



سلسله گزارش‌های رصد جمعیت کشور



National Population Monitoring Technical Report Series: 2

October 2021



آبان ماه ۱۴۰۱

نشانی: تهران، خیابان شهید بهشتی، خیابان پاکستان، کوچه دوم، پلاک ۵

کد پستی: ۱۵۳۱۶۳۵۷۱۱

تلفن: ۴-۲۱۸۸۵۳۴۳۲۱ (+۹۸) | شماره: ۲۱۸۸۵۰۲۵۷۵ (+۹۸)

info@nipr.ac.ir

www.nipr.ac.ir



کارفرما: مؤسسه تحقیقات جمعیت کشور

عنوان: سلسله گزارش‌های رصد جمعیت کشور - (۲)

تهیه‌کننده: دکتر احمد محجوبیان

تاریخ تصویب طرح: شهریور ماه ۱۴۰۱

تاریخ اتمام طرح: آبان ماه ۱۴۰۱

مسئولیت صحت مطالب و محتوای این اثر بر عهده مجری طرح می‌باشد.
کلیه حقوق این اثر محفوظ و متعلق به مؤسسه تحقیقات جمعیت کشور می‌باشد.

بسمه تعالی

سلسله گزارش‌های رصد جمعیت کشور

گزارش دوم

- ۱- نسبت میزان تسهیلات اعطایی برای ازدواج و فرزندآوری به متوسط درآمد خانوار
- ۲- سهم بیمه‌های پایه و تکمیلی در تأمین هزینه‌های زایمان
- ۳- میزان کمک دولت برای پوشش هزینه‌های درمان ناباروری مردان و زنان
- ۴- کمیت و کیفیت مهدکودک‌ها
- ۵- تعداد مراکز مشاوره و حجم فعالیت آن‌ها در خصوص خانواده

مؤسسه تحقیقات جمعیت کشور

فهرست مطالب

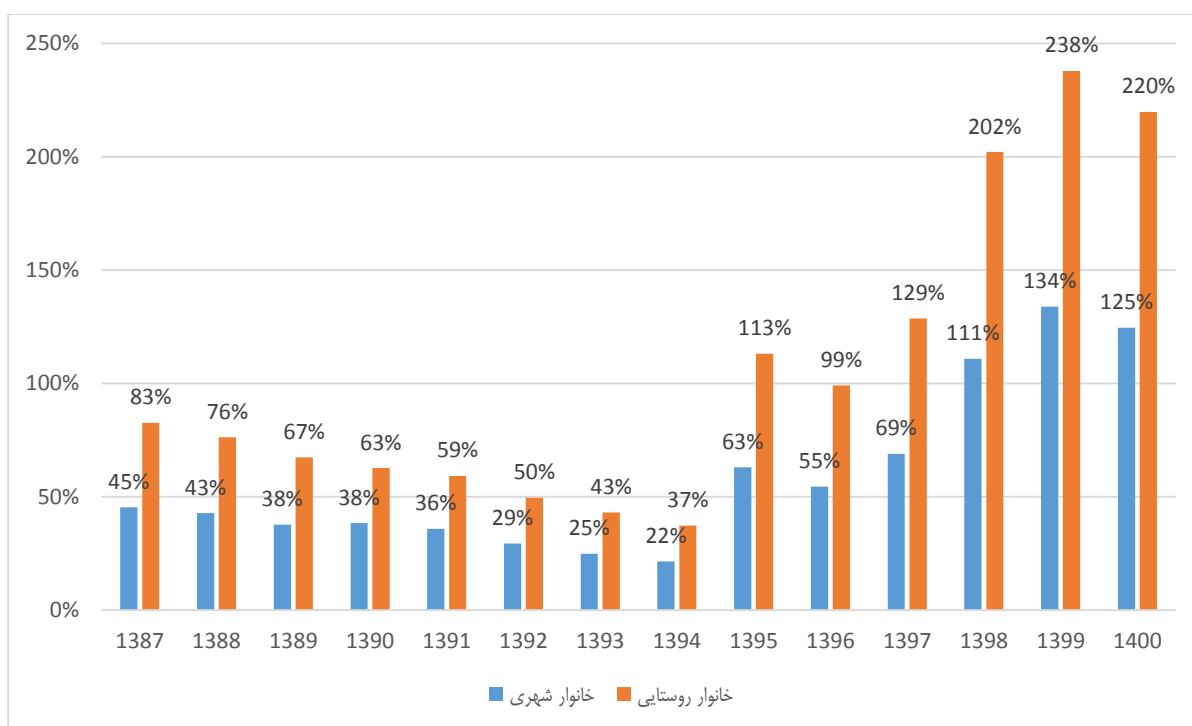
۴	نسبت میزان تسهیلات اعطایی برای ازدواج و فرزندآوری به متوسط درآمد خانوار.....
۴	۱,۱ وضع موجود کشور.....
۵	۱,۲ وضعیت جهانی.....
۶	۱,۳ جمع‌بندی.....
۶	۱,۴ منابع.....
۷	۲ سهم بیمه‌های پایه و تکمیلی در تأمین هزینه‌های زایمان.....
۷	۲,۱ وضع موجود کشور.....
۷	۲,۲ وضعیت جهانی.....
۸	۲,۳ جمع‌بندی.....
۸	۲,۴ منابع.....
۹	۳ میزان کمک دولت برای پوشش هزینه‌های درمان ناباروری مردان و زنان.....
۹	۳,۱ وضع موجود کشور.....
۹	۳,۲ وضعیت جهانی.....
۱۰	۳,۳ تحلیل و علت‌کاوی.....
۱۰	۳,۴ جمع‌بندی.....
۱۰	۳,۵ منابع.....
۱۲	۴ کمیت و کیفیت مهدکودک‌ها.....
۱۲	۴,۱ وضع موجود کشور.....
۱۲	۴,۲ وضعیت جهانی.....
۱۳	۴,۳ تحلیل و علت‌کاوی.....
۱۴	۴,۴ جمع‌بندی.....
۱۴	۴,۵ منابع.....
۱۵	۵ تعداد مراکز مشاوره و حجم فعالیت آن‌ها در خصوص خانواده.....
۱۵	۵,۱ وضع موجود کشور.....

١٥ منابع ٥,٢

۱ نسبت میزان تسهیلات اعطایی برای ازدواج و فرزندآوری به متوسط درآمد خانوار

۱,۱ وضع موجود کشور

نمودار زیر نسبت میزان تسهیلات اعطایی ازدواج (زوجین) به متوسط درآمد خانوار را در دو گروه خانوارهای شهری و روستایی از سال ۱۳۸۷ تا ۱۴۰۰ نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود این نسبت از سال ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۴ روندی کاهشی را پیموده اما از سال ۱۳۹۵ این روند به صورت افزایشی تغییر پیدا کرده است. البته ارقام در سال ۱۴۰۰ نسبت به ۱۳۹۹ مجدداً کاهش پیدا کرده‌اند. از سوی دیگر باید توجه کرد که به طور کلی درآمد در ایران پایین است و وام ازدواج در نهایت به عنوان بدهکاری خانوار محسوب می‌شود.



نمودار ۱... نسبت میزان تسهیلات اعطایی برای ازدواج (زوجین) به متوسط درآمد خانوار

مرجع: (مرکز آمار ایران ۱۴۰۱)

در راستای اجرای قانون «حمایت از خانواده و جوانی جمعیت» فرزندان که از سال ۱۴۰۰ به بعد به دنیا بیایند، پدر آنها می‌تواند تسهیلات قرض‌الحسنه دریافت کند که کارمزد این تسهیلات ۴ درصد است. تسهیلات قرض‌الحسنه فرزندآوری یکی از تسهیلات تکلیفی قانون بودجه سال ۱۴۰۰ است که مبلغ این وام برای فرزندان که از سال ۱۴۰۰ به بعد به دنیا آمده‌اند، به ازای فرزند اول ۲۰ میلیون تومان و به ازای فرزند دوم ۴۰ میلیون تومان و به ازای فرزند سوم ۶۰ میلیون تومان و به ازای فرزند چهارم ۸۰ میلیون تومان و به ازای فرزند پنجم به بعد ۱۰۰ میلیون تومان است. دوره بازپرداخت هر یک

از این تسهیلات به ترتیب ۳۶، ۴۸، ۶۰، ۷۲ و ۸۴ ماهه می‌باشد. در مورد تولد فرزندان دوقلو و بیشتر نیز به ازای هر فرزند یک وام تعلق می‌گیرد و ترتیب تولد لحاظ می‌شود (خبرگزاری ایسنا، ۱۴۰۱).

از سوی دیگر متوسط درآمد سالانه خانوارهای شهری در سال ۱۳۹۹، معادل ۷۴،۶۷۶،۴۰۰ تومان و برای خانوارهای روستایی معادل ۴۲،۰۴۷،۰۰۰ تومان می‌باشد (مرکز آمار ایران، ۱۴۰۱). با توجه به اینکه نرخ شهرنشینی در ایران ۷۴٪ می‌باشد (مرکز آمار ایران، ۱۴۰۱) میانگین وزنی درآمد سالانه خانوار ایرانی (اعم از شهری و روستایی) معادل ۶۶،۱۹۲،۷۵۶ تومان می‌باشد. لذا نسبت میزان تسهیلات اعطایی برای فرزندآوری به متوسط درآمد خانوار در جدول زیر قابل مشاهده است.

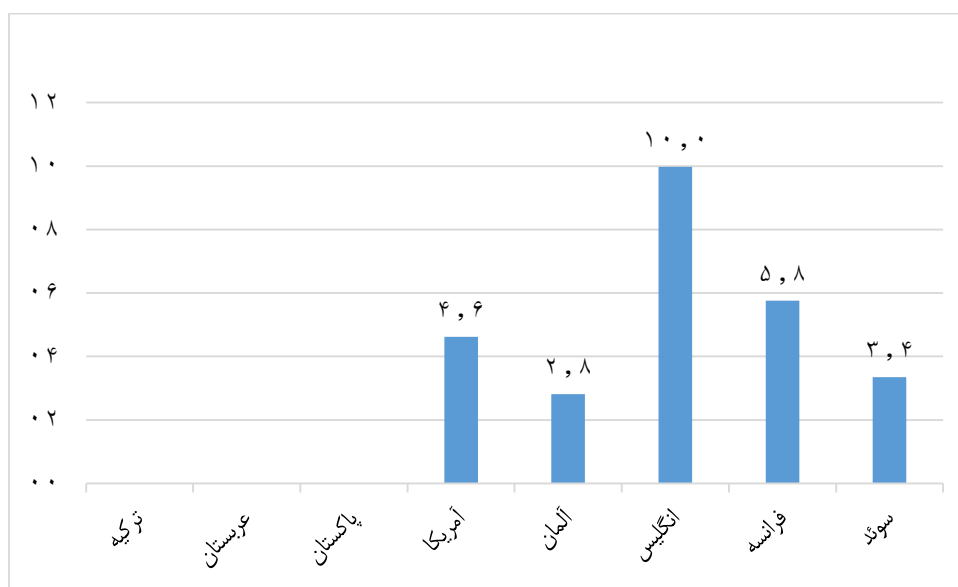
جدول ۱. نسبت تسهیلات اعطایی برای فرزندآوری به متوسط درآمد خانوار

فرزند اول	فرزند دوم	فرزند سوم	فرزند چهارم	فرزند پنجم
۰,۳۰	۰,۶۰	۰,۹۱	۱,۲۱	۱,۵۱

۱,۲ وضعیت جهانی

شکل زیر میانگین تسهیلات اعطایی برای فرزندآوری به متوسط درآمد خانوار در کشورهای منتخب را برای سال ۲۰۱۳ نشان می‌دهد. مطابق این شکل ۱۰ درصد از درآمد خانوار را در انگلیس، ۵,۸ درصد در فرانسه، ۴,۶ درصد در آمریکا، ۳,۴ درصد در سوئد و ۲,۸ درصد در آلمان تسهیلات و مزایای اعطایی برای فرزندآوری تشکیل می‌دهد.

باید توجه داشت که چون جنس این تسهیلات (وام، کمک بلاعوض، معافیت مالیاتی و ...) مشخص نیست نمی‌توان این ارقام را با ارقام محاسبه شده برای ایران مقایسه نمود.



نمودار ۲. میانگین تسهیلات اعطایی برای فرزندآوری به متوسط درآمد خانوار در کشورها (۲۰۱۳)

منبع: (OECD, 2016)

۲ سهم بیمه‌های پایه و تکمیلی در تأمین هزینه‌های زایمان

۲,۱ وضع موجود کشور

بیمارستان‌های اصلی کشور سه نوع می‌باشند که وضعیت دریافت هزینه برای زایمان در آن‌ها، عموماً باتوجه به مشاهدات میدانی و پرسش از کارشناسان، به صورت زیر است:

۱. بیمارستان‌های تأمین اجتماعی: این بیمارستان‌ها از بیمه‌شدگان خود برای انجام زایمان طبیعی و عمل سزارین (در صورت تأیید پزشک معتمد) هزینه‌ای دریافت نمی‌کنند.
۲. بیمارستان‌های دولتی: از اردیبهشت‌ماه ۱۳۹۳ زایمان طبیعی در بیمارستان‌های دولتی رایگان شده است، (روزنامه کیهان، ۱۳۹۳)؛ اما زایمان به صورت سزارین با اخذ هزینه مطابق تعرفه دولتی انجام می‌گیرد.
۳. بیمارستان‌های خصوصی: در بیمارستان‌های خصوصی زایمان طبیعی و سزارین با اخذ هزینه طبق تعرفه بخش خصوصی انجام می‌شود. بیمه‌های پایه ۲۰ الی ۲۵ درصد این هزینه‌ها را پوشش می‌دهند. میزان پوشش بیمه‌های تکمیلی نیز متفاوت بوده و به جزئیات قرارداد منعقدشده بین آن‌ها و بیمه‌گذار بستگی دارد.

۲,۲ وضعیت جهانی

با توجه به عدم یافتن اطلاعات آماری درخصوص نحوه پوشش بیمه‌ای هزینه‌های زایمان در کشورهای دیگر، مقدار هزینه زایمان در ۱۳ کشور به تفکیک بیمارستان‌های دولتی و خصوصی در جدول زیر ارائه شده است.

جدول ۲. مقدار هزینه زایمان در کشورها

هزینه زایمان		نام کشور
بیمارستان خصوصی	بیمارستان دولتی	
۶۰۰۰ الی ۲۱۰۰۰ دلار	رایگان	استرالیا
۷۰۰ الی ۱۴۰۰ دلار	رایگان	چین
۶۰۰ الی ۱۶۰۰ دلار	۳ الی ۲۵۰ دلار	مالزی
۱۱۰۰۰ الی ۱۴۰۰۰ دلار	رایگان	انگلیس
۳۶۰۰ دلار	رایگان	فرانسه
۱۵۰۰ دلار	رایگان	روسیه

هزینه زایمان		نام کشور
بیمارستان خصوصی	بیمارستان دولتی	
۱۱۰۰ الی ۷۱۰۰ دلار	رایگان	آلمان
۲۶۰۰ الی ۷۹۰۰ دلار	رایگان	اسپانیا
۲۸۰ الی ۳۰۰۰ دلار	رایگان	مکزیک
۵۶۰۰ الی ۶۲۰۰ دلار	رایگان	برزیل
۲۵۰۰ الی ۴۹۰۰ دلار	۱۴۰۰ الی ۲۲۰۰ دلار	امارات متحده عربی
۱۰۰۰ الی ۱۴۰۰ دلار	رایگان	هند

مرجع: (Babycenter.com, 2014)

۲,۳ جمع‌بندی

همان‌طور که در آمارهای ارائه‌شده ملاحظه شد، هزینه زایمان بیمارستان‌های دولتی در اکثر کشورهای رایگان است، لذا رایگان شدن این خدمت از سه سال پیش در کشور ما نیز نکته‌ای مثبت تلقی می‌شود؛ اما باید به این موضوع توجه شود که پایین بودن کیفیت خدمات در بیمارستان‌های دولتی مزیت یادشده را کاهش ندهد.

۲,۴ منابع

۱. روزنامه کیهان. (۱۳۹۳). زایمان طبیعی از ۱۵ اردیبهشت رایگان میشود. بازیابی از سایت روزنامه کیهان: <http://kayhan.ir/fa/news/11575>
۲. Babycenter.com. (2014). What birth costs around the world از بازیابی از Babycenter.com: https://www.babycenter.com/101_what-birth-costs-around-the-world_10386674

۳ میزان کمک دولت برای پوشش هزینه‌های درمان ناباروری مردان و زنان

۳,۱ وضع موجود کشور

هیأت وزیران در مصوبه ۹۱۳۵۲/ت/۵۹۹۷۸هـ — مورخ ۱۴۰۱/۵/۳۰ ضوابطی را برای پوشش هزینه‌های درمان ناباروری معین نمود. ماده ۲ این مصوبه بیان می‌دارد که: «در اجرای جزء (۵) بند (ک) تبصره (۱۷) ماده واحده قانون بودجه سال ۱۴۰۱ کل کشور، همه مراکز درمانی و بیمارستان‌های ارائه دهنده خدمات درمان ناباروری موظف به عقد قرارداد با سازمان های بیمه‌گر پایه می باشند. تمديد پروانه این مراکز و بیمارستان ها منوط به عقد قرارداد با بیمه های پایه می باشد.» ماده ۳ این مصوبه، تکلیف سازمان بیمه سلامت را مطرح نموده است: «سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است نسبت به پوشش بیمه ای همه زوجین نابارور و زنان مبتلا به سقط مکرر فاقد بیمه پایه مطابق آیین‌نامه بند (الف) ماده (۷۰) قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران اقدام نماید.» همچنین ماده ۴ مصوبه مذکور حکم به پوشش بیمه‌های پایه برای ناباروری نموده است: «هزینه های خدمات معاینه، بیماریابی، تشخیصی و درمانی ناباروری و خدمات تخصصی ناباروری شامل اف-ای-تی (FET)، آی-سی-اس-آی (ICSI)، آی-وی-اف (IVF) و آی-یو-آی (IUI) بر اساس ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بخش دولتی، عمومی غیردولتی و خیریه و خصوصی طرف قرارداد با خودپرداخت (فرانشیز) مطابق دستورالعمل موضوع بند (۳) تصویب‌نامه شماره ۵۶۷۲۶/ت/۵۹۰۷۳هـ مورخ ۱۴۰۰/۶/۲ مصوب شورای عالی بیمه سلامت (شماره ۵۴۹/۱۴۲/د مورخ ۱۴۰۰/۹/۲)، تحت پوشش سازمان های بیمه‌گر پایه می باشد.»

بر همین اساس مطابق اعلام مسؤولین سازمان بیمه سلامت «این ظرفیت برای زوج‌های نابارور فراهم شده که در طول یک سال از سه دوره خدمات درمان ناباروری در تعهد بیمه سلامت با پوشش بیمه‌ای ۹۰ درصد تعرفه بخش دولتی در مراکز ناباروری دولتی و ۷۰ درصد تعرفه خصوصی در مراکز خصوصی و خیریه استفاده کنند.» (خبرآنلاین، ۱۴۰۱)

۳,۲ وضعیت جهانی

حمایت از درمان ناباروری در کشورهای مختلف تفاوت دارد؛ کشورهای پیشرفته درمان ناباروری را به وسیله تأمین مالی از ناحیه بودجه عمومی حمایت می‌کنند؛ ولی در کشورهای کمتر توسعه‌یافته از درمان ناباروری حمایت چندانی صورت نمی‌پذیرد، به طوری که در آلمان، فرانسه و انگلیس همه مخارج درمان ناباروری برعهده بیمه‌های پایه سلامت است، در آمریکا ۱۵ ایالت ارائه خدمات درمان ناباروری را به صورت قانونی برعهده بیمه‌ها گذاشته‌اند، در ترکیه بیمه‌های خصوصی ۱۰۰ درصد خدمات را

پوشش داده؛ اما در پاکستان، عربستان سعودی و برزیل از درمان ناباروری حمایت نمی‌شود (Seibel, ۲۰۰۴).

رژیم اشغال‌گر قدس دارای بیشترین سرانه ارائه خدمات درمان ناباروری در جهان است. این خدمات برای شهروندان این رژیم کاملاً رایگان ارائه‌شده و هزینه انجام آن از سوی دولت پرداخت می‌شود، به طوری که این رژیم در سال ۲۰۱۱ میلادی حدود ۱۱۰ میلیون دلار برای درمان ناباروری صرف کرده است. در سال ۲۰۱۲ حدود چهار درصد از نوزادان در این رژیم از روش‌های درمان ناباروری متولد شده‌اند. این خدمات برای زنان زیر ۴۵ سال قابل ارائه است (Global Legal Research Center, 2012).

۳,۳ تحلیل و علت‌کاوی

ناباروری به صورت قابل‌انتظاری به‌طور انحصاری توسط پژوهش‌های پزشکی بررسی شده است. برخی مطالعات کوچک با عنوان عوامل روانی اجتماعی مؤثر بر ناباروری وجود دارند که آن‌ها نیز به مقوله هزینه‌های درمان در این حوزه نپرداخته‌اند و مقوله‌های دیگری همچون مسائل روانی و نقش جنسیت را بررسی کرده‌اند (کرمی نوری، ۱۳۷۹) (کرمی نوری، آخوندی، & بهجتی اردکانی، جنبه‌های روانی - اجتماعی ناباروری از دیدگاه پزشکان ایرانی، ۱۳۸۰) (شریفیان & صادقیان، ۳۹۱).

۳,۴ جمع‌بندی

به‌طور کلی کشورهای بحرانی جمعیت دارند حمایت از درمان ناباروری را جزو سیاست‌های افزایش جمعیت خود قرار داده‌اند که کشورهای اروپایی از این دسته هستند. کشورهای که هنوز وارد بحران جمعیت نشده‌اند مانند آمریکا و ترکیه سطح پایینی از خدمات را به نسبت دسته نخست ارائه می‌کنند. کشورهای بدون بحران جمعیت نظیر عربستان و برزیل نیز نیازی به حمایت از درمان ناباروری ندارند یا اینکه زیرساخت لازم را برای ارائه این خدمات مهیا نکرده‌اند. ایران به عنوان یک کشور در آستانه بحران پیری جمعیت باید مطابق کشورهای دسته نخست اقدام کند که خوشبختانه فعالیت‌هایی در این زمینه آغاز شده است.

۳,۵ منابع

۱. خبرآنلاین، ۱۴۰۱، khabaronline.ir/xj8SG.
۲. شریفیان، ا.، & صادقیان، ر. (۳۹۱). بررسی تاثیر عوامل اجتماعس موثر بر درمان ناباروری در زنان نازا. فصلنامه علوم اجتماعی، ۲۶۴-۲۲۹.
۳. کرمی نوری، ر. (۱۳۷۹). ناباروری و جنبه‌های روانی - اجتماعی. باروری و ناباروری، ۵۷-۶۸.
۴. کرمی نوری، ر.، آخوندی، م.، & بهجتی اردکانی، ز. (۱۳۸۰). جنبه‌های روانی - اجتماعی ناباروری از دیدگاه پزشکان ایرانی. باروری و ناباروری، ۱۳-۲۵.
۵. Global Legal Research Center. (۲۰۱۲). *Israel: Reproduction and Abortion: Law and Policy*. The Law Library of Congress.

٤. Seibel, M .(٢٠٠٤) .Insurance coverage *Fertility and Sterility* .١٧-١٨ ,١) ,
doi:http://dx.doi.org/١٠.١٠١٦/j.fertnstert.٢٠٠٣.١٢.٠١٤

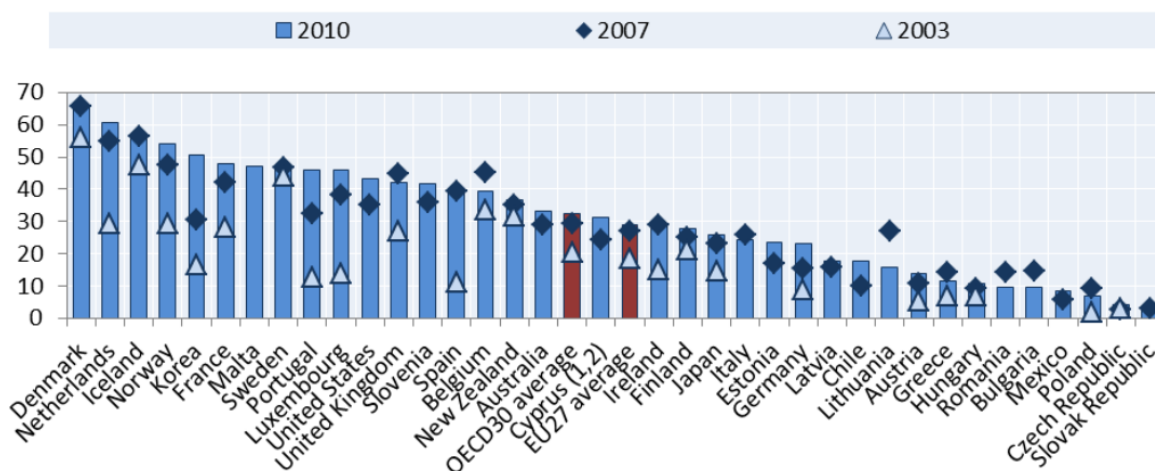
۴ کمیت و کیفیت مهدکودک‌ها

۴,۱ وضع موجود کشور

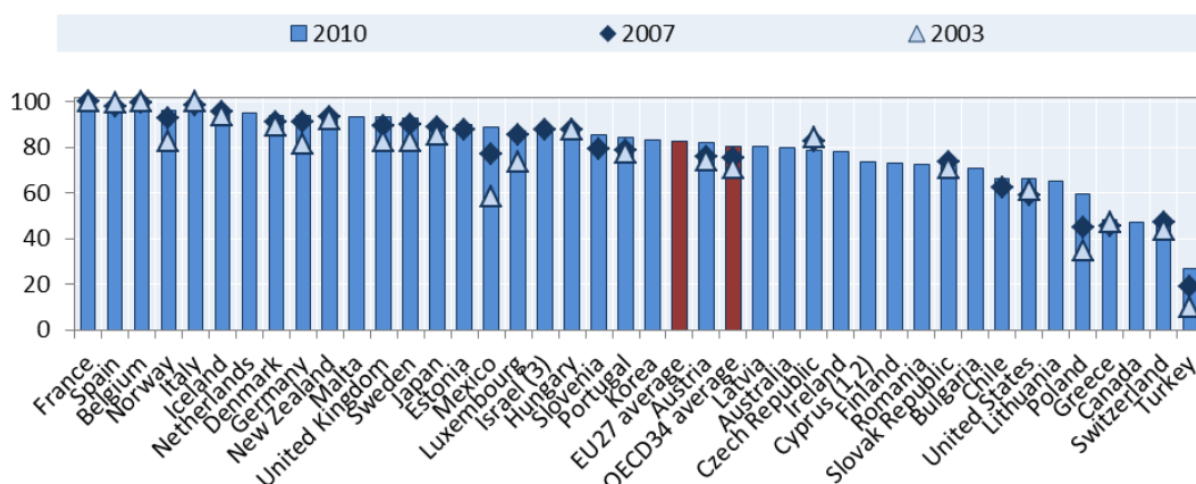
مهدکودک‌ها در ایران از سه گروه از کودکان نگهداری می‌کنند: شیرخوار (تا ۲ سال)، نوپا (۲ تا ۳ سال)، نوباوه (۳ تا ۶ سال). رییس سابق سازمان ملی تعلیم و تربیت کودک آمار مهدکودک‌های کشور را چنین اعلام داشته است که «به لحاظ آماری ۱۶ هزار مهدکودک مجوزدار از سازمان بهزیستی و حدود ۳۰ هزار مرکز پیش دبستانی زیرمجموعه آموزش و پرورش داریم. ۱۴ دستگاه هم هستند که مهدکودک و مهدقرآن‌هایی با مجوز داخلی آن دستگاهها دارند. با تک تک این دستگاهها صحبت کرده‌ایم اما هنوز آمار همه آنها احصاء نشده است اما تخمین می‌زنیم حدود ۴ تا ۵ هزار مهدکودک باشند. تقریباً روی هم رفته ۵۰ هزار مهدکودک و پیش دبستانی داریم که باید زیرمجموعه سازمان ملی تعلیم و تربیت کودک قرار گرفته و مطابق با استانداردهای جدید مجوز بگیرند.» (ایسنا، ۱۴۰۰)

از سوی دیگر، نتایج سرشماری سال ۱۳۹۰ نشان می‌دهد که حدود هفت میلیون کودک زیر شش سال در کشور وجود دارد (این تعداد در سال ۱۴۰۰ به حدود هشت میلیون رسیده است). در همان سال یک‌هفتم این کودکان در مهدکودک‌ها و پیش‌دبستانی‌ها خدمات دریافت می‌کرده‌اند که نیمی از آنها بالای پنج سال سن داشته‌اند (شبکه الکترونیک مهدهای کودک ایران، ۱۳۹۰) البته تنها این نسبت نمی‌تواند میزان مهدکودک مورد نیاز را بیان کند؛ زیرا در ایران، خانواده نقش اصلی را در نگهداری کودک به عهده دارد و مهدکودک‌ها تنها نقش مکمل را باید به عهده داشته باشند؛ بنابراین رسیدن به عدد مهدکودک‌های مورد نیاز، نیازمند تحلیل‌های بیشتر جامعه‌شناختی است.

۴,۲ وضعیت جهانی



نمودار 3. درصدی از کودکان زیر سه سال که از خدمات مهدکودکها استفاده می‌کنند^۱



نمودار 4. درصدی از کودکان ۳-۵ سال که از خدمات مهدکودکها استفاده می‌کنند^۲

مرجع: (OECD, 2014)

همان‌طور که در نمودارهای بالا مشاهده می‌شود میزان پوشش مهدهای کودک در کشورهای دیگر بسیار بیشتر از این پوشش در کشور ما است. به‌طوری‌که متوسط این رقم در کشورهای OECD در سال ۲۰۱۰ برای کودکان زیر سه سال برابر ۳۳ درصد و برای کودکان ۳-۵ سال بیش از ۸۰ درصد بوده است. در برخی از کشورها مانند فرانسه، اسپانیا و بلژیک پوشش مهدهای کودک برای کودکان ۳-۵ سال نزدیک به ۱۰۰ درصد بوده است.

۴,۳ تحلیل و علت‌کاوی

در رابطه با این شاخص بیشتر پژوهش‌هایی که انجام شده است، بررسی‌هایی در سطح خرد بوده است. بررسی‌ها به صورت سطحی بوده و به نقش مربیان (به‌نوعی نقش فردی افراد متخصص حوزه تربیتی) در زندگی فرزندان و خانواده‌ها پرداخته‌شده و بیشتر حول تأثیر مهدکودک‌ها بر مهارت‌ها و توانایی‌های کودکان بوده است. برای نمونه، می‌توان به پژوهشی باعنوان «بررسی تأثیر آموزش‌های مهدکودک بر رشد مفهوم‌سازی کودکان» (میمند، محمد ابراهیمی رومنجان، نصیرفام و معماری، ۱۳۹۴) یا پژوهشی دیگر باعنوان «تأثیر دوره‌های مهدکودک و پیش‌دبستانی بر رشد مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی» (قانع مهرآبادی، عسگری، شمس و بیکن، ۱۳۹۳) اشاره کرد. برخی پژوهش‌های دیگر به موضوع طراحی مهدکودک پرداخته‌اند؛ مانند پژوهشی باعنوان «طراحی فضای مهدکودک براساس رابطه بین صفات خلاقیت و ایده‌های معمارانه». در مجموع در زمینه مهدکودک‌ها با ضعف پژوهش‌های کلان مواجه هستیم.

^۱ توضیح: مثلث مقدار سال ۲۰۰۳، لوزی مقدار سال ۲۰۰۷ و مربع مقدار سال ۲۰۱۰ را نشان می‌دهد

^۲ مشابه توضیحات نمودار قبلی

۴,۴ جمع‌بندی

خانواده در نگهداری و پرورش فرزندان سهم بالایی دارد و خوشبختانه هنوز در جامعه ایرانی همین‌گونه است؛ اما مهدهای کودک با ارائه خدمات آموزشی، تربیتی و مراقبتی می‌توانند در نگهداری و پرورش کودکان نقش مکمل را بازی کرده و به خانواده‌ها کمک کنند. بدین‌روی، وجود این خدمات و میزان کیفیت آن‌ها می‌تواند بر تصمیم خانواده‌ها برای فرزندآوری تأثیر بگذارد. بررسی آمارها نشان‌دهنده آن است که پوشش مهدکودک‌ها در ایران در مقایسه با سایر کشورها کم است. البته یکی از علل این موضوع غلبه فرهنگ خانواده در ایران است و اینکه کودکان بیشتر در خانواده‌ها بزرگ می‌شوند؛ بنابراین تا اندازه‌ای این موضوع کمبود به حساب نمی‌آید؛ اما از جایی به بعد، برخی خانواده‌ها واقعاً نیازمند خدمات مهدکودک‌ها می‌باشند. این خدمات تنها به نگهداری محدود نمی‌شود، بلکه برخی جنبه‌های تربیتی و آموزشی نیز می‌تواند توسط مهدها بهتر انجام شود. از سوی دیگر، برخی اشکالات کیفی در عملکرد مهدهای کودک به ضعف در نظارت نهادهای متولی و برخی ناهماهنگی میان آن‌ها برمی‌گردد؛ بنابراین در راستای اجرای سیاست‌های کلی جمعیت لازم است برنامه‌ریزی‌ها و اقدامات لازم برای افزایش کمیّت و کیفیت عملکردی مهدهای کودک صورت بگیرد.

۴,۵ منابع

۱. ایسنا، ۱۴۰۰، isna.ir/xdJYsL
۲. پایگاه خبری تابناک، (۱۳۹۳، اسفند ۲۱)، ۲۰۰۰ مهدکودک غیرقانونی در سراسر کشور. بازیابی از پایگاه خبری تابناک: <http://www.tabnak.ir/fa/news/483118>
۳. سازمان بهزیستی کشور، (۱۳۹۵، ۱۸۸)، *نماد، طرح نظام مراقبت اجتماعی دانش‌آموزان از اوایل آذر در ۶ استان اجرا می‌شود*. بازیابی از سازمان بهزیستی کشور: <http://preschool.behzisti.ir/RContent/38HP2HUCSR-.aspx>
۴. شبکه الکترونیک مهدهای کودک ایران، (۱۳۹۰، فروردین ۲۷). *صبحت‌های دکتر زنگانه در خصوص مهدهای کودک*. بازیابی از شبکه الکترونیک مهدهای کودک ایران: <http://www.emahd.ir/isf/index.php/module/News/action/ShowNews/id/56>
۵. قانع‌ی مهرآبادی، م.، عسگری، م.، شمس، ا. و بیکن، س. (۱۳۹۳). *تأثیر دوره‌های مهد کودک و پیش‌دبستانی بر رشد مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی*، *اولین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روان‌شناسی*. تهران: مؤسسه آموزش عالی مهراروند.
۶. میمند، ز.، محمد ابراهیمی رومنجان، ف.، نصیرفام، ن. و معمار، ا. (۱۳۹۴). *بررسی تأثیر آموزش‌های مهد کودک و پیش‌دبستانی بر رشد مفهوم سازی کودکان*. *سومین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روان‌شناسی، مطالعات اجتماعی و فرهنگی، تحقیقات اسلامی سروش مرتضوی*. تهران: مرکز راهکارهای دستیابی به توسعه پایدار.
۷. OECD. *OECD: بازیابی از (Enrolment in Childcare and Preschools)*. May 1, 2014. https://www.oecd.org/els/soc/PF3_2_Enrolment_in_childcare_and_preschools.pdf

۸. علیمردانی، ص.، باغبان، ا.، فاتحی زاده، م.، & جلالی، م. (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی فرآیند داوری و مشاوره ی خانواده بر کاهش تعارضات زوجین مراجعه کننده به دادگاه های خانواده شهر اصفهان. جامعه شناسی کاربردی، سال بیست و یکم، شماره ۳۸، شماره دوم .

۹. وزارت ورزش و جوانان. (۱۳۹۶). سامانه الکترونیکی صدور مجوز مراکز تخصصی مشاوره ازدواج و تحکیم خانواده. بازیابی از وزارت ورزش و جوانان: <http://moshaver.msy.gov.ir/general/> -۴۴۷۲۷

AA-%D۳%BA%AF%D۸%-%D۸%DB۹%۸۴%D۷%AA%D۱%BA%D۹%۸۸%AA%D۸%DA%A۷%AA%D۱%BA%D۹%۸۵%-%D۲BA%D۹%DA%A۷%AA%D۱%BA%D۹%۸۵%-%D۹%۸۷D۱%BA%D۹%۸۸%D۷%AA%D۴%BA%D۹%۸۵%-%D

۱۰. وزارت ورزش و جوانان. (۱۳۹۶). فهرست مراکز مشاوره. بازیابی از سامانه الکترونیکی صدور مجوز مراکز تخصصی مشاوره ازدواج و تحکیم خانواده:

[http://moshaver.msy.gov.ir/counsel_list/%D۲BA%D۹%DA%A۷%AA%D۱%BA%D۹%۸۵%.html](http://moshaver.msy.gov.ir/counsel_list/%D۲BA%D۹%DA%A۷%AA%D۱%BA%D۹%۸۵%http://moshaver.msy.gov.ir/counsel_list/%D۲BA%D۹%DA%A۷%AA%D۱%BA%D۹%۸۵%.html)