

موانع تحقق سیاست جوانسازی جمعیت کشور از دیدگاه کارکنان ستادی و شاغل در مراکز بهداشت شهرستان اصفهان و نگرش ایشان در مورد پیامدهای آن

مرجان بیگی^۱، محمدجواد طراحی^۲، مرضیه عطاقر^۳، ته‌مینه دادخواه تهرانی^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: سیاست کنونی جمعیت ایران مبنی بر افزایش باروری و جوانسازی جمعیت است و نگرش کارکنان شاغل در مراکز بهداشت به عنوان مجری دستورالعمل‌های مربوطه، بر کیفیت خدماتشان مؤثر است. این مطالعه به بررسی موانع تحقق سیاست جوانسازی کشور از دیدگاه کارکنان مراکز بهداشت شهرستان اصفهان و نگرش آنها در مورد پیامدهای این سیاست در سال ۱۴۰۰ می‌پردازد.

روش‌ها: این مطالعه‌ی توصیفی-مقطعی با روش سر شماری روی ۷۱۳ نفر از کارکنان ستادی/ شاغل در مراکز بهداشت اصفهان در سال ۱۴۰۰ انجام شد. ۲۵۹ نفر به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند بنابراین نرخ پاسخ‌دهی به پرسشنامه ۳۶ درصد بود. داده‌ها با پرسشنامه‌ی محقق‌ساخته‌ی ۳ قسمتی شامل مشخصات فردی، دیدگاه کارکنان در مورد موانع تحقق پیامدهای سیاست جوانسازی جمعیت کشور (موانع فردی و موانع اقتصادی اجتماعی) و نگرش ایشان در مورد این سیاست جمع‌آوری شد.

یافته‌ها: از دیدگاه کارکنان، هم موانع فردی و هم موانع اقتصادی- اجتماعی مانع از تحقق سیاست جوانسازی کشور می‌باشند ولی موانع اقتصادی اجتماعی مهم‌تر هستند. مهم‌ترین مانع «نگرانی زوجها بابت تحصیل و اشتغال و رفاه فرزندان در آینده» از دسته بوده موانع اقتصادی اجتماعی است. نگرش (۶۸/۳۰) ۱۷۷ نفر منفی و (۲۳/۲۰) ۶۰ نفر خنثی و (۸/۵۰) ۲۲ نفر مثبت و میانگین نمرات نگرش آنان در مورد پیامدهای سیاست جمعیتی (۲۱/۷۴) (۳۶/۷۱)، نشانگر نگرش منفی بود.

نتیجه‌گیری: کارکنان، موانع اقتصادی اجتماعی را مانع اصلی در تحقق اهداف جمعیتی یعنی جوانسازی می‌دانند. نگرش اغلب کارکنان مراکز بهداشت نسبت به پیامدهای سیاست جمعیتی منفی بوده و باید با اجرای برنامه‌هایی، در رفع موانع اقتصادی- اجتماعی کمک کرد و نگرش کارکنان مراکز بهداشتی را نسبت به سیاست جوانسازی بهبود بخشید.

واژگان کلیدی: نگرش؛ سیاست جمعیتی، موانع؛ ارائه دهنده‌ی خدمات سلامت؛ فرزندآوری؛ جوانسازی؛ ایران

ارجاع: بیگی، مرجان، طراحی محمدجواد، عطاقر مرضیه، دادخواه تهرانی ته‌مینه. موانع تحقق سیاست جوانسازی جمعیت کشور از دیدگاه کارکنان ستادی و شاغل در مراکز بهداشت شهرستان اصفهان و نگرش ایشان در مورد پیامدهای آن. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۵؛ ۴۴ (۸۵۲): ۲۰۰-۲۰۹.

مقدمه

پنجره جمعیتی جوان به میان‌سالی است. جمعیت‌شناسان این روند را بحرانی ارزیابی کرده و هشدار داده‌اند که در صورت تداوم وضعیت فعلی، تا سه دهه آینده با پدیده سالخوردگی جمعیت مواجه خواهیم شد (۱). از این‌رو، سیاست‌گذاری دقیق و هدفمند جهت تعدیل ساختار سنی و جوان‌سازی جمعیت ضروری به نظر می‌رسد. سیاست جمعیتی عبارت است از کلیه تمهیداتی که دولت و نهادهای اجرایی و

امروزه پویایی و ساختار جمعیت، یکی از مسائل مهم پیش روی کشورهاست، زیرا بر الگوی رشد اقتصادی پایدار تأثیرگذار است؛ برای مثال، پدیده سالمندی جمعیت (افزایش سهم جمعیت بالای ۶۵ سال) می‌تواند با کاهش عرضه نیروی کار، رشد اقتصادی و رفاه کشور را تحت‌الشعاع قرار دهد. با توجه به هرم سنی، ایران در حال گذار از

- ۱- گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
 - ۲- گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، مرکز تحقیقات بی‌هوشی و مراقبت‌های ویژه، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
 - ۳- دانشجوی کارشناس ارشد آموزش جامعه‌نگر، مرکز بهداشت شماره ۱ شهرستان اصفهان، اصفهان، ایران
 - ۴- گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- نویسنده‌ی مسؤو: ته‌مینه دادخواه تهرانی؛ گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: tdtahmineh@nm.mui.ac.ir

آن نگرش منفی (شامل منفی و کاملاً منفی)، نمره‌ی ۱۴۶ تا ۱۶۶ نگرش خنثی، نمره‌ی ۱۶۷ بیشتر از آن نگرش مثبت (شامل مثبت و کاملاً مثبت) در نظر گرفته می‌شود.

قسمت سوم پرسشنامه در مورد موانع تحقق سیاست جمعیتی بوده که شرکت‌کنندگان نظر خود را در مورد اهمیت ۲۲ مانع مطرح شده با انتخاب یکی از گزینه‌های مخالفم، نظری ندارم و موافقم بیان می‌دارند. این ۲۲ مانع در دو حیطه موانع فردی (۷) و موانع اقتصادی اجتماعی (۱۵) دسته‌بندی می‌شدند. اهمیت مانع مطرح شده، بر اساس مجموع فراوانی مطلق و نسبی دیدگاه‌های موافق به دست آمده از آن مانع و مقایسه آن با سایر موانع مشخص می‌شود و پرسشنامه‌ی نمره کلی ندارد. سؤالات این پرسشنامه، بر اساس مصاحبه‌ی عمیق با ۱۰ نفر از کارکنان بهداشتی مرتبط با برنامه‌ی جوانی جمعیت تهیه شد. روایی محتوایی پرسشنامه با نظر ۱۰ نفر از اساتید و خبرگان حوزه‌ی بهداشت و مامایی سنجیده شد. از آنها درخواست شد، نظریات خود را در مورد محتوا، ساختار، شکل ظاهری، و نحوه‌ی نگارش پرسشنامه بیان نمایند؛ سپس نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) محاسبه گردید و بعضی از سؤالات، اصلاح یا حذف گردید. برای محاسبه‌ی پایایی پرسشنامه نیز از شاخص همسانی درونی (آلفای کرونباخ) استفاده شد و اعتبار آن با ضریب الفای کرونباخ ۰/۸۳ تأیید شد.

محقق پس از تصویب طرح در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، با در دست داشتن معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی، به مراکز بهداشت شماره‌ی ۱ و ۲ اصفهان مراجعه کرده و از مدیران مربوطه خواست از طریق گروه‌هایی که از قبل در شبکه‌های اجتماعی برای ارتباط با داوطلبان دارند، اهداف و روش کار تحقیق را به اطلاع آنان برسانند و از ایشان بخواهند در صورت عدم تمایل به شرکت در طرح، به صورت پیامکی به سامانه مرکز بهداشت اطلاع دهند تا شماره همراه ایشان در اختیار پژوهشگر قرار نگیرد.

سپس لیست و شماره تلفن همراه همکاران واجد شرایط ورود به مطالعه، توسط مدیران ذی‌ربط در اختیار پژوهشگر قرار گرفت تا با تشکیل گروه جدیدی در شبکه اجتماعی واتس‌آپ با مشارکت‌کنندگان در ارتباط قرار گیرد. سپس برای جمع‌آوری داده‌ها، لینک مربوط به سؤالات پژوهش از طریق آنلاین با پلتفرم پرس‌لاین (Porsline) در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت که پس از مشاهده و اعلام موافقت با مفاد رضایت‌نامه، سؤالات پرسشنامه برای ایشان قابل رویت شده و می‌توانستند نسبت به تکمیل پرسشنامه اقدام نمایند. در گروه واتس‌آپی از شرکت‌کنندگان خواسته شد پس از مراجعه به پرس‌لاین در صورت مواجهه با مشکل در تکمیل پرسشنامه به محقق پیامک دهند تا با ایشان تماس تلفنی گرفته شود.

قانونی برای تاثیر گذاشتن بر ویژگی‌های کمی و کیفی یک جمعیت تصویب و اجرا می‌کنند (۲) و ضروری است که با بروز تغییرات هدفمند در سیاست‌های جمعیتی یعنی جوانسازی جمعیت مبنی بر تشویق فرزندآوری زودتر و بیشتر، هرم جمعیتی ایران اصلاح شود (ENREF_33).

در همین راستا، بسته خدمتی «خدمات باروری سالم» تدوین و توسط تیمی متشکل از بهورزان، ماماها، کارشناسان بهداشت خانواده و پزشکان در مراکز خدمات جامع سلامت ارائه می‌گردد. این کارکنان به عنوان اولین سطح تماس با مراجعان، رکن اساسی اجرای دستورالعمل‌های جمعیتی هستند. از این‌رو، نگرش آن‌ها نسبت به این سیاست‌ها، تأثیر مستقیمی بر موفقیت اجرای برنامه‌ها دارد. از سوی دیگر، این مجریان به دلیل تعامل مستقیم با خانواده‌ها و گفتگو درباره‌ی دلایل عدم تمایل به فرزندآوری، آگاهی عمیق‌تری از موانع تحقق این سیاست دارند. بنابراین، واکاوی موانع از دیدگاه آن‌ها می‌تواند در تدوین راهکارهای عملیاتی برای رفع موانع اجرایی مؤثر باشد. علاوه بر این، نتایج چنین پژوهش‌هایی می‌تواند راهنمای مراکز سیاست‌گذار کشور برای تسهیل فرایند افزایش مولید باشد. لذا محقق لازم و ضروری دانست در این مطالعه به بررسی نگرش کارکنان شاغل در مراکز بهداشت شهرستان اصفهان در مورد این سیاست جمعیتی و دیدگاهشان در مورد موانع تحقق آن در اصفهان در سال ۱۴۰۰ بپردازد.

روش‌ها

این مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی و از نوع مقطعی در سال ۱۴۰۰ بر روی کلیه ارائه‌دهندگان خدمات باروری سالم در مراکز بهداشت شهرستان اصفهان انجام شد. معیار ورود شامل حداقل یک سال سابقه‌ی فعالیت در اجرای قانون جوانی جمعیت و رضایت آگاهانه برای مشارکت بود. پرسشنامه‌های ناقص از مطالعه حذف شدند. با توجه به محدود بودن جامعه‌ی هدف، از روش سرشماری استفاده شد و پرسشنامه بین تمام داوطلبان واجد شرایط در مراکز بهداشت شماره‌ی ۱ و ۲ اصفهان توزیع گردید. داده‌ها از طریق یک پرسشنامه سه قسمتی محقق‌ساخته جمع‌آوری گردید که قسمت اول شامل ۱۰ سؤال در مورد اطلاعات دموگرافیک بود. قسمت دوم حاوی ۵۲ سؤال مربوط به سنجش نگرش کارکنان در مورد پیامدهای سیاست جوانسازی جمعیت کشور است. هر سؤال با طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم (۱-۵) نمره‌دهی شد و در برخی گویه‌ها نمره‌دهی به صورت معکوس انجام گرفت. مجموع نمرات این قسمت از پرسشنامه از ۲۶۰-۵۲ می‌باشد. نمره ۵۲ تا ۹۸ نگرش کاملاً منفی، نمره ۹۹ تا ۱۴۵ نگرش منفی، نمره ۱۴۶ تا ۱۶۶ نگرش خنثی، نمره ۱۶۷ تا ۲۱۳ نگرش مثبت و نمره ۲۱۴ تا ۲۶۰ نگرش کاملاً مثبت را نشان می‌دهد. در کل، نمره ۱۴۵ و کمتر از

نگرش منفی و (۲۰/ درصد ۶۰ نفر نگرش خنثی و (۸/۵۰ درصد) ۲۲ نفر نگرش مثبت داشتند.

برای بررسی رابطه‌ی نگرش کارکنان با مشخصات فردی از نوع متغیرهای کیفی، دو نوع آنالیز اجرا گردید. ابتدا رابطه‌ی این متغیرهای کیفی با وضعیت نگرش (مثبت-خنثی-منفی) و سپس رابطه‌ی آنها با میانگین نمرات نگرش بررسی گردید.

در آنالیز اول، آزمون Chi-square نشان داد وضعیت نگرش کارکنان نسبت به پیامدهای سیاست جوانسازی جمعیت کشور با وضعیت تأهل رابطه‌ی معناداری دارد ($P = ۰/۰۰۸$) به طوری که نگرش متأهلین مثبت‌تر است. همچنین نشان داد وضعیت نگرش کارکنان با سطح تحصیلات ($P \leq ۰/۰۰۱$)، رشته‌ی تحصیلی ($P \leq ۰/۰۰۱$) و عنوان شغلی ($P \leq ۰/۰۰۱$)، ارتباط معناداری دارد (جدول ۱).

در آنالیز دوم، رابطه‌ی میانگین نمرات نگرش کارکنان با مشخصات فردی بررسی شد و آزمون Independent sample T-test نشان داد، رابطه‌ی میانگین نمره نگرش نسبت به پیامدهای سیاست جوانسازی با وضعیت تأهل معنادار بوده به گونه‌ای که نمره‌ی میانگین نگرش متأهلین به طور معناداری بالاتر از مجردین می‌باشد که نشان می‌دهد متأهلین نسبت به سیاست فرزندآوری نگرش مثبت‌تری دارند ($P \leq ۰/۰۰۱$)، همچنین آزمون‌های آنالیز واریانس (ANOVA) نشان داد میانگین نمره‌ی نگرش نسبت به پیامدهای سیاست جوانسازی جمعیت با سطح تحصیلات، رشته تحصیلی و عنوان شغلی رابطه معناداری دارد (در همه‌ی موارد $P \leq ۰/۰۰۱$)، ولی این رابطه در سایر متغیرها معنادار نمی‌باشد.

متقابلاً آزمون تعقیبی Tukey نشان داد در مورد سطح تحصیلات، میانگین نمره‌ی کلی نگرش نسبت به پیامدهای سیاست جوانسازی جمعیت در دیپلمه‌ها و دارندگان مدرک کاردانی به‌طور معناداری بیشتر از دارندگان مدرک کارشناسی بود. اما سایر گروه‌های مدرک تحصیلی تفاوتی از نظر نگرش نداشتند. همچنین در مورد رشته‌ی تحصیلی، میانگین نمرات نگرش کارکنان نسبت به پیامدهای سیاست جوانسازی جمعیت در دارندگان مدرک بهورزی بیشتر از دارندگان مدارک بهداشت خانواده و مامایی بود. اما دارندگان مدارک بهداشت خانواده و مامایی، تفاوتی از نظر نگرش نداشتند. علاوه بر این در مورد عنوان شغلی، میانگین نمره‌ی کلی نگرش نسبت به پیامدهای سیاست جوانسازی جمعیت در بهورزان بیش از بقیه گروه‌ها بود اما سایر عناوین شغلی تفاوتی با یکدیگر نداشتند. بنابراین در مورد رابطه‌ی نگرش با مشخصات فردی از نوع متغیرهای کیفی، دو نوع آنالیز فوق نتایج کاملاً مشابهی را گزارش داده است.

بررسی موانع تحقق سیاست جوانی جمعیت از دیدگاه کارکنان نشان داد که مهم‌ترین موانع به ترتیب اولویت عبارتند از: نگرانی

پژوهشگر از طریق گروه واتس‌آپ، شرکت‌کنندگان را از محرمانه ماندن اطلاعات جمع‌آوری شده مطمئن می‌ساخت. همچنین ضمن تشکر از کسانی که پرسشنامه را پاسخ داده‌اند از سایرین مجدداً درخواست می‌کرد که پرسشنامه را تکمیل کنند.

این مطالعه با کد اخلاق IR.MUI.RESEARCH.REC.1399.696 مورد تأیید قرار گرفت. پژوهشگر پیش از توزیع پرسشنامه‌ها برای جامعه پژوهش در مورد اهداف و روش مطالعه توضیح مبسوط داده و نظر ایشان را جلب نمود. پس از اعلام رضایت افراد در سامانه‌ی مربوطه سؤالات در دسترس ایشان قرار می‌گرفت. به شرکت‌کنندگان در مورد محرمانه بودن اطلاعات آنها اطمینان داد. همچنین به آنها برای ادامه یا انصراف از همکاری اختیار و آزادی کامل داده شد و از ایشان درخواست شد در صورت عدم تمایل به شرکت در طرح، به صورت پیامکی به سامانه مرکز بهداشت اطلاع دهند تا شماره همراه ایشان در اختیار پژوهشگر قرار نگیرد. پس از پاسخگویی به سؤالات، به عنوان مشوق، مبلغی معادل صد هزار ریال برای شارژ اینترنتی برای شرکت‌کنندگان ارسال شد.

برای توصیف داده‌ها از میانگین و انحراف معیار و فراوانی مطلق و نسبی و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون Independent sample T-test، Chi-square، ضریب همبستگی Pearson، آنالیز واریانس و آزمون تعقیبی Tukey با سطح معنی‌داری ۰/۰۵ استفاده شد. به دلیل کم بودن فراوانی در برخی سلول‌ها، طبقات نگرش جهت انجام آزمون‌های آماری در سه دسته (منفی، خنثی، مثبت) ادغام شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۲۵ (version 25, IBM Corporation, Armonk, NY) به کار رفت.

یافته‌ها

از ۷۱۳ نفر افراد واجد شرایط، ۲۵۹ نفر به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند بنابراین نرخ پاسخ‌دهی به پرسشنامه ۳۶ درصد بود. میانگین سن نمونه‌ها $۸/۱۴ \pm ۳۹/۲۵$ سال، میانگین تعداد فرزندانشان $۰/۹۶ \pm ۱/۵۵$ و میانگین سابقه‌ی خدمت آنها $۸/۴۶ \pm ۱۵/۲۳$ سال بود. اغلب نمونه‌ها متأهل بوده (۸۴/۲۰ درصد) و فقط فرزند دختر داشته (۲۷ درصد)، دارای مدرک تحصیلی کارشناسی بهداشت خانواده بوده (۴۸/۶ درصد)، وضعیت استخدامی رسمی/پیمانی داشته (۶۶ درصد) و در رشته‌ی بهورزی تحصیلی کرده بودند (۳۵ درصد). همچنین از نظر عنوان شغلی، بیشترین فراوانی مربوط به مراقبین سلامت با مدرک کارشناسی بهداشت خانواده بود (۳۳/۶ درصد).

یافته‌ها نشان داد میانگین نمرات نگرش مجریان در مورد پیامدهای سیاست جمعیتی $۲۱/۷۴ \pm ۱۳۶/۷۱$ یعنی در سطح نگرش منفی بود. همچنین از ۲۵۹ نفر شرکت‌کننده، (۶۸/۳۰ درصد) ۱۷۷ نفر

جدول ۱. وضعیت نگرش کارکنان در مورد پیامدهای سیاست جمعیتی به تفکیک وضعیت تأهل، جنس فرزندان، سطح تحصیلات، وضعیت استخدامی، رشته تحصیلی و عنوان شغلی

df	Chi-square		وضعیت نگرش			سطوح متغیرها (تعداد)	متغیرهای کیفی
	χ^2	P	مثبت تعداد (درصد)	خنثی تعداد (درصد)	منفی تعداد (درصد)		
۲	۹/۷۸	۰/۰۰۰۸	۵(۱۲/۲۰)	۲۰(۴۸/۸۰)	۱۶(۳۹/۰۰)	مجرد	وضعیت تأهل
			۵۰(۲۲/۹۰)	۱۲۹(۵۹/۲۰)	۳۹(۱۷/۹۰)	متأهل	
۴	۳/۳۹	۰/۴۹۴	۹(۱۷/۳۰)	۳۳(۶۳/۵۰)	۱۰(۱۹/۲۰)	پسر	جنس فرزندان
			۱۸(۲۵/۷۰)	۴۳(۶۱/۴۰)	۹(۱۲/۹۰)	دختر	
			۱۵(۲۴/۲۰)	۳۳(۵۳/۲۰)	۱۴(۲۲/۶۰)	هر دو	
۶	۲۹/۲۴	≤۰/۰۰۱	۲۰(۲۹/۴۰)	۴۴(۶۴/۷۰)	۴(۵/۹۰)	دیپلم	سطح تحصیلات
			۱۵(۳۲/۶۰)	۲۷(۵۸/۷۰)	۴(۸/۷۰)	کاردانی	
			۱۷(۱۳/۵۰)	۶۸(۵۴/۰۰)	۴۱(۳۲/۵۰)	کارشناسی	
			۳(۱۵/۸۰)	۱۰(۵۲/۶۰)	۶(۳۱/۶۰)	کارشناسی ارشد	
۴	۵/۸۷	۰/۲۱	۳۸(۲۳/۳۰)	۹۵(۵۸/۳۰)	۳۰(۱۸/۴۰)	رسمی و پیمانی	وضعیت استخدامی
			۱۰(۱۳/۳۰)	۴۶(۶۱/۳۰)	۱۹(۲۵/۳۰)	شرکتی	
			۳(۴۲/۹۰)	۳(۴۲/۹۰)	۱(۱۴/۳۰)	طرحی و سایر	
۴	۱۸/۲	≤۰/۰۰۱	۲۹(۳۱/۹۰)	۵۳(۵۸/۲۰)	۹(۹/۹۰)	بهورز	رشته تحصیلی
			۱۳(۱۵/۱۰)	۵۳(۶۱/۶۰)	۲۰(۲۳/۳۰)	بهداشت خانواده	
			۱۳(۱۵/۹۰)	۴۳(۵۲/۴۰)	۲۶(۳۱/۷۰)	مامایی	
۶	۲۴/۵۳	≤۰/۰۰۱	۲۷(۳۲/۹۰)	۵۰(۶۱/۰۰)	۵(۶/۱۰)	بهورز	عنوان شغلی
			۱۵(۱۷/۲۰)	۵۳(۶۰/۹۰)	۱۹(۲۱/۸۰)	مراقب سلامت با مدرک کارشناسی بهداشت	
			۱۰(۱۷/۵۰)	۲۹(۵۰/۹۰)	۱۸(۳۱/۶۰)	مراقب سلامت با مدرک مامایی	
			۳(۹/۱۰)	۱۷(۵۱/۵۰)	۱۳(۳۹/۴۰)	کارشناس مرکز بهداشت شماره یک و دو	

جدول ۲. میانگین نمره نگرش کارکنان در مورد پیامدهای سیاست جوانسازی جمعیت کشور به تفکیک وضعیت تأهل، جنسیت فرزند، سطح تحصیلات، نوع استخدام، رشته تحصیلی، عنوان شغلی، واحد خدمت

df	Chi-square	P	نمره کلی نگرش (انحراف معیار) میانگین	تعداد	سطوح	متغیرهای کیفی
۱	t=۱۳/۶۷	* ≤۰/۰۰۱	۱۲۵/۴۶(۲۲/۵۸)	۴۱	مجرد	وضعیت تأهل
			۱۳۸/۸۲(۲۰/۹۰)	۲۱۸	متأهل	
۲	F=۱/۳۸	**۰/۲۵۵	۱۳۵/۱۳(۱۶/۷۸)	۵۲	پسر	جنس فرزندان
			۱۴۱/۳۳(۲۰/۴۹)	۷۰	دختر	
			۱۳۷/۶۳(۲۳/۹۰)	۶۲	هر دو	
۳	F=۸/۶۹	** ≤۰/۰۰۱	۱۴۳/۱۵(۱۷/۴۳)	۶۷	دیپلم	سطح تحصیلات
			۱۴۵/۵۲(۲۲/۰۰)	۴۶	کاردانی	
			۱۰۳/۸۰(۲۱/۲۳)	۱۴۶	کارشناسی	
			۱۳۱/۴۲(۲۵/۹۶)	۱۹	کارشناسی ارشد	
۴	F=۲/۶۲	**۰/۰۵۷	۱۳۷/۷۸(۲۱/۸۶)	۱۶۳	رسمی و پیمانی	وضعیت استخدامی
			۱۳۳/۵۱(۲۰/۳۴)	۷۵	شرکتی	
			۱۵۱/۴۳(۳۰/۸۷)	۷	طرحی و سایر	
۲	F=۷/۸۹	** ≤۰/۰۰۱	۱۴۳/۶۶(۲۰/۳۵)	۹۱	بهورز	رشته تحصیلی
			۱۳۴/۲۳(۲۰/۰۷)	۸۶	بهداشت خانواده	
			۱۳۱/۵۸(۲۳/۱۴)	۸۲	مامایی	
۳	F=۸/۰۷	** ≤۰/۰۰۱	۱۴۵/۵۰(۱۹/۵۸)	۸۲	بهورز	عنوان شغلی
			۱۳۵/۲۱(۱۹/۴۱)	۸۷	مراقب سلامت با مدرک کارشناسی بهداشت	
			۱۳۱/۱۶(۲۳/۷۵)	۵۷	مراقب سلامت با مدرک مامایی	

***: آزمون Independent sample T-test ** آزمون آنالیز واریانس

جدول ۳. دیدگاه کارکنان در مورد نقش موانع مختلف در عدم تحقق اهداف سیاست کنونی جمعیتی کشور

حیطه‌های موانع	موانع	دیدگاه		
		مخالف تعداد (درصد)	نظری ندارم تعداد (درصد)	موافق تعداد (درصد)
موانع اقتصادی و اجتماعی	نگرانی زوجها بابت تحصیل و اشتغال و رفاه فرزندان در آینده	۴(۱/۶۰)	۴(۱/۵۰)	۲۵۱(۹۶/۹۰)
	نگرانی زوجها از عدم توانایی تامین مالی فرزندان به علت بی‌ثباتی وضعیت اقتصادی و تورم روزافزون مایحتاج زندگی.	۴(۱/۵۰)	۵(۱/۹۰)	۲۵۰(۹۶/۵۰)
	بیکاری زوجها یا داشتن شغل بی‌ثبات.	۵(۱/۹۰)	۶(۲/۳۰)	۲۴۸(۹۵/۸۰)
	نداشتن مسکن شخصی.	۷(۲/۷۰)	۹(۳/۵۰)	۲۴۳(۹۳/۹۰)
	نبودن مشوق‌های مستقیم مالی از جانب دولت برای تامین هزینه‌های کودک با اعطای حق عائله‌مندی به ازای هر فرزند به آحاد مردم.	۱۰(۳/۹۰)	۱۴(۵/۴۰)	۲۳۵(۹۰/۸۰)
	نگرانی زوجها از تهدیدهای اجتماعی و فرهنگی در تربیت فرزند (اعتیاد، فساد و شبکه‌های اجتماعی و ...).	۵(۴۰)	۱۶(۶/۲۰)	۲۲۹(۸۸/۴۰)
	عدم امکان بارداری و شیردهی به علت نیاز زنان به اشتغال برای کمک به تامین هزینه‌های خانواده.	۱۲(۴/۷۰)	۱۸(۵/۹۰)	۲۲۹(۸۸/۴۰)
	نگرانی زوجها بابت صرف وقت کافی برای فرزندان به علت مشغله فراوان.	۱۷(۶/۶۰)	۱۶(۶/۲۰)	۲۲۶(۸۷/۲۰)
	اعتقاد زوجها به ضعیف و ناکافی بودن ارائه خدمات بهداشتی و درمانی (بالا بودن هزینه‌های درمانی - بیمه‌های ناکارآمد - عدم دسترسی به دارو و ...).	۲۴(۹/۲۰)	۱۹(۷/۳۰)	۲۱۶(۸۳/۴۰)
	اعتقاد زوجها به ضعیف و ناکافی بودن ارائه خدمات اجتماعی برای نگهداری و پرورش کودکان (مهد کودک - پارک - مرخص زایمان کافی - مرخصی زایمان برای پدر).	۳۰(۱۱/۶۰)	۲۵(۹/۷۰)	۲۰۴(۷۸/۸۰)
موانع فردی	نگرانی خانواده‌ها از مشکلات زیست محیطی مانند آلودگی شدید هوا، کم آبی ...	۵۴(۲۰/۸۰)	۴۴(۱۷/۰۰)	۱۶۱(۶۲/۲۰)
	اعتقاد زوجها به ضعیف بودن کیفیت آموزش و پرورش کشور.	۵۸(۲۲/۴۰)	۴۲(۱۶/۲۰)	۱۵۹(۶۱/۴۰)
	تمایل به مهاجرت به خارج از کشور و اعتقاد به دست و پاگیر بودن فرزند.	۵۹(۲۲/۷۰)	۴۸(۱۸/۵۰)	۱۵۲(۵۸/۷۰)
	بی‌انگیزگی کارکنان سیستم بهداشتی در راستای تغییر نگرش مردم به فرزندآوری	۷۴(۲۸/۶۰)	۳۷(۱۴/۳۰)	۱۴۳(۵۷/۱۰)
	نگرانی زوجها از وقوع بحران‌های طبیعی و زیست محیطی (سیل - زلزله - خشکسالی و ..).	۸۴(۳۲/۴۰)	۵۹(۲۲/۸۰)	۱۱۶(۴۴/۸۰)
	احساس بی‌مسئولیتی افراد در مقابل آینده کشور.	۵۷(۲۲/۰۰)	۴۷(۱۸/۱۰)	۱۵۵(۵۹/۸۰)
	عدم آگاهی خانواده‌ها از فواید بارداری بر سلامت مادر.	۶۲(۲۴/۰۰)	۵۸(۲۲/۴۰)	۱۳۹(۵۳/۶۰)
	تمایل افراد به پیگیری اهداف شخصی (پیشرفت در تحصیل و کار و اقتصاد و ...).	۳۳(۱۲/۷۰)	۲۷(۱۰/۴۰)	۱۹۹(۷۶/۹۰)
	آگاهی ناکافی خانواده‌ها از شیوه صحیح فرزندپروری.	۴۶(۱۷/۷۰)	۲۰(۷/۷۰)	۱۹۳(۷۴/۵۰)
	عدم آگاهی و یقین خانواده‌ها از جدی بودن خطر سالمند شدن جمعیت کشور.	۶۰(۲۳/۲۰)	۳۱(۱۲/۰۰)	۱۶۸(۶۴/۸۰)
راحت‌طلبی زوجها و عدم تمایل به قبول مسوولیت تامین و نگهداری و تربیت فرزند.	۶۹(۲۶/۶۰)	۲۴(۹/۳۰)	۱۶۶(۶۴/۱۰)	
عدم آگاهی خانواده‌ها از فواید چند فرزندی و پیامدهای منفی تک فرزندی.	۶۶(۲۵/۴۰)	۳۰(۱۱/۶۰)	۱۶۳(۶۲/۹۰)	

فقط ۱۴/۷۰ درصد از آنها با این موضوع مخالفند. همچنین ۹۶/۹۰ درصد از کارکنان معتقدند که موانع اقتصادی - اجتماعی مانع از تحقق سیاست جمعیتی کنونی کشور می‌شود در حالیکه فقط ۳/۱۰ درصد از آنها با این موضوع مخالفند. در مجموع از دیدگاه کارکنان، هر دو دسته موانع فردی و موانع اقتصادی - اجتماعی در ممانعت از تحقق اهداف سیاست جمعیتی کشور، اهمیت دارند ولی موانع اقتصادی - اجتماعی بیشتر از موانع فردی در ممانعت از تحقق اهداف جمعیتی تأثیر دارند.

بحث

این مطالعه با هدف تعیین موانع تحقق سیاست جوانسازی جمعیت کشور از دیدگاه کارکنان مراکز بهداشت شهرستان اصفهان و نگرش

زوج‌ها بابت تحصیل و اشتغال و رفاه فرزندان در آینده - نگرانی زوجها از عدم توانایی تامین مالی فرزندان به علت بی‌ثباتی وضعیت اقتصادی و تورم روزافزون مایحتاج زندگی - بیکاری زوجها یا داشتن شغل بی‌ثبات - نداشتن مسکن شخصی نبودن مشوق‌های مستقیم مالی از جانب دولت برای تامین هزینه‌های کودک با اعطای حق عائله‌مندی به ازای هر فرزند به آحاد مردم. همچنین از دیدگاه کارکنان، از میان تمام موانع تحقق اهداف سیاست جمعیتی، عدم آگاهی مردم از فواید بارداری بر سلامت مادر و نگرانی زوجها از وقوع بحران‌های طبیعی (سیل - زلزله - خشکسالی و ..) از کمترین اهمیت برخوردارند (جدول ۳).

به علاوه یافته‌ها نشان داد ۶۸ درصد از کارکنان معتقدند که موانع فردی مانع از تحقق سیاست جمعیتی کنونی کشور می‌شود در حالیکه

آنها در مورد پیامدهای این سیاست بود. نتایج مربوط به میانگین نمرات نگرش کارکنان و همچنین توزیع فراوانی وضعیت نگرش (منفی/نظری ندارم/مثبت) در مورد پیامدهای سیاست جمعیتی، حاکی از نگرش منفی ایشان است.

در مورد رابطه‌ی عوامل دموگرافیک کیفی و کمی با میانگین نمرات و وضعیت نگرش کارکنان در مورد سیاست جمعیتی، نتایج نشان داد وضعیت تأهل، سطح تحصیلی، عنوان شغلی و رشته‌ی تحصیلی با نگرش کارکنان رابطه‌ی معناداری دارد. مجردین، به‌طور معناداری نگرش منفی‌تر و متأهلین نگرش مثبت‌تری نسبت به سیاست فرزندآوری داشتند. در توضیح این یافته می‌توان گفت احتمالاً نگرش منفی مجردین به این سیاست جمعیتی می‌تواند به دلیل نظرات نوگرایانه این افراد و یا ویژگی‌های شخصیتی آنان مانند عدم تمایل به گره خوردن سرنوشتشان به انسان‌های دیگر مانند همسر و فرزند باشد. همچنین نگرش نسبت به پیامدهای سیاست جوانسازی جمعیت در دیپلمه‌ها و دارندگان مدرک کاردانی به‌طور معناداری مثبت‌تر از دارندگان مدرک کارشناسی بود. اما سایر گروه‌های مدرک تحصیلی تفاوتی از نظر نگرش نداشتند. در توضیح این یافته شاید بتوان گفت هرچه سطح تحصیلات بالاتر باشد درک افراد از پیامدهای یک برنامه جدید و نگرش ایشان نسبت به آن بیشتر خواهد بود. همچنین نگرش به‌روزان نسبت به پیامدهای سیاست جمعیتی کنونی مثبت‌تر از بقیه‌ی گروه‌ها بود اما کارکنان با سایر عناوین شغلی از نظر نگرش تفاوتی با یکدیگر نداشتند. در مورد این یافته می‌توان گفت به‌روزان از سطح تحصیلات پایین‌تری برخوردارند و عنوان شغلی به‌طور غیرمستقیم با واسطه تحصیلات می‌تواند روی نگرش تأثیر بگذارد. ضمناً به‌روزان بیشتر در مناطق روستایی سکونت دارند که مشکلات و عواقب فرزندآوری کمتر دامن‌گیر آنها می‌باشد بنابراین نگرش آنها نسبت به فرزندآوری مثبت‌تر است.

در خصوص دیدگاه کارکنان نسبت به موانع تحقق اهداف سیاست جمعیتی، کارکنان به همه موانع نمره‌ی بالایی داده‌اند و این نشان می‌دهد که موانع متعددی برای فرزندآوری مطرح است اما همسو با یافته‌های نتایج، مهم‌ترین موانع شناسایی شده، عوامل اقتصادی شامل تورم، مسکن و بیکاری بودند.

نگرش کارکنان با رشته‌ی تحصیلی آنها، ارتباط معناداری داشت و میانگین نمرات نگرش در دارندگان مدرک به‌روزی بیشتر از دارندگان مدارک بهداشت خانواده و مامایی بود. اما دارندگان مدارک بهداشت خانواده و مامایی تفاوتی از این نظر نداشتند. در مورد این یافته نیز مانند عنوان شغلی می‌توان گفت رشته‌ی تحصیلی به‌روزی با سطح تحصیلات پایین‌تر و زندگی روستایی همراه است که این عوامل همراه احتمالاً می‌تواند روی نگرش آنها نسبت به فرزندآوری تأثیر مثبت بگذارد.

اگرچه هیچ مطالعه‌ی داخلی یا خارجی مستقیماً به نگرش کارکنان نپرداخته بود، اما مطالعات متعددی روی زوجین انجام شده که نتایج آنها همسو با یافته‌های ما بود. در همه‌ی این مقالات بر ویژگی‌های دموگرافیک زوجین به ویژه تحصیلات، شغل، جنس و تعداد فرزندان تمرکز شده است. مطالعات Akyildiz (۴) و Tosun و Yang (۵) از دسته مقالات خارجی و مطالعه‌ی چمنی و همکاران، از دسته مقالات داخلی، به بررسی رابطه‌ی ویژگی‌های دموگرافیک زوجین و نگرش ایشان به سیاست فرزندآوری پرداخته‌اند (۶).

در مطالعات فوق نیز افراد با تحصیلات و رتبه‌های شغلی بالاتر نسبت به ارائه‌ی دیدگاه‌های خود نسبت به سیاست‌های فرزندآوری دچار تردیدند و اقدامات آئی و فوریتی برای دستیابی به اهداف فرزندآوری را مورد قبول نمی‌دانند.

این مطالعه نشان داد، از میان واحدهای مورد پژوهش، نگرش مراقبین سلامت ماما نسبت به گروه‌های شغلی به‌روز و مراقبین سلامت بهداشت خانواده نسبت به پیامدهای سیاست جمعیتی کنونی اندکی منفی‌تر بود. نگرش کمتر مساعد ماماها می‌تواند مرتبط با نگرانی‌های آنها در خصوص سلامت مادران باردار می‌باشد. ماماها به خوبی تأثیر زایمان و حاملگی‌ها را بر کاهش سرطان‌های دستگاه تناسلی و همچنین کاهش سرطان پستان می‌دانند. ارتقای رشد و تکامل کودکان را متعاقب داشتن خواهر و برادر می‌دانند و قطعاً این مهم برای ایشان اهمیت دو چندان دارد، اما شاخص سلامت مادران که در قالب مرگ‌های مادری در محدوده‌ی لقای تا ۴۲ روز پس از زایمان می‌گنجد، از شاخص‌های توسعه‌یافتگی جوامع بوده و چنان مورد توجه سیاست‌گذاران سلامت می‌باشد (۷) که ماماها همواره نگران به مخاطره افتادن سلامت مادران در پی بارداری‌های متعدد و احتمالاً ناخواسته و برنامه‌ریزی نشده می‌باشند. به قطعیت می‌توان گفت که این افراد در بین سایر حرف پزشکی در جهت ارتقای شاخص مرگ مادران باردار خود را مسئول‌تر می‌دانند زیرا در قبال شاخص مرگ‌ومیر مادری، مسئولیت حرفه‌ای و قانونی بالایی دارند لذا هر عامل تهدیدکننده و مخاطره‌آمیز برای این، ماماها را چه از باب حقوقی و چه به لحاظ اخلاقی و انسان دوستانه بسیار نگران و متأثر می‌کند.

بدیهی است در طی سالیان متمادی گروه‌های پزشکی و به ویژه ماماها برنامه‌های تنظیم خانواده را با عنوان هزینه-اثربخش‌ترین برنامه در جهت کاهش مرگ و میر مادران باردار شناخته و بسیاری از ایشان و همچنین کنش‌گران حوزه‌ی سیاست‌گذاری سلامت، قسمتی از کاهش ۶۸ درصدی مرگ مادران ایران طی سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۵ را مرهون این برنامه دانستند (۸). با در نظر گرفتن این موضوع، ماماها محدودیت‌های تنظیم خانواده برای افزایش جمعیت را، تهدیدی در راستای برنامه‌های سلامت مادران می‌دانند. هرچند میزان باروری در

سیاست فرزندآوری ممکن است سلامت فردی و عمومی را به خطر بیندازد. ایران باید فوراً این قوانین مربوط به این سیاست را لغو کند و به‌طور تدریجی با بهره‌مندی مردم از حق بهداشت جنسی و تولید مثل، میزان باروری را بهبود بخشد. ایشان معتقد است قوانین جمعیتی کشور ایران باید بر تشویق مردم به باروری بالاتر از طریق حمایت مالی و اجتماعی از والدین و فرزندان آینده متمرکز باشد (۱۳).

کارکنان بهداشتی از نزدیک با مراجعین در ارتباط هستند و نگرش‌ها و نگرانی‌های ایشان را به خوبی می‌دانند؛ همچنین از هم‌گسیختگی خانواده‌ها و دشواری‌های حاصل از ناکامی‌ها را می‌بینند و درک می‌کنند. از طرفی تأثیر منفی وضعیت اقتصادی و معیشتی مردم بر سلامت روان را جزء لاینفک این معضلات اجتماعی می‌دانند. بدیهی است تحصیلات، باعث افزایش سواد سلامت و ترویج خود مراقبتی شده و اشتغال مناسب و اقتصاد خوب با افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی بهتر زمینه حفظ و توسعه سلامت را فراهم می‌سازد (۱۴).

در حال حاضر با وجود ترویج سیاست جمعیتی مبنی بر افزایش فرزندآوری، به جای آمار بالای بارداری با کاهش بارداری‌ها مواجه شده‌ایم؛ از طرفی، از مرگ و ناتوانی مادران و کودکان کاسته نشده است. این در حالی است که سیاستگذاران سلامت در همه‌ی کشورها با کاهش مرگ به دنبال کاهش بارداری موافقت نموده‌اند. عدم کاهش مرگ‌ها با وجود کاهش بارداری‌ها در حال حاضر می‌تواند ناشی از بی‌عدالتی در دسترسی به خدمات بهداشتی، متعاقب وضعیت نامناسب اقتصادی باشد چرا که بر اساس اعتقاد مسئولین سلامت مادران و کودکان در وزارت متبوع، بارداری‌های پرخطر در نظام مراقبتی ویژه قرار دارند و بسیاری از مرگ‌ها متعاقب بارداری‌های پرخطر می‌باشد (۱۵) البته ناگفته نماند که بسیاری از مادران علیرغم وضعیت اقتصادی خوب و یا در حد قابل قبول، هزینه‌های پاراکلینیکی برای مراقبت‌ها در طی بارداری را مقرون به صرفه نمی‌دانند که این نیز نشان از وضعیت اجتماعی ضعیف مادران جامعه است.

در مطالعه‌ای در لرستان، که جامعه‌ی آماری آن شامل نخبگان لرستانی صاحب‌نظر در حوزه‌ی مباحث جمعیتی بود، یافته‌های پژوهش نشان داد که از دیدگاه این نخبگان، احساس ناامنی زوجین در بعد شغلی، احساس ناامنی در بعد هزینه‌های زندگی، احساس ناامنی در بعد مالی/درآمدی و بعد مسکن، مهاجرت کردن، مهارت‌های زندگی زوجین به ترتیب بیشترین تأثیر را بر گرایش به فرزندآوری زوجین استان لرستان دارد. پژوهشگران همچنین اظهار داشتند از دیدگاه نخبگان جمعیتی عوامل متفاوتی در تمایل زوجین به فرزندآوری نقش دارند. از جمله این عوامل که در این پژوهش به اثبات رسیدند عبارتند از عوامل اقتصادی چون درآمد مالی، اشتغال، مسکن، عوامل سیاسی چون حمایت دولت از زوجین و برنامه‌ریزی و

کشور ایران به زیر حد جایگزینی رسیده است که برای جامعه ایرانی از حیث سیاسی، اقتصادی، فرهنگی و مذهبی نگران‌کننده می‌باشد اما باز هم بسیاری از ماماها کماکان بر این اعتقادند که اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده و کنترل موالید می‌تولند از رشد بی‌رویه‌ی جمعیت و اثرات نامطلوب اجتماعی و اقتصادی ناشی از آن پیشگیری کند (۹) البته این نوع نگرش فقط مختص کشور ایران نمی‌باشد. مثلاً Mprah و همکاران از کشور غنا، بر اساس یک مطالعه، برنامه‌ی تنظیم خانواده را مهم‌ترین عامل کاهش مرگ‌های مادران باردار این کشور دانستند. این پژوهشگران به ویژه بر مرگ‌های مادران باردار متعاقب سقط‌های جنایی در این کشور تأکید کردند و اعلام داشتند که ترویج استفاده از اقلام فاصله‌گذاری (وسایل پیشگیری از بارداری)، مرگ مادران باردار به این دلایل را تا حدود قابل‌ملاحظه‌ای کاهش می‌دهد (۱۰).

Kaydor و همکاران نیز در مطالعه‌ی خود از موانع پذیرش وسایل تنظیم خانواده در میان مادران زایمان کرده به ویژه مادرانی که فارغ از یک زایمان پرخطر بودند اعلام نگرانی نمودند (۱۱).

Utomo و همکاران از کشور اندونزی همچنان بر اهمیت تنظیم خانواده به عنوان عامل کاهش مرگ‌های مادری گفتند و اعلام نمودند که اگرچه سیاست فرزندآوری در کشور را ارزشمند می‌دانند اما از آن مهم‌تر، دستیابی کشورشان به اهداف توسعه پایدار در زمینه‌ی کاهش مرگ‌های مادران باردار است لذا بر اهمیت استفاده از اقلام فاصله‌گذاری به ویژه برای مادران پرخطر تأکید نمودند (۱۲).

در این مطالعه، نگرش کارشناسان ستادی مراکز بهداشت دانشگاه نسبت به ماماها مراکز بهداشت، منفی‌تر بود که احتمالاً به علت پاسخگو بودن ایشان در خصوص سلامت مادران به حوزه ریاست دانشگاه و متعاقب آن حوزه‌های بهداشت و درمان وزارت متبوع است. البته لازم به ذکر است که غالب این کارشناسان نیز فارغ‌التحصیلان حرفه مامایی هستند. ایشان در زمینه‌ی مرگ و میر (Mortality)، ابتلا (Moribidity)، سقط‌های غیر ایمن، مرگ کودکان و نوزادان و همچنین پوشش مراقبتی در زمینه قبل، حین و پس از بارداری به وزارت متبوع پاسخگو و مسئول می‌باشند و موظف‌اند به دنبال افزایش و کاهش این شاخص‌ها، برنامه‌های کوتاه‌مدت، میان‌مدت و درازمدت ارائه دهند؛ لذا نگرانی آن‌ها از تأثیر این سیاست جمعیتی بر شاخص‌های مذکور مخصوصاً مرگ‌میر مادران بی‌دلیل نمی‌باشد.

کشور ایران در زمینه‌ی دستیابی به اهداف توسعه پایدار متعهد شده است که در سال ۲۰۳۰ آمار مرگ مادری خود را به ۹ در ۱۰۰ هزار تولد زنده برساند (۸). به همین دلیل خطرات افزایش بارداری‌ها در مادران، برای کارشناسان ستادی و به ویژه کارشناسان مادران ستادهای بهداشت دانشگاه‌ها قدری سخت می‌باشد. در همین زمینه، فکور و کوکی سستی از ایران در طی مطالعه‌ی خود بیان کردند، این

نیمی از شرکت‌کنندگان بود.

نتیجه‌گیری

اگرچه موانع فردی و اقتصادی-اجتماعی هر دو در عدم تحقق اهداف سیاست جمعیتی مؤثرند، اما از دیدگاه مجریان، موانع ساختاری-اقتصادی (نظیر بی‌ثباتی معیشتی و فقدان مسکن) چالش‌برانگیزتر از موانع فردی ارزیابی شدند. همچنین از دیدگاه کارکنان هر دو دسته موانع فردی و موانع اقتصادی-اجتماعی در ممانعت از تحقق اهداف این سیاست جمعیتی اهمیت دارند ولی موانع اقتصادی اجتماعی بیشتر از موانع فردی مانع از تحقق اهداف مربوطه می‌شوند. بر اساس دیدگاه کارکنان در مورد موانع تحقق این اهداف می‌توان مداخلاتی را طراحی و اجرا نمود که تمرکز را از «تغییر نگرش کارکنان» به «توانمندسازی و حمایت از آنان برای اقتناع جامعه» تغییر دهد. برای مثال طراحی مداخلات آموزشی-حمایتی برای ارتقای سواد سیاستی کارکنان و تجهیز آنان به راهکارهای اقناعی، با در نظر گرفتن دغدغه‌های اقتصادی مراجعان، می‌تواند به اجرای اثربخش‌تر برنامه‌ها کمک کند.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه‌ی مقطع کارشناسی ارشد رشته‌ی آموزش جامعه‌نگر با کد ۳۹۹۷۷۳ می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تصویب رسیده و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به انجام رسیده است. بدین‌وسیله از زحمات کارکنان معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و مسؤولان بهداشت شهرستان اصفهان تقدیر و تشکر می‌شود.

سیاستگذاری مناسب و عوامل فرهنگی و اجتماعی که بتواند نگاه زوجین به فرزندآوری را تغییر دهد (۱۶). مطالعه‌ی حاضر هم راستا با یافته‌های مطالعه‌ی فوق می‌باشد.

مطالعه‌ی دیگری که در آن پژوهشگران به طور کیفی به واکاوی چالش‌های فردی و اجتماعی فرزندآوری در بستر باروری پایین در شهر اصفهان پرداختند، نتایج نشان داد که بیم و هراس‌های اقتصادی، آینده‌هراسی، مسئولیت‌پذیری اجتماعی و دغدغه‌های انباشته، معقولیت تصمیم به فرزندآوری را زیر سؤال می‌برد. پژوهشگران نتیجه گرفتند چنین محاسباتی نه تنها انواع راهبردها را در خانواده‌ها فعال می‌نماید، بلکه آنها را دچار نوعی دگردیسی و گذار ارزشی می‌کند. همچنین، برنامه‌ها و سیاست‌های تشویقی جمعیت، زمانی موفق است که با درک واقع بینانه از چالش‌های فرزندآوری زوجین، برای رفع آنها تلاش کنند (۱۷). مطالعه‌ی حاضر هم راستا با یافته‌های مطالعه‌ی فوق می‌باشد.

در مورد نقطه‌ی قوت این مطالعه بر اساس جستجوی پیشرفته‌ی گسترده در پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر می‌توان گفت این مطالعه برای اولین بار نگرش کارکنان ارائه‌دهنده‌ی خدمات مربوط به اجرای سیاست جوانسازی جمعیت را مورد بررسی قرار داده و به موانع دستیابی به اهداف این سیاست از دیدگاه آنها پرداخته است.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش این بود که کارکنان مراکز جامع سلامت و کارشناسان ستادی ممکن بود در برخی موارد، به ویژه زمانی که احساس می‌کردند با پاسخ دهی به سؤالات، حیثیت شغلی آنها دچار مخاطراتی شود و یا به سبب مخالفت با سیاست‌های جمعیتی، انگ‌های سیاسی دریافت نمایند به سؤالات پاسخ صحیح نداده باشند که این مسأله از کنترل پژوهشگر خارج بود. گواه این مطلب، دادن پاسخ‌های خنثی به بسیاری از سؤالات توسط بیش از

References

1. Golpaigani Z. Effective factors on attitude of Iranian families about low childbearing based on population policies. Proceedings of the International Conference of Human Sciences, Psychology and Social Sciences; Tehran, Iran; 17 Nov 2015. [in Persian]
2. Rahimian F. The pathology of population policy making of the Islamic Republic of Iran [in Persian]. J Popul 2019(25): 127-51.
3. Jarahi L, Zavar A, Neamat Shahi M. Evaluation of the frequency of unwanted pregnancy and its related factors in the pregnant women of Sarakhs city [in Persian]. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2014; 17(124): 8-14.
4. Akyildiz NA. Evaluation of Elderly Population Policies in Development Plans in the Context of Social Sustainability. International Journal of Recent Advances in Multidisciplinary Research 2020; 7(3): 5653-61.
5. Tosun MS, Yang J. Determinants of fertility and population policies in MENA countries. Economic Research Forum Working Papers; 2018.
6. Chamani S, Moshfegh M, Shekarbeigi A. Studying the challenges of childbearing in Tehran with an emphasis on mixed methods [in Persian]. Gender and family studies 2015; 3(1): 9-38.
7. Bernat P, Gumus G, Vishwasrao S. Maternal mortality and public health programs: evidence from Florida. Milbank Q 2020; 98(1): 150-71.
8. Beigi M, Jahanian Sadatmahaleh SH, Changizi N, Mohammadi E, Kazemi A. Analysis of the Iranian maternal mortality surveillance system and providing system improvement strategies: study protocol for strategy formulation. Reprod Health 2020; 17(1): 111.
9. Zhali S, Kohan Sh, Danesh Shahraki A, Beigi M. Maternal health improvement through root cause

- analysis of severe maternal morbidity (maternal near miss) in Isfahan, Iran. *J Educ Health Promot* 2020; 9: 145.
10. Mprah WK, Anafi P, Addai Yeaboah PY. Exploring misinformation of family planning practices and methods among deaf people in Ghana. *Reprod Health Matters* 2017; 25(50): 20-30.
 11. Kaydor VK, Adeoye IA, Olowolafe TA, Adekunle AO. Barriers to acceptance of post-partum family planning among women in Montserrado County, Liberia. *Niger Postgrad Med J* 2018; 25(3): 143-8.
 12. Utomo B, Sucahya PK, Romadlona NA, Robertson AS, Aryanty RI, Magnani RJ. The impact of family planning on maternal mortality in Indonesia: what future contribution can be expected? *Popul Health Metr* 2021; 19(1): 2.
 13. Fakour H, Kokabi Saghi F. The law on family support and population rejuvenation and its negative effects on the right to health [in Persian]. *Child Rights* 2022; 4(14): 63-73.
 14. Safdari-Dehcheshmeh F, Noroozi M, Fariba Taleghani F, Memar S. Factors influencing the delay in childbearing: a narrative review. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2023; 28(1): 10-19.
 15. Beigi M, Kazemi A, Adibmoghadam E. Neglected determinants in the investigation of maternal mortality. *J Health Syst Res* 2025; 21(4): 610-12.
 16. Kalateh Sadati A, alimondegari M, falakodin Z, Shiri-Mohammadabad H, Kalantari F. Analyzing the opinion of the elites in the field of population policies in the city of Yazd: A qualitative study [in Persian]. *TB* 2024; 23(2): 100-18.
 17. At the Crossroad of Decision to Have Children: An Analysis of Individual and Social Childbearing Challenges in the Context of Low Fertility in Isfahan [in Persian]. *Journal of Applied Sociology* 2023; 33(4): 1-28.

Barriers of Achievement of Population Rejuvenation Policy of Iran from Viewpoint of Health Center Personnel of Isfahan and Their Attitude about Its Outcomes

Marjan Beigi¹, Mohammad Javad Tarrahi², Marzieh Atafar³, Tahmineh Dadkhahtehrani⁴

Original Article

Abstract

Background: Current population policy of Iran is based on increasing fertility rate and attitude of Health Center Personnel (HCP) as effect on the quality of their services. The present study has been conducted to assess the barriers of achievement of current population policy of Iran from viewpoint of HCP of Isfahan and their attitude about its outcomes.

Methods: This cross sectional descriptive analytic study was conducted on 713 HCP working in health centers of Isfahan in 1400. Data was gathered using a three part questionnaire including: demographic characteristics, viewpoints of HCP about obstacles of achievement of current population policy of Iran, and their attitude about Its Outcomes.

Findings: The barriers of achievement of current population policy of Iran from viewpoint of HCP were both socio-economic factors and individual ones. However, socio-economic factors were more significant than individual ones. Most of them had negative attitude (68.3%) and only 8.5 % had positive attitude.

Conclusion: Most of health center personnel believe that socio-economic factors were the main barriers of achievement of current population policy of Iran. Also, most of them had negative attitude towards current population policy. It is necessary to design and perform some interventions to resolve socio-economical barriers and modify the attitude of HCP.

Keywords: Attitude, Population policy, Barriers, Health service provider, Childbearing, Rejuvenation, Iran

Citation: Beigi M, Tarrahi MJ, Atafar M, Dadkhahtehrani T. **Barriers of Achievement of Population Rejuvenation Policy of Iran from Viewpoint of Health Center Personnel of Isfahan and Their Attitude about Its Outcomes.** J Isfahan Med Sch 2026; 44(852): 200-9.

1- Department of Midwifery and Reproductive Health, Nursing and Midwifery Faculty, Nursing and Midwifery Care Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2- Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Health Anesthesiology and Critical Care Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

3- MSc Student of Community Health, Health Centre 1 of Isfahan city, Isfahan, Iran.

4- Department of Midwifery and Reproductive Health, Nursing and Midwifery Faculty, Nursing and Midwifery Care Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Tahmineh Dadkhahtehrani, Department of Midwifery and Reproductive Health, Nursing and Midwifery Faculty, Nursing and Midwifery Care Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: tdtahmineh@nm.mui.ac.ir