

Critical Analysis of Article 51 of the Family Protection and Population Rejuvenation Law

**Mahdiah Mohammad
Taghizadeh *** 

Corresponding Author: Assistant Professor,
Department of Women's Studies, Allameh
Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Mozhgan Varmazyar 

M.A. in Women's Studies, Allameh Tabataba'i
University, Tehran, Iran.

Introduction

The issue of population growth, whether it's an increase or a decline, is a multidimensional topic that requires comprehensive analysis. Given the current demographic trends and policymakers' concerns regarding a potential population crisis in the future, addressing this challenge at a macro level necessitates a thorough examination of its various dimensions. Population dynamics play a crucial role in the economic and social development of any country. A young and dynamic workforce serves as the driving force behind economic growth and industrial advancement while mitigating social vulnerabilities. However, statistical data indicate a decline in the fertility rate, which, if continued, will result in population shrinkage in the coming years. Over the past two decades, the fertility rate in the country has fallen below the replacement level, raising serious concerns among officials regarding the aging population crisis and its subsequent socioeconomic implications. In response to this challenge, policymakers have taken legislative measures, including the enactment of the Family and Youth Protection Law, aimed at increasing fertility rates and addressing demographic concerns. This study aims to analyze the challenges and consequences of Article 51 of the Family and Youth Protection Law from the perspective of experts in the field.

Literature Review

Kazemipour (1401), in his study titled "Evaluation and Criticism of Population Policies in Iran with Emphasis on the Law on Family Protection and Population

* Corresponding Author: m.mtaghizade@yahoo.com

How to Cite: Mohammad Ttaghizade, M; Varmazyar, M. (2024). Critical analysis of Article 51 of the Law on Protection of the Family and Youth of the Population, *Journal of Social Work Research*, 11(39), 95-130.

Youth," critically examines the rigid provisions embedded within the law, such as the prohibition of contraception and abortion. He argues that the unprofessional and coercive implementation of these provisions could lead to severe and irreversible consequences. According to Kazemipour, modern family policies should be non-coercive, uphold individuals' reproductive health rights, and allow individuals to make informed and voluntary decisions regarding fertility. Drawing upon theories related to declining fertility rates, he suggests that effective pronatalist policies should address underlying socioeconomic factors, including youth unemployment, economic instability, and the financial burden associated with raising children. Additionally, he emphasizes the need for cultural shifts toward simplicity and reduced consumerism, as well as the eradication of gender inequality within the family structure. Furthermore, Kazemipour underscores the importance of achieving elite consensus in population policymaking to ensure the effectiveness and sustainability of demographic strategies.

In another relevant study titled "Legal Study of Fetal Health Screening and Therapeutic Abortion in the Population Youth and Family Support Plan," Akrami, Parvin, and Razmjoo (1400) employ a descriptive-analytical approach based on library research to examine the jurisprudential and legal justifications for facilitating fetal health screening and maintaining the legal framework for therapeutic abortion. Their findings suggest that fetal health screening is intrinsically linked to public health and the right to healthcare, which is recognized as a fundamental human right. The authors argue that governments are obligated to take proactive measures to ensure and protect this right, reinforcing the necessity of maintaining accessible screening programs and safeguarding reproductive health policies.

Materials and Methods

A qualitative research design was employed, utilizing purposeful and snowball sampling methods to select participants. The study's statistical population comprised 18 experts specializing in women's reproductive health. Data were collected through semi-structured interviews, and thematic analysis was applied to identify key themes and insights. The findings underscore the complexity of declining fertility rates and highlight the necessity of addressing root causes rather than merely focusing on symptomatic solutions.

Results

Article 51 of the Family and Youth Protection Law pertains to the regulation of contraceptive distribution and explicitly prohibits the free provision of contraceptives through the public health network. Furthermore, according to the legal note attached to this article, the distribution of contraceptive items in

pharmacies is restricted and may only occur upon presentation of a doctor's prescription.

Reproductive health has been a highly controversial issue following the approval of this legislation, garnering both strong support and opposition. Within the sample population of this study, two distinct perspectives emerged regarding Article 51 of the Family and Youth Protection Law. Supporters of this article argue that eliminating the free distribution of contraceptives is a positive step, as it may reduce the health complications associated with the use of hormonal contraceptive drugs and intrauterine devices (IUDs). However, they contend that the role of midwives in prescribing contraceptive methods has been overlooked and should be integrated into the policy framework.

Conversely, opponents of this provision emphasize the adverse economic impact on lower-income populations, particularly in the context of current economic hardships. They argue that removing free access to contraceptives or imposing the cost of medical consultations disproportionately affects middle- and lower-income groups, placing an additional financial burden on these segments of society. Beyond economic concerns, opponents highlight several potential negative consequences, including:

- Increased mental and physical health complications among women experiencing unintended pregnancies,
- Disruptions in marital relationships,
- A rise in sexually transmitted diseases (STDs),
- An increase in the incidence of unsafe and illegal abortions.

Given these concerns, critics assert that restricting access to contraceptives is not an effective means of addressing population growth. Instead, they advocate for comprehensive, long-term strategies that tackle the root causes of declining fertility rates, such as economic instability, employment challenges, and broader social factors influencing reproductive decisions.

Keywords: Increasing Fertility, Population Policies, Family Protection and Population Rejuvenation Law, Article 51



واکاوی انتقادی ماده ۵۱ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

مهدیه محمدتقی زاده *  استادیار مطالعات زنان، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

مژگان ورمزیار  کارشناس ارشد مطالعات زنان، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

چکیده

تحلیل و ارزیابی علمی قوانین و مقررات، ابزاری ضروری برای درک پیچیدگی‌های رابطه بین قانون و جامعه و یافتن راه‌حل‌های مؤثر برای مسائل اجتماعی است. روند کاهش باروری در ایران به یکی از چالش‌های مهم جمعیتی کشور تبدیل شده است و مسئولان کشوری را به مانند بسیاری از کشورهای دیگر در جهت افزایش باروری و اتخاذ سیاست‌های مؤثر وا داشته است. تصویب قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت یکی از اینگونه اقدامات است که ماده ۵۱ را در درون خود دارد. مطابق این ماده هرگونه توزیع رایگان یا یارانه‌ای اقلام مرتبط با پیشگیری از بارداری و تشویق به استفاده از آنها در شبکه بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی ممنوع است. هدف پژوهش کیفی حاضر، بررسی چالش‌های حاصل از اجرای ماده مزبور است. میدان پژوهش ۱۸ نفر از متخصصان عرصه سلامت باروری زنان هستند. جهت گردآوری داده‌ها از مصاحبه نیمه‌ساخت یافته استفاده شده و تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش تحلیل مضمون است. مهم‌ترین مضامین استخراج شده و پیامد ماده ۵۱ از منظر متخصصان، به شرح زیر است: ناکارآمدی قانون برای خانواده‌های فقیر؛ دریافت اطلاعات از منابع نامعتبر؛ تهدید سلامتی عمومی زنان آسیب‌پذیر؛ اختلال در روابط زناشویی؛ افزایش بیماری‌های مقاربتی؛ آسیب جسمانی فرزندان؛ نوزادان نامشروع و افزایش آسیب‌های اجتماعی.

واژه‌های کلیدی: افزایش باروری، سیاست‌های جمعیتی، قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، ماده ۵۱

مقدمه و بیان مسئله

بررسی و تحلیل قوانین و مقررات، دیدگاه ارزشمندی به ابعاد مختلف قوانین در بستر جامعه ارائه می‌دهد. این نوع تحلیل‌ها می‌تواند به درک عمیق‌تری از تأثیر قوانین بر رفتار و تعاملات افراد در جامعه، پیامدهای قوانین برای گروه‌های مختلف اجتماعی و چگونگی تطبیق یا التزام یا مقاومت مردم در برابر قوانین منجر شود. تحلیل اجتماعی قوانین وضع شده همچنین می‌تواند موانع و چالش‌های اجرای قوانین و راهکارهای رفع آنها را نیز بدست دهد. این تحلیل‌ها می‌تواند تعامل پویای بین قانون و جامعه و تأثیر متقابل آنها بر یکدیگر را نشان دهد.

از سوی دیگر جوامع در حال تحول دائمی هستند و با ظهور چالش‌ها و مسائل جدید، نیاز به قوانین جدید نیز احساس می‌شود. وضع قوانین جدید با توجه به اقتضاها، نگرانی‌ها و مسائل جدید جامعه، برای حفظ نظم، عدالت و رفاه عمومی امری ضروری است.

کاهش نرخ باروری و رشد جمعیت در ایران، طی سال‌های اخیر به یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های اقتصادی، اجتماعی و سیاسی کشور تبدیل شده است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد، ایران از جمله کشورهایی است که انتقال جمعیتی را در مدت کوتاهی طی کرده است (عباسی شوازی و همکاران، ۱۳۹۹: ۲۱۴). روند کاهش باروری در ایران از ۱۳۶۵ تا ۱۳۷۰ سریع‌ترین گذار باروری در دنیا را به خود اختصاص داده است؛ بطوری که نرخ باروری در ایران از سال ۱۳۸۵ پایین‌تر از حد جانشینی یعنی به ۲/۱ فرزند برای هر زن رسید و در سال ۱۳۹۰ نرخ باروری تقریباً ۱/۸ فرزند برای هر زن محاسبه شد و در حال حاضر باروری پایین‌تری را تجربه می‌کند (مدیری، ۱۳۹۷: ۷۴).

طبق گزارش دفتر مطالعات آموزش و فرهنگ مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، نرخ تولد در سال ۱۳۹۸، ۱۲ درصد نسبت به سال ۱۳۹۷ و ۲۲ درصد نسبت به سال ۱۳۹۳، کاهش داشته و به کمترین میزان در ۱۰ سال گذشته رسیده است و به رغم ابلاغ سیاست‌های کلی جمعیت در اردیبهشت سال ۱۳۹۳ و همچنین الزام برنامه ششم توسعه به برنامه‌ریزی در راستای افزایش نرخ باروری کل به بیش از دو و نیم فرزند، فرزندآوری نسبت به پیش از ابلاغ این دستور، کاهش چشمگیری داشته است. دوام میزان باروری در

زیر سطح جایگزینی، موجب سالخوردگی جمعیت و سرعت بخشیدن به کاهش نیروی کار فعال می‌شود که پیامدهای منفی جدی برای توسعه و پیشرفت کشور خواهد داشت (کاظمی پور، ۱۴۰۰: ۲).

ایران به مانند بسیاری از کشورها با هدف افزایش نرخ رشد جمعیت خود به اتخاذ سیاست‌هایی اقدام کرده است تا از پیری و عدم تعادل در ساختار سنی جمعیت در آینده پیشگیری کند. ازجمله سیاست‌های اتخاذی دولت در راستای افزایش جمعیت، تصویب قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت بود. «در اجرای اصل ۱۲۳ قانون اساسی، قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب جلسه ۱۴۰۰/۷/۲۴ کمیسیون مشترک طرح جوانی جمعیت و حمایت از خانواده، به مجلس شورای اسلامی تقدیم شد و پس از موافقت مجلس با اجرای آزمایشی آن به مدت هفت سال^۱، در تاریخ ۱۴۰۰/۸/۱۰ به تأیید شورای نگهبان رسید.

قانون فوق مشتمل بر هفتاد و سه ماده و هشتاد و یک تبصره می‌باشد (مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۴۰۱). مطابق ماده ۵۱ این قانون، «ارائه یارانه‌ای و رایگان هر نوع داروی پیشگیری از بارداری در شبکه بهداشت ممنوع بوده» و یا در تبصره همین ماده آمده است که «هرگونه ارائه داروهای جلوگیری از بارداری در داروخانه‌های سراسر کشور و شبکه بهداشت و کارگذاشتن اقلام پیشگیری، باید با تجویز پزشک باشد». با آگاهی به اینکه قصد و نیت افراد برای داشتن فرزند با توجه به ایده‌ها و نگرش‌های آنان در مورد باروری شکل می‌گیرد، ولی برنامه‌های تشویقی و اقناعی برای زوجین و ارائه برنامه‌های فرهنگی برای تشکیل خانواده و فرزندآوری تا اندازه‌ای می‌تواند در شکل‌گیری ایده‌های فرزندآوری مؤثر باشد (عباسی شوازی و همکاران، ۱۳۹۶: ۴۹). تحلیل تخصصی گنجانیدن مواد قانونی سلبی برای میزان اثرگذاری آن بر شکل‌گیری ایده‌های فرزندآوری امری مهم و ضروری است.

به نظر می‌رسد اجرای سیاست‌ها و قوانینی همچون ماده ۵۱ ممکن است با موانعی چون سیستم اداری و بوروکراسی ناکارآمد و فقدان زیرساخت‌های لازم مواجه شود. آنچه مسلم است این گونه قوانین اگر به درستی وضع و اجرا نگردند، نه تنها ما کاهش سقط را نخواهیم داشت بلکه به دنبال محدودیت استفاده از اقلام پیشگیری از بارداری، با افزایش سقط‌های عمدی و غیرقانونی مواجه می‌شویم. لذا می‌توان گفت اجرای غیرکارشناسانه این قانون، اگرچه ممکن است در درازمدت به افزایش درصد کمی از جمعیت منجر شود اما کشور را با آسیب‌های جبران‌ناپذیر دیگر مواجه خواهد ساخت.

بنابراین هدف اصلی مقاله حاضر پاسخ به این سؤال است که: از منظر متخصصان باروری، اجرای ماده ۵۱ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت چه چالش‌ها و پیامدهایی را به همراه داشته است؟

پیشینه پژوهش

در مطالعه صورت گرفته تحت عنوان «ارزیابی و نقد سیاست‌های جمعیتی در ایران با تاکید بر قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت» کاظمی‌پور (۱۴۰۱) با اشاره به مواد سلبی موجود در قانون، بیان می‌دارد که سیاست‌های نوین خانواده در صورتی بیشترین اثرگذاری را دارا خواهد بود که غیر اجباری بوده، از حقوق سلامت باروری افراد حمایت کرده و به افراد اجازه دهد تصمیمات مرتبط با باروریشان را آگاهانه و با اختیار خود اتخاذ نمایند.

مقدسی و روستایی (۱۴۰۰) نیز به بررسی و ارزیابی مراحل تصویب و چالش‌های اجرای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت پرداخته و مواردی از قبیل تعجیل در آماده‌سازی پیش‌نویس قانون از مسیر اضطراری اصل ۸۵ قانون اساسی بدون بررسی تأثیرات بلند مدت آن بر خانواده و جامعه، قطع ارتباط بین کمیسیون و صحن در وضع آزمایشی قانون، غیر علنی بودن مسیر تصویب را به عنوان نقاط آسیب‌پذیری و نیز آسیب‌زایی این قانون مطرح کرده‌اند.

عباسی شوازی و همکاران (۱۴۰۰) در مقاله «چالش‌های اجرای سیاست‌های تشویقی فرزندآوری: مطالعه‌ای کیفی در شهر اصفهان» به مطالعه مشوق‌ها در ایجاد انگیزه

فرزندآوری در افراد پرداخته‌اند و نتیجه بررسی‌های به عمل آمده حاکی از آن است که فرزندآوری به مثابه امر خصوصی، مشوق‌های ناکافی و بی‌ارزش، ابهام در سیاستگذاری از تصویب تا اجرا، سیاست‌های موقتی و مقطعی، همگی منجر به بی‌اعتمادی نهادی و غیرنهادی شده است. لذا به نظر می‌رسد موفقیت سیاست‌های حامی فرزندآوری در گرو اعتماد متقابل مردم و دولت است.

ثمنی و شهریاری (۱۳۹۹) با جمع‌آوری اسناد بالادستی به تفکیک ابعاد کیفی و کمی این قوانین پرداخته‌اند. نتایج حاکی از آن است که اگر چه در سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری، رشد کیفی جمعیت به درستی مورد توجه قرار گرفته است، اما در قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت با اینکه هدف خود را رشد کمی و کیفی جمعیت معرفی کرده است، از مجموع ۷۴ ماده تنها در ۱۲ ماده به ابعاد کیفی پرداخته است و بیشترین تمرکز این قانون روی بعد کمی افزایش جمعیت بوده است.

غمامی و همکاران (۱۳۹۸) در مقاله «آسیب‌شناسی سیاست‌های تقنینی جمعیتی جمهوری اسلامی ایران و ارائه شاخص‌های مطلوب» نشان دادند قوانینی که شامل امتیازدهی می‌باشند فقط مختص قشر خاصی است در حالی که در مواقع سلب امتیاز تمامی شهروندان مورد توجه قرار می‌گیرند؛ هنگام اعمال سیاست‌های تشویقی بایستی منابع مالی مرتبط با آن نیز تأمین گردند تا قانون قابلیت اجرا داشته باشد. همچنین معتقدند قوانین ناظر به فرزندآوری در مناطق شهری و روستایی کم تراکم و با امکانات مناسب، باید در اولویت قرار گیرد.

عبداللهی و رحیمی (۱۳۹۶) پس از انتخاب ۵ خبر مرتبط با فرزندآوری در پایگاه‌های خبری اینترنتی نظرات ارائه شده ذیل هر خبر را بررسی و تحلیل کردند بررسی‌های این پژوهش حاکی از آن است که ۹۵/۷ درصد افراد به سیاست‌های افزایش فرزند رویکردی انتقادی داشتند و تنها ۳/۷ درصد از افراد با این سیاست‌ها همسو و موافق بودند. امیلی کلانچر مرکانت^۱ (۲۰۲۱) در «ساخت بمب جمعیتی» به بررسی این مسئله می‌پردازد که

1. Emily Clancher Mercant

چگونه جمعیت انسانی به عنوان یک مشکل در قرن بیستم درک شد و به موضوع مداخله برای دولت‌ها، دانشمندان و سازمان‌های غیردولتی تبدیل گردید و چگونه برخی از اشکال مداخله، مشروع و برخی دیگر، به عنوان اجباری شناخته شدند.

اندرسون و نیر^۱ (۲۰۰۸) در مقاله «پیامدهای سیاست‌های خانواده بر رفتار فرزندآوری: آثار یا سازه‌ها؟» عنوان می‌کنند درک یک خط‌مشی مستلزم تمایز تحلیلی بین سه جنبه مرتبط با رفتار خط‌مشی است: ۱) محتوای آن، ۲) اهداف آن، و ۳) تنوع زمانی و مکانی در کاربرد آن برای افراد. آن‌ها با ارائه مطالعاتی در مورد تأثیر اصلاحیه‌های مرخصی والدین (بحث بحرانی)، مراقبت از کودک (در سراسر فضا)، و استفاده پدران از مرخصی والدین (پذیرش) بر فرزندآوری فردی در سوئد، مفید بودن آنها را در تحقیقات سیاست‌های جمعیتی نشان می‌دهند.

مارستون و کلیند^۲ (۲۰۰۳) در پژوهش خود تحت عنوان «روابط بین پیشگیری از بارداری و سقط جنین: بررسی شواهد» نشان می‌دهند هنگامی که سطح باروری در جمعیتی در حال تغییر است، رابطه بین استفاده از روش‌های پیشگیری از بارداری و سقط جنین ممکن است اشکال مختلفی داشته باشد که اغلب شامل افزایش همزمان در هر دو است. با این حال زمانی که عوامل دیگری مانند باروری ثابت نگه داشته می‌شوند، افزایش استفاده یا اثربخشی پیشگیری از بارداری همیشه منجر به کاهش سقط جنین می‌شود.

پردازش مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که برخی از پژوهش‌ها به درستی به هردو بعد کیفی و کمی جمعیت در سیاست‌گذاری‌ها توجه کرده‌اند (ثمینی و شهریاری، ۱۳۹۹)؛ مطالعاتی نیز به چالش‌های اجرایی سیاست‌های جمعیتی از جمله تعجیل در تصویب قانون، عدم شفافیت، تمرکز بر بعد کمی، عدم تناسب مشوق‌ها با نیازها، و بی‌اعتمادی مردم به دولت اشاره کرده‌اند (مقدسی و روستایی، ۱۴۰۰؛ ثمینی و شهریاری، ۱۳۹۹؛ غمامی و همکاران، ۱۳۹۸؛ عباسی شوازی و همکاران، ۱۴۰۰)؛ برخی مطالعات به لزوم توجه به زمینه‌های اجتماعی و اقتصادی در کنار سیاست‌های جمعیتی مانند رفع مشکلات اقتصادی،

1. Andersson and Neyer

2. Marston and Cleland

آمایش سرزمینی و توجه به الگوهای رفتاری رایج در بین مردم تأکید کرده‌اند (غمامی و همکاران، ۱۳۹۸؛ عبداللهی و رحیمی، ۱۳۹۶) و برخی پژوهش‌ها تجارب سایر کشورها در زمینه سیاست‌های جمعیتی را بررسی کرده‌اند (اندرسون و نیر، ۲۰۰۸). باید گفت هیچ‌کدام از مطالعات بالا پاسخگوی پرسش ما نیستند که چالش‌ها و پیامدهای حاصل از ماده ۵۱ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت از منظر متخصصان سلامت باروری چیست؟ در این پژوهش سعی بر آن است تا به ماده ۵۱ که به سلامت باروری زنان ارتباط پیدا می‌کند از نگاه متخصصان عرصه سلامت نظر افکنده شود تا از آسیب‌های احتمالی که در اثر نقایص قانونی ممکن است به جامعه و خصوصاً زنان وارد شود، جلوگیری به عمل آید. با توجه به این‌که از جمله الزامات سیاست‌های کلی قانونگذاری، رعایت اصول قانون‌گذاری نظیر قابل اجرا بودن و قابل سنجش بودن اجرای آن، مدنظر داشتن نیازهای واقعی، شفافیت و صراحت و استحکام در ادبیات حقوقی است، روشن می‌شود که هر چند قانون‌گذاری کاری است که حق و وظیفه مجلس است اما قانون‌نویسی کاری تخصصی است و از این امر مستثناست.

چارچوب مفهومی پژوهش

• سیاست اجتماعی

سیاست اجتماعی^۱ یک شاخه خاص از تدوین سیاست است و به روش‌هایی مربوط می‌شود که حکومت‌ها و سازمان‌های مختلف در سراسر جهان، به کمک آن، نیازهای انسانی برای امنیت، آموزش، کار، سلامت و رفاه را برآورده می‌کنند. درواقع سیاست اجتماعی به چگونگی واکنش دولت‌ها و جوامع در برابر چالش‌های جهانی تغییرات اجتماعی و جمعیتی، تغییرات اقتصادی و فقر، مهاجرت و جهانی‌شدن می‌پردازد (Haque, 2021: 1).

سیاست اجتماعی می‌تواند هم جامع و فراگیر و هم مانع و خاص باشد (غفاری و حبیب‌پور گنجابی، ۱۳۹۳: ۲۶۵)، لذا حوزه بسیار وسیعی دارد و تا حد زیادی در خدمت تعریف یک جامعه است. ریچارد تیتموس^۱ (۱۹۷۴) بیش از هر متفکر دیگری در علمی کردن این رشته نقش داشته است (همتی، ۱۳۹۰: ۱۵). تیتموس معتقد است سیاست اجتماعی بخشی از سازوکار تنظیم‌کننده درونی یک نظام متعادل است (Titmuss, 1977, cited in Kamkar, 1991). از دیدگاه گیل^۲ (۱۹۷۳) موضوع مهم و اصلی سیاست اجتماعی تحلیل میزان دسترسی به منابعی است که عامل ارتقا و حفظ زندگی هستند (همتی، ۱۳۹۰: ۱۷).

وی معتقد است، سیاست‌های اجتماعی اصولی هستند که برای تأثیرگذاری بر موارد زیر طراحی شده‌اند:

(۱) کیفیت کلی زندگی در یک جامعه.

(۲) شرایط زندگی افراد و گروه‌ها در آن جامعه.

(۳) ماهیت روابط درون اجتماعی بین افراد، گروه‌ها و جامعه به‌طور کلی.

این شامل بیشتر کارهایی است که یک جامعه به‌طور جمعی برای محافظت از ضعیف‌ترین اعضای خود انجام می‌دهد، در عین اینکه باید نیازهای اجتماعی همه افراد را نیز برآورده کند (Haque, 2021: 2).

در یک جمع‌بندی کلی، می‌توان این‌گونه بیان کرد که سیاست اجتماعی شامل خطی‌مشی‌ها و راهبردهای اساسی تعیین‌کننده و جهت‌دهنده به تمام اقدامات دستگاه‌ها، اجرای برنامه‌ها و عملکرد مسئولان است که با ارائه خطوط اساسی و چشم‌اندازهای آتی، جهت‌گیری برنامه‌ها و اقدامات را مشخص می‌کند (غیاثوند، ۱۳۹۵). به‌عنوان مثال می‌توان خط‌مشی‌های خاص بهداشت و درمان، قانون تحصیلات و نظایر آن را نام برد (همتی، ۱۳۹۰: ۲۴).

1. Richard Titmus

2. Gail

• سیاست خانواده

برخلاف بسیاری از حوزه‌های دیگر سیاست عمومی^۱، سیاست‌های خانواده معمولاً یک حوزه سیاست متمایز را تشکیل نمی‌دهند؛ بلکه شامل زمینه‌هایی مانند سیاست‌های زایمان، مرخصی والدین، مراقبت از کودک و قانون خانواده است و عناصر سیاست‌های خانواده اغلب در سایر حوزه‌های سیاست مانند مراقبت‌های بهداشتی، تأمین اجتماعی، مسکن، رفاه، مالیات، قانون مدنی و غیره گنجانده شده‌اند (Neer & Anderson, 2008: 699). می‌توان گفت سیاست‌گذاری خانواده سیاست‌های مجزا، اما مرتبطی هستند که سختی‌ها و دشواری‌هایی را که خانواده در جامعه تجربه می‌کند، مورد توجه قرار می‌دهند. این سیاست‌ها می‌توانند به شیوه‌های مستقیم یا غیرمستقیم، آشکار یا پنهان و تلویحی یا تصریحی نسبت به موضوع سیاست‌گذاری یعنی خانواده ارائه شوند (باقری و همکاران، ۲۰۱۹: ۱۴۲).

کامرمن و کان^۲ (۱۹۹۱) سیاست‌های خانواده را این‌گونه تعریف می‌کنند: «هر کاری که دولت انجام می‌دهد و برای خانواده است... مانند مراقبت روزانه، رفاه کودکان، مشاوره خانواده، تنظیم خانواده، حفظ درآمد، برخی موارد مزایای مالیاتی و برخی سیاست‌های مسکن». بنابراین آن‌ها سیاست‌های خانواده را مجموع تمام فعالیت‌های دولت که معطوف به خانواده هستند، می‌دانند.

بوردیو^۳ (۱۹۹۶) اشاره می‌کند چون سیاست‌های خانواده به سمت خانواده هدایت می‌شود، خانواده را نیز می‌سازد. به نظر او، سیاست‌های خانواده آن دسته از فعالیت‌های دولتی هستند که هدفشان «نفع نوعی سازمان خانواده و تقویت کسانی است که در موقعیتی هستند که با این شکل از سازمان‌دهی سازگار شوند». بنابراین او سیاست‌های خانواده را اقدامات دولتی برای ساختن و نهادینه کردن شکل خاصی از خانواده به‌عنوان شکل غالب روابط خصوصی در جامعه می‌داند. بوردیو معتقد است هدف سیاست‌های خانواده حمایت

۱- نظیر سیاست خارجی، سیاست بازار کار و ...

2. Kamerman and Kahn

3. Bourdieu

از یک سازمان خانواده خاص و نهادهی که این شکل خانواده به عنوان هنجار اجتماعی است (Neer & Anderson, 2008: 699).

به تعبیر کارن بوگن‌اشنایدر^۱، سیاست خانواده را می‌توان به عنوان مجموعه فعالیت‌های دولت که در جهت حمایت از خانواده و ارتقاء سطح بهزیستی اعضای آن طراحی شده است تعریف نمود. اشنایدر سیاست خانواده را در دو دسته قرار می‌دهد: سیاست‌های مستقیم: توسط دولت، به‌طور مشخص، جهت تغییر شرایط خانواده اتخاذ می‌شوند.

سیاست‌های ضمنی: با اینکه برای به دست آوردن و تأمین اهداف مرتبط با خانواده طراحی نشده‌اند، اما نتایج حاصل از اجرای آن‌ها به‌طور غیرمستقیم بر خانواده اثر می‌گذارد (عموزاده مهدیرجی، ۱۳۹۶: ۱۳۵).

بوگن‌اشنایدر معتقد است که سیاست خانواده نوعی سیاست عمومی و اجتماعی است که چهار کارکرد اصلی خانواده را مورد هدف قرار می‌دهد: الف) تشکیل خانواده؛ از قبیل ازدواج، طلاق، بچه‌دار شدن ب) حمایت اقتصادی؛ مانند تأمین مالی نیازهای اساسی اعضای خانواده ج) فرزندپروری؛ اجتماعی کردن نسل بعدی و د) مراقبت؛ ارائه کمک به افراد ناتوان، ضعیف، بیمار و سالمند در خانواده (Bogen Schneider, 2011: 4). وی چهار دلیل عمده را که سبب می‌شود خانواده موضوع سیاست‌گذاری قرار بگیرد این‌گونه معرفی می‌کند:

تولید کارگران مولد؛ سرمایه‌گذاری کارآمد برای رسیدن به اهداف اجتماعی؛ استفاده از ابزار مؤثر برای ترویج رشد مثبت کودک و نوجوان؛ پرورش شهروندان دلسوز و متعهد (همان: ۵).

در بحث از سیاست‌های مرتبط با حوزه خانواده و نیز وضعیت باروری در ایران می‌توان به رویکردهای مختلفی اشاره نمود. جامعه‌شناسان و مردم‌شناسان بر این امر اتفاق نظر دارند که خانواده در طول تاریخ و همراه با تحولات علمی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و اقتصادی جوامع، دستخوش تغییر و تحول شده است (باقری و همکاران، ۲۰۱۹: ۱۳۹).

1. Karen Bogen Schneder

درمجموع مطالعات نشان می‌دهد با شروع تغییرات در ساختار خانواده و بروز مسائل جدید، سیاست‌گذاری خانواده به یکی از دغدغه‌های دولت‌ها تبدیل شده است؛ اما این سؤال نیز مطرح است که آیا دولت‌ها می‌توانند در خانواده که خصوصی‌ترین حریم افراد است دخالت کنند؟ و اگر آری، گستره دخالت دولت‌ها تا چه اندازه است؟ ابزارهای مداخله دولت‌ها کدام است؟ و ...

از آنجا که خانواده بزرگ‌ترین مرجع تأمین امنیت و سلامت برای افراد جامعه و درعین حال، وسیع‌ترین میدان ایجاد مشکلات اجتماعی است (جزایری و صلواتی، ۱۳۸۲: ۲۳۳). لذا عده‌ای مداخله در قالب برنامه‌ریزی و حمایت از خانواده و تحکیم بنیان آن را از وظایف دولت می‌دانند؛ این گروه بر این عقیده‌اند که خانواده جدید بخشی از تکالیف خود را به نهادهای اجتماعی واگذار کرده است؛ از طرفی نیز معتقدند نهادهای مسئول، وظایف خود را به‌درستی ایفا نمی‌کنند. لذا برخی پژوهشگران از ضرورت سیاست‌گذاری عمومی در عرصه خانواده حمایت کرده و از فقدان نهاد نظارتی و یا ضعف نظام اداری موجود برای پیگیری سیاست‌های خانواده‌گرایی و یا اسلامی کردن خانواده انتقاد کرده‌اند (جزایری و صلواتی، ۱۳۸۲؛ زعفرانچی، ۱۳۸۵؛ باقری، ۱۳۸۳).

دسته‌ای دیگر، از سیاست‌های عمومی انتقاد کرده‌اند و مخالف دخالت دولت در این حوزه هستند (آزاد ارمکی، ۱۳۸۶؛ شکوری و آزاد ارمکی، ۱۳۸۱: ۲۶۶). این دسته چنین استدلال می‌کنند که رفاه اجتماعی به‌سادگی می‌تواند کنترل‌کننده باشد و با شیوه‌هایی منفی در زندگی مردم مداخله کند. چراکه مبتنی است بر:

تصورات جنسیت‌گرایانه درباره نقش مردان و زنان؛ تعریف سن‌گرایانه از سالمندان به‌عنوان افرادی نزدیک به مرگ و تفکرات قالبی درباره متقاضیان کمک به‌عنوان اعضای غیرمسئول طبقه پایین جامعه (همتی، ۱۳۹۰: ۸۱).

• باروری و رفتار باروری

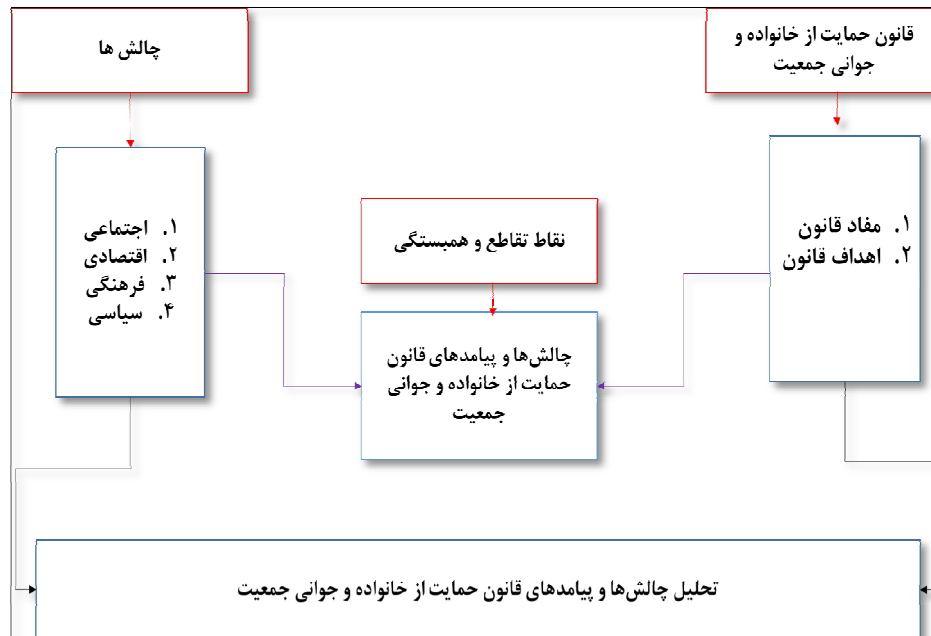
رفتار تجربی، واقعی و بالفعل فرزندآوری جمعیت را رفتار باروری می‌گویند. باروری یک پدیده جمعی است نه فردی؛ به عبارت دیگر اگرچه داده‌های اولیه به فرد مربوط است

ولی بازگشت آن‌ها به جمعیت است (سرای، ۱۳۸۷: ۱۲۶). باروری به عنوان یکی از اجزای اصلی رشد جمعیت تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل اقتصادی-اجتماعی، سیاسی، فرهنگی و زیست-محیطی قرار دارد (نیازی و همکاران، ۱۳۹۵: ۷۰)، و یکی از دو پدیده^۱ طبیعی جمعیت و نوسانات آن در مقیاس جهانی است. لذا به دلیل نقش اساسی که باروری در افزایش جمعیت دارد، همواره مورد توجه جامعه‌شناسان و جمعیت‌شناسان قرار گرفته است (ملفت، ۱۳۹۸: ۳۲).

بین قابلیت باروری^۱ و رفتار باروری^۲ فاصله است (سرای، ۱۳۸۷: ۱۲۶)؛ رفتار باروری تحت تأثیر محیط اجتماعی، اقتصادی و سیاسی تغییر می‌کند. از جمله عوامل اثرگذار بر رفتار باروری می‌توان به دسترسی محدود به خدمات تنظیم خانواده و خدمات بهداشتی، عدم اطمینان اقتصادی و کاهش تعادل بین کار و زندگی اشاره نمود. عوامل عمده تبیین‌کننده کاهش باروری از دید صاحب‌نظران عبارتند از: تغییرات در سیستم ارزشی و نگرشی افراد نسبت به تعداد فرزندان به دلیل اشاعه سبک‌های نوین زندگی، اشاعه ایده‌های جدید توسط گروه‌هایی از جمعیت شهری که موفق‌تر، ثروتمندتر و تحصیل‌کرده‌ترند، سطوح بالای برابری برای زنان در جامعه و سطوح پایین برابری برای آن‌ها در خانواده، مشارکت نیروی کار زنان و افزایش دستمزد آن‌ها و ارزش پیدا کردن وقت زنان یا همان افزایش هزینه فرصت داشتن فرزند برای یک زن، بار اقتصادی فرزند برای خانواده با توجه به کیفیت فرزند و ناامنی‌های اقتصادی و درآمدی حاصل از بی‌ثباتی مشاغل و زیربنای اقتصادی (کاظمی‌پور، ۱۴۰۰). در ادامه با استفاده از مفاهیم بالا، چارچوب مفهومی تحقیق حاضر ترسیم می‌شود:

۱- امکان بالقوه فرزندآوری

۲- رفتار بالفعل فرزندآوری



شکل ۱- مدل مفهومی چالش‌ها و پیامدهای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت

مهم‌ترین سؤالات پژوهش به شرح زیر است:

- (۱) از منظر متخصصان باروری، اجرای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت چه آثار و پیامدهای منفی در زمینه سلامت باروری زنان در پی خواهد داشت؟
- (۲) چالش‌هایی سیاستی موجود بر سر راه اجرای صحیح مواد ۵۰، ۵۱، ۵۳ و ۵۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت چیست؟

روش پژوهش

در این پژوهش از تحلیل مضمون به مثابه روش کیفی استفاده شده است. میدان پژوهش شامل متخصصان امور بهداشتی و پزشکی مربوط به حوزه رفتار باروری زنان و زایمان است که در زمینه موارد مربوط به باروری زنان صاحب نظر و حائز تجربه کافی و مستمر هستند. به عبارت دیگر، نمونه‌گیری این پژوهش به شیوه «هدفمند و گلوله‌برفی» بوده به

نحوی که سعی شده نمونه‌ها از بین افرادی انتخاب شوند که در عرصه سلامت باروری تخصص دارند و وظیفه مراقبت‌های دوران بارداری را برعهده دارند.

انجام مصاحبه‌ها از اواخر آذر و اوایل دی ماه ۱۴۰۱ آغاز شده و تا مهر ۱۴۰۲ به طول انجامید. برای این کار با تعداد زیادی از پزشکان متخصص زنان و زایمان و نیز متخصصان مامایی کشور ارتباط گرفته شد و موضوع پژوهش با آن‌ها مطرح گردید، برخی در همان ابتدا عدم همکاری خود را اعلام نمودند و برخی نیز قول همکاری دادند که تا به امروز محقق نشده است. در نهایت از میان جمعیت حدوداً ۵۰ نفری که به آن‌ها رجوع گردید، با در نظر گرفتن اشباع نظری، در مجموع با ۱۵ نفر به عنوان مشارکت‌کنندگان اصلی پژوهش، مصاحبه به عمل آمد.

در حین انجام این مصاحبه‌ها، جهت تقویت کار و افزایش اطلاعات محقق، صحبت‌هایی نیز با چند مادر باردار و یک جمعیت‌شناس انجام شد؛ که در نهایت ۱۸ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند. مصاحبه‌ها عمیق و نیمه‌ساخت یافته بودند. مدت زمان مصاحبه با هر یک از نمونه‌های پژوهش بین ۳۰ تا ۹۰ دقیقه بود. برای تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش شرح داده شد که داده‌های حاصل از مصاحبه صرفاً برای همان پژوهش، ضبط و مورد استفاده قرار می‌گیرد و بدین طریق رضایت شفاهی شرکت‌کنندگان در پژوهش جهت استفاده اطلاعات گرفته شد.

از تکنیک کدگذاری داده‌ها برای پردازش داده‌ها استفاده شده است، بر این اساس، تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه‌های صورت گرفته در این پژوهش در چند مرحله انجام گرفت.

ابتدای امر تک تک مصاحبه‌ها کلمه به کلمه پیاده‌سازی و چندین بار توسط محقق مورد مطالعه قرار گرفت تا به درک درستی از پیام‌های مخابره شده از مشارکت‌کنندگان در پژوهش دست یابیم، در ادامه جملات معنایی مرتبط را از داخل مصاحبه‌ها بیرون کشیده و در جدولی وارد گردید، سپس با انتزاع از واحدهای معنایی گسترده موجود، برچسب‌گذاری جملات آغاز گردید و به هر جمله کدی اختصاص یافت؛ در ادامه با دسته‌بندی کدهای گردآوری شده، موارد تشابه و تفاوت داده‌های حاصل شناسایی شده و

در فاز بعدی به استخراج مضامین اصلی از این کدها پرداخته شد. در پایان هر مضمون اصلی به دست آمده شرح داده شد و نقل قول مصاحبه‌شوندگان عیناً ذکر گردید.

در جدول زیر اطلاعات افراد شرکت‌کننده در تحقیق نمایش داده می‌شود:

جدول ۱- اطلاعات مشارکت‌کنندگان در تحقیق

ردیف	نام	شغل
۱	ز. ن	متخصص زنان و زایمان
۲	س.خ	کارشناس ارشد مشاوره مامایی
۳	م. ح	کارشناس ارشد مشاوره مامایی
۴	پ. ت	کارشناس ارشد مامایی
۵	م. ن	کارشناس مامایی و مؤسس مرکز مامایی مادرانه
۶	ک. ی	کارشناس مامایی
۷	ر. گ	کارشناس مامایی
۸	ع. م	کارشناس مامایی
۹	ر. ش	کارشناس مامایی
۱۰	ف. ق	کارشناس مامایی
۱۱	م. م	کارشناس مامایی
۱۲	ف. ا	کارشناس مامایی
۱۳	ز. م	کارشناس مامایی
۱۴	ف. ا	کارشناس مامایی
۱۵	م. ش	کارشناس مامایی
۱۶	ف. پ	مادر باردار
۱۷	ب. ق	مادر باردار
۱۸	ح. م	جمعیت‌شناس

یافته‌ها

در ادامه به بیان هر کدام از مضامین اصلی و فرعی مستخرج از مصاحبه‌ها خواهیم پرداخت (جدول ۲).

مضامین اصلی	مضامین فرعی
ناکارآمدی قانون برای خانواده‌های فقیر:	وجود بحران اقتصادی در جامعه/ قشر متوسط و ضعیف تشکیل دهنده اکثریت مراجعین شبکه بهداشت/ لزوم در نظر گرفتن وسایل جلوگیری از بارداری برای اقشار محروم/ عدم تأثیر بر قشر مرفه جامعه/ بالا بودن تعداد فرزندان در اقشار ضعیف/ فشار اقتصادی مضاعف بر مردان/ لزوم دسترسی اقشار ضعیف به اقلام پیشگیری/ توجه به بهبود شرایط اقتصادی خانواده‌ها/ افزایش هزینه تهیه اقلام پیشگیری از بارداری/ تحمیل هزینه ویزیت پزشک بر قشر ضعیف/ عدم حمایت مالی مردان از زنان در بارداری ناخواسته/ پر کردن جیب پزشکان خالی کردن جیب خانواده‌ها/ ایجاد بازار سیاه دارو/ فراهم شدن زمینه کسب درآمد سودجویان/ افزایش سوءاستفاده برخی پزشکان/ افزایش هزینه کاشت اقلام پیشگیری/ لزوم اعتباربخشی به نسخه ماما/ لزوم افزایش اعتبار نسخه‌ها تا رفع مشکل مراجعه‌کننده/ لزوم حل مشکل نیاز به مراجعه مکرر افراد برای تهیه اقلام به متخصص.
دریافت اطلاعات از منابع نامعتبر	عدم همکاری آقایان در استفاده از روش‌های طبیعی جلوگیری/ دریافت اطلاعات غلط از منابع نامعتبر/ لزوم آموزش نحوه پیشگیری در مراکز بهداشت/ عدم ارائه مشاوره در مراکز بهداشت/ دریافت اطلاعات غلط از منابع نامعتبر/ ممنوعیت مشاوره حتی در افراد مبتلا به بیماری‌های خاص.
تهدید سلامتی عمومی زنان آسیب‌پذیر	ممنوعیت ارائه اقلام پیشگیری به افراد مبتلا به بیماری‌های خاص/ عدم حمایت عاطفی مردان از زنان در بارداری ناخواسته/ افزایش استفاده از داروهای تاریخ مصرف گذشته/ افزایش احتمال آسیب و خطرات جانی افراد/ به خطر افتادن جان مادر در اثر روی آوردن به سقط‌های ناایمن/ فشار روانی مضاعف بر مردان/ آسیب دیدن سلامت مادران باردار/ بروز آسیب‌های روحی در زنان.
اختلال در روابط زناشویی	تحت الشعاع قرار گرفتن زندگی خانوادگی افراد/ برهم خوردن آرامش روانی زوجین در رابطه زناشویی/ کاهش کیفیت روابط زناشویی/ عدم تمایل مردان به استفاده از روش‌های طبیعی جلوگیری/ کاهش لذت از رابطه جنسی/ کم شدن روابط زن و شوهرها از ترس باردار شدن/ سردی رابطه زناشویی/ حذف پیشگیری اورژانسی در عمل/ ایجاد افسردگی برای زنان در اثر بارداری‌های اجباری/ افزایش آمار خیانت و طلاق/ افزایش تمایل به سقط در بارداری‌های ناخواسته/ افزایش سقط‌های جنایی و ناایمن.

تأثیر برخی اقلام پیشگیری بر قطع زنجیره بیماری‌های مقاربتی/ کاهش پیشگیری و کنترل بیماری‌های مقاربتی/ افزایش انتقال بیماری‌های ناقل از راه جنسی/ عدم تمایل مراجعه مبتلایان بیماری‌های جنسی به مراکز درمانی پیشرفته‌تر/ افزایش آمار مبتلایان به بیماری‌هایی نظیر hiv.hpv / حذف نقش مؤثر مراکز بهداشتی در کاهش آمار انتقال بیماری‌های مقاربتی/ ضرورت دسترسی آزاد به برخی از اقلام که تنها جنبه پیشگیری ندارد نظیر کاندوم.	افزایش بیماری‌های مقاربتی
کم شدن فاصله بین دو زایمان/ لزوم تسهیل ارائه خدمات پیشگیری به مادرانی که فرزند زیر دو سال دارند/ بروز مشکل در شیردهی فرزند اول/ لطمه به سلامت مادر و فرزندان متولد شده/ تهدید سلامت مادر و کودک در زایمان‌های نزدیک به هم.	آسیب جسمانی فرزندان
به دنیا آمدن نوزادان نامشروع/ افزایش آمار کودکان در بهزیستی/ افزایش معضلات اجتماعی در جامعه با افزایش جمعیت در خانواده‌های سطح پایین.	نوزادان نامشروع و افزایش آسیب‌های اجتماعی

ناکارآمدی قانون برای خانواده‌های فقیر

مشارکت‌کنندگان در این پژوهش از جمله پیامدهای ماده ۵۱ قانون جوانی جمعیت را تحمیل هزینه‌های مضاعف بر خانواده‌ها و اقشار ضعیف جامعه ذکر کردند. محدود کردن تجویز اقلام پیشگیری از بارداری به پزشکان متخصص، به معنای افزایش هزینه ویزیت و رفت و آمد برای اقشاری است که توان پرداخت آن را ندارند، این موضوع از آنجایی مهم تلقی می‌شود که از قضا بسیاری از خانواده‌های فقیر دارای تعداد کودکان بیشتری هستند، خانوارهای دارای کودک در بین فقرا در سال ۱۴۰۰ در مناطق شهری ۱۴ درصد بیش از خانوارهای دارای کودک در بین غیرفقرا شهری هستند (کاویانی، ۱۴۰۲). این مساله نشان می‌دهد که تصویب این قانون فقط هزینه‌ها را برای اقشار فقیر جامعه که از قضا نرخ باروری و تعداد بیشتر کودک در خانواده هستند، بالا می‌برد. نقل قول زیر گویای این وضعیت است:

ر.گ می‌گوید:

«متأسفانه خیلی از مراجعین شبکه بهداشت قشر متوسط و ضعیف جامعه هستند ...

خانواده‌هایی معمولاً ۴ الی ۵ فرزند دارن و دیگه تمایلی به بچه‌دار شدن ندارن و ممکنه از طریق راه‌های اشتباه اقدام به جلوگیری و یا حتی اقدام به سقط عمدی کنند... داشتیم مراجعینی که وقتی مراجعه می‌کردند و متوجه می‌شدند دیگه دارو بهشون نمی‌دیم با عصبانیت می‌گفتن: مگه دولت خرج بچه رو می‌ده که از ما توقع بچه‌دار شدن داره؟!». در مناطق محروم که دسترسی به پزشک متخصص محدود است، این موضوع می‌تواند منجر به محرومیت از خدمات پیشگیری از بارداری و افزایش بارداری‌های ناخواسته شود. تأکید برای بروز شرایط ناعادلانه را نقل زیر به خوبی نشان می‌دهد.

م. ن می‌گوید:

«در روستاها و مناطق محروم، دسترسی مردم فقط به خانه‌های بهداشت هست و حتی مردم دسترسی درستی به وسایل نقلیه ندارن که بخوان خودشونو به شهر برسونن و هزینه‌های سنگینی براونها متحمل می‌شه، پس اینها برای تهیه اقلام از طریق متخصص اقدام نخواهند کرد».

برخی از افراد سودجو از این شرایط سوءاستفاده کرده و هزینه‌های گزافی برای ارائه خدمات پیشگیری از بارداری دریافت می‌کنند.

ز. ن می‌گوید:

«این قانون باعث سوءاستفاده‌هایی از جانب برخی همکاران شده؛ به عنوان مثال IUD که قبلاً نهایتاً با ۳۰۰ هزار تومن کار گذاشته می‌شد امروز بین یک تا پنج میلیون برای کارگذاری اون دریافت می‌شه».

ماده ۵۱ قانون جوانی جمعیت، اعتبار نسخه‌های ماماها را در این زمینه لغو کرده و آنها را ملزم به ارجاع به پزشک متخصص کرده است؛ همین امر باعث شده است بسیاری از افراد، به ویژه در مناطق روستایی، به جای پزشک متخصص به ماماها برای دریافت خدمات پیشگیری از بارداری مراجعه می‌کنند.

ف. ا می گوید:

«مراقبت های بارداری به عهده ماماعه نه پزشک متخصص. پزشک متخصص نباید وقتشو بذاره برا اینکه مادر باردار بیاد بگه کمر درد دارم، یا قرص آهنم تموم شده برام قرص آهن بنویس و ...، این ها اموری هستند که باید به ماما ارجاع داده بشه، پزشک متخصص باید وقتش رو صرف مشکلاتی نظیر میوم، ناباروری و مشکلاتی چون چسبندگی رحم در اثر عمل های سزارین و ... که در حیطه کاری ماماها نیست و به مشکلی در بارداری تبدیل شده، بکنه؛ روال عادی و طبیعی بارداری باید با همراهی یه ماما سپری بشه. اینطوری خانواده ها هزینه های کمتری رو هم متحمل می شن».

دریافت اطلاعات از منابع نامعتبر

برخی از مشارکت کنندگان معتقد بودند حذف آموزش های پیشگیری از بارداری و نحوه استفاده از اقلام می تواند عواقب ناخوشایندی را به دنبال داشته باشد. در شرایطی که آموزش های صحیح و علمی در زمینه پیشگیری از بارداری ارائه نشود، افراد به دنبال اطلاعات از منابع نامعتبر می روند که می تواند منجر به استفاده از روش های غلط و ناامن شود. اطلاعات غلط می تواند افراد را به استفاده از روش های پیشگیری از بارداری که مؤثر یا ایمن نیستند، سوق دهد. این امر می تواند منجر به بارداری ناخواسته، بیماری های مقاربتی و سایر مشکلات سلامتی شود.

ر. ش می گوید:

«من با ممنوع کردن توزیع رایگان وسایل پیشگیری مشکلی ندارم، اما مشکلی که وجود داره اینجاست که قبلاً وقتی این اقلام در اختیار افراد قرار می گرفت ما یه سری آموزش ها هم به افراد می دادیم تا با استفاده این اقلام هم آشنا بشن، از قبیل نحوه استفاده از کاندوم، قرص اورژانسی و ... اما الان اجازه آموزش دادن رو نداریم، حتی آگه اقلام رو ارائه نمی دیم باید در کنار ذکر فواید فرزندآوری، آموزش های نحوه پیشگیری هم به افراد داده بشه. خب وقتی دو نفر آقا و خانم سالم با هم رابطه داشته باشن بارداری اتفاق می افته و آگه بچه رو نخوان میرن سقط انجام می دن. همین می شه که ما الان روزانه ۲۰۰۰ سقط داریم که ۹۷ درصد اونها فرزندان ناشی از روابط مشروع هستند؛ پس این بند نیاز به اصلاح داره».

عدم دسترسی به آموزش‌ها و خدمات پیشگیری از بارداری می‌تواند سلامتی زنان را تهدید کند.

ز. ن می‌گوید:

«...مراجعی داشتم که تومور مغزی داشت و باردار شده بود، بالاخره پزشکی قانونی مجوز سقط داد اما تا عملی شدن سقط، مادر در تهران تو کما بستری شده بود...».

در خانواده‌های سنتی، تصویب این قانون، محدودیت دسترسی به اطلاعات در مورد پیشگیری را شدت بیشتری می‌بخشد، که ممکن است برای برخی زنان که از بیماری‌های خاص رنج ببرند دشواری‌های زیادی را ایجاد کند:

ب. ق می‌گوید:

«خیلی از خانواده‌ها تفکرات مردسالارانه دارن و مردان حاضر نیستند هیچ مدل روش جلوگیری از بارداری رو استفاده بکنن و همین باعث می‌شه خانم به مدل‌های زنانه پیشگیری رو بیاره و آنگه مراکز بهداشت هم این کار رو قبول نکنند برای خانم مشکل پیش می‌آد...».

تهدید سلامتی عمومی زنان آسیب‌پذیر

از جمله پیامدهای ممنوعیت و محدودیت دسترسی به اقلام پیشگیری توسط مشارکت‌کنندگان این پژوهش، بروز عوارض روحی و جسمی در زنان عنوان شده است:

م. م می‌گوید:

«من واقعاً مخالفم، این خیلی اشتباهه که ما بخوایم همه اقلام پیشگیری رو به روی همه خانم‌ها ببندیم، خیلی‌ها به خاطر شرایط بیماری که دارند (سرطان سینه، بیماری‌های کبدی، کلیوی، صفراوی، مشکلات خونی و...) بارداری پرخطری خواهند داشت. این افراد نباید از وسایل پیشگیری منع بشن و یا ناچار باشن با پرداخت هزینه گزاف از دلال به اون دسترسی پیدا کنن. می‌تونستن قید بدارن که فرضاً خانم‌هایی که سه سال از ازدواج اون‌ها گذشته یا سه سال از بارداری اولشون می‌گذره دیگه وسایل پیشگیری رو رایگان بگیرن و...».

محدودیت در دسترسی به روش‌های پیشگیری از بارداری، این‌گونه زنان را از حق انتخاب آزادانه در زمینه باروری محروم می‌کند و آنها را در شرایطی قرار می‌دهد که مجبور به بارداری ناخواسته و تحمل عواقب خطرناک آن همانند افزایش خطر مرگ و میر مادر، زایمان زودرس و کم‌وزنی نوزاد، مشکلات سلامتی برای نوزاد، آسیب‌های روحی و روانی برای مادران و... شود:

پ. ت می‌گوید:

«بارداری اجباری باعث بروز افسردگی در خانم می‌شه و به دنبال اون فرزندی که به دنیا می‌آد در آینده دچار مشکلات عدیده‌ای می‌شه».

م. ح می‌گوید:

«من با الزام تهیه دارو از طریق پزشک موافق نیستم، زیرا به زمان ممکنه خانم یا آقا بیماری خاص ژنتیکی داشته باشن که قابلیت سرایت به فرزند رو داشته باشه. یا فرضاً به لحاظ عاطفی زندگی اینها به ثبات نرسیده و مشخص نیست این زندگی ۱۰۰٪ دوام داشته باشه یا نه و مشکلاتی از این قبیل، خب اینها نمی‌خوان بچه‌دار بشن و باید بتونن دسترسی راحت به لوازم پیشگیری از بارداری داشته باشن...».

ز. ن می‌گوید:

«مواردی داشتم که قرص‌ها رو از مراجع غیرقانونی تهیه کرده بودن و قرص‌ها تاریخ مصرف گذشته بودن. یا شیوه مصرف غلط داروها که می‌تونه منجر به خونریزی بشه. حتی به مورد مرگ مادر هم در بیمارستان قم در اثر همین مورد گزارش شده».

اختلال در روابط زناشویی

گروهی از مشارکت‌کنندگان نیز محدودیت دسترسی به اقلام پیشگیری را عاملی مؤثر در برهم خوردن آرامش زندگی خانوادگی می‌دانند، زمانی که زوجین به دلیل عدم تمایل به فرزندآوری، به روش‌های پیشگیری از بارداری دسترسی نداشته باشند، این امر می‌تواند منجر به اضطراب، استرس و در نهایت اختلال در روابط زناشویی شود. این مشکلات روحی و روانی می‌توانند بر سلامت روان سایر اعضای خانواده نیز تأثیر منفی بگذارند؛ و در این زمینه بیان می‌دارند:

ف.پ می گوید:

«این اتفاق حتی روی کیفیت زندگی زناشویی هم اثرگذاره؛ زیرا کسی که تمایلی به فرزندآوری نداشته باشه، در روابط جنسی هم دچار مشکل می‌شه».

درست است که قانون برای برخی از بیماری‌های سخت تمهیداتی در زمینه فرزندآوری در نظر گرفته است، اما این موضوع تنها محدود به بیماری‌های جسمی نمی‌شود. بسیاری از افراد به دلایل مختلف روانشناختی، اجتماعی و اقتصادی آمادگی پذیرش فرزند را ندارند.

ک.ی می گوید:

«در قانون برای بعضی بیماری‌های سخت تمهیداتی اندیشیده شده اما همیشه فقط بحث بیماری که نیست خیلی‌ها به لحاظ روانی ممکنه شرایط پذیرش فرزند رو نداشته باشند، گاه اصلاً همسر راضی نیست برای بچه بعدی خب اینها ختم به سقط می‌شه دیگه، خیلی‌ها مواجه شدند با این فرزند ناخواسته و به دلیل اعتقادات مذهبی شون ناچاراً بچه رو نگه داشتند اما خیلی‌ها هم نه، این کار رو نکردند و بچه رو سقط کردند».

ترس از بارداری ناخواسته می‌تواند میل جنسی زوجین را کاهش دهد و به سردی روابط آنها منجر شود:

س.خ می گوید:

«یکی از پیامدهای این قانون هم کم شدن روابط زن و شوهرها از ترس باردار شدن که خودش مشکلات بعدی رو در پی داره».

ر.ش می گوید:

«این قانون به طور کلی خانواده رو تحت تأثیر قرار می‌ده؛ حضور فرزند ناخواسته عواقبی چون افسردگی مادر، کاهش کیفیت روابط زناشویی، افزایش آمار خیانت و طلاق رو به دنبال داره».

افزایش بیماری‌های مقاربتی

یکی دیگر از کاربردهای برخی اقلام پیشگیری از بارداری استفاده آنها در قطع زنجیره بیماری‌های ناقل از راه جنسی و کنترل بیماری‌های مقاربتی است. این اقلام در برخی

بیماری‌ها نیز نقش درمانی دارند و محدودیت دسترسی به آن‌ها، جامعه را با خطر بالا رفتن آمار این قبیل بیماری‌ها مواجه می‌سازد. یکی از مشارکت‌کنندگان اینگونه بیان می‌کرد:

ز.م می‌گوید:

«افرادی هم هستن که واقعاً روش‌های جلوگیری از بارداری براشون خیلی حیاتی و مهمه، چرا که خیلی از این روش‌ها علاوه بر جلوگیری از بارداری از انتقال بیماری‌های ناقل از راه جنسی هم پیشگیری می‌کنن و احتمال این که این افراد به پزشک یا مراکز پیشرفته‌تر مراجعه کنند هم خیلی کمه و بهداشت در این زمینه می‌تونست نقش داشته باشه که این نقش داره حذف می‌شه».

ویروس پاپیلوم انسانی (HPV) یک ویروس شایع مقاربتی است که از طریق روابط جنسی محافظت نشده منتقل می‌شود. محدودیت تشدید یافته برای دسترسی به وسایل جلوگیری از بارداری خطر افزایش این نوع از بیماری را محتمل می‌سازد:

ز.ن می‌گوید:

«خانم‌هایی که مبتلا به این ویروس بشن در خطر ابتلا به سرطان دهانه رحم قرار می‌گیرن و از اونجا که غربالگری بیماری‌های مقاربتی و سرطان دهانه رحم تو کشور ما وجود نداره ممکنه این خانم‌ها در مرحله‌ای به پزشک مراجعه کنن که دیگه کار از کار گذشته و حفظ رحم امکان‌پذیر نیست. طبق آماری که از دکتر موسوی رییس انجمن متخصصان زنان/زایمان شنیدم این بود که در حال حاضر قشر بین ۳۰ تا ۴۰ سال ما چیزی حدود ۱۰ تا ۱۲ درصد با ویروس HPV درگیر هستن».

آسیب جسمانی فرزندان

مقوله بعدی مورد توجه مشارکت‌کنندگان، بحث فاصله‌گذاری مناسب بین دو زایمان بود:

ز.ن می‌گوید:

«خانمی که تازه زایمان کرده به دلیل در دسترس نبودن وسایل پیشگیری از بارداری مجدداً با فاصله کوتاهی باردار می‌شه و اینطوری هم به خودش و هم به دو فرزندش آسیب وارد میشه».

ح. م می گوید:

«باید تبصره‌ای در قانون گنجانده می‌شد که در مراکز بهداشتی برای مادر تا زمانی که نوزاد رو شیر می‌ده (پایان دو سالگی) روش‌های ایمن پیشگیری از بارداری ارائه بشه و تا زمانی که نوزاد رو شیر می‌ده تحت حمایت راه‌های جلوگیری از بارداری باشه تا شیردهی بچه آسیب نبینه و مادر هم به آمادگی بدنی لازم برای بارداری بعدی برسه».

ف. ا می گوید:

«افرادی که به دلیل مشکلات اقتصادی قادر به تهیه اقلام پیشگیری نباشن احتمال حاملگی‌های ناخواسته وجود دارد و اختلاف سنی پایین بین دو فرزند پیش می‌آد، بحث شیردهی فرزندان ممکنه به درستی انجام نشه و در نهایت به سلامت مادر و کودک می‌تونه آسیب بزنه».

نوزادان نامشروع و افزایش آسیب‌های اجتماعی

به گفته برخی مشارکت کنندگان، ممنوعیت توزیع رایگان اقلام و محدودیت تهیه از طریق داروخانه‌ها می‌تواند برای افرادی که روابط در چارچوب ندارند معضلاتی را به وجود آورد که عواقب آن دامنگیر جامعه می‌شود و آن هم افزایش تولد نوزادان نامشروع و به دنبال آن افزایش کودکان رها شده در بهزیستی‌ها و نیز گسترش آسیب‌های اجتماعی در جامعه خواهد بود:

م. ح می گوید:

«این ماده می‌تونه بر ... به وجود اومدن نوزادان نامشروع تاثیرگذار باشه».

ح. م می گوید:

«بله این ماده می‌تونه باعث افزایش جمعیت بشه اما چرا پیامدهای نامطلوبی چون شکل‌گیری فرزندان نامشروع، افزایش آمار کودکان در بهزیستی و ... رو در نظر نمی‌گیرن؟!».

بحث و نتیجه‌گیری

تحلیل و ارزیابی علمی قوانین و مقررات، ابزاری ضروری برای درک پیچیدگی‌های رابطه بین قانون و جامعه و یافتن راه‌حل‌های مؤثر برای مسائل اجتماعی است. هدف از پژوهش حاضر، بررسی پیامدها و چالش‌های حاصل از اجرای ماده ۵۱ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت از منظر متخصصان عرصه سلامت باروری است. یافته‌ها نشان می‌دهد بحث از افزایش یا کاهش جمعیت، موضوعی چند بعدی و پیچیده است و اگر بخواهیم در سطح کلان قدمی در راستای افزایش جمعیت برداریم، گام اول این است که ابعاد مختلف مسئله را مورد مطالعه و بررسی قرار دهیم و به جای پرداختن به نشانه‌ها، ریشه‌ها را دریابیم.

ماده ۵۱ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت به بحث اقلام پیشگیری از بارداری پرداخته و توزیع رایگان اقلام پیشگیری از بارداری را در شبکه بهداشت ممنوع اعلام کرده است. مطابق تبصره همین ماده نیز توزیع اقلام در داروخانه‌ها تنها با تجویز پزشک امکان‌پذیر است. این ماده قانونی یکی از اصلی‌ترین مواد قانونی مرتبط با سلامت باروری است که پس از تصویب، موافقان و مخالفان بسیاری را با خود همراه کرد.

یکی از مهم‌ترین سؤالات این مقاله این بود که از منظر متخصصان باروری، اجرای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت چه آثار و پیامدهایی در زمینه سلامت باروری زنان در پی خواهد داشت؟ دریافت اطلاعات از منابع نامعتبر، تهدید سلامتی عمومی زنان آسیب‌پذیر، اختلال در روابط زناشویی، افزایش بیماری‌های مقاربتی، آسیب جسمانی فرزندان، افزایش نوزادان نامشروع و افزایش آسیب‌های اجتماعی مضامینی هستند که توضیح دهنده پیامدهای اجرای قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت از منظر متخصصان این حوزه بوده است.

این ماده، پیامدهای ناخواسته متعددی را به همراه دارد که هزینه‌های اقتصادی آن عمدتاً مورد توجه خانواده‌های کم‌درآمد و زنان آسیب‌پذیر است و هزینه‌های روانی و خانوادگی آن را عموم خانواده‌ها پرداخت می‌کنند. اجرای این قانون می‌تواند نابرابری در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی را در میان خانواده‌ها افزایش دهد. دسترسی بسیاری از اقشار اجتماعی به پزشکان متخصص دشوار است این درحالی است که این قانون زنان را

ملزم می‌کند برای دریافت ارقام پیشگیری از بارداری به پزشک متخصص مراجعه کنند، که این امر هزینه ویزیت و رفت و آمد را افزایش می‌دهد.

این موضوع برای خانواده‌های کم‌درآمد که به سختی از پس هزینه‌های اولیه زندگی برمی‌آیند، می‌تواند یک مانع بزرگ باشد. بارداری ناخواسته، به ویژه در خانواده‌های کم‌درآمد، می‌تواند منجر به تشدید فقر، سوءتغذیه و مشکلات سلامتی برای مادر و فرزندان شود. این موضوع به نظریه موافقان افزایش جمعیت و مخالفان افزایش جمعیت اشاره دارد، بدان معنا که طرفداران افزایش جمعیت باید در نظر بگیرند که تمامی افراد توانایی رفع نیازهای فرزندان و پرورش آنان را ندارند، به همین دلیل است که حاضر به فرزندآوری نیستند و اگر وسایل پیشگیری از بارداری از دسترس خارج شود، شمار کودکان فقیر و کودکان کار افزایش پیدا خواهد کرد.

همچنین اگر زنان بارداری ناخواسته داشته باشند و برای سقط جنین به پزشک متخصص مراجعه نکنند، از راه غیرقانونی اقدام خواهند کرد، که این امر خطر سلامت زنان را به همراه خواهد داشت. بنابراین موافقان افزایش جمعیت باید در نظر داشته باشند که لازمه فرزندآوری، فراهم کردن امکانات و شرایط مالی و رفاهی برای زوج است؛ که این امر مورد توجه مخالفان افزایش جمعیت بود.

یکی دیگر از سؤالات این مقاله این است که چالش‌های موجود بر سر راه اجرای صحیح مواد ۵۰، ۵۱، ۵۳ و ۵۶ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت چیست؟ پاسخ اصلی که می‌توان به این پاسخ داد امتناع بخش وسیعی از جامعه از پایبندی به این قانون بویژه خانواده‌های فقیر است.

همانگونه که بیان شد، حذف آموزش‌های پیشگیری از بارداری و محدود کردن دسترسی به ارقام، زنان را در معرض خطر بارداری ناخواسته قرار می‌دهد. این امر می‌تواند پیامدهای منفی متعددی برای سلامتی، تحصیلات و وضعیت اقتصادی زنان به همراه داشته باشد. عدم دسترسی به روش‌های پیشگیری ایمن و اطلاعات صحیح، زنان را به سمت استفاده از روش‌های ناامن و غیرعلمی سوق می‌دهد که خطر بارداری ناخواسته، بیماری‌های مقاربتی و سایر مشکلات سلامتی را افزایش می‌دهد. بارداری ناخواسته می‌تواند منجر به افزایش سقط جنین، چه به صورت قانونی و چه غیرقانونی شود.

سقط جنین، به خصوص در شرایط غیرقانونی و ناامن، می‌تواند خطر مرگ و میر مادر و مشکلات سلامتی بلندمدت را به همراه داشته باشد. عدم امکان کنترل بارداری و بارداری ناخواسته می‌تواند منجر به اضطراب، استرس، افسردگی و سایر مشکلات روحی و روانی در زنان شود. این مشکلات می‌توانند بر سلامت روان سایر اعضای خانواده نیز تأثیر منفی بگذارند. بارداری ناخواسته و مشکلات مرتبط با آن می‌تواند منجر به افزایش تنش و خشونت در روابط زناشویی شود. محدودیت دسترسی به اقلام پیشگیری از بارداری، می‌تواند منجر به افزایش بیماری‌های مقاربتی، به خصوص در بین زنان جوان و کم‌درآمد شود.

محدودیت دسترسی به پیشگیری از بارداری می‌تواند منجر به افزایش تولد کودکان نامشروع شود. این امر می‌تواند پیامدهای منفی برای کودکان، از جمله مشکلات عاطفی، اجتماعی و اقتصادی به همراه داشته باشد. امروزه زوج‌های جوان به واسطه تغییرات اجتماعی و فرهنگی، دیدگاه‌های متفاوتی پیدا کرده‌اند و برای فرزندآوری به ابعاد بسیاری همچون، توان مالی، سازگاری با یکدیگر، دوام زندگی مشترک و دیگر موارد توجه می‌نمایند؛ تازمانی که از این موارد اطمینان حاصل ننمایند، اقدام به فرزندآوری نمی‌کنند. حذف و محدودیت استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری، روابط زناشویی را به مخاطره می‌اندازند، چراکه افراد نگران باروری و فرزندآوری خواهند شد؛ همچنین برخی وسایل پیشگیری، جنبه بهداشتی دارند که حذف آنها خطر افزایش بیماری را به همراه دارد، همچنین این ماده به زنان بیمار، که باروری برای سلامتی آنان خطرناک است، توجهی نداشته است. همانگونه که می‌دانیم کودکان بسیاری در بهزیستی، بدون سرپرست و یا بد سرپرست در حال زندگی هستند، بی‌توجهی و افزایش شمار این کودکان نه تنها در آینده، آنان را با مشکلات روحی مواجه می‌سازد، بلکه ممکن است در برخی موارد افزایش میزان بزهکاری را در پی داشته باشد.

براین اساس، یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج مطالعات مقدسی و روستایی، ۱۴۰۰؛ ثمنی و شهریاری، ۱۳۹۹؛ غمامی و همکاران، ۱۳۹۸ و عباسی شوازی و همکاران، ۱۴۰۰ در مورد چالش‌های اجرایی سیاست‌های جمعیتی از جمله تعجیل در تصویب قانون، تمرکز بر

بعد کمی، عدم تناسب مشوق‌ها با نیازها، و بی‌اعتمادی مردم همسوست. برخی مطالعات به لزوم توجه به زمینه‌های اجتماعی و اقتصادی در کنار سیاست‌های جمعیتی مانند رفع مشکلات اقتصادی و فقر و توجه به الگوهای رفتاری رایج در بین مردم تأکید کرده‌اند (همانند غمامی و همکاران، ۱۳۹۸؛ عبداللهی و رحیمی، ۱۳۹۶) که مطالعه حاضر نتایج آنها را تأیید می‌کند.

پیشنهادهای کاربردی

❖ امروزه که تمرکز بر افزایش جمعیت است، باید به تغییر استراتژی دست زد و اقلامی مانند شیرخشک، پوشک، قطره‌های تقویتی نوزاد و ... را به صورت یارانه‌ای و حتی رایگان در اختیار مردم، خصوصاً قشر ضعیف و آسیب‌پذیر جامعه قرار داد.

❖ ارائه خدماتی چون مراقبت‌های بارداری، مشاوره شیردهی و ... به صورت رایگان یا با هزینه پایین برای مردم الزامی است، خدماتی نظیر سونوگرافی و آزمایش‌های مادران باردار باید با هزینه‌های پایین صورت بگیرد، نسخه‌های پزشکان متخصص و ماماها تحت پوشش بیمه باشد و ... نه اینکه صرفاً از قواعد سلبی استفاده شود. همچنین، ارائه خدماتی نظیر واکسیناسیون، مشاوره تغذیه و آموزش سلامت به صورت گسترده و همگانی به مساله کاهش جمعیت کمک می‌کند.

❖ ایجاد مراکز تخصصی حمایت از خانواده یکی از پیشنهادات مهم تحقیق است؛ تأسیس مراکزی که به طور ویژه به ارائه خدمات حمایتی، مشاوره و آموزشی برای خانواده‌ها و زوج‌ها می‌پردازند. این مراکز می‌توانند شامل مشاوره روانشناسی، آموزش مهارت‌های فرزندپروری، و مشاوره‌های حقوقی و اجتماعی باشند؛

❖ ارائه تسهیلات مالی و کمک‌های بلاعوض برای خانواده‌ها به منظور تأمین هزینه‌های اولیه فرزندآوری، از جمله شیرخشک، پوشک و وسایل ضروری نوزاد یکی از اقداماتی است که در راستای افزایش تمایل به فرزندآوری باید مورد اهتمام قرار گیرد. همچنین، ایجاد برنامه‌های حمایتی برای خانواده‌های کم‌درآمد و آسیب‌پذیر به منظور بهبود شرایط زندگی آنها.

❖ ترویج فرهنگ خانواده و افزایش آگاهی عمومی: برنامه‌های فرهنگی و آموزشی گسترده‌ای برای افزایش آگاهی عمومی در خصوص اهمیت خانواده و فرزندآوری برگزار شود. این برنامه‌ها می‌توانند شامل کمپین‌های تبلیغاتی، برنامه‌های آموزشی در مدارس و دانشگاه‌ها، و تشویق خانواده‌ها به مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و فرهنگی مرتبط با خانواده باشند.

محدودیت‌های پژوهش

در این پژوهش بنا بود با متخصصان حوزه سلامت شامل متخصصان زنان و زایمان و کارشناسان مامایی که هم در شبکه بهداشت نقش مؤثری دارند و هم در اتاق‌های زایمان بیمارستان‌ها فعال هستند و معمولاً مادران باردار خصوصاً در قشر ضعیف، غالب پروسه بارداری خود را با این افراد (ماماها) طی می‌کنند، مصاحبه به عمل آید لیکن به دلایل مختلفی چون هزینه فرصت بالای متخصصان و عدم همکاری ایشان، از بین ۵۰ کارشناسی که به آن‌ها مراجعه شد، تنها ۱۵ نفر راضی به مصاحبه شدند که از این جمع تنها یک نفر متخصص زنان زایمان می‌باشد و باقی شرکت‌کنندگان متخصصان مامایی کشور هستند.

سپاسگزاری:

از تمام کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رسانده‌اند سپاسگزاریم

تعارض منافع:

تعارض منافع نداریم

ORCID

Mahdie Mohammad Taghizade

 <http://orcid.org/0000-0003-1936-9361>

Mozhgan Varmazyar

 <http://orcid.org/0009-0000-5248-1211>

منابع

- باقری، شهاب؛ زارعان، منصوره و برزگر، خدیجه. (۱۳۹۸)، سیاست گذاری خانواده؛ الگوهای تعامل دولت و خانواده، فصلنامه علمی-پژوهشی اسلام و علوم اجتماعی، دوره ۱۱، شماره ۲۱، ۱۵۲-۱۳۵.
- ثمنی، لیلا و شهریاری، معصومه. (۱۳۹۹)، «ارزیابی رویکرد قوانین و اسناد بالادستی به بُعد کیفی افزایش جمعیت»، دوفصلنامه مطالعات جمعیتی، دوره ششم، شماره ۲، آذر ۱۳۹۹، ۳۳۷-۳۱۵.
- جزایری، علیرضا؛ صلواتی، مژگان. (۱۳۸۲)، سیاست اجتماعی و خانواده، رفاه اجتماعی دوره ۳، شماره ۱۰، ۲۴۴-۲۳۳.
- جهانفر، محمد. (۱۳۷۶)، مبانی جمعیت شناسی، تهران: انتشارات دهخدا.
- سرایی، حسن. (۱۳۸۷)، روش های مقدماتی تحلیل جمعیت (با تاکید بر باروری و مرگ و میر)، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- شمس قهفرخی، فریده؛ عسکری ندوشن، عباس؛ عینی زیناب، حسن؛ روحانی، علی؛ عباسی شوازی، محمدجلال. (۱۴۰۰)، چالش های اجرای سیاست های تشویقی فرزندآوری: مطالعه ای کیفی در شهر اصفهان، نامه انجمن جمعیت شناسی ایران، سال شانزدهم، شماره سی و دوم، پاییز و زمستان ۱۴۰۰، ۱۱۲-۷۹.
- عباسی شوازی، محمدجلال؛ حسینی چاوشی، میمنت؛ نورالهی، طه و بنی هاشمی، فریاسادات. (۱۳۸۹)، تحولات باروری در ایران (کاربرد و ارزیابی روش فرزندان خود در برآورد باروری با استفاده از داده های سرشماری ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵)، گروه پژوهشی آمارهای اقتصادی، پژوهشکده آمار، تابستان ۱۳۸۹، ۱۰-۱.
- عباسی شوازی، محمدجلال. (۱۳۹۶)، تحولات و وضعیت جمعیت در جمهوری اسلامی ایران، تهران، مؤسسه مطالعات و مدیریت جامع و تخصصی جمعیت کشور.
- عبدالهی، عادل و رحیمی، علی. (۱۳۹۶)، بر ساخت اجتماعی سیاست های افزایش فرزندآوری و موانع پیش رو: مطالعه موردی کاربران اینترنتی، مطالعات راهبردی زنان، دوره ۲۰، شماره ۷۷، ۶۰-۳۵.
- عموزاده مهدیرجی، حنیف. (۱۳۹۶)، سیاست گذاری خانواده و تغییرات اجتماعی در جمهوری اسلامی ایران، فصلنامه سیاست گذاری عمومی، دوره سوم، شماره ۱، ۱۵۹-۱۳۳.

- غفاری، غلامرضا و حبیب‌پور گتایی، کرم. (۱۳۹۳)، سیاست اجتماعی؛ بنیان‌های مفهومی و نظری، موسسه انتشارات دانشگاه تهران.
- غیاثوند، احمد. (۱۳۹۵)، تحلیل و ارزشیابی سیاستگذاری در زمینه خانواده با تکیه بر طرح شکوفه‌های، دو فصلنامه جامعه‌شناسی نهادهای اجتماعی، ۳ (۷)، ۱۲۰-۹۳.
- کاظمی‌پور، شهلا. (۱۴۰۰)، تغییرات فرهنگی و تحول خانواده معاصر با تأکید بر ازدواج و فرزندآوری، فصلنامه رهپویه ارتباطات و فرهنگ، فصل اول، شماره یکم، ۲۱-۷.
- مقدسی، محمدباقر و روستائی، مهرانگیز. (۱۴۰۰)، ارزیابی سیاست‌های جمعیتی در سنجه اصول جرم‌نگاری؛ با تأکید بر قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، مجله پژوهش‌های حقوق جزا و جرم‌شناسی، دوره ۱۰، شماره ۲۰، ۱۵۰-۱۱۷.
- مدیری، فاطمه و قاضی طباطبائی، محمود. (۱۳۹۷)، بررسی تأثیر کیفیت زندگی زناشویی بر قصد فرزندآوری، جامعه‌شناسی نهادهای اجتماعی، ۵ (۱۲)، ۹۴-۷۳.
- همتی، فریده. (۱۳۹۰)، سیاست اجتماعی؛ نظریه‌های کلاسیک، مدرن، پست مدرن و مطالعات مقایسه‌ای، تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.

- Bogenschneider, K. (2011, June). *Family policy: Why we need it and how to communicate its value*. In United Nations Expert Group Meeting Assessing Family Policies: Confronting family poverty and social exclusion & ensuring work family balance.
- Haque, Mozammel. (2021, oktobr). *Social Policy: Concept, Goals and Influencing Factors*. <https://www.researchgate.net/publication/355174750>
- marston cicely & Cleland john. (2003). Relationships between contraception and abortion: a review of the evidence, International family planning perspectives, vol. 29, no. 1, pp 6-13.
- Merchant, Emily Klancher. (2021). *Building the Population Bomb* (NewYork, 2021; online edn, Oxford Academic, 20 May 2021).
- Mohammadpour ahmad. (2018). *The Philosophical Underpinnings and Practical Procedures of Qualitative methodology*, The University of Alabama, logos publications.
- Neyer, G., & Andersson, G. (2008). Consequences of family policies on childbearing behavior: Effects or artifacts? *Population and development review*, 34(4), 699-724.

- Bagheri, Shahla; Zareian, Mansoureh; Barzegar, Khadijeh. (2019). Family Policy: Patterns of State-Family Interaction. *Islam and Social Sciences Quarterly*, Volume 11, Issue 21, pp. 152-135.
- Samani, Leila; Shahriari, Masoumeh. (2020). "Evaluation of the Approach of Laws and High-Level Documents to the Qualitative Aspect of Population Growth." *Biannual Journal of Population Studies*, Volume 6, Issue 2, December 2020, pp. 337-315.
- Jazayeri, Alireza; Solavati, Mojgan. (2003). Social Policy and Family. *Social Welfare*, Volume 3, Issue 10, pp. 244-233.
- Jahanfar, Mohammad. (1997). *Fundamentals of Demography*. Tehran: Dehkhoda Publishing.
- Sarai, Hassan. (2008). *Introductory Methods of Population Analysis* (with emphasis on Fertility and Mortality). Tehran: University of Tehran Press.
- Shams Qahfarrokhi, Farideh; Askari Nadooshan, Abbas; Eini Zeynab, Hassan; Rouhani, Ali; Abbasi Shavazi, Mohammad Jalal. (2021). Challenges in Implementing Fertility Incentive Policies: A Qualitative Study in Isfahan. *Journal of the Iranian Population Association*, 16th Year, Issue 32, Autumn and Winter 2021, pp. 112-79.
- Abbasi Shavazi, Mohammad Jalal; Hosseini Chavoshi, Meymanat; Noorollahi, Taha; Bani Hashemi, Fariba Sadat. (2010). Fertility Transitions in Iran (Application and Evaluation of the Own Children Method for Estimating Fertility Using 1986-2006 Census Data). Economic Statistics Research Group, *Statistical Research Institute*, Summer 2010, pp. 10-1.
- Abbasi Shavazi, Mohammad Jalal. (2017). *Demographic Transitions and Status in the Islamic Republic of Iran*. Tehran: Institute for Comprehensive and Specialized Population Studies and Management.
- Abdollahi, Adel; Rahimi, Ali. (2017). Social Construction of Fertility Enhancement Policies and the Challenges Ahead: A Case Study of Internet Users. *Strategic Women Studies*, Volume 20, Issue 77, pp. 60-35.
- Amouzadeh Mahdiraji, Hanif. (2017). *Family Policy and Social Changes in the Islamic Republic of Iran*. *Public Policy Quarterly*, Volume 3, Issue 1, pp. 159-133.
- Ghaffari, Gholamreza; Habibpour Ketabi, Karam. (2014). *Social Policy: Conceptual and Theoretical Foundations*. Tehran: University of Tehran Press.
- Ghiathvand, Ahmad. (2016). Analysis and Evaluation of Family Policy with Emphasis on the Blossom Plan. *Journal of Sociology of Social Institutions*, 3(7), pp. 120-93.
- Kazemipour, Shahla. (2021). Cultural Changes and the Transformation of Contemporary Family with Emphasis on Marriage and Fertility. *Rahpooye Communications and Culture Quarterly*, First Issue, pp. 21-7.

- 14. Moghadasi, Mohammad Baqer; Roustayi, Mehrangiz. (2021). Evaluation of Population Policies in the Framework of Criminalization Principles: With Emphasis on the Family Protection and Population Rejuvenation Law. *Journal of Criminal Law and Criminology Research*, Volume 10, Issue 20, pp. 150-117.
- Modiri, Fatemeh; Ghazi Tabatabai, Mahmoud. (2018). Examining the Impact of Marital Quality of Life on Fertility Intentions. *Sociology of Social Institutions*, 5(12), pp. 94-73.
- Hemmati, Farideh. (2011). Social Policy: Classical, Modern, Postmodern Theories and Comparative Studies. Tehran: *Sociologists Publishing*.
- Bogenschneider, K. (2011, June). *Family policy: Why we need it and how to communicate its value*. In United Nations Expert Group Meeting Assessing Family Policies: Confronting family poverty and social exclusion & ensuring work family balance.
- Haque, Mozammel. (2021, oktobr). Social Policy: Concept, Goals and Influencing Factors. <https://www.researchgate.net/publication/355174750>
- Marston Cicely & Cleland John (2003), Relationships between contraception and abortion: a review of the evidence, *International family planning perspectives*, vol. 29, no. 1, pp 6-13.
- Merchant, Emily Klancher. (2021). *Building the Population Bomb* (New York, 2021; online edn, Oxford Academic, 20 May 2021).
- Mohammadpour ahmad. (2018). The Philosophical Underpinnings and Practical Procedures of Qualitative methodology, The University of Alabama, logos publications.
- Neyer, G., & Andersson, G. (2008). Consequences of family policies on childbearing behavior: Effects or artifacts? *Population and development review*, 34(4), 699-724.

استناد به این مقاله: محمدتقی زاده، مهدیه و ورمزیار، مژگان. (۱۴۰۳). واکاوی انتقادی ماده ۵۱ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، پژوهشنامه مددکاری اجتماعی، ۱۱ (۳۹)، ۹۵-۱۳۰.



Social Work Research Journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.