

تاریخ وصول: ۱۳۹۱/۹/۳۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۱۰/۲۸

الگوی پیشرفت ایرانی - اسلامی با تأکید بر شاخص های آموزش و بهداشت

تقی آزاد ارمکی^{۱*}
مصیب محبی میمندی^۲
سجاد اسعدی^۳

۱- استاد گروه جامعه شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۲- کارشناسی ارشد جمعیت شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۳- کارشناسی ارشد جمعیت شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران.

چکیده

بعضی بر این عقیده اند که انقلاب اسلامی ایران، واکنشی بود در برابر توسعه لگام گسیخته با الگوی غربی که با شرایط فرهنگی و بومی ایران سازگار نبود. هرچند جمهوری اسلامی در زمینه آموزشی و بهداشتی به پیشرفت هایی دست یافته اما هنوز یک الگوی بومی متناسب با مقتضیات تاریخی، جغرافیایی و فرهنگی کشور در این زمینه طراحی نشده است، هدف از این مقاله دست یابی به الگویی ایرانی اسلامی است که می تواند هم به لحاظ نظری مورد تأیید باشد و هم از تجربه جمهوری اسلامی بدست آید. روش مقاله، توصیفی- تحلیلی است اما کار اسنادی هم شده است و بر اساس اسناد بحث شده است. چارچوب آن هم نظریه

۱۴۹

مطالعات الگوی پیشرفت
اسلامی و ایرانی

الگوی پیشرفت ایرانی - اسلامی با تأکید بر شاخص های آموزش و بهداشت

تقی آزاد ارمکی و همکاران

Email: tazad@ut.ac.ir

*۱ ایمیل نویسنده:

توسعه انسانی دین‌محور است که عدالت مفهوم مرکزی آن است. نتایج نشان می‌دهد. که ایران بعد از انقلاب اسلامی در امر آموزش و بهداشت کشور نسبتاً موفق بوده است و توانسته است به سطح قابل قبولی در این شاخص‌ها دست یابد. در این زمینه نقش آموزه‌های اسلامی و شرایط فرهنگی بعد از انقلاب همچنین نهادهای برخاسته از انقلاب مانند نهضت سواد آموزی و جهادسازندگی انکارناپذیر است. در زمینه آموزش، در حالی که در سال ۱۳۵۵ کمتر از نیمی از جمعیت ۶ ساله و بالاتر در ایران باسواد بوده (۵/۴۷ درصد) در سال ۱۳۸۵ جمعیت باسواد بیش از چهارپنجم از جمعیت ۶ ساله و بالاتر (۶/۸۵ درصد) را شامل می‌شود. میزان پوشش تحصیلی واقعی نیز در حال حاضر به بالاتر از ۹۵ درصد رسیده است. در زمینه بهداشت، بهبود وضعیت بهداشتی در سالهای بعد از انقلاب اسلامی موجب افزایش قابل توجه امید به زندگی شده، بطوری که این شاخص که در سال ۱۳۵۵ در حدود ۵۴ سال بوده است، در سال ۱۳۸۵ به حدود ۷۰ سال افزایش یافته است. میزان مرگ‌ومیر نوزادان در دهه‌های ۱۳۶۵-۱۳۵۵ و ۱۳۷۵-۱۳۶۵ به کمتر از یک سوم تقلیل یافت. میزان مرگ‌ومیر کودکان و مادران نیز از سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۵ به نصف کاهش یافت. با این وجود در برخی حوزه‌ها هنوز تبعیض‌هایی وجود دارد. همچنین پس از توفیق در بالا بردن شاخص‌های کمی، زمان آن فرا رسیده است که به کیفیت جمعیت در حوزه آموزش و بهداشت توجه بیشتری شود. طبق الگوی پیشرفت ایرانی - اسلامی پیشنهادی این مقاله، دو رکن اساسی الگوی اسلامی - ایرانی پیشرفت در حوزه آموزش و بهداشت اولاً عدالت اجتماعی - اقتصادی و فرهنگی و ثانیاً ارتقای کیفیت خدمات آموزشی و بهداشتی است. در راستای تحقق عدالت لازم است تفاوت‌های جنسی، قومی، منطقه‌ای و شهری و روستایی کمرنگ شود تا زمانی که به طور کامل از بین برود. در راستای ارتقای کیفیت نیز باید سرمایه‌گذاری، همکاری‌های فراسازمانی و جلب حمایت افراد تعیین کننده و تاثیرگذار در جامعه و اصلاح نظام آماری مد نظر قرار گیرد. ارتباط متقابل این دو رکن اساسی می‌تواند به عنوان الگویی اسلامی ایرانی مطرح شود که سمت و سوی پیشرفت کشور را در آینده مشخص می‌کند و چون از لحاظ نظری نیز مورد تأیید است حتی می‌توان از آن به عنوان الگویی از پیشرفت برای سایر کشورهایی که توسعه غربی پاسخگوی نیاز آن‌ها نیست، دفاع کرد.

کلید واژه ها: الگوی پیشرفت ایرانی - اسلامی، آموزش، بهداشت، عدالت، کیفیت

مقدمه

بعضی بر این عقیده اند که انقلاب اسلامی ایران، واکنشی بود در برابر توسعه لگام گسیخته با الگوی غربی که با شرایط فرهنگی و بومی ایران سازگار نبود. پس از استقرار نظام جمهوری اسلامی، اندیشمندان و علما از همان ابتدا به دنبال راهی بوده اند که علاوه بر بهره‌مندی از دستاوردهای پیشرفت، این امر متناسب با فرهنگ اسلامی و ایرانی باشد. رهبر معظم انقلاب نیز بر این امر تأکید دارد و در این زمینه نکاتی را مطرح می‌نماید:

«نکته ی اول این است که ما وقتی می‌گوئیم پیشرفت، نباید توسعه به مفهوم رایج غربی تداعی شود... مطلب دوم این است که پیشرفت برای همه‌ی کشورها و همه‌ی جوامع عالم، یک الگوی واحد ندارد... نکته‌ی بعدی هم نکته‌ی مهمی است: مبانی معرفتی در نوع پیشرفت مطلوب یا نامطلوب تاثیر دارد... مطلب بعدی این است که ما اگر نقاط افتراق پیشرفت با منطق اسلامی را با توسعه‌ی غربی می‌شماریم، نباید از نقاط اشتراک غفلت کنیم» (بیانات مقام معظم رهبری در جمع دانشجویان، ۱۳۸۸)

بدون تردید شاخص‌های آموزش و بهداشت از مهم‌ترین شاخص‌های پیشرفت هستند که در اسلام و قوانین ایران مورد تأکید قرار گرفته است. این امر بیانگر لزوم ارائه الگویی است که از یک طرف با تعالیم اسلام و قرآن و فرهنگ ایرانی هماهنگ باشد و از طرف دیگر با شرایط روز هم خوانی داشته باشد. برای دست‌یابی به چنین الگویی در ابتدا لازم است با نظر اسلام و قرآن و همچنین قوانین جمهوری اسلامی و شرایط جهانی در زمینه پیشرفت در آموزش و بهداشت آشنا شویم. بیشترین تأکید دین مقدس اسلام بر فراگیری علم و دانش و

تفکر و تعقل و تدبر است. در متون دینی همواره اهمیت علم و منزلت عالم مورد تأکید قرار گرفته و علم از جایگاه رفیع برخوردار می‌باشد. آیات و روایات در این باب بیش از حد شمارش و بررسی است. برای روشن شدن جایگاه علم در متون اسلامی و اینکه علوم تجربی نیز مورد نظر اسلام است به چند نمونه اشاره می‌گردد:

خداوند در آیه ۱۱ سوره مجادله بر اهمیت علم، برتری علما و رفعت مقام آنان تصریح نموده و فرموده است: «يَرْفَعُ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنْكُمْ وَالَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ: خداوند به آنانی که ایمان آورده اند و کسانی که علم و دانش دارند درجات عظیمی می بخشد» همچنین در آیه ۲۸ سوره فاطر می فرماید: «إِنَّمَا يَخْشَى اللَّهَ مِنْ عِبَادِهِ الْعُلَمَاءُ: مقام خشیت الهی مخصوص بندگان دانشمند خداست» و در سوره طه آیه ۱۱۴ نیز می فرماید: «قُلْ رَبِّ زِدْنِي عِلْمًا: بگو پروردگارا، دانش مرا بیفزای» در قرآن کریم به قلم سوگند یاد شده که نشانه ی اهمیت علم و آموزش است. در اولین آیاتی که به پیامبر اسلامی نازل گردیده، از خواندن و تعلیم سخن به میان آمده و یکی از اهداف بعثت انبیاء تعلیم کتاب و حکمت دانسته شده است.

برای آگاهی از ارزش های دانش در دین اسلام به احادیث زیر که از رسول اکرم(ص) و امام علی (ع) به ما رسیده است توجه کنید:

۱ - ای مردم، بدانید کسی که به دنبال فراگیری دانش است با هر قدمی که برمی‌دارد در کارنامه اعمالش ثواب یک سال عبادت نوشته می‌شود(کافی، ج ۱،

۲ - فراگیری دانش بر هر مسلمانی واجب است (کافی، ج ۱، ص ۳۰)

۳ - علم و دانش گنجی است پایان ناپذیر (عیون الحکم و المواعظ، ص ۴۶)

۴ - آنان که اهل علم و دانش اند حتی پس از مرگشان زنده اند. (غرر الحکم

و درر الکلم، ص ۴۷)

۵ - هر اسیری که به ده نفر از مسلمانان خواندن و نوشتن بیاموزد، آزاد

است (الطبقات الکبری، ج ۲، ص ۲۲).

۶ - در برخی از روایات مذکور، به وجوب علم آموزی زنان نیز تصریح شده

است: «طَلَبُ الْعِلْمِ فَرِيضَةٌ عَلَى كُلِّ مُسْلِمٍ وَ مُسْلِمَةٍ؛ علم آموزی بر هر مرد و زن

مسلمان، واجب است.» (بحار الأنوار، ج ۲، ص ۳۱)

سلامت نیز یکی از ضرورت های زندگی فردی و اجتماعی بوده و حفظ و

ارتقا آن در همه ی ادیان و مذاهب و قوانین مورد تأکید قرار گرفته است. سلامت

در فرهنگ اسلامی به عنوان یک ارزش مطرح شده و با تعبیری مانند برترین

نعمت ها، گوارا ترین بهره ها و نصیب ها، سرمایه زندگی و... توصیف شده

است و اصولاً سلامت ایده آل (از دیدگاه معصومین) یا حد مطلوب آن در سلامتی

است که کامل، همه جانبه شفافبخش و مهمتر از همه روبه تکامل و تزیاید و در

بردارنده سلامت دنیا و آخرت باشد (فراز دوم از دعای بیست و سوم صحیفه

سجادیه). به همین لحاظ طبیعی است که تلاش برای دستیابی به چنین نعمت

ارزشمندی کاملاً مورد توجه، تایید و حمایت آئین اسلام باشد و برای تحقق آن

در قالب احکام تکلیفی اعم از حلال و حرام، مستحب، مکروه و مباح و یا در

قالب توصیه ها و رهنمودها حرفی برای گفتن داشته باشد. خداوند در قرآن کریم می فرماید: «من احياها فکانما احيا الناس جمعيا»

«هر کس، انسانی را از مرگ رهایی بخشد، چنان است که گویی همه مردم را

زنده کرده است» (سوره مائده آیه ۳۲)

پیامبر اکرم (ص) فرمودند: «ان فی صحه البدن فرح الملائکه و مرضاء الرب و تثبت السنه یعنی رضایت پروردگار و شادمانی فرشتگان و نظم و استحکام سنت برای بدنی است که سالم باشد» و امام سجاد (ع) نیز در صحیفه سجاده می فرمایند: «اللهم صل علی محمد و آله و عافنی عافیه کافیه شافیه عالیه نامیه تولد فی بدنی العافیه، عافیه الدنیا والاخره و امنن علی بالصحه والامن و السلامه فی دینی و بدنی والبصیره فی قلبی: خداوندا بر محمد و آلش درود فرست و مرا عافیت بخش، عافیتی کافی و شفا بخش و برتر و روز افزون، عافیتی که در بدنم عافیت تولید کند و در یک کلمه عافیت دنیا و آخرت، و بر من منت نه به تندرستی و امنیت و سلامت در دین و بدن و بصیرت در دل..» دستورات و تعالیم بهداشتی اسلام، پیشگیری را مقدم بر درمان می داند و از نظر اسلام هرکس برای حفظ سلامت خود مسئولیت دارد.

حق آموزش رایگان و همگانی از جمله حقوق شهروندان است که اعلامیه جهانی حقوق بشر و قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران (اصل سوم، سی ام و.. ملهم از آموزه ها و تعالیم دین مبین اسلام بر این حق تأکید دارند. همچنین برخورداری از یک زندگی سالم، مولد و با کیفیت، توأم با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی، حقی است همگانی که در مکتب اسلام، اعلامیه

جهانی حقوق بشر(ماده بیست و پنجم) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران (اصول سه، بیست و نه و چهل و سه) و اساسنامه سازمان جهانی بهداشت (۱۹۴۶) مورد تأکید قرار گرفته است .

مطرح ترین اهداف بین المللی هم تحت عنوان اهداف توسعه هزاره مطرح بوده که شامل ۸ هدف می شود: افزایش سواد با تأکید بر دوره ابتدایی، از بین بردن تبعیض جنسیتی، کاهش مرگ و میر کودکان و کاهش مرگ و میر مادران از مهمترین این اهداف هشتگانه هستند که توسط سازمان ملل اعلام شده و قرار بر این است بر پایه اطلاعات سال ۱۹۹۰، تا سال ۲۰۱۵ به یکسری از این میزان ها دست یافت . در هدف مرگ کودکان عدد تعیین شده یک سوم سال ۱۹۹۰ است در هدف مرگ مادران میزان تعیین شده برای سال ۲۰۱۵ یک چهارم سال مبنا می باشد.

از مباحث بالا می توان اهمیت آموزش و بهداشت را در اسلام، سیاست ها و قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و همچنین در سطح جهانی دریافت . هرچند جمهوری اسلامی در زمینه آموزشی و بهداشتی به پیشرفت های قابل توجهی دست یافته است اما به رغم اجرای برنامه های متعدد توسعه در کشور و تدوین و ابلاغ سند چشم انداز بیست ساله جمهوری اسلامی ایران، هنوز یک الگوی بومی متناسب با مقتضیات تاریخی، جغرافیایی و فرهنگی کشور در این زمینه طراحی نشده است، هدف از این مقاله مرور سیاست های اتخاذ شده و پیشرفت های حاصله از ابتدای انقلاب اسلامی تاکنون در مقوله های بهداشتی و

آموزشی و ارزیابی و نقد این سیاست ها در جهت ارائه یک الگوی متناسب با ویژگی های فرهنگ ایرانی و اسلامی است.

مهم ترین شاخص هایی که امروزه می تواند نشانگر یک پیشرفت انسانی دین محور باشد، در حوزه آموزش از میزان سواد و پوشش تحصیلی و در حوزه سلامت، از امید به زندگی در بدو تولد، مرگ و میر نوزادان و اطفال و شاخص های در ارتباط با سلامت مادران مانند مرگ و میر مادران، باروری ناخواسته و باروری ایمن می توان نام برد که در این مقاله مورد بررسی قرار می گیرد. این مهم بدین منظور انجام می گیرد که بتوان به الگویی دست یافت که هم به لحاظ نظری مورد تایید باشد و هم از تجربه جمهوری اسلامی ایران بدست آید.

مقاله ذیل از لحاظ روش، توصیفی-تحلیلی است اما با استفاده از اطلاعات و داده های موجود و مراجعه به اسناد و مدارک به بررسی موضوع می پردازد و کار اسنادی هم شده است. در این مقاله سعی می شود به سؤالات زیر پاسخ داده شود:

در طول سه دهه گذشته انقلاب اسلامی چه پیشرفت های آموزشی و بهداشتی صورت گرفته است؟ آیا عدالت اجتماعی به عنوان یک ارزش اسلامی و آرمان انقلاب اسلامی تحقق یافته است؟ با توجه به تجربه ای این دوره و فرهنگ ایرانی اسلامی، چه الگوی متناسبی برای پیشرفت در این زمینه ها می توان ارائه داد؟

مبانی نظری:

در فرایند توسعه، دستیابی به زندگی بهتر همواره یکی از هدف‌های اساسی و اصلی بوده است. رویکردهای متعددی در مجامع علمی و در میان صاحب‌نظران توسعه مطرح شده تا بتواند دستیابی به زندگی بهتر را در فرایند توسعه کشورها امکان‌پذیر سازد.

پیش از آنکه مفهوم توسعه انسانی مورد توجه و تأکید قرار گیرد، دو رویکرد دیگر به نام رویکرد رفاه اقتصادی و رویکرد نیازهای اساسی مطرح بوده است.

رویکرد رفاه اقتصادی، مصرف کالاها و خدمات را اساس زندگی بهتر می‌دانست و شاخص آن را نیز «درآمد واقعی» معرفی می‌کرد و باور داشت که درآمد واقعی تعیین‌کننده میزان مصرف افراد از کالاها و خدمات است. رویکرد «نیازهای اساسی» نیز زندگی بهتر را در تأمین حداقل نیازها یعنی مجموعه‌ای از حداقل کالا و خدمات معرفی می‌کرد. چنانکه ملاحظه می‌شود، این رویکردها به نیازهای روحی و معنوی و نیز پرورش ظرفیت‌های ذهنی انسان و کیفیت زندگی در فرایند توسعه توجهی ندارد. (نقی پور فر و احمدی، ۱۳۸۸)

چون برای توسعه تعاریف مختلفی ارائه شده و برنامه‌های توسعه معمولاً از اهداف متفاوتی پیروی می‌کنند آرمان ارتقاء بهزیستی و کیفیت زندگی مردم ممکن است در کشورهای مختلف به درجات متفاوت مورد توجه و تأکید قرار گیرد. از جمله الگوهای توسعه که در سال‌های اخیر مطرح شده الگوی «توسعه انسانی پایدار» که در دهه اخیر از طرف برنامه عمران سازمان ملل متحد ارائه شده است. در اولین گزارش توسعه انسانی در سال ۱۹۹۰ آمده است: مردم،

یعنی مردان و زنان، ثروت واقعی هر ملتی را تشکیل می دهند. هدف توسعه، خلق شرایطی است که مردم بتوانند در آن از عمر طولانی و زندگی سالم و سازنده‌ای بهره مند شوند. چون این الگو چارچوب مناسبی برای آرمان پیشرفت فراهم میکند توصیف مختصری از آن در اینجا ضروری به نظر می رسد. در الگوی توسعه انسانی پایدار برای تعیین سطح رفاه و پیشرفت اجتماعی هر کشور از سه شاخص عمده استفاده می شود.

الف) شاخص سلامت یا تندرستی عمومی که بر اساس نرخ مرگ و میر اطفال، امید به زندگی در بدو تولد و دسترسی به امکانات بهداشتی تعریف می شود.
ب) شاخص دانش یا تحصیلات که بر حسب میزان باسوادی افراد بزرگ سال و نرخ اشتغال به تحصیل در سنین تحصیلات ابتدایی، متوسطه و عالی تعریف می شود.

ج) شاخص ثروت یا رفاه مادی که برحسب تولید ناخالص ملی هر کشور به قیمت ثابت بین المللی تعیین می شود. (زنجانی و دیگران، ۱۳۷۹).

امروزه همه به این توافق رسیده اند که توسعه باید فرصت های برابر، کارآیی بیشتر، عدالت فراگیر و محیطی پایدار را به دنبال داشته باشد. توسعه انسانی به مراتب مفهوم گسترده تری نسبت به مفاهیم قراردادی توسعه اقتصادی دارد، زیرا الگوهای رشد اقتصادی عموماً با گسترش تولید ملی اندازه گیری می شوند، تا بهبود کیفیت و سطح زندگی انسان؛ اما در الگوی توسعه انسانی، چهار عنصر اساسی به چشم می خورد که عبارتند از: بهره وری، برابری، پایداری و توانمند سازی. (خاکپور و باوان پوری، ۱۳۸۹)

طبق الگوی توسعه انسانی پایدار هدف اصلی توسعه اقتصادی و اجتماعی تنها افزایش تولید ملی و بهبود شاخص های اقتصادی از قبیل تولید ناخالص داخلی نیست بلکه شاخص های غیر اقتصادی از قبیل ارتقاء سطح سلامت بالا رفتن نرخ باسوادی و دسترسی همگان به خصوص زنان به امکانات رفاه و بهزیستی به همان اندازه رشد و رونق اقتصادی حائز اهمیت می باشد. برای دستیابی به آرمان های توسعه انسانی پایدار لازم است جامعه سرمایه گذاری در امور بهداشتی آموزشی و خدمات اجتماعی را به عنوان یکی از اولویت های اصلی برنامه ریزی توسعه اقتصادی اجتماعی خود قبول نماید.

نکته دیگر که در الگوی توسعه پایدار بیش از پیش مورد تأکید قرار گرفته عدالت اجتماعی، توزیع عادلانه منابع و ثروت ملی و فراهم ساختن امکان دسترسی همگان به خصوص گروه های محروم و مورد غفلت قرار گرفته به منابع ملی و منافع توسعه می باشد. لازمه این توجه اولویت دادن به فقر زدایی و توانمند سازی زنان و قشرهای محروم و فراهم ساختن امکان مشارکت فعالانه آنان در جریان تولید ملی، توسعه اقتصادی و اداره امور اجتماعی است (زنجانی و دیگران، ۱۳۷۹). بهبود شاخص توسعه انسانی بهترین ساز و کار توانمندسازی انسانها برای دستیابی به هدف ارتقای سطح زندگی آنها است که از طریق بهره گیری از توانمندیهای انسانی حاصل می شود. ارتقای سطح کیفیت زندگی افراد یک جامعه در گرو تحول اساسی در متغیرهای اقتصادی، آموزشی و بهداشتی است.

با توجه به این که توسعه مورد نظر، شاخص های بهداشتی و آموزشی را در بر می گیرد که مغایرتی با آموزه های اسلامی ندارد و از سوی دیگر دربردارنده مفاهیمی است که مبتنی بر اصول و ارزشهای اخلاقی و با محوریت دین مبین اسلام است، از جمله مهم ترین این مفاهیم عدالت اجتماعی است، لذا می توان آن را توسعه انسانی دین محور دانست. همچنین به دلیل آنکه این توسعه متناسب با مقتضیات تاریخی، جغرافیایی و اجتماعی ایران و متناسب با ایده های اسلامی است، از آن به عنوان چارچوب این مقاله استفاده می شود.

همانطور که ملاحظه شد حداقل چهار فقره از اطلاعات به کار رفته در محاسبه شاخص توسعه انسانی (یعنی نرخ مرگ و میر کودکان و نوزادان، امید به زندگی در بدو تولد، نرخ باسوادی و نرخ اشتغال به تحصیل) جنبه جمعیتی داشته که در این مقاله به آن ها پرداخته می شود. علاوه بر این موارد به سلامت مادران توجه شود. توانمندسازی خصوصا توانمندسازی زنان، عدالت و کیفیت هم که در توسعه انسانی مورد تاکید هستند، در هر کدام از این جنبه ها مورد بررسی قرار می گیرد و سرانجام، با توجه به تجربه جمهوری اسلامی ایران الگویی از پیشرفت ارائه خواهد شد.

آموزش و انقلاب اسلامی:

با توجه به تأکید اسلام و قانون اساسی ایران بر ارزش علم و دانش و از طرف دیگر لزوم ارتقای سطح دانش به عنوان شاخص پیشرفت و توسعه انسانی، در

این بخش به مطالعه بعضی از ابعاد این شاخص و تغییرات آن خصوصا در دوران بعد از انقلاب پرداخته می شود:

– میزان باسوادی:

رشد میزان باسوادی در ایران در فاصله سال های ۱۳۵۵ تا ۱۳۶۵ و به ویژه فاصله ۱۳۶۵ تا ۱۳۷۰ بسیار چشمگیر و قابل توجه بوده است در حالی که در سال ۱۳۵۵ کمتر از نیمی از جمعیت ۶ ساله و بالاتر در ایران باسواد بوده (۵/۴۷ درصد) در سال ۱۳۸۵ جمعیت باسواد بیش از چهارپنجم از جمعیت ۶ ساله و بالاتر (۶/۸۵ درصد) را شامل می شود.

نکته قابل توجه درخصوص میزان باسوادی مردان و زنان کاهش شکاف بین میزان باسوادی مردان و زنان است، اما این شکاف هنوز به طور کامل از بین نرفته است و در سال ۱۳۸۵ میزان باسوادی مردان ۴/۸ درصد بیشتر از میزان باسوادی زنان بوده است. درخصوص میزان باسوادی مناطق شهری و روستایی نیز توفیق خوبی حاصل شده است و میزان باسوادی جمعیت ساکن در مناطق شهری از ۶/۶۵ درصد در سال ۱۳۵۵ به ۹/۸۸ درصد در سال ۱۳۸۵ و میزان باسوادی جمعیت ساکن در مناطق روستایی از ۲/۷۵ درصد در سال ۱۳۵۵ به ۵/۳۰ درصد در سال ۱۳۸۵ افزایش یافته است. هرچند شکاف بین میزان باسوادی جمعیت ساکن در مناطق شهری و روستایی طی این سالها به سرعت در حال کاهش بوده، اما هنوز شکاف موجود زیاد است و در سال ۱۳۸۵، میزان باسوادی

جمعیت ساکن در مناطق شهری ۷/۱۳ درصد بیشتر از میزان باسوادی جمعیت ساکن در مناطق روستایی بوده است .

جدول شماره (۱): تعداد و میزان باسوادی در جمعیت ۶ ساله و بالاتر سه دهه گذشته بر حسب

جنس و محل سکونت

سال	جمعیت ۶ ساله و بالاتر (هزار نفر)			نسبت باسوادی (درصد)		
	عرد و زن	عرد و زن	عرد و زن	عرد و زن	عرد و زن	عرد و زن
کل کشور						
۱۳۶۵	۳۸۷-۹	۱۹۸۲۲	۱۸۸۸۲	۶۱/۸۸	۷۱/۰۲	۵۲/۰۸
۱۳۴۰	۴۵۸۵۶	۲۳۶۷۵	۲۲۱۸۹	۷۴/۰۷	۸۰/۲۲	۶۷/۰۶
۱۳۲۵	۵۲۳۹۵	۲۶۵۲۲	۲۵۷۶۹	۷۹/۵۱	۸۶/۶۷	۷۴/۲۱
۱۳۸۵	۶۳۹۲۰	۳۲۶۹۷	۳۱۴۴۵	۸۴/۶۱	۸۸/۷۲	۸۰/۲۴
شهری						
۱۳۶۵	۲۱۲۱۰	۱۰۹۰۷	۱۰۴۰۲	۷۲/۶۱	۸۰/۲۲	۶۵/۲۲
۱۳۴۰	۲۶۵۲۹	۱۳۷۲۷	۱۲۷۹۵	۸۱/۹۲	۸۸/۷۲	۷۶/۷۷
۱۳۲۵	۳۲۵۰۰	۱۶۶۲۷	۱۵۹۰۷	۸۵/۷۱	۸۹/۵۶	۸۱/۷۰
۱۳۸۵	۴۳۹۲۲	۲۲۳۷۲	۲۱۵۹۰	۸۸/۹۳	۹۲/۱۹	۸۵/۵۵
روستایی						
۱۳۶۵	۱۷۳-۷	۸۸۱۸	۸۲۸۰	۲۸/۲۷	۵۹/۹۵	۲۴/۲۲
۱۳۴۰	۱۹۰۲۷	۹۷۹۹	۹۲۸۸	۶۲/۴۸	۷۲/۶۰	۵۲/۲۲
۱۳۲۵	۱۹۶۹۵	۹۸۵۷	۹۷۶۸	۶۹/۶۱	۷۶/۷۲	۶۲/۲۱
۱۳۸۵	۱۹۸۶۵	۱۰۰۷۵	۹۷۶۹	۷۵/۹۰	۸۱/۲۲	۶۹/۰۰

منبع: سرشماری عمومی و نفوس مسکن

در حال حاضر در بین استان‌های کشور بیشترین میزان باسوادی مربوط به استان‌های تهران (۳/۹۱ درصد) سمنان (۶/۸۸ درصد)، یزد (۱/۸۸ درصد) و

اصفهان (۵/۸۷ درصد) و کمترین میزان باسوادی مربوط به استان‌های سیستان و بلوچستان (۶۸ درصد)، کردستان (۵/۷۷ درصد)، آذربایجان غربی (۸/۷۷ درصد) و خراسان شمالی (۱/۷۹ درصد) بوده است.

پوشش تحصیلی واقعی:^۱

جدول شماره (۲) وضعیت و روند تغییرات میزان پوشش تحصیلات واقعی طی سه دهه اخیر را بر اساس داده‌های سرشماری را نشان می‌دهد در سال ۱۳۵۵ حدود ۶/۷۱ درصد از جمعیت لازم‌التعلیم این دوره تحت پوشش آموزش ابتدایی بوده‌اند که به ۵/۸۸ درصد در سال ۱۳۸۵ رسیده است. به عبارت دیگر در این سه دهه حدود ۱۷ درصد بر میزان پوشش تحصیلی این دوره افزوده شده است، اما همچنان ۵/۱۱ درصد از این جمعیت لازم‌التعلیم در مدرسه حضور ندارند. لازم به ذکر است حدود ۷/۶ درصد از این تعداد نیز مربوط به کسانی است که اصلاً نتوانسته‌اند به مدرسه راه یابند (که بیسواد شده‌اند) و تنها ۸/۴ درصد از این نرخ عدم پوشش جمعیت لازم‌التعلیم مربوط به کسانی است که به مدرسه وارد شده‌اند، اما مجدداً ترک تحصیل کرده‌اند. براساس آمار وزارت آموزش و پرورش، در حال حاضر نرخ پوشش واقعی در خصوص دختران ۴/۹۵ درصد و در مورد پسران ۴/۹۷ درصد است.

۱۶۳
مطالعات الگوی پیشرفت
اسلامی و ایرانی

تقی آزاد ارمکی و همکاران
الگوی پیشرفت ایرانی - اسلامی با تأکید بر شاخص‌های آموزش و بهداشت

۱- پوشش واقعی تحصیلات از تقسیم جمعیت شاغل به تحصیل واقع در سنین مربوط به هر دوره بر کل جمعیت واقع در سنین مربوط به هر دوره بدست آمده است.

براساس اطلاعات برنامه انسداد مبادی بیسوادى معاونت آموزش ابتدایى، استان‌هاى داراى پایین‌ترین نرخ جذب کودکان شش‌ساله در پایه اول ابتدایى در سال تحصیلى ۱۳۸۵-۱۳۸۴ عبارتند از سیستان و بلوچستان (۷۶/۷۶)، کرمان (۱/۸۸)، خراسان جنوبى (۰۲/۸۹) و ایلام (۷۶/۸۹) درصد. حداقل نرخ پوشش تحصیلى واقعى دختران در پایه اول ابتدایى در استان‌هاى مذکور عبارت است از: سیستان و بلوچستان ۴/۷۲، کرمان ۳/۸۲، خراسان جنوبى ۶/۸۷ و ایلام ۸/۸۷ درصد (معاونت آموزش ابتدایى وزارت آموزش و پرورش، ۱۳۹۰) بنابراین مى‌توان گفت عدم دسترسى دختران شش‌ساله به آموزش در استان‌هاى فوق علت عمده پایین بودن نرخ پوشش تحصیلى واقعى در این استان‌هاست. کاهش پوشش ثبت در سال ۱۳۸۵ نسبت به سال ۱۳۷۵ در شهرها نیز نکته‌اى قابل تامل در جدول است که نیاز به بررسى بیشتر دارد.

روند تغییرات پوشش تحصیلى واقعى دوره تحصیلى راهنمایى نشان مى‌دهد طى سه دهه حدوداً ۴۰ درصد بر میزان نرخ پوشش تحصیلى دوره راهنمایى تحصیلى افزوده شده است و رشد آن در مناطق روستایى (۵۰ درصد) بیشتر از مناطق شهری (۲۷ درصد) بوده است. همچنین در دوره متوسطه پوشش تحصیلى در شهرها دو برابر شده است و در روستاها نیز بیش از ۲۰ درصد افزایش یافته است. علی‌رغم کاسته شدن از فاصله شهرها و روستاها در این دو دوره آموزشى در طى سه دهه اخیر، همچنان اختلاف بین شهرها و روستاها زیاد است.

جدول شماره (۲): پوشش واقعی تحصیلات در سه دهه گذشته بر حسب محل سکونت

سال	ابتدایی			راهنمایی			متوسطه و پیش دانشگاهی		
	شهر	روستا	کل	شهر	روستا	کل	شهر	روستا	کل
۱۳۵۵	۸۸/۴	۵۸/۵	۷۱/۶	۵۱/۴	۱۲/۴	۳۱/۲	۲۹/۹	۳/۹	۱۷/۴
۱۳۶۵	۸۵/۴	۶۸/۶	۷۷/۲	۵۶/۴	۲۳/۴	۳۹/۸	۲۵/۴	۱۱/۴	۱۸/۴
۱۳۷۵	۹۳/۳	۸۶/۲	۹۰/۵	۸۱/۲	۵۱/۶	۶۹/۷	۶۰	۲۶/۸	۴۷/۳
۱۳۸۵	۸۹/۴	۸۶/۷	۸۸/۵	۷۸/۸	۶۲/۲	۷۲/۷	۵۶/۴	۳۳/۴	۴۸/۵

منبع: مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی

- آموزش عالی:

دسترسی به آموزش عالی یکی از مهمترین عوامل در بهبود وضعیت عدالت محسوب می شود و برای فرزندان خانواده محروم در حکم یک نردبان ترقی اجتماعی است. از ویژگی های عمده توسعه سطح سواد در سال های بعد از انقلاب افزایش قابل ملاحظه ی تعداد افراد دارای تحصیلات عالی است که در فاصله سال های ۱۳۵۵ و ۱۳۸۵، ۹ برابر شده است.

نکته مهم دیگر در ارتقا سطح سواد جمعیت در این دوره سی ساله افزایش سریع تر نسبت زنان دارای تحصیلات عالی در بین فارغ التحصیلان دانشگاه هاست به طوریکه بر اساس نتایج سرشماری در سال ۱۳۸۵، تعداد زنان دارای تحصیلات عالی (۱۳۰۷۰۲۶ نفر) بر تعداد مردان (۱۲۴۸۲۵۷ نفر) دارای تحصیلات عالی پیشی گرفته است اما همچنان شکاف زیادی بین تعداد افراد دارای تحصیلات عالی در

۱۶۵

مطالعات الگوی پیشرفت
اسلامی و ایرانی

تقی آزاد ارمکی و همکاران
الگوی پیشرفت ایرانی - اسلامی با تاکید بر شاخص های آموزش و بهداشت

نقاط شهری (۲۳۱۳۷۰۸ نفر) و روستایی (۲۴۱۳۳۰) وجود دارد و این تعداد در شهر ها حدوداً ۵/۹ برابر روستاهاست.

بهداشت و انقلاب اسلامی:

اهمیت بهداشت و سلامت در دین مبین اسلام و قانون جمهوری اسلامی و پیشرفت اقتصادی اجتماعی انکارناپذیر است، در این بخش از مقاله حاضر به بررسی مهم ترین شاخص های بهداشتی - جمعیتی از جمله امید به زندگی در بدو تولد و سلامت مادر و کودک و روند تغییرات آن بعد از انقلاب اسلامی پرداخته می شود.

- امید به زندگی در بدو تولد:

امید به زندگی در بدو تولد ساده ترین و بهترین شاخص شناخت سطح مرگ و میر و مقایسه آن بین جمعیت های مختلف است و نشان می دهد که در صورت ثابت ماندن شرایط زیست در سطح سال تولد هر یک از افراد زنده متولد شده آن سال شانس چند سال زنده ماندن را دارند (زنجانی و دیگران، ۱۳۷۹، ص ۲۰)

برآوردها حاکی از امید زندگی حدود ۲۵ سال در اوائل قرن ۱۴ هجری شمسی بوده و به تدریج این شاخص روند افزایشی داشته است. در سال ۱۳۴۵ امید زندگی در کشور حدود ۴۷ سال بوده که در سال ۱۳۵۵ به حدود ۵۴ سال افزایش یافته است. بهبود وضعیت بهداشتی و کاهش مرگ و میر نوزدان و کودکان در سالهای بعد از انقلاب اسلامی موجب افزایش قابل توجه امید به زندگی شده، به طوری که این شاخص در سال ۱۳۶۵ در حدود ۶۰ سال و در

سال ۱۳۸۰، ۶۹ سال بوده است و در سال ۱۳۸۵ به حدود ۷۰ سال افزایش یافته است. بین امید به زندگی زنان و مردان حدود ۲ سال تفاوت وجود دارد. در سال ۱۳۸۵ امید به زندگی زنان ۷۱ سال و مردان ۶۹ سال برآورد شده است. علی رغم بهبود وضعیت بهداشتی در کشور، امید به زندگی برای مردان و زنان در نقاط محروم پائین تر از سایر نقاط می باشد. در سال ۱۳۸۵ پائین ترین امید به زندگی در سیستان و بلوچستان، کردستان، کهگیلویه و بویراحمد و لرستان مشاهده شده که در حقیقت جزء استانهای با سطح توسعه یافتگی پایین می باشند. بنابراین، سیستم بهداشتی در کشور بایستی به وضعیت نابرابر بهداشتی در استانها توجه داشته و ضمن اولویت دادن به استانهای محروم، برنامه های ویژه ای را در این استان ها برای افزایش امید به زندگی اجرا نماید (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۸)

- سلامت مادر و کودک:

باتوجه به سیاست های پیشگیری از بیماری ها از راه گسترش شبکه مراقبت های بهداشتی درمانی و ایجاد خانه های بهداشت در سال های بعد از انقلاب اسلامی در کنار فعالیت های نهاد برخاسته از انقلاب (جهاد سازندگی) در امر توسعه روستایی نقش بارزی در بهبود شاخص های بهداشت محیط داشته است. تردیدی نیست که چنین سیاست ها و فعالیت هایی در تقلیل سطح عمومی مرگ و میر در سه دهه اخیر مهمترین نقش را داشته است. از طرفی دیگر، پس از دستور و فتوای حضرت امام خمینی (ره) و فتوای حضرت آیت الله خامنه ای و سایر

مراجع عظام تقلید در ارتباط با عدم وجود موانع مذهبی برای بهره گیری از خدمات تنظیم خانواده و نیز تأکید دین مبین اسلام بر حفظ ارتقای سلامت، روحانیت محترم و اشخاص صاحب نفوذ جامعه به ترویج باورهای درست در جامعه یاری نموده و این همکاری زمینه رشد قابل توجه سلامت مادر و کودک در جمهوری اسلامی ایران فراهم آورد. بعضی از شاخص هایی که در افزایش امید به زندگی و ارتقای سطح بهداشت جامعه اهمیت خاصی دارد شامل مرگ و میر نوزادان، کودکان و مادران و باروری ناخواسته و پرخطر می شود که در این قسمت به بررسی آن ها پرداخته می شود.

- مرگ و میر نوزادان و کودکان:

میزان مرگ و میر نوزادان برای سنجش، ارزیابی و شناخت شرایط اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی در یک جمعیت، شاخصی دقیق، مطمئن و ارزشمند است و به طور کلی، این شاخص می تواند نماینده ی پیشرفت های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی باشد (میرزایی، ۱۳۸۶:ص ۴۸ و ۴۹)

روند کاهش مرگ و میر نوزادان در نمودار ۱، مشاهده می شود. میزان مرگ و میر کمتر از یکساله ها از ۲۰۰ در هزار در سال ۱۳۳۵ به حدود ۲۵ در هزار در سال ۱۳۸۵ کاهش و به عبارت دیگر به یک هشتم تقلیل یافته است. نمودار کاهش میزان مرگ و میر نوزادان بیانگر کاهش سریع و مستمر مرگ و میر نوزادان در طول این سال هاست. کاهش اساسی میزان مرگ و میر نوزادان که در بین سال های ۱۳۳۵-۱۳۴۵ شروع شده بود و بین سال های ۱۳۴۵-۱۳۵۵ ادامه یافت،

در دهه های ۱۳۶۵-۱۳۵۵ و ۱۳۷۵-۱۳۶۵ به اوج خود رسید و این میزان، به کمتر از یک سوم بین این سال ها تقلیل یافت اما برآوردهای اخیر حاکی از کم شدن سرعت کاهش میزان مرگ و میر نوزادان بین سال های ۱۳۸۰-۱۳۷۵ است که امری منطقی است. این میزان در سال ۱۳۸۵ به حدود ۲۵ در هزار رسیده است (نمودار ۱)

مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در فاصله سال های ۱۳۵۵ تا ۱۳۷۵ به کمتر از یک سوم تقلیل یافته است (زنجانی و دیگران، ۱۳۷۹:ص ۱۰۰) و بر اساس آمار اعلام سالنامه‌ی آماری آسیا و اقیانوسیه و سازمان ملل در فاصله سال های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵ از حدود ۵۵ در هزار به ۳۶ در هزار کاهش یافته است (سالنامه آماری آسیا و اقیانوسیه، ۲۰۰۷ و سازمان ملل ۲۰۰۹)

نمودار ۱: میزان مرگ و میر نوزادان در ایران ۱۳۸۰-۱۳۳۵

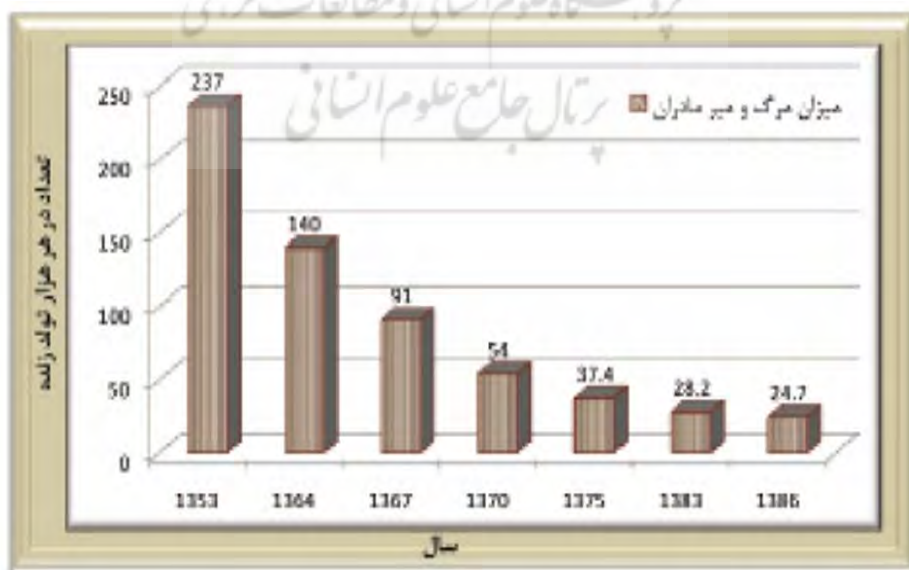


منبع: بر اساس جدول میرزایی ۱۳۸۶: ۳۸ و میزان مرگ و میر نوزادان ۱۳۸۵
برآورد شده از داده های تصحیح شده نمونه سرشماری ۱۳۸۵

- سلامت مادر:

نمودار (۲) روند تغییرات میزان مرگ و میر مادران باردار در فاصله سال های ۱۳۵۳ تا ۱۳۸۶ را نشان می دهد. میزان مرگ و میر مادران باردار در فاصله ۱۳۵۳ تا ۱۳۸۶ حدود ۹۰ درصد کاهش یافته است و در سال ۱۳۸۶ به ۷/۲۴ درصد هزار تولد زنده رسیده است و در سال ۱۳۸۷ به ۲۲ به ازای هر صد هزار تولد زنده رسید. کشور ایران در سال ۲۰۰۹ به هدف تعیین شده برای مرگ مادر در سال ۲۰۱۵ دست یافته است. میزان مرگ و میر مادران کشور در سال ۱۹۹۰ (سال مبنای هدف گذاری هزاره) حدود ۹۰ به ازای هر صد هزار تولد زنده بوده است این شاخص در سال ۲۰۰۹ به حدود ۲۲ مرگ مادر در صد هزار تولد زنده کاهش یافته که نشان دهنده کاهش ۷۵ درصدی نسبت به سال پایه بوده است. (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۸).

نمودار شماره ۲: روند میزان مرگ و میر مادران باردار از سال ۱۳۵۳ الی ۱۳۸۶



مرجع: معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (وزارت بهداشت)

چشم انداز برنامه تنظیم خانواده، خواسته بودن همه بارداری ها و به حداقل رساندن میزان بارداری های پرخطر است. برنامه تنظیم خانواده در طی سال های اجرا باعث بهبود قابل توجه شاخص بارداری های ناخواسته شده است. بر اساس آمار وزارت بهداشت، متوسط کشوری شاخص بارداری ناخواسته در ابتدای برنامه تنظیم خانواده ۳۷ درصد بوده است که براساس آخرین اطلاعات به ۶/۱۸ کاهش یافته است. علی رغم بهبود میزان بارداری های ناخواسته، این میزان هنوز بسیار بالا بوده و نیازمند فعالیت های فراوان برای بهبود هر چه بیشتر است. این شاخص نشان می دهد که در حال حاضر، حدوداً یک تولد از هر پنج تولد حاصل بارداری های ناخواسته است. بهترین حاصل بارداری های ناخواسته تولد فرزند است، حال آنکه این مسئله می تواند تقاضاهای غیر قانونی و غیر شرعی مانند در خواست سقط را به دنبال داشته باشد.

بارداری های پرخطر از عوامل بسیار مهمی است که یک مادر را در معرض خطر مرگ و میر و اختلال در سلامتی ناشی از بارداری ها و زایمان ها قرار می دهد. اطلاعات حاصل از نظام مراقبت مرگ مادری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نشان می دهد که ۷۷ درصد موارد مرگ مادر در سال ۱۳۸۱ از موارد بارداری های پرخطر بوده است. این میزان در سال ۱۳۸۵ به ۶۱ درصد

۱- بارداری های پرخطر عبارت است از: بارداری زیر ۱۸ سال، بارداری بالای ۳۵ سال، بارداری با فاصله کمتر از ۳ سال و بارداری بیش از ۴ بار.

کاهش یافته است. بديهي است که تقویت فعالیت های تنظیم خانواده در این جمعیت ها، بهبود هر چه بیشتر این میزان را در پی خواهد داشت.

تغییرات این شاخص ها نشان دهنده حساسیت ویژه جمهوری اسلامی ایران به امر بهداشت و سلامت است. این حساسیت برگرفته از آموزه های دینی و باورهای فرهنگی کشور بوده که جایگاه ویژه ای برای زنان قائل شده است. با توجه به این که جمهوری اسلامی زنان را مدیران سلامت خانواده می شناسد دیدگاه یاد شده در راستای ارتقای سلامت خانواده نیازمند توسعه هرچه بیشتر بوده و در همین راستا سلامت و توانمندسازی زنان از عناصر اصلی برای سرمایه گذاری به شمار می رود.

بحث و جمع بندی:

در این مقاله سعی شد از یک سو پیشرفت هایی که جمهوری اسلامی در زمینه ارتقای آموزش و سطح بهداشت و سلامت بدان دست یافته است مورد کندوکاو قرار گیرد و از سوی دیگر بر اساس عدالت اجتماعی که به عنوان یک ارزش مورد تأکید اسلام و جمهوری اسلامی و نیز یک عامل مورد تأکید در توسعه پایدار انسانی و دین محور است، به بررسی و نقد پیشرفت حاصله پرداخته شود. این امر صورت گرفت تا بتوان در زمینه مورد تحقیق، یک الگوی پیشرفت متناسب با فرهنگ ایرانی و اسلامی ارائه داد. نتایج نشان می دهد، در طول دهه های گذشته جمهوری اسلامی ایران موفقیت های قابل توجهی در زمینه آموزش

و بهداشت باروری و یکپارچه نمودن برنامه های سلامت مادر و کودک و تنظیم خانواده در برنامه بهداشت اولیه بدست آورده است .

در زمینه آموزش، در حالی که در سال ۱۳۵۵ کمتر از نیمی از جمعیت ۶ ساله و بالاتر در ایران باسواد بوده (۵/۴۷ درصد) در سال ۱۳۸۵ جمعیت باسواد بیش از چهارپنجم از جمعیت ۶ ساله و بالاتر (۶/۸۵ درصد) را شامل می شود. نهضت سوادآموزی که از نهادهای برخاسته از انقلاب است در ریشه کن کردن بی سوادی نقش عمده ای داشته است. میزان پوشش تحصیلی واقعی نیز در حال حاضر به بالاتر از ۹۵ درصد رسیده است. با این وجود، به رغم کاهش تفاوت های جنسیتی، روستایی شهری و منطقه ای در بخش آموزش، همچنان اختلاف هایی وجود دارد. به طوری که در سال ۱۳۸۵، میزان باسوادی مردان و زنان ۵/۸ درصد و شهرها و روستاها ۷/۱۳ درصد با هم تفاوت دارد. در حال حاضر در بین استان های کشور بیشترین میزان باسوادی مربوط به استان های تهران (۳/۹۱ درصد)، سمنان (۶/۸۸ درصد) و یزد (۱/۸۸ درصد) کمترین میزان باسوادی مربوط به استان های سیستان و بلوچستان (۶۸ درصد)، کردستان (۵/۷۷ درصد) و آذربایجان غربی (۸/۷۷ درصد) بوده است. همچنین به نظر می رسد با توجه به تعدیل میزان رشد جمعیت و متناسب تر شدن ساختمان و ترکیب سنی جمعیت و افزایش نسبت جمعیت فعال به جمعیت دانش آموز و از طرف دیگر نزدیک شدن پوشش ثبت نام به ۱۰۰ درصد، جمهوری اسلامی بر مشکلات کمی فایق آمده و باید به جنبه های کیفی آموزش و پرورش و تدارک بهتر نیازهای آموزشی توجه بیشتری نشان دهد. با توجه به اینکه پوشش واقعی تحصیلات در دوره راهنمایی

و متوسطه تحصیلی در مقایسه با دوره تحصیلات ابتدایی افت پیدا می کند لازم است در زمینه پیشرفت نظام آموزشی، جهت گیری ها به سمتی باشد که از میزان ترک تحصیل کسانی که دوره ابتدایی را به پایان رسانده اند، کاسته شود.

در زمینه بهداشت، بهبود وضعیت بهداشتی در سالهای بعد از انقلاب اسلامی موجب افزایش قابل توجه امید زندگی شده، به طوری که این شاخص که در سال ۱۳۵۵ در حدود ۵۴ سال بوده است، در سال ۱۳۸۵ به حدود ۷۰ سال افزایش یافته است. با توجه به سیاست های پیشگیری از بیماری ها از راه گسترش شبکه مراقبت های بهداشتی درمانی و ایجاد خانه های بهداشت در سال های بعد از انقلاب اسلامی در کنار فعالیت های نهاد برخاسته از انقلاب (جهاد سازندگی) که نقش بارزی در امر توسعه روستایی داشته است همراه با افزایش سطح بهداشت و ارتقاء سلامت مادر و کودک و کاهش مرگ و میر اطفال بستر لازم برای افزایش امید به زندگی فراهم آمد. کاهش اساسی میزان مرگ و میر نوزادان در دهه های ۱۳۶۵-۱۳۵۵ و ۱۳۷۵-۱۳۶۵ به اوج خود رسید و این میزان، به کمتر از یک سوم بین این سال ها تقلیل یافت. این میزان در سال ۱۳۸۵ به حدود ۲۵ در هزار رسیده است. میزان مرگ و میر کودکان و مادران نیز از سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۵ به نصف کاهش یافت. کشور همچنین بسیاری از تعهدات خود را در زمینه برنامه عمل کنفرانس بین المللی جمعیت و توسعه^۱ را با موفقیت به انجام رسانده

1- International Conference on Population and Development (ICPD)

و احتمالاً به تعهدات خود در دستیابی به اهداف هزاره در زمینه ی آموزش و بهداشت نیز دست خواهد یافت.

علی رغم بهبود وضعیت بهداشتی در کشور، امید زندگی برای مردان و زنان در نقاط محروم پائین تر از سایر نقاط می باشد. بنابراین، سیستم بهداشتی در کشور بایستی به وضعیت نابرابر بهداشتی در استانها و شهر و روستاها توجه داشته و ضمن اولویت دادن به استانهای محروم، برنامه های ویژه ای را در روستاها و در استان های محروم برای افزایش امید زندگی اجرا نماید.

با افزایش امید به زندگی، تغییر در ترکیب سنی جمعیت و افزایش سالمندان، جلوه های دیگری از رابطه جمعیت و سلامت جامعه نمایان می شود که غالباً به صورت بیماری های غیر واگیردار و مزمن (ناراحتی های قلبی و عروقی، سرطان ها و بیماری های تغذیه ای مانند دیابت) و اختلالات تغذیه ای به طور عمده به شکل فربهی و پرخوری، خود را نشان می دهد. (زنجان و دیگران، ۱۳۷۹) این امر لزوم توجه به کیفیت جمعیت و بهداشت را در سال های آینده مطرح می سازد.

به طور کلی می توان نتیجه گرفت که ایران بعد از انقلاب اسلامی در امر آموزش و بهداشت کشور نسبتاً موفق بوده است و توانسته است به سطح قابل قبولی در این شاخص ها دست یابد. در این زمینه نقش آموزه های اسلامی و شرایط فرهنگی بعد از انقلاب همچنین نهادهای برخاسته از انقلاب مانند نهضت سواد آموزی و جهاد سازندگی انکارناپذیر است. عدالت در سلامت و آموزش نیز بهبود یافته است و تفاوت های جنسیتی، قومی، شهری و روستایی و منطقه ای

در سه دهه اخیر به شدت کاهش یافته است با این وجود در برخی حوزه ها هنوز تبعیض هایی وجود دارد که در سرمایه گذاری ها نیاز به توجه بیشتر دارد. همچنین پس از توفیق در بالا بردن شاخص های کمی، زمان آن فرا رسیده است که به کیفیت جمعیت در حوزه آموزش و بهداشت توجه بیشتری شود. در ارائه الگوی پیشرفت اسلامی-ایرانی در این حوزه ها لازم است به این نکات توجه شود. تجربه جمهوری اسلامی در زمینه بهداشت و آموزش میتواند نکات آموزنده ای در زمینه ارائه الگو در اختیار ما قرار دهد. الگویی که از یکسو برای پیشرفت های آتی کشور لازم است و از سوی دیگر بتواند چراغ راه کشورهای-خصوصا کشورهای اسلامی- باشد که نمی خواهند از مدل غربی توسعه پیروی کنند.

ارائه الگویی برای پیشرفت:

به نظر می رسد این مقاله توانسته است به اهداف خود در زمینه مرور سیاست های اتخاذ شده و پیشرفت های حاصله از ابتدای انقلاب اسلامی تاکنون در مقوله های بهداشتی و آموزشی و ارزیابی و نقد این سیاست ها، دست یابد. اکنون با در نظر گرفتن این شرایط سعی می شود الگویی متناسب با شرایط فرهنگی و بومی ارائه شود. در ایرانی و اسلامی بودن الگوی پیشرفت، از یک سو باید به مزیت ها و تنگناها و تهدیدها و فرصت ها توجه شود و عامل زمان و شرایط امروز را در نظر گرفت و از سویی دیگر باید به ارزش های اسلامی و فرهنگ ایرانی را مدنظر قرار داد. اعتقاد به الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت، به

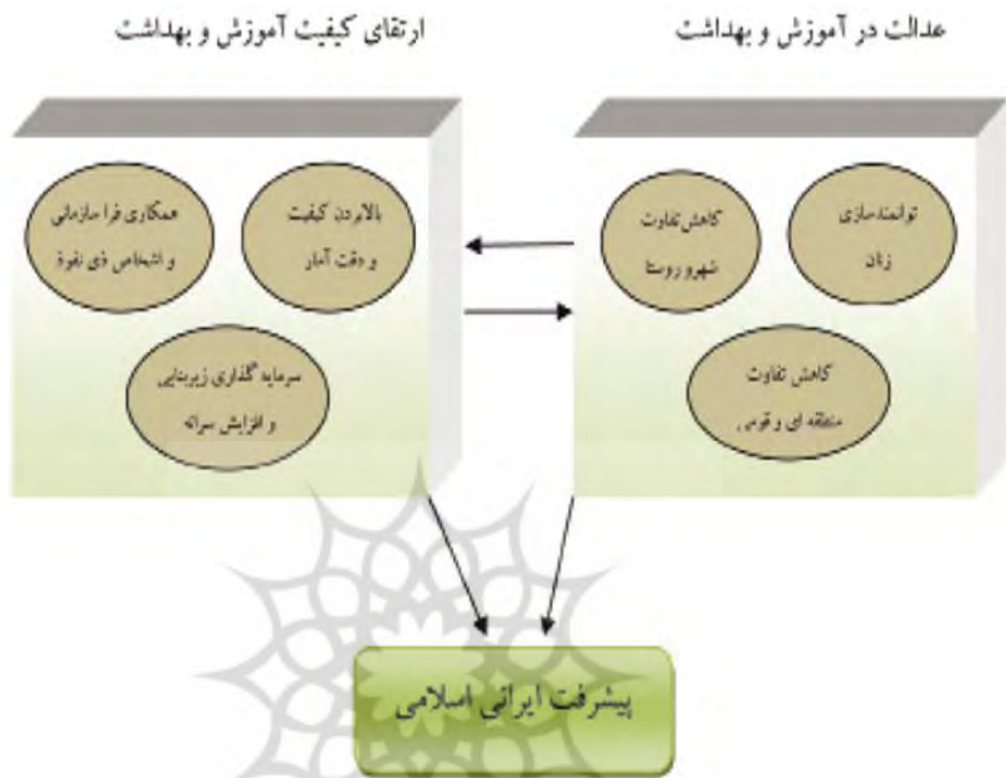
معنای آن نیست که چشم بر تجربه سایر ملت ها، هرچند در جهان بینی و فرهنگ با ما اختلاف داشته باشد، بست. همچنین لازم است این الگو از لحاظ نظری هم مورد تایید باشد تا مقبول واقع شود. همانطور که نتایج مقاله نشان داد دو رکن اساسی الگوی اسلامی-ایرانی پیشرفت در حوزه آموزش و بهداشت اولاً عدالت اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی و ثانیاً ارتقای کیفیت خدمات آموزشی و بهداشتی است که جهت گیری سیاست ها در آینده باید به سمت تحقق آن ها باشد. نمودار (۳) الگوی اسلامی-ایرانی پیشنهادی این مقاله را جهت ارتقای سطح بهداشت و آموزش نشان می دهد.

در راستای تحقق عدالت لازم است تفاوت های جنسی، قومی، منطقه ای و شهری و روستایی کمرنگ شود تا زمانی که به طور کامل از بین برود. با توجه به تلاش های انجام شده در جمهوری اسلامی ایران استراتژی اساسی توانمند سازی زنان که گام مهمی در جهت از بین بردن تبعیض جنسیتی است و رویکرد برجسته ای در دستیابی به اهداف توسعه هزاره بشمار می رود، اتخاذ شده است. این سیاست ها همچنان باید ادامه یابد و تقویت شود. توسعه روستایی و توجه به مناطق محروم نیز باید در دستور کار قرار گیرد تا زمینه های رسیدن به عدالت اجتماعی بیش از پیش فراهم شود. عدالت نقطه محوری و محل تلاقی ارزش ها و آرمان های اسلامی و ایرانی و توسعه پایدار انسانی است و به خاطر همین از اهمیت خاصی برخوردار می باشد.

ارتقای کیفیت نیز از دیگر محورهای اساسی توسعه انسانی دین محور است. در سال ۱۹۹۴ (۱۳۷۳) دنیا نگاه جدید به جمعیت و تغییر از کمیت به کیفیت را

مطرح کرد. کشور ما نیز با اینکه در شاخص های کمی به سطح قابل قبولی رسیده است، اما بعد از این ارتقای هر چه بیشتر شاخص ها نیازمند توجه به کیفیت است. در این راستا باید سرمایه گذاری ها به سمت افزایش سرانه ها و استانداردهای بهداشتی و آموزشی باشد. همکاری های فراسازمانی و جلب حمایت افراد تعیین کننده و تأثیر گذار در جامعه از جمله روحانیون، معتمدین محلی، افراد شناخته شده خوشنام و غیره نیز می تواند زمینه را برای این امر فراهم کند. همچنین با یکپارچه سازی، ساماندهی و رفع موازی کاری در نظام آماري کشور ضمن رفع مشکلات و موانع گذشته، آمارهای مورد نیاز برنامه ریزان و تصمیم سازان کشور برای تهیه و ارزیابی برنامه های پیشرفت با کیفیت مطلوب تولید خواهد شد. سرانجام ارتباط متقابل دو رکن اساسی یعنی عدالت و ارتقای کیفیت در حوزه آموزش و بهداشت می تواند به عنوان الگویی اسلامی ایرانی مطرح شود که سمت و سوی پیشرفت کشور را در آینده مشخص می کند و چون از لحاظ نظری نیز مورد تأیید است حتی می توان از آن به عنوان الگویی از پیشرفت برای سایر کشورهای که توسعه غربی پاسخگوی نیاز آن ها نیست، دفاع کرد.

نمودار شماره (۳): الگوی پیشنهادی پیشرفت ایرانی اسلامی مبتنی بر آموزش و بهداشت



۱۷۹
مطالعات الگوی پیشرفت
اسلامی و ایرانی

الگوی پیشرفت ایرانی - اسلامی با تاکید بر شاخص های آموزش و بهداشت
تقی آزاد ارمکی و همکاران

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع:

۱. *الطبقات الكبرى*، ج ۲، ص ۲۲
۲. *بحار الانوار*، ج ۲، ص ۳۱
۳. بخشوده، محمد (۱۳۸۵)، *روند توسعه انسانی در ایران*، مجله توسعه و بهره‌وری، سال اول، شماره ۲، صص ۹-۲.
۴. پایگاه اطلاع‌رسانی دفتر حفظ و نشر آثار آیت‌الله العظمی سید علی خامنه‌ای. مؤسسه پژوهشی فرهنگی انقلاب اسلامی. بیانات در جمع اساتید و دانشجویان. www.khamenei.ir. ۱۳۸۸/۰۲/۲۷
۵. خاکپور، براتعلی و علیرضا باوان پوری (۱۳۸۹)، *بررسی شاخص‌های توسعه انسانی در کشورهای اسلامی*، مجموعه مقالات چهارمین کنگره بین‌المللی جغرافیدانان جهان اسلام، زاهدان
۶. زنجانی حبیب‌الله، شادپور کامل، محمد میرزایی، مهریار امیر هوشنگ (۱۳۷۹)، *جمعیت، توسعه و بهداشت باروری*، چاپ دوم، تهران: نشر و تبلیغ بشری
۷. سایت مرکز آمار ایران، معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری: بخش سرشماری نفوس و مسکن ۱۳۸۵: داده‌های خام ۲۰ درصد

۸. سمینار روز جهانی جمعیت (۱۳۸۸)، توجه به زنان و خانواده ها در رویاروی با بحران های اقتصادی، تهران، انتشارات مهرگل: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۹. غرر الحکم و درر الکلم، ص ۴۷

۱۰. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران

۱۱. قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۰-۱۳۹۴)

۱۲. قرآن کریم

۱۳. محبی میمندی، مصیب (۱۳۸۹)، عوامل مؤثر بر مرگ و میر نوزادان در ایران در

سال ۱۳۸۵، پایان نامه ی دوره ی کارشناسی ارشد جمعیت شناسی، دانشکده ی علوم اجتماعی دانشگاه تهران.

۱۴. مرکز آمار ایران (۱۳۸۶)، نتایج کلی سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۸۵ برای کل کشور.

۱۵. مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی www.rc.majlis.ir

۱۶. مطلق، محمد اسماعیل و دیگران (۱۳۹۰)، راهنمای متولیان بهداشت برای جلب حمایت روحانیان و رجال مذهبی در برنامه های تنظیم خانواده، تهران، انتشارات فوژان گرافیک.

۱۷. میرزایی محمد و لایلا علیخانی (۱۳۸۶) برآورد سطح و بررسی عوامل مؤثر بر مرگ و میر شهر تهران در سال ۱۳۸۴ و روند تحولات اپیدمیولوژیکی آن در سی ساله اخیر، نامه انجمن جمعیت شناسی ایران شماره سه، ص ۳۰ تا ۶۰، تابستان ۱۳۸۶

۱۸. میرزایی، محمد (۱۳۸۴)، جمعیت و توسعه با تاکید بر ایران (مجموعه مقالات)، تهران: مرکز مطالعات و پژوهش های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه.

۱۹. نقی پورفر، ولی الله و محمد رضا احمدی، شاخص های اقتصادی توسعه انسانی از دیدگاه اسلام، فصلنامه اقتصاد اسلامی، سال هفتم، شماره ۳۱، صص ۱۰۲-۶۹.

۲۰. نوبخت، محمدباقر (۱۳۸۹)، *نخستین نشست اندیشه های راهبردی، الگوی ایرانی اسلامی پیشرفت*.

۲۱. نیسی، عبدالکاسم (۱۳۸۹)، *شاخص توسعه انسانی در استان های ایران، فصلنامه علمی پژوهشی علوم بهداشتی، سال دوم شماره ۲*

۲۲. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شورای سیاست گذاری: (۱۳۸۸) *سلامت جمهوری اسلامی ایران در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، گزارش آبان ماه ۱۳۸۸*.

23. United Nations (U.N) (2009) Millennium Development Goals Database, United Nations Statistics Divisio



۱۸۲
مطالعات الگوی پیشرفت
اسلامی و ایرانی

سال اول - شماره دوم - زمستان ۱۳۹۱