

سیاست‌های بازتنظیم راهبردهای جمعیتی با محوریت نقش کارکنان بهداشتی

محبوبه حجتی^{۱*}، صاحب‌جان ترکیان^۲

خلاصه سیاستی

خلاصه اجرایی

کاهش پیوسته نرخ باروری به زیر سطح جایگزینی، مسأله نیازمند بررسی است که با همه‌گیری کووید-۱۹ تشدید شد و ناامنی اقتصادی و اختلال در خدمات سلامت را تسریع کرد. در این بین، نگرش کارکنان حوزه بهداشت که خود مروج سیاست‌های افزایش جمعیت و الگوهای اجتماعی هستند برای فرزندآوری تعیین کننده است. این خلاصه سیاستی، تحقق سیاست‌های افزایش باروری را با تمرکز بر نگرش کارکنان حوزه بهداشت مد نظر قرار داد و سه گزینه محوری را بررسی و تحلیل کرد: نخست، اجرای برنامه‌های آموزشی و توانمندسازی هدفمند برای تقویت آگاهی و نگرش مثبت کارکنان؛ دوم، طراحی بسته‌های حمایتی و مشوق‌های رفاهی-اقتصادی برای کاهش موانع اصلی فرزندآوری؛ و سوم، اصلاح محیط کار در راستای حمایت خانواده‌هایی که قصد فرزندآوری دارند. تحلیل این گزینه‌ها نشان داد اجرای هر یک با وجود مزایایی که دارند، با موانع اجرایی از جمله محدودیت منابع مالی، مقاومت فرهنگی-سازمانی و احتمال مشغولیت کاری بیشتر کارکنان مواجه است. با در نظر گرفتن موانع و چالش‌ها، توانمندسازی از طریق مداخلات کم‌هزینه و مشارکتی دارای اولویت اجرایی است. پیشنهاد می‌شود اقدام با آموزش‌های درون‌سازمانی درباره تعادل کار و زندگی و راه‌اندازی نظام رتبه‌بندی مراکز دوستدار خانواده آغاز شود. همزمان، مشوق‌های غیرنقدی و خدمات هدفمند، مانند اولویت در دریافت خدمات درمانی یا تخفیف مهدکودک برای کارکنان طراحی و اجرا گردد. چنین راهبردی، ضمن کاهش مقاومت اولیه، زمینه را برای تحول نگرش کارکنان حوزه بهداشت و تأثیرگذاری بیشتر بر نرخ باروری جامعه در بلندمدت فراهم می‌آورد.

واژگان کلیدی: جمعیت؛ نگرش؛ فرزندآوری؛ کارکنان؛ بهداشت؛ خلاصه سیاستی

ارجاع: حجتی محبوبه، ترکیان صاحب‌جان. سیاست‌های بازتنظیم راهبردهای جمعیتی با محوریت نقش کارکنان بهداشتی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۴؛ ۴۳ (۸۳۹): ۱۵۱۵ - ۱۵۲۰.

توصیف مسأله

کاهش نرخ باروری به زیر سطح جایگزینی، مسأله مهمی در بسیاری از کشورها از جمله ایران است (۱). این روند که پیش از همه‌گیری کووید-۱۹ نیز قابل تامل بود، در دوران پاندمی با تشدید عوامل اقتصادی، اجتماعی و مشکلات سلامت شدت گرفت. به این صورت که بحران کووید-۱۹ با افزایش ناامنی اقتصادی و اضطراب نسبت به آینده همراه شد و با ایجاد اختلال در خدمات بهداشتی و تغییر اولویت‌های زندگی، بر تصمیم‌گیری زوجین در مورد فرزندآوری به‌طور مستقیم تأثیر گذاشت (۲-۴). در چنین شرایطی، کارکنان حوزه بهداشت ضمن مواجهه مستقیم با خدمت‌رسانی در همه‌گیری کووید-۱۹، به عنوان مجری و مروج سیاست‌های سلامت باروری در جامعه فعال بودند. بر این اساس، نگرش ایشان نسبت به فرزندآوری می‌تواند نشان‌دهنده تأثیر همه جانبه بحران بر جامعه باشد و پیش‌بینی‌کننده پذیرش و ترویج پیام‌های سیاستی بعدی باشد. در این زمینه، یافته‌های

پژوهشی با مطالعه نگرش کارکنان بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان نشان داد اگرچه نگرش کلی نسبت به فرزندآوری در حد متوسط به بالا ارزیابی شده، اما این نگرش به طور معنی‌داری تحت تأثیر عواملی مانند جنسیت، سطح تحصیلات و به ویژه تعداد فرزندان موجود قرار دارد. در این زمینه نگرش مثبت زنان و افراد با تحصیلات بیشتر نسبت به فرزندآوری، در مقابل کاهش نگرش مثبت با افزایش تعداد فرزندان، ابعاد متفاوت و نیازمند تبیینی از پلیده را نشان می‌دهد (۵). این الگوها حاکی از آن است که سیاست‌های یکسان و عمومی افزایش باروری، ممکن است بدون در نظر گرفتن نگرش‌های متفاوت و عوامل اثرگذار بر آن، به نتیجه مطلوب نرسد (۶-۸). بنابراین، مسئله اصلی مورد هدف این گزارش، لزوم تغییر سیاست‌گذاری جمعیتی صرفاً کلان و کمی، به طراحی راهبردهای مبتنی بر شواهد و با قابلیت اجرا است که بتواند نگرش گروه‌های نقش‌آفرین به ویژه کارکنان بهداشتی را برای تأثیرگذاری بر نرخ باروری جامعه تقویت کند.

۱- دانشجوی دکترای اپیدمیولوژی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- مرکز تحقیقات تغذیه و امنیت غذایی، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: صاحب‌جان ترکیان؛ مرکز تحقیقات تغذیه و امنیت غذایی، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
Email: sahebajantorkian@gmail.com

روش اجرا

تدوین خلاصه سیاستی حاضر، مبتنی بر یافته‌های پژوهش علمی بود. در مرحله اول، تحلیل گزارش پژوهشی (۵) با هدف تعیین نگرش کارکنان بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان نسبت به فرزندآوری پس از پلندمی کووید-۱۹ انجام شد و به درک روابط بین متغیرها و شناسایی نقاط قوت و ضعف نگرش کارکنان بهداشت نسبت به فرزندآوری انجامید. در مرحله بعد، یافته‌های مستخرج با بررسی و تحلیل زمینه و عوامل کلان‌تر سیاست جمعیتی ایران و چالش‌های پسا اپیدمی کووید-۱۹ مطالعه شد و نگرش کارکنان حوزه بهداشت، به عنوان مجریان سیاست افزایش جمعیت و همچنین موانع مرتبط با رفتار فرزندآوری از جمله فردی، سازمانی و اقتصادی جمع‌آوری شد. سپس با بهره‌گیری از تحلیل سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، گزینه‌های پیشنهادی با توجه به عوامل شناسایی شده طراحی شد. گزینه‌های پیشنهادی از نظر قابلیت اجرا و عینی و کاربردی بودن، در جلسه خبرگان به بحث و تبادل نظر گذاشته شد. ضمن حذف مواردی از ابعاد گفته شده که امکان‌پذیری کمتری داشتند سه گزینه اصلی متناسب با موانع شناسایی شده در تحقیق، در مرحله بعدی قرار گرفت. برای عملیاتی‌سازی هر گزینه، تحلیل هزینه-فایده انجام شد. در این

تحلیل، مزایای احتمالی هر اقدام مانند افزایش رضایت شغلی یا بهبود تصویر سازمان در کنار معایب و ریسک‌های آن از جمله هزینه مالی یا مقاومت مدیریت بررسی شد. سپس، با تحلیل ذینفعان برای هر گزینه، منافع، نگرانی‌ها و قدرت تاثیرگذاری هر کدام جمع‌بندی و در قالب جدول ارائه شد تا امکان مقایسه شفاف بین گزینه‌ها برای تصمیم‌گیرندگان فراهم شود. در مرحله نهایی، با در نظر گرفتن نتایج مراحل قبلی و واقعیت‌های اجرایی نظام سلامت ایران از جمله محدودیت منابع، فرسودگی نیروی انسانی و ساختار اداری متمرکز، اولویت‌بندی برای اقدام ارائه شد. اولویت‌بندی بر لزوم شروع با مداخلات کم‌هزینه، غیرمستقیم و مشارکت‌محور که بتواند اعتماد و پذیرش اولیه را جلب کند، تأکید داشت و مداخلات پرهزینه‌تر با امکان‌پذیری کمتر را به موفقیت مراحل قبلی منوط نمود. به این صورت راه‌حل‌های قابل اجرا و عملیاتی برای سیاستگذاران حوزه سلامت و جمعیت نهایی و گزارش شد.

یافته‌ها

تحلیل گزینه‌های سیاستی بازتنظیم راهبردهای جمعیتی، مبتنی بر نگرش کارکنان بهداشت و تحلیل ذینفعان و برنامه‌ریزی اجرایی برای بازتنظیم راهبردهای جمعیتی در جداول ۱ و ۲ آورده شده است.

جدول ۱. تحلیل گزینه‌های سیاستی بازتنظیم راهبردهای جمعیتی، مبتنی بر نگرش کارکنان بهداشت

گزینه‌های سیاستی	الزامات اجرا	موانع اجرا	مزایا و اثرات مثبت	معایب و ریسک‌ها
۱. اجرای برنامه‌های آموزشی و توانمندسازی هدفمند برای کارکنان حوزه بهداشت	تدوین بسته‌های آموزشی خلاصه و تعاملی با تأکید بر داده‌های بومی و دلایل منطقی سیاست‌ها. اعطای گواهی معتبر برای مشارکت در دوره‌ها. برقراری فرایند مشاوره و حمایت روان‌شناختی برای کارکنان در رابطه با دغدغه‌های فرزندآوری خودشان.	کمبود زمان و افزایش وظایف کاری کارکنان بهداشت برای مشارکت در برنامه‌های آموزشی تعریف شده. نبود محتوای آموزشی استاندارد و جذاب متناسب با گروه‌های مختلف شغلی و جنسیتی. مقاومت احتمالی برای تغییر نگرش	افزایش آگاهی و دانش کارکنان بهداشت درباره پیامدهای بلندمدت کاهش باروری و مزایای سیاست‌های جمعیتی. تقویت نگرش مثبت و انگیزه درونی در کارکنان به عنوان سفیران سلامت باروری در جامعه. توجه برای طراحی، اجرا و پایش مستمر افزایش اثربخشی مشاوره‌های ارائه شده توسط کارکنان به مرد.	احتمال افزایش ناراضی‌بانی و احساس تبعیض در کارکنانی که مشمول فرزندآوری در خود مروجان به عنوان الگو. القای حمایت مثبت دولت به کارکنان و جامعه. افزایش رضایت شغلی و کاهش نگرانی مالی مرتبط با بزرگ کردن فرزند. درونی و فرزندآوری برای مزایای اقتصادی.
۲. طراحی و اعطای بسته‌های حمایتی و مشوق‌های رفاهی-اقتصادی برای کارکنان	تعریف دقیق گروه‌های هدف مانند متاهلین بدون فرزند، دارای یک فرزند و ... و شرایط بهره‌مندی از مزایا. اختصاص ردیف بودجه مشخص در بودجه سنواتی وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی و عمل به آن. طراحی مشوق‌های مختلف نقدی، غیرنقدی، خدماتی و نظارت بر آن.	محدودیت منابع مالی دولت و اولویت‌بندی‌های بودجه‌ای دیگر در بخش سلامت. چالش طراحی مشوق‌های عادلانه برای عدم افزایش نابرابری بین کارکنان. بوروکراسی اداری طولانی برای تصویب و تخصیص مشوق‌ها.	کاهش مستقیم موانع مالی و رفاهی برای فرزندآوری در خود مروجان به عنوان الگو. القای حمایت مثبت دولت به کارکنان و جامعه. افزایش رضایت شغلی و کاهش نگرانی مالی مرتبط با بزرگ کردن فرزند. درونی و فرزندآوری برای مزایای اقتصادی.	احتمال افزایش ناراضی‌بانی و احساس تبعیض در کارکنانی که مشمول مشوق‌ها نمی‌شوند یا قصد فرزندآوری ندارند. فشار مالی بر بودجه دستگاه‌های درمانی. دولتی. احتمال کاهش انگیزه‌های درونی و فرزندآوری برای مزایای اقتصادی.
۳. اصلاح قوانین و انعطاف‌پذیری محیط کار، برای حمایت خانواده‌ها با قصد فرزندآوری	بازنگری در مقررات داخلی دانشگاه‌ها و مراکز بهداشتی برای تأیید مواردی مانند ساعت کاری معطوف، مرخصی‌های ویژه کاهش بهره‌وری یا افزایش میزان کار ناشی از ایجاد محیط کاری حامی خانواده باهدف والدین و امکانات مراقبت از کودک. و فرهنگ در برخی مراکز بهداشتی درمانی مستندسازی نتایج برای تعمیم. آموزش مدیران درباره منافع بلندمدت محیط کار دوستدار خانواده.	مقاومت مدیران میانی به دلیل نگرانی از ساعت کاری معطوف، مرخصی‌های ویژه کاهش بهره‌وری یا افزایش میزان کار ناشی از ایجاد محیط کاری حامی خانواده باهدف والدین و امکانات مراقبت از کودک. و فرهنگ در برخی مراکز بهداشتی درمانی مستندسازی نتایج برای تعمیم. آموزش مدیران درباره منافع بلندمدت محیط کار دوستدار خانواده.	افزایش رضایت شغلی و تعهد سازمانی. کاهش تعارض بین کار و خانواده. تقویت تصویر مثبت سازمان. نیاز به تغییر قوانین و آیین‌نامه‌های استخدامی و اداری	انگیزه گرفتن سایر عوامل موثر بر نگرش مانند فشار کاری یا فرهنگ سازمانی. نیاز به زمان طولانی برای مشاهده اثر غیرمستقیم مداخلات. دشواری اندازه‌گیری کمی و عینی نتایج راهبرد پیشنهادی.

جدول ۲. تحلیل ذینفعان و برنامه‌ریزی اجرایی برای بازتنظیم راهبردهای جمعیتی

گزینه‌های سیاستی	ذینفعان کلیدی	موضع احتمالی ذینفعان	چالش‌های ذینفعان	مرحله‌بندی زمانی	اقدامات تسهیل‌کننده
۱. اجرای برنامه‌های آموزشی و توانمندسازی هدفمند برای کارکنان حوزه بهداشت	وزارت بهداشت، معاونت‌های بهداشت و آموزش، دانشگاه‌های علوم پزشکی، کارکنان بهداشت	موافق: معاونت بهداشت دانشگاه‌ها، مدیران آموزشی، کارکنان جوان و متاهل بدون فرزند	تراکم زیاد شیفت‌های کاری و فرسودگی شغلی مانع مشارکت فعال. تضاد احتمالی بین پیام سیاستی و باورهای شخصی برخی کارکنان.	کوتاه‌مدت (۶ ماه): نیازسنجی و طراحی بسته‌های آموزشی. میان‌مدت (۱ سال): اجرای پایلوت آموزشی و ارزیابی. بلندمدت (۲ سال): تعمیم و نهادینه‌سازی آموزش در برنامه‌های ضمن خدمت.	استفاده از روش‌های آموزش الکترونیک برای دسترسی آسان و کاهش هزینه. همکاری با انجمن‌های علمی پرستاری، مامایی و پزشکی برای تأیید علمی محتوا
۲. طراحی و اعطای بسته‌های حمایتی و مشوق‌های رفاهی-اقتصادی برای کارکنان	وزارت بهداشت، معاونت توسعه مدیریت و منابع، دانشگاه‌های علوم پزشکی، مدیریت رفاه، صندوق‌های بازنشستگی و رفاه. اتحادیه‌های صنفی	موافق: سازمان‌های نظام پزشکی و پرستاری، کارکنان جوان متاهل، ممتنع یا مخالف: مسئولان مالی وزارت بهداشت و دانشگاه‌ها، کارکنان مجرد یا مسن تر.	نبود شفافیت در توزیع مزایا عامل اختلاف و بی‌اعتمادی. نگرانی از تداوم پرداخت‌ها در بلندمدت با توجه به نوسانات بودجه دولتی.	کوتاه‌مدت (۳ ماه): تشکیل کارگروه استفاده از ظرفیت صندوق‌های رفاه و طراحی بسته‌های حمایتی. میان‌مدت (۶ ماه): تصویب نهایی و تخصیص مشوق‌ها. شفاف‌سازی کامل معیارهای بودجه در بودجه سال بعد. بلندمدت (۱ سال): آغاز توزیع و پایش اثرات.	کارکنان برای ارائه بخشی از معیارها و فرآیند دریافت مزایا برای جلوگیری از حاشیه
۳. اصلاح قوانین و انعطاف‌پذیری محیط کار، برای حمایت خانواده‌ها با قصد فرزندآوری	وزارت بهداشت، معاونت درمان، دانشگاه‌های علوم پزشکی، معاونت‌های درمان و توسعه، مدیران بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی، شوراهای اسلامی غیرمنعطف، بخش‌های دارای کمبود مراکز کار	موافق: معاونت‌های درمان و پرستاری، انجمن‌های علمی پرستاری و مامایی، برخی کارکنان زن ممتنع یا مخالف: برخی مدیران قدیمی با سبک مدیریت متمرکز و بهداشتی، شوراهای اسلامی غیرمنعطف، بخش‌های دارای کمبود زیاد نیروی انسانی	مقاومت فرهنگ سازمانی سنتی در برابر انعطاف‌پذیری. کمبود فضای فیزیکی در مراکز قدیمی برای ایجاد مهد کودک یا اتاق‌های مادر و کودک.	کوتاه‌مدت (۱ سال): بازنگری در قوانین داخلی و ابلاغ دستورالعمل پایلوت. میان‌مدت (۲ سال): اجرای پایلوت و رفع موانع. بلندمدت (۳ سال): تعمیم دستورالعمل نهایی به کلیه مراکز تحت پوشش.	تدوین و ابلاغ دستورالعمل‌های کشوری واحد برای رویه یکسان. معرفی و تقدیر از مراکز پیشرو در ایجاد محیط کار دوستدار خانواده.

بحث

طبق یافته‌های جدول ۱، راهبردهای عملیاتی، برای تحقق سیاست‌های فرزندآوری با توجه به دیدگاه کارکنان معاونت بهداشت عبارت بودند از «اجرای برنامه‌های آموزشی و توانمندسازی هدفمند برای کارکنان حوزه بهداشت»، «طراحی و اعطای بسته‌های حمایتی و مشوق‌های رفاهی-اقتصادی برای کارکنان» و «اصلاح قوانین و انعطاف‌پذیری محیط کار، برای حمایت خانواده‌ها با قصد فرزندآوری».

در ادامه برخی تفسیرها در رابطه با هر یک از گزینه‌ها برای جمع‌بندی و تصمیم‌گیری ارائه شد: گزینه‌ی «اجرای برنامه‌های آموزشی و توانمندسازی هدفمند»، با هزینه و ریسک کمتر قابل انجام است. ولی ممکن است فرسودگی و تراکم کاری کارکنان حوزه‌ی بهداشت را افزایش دهد. نظام بهداشتی ایران، به ویژه پس از پاندمی کرونا، با کمبود نیروی انسانی و فشار کاری زیاد مواجه شد. در چنین شرایطی، افزودن هر برنامه‌ی آموزشی اجباری یا حتی اختیاری می‌تواند خارج از توان باشد و مورد مقاومت و عدم استقبال قرار گیرد. علاوه بر این، اثربخشی برنامه‌های آموزشی در تغییر نگرش‌های مرتبط با تمایل به فرزندآوری که با ارزش‌های شخصی، تجربیات زندگی و شرایط اقتصادی در هم تنیده شدند، اغلب محدود و کم عمق است. با این حال، در صورت به کارگیری این راهکار، طراحی جذاب، تعاملی و کوتاه‌مدت برنامه‌ها، همراه با مشوق‌های مشارکتی و

برنامه ریزی مناسب برای عدم تلاقی آن با وظایف روزمره کارکنان ضروری است.

گزینه‌ی «طراحی و اعطای بسته‌های حمایتی و مشوق‌های عینی»، برای کاهش موانع مالی زوجین مفید است. اما تامین منابع مالی پایدار با وجود محدودیت‌های بودجه‌ای بخش سلامت دشوار و کمترشدنی است. به ویژه در شرایطی که تامین دارو، تجهیزات و حقوق پرسنل چالشی دائمی است، اختصاص بودجه قابل توجه برای مشوق‌های فرزندآوری می‌تواند با مخالفت جدی سیاست‌گذاران حوزه مالی و حتی افکار عمومی مواجه شود. مانع دیگر، چالش عدالت است. تعریف گروه هدف بایستی به گونه‌ای انجام شود که مشوق‌ها منجر به احساس تبعیض بین کارکنان مجرد و متاهل، یا کارکنان با سابقه کاری مختلف نشود. همچنین، ریسک تغییر قصد و انگیزه نیز وجود دارد؛ به این معنی که ممکن است مشوق مالی، انگیزه‌های درونی و شخصی برای فرزندآوری را تضعیف کرده یا انگیزه فرزندآوری را به معامله اقتصادی تقلیل دهد.

گزینه‌ی «اصلاح و انعطاف‌پذیری در محیط کار» می‌تواند به مدیریت بین تعارض کار و خانواده کمک کند؛ با این حال مانع فرهنگ سازمانی و ساختار مدیریتی را در پی دارد. در نظام بهداشتی ایران، سلسله‌مراتب اداری اصولاً متمرکز و قوانین ثابت عمل می‌کند. اجرای سیاست‌هایی مانند ساعت کاری شناور یا مرخصی‌های ویژه،

به مواردی مثل اولویت نوبت‌گیری از مراکز درمانی تابعه دانشگاه برای خود کارکنان و خانواده‌های آنان، اعطای فرصت آموزشی کوتاه‌مدت به فرزندان کارکنان، یا تخفیف در هزینه‌های مهدکودک‌های طرف قرارداد با دانشگاه اشاره داشت. این مشوق‌ها، بیشتر بر کاهش دغدغه‌های رفاهی و آموزشی تمرکز دارند و می‌توانند برای کارکنان متأهل دارای فرزند یا بدون فرزند جذاب باشد. تخصیص مشوق‌ها می‌تواند بخاطر امتیاز مشارکت در آموزش‌های درون‌سازمانی یا سایر فعالیت‌های مثبت نیز صورت گیرد تا ماهیت تشویقی و مشارکتی آن تقویت شود.

با اجرای طرح پیشنهادی در دانشگاهی داوطلب و سنجش اثرات آن بر رضایت شغلی، نگرش و حتی رفتار فرزندآوری کارکنان، در صورت دسترسی به داده، شواهد مستند برای توجیه سرمایه‌گذاری گسترده‌تر، از جمله بودجه‌های بیشتر یا تغییر قوانین اداری غیر منعطف، در اختیار سیاستگذاران جهت تصمیم‌سازی جدید قرار می‌گیرد.

نتیجه‌گیری

تحقیق سیاست‌های فرزندآوری با ابلاغ و رویکرد دستوری به موفقیت نمی‌رسد. راهبرد اصلی، به ایجاد فضای منعطف و توانمندساز در محیط‌های کاری به ویژه در حوزه بهداشت که مجری سیاست‌های افزایش جمعیت هستند، نیاز دارد. به این منظور، مشارکت‌کنندگان آگاه و مشتاق بایستی جایگزین سیاست‌های حاکمیتی جمعیت شوند. تمرکز راهبردها، بر مشارکت و یادگیری مبتنی است که اگرچه در کوتاه‌مدت نتیجه‌بخش نیست با این حال برای تغییر نگرش در مروجان حوزه بهداشت نسبت به موضوع افزایش جمعیت، پایه و اساس قوی‌تری ایجاد می‌کند.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از طرح تحقیقاتی با کد ۱۴۰۰۲۳۵ می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تصویب رسیده و با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری این دانشگاه به انجام رسیده است. بدین‌وسیله از زحمات این معاونت و همچنین معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تقدیر و تشکر می‌شود.

نیازمند تفویض اختیار به مدیران میانی و پذیرش مسائلی مدیریتی ناشی از انعطاف است. بسیاری از مدیران سنتی ممکن است این تغییرات را تهدیدی برای نظم، بهره‌وری و کنترل خود ببینند و در برابر آن مقاومت کنند. همچنین، کمبود زیرساخت فیزیکی مانند فضای مناسب برای اتاق مادر و کودک یا مهدکودک در محل کار از جمله چالش‌های محدود کننده است.

در اینجا با در نظر گرفتن یافته‌های تحقیق مقطعی که نگرش نسبتاً مثبت کارکنان به فرزندآوری، ولی متفاوت بر اساس جنسیت و تعداد فرزندان را نشان می‌داد همچنین محدودیت منابع، و موانع اجرایی تحلیل‌شده، اولویت‌بندی و تبیین گزینه‌ها بر اساس معیارهای قابلیت اجرا با مقاومت کمتر و پذیرش فرهنگی و سازمانی به صورت زیر انجام شد.

پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های آموزشی درون‌سازمانی با محوریت موضوعاتی مانند تعادل کار و زندگی و مراقبت از سلامت روانی خانواده، به جای برنامه‌های آموزشی پر حجم و رسمی برگزار شود. این آموزش‌ها می‌تواند با استفاده از ظرفیت شبکه‌های اجتماعی داخلی، برگزاری جلسات غیررسمی هم‌افزایی و دعوت از کارکنانی که به تجربه موفق در مدیریت کار و فرزندآوری رسیده‌اند، اجرا شود. هدف مستقیم این آموزش‌ها افزایش نرخ باروری نباشد، بلکه بهبود رفاه و رضایت کارکنان باشد که به صورت غیرمستقیم می‌تواند نگرش به فرزندآوری را تحت تاثیر قرار دهد. همزمان، به صورت پایلوت و داوطلبانه، نظام رتبه‌بندی مراکز دوستدار خانواده معرفی شود. مراکزی که داوطلبانه اقداماتی مانند ایجاد ساعات کاری انعطاف‌پذیر برای والدین کودکان خردسال یا برقراری شبکه همیاری در شیفت‌های اورژانسی برای کارکنان دارای مسئولیت مراقبت انجام دهند، امتیازاتی در ارزیابی عملکرد یا اعطای تسهیلات دریافت کنند. چنین رویکرد غیراجباری، مقاومت مدیران را کاهش داده و فضایی برای یادگیری و الگوسازی ایجاد می‌کند.

به جای بسته‌های حمایتی نقدی گسترده که با محدودیت بودجه و مشکل برقراری عدالت مواجه است، می‌توان بر مشوق‌های غیرنقدی و خدماتی متمرکز شد که فشار مالی کمتری ایجاد کنند. ازجمله می‌توان

References

1. Mostafavi F, Golshiri P, Saeidi N, Samouei R, Hosseiny L. Policy strategies for addressing the challenge of declining fertility rates in Isfahan province: from mental health to economic security [in Persian]. J Isfahan Med Sch 2025; 43(823): 829-33.
2. Enjezab B, Bokaei M, Salmanabad F. Attitude and factors affecting intention of childbearing in COVID 19 pandemic in married women of reproductive age referred to comprehensive health centers in Yazd City in year 2022 [in Persian]. JSSU 2023; 31(7): 6854-663.
3. Torkian VS, Zamani AF, Heidari Z, Shoushtari ME. Fertility desire: Facilitators and inhibitors [in Persian]. Payesh 2019; 18(3): 241-9.
4. Borimnejad L, Bazzazian S, Barkhordari F, Rezaiee N. Individual and familial factors influencing women's reluctance to childbearing: A qualitative study [in Persian]. Journal of Hayat 2025; 31(1): 1-16.

5. Khoshkchali A, Torkian S, Majidnia M, Torkian S. The attitude of healthcare workers at Isfahan University of Medical Sciences towards childbearing after COVID-19 pandemic in 2022 [in Persian]. JGUMS 2025; 34(4): 396-409.
6. Moshfegh M. Developments, policies and population programs of Iran. Policy recommendations of Allameh Tabatabaei University to the country's executive bodies [in Persian]. Allameh Tabataba'i University 1404; 6(6): 212-20.
7. Arab Kalmeri M, Yadollahpour M, H. Aghaei M. The impact of perceived organizational support on fertility desire by mediating work-family conflict [in Persian]. Journal of Population Association of Iran 2025; 20(39): 93-109.
8. Hojati M, Mostafavi F, Feizi A, Izadi SJlbj. Factors Influencing Childlessness and Single-Child Families in Isfahan Province: A Population-Based Study 2024; 28: 38.

Policies to Reorganize Population Strategies Focusing on the Role of Health Workers

Mahboubeh Hojati¹, Sahebjan Torkian²

Policy Brief

Executive Summary

The continued decline in fertility rates below replacement level is a problem that needs to be addressed, which has been exacerbated by the COVID-19 pandemic and has accelerated economic insecurity and disruption of health services. In the meantime, the attitude of health workers, who themselves promote population growth policies and social patterns, is decisive for childbearing. This policy brief considered the implementation of fertility increasing policies by focusing on the attitude of health workers and examined and analyzed three central options: first, implementing targeted training and empowerment programs to strengthen staff awareness and positive attitudes; second, designing support packages and welfare-economic incentives to reduce the main barriers to childbearing; and third, reforming the work environment to support families who intend to have children. Analysis of these options showed that the implementation of each, despite its benefits, faces implementation obstacles, including limited financial resources, cultural-organizational resistance, and the possibility of increased staff workload. Given the barriers and challenges, empowerment through low-cost, participatory interventions is a priority. It is suggested that action should begin with in-house training on work-life balance and the establishment of a family-friendly center rating system. At the same time, non-monetary incentives and targeted services, such as priority access to health services or discounts on daycare, should be designed and implemented for employees. Such a strategy, while reducing initial resistance, provides the basis for changing the attitude of health workers and having a greater impact on the fertility rate of the community in the long term.

Keywords: Population, Attitude, Childbearing, Employees, Health, Policy Brief

Citation: Hojati M, Torkian S. Policies to Reorganize Population Strategies Focusing on the Role of Health Workers. J Isfahan Med Sch 2026; 43(839): 1515-20.

1- Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2- Nutrition and Food Security Research Center, Department of Health Education and Health Promotion, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Sahebjan Torkian, Nutrition and Food Security Research Center, Department of Health Education and Health Promotion, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: sahebiantorkian@gmail.com