

برنامه رفاه خانواده در هند

بهمن جبرونی^۱

۱۵۵

برنامه رفاه خانواده که از سال ۱۹۵۲ رسماً در هند آغاز شد بخشی از استراتژی ملی این کشور برای توسعه اجتماعی - اقتصادی است. این برنامه تنها به موضوع کنترل جمعیت محدود نمی‌شود، بلکه هدف عالی‌تر بهبود کیفیت زندگی مردم را در نظر دارد. بنابراین برنامه یاد شده تأمین رفاه خانواده را از طریق بهبود سطح بهداشت جامعه و براساس پیش‌بینی برنامه‌ریزی خانواده و ارائه خدمات بهداشتی به مادران و فرزندان پیش گرفته است.

تاریخچه

هرچند که برنامه رسمی کنترل جمعیت در هند از ۴۰ سال پیش آغاز شد ولی حرکت یاد شده در این کشور سابقه طولانی‌تری دارد. کلینیک‌های کنترل جمعیت با هدف ۲ فرزند از اوایل دهه ۳۰ در ایالت «کارناتا‌کا» تأسیس شدند ولی این تلاش محدود بود.

پس از استقلال و به دنبال وارد شدن هند به دوران برنامه‌ریزی عمرانی مشاهده شد که رشد سریع جمعیت مانع از افزایش استاندارد سطح زندگی مردم خواهد بود. بدین مناسبت برنامه تنظیم خانواده از سال ۱۹۵۲ به‌عنوان یک برنامه رسمی به اجرا گذاشته شد. این برنامه از نظر وسعت ناچیز

۱. آقای بهمن جبرونی مترجم زبان فرانسه و روزنامه‌نگار است و در حوزه اخبار بین‌الملل سابقه تخصصی دارد. وی همچنین در فعالیت‌های اجتماعی از جمله امور انتشاراتی فعال است.

ولی از نظر ماهیت پرثمر بود.

روش یادشده عمدتاً کلینیکی بود و به زوج‌هایی که به کلینیک‌های مخصوص مراجعه می‌کردند توصیه‌ها و خدمات جلوگیری از حاملگی ارائه می‌شد. این برنامه طی برنامه پنج ساله سوم هند و به ویژه در سال ۱۹۶۳ گسترش بیشتری یافت و به جای ارائه خدمات به کسانی که به کلینیک‌ها مراجعه می‌کردند، پیام آن مبنی بر تشکیل خانواده‌های کوچک به میان زوج‌های تازه ازدواج کرده برده شد.

تشکیل سازمانی مستقل

«اداره رفاه خانواده» در سال ۱۹۶۶ به عنوان یک اداره کاملاً مستقل تشکیل شد و به موازات آن برنامه رفاه خانواده تجدید سازمان یافت و گسترده‌تر و با هدف‌تر شد. این برنامه در برنامه‌ریزی‌های بعدی نیز از اهمیت بیشتری برخوردار شد و به آن اولویت فراوانی دادند. در این راستا سن ازدواج در اواخر دهه ۷۰ برای دختران به ۱۸ سال و برای پسران به ۲۱ سال افزایش یافت. تعداد نمایندگان هر ایالت در پارلمان نیز تا سال ۲۰۰۱ به میزان نمایندگان مربوط به جمعیت در سرشماری سال ۱۹۷۱ تثبیت شد. برنامه طی سال‌های ۱۹۷۷ تا ۱۹۷۹ با نوعی رکود روبرو شد ولی در سال ۱۹۸۰ حرکت تازه‌ای یافت. پارلمان هند در سال ۱۹۷۳ «سیاست بهداشت ملی» را به تصویب رساند و بدین ترتیب اهداف مراقبت‌های بهداشتی اولیه و تثبیت جمعیت را تا سال ۲۰۰۰ تدوین کرد. به موازات آن تلاش‌های هماهنگی برای بهبود کارآیی سازمانی صورت گرفت و ریاست اداره رفاه خانواده به یک وزیر مشاور تمام وقت در دولت سپرده شد.

وضعیت جمعیت در هند

با وارد شدن به دهه پایانی قرن حاضر وضعیت جمعیت در هند همچنان نگران‌کننده است. جمعیت این کشور که در سال ۱۹۰۱ برابر با ۲۳۸ میلیون نفر بود در سال ۱۹۵۱ به ۳۶۱ میلیون نفر افزایش یافت و در سال ۱۹۹۱ بیش از دو برابر شد و به ۸۴۴ میلیون نفر رسید. همه‌ساله ۱۷ میلیون نفر به جمعیت هند افزوده می‌شود و طبق پیش‌بینی، جمعیت این کشور در پایان قرن یک میلیارد و ۳۵ سال بعد دو برابر خواهد شد.

سرشماری که در سال ۱۹۹۱ صورت گرفت رشد جمعیت را طی دهه ۹۱-۱۹۸۱ برابر با ۲۳/۵۶ درصد نشان داد. درحالی‌که رشد جمعیت طی دهه ۸۱-۱۹۷۱ برابر با ۲۴/۶۶ درصد بود. این ارقام نشان دهنده کاهش ۱/۱ درصد از میزان رشد جمعیت طی دهه ۹۱-۱۹۸۱ در مقایسه با دهه قبل است. این کاهش هرچند اندک است ولی از آنجا که سرآغاز کاهش بیشتر در دهه‌های آینده است قابل توجه خواهد بود. با وجود این، اختلاف چشمگیری در وضعیت جمعیت مناطق مختلف

وجود دارد. ایالت «کراالا» با رشد جمعیت ۱۴/۰۶ درصد پایین‌ترین میزان رشد جمعیت را دارد در حالیکه ایالت «ناگالاند» با ۵۶/۸۶ درصد دارای بیشترین رشد جمعیت است.

نسبت جنسیت نیز در هند عموماً به زیان زنان است. در دهه ۷۱-۱۹۶۱ در برابر هر ۹۳۰ زن یک هزار مرد وجود داشت. این نسبت در دهه ۸۱-۱۹۷۱ اندکی بهبود یافت و به ۹۳۳ زن در برابر یک هزار مرد رسید ولی مجدداً در دهه ۹۱-۱۹۸۱ به ۹۲۹ زن در مقابل یک هزار مرد کاهش یافت. هند در حدود ۱۶ درصد از جمعیت جهان را در ۲/۴ درصد از کره زمین جای داده است. با توجه به اینکه بیش از ۴۰ درصد از جمعیت این کشور کمتر از ۱۴ سال دارند، و خامت اوضاع در آینده چشمگیر خواهد بود. زیرا مسأله پیوستن نوجوانان کنونی به مرحله زاد و ولد از نکاتی است که باید به آن توجه کرد.

راهبرد اجرای برنامه رفاه خانواده

برنامه رفاه خانواده از نظر زیربنایی و از نظر اجرایی پیوسته بخش لایسفیکی از خدمات بهداشتی است. در حال حاضر قویاً محقق شده است که رفاه خانواده یک مسأله ملی است و کلیه وزارات و ادارات باید جزییات این برنامه را در کلیه طرح‌های توسعه‌ای خود بگنجانند.

راهبرد کنونی برنامه شامل موارد ذیل است:

- ۱- افزایش میانگین سن ازدواج. پیشنهاد شده است که با اصلاح قوانین موجود میانگین سن ازدواج دختران به ۱۸ سال افزایش یابد. انتظار می‌رود که این امر تأثیر چشمگیری در میزان مولید داشته باشد.
- ۲- ارتقاء موقعیت زنان. چنانچه موقعیت زنان بهبود یابد و در تصمیم‌گیری با مردان برابر شوند وضعیت زایمان آنان نیز لزوماً دستخوش تغییر خواهد شد.
- ۳- اصلاح وضعیت ارتباطات. تأکید بیشتر بر ارتباطات اجتماعی، به منظور ترویج بیشتر پذیرش برنامه‌ریزی خانواده. این شیوه با توجه به حساسیت‌های مردم و ویژگی‌های محلی شامل فعال کردن کانال‌های ارتباطی رسمی و غیر رسمی میان مردم در جوار دیگر رسانه‌های گروهی است. این تأکید بر ترویج و مراقبت از نوزادان دختر استوار است.
- ۴- افزایش درصد زنده ماندن نوزادان. کاهش درصد مرگ و میر نوزادان والدین را به داشتن فرزند کمتر سوق می‌دهد. در این مورد

- عمدتاً به مصون کردن نوزادان در برابر بیماری‌های مرگ‌آور و گسترش روش معالجه او-آر-تی^۱ برای جلوگیری از مرگ‌های ناشی از کم شدن آب بدن بر اثر اسهال، توجه می‌شود.
- ۵- تبلیغات برای وسایل جلوگیری از حاملگی.
- توسعه وسایل جلوگیری کننده مانند کاندوم و قرص نیز از دیگر کارهای انجام شده است. این امر از طریق تبلیغات اجتماعی و برای ترویج فاصله گذاری صورت می‌گیرد.
- ۶- گسترش سازمان‌های غیر دولتی.
- برای تبدیل شعار «خانواده کوچک» به یک حرکت مردمی، به شرکت داوطلبانه نهادهای مختلف نیاز خواهد بود و در این مورد به بخش‌های سازمان یافته توجه بیشتری می‌شود.
- ۷- روزآمد کردن ثبت زوج‌های واجد شرایط.
- به منظور تعیین زوج‌هایی که باید تحت پوشش برنامه رفاه خانواده قرار گیرند دفتر ثبت زوج‌های واجد شرایط تهیه شده است تا همیشه از آن به عنوان یک سند معتبر استفاده شود.
- ۸- بهبود مهارت.
- پیوسته تلاش می‌شود تا کارمندان بخش‌های مختلف از نظر مهارت حرفه‌ای تحت نظارت دقیق قرار داشته باشند و نیازهای هر ایالت در این زمینه مورد دقت قرار گیرد.
- ۹- ارتقاء خدمات فنی.
- برای بهبود کیفیت خدمات رفاه خانواده تدابیری اتخاذ شده است تا ضمن حذف مشکلات موجب افزایش اعتبار برنامه رفاه خانواده شود.
- علاوه بر این سعی می‌شود از روش‌های جدید جلوگیری از حاملگی بهترین و بی‌خطرترین آن‌ها مورد استفاده قرار گیرد.

اقدامات زیربنایی در روستاها

به منظور گسترش بهداشت و خدمات رفاه خانواده به سراسر کشور یک زیربنای اساسی از اولویت برخوردار شده است. برای هر ۵۰۰۰ نفر در مناطق غیرکوهستانی و برای هر ۳۰۰۰ نفر در مناطق ناهموار، ایلات نشین و عقب افتاده یک مرکز فرعی تشکیل شده است. علاوه بر این برای هر ۳۰ هزار نفر در مناطق اول و هر ۲۰ هزار نفر ساکنان مناطق دوم یک مرکز بهداشت اولیه ایجاد شده است. ضمناً قرار است برای هر ۴ مرکز بهداشت اولیه یک مرکز بزرگتر با ۳۰ تخت و مرکز رادیولوژی ایجاد شود.

در کنار این اقدامات زیربنایی معمولاً در هر روستا حداقل یک راهنمای زنان حامله وجود دارد. علاوه بر این، مردم یک راهنمای بهداشت روستا انتخاب می‌کنند که مراقبت‌های بهداشتی اولیه را در روستاهای کوچک و یا برای هر یک هزار نفر جمعیت انجام می‌دهد. این راهنما کارمند دولت نیست ولی هر ماه حقوق و یک بسته دارو دریافت می‌کند.

تسهیلات و خدمات

برای آنکه زوج‌های واجد شرایط استاندارد خانواده کوچک را هدف زندگی خود قرار دهند تسهیلات و خدماتی در سراسر کشور عرضه می‌شود. این تسهیلات و خدمات برای قبول روش‌های مختلف فاصله‌گذاری یا محدود کردن تعداد اعضای خانواده بوده و به روش خودیاری ارایه می‌شود. در این چارچوب مردم در مورد روش‌های طبیعی آموزش می‌بینند. کپسول‌های خوراکی هفتگی بنام «ساحلی» در سراسر دهلی‌نو و اطراف آن توزیع شده است. اردوگاه‌های خدماتی نیز به ویژه در مناطق روستایی سازماندهی شده و گروه‌های متخصص جراحی برای عقیم کردن مردان و زنان خدمات رایگان می‌دهند. بهر حال تلاش عمده این است که هرگونه مشکلی از میان برداشته شود.

بهداشت مادران و فرزندان

زنان و کودکان آسیب‌پذیرترین قشر جامعه‌اند. بدین مناسبت برنامه به بهبود سلامتی و حفظ بهداشت مادران و فرزندان‌شان توجه خاصی نشان می‌دهد. هرچند که هند موفق شده است میزان مرگ و میر کودکان را از ۱۴۰ مورد در هزار در سال ۱۹۷۵ به ۸۰ مورد در سال ۱۹۹۰ برساند ولی این رقم نیز نسبت به کشورهای پیشرفته تا حدودی بالا محسوب می‌شود. بنابراین به منظور کاهش مرگ و میر و بیماری‌های کودکان «هیأت فنی ملی» برای مصونیت کودکان که به تازگی تشکیل شده بود مورد حمایت قرار گرفت. در این راستا پس از اجرای برنامه جهانی مصونیت در سال ۱۹۸۵ در سراسر کشور، سعی شد که زنان حامله و کودکان در برابر بیماری‌ها واکسینه شوند. خوشبختانه درک اهمیت مسأله واکسیناسیون سال به سال بیشتر می‌شود. برنامه جلوگیری از تلفات کودکان همچنین شامل کنترل بیماری‌های تنفسی می‌شود. در زمینه بهداشت کودکان و مادران این موارد اولویت دارند:

مبارزه با کاهش آب بدن، برای حفظ جان کودکان کمتر از ۵ سال سن در برابر مرگ ناشی از کاهش آب بدن بر اثر بیماری‌های اسهالی معالجه از طریق رفع کمبود آب بوسیله نوشیدن رایج شده است. تخمین زده می‌شود که در حدود ۱/۵ میلیون مورد از مرگ و میر کودکان بر اثر اسهال است. به عنوان اولین گام، تولید و مصرف او-آر-اس در خانه پیشنهاد شده است.

مرگ و میر مادران، مرگ و میر و بیماری‌های زنان بر اثر حاملگی و زایمان در هند درصد بالایی دارد. با این مشکل به دو صورت مبارزه می‌شود. از یک سو از طریق ارائه خدمات پیشگیرانه مانند تهیه قرص‌های آهن و اسید فولیک به منظور جلوگیری از کم‌خونی‌های ناشی از سوءتغذیه برای مادران و نوزادان، و همچنین فراهم کردن زمینه زایمان در محیط کاملاً ضد عفونی شده از طریق دادن آموزش به کلیه زنان حامله‌ی آموزش ندیده و از سوی دیگر ارائه واکسن ضد کزاز برای

مادران باردار که این امر در چهارچوب برنامه واکسیناسیون صورت می‌گیرد.

سازمان‌های غیردولتی و بخش‌های داوطلب

شرکت مؤثر سازمان‌های داوطلب و غیردولتی در ترویج این برنامه دلگرم‌کننده است. به علاوه مطالعاتی با هزینه سازمان بین‌المللی کار صورت گرفته که کارگران بخش‌های مختلف با ابعاد این برنامه آشنا شوند. ضمناً تشریفات مربوط به واگذاری کار به سازمان‌های داوطلب ساده‌تر و غیرمتمرکزتر شده است و سازمان‌های یاد شده برای شرکت بیشتر در امر گسترش برنامه رفاه خانواده جلساتی منطقه‌ای برگزار می‌کنند.

اطلاعات، آموزش و ارتباطات^۱

راهبرد اطلاعات طی چند سال اخیر مجدداً اصلاح شد. این راهبرد بر اتخاذ روش‌های خاص منطقه‌ای، بهبود مهارت کارگزاران برای ارائه بهتر پیام و رفع عدم آگاهی نسبی مردم از برنامه استوار است. دایره I.E.C این فعالیت‌ها را هماهنگ می‌کند و رسانه‌هایی که به وسیله «واحدهای رسانه‌های گروهی ایالات» در وزارت اطلاعات و رادیو ایجاد شده‌اند آن را به اجرا درمی‌آورند. دایره I.E.C خود بخشی از ستادی است که راهبرد ارتباطات را تدوین و ارائه می‌کند. از فعالیت‌های عمده این دایره ایجاد ارزش‌های مطلوب در رفتار نسل جوان و آموزش عمومی است. آموزش عمومی شامل برنامه‌های سوادآموزی بزرگسالان و همچنین آموزش‌های رسمی و غیررسمی می‌شود.

۱۶۰

از سوی دیگر یک طرح آزمایشی بنام «طرح I.E.C» طی سال‌های ۸۷-۱۹۸۶ به اجرا درآمد. این طرح ابتدا در ۱۲ ناحیه از ۴ ایالت که از برنامه عقب بودند پیاده شد تا کیفیت و کارایی خدمات را از طریق افزایش مهارت رده‌های مختلف کارمندان و شرکت بیشتر مردم در نحوه ارائه خدمات بهداشتی بهبود بخشد. این طرح اکنون به ۶۸ ناحیه گسترش یافته است. به علاوه دو طرح دیگر برای ایجاد رابطه بیشتر میان جوامع روستایی به طور آزمایشی اجرا شده است.

همچنین سعی می‌شود تا مناطقی که تحت پوشش رسانه‌های گروهی قرار ندارند (۶۵ درصد از مناطق روستایی) از طریق وسایل ارتباطی مردمی، ارتباطات شخصی و فیلم‌های ۱۶ میلیمتری تحت پوشش قرار گیرند. در این حال به تهیه برنامه‌های ویدیویی محلی برای انتشار اطلاعات و آموزش مردم در جهت موضوعات مربوط به برنامه اهمیت داده می‌شود. یک ساعت جمعیت نیز ساخته شده که به صورت الکترونیکی میزان افزایش جمعیت را در هر ساعت، روز، ماه، سال و در هر لحظه نشان می‌دهد.

عملکرد

سیر صعودی عملکرد برنامه رفاه خانواده ادامه دارد. در حالیکه «میزان حمایت از زوج‌ها» باید تا پایان قرن حاضر به ۶۶ درصد برسد این حمایت تا پایان سه ماهه اول سال ۱۹۹۱ به ۴۴/۱ درصد رسیده است. نشان این عملکرد تاکنون کاهش ۱۳۰ میلیون مورد تولد بوده است. طی سال‌های ۹۱-۱۹۹۰ مجموعاً ۲۷/۲۶ میلیون خانواده روش‌های مختلف برنامه‌ریزی خانواده را پذیرفته‌اند. میزان تولد نیز از ۴۱/۲ در هزار در اواسط دهه ۶۰ به ۳۷/۲ در دهه ۸۱-۱۹۷۱ رسیده است. بر این اساس طی ۲۴ سال در حدود ۱۱/۳ واحد یا ۲۷/۴ درصد کاهش تولد وجود داشته است. با وجود این، کاهش یاد شده به علت کاهش میزان مرگ و میر اثر چندانی بر کاهش جمعیت نداشته است. در عین حال هند باید تا پایان این قرن به سطح ۲۱ مورد تولد در هزار برسد و تمامی کوشش‌ها برای رسیدن به این هدف است.

اهداف آینده

این برنامه در حال حاضر دو هدف «سیاست بهداشت ملی» را دنبال می‌کند. اول تأمین مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای همه، تا سال ۲۰۰۰. دوم دستیابی به یک میزان زاد و ولد ثابت تا سال یاد شده. اهداف جمعیتی «سیاست بهداشت ملی» به شرح ذیل است:

الف - میزان ناخالص تولد	۲۱ در هزار
ب - میزان ناخالص مرگ و میر	۹ در هزار
ج - میزان مرگ و میر نوزادان	کمتر از ۶۰ مورد تولد در هزار
د - میزان زوج‌های واجد شرایط	۶۰ درصد
هـ - امید به زندگی بر پایه زایش	۶۴ سال

ابتکار عمل‌های تازه

به عنوان بخشی از راهبردهای مورد تجدیدنظر برای تسریع در امر پذیرش استاندارد خانواده کوچک، ابتکار عمل‌های تازه‌ای اجرا شده است. با مشورت دولت‌های محلی طرحی عملی تهیه شد. این طرح در جهت بهبود کیفیت و توسعه بهداشت و خدمات رفاه خانواده، گسترش و تقویت برنامه‌ها برای مراقبت از مادران و کودکان، هماهنگی بهتر میان بخش‌های مختلف در زمینه‌های اطلاعاتی، آموزش و ارتباطات، شرکت بیشتر مردم در برنامه‌های رفاه خانواده و حصول به یک توافق ملی برای ایجاد حرکت تازه‌ای در مساعی کنترل جمعیت است. وزیران بهداشت ایالات طی کنفرانسی که در ژانویه سال ۱۹۹۲ در دهلی نو برگزار شد این طرح عملی را تصویب کردند.

نخست وزیر هند ضمن شرکت در جلسه پایانی این کنفرانس تأکید کرد که طبق واقعیات اساسی هر ایالت که در هر منطقه متفاوت است برای هر ناحیه برنامه‌های مشخصی طراحی شود. وی همچنین لزوم استفاده از تشکیلات دولتی را در سطوح اجتماعی مورد تأکید قرار داد و توصیه کرد که برای ترویج وسایل جلوگیری از حاملگی از روش‌های نوین و نظام توزیع عمومی استفاده شود. برخی از دیگر ابتکار عمل‌های حایز اهمیت به شرح ذیل است:

- ۱- تأکید بیشتر بر فاصله‌گذاری.
- ۲- اصلاح قانون محدودیت ازدواج کودکان در آینده، به منظور افزایش حداقل سن ازدواج و تقویت بیشتر مفاد این قانون.
- ۳- واگذاری وظیفه ترویج و کنترل جمعیت، رفاه خانواده و استاندارد خانواده کوچک به مقامات محلی شهرها و مؤسسات مختلف از طریق اصلاح قوانین و مقررات مربوطه به وسیله ایالات.
- ۴- ممنوعیت قانونی سوءاستفاده از آزمایش تعیین جنسیت.
- ۵- افزایش تلاش برای بهبود کیفیت خدمات و کاهش مشکلات برای ایجاد اعتماد در مردم.
- ۶- اصلاح طرح‌های موجود برای پاداش دادن به عقیمی و کاربرد «آیودی» از طریق انعطاف‌پذیری ایالات و واگذاری منابع مالی در اختیار ایالات براساس کارایی هر ایالت در زمینه کاهش میزان تولید مثل و حصول به اهداف برنامه ریزی خانواده.
- ۷- ارتباطات میان مناطق و مردم برای رفع خلاء میان آگاهی مردم و تصمیمات جاری.
- ۸- تقویت هنرهای سنتی، رسانه‌های مردمی، تبلیغات و ارتباطات میان مردم به منظور تحت پوشش قرار دادن ۴۰ درصد از کسانی که تحت پوشش رسانه‌ها قرار ندارند.
- ۹- شرکت صمیمانه‌تر رهبران فکری از جمله رهبران مذهبی و نمایندگان منتخب مردم برای تبدیل استاندارد خانواده کوچک به یک حرکت مردمی.
- ۱۰- تلاش فراوان برای شناسایی مناطقی که عملکرد خوبی نداشته‌اند.

زیر نویس‌ها

1. Oral Rehydration Therapy (O.R.T.).
2. Information, Education and Communication (I.E.C.).