

به نام خدا

## جمعیت جوان، سالم و توانمند: بازخوانی شواهد محور قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت در پرتو بیانات مقام معظم رهبری و وضعیت واقعی نظام سلامت

نویسنده: دکتر عباس علی پور، استاد اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

### الف- مقدمه و هدف نوشتار

برای ورود منصفانه و علمی به بحث جمعیت و قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، لازم است ابتدا بر چند گزاره ساده توافق کنیم:

اولا مسئله جمعیت در ایران امروز، هم واقعی است و هم پیچیده.  
ثانیا اگر این مسئله رها شود، میتواند پیامدهای سنگینی برای اقتصاد، رفاه و امنیت ملی داشته باشد.  
ثالثا مسئله جمعیت راه حلهای علمی و مبتنی بر شواهد دارد، اما این راه حلها هرگز در حد شعارهای ساده و دستورات تک بعدی فرو کاسته نمیشود.

هدف این نوشتار آن است که:

- الف) بر پایه داده‌ها و ادبیات علمی، تصویری واقع بینانه از ریشه‌های کاهش باروری در ایران ارائه کند [1-3].
- ب) قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت را در پرتو این شواهد و بیانات رهبری بازخوانی کند. [4-7]
- ج) چارچوبی عملی برای اجرای سلامت محور، منصفانه و شواهد محور این قانون، به ویژه در سطح نظام سلامت و استانی‌هایی مانند مازندران پیشنهاد کند [1,2,17,18,21,27].

### ب- صورت بندی مسئله جمعیت و همسویی نگرانی علمی و رهنمودهای رهبری

داده‌های گذار باروری در ایران نشان میدهد که کشور در سه دهه گذشته از یکی از پرسرعت ترین کاهش‌های باروری در جهان عبور کرده است [1,2]. باروری کل (Total fertility rate) از حدود ۶ تا ۷ فرزند برای هر زن در اوایل دهه ۱۳۶۰، به زیر سطح جانشینی در دهه ۱۳۸۰ رسید و سالهاست در حوالی ۱/۶ تا ۱/۸ نوسان میکند [1,2] و هم زمان ساختار سنی

ایمیل: Alipour.abbas59@gmail.com

(<https://t.me/AlipourEpidemiologist>) کانال تلگرام: اپیدمیولوژی؛ مطالعه آنچه بر مردم میگذرد

تاریخ نگارش: 16/08/1404

جمعیت به سمت **سالخوردگی** حرکت میکند و اگر روند فعلی ادامه یابد، طی دو تا سه دهه آینده با **نسبت وابستگی بالای سالمندان** و فشار قابل توجه بر نظام بازنشستگی، بازار کار و سرمایه انسانی روبه رو خواهیم شد [1-3].

در سطح رسمی، مجموعه‌ای از **بیانات مقام معظم رهبری** طی دهه اخیر همین نگرانی راهبردی را صورت بندی کرده است از هشدار صریح ایشان در دیدار اعضای شورای عالی انقلاب فرهنگی که مسئله جمعیت را از خطراتی دانستند که اگر به عمق آن فکر شود، انسان مضطرب میشود و تأکید کردند که اگر جوانی جمعیت از دست برود دیگر به آسانی قابل جبران نیست [4] تا **ابلاغ سیاستهای کلی جمعیت** با تأکید بر پویایی، بالندگی و جوانی جمعیت و افزایش باروری به بالای سطح جانشینی [5] و تأکیدهای مکرر بر این که **جمعیت جوان، مومن، باسواد و کارآمد** یکی از بزرگترین سرمایه‌های راهبردی کشور است [4-7]. از این منظر کلان، میان **نگرانی‌های علمی جمعیت شناسان و رهنمودهای رهبری** تعارضی وجود نداشته و هر دو بر این دلالت دارند که اگر کاری نکنیم، پنجره جمعیتی بسته میشود و بازگشت بآن بسیار دشوار خواهد شد [1-3, 4-7].

### ج- چرا باروری در ایران کاهش یافت؟ از متغیرهای میانی تا گذار ارزشی

برای طراحی سیاست، دانستن این که چرا باروری کاهش یافته، باندازه دانستن این که چه باید کرد اهمیت دارد. تحلیل **متغیرهای میانی باروری** بر اساس چارچوب بانگارتس (Bongaarts model) نشان میدهد که کاهش سریع باروری در ایران در درجه اول از کانالهای مانند افزایش گسترده و آگاهانه استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری در میان زوجهای متأهل، افزایش سن ازدواج و کوتاه شدن سالهای زندگی مشترک در سنین باروری، و فاصله گذاری بین تولدها رخ داده است [1,2]. برآوردهای مبتنی بر این مدل نشان میدهد که بیش از ۶۰ درصد فاصله بین باروری مشاهده شده و حداکثر باروری زیستی در ایران ناشی از پیشگیری و حدود ۳۰ درصد ناشی از الگوی ازدواج بوده است و سهم آمنوره پس از زایمان بسیار کمتر بوده است [1].

در لایه عمیقتر، این رفتارها بازتاب ترکیبی از فشارهای اقتصادی و دگرگونی ارزشی نسل جدید است چیزی که در ادبیات گذار دوم جمعیتی (Second demographic transition) و نظریه ارزشهای پسامادی (Postmaterialist values) از آن سخن گفته میشود [3,8-11]. رشد ارزشهای خودمختاری، تحصیل، اشتغال زنان، برابری جنسیتی و جابجایی کانون توجه از تعداد فرزندان به سمت کیفیت زندگی کودک و والدین، در کنار بیکاری، عدم اطمینان شغلی، هزینه مسکن و هزینه‌های تربیت و آموزش فرزند، زمینه تصمیمهای جدید باروری را میسازد [3,8-11]. به بیان دیگر، در ایران امروز هم قیود عینی و هم افق ارزشی زوجهای جوان تغییر کرده است و تصمیم باروری در این بستر جدید گرفته میشود. در تکمیل این تصویر، سه نکته ساختاری نیز مهم است:

ایمیل: Alipour.abbas59@gmail.com

(<https://t.me/AlipourEpidemiologist>) کانال تلگرام: اپیدمیولوژی؛ مطالعه آنچه بر مردم میگذرد

تاریخ نگارش: 16/08/1404

اول تأخیر در بازنگری سیاستی است. بخش مهمی از کاهش باروری در دهه‌های ۶۰ و ۷۰ شمسی در چارچوب برنامه رسمی تنظیم خانواده و با حمایت بین المللی رخ داد اما حتی زمانی که باروری به حوالی سطح جانشینی رسید، برنامه عملاً با همان منطق دهه ۶۰ ادامه یافت و بازنگری جدی در اهداف و پیامهای آن صورت نگرفت به گونه‌ای که در اوایل دهه ۱۳۸۰ ایران وارد فاز باروری زیر سطح جانشینی شده بود، اما گفتمان رسمی هنوز بر کنترل مولید تأکید داشت [1,17].

دوم جایگاه ایران در نظم جهانی سیاستهای جمعیتی است. در دهه‌های ۶۰ و ۷۰، هم زمان با موج سیاستهای کنترل جمعیت در سطح سازمان ملل، ایران نیز بعنوان الگوی موفق کاهش سریع باروری معرفی شد، جوایزی دریافت کرد و بخشی از نخبگان سیاستی کشور در این چهارچوب فکری اجتماعی شدند اما سازوکار خروج تدریجی از این چارچوب و بازتنظیم سیاستها متناسب با شرایط جدید داخلی، بموقع طراحی نشد [1,3,8].

سوم تغییر ساختار سنی خود زنان است. با عبور همگروه‌های پیرایمان از سنین ۲۰ تا ۳۹ سال و ورود همگروه‌های کوچکتر به سنین باروری، حتی اگر رفتار باروری هر زن ثابت بماند، تعداد کل تولدها کاهش مییابد. برآوردهای جمعیت شناختی نشان میدهد که از اواخر دهه ۱۳۹۰ به بعد، سهم زنان ۲۰ تا ۳۴ ساله در کل جمعیت زنان نسبت به دهه‌های قبل کاهش یافته [1-3,17] و بخشی از کاهش تولدها ناشی از همین اثر ترکیب سنی است. این واقعیت، ضرورت اقدام زودهنگام و برنامه ریزی بلند مدت را که در بیانات رهبری نیز بر آن تأکید شده است، دوچندان میکند [4-7].

#### د- اقتصاد یا فرهنگ؟ نقد دو ساده سازی افراطی با مثال عددی

در بحث عمومی، دو ساده سازی متضاد بسیار دیده میشود. گاهی گفته میشود مشکل فقط اقتصادی است و در مقابل، گاهی ادعا میشود اقتصاد مهم نیست، اگر فرهنگ و ایمان قوی باشد حتی در فقر هم، فرزندآوری بالا میماند و برای مثال به برخی استانهای محروم با باروری بالا اشاره میشود. اما باید بدانیم که شواهد، هیچکدام از این دو روایت افراطی را بتنهایی تأیید نمیکند. برای تقریب ذهن، دو خانواده را در نظر بگیریم هر دو مؤمن و فرزند دوست. خانواده اول در یک شهر بزرگ زندگی میکند درآمد ماهانه ۲۵ میلیون تومان دارد، ۱۵ میلیون اجاره خانه میدهد و حدود ۸ میلیون هزینه ثابت خوراک، رفت و آمد و حداقل پوشاک دارد عملاً ماهانه ۲ میلیون تومان برای هر چیز دیگر باقی میماند اگر این خانواده، مطابق فرهنگ رایج طبقه متوسط شهری، بخواهد برای هر فرزند ماهانه دستکم ۵ میلیون تومان هزینه کند، برای یک فرزند شاید با صرفه جویی زندگی بگذرد، اما برای دو و سه فرزند، حساب ساده چهار عمل اصلی نشان میدهد که ریسک سقوط مالی بسیار بالاست. حال خانواده دومی را در یک شهر کوچک یا روستا تصور کنید. درآمدش ۱۵ میلیون تومان است، اما اجاره خانه‌اش ۳ میلیون و هزینه ثابتش حدود ۷ میلیون است ۵ میلیون تومان باقی میماند و فرهنگ و سبک زندگی‌اش نیز سرمایه گذاری مالی سنگینی بر هر فرزند مطالبه نمیکند این خانواده واقعا میتواند دو یا حتی سه فرزند را اداره

ایمیل: Alipour.abbas59@gmail.com

(<https://t.me/AlipourEpidemiologist>) کانال تلگرام: اپیدمیولوژی؛ مطالعه آنچه بر مردم میگذرد

تاریخ نگارش: 16/08/1404

کند. در این مثال فرضی، نه میتوان گفت خانواده اول ایمان کمتری دارد، نه خانواده دوم اقتصاد بهتری دارد تفاوت در ترکیب ناامنی اقتصادی و معیارهای فرهنگی تربیت فرزند است.

در سطح استانها نیز همین منطق برقرار است ممکن است استانی با سطح بالای توسعه انسانی و شهرنشینی، باروری بسیار پایین داشته باشد و استانی محروم، باروری بالا. این بدان معنا نیست که اقتصاد بی اهمیت است، بلکه نشان میدهد اثر وضعیت اقتصادی بر رفتار باروری، توسط فرهنگ، هنجارها، تحصیلات و مشارکت اجتماعی زنان و نیز سیاستهای کار و خانواده تعدیل میشود [2,3,8-11].

در شرایط و بستری که فرزند هنوز کم هزینه تلقی میشود و نقش او بیشتر سرمایه اجتماعی و برکت است، فقر مطلق لزوماً باروری را پایین نمی آورد و بر عکس در شرایطی که فرزند پروژه مالی و آموزشی پرهزینه دیده میشود، ناامنی اقتصادی حتی در سطوح درآمدی بالاتر، میتواند زوج را از فرزند دوم و سوم منصرف کند.

به زبان اپیدمیولوژی، میتوان گفت اقتصاد مانند آلودگی هوا است و تغییر ارزشها مانند سیگار. هر کدام به تنهایی خطر ابتلا به بیماری ریوی را بالا میبرند، اما وقتی کنار هم قرار میگیرند، خطر چند برابر میشود. همان طور که در بیماری ریه نمیتوان گفت فقط سیگار یا فقط آلودگی هوا مقصر است، در مسئله جمعیت هم نمیتوان گفت فقط اقتصاد یا فقط فرهنگ تعیین کننده است، بلکه تعامل این دو، رفتار باروری را شکل میدهد. همچنین همانطور که اثر سیگار برای جمعیتی که در شهر با آلودگی بالا زندگی می کنند خیلی بیشتر از جمعیتی است که در شهر با هوای پاک زندگی می کنند، اثر تغییر ارزشها نیز برای جمعیت دارای وضعیت ناامنی اقتصادی و جمعیت با وضعیت اقتصادی مطلوب، با فرض ثابت بودن سایر شرایط، کاملاً متفاوت است.

#### ه- قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت در آینده شواهد: همسویی ها و ناهمسویی ها

اگر تصویر چندلایه بالا را بپذیریم، میتوانیم نقاط همسویی و ناهمسویی قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت با شواهد را دقیقتر ببینیم. هر جا که قانون تلاش میکند هزینه ها و موانع واقعی فرزندآوری را کاهش دهد یا کیفیت تجربه بارداری، زایمان و فرزندپروری را ارتقا بخشد، با شواهد علمی و روح کلی سیاستهای جمعیتی همسو است. مواد مربوط به افزایش مرخصی زایمان، مرخصی پدر، کاهش ساعت کار مادران دارای فرزند خردسال، ایجاد مهدکودک وابسته به کار، تسهیلات مسکن و وام برای زوجهای جوان و خانواده های دارای دو و سه فرزند، توسعه مراکز ناباروری و گسترش پوشش بیمه ای درمان ناباروری، دقیقاً بر نقاطی دست میگذارد که نظریه های باروری و تجربه کشورها آنها را تعیین کننده میدانند [9-15].

بسته‌های خانواده دوست در کشورهای اسکندیناوی، فرانسه و استان کبک کانادا، که شامل مرخصی‌های سخاوتمندانه والدین، مهدکودک عمومی و یارانه‌ای، حمایت مالی هدفمند از خانواده‌ها و شبکه‌های قوی مراقبت مادر و کودک است، در حفظ باروری نزدیک سطح جانشینی موفق تر از کشورهایی مانند ژاپن، کره جنوبی، ایتالیا و اسپانیا بوده‌اند که با وجود مشوقهای مالی، **تعارض کار و خانواده** و نااطمینانی اقتصادی را خوب حل نکرده‌اند [9-15]. در سخنان رهبری نیز بارها تأکید شده است که مسئله جمعیت با **شعار** حل نمیشود و باید در حوزه‌هایی مانند مسکن، اشتغال، ازدواج آسان و حمایت از خانواده **اقدام واقعی** صورت گیرد [4-7]. از این منظر، بخش حمایتی قانون جوانی جمعیت، هم با شواهد علمی و هم با این رهنمودها همخوان است و باید **قانون اجرای جدی** باشد.

در مقابل، هرچا قانون از سطح حمایت ساختاری فاصله میگیرد و بسوی محدود سازی سختگیرانه ابزارهای تنظیم باروری، جرم انگاری بخشی از رفتارهای حرفه‌ای پزشکان و ایجاد فضای تهدید و ترس در حوزه سلامت باروری حرکت میکند، فاصله‌اش با شواهد علمی و تجربه جهانی بیشتر میشود. ممکن است گفته شود اگر واقعا نگران جمعیت هستیم باید ابزارهای پیشگیری و سقط را تا حد ممکن محدود کنیم تا تولد افزایش یابد اما شواهد ایران و جهان نشان میدهد این برداشت، **ساده سازی خطرناک** است [1,2,12,13]. از این که یکی از عوامل اصلی کاهش باروری، استفاده گسترده و آگاهانه از پیشگیری بوده است [1,2]، نتیجه نمیدهد که باید دسترسی به پیشگیری مطمئن محدود شود. تجربه ایران و دیگر کشورها نشان میدهد **کنترل آگاهانه باروری** پاسخ منطقی زوجها به ترکیب شرایط اقتصادی و ارزشی جدید است و با ممنوعیت ابزار، از بین نمیرود سیاستی که با جرم انگاری عقیم سازی داوطلبانه، محدودسازی شدید وسایل مدرن پیشگیری یا افزایش ریسک حقوقی برای پزشکان و ماماها در حوزه غربالگری بارداری و سقط درمانی، زوجها و ارائه دهندگان خدمت را در وضعیت **ترس** از قانون قرار میدهد، احتمال دارد به سمت افزایش بارداری‌های ناخواسته، **سقطهای ناایمن**، کاهش اعتماد به نظام سلامت و افزایش بار بیماری و مرگ و میر مادری منجر شود، بدون آن که تضمینی برای افزایش باروری برنامه ریزی شده فراهم کند [12,13].

#### و- سلامت باروری، غربالگری جنین و سقط: مسئله واقعی و پاسخ درست

در حوزه **غربالگری جنین**، برای قضاوت منصفانه باید هم گذشته را دید و هم امروز را. این تصور که برنامه غربالگری پیش از قانون، کاملاً علمی، کم خطا و منصفانه بوده و قانون فقط آن را خراب کرده است، با شواهد موجود سازگار نیست. مطالعه‌ای روی سه نمونه هزار نفری از زنان باردار در ایران (۲۰۱۸) نشان داده است که حدود ۹۵ درصد آنها تحت نوعی از غربالگری سندروم داون قرار گرفته‌اند، در حالی که نرخ مثبت کاذب تستها بین ۱۲ تا ۱۶ درصد بوده است [19]. یعنی تعداد زیادی از زنان بدون دلیل در معرض برچسب پرخطر، اضطراب، هزینه‌های اضافی و گاهی اقدامات تهاجمی قرار گرفته‌اند.

ایمیل: Alipour.abbas59@gmail.com

(<https://t.me/AlipourEpidemiologist>) کانال تلگرام: اپیدمیولوژی؛ مطالعه آنچه بر مردم میگذرد

تاریخ نگارش: 16/08/1404

ساختار مالی این برنامه نیز متکی بر پرداخت مستقیم بالا از جیب مردم و مشارکت گسترده بخش خصوصی بوده است و گزارشهایی از عدم تبعیت برخی ارائه دهندگان از دستورالعملهای وزارت بهداشت و فشار ضمنی به زوجها برای پذیرش تستها وجود داشته است [19,20]. به طور خلاصه، در کشورهایی که غربالگری دوران بارداری را درست مدیریت کرده اند، اصل کار این است که غربالگری را یک "خدمت داوطلبانه برای کمک به تصمیم گیری آگاهانه والدین" می بینند نه یک اجبار عمومی و نه ابزاری برای کنترل تولد؛ چارچوب ملی روشن دارند، مشاوره قبل و بعد از تست را جدی می گیرند، گروه های پرخطر را دقیق تعریف می کنند، بین دقت و خطای آزمایش ها تعادل برقرار می کنند، هزینه خدمات را تا حد ممکن با بیمه عمومی پوشش می دهند و با نظام کنترل کیفیت، نرخ مثبت کاذب و عوارض مداخلات را دائم پایش می کنند. ما در ایران، پیش از قانون جوانی جمعیت، در نیت، شبیه این الگو حرکت کردیم اما در اجرا به سمت "غربالگری تقریباً همگانی، تجاری شده و پرفشار" رفتیم؛ به نحوی که تقریباً همه زنان باردار غربالگری می شدند، مثبت کاذب بالا بود، تعداد زیادی به آمنیو NIPT/ارجاع می شدند، هزینه ها عمدتاً از جیب خانواده پرداخت می شد و فشار روانی و حقوقی بر مادر و تیم سلامت زیاد بود. بعد از قانون، به جای این که این افراط را به مدل متعادل و هدفمند تبدیل کنیم، در بسیاری نقاط به سمت سوی دیگر طیف رفته ایم: غربالگری به نسخه متخصص مشروط شده، اندیکاسیون ها مبهم و ناهمگون است، ترس حقوقی باعث محافظه کاری بیش از حد شده، خطر کم غربالگری برای زنان پرخطر و نابرابری شدیدتر در دسترسی (به ضرر اقشار ضعیف تر) شکل گرفته و هنوز نظام منسجم تضمین کیفیت آزمایشگاه و سونوگرافی و مشاوره استاندارد جا نیفتاده است. نتیجه این رفت و آمد پاندولی آن است که هم در دوره قبل، با غربالگری بیش از حد و کم کیفیت به مادران و جنین های سالم آسیب زدیم، و هم امروز در خطر آن هستیم که با محدود سازی مبهم و ناهمگون، بخشی از زنان نیازمند را از غربالگری مؤثر محروم کنیم؛ راه درست، حرکت آگاهانه به سمت یک مدل میانی و شواهد محور است: غربالگری هدفمند برای کسانی که واقعاً نیاز دارند، با دستورالعمل ملی روشن، مشاوره محترمانه و داوطلبانه، پوشش بیمه ای عادلانه و نظام قوی پایش کیفیت، به گونه ای که هم سلامت و کرامت مادر و کودک حفظ شود و هم خانواده و نظام سلامت از افراط و تفریط در امان بمانند [11-13,19,20].

در مورد **سقط عمدی** نیز شواهد جهانی نشان میدهد ممنوعیت های سختگیرانه قانونی به تنهایی حجم سقط را به شکل چشمگیر کاهش نمیدهد، بلکه سهم **سقطهای ناایمن** و مرگ و میر و ناتوانی ناشی از آنها را بالا میبرد [12,13]. تجربه افراطی رومانی در دوره چائوشسکو یک هشدار کلاسیک است. در سال ۱۹۶۶ با فرمان ۷۷۰، سقط و پیشگیری بجز در موارد محدود عملاً ممنوع شده و در کوتاه مدت، جهش قابل توجهی در تولدها رخ داد، اما همزمان مرگ و میر مادری، عوارض سقط ناایمن و تولد کودکان ناخواسته در خانواده های فاقد توان تأمین شرایط مناسب بشدت افزایش یافت [14,15]. چند دهه بعد، با آزادسازی مجدد سقط و پیشگیری، باروری دوباره کاهش یافت و کشور با ترکیب **باروری پایین و میراث سنگین آن سیاست افراطی** روبه رو شد [14,15]. این تجربه نشان میدهد استفاده از نظام سلامت بعنوان ابزار اعمال کنترل شدید در

حوزه سلامت باروری، حتی اگر در کوتاه مدت آمار تولد را بالا ببرد، از منظر سلامت، اخلاق و پایداری جمعیتی هزینه‌های بسیار سنگینی دارد. در ایران، داده‌های موجود تصویر پیچیده‌ای از علل سقط عمدی ارائه میکند. بر اساس یک مطالعه ملی وزارت بهداشت در سال ۱۳۹۸، برآورد شده است که در آن سال بین ۳۰۰ تا ۵۳۰ هزار سقط عمدی در کشور رخ داده [22] و مهمترین علل گزارش شده عبارت بوده است از **نخواستن فرزند بیشتر** (۴۱ درصد)، **مشکلات مالی** (۲۱ درصد)، **بد موقع بودن بارداری** (۲۰ درصد) و ... و بارداری خارج از چارچوب خانواده سهم کوچکتري داشته است [22]. مطالعه‌ای در سال ۱۴۰۲ در زنان متأهل در سن باروری تحت پوشش شبکه بهداشت استان قزوین نیز نشان داده است که **عدم تمایل به داشتن فرزند بیشتر و نامناسب بودن زمان بارداری** بیشترین سهم را در علل سقط عمدی دارند، در حالی که مشکلات مالی، مشکلات خانوادگی، بارداری در دوران عقد، ناامیدی از آینده، مشکلات جسمی مادر، ناهنجاری جنین و اعتیاد همسر هرکدام سهم قابل توجه اما متفاوتی دارند [23,24]. این یافته‌ها دو پیام مهم دارند: اول این که بخش بزرگی از تقاضا برای سقط عمدی، محصول همان الگوی ارزشی **فرزند کمتر** است که در ادبیات گذار دوم جمعیتی توصیف میشود. در هر دو مطالعه، **نخواستن فرزند بیشتر و بد موقع بودن بارداری** رویهم حدود ۵۰ تا ۶۰ درصد علل را تشکیل میدهند [22-24]. دوم این که **مشکلات اقتصادی و ناامنی معیشتی** نیز در حدود یک سوم موارد نقش دارند در مطالعه ملی ۱۳۹۸، مشکلات مالی به تنهایی در ۲۱ درصد موارد ذکر شده است و اگر مواردی مانند **بد موقع بودن بارداری و ناامیدی از آینده** را که بخشی از آنها با ناامنی اقتصادی هم پوشانی دارد در نظر بگیریم، نقش شرایط اقتصادی پررنگتر میشود [22]. در مطالعه جدیدتر نیز هرچند سهم مشکلات مالی حدود ۱۰ درصد گزارش شده است، اما همین رقم در مقیاس صدها هزار سقط سالانه، به ده‌ها هزار تصمیمی ترجمه میشود که اگر ناامنی اقتصادی کاهش یابد، ممکن است بسوی ادامه بارداری متمایل شود [23,24]. بنابراین، **تقلیل مسئله به این که فقط فرهنگ یا فقط اقتصاد عامل سقط است**، با داده‌های موجود سازگار نیست و بار دیگر بر **تعامل ارزشها و محدودیتهای عینی** تأکید میکند [2,3,8-11].

از منظر سیاستگذاری، این ترکیب علل نشان میدهد که محدود کردن حقوقی یا فنی دسترسی به خدمات تنظیم خانواده و سقط درمانی، بدون تغییر در این دو لایه (ارزشها و معیشت)، احتمال دارد بجای کاهش سقط، آن را به حوزه‌های پنهان و ناایمن سوق دهد. مرورهای سازمان جهانی بهداشت و مطالعات مقایسه‌ای درباره ایالات متحده، بریتانیا و کشورهای آمریکای لاتین نشان داده‌اند که در کشورهایی که **آموزش جامع جنسی، پوشش گسترده و عادلانه روشهای پیشگیری و تقویت امنیت اقتصادی خانواده‌ها** همزمان اجرا شده است، هم نرخ بارداری ناخواسته و هم سهم سقط ناایمن کاهش یافته است [12,13] و در مقابل، کشورهایی که سقط را ممنوع اما دسترسی **بپیشگیری و حمایت اجتماعی** را محدود نگه داشته‌اند، با نرخ بالاتر سقط پنهان و ناایمن، مرگ و میر مادری و عوارض بلندمدت مواجه بوده‌اند [12-15].

## ز- تجربه بارداری و زایمان، کرامت زن و تصمیم برای فرزندهای بعدی

وجه دیگری از ناهمسویی برخی برداشت‌ها از قانون، بی توجهی به اثر تجربه بارداری و زایمان بر تصمیم برای فرزند دوم و سوم است. مرورها نشان داده‌اند که تجربه منفی از بارداری و زایمان در بیمارستان، از جمله مداخلات غیرضروری، بی احترامی، خشونت کلامی و فیزیکی یا بی توجهی بدرد و کرامت زن، میتواند تصمیم به این که دیگر فرزندی نباشد را تقویت کند [16]. در مقابل، مراقبت محترمانه، همراه با حمایت از شیردهی و پایش سلامت روان پس از زایمان، هم شاخصهای سلامت را بهبود میدهد و هم آمادگی زوج برای تکرار تجربه فرزندآوری را افزایش میدهد [16]. اگر تمرکز عملی اجرای قانون بجای ارتقای کیفیت مراقبت مادر و نوزاد، بر کنترل و محدودیت در غربالگری و سقط درمانی قرار گیرد، خطر آن وجود دارد که تجربه بارداری برای بخشی از زنان به یک تجربه آمیخته با اضطراب و ترس از مجازات تبدیل شود. چنین جهت گیری با تأکید رهبری بر این که هدف، جمعیت جوان و سالم، باایمان و باسواد است، نه صرفاً افزایش عدد تولد، نیز ناسازگار است [4-7]. باید بدانیم که سلامت و کرامت مادر، جزء جدایی ناپذیر همین هدف است

## ح- اقتصاد سیاسی قانون و نقش طبقه متوسط شهری

از منظر اقتصاد سیاسی، یکی از چالشهای اصلی قانون، نسبت میان حجم وعده‌ها و سطح منابع مالی تضمین شده و ظرفیت اجرایی است. ممکن است گفته شود قانون منابع مالی را از طریق صرفه جویی، منابع درون سازمانی و ترکیب منابع تأمین میکند و وابسته مطلق به بودجه عمومی نیست. اما پرسش اصلی این است که این منابع در سطح عمل چگونه و با چه ضمانتی در اختیار دستگاه‌های اجرایی و استانها قرار میگیرند. فهرست طولانی تسهیلات و امتیازات مالی، در غیاب طراحی دقیق سازوکار تأمین پایدار منابع، هدفگیری روشن گروه‌های هدف و نظام ساده و عادلانه دسترسی، میتواند به سمت ناکارآمدی، نارضایتی و احساس تبعیض و رانت حرکت کند [9,10,18]. تجربه کشورهایی که بسته‌های حمایت مالی خانواده را موفقتر طراحی کرده‌اند مانند فرانسه، کشورهای اسکاندیناوی و کبک نشان میدهد موفقیت پایدار زمانی حاصل میشود که حمایت‌ها از نظر مبلغ، پیش بینی پذیری و سهولت دسترسی برای طبقه متوسط و خانواده‌های کارگر قابل اتکا باشد [9-11]. در ایران، بخش مهم تردید نسبت به فرزند دوم و سوم در طبقه متوسط شهری متمرکز است. جایی که استاندارد انتظاری برای مسکن، آموزش، تغذیه و سبک زندگی کودک بالا است و خانواده احساس میکند توان تأمین آن را ندارد [1,2,18]. اگر قانون و آیین نامه‌های آن نتوانند این گروه را واقعیت هدفگیری و حمایت کنند، از نظر اثربخشی جمعیتی، بخش مهمی از ظرفیت قانون بلااستفاده میماند [18].

### ط- نقش نظام سلامت، شبکه PHC و طرح آمایش امید

در این میان، نقش وزارت بهداشت و ساختار ارائه خدمت، نقشی حاشیه‌ای و صرفاً درمانی نیست. اگر این نقش درست تعریف شود، میتواند یکی از ستونهای کلیدی اجرای هوشمندانه قانون باشد. شبکه مراقبتهای اولیه سلامت (Primary health care) در ایران از خانه‌های بهداشت روستایی و پزشک خانواده روستایی تا مراکز خدمات جامع سلامت و پزشک خانواده شهری زیرساخت منحصر بفردی ایجاد کرده است که بسیاری از کشورها هنوز در تلاش برای ایجاد مشابه آن هستند [1,2,17]. سند آمایش امید، در نسخه رسمی خود، دقیقاً بر همین شبکه تکیه میکند. این طرح وزارت بهداشت را مکلف میکند با استفاده از سامانه سطح یک، زنان در سن باروری را تا سطح خانه بهداشت و پایگاه سلامت شناسایی کند، وضعیت فرزندآوری، ناباروری، سقط، مرگ مادر، نوزاد و کودک و مشاوره فرزندآوری را ثبت و پایش کند و اهداف کمی باروری را تا سطح هر خانه بهداشت خرد نماید [21,27]. در متن سند، نیاز به راه حل تهاجمی برای جبران تأخیر سیاستهای جمعیتی ذکر شده است، اما همزمان بر حفظ سلامت مادر و کودک، هماهنگی با سایر دستگاهها و توجه به تفاوتهای فرهنگی و اجتماعی مناطق نیز تأکید شده است [21,27]. اما این به شرطی محقق می شود که مشاوره‌های پیش از ازدواج و بارداری، مراقبت بارداری و پس از زایمان و خدمات تنظیم خانواده در سطح پزشک خانواده و مراقب سلامت از منطق قدیمی کنترل مولد به سمت منطق طراحی باروری سالم و همراهی با خانواده حرکت کند، وزارت بهداشت در موقعیتی قرار میگیرد که بدون اعمال فشار، میتواند هم به کاهش اضطراب و ترس از فرزندآوری کمک کند و هم داده‌های ارزشمند برای سیاستگذاری فراهم آورد. در این الگو، مراقب سلامت وقتی با زوجی روبه رو میشود که بدلیل مشکلات مسکن، ناامنی شغلی یا نگرانی از آینده فرزند از بچه دار شدن منصرف شده‌اند، این دغدغه‌ها را جزئی از تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت می بیند نه صرفاً بهانه، و ضمن گفت وگو، هم اطلاعات دقیق درباره حمایت‌های موجود ارائه میکند و هم مسیرهای ارتباط با سایر دستگاهها را برای خانواده روشن میکند. در این چارچوب، طرح آمایش امید میتواند نمونه مشخص خوانش سلامت محور و شواهد محور از قانون باشد، به شرط آن که در اجراء اصول یاد شده رعایت شود از یکسو، این ساختار از نظر اپیدمیولوژیک و جمعیت شناسی ظرفیت بزرگی برای رصد دقیق و بهنگام شاخصهای جمعیت و سلامت مادر و کودک فراهم میکند و میتواند همان رصدخانه استانی جمعیت و خانواده و داشبوردی باشد که در این نوشتار پیشنهاد شده است [1-3,18,21,27]. از سوی دیگر، اگر بدون ملاحظات سلامت، اخلاق حرفه‌ای و تفاوت‌های فرهنگی محلی اجرا شود، خطر آن وجود دارد که بسوی هدفگذاری کمی خشک و فشار نامرئی بر تیم سلامت و خانواده‌ها برای پر کردن سهمیه تولد بلغزد. خوانش شواهد محور از قانون و آمایش امید یعنی استفاده از این ابزار نه برای تحمیل عدد تولد، بلکه برای فهم موانع واقعی فرزندآوری، پایش پیامدهای سلامت محور اجرای سیاست و هدایت منابع حمایتی به جاهایی که داده‌ها نشان میدهد بیشترین نیاز و ظرفیت

را دارند [1-3,18,21,27]. در این صورت، آمایش امید و اتاق وضعیت جمعیت و خانواده، بجای ساختار موازی یا ابزار فشار، به ستون فقرات حکمرانی مبتنی بر شواهد در حوزه جمعیت تبدیل میشوند.

#### ی- چارچوب پیشنهادی برای سیاستگذاری ملی و استانی

از دل تحلیل بالا، میتوان یک چارچوب عملی برای سیاستگذاری برداشت نمود. نقطه قوت قانون و برنامه‌هایی مانند آمایش امید این است که جعبه ابزار گسترده‌ای در اختیار سیاستگذار گذاشته‌اند. ابزارهای حمایتی، مسکن، تسهیلات مالی، مرخصی، مهدکودک، درمان ناباروری، حمایت از مادران شاغل، ابزارهای فرهنگی، آموزش، رسانه، خطابه دینی ابزارهای سلامت، خدمات مادر و کودک، مشاوره باروری، شبکه PHC و ابزارهای محدودکننده. شواهد علمی و تجربه جهانی با وضوح نسبی میگویند که ابزارهای حمایت ساختاری و تقویت کیفیت خدمات سلامت بیشترین احتمال را برای افزایش پایدار باروری مطلوب داشته [9-11,16,17,22] و در حالی که ابزارهای صرفاً محدودکننده، اگر بدون ملاحظه سلامت و کرامت انسان و بدون حمایت اقتصادی و اجتماعی کافی اعمال شوند، در بهترین حالت اثر محدود و در بدترین حالت اثر معکوس دارند [12-15,22-24].

در سطح ملی، میتوان پیشنهاد کرد اجرای قانون جوانی جمعیت در قالب یک شورای راهبری جمعیت و خانواده با حضور وزارتخانه‌های بهداشت، رفاه، کار، راه و شهرسازی، آموزش و پرورش، سازمان برنامه و بودجه و نهادهای فرهنگی سامان یابد. این شورا باید بر پایه داده‌های یک اتاق وضعیت جمعیت که با اتصال ثبت احوال، نظام سلامت، نظام آموزشی، بازار کار و سیستم‌های حمایتی، شاخصهای کلیدی باروری، ازدواج، طلاق، سلامت مادر و کودک و استفاده از حمایت‌های قانونی را پایش میکند، عمل کند [1,2,18]. در سطح استانی، بویژه در استانهایی مانند مازندران که شبکه پزشک خانواده شهری و روستایی تقریباً کل جمعیت را پوشش میدهد، میتوان سه محور را مشخصا پی گرفت:

محور اول پایش و تحلیل است ایجاد رصدخانه استانی جمعیت و خانواده با داشبوردهای دقیق باروری، ازدواج، طلاق، سلامت مادر و کودک و استفاده از حمایت‌های قانونی و شاخصهای اجرای قانون در بخشهای مختلف، میتواند سیاستگذار استانی را از حدس و گمان بی نیاز کند [1-3,18,21,27]. انشاالله در نوشتار مستقلى بطور مفصل در خصوص این رصدخانه و شاخصهای قابل رصد در آن، صحبت خواهد شد.

محور دوم مداخلات حمایتی است. طراحی پالیتهای مشخص مانند طرح مسکن زوجهای جوان با استفاده هدفمند از ظرفیتهای قانونی در چند شهر، طرح سازگاری کار و خانواده در دستگاههای اجرایی با اجرای کامل مرخصی‌ها، ساعت کار

انعطاف پذیر و مهدکودک وابسته به محل کار و طرح توسعه خدمات ناباروری با کاهش پرداخت از جیب و ادغام مشاوره باروری سالم میتواند نشان دهد قانون چگونه میتواند از متن وارد میدان شود [9-11,18].

محور سوم مداخلات فرهنگی واقع گرایانه و اثربخش است. رسانه های استانی، آموزش و پرورش، روحانیت و دانشگاه ها میتوانند بجای تکرار کلیشه فرزند بیشتر، برکت بیشتر بدون توضیح، تصویری از زندگی قابل تحمل و آبرومند با دو تا سه فرزند ارائه کنند که با افق ارزشی نسل جدید تحصیل، اشتغال، کرامت زن و کیفیت زندگی کودک قابل جمع باشد [3,8-11].

در همه این سطوح، شبکه پزشک خانواده میتواند هم اتاق گفت وگویی دائمی با خانواده ها باشد و هم چشم و گوش نظام سیاستگذاری. هر بار که زوجی در مطب پزشک خانواده در مازندران میگوید بدلیل مسکن، شغل، تجربه بد بارداری قبلی یا ناامیدی از آینده از فرزند دوم میترسم، اگر این صداها در فرمهای مشاوره بخوبی ثبت و در سطح رصدخانه استانی تحلیل شود، میتوان بجای سیاستهای کلی و مبهم، بسته های هدفمند برای گروه های مختلف طراحی کرد.

#### ک- جمع بندی

جمع بندی این نگاه چندرشته ای آن است که قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، در بهترین خوانش خود میتواند چارچوبی باشد که از طریق آن، کشور تلاش می کند با تکیه بر ابزارهای سازگار با سلامت، کرامت و واقعیت های ارزشی نسل جدید، شیب نزولی باروری را کاهش دهد و شاید در برخی مناطق آن را اندکی بالا ببرد اما این فقط زمانی رخ میدهد که سیاستگذار بپذیرد مسئله اصلی، مقابله با سلامت باروری و تصمیم گیری آگاهانه زوجها نیست بلکه برعکس مسئله، مجموعه ای از موانع عینی و ذهنی است که در اقتصاد، فرهنگ، نهادهای رفاه و تجربه روزمره مردم ریشه دارد.

شواهد علمی، تجربه کشورهای موفق و ناموفق، داده های خود ایران و خطوط کلی ترسیم شده در سخنان رهبری، همگی در یک نقطه همنوا هستند هرچه بجای فشار از بالا بر سبک زندگی مردم، بیشتر بر ایجاد شرایط واقعی برای یک زندگی آبرومند، قابل تحمل و امید بخش با خانواده و فرزندان تمرکز کنیم، احتمال موفقیت در مدیریت گذار جمعیتی و در عین حال حفاظت از سلامت و کرامت انسان بیشتر خواهد شد.

1. Abbasi-Shavazi MJ, McDonald P, Hosseini-Chavoshi M. The fertility transition in Iran: revolution and reproduction. Dordrecht: Springer; 2009.
2. Erfani A, McQuillan K. Rapid fertility decline in Iran: analysis of intermediate variables. J Biosoc Sci. 2008;40(3):459–478.
3. Lesthaeghe RJ. The second demographic transition: a concise overview of its development. Proc Natl Acad Sci U S A. 2014;111(51):18112–18115.
4. خامنه‌ای س. بیانات در دیدار اعضای شورای عالی انقلاب فرهنگی درباره مسئله جمعیت؛ ۱۹ آذر ۱۳۹۲؛ تهران، ایران. تهران: دفتر حفظ و نشر آثار حضرت آیت الله العظمی خامنه‌ای؛ ۱۳۹۲.
5. خامنه‌ای س. ابلاغ سیاستهای کلی جمعیت؛ ۳۰ اردیبهشت ۱۳۹۳؛ تهران، ایران. تهران: دفتر حفظ و نشر آثار حضرت آیت الله العظمی خامنه‌ای؛ ۱۳۹۳.
6. خامنه‌ای س. بیانات در دیدار کارگزاران نظام درباره جمعیت؛ ۳ مرداد ۱۳۹۱؛ تهران، ایران. تهران: دفتر حفظ و نشر آثار حضرت آیت الله العظمی خامنه‌ای؛ ۱۳۹۱.
7. خامنه‌ای س. پیام به فعالان حوزه جمعیت؛ ۲۸ اردیبهشت ۱۴۰۱؛ تهران، ایران. تهران: دفتر حفظ و نشر آثار حضرت آیت الله العظمی خامنه‌ای؛ ۱۴۰۱.
8. Inglehart R, Welzel C. Modernization, cultural change, and democracy: the human development sequence. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
9. Thévenon O. Family policies in OECD countries: a comparative analysis. Popul Dev Rev. 2011;37(1):57–87.
10. Gauthier AH. The impact of family policies on fertility in industrialized countries: a review of the literature. Popul Res Policy Rev. 2007;26(3):323–346.
11. Roy Desrosiers F, Le Bourdais C. Family policy and fertility in Quebec: impacts of low-fee child care and parental leave. Can Public Policy. 2018;44(4):367–384.
12. Ganatra B, Gerdtz C, Rossier C, et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. Lancet. 2017;390(10110):2372–2381.

13. World Health Organization. Preventing unsafe abortion. Geneva: World Health Organization; 2012.
14. David HP. From abortion to contraception: Romania's reproductive health care in transition. *Stud Fam Plann.* 1999;30(1):61–69.
15. Hord C, David HP, Donnay F, Wolf M. Reproductive health in Romania: reversing the Ceausescu legacy. *Stud Fam Plann.* 1991;22(4):231–240.
16. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med.* 2015;12(6):e1001847.
17. عباسی شوازی م ج، مک دونالد پ، حسینی چاووشی م. گذار باروری در ایران: انقلاب و بازتولید. تهران: نشر نی؛ ۱۳۹۳.
18. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. بررسی قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت و پیامدهای اقتصادی و اجتماعی آن. تهران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی؛ ۱۴۰۱.
19. Zeinaloo M, Younesian M, Kheiltash A, Shariati M. The challenges of Down syndrome screening in primary healthcare for pregnant women in Iran in 2018. *Makara J Health Res.* 2024;28(2):114–121.
20. Ministry of Health and Medical Education (MOHME). National guidelines for the prevention of fetal chromosomal disorders (including Down syndrome) (Persian). Tehran: MOHME; 2014.
21. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. شیوه نامه اجرایی طرح ملی آمایش امید: برنامه جامع افزایش نرخ باروری کل (TFR) به ۲/۵. تهران: معاونت بهداشت؛ ۱۴۰۳.
22. Ministry of Health and Medical Education (MOHME). National survey of induced abortion in Iran, 2019 (Persian). Internal report; 2019.
23. Ministry of Health and Medical Education (MOHME). Induced abortion among married women of reproductive age covered by primary health care in Qazvin province, 2023 (Persian). Internal report; 2023.

24. Portosavari A, et al. Causes of induced abortion in Iran: secondary analysis of the 2019 national survey (Persian). Unpublished manuscript; 2024.

توضیح:

در فرایند تدوین و ویرایش این نوشتار، از ابزار هوش مصنوعی *ChatGPT* شرکت *OpenAI* صرفاً به عنوان دستیار نگارشی و ساختاری استفاده شده است. انتخاب موضوع، صورت بندی مسئله، تحلیلها، داوریهای علمی و انتخاب منابع تماماً توسط نویسنده انجام شده و نویسنده مسئولیت کامل محتوای علمی و سیاسی متن را میپذیرد. هیچ داده محرمانه فردی یا اطلاعات غیرعلنی دستگاهها در این سامانه وارد نشده است و استفاده از هوش مصنوعی در این کار، مطابق ملاحظات اخلاق پژوهش و راهنماهای رسمی مربوط بکارگیری این ابزارها بوده است.

ایمیل: Alipour.abbas59@gmail.com

(<https://t.me/AlipourEpidemiologist>) کانال تلگرام: اپیدمیولوژی؛ مطالعه آنچه بر مردم میگذرد

تاریخ نگارش: 16/08/1404