

وزارت آموزش و پرورش بسرعت اقدامات اساسی و بنیادی را برای بشمر رساندن مفاد در سطح مملکت آغاز کرد بطوریکه طی سالهای ۲۵۳۳ و اوائل سال ۲۵۳۴ کلیه مفاد فرمان بمرحله اجرا درآمد . باتوجه به اجرای فرمان مورخ اول اسفندماه ۲۵۳۲ شاهنشاه آریامهر در تاریخ شانزدهم آذرماه ۲۵۳۴ اصل پانزدهم انقلاب را که تحصیلات رایگان باشد اعلام فرمودند . بموجب این فرمان تحصیلات رایگان در سراسر کشور از سطح کودکستان تا پایان دوره های دبیرستانی و دانشگاهی بمرحله اجراء درآمد . با اعلام این فرمان در سال تحصیلی ۲۵۳۴-۲۵۳۵ ، ۸۸۸۵۴ نفر کودکان کودکستان تعداد ۴۱۱۹۱۵۷ نفر دانش آموز دوره ابتدائی و تعداد ۱۱۵۱۴۵۶ نفر دانش آموز دوره راهنمائی تحصیلی و دانش آموزان دوره تحصیلات متوسطه نظام جدید و نظام قدیم که از مرز ۶۹۱۷۳۸۴ نفر میگذرند و تعداد ۱۳۵۴ نفر از دانشجویان دختر و پسر سراسر کشور و همچنین تعداد ۳۸۰۰۰ نفر از دانشجویان خارج از کشور بشیروط سپردن تعهد خدمت پس از فراغت از تحصیل ، میتوانند از تحصیلات رایگان استفاده کنند .

از این پس نداشتن وسائل و امکانات مالی موجبی برای ترک تحصیل و ادامه دادن آن نخواهد بود و همه نوباوگان کشور میتوانند در زیر چتر فرمان تحصیلات رایگان تا عالیترین مراحل تحصیلی بدون هیچگونه مشکلی به پیش بروند .

### اصل شانزدهم

## حمایت از مادران باردار و کودکان شیرخوار

در تاریخ چهاردهم دیماه ۲۵۳۴ (۱۳۵۴) شاهنشاه آریامهر حمایت از مادران باردار و کودکان شیرخوار را بعنوان اصل

شانزدهم انقلاب شاه و ملت اعلام فرمودند . از آنجائی که مادران و کودکان اکثریت قابل توجهی از جمعیت کشور را تشکیل میدهند ، از آنجائی که گردش چرخ اقتصادی و اجتماعی هرملتی مستلزم برخورداری افراد آن ملت از سلامت جسمی و فکری است و برای اینکه کودکان امروز و جوانان فردا که سرمایه اصلی و ثروت اساسی کشور می باشند از سلامت کامل برخوردار باشند و بتوانند چرخ آینده این مملکت را با شایستگی بگردانند اصل حمایت از مادران باردار و کودکان شیرخوار تا دو سالگی بعنوان یکی از اصول انقلاب ایران مورد توجه قرار گرفت .

در سال ۲۵۲۲ (۱۳۵۲) فرمانی از طرف شاهنشاه آریامهر مبنی بر بهداشت و تأمین سلامت مردم بدین شرح شرفصدور یافته بود . « نظر به علاقه‌ای که به تندرستی کلیه افراد این مرز و بوم داریم و معتقدیم تأمین سلامت مردم کشور پایه و اساس همه برنامه‌های توسعه و پیشرفت بسوی تمدن بزرگ است و از طرفی پیشگیری از بیماریها را یکی از ارکان اساسی بهداشت و درمان میدانیم بموجب این فرمان مقرر میداریم .

۱- دولت در کوتاهترین زمان ممکن بوسیله وزارت بهداشت اقدامات لازم را برای بیماریابی ، جلوگیری از بیماریهای واگیر ، پیشگیری از بیماریهایی که بوسیله واکسیناسیون‌های مختلف امکان پذیر است ، بهبود محیط زیست و آموزش بهداشت بعموم مردم بعمل آورد بطوریکه موردی از بیماریهای قابل پیشگیری در هیچیک از نقاط کشور اعم از روستائی و شهری مشاهده نشود .

۲- برای هر یک از افراد کشور شناسنامه بهداشتی تهیه شود بنحوی که کلیه سوابق بهداشتی آنها ، بیماریها ، واکسیناسیونهای انجام شده و غیره در آن منعکس گردد .

بدیهی است تأمین بهداشت عمومی از وظایف دولت است و جز در مواردیکه همکاری و خودیاری مردم لازم است بصورت رایگان خواهد بود .

و از آن تاریخ وزارت بهداشتی نسبت به برنامه های بهداشتی مادر و کودک و گسترش آن در سطح کشور توجه مخصوصی مبذول داشت و برای آنکه پزشکان، سپاهیان خدمات اجتماعی زنان، ماماها و پرستاران با اصول بهداشتی مادر و کودک آشنائی کامل حاصل نمایند کلاسهای آموزشی نظری و عملی در مرکز سپاهیان خدمات اجتماعی زنان و بیمارستان فیروزگر تشکیل داد و در طی چند سال گذشته کسانی که دوره های آموزشی پزشکان و پرستاران را با موفقیت بانجام رسانیده بودند آنها نیز در مرکز استانها به تشکیل کلاسهای کوتاه مدت اقدام نموده و خودشان نیز در کلینیکهای بهداشتی مادر و کودک مشغول انجام وظیفه می باشند .

### پژوهشی در باروری و ولادت

عوامل بیولوژیک تأثیر مستقیم بر باروری دارند. علم وراثت و بهبود نسل آگاهیهائی در این زمینه بپایندگی و لی غیر از عوامل خصوصیات بدنی، عوامل نژادی، اجتماعی و اقتصادی نیز در میزان باروری و چگونگی آن مؤثر هستند ژوزه دو کاسترو Josué du Castro نویسنده کتاب معروف «ژئوپلتیک گرسنگی» علت باروری زیاد مردم کشورهای عقب مانده را فقر و گرسنگی و بخصوص کمی مصرف پروتئین حیوانی میدانند هنوز نمیتوان با قاطعیت در این باره اظهار نظر کرد ولی جای شگفتی است که اگر آمار مصرف پروتئین حیوانی و میزان موالید را در کشورهای گوناگون مقایسه کنیم حکایت از همین امر می کند .

میزان باروری در مناطق روستائی بمیزان قابل توجهی بیش از میزان باروری در شهرهاست . در باره اینکه چرا شهرنشینی موجب نقصان موالید میگردد تفسیرهای مختلفی انجام شده ولی همانطور که در نشریات سازمان ملل متحد راجع بجهت اقتصادی و اجتماعی تولید نسل نقل گردیده تمایل به محدودیت خانواده را نباید ناشی از علل واحدی مانند بالا رفتن سطح زندگی دانست نقصان موالید در جوامع شهری معلول يك رشته عواملی است که راه و رسم نوین زندگی و تمدن جدید را تشکیل میدهد بطور



رد	برد	جمع	گروه‌های سنی
<b>کل کشور</b>			
۱۵ ۷۲۶ ۰۰۰	۱۶ ۷۶۰ ۰۰۰	۲۲ ۴۸۶ ۰۰۰	جمع
۲ ۷۵۴ ۰۰۰	۲ ۸۸۴ ۰۰۰	۵ ۶۲۷ ۰۰۰	۲-۵ ساله
۲ ۴۲۲ ۰۰۰	۲ ۵۸۱ ۰۰۰	۵ ۰۰۴ ۰۰۰	۶-۹ ساله
۲ ۱۵۹ ۰۰۰	۲ ۲۴۶ ۰۰۰	۴ ۴۰۵ ۰۰۰	۱۰-۱۲ ساله
۱ ۶۶۸ ۰۰۰	۱ ۷۲۲ ۰۰۰	۳ ۳۹۱ ۰۰۰	۱۵-۱۹ ساله
۱ ۲۲۲ ۰۰۰	۱ ۲۲۵ ۰۰۰	۲ ۴۴۷ ۰۰۰	۲۰-۲۴ ساله
۱ ۰۷۰ ۰۰۰	۱ ۱۵۶ ۰۰۰	۲ ۲۲۴ ۰۰۰	۲۵-۲۹ ساله
۸۸۱ ۰۰۰	۹۵۵ ۰۰۰	۱ ۸۳۶ ۰۰۰	۳۰-۳۲ ساله
۷۷۱ ۰۰۰	۸۴۱ ۰۰۰	۱ ۵۱۲ ۰۰۰	۳۵-۳۹ ساله
۶۶۱ ۰۰۰	۷۰۴ ۰۰۰	۱ ۳۶۵ ۰۰۰	۴۰-۴۲ ساله
۵۶۶ ۰۰۰	۵۸۷ ۰۰۰	۱ ۱۵۳ ۰۰۰	۴۵-۴۹ ساله
۴۲۱ ۰۰۰	۴۴۹ ۰۰۰	۹۱۹ ۰۰۰	۵۰-۵۲ ساله
۳۳۰ ۰۰۰	۳۵۲ ۰۰۰	۶۸۲ ۰۰۰	۵۵-۵۹ ساله
۲۶۸ ۰۰۰	۲۸۵ ۰۰۰	۵۵۲ ۰۰۰	۶۰-۶۳ ساله
۲۲۲ ۰۰۰	۲۰۲ ۰۰۰	۴۲۵ ۰۰۰	۶۵ ساله و بالاتر
<b>نقاط شهری</b>			
۶ ۷۰۵ ۰۰۰	۷ ۳۰۹ ۰۰۰	۱۲ ۰۱۲ ۰۰۰	جمع
۹۶۱ ۰۰۰	۱ ۰۹۳ ۰۰۰	۲ ۰۵۲ ۰۰۰	۲-۵ ساله
۱ ۰۷۵ ۰۰۰	۱ ۱۲۱ ۰۰۰	۲ ۱۹۶ ۰۰۰	۶-۹ ساله
۹۷۴ ۰۰۰	۹۶۰ ۰۰۰	۱ ۹۷۰ ۰۰۰	۱۰-۱۲ ساله
۷۰۲ ۰۰۰	۷۳۹ ۰۰۰	۱ ۴۲۱ ۰۰۰	۱۵-۱۹ ساله
۴۲۸ ۰۰۰	۵۱۲ ۰۰۰	۹۸۱ ۰۰۰	۲۰-۲۴ ساله
۴۲۷ ۰۰۰	۴۴۹ ۰۰۰	۹۱۲ ۰۰۰	۲۵-۲۹ ساله
۲۲۵ ۰۰۰	۲۶۲ ۰۰۰	۴۷۷ ۰۰۰	۳۰-۳۲ ساله
۳۹۱ ۰۰۰	۴۱۵ ۰۰۰	۸۰۶ ۰۰۰	۳۵-۳۹ ساله
۳۴۲ ۰۰۰	۳۳۷ ۰۰۰	۷۵۱ ۰۰۰	۴۰-۴۲ ساله
۲۵۷ ۰۰۰	۲۶۱ ۰۰۰	۵۱۸ ۰۰۰	۴۵-۴۹ ساله
۲۱۰ ۰۰۰	۲۱۸ ۰۰۰	۴۲۸ ۰۰۰	۵۰-۵۲ ساله
۱۴۳ ۰۰۰	۱۶۹ ۰۰۰	۳۱۲ ۰۰۰	۵۵-۵۹ ساله
۱۱۷ ۰۰۰	۱۲۶ ۰۰۰	۲۴۲ ۰۰۰	۶۰-۶۳ ساله
۲۳۱ ۰۰۰	۲۶۲ ۰۰۰	۴۹۲ ۰۰۰	۶۵ ساله و بالاتر
<b>نقاط روستایی</b>			
۹ ۰۳۱ ۰۰۰	۹ ۴۵۱ ۰۰۰	۱۸ ۴۷۴ ۰۰۰	جمع
۱ ۷۹۲ ۰۰۰	۱ ۷۹۰ ۰۰۰	۳ ۵۷۵ ۰۰۰	۲-۵ ساله
۱ ۳۲۸ ۰۰۰	۱ ۴۶۰ ۰۰۰	۲ ۸۰۸ ۰۰۰	۶-۹ ساله
۱ ۱۲۵ ۰۰۰	۱ ۳۵۰ ۰۰۰	۲ ۴۷۵ ۰۰۰	۱۰-۱۲ ساله
۹۶۶ ۰۰۰	۱ ۰۵۲ ۰۰۰	۲ ۰۱۰ ۰۰۰	۱۵-۱۹ ساله
۸۴۲ ۰۰۰	۸۱۲ ۰۰۰	۱ ۷۵۸ ۰۰۰	۲۰-۲۴ ساله
۶۴۲ ۰۰۰	۶۷۰ ۰۰۰	۱ ۳۱۲ ۰۰۰	۲۵-۲۹ ساله
۴۶۶ ۰۰۰	۴۹۲ ۰۰۰	۹۵۹ ۰۰۰	۳۰-۳۲ ساله
۳۸۰ ۰۰۰	۳۰۶ ۰۰۰	۷۸۶ ۰۰۰	۳۵-۳۹ ساله
۳۳۷ ۰۰۰	۳۷۷ ۰۰۰	۶۱۴ ۰۰۰	۴۰-۴۲ ساله
۳۰۹ ۰۰۰	۳۲۵ ۰۰۰	۶۳۵ ۰۰۰	۴۵-۴۹ ساله
۲۳۱ ۰۰۰	۲۵۱ ۰۰۰	۴۹۲ ۰۰۰	۵۰-۵۲ ساله
۱۸۷ ۰۰۰	۱۸۲ ۰۰۰	۳۷۰ ۰۰۰	۵۵-۵۹ ساله
۱۵۱ ۰۰۰	۱۳۹ ۰۰۰	۲۱۰ ۰۰۰	۶۰-۶۳ ساله
۲۲۱ ۰۰۰	۲۲۰ ۰۰۰	۴۸۱ ۰۰۰	۶۵ ساله و بالاتر

تأسیس مرکز آمار ایران پیش بینی و گذشته نگری جمعیت شهری و روستایی ایران تا سال ۲۵۵۰ (۱۳۷۰)



سن	مرد	جمع	گروههای سنی
			<b>کل کشور</b>
۱۶-۱۶۸۰۰۰۰	۱۷۲۵۷۰۰۰	۳۳۴۷۵۰۰۰	جمع
۲۷۸۱۰۰۰۰	۲۹۰۸۰۰۰۰	۵۶۸۹۰۰۰۰	۴-۵ ساله
۲۷۵۸۰۰۰۰	۲۹۰۵۰۰۰۰	۵۰۷۲۰۰۰۰	۶-۸ ساله
۲۱۸۲۰۰۰۰	۲۲۲۰۰۰۰۰	۴۴۰۲۰۰۰۰	۹-۱۰ ساله
۱۷۹۳۰۰۰۰	۱۸۹۳۰۰۰۰	۳۶۸۶۰۰۰۰	۱۱-۱۵ ساله
۱۳۷۲۰۰۰۰	۱۴۸۵۰۰۰۰	۲۸۵۷۰۰۰۰	۱۶-۲۰ ساله
۱۱۱۹۰۰۰۰	۱۲۰۲۰۰۰۰	۲۳۲۰۰۰۰۰	۲۱-۲۵ ساله
۸۵۰۰۰۰۰	۹۸۱۰۰۰۰۰	۱۸۸۱۰۰۰۰۰	۲۶-۳۰ ساله
۷۷۶۰۰۰۰	۸۲۲۰۰۰۰۰	۱۶۰۲۰۰۰۰۰	۳۱-۳۵ ساله
۶۷۹۰۰۰۰۰	۷۲۲۰۰۰۰۰	۱۴۰۱۰۰۰۰۰	۳۶-۴۰ ساله
۵۸۳۰۰۰۰۰	۶۰۲۰۰۰۰۰	۱۱۸۲۰۰۰۰۰	۴۱-۴۵ ساله
۴۵۲۰۰۰۰۰	۴۸۲۰۰۰۰۰	۹۳۰۰۰۰۰۰	۴۶-۵۰ ساله
۳۳۹۰۰۰۰۰	۳۴۱۰۰۰۰۰	۷۰۰۰۰۰۰۰	۵۱-۵۵ ساله
۲۷۵۰۰۰۰۰	۲۹۲۰۰۰۰۰	۵۶۸۰۰۰۰۰	۵۶-۶۰ ساله
۲۸۵۰۰۰۰۰	۲۹۸۰۰۰۰۰	۵۸۳۰۰۰۰۰	۶۱-۶۵ ساله
			<b>نقاط شهری</b>
۷۰۶۹۰۰۰۰	۷۶۱۸۰۰۰۰	۱۲۶۸۷۰۰۰۰	جمع
۱۰۵۲۰۰۰۰۰	۱۱۱۹۰۰۰۰۰	۲۱۶۸۰۰۰۰۰	۴-۵ ساله
۱۰۱۷۷۰۰۰۰	۱۰۱۷۲۰۰۰۰۰	۲۰۳۴۹۰۰۰۰	۶-۸ ساله
۱۰۰۲۴۰۰۰۰	۱۰۰۵۶۰۰۰۰	۲۰۵۸۰۰۰۰۰	۹-۱۰ ساله
۷۲۹۰۰۰۰۰	۷۸۱۰۰۰۰۰۰	۱۵۲۷۰۰۰۰۰	۱۱-۱۵ ساله
۴۸۲۰۰۰۰۰	۵۲۹۰۰۰۰۰۰	۱۰۰۲۲۰۰۰۰۰	۱۶-۲۰ ساله
۳۲۴۰۰۰۰۰	۳۵۵۰۰۰۰۰۰	۶۵۱۰۰۰۰۰۰	۲۱-۲۵ ساله
۲۲۱۰۰۰۰۰	۲۸۰۰۰۰۰۰۰	۵۹۱۰۰۰۰۰۰	۲۶-۳۰ ساله
۱۵۷۰۰۰۰۰	۲۲۹۰۰۰۰۰۰	۸۲۶۰۰۰۰۰۰	۳۱-۳۵ ساله
۱۳۲۰۰۰۰۰	۱۳۲۰۰۰۰۰۰	۷۸۱۰۰۰۰۰۰	۳۶-۴۰ ساله
۱۲۵۰۰۰۰۰	۱۲۹۰۰۰۰۰۰	۵۲۲۰۰۰۰۰۰	۴۱-۴۵ ساله
۱۱۹۰۰۰۰۰	۱۲۲۰۰۰۰۰۰	۴۲۹۰۰۰۰۰۰	۴۶-۵۰ ساله
۱۱۲۰۰۰۰۰	۱۱۹۰۰۰۰۰۰	۳۳۵۰۰۰۰۰۰	۵۱-۵۵ ساله
۱۱۲۰۰۰۰۰	۱۱۵۲۰۰۰۰۰	۲۲۷۰۰۰۰۰۰	۵۶-۶۰ ساله
۱۲۲۰۰۰۰۰	۱۲۱۰۰۰۰۰۰	۵۱۲۰۰۰۰۰۰	۶۱-۶۵ ساله
			<b>نقاط روستایی</b>
۲۰۹۹۰۰۰۰	۲۰۵۸۹۰۰۰۰	۴۱۶۸۸۰۰۰۰	جمع
۱۷۲۹۰۰۰۰۰	۱۷۲۹۰۰۰۰۰	۳۵۲۱۰۰۰۰۰	۴-۵ ساله
۱۴۲۲۰۰۰۰۰	۱۴۲۲۰۰۰۰۰	۲۷۷۲۰۰۰۰۰	۶-۸ ساله
۱۱۵۲۰۰۰۰۰	۱۱۸۲۰۰۰۰۰	۲۳۳۸۰۰۰۰۰	۹-۱۰ ساله
۱۰۱۲۰۰۰۰۰	۱۰۱۲۰۰۰۰۰	۲۱۲۸۰۰۰۰۰	۱۱-۱۵ ساله
۸۸۰۰۰۰۰۰	۹۵۱۰۰۰۰۰	۱۸۳۱۰۰۰۰۰	۱۶-۲۰ ساله
۸۷۹۰۰۰۰۰	۹۲۹۰۰۰۰۰	۱۷۴۹۰۰۰۰۰	۲۱-۲۵ ساله
۷۲۲۰۰۰۰۰	۷۵۱۰۰۰۰۰	۱۴۷۵۰۰۰۰۰	۲۶-۳۰ ساله
۴۶۹۰۰۰۰۰	۴۸۷۰۰۰۰۰	۹۵۶۰۰۰۰۰	۳۱-۳۵ ساله
۳۳۶۰۰۰۰۰	۳۷۷۰۰۰۰۰	۷۱۳۰۰۰۰۰	۳۶-۴۰ ساله
۳۱۷۰۰۰۰۰	۳۲۲۰۰۰۰۰	۶۳۹۰۰۰۰۰	۴۱-۴۵ ساله
۲۳۸۰۰۰۰۰	۲۴۸۰۰۰۰۰	۴۸۶۰۰۰۰۰	۴۶-۵۰ ساله
۱۹۰۰۰۰۰۰	۱۷۵۰۰۰۰۰	۳۶۵۰۰۰۰۰	۵۱-۵۵ ساله
۱۵۲۰۰۰۰۰	۱۲۹۰۰۰۰۰	۲۹۲۰۰۰۰۰	۵۶-۶۰ ساله
۲۲۱۰۰۰۰۰	۲۲۸۰۰۰۰۰	۴۴۹۰۰۰۰۰	۶۱-۶۵ ساله

ساخته مرکز آمار ایران بهسبب و گذشته تکراری جمعیت شهری و روستایی ایران تا سال ۱۳۵۰ (۱۳۷۰) برص دوم



جناب امیر عباس شیخ و نخبه زریه در پیش حرب سرستائیزت ایران

نظر بر اینکه سرستائیزت کوشش بیوفت بر سر ایامی که سرستائیزت سماعی و آهنگاری کوشه در روز و در آن تمدن بزرگ آیین سلامت زمان در آن کوشه  
از لحاظ اوله تاسیس و مسالگی که در کمال اخراج ایامی که سرستائیزت ایران است از اجمیت و ولایت خاصی بر سر و دار است و از وظایف و فریضه ای که سرستائیزت  
دینی جامع و بر خانوادگی ایرانی است و بر سر ایامی که سرستائیزت ایران است که در دست از طریق حرب سرستائیزت ایران - انجمنی خانه در کوشه و مسال ایام  
جمعی و سرمدی عالی که سرستائیزت ایران است و بر سر ایامی که سرستائیزت ایران است که در دست از طریق حرب سرستائیزت ایران - انجمنی خانه در کوشه و مسال ایام  
به مدت و تعدد که در کوشه و مسال ایامی که سرستائیزت ایران است که در دست از طریق حرب سرستائیزت ایران - انجمنی خانه در کوشه و مسال ایام

پس از این عدالت که در خانوادگی ایرانی است و بر سر ایامی که سرستائیزت ایران است که در دست از طریق حرب سرستائیزت ایران - انجمنی خانه در کوشه و مسال ایام  
سین و دو مسالگی و همچنین در آن زمان در دست از طریق حرب سرستائیزت ایران است که در دست از طریق حرب سرستائیزت ایران - انجمنی خانه در کوشه و مسال ایام  
کنند این سرستائیزت را بعهده بگیرد .

نظر بر آنست که برای آیین این منظور قابل استیم اصل حمایت و دست از دادن در آن کوشه و مسال ایامی که سرستائیزت ایران است که در دست از طریق حرب سرستائیزت ایران - انجمنی خانه در کوشه و مسال ایام  
در مورد خانوادگی ایرانی که سرستائیزت ایران است که در دست از طریق حرب سرستائیزت ایران - انجمنی خانه در کوشه و مسال ایام  
نیز در دین فلسفه آن است و ام نماید .  
کاخ نیاوران - تاریخ چهارم دیماه یک هزار و سیصد و پنجاه و چهار شمسی



خلاصه می‌توان گفت کنترل و تحت نظم درآوردن تولید نسل و تشکیل خانواده ناشی از اوضاع اقتصادی و استدلال عقلانی است که عناصر ضروری آن رهایی از قیود، سنت‌های قدیمی، تمایل به تجزیه و تحلیل عواقب امر و احساس مسئولیت فردی و اجتماعی است بنابراین ازدیاد تولید نسل و افزایش سریع جمعیت روستائی که اکثر مردم کشورهای جهان به‌کشت و زرع اشتغال دارند معلول عوامل مختلف از قبیل پیروی از عادات و سنن قدیمی، تسلط فامیل، اولویت اولاد ذکور، جهل و بیسوادی، فقر و عدم تحرك اقتصادی و اجتماعی افراد است. جدول‌های شماره ۱۲ و ۱۳ برآورد جمعیت را در طی دو سال نشان میدهد.

از طرف دیگر بررسیهای مختلف نشان میدهد که بین سطح فرهنگ و درآمد ملی کشورهای جهان و میزان باروری جمعیت آنها همبستگی معکوس وجود دارد. بررسیهای آماری درباره درآمد سرانه ۵۳ کشور که ۸۵ درصد جمعیت جهان را تشکیل میدهند این موضوع را بخوبی ثابت نموده است.

بعلت وجود این پدیده‌ها است که علم جمعیت شناسی مسأله باروری را از ولادت بطور مجزا مورد مطالعه قرار میدهد و از این طریق نه تنها اطلاعات بسیاری درباره چگونگی ولادت‌ها و مشخصات آنها بدست میآید بلکه درباره آینده جمعیت و میزان افزایش یا کاهش آن نیز می‌توان آگاهی‌هایی یافته و با محاسبات گوناگون میتوان میزان‌های دیگری نیز بدست آورد.

۱ - میزان ناخالص - عبارتست از تعداد دخترانی که يك نسل هزار نفری زن در دوره باروری خود بوجود خواهد آورد. این میزان از جمع کردن میزان‌های باروری در سنین مختلف و ضرب نتیجه آن در رابط میان متولدین زن به‌کل متولدین بدست میآید. اگر به جمع کردن میزان‌های باروری بدون در نظر گرفتن نسبت متولیدن دختر بکل اکتفا کنیم تعداد متوسط متولدین را برای هر زن بدست میآوریم بشرطی که در این فاصله مرگ و میر را از تعداد کل آنها کم نمائیم.



۲- میزان خالص- اگر میزان خالص مساوی واحد باشد ، جمعیت در حال تعادل خواهد بود و هرنسلی می تواند جانشین نسل سابق شود. برای بدست آوردن این میزان، میزان های باروری را به جمعیتی که دارای ترکیبی همانند جدول بقا است تطبیق داده می شود. معمولا میزان ولادت را بطریق زیر بدست می آورند .

$$\text{میزان ولادت} = 1000 \times \frac{\text{تعداد متولدین در سال}}{\text{کل جمعیت}}$$

ولی چون فقط زنها هستند که منشاء باروری می باشند لذا در میزان باروری عمومی تنها گروه زنها و آنهم زنهایی را که در سن باروری هستند در نظر می گیرند .

$$\text{میزان باروری عمومی} = 1000 \times \frac{\text{تعداد متولدین در سال}}{\text{زنهای ۱۵ تا ۴۹ ساله}}$$

چون قابلیت باروری میان ۱۵ سالگی و ۴۹ سالگی یکسان نیست بنابراین میزان باروری را برحسب گروه سنی مادر نیز محاسبه می کنند .

محاسبات درباره ولادت وضع خاصی دارد . آیا باید فقط نوزادان زنده ای را که متولد میشوند بحساب آورد یا نوزادان مرده و یا نوزادانی را که بلافاصله از میان میروند نیز وارد محاسبه کرد؟ در هر کشوری روشی خاص برای این محاسبات برگزیده اند ولادت را می توان از نظر موارد زیر مورد مطالعه قرار داد.

برحسب جنس- توزیع نوزادان برحسب جنس در همه کشورها ارقام عجیبی را نشان میدهد و معمولا در مقابل هر ۱۰۰ نوزاد دختر ۱۰۳ تا ۱۰۴ نوزاد پسر بدنیا می آید. تعداد پسرها در ولادت های دوقلو کمتر از دخترها است .

برحسب سن پدر و مادر - چنین مطالعه ای نیز جالب است و به تعیین بهترین سن ازدواج و خصوصاً باروری هر کشوری کمک می کند .

برحسب شهر و روستا- در همه کشورها میزان ولادت در روستاها بیش از شهرهاست همانطوریکه قبلا گفته شد دارای علل متعددی

از آن جمله . کار زنان در شهرها و آزادی اقتصادی زن ، وجود تفریحات و سرگرمیهای فکری و هنری در شهر، استفاده از وسایل جلوگیری از باروری، برنامه‌گذاری در امر خانواده، از میان رفتن خانواده پدر سالاری و حمایت او، ضعف آداب و سنن و مذهب و نظایر آن میباشد در حالی که در روستاها چون این عوامل وجود ندارند و از طرف دیگر آداب و سنن و مذهب و علل اقتصادی نیز اثرات خودشان را تحمیل می‌کنند لذا میزان ولادت بالاتر است .

تأثیر عوامل اقتصادی بر امر ولادت - از قدیم درباره تأثیر خاص عوامل اقتصادی بحثی وجود داشته است و هنوز هم به نتیجه قطعی نرسیده است . آیا میان قدرت تولید ازدهاها و تعداد بچه‌ها از یکسو و میزان ثروت خانواده‌ها از سوی دیگر رابطه‌ای وجود دارد؟ در این باره دو نظر اصلی وجود دارد.

۱- میزان ثروت و تغییرات آن میزان ولادت را تعیین می‌کند.  
 ۲- میزان ثروت بطور مستقیم در امر ولادت تأثیری ندارد ولی از راه تغییراتی که در وضع روحی پدید می‌آورد، در ولادت مؤثر می‌افتد. در نتیجه رابط و همبستگی میان ثروت و ولادت گسسته‌تر می‌شود و یک حالت روحی میان آنها واسطه قرار می‌گیرد .  
 با توجه بموارد ذکر شده مشاهده می‌شود که دانشمندان از راههای گوناگون در توجیه تأثیرات اقتصادی و یا بیولوژیکی در امر ولادت کوشش می‌کنند ولی آنچه مسلم است اینستکه امروزه دورانی فرارسیده که دیگر میان ترقی اقتصادی و افزایش متولدین همبستگی و رابطه‌ای وجود ندارد بلکه انسان بمرحله‌ای رسیده است که می‌تواند این دو پدیده را از یکدیگر جدا کند و از ترقی اقتصادی و بهتر شدن وضع معیشت برای بهتر زیستن خود و چند فرزند محدودی که دارد، استفاده کند.

### اقدامات انجام شده :

از سال ۲۵۳۲ (۱۳۵۲) فعالیتهای بهداشتی وسیعی بمنظور تأمین سلامت زنان باردار و کم کردن خطرات عمل زایمان و تولد

نوزاد سالم در سطح کشور انجام شده است. وزارت بهداشتی و پزشکی و همچنین بخشهای خصوصی، بیمارستانها، درمانگاهها و کلینیکهای بهداشتی برای این منظور تأسیس نموده اند که بهداشت زنان باردار را قبل از زایمان و نیز اقداماتی بمنظور جلوگیری از سقط جنین و مسمومیت های آبستنی و نظایر آن انجام میدهند. نظری به آمار و ارقام در سه سال اخیر نحوه کار این مؤسسات و توجه روزافزون را باین موضوع مهم بخوبی نشان میدهد.

در سال ۲۵۳۲ مراجعین به محلهای بهداشتی قبل از زایمان ۱۵۸/۰۳۶ نفر - مراجعین بعد از زایمان ۲۱/۵۵۴ نفر - اقدامات برای فعالیتهای بهداشتی کودکان و تعداد مراجعین ۳۲۹/۷۳۵ نفر - تعداد مادران شرکت کننده در کلاسهای بهداشتی ۱۶۴/۱۷۳ نفر - تعداد کلاسهای تشکیل شده برای ماماها بیسواد محلی و تعداد جلسات آن ۳۵۰ جلسه و تعداد ماماها شرکت کننده در کلاس ۲۰۸۲ نفر - مقدار شیر خشک توزیع شده برای کودکان ۵۵۸/۵۶۵ کیلوگرم بوده است. در سال ۲۵۳۳ مراجعین به محلهای بهداشتی قبل از زایمان ۱۹۹/۴۹۹ نفر - مراجعین بعد از زایمان ۲۸/۱۰۹ نفر - اقدامات برای فعالیت های بهداشتی کودکان و تعداد مراجعین ۵۴۵/۲۰۵ نفر - تعداد مادران شرکت کننده در کلاسهای بهداشتی ۱۹۱/۵۵۰ نفر - تعداد کلاسهای تشکیل شده برای ماماها بیسواد محلی و تعداد جلسات آن ۱۰۰۵ جلسه و تعداد ماما شرکت کننده در کلاس ۵۶۰۱ نفر - مقدار شیرخشک توزیع شده برای کودکان ۶۰۰/۹۴۴ کیلو گرم بوده است. در سال ۲۵۳۴ مراجعین به محلهای بهداشتی قبل از زایمان ۲۹۹/۶۳۴ نفر - مراجعین بعد از زایمان ۳۷/۲۷۵ نفر - اقدامات برای فعالیتهای بهداشتی کودکان و تعداد مراجعین ۹۲۷/۰۵۳ نفر - تعداد مادران شرکت کننده در کلاسهای بهداشتی ۳۵۵/۴۴۹ نفر - تعداد کلاسهای تشکیل شده برای ماماها بیسواد

سال	بیمارستان و مراکز آنها	در مانگا	پرستار	بزرگ	پرستار
۲۲۷۹	۹	۴۱	۱۲	۱۲	۴
۲۲۸۹	۵۲	۵۵۵	۵۵۵	۵۵۵	۱۶۰
۲۲۹۸	۶۷	۵۵۵	(۱) ۲۹۲	۲۹۲	۵۵۵
۲۲۹۹	۷۵	۴۲۷	۳۳۵	۳۳۵	۵۵۵
۲۵۰۰	۱۰۰	۶۸۱	۲۹۶	۲۹۶	(۲) ۱۰۲
۲۵۰۹	۲۲۲	۶۸۱	۵۵۵	۵۵۵	۵۵۵
۲۵۱۱	۳۰۴	۱۱۵۰	۳۰۲۶	۳۰۲۶	۲۸۰۰
۲۵۲۰	۳۲۸	۱۵۰۷	۳۲۷۰	۳۲۷۰	(۲) ۱۱۱۳
۲۵۲۲	۳۵۱	۱۵۵۸	۵۵۵	۵۵۵	۵۵۵
۲۵۲۳	۳۶۱	۲۶۰۲	۲۷۰۰	۲۷۰۰	(۲) ۱۷۹۷
۲۵۲۵	۵۵۵	۵۵۵	۵۰۲۴	۵۰۲۴	(۲) ۲۰۱۱
۲۵۲۶	۲۷۸	۵۵۵	۵۵۵	۵۵۵	(۲) ۱۷۵
۲۵۲۷	۵۵۵	۵۵۵	۶۶۹۴	۶۶۹۴	۱۰۱۶
۲۵۲۸	۲۸۰	۲۲۰۷	۸۳۸۲	۸۳۸۲	۱۸۸۳
۲۵۲۹	۲۹۹	۲۳۳۱	۸۲۰۰	۸۲۰۰	۳۳۳۱
۲۵۳۰	۵۶۵	۲۵۰۱	۹۵۸۸	۹۵۸۸	۳۶۹۱
۲۵۳۱	۵۱۹	۲۵۸۰	۱۰۲۰۱	۱۰۲۰۱	۲۸۱۸
۲۵۳۲	۵۳۵	۲۶۲۰	۱۱۰۵۲	۱۱۰۵۲	۴۰۹۷
۲۵۳۳	۵۳۹	۲۷۵۰	۱۱۷۶۰	۱۱۷۶۰	۴۲۲۷

(۱) - ۲۹۲ نفر پرستار مزبور با دیپلم بوده و ۵۲۰ نفر پرستار مجاز نیز در این سال وجود داشته است.

(۲) - شامل پرستار و ماما.

مجلس وزارت بهداشتی - آمارگیری سال ۱۳۹۸ (۱۳۱۸) بانک ملی ایران - سالنامه آماری کشور سالهای ۲۵۳۲-۲۵۳۳-۲۵۳۴-۱۳۴۲-۱۳۴۳-۱۳۴۴.

کارکنان مؤسسات بهداشتی در سالهای مختلف

سال	پرستار	دندانپزشک	داروساز	ماما	پرستار	بیمار و ماما
۲۲۷۹	۱۲	۵۵۵	۵۵۵	۷	۲	۵۵۵
۲۲۸۹	۵۲	۵۵۵	۵۵۵	۵۵۵	۱۶۰	۵۵۵
۲۲۹۸	(۱) ۲۹۲	۵۵۵	۵۵۵	۷	۵۵۵	۵۵۵
۲۳۰۰	۲۹۶	۴۲۷	۳۳۵	۲۹۶	۱۰۲	۸
۲۵۲۰	۳۰۴	۶۸۱	۱۵۱۱	۳۰۲۶	۱۱۱۳	۷۰۰
۲۵۲۲	۳۵۱	۷۱۲	۵۵۵	۲۷۰۰	۱۷۹۷	۲۴۰۲
۲۵۲۳	۳۶۱	۷۱۲	۵۵۵	۲۰۱۱	۲۰۱۱	۲۸۴۸
۲۵۲۵	۵۰۲۴	۸۲۰	۵۵۵	۲۱۷۵	۲۱۷۵	۴۹۰۵
۲۵۲۶	۵۵۵	۱۰۰۸	۵۵۵	۱۰۱۶	۱۰۱۶	۵۶۷۳
۲۵۲۷	۶۶۹۴	۱۱۷۲	۵۵۵	۱۹۸۳	۱۹۸۳	۶۶۷۷
۲۵۲۸	۸۳۸۲	۱۲۷۰	۵۵۵	۸۳۸۲	۱۸۸۳	۷۷۰۷
۲۵۲۹	۸۲۰۰	۱۵۷۲	۵۵۵	۸۲۰۰	۳۳۳۱	۸۷۳۳
۲۵۳۰	(۲) ۹۵۸۸	۱۶۳۰	۵۵۵	۱۲۱۶	۲۶۹۱	۹۷۳۳
۲۵۳۱	(۲) ۱۰۲۰۱	۱۶۶۵	۵۵۵	۱۲۷۹	۲۸۱۸	۹۱۱۰
۲۵۳۲	۱۱۰۵۲	۱۷۵۰	۲۹۵۲	۱۲۴۱	۴۰۹۷	۱۰۴۲۹
۲۵۳۳	۱۱۷۶۰	۱۸۴۰	۲۸۲۲	۱۸۸۵	۴۲۲۷	۱۱۷۴۸

(۱) - این عدد پرستار با دیپلم بوده اند و ۵۲۰ نفر پرستار مجاز مشغول بکار بوده اند.

(۲) - شامل پرستار، جراح عمومی و پرستار متخصص.

مجلس وزارت بهداشتی - آمارگیری سال ۱۳۹۸ (۱۳۱۸) بانک ملی ایران - سالنامه آماری کشور سالهای ۲۵۳۲-۲۵۳۳-۲۵۳۴-۱۳۴۲-۱۳۴۳-۱۳۴۴.



محلی و تعداد جلسات آن ۱۳۸۶ جلسه و تعداد ماماهاى شرکت کننده در کلاس ۷۱۸۵ نفر - مقدار شیر خشک توزیع شده برای کودکان ۷۹۲/۳۳۰ کیلوگرم بوده است .

### اقدامات برای بهبود بیشتر :

کوشش و اقداماتی که در آینده برای بهبود بیشتر حمایت از مادران باردار و نوزادان بایستی انجام شود در سه قسمت کلی زیر می توان خلاصه نمود .

#### ۱- آمارگیری دقیق- وزارت بهداشتی و بهزیستی با توجه

به گسترش جمعیت در سراسر کشور نخست بایستی آمار دقیقی از تعداد باروری هر منطقه بطور مجزا داشته باشد و حداقل هر سه ماه یکبار این آمار تصحیح و تغییرات در آن آورده شود. هر چند مرکز آمار ایران آمار نوزادان را جمع آوری نموده و برابر این آمار تعداد کل اطفال از لحظه تولد تا ۴ سالگی در سال ۲۵۳۴ (۱۳۵۴) در سراسر کشور ۵/۶۸۹/۰۰۰ نفر بوده که از این تعداد ۲۱۶۸۰۰۰ نفر در نقاط شهری و ۳۵۲۱۰۰۰ نفر در نقاط روستائی پیش بینی شده است ولی این آمار از نظر وزارت بهداشتی و بهزیستی کافی بنظر نمی رسد بلکه با توجه به علم جمعیت شناسی خاصه در مورد بارداری و ولادت که در صفحات قبل آورده شد بایستی يك آمار دقیق و کلی از میزان باروری در هر منطقه و تعداد متولدین بطور مجزا تهیه نماید تا بتوان خدمات و کارهای مورد نیاز هر منطقه را بر مبنای آن برآورد و انجام داد .

#### ۲- آگاه سازی مادران - تعداد کلاسهای آگاه سازی در سراسر

کشور بایستی گسترش و تعمیم یابد . در این کلاسها اقدامات بهداشتی از لحظه تشکیل جنین و کارهایی که در این مورد باید رعایت شود، چگونگی رشد و تأثیر تغذیه سالم و کافی و همچنین بعد از زایمان از نظر طول دوره شیردادن ، فاصله دو حاملگی ،

پرورش صحیح و تغذیه کافی طفل، پیشگیری از امراض، واکسیناسیون‌های مورد نیاز و نظایر آن را باید بمادران یاد داد. علاوه بر تشکیل کلاسها از طریق رسانه‌های گروهی مانند رادیو و تلویزیون، مطبوعات و انتشار نشریات مخصوص و توزیع آن خاصه در مناطق روستائی کشور می‌توان این مهم را به همگان آموزش داد.

**۳- گسترش محل و وسایل بهداشتی** - بیمارستانها، درمانگاهها و کلینیکهای بهداشتی برای زنان باردار و کودکان شیرخوار با توجه به گسترش و پراکندگی جمعیت در سراسر کشور کافی بنظر نمی‌رسد. این محلها بایستی گسترش پیدا نموده و به آخرین وسایل پیشرفته مجهز گردند. ترتیب استقرار محل‌های بهداشتی مخصوصاً در روستاها باید بترتیبی باشد که روستاهای پرجمعیت را کاملاً بپوشاند و روستاهای کم جمعیت هم بامختصر فاصله زمانی بتوانند از این محلها استفاده نمایند.

در صورتی که آمارهای منظم هر منطقه بدست‌آید و محل‌های بهداشتی نیز بعد کافی توسعه یابند می‌توان بطور دقیق تعیین نمود که میزان باروری مادران باردار هر منطقه چند نفر می‌باشند چه تعدادی از این مادران می‌توانند برای خود و طفل نوزادشان تغذیه کافی تهیه نمایند؟ چه تعدادی قادر به تغذیه صحیح خود و طفلشان نمی‌باشند و باید بانها کمک نمود؟ چه تعدادی نیاز به کلاسهای آموزشی دارند؟ چه تعدادی می‌توانند از نشریات و بولتن‌هایی که برای این منظور منتشر می‌شود استفاده کنند و بطور کلی می‌توان اظهار داشت که توجه باین موارد سبب می‌گردد که خواستها و نیازهای هر منطقه بخوبی روشن و هویدا شود.

### اصل هفدهم

### بیمه همگانی و تأمین دوره بازنشستگی

اولین اقدام در مورد خدمات درمانی در سال ۲۵۰۳ (۱۳۲۳)