود زیرا مادر هر دو نوزاد یکی است و به این ترتیب می‌توان درصد چند قلو زایی را هم به دست آورد (در واقع اختلاف بین مجموع نوزادان زنده و مرده به دنیا آمده از این ستون، تعداد دو قلو یا چندقلوها را بدست می‌دهد). ماما‌های محلی و ماما‌های سنتی که تحصیلات رسمی مامایی را نگذرانده‌اند، در صورت گذراندن دوره‌های آموزشی ۶ ماهه ماما روستایی که توسط مرکز بهداشت شهرستان برگزار می‌گردد به عنوان مامای دوره دیده تلقی می‌شوند ولی چنانچه این دوره آموزشی را نگذرانده باشند باید به عنوان مامای دوره ندیده به

حساب آیند. حتی اگر دوره‌های کوتاه مدت دیگری را گذرانده باشند.

زایمان در بیمارستان یا زایشگاه: به مواردی اطلاق می‌شود که زایمان در داخل بیمارستان، زایشگاه، تسهیلات زایمانی و یا مطب پزشک انجام شده است.

زایمان در منزل: هر زایمانی که در محلی غیر از بیمارستان، زایشگاه، تسهیلات زایمانی و مطب پزشک، انجام گرفته باشد، زایمان در منزل حساب می‌شود.

کل این جدول در واحد بهداشتی درمانی به صورت چوب خطی تکمیل می‌شود.

کچ چند مثال

الف) چنانچه مادری دوقلو زائید و هر دو زنده به دنیا آمدند، در ستون مرده‌زایی هیچ علامتی زده نمی‌شود. در ستون متولدین زنده بر حسب جنس نوزاد، ۲ علامت زده می‌شود. در ستون سن مادر در این تولد زنده، ۲ علامت با توجه به سن مادر و در ستون شرایط زایمان بر حسب محل و کمک‌کننده به زایمان فقط یک علامت زده می‌شود.

ب) چنانچه مادری دوقلو زائید و هر دو مرده به دنیا آمدند، در ستون مرده‌زایی بر حسب جنس، ۲ علامت زده می‌شود. در ستون متولدین زنده، هیچ علامتی ندارد، در ستون سن مادر در این تولد زنده نیز علامتی زده نمی‌شود و در ستون شرایط زایمان بر حسب محل زایمان و فرد کمک‌کننده فقط یک علامت زده می‌شود.

پ) چنانچه مادری دوقلو زائید و یکی از نوزادان مرده به دنیا آمد و دیگری زنده بود، در ستون مرده‌زایی بر حسب جنس نوزاد مرده به دنیا آمده، یک علامت؛ در ستون متولدین زنده نیز بر حسب جنس نوزاد زنده متولد شده، یک علامت؛ در ستون سن مادر فقط یک علامت و در ستون شرایط زایمان نیز یک علامت زده می‌شود.

شرایط زایمان			سن مادر در این تولد زنده							وزن هنگام تولد و جنس نوزاد				زنده به دنیا آمده		مرده به دنیا آمده		روستا	
										وزن نشده		۲۵۰۰ گرم و بیشتر		کمتر از ۲۵۰۰ گرم		♂	♀		♂
در منزل توسط زائو	ممامی دوره ندیده	ممامی دوره دیده	در بیمارستان یا زایشگاه	۴۵ تا ۴۹ سال	۴۰ تا ۴۴ سال	۳۵ تا ۳۹ سال	۳۰ تا ۳۴ سال	۲۵ تا ۲۹ سال	۲۰ تا ۲۴ سال	۱۵ تا ۱۹ سال	۱۰ تا ۱۴ سال								
																			روستای اصلی <input type="checkbox"/>
																			روستای قمر <input type="radio"/>

3- جدول مرگ مادران به دلیل عوارض بارداری و زایمان بر حسب سن مادر و علت مرگ

جدول سوم، مرگ مادران به دلیل عوارض حاملگی، زایمان و تا ۴۲ روز بعد از زایمان را بر حسب سن مادر به تفکیک منطقه و با اشاره به علت‌های عمده مرگ مادران (خونریزی، عفونت بعد از زایمان، مسمومیت حاملگی، بیماری‌های قلبی و سایر علل) نشان می‌دهد.

خونریزی: اگر مادری در طول بارداری یا در حین زایمان و یا تا ۴۲ روز بعد از زایمان، به علت خونریزی از مجرای زایمانی بمیرد، باید در ردیف مرگ به علت خونریزی ثبت شود.

عفونت بعد از زایمان: اگر مادری ۲ تا ۱۰ روز بعد از زایمان و به دنبال تب بیش از ۳۸ درجه سانتیگراد بمیرد باید به عنوان عفونت بعد از زایمان ثبت شود.

مسمومیت حاملگی: مسمومیت حاملگی چند علامت دارد:

- فشار خون بالاتر از حد معمول (فشار خون معمول یعنی فشار خون زن باردار تحت مراقبت در طول دوران بارداری که برایش اشکالی ایجاد نکرده است)،
 - ورم سراسری بدن یا ورم شدید دست‌ها و صورت، و
 - وجود آلبومین در ادرار در طول دوره بارداری
- چنانچه مادر بارداری با فشار خون بالا و حداقل یکی از علائم دیگر (ورم یا آلبومین ادرار) بمیرد، مرگ از مسمومیت حاملگی به حساب می‌آید.

بیماری‌های قلبی: اگر مرگ مادر در دوران بارداری، حین زایمان یا تا ۴۲ روز بعد از زایمان به تشخیص پزشک به علت داشتن عارضه قلبی مادر باشد، در این قسمت ثبت می‌شود.

سایر: چنانچه مرگ مادر در دوران بارداری، حین زایمان تا ۴۲ روز بعد از زایمان به علتی غیر از چهار علت فوق باشد در ردیف «سایر» ثبت می‌شود، به غیر از موارد حوادث، قتل و خودکشی.

اگر مرگ مادر در طول بارداری، حین زایمان و یا تا ۴۲ روز پس از زایمان به علت‌های دیگری مثل حوادث پیش آمده باشد، نباید به عنوان مرگ مادر ثبت شود و فقط در جدول کل مرگ‌ها (جدول چهارم) ثبت می‌گردد.

سن (سال)								منطقه و علت مرگ
تا ۴۵ سال	تا ۴۰ سال	تا ۳۵ سال	تا ۳۰ سال	تا ۲۵ سال	تا ۲۰ سال	تا ۱۵ سال	تا ۱۰ سال	
								روستای اصلی □
								روستای قمر ○

4- جدول مرگ بر حسب سن و جنس

در این جدول آمار مرگ در مناطق روستایی تحت پوشش به تفکیک منطقه سکونت فرد و برحسب جنس و سن به صورت چوب خطی بر روی برگه زیج حیاتی ثبت می‌شود. همه مرگ‌هایی که در محدوده واحد بهداشتی درمانی اتفاق می‌افتد، ثبت می‌گردد.

وقتی گفته می‌شود، «کمتر از یک ماه» یعنی از بدو تولد تا ۲۸ روزگی کامل، و «یک ماه تا کمتر از یکسال» یعنی از ۲۹ روزگی تا وقتی که سن کودک به ۱۱ ماه و ۲۹ روز برسد و یا در مورد «۱ تا ۴ سال» یعنی درست از وقتی ۳۶۵ روز از تولد کودک گذشته باشد (روز تولد یک سالگی کودک) تا زمانی که ۴ سال و ۱۱ ماه و ۲۹ روزگی او باشد و به همین ترتیب برای بقیه گروه‌های سنی.

سن منطقه و جنس	یکماه تا کمتر از یکسال	۱ تا ۴ سال	۵ تا ۹ سال	۱۰ تا ۱۴ سال	۱۵ تا ۱۹ سال	۲۰ تا ۲۴ سال	۲۵ تا ۲۹ سال	۳۰ تا ۳۴ سال	۳۵ تا ۳۹ سال	۴۰ تا ۴۴ سال	۴۵ تا ۴۹ سال	۵۰ تا ۵۴ سال	۵۵ تا ۵۹ سال	۶۰ تا ۶۴ سال	۶۵ تا ۶۹ سال	۷۰ تا ۷۴ سال	۷۵ تا ۷۹ سال	۸۰ تا ۸۴ سال	۸۵ سال و بیشتر	جمع	
																					مرد
روستای اصلی <input type="checkbox"/>																					
روستای قمر <input type="radio"/>																					

5- جدول علت مرگ در کودکان کمتر از پنجسال

جدول پنجم، علت مرگ در کودکان کمتر از پنجسال را در خود دارد. در این جدول نیز اطلاعات به تفکیک جنس و منطقه و در هر یک از این دو برای سنین کمتر از یک ماه، یک ماه تا ۱۱ ماهه و ۱ تا ۴ ساله (با همان تعاریفی که در جدول شماره ۴ آمد) ثبت می‌شود. به رعایت واقع‌بینی و توان علمی بهورزان تنها علت‌هایی از مرگ کودکان زیر پنجسال در این جدول گنجانیده شده است که رسیدن به تشخیص آنها در خانه بهداشت میسر باشد (عفونت‌های تنفسی؛ اسهال و استفراغ؛ حوادث، مسمومیت‌ها، سوختگی‌ها؛ عارضه کمبود وزن هنگام تولد، نارسی نوزاد، بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن، صدمات زایمانی، ناهنجاری‌های مادرزادی و سایر علل).

برای ثبت علت مرگ در کودکان، محل‌هایی که بروز مرگ به علتی خاص در سنین مربوطه ناممکن می‌باشد، در این جدول با رنگ تیره‌تر مشخص شده است.

♦ مرگ ناشی از عارضه کمبود وزن هنگام تولد: مرگ نوزادی که بعد از هفته سی و هفتم بارداری مادر با وزن هنگام تولد ۲۵۰۰ گرم یا کمتر به دنیا آمده است و حداکثر تا پایان اولین ماه زندگی به دلیل عوارض ناشی از این کمبود وزن هنگام تولد، مرده باشد در این قسمت ثبت می‌شود.

♦ مرگ ناشی از نارسی نوزاد: مرگ نوزادی که قبل از هفته سی و هفتم بارداری مادر به دنیا آمده باشد (خواه با وزن زمان تولد کم یا طبیعی) و تا حداکثر پایان اولین ماه زندگی به دلیل عوارض ناشی از این تولد زودرس، مرده باشد، در این قسمت ثبت می‌گردد.

♦ مرگ ناشی از بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن: شامل مرگ به علت سرخک، سیاه سرفه، کزاز، فلج اطفال، هیپاتیت B، دیفتری و سل است.

♦ مرگ نوزاد از صدمات زایمانی: چنانچه نوزادی با علائم حیاتی (زنده) به دنیا آید، ناهنجاری مادرزادی آشکاری نداشته باشد ولی علائم حیاتی او ضعیف باشند به طوری که، به اقدامات اولیه احیاء نوزاد پاسخ ندهد و حداکثر تا یک ساعت پس از زایمان بمیرد، در این قسمت علامت زده می‌شود.

♦ مرگ ناشی از ناهنجاری‌های مادرزادی: مرگ کودکان تا پنجسال که با علائم حیاتی به دنیا آمده باشد (زنده به دنیا آمده). چنانچه پس از تولد، ناهنجاری واضح و مشهودی داشته باشد که منجر به مرگ نوزاد گردد باید در قسمت مرگ کمتر از یک ماهگی به دلیل ناهنجاری مادرزادی ثبت گردد. در صورتی که ناهنجاری واضح و آشکار نداشت، تشخیص مرگ به علت ناهنجاری فقط با پزشک خواهد بود.

♦ مرگ ناشی از حوادث، مسمومیت‌ها و سوختگی‌ها: چنانچه کودک زیر پنجسال به دلیل حادثه، مسمومیت یا سوختگی فوت کرد باید در این قسمت، ثبت گردد.

علت مرگ										منطقه و سن		
عقونتهای تنفسی	اسهال و استفراغ	حوادث، مسمومیتها، سوختگیها	عارضه کمبود وزن هنگام تولد	نارسای نوزاد	واکسن	بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن	مرگ نوزادان از صدمات زایمانی	ناهنجاریهای مادرزادی	سایر علل			
										کمتر از یکماه	روستای اصلی <input type="checkbox"/>	
										یکماه تا یکسال		
										یکسال تا پنجسال		
										کمتر از یکماه	روستای قمر <input type="radio"/>	
										یکماه تا یکسال		
										یکسال تا پنجسال		

6- جدول پوشش تنظیم خانواده بر حسب نوع روش در آخرین روز هر فصل

جدول ششم که بعدها در تکامل و اصلاح زیج حیاتی به آن اضافه شد، به درج رقم فعالیت‌های تنظیم خانواده اختصاص دارد. در این جدول اطلاعات به تفکیک ۴ مقطع مختلف زمان در سال (در پایان هر فصل) و منطقه مسکونی جمعیت تحت پوشش و بر حسب روش تنظیم خانواده ثبت می‌شود.

در روز آخر هر فصل (۳۱ خرداد، ۳۱ شهریور، ۳۰ آذر و ۲۹ اسفند)، تعداد افرادی (زن و شوهرهایی) که از هر نوع وسیله یا روش پیشگیری از حاملگی استفاده می‌کنند در دفتر مربوطه، شمارش شده و در محل مخصوص به خود در برگه زیج حیاتی ثبت می‌شود. در تنظیم این جدول، هدف وضعیت یک فصل کامل نیست بلکه فقط ماه آخر هر فصل، ملاک قرار می‌گیرد. چنانچه فرد در آخرین روز آن ماه خاص (خرداد، شهریور، آذر و اسفند) هنوز تحت پوشش روش تنظیم خانواده باشد، به عنوان یک مورد ثبت می‌شود. تمام آمار ثبت شده در این قسمت تا سن ۴۹ سالگی زن ادامه دارد و بعد از آن، فرد از گروه زنان واجد شرایط حذف می‌شود و آمار او ثبت نمی‌گردد.

در این جدول، تعداد افراد ثبت می‌شود نه تعداد وسایلی که از آنها استفاده شده است. یعنی مثلاً اگر زن یا شوهری ۵ بسته کاندوم و یا ۵ بسته قرص دریافت کرده باشند فقط یک نفر به حساب می‌آید نه ۵ نفر. تعداد افرادی که از وسیله یا روش مورد نظر استفاده می‌کنند باید در محل مخصوص خود ثبت شوند، نه فقط تعداد افرادی که در آن زمان وسیله دریافت کرده‌اند. یعنی اگر فردی در پایان خرداد ماه، برای سه ماه بعد، قرص دریافت کرد و به‌روز مطمئن بود که در سه ماه بعد قرص‌ها را استفاده می‌کند در پایان آخرین روز ماه شهریور نیز باید این فرد را به حساب آورد. در پر کردن این جدول اطمینان به‌روز نسبت به استفاده از هر یک از وسایل یا روش‌ها شرط اصلی است. یعنی اگر خانمی که در ماه خرداد تحت پوشش قرص است چنانچه تا ۳۱ خرداد هنوز این روش را ترک نکرده باشد، یک مورد به حساب می‌آید و خانمی هم که در اواخر همان ماه (مثلاً ۲۸ خرداد) قرص را

شروع کرده است در ۳۱ خرداد به عنوان یک مورد ثبت می‌شود.

در مورد تعداد افرادی که اقدام به بستن لوله‌ها کرده‌اند (زن یا مرد) تعداد کل آنها نیز در آخرین روز پایان هر فصل در ستون مربوط، ثبت می‌شود، چنانچه به جای انجام این کار، اقدام به جمع تجمعی اعداد شود، این خطر وجود دارد که اگر در میان مردان و زنان تحت پوشش، مهاجرت یا مرگی حادث شود، آمار آنها دقیقاً ثبت نگردد یعنی اگر زنی در ماه خرداد اقدام به بستن لوله‌های رحمی کند، از خرداد ماه به بعد تا پایان ۴۹ سالگی خود- اگر نمیرد و مهاجرت نکند- هر بار در قسمت مربوط ثبت می‌گردد (در مورد وازکتومی مردان نیز باید سن زن مطرح باشد) و یا اگر زنی از ماه مرداد، قرص جلوگیری مصرف کرد از پایان شهریور ماه به بعد تا زمان قطع قرص، هر بار باید در آمار ثبت شود.

روش طبیعی به استفاده از روش‌های غیر دارویی و غیر مکانیکی برای پیشگیری از بارداری در روزهایی که امکان باروری وجود داشته باشد، گویند. انواع این روش‌ها عبارتند از: روش ریتمیک یا تقویمی، روش موکوس گردن رحم (یا روش تخمک‌گذاری)، روش شیردهی، روش خودداری از نزدیکی، روش دمای پایه بدن و روش نزدیکی منقطع. در قسمت سایر، تعدادی افرادی نوشته می‌شود که از روش‌ها و وسایلی غیر از آنها که ثبت شده‌اند، استفاده می‌کنند. در ثبت اطلاعات تنظیم خانواده جمعیت عشایر در زیج حیاتی، در زمان ییلاق آنها در دسترس خانه‌های بهداشت نیستند، برای افرادی که از روش‌های دائمی‌تر مثل توبکتومی، وازکتومی، IUD و نورپلانت استفاده می‌کنند، می‌توان در دوره‌ای که عشایر در منطقه تحت پوشش خانه بهداشت نیستند نیز آمار آنها را به حساب آورد و در زیج حیاتی ثبت کرد. در مورد استفاده‌کنندگان از قرص و کاندوم، پیشنهاد می‌شود تعدادی بسته قرص یا کاندوم برای ماهیایی که افراد در پوشش مستقیم نظام شبکه نیستند، در اختیار آنها قرار گیرد و تا زمانی که راه‌حلی کاربردی برای یافتن داده‌های صحیح از زمان ییلاق عشایر به دست نیامده است، ناچار فقط به ثبت داده براساس وسایل دریافت شده اکتفا می‌گردد.

زمان				منطقه و روش	
۲۹ اسفند	۳۰ آذر	۳۱ شهریور	۳۱ خرداد	قرص	روستای اصلی <input type="checkbox"/>
				کاندوم	
				آی یو دی	
			زن	بستن لوله در:	
			مرد		
				آمپول	
				نورپلانت	
				سایر	
				طبیعی	
				قرص	
				کاندوم	
				آی یو دی	
			زن	بستن لوله در:	
			مرد		
				آمپول	
				نورپلانت	
				سایر	
				طبیعی	

۷- جدول مصرف نمک یددار

در این جدول با توجه به سرشماری اول سال، تعداد خانوارهای تحت پوشش ثبت می‌گردد و براساس تست نمک خانوار در زمان سرشماری مشخص می‌شود که چه تعداد خانوار از نمک یددار استفاده می‌کنند.

تعداد خانوار مصرف‌کننده نمک یددار	تعداد خانوار تحت پوشش	منطقه
		<input type="checkbox"/> روستای اصلی
		<input type="radio"/> روستای قمر

در خانه‌های بهداشت به غیر از جدول مربوط به آمار جمعیت تحت پوشش به تفکیک سن و جنس و دواير متحدالمرکز زیج حیاتی و جدول تنظیم خانواده که داده‌ها به عدد در آنها ثبت می‌شود در بقیه جداول اطلاعات به صورت چوب خطی ثبت می‌گردد.

در ابتدای هر سال باید زیج‌های حیاتی سال قبل خانه‌های بهداشت، یا پایگاه‌های بهداشت روستایی از تمام آن مراکز جمع‌آوری گردد و عیناً وارد رایانه شود و دیسکت اطلاعاتی آن حداکثر تا پایان اردیبهشت ماه به مرکز توسعه شبکه و ارتقا سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارسال گردد.

تمامی اطلاعات زیج‌های حیاتی باید توسط مسؤول بهداشت خانواده و مسؤول واحد گسترش شهرستان کنترل و

تأیید گردد.

زیج حیاتی وسیله‌ای مناسب برای ثبت و ارائه داده‌هایی است که از نظر برنامه‌ریزی، پایش عملیات و نظارت بر نحوه پیشرفت کارها اساسی می‌باشد. تجربه نشان داده است که بهورزان در ثبت کردن این داده‌ها بر زیج با مشکل روبه‌رو نیستند و هر گاه که نظارت بر کار آنان به درستی انجام گرفته، دقت اطلاعات ثبت شده نیز قابل اعتماد بوده است. نظارت‌کنندگان آگاه در شبکه‌های بهداشت و درمان بخوبی قادرند با یک سلسله مقایسه‌های سهل و سریع، صحت و دقت اطلاعات زیج را کنترل کنند و حتی با پیگیری منشأ این اطلاعات در پرونده‌های خانوار و دفاتر عملیاتی، ابعاد نظارت خود را به جنبه‌های دیگر کار و فعالیت خانه بهداشت و بهورز در مناطق روستایی تولیدکننده زیج حیاتی گسترش دهند. تقریباً در تمام مواردی که این کار با حوصله و دلسوزی انجام می‌گیرد خمیر مایه‌های بسیار برای آموزش و راهنمایی ثبت‌کنندگان زیج حیاتی فراهم می‌آید.

پ.۴) ورود داده‌های زیج حیاتی به رایانه

از سال ۱۳۷۱ تاکنون برنامه نرم‌افزاری خاصی نوشته شده و در اختیار تمامی مراکز بهداشت شهرستان‌ها قرار گرفته است و هر ساله در ابتدای سال بر گه‌های زیج حیاتی از واحد تولیدکننده داده جمع‌آوری شده و در مراکز بهداشت شهرستان‌ها به رایانه وارد می‌شوند. این برنامه با FoxPro و تحت Dos نوشته شده است و تمامی شاخص‌های قابل استخراج از زیج‌های حیاتی را به دست می‌دهد.

ت) روش جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل و جمع‌بندی

این بررسی با گردآوری و تجمیع داده‌های ثبت شده در زیج‌های حیاتی خانه‌های بهداشت انجام شده است. به شرحی که گذشت، هر خانه بهداشت، جغرافیای معینی از پهنه مناطق روستایی کشور و تمام جمعیت ساکن در آن محدوده جغرافیایی محلی را در پوشش خود دارد. این تقسیم‌بندی جغرافیایی به گونه‌ای صورت گرفته که هر خانه بهداشت به طور متوسط ۱۰۰۰ تا ۲۰۰۰ نفر یا ۲۰۰ تا ۴۰۰ خانوار را تحت پوشش دارد و این جمعیت حداقل در یک روستای اصلی و چند روستای قمر ساکن‌اند.

به شرحی که گذشت، به‌روز هر سال (در ابتدای سال) جمعیت تحت پوشش خود را سرشماری می‌کند و نتایج سرشماری خود را به تفکیک سن و جنس در جدول «جمعیت برحسب سن و جنس» ثبت می‌کند. برای انجام این سرشماری در ابتدا تمامی اماکن و محل‌های سکونت شماره‌گذاری می‌شود و سپس تک‌تک افراد ساکن در این سکونتگاه‌ها شمارش می‌شوند. کمتر ممکن است که در این محدوده جمعیتی ۱۰۰۰ تا ۲۰۰۰ نفری کم‌شماری رخ دهد.

پس از انجام سرشماری و تکمیل جدول جمعیت بر حسب سن و جنس که در اوّل سال خاتمه می‌یابد؛ جداول دیگر به تدریج با وقوع انواع وقایع حیاتی تکمیل می‌شود.

- ◆ هر زایمانی که در این جمعیت محدود اتفاق می‌افتد بر حسب سن زایمان، جنس نوزاد، وزن نوزاد، سن مادر و شرایط زایمان در جدول «تولد بر حسب وزن و جنس نوزاد، سن مادر و شرایط زایمان» ثبت می‌شود.
- ◆ هر مورد مرگ مادر که اتفاق بیافتد، بر حسب مشخصات سنی و علت مرگ در جدول «مرگ مادران به دلیل عوارض و بارداری و زایمان» ثبت می‌شود.
- ◆ و الی آخر

در واقع به‌روز در حین ارائه خدمات خود «وقایع نگار واقعه‌های حیات جمعیت تحت پوشش» خود نیز هست. در پایان سال این زیج‌ها از تمام خانه‌های بهداشت جمع‌آوری شده و در مرکز شهرستان وارد نرم‌افزار مخصوص خود می‌شود و پس از ورود داده‌ها به رایانه زیج هر خانه به جایگاه خود برگردانده می‌شود و به دیوار در زیر زیج سال جدید نصب می‌شود.

به این ترتیب هر شهرستان به تفکیک تمام خانه‌های بهداشت خودش زیج آنها را در رایانه دارد. این کار در تمام شهرستان‌های یک استان انجام می‌شود و سپس فایل شهرستان‌ها وارد نرم‌افزار استانی می‌شوند. در نتیجه هر استان به تفکیک شهرستان و شهرستان به تفکیک خانه بهداشت، اطلاعات زیج‌های حیاتی خود را دارند. این کار در همه استان‌ها تکرار می‌شود و سپس همه استان‌ها وارد نرم‌افزار کشوری می‌شوند. در نتیجه در کشور به تفکیک استان و شهرستان و خانه بهداشت اطلاعات زیج‌های حیاتی در رایانه وجود دارد. این کار ده سال است که انجام شده است.

یعنی این گزارش اطلاعات زیج‌های حیاتی به تفکیک سال، استان، شهرستان، خانه بهداشت که از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در رایانه جمع‌آوری شده بود را مورد تجزیه و تحلیل قرار داده است.

در واقع این گزارش، جمع‌بندی داده‌های ثبتی ده ساله زیج‌هایی حیاتی مناطق روستایی کشور را ارائه می‌نماید. روش ثبت داده‌ها، روش گردآوری داده‌ها در طول سال، روش گردآوری آنها در پهنه شهرستانی، استانی و کشوری و در طول ده سال گذشته در صفحات قبل آمده بود. روش تجزیه و تحلیل، فرمول‌ها و روابط لازم برای برآوردهای انجام شده نیز در ابتدای هر بخش از نتایج خواهد آمد.

قسمت اول اسکن

قسمت دوم اسکن

ث) نتایج

توضیح اینکه هر بخش از ارائه نتایج دارای سه قسمت است

۱- بیان شاخص‌های مورد استفاده در آن بخش، با نوشتن رابطه‌ای که بوسیله آن، شاخص مزبور محاسبه شده است

۲- ارائه جداول، نمودارها و نقشه‌های مربوطه بر حسب موضوع

۳- بیان نکاتی که به نظر نگارندگان رسیده و پیشنهاد می‌کنند که در جریان مشاهده یا مطالعه نمودارها، نقشه‌ها و جداول به آنها توجه شود. همچنین به برخی از استنباطها و نتایجی که به ذهن تدوین‌کنندگان این مجموعه رسیده نیز اشاره شده است.

بخش اول:

جمعیت تحت پوشش

شاخص‌های بکار گرفته شده در این بخش

۱- تعداد جمعیت به تفکیک استان و سال محاسبه

۲- نسبتی از جمعیت تحت پوشش که در روستای قمر ساکن هستند.

$$\text{نسبت جمعیت ساکن در روستای قمر} = \frac{\text{تعداد جمعیت ساکن در روستای قمر در ابتدای سال } 100 \times}{\text{تعداد جمعیت تحت پوشش (ساکن در روستاهای اصلی و قمر)}}$$

جمع جمعیت تحت پوشش خانه‌های بهداشت فعال یک استان در

طول سال

$$\text{متوسط جمعیت تحت پوشش خانه‌های بهداشت استان} = \frac{\text{تعداد خانه‌های بهداشت فعال همان استان در طول همان سال}}{\text{طول سال}}$$

جمع جمعیت تحت پوشش خانه‌های بهداشت فعال کشور

کشور در طول سال

$$\text{متوسط جمعیت تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور طی یکسال} = \frac{\text{تعداد خانه‌های بهداشت فعال همان سال در سطح کشور}}{\text{کشور در طول سال}}$$

در این بخش نشان داده شده است که:

۱- در هر سال (از ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲) در هر استان، چه جمعیتی تحت پوشش خانه‌های بهداشت و در نتیجه تحت پوشش ثبت وقایع، حیاتی بوده اند

۲- متوسط جمعیت تحت پوشش یک خانه بهداشت به تفکیک در سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ چگونه بوده است.

۳- متوسط جمعیت تحت پوشش یک خانه بهداشت در سال ۱۳۸۲ در هر استان چگونه بوده است.

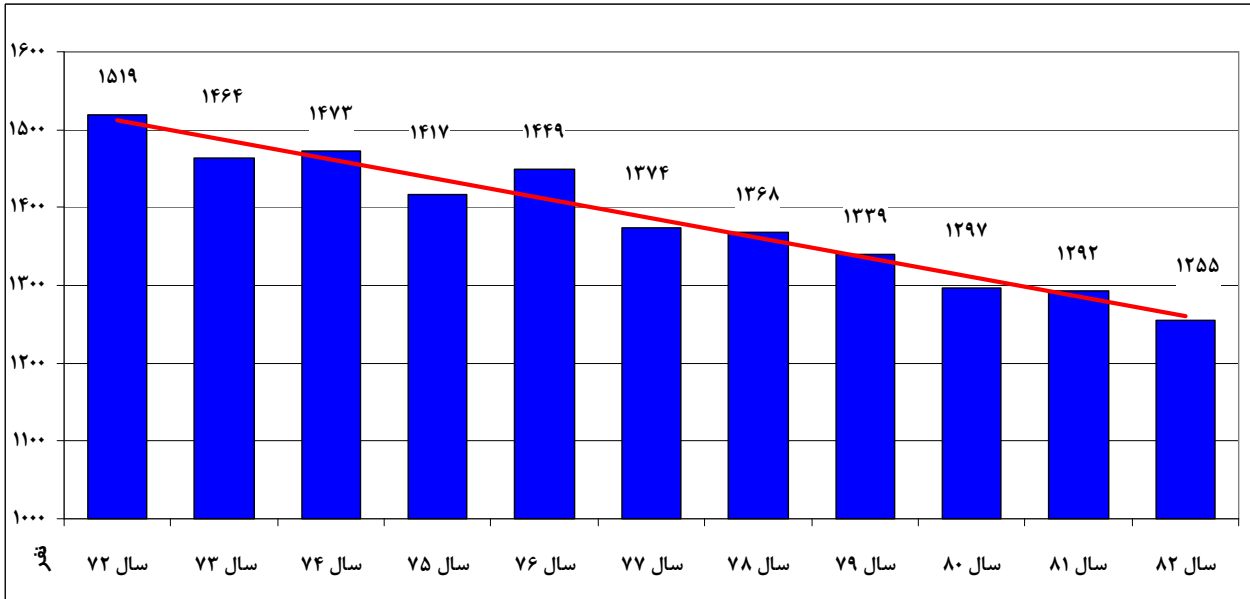
جدول ۱-۱ جمعیت تحت پوشش خانه‌های بهداشت (جمعیت ساکن در روستاهای اصلی و قمر) به تفکیک سال - تعدادخانه های بهداشت فعال و متوسط جمعیت تحت پوشش هر خانه بهداشت

ردیف	نام استان	سال ۷۲	سال ۷۳	سال ۷۴	سال ۷۵	سال ۷۶	سال ۷۷	سال ۷۸	سال ۷۹	سال ۸۰	سال ۸۱	سال ۸۲
1	آذربایجان شرقی	809547	927719	1012739	1101101	1141585	1134585	1125934	1140661	1189061	1124692	1202390
2	آذربایجان غربی	941817	993352	1000152	1029380	1064140	1077754	1097841	1086338	1091779	1094476	1093815
3	اردبیل	346769	366315	361615	469216	504850	471944	484484	493784	507506	508167	504701
4	اصفهان	1028558	1078433	1055319	1036443	1133168	1085533	1077872	1085905	1031709	958721	834170
5	آیلام	178969	197494	203326	207894	206432	207458	211264	212235	202640	202307	204647
6	بوشهر	342160	347588	346715	344659	348127	357964	360778	365690	295241	297149	300806
7	تهران	379959	436285	455094	416549	446443	461741	453741	491579	471627	601781	552412
8	چهارمحال و بختیاری	411720	433694	446042	447605	443862	446260	450423	441015	431196	427079	401234
9	خراسان	1668505	1830886	1944643	2049146	2123479	2185915	2218872	2284527	2382520	2298080	2215540
10	خوزستان	789645	859446	959267	1026805	1074818	1121725	1179154	1173314	1154981	1202104	1187451
11	زنجان	599457	426345	426264	454047	387463	385067	364174	351100	344278	399812	401976
12	سمنان	165099	171859	171859	154433	153086	151580	146965	140516	139450	135399	131092
13	سیستان و بلوچستان	468574	493760	492783	513840	552011	603587	734645	682450	685870	718459	745527
14	فارس	1270036	1414882	1547236	1591753	1623774	1643390	1668145	1587159	1608968	1580510	1571754
15	قزوین	*	*	223929	259074	343237	344132	356714	329323	327289	332350	314449
16	قم	*	*	*	72590	71255	73940	89237	61259	61249	60691	53125
17	کردستان	537705	554244	591265	627802	622418	639293	655613	654223	658209	666186	622738
18	کرمان	733986	781325	793093	843580	849038	863607	873070	864442	807508	815728	827981
19	کرمانشاه	560709	579890	581913	592862	615573	617831	592363	637852	601549	604268	598596
20	کهگیلویه و بویراحمد	312485	319578	329979	332848	353070	353070	345830	346794	348610	345173	345268
21	گلستان	*	*	*	188364	808927	808927	842439	854802	846331	834733	832043
22	گیلان	1152325	1160244	1180449	1204172	1222634	1238165	1309049	1250120	1383214	1339693	1168116
23	لرستان	482027	500756	533628	563252	614419	641521	651558	621738	635263	645218	654680
24	مازندران	1719979	1823677	1911110	1863824	1332175	1364117	1406878	1378574	1363188	1365301	1364074
25	مرکزی	494030	514891	527426	542628	540557	557196	517358	510461	492325	463118	455142
26	هرمزگان	396283	430148	456810	490960	512933	535009	558237	592846	596035	604626	625002
27	همدان	728202	774999	792900	809978	829942	819576	807313	809646	790478	787832	767192
28	یزد	234809	233896	255240	253718	255752	255912	238114	175516	196637	195245	185431
	کل کشور	16753355	17651706	18600796	19488523	20175168	20446799	20818065	20623869	20644711	20608898	20161352
	تعدادخانه بهداشت فعال* در هر سال	11029	12061	12626	13753	13928	14879	15218	15406	15916	15947	16065
	متوسط تعداد جمعیت تحت پوشش هر خانه بهداشت	1519	1464	1473	1417	1449	1374	1368	1339	1297	1292	1255

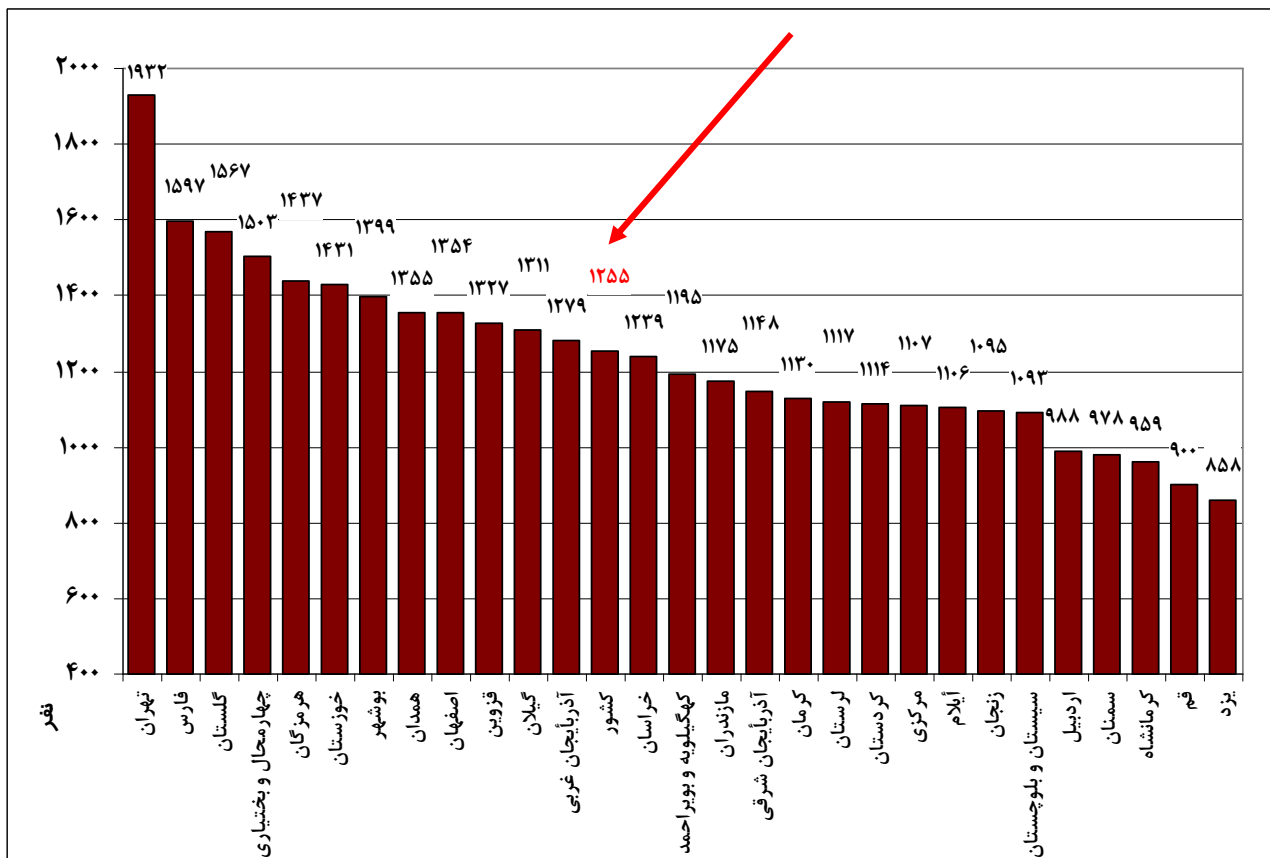
* این استان‌ها از سال ۱۳۷۵ به تقسیمات کشوری اضافه شده است

** خانه بهداشت فعال عبارتست از خانه بهداشتی که حداقل یک بهورز دارد که دوره آموزش نظری و عمل خود را گذرانده باشد و گواهی بهورزی را دریافت کرده

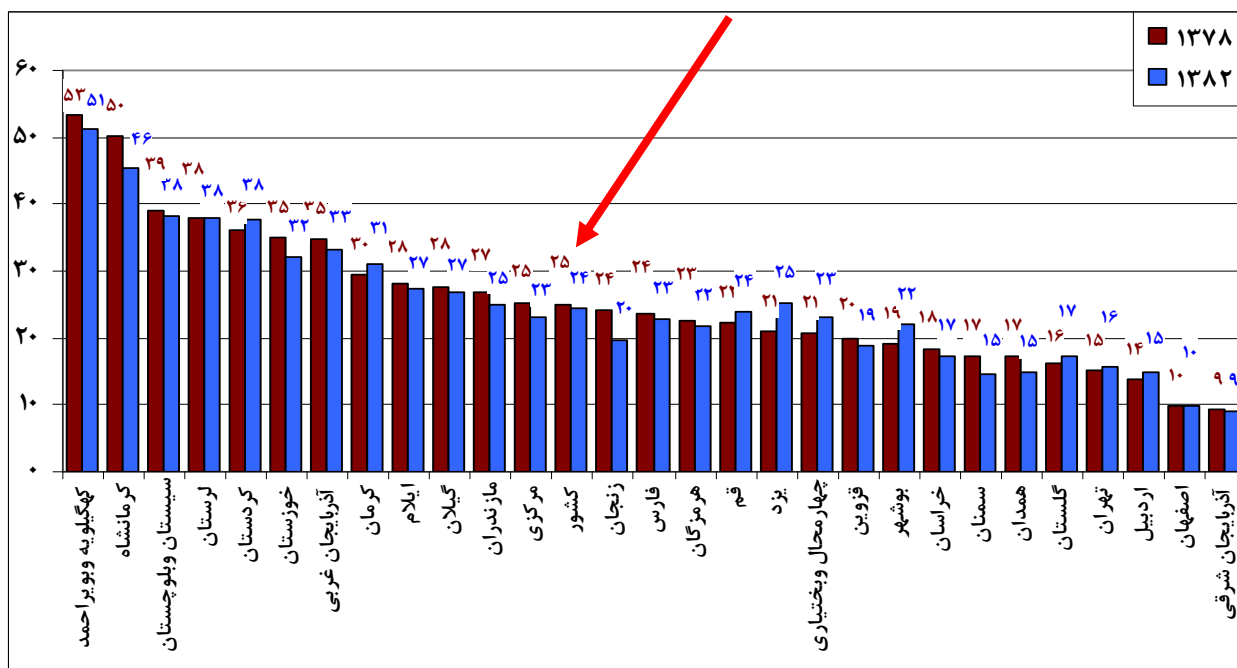
نمودار ۱-۱ روند متوسط کشوری جمعیت تحت پوشش یک خانه بهداشت از سال ۱۳۷۲ تا سال ۱۳۸۲



نمودار ۱-۲ متوسط جمعیت تحت پوشش یک خانه بهداشت در سال ۱۳۸۲ به تفکیک استان



نمودار ۱-۳ نسبتی از جمعیت تحت پوشش خانه‌های بهداشت که در روستاهای قمر ساکن‌اند در سال‌های ۱۳۷۸ و ۱۳۸۲



- ♦ گرچه فعالیت خانه‌های بهداشت و نظام مراقبتهای اولیه بهداشتی در مناطق روستایی ایران از سال ۱۳۶۴ در کشور ما، به شکل فعال کردن یک شهرستان در هر استان و سپس گسترش دادن آن به کل استان، شروع شد ولی هنوز آنچه که در طراحی اولیه پیش‌بینی شده بود به پایان نرسیده است. گسترش پوشش خانه‌های بهداشت در مناطق روستایی کشور هنوز ادامه دارد و تا کنون (پایان ۱۳۸۲) به حدود ۸۶٪ از جمعیت روستایی (جمعیتی که حداقل یک سال تمام تحت پوشش بوده‌اند) رسیده است.
- ♦ هر ساله شاهد راه‌اندازی و افزایش تعداد خانه‌های بهداشت جدید در مناطقی که پوشش نداشته است هستیم. ولی در عین حال به دلایلی چون: تخلیه روستاهای کم جمعیت، گسترش دامنه شهرها به مناطق روستایی، تبدیل روستاهای بزرگ به نقاط شهری و... با روند قطع فعالیت‌های خانه‌های بهداشت یا تبدیل شدن آنها به پایگاههای بهداشتی در حاشیه شهرهای بزرگ، و... نیز مواجه هستیم. این روند منجر به کاهش تعداد آنها نیز می‌شود. پس؛
- ♦ افزایش تعداد خانه‌های بهداشت بر اساس طرحهای گسترش یک روند جمعی صرف نیست و خروج از مجموعه یا تبدیل آن نیز وجود دارد.

♦ صحیح است که نرخ رشد طبیعی جمعیت روستایی (حاصل تفاصل مرگ از موالید) بیش از مناطق شهری است ولی فراوانی مهاجرت از روستا به شهر، تقریباً دو دهه است که جمعیت روستایی کشور را در حدود ۲۰ تا ۲۲ میلیون ثابت نگه داشته است.

- ♦ هر ساله مناطق جدید روستایی زیر پوشش می‌رود، جمعیت روستایی هم افزایش می‌یابد ولی تخلیه مناطق روستایی هم ادامه دارد
- پس:
- ♦ همانگونه که در دو سطر آخر جدول ۱-۱ و نمودار ۱-۱ دیده می‌شود؛ متوسط تعداد جمعیت تحت پوشش هر خانه بهداشت در کشور رو به کاهش است. سال ۱۳۷۲ متوسط این شاخص ۱۵۱۹ نفر بوده در سال ۱۳۸۲ با وجود گسترده‌تر شدن خانه‌های بهداشت، به دلیل زیر پوشش رفتن مناطق کم جمعیت و دورتر و... به دلیل مهاجرت نیروهای جوان از روستاها، متوسط جمعیت تحت پوشش هر خانه بهداشت به ۱۲۵۵ نفر رسیده است.
- ♦ نمودار ۱-۲ نشان می‌دهد که نه تنها این سر ریز جمعیت روستایی به شهرهای بزرگ و کوچک ادامه دارد بلکه مناطق روستایی حاشیه شهرهای بزرگ مثل تهران متورم و بزرگتر می‌شود، تا جایی که در حاشیه شهر تهران و سایر شهرستان‌های استان تهران، متوسط پوشش خانه‌های بهداشت به ۱۹۳۲ نفر رسیده است و حتی در برخی از روستاهای رسمی حاشیه شهرهای بزرگ مثل تهران، معاونت سلامت مجبور به اتخاذ تدابیر دیگری؛ منجمله راه‌اندازی «پایگاه‌های بهداشت روستایی» شده است. این پایگاه‌ها برای روستاهای بالای ۶۰۰۰ نفر احداث می‌شود.
- ♦ بیش از همه روستاهای حاشیه کویر مرکزی ایران مثل قم، یزد، سمنان، مرکزی و کرمان در روند تخلیه جمعیت قرار دارند.
- ♦ ۲۴٪ جمعیت تحت پوشش خانه‌های بهداشت در روستاهای اقماری ساکن‌اند. تقریباً در اکثریت استان‌ها نسبت جمعیت روستاهای قمر در فاصله سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۲ کاهش یافته است، بجز تعدادی استان معین مثل

یزد، قم، بوشهر و چهارمحال و بختیاری که در این استان‌ها نیز معلوم نیست که آیا دلیل این تفاوت؛ سریعتر و شدیدتر بودن مهاجرت از روستاهای اصلی است یا دلایل دیگری دارد؟

♦ واقعاً چرا در استان‌های کهگیلویه و بویراحمد، کرمانشاه و... بیش از ۴۰٪ جمعیت روستایی در روستاهای قمر ساکن اند آیا دلیل خاصی برای آن وجود دارد؟ شاید به دلیل کندی راه‌اندازی خانه‌های بهداشتی که در طرح گسترش استان وجود دارد، هنوز روستاهای بزرگ و پرجمعیت روستاهای قمر محسوب می‌شوند؟

بخش دوم

کیفیت داده‌ها

کیفیت داده‌ها

- ♦ برای نشان دادن کیفیت داده‌های جمع آوری شده و اعتبار اطلاعات بدست آمده راه‌های متعددی وجود دارد، یکی از این راه‌ها کنترل وقوع وقایع حیاتی در جریان عملیات میدانی و بازبینی چگونگی ثبت آنها و نشان دادن وجود و میزان «وقوع کم ثبتی» یا «بد ثبتی»، در عرصه عملیات است. راه دیگر استفاده از خود داده‌ها و کیفیت آنها است. این کار را می‌توان با کنترل و استفاده از «همخوانی» (Consistency) داده‌ها و شاخص‌ها در عرصه‌های مختلف انجام داد.
- ♦ برای نشان دادن کیفیت داده‌های ثبت شده در زیج حیاتی در این بخش، از همخوانی داده‌ها در پهنه شهرستانی یا در روند سال‌ها مختلف، در پهنه استانی استفاده شده است.
- ♦ برای اینکه اطلاعات و داده‌های شهرستانی از اعتبار بالایی در قبال تغییرات و تموج‌های زمانی (بنا به دلایل مختلف) برخوردار گردند؛ در سه ساله ۱۳۷۹، ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱ داده‌های خام به تفکیک شهرستان‌های موجود در سال ۱۳۷۹ (یعنی ۲۸۱ شهرستان) استخراج گردید. سپس داده‌های خام روی هم ریخته شد و مجدداً برای جمعیت سه ساله هر شهرستان شاخص‌های متنوع و متعدد محاسبه گردید که در بخش‌های دیگر جزئیات آن بطور مفصل ارائه می‌شود. در نمودارهای ۱-۲ تا ۶-۲ از داده‌های ۲۸۱ شهرستان به منظور نشان دادن همخوانی و اعتبار داده‌ها ثبت شده برای ترکیب سنی جمعیت روستایی استفاده شده است.
- ♦ در نمودارهای بعدی این بخش، برای نشان دادن «همخوان بودن» (consistent) داده‌ها از مقایسه نسبت‌های پایدار زیستی، مثل نسبت جنسی در زنده‌زایی و مرده‌زایی استفاده شده است و در دو نمودار آخر همگرایی نسبت‌های اختصاصی سنی باروری و مرگ در طول ده سال بعنوان ملاک‌های دیگر همخوانی داده‌ها در روند ده ساله ارائه شده است.

نسبت‌ها و میزان‌های بکار رفته در این بخش عبارتند از

تعداد جمعیت یک گروه سنی معین در یک فاصله زمانی

معین (مثلاً زیر یکسال $\times 100$)

نسبت جمعیت یک گروه سنی (مثلاً زیر یکسال) به کل جمعیت =

تعداد کل جمعیت در همان فاصله زمانی معین

حاصل جمع سال‌های متفاوت عمر (هرسن) \times تعداد افراد دارای همان سن و

به تفکیک جنس

= میانگین سن در هر جنس یا هر دو جنس

جمعیت به تفکیک جنس

$\times 1000$ تعداد حاملگی خاتمه یافته، از هفته ۲۲ به بعد که منجر به تولد زنده نشده، در طول زمان معین

تعداد حاملگی‌های خاتمه یافته، منجر به تولد زنده و یا مرده‌زایی

= نسبت مرده‌زایی

تعداد موالید زنده پسر $\times 100$

تعداد موالید زنده دختر

= نسبت جنسی در موالید زنده

$\times 100$ تعداد خروجی حاملگی بعد از هفته ۲۲ که جنس آنها قابل تشخیص و مذکر بوده

تعداد خروجی حاملگی بعد از هفته ۲۲ که جنس آنها قابل تشخیص و مونث بوده

= نسبت جنسی در مرده‌زایی

تعداد موالید زنده در هر یکسال در هر گروه سنی زنان در یکسال $\times 100$

جمعیت زنان و دختران در همان گروه سنی در همان سال

= (ASFR) میزان باروری اختصاصی سنی

Age Specific Fertility Rate

تعداد موارد فوت در هر گروه سنی در طول یکسال $\times 1000$

جمعیت همان گروه سنی در همان سال

= (ASMR) میزان مرگ اختصاصی سنی

Age Specific Mortality Rate

همبستگی (Correlation) و ارتباط بین گروه‌های سنی

نکته

♦ هر جمعیت معمولی و عادی از مشخصات و نسبت‌های سنی، جنسی و ارتباط‌های معینی در بین اجزای خود پیروی می‌کند، به طوری که در صورت برقرار نبودن این همبستگی‌ها، نسبت‌ها و مشخصه‌ها، یا خطای شمارش، ثبت و یا طبقه‌بندی (کم شماری یا زیاد شماری و یا ثبت نادرست سن) وجود دارد و یا جامعه مذکور دارای مشخصات ناهنجار است (مهاجرت‌ها یا مرگ و میر غیر معمول و زیاد در برخی از گروه‌های سنی داشته است).

● وجود همخوانی (Consistency) داده‌های ترکیب سنی جمعیت تحت پوشش زیج حیاتی نشانه ثبت درست و هنجار بودن جامعه تحت پوشش است:

♦ ضریب همبستگی بالا، بین نسبت زیر یکسال با نسبت زیر پنج سال ($r=0.97$) نشانه ثبت درست ترکیب سنی مزبور است. در شهرستان زاهدان به دلیل میزان مولید بالا هم نسبت سنی زیر پنج سال و هم نسبت سنی زیر یکسال بالا می‌باشد، در صورتی که در فیروزکوه، محلات و ماسال به دلیل میزان مولید پائین نسبت‌های مذکور پائین است (نمودار ۱-۲).

♦ در نمودار ۲-۲ که همبستگی نسبت زیر پنج سال و زیر پانزده سال ($r=0.87$) را نشان می‌دهد، فقط همخوانی نسبت‌ها در مناطق روستایی غرب تهران غیر معمول بنظر می‌رسد. در این مناطق با نسبت جمعیت زیر پنج سال ۱۲٪، نسبت جمعیت زیر ۱۵ سال باید حدود ۴۰٪ باشد، در صورتی که این رقم حدود ۲۷٪ است. پس یا جامعه مزبور جامعه ایست مهاجر پذیر که فقط خانوارهای بسیار جوان (نیروی کار) که معمولاً فرزندان زیر پنج سال بیشتری دارند را می‌پذیرد و یا خطای ثبت وجود دارد.

♦ در نمودار ۳-۲ که همبستگی نسبت زیر ۱ سال با زیر ۱۵ سال ($r=0.81$) را نشان می‌دهد باز هم مناطق روستایی «غرب تهران» همان ویژگی را از خود بروز می‌دهد.

♦ نمودار ۴-۲ همبستگی معکوس نسبت گروه سنی زیر ۱۵ سال را با گروه سنی ۶۵ سال و بالاتر ($r=0.7$) نشان می‌دهد. باز هم مناطق روستایی غرب تهران (و تا حدودی رباط کریم) را مشاهده می‌کنیم که خانوارهای جوان مهاجر، سالخوردگان خود را در موطن خود بجا گذاشته و فقط جوان‌ها برای کار و سکونت به تنهایی مهاجرت کرده‌اند. در مناطق روستایی فیروز کوه و مرکز ایران (محلات، دلجان، نطنز) تقریباً سالمندان و میانسالان باقی مانده اند و عمده جوانان مهاجرت کرده‌اند. روستاهای شهرستان‌های جنوب شرقی کشور مثل خاش و جاسک هم جمعیت جوان دارد و هم جمعیت آنها هنوز به سن سالخوردگی نرسیده‌اند.

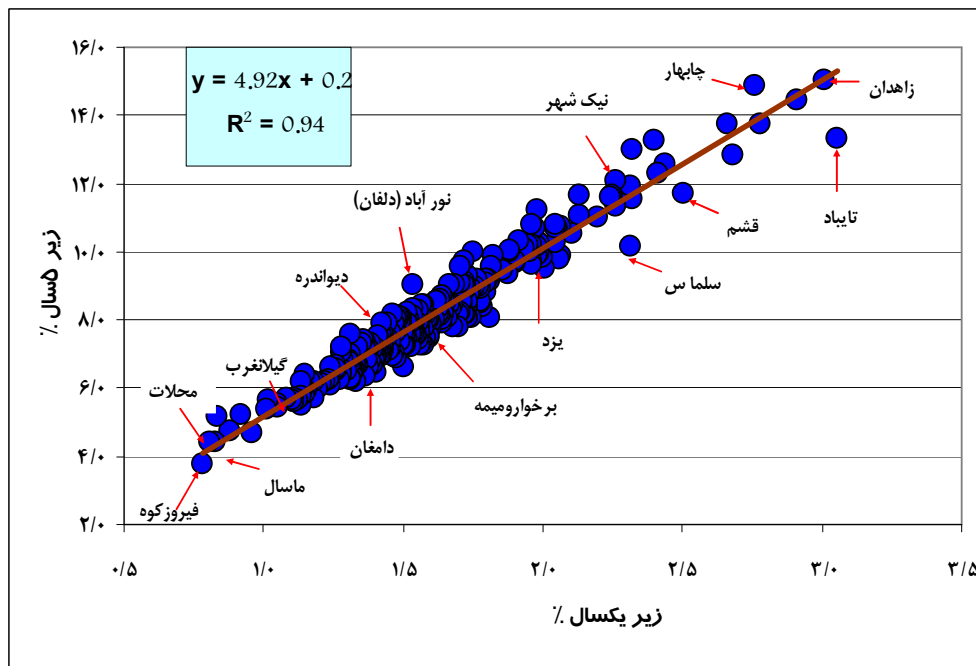
♦ در نمودار ۵-۲ با کمترین میزان همبستگی ($r=0.62$) ارتباط نسبت زیر پنج سال با نسبت ۶۵ سال و بالاتر را نشان می‌دهد، اگر به دنبال شهرستان‌های مورد مثال خود بگردیم می‌بینیم که در کنار غرب تهران، شهرستان «شهر ری» هم پیدا شده و شهرستان‌های پر مولید و جوان جنوب شرقی و شهرستان‌های مسن و کم مولید حاشیه کویر مرکزی و شمالی کماکان در جایگاه پیشین خود قرار دارند.

♦ نمودار ۶-۲ ارتباط و همبستگی میانگین سن زنان با مردان ($r=0.93$) ساکن مناطق روستایی شهرستان‌های مختلف کشور را نشان می‌دهد. اگر شهرستان‌های مورد مثال خود را دنبال کنیم می‌بینیم که در شهرستان‌های جوان جنوب شرقی کشور، هم زنان و هم مردان جوان هستند و در شهرستان‌های شمالی و مرکزی کشور هم زن و هم مرد آنها مسن هستند. غرب تهران با میانگین سن ۲۵/۹ و برای زن و مرد در میانه‌های خط قرار

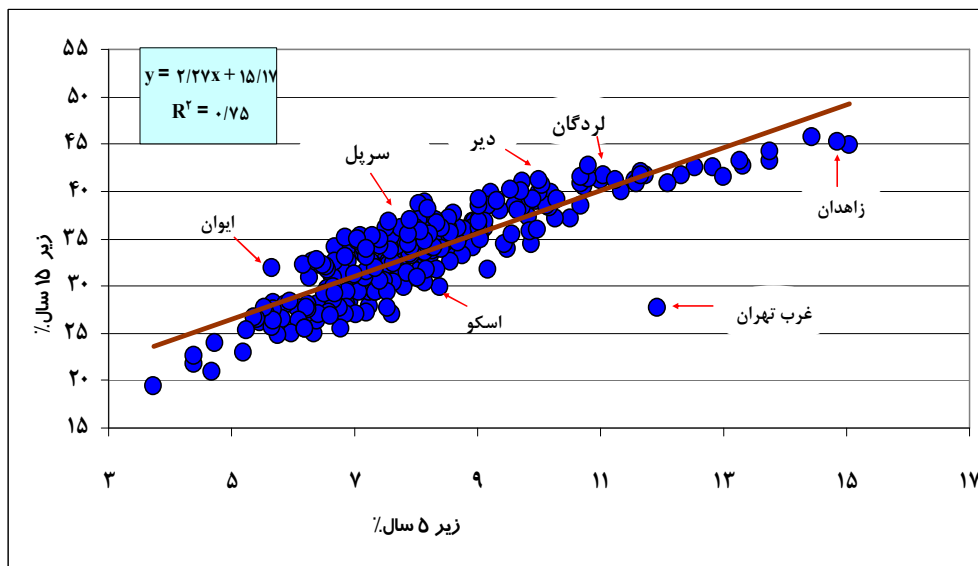
دارد. فقط زابل کاملاً از خط خارج است. مردان سالخورده با زنان جوان، ترکیب سنی زابل را تشکیل می‌دهد. یا فقط مردان جوان مناطق روستایی زابل را برای کار ترک کرده‌اند یا خطای ثبت سن در آن شهرستان وجود دارد.

وجود تناسب پایدار در ترکیب سنی و ارتباط درونی اجزاء و نسبت‌های درونی ترکیب سنی مناطق روستایی شهرستان‌ها نشانه‌ای بسیار خوب از کیفیت داده‌ها و قابل اعتماد بودن نتایج ثبت وقایع در زیج حیاتی است.

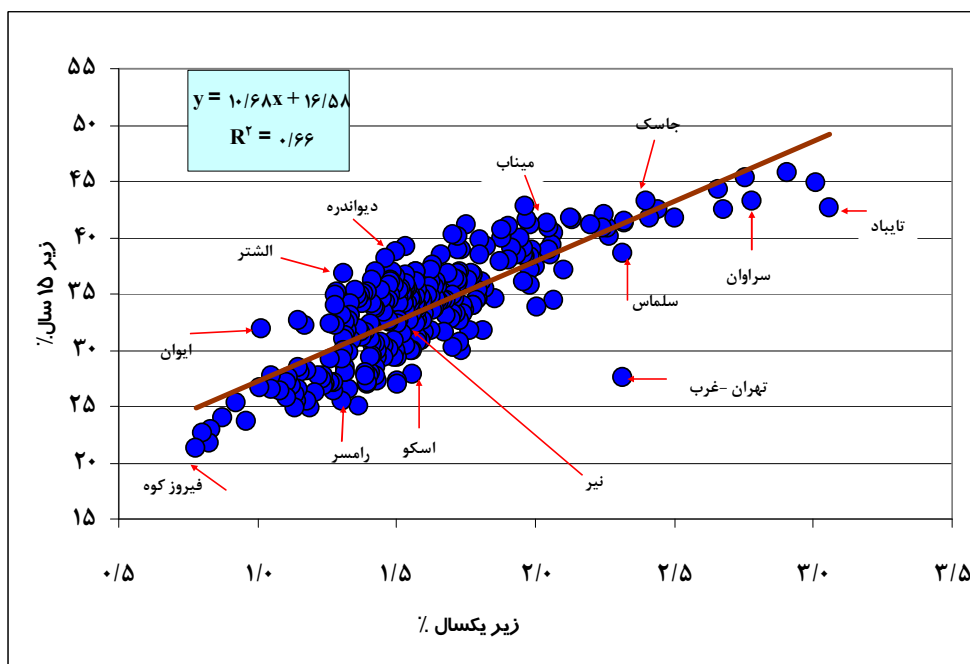
نمودار ۲-۱ همبستگی نسبت جمعیت زیر یک سال با نسبت جمعیت زیر پنج سال در جمعیت روستایی، بر گرفته شده از اطلاعات سه ساله ۷۹-۸۰ و ۱۳۸۱ زیج‌های حیاتی ۲۸۱ شهرستان



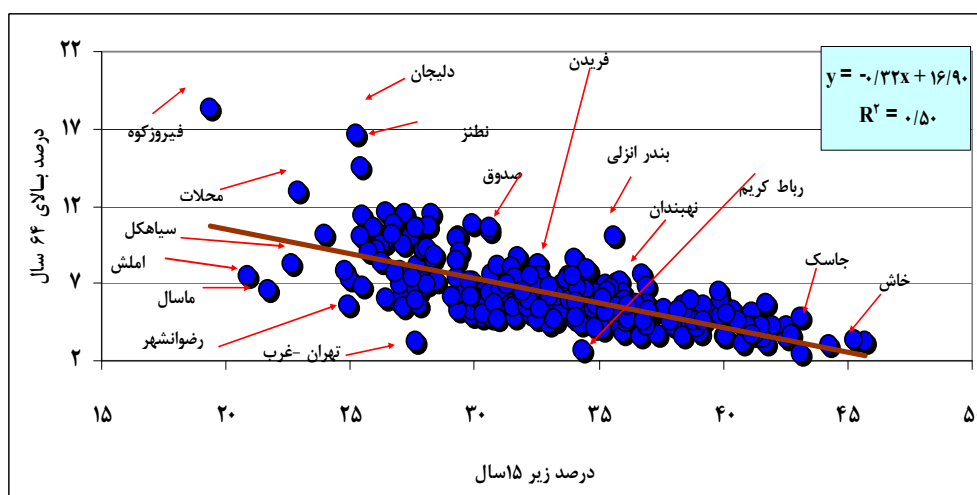
نمودار ۲-۲ همبستگی (همخوانی) نسبت جمعیت زیر پنج سال با نسبت جمعیت زیر ۱۵ سال در جمعیت روستایی، بر گرفته شده از اطلاعات سه ساله ۷۹-۸۰ و ۱۳۸۱ زیج‌های حیاتی ۲۸۱ شهرستان



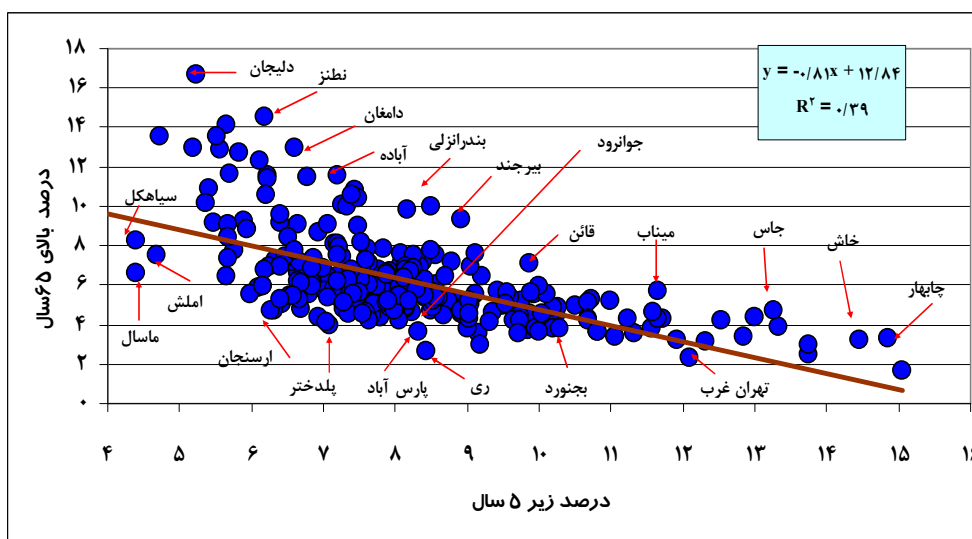
نمودار ۲-۳ همبستگی (همخوانی) نسبت جمعیت زیر یک سال با نسبت جمعیت زیر ۱۵ سال در جمعیت روستایی، بر گرفته شده از اطلاعات سه ساله ۷۹-۸۰ و ۱۳۸۱ زیج‌های حیاتی ۲۸۱ شهرستان



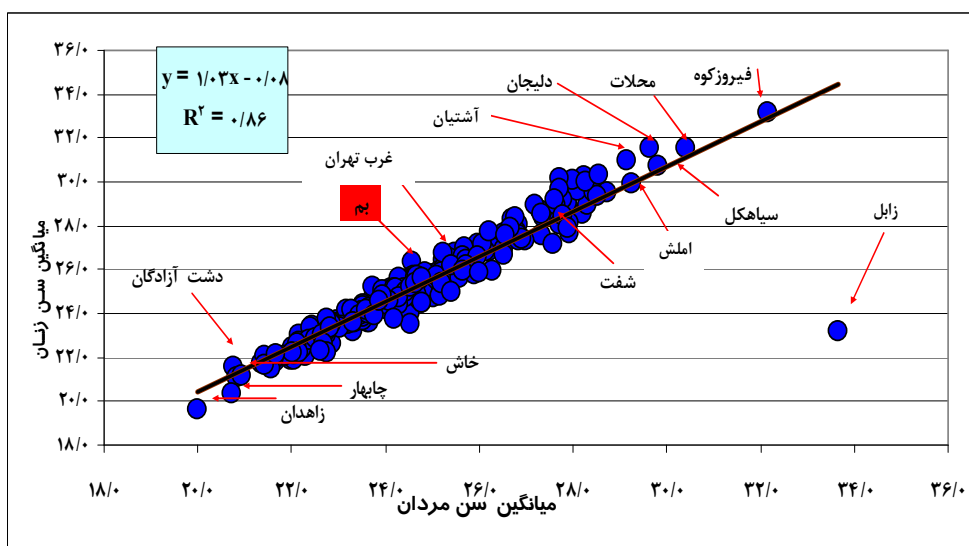
نمودار ۲-۴ ارتباط نسبت جمعیت زیر پانزده سال با نسبت جمعیت ۶۵ سال و بالاتر در مناطق روستایی ۲۸۱ شهرستان کشور، در سال‌های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱- براساس اطلاعات ثبت شده در زیج‌های خانه‌های بهداشت



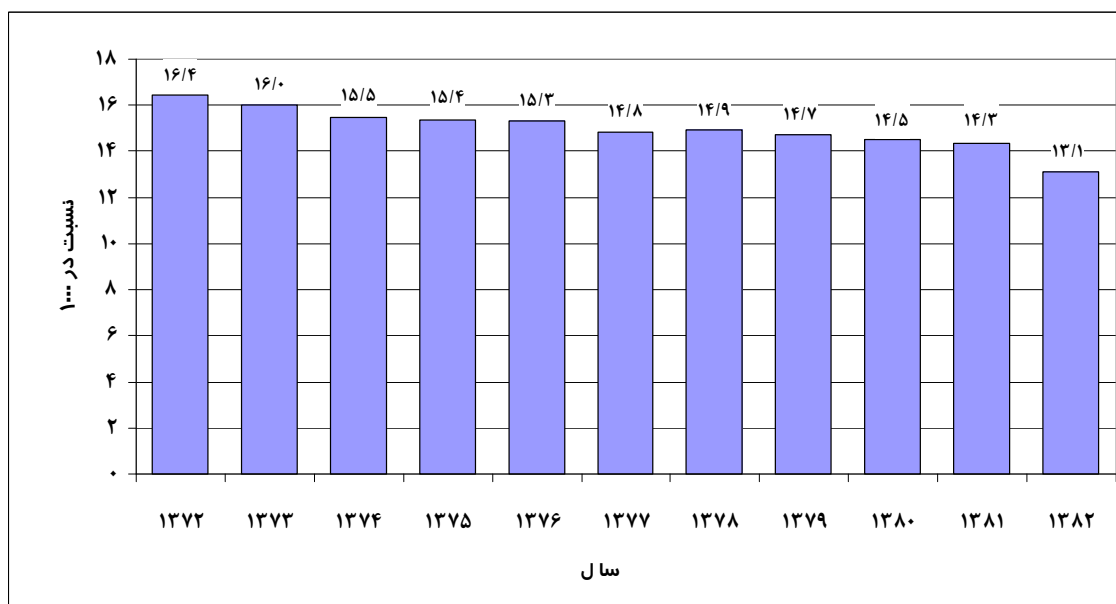
نمودار ۲-۵ ارتباط نسبت جمعیت زیر پنج سال با نسبت جمعیت ۶۵ سال و بالاتر در مناطق روستایی ۲۸۱ شهرستان کشور در سالهای ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱- بر اساس اطلاعات ثبت شده در زیج حیاتی خانه‌های بهداشت



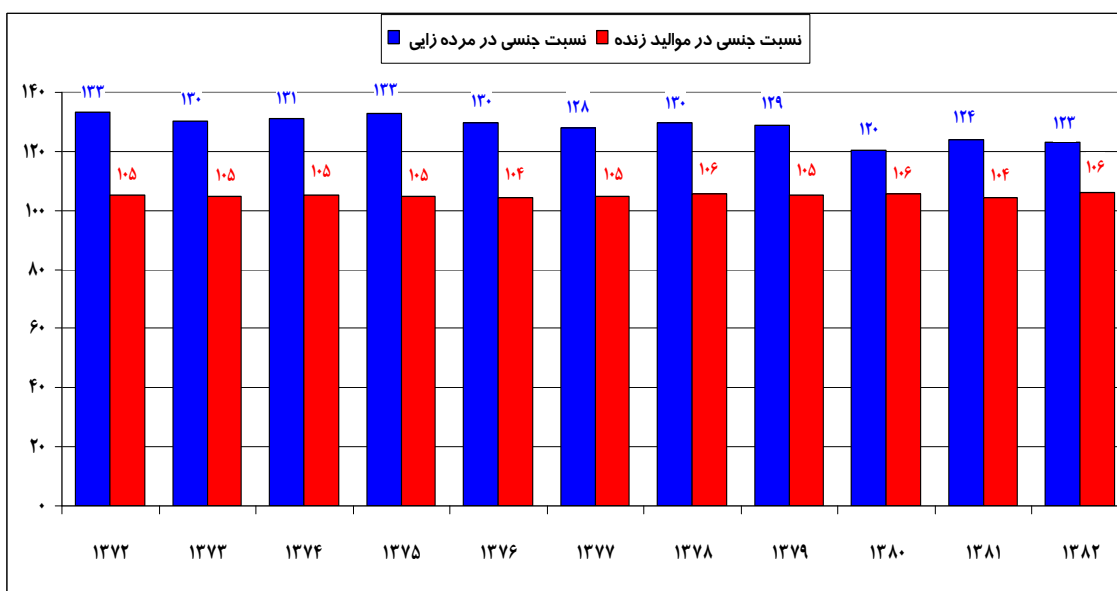
نمودار ۲-۶ همبستگی (همخوانی) میانگین سن مردان و زنان ساکن در جمعیت روستایی، بر گرفته شده از اطلاعات سه ساله ۷۹-۸۰ و ۱۳۸۱ زیج‌های حیاتی ۲۸۱ شهرستان



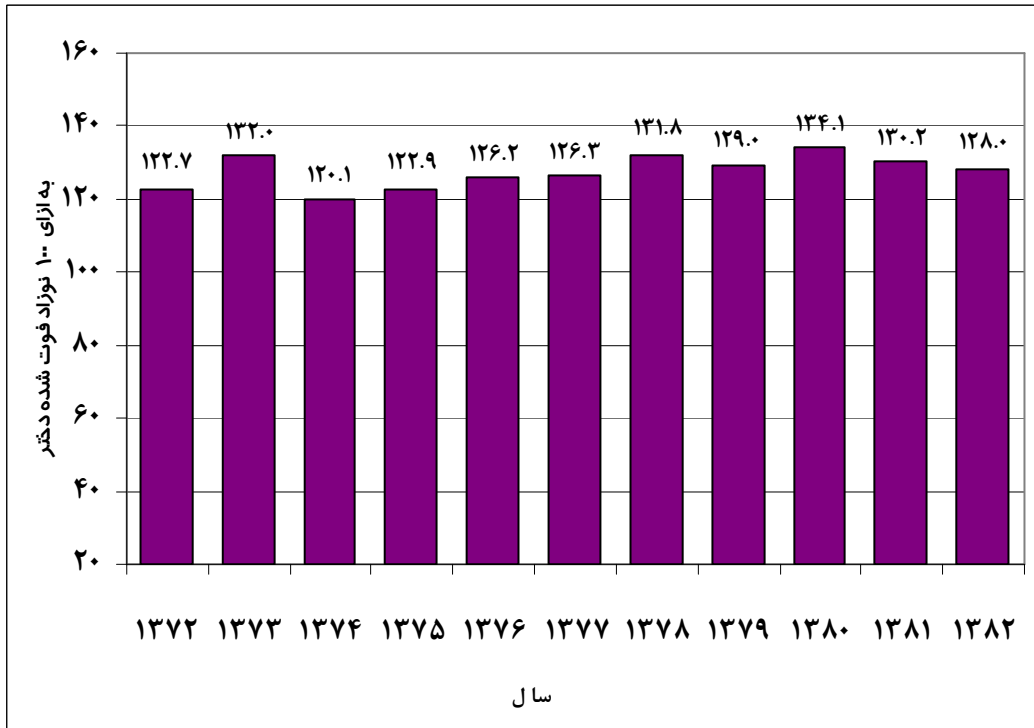
نمودار ۷-۲ نسبت مرده‌زایی به ازای ۱۰۰۰ زایمان منجر به موالید زنده یا مرده در جمعیت روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت؛ بر گرفته از زیج‌های حیاتی ده ساله ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲



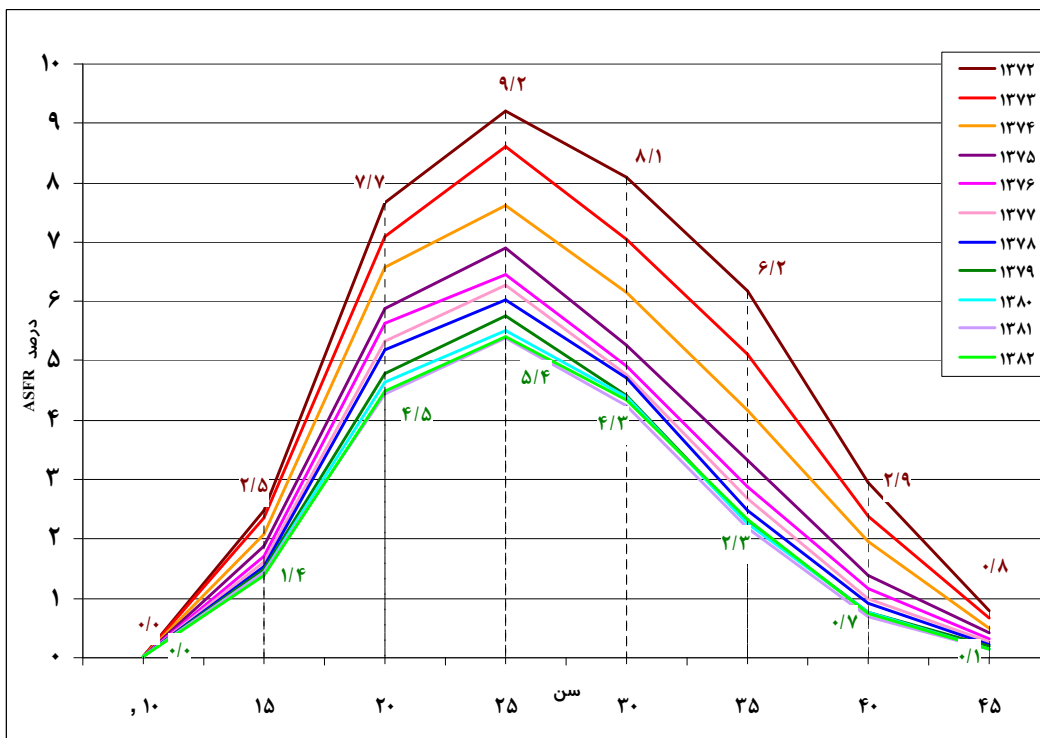
نمودار ۸-۲ نسبت جنسی در موالید زنده و موارد مرده به دنیا آمده در جمعیت روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت؛ بر گرفته از زیج‌های حیاتی ده ساله ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲



نمودار ۹-۲ نسبت جنسی در نوزادان فوت شده در جمعیت روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت؛ بر گرفته از زیج‌های حیاتی ده ساله ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲



نمودار ۱۰-۲ میزان باروری اختصاصی سنی (ASFR) در جمعیت روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت؛ بر گرفته از زیج‌های حیاتی ده ساله ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲



● پایداری الگوهای وقایع سنی در گذر زمان نشانه دیگری از همخوانی داده‌ها

♦ تغییر بسیاری از شاخص‌های سنی و جنسی به آسانی امکان‌پذیر نیست و در جریان تحولات تدریجی یکی دو دهه (۱۰ تا ۲۰ سال) یا وقوع حوادث عظیم و بزرگ، ترکیب‌ها و شاخص‌های سنی و جنسی تغییر خواهد کرد. پایداری و یک شکل بودن ترکیب‌های سنی و جنسی در طول یک دهه نشانه‌ای از هنجار بودن ترکیب جمعیتی جامعه و ثبت صحیح وقایع است و برهم خوردن نظم این ترکیب‌های سنی، یا نشانه وقوع بله و حوادث عظیم اجتماعی است که هنجار بودن جمعیت را برهم زده است یا وجود خطا در جریان ثبت وقایع می‌باشد.

دو مورد از این شاخص‌های سنی عبارتند از میزان باروری اختصاصی سنی «ASFR» (Age Specific Fertility Rate) و میزان مرگ اختصاصی سنی «ASMR» (Age Specific Mortality Rate).

رفتار باروری یک جامعه از نظر سن زایمانی تقریباً پایدار است، بیشترین زایمان‌ها در ایران در گروه سنی ۲۵ تا ۲۹ و پس از آن در گروه‌های سنی ۲۰ تا ۲۵ سال صورت می‌گیرد، ثبت اختصاصی سنی زایمان‌ها طی ده سال برای ۱۶ تا ۲۰ میلیون جمعیت روستایی کشور پایداری این تصویر را نشان می‌دهد. گرچه میزان‌های بروز اختصاصی سنی بتدریج برای همه سنین کم شده است، ولی ترکیب و توازن سنی آن و رفتار مبتنی بر الگوهای قبلی تغییر نکرده است. نکته قابل توجه اینکه ASFR سه ساله ۱۳۸۰، ۱۳۸۱ و ۱۳۸۲ بر یکدیگر منطبق است. نکته دیگر اینکه دگرگونی تدریجی ASFR برای هیچ یک از سنین در طول ده سال اخیر تغییر ناهنجار و ناهمگن با سال‌های قبل را نداشته است.

رفتار مرگ و میر مجزا از تمایلات انسانی (نه مانند رفتار باروری) و براساس ویژگی‌های توسعه اجتماعی، ترکیب سنی جامعه و وضعیت سلامتی پدیدار می‌شود. ASMR در جامعه، در صورتی که تغییر اجتماعی خاص، حادثه غیر مترقبه طبیعی و یا جنگ و آشوب خاصی واقع نشود، تقریباً ثابت و تغییرات آن بسیار کند و تدریجی است و متناسب با ترکیب سنی جامعه تغییرات آهسته خود را خواهد داشت. در واقع هر چه تغییرات ASFR در مقایسه با ASMR می‌تواند سریع باشد، ASMR یک پدیده «کند رو» است و فقط بدنال بله‌های طبیعت و یا وقایع اجتماعی بزرگ جا به جایی ناگهانی، ولی اندک، پیدا خواهد کرد.

نمودارهای ۱۰-۲ و ۱۱-۲ بخوبی نشان می‌دهد که ترکیب باروری اختصاصی سنی ثبت شده در زیج‌های حیاتی کاملاً از پایداری شکلی برخوردار است و فقط کاهش تدریجی آن تا سال ۱۳۷۹ واضح و آشکار بوده و پس از آن در سال‌های ۱۳۸۰، ۱۳۸۱ و ۱۳۸۲ این کاهش کند شده است.

ولی ترکیب سنی اختصاصی مرگ و میر از ۱۳۷۲ تا سال ۱۳۸۱ کاملاً یکسان و برهم منطبق بوده است و فقط فاجعه زلزله بم میزان‌های مرگ اختصاصی سنی گروه‌های سنی یک تا ۵۰ سال را بصورت مشهودی افزایش داده است.

دو نمودار ۱۰-۲ و ۱۱-۲ بهترین بینه برای اثبات اعتبار و پایایی داده‌های ثبت شده در زیج‌های حیاتی است و ارزش این داده‌ها را بخوبی نشان می‌دهد.

● مغایر نبودن داده با منابع دیگر

♦ نمودارهای ۱۲-۲، ۱۴-۲، ۱۶-۲ مقایسه نسبت‌های گروه سنی ۵ ساله، ۱۵ ساله و ۶۵ ساله را در مناطق روستایی که در سرشماری سال ۱۳۷۵ بدست آمده با همین نسبت‌ها در زیج حیاتی مناطق روستایی نشان می‌دهند؛

در مقایسه این دو نسبت باید به نکات زیر توجه کرد:

○ استان‌های گلستان و قزوین در زمان سرشماری سال ۱۳۷۵ هنوز رسماً تشکیل نشده بودند، در نتیجه در سرشماری، جمعیت استان قزوین در استان‌های تهران و زنجان و استان گلستان در استان مازندران گنجانیده شده است.

○ زمان سرشماری نفوس و مسکن معمولاً مهر و آبان است، در صورتیکه زمان سرشماری در جمعیت تحت پوشش خانه‌های بهداشت در فروردین و اردیبهشت است در نتیجه در استان‌ها با جمعیت متحرک (عشایر) تفاوت‌هایی بوجود می‌آید.

○ تعاریف روستا و شهر در جریان سرشماری دقیقاً منطبق با تعاریف حدود و ثغور موجود در تقسیمات رسمی کشور (اعلام شده توسط وزارت کشور) است، در صورتی که در بخش و بهداشت و درمان در مواردی از این تعاریف عدول می‌شود. بطور مثال در حاشیه شهرهای بزرگ، مثل تهران، روستاهایی (برابر تعریف وزارت کشور) وجود دارد که بیش از ۱۰ یا ۲۰ هزار نفر جمعیت دارد. این روستاها به دلیل راه‌های ارتباطی و متصل بودن به شهر و جمعیت زیاد از نظر بخش بهداشت و درمان جزء نقاط شهری محسوب می‌شوند و مانند همان نقاط نیز خدمات دریافت می‌کنند (همانند نقاط شهری). این نقاط حاشیه‌ای در اغلب موارد زیر پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهری قرار می‌گیرند. مثل، باقر آباد، احمد آباد مستوفی، گلدسته، شهرک شهید عراقی (خاتون آباد) و... در حاشیه جنوبی و جنوب غربی تهران با جمعیت‌های جوان (مهاجر) بسیار بالا که پیش از ۵۰ هزار نفر جمعیت داشته و تا مدتی بعد از سرشماری روستا محسوب می‌شدند.

○ آنچه که مهم است همخوانی این نسبت‌ها در سطح کشور و در بسیاری از استان‌های با جمعیت پایدار و ساکن است

در نمودارهای ۱۳-۲، ۱۵-۲، ۱۷-۲ نسبت‌های گروه سنی زیر ۵ سال، زیر ۱۵ سال و ۶۵ سال به بالاتر روستایی در مطالعه سیمای جمعیت و سلامت (DHS) با همین نسبت‌ها در زیج حیاتی سال ۱۳۷۹ مقایسه شده‌اند. در جریان این مقایسه‌ها نکات زیر باید مورد توجه قرار گیرد.

◆ مطالعه DHS نیز در ماه‌های مهر و آبان سال ۱۳۷۹ انجام شد، در صورتی که سرشماری جمعیت تحت پوشش خانه‌های بهداشت در ماه‌های فروردین و اردیبهشت است.

◆ در مطالعه DHS نیز برای حدود و ثغور مناطق روستایی و شهری تعاریف مرکز آمار ایران یا به عبارت دیگر تعاریف وزارت کشور مورد استناد قرار گرفته شده است.

◆ در این مقایسه نیز آنچه که قابل توجه است برابری و نزدیکی بسیار زیاد این نسبت‌ها در سطح کشوری است؛ در گروه سنی ۶۵ سال و بالاتر همخوانی بین این دو داده همانند زیر ۵ سال و ۱۵ سال نیست. علت این ناهمخوانی، دقت سن در گروه‌های سنی جوان و دقیق نبودن سن در گروه‌های سنی بالای ۶۰ سال است. فرق زیادی بین کودک ۱۳ ساله تا ۱۵ ساله وجود دارد ولی در تفکر عامه بین سن ۶۳ سال و ۶۵ سال فرق چندانی نیست.

◆ در هر صورت ثبت سن در جریان ثبت زیج، دقیق‌تر از پیمایش‌های میدانی و مقطعی مثل سرشماری و DHS است. اغلب موارد در جریان مطالعات مقطعی فقط در سنین پائین سن بر اساس شناسنامه ثبت می‌شود و در سنین بالا سن با دو الی سه سال اختلاف بر اساس گفته فرد ثبت می‌گردد.

۶ نمودار ۱۱-۲ تا ۱۷-۲ نشان می‌دهند که همخوانی بین نسبت‌های سنی بدست آمده برای جمعیت روستایی در سال ۱۳۷۵ بین سرشماری و زیج حیاتی و در سال ۱۳۷۹ بین مطالعه سیمای جمعیت و سلامت (DHS) و زیج حیاتی در سطح کشوری کاملاً همخوان و در بین استان‌ها حتی با توجه به تفاوت‌های فصلی در اغلب موارد وجود دارد

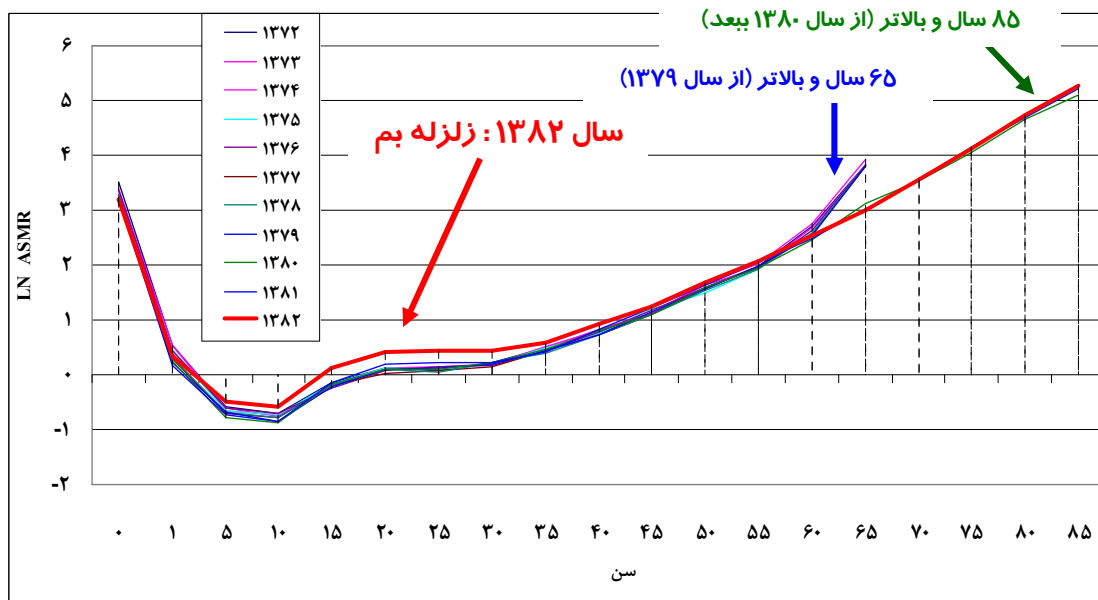
● پیروی نسبت‌های جنسی در موالید زنده با مرده‌زایی از نسبت‌های ثابت موجود در مقررات زیستی و ژنتیکی

همواره نسبت جنسی، عددی ثابت و حدوداً بین ۱۰۲ تا ۱۰۸ در نوسان است. بعبارت دیگر همواره در سطح کلان جامعه به ازای ۱۰۰ تولد زنده دختر ۱۰۲ تا ۱۰۸ تولد زنده پسر صورت می‌گیرد. اگر این نسبت از این دامنه خارج شود یکی از این دو اتفاق حادث شده است: یا خطای ثبت در جنسیت موالید و به دنبال آن در بقیه موارد ثبت وجود دارد و یا جامعه دستکاری و ناهنجار شده است، اخیراً در برخی از کشورهای شرق آسیا و برخی از ایالات هند، به دلیل سوءاستفاده از سونوگرافی در تعیین جنسیت نوزاد و خاتمه حاملگی و کورتاژ جنین‌هایی با جنسیت دختر، نسبت جنسی در این مناطق تا رقم ۱۱۵ نیز افزایش یافته است.

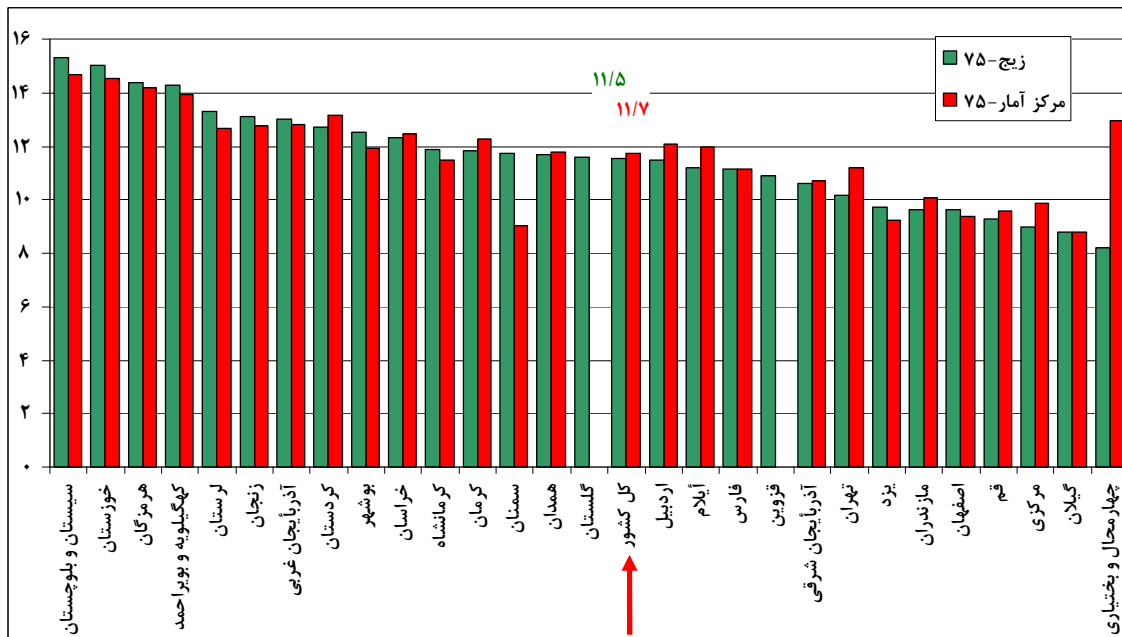
همچنین نسبت جنسی در مرده به دنیا آمدگان نیز بر اساس مقررات زیستی و ژنتیکی بیش از ۱۲۰ است، یعنی به ازای ۱۰۰ جنین مرده به دنیا آمده مؤنث، بیش از ۱۲۰ جنین مرده به دنیا آمده مذکر وجود دارد. و باز بر اساس همان ویژگی‌های زیستی و ژنتیکی نسبت جنسی در فوت شدگان دوره نوزادی کمتر از ۱۱۵ نیست، بعبارت دیگر همواره به ازای ۱۰۰ دختر نوزاد فوت شده بیش از ۱۱۵ نوزاد پسر فوت شده وجود دارد. نمودارهای ۸-۲ و ۹-۲ بخوبی نشان می‌دهند که ثبت وقایع توسط بهورزان درخانه‌های بهداشت از سال ۱۳۷۲ تا سال ۱۳۸۲ از آن چنان دقت و اعتبار بسیار بالا برخوردار بوده است، که شاید برای اولین بار در جهان در چنین جمعیت بزرگی و در این دوره زمانی طولانی وجود این نسبت‌های پیچیده زیستی (نسبت جنسی در مرده‌زایی) بخوبی نشان داده شده است.

همخوانی نسبت جنسی ثبت شده در موالید زنده، مرده‌زایی و مرگ نوزادی با قوانین زیستی و ژنتیکی دلیلی بسیار بارز بر اعتبار و دقت داده‌های زیج‌های حیاتی است.

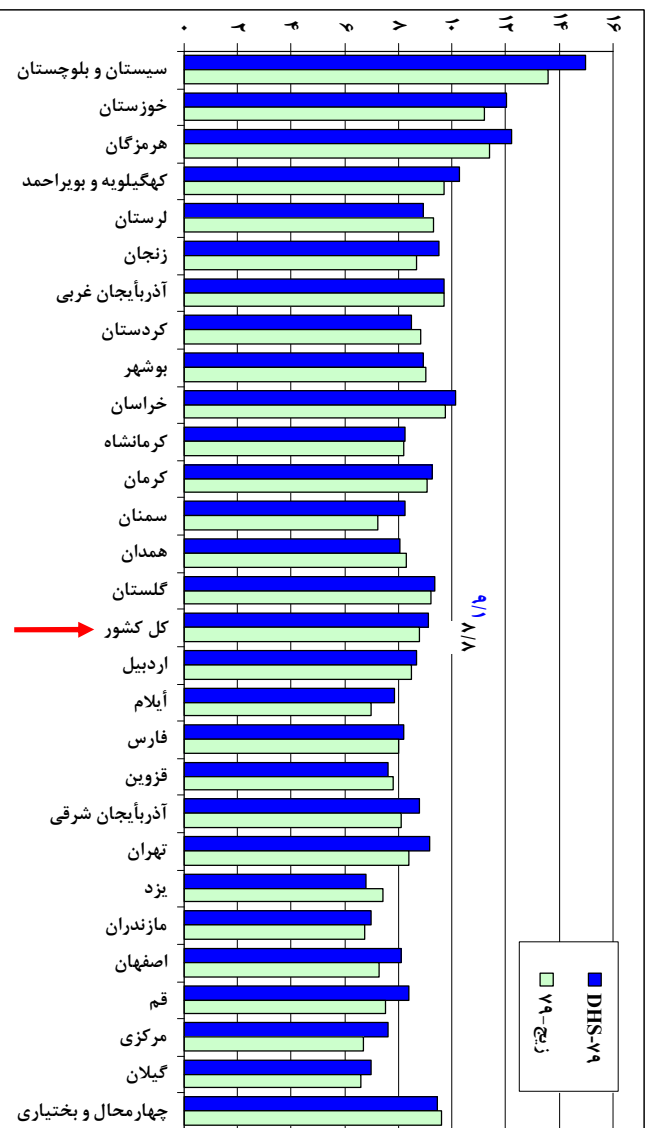
نمودار ۱۱-۲ میزان مرگ اختصاصی سنی (لگاریتم طبیعی ASMR) در جمعیت روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت؛
بر گرفته از زیج‌های حیاتی ده ساله ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲



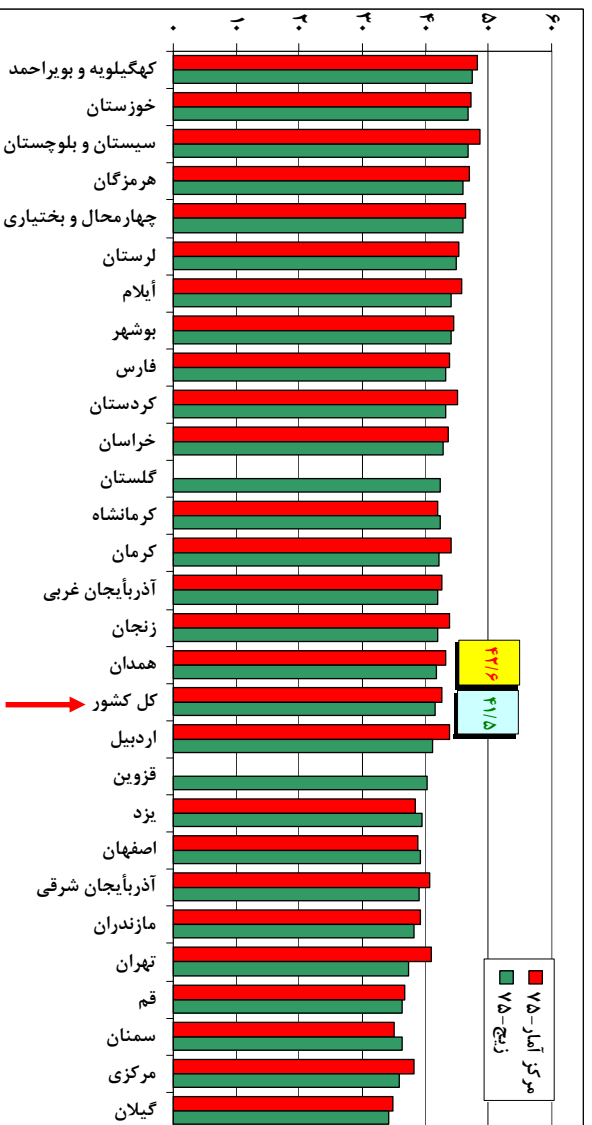
نمودار ۱۲-۲ مقایسه نسبت (در صد) جمعیت زیر ۵ سال به کل جمعیت در مناطق روستایی در سال ۱۳۷۵ در سرشماری مرکز آمار ایران و زیج حیاتی؛ (در سال ۱۳۷۵ پس از سرشماری دو استان قزوین و گلستان تشکیل شد)



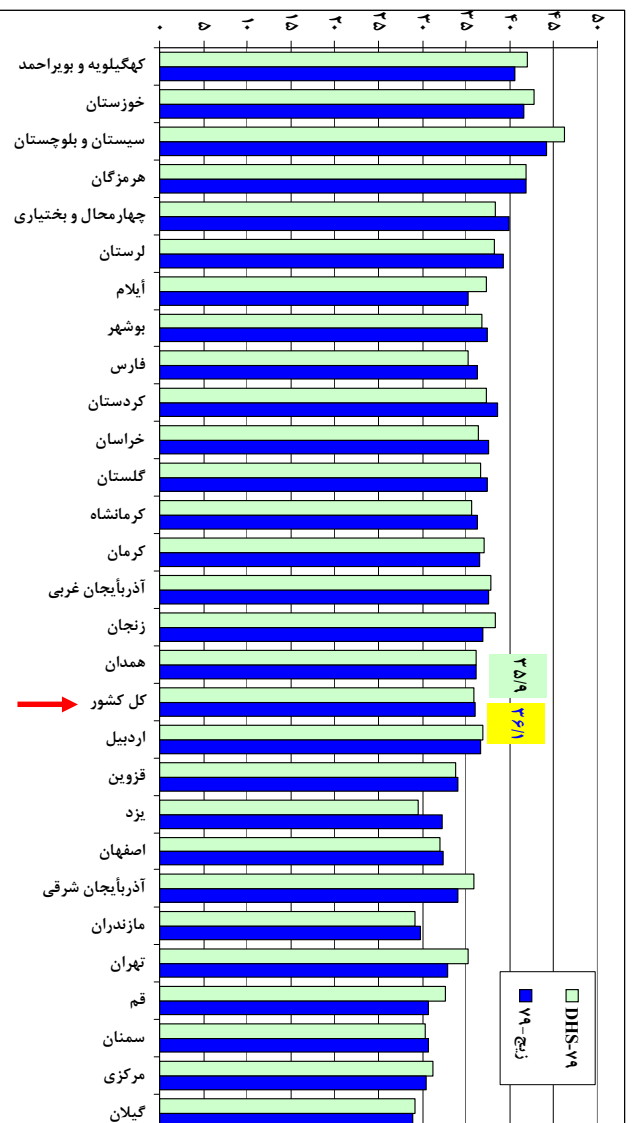
نمودار ۱۳-۲ مقایسه نسبت (در صد) جمعیت زیر ۵ سال به کل جمعیت در مناطق روستایی در سال ۱۳۷۹ در مطالعه DHS و زیج حیاتی



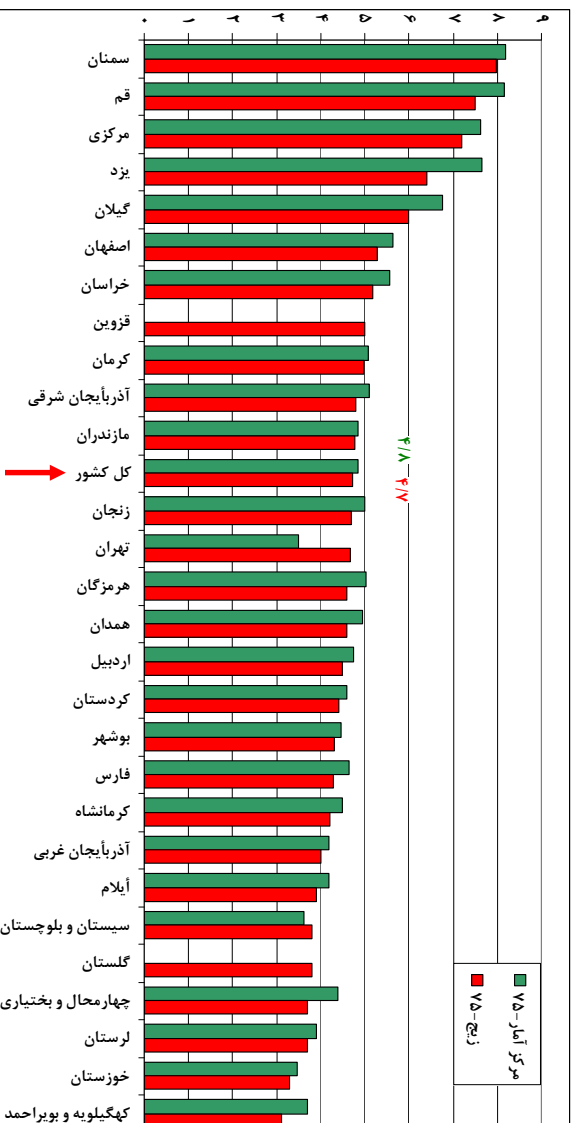
نمودار ۱۴-۲ مقایسه نسبت (در صد) جمعیت زیر ۱۵ سال به کل جمعیت در مناطق روستایی در سال ۱۳۷۵ در سرشماری مرکز آمار ایران و زیج حیاتی؛ در سال ۱۳۷۵ پس از سرشماری دو استان قزوین و گلستان تشکیل شد



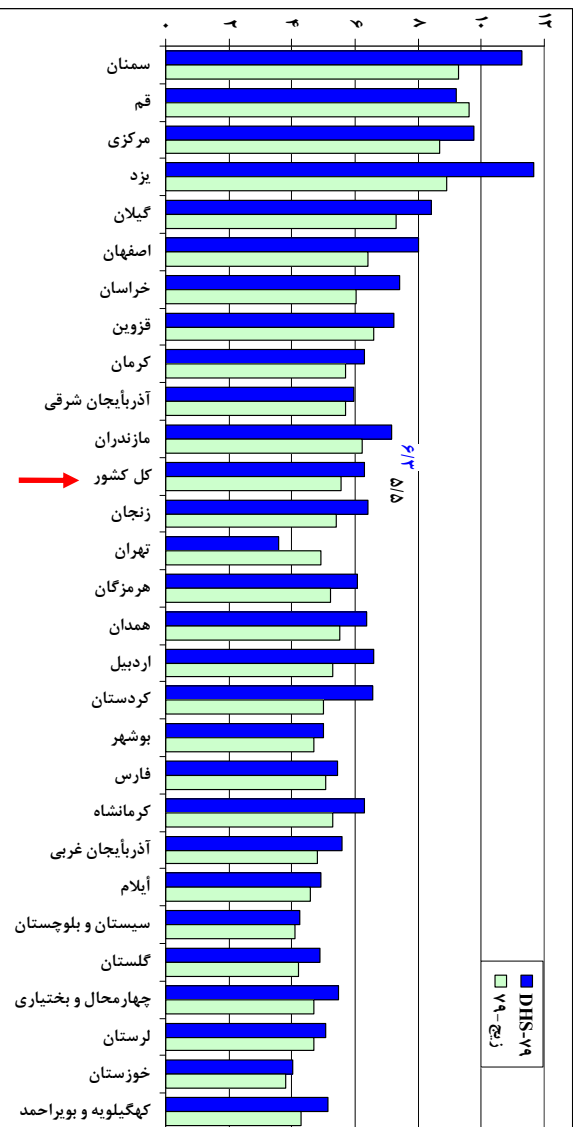
نمودار ۱۵-۲ مقایسه نسبت (در صد) جمعیت زیر ۱۵ سال به کل جمعیت در مناطق روستایی در سال ۱۳۷۹ در مطالعه DHS و زیج حیاتی



نمودار ۱۶-۲ مقایسه نسبت (در صد) جمعیت ۶۵ سال و بالاتر به کل جمعیت در مناطق روستایی در سال ۱۳۷۵ در سرشماری مرکز آمار ایران و زیج حیاتی؛ (در سال ۱۳۷۵ پس از سرشماری دو استان قزوین و گلستان تشکیل شد)



نمودار ۱۷-۲ مقایسه نسبت (در صد) جمعیت جمعیت ۶۵ سال و بالاتر به کل جمعیت در مناطق روستایی در سال ۱۳۷۹ در مطالعه DHS و زنج حیاتی



بخش سوم

**روند تغییر شاخص‌ها طی
ده سال و توزیع شاخص‌ها
در بین استان‌ها**

روند تغییر شاخص‌ها طی ده سال و توزیع شاخص‌ها در بین استان‌ها:

در این بخش پیرامون موضوع‌های زیر بحث می‌شود:

۳-۱ تغییر و توزیع ساختار جمعیتی در طول سال‌ها و در بین استان‌ها

۳-۱-۱ نسبت جمعیت زیر یکسال

۳-۱-۲ نسبت جمعیت زیر پنج سال

۳-۱-۳ نسبت جمعیت زیر ۱۵ سال

۳-۱-۴ نسبت جمعیت ۶۵ سال و بالاتر

۳-۲ تغییر و توزیع میزان‌های باروری در طول سال‌ها و در بین استان‌ها

۳-۲-۱ نسبت زنان همسر دار ۱۵ تا ۴۹ سال

۳-۲-۲ میزان خام موالید

۳-۲-۳ میزان باروری عمومی

۳-۲-۴ میزان باروری کلی

۳-۲-۵ میزان پوشش روش‌های معتبر پیشگیری از بارداری

۳-۲-۶ نسبت سرباری

۳-۲-۷ نسبت زایمان به کمک فرد دوره ندیده

۳-۳ تغییر و توزیع میزان‌های مرگ و میر در طول سال‌ها و در بین استان‌ها

۳-۳-۱ میزان خام مرگ

۳-۳-۲ میزان مرگ نوزادان

۳-۳-۳ نسبت مرگ کودکان زیر پنج سال

۳-۳-۴ نسبت مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه

برای هر یک از موضوع‌های فوق، چهار گروه شاخص به این شرح محاسبه شده است

الف: مقدار شاخص مورد نظر برای کل جمعیت تحت پوشش خانه‌های بهداشت به تفکیک سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲

و در کنار هم قرار دادن مقادیر ده ساله

ب: مقدار شاخص مورد نظر برای جمعیت تحت پوشش خانه‌های بهداشت، در هر استان و نشان دادن توزیع

شاخص مذکور در کشور با کنار هم قراردادن استان‌ها و مرتب کردن آنها بر حسب شاخص مزبور.

ج: نسبت تغییر شاخص مورد نظر در سه مقطع زمانی سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۷۴، ۱۳۷۵ تا ۱۳۷۸، ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۲ به تفکیک استان محاسبه شده است. سپس استان‌ها در کنار هم بر حسب نسبت تغییر شاخص از ۷۲ تا ۸۲ مرتب شده‌اند. همه این مجموعه در قالب یک نمودار برای هر شاخص ارائه شده است.

نسبت به نوع شاخص افزایش (مثل افزایش پوشش خدمات تنظیم خانواده) یا کاهش (مثل کاهش میزان مرگ نوزدان) محاسبه و به تفکیک دوره‌های مذکور ارائه شده است.
دلایل انتخاب این سه دوره زمانی عبارت است از:

- سال‌های ۷۲ تا ۷۴: به دلیل ایجاد سه استان قم، قزوین و گلستان از سال ۷۵ به بعد بوده است.
- سال‌های ۷۹ تا ۸۲: به دلیل اینکه سه سال آخر مورد بررسی و به عنوان اتفاقات اخیر انتخاب شده
- سال‌های ۷۵ تا ۷۸: به دلیل وجود فاصله زمانی بین سال‌های اولیه تشکیل سه استان مذکور، تا سال‌های اخیر بوده است.

مسلماً در جریان مرتب کردن سال‌های مداخله از ۷۲ تا ۸۲ بعلاوه اینکه سه استان قم، قزوین و گلستان فاقد تغییر طی سه سال ۷۲ تا ۷۴ هستند همواره در انتهای لیست مرتب شده قرار می‌گیرند.

د: محاسبه واریانس بین استانی در هر سال برای هر شاخص:

مقدار واریانس بین استانی یک شاخص، نشان‌دهنده همگونی و یکنواختی (Homogeneous) یا پراکندگی و تفاوت زیاد توزیع آن شاخص در بین استان‌ها است
به عبارت دیگر:

کاهش واریانس یک شاخص در طول ۱۰ سال مورد بررسی در بین استان‌ها، نشان‌دهنده پیشرفت به سمت توزیع برابر ترکیب سنی، سلامتی، خدمت، مرگ یا بیماری در کشور است.

واریانس بین استانی برای هر شاخص و برای هر سال جداگانه محاسبه شده است. واریانس محاسبه شده برای هر سال در کنار هم قرار گرفته شده و از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در یک نمودار ارائه شده است. این نمودارها نشان می‌دهد که آیا توسعه و نظام بهداشتی درمانی موفق بوده که به سمت توزیع برابر سلامتی و خدمات بهداشتی درمانی، یکنواخت و همگون (Homogeneous) در بین استان‌ها حرکت نماید یا نه؟
مقدار عددی واریانس محاسبه شده به ازای سال به مقدار عددی شاخص‌ها ارتباط دارد و به تنهایی ارزش ندارد، آنچه که اهمیت دارد روند تغییر مقادیر واریانس در طول ده سال است.

نسبت‌ها و میزان‌های مورد استفاده در این بخش عبارتند از:

نسبت جمعیت دریک گروه سنی: در بخش کیفیت داده‌ها توضیح داده شد.

نسبت سرباری = $\frac{\text{جمعیت صفر تا ۱۴ سال} + \text{جمعیت ۶۵ سال و بالاتر}}{\text{جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال}}$

نسبت زنان همسر دار ۱۵ تا ۴۹ ساله = $\frac{\text{تعداد زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله که بصورت شرعی یا قانونی همسر دار هستند} \times ۱۰۰}{\text{تعداد زنان و دختران ۱۵ تا ۴۹ ساله}}$

نسبت زنان همسر دار ۱۵ تا ۴۹ ساله = $\frac{\text{تعداد زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله که بصورت شرعی یا قانونی همسر دار هستند} \times ۱۰۰}{\text{تعداد زنان و دختران ۱۵ تا ۴۹ ساله}}$

نسبت سرباری = $\frac{\text{جمعیت صفر تا ۱۴ سال} + \text{جمعیت ۶۵ سال و بالاتر}}{\text{جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال}}$

$$\frac{\text{تعداد موالید زنده در یک فاصله زمانی معین} \times 100}{\text{تعداد جمعیت در وسط همان زمان معین}} = \text{میزان خام موالید}$$

$$\frac{\text{تعداد موالید زنده در یک فاصله زمانی معین} \times 100}{\text{تعداد زنان و دختران ۱۵ تا ۴۹ ساله در وسط همان زمان معین}} = \text{میزان باروری عمومی}$$

$$\frac{\text{مجموع میزان‌های باروری اختصاصی سنی} \times 5}{100} = \text{میزان باروری کلی}$$

$$\frac{\text{تعداد زوج‌هایی که در یک مقطع زمانی که از روش‌های پیشگیری از بارداری مدرن استفاده می‌کنند}}{\text{تعداد زنان واجد شرایط تنظیم خانواده (زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله همسردار)}} = \text{میزان پوشش روش‌های پیشگیری از بارداری مدرن}$$

$$\frac{100 \times \text{تعداد زنانی که در یک فاصله زمانی معین به کمک افراد دوره ندیده زایمان کرده‌اند}}{\text{تعداد زایمان‌های انجام شده به کمک افراد دوره ندیده}} = \text{نسبت زایمان‌های انجام شده به کمک افراد دوره ندیده}$$

$$\frac{\text{تعداد زنانی که در یک فاصله زمانی معین در بیمارستان زایمان کرده‌اند} \times 1000}{\text{تعداد زایمان‌های انجام شده در همان فاصله زمانی}} = \text{نسبت زایمان‌های انجام شده در بیمارستان}$$

$$\frac{\text{تعداد مرگ‌های واقع شده در یک فاصله زمانی و محدوده مکانی} \times 1000}{\text{تعداد جمعیت ساکن در همان محدوده مکانی و فاصله زمانی}} = \text{میزان خام مرگ}$$

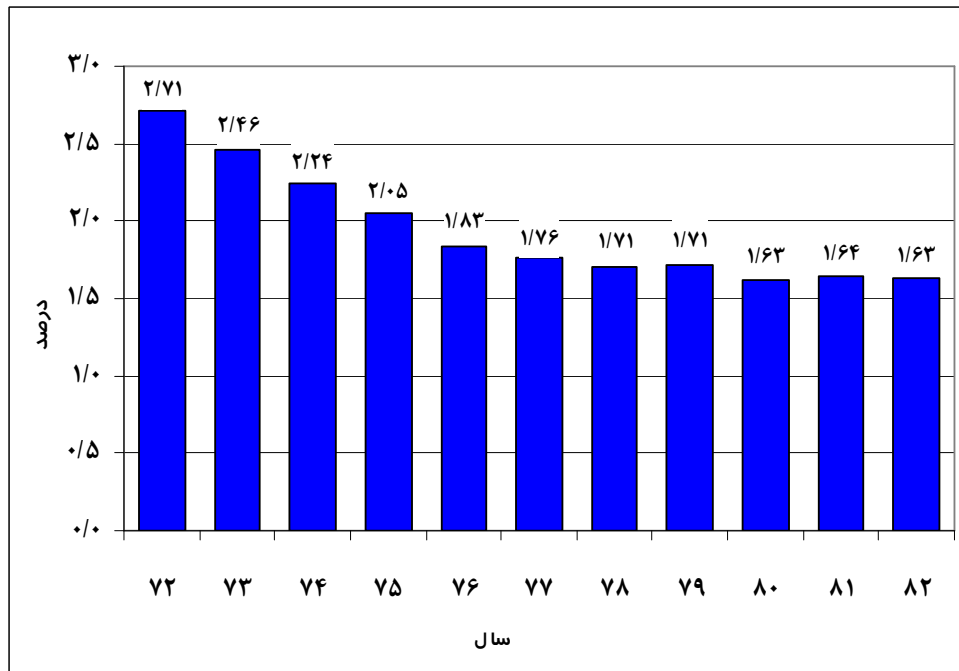
$$\frac{\text{تعداد مرگ‌های نوزادان (صفر تا ۲۸ روز) در یک فاصله زمانی و مکانی محدود} \times 1000}{\text{تعداد تولدهای زنده، در همان فاصله زمانی و مکانی محدود}} = \text{میزان مرگ نوزادان}$$

$$\frac{\text{تعداد مرگ‌های کودکان زیر یکسال در یک فاصله زمانی و مکانی محدود} \times 1000}{\text{تعداد تولدهای زنده، در همان فاصله زمانی و مکانی محدود}} = \text{میزان مرگ کودکان زیر یکسال}$$

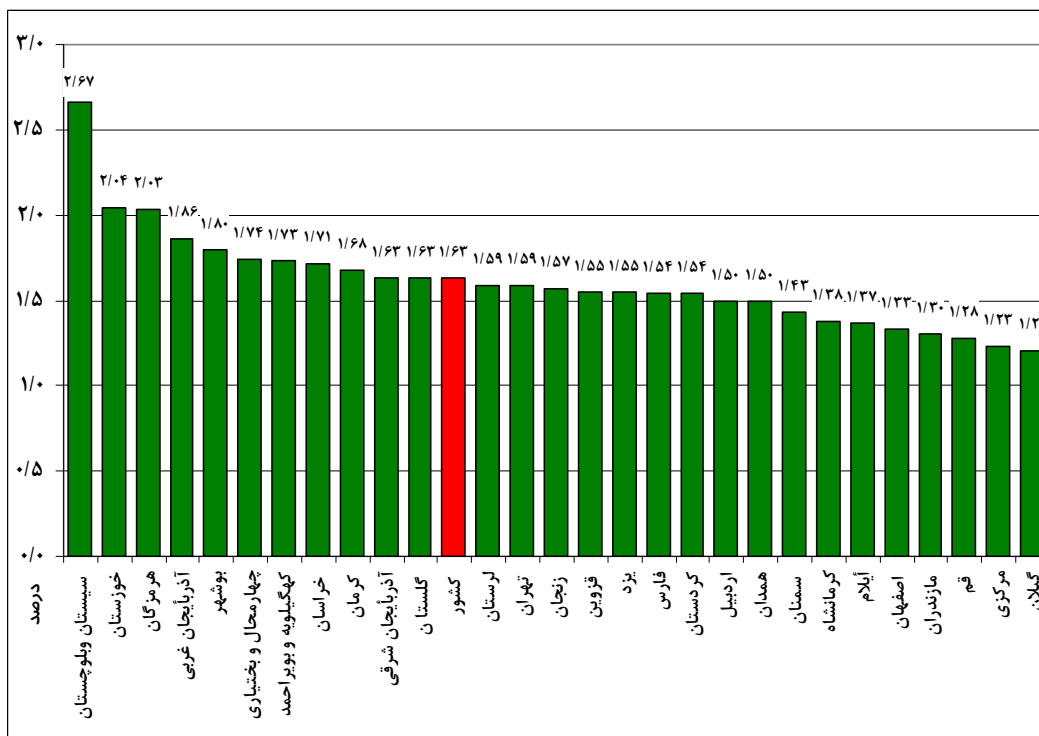
$$\frac{\text{تعداد کودکان زیر پنج سال فوت شده در یک فاصله زمانی و مکانی محدود} \times 1000}{\text{تعداد موالید زنده، در همان فاصله زمانی و مکانی محدود}} = \text{نسبت مرگ کودکان زیر پنج سال}$$

$$\frac{\text{تعداد کودکان ۱ ماهه تا ۵۹ ماهه فوت شده در یک فاصله زمانی و مکانی محدود} \times 1000}{\text{تعداد موالید زنده، در همان فاصله زمانی و مکانی محدود}} = \text{نسبت مرگ کودکان ۱ ماهه تا ۵۹ ماهه}$$

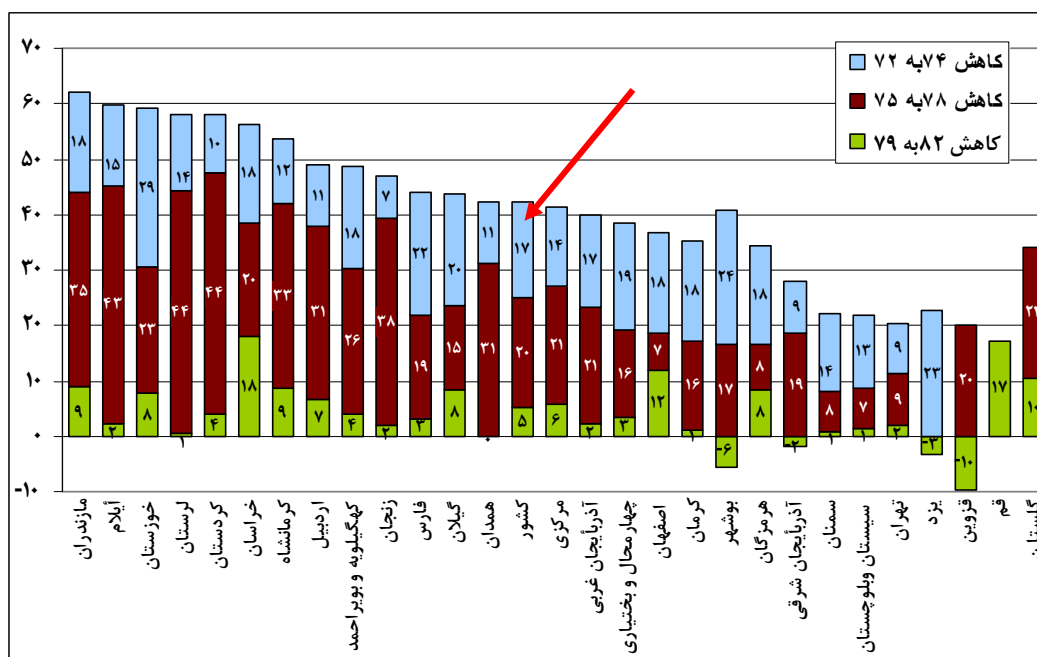
نمودار ۳-۱ تغییر نسبت جمعیت زیر یکسال از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور



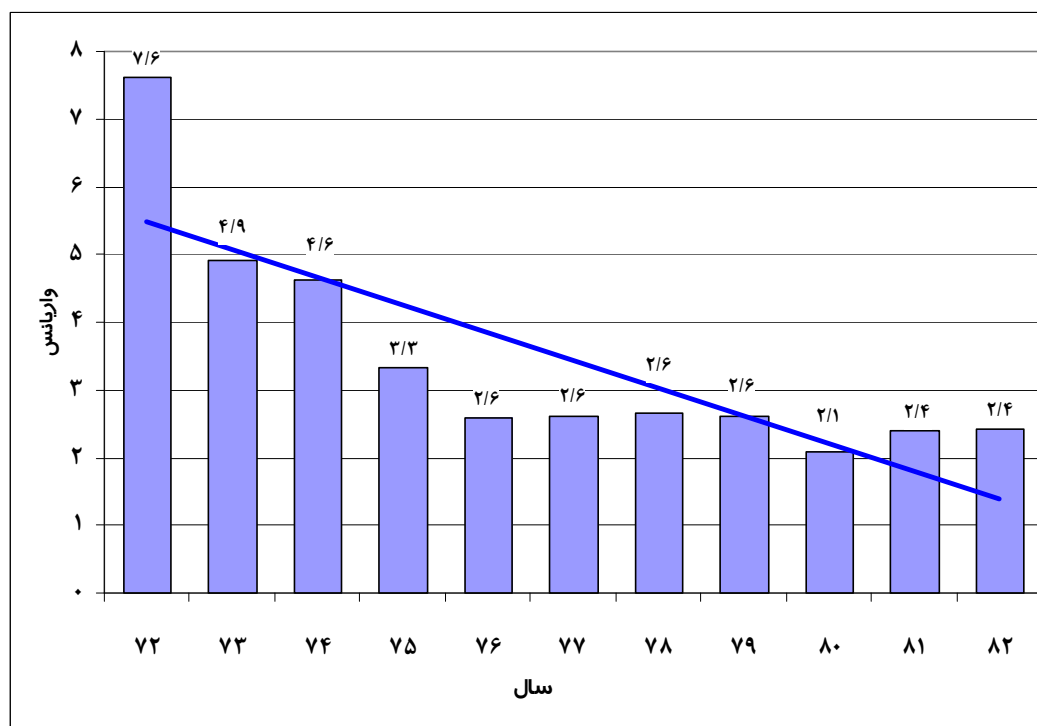
نمودار ۳-۲ نسبت جمعیت زیر یکسال در سال ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت به تفکیک استان



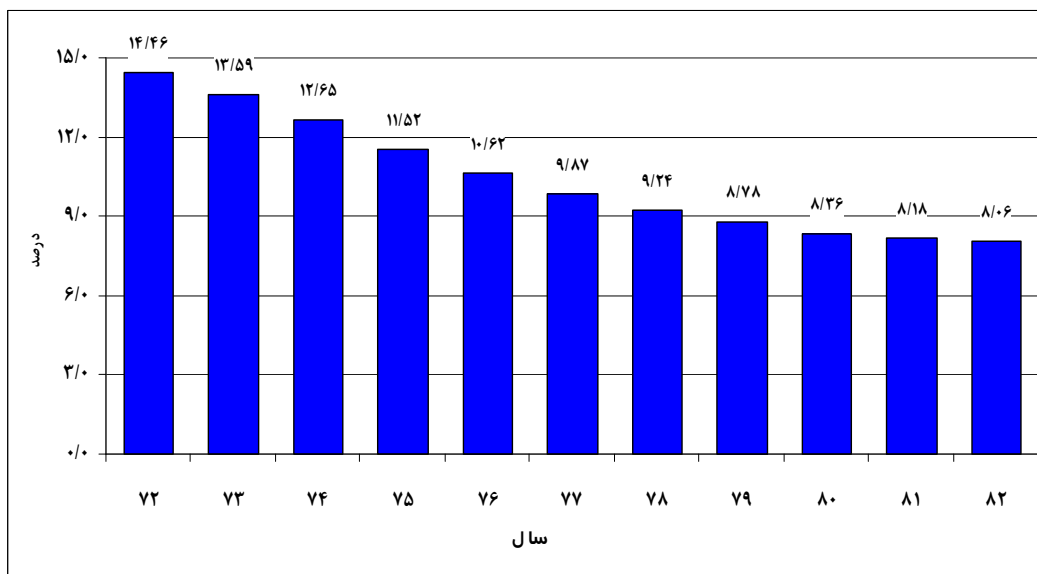
نمودار ۳-۳ روند کاهش جمعیت زیر یکسال در فاصله سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور، استان‌ها بر حسب تغییر از سال ۷۲ تا ۸۲ مرتب شده‌اند.



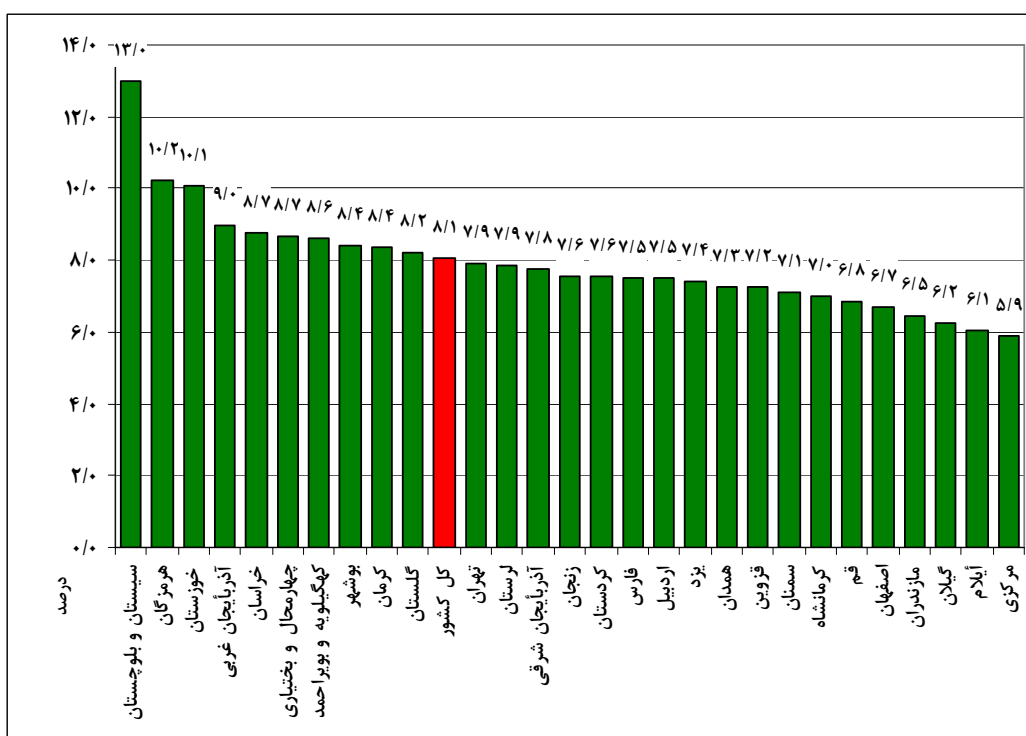
نمودار ۳-۴ واریانس بین استان‌های مختلف کشور؛ برای نسبت کودکان زیر یکسال در (جمعیت روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت) به تفکیک سال‌های مختلف



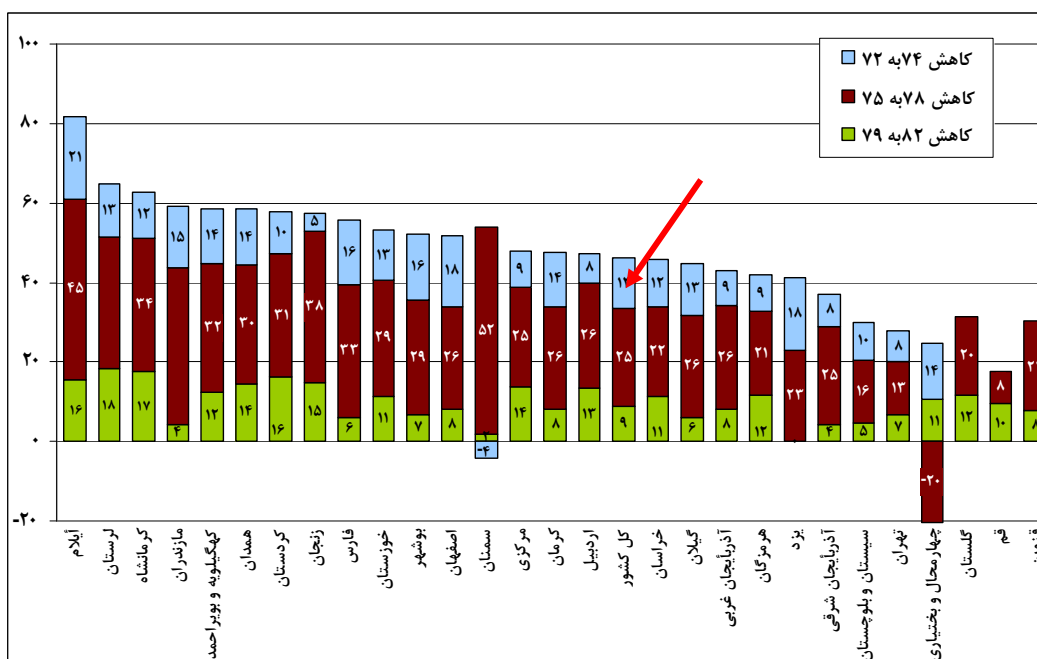
نمودار ۵-۳ تغییر نسبت جمعیت زیر پنج سال از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور



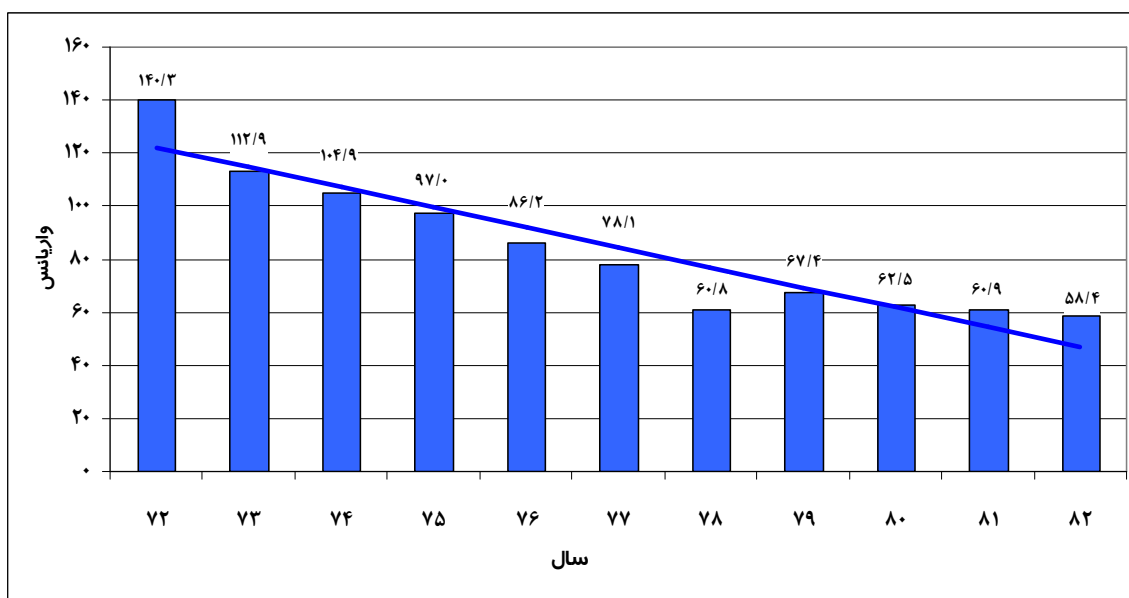
نمودار ۶-۳ نسبت جمعیت زیر پنج سال در سال ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت به تفکیک استان



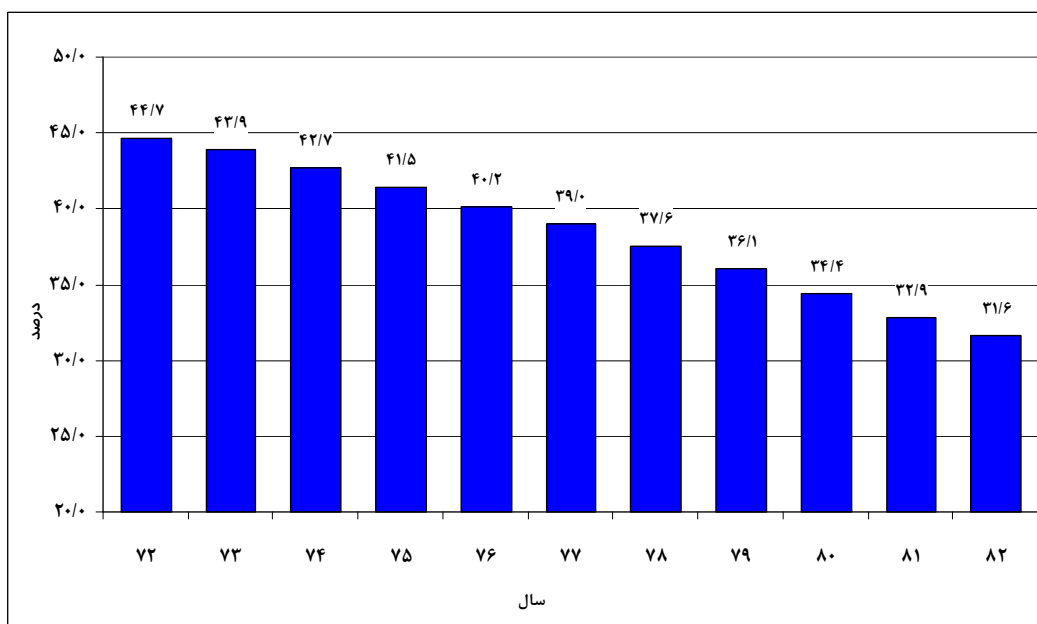
نمودار ۳-۷ روند کاهش جمعیت زیر پنج سال، در فاصله سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور (استان‌ها بر حسب تغییر از سال ۷۲ تا ۸۲ مرتب شده‌اند).



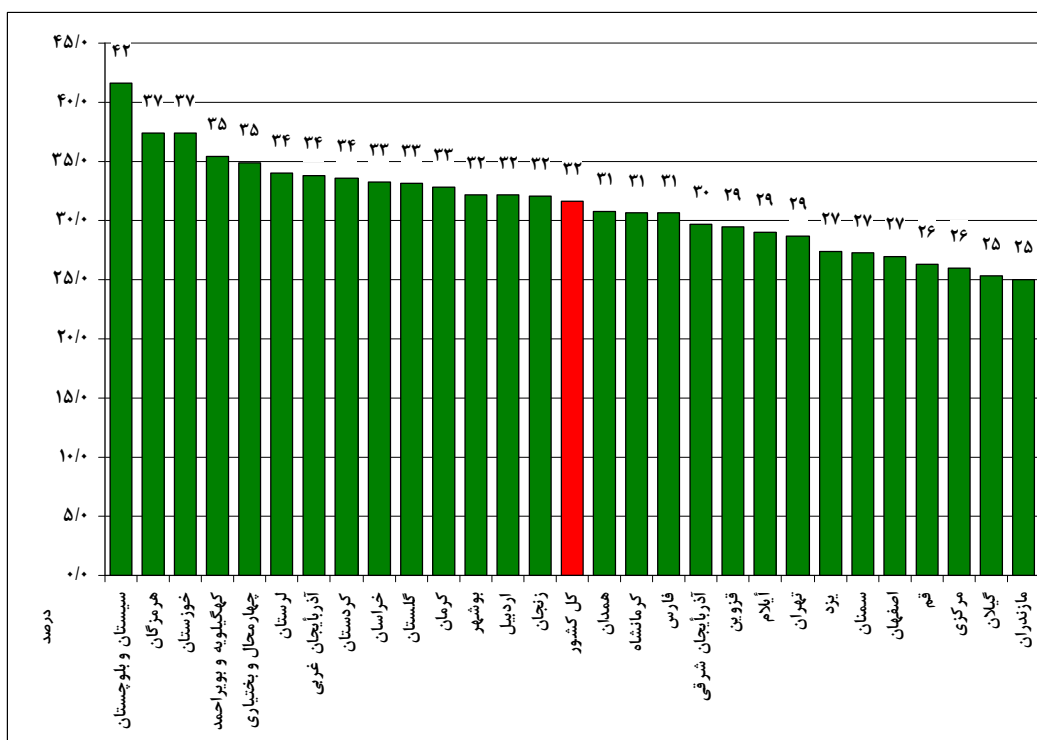
نمودار ۳-۸ واریانس بین استان‌های مختلف کشور؛ برای نسبت کودکان زیر پنج سال در (جمعیت روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت) به تفکیک سال‌های مختلف



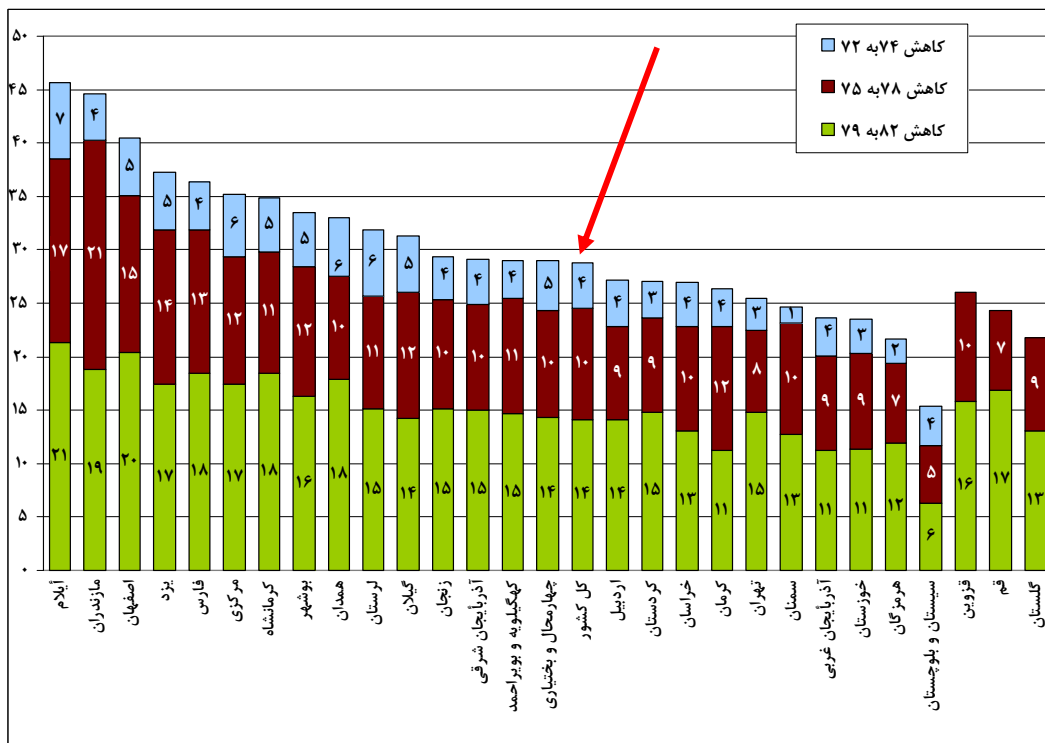
نمودار ۹-۳ تغییر نسبت جمعیت زیر پانزده سال از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور



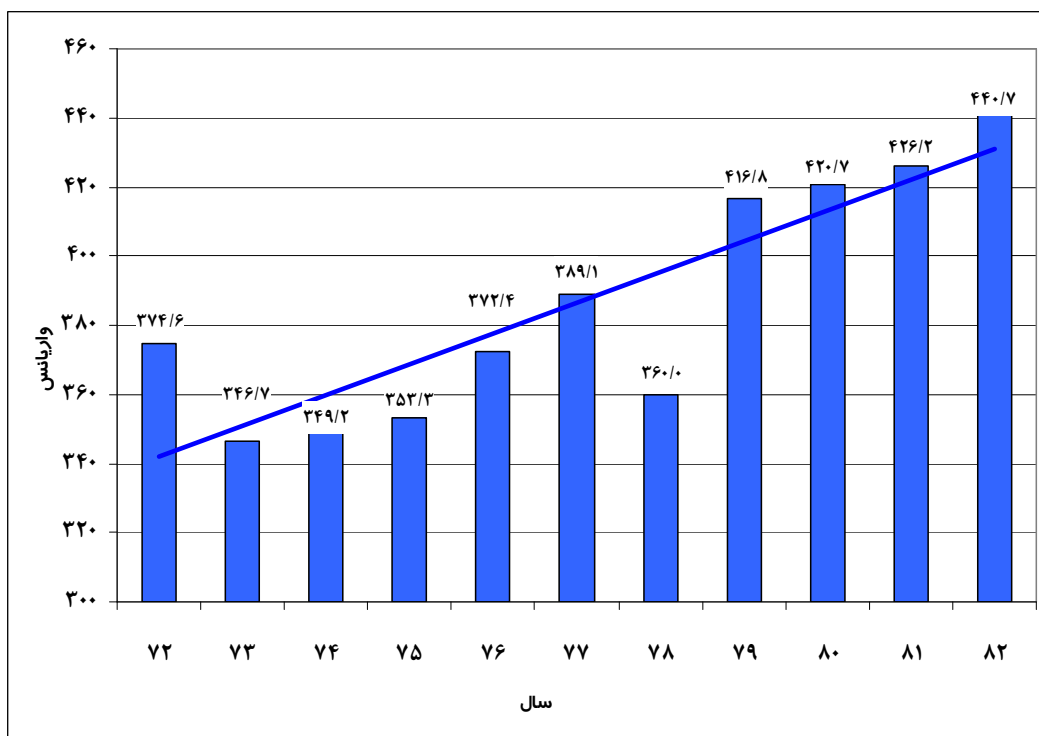
نمودار ۱۰-۳ نسبت جمعیت زیر ۱۵ سال در سال ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت به تفکیک استان



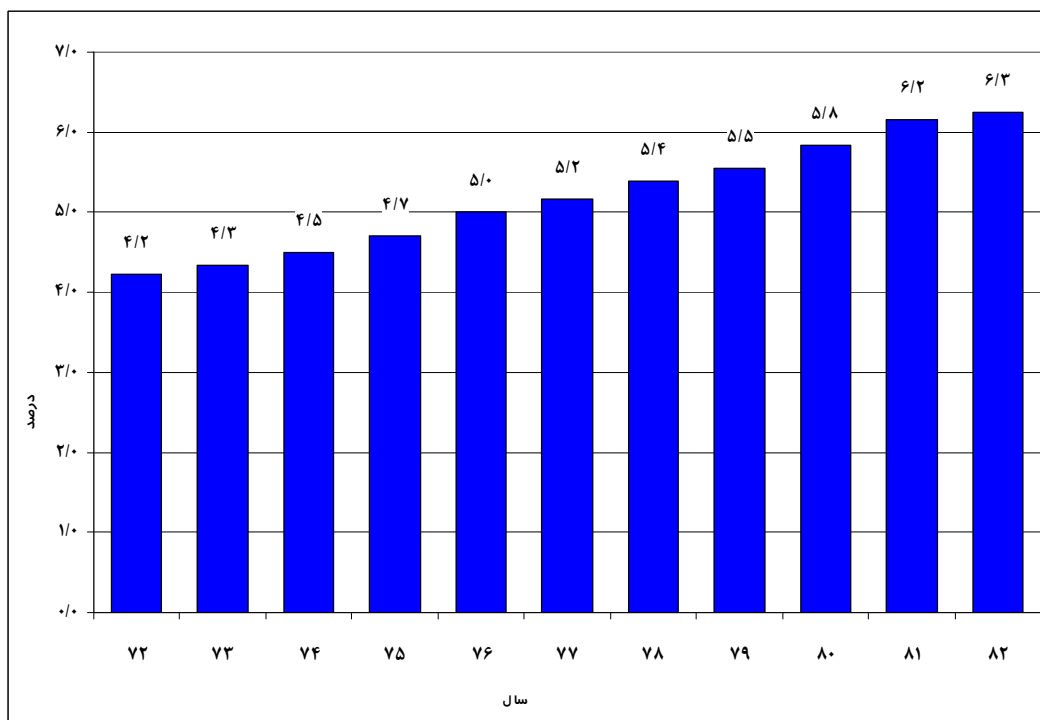
نمودار ۱۱-۳ روند کاهش جمعیت زیر پانزده سال در فاصله سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور (استان‌ها بر حسب تغییر از سال ۷۲ تا ۸۲ مرتب شده‌اند).



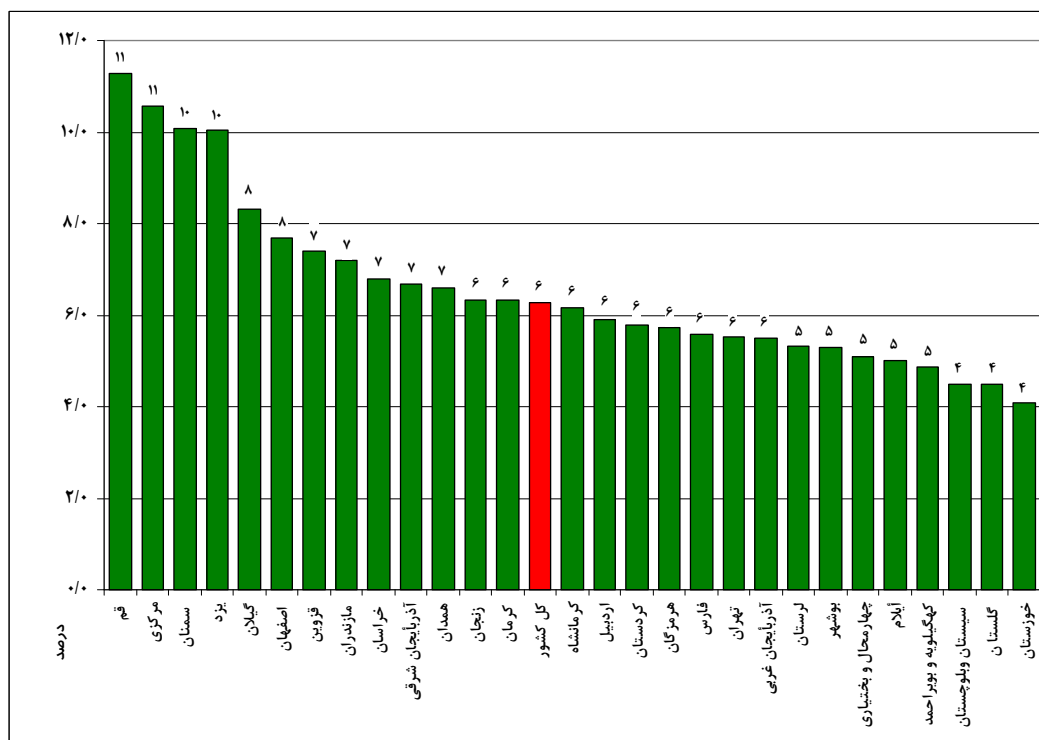
نمودار ۱۲-۳ واریانس بین استان‌های مختلف کشور؛ برای نسبت کودکان زیر پانزده سال در (جمعیت روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت) به تفکیک سال‌های مختلف



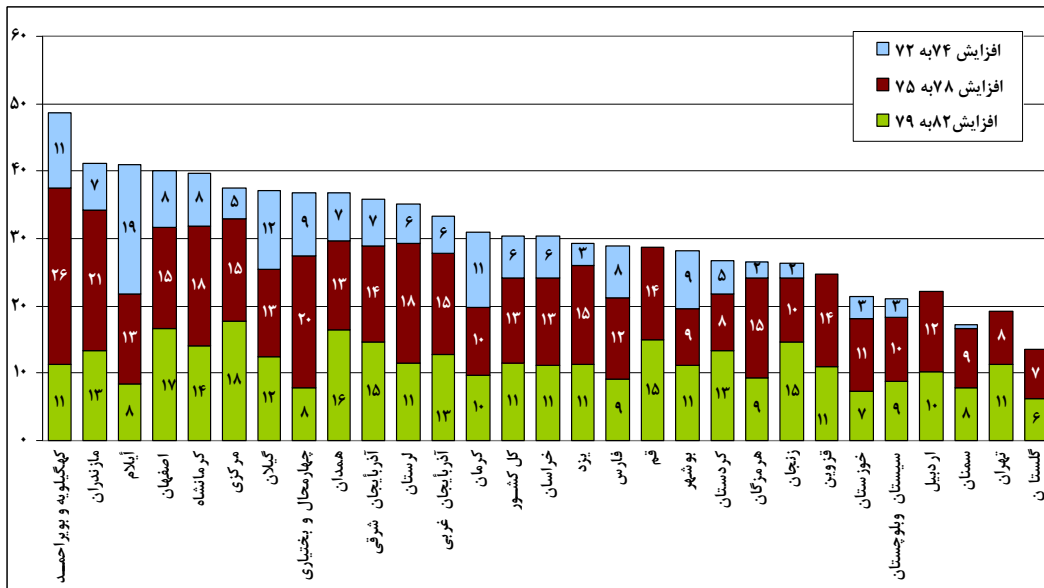
نمودار ۱۳- تغییر درصد جمعیت ۶۵ سال و بالاتر از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور



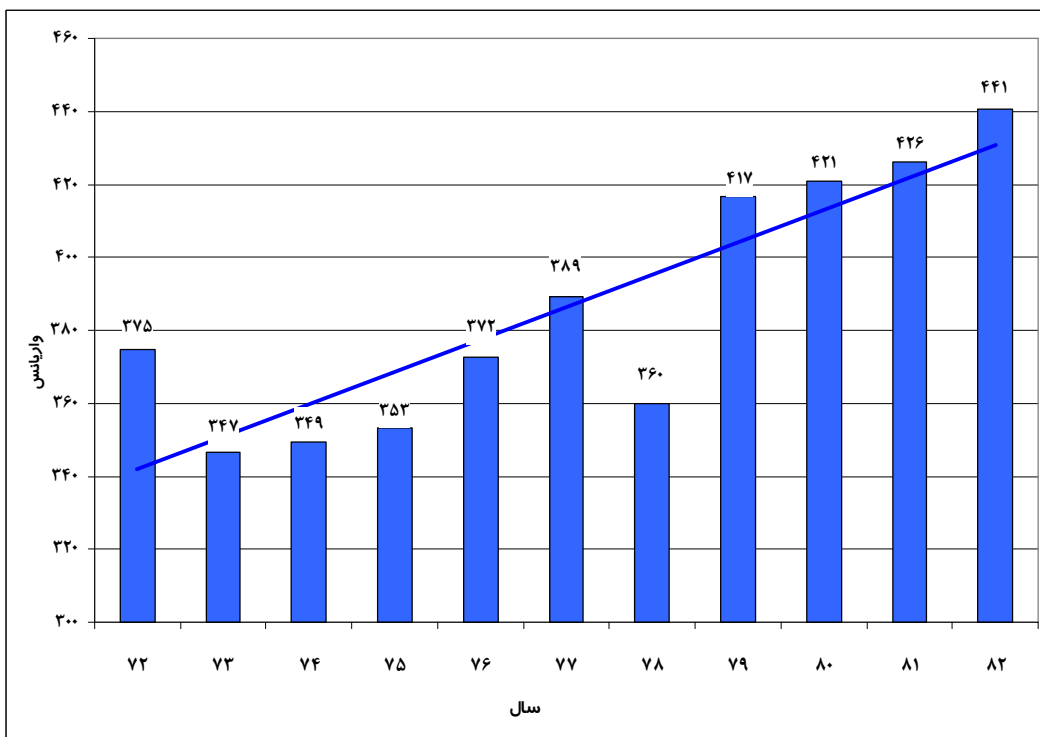
نمودار ۱۴- درصد جمعیت ۶۵ سال و بالاتر در سال ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت به تفکیک استان



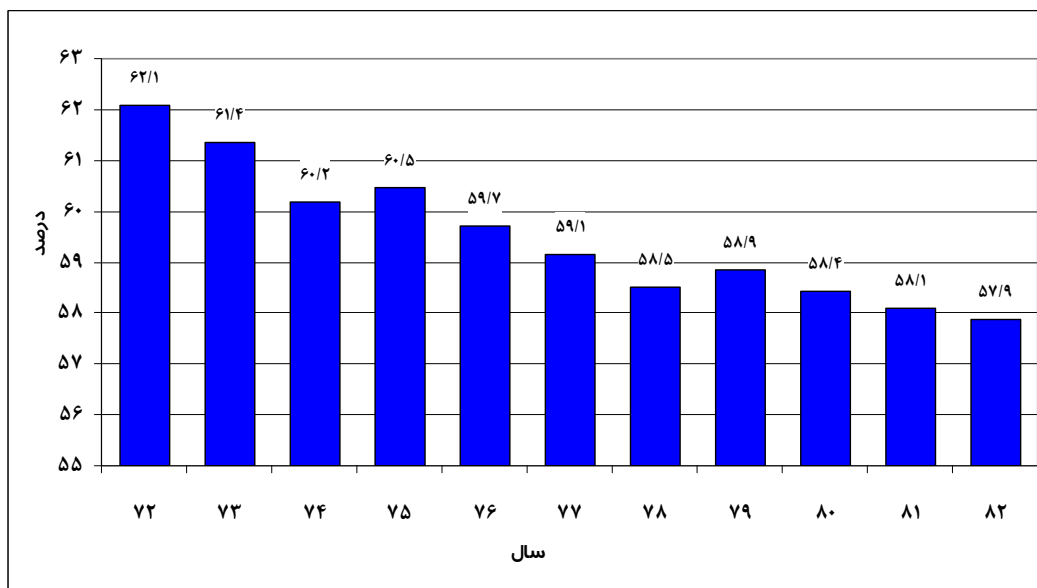
نمودار ۳-۱۵ درصد افزایش جمعیت ۶۵ سال و بیشتر در فاصله سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور (استان‌ها بر حسب تغییر از سال ۷۲ تا ۸۲ مرتب شده‌اند)



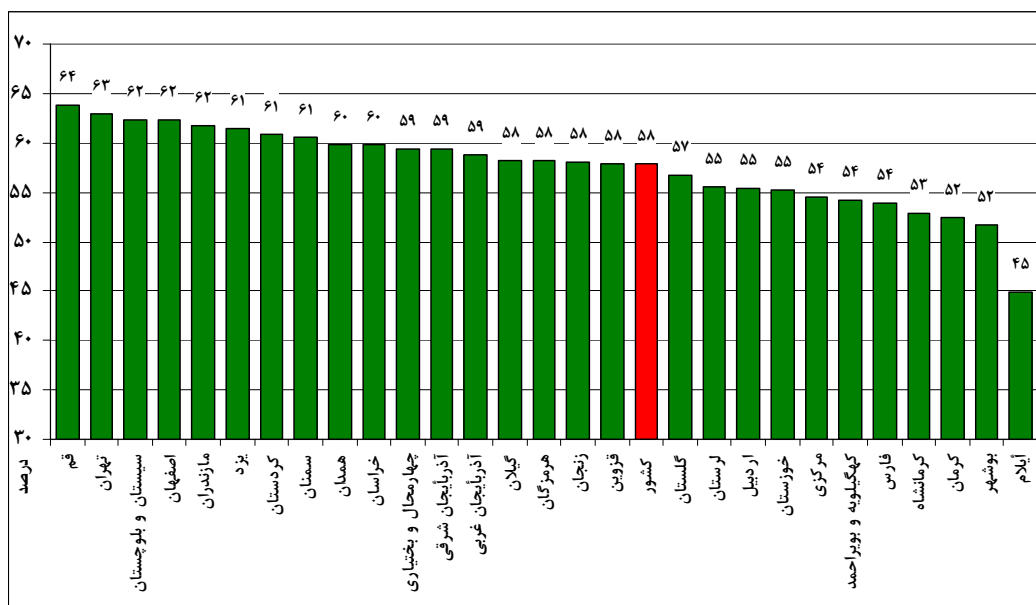
نمودار ۳-۱۶ واریانس بین استان‌های مختلف کشور؛ برای نسبت جمعیت ۶۵ سال و بالاتر سال در (جمعیت روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت) به تفکیک سال‌های مختلف



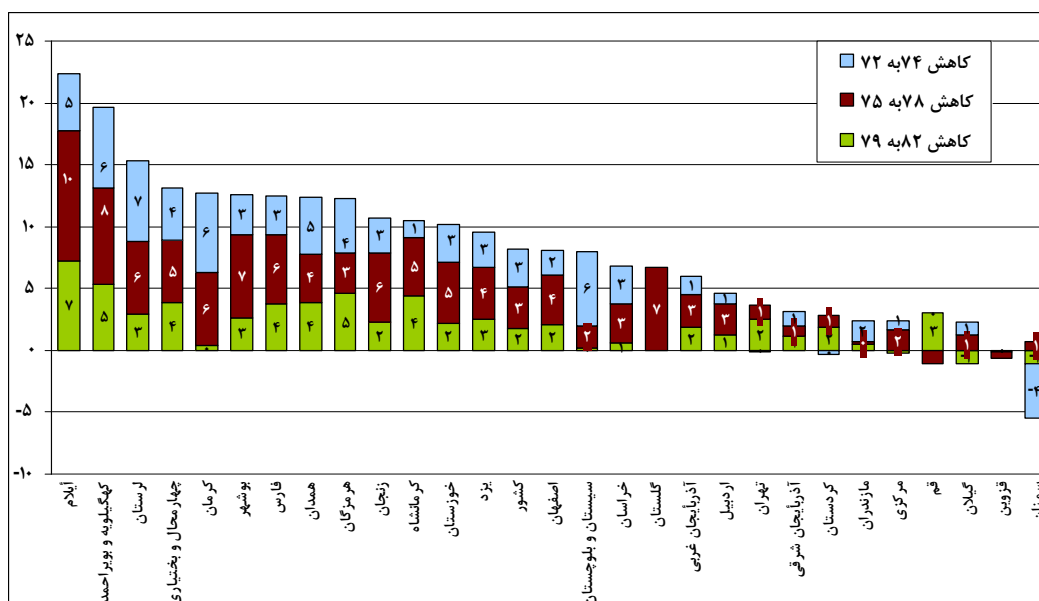
نمودار ۱۷-۳ تغییر در صد زنان شوهردار ۱۵ تا ۴۹ سال به جمعیت زنان ۱۵-۴۹ از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه های بهداشت کشور



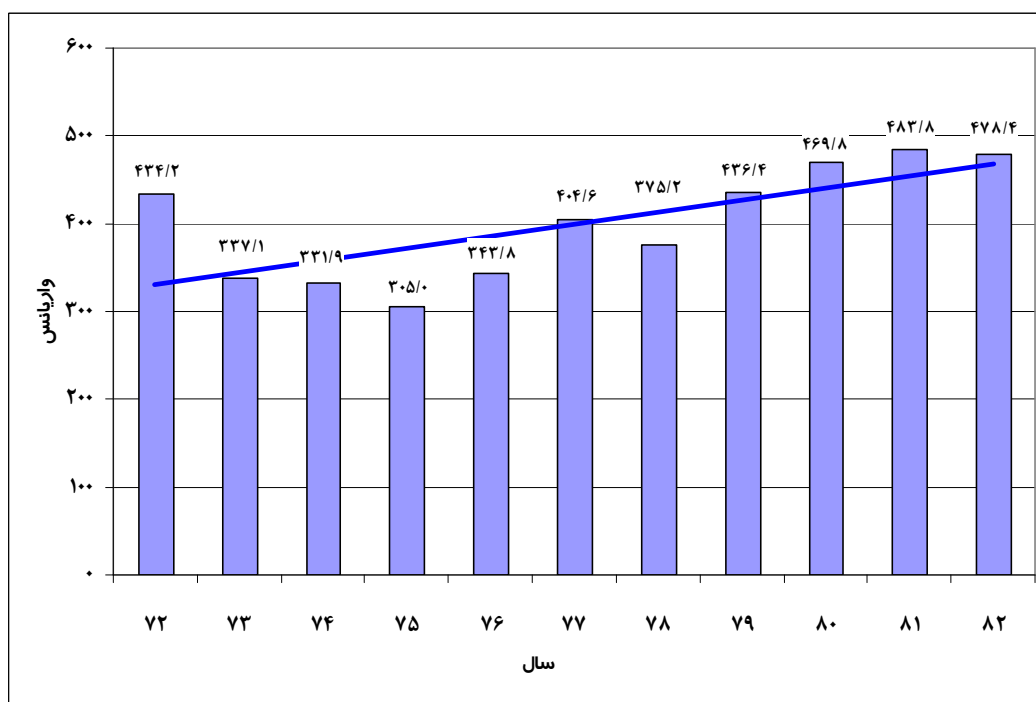
نمودار ۱۸-۳ نسبت زنان شوهردار ۱۵ تا ۴۹ سال به جمعیت زنان ۱۵-۴۹ در سال ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه های بهداشت کشور



نمودار ۱۹-۳ درصد کاهش زنان شوهردار ۱۵ تا ۴۹ سال به جمعیت زنان ۱۵-۴۹ در فاصله سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور (استان‌ها بر حسب تغییر از سال ۷۲ تا ۸۲ مرتب شده‌اند).



نمودار ۲۰-۳ واریانس بین استان‌های مختلف کشور؛ برای نسبت زنان شوهردار ۱۵ تا ۴۹ سال به جمعیت زنان ۱۵-۴۹ در (جمعیت روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت) به تفکیک سال‌های مختلف



تغییر ترکیب سنی جمعیت روستایی کشور

جمعیت زیر یکسال

- نسبت آن در سه ساله ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۲ ثابت باقی مانده است. (۱/۶٪)
- استان سیستان و بلوچستان بالاترین نسبت (۲/۷٪) و گیلان (۱/۲٪) پایین‌ترین نسبت را دارد.
- استان‌های خراسان، قم، اصفهان و مازندران بیشترین کاهش را در نسبت جمعیت زیر یکسال، طی ۳ سال اخیر داشته‌اند.
- طی ده سال اخیر جمعیت زیر یکسال مناطق روستایی کشور ۴۲٪ کاهش یافته است. بیشترین کاهش طی سال‌های ۷۲ تا ۷۵ بوده است.
- استان‌های قزوین، بوشهر، یزد و آذربایجان شرقی طی سه سال اخیر در نسبت جمعیت زیر یکسال مناطق روستایی خود، افزایش داشته‌اند.
- ناهمگنی بین مقادیر نسبت جمعیت زیر یکسال در بین استان‌ها از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۰ رو به کاهش و یکنواختی داشته است، ولی از سال ۱۳۸۰ به بعد این روند کاهشی متوقف شده است.

جمعیت زیر پنج سال

- این نسبت طی ده سال اخیر از ۱۴/۵٪ به ۸/۱٪ کاهش یافته است.
- سیستان و بلوچستان با بالاترین رقم (۱۳٪) و استان مرکزی با ۶٪ کمترین نسبت جمعیت زیر پنج سال را دارد.
- طی ده ساله اخیر این نسبت در مناطق روستایی کشور ۴۷٪ کاهش داشته است. بیشترین کاهش در استان ایلام و کمترین کاهش در استان تهران دیده می‌شود. در استان چهارمحال و بختیاری در فاصله سال‌های ۷۵ تا ۷۸ در ثبت اطلاعات این گروه سنی خطا مشاهده می‌شود.
- ناهمگنی این نسبت در مناطق روستایی استان‌های کشور روند کاهشی داشته است و همچنان روند گرایش به سمت همگنی، پایدار است.

جمعیت زیر پانزده سال

- در سال ۱۳۷۲ تقریباً کمتر از نیمی از جمعیت روستایی کشور زیر ۱۵ سال بوده‌اند و اکنون این رقم به کمتر از یک سوم کاهش یافته است. با این وجود، در سیستان و بلوچستان همچنان نیمی از جمعیت روستایی آن استان در گروه زیر ۱۵ سال قرار دارند. ولی در گیلان و مازندران این رقم به یک چهارم کاهش یافته است.
- در فاصله سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲، نسبت جمعیت زیر پانزده سال در مناطق روستایی کشور ۲۸٪ کاهش یافته است. بیشترین کاهش در استان ایلام، (۴۵٪) و کمترین در استان سیستان و بلوچستان، (۱۵٪) بوده است. در هیچ استانی طی ده ساله اخیر این نسبت افزایش نداشته است.
- واریانس بین استانی برای نسبت جمعیت زیر ۱۵ سال رو به افزایش است. در سال‌های ۷۲ تا ۷۵ نسبت جمعیت زیر ۱۵ سال در بین استان‌ها تقریباً یکنواخت بوده است. بتدریج از سال ۱۳۷۶ به دلیل مهاجرت جمعیت جوان، باقی ماندن سالمندان در مناطق روستایی، و بروز نتایج فعالیت‌های تنظیم خانواده به صورت

کنترل و کاهش باروری، بتدریج این نسبت در بعضی از استان‌ها کاهش و به دلایلی بر عکس آنچه گفته شد، این نسبت در برخی از استان‌ها افزایش یافت و همه اینها منجر به افزایش واریانس بین استان‌ها شده است و روند افزایشی آن نیز تا سال‌های بعد نیز ادامه خواهد داشت.

جمعیت ۶۵ سال و بالاتر

مسئلاً تغییر و افزایش سریع نسبت جمعیت ۶۵ سال و بالاتر در مناطق روستایی کشور، فقط به دلیل کاهش باروری و در نتیجه کاهش نسبت گروه‌های سنی زیر ۶۵ سال و در نهایت افزایش نسبت گروه سنی مذکور در کل جمعیت نیست. بلکه عامل مهمتر از کاهش باروری، در افزایش این نسبت، مهاجرت گروه‌های سنی جوان و میانه سال از مناطق روستایی به شهرها و باقی گذاشتن سالخوردگان در مناطق روستایی است. به همین دلیل نسبت این گروه طی ده سال در مناطق روستایی ۲/۱٪ افزایش داشته است. روستاهای استان‌های حاشیه کویر مرکزی ایران مثل قم، مرکزی، سمنان، یزد، اصفهان، خراسان، و کرمان بترتیب بیشترین نسبت جمعیت ۶۵ سال و بالاتر را در سال ۱۳۸۲ (از ۶٪ تا ۱۱٪) داشته‌اند. در این استان‌ها نه تنها ترکیب سنی به سمت سالخوردگی افزایش داشته، بلکه باروری نیز کاهش داشته است (نمودار ۱۴-۳). در مقابل؛ در استان‌هایی مثل خوزستان، سیستان و بلوچستان، گلستان، چهارمحال و بختیاری و کهگیلویه و بویراحمد به دلیل باروری بالا و دوری آنها از مرکز کشور و در نتیجه محدودیت مهاجرت، این نسبت در پایین‌ترین حد خود قرار دارد. به عبارت دیگر در استان‌های با نسبت بالای جمعیت سالخورده؛ این افزایش در درجه اول ناشی از مهاجرت گروه سنی جوان و در درجه دوم ناشی از کاهش باروری است و در مقابل، در استان‌هایی که نسبت مذکور پایین است، ناشی از بالا بودن باروری در درجه اول، محدود بودن مهاجرت از آن استان‌ها با دلایل متعدد فرهنگی، قومی، دوری از مناطق مهاجرپذیر و در درجه بعد پایدار ماندن شرایط بد منجر به مرگ‌های زودهنگام است.

○ روند مهاجرت از مناطق روستایی در استان‌های با جمعیت سالخورده مثل سمنان و قم ظاهراً قبل از دهه ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۰ تشدید شده است ولی در استان‌هایی مثل مرکزی و اصفهان این روند طی ده سال اخیر شدید شده است.

○ ناهمگنی تغییرات جمعیتی به دلیل مهاجرت و تغییرات باروری شدید بوده است و گوناگونی و تفاوت‌های بین استانی بتدریج طی ده سال اخیر روند افزایشی داشته است.

نسبت زنان همسر دار به کل زنان و دختران ۱۵ تا ۴۹ ساله

درصدی از زنان و دختران ۱۵ تا ۴۹ ساله (سنین باروری) که همسر داشته‌اند از ۶۲٪ در سال ۱۳۷۲ به ۵۸٪ در سال ۱۳۸۲ رسیده است. در برخی از استان‌ها مثل ایلام، کرمانشاه، کرمان، بوشهر این نسبت در سال ۱۳۸۲ به حدود ۵۰٪ رسیده است. در استان‌های ایلام، کهگیلویه و بویراحمد، لرستان و چهارمحال و بختیاری این نسبت طی ده سال اخیر بشدت کاهش داشته است.

اگرچه این کاهش نشان‌دهنده بالاتر رفتن سن ازدواج است که منجر به کاهش باروری می‌شود و می‌توان آن را یک نشانه مثبت تلقی کرد، ولی از طرف دیگر، می‌تواند پیش آگهی برای افزایش مشکلات اجتماعی نیز باشد. افزایش سن ازدواج در دختران و پسران و کاهش نسبت زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله در صورتی که همپایی افزایش نرخ اشتغال و تحصیلات منجر به اشتغال نباشد، می‌تواند منشاء بسیاری از مشکلات روانی و اجتماعی در مناطق مذکور باشد.

● واریانس این نسبت در استان‌ها رو به افزایش است. از آنجایی که ناهمگنی این نسبت بیشتر ناشی از افزایش آن در استان‌های کمتر توسعه یافته است، احتمال شدیدتر بودن پی‌آمدهای منفی آن، بیشتر از نتایج محدود و کوچک آن در کاهش باروری می‌تواند باشد.

وضعیت باروری

○ روند تغییر شاخص‌های باروری طی ده سال اخیر:

میزان‌های خام مولید، میزان باروری عمومی و باروری کلی طی ده سال (۱۳۸۲-۱۳۷۲) در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت بشدت کاهش یافته‌اند.

○ میزان خام مولید ۳۲٪ کاهش یافته است (از ۲۴/۱ به ۱۶/۳ در هزار)

○ میزان باروری عمومی ۵۰٪ کاهش یافته است (از ۱۲۳/۸ به ۶۱/۹ در هزار)

○ میزان باروری کلی ۴۹٪ کاهش یافته است (از ۳/۹ به ۲ نفر)

با این همه، نشانه‌هایی از توقف این روند طی چهار سال ۷۹ تا ۸۲ برای میزان‌های خام مولید، توقف این روند طی در سال ۸۱ و ۸۲ برای میزان باروری عمومی و توقف این روند طی چهار سال ۷۹ تا ۸۲ برای باروری کلی مشاهده می‌شود.

همچنین، پوشش روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری نیز از ۷۲ تا ۸۲ به میزان ۵۱٪ افزایش یافته است (از ۴۳/۷ به ۶۶/۲) ولی تغییر این پوشش نیز از سال ۱۳۷۸ به بعد بسیار کند و ناچیز بوده است (۶۴/۵ در سال ۷۸ به ۶۶/۱ در سال ۸۲)

● **روند کاهش سریع شاخص‌های باروری و توقف آن طی سه الی چهار سال اخیر می‌تواند ناشی از موارد زیر باشد:**

○ از تب و تاب افتادن برنامه‌های کاهش مولید، تبلیغات، آموزش‌ها و...، گرچه هنوز خدمات مدرن پیشگیری از بارداری به فراوانی در جامعه و بطور رایگان در مراکز دولتی ارائه می‌شود.

○ نمودار ۲۵-۳ روند تغییرات نسبت گروه‌های سنی مختلف را به کل جمعیت در مناطق روستایی نشان می‌دهد

گروه‌های سنی زیر ۱۵ سال یعنی

○ زیر پنج سال ۳۸٪ کاهش یافته (از ۱۶٪ به ۱۰٪ رسیده است)

○ پنج تا ۹ سال ۴۳/۷٪ کاهش یافته (از ۱۴٪ به ۸٪ رسیده است)

○ ۱۰ تا ۱۵ سال ۴/۲٪ کاهش یافته (از ۱۴/۳٪ به ۱۳/۷٪ رسیده است)

گروه‌های سنی بالای ۱۵ سال یعنی

○ ۱۵ تا ۱۹ سال ۲۵٪ افزایش یافته (از ۱۱/۵٪ به ۱۴/۴٪ رسیده است)

○ ۲۰ تا ۲۴ سال ۲۷٪ افزایش یافته (از ۹/۲٪ به ۱۱/۷٪ رسیده است)

○ ۲۵ تا ۲۹ سال ۳۶/۵٪ افزایش یافته (از ۶/۳٪ به ۸/۶٪ رسیده است)

○ ۳۰ تا ۳۴ سال ۲۶٪ افزایش یافته (از ۵/۳٪ به ۶/۷٪ رسیده است)

○ ۳۵ تا ۳۹ سال ۱۴٪ افزایش یافته (از ۴/۴٪ به ۵٪ رسیده است)

به عبارت دیگر به همان ترتیب که نسبت گروه‌های سنی زیر ۱۵ سال کاهش یافته، نسبت گروه‌های سنی بالای ۱۵ سال افزایش یافته است. در واقع نه تنها تعداد مطلق افراد ۱۵ تا ۳۹ سال نیز از ۶۱۴۸۹۷۰ نفر به ۹۳۵۶۴۲۸ رسید بلکه نسبت آنها در بین جمعیت نیز از ۳۷٪ به ۴۶٪ افزایش یافته است. پس باید در انتظار افزایش مولید خام بود، اما تعداد زنان ۱۰ تا ۴۹ ساله همسر دار نیز گرچه تعدادشان افزایش داشته (از ۲۲۴۳۴۹۸ به ۳۱۲۴۵۴۳ رسیده) ولی نسبت آنها به کل زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله از ۶۳٪ به ۵۸٪ کاهش یافته است.

در واقع از یک طرف با بالا رفتن تعداد زنان و مردان در سنین باروری و زنان همسر دار در معرض باروری، باید انتظار افزایش مولید خام را داشت ولی از طرف دیگر، سن ازدواج نیز بالا رفته و تعداد مردان و زنان ازدواج نکرده (بدون خطر باروری) نیز افزایش داشته است. به عبارت دیگر، نسبت افراد در معرض باروری به کل جامعه طی ده سال اخیر ۵٪ کاهش داشته است و در نتیجه افزایش ۱۰٪ تعداد هر دو جنس را جبران می‌کند. همین پدیده، تغییر ترکیب سنی و افزایش تعداد افراد خطر ناک از نظر باروری را پوشانده و جبران می‌کند. در نتیجه افزایش تعداد افراد در سنین باروری نمی‌تواند در افزایش یا ثابت ماندن باروری تأثیر خاصی داشته باشد. نمودار ۲۵-۳ نیز کاهش نسبت زنان همسر دار در گروه سنی ۱۵ تا ۳۵ سال (به تفکیک و در کل) را نشان می‌دهد. ثابت ماندن یا افزایش میزان باروری عمومی و میزان باروری کلی نیز دلیلی دیگر بر همین مطلب است. به عبارت دیگر این Baby Boom (افزایش ناگهانی تعداد مولید به علت افزایش سریع زوج‌های جوان) نیست که مولید را افزایش داده بلکه این کاهش تب و تاب برنامه های تنظیم خانواده است که این روند را متوقف یا بر عکس کرده است. در سال ۱۳۷۷ یک میلیون و پنجاه و سه هزار زن واجد شرایط، زیر پوشش روش‌های مدرن نبوده‌اند در سال ۱۳۸۲ نیز یک میلیون و پنجاه هزار زن واجد شرایط تحت پوشش نبوده‌اند. پوشش روش‌های مدرن از ۶۳٪ در سال ۱۳۷۷ به ۶۶٪ در سال ۱۳۸۲ افزایش یافته است. در واقع پوشش روش‌های مدرن باید؛ بالاتر از اینها باشد که نیست و این مهم‌ترین دلیل تغییر است.

- در سال ۱۳۸۲ استان‌های سیستان و بلوچستان، هرمزگان و خوزستان بالاترین میزان‌های باروری را دارند و استان‌های گیلان، مازندران، تهران، قم و مرکزی کمترین این میزان‌ها را داشته‌اند. در عین حال سیستان و بلوچستان و هرمزگان کمترین میزان پوشش روش‌های پیشگیری از بارداری را دارند ولی استان‌های قم، مازندران، گیلان با وجود اینکه کمترین میزان‌های باروری را دارند، پوشش روش‌های مدرن از پیشگیری از بارداری آنها از میانگین کشوری پایین‌تر قرار دارد.
- استان سمنان با بالاترین نسبت جنسی و یزد با پائین‌ترین نسبت جنسی در بین مولید خود در سال ۱۳۸۲ از جوانب مختلف قابل بررسی هستند.

روند تغییرات میزان‌های باروری و پوشش تنظیم خانواده در بین استان‌ها

- طی چهار ساله ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۲ نه تنها در اغلب استان‌ها میزان خام مولید کاهش نداشته است، بلکه افزایش را نیز نشان می‌دهد. در همین سه سال میزان باروری عمومی تقریباً در همه استان‌ها کمترین میزان تغییر را نسبت به دو دوره سه ساله قبلی داشته است و دقیقاً همین ویژگی برای میزان باروری کلی نیز وجود دارد. جالب توجه است که در این ۴ سال در کل کشور، کمترین افزایش میزان پوشش روش‌های مدرن از بارداری در مقایسه با دو دوره سه ساله قبلی وجود دارد.

○ گیلان و مازندران بیشترین کاهش میزان خام مولید را طی ده سال اخیر دارند. در مقابل ایلام، زنجان و لرستان بیشترین نسبت کاهش را در میزان باروری عمومی و باروری کلی دارند، کهگیلویه و بویر احمد نیز نزدیک به آنها قرار دارد. در نمودار ۱۹-۳ مشاهده می‌شود که ایلام، کهگیلویه و لرستان بیشترین درصد کاهش زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله همسر دار را داشته‌اند (کاهش میزان باروری عمومی و کاهش نسبت زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله همسر دار).

○ استان‌های سیستان و بلوچستان و هرمزگان با وجود اینکه بیشترین افزایش پوشش تنظیم خانواده را داشته‌اند ولی هنوز کمترین میزان پوشش تنظیم خانواده و بیشترین میزان‌های باروری را دارند.

روند تغییرات واریانس بین استانی برای شاخص‌های بارداری

گرچه ناهمگنی استان‌ها (بزرگی مقدار واریانس بین استانی) در زمینه میزان خام مولید کاهش یافته و در سال ۱۳۸۲ به یک سوم مقدار سال ۱۳۷۲ رسیده است. ولی نادیده نباید گرفت که از سال ۱۳۷۹ روند کاهش متوقف و تا حدودی جهت آن رو به افزایش نیز نهاده است. همین روند توقف و معکوس شدن را، در میزان باروری عمومی و باروری کلی نیز می‌توان مشاهده کرد. به عبارت دیگر در برخی از استان‌ها یا روند تغییر متوقف شده یا دگرگون شده. در صورتی که در برخی دیگر از استان‌ها همچنان روند کاهشی ادامه دارد. *بعبارت دیگر استان‌های ایلام، لرستان، مرکزی، کردستان، کرمانشاه، چهارمحال و بختیاری و سیستان و بلوچستان روند کاهش باروری کلی آن معکوس شده و در سه ساله ۱۳۸۲-۱۳۷۹ روند افزایشی داشته است. در صورتی که استان‌های گیلان، مازندران، هرمزگان، خراسان و قم همچنان روند کاهشی با سرعت زیاد را دارند و در مقابل، استان‌هایی مثل زنجان، اردبیل، همدان، کهگیلویه و بویراحمد، کرمان، آذربایجان غربی، اصفهان، بوشهر، فارس، خوزستان، یزد، آذربایجان شرقی، سمنان، گلستان و قزوین کماکان به کاهش خود یا توقف کاهش طی سه سال اخیر تن داده‌اند.*

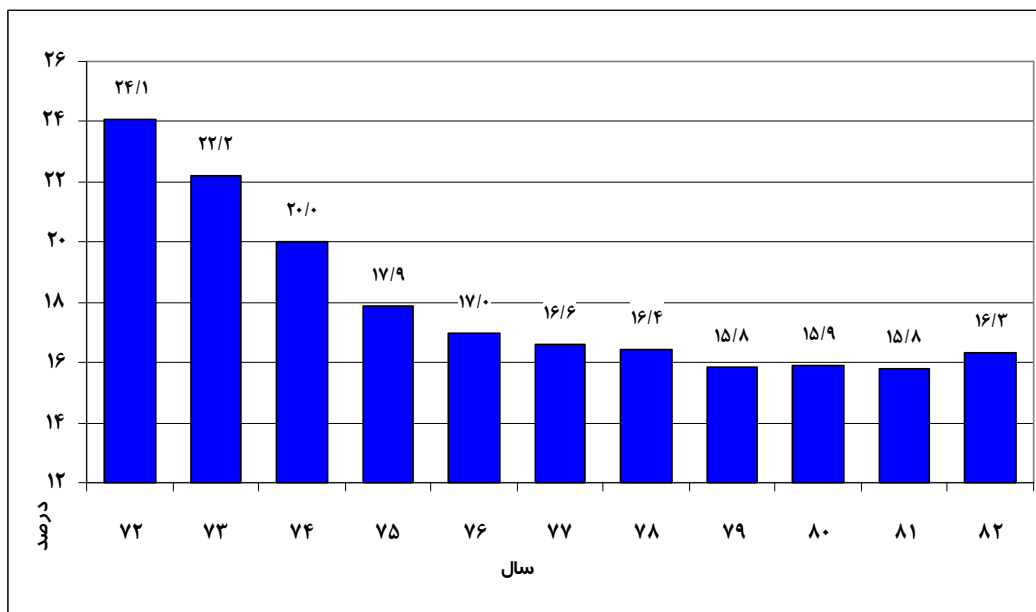
● **پس، نتیجه می‌گیریم که: واریانس بین استانی از سال ۱۳۷۹ رو به افزایش نهاده است. در صورت عدم مداخله در این روند، این ناهمگنی ممکنست تشدید شود.**

در مقابل کاهش ناهمگنی بین استان‌ها در فاصله سال‌های ۷۲ تا ۷۹ برای شاخص‌های باروری، ناهمگنی استان‌ها در مورد شاخص پوشش خدمات معتبر پیشگیری از بارداری چندان کاهش واضحی نداشته است. بخصوص در فاصله سال‌های ۷۵ تا ۸۲ تغییرات زیادی اتفاق نیافتاده است.

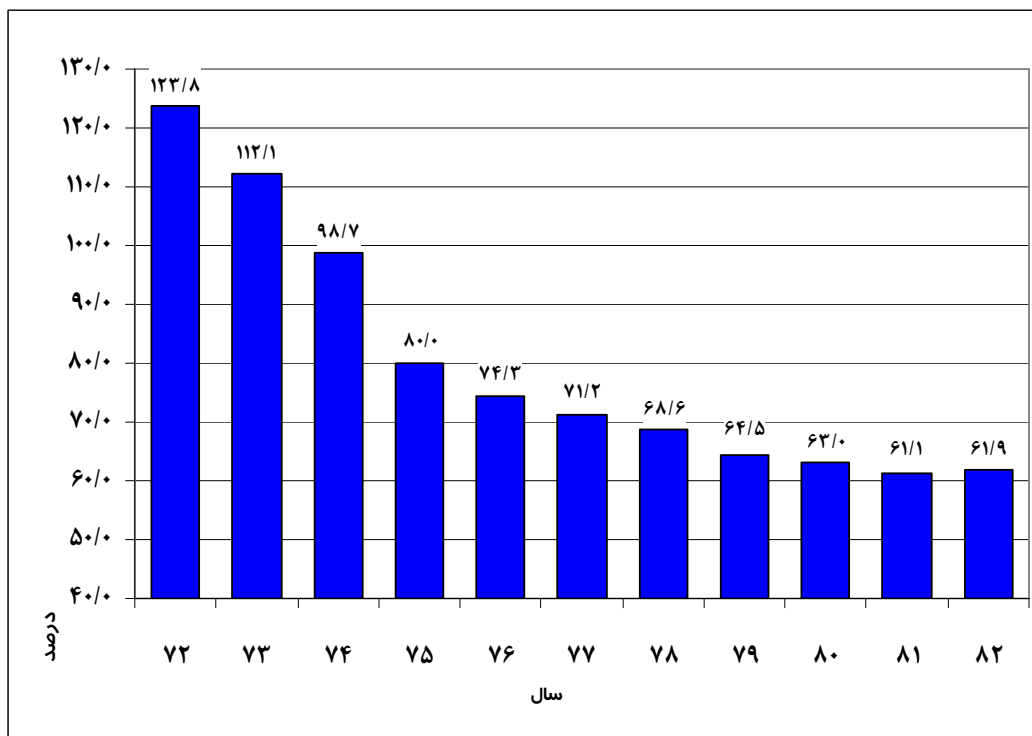
نتیجه اینکه:

روند باروری و تحدید مولید تا سال‌های ۱۳۷۹ بخوبی پیش رفته است و پس از آن، نه به دلیل ورود حجم بزرگی از جمعیت جوان به دایره باروری، بلکه به دلایلی دیگر چون کاهش آموزش‌ها، تبلیغات و دامنه عملکرد خدمات تنظیم خانواده، این روند متوقف و تا حدودی معکوس شده است. ورود تعداد زیادی از گروه سنی جوان به دایره باروری به دلیل بالا رفتن سن ازدواج و کاهش تمایل به تشکیل خانواده در سنین پائین، خود به خود، افزایش گروه سنی در معرض باروری را کنترل و مهار نموده است.

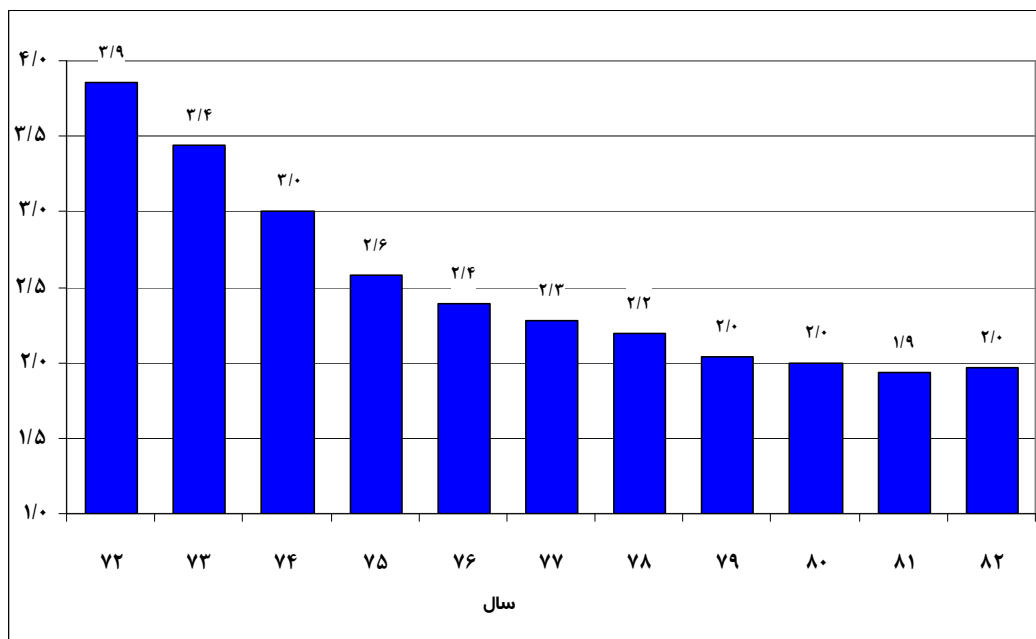
نمودار ۳-۲۱ تغییر میزان خام موالید از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور



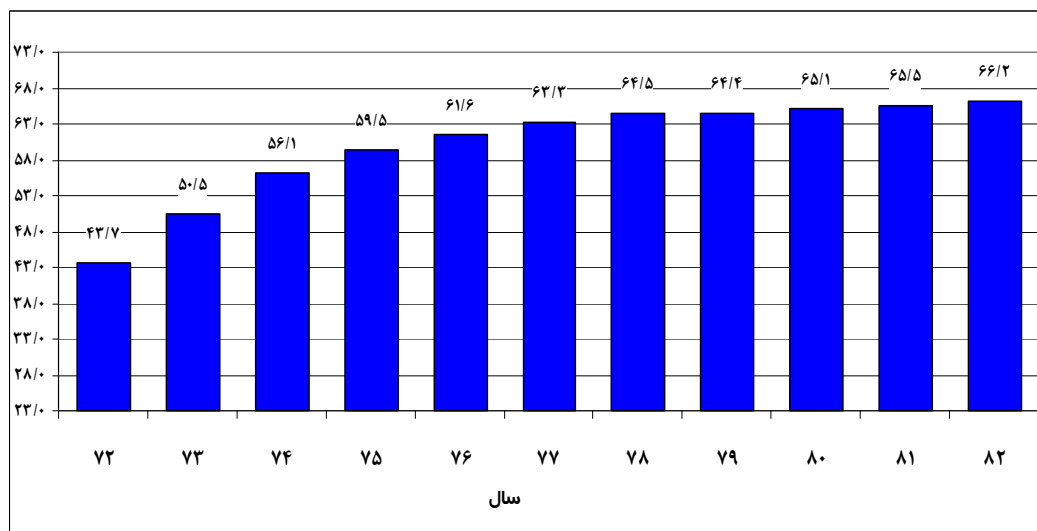
نمودار ۳-۲۲ تغییر میزان باروری عمومی ۱۵ تا ۴۹ ساله از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور



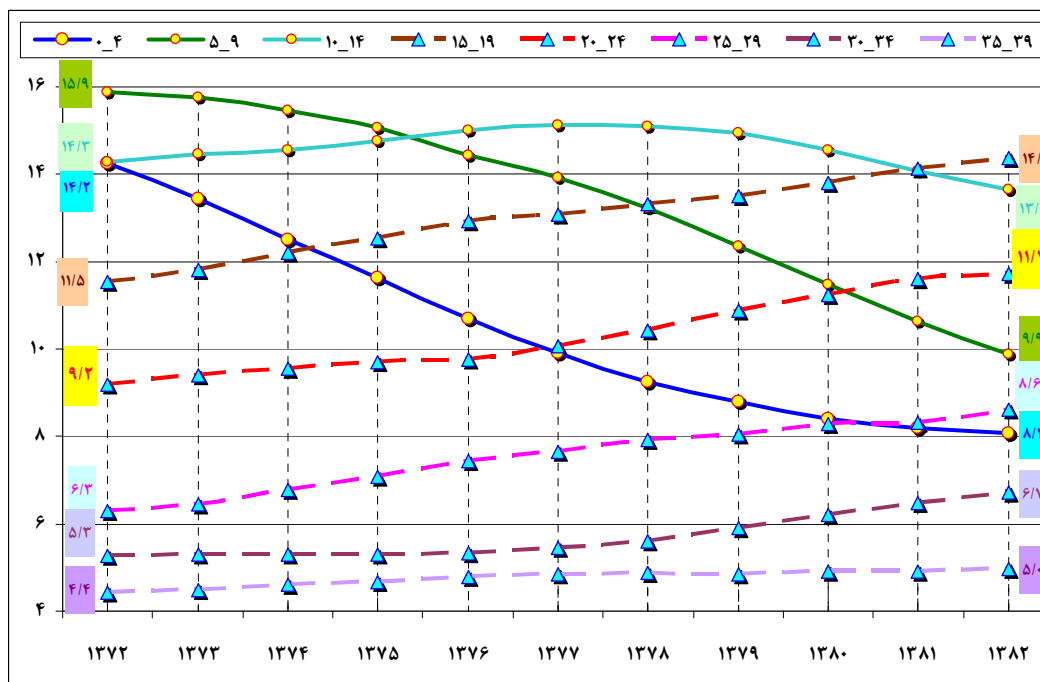
نمودار ۲۳- تغییر میزان باروری کلی ۱۰ تا ۴۹ سال، از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور



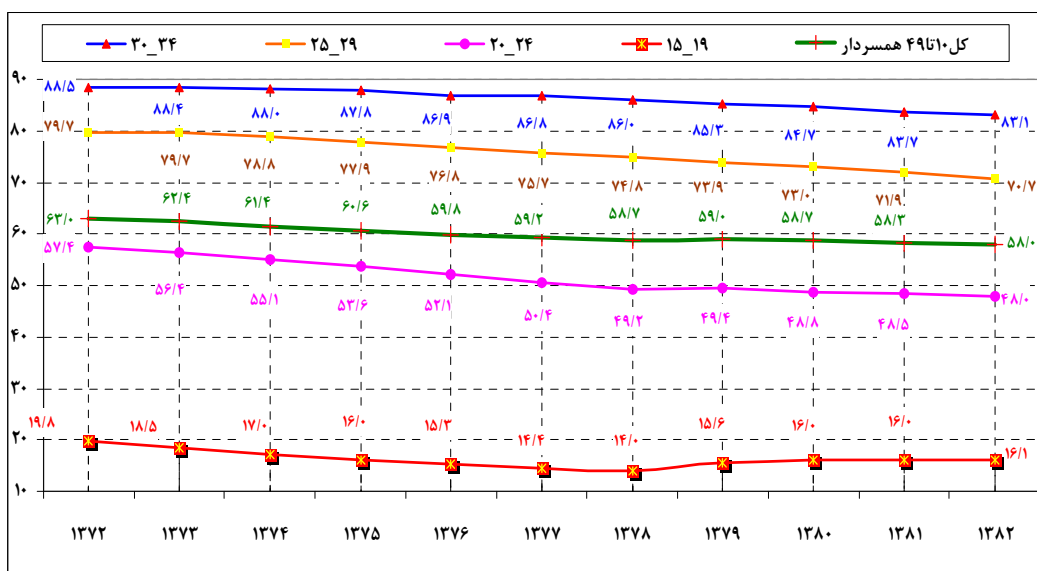
نمودار ۲۴- تغییر میزان پوشش روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور



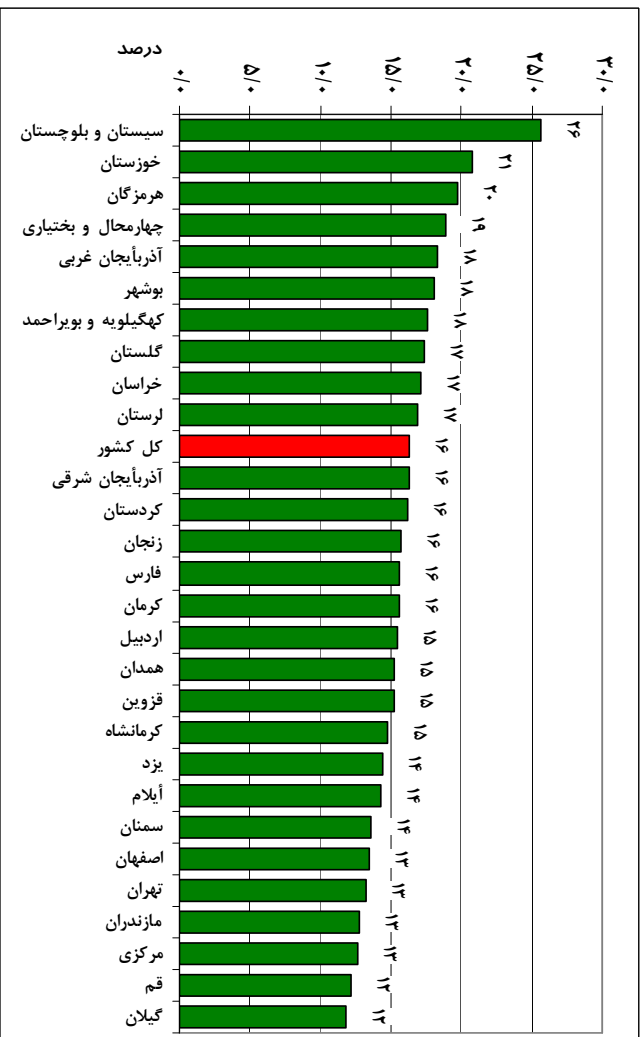
نمودار ۲۵-۳ روند تغییر نسبت چند گروه سنی از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور



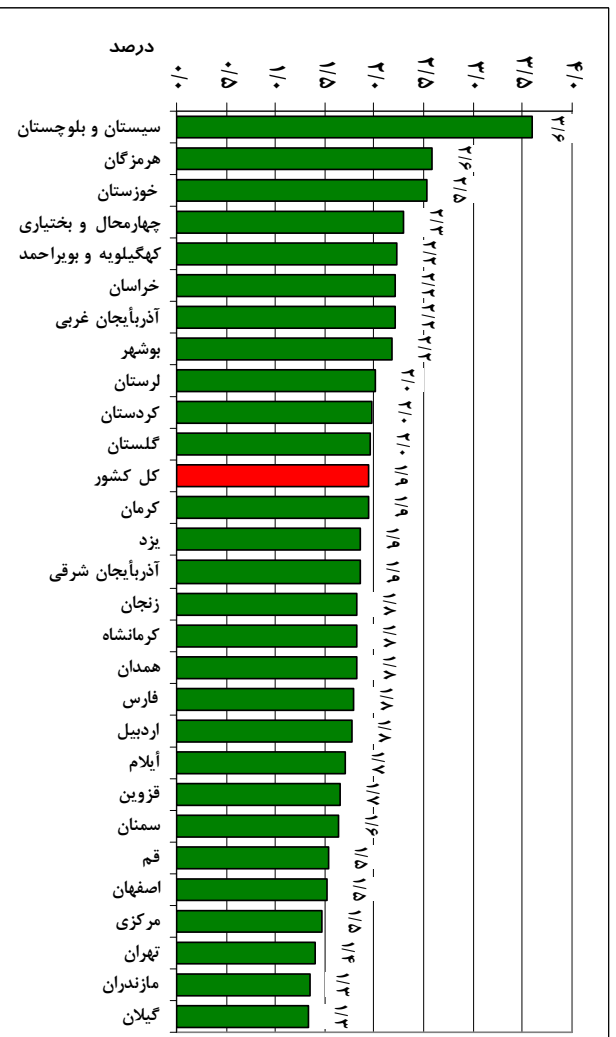
نمودار ۲۶-۳ روند تغییر نسبت چند گروه سنی زنان همسر دار به جمعیت کل همان زنان و دختران از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور



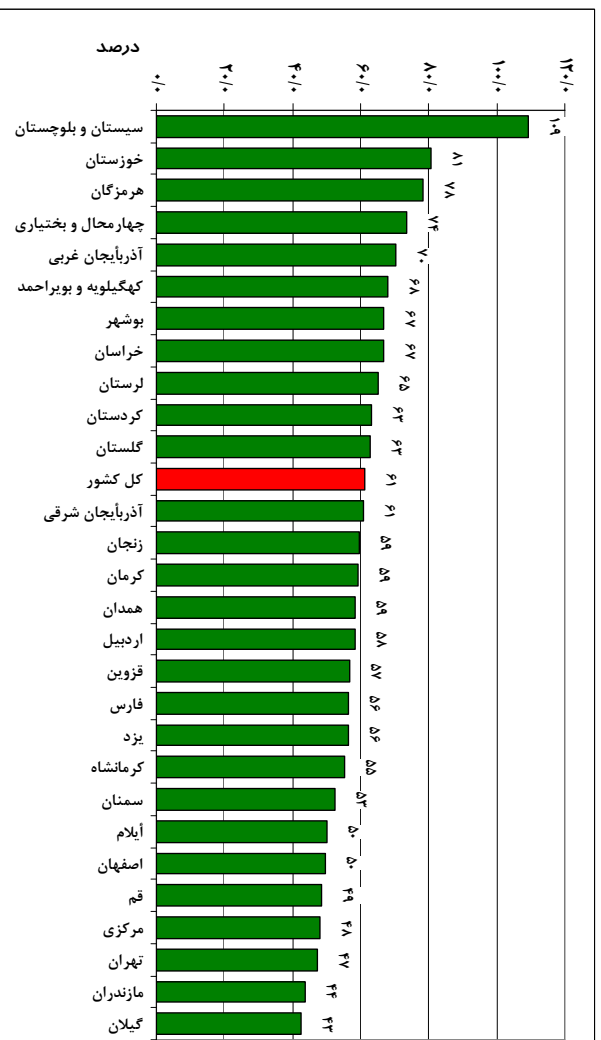
نمودار ۲۷-۳ میزان خام موالید در سال ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور



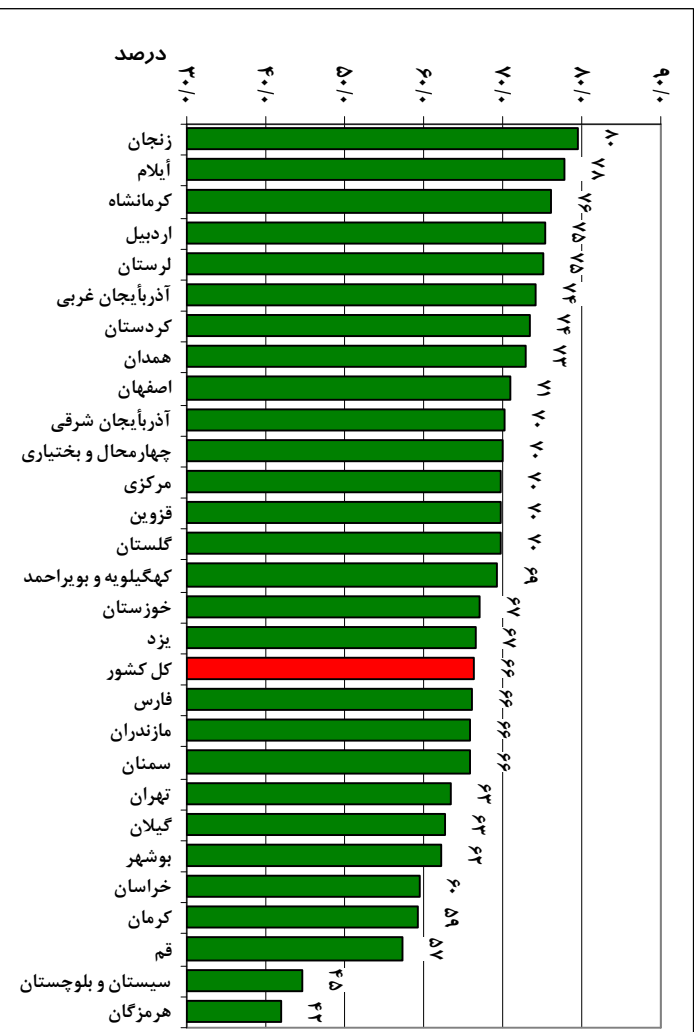
نمودار ۲۸-۳ میزان باروری کلی ۱۰ تا ۴۹ سال در سال ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور



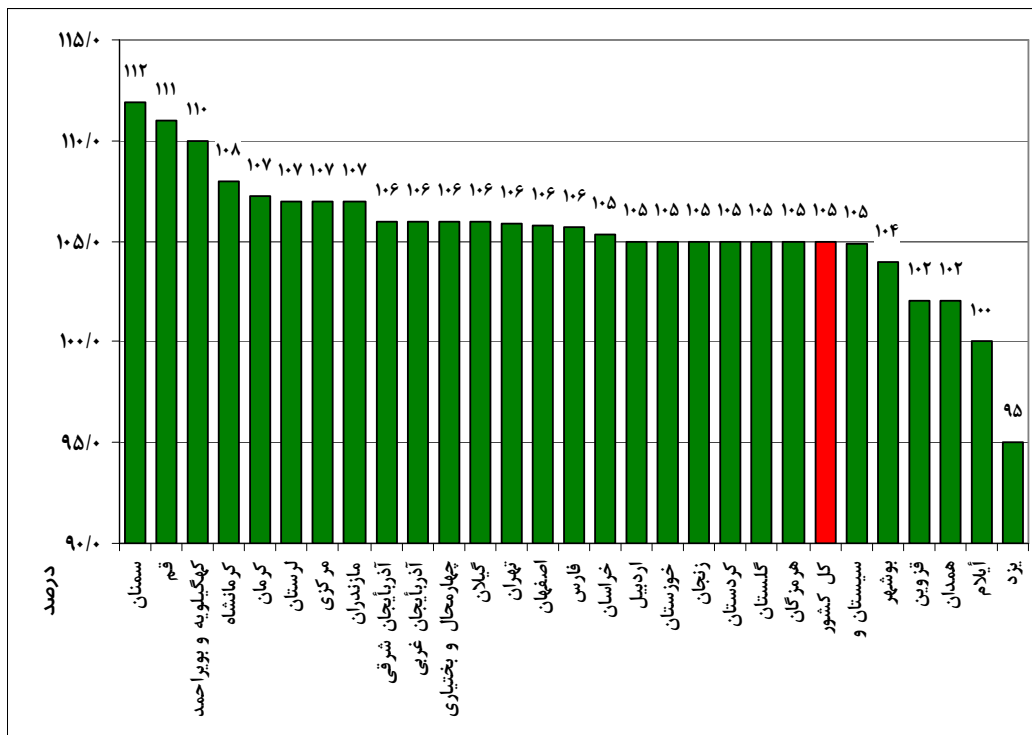
نمودار ۲۹-۳ میزان باروری عمومی ۱۵ تا ۴۹ ساله در سال ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور



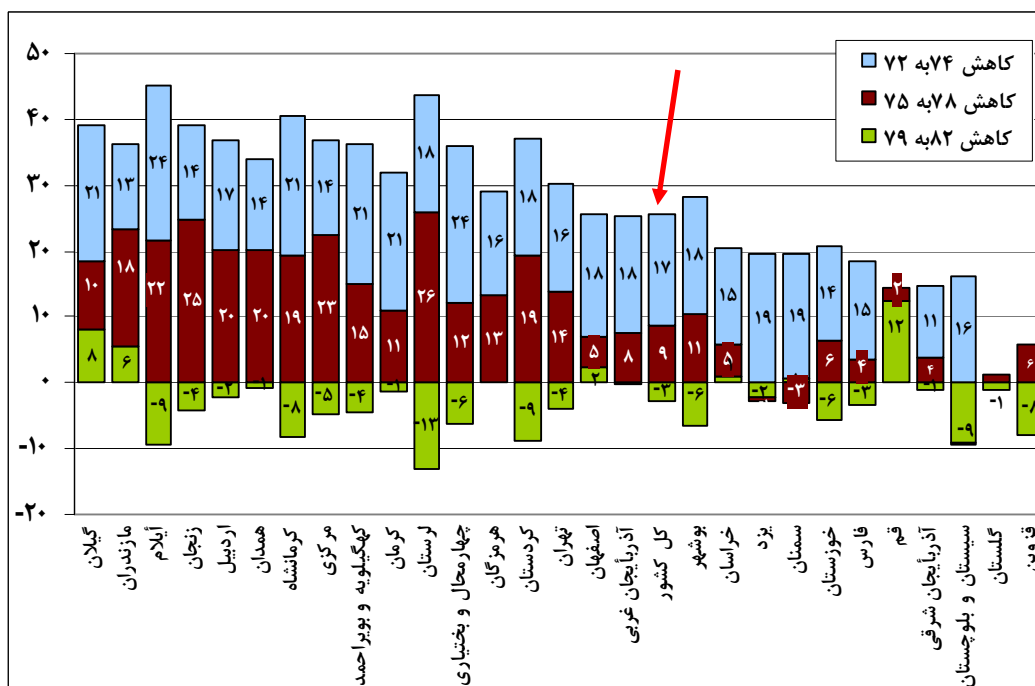
نمودار ۳۰-۳ میزان پوشش روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری در سال ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور



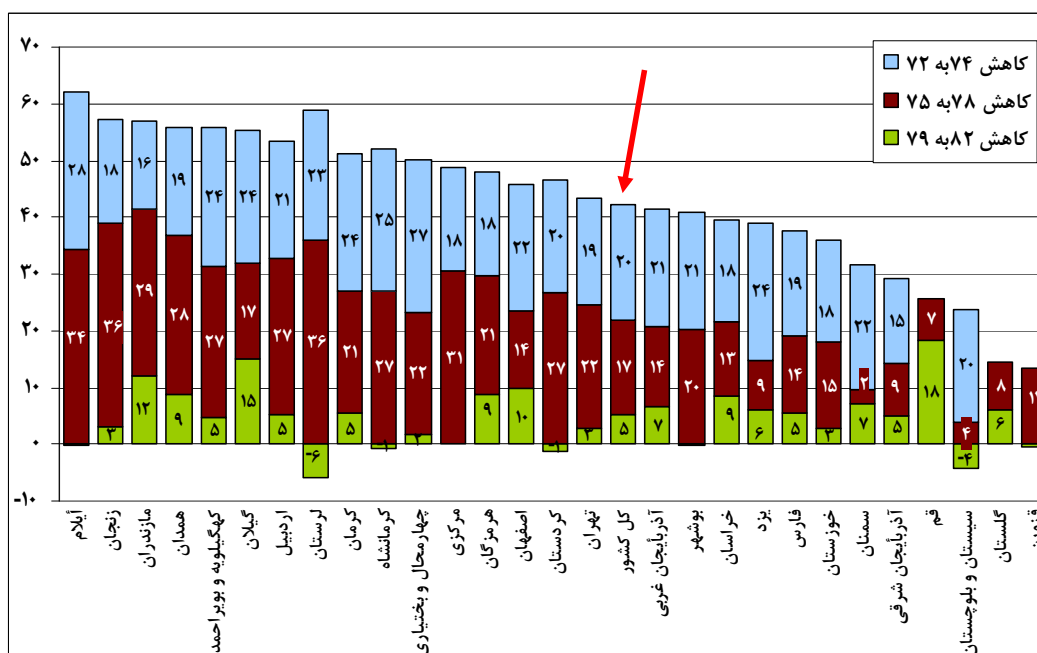
نمودار ۳۱-۳ نسبت جنسی در موالید زنده در سال ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور



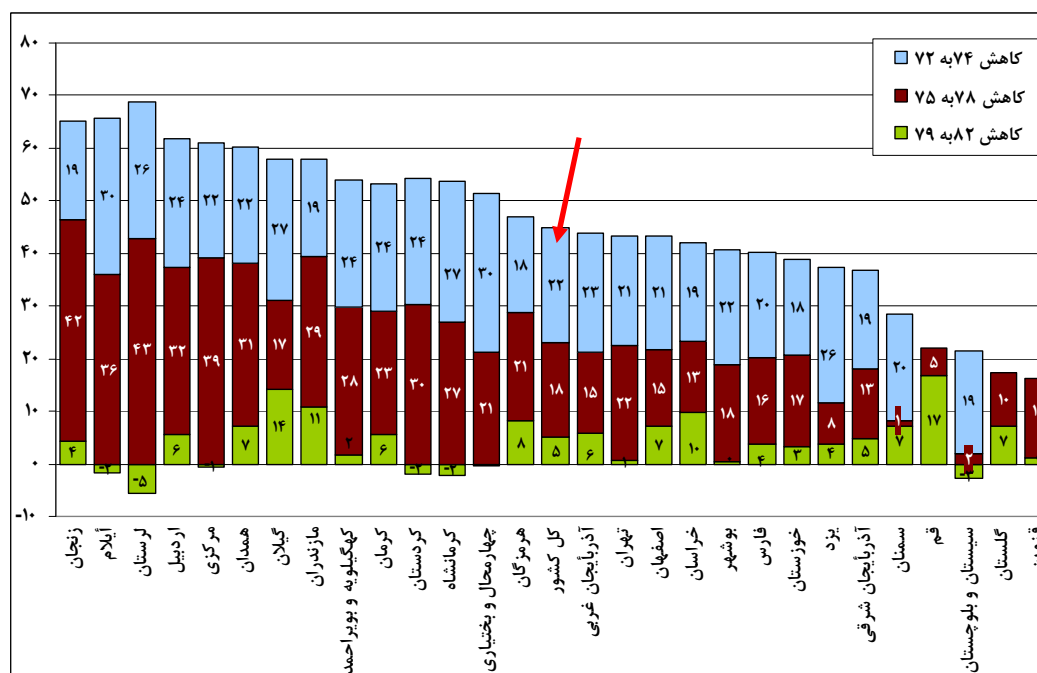
نمودار ۳۲-۳ درصد تغییرات میزان خام موالید در فاصله سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور (استان‌ها بر حسب تغییر از سال ۷۲ تا ۸۲ مرتب شده‌اند).



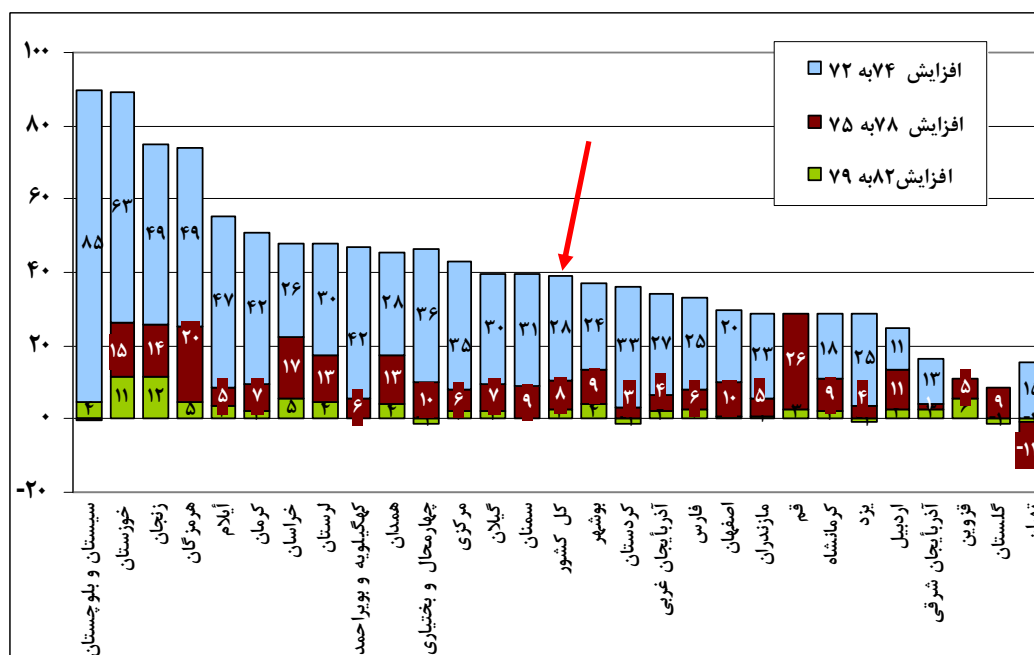
نمودار ۳-۳۳ درصد تغییرات میزان باروری عمومی ۱۵ تا ۴۹ ساله در فاصله سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور (استان‌ها بر حسب تغییر از سال ۷۲ تا ۸۲ مرتب شده‌اند).



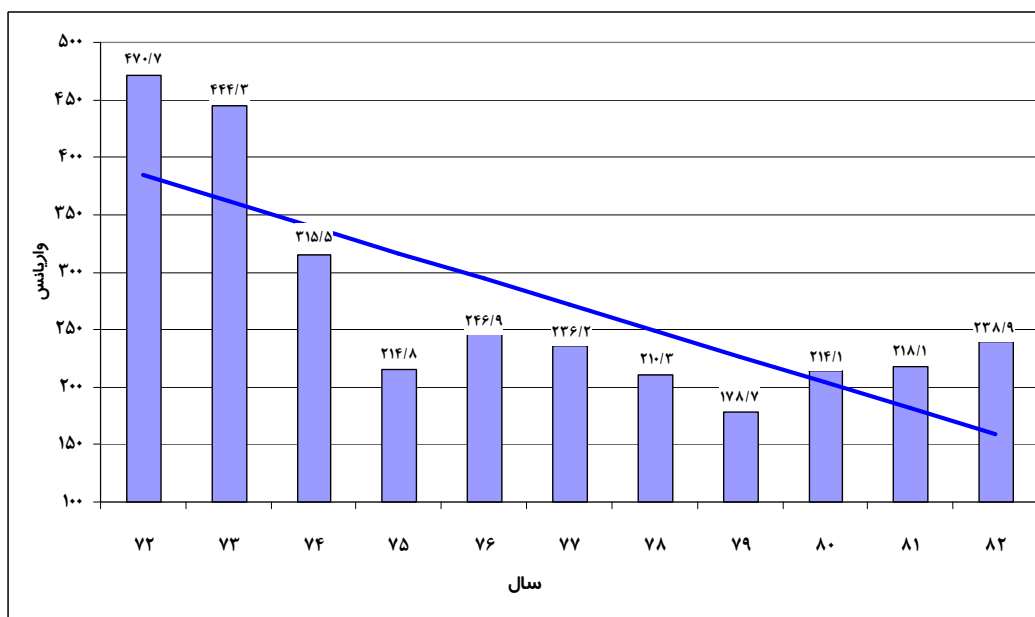
نمودار ۳-۳۴ درصد تغییرات میزان باروری کلی ۱۰ تا ۴۹ سال در فاصله سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور (استان‌ها بر حسب تغییر از سال ۷۲ تا ۸۲ مرتب شده‌اند).



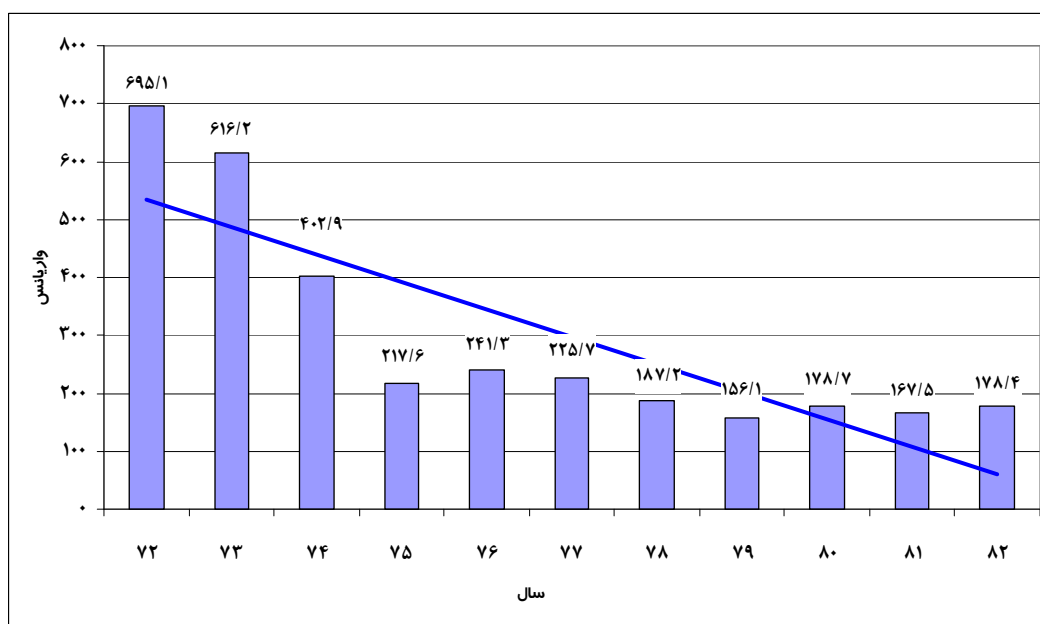
نمودار ۳-۳۵ درصد افزایش میزان پوشش روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری در فاصله سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور (استان‌ها بر حسب تغییر از سال ۷۲ تا ۸۲ مرتب شده‌اند).



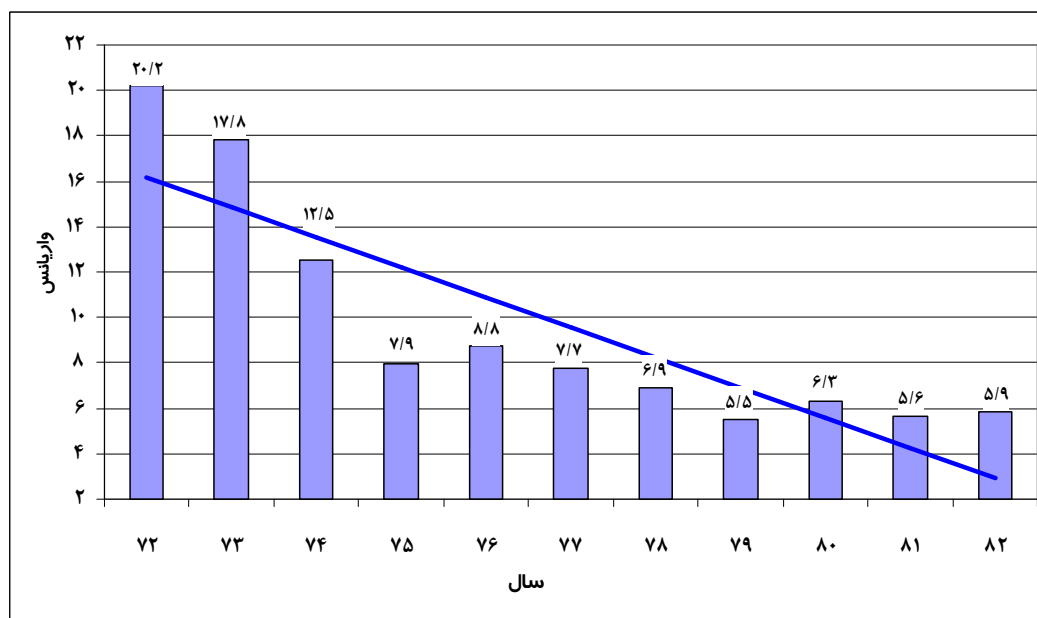
نمودار ۳-۳۶ واریانس بین استان‌های مختلف کشور، برای میزان خام مولید در (جمعیت روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت) به تفکیک سال‌های مختلف



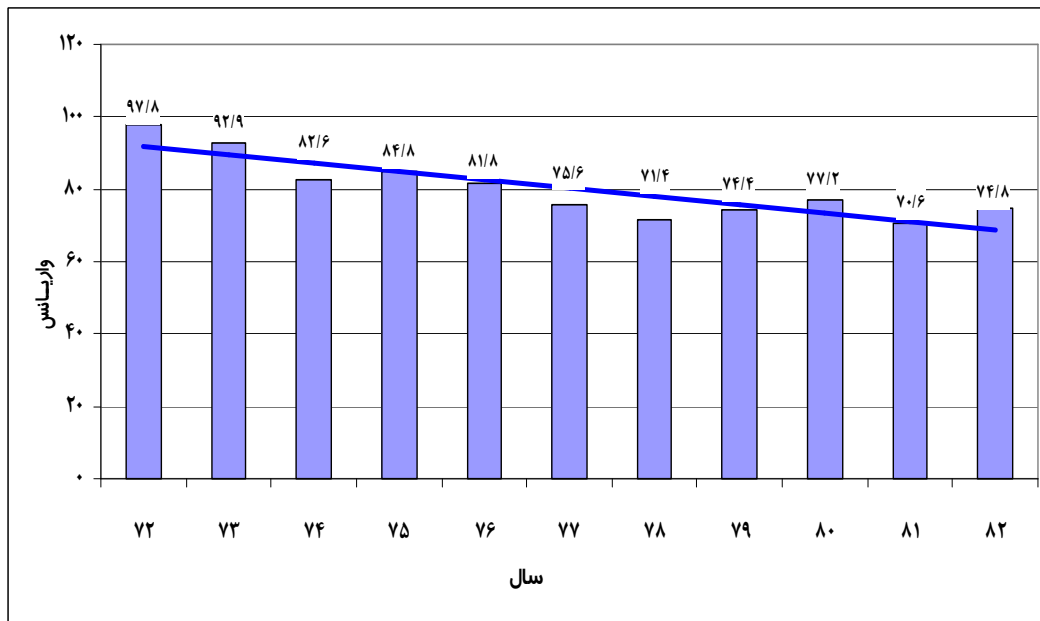
نمودار ۳-۳۷ واریانس بین استان‌های مختلف کشور، برای میزان باروری عمومی ۱۵ تا ۴۹ ساله در (جمعیت روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت) به تفکیک سال‌های مختلف



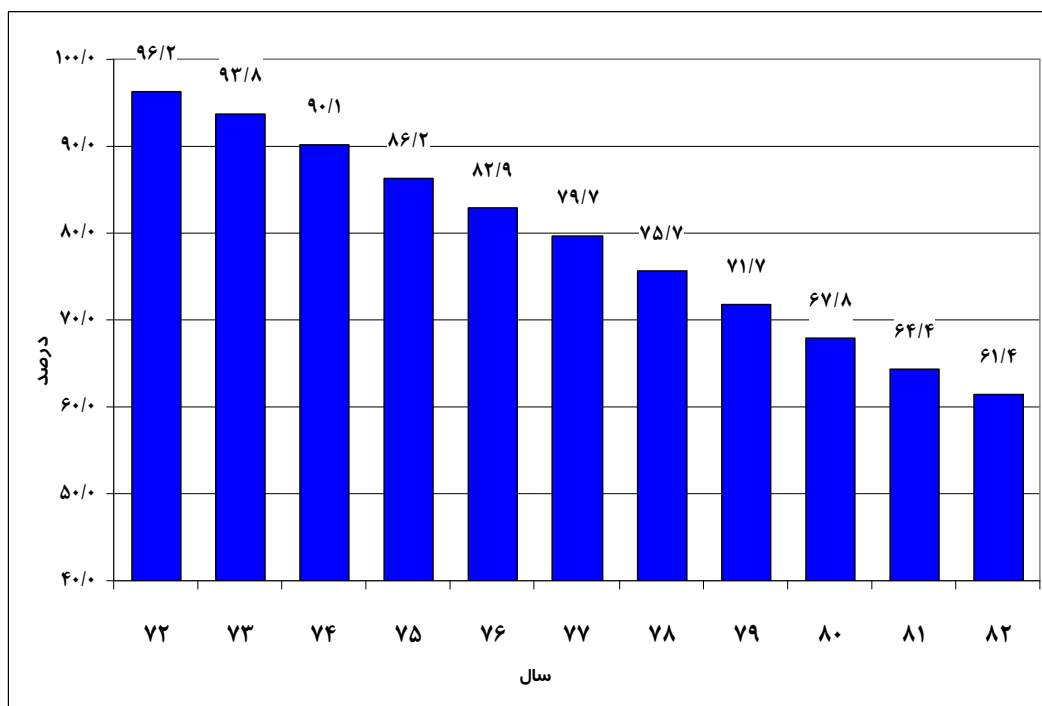
نمودار ۳-۳۸ واریانس بین استان‌های مختلف کشور، برای میزان باروری کلی ۱۰ تا ۴۹ سال در (جمعیت روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت) به تفکیک سال‌های مختلف



نمودار ۳-۳۹ واریانس بین استان‌های مختلف کشور، میزان پوشش روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری در (جمعیت روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت) به تفکیک سال‌های مختلف



نمودار ۳-۴۰ تغییر نسبت سرباری از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور

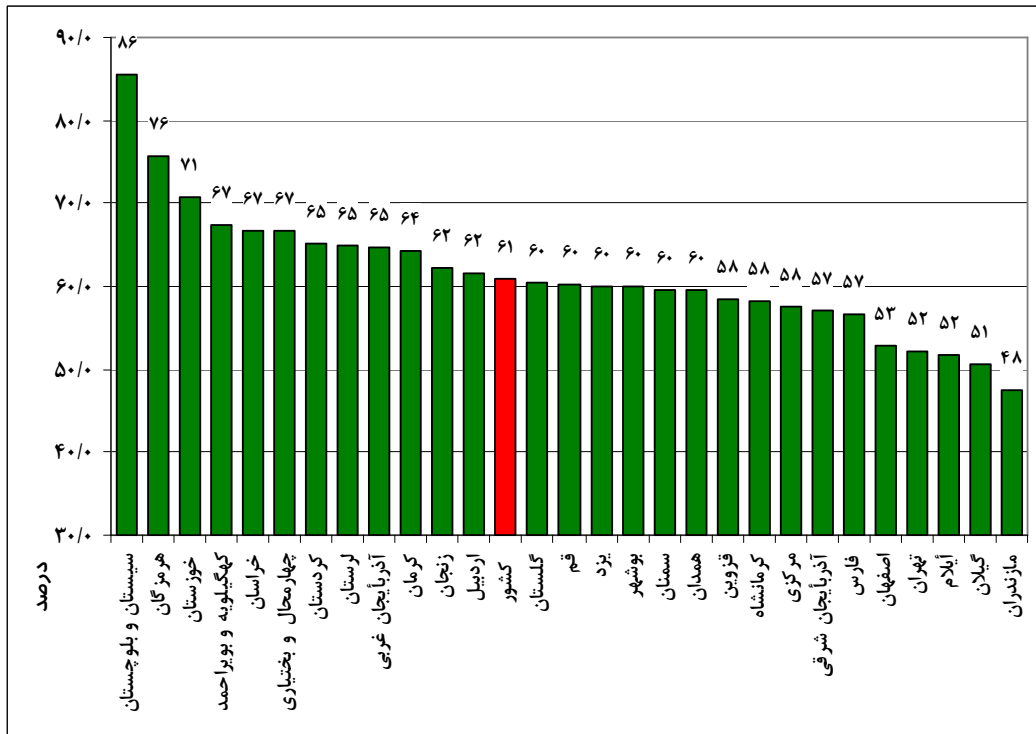


○ نسبت سرباری؛ در واقع نسبت جمعیت ناتوان از تولید را به جمعیت قادر به تولید را نشان می‌دهد. این نسبت در سال ۱۳۷۲ در کل مناطق زیر پوشش خانه‌های بهداشت تقریباً برابر با یک بوده است، یعنی به ازای هر یک نفر در سن تولید و کار، یک نفر در سن خارج از کار و تولید وجود داشته است. در صورتی که این رقم در سال ۱۳۸۲ به ۳ نفر قادر به تولید به ازای ۲ نفر کودک یا سالخورده رسیده است. یعنی اینکه ۳ نفر کار می‌کنند و به غیر از خودشان هزینه ۲ نفر دیگر (جمعاً پنج نفر) را نیز تأمین می‌کنند. در صورتی که در سال ۱۳۷۲ سه نفر کار می‌کردند تا علاوه بر تأمین زندگی خود، هزینه زندگی ۳ نفر دیگر (جمعاً شش نفر) را نیز تأمین کنند. این تغییر ترکیب سنی عمدتاً ناشی از کاهش باروری بوده است. در سال ۱۳۸۲ در استان‌هایی که باروری کاهش نداشته است یا کاهش چشمگیری نداشته است، مثل سیستان و بلوچستان، هرمزگان و خوزستان هنوز این نسبت یک به یک یا نزدیک به آن است. در صورتی که در استان‌های با کاهش باروری شدید و پایدار مثل مازندران، گیلان، ایلام، تهران و اصفهان این نسبت به «۲ به یک» یا به عبارت دیگر به ۲ نفر در سن تولید و کار به یک نفر در سن مصرف رسیده است.

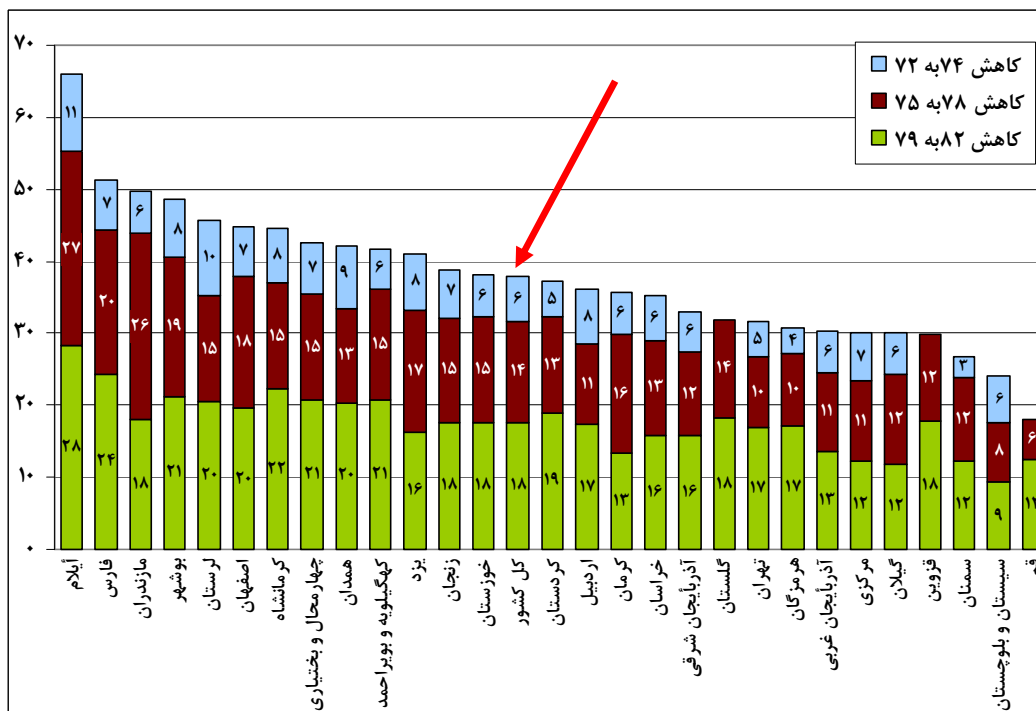
در برخی از استان‌ها مثل قم، سمنان، گیلان و مرکزی این نسبت به دلیل کاهشی که از گذشته داشته است، طی ده سال اخیر تغییر زیادی نکرده است. در مقابل در استان‌های مثل ایلام، فارس، مازندران و بوشهر به دلیل شروع دگرگونی و تشدید آن تفاوت‌ها طی ده سال اخیر زیاد بوده است.

خلاصه اینکه: استان‌ها در این زمینه به سمت همگنی پیش می‌روند چرا که روند کاهش باروری در استان‌ها به سمت کاهش ناهمگنی پیش رفته است.

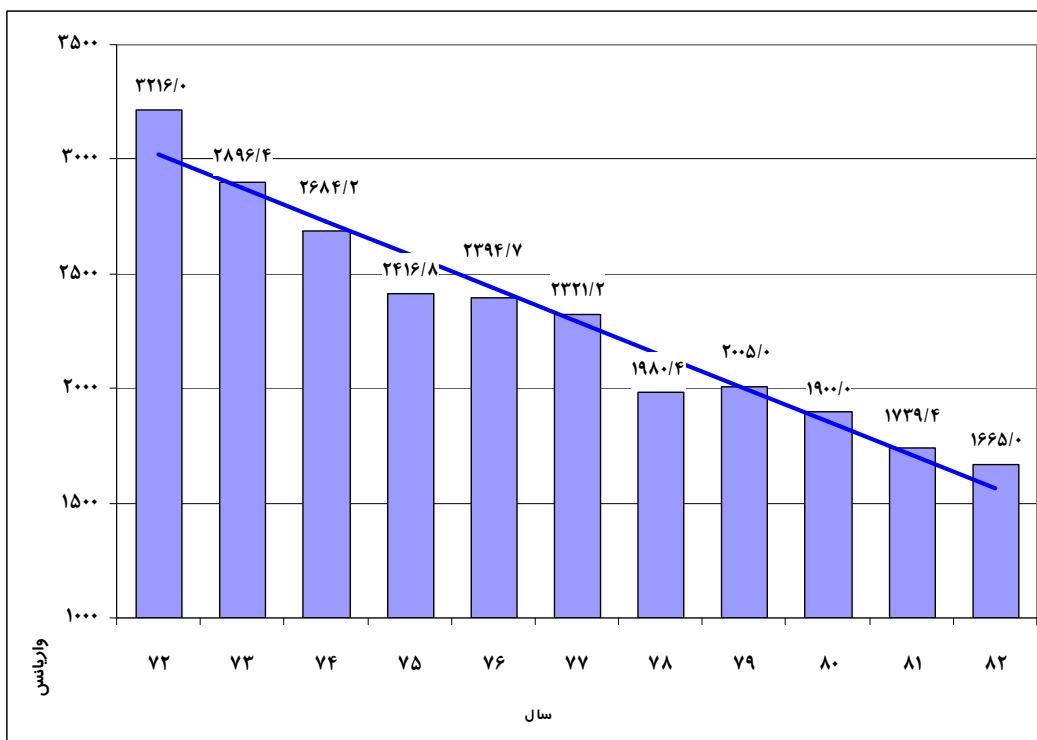
نمودار ۴۱-۳ نسبت سرباری در سال ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت به تفکیک استان



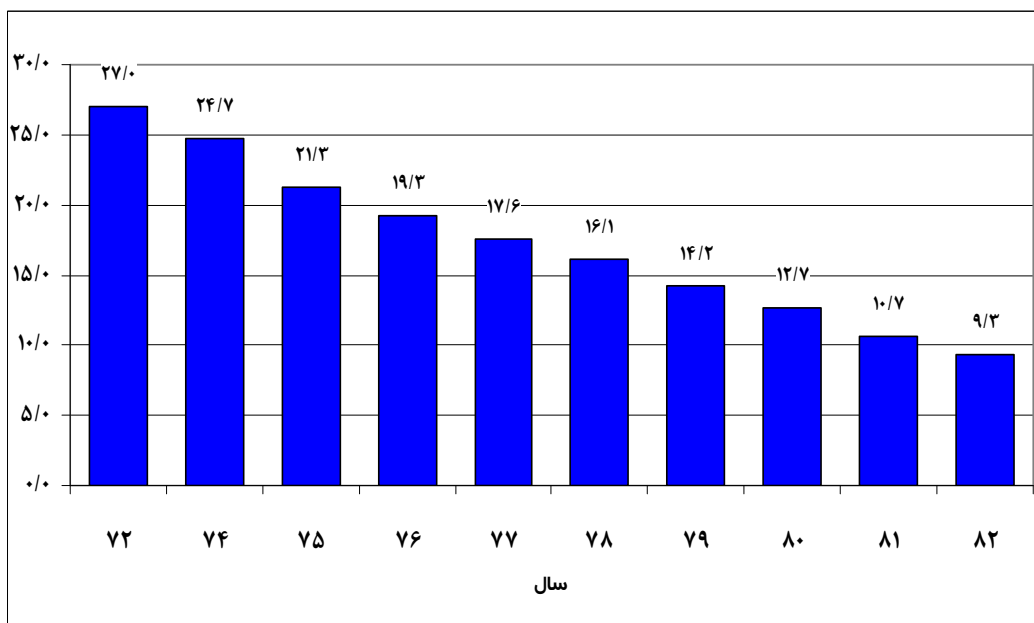
نمودار ۴۲-۳ درصد کاهش نسبت سرباری در فاصله سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور (استان‌ها بر حسب تغییر از سال ۷۲ تا ۸۲ مرتب شده‌اند).



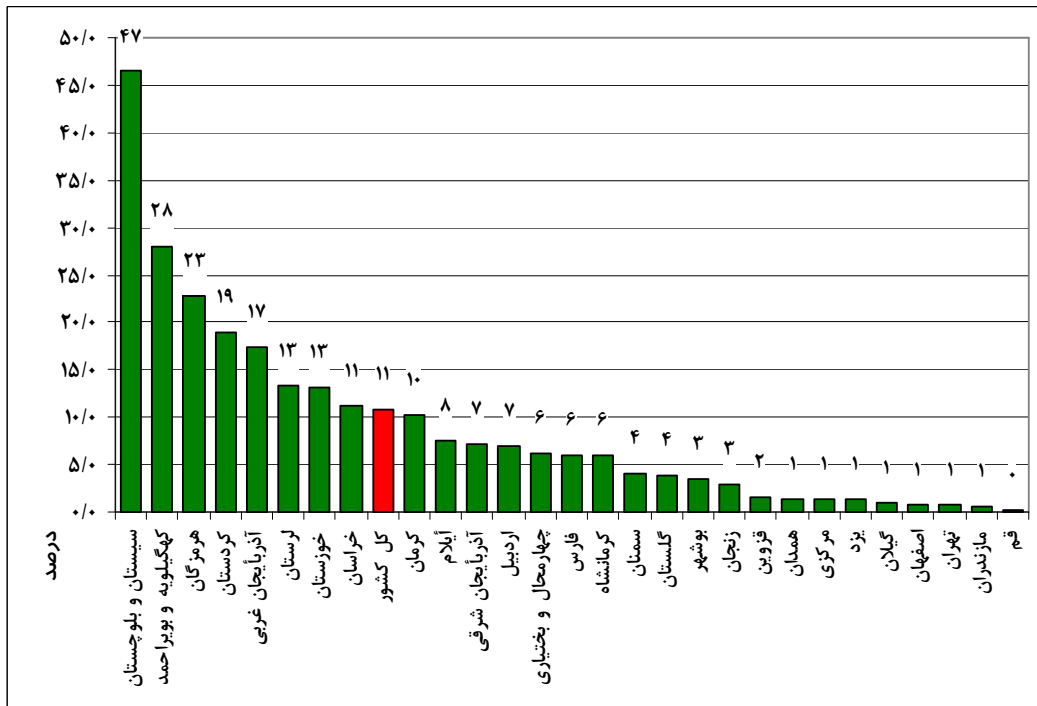
نمودار ۳-۴۳ واریانس بین استان‌های مختلف کشور؛ برای نسبت سرباری در (جمعیت روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت) به تفکیک سال‌های مختلف



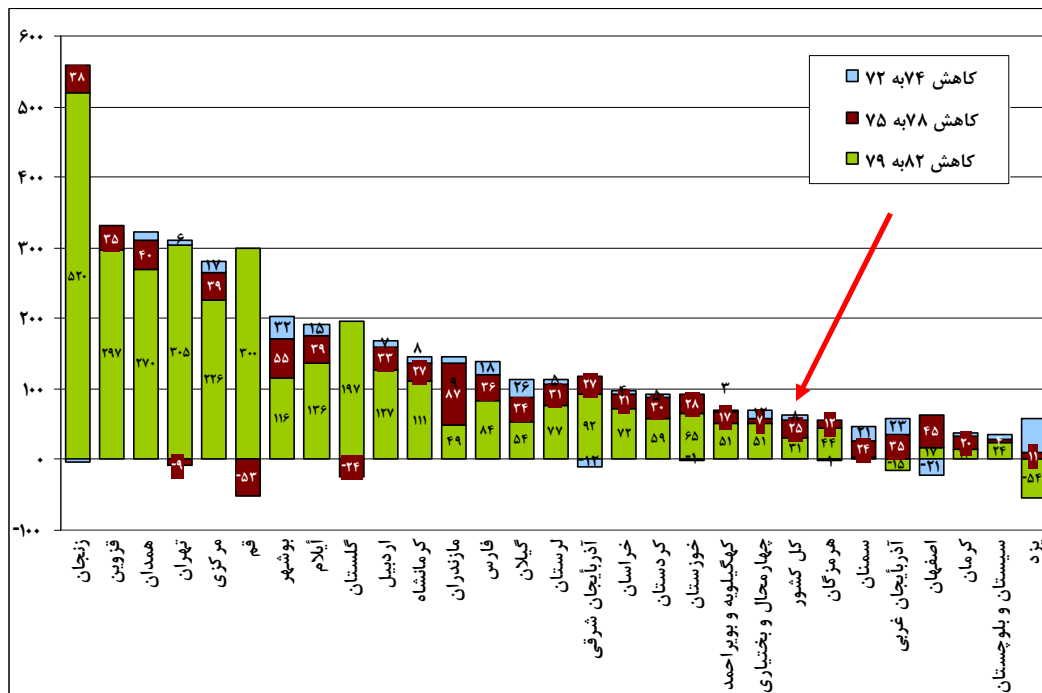
نمودار ۳-۴۴ تغییر درصد زیانان توسط فرد دوره ندیده از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور



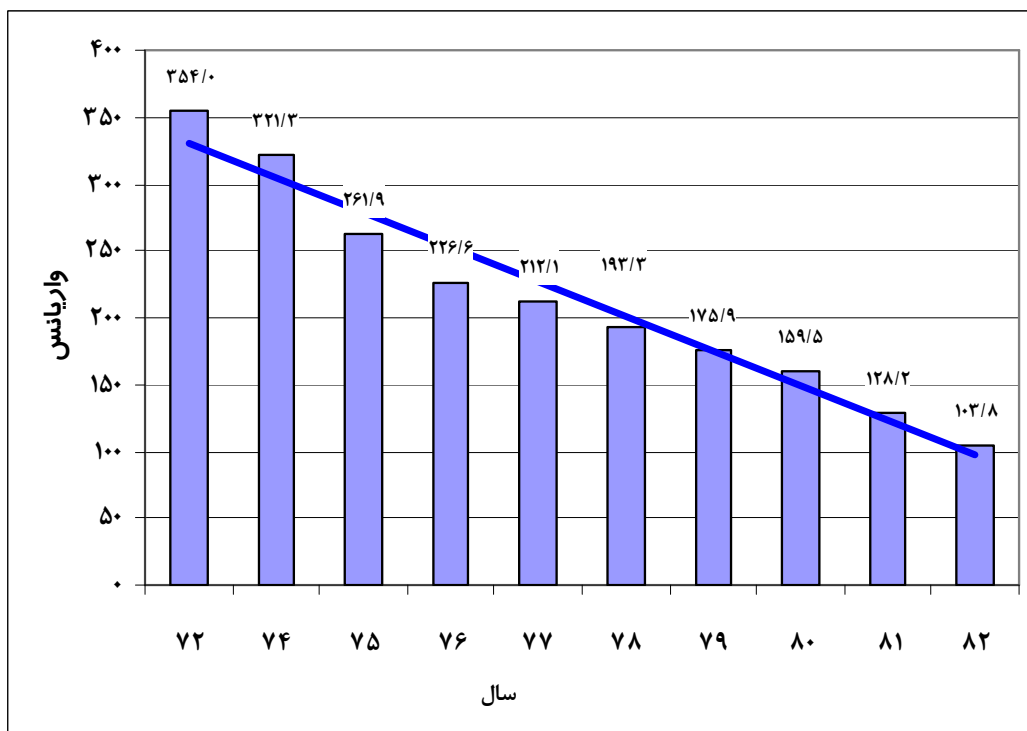
نمودار ۳-۴۵ تغییر درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده در سال ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور



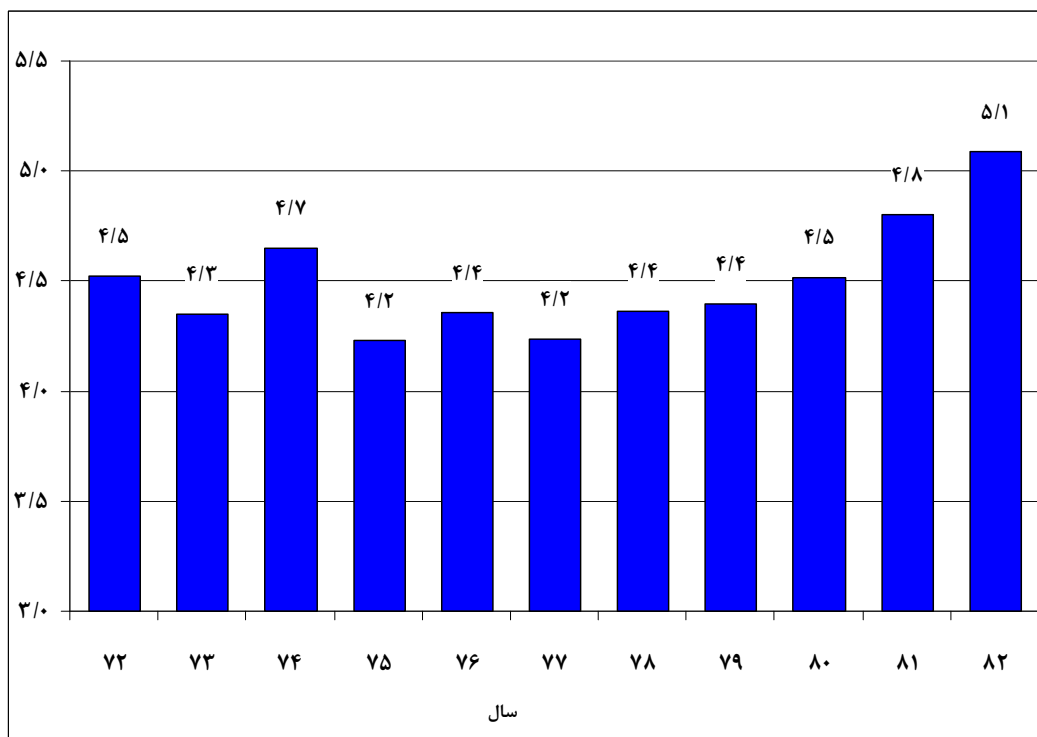
نمودار ۳-۴۶ کاهش درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده در فاصله سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور (استان‌ها بر حسب تغییر از سال ۷۲ تا ۸۲ مرتب شده‌اند.)



نمودار ۳-۴۷ واریانس بین استان‌های مختلف کشور؛ برای درصد زایمان توسط فرد دوره ندیده در (جمعیت روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت) به تفکیک سال‌های مختلف



نمودار ۳-۴۸ تغییر میزان خام مرگ از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور



درصد زایمان به کمک فرد دوره ندیده

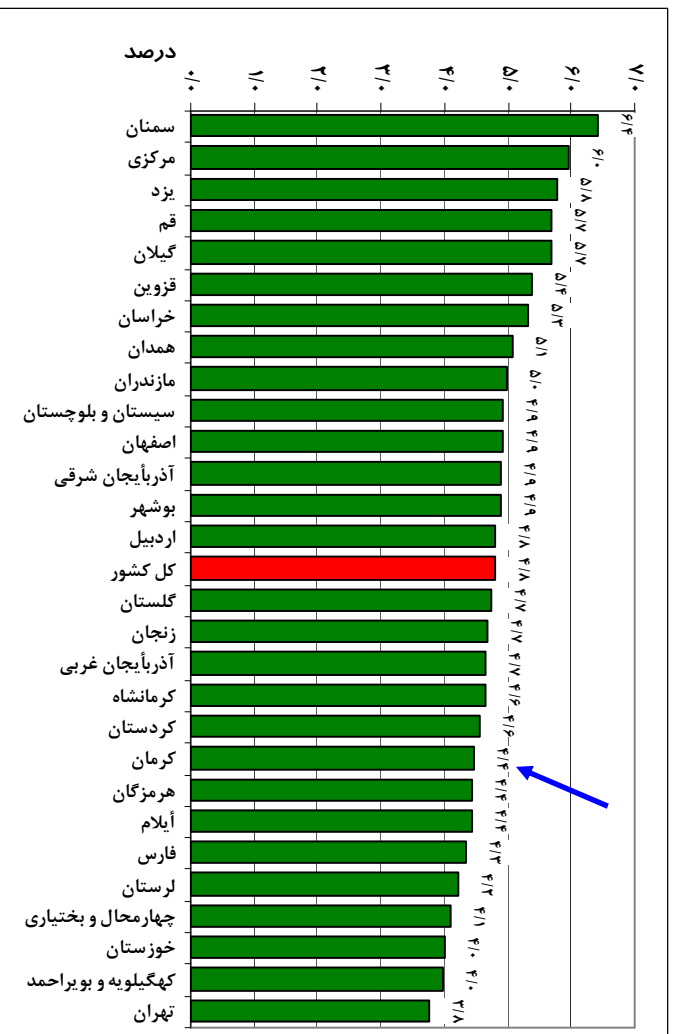
زایمان به کمک افراد آموزش دیده مثل پزشک متخصص در بیمارستان یا ماما در بیمارستان، مطب، تسهیلات زایمانی و یا حتی در منزل از مهم‌ترین شاخص‌های بهداشتی هر کشور است. مطالعات متعددی ارتباط این شاخص را با مرگ و میر مادران از عوارض بارداری و زایمان و توسعه اجتماعی نشان داده است.

در فاصله سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ این نسبت در مجموعه مناطق روستایی کشور از ۲۷٪ به ۹٪ کاهش یافته است و روند نزولی آن در طول ده سال اخیر پا بر جا بوده است.

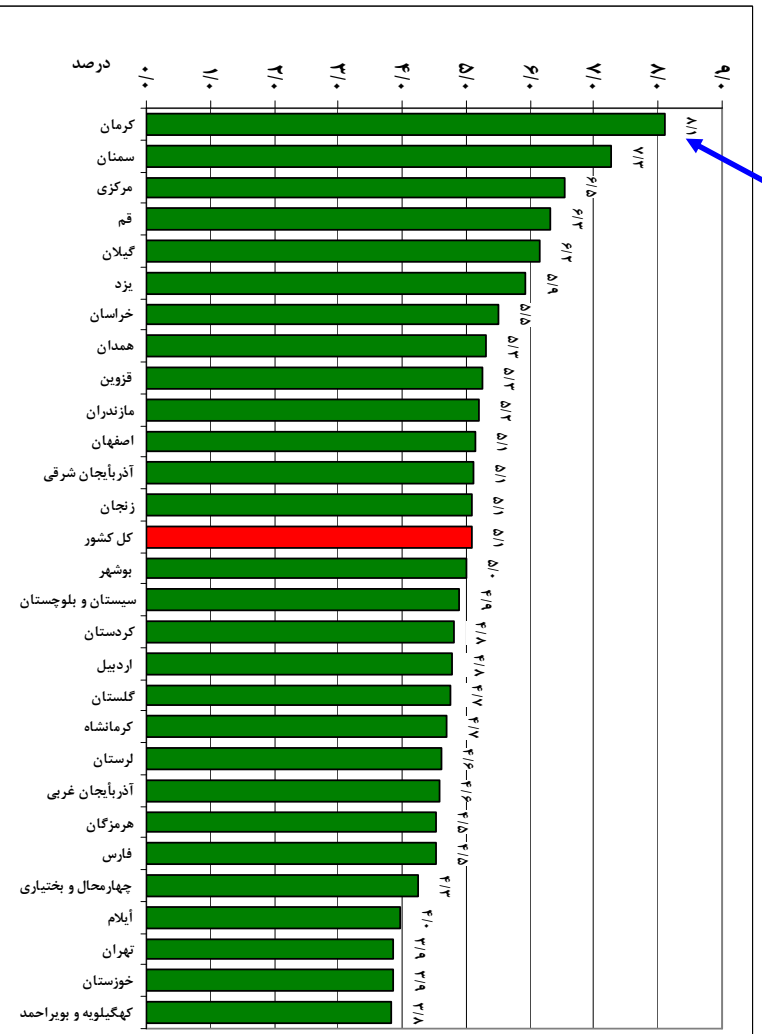
در چهار استان سیستان و بلوچستان، کهگیلویه و بویر احمد، هرمزگان و کردستان کماکان مقدار این شاخص بالاست. این چهار استان نیز جزء استان‌هایی هستند که تغییرات آنها طی ده سال اخیر یا در حول میانگین کشوری بوده است یا از آن پائین‌تر. شاید یکی از دلایل این امر پائین بودن دسترسی‌ها در اینگونه استان‌ها باشد و شاید نیز دسترسی اقتصادی یا فرهنگی مشکل داشته باشد.

ولی در هر صورت ناهمگنی استان‌ها در مورد این شاخص رو به کاهش دارد و این کاهش نیز روند پایداری طی ده سال اخیر را داشته است.

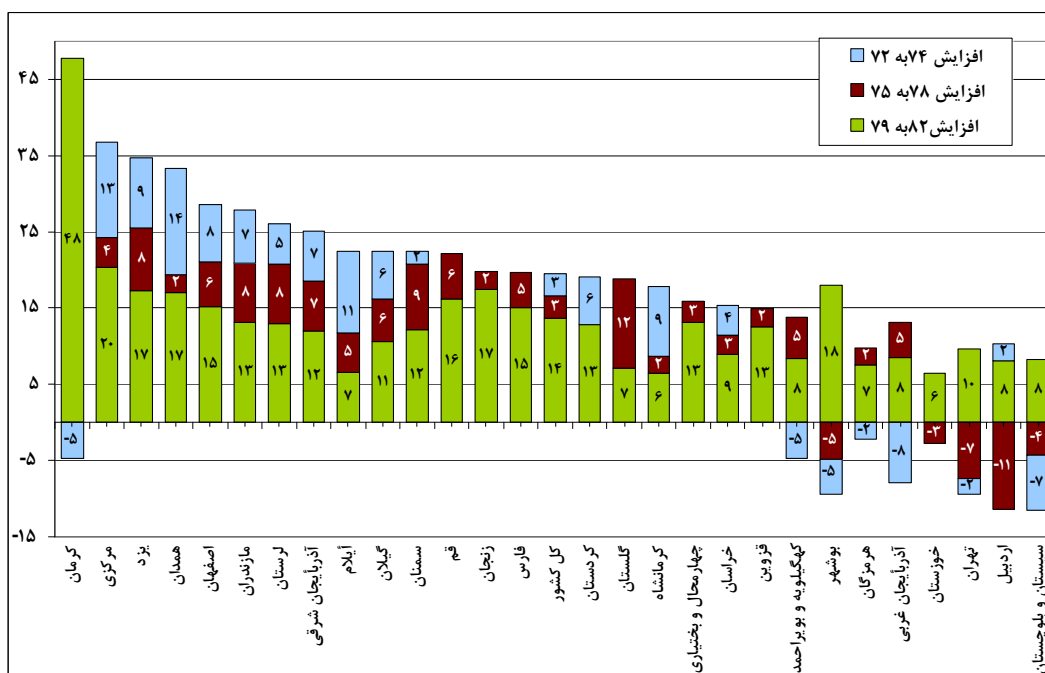
نمودار ۳-۴۹ میزان خام مرگ در سال ۱۳۸۱ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور



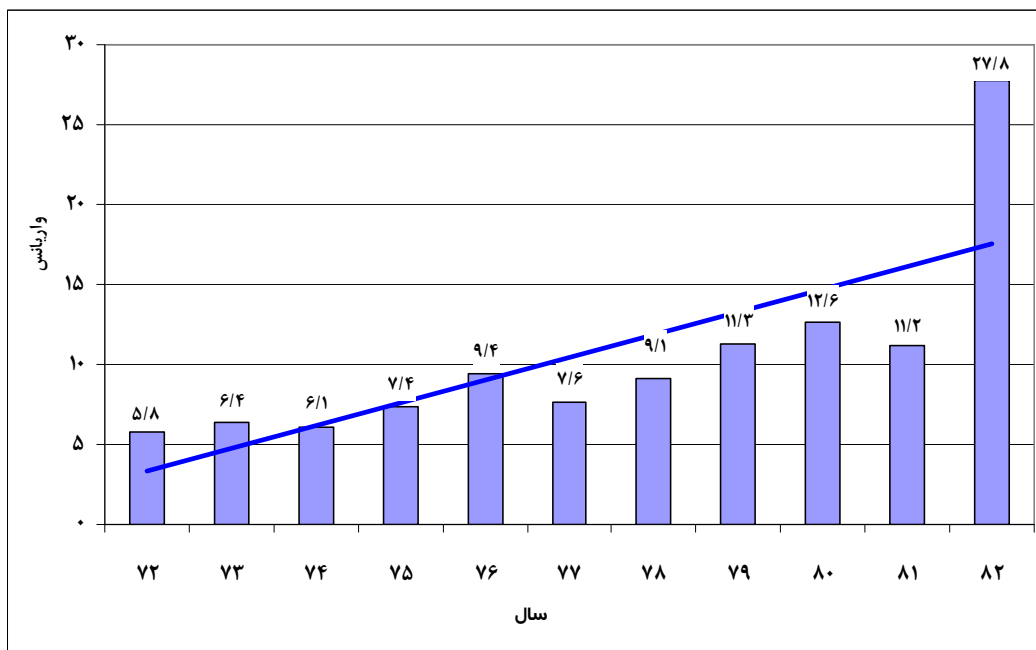
نمودار ۳-۵۰ میزان خام مرگ در سال ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور



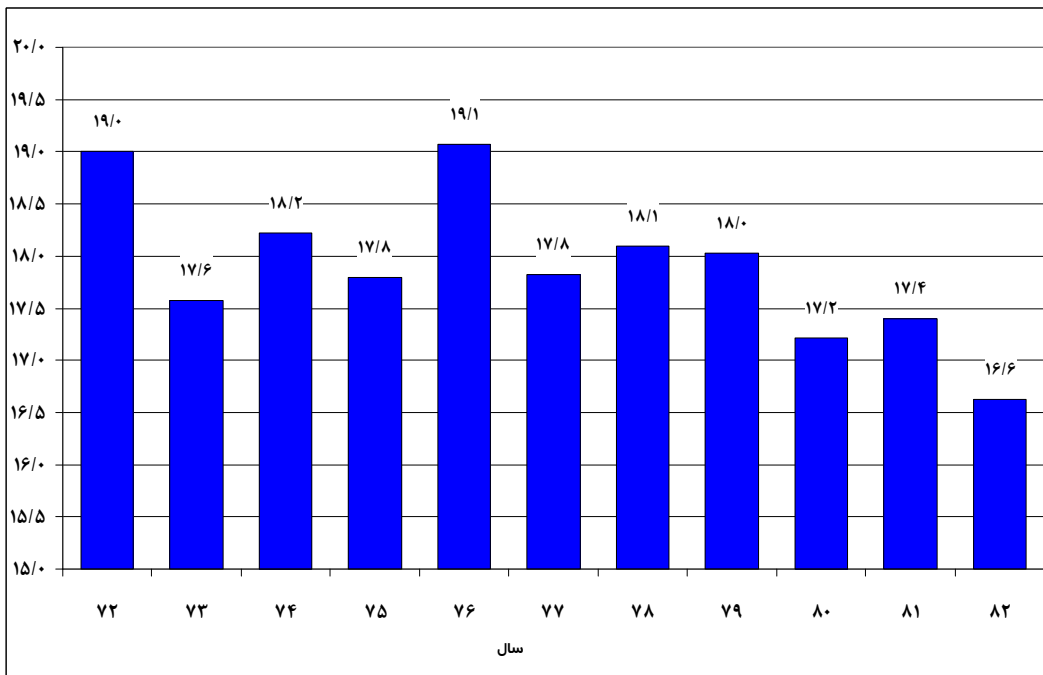
نمودار ۵۱-۳ درصد افزایش میزان خام مرگ در فاصله سالهای ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور (استان‌ها بر حسب تغییر از سال ۷۲ تا ۸۲ مرتب شده‌اند).



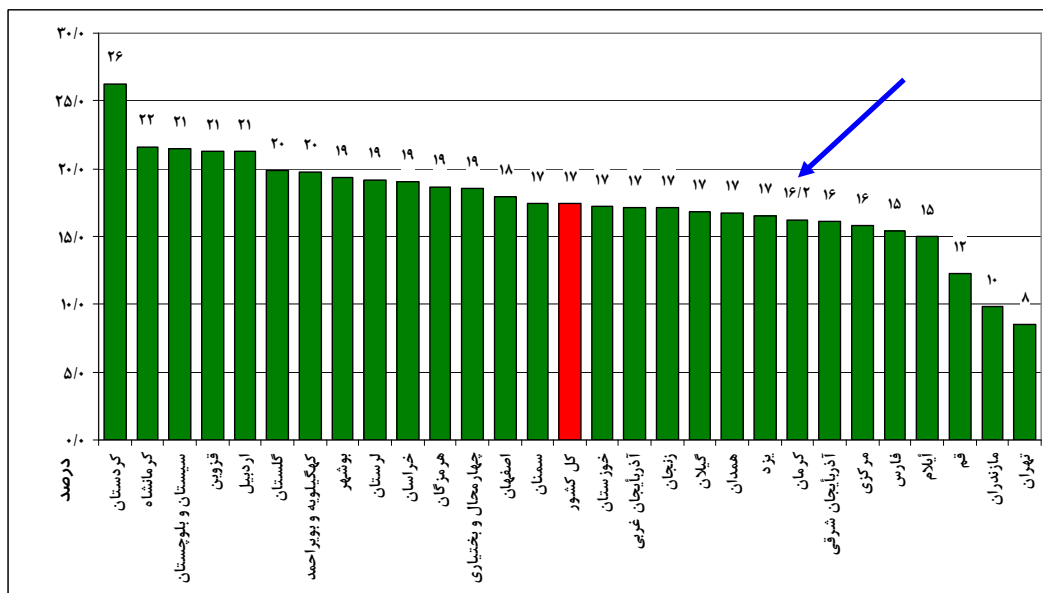
نمودار ۵۲-۳ واریانس بین استان‌های مختلف کشور؛ برای میزان خام مرگ در (جمعیت روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت) به تفکیک سال‌های مختلف



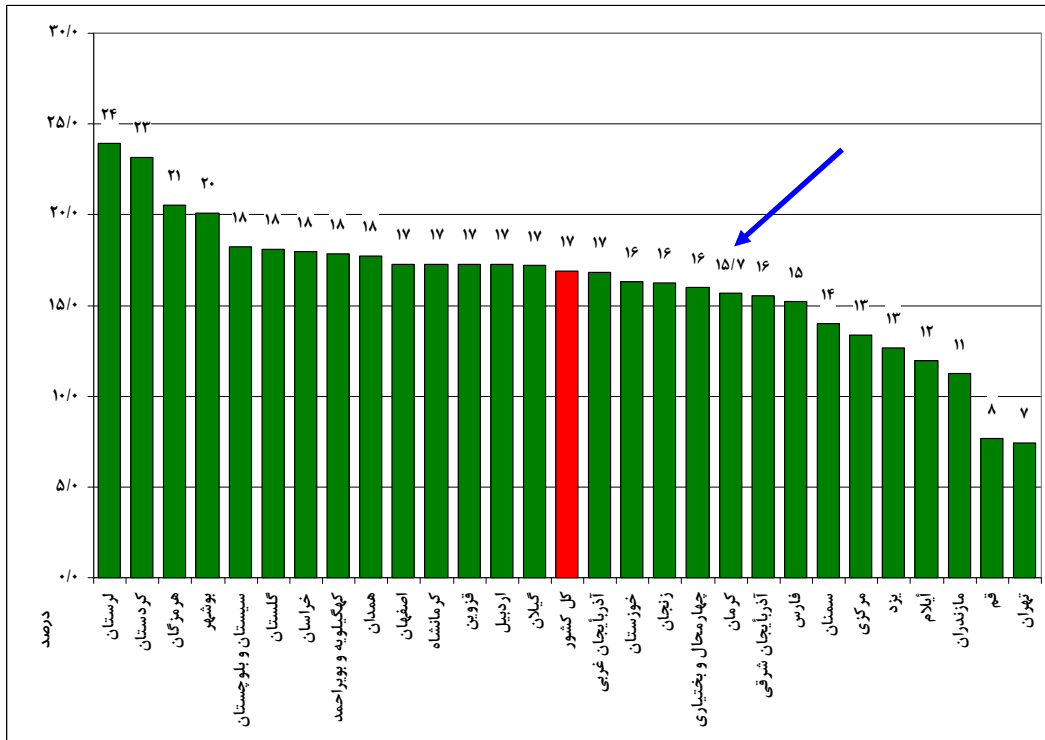
نمودار ۳-۵۳ تغییر میزان مرگ نوزادان از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور



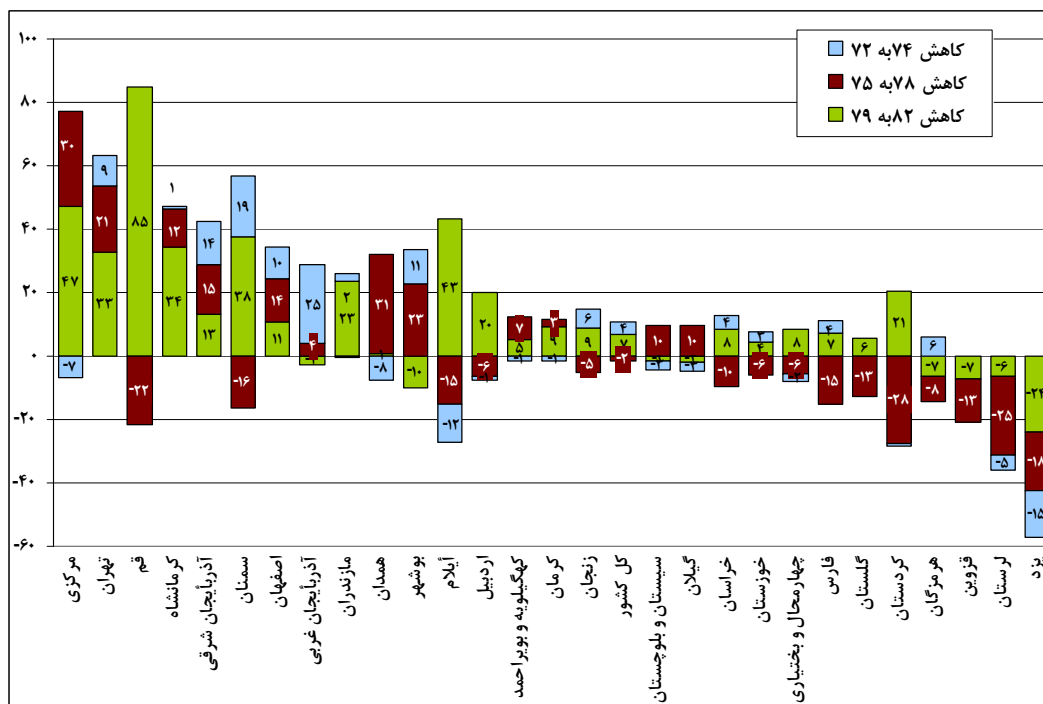
نمودار ۳-۵۴ میزان مرگ نوزادان در سال ۱۳۸۱ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور



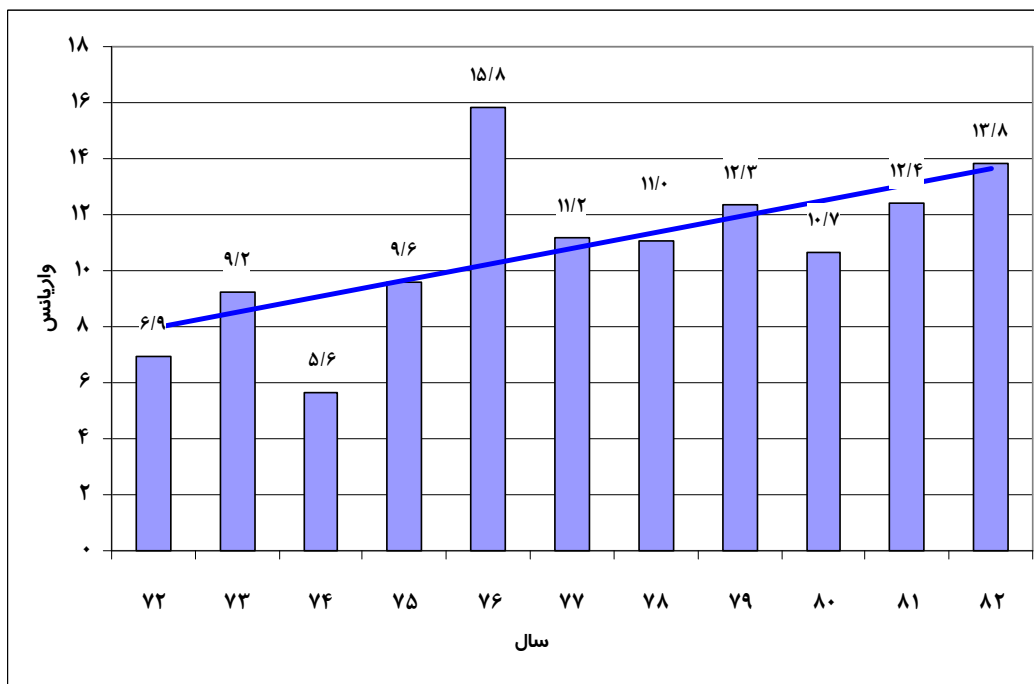
نمودار ۳-۵۵ میزان مرگ نوزادان در سال ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور



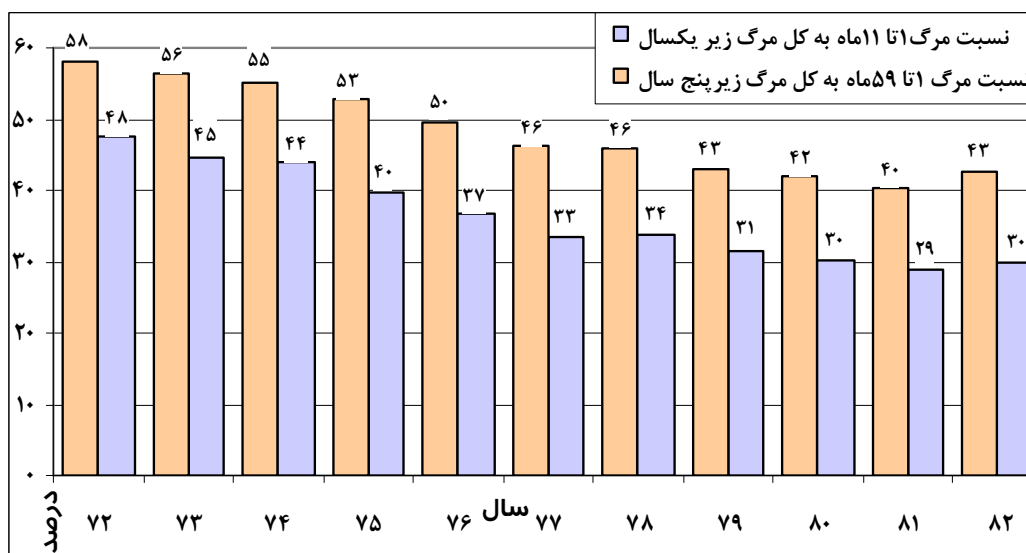
نمودار ۳-۵۶ درصد کاهش مرگ نوزادان در فاصله سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور (استان‌ها بر حسب تغییر از سال ۷۲ تا ۸۲ مرتب شده‌اند.)



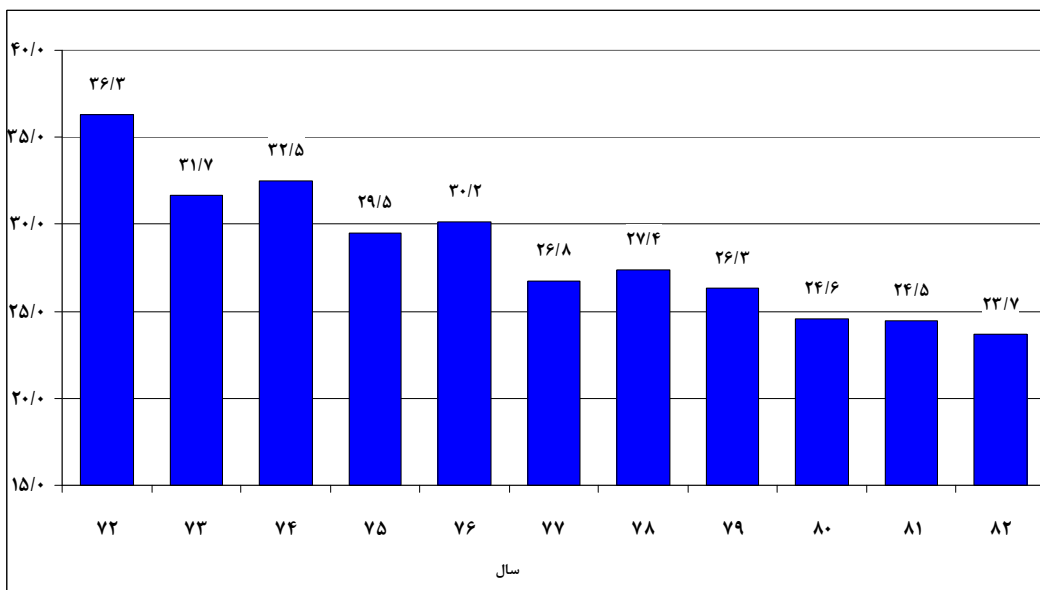
نمودار ۳-۵۷ واریانس بین استان‌های مختلف کشور؛ برای میزان مرگ نوزادان در (جمعیت روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت) به تفکیک سال‌های مختلف



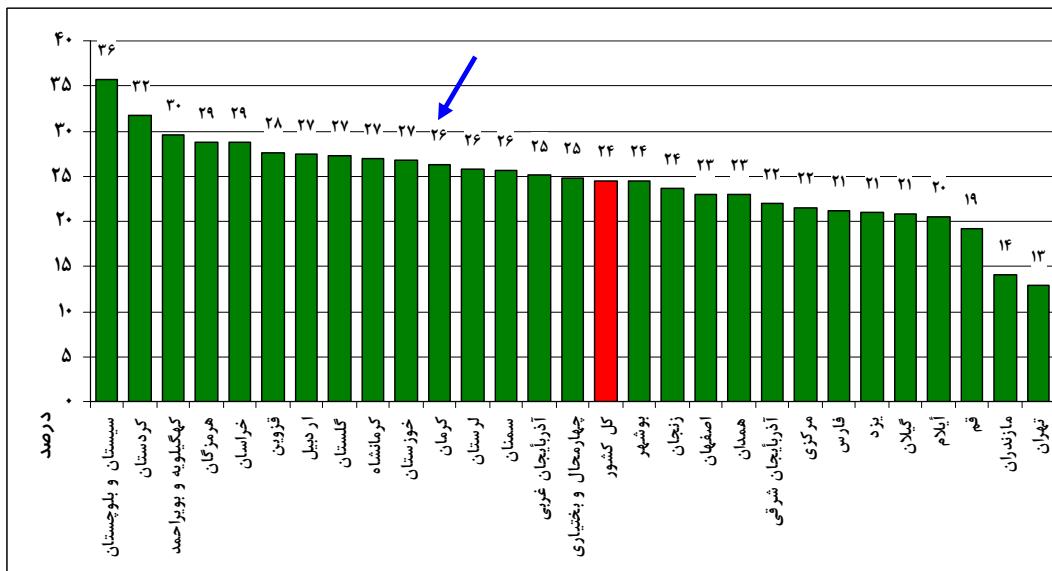
نمودار ۳-۵۸ روند تغییر نسبت مرگ یک تا یازده ماه به مرگ زیر یکسال و نسبت مرگ ۱ تا ۵۹ ماه به مرگ زیر ۵ سال در جمعیت روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت به تفکیک سال‌های مختلف



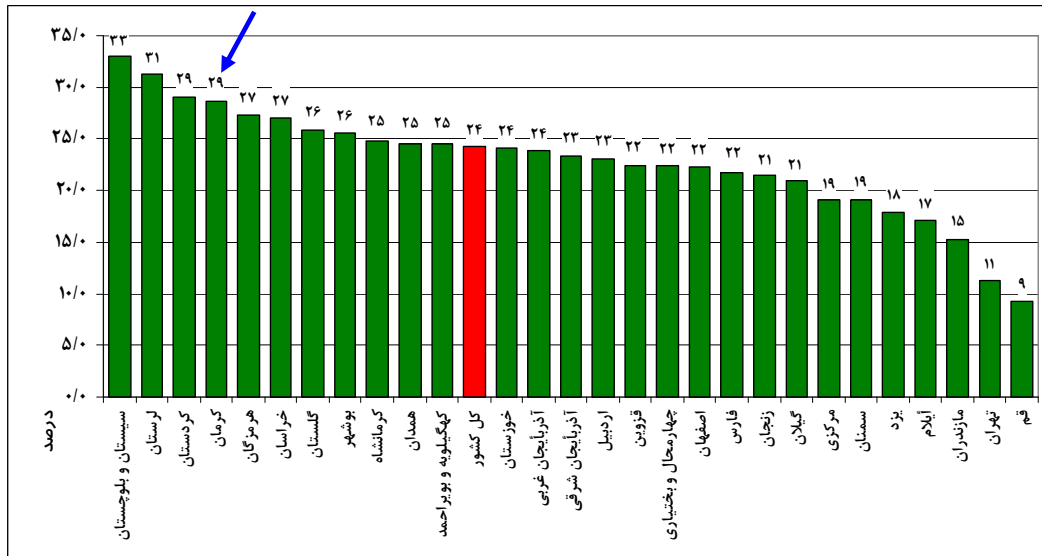
نمودار ۵۹-۳ تغییر میزان مرگ کودکان زیر یکسال از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور



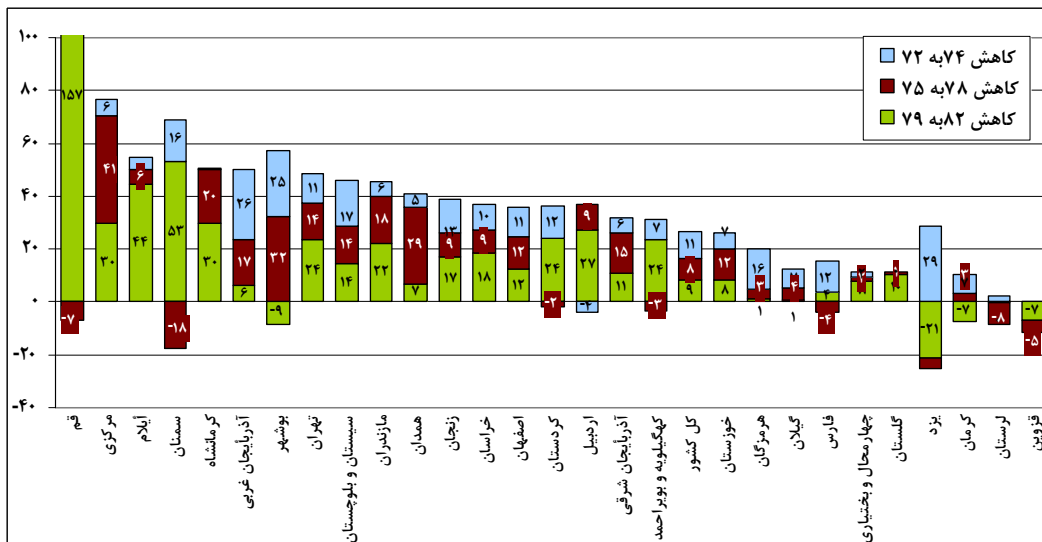
نمودار ۶۰-۳ میزان مرگ کودکان زیر یکسال در سال ۱۳۸۱ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور



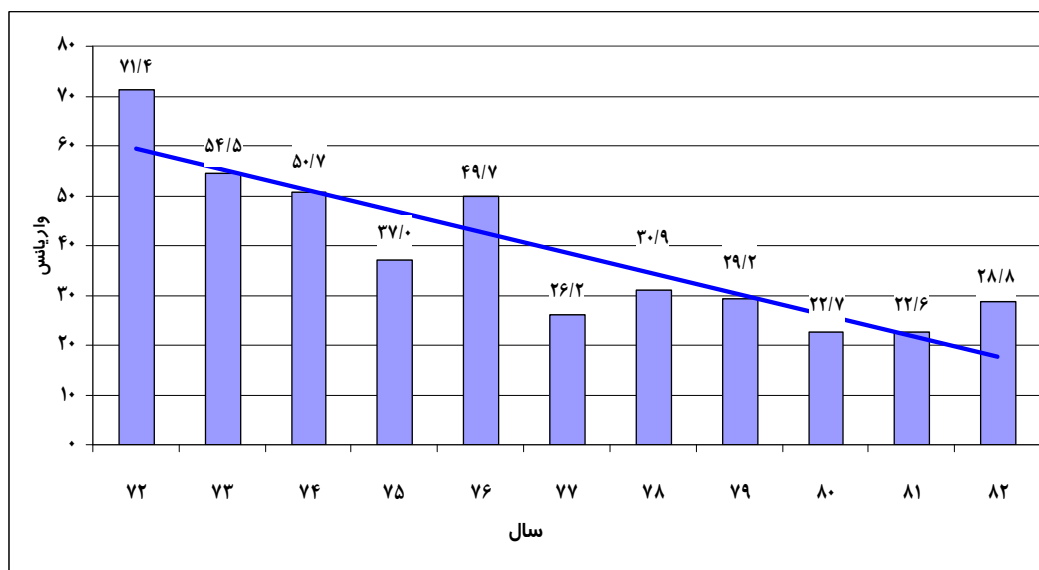
نمودار ۳-۶۱ میزان مرگ کودکان زیر یکسال در سال ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور



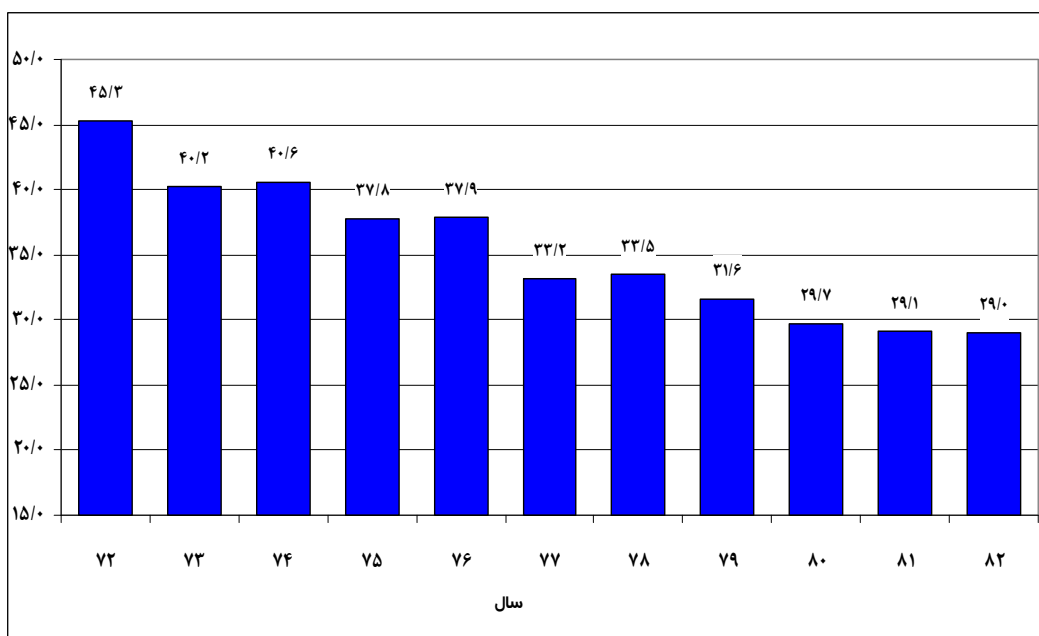
نمودار ۳-۶۲ درصد کاهش میزان مرگ کودکان زیر یکسال در فاصله سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور (استان‌ها بر حسب تغییر از سال ۷۲ تا ۸۲ مرتب شده‌اند).



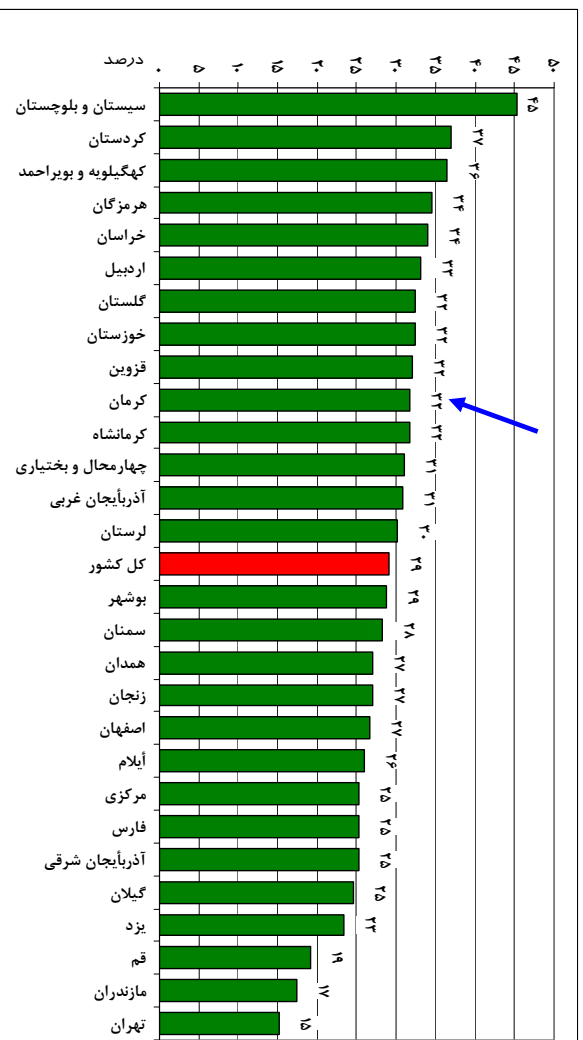
نمودار ۳-۶۳ واریانس بین استان‌های مختلف کشور؛ برای میزان مرگ کودکان زیر یکسال در جمعیت روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت به تفکیک سال‌های مختلف



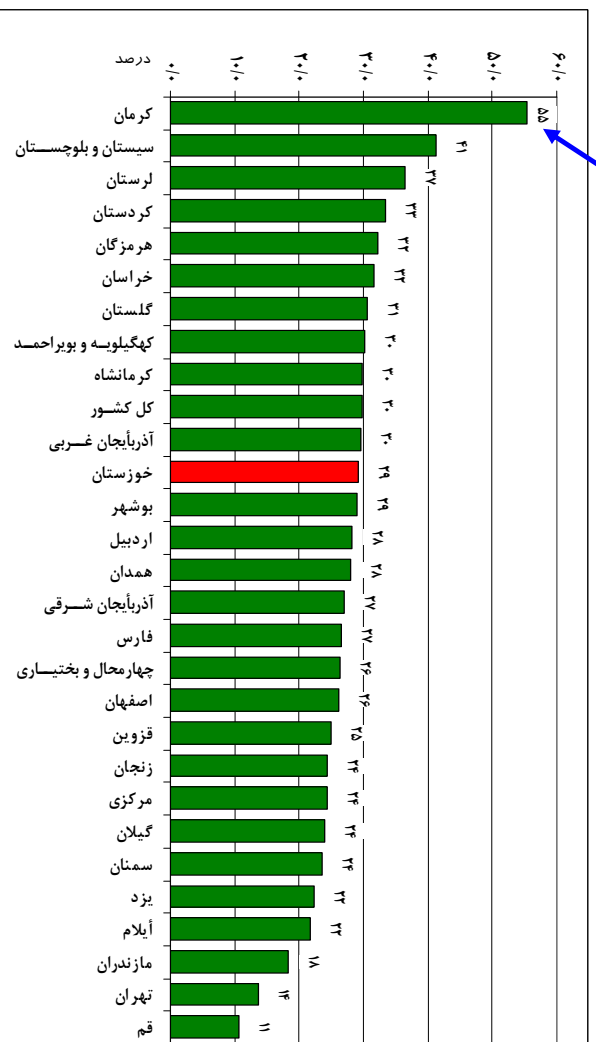
نمودار ۳-۶۴ تغییر میزان مرگ کودکان زیر پنج سال از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور



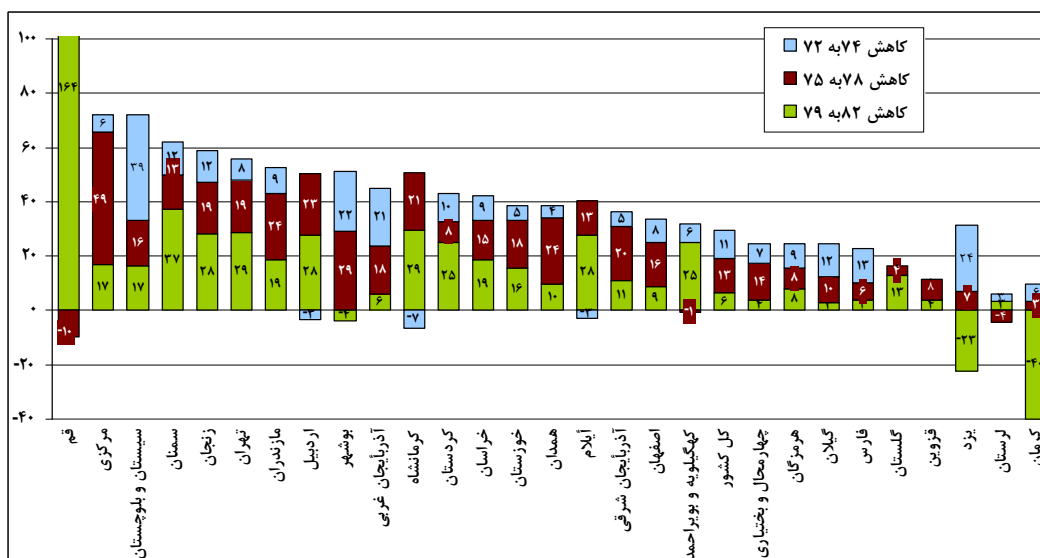
نمودار ۶۵-۳ میزان مرگ کودکان زیر پنج سال در سال ۱۳۸۱ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور



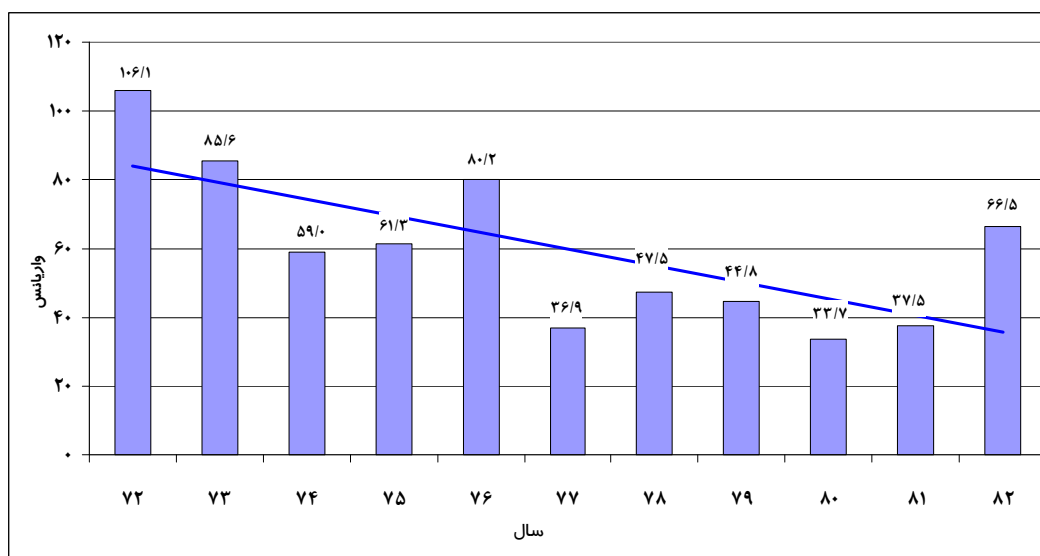
نمودار ۶۶-۳ میزان مرگ کودکان زیر پنج سال در سال ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور



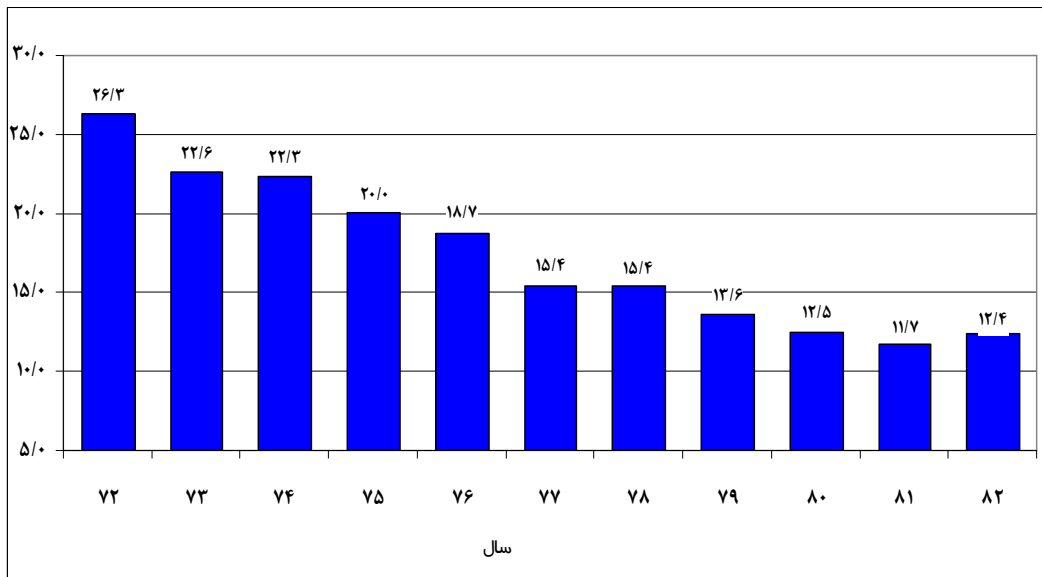
نمودار ۳-۶۷ درصد کاهش میزان مرگ کودکان زیر پنج سال در فاصله سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور (استان‌ها بر حسب تغییر از سال ۷۲ تا ۸۲ مرتب شده‌اند).



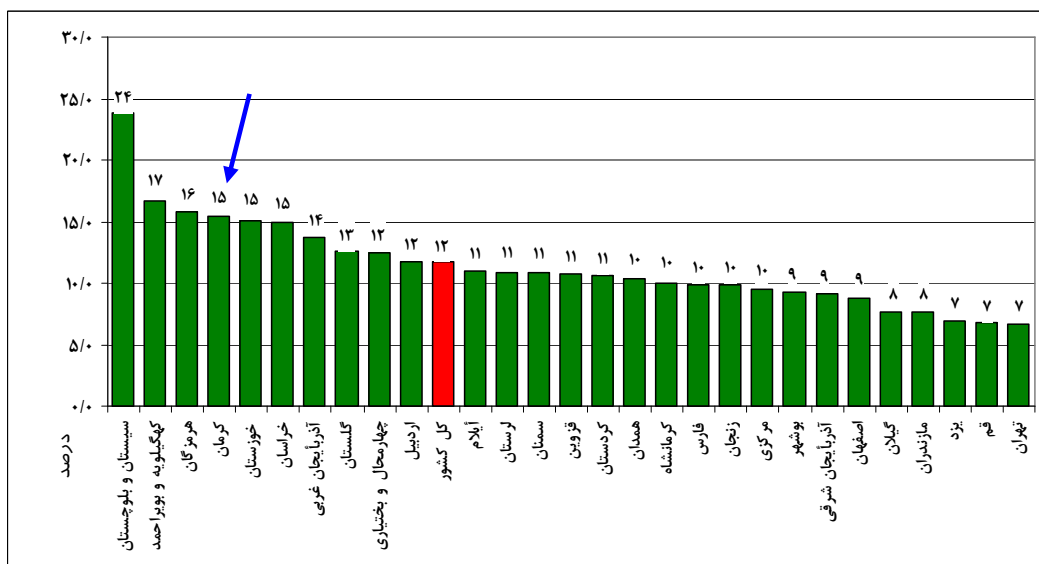
نمودار ۳-۶۸ واریانس بین استان‌های مختلف کشور؛ برای میزان مرگ کودکان زیر پنج سال در جمعیت روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت به تفکیک سال‌های مختلف



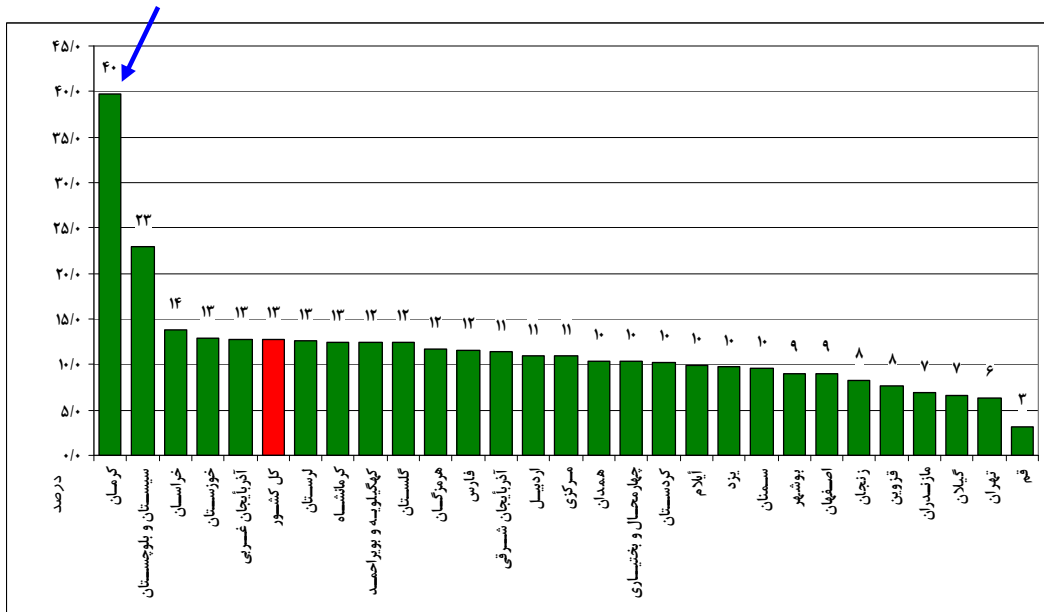
نمودار ۶۹-۳ تغییر میزان مرگ کودکان تا ۵۹ ماه از سال ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور



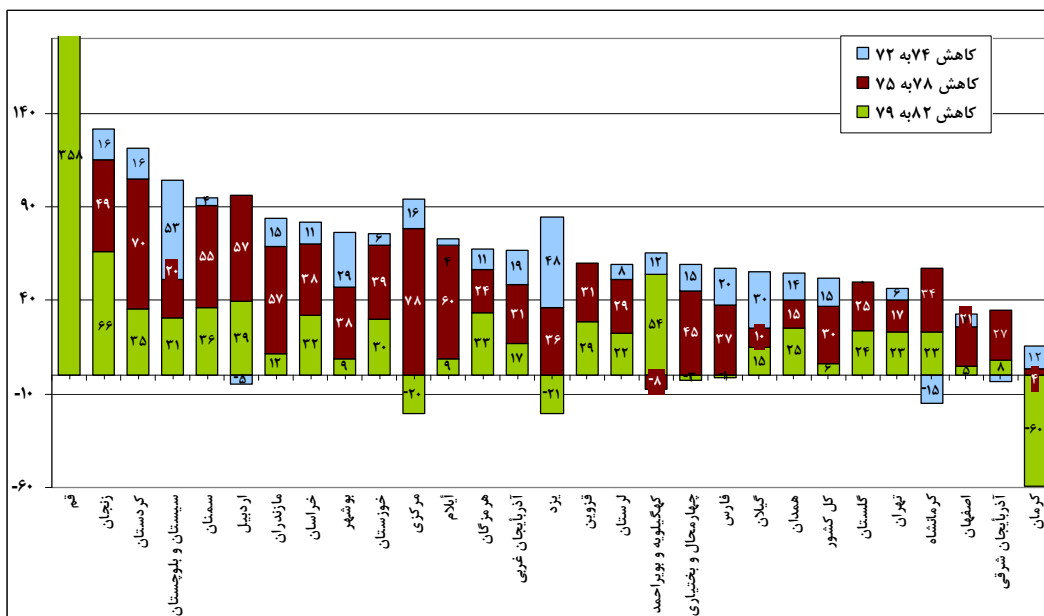
نمودار ۷۰-۳ میزان مرگ کودکان یک تا ۵۹ ماه در سال ۱۳۸۱ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور



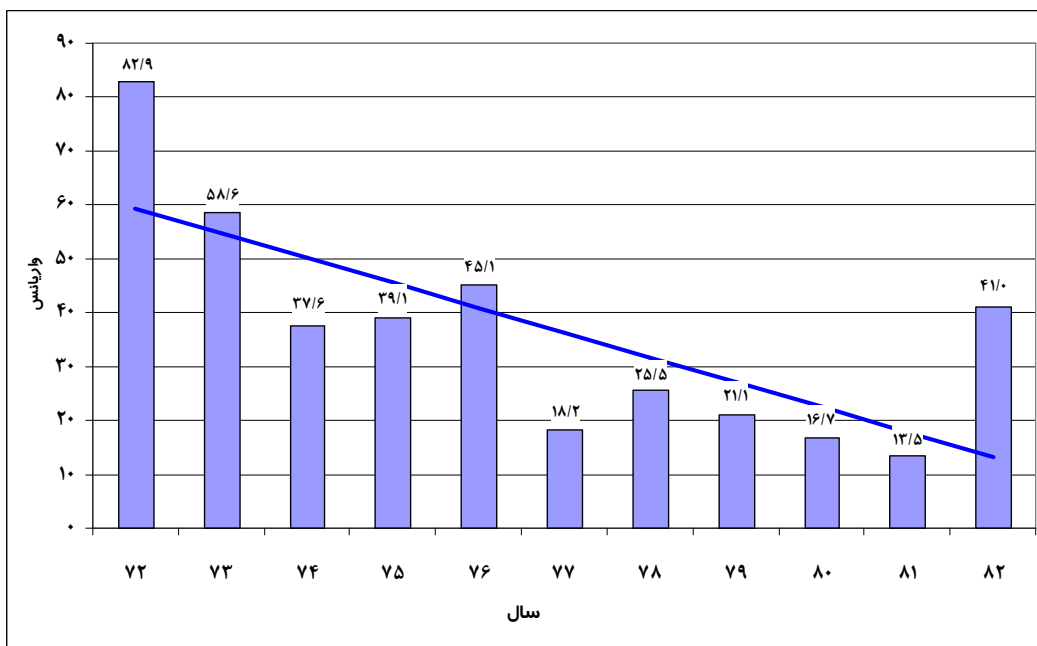
نمودار ۳-۷۱ میزان مرگ کودکان یک تا ۵۹ ماه در سال ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور



نمودار ۳-۷۲ در صد کاهش میزان مرگ کودکان یک تا ۵۹ ماه در فاصله سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور (استان‌ها بر حسب تغییر از سال ۷۲ تا ۸۲ مرتب شده‌اند).



نمودار ۳-۷۳ واریانس بین استان‌های مختلف کشور؛ برای میزان مرگ کودکان یک تا ۵۹ ماه در جمعیت روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت به تفکیک سال‌های مختلف



میزان‌های مرگ و میر

○ **میزان خام مرگ:** همان گونه که نسبت جمعیت ۶۵ سال و بالاتر در مناطق روستایی کشور رو به افزایش است (نمودار ۱۳-۳) میزان مرگ خام نیز رو به افزایش است. رقم ۴/۵ در هزار برای میزان خام مرگ در سال ۱۳۷۲ به رقم ۵/۱ در هزار افزایش یافته است.

در مورد شاخص‌های مربوط به مرگ و میر باید به این نکته توجه داشت که فاجعه زلزله بم شاخص‌های مرگ و میر را در سال ۱۳۸۲ به گونه‌ای تغییر داده است که نسبت‌ها و میزان‌های مرگ در بسیاری از گروه‌های سنی تغییر کرده است. نمونه آن، شاخص میزان خام مرگ استان کرمان در سال ۱۳۸۱ است که با میزان ۴/۴ در هزار در پائین‌تر از متوسط کشوری قرار دارد و در مقابل آن همین استان با میزان ۸/۱ در هزار در سال ۱۳۸۲ در ردیف اول بین استان‌ها (نمودارهای ۳-۴۹ و ۳-۵۰) قرار دارد. این پدیده در نمودار ۳-۵۱ نیز دیده می‌شود که میزان خام مرگ استان کرمان در فاصله ۱۳۸۲-۱۳۷۹ ۰.۴۸٪ افزایش یافته است. البته نباید فراموش کرد که زلزله بم بطور عمده شهر بم را تخریب نموده است، و در مقایسه با شهر آسیب کمی به مناطق روستایی وارد کرده است. آنچه در اینجا مورد بحث است شاخص‌ها و میزان‌های مناطق روستایی است.

بطور ثابت استان‌های سمنان، مرکزی، قم و گیلان در سه ساله ۱۳۸۲-۱۳۷۹ به ترتیب بالاترین میزان خام مرگ را دارد.

واریانس بین استانی میزان خام مرگ، بدون در نظر گرفتن سال ۱۳۸۲، روند افزایش خود را در فاصله سال‌های ۱۳۸۱-۱۳۷۲ داشته است که این روند به دلیل زلزله بم صورتی کاملاً جهشی و افزایشی را پیدا کرده است.

میزان مرگ نوزادان

ثبت و طبقه بندی مرگ نوزادی می‌تواند با مرده‌زایی آمیخته باشد. هر چند زمان وقوع مرگ نوزادی به دقایق اول تولد نزدیکتر باشد. این آمیختگی و عدم دقت ثبت مرده‌زایی به جای مرگ نوزادی یا بر عکس بیشتر خواهد بود. البته بخش عمده‌ای از مرگ نوزادی در دقایق و ساعات روز اول تولد اتفاق می‌افتد. به هر صورت از آنجایی که در این گستره وسیع یعنی در جریان بیش از سیصد هزار تولد در سال و در مناطق روستایی، مرگ نوزادی ثبت می‌شود، احتمال بروز چنین خطایی را باید در نظر داشت.

در هر صورت، میزان مرگ نوزادی در فاصله سال‌های ۱۳۸۲-۱۳۷۲ از یک روند نزولی یکنواخت پیروی نکرده است. (بالاترین میزان در سال ۱۳۷۶، کمترین آن در سال ۱۳۸۲)، با توجه به این در برخی از سال‌ها نسبت به سال قبل افزایش و در برخی دیگر نسبت به سال قبل کاهش داشته است.

فاجعه زلزله بم روی میزان مرگ نوزادی کل مناطق روستایی و همچنین این میزان در استان کرمان تأثیر واضحی نداشته است. (نمودارهای ۳-۵۴ و ۳-۵۵)

نکته قابل توجه دیگر اینکه در سال‌های ۱۳۸۰، ۱۳۸۱ و ۱۳۸۲؛ چهار استان تهران، قم، مازندران و ایلام کمترین میزان مرگ نوزادی و کردستان بیشترین (اولین یا دومین) میزان را داشته است. در سال‌های ۱۳۷۸ و ۱۳۷۹ همین جایگاه برای استان کردستان از یک طرف و تهران و مازندران از طرف دیگر نیز وجود داشته است.

در طی سه مرحله در دهه ۱۳۸۲-۱۳۷۲ فقط استان‌های تهران، آذربایجان شرقی، اصفهان و مازندران از یک روند کاهش پایدار برخوردار بوده‌اند و در بقیه استان‌ها این روند با تغییرات زیاد همراه بوده است. سه استان قزوین، لرستان و یزد روند افزایشی پایدار داشته‌اند. این دگرگونی نابرابر، به افزایش مستمر واریانس بین استانی طی ده سال

مذکور منجر شده است، که آن را باید یک «نشانه بد» تلقی کرد. ولی در مقابل این «نشانه بد»، کاهش پایدار میزان مرگ نوزادی در چهار استان رو به توسعه یا توسعه یافته آذربایجان شرقی، مازندران، تهران و اصفهان چشم‌انداز روشنی را برای کاهش این میزان باز می‌کند.

میزان مرگ کودکان زیر یکسال و زیر پنج سال

این دو میزان به دلیل اینکه مرگ نوزادان را نیز در خود دارند، تحت تأثیر میزان مزبور هستند. نمودار ۵۸-۳ نشان می‌دهد که نسبت مرگ کودکان ۱ ماهه تا ۱۱ ماهه در کل مرگ‌های زیر یکسال و نسبت مرگ کودکان ۱ ماهه تا ۵۹ ماهه در کل مرگ‌های زیر پنج سال یک روند واضح نزولی داشته است. به عبارت دیگر در نگرش اجتماعی به مرگ زیر یکسال و زیر پنج سال همواره باید تأثیر مخدوش‌کنندگی مرگ نوزادی را در آنها در نظر داشت.

○ میزان مرگ زیر یکسال و مرگ زیر پنج سال در فاصله سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ با همه تأثیرپذیری‌ها از مرگ نوزادان از یک روند نزولی واضح برخوردار بوده است.

در اثر فاجعه زلزله بم

○ میزان مرگ زیر یکسال استان کرمان از ۲۶ در هزار در سال ۱۳۸۱ به ۲۹ در هزار در سال ۱۳۸۲ افزایش یافت و رتبه استان کرمان بالاتر قرار گرفت.

○ میزان مرگ زیر پنج سال استان کرمان از ۳۲ در هزار در سال ۱۳۸۱ به ۵۵ در هزار تغییر یافت.

زلزله بم تأثیر واضحی بر این دو میزان مرگ در کل مناطق روستایی کشور نداشته است. ولی احتمالاً افزایش مقدار واریانس بین استانی مرگ زیر یکسال و زیر پنج سال می‌تواند نتیجه این فاجعه باشد.

نسبت مرگ کودکان تا ۵۹ ماهه به کل موالید

از آنجایی که این نسبت فارغ از تأثیرات میزان مرگ دوره نوزادی است، در اندازه‌گیری عملکردهای توسعه اجتماعی و اقتصادی بخصوص عملکرد نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی می‌تواند از اعتبار بیشتری برخوردار باشد.

روند این نسبت در سال‌های ۱۳۷۲ تا سال ۱۳۸۲ از یک کاهش واضح و آشکار برخوردار است. این نسبت در سال ۱۳۸۲ به بیش از نصف سال ۱۳۷۲ رسیده است.

فاجعه زلزله بم روی این نسبت در سال ۱۳۸۲ استان کرمان تأثیر آشکاری داشته است. آن را از ۱۵ در هزار به ۴۰ در هزار افزایش داده است و احتمالاً تغییر این نسبت برای کل کشور از ۱۲ به ۱۳ نیز در نتیجه بروز همین واقعه و نتایج پی‌آمدهای منفی آن بوده است.

در چهار استان تهران، قم، گیلان و مازندران این نسبت بطور پایداری در سه سال ۱۳۸۰، ۱۳۸۱ و ۱۳۸۲ از کمترین مقدار در بین بقیه استان‌ها برخوردار بوده است. استان سیستان و بلوچستان نیز تفاوت بسیار واضح و آشکاری با بقیه کشور در همین سه سال و تقریباً در دیگر سال‌ها دارد. ولی روند نزولی پایدار آنرا در نمودار ۷۲-۳ در طی سه دوره سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۲ نباید نادیده گرفته شود. این روند پایدار نزولی در استان‌های زنجان، کردستان، سمنان، مازندران، خراسان و اغلب استان‌های دیگر وجود داشته است ولی در استان کرمان قطعاً بدلیل فاجعه بم یک افزایش ۶۰٪ وجود داشته است. در استان‌های مرکزی و یزد هم طی سه ساله ۸۰ و ۸۱ و ۸۲ افزایش حدود ۲۰٪ در این نسبت وجود داشته است.

○ استان‌های کشور درمورد این نسبت، به سمت همگنی در فاصله سال‌های ۱۳۷۲ تا ۱۳۸۱ پیش می‌رفتند، وقایع

استان کرمان در سال ۱۳۸۲ تا حدود زیادی این روند را متوقف و تغییر داده است. چگونگی توقف این روند و حتی معکوس شدن آن و اینکه در سال‌های بعد می‌توان آن را جبران کرد، باید منتظر داده‌های سال‌های ۱۳۸۳ و ۱۳۸۴ بود.

نتیجه اینکه:

مرگ کودکان بخصوص کودکان ۱ ماهه تا ۵۹ ماهه بعنوان یک شاخص ارزشمند عملکرد مراقبت‌های اولیه بهداشتی و سطوح میانی ارائه خدمات، طی ده سال اخیر ۵۰٪ کاهش نشان می‌دهد. این کاهش برای شاخص مرگ کودکان پنج سال حدود ۴۰٪ را نشان می‌دهد که این کاهش در مناطق روستایی یک کشور، کاریست بسیار عظیم که فقط می‌تواند از دست نظام ارائه خدماتی که محتوای آن مراقبت‌های اولیه بهداشتی است بر آید. عبارت دیگر نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی در مناطق روستایی موفق شده است که طی ده سال گذشته در جمعیت تحت پوشش خود از ۱۳۴۰۹۹۹ تولد ناخواسته و از ۳۹۳۳۴ مرگ کودک زیر پنج سال جلوگیری نماید. این کودکان هم اکنون در بین ما زندگی می‌کنند.

بخش چهارم:

**مقایسه روند تغییرات
شاخص‌ها بر حسب روستاهای
قمر و اصلی**

مقایسه روند تغییرات شاخص‌ها بر حسب روستاهای قمر و اصلی

طبقه‌بندی روستاها

در نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی؛ روستاها؛ برحسب دسترسی به خدمات به سه گروه تقسیم می‌شوند.

- **روستاهای اصلی:** عبارتست از روستاهایی که خانه‌های بهداشت در درون آن روستا احداث و راه‌اندازی شده است. به‌ورز قاعداً در همان روستا ساکن است و تمام جمعیت ساکن در آن روستا تحت پوشش خانه بهداشت همان روستا هستند. این روستا به عنوان محل استقرار خانه بهداشت به گونه‌ای انتخاب شده است که جمعیت چند روستای کوچکتر که در نزدیکی آن واقع شده‌اند با اندک زمان (کمتر از یک ساعت پیاده‌روی) به صورت پیاده و یا با استفاده از وسیله رایج می‌توانند به خدمات مراقبتی دسترسی پیدا کنند.
- **روستاهای قمر:** عبارتست از روستاهای کوچک و کم جمعیت که در نزدیکی روستای اصلی قرار دارند. جمعیت آنها تحت پوشش خانه بهداشت واقع در روستای اصلی است. از آنجایی که جمعیت این روستاها خیلی کمتر از روستای اصلی است، معمولاً جمعیت فقیرتری را نیز دربردارد و از امکانات رفاهی و زیرساخت‌های اجتماعی، همانند روستاهای اصلی برخوردار نیستند.
- **روستاهای سیاری:** عبارتست از روستاهای دوری که اغلب در مناطق صعب‌العبور قرار دارند و هنوز از امکانات جاده‌های روستایی برخوردار نیستند. آنقدر کم جمعیت‌اند که به عنوان روستای اصلی نمی‌توانند مطرح باشند و به روستاهای اصلی هم آنقدر دورند که به آسانی نمی‌توانند به خدمات موجود در آن دسترسی پیدا کنند.

تا پایان سال ۱۳۸۲، حدود ۱۴٪ از جمعیت روستایی کشور در روستاهای سیاری ساکن بودند. خدمات بهداشتی که عمدتاً شامل ایمن‌سازی، بیماری‌یابی برای بیماری‌های واگیر منطقه، مثل مالاریا و تا حدودی خدمات مراقبت مادر و کودک و تنظیم خانواده به وسیله گروه‌های سیار از کاردان‌ها یا به‌ورزهای سیار که معمولاً در نزدیکترین مرکز بهداشتی درمانی مستقر هستند، در فواصل ۱۵ روز یا یک ماه یکبار به این جمعیت‌ها رسانده می‌شود. گروه سیار در ابتدای سال، جمعیت روستاهای تحت پوشش خود را سرشماری می‌کند، گروه‌های هدف سنی و جنسی را جداگانه ثبت می‌کند و در فواصل زمانی مشخص تا پایان سال خدمات مذکور را بر حسب نیاز در اختیار این گروه‌ها قرار می‌دهد. جمعیت ساکن در روستاهای قمر، تحت پوشش خانه بهداشت واقع در روستای اصلی قرار دارند. افراد ساکن در روستاهای مذکور برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز خود می‌توانند به خانه بهداشت روستای اصلی مراجعه کنند. پرونده خانوار جمعیت ساکن در روستا قمر در خانه بهداشت نگهداری می‌شود. به‌ورز نیز موظف است هفته‌ای یکبار تحت عنوان «ده گردشی» به روستاهای قمر تحت پوشش خود سرکشی کند و در صورتی که فرد یا افرادی در دریافت خدمات خود تأخیر داشته‌اند، خدمات مورد نیاز را در اختیار آنها قرار دهد. در سال ۱۳۸۲، ۲۴٪ از

کل جمعیت تحت پوشش خانه‌های بهداشت یعنی ۴۸۳۸۷۲۰ نفر در روستاهای قمر ساکن بوده اند. در بسیاری از استان‌ها روند کاهش جمعیت ساکن در روستاهای قمر سریع‌تر از روستاهای اصلی است.

دانشکده‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی

با انتقال و ادغام مسؤولیت آموزش پزشکی از وزارت علوم به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نه تنها وظیفه ارائه خدمات بهداشتی درمانی هر استان به دانشگاهی که در مرکز استان قرار دارد واگذار گردید، بلکه وظیفه آموزش پزشکی و پیراپزشکی نیز از مجموعه وزارت علوم جدا و در هر استان در این بخش سپرده شد. از آنجایی که در برخی از استان‌ها دو یا سه دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی دیگر نیز قرار داشت، مسؤولیت ارائه خدمات بهداشتی درمانی در شهرستانی که دانشکده در آن شهرستان قرار داشت به همان دانشکده واگذار گردید و مستقیماً به ستاد مرکزی وزارت بهداشت و درمان متصل گردید. تا پایان سال ۱۳۸۲ وضعیت جغرافیایی و جمعیتی تحت پوشش دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی به شرح زیر بوده است.

استان آذربایجان شرقی

○ دانشگاه علوم پزشکی تبریز تمامی جمعیت منطقه جغرافیایی استان را تحت پوشش قرار می‌دهد.

استان آذربایجان غربی

○ دانشگاه علوم پزشکی ارومیه تمامی جمعیت منطقه جغرافیایی استان را تحت پوشش قرار می‌دهد.

استان اردبیل

○ دانشگاه علوم پزشکی اردبیل تمامی جمعیت منطقه جغرافیایی استان را تحت پوشش قرار می‌دهد.

استان اصفهان

○ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تمامی جمعیت و منطقه جغرافیای استان را به جز شهرستان کاشان تحت پوشش قرار می‌دهد.

○ دانشگاه علوم پزشکی کاشان؛ فقط جمعیت و جغرافیای شهرستان کاشان را تحت پوشش قرار می‌دهد.

دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، ایلام، بوشهر، چهارمحال و بختیاری (شهرکرد)، خوزستان (اهواز)، زنجان، قزوین، قم، کردستان (سنندج)، کرمانشاه، کهگیلویه و بویراحمد (یاسوج)، گلستان، گیلان (رشت)، لرستان، مرکزی، هرمزگان، همدان و یزد، هر یک تمامی جمعیت و منطقه جغرافیایی استان خود را تحت پوشش قرار می‌دهند.

موارد استثنا عبارتند از:

○ **استان تهران:** در استان تهران سه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی که جمعیت و جغرافیای

استان تهران در بین آنها تقسیم شده است فعالیت می‌نمایند. این تقسیم به شرح زیر است

◀ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران: شامل مناطق جنوبی ۲۴ منطقه شهرداری

تهران بعلاوه شهرستانهای شهرری و اسلامشهر

◀ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران: شامل نواحی غربی ۲۴ منطقه شهرداری تهران

و شهرستان‌های کرج، ساوجبلاغ، شهریار، رباط کریم و...

◀ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی: شامل نواحی شرقی و شمالی ۲۴ منطقه شهرداری تهران و شهرستان‌های دماوند، فیروزکوه، ورامین، پاکدشت و شمیرانات

در بین این سه دانشگاه، فقط آن بخشی از شهرستان تهران که زیر پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران قرار دارد (تهران- غرب) دارای مناطق روستایی هستند و بخش‌هایی از شهرستان تهران که زیر پوشش دانشگاه تهران و شهید بهشتی است مناطق روستایی ندارند. مناطق روستایی شمال تهران جزء شهرستان شمیرانات و دماوند است، مناطق روستای شرق تهران جزء شهرستان ورامین است و مناطق جنوب و جنوب غرب تهران جزء شهرستانهای «شهر ری» و اسلامشهر هستند.

○ **استان خراسان:** تا پایان سال ۱۳۸۲ استان خراسان در بین چهار دانشگاه و دانشکده علوم پزشکی به شرح زیر تقسیم شده بود.

◀ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار: فقط جمعیت ساکن در منطقه جغرافیای شهرستان سبزوار را تحت پوشش دارد.

◀ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد: فقط جمعیت ساکن در منطقه جغرافیای شهرستان گناباد را تحت پوشش دارد.

◀ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند: فقط جمعیت ساکن در منطقه جغرافیای شهرستان بیرجند و نهبندان را تحت پوشش خود دارد.

◀ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد: تمامی جمعیت ساکن در منطقه جغرافیای استان خراسان بجز شهرستان‌های سبزوار، گناباد، بیرجند و نهبندان را در پوشش خود دارد.

○ **استان سمنان:** در این استان

◀ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود: جمعیت ساکن در شهرستان شاهرود را تحت پوشش دارد.

◀ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سمنان: تمامی شهرستان‌های دیگر استان سمنان بجز شهرستان شاهرود را تحت پوشش خود دارد.

○ **استان سیستان و بلوچستان:** در این استان

◀ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زابل: جمعیت ساکن در شهرستان زابل را تحت پوشش دارد.

◀ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان: تمامی شهرستان‌های دیگر استان سیستان و بلوچستان را بجز شهرستان زابل تحت پوشش دارد.

○ **استان فارس:** در این استان

◀ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی فسا: جمعیت ساکن در شهرستان فسا را تحت پوشش دارد.

◀ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جهرم: جمعیت ساکن در شهرستان جهرم را تحت پوشش دارد.

◀ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز: تمامی جمعیت شهرستان‌های استان فارس به

جز شهرستان‌های فسا و جهرم را تحت پوشش خود دارد.

○ استان کرمان: در این استان

◀ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان؛ جمعیت ساکن در شهرستان رفسنجان را تحت پوشش دارد.

◀ دانشگاه علوم پزشکی کرمان؛ تمامی جمعیت شهرستان‌های استان کرمان به جز شهرستان رفسنجان را تحت پوشش خود دارد.

○ استان مازندران: در این استان

◀ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بابل؛ جمعیت ساکن در شهرستان بابل را تحت پوشش دارد.

◀ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ساری؛ تمامی جمعیت شهرستان‌های استان مازندران به جز شهرستان بابل را تحت پوشش خود دارد.

بدین ترتیب تمامی جغرافیا و جمعیت کشور که در سال ۱۳۸۲ برابر تقسیمات کشوری در ۲۸ استان تقسیم شده بودند، در پوشش کامل ۴۰ دانشگاه و دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قرار داشته و دارند. از آنجایی که برخی از دانشکده‌های علوم پزشکی و بهداشتی درمانی در حد شهرستان‌هایی کوچک و با جمعیت کم می‌باشند و در نتیجه جمعیت ساکن در روستاهای قمر آنها نیز کم می‌باشد، لذا، جمعیت و وقایع پنج سال ۱۳۷۸، ۱۳۷۹، ۱۳۸۰، ۱۳۸۱ و ۱۳۸۲ هر دانشکده به تفکیک قمر و اصلی روی هم ریخته شد و شاخص‌های به تفکیک دانشکده / دانشگاه و بر حسب روستاهای قمر و اصلی برای یک دوره زمانی پنج ساله محاسبه شده است. این کار فقط به دلیل ارائه یک برآورد مطمئن از وقایع مرتبط با سلامتی به تفکیک دانشکده و دانشگاه‌های علوم پزشکی و بر حسب جمعیت ساکن در روستاهای قمر و اصلی بوده است.

در این بخش پنج شاخص ارائه شده است

- میزان باروری کلی
- میزان پوشش خدمات مدرن پیشگیری از بارداری
- نسبت زایمان به کمک فرد دوره ندیده
- میزان مرگ نوزادان
- نسبت مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه به موالید

برای هر شاخص سه نمودار ارائه شده است

۱- نموداری که روند تغییرات شاخص را به تفکیک جمعیت ساکن در روستاهای قمر و اصلی در طول پنج ساله ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۲ نشان می‌دهد.

۲- نموداری که توزیع شاخص را به تفکیک جمعیت ساکن در روستاهای قمر و اصلی و بر حسب ۴۰ دانشگاه و دانشکده علوم پزشکی ارائه می‌نماید. نکته مهم اینکه، این شاخص به تفکیک قمر و اصلی و بر حسب دانشگاه و دانشکده و برای وقایع پنج ساله ۷۸ تا ۸۲ است، تا برای جمعیت‌های کوچک قابل اعتماد شود.

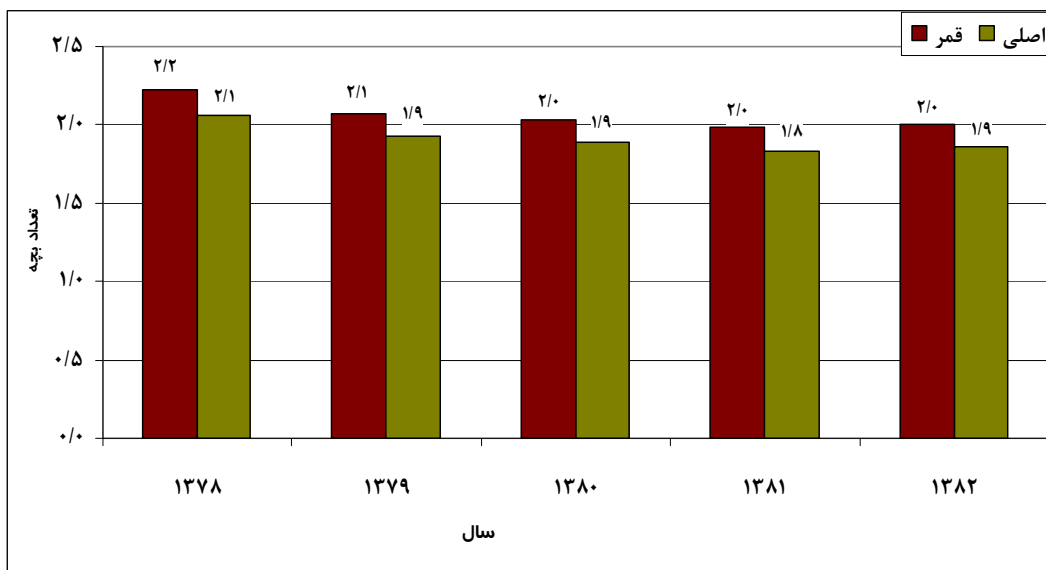
۳- نموداری که درصد تغییر و تفاوت شاخص برآورد شده برای جمعیت ساکن در روستاهای قمر را به کل شاخص جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت نشان می‌دهد، به طور مثال:

○ درصد افزایش میزان باروری کلی جمعیت ساکن در روستاهای قمر را در مقایسه با جمعیت روستاهای اصلی

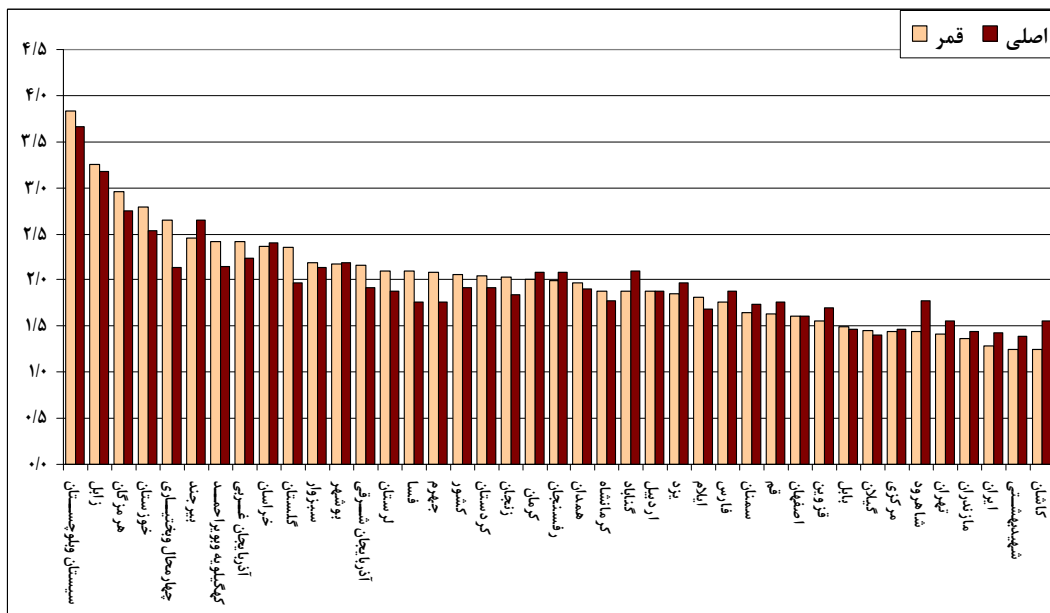
نسبت به شاخص کل جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت

- درصد کاهش میزان پوشش روش‌های مدرن پیشگیری از بارداری در جمعیت ساکن در روستاهای قمر را در مقایسه با جمعیت روستاهای اصلی به کل جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت
- درصد افزایش نسبت زایمان به کمک افراد دوره ندیده در روستاهای قمر در مقایسه با همین نسبت در جمعیت روستاهای اصلی به کل جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت
- درصد افزایش میزان مرگ نوزادان در جمعیت روستاهای قمر در مقایسه با همین میزان در جمعیت روستاهای اصلی به کل جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت
- و درصد افزایش نسبت مرگ کودکان ۱ ماهه تا ۵۹ ماهه در جمعیت روستاهای قمر در مقایسه با همین نسبت در جمعیت روستاهای اصلی به کل جمعیت تحت پوشش خانه بهداشت

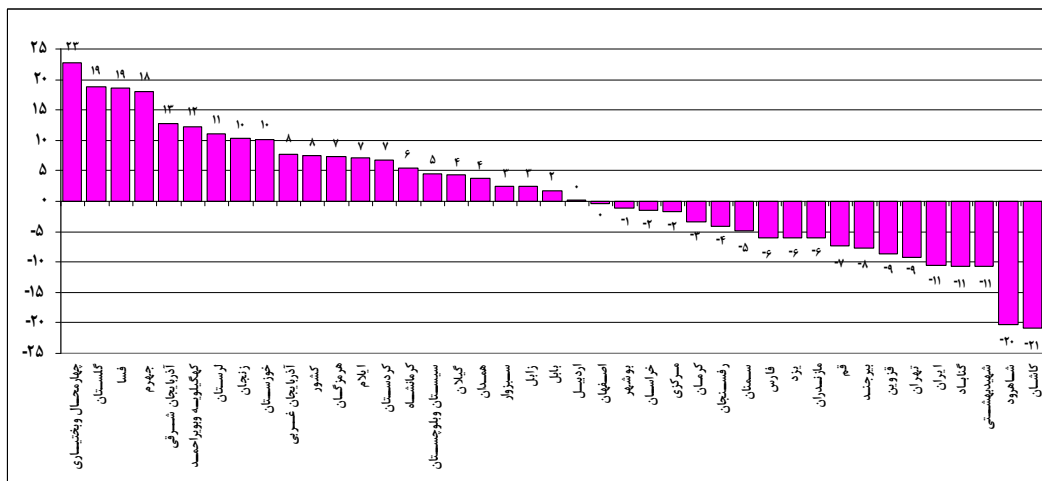
نمودار ۱-۴ میزان باروری کلی در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور به تفکیک روستاهای قمر و اصلی - طی سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۲



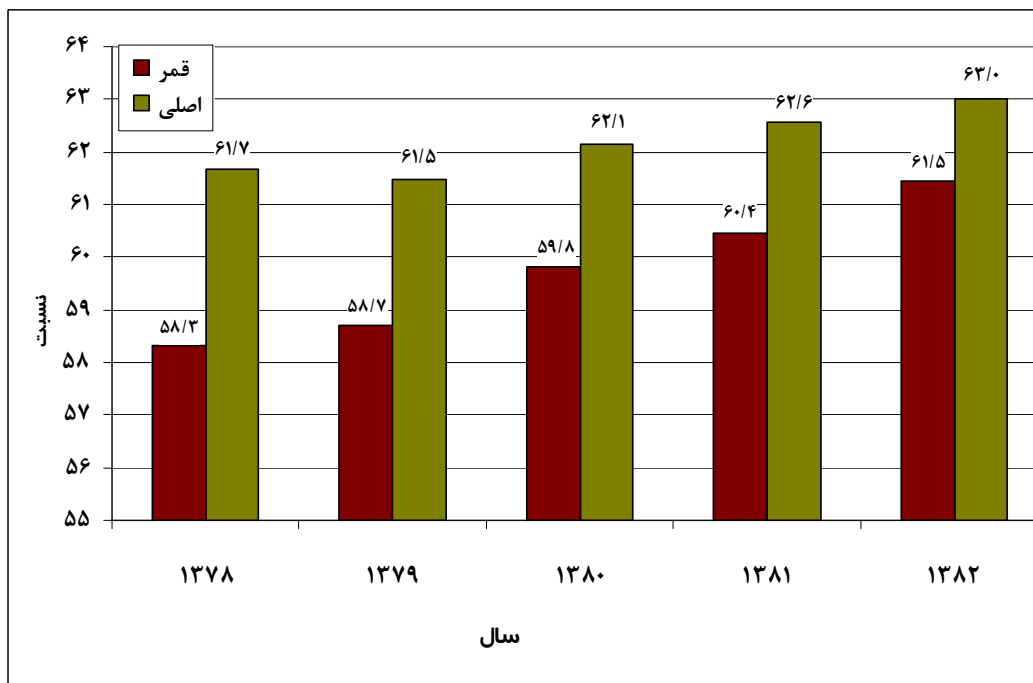
نمودار ۲-۴ مقایسه میزان باروری کلی در روستاهای قمر و روستاهای اصلی در جمعیت تحت پوشش خانه‌های بهداشت؛ به تفکیک مناطق روستایی تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی؛ میزان برای یک دوره ۵ ساله (از ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۲) محاسبه شده است



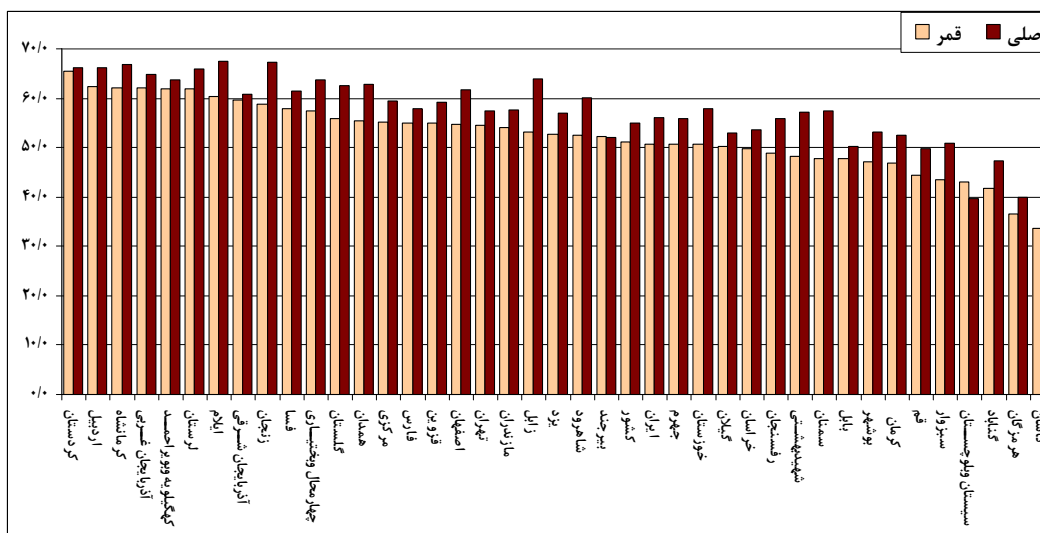
نمودار ۳-۴ تفاوت نسبی (درصد) میزان باروری کلی روستاهای قمر از روستای اصلی به نسبت مزبور. در مجموعه کلی جمعیت تحت پوشش خانه‌های بهداشت؛ به تفکیک دانشگاه‌های علوم پزشکی؛ تفاوت برای میزان ۵ ساله (از ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۲) محاسبه شده است



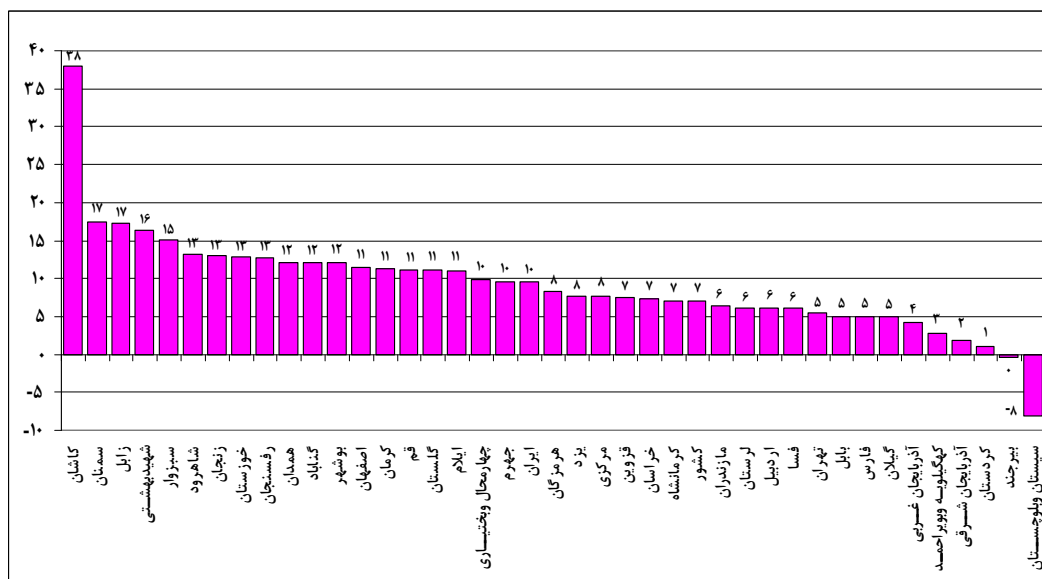
نمودار ۴-۴ میزان پوشش خدمات مدرن پیشگیری از بارداری در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور به تفکیک روستاهای قمر و اصلی طی سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۲



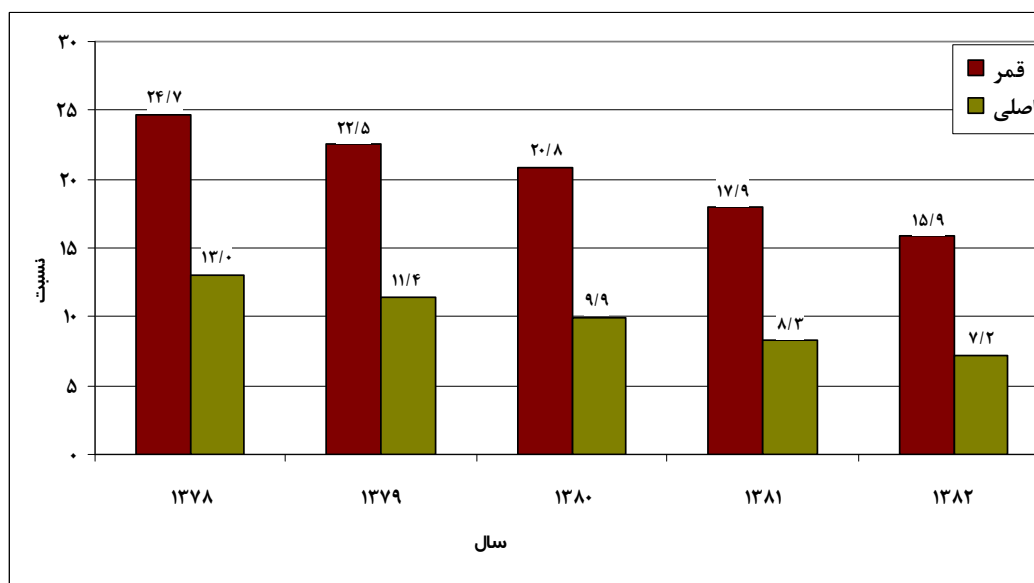
نمودار ۴-۵ مقایسه میزان پوشش خدمات مدرن پیشگیری از بارداری در روستاهای قمر و روستاهای اصلی در جمعیت تحت پوشش خانه‌های بهداشت؛ به تفکیک مناطق روستایی تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی؛ میزان برای یک دوره ۵ ساله (از ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۲) محاسبه شده است



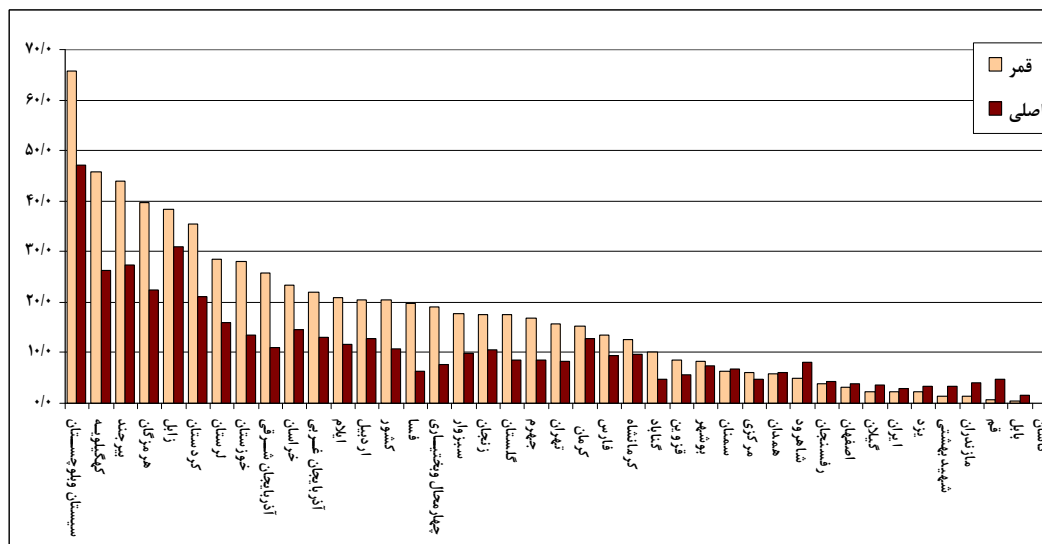
نمودار ۴-۶ تفاوت نسبی میزان پوشش خدمات مدرن پیشگیری از بارداری در روستاهای اصلی از روستاهای قمر به میزان مزبور در مجموعه جمعیت تحت پوشش خانه‌های بهداشت؛ به تفکیک مناطق روستایی تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی؛ تفاوت برای میزان ۵ ساله (از ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۲) محاسبه شده است



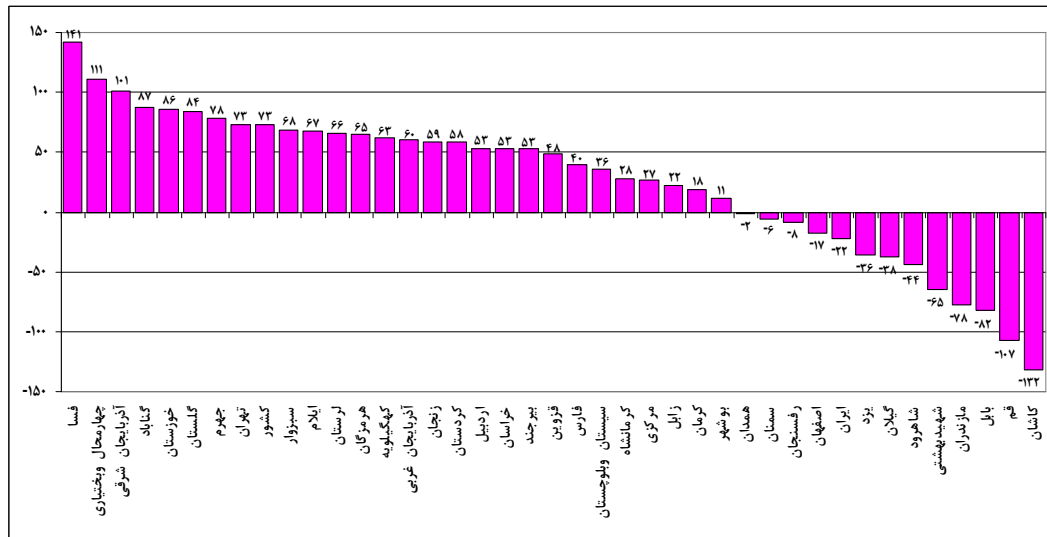
نمودار ۴-۷ نسبت زایمان به کمک افراد دوره ندیده در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور به تفکیک روستاهای قمر و اصلی طی سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۲



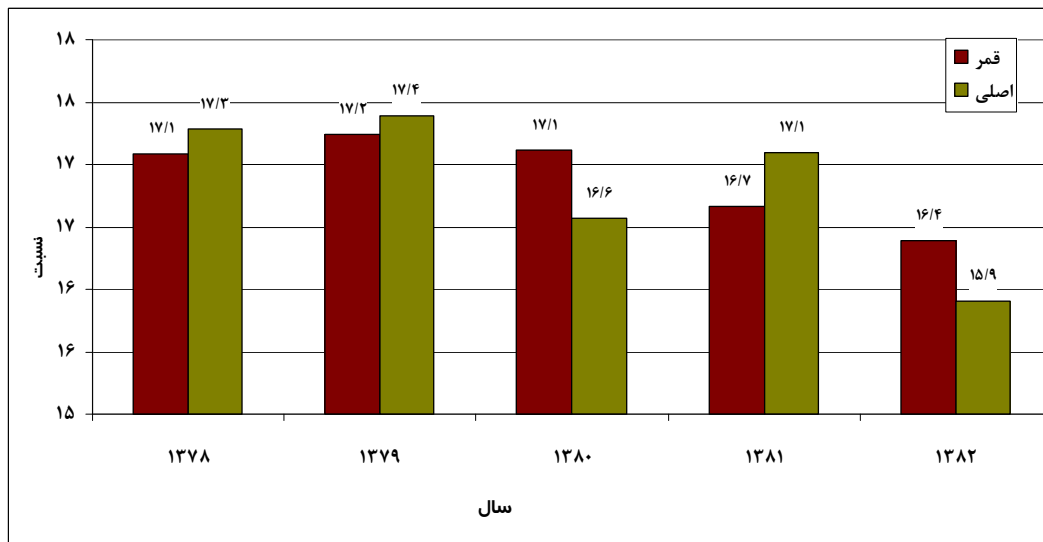
نمودار ۴-۸ مقایسه نسبت زایمان به کمک افراد دوره ندیده در روستاهای قمر و روستاهای اصلی در جمعیت تحت پوشش خانه‌های بهداشت؛ به تفکیک مناطق روستایی تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی؛ میزان برای یک دوره ۵ ساله (از ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۲) محاسبه شده است



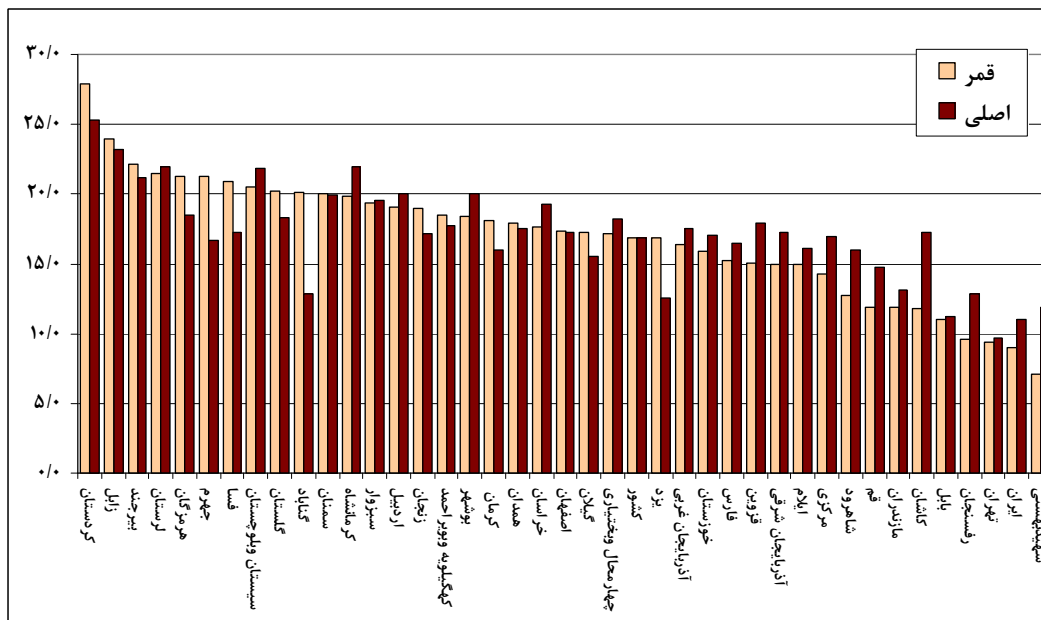
نمودار ۹-۴ تفاوت نسبی زایمان به کمک افراد دوره ندیده در روستاهای قمر از روستاهای اصلی به نسبت مزبور در کل جمعیت تحت پوشش خانه‌های بهداشت؛ به تفکیک مناطق روستایی تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی؛ تفاوت برای میزان ۵ ساله (از ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۲) محاسبه شده است



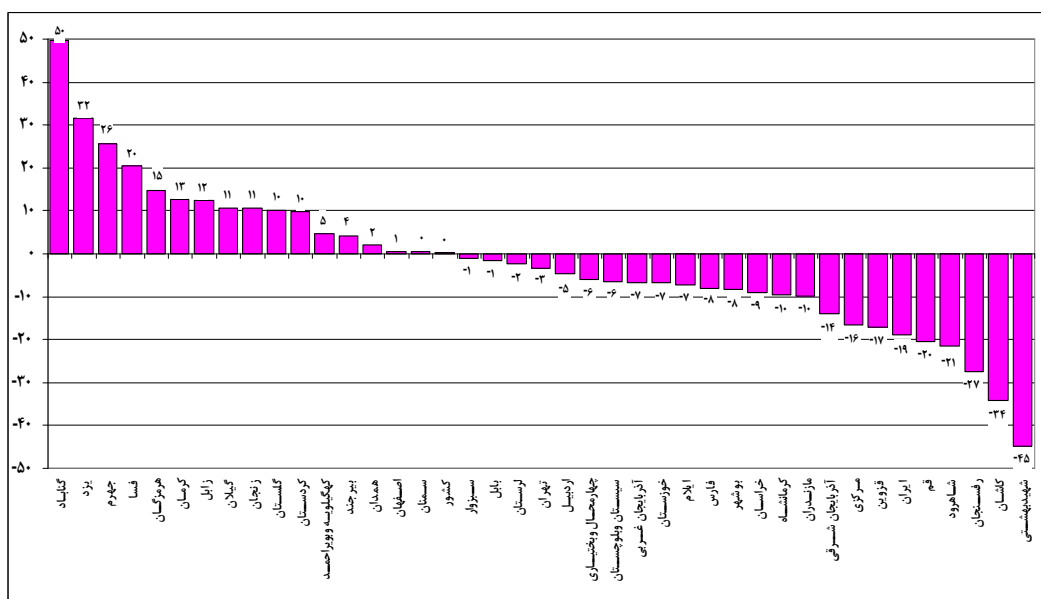
نمودار ۱۰-۴ میزان مرگ نوزادان در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور به تفکیک روستاهای قمر و اصلی طی سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۲



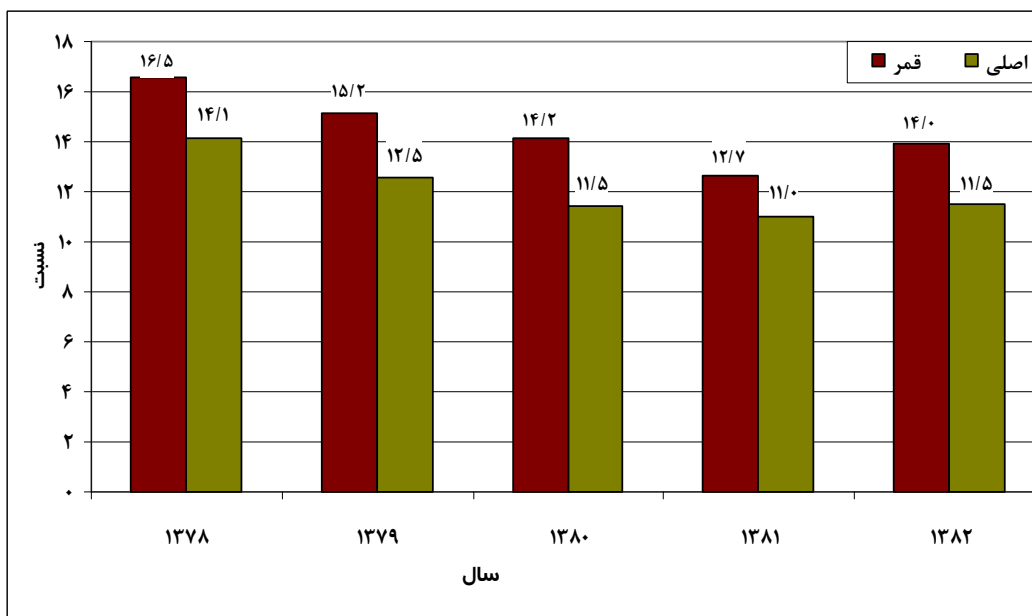
نمودار ۱۱-۴ مقایسه میزان مرگ نوزادان در روستاهای قمر و روستاهای اصلی در جمعیت تحت پوشش خانه‌های بهداشت؛ به تفکیک مناطق روستایی تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی؛ میزان برای یک دوره ۵ ساله (از ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۲) محاسبه شده است



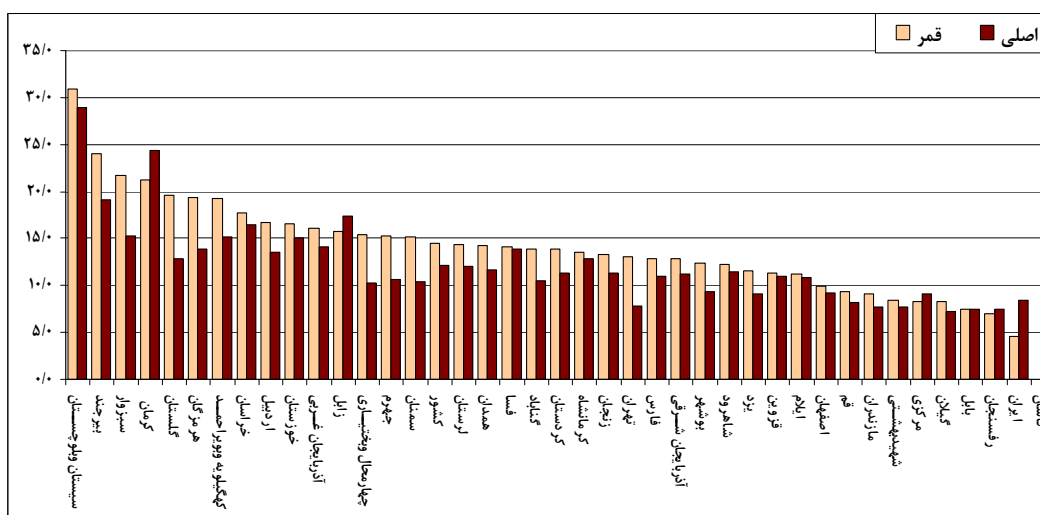
نمودار ۱۲-۴ تفاوت نسبی میزان مرگ نوزادان روستاهای قمر از روستاهای اصلی به میزان مزبور در کل جمعیت تحت پوشش خانه‌های بهداشت؛ به تفکیک مناطق روستایی تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی؛ تفاوت برای میزان ۵ ساله (از ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۲) محاسبه شده است



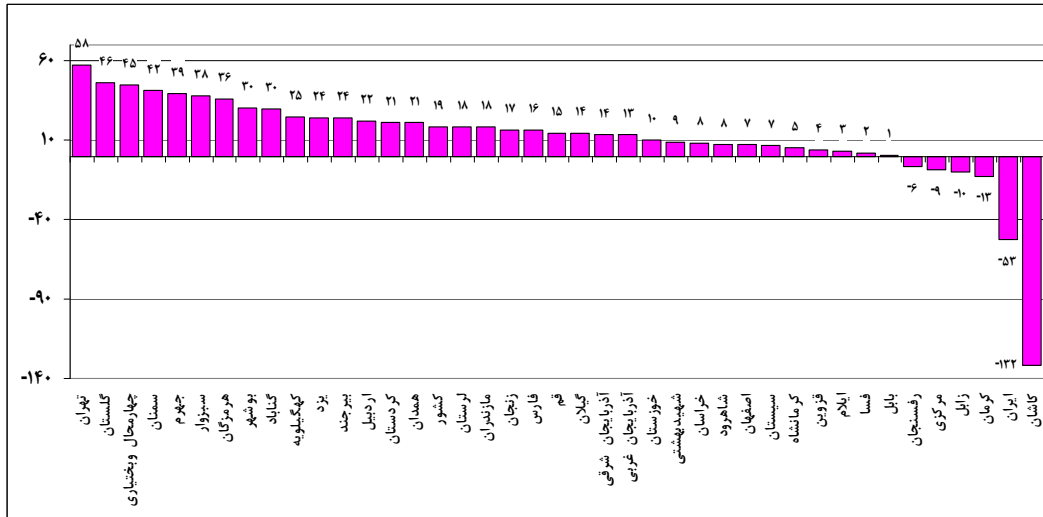
نمودار ۱۳-۴ میزان مرگ کودکان یک ماه تا ۵۹ ماه در مناطق روستایی تحت پوشش پوشش خانه‌های بهداشت کشور به تفکیک روستاهای قمر و اصلی طی سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۲



نمودار ۱۴-۴ مقایسه میزان مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه در روستاهای قمر و روستاهای اصلی در جمعیت تحت پوشش خانه‌های بهداشت؛ به تفکیک مناطق روستایی تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی؛ میزان برای یک دوره ۵ ساله (از ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۲) محاسبه شده است



نمودار ۴-۱۵ تفاوت نسبی مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه در روستاهای قمر از روستاهای اصلی به نسبت مزبور در کل جمعیت تحت پوشش خانه‌های بهداشت؛ به تفکیک مناطق روستایی تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی؛ تفاوت برای میزان ۵ ساله (از ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۲) محاسبه شده است



باروری کلی

- میزان باروری کلی در طول پنج سال به طور پایدار در روستاهای قمر بیشتر از روستاهای اصلی است و همگن با روند روستاهای اصلی رو به کاهش دارد، ولی این کاهش هم برای روستاهای قمر و هم روستاهای اصلی در سال ۱۳۸۲ متوقف شده است.
- دانشگاه‌های علوم پزشکی زاهدان، زابل، هرمزگان و خوزستان صدر نشین باروری کلی مناطق روستایی کشور هستند و در روستاهای قمر این دانشگاه‌ها کماکان این میزان بالاتر از روستاهای اصلی است.
- تقریباً از دانشگاه همدان به بعد، میزان باروری کلی (نمودار ۲-۴) از «حد جانشینی» هم در روستاهای قمر و هم در اصلی پائین‌تر قرار گرفته است.
- تقریباً در نیمی از دانشگاه‌ها، میزان باروری کلی جمعیت ساکن در روستاهای قمر از باروری کلی جمعیت ساکن در روستاهای اصلی پائین‌تر است (نمودار ۳-۴)

میزان پوشش خدمات مدرن پیشگیری از بارداری

- میزان مزبور در فاصله سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۲ هم در جمعیت ساکن در روستاهای اصلی و هم در روستاهای قمر افزایش یافته است، روند افزایش میزان مزبور در روستاهای قمر بیش از روستاهای اصلی است. -۴/۷٪ در مقایسه با ۱/۳٪.
- تقریباً در تمامی دانشگاه‌ها پوشش خدمات تنظیم خانواده در روستاهای اصلی بیشتر از روستاهای قمر است. فقط در استان سیستان و بلوچستان وضعیت این شاخص در روستاهای قمر بهتر از روستاهای اصلی است و در کاشان نیز روستاهای قمر ۳۸٪ کمتر از روستاهای اصلی پوشش دارند.

نسبت زایمان به کمک افراد دوره ندیده

در طی ۵ سال این نسبت در روستاهای اصلی ۹٪ و در روستاهای قمر ۶٪ کاهش داشته است. دانشگاه‌ها و دانشکده‌های زاهدان، یاسوج، بیرجند، بندرعباس، زابل بیشترین مقدار این شاخص را هم در جمعیت ساکن روستاهای قمر و هم در جمعیت ساکن روستاهای اصلی دارند. اساساً در دانشگاه‌هایی که این نسبت در آنها از مقدار بالایی برخوردار است، تفاوت نسبت در روستاهای قمر با روستاهای اصلی زیاد است، ولی در دانشگاه‌هایی که این نسبت در آنها کوچک است، در مواردی این نسبت در روستاهای اصلی بیش از روستاهای قمر است که به علت کوچک بودن خود نسبت، در مجموع قابل چشم‌پوشی است.

میزان مرگ در نوزادان

- کماکان این میزان در بین روستاهای اصلی و قمر نیز از یک روند نامشخص پیروی می‌کند. در برخی از سال‌ها میزان در روستاهای قمر بالاتر است. مثل سال‌های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۲ و در برخی از سال‌ها میزان در روستاهای اصلی بالاتر است مثل سال‌های ۱۳۷۸، ۱۳۷۹ و ۱۳۸۱.
- در برخی از دانشگاه‌های تفاوت روستاهای قمر و اصلی واقعاً زیاد است مثل گناباد، یزد، جهرم و فسا که در روستاهای قمر این میزان بالاتر است
- در دانشگاه‌ها و دانشکده‌های شهید بهشتی، کاشان، رفسنجان، شاهرود، قم و... این میزان در روستاهای اصلی بالاتر از روستاهای قمر است

نسبت مرگ کودکان تا ۵۹ ماهه

○ این نسبت طی پنج سال اخیر روند کاهشی داشته است هم در روستای اصلی و هم در روستای قمر (۲/۵ و ۲/۶ در هزار) البته افزایش احتمالی سال ۱۳۸۲ در نتیجه زلزله بم را نباید نادیده گرفت.

○ در دانشگاه‌ها و دانشکده‌های زاهدان، بیرجند، سبزوار هم این نسبت مقداری بالاتر است و هم در قمر بیش از اصلی است. در کرمان این نسبت در روستاهای اصلی بالاتر است. شاید علت آن نزدیکی روستاهای اصلی به شهر بم و دوری روستاهای قمر از شهر مزبور و تلفات کمتر این گروه سنی در جریان حادثه زلزله بوده باشد.

در دانشگاه‌هایی که اساساً این نسبت پائین است، تفاوت قمر و اصلی قابل چشم‌پوشی می‌تواند باشد. مثل کاشان و دانشگاه ایران، ولی تفاوت در استان‌هایی که نسبت در آنها بالاست مثل گلستان، چهارمحال، هرمزگان و یاسوج تفاوت‌های قمر و اصلی قابل تعمق و بررسی است.

نتیجه اینکه:

انتظار می‌رفت تفاوت‌های روستاهای قمر و اصلی در پوشش خدمات و شاخص‌های نتیجه، خیلی بیش از این باشد ولی اغلب شاخص‌ها نشان می‌دهند که «مجموعه عملکرد توسعه اجتماعی و نظام ارائه خدمات» حتی در روستاهای دور، کم جمعیت و فقیر نیز سبب ارتقاء شاخص‌های جمعیتی و سلامتی شده است.

بخش پنجم:

**وضعیت شاخص‌های جمعیت و
سلامت در مناطق روستایی از
۲۸۱ شهرستان کشور**

وضعیت شاخص‌های جمعیت و سلامت در مناطق روستایی ۲۸۱ شهرستان کشور

یکی از مهم‌ترین نیازهای برنامه‌های سلامت وجود اطلاعات و شاخص‌ها به تفکیک حوزه‌های جغرافیایی برنامه‌ریزی است. در کشور ما برنامه‌ریزی، بودجه‌بندی و تعیین اعتبارات برنامه‌های مختلف در دو حوزه جغرافیایی انجام می‌شود. بخشی از برنامه‌ها به صورت متمرکز طراحی و اعتبارات آن نیز به صورت اعتبارات متمرکز و ستادی بوده و بر حسب نوع برنامه در کشور هزینه می‌شود. یکی از این نوع برنامه‌های متمرکز تا چند سال پیش، برنامه تجهیز و راه‌اندازی واحدهای نظام شبکه بهداشت و درمان کشور بود که از سال ۱۳۶۴ شروع شد و به صورت متمرکز بر حسب نیازهای مختلف استان‌ها، برای تجهیز و راه‌اندازی واحدهای مختلف شبکه بودجه پیشنهاد می‌شد و پس از تصویب، اعتبارات را دریافت و بر اساس نیازهای استان‌ها توزیع می‌گردید. البته محل احداث خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی را قبلاً طرح‌های گسترش شبکه بهداشت و درمان هر شهرستان تعیین کرده بود. زمان‌بندی چگونگی احداث، تجهیز و راه‌اندازی آن نیز قبلاً تعیین شده است.

از همین نوع برنامه‌های متمرکز در بخش بهداشت و درمان برنامه‌های تعیین می‌شود. اما با اپیدمی‌ها و... است. نوع دیگری از برنامه‌ها، برنامه‌هایی است که به وسیله شورای برنامه‌ریزی استانداری‌ها طراحی می‌شود و اعتبارات برنامه‌های مذکور در قانون بودجه منظور و مستقیماً به استان مربوطه ارسال می‌گردد. امروزه تمایل برای گسترش این نوع از برنامه‌های استانی در عرصه برنامه‌ریزی بیشتر است. البته باید توجه کرد که هم برنامه‌ریزی‌های استانی و هم برنامه‌های متمرکز در چارچوب سیاست‌های مصوب دولت صورت می‌گیرد.

پس هم برای تهیه برنامه‌های متمرکز ستادی و هم برنامه‌های استانی، مهم‌ترین عامل وجود شاخص‌های استانی و شهرستانی است. مسلماً بدون شاخص‌های استانی طراحی برنامه‌های متمرکز امکان‌پذیر نیست و طراحی برنامه‌های استانی نیز بدون شاخص‌های شهرستانی و بخشی، عملی نیست.

در حال حاضر، در مواردی، حتی طراحی برنامه‌های متمرکز و توزیع اعتبارات آن فقط بر اساس شاخص‌های استانی صورت نمی‌گیرد بلکه طراحی برنامه و ارسال اعتبارات به صورت مشخص شده از قبل، برای شهرستان یا شهرستان‌های معینی از یک یا چند استان کشور است.

طراحی برنامه‌های متمرکز با محتوای استانی و شهرستانی و طراحی برنامه‌های استانی با محتوای بخشی و شهرستانی، حداقل در حیطه «برنامه‌ریزی‌های اجتماعی» تبدیل به یک اجبار انکارناپذیر شده است؛ چرا که ناهمگنی در عرصه‌های مختلف اجتماعی، در بین مناطق مختلف کشور، بین استان‌های مختلف و بین شهرستان‌های مختلف در درون استان‌ها این اجبار را به برنامه‌ریزان و سیاستگذاران کشور تحمیل نموده است. اساساً سیاستگذاران و برنامه‌ریزان بیشتر به برنامه‌ریزی و عملکرد متمرکز تمایل دارند. ولی متفاوت بودن نیاز؛ مختلف بودن اقداماتی که در درون فرهنگ‌ها و ویژگی‌های اجتماعی گوناگون باید انجام شود، سیاستگذار و برنامه‌ریز را وادار به پذیرش برنامه‌ریزی و اجرای غیر متمرکز، منطقه‌ای، استانی و حتی شهرستانی می‌کند.

حتی در حال حاضر برنامه‌های متمرکز کشوری که از قبل طراحی و قانونمند شده است، به دلیل تفاوت‌ها و ناهمگنی‌های موجود در درون استان‌ها؛ عملکردی استانی و شهرستانی پیدا کرده است. به طور مثال برنامه تنظیم خانواده که یک برنامه متمرکز است، اعتبارات خود را برای بسیاری از استان‌ها، بر حسب شاخص‌های اعلام شده، فقط برای هزینه کرد در شهرستان‌هایی که شاخص‌های شهرستانی آنها را نیازمند اعلام می‌کند، ارسال می‌شود و کنترل نیز خواهد شد که در همان شهرستان‌ها هزینه گردد.

ناهمگنی و تفاوت بین استان‌ها برای بسیاری از شاخص‌های مربوط به سلامتی در بخش سوم این گزارش (روند تغییرات شاخص‌ها در طول ۱۰ سال و در بین استان‌ها) به تفصیل مورد بررسی قرار گرفت. آنچه که در این بخش مورد بحث است تفاوت‌های شهرستان‌ها در درون استان‌های مختلف، در بین مجموعه شهرستان‌ها و رتبه‌بندی‌ها مختلف شهرستان‌ها برای شاخص‌های مختلف است. تعداد شهرستان‌ها و وسعت جغرافیایی یک شهرستان یک امر تثبیت شده نیست. هر سال در جریان تقسیمات کشوری، درون استانی، حتی درون شهرستانی، با جدا کردن بخش‌هایی از یک یا چند شهرستان بزرگ، یک شهرستان جدید تشکیل و به مجموعه تقسیمات درون استان و کشور اضافه می‌شود. لذا همواره در طول سال از وسعت و جمعیت تعدادی از شهرستان‌های کشور کاسته شده تا بر تعداد شهرستان‌ها اضافه شود.

از طرف دیگر، جمعیت روستایی و شهری شهرستان‌های مختلف کاملاً متفاوت هستند، در برخی از شهرستان‌ها جمعیت شهری یا روستایی یا هر دو بسیار بالاست و در برخی دیگر، جمعیت روستایی یا شهری یا هر دو پائین است. قاعدتاً تقسیمات کشوری باید در ابتدا مبتنی بر پایه شاخص‌های جمعیتی باشد، ولی گاه ویژگی‌های سیاسی، اجتماعی و فرهنگی در تقسیمات کشوری، استانی و شهرستانی حرف اول را می‌زنند. برخی از شهرستان‌ها فقط به دلایل سیاسی تشکیل می‌شوند و برخی دیگر به دلایل سیاسی، اجتماعی و فرهنگی به دو یا چند شهرستان دیگر تقسیم می‌شوند. در این گونه شهرستان‌ها، تعداد جمعیت شهری یا روستایی یا تناسب بین این دو جمعیت، اغلب با بقیه شهرستان‌ها همخوانی ندارد. البته یکی از سیاست‌های محرومیت‌زدایی در مناطق محروم مبتنی بر کوچکتر کردن شهرستان‌های بزرگ و تشکیل شهرستان‌هایی کوچکتر با اختیارات اداری و مالی است. این اقدام اغلب با نیت رفع محرومیت‌ها صورت می‌گیرد.

بر این اساس؛ برای مقایسه‌های شهرستانی در این بررسی؛ دو راه کار اصلی اتخاذ شد.

۱- راهکار اول: قضاوت روی وقوع برخی از وقایع نادر، مثل مرگ مادران از عوارض بارداری و زایمان، مرگ کودکان یک تا ۵۹ ماهه، مرگ نوزادان، در جمعیت‌های کوچک در طول یک سال از ارزش و اعتبار زیادی برخوردار نیست، به طور مثال وقتی میزان مرگ مادران از عوارض بارداری و زایمان ۴۰ درصد هزار تولد زنده است و میزان موالید زنده ۲۰ در هزار باشد، حداقل باید جمعیت ۱۲۵۰۰۰ نفر باشد تا در طول یک سال یک مورد از مرگ مادران مورد انتظار قرار گیرد. اگر جمعیت این منطقه ۶۲۰۰۰ نفر باشد در طول دو سال ممکن است این انتظار واقع شود و چنانچه آن منطقه ۳۰۰۰۰ نفر جمعیت داشته باشد این انتظار در طول سه سال می‌تواند منطقی به نظر آید.

همچنین اگر مرگ کودکان زیر پنج سال در همان منطقه با میزان خام موالید ۲۰ در هزار جمعیت، ۳۰ مورد مرگ کودک در هزار تولدهای زنده باشد، باید حداقل جمعیت آن منطقه ۱۷۰۰ نفر باشد تا یک مورد مرگ کودکان زیر پنج سال در آن منطقه در طول سال انتظار داشت.

مهم‌تر از همه اینکه بنا به هزاران دلیل این یک مورد مرگ مورد انتظار می‌تواند در همان سال وقوع نیابد و در سال بعد دو مورد مرگ یا در دو سال بعد سه مورد مرگ واقع شود. در نتیجه در طول سه سال در آن جمعیت طی

دو سال این شاخص صفر و در یک سال بعد سه یا حتی چهار برابر مورد انتظار باشد. در هر صورت در جریان ثبت وقایع حیاتی اندازه جمعیت، فراوانی واقعه مورد انتظار و طول دوره انتظار، سه عامل عمده برای قضاوت روی شاخص‌ها است. پس برای اینکه اثر این سه عامل یعنی اندازه جمعیت، فراوانی واقعه و دوره زمانی مورد انتظار را بتوان خنثی کرد:

در جریان این بررسی جمعیت تحت پوشش ۳ سال هر شهرستان با یکدیگر جمع شده، به عنوان مخرج کسر محاسبه شاخص‌ها قرار داده شده است و وقایع مورد نظر در طول همان ۳ سال نیز گردآوری شده با یکدیگر جمع شده، به عنوان صورت کسر محاسبه شاخص‌ها قرار داده شده و شاخص مورد نظر برای یک دوره ۳ ساله برای هر شهرستان محاسبه و ارائه شده است. دوره سه ساله‌ای که هر شاخص برای آن به تفکیک شهرستان‌های کشور محاسبه شده است سال‌های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱ است.

به عبارت دیگر جمعیت روستایی تحت پوشش هر شهرستان در سال‌های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱ با یکدیگر جمع شده و تعداد وقایع مورد نظر در طول همین سه سال نیز جمع شده و از تقسیم وقایع به جمعیت در معرض خطر آن واقعه، شاخص‌ها برای یک دوره سه ساله محاسبه شده‌اند، تا به این ترتیب از تغییرات طبیعی شاخص‌ها در جمعیت‌های کوچک طی یک دوره زمانی محدود جلوگیری به عمل آمده است.

۲- راهکار دوم: تعداد شهرستان‌ها و جمعیت تحت پوشش برخی از شهرستان‌ها در دوره ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱ ثابت نبوده است و تعدادی شهرستان در سال‌های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱ از تقسیم شدن جمعیت و جغرافیای برخی از شهرستان‌های سال ۱۳۷۹ ایجاد شده‌اند. پس شهرستان‌های موجود در سال ۱۳۷۹ به عنوان پایه محاسبات در نظر گرفته شده است؛ جمعیت و وقایع شهرستان‌های تشکیل شده در سال ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱ با انجام کار کارشناسی و مشاوره با مسئولین استان‌های مربوط به همان شهرستان پایه خود برگردانده شده است. اگر این کار به دلیل اینکه شهرستان تازه تشکیل شده از منتزعه شدن بخش‌های مختلفی از چند شهرستان ایجاد شده و امکان بازگرداندن وجود نداشت، شاخص برای همان شهرستان تازه تاسیس شده محاسبه شده است که طول دوره زمانی آن شاخص حداکثر ۲ و حداقل یکسال است. البته تعداد شهرستان‌هایی که در فاصله ۸۰ و ۸۱ تشکیل شده است محدود بوده و می‌توان در تفسیر استنباط‌های کشوری و استانی از آنها صرف‌نظر کرد و در صورت صرف‌نظر نکردن به طول دوره و تعداد جمعیت و تعداد وقایع کم آنها باید توجه داشت.

شهرستان‌هایی که در سال ۱۳۷۹ وجود نداشته و بعداً در طول سال‌های ۸۰ و ۸۱ بر اساس اطلاعات ثبت شده در زیج‌های حیاتی بوجود آمده‌اند عبارتند از:

ارسباران و چاراویماق در استان آذربایجان شرقی، ثلاث باباجانی در استان کرمانشاه، کوه‌رنگ در استان چهارمحال و بختیاری، مانه و سلفمان در استان خراسان، سرباز در استان سیستان و بلوچستان، زرین دشت در استان فارس، دنا در استان کهگیلویه و بویراحمد، ماسال، سیاهکل، رضوانشهر و املش در استان گیلان، بستک در استان هرمزگان، خاتم و طبس در استان یزد (طبس از استان خراسان منتزعه و به استان یزد متصل گردید)، آبیگ در استان قزوین، کلاله در استان گلستان.

به جز شهرستان طبس با اطلاعات این ۱۶ شهرستان با احتیاط باید برخورد شود، چرا که برای اغلب آنها دوره

محاسبه شاخص کمتر از سه سال است یا اینکه در بر گرداندن اطلاعات به شهرستان پایه ممکن است دقت زیادی رعایت نشده باشد.

۵ شهرستانی که به طور متوسط در طی این سه سال بیشترین جمعیت روستایی تحت پوشش را داشته‌اند عبارتند از:

- ۱- شهرستان رشت با جمعیت روستایی تحت پوشش ۲۵۷۷۲۸ نفر
- ۲- شهرستان شیراز با جمعیت روستایی تحت پوشش ۲۵۳۴۱۷ نفر
- ۳- شهرستان ارومیه با جمعیت روستایی تحت پوشش ۲۵۱۲۹۱ نفر
- ۴- شهرستان سبزوار با جمعیت روستایی تحت پوشش ۲۴۱۹۰۳ نفر
- ۵- شهرستان گنبدکاووس با جمعیت روستایی تحت پوشش ۲۳۹۰۳۲ نفر

و پنج شهرستانی که به طور متوسط در طی این سه سال کمترین جمعیت روستایی را تحت پوشش داشته‌اند عبارتند از:

- ۱- شهرستان قصر شیرین با جمعیت روستایی تحت پوشش ۴۲۶۷ نفر
- ۲- شهرستان دیلم با جمعیت روستایی تحت پوشش ۷۲۶۶ نفر
- ۳- شهرستان محلات با جمعیت روستایی تحت پوشش ۸۵۲۵ نفر
- ۴- شهرستان راور با جمعیت روستایی تحت پوشش ۹۸۱۱ نفر
- ۵- شهرستان فیروزکوه با جمعیت روستایی تحت پوشش ۹۹۰۲ نفر

از آنجایی که به شاخص‌های شهرستان‌های با جمعیت روستایی کم باید با احتیاط توجه کرد، ۵ شهرستان بعدی که پس از آنها نیز کمترین جمعیت تحت پوشش رداشته‌اند نیز ذکر می‌شود.

- ۶- شهرستان آباده با جمعیت روستایی تحت پوشش ۱۰۱۶۹ نفر
- ۷- شهرستان اردکان با جمعیت روستایی تحت پوشش ۱۱۰۲۸ نفر
- ۸- شهرستان دلیجان با جمعیت روستایی تحت پوشش ۱۱۴۴۳ نفر
- ۹- شهرستان میبد با جمعیت روستایی تحت پوشش ۱۱۵۲۹ نفر
- ۱۰- شهرستان خرمدره با جمعیت روستایی تحت پوشش ۱۱۸۴۸ نفر

به طور مثال در قضاوت‌ها نباید فراموش کرد که شاخص‌های شهرستان خرمدره در طول سه سال برای یک جمعیت ۳۵۵۰۰ نفری محاسبه شده است و شاخص‌های شهرستان گنبدکاووس در طول سه سال برای یک جمعیت ۷۱۷۰۰۰ نفری محاسبه شده است.

به هر صورت؛ شاخص‌ها برای ۲۸۱ شهرستان محاسبه شده‌اند. سپس شاخص‌ها برای همین تعداد شهرستان مرتب شدند و سپس آنها به طور مساوی به ده گروه ۲۸ تایی تقسیم شدند (دهک دهم ۲۹ شهرستان را در بر دارد). بدین ترتیب در جداول مرتب شده برای شاخص‌ها.

- در هر دهک ۲۸ شهرستان مرتب شده قرار دارد
- دهک‌ها از دهک ۱۰ به پائین مرتب شدند
- دهک دهم و دهک اول به عنوان شهرستان‌ها حداکثر و حداقل معین شدند
- دهک‌های نهم و هشتم، و نیز دهک‌های دوم و سوم به عنوان شهرستان‌های میانه بالا و میانه پائین معین شدند
- دهک هفتم، ششم، پنجم و چهارم به عنوان شهرستان‌های میانه‌دار معین شده‌اند

○ شهرستانی که از بالا به پائین در رتبه ۱۴۱ قرار گرفته به عنوان شهرستان میانه دار برای هر شاخص تعیین شده است.

در کنار برخی از جداول، نقشه‌ای از کشور برای ۲۸۱ شهرستان آمده است. در این نقشه‌ها، شهرستان‌ها به ده گروه تقسیم شده‌اند و با ۱۰ رنگ جداگانه آمده‌اند. نقشه‌های مذکور با استفاده از نرم‌افزار EPI Map 2002 طراحی و رسم شده است.

بدین ترتیب نتایج شهرستانی به شرح زیر ارائه می‌شود.

الف- جداول و نقشه‌های مربوط به ترکیب سنی جامعه

ب- جداول و نقشه‌های مربوط به وضعیت باروری

ج- جداول و نقشه‌های مربوط به واقعه مرگ

د- ناهمگنی وضعیت، جمعیت و سلامت در بین شهرستان‌ها

الف) توزیع شهرستان‌ها بر حسب ترکیب سنی جمعیت روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت در طول سه ساله ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱

جداول ۱-۵ تا ۷-۵ توزیع ترکیب سنی را به تفکیک مناطق روستایی ۲۸۱ شهرستان کشور نشان می‌دهد.

نکته

○ در دهک دهم (بالاترین) برای نسبت گروه سنی زیر یک سال به کل جمعیت، شهرستان‌های مرزی قرار دارند، البته تعداد معدودی از شهرستان‌ها مثل، روستاهای غرب تهران، باغملک و فریمان از این تفسیر خارج‌اند.

○ در دهک یکم (کمترین) نسبت گروه سنی زیر یکسال به کل جمعیت، به طور عمده شهرستان‌های شمال کشور و حاشیه فلات مرکزی ایران قرار دارند.

○ در دهک دهم (بالاترین) برای نسبت گروه سنی زیر پنج سال، علاوه بر شهرهایی که بالاترین نسبت گروه سنی زیر یکسال را داشته‌اند، شهرهایی که تا چندی پیش باروری‌های بالایی داشته‌اند و طی سه چهار سال اخیر این میزان در آنها کاهش یافته نیز قرار دارند. مثل تربت جام، کهنوج، کنگان، لردگان، مینودشت و رودان

○ در دهک یک (کمترین) برای نسبت گروه زیر پنج سال به کل جمعیت؛ همچنان به طور عمده شهرستان‌های شمالی کشور و حاشیه فلات مرکزی ایران قرار دارند.

○ حداقل در ۳۱ شهرستان کشور باروری آنقدر بالا بوده که هنوز ۴۰٪ از جمعیت مناطق روستایی آنها در گروه سنی زیر ۱۵ سال قرار دارند، (در دهک دهم و بخشی از دهک نهم نسبت گروه سنی زیر ۱۵ سال)

○ در صدر دهک دهم (کمترین) نسبت جمعیت ۶۵ سال و بالاتر؛ چهار شهرستان از استان تهران (اسلامشهر، رباط کریم، شهرری، غرب تهران) قرار دارند و سه شهرستان فیروزکوه، دماوند، شمیرانات در همین استان تهران در دهک‌های اول و دوم (بالاترین) قرار دارند. یعنی در یک استان می‌توان دو انتهای طیف را مشاهده کرد.

○ مناطق روستایی شهرستان‌های حاشیه کویر لوت و کویر نمک، شهرستان‌های واقع در مرکز ایران بیشترین نسبت جمعیت ۶۵ سال و بالاتر، ۶۰ تا ۶۹ سال، ۷۰ تا ۷۹ سال و ۸۰ سال و بالاتر را دارند.

○ شهرستان‌های شمال کشور واقع در گیلان، مازندران و تا حدودی گلستان و همچنین شهرستان‌های مناطق صنعتی و کشاورزی اصفهان بالاترین نسبت جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال را دارا هستند.

● در واقع ترکیب سنی در مناطق روستایی ایران نه تنها از رفتار باروری پیروی می‌کنند بلکه به وجود امکانات تولید کشاورزی و تولید صنعتی نیز بستگی دارند.

نتیجه اینکه، از نظر ترکیب سنی و رفتار باروری با پنج گروه شهرستان روبرو هستیم:

۱- شهرستان‌های نزدیک مرزهای شرقی، جنوبی و غربی با باروری بالا در حال حاضر، یا با باروری بالا در گذشته‌ای نه چندان دور که از نظر سنی بسیار جوان‌اند.

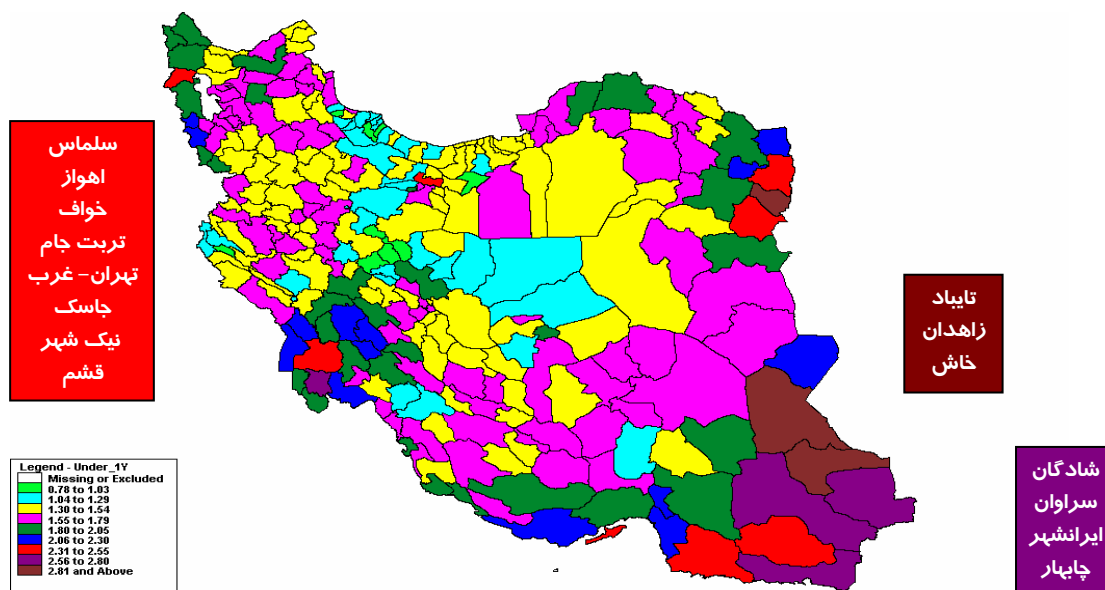
۲- شهرستان‌های حول و حوش کویر مرکزی، دامنه‌های شرقی زاگرس و دامنه‌های جنوبی البرز که با رفتار باروری بسیار پائین، خروج و مهاجرت جوانان و میانسالان از مناطق روستایی و یا ورود یا اقامت سالمندان در مناطق روستایی روبرو هستند.

۳- شهرستان‌های دامنه‌های شمالی البرز (گیلان و مازندران)، حاشیه مناطق صنعتی و کشاورزی استان اصفهان، تهران، اراک و تبریز که با یک نسبت سنی بالا از گروهی که در تولید می‌توانند شرکت کنند (۱۵ تا ۶۴ سال) روبرو هستند.

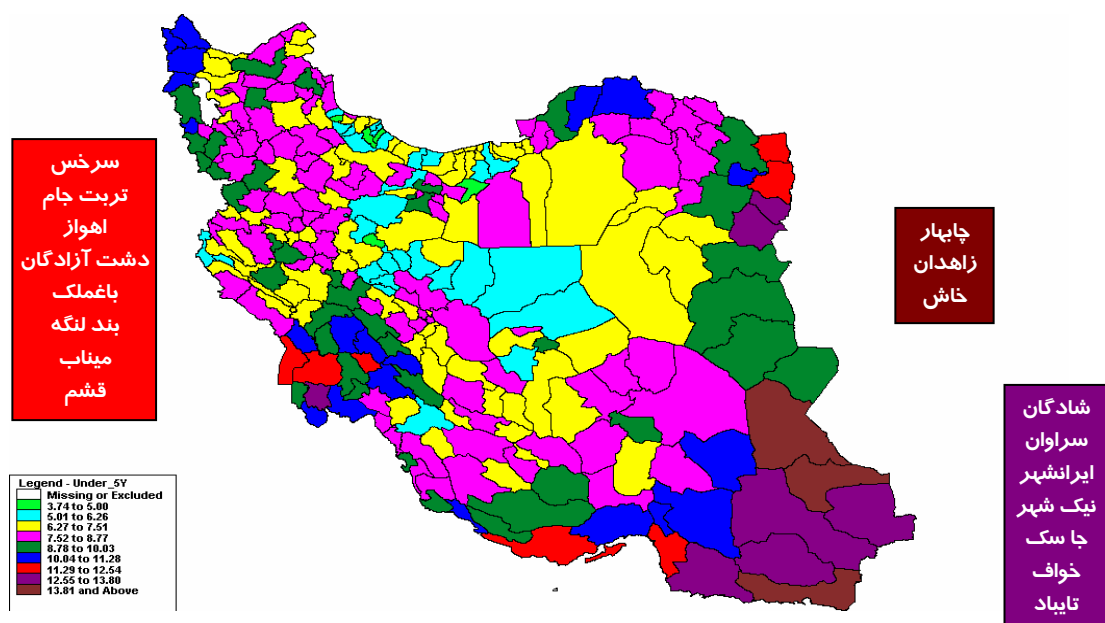
۴- و شهرستان‌های دیگری که هیچ یک از این مشخصات را ندارند و بنا به دلایلی مثل عشایر نشین بودن از باروری بالا برخوردارند مثل برخی از شهرستان‌های چهار محال و بختیاری، خوزستان، لرستان، کهگیلویه و بویراحمد و فارس که هنوز رفتار باروری بالایی داشته و در نتیجه ترکیب سنی آنها مشابه شهرستان‌های گروه اول است.

۵- شهرستان‌هایی که در هیچ یک از گروه‌های فوق جایی نمی‌گیرند که تعداد آنها کم است.

نقشه ۱-۵ نسبت جمعیت زیر یک سال؛ در هر دو جنس؛ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت؛ در طول سه سال ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۱



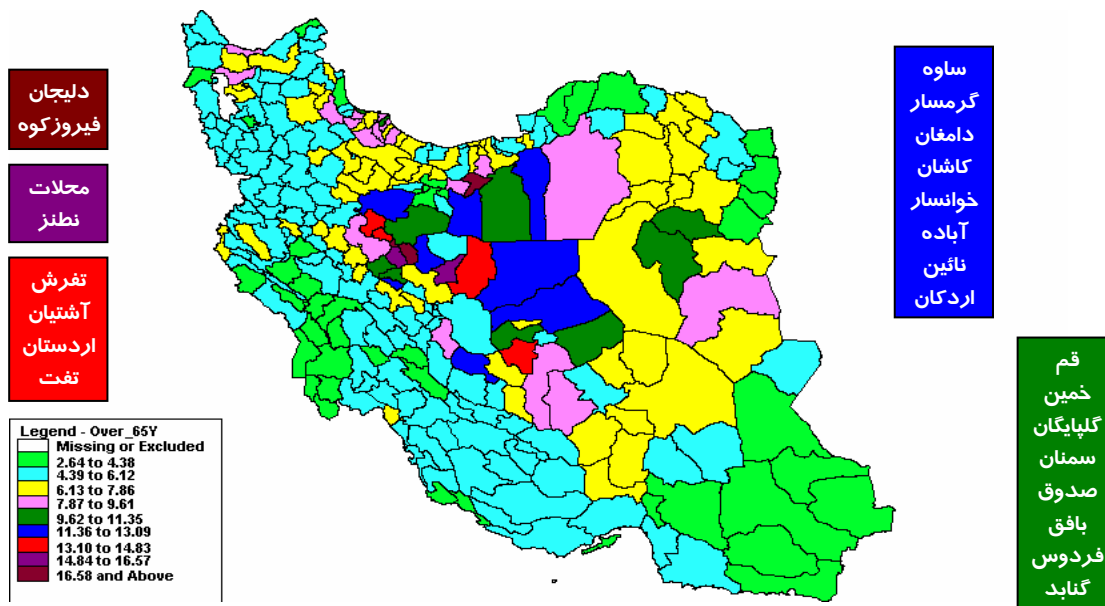
نقشه ۲-۵ نسبت جمعیت زیر پانزده سال؛ در هر دو جنس؛ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت؛ در طول سه سال ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۱



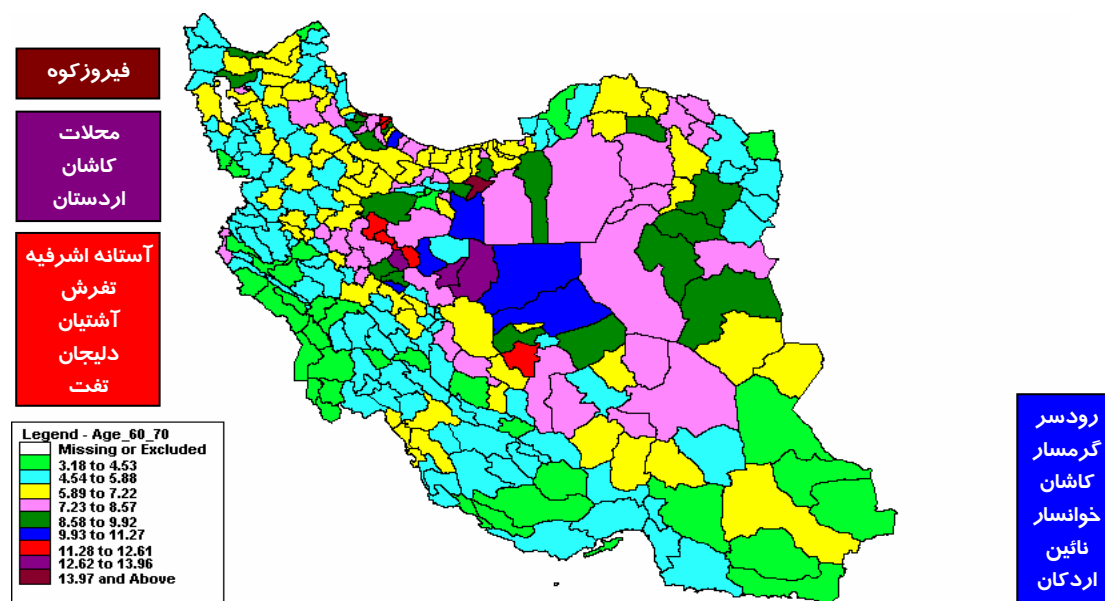
جدول ۴-۵ نسبت جمعیت ۶۵ سال و بالاتر (نسبت درصد) در مناطق روستایی تحت پوشش خانه های بهداشت کشور به تفکیک ۲۸۱ شهرستان- نسبت برآورد شده برای سه ساله ۱۳۷۹-۱۳۸۰ و ۱۳۸۱

شهرستان های حداقل		شهرستان های میانه پائین		شهرستان های میانه									شهرستان های حداقل								
				دهک ۸			دهک ۹			دهک ۷					دهک ۶			دهک ۵			دهک ۴
دهک ۱۰		دهک ۹		دهک ۸		دهک ۷		دهک ۶		دهک ۵		دهک ۴		دهک ۳		دهک ۲		دهک ۱			
اسلام شهر	2/6	شوشتر	4/2	دیواندره	4/5	اردل	5/0	شیروان	5/4	کلیبر	5/7	اصفهان	6/0	بوانات	6/7	تویسرکان	7/4	رودسر	9/2		
رباط کریم	2/7	مینودشت	4/2	داراب	4/6	سمیرم	5/0	بروجرد	5/4	بندر لنگه	5/7	بهشهر	6/1	کاشمر	6/7	میانه	7/4	بیرجند	9/3		
زاهدان	2/7	مهران	4/2	دهلران	4/6	اردبیل	5/0	ماهنشان	5/4	پاوه	5/7	امل	6/1	دره گز	6/7	سربند	7/5	آستانه اشرفیه	9/6		
ری	2/9	پاکدشت	4/2	میاندوآب	4/6	ایلام	5/0	بوشهر	5/4	آران و بیدگل	5/7	سپیدان	6/1	نور	6/7	راور	7/5	سمنان	9/8		
دشت آزادگان	3/1	خواف	4/2	فارسان	4/6	نهبوند	5/0	جوانرود	5/4	میناب	5/7	دشتی	6/1	سیرجان	6/7	بافت	7/5	قم	10/0		
اهواز	3/2	دیر	4/3	قروه	4/6	فریمان	5/1	ورامین	5/4	نکا	5/7	جاسک	6/1	رزن	6/7	سبزوار	7/5	بندر انزلی	10/0		
تهران- غرب	3/3	رودان	4/3	مرودشت	4/6	بوکان	5/1	شهریار	5/4	لنجان	5/7	قزوین	6/1	حاجی آباد	6/8	نهبندان	7/6	گناباد	10/1		
چابهار	3/3	باغملک	4/3	نجف آباد	4/6	خرم آباد	5/1	سنندج	5/4	مراغه	5/8	طیس	6/2	کرج	6/8	میبد	7/6	خمین	10/1		
شادگان	3/4	قشم	4/3	ارسنجان	4/7	پیرانشهر	5/2	گچساران	5/5	جیرفت	5/8	اسلام آباد غرب	6/2	نیر	6/8	رشت	7/7	باقق	10/4		
شوش	3/4	کهنوج	4/3	بندر ترکمن	4/7	اقلید	5/2	کازرون	5/5	همدان	5/8	کرد کوی	6/2	فریدن	6/8	کرمان	7/8	صدوق	10/6		
کوهدشت	3/5	اهر	4/3	شاهیندژ	4/7	ایذه	5/2	کنگاور	5/5	جاجرم	5/8	دیلیم	6/3	تیران و کرون	6/9	شفت	7/8	لاهیجان	10/6		
سرخس	3/5	نیکشهر	4/3	لامرد	4/7	آستارا	5/2	محمودآباد	5/5	جهرم	5/8	ساوجبلاغ	6/3	ساری	6/9	ابرکوه	7/8	فردوس	10/8		
دزفول	3/5	سلماس	4/4	دره شهر	4/7	تنگستان	5/2	گرمی	5/5	سرپل ذهاب	5/9	صحنه	6/3	تربت حیدریه	6/9	شمیرانات	7/8	گلپایگان	10/9		
پارس آباد	3/6	آبدانان	4/4	بناب	4/8	کبودرآهنگ	5/2	بندر	5/5	شهرکرد	5/9	نیشابور	6/3	تنکابن	6/9	خلخال	7/9	اردکان	11/4		
نورآباد (دلفان)	3/6	ملکان	4/4	نیریز	4/8	سنقر	5/2	بهار	5/6	نوشهر	5/9	بابلسر	6/4	زرنند	6/9	اراک	8/1	گرمسار	11/4		
لردگان	3/7	خاش	4/4	بیله سوار	4/8	تکاب	5/2	سردشت	5/6	نقده	5/9	نمین	6/4	ملایر	7/0	شاهرود	8/1	آباده	11/5		
ایرانشهر	3/7	طالش	4/4	تبریز	4/8	ایوان	5/2	کرمانشاه	5/6	سقز	5/9	کوثر	6/4	برخوار و میمه	7/0	دماوند	8/1	ساوه	11/5		
کنگان	3/7	علی آباد	4/4	ماسال	4/8	درود	5/2	لار	5/6	گناوه	5/9	جویبار	6/4	قائن	7/1	سیاهکل	8/2	خوانسار	11/7		
خرمشهر	3/7	ماکو	4/4	اسد آباد	4/8	مریوان	5/2	رضوانشهر	5/6	ممسنی	5/9	مرند	6/4	تاکستان	7/1	فومن	8/4	کاشان	12/3		
آبادان	3/8	بهبهان	4/4	گرگان	4/8	مشکین	5/2	مشهد	5/6	الیگودرز	5/9	قوچان	6/4	بابل	7/1	صومعه سرا	8/4	نایین	12/7		
تربت جام	3/8	امیدیه	4/4	شیراز	4/8	فلاورجان	5/2	کامیاران	5/6	بروجن	5/9	آذرشهر	6/5	قائم شهر	7/2	شهرضا	8/6	دامغان	13/0		
گنبد	3/8	رامهرمز	4/4	خوی	4/9	فیروزآباد	5/2	استهبان	5/6	خرمبید	6/0	اهر	6/5	بردسیر	7/2	رودبار	8/8	تفرش	13/6		
بجنورد	3/8	اشنویه	4/5	هشتگرد	4/9	شیروان و	5/3	دشتستان	5/6	فسا	6/0	چناران	6/5	اسکو	7/2	مهریز	9/0	آشتیان	13/6		
تایباد	3/9	هرسین	4/5	بم	4/9	بستان آباد	5/3	بانه	5/6	بیجار	6/0	اسفراین	6/5	بردسکن	7/2	لنگرود	9/1	اردستان	14/1		
سراوان	3/9	الشتَر	4/5	خدابنده	4/9	مبارکه	5/3	سراب	5/6	زنجان	6/0	ایجرود	6/6	ازنا	7/2	شهر بابک	9/1	تفت	14/3		
اندیمشک	4/0	زابل	4/5	مهاباد	4/9	مسجد	5/3	فریدونشهر	5/7	چالوس	6/0	املش	6/6	رامسر	7/3	شبستر	9/1	محلات	15/1		
پل دختر	4/1	خمینی	4/5	یزد	4/9	گیلانغرب	5/3	طارم	5/7	هریس	6/0	ابهر	6/6	بندر گز	7/3	جلفا	9/1	نطنز	15/4		
بویراحمد	4/2	کهگیلویه	4/5	بندر	5/0	خرمدره	5/3	ارومیه	5/7	رفسنجان	6/0	بویین زهرا	6/6	قصرشیرین	7/4	سوادکوه	9/2	دلیجان	17/6		
																		فیروزکوه	18/3		

نقشه ۳-۵ نسبت جمعیت ۶۵ سال و بالاتر؛ در هر دو جنس؛ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت؛ در طول سه سال ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۱



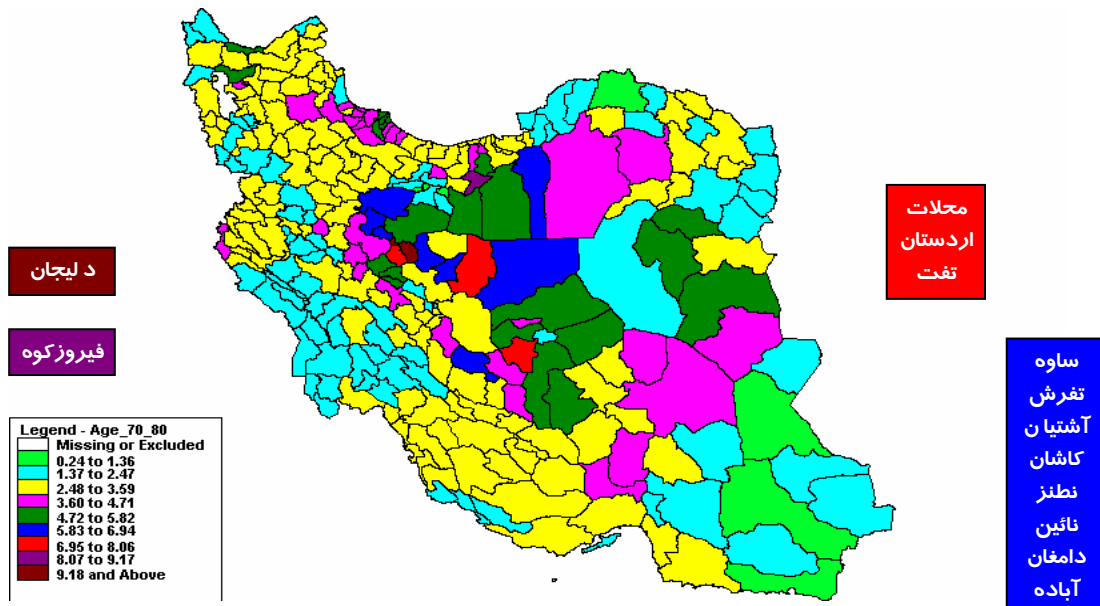
نقشه ۴-۵ نسبت جمعیت ۶۰ تا ۶۹ ساله؛ در هر دو جنس؛ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت؛ در طول سه سال ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۱



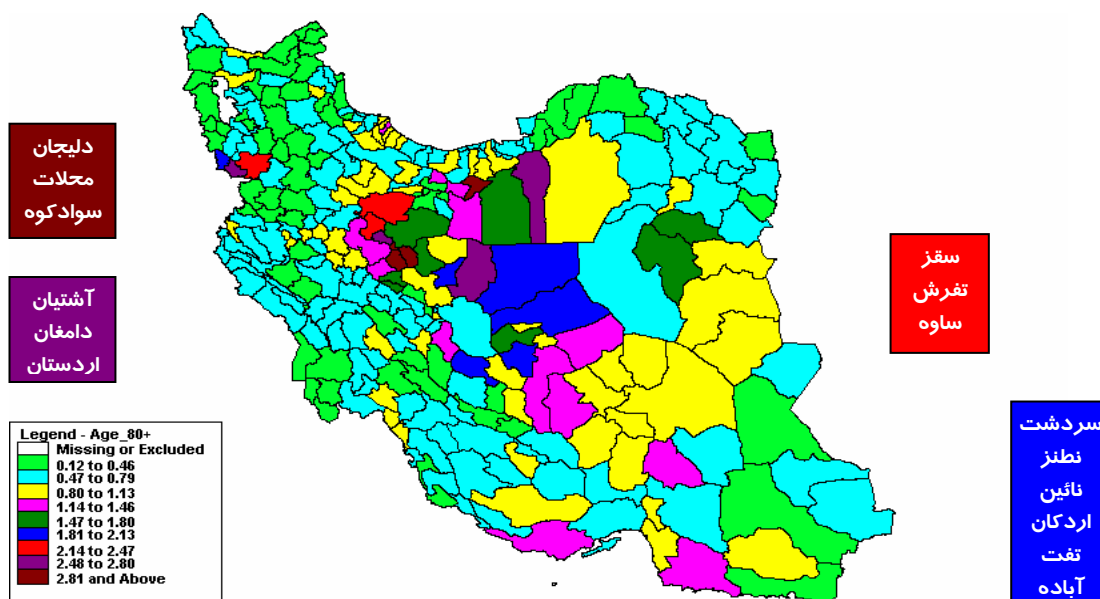
جدول 6-5 نسبت جمعیت ۷۰ تا ۷۹ سال و بالاتر (نسبت درصد) در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور به تفکیک ۲۸۱ شهرستان - نسبت برآورد شده برای سه ساله ۱۳۷۹-۱۳۸۰ و ۱۳۸۱

شهرستان‌های حداکثر		شهرستان‌های میانه بالا		شهرستان‌های میانه						شهرستان‌های میانه پائین		شهرستان‌های حداقل							
دهک ۱		دهک ۲		دهک ۳		دهک ۴		دهک ۵		دهک ۶		دهک ۷		دهک ۸		دهک ۹		دهک ۱۰	
4/9	سوادکوه	3/7	بوانات	3/3	مرد	3/1	رفسنجان	2/9	اقلید	2/7	اردبیل	2/5	اشنویه	2/2	یزد	1/9	گنبد	0/2	زاهدان
5/0	استانه اشرفیه	3/7	قصرشیرین	3/3	نور	3/1	مراغه	2/9	بهار	2/7	جیرفت	2/5	شاهیندژ	2/2	ورامین	1/9	هرسین	0/3	ایران‌شهر
5/0	بیرجند	3/7	سبزوار	3/4	چهرم	3/1	قزوین	2/9	لار	2/7	بيله سوار	2/5	بردسکن	2/3	قروه	1/9	نورآباد	0/4	رباط کریم
5/0	گناباد	3/8	راور	3/4	ملایر	3/1	کرد کوی	2/9	دشتستان	2/7	کرمانشاه	2/5	مرودشت	2/3	امیدیه	1/9	آبادان	0/8	چابهار
5/1	شیراز	3/8	نهبندان	3/4	بیجار	3/1	زنجان	2/9	ماهنشان	2/7	مشهد	2/5	فریمان	2/3	دیر	1/9	لردگان	1/0	پاکدشت
5/2	لاهیجان	3/8	میبد	3/4	تاکستان	3/1	صحنه	2/9	ایوان	2/7	جاسک	2/5	هشتگرد	2/3	سنقر	2/0	پل دختر	1/0	بجنورد
5/2	سیاهکل	3/8	املش	3/4	اسلام آباد غرب	3/1	بهبهر	2/9	بوشهر	2/7	شیراز	2/5	نیریز	2/3	نجف آباد	2/0	آبدانان	1/2	اسلام شهر
5/2	قم	3/9	سرپند	3/4	بردسیر	3/1	گناوه	2/9	نقده	2/7	سنندج	2/5	بوکان	2/3	الشت	2/0	کنگان	1/4	اهواز
5/2	گلپایگان	3/9	اراک	3/4	دشتی	3/2	بروجن	2/9	نیشابور	2/7	سمیرم	2/5	بناب	2/3	ترت جام	2/0	باغملک	1/4	ری
5/4	گرمسار	3/9	بافت	3/4	نمین	3/2	ابجدود	2/9	نکا	2/7	گیلانغرب	2/6	خدابنده	2/3	دهلران	2/0	شهریار	1/4	دشت آزادگان
5/4	فردوس	4/0	اسکو	3/4	ساری	3/2	قوچان	2/9	دره گز	2/7	مریوان	2/6	بندر لنگه	2/3	سلماس	2/0	شوشتر	1/5	خرمشهر
5/4	خمین	4/1	رضوانشهر	3/4	دماوند	3/2	دیلم	2/9	ارسنجان	2/8	فیروزآباد	2/6	خرم آباد	2/3	سردشت	2/0	خواف	1/6	سرخس
5/5	صدوق	4/2	رشت	3/5	تیران و کرون	3/2	جویبار	2/9	کازرون	2/8	جوانرود	2/6	اردل	2/3	شیروان	2/0	مهران	1/6	شوش
5/5	باقق	4/2	ابركوه	3/5	سیرجان	3/2	خرمبید	2/9	لنجان	2/8	ماسال	2/6	داراب	2/4	طیس	2/1	رامهرمز	1/7	شادگان
5/7	خوانسار	4/2	صومعه سرا	3/5	نیر	3/2	اصفهان	2/9	فلاورجان	2/8	تنگستان	2/6	مسجد	2/4	علی آباد کنول	2/1	سقز	1/7	ترت حیدریه
5/8	اردکان	4/3	شفت	3/6	بندر گز	3/2	برخوار و میمه	3/0	نوشهر	2/8	تکاب	2/6	تبریز	2/4	بندر ترکمن	2/1	کهنوج	1/7	نیکشهر
5/9	ساوه	4/3	بندر انزلی	3/6	زرن	3/2	فسا	3/0	سرپل ذهاب	2/8	جاجرم	2/6	درود	2/4	ملکان	2/1	قشم	1/7	اسفراین
6/1	آشتیان	4/3	شاهرود	3/6	کوثر	3/2	سراب	3/0	کامیاران	2/8	شهرکرد	2/6	میناب	2/4	نهادند	2/1	مینودشت	1/7	سراوان
6/1	آباده	4/3	فومن	3/6	قائم شهر	3/2	بویین زهرا	3/0	استهبان	2/8	گرمی	2/6	مبارکه	2/4	اسد آباد	2/1	زابل	1/7	کوهدشت
6/1	کاشان	4/4	خلخال	3/6	حاجی آباد	3/2	هریس	3/0	بستان آباد	2/8	خرمدره	2/6	پیرانشهر	2/4	ماکو	2/1	بهبهان	1/7	تهران - غرب
6/4	نطنز	4/5	شهرضا	3/6	شمیرانات	3/3	بابلسر	3/0	چالوس	2/8	همدان	2/6	کبودرآهنگ	2/4	میاندوآب	2/1	دیواندره	1/8	اندیمشک
6/4	دامغان	4/5	رودبار	3/6	میانه	3/3	قائن	3/0	ارومیه	2/8	ایلام	2/6	آستارا	2/4	لامرد	2/1	رودان	1/8	تایباد
6/5	تفرش	4/5	رودسر	3/7	رامسر	3/3	کاشمر	3/0	ممسنی	2/8	کنگاور	2/6	خوی	2/4	مهاباد	2/2	چناران	1/8	دزفول
6/8	نابین	4/7	شهربابک	3/7	بابل	3/3	ابهر	3/0	الیگودرز	2/8	شیروان و چرداول	2/6	ساوجبلاغ	2/4	ایذه	2/2	کرج	1/9	خاش
7/1	اردستان	4/7	مهریز	3/7	کرمان	3/3	رزن	3/0	فریدونشهر	2/8	محمودآباد	2/6	آران و بیدگل	2/4	دره شهر	2/2	خمینی شهر	1/9	بانه
7/5	تفت	4/8	لنگرود	3/7	فریدن	3/3	آذرشهر	3/0	سپیدان	2/8	مشکین شهر	2/7	بندر ماهشهر	2/4	گرگان	2/2	طالش	1/9	پارس آباد
7/5	محلات	4/8	سمنان	3/7	ازنا	3/3	تنکابن	3/0	آمل	2/8	کلپیر	2/7	بندر عباس	2/5	فارسان	2/2	بم	1/9	بویراحمد
8/5	فیروزکوه	4/9	جلفا	3/7	تویسرکان	3/3	اهر	3/0	طارم	2/9	پاوه	2/7	گچساران	2/5	بروجرد	2/2	کهگیلویه	1/9	اهر
10/3	دلیجان																		

نقشه ۵-۵ نسبت جمعیت ۷۰ تا ۷۹ ساله؛ در هر دو جنس؛ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت؛ در طول سه سال ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۱



نقشه ۵-۶ نسبت جمعیت ۸۰ ساله و بالاتر؛ در هر دو جنس؛ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت؛ در طول سه سال ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۱



جدول ۷-۵ نسبت جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال (نسبت درصد) در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور به تفکیک ۲۸۱ شهرستان- نسبت برآورد شده برای سه ساله ۱۳۷۹-۱۳۸۰ و ۱۳۸۱

شهرستان‌های حداکثر		شهرستان‌های میانه بالا					شهرستان‌های میانه					شهرستان‌های میانه پائین		شهرستان‌های حداقل					
		دهک ۲		دهک ۳		دهک ۴		دهک ۵		دهک ۶		دهک ۷		دهک ۸		دهک ۹		دهک ۱۰	
64/9	خمین	63/3	کنگاور	62/3	آستارا	60/9	نهبوند	60/0	تفت	59/3	پاوه	57/9	ارومیه	56/4	داراب	54/0	فارسان	45/9	زاهدان
64/9	رشت	63/4	لنجان	62/3	کازرون	60/9	بهبهان	60/1	بروجرد	59/3	شیروان	57/9	سقز	56/4	بیرجند	54/2	کنگان	46/4	زابل
64/9	بابل	63/4	اردستان	62/3	اراک	61/0	اندیمشک	60/1	هریس	59/3	طارم	58/1	لار	56/5	دزفول	54/2	کوهدشت	47/4	دشت آزادگان
65/0	ساری	63/4	رودبار	62/4	ممسنی	61/0	فیروزآباد	60/1	کاشمر	59/4	بویین زهرا	58/2	کوثر	56/5	سراب	54/3	سرخس	48/5	چابهار
65/0	شمیرانات	63/5	اهر	62/5	دماوند	61/0	گناباد	60/2	دامغان	59/4	گرمی	58/2	خلخال	56/6	حاجی آباد	54/6	نهندان	49/3	سیاهکل
65/4	لنگرود	63/6	شهربابک	62/5	صحنه	61/1	ارسنجان	60/2	قروه	59/4	تفرش	58/3	سنندج	56/7	قشم	54/7	الیگودرز	49/3	ماسال
65/4	نور	63/6	بندر گز	62/5	جلفا	61/1	شاهرود	60/2	اقلید	59/4	ابهر	58/3	چناران	56/8	خدابنده	54/9	کهگیلویه	49/8	جاسک
65/5	خیمینی شهر	63/6	سنقر	62/6	ساوه	61/2	تنگستان	60/3	ورامین	59/4	همدان	58/3	نطنز	56/8	ماکو	54/9	مریوان	50/7	ایرانشهر
65/5	فومن	63/7	ایلام	62/6	شیروان و چرداول	61/2	نمین	60/3	مشکین شهر	59/5	بافق	58/4	فردوس	56/9	آبادان	54/9	اردل	50/8	خاش
65/6	آذرشهر	63/7	دره شهر	62/6	دیر	61/2	نابین	60/4	اسد آباد	59/5	امیدیه	58/4	بافت	56/9	قائن	54/9	بندر لنگه	50/9	املش
65/6	نوشهر	63/7	بهبهر	62/6	ساوجبلاغ	61/3	زرنج	60/4	سرپل ذهاب	59/5	نیر	58/5	زنجان	57/0	کلپیر	54/9	ماه‌نشان	51/2	میناب
65/7	سوادکوه	63/7	اسلام شهر	62/6	دشتی	61/4	میاندوآب	60/4	مینودشت	59/5	پل دختر	58/5	خرمدره	57/1	تکاب	55/1	تربت جام	51/2	نیکشهر
65/9	تنکابن	63/8	محلات	62/7	گناوه	61/5	شاهیندژ	60/4	بوانات	59/6	ازنا	58/5	سیزوار	57/1	بندر ماهشهر	55/2	دیواندره	52/4	خواف
66/4	نجف آباد	63/9	بابلسر	62/7	گچساران	61/6	میانه	60/5	اسلام آباد غرب	59/6	بیجار	58/6	الشتر	57/2	اشنویه	55/3	بردسکن	52/5	طبس
66/4	آمل	63/9	آشتیان	62/7	خرمبید	61/7	رفسنجان	60/5	مهریز	59/6	رزن	58/7	جهرم	57/3	تربت حیدریه	55/3	اردبیل	52/7	سراوان
66/5	اصفهان	64/0	دیلم	62/8	اسکو	61/8	بهار	60/5	سمیرم	59/6	استهبان	58/7	دلیجان	57/3	شوشتر	55/3	دهلران	53/0	نورآباد (دلفان)
66/7	چالوس	64/1	کرد کوی	62/8	فیروز کوه	61/8	اردکان	60/5	فریدن	59/6	جاجرم	58/7	مه‌آباد	57/4	قزوین	55/5	پیرانشهر	53/0	تهران - غرب
66/9	برخوار و میمه	64/2	دشتستان	62/8	جویبار	61/8	سربند	60/6	مرودشت	59/7	لامرد	58/9	راور	57/5	درود	55/6	فریمان	53/0	کهنوج
66/9	ایوان	64/2	مراغه	62/9	بروجن	61/8	شیراز	60/6	ابرکوه	59/7	گنبد	59/0	شهریار	57/5	اهر	55/7	آران و بیدگل	53/1	باغملک
67/4	بوشهر	64/3	کرمان	63/0	نقده	61/8	علی آباد کتول	60/6	تاکستان	59/8	صدوق	59/0	بوکان	57/5	کبودرآهنگ	55/8	بجنورد	53/2	جوانرود
67/7	پاکدشت	64/3	رباط کریم	63/0	میبد	61/9	آباده	60/7	کرچ	59/8	سلماس	59/1	نیشابور	57/6	فریدونشهر	56/0	بم	53/3	رودان
67/9	شفت	64/3	گرمسار	63/0	یزد	61/9	تویسرکان	60/7	بيله سوار	59/9	هرسین	59/1	خرم آباد	57/7	خوی	56/0	بندر عباس	53/3	سردشت
68/4	محمودآباد	64/4	بناب	63/1	بردسیر	61/9	ملکان	60/7	فسا	59/9	ملایر	59/1	مهران	57/7	دره گز	56/0	شوش	53/4	ایذه
68/8	رامسر	64/7	قصرشیرین	63/1	تیران و کرون	61/9	گیلانغرب	60/7	تبریز	59/9	سمنان	59/2	جیرفت	57/8	هشتگرد	56/1	رضوانشهر	53/4	لردگان
68/9	فلاورجان	64/7	قائم شهر	63/1	گلپایگان	62/0	خوانسار	60/8	آبدانان	59/9	سپیدان	59/2	کرمانشاه	57/8	مشهد	56/1	ری	53/6	شادگان
69/0	صومعه سرا	64/8	مبارکه	63/2	شبستر	62/0	کاشان	60/8	قم	60/0	قوچان	59/2	پارس آباد	57/8	ایجرود	56/2	بویراحمند	53/6	تایباد
69/0	لاهیجان	64/8	آستانه اشرفیه	63/2	شهرضا	62/1	شهرکرد	60/9	گرگان	60/0	بستان آباد	59/3	نیریز	57/9	رامهرمز	56/2	خرمشهر	53/9	مسجد سلیمان
69/5	رودسر	64/9	نکا	63/3	مرند	62/3	سیرجان	60/9	بندر ترکمن	60/0	طلاش	59/3	اسفراین	57/9	کامیاران	56/3	اهواز	53/9	بانه
86/0	بندر انزلی																		

ب) توزیع شهرستان‌ها بر حسب رفتار باروری جمعیت روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت در طول سه ساله ۱۳۷۹-۱۳۸۱

جداول ۸-۵ تا ۱۹-۵ و نقشه‌های ۸-۵ تا ۱۲-۵: رفتار باروری و نسبت سرباری و برخی از عوامل مؤثر بر آن را نشان می‌دهند.

نکته

○ شاید این چهره برای وضعیت زنان و دختران ۱۵ تا ۴۹ ساله همسردار درست باشد:

◀ در درون دهک ۱۰ که کمترین درصد همسرداری وجود دارد شهرستان‌های با ویژگی‌های فرهنگ عشایری - دره شهر، جیرفت، ایوان، آبدانان، ممسنی، ایلام، شیروان چرداول، گرمی، دهلران، کیلانغرب، دشتستان، پل دختر، الشتر و اسلام آباد غرب قرار دارند. اگر از یکی دو شهرستان بگذریم همگی در غرب و جنوب کشور قرار دارند.

◀ در درون دهک اول که بیشترین درصد همسرداری وجود دارد شهرستان‌هایی با چند ویژگی متضاد در کنار هم قرار دارند:

• شهرستان‌های فقیر مثل: جاسک، نیک شهر، سراوان که اغلب در جنوب شرقی و شرق کشور قرار دارند.

• شهرستان‌های مرفه مانند: آستانه اشرفیه، شمیرانات، بابلسر که اغلب در شمال و مرکز کشور قرار دارند.

• شهرستان‌های فعال از نظر تولید همچون: اصفهان، تبریز، غرب تهران، فلاورجان و...

ولی مسلماً عوامل مؤثر بر وضعیت تأهل زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله یا به عبارت دیگر سن ازدواج پیچیده‌تر از این چند جمله و این تقسیم‌بندی می‌تواند باشد.

◀ برای درصدی از دختران و زنان ۱۵ تا ۲۰ ساله که همسر دارند، نیز همین استدلال وجود دارد

◀ دهکی که بیشترین نسبت را دارد (دهک دهم) شامل:

• شهرستان‌های فقیر: نیک شهر، سراوان، جاسک، برخی از شهرستان‌های چهارمحال و بختیاری و زاهدان

• شهرستان‌های مرفه: آران و بیدگل، آمل، محمود آباد، آستارا، مشهد، قم، همدان

• شهرستان‌های با ویژگی تولید و اشتغال بالا: غرب تهران، برخوار و میمه، فلاورجان، تبریز

◀ دهکی که کمترین نسبت را دربر دارد (دهک اول) وقتی که از پائین‌ترین میزان یعنی دره شهر به بالا حرکت شود رنگ و فضای ساختارهای فرهنگی و اجتماعی عشایری و فقر در کنار هم قرار گرفته‌اند و به تدریج این فضا کم رنگ می‌شود.

◀ شهرستان‌هایی که بیشترین درصد دختران و زنان زیر ۱۵ سال ازدواج کرده را دارند، نیز از همان خصلت متضاد شهرستان‌های فقیر و غنی در کنار هم برخوردار هستند.

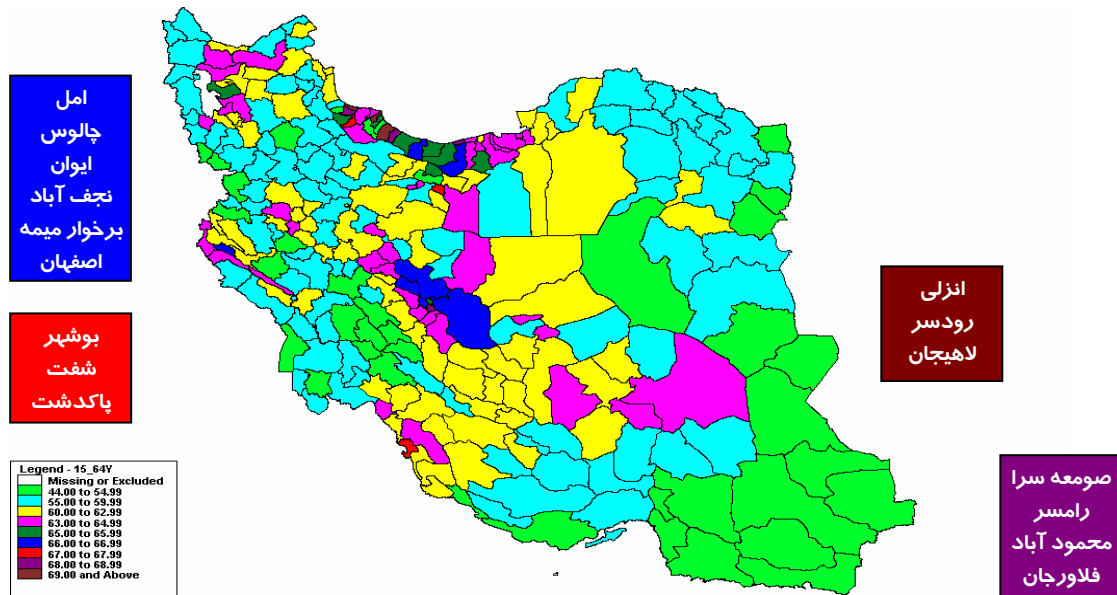
جدول ۹-۵ نسبت زنان ۱۵ تا ۲۰ ساله همسر دار به کل زنان و دختران همین گروه سنی (نسبت درصد) در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور به تفکیک ۲۸۱ شهرستان- نسبت برآورد شده برای سه ساله ۱۳۷۹-۱۳۸۰ و ۱۳۸۱

شهرستان‌های حداقل		شهرستان‌های میانه پائین			شهرستان‌های میانه						شهرستان‌های میانه بالا		شهرستان‌های حداکثر						
		دهک ۱	دهک ۲	دهک ۳	دهک ۴	دهک ۵	دهک ۶	دهک ۷	دهک ۸	دهک ۹	دهک ۱۰								
8/3	راور	10/6	پاوه	11/8	رامسر	13/4	تربت جام	14/5	کنگاور	16/0	میناب	17/7	اشنویه	19/9	قائم شهر	22/1	مشهد	39/0	تهران- غرب
8/3	بروجن	10/6	خدابنده	11/8	خرم آباد	13/4	علی آباد	14/5	هشترود	16/0	ماه‌نشان	17/6	رزن	19/9	مرودشت	22/1	گناباد	37/0	سراوان
8/0	دبلم	10/5	دشتستان	11/7	اردکان	13/4	سنقر	14/5	صحنه	16/0	نقده	17/6	چهرم	19/9	بندر لنگه	22/0	تبریز	36/6	نیک شهر
7/9	فیروزکوه	10/4	صومعه سرا	11/6	بویراحمد	13/4	شهرکرد	14/4	لنجان	15/9	طالش	17/5	پاکدشت	19/9	دزفول	21/8	نیشابور	29/2	آران و بیدگل
7/9	فیروزآباد	10/2	سمیرم	11/6	بهبهان	13/3	نوشهر	14/4	فریدونشهر	15/9	ورامین	17/4	فارسان	19/7	سمنان	21/7	نهبوند	27/8	آمل
7/8	بافت	10/2	الشر	11/5	آشتیان	13/3	بندر گز	14/4	حاجی آباد	15/9	آبادان	17/3	آذرشهر	19/4	آستانه اشرفیه	21/7	زنجان	27/4	جاسک
7/7	بافق	10/2	کازرون	11/5	رفسنجان	13/3	سرخس	14/4	مهریز	15/9	خرمشهر	17/2	کرد کوی	19/4	خرمدره	21/4	اردبیل	27/2	چابهار
7/7	اقلید	10/2	اردل	11/5	سقز	13/2	آباده	14/4	کاشان	15/8	شمیرانات	17/2	نیر	19/2	شیستر	21/3	ملایر	27/0	قم
7/5	نهبندان	10/1	گنبد	11/4	شهرضا	13/1	مشکین شهر	14/3	ماکو	15/6	ساری	17/0	داراب	19/1	خوی	21/3	خمینی شهر	27/0	بروجرد
7/3	پل دختر	10/1	لامرد	11/4	ارسنجان	13/1	خمین	14/2	خلخال	15/4	نطنز	17/0	سربند	18/9	تایباد	21/1	بابلسر	26/1	محمودآباد
7/1	گرمی	10/1	پارس آباد	11/3	تنگستان	13/0	بناب	14/2	کرج	15/4	هرسین	16/8	محلات	18/6	میانه	21/1	کبودرآهنگ	26/0	اسکو
7/0	شاهیندژ	10/0	ماسال	11/3	بوکان	13/0	جلفا	14/1	شادگان	15/4	الیگودرز	16/8	مرند	18/6	قوچان	20/9	بابل	25/1	یزد
7/0	بیرجند	10/0	اسلام آباد غرب	11/3	فردوس	12/9	بندر انزلی	14/1	میبد	15/4	ملکان	16/8	جاجرم	18/6	ازنا	20/8	سبزوار	24/9	تربت حیدریه
6/8	گچساران	10/0	قائن	11/2	لاهیجان	12/9	بانه	14/0	رشت	15/4	کهگیلویه	16/7	دشت آزادگان	18/5	نورآباد (دلفان)	20/8	نور	24/7	بهار
6/8	مهران	9/8	دشتی	11/1	فریدن	12/6	نابین	14/0	شیروان	15/1	خرمید	16/7	بوانات	18/4	مبارکه	20/7	خواف	24/6	برخوار و میمه
6/7	جیرفت	9/6	اندیمشک	11/1	دیر	12/6	بندر ماهشهر	13/9	شوش	15/1	مهاباد	16/7	میاندوآب	18/4	قزوین	20/7	لردگان	24/3	همدان
6/5	گناوه	9/5	اهر	11/1	مینودشت	12/6	خوانسار	13/8	رباط کریم	15/1	گرگان	16/7	دره گز	18/3	شیراز	20/7	استهبان	23/5	تاکستان
6/5	سیاهکل	9/4	ایذه	11/1	تکاب	12/5	زابل	13/8	لار	15/1	دیواندره	16/6	ساوجبلاغ	18/3	شاهرود	20/7	اراک	23/4	کاشمر
6/1	سیرجان	9/4	کلیبر	11/0	ساوه	12/5	شوشتر	13/7	تفرش	15/0	فسا	16/5	بم	18/2	ری	20/6	درود	23/1	بستان آباد
5/8	شیروان و چرداول	9/4	رودسر	11/0	لنگرود	12/4	نیریز	13/7	گلپایگان	15/0	رودان	16/4	سلماس	18/0	طارم	20/5	خاش	22/9	فریمان
5/6	دهلران	9/3	کوهدشت	11/0	بیجار	12/4	اسفراین	13/7	سوادکوه	15/0	کرمانشاه	16/4	اهواز	18/0	مریوان	20/4	کامیاران	22/8	ابرکوه
5/4	گیلانغرب	9/1	کرمان	10/9	چالوس	12/3	بوشهر	13/7	قروه	15/0	صدوق	16/3	اسلام شهر	17/8	ابه‌ر	20/3	سراب	22/7	زاهدان
5/1	ممسنی	9/1	املش	10/8	بردسیر	12/1	رامهرمز	13/5	طبس	14/9	اردستان	16/3	تویسرکان	17/8	اسد آباد	20/2	اصفهان	22/5	آستارا
5/0	شهربابک	8/9	قصرشیرین	10/8	شفت	12/1	رضوانشهر	13/5	کهنوج	14/8	بردسکن	16/2	کوثر	17/8	پیرانشهر	20/1	نمین	22/4	فلاورجان
4/7	ایلام	8/9	فومن	10/7	رودبار	12/0	اهر	13/5	دلیجان	14/8	کنگان	16/1	نجف آباد	17/8	مراغه	20/1	ایچرود	22/4	قشم
4/6	بندر ترکمن	8/8	زرنج	10/7	تفت	12/0	تنکابن	13/5	باغملک	14/8	دماوند	16/1	بهشهر	17/7	گرمسار	20/1	سندج	22/3	بجنورد
4/5	ایوان	8/8	بيله سوار	10/7	مسجد سلیمان	12/0	جوانرود	13/5	سپیدان	14/7	سردشت	16/0	تیران و کرون	17/7	بندر عباس	20/1	بویین زهرا	22/2	جویبار
3/1	آبدانان	8/6	سرپل ذهاب	10/6	هریس	11/8	دامغان	13/4	امیدیه	14/5	شهریار	16/0	ارومیه	17/7	نکا	20/0	چناران	22/1	ایرانشهر
2/7	دره شهر																		

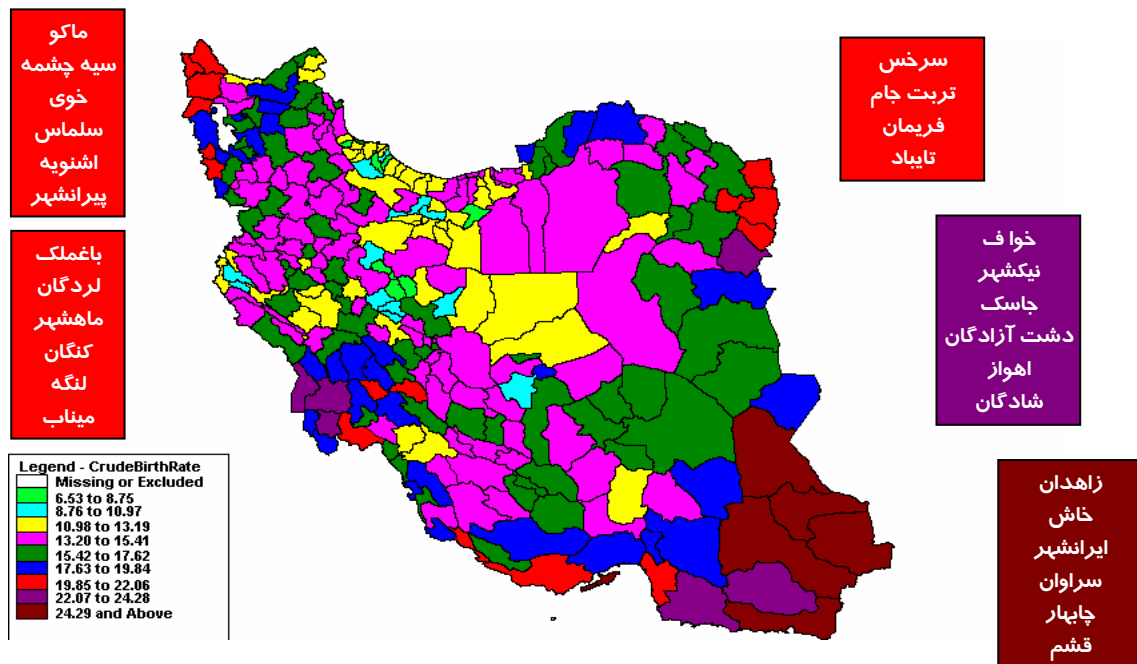
جدول ۱۰-۵ نسبت زنان زیر ۱۵ سال همسر دار به کل زنان و دختران همین گروه سنی (نسبت درصد) در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور به تفکیک ۲۸۱ شهرستان- نسبت برآورد شده برای سه ساله ۱۳۷۹-۱۳۸۰ و ۱۳۸۱

شهرستان‌های حداقل		شهرستان‌های میانه پائین		شهرستان‌های میانه						شهرستان‌های میانه بالا		شهرستان‌های حداکثر							
				دهک ۴	دهک ۵	دهک ۶	دهک ۷	دهک ۸	دهک ۹										
دهک ۱		دهک ۲		دهک ۳		دهک ۴		دهک ۵		دهک ۶		دهک ۷							
0/1	خدابنده	0/2	کاشان	0/3	سنقر	0/4	ماکو	0/4	خرمشهر	0/5	خرمید	0/7	خمینی شهر	0/9	کوثر	1/2	شبستر	5/3	نیک شهر
0/1	فیروزآباد	0/2	بندر انزلی	0/3	املش	0/4	دشتستان	0/4	ارومیه	0/5	اردستان	0/7	بهشهر	0/9	ابرکوه	1/2	رباط کریم	2/7	سراوان
0/1	اندیمشک	0/2	بيله سوار	0/3	خوانسار	0/4	مهریز	0/4	قشم	0/5	لار	0/7	پیرانشهر	0/8	خرمدره	1/2	فریمان	2/5	اسکو
0/1	قائن	0/2	چالوس	0/3	ارسنجان	0/3	اسلام آباد غرب	0/4	طالش	0/5	بندر ماهشهر	0/7	قزوین	0/8	لردگان	1/2	زنجان	2/1	امل
0/1	اردکان	0/2	کلپبر	0/3	مبارکه	0/3	قصرشیرین	0/4	دپر	0/5	کرمانشاه	0/7	دشت آزادگان	0/8	شادگان	1/2	مراغه	2/1	پاکدشت
0/1	سمیرم	0/2	ساوجبلاغ	0/3	رامسر	0/3	دیواندره	0/4	مشکین شهر	0/5	ساری	0/6	میبد	0/8	داراب	1/2	مشهد	1/9	تربت حیدریه
0/1	اهر	0/2	زرند	0/3	تفت	0/3	کنگان	0/4	خواف	0/5	الیگودرز	0/6	دره گز	0/8	آذرشهر	1/1	فایم شهر	1/8	بستان آباد
0/1	دیلم	0/2	صدوق	0/3	رضوانشهر	0/3	بندر گز	0/4	سمنان	0/5	جاجرم	0/6	تفرش	0/8	درود	1/1	ملایر	1/8	قم
0/1	سرخس	0/2	گرمی	0/3	باغملک	0/3	تنکابن	0/4	زابل	0/5	ملکان	0/6	ماه‌نشان	0/8	اسلام شهر	1/1	طارم	1/7	کاشمر
0/1	بافق	0/2	سیاهکل	0/3	رودسر	0/3	شفت	0/4	طبس	0/5	میناب	0/6	گرمسار	0/8	خاش	1/1	تبریز	1/7	بروجرد
0/1	نهبندان	0/2	بافت	0/3	کرج	0/3	دشتی	0/4	نیر	0/5	کهنوج	0/6	فسا	0/8	چهرم	1/1	گناباد	1/6	ایرانشهر
0/1	تیران و کرون	0/2	تکاب	0/3	نجف آباد	0/3	آبادان	0/4	اقلید	0/5	مسجد سلیمان	0/6	شاهرود	0/8	بندر عباس	1/1	چناران	1/5	محمودآباد
0/1	ایلام	0/2	دامغان	0/3	کرمان	0/3	ساوه	0/4	سلماس	0/5	خمین	0/6	بوانات	0/8	هشتگرد	1/1	ایجرود	1/5	محللات
0/1	شاهیندژ	0/2	ماسال	0/3	فومن	0/3	شهرضا	0/4	شیروان	0/5	فریدونشهر	0/6	بردسکن	0/7	تایباد	1/1	آستارا	1/5	بهار
0/1	گناوه	0/2	فردوس	0/3	نطنز	0/3	گنبد	0/4	خرم آباد	0/5	سردشت	0/6	بوشهر	0/7	شهریار	1/1	قوچان	1/5	نیشابور
0/1	نابین	0/2	سرپل ذهاب	0/3	پل دختر	0/3	ایذه	0/4	پارس آباد	0/5	تربت جام	0/6	تویسرکان	0/7	نهایوند	1/1	جویبار	1/5	زاهدان
0/1	بیرجند	0/2	مهران	0/3	رفسنجان	0/3	رشت	0/4	خلخال	0/5	مرند	0/6	استهبان	0/7	نورآباد (دلفان)	1/1	همدان	1/5	نور
0/1	دهلران	0/2	بهبهان	0/2	سقز	0/3	قروه	0/4	فلاورجان	0/5	علی آباد کتول	0/6	ازنا	0/7	یزد	1/0	سراب	1/5	بابل
0/1	سیرجان	0/2	شهرکرد	0/2	لاهیجان	0/3	جیرفت	0/4	بناب	0/5	فارسان	0/6	مریوان	0/7	کامیاران	1/0	اراک	1/4	تاکستان
0/1	ممسنی	0/2	ایوان	0/2	پاوه	0/3	امیدیه	0/4	سربند	0/5	اسد آباد	0/6	شیراز	0/7	آشتیان	1/0	نکا	1/4	کیبودرآهنگ
0/1	شیروان و چرداول	0/2	فریدن	0/2	کنگاور	0/3	دماوند	0/4	صومعه سرا	0/5	حاجی آباد	0/6	دزفول	0/7	مرودشت	1/0	اهواز	1/4	نمین
0/1	فیروزکوه	0/2	بردسیر	0/2	کوه‌دشت	0/3	تهران- غرب	0/4	ورامین	0/5	نقده	0/6	اصفهان	0/7	کهگیلویه	1/0	برخور و میمه	1/4	چابهار
0/1	اردل	0/2	هریس	0/2	تنگستان	0/3	شمیرانات	0/4	رودبار	0/5	نوشهر	0/6	سنندج	0/7	بندر لنگه	1/0	رزن	1/3	بابلسر
0/0	راور	0/2	بانه	0/2	نیریز	0/3	جوانرود	0/4	شوشتر	0/5	اهر	0/6	هرسین	0/7	سوادکوه	1/0	اردبیل	1/3	آران و بیدگل
0/0	بندر ترکمن	0/2	بیجار	0/2	صحنه	0/3	بوکان	0/4	مهاباد	0/5	شوش	0/6	بویراحمد	0/7	میاندوآب	0/9	بویین زهرا	1/3	جلفا
0/0	گیلانغرب	0/2	گچساران	0/2	آباده	0/3	مینودشت	0/4	رودان	0/5	اشنویه	0/6	بم	0/7	ری	0/9	ابهر	1/3	سبزوار
0/0	دره شهر	0/2	لنجان	0/2	الشتر	0/3	سپیدان	0/4	گلپایگان	0/4	گرگان	0/5	اسفراین	0/7	خوی	0/9	کرد کوی	1/2	بجنورد
0/0	آبدانان	0/1	بروجن	0/2	کازرون	0/3	لنگرود	0/4	لامرد	0/4	رامهرمز	0/5	آستانه اشرفیه	0/7	دلیجان	0/9	میانه	1/2	جاسک
0/0	شهربابک																		

نقشه ۷-۵ نسبت جمعیت پانزده تا ۶۴ سال؛ در هر دو جنس؛ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت؛ در طول سه سال ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۱



نقشه ۸-۵ میزان خام موالید؛ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت؛ در طول سه سال ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۱



رفتار باروری

- برای نمایش ناهمگنی در درون استان دو مثال ارائه می‌شود: در استان خوزستان شهرستان بهبهان با میزان مولید ۱۴/۴ و شهرستان شادگان با مولید ۲۳/۹ در هزار قرار دارند. در استان خراسان نیز شهرستان برداسکن با مولید ۱۲/۹ و خواف با میزان مولید ۲۳/۲ قرار دارد.
- این ناهمگنی در درون استان‌های اردبیل، آذربایجان غربی و آذربایجان شرقی نیز وجود دارد، حتی همین ناهمگنی در استان مازندران که از میزان مولید پائین برخوردار است نیز وجود دارد.
- میزان باروری عمومی بالا در چهار منطقه متراکم است، جنوب شرقی، جنوب غربی، شمال غربی، شمال شرقی، در این چهار منطقه میزان باروری عمومی بالاتر از ۶۰ در هزار است و در بقیه نقاط کشور پایین‌تر از این عدد. در این زمینه نیز کماکان ناهمگنی درون استان خوزستان، خراسان، آذربایجان غربی (بوکان و شاهیندژ با اشنویه و پیرانشهر مقایسه شود) حتی در درون استان لرستان (الشر با نورآباد مقایسه شود) در درون استان کرمان (کرمان با کهنوج مقایسه شود) در درون استان اردبیل (اردبیل با بیله سوار مقایسه شود) نیز وجود دارد.
- در مقایسه میزان‌های باروری کلی شهرستان‌های مختلف نیز همین ناهمگنی در درون کشور و در درون بسیاری از استان‌ها دیده می‌شود، در استان هرمزگان: قشم و بندر لنگه با حاجی آباد مقایسه شود، در استان بوشهر، کنگان با دیلم مقایسه شود، در استان خوزستان، دشت آزادگان با بهبهان و امیدیه مقایسه شود، در استان گلستان، بندر ترکمن با کردکوی مقایسه شود.
- در مورد میزان باروری اختصاصی سنی زنان ۱۵ تا ۱۹ ساله نیز فقیر و غنی، دارای اشتغال پائین و بالا در کنار هم در بالاترین میزان (دهک دهم) قرار دارند. جاسک، سراوان در کنار تبریز، آمل و محمودآباد قرار دارند. در پائین‌ترین رده‌ها یعنی دهک اول شهرستان‌هایی با ویژگی فرهنگی عشایر در جنوب و غرب کشور مثل دره شهر، آبدانان، ایلام، شیروان چرداول، در کنار شهرستان‌ها با ترکیب سنی بالا مثل فیروزکوه، آشتیان، اردکان قرار دارند.
- در راس شهرستان‌های بادرصد بالای زایمان‌های پر خطر از نظر سن (زیر ۲۰ و بالای ۳۵) شهرستان‌های فقیری چون: سراوان، جاسک، پیرانشهر و کامیاران در کنار شهرهایی مرفه و با ویژگی اشتغال بالا مثل آستانه اشرفیه، آمل، محمودآباد، بروجرد قرار دارند. ولی فراوانی شهرستان‌های غنی در دهک ۱۰، ۹ و ۸ خیلی بیش از شهرستان‌های فقیر است.
- در مورد پوشش روش‌های پیشگیری از بارداری مدرن نیز در دهک دهم یعنی شهرستان‌های با حداقل پوشش؛ شهرهای فقیر و جوان مثل نیک شهر چابهار از یکطرف و شهرستان‌های غرب تهران، رباط کریم در کنار هم قرار دارد. البته نباید فراموش کرد که در شهرستان‌های نیک شهر، جاسک و چابهار، سراوان، لنگه، لار، و ایرانشهر و میناب و... درصد بهورزان زن از اغلب شهرستان‌های دیگر کشور کمتر است. بهورزان مرد هم در این مناطق، از توانایی کمتری برای گسترش خدمات تنظیم خانواده برخوردار هستند. علت کم بودن بهورزان زن در این مناطق علاوه بر مسائل فرهنگی، بیسوادی بالا در بین زنان و دختران است که این نیز خود از محدودیت توسعه اجتماعی اقتصادی در این مناطق سرچشمه می‌گیرد.
- اگر شاخصی برای تعیین میزان رفاه و دارایی مورد استفاده خانوارها در شهرستان‌های مختلف وجود داشت و اگر شهرستان‌ها را بر حسب این شاخص مرتب می‌کردیم به احتمال قریب به یقین همین نظم و ترتیب

موجود در جدول مربوط به نسبت سرباری به دست می‌آمد. البته شاید شاخص نسبت زایمان به کمک افراد دوره ندیده را نیز بتوان به عنوان یکی از مهم‌ترین شاخص‌های فقر و فقدان رفاه تلقی کرد.

در واقع

مجموعه رفتارهای باروری و عوامل مرتبط با آن؛ مثل سن کم در هنگام ازدواج، استفاده نکردن از روش‌های مدرن بارداری، حاملگی در سنین پرخطر و زایمان‌های مکرر نتیجه‌ای جز نسبت سرباری بالا را نمی‌تواند پدید آورد. این نسبت سرباری به افزایش فقر و کاهش توان دست‌های نان‌آور برای ارتقاء رفاه خانوار منجر می‌شود. دهان‌های باز آنچه را که خانواده تولید می‌کند می‌بلعند و برای گسترش رفاه، چیزی باقی نمی‌گذارند.

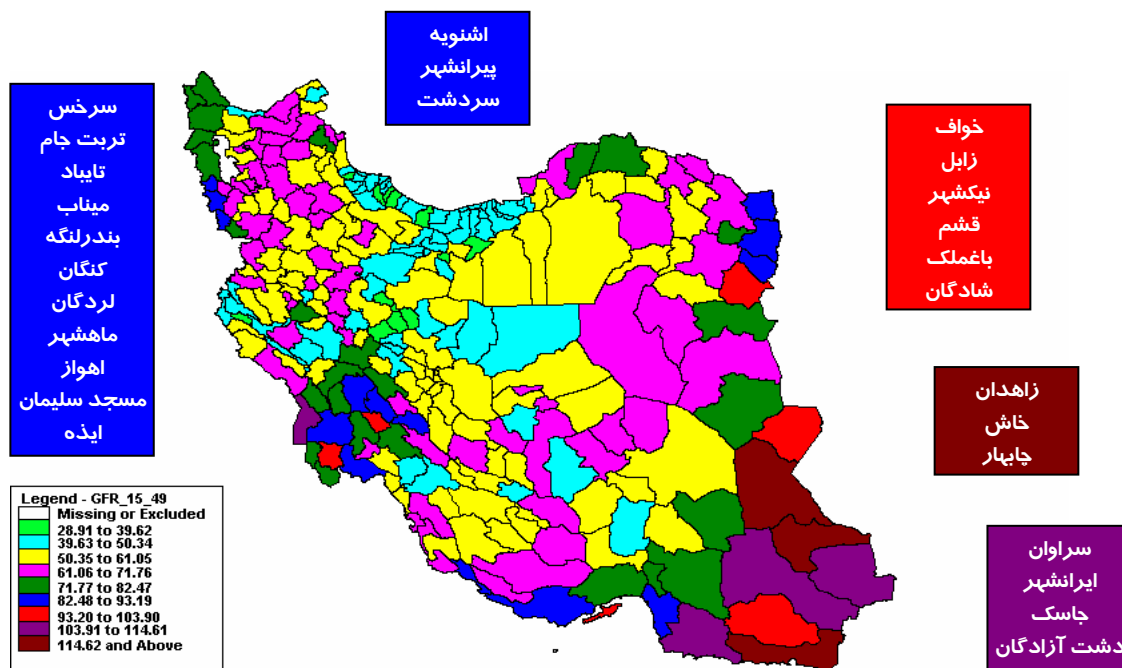
این رفتار باروری خطرناک از بی‌سوادی و کمبود اشتغال به ویژه، برای زنان سرچشمه می‌گیرد و افزایش نسبت سرباری به این فقر دامن می‌زند. این چرخه تا انهدام خانوار و پراکندن آن به حاشیه خیابان‌ها ادامه می‌یابد این چرخه را فقط با فشار روی کلیدهای حساسی مثل افزایش نسبت با سواد و اشتغال برای زنان، ایجاد اشتغال و سواد برای مردان و... می‌توان شکست.

آیا چهره و ترکیب قرار گرفتن شهرستان‌های کشور چیزی جز این توضیح را نشان می‌دهد؟

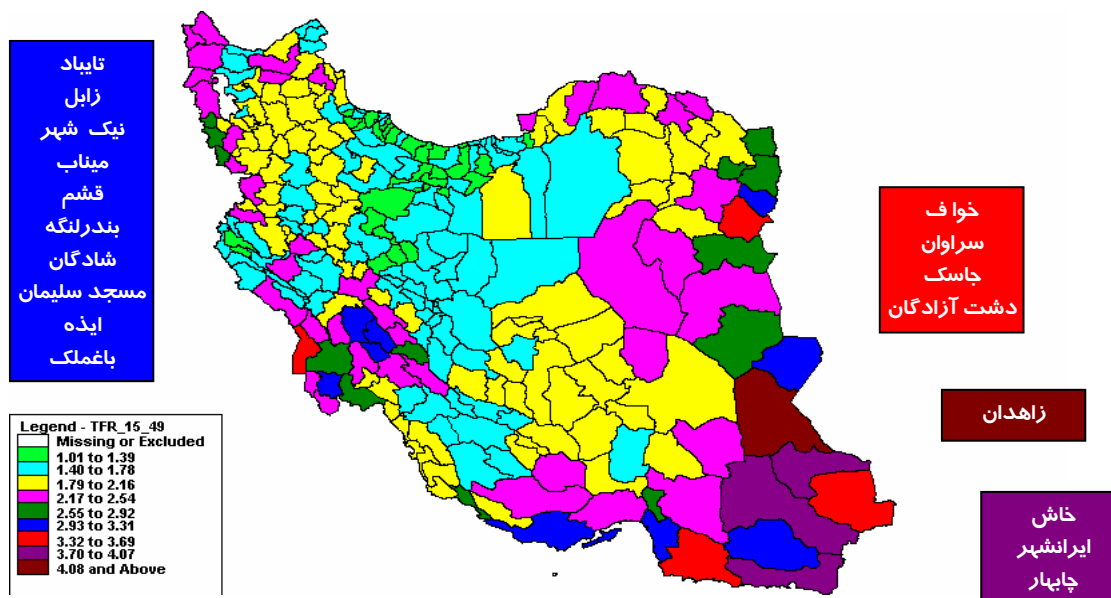
جدول ۱۲-۵ میزان باروری عمومی زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله (نسبت در هزار) در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور به تفکیک ۲۸۱ شهرستان- میزان برآورد شده برای سه ساله ۱۳۷۹-۱۳۸۰ و ۱۳۸۱

شهرستان‌های حداقل		شهرستان‌های میانه پائین					شهرستان‌های میانه						شهرستان‌های میانه بالا			شهرستان‌های حداکثر			
		دهک ۲		دهک ۳		دهک ۴	دهک ۵		دهک ۶	دهک ۷		دهک ۸	دهک ۹		دهک ۱۰				
44/6	نوشهر	48/6	بندر گز	51/8	مهران	55/9	دامغان	58/4	آران و بیدگل	61/3	اقلید	64/9	تنگستان	69/5	مهلباد	80/9	سلماس	125/3	زاهدان
44/5	لاهیجان	48/2	دره شهر	51/7	خمینی شهر	55/8	شهرضا	58/3	مرودشت	61/2	مشکین شهر	64/9	ملایر	69/4	کوه‌دشت	80/7	خوی	114/7	خاش
44/0	تفت	47/9	شیروان و چرداول	51/4	بیجار	55/7	فلاورجان	58/3	بافق	61/2	اسدآباد	64/9	رفسنجان	69/4	هریس	80/3	ماکو	114/6	چابهار
43/9	رشت	47/9	شهربار	51/2	ری	55/5	دشتی	58/2	کرمان	61/0	دیلم	64/8	طیس	69/3	داراب	80/1	رودان	113/4	ایرانشهر
43/2	بافت	47/8	آمل	51/2	اردکان	55/2	ابهر	58/2	خرمبید	60/9	نهبوند	64/8	آستارا	69/3	اهر	79/9	فارسان	111/5	سراوان
42/9	قصرشیرین	47/6	تهران- غرب	51/1	اسلام‌آباد غرب	55/0	چناران	58/2	گناوه	60/8	استهبان	64/5	بروجرد	69/3	راور	78/8	شوش	110/8	جاسک
42/8	تنکابن	47/5	بابل	51/1	گرمسار	55/0	چهرم	58/1	رزن	60/7	گرگان	64/0	هشتگرد	69/1	مریوان	78/2	کهگیلویه	106/0	دشت آزادگان
42/5	رودبار	47/4	نابین	51/0	اندیمشک	54/7	شاهرود	58/1	بردسیر	60/6	بهار	64/0	ملکان	68/9	لار	77/4	خرمشهر	102/2	نیکشهر
42/4	گلپایگان	47/4	آستانه اشرفیه	50/9	قزوین	54/7	خلخال	58/0	طارم	60/6	نیشابور	63/8	لامرد	68/8	اسکو	77/2	قائن	100/0	شادگان
42/1	تفرش	47/1	پل دختر	50/9	ایلام	54/4	تویسرکان	58/0	جاجرم	60/3	کامیاران	63/6	امیدیه	68/7	بیرجند	76/6	بندر عباس	99/4	خواف
41/6	ممسنی	47/0	سرپل ذهاب	50/9	الشت	54/4	فیروزآباد	57/9	صدوق	60/3	ازنا	63/3	دره گز	68/6	بویراحمد	76/3	کهنوج	99/0	قشم
41/4	کرج	47/0	نطنز	50/9	دماوند	54/2	کازرون	57/7	برخور و میمه	60/1	بویین زهرا	63/1	ماه‌نشان	68/3	یزد	75/6	رامهرمز	96/0	زابل
41/2	لنگرود	46/9	اردستان	50/7	گرمی	54/1	سنقر	57/7	طالش	59/9	کاشمر	63/1	کلیبر	68/3	میبد	75/2	بانه	94/6	باغملک
40/7	فومن	46/7	شمیرانات	50/6	ساوجبلاغ	54/0	قم	57/6	آذرشهر	59/9	بوکان	63/1	همدان	68/0	درود	74/4	ارومیه	92/8	اهواز
40/7	گیلانغرب	46/7	رامسر	50/3	ارسنجان	54/0	پاوه	57/6	بناب	59/8	خدابنده	63/0	فردوس	67/8	دهلران	74/3	اردبیل	91/1	تایباد
40/6	شفت	46/6	نکا	50/2	بهشهر	53/8	شبستر	57/5	بوانات	59/8	سمنان	62/9	جوانرود	67/6	میاندوآب	74/1	الیگودرز	90/3	بندر لنگه
39/9	سوادکوه	46/6	قائم شهر	50/0	شهربابک	53/6	سپیدان	57/5	مرند	59/7	فسا	62/8	گنبد	67/2	دیواندره	73/9	بم	87/8	پیرانشهر
39/5	چالوس	46/3	کاشان	49/9	جلفا	53/5	اسفراین	57/3	سیرجان	59/7	کوثر	62/8	سقز	67/1	زنجان	73/8	نورآباد	87/5	اشنویه
39/0	رودسر	46/3	رباط کریم	49/6	کنگاور	53/4	بردسکن	57/2	گناباد	59/5	لنجان	62/7	دشتستان	66/8	بندر ترکمن	73/5	شوشتر	87/5	ترت جام
38/5	پاکدشت	46/2	محمودآباد	49/6	خرم‌آباد	53/3	نجف‌آباد	57/2	شیروان	59/4	کرمانشاه	62/6	مهریز	66/7	سراب	72/4	بجنورد	87/3	میناب
37/6	خمین	46/1	گچساران	49/4	بابلسر	52/8	اراک	57/0	خرمدره	59/4	نیر	62/6	قوچان	66/6	نقده	72/1	نهبندان	86/8	لردگان
37/2	سیاهکل	46/0	کرد کوی	49/4	جویبار	52/6	بروجن	57/0	بهبهان	59/4	سنندج	62/5	تاکستان	66/4	بوشهر	72/0	آبادان	85/8	مسجد سلیمان
36/3	دلیجان	45/9	ساری	49/4	ورامین	52/5	جیرفت	57/0	آباده	59/3	میانه	62/5	سبزوار	66/1	مشهد	71/9	مینودشت	85/7	ایذه
35/9	ایوان	45/9	اسلام شهر	49/2	فریدن	52/4	صحنه	56/9	تکاب	59/0	فریدونشهر	61/8	زرنند	66/0	دیر	71/9	دزفول	85/3	سرخس
34/3	املش	45/4	بندر انزلی	48/9	نور	52/1	تیران و کرون	56/5	سمیرم	59/0	علی‌آباد کتول	61/8	ایجرود	65/8	هرسین	71/4	بستان‌آباد	84/9	سردشت
32/6	آشتیان	45/2	ساوه	48/7	بيله سوار	52/0	مبارکه	56/3	شیراز	59/0	قروه	61/6	نمین	65/4	تبریز	71/0	اردل	84/5	بندر ماهشهر
31/5	ماسال	44/9	خوانسار	48/7	رضوانشهر	51/9	آبدانان	56/2	حاجی‌آباد	58/8	پارس‌آباد	61/5	ابركوه	65/0	مراغه	71/0	ترت حیدریه	83/7	کنگان
31/0	محلات	44/6	صومعه سرا	48/7	سریند	51/9	اصفهان	56/1	شاهیندژ	58/5	شهرکرد	61/4	نیریز	64/9	کبودرآهنگ	69/8	اهر	82/3	فریمان
28/9	فیروزکوه																		

نقشه ۹-۵ میزان باروری عمومی زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله همسردار؛ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت؛ در طول سه سال ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۱



نقشه ۱۰-۵ میزان باروری کلی زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله؛ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت؛ در طول سه سال ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۱



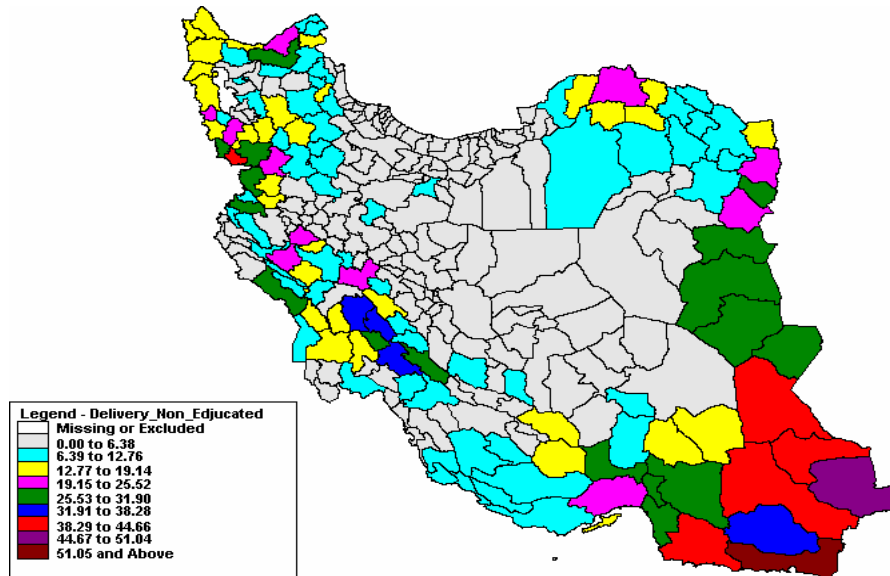
جدول ۱۴-۵ میزان باروری اختصاصی سنی در گروه سنی ۱۵ تا ۱۹ سال (نسبت در هزار) در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور به تفکیک ۲۸۱ شهرستان- میزان برآورد شده برای سه ساله ۱۳۷۹-۱۳۸۰ و ۱۳۸۱

شهرستان‌های حداقل	شهرستان‌های میانه پائین		شهرستان‌های میانه بالا							شهرستان‌های میانه بالا		شهرستان‌های							
	دهک ۱	دهک ۲	دهک ۳	دهک ۴	دهک ۵	دهک ۶	دهک ۷	دهک ۸	دهک ۹	دهک ۱۰	دهک ۱۰	دهک ۱۰							
14/3	اسفراین	18/5	نابین	21/5	دشتستان	24/7	کاشمر	27/4	تربت حیدریه	30/7	تربت جام	34/2	آبادان	37/6	نورآباد (دلفان)	44/3	سلماس	74/3	سراوان
14/3	جیرفت	18/5	شهریار	21/5	صومعه سرا	24/6	لاهیجان	27/4	بندر گز	30/6	صحنه	34/1	مرودشت	37/3	قزوین	44/1	کبودرآهنگ	64/9	جاسک
14/2	املش	18/4	سرپل ذهاب	21/3	پاکدشت	24/6	قم	27/3	نیریز	30/6	تهران- غرب	34/0	اراک	37/3	قروه	43/8	دیواندره	62/7	قشم
14/0	شیروان و چرداول	18/3	دهلران	21/3	ایذه	24/6	نیشابور	27/2	خرمبید	30/5	ابرقوه	33/5	شبستر	37/3	نور	43/8	نمین	60/8	اسکو
13/9	اردکان	18/3	رفسنجان	21/3	تنکابن	24/6	دره گز	26/8	رشت	30/3	خواف	33/4	طارم	36/8	قائم شهر	43/4	چابهار	60/0	نیک شهر
13/3	اقلید	18/3	پاوه	21/2	تفرش	24/5	سبزوار	26/8	ورامین	30/2	تویسرکان	33/3	شادگان	36/7	سقز	43/2	ایرانشهر	56/2	اردبیل
13/1	قصرشیرین	17/8	فومن	21/2	سوادکوه	24/1	بناب	26/8	برخوار و میمه	29/9	بوشهر	33/0	سربند	36/6	داراب	42/8	استهبان	50/2	کامیاران
12/8	دلپجان	17/0	سیرجان	21/1	مسجد سلیمان	24/1	بوکان	26/7	میبد	29/8	تیران و کرون	32/9	بابل	36/1	آذرشهر	42/4	نیر	50/1	بروجرد
12/7	بندر ترکمن	17/0	نهبندان	21/1	الشترا	24/1	گنبد	26/7	رضوانشهر	29/3	بوانات	32/8	اسدآباد	35/9	کرمانشاه	42/0	اهواز	49/6	همدان
12/6	گناوه	17/0	بردسکن	20/9	خوانسار	23/7	اسلام شهر	26/7	بندر انزلی	29/1	اهر	32/6	ماه‌نشان	35/9	میاندوآب	41/5	بستان آباد	49/5	آستارا
12/5	ديلم	16/9	کاشان	20/9	جاجرم	23/3	بهبهان	26/5	شهرکرد	29/1	صدوق	32/5	مشهد	35/7	رزن	41/4	بویین زهرا	48/8	پیرانشهر
12/5	ایلام	16/6	تفت	20/9	فریدن	23/3	مهریز	26/5	مینودشت	29/0	شوشتر	32/4	رودان	35/6	هرسین	40/7	نجف آباد	48/5	لردگان
12/4	مهران	16/5	نکا	20/8	تکاب	23/0	خرم آباد	26/3	سنقر	29/0	امیدیه	32/3	شمیرانات	35/6	جویبار	40/6	مریوان	48/2	خوی
12/4	فردوس	16/5	قائن	20/7	لامرد	23/0	چالوس	26/2	تنگستان	28/7	مراغه	32/2	سردشت	35/6	بم	40/5	ملایر	47/4	دشت آزادگان
12/2	گناباد	16/5	فیروزآباد	20/6	سمیرم	22/9	کوه‌دشت	26/2	قوچان	28/7	بندر ماهشهر	32/2	مشکین شهر	35/3	مهاباد	40/1	بابلسر	46/8	اشنویه
11/9	ایوان	16/5	ارسنجان	20/5	بیجار	22/8	جوانرود	26/1	خمینی شهر	28/7	سمنان	32/1	الیگودرز	35/2	بندر عباس	39/6	درود	46/2	تاکستان
11/9	بیرجند	16/1	محلات	20/4	کلپیر	22/8	دشتی	26/0	رباط کریم	28/4	دیر	32/1	کوثر	35/1	ماکو	39/6	میانه	46/1	آمل
11/7	بروجن	15/6	خمین	20/3	اردل	22/8	شهرضا	25/8	ساوه	28/4	سرخس	32/0	باغملک	35/0	ابه‌ر	39/3	بندر لنگه	45/8	تبریز
11/6	اردستان	15/6	زرنند	20/2	رودبار	22/7	طیسی	25/8	ری	28/2	علی‌آباد کتول	31/9	بانه	34/8	طالش	39/2	ایجرود	45/8	نقده
11/5	ممسنی	15/5	ماسال	19/7	گلپایگان	22/5	لنگرود	25/6	دماوند	28/1	شاهرود	31/8	رامهرمز	34/7	خلخال	39/1	خرمشهر	45/4	خاش
10/2	گیلانغرب	15/4	رودسر	19/4	کرمان	22/5	اهر	25/6	مبارکه	28/0	کنگاور	31/8	خدابنده	34/6	کردکوی	38/9	نهادن	45/3	سراب
8/6	نطنز	15/4	بيله سوار	19/3	دامغان	22/4	بهشهر	25/2	اندیمشک	27/9	سپیدان	31/7	کنگان	34/6	فریمان	38/5	بجنورد	45/2	محمودآباد
8/6	آشتیان	15/2	گرمی	19/1	هریس	22/4	حاجی آباد	25/1	پارس آباد	27/8	کهنوج	31/7	لنجان	34/6	زابل	38/2	فارسان	45/2	یزد
8/5	بافت	15/2	پل دختر	19/0	شاهیندژ	22/3	راور	25/1	رامسر	27/8	چهرم	31/5	گرگان	34/6	شیراز	38/1	ارومیه	45/1	سنندج
8/3	دره شهر	15/1	کرج	19/0	کازرون	22/2	جلفا	25/0	اصفهان	27/8	گرمسار	31/3	شوش	34/6	ازنا	38/0	فلادورجان	44/9	زنجان
7/9	بافق	14/6	بردسیر	18/8	بوبراحمد	22/1	اسلام‌آباد غرب	25/0	هشتروند	27/6	نوشهر	31/2	آباده	34/3	مرند	38/0	میناب	44/6	دزفول
7/1	آبدانان	14/5	گچساران	18/8	شیروان	22/1	لار	24/8	چناران	27/6	آران و بیدگل	30/9	خرمدره	34/3	ملکان	37/8	آستانه اشرفیه	44/5	بهار
6/6	شهر بابک	14/4	سیاهکل	18/8	شفت	21/5	ساری	24/7	ساوجبلاغ	27/5	کهگیلویه	30/8	فریدونشهر	34/2	فسا	37/7	تایباد	44/4	زاهدان
5/9	فیروزکوه																		

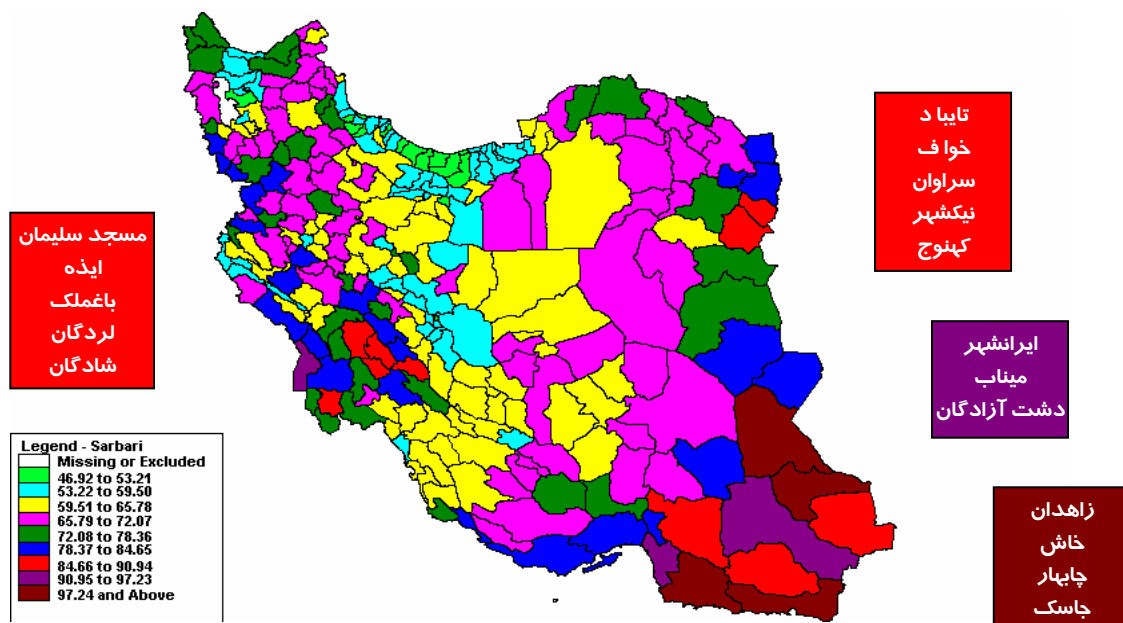
جدول ۱۵-۵ نسبت درصد زایمان‌های پرخطر از نظر سن؛ زایمان‌های زیر ۲۰ سال و بالای ۳۵ سال؛ به کل زایمان‌ها (نسبت درصد) در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور به تفکیک ۲۸۱ شهرستان- میزان برآورد شده برای سه ساله ۱۳۷۹-۱۳۸۰ و ۱۳۸۱

شهرستان‌های حداقل	شهرستان‌های میانه پائین		شهرستان‌های میانه							شهرستان‌های میانه بالا		شهرستان‌های							
	دهک ۱	دهک ۲	دهک ۳	دهک ۴	دهک ۵	دهک ۶	دهک ۷	دهک ۸	دهک ۹	دهک ۱۰									
16/9	گرمی	18/6	شادگان	19/7	گچساران	20/5	خدابنده	21/5	مرودشت	22/5	ازنا	23/2	سقز	24/4	رزن	26/3	آستارا	32/6	سراوان
16/8	دماوند	18/5	شهرکرد	19/6	رامسر	20/4	قائن	21/4	گلپایگان	22/5	کنگاور	23/2	ماه‌نشان	24/4	شیروان	26/2	میناب	30/8	قشم
16/8	تهران - غرب	18/5	شهرضا	19/5	اندیمشک	20/3	بندر گز	21/4	سپیدان	22/5	راور	23/2	دیر	24/4	محلات	25/8	زنجان	29/0	جاسک
16/7	برخوار و میمه	18/5	مراغه	19/5	مسجد سلیمان	20/3	بوانات	21/4	سنقر	22/5	شیراز	23/2	اسفراین	24/3	سلماس	25/8	قائم شهر	29/0	پیرانشهر
16/7	ساوجبلاغ	18/5	اصفهان	19/4	نیریز	20/3	ملکان	21/3	شمیرانات	22/3	درود	23/2	کهنوج	24/2	خوی	25/8	سراب	28/8	اسکو
16/7	بناب	18/4	کرمان	19/4	بهشهر	20/3	ماکو	21/3	نوشهر	22/3	رشت	23/1	دلپجان	24/1	داراب	25/7	بجنورد	28/6	کامیاران
16/7	شیروان و	18/4	بيجار	19/4	بندر ماهشهر	20/3	ابرکوه	21/3	بیرجند	22/3	مه‌آباد	23/1	صدوق	24/0	فسا	25/7	جوانرود	28/6	همدان
16/6	خمینی شهر	18/4	میبد	19/4	خمین	20/3	تیران و کرون	21/2	فردوس	22/2	اشنویه	23/1	آبادان	24/0	چابهار	25/6	ابهر	28/4	نیر
16/5	زرند	18/3	فریدن	19/4	رضوانشهر	20/2	الشتَر	21/2	قم	22/2	اهر	23/1	دره گز	24/0	مرند	25/5	ماسال	28/4	خاش
16/5	تکاب	18/3	تنکابن	19/4	کاشان	20/2	مهریز	21/1	شاهرود	22/1	سوادکوه	23/1	نیشابور	24/0	سربند	25/5	قوچان	28/1	بروجرد
16/3	مهران	18/2	سیرجان	19/3	چالوس	20/2	کازرون	21/1	خرمدره	22/1	اسد آباد	23/1	گرگان	24/0	دشت آزادگان	25/5	فریمان	28/1	استهبان
16/2	پارس آباد	18/1	اسلام شهر	19/3	تنگستان	20/2	کاشمر	21/1	لامرد	22/1	لردگان	23/0	دزفول	23/9	صحنه	25/4	ایرجود	27/6	سنندج
16/2	بيله سوار	18/0	سمیرم	19/2	بهبهان	20/2	گنبد	21/0	جیرفت	22/1	نورآباد (دلفان)	23/0	طالش	23/8	قصرشیرین	25/4	بندر عباس	27/5	تاکستان
16/1	املش	17/9	شوش	19/2	ایوان	20/1	دشتستان	21/0	لاهیجان	22/1	ساوه	23/0	مشکین شهر	23/6	چهرم	25/3	ملایر	27/5	اردبیل
16/0	رودسر	17/8	اردستان	19/2	بافت	20/1	فیروزکوه	21/0	فلاورجان	22/0	طارم	23/0	تویسرکان	23/6	بانه	25/3	زابل	27/4	محمودآباد
16/0	نکا	17/8	کلپبر	19/2	دهلران	20/1	گناباد	21/0	جلفا	22/0	صومعه سرا	23/0	بستان آباد	23/6	سبزووار	25/3	نقده	27/4	آمل
15/8	بویراحمد	17/8	مبارکه	19/2	سمنان	20/0	الیگودرز	21/0	فومن	22/0	بندر انزلی	22/9	ایرانشهر	23/5	مشهد	25/2	بابلسر	27/4	زاهدان
15/5	اهر	17/7	ساری	19/1	خوانسار	20/0	گیلانغرب	20/9	بردسکن	21/9	خرمشهر	22/9	دشتی	23/5	خواف	25/2	بویین زهرا	27/3	نیک شهر
15/2	ایلام	17/7	شهریابک	19/1	بردسیر	20/0	امیدیه	20/9	اهواز	21/9	رودبار	22/9	بیم	23/5	بایل	25/0	نجف آباد	27/0	خلخال
15/1	هریس	17/6	هشترود	19/1	ممسنی	19/9	میاندوآب	20/9	بوکان	21/9	سیاهکل	22/9	پاوه	23/4	اراک	24/9	کرمانشاه	26/9	نمین
15/0	اقلید	17/4	کوه‌دشت	19/0	شاهیندژ	19/9	لنگرود	20/8	علی‌آباد کتول	21/8	نهبندان	22/8	قروه	23/4	آذرشهر	24/9	جویبار	26/8	کرد کوی
14/5	شهریار	17/4	دیلم	19/0	گرمسار	19/9	آران و بیدگل	20/7	سرخس	21/7	فریدونشهر	22/8	هرسین	23/4	بندر لنگه	24/8	تایباد	26/7	کبودآهنگ
14/2	کرج	17/4	دره شهر	19/0	کهگیلویه	19/8	خرم آباد	20/6	باغملک	21/7	فارسان	22/8	خرمید	23/4	تفرش	24/8	چناران	26/6	سردشت
13/5	آبدانان	17/3	بندر ترکمن	18/8	شوشتر	19/8	رباط کریم	20/6	مینودشت	21/7	بوشهر	22/7	اسلام‌آباد غرب	23/3	یزد	24/8	میانه	26/6	بهار
13/5	ارسنجان	17/2	پل دختر	18/7	ورامین	19/8	شفث	20/6	آباده	21/6	جاجرم	22/6	حاجی آباد	23/3	نایین	24/7	تبریز	26/6	قزوین
13/2	اردل	17/2	رفسنجان	18/6	دامغان	19/8	لنجان	20/6	لار	21/6	کوثر	22/6	ترت جام	23/3	دیواندره	24/6	مریوان	26/5	آستانه اشرفیه
13/1	بافق	17/0	گناوه	18/6	پاکدشت	19/8	اردکان	20/6	ایذه	21/5	کنگان	22/6	سرپل ذهاب	23/3	ارومیه	24/5	شبستر	26/4	نهادوند
13/0	نطنز	17/0	فیروزآباد	18/6	ری	19/7	رامهرمز	20/5	آشتیان	21/5	طبس	22/6	تفت	23/3	ترت حیدریه	24/4	نور	26/4	رودان
12/5	بروجن																		

نقشه ۱۱-۵ نسبتی از زایمان‌ها که به کمک افراد دوره ندیده انجام شده است؛ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت؛ در طول سه سال ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۱



نقشه ۱۲-۵ نسبت سرباری؛ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت؛ در طول سه سال ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۱



جدول ۱۷-۵ نسبت زایمان‌های بدون کمک افراد آموزش دیده (میزان در ۱۰۰ زایمان) در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور به تفکیک ۲۸۱ شهرستان- میزان برآورد شده برای سه ساله ۱۳۷۹-۱۳۸۰ و ۱۳۸۱

شهرستان‌های حداقل		شهرستان‌های میانه پائین				شهرستان‌های میانه							شهرستان‌های میانه بالا		شهرستان‌های				
		دهک ۲		دهک ۳		دهک ۴		دهک ۵		دهک ۶		دهک ۷		دهک ۸		دهک ۹		دهک ۱۰	
0/2	چالوس	0/7	بافق	2/0	دماوند	3/6	شبستر	5/7	نابین	7/9	پاوه	10/6	نقده	14/7	سنندج	24/8	بندر عباس	57/4	چابهار
0/2	سوادکوه	0/7	قصرشیرین	1/9	کنگاور	3/5	آستارا	5/6	طبس	7/9	بندر ماهشهر	10/4	هریس	14/6	شوش	24/5	الیگودرز	46/0	سراوان
0/2	برخوار و میمه	0/6	فریدن	1/9	گرگان	3/4	فردوس	5/5	کازرون	7/9	بيله سوار	10/4	اردبیل	14/5	داراب	24/2	تربت جام	43/3	خاش
0/2	اردستان	0/6	ورامین	1/8	سیرجان	3/4	هرسین	5/5	ازنا	7/8	شاهرود	10/4	تکاب	14/4	فارسان	24/0	خواف	42/4	بانه
0/1	رشت	0/5	دیلم	1/7	ملکان	3/3	خمین	5/4	گناباد	7/8	گچساران	10/2	تربت حیدریه	14/3	هشتگرد	23/6	دیواندره	42/3	زاهدان
0/1	گرمسار	0/5	قم	1/6	تویسرکان	3/2	بویین زهرا	5/3	ملایر	7/8	کبودرآهنگ	10/2	گنبد	14/0	سرخس	22/4	اشنویه	42/1	جاسک
0/1	خمینی شهر	0/5	تفت	1/6	گناوه	3/2	شیراز	5/2	بستان آباد	7/8	تفرش	10/1	لردگان	13/7	ماکو	22/3	کلیبر	40/9	ایرانشهر
0/1	فومن	0/4	آباده	1/6	خرمدره	3/1	ایوان	5/1	ایلام	7/5	دشت آزادگان	10/0	اسکو	13/7	خوی	22/2	مهاباد	36/1	نیکشهر
0/1	اصفهان	0/4	ساوجبلاغ	1/6	شهر بابک	3/1	طالش	5/0	مرودشت	7/4	چهرم	9/9	آبدانان	13/6	رامهرمز	21/5	نورآباد (دلفان)	35/9	مسجد سلیمان
0/1	ماسال	0/4	بندر گز	1/5	مهریز	3/1	دلیجان	4/9	خرمشهر	7/4	پارس آباد	9/8	فریدونشهر	13/4	شوشتر	21/1	بجنورد	33/8	ایذه
0/1	لنگرود	0/4	نور	1/4	بهشهر	3/1	رودبار	4/9	کاشمر	7/4	فریمان	9/6	ممسنی	13/3	جلفا	20/8	کوهدشت	32/7	کهگیلویه
0/1	آستانه اشرفیه	0/4	شهرکرد	1/3	راور	3/0	بهبهان	4/9	فسا	7/3	بیجار	9/6	خدابنده	13/3	پل دختر	19/1	سلماس	31/8	حاجی آباد
0/1	نجف آباد	0/4	ابركوه	1/3	ساری	2/9	نکا	4/8	دشتستان	7/0	لار	9/5	اسلام آباد غرب	13/1	کامیاران	18/6	بیم	31/2	کهنوج
0/1	بندر انزلی	0/4	کرد کوی	1/3	زرنج	2/8	املش	4/7	رامسر	6/9	مرند	9/4	اردل	12/8	جاجرم	18/4	قشم	30/4	نهبندان
0/0	قائم شهر	0/3	رضوانشهر	1/2	شهرضا	2/7	رزن	4/5	ارسنجان	6/8	چناران	9/4	کنگان	12/6	مشکین شهر	17/6	شاهیندژ	30/2	سردشت
0/0	مبارکه	0/3	آشتیان	1/1	رودسر	2/7	ابهر	4/4	بروجرد	6/6	مراغه	9/4	ری	12/5	بافت	16/7	بوکان	29/7	جوانرود
0/0	محمودآباد	0/3	صومعه سرا	1/1	ساوه	2/6	همدان	4/3	سمیرم	6/5	نیر	9/3	زنجان	12/4	قوچان	16/7	ماهنشان	29/4	دهلران
0/0	فلورجان	0/3	تیران و کرون	1/1	شهریار	2/6	قزوین	4/2	کرمانشاه	6/4	علی آباد کتول	9/3	سبزوار	12/3	اهر	16/6	شیروان	29/1	بیرجند
0/0	خوانسار	0/3	رفسنجان	1/1	بروجن	2/5	سربند	4/0	سنقر	6/3	نمین	9/2	دشتی	12/3	دره گز	16/3	گرمی	28/5	رودان
0/0	گلپایگان	0/3	بابل	1/0	بناب	2/5	بردسکن	4/0	استهبان	6/2	دزفول	9/0	مشهد	11/9	فیروزآباد	16/3	نیریز	28/2	باغملک
0/0	آران و بیدگل	0/2	تنکابن	1/0	آبادان	2/5	اسد آباد	3/9	طارم	6/1	گیلانغرب	8/7	درود	11/9	دیر	16/1	مینودشت	27/9	قائن
0/0	نطنز	0/2	اردکان	1/0	سمنان	2/5	سیاهکل	3/8	بوشهر	6/1	سراب	8/7	ایجرود	11/8	خرم آباد	15/9	ارومیه	27/9	زابل
0/0	جویبار	0/2	پاکدشت	0/9	آذرشهر	2/4	بهار	3/8	تاکستان	5/9	اسلام شهر	8/6	نیشابور	11/7	خلخال	15/7	الشر	27/8	اهر
0/0	محلات	0/2	لنجان	0/9	تنگستان	2/4	اراک	3/8	کرمان	5/9	خرمبید	8/6	دره شهر	11/7	بندر لنگه	15/2	جیرفت	27/1	بویر احمد
0/0	میبد	0/2	شفت	0/8	لاهیجان	2/4	فیروزکوه	3/7	صحنه	5/9	شادگان	8/5	اقلید	11/3	میانه	15/2	اسفراین	26/8	میثاق
0/0	یزد	0/2	کاشان	0/8	نوشهر	2/1	تبریز	3/7	قروه	5/8	سپیدان	8/5	اندیمشک	11/2	سرپل ذهاب	15/2	کوثر	26/7	مریوان
0/0	صدوق	0/2	آمل	0/8	شمیرانات	2/1	بندر ترکمن	3/6	امیدیه	5/7	مهران	8/4	بردسیر	10/8	بوانات	15/2	اهواز	26/4	تایباد
0/0	تهران - غرب	0/2	بابلسر	0/7	رباط کریم	2/0	دامغان	3/6	نهابوند	5/7	میانداوب	8/3	شیروان و چرداول	10/7	لامرد	15/1	پیرانشهر	26/4	سقز
0/0	کرج																		

جدول ۱۸-۵ نسبت زایمان‌ها در منزل (میزان در ۱۰۰ زایمان) در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور به تفکیک ۲۸۱ شهرستان- میزان برآورد شده برای سه ساله ۱۳۷۹-۱۳۸۰ و ۱۳۸۱

شهرستان‌های حداقل	شهرستان‌های میانه پایین			شهرستان‌های میانه						شهرستان‌های میانه بالا		شهرستان‌های حداکثر							
	دهک ۱	دهک ۲	دهک ۳	دهک ۴	دهک ۵	دهک ۶	دهک ۷	دهک ۸	دهک ۹	دهک ۱۰									
0/5	صومعه سرا	1/3	نور	4/2	سیاهکل	6/8	بهبهان	10/6	ازنا	14/9	ایجرود	20/6	فیروزآباد	26/8	شاهیندژ	44/0	خواف	89/8	چابهار
0/5	فومن	1/3	دیلم	4/1	شهربابک	6/8	ابهر	10/4	دره شهر	14/5	بندر ماهشهر	20/2	اردل	25/9	ماه‌نشان	43/7	زابل	84/3	سراوان
0/4	برخوار و میمه	1/3	ابركوه	4/0	گرگان	6/8	اسلام شهر	10/2	رامسر	14/2	درود	20/1	هریس	25/9	جاجرم	42/3	سقز	74/2	ایران‌شهر
0/4	کاشان	1/3	رضوانشهر	3/9	اراک	6/7	نکا	10/2	کازرون	14/1	شیروان و	19/7	اردبیل	25/8	دره گز	41/9	مهاباد	71/3	زاهدان
0/4	تنکابن	1/2	قم	3/8	زرنده	6/6	آستارا	10/2	میاندوآب	14/0	زنجان	19/6	کنگان	25/8	گرمی	41/8	اهر	67/3	جاسک
0/4	گلپایگان	1/2	فریدن	3/8	فیروزکوه	6/2	قروه	9/8	شادگان	14/0	مرند	19/4	بوئانات	25/7	سنندج	41/3	باغملک	66/6	خاش
0/4	آمل	1/2	تفت	3/3	گناوه	6/2	سنقر	9/8	نهبوند	13/7	چناران	19/4	جلفا	25/5	هشتروند	40/6	جوانرود	65/6	بانه
0/3	ماسال	1/1	سمنان	3/1	ملکان	6/1	بویین زهرا	9/5	مهران	13/6	اندیمشک	19/2	سرپل ذهاب	25/3	گنبد	40/2	الیگودرز	61/6	پیرانشهر
0/3	شفت	1/1	ساوجبلاغ	3/1	شهریار	6/0	رزن	9/4	کرمان	13/5	دشتی	19/0	نیشابور	25/2	کوثر	38/5	جیرفت	61/4	نیکشهر
0/3	تهران- غرب	1/0	کردکوی	3/0	بهشهر	5/9	صحنه	9/4	ملایر	13/5	چهرم	19/0	لردگان	25/2	الشت	38/1	سلماس	58/6	مسجد سلیمان
0/3	بابلسر	1/0	محلات	2/9	کنگاور	5/8	طارم	9/4	بروجرد	13/1	مراغه	19/0	کبودآهنگ	25/2	فارسان	36/9	کلپبر	58/3	سردشت
0/3	گرمسار	1/0	چالوس	2/9	راور	5/8	دلیجان	9/3	بوشهر	12/9	سراب	18/9	فریمان	25/1	ماکو	36/0	ارومیه	57/6	کهنوج
0/2	اصفهان	0/9	لنجان	2/8	آبادان	5/7	بهار	9/0	دشتستان	12/7	بيله سوار	18/9	مرودشت	25/1	سرخس	35/8	بجنورد	55/2	کهگیلویه
0/2	خمینی شهر	0/7	صدوق	2/8	دماوند	5/6	تبریز	8/7	بستان آباد	12/4	نمین	18/2	پاوه	24/1	تکاب	35/1	دیواندره	53/7	اشنویه
0/2	محمودآباد	0/7	بافق	2/5	ساری	5/5	همدان	8/7	سمیرم	12/3	ری	18/1	میانه	24/0	قوچان	34/9	اهواز	53/6	بیرجند
0/2	کرج	0/7	رفسنجان	2/4	خرمدره	5/5	طالش	8/7	طیس	12/3	تفرش	18/0	شاهرود	23/7	مشکین شهر	34/8	کوه‌دشت	51/4	ایذه
0/2	سوادکوه	0/7	شهرکرد	2/2	بروجن	5/3	خمین	8/7	خرمشهر	12/0	کاشمر	17/7	مشهد	23/6	اهر	34/5	بافت	50/7	حاجی آباد
0/2	نجف آباد	0/7	اردکان	2/2	شهرضا	5/0	دامغان	8/6	ارسنجان	11/9	نیر	17/3	گچساران	23/6	خلخال	34/5	نورآباد (دلفان)	50/6	قائن
0/2	مبارکه	0/7	قصرشیرین	1/9	رودسر	5/0	امیدیه	8/6	فردوس	11/9	دزفول	17/0	نابین	23/1	تربت حیدریه	33/8	بوکان	50/0	بم
0/2	اردستان	0/7	آشتیان	1/8	بناب	4/8	هرسین	8/3	استهبان	11/8	بیجار	16/9	سبزوار	22/6	بندر لنگه	31/4	قشم	49/0	نهبندان
0/1	آستانه اشرفیه	0/7	آباده	1/8	ساوه	4/8	تویسرکان	8/0	فسا	11/7	پارس آباد	16/8	دشت آزادگان	22/3	شوشتر	31/0	اسفراین	48/1	میناب
0/1	قائم شهر	0/6	بایل	1/7	ورامین	4/7	اسدآباد	7/9	ایلام	11/5	گیلانغرب	16/6	ممسنی	21/8	نقده	30/0	نیریز	46/9	بویراحمد
0/1	آران و بیدگل	0/6	پاکدشت	1/7	نوشهر	4/7	بردسکن	7/8	شیراز	11/5	سیرجان	16/4	خدابنده	21/6	اقلید	29/6	شوش	46/5	رودان
0/1	فلاورجان	0/6	رشت	1/6	شمیرانات	4/7	رودبار	7/7	شیستر	11/4	خرمبید	15/7	لاهرد	21/5	پل دختر	29/1	داراب	46/0	تایباد
0/1	جویبار	0/5	تیران و کرون	1/6	رباط کریم	4/6	ایوان	7/1	تاکستان	11/2	علی آباد	15/7	فريدونشهر	21/1	رامهرمز	28/5	شیروان	45/6	مریوان
0/0	خوانسار	0/5	بندر انزلی	1/4	تنگستان	4/5	مهریز	7/0	بندر ترکمن	11/2	گناباد	15/6	اسلام‌آباد	20/8	بردسیر	28/4	دیر	45/4	تربت جام
0/0	نطنز	0/5	بندر گز	1/4	آذرشهر	4/3	سرپند	7/0	کرمانشاه	10/9	سپیدان	15/5	آبدانان	20/8	خرم آباد	28/1	مینودشت	45/4	بندر عباس
0/0	میبد	0/5	لنگرود	1/4	لاهیجان	4/3	قزوین	6/9	املش	10/8	لار	15/0	اسکو	20/8	کامیاران	28/0	خوی	44/9	دهلران
0/0	یزد																		

جدول ۱۹-۵ نسبت سربراری (نسبت درصد) در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور به تفکیک ۲۸۱ شهرستان- میزان برآورد شده برای سه ساله ۱۳۷۹-۱۳۸۰ و ۱۳۸۱

شهرستان‌های حداقل		شهرستان‌های میانه پائین						شهرستان‌های میانه						شهرستان‌های میانه بالا		شهرستان‌های حداکثر			
		دهک ۱		دهک ۲		دهک ۳		دهک ۴		دهک ۵		دهک ۶		دهک ۷		دهک ۸		دهک ۹	
55/2	شهریار	58/5	ایلام	61/6	ری	64/4	اردستان	66/3	کاشمر	68/6	خدابنده	70/6	اسفراین	73/8	رامهرمز	81/2	نهبندان	103/5	زاهدان
55/0	قائم شهر	58/5	شهرضا	61/6	یزد	64/4	اقلید	66/3	بروجرد	68/6	خرمدره	70/6	سبزوار	73/7	سرپل ذهاب	80/9	قشم	100/1	چابهار
55/0	بناب	58/5	کنگاور	61/3	گیلانغرب	64/3	سربند	65/9	فسا	68/6	مهریز	70/5	الشتر	73/7	بندر ماهشهر	80/4	کوهدشت	98/8	جاسک
54/7	صومعه سرا	58/4	دره شهر	61/2	صحنه	64/2	اندیمشک	65/9	سراب	68/5	چناران	70/2	راور	73/7	ترت حیدریه	80/4	شوش	98/6	خاش
54/4	رضوانشهر	58/3	مرد	61/1	ممسنی	64/2	کازرون	65/9	کرمان	68/4	قوچان	70/0	نطنز	73/6	شوشتر	80/2	پیرانشهر	94/5	ایرانشهر
54/2	مبارکه	58/2	ارستان	61/0	مراغه	64/2	خوانسار	65/8	فریدن	68/4	خرم آباد	69/9	مهاباد	73/4	کبودرآهنگ	80/2	سرخس	92/7	میناب
54/1	بابل	58/2	تهران- غرب	60/9	خرمید	64/1	نایین	65/8	سپیدان	68/3	لامرد	69/8	فردوس	73/2	داراب	80/0	بم	92/6	دشت آزادگان
53/9	قصرشیرین	58/1	لنجان	60/8	میبد	64/0	بيله سوار	65/6	علی آباد کتول	68/2	بردسیر	69/5	زنجان	73/1	دره گز	79/7	اهواز	89/4	نیک شهر
53/8	ساری	58/0	اسلام شهر	60/6	قزوین	63/8	شاهرود	65/5	بهبهان	68/1	گرمی	69/5	مهران	73/1	فریدونشهر	79/7	فارسان	89/2	سراوان
53/6	سوادکوه	57/8	اصفهان	60/6	شهر بابک	63/6	آبدانان	65/5	اسد آباد	68/1	پارس آباد	69/5	نیشابور	73/1	دلیجان	79/6	مریوان	89/2	خواف
53/6	شمیرانات	57/8	برخوار و میمه	60/5	شیراز	63/5	بندر ترکمن	65/5	بویین زهرا	68/0	نیریز	69/4	امیدیه	73/0	خرمشهر	79/3	دیواندره	87/1	باغملک
53/6	رودسر	57/8	تبریز	60/5	تیران و کرون	63/5	سیرجان	65/5	بهار	68/0	چهرم	69/4	سمنان	73/0	درود	78/6	جوانرود	86/8	تایباد
53/3	رشت	57/6	بندر گز	60/5	شیروان و چرداول	63/5	اراک	65/4	سمیرم	68/0	تاکستان	69/4	ارومیه	72/9	خلخال	78/5	فریمان	86/8	ایذه
53/2	کرج	57/4	دماوند	60/3	ملکان	63/4	ایهر	65/4	پل دختر	67/9	هرسین	69/3	تفرش	72/8	اهر	78/5	دهلران	86/8	لردگان
53/2	لنگرود	57/3	گرمسار	60/2	ورامین	63/2	بروجن	65/3	دشتستان	67/8	گنبد	69/2	بوکان	72/8	کوثر	78/4	بندر عباس	85/7	شادگان
53/0	بندر انزلی	57/2	طالش	60/1	رباط کریم	63/1	تویسرکان	65/3	دشتی	67/6	کرمانشاه	69/2	طارم	72/6	خوی	78/2	ماهنشان	85/7	کهنوج
52/9	فومن	57/0	نجف آباد	60/0	فیروزکوه	62/9	زرنند	65/1	فیروزآباد	67/6	ملایر	69/1	شیروان	72/4	سقز	77/2	حاجی آباد	84/7	مسجد سلیمان
52/5	نور	56/9	ساوجبلاغ	59/9	گچساران	62/8	اردکان	65/0	بوشهر	67/4	نمین	69/0	تفت	72/2	دیر	76/8	بیرجند	84/6	بندر لنگه
52/2	آذرشهر	56/8	بهشهر	59/5	محلات	62/8	دیلم	65/0	میانه	67/2	همدان	69/0	بیجار	72/1	کامیاران	76/3	بجنورد	84/5	رودان
52/0	ماسال	56/8	خمین	59/3	جلفا	62/7	سیاهکل	64/9	بوانات	67/1	هریس	69/0	بافق	72/0	اردبیل	76/3	بویراحمد	84/5	نورآباد (دلفان)
51/7	خمینی شهر	56/4	نکا	59/2	گلپایگان	62/6	آباده	64/8	ابرکوه	66/8	بردسکن	69/0	جاجرم	71/9	سلماس	76/0	تکاب	84/0	زابل
51/5	تنکابن	56/2	کرد کوی	59/1	اسکو	62/5	رفسنجان	64/8	اسلام آباد غرب	66/8	دامغان	68/9	صدوق	71/6	لار	75/9	اشنویه	83/8	الیگودرز
51/1	نوشهر	56/2	فلاورجان	58/8	جویبار	62/2	کاشان	64/6	گناباد	66/8	استهبان	68/9	جیرفت	71/6	اهر	75/7	مینودشت	83/4	سردشت
51/0	پاکدشت	56/2	بابلسر	58/8	آشتیان	62/0	نقده	64/6	مرودشت	66/4	مشکین شهر	68/8	طبس	71/1	هشتگرد	75/2	آبادان	83/1	بانه
49/9	آمل	55/6	املش	58/8	آران و بیدگل	61/9	شهرکرد	64/5	نهایند	66/4	بستان آباد	68/7	ازنا	71/0	مشهد	75/1	قائن	83/0	کنگان
48/6	محمودآباد	55/5	لاهیجان	58/7	گناوه	61/7	ساوه	64/5	گرگان	66/4	شاهیندژ	68/7	پاوه	71/0	ایجرود	75/1	ماکو	82/3	کهگیلویه
48/6	چالوس	55/5	آستانه اشرفیه	58/7	رودبار	61/6	میاندوآب	64/5	قم	66/3	قروه	68/7	نیر	70/9	بافت	74/8	کلپیر	82/3	اردل
48/0	شفت	55/5	ایوان	58/6	شبستر	61/6	آستارا	64/4	تنگستان	66/3	سنقر	68/6	رزن	70/6	سنندج	74/2	دزفول	81/7	ترت جام
46/9	رامسر																		

ج) توزیع شهرستان‌ها برحسب واقعه مرگ؛ در جمعیت روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت طی دوره سه ساله ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۱

جداول ۱۹-۵ تا ۲۵-۵ بخشی از توزیع واقعه مرگ را در گروه‌های سنی و جنسی در ۲۸۱ شهرستان نشان می‌دهد

نکته

- قرار گرفتن شهرستان‌ها در دهک‌های مختلف برای میزان خام مرگ که در جدول ۱۹-۵ آمده است را با جدول ۴-۵ که نسبت جمعیت ۶۵ سال و بالاتر است، مقایسه نمایید، تقریباً این دو جدول بر یکدیگر منطبق‌اند.
- شهرستان‌های اسلام شهر، رباط کریم و ری در استان تهران کمترین درصد جمعیت ۶۵ سال و بالاتر و کمترین میزان خام مرگ و برعکس شهرستان‌هایی مثل فیروزکوه و دلیجان و آشتیان و محلات در استان تهران و مرکزی، بالاترین نسبت جمعیت ۶۵ سال و بیشترین میزان خام مرگ را دارند. این تشابه نه تنها در دو سوی این طیف؛ بلکه در دهک‌های میانی و نزدیک به میانی نیز وجود دارد، دو شهرستان میانه دار کلپیر و خوی در دو جدول، فقط اندکی جابه جا می‌شوند. نقشه‌های ۱۳-۵ و ۳-۵ نیز تقریباً بر یکدیگر منطبق‌اند.
- **مرگ نوزادان** بنا به دلایل متعددی نمی‌تواند شاخص خوبی از بابت وضعیت اجتماعی و سلامتی جامعه باشد. گرچه برای ارزشیابی روند فعالیت در مراقبت‌های بارداری، زایمان، پس از زایمان و دوره نوزادی از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است.
- در دهک دهم شهرستان‌های محلات، املش، ماسال و اردکان در کنار جاسک، نیک شهر قرا گرفته و زاهدان و زابل در کنار شمیرانات و آستانه اشرفیه در دهک دوم قرار دارند.
- مهم‌ترین دلیل محدودیت میزان مرگ نوزادان، خطای ثبت مرگ نوزادان و مرده‌زایی است در بسیاری از شهرستان‌هایی که مرگ نوزادان بالاست، مرده‌زایی پائین است و بر عکس، البته شاخص مرگ‌های حول تولد (Prenatal Mortality Rate) یا مرگ‌های بعد از هفته ۲۲ حاملگی تا روز هفتم بعد از تولد) نیز به دلیل آمیختگی مرده‌زایی با سقط در هفته‌های ۲۲ و ۲۳ و عدم ثبت آنها و همچنین نبود امکان ثبت مرگ نوزادی به تفکیک روز، مشکلات خاص خود را دارد.
- مهم‌ترین عامل مؤثر بر مرگ نوزادی تولد زود هنگام است که در اغلب موارد، عوامل مؤثر بر آن و مداخلات لازم برای کاهش آن روشن نیست، البته نباید فراموش کرد که سزارین‌های بی‌رویه و زود هنگام و همچنین، تحریک انجام فرآیندهای بی‌رویه و بدون کنترل زایمان نیز در افزایش تولدهای «پیش رس» (prematuration) مؤثر است. عامل مهم دیگر، مراقبت‌های بسیار گران و تخصصی از نوزادان «پیش‌رس» و محدودیت‌های کاهش مرگ و میر آنها در نبود چنین امکانات در گستره عظیم شهرستان‌های کشور هم هست و ...
- **میزان مرگ کودکان زیر یکسال و زیر پنج سال** به دلیل اینکه بخش بزرگی از این مرگ‌ها را مرگ نوزادی تشکیل می‌دهد گرچه شاخص‌های بسیار مهمی در تحلیل وضعیت سلامتی، افزایش بقاء کودکان و عملکرد نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی هستند؛ همچنان گرفتار مشکلات مرگ نوزادی می‌باشند.
- به تدریج شهرستان‌هایی که فقط مرگ نوزادی در آنها بالاست از شهرستان‌هایی که میزان مرگ‌های زیر یکسال و زیر پنج سال و همه انواع مرگ‌های دوره کودکی در همه سنین در آنها بالاست، فاصله می‌گیرند ولی داغ خطاهای ثبت، خطاهای زایمان زودرس در نتیجه تحریک زایمان و سزارین همچنان بر پیشانی این شهرستان‌ها باقی می‌ماند.

- نسبت مرگ کودکان یک ماهه تا ۵۹ ماهه از همه خطاهای ثبتی، اما و اگرهای مرگ نوزادی مبراست. در واقع کودک ۱ تا ۵۹ ماهه نباید بمیرد، مگر نظام توسعه اجتماعی و نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی مشکل و نقصان داشته باشد. البته نباید موارد دردهای بی‌درمان و یا مشکلاتی که محدودیت‌های فناوری از پس حل آنها هنوز بر نیامده، فراموش شود، این گروه از علل نیز در مرگ‌های ۱ تا ۵۹ ماهه نادر است.
 - در جدول ۲۴-۵ مرگ‌های گروه سنی ۱ تا ۵۹ آمده است. در دهک دهم این میزان، شهرستان‌های فقیر و توسعه نیافته قرار دارند. اگر این دهک با دهک دهم در جدول ۱۹-۵ یعنی نسبت سرباری مقایسه شود، تشابه‌های زیادی وجود دارد.
 - در جدول ۲۳-۵ دیده می‌شود که نسبت مرگ‌های این گروه سنی در چابهار و جاسک تقریباً ده برابر آستانه اشرفیه و گلپایگان است. یعنی اینکه به علت نقصان‌های توسعه اجتماعی و نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی در این دو شهرستان به ازای هر مورد مرگ کودک ۱ ماهه تا ۵۹ ماهه در دو شهرستان گلپایگان و آستانه اشرفیه ۱۰ تا ۱۱ مرگ در همین گروه سنی در شهرستان‌های جاسک و چابهار اتفاق می‌افتد.
 - میزان مرگ‌های سنین ۱۵ تا ۵۰ سالگی نیز از همین خصلت بر خوردار است. فرد ۱۵ تا ۵۰ ساله نباید بمیرد مگر آنکه محدودیت‌های توسعه اجتماعی، ارتقاء ایمنی و مشکلات نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی، نتواند از مرگ وی جلوگیری به عمل آورد (از موارد نادر که برای آنها محدودیت‌های فناوری وجود دارد صر فنظر نمود)
- دهک‌های دهم و اول جدول ۲۵-۵ نیز بر همین دهک‌ها در جدول ۲۴-۵ و جدول ۱۹-۵ منطبق می‌شود.
- مرگ مادران از عوارض بارداری و زایمان به آنچنان واقعه نادری تبدیل شده که بیان شهرستانی آن؛ اما و اگرهای زیاد دارد، ولی همین تعداد محدود نیز نشان می‌دهد که فراوانی آن در شهرستان‌ها، تقریباً منطبق است بر فراوانی جدول زایمان‌های به کمک افراد دوره ندیده در جدول ۱۷-۵ و باروری کلی (جدول ۱۳-۵) و فقط اندکی جابجایی وجود دارد.

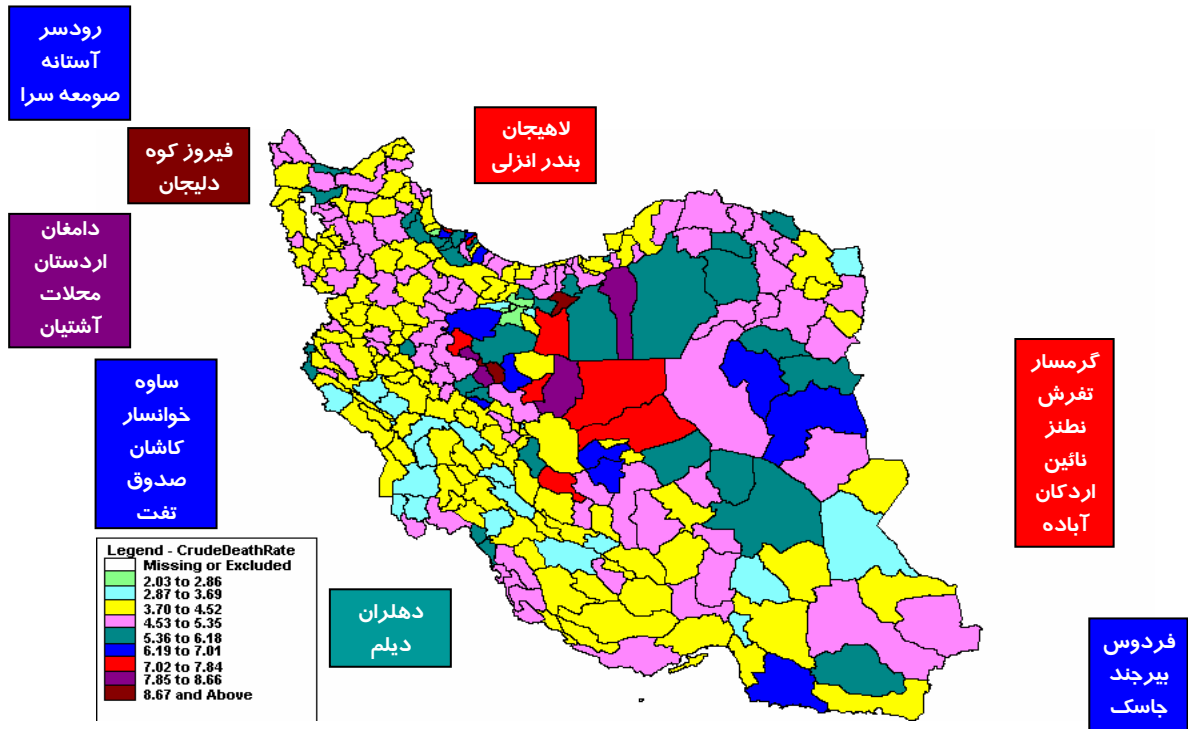
در واقع

فقر و عدم توسعه اجتماعی اقتصادی خوشه‌ای است زهر آهگین: یک قسمت از این خوشه مرگ‌هایی است که در سنین کارآمدی به وجود می‌آید که جامعه از آن جلوگیری به عمل نمی‌آورد و اتفاق می‌افتد و حتی پس از آغاز فرآیندهایی که می‌تواند به مرگ منجر شود، نیز بخوبی کنترل نمی‌شود. بخش دیگری از این خوشه، باروری بالا در نتیجه محدودیت‌های فرهنگی، آموزشی و اجتماعی و بخش دیگر آن، افزایش تعداد دهان‌های گیرنده و کاهش دست‌های تولیدکننده است. این چرخه و ریشه این خوشه زهر آگین را فقط با ارتقاء توسعه و آغاز استقرار آن در نقاط خالی از توسعه اجتماعی می‌توان درهم شکست

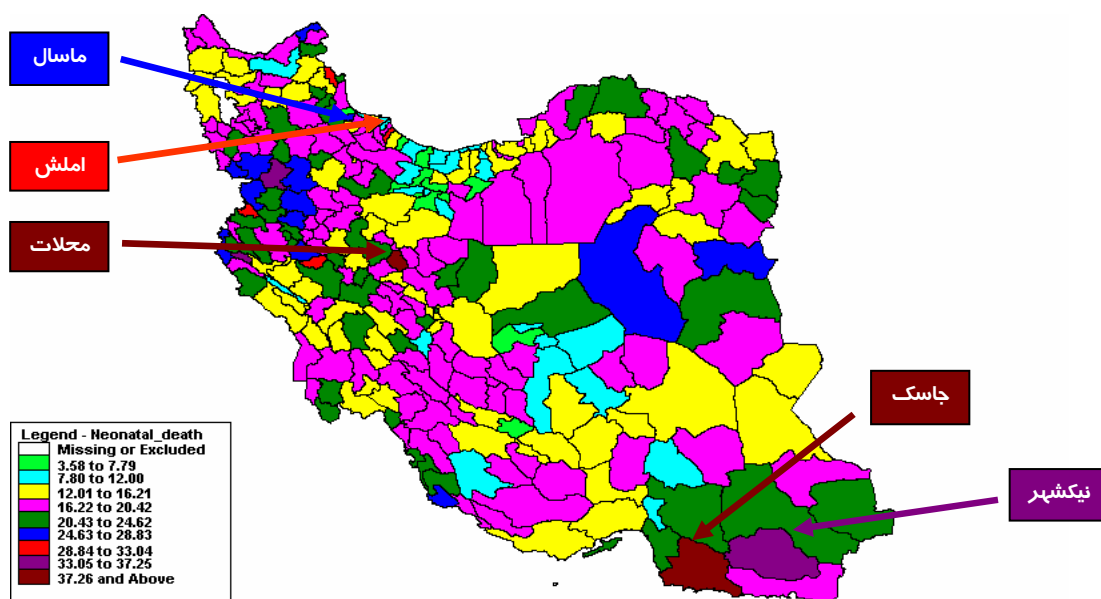
جدول 21-5 نسبت مرگ نوزادی به ازای ۱۰۰۰ تولد زنده در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور به تفکیک ۲۸۱ شهرستان- میزان برآورد شده برای سه ساله ۱۳۷۹-۱۳۸۰ و ۱۳۸۱

شهرستان‌های	شهرستان‌های میانه پائین		شهرستان‌های میانه						شهرستان‌های میانه بالا		شهرستان‌های								
	دهک ۱	دهک ۲	دهک ۳	دهک ۴	دهک ۵	دهک ۶	دهک ۷	دهک ۸	دهک ۹	دهک ۱۰									
جاسک	41/5	بویین زهرا	23/9	میناب	21/5	طالبش	19/8	خوانسار	18/5	تاکستان	17/5	بندر ترکمن	16/6	اصفهان	15/2	شمیرانات	13/6	فیروزآباد	11/5
محلات	39/6	شادگان	23/6	اراک	21/4	ایهر	19/7	چهرم	18/5	لار	17/5	قزوین	16/5	کرمان	15/0	شیروان و	13/5	رودان	11/4
دیواندره	36/6	صحنه	23/5	آبادان	21/4	نهندان	19/6	ایلام	18/4	فسا	17/5	دماوند	16/5	سرخس	15/0	فلاورجان	13/5	لاهیجان	11/4
ایوان	35/1	آستارا	23/4	هشتگرد	21/4	برخوار و میمه	19/6	کهگیلویه	18/4	اسکو	17/5	ماهانشان	16/4	دزفول	15/0	زاهدان	13/4	سوادکوه	11/4
نیک شهر	34/9	جوانرود	23/4	سنندج	21/1	آران و بیدگل	19/5	اقلید	18/2	لامرد	17/5	زنجان	16/4	فارسان	14/9	زابل	13/2	نور	10/9
املش	32/2	کامیاران	23/2	دیلم	21/1	گچساران	19/5	فردوس	18/2	راور	17/4	داراب	16/4	خدابنده	14/9	ارومیه	13/2	جیرفت	10/9
الشترا	32/1	اردستان	23/0	اسلام آباد	21/0	تویسرکان	19/5	آباده	18/1	ملکان	17/4	اهر	16/4	بندر لنگه	14/8	سلماس	13/1	اهر	10/6
پاوه	30/0	نکاب	22/9	ازنا	21/0	رودبار	19/5	تفت	18/1	لردگان	17/3	رزن	16/3	شیراز	14/7	ساری	13/1	دره شهر	10/5
نمین	29/6	الیگودرز	22/6	بروجرد	20/9	میاندوآب	19/4	ززند	18/1	سمیرم	17/2	لنجدرود	16/2	رودسر	14/7	بردسکن	13/0	تکابن	10/4
سنقر	28/2	لنجان	22/6	دشتی	20/9	چابهار	19/4	بهار	18/1	شفت	17/2	مرند	16/1	کرد کوی	14/7	آبدانان	12/9	شهریار	9/7
قائن	27/2	ترت جام	22/6	گرمی	20/8	اشنویه	19/3	سمنان	18/1	خرمبید	17/2	گرگان	16/1	شیراز	14/6	مشهد	12/9	بابلسر	9/5
قروه	27/0	مسجد	22/6	خرم آباد	20/7	دامغان	19/3	صومعه سرا	18/0	نهاوند	17/1	جاجرم	16/0	ایذه	14/5	علی آباد کتول	12/9	ورامین	9/4
قصرشیرین	27/0	نیر	22/5	فریمان	20/6	گرمسار	19/3	بندر گز	18/0	گناوه	17/1	کوهدشت	16/0	گناباد	14/5	شوش	12/7	بافق	9/2
مربوان	26/8	گیلانغرب	22/5	مینودشت	20/5	قوچان	19/2	تبریز	18/0	آشتیان	17/1	کاشمر	16/0	پل دختر	14/5	سیرجان	12/6	بندر انزلی	9/0
بانه	26/6	تنگستان	22/3	ممسنی	20/4	فریدونشهر	19/2	سپیدان	18/0	دلیجان	17/1	باغملک	16/0	فومن	14/5	استهبان	12/5	مهریز	8/9
پارس آباد	25/9	مهاباد	22/3	کلبر	20/4	دشتستان	19/1	تیران وکرون	18/0	مراغه	17/0	ملایر	15/9	بستان آباد	14/4	بهبهر	12/5	محمودآباد	8/3
بیجار	25/6	کهنوج	22/2	شهرکرد	20/3	کرمانشاه	18/9	خاش	17/9	اندیمشک	17/0	اردبیل	15/8	بردسیر	14/4	خوی	12/4	اسلام شهر	8/3
سقز	25/6	بجنورد	22/2	سبزوار	20/3	بيله سوار	18/9	خمین	17/8	پیرانشهر	16/9	نیریز	15/8	جویبار	14/4	مشکین شهر	12/4	میبد	8/2
طیس	25/5	ایرانشهر	22/2	ماکو	20/3	هریس	18/8	دشت	17/8	بناب	16/9	بندر عباس	15/7	ساوه	14/3	آمل	12/2	کرج	7/8
دیر	25/4	بوشهر	22/2	شاهیندژ	20/2	نقده	18/8	رامهرمز	17/8	خرمشهر	16/9	سراب	15/7	شهرابک	14/2	مرودشت	12/1	ارسنجان	7/7
ماسال	25/0	مهران	22/0	فریدن	20/1	کاشان	18/8	سرپل ذهاب	17/7	میانه	16/9	حاجی آباد	15/7	مبارکه	14/1	گلپایگان	12/1	رامسر	7/4
نورآباد	24/9	بیرجند	22/0	کنگاور	20/1	تربت حیدریه	18/7	همدان	17/7	نکا	16/8	دهلران	15/7	امیدیه	14/1	آستانه اشرفیه	12/0	رباط کریم	7/4
خلخال	24/6	اردل	22/0	طارم	20/0	کبودرآهنگ	18/7	بوانات	17/7	اسدآباد	16/8	خرمدره	15/7	بهبهان	14/1	یزد	11/9	رضوانشهر	6/9
سراوان	24/4	خمینی شهر	22/0	شیروان	20/0	خواف	18/7	سیاهکل	17/7	شاهرود	16/8	نجف آباد	15/6	بابل	14/1	رفسنجان	11/9	چالوس	6/7
اردکان	24/2	قشم	21/8	کازرون	19/9	دره گز	18/7	ابرکوه	17/6	اسفراین	16/7	تفرش	15/4	نایین	14/0	ساجزابلغ	11/8	تهران - غرب	6/0
کوثر	24/1	تایباد	21/6	شهرضا	19/9	درود	18/7	جلفا	17/5	اهواز	16/7	آذرشهر	15/4	بندر ماهشهر	13/8	نوشهر	11/8	صدوق	5/5
نطنز	24/1	نیشابور	21/6	بم	19/8	کنگان	18/6	چناران	17/5	بوبراحمد	16/6	سربند	15/2	شوشتر	13/7	قائم شهر	11/7	فیروزکوه	4/8
ایجرود	24/0	هرسین	21/5	گنبد	19/8	سردشت	18/6	بوکان	17/5	بافت	16/6	رشت	15/2	قم	13/7	بروجن	11/5	ری	4/2
	3/6	پاکدشت																	

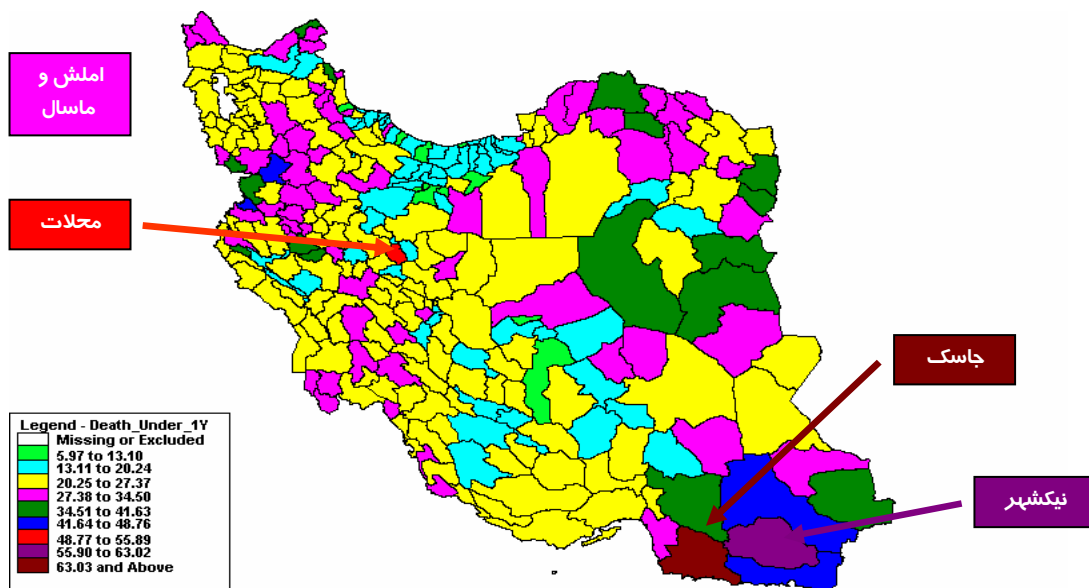
نقشه ۱۳-۵ میزان خام مرگ در ۱۰۰۰ نفر جمعیت؛ در هر دو جنس؛ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت؛
در طول سه سال ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۱



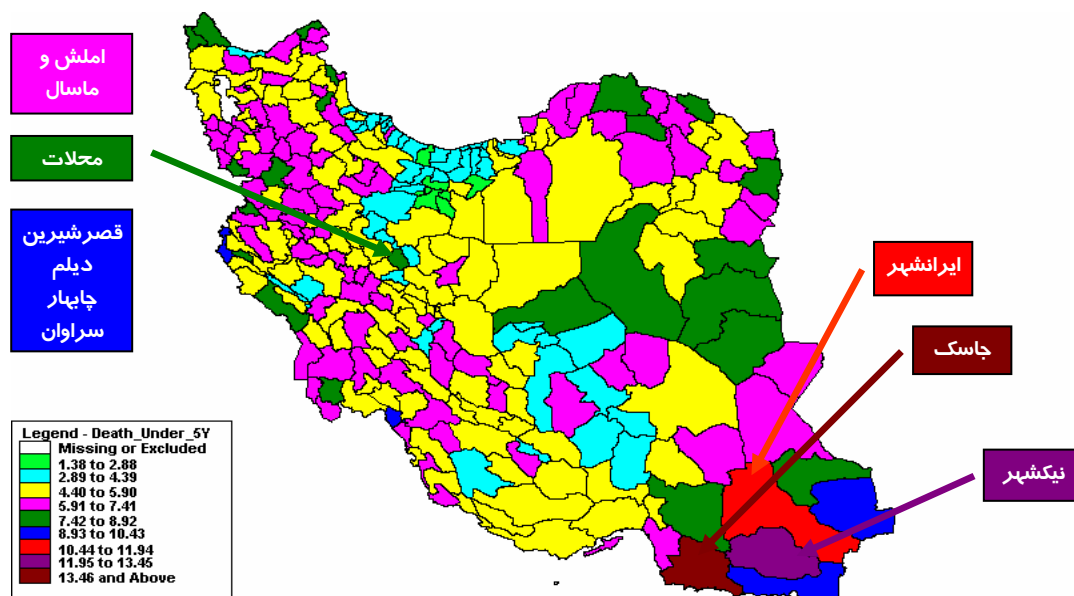
نقشه ۱۴-۵ میزان مرگ نوزادان؛ در هر دو جنس؛ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت؛ در طول سه سال ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۱



نقشه ۵-۱۵ میزان مرگ زیر یکسال؛ در هر دو جنس؛ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت؛ در طول سه سال ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۱



نقشه ۵-۱۶ میزان مرگ زیر پنج سال؛ در هر دو جنس؛ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت؛ در طول سه سال ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۱



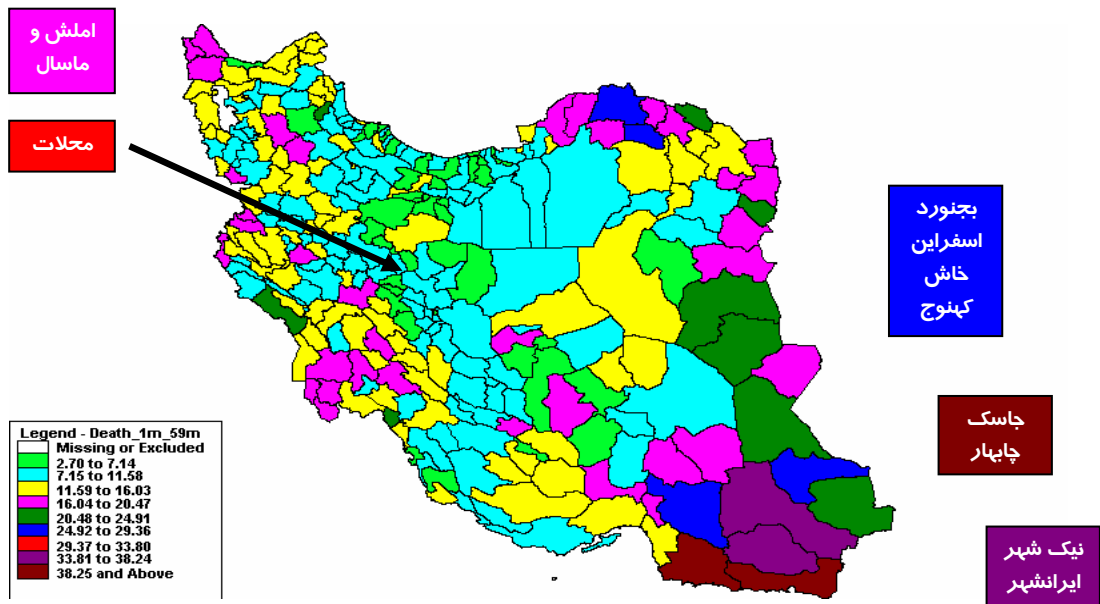
جدول 23-5- نسبت مرگ زیر پنج سال به ازای ۱۰۰۰ تولد زنده در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور به تفکیک ۲۸۱ شهرستان- میزان برآورد شده برای سه ساله ۱۳۷۹-۱۳۸۰ و ۱۳۸۱

شهرستان‌های حداقل		شهرستان‌های میانه پائین						شهرستان‌های میانه بالا						شهرستان‌های					
		دهک ۲		دهک ۳		دهک ۴		دهک ۵		دهک ۶		دهک ۷		دهک ۸		دهک ۹		دهک ۱۰	
19/8	شمیرانات	23/0	بردسکن	25/8	زنجان	27/6	بستان آباد	29/3	مراغه	30/8	فسا	33/1	تنگستان	36/1	خرمشهر	40/3	دره گز	83/5	جاسک
19/6	آمل	22/8	میانه	25/6	کرد کوی	27/6	دشتی	29/2	سندج	30/8	میاندوآب	33/0	حاجی آباد	36/0	گنبد	40/1	شادگان	72/9	نیک شهر
19/5	سیرجان	22/7	نکا	25/6	اصفهان	27/4	تیران و کرون	29/2	سمنان	30/8	گرمسار	32/9	درود	35/9	قوچان	40/1	املش	62/1	چابهار
19/2	تنکابن	22/7	فلورجان	25/5	صومعه سرا	27/4	بوانات	29/0	تاکستان	30/8	کنگاور	32/6	شاهیندژ	35/7	سبزوار	39/9	طبس	57/1	ایرانشهر
18/6	رفسنجان	22/5	شیراز	25/3	خداابنده	27/3	خمین	28/9	رودان	30/8	زابل	32/6	اشنویه	35/7	خلخال	39/9	بم	50/9	کهنوج
18/3	بافق	22/4	جویبار	25/3	آران و بیدگل	27/3	گچساران	28/9	نھاوند	30/7	جهرم	32/5	بيله سوار	35/6	ایجرود	39/2	الیگودرز	49/9	دیواندره
18/1	ساوجبلاغ	22/3	پل دختر	25/2	قم	27/2	هریس	28/8	طالش	30/6	ایذه	32/4	ممسنی	35/4	نیشابور	38/7	آبادان	49/5	محلات
17/9	استهبان	22/3	ساری	25/2	فردوس	27/1	دماوند	28/7	بندر ترکمن	30/6	لردگان	32/4	اندیمشک	35/3	ماه‌نشان	38/7	اردکان	47/3	قصرشیرین
17/8	قائم شهر	22/3	فیروزآباد	25/1	شیروان و چرداول	27/0	فریدن	28/7	شوش	30/5	شهرضا	32/4	بویراحمده	35/3	بویین زهرا	38/6	ماکو	47/2	بجنورد
17/8	نور	22/2	گناباد	25/1	علی آباد کتول	27/0	بهبهان	28/7	ارومیه	30/5	ازنا	32/3	نقده	35/3	صحنه	38/5	کهگیلویه	46/8	سراوان
17/1	یزد	22/0	بهبهر	24/9	ملایر	26/9	بوکان	28/7	اردبیل	30/5	تویسرکان	32/2	سرخس	35/0	نطنز	38/4	مسجد سلیمان	46/8	قائن
16/6	محمودآباد	21/9	فومن	24/9	آبدانان	26/9	مشهد	28/6	اهر	30/4	سمیرم	31/6	اسکو	34/9	قروه	38/3	تکاب	46/8	پاوه
16/5	شهریار	21/9	صدوق	24/9	رزن	26/9	بندر ماهشهر	28/6	خرمبید	30/3	بندر عباس	31/5	مهران	34/9	جاجرم	37/6	اردل	46/1	کوثر
16/5	بابلسر	21/8	تفرش	24/6	شوشتر	26/8	ملکان	28/6	سپیدان	30/2	لار	31/5	هرسین	34/9	گیلانغرب	37/4	هشتگرد	44/9	دیلم
16/4	میبد	21/6	بروجن	24/5	اهر	26/7	بافت	28/4	بوشهر	30/1	فارسان	31/5	شهر بابک	34/6	کبودرآهنگ	37/4	شیروان	43/8	بانه
16/1	آستانه اشرفیه	21/5	لنگرود	24/5	نابین	26/5	ایلام	28/3	ابركوه	30/1	کوه‌دشت	31/4	خرم آباد	34/6	سردشت	37/3	بیجار	43/2	نهبندان
15/8	گلپایگان	21/4	کرج	24/5	امیدیه	26/4	نجف آباد	28/2	رودبار	30/1	خوی	31/4	کرمانشاه	34/6	زاهدان	37/2	میناب	43/1	اسفراین
15/7	سوادکوه	21/4	رودسر	24/5	کرمان	26/4	سلماس	28/0	اقلید	30/0	همدان	31/4	باغملک	34/3	کامیاران	37/2	دیر	43/0	خاش
15/5	رضوانشهر	21/4	مبارکه	24/4	تفت	26/4	دشتستان	28/0	پیرانشهر	30/0	دامغان	31/3	خرمدره	34/1	ماسال	37/1	مینودشت	43/0	بیرجند
15/1	ورامین	21/4	شفث	24/3	آدرشهر	26/4	شهرکرد	27/9	شاهرود	29/9	داراب	31/3	بروجرد	33/9	بندر گز	37/0	سنقر	42/4	ایوان
14/9	مهریز	21/2	ساوه	24/0	سربند	26/4	بندر لنگه	27/9	ابه‌ر	29/9	دزفول	31/3	سیاهکل	33/6	اهواز	37/0	سقز	42/3	تایباد
14/9	تهران- غرب	20/9	رشت	24/0	سراب	26/3	گرگان	27/8	کاشان	29/9	قشم	31/1	سرپل	33/5	اسلام آباد	37/0	فریمان	42/2	ترتت جام
14/9	رامسر	20/9	بندر	24/0	آشتیان	26/3	ارسنجان	27/8	مرند	29/8	ترتت	31/1	لنجان	33/5	فریدونشهر	36/6	گرمی	42/0	الشتر
14/6	اسلام شهر	20/3	بابل	23/9	دلیجان	26/3	تبریز	27/8	خمینی	29/8	اراک	31/1	کازرون	33/3	دشت	36/6	دهلران	41/7	جوانرود
14/4	فیروزکوه	20/3	دره شهر	23/8	مشکین شهر	26/2	شبستر	27/8	کاشمر	29/7	کنگان	31/0	بهار	33/2	آستارا	36/4	خواف	41/4	نورآباد
13/4	چالوس	20/2	جلفا	23/2	بردسیر	26/1	قزوین	27/7	جیرفت	29/7	برخوار و	30/9	راور	33/1	طارم	36/3	نیر	41/4	پارس آباد
12/3	رباط کریم	20/2	نوشهر	23/2	مرودشت	26/0	لامرد	27/7	نیریز	29/4	آباده	30/9	زرنده	33/1	مهاباد	36/3	رامهرمز	41/2	نمین
10/8	ری	19/9	لاهیجان	23/1	خوانسار	25/9	بناب	27/6	اردستان	29/3	اسد آباد	30/9	چناران	33/1	گناوه	36/2	کلیر	41/0	مریوان
9/6	پاکدشت																		

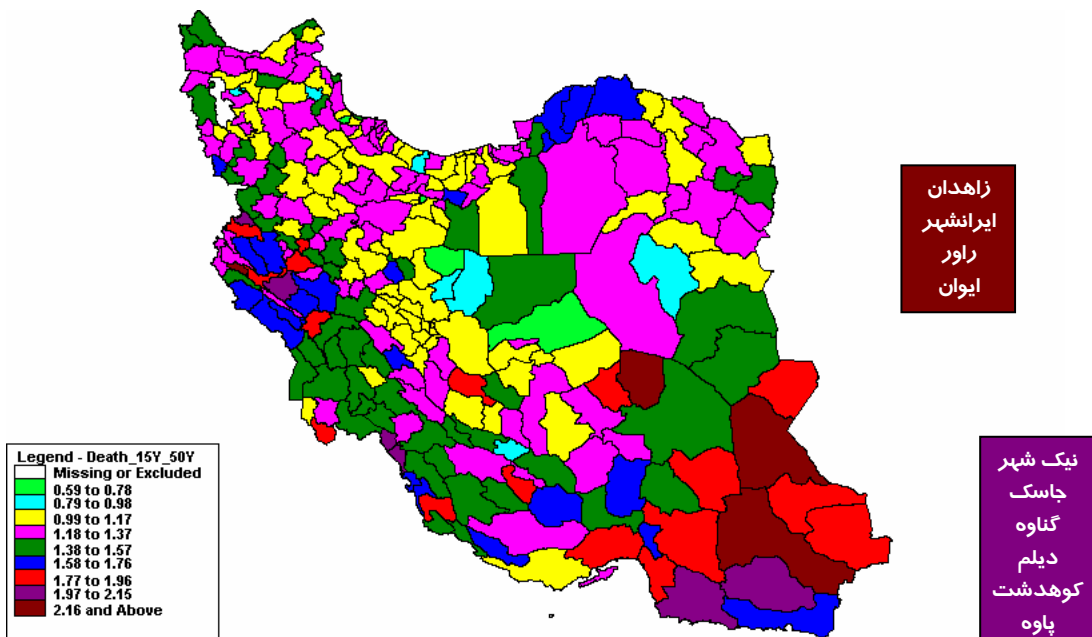
جدول 24- 5- نسبت مرگ تا ۵۹ ماه به ازای ۱۰۰۰ تولد زنده در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور به تفکیک ۲۸۱ شهرستان- میزان برآورد شده برای سه ساله ۱۳۷۹-۱۳۸۰ و ۱۳۸۱

شهرستان‌های حداقل		شهرستان‌های میانه پایین		شهرستان‌های میانه						شهرستان‌های میانه بالا		شهرستان‌های حداکثر							
دهک ۱		دهک ۲		دهک ۳		دهک ۴		دهک ۵		دهک ۶		دهک ۷		دهک ۸		دهک ۹		دهک ۱۰	
6/6	ری	8/1	سنندج	9/2	بافق	10/4	اصفهان	11/4	بویین زهرا	12/3	گیلانغرب	13/8	نیر	15/9	کبودآهنگ	18/3	جانورود	42/7	چابهار
6/4	اسلام شهر	8/0	جویبار	9/1	ماسال	10/4	امیدیه	11/3	آباده	12/3	اهر	13/6	بيله سوار	15/8	کلیبر	17/7	خواف	42/1	جاسک
6/3	تفرش	7/9	قروه	9/1	طالش	10/4	بروجرد	11/2	شاهرود	12/3	مراغه	13/6	کرج	15/8	گرمی	17/7	خوی	38/0	نیک شهر
6/3	تفت	7/8	پل دختر	9/1	ملایر	10/3	گرگان	11/2	خلخال	12/3	علی آباد	13/6	سیاهکل	15/8	مسجد سلیمان	17/6	زابل	34/9	ایران‌شهر
6/3	ساوجبلاغ	7/8	املش	9/1	بناب	10/1	بافت	11/2	کازرون	12/2	چهرم	13/6	نقده	15/8	بوبراحمد	17/6	رودان	28/7	کهنوج
6/3	بابل	7/8	گچساران	9/0	کاشان	10/1	بروجن	11/1	کنگان	12/1	بندر ترکمن	13/5	راور	15/7	میناب	17/4	شیروان	26/3	اسفراين
6/2	بوشهر	7/8	شیراز	8/9	آذرشهر	10/0	بردسکن	11/1	تربت حیدریه	12/1	ممسنی	13/5	داراب	15/7	خرمدره	17/4	آبادان	25/1	خاش
6/2	شمیرانات	7/7	گناباد	8/9	تهران- غرب	10/0	برخوار و میمه	11/1	سمنان	12/0	آبدانان	13/4	سرپل ذهاب	15/6	اردل	17/3	حاجی	25/0	بجنورد
6/1	قائم شهر	7/5	صومعه سرا	8/8	سنقر	9/9	هرسین	11/1	مرودشت	11/9	بندر انزلی	13/3	چناران	15/5	ارومیه	17/2	شهر بابک	23/7	دیلم
6/0	شهرکرد	7/4	فومن	8/8	سرپند	9/9	الشتر	11/1	پیرانشهر	11/9	نیریز	13/3	فسا	15/5	دشت آزادگان	17/2	بانه	23/6	نهبندان
6/0	میانه	7/4	آمل	8/8	بردسیر	9/9	محللات	11/1	کامیاران	11/8	دیر	13/3	لردگان	15/5	پارس آباد	17/1	سرخس	22/4	سراوان
6/0	پاکدشت	7/4	رامسر	8/8	تنکابن	9/8	آستارا	11/0	تویسرکان	11/8	کاشمر	13/3	سلماس	15/5	تکاب	16/9	اهواز	22/1	کوثر
6/0	مهریز	7/4	ایوان	8/7	رودبار	9/8	اقلید	10/9	نطنز	11/8	صحنه	13/3	دیواندره	15/4	سبزوار	16/8	جیرفت	21/6	دره گز
5/9	نکا	7/3	مبارکه	8/6	رضوانشهر	9/8	دره شهر	10/9	شوشتر	11/7	نهادوند	13/2	اشنویه	15/4	اندیمشک	16/8	قوچان	21/2	زاهدان
5/8	خمینی شهر	7/2	دشتستان	8/6	رزن	9/8	بوانات	10/9	کرد کوی	11/7	مرند	13/2	بستان آباد	15/4	باغملک	16/7	پاوه	21/0	بیرجند
5/8	آران و بیدگل	7/0	فردوس	8/6	لامرد	9/6	قزوین	10/8	مه‌آباد	11/7	بیجار	13/2	سمیرم	15/2	فارسان	16/7	مینودشت	20/9	دهلران
5/8	رشت	7/0	بابلسر	8/5	لاهیجان	9/6	فیروزکوه	10/8	نجف آباد	11/7	نمین	13/1	طارم	14/9	دزفول	16/6	الیگودرز	20/7	تایباد
5/7	ورامین	7/0	ساوه	8/5	لنجان	9/6	بهشهر	10/8	فیروزآباد	11/6	ایجرود	13/1	بندر ماهشهر	14/6	بندر عباس	16/5	شادگان	20/3	قصرشیرین
5/5	استهبان	6/9	فریدن	8/5	نوشهر	9/5	ازنا	10/7	کنگاور	11/6	شیروان و	12/9	بهار	14/5	اردکان	16/5	نورآباد	20/1	کهگیلویه
5/3	لنگرود	6/8	آشتیان	8/4	هریس	9/5	خمین	10/7	تنگستان	11/6	شیمستر	12/9	اردبیل	14/4	طیس	16/4	صدوق	20/1	بم
5/2	یزد	6/8	نور	8/4	اراک	9/4	مهران	10/7	ابركوه	11/6	قم	12/9	بهبهان	14/4	فریدونشهر	16/3	فریمان	19/6	تربت جام
4/9	رباط کریم	6/8	سیرجان	8/3	سراب	9/4	کرمان	10/7	دامغان	11/6	بندر لنگه	12/8	زرنج	14/3	درود	16/3	گنبد	19/6	قائن
4/6	خوانسار	6/8	شهربار	8/3	تبریز	9/4	تیران و کرون	10/7	خرم آباد	11/6	گرمسار	12/7	لار	14/3	مریوان	16/1	ایذه	19/3	خرمشهر
4/6	اردستان	6/8	دلیجان	8/3	محمودآباد	9/4	زنجان	10/6	سپیدان	11/5	تاکستان	12/6	اسدآباد	14/2	اسکو	16/1	هشتگرد	18/9	ماهنشان
4/4	سوادکوه	6/8	دشتی	8/2	میبد	9/4	ملکان	10/6	دماوند	11/4	خرمبید	12/5	اسلام آباد	14/1	کوه‌دشت	16/0	سردشت	18/8	جاجرم
4/2	شفث	6/7	چالوس	8/2	ابهر	9/4	بوکان	10/6	شهرضا	11/4	مشکین	12/5	کرمانشاه	14/0	مشهد	16/0	گناوه	18/6	ارسنجان
4/1	آستانه اشرفیه	6/7	رفسنجان	8/1	قشم	9/2	ساری	10/5	نایین	11/4	سقز	12/4	شاهیندژ	13/9	اهر	16/0	شوش	18/5	رامهرمز
3/7	گلپایگان	6/7	رودسر	8/1	ایلام	9/2	فلاورجان	10/5	خداآباد	11/4	میاندآب	12/4	همدان	13/9	نیشابور	15/9	بندر گز	18/4	ماکو
2/7	جلفا																		

نقشه ۱۷-۵ نسبت مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه به موالید؛ در هر دو جنس؛ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت؛ در طول سه سال ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۱



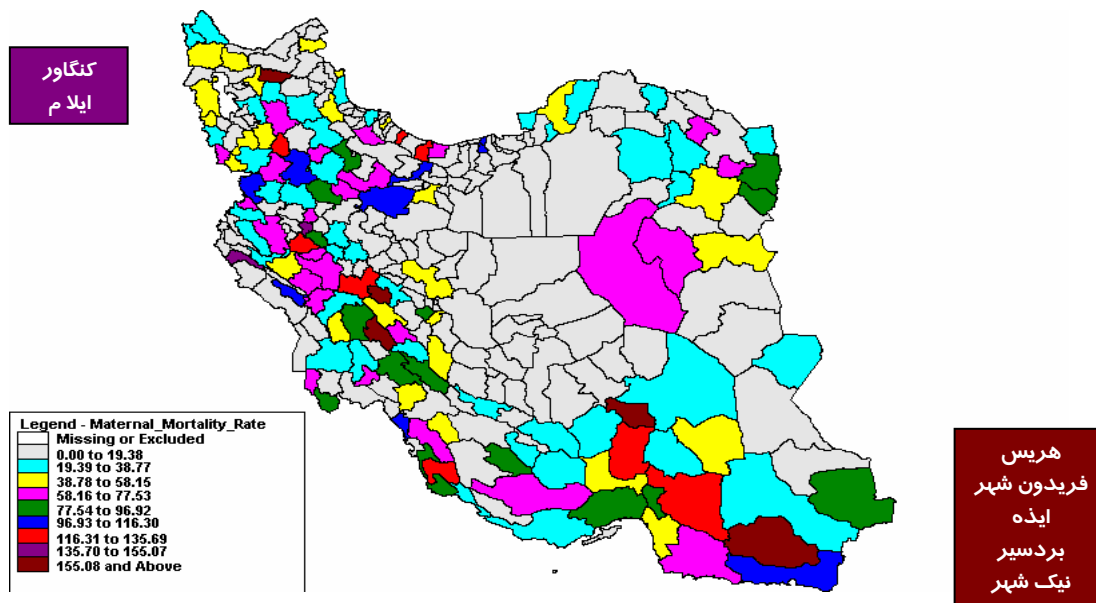
نقشه ۱۸-۵ میزان مرگ ۱۵ تا ۵۰ سال؛ در هر دو جنس؛ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت؛ در طول سه سال ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۱



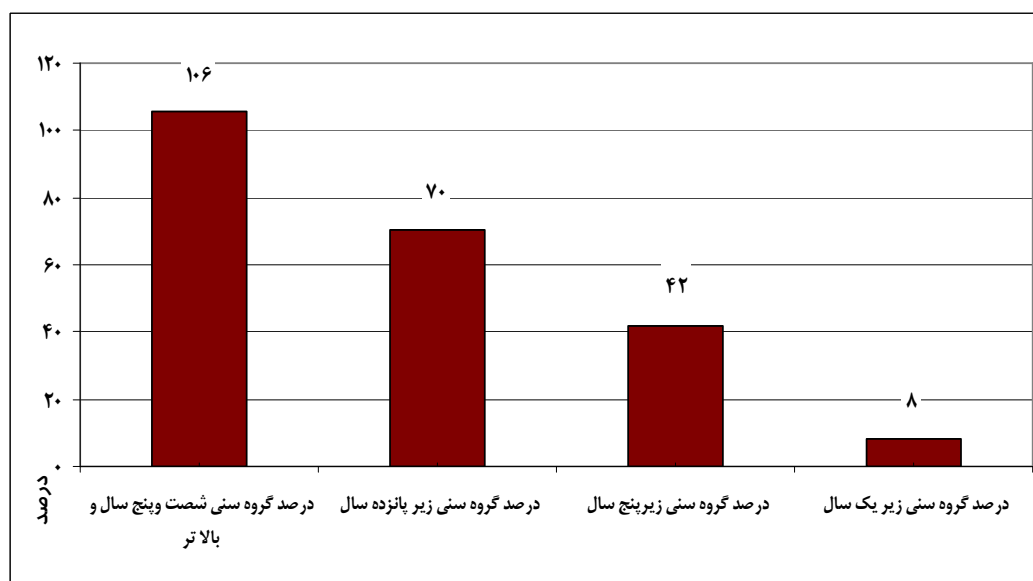
جدول 26- میزان مرگ مادران از عوارض بارداری و زایمان به ازای ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت کشور به تفکیک ۲۸۱ شهرستان- میزان برآورد شده برای سه ساله ۱۳۷۹-۱۳۸۰ و ۱۳۸۱

شهرستان‌های حداکث		شهرستان‌های میانه بالا		شهرستان‌های میانه				شهرستان‌های میانه نابت		شهرستان‌های حداکث									
دهک ۱۰		دهک ۹		دهک ۸		دهک ۷		دهک ۶		دهک ۵		دهک ۴		دهک ۳		دهک ۲		دهک ۱	
ایذه	174	رودان	91/2	بویین زهرا	67/0	بم	43/1	دزفول	29/4	شوش	16/3	نطنز	0/0	خرمدره	0/0	فومن	0/0	یزد	0/0
نیک شهر	168	دیر	90/7	طبس	65/5	مرند	41/8	زنجان	29/4	سراب	15/7	تیران و کرون	0/0	طارم	0/0	لاهیجان	0/0	ابرکوه	0/0
اهر	164	تایباد	89/2	هشترود	63/8	گنبد	41/7	اهواز	29/0	میاندوآب	13/9	دره شهر	0/0	سمنان	0/0	شفت	0/0	صدوق	0/0
بردسیر	160	کبودرآهنگ	88/3	دشتستان	63/8	بانه	41/0	مراغه	28/6	اراک	13/3	دهلران	0/0	دامغان	0/0	ماسال	0/0	اردبیل	0/0
فریدونشهر	160	بندر عباس	88/0	جاسک	63/8	بوکان	40/7	زابل	28/2	بجنورد	10/7	مهران	0/0	گرمسار	0/0	سیاهکل	0/0	مشکین شهر	0/0
هریس	157	ترتت جام	87/5	پل دختر	60/3	مبارکه	40/4	سقز	27/8	بابل	10/7	ایوان	0/0	خاش	0/0	رضوانشهر	0/0	پارس آباد	0/0
ایلام	147	سراوان	87/3	خرمشهر	60/2	فارسان	39/7	بندر لنگه	27/4	گرگان	7/0	سرپل ذهاب	0/0	زاهدان	0/0	املش	0/0	بيله سوار	0/0
کنگاور	143	ابه‌ر	85/8	فردوس	58/6	خوی	39/3	سرپند	26/7	ملکان	0/0	سنقر	0/0	استهبان	0/0	بابلسر	0/0	نمین	0/0
الیگودرز	133	لنجان	85/2	الستر	58/3	شاهیندژ	38/8	سبزوار	26/5	شبستر	0/0	صحنه	0/0	اقلید	0/0	بهشهر	0/0	نیر	0/0
رامسر	124	تنگستان	82/6	سردشت	58/2	شیروان و	38/7	سنندج	26/1	کلیبر	0/0	قصرشیرین	0/0	سپیدان	0/0	سوادکوه	0/0	کوثر	0/0
تکاب	124	جهرم	81/6	کوه‌دشت	57/9	ماکو	38/6	اسلام آباد غرب	25/6	اهر	0/0	گیلانغرب	0/0	فیروزآباد	0/0	نور	0/0	تهران - غرب	0/0
دشتی	123	آبادان	80/7	میناب	56/6	نیریز	38/4	فریدن	24/8	بناب	0/0	هرسین	0/0	لامرد	0/0	تنکابن	0/0	ساوجبلاغ	0/0
کهنوج	123	بویراحم‌د	78/2	گچساران	55/7	مینودشت	38/3	رامهرمز	24/7	جلفا	0/0	بوشهر	0/0	ممسنی	0/0	ساری	0/0	شهریار	0/0
چالوس	122	ایجرود	77/4	قائن	55/1	مرودشت	37/8	بستان آباد	24/5	آذرشهر	0/0	دیلم	0/0	شیراز	0/0	نکا	0/0	رباط کریم	0/0
بافت	121	اندیمشک	77/2	آستارا	54/5	ایرانشهر	35/2	کنگان	24/2	اسکو	0/0	اسلام شهر	0/0	بوانات	0/0	محمودآباد	0/0	دماوند	0/0
نورآباد (دلفان)	120	چناران	76/3	حاجی آباد	54/0	نیشابور	35/0	بروجرد	23/0	سلماس	0/0	بروجن	0/0	آباده	0/0	آشتیان	0/0	شمیرانات	0/0
ساوه	116	امیدیه	74/3	تبریز	54/0	کرمان	35/0	داراب	22/9	نقده	0/0	شهرکرد	0/0	ارسنجان	0/0	تفرش	0/0	ورامین	0/0
گناوه	114	دیواندره	73/9	کازرون	51/5	سرخس	35/0	فسا	21/9	مهاباد	0/0	اسفراین	0/0	خرمبید	0/0	خمین	0/0	فیروزکوه	0/0
بیجار	113	نوشهر	73/6	اشنویه	50/9	خدابنده	34/9	رشت	21/7	اردستان	0/0	خواف	0/0	کامیاران	0/0	دلیجان	0/0	پاکدشت	0/0
جویبار	107	خرم آباد	72/6	سمیرم	50/7	لردگان	34/8	میانه	21/3	اصفهان	0/0	دره گز	0/0	زرن‌د	0/0	محللات	0/0	قزوین	0/0
مریوان	104	فریمان	71/1	گرمی	49/5	پیرانشهر	34/6	جیرفت	20/5	خمینی شهر	0/0	قوچان	0/0	شهربابک	0/0	قشم	0/0	تاکستان	0/0
چابهار	100	لاز	70/7	لنگرود	47/8	سیرجان	34/2	کاشمر	20/3	خوانسار	0/0	بردسکن	0/0	راور	0/0	تویسرکان	0/0	نهبندان	0/0
آبدانان	100	اسد آباد	69/8	ری	47/1	جوانرود	33/7	طالش	19/8	گلیایگان	0/0	جاجرم	0/0	ازنا	0/0	بهار	0/0	رفسنجان	0/0
قائم شهر	98	پاوه	69/8	شوشتر	46/7	ملایر	33/0	باغملک	19/2	شهرضا	0/0	بهبهان	0/0	درود	0/0	اردکان	0/0	شاهرود	0/0
کرج	97	رزن	67/9	خلخال	44/6	شیروان	31/7	آمل	18/1	آران و بیدگل	0/0	بندر ماهشهر	0/0	آستانه اشرفیه	0/0	بافق	0/0	کاشان	0/0
کهگیلویه	95	اردل	67/7	ارومیه	43/9	قروه	30/4	بیرجند	17/8	فلاورجان	0/0	شادگان	0/0	بندر انزلی	0/0	تفت	0/0	کرد کوی	0/0
نهبوند	93	کرمانشاه	67/5	ترتت حیدریه	43/8	علی آباد کتول	29/9	همدان	17/7	نایین	0/0	دشت آزادگان	0/0	رودسر	0/0	مهریز	0/0	بندر گز	0/0
مسجد سلیمان	93	رودبار	67/2	برخوار و میمه	43/6	بندر ترکمن	29/6	مشهد	17/5	نجم آباد	0/0	ماهانشان	0/0	صومعه سرا	0/0	میبد	0/0	گناباد	0/0
	0/0																	قم	0/0

نقشه ۱۹-۵ میزان مرگ مادران از عوارض بارداری و زایمان؛ در مناطق روستایی تحت پوشش خانه‌های بهداشت؛ در طول سه سال ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۱



نمودار ۲۰-۵ مقایسه درصد ضریب تغییرات coefficient of variations نسبت‌های گروه‌های سنی در بین مناطق روستایی ۲۸۱ شهرستان کشور در طی سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۱



د) ناهمگنی وضعیت جمعیت و سلامت در بین شهرستان‌ها

ناهمگنی شهرستان‌های کشور برای شاخص‌های جمعیت و سلامت یکسان نیست برخی از شاخص‌های جمعیت و سلامت از پراکندگی و گوناگونی زیادی در بین شهرستان‌ها برخوردارند و برخی دیگر تقریباً به صورت همگن و متعادل تقسیم شده‌اند.

○ ناهمگنی شاخص‌های مربوط به ترکیب سنی جمعیت

شهرستان‌ها از بابت نسبت گروه شصت و پنج سال و بالاتر در مقایسه با نسبت سایر گروه‌های سنی از ناهمگنی بیشتری برخوردار هستند. نمودار ۲۰-۵ نشان می‌دهد که این ناهمگنی در مورد نسبت جمعیت زیر ۱۵ سال بیشتر از زیر پنج سال و در زیر یک سال کمتر از همه گروه‌های سنی دیگر است.

○ ناهمگنی شاخص‌های مربوط به باروری و عوامل مؤثر بر آن

اگر از نسبت گروه سنی همسر دار زیر ۱۵ سال در چند شهرستان مشخص بگذریم این نسبت در بقیه شهرستان‌ها در حد صفر است. در صورتی که برای گروه سنی ۱۵ تا ۲۰ ساله همسر دار، ناهمگنی در شهرستان‌ها زیاد است، این نسبت در بین شهرستان‌ها از ۳۹٪ تا ۳٪ متفاوت است. نمودار ۲۱-۵ این ناهمگنی را به خوبی نشان می‌دهد.

شهرستان‌ها از بابت میزان‌های باروری اختصاصی سنی نیز ناهمگن هستند. در برخی از شهرستان‌ها میزان باروری اختصاصی سنی ۳۵ تا ۳۹ سال بالا و در برخی دیگر پائین است. این تفاوت به ترتیب شامل گروه‌های سنی ۳۰ تا ۳۴ سال ۴۰ تا ۴۴ سال و... است نمودار ۲۲-۵ این تفاوت را نشان می‌دهد.

نمودار ۲۳-۵ تفاوت بسیار بالای میزان‌های باروری اختصاصی سنی را در ۵ شهرستان با بالاترین میزان باروری کلی با پنج شهرستان با پائین‌ترین میزان باروری کلی را نشان می‌دهد.

○ ناهمگنی شاخص‌های مربوط به مرگ و میر در بین شهرستان‌ها

نمودار ۲۴-۵ نشان می‌دهد که شهرستان‌ها از بابت مرگ نوزادان در مقایسه با مرگ کودکان زیر پنج سال بیشتر به هم شبیه‌اند. شهرستان‌ها از بابت مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه با یکدیگر تفاوت آشکار دارند. در دو انتهای طیف این ۲۸۱ شهرستان، تفاوت به ۱۰ برابر می‌رسد.

مرگ مادران از عوارض بارداری و زایمان نیز یکی از شاخص‌هایی است که کاملاً نا برابر توزیع شده است و نابرابری آن بیش از همه شاخص‌های مربوط به مرگ و میر است.

نتیجه

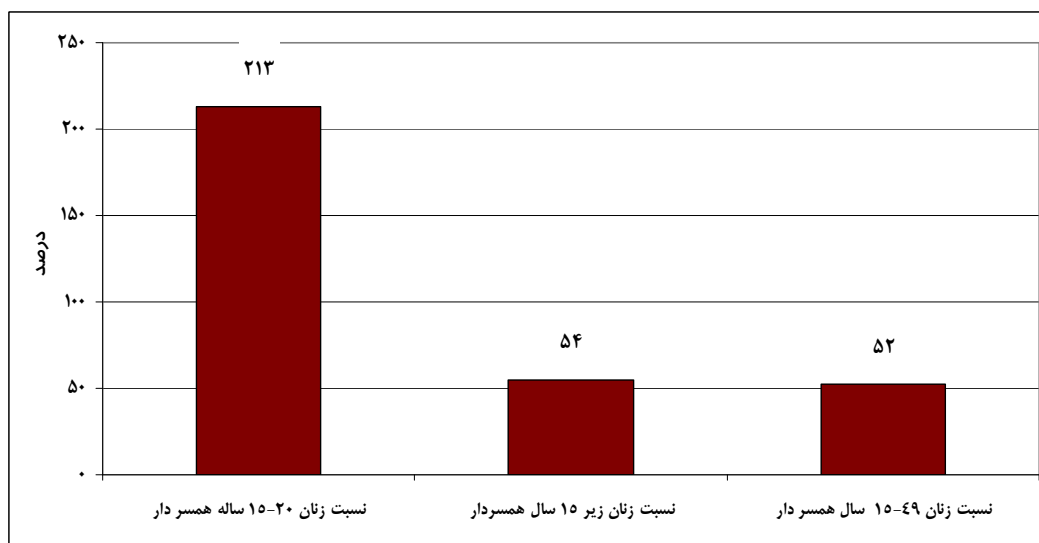
آیا می‌توان

- با اتخاذ تدابیر منطقه‌ای، استانی و شهرستانی،
- با برنامه‌ریزی بر حسب نیازهای استان‌های مختلف
- با برنامه‌ریزی بر حسب نیازهای شهرستان‌های مختلف در درون یک استان
- و با توزیع غیر متمرکز اعتبارات بر حسب نیاز

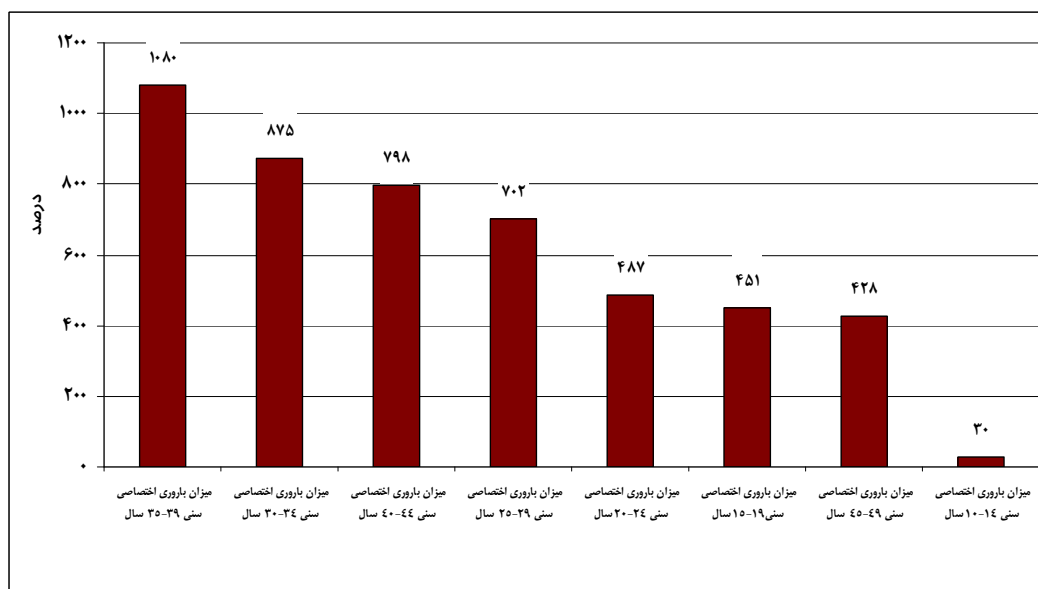
هنوز هم مخالف بود؟

البته در چهارچوب سیاست‌های ملی

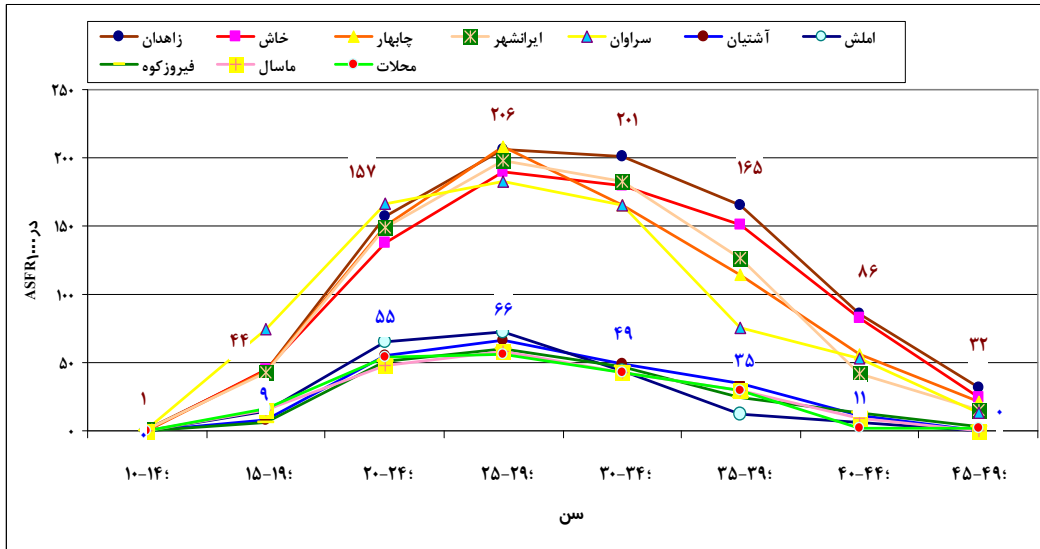
نمودار ۲۱-۵ مقایسه درصد ضریب تغییرات coefficient of variations نسبت‌های زنان ۱۰ تا ۴۹ سال همسر دار در بین مناطق روستایی ۲۸۱ شهرستان کشور در طی سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۱



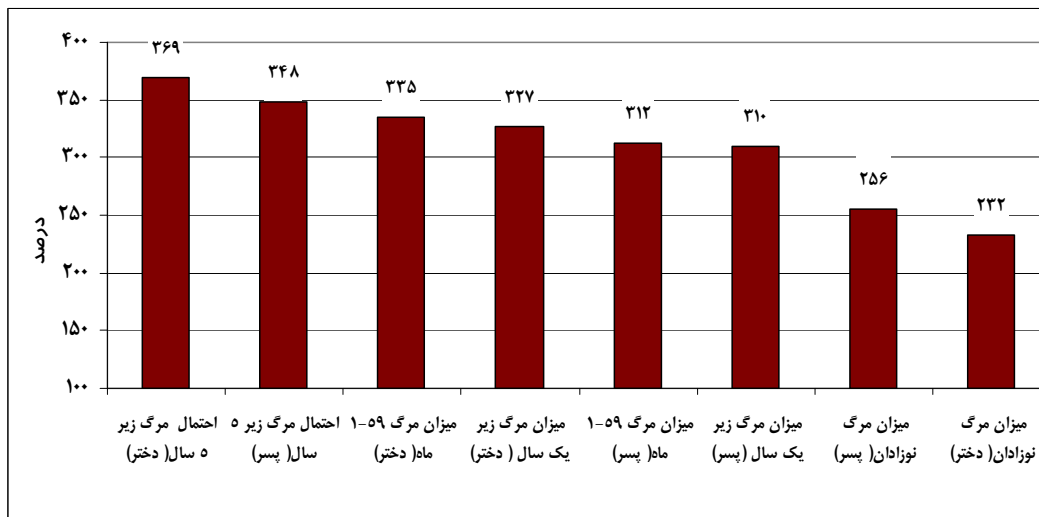
نمودار ۲۲-۵ مقایسه درصد ضریب تغییرات coefficient of variations میزان‌های باروری سنی در بین مناطق روستایی ۲۸۱ شهرستان کشور در طی سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۱



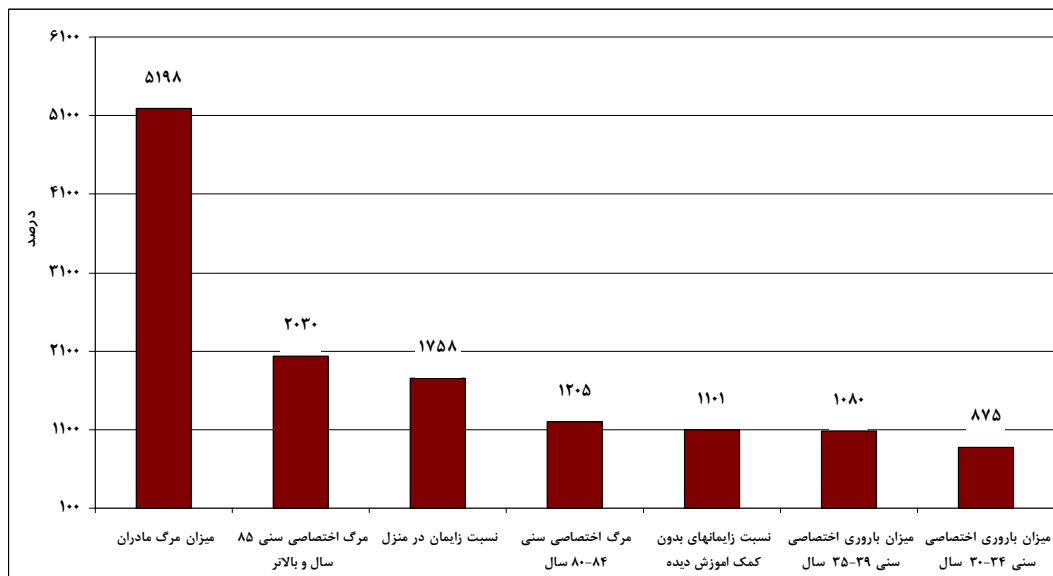
نمودار ۲۳-۵ میزان باروری اختصاصی سنی در ۱۰ شهرستان (۵ شهرستان دارای بالاترین میزان باروری کلی و ۵ شهرستان دارای پایین‌ترین باروری کلی) در جمعیت روستایی ۲۸۱ شهرستان بر اساس اطلاعات سه ساله ۷۹-۸۰ و ۱۳۸۱ زیج حیاتی



مقایسه درصد ضریب تغییرات coefficient of variations نمودار ۲۴-۵ میزان‌ها و نسبت‌های مرگ کودکان در بین مناطق روستایی ۲۸۱ شهرستان کشور در طی سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۱



مقایسه درصد ضریب تغییرات coefficient of variations نمودار ۲۵-۵ هفت نسبت که بالاترین تغییرات را در بین مناطق روستایی ۲۸۱ شهرستان کشور در طی سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۱ دارند



بخش هشتم:

**تعامل شاخص‌های مختلف
اجتماعی، جمعیتی و سلامت**

تعامل شاخص‌های مختلف اجتماعی، جمعیتی و سلامت

وضعیت سلامتی، ترکیب جمعیتی و رفتار باروری هیچ یک مستقل از یکدیگر و در خلاء شکل نمی‌گیرد، نه تنها سلامت جامعه به رفتاری باروری و ترکیب سنی جمعیت مرتبط است، بلکه همه اینها از ویژگی‌های اجتماعی و اقتصادی جامعه نیز تأثیر می‌پذیرند.

این کنش‌ها یک طرفه و مکانیکی نیست، در بین ویژگی‌های وضعیت سلامت جامعه، تعامل پیچیده‌ای برقرار است که مجموعه کنش‌ها و واکنش‌های آن چارچوب توسعه اجتماعی و اقتصادی جامعه را می‌سازد. بحث قدیمی تقدم سطح سلامت جامعه بر مشخصات اقتصادی اجتماعی و یا تقدم مشخصات اقتصادی نسبت به سطح سلامتی مثل همه بحث‌های دیگر «منشاء و تکوین» دیرینه آن به زمان شناسایی و انتزاع مفهوم سلامتی برمی‌گردد. در بسیاری از موارد که حاصل این بحث‌ها یک نتیجه‌گیری یکطرفه و یا یک رابطه ثابت فرض شده بود تعامل، کنش و واکنش، بازتاب و پس‌خوراند نادیده انگاشته شده است و همه چیز با یک ذهنیت خشک، مکانیکی و آماری به پایان رسیده است.

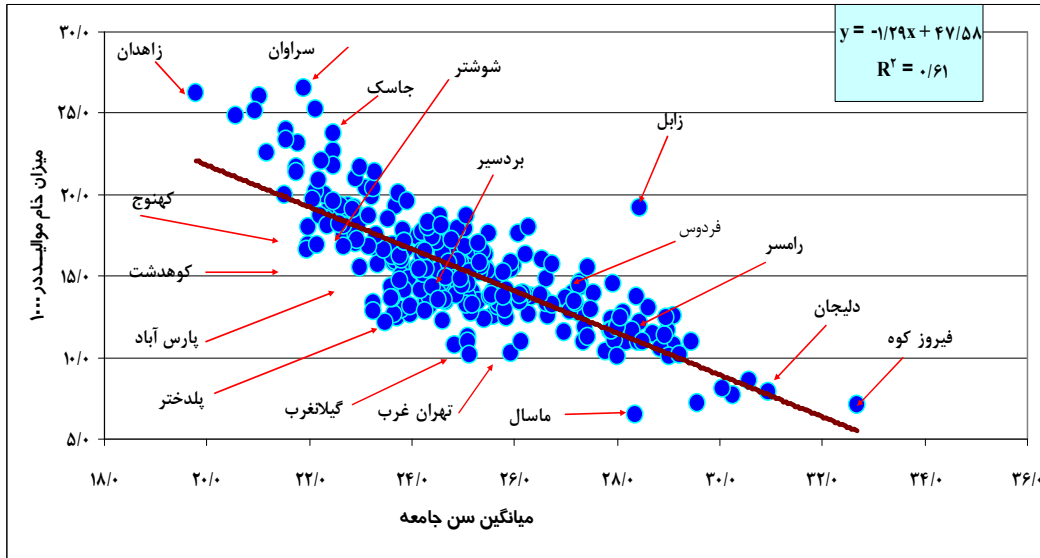
مسلماً در این پهنه وسیع، برخی از روابط را، یک طرفه نیز می‌توان تلقی نمود، ولی نتیجه همان رابطه یکطرفه، پیش‌نیاز عوامل مؤثر بر یک طرف همان رابطه است. این رابطه یکطرفه نیز تأثیرگذار است.

جامعه ساختاری است زنده و پویا؛ نمایش خشک و منجر از ساز و کارهای آن به صورت مکانیکی، زیستی، آماری و ریاضی بدون در نظر گرفتن روابط زنده درون آن منجر به نادیده گرفتن مفهوم «روابط اجتماعی» می‌شود. پس هر آنچه که در این بخش خواهد آمد فقط مقدمه‌ای است برای ورود به بحث پیچیده تعاملات اجتماعی بین عرصه‌های سیاسی، اقتصادی، فرهنگی، جمعیتی و سلامتی.

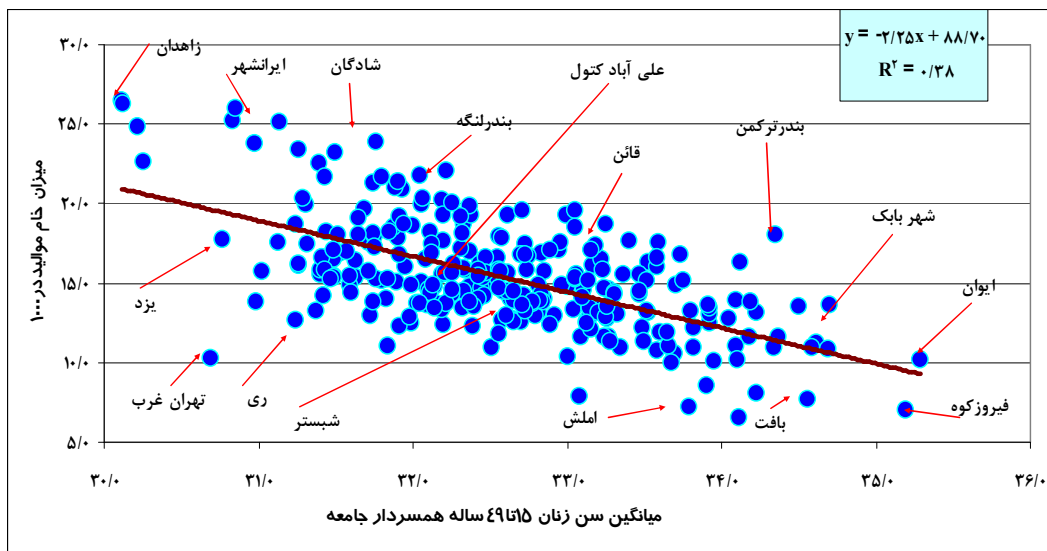
متأسفانه در زیج حیاتی مورد استفاده در خانه‌های بهداشت شاخص‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی یا وجود ندارد یا بسیار کم رنگ است. به همین دلیل ورود به این بحث فقط در محدوده شاخص‌های موجود درون زیج حیاتی امکان‌پذیر بوده است. تنها گامی که اندکی دامنه این بحث را گشاده‌تر کرده است، دسترسی به داده‌های مطالعه «سیمای جمعیت و سلامت» (DHS) بوده است که در سال ۱۳۷۹ در کشور انجام شده است.

مطالعه DHS با ۲۰۰۰ خانوار روستایی و ۲۰۰۰ خانوار شهری، در هر استان کشور، انجام شد و نتایج آن به تفکیک استان مشخص شده است. برای تکمیل بحث تعاملات بین شاخص‌های اجتماعی و سلامتی، مجدداً داده‌های این مطالعه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و تعداد زیادی از شاخص‌های آن به تفکیک شهرستان و بر حسب خانوارهای روستایی و شهری استخراج شده. شاخص‌های خانوارهای شهری کنار گذاشته شد و شاخص‌های روستایی به دست آمده از مطالعه DHS به تفکیک شهرستان در کنار شاخص‌های شهرستانی به دست آمده از زیج حیاتی قرار داده شده و در برخی از موارد نتایج آن در نمودارهای این بخش ارائه شده است. شاخص‌های شهرستانی برای خانوارهای روستایی که از مطالعه DHS به دست آمده است، فقط ویژگی‌های اجتماعی و جمعیتی خانوارها را در مقطع مهرماه سال ۱۳۷۹ را دربردارد، در صورتی که شاخص‌های به دست آمده برای هر شهرستان از زیج حیاتی، مشخصات روی هم ریخته سه ساله ۱۳۷۹، ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱ را دارد، در نتیجه تفسیر این ارتباطها و تعاملها صرفاً در یک قالب کلی و با در نظر گرفتن مفروضات متنوعی امکان‌پذیر است.

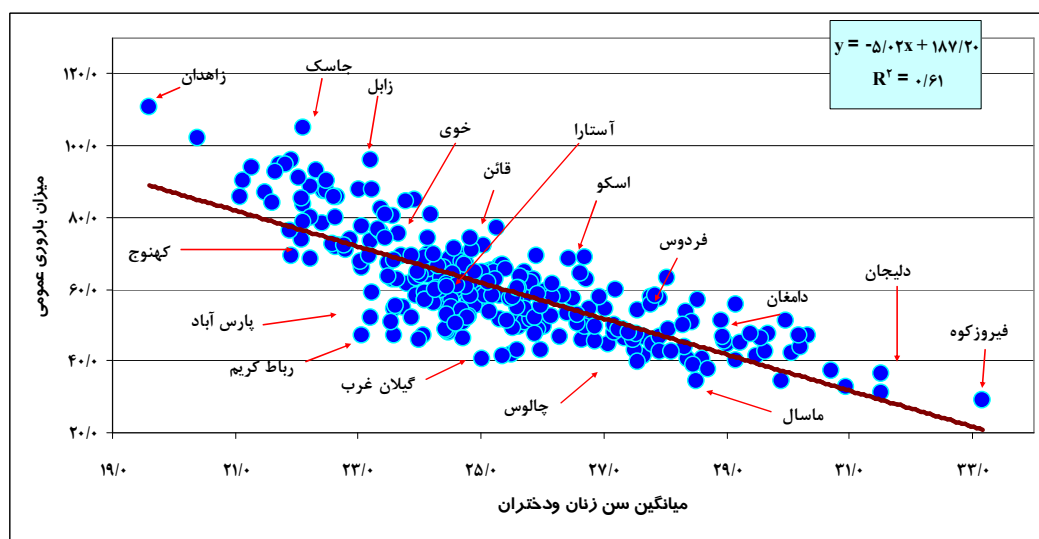
نمودار ۶-۱ پیوستگی معکوس بین میزان خام موالید با میانگین سن جامعه؛ برگرفته از اطلاعات سه ساله زیج حیاتی ۲۸۱ شهرستان کشور ۱۳۷۹-۱۳۸۱



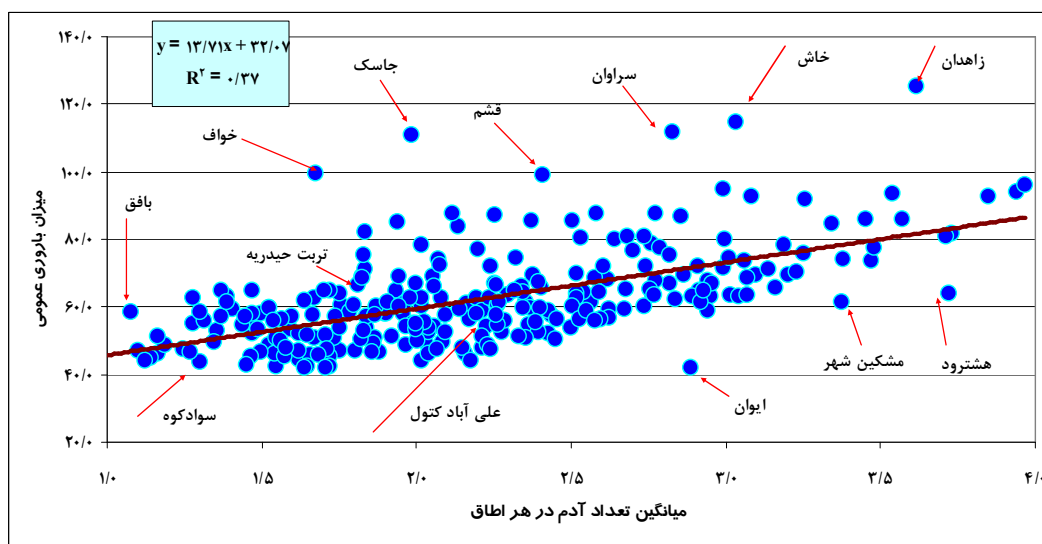
نمودار ۶-۲ پیوستگی معکوس بین میزان خام موالید با میانگین سن زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله همسر دار؛ برگرفته از اطلاعات سه ساله زیج حیاتی ۲۸۱ شهرستان کشور ۱۳۷۹-۱۳۸۱



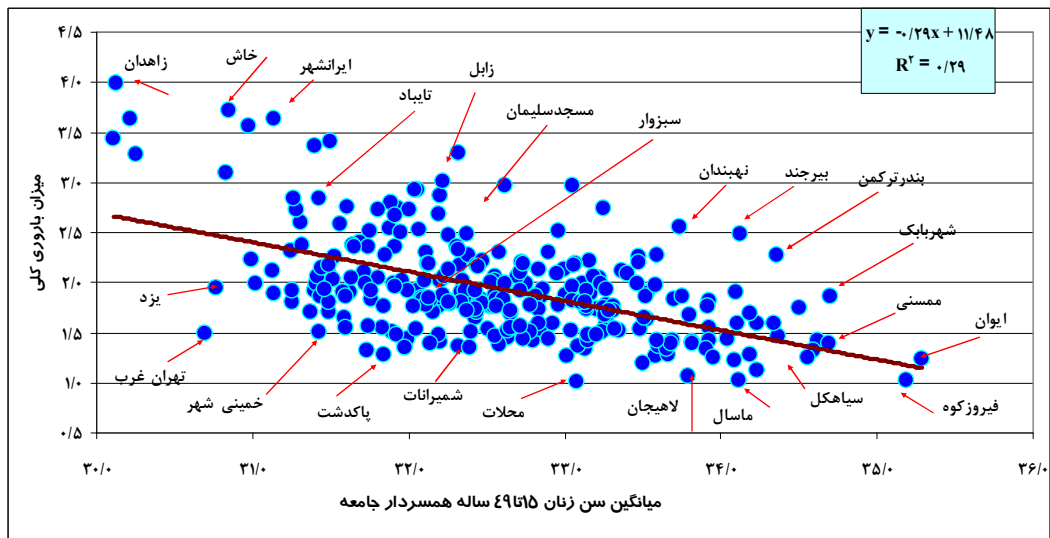
نمودار ۳-۶ پیوستگی معکوس بین میزان باروری عمومی با میانگین سن زنان زنان و دختران؛ بر گرفته از اطلاعات سه ساله زیج حیاتی ۲۸۱ شهرستان کشور ۱۳۷۹-۱۳۸۱



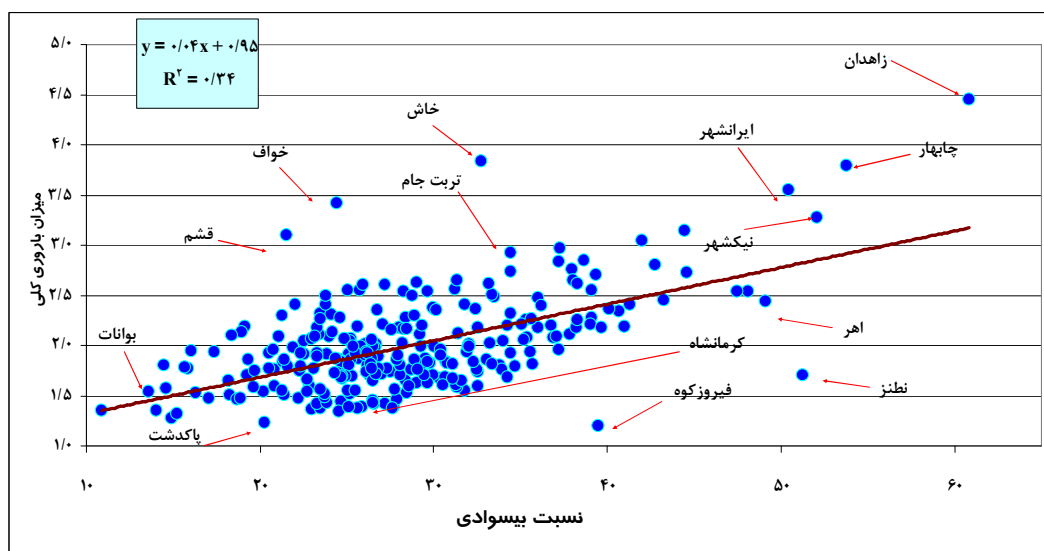
نمودار ۴-۶ ارتباط میزان باروری عمومی با میانگین نسبت آدم به اطاق در مناطق روستایی ۲۸۱ شهرستان کشور در سالهای ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱- بر اساس اطلاعات ثبت شده در زیج حیاتی خانه‌های بهداشت و مطالعه DHS در سال ۱۳۷۹



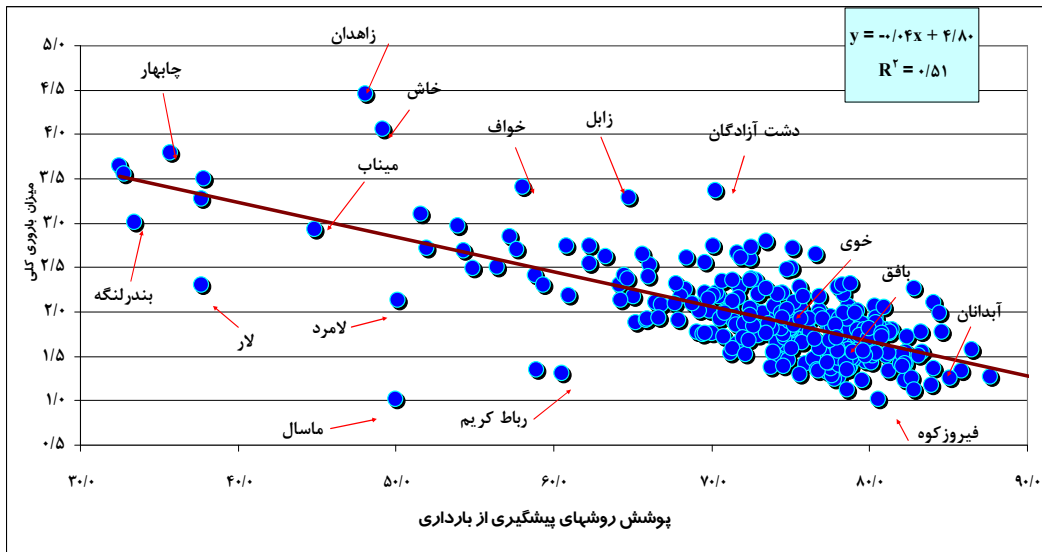
نمودار ۵-۶ ارتباط میزان باروری کلی با میانگین سن زنان و دختران همسر دار ۱۵ تا ۴۹ سال؛ برگرفته از اطلاعات سه ساله زیج حیاتی ۲۸۱ شهرستان کشور ۱۳۷۹-۱۳۸۱



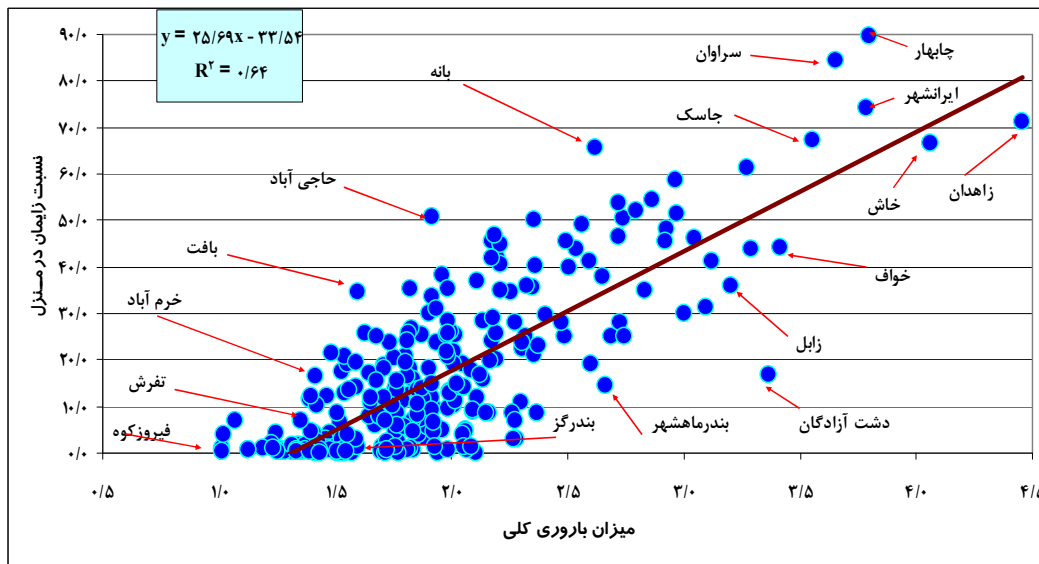
نمودار ۶-۶ ارتباط میزان باروری کلی با نسبت بیسوادی در مناطق روستایی ۲۸۱ شهرستان کشور در سالهای ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱- بر اساس اطلاعات ثبت شده در زیج خانهای بهداشت و مطالعه DHS در سال ۱۳۷۹



نمودار ۶-۷ ارتباط میزان باروری کلی با میزان پوشش روش‌های پیشگیری از بارداری معتبر و غیر معتبر در مناطق روستایی ۲۸۱ شهرستان کشور در سال‌های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱- بر اساس اطلاعات ثبت شده در زیج حیاتی خانه‌های بهداشت



نمودار ۶-۸ ارتباط نسبت زایمان در منزل با میزان باروری کلی در مناطق روستایی ۲۸۱ شهرستان کشور در سال‌های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱- بر اساس اطلاعات ثبت شده در زیج حیاتی خانه‌های بهداشت



۱-۶) عوامل مؤثر بر رفتار باروری و تأثیر رفتار باروری بر سایر مشخصات اجتماعی

نمودارهای ۱-۶ تا ۹-۶ نشان دهنده برخی از عوامل تأثیرگذار و تأثیرپذیر از رفتار باروری است.

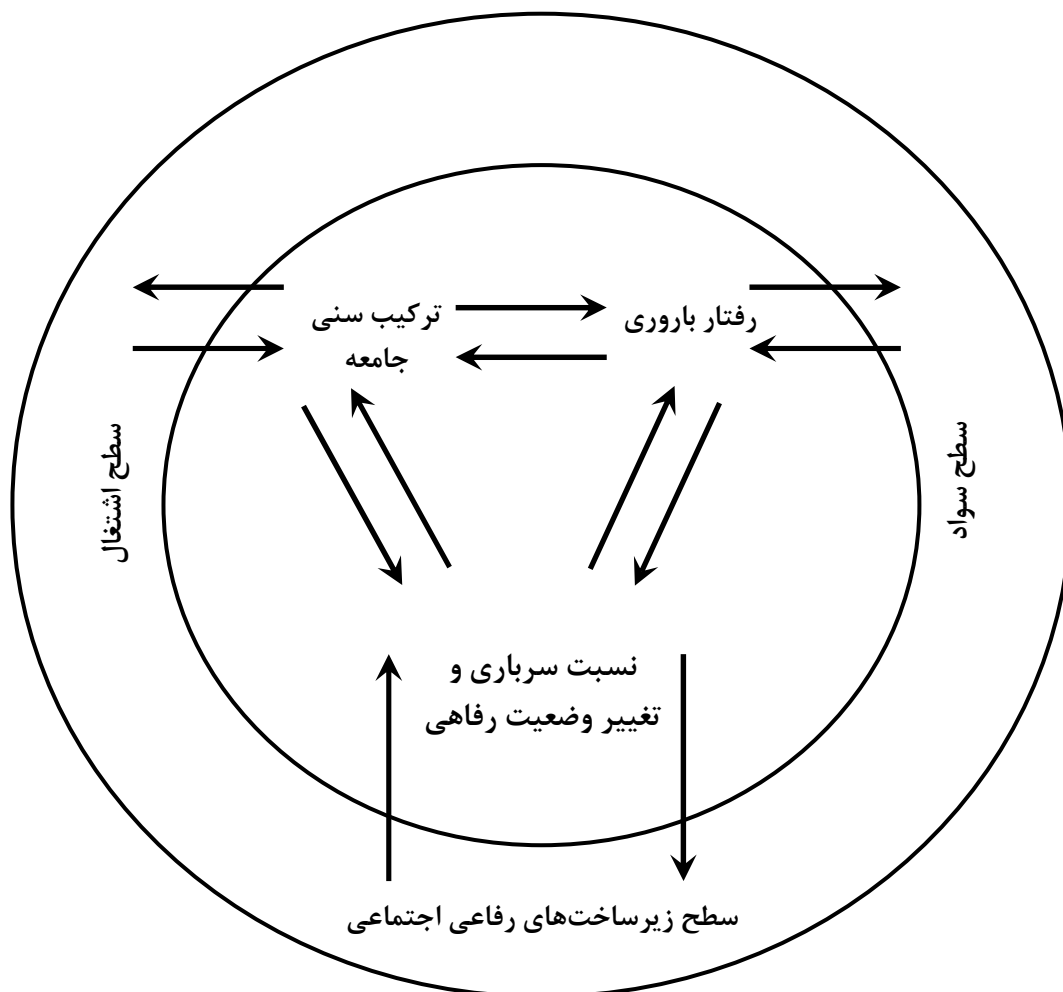
○ میزان مولید خام در (نمودارهای ۱-۶ و ۲-۶) بیش از آنکه از میانگین سن زنان ۱۰ تا ۴۹ ساله همسر دار تأثیر پذیرد از میانگین سن جامعه تأثیر می‌گیرد. در مناطق روستایی شهرستان‌های ایران میزان مولید با میانگین سن جامعه ارتباط دارد. میانگین سن جامعه پیروی از میزان مولید هم هست.

○ میزان باروری عمومی (نمودار ۳-۶ و ۴-۶) هر چه میانگین سن دختران و زنان جامعه پائین‌تر باشد باروری عمومی آن جامعه هم بالاتر است (یک تعامل دو طرفه) و در عین حال میزان باروری عمومی جامعه نیز بر ترکیب سنی جامعه تأثیرگذار است. با افزایش تراکم خانوار در واحد مسکونی (بر آیندی از محدودیت امکانات رفاهی و سختی زندگی) میزان باروری عمومی نیز افزایش می‌یابد، البته تأثیر باروری عمومی بر این شاخص منطقاً خیلی مستقیم و شفاف نمی‌تواند باشد.

○ میزان باروری کلی (نمودار ۵-۶ تا ۷-۶) میزان باروری کلی نیز با ترکیب سنی زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله همسر دار ارتباط دارد ولی ارتباط آن ضعیف‌تر از ارتباط باروری عمومی با ترکیب سنی زنان و دختر است، ولی در عین حال، میزان باروری کلی با نسبت بی‌سوادی در جامعه نیز ارتباط دارد. البته تأثیر باروری کلی بر شاخص نسبت بی‌سوادی منطقاً خیلی مستقیم و شفاف نمی‌تواند باشد. مسلماً هر چه پوشش تنظیم خانواده بیشتر باشد، باروری کلی پائین‌تری را نیز سبب می‌شود.

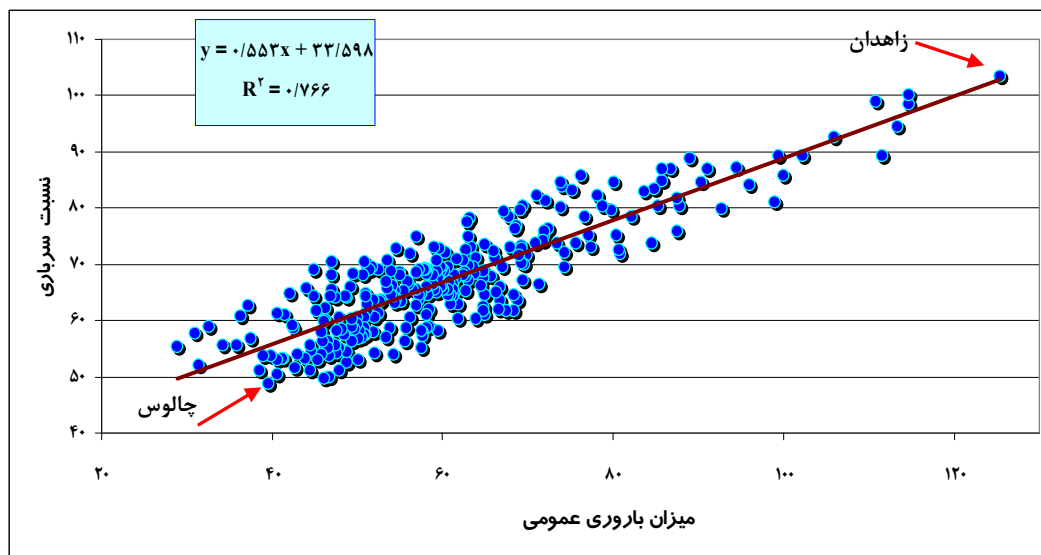
ارتباط شاخص‌های باروری با وضعیت اجتماعی (نمودار ۸-۶ و ۹-۶): هر چه میزان باروری افزایش یابد بر آیندی از شاخص فقر و نداری یعنی زایمان بکمک فرد دوره ندیده و زایمان در منزل افزایش می‌یابد و مهم‌تر از همه اینکه ارتباط بین میزان‌های باروری با نسبت سرباری که در واقع نماینده ترکیب سنی خارج از دایره تولید و فعالیت‌های اقتصادی است کاملاً واضح و شفاف است.

پس دیده می‌شود که:

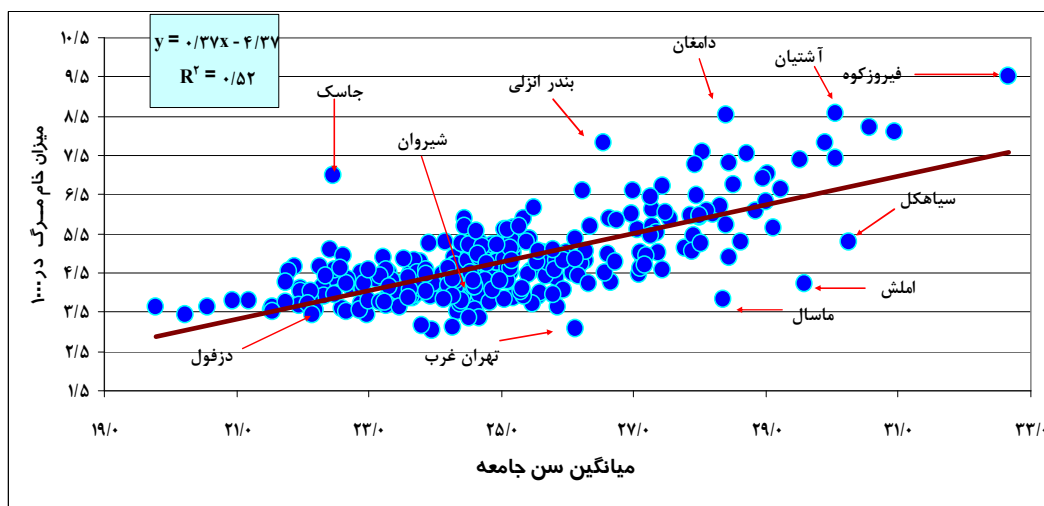


این چرخه‌ای است مشخص، با آن باید به عنوان یک پدیده چند بعدی بر خورد کرد، مداخله برای تغییر فقط یک بعد آن، احساس هدر دادن منابع و یأس از بیهوده بودن ارائه خدمات را پدید می‌آورد.

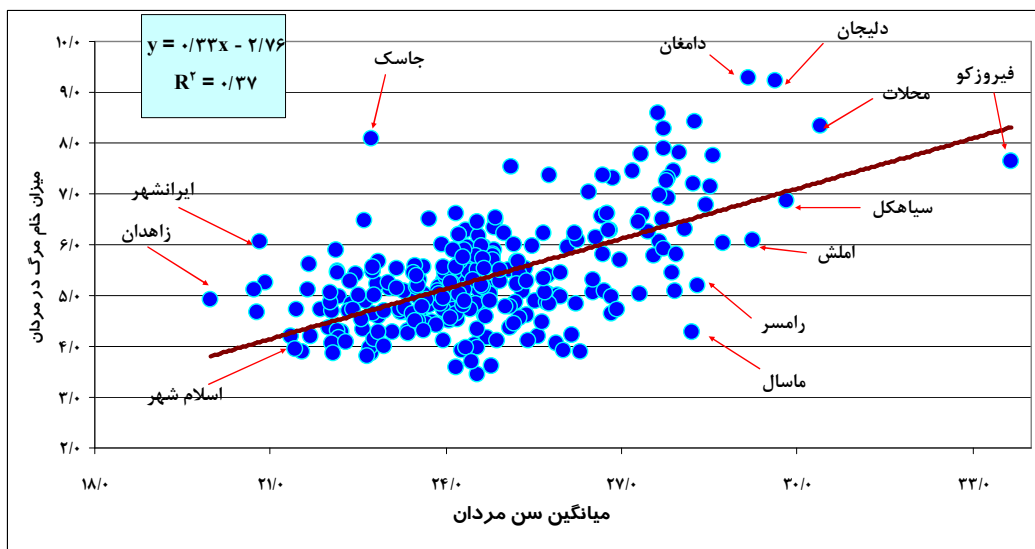
نمودار ۹-۶ ارتباط میزان باروری عمومی با نسبت سرباری در مناطق روستایی ۲۸۱ شهرستان کشور در سالهای ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱- بر اساس اطلاعات ثبت شده در زیج حیاتی خانه‌های بهداشت



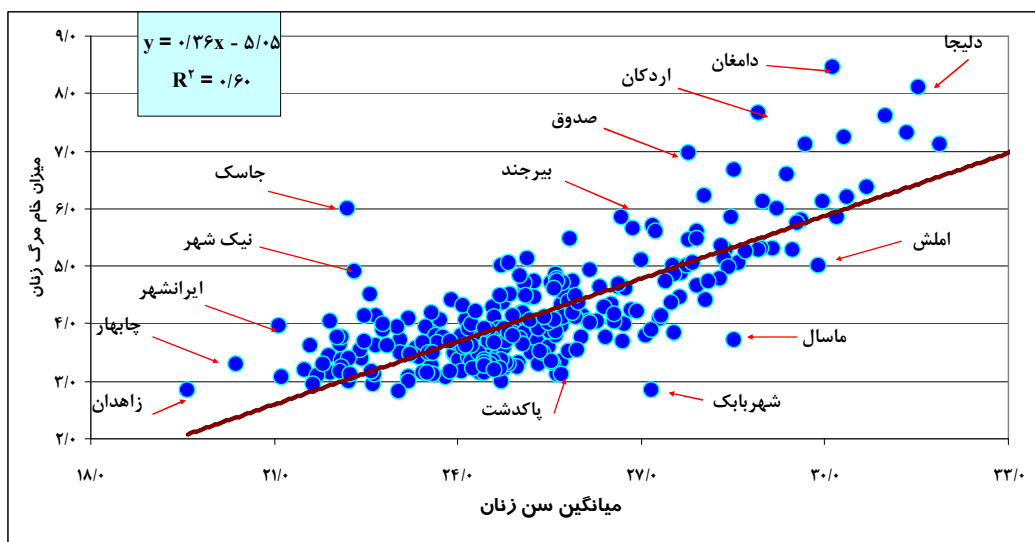
نمودار ۱۰-۶ ارتباط میانگین سن جامعه با میزان خام مرگ در هر دو جنس در مناطق روستایی ۲۸۱ شهرستان کشور، در سالهای ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱- بر اساس اطلاعات ثبت شده در زیج حیاتی خانه‌های بهداشت



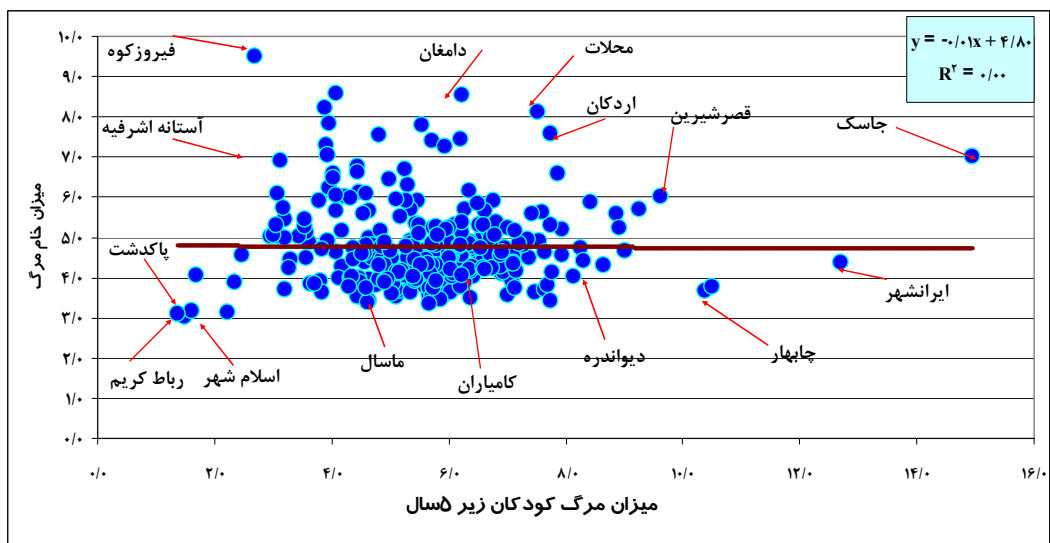
نمودار ۱۱-۶ ارتباط میانگین سن مردان با میزان مرگ اختصاصی در مردان در مناطق روستایی ۲۸۱ شهرستان کشور در سال‌های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱- بر اساس اطلاعات ثبت شده در زیج حیاتی خانه‌های بهداشت



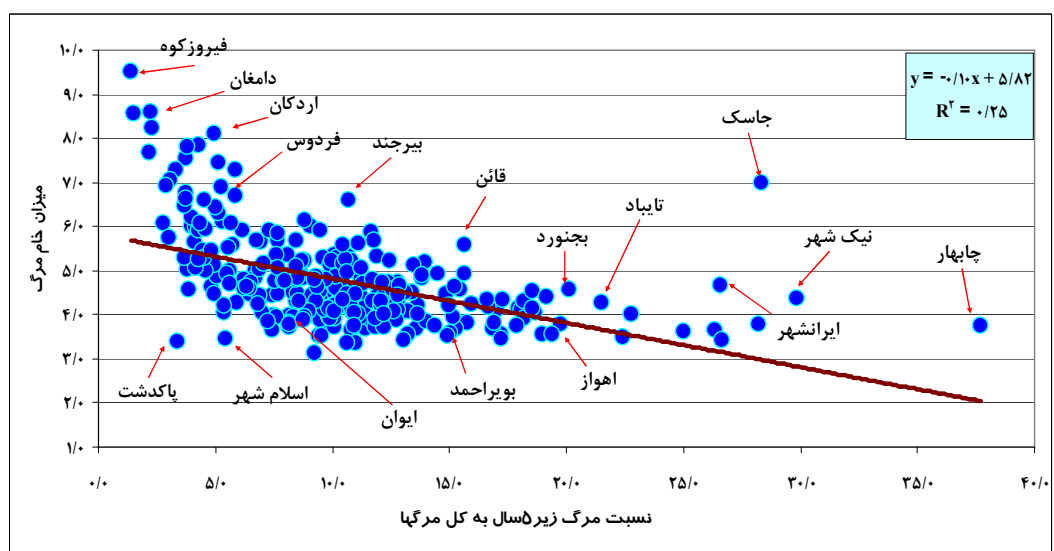
نمودار ۱۲-۶ ارتباط میانگین سن زنان با میزان مرگ اختصاصی در زنان در مناطق روستایی ۲۸۱ شهرستان کشور در سال‌های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱- بر اساس اطلاعات ثبت شده در زیج حیاتی خانه‌های بهداشت



نمودار ۱۳-۶ نبود یک ارتباط خطی بین میزان مرگ خام مرگ با میزان مرگ کودکان زیر ۵ سال در مناطق روستایی ۲۸۱ شهرستان کشور در سال‌های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱- بر اساس اطلاعات ثبت شده در زیج حیاتی خانه‌های بهداشت



نمودار ۱۴-۶ ارتباط بسیار ضعیف بین میزان مرگ خام مرگ با نسبت مرگ زیر ۵ سال به کل مرگ‌ها در مناطق روستایی ۲۸۱ شهرستان کشور در سال‌های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱- بر اساس اطلاعات ثبت شده در زیج حیاتی خانه‌های بهداشت



۲-۶) عوامل مؤثر بر مرگ و میر در جامعه

برای ورود به بحث عوامل تأثیرگذار بر روی سطوح مرگ و میر در جامعه، شاخص‌های مرگ به دو گروه تقسیم می‌شوند:

الف- میزان‌های خام مرگ و میر

ب- میزان‌های اختصاصی سنی مرگ

الف- عوامل مؤثر بر میزان خام مرگ: در (نمودار ۱۰-۶ تا ۱۵-۶) دیده می‌شود که میزان خام مرگ و میر از ترکیب سنی جامعه پیروی می‌کند. با افزایش میانگین سن جامعه، میزان خام مرگ نیز افزایش پیدا می‌کند. نمودار ۱۰-۶ نشان می‌دهد که میزان خام مرگ از میانگین سن (میانگین سن در هر دو جنس) پیروی می‌کند. این پیروی برای میزان خام مرگ از میانگین سن در مردان ضعیف‌تر از پیروی میزان خام مرگ از میانگین سن در زنان جامعه است. چرا که وقوع مرگ مردان در جریان حوادث غیر عمدی و عمدی بسیار بیشتر از زنان است. معمولاً این نوع حوادث نیز در سنین نوجوانی، جوانی و میانسالی اتفاق می‌افتد. در نتیجه در مواردی مردان به پیری نرسیده فوت می‌کنند. در نتیجه توانایی رابطه‌ی مزبور کاهش می‌یابد (نمودار ۱۱-۶). در صورتی که در نمودار ۱۲-۶ دیده می‌شود که میزان خام مرگ در زنان با شدت بیشتری از میانگین سن زنان جامعه پیروی می‌کند، چرا که میزان بروز مرگ ناشی از حوادث غیر عمدی در جوانی و میانسالی در زنان خیلی کمتر از مردان است.

در نمودارها دیده می‌شود که فقط در شهرستان‌های محدود و مشخصی عوامل دیگری، جز ترکیب سنی جامعه بر میزان خام مرگ، مؤثر است. این شهرستان‌ها نیز عبارتند از شهرستان‌های جنوب شرقی کشور (تمامی شهرستان‌های سیستان و بلوچستان و شهرستان جاسک در هرمزگان)

نمودار ۱۳-۶ نشان می‌دهد که هیچ‌گونه ارتباط خطی بین میزان مرگ کودکان زیر پنج سال با میزان مرگ خام وجود ندارد و در نتیجه برآوردهایی که با استفاده از میزان مرگ کودکان، میزان‌های خام مرگ را به دست آورده، در شرایط کنونی کشور اعتبار ندارد. حتی این ارتباط با نسبتی از مرگ‌ها که مرگ کودکان زیر پنج سال آن را به خود اختصاص می‌دهد (نسبت درصد مرگ زیر پنج سال به کل مرگ‌ها) نیز در شرایط کنونی یک نسبت معکوس است.

ولی در این قضاوت همواره باید شهرستان‌های جنوب شرقی کشور را از این دایره خارج کرد.

در واقع حجم بالای مرگ‌های ۶۵ سال و بالاتر است که میزان خام مرگ را تعیین می‌کند و نه حجم ناچیز و کم‌رنگ مرگ کودکان زیر پنج سال (نمودار ۱۵-۶). البته کماکان باید تکلیف چند شهرستان جنوب شرقی کشور را جدا کرد. چرا که مشکلات اجتماعی و اقتصادی در این شهرها سبب افزایش مرگ کودکان شده، حجم بالای مرگ کودکان همراه با انواع جوانمرگی‌های دیگر، میزان خام مرگ را از پیروی صرف از ترکیب سنی، مستقل نموده است.

ب- میزان‌های مرگ اختصاصی سنی: در واقع با عبور از ساعت و روز اول زندگی، خطرناک‌ترین دقایق و

ساعات زندگی هر نفر خاتمه یافته، احتمال مرگ و میر کاهش یافته و به صفر نزدیک می‌شود و پس از یک زندگی «بالنسبه طولانی» بطور ناگهانی بر این احتمال افزوده می‌شود (نمودار ۱۱-۲). هر چه سطح توسعه اجتماعی، پاسخگویی نظام سلامت به نیازهای مرتبط و غیرمرتبط با سلامتی بالاتر، این زندگی، طولانی‌تر و توأم با سلامتی و کیفیت بیشتر می‌گردد.

در حقیقت بسیاری از میزان‌ها و نسبت‌های اختصاصی سنی مرگ به این منظور تعیین و به «رقابت بین‌المللی» گذاشته می‌شود که نقاط ضعف، فضاهای کور و خالی و اساساً سطح توسعه اجتماعی اقتصادی جامعه را؛ تعیین کنند.

به طور مثال:

○ هیچ زنی در شرایط علمی و فناوری کنونی نباید از عوارض بارداری و زایمان بمیرد. مگر اینکه نظام توسعه اجتماعی، ارائه خدمات بهداشتی درمانی و... جامعه مشکل داشته باشد و انقطاع‌هایی در آن وجود داشته باشد که « فاجعه مرگ یک مادر» را پدید آورد.

○ هیچ نوزادی پس از عبور از چنبره خطر ناک اولین تماس با فضای خارج و انطباق با محیط بیرونی، نباید بمیرد، هر چه از لحظات شکل‌گیری جنین در رحم مادر و خروج آن از رحم دورتر می‌شویم باید خطر سقط و مرگ کاسته و به صفر نزدیک شود و به طور ناگهانی در «سنین پایانی» عمر افزایش یابد. هر چه این احتمال مرگ برای:

○ کودکان زیر یکسال

○ کودکان زیر پنج سال

○ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه

○ کودکان ۵ تا ۱۵ ساله

○ افراد ۱۵ تا ۵۰ ساله

○ افراد ۵۰ ساله تا...

بزرگتر و از صفر دورتر شوند، نشان‌دهنده نقاط ضعف جدی در توسعه اجتماعی مورد ادعا است. در گروه‌های سنی مزبور در حال حاضر برای اکثریت «دردهای بی‌درمان» گذشته، بتدریج درمان‌های مناسب با استفاده از فناوری‌هایی که مبتنی بر سطح توسعه کنونی جامعه قابل دسترسی است، کشف شده و امکان اینکه در اختیار همگان قرار گیرد، می‌تواند فراهم شود.

مشکلات اصلی ممکن است، عبارت باشد از:

○ این دانش و فناوری در اختیار همگان از نظر اقتصادی، جغرافیایی و فرهنگی قرار نگرفته است. به عبارتی نابرابری و بی‌عدالتی در بهره‌مندی از خدمات بهداشتی وجود دارد.

○ دولت‌ها برای ورود این فناوری و ارائه آن در قالب‌های مناسب به همگان حاضر به پرداخت بهای مناسب نیستند.

○ غیر ایمن بودن محیط کار، محقر بودن فضای زندگی و نارسا بودن تغذیه به حدی است که در اغلب موارد فرصتی برای بهره‌مندی از «فناوری‌های ارائه شده در قالب‌های مناسب» باقی نمی‌ماند و وقتی امکان دسترسی به آنها به وجود می‌آید که کار از کار گذشته است.

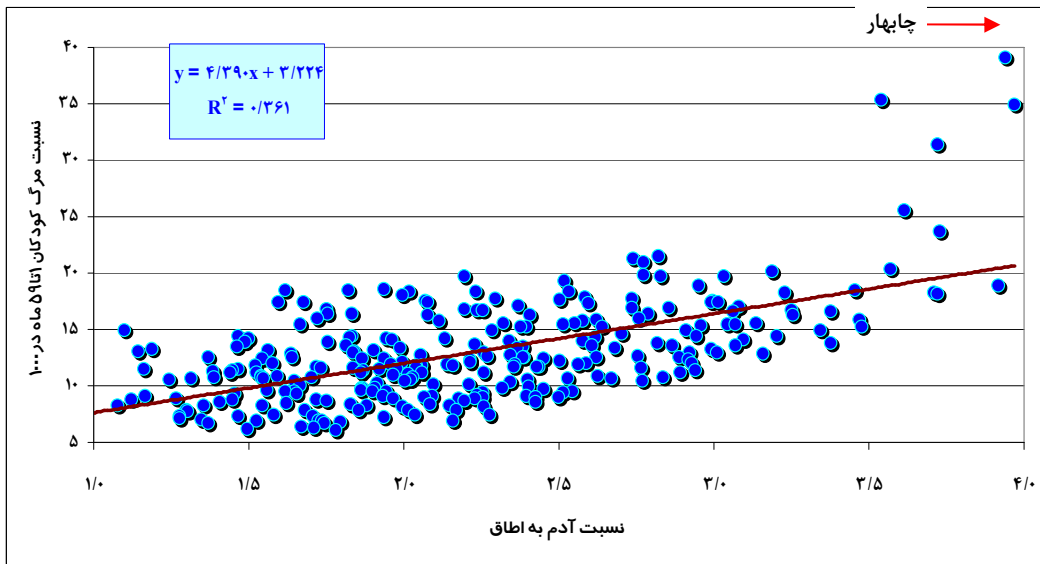
○ این فضای غیر ایمن برای بخشی از جامعه که محدودیت‌های دسترسی به «فناوری‌های ارائه شده در قالب‌های مناسب» را دارند، بیشتر است و عده‌ای که به آن بیشتر دسترسی دارند کمتر نیز در این فضای غیر ایمن قرار می‌گیرند.

○ و...

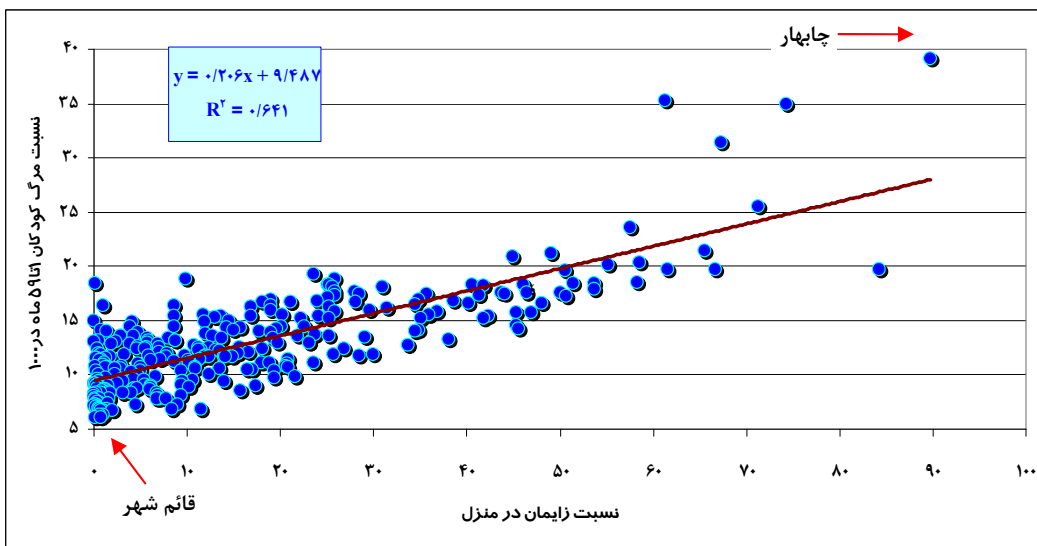
○ و...

○ و...

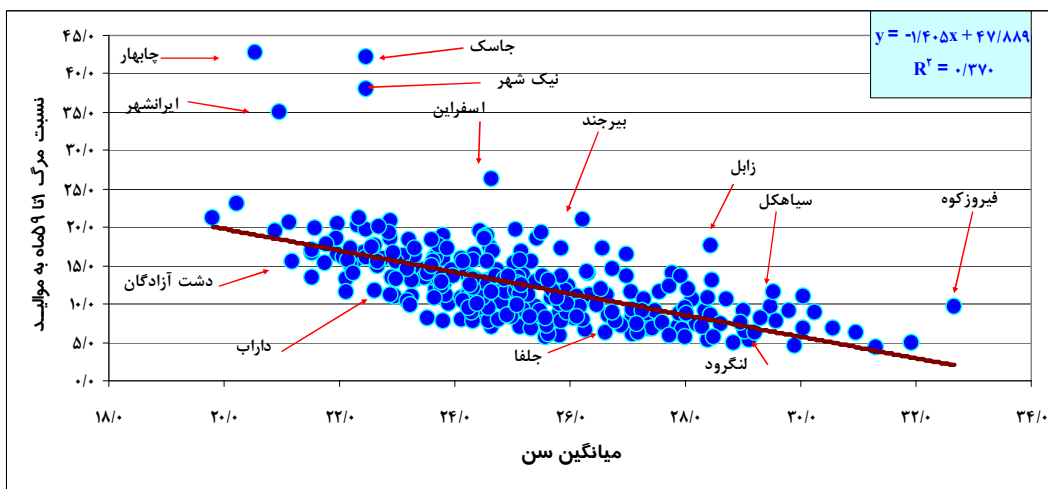
نمودار ۱۷-۶ ارتباط خطی نسبت مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه با متوسط تعداد آدم‌های که در یک اطاق زندگی می‌کنند در مناطق روستایی ۲۸۱ شهرستان کشور در سال‌های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱- بر اساس اطلاعات ثبت شده در زیج حیاتی خانه‌های بهداشت و مطالعه DHS



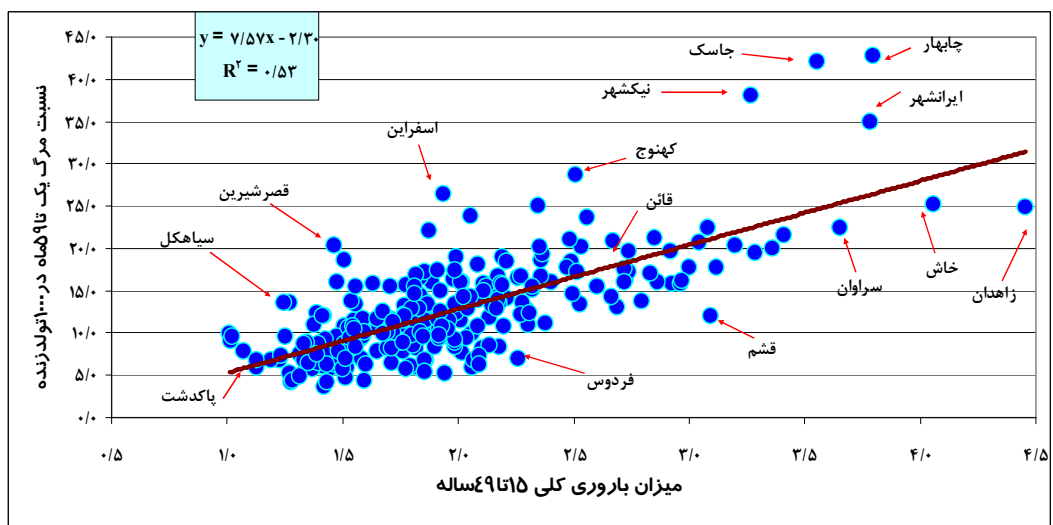
نمودار ۱۸-۶ ارتباط خطی نسبت مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه با نسبت زایمان در منزل در مناطق روستایی ۲۸۱ شهرستان کشور در سال‌های ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱- بر اساس اطلاعات ثبت شده در زیج حیاتی خانه‌های بهداشت



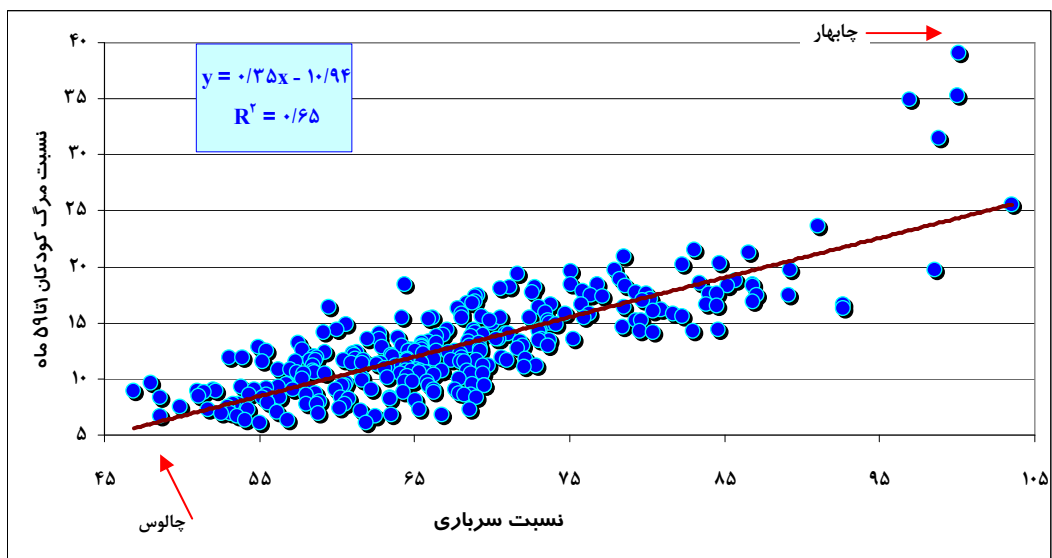
نمودار ۱۹-۶ ارتباط خطی نسبت مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه با میانگین سن جامعه در مناطق روستایی ۲۸۱ شهرستان کشور در سالهای ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱- بر اساس اطلاعات ثبت شده در زیج حیاتی خانه‌های بهداشت



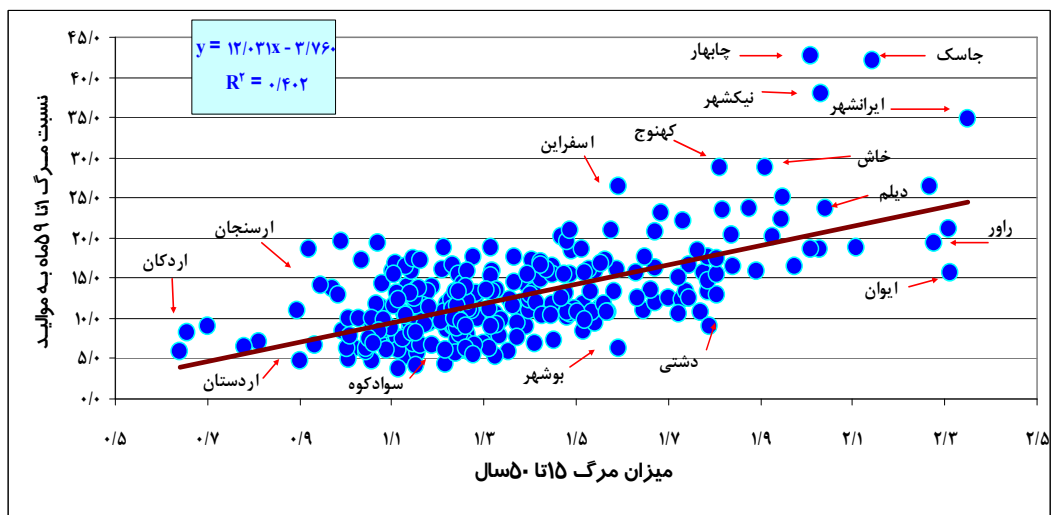
نمودار ۲۰-۶ ارتباط خطی نسبت مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه با میزان باروری کلی در مناطق روستایی ۲۸۱ شهرستان کشور در سالهای ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱- بر اساس اطلاعات ثبت شده در زیج حیاتی خانه‌های بهداشت



نمودار ۲۱-۶ ارتباط خطی نسبت مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه با نسبت سرباری در مناطق روستایی ۲۸۱ شهرستان کشور در سالهای ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱- بر اساس اطلاعات ثبت شده در زیج حیاتی خانه‌های بهداشت



نمودار ۲۲-۶ ارتباط خطی نسبت مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه با میزان مرگ ۱۵ تا ۵۰ سال در مناطق روستایی ۲۸۱ شهرستان کشور در سالهای ۱۳۷۹ و ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱- بر اساس اطلاعات ثبت شده در زیج حیاتی خانه‌های بهداشت



در واقع بسیاری از میزان‌های «سنی اختصاصی مرگ» بیان اعتراض آمیزی بر «سطح و توزیع توسعه و رفاه اجتماعی است»

شاخص «مرگ کودکان ۱ تا ۵۹»، همان طور که در بخش‌های قبلی دیده شد، بهتر از بقیه شاخص‌های مرگ از مشخصات اجتماعی و اقتصادی جامعه پیروی می‌کند، چرا که دقیقاً کودکانی در این شاخص قرار دارند که «نباید بمیرند مگر نظام توسعه اجتماعی نقصان داشته باشد»

همان گونه که در نمودارهای ۱۶-۶ تا ۲۲-۶ دیده می‌شود.

این نسبت از نسبت بی‌سوادی در جامعه روستایی کشور ما پیروی می‌کند ($r=0.66$) با افزایش نسبت بی‌سوادی این نسبت هم افزایش می‌یابد، گرچه مجموعه عوامل دیگری نیز در افزایش آن دخالت دارد.

○ گرچه خانه‌های روستایی به علت فراوانی و ارزانی زمین اغلب می‌تواند بزرگ باشد، ولی به طور عمده بیش از یک یا دو اتاق مورد استفاده خانوار قرار نمی‌گیرد. (حفظ گرما یا سرما، مفروش کردن و... بیش از یکی دو اتاق در توان خانواده نیست). با در نظر گرفتن همه این محدودیت‌ها باز هم ارتباط بالنسبه قدرتمندی بین نسبت مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه با تراکم خانوار در محدوده محل سکونت آنها وجود دارد ($r=0.61$)

○ نسبت زایمان در منزل که تقریباً برابر است با نسبت زایمان به کمک افراد دوره ندیده می‌تواند مبین دو یا سه مورد زیر باشد:

◀ خانوار دسترسی اقتصادی برای انجام زایمان در محل ارائه خدمات زایمان (زایشگاه، بیمارستان، مطب ماماها و...) را ندارد.

◀ خانوار دسترسی جغرافیایی برای انجام زایمان در محل ارائه خدمات زایمان را ندارد. در آن چنان مناطق دور و محرومی زندگی می‌کنند که رساندن زائو به محلی که خدمات زایمانی «پاکیزه و سالم» را ارائه می‌کنند، خود مشکلی بزرگتر از زایمان مادر خانوار است.

◀ خانواده دسترسی فرهنگی برای انجام زایمان در محل ارائه خدمات زایمان را ندارد، یعنی اینکه به دلیل محدودیت‌های توسعه اجتماعی، خانواده ترجیح می‌دهد، امر زایمان با همان آئین و سنن گذشته «در کنجی از خانه» صورت گیرد یا نظام ارائه خدمات بقدری در پاسخگویی به «نیازهای مرتبط با سلامتی» محدودیت داشته که خانواده حاضر به پذیرش آن خدمت با ارزش نیست.

◀ همه اینها مبین عدم رفاه و توسعه اجتماعی است و بخوبی دیده می‌شود که نسبت مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه از این توسعه نیافتگی ($r=0.81$) پیروی می‌کند.

◀ پائین بودن میانگین سن جامعه (همان گونه که قبلاً توضیح داده شد) نه شاخصی است با پیش آگهی خوب و نه شاخصی است که از یک روند باروری متناسب حکایت داشته باشد. باروری بالا، مرگ‌های زود هنگام در سنین میانه عمر و... این میانگین را در پائین‌ترین حدود ممکن قرار می‌دهد. مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماه از این ویژگی ($r=0.61$) نیز پیروی می‌کند.

○ باروری کلی بالا در زنان، نیز همچون میانگین سن جامعه شاخص خوبی از توسعه اجتماعی نیست، بالا بودن آن بیانگر توسعه پائین اجتماعی است. مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ($r=0.73$) از این ویژگی نیز پیروی می‌کند.

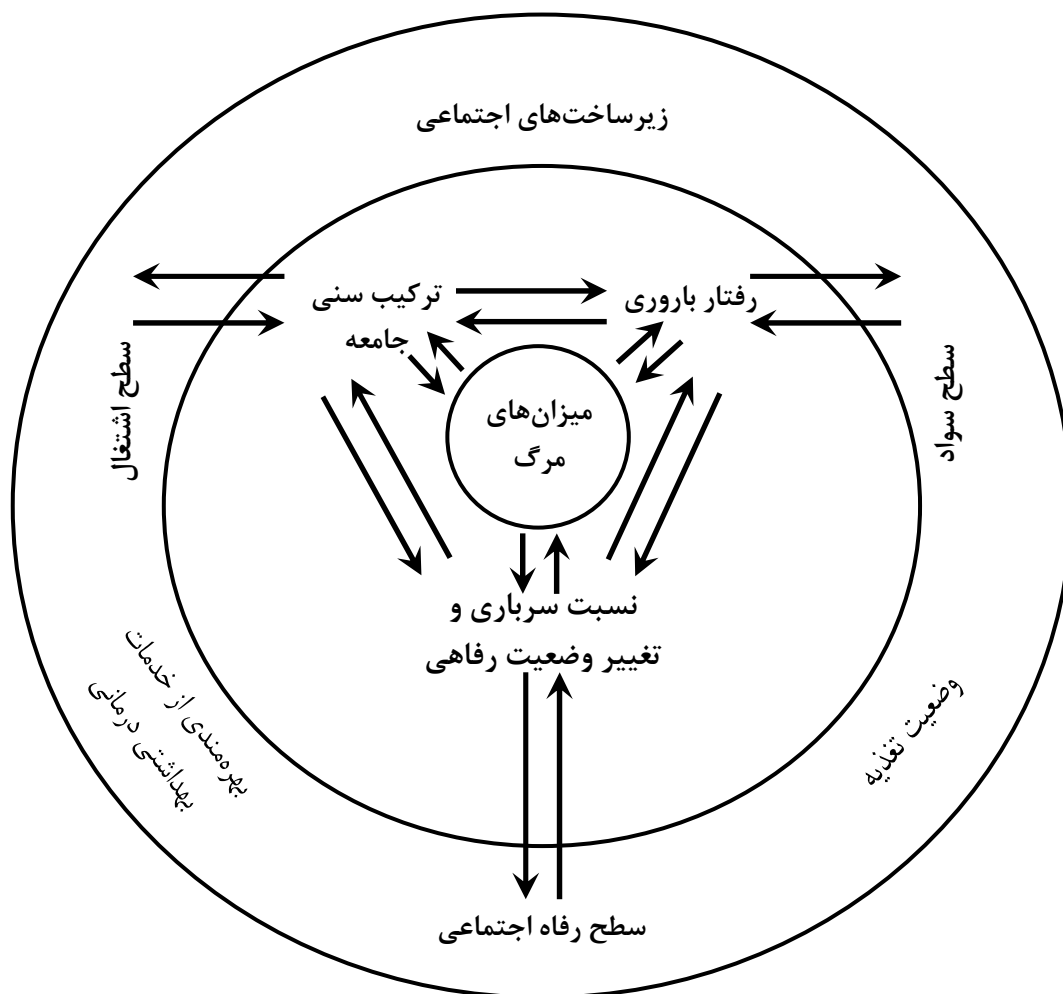
○ رفتار باروری بالا و پائین بودن میانگین سن جامعه هر دو به این منجر می‌شود که دست‌های تولیدکننده هیچ تناسبی با دهان‌ها که غذا می‌خواهند، نداشته باشند. نسبت سرباری یکی از مهم‌ترین شاخص‌های مبین توسعه اجتماعی است. مرگ کودکان ۱ تا ۵۹ ماهه در مناطق روستایی کشور ($r=0.81$) از این شاخص پیروی می‌کند

و نهایت اینکه بین این دو گروه مرگ که وقوع آن هیچ توجیه علمی و فناوری ندارد، یعنی مرگ‌ها گروه سنی ۱ ماهه تا ۵۰ ساله، ندارد ارتباط قوی ($r=0.63$) وجود دارد.

و باز هم اینکه توسعه نیافتگی خوشه زهر آگینی است که یک بخش از آن مرگ‌هایی است که نباید وقوع یابد، ولی به

فراوانی دیده می‌شود. بخش دیگری از این خوشه باروری بالا است. این باروری در حدی است که خانواده امکان مراقبت از مولید خود را ندارد. بخش دیگر این خوشه محدودیت توانمند جامعه در پاسخگویی به نیازهای اولیه اعضا آن است.

و نتیجه اینکه:



چرخه سلامتی و مرگ در ایران کنونی، تعاملی پیچیده و دوطرفه از عوامل مختلف اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، رفتار باروری، ترکیب سنی، نسبت سرباری و میزان‌های مرگ و میر است.

رویکرد جامع، و نه، اقدامات جداگانه و مستقل، مناسب‌ترین اهرم برای شکستن این چرخه، ارتقاء دادن سطح سلامتی، به جایگاه بالاتر و کاهش مرگ و میر است.