

تغییرات جمعیتی، چالش‌های برنامه‌ی تنظیم خانواده و الزامات سیاست‌گذاری جمعیتی در ایران

حاتم حسینی^۱
بلال بگی^۲

تغییرات سنی گسترده‌ای در جمعیت ایران طی دهه‌های گذشته صورت گرفته، هدف‌های برنامه‌ی تنظیم خانواده محقق شده و عملکرد برنامه از هدف تعیین‌شده فراتر رفته است. در نتیجه، سؤال این است: آیا زمان بازنگری در سیاست‌های جمعیتی ایران فرا نرسیده است؟ سیاست جمعیتی مناسب در شرایط کنونی جامعه‌ی ایران کدام است؟ دو رویکرد مخالف اصلی در این زمینه شکل گرفته است: (۱) طرفداران افزایش مولید، (۲) حامیان مدیریت پنجره‌ی فرصت و تنظیم خانواده. اتخاذ هرگونه برنامه‌ی عمل برای جمعیت ایران مستلزم ارزیابی رویکردهای مخالف اصلی می‌باشد. این مقاله در صدد است تا بر مبنای شواهد تجربی و نتایج تحقیقات میدانی، به ارزیابی دیدگاه‌های رایج در ارتباط با چگونگی سیاست‌گذاری جمعیتی در ایران بپردازد. نتایج بیانگر آن است که تمایلات فرزندآوری و ترجیحات باروری زنان تغییر کرده و عمدتاً در راستای خانواده‌های کوچک و کم حجم است. از سوی دیگر، علی‌رغم گسترش استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی، تقاضای گسترده‌ای برای استفاده از روش‌های دائمی و طولانی‌اثر پیشگیری از حاملگی وجود دارد. یافته‌ها رویکرد گروه دوم را واقع‌بینانه‌تر ارزیابی نموده و ضمن تأکید بر ارتقای کیفیت خدمات تنظیم خانواده، اتخاذ سیاست‌هایی برای مدیریت فرصت‌های برآمده از تغییرات صورت گرفته در ساختمان سنی جمعیت ایران و تسهیل ازدواج و تشکیل خانواده را مهم و ضروری می‌داند. واژگان کلیدی: ساختار سنی، سیاست جمعیتی، تنظیم خانواده، زنان کرد، مهاباد، تمایلات فرزندآوری، تشویق زاد و ولد

۱. استادیار جمعیت‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، h-hosseini@basu.ac.ir

۲. کارشناس ارشد پژوهش اجتماعی، belal.bagi@live.com

مقدمه

در نخستین برنامه‌ی پنج ساله‌ی توسعه‌ی پس از انقلاب اسلامی (۱۳۷۲-۱۳۶۸)، مهم‌ترین هدف‌های جمعیتی برنامه‌ی تنظیم خانواده کاهش میزان باروری کل از ۶/۴ فرزند برای هر مادر در سال ۱۳۶۵ به ۴ فرزند در سال ۱۳۹۰ و همچنین کاهش نرخ رشد طبیعی سالانه‌ی جمعیت از ۳/۲ درصد در سال ۱۳۶۵ به ۲/۳ درصد در سال ۱۳۹۰ بود (عباسی شوازی، مک‌دونالد و حسینی چاووشی ۲۰۰۹: ۲۷). هدف‌های فوق زودتر از زمان پیش‌بینی شده محقق شد. امروز، باروری پایین‌تر از سطح جایگزینی و یا بسیار نزدیک به سطح جایگزینی به ویژگی مسلط در جامعه‌ی ایران و مناطق مختلف آن تبدیل شده است (حسینی چاووشی، مک‌دونالد و عباسی شوازی ۲۰۰۷: ۱۲). در واقع، عملکرد برنامه‌ی تنظیم خانواده از هدف تعیین‌شده فراتر رفته است. در نتیجه، کارشناسان و سیاست‌گزاران جمعیتی همواره خود را با دو پرسش مهم مواجه می‌بینند: (۱) با توجه به این‌که هدف‌های برنامه‌ی تنظیم خانواده در راستای تعدیل نرخ رشد سالیانه‌ی جمعیت و کاهش باروری محقق شده است، آیا زمان آن فرا نرسیده تا در سیاست‌های جمعیتی ایران بازنگری صورت بگیرد؟

(۲) در صورتی که پاسخ به پرسش اول مثبت است، سیاست جمعیتی مناسب در شرایط کنونی جامعه‌ی ایران کدام است؟

در پاسخ به پرسش‌های فوق، در طول چند سال گذشته دو رویکرد مخالف اصلی در زمینه‌ی سیاست‌گذاری جمعیتی در ایران شکل گرفته است. در این مقاله، رویکرد نخست را «طرفداران افزایش مولید» و از گروه دوم با عنوان «حامیان مدیریت پنجره‌ی فرصت و تنظیم خانواده» یاد می‌کنیم. وجه مشترک هر دو گروه، تأکید بر ضرورت بازنگری در سیاست‌های جمعیتی کشور است. با این وجود، اختلاف‌هایی در اراییه‌ی یک برنامه‌ی عمل و سیاست جمعیتی برای جمعیت کشور دارند. طرفداران افزایش مولید با تمرکز بر سطوح پایین باروری تجربه‌شده و عمومیت آن در مناطق مختلف کشور، از چالش‌هایی سخن می‌گویند که کشور در زمینه‌ی سالخورده‌گی جمعیت و کاهش نیروی کار در آینده با آن مواجه خواهد شد. به باور این گروه، استمرار باروری زیر سطح جایگزینی در طول چند دهه‌ی آینده، سالخورده‌گی جمعیت و افزایش مرگ‌ومیر ناشی از آن، از طرفی باعث کاهش نرخ رشد سالانه‌ی جمعیت و تنزل آن به سمت صفر و بعد رشد منفی خواهد شد. از سوی دیگر، موجب کاهش تدریجی عرضه‌ی نیروی کار و از دست دادن سرمایه‌های انسانی و در نتیجه کندتر شدن آهنگ رشد و توسعه‌ی کشور می‌شود. واقعیت‌های جمعیتی امروز ایران و روندهای آینده‌ی آن در تأیید دیدگاه این گروه است. بر این اساس، لغو قانون تنظیم خانواده و اتخاذ سیاست‌های تشویق مولید را تنها راه حل ممکن برای مقابله با

پیامدها و آثار باروری پایین در جامعه می‌دانند.

حامیان مدیریت پنجره فرصت و تنظیم خانواده، اگرچه رویکرد طرفداران افزایش مولید را در مورد ضرورت بازنگری در سیاست‌های جمعیتی کشور می‌پذیرند و بر آن تأکید می‌کنند، ولی در ارایه‌ی راه حل پیشنهادی خود متفاوت از آن‌ها می‌اندیشند. این گروه، ضمن پذیرش این واقعیت که هدف‌های جمعیتی برنامه‌ی تنظیم خانواده زودتر از زمان پیش‌بینی شده محقق شده، استدلال می‌کنند که اجرای برنامه‌ی تنظیم خانواده در طول دو دهه‌ی گذشته، جامعه‌ی ایران به ویژه جمعیت زنان واقع در سنین تولید مثل را با چالش‌های جدیدی مواجه ساخته است که غفلت از آن‌ها می‌تواند پیامدهای ناگواری در زمینه‌ی سلامت مادران و کودکان و در نتیجه دستیابی به هدف‌های توسعه‌ی هزاره‌ی سازمان ملل داشته باشد. این گروه، همچنین استدلال می‌کنند که اتخاذ هرگونه برنامه‌ی عمل‌یابستی مبتنی بر واقعیت‌های اقتصادی-اجتماعی، فرهنگی و جمعیتی جامعه‌ی ایران باشد. از این رویکرد، باید دید دلایل و عوامل باروری پایین در کشور و مناطق مختلف آن کدام‌اند. به باور آن‌ها، تجربه‌ی کاهش باروری در ایران بیانگر این واقعیت است که برنامه‌ی تنظیم خانواده تنها کاهش باروری را تسریع و استمرار بخشیده است.

نخستین گام در فرمول‌بندی یک سیاست جمعیتی، تعیین و شناسایی دقیق وضعیت جاری جمعیت است. این مرحله، بسیار مهم و تعیین‌کننده است، زیرا ترسیم جریان آینده مستلزم ارزیابی روندهای جاری یعنی شناخت علل تغییرات جمعیت و ارزیابی پیامدهای مورد انتظار این روندها در آینده است. چنانچه پیامدهای مورد انتظار متفاوت از نتیجه‌ی مورد انتظار باشد، باید سیاستی را برای تغییر جریان وقایع جمعیتی به اجرا گذاشت (ویکس^۱ ۱۹۹۹: ۵۱۱). بر این اساس، اتخاذ هرگونه برنامه‌ی عمل برای جمعیت ایران مستلزم آشنایی با رویکردهای مخالف اصلی و ارزیابی دیدگاه‌های آن‌ها بر مبنای شواهد تجربی است. در این مقاله، ابتدا به بررسی مختصر تحولات ساختار سنی جمعیت ایران و فرصت‌ها و چالش‌های بر ساخته از آن می‌پردازیم. سپس، ضمن مفهوم‌شناسی سیاست جمعیتی، تنظیم خانواده^۲ و کنترل مولید^۳، دستاوردها و چالش‌های برنامه‌ی تنظیم خانواده در ایران را به بحث می‌گذاریم و با استناد به شواهد تجربی، رویکردهای مخالف اصلی در زمینه‌ی سیاست‌گذاری جمعیتی در ایران را مقایسه و ارزیابی و الزامات سیاست‌گذاری جمعیتی را به بحث خواهیم گذاشت.

روش‌شناسی و داده‌ها

روش تحقیق ترکیبی از روش‌های تحقیق اسنادی و میدانی بود. در بخش اول به منظور بررسی

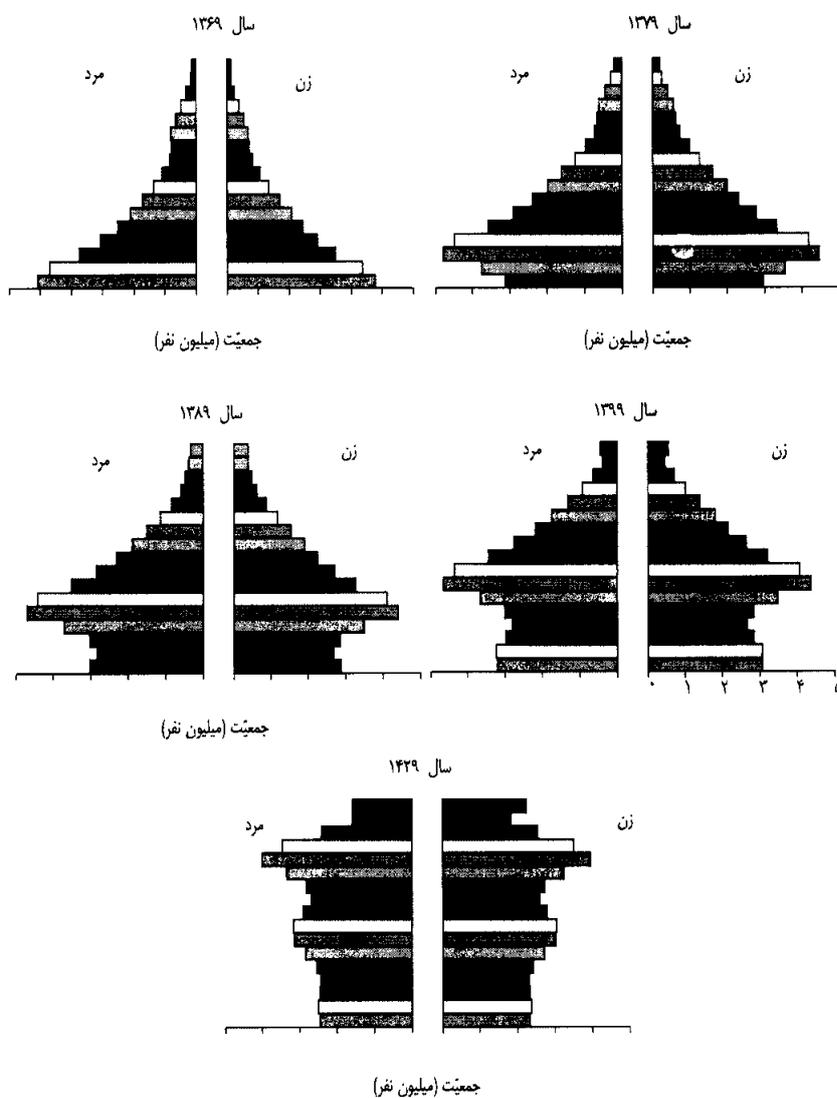
1. Weeks
2. family planning
3. birth control

تغییرات سنی جمعیت ایران از داده‌های بخش جمعیت سازمان ملل و گزارش‌های مرکز آمار ایران استفاده شد. علاوه بر این، در بخش میدانی، یافته‌های این بررسی عمدتاً مبتنی بر داده‌های پیمایش باروری مهاباد است که در فروردین ماه ۱۳۹۱ در نمونه‌ای بالغ بر ۷۰۰ خانوار و از طریق مصاحبه با زنان ۴۹-۱۵ ساله‌ی دارای همسر ساکن در هر یک از خانوارهای نمونه گردآوری شد.

گذار سنی جمعیت ایران

گذار سنی پدیده‌ای برساخته از گذار جمعیت‌شناختی است. بنابراین، هر کشوری که وارد دوره‌ی گذار جمعیت‌شناختی می‌شود، پس از طی مراحل گذار، برای یک دوره‌ی زمانی نسبتاً طولانی در معرض گذارهای سنی خواهد بود. مالمبرگ و سامستاد^۱ (۲۰۰۰: ۳) می‌گویند فرآیند گذار سنی چهار مرحله‌ی متمایز کودکی (زیر ۱۵ سال)، جوانی (۲۹-۱۵ سال)، بلوغ (۶۴-۳۰ سال) و در نهایت، سالمندی جمعیت (۶۵ سال و بالاتر) را در بر می‌گیرد. به باور آن‌ها در هر مرحله، حجم و سهم نسبی یکی از زیرگروه‌های جمعیتی از جمعیت کل به طرز چشم‌گیری افزایش می‌یابد. جمعیت ایران از نظر جایگاهش در مراحل گذار جمعیت‌شناختی، در پایان مرحله‌ی دوم و در آستانه‌ی ورود به دوره‌ی سوم یا مرحله‌ی تعادل ارادی است (حسینی ۲۰۱۲، ۲۰۱۲، ۱۳۹۰). در بستر گذار جمعیت‌شناختی، ساختار سنی جمعیت دستخوش تحول شد. شکل ۱، تغییرات ساختمان سنی جمعیت ایران و چشم‌انداز آینده‌ی آن را نشان می‌دهد. همانطور که می‌بینید، جمعیت ایران مرحله‌ی اول گذار ساختار سنی که در آن سهم قابل توجهی از جمعیت را افراد زیر ۱۵ سال تشکیل می‌دهند پشت سر گذاشته است. این دوره چهار دهه (از ۱۳۳۵ تا ۱۳۷۵) به طول انجامید. با کاهش سهم نسبی کم‌سالان به کم‌تر از ۴۰ درصد در سرشماری ۱۳۷۵، جمعیت ایران وارد مرحله‌ی دوم گذار ساختمان سنی جمعیت یعنی جوانی شد. این مرحله ۱۵ سال به طول انجامید و با کاهش سهم نسبی جمعیت جوان (۲۹-۱۵ ساله) به ۳۱/۵۳ درصد در سال ۱۳۹۰، از جوانی فاصله گرفت و وارد دوره‌ی میانسالی شد (مرکز آمار ایران ۱۳۹۱: ۲۱). بر اساس بررسی‌های به عمل آمده (حسینی ۲۰۱۰) حدود ۲۰ درصد جمعیت ایران در سال ۱۴۳۰، ۶۵ سال و بیش‌تر سن خواهند داشت. در واقع، با استمرار روندهای فعلی، جمعیت ایران در طول تقریباً سه دهه‌ی آینده سالخورده خواهد شد.

شکل شماره ۱. تغییرات ساختار سنی جمعیت ایران: روندهای گذشته و چشم‌انداز آینده



منبع: بخش جمعیت سازمان ملل ۲۰۱۰.

گذار جمعیت‌شناختی و به تبع آن گذار ساختار سنی در عین حال که فرصت‌هایی را برای جمعیت خلق می‌کند، جامعه و دستگاه برنامه‌ریزی را با چالش‌هایی مواجه می‌سازد که عدم توجه به آنها جز ناکامی و شکست برنامه‌های توسعه نتیجه‌ی دیگری نخواهد داشت. یکی از پیامدهای اجتناب‌ناپذیر گذار جمعیت‌شناختی و تحولات در ساختار سنی، باز شدن دریچه‌ی جمعیتی^۱ و پنجره‌ی فرصت^۲ است. بررسی‌ها (سرابی ۱۳۹۰، حسینی ۱۳۹۰، الف ۲۰۱۲، ب ۲۰۱۲، صادقی ۱۳۹۰) نشان می‌دهد که پنجره‌ی فرصت جمعیت ایران از سال ۱۳۸۴ گشوده شده و به مدت تقریباً چهار دهه و تا دوره‌ی پنج ساله‌ی منتهی به دهه‌ی سوم قرن ۱۵ خورشیدی (دوره‌ی ۱۴۳۰-۱۴۲۵) باز خواهد ماند. چنانچه این موقعیت مدیریت و هدایت شود می‌تواند پاداش جمعیتی قابل توجهی برای اقتصاد ملی در بر داشته باشد.

فرصت طلایی برآمده از تجربه‌ی گذار جمعیت‌شناختی و گذار در ساختار سنی، نباید سیاست‌گزاران را از توجه به چالش‌ها و مسایل ناشی از تحولات ساختار سنی جمعیت در کشور غافل کند. سالخوردگی جمعیت^۳، کاهش رشد و حجم جمعیت ملی، کاهش نسبت حمایت بالقوه^۴ و زنانه‌شدن سالمندان^۵ از دیگر پیامدهای گذار ساختار سنی است (حسینی ۱۳۹۰: ۲۲۷-۲۲۳). کشوری که گذار جمعیت‌شناختی و در نتیجه گذارهای سنی را تجربه می‌کند، در نهایت سالخورده خواهد شد. یک ساختار سنی سالخورده نیروی محرکه‌ی لازم برای کاهش حجم جمعیت را فراهم می‌سازد، درست به همان صورت که یک ساختار سنی جوان نیروی محرکه‌ی افزایش جمعیت را فراهم می‌سازد. استمرار باروری در زیر سطح جایگزینی و افزایش مرگ‌ومیر ناشی از سالخوردگی جمعیت سبب می‌شود رشد طبیعی جمعیت منفی و در نتیجه از حجم جمعیت‌های ملی کاسته شود.

قرائت‌های متفاوت از سیاست جمعیتی و مشکل توافق در اهداف

سیاست جمعیتی چیست؟ چه هدف‌هایی را دنبال می‌کند؟ آیا سیاست جمعیتی همان تنظیم خانواده است؟ آیا برنامه‌ی تنظیم خانواده متفاوت از کنترل مولید است؟ تعریف این مفاهیم کمک مؤثری در ارزیابی واقع‌بینانه‌تر رویکردهای مخالف اصلی و در نهایت اتخاذ یک برنامه‌ی عمل برای جمعیت ایران خواهد نمود. تعریف‌های گوناگونی از سیاست جمعیتی ارائه شده است. در معنای محدود، سیاست

1. demographic window

2. opportunity window

3. population aging

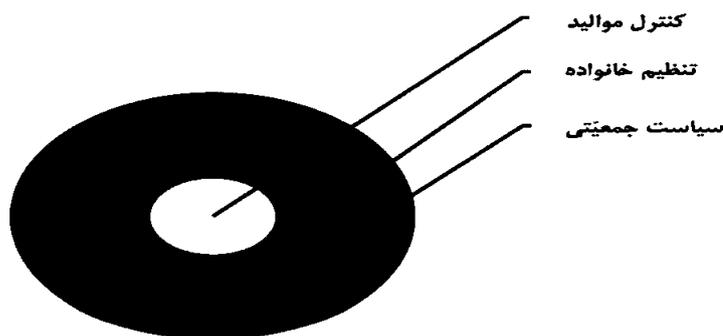
4. potential support ratio

۴. این شاخص نشان‌دهنده‌ی رابطه‌ی بین شمار جمعیت واقع در سن کار و فعالیت (۶۴-۱۵ ساله) و شمار افراد سالخورده (۶۵ ساله و بالاتر) است (گویاجو ۲۰۰۸: ۷۱).

5. feminization of elderly

جمعیتی را تمام قوانین، مقررات و برنامه‌های دولتی می‌دانند که معطوف به تأثیر بر اندازه، رشد، توزیع و ترکیب جمعیت است (لوکاس و میر ۱۳۸۱). با این وجود، مسایل جمعیتی تنها محدود به باروری بالا یا پایین و رشد کم یا زیاد جمعیت نیست. امور جمعیتی کل و مجموعه‌ی به هم پیوسته‌ای است که در ارتباط متقابل با هم و در یک جریان تأثیر و تأثر با سایر امور اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی جوامع است. هرچند در گذشته، این سیاست به تنظیم مقرراتی در جهت افزایش یا کاهش جمعیت محدود می‌شد، ولی امروزه در معنای گسترده‌تری اعمال می‌شود و همه‌ی ابعاد و جنبه‌های زندگی جمعیت را در بر می‌گیرد (زنجانی و دیگران ۱۳۷۸). بنابراین، سیاست جمعیتی لزوماً در راستای تنظیم خانواده یا کنترل موالید نیست. شکل ۲ نشان می‌دهد که سیاست جمعیتی مفهوم وسیع‌تری است که برنامه‌ی تنظیم خانواده و کنترل موالید همواره بخشی از آن را تشکیل می‌دهند (حسینی ۱۳۹۰: ۲۶۳).

شکل شماره ۲. فضای مفهومی سیاست جمعیتی، تنظیم خانواده و کنترل موالید



سیاست جمعیتی دارای هدف‌های کلی‌تری است و می‌کوشد از راه ایجاد تعادل میان عوامل جمعیتی از یک سو و عوامل اقتصادی - اجتماعی از سوی دیگر، امکانات هرچه بیش‌تر رفاه را برای افراد جامعه فراهم آورد. بر این اساس، بسیاری از صاحب‌نظران می‌گویند سیاست جمعیتی نباید تنها بر باروری و تعیین‌کننده‌های آن مؤثر واقع شود، بلکه باید از حوزه‌ی باروری و تنظیم خانواده فراتر رود و تمامی رفتارهای اجتماعی و انسانی را که بر متغیرهای جمعیتی تأثیر می‌گذارند در بر گیرد. در نتیجه «... هر خط‌مشی و سیاستی که به نحوی از انحاء و به طور مستقیم یا غیرمستقیم بر ویژگی‌های کمی و حتی کیفی جمعیت تأثیر بگذارد می‌توان سیاست جمعیتی نامید» (زنجانی و دیگران، ۱۳۷۸: ۱۱۲). در معنای اخیر، هدف سیاست جمعیتی عبارت است از «... ارتقای شرایط زیستی، بهبود کیفیت زندگی همه‌ی مردم و آماده‌ساختن آنان برای ایفای نقشی فعال و سازنده در فرآیند توسعه‌ی اقتصادی و اجتماعی کشور» (همان: ۱۱۳).

یکی از موارد اختلاف رویکردهای رایج به سیاست‌گذاری جمعیتی در ایران بر سر تعریف سیاست جمعیتی است. قرائت طرفداران افزایش مولید از سیاست جمعیتی، استعمال آن در معنای محدود یعنی اتخاذ تدابیری برای تأثیرگذاری بر حجم، رشد و ترکیب جمعیت است. در مقابل، حامیان مدیریت پنجره‌ی فرصت و تنظیم خانواده سیاست جمعیتی را در معنای وسیع و نظامی مشتمل بر اقدامات قانونی به منظور تأثیرگذاری بر ویژگی‌های کمی و کیفی جمعیت می‌دانند که هدف آن ارتقای کیفیت و شرایط زندگی مردم به منظور بهره‌برداری سازنده از نیروهای انسانی در فرآیند رشد و توسعه‌ی اقتصادی و اجتماعی جامعه است. این دو قرائت متفاوت از سیاست جمعیتی سبب شده است توافق در آرمان‌ها که شرط لازم برای سیاست‌گذاری است به سختی صورت بگیرد.

مشکل دیگر در اتخاذ یک برنامه‌ی عمل در شرایط کنونی، قرائت یکسان رویکرد افزایش مولید از برنامه‌ی تنظیم خانواده و کنترل مولید است. به طور کلی، هدف‌ها و زمینه‌های شکل‌گیری این برنامه‌ها و نیز مکانیزم اجرایی آن‌ها متفاوت است. کنترل مولید بخشی از برنامه‌ی تنظیم خانواده است (شکل ۲) و در جوامعی تدوین و به اجرا گذاشته می‌شود که با مسأله‌ی انفجار جمعیت^۱ و بیش جمعیتی^۲ مواجه هستند. کنترل مولید نوعی سیاست جمعیتی است در راستای مداخله‌ی دولت و تشویق خانواده‌ها برای به دنیا آوردن شمار محدودی فرزند که معمولاً از سوی دولت و به طور رسمی اعلام می‌شود. بنابراین، کنترل مولید نوعی تنظیم خانواده است و با هدف کنترل رشد جمعیت در جوامعی که دچار انفجار جمعیت شده‌اند اجرا می‌شود، کاملاً اجباری است، در اجرای آن به خواست و اراده‌ی زوجها توجهی نمی‌شود، مجری آن دولت است، ریشه در مالتوزیانیسم کلاسیک دارد و سابقه‌ی آن به اواخر قرن ۱۸ در انگلستان و اروپا بر می‌گردد (حسینی ۱۳۹۰: ۲۷۵). در مقابل، تنظیم خانواده «مجموعه‌ی تدابیری است که با استفاده از روش‌های جلوگیری از حاملگی به خانواده‌ها اجازه می‌دهد تعداد کل اولادی را که مایلند داشته باشند، به طور ارادی تعیین کنند» (میرزایی ۱۳۷۳). تنظیم خانواده معمولاً مرتبط با زمینه‌های بهداشتی است و از پذیرش جهانی برخوردار است. در سطح ملی، هدف آن ایجاد تعادل میان جمعیت و منابع تولید است. این سیاست شباهتی با مفهوم مالتوسی کنترل مولید ندارد، زیرا ممکن است در جهت افزایش یا کاهش مولید باشد. آنچه در معنا و مفهوم تنظیم خانواده مورد توجه قرار می‌گیرد، تصمیم، اراده، اختیار و آزادی زوجها و خانواده‌هاست. در واقع، تنظیم خانواده نوعی برنامه‌ریزی توأم با آینده‌نگری در مورد شمار فرزندان و فاصله‌گذاری بین آن‌هاست. برنامه‌ی تنظیم خانواده می‌تواند در هر جامعه‌ای اجرا شود. لزوماً در راستای کنترل جمعیت نیست. اجباری نیست. در اجرای آن به خواست و اراده‌ی زوجها توجه می‌شود. خانواده‌ها نقش اصلی را به عهده دارند. ریشه در تفکرات مالتوسی‌های جدید دارد و سابقه‌ی آن به دهه‌ی سوّم قرن

1. population explosion

2. over population

نوزده در انگلستان و اروپا، و سپس آمریکا بر می‌گردد (حسینی ۱۳۹۰: ۲۷۶).

قرائت طرفداران افزایش موالید از برنامه‌ی تنظیم خانواده همان کنترل موالید است. بر این اساس، استدلال می‌کنند که چون در ایران هدف‌های برنامه‌ی تنظیم خانواده در راستای کنترل موالید و تعدیل نرخ رشد سالیانه‌ی جمعیت حتی زودتر از زمان پیش‌بینی شده محقق شده، بنابراین در بازنگری سیاست جمعیتی ایران اولین گام لغو قانون تنظیم خانواده و تشویق موالید با هدف برون رفت و گریز از پیامدها و چالش‌های بر ساخته از کاهش موالید و رشد جمعیت کشور است. در مقابل، قرائت حامیان مدیریت پنجره‌ی فرصت و تنظیم خانواده از برنامه‌ی تنظیم خانواده در معنای مالتوسی آن نیست. آن‌ها بر این باورند که هدف نهایی و مطلوب تنظیم خانواده توجه و تمرکز صرف بر یک عدد نیست. کنترل یا افزایش رشد جمعیت را مهم می‌دانند، ولی می‌گویند دستیابی به یک زندگی سالم و جامعه‌ی مطلوب تنها در گرو داشتن جمعیت کم‌تر یا بیش‌تر نیست. مسائلی مانند حاملگی ناخواسته، سلامت مادر و کودک، آمادگی برای فرزندآوری، سلامت جنسی و ... که در حاشیه و متن یک زندگی سالم مطرح هستند نیز باید مورد توجه قرار بگیرند. این گروه، کاهش باروری تا پایین‌تر از سطح جایگزینی را یک واقعیت انکارناپذیر در شرایط کنونی جامعه‌ی ایران می‌دانند، ولی استدلال می‌کنند که هرچند برنامه‌ی تنظیم خانواده نقش مؤثری در سرعت کاهش باروری و استمرار آن از نیمه‌ی دهه‌ی ۱۳۶۰ به بعد داشته است، اما تغییر رفتار باروری مردم تحت تأثیر عوامل دیگری بوده است. در واقع، فرآیند گذار باروری در ایران را متناسب با تحولاتی می‌دانند که در ابعاد مختلف اقتصادی - اجتماعی و نیز برخی از ابعاد سنتی خانواده به وقوع پیوسته و به تغییراتی در ایستارهای مرتبط با ازدواج و در نهایت، رفتار، ایده‌آل‌ها و تمایلات فرزندآوری مردم منجر شده است (عباسی شوازی و حسینی ۱۳۸۸، حسینی و عباسی شوازی ۱۳۸۸: ۵۷). از سوی دیگر، می‌گویند اجرای برنامه‌ی تنظیم خانواده در طول بیش از دو دهه‌ی گذشته، علی‌رغم موفقیت آن در زمینه‌ی کاهش سطح باروری و تعدیل رشد سالیانه‌ی جمعیت، چالش‌هایی را سبب شده است که ضرورت پرداختن جدی به آن‌ها بر کسی پوشیده نیست.

دستاوردها و چالش‌های برنامه‌ی تنظیم خانواده در ایران

سیاست جمعیتی ایران با عنوان تنظیم خانواده و با هدف تعدیل نرخ رشد سالیانه‌ی جمعیت از سال ۱۳۶۸ به طور عملی به اجرا در آمد. این برنامه سه هدف عمده را در دستور کار خود قرار داد: (۱) تشویق خانواده‌ها برای به تأخیر انداختن اولین حاملگی و فاصله‌گذاری سه تا چهار سال بین حاملگی‌ها، (۲) منع حاملگی برای زنان کم‌تر از ۱۸ سال و بالاتر از ۳۵ سال و (۳) محدود نمودن بُعد خانوار به سه فرزند (آقاجانیان ۱۹۹۸). علاوه بر این‌ها، هدف‌های دیگری مانند کاهش مرگ‌ومیر مادران و کودکان، جلوگیری

از حاملگی‌های ناخواسته و در نهایت، کاهش سقط‌های غیربهداشتی، غیرقانونی، کاهش رشد جمعیت و برقراری تعادل میان رشد جمعیت و توسعه‌ی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (رودی - فهیمی ۲۰۰۲) نیز در دستور کار برنامه قرار گرفت.

هدف‌های برنامه‌ی تنظیم خانواده در راستای تعدیل نرخ رشد سالیانه‌ی جمعیت و کاهش باروری، همانطور که پیش‌تر نیز گفته شد، محقق شده و از هدف‌های تعیین‌شده در برنامه نیز فراتر رفته است. میزان مرگ‌ومیر نوزادان، اطفال و کودکان نسبت به گذشته به طرز چشم‌گیری کاهش یافته است. گزارش‌ها از کاهش شدید مرگ‌ومیرهای مادری در ایران طی دهه‌های اخیر حکایت دارد.^۱ با همی این‌ها، اگرچه امروزه باروری پایین به یک واقعیت مسلم در جامعه‌ی ایران تبدیل شده (عباسی شوازی ۱۳۸۰، عباسی شوازی و حسینی ۱۳۸۸، حسینی و عباسی شوازی ۱۳۸۸)، اما بررسی‌ها (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۳۸۱، حسینی چاووشی، مک‌دونالد و عباسی شوازی ۲۰۰۶، ۲۰۰۷، عباسی شوازی، مک‌دونالد و حسینی چاووشی ۲۰۰۹) نشان می‌دهد که با وجود افزایش شیوع استفاده از وسایل پیش‌گیری از حاملگی، الگوهای متفاوتی در زمینه‌ی نحوه‌ی استفاده از این وسایل در مناطق مختلف کشور وجود دارد.

امروزه، در ایران حدود ۳۴ درصد حاملگی‌ها برنامه‌ریزی نشده است که از میان آن‌ها ۱۶ درصد ناخواسته و ۱۸ درصد نابهنگام است (عرفانی ۲۰۰۸: ۱). حدود ۲۰ درصد از حاملگی‌های ناخواسته‌ها به سقط جنین منجر می‌شود. عرفانی (۲۰۰۸: ۵) نشان داد که در ایران سالیانه ۷۳۲۰۰ مورد سقط جنین توسط زنان ازدواج کرده صورت می‌گیرد. در بررسی دیگری (عرفانی ۲۰۰۹) برآوردها از افزایش میزان سقط جنین در شهر تهران حکایت دارد. به این ترتیب، ملاحظه می‌شود که عملکرد برنامه‌ی تنظیم خانواده در زمینه‌ی به حداقل رساندن حاملگی‌های ناخواسته و پُرخطر، برخلاف موارد دیگر، چندان رضایت‌بخش نیست. این هدف‌ها کاملاً متفاوت از موضوع کنترل جمعیت و به طور مشخص در راستای سلامت مادر، کودک و خانواده است.

یکی دیگر از چالش‌های برنامه‌ی تنظیم خانواده، نیاز برآورده نشده‌ی تنظیم خانواده^۲ است. مفهوم نیاز برآورده نشده بیانگر اختلاف بین نیت و رفتار باروری زنان است (یاداف، سینگ و گسوامی ۲۰۰۹،

۱. بر اساس گزارش‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۸)، نسبت مرگ‌ومیر مادران با کمی بیش از ۸۹ درصد کاهش در طول سه دهه از ۲۳۷ مرگ به ازای هر ۱۰۰ هزار تولد زنده در اوایل دهه‌ی ۱۳۵۰ به ۲۵ مرگ در میانه‌ی دهه‌ی ۱۳۸۰ کاهش یافته است. سازمان بهداشت جهانی نسبت مرگ‌ومیر مادری در ایران را در سال ۱۳۸۴، ۱۴۰ مرگ به ازای هر ۱۰۰ هزار تولد زنده گزارش کرده است (ترابی ۱۳۹۰: ۴۶).

2. Unmet Need for Family Planning

3. Yadav, Singh & Goswami

استور^۲ و دیگران (۱۳۸۸). یکی از عوامل نیاز برآورده نشده کمبود خدمات و یا ضعف برنامه‌ی تنظیم خانواده است. کاهش این نیاز می‌تواند به عنوان راهی برای تأمین حقوق زنان در نظر گرفته شود. زنان حق دارند که شمار فرزندان و زمان حاملگی‌شان را خود تعیین کنند. در واقع، تنظیم خانواده از پایه‌های اصلی سلامت مادران و حقوق باروری آنهاست. حقوق باروری و جنسی شامل توانایی تصمیم‌گیری برای زنان به صورت کاملاً آزادانه درباره‌ی زمان، فواصل و دفعات باروری‌شان است (بایر^۱ ۲۰۰۲). در اجلاس سران جهان در سال ۲۰۰۵، اهمیت بهداشت باروری و تنظیم خانواده در تحقق و دستیابی به اهداف هزاره‌ی سازمان ملل تأیید شد. کاهش نیاز برآورده نشده مهم‌ترین عامل در دستیابی به بهداشت باروری است (سازمان ملل^۳ ۲۰۰۶).

شواهد تجربی کدام رویکرد را پشتیبانی می‌کند؟

پیش‌تر قرائت حامیان رویکردهای دوگانه از سیاست جمعیتی، تنظیم خانواده و کنترل موالید تشریح شد. به دنبال آن، دستاوردها و چالش‌های اجرای برنامه‌ی تنظیم خانواده در طول بیش از دو دهه به بحث گذاشته شد. اکنون، وقت آن رسیده است تا با استناد به شواهد تجربی، به ارزیابی این رویکردها و دیدگاه حامیان آنها پردازیم و بر اساس آن مشخص کنیم که واقعیت‌های جمعیتی امروز ایران، استدلال‌های کدام یک از رویکردهای مورد بحث را در زمینه‌ی سیاست‌گذاری جمعیتی پشتیبانی می‌کند.

یکی از چالش‌های برنامه‌ی تنظیم خانواده، همانطور که گفته شد، نیاز برآورده نشده‌ی تنظیم خانواده است. ترابی (۱۳۹۰: ۶۹) نشان داد که نیاز برآورده نشده‌ی تنظیم خانواده در استان‌های با باروری بالا بیش‌تر از استان‌هایی است که باروری پایین‌تری دارند. در بررسی دیگری (حسینی و دیگران ۱۳۹۱) معلوم شد که علی‌رغم عمومیت استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی، میزان نیاز برآورده نشده‌ی تنظیم خانواده در میان زنان کُرد شهر مهاباد^۴ ۲۰/۷ درصد است. یافته‌های پیمایش باروری مهاباد (فروردین ماه ۱۳۹۱) از عمومیت استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی در میان زنان همسردار ۴۹-۱۵ ساله حکایت دارد. بیش از ۷۴ درصد زنان در زمان تحقیق از روش‌های پیشگیری از حاملگی استفاده می‌کردند. در بررسی دیگری (حسینی و بگی ۱۳۹۲) میزان استفاده از روش‌های مدرن و سنتی پیشگیری از حاملگی در میان زنان کُرد همسردار واقع در دامنه‌ی سنتی تولید مثل در شهر مهاباد به ترتیب ۷۱/۲ درصد و ۲۸/۸ درصد

1. Stover

2. Bayer

3. United Nations

۴. بر اساس تعریف بازنگری شده در سال ۲۰۱۲. از این مقدار، ۱۰/۸۵ درصد نیاز برای استفاده از وسایل پیشگیری و ۹/۸۵ درصد نیاز برای تغییر روش‌های سنتی به روش‌های مدرن است.

گزارش شد (جدول ۱). بر پایه‌ی این بررسی، استفاده از روش‌های مُدرن در کوهورت ازدواجی دهه‌ی ۱۳۸۰ کم‌تر از کوهورت‌های ازدواجی قبل از آن است. طریقتی تابش (۱۳۹۲) نشان داد که ۷۱/۴ درصد زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهر همدان در بهار ۱۳۹۲ از یکی از روش‌های پیشگیری از حاملگی استفاده می‌کرده‌اند. در میان زنانی که نوع وسیله‌ی مورد استفاده را اظهار کرده‌اند، کاندوم، آی یو دی، قرص و توبوکتومی به ترتیب با ۳۹، ۱۹/۲، ۱۳/۴ و ۱۰/۵ درصد بیش‌ترین کاربرد را داشته‌اند. بر پایه‌ی این بررسی، بیش از ۳۸ درصد زنان اظهار کرده‌اند که نوع وسیله‌ی پیشگیری از حاملگی را تغییر داده‌اند. مشکلات جسمی و عوارض و عدم اطمینان به وسیله‌ی قبلی به ترتیب با ۴۰/۶ درصد و ۲۳/۶ درصد مهم‌ترین دلایل زنان برای تغییر وسیله‌ی پیشگیری از حاملگی بوده است. نتیجه‌ی مشابهی در بررسی حسینی و بگی (منتشر نشده) در شهر مهاباد به دست آمد. آن‌ها نشان دادند که از مجموع زنانی که در زمان بررسی از روش‌های پیشگیری از حاملگی استفاده می‌کردند تنها ۲۶/۹ درصد روش مورد استفاده را تغییر نداده‌اند. ترس از اثرات و عوارض جانبی روش‌های استفاده‌شده‌ی قبلی نقش مهمی در مقایسه با سایر علل در تغییر روش‌های پیشگیری از حاملگی در میان زنان مورد بررسی داشته است. این یافته‌ها به روشنی نشان از گسترش استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی در جامعه از یک طرف و از سوی دیگر، ضرورت ارتقاء کیفیت خدمات بهداشت بارداری و بهبود روش‌ها دارد.

جدول شماره ۱. توزیع فراوانی و فراوانی نسبی شیوع استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی در میان زنان مُرد
همسردار ۴۹-۱۵ ساله‌ی شهر مهاباد، فروردین ۱۳۹۱

فراوانی		مقولات
نسبی	مطلق	
از وسایل پیشگیری استفاده می‌کنند		
۷۱/۲	۳۷۰	روش‌های مُدرن
۲۸/۸	۱۵۰	روش‌های سنتی
۱۰۰/۰	۵۲۰	جمع
از وسایل پیشگیری استفاده نمی‌کنند		
۲۵/۷	۱۸۰	
۱۰۰/۰	۷۰۰	جمع

منبع: حسینی و بگی (۱۳۹۲).

در بررسی دیگری (حسینی، ترابی و بگی ۲۰۱۲) معلوم شد که اگرچه میزان تقاضا برای استفاده از وسایل دائمی و طولانی اثر پیش‌گیری از حاملگی در میان زنان دارای همسر ۴۹-۱۵ ساله‌ی شهر مهاباد ۷۱/۳۵ درصد است، اما در زمان بررسی (فروردین ۱۳۹۱) تنها ۲۷/۷ درصد زنان از این روش‌ها استفاده می‌کرده‌اند. بدین ترتیب، تفاوت بین استفاده و تقاضا برای وسایل دائمی و طولانی اثر معادل ۴۳/۶۵ واحد

درصد است. تفاوت مشاهده شده بیانگر میزان بالای تقاضا برای استفاده از روش‌های دائمی و طولانی اثر است که برآورده نشده است. این اختلاف بسیار نگران‌کننده است. چنانچه تقاضای این دسته از زنان برآورده نشود، احتمال افزایش حاملگی‌های ناخواسته و سقط جنین را در پی خواهد داشت.

یکی دیگر از چالش‌های برنامه‌ی تنظیم خانواده در شرایط کنونی جامعه‌ی ایران، تغییر ترجیحات باروری زوج‌ها و کاهش شمار فرزندان ایده‌آل خانواده است (حسینی چاووشی ۱۳۸۸: ۲). بر پایه‌ی تحقیقات عباسی شوازی، مک‌دونالد و حسینی چاووشی (۲۰۰۹: ۱۵۲) به استثنای سیستان و بلوچستان، در استان‌های آذربایجان غربی، گیلان و یزد حدود ۷۳ درصد زنان شمار فرزندان ایده‌آل برای یک زوج را در شرایط فعلی ۲ فرزند می‌دانند. حسینی و بگی (۱۳۹۲) بر مبنای داده‌های پیمایش باروری مهاباد نشان دادند که کمی بیش از ۶۱ درصد زنانی که قابلیت باروری داشتند در پاسخ به این پرسش که «آیا تمایل دارید علاوه بر فرزندان کنونی که الان (زمان بررسی) دارید، فرزند دیگری به دنیا بیاورید؟» گفته‌اند که نمی‌خواهند فرزند دیگری داشته باشند. در واقع، کم‌تر از ۳۹ درصد زنان در پاسخ به این پرسش اظهار کرده‌اند که می‌خواهند در آینده فرزند دیگری داشته باشند (جدول ۲). در این میان، ۲۱ درصد را آن‌هایی در بر می‌گیرند که بیش از دو سال زمان را برای داشتن فرزند بعدی اعلام کرده‌اند.

جدول شماره ۲. توزیع زنان نرگد همسر دار ۴۹-۱۵ ساله‌ی شهر مهاباد بر حسب وضعیت عقیمی و تمایلات فرزندآوری، فروردین ۱۳۹۱

درصد	فراوانی	
۴/۹	۳۴	عقیم شده‌اند یا نابارور هستند
		عقیم نیستند و قابلیت فرزندآوری دارند
$\left\{ \begin{array}{l} ۱۷/۶ \\ ۲۱/۰ \\ ۶۱/۴ \end{array} \right.$	۱۱۷	بزودی فرزند دیگری می‌خواهند (در دو سال آینده)
	۱۴۰	در آینده فرزند دیگری می‌خواهند (بیش از دو سال دیگر)
	۴۰۹	فرزند دیگری نمی‌خواهند
۹۵/۱	۶۶۶	جمع
۱۰۰/۰	۷۰۰	جمع کل

منبع: حسینی و بگی (منتشر نشده، الف).

به این ترتیب، می‌توان امیدوار بود که تنها ۱۷/۶ درصد زنانی که در زمان پیمایش باروری مهاباد قابلیت فرزندآوری داشتند، در طول دو سال پس از زمان بررسی یعنی در فروردین ۱۳۹۳ بچه‌دار شوند. از طرف دیگر، ۹۰ درصد زنان، شمار فرزندان ایده‌آل برای خانواده‌ها را در شرایط کنونی یک تا دو فرزند اعلام کرده‌اند. طریقتی تابش (۱۳۹۲) نشان داد که ۷۰/۷ درصد زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهر همدان نمی‌خواهند علاوه بر فرزندان کنونی که در زمان بررسی داشته‌اند، فرزند دیگری داشته باشند. این بررسی همچنین حاکی از آن است که حدود ۷۸ درصد زنان شمار ایده‌آل فرزند برای یک خانواده را در شرایط

کنونی ۱ تا ۲ فرزند اعلام کرده‌اند.

این یافته‌ها به روشنی بیانگر این واقعیت است که از طرفی ترجیحات باروری و شمار فرزندان ایده‌آل خانواده‌ها تغییر کرده است، از سوی دیگر تمایل زیادی برای استفاده از روش‌های پیشگیری از حاملگی و بهره‌مندی از خدمات بهداشت باروری با کیفیت بالاتر وجود دارد. در چنین وضعیتی، اتخاذ سیاست‌های مستقیم تشویق مولید و عدم ارائه‌ی خدمات بهداشت باروری با کیفیتی بهتر از گذشته و در مقیاس وسیع‌تر اگرچه ممکن است به افزایش مولید در لایه‌هایی از جامعه منجر شود، ولی زمینه را برای وقوع حاملگی‌های برنامه‌ریزی نشده، ناخواسته و نابهنگام فراهم می‌سازد. یکی از نتایج بلافصل حاملگی‌های ناخواسته، سقط‌های غیربهداشتی و نایمن است که به طور مستقیم سلامت مادران و نوزادان را تهدید می‌کند.

در پیمایش باروری مهاباد همچنین از زنان سؤال شد که «اگر دولت از خانواده‌ها برای داشتن فرزند بیش‌تر حمایت مالی بکند، آیا فرزند بیش‌تری به دنیا می‌آورید؟» پاسخ‌ها در سه مقوله‌ی «بلی»، «خیر» و «نمی‌دانم» بسته شد. بیش از ۸۹ درصد زنان به این پرسش پاسخ منفی دادند. همچنین، در پاسخ به این پرسش که «اگر در آینده وسایل پیشگیری از حاملگی به صورت رایگان ارائه نشود و مجبور باشید بابت آن پول بپردازید، آیا از این وسایل استفاده خواهید کرد؟» ۸۷ درصد زنان پاسخ مثبت داده‌اند. این نتایج بیانگر آن است که تمایلات فرزندآوری و رفتار باروری زنان بیش از آنکه تابع سیاست‌گذاری باشد، از زمینه‌های اقتصادی اجتماعی، فرهنگی و جمعیتی جامعه تأثیر می‌پذیرد. تجربه‌ی آغاز کاهش باروری در ایران از سال‌های نیمه‌ی دهه‌ی ۱۳۶۰ و چهار سال قبل از اجرای عملی اولین برنامه‌ی ملی تنظیم خانواده پس از انقلاب اسلامی گواه این ادعاست.

یکی دیگر از موارد اختلاف رویکردهای رایج به سیاست‌گذاری جمعیتی در ایران به نوع نگاه آن‌ها در خصوص جمعیت واقع در سنین کار و فعالیت اقتصادی بر می‌گردد. طرفداران افزایش مولید بر این باورند که با استمرار روندهای کنونی باروری و با توجه به قطعیت سالخوردگی جمعیت در آینده، انتظار می‌رود که در کم‌تر از چهار دهه‌ی دیگر بازار کار ایران با کاهش نیروی کار مواجه شود. اگرچه پیش‌بینی‌ها از کاهش نیروی کار از سال ۱۴۳۰ به بعد حکایت دارد (حسینی، ۲۰۱۰)، اما گروه دوم تردیدهایی جدی بر این نگرانی وارد می‌کنند. آن‌ها، سالخوردگی جمعیت ایران را گریزناپذیر می‌دانند و می‌گویند کشورهای که وارد دوره‌ی گذار جمعیت‌شناختی می‌شوند، ناگزیر با تغییراتی در ساختمان سنی مواجه می‌شوند که در نهایت آن‌ها را از مرحله‌ی کودکی به مرحله‌ی سالخوردگی جمعیت سوق خواهد داد. تجربه‌ی کشورهای پیشرفته‌ی صنعتی و در رأس آن‌ها ژاپن، به عنوان پیرترین کشور دنیا در سال ۲۰۱۲ (اداره‌ی مدارک جمعیت ۲۰۱۲) روشنگر این واقعیت است که انحراف از مسیر گذار جمعیت‌شناختی از طریق

سیاست‌های تشویق زاد و ولد اگر نگوئیم غیرممکن، بسیار دشوار و سالخورده‌گی جمعیت سرنوشت محتوم کشورهایی است که از مرحله تعادل طبیعی یا تعادل پیش از گذار خارج شده و مرحله‌ی گذار جمعیت‌شناختی‌شان را آغاز کرده‌اند. این گروه، همچنین ضمن تأکید بر اهمیت و نقش سرمایه‌های انسانی در رشد و توسعه‌ی جوامع، نگرانی طرفداران افزایش مولید از کاهش نیروی کار آینده را غیر واقعی می‌دانند. به باور آن‌ها، باز شدن دریچه‌ی جمعیتی و پنجره‌ی فرصت سبب شده است از سال ۱۳۸۴ به مدت چهار دهه جمعیت واقع در سنین کار و فعالیت اقتصادی در دامنه‌ای بین ۷۰ تا ۷۲ درصد در نوسان باشد. با توجه به نقش سرمایه‌ی انسانی و نیروی کار در رشد و توسعه‌ی جامعه، چرا نباید اولویت را به نیروهای کاری بدهیم که اکنون در سنین کار می‌باشند؟ چرا نباید از فرصتی که اکنون فراهم شده برای رشد و توسعه‌ی اقتصادی بهره برد و به این ترتیب زمینه را برای گذار موفق به سالخورده‌گی فراهم ساخت؟

طرفداران مدیریت پنجره‌ی فرصت و تنظیم خانواده یکی از دلایل باروری پایین و استمرار آن در سال‌های اخیر را افزایش میانگین سن ازدواج جوانان و در نتیجه کوتاه شدن دامنه‌ی سنی فرزندآوری برای زوج‌های جوان می‌دانند. در فاصله‌ی ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵، میانگین سن ازدواج زنان و مردان ایرانی به ترتیب ۲۷/۷ سال و ۲۷/۷ سال افزایش یافته است. عدم امنیت شغلی و ترس از ناتوانی در تأمین نیازهای اولیه‌ی زندگی، به ویژه مسکن، یکی از دلایل و عوامل مؤثر بر تعویق سن ازدواج در شرایط فعلی جامعه‌ی ایران است. تغییر نظام خانوادگی ایرانی نیز این عدم قطعیت را بیش تر کرده است. با این حال، مشخصه‌ی بارز ساختار زناشویی ایران عمومیت و فراگیری ازدواج است. حدود ۹۸ درصد ایرانی‌هایی که به بازار ازدواج وارد می‌شوند تا سن ۵۰ سالگی دست‌کم یک بار ازدواج می‌کنند. بنابراین، چنانچه به موازات عرضه‌ی نیروی کار جدید به بازار کار، اقداماتی جدی در زمینه‌ی ایجاد فرصت‌های شغلی و آرایه‌ی خدمات و تسهیلاتی در زمینه‌ی ازدواج و تشکیل خانواده صورت بگیرد، می‌توان امیدوار بود که خانواده‌های بسیاری تشکیل شود. این زوج‌های جدید، با توجه به سهم بالایی که از کل جمعیت کشور دارند، حتی در صورت تجربه‌ی باروری زیر سطح جایگزینی (میزان باروری کل ۲ فرزند به ازای هر مادر در طول دوره‌ی تولید مثل)، باز هم باعث افزایش حجم جمعیت ایران خواهند شد. سرایی (۱۳۸۷: ۱۳۳) استمرار باروری پایین را مشروط به تکوین شرایط خاصی در سطح باروری، خانواده و جامعه می‌داند. تغییرات در جامعه‌ی ایران تا حدودی برونزا و متأثر از تغییرات صورت گرفته در جنبه‌های مختلف زندگی در جوامع مرکز است (سرایی ۱۳۸۵). با توجه به زمینه‌های متنوع قومی و فرهنگی در جامعه‌ی ایران، تأثیرپذیری از عوامل بیرونی ناهم‌زمان و ناهم‌سان بوده است. بنابراین، نمی‌توان با قطعیت از تداوم باروری پایین در ایران سخن گفت. در کنار این‌ها، نباید اثر نیروی محرکه‌ی نهفته در ساختمان سنی جمعیت ایران یا گشتاور نرخ رشد جمعیت را نادیده گرفت.

نتیجه‌گیری و بحث

تجربه‌ی گذار جمعیت‌شناختی در ایران به تغییراتی مهم در ساختار سنی جمعیت منجر شده است. فرصت‌ها و چالش‌های برساخته از آن بر همه‌ی ابعاد زندگی تأثیر گذاشته و خواهد گذاشت. تغییرات به گونه‌ای بوده است که به صورت بالقوه و به طور مقطعی شرایط بسیار مساعدی برای رشد و توسعه‌ی اقتصادی فراهم کرده است. کاهش بی‌سابقه‌ی باروری و ثبات نسبی سطح مرگ‌ومیر سبب شده است تا نسبت کم‌سالان در جمعیت تقلیل بیابد و به خاطر پایین بودن نسبی سهم کهن‌سالان، سهم جمعیت واقع در سنین کار و فعالیت اقتصادی در مقیاس بی‌سابقه‌ای افزایش بیابد. این تغییرات از طرفی، به موضع‌گیری یکسان محافل دانشگاهی و تحقیقاتی و دستگاه‌های سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در زمینه‌ی ضرورت بازنگری در سیاست‌های جمعیتی کشور منجر شده و از سوی دیگر، باعث شکل‌گیری رویکردهای متفاوتی در زمینه‌ی ماهیت و جهت‌گیری سیاست‌های جمعیتی در کشور شده است.

رویکردهای مخالف اصلی به دو گروه عمده‌ی؛ ۱) طرفداران افزایش مولید و ۲) حامیان مدیریت پنجره‌ی فرصت و تنظیم خانواده تقسیم می‌شوند. اگرچه هر دو گروه بر ضرورت بازنگری در سیاست‌های جمعیتی کشور تأکید دارند، اما از موارد عمده‌ی اختلاف بین طرفداران این دو دیدگاه این است که چه سیاست جمعیتی و با کدام مکانیزم یا مکانیزم‌های اجرایی باید در شرایط کنونی جامعه‌ی ایران به اجرا گذاشته شود. این اختلاف نظر، به زعم نویسندگان مقاله، ریشه در قرائت‌های متفاوت آن‌ها از سیاست جمعیتی، تنظیم خانواده و کنترل مولید دارد.

نتایج این بررسی این واقعیت را مورد تأکید قرار می‌دهد که آنچه در شرایط کنونی بیش از هر چیز ضرورت دارد تدوین یک سیاست جامع جمعیتی است که در آن مسأله تنها باروری نباشد و به سایر ابعاد به ویژه استفاده‌ی بهینه از فرصت طلایی پنجره جمعیتی نیز توجه داشته باشد. به طور کلی، با توجه به تغییر ترجیحات و تمایلات فرزندآوری افراد و خانواده‌ها، عمومیت استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی، افزایش میزان تقاضا برای استفاده از روش‌های دائمی و طولانی‌اثر پیش‌گیری از حاملگی و میزان بالای حاملگی‌های ناخواسته و سقط جنین عمدی، لازم است تا از طرفی خدمات بهداشت باروری با هدف کاهش نیاز برآورده نشده‌ی تنظیم خانواده و تأمین سلامت مادران و کودکان همچنان استمرار بیابد. این سیاست‌ها بایستی به صورت منطقه‌ای و محلی و متناسب با تغییرات باروری در مناطق مختلف کشور و توجه به زمینه‌های قومی - فرهنگی جمعیت ایران تدوین و به اجرا گذاشته شود. از سوی دیگر، با در نظر گرفتن عمومیت ازدواج در جامعه‌ی ایران، ایجاد فرصت‌های جدید شغلی می‌تواند انگیزه‌های لازم را برای تشکیل خانواده و ازدواج به هنگام فراهم سازد. با همه‌ی این‌ها، نباید از پیامدهای مرحله‌ی پایانی گذار جمعیت‌شناختی غافل ماند. جمعیت ایران در سال‌های منتهی به دهه‌ی سوم قرن ۱۵ خورشیدی دارای جمعیتی با یک ساختار سنی سالخورده خواهد بود. بنابراین، توجه به پدیده‌ی سالمندی جمعیت در ایران

و عوارض و مسایل ناشی از آن مهم و حیاتی است و نیاز به برنامه‌ریزی عملی دارد. در هر حال باید به این واقعیت توجه داشت که حتی در شرایط سالخوردگی جمعیت بیش از ۶۰ درصد جمعیت در سنین فعالیت قرار می‌گیرند و می‌توانند پشتیبان سالمندان باشند.

منابع

- استور، جان، شارون کرمایر، لورا هیتون، اد ایل (۱۳۸۸). Spectrum: سیستم مدل‌سازی سیاست‌گذاری، (ترجمه‌ی حاتم حسینی)، تهران: انتشارات جامعه‌شناسان.
- ترابی، فاطمه (۱۳۹۰). عبور جمعیت ایران از مرز ۷۵ میلیون نفر: رابطه‌ی توسعه با تحصیلات، بهداشت باروری و مشارکت اقتصادی زنان. گزارش کشوری جمعیت ایران در سال ۲۰۱۱، پروژه‌ی جمعیت و توسعه‌ی دانشگاه تهران با حمایت مالی صندوق جمعیت سازمان ملل متحد.
- حسینی، حاتم (۱۳۹۰). جمعیت‌شناسی اقتصادی اجتماعی و تنظیم خانواده، چاپ چهارم، ویراست دوم، همدان: انتشارات دانشگاه بوعلی سینا.
- حسینی، حاتم و محمدجلال عباسی شوازی (۱۳۸۸). «تغییرات اندیشه‌ای و تأثیر آن بر رفتار و ایده‌آل‌های باروری زنان کرد و ترک». پژوهش زنان (زن در توسعه و سیاست). دوره‌ی ۷، شماره‌ی ۲، صص ۵۵-۸۴.
- حسینی، حاتم و بلال بگی (۱۳۹۲). «میزان تقاضا برای استفاده از روش‌های پیش‌گیری از حاملگی و تعیین‌کننده‌های آن در میان زنان کرد شهر مهاباد در سال ۱۳۹۱». مجله‌ی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، سال هفدهم، شماره‌ی سوم، صص ۱۹۰-۱۸۱.
- حسینی، حاتم و بلال بگی (منتشر نشده الف). «فرهنگ و فرزندآوری: بررسی تمایلات باروری زنان کرد شهر مهاباد».
- حسینی، حاتم و بلال بگی (منتشر نشده ب). «دلایل و تعیین‌کننده‌های قطع و تغییر روش‌های پیشگیری از بارداری در میان زنان دارای همسر ۴۹-۱۵ ساله‌ی شهر مهاباد».
- حسینی، حاتم، امیر عرفانی، سلیمان پاک‌سرشت و بلال بگی (۱۳۹۱). «نیاز برآورده‌نشده‌ی بهداشت باروری و تعیین‌کننده‌های آن در میان زنان کرد شهر مهاباد». فصل‌نامه‌ی زن در توسعه و سیاست. دوره‌ی ۱۰، شماره‌ی ۲، تابستان ۱۳۹۱، صص ۸۶-۶۵.
- حسینی چاووشی، میمنت (۱۳۸۸). «ضرورت بازنگری در برنامه‌های تنظیم خانواده: آیا خطر کاهش جمعیت کشور را تهدید می‌کند؟» هفته‌نامه‌ی سپید، شماره‌ی ۱۵۳.
- زنجانی، حبیب‌الله، محمد میرزایی، امیر هوشنگ مهربار و کامل شادپور (۱۳۷۸). جمعیت، توسعه و بهداشت باروری، تهران: نشر بشری.

- سرایبی، حسن (۱۳۸۷). «گذار جمعیتی دوّم با نیم‌نگاهی به ایران». نامه‌ی انجمن جمعیت‌شناسی ایران. سال سوّم، شماره‌ی ۶، صص ۱۴۰-۱۱۸.
- سرایبی، حسن (۱۳۸۵). «تداوم و تغییر خانواده در جریان گذار جمعیتی ایران». نامه‌ی انجمن جمعیت‌شناسی ایران، سال یکم، شماره‌ی ۲، صص ۶۰-۳۷.
- سرایبی، حسن (۱۳۹۰). جمعیت‌شناسی: مبانی و زمینه‌ها، تهران: انتشارات سمت.
- صادقی، رسول (۱۳۹۰). عبور جمعیت ایران از مرز ۷۵ میلیون نفر: فرصت‌ها و چالش‌ها (با تأکید بر تغییرات ساختار سنی جمعیت)، گزارش کشوری جمعیت ایران در سال ۲۰۱۱، پروژه‌ی جمعیت و توسعه‌ی دانشگاه تهران با حمایت مالی صندوق جمعیت سازمان ملل متحد.
- طریقتی تابش، راضیه (۱۳۹۲). «بررسی تمایلات فرزندآوری زنان ۴۹-۱۵ ساله‌ی همسر دار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت شهر همدان و عوامل و تعیین‌کننده‌های آن»، پایان‌نامه‌ی دوره‌ی کارشناسی پژوهشگری، دانشگاه بوعلی سینا، دانشکده‌ی اقتصاد و علوم اجتماعی، گروه علوم اجتماعی.
- عبّاسی شوازی، محمّدجلال (۱۳۸۰). «همگرایی رفتارهای باروری در ایران، میزان، روند و الگوی سنی باروری در استان‌های کشور در سال‌های ۱۳۵۱ و ۱۳۷۵». نامه‌ی علوم اجتماعی. شماره‌ی ۱۸، صص ۲۰۱-۲۳۱.
- عبّاسی شوازی، محمّدجلال و حاتم حسینی (۱۳۸۸). «تفاوت‌های قومی باروری در ایران: روندها و عوامل مؤثر بر آن». مجله‌ی جامعه‌شناسی ایران. دوره‌ی هشتم، شماره‌ی ۴، زمستان ۱۳۸۶، صص ۳۶-۳.
- لوکاس، دیوید و پاول میر (۱۳۸۱). درآمدی بر مطالعات جمعیتی، (ترجمه‌ی حسین محمودیان)، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- مرکز آمار ایران (۱۳۹۱). گزیده‌ی نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۹۰، تهران: انتشارات مرکز آمار ایران.
- میرزایی، محمّد (۱۳۷۳). «ملاحظات جمعیتی مرتبط با توسعه در ایران». فصلنامه‌ی جمعیت. شماره‌ی ۱۰، صص ۲۰-۱.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۱). سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران: گزارش تحقیق بررسی ویژگی‌های جمعیتی و بهداشتی در ایران ۱۳۷۹، تهران، چاپ سنوبر.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۸). شاخص‌های سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران، تهران.

Abbasi-Shavazi, M.J., P. McDonald, and M. Hosseini - Chavoshi (2009). The Fertility Transition in Iran: Revolution and Reproduction, Springer, London.

- Aghajanian, A. (1998). "Family Planning Program and Recent Fertility Trends in Iran", Measure Evaluation, Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, PP. 1-60.
- Bayer, A. (2002). "Unmet need for contraception in the 21th century", Population resource center.
- Erfani, A. (2008). »Abortion in Iran: What Do We Know?«, Discussion Paper No, 08-01, Online available at: <http://sociology.uwo.ca/popstudies/dp/dp08-01.pdf>
- Erfani, A. (2009). "Tehran Survey of Fertility: A Study on the Reproductive Behavior of Married Women in Tehran, Trends, Correlates and Policy Challenges", The Population Studies and Research Center in Asia and Pacific (PSRC), Tehran.
- Gubhaju, B. (2008). Fertility Transition and Population Ageing in the Asian and Pacific Region, Asia-Pacific Population Journal, Vol. 1, No. 2, PP. 55-80.
- Hosseini, H. (2012). "Demographic Transition, Window of Opportunity, and Population Bonus: Toward a New Population Policy in Iran", Paper Presented at the European Population Conference (EPC 2012) Stockholm, Sweden, 13-16 June 2012.
- Hosseini, H. (2012). "Demographic Transition and its Policy Implication in Iran", Paper Accepted for Presentation at the 2ND Asian Population Association Conference (APA 2012), Bangkok, Thailand, 26-29 August 2012.
- Hosseini, H. (2010). "Comparative Study of Fertility Transition and Population Ageing in Four Selected Countries in the MENA Region", Paper Presented at the First Asian Population Conference (APA), New Delhi, India, 16-20 November 2010.
- Hosseini, H., F. Torabi., and B. Bagi (2013). "Demand for Long-acting and Permanent Contraceptive Methods among Kurdish Women in Mahabad, Iran", Paper Accepted for Presentation at the 27th IUSSP International Population Conference, Busan, Korea, 26-31 August 2013, Session 01-01-05: Demand for Long Acting Family Planning Methods.
- Hosseini-Chavoshi, M., P. McDonald, and M.J. Abbasi-Shavazi (2006). "The Iranian Fertility Decline, -1981 1999: An Application of the Synthetic Parity

- Progression Ratio Method", Population, 6-5(61): 718-701.
- Hosseini-Chavoshi, M., P. McDonald and M.J. Abbasi-Shavazi (2007). »Fertility and Contraceptive Use Dynamics in Iran and its Low Fertility Regions«, Australian Demographic and Social Research Institute (ADSRI), College of Arts and Social Sciences, Working Paper No.1, Australian National University, Canberra.
- Malmberg, B., and L. Sommestad (2000). "Four Phases in the Demographic Transition: Implications for Economic and Social Development in Sweden, 1820-2000", Paper to be Presented at SSHA Meeting in Pittsburg, October 2000.
- Population Reference Bureaus (2012). "The 2011 World population data sheet, demographic data and the Estimates for the Countries and Regions on the World", New York.
- Roudi-Fahimi, F. (2002). "Iran's Family Planning Program: Responding to a Nation Needs", Population Reference Bureau, available online at: http://www.prb.org/pdf/IransFamPlanProg_Eng.pdf
- United Nations (2006). "Report of the Secretary-General on the Work of the Organization", document number GA/1/1, New York: UN.
- United Nations (2010). "World Population Prospects: the 2010 Revision, Population Database, Department of Economic and Social Affairs", Population Division, New York.
- Weeks, J.R. (1999). Population: An Introduction to Concepts and Issues, Seventh Edition, Wadsworth Publishing Company.
- Yadav, K., B. Singh and K. Goswami (2009) "Unmet Family Planning Need: Differences and Levels of Agreement between Husband-Wife, Haryana, India", Indian Journal of Community Medicine, Vol 34, Issue 3.