



## اثربخش‌سازی سیاست‌های جمعیتی در چارچوب مدل‌های:

### گذار جمعیتی، اقتصاد خانوار و اندازه‌گیری تعیین‌کننده‌های بلافضل فرزندآوری در ایران

علی اکبر محزون<sup>۱</sup>

#### چکیده

در شرایطی که موضوع «جمعیت» یکی از چهار کلان‌روند (Mega Trend) شکل‌دهنده آینده جهان شناخته شده، مقام معظم رهبری (مدظله‌العالی) نیز در بیانیه گام دوم انقلاب اسلامی مهم‌ترین ظرفیت امیدبخش کشور را نیروی انسانی مستعد و کارآمد با زیربنای عمیق و اصیل ایمانی و دینی و جمعیت جوان را فرصت ارزشمندی برای جمهوری اسلامی ایران برشمرد و لذا در همین راستا سیاست‌های کلی جمعیت را ابلاغ فرموده‌اند. مدل‌ها و نظریه‌های جمعیت‌شناختی متعددی در سطح خرد و کلان به تبیین تحولات جمعیتی از منظر گذار جمعیت‌شناختی، مدل تحلیل نهادی، عوامل فرهنگی، اقتصاد باروری، تابع مطلوبیت (تقاضا) و صرفه اقتصادی فرزند، جریان ثروت بین نسلی و عوامل بینابینی و بلافضل باروری پرداخته‌اند. چارچوب‌های مورد نظر در این مدل‌ها و مدل‌های بومی‌ای که متناسب با شرایط کشورمان در حال شکل‌گیری است، می‌تواند دلالت‌ها و رهنمودهای مؤثری را در جهت اثربخش‌سازی سیاست‌های جمعیتی فراهم آورد که در این مقاله تلاش گردید نسبت‌های موجود بین هر یک از این چارچوب‌ها با سیاست‌ها و قوانین ملی مرتبط با جمعیت با بهره‌گیری از شواهد آماری مورد بررسی قرار گیرد. این بررسی‌ها نشان داد در چارچوب مدل گذار جمعیتی: پیشگیری از رشد صفر یا منفی جمعیت و حفظ ساختار سنی جوانی جمعیت؛ در چارچوب مدل‌های اقتصادی فرزندآوری: مقرون به صرفه نمودن هزینه‌های فرزندآوری؛ در چارچوب مدل تعیین‌کننده‌های بلافضل فرزندآوری: معکوس نمودن اثر شاخص‌های بازدارنده فرزندآوری و کاهش اثر سقط غیرقانونی جنین؛ و در چارچوب مدل عوامل فرهنگی: تبیین، ترویج، فرهنگ‌سازی و اصلاح نگرش‌ها نسبت به جایگاه و ارزش فرزندآوری و همچنین آگاهی‌بخشی، مشاوره و آموزش‌های تخصصی به خانواده‌ها در زمینه فرزندآوری و فرزندپروری مورد توجه قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت بوده که موجب گردیده در این قانون، ماده ۲۹ به اقدامات حمایتی و تشویقی نسبت به فرزندآوری، ماده ۱۶ به ترویج، فرهنگ‌سازی، مشاوره و آموزش‌های تخصصی و ماده ۱۷ به اقدامات اصلاحی و سلبی (مانند پیشگیری از سقط غیرقانونی جنین) در این حوزه اختصاص یابد. در ستاد ملی جمعیت نیز می‌توان رویکرد «اثربخش‌سازی» در انجام اقدامات و فعالیت‌ها را در بخشی از راهبردهای اجرایی پیرامون رشد ازدواج و فرزندآوری، اتخاذ و راهبردهای اجرایی‌ای نظیر «فراهم نمودن زمینه حمایت از طرح‌ها و برنامه‌های ارتقاء دهنده‌ی نشاط و شادابی خانواده‌ها در فضای عمومی کشور»، «تعامل چهره‌به‌چهره و محله‌محور در ارائه مشاوره‌ها و آموزش‌های عمومی لازم به خانواده‌ها»، «اجرای اقدامات تشویقی و اعطای مشوق‌ها حتی‌الامکان در داخل محله‌های سکونت خانواده‌های مشمول به ویژه در مساجد» و نظایر آن را در دستور کار قرار داد.

کلیدواژه‌ها: سیاست‌های جمعیتی؛ جوانی جمعیت؛ حمایت از خانواده؛ فرزندآوری؛ نظریه‌های جمعیت‌شناختی.

## مقدمه

در شرایطی که موضوع «جمعیت» یکی از چهار کلان‌روند<sup>۱</sup> شکل‌دهنده آینده جهان شناخته شده (به نقل از بنیاد آکسفام<sup>۲</sup>)، مقام معظم رهبری نیز در بیانیه گام دوم انقلاب اسلامی مهم‌ترین ظرفیت امیدبخش کشور را نیروی انسانی مستعد و کارآمد با زیربنای عمیق و اصیل ایمانی و دینی و جمعیت جوان را فرصت ارزشمندی برای جمهوری اسلامی ایران برشمرده‌اند. ایشان در این بیانیه فرموده‌اند:

«مهم‌ترین ظرفیت امیدبخش کشور، نیروی انسانی مستعد و کارآمد با زیربنای عمیق و اصیل ایمانی و دینی است. جمعیت جوان زیر ۴۰ سال که بخش مهمی از آن نتیجه‌ی موج جمعیتی ایجاد شده در دهه‌ی ۶۰ است، فرصت ارزشمندی برای کشور است. ۳۶ میلیون نفر در سنین میانه‌ی ۱۵ و ۴۰ سالگی، نزدیک به ۱۴ میلیون نفر دارای تحصیلات عالی، رتبه‌ی دوم جهان در دانش‌آموختگان علوم و مهندسی، انبوه جوانانی که با روحیه‌ی انقلابی رشد کرده و آماده‌ی تلاش جهادی برای کشورند، و جمع چشمگیر جوانان محقق و اندیشمندی که به آفرینش‌های علمی و فرهنگی و صنعتی و غیره اشتغال دارند؛ اینها ثروت عظیمی برای کشور است که هیچ اندوخته مادی با آن مقایسه نمی‌تواند شد.»<sup>۳</sup>

ایشان در متن ابلاغیه سیاست‌های کلی جمعیت خطاب به رؤسای قوای سه‌گانه و رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام نیز مقوله جمعیت را دارای اهمیت در اقتدار ملی و نقش‌آفرینی در پیشرفت کشور قلمداد نموده و فرموده‌اند:

«با عنایت به اهمیت مقوله جمعیت در اقتدار ملی و با توجه به پویندگی، بالندگی و جوانی جمعیت کنونی کشور به عنوان یک فرصت و امتیاز و در جهت جبران کاهش نرخ رشد جمعیت و نرخ باروری در سال‌های گذشته، سیاست‌های کلی جمعیت ابلاغ می‌گردد. با در نظر داشتن نقش‌آفرینی عامل جمعیت در پیشرفت

1. Mega Trend  
2. www.oxfam.org

۳. بیانیه «گام دوم انقلاب» خطاب به ملت ایران، مورخ ۱۳۹۷/۱۱/۲۲.

<https://farsi.khamenei.ir/message-content?id=41673>

کشور، لازم است برنامه‌ریزی‌های جامع برای رشد اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور متناسب با سیاست‌های جمعیتی انجام گیرد. همچنین ضروری است با هماهنگی و تقسیم کار بین ارکان نظام و دستگاه‌های ذیربط در این زمینه، اقدامات لازم با دقت، سرعت و قوت صورت گیرد و نتایج رصد مستمر اجرای سیاست‌ها گزارش شود» (مجمع تشخیص مصلحت نظام، ۱۳۹۳).

پس از ابلاغ و آغاز فرایند اجرایی شدن سیاست‌ها و قوانین، نظارت و ارزیابی مستمر آن‌ها به موفقیت هر چه بیشتر آن‌ها کمک خواهد کرد. دو معیار اصلی متداول در ارزیابی عملکرد، «کارایی<sup>۱</sup>» و «اثربخشی<sup>۲</sup>» است که طبق تعریف آن‌ها به قرار زیر است:

**کارایی**، توانایی انجام فعالیت‌ها و اهداف با صرف کمترین میزان زمان، هزینه و منابع مادی و انسانی تعریف می‌شود.

**اثربخشی**، مفهومی است که نشان می‌دهد تا چه میزان اهداف مورد نظر تحقق یافته است. در این مقاله از بین این دو معیار مهم، تمرکز روی معیار «اثربخشی» به منظور افزایش و ارتقای آن در اجرای سیاست‌های جمعیتی است که از آن با عنوان «**اثربخش‌سازی**» نام می‌بریم. این بررسی، مانند هر بررسی دیگری نیازمند یک چارچوب است و چارچوب مورد استفاده در این مقاله، مدل‌ها و نظریه‌های جمعیت‌شناختی است. در فضای آکادمیک، مدل‌ها و نظریه‌های جمعیت‌شناختی متعددی در سطح خرد و کلان به تبیین تحولات جمعیتی پرداخته‌اند. چارچوب‌های مورد نظر در این مدل‌ها و همچنین مدل‌های بومی‌ای که متناسب با شرایط کشورمان در حال شکل‌گیری است، می‌تواند دلالت‌ها و رهنمودهای مؤثری را در جهت اثربخش‌سازی سیاست‌های جمعیتی فراهم آورد.

در این مقاله تلاش می‌شود نسبت‌های موجود بین سیاست‌ها و قوانین جمعیتی با هر یک از این چارچوب‌ها، با بهره‌گیری از شواهد آماری مورد بررسی قرار گیرد و پیشنهادهایی نیز در جهت اثربخش‌سازی سیاست‌ها و قوانین مذکور ارائه شود.

1. Efficiency  
2. Effectiveness

## مرور ادبیات و پیشینه تحقیق

دیدگاه‌های نظری متعددی در زمینه تبیین تحولات باروری طرح شده است که اغلب آن‌ها با هدف تبیین گذار باروری از سطح بالا به سطح ثابت و کنترل شده، ارائه شده است. این نظریه‌ها را می‌توان در دو دسته کلان‌نگر (مدل‌های سطح کلان) و خردنگر (مدل‌های سطح خرد) به شرح ذیل تقسیم‌بندی نمود که در ادامه به بررسی مختصری از هر یک از این مدل‌ها خواهیم پرداخت:

### مدل‌های سطح کلان:

- گذار جمعیت‌شناختی (تامپسون<sup>۱</sup>، ۱۹۲۹؛ نوتشتاین<sup>۲</sup>، ۱۹۴۵؛ بلاکر<sup>۳</sup>، ۱۹۴۹)
- مدل تحلیل نهادی (سیاست‌های جمعیتی و ...) (مک نیکول<sup>۴</sup>، ۱۹۸۰ و ۱۹۸۵؛ گرینهاال<sup>۵</sup>، ۱۹۸۸)
- عوامل فرهنگی (کله‌کند و ویلسون<sup>۶</sup>، ۱۹۸۷؛ رایبیسون<sup>۷</sup>، ۱۹۹۷)

### مدل‌های سطح خرد:

- اقتصاد باروری
  - تابع مطلوبیت (تقاضا) و صرفه اقتصادی فرزند (ایسترلین<sup>۸</sup>، ۱۹۷۵)
  - جریان ثروت بین نسلی (کالدول<sup>۹</sup>، ۱۹۷۶)
- عوامل بینابینی و بلافصل باروری (دیویس و بلیک<sup>۱۰</sup>، ۱۹۵۶؛ بونگارتز و پاتر<sup>۱۱</sup>، ۱۹۸۳)
- برابری جنسیتی (در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه) (پیتر مک دونالد<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۷)

1. W.S. Thompson
2. F.W. Notestein
3. C.P. Blacker
4. Geoffrey Mc Nicoll
5. Susan Greenhalgh
6. John Cleland and Chris Wilson
7. W.C. Robinson
8. Richard A. Easterlin
9. J. Caldwell
10. Davis and Blake
11. J. Bongarts and RG Potter
12. Peter McDonald

## مدل گذار (انتقال) جمعیتی<sup>۱</sup>

ابتدایی‌ترین نظریه‌ای که به تبیین باروری پرداخته است، نظریه گذار جمعیت‌شناختی<sup>۲</sup> است. به عبارتی، نظریه گذار باروری خود نتیجه نظریه گذار جمعیت‌شناختی است. این نظریه نخستین بار توسط وارن تامپسون در سال ۱۹۲۹ ارائه شد. این نظریه با استفاده از اطلاعات چند کشور از سال ۱۹۰۸ تا ۱۹۲۹ که شرحی است بر گذار از میزان مولید و مرگ و میر سطح بالا به سطح پایین، مطرح شد. بر اساس این نظریه، در طی چند مرحله یک جمعیت از حالتی که مرگ و میر و مولید هر دو در سطح بالایی هستند، به حالتی که مولید و مرگ و میر هر دو پایین هستند، منتقل می‌شود. قبل و بعد از انتقال، رشد جمعیت بسیار کند است. حد فاصل این دو حالت، دوران گذار جمعیت‌شناختی است.

نوشتارین (۱۹۴۵) یک مدل جمعیتی در زمینه تئوری «انتقال جمعیت» ارائه داده است که براساس آن سه مرحله انتقال جمعیت، مشخص شده است:

– در مرحله اول که مربوط به قبل از ۱۷۰۰ میلادی است نرخ مولید و مرگ و میر هر دو بالا و رشد جمعیت به کندی صورت گرفته است.

– در مرحله دوم که با ارتقاء کیفیت زندگی و سلامت، میزان مرگ و میر کاهش سریع یافته اما کماکان نرخ مولید بالا می‌باشد.

– در مرحله سوم که از سال ۱۹۰۰ میلادی به بعد آغاز می‌گردد، دست‌آوردهای سریع اقتصادی و اجتماعی، میزان‌های فقر و تولد را کاهش داده و تعادل بین میزان مولید و میزان مرگ و میر را سبب شده است.

بلاکر (۱۹۴۹) در طبقه‌بندی دیگری، گذار (انتقال) جمعیتی را به چهار مرحله اساسی تقسیم نموده و مرحله پنجمی را نیز بر آن متصور است:

۱. مرحله ثبات و سکون جمعیتی که در آن مرگ و میر و باروری هر دو بالا و میزان رشد جمعیت اندک است؛

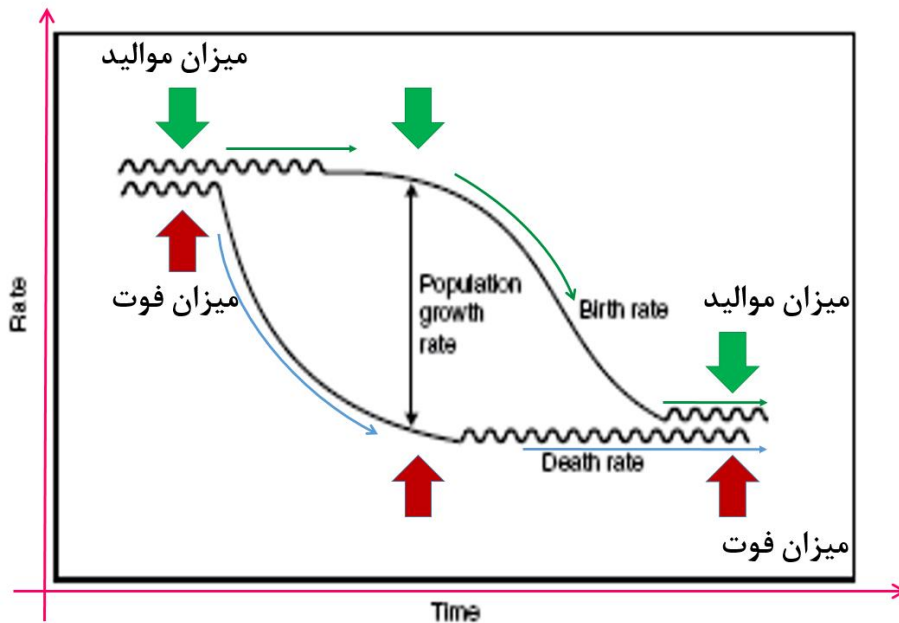
۲. مرحله آغاز بسط و توسعه جمعیتی، که طی آن میزان مرگ و میر به تدریج رو به کاهش می‌گذارد ولی میزان مولید بالاست و به سرعت بر میزان رشد جمعیت افزوده می‌شود؛

1. Demographic Transition Stages

2. Demographic Transition

۳. مرحله پایان بسط و توسعه جمعیتی، که باروری نیز به تدریج رو به کاهش می‌گذارد ولی مرگ‌ومیر کماکان پائین‌تر از باروری و رشد جمعیت هم‌چنان شتابان است؛  
 ۴. مرحله ثبات و سکون مجدد، که مرگ‌ومیر و باروری هر دو به سطح پایینی می‌رسند و رشد جمعیت اندک است.

بلاکر مرحله پنجمی نیز متصور شده و آن مرحله "سقوط جمعیتی" نامیده می‌شود. در این مرحله ولادت و مرگ‌ومیر هر دو در سطح پایینی هستند ولی به لحاظ ساختار سنی سالخورده جمعیت، میزان عمومی مرگ‌ومیر بیشتر از میزان عمومی مولید و میزان رشد جمعیت منفی است. رشد منفی تعدادی از کشورهای پیشرفته صنعتی از سال ۱۹۳۰ میلادی به بعد زمینه‌ساز قائل شدن مرحله سقوط جمعیتی در تقسیم‌بندی بلاکر بوده است.



شکل ۱. مدل کلی مراحل گذار جمعیتی (منبع: بلاکر، ۱۹۴۹)

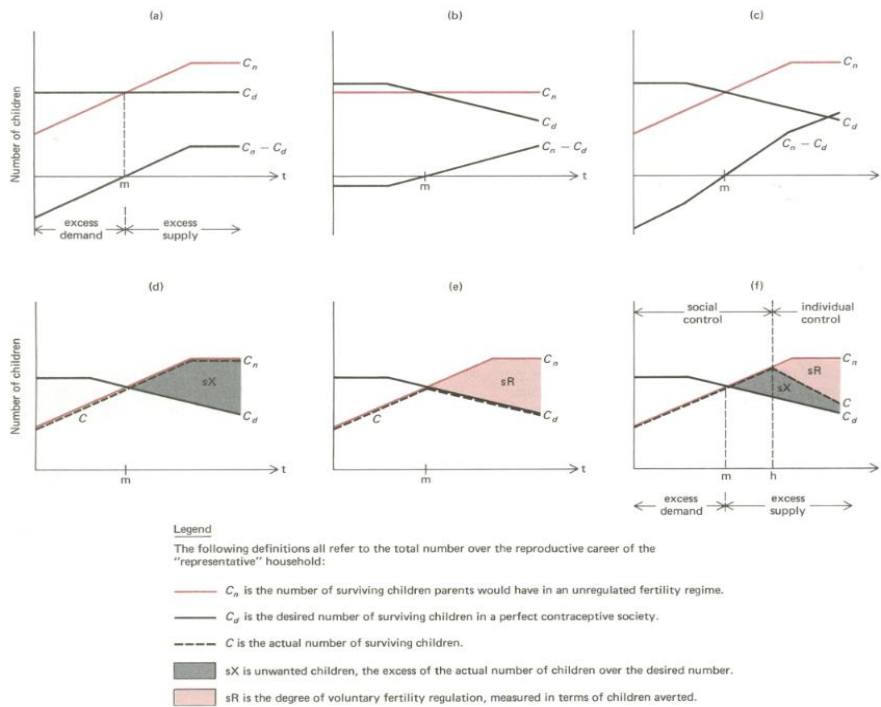
### مدل‌های اقتصادی:

از منظر رویکرد اقتصادی، ایسترلین (۱۹۶۹) معتقد است که کاهش باروری زمانی رخ می‌دهد که هزینه‌ی داشتن یک فرزند نسبت به فایده‌مندی آن بیشتر باشد. طرفداران نظریه خرد اقتصاد

باروری فرزندان را به عنوان کالایی اقتصادی دانسته و معتقدند که فرزند آوری خانواده ها تابع قانون تقاضا، عرضه و هزینه ها است (ایسترلین، ۱۹۶۹، ۱۹۷۵ و ۱۹۸۳). بحث اصلی این نظریه بر این امر استوار است که هزینه های داشتن فرزند در مقایسه با فایده مندی آن تأثیر قابل توجهی را در فرزند آوری والدین خواهد داشت. از این رو هرگاه فایده مندی والدین از داشتن فرزند اعم از مادی و معنوی (روحي، روانی) از هزینه های آن پیشی بگیرد، والدین تصمیم به آوردن فرزند می کنند.

عوامل سه گانه تعیین کننده سطح باروری در یک جامعه و مصادیق آنها بر اساس مدل ایسترلین (۱۹۷۵) عبارتند از:

- عامل تعداد مطلوب فرزندان (تقاضا برای فرزند):  $C_d$ 
    - مخارج فرزند
    - تمایلات ذهنی در ارتباط با مجموعه ای از عوامل اجتماعی، روانی و فرهنگی
  - عامل تعداد فرزندان ماندنی (عرضه فرزند):  $C_n$ 
    - تابعی از سطح زاد و ولد و مرگ و میر در جامعه
    - عامل مخارج و موانع کنترل موالید:
  - فزونی تقاضا نسبت به عرضه  $(C_d > C_n)$ :
  - فزونی عرضه نسبت به تقاضا  $(C_d < C_n)$ : ایجاد زمینه و انگیزه برای کنترل موالید
- نحوه تأثیر گذاری این عوامل بر باروری در شکل (۲) نشان داده شده است:



شکل ۱. عوامل سه گانه تعیین کننده سطح باروری در یک جامعه، بر اساس مدل ایسترلین (منبع: ایسترلین، ۱۹۷۵)

کالدول (۱۹۸۲) در بستر این نظریه، نظریه اقتصادی دیگری را در تبیین تغییرات باروری ارائه داد و نظریه خود در رابطه با جریان ثروت بین نسلی در تبیین باروری را مطرح نمود. وی تلاش کرد تا با تکیه بر تفاوت ارزش‌های اجتماعی و اقتصادی جوامع مدرن و سنتی تغییرات فرزندآوری را تبیین نماید. وی معتقد بود که در جوامع سنتی فرزندان منبع درآمد خانواده محسوب می‌شدند؛ بنابراین جریان ثروت از فرزندان به والدین بود و از این رو داشتن فرزند در بین خانواده‌ها ارزش بیشتری داشت. حال آنکه در جوامع مدرن، همراه با گسترش سواد و افزایش نیازهای فرزندان، توجه بر کیفیت فرزندان معطوف شده و جریان ثروت از والدین به فرزندان معکوس شده است. از این رو در چنین جوامعی، والدین به دلیل افزایش هزینه‌های فرزندان از یکسو و کاهش فواید حاصل از داشتن فرزندان، سعی در کنترل تعداد فرزند دارند. یکی از مهم‌ترین انتقاداتی که به



نظریه کالدول می شود این است که جریان ثروت بین نسلی وقتی به طور کلان مورد ارزیابی قرار گیرد، در اکثر جوامع غیر صنعتی از نسل های پیر به نسل های جوان است.

### عوامل فرهنگی

یکی از مهم ترین انتقاداتی که به نظریات اقتصادی در تبیین باروری وارد است این است که والدین همواره رویکرد اقتصادی صرف در فرزندآوری ندارند و تصمیمات خود در مورد فرزندان را بر مبنای اقتصادسنجی دقیق محاسبه نمی نمایند؛ بلکه عوامل فرهنگی، بخصوص تغییرات ایده ها و ذهنیت های والدین در رابطه با فرزند، نقش تعیین کننده ای در تصمیم برای داشتن فرزند دارد. کللند و ویلسون (۱۹۸۷) و رابینسون (۱۹۹۷) عوامل فرهنگی و تغییر ایده های خانواده ها را عامل مهم تری در مقایسه با عوامل اقتصادی و نوسازی (مدرنیزاسیون) در تبیین باروری می دانند و معتقدند که هر چند عوامل مدرنیزاسیون و اقتصادی ممکن است در تبیین تفاوت های باروری در منطقه ای مؤثر باشند، ولی توجه به ایده ها و فرهنگ هر جمعیتی در مطالعه انتقال جمعیتی ضروری است.

### مدل تحلیل نهادی

جفری مک نیکول (۱۹۸۰ و ۱۹۸۵) و سوزان گرینهایل (۱۹۸۸) در «تئوری تحلیل نهادی باروری» به بیان دو دیدگاه در تحلیل رفتار باروری می پردازند؛ اول، دیدگاهی که به تأثیر سیاست های جمعیتی و نهادهای سطح کلان جامعه، بر باروری می پردازد (رویکرد کلان نگر یا دیدگاه از بالا به پایین) و دوم، دیدگاهی که به بررسی رفتارهای باروری در سطح خانواده ها و نگرش های افراد نسبت به آن می پردازد (رویکرد خردنگر یا دیدگاه از پایین به بالا). آن ها معتقدند که تمرکز اصلی تئوری تحلیل نهادی باروری بر برقراری پیوند میان این دو دیدگاه یعنی سطوح خرد و کلان، شکل دهنده رفتار باروری است. به طور کلی، تئوری تحلیل نهادی بر این عقیده است که باروری به عنوان یک رفتار اجتماعی چندبعدی در متن و بستر اجتماعی-نهادی خاصی روی می دهد. از این رو، در مقابل تغییرات نهادی از خود واکنش نشان می دهد. بر این اساس، جوامع انسانی از طریق تنظیمات نهادی سطح خرد (نگرش های افراد و نظام های خانوادگی) و سطح کلان (سیاست گذاری دولت ها) رفتار باروری را شکل می دهند. رویکرد

تحلیل نهادی به این موضوع و هماهنگی تنظیمات نهادی سطح خرد و کلان جامعه در مورد شکل‌گیری رفتار باروری می‌پردازد. بنابراین تأکید اصلی این رویکرد، مطالعه رفتار باروری در زمینه نهادی خاص آن و تأثیر تغییرات نهادی بر آن است. شالوده این دیدگاه، منحصر به فرد دانستن بافت نهادی حاکم بر هر جامعه است که موجب می‌شود واکنش دموگرافیک جوامع به تغییرات در ساختارهای اقتصادی، اجتماعی و سیاسی، منحصر به فرد باشد.

### نظریه برابری جنسیتی

پیتر مک دونالد (۱۹۹۷ و ۲۰۰۰) نیز در «نظریه برابری جنسیتی»<sup>۱</sup> به تحلیل نهادی باروری پایین‌تر از حد جانمایی با تأکید بر مقوله «برابری جنسیتی» می‌پردازد. وی بر این عقیده است که امروزه در کشورهای پیشرفته، باروری خیلی پایین (باروری کل کمتر از ۱.۵) ناشی از تضاد و عدم هماهنگی نهادهای اجتماعی در ارتباط با مقوله برابری جنسیتی است؛ بدین معنی که در درون نهادهای اجتماعی فرد-محور<sup>۲</sup> (آموزش و بازار اشتغال) سطوح بالای برابری جنسیتی وجود دارد، حال آنکه در درون نهادهای اجتماعی خانواده-محور<sup>۳</sup>، مدل «مرد نان‌آور خانواده» حاکم بوده و نابرابری جنسیتی همچنان تداوم دارد. در این شرایط، مقررات اجتماعی بازار کار و آموزش و فقدان سرویس‌های حمایتی خانواده، اتحاد دو مقوله کار و خانواده را برای زنان مشکل ساخته است و موجب شده که زنان نتوانند ترکیبی از کار و فرزندزایی را وارد زندگی‌شان کنند؛ در نتیجه باروری خود را بسیار محدود کرده‌اند. بر این اساس، مک دونالد (۲۰۰۰) معتقد است که افزایش سطوح برابری جنسیتی در درون نهادهای اجتماعی خانواده-محور در کشورهای پیشرفته برای اجتناب از باروری خیلی پایین ضروری است. البته این تئوری، کاهش باروری کشورهای در حال توسعه را در افزایش برابری جنسیتی و موقعیت زنان می‌داند.

### مدل تعیین‌کننده‌های بلافصل فرزندآوری

فارغ از نظریه‌گذار باروری که در بستر نظریه‌گذار جمعیتی مطرح شده و دیدگاهی کلان‌نگر محسوب می‌شود، نظریات تبیین باروری را می‌توان با تکیه بر الگوی تأثیرگذاری عوامل به دو دسته کلی تقسیم کرد. نظریاتی که در رابطه با «عوامل بلافصل» باروری مطرح شده و نظریاتی که

1. Gender equity  
2. Individual-oriented social institutions  
3. Family-oriented social institutions

به «عوامل غیرمستقیم» تأثیرگذار بر باروری اختصاص دارد. این عوامل از طریق عوامل بلافصل، بر میزان باروری تأثیر می‌گذارد.

در رابطه با عوامل بلافصل، مهم‌ترین نظریه، نظریه بونگارتز و پاتر در رابطه با تعیین‌کننده‌های بلافصل باروری است. این نظریه بر مبنای نظریه دیویس و بلیک مطرح شده است. دیویس و بلیک (۱۹۵۶) معتقدند که متغیرهای اقتصادی و اجتماعی نمی‌توانند تأثیرات مستقیمی بر باروری داشته باشند، بلکه تأثیرشان از طریق متغیرهای میانی است. نسبت زنان ازدواج کرده، استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری، شیوع سقط جنین عمدی، نازایی موقت به دلیل شیردهی، قدرت بارداری، مرگ و میرهای ناخواسته جنین و نازایی دائمی و ...، متغیرهای میانی مورد اشاره دیویس و بلیک هستند.

در ادامه توسعه این نظریه، بونگارتز فقط چهار متغیر از متغیرهای مورد اشاره دیویس و بلیک را به عنوان متغیرهای بلافصل باروری انتخاب می‌کند. متغیرهای بلافصل تعیین‌کننده باروری در نظریه بونگارتز که تقریباً ۹۶ درصد تغییرات در باروری را تبیین می‌کنند عبارت‌اند از: نسبت زنان ازدواج کرده، استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری، شیوع سقط جنین عمدی، و نازایی موقت به دلیل شیردهی.

در این مدل که اولین بار در سال ۱۹۸۳ توسط بونگارتز و پاتر ارائه گردیده، بونگارتز میزان باروری کل (TFR) را تابعی از این چهار متغیر و میزان باروری طبیعی (TF) می‌داند:

$$TFR = C_m \times C_c \times C_a \times C_i \times TF$$

به طوری که  $C_m$  شاخص ازدواج،  $C_c$  شاخص وسایل پیشگیری از بارداری،  $C_a$  شاخص سقط جنین عمدی و  $C_i$  شاخص نازایی موقت به دلیل شیردهی است می‌باشند. فرض بر این است که در فرمول فوق میزان باروری طبیعی برابر ۱۵.۳ است. هر یک از این شاخص‌ها بین صفر و یک متغیر هستند. یک به منزله بی‌اثر بودن (مثلاً وقتی شاخص سقط جنین یک است بدین معنی است که سقط جنین رواج ندارد و بنابراین تأثیری بر باروری ندارد) و صفر به معنی تبیین باروری صفر توسط آن متغیر است (مثلاً وقتی شاخص سقط جنین صفر است یعنی تمام حاملگی‌ها با سقط جنین ختم و بنابراین باروری صفر است). هرگاه هر یک از شاخص‌ها از یک کسر و در ۱۰۰ ضرب گردد، حاصل، درصد کاهش در میزان باروری طبیعی را بر اثر آن شاخص نشان می‌دهد. در این

نظریه اگر تمام زنان ازدواج نمایند و از هیچ وسیله پیشگیری و یا سقط جنین برای محدود کردن موالید استفاده نمایند و مدت شیردهی آنان صفر باشد (یعنی تمام شاخص‌ها یک باشند)، میزان باروری کل برابر با میزان باروری طبیعی (که بونگارتز آن را ۱۵.۳ فرض می‌کند) خواهد بود. تغییر هر یک از شاخص‌های فوق از رقم یک، به منزله کاهش میزان باروری کل خواهد بود. توجه: هرچند این نظریه تعیین‌کننده‌های بلافصل باروری را به خوبی در معادلات تعیین میزان باروری کل وارد می‌کند و در مطالعات باروری افتراقی کاربرد خوبی دارد، ولی کاربرد این فرمول برای محاسبه میزان باروری کل مناسب نیست. دلیل این امر هم به عدد فرضی ۱۵.۳ بر می‌گردد که چندان دقیق نیست و در جوامع مختلف متفاوت است.

### وضعیت تحولات جمعیتی ایران در چارچوب مدل‌های جمعیت‌شناختی

با بهره‌گیری از مدل‌های جمعیت‌شناختی که در بخش قبل معرفی شد، در این بخش به بررسی وضعیت تحولات جمعیتی ایران با استفاده از شواهد آماری در چارچوب سه مدل: «گذار جمعیتی»، «مدل اقتصادی» و «مدل تعیین‌کننده‌های بلافصل باروری (مدل بونگارتز)» می‌پردازیم.

#### مراحل گذار (انتقال) جمعیتی در ایران

در نتیجه گذار جمعیت‌شناختی، گذار باروری در ایران در پنج مرحله اساسی صورت گرفته و در هر مرحله روندهای متفاوتی از تغییرات باروری به شرح ذیل تجربه شده است (پژوهشکده آمار، ۱۳۹۷).

• مرحله اول: کاهش باروری در اوایل دهه ۱۳۵۰ بعد از یک دوره‌ی طولانی از تجربه‌ی باروری بالا

• مرحله دوم: افزایش باروری در دوره ۱۳۵۵-۱۳۵۹

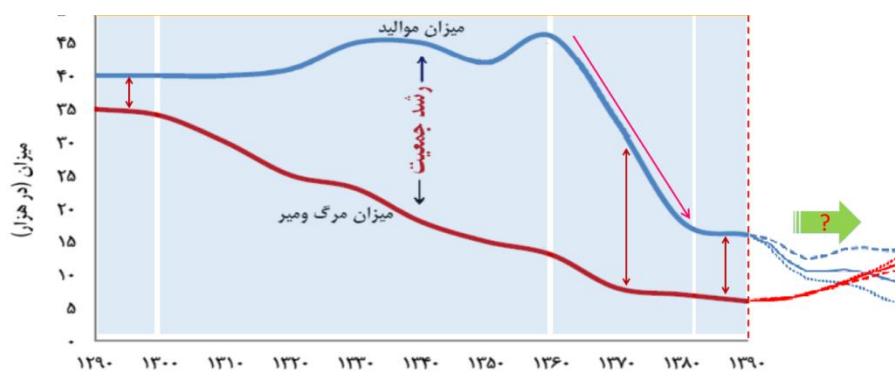
• مرحله سوم: روند نسبتاً ثابت باروری تا سال ۱۳۶۳

• مرحله چهارم: کاهش آرام باروری از سال ۱۳۶۴ تا سال ۱۳۶۷

• مرحله پنجم: کاهش چشمگیر باروری از سال ۱۳۶۸ به بعد

در شکل (۳) مراحل گذار جمعیتی ایران برای یک بازه یکصد ساله یعنی ۱۳۹۰-۱۲۹۰ ترسیم شده است. در مرحله ابتدایی یعنی سال ۱۲۹۰، میزان خام موالید در حدود ۴۰ در هزار و میزان خام

مرگ و میر هم در حدود ۳۵ در هزار بوده است. با آغاز فرایند توسعه و گسترش خدمات بهداشت و سلامت در سراسر کشور، میزان مرگ و میر با روندی کاهشی مواجه شد در حالی که رفتار باروری و میزان موالید همچنان در سطح قبلی خود باقی بود و این تفاوت، رشد طبیعی جمعیت (تفاضل میزان خام موالید و میزان خام مرگ و میر) را به طور قابل توجهی افزایش داد. پس از فراز و نشیب‌های مختلف در اجرای برنامه‌های کنترل جمعیت، در نهایت در اثر عوامل مختلف تأثیرگذار بر کاهش شدید باروری از اواسط دهه ۱۳۶۰، روند نزولی میزان موالید شدت گرفت و مرحله چهارم گذار جمعیتی یعنی سطح پایین برای هر دو میزان موالید و میزان مرگ و میر شکل گرفت. لذا برای انجام برنامه‌ریزی‌های صحیح، لازم است مراحل بعدی این روند در آینده به صورت دقیق پیش‌بینی شود.



شکل ۲. مراحل گذار جمعیتی ایران، ۱۳۹۰-۱۲۹۰ (منبع: همایش ملی جمعیت، تعالی و راهبردها. اسفند ۱۳۹۱)

## مدل اقتصادی فرزندآوری در ایران

هزینه‌های نوزاد برای خانواده‌ها از منظر مدل‌های اقتصادی، زمانی مقرون به صرفه خواهد بود که سهم این هزینه‌ها در سبد هزینه‌های خانوار، به میزانی نباشد که خانوار آن هزینه‌ها را کمرشکن<sup>۱</sup> قلمداد نماید. هزینه‌های کمرشکن زمانی رخ می‌دهد که خانوار هزینه‌های اساسی خود را در طول یک دوره از زمان به منظور برآمدن از عهده هزینه‌های خاصی (در اینجا: هزینه‌های فرزندآوری) کاهش دهد.

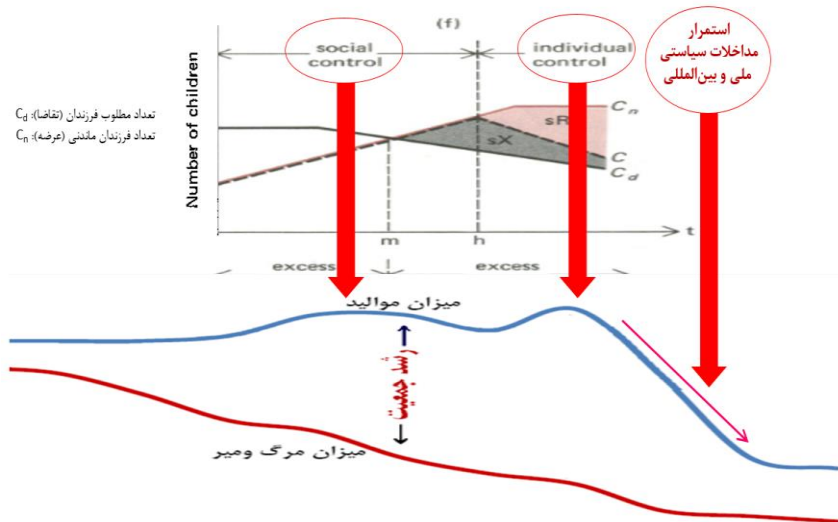
1. Catastrophic

هزینه‌هایی مانند: انواع شیر خشک، سایر غذاهای مخصوص کودک، انواع پوشاک و کفش اطفال، ملزومات بهداشتی نوزاد مانند پوشک، دستمال کاغذی، کرم، روغن و پودر بچه، شیشه شیر، پستانک، سرشیشه برای بچه، هزینه‌های درمانی و ویزیت پزشک و سایر هزینه‌های بهداشتی، لوازم کودک مانند کالسکه، روروئک، صندلی چرخ‌دار بچه، تخت قابل حمل بچه، صندلی تاشو بچه، صندلی بچه در اتومبیل، وسایل حمل بچه (پشت‌بند و پیش‌بند، کمربند ایمنی کودک و ...)، انواع اسباب بازی و هزینه‌هایی مانند مهد کودک و شیرخوارگاه جهت نگهداری اطفال و ...، همگی نمونه‌هایی از هزینه‌های مربوط به نوزادان و اطفال در سبد هزینه‌های خانواده‌ها است که مرکز آمار ایران نیز در قالب طرح آمارگیری هزینه و درآمد خانوار، نسبت به گردآوری اطلاعات آن اقدام می‌کند.

در چارچوب مدل ایسترلین، بررسی همزمانی مدل تابع مطلوبیت (تقاضای) فرزند با مراحل گذار جمعیتی در ایران نشان می‌دهد که تا پیش از دهه ۱۳۴۰، میزان تقاضای فرزند در خانواده‌ها، غالباً در اثر میزان‌های بالای مرگ و میر کودکان، بیش از عرضه (فرزندان ماندنی) بوده و لذا در این دوره، اثرگذاری «کنترل‌های اجتماعی»<sup>۱</sup> مانند سیاست‌های تنظیم خانواده بر کنترل مولید مشهود بوده است. تقریباً پس از دهه ۱۳۴۰، میزان تقاضای فرزند در خانواده‌ها به تدریج از عرضه بیشتر گردیده و تا اواسط دهه ۱۳۶۰، تأثیر «کنترل فردی»<sup>۲</sup> در تصمیم فرزندآوری بیش از پیش آشکار شده؛ چرا که شانس زنده ماندن نوزادان به دلیل کاهش میزان‌های مرگ و میرشان افزایش یافته و عرضه فرزند (فرزندان ماندنی) از تقاضای آن بیشتر گردیده بود. از آن پس، استمرار مداخلات سیاستی ملی و بین‌المللی، تأثیر این کنترل فردی و ارادی را تشدید نموده و باعث کاهش شدید باروری در کشور شده است. همچنین تحولات اقتصادی در دوره‌های مختلف و آثار تورمی ناشی از آن، موجب افزایش «مخارج فرزند» (عامل اول سمت «تقاضا» در مدل ایسترلین) شد و این پدیده نیز خود عامل تشدیدکننده‌ای در کاهش باروری در ایران شناخته می‌شود که در کنار اثرات کنترل ارادی باروری و مداخلات سیاستی ملی و بین‌المللی، شدت کاهش باروری را بیش از پیش نموده است. «تمایلات ذهنی در ارتباط با مجموعه‌ای از عوامل اجتماعی، روانی و فرهنگی» (عامل دوم سمت «تقاضا» در مدل ایسترلین) نیز با تمامی عوامل قبل

1. Social Control  
2. Individual Control

دست به دست هم داد تا یک شیب نزولی منحصربه‌فرد در روند کاهش باروری در ایران شکل بگیرد.



شکل ۳. تلفیق زمانی مدل گذار جمعیتی با مدل تابع مطلوبیت (تقاضای) فرزند (ترسیم توسط نگارنده)

### مدل عوامل بلافصل باروری در ایران

بر اساس مطالعاتی که توسط پژوهشکده آمار (۱۳۹۷) در خصوص نتایج «پیمایش ملی سلامت و جمعیت در جمهوری اسلامی ایران» (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مؤسسه تحقیقات سلامت، ۱۳۹۴) صورت گرفته، میزان تأثیر شاخص‌های بازدارنده‌ی باروری در ایران در چارچوب مدل تعیین‌کننده‌های بلافصل باروری (مدل بونگارتز) در جدول ۱ نشان داده شده است. چنانچه مقادیر شاخص‌های مذکور برای محاسبه میزان باروری کل (TFR) به کار رود، اثرات کاهنده‌ی آن در عدد فرضی بونگارتز (۱۵.۳) نتیجتاً رقم ۱.۹۸ را برای باروری نشان خواهد داد:

$$TFR = C_m \times C_c \times C_i \times C_a \times TF = 0.65 \times 0.340 \times 0.920 \times 0.635 \times 15.3 = 1.98$$

مجدداً توجه را به این نکته مهم جلب می‌نماید که هرچند این نظریه تعیین‌کننده‌های بلافصل باروری را به خوبی در معادلات تعیین میزان باروری کل وارد می‌کند و در مطالعات باروری افتراقی کاربرد خوبی دارد، ولی کاربرد این فرمول برای محاسبه میزان رسمی باروری کل مناسب

نیست. دلیل این امر هم به عدد فرضی ۱۵.۳ بر می‌گردد که چندان دقیق نیست و در جوامع مختلف متفاوت است.

جدول ۱. شاخص‌های بازدارنده‌ی باروری در ایران در چارچوب مدل تعیین‌کننده‌های بلافصل باروری (مدل بونگارتز)

۱۵.۳	باروری طبیعی کل (مدل بونگارتز)
۱۲.۳۰	باروری طبیعی کل تعدیل یافته
۰.۶۵	شاخص ازدواج ( $C_m$ )
(۸۸ درصد)	نسبت استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری (ii)
(۷۲ درصد)	میزان اثربخشی وسایل پیشگیری از بارداری
۰.۳۴۰	شاخص وسایل پیشگیری از بارداری ( $C_c$ )
۰.۹۲۰	شاخص نازایی موقت ( $C_i$ )
۰.۶۳۵	شاخص سقط جنین با باروری طبیعی بونگارتز
۰.۷۹۰	شاخص سقط جنین با باروری طبیعی تعدیل یافته ( $C_a$ )
۱.۹۸	نرخ باروری کل [غیررسمی، حاصل از مدل بونگارتز]

منبع: پژوهشکده آمار (۱۳۹۷) بر اساس نتایج پیمایش «سلامت و جمعیت» در جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۴

سهم نسبی بازدارندگی باروری برای هر یک از شاخص‌های مدل تعیین‌کننده‌های بلافصل فرزندآوری از فرمول زیر محاسبه می‌شود:

$$100 * (\log C_x / (\log C_m + \log C_c + \log C_i + \log C_a))$$

بر اساس این فرمول، سهم نسبی هر یک از شاخص‌های مدل تعیین‌کننده‌های بلافصل فرزندآوری در کاهش میزان باروری در ایران در جدول ۲ نشان داده شده است. بر اساس این محاسبات، شاخص وسایل پیشگیری از بارداری به میزان ۵۸.۴ درصد، بیشترین سهم و سپس



شاخص‌های ازدواج، سقط جنین و نازایی موقت به ترتیب با ۲۳.۹ درصد، ۱۳.۱ درصد و ۴.۶ درصد، رتبه‌های بعدی را در کاهش میزان باروری کل در ایران دارند.

جدول ۲. سهم نسبی هر یک از شاخص‌های مدل تعیین‌کننده‌های بلا فصل فرزندآوری

در کاهش میزان باروری در ایران

سهم نسبی شاخص ازدواج (C <sub>m</sub> )	۲۳.۹ درصد
سهم نسبی شاخص وسایل پیشگیری از بارداری (C <sub>e</sub> )	۵۸.۴ درصد
سهم نسبی شاخص نازایی موقت (C <sub>i</sub> )	۴.۶ درصد
سهم نسبی شاخص سقط جنین با باروری طبیعی تعدیل یافته (C <sub>a</sub> )	۱۳.۱ درصد
جمع	۱۰۰ درصد

منبع: پژوهشکده آمار (۱۳۹۷). بر اساس نتایج پیمایش «سلامت و جمعیت» در جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۴

### برآورد غیرمستقیم میزان سقط جنین عمدی با استفاده از مدل بونگارتز

از دیگر نتایج به دست آمده در مدل تعیین‌کننده‌های بلا فصل باروری (مدل بونگارتز) می‌توان به صورت غیرمستقیم در برآورد سقط جنین عمدی کل (TA) با استفاده از فرمول زیر استفاده نمود (آقایاری هیر و مهریار، ۱۳۸۶):

$$TA = (TFR - C_a \times TFR) / [0.4 \times C_a \times (1+u)]$$

C<sub>a</sub>: شاخص سقط جنین

u: نسبت استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری در جامعه

بر همین اساس، برآورد میزان سقط جنین عمدی کل در ایران عبارت است از:

$$= (1.98 - 0.790 \times 1.98) / [0.4 \times 0.790 \times (1+0.88)] = 0.698$$

برای برآورد آمار سالانه سقط جنین در ایران، با فرض ثابت بودن میزان سقط جنین عمدی کل (TA) از نتایج پیمایش ملی جمعیت و سلامت در سال ۱۳۹۴ و نسبت آن به میزان باروری کل (TFR) در همان سال، رقم ۳۴.۵۷ درصد به دست می‌آید که با ضرب این نسبت در میزان مولد

یکی از سال‌های اخیر مثلاً سال ۱۴۰۰، آمار حدوداً ۳۸۵ هزار سقط جنین در کشور برآورد می‌شود. نکته حائز اهمیت این است که در صورت احیاء این تعداد سقط جنین و احتساب آن در تعداد موالید سال مذکور، میزان باروری کل به رقم ۲.۳۴ فرزند می‌رسید که بالاتر از سطح جانشینی بود. لذا میزان تأثیر این میزان سقط جنین در کاهش میزان باروری، در این رقم کاملاً مشهود و محسوس است که این محاسبات همراه با اشاره‌ای به نتایج پیمایش جمعیت و سلامت در سال ۱۳۷۹ در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. برآورد آمار سالانه سقط جنین در ایران و میزان باروری در صورت عدم سقط و احتساب این آمار در تعداد موالید

سال مورد مطالعه	برآورد میزان باروری کل (TFR) (واحد: تعداد فرزند)	سقط کل (TA) (واحد: تعداد فرزند)	سهم سقط از کل باروری (درصد)	تعداد ولادت‌های ثبت شده	برآورد تعداد سقط به نسبت سهم در ولادت‌ها	برآورد میزان باروری کل در صورت عدم سقط (TFR) در صورت عدم سقط
مطالعه سال ۱۳۷۹	۲.۲۱	۱.۰۷۱	۴۸.۴۶	۱۰۹۵۱۶۵	۵۳۰۷۳۴	۳.۲۸
مطالعه سال ۱۳۹۴	۲.۰۲	۰.۶۹۸	۳۴.۵۷	۱۵۷۰۲۱۹	۵۴۲۸۷۰	۲.۷۲
برآورد برای سال ۱۴۰۰ (با فرض ثابت بودن سهم سقط مانند سال ۱۳۹۴)	۱.۷۱	-	۳۴.۵۷	۱۱۱۶۰۰۰	۳۸۵۸۰۱	۲.۳۴

منبع: پیمایش «سلامت و جمعیت» در جمهوری اسلامی ایران و محاسبات صورت گرفته توسط نویسنده بر اساس مدل تعیین‌کننده‌های بلا فصل باروری (مدل بونگارتز)

### اثربخش سازی سیاست‌های جمعیتی

هدف گذاری و جهت گیری سیاست‌های جمعیتی جمهوری اسلامی ایران در زمینه فرزندآوری، برگرفته از تأکیدات مقام معظم رهبری مدظله‌العالی در سال ۱۳۹۲ و سیاست‌های کلی جمعیت ابلاغی سال ۱۳۹۳ عبارت است از:

«جبران کاهش شدید باروری در سال‌های گذشته، با افزایش به بالاتر از سطح جانشینی؛

«البته به نحو معقول و معتدل»

بر همین اساس و با عنایت به وضعیت جمعیتی ایران در چارچوب هر یک از مدل‌های نظری معرفی شده، رویکردهای اثربخش‌سازی سیاست‌های جمعیتی کشور در ایران را می‌توان به شرح ذیل برشمرد:

- در چارچوب مدل گذار جمعیتی:
  - پیشگیری از رشد صفر یا منفی جمعیت
  - حفظ ساختار سنی جوانی جمعیت
- در چارچوب مدل‌های اقتصادی فرزندآوری:
  - مقرون به صرفه نمودن هزینه‌های فرزندآوری
- در چارچوب مدل تعیین‌کننده‌های بلافصل فرزندآوری:
  - معکوس نمودن اثر شاخص‌های بازدارنده فرزندآوری
  - کاهش اثر سقط غیرقانونی جنین
- در چارچوب مدل عوامل فرهنگی:
  - تبیین، ترویج، فرهنگ‌سازی و اصلاح نگرش‌ها نسبت به جایگاه و ارزش فرزندآوری
  - آگاهی‌بخشی، مشاوره و آموزش‌های تخصصی به خانواده‌ها در زمینه فرزندآوری و فرزندپروری

از این‌رو، در «**قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت**» (مجلس شورای اسلامی، ۱۴۰۰) گام‌های اساسی‌ای در جهت اثربخش‌سازی بخشی از سیاست‌های جمعیتی کشور برداشته شده که می‌توان مفاد آن را متناظر با چارچوب‌های فوق‌الذکر به صورت ذیل خلاصه نمود:

- تعداد ۲۹ ماده در خصوص اقدامات حمایتی و تشویقی نسبت به فرزندآوری
  - مسکن و زمین (مواد ۳ تا ۶) / خوابگاه متاهلی دانشجویی (مواد ۷ و ۸) / تسهیلات مسکن و ودیعه و ساخت (مواد ۹ و ۶۹) / وام و تسهیلات فرزندآوری و سهام صندوق‌های سرمایه‌گذاری (مواد ۱۰ و ۱۱) / خودرو (ماده ۱۲) / حمایت‌های یارانه‌ای ویژه و سبد تغذیه‌ای و بسته بهداشتی رایگان (مواد ۱۳ و ۲۴) / اشتغال‌زایی (بهره‌مندی از زمین برای

شغل) و استخدام (مواد ۱۴ و ۱۵) / حق عائله‌مندی اولاد (ماده ۱۶) / مرخصی زایمان، اختیار نوبت کاری، دورکاری و کاهش سن بازنشستگی مادران (ماده ۱۷) / معافیت مالیاتی (ماده ۱۸) / حمایت‌های بیمه‌ای مادران خانه‌دار روستایی و عشایری، پوشش بیمه‌ای سلامت دوران بارداری و شیردهی مادران و سلامت کودکان (مواد ۲۱ و ۴۴ و ۴۵) / تسهیلات برای دوره زایمان دانشجویان و اساتید (اعم از مرخصی تحصیلی، جابجایی به عنوان میهمان، استفاده از آموزش مجازی و غیر حضوری و ...) (ماده ۲۶) / جبران هزینه‌های درمان ناباروری (مواد ۴۱ تا ۴۳) / تسهیلات ازدواج در جهت کاهش میانگین سن ازدواج (ماده ۶۸) / نگهداری از کودکان بی سرپرست (ماده ۲۳) / تسهیلات اجتماعی ویژه برای مادران اعم از اماکن دیدنی، حمل و نقل عمومی، خدمات فرهنگی، ورزشی و تفریحی، سینما و ... و دوره‌های آموزشی کانون پرورش فکری برای کودکان (ماده ۲۵) / کسر تعهد خدمت پزشکان و پیراپزشکان (ماده ۲۷)

• تعداد «۱۶» ماده برای ترویج و فرهنگ‌سازی، مشاوره و آموزش‌های تخصصی

■ جایزه ملی جمعیت (ماده ۱۹) / تشویق ازدواج یا فرزند جدید کارکنان در روز ملی جمعیت (ماده ۲۰) / تکریم مادر و کودک (ماده ۲۲) / اقدامات ترویجی و فرهنگی در زمینه سبک زندگی اسلامی-ایرانی و تشکیل و تحکیم خانواده، آموزش‌های عمومی و اصلاح باورها و نگرش‌های نادرست (مواد ۲۸ تا ۳۷) / آموزش‌های حین ازدواج (ماده ۳۸) / ترویج زایمان طبیعی (مواد ۴۹ و ۵۰)

• تعداد «۱۷» ماده در خصوص اقدامات اصلاحی و سلبی

■ اصلاح منابع آموزشی و دستورعمل‌های علمی-اجرایی در حوزه سلامت (مواد ۴۶ تا ۴۸) / پرهیز از انجام هزینه از بیت‌المال برای پیشگیری از بارداری، نفی سقط جنین و عقیم‌سازی (مواد ۵۱ تا ۶۱) / ممنوعیت تعهدات بین‌المللی معارض (ماده ۶۴) / مقابله با رواج محصولات تراریخته (ماده ۶۵) / نسخ قوانین معارض پیشین (ماده ۷۳)

• پژوهش و سایر موارد:

■ ترویج پژوهش و یافتن راهکارهای دانش‌بنیان (مواد ۳۹ و ۴۰) / مهاجرت (مواد ۶۲ و ۶۳) / تعیین تکلیف دستگاه‌های ذیل نهاد رهبری و نیروهای مسلح (مواد ۶۶ و ۷۰) / امکان

اجرای تکالیف دستگاه‌ها از طریق انعقاد تفاهم‌نامه و قرارداد با سازمان بسیج مستضعفان  
(ماده ۶۷)

• تعیین منابع مالی اجرای قانون (ماده ۷۲)

• تعیین نهاد متولی، نظارت و مقابله با مستنکفین از اجرای قانون (مواد ۱ و ۲ و ۷۱)

با وجود مفاد قانونی فوق، راهبردهایی نیز باید اتخاذ شود که میزان اثربخشی اجرای این قانون را افزایش دهد و تا حد امکان و توان کشور، نتیجه مطلوب در چارچوب مدل‌های نظری یاد شده را حاصل نماید. لذا در امتداد اثربخش‌سازی سیاست‌های جمعیتی کشور و مفاد قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، در «**ستاد ملی جمعیت**» نیز می‌توان برخی راهبردهای اجرایی ذیل را برای این منظور مدنظر قرار داد:

✓ فراهم نمودن زمینه حمایت از طرح‌ها و برنامه‌های ارتقاء دهنده‌ی نشاط و شادابی خانواده‌ها در فضای عمومی کشور در زمینه ازدواج و فرزندآوری با بهره‌گیری کارآمد و اثربخش از ابزارهای چندرسانه‌ای، پاسخگویی و تعامل با نمایندگان افکار عمومی، اجرای اقدامات تشویقی و اعطای مشوق‌ها حتی الامکان در داخل محله‌های سکونت خانواده‌های مشمول به ویژه در مساجد ... و نظایر آن،

✓ اتخاذ رویکرد تعامل چهره‌به‌چهره و محله‌محور در ارائه مشاوره‌ها و آموزش‌های عمومی لازم به خانواده‌ها به منظور افزایش اثربخشی و ترویج هر چه بهتر اقدامات و فعالیت‌ها،  
✓ اولویت دادن به طرح‌ها و برنامه‌های خانواده‌محور، برجسته‌کننده‌ی کارکردهای ارتباط خانواده و مسجد، ایجاد‌کننده‌ی فرصت برای حضور مفید و مؤثر اعضای خانواده در کنار یکدیگر، ترسیم‌کننده‌ی الگوی اسلامی خانواده، اصلاح‌کننده‌ی رفتار گروه‌های مرجع، جلب‌کننده‌ی مشارکت خانواده در پیشبرد اهداف و برنامه‌های کشور، حمایت‌کننده از عزت و کرامت همسری و نقش‌های مادری و پدری در خانواده‌ها، توانمندساز خانواده و نظایر آن مطابق با سیاست‌های کلی خانواده،

✓ فراهم نمودن زمینه جلب مشارکت‌های داوطلبانه مردمی اشخاص حقیقی و حقوقی در جهت کاهش تدریجی تصدی‌گری دولت و مردمی‌سازی پایدار در موضوع جمعیت و خانواده و رشد ازدواج و فرزندآوری،

✓ بهره‌گیری مناسب و کاربردی از فناوری‌های روزآمد در قالب سامانه‌ها و سکوها (پلتفرم‌ها) برای یکپارچه‌سازی و انسجام‌بخشی در ارائه خدمات تکلیف شده در قانون به خانواده‌ها در دوران بارداری مادران و پس از تولد فرزندان و انجام نظرسنجی‌های دوره‌ای در قالب سامانه‌ها، سکوها یا طرح‌های تحقیقاتی به منظور ارتقای مستمر کیفیت ارائه خدمات،

✓ حمایت از فعالین مردمی حوزه جمعیت در راه‌اندازی جنبش جهانی تعهد به خانواده با بهره‌گیری از ایده‌ها و طرح‌های کارآمد در این خصوص در سطح ملی و بین‌المللی،

✓ بهره‌گیری مفید و مؤثر از نظرات و دیدگاه‌های اجرایی نمایندگان و دبیران قرارگاه‌های جوانی جمعیت دستگاه‌ها، فعالین مردمی و افراد صاحب‌نظر در حوزه جمعیت در قالب شورای معین و کمیسیون‌های تخصصی مختلف،

✓ و نظایر آن ...

## جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

در این مقاله، مدل‌ها و نظریه‌های جمعیت‌شناختی متعددی در سطح خرد و کلان مورد بررسی قرار گرفت که به تبیین تحولات جمعیتی از منظر گذار جمعیت‌شناختی، مدل تحلیل نهادی، عوامل فرهنگی، اقتصاد باروری، تابع مطلوبیت (تقاضا) و صرفه اقتصادی فرزند، جریان ثروت بین نسلی و عوامل بینابینی و بلافصل باروری پرداخته‌اند. این بررسی‌ها نشان داد در چارچوب مدل گذار جمعیتی: پیشگیری از رشد صفر یا منفی جمعیت و حفظ ساختار سنی جوانی جمعیت؛ در چارچوب مدل‌های اقتصادی فرزندآوری: مقرون به صرفه نمودن هزینه‌های فرزندآوری؛ در چارچوب مدل تعیین‌کننده‌های بلافصل فرزندآوری: معکوس نمودن اثر شاخص‌های بازدارنده فرزندآوری و کاهش اثر سقط غیرقانونی جنین؛ و در چارچوب مدل عوامل فرهنگی: تبیین ترویج، فرهنگ‌سازی و اصلاح نگرش‌ها نسبت به جایگاه و ارزش فرزندآوری و همچنین آگاهی‌بخشی، مشاوره و آموزش‌های تخصصی به خانواده‌ها در زمینه فرزندآوری و فرزندپروری مورد توجه قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت بوده که موجب گردیده در این قانون، ۲۹ ماده به اقدامات حمایتی و تشویقی نسبت به فرزندآوری، ۱۶ ماده به ترویج، فرهنگ‌سازی، مشاوره

و آموزش‌های تخصصی و ۱۷ ماده به اقدامات اصلاحی و سلبی (مانند پیشگیری از سقط غیرقانونی جنین) در این حوزه اختصاص یابد. در ستاد ملی جمعیت نیز می‌توان رویکرد «اثربخش‌سازی» در انجام اقدامات و فعالیت‌ها را در بخشی از راهبردهای اجرایی پیرامون رشد ازدواج و فرزندآوری، اتخاذ و راهبردهای اجرایی‌ای نظیر «فراهم نمودن زمینه حمایت از طرح‌ها و برنامه‌های ارتقاء دهنده‌ی نشاط و شادابی خانواده‌ها در فضای عمومی کشور»، «تعامل چهره‌به‌چهره و محله‌محور در ارائه مشاوره‌ها و آموزش‌های عمومی لازم به خانواده‌ها»، «اجرای اقدامات تشویقی و اعطای مشوق‌ها حتی‌الامکان در داخل محله‌های سکونت خانواده‌های مشمول به ویژه در مساجد» و نظایر آن را در دستور کار قرار داد.

## منابع

- آقایاری هیر، توکل و امیر هوشنگ مهریار (۱۳۸۶). برآورد غیرمستقیم میزان سقط جنین عمدی کل با استفاده از مدل تعیین‌کننده‌های بلافصل باروری در ایران به تفکیک استان‌ها. نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران، شماره ۳. تهران. صص ۶۱ تا ۹۱.
- پژوهشکده آمار (وابسته به مرکز آمار ایران)، تعیین‌کننده‌های بلافصل باروری در ایران. تهران، مرکز آمار ایران، ۱۳۹۷.
- پیمایش «سلامت و جمعیت» در جمهوری اسلامی ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مؤسسه تحقیقات سلامت، ۱۳۹۴.
- مجلس شورای اسلامی (۱۴۰۰). قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت.
- مجمع تشخیص مصلحت نظام (۱۳۹۳). سیاست‌های کلی جمعیت، ابلاغی مقام معظم رهبری.

- Blacker, C.P. (1949) : "Stages of population growth", *The Eugenics Review*, 39 (3), 88-101. [This article presents the main phases of the demographic transition]
- Bongarts J, Potter RG (1983) *Fertility, biology and behavior: An analysis of the Proximate Determinants*. New York: Academic Press
- Easterlin, Richard A. (1975). *An Economic Framework for Fertility Analysis*. *Studies in Family Planning*. Vol. 6, No. 3, pp. 54-63. Published By: Population Council
- Notestein, F.W. (1945) : "Population : the long view", in E. SCHULTZ (ed.) *Food for the world* (Chicago , III: University of Chicago Press), 36-57.
- Thompson, W.S. (1929) : "Population", *American Journal of Sociology*, 34(6), 959-75. [A precursor on the debate pertaining to the phases of the transition]

[www.oxfam.org](http://www.oxfam.org)