

اطلس باروری استان

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان
معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی جیرفت
معاونت بهداشتی دانشکده علوم پزشکی سیرجان

مولف: نوذر نخعی

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

پیشگفتار

ما نمیخواهیم این قضیه را با شعار و با «صلوات بفرستید تمام بشود» و مانند اینها پیش ببریم؛ میخواهیم مسئله به شکل عمیق و علمی حل بشود؛ گره‌های ذهنی‌ای که وجود دارد باز بشود، حقیقت قضیه روشن بشود و به اعتقاد من ما میتوانیم این کار را بکنیم؛ یعنی متفکرین ما و صاحبان دانش مرتبط با مسئله‌ی جمعیت - در هر بخشی از بخشها - میتوانند در این زمینه منطق صحیح و قابل قبولی را ارائه کنند.

بیانات مقام معظم رهبری مد ظله العالی در دیدار اعضای همایش ملی «تغییرات جمعیتی و نقش آن در تحولات مختلف جامعه (ششم آبان ۱۳۹۲)

شواهد علمی حاکی از آن است که برخی از کشورهای اروپایی سالها قبل از آنکه نرخ باروری کشورشان به زیر حد جایگزینی برسد، شروع به انجام مطالعات به منظور برنامه‌ریزی در راستای مقوله فرزندآوری نمودند. از آن جمله میتوان به کشور فرانسه اشاره نمود که آغاز اینگونه فعالیتها در آن به ۱۰۰ سال پیش بر میگردد. اگرچه در کشور ما اینگونه فعالیتها با تاخیر کلید خورد ولی به قولی بهترین زمان برای کاشت یک درخت ۲۰ سال پیش بود، ولی بعد از آن همین لحظاتی است که در آنیم.

نرخ باروری کلی کشور در حال حاضر حدود ۱,۷ است، یعنی کمتر از رقم حداقل قابل قبول ۲,۱ که از آن به عنوان حد جایگزینی نام برده میشود. این در حالیست که با عدد ۱,۵ که از آن به عنوان "تله جمعیتی" نام برده میشود، فاصله چندانی نداریم. عددی که اگر نرخ باروری به زیر آن برسد جبران آن به این سادگی نخواهد بود. از سوی دیگر پیشبینی‌ها نشان میدهد به دنبال پاندمی کرونا جمعیت ایران از آنچه که پیشبینی میشده در سال ۱۴۳۰ کمتر خواهد بود (پیشبینی‌های اولیه عدد ۱۰۱ میلیون نفر و پیش بینی‌های بعد از کرونا عدد ۹۴ میلیون نفر را نشان میدهد). از سوی دیگر پیشبینی می‌شود در سال ۱۴۳۰ رشد جمعیت کشور منفی خواهد شد، مگر آنکه اقدامات همه جانبه و علمی انجام پذیرد. بر اساس تحلیلهای سازمان جهانی بهداشت و سازمان ملل، کشور ما بیشترین شتاب تبدیل به یک کشور بسیار سالمند را، در سال ۲۰۳۰ تجربه خواهد نمود. از سوی دیگر در این تحقیق نشان داده شده است، که اگرچه در برخی شهرستان‌های جنوبی استان مانند شهرستان رودبار جنوب وضعیت مولید در حد مطلوبی است، ولی به دنبال فراگیر شدن فرهنگ مدرنیته و فردگرایی اگر اقدامات فرهنگی و حمایتی اجتماعی، اقتصادی با حضور همه دستگاهها انجام نشود، فرصتهای باقیمانده بهزودی از دست خواهند رفت.

این گزارش تحلیلی با هدف ارزیابی وضعیت موجودِ اهم مولفه‌های تاثیرگذار بر فرزندآوری انجام شد. در این تحقیق با همکاری بسیار صمیمانه معاونتهای بهداشتی سه دانشگاه علوم پزشکی کرمان، جیرفت و سیرجان، مرکز مطالعات راهبردی حمایت از خانواده و جوانی جمعیت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان، و اداره کل بیمه سلامت استان کرمان، شهرستان‌های تحت پوشش این سه دانشگاه مورد ارزیابی قرار گرفتند. گزارشی مشابه نیز با همکاری معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بم و اساتید آن دانشگاه در حال انجام است. در این تحقیق با حجم نمونه تقریبی ۱۵۵۰۰ نفر بیش از ۱۰۰ شاخص مرتبط با مقوله جمعیت و فرزندآوری اندازه گیری شدند. انجام این تحقیق میسر نمیشد، مگر با همکاری صمیمانه و صادقانه همکارانم در اقصی نقاط شهرستان‌های استان کرمان. بدینوسیله از همه این بزرگواران قدردانی مینمایم. از صبوری همسر و فرزندانم که برای تهیه این گزارش مجبور شدم، در بسیاری مواقع از اوقات با هم بودن با آنان خرج نمایم بسیار ممنون و سپاسگزارم.

امید آنکه این گزارش مبنایی شود برای اقدامات کوتاه مدت و میان مدت اثربخش.

نوذر نخعی

استاد پزشکی اجتماعی مرکز تحقیقات مدیریت خدمات سلامت

و مسئول مرکز مطالعات راهبردی حمایت از خانواده و جوانی جمعیت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان

اسامی همکاران ستادی که در مدیریت جمع آوری داده ها همکاری و یا نظارت نمودند:

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمان	
جناب آقای دکتر بارونی، معاون محترم بهداشتی	معاونین بهداشتی دانشگاه
جناب آقای دکتر صافی زاده، معاون محترم بهداشتی (مسئول وقت)	
جناب آقای دکتر سالاری، معاون محترم فنی	معاونین مرکز بهداشت استان
جناب آقای مهندس سلطانی نژاد، معاون محترم اجرایی	
سرکار خانم دکتر محسنی	مدیران گروه سلامت خانواده و جمعیت
سرکار خانم دکتر صافی زاده (مسئول وقت)	
سرکار خانم امیری	کارشناسان ستادی گروه سلامت خانواده و جمعیت (به ترتیب حروف الفباء)
سرکار خانم انجم شعاع	
سرکار خانم به سرشت	
سرکار خانم دکتر حیدری	
سرکار خانم صابر ماهانی	
سرکار خانم صلاحی پور	
سرکار خانم کامیابی	
سرکار خانم نوابی	
سرکار خانم علم	
جناب آقای ثمری	
جناب آقای مددی	روابط عمومی دانشگاه
جناب آقای دکتر یزدی، رییس مرکز	مرکز تحقیقات مدیریت خدمات سلامت
سرکار خانم خواجه، کارشناس مرکز	
معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی جیرفت	
جناب آقای دکتر خیرخواه، معاون محترم بهداشتی (مسئول وقت)	معاونین بهداشتی دانشگاه
جناب آقای مهندس صادقی، معاون محترم بهداشتی	
جناب آقای مهندس صمیمی، معاون محترم فنی	معاونین معاونت بهداشتی
سرکار خانم بیگ زاده، معاون محترم اجرایی	
سرکار خانم سقازاده	مدیر گروه سلامت خانواده و جمعیت
سرکار خانم سقازاده	کارشناس ستادی گروه سلامت خانواده و جمعیت
معاونت بهداشتی دانشکده علوم پزشکی سیرجان	
جناب آقای دکتر موقری پور	معاون بهداشتی دانشگاه
جناب آقای مهندس مریدی، معاون محترم فنی	معاون معاونت بهداشتی
سرکار خانم آژ	مدیر گروه سلامت خانواده و جمعیت
سرکار خانم نصرت آبادی	کارشناس ستادی گروه سلامت خانواده

مقدمه

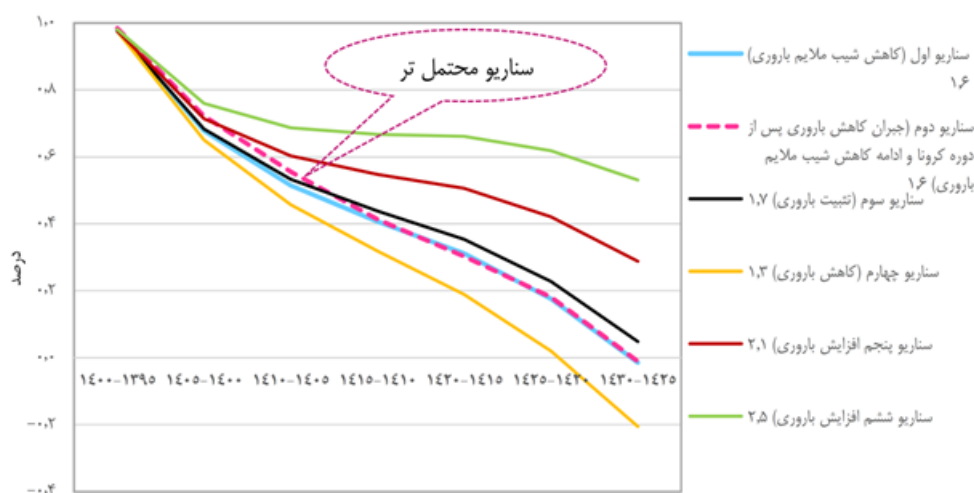
هدف از این فصل، آن است که خوانندگان محترم قبل از مطالعه یافته‌های این مطالعه، در ابتدا با برخی از شاخص‌های مرتبط با مولفه‌های تأثیرگذار بر باروری و همچنین شاخصهای جمعیت‌شناسی کشور آشنا گردند تا در صورت تمایل به منبع اصلی مراجعه و اطلاعات کاملتری دریافت نمایند.

متوسط رشد سالانه جمعیت در ایران

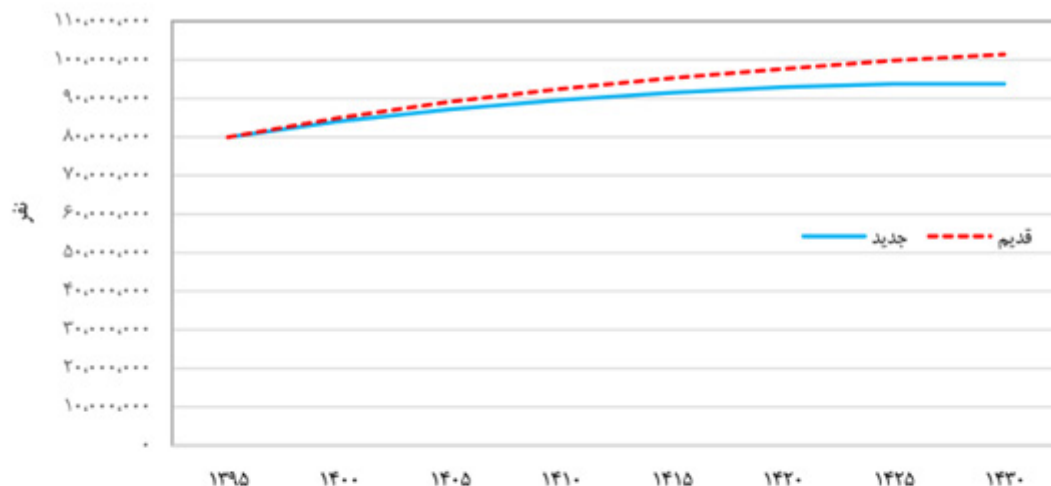
در مقاله‌ای تحت عنوان "ضرورت و اهمیت بازنگری پیش‌بینی جمعیت ایران در سال ۱۴۰۰" دکتر الهام فتحی رییس گروه آمارهای جمعیت و سلامت مرکز آمار ایران با همکارانشان با در نظر گرفتن تأثیر همه‌گیری کرونا برای پیش‌بینی افق ۱۴۰۰ کشور متوسط رشد سالانه جمعیت ایران در دوره‌های پنج‌ساله شش سناریو را به شرح ذیل در محاسبات لحاظ نموده و در نهایت ضمن ارائه منحنی زیر با شفافیت وضعیت پیش‌رو را تبیین نمودند. در این مطالعه جمعیت پایه پیش‌بینی، براساس سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵ کشور بود. بر اساس محاسبات سال ۱۳۹۹ آخرین نرخ باروری کشور ۱,۷ در نظر گرفته شده است، که در حد قابل توجهی پایین‌تر از حد جایگزینی ۲,۱ می‌باشد.

پیش‌بینی متوسط رشد سالانه جمعیت ایران در دوره‌های پنج‌ساله با شش سناریو فروض باروری از

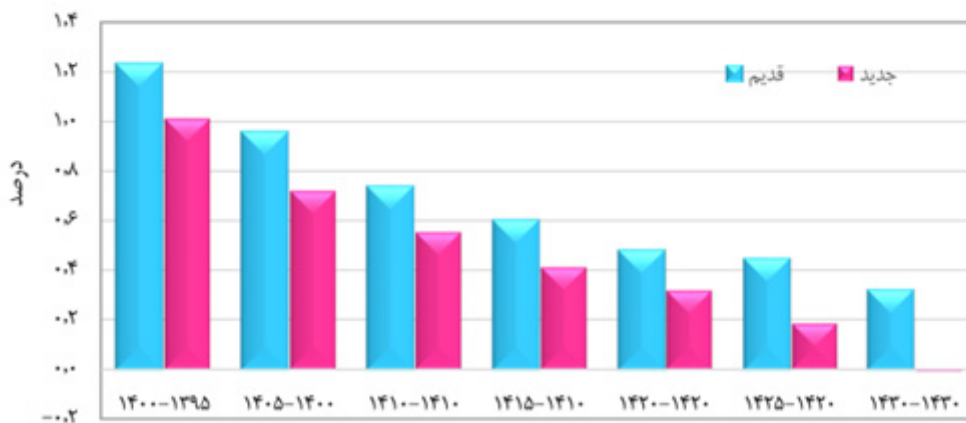
سال ۱۳۹۵ تا ۱۴۳۰



مقایسه نتایج پیش‌بینی جمعیت قبلی و بازنگری شده، کل کشور از سال ۱۳۹۵ تا ۱۴۳۰



مقایسه نتایج متوسط رشد سالانه جمعیت پیش‌بینی شده قبلی و بازنگری شده، کل کشور از سال ۱۳۹۵ تا ۱۴۳۰



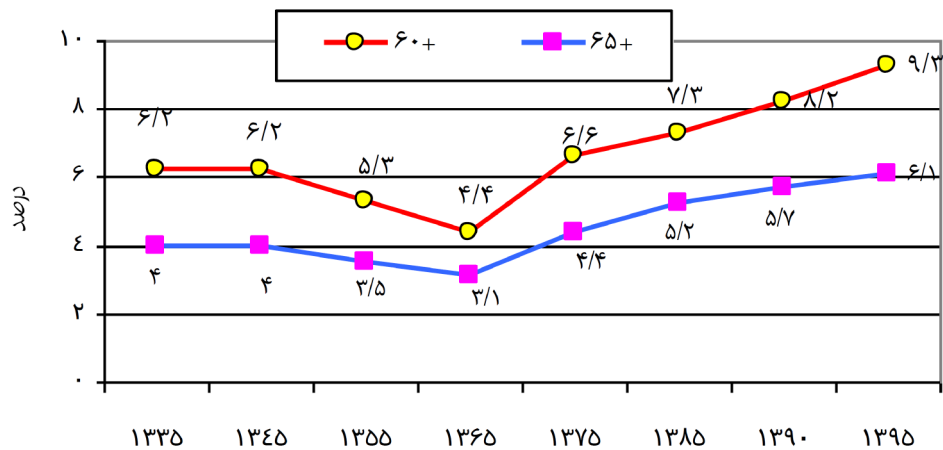
نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که با توجه به بازنگری در پیش‌بینی جدید، رشد جمعیت از آنچه که پیش‌بینی قبل از کرونا نشان می‌دهد کمتر است. از سوی دیگر بر اساس محتمل‌ترین سناریو از سال ۱۴۲۵ کشور با رشد منفی جمعیت روبرو خواهد شد که این موضوع حاکی از وخامت اوضاع و لزوم سرعت عمل در اقدامات اثر بخش در سطح استان است. بر اساس این پیش‌بینی، کشور در سال ۱۴۳۰ حدود ۹۴ میلیون نفر جمعیت خواهد داشت، که اگر با پیش‌بینی سازمان جهانی بهداشت در نظر بگیریم حدود ۳۰ میلیون نفر از آنان سالمند خواهند بود. یعنی بحران در بحران (بحران رشد منفی جمعیت و بحران سالمندی جمعیت). لازم به ذکر است در پیش‌بینی‌های قبلی تعداد مورد انتظار جمعیت در سال ۱۴۳۰، ۱۰۱ میلیون نفر بود.

سالمندی در ایران

در مقاله دیگری با عنوان "پدیده‌ی سالمندی جمعیت در ایران و آینده آن" که توسط دکتر الهام فتحی توسط پژوهشکده آمار ایران نشر گردیده است، به زیبایی و شفافیت آمارهای موجود و پیش‌بینی سالمندی در ایران تشریح شده است. سازمان جهانی بهداشت (و وزارت بهداشت) ملاک سنی سالمندی را ۶۰ سالگی و جمعیت‌شناسان عدد ۶۵ (به این دلیل که در کشورهای غربی سن ۶۵ سالگی سن بازنشستگی است) را مد نظر قرار می‌دهند. بهتر است ملاک تعریف وزارت بهداشت در نظر گرفته شود، تا دچار تساهل نشویم. اگر سهم سالمندان در یک کشور بین ۷ تا ۱۴ درصد باشد، به آن کشور اصطلاحاً "در حال سالمندی" گفته می‌شود. و به ترتیب به ۱۴ تا ۲۰ درصد و بالای ۲۰ درصد، کشور "سالمند" و کشور "بسیار سالمند" اطلاق می‌شود.^۳

3 Approach Paper World Bank Support to Aging Countries. World Bank Group. 2019.

در جداول و منحنی های زیر که از این مقاله اقتباس شده است، وضعیت ترسیم گردیده است.



شکل ۲- نسبت جمعیت سالمند ایران: ۱۳۳۵-۱۳۹۵

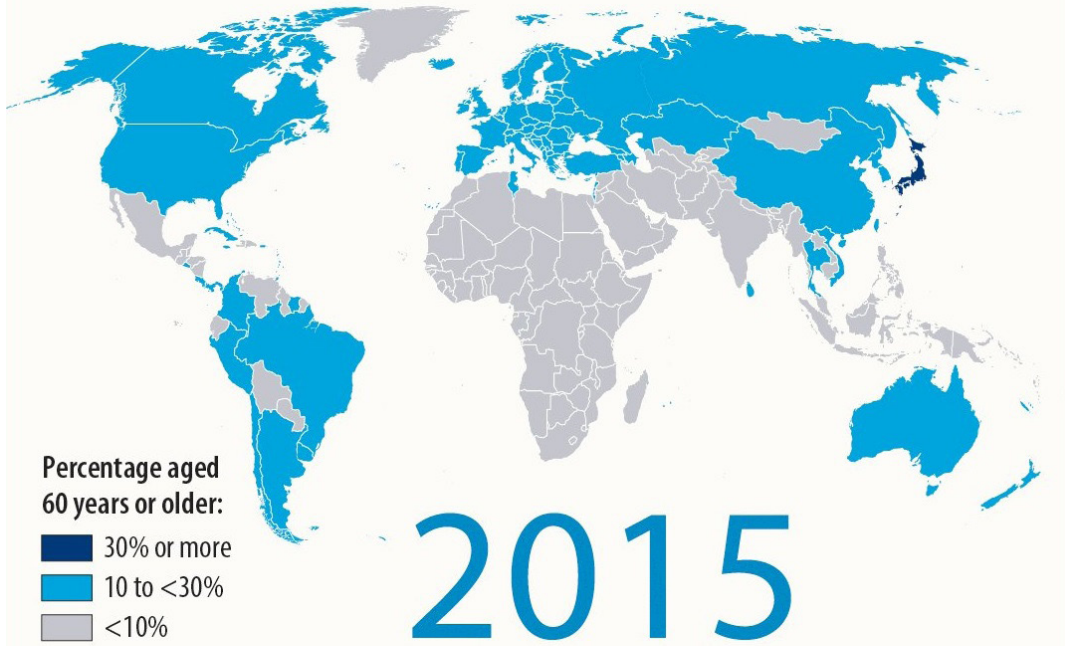
در این شکل خط آبی بالای ۶۵ و خط قرمز سهم یا درصد افراد بالای ۶۰ سال از کل جمعیت را نشان می‌دهد. پیش بینی ها در این تحقیق نشان می‌دهد که جمعیت سالمندان از سال پایه ۱۳۹۵ که حدود ۴,۹ میلیون نفر بالای ۶۵ ساله بوده اند به حدود ۱۹ میلیون نفر در سال ۱۴۳۰ خواهد رسید (درصد سالمندی از ۶ درصد به حدود ۲۰ درصد بالای ۶۵ سال خواهد رسید).

بر اساس گزارش صندوق جمعیت ملل متحد، در حالیکه در سال ۲۰۱۲ فقط یک کشور (ژاپن) ۳۰ درصد جمعیتش بالای ۶۰ سال بوده است، در سال ۲۰۵۰ تعداد این کشورها به رقم ۶۴ عدد میرسد^۴ و مهمتر آنکه ایران یکی از این کشورها خواهد بود^۵. در دو شکل زیر درصد سالمندی (بالای ۶۰ سال) ایران در سالهای ۲۰۱۵ و سال ۲۰۵۰ میلادی نشان داده شده است.

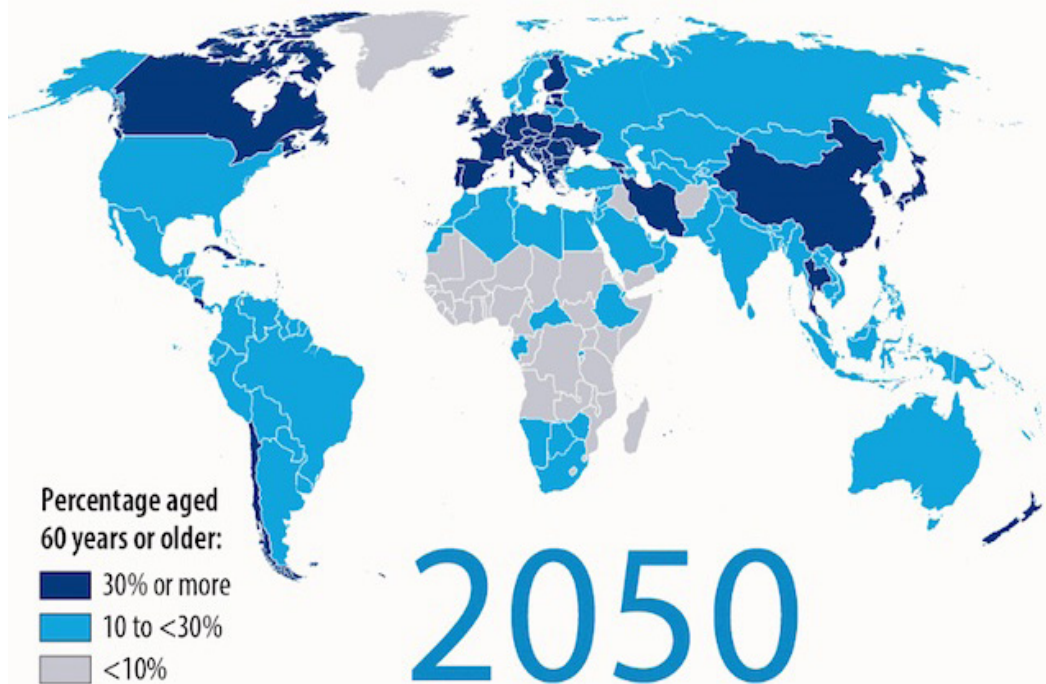
4 Till C. Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge.2012 .

5 United Nations (UN). World population ageing 2015.

Populations are getting older



Populations are getting older



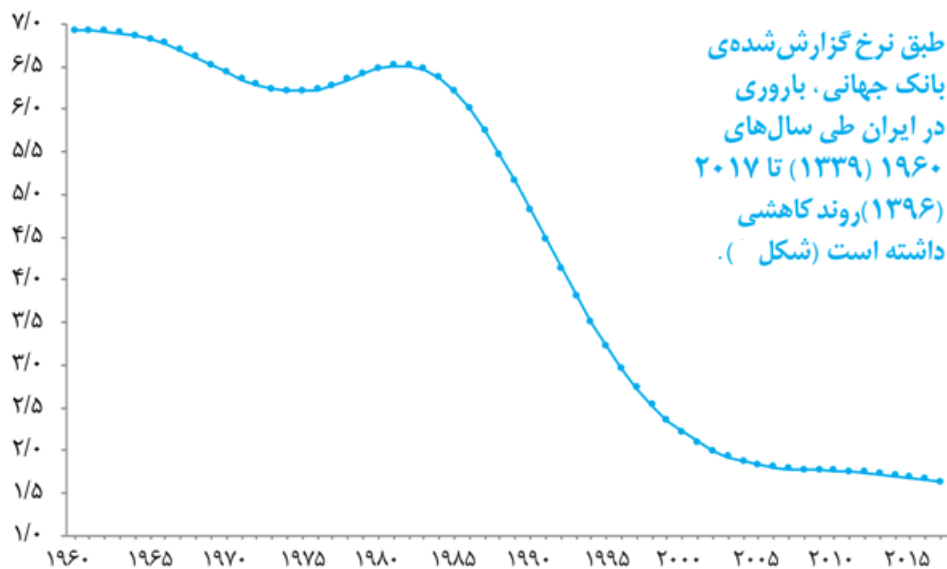
در دو نقشه فوق که توسط سازمان جهانی بهداشت ترسیم شده است، تنها کشور جوانی که در عرض ۳۵ سال و به طور ناگهانی در زمره کشورهای بسیار سالخورده خواهد بود، ایران است. به بیان دیگر بقیه کشورهای که در سال ۲۰۵۰ درصد افراد سالمندشان بالای ۳۰ درصد شده است، در سال ۲۰۱۵ مانند ایران در زمره کشورهای جوان نبوده اند.

در جدول زیر که برگرفته از مقاله ای تحت عنوان "بررسی روند تغییرات ساختار و ترکیب جمعیت کشور و آینده آن" است، عدد استان کرمان از میانگین کشوری پایین تر است، که علت اصلی آن وضعیت مطلوبتر باروری در جنوب استان است، و نه کل استان.

درصد جمعیت کشور به تفکیک استان در سه گروه عمده سنی: ۱۳۹۵ - ۱۳۵۵

شرح	۶۵ ساله و پیش تر				
	۱۳۹۵	۱۳۹۰	۱۳۸۵	۱۳۷۵	۱۳۶۵
کل کشور	۶/۱	۵/۷	۵/۲	۴/۳	۳
آذربایجان شرقی	۷/۲	۷/۱	۶/۳	۵	۲/۹
آذربایجان غربی	۵/۶	۴/۵	۵/۱	۴/۱	۲/۶
اردبیل	۶/۴	۶/۱	۵/۶	۴/۳	۲/۴
اصفهان	۷/۱	۶/۵	۵/۸	۴/۸	۳/۵
البرز	۵/۶	۴/۸	-	-	-
ایلام	۵/۶	۴/۷	۴/۵	۳/۷	۲/۸
بوشهر	۴/۲	۳/۹	۴/۱	۳/۷	۲/۶
تهران	۶/۸	۶/۱	۴/۹	۴/۱	۳/۱
چهارمحال و بختیاری	۵/۸	۵/۳	۵	۴/۲	۲/۷
خراسان جنوبی	۶/۹	۷/۳	۷	۶/۱	۳/۷
خراسان رضوی	۵/۶	۵/۷	۵/۲	۴/۴	۳/۳
خراسان شمالی	۵/۵	۵/۳	۴/۹	۳/۹	۲/۶
خوزستان	۴/۴	۴/۱	۳/۸	۳/۳	۲/۶
زنجان	۶/۷	۶/۴	۶	۴/۶	۳
سمنان	۶/۷	۶/۶	۶	۵/۷	۴/۴
سیستان و بلوچستان	۳/۲	۳/۲	۲/۹	۲/۹	۲/۸
فارس	۶/۱	۵/۶	۵/۲	۴/۴	۲/۹
قزوین	۶/۰	۵/۸	۵/۱	۴/۲	۳/۳
قم	۴/۹	۴/۸	۴/۵	۳/۹	۳/۱
کردستان	۶/۱	۵/۶	۵/۳	۴/۲	۳
کرمان	۵/۱	۴/۸	۴/۷	۴/۳	۳/۲

در مقاله ای که توسط موسسه ملی تحقیقات سلامت با عنوان "وضعیت نرخ باروری در ایران" منتشر شد، منحنی وضعیت نرخ باروری بر اساس نتایج بانک جهانی در شکل زیر نشان داده شده است.



شکل : روند تغییرات نرخ باروری کلی از سال ۱۹۶۰ الی ۲۰۱۷ (دفتر جمعیت بانک جهانی)

Source: world population prospects the 2017 revision

اگرچه تخمین موسسات متفاوت، تا حدی با یکدیگر فرق میکند، ولی همگی بر شتاب کاهنده آن متفق القولند.

نگاهی به آمارهای مهاجرت به خارج

در سالنامه آماری مهاجرت^۷ که توسط رصدخانه مهاجرت ایران و دکتر بهرام صلواتی و همکاران در دانشگاه صنعتی شریف تدوین شده است، خلاصه شاخصهای مهاجرتی در جدول صفحه بعد که عیناً از این گزارش اقتباس شده است، آمده است.

منبع	رتبه ایران (در میان سایر کشورها)	شاخص
(UNDESA, 2020)	۵۴ (از ۲۳۲)	رتبه مهاجرفرستی ایران (بر اساس جمعیت ایرانیان ساکن خارج از کشور در سال ۲۰۲۰)
(UNDESA, 2021)	۲۳ (از ۲۳۲)	رتبه مهاجرپذیری ایران (بر اساس جمعیت مهاجران ساکن ایران در سال ۲۰۲۰)
(UIS, 2021)	۱۹ (از ۲۴۱)	رتبه دانشجویفرستی ایران (بر اساس جمعیت دانشجویان ایرانی ساکن خارج در سال ۲۰۱۸)
(UIS, 2021)	۳۱ (از ۲۴۱)	رتبه دانشجویپذیری ایران (بر اساس جمعیت دانشجویان خارجی ساکن ایران در سال ۲۰۱۸)
(GALLUP WORLD POLL, 2017-2015)	۸۷ (از ۱۵۲)	رتبه ایران در شاخص جریان بالقوه مهاجرت (بین سالهای ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۷)
(GALLUP WORLD POLL, 2017-2015)	۷۸ (از ۱۵۲)	رتبه ایران در شاخص جریان بالقوه جذب استعدادها (بین سالهای ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۷)
(GALLUP WORLD POLL, 2017-2015)	۷۷ (از ۱۵۲)	رتبه ایران در شاخص جریان بالقوه مهاجرت جوانان (بین سالهای ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۷)
(GTCL, 2020)	۱۰۲ (از ۱۳۷)	رتبه ایران در شاخص رقابت پذیری جهانی برای استعدادها (در سال ۲۰۲۰)
(UNHCR Data Finder, 2021)	۱۴ (از ۹۵)	رتبه پناهجو فرستی ایران (تعداد ایرانیان در وضعیت پناجویی در جهان در سال ۲۰۲۰)
(UNHCR Data Finder, 2021)	۲۲ (از ۱۹۴)	رتبه پناهنده فرستی ایران (تعداد ایرانیان در وضعیت پناهندگی در جهان در سال ۲۰۲۰)
(UNHCR Data Finder, 2021)	۱۰ (از ۱۶۹)	رتبه پناهنده پذیری ایران (تعداد پناهندگان ساکن ایران در سال ۲۰۲۰)
(Henleyglobal, 2021)	۱۸۴ (از ۱۹۹)	رتبه ایران در شاخص جهانی قدرت پاسپورت (در سال ۲۰۲۰)

بر اساس این گزارش به نظر میرسد در حال حاضر، جمعیت مهاجران ایرانی قریب به دو میلیون نفر باشد. جمعیت ایرانیان مهاجر به تفکیک کشور محل سکونت بر اساس دو منبع آماری در این گزارش در یک جدول ترسیم شده است. این جدول در صفحه بعد آمده است.

۷ سالنامه مهاجرتی ایران ۱۴۰۰، نویسنده مسئول: بهرام صلواتی. پژوهشکده سیاستگذاری دانشگاه صنعتی شریف

جدول ۳- جمعیت ایرانیان مهاجر در جهان بر اساس منابع داخلی و بین‌المللی

جمعیت ایرانیان مهاجر در جهان (متولدین ایران)					
براساس منابع بین‌المللی (UNDESA 2020 , Word Bank 2017)			بر اساس آمار شورای عالی ایرانیان ۱۳۹۹		
۱	امارت متحد عربی*	۴۵۴,۰۰۰	۱	آمریکا	۱,۵۰۰,۰۰۰
۲	آمریکا	۳۸۷,۲۴۶	۲	کانادا	۴۰۰,۰۰۰
۳	کانادا	۱۶۶,۲۹۴	۳	انگلستان	۴۰۰,۰۰۰
۴	آلمان	۱۵۲,۵۹۰	۴	امارات متحده عربی	۳۵۷,۰۰۰
۵	ترکیه	۸۴,۲۷۰	۵	آلمان	۳۱۹,۰۰۰
۶	انگلستان	۸۳,۵۳۱	۶	ترکیه	۱۲۶,۶۴۰
۷	سوئد	۷۹,۳۶۳	۷	استرالیا	۱۲۰,۰۰۰
۸	استرالیا	۷۴,۳۲۲	۸	سوئد	۱۱۶,۶۴۰
۹	اسرائیل	۵۰,۸۰۸	۹	عراق	۱۱۰,۹۲۰
۱۰	کویت*	۴۶,۴۱۹	۱۰	فرانسه	۹۰,۰۰۰
۱۱	هلند	۳۴,۸۰۹	۱۱	هلند	۵۲,۰۰۰
۱۲	قطر*	۳۰,۰۰۰	۱۲	اتریش	۴۰,۰۰۰
۱۳	فرانسه	۲۶,۰۶۹	۱۳	کویت	۳۸۰,۰۰۰
۱۴	اتریش	۲۴,۰۹۲	۱۴	مالزی	۳۰,۰۰۰
۱۵	ایتالیا	۱۸,۵۲۹	۱۵	دانمارک	۲۸,۷۰۰
۱۶	نروژ	۱۸,۳۷۹	۱۶	بلژیک	۲۰,۰۰۰
۱۷	دانمارک	۱۷,۱۲۵	۱۷	تروز	۲۰,۰۰۰
۱۸	عراق	۱۴,۵۴۰	۱۸	قطر	۲۰,۰۰۰
۱۹	سوئیس	۱۳,۰۹۴	۱۹	سوئیس	۲۰,۰۰۰
۲۰	بلژیک	۱۱,۹۱۸	۲۰	گرجستان	۱۶,۵۰۰
-	سایر کشورها	۸۱,۸۲۳	-	سایر کشورها	۲۱۱,۷۲۸
جمعیت ایرانیان در جهان		۱,۸۶۹,۲۲۱	جمعیت ایرانیان در جهان		۴,۰۳۷,۲۵۸

منبع: (UNDESA, 2020) (World Bank, 2017) (شورای عالی ایرانیان، ۱۳۹۹)

* داده‌های ستاره دار از منبع بانک جهانی استخراج شده‌اند.

در این بخش، در ابتدا به خلاصه‌های از یافته‌های حاصل از مطالعات و همچنین تجارب بین‌المللی مرتبط با فرزندآوری پرداخته میشود. سپس پیشنهادهای با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش استانی، بررسی وسیع‌تر از یکصد مقاله و کتاب، و الهام گرفتن از توصیه‌های سیاستی مقام معظم رهبری پیرامون اقدامات لازم جهت "حمایت از جوانی جمعیت" ارائه خواهد گردید.

۱- مؤلفه‌های تاثیرگذار بر فرزندآوری

محققان بر این باورند که کمتر موضوعی به اندازه تمایل به فرزندآوری شادمانی را برای خانواده‌ها و موفقیت را برای جوامع به ارمغان می‌آورد^۱. به عنوان یکی از تعارضات و چالش‌های مدرنیته، همچنان که مردم به سمت مصرف‌گرایی و خانه‌های بزرگ و رفاه‌طلبی روی می‌آورند، تعداد فرزندان خانواده‌ها کمتر میشود.

باروری موضوعی است که محدود به یک رشته خاص نبوده و در حوزه‌های مختلف علم، از جمله جمعیت‌شناسی، جامعه‌شناسی، مردم‌شناسی، اقتصاد، روانشناسی و پزشکی مورد بحث و تحقیق است^۲.

در مطالعه مؤلفه‌های تاثیرگذار بر باروری، در ابتدا باید به این نکته توجه نمود که باروری خود از دو جزء تشکیل میشود:

الف) تمپو^۳ یا زمانبندی فرزندآوری، مانند سن ازدواج، فاصله بین ازدواج و اولین فرزند، سن زایمان اول، و فاصله سنی بین فرزند اول و دوم. به این ترتیب که هرچه که این زمانها کوتاهتر شود، احتمال فرزندآوری بیشتر میشود. ب) کواتوم یا تعداد فرزند، که از این میان میتوان به تمایل به تک‌فرزندی و بی‌فرزندی اشاره نمود.

۱-۱: تقسیم‌بندی مؤلفه‌های تاثیرگذار در سه سطح اثرگذاری

در یک تقسیم‌بندی عوامل تاثیرگذار بر فرزندآوری، از نظر سطح تاثیر به سه دسته تقسیم میشوند:

الف) عوامل خرد (یا میکرو) که به فرد یا زوج مربوط میشوند.

ب) عوامل میانی (یا مزو) که به عواملی از جمله ارتباطات با دوستان و اقوام و همکاران مربوط میشوند.

ج) عوامل کلان (یا ماکرو) که به عوامل فرهنگی مربوط میشوند.

در ادامه برخی عوامل تاثیرگذار در سه سطح فوق‌الذکر در کشورهای توسعه یافته تشریح میگردند.

الف) عوامل خرد

۱- قصد باروری^۴

از قصد باروری به عنوان تعیین‌کننده بلافاصله^۵ نام برده میشود. پشتوانه نظری قصد فرزندآوری را در واقع نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده تشکیل میدهد. این نظریه معتقد است که قصد فرزندآوری منتج از سه عامل است، نگرش، هنجار ذهنی و کنترل ادراک شده بر رفتار. در این ارتباط، قصد فرزندآوری در صورتی اهمیت می‌یابد که در یک بازه زمانی علاقه به داشتن فرزند مشخص شده باشد (مثلاً ۲ یا ۳ سال آینده)، و الا کلی‌گویی که پیرامون تعداد فرزند مورد دلخواه ارزش چندانی ندارد.

نگرش یک خانم متاهل نسبت به فرزندآوری، در واقع نشانگر آمادگی ذهنی و دیدگاه کلی او برای اقدام به بارداری و فرزندآوری میباشد، و مکانیسم پنهانی است که رفتار فرد را هدایت میکند و در زمینه‌سازی و شکل‌دهی رفتار باروری او تاثیر جدی دارد.

1 Chara KA, Chara Jr PJ. Factors influencing the desire for children. Psychological reports. 2003 Oct;93(2):487-93.

2 Balbo N, Billari FC, Mills M. Fertility in advanced societies: A review of research. European Journal of Population/Revue europeenne de demographie. 2013 Feb;29(1):1-38.

3 Tempo

4 Fertility intention

5 proximate

هنجار ذهنی نسبت به فرزندآوری، در واقع فشار درک شده از سوی دیگران بر فرد جهت فرزندآوری است، و به نوعی بازتاب تأثیر و نفوذ اجتماعی (پدر و مادر، خواهر و برادر، دوستان و اقوام) بر فرد است.

کنترل ادراک شده نسبت به فرزندآوری، عامل سومی است که بر قصد فرد برای فرزندآوری تأثیر میگذارد. به طوریکه اگر خانمی اعتقادات قوی در خصوص کنترل موانع فرزندآوری داشته باشد، کنترل درک شده (یا کنترلی ذهنی) بالاتری بر روی آن رفتار خواهد داشت. و بالعکس اگر ادراک قوی از کنترل این عوامل نداشته باشد، این ادراک پایین مانع بروز رفتار خواهد شد. به این ترتیب این سازه، سادگی یا دشواری فرزندآوری را از دیدگاه خانمها نشان میدهد.

۱- الگوی ازدواج

مواردی از قبیل سن ازدواج، میل به ازدواج، میزان طلاق، و کیفیت روابط زناشویی از این دست است.

۲- تقسیم کار بین زن و شوهر

عدالت در توزیع بار کاری منزل و خارج از منزل بین زن و شوهر یکی از عوامل موثر است. در خانواده هایی که این عدالت خیلی پررنگ و یا خیلی کم رنگ باشد، احتمال فرزندآوری دوم بیشتر میشود.

۳- درآمد و تحصیلات

در خانواده های با درآمد بالاتر احتمال فرزندآوری کمتر و هزینه فرزندآوری بیشتر است. چنین رابطه ای با تحصیلات مادر نیز دیده میشود. تأکید زیاد بر کیفیت در ذهن طبقات تحصیلکرده، سبب کم شدن کمیت فرزند در خانواده میشود.

۴- احساس ناامنی شغلی و اقتصادی

اگر زن و شوهری احساس ناامنی اقتصادی نمایند، و یا بیکار باشند، احتمال فرزندآوری کمتر میشود. این ارتباط منفی، در خانواده هایی که تحصیلات پایینتر دارند، کمرنگتر است.

۵- ترجیح باروری

منظور این است که یک خانم به کار اولویت میدهد یا خانواده. این خصوصیت از خانمی به خانم دیگر تفاوت میکند و معمولاً در اوان کودکی شکل میگیرد. زنانی که خانه و خانواده برایشان در اولویت است، فرزندآوری بیشتری دارند.

۶- انتقال نسلی ارزشها و رفتارها

ثابت شده است که مرد و زنی که در خانواده های پرجمعیت بزرگ شده اند، تمایل قویتری به فرزندآوری بیشتر دارند.

۷- ارزش های فرهنگی خانواده زن و شوهر

اگر باورهای مذهبی خانواده زن و شوهر قویتر باشد تمایل به فرزندآوری در آنان بیشتر خواهد بود. از سویی ثروت خانواده زن و شوهر بر میل به فرزندآوری آنان اثر معکوس دارد.

۸- نشاط

خانواده هایی که از نشاط بیشتری برخوردارند، تمایل بیشتری به فرزندآوری دارند.

ب) عوامل میانی

۱- تعاملات اجتماعی

عواملی همچون یادگیری از دیگران، تأثیر اقوام و دوستان بر رفتار باروری را شامل می شود. اینکه بستگان، اقوام و اطرافیان چه میکنند و چه میگویند بر رفتارهای خانوادها تأثیر دارد.

۲- محل زندگی

ممکن است در یک شهر از یک نقطه به نقطه دیگر تعداد فرزندان متداول خانوار متفاوت باشد. به طور مثال در حاشیه شهرها تعداد فرزندان نسبت به محله های درون شهر بیشتر است.

۳- سرمایه اجتماعی

در جوامعی که سرمایه اجتماعی، یا بعد معنوی جامعه از قبیل اعتماد، صداقت، هم دردی، دوستی، همبستگی، و فداکاری بالا باشد، احتمال فرزندآوری بیشتر است.

ج) عوامل کلان

۱- روند اقتصادی

اینکه بهبود شرایط اقتصادی یک کشور به خودی خود سبب افزایش فرزندآوری بشود، یک یافته ثابت شده نیست. درست است که اگر شرایط اقتصادی رو به وخامت گذارد، احتمال به تاخیر انداختن فرزندآوری وجود دارد، ولی گفته میشود شدت این ارتباط از یک کشور به کشور دیگر متفاوت است.

۲- روند اشتغال یا بیکاری

نشان داده شده است، که در جوامعی که ناامنی شغلی و بیکاری زیاد باشد، احتمال فرزندآوری کمتر میشود.

۳- سیاست های اجتماعی

سیاستهایی که بر مسکن، اشتغال و خانواده اثر میگذارند، در همه کشورها تاثیر یکسانی ندارند و روی هم رفته تاثیرات شگرف بر جای نمیگذارند.

۴- رفاه اجتماعی

در جوامعی که فرد احساس امنیت مالی بیشتری به علت حمایت دولت در مواقع بیکاری و بیماری دارد، احتمال فرزندآوری بیشتر است مانند کشورهای اسکاندیناوی، در قیاس با کشورهای جنوب اروپا

۵- تغییرات نگرشی و ارزشی

گسترش ارزش هایی همچون فردگرایی، زندگی مجردی، همباشی، زندگی با حیوانات خانگی سبب کم رنگ شدن تمایل به فرزندآوری میشود. تاثیر منفی این طرز فکرها و نگرش ها در همه مطالعات به اثبات رسیده است.

۶- اقلام تنظیم خانواده

تکنولوژی تنظیم خانواده تاثیر مهمی در کاهش روند باروری، بخصوص شروع روند کاهش فرزندآوری در دنیا داشته است.

۲-۱: تبیین عوامل مرتبط با فرزندآوری با استفاده از مدل بوم شناختی

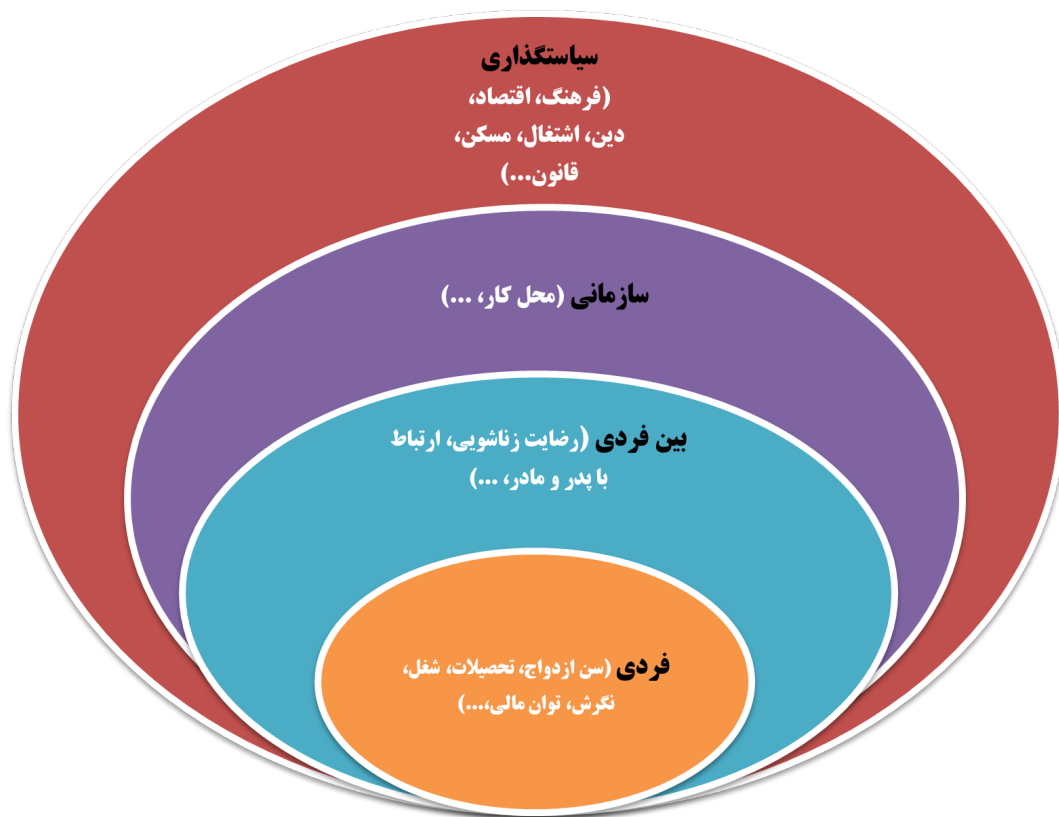
در این نوع از دسته بندی عوامل، از الگوی بوم شناختی^۶ استفاده شده است. به دلیل اینکه رفتار باروری توسط مجموعه های محیطی بسیار زیادی از جمله خانواده، جامعه، محیط کاری، آداب و سنن، اقتصاد و محیط فیزیکی و اجتماعی شکل گرفته است، این الگو جهت برنامه ریزی اقدامات مسیر کلی را روشن مینماید، و توصیه مینماید که مداخلات موثر باید سطوح مختلف را تحت تاثیر قرار دهد. در این مدل، چهار سطح سلسه مراتبی تو در تو وجود دارد: فردی (میکروسیستم)، بین فردی و ارتباطی (مزوسیستم)، موسسات و نهادهای تاثیرگذار (اکزوسیستم)، و سیاست گذاری کلان (ماکروسیستم). مزیت این مدل در آن است که میتوان نقاط اهرمی^۷ رفتاری یا سازمانی را

6 Ecological Systems Theory

7 Leverage points

مشخص نمود^۸.

در برنامه ریزی پیرامون فرزندآوری، این الگو^۹ کاربردیتز به نظر میرسد. برای موفق شدن در این الگو باید از روشهای تغییر رفتار مرتبط استفاده نمود.



اجزای الگوی بومی-اجتماعی در برنامه تکامل اوان کودکی

سطوح مدل	توضیحات
فردی	ویژگی های شخصیتی یک فرد که بر رفتار باروری او تاثیر می گذارند شامل: نگرش، هنجار ذهنی و کنترل ادراک شده نسبت به فرزندآوری، سن ازدواج، فاصله بین ازدواج و اولین فرزند، سطح تحصیلات، وضعیت مالی، تجربه قبلی زایمان، عدم افسردگی، دینداری
بین فردی	شبکه های اجتماعی رسمی و غیر رسمی و سیستم های حمایت اجتماعی که می توانند رفتارهای فردی از قبیل خانواده، دوستان، هم سن و سالان، همکاران، شبکه های مذهبی، آداب و رسوم و یا سنت ها را تحت تاثیر قرار دهند. مانند رضایت رناشویی، نقش هویتی زن در خانه، حمایت پدربزرگ و مادربزرگ، فشار اطرافیان و دوستان و نظر آنان
سازمانی	سازمان ها و یا نهادهای اجتماعی که برای انجام هر عملیاتی دارای قوانین و مقررات خاص هستند که چگونگی انجام آن را تحت تاثیر قرار می دهند. مانند حمایت محل کار بانوان شاغل، مهد کودک، خدمات زایشگاهها، مسکن، تسهیلات و ...
	قوانین و سیاست های محلی، ملی و جهانی، و ارزش هایی همچون باورهای دینی، فردگرایی و

۳-۱: تقسیم بندی عوامل تاثیرگذار بر فرزندآوری به دو دسته عوامل دور و عوامل نزدیک

عوامل نزدیک^{۱۰} که ماهیتاً از نوع رفتاری یا بیولوژیک هستند، شامل چند خصوصیت هستند. یکی اینکه مستقیماً و بدون واسطه با فرزندآوری مرتبط هستند^{۱۱}. به طور مثال استفاده از روش های ضدبارداری از این دسته از عوامل است. دوم اینکه اینها عواملی هستند که عوامل زمینه‌ای یا دور (از قبیل عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و محیطی) از طریق آنها بر باروری تاثیر می‌گذارند. به طور مثال عوامل اقتصادی و مذهبی از طریق سقط می‌توانند اثرگذاری داشته باشند. سوم اینکه این عوامل در مقام تئوری تا حد صد در صد می‌توانند نوسانات باروری را تبیین نمایند.

بونگارتز^{۱۲} با ارائه یک فرمول ریاضی عواملی که سبب کنترل جمعیت میشوند را چنین بیان نمود؛ درصد متاهلین، درصد استفاده از لوازم ضدبارداری، درصد سقط، مدت باروری طبیعی یک خانم، تعداد ارتباط جنسی، درصد نازایی^{۱۳} و ... از اینرو چنین میتوان گفت که این مدل در واقع با مقاصد کنترل جمعیت کاربری دارد و نه فرزندآوری.

عوامل دور در کشورهای متفاوت بسیار متنوع عمل میکنند. به طور مثال، در یک مطالعه در ۶۴۰ شهرستان در هندوستان چنین نتیجه گیری شد که افزایش سطح تحصیلات خانم ها و همچنین میزان مرگ کودکان دو عامل تاثیرگذار بر سطح باروری بوده اند و فقر تاثیر قابل توجهی بر روند باروری نداشته است^{۱۴}.

در ترکیه به این نتیجه رسیده شد که تاثیر دولت بر کاهش میزان باروری در واقع از دو مسیر بود^{۱۵}. افزایش سطح تحصیلات خانم ها و افزایش اشتغال خانم ها. به قول یکی از صاحب نظران تاثیر دولتها بر نرخ باروری را نباید در قوانین و برنامه های آنان جستجو نمود، بلکه موثرترین مسیری که دولتها سبب کاهش نرخ باروری در یک کشور میشوند دو مؤلفه پیشگفت هستند^{۱۶}.

آشنایی با این تقسیم بندی از این جهت مهم است که بدانیم که عوامل دور تاثیر قویتری دارند، و در برنامه ریزی ها نباید از آنان مغفول شد.

۴-۱: تقسیم بندی عوامل به دو گروه تاخیر زمانی (تمپو) و تعداد فرزند (کوانتوم)

با آغاز قرن بیست و یکم، در اروپا برخی کشور تجربه پایینترین رقم های TFR را داشته اند. اگر TFR در یک کشور کمتر از عدد ۱,۳ شود اصطلاحاً به آن "پایین ترین حد پایین"^{۱۷} گفته می شود. اگر نرخ باروری برای مدتی در این حد بماند، به این مفهوم است که موالید ۵۰ درصد کاهش یافته و جمعیت آن کشور در عرض ۴۵ سال به نصف میرسد. روند نرخ باروری کشورهای اروپایی در جدول صفحه بعد آمده است.

برای بررسی علل کاهش شدید نرخ باروری در کشورهای اروپایی در یک تقسیم بندی این علت ها به دو گروه تقسیم شدند. علت هایی که سبب تاخیر در فرزندآوری میشوند (اثر تمپو) و علت هایی که بر تعداد فرزندان (اثر کوانتوم) تاثیر می‌گذارند^{۱۸}.

10 Proximate

11 Bongaarts J. Modeling the fertility impact of the proximate determinants: Time for a tune-up. Demographic Research. 2015 Jul 1;33:535-60.

12 Bongaarts

13 Chola M, Michelo C. Proximate determinants of fertility in Zambia: Analysis of the 2007 Zambia Demographic and Health Survey. International Journal of Population Research. 2016;2016.

14 Mohanty SK, Fink G, Chauhan RK, Canning D. Distal determinants of fertility decline: Evidence from 640 Indian districts. Demographic Research. 2016 Jan 1;34:373-406.

15 Ozbay Das Z. Determinants of fertility rates in Turkey. International Journal of Public Administration. 2020 Apr 3;43(5):466-76.

16 Feng, Y. (2005). Democracy, governance, and economic performance theory and evidence. Cambridge, UK: MIT Press. Pp 278.

17 Lowest-low

18 Billari FC. Lowest-low fertility in Europe: Exploring the causes and finding some surprises. The Japanese Journal of Population. 2008 Mar;6(1):2-18.

۱-۴-۱: عوامل تاثیرگذار بر تاخیر در فرزندآوری

سه عامل در این بخش اثرگذارند: گذار دوم جمعیت‌شناسی، افزایش تحصیلات خانم‌ها و بی‌ثباتی وضعیت جوانان در خصوص گذار دوم جمعیت‌شناسی^۹، چنین مطرح می‌شود که با رواج فرهنگ فردگرایی و حس استقلال در افراد و نیز تساوی حقوق زن و مرد، طرز فکر خانمها به تدریج دستخوش تغییر شد. یکی از این تغییرات فکری، تصمیم به تاخیر در فرزندآوری در سنین بالاتر است.

علت دوم افزایش سطح تحصیلات خانم‌هاست. افزایش سطح تحصیلات به خودی خود سن ازدواج خانم‌ها را بالا می‌برد. به علاوه احتمال اشتغال و تغییرات نگرش مدرنیته را در آنان افزایش می‌دهد که با احتمال بیشتری فرزند را دست و پاگیر تلقی می‌کنند.

علت سوم، بالاترین‌گی جوانان است. به طوری‌که عدم ثبات اقتصادی و تردید جوانان در جدا شدن از خانه پدری و تشکیل خانواده عامل دیگری است.

ذکر این نکته لازم است که تاخیر در فرزندآوری تا حدی به صورت کاذب نرخ باروری مقطعی را پایین‌تر از واقع نشان می‌دهد.

Country	1980	1990	2000	2005*
Belarus	2.04	1.90	1.31	1.20
Ukraine	1.95	1.89	1.09	1.22
Bosnia and Herzegovina	1.93	1.71	...	1.23
Poland	2.26	2.05	1.34	1.24
Moldova	2.41	2.39	1.30	1.25
Slovak Republic	2.31	2.09	1.29	1.25
Slovenia	2.10	1.46	1.26	1.26
Lithuania	1.99	2.02	1.33	1.27
Czech Republic	2.10	1.90	1.14	1.28
Bulgaria	2.05	1.82	1.26	1.31
Hungary	1.91	1.87	1.32	1.31
Latvia	1.90	2.01	1.24	1.31
Italy	1.64	1.33	1.24	1.32
Romania	2.43	1.84	1.31	1.32
Greece	2.23	1.39	1.29	1.33
Russian Federation	1.86	1.90	1.21	1.33
Germany	1.56	1.45	1.38	1.34
Spain	2.20	1.36	1.24	1.35
Malta	1.98	2.04	1.66	1.37
Cyprus	2.46	2.42	1.83	1.40
Portugal	2.25	1.57	1.55	1.40
Austria	1.65	1.45	1.34	1.41
Croatia	1.92	1.67	1.40	1.41
Switzerland	1.55	1.58	1.50	1.42
Macedonia	2.47	2.06	1.88	1.46
Estonia	2.02	2.04	1.39	1.50
Serbia and Montenegro	2.29	2.10	1.66	1.60
Belgium	1.68	1.62	1.66	1.64
Luxembourg	1.49	1.60	1.76	1.70
Netherlands	1.60	1.62	1.72	1.71
Sweden	1.68	2.13	1.54	1.77
United Kingdom	1.89	1.83	1.65	1.78
Denmark	1.55	1.67	1.77	1.80
Finland	1.63	1.78	1.73	1.80
Norway	1.72	1.93	1.85	1.84
Ireland	3.24	2.11	1.88	1.93
France	1.95	1.78	1.89	1.94
Iceland	2.48	2.30	2.08	2.05

۲-۴-۱: عوامل تاثیرگذار بر تعداد فرزندان و بسنده نمودن به یک فرزند در کشورهای اروپایی با نرخ باروری بسیار پایین:

علت اول، تاکید بر کیفیت فرزندان در این کشورها از جمله ایتالیا و اسپانیا

علت دوم، افزایش برخورداری از تساوی حقوق زن و مرد (از جمله برخورداری از تحصیلات یکسان) به صورت نامتناسب با وظایف در منزل بود. به این ترتیب خانم ها با تحصیلات بالاتر و فرصت های شغلی بیشتر، در عین حال مکلف به انجام وظایف خانه داری بودند. این امر سبب شد که به فکر افزایش تعداد اولاد نباشند. علت سوم، بالا بودن هزینه فرصت فرزندآوری در این کشورها بود.

۵-۱: تفاوت نسبی مؤلفه‌های تاثیرگذار در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه

تحقیقات نشان داده اند، که مؤلفه‌هایی که در کشورهای توسعه یافته تاثیرگذارند، الزاماً در کشورهای در حال توسعه تاثیرگذار نخواهند بود^{۲۰}، به طوریکه:

- ✓ در کشورهای توسعه یافته هرچه مشارکت زنان در دنیای کار بیشتر شود احتمال فرزندآوری بیشتر میشود. در حالیکه در کشورهای در حال توسعه اشتغال مرد است که مهم است، و اشتغال زنان یک عامل مهاری تلقی میشود.
 - ✓ آنقدری که درآمد سرانه در کشورهای توسعه یافته با باروری ارتباط دارد، در کشورهای در حال توسعه چنین نیست. به عبارتی دغدغه درآمد برای والدین کشورهای توسعه یافته مهمتر است تا کشورهای در حال توسعه.
 - ✓ دسترسی به خدمات تنظیم خانواده در کشورهای توسعه یافته تاثیری بر باروری ندارد، ولی در کشورهای در حال توسعه موثر است.
 - ✓ میزان مرگ کودکان یکی از مهمترین مؤلفه‌های تعیین کننده باروری در کشورهای در حال توسعه است.
- لذا در تدوین نسخه برای جامعه ایران به این ظرافت ها باید دقت نمود.

۶-۱: عوامل مرتبط با به تاخیر افتادن فرزندآوری

این عوامل عبارتند از^{۲۱}:

لوازم تنظیم خانواده

سطح تحصیلات خانم و حوزه تحصیلی/کاری (در شغل های مردانه احتمال به تاخیر انداختن بیشتر است)

سهم زنان از بازار کار

تغییرات نگرشی و ارزشی

برابری حقوق زن و مرد

همبازی

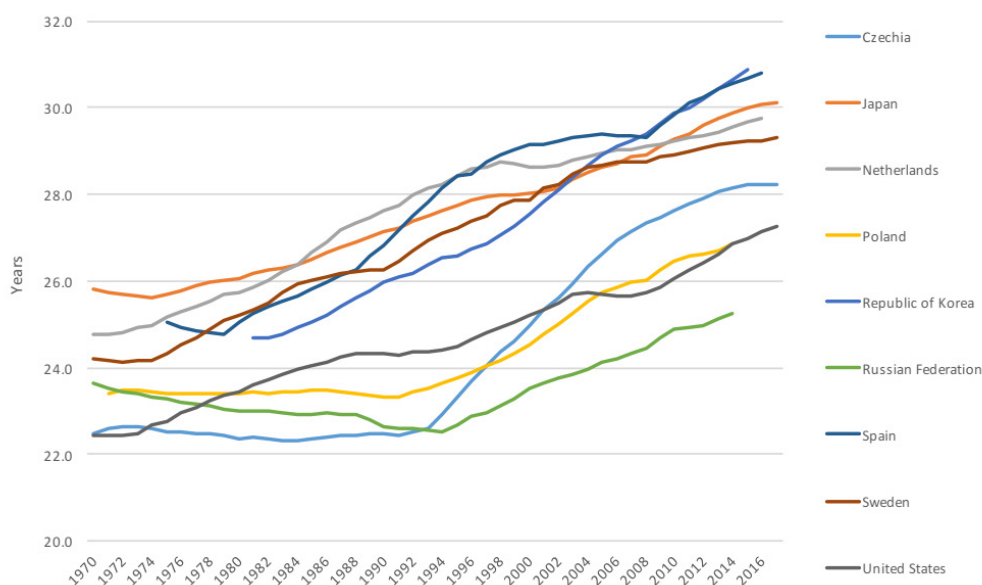
بلاتکلیفی مسکن و اشتغال مرد. البته کم شدن فرصت شغلی برای زنان سبب افزایش باروری می شود.

بهرحال همه صاحب نظران معتقدند که سن هنگام تولد اولین فرزند مولفه مهمی در فرزندآوری یک جامعه هستند

20 Abo-Zaid S. On the Determinants of Fertility: Evidence from Developing and Developed Countries. The Journal of Developing Areas. 2021;55(4):187-209.

21 Mills M, Rindfuss RR, McDonald P, Te Velde E. Why do people postpone parenthood? Reasons and social policy incentives. Human reproduction update. 2011 Nov 1;17(6):848-60.

شکل زیر میانگین سن تولد اولین فرزند در برخی کشورها در طول یک دوره ۵۰ ساله نشان داده شده است.^{۳۲}



۷-۱: عوامل تاثیرگذار بر فرزندآوری به استناد برخی مطالعات داخلی

در یک مطالعه بر روند آمارهای مولید سالهای ۱۳۴۵ تا ۱۳۹۲ نشان داد که سطح تحصیلات خانم منفی ترین اثر را بر فرزندآوری داشته است. از سویی بیکاری، سیاست های تنظیم خانواده، و هزینه های خانوار نیز بعد از آن تاثیر کاهنده داشتند. پرداخت های نقدی یارانه و اهل سنت بودن تاثیر مثبت بر فرزندآوری داشتند.^{۳۳}

در یک مطالعه مروری عوامل مرتبط با باروری به قرار زیر بود:

الف) عوامل فردی/خانوادگی: بالا رفتن سن، بالا رفتن سن ازدواج، فاصله بین دو بارداری، امید به آینده، رضایت زناشویی

ب) عوامل اجتماعی/اقتصادی: حمایت های اجتماعی، سطح تحصیلات، شاغل بودن خانم، و محل سکونت

ج) عوامل فرهنگی: مدرنیته و فردگرایی، مذهب، صنعتی شدن، شهری شدن، تغییر ارزش ها و نگرش ها

۲- تجارب حاصل از سیاستهای ترویج زاد و ولد^{۳۴} در دنیا

با توجه به روند کاهش نرخ مولید بسیاری از کشورهای دنیا سیاست های خود را به سمت ترویج فرزندآوری سوق داده اند، به طوریکه تعداد این کشورها از ۱۹ عدد در سال ۱۹۸۶ به ۵۵ در سال ۲۰۱۵ میلادی رسیده است.^{۳۵} مهم است که بدانیم برخی کشورهای اروپایی از دهه ۱۹۲۰ و ۱۹۳۰ میلادی سیاست های تشویق فرزندآوری را آغاز کرده اند.^{۳۶}

از بعد جامعه شناسی، گذار دوم جمعیت شناسی به موازات مدرن گرایی، که غالب کشورهای صنعتی را درگیر نموده است، دارای پنج وجه مشخصه اصلی است که اطلاع داشتن از آن برای برنامه ریزی های فرزندآوری مفید است. این پنج خصوصیت عبارتند از بالا رفتن سن ازدواج، به تاخیر انداختن تولد اولین فرزند، بالا رفتن آزادی زنان، رواج ارتباطات قبل از ازدواج، تغییر ارزش ها و طرز فکرها.^{۳۷} اگرچه خوشبختانه در کشورهای آسیایی این تغییرات ابتدای راه است.^{۳۸}

عمده سیاست های حمایتی ترویج زاد و ولد، حول نظریه های اقتصادی باروری میباشند، که معتقدند تمایل به فرزندآوری به دو مولفه مربوط میشود، هزینه فرزندآوری و طرز فکر^{۳۹} (بویژه بانوان). هزینه فرزندآوری به دو دسته هزینه های مستقیم (مانند خرید پوشک و لباس و شیر خشک و ...) و هزینه فرصت (از کار باز شدن، مراقبت از کودک و ...) تقسیم می شوند. پرداخت های نقدی برطرف کننده دغدغه هزینه های

مستقیم و مرخصی زایمان و فراهم آوردن امکانات نگهداری شیرخوار در دسته دوم قرار میگیرند. با توجه به آنکه بسیاری از کشورهای اروپایی از نیم قرن قبل سیاست های فرزندآوری را طراحی و اجرا نموده اند، تجارب آنان با در نظر گرفتن تفاوتها و ملاحظات فرهنگی می تواند مفید باشد. در همین راستا برخی از منابع مربوط به سه تا چهار دهه قبل میباشند.

❖ در مجموع تجارب کشورهای اروپایی که برای فرزندآوری سالهاست برنامه ریزی مینمایند، نشان میدهد که این سیاست ها منجر به افزایش TFR در قریب به اتفاق کشورهای اروپایی (بجز مولداوی) شده اند.^{۳۰}

❖ برخی محققین کشورهای اروپایی عمیقاً بر این باورند که با توجه به هزینه های بالای سرمایه گذاری و حمایت دولت از فرزندآوری در کشورهای اروپایی، و اثربخشی نسبتاً پایین آن در قیاس با هزینه ای که صرف میگردد، هزینه اثربخش ترین راه خروج از بحران جمعیتی اروپا را تسهیل در مهاجرت پذیری از کشورهای در حال توسعه میدانند.^{۳۱} البته این راه حل آخرین است، چرا که به تدریج سبب جایگزینی نسلی و تغییرات نژادی که از آن به عنوان گذار سوم جمعیت شناسی یاد میشود، میگردد.^{۳۲}

❖ تجربه ۲۲ کشور اروپایی نشان داد که برقراری مزایای مالی برای فرزند اول تاثیر بیشتری بر افزایش TFR دارد تا برای فرزند سوم.^{۳۳}

❖ تجربه چکسلواکی نشان داد که اگر هدف گذاری سیاست های ترویج زاد و ولد حساب شده و دقیق باشند، اثربخشی برنامه های فرزندآوری بیشتر خواهد بود.^{۳۴}

❖ تجربه استرالیا نشان داد که پاسخ TFR به پاداش های دولت، در مناطق متفاوت کشور با یکدیگر فرق میکرد. همچنین در گروههای سنی متفاوت نیز نوع پاسخ خانم ها متفاوت بود. به طوریکه در خانمهای ۱۵ تا ۳۴ ساله روی افزایش اولین فرزند و در گروه سنی ۳۰ تا ۳۹ ساله سبب افزایش فرزندان اول، دوم و سوم -هرسه- شد. و برای همین به این نتیجه رسیدند که پرداخت پاداش به گروههای سنی بالاتر، هزینه اثربختر است.^{۳۵}

❖ تجربه تایوان که حتی TFR آن به زیر حد ۱,۳ رسیده قابل تامل است. در این کشور در ابتدا حمایتهای مالی کم رنگ دیده شد و این رقم در برخی مناطق سریعاً و در عرض ۷ سال (از ۲۰۰۳ تا ۲۰۱۰ میلادی) از ۱,۳ به ۰,۸۹ رسید (شکل زیر). ولی به دنبال انجام مداخلاتی به شرح ذیل مجدداً سبب افزایش TFR تا حد ۱,۱۶ شد.^{۳۶} پاداش مالی به خانواده هایی که صاحب اولاد میشوند؛ تقویت سیستم های دولتی جامع مراقبت از کودک، خلق محیطهای خانواده دوست در ادارات، تقویت نظام سلامت باروری، حمایت از حقوق کودکان، ترویج و تسهیل ازدواج، و ارزش دادن هرچه بیشتر به کودک در تصمیم گیری و سیاست ها. در بین این استراتژی ها دو مورد بیشترین تاثیر را نشان دادند. ترغیب، تسهیل و ترویج ازدواج و دوم حمایت از فرزندآوری اول در خانواده های جوان.

30 Goldstein JR, Sobotka T, Jasilioniene A. The end of "lowest-low" fertility?. Population and development review. 2009 Dec;35(4):663-99.

31 Höhn C. Population policies in advanced societies: pronatalist and migration strategies. European Journal of Population/Revue europeenne de demographie. 1988 Jul;3(3):459-81.

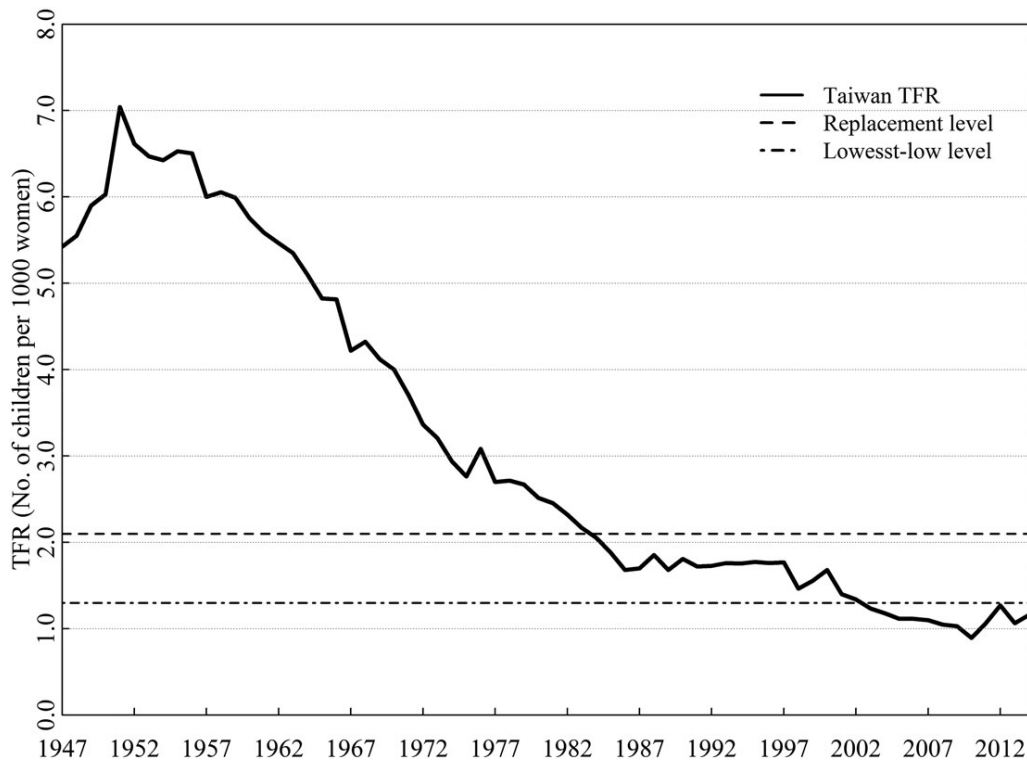
32 Coleman, D. Immigration and ethnic change in low-fertility countries: A third demographic transition. Population and Development Review, 2006; 32, 401-446.

33 Gauthier AH, Hatzius J (1997) Family benefits and fertility: An econometric analysis. Population studies 51: 295-306.

34 Frejka T. Fertility trends and policies: Czechoslovakia in the 1970s. Population and Development Review:1980; 65-93.

35 Chen M, Lloyd CJ, Yip PS. A new method of identifying target groups for pronatalist policy applied to Australia. Plos one. 2018 Feb 9;13(2):e0192007.

36 Yip PS, Chen M. An elasticity analysis of the effectiveness of pronatalist measures in Taiwan. Asian Population Studies. 2016 Sep 1;12(3):273-93.



❖ گزارش سال ۲۰۱۹ UNFPA که حاصل مطالعات کشورهای اروپایی است، به این نتیجه رسیده است که یکی از عوامل اصلی کاهش TFR در جوامع مدرن عدم توازن بین کار و خانواده است.^{۳۸} ❖
 ❖ تجربه فرانسه به سال ۱۹۱۳ میلادی برمیگردد. زمانیکه قانون مرخصی زایمان به تصویب رسید.^{۳۷} فرانسه از جمله موفق ترین کشورها در بین کشورهای اروپا در افزایش TFR بوده است. ❖
 در یک مطالعه مروری که اثربخشی سیاست های حمایت از فرزندآوری در کشورهای صنعتی پرداخت، تنها مداخله ای که همه مطالعات بر سر اثربخشی آن متفق القول بودند، مهیا کردن شرایط و امکانات مراقبت از کودک برای زنان شاغل بود. در حالیکه برخی مداخلات مانند پرداخت های مالی به خانواده در برخی کشورها اثربخش نبوده است. و در عین حال در برخی کشورها مثل فلسطین اشغالی، کانادا و سوئد سبب افزایش TFR شده است.^{۳۸} نکته مهم آنکه در این کشورها آن است که پرداخت های مالی سبب افزایش فرزندآوری در قشر ثروتمند جامعه نشده است.

❖ در تحقیق دیگری در کشورهای اروپایی، نویسندگان به دو نکته آموزنده اشاره نمودند.^{۳۹} یکی آنکه اگر TFR در کشوری زیر حد ۱٫۵ برسد، در واقع روند باروری در یک تله گیر کرده است و اصلاح آن بسیار دشوار است. و لذا اقدامات اصلاحی باید قبل از آن صورت پذیرد.^{۴۰} دوم آنکه اثربخشی و تاثیرگذاری راه حل های افزایش نرخ باروری از یک کشور به کشور دیگر متفاوت است و وابسته به شرایط همان کشور است.^{۴۱} در این گزارش تغییرات ارزشهای حاکم بر سبک زندگی مردم، یکی از موانع فرزندآوری شناخته شده است، بطوریکه در برخی کشورهای اروپایی، از هر ۱۰ خانم جوان ۱۸ تا ۳۴ ساله، یک نفر اظهار داشته است که اصلاً بچه نمی خواهد داشته باشد (جدول زیر).

Country	Age group 18-34	Age group 55+	Country	Age group 18-34	Age group 55+
Austria	12.6	6.1	Latvia	1.9	1.8
Belgium	9.4	5.5	Lithuania	2.2	2.2
Bulgaria	0	0.8	Luxembourg	6.2	4.4
Cyprus	1.8	0	Malta	1.9	5.8
Czech Republic	5.2	1.0	Netherlands	12.2	5.7
Denmark	2.0	1.6	Poland	4.1	1.6
Estonia	1.5	4.0	Portugal	3.7	2.3
Finland	4.3	3.3	Romania	3.1	2.1
France	3.7	3.9	Slovakia	2.0	1.3
Germany	16.6	5.0	Slovenia	3.4	1.3
Greece	3.4	0.6	Spain	3.9	3.9
Hungary	4.1	1.4	Sweden	3.1	1.5

❖ فراهم نمودن مراکز نگهداری کودکان در کشورهای مختلف تأثیرات متفاوت داشته است. در آلمان و سوئد تأثیری نداشته ولی در ایتالیا و نروژ سبب افزایش نرخ باروری شده است.^{۴۲}

❖ تجربه کره جنوبی نشان داد که تشویق و تسهیل حمایت شوهر و همچنین مادر بزرگ و پدربزرگ در بزرگ کردن نوه ها نقش مهمی در ترغیب جوانان به آوردن فرزند دوم داشته است.^{۴۳}

❖ در یک مطالعه اقتصادی، محققین با بررسی سطح درآمد کشورهای غربی به این نتیجه رسیدند که در سطح خانوار، به ازای یک درصد افزایش در درآمد و همچنین سطح تحصیلات (هر دو باهم) ۰.۶٪ باروری خانوارها کمتر میشود. به این مفهوم که خانواده های با درآمد و تحصیلات بیشتر فرزندآوری کمتری خواهند داشت.^{۴۴}

❖ در فنلاند و سوئد علاوه بر سیاست های حمایت از خانواده، از چند نکته ظریف نیز بهره برده اند. یکی اینکه حتی در مدارس تغذیه رایگان را ترویج دادند. دوم آنکه از پتانسیل سازمانهای مردم نهاد نیز استفاده کردند. سوم آنکه در فرهنگ سازی فرزندآوری یکی از نکاتی که اشاره کردند موضوع احتمال حمله نظامی روسیه در صورت کم شدن جمعیت جوان فنلاند بود تا افکار عمومی بهتر همراه شوند.^{۴۴}

❖ در ترکیه تأکید است که سیاستهای پرداخت پاداش در صورت فرزندآوری تقویت شود. ولی گفته میشود این پاداش باری را از دوش پدر برمیدارد و نه مادر. لذا در نظر گرفتن مراکز مراقبتی کودکان بخصوص برای مادران شاغل مورد تأکید است. به طوریکه در اداراتی که بیش از ۲۰۰ پرسنل دارند باید در همان محل مهدکودک وجود داشته باشد. از سویی تأکید میشود که بیشتر به سیاست های رفاهی اهمیت داده شود تا پرداخت مستقیم پول، مانند ایجاد اشتغال، تسهیل ازدواج، تامین آینده کودک.^{۴۵}

- ❖ مطالعه در ۲۰ کشور اروپایی^{۴۶} با زیرساخت های متفاوت نشان داد که هرچه جو ارتباطی و حمایت عاطفی، مالی، و کمک به بزرگ کردن فرزند در پدربزرگ و مادربزرگ و خانواده زوجین بیشتر باشد، با احتمال بیشتری اقدام به فرزند دوم و سوم خواهند نمود. اگرچه که تاثیری بر آوردن فرزند اول ندارد.
- ❖ در مطالعه ای در چین، نزدیکی محل سکونت پدر بزرگ و مادربزرگ و قوی بودن ارتباطات بین نسلی عامل تاثیرگذاری برشمرده شد^{۴۷}.
- ❖ همچنین در آلمان نیز صاحب نظران توصیه مینمایند که یکی از راههای افزایش تعداد فرزندان خانواده ها این است که حمایت های پدربزرگ و مادر بزرگ ها در روند بزرگ کردن کودک تقویت شود. به طوریکه اگر پدر و مادر جوان چنین تجربه مثبتی را در فرزند اول خود داشته باشند احتمال فرزندآوری آنان در دوره ۸ تا ۱۰ سال بعد افزایش می یابد^{۴۸}.

46 Harknett K, Billari FC, Medalia C. Do family support environments influence fertility? Evidence from 20 European countries. *European Journal of Population*. 2014 Feb;30(1):1-33.

47 Chen F, Short SE, Entwisle B. The impact of grandparental proximity on maternal childcare in China. *Population Research and Policy Review*. 2000 Dec;19(6):571-90.

48 Kaptijn R, Thomese F, Van Tilburg TG, Liefbroer AC. How grandparents matter. *Human Nature*. 2010 Dec;21(4):393-405.

۲۰ توصیه سیاستی برگرفته از فرمایشات مقام معظم رهبری و سند ابلاغی سیاستهای کلی جمعیت

- ۱- رفع موانع ازدواج، تسهیل و ترویج تشکیل خانواده و افزایش فرزند، کاهش سن ازدواج و حمایت از زوج‌های جوان و توانمندسازی آنان در تأمین هزینه‌های زندگی و تربیت نسل صالح و کارآمد^۱.
- ۲- اختصاص تسهیلات مناسب برای مادران بویژه در دوره بارداری و شیردهی و پوشش بیمه‌ای هزینه‌های زایمان و درمان ناباروری مردان و زنان و تقویت نهادها و مؤسسات حمایتی ذی‌ربط^۱.
- ۳- تحکیم بنیان و پایداری خانواده با اصلاح و تکمیل آموزش‌های عمومی درباره اصالت کانون خانواده و فرزند پروری و با تأکید بر آموزش مهارت‌های زندگی و ارتباطی و ارائه خدمات مشاوره‌ای بر مبنای فرهنگ و ارزش‌های اسلامی- ایرانی و توسعه و تقویت نظام تأمین اجتماعی، خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی در جهت سلامت باروری و فرزندآوری^۱.
- ۴- ترویج و نهادینه‌سازی سبک زندگی اسلامی- ایرانی و مقابله با ابعاد نامطلوب سبک زندگی غربی^۱.
- ۵- ارتقاء امید به زندگی، تأمین سلامت و تغذیه سالم جمعیت و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، بویژه اعتیاد، سوانح، آلودگی‌های زیست محیطی و بیماری‌ها^۱.
- ۶- فرهنگ سازی برای احترام و تکریم سالمندان و ایجاد شرایط لازم برای تأمین سلامت و نگهداری آنان در خانواده و پیش‌بینی ساز و کار لازم برای بهره‌مندی از تجارب و توانمندی‌های سالمندان در عرصه‌های مناسب^۱.
- ۷- توانمندسازی جمعیت در سن کار با فرهنگ سازی و اصلاح، تقویت و سازگار کردن نظامات تربیتی و آموزش‌های عمومی، کارآفرینی، فنی - حرفه‌ای و تخصصی با نیازهای جامعه و استعدادها و علایق آنان در جهت ایجاد اشتغال مؤثر و مولد^۱.
- ۸- مدیریت مهاجرت به داخل و خارج هماهنگ با سیاست‌های کلی جمعیت با تدوین و اجرای ساز و کارهای مناسب^۱.
- ۹- رصد مستمر سیاست‌های جمعیتی در ابعاد کمی و کیفی با ایجاد ساز و کار مناسب و تدوین شاخص‌های بومی توسعه انسانی و انجام پژوهش‌های جمعیتی و توسعه انسانی^۱.
- ۱۰- بنده عقیده ندارم به این که زن‌ها نباید در مشاغل اجتماعی و سیاسی کار کنند؛ نه، اشکالی ندارد؛ اما اگر چنانچه این به معنای این باشد که ما به خانه‌داری به چشم حقارت نگاه کنیم، این می‌شود گناه. خانه‌داری یک شغل است؛ شغل بزرگ، شغل مهم، شغل حساس، شغل آینده‌ساز. فرزندآوری یک مجاهدت بزرگ است^۲.
- ۱۱- فرزندآوری یکی از مهمترین مجاهدت‌های زنان و وظائف زنان است؛ چون فرزندآوری در حقیقت هنر زن است؛ اوست که زحماتش را تحمل می‌کند، اوست که رنج‌هایش را می‌برد، اوست که خدای متعال ابزار پرورش فرزند را به او داده است. خدای متعال ابزار پرورش فرزند را به مردها نداده، در اختیار بانوان قرار داده؛ صبرش را به آنها داده، عاطفه‌اش را به آنها داده، احساساتش را به آنها داده، اندام‌های جسمانی‌اش را به آنها داده؛ در واقع این هنر زن‌ها است. اگر چنانچه ما این‌ها را در جامعه به دست فراموشی نسپریم، آن وقت پیشرفت خواهیم کرد^۲.
- ۱۲- جوانب قضیه را بسنجید، ببینید چه چیزهایی است که موجب می‌شود جامعه‌ی ما دچار میل به کم‌فرزندگی بشود. این میل به کم بودن فرزند، یک عارضه است؛ والا انسان به‌طور طبیعی فرزند را دوست می‌دارد. چرا ترجیح می‌دهند افرادی که فقط یک فرزند داشته باشند؟ چرا ترجیح می‌دهند فقط دو فرزند داشته باشند؟ چرا زن به‌شکلی، مرد به‌شکلی پرهیز می‌کنند از فرزندداری؟ این‌ها را بایستی نگاه کرد و دید عواملش چیست؛ این عوامل را پیدا کنید، برای علاج این عوامل بیماری‌زا - که به اعتقاد بنده این‌ها عوامل بیماری‌زا است - متخصصین و صاحبان اندیشه را بخواهید فکر کنند^۳.
- ۱۳- ما نمی‌خواهیم این قضیه را با شعار و با اینکه «صلوات بفرست تمام بشود» و مانند این‌ها پیش ببریم؛ می‌خواهیم مسئله به شکل عمیق و علمی حل بشود، گره‌های ذهنی‌ای که وجود دارد باز بشود، حقیقت قضیه روشن بشود و به اعتقاد من ما می‌توانیم این کار را بکنیم؛ یعنی متفکرین ما و صاحبان دانش مرتبط با مسئله ی جمعیت- در هر بخشی از بخش‌ها- می‌توانند در این زمینه منطق صحیح و قابل قبولی را ارائه کنند^۳.
- ۱۴- این همایش البته قدم اول است، یعنی قدم ابتدایی است، [اما] از گذاشتن قانون به‌نظر من مهم‌تر

۱ سیاست‌های کلی جمعیت ابلاغی مقام معظم رهبری مورخه ۱۳۹۳/۲/۳۰

۲ بیانات در دیدار جمعی از مداحان ۱۳۹۲/۰۲/۱۱

است؛ چون فرهنگ‌سازی در این مسئله مثل خیلی از مسائل دیگر اجتماعی، حرف اول را می‌زند؛ باید فرهنگ‌سازی بشود که متأسفانه امروز این فرهنگ‌سازی نیست، تعطیل است.^۳

۱۵- هرچه که ما بتوانیم در جامعه مسئله‌ی مشکل جنسی جوان‌ها را حل کنیم، این به نفع دنیا و آخرت جامعه‌ی ما است؛ به نفع دنیا و آخرت کشور ما است.^۴

۱۶- بدانیم نسخه‌های غربی برای ما قابل اعتماد نیستند. من نمی‌گویم بکلی رد کنیم؛ نه، بسنجیم. تسلیم بی‌برو برگرد نسخه‌های غربی نمی‌شود شد.^۵

۱۷- البته امروز در کشور ما مردم گوش می‌کنند، حرفی ندارند؛ آن کسانی که این حرف به آن‌ها می‌رسد، حرفی ندارند و گوش می‌کنند منتها مسئولینی که بایستی عملاً دنبال کنند و زمینه‌ها را فراهم کنند، آن کار لازم را انجام نمی‌دهند. البته مسئولین [رده] بالا می‌گویند قبول داریم اما مسئولین میانی درست عمل نمی‌کنند.^۶

۱۸- عادات غلطی در بین ما مردم وجود دارد که با این‌ها بایستی برخورد کرد. با نصیحت و توصیه و راه‌حل‌های جزئی نمی‌شود کار کرد، یک کار تحولی لازم است.^۷

۲۰- تلاش برای افزایش نسل، و جوان شدن نیروی انسانی کشور و حمایت از خانواده، یکی از ضروری‌ترین فرائض مسئولان و آحاد مردم است. این فریضه درباره‌ی افراد و مراکز اثرگذار و فرهنگ‌ساز، تأکید بیشتر می‌یابد. این یک سیاست حیاتی برای آینده‌ی بلندمدت کشور عزیز ما است... به دست‌اندرکاران این حسنه‌ی ماندگار توصیه می‌کنم که در کنار تدابیر قانونی و امثال آن، به فرهنگ‌سازی در فضای عمومی و نیز در نظام بهداشتی اهمیت دهند.^۸

الزامات

- ❖ عزم جدی مسئولین ارشد استانی
- ❖ محوریت آموزه‌های مذهبی
- ❖ بها دادن به اصول علمی و کارشناسی
- ❖ حمایت مالی از اقدامات
- ❖ عدم فوت وقت و تسریع در امور

راهبردها

- ❖ فرهنگ‌سازی با رویکرد اصلاح نگرش‌ها و باورها
- ❖ اقناع سازی با هدف پاسخگویی به افکار عمومی و نخبگان
- ❖ آگاه‌سازی با رویکرد توانمندسازی
- ❖ تقویت زیرساخت‌ها
- ❖ انجام پژوهش‌های کاربردی و توسعه‌ای
- ❖ اعمال قانون و تقویت نظارت بر اجرای تکالیف قانونی

اقدامات

با توجه به نتایج این تحقیق و با بهره بردن از تجارب موفق برخی کشورها، اقدامات پیشنهادی در جدول ذیل آمده است. پیشنهاد می‌گردد توسط قرارگاه استانی اداره/نهاد متولی هریک از اقدامات و سازمان‌های همکار مشخص شوند. در خصوص بسته‌های حمایت مالی در این جدول با توجه به متفاوت بودن ماهوی مداخلات پیشنهادی درج نگردیده است.

۳ بیانات در دیدار اعضای همایش ملی «تغییرات جمعیتی و نقش آن در تحولات مختلف جامعه» ۱۳۹۲/۰۸/۰۶

۴ بیانات در دیدار جمعی از دانشجویان ۱۳۹۴/۰۴/۲۰

۵ بیانات در دیدار مسئولان نظام ۱۳۹۷/۰۳/۰۲

۶ بیانات در دیدار جمعی از زوج‌های جوان ۱۳۹۸/۰۱/۰۶

۷ بیانات در ارتباط تصویری با نمایندگان تشکل‌های دانشجویی ۱۴۰۰/۰۲/۲۱

۸ پیام به فعالان حوزه جمعیت ۱۴۰۱/۰۲/۲۸

مقصد	سنجه	اقدام	راهبرد	توصیه سیاستی مقام معظم رهبری
		تولید محتوای آموزشی متنوع و ابتکاری	فرهنگسازی (اصلاح دیدگاهها)	توانمندسازی زوجهای جوان در تربیت نسل صالح و کارآمد
		نشر محتواها و پیام های آموزشی		
		توانمندسازی کارشناسان		
		توانمندسازی روحانیون و طلاب		
		توانمندسازی معلمان		
		توانمندسازی خانوادهها		
		توانمندسازی دانشجویان		
		توانمندسازی بسیجیان		
		توانمندسازی کارکنان ادارات و نهادها و شرکت ها		
		توانمندسازی کارشناسان	آگاهسازی (افزایش دانش)	تحکیم بنیان و پایداری خانواده با اصلاح و تکمیل آموزش های عمومی
		تولید محتوای آموزشی تحکیم بنیان خانواده		
		تقویت مراکز مشاوره دولتی		
		برگزاری کلاس های ضمن خدمت		
		تقویت مراکز مشاوره تلفنی		
		استفاده از فضاهاى شهری دائمی		
		تقویت کلاس های حین ازدواج		
		تقویت مراکز دولتی مشاوره ای پیش از ازدواج		
		تقویت کلاس های حین ازدواج		
		انتشار محتوای آموزشی از مسیرهای متنوع		
		نظارت بر عملکرد مراکز مشاوره خانواده خصوصی		

		تولید محتوای آموزشی متنوع	آگاهسازی	ترویج و نهادینه‌سازی سبک زندگی اسلامی - ایرانی و مقابله با ابعاد نامطلوب سبک زندگی غربی
		نشر محتوای آموزشی		
		تولید محتوای آموزشی	فرهنگ سازی	فرهنگ سازی برای احترام و تکریم سالمندان، پیش‌بینی ساز و کار لازم برای بهره‌مندی از تجارب و توانمندی‌های سالمندان در عرصه‌های مناسب
		نشر محتوای آموزشی		
		گفتمان سازی و جریان سازی		
		تولید محتوای اقناع سازی	آگاهسازی، اقناعسازی، اعمال قانون	مدیریت مهاجرت به داخل و خارج هماهنگ با سیاست‌های کلی جمعیت با تدوین و اجرایی ساز و کارهای مناسب
		توجیه معلمان و اساتید دانشگاه		
		نظارت بر جو حاکم بر مدارس		

به نام پروردگار مهربان

پرسشنامه ارزیابی کیفیت خدمات زایمان و تجارت بارداری زنان تازه‌زا

پاسخگوی محترم/با سلام و عرض ادب
پرسشنامه‌ی حاضر به منظور جمع‌آوری اطلاعات در رابطه با تجارب بارداری اخیر شما تنظیم شده است. خواهشمند است قبول زحمت فرموده و نظر خود را در مورد سؤالات ذکر فرمایید.

۱- کمی به عقب بازگردید و زمانی که از حاملگی اخیر خود مطلع شدید را به یاد آورید. کدام عبارت در مورد خواسته بودن این حاملگی صحیح است؟
(۱) من به هیچ وجه نمی‌خواستم حامله شوم
(۲) من می‌خواستم حامله شوم، ولی نه به این زودی
(۳) می‌خواستم حامله شوم

۲- نظر همسر/تان راجع به این بارداری چه بود؟
(۱) شوهرم به هیچ وجه نمی‌خواست من حامله شوم
(۲) شوهرم می‌خواست من حامله شوم، ولی نه به این زودی
(۳) شوهرم می‌خواست من حامله شوم

اگر حاملگی از نظر شما، ناخواسته بوده، مهمترین دلیلی که نمی‌خواستید باردار شوید چه بوده است؟ (می‌توانید چندتا را علامت بزنید)
مسائل اقتصادی مسائل جسمی ام عدم آمادگی روحی روانی تحصیل
تداخل با شغل نارضایتی زناشویی ترس از آینده کودک سایر

سال تولد:.....۱۳	سال ازدواج:	تعداد فرزند زنده در حال حاضر:.....
	۱۳.....	

روی هم رفته در طول زندگی‌تان، دلتان می‌خواهد چند فرزند داشته باشید:.....

سطح تحصیلات شما:		سطح تحصیلات همسر:	
<input type="checkbox"/> زبردیلم <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> تحصیلات دانشگاهی	<input type="checkbox"/> زبردیلم <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> تحصیلات دانشگاهی	<input type="checkbox"/> زبردیلم <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> تحصیلات دانشگاهی	<input type="checkbox"/> زبردیلم <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> تحصیلات دانشگاهی
شغل خانم: (۱) خانه‌دار <input type="checkbox"/> (۲) دارای شغل خارج از منزل <input type="checkbox"/> (۳) شاغل در منزل (خیاطی، آرایشگری و ...) <input type="checkbox"/>		شغل همسر: (۱) شاغل در منزل (خیاطی، آرایشگری و ...) <input type="checkbox"/> (۲) دارای شغل خارج از منزل <input type="checkbox"/> (۳) شاغل در منزل (خیاطی، آرایشگری و ...) <input type="checkbox"/>	
روشن‌زایمان کنونی؟ طبیعی <input type="checkbox"/> سزارین <input type="checkbox"/>		ملیت: ایرانی <input type="checkbox"/> افغانستانی <input type="checkbox"/>	
مذهب: (۱) تشیع <input type="checkbox"/> (۲) تسنن <input type="checkbox"/> (۳) سایر <input type="checkbox"/>			
نام شهرستان محل سکونت:.....		محل زندگی: شهر <input type="checkbox"/> روستا <input type="checkbox"/>	

لطفاً در خصوص نحوه برخورد و کیفیت خدمات زایشگاه، میزان رعایت هریک از بندهای زیر را، با علامت (x) مشخص کنید. نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی نمی باشد.

ردیف	عبارت	بسیار زیاد	زیاد	تاحدی	کم	بسیار کم
۱	کارکنان در بدو ورود به من خوشامد گفتند.	۵	۴	۳	۲	۱
۲	پزشکان رفتار محترمانه‌ای با من داشتند.	۵	۴	۳	۲	۱
۳	جهت حفظ حریم خصوصی ام، در یک اتاق تک نفره مراحل زایمان را گذراندم، یا در صورت مشترک بودن اتاق، تخت‌ها با استفاده از پرده از هم جدا بودند.	۵	۴	۳	۲	۱
۴	در تمام مراحل مراقبتی، من را از وضعیت خود آگاه می‌ساختند تا باعث آرامش و امنیت من و خانواده‌ام گردد.	۵	۴	۳	۲	۱
۵	جهت حضور افرادی بجز کارکنان (مانند دانشجویان) از من اجازه گرفته می‌شد.	۵	۴	۳	۲	۱
۶	در کلیه مراحل انتقال، پوشش من حفظ می‌شد بطوریکه شأن انسانی من خدشه دار نشود.	۵	۴	۳	۲	۱
۷	قبل از اقدامات تشخیصی (از قبیل سونوگرافی، سلامت جنین، خونگیری و ...) در مورد علت این اقدام به وضوح به من توضیح داده می‌شد، و از نتایج آنها من را مطلع می‌کردند.	۵	۴	۳	۲	۱
۸	مراقبت از من با احترام و بدون تحقیر انجام می‌شد.	۵	۴	۳	۲	۱
۹	به باورهای فرهنگی و اعتقادات مذهبی مادر احترام گذاشته می‌شد.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۰	ارائه خدمات به مادر به دور از هرگونه تبعیض انجام می‌شد.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۱	در مجموع از نظر رسیدگی به بیمار از این بیمارستان راضی هستم.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۲	اگر قرار باشد دوباره زایمان کنم، مجدداً همین بیمارستان را انتخاب می‌کنم.					
محل انجام مصاحبه:		نام بیمارستان/زایشگاه				
کد پرسشگر:		تاریخ تکمیل:				

پرسشنامه نظر سنجی بانوان داوطلب ازدواج

سلام و عرض ادب: پرسشنامه‌ی حاضر به منظور جمع‌آوری اطلاعات در رابطه با پژوهشی تحت عنوان تمایل به فرزندآوری در داوطلبین ازدواج تنظیم شده است. خواهشمند است قبول زحمت فرموده و نظر خود را در مورد سؤالات ذکر فرمایید.

متولد چه سالی هستید؟ ۱۳

سطح تحصیلات شما: (۱) زیر دیپلم (۲) دیپلم (۳) تحصیلات دانشگاهی

شغل خانم: (۱) خانه‌دار (۲) دارای شغل خارج از منزل (۳) شاغل در منزل (خیاطی، آرایشگری و ...)

به نظر شما سن مناسب برای ازدواج خانم چند سالگی است؟ سالگی

سن مناسب برای ازدواج آقا چطور؟ سالگی

حدس می‌زنید حدوداً فاصله عقد و عروسی تان چقدر باشد؟.....

به نظر شما چند سال بعد از ازدواج بهتر است بچه دار شوید؟ سال

آیا در حال حاضر قصد کرده‌اید که تا ۳ سال آینده بچه داشته باشید؟ بلی خیر

ردیف	فکر می‌کنید هر یک از عوامل زیر چقدر بر تصمیم شما برای بچه دار شدن طی سه سال آینده تاثیر خواهد گذاشت؟	خیلی زیاد	زیاد	حد وسط	کم	خیلی کم
۱	وضعیت اقتصادی و درآمدان	۵	۴	۳	۲	۱
۲	وضعیت سلامت جسمی و روحی ام	۵	۴	۳	۲	۱
۳	شرایط کاری و تحصیلی ام	۵	۴	۳	۲	۱

در طول زندگی تان چند بچه دلتان می خواهد داشته باشید؟ (الف) ۳ یا بیشتر (ب) ۲ (ج) ۱ (د) صفر

ردیف	لطفاً میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر کدام از موارد زیر با علامت ضربدر مشخص کنید.	کاملاً موافقم	موافقم	نه موافق نه مخالف	مخالفم	کاملاً مخالفم
۱	والدین و فرزندان تا جایی که ممکن است باید باهم بمانند.	۵	۴	۳	۲	۱
۲	این وظیفه‌ی من است که از خانواده‌ام مراقبت کنم، حتی اگر مجبور باشم آنچه دارم را قربانی کنم.	۵	۴	۳	۲	۱
۳	اعضای خانواده من باید با یکدیگر بمانند، مهم نیست تا چه میزان از خودگذشتگی لازم باشد.	۵	۴	۳	۲	۱
۴	به نظر من، بچه‌ها و نوه‌های ما کیفیت زندگیشون در آینده از ما بهتر خواهد بود. (از نظر آسایش و اقتصادی - اجتماعی...)	۵	۴	۳	۲	۱

کد پرسشنامه:.....

به نام پروردگار مهربان

پرسشنامه ارزیابی رضایت زناشویی

پاسخگوی محترم: ضمن عرض سلام و آرزوی سلامتی برای شما

لطفاً میزان موافقت یا مخالفت خود را به هریک از عبارات مرتبط با زندگی زناشویی خود را، با علامت (x) مشخص کنید. نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی نمی باشد.

ردیف	عبارت	کاملاً موافقم	موافقم	نه موافق نه مخالف	مخالفم	کاملاً مخالفم
۱	از ویژگی های شخصیتی و عادات همسرم راضی نیستم.	۵	۴	۳	۲	۱
۲	از این که در زندگی مشترکمان مسؤلیتهای خود را خوب ایفا می کنیم، خوشحالم.	۵	۴	۳	۲	۱
۳	روابطم با همسرم رضایت بخش نیست و احساس می کنم او مرا درک نمی کند.	۵	۴	۳	۲	۱
۴	از نحوه تصمیم گیریها در مورد چگونگی حل و فصل اختلافات بسیار خشنود هستم .	۵	۴	۳	۲	۱
۵	از وضعیت اقتصادی خانواده و نیز شیوه تصمیم گیریهای مربوط به آن، راضی نیستم.	۵	۴	۳	۲	۱
۶	از نحوه برنامه ریزی برای اوقات فراغت و نیز صرف اوقات در کنار همسرم بسیار خوشحالم.	۵	۴	۳	۲	۱
۷	از نحوه ابراز عشق و احساسات و نیز رابطه جنسی با همسرم بسیار خشنود هستم.	۵	۴	۳	۲	۱
۸	از نحوه ایفای نقش و مسؤلیت خود و همسرم به عنوان "والدین" راضی نیستم.	۵	۴	۳	۲	۱
۹	از این که وقتم را با بعضی از بستگان همسرم صرف کنم ، لذت نمی برم.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۰	نسبت به نحوه عملکردمان به باورها و ارزش های مذهبی احساس خوبی دارم.	۵	۴	۳	۲	۱
۱۱	من و همسرم اگرچه زیر یک سقفیم، ولی ارتباطی با هم نداریم.	<input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر				
متولد چه سالی هستید؟:..... ۱۳		همسرتان متولد چه سالی است؟..... ۱۳		تاریخ عقد شناسنامه ای (سال):..... ۱۳		
سطح تحصیلات خانم:			سطح تحصیلات آقا:			
(۱) زیردیپلم <input type="checkbox"/> (۲) دیپلم <input type="checkbox"/> (۳) تحصیلات دانشگاهی <input type="checkbox"/>			(۱) زیردیپلم <input type="checkbox"/> (۲) دیپلم <input type="checkbox"/> (۳) تحصیلات دانشگاهی <input type="checkbox"/>			
شغل خانم:		شغل بیرون از منزل <input type="checkbox"/>		شغل در منزل <input type="checkbox"/>		
محل زندگی:		مرکز استان <input type="checkbox"/>		سایر شهرها <input type="checkbox"/> روستا <input type="checkbox"/>		
کد پرسشگر:.....			تاریخ تکمیل:.....			

پرسشنامه رفتار باروری

به نام پروردگار مهربان

خانم محترم: با سلام

شماره پرسشنامه:.....
ضمن تشکر از اینکه وقت ارزشمند خود را در اختیار ما قرار می دهید، من و همکارم از طرف مرکز بهداشت آمده ایم و اگر اجازه بفرمایید می خواهیم حدود ۱۰ دقیقه از وقت شما را گرفته و چند سوال در مورد تمایل به بارداری از شما پرسیم.

حیطه نگرش نسبت به فرزندآوری

سوالات ۳ و ۴ و ۷ کدگذاری معکوس می شوند.

بسیار کم	کم	نه کم نه زیاد	زیاد	بسیار زیاد	فرض کنید که ظرف سه سال آینده بچه دار شوید. صرفنظر از اینکه خواسته یا ناخواسته باشد، فکر می کنید تولد بچه بر هر یک از ابعاد زندگی شما چقدر تاثیر خواهد گذاشت؟	ردیف
۱	۲	۳	۴	۵	در سالمندی تنها نخواهم بود و عصای پیری ام می شود.	۱
۱	۲	۳	۴	۵	امید و شور و هیجان به زندگی ام اضافه می شود.	۲
۱	۲	۳	۴	۵	مشکلات اقتصادی مان بیشتر می شود.	۳
۱	۲	۳	۴	۵	آسایش و راحتی از من گرفته می شود.	۴
۱	۲	۳	۴	۵	برکت به زندگی ام می آید.	۵
۱	۲	۳	۴	۵	رضایت و لذت از زندگی بیشتر خواهد شد.	۶
۱	۲	۳	۴	۵	مجبورم از خیلی از تفریحاتم صرفنظر کنم.	۷
۱	۲	۳	۴	۵	باعث افزایش صمیمیت بین من و همسرم می شود.	۸

حیطه هنجار ذهنی نسبت به فرزندآوری

کاملاً مخالفت می کنند	تا حدی مخالفت می کنند	براشون فرقی نداره	تا حدی تایید می کنند	کاملاً تایید می کنند	فرض کنید که ظرف سه سال آینده بچه دار شوید. صرفنظر از اینکه خواسته یا ناخواسته باشد، فکر می کنید نظر اطرافیان شما اعم از پدر و مادر، خواهر و برادر و اقوام، و دوستان در مورد بچه دار شدن شما چیست؟	ردیف
۱	۲	۳	۴	۵	از نظر پدر و مادرم من باید یک بچه دیگر (یا اولین بچه) داشته باشم.	۱
۱	۲	۳	۴	۵	از نظر اکثر دوستانم من باید یک بچه دیگر (یا اولین بچه) داشته باشم.	۲
۱	۲	۳	۴	۵	از نظر خواهر و برادر و اکثر اقوام من باید یک بچه دیگر (یا اولین بچه) داشته باشم.	۳

به نام پروردگار مهربان

پرسشنامه ارزیابی کیفیت خدمات مراقبت‌های بارداری

سوالات زمینه‌ای

- ۱- محل سکونت (ذکر نام): شهر..... روستا.....
۲- سطح تحصیلات خانم: (۱) کمتر از دیپلم (۲) دیپلم (۳) تحصیلات دانشگاهی
۶- نوع بیمه: (۱) خدمات درمانی (۲) بیمه روستایی (۳) تامین اجتماعی (۴) سایر بیمه های سلامت
(۵) تکمیلی (۶) سایر (۷) بدون بیمه

متولد چه سالی هستید؟.....۱۳

-تاریخچه باروری

۱- تعداد حاملگی ها: ۵-تعداد فرزندان زنده:دخترپسر

- ✓ اولین باری که برای مراقبت این بارداری به پزشک یا ماما مراجعه کردید، ماه چندم بارداری بود؟
✓ به چه کسی به طور معمول مراجعه می‌نمایید؟ پزشک عمومی متخصص زنان مراقب سلامت مامای خصوصی مامای دولتی
✓ مهمترین مشکلی که هنگام دریافت خدمات زنان و مامایی با آن برخورد کرده‌اید چیست؟

- ✓ اگر قرار باشد از کیفیت خدماتی که دریافت کرده‌اید رضایت خود را از + تا +۱۰ اعلام نمایید، چه نمره ای می‌دهید؟ (صفر علامت بسیار ناراضی و +۱۰ علامت بسیار راضی است)؟

۰ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰

اصلا راضی نیستم

بسیار راضی هستم

- ✓ آیا پیشنهاد اصلاحی دارید، لطفا بفرمایید؟.....

چک لیست ارزیابی شیوع تک فرزندی قطعی

شهر:

نام مدرسه:

شماره	پایه تحصیلی دانش آموز	تحصیلات مادر	سال تولد مادر	تعداد خواهر و برادر	شماره	پایه تحصیلی دانش آموز	تحصیلات مادر	سال تولد مادر	تعداد خواهر و برادر
۱	۴۱				۱				
۲	۴۲				۲				
۳	۴۳				۳				
۴	۴۴				۴				
۵	۴۵				۵				
۶	۴۶				۶				
۷	۴۷				۷				
۸	۴۸				۸				
۹	۴۹				۹				
۱۰	۵۰				۱۰				
۱۱	۵۱				۱۱				
۱۲	۵۲				۱۲				
۱۳	۵۳				۱۳				
۱۴	۵۴				۱۴				
۱۵	۵۵				۱۵				
۱۶	۵۶				۱۶				
۱۷	۵۷				۱۷				
۱۸	۵۸				۱۸				
۱۹	۵۹				۱۹				
۲۰	۶۰				۲۰				
۲۱	۶۱				۲۱				
۲۲	۶۲				۲۲				
۲۳	۶۳				۲۳				
۲۴	۶۴				۲۴				
۲۵	۶۵				۲۵				
۲۶	۶۶				۲۶				
۲۷	۶۷				۲۷				
۲۸	۶۸				۲۸				
۲۹	۶۹				۲۹				
۳۰	۷۰				۳۰				
۳۱	۷۱				۳۱				
۳۲	۷۲				۳۲				
۳۳	۷۳				۳۳				
۳۴	۷۴				۳۴				
۳۵	۷۵				۳۵				
۳۶	۷۶				۳۶				
۳۷	۷۷				۳۷				
۳۸	۷۸				۳۸				
۳۹	۷۹				۳۹				

به نام پروردگار مهربان

پرسشنامه ارزیابی سریع تمایل به مهاجرت

با سلام و احترام

لطفاً به سه سوال زیر پیرامون تمایل یا عدم تمایل به مهاجرت خارج از کشور پاسخ دهید. نیازی به نوشتن نام و نام خانوادگی نمی باشد.

وقتی صحبت از مهاجرت به خارج می شود چه حسی نسبت به اون دارید؟ (لطفاً روی مربع موردنظر تان علامت ضربدر بکشید)

از مهاجرت متنفرم ← عاشق مهاجرتم

بسیار بسیار علاقتمندم	بسیار علاقتمندم	تا حدی علاقتمندم	نظری ندارم	تا حدی متنفرم	بسیار متنفرم	بسیار بسیار متنفرم

لطفاً دو مورد از مهمترین دلایلی که تمایل و یا عدم تمایل به مهاجرت دارید را بنویسید:

.....(۱)

.....(۲)

سطح تحصیلات پدر:	سطح تحصیلات مادر:
(۱) بی سواد <input type="checkbox"/> (۲) تحصیلات ابتدایی / خواندن و نوشتن <input type="checkbox"/>	(۱) بی سواد <input type="checkbox"/> (۲) تحصیلات ابتدایی / خواندن و نوشتن <input type="checkbox"/>
تحصیلات راهنمایی و دبیرستان <input type="checkbox"/> (۴) دیپلم <input type="checkbox"/>	تحصیلات راهنمایی و دبیرستان <input type="checkbox"/> (۴) دیپلم <input type="checkbox"/>
(۵) تحصیلات دانشگاهی <input type="checkbox"/> (۵) تحصیلات حوزوی <input type="checkbox"/>	(۵) تحصیلات دانشگاهی <input type="checkbox"/> (۵) تحصیلات حوزوی <input type="checkbox"/>

به نام پروردگار مهربان

سوالات ارزیابی وضعیت تغذیه انحصاری کودکان ۶ ماهه

نام پرسشگر:

نام پایگاه یا مرکز:

سطح تحصیلات مادر:

(۱) زیر دیپلم

(۲) دیپلم

(۳) تحصیلات دانشگاهی

به نظر شما کودک تا چه سنی فقط و فقط باید شیر مادر بخورد و حتی آب نخورد؟ صحیح غلط نمی دانم

آیا تابحال این موضوع به گوشتان خورده بود؟ بله خیر

اولین سنی که بجز شیر مادر به کودکتان غذا یا داروی گیاهی داده اید، چه زمانی و چه بوده است؟

اصلاً نداده ام داده ام بدو تولد ماهگی آب داروی گیاهی غذا یا شیر خشک

آیا کودک شما از شیر مصنوعی استفاده می کند؟ بله خیر

اگر بلی، به صورت کامل از شیر مصنوعی استفاده می کند؟ بله خیر

به نام خداوند بخشنده مهربان

راهنمای نحوه تکمیل لیست خطی تک فرزندی

همکار گرامی / با سلام و احترام

لطفا پس از هماهنگی اولیه با آموزش و پرورش نکات ذیل را مد نظر قرار دهید:

- ۱- فرم لیست خطی بدون نام است و نیازی به حضور در کلاس درس نمیباشد، بلکه در دفتر مدارس تکمیل میگردد.
- ۲- سه نوع مدرسه (طبقه اقتصادی اجتماعی) را با استفاده از تجارب آموزش و پرورش در نظر بگیریم: بالا، متوسط، پایین
- ۳- هم به مدرسه دخترانه و هم پسرانه مراجعه شود.
- ۴- بنابراین روی هم رفته دو مدرسه از دوجنس، یعنی شش مدرسه مراجعه خواهیم داشت.
- ۵- از هر مدرسه بین ۱۵۰ تا ۲۰۰ دانش آموز وارد لیست خطی شوند.
- ۶- از هر سه کلاس پایه دهم، یازدهم و دوازدهم وارد لیست شوند.
- ۷- بعد از انتخاب ت سه پایه، لیست خطی برای تمامی دانش آموزان کلاس تکمیل گردد. به عبارتی از بین دانش آموزان یک کلاس نمونه گیری تصادفی نخواهیم داشت. به طور مثال وارد دبیرستان زینبیه میشویم، بعد از معرفی خود و ارائه نامه معرفی آموزش و پرورش، دو کلاس از پایه دهم، دو کلاس از پایه یازدهم و دو کلاس از پایه دوازدهم را انتخاب و لیست خطی را با مراجعه به پرونده آنان برای همه دانش آموزان آن کلاس تکمیل میکنیم. حال بسته به تعداد دانش آموزان یک کلاس ممکن است حجم نمونه ما از ۱۵۰ تا ۲۰۰ نفر در یک مدرسه عبور نماید، که هیچ اشکالی ندارد.
- ۸- برای تحصیلات مادر یکی از این سه گزینه را بعد از مطالعه پرونده بنویسید: زیردپلم، دیپلم، دانشگاهی
- ۹- تعداد خواهر و برادر دانش آموز، در صورتیکه تک فرزند باشد، قاعدتا صفر نوشته میشود.
- ۱۰- نام مدرسه (با ذکر طبقه بالا، پایین، متوسط)، و شهر، بالای لیست خطی نوشته شود.

به نام خداوند بخشایشگر مهربان

راهنمای پرسشنامه ارزیابی کیفیت خدمات ناباروری

گروه هدف که این پرسشنامه در اختیار آن ها قرار خواهد گرفت، خانم هایی هستند که به مراکز درمان ناباروری شهر کرمان مراجعه میکنند و برای پاسخگویی به این پرسشنامه محدودیت سنی نداریم. هدف از آن ارزیابی کیفیت خدمات از دید این خانم ها است.

سعی گردد پس از توضیح مناسب در خصوص هدف از پرسشگری و حفظ کامل محرمانه بودن پاسخ های فرد، از طریق مصاحبه پرسشنامه ها تکمیل گردند. همچنین تاکید شود فقط حدود ۵ دقیقه وقتشان را بگیرد. تمامی پرسشگری ها توسط خانم دوره دیده مجرب که تجربه پرسشگری قبلی دارد، انجام می شود.

پرسشگری میتواند در تمامی ساعات صبح و عصر انجام شود. در انتهای پرسشنامه اطلاعات فردی تکمیل می گردد که لازم است به دقت تکمیل شود. روش نمونه گیری از نوع متوالی خواهد بود.

پس از پایان تکمیل پرسشنامه پرسشگر ضمن تشکر از فرد، پرسشنامه را تا نموده و داخل یک جعبه لاک و مهر شده می اندازد تا مطمئن شود بعد از رفتنش کسی نمیخواند. در ضمن در پایان روز مشخص شود از چند نفر دعوت شده و چند نفر جواب رد داده اند و حاضر به تکمیل پرسشنامه نشده اند.

نکاتی که در برقراری ارتباط با پاسخگو مهم است:

- ۱- به همراه داشتن کارت شناسایی تا در صورت لزوم ارائه دهند.
- ۲- داشتن آتیکت گردن آویز
- ۳- برخورداری از پوشش مناسب.
- ۴- در نظر گرفتن فضای مناسب بسیار مهم است تا برای شخص حس محرمانگی و آرامش خاطر ایجاد شود.
- ۵- همکاری بیمارستان بسیار مهم است. مدیریت و حراست بیمارستان به صورت کتبی در جریان امر قرار گرفته باشند.
- ۶- با توجه به وضعیت ظاهری افراد (ملاقات کنندگان یا همراهیان بیمار) اصل تنوع در پاسخگو رعایت شود، یعنی از همه تیپ ها دعوت شود.
- ۷- در شروع راپورت و برقراری ارتباط، سلام علیک محترمانه و معرفی خود و هدف از مطالعه و تاکید بر وقت گیری کم، بسیار موثر است.
- ۸- پاسخ بخش تشریحی انتهای پرسشنامه با خط خوانا نوشته شود.

به نام خالق یکتا

راهنمای پرسشگری خانم های شاغل در ادارات:

گروه هدف که این پرسشنامه در اختیار آن ها قرار خواهد گرفت از میان خانم های متاهل شاغل در ادارات دولتی می باشد که تمایل به تکمیل این پرسشنامه ها را داشته باشند. این پرسشنامه بسته به شرایط می تواند از طریق تکمیل توسط خود فرد، تکمیل گردد. الزامی بر داشتن فرزند نیست، ولی در زمان مصاحبه متاهل باید باشند.

سعی گردد که ضمن هماهنگی کتبی با اداره مربوطه پرسشگر دوره دیده پس از توضیح مناسب در خصوص هدف از پرسشگری و حفظ کامل محرمانه بودن پاسخ های فرد پرسشنامه (تاکید بر اینکه پرسشنامه شما تا زده شده و داخل یک جعبه قرار داده میشود و به هیچ عنوان قابل شناسایی نخواهید بود، و همچنین تاکید شود فقط ۵ دقیقه بیشتر وقتشان را نمیگیرد) به فرد داده شده و از وی درخواست گردد تا با خواندن عبارت ها به دقت پاسخ دهد. در حین تکمیل پرسشنامه توسط فرد، چنانچه سوالی مطرح گردید سعی کند پاسخگو باشد. تمامی پرسشگری ها توسط خانم دوره دیده مجرب که تجربه پرسشگری قبلی دارد، انجام می شود. روش نمونه گیری از نوع متوالی خواهد بود.

توجه: چون برخی سوالات این پرسشنامه حساس است، نحوه ارتباط صمیمانه شما، تاکید بر بدون نام بودن، تکمیل توسط خود فرد، و انداختن در یک جعبه لاک و مهر شده بسیار مهم است.

پس از پایان تکمیل پرسشنامه پرسشگر ضمن تشکر از فرد، پرسشنامه را تا نموده و داخل یک کارتون کوچک که دور آن چسب زده شده است، می اندازد تا مطمئن شود بعد از رفتنش کسی نمیخواند. در ضمن در پایان روز مشخص شود از چند نفر دعوت شده و چند نفر جواب رد داده اند و حاضر به تکمیل پرسشنامه نشده اند.

ذکر این نکته ضروری است که دادن توضیح مناسب به افراد نقش مهمی در همکاری آنان خواهد داشت. در مورد افراد بی سواد، پرسشنامه برای آنان خوانده می شود.

نکاتی که در برقراری ارتباط با پاسخگو مهم است:

- ۱- به همراه داشتن کارت شناسایی تا در صورت لزوم ارائه دهند.
- ۲- برخورداری از پوشش مناسب.
- ۳- در نظر گرفتن فضای مناسب در طول مسیر ولی بدون ایجاد سد معبر و در عین حال فضا برای شخص حس محرمانگی و آرامش خاطر ایجاد نماید.
- ۴- در شروع راپورت و برقراری ارتباط، سلام علیک محترمانه و معرفی خود و هدف از مطالعه و تاکید بر وقت گیری کم، بسیار موثر است.
- ۵- همکاری اداره مربوطه بسیار مهم است. مدیریت و حراست بیمارستان به صورت کتبی در جریان امر قرار گرفته باشند.
- ۶- سعی شود در مدت کوتاهی پرسشنامه ها تکمیل شوند
- ۷- شغل های مورد نظر: معلمین، پرستاران بیمارستان/ماماهای مراکز، پزشکان مراکز، کارشناسان مراکز بهداشت و ستادی، شهرداری، بهزیستی، فرمانداری، اساتید دانشگاهها و سایر ادارات. حداکثر ۵۰ درصد نمونه از واحدهای تابعه علوم پزشکی باشد.

به نام خداوند بخشایشگر مهربان

راهنمای پرسشگری بررسی رضایت از زندگی زناشویی:

گروه هدف که این پرسشنامه در اختیار آن ها قرار خواهد گرفت، فقط خانمها هستند، که از میان ملاقات کنندگان بیمارستانی انتخاب می شوند که تمایل به تکمیل این پرسشنامه ها را داشته باشند. بدیهی است این افراد بایستی متاهل باشند و اگر فرد مورد نظر مطلقه یا همسر مرده باشد نیازی به تکمیل پرسشنامه نخواهد بود (ملاک طلاق آن است که بنا به گفته پاسخگو در شناسنامه ثبت شده باشد). برای پاسخگویی به این پرسشنامه محدودیت سنی نداریم.

۱- سعی گردد که ضمن هماهنگی با بیمارستان مورد نظر فضایی مناسب برای انجام پرسشگری در نظر گرفته شده و فرد مورد نظر به این فضا دعوت شود و پس از توضیح مناسب در خصوص هدف از پرسشگری و حفظ کامل محرمانه بودن پاسخ های فرد پرسشنامه (تاکید بر اینکه پرسشنامه شما تا زده شده و داخل یک جعبه قرار داده میشود و به هیچ عنوان قابل شناسایی نخواهید بود، و همچنین تاکید شود فقط حدود ۵ دقیقه وقتشان را میگیرد) به فرد داده شده و از وی درخواست گردد تا با خواندن عبارت ها به دقت پاسخ دهد. در حین تکمیل پرسشنامه توسط فرد چنانچه سوالی مطرح گردید سعی کند پاسخگو باشد. یک زیردستی سبک نیز با فرد باشد تا در صورت تکمیل ایستاده براحتی قابل تکمیل باشد. تمامی پرسشگری ها توسط خانم دوره دیده مجرب که تجربه پرسشگری قبلی دارد، انجام می شود.

ذکر این نکته ضروری است که پرسشگری فقط برای زنان انجام خواهد شد. همچنین پرسشگری بر اساس تجربه پرسشگر در خصوص اقبال شرکت کنندگان، میتواند در تمامی ساعات شبانه روز و - نه صرفا ساعت ملاقات- انجام شود. در انتهای پرسشنامه اطلاعات فردی تکمیل می گردد که لازم است به دقت تکمیل شود. روش نمونه گیری از نوع متوالی خواهد بود.

پس از پایان تکمیل پرسشنامه پرسشگر ضمن تشکر از فرد، پرسشنامه را تا نموده و داخل یک جعبه لاک و مهر شده می اندازد تا مطمئن شود بعد از رفتنش کسی نمیخواند. در ضمن در پایان روز مشخص شود از چند نفر دعوت شده و چند نفر جواب رد داده اند و حاضر به تکمیل پرسشنامه نشده اند.

نکاتی که در برقراری ارتباط با پاسخگو مهم است:

- ۱- به همراه داشتن کارت شناسایی تا در صورت لزوم ارائه دهند.
- ۲- داشتن آتیکت گردن آویز
- ۳- برخورداری از پوشش مناسب.
- ۴- در نظر گرفتن فضای مناسب در طول مسیر ولی بدون ایجاد سد معبر و در عین حال فضا برای شخص حس محرمانگی و آرامش خاطر ایجاد نماید.
- ۵- بهتر است یک میز و صندلی به صورت موقت گذاشته شود تا پاسخگو این حس را داشته باشد که پرسشگری با هماهنگی بیمارستان انجام می شود.
- ۶- همکاری بیمارستان بسیار مهم است. مدیریت و حراست بیمارستان به صورت کتبی در جریان امر قرار گرفته باشند.
- ۷- با توجه به وضعیت ظاهری افراد (ملاقات کنندگان یا همراهیان بیمار) اصل تنوع در پاسخگو رعایت شود، یعنی از همه تیپ ها دعوت شود.
- ۸- در شروع راپورت و برقراری ارتباط، سلام علیک محترمانه و معرفی خود و هدف از مطالعه و تاکید بر وقت گیری کم، بسیار موثر است.

به نام خداوند بخشایشگر مهربان راهنمای پرسشگری خانم های تازه زا:

گروه هدف که این پرسشنامه در اختیار آن ها قرار خواهد گرفت، خانم هایی هستند که به بیمارستان شهر مربوطه برای زایمان مراجعه کرده باشند. برای پاسخگویی به این پرسشنامه محدودیت سنی نداریم. هدف از آن ارزیابی کیفیت خدمات از دید خانم تازه زا، و نیز خواسته یا ناخواسته بودن بارداری است.

۱- سعی گردد که ضمن هماهنگی با بیمارستان مورد نظر بر بالین بیمار حاضر شده و پس از توضیح مناسب در خصوص هدف از پرسشگری و حفظ کامل محرمانه بودن پاسخ های فرد، از طریق مصاحبه پرسشنامه ها تکمیل گردند. همچنین تاکید شود فقط حدود ۵ دقیقه وقتشان را بگیرد. تمامی پرسشگری ها توسط خانم دوره دیده مجرب که تجربه پرسشگری قبلی دارد، انجام می شود.

پرسشگری میتواند در تمامی ساعات صبح و عصر - غیر ساعت ملاقات یا حضور پزشک- انجام شود. در انتهای پرسشنامه اطلاعات فردی تکمیل می گردد که لازم است به دقت تکمیل شود. روش نمونه گیری از نوع متوالی خواهد بود.

پس از پایان تکمیل پرسشنامه پرسشگر ضمن تشکر از فرد، پرسشنامه را تا نموده و داخل یک جعبه لاک و مهر شده می اندازد تا مطمئن شود بعد از رفتنش کسی نمیخواند. در ضمن در پایان روز مشخص شود از چند نفر دعوت شده و چند نفر جواب رد داده اند و حاضر به تکمیل پرسشنامه نشده اند.

نکاتی که در برقراری ارتباط با پاسخگو مهم است:

- به همراه داشتن کارت شناسایی تا در صورت لزوم ارائه دهند.
- داشتن اتیکت گردن آویز
- برخورداری از پوشش مناسب.
- در نظر گرفتن فضای مناسب و نبودن همراهی اطراف زائو مهم است تا برای شخص حس محرمانگی و آرامش خاطر ایجاد شود.
- همکاری بیمارستان بسیار مهم است. مدیریت و حراست بیمارستان به صورت کتبی در جریان امر قرار گرفته باشند.
- با توجه به وضعیت ظاهری افراد (ملاقات کنندگان یا همراهیان بیمار) اصل تنوع در پاسخگو رعایت شود، یعنی از همه تیپ ها دعوت شود.
- در شروع راپورت و برقراری ارتباط، سلام علیک محترمانه و معرفی خود و هدف از مطالعه و تاکید بر وقت گیری کم، بسیار موثر است.

به نام پروردگار بخشایشگر مهربان

راهنمای پرسشگری خانم های مراجعه کننده آزمایشات و کلاس های قبل از ازدواج:

گروه هدف که این پرسشنامه در اختیار آن ها قرار خواهد گرفت از میان خانم های مراجعه کننده به مراکز مشاوره حین ازدواج می باشد که تمایل به تکمیل این پرسشنامه ها را داشته باشند. این پرسشنامه با توجه به حضوری شدن آموزش ها بهتر است حین کلاس ها توزیع و بعد از ۵ تا ۱۰ دقیقه از طریق یک جعبه رای گیری جمع آوری گردد.

سعی گردد که ضمن هماهنگی کتبی با مرکز بهداشت شهرستان مربوطه، پرسشگر دوره دیده پس از توضیح مناسب در خصوص هدف از پرسشگری و حفظ کامل محرمانه بودن پاسخ های فرد پرسشنامه به فرد داده شده و از وی درخواست گردد تا با خواندن عبارت ها به دقت پاسخ دهد. در حین تکمیل پرسشنامه توسط فرد، چنانچه سوالی مطرح گردید سعی کند پاسخگو باشد. تمامی پرسشگری ها توسط خانم دوره دیده مجرب که تجربه پرسشگری قبلی دارد، انجام می شود. روش نمونه گیری از نوع متوالی خواهد بود.

پس از پایان تکمیل پرسشنامه پرسشگر ضمن تشکر از فرد، پرسشنامه را تا نموده و داخل یک کارتون کوچک که دور آن چسب زده شده است، می اندازد تا مطمئن شود بعد از رفتنش کسی نمیخواند. در ضمن در پایان روز مشخص شود از چند نفر دعوت شده و چند نفر جواب رد داده اند و حاضر به تکمیل پرسشنامه نشده اند.

ذکر این نکته ضروری است که دادن توضیح مناسب به افراد نقش مهمی در همکاری آنان خواهد داشت. در مورد افراد بی سواد، پرسشنامه برای آنان خوانده می شود.

نکاتی که در برقراری ارتباط با پاسخگو مهم است:

- ۱- به همراه داشتن کارت شناسایی تا در صورت لزوم ارائه دهند.
- ۲- داشتن آتیکت گردن آویز
- ۳- برخورداری از پوشش مناسب.
- ۴- در نظر گرفتن فضای مناسب در طول مسیر ولی بدون ایجاد سد معبر و در عین حال فضا برای شخص حس محرمانگی و آرامش خاطر ایجاد نماید.
- ۵- در شروع راپورت و برقراری ارتباط، سلام علیک محترمانه و معرفی خود و هدف از مطالعه و تاکید بر وقت گیری کم، بسیار موثر است.
- ۶- همکاری اداره مربوطه بسیار مهم است. مدیریت و حراست بیمارستان به صورت کتبی در جریان امر قرار گرفته باشند.
- ۷- سعی شود در مدت کوتاهی پرسشنامه ها تکمیل شوند
- ۸- با توجه به وضعیت ظاهری افراد (ملاقات کنندگان یا همراهیان بیمار) اصل تنوع در پاسخگو رعایت شود، یعنی از همه تیپ ها و به صورت متوالی یا دسته جمعی (در کلاس) دعوت شود.

به نام خداوند بخشایشگر مهربان راهنمای پرسشنامه ارزیابی مهاجرت

گروه هدف که این پرسشنامه در اختیار آن ها قرار خواهد گرفت، دانش آموزان کلاس ۱۲ مدارس تیزهوشان، و یک مدرسه غیر انتفاعی مشهور شهر، و همچنین دانشجویان پزشکی دوره اینترنتی خواهند بود.

سعی گردد پس از توضیح مناسب در خصوص هدف از پرسشگری و حفظ کامل محرمانه بودن پاسخ های فرد، از طریق مصاحبه پرسشنامه ها تکمیل گردند. همچنین تاکید شود فقط حدود ۳ دقیقه وقتشان را بگیرد. تمامی پرسشگری ها توسط خانم یا آقای دوره دیده مجرب که تجربه پرسشگری قبلی دارد، و در عین حال معلم آنان نیست انجام می شود. حتی المقدور پرسشنامه ها به صورت دسته جمعی توزیع و جمع آوری گردد.

پس از پایان تکمیل پرسشنامه پرسشگر ضمن تشکر از فرد، پرسشنامه را تا نموده و داخل یک جعبه لاک و مهر شده می اندازد تا مطمئن شود بعد از رفتنش کسی نمیخواند. در ضمن در پایان روز مشخص شود از چند نفر دعوت شده و چند نفر جواب رد داده اند و حاضر به تکمیل پرسشنامه نشده اند.

نکاتی که در برقراری ارتباط با پاسخگو مهم است:

- برخورداری از پوشش مناسب.
- در نظر گرفتن فضای مناسب بسیار مهم است تا برای شخص حس محرمانگی و آرامش خاطر ایجاد شود.
- همکاری آموزش و پرورش و دانشکده پزشکی بسیار مهم است. مدیریت و حراست بیمارستان به صورت کتبی در جریان امر قرار گرفته باشند.
- در شروع راپورت و برقراری ارتباط، سلام علیک محترمانه و معرفی خود و هدف از مطالعه و تاکید بر وقت گیری کم، بسیار موثر است.
- از پاسخگویان خواسته شود پاسخ بخش تشریحی انتهای پرسشنامه با خط خوانا و با حوصله نوشته شود.

توجه: دو سوم نمونه از بین دانش آموزان دختر و پسر دو نوع مدرسه (مشهورترین غیرانتفاعی شهر، و تیزهوشان) و یک سوم مابقی در شهرهای کرمان و جیرفت از دانشجویان سال آخر پزشکی و در سیرجان، نیمی از دانشجویان بهداشت یا پرستاری و نیم دیگر از دانشجویان فنی با رتبه های بالاتر انتخاب شوند.

لطفا اسم موسسه و جنس فرد روی هر پرسشنامه بعد از تحویل گرفتن نوشته شود.

به نام خداوند بخشنده مهربان

راهنمای نحوه مصاحبه پیرامون تکمیل پرسشنامه رفتار باروری

پرسشگر گرامی / با سلام و احترام

ابتدا خودتان را به فرد معرفی کنید (داشتن اتیکت گردن آویز قابل رؤیت و همراه داشتن کارت شناسایی عکس‌دار الزامی است) و به فرد بگویید که در بررسی حاضر، سعی دارید چند سوال در مورد فرزندآوری بپرسید. [گروه هدف زنان متأهل ۱۵ تا ۴۹ سال مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر کرمان به‌عنوان ملاقات‌کننده میباشند]. اگر خانمی به هرعلتی نازا بود، هیچ منعی برای مصاحبه نیست.

قبل از شروع کار، فرد پاسخ‌دهنده باید به‌طور کامل آگاهانه رضایت خود را از شرکت در این مطالعه به‌طور شفاهی اعلام کند

در صورت عدم رضایت سؤالات زمینه‌ای در خصوص سال تولد و تحصیلات تکمیل گردد. متعهد شوید که کلیه اظهارات شرکت‌کنندگان محرمانه و بدون قید نام و نام خانوادگی خواهد بود. اعلام نمایید تکمیل پرسشنامه حدود ۱۰ دقیقه از وقت عزیزان را خواهد گرفت.

ذکر این نکته ضروری است که پرسشگری فقط برای زنان شوهردار انجام خواهد شد. همچنین پرسشگری بر اساس تجربه پرسشگر در خصوص اقبال شرکت‌کنندگان، میتواند در تمامی ساعات شبانه روز و - نه صرفاً ساعت ملاقات- انجام شود. در انتهای پرسشنامه اطلاعات فردی تکمیل می‌گردد که لازم است به دقت تکمیل شود.

توجه:

الف) پرسشگری در فضایی کاملاً آرام و با فاصله از مسیر تردد انجام شود.

ب) همکاری بیمارستان بسیار مهم است. مدیریت و حراست بیمارستان به صورت کتبی در جریان امر قرار گرفته باشند.

سؤالات به‌صورت واضح و یک‌به‌یک خوانده‌شده و پاسخ‌ها ثبت شود. در حین تکمیل پرسشنامه موارد ذیل رعایت شود:

- حفظ احترام مشارکت‌کننده (پرسش‌شوندگان)
- توجه به راحت بودن پرسش‌شونده به هنگام پرسشگری
- تحت فشار قرار ندادن فرد پرسش‌شونده به هنگام پرسشگری
- عدم قضاوت پاسخ‌های فرد پرسش‌شونده
- عدم هدایت فرد پرسش‌شونده به پاسخی خاص. در موارد ذیل می‌توان بدون هدایت فرد به انتخاب گزینه خاصی، توضیحات بیشتری ارائه نمود:
 ۱. فرد پرسش‌شونده متوجه محتوای پرسش نمی‌شود.
 ۲. فرد پرسش‌شونده درخواست می‌کند تا پرسش برای او توضیح داده شود.
 ۳. فرد پرسش‌شونده درخواست می‌کند تا گزینه خاصی برای او توضیح داده شود.
- تکرار پرسش در صورتی که فرد پرسش‌شونده در پاسخ به پرسشی گفت «نمی‌دانم»
- صبور بودن پرسشگر و دادن زمان لازم به فرد شرکت‌کننده، در صورتی که فرد پرسش‌شونده برای پاسخ دادن نیاز به فکر کردن داشت.

*** از پرسشگر گرامی تقاضا داریم در هنگام تکمیل پرسشنامه از پوشش مناسب اداری استفاده نماید.

به نام خداوند بخشنده مهربان

راهنمای نحوه مصاحبه تلفنی در خصوص تجارب مراقبتهای حین بارداری

مصاحبه کننده گرامی / با سلام و احترام

پس از دستیابی (سامانه سیب و سامانه نسخ متخصصین زنان) به شماره همراه خانمهای باردار لطفا نکات زیر را در مصاحبه خود مد نظر داشته باشید:

- ابتدا سلام و سپس از جملات روز بخیر، عصر بخیر و ... استفاده کنید. احوالپرسی روتین لازم نیست...
- خودتان را به فامیل معرفی کنید و بگویید از کجا تماس میگیرید و چرا تماس گرفته اید - شمرده و آرام صحبت کنید، به نحوی که شنونده برای صحبت شما ارزش قائل شود.
- کلام فرد را قطع نکنید و سعی کنید اول شنونده باشید بعد گوینده، با اینکار طرف مقابل نیز مجبور می شود هنگامی که شما صحبت می کنید سکوت کرده و به صحبت های شما به طور کامل گوش دهد.

از چه کلماتی استفاده نماییم؟

- خسته نباشید،
 - مزاحمتون شدم،
 - عذر می خوام،
 - ببخشید،
 - عزیزم، فداتون بشم، قربونتون
- در عوض از چه کلماتی استفاده نماییم؟
- وقت بخیر،
 - روز بخیر،
 - سپاسگزارم،
 - بابت وقتی که گذاشتین ممنونم

در مذاکره ی تلفنی ۸۵ درصد لحن صدا و فقط ۱۵ درصد محتوایی که به کار میبرید تاثیر گذار خواهد بود
بارهای اول بعد از هر بار مذاکره ی تلفنی چندین بار صدای ضبط شده ی خود را بشنوید و به نقاط ضعف و قوت آن توجه کنید.

آثاری از خستگی، عجله و دست پاچگی، ضعف، کمبود اعتماد به نفس، نگاه از بالا به پایین، غرور و تکبر حتی در صورتی که مشتری شما از لحن نامناسب و غیر متعارفی استفاده کرد، باز هم نیاز است تا الگو و استاندارد خود را رعایت نمایید

- در حین صحبت خود را با کار دیگری مشغول نکنید یا با فرد دیگری به صحبت نپردازید.
- در یک فضای آرام صحبت کنید و صدای خنده کسی یا صدای تلویزیون و کودک نیاید
- هنگامی که با کسی تماس میگیرید، دقت کنید که آیا او در شرایطی به سر می برد که بتواند به راحتی با شما صحبت کند یا خیر. لذا از او بپرسید که در شرایطی هست که بتواند جواب شما را بدهد

- هرچند فرد آن سوی خط نمی‌تواند شما را ببیند، همچنان لبخند زدن بسیار مفید است. دقیقاً مثل اینکه پوشیدن لباس خوب و اتوکشیده تأثیر فوق‌العاده‌ای در مذاکره تلفنی شما خواهد داشت. این تأثیرات غیرمستقیم هستند و باعث افزایش اعتماد به نفس و تقویت حالت صدای شما می‌شوند.
- در مذاکره تلفنی درست بودن لحن شما اهمیت زیادی دارد. برای بهبود این مهارت باید بلندبلند صحبت و تمرین کنید تا پژواک صدا و لحن خود را بررسی کنید.
- سعی کنید به طور مختصر فواید توصیه‌هایی را که می‌کنید بیان دارید.

این بخش با هماهنگی کارشناسان بیمه سلامت استان به صورت مرکزی از شهر کرمان انجام خواهد شد.

