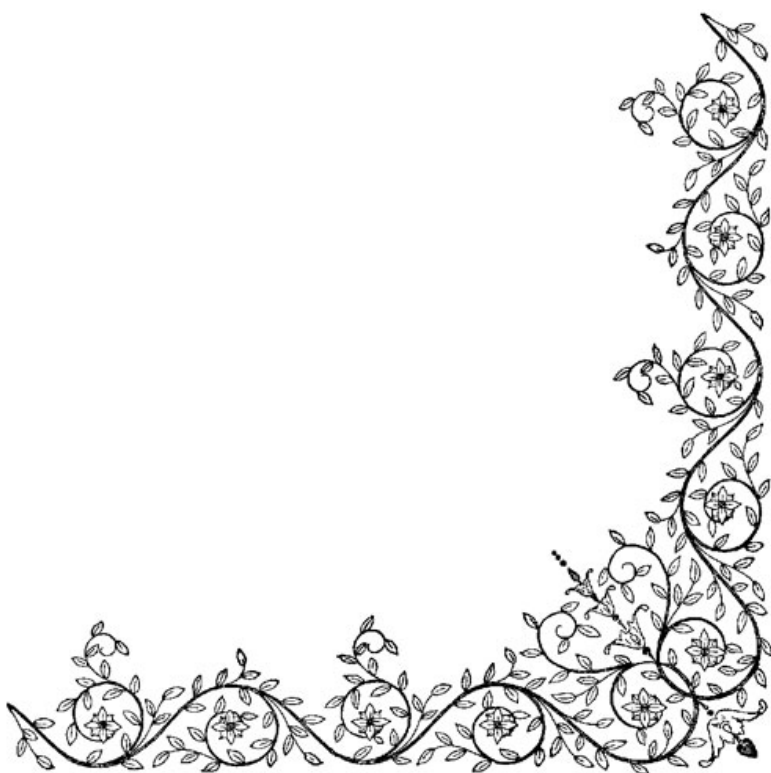
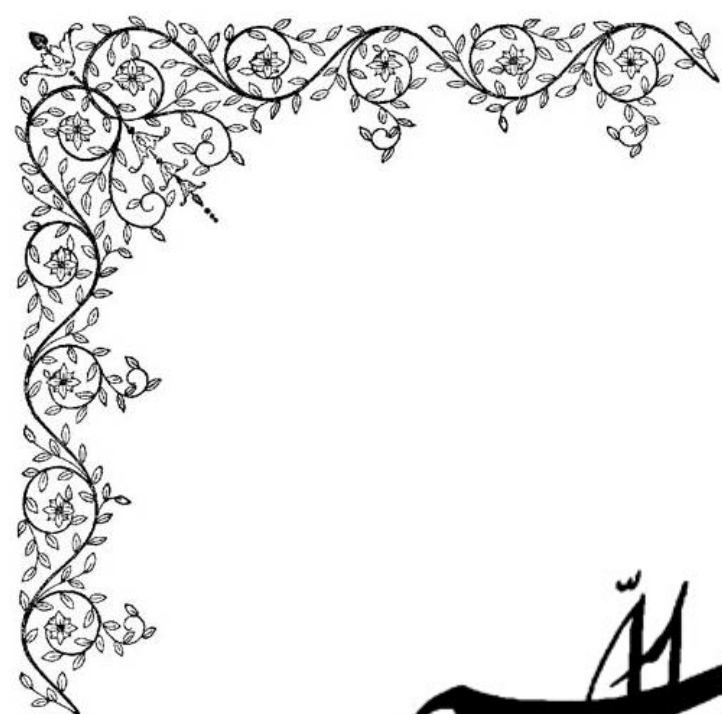


تتظيم خانق اءه

ءءءر مءمءءلى علىئى

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



جلسه اول

تحولات جمعیتی جهان

اهداف درس

آشنایی با:

- ✓ تحولات جمعیتی در قرن بیستم؛
- ✓ تبیین تحولات جمعیتی؛
- ✓ جمعیت و توسعه؛
- ✓ سیاست‌های مؤثر بر باروری.

درآمد

میزان مرگ و میر و باروری جمعیت جهان همزمان با دگرگونیهای فنی و اجتماعی قرن بیستم متحول شده است. جمعیت قرن بیستم ۶/۱ میلیارد نفر بود که بیشتر به دلیل رشد نامناسب پس از سال ۱۹۶۰ میلادی بود. اگر رشد جمعیت جهان این چنین ادامه یابد، در سال ۲۰۱۵ میلادی از مرز هفت میلیارد نفر خواهد گذشت. هر چند نمی‌توان آینده‌ای پیش‌بینی شده برای جمعیت جهان ترسیم کرد.

امروزه گفتگوهای پیرامون جمعیت بر یکی از این دو راستا است: الف) گروهی بر رشد پیوسته جمعیت در کشورهای کمتر توسعه‌یافته تأکید می‌کنند و بر این باورند که فشارهای اقتصادی، اجتماعی، محیطی و سیاسی با افزایش چند میلیاردی جمعیت در پنجاه سال گذشته در ارتباط است؛ ب) گروهی دیگر کاهش جمعیت را در کشورهایی که با کاهش بی‌سابقه باروری روبه‌رو هستند، بررسی می‌کنند. حدود چهل درصد از جمعیت جهان در کشورهایی با تعداد فرزندان بسیار کم زندگی می‌کنند. تا جایی که احتمالاً در بلند مدت جمعیت آن کشورها کاهش می‌یابد. کشورهایی همچون چین و بیشتر اروپا، در آینده با چالشهای اجتماعی، اقتصادی، محیطی و سیاسی دست به‌گriبان و در نهایت با کثرت جمعیت سالخورده و کاهش جمعیت مواجه خواهند بود. چنانچه میزان کاهش باروری در نقاط مختلف جهان ادامه یابد، بسیاری از کشورها با مشکل کمبود زاد و ولد روبه‌رو خواهند شد.

آیا هم‌اکنون با انفجار جمعیت روبه‌رو هستیم یا کمبود موالید؟ در حقیقت می‌توان گفت با هر دو مواجه هستیم و این دو روند متضاد، یعنی رشد جمعیت و کاهش آن، سیاست‌گذاریها و امکانات متفاوتی را می‌طلبد. دیدگاه کسانی که رشد جمعیت را بررسی می‌کنند در سرمایه‌گذاریها و اعتبارات با کسانی که کاهش جمعیت را مطالعه می‌کنند، متفاوت است. اما باید دانست که واقعیتهای جمعیتی پیچیده‌تر و مبهم‌تر از آن است که بتوان آن را در دسته‌بندی دو شاخه‌ای کاهش و افزایش بررسی کرد؛ مثلاً سازمان ملل هشدار می‌دهد که اگر در

کشورهای فقیر، روشهای تنظیم خانواده به زوجین آموزش داده شود، کاهش باروری حاصل نخواهد شد. آهنگ کاهش جمعیت در کشورهایی با باروری پایین می‌تواند با مهاجرت انبوه یا حتی بیش‌زایی، کند شود. پژوهشگران به دنبال تحقیقاتی فراتر از اندازهٔ جمعیت همچون سن، تحصیلات و ویژگیهای دیگر هستند تا بدین وسیله میان تغییرات جمعیتی و گرایش‌های اقتصادی، محیطی و سیاسی پیوند برقرار سازند.

تقریباً در آینده می‌توان گفت رشد جمعیت در کشورهای در حال توسعهٔ جهان روی خواهد داد و حوزه‌های شهری جمعیت اضافی را به خود جذب خواهند کرد. در کشورهای در حال توسعه، بیشترین سرعت رشد جمعیت در میان فقیرترین گروهها روی می‌دهد. «جمعیت جوان» در این کشورها حاکی از آن است که تعداد مطلق باروری افزایش خواهد یافت، حتی اگر تعداد فرزندان زوجین نیز بسیار کم باشد.

از سوی دیگر، بسیاری از کشورهای اروپایی بعد از چند دهه باروری در سطح پایین با «کمبود جمعیت جوان» روبه‌رو شده‌اند. رشد راکد یا حتی کاهش موالید، کشورهای زیادی را با مشکل مواجه می‌کند؛ زیرا کارگران اندک باید حقوق بازنشستگی و نظام تأمین اجتماعی شهروندان سالخورده را تأمین کنند. دولتها در طی نیم قرن اخیر، برای سامان دادن به مشکل کمبود «جمعیت فعال» و دیگر نابسامانیها، اقدام به برنامه‌ریزی ماهرانه کرده‌اند. کشورهای در حال توسعه با برنامه‌ریزی جمعیتی شامل حمایت از تنظیم خانواده و برنامه‌های بهداشتی مولد سعی در بالا بردن موقعیتهای زنان داشته‌اند. آنها به زنان اجازه می‌دهند به هر تعداد که می‌خواهند فرزند داشته باشند. در کشورهای توسعه‌یافته، به ویژه ژاپن و بخش‌هایی از اروپا، دولتها برای ارتقای برابری جنسی در محل کار و کاستن از فشار بارداری سیاست‌هایی را اعمال می‌کنند. در نهایت اینکه، همهٔ این تلاشها برای این است که زنان فرزندان بیشتری داشته باشند.

عوامل تأثیرگذار بر گرایش‌های باروری، همانند اقتصاد، تحصیلات، روابط جنسی و دسترسی به تنظیم خانواده، گوناگون و پیچیده‌اند. از این رو سیاستگذاران و طراحان طرحهای همگانی برای تأثیر گذاشتن بر روندهای جمعیتی، باید به مسائل زیادی به طور هم‌زمان توجه کنند.

دگرگونیهای جمعیتی پس از گذشت سالها نمایان می‌شود. اما دشوارتر آن است که بدانیم کنش‌های فعلی ما چگونه بر اندازهٔ جمعیت و توزیع آن در آینده مؤثر است. تغییرات جزئی در گرایش‌های بارداری امروز، نقش زیادی در میزان جمعیت آینده دارد. در این قسمت تغییرات جمعیتی جهان در قرن اخیر، به ویژه در پنجاه سال گذشته، بررسی می‌شود. همچنین به عوامل اجتماعی و اقتصادی تأثیرگذار بر تغییرات جمعیتی نیز توجه می‌شود. از جملهٔ آن عوامل نابرابریهای گستردهٔ درآمدها، تحصیلات و موقعیتهای زنان در کشورهای مختلف است. در ادامه نیز مسائل مهم بین‌المللی، از جمله کاهش سراسری باروری و عوامل کاهش زاد و ولد در اروپا، ژاپن و مناطق دیگر و آگاهی جدید جهانی، که در دههٔ ۱۹۹۰ به آن دست یافته است، دربارهٔ چگونگی واکنش با روندهای جمعیتی متفاوت، بررسی می‌شود. به طور کلی هدف مشترک، ارتقای سطح زندگی افراد در قرن بیست و یکم است.

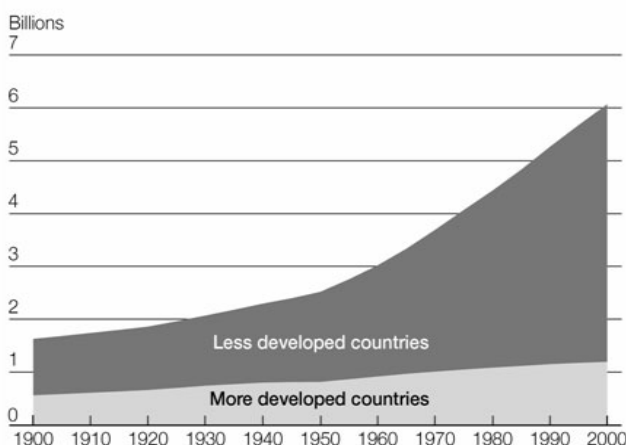
تحولات جمعیتی در قرن بیستم

وضعیت‌های جمعیت‌شناختی متفاوت در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه نشان‌دهنده روندهای جمعیتی قرن بیستم، به ویژه در پنجاه سال اخیر، است.^۱ این روندها نه تنها تصویر کنونی جمعیت کشورها را شکل می‌دهد، بلکه بر تصویر آینده جمعیت آنها نیز تأثیر خواهد گذاشت.

در قرن بیستم تلاش‌های موفقیت‌آمیزی در راستای بهداشت و سلامت بشر انجام گرفت. در این قرن میزان مرگ و میر کاهش یافت و امید به زندگی در مرحله اول در کشورهای توسعه‌یافته و سپس در بسیاری از کشورهای کمتر توسعه‌یافته به شدت افزایش یافت. اگرچه باروری در مناطق بسیاری کاهش یافت، ولی کاهش ناگهانی مرگ و میر بر رشد بی‌سابقه جمعیت افزود، تا آنجا که میزان باروری از مرگ و میر سالانه نیز فراتر رفت. جمعیت کشورهای توسعه‌یافته‌تر در طول یک قرن، دو برابر شد و در سال ۲۰۰۰ میلادی از مرز یک میلیارد گذشت. اما رشد شگفت‌انگیزی در مناطق کمتر توسعه‌یافته نیز روی داد، تا آنجا که گاه جمعیت مناطقی چهار برابر شد؛ یعنی، جمعیت کل این مناطق در سال ۲۰۰۰ میلادی نزدیک به پنج میلیارد رسید. (ر.ک: نمودار ۱)

رشد نامتوازن جمعیت در این مناطق، سهم کشورهای توسعه‌یافته را در کل جمعیت جهان، در طی یک قرن از یک سوم به یک پنجم کاهش داد. سهم اروپا از جمعیت جهان بیشتر از دیگر مناطق کاهش یافت. در سال ۱۹۰۰ حدود یک چهارم جمعیت جهان در اروپا زندگی می‌کرد، در سال ۲۰۰۰ میلادی این نسبت تنها به یک هشتم کاهش یافت. اما کشورهای کمتر توسعه‌یافته در سال ۲۰۰۰ میلادی، مانند آفریقا، آمریکای لاتین و جزایر کارائیب، بیش از یک پنجم جمعیت کل جهان را در خود جای داده‌اند؛ یعنی سهم آنان از یک هشتم به یک پنجم افزایش یافته است. سهم آسیا در پایان قرن، حدود سه پنجم از جمعیت کل جهان بوده است.

Population Growth in More Developed and Less Developed Countries, 1900-2000



(نمودار ۱)

۱. بر اساس تقسیم‌بندی سازمان ملل، اصطلاح کشورهای بسیار توسعه‌یافته، توسعه‌یافته یا صنعتی به کشورهایی چون استرالیا، کانادا، ژاپن، نیوزلند، ایالات متحده آمریکا و کل اروپا اطلاق می‌شود و اصطلاح توسعه‌نیافته یا در حال توسعه به بقیه مناطق جهان اطلاق می‌گردد.

تحوالات جمعیتی در کشورهای توسعه یافته

از آغاز قرن بیستم، کشورهای توسعه یافته تر تغییراتی در کاهش مرگ و میر و نیز باروری ایجاد کردند. این نوع تغییر و تحول «انتقال جمعیت» نامیده می شود. (ر.ک: جدول ۱)

در سال ۱۹۰۰ میلادی امید به زندگی در هنگام تولد در ایالت متحده آمریکا ۴۷ سال و در اروپا، ژاپن و استرالیا بین ۴۵ تا ۵۰ سال بود.^۲ اما در اواسط قرن به گونه ای قابل توجه افزایش یافت. بدین صورت که در آمریکا در سال ۱۹۵۰ میلادی به ۶۸ سال و در سال ۲۰۰۰ میلادی به ۷۷ سال ارتقا یافت. میانگین امید به زندگی در ژاپن و بسیاری از کشورهای اروپایی حتی بالاتر از آمریکا بوده و همچنان در حال افزایش است. بیشترین بهره این تحول بهداشتی از آن نوزادان و کودکان است. میزان مرگ و میر نوزادان (تعداد متوفیات نوزاد از هر هزار تولد در قبل از یک سالگی) در کشورهای توسعه یافته در سال ۱۹۵۰ میلادی به کمتر از ۶۰ در هزار و در سال ۲۰۰۰ میلادی به زیر ۱۰ در هزار رسید.

Population Changes in Major World Regions, 1900, 1950, and 2000

Region	1900		1950		2000	
	Million	%	Million	%	Million	%
World	1,650	100	2,519	100	6,071	100
More developed	539	33	813	32	1,194	20
Europe	408	25	547	22	728	12
North America	82	5	172	7	316	5
Japan, Australia, & New Zealand	49	3	97	4	150	2
Less developed	1,111	67	1,706	68	4,877	80
Africa	133	8	221	9	796	13
Asia & Oceania	904	55	1,315	52	3,561	59
Latin America & Caribbean	74	4	167	7	520	9

Source: UN Population Division, *World Population Prospects: The 2002 Revision* (2003).

(جدول ۱)

موارد استثنایی

روسیه و چند کشور آسیای میانه و اروپای شرقی در پنجاه سال گذشته، از نظر بهبودی کلی در بهداشت و مرگ و میر استثنا بودند. در دهه ۱۹۶۰ میلادی امید به زندگی مردان در روسیه آهنگ تنزل یافت. اما در اوایل دهه هشتاد یک دوره موقت بهبودی حاصل شد. در اواخر همین دهه و اواخر دهه نود، یعنی در ایام فروپاشی اتحاد جماهیر شوروی و نابسامانی شرایط اقتصادی، امید به زندگی مردان دوباره کاهش یافت. در بین سالهای ۱۹۹۰ و ۲۰۰۰ میلادی امید به زندگی مردان از ۶۸ سال به ۵۹ سال و امید به زندگی زنان از ۷۴ سال به ۷۲ سال رسید.

۲. United Nation (Un) Population Division, *Determinants and Consequences of Population Trend, I* (new york.un.۱۹۳۷): ۲۵ - ۱۱۰.

در دهه ۱۹۹۰ میلادی شاهد افزایش چشمگیر بیماریهایی چون ایدز و بیماریهای واگیردار دیگری بودیم که باعث تلفات بسیاری شد.^۳ تحلیل گران دربارهٔ بدتر شدن وضعیت بهداشتی جهان با یکدیگر هم‌رأی نیستند. اما برخی از آنها به مسائلی چون خدمات بهداشتی ناکافی، در دسترس نبودن داروهای تجویزی، استفادهٔ زیاد از سیگار، سوء تغذیه و مصرف بیش از اندازهٔ الکل و مواد مخدر اشاره می‌کنند.^۴

ضمیمه (۱)

انتقال جمعیت

رشد جمعیت، در بیشتر تاریخ بشر بسیار ناچیز بوده است؛ زیرا میزان مرگ و میرهای سالانه تقریباً به اندازهٔ زاد و ولد همان سال بوده است. افزایش زاد و ولد معمولاً مرگ و میر ناشی از بیماریها و عفونتهای اپیدمی، قحطیها و خشکسالیها، بلایای طبیعی، جنگها و کشتارهای دسته‌جمعی متوازن می‌شد؛ مثلاً طاعون خیارکی در قرن چهاردهم میلادی جمعیت چین و اروپا را به یک سوم کاهش داد. بیماریهای مزمن و سوء تغذیه نیز میزان مرگ و میر را در سطح بالا نگه داشته بود.

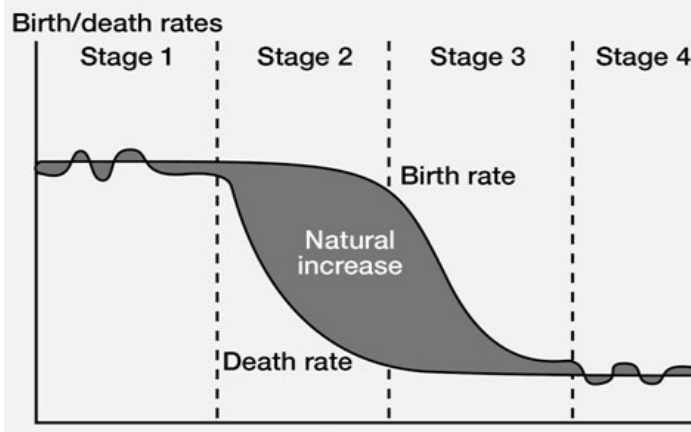
در قرن هفدهم و هجدهم شرایط زندگی و بهداشت در اروپا بهبود یافت. با پیشی گرفتن تعداد باروریها از تعداد مرگ و میر، جمعیت شروع به رشد کرد. پاکیزگی و بهداشت عمومی دامنهٔ بسیاری از بیماریها را محدود کرد. همچنین با گسترش بازرگانی، ذخایر غذایی در سطح گسترده‌ای در اختیار همگان قرار گرفت و وضعیت تغذیه بهبود یافت. بی‌ثباتیهای لجام‌گسیخته در مرگ و میر قرنهای پیشین کاهش یافت و امید به زندگی رشد آهسته‌ای را آغاز کرد. میزان تولدها به سبب ازدواجهای دیرهنگام، شهرنشینی، صنعتی شدن، افزایش توقعات و عوامل دیگر کاهش پیدا کرد.

انتقال از مرگ و میر بالا و باروری بالا در تغییر مسیر به مرگ و میر پایین و مولید پایین به عنوان «انتقال جمعیت» شناخته می‌شود. این انتقال در سراسر اروپا، آمریکای شمالی و تعدادی از حوزه‌های دیگر در قرن نوزدهم و بیستم شکل گرفت و در نیمهٔ قرن بیستم در بسیاری از کشورهای در حال توسعه آغاز گردید. اگرچه آهنگ و مسیرهای کاهش در میان کشورها کاملاً متفاوت است ولی با این همه، انتقال جمعیت به عنوان مدل غالب تغییر جمعیت ظاهر گشت. بالاخره میزان مرگ و میر در سطوح پایین ثبات می‌یابد. (به نمودار دو بنگرید.) سپس نرخهای باروری تقریباً به سطح مشابه مرگ و میر تنزل می‌یابد.

۳. Peter lamptey, "Facing the HIV/AIDS Pandemic", Population Bulletin ۵۷, No ۳ (۲۰۰۲).

۴. Jose Louis Bobadilla and Christine A Costello, "Overview" in Premature Death in the new Independent State, (Washington, DC: National Academy of Science, ۱۹۹۷): ۱-۳۱.

The Classic Stages of Demographic Transition



(نمودار ۲)

توجه: افزایش یا کاهش طبیعی جمعیت، نتیجه تفاوت میان تعداد متولدشدگان با وفات یافتگان است.

مراحل کلاسیک انتقال جمعیتی

با تغییر روند نرخهای باروری و مرگ و میر در سطوح پایین، رشد آهسته جمعیت تعادل می‌یابد. آهنگ تغییر در یک کشور بر اساس فرهنگ، سطح توسعه اقتصادی و عوامل دیگر آن کشور با دیگر کشورها متفاوت است. هم‌زمان با مراحل مختلف انتقال جمعیتی کشورها، رشد طبیعی جمعیت (نرخ تولد منهای نرخ مرگ و میر) با توجه به شکاف بین نرخهای باروری و نرخهای مرگ و میر، تند یا کند می‌شود. کشورهای توسعه‌یافته‌تر، همانند ایالات متحده آمریکا، «انتقال جمعیت» را از سرگذرانده‌اند، باروری و مرگ و میر در سطوح پایین با افزایش طبیعی قرار دارند، بر رشد جمعیت نیز بسیار کم افزوده می‌شود. بسیاری از کشورهای در حال توسعه در مرحله میانی قرار دارند. در این کشورها مرگ و میر و باروری در سطوح متفاوتی کاهش می‌یابند، ولی در مقایسه با این سطوح در اروپا و کشورهای توسعه‌یافته‌تر دیگر همچنان بالا هستند.

کشورهای بسیاری با باروری پایین وارد مرحله‌ای شده‌اند که برخی به آن «دومین انتقال جمعیتی» می‌گویند. در این مرحله، باروری به پایین‌تر از سطح جانشین، یعنی دو فرزند می‌رسد؛ چرا که فشارهای زندگی امروزی مزاحم باروری می‌شوند. این انتقال با تحصیلات بالا، فرصتهای شغلی زنان، در دسترس بودن وسایل کارآمد ضدبارداری، انحراف از معیارهای رسمی ازدواج، بارداری‌های نامشروع و خارج از روابط همسران و افزایش فردگرایی و مادی‌گرایی پیوند خورده است.

جمعیت‌شناسان درباره اینکه آیا همه کشورها از تحول موجود در اروپا پیروی خواهند کرد، با یکدیگر هم عقیده نیستند. همچنین درباره اینکه آیا مراحل دیگری مانند کاهش جمعیت در درازمدت در باب انتقال وجود دارد که شناخته نشده است، توافق ندارند. با این وجود نظریه انتقال جمعیت، چارچوب ارزشمندی برای ارزیابی روندهای جمعیت و پیش‌بینی اندازه جمعیت آینده در اختیار ما قرار می‌دهد.

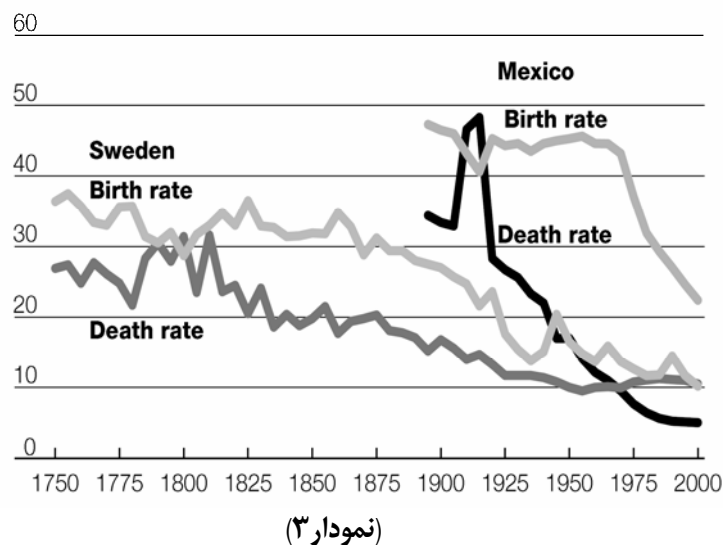
کاهش باروری

در اواخر قرن نوزدهم سطح باروری در بیشتر کشورهای توسعه یافته کاهش یافت. میانگین فرزندان زنان آمریکایی در اوایل دهه ۱۸۰۰ میلادی هفت فرزند بود که در آغاز قرن بیستم به چهار فرزند کاهش یافت.^۵ باروری پس از سال ۱۹۰۰ میلادی به شدت کاهش یافت. پیش از در دسترس قرار گرفتن وسایل پیشگیری از بارداری، میزان باروری کل (TFR) یا میانگین تعداد فرزندان یک زن در طول زندگی خود کاهش یافت. میزان کاهش در ایالات متحده آمریکا، به تعداد دو فرزند برای هر زن بود. این میزان در اروپا در طی بحران اقتصادی دهه ۱۹۳۰ میلادی، حتی پایین تر از آمریکا بود. در کشورهای توسعه یافته تر TFR پس از جنگ دوم جهانی، زمانی که بسیاری از کشورها بیش زایی را تجربه می کردند، به تعداد ۲/۸ فرزند برای هر زن بود. کاهش عمومی باروری از دهه ۱۹۷۰ میلادی دوباره از سر گرفته شد.^۶ کاهش باروری پس از سال ۱۹۷۰ میلادی، به سبب روند ازدواجهای دیرهنگام، افزایش طلاق و افزایش درصد زنان تحصیل کرده و شاغل همچنان ادامه داشت.

در سال ۱۹۸۰ میلادی TFR در بسیاری از کشورهای اروپایی برای هر زن به دو فرزند کاهش یافت. TFR در کشورهایی با مرگ و میر پایین باید کمی بالاتر از ۲، یعنی حدود ۲/۱، باشد تا باروری «در سطح جانشین» حفظ شود؛ زیرا برخی دختران و زنان پیش از رسیدن به سن فرزندآوری از دنیا می روند. هنگامی که TFR برای مدتی طولانی در سطح کمتر از ۲/۱ باقی بماند، جمعیت کاهش می یابد؛ زیرا میزان مرگ و میر از باروری سبقت می گیرد، مگر اینکه مهاجرپذیری وجود داشته باشد. در سال ۲۰۰۰ میلادی میزان باروری کل تقریباً در همه کشورهای توسعه یافته از جمله ایالات متحده، کمتر از ۲/۱ بود. در جمهوری چک ایتالیا، اسپانیا و چند کشور دیگر به ۱/۳ یا کمتر از آن تقلیل یافت. اگرچه میزان کم باروری کل ممکن است موقتاً با تحوّل شرایط اجتماعی - اقتصادی سازگاری داشته باشد، اما بر اساس نظر سازمان ملل، میزان باروری کل در دهه های آینده همچنان در زیر دو باقی خواهد ماند.

Demographic Transition in Sweden and Mexico

Births/Deaths per 1,000



۵. UN Population Division, Determinant and Consequences ۶۴-۷۲.

۶. UN Population Division, World Population Prospects: the ۲۰۰۲ Revision (new york: UN, ۲۰۰۳).

در نظریه انتقال جمعیتی کلاسیکه باروری سطح پایین پایدار در اروپا پیش‌بینی نشده است. بر اساس این نظریه، باروری در سطح جانشینی ثابت مانده است و رشد جمعیت در بلند مدت متوقف خواهد شد.^۷ باروری سطح پایین فعلی، مگر با مهاجرت انبوه، به کاهش جمعیت در اروپا منجر خواهد شد. در ۲۵ سال گذشته سطح باروری ایالات متحده آمریکا، پیشرفته‌ترین کشور، در مقایسه با کشورهای پیشرفته دیگر بالاتر بوده است. تنوع قومی و نژادی آمریکا و مهاجرت پیوسته از کشورهای دیگر با خانواده‌هایی گسترده، تا حدی، نه به صورت کامل، نشان‌دهنده باروری بالای ایالات متحده است.^۸ پس از اینکه میزان باروری کل به مدت کوتاهی در نیمه دهه ۷۰ میلادی به زیر ۲/۱ کاهش یافت، در دهه‌های بعد دوباره در محور دو می‌چرخید.

تحولات جمعیتی در کشورهای کمتر توسعه‌یافته

در اوایل قرن بیستم بیشتر مناطق آفریقا، آسیا و آمریکای لاتین همچنان با مرگ و میر و باروری بالا روبه‌رو بودند. روند میزان باروری و مرگ و میر مکزیک در طول این قرن با وضعیت بسیاری از کشورهای کمتر توسعه‌یافته، علی‌رغم تفاوت چشمگیر این میزانها در سرعت و زمان کاهش، مشابهت دارد. (ر.ک: نمودار ۳). هنگام مقایسه دو کشور مکزیک و سودان، در آستانه وقوع انتقال جمعیتی در دهه ۷۰ میلادی، متوجه می‌شویم میزان مرگ و میر و باروری مکزیک در سال ۱۹۰۰ میلادی بسیار بالاتر از سودان است. همچنین آهنگ تحول جمعیتی مکزیک بسیار سریع‌تر است. کاهش باروری و مرگ و میر در سودان به تدریج در طول ۱۵۰ سال روی داد. افزایش طبیعی میزان باروری و مرگ و میر در سودان، هرگز از یک درصد در هر سال فراتر نرفته است. پس از تقلیل در طی دوران جنگ داخلی در اوایل دهه ۱۸۹۰ میلادی، میزان مرگ و میر در مکزیک سه برابر سریع‌تر از سودان کاهش یافت. شاید این امر به دلیل گسترش سریع دانش، بهداشت همگانی و به کارگیری آن بود که تنها در قرن بیستم به صورت سراسری در دسترس بود. به سبب مرگ و میر پایین و باروری بالا، میزان رشد جمعیت مکزیک در اوایل دهه ۱۹۰۰ میلادی از حدود یک درصد به ۲/۷ درصد در سال ۱۹۵۰ میلادی صعود کرد. در آن فاصله جمعیت مکزیک تقریباً دو برابر شد و از ۱۴ میلیون به ۲۶ میلیون افزایش یافت.^۹

۷. Jonathan Grant et al, *low Fertility and Population Ageing: Causes Consequences and Policy Options*, (RAND.Europe and RAND labor and Population Programme, forthcoming).

۸. S: Philip Morgan, "Is Low Fertility a Twenty-First Century Demographic Crisis?" *Demography* ۴۰, no ۴ (۲۰۰۳): ۵۸۹ – ۶۰۳.

۹. Francisco alba-Hernandez *La Poblacion de Mexico*. World Population Prospects: the ۲۰۰۲ Revision.

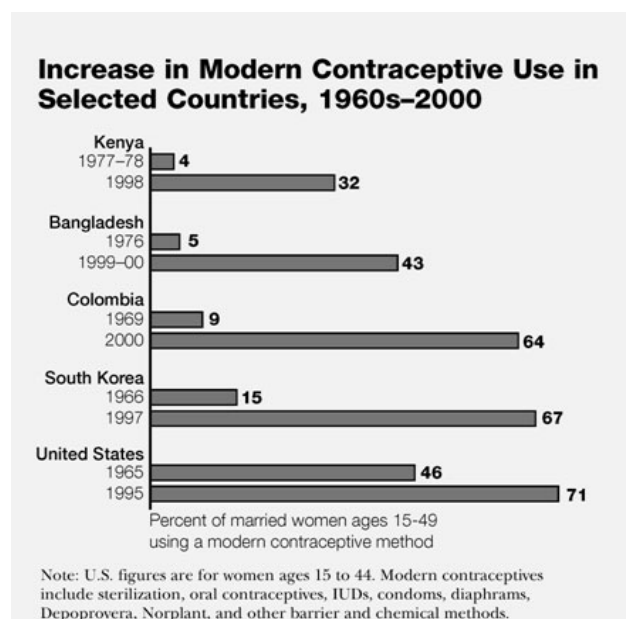
ضمیمه (۲)

انقلاب تجدید نسل (یا تولید مثل)

«انقلاب تولید مثل» یکی از مهم‌ترین توسعه‌های نیمه دوم قرن بیستم بود. با ظهور روشها و وسایل مدرن پیشگیری از بارداری، همچون قرصهای ضدبارداری هورمونی، مشاوره‌های داخل رحمی، تکنیکهای ساده ضد عفونی کردن و وسایل ضدبارداری که می‌توان زیر پوست تزریق کرد یا کاشت، جلوگیری از بارداریهای ناخواسته برای زنان آسان‌تر و ایمن‌تر شده است. دسترسی آسان و سریع به این روشها با دگرگونیهای اقتصادی - اجتماعی، که زنان را به داشتن فرزندان کمتر تشویق می‌کند، سبب کاهش باروری در چهل سال گذشته شده است.

آشنایی و بهره‌مندی زنان متأهل از برنامه‌های تنظیم خانواده از حدود ۱۰ درصد در دهه ۱۹۹۰ میلادی به ۶۰ درصد در سال ۲۰۰۳ میلادی افزایش یافت. کاهش باروری در کشورهای در حال توسعه، به دلیل استفاده از وسایل ضدبارداری، بسیار سریع‌تر از کشورهای توسعه‌یافته اتفاق افتاد. تبدیل و تغییر خانواده‌های بزرگ به خانواده‌های کوچک‌تر در ایالات متحده و اروپا در طی ۱۰۰ تا ۱۵۰ سال روی داد، در حالی که متوسط اندازه خانواده در کشورهای در حال توسعه در طی چند دهه اخیر تقریباً به همان اندازه کشورهای آمریکایی و اروپایی کاهش یافت.

کوچک‌تر شدن خانواده‌ها، با تغییر نگرش درباره باروری ارتباطی مستقیم دارد. همین که با مدرنیزه و شهری شدن کشورها، ارتقای سطح تحصیلی زنان و دیرتر ازدواج کردنشان، زوجها خواهان فرزندان کمتری می‌شوند؛ برای نمونه بررسی‌ها نشان می‌دهد که در دهه ۱۹۷۰ میلادی، زنان کنیا به طور متوسط خواهان هفت فرزند یا بیشتر بودند، اما در دهه ۱۹۹۰ میلادی تعداد مطلوب فرزند برای همان زنان به طور متوسط به کمتر از چهار فرزند تنزل یافت. امروزه زنان کلمبیا و اندونزی خواهان کمتر از سه فرزند هستند، در حالی که در دهه ۱۹۷۰ میلادی بیش از چهار فرزند را ترجیح می‌دادند.



(جدول ۲)

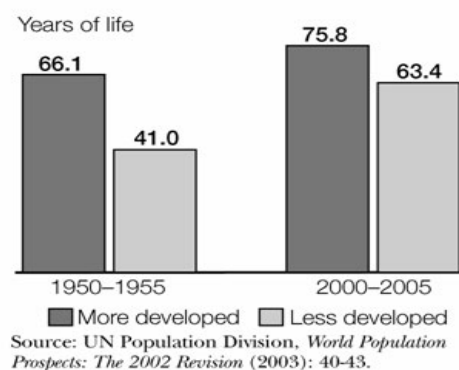
برنامه‌های سازمان‌یافته تنظیم خانواده که خدمات وسایل ضدبارداری را در اختیار افراد می‌گذاشت، در کنار عملیات اطلاع‌رسانی برای ایجاد خانواده‌های کوچک‌تر و سالم‌تر، به انتقال به خانواده‌های کوچک‌تر نیز

کمک کرد. بررسی‌های دهه ۱۹۹۰ میلادی نشان می‌دهد که این برنامه‌ها موجب کاهش چهل تا پنجاه درصدی باروری در کشورهای در حال توسعه از دهه ۱۹۶۰ میلادی شده است. حتی زوجیهایی که در مناطق کم‌درآمد و روستایی کشورهایی همانند بنگلادش، ویتنام و زیمبابوه زندگی می‌کنند، به وسیله برنامه‌های سازمان‌یافته تنظیم خانواده در سطح ملی، به وسایل مدرن پیشگیری از بارداری دست یافته‌اند. استفاده و بهره‌مندی از برنامه‌های تنظیم خانواده از کشوری به کشور دیگر، و حتی در درون کشورها، با یکدیگر متفاوت است؛ مثلاً در اتیوپی و مالی کمتر از ده درصد زنان از این برنامه‌ها بهره‌مند هستند، اما در کشورهای همچون مکزیک و تایلند نزدیک به هفتاد درصد زنان، سطوح مشابه کشورهای توسعه‌یافته، از آنها استفاده می‌کنند. در درون کشورها نیز این تفاوت در میان افراد فقیر و ثروتمند در به کارگیری برنامه‌های تنظیم خانواده مشاهده می‌شود.

بیش از صد میلیون از کل زنان متأهل، یعنی هفده درصد از آنها، می‌خواهند بدون استفاده از برنامه‌های تنظیم خانواده، بارداری را کنار بگذارند. جمعیت‌شناسان این گروه از زنان را با عنوان زنان «بی‌نیاز» از تنظیم خانواده می‌نامند. در طی دهه گذشته، استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری، نیاز برآورده‌نشده بیشتر کشورها را کاهش داده است. اما در برخی کشورها، به ویژه در سرزمینهای حاشیه صحرای آفریقا، نیاز به وسایل پیشگیری از بارداری (نیاز بیش از یک پنجم زنان متأهل) برآورده نشده است.

دلایل استقبال نکردن زنان از تنظیم خانواده، حتی در صورتی که اجتناب از بارداری را ترجیح دهند، پیچیده است. بررسی‌های پیمایشی و تحقیقات ژرفانگر از دهه ۱۹۹۰ میلادی نشان‌دهنده طیفی از موانع و فشارها است که می‌تواند از توانایی زنان برای تأثیر گذاشتن بر اولویتهای باروری خود بکاهد. این موانع شامل ترس از پیامدهای جنسی روشهای پیشگیری از بارداری، ترس از موافقت نکردن یا مجازات شوهر، مخالفت‌های مذهبی با تنظیم خانواده و احساس خطر و نگرانی نسبت به بارداری است.

Life Expectancy at Birth in More Developed and Less Developed Countries, 1950-1955 and 2000-2005



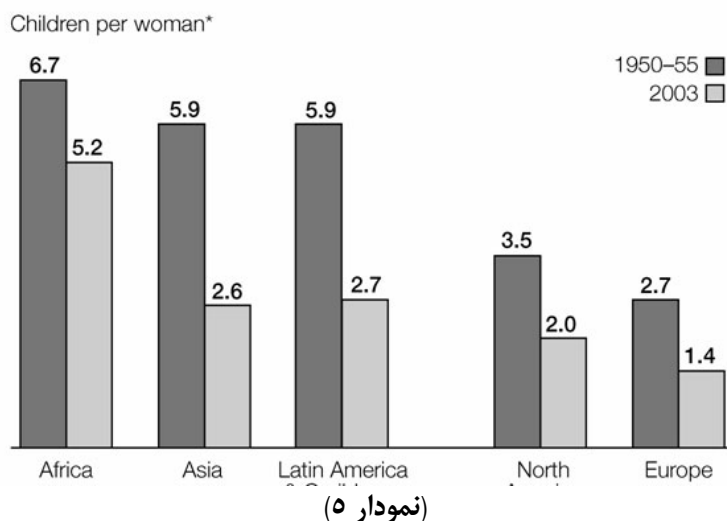
(نمودار ۴)

موانع سیاسی و فرهنگی، دسترسی به تنظیم خانواده را به ویژه برای جوانان محدود کرده است. دسترسی به خدمات تنظیم خانواده در برخی کشورها برای جوانان مجرد ممنوع است؛ زیرا چنین تصور می‌شود که چنین

دسترسی‌هایی، بی‌قید و بندیهای جنسی را افزایش می‌دهد. همچنین زنان جوان متأهل، تشویق می‌شوند بلافاصله پس از ازدواج بچه‌دار شوند. ۴۲ درصد از زنان، در کشورهای در حال توسعه، از جمله چین، پیش از بیست سالگی بچه‌دار می‌شوند. آهنگ کاهش باروری در سرزمینهای جنوب صحرائی آفریقا، جنوب آسیا، خاورمیانه و آفریقای شمالی متأثر از این است که آیا زوجهای جوان نخستین زایمان خود را تا بیست سالگی به تأخیر خواهند انداخت یا خیر. این تأخیر فاصله میان نسله‌ها را بیشتر می‌کند و میانگین باروری را کاهش می‌دهد.

هم‌اکنون بیشتر کشورهای در حال توسعه، با درجه‌های متفاوتی از موفقیت، خدمات تنظیم خانواده را ارائه می‌کنند. تمامی زنان دسترسی آسان به تنظیم خانواده ندارند، ولی تنوع انتخاب روشها و دسترسی‌های گسترده به خدمات تنظیم خانواده در سراسر جهان، سبب انقلابی در امر جمعیت و تنظیم خانواده شده است. سیاست‌گذاریهای مربوط به کاهش باروری و توسعه در حمل و نقل و ارتباطات، گسترش اطلاعات برای تنظیم خانواده را تسهیل کرد و میزان باروری در اواخر دهه هفتاد کاهش یافت، اما در مقایسه با میزان باروری سودان بالاتر بود.

Fertility Levels in Major World Regions, 1950 and 2003



تاریخ جمعیتی مکزیکی در بسیاری از کشورهای کمتر توسعه‌یافته تکرار شد، اما تفاوت‌های بسیاری میان آنها وجود داشت. برخی از کشورها به ظاهر با سرعت از مراحل گوناگون انتقال جمعیتی گذشتند، در حالی که به نظر می‌رسید کشورهای دیگر مسیرهای کاملاً جدید تغییر جمعیتی را طی می‌کردند. پیدایش وسایل پیشگیری از بارداری بر تغییرات باروری سرعت بخشید و در توانایی زنان بر کنترل بارداریهایشان، انقلاب ایجاد کرد. همچنین از سیاست‌گذاریهایی که سعی بر در دسترس قرار دادن این وسایل در سطح وسیع‌تر بودند، متأثر شد. (ر.ک: ضمیمه ۲)

بر اساس گزارشهای سازمان ملل، میانگین امید به زندگی در کشورهای کمتر توسعه‌یافته در بین سالهای ۱۹۵۰ و ۲۰۰۰ میلادی از ۴۱ به ۶۳ سال افزایش یافت. (ر.ک: نمودار ۳) در همان فاصله مرگ و میر نوزادان از ۱۸۰ به ۶۱ در هزار کاهش یافت. اما این پیشرفت در منطقه حاشیه صحرائی آفریقا و جنوب آسیا بسیار کند بوده است. در دهه ۱۹۵۰ میلادی دست‌کم ۱۸۰ نوزاد متولدشده در هر هزار تولد می‌مردند. در سال ۲۰۰۳

میلادی، IMR، یا مرگ و میر نوزادان زیر یک سال (در هزار تولد)، در توابع آفریقا همچنان بالای ۹۰ و در جنوب مرکزی آسیا نزدیک به ۷۰ در هزار بود.

در برخی مناطق آهنگ کاهش مرگ و میر نوزادان به دلیل شیوع بیماری ایدز کند شده و یا معکوس گردیده است. مرگ و میر ناشی از ایدز، امید به زندگی را در برخی از کشورهای آفریقایی کاهش داده است. میزان بیماریها در جنوب و شرق آسیا به سرعت در حال افزایش است. اگرچه بیماریهای واگیردار بر تمامی مناطق جهان اثر گذاشته، ولی بیشترین قربانی از آن فقیرترین کشورها بوده است. در سال ۲۰۰۳ میلادی حداقل ۹۸ درصد از حدود سه میلیون مرگ و میر ناشی از ایدز، در کشورهای آفریقایی و دیگر کشورهای کمتر توسعه یافته اتفاق افتاد. (ر.ک: ضمیمه ۵)

در برخی مناطق، شیوع بسیار بیماریهای ناشی از روابط جنسی، استعداد ابتلا به ایدز را افزایش داده است و در نهایت به نازایی پرداخته کمک می کند. بررسی ها بیانگر آن است که بیشتر زنان در کشورهای در حال توسعه دارای فرزندانی بیشتر از تعداد مطلوبشان هستند. اما زنان دیگر به دلیل نازایی نمی توانند به تعداد دلخواه فرزند داشته باشند؛ زیرا افزایش تعداد فرزندان سبب مشکلات اقتصادی و اجتماعی خانواده ها می شود.^{۱۰}

متوسط TFR در دهه ۵۰ میلادی در کشورهای کمتر توسعه یافته، تقریباً ۶/۲ بود که در مقایسه با ۲/۸ کشورهای توسعه یافته تر کاملاً متفاوت است. دامنه TFR در کشورهای در حال توسعه از ۶/۷ در آفریقا تا ۵/۹ در آسیا و آمریکای لاتین و جزایر کارائیب در نوسان است. باروری بالا و مرگ و میر پایین، سبب رشد انفجاری جمعیت شد. از این رو در دهه شصت توجه همگان را به خود جلب کرد و مسیر تلاشهای بین المللی در راستای کاهش رشد جمعیت را با کاهش باروری هموار کرد. در بیشتر کشورهای در حال توسعه باروری کاهش یافته است، اما شیوه های کاهش باروری در این کشورها با یکدیگر متفاوت است.^{۱۱} در سال ۲۰۰۳ میلادی TFR در آسیا حول ۲/۶ (یک دوم نسبت به سال ۱۹۵۰) ثابت ماند.

این میزان در آمریکای لاتین و جزایر کارائیب ۲/۷ بود که از ۵/۹ در سال ۱۹۵۰ میلادی به این سطح رسیده بود. (ر.ک: نمودار ۴) در آفریقا نیز باروری کاهش یافته اما در مقایسه با میانگین کشورهای دیگر هنوز کاملاً بالا است.

میانگینهای باروری منطقه ای در میان کشورهای منفرد، در سطوح و گرایش های بسیار متفاوتی ظاهر می شود؛ مثلاً TFR چین تقریباً ۱/۷ است که در مقایسه با بیشتر کشورهای آسیایی کاملاً پایین است. با حذف جمعیت ۱/۳ میلیاردی چین از آمار منطقه، میانگین TFR در آسیا از ۲/۶ به ۳/۱ جهش می کند. الگوی زایش چین در میان کشورهای در حال توسعه، یعنی در میان کشورهایی که مرحله انتقال به سوی باروری سطح جانشین را به پایان رسانده اند، الگوی استثنایی است. میزان باروری کل در برزیل، کاستاریکا، کره و تایلند نیز معادل یا کمتر از ۲/۱ است.

با شماره کردن جمعیت چین، یک چهارم جمعیت جهان در حال توسعه در کشورهایی زندگی می کنند که باروری آنها زیر سطح جانشین قرار دارد. انتقال به ساخت سنی جوان، رشد پیوسته این کشورها را تضمین

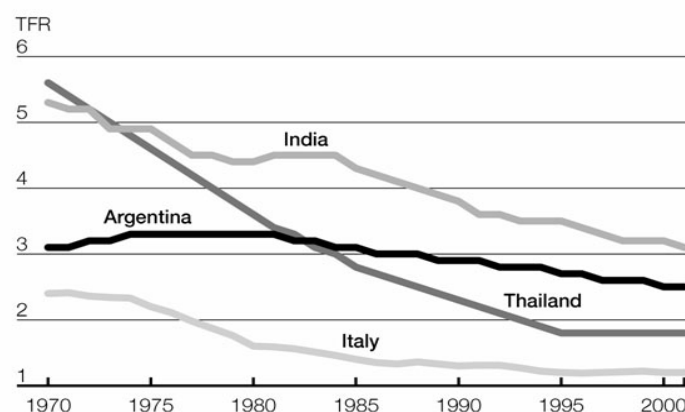
۱۰. See Ulla Larson, «Primary and Secondary in Fertility in sub-Saharan Africa» International Journal of Epidemiology ۲۹ (۲۰۰۰) ۲۲۵ - ۹۱.

۱۱. Vera.M. Zelidar et al "New Survey Findings. The reproductive Revolution" Population Reports M -۱۷ (Baltimore, M: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health ۲۰۰۳).

می‌کند، اما این رشد در نهایت فروکش خواهد کرد و اندازه جمعیت ثابت خواهد ماند و یا در صورتی که این کشورها مسیر کاهش باروری را طی کنند، جمعیت کاهش خواهد یافت. در غیر این صورت باروری در سطح بالایی می‌ماند. بیشتر این کشورها در خاورمیانه یا در مناطق کاملاً فقیر آفریقا (کنگو، اوگاندا) هستند و کمتر از پنج درصد جمعیت کل جهان را تشکیل می‌دهند. بیشتر کشورهای در حال توسعه، که شامل ۵۳ درصد از جمعیت جهان هستند، در گروه میانه قرار دارند که در آن TFR پس از سال ۱۹۶۰ میلادی از شش فرزند برای هر زن تنزل کرده ولی در بالای دو فرزند باقی مانده است. قاره آسیا بیشتر کشورهای گروه میانه، یعنی بنگلادش، هندوستان، اندونزی، پاکستان و فیلیپین را دربرمی‌گیرد. در هند همانند بسیاری از کشورهای دیگر، دوره‌های کاهش باروری در مراحل ثبات پیدا کرده و روند را قطع کرده است. بیشتر مناطق آمریکای لاتین نیز در گروه میانه قرار دارند؛ مثلاً برزیل و کاستاریکا در سطح پایین‌تر هستند؛ یعنی TFR آنها نزدیک به سطح جانشین است. در این گروه، تعدادی از کشورهای آمریکای لاتین از جمله بولیوی، گواتمالا، هائیتی و پاراگوئه در بالاترین سطح قرار دارند که TFR آنها در سال ۲۰۰۳ میلادی تقریباً بین ۴/۱ و ۴/۷ بود.

منطقه جنوب صحرای آفریقا از باروری بالایی برخوردار است، هر چند باروری در کشورهای مرزی کاهش یافته است و این کاهش همچنان ادامه دارد. بنابراین رشد بیش از اندازه جمعیت آفریقا موضوعی است که باید به طور گسترده درباره آن تأمل و تفکر شود. بیشتر جمعیت‌شناسان در بسیاری از این مناطق، انتقال به باروری پایین را تشخیص می‌دهند، ولی درباره این کاهش، سرعت و میزان آن با یکدیگر هم‌عقیده نیستند.^{۱۲} فقر پر دامنه آفریقا، میزان بالای بی‌سوادی، جمعیت وسیع روستانشین و ترجیح‌های سنتی قوی در انتخاب خانواده‌های گسترده با کاهش سریع باروری همسو نیست. افزون بر آن برخی از کارشناسان بهداشت عمومی نگران از میان رفتن بودجه‌های بهداشت عمومی برای کنترل و درمان بیماری‌های ایدز هستند؛ زیرا این بودجه‌ها را می‌توان برای خدمات تنظیم خانواده مصرف کرد و باروری را به تأخیر انداخت؛ مثلاً در مالی و نیجر باروری در سطح بالایی باقی مانده و احتمالاً در کنیا در اوایل دهه ۲۰۰۰ میلادی افزایش یافته است.^{۱۳}

Patterns of Fertility Decline, 1970 to 2001



(نمودار ۶)

۱۲. Barney Cohen, "the Emerging Fertility Transition in Sub-Saharan Africa", World Development ۲۶, No ۴ (۱۹۹۸): ۱۴۳۱ - ۶۱.

۱۳. Zelidar et al, "the Reproductive Revolution Continues" Kenya Demographic and Health Survey, ۲۰۰۳.

روند انتقال جمعیت در خاورمیانه (از جمله شمال آفریقا و غرب آسیا) نیز چندان روشن نیست. برخلاف کاهش چشمگیر مرگ و میر، باروری معمولاً در سطح بالا باقی می‌ماند. اما وضعیت در سراسر منطقه یکسان نیست. مرگ و میر در کشورهای تولیدکننده نفت حاشیه خلیج فارس به سرعت کاهش می‌یابد. سرعت کاهش مرگ و میر به سبب بهبود و پیشرفت بهداشت عمومی، تحصیلات فراگیر و درآمدهای کلان حاصل از درآمدهای نفت است. اما فرهنگ سنتی در کشورهایی همچون یمن خواستار خانواده‌های بزرگ‌تر است و از این رو باروری در سطح بالایی باقی مانده است. در مقابل TFR ایران در دهه‌های اخیر از ۶/۷ در سال ۱۹۸۶ به ۲/۵ در سال ۲۰۰۳ میلادی کاهش یافته است. روند کاهش باروری در مصر، وسیع‌ترین کشور منطقه، بسیار کند بوده است. TFR در این کشور از حدود ۷ در سال ۱۹۶۰ میلادی به ۳/۵ در سال ۲۰۰۳ میلادی کاهش پیدا کرده است.^{۱۴}

چکیده

- ✓ جمعیت جهان پیوسته در حال تغییر بوده و است. اما تغییرات اساسی در خلال قرن بیستم رخ داده است.
- ✓ این تغییرات شامل تعداد جمعیت، کاهش موالید، کاهش مرگ و میر، افزایش طول عمر و افزایش سلامتی انسانها بوده است.
- ✓ این تغییرات نخست در کشورهای توسعه‌یافته امروزی رخ داد و سپس در سایر نقاط دنیا به ویژه پس از سال ۱۹۵۰ میلادی به وقوع پیوست. تغییرات در کشورهای توسعه‌یافته امروزی به صورت تدریجی و آرام و در خلال یک و نیم قرن اخیر اتفاق افتاده است، اما در سایر نقاط دنیا در فاصله زمانی کوتاهی، به ویژه پس از جنگ جهانی دوم به وقوع پیوسته است.
- ✓ در گذشته تعداد فرزندان برای هر زن (TFR) بسیار بالا بوده است. اما هم‌اکنون این نرخ کاهش یافته و حتی در کشورهای توسعه‌یافته به زیر سطح جانشینی (۲/۱) رسیده است. این بدان معنا است که تعداد جمعیت در طول زمان رو به کاستی می‌رود.
- ✓ در ابتدای قرن بیستم امید به زندگی در بدو تولد یا معدل سالهای عمر برای هر فرد در بیشتر نقاط جهان به بیش از ۴۵ سال نمی‌رسید. در حال حاضر، امید به زندگی برای جهان به بالای ۶۴ سال و برای کشورهای توسعه‌یافته به بالای ۷۵ سال رسیده است.

۱۴. Farzaneh Roudi- Fahimi "Iran,s Family Planning Program: Responding to a Nation's need," MENA Briefs (Washington, DC Population Refrence Bureau ۲۰۰۲).

جلسه دوم

مهاجرت و شهرنشینی

اهداف درس

آشنایی با:

- ✓ مهاجرت و انواع آن؛
- ✓ جمعیت و شهرنشینی.

درآمد

پدیده مهاجرت همواره تحرک و تعامل میان جوامع انسانی و تبادل فرهنگ و دانش و در نتیجه توسعه، پیشرفت و پویایی جوامع را در پی داشته است. مهاجرت به شهرها و تمرکز شهرگرایی و گسترش روزافزون آن در دنیای جدید، به ویژه در مناطق در حال توسعه، یکی از تغییرات اساسی و عامل تغییر در زندگی بشر در قرن اخیر بوده است. اگرچه این گسترش جنبه‌های مثبت زیادی داشته است، اما نباید از جنبه‌های منفی و عوامل تحدیدکننده آن غفلت کرد.

گسترش شهرنشینی در دنیای جدید بیشتر تحت تأثیر مظاهر توسعه (صنعتی) بوده است و سبب ایجاد جاذبه‌هایی در مناطق شهری گردیده و به هدایت جریان مهاجرت انسانها از مناطق روستایی به مناطق شهری منجر شده است. از سوی دیگر اگرچه توسعه و صنعتی شدن در مرحله نخست سبب توسعه شهرها و ایجاد امکانات و امتیازاتی در شهرها مانند بهبود وضعیت بهداشت، درآمد، رفاه، تسهیلات و ... شد، اما در مرحله بعد خالی شدن و تخریب روستاها و افزایش شکاف و فاصله امکانات میان شهر و روستا را به همراه داشت و معضلی اساسی و دوری باطل میان شهر و روستا به وجود آورد.

مهاجرت

در زمان حاضر با بهبود شرایط اقتصادی و افزایش بهره‌وری سیستمهای ارتباطی و حمل و نقل، گرایش مردم به تغییر محل سکونت خود بیشتر شده است. با وجود این، صرف تغییر محل سکونت همیشه به معنای یک تغییر مکان و حرکت مهاجرتی نیست. اگرچه برای مهاجرت تعریف دقیقی وجود ندارد، اما چنین برداشت می‌شود که مهاجرت متضمن پیمودن مسافتی خاص است. از این رو، تغییر محل سکونت در یک منطقه نسبتاً کوچک مانند یک شهر یا کوچک‌ترین تقسیم‌بندی اداری، یک حرکت مهاجرتی به شمار نمی‌رود. قصد و نیت یک حرکت مهاجرتی دائمی و پایدار بودن حرکت است؛ بنابراین مهاجر فردی است که مسافت ویژه‌ای را طی می‌کند با این نیت که این تغییر مکان پایدار خواهد بود و بدیهی است این تغییر مکان بر رشد جمعیت هر دو

منطقه مبدأ و مقصد اثر می‌گذارد. از این رو، مهاجرت پس از مؤلفه مرگ و میر و باروری، سومین مؤلفه رشد جمعیت یک منطقه است.

از نقطه نظر اداری یا قانونی مهاجرت را می‌توان به دو دسته طبقه‌بندی کرد: مهاجرت داخلی^{۱۵} و مهاجرت بین‌المللی^{۱۶} (خارجی).

انواع مهاجرت

مهاجرت داخلی تغییر مکانی است که در داخل مرزهای یک کشور صورت می‌گیرد، اما مهاجرت خارجی نقل مکان از کشوری به کشور دیگر است. با وجود اینکه مهاجرت جزء مهمی از رشد جمعیت است، اما در بیشتر کشورهای جهان به خوبی ثبت نمی‌شود. تنها تعداد اندکی از کشورهای توسعه‌یافته سیستم ثبت جمعیتی دارند که فراتر از تولد و مرگ و میرها، دیگر تغییرات جمعیتی درباره وضعیت اتباع خود، مانند وضعیت اجتماعی و مدنی، استخدام و همچنین تغییر محل اقامت آنها را ثبت می‌کند. کشور هلند چنین سیستمی دارد. در بیشتر کشورها مهاجرت به صورت غیرمستقیم برآورد می‌شود و بخشی از مجموع نقل و انتقالها مشخص می‌گردد؛ یعنی، اگر جمعیت یک کشور یا یک منطقه در داخل کشور با میزانی متفاوت از میزان طبیعی افزایش (موالید منهای مرگ و میر) رشد کند، این اختلاف جمعیت به مهاجرت مربوط می‌شود.

اندازه‌گیری مهاجرت معمولاً به دو شیوه انجام می‌شود:

الف) روشهای مبتنی بر پرسش‌های ویژه‌ای برای مشخص شدن مهاجرت که در پیمایش‌ها و سرشماریها گنجانده می‌شود.

ب) روشهایی که بر پایه دیگر ویژگیهای جمعیتی مانند ساختار سنی و محل تولد گسترش یافته است.

روشهای مبتنی بر اندازه‌گیری مهاجرت

لازمه مهاجرت، تغییر محل اقامت، طی مسافتی معین از محل اقامت پیشین تا محل کنونی و یک زمان رجوع است. مؤلفه زمان رجوع برای برآورد تعداد افراد مهاجر در هر سال یا هر دوره زمانی معین دیگر مورد نیاز است. بر پایه این تعریف کلی از مهاجرت، بیشتر پرسش‌هایی که درباره محل اقامت پیشین جمعیتی که در یک محل معین شمارش می‌شوند، در سرشماریها یا پیمایش‌ها گنجانده می‌شود. ممکن است از پاسخ‌دهنده سال تغییر محل اقامتش پرسیده شود یا اینکه مشخص سازد که مهاجرتی در طی یک دوره معین، معمولاً در حدود پنج یا ده سال انجام گرفته است یا خیر؟ با مشخص ساختن دوره معین مهاجرت، اطلاعات گردآوری شده درباره محل اقامت پیشین، میزانی از مهاجرت را آشکار می‌سازد. در واقع از آنجا که ارزیابی نرخ مهاجرت هزینه‌های زیادی دارد، هنگام سرشماری محل اقامت پنج یا ده سال پیش فرد نیز پرسیده می‌شود. اگر فرد در پاسخ به این سؤال محلی غیر از محل کنونی را گزارش کند، مهاجر شناخته می‌شود.

۱۵. internal migration.

۱۶. international migration.

محل شمارش و محل اقامت پیشین

هنگامی که زمان رجوع پنج سال است؛ یعنی، سرشماری و آمارگیری هر پنج سال یکبار انجام می‌گیرد، مهاجرت برای یک دوره پنج ساله پیش از سرشماری یا پیمایش برآورد می‌شود. اگر سرشماری، سال تغییر مکان را پرسیده باشد دیگر زمانهای رجوع را می‌توان به دست آورد. یعنی از فرد پرسیده می‌شود که پنج سال پیش کجا ساکن بوده است. اگر شخص، در غیر از محل پرسش ساکن بوده باشد، مهاجر شناخته می‌شود. با این حال، تجربه نشان داده است که پاسخهای داده شده به پرسش مربوط به سال مهاجرت، معمولاً اطمینان بخش نیستند. از این رو، از پرسش مربوط به محل اقامت در پنج سال پیش، (یا اگر سرشماری هر ده سال یکبار انجام شود) در ده سال قبل، بیشتر استفاده می‌شود.

جمعیت و شهرنشینی

رشد پرشتاب جمعیت شهرها یکی از ویژگیهای تغییر سریع جمعیت، از نظر استقرار، در کشورهای رو به توسعه و از جمله مسائلی است که نگرانی عمیق دولتها را برانگیخته است.

برای تعریف جمعیت شهرنشین و ساکنان در شهر، نخست باید شهر را تعریف کرد. به باور بیشتر جمعیت‌شناسان، «شهر» جایی است که گروهی از مردم، که به طور معمول نباید تعدادشان از حدی کمتر باشد، در آن گرد آمده‌اند و بیشتر آنها به فعالیتهای غیرکشاورزی مشغول هستند. این تعداد در کشورهای گوناگون و در تعاریف متفاوت است. بعضی کشورها دو هزار نفر را برای جمعیت شهر (فرانسه و آلمان) و برخی پنج هزار نفر (هند و ترکیه) و بعضی وجود و استقرار شهرداری را ملاک شهر بودن دانسته‌اند.^{۱۷}

از نظر اقتصادی، شهر به مکانی گفته می‌شود که بیشتر جمعیت آن به فعالیتهای خدماتی و صنعتی (غیرکشاورزی) مشغول باشند. از دیدگاه جامعه‌شناسی، شهر جایی است که در آن نهادهای اجتماعی مانند خانواده، کار، گذراندن اوقات فراغت و ... شکلی خاص داشته باشد و شهرنشینی در بیشتر جنبه‌های زندگی فردی و اجتماعی با روستانشینی تفاوت‌های اساسی داشته باشد.

از آنجا که یکی از معضلات امروز موضوع جمعیت است، روند گسترش شهرنشینی و کاهش روستانشینی، موضوع مطالعه امروز جامعه‌شناسان و جمعیت‌شناسان است. در سال ۱۹۶۰ میلادی حدود یک سوم از جمعیت جهان شهرنشین بود، حال آنکه پیش‌بینی می‌شود جمعیت شهرها تا پایان سال ۲۰۰۸ میلادی به بیشتر از یک دوم جمعیت جهان برسد. همچنین تعداد شهرها نیز رو به فزونی است. در سال ۱۹۵۰ میلادی تعداد شهرهای بالای پنج میلیون نفر از شش شهر تجاوز نمی‌کرد، اما امروز به ۴۲ شهر رسیده است و شاید این رقم تا سال ۲۰۰۸ میلادی به شصت شهر برسد. که دوازده شهر آن در کشورهای پیشرفته و بقیه در کشورهای رو به پیشرفت قرار خواهد داشت. از نظر رشد جمعیت، جمعیت شهرنشین با حالتی شتابان، حدود ۳/۶ درصد رشد سالانه، در حال افزایش است. این مقدار حدوداً دو برابر رشد کل جمعیت جهان است. این رشد جمعیت برای بعضی شهرهای جهان بسیار بیشتر از این وضعیت است؛ برای نمونه تهران ۵/۴ درصد نرخ

۱۷. نعمت‌الله تقوی، مبانی جمعیت‌شناسی، نیما، تبریز، ۱۳۶۹ ش، ص ۲۵.

رشد سالانه را دارد. بعضی شهرها مانند بوئنوس آیرس در آرژانتین، مکزیکوسیتی در مکزیک و سائوپولو در برزیل نرخ رشدی نزدیک به ۱۰ درصد دارد.^{۱۸}

مهاجرت‌های داخلی

با شروع توسعه اقتصادی در یک کشور، مهاجرت داخلی بخش مهمی از رشد جمعیت به شمار می‌رود. این عامل در مناطق مهاجرپذیر بیشتر نمایان است. در این مناطق، فرصت‌های شغلی، دستمزدهای بالاتر، امکانات تحصیلی، برخورداری از امکانات بهداشتی، رفاهی و امنیت در شهرها و دیگر عواملی که در مقصد مهاجرت امتیازهای بالاتری نسبت به مبدأ مهاجرت دارند، از یک سو، و رشد بالای جمعیت در اثر کنترل نشدن موالید، دسترسی نداشتن به ابزارهای پیشگیری از موالید، وجود بیکاری و فقدان زمینه‌های اشتغال و امکانات برای توسعه و دیگر عوامل دافعه در مبدأ از سوی دیگر، همگی سبب افزایش و تقویت جریان مهاجرت به سوی مناطق توسعه‌یافته‌تر می‌شود. برای اندازه‌گیری میزان توزیع جمعیت لازم است از تعداد خصوصیات افراد مهاجر آگاهی داشت. برای اندازه‌گیری تعداد مهاجر روش‌های زیادی وجود ندارد. جریان مهاجرت در میان کشورها افزون بر تغییر در باروری و مرگ و میر سبب تغییرات گسترده جمعیتی می‌شود. مهاجرت، توزیع جمعیت بر اساس سن، جنس، فرهنگ، نژاد و ویژگی‌های دیگر، کشورهای مهاجرفرست یا مهاجرپذیر را متأثر می‌سازد. بزرگ‌ترین جریان‌های مهاجرتی در قرن بیستم شامل افراد و خانواده‌هایی می‌شود که از مناطق روستایی به شهرها منتقل می‌شوند. انتقال عمده جمعیت از روستاها به شهرها از اواخر قرن نوزدهم، یعنی از هنگام صنعتی شدن اروپا و آمریکای شمالی، آغاز شد. البته سرعت ارتباطات جابه‌جایی مردم را آسان‌تر کرد. توسعه اقتصادی و تجاری در مناطق شهری متمرکز شد و شهرها توانستند فرصت‌های شغلی، تسهیلات و خدمات عمومی را بیشتر از روستاها و حومه‌ها فراهم کنند.^{۱۹} در سال ۱۹۵۰ میلادی بیش از نیمی (۵۵ درصد) از ساکنان کشورهای توسعه‌یافته‌تر در مناطق شهری می‌زیستند که این میزان در سال ۱۹۰۰ میلادی یک چهارم بود. در سال ۲۰۰۰ میلادی میزان جمعیت شهرنشین تقریباً به سه چهارم (۷۵ درصد) رسید.

در بسیاری از کشورهای آفریقایی، آسیایی و آمریکای لاتین زندگی مردم در طی قرن بیستم در نواحی روستایی متمرکز شده بود. در سال ۱۹۵۰ میلادی تنها ۱۸ درصد جمعیت کشورهای در حال توسعه، شهرنشین بودند. با آغاز صنعتی شدن این کشورها، مهاجرت اهالی روستاها به شهرها نیز آغاز شد. این مهاجران روستایی از راه گسترش نیروی کار شهری به پیشرفتهای اقتصادی کمک کردند؛ یعنی، همان کاری که همتایان آنها در چند دهه پیش در اروپا و ایالات متحده آمریکا انجام داده بودند. روانه شدن جمعیت روستایی به شهرها گرچه به آرامی شروع شد، اما به زودی به سبب بهبودی شبکه‌های ارتباطات، حمل و نقل و نیز جمعیت افزوده روستایی، در قالب موج بی‌سابقه‌ای گسترش یافت. جمعیت شهرنشین کشورهای کمتر توسعه‌یافته میان سالهای ۱۹۵۰ تا ۲۰۰۰ میلادی از ۱۸ درصد به ۴۰ درصد افزایش یافت.

۱۸. UNFPA state of world population ۲۰۰۱, "Urbanization" P.۳۲.

۱۹. Urban as defined by most countries refers to relatively small Population Concentration's Such as ۲۰۰۰ inhabitants or more, Population and Development Review ۲۴ no ۱ (March ۱۹۹۸) ۷۵ - ۱۱۴.

در نخستین سالهای قرن بیست و یکم برای اولین بار قسمت عمده‌ای از جمعیت جهان در مناطق شهری ساکن شدند. مهاجرت جمعیت از مناطق روستایی به شهرها سبب دگرگونیهای اجتماعی و اقتصادی می‌شود. ساکنان مناطق شهری معمولاً در مقایسه با روستائین‌ها از سطوح تحصیلی بالاتر، باروری کمتر، درآمد بالا، بهداشت خوب و عمر طولانی‌تر برخوردارند. بنابراین، ظاهراً شهری شدن، انتقال جمعیتی به مرحله‌ی مرگ و میر و باروری پایین‌تر را سرعت می‌بخشد. شهرها با ارائه‌ی امکانات فراوان و تولید انبوه از هزینه‌های تأمین خدمات عمومی می‌کاهند. رشد بی‌رویه‌ی جمعیت در مناطق شهری در پنجاه سال گذشته بر بسیاری از کشورهای کمتر توسعه‌یافته در زمینه تأمین خدمات اساسی برای بیشتر ساکنان فشار آورده است. در مناطق شهری کشورهای مختلف شکاف میان افراد فقیر و ثروتمند زیاد است و این شکاف همواره در حال افزایش است.^{۲۰}

مهاجرت‌های بین‌المللی

حدود ۱۷۵ میلیون نفر (تقریباً ۳ درصد از جمعیت کل جهان) مهاجران بین‌المللی هستند؛ یعنی، آنها در کشورهایی زندگی می‌کنند که در آنجا متولد نشده‌اند. مجموعه مهاجران بین‌المللی سیال است؛ یعنی، عده زیادی از مهاجران به کشور اصلی خود برمی‌گردند، اما دوباره مهاجران تازه‌ای جای آنان را می‌گیرند. گروه مهاجران در یک سال بین پنج تا ده میلیون تخمین زده می‌شود.^{۲۱}

بیشتر مهاجران بین‌المللی از کشورهای کمتر توسعه‌یافته‌اند. البته جای شگفتی نیست؛ چون تقریباً ۸۰ درصد جمعیت جهان در این کشورها زندگی می‌کنند. بیشتر آنها از یک کشور کمتر توسعه‌یافته به یک کشور مشابه مهاجرت می‌کنند؛ مثلاً از پاراگوئه به برزیل، از ساحل عاج به کانادا، از میانمار به تایلند. همچنین در چند کشور کوچک حاشیه‌ی خلیج فارس بیشترین نیروی کار را خارجیها تشکیل می‌دهند. در آسیای جنوب شرقی مهاجرانی که از کشورهای کامبوج، اندونزی و میانمار آمده‌اند در سنگاپور، کره جنوبی، تایلند و کشورهای آسیایی دیگر، که تازه صنعتی شده‌اند، در جستجوی کار هستند.

بیشتر مردم مهاجرت می‌کنند تا از فرصتهای اقتصادی بهتری برخوردار شوند، اما در حدود چهارده میلیون از مهاجران بین‌المللی، پناهنده یا کسانی هستند که به سبب فشار سیاسی کشورشان یا تهدید به شکنجه شدن، مهاجر شده‌اند. برای نمونه در اواخر دهه ۱۹۹۰ و اوایل دهه ۲۰۰۰ میلادی میلیونها افغان، کشور خود را به سوی ایران و پاکستان ترک کردند، هر چند بسیاری از آنها دوباره برگشتند. پناهندگان معمولاً پس از ثبات شرایط سیاسی به کشورشان بازمی‌گردند.^{۲۲}

جریان مهاجرت از کشورهای کمتر توسعه‌یافته به توسعه‌یافته‌تر شامل مهاجرت از آمریکای جنوبی و مرکزی به آمریکای شمالی و از شمال آفریقا و خاورمیانه به اروپا است. مهاجرت از آسیا به آمریکای شمالی و

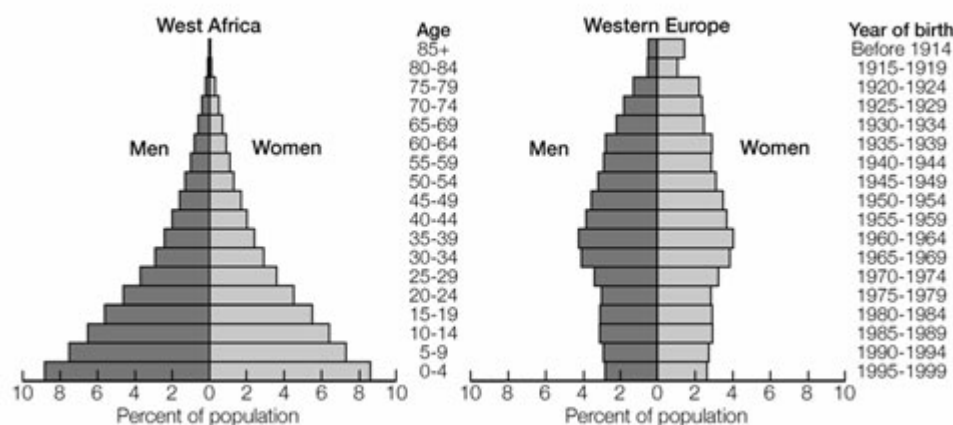
۲۰. Brockerhoff and Brennan, "the Poverty of Cities".

۲۱. International Organization for Migration (IOM) World Migration ۲۰۰۳ (Geneva: IOM, ۲۰۰۳): ۱۱-۴.

۲۲. U.S. Committee for Refugees (USCR), World Refugee Survey ۲۰۰۳ (Washington, DC: USCR, ۲۰۰۳): ۵-۷.

استرالیا نیز سرعت گرفته است. در کشورهایی که باروری در آنها به حدی کاهش یافته که تعداد مرگ و میر بیشتر از زاد و ولد است، مهاجرت‌پذیری بخش مهمی از رشد جمعیت آن کشورها را تشکیل می‌دهد.

Age and Sex Profile for West Africa and Western Europe, 2000



Source: United Nations, *World Population Prospects: The 2002 Revision* (2003).

(نمودار ۷)

مهاجرت از یک کشور صنعتی به دیگر کشورهای مشابه، به جز در چندین مورد، بسیار اندک است. آلمانی‌های نژادی از کشورهای شوروی سابق به آلمان سرازیر شدند و مهاجران و پناهندگانی از اروپای شرقی به دنبال جنگ در بالکان به کشورهای اروپایی دیگر وارد شدند.

جریانهای مهاجرتی انبوه و پیوسته می‌تواند سطوح پایین باروری در کشورهای مهاجرپذیر را جبران کند، به ویژه هنگامی که مهاجران از کشورهایی با الگوهای باروری بالاتر آمده باشند. برای نمونه بیش از نصف مهاجران ایالات متحده از کشورهای آمریکای لاتین آمده‌اند که باروری آنها در مقایسه با آمریکا بسیار بالاتر است. با اینکه خانواده‌های مهاجر سعی می‌کنند با گذشت زمان، الگوی باروری پایین کشور میزبان را فراگیرند، ولی به هر روی مهاجران آمریکای لاتین به داشتن خانواده‌های بزرگ‌تر از زوجهای آمریکایی علاقه‌مندتر هستند.^{۲۳} همچنین زنان مهاجر ترک در آلمان زودتر ازدواج می‌کنند و در مقایسه با زنان آلمانی الأصل باروری بیشتری دارند.^{۲۴} مهاجرتها ممکن است سبب پیدایش بیماریهای جدیدی همچون بیماریهای مسری یا مشکلات بهداشتی مزمن در کشور مقصد شود. این بیماریها در کشور مبدأ سابقه طولانی دارد، در حالی که در کشور مقصد چندان شایع نیست.

مهاجرت در کنار باروری و مرگ و میر اندازه و ویژگیهای جمعیت را دگرگون می‌سازد. برخی از کشورها تنها به دلیل جریان دائمی مهاجران، از کاهش جمعیت در امان می‌مانند. برخی دیگر از کشورها با مهاجرفرستی از فشار رشد سریع جمعیت خود می‌کاهند.

۲۳. Philip Martin and Elizabeth Midgley, Immigration to the United State. Population Bulletin ۵۸, no.۳ (۲۰۰۳).

۲۴. Ulrich Mammey and Karl Schwarz "the Demographic Characteristics of the Immigrant Population in Germany" (Strausbourg, France: Councile of Europe, ۲۰۰۲): ۲۲۶ - ۲۹.

برآورد مهاجرت بین المللی

برآورد مهاجرت بین المللی بسیار مشکل تر از مهاجرت داخلی است. این کار نه تنها به اطلاعاتی از خود کشور، بلکه به اطلاعاتی از دیگر کشورها نیز بستگی دارد. حتی کشورهایی که سیستم ثبت آمار بسیار دقیقی دارند ممکن است اطلاعات مهاجرت بین المللی قابل اعتمادی نداشته باشند؛ زیرا تعداد رو به افزایشی از مهاجرانی که مدارک قانونی درستی ندارند، وارد کشورها می شوند و ورود آنها اغلب ثبت نمی شود. بنابراین، معمولاً به آمارهای رسمی اکتفا می کنند.

مهاجرت و حاشیه نشینی

از آنجا که بیشتر اجتماعات یا سکونت گاههای غیررسمی زمانی در خارج از محدوده رسمی شهرها ایجاد شده بودند و می شوند، می توان استدلال کرد که محدوده رسمی، متن شهر و ساخت و سازهای خارج از متن رسمی، حاشیه شهر است. بنابراین از نظر مکانی یا جغرافیایی مفهوم حاشیه نشینی توجیه می شود. یکی از مشکلات جوامع امروزی، مسئله حاشیه نشینی یا به تعبیر دیگر آلونک نشینی است. این مشکل اجتماعی از عوامل مختلفی سرچشمه می گیرد که اصلی ترین آن در درجه نخست، فقر و سپس مهاجرت است. با توجه به اینکه افراد فقیر جامعه برای فرار از فقر و ایجاد یک زندگی نسبتاً بهتر هر لحظه تلاش می کنند و جاذبه های موجود در شهرهای بزرگ نیز آنها را برای رسیدن به این هدف امیدوار می کند، آنان در اولین فرصت به شهرهای بزرگ مهاجرت می کنند، اما چون مسکن مناسب و ارزان قیمت برایشان فراهم نمی شود، مجبور می شوند در حاشیه شهر و در خانه های کم دوا و کم ثبات سکونت گزینند. دلیل دیگر حاشیه نشینی ساختار اقتصادی نابسامان کشورهای در حال توسعه است که از ادغام کشورهای در حال توسعه در نظام اقتصادی و تجارت جهانی سرچشمه می گیرد.

کشورهای در حال توسعه با پیروی از الگوهای توسعه کشورهای سرمایه داری صنعتی باعث به هم ریختگی اقتصاد کشور خود می شوند. چون این الگوی غربی با فرهنگ این کشورها همخوان نیست ساختار اقتصادی این کشورها را درهم می ریزد و معضلاتی از جمله فقر، گرانی و تورم به بار می آورد و این عوامل سبب بروز حاشیه نشینی و شکاف طبقاتی می شود که حاشیه نشینی خود نمود عینی و بارز شکاف طبقاتی در جامعه است. وجود حاشیه نشینی گواه آن است که الگوی توسعه در این کشورها وارداتی و نادرست است.

مهاجرت و حاشیه نشینی در ایران

جمعیت ایران در هشت دهه اخیر افزایش چشمگیری یافته است و در نتیجه مسائل و مشکلاتی مانند رشد سریع جمعیت شهری، افزایش بیکاری در شهرها، دسترسی ناکافی به مسکن و خدمات اصلی شهری، شکاف عظیم میان طبقات اجتماعی، بیگانگی شهروندان از هم و انبوه مهاجرت از مناطق روستایی به مناطق شهری و سکونت در حاشیه شهرها و افزایش جرم و جنایت در این مناطق و مشکلات جانبی به وجود آمده است. این مسائل خود سبب گسترش و تشدید بی رویه شهرنشینی و نهایتاً ایجاد زاغه و مسکن غیرقانونی و حاشیه نشینی شده است. این وضعیت در ایران از دهه های ۱۳۴۵ به بعد آغاز شد و در دهه ۱۳۵۰ تا زمان انقلاب اسلامی

به اوج رسید. پس از انقلاب با دستیابی این جمعیت به زمین و مسکن (چه قانونی و چه غیرقانونی به صورت خاک سفید، یافت‌آباد، مفت‌آباد و ...) به جز قسمتهای اندکی در حاشیه شهرهای بزرگی مانند تهران، مشهد، اصفهان و قم این وضعیت معنای خود را از دست داد. البته دولت نیز با واگذاری زمین و شکستن حریم پیشین شهرها کمک فراوانی به برطرف کردن حاشیه‌نشینی کرد، اما با این کار سبب گسترش بی‌رویه شهرنشینی در ایران شد.

بر پایه مندرجات نشریه «جنبه‌های جمعیتی توسعه اجتماعی سازمان ملل متحد» Population aspects of social development ایران طی سه دهه ۴۰، ۵۰ و ۶۰ میلادی به دلیل نرخ رشد سه درصدی سالانه نیازمند حدود شش در هزار جمعیت، ساخت و ساز مسکن بوده است، در حالی که در این مدت حدود نصف این تعداد (۳/۳ در هزار تا ۳/۶ در هزار) ساخته شده است. بدین ترتیب تفاوت آشکار میان عرضه و تقاضای واحدهای مسکونی سبب بروز مجموعه‌های نامتناسب در حاشیه شهرها شد که حلبی‌آبادها نمونه عینی این عدم توازن است.

مهاجرت از مناطق روستایی به مناطق شهری در ایران تقریباً به صورت مهاجرت درجه‌ای، یعنی مهاجرت از روستا به شهرهای کوچک یا متوسط و حومه شهرهای بزرگ و سپس به مراکز شهری بزرگ‌تر، بوده است.

در مهاجرت درجه‌ای، مهاجران روستایی در اثر عوامل دافعه مناطق روستایی و جاذبه مناطق شهری به شهرها و سپس شهرهای بزرگ‌تر و قطبهای صنعتی و اقتصادی مهاجرت می‌کنند. در نتیجه شهرنشینی به سرعت گسترش می‌یابد.

نتایج سرشماریهای انجام گرفته در ایران نشان می‌دهد که در سال ۱۳۳۵ جمعیت شهری ۳۱/۴ درصد، در سال ۱۳۴۵ به میزان ۳۸/۷ درصد، در سال ۱۳۵۵ به میزان ۴۷ درصد، در سال ۱۳۶۵ به میزان ۵۴/۳ درصد، در سال ۱۳۷۵ به میزان ۶۱/۶۵ درصد و در سال ۱۳۸۵ به میزان ۶۸/۴ درصد بوده است.^{۲۵} نتایج این سرشماریها نشان می‌دهد که در طی پنجاه سال گذشته نسبت جمعیت شهری ایران در مقایسه با سال ۱۳۳۵ به طور کلی وارونه شده است.

با توجه به هم‌ارز نبودن حدود تأثیر عوامل گوناگون در افزایش جمعیت و گسترش شهرنشینی مشاهدات علمی حاکی از آن است که در مناطق شهری، به ویژه در شهرهای بزرگ، حاشیه‌نشینی نقشی بزرگ در افزایش جمعیت و مسائل و مشکلات شهری دارد. برای نمونه در تحقیقی با عنوان بررسی باروری در ایران و رابطه آن با شاخصهای جمعیتی، اقتصادی و اجتماعی این نتیجه به دست آمده است که مهاجرت روستاییان به شهرها سبب شده است که باروری ساکنان مناطق شهری ایران نیز نسبتاً بالا رود؛ به دیگر سخن بالا بودن باروری در شهرها پیش از آنکه به خانواده‌های شهری مربوط شود با مهاجران روستایی ارتباط دارد. از سوی دیگر، مهاجران به دلیل پایین بودن درآمد در شهرها و گرانی قیمت زمین، حاشیه‌نشینی در شهرها را گسترش می‌دهند.

۲۵. نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن سالهای ۱۳۸۵ تا ۱۳۳۵؛ مرکز آمار ایران.

چكیده

- ✓ گسترش شهرنشینی در دنیای جدید بیشتر، تحت تأثیر مظاهر توسعه (صنعتی) بوده است و سبب ایجاد جاذبه‌هایی در مناطق شهری گردیده و به هدایت جریان مهاجرت انسانها از مناطق روستایی به مناطق شهری منجر شده است.
- ✓ این وضعیت همچنین با افزایش بهروری سیستم‌های ارتباطی و اطلاعاتی و حمل و نقل، روند مهاجرت را افزایش داده است.
- ✓ جریان مهاجرت سبب تغییرات گسترده جمعیتی در مبدأ و مقصد مهاجرت می‌شود. به این صورت که توزیع جمعیت بر اساس سن، جنس، فرهنگ، نژاد و ویژگیهای دیگر، کشورهای مهاجرفرست یا مهاجرپذیر را متأثر می‌سازد.
- ✓ بیشتر مهاجرتها در جوامع در حال توسعه مهاجرتهاى از روستا به شهر است، در حالی که بیشتر مهاجرتها در مناطق توسعه یافته‌تر مهاجرت از شهر به شهر است.
- ✓ جریانهای مهاجرتی انبوه و پیوسته می‌تواند سطوح پایین باروری در کشورهای مهاجرپذیر را جبران کند، به ویژه هنگامی که مهاجران از کشورهایی با الگوهای باروری بالاتر آمده باشند.
- ✓ در حال حاضر بخش عمده‌ای از کاهش موالید در اروپا از طریق جذب مهاجران از سایر نقاط جهان تأمین می‌شود.

جلسه سوم

عوامل مؤثر بر تغییرات جمعیتی

اهداف درس

آشنایی با:

- ✓ آهنگ تغییرات جمعیتی؛
- ✓ تأثیرات تحصیلات، درآمد و نقشهای جنسیتی بر سطوح باروری.

مروری بر مباحث پیشین

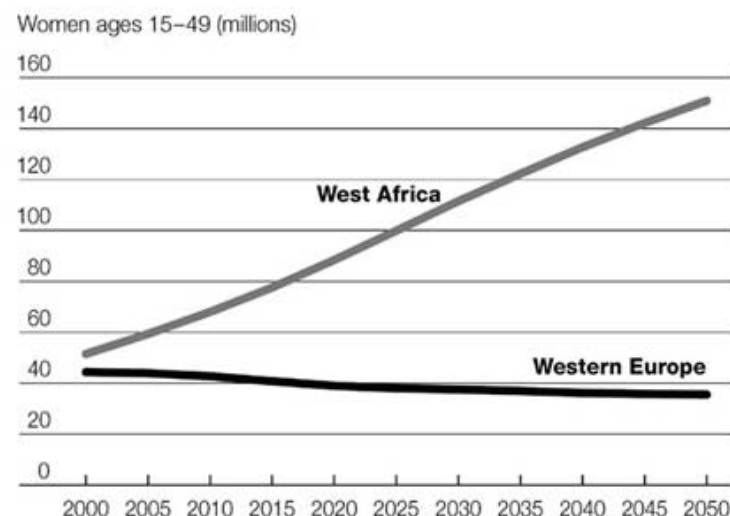
در جلسه پیشین با عوامل اساسی افزایش جمعیت جهان در کشورهای توسعه یافته گذشته و در کشورهای در حال توسعه عصر حاضر آشنا شدیم و تأثیرات باروری، مرگ و میر، مهاجرت و شهرنشینی بر تغییرات جمعیتی را بررسی کردیم.

آهنگ تغییرات جمعیتی

گرایشهای باروری، مرگ و میر و مهاجرت در نمودارهای سنی و جنسی کشورهای جهان نمایان می شود. با توجه به این نمودارها باروری تقریباً بیشترین تأثیر را بر ساختار جمعیتی همه کشورها دارد. در چند دهه اخیر در کشورهای کمتر توسعه یافته، میزان باروری بالا بیانگر رشد همواره جمعیت جوان است. قاعده هرم سنی - جنسی غرب آفریقا این مطلب را به خوبی نشان می دهد. در سال ۲۰۰۰ کودکان زیر ۱۵ سال، ۴۵ درصد جمعیت غرب آفریقا و نصف جمعیت نیجر را تشکیل می دادند؛ در حالی که افراد ۶۵ ساله یا بیشتر تنها ۳ درصد جمعیت غرب آفریقا و ۵ درصد جمعیت در تمامی کشورهای در حال توسعه هستند.

کنترل بیماریها و جلوگیری از مرگ و میر کودکان و نوزادان نیز سبب گسترش جمعیت جوان شده است تا آنجا که نسبت های گسترده تری از هر نسل تا دوران کودکی زنده می مانند. در آینده، عامل مستدل در رشد جمعیت غرب آفریقا هنگامی است که گروه های فزاینده جمعیت جوان به سالهای باروری قدم می گذارند. از این رو در فاصله سالهای ۲۰۰۰ تا ۲۰۵۰ تعداد زنان در سن باروری، ۱۵ تا ۴۹ سال، از ۲۵ میلیون به ۱۵۱ میلیون خواهد رسید. (ر.ک: نمودار ۸)

Women of Childbearing Age in Western Europe and West Africa, Projected 2000 to 2050



Source: UN Population Division, *World Population Prospects: The 2002 Revision* (2003).

(نمودار ۸)

حتى چنانچه تعداد فرزندان آنها کمتر از فرزندان مادرانشان باشد، تقریباً سالانه یازده میلیون کودک در دوره پنجاه ساله به دنیا خواهند آورد. در همان دوره تعداد مرگ و میر سالانه از ۳/۶ میلیون به ۴/۷ میلیون افزایش خواهد یافت. در مقابل، ساختار سنی غرب اروپا، تأثیر مرگ و میرهای خیلی زیاد و کاهش زاد و ولد در طی جنگ دوم جهانی از یکسو و دوران افزایش باروری پس از جنگ و سپس دهه‌هایی از باروری پایین را نشان می‌دهد. تقریباً تعداد هر گروه سنی که از سال ۱۹۶۵ متولد می‌شود در مقایسه با گروه سنی گذشته کمتر است. جریان مهاجرت‌های فصلی به ویژه از شرق و جنوب اروپا، آفریقای شمالی و خاورمیانه بر دامنه میانسالی افزوده است؛ زیرا بیشتر مهاجران در سالهای جوانی به غرب اروپا وارد می‌شوند. تعداد کودکان در غرب اروپا و بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته تقریباً برابر با تعداد افراد مسن است. در سال ۲۰۰۰ گروه زیر پانزده سال حدود هفده درصد جمعیت غرب اروپا را تشکیل می‌دهند؛ در حالی که نسبت گروه ۶۵ ساله‌ها یا بالاتر شانزده درصد است.

باریک شدن نمودار هرم جمعیت نیز عامل نیرومندی برای «رشد منفی» است. در سال ۲۰۵۰ تعداد مادران بالقوه از ۴۴ به ۳۶ میلیون نفر کاهش می‌یابد. حتی در صورتی که تعداد فرزندان زنان غرب اروپا کمی بیشتر از مادرانشان باشد؛ اما در نهایت تعداد سالانه متولدان سیر نزولی می‌یابد و در طی پنجاه سال به کمتر از دو میلیون نفر خواهد رسید. از آنجا که بیشتر جمعیت این کشورها سن بالایی دارند و در این سنین مرگ و میر بیشتر اتفاق می‌افتد؛ از این رو در سال ۲۰۵۰ تعداد سالانه مرگ و میر از ۱/۸ میلیون به ۲/۵ میلیون نفر افزایش می‌یابد. با فزونی یافتن تعداد مرگ و میر بر باروری، جمعیت کاهش می‌یابد؛ مگر آنکه مردم دیگر کشورهای جهان دائماً به این کشورها مهاجرت کنند.

تغییرات ساختار سنی همچنین بار «وابستگی» را دگرگون می‌سازد؛ بدین معنا که حضور جمعیت وابسته احتمالاً مستلزم حمایت‌های مالی از سوی جمعیت فعال است. وابستگی سنی با مقایسه نسبت جمعیت زیر ۱۵ تا ۶۴ سال به دست می‌آید. اگر باروری بالا باشد نسبت کودکان در یک جمعیت افزایش می‌یابد و به همین صورت نسبت وابستگی نیز زیاد می‌شود. در سال ۲۰۰۰ نسبت وابستگی در کشورهای آفریقایی ۹۰ نفر

تخمین زده شد؛ یعنی، به ازای هر ۱۰۰ نفر در ۱۵ تا ۶۴ سال، ۹۰ نفر در سن کمتر از ۱۵ یا بالای ۶۴ سال بودند. اما هنگامی که باروری کاهش یابد نسبت وابستگی نیز کم می‌شود؛ زیرا جمعیت فعال سهم عمده‌ای از کل جمعیت را تشکیل می‌دهد. نسبت وابستگی در شرق آسیا با توجه به کاهش مستمر باروری ۴۵ نفر است. در مراحل بعدی انتقال، هنگامی که سالخوردگان بخش بزرگ‌تری از جمعیت را تشکیل می‌دهند، نسبت وابستگی دوباره افزایش می‌یابد.

ساختار سنی جمعیت، عوامل سه‌گانه متغیرهای جمعیتی را نمایان می‌سازد که در هر نوع تغییر جمعیتی نقش دارند. ولی در جهان مدرن، باروری منشأ بیشترین رشد و تغییر است و از این رو باید بدان توجه ویژه‌ای شود.

تبیین تحول جمعیتی

هم‌اکنون رشد جمعیت بیشتر از طریق باروری تعیین می‌شود که آن نیز از عوامل زیستی، فرهنگی و اقتصادی تأثیر می‌پذیرد. دیر زمانی است که دانشمندان، روابط پیچیده میان جامعه و باروری را بررسی کرده و سعی نموده‌اند مهم‌ترین عامل را شناسایی کنند. از آنجا که عوامل مؤثر بر باروری، تغییرات جمعیتی را هدایت می‌کند، این یافته‌های تحقیقاتی برای سیاست‌گذارانی که خواهان تأثیر بر رشد جمعیت هستند در خور توجه است.

زنان می‌توانند بیش از ۱۵ فرزند به دنیا آورند. اما میانگین کودکان هر زن در سطح ملی هرگز به این اندازه نمی‌رسد؛ زیرا عوامل اجتماعی و اقتصادی به طور مستقیم یا غیر مستقیم تعداد فرزندان زنان را محدود می‌کند. این عوامل عبارت‌اند از: آسیب‌های جسمانی و بیولوژیکه سنت‌های زناشویی، آداب و رسوم جنسی، اندازه مطلوب خانواده، توافقه‌های مربوط به زندگی، فرصتهای شغلی، امکانات نگهداری فرزند و عوامل گوناگون دیگر.

جان بنگارت، جمعیت‌شناس، در دهه ۱۹۸۰ چهار متغیر (عامل تعیین‌کننده) را شناسایی کرده است که مستقیماً بر باروری تأثیر دارند و بیشتر تفاوت‌های موجود در سطوح باروریها در کشورهای مختلف را تبیین می‌کنند. این متغیرها عبارت‌اند از:

- ۱- نسبت زنان در سن زایش که متأهل هستند یا در یک اتحادیه جنسی قرار دارند؛
- ۲- درصد زنانی که از وسایل پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنند؛
- ۳- نسبت زنان در سن باروری که هم‌اکنون توانایی بارداری ندارند. (معمولاً به دلیل دوره شیردهی پس از زایمان)
- ۴- میزان سقط جنین.^{۲۶}

اهمیت هر یک از این عوامل در کشورها با توجه به شرایط فرهنگی و اقتصادی متفاوت است. مثلاً نسبت زنانی که در یک اتحادیه جنسی قرار دارند تا اندازه‌ای به وسیله سن ازدواج، تعداد زنانی که هرگز ازدواج

۲۶. Joho Bongaarts, *the Fertility-Inhibiting Effects of the Intermediate Variables*, Studies in Family Planning ۱۳ no. ۶/۷ (June/ July ۱۹۸۲): ۱۷۹ - ۸۹.

نمی‌کنند و سطوح طلاق تعیین می‌شود. همچنین الگوهای فرهنگی دربارهٔ فعالیت جنسی و بچه‌دار شدن خارج از ازدواج با اهمیت است.

در جوامعی که زنان در سالهای جوانی ازدواج می‌کنند و تمامی زاد و ولدها با ازدواج روی می‌دهد؛ تغییرات به وجود آمده در سن ازدواج می‌تواند بر باروری تأثیر بگذارد. در جوامعی که زنان کودکانشان را تا پایان دو سالگی شیر می‌دهند، در حقیقت تغییر در سطوح باروری به سبب تأخیر بارداری بعدی به وسیله شیردهی است. شیردادن طولانی چندان رایج نیست و بنابراین در مقایسه با چند دههٔ گذشته کمتر اهمیت دارد. اما در برخی از مناطق جهان به ویژه در منطقه حاشیهٔ صحرای آفریقا همچنان مهم است. در بسیاری از کشورها استفاده از وسایل ضد بارداری و سقط جنین، دو عامل اصلی تعیین‌کنندهٔ باروری و تفاوت‌های باروری در میان کشورها است. اختلاف زیاد در به کارگیری وسایل ضد بارداری، نخستین دلیل تفاوت میزان باروری میان مالی (۶/۸) و برزیل (۲/۵) در سال ۲۰۰۳ بوده است. در سال ۲۰۰۳ کمتر از ۹ درصد از زنان مالی که در سن تولید مثل بودند از وسایل ضد بارداری استفاده می‌کردند؛ در حالی که ۷۶ درصد از زنان برزیلی این وسایل را به کار می‌گرفتند. زنان برزیلی به سبب عواملی چون تحصیلات، درآمد، نقش آنان در جامعه و نیز سیاست‌گذارهای دولت از این وسایل بیشتر استفاده کردند.

تأثیر سقط جنین در یک کشور بر فراهم بودن وسایل پیشگیری، نگرش‌های فرهنگی نسبت به سقط جنین و دسترسی به آن بستگی دارد. در برخی کشورهای اروپای شرقی، زنان به سبب دشواری دسترسی به وسایل پیشگیری و کیفیت پایین آن به سقط جنین روی می‌آورند. افزون بر آن در این کشورها سیاستمداران و جامعه پزشکی از به کارگیری وسایل پیشگیری حمایت نمی‌کنند؛ از این رو سقط جنین به طور کلی قانونی و تا اندازه‌ای غیرمحدود است و با کمترین هزینه و یا به صورت مجانی در دسترس است. بررسیهای اخیر در یازده جمهوری شوروی سابق بیانگر آن است که میانگین سقط جنین (میزان کلی سقط جنین) از ۰/۶ در ازبکستان تا ۳/۷ در گرجستان، که یکی از بالاترین نرخ سقط جنین در جهان است، ادامه دارد. اما در طی دههٔ ۱۹۹۰ سطوح سقط جنین در هفت جمهوری از یازده جمهوری مطالعه‌شده، ۳۸ درصد کاهش یافته است. بیشترین کاهش سقط جنین در میان زنان زیر ۳۰ سال بود. این کاهش سقط جنین با افزایش استفاده از وسایل مدرن پیشگیری همبستگی داشت و این امر نشان‌دهندهٔ توازن میان این دو عامل تعیین‌کنندهٔ مستقیم است.^{۲۷}

در کشورهایی با باروری بسیار کم و دسترسی آسان به وسایل مدرن پیشگیری، عوامل فرهنگی و اقتصادی، بیشتر اختلاف‌های باروری میان کشورها را تبیین می‌کنند. معمولاً تعداد فرزندان زنان در این کشورها کمتر از تعداد مطلوبشان است. عواملی چون نداشتن شریک زندگی ثابت‌قدم، ناکامیهای ناشی از ازدواج، ناامن و متزلزل بودن کار و مسکن ناکافی در تعداد فرزندان و به تأخیر افتادن زمان بارداری مؤثر است. گاهی این ناهماهنگی میان انتظارات و عمل، که از سبک زندگیها و تجربه‌ها ناشی می‌شود، به اصطلاح «هم‌چشمی» اشاره دارد.^{۲۸} دگرگونی در زمان‌بندی بچه‌دار شدن اثر مستقلاً بر میزان باروری دارد. تأخیرهای گسترده در داشتن نخستین فرزند و انتظارهای طولانی برای فرزند بعدی آهنگ باروری را کُند می‌کند و TFR را کاهش

۲۷. Lori S. Ashford et al, "Reproductive Health Trends in Eastern Europe and Eurasia" (Washington, DC: Population Reference Bureau ۲۰۰۳).

۲۸. Morgan, "Is low Fertility a Twenty - First Century Demographic Crisis", Population and Development Review ۲۸. No ۳ (۲۰۰۲) ۴۱۲ - ۴۴.

می دهد. برعکس اگر زنان، باروری را از سنین جوان تر آغاز کنند، TFR می تواند بدون تغییر ایجاد کردن در تعداد فرزندان دلخواه زنان، افزایش یابد. بررسی های اخیر از باروری در ایتالیا و ایالات متحده آمریکا بیانگر آن است که سه عامل باروری به تأخیر افتاده، زمان شیردهی و هم چشمی به اندازه زیادی تعداد کم فرزندان زنان ایتالیایی و آمریکایی را تبیین می کند. در ایتالیا شکاف میان باروری واقعی و مورد انتظار زیادتر بود؛ زیرا جامعه با دومین انتقال جمعیتی پس از جنگ دوم جهانی به کلی دگرگون شده بود. (ر.ک: ضمیمه ۱)

در دهه ۱۹۷۰ طلاق قانونی شد و با وجود سخت بودن قوانین طلاق در ایتالیا، در مقایسه با کشورهای اروپای شرقی، طلاق در آن کشور در حال افزایش است. در دهه های ۷۰ و ۸۰ زنان جوان ایتالیایی انتخاب و دسترسی های فردی بیشتری به وسایل ضد بارداری و سقط جنین داشتند؛ در حالی که نسل های پیشین از چنین امکاناتی محروم بودند.

ایتالیایی ها، بر خلاف ایالات متحده و شمال اروپا، خانواده هایی مستحکم تر با سنت های فرهنگی دارند که همزیستی و بارداری پیش از ازدواج را منع می کنند. در سال ۱۹۹۰ در کشورهای آمریکایی و اروپایی یک سوم یا حتی بیشتر زاد و ولدها پیش از ازدواج رخ می داد و این در حالی است که در ایتالیا کمتر از یک دهم متولدان، پیش از ازدواج به دنیا می آمدند. مردان و زنان جوان ایتالیایی بیشتر از آمریکایی ها و اروپایی ها مجرد می مانند و در منزل والدینشان زندگی می کنند.^{۲۹} زنان ایتالیایی بیشتر از زنان آمریکایی در انتظار بچه می مانند و این مسئله به کاهش بی سابقه باروری در دهه گذشته کمک کرده است. سه عاملی که به صورت غیرمستقیم و از طریق عوامل بی واسطه بر سطوح باروری تأثیر داشته اند، عبارت اند از: تحصیلات، درآمد و نقش های جنسی (نقش های اجتماعی و توانایی نسبی که مردان و زنان در اختیار دارند). سطح پایین تحصیلات و فقر با بهداشت عمومی و سطح گسترش اقتصادی، شهرنشینی و شرایط محیطی در ارتباط هستند. مسائل جنسی با تمامی جنبه های جامعه مخالف است ولی تأثیر ویژه ای بر توانایی زنان و میل آنها به استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری دارد.

تحصیلات

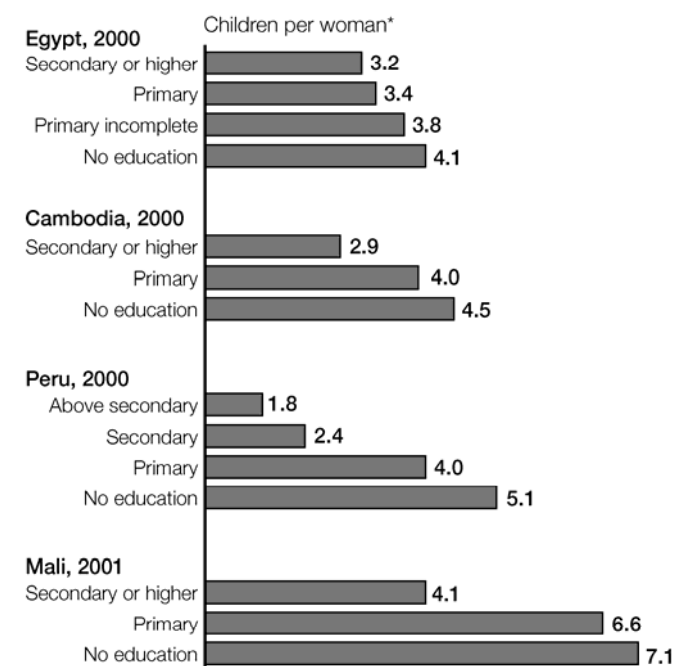
در سراسر دنیا بسیاری از افراد جوان در مدارس ثبت نام می کنند تا سطح معلومات خویش را ارتقا بخشند.^{۳۰} در حالی که گرایش به تحصیلات بر بهداشت و باروری در کشورهای در حال توسعه تأثیر می گذارد؛ زیرا زنان تحصیل کرده برای بچه دار شدن زیاد منتظر می مانند و مایل اند خانواده های کوچک تر و تندرست تر داشته باشند. زنانی که تحصیلات بالاتری دارند، بر خلاف زنان کم سواد، معمولاً نخستین تجربه جنسی خود را دیرتر به دست می آورند؛ زیرا آنان دیرتر ازدواج می کنند، خواهان خانواده های کوچک هستند و به احتمال زیاد از وسایل ضد بارداری استفاده می کنند. مثلاً در دهه ۱۹۹۰، تنها ۱۷ درصد از زنان ۲۰ تا ۲۹ ساله پرویی با هفت سال تحصیل یا بالاتر در ۲۰ سالگی فرزند داشتند؛ در حالی که ۶۰ درصد آنهایی که کمتر از هفت سال تحصیل کرده بودند در ۲۰ سالگی فرزند داشتند.

۲۹. E. Sleebos, "Low Fertility Rates in OECD Countries Facts and Responses", OECD Social Employment and Migration Working Papers no. ۱۵ (OECD), ۲۰۰۳:۲۸.

۳۰. Dara Carr, "Is Education the Best Contraceptive" MEASURE Communication policy Brief (Washington DC Population Reference Bureau ۲۰۰۰).

در برخی کشورها شکاف میان باروری و تحصیلات کاملاً گسترده است. در سال ۲۰۰۱ میانگین فرزندان زنان مالیایی (TFR) بدون هیچ‌گونه تحصیلات ۷/۱ بود؛ در حالی که میانگین فرزندان زنانی با کم‌ترین تحصیلات متوسطه ۴/۱ بود. با این همه تأثیر تحصیلات در میان کشورها متفاوت است؛ مثلاً تعداد فرزندان زنان با تحصیلات عالی در مالی بیشتر از تعداد فرزندان زنان مصری با همان تحصیلات است. (ر.ک: نمودار ۹)

Fertility by Mother's Education Level in Selected Countries, Around 2000



*Average number of children that a woman would have under prevailing age-specific birth rates.
Sources: ORC Macro, country final reports, Demographic and Health Surveys, available online at www.measuredhs.org.

(نمودار ۹)

در کشورهایی با شرایط زندگی نامساعد و سطح پایین سواد و تحصیلات، کسب آموزش همیشه با پایین‌تر بودن باروری همبسته نیست. بررسی‌های سال ۱۹۹۵ بیانگر آن است که در برخی کشورهای فقیر میان تعداد فرزندان زنان با تحصیلات اندک و زنان بدون تحصیلات تفاوتی وجود ندارد. در این مناطق کسب هرگونه تحصیلات رسمی، با درآمد بالا و تغذیه بهتر همبستگی دارد که توانایی زنان را در بچه‌دار شدن گسترش می‌دهد. اما تعداد فرزندان زنانی که دست‌کم هفت کلاس خوانده‌اند، در مقایسه با آنهایی که کمتر از هفت کلاس خوانده‌اند، خیلی کمتر است و این امر بیانگر آن است که هفت سال تحصیل، ممکن است آغازی برای کاهش معنی‌دار بودن باروری در کشورهای فقیر با سطوح سواد پایین باشد.^{۳۱}

۳۱. S.J. Jejeebhoy, *Woman's Education, Autonomy and Reproductive Behaviour Experience from Developing Countries* (Oxford.UK. Clarendon Press ۱۹۹۵).

بسترهایی که در آنها تحصیلات فرا گرفته می‌شود در شکل‌گیری تصمیم‌هایی برای بچه‌دار شدن مؤثر است^{۳۲} (ر.ک: ضمیمه ۳). در جایی که آموزش گسترده بوده یا ثبت نام در مدارس راهنمایی فراگیر باشد، باروری به سرعت رو به کاهش می‌رود. فعالیت‌های تحصیلی و مدارس بیشتر این نگرش را در جامعه گسترش می‌دهند که داشتن خانواده‌های کوچک‌تر در سراسر اجتماع مفیدتر است. از این رو همزمان با ارتقای سطح تحصیلی، هنجارهای اجتماعی در باب فرزندآوری و پدر - مادری می‌تواند حتی برای زنانی که چندان از تحصیلات رسمی برخوردار نیستند، دگرگون شود. هزینه‌های داشتن فرزند همچنین با فراگیر شدن آموزش راهنمایی افزایش می‌یابد؛ زیرا والدین نه تنها باید گاه‌گاهی برای هر کودک شهریه پرداخت کنند، بلکه حتی کار بالقوه‌ای را که می‌تواند کودکان را تأمین کند، از دست می‌دهند.^{۳۳} عوامل دیگری همچون برنامه‌های تبلیغاتی رسانه‌های جمعی، دسترسی به خدمات تنظیم خانواده و فرصت‌های شغلی برای زنان نیز با کاهش باروری همبستگی دارد. حتی در صورتی که آموزش‌های تحصیلی همگانی و فراگیر نباشد،^{۳۴} باروری به طور چشمگیری کاهش می‌یابد؛ مانند کشورهای ساحل عاج و سنگال که بدون داشتن تحصیلات همگانی به کاهش باروری روی آوردند. محققان بر این باورند که فیلم‌ها، تلویزیون و رسانه‌های جمعی دیگر در آن کشورها این فرهنگ را ترویج می‌کنند که زنان می‌توانند با کنترل باروری خود از منافع خانواده‌های کوچک‌تر بهره‌مند شوند.

تحصیلات زنان با تندرستی بهتر کودکان نیز در ارتباط است. ممکن است زنان تحصیل کرده در میان خانواده‌ها و اجتماعاتشان منزلت بیشتری داشته باشند. این منزلت آنان را در مراقبت از فرزندانشان کارآمدتر می‌سازد. در کشورهای در حال توسعه، زنان با تحصیلات رسمی، به احتمال زیاد در طی مدت آبستنی با احتیاط عمل می‌کنند. آنان برای کودکانشان مصونیت ایجاد کنند و در هنگام بیماری فرزندانشان واکنش‌های مناسب انجام می‌دهند. همچنین در بیشتر جوامع، کودکان مادران تحصیل کرده کمتر در خطر مرگ و میر قرار دارند. تحصیلات به گونه‌ای مشخص بر سن فرزندزایی در کشورهایی با باروری پایین اثر می‌گذارد و معمولاً قدرت انتخاب بیشتری برای زنان در کاربایی اعطا می‌کند. تحصیلات می‌تواند با فراهم آوردن شغلی که جایگزین امیدبخشی بر ازدواج و فرزندآوری زود هنگام است، به کوچک‌تر شدن خانواده منجر شود. تحصیلات فراگیر همچنین می‌تواند جمع میان کار و خانواده‌های گسترده‌تر را برای زنان دشوارتر سازد؛ زیرا کودکان بزرگ‌تر پس از رفتن به مدرسه دیگر نمی‌توانند از خواهر یا برادرهای کوچک‌تر خود مراقبت کنند.^{۳۵} بسیاری از زنان، بارداری را تا هنگام تکمیل تحصیلات و تثبیت شغل خویش به تأخیر می‌اندازند. این تأخیر در بارداری سبب کاهش سطح باروری در بیشتر کشورهای توسعه‌یافته می‌شود.^{۳۶} در بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته با وجود بالا بودن سطح تحصیلات زنان، میزان باروری در این مناطق با یکدیگر

۳۲. Ian Diamond, Margaret Newby and Sarah Varle, "Female Education and Fertility Examining the Link,s" in *Critical Perspectives on Schooling and Fertility in the Developing World* (Washington, DC National Academy Press, ۱۹۹۸): ۲۳ - ۴۵.

۳۳. Cynthia Liloyd, Carol Kaufman, and Paul Hewett, *the Spread of Primary Schooling in sub Saharan Africa: Implications for Fertility Change* (New York: Population Council ۱۹۹۹).

۳۴. Liloyd, kaufman, and Hewett. *The Spread of Primary Schooling in sub-Saharan Africa*.

۳۵. Diamond. New by Varle "Female Education and Fertility: ۳۲ - ۳.

۳۶. Sleebos, "Low Fertility Rates in OECD Countries" and OECD, *A Caring World: the New Social Policy Agenda* (Paris: OECD. ۱۹۹۹).

متفاوت است. با افزایش سطح خدمات، در نظر گرفتن حق عائله‌مندی به خانواده‌ها از سوی دولت و نگرش ویژه به مسائل زناشویی و باروری در شمال اروپا، بر خلاف جنوب اروپا، باروری در سوئد و فرانسه بالاتر از ایتالیا و اسپانیا است.^{۳۷} باروری در ایالات متحده آمریکا هنوز در سطح بالایی قرار دارد؛ در آنجا با آنکه دولت به خانواده‌ها حق اولاد پرداخت نمی‌کند؛ ولی قدرت انتخاب شغلی زنان بیشتر است و نسبت به کشورهای اروپایی انعطاف بیشتری دارد. همچنین باروری، بیشتر پیش از پیوند زناشویی روی می‌دهد. تبیین‌های سنتی بیانگر رابطه میان تحصیلات و باروری است و باروری نیز به رابطه میان داشتن فرزند و در اختیار داشتن فرصت‌های شغلی که به وسیله تحصیلات مناسب فراهم می‌شود، تأکید می‌کند. اما این رابطه همیشه تعیین‌کننده نیست؛ زیرا بسیاری از متغیرهای دیگر بر آن تأثیر دارد همانند اقتصاد محلی، توانایی مراقبت از کودک نگرش اجتماعی مادران پیرامون محیط کار و مقدار دستمزد. یافته‌های یک مطالعه نشان می‌دهد که «در برخی کشورها ... زنان به شیوه‌های جمع میان کار و تربیت کودکان دست یافته‌اند. اما هنوز کشورهایی هستند که به چنین شیوه‌هایی دست نیافته‌اند،^{۳۸} به ویژه کشورهایی با باروری پایین. رابطه میان باروری و تحصیلات از عوامل دیگری متأثر می‌شود که با دومین تحول جمعیتی از جمله درآمد و نقش‌های جنسی در ارتباط هستند.

ضمیمه (۳)

تحصیلات و باروری در خاورمیانه و شمال آفریقا

تحصیلات مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده میانگین ازدواج و سن نخستین زایش در خاورمیانه و شمال آفریقا است؛ زیرا زنان در این مناطق بلافاصله پس از ازدواج بچه‌دار می‌شوند. مثلاً، در میان زنان متأهل ۲۵ تا ۲۹ ساله مصری، آنهایی که هیچ‌گونه تحصیلاتی ندارند به طور متوسط در ۱۸ سالگی ازدواج و در ۲۰ سالگی نخستین فرزند خود را به دنیا آورده‌اند. همچنین زنان با تحصیلات متوسطه یا بالاتر به طور میانگین در ۲۳ سالگی ازدواج می‌کنند و در ۲۵ سالگی صاحب نخستین فرزند می‌شوند. در سال ۱۹۹۸ میان زنان ۱۵ تا ۱۹ ساله، ۲۲ درصد زنانی که آموزش ابتدایی را تمام نکرده بودند، قبلاً تجربه مادری و حاملگی داشتند؛ در حالی که تنها ۲ درصد از زنان تحصیل کرده از چنین تجربه‌ای برخوردار بودند.

زنان باسوادتر معمولاً به طور جدی خواهان خانواده‌های کوچک‌تر و استفاده از خدمات بهداشتی تولید مثل هستند. در سال ۱۹۹۵ میانگین فرزندان زنان مراکشی دارای حداقل تحصیلات متوسطه، نصف میانگین فرزندان زنانی بود که هیچ‌گونه تحصیلاتی نداشتند. زنان تحصیل کرده‌تر به داشتن خانواده‌های سالم‌تر نیز علاقه‌مندند. مثلاً در مصر، احتمال مرگ و میر کودکان زنان بی‌سواد دو برابر احتمال مرگ کودکان زنان تحصیل کرده (تکمیل دوره متوسطه) بود. تنها ۳۴ درصد از مادران مصری در سال ۲۰۰۰ بدون داشتن

۳۷. UN Population Division, Partnership and Reproductive Behaviour in Low Fertility Countries (New York. UN, ۲۰۰۲).

۳۸. Koren L. Berwester and Ronald L Rindfuss "Fertility and Woman's Employment in Industrialized Nations"- Annual Review of Sociology ۲۶ (۲۰۰۰).

تحصیلات از مراقبت‌های پیش از زایمان برخوردار شدند؛ این در حالی است که ۷۴ درصد از مادران، تحصیلات دبیرستانی یا دانشگاهی داشتند.

زنان تحصیل کرده بیشتر از زنان دیگر به آگاهی دربارهٔ امکانات کنترل زاد و ولد علاقه‌مند هستند. در سال ۲۰۰۰، ۶۹ درصد از زنان متأهل مصری با تحصیلات متوسطه پیام‌های تنظیم خانواده را در روزنامه‌ها یا مجلات دیده بودند؛ این در حالی است که تنها ۳۴ درصد از زنان متأهل مصری با تحصیلات ابتدایی این پیام‌ها را دیده بودند. همچنین زنان تحصیل کرده‌تر به احتمال زیاد دربارهٔ مسائل تنظیم خانواده با همسرانشان گفتگو می‌کنند.

Fertility, Education, and Contraceptive Use for the Poorest and Wealthiest Women in Selected Countries, Around 2000

Country	Total fertility rate (TFR)		Percent of women ages 15–49 who			
			Completed 5th grade		Use modern contraceptives	
	Poorest	Wealthiest	Poorest	Wealthiest	Poorest	Wealthiest
Bangladesh, 1999–2000	4.6	2.2	10	76	37	50
Cambodia, 2000	4.7	2.2	11	66	13	25
Colombia, 2000	4.4	1.8	44	95	54	66
Egypt, 2000	4.0	2.9	22	91	43	61
Ethiopia, 2000	6.3	3.6	2	42	3	23
Uganda, 2000/01	8.5	4.1	24	82	11	41

(جدول ۲)

درآمد

به طور آشکار درآمد با سطوح باروری پیوند دارد. به طور کلی زنان در کشورهای ثروتمند فرزندان کمتری دارند؛ البته کشورهای ثروتمند تولیدکنندهٔ نفت در خاورمیانه از این قانون پیروی نمی‌کنند. در این کشورها بر اساس سنت‌های فرهنگی زنان منزلت کمتری دارند؛ از این رو در این کشورها از باروری بالا حمایت می‌شود. سطوح درآمد و خطوط فقر در میان کشورها را به دشواری می‌توان مقایسه کرد، اما یک تحقیق جدید دربارهٔ رابطهٔ میان درآمد و تندرستی و کشورهای در حال توسعه، اطلاعات مربوط به دارایی خانوارها را از برنامهٔ مطالعات جمعیتی و بهداشتی (DHS) استخراج می‌کند^{۳۹}، تا میزان ثروت را ارزیابی کند. مطالعهٔ مذکور فهرستی را ترتیب می‌دهد که بر مقیاس‌هایی همچون داشتن یخچال فریزر، تلویزیون یا رادیو، ماشین، موتورسیکلت یا دوچرخه، اثاثیهٔ منزل، اندازهٔ ساختمان، منبع آب آشامیدنی و نوع وسایل آرایشی مبتنی است. نتیجهٔ فهرست دارایی خانوار، روشن‌کنندهٔ تعیین تقریبی (نه تعیین قطعی) موقعیتهای اقتصادی است. پژوهشگران، جمعیت هر کشور را بر اساس درآمد به پنج گروه تقسیم کرده‌اند که بر فهرست دارایی خانوارهای آن کشور مبتنی است. بنابراین موقعیت اقتصادی فقیرترین گروه‌ها در هابیتی با موقعیت فقیرترین

۳۹. برنامهٔ مطالعات جمعیت‌شناختی و بهداشتی، پروژه‌های تحقیقاتی است که در آفریقا، آسیا و آمریکای لاتین به چنین فعالیتهایی می‌پردازد.

گروه‌ها در برزیل متفاوت است.^{۴۰} در درون کشورها زنان خانواده‌های ثروتمند در مقایسه با زنان خانواده‌های کم درآمد معمولاً فرزندان کمتری دارند؛ زیرا تحصیلات بیشتری دارند و از وسایل پیشگیری از بارداری زیاد استفاده می‌کنند. در استفاده از وسایل پیشگیری، به ویژه از نوع مدرن آن، نابرابری زیادی به چشم می‌خورد. به گونه‌ای که خانواده‌های ثروتمند پنج برابر بیشتر از خانواده‌های فقیر از وسایل پیشگیری استفاده می‌کنند.

نقش‌های جنسیتی

در کشورهایی با باروری بالا و پایین، باروری از قدرت نسبی مردان و زنان و پویایی‌های روابط میان آنان تأثیر می‌پذیرد. الگوهای جنسی با چند شیوه بر باروری اثر می‌گذارند. در جوامعی که زنان سواد کمتری دارند در مقایسه با مردان به رسانه‌های جمعی چندان دسترسی ندارند. از این رو اطلاعات این گونه زنان درباره بهداشت و سلامتی تولید مثل نسبتاً اندک است. همچنین آگاهی زنان برای جلوگیری از آبستنی‌های ناخواسته، محدود است. در جایی که قدرت مردان زیاد است زنان به سختی می‌توانند در گفتگوهای مربوط به استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری بر مردان چیره شوند.^{۴۱} پایین‌ترین سطح باروری در کشورهایی با باروری پایین، در مواردی است که زنان با کار تمام وقت، مسئولیت‌های تربیت کودک و رسیدگی به امور خانواده را نیز به عهده دارند. باروری بالا نیز مربوط به مواردی است که زنان از سوی شوهرانشان در کار منزل و تربیت فرزندان حمایت می‌شوند یا از منابع یارانه‌ای حکومت به خانواده‌ها برخوردار هستند و یا همزمان از حمایت حکومت و شوهر بهره می‌برند.^{۴۲}

فرزند پسر خواستن نمود دیگری از الگوهای جنسی است که می‌تواند بر سطوح باروری تأثیرگذار باشد. در چند کشور شمال آسیا و خاورمیانه، همسران بچه‌دار شدن را تا به دنیا آمدن فرزند پسر ادامه می‌دهند؛ به گونه‌ای که سطح باروری در این کشورها بالا می‌رود. محققان با بررسی شش کشور بنگلادش، مصر، هندوستان، نپال، پاکستان و ترکیه به این نتیجه رسیده‌اند که اگر ترجیح فرزند پسر نبود تعداد زنان باردار در هنگام مطالعه، ۹ الی ۲۱ درصد کاهش می‌یافت.^{۴۳} همچنین در چند کشور، ترجیح فرزند پسر، به سقط جنین جنسی و دست کشیدن از نوزاد دختر منجر شده است.

چکیده

✓ در تغییر ساختار جمعیتی کشورها باروری تقریباً بیشترین تأثیر را بر ساختار جمعیتی همه کشورها می‌گذارد.

۴۰. the World Bank, *Multi Country Report by HNP Indicators on Socio-Economic Inequalities*: www.worldbank.org/poverty/health/data/discuss2.htm.

۴۱. Nancy Yinger with Anne Peterson et al, *A from Work to Identify Gender Indicators for Reproductive Health and Nutrition Planning* (Washington, DC Population Reference Bureau ۲۰۰۲).

۴۲. UN Population Division, *Partnership and Reproductive Behaviour in Low Fertility Countries*.

۴۳. Zlizar et al, *new Survey Findings: "the Reproductive Revolution Continues" DHS Comparative Studies no ۲۳* (Calverton, MD Macro International ۱۹۹۷).

- ✓ این روند در چند دهه اخیر، در کشورهای کمتر توسعه یافته باعث افزایش جمعیت جوان شده است.
- ✓ رشد اخیر جمعیت جوان که ناشی از باروری بالا است، از عوامل زیستی، فرهنگی و اقتصادی تأثیر می پذیرند.
- ✓ جان بنگارت در دهه ۱۹۸۰ چهار متغیر را شناسایی کرد که به طور مستقیم بر باروری اثر می گذاشتند؛ نسبت زنان به کل جمعیت در سن زایش، درصد زنان در استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری، نسبت زنان در سن باروری که قادر به باروری نیستند و در نهایت میزان سقط جنین.
- ✓ عوامل تقویت کننده ای که بر این چهار عامل تأثیر می گذارد، عبارت اند از: سطح تحصیلات زنان، سطح درآمد ملی و خانوار، نقشهای جنسیتی و تفوق جنسیت در جامعه و در نهایت اشتغال زنان. این عوامل سطح باروری زنان را در هر جامعه ای تحت تأثیر قرار می دهد.

جلسه چهارم

جمعیت و توسعه

اهداف درس

آشنایی با:

✓ واکنش‌ها به رشد جمعیت؛

✓ کنفرانس ۱۹۹۴ قاهره.

مروری بر مباحث پیشین

در جلسه پیشین با آهنگ تغییرات جمعیتی و عوامل مؤثر بر سطح باروری زنان در جامعه آشنا شدیم. این عوامل عبارت بودند از: سطح تحصیلات زنان، سطح درآمد ملی و خانوار، نقش‌های جنسیتی و برترترب تفوق جنسیت در جامعه و اشتغال زنان.

جمعیت و توسعه

رابطه میان متغیرهای جمعیتی، درآمد و جنسیت کاملاً پیچیده است و با این سؤال مهم پیوند دارد که چگونه اندازه و آهنگ رشد جمعیت بر توسعه اقتصادی تأثیر می‌گذارد. در طی چند دهه کارشناسان، تأثیر رشد سریع جمعیت بر توسعه اقتصادی را بررسی کرده‌اند. کارشناسان بدبین به رشد جمعیت، معتقدند که رشد سریع جمعیت و باروری بالا مانعی بر سر راه توسعه است. این دیدگاه در دهه ۱۹۶۰، مبنای منطقی سرمایه‌گذاری گسترده در سیاست‌های تنظیم خانواده بود. اما کارشناسان خوش بین رشد جمعیت را این گونه استدلال کرده‌اند که رشد سریع جمعیت و حجم زیاد آن می‌تواند با فراهم ساختن نیروی انسانی و سرمایه‌های فکری و افزودن به رونق بازار، اقتصاد را بهبود بخشد.^{۴۴}

در دهه ۱۹۸۰، دیدگاه سوم، یعنی دیدگاه بی‌طرف، بر دو دیدگاه پیشین مسلط شد. میزان نسبتاً چشمگیر تحقیقات اقتصادی، که از دیدگاه سوم طرفداری می‌کردند، تقریباً شاهدهی بر این مطلب نداشتند که رشد

۴۴. Catherine Marquette and Richard Bilsborrow" Population and Environment Relationship in Developing Countries (New York Mc Millan ۱۹۹۷).

جمعیت به خودی خود بر عملکرد اقتصادی اثر می‌گذارد.^{۴۵} اما عوامل بسیاری از جمله دوره‌های اقتصادی و بحرانهای مالی، ارزیابی تأثیر جمعیت بر اقتصاد را پیچیده‌تر می‌کند. مطالعات دهه ۱۹۹۰ بیانگر آن بود که بارزترین گواه بر اثرهای منفی رشد جمعیت در باروری بالا، از فرد و خانواده تأثیر می‌پذیرد.^{۴۶} تحقیقات جدیدتر حاکی از اثر منفی ناچیز رشد جمعیت بر پایگاه و توسعه اقتصادی است.^{۴۷}

تمرکز بر حجم و رشد جمعیت، یک متغیر اصلی جمعیت‌شناختی، یعنی ساختار سنی جمعیت،^{۴۸} را نادیده گرفت. چون رفتار اقتصادی فرد در مراحل مختلف زندگی تغییر می‌کند، تغییرات در ساختار سنی می‌تواند به طور معناداری عملکرد اقتصادی داخلی را متأثر سازد. ملتهایی که نسبت بالایی از جمعیت‌شان، جوان و سالخورده، وابسته‌اند و بخش نسبتاً چشمگیری از منابع کشورشان را به این گروهها اختصاص می‌دهند، رشد اقتصادی محدودی دارند. اما در کشورهایی که بخش نسبتاً زیادی از جمعیت به سالهای اولیه فعالیت و صرفه‌جویی رسیده‌اند می‌توانند به رشد درآمد نیز کمک کنند. این امر، یعنی، کارکردن حجم زیادی از جمعیت سبب سرعت انباشت سرمایه و کاهش هزینه جمعیت وابسته می‌شود. این پدیده که امتیاز جمعیتی است، در کشورهایی ظهور می‌یابد که دارای یک کاهش تند و باروری باشند. پیامد مرکب این امتیاز و سیاست‌های کارآمد در عرصه‌های دیگر می‌تواند موجب رشد اقتصادی گردد.^{۴۹}

انتقال جمعیتی و تأثیر آن بر توسعه اقتصادی در مناطق مختلف جهان به گونه‌ای متفاوت ادامه می‌یابد. کشورهای شرق آسیا همچون کره و تایلند در بهره بردن از این امتیاز جمعیتی که از کاهش باروری ناشی شده است، بیشترین موفقیت را به دست آورده‌اند. این دستاورد در مناطق دیگر کمتر دیده می‌شود. بسیاری از کشورهای آمریکای لاتین انتقال جمعیتی نسبتاً سریعی را تجربه کرده‌اند؛ ولی سیاست‌های اقتصادی آنها از نیروی کار در حال رشد به درستی بهره‌برداری نکرده است. انتقال جمعیتی در آسیای میانه و جنوب شرق آسیا نسبت به شرق آسیا دیرتر شروع شد و کمتر نمود یافت. این مناطق تنها از منافع اقتصادی تغییر جمعیت استفاده می‌کنند. خاورمیانه و آفریقای شمالی هنوز در مراحل نخستین انتقال جمعیتی قرار دارند و در واقع بخشهای زیادی از مناطق حاشیه صحرای آفریقا کاهش ناچیزی در نرخ بالای باروری سنتی داشته‌اند. کاهش مرگ و میر که با کاهش باروری همراه بود، بین سالهای ۱۹۶۵ و ۱۹۹۰ سبب انتقال جمعیتی سریع در شرق آسیا شد. در نتیجه، جمعیت فعال چهار برابر سریع‌تر از جمعیت وابسته (کودکان و سالخوردگان) رشد کرد. سیستم‌های آموزشی قوی و تجارت بین المللی گسترده به نظامهای اقتصاد ملی این توانایی را بخشید تا این نسل «ناگهان رشديافته» را در قالب نیروی کار جذب کنند. این امتیاز جمعیتی، پیشرفت چشمگیر اقتصادی

۴۵. National Research Council, Population Growth and Economic Development Policy Questions (Washington CD: National Academy Press ۱۹۸۶).

۴۶. Robert Cassen and Contributors, Population and development: Old Debates New Conclusions ODCU.S. Third world Policy Perspectives No ۱۹ (New Brunswick, NJ: Transaction Publishers. ۱۹۹۶).

۴۷. See Nancy Birdsall, Allen Kelley, Steven Sinding, eds. Population Matters: Demographic change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World (New York: Oxford University Press, ۲۰۰۱).

۴۸. شیوه‌ای که جمعیت در گروه‌های مختلفی توزیع می‌شود.

۴۹. RAND "Banking the Demographic Divident" Population Matters Policy Brief (Santa Monica, CA: RAND ۲۰۰۲).

این مناطق را سرعت بخشید. درآمد سرانه واقعی بین سالهای ۱۹۶۵ و ۱۹۹۰ هر سال به طور میانگین شش درصد رشد یافت. امتیاز جمعیتی تقریباً دلیل یک چهارم تا دو پنجم این رشد بود.^{۵۰}

با بررسی منطقه شرق آسیا متوجه می‌شویم که کاهش نرخ باروری می‌تواند زمینه رشد اقتصادی را فراهم کند، تنظیم کارآمد خانواده می‌تواند انتقال جمعیتی را سرعت بخشد و به طور بالقوه با گسترش منافع اقتصادی، ملت‌ها را از چرخه فقر و بدبختی نجات دهد. اما کاهش باروری به خودی خود رونق اقتصادی را تضمین نمی‌کند. ملت‌ها برای بهره‌مند شدن از امتیازهای جمعیتی، به سیاست‌های کارآمد در عرصه‌های دیگر نیاز دارند، که عبارت‌اند از:

۱- بهداشت: بهسازی محیط، برنامه‌های مصون‌سازی و پادزیست‌ها باعث کاهش مرگ و میر می‌شود که آن نیز به نوبه خود به کاهش باروری می‌انجامد. افزودن بر آن، تحقیقات بیانگر آن است که جمعیت سالم می‌تواند رشد اقتصادی را پر شتاب کند و فقر را کاهش دهد.^{۵۱}

۲- آموزش: جذب یک جمعیت جوان در قالب نیروی کار مولد، مستلزم سرمایه‌گذاری در تمامی سطوح آموزشی است.

۳- سیاست اقتصادی: نیروی کار گسترده و تحصیل کرده تنها هنگامی سودآور خواهد بود که کارگران اضافی بتوانند کار کنند. سیاست‌های دولت که سبب نظام‌های اقتصادی پایدار، انعطاف‌پذیر، بازار کار و تجارت آزاد می‌شود، با رشد شغل‌های مولد و سودآور در ارتباط است.

۴- حکومت شایسته: در بسیاری از کشورها، استفاده کردن از مزایای «امتیاز جمعیتی» مستلزم حمایت از حاکمیت قانون، بالا بردن سطح کارآمدی عملکردهای حکومت، کاهش فساد و تضمین انجام پروژه‌ها به صورت قراردادی است.

۵- جنسیت: هنگامی که سیاست‌های مربوط به نابرابریهای جنسی در دسترسی به خدمات بهداشت و تنظیم خانواده، تحصیلات و کار بازنگری شود، باروری بسیار سریع‌تر کاهش می‌یابد و وضعیت بهداشت به زودی بهبود می‌یابد. همچنین هنگامی که نقش‌های زنان محدود نباشد، می‌توانند هرچه بیشتر به اقتصاد کشور کمک کنند.

در گذشته نه چندان دور، پژوهشگران درباره تأثیر رشد کم یا منفی جمعیت بر رونق اقتصادی در کشورهایی با باروری پایین هشدار داده‌اند. یک بررسی جدید نشان می‌دهد که افراد جوان برای ثابت ماندن در شغلشان در بزرگسالی، به عنوان نیروی کار ثابت، با دشواریهایی مواجه‌اند و بنابراین انتقال به زندگی مستقل را به تأخیر می‌اندازند.^{۵۲} این تأخیر نیز سبب بچه‌دار شدن دیر هنگام می‌شود که نرخ باروری را پایین می‌آورد.

۵۰. Bloom, Canning, and Sevilla the Demographic dividend.

۵۱. Commission on Macroeconomics and Health, "Macroeconomics and Health: Investing in Health for Development" (Geneva: World Health Organization, ۲۰۰۱).

۵۲. Sleebos, "Low Fertility Rates in OECD Countries".

واکنش‌ها به رشد جمعیت

نگرانی درباره رشد سریع جمعیت و مازاد آن، قدمتی طولانی دارد. توماس مالتوس، اقتصاددان انگلیسی، در سال ۱۷۹۸ رساله مشهور خود را درباره این موضوع نوشت. او در این رساله استدلال کرد، رشد جمعیت‌ها از ذخایر غذایی پیشی خواهد گرفت که در نهایت به فقر، قحطی و مرگ و میر منجر می‌شود. تقریباً ۲۰۰ سال پس از آن در ایالت متحده آمریکا، یعنی در سال ۱۹۶۸، کتاب پاول ارلیخ به نام *نفجار جمعیت* سبب بحث و گفتگوهایی با پوشش رسانه‌ای گسترده و در سطح همگانی درباره پیامدهای رشد سریع جمعیت گردید. پیش‌بینی‌های هولناک ارلیخ و نویسندگان دیگر طرفداران و منتقدانی داشت. همچنین این پیش‌بینی‌ها سبب سوالات پیوسته درباره پیامدهای رشد جمعیت در آینده شد.

توجه فزاینده در نیمه قرن بیستم

در دهه‌های ۱۹۳۰ و ۱۹۴۰ دانشمندان و روشنفکران برخی کشورهای در حال توسعه همانند مصر، هندوستان و مکزیک بر این مسئله تأکید کردند که رشد سریع جمعیت در کشور آنها مانع توسعه و پیشرفت خواهد شد.^{۵۳} سازمان ملل متحد نخستین سمینارهای خود را با موضوع جمعیت جهانی با همکاری سازمان بین‌المللی مطالعات علمی جمعیت در سالهای ۱۹۵۴ و ۱۹۶۵ برگزار کرد. دانشمندان شرکت‌کننده در این سمینار هشدار دادند، رشد سریع جمعیت می‌تواند وضعیت فقر را وخیم‌تر و در کشورهایی با منابع محدود از توسعه جلوگیری کند.

نخستین سیاست‌ها و برنامه‌های جمعیتی در دهه ۱۹۵۰ شکل گرفت که بر اساس آن همسران را به داشتن فرزندان کمتر تشویق می‌کردند و با در دسترس قرار دادن خدمات تنظیم خانواده سعی در کند کردن آهنگ رشد جمعیت داشتند. کشور هند در سال ۱۹۵۲ از چنین سیاستی استقبال کرد و گامهایی نیز در جهت ارتقای تنظیم خانواده برداشت. البته اتخاذ چنین تصمیمی پس از به قحطی و گرسنگی دچار شدن بخش‌های زیادی از کشور در نیمه دهه ۱۹۶۰ بود. بزرگ‌ترین سازمان خصوصی ویژه تنظیم خانواده، فدراسیون بین‌المللی طرح والدینی بود که در سال ۱۹۵۲ تأسیس شد.

در نیمه دهه ۱۹۶۰ ایالات متحده آمریکا، سوئد و چند کشور صنعتی دیگر برای حمایت از تلاش‌های تنظیم خانواده در کشورهای در حال توسعه، در سطح گسترده‌ای به برنامه‌های کمکی اقدام کردند. ایالات متحده آمریکا به بزرگترین اهداکننده مساعدت مردمی تبدیل گردید. در سال ۱۹۶۹ سازمان ملل به جهت اقدامات جمعیتی، صندوق جمعیت ملل متحد را تأسیس کرد. این صندوق مأموریت داشت به کشورهایی که مسائل جمعیتی را بررسی می‌کنند، کمک کند و همچنین از برنامه‌های ملی تنظیم خانواده حمایت نماید. از آن تاریخ به بعد دولتها در راستای تثبیت رشد جمعیت، به تنظیم خانواده به عنوان گامی اساسی می‌نگرند. هر چند نگرش محدود کردن خانواده از همان ابتدا سبب درگیری‌ها و مشاجراتی شد.

۵۳. Anvudh Jain, ed, Do Population Policies Matler? (New york: Population Council, ۱۹۹۸).

صعود و افول مساعدتها

در سال ۱۹۷۴ سازمان ملل یک سمینار میان‌دولتی را با موضوع جمعیت، در بخارست برگزار کرد. ایالات متحده آمریکا جزء کشورهایی بود که استدلال می‌کرد، سرمایه‌گذارها در کنترل جمعیت مزایای بیشتری برای کشورهای در حال توسعه خواهد داشت. اما در سالهای اولیه برنامه‌های جمعیتی، بسیاری از کشورهای در حال توسعه متوجه شدند؛ مردم به تنظیم خانواده توجهی ندارند و در عوض از این ایده استقبال کردند که همزمان با افزایش سطح زندگی از طریق توسعه اقتصادی، باروری کاهش می‌یابد و رشد جمعیت آهنگ کم‌شتابی به خود خواهد گرفت. این نظریه معتقد بود رونق اقتصادی سبب کاهش باروری می‌شود و چنین نیست که کاهش باروری سبب رونق اقتصادی شود. در کنفرانس جهانی جمعیت ۱۹۷۴، نماینده هند به دیدگاههای بسیاری از رهبران کشورهای در حال توسعه در سخنانش تأکید کرد که: «توسعه بهترین وسیله جلوگیری از بارداری است».

در اواخر دهه ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ هنگامی که تحقیقات فزاینده نرخ بالای رشد جمعیت، نرخهای بالای مرگ و میر نوزادان و مادران و تمایل بیش از حد زنان به محدود کردن بارداری را مستند ساختند؛ نگرشهای بسیاری از کشورهای در حال توسعه تغییر یافت. دولت‌مردان که تعدادشان همواره در حال افزایش بود، نگران بودند که رشد سریع جمعیت، مانع توسعه اقتصادی شود. یک نیاز گسترده برآورده نشده نشان داد که برنامه تنظیم خانواده سرمایه‌گذاری ارزشمندی است که باروری را کاهش می‌دهد. از این رو برنامه‌های تنظیم خانواده بسیار رایج شد.

دولتها در کنفرانس جهانی جمعیت در سال ۱۹۸۴ در مکزیکوسیتی درباره در دسترس بودن خدمات تنظیم خانواده، در مقام موضوعی فوری، در سطح جهانی به دیدگاهی تقریباً واحد دست یافتند. این بار دولت ایالات متحده ضمن مخالفت با این اجماع نوظهور اعلام کرد: «دولت ایالات متحده بودجه هر سازمانی که خدمات سقط جنین و مشاوره آن را ارائه کند، حتی اگر بودجه آن خدمات و مشاوره از منابع غیرآمریکایی تأمین شده باشد، را حذف خواهد کرد». این محدودیت که به سیاست مکزیکوسیتی معروف شد، بسیاری از سازمانهای غیردولتی که از ایالات متحده کمک دریافت می‌کردند را تحت تأثیر قرار داد.

در توافق با مفاد اصلی بیانیه مکزیکوسیتی، بسیاری از مناطق حاشیه صحرای آفریقا در بیانیه‌های منطقه‌ای درباره جمعیت و توسعه در دهه ۱۹۸۰ شرکت کردند و در اوایل دهه نود سیاست‌های ملی جمعیت را پذیرفتند.^{۵۴} در هنگام برگزاری کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه ۱۹۹۴، بیش از نیمی از کشورهای در حال توسعه دارای سیاست‌های ملی جمعیت برای کاهش رشد جمعیت بودند. همچنین بیشتر کشورهای دیگر اعلان کردند که قصد دارند در آینده‌ای نزدیک از چنین سیاست‌هایی پیروی کنند.^{۵۵} در آن زمان بیشتر سیاست‌های جمعیتی ملی، حمایت از تنظیم خانواده و بهداشت کودکان و مادران را دربرمی‌گرفت تا به تلفیقی

۵۴. Thomas I. Goliber, "Population and Reproductive Health in Sub-Saharan Africa," Population Bulletin in ۵۲ no. ۴ (۱۹۹۷): ۴ - ۵.

۵۵. UN, *Synthesis of National Report on Population and Development* (New York: UN, ۱۹۹۴).

از اهداف، معمولاً کاهش رشد جمعیت و ارتقای سطح بهداشت که همه آنها در راستای حمایت از اهداف کلی توسعه بود، دست یابند.^{۵۶}

نفوذ فزاینده گروههای زنان

در اواخر دهه ۱۹۸۰ و اوایل دهه ۱۹۹۰ طرفداران بهداشت و حقوق زنان به گونه‌ای فزاینده نگران توجه بسیاری از دولتها در ترویج تنظیم خانواده برای تثبیت رشد جمعیت بودند. آنها بر این نکته اصرار داشتند که دولت بدون توجه به سلامتی زنانی که وسایل جلوگیری را به کار می‌گیرند به توزیع آنها مباردت می‌کند و در این میان صرفاً تثبیت رشد جمعیت را در نظر دارند، نه سلامتی، تندرستی و رعایت حال زنان را.

طرفداران حقوق زنان مخالف رهیافتهای دستوری (بالا به پایین) و نتیجه‌مدار در کاهش رشد جمعیت بودند. آنها معتقد بودند؛ این رهیافتهای زور و اجبار را افزایش می‌دهد و حقوق زنان را درباره آزادی تناسلی نقض می‌کند. آنها استدلال می‌کردند که برنامه‌های مبتنی بر اهداف کمی به از دست رفتن کیفیت خدمات و حق انتخاب تناسلی زنان منجر می‌شود.

طرفداران حقوق زنان همچنین استدلال کردند که دقت بسیاری از برنامه‌های تنظیم خانواده، تولید وسایل ضد بارداری و اطلاعات مربوط به آن، بیش از اندازه تنگ‌نظرانه است. آنان معتقد بودند چنانچه زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی حاکم بر روابط جنسی، باروری و استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری را در نظر می‌گرفتند، برنامه‌های تنظیم خانواده کارآمدتر می‌شد. به عبارت دیگر، اگر به زنان در زمینه روابط جنسی و باروریشان اختیارات بیشتری داده می‌شد، بیشتر می‌توانستند به تعداد دلخواهشان فرزند داشته باشند. برخی از جمعیت‌شناسان همسو با این دیدگاه، بر این باورند که برآورده ساختن نیازهای زنان، در نهایت باروری را کاهش می‌دهد؛ چون در بیشتر کشورهای در حال توسعه تعداد فرزندان زنان بیشتر از تعداد مطلوبشان است.^{۵۷}

کنفرانس ۱۹۹۴ قاهره

گفتگوهای مربوط به حقوق زنان، زمینه بزرگ‌ترین کنفرانس جهانی جمعیت را به وجود آورد؛ یعنی، کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه که در سال ۱۹۹۴ در قاهره برگزار شد. کنفرانس قاهره که با حضور ۱۱۰۰ نماینده از دولتها، سازمانهای غیر دولتی و آژانس‌های بین‌المللی تشکیل شد، توجه دولت‌مردان و سیاستمداران رده بالا، گروههای حامی حقوق زنان، رهبران مذهبی و رسانه‌ها را بیشتر از کنفرانس‌های پیشین جلب کرد.

اختلافهای روشن ایدئولوژیکی بر سر مسائل، شرکت‌کنندگان را به چندین دسته تقسیم کرد. حامیان سلامتی زنان بر این امر اصرار می‌ورزیدند که مفهوم بهداشت تولید مثل و حقوق تولید مثل در بیانیه کنفرانس گنجانده شود. زیرا این اصطلاحات هرگز در سطح بین‌المللی تعریف نشده بودند و ارائه تعریفی که همه گروه‌ها آن را بپذیرند، کاری دشوار بود. واتیکان، برخی از کلیساهای کاتولیک و کشورهای مسلمان و تعداد

۵۶. Stephen Isaacs Gail S.Cairns, and Nancy I.Heckel, *Population Policy: A Manual for Policy makers and Planners*, ۲d ed. (New york: Center for Population and Family Health. Calumbia University, and the Futures Group, ۱۹۹۱).

۵۷. Steven W.Sinding, *Seeking Common Ground Demographic Goals and Individual Choice* (Washington, DC: Population Reference Bureau, ۱۹۹۴).

اندکی از سازمانهای غیردولتی در تعریف بهداشت تولید مثل و حقوق تولید مثل با یکدیگر موافق بودند. نکته مهم و اساسی این بود که آیا می‌توان سقط جنین را با نام مؤلفه‌ای از بهداشت تولید مثل و یک حق همگانی تفسیر کرد یا چنین تفسیری نادرست است؟ درگیریها درباره سقط جنین در کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه در سطح رسانه‌ای گسترش یافت. اگرچه در این کنفرانس به جز بهداشت تولید مثل به موضوعات بسیار دیگری نیز پرداخته شده بود.

برنامه بیست ساله فعالیت که در کنفرانس آغاز شد از بحث درباره رشد جمعیت و اندازه آن اجتناب کرد، اما خواستار توسعه انسانی و تثبیت رشد جمعیت در کشورها شد. این کنفرانس همچنین سرمایه‌گذاری در جهت بهداشت، آموزش و حقوق فردی را، به ویژه برای زنان، خواستار شد.

این کنفرانس مهم با بازنگری بحثهای جمعیتی اعتبار یافت. محور دستورالعمل جدید، بر این باور است که بر آورده ساختن نیازهای فردی به منظور کاستن از رشد جمعیت شیوه انسانی‌تر و کارآمدتری نسبت به شیوه پیشین است که بر به کارگیری برنامه‌های تنظیم خانواده متمرکز بود. با روشن شدن دلایل و پیامدهای رشد جمعیت در متن توسعه انسانی و پیشرفت اجتماعی، دولتها و افراد با زمینه‌های متنوع سیاسی و فرهنگی می‌توانند از این توصیه‌ها حمایت کنند.

برنامه بیست ساله کنفرانس قاهره بلندپروازانه است؛ این برنامه شامل بیش از دویست توصیه در عرصه‌های بهداشت، توسعه و رفاه اجتماعی است.^{۵۸}

یک ویژگی مهم این کنفرانس عبارت است از توجه به مراقبت بهداشتی تولید مثل که تنظیم خانواده، آبستنی ایمن و خدمات زایمان، سقط جنین قانونی، پیشگیری و درمان بیماریهایی که از طریق روابط جنسی منتقل می‌شوند (مانند ایدز)، ارائه اطلاعات و مشاوره درباره گرایش‌های جنسی و کنار گذاشتن رفتارهای زیان‌آور بر ضد زنان همچون سقط جنین و ازدواجهای اجباری را دربرمی‌گیرد.

رویکرد بهداشت تولید مثل که از کنفرانس قاهره سرچشمه می‌گیرد، نیازها و فرصتهای زنان را، برای آبستنی‌های سالم، کنترل بیشتر گرایش‌های جنسی و باروری و انتخابهای بیشتر در زندگی، در محور سیاست‌های جمعیتی در کشورهای در حال توسعه قرار می‌دهد. این رویکرد همچنین مستلزم سرمایه‌گذاریهایی مالی و سیاسی بیشتر در عرصه گسترده‌تر بهداشت و خدمات دیگر است که برنامه‌های تنظیم خانواده به تنهایی چنین سرمایه‌های عظیمی را برنمی‌تابد.

پیشرفتهای و موانع پس از کنفرانس قاهره

پنج سال پس از کنفرانس قاهره، یعنی در سال ۱۹۹۹، سازمان ملل بار دیگر دولتها را دعوت کرد تا سیاست‌های جمعیت و توسعه را بررسی کنند. این بازنگری که به «قاهره + ۵» نام گرفت، شامل مذاکراتی می‌شد که به نشست انجمن عمومی سازمان ملل متحد منتهی شد. این نشست بر اقدامات اساسی مورد نیاز برای دستیابی به اهدافی متمرکز شده بود که در کنفرانس ۱۹۹۴ قاهره مطرح گردید. نقد و بررسی عملکرد پنج ساله نمونه‌های فراوانی را از سراسر جهان درباره پیشرفت رویکردهای سیاسی و برنامه‌ریزی جدید و

۵۸. UN, "Programme of Action of the International Conference on Population and Development," in *Report of the international Conference on Population and Development* (Cairo, Sept, ۵ - ۱۳ ۱۹۹۴): Para. ۷/۲-۷/۴ and ۸۰۲۵ accessed online at www.unfpa.org/lcpcpd/, on Feb. ۲۰۰۴).

همچنین دربارهٔ موانع عملی ساختن این برنامه‌ها ارائه کرد. در بسیاری از کشورها گزارشهای امیدبخشی دربارهٔ زمینه‌های تغییر از جمله قوانین و سیاست‌های تازه، اصلاح مراقبتهای بهداشتی و مشارکت شهری در برنامه‌های مربوط به جمعیت وجود داشت.^{۵۹}

چالشهای اصلی اجرای برنامهٔ قاهره در منابع، توانایی و تعهد کشورها خلاصه می‌شد. در کشورهایی که منابع انسانی و مالی محدود و چالشهای توسعه فراوان است، خدمات بهداشت تولید مثل ممکن است در بودجه‌های ملی یا در وظایف روزمرهٔ مددکاران بهداشت به سطح اهمیت فوری نرسد. بر اساس گزارشهای سازمان ملل، دولتهای اهداکننده نیز بسیار کمتر از آنچه ملتزم شده بودند، مساعدت کرده‌اند.

با نزدیک شدن به دهمین سالگرد کنفرانس قاهره، دولتها موظف‌اند پیشرفتهای و موانعشان را برای رسیدن به اهداف برنامهٔ بیست سالهٔ قاهره بررسی کنند. به جای برگزاری کنفرانس بین‌المللی دیگر، صندوق قرضهٔ سازمان ملل برای فعالیتهای جمعیتی، دهمین سالگرد کنفرانس قاهره را با تحلیلی از دستاوردها و گلوگاه‌های کشورها برگزار می‌کند و این تحلیل و بررسی‌ها به کمیتهٔ سازمان ملل که بررسی مسائل جمعیتی را بر عهده دارد، فرستاده می‌شود. نشست‌های کشوری، منطقه‌ای و سازمانهای غیردولتی نیز برگزار می‌شود تا پیشرفتهای خود را ارزیابی کنند.

واکنش‌ها به باروری پایین

در اوایل دههٔ ۱۹۳۰ دانشمندان آمریکایی و اروپایی متوجه کاهش میانگین اندازهٔ خانواده در کشورهای پیشرفته شدند و دربارهٔ چشم‌اندازهای بلندمدت نیروی کار کم، کاهش جمعیت و رکود اقتصادی هشدار دادند.^{۶۰} بیشتر این کشورها از قبل کاهش چشمگیر باروری را تجربه کرده بودند. نگرانیهای اولیه دربارهٔ کاهش باروری با بیش‌زایی پس از جنگ دوم جهانی تنها به صورت سطحی در اروپا در دهه‌های هشتاد و نود برطرف شد. در سال ۱۹۹۹ تقریباً همهٔ کشورهای غربی و غرب اروپا (به علاوهٔ تعدادی از کشورها در مناطق دیگر) دارای باروری کمتر از سطح جانشین بودند و هیچ نشانه‌ای بر بازگشت صعودی به چشم نمی‌خورد. پژوهشگران و دولتها سیاست‌های احتمالی را برای پاسخ به باروری پایین در سالهای اخیر، به ویژه در اروپا که پیامدهای اقتصادی و اجتماعی آن از پیش آشکار است، بررسی کرده‌اند. سازمان ملل چندین نشست فنی با موضوع کاهش باروری در سال ۲۰۰۰ تشکیل داده است، اما همچنان باید در این موضوع کنفرانس‌های گستردهٔ میان‌دولتی برگزار شود.

۵۹. Lori Ashford and Carolyn Makinson, *Reproductive Health in Policy and Practice* (Washington to DC: Population Reference Bureau ۱۹۹۹).

۶۰. Grant et al. *Low Fertility and Population Ageing*.

افزایش نگرانیها نسبت به کاهش باروری

هنگامی که باروری پایین در طول سالها (زیر سطح جانشین) ثابت بماند، به پیری جمعیت و کاهش جمعیت منجر می‌شود. این دو پدیده پیامدهای وسیع اقتصادی، اجتماعی و سیاسی دارند.^{۶۱}

الف) انتقال به ساختار سنی پیر، به نظام امنیت اجتماعی و برنامه‌های مستمری فشار می‌آورد؛ زیرا تعداد افراد در سن فعالیت کاهش می‌یابد و آنها باید به ناچار از تعداد زیاد بازنشسته‌ها حمایت کنند. همچنین افراد سالخورده هزینه‌های بهداشتی زیادی دارند که فشار اضافی بر بیمه تأمین اجتماعی و بودجه‌های بهداشتی کشور وارد می‌کند.

ب) کوچک شدن جمعیت فعال می‌تواند به دستاوردهای تولیدی کم و رشد اقتصادی پایین منجر شود.
ج) در صورتی که تقاضای کار رو به افزایش سبب سرازیری انبوه مهاجران از فرهنگهای دیگر شود، انسجام اجتماعی تهدید می‌شود.

د) کاهش جمعیت ممکن است هویت ملی را ضعیف سازد و موقعیت سیاسی و اقتصادی کشور را در سطح بین‌المللی پایین آورد.

نگرانی اخیر بیشتر کشورها ناشی از میزان وابستگی ناپایدار است؛ یعنی، نیروی کار کم طیف گسترده‌ای از بازنشستگان را باید پشتیبانی کند و این روند هزینه جدی دارد و بنابراین مشارکت مقامات رسمی منتخب را می‌طلبد. بر اساس پیش‌بینی‌ها کاهش سریع باروری کره جنوبی در طی ۲۵ سال گذشته، میزان جمعیت وابسته را در سال ۲۰۵۰ تا ۶۰ نفر خواهد کشاند. ایالات متحده آمریکا و آلمان نیز در قرن ۲۱ شاهد افزایش جمعیت وابسته خواهند بود. نگرانی نسبت به پیری و کاهش جمعیت سبب درگیریه‌ها و مشاجراتی درباره مؤثرترین شیوه‌ها، برای معکوس کردن این روند یا کاستن از پیامدهای آن شده است. از این رو دولتها می‌توانند سه سیاست کلی را در پیش گیرند:

۱- سیاست‌هایی را انتخاب کنند که به طور مستقیم یا غیرمستقیم بر بارداری تأثیر می‌گذارد؛ مثلاً از طریق تشویق افراد به ازدواج و به دنیا آوردن فرزندان بیشتر.

۲- مهاجرت جمعیت فعال را به درون (مهاجرپذیری) افزایش دهند.

۳- سیاست‌هایشان را با توجه به اثرات پیری جمعیت اصلاح کنند؛ مثلاً این کار را از راه بالا بردن سن بازنشستگی و کاستن از فشار مالی حقوق بازنشستگی، تأمین اجتماعی، بهداشت و نظامهای مالیاتی انجام دهند.

۴- دو طرح اول از عناصر اصلی تعیین‌کننده تحول جمعیت، یعنی باروری و مهاجرت، هستند.

۶۱. wolfgang Lutz, Brian c., O' Neill, and Sergei Scherbov, "Europe's Population at a Turning Point" Science ۲۲۹ (March ۲۸, ۲۰۰۳): ۱۹۹۱ - ۹۲.

چكیده

✓ سیاست‌های کارآمد ملتها برای بهره‌مند شدن از امتیازهای جمعیتی، عبارت‌اند از:

۱- بهداشت؛

۲- آموزش؛

۳- سیاست اقتصادی؛

۴- حکومت شایسته؛

۵- جنسیت.

✓ توماس مالتوس، اقتصاددان انگلیسی، در سال ۱۷۹۸ رساله مشهور خود را درباره نگرانی رشد سریع جمعیت و مازاد آن نوشت. او در این رساله استدلال کرد، رشد جمعیتها از ذخایر غذایی پیشی خواهد گرفت که در نهایت به فقر، قحطی و مرگ و میر منجر می‌شود.

✓ برنامه بیست ساله فعالیت که در کنفرانس قاهره آغاز شد از بحث درباره رشد جمعیت و اندازه آن اجتناب کرد، اما خواستار توسعه انسانی و تثبیت رشد جمعیت در کشورها شد. این کنفرانس همچنین سرمایه‌گذاری برای در جهت بهداشت، آموزش و حقوق فردی را، به ویژه برای زنان، خواستار شد.

✓ در اوایل دهه ۱۹۳۰ دانشمندان آمریکایی و اروپایی متوجه کاهش میانگین اندازه خانواده در کشورهای پیشرفته شدند و درباره چشم‌اندازهای بلندمدت نیروی کار کم، کاهش جمعیت و رکود اقتصادی هشدار دادند.

جلسه پنجم

سیاست‌های جمعیتی (با تکیه بر عوامل باروری)

اهداف درس

آشنایی با:

✓ سیاست‌های تأثیرگذار بر باروری؛

✓ سیاست‌های مهاجرت؛

مروری بر مباحث پیشین

در جلسه گذشته با عوامل مؤثر بر سطح باروری در هر جامعه همچون واکنش‌ها و سیاست‌های دولتها در رویارویی با روند باروری پایین، نقش سطح تحصیلات زنان، سطح درآمد ملی و خانوار، نقش‌های جنسیتی، برتری یافتن جنسیت در جامعه بر تعداد فرزندان و در نهایت نقش اشتغال زنان بر تعداد فرزندان آشنا شدیم. در ادامه نیز به مباحث حقوق زنان، که باعث برگزاری بزرگ‌ترین کنفرانس جهانی جمعیت، یعنی کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه در قاهره شد، پرداختیم.

سیاست‌های تأثیرگذار بر باروری

در بیشتر کشورهای اروپایی که باروری در سطح بسیار پایینی قرار دارد؛ در برابر سیاست‌های حکومت، مقاومت همگانی وجود دارد و این امر هم به دلیل برنامه‌های جابرائه ارتقای باروری که دولتهای غیردموکراتیک همچون آلمان، رومانی و اسپانیا در گذشته از آن حمایت کردند و هم به سبب این اندیشه است که ممکن است زایش‌ها همچون سدی در برابر پیشرفت زنان در محل کار تلقی شوند.^{۶۲} بر این اساس امروزه سیاست‌های خانواده در اروپا سعی می‌کنند فرصت‌های مساوی در محل کار به وجود آورند و به زنان کمک کنند تا همراه با پرورش کودک به کار نیز بپردازند. طیف دخالت‌ها گاه ممکن است برای حمایت از خانواده‌ها آنچنان وسیع باشد که هیچ شهادی بر «گلوله جادویی» که کاهش باروری را معکوس می‌گرداند، وجود نداشته باشد.^{۶۳} در عوض دولتها می‌توانند میان تعدادی از سیاست‌های تقویت‌کننده و مداخلات، جمع برقرار کنند.

^{۶۲}. Lutz, O' Neill, and Scherbov, "Europe's Population at a Turning Point."

^{۶۳}. Grant et al., Low Fertility and Population Ageing and Sleenbos, "Low Fertility Rates in OECD Countries."

دولتها سیاست‌گذاریهایی متفاوتی دارند. نسل حاضر اسپانیا برخلاف نسل پیشین آن، که دارای یکی از بالاترین سطوح باروری بود، یکی از پایین‌ترین میزانهای باروری در اروپا را دارد. کاهش وحشتناک باروری به سبب انتقال از حکومت استبدادی فرانسیسکو فرانکو به حکومت دموکراتیک است. در حکومت پیشین استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری ممنوع بود و خانواده‌ها به داشتن فرزند بیشتر تشویق می‌شدند، برخلاف حکومت دموکراتیک که سیاست جمعیتی نداشت.^{۶۴} اما فرانسه در سال ۲۰۰۳ میلادی در ردیف دوم بالاترین میزانهای باروری ($TFR=1.9$) قرار داشت و همچنین از قوی‌ترین سیاست‌ها برای تشویق خانواده‌ها برای داشتن فرزند در بین کشورهای اروپایی برخوردار بود. با این همه کاهش باروری فرانسه در قرن اخیر، موجب نگرانیهای عمیقی نسبت به کاهش جمعیت شد و بدین سبب سیاست‌های خانواده در مرتبه بالایی بحثهای سیاسی قرار گرفت.^{۶۵} حال انواع گوناگون راهکارهای فرانسه و دیگر کشورهای اروپایی را در این باره بررسی می‌کنیم.

۱- سیاست‌های حمایت از خانواده

دولتها برای حمایت از خانواده‌ها حق عائله‌مندی را در نظر گرفتند که همان پرداخت نقدی به خانواده‌ها در هنگام تولد کودک از سوی دولت است، تا بدین وسیله افزایش هزینه‌های خانواده‌ها به گونه‌ای جبران شود. بیش از یک قرن است که حق عائله‌مندی بخشی از سیاست‌های خانواده است و ۸۸ کشور در نقاط مختلف جهان این حقوق را تأمین می‌کنند. از این رو، بسیاری از کشورها همچون ایالات متحده آمریکا برای کمک به پرداخت هزینه‌های کودکان، اعتبارها و مزایای مالیاتی ارائه می‌کنند. اما حقوق عائله‌مندی تأثیر به سزایی بر باروری نداشته و امروزه اهمیت آن از تسهیلاتی همچون مرخصی زایمان و مراقبت از کودک کمتر است.^{۶۶} دولتها همچنین می‌توانند با دادن وامهای مسکن کم‌بهره به خانواده‌ها کمک کنند. برخی پژوهشگران به این نکته اشاره کرده‌اند که با پایین آوردن هزینه‌های مسکن، زوجها زودتر بچه‌دار می‌شوند. سیاست‌های دیگر خانواده همانند ترغیب کردن به ازدواج و جلوگیری از طلاق نیز ممکن است شکل‌گیری خانواده‌ها و در نتیجه زمان‌بندی باروری را تحت تأثیر قرار دهد. زمان‌بندی همچنین می‌تواند بر باروری کل اثر بگذارد. با زودتر بچه‌دار شدن زوجها آهنگ پیر شدن جمعیت کند می‌شود؛ زیرا فاصله کوتاه‌تر میان نسله‌ها به ساختار سنی جوان‌تر کمک می‌کند.

۲- سیاست‌های شغلی طرفدار خانواده

هدف برخی از سیاست‌گذاریها همانند یاری کردن خانواده‌ها در نگهداری از کودکان، مرخصی والدین و قراردادهای کاری انعطاف‌پذیر آن است که از هزینه جمع میان کار و مسئولیتهای خانوادگی بکاهند. اما مبنای منطقی این‌گونه حمایتها از سوی خانواده از ارتقای باروری فراتر می‌رود. تشویق مادران به ورود و باقی ماندن

۶۴. Grant et al., Low Fertility and Population Ageing and Sleebos, "Low Fertility Rates in OECD Countries." ۱۳.

۶۵. Grant et al., Low Fertility and Population Ageing.

۶۶. Ibid.

در نیروی کار، سبب شکل‌گیری و حفظ مهارت‌های آنها، افزایش اندازه و کیفیت نیروی کار و ارتقای برابری جنسی می‌شود.^{۶۷}

فراهم کردن نگهداری از کودکان به گونه‌ی مجانی یا یارانه دادن به آن، شیوه‌ی مهمی است که به مادران امکان می‌دهد تا بر سر کار روند.

مرخصی زایمان و مزایای آن سابقه‌ی زیادی دارد، اما مرخصی «والدین» از جمله پدران امری کاملاً تازه است. در مقدار زمان مرخصی‌های زایمان اختلاف‌های قابل ملاحظه‌ای وجود دارد. مثلاً مرخصی در ایالات متحده آمریکا از دیگر کشورهای توسعه‌یافته کمتر است. حال آنکه سیاست‌های نروژ به گونه‌ای سخاوتمندانه است؛ در این کشور همه مادران حق دارند بعد از زایمان به کار پاره‌وقت بازگردند و پدران موظف هستند از مرخصی والدینی استفاده کنند.^{۶۸} در سوئد و هلند نیز مردان را به مشارکت در پرورش فرزند تشویق می‌کنند.^{۶۹} مقرراتی همانند: تغییر در ساعات کار، کار پاره‌وقت و مرخصی‌های مربوط به خانواده، به شاغلان کمک می‌کند تا همراه با کار کردن به مسئولیت‌های خانوادگی نیز رسیدگی کنند.^{۷۰}

ضمیمه (۴)

توسعه سیاست‌های جمعیتی در هند و چین

کشورهای هند و چین، از جمعیت‌های میلیاردي جهان، برای بررسی رشد جمعیت، سیاست‌هایی را در سطح ملی پایه‌گذاری کرده‌اند. هر چند که جزئیات و اجرای سیاست‌های آنها با یکدیگر متفاوت است و هر دو کشور تنوعات منطقه‌ای زیادی دارند، اما سیاست‌های چین با جدیت در سطح ملی اجرا شده و در مقایسه با سیاست‌های هند در کاهش چشمگیر باروری و کند کردن آهنگ رشد جمعیت، کارآمدتر بوده است. «موفقیت» چین همچنین به سبب محدود کردن آزادی زنان برای بچه‌دار شدن، با انتقادهای بین‌المللی روبه‌رو شده است. تجربیات این کشورهای بزرگ بر بحث‌های جهانی درباره‌ی جمعیت و حقوق فردی اثر می‌گذارد و به آنها واکنش نشان می‌دهد.

هند

هند در دهه ۱۹۵۰ میلادی نخستین برنامه دولتی تنظیم خانواده در سطح جهان را برای کاهش جمعیت آغاز کرد. از اوایل دهه ۱۹۶۰ تا نیمه دهه ۱۹۹۰ میلادی اهداف تعیین‌شده از سوی دولت برای استفاده از وسایل ناباروری بر مدیریت برنامه برتری داشت.

۶۷. Sleebos, "Low Fertility Rates in OECD Countries."

۶۸. به منظور تشویق به مشارکت در مسئولیت‌های نگهداری از کودکان اعطا می‌شود.

۶۹. Anatoly Zoubanov, Population Ageing and Population Decline: Government Views and Policies (Paper Prepared for the Expert Group Meeting on Population Ageing and Population Decline. UN Population Division, New York, Oct. ۱۶-۱۸, ۲۰۰۰).

۷۰. Sleebos, "Low Fertility Rates in OECD Countries."

در سالهای ۱۹۷۵ تا ۱۹۷۷ میلادی نخست وزیر دولت گاندی، اقدامات استرلیزه کردن مردان را ارتقا داد که در پاره‌ای موارد نیز به اعمال زور و اجبار منجر شد. خشم همگانی نسبت به بدرفتاریهای گزارش شده موجب سقوط دولت گاندی شد و همچنین سبب بروز شورشهایی برخلاف برنامه‌های تنظیم خانواده شد که کنترل این جنبش‌ها سالها به طول انجامید.^{۷۱}

دولت هند در دهه‌های هشتاد و نود حمایت از برنامه‌های تنظیم خانواده را با محوریت استفاده الزامی از وسایل ضد بارداری ادامه داد. با اینکه پذیرفتن تنظیم خانواده اختیاری بود، ولی شوق آشکار دولت برای دستیابی به اهداف، بار دیگر با اعتراض فزاینده‌ای روبه‌رو شد. منتقدان بر آن باور بودند که اصرار بیش از اندازه دولت بر دست یافتن به اهداف سالانه، سبب می‌شود عواملان بهداشت نسبت به دسترسی به اهداف عددی بیشتر نگران باشند تا برآورده ساختن نیازهای زنانی که به آنها خدمات‌دهی می‌کردند. در سال ۱۹۹۶ میلادی، یعنی دو سال پس از کنفرانس قاهره، دولت هند با اعلام رویکرد «غیرموضعانه» خود نسبت به تنظیم خانواده، هرگونه کنترل مرکزی اهداف پیشگیری از حاملگی را کنار گذاشت و در سیاست‌گذاری خود نظری دوباره افکند. کنترل اهداف برنامه‌های تنظیم خانواده در سطح محلی و ایالتی باقی ماند و مددکاران بهداشت و مدیران دیگر به سبب برآورده نساختن آن اهداف دیگر توبیخ نشدند.^{۷۲}

بررسی‌های اواخر دهه نود نشان داد که رویکرد جدید، معروف به رویکرد بهداشتی تولید مثل و کودک در تمامی ایالت‌های بزرگ و پرجمعیت هند به گونه‌ای نامنظم اجرا می‌شد^{۷۳} که این امر با توجه به حکومت نامتمرکز و تنوع اقتصادی و اجتماعی شدید در این کشور چندان عجیب نبود. سیاست ملی جمعیت در سال ۲۰۰۰ میلادی، به دنبال کاهش اندازه خانواده‌ها از ۳/۲ فرزند برای هر زن در سال ۱۹۹۹ میلادی به ۱/۲ فرزند در سال ۲۰۱۰ میلادی است که مستلزم کاهش سریع در نرخ زاد و ولد خواهد بود.^{۷۴} این سیاست برای دست یافتن به این اهداف، در پی برآورده ساختن پیش‌نیازهای برنامه‌های تنظیم خانواده، مراقبت‌های بهداشتی دیگر، خدمات هماهنگ تولید مثل و مراقبت‌های بهداشتی کودکان هستند. گسترش و ارتقای این خدمات در بزرگ‌ترین و فقیرترین ایالت‌های هند مستلزم منابع گسترده و نیروی انسانی عظیمی است.

چین

«سیاست تک‌فرزندی» چین که در سال ۱۹۷۹ میلادی مطرح شد، در نوع و اجرای خود منحصر به فرد بود. این سیاست‌گذاری به کند کردن رشد جمعیت در پرجمعیت‌ترین (هم اکنون بیش از ۱/۳ میلیارد نفر) کشور جهان معروف است. این برنامه همچنین به سبب محدود کردن حقوق فردی و انجام ظالمانه آن قوانین بدنام است. گزارشهایی از سقط جنین اجباری و رفتارهای دیگر، مانع انجام این طرح شد و همچنین محکومیت از

۷۱. Leela Visaria and Pravin Visaria, "India's Population in Transition" Population Bulletin 50.no.3 (1995): 39.

۷۲. Leela Visaria and Pravin Visaria, Reproductive Health in Policy and Practice: India (Washington, DC: Population Reference Bureau 1999)

۷۳. Leela Visaria and Pravin Visaria, Reproductive Health in Policy and Practice: India and the POLICY Project, Targets for Family Planning IN India: An analysis of Policy change, Consequences, and Alternative choices (New Delhi: the Futures Group International, 1998)

۷۴. India, National Population Policy 2000 (New Delhi: Ministry of Health and Family welfare, 2000):2

سوی ایالات متحده آمریکا و دیگر دولتهای ملی را به دنبال داشت. سیاست‌گذاری چین کلاً زوجهای شهری را به یک فرزند محدود می‌کند و به روستاییان اجازه می‌دهد، در صورت دختر بودن فرزند اولشان دو فرزند داشته باشند. زوجهای دیگر تنها در شرایط خاص مجاز به داشتن فرزند دوم هستند. مقرراتی که در سراسر چین به طور ناهماهنگ اجرا شده‌اند، از مسئله سیاسی واحدی حمایت می‌کنند.

حکومت چین در سال ۱۹۹۵ میلادی درخواست کرد که برنامه‌های تنظیم خانواده با «توجه به علائق مردم» بازنگری شود و در این باره خدمات کلانی را در اختیار آنها قرار دهد.^{۷۵} کمیسیون دولتی تنظیم خانواده به تدریج با انتخاب ناحیه‌های آزمایشی، اصلاحاتی را انجام داد. برخی از برنامه‌های تنظیم خانواده در این نواحی امکاناتی همچون پیشگیری از بارداری، مراقبتهای بهداشتی تولید مثل و مشاوره را عرضه می‌کرد. هر چند مقامات محلی همچنان با برنامه‌های تنظیم خانواده مخالفت می‌کردند ولی مفهوم «انتخاب آگاهانه» را پذیرفتند و تقریباً ۲۵ درصد از کل ایالتها در چین خدمات تنظیم خانواده را تا حدودی اصلاح کرده‌اند.^{۷۶}

به هر روی این سیاست به از بین بردن حدود سیصد میلیون تولد، معروف است. در سال ۱۹۷۰ میلادی میزان باروری کل از ۵/۸ به کمتر از ۲ فرزند در سال ۲۰۰۰ کاهش یافت، ولی حکومت با جنبه منفی تغییرات به وجودآمده از این برنامه روبه‌رو بود.^{۷۷} برای مراقبت از افراد سالخورده در حال افزایش، تعداد کمی فرزند و نوه وجود داشت و محدودیتهای باروری سبب افزایش تقاضای زوجها برای فرزند پسر شده بود که در نتیجه سبب سقط جنین جنسی، نوزادکشی و کمبود دختران در کشور شد.

افزایش آزادیهای فردی، اصلاحات اقتصادی به سود بازار و باز بودن بیش از حد به جامعه جهانی، همه و همه به آسان‌تر شدن استقبال از تنظیم خانواده رهنمون می‌شوند؛ اما موضع عمومی حکومت حاکی از یک علاقه مستمر به کنترل رشد جمعیت است. حکومت در سپتامبر ۲۰۰۲ میلادی سیاست تنظیم خانواده را در قالب قوانینی تدوین کرد که سیاست تک‌فرزندی را (با فهرستی از استثنائات) دوباره مورد تأیید قرار داد، در حالی که در برخی موارد به کار بردن ابزار اجباری را غیرقانونی اعلام می‌کرد.

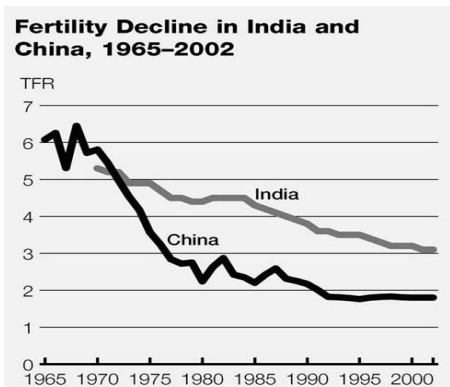
چالشهای مشترک

در هر دو کشور هند و چین، فرزند پسرخواهی (برتری پسر) تقریباً به طور همگانی مانع عمده کاهش اندازه خانواده‌ها است. در فرهنگهایی که زنان پیرو مردان هستند و پسرها بیش از دخترها به خانواده و والدین سالخورده کمک می‌کنند، ممکن است زوجها جهت اطمینان از داشتن فرزند پسر بیشتر از تعداد دلخواهشان بچه‌دار شوند. همچنین برخی زوجها در هر دو کشور، برای کاستن از حجم خانواده و نیز داشتن فرزند پسر به سقط جنین روی می‌آورند تا زمانی که یک فرزند پسر به دنیا آورند. در حالی که چین سیاست‌های رسمی خود را به طور کارآمدتر از هند اجرا می‌کند، رفتارهای فرهنگی کاملاً مستحکم و اولویتهای فردی همچون سدی در برابر اهداف حکومتی هر دو کشور است.

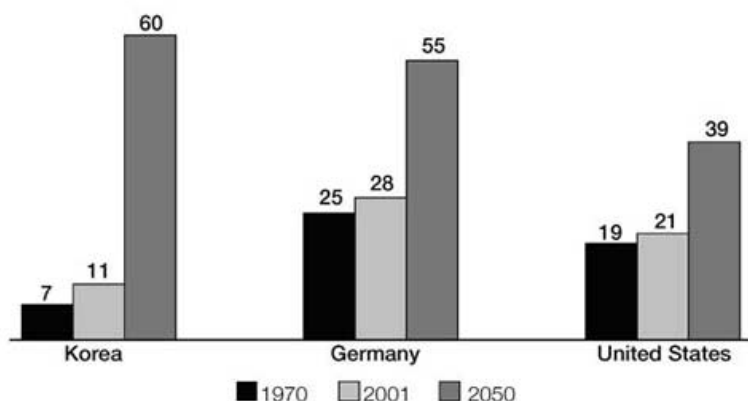
۷۵. این مسئله، مسئله‌ای بود که تا حدی از طریق کنفرانس ۱۹۹۴ قاهره مطرح شد.

۷۶. John Koufman, china's Population Policy: Recent Development and Prospect for change, Presentation for the national committee on U.S-china Relations/center for strategic and international Studies. Sept.25, 2002, accessed online at www.csis.org/china

۷۷. Koufman, china's Population Policy.



Old-Age Dependency Ratio in Korea, Germany, and the United States, 1970, 2001, and 2050



(نمءءار ۱۰)

سلاست‌هاى بهءاشت توللء مءل

هءء سلاست‌هاى بهءاشت توللء مءل كمك به زنان يا زءءها در ءاشءن ءءءاء فرزند ءلخواه اسء، كه معمولاَ از طرلق فراهم آوردن ءسءرسى به ءنظلم خانواءه و ءءماء مربوط به آن ممكن مى‌شوء. اما چنء كءشور اروپائى سابقهَ به كارءلرى اىن سلاست‌ها را در ءءء افزائش زائش با ءءءاءى از پلامءءهاى ناخواسته ءارنء. مشهورءرلن نمونه، كءشور رومانى اسء. در سال ۱۹۶۶ ملاءى حكومت مسءبء رومانى سعى كرء با قوانلن سءء، همءون ممنوع كرءن سءط ءنلن، مءءوء كرءن اءزار ءلوءلرى از بارءارى، راهءءازى عمللءء ءبللءاى علله ءلوءلرى هورمونى و اءءاء انگلزه به ءاشءن فرزندان بئشءر، رونء كاهش بارورى كءشور را معكوس كراءنء. پس از فرمان ۱۹۶۶ ملاءى بارورى به شءء افزائش يافت، اما اىن افزائش چنءان پاىءار نبوء. زنان برالى ءورى كرءن از زائش‌هاى ناخواسته به سءط ءنلن ءلرقانونى و بئشءر ءءرناك مءوسل شءنء كه اىن امر سبب سطح نسبءاً بالائى مرء و ملى مءءران در رومانى شء. خانواءه‌هاى زلءاءى كه فرزند ءاشءنء، فرزندان ءءلء را نمى خواسءنء و نمى ءوانسءنء از عهءء آن‌ها برآلنء و بءلن سبب كوءكانشان را به مؤسساء ءولءى سپراءنء. پس از فروپاشى حكومت مسءبء رومانى در سال ۱۹۸۹ ملاءى، كارءزاران امور بهءاشت به سرعت

محدودیت‌های جلوگیری و سقط جنین را از میان برداشتند و برنامه‌های تنظیم خانواده را در سطح ملی گسترش دادند. برنامه جدید اختیارات بیشتری را در این زمینه فراهم کرد و به تدریج یک برنامه کلان بهداشت تولید مثل را گسترش داد. گزارشهای مطالعاتی تأیید کردند که بهداشت مادر و کودک در پی ورود این وسایل و برنامه‌ها، بهبود یافته است. کاهش باروری تا سطح ۱/۲ کودک برای هر زن،^{۷۸} یعنی کمتر از تعداد مطلوب برای خانواده ایده‌آل که همان دو فرزند است، ادامه داشته است.^{۷۹} همچنین در دیگر نقاط اروپا دسترسی گسترده به وسایل پیشگیری و سقط جنین به کاهش باروری کمک کرده است. تجربه رومانی نشان داد که محدود کردن دسترسی به تنظیم خانواده استراتژی مؤثری برای افزایش سطح باروری در بلندمدت نیست.

سیاست‌های مهاجرت

برخی از تحلیل‌گران بر این باورند که با توجه به جمعیت جوان رو به رشد بیشتر نقاط جهان، مهاجران در سن فعال از کشورهای در حال توسعه می‌توانند خلأ نیروی کار را در کشورهای با جمعیت پیر پر کنند. در نیم قرن گذشته برخی از کشورهای اروپایی و کشورهای صنعتی دیگر برای تأمین نیروی کار، جهت رشد اقتصادی، پیوسته به مهاجران تکیه کرده‌اند. اما باید به این نکته نیز توجه داشت که عوامل سیاسی و اجتماعی در کشورهای میزبان، سیاست‌های مهاجرتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در نتیجه بیشتر کشورها مهاجرت را محدود می‌کنند.^{۸۰}

مهاجران غالباً احساس جمعی قوی در کشورهای مهاجرت‌پذیر را تحریک می‌کنند؛ زیرا آنها معمولاً از نژادها و اقوام مختلفی هستند که به زبانی متفاوت سخن می‌گویند و دین و فرهنگ متمایزی دارند. از این رو جمعیت بومی اجتماعات بزرگ مهاجران را تهدیدی بر شغلها و برتری قومی خود می‌دانند. اگرچه بسیاری از بازرگانان به نیروی کار مهاجر متکی هستند، ولی مقامات دولتی که نگران انتخاب دوباره خود هستند، عمیقاً آگاهند که موجهای گسترده مهاجران از نظر سیاسی موردپسند مردم نیست.

در سال ۲۰۰۰ میلادی سازمان ملل گزارشی درباره «مهاجرت جایگزین» منتشر کرد. بر اساس این گزارش تعداد مهاجران بین‌المللی مورد نیاز کشورها که از کاهش جمعیت و پیری جمعیت ناشی از باروری پایین و افزایش طول عمر جلوگیری می‌کنند، بررسی شده بود و در نهایت این نتیجه به دست آمده بود که برای جلوگیری از کاهش جمعیت کلی اروپا، میزان جمعیت مهاجر باید دو برابر دهه ۱۹۹۰ میلادی باشد.^{۸۱}

۷۸. Lori Ashford, "Improving Reproductive Health in Romania", Policy Brief (Washington, DC: Population Reference Bureau, for thcoming).

۷۹. U.S.Center for Disease Control and Prevention (CDC), Reproductive Health survey. Romania, ۱۹۹۹. Final Report (Atlanta, GA: CDC, ۲۰۰۱).

۸۰. Grant et al; Low Fertility and Population Ageing.

۸۱. UN Population Division, Replacement Migration; Is it a Solution to Declining and Ageing Populations? (New York; UN ۲۰۰۰).

افزون بر این، سطوح مهاجرت مورد نیاز برای جلوگیری از پیری جمعیت، یعنی نگهداری نسبت‌های ثابت میان افراد در سن فعالیت و بازنشسته، چند برابر بیشتر است. چون جمعیت در سن فعال سریع‌تر از جمعیت کل کاهش می‌یابد.

همچنین باید به این نکته نیز توجه داشت که خود مهاجران نیز پیر و بازنشسته می‌شوند. بنابراین حفظ نسبت‌های ثابت میان گروه‌های در سن فعال و بازنشسته مستلزم سطوحی از مهاجرت خواهد بود که هم با تجربه گذشته و هم با انتظارات منطقی کاملاً مخالفت دارد.^{۸۲}

الگوی سازمان ملل درباره مهاجرت جایگزین نشان می‌دهد که برای حفظ نسبت‌های ثابت میان افراد در سن فعالیت (۶۴ - ۱۵) و افراد بازنشسته (۶۵ به بالا) باید هر ساله ۳/۴ میلیون نفر به آلمان مهاجرت کنند. در فاصله سالهای ۲۰۰۳ تا ۲۰۵۰ میلادی تعداد کل مهاجران به کشور آلمان تقریباً ۱۷۵ میلیون یا به عبارتی دو برابر جمعیت کنونی آلمان خواهد شد. از این رو دولت آلمان این را یک سناریوی واقع‌بینانه تلقی نمی‌کند.^{۸۳} اما مهاجرت موضوعی کاملاً بسته نیست. سیل نسبتاً انبوه مهاجران به ایالات متحده آمریکا، اقتصاد این کشور را پشتیبانی کرده و از تنزل کلی باروری نیز جلوگیری کرده است. جمعیت مهاجر در مقایسه با آمریکاییان بومی بیشتر مایل هستند که باروری بالایی داشته باشند. مهاجرت از نظر اجتماعی و سیاسی به عنوان مسئله‌ای حساس باقی خواهد ماند به ویژه در مناطقی که به سبب مهاجرت، گروه‌های بزرگی از اقلیتهای قومی تشکیل شده است. با این همه، مهاجرت احتمالاً در تمامی کشورهای توسعه‌یافته ادامه می‌یابد و به عنوان یک خط مشی برای تنظیم اندازه جمعیت باقی خواهد ماند.

افزایش باروری یا مهاجرت؟

بررسیهای سازمان ملل نشان می‌دهد بیشتر کشورهایی که با کاهش باروری مواجه هستند، ترجیح می‌دهند به جای افزایش پی‌درپی مهاجران، سطح باروری کشور را ارتقا دهند.^{۸۴} اما تلاشهای گذشته برای تأثیر مستقیم بر باروری، اثرات مقطعی دارد.

از این رو دولتها با در نظر گرفتن ترکیب سیاست‌های مالی (حقوق عائله‌مندی، مالیاتها و مسکن) و سیاست‌هایی که به والدین امکان کار کردن و زندگی خانوادگی را می‌دهند، به سوی سیاستی همه‌جانبه گام برمی‌دارند. افزون بر آن بر اساس گزارش سازمان ملل بسیاری از دولتها لازم می‌بینند نگرشهای جامعه را نسبت به کودکان تغییر دهند تا به ارزش کودکان افزوده شود و در راستای پرورش و آموزش به خانواده‌ها کمک کنند. دولتها همچنین دگرگونی بیشتر روابط جنسی را، هم در خانواده و هم در محل کار، به ویژه تشویق والدین به تربیت فرزندان را مهم تلقی می‌کنند.

۸۲. UN Population Division, "New Report on Replacement Migration Issued by UN Population Division" Press Release ۱۷ March ۲۰۰۰.

۸۳. Federal Statistical Office of Germany, In the Spotlight; Population of Germany today and Tomorrow (Wiesbaden, Germany; Statistisches Bundesamt, Federal Statistical office, ۲۰۰۳).

۸۴. Zoubanov, Population Ageing and Population Decline.

چكیده

- ✓ آنچه كه از تجارب تمامی كشورهای جهان بر می آید، آن است كه سیاست كنترل جمعیتی برای كاهش موالید در جهان معمولاً موفق تر از سیاست های ارتقای سطح موالید بوده است.
- ✓ بسیاری از كشورها هر چند از تنوعات قومی برخوردارند اما در كاهش نرخ رشد و سطح موالید همواره در عمل موفق تر بوده اند. البته در سیاست های تشویق ارتقای باروری كه معمولاً كشورهای غربی با آن روبه رو بوده اند، توفیق چندانی نداشته اند.
- ✓ برای افزایش موالید و نرخ باروری سیاست های زیر در این كشورها اجرا می شود:
- الف) سیاست های حمایت از خانواده شامل: پرداخت حق عائله مندی به خانواده ها و دادن وام مسكن كم بهره
- ب) سیاست های شغلی طرفدار خانواده شامل: مرخصی زایمان، مرخصی به والدین برای نگهداری فرزند و یاری رساندن به آنها در نگهداری فرزند
- ج) مهاجرپذیری نیز می تواند در جبران كاهش موالید مؤثر باشد. البته بسیاری از كشورها به دلیل مشكلات ناشی از تبعات مهاجرپذیری در كشورشان تمایل چندانی به استفاده از این عامل ندارند.

جلسهٔ نهم

آیندهٔ جمعیتی جهان

اهداف درس

آشنایی با:

- ✓ پیش‌بینی آینده جمعیتی جهان؛
- ✓ پیش‌بینی‌های سازمان ملل تا سال ۲۰۵۰ میلادی؛
- ✓ واکنش‌های احتمالی دولتها نسبت به کاهش باروری.

درآمد

امروزه در بیشتر کشورهای اروپایی باروری در سطح بسیار پایینی قرار دارد و دولتها می‌کوشند تا سطح باروری را افزایش دهند، اما موانع بسیاری بر سر این راه قرار دارد. دولتها برای حمایت از خانواده‌ها حق عائله‌مندی را در نظر گرفته‌اند که همان پرداخت نقدی به خانواده‌ها در هنگام تولد کودک از سوی دولت است، تا بدین وسیله افزایش هزینه‌های خانواده‌ها به گونه‌ای جبران شود. افزون بر این، به مادران مرخصی پس از زایمان داده می‌شود تا میان نگهداری کودک و فعالیت شغلی تعارضی ایجاد نشود. اما معمولاً مادران نگران وضعیت شغلی پس از پایان یافتن مرخصی هستند؛ زیرا به تداوم شغل پیشین یا شغلی هم‌سطح آن اطمینانی ندارند. اما مرخصی «والدین» از جمله پدران امری کاملاً تازه است؛ یعنی، پس از تولد فرزند به پدر این فرصت نیز داده می‌شود تا در کنار مادر (نوبتی) در نگهداری فرزند مشارکت کند و مادر به طور کامل از شغل خود جدا نشود. کمک‌های جانبی دیگری همانند تغییر در ساعات کار، کار پاره‌وقت و مرخصیهای مربوط به خانواده، به شاغلان کمک می‌کند تا همراه با کار کردن به مسئولیتهای خانوادگی نیز رسیدگی کنند. اما همه این اقدامات نتوانسته است به طور مؤثری مشکل پایین بودن مولید را در اروپا حل کند. جذب مهاجران خارجی راه حل دیگر کاهش مولید در این کشورها است که این خود نیز با مشکلات گوناگونی روبه‌رو است. از جمله آنکه مهاجران غالباً احساس جمعی قوی در کشورهای مهاجرپذیر را تحریک می‌کنند و تلاش دارند تا ویژگیهای قومی، نژادی و فرهنگی خود را حفظ کنند. آنها معمولاً از نژادها و اقوام مختلفی هستند که به زبانی متفاوت سخن می‌گویند و دین و فرهنگ متمایزی دارند. از این رو، جمعیت بومی اجتماعات بزرگ مهاجران را تهدیدی بر ثبات شغلی و برتری قومی خود می‌دانند.

برنامه‌ریزی برای آینده

در قرن گذشته، جمعیت جهان تحولات گسترده‌ای را در تعداد کلی و توزیع آن در مناطق مختلف، پشت سر گذاشته است. روند تغییرات جمعیت در قرن حاضر مشابه با مرحله بعدی تئوری انتقالی جمعیتی، یعنی کاهش

باروری است که با رشد ثابت یا کاهش آن همراه است. و حتی تغییرات ساختگی خیلی چشمگیری در جمعیت کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه ایجاد خواهد کرد.

در نیمه اول قرن بیست و یکم، رشد جمعیت جهان در مناطق در حال توسعه جهان، یعنی در کشورهایی که در آنها جمعیت نسبتاً جوان است و خانواده‌ها همچنان بیش از دو فرزند دارند، مشاهده می‌شود. در برخی از کشورهای اروپایی و شوروی سابق به دلیل باروری زیر سطح جایگزین و پیری، جمعیت کاهش خواهد یافت. جمعیت ایالات متحده به دلیل مهاجرت پی‌درپی و باروری نزدیک سطح جایگزین به احتمال زیاد افزایش خواهد یافت.

پیش‌بینی‌ها چقدر مطمئن هستند؟

ما نمی‌توانیم اندازه دقیق جمعیت آینده الجزایر، آلمان یا هند را بدانیم ولی می‌توانیم با ایجاد یک سری از سناریوها احتمالات را ارزیابی کنیم. همه آژانس‌های بین‌المللی مهم برای پیش‌بینی جمعیتها از مدلهایی، که با برآوردهای جمعیت کنونی آغاز می‌شود، استفاده می‌کنند و درباره اینکه تغییرات باروری، مرگ و میر و مهاجرت در آینده چگونه خواهد بود، فرضیه‌هایی را ارائه می‌دهند. فرضیه‌ها درباره میزان جمعیت آینده گاه ممکن است، نادرست باشند و شرایط مؤثر بر این میزانها ممکن است به صورت ناگهانی تغییر یابند. به دلیل همین ناپایداریها، جمعیت‌شناسان غالباً یک سری پیش‌بینی‌هایی انجام می‌دهند که بر طیفی از باروری احتمالی، مرگ و میر و مهاجرت استوار است. در بیشتر کشورها میزان باروری سریع‌تر از مرگ و میر تغییر خواهد کرد و از این رو اندازه جمعیت آینده را باروری تعیین خواهد کرد. بر این اساس جمعیت‌شناسان بر موضوع باروری متمرکز شده‌اند. پیش‌بینی مهاجرت بین‌المللی آینده به مراتب دشوارتر از پیش‌بینی باروری و مرگ و میر است، چون جریانهای مهاجرتی، عمدتاً از تغییرات کوتاه‌مدت عوامل اقتصادی، اجتماعی و سیاسی ناشی می‌شود که به سختی می‌توان آنها را پیش‌بینی و اندازه‌گیری کرد. همچنین باروری و مرگ و میر آینده عمیقاً بر ساختار سنی آینده تأثیر دارد که تا حدود زیادی از طریق اندازه تقریبی نسل موجود تعیین می‌شود. ایدز سبب بحرانهای جمعیتی پیش‌بینی نشده‌ای می‌شود، اگرچه اندازه کلی جمعیت جهان را تحت تأثیر قرار نمی‌دهد، ولی تأثیر ویرانگری بر جمعیت در برخی کشورها خواهد گذاشت. (ر. ک: ضمیمه ۵)

Projected 2050 Population Size for Major Regions, Three Scenarios

Region/country	2050			
	2004	High	Medium	Low
	Population in millions			
World	6,378	10,633	8,919	7,409
More Developed	1,206	1,370	1,219	1,084
Less Developed	5,172	9,263	7,699	6,325
Africa	869	2,122	1,803	1,516
Sub-Saharan Africa	716	1,825	1,557	1,315
Asia	3,871	6,318	5,222	4,274
China	1,313	1,710	1,395	1,129
Japan	128	120	110	100
Latin America/Caribbean	551	924	768	623
North America	329	512	448	390
Europe	725	705	632	565
Oceania	33	52	46	40

(جدول ۳)

Source: UN Population Division, *World Population Prospects: The 2002 Revision* (2003).

جمعیت‌شناسان در هنگام پیش‌بینی جمعیت باید درباره اینکه باروری تا چه اندازه و به چه سرعت کاهش خواهد یافت، فرضیه‌هایی را مطرح کنند. مسئله اساسی این است که چه زمانی یک کشور به سطح «شگفت‌انگیز» جایگزین، یعنی ۲/۲ فرزند برای هر زن، خواهد رسید؟ در صورتی که باروری در سطح جایگزین باقی بماند، در نهایت جمعیت مرحله رشد را سپری می‌کند و در اندازه‌ای معین ثابت می‌ماند. عملاً میزانهای ملی به ندرت از چنین الگوی منظمی پیروی می‌کنند. در مواردی میزان باروری کل به زیر ۲/۱ کاهش می‌یابد (مثل ایتالیا ۱/۲) و در مواردی دیگر بالای ۲/۱ می‌ماند. (آرژانتین ۲/۵)^{۸۵}

نظریه انتقالی جمعیت (ر.ک: ضمیمه ۱) بیانگر آن است که باروری یک کشور به تدریج تا حدود ۲ فرزند برای هر زن کاهش یافته است و در آن سطح ثابت خواهد ماند. از آنجا که بیشتر کشورها در مرحله انتقال، به زیر سطح ۲/۱ تنزل یافته‌اند، باید به آن سطح دست یابد. از این رو نظریه کنونی نمی‌تواند سطوح باروری و روندهای آن را پیش‌بینی کند.

پیش‌بینی‌های سازمان ملل تا سال ۲۰۵۰

گسترده‌ترین پیش‌بینی‌ها هر دو سال یکبار به وسیله بخش جمعیت سازمان ملل انجام می‌شود و پیش‌بینی‌های مربوط به جمعیت هر کشور تا سال ۲۰۵۰ میلادی از نمونه آن پیش‌بینی‌ها است. این پیش‌بینی‌ها برای ارزیابی روندها و چشم‌اندازهای کنونی بسیار ارزشمند است. بیشترین سناریو درباره رشد جمعیت در آخرین گزارشهای سازمان ملل نشان داده می‌شود. بر اساس گزارش سازمان ملل، جمعیت کل جهان بین ۷/۴ تا ۱۰/۶ میلیارد نفر با میانگین ۸/۹ میلیارد نفر رشد خواهد کرد. با توجه به بالاترین پیش‌بینی، جمعیت جهان در سال ۲۰۵۰ میلادی همچنان افزایش خواهد یافت و طبق پایین‌ترین پیش‌بینی کاهش تدریجی نیز در همان سالها شروع خواهد شد. در سالهای اخیر پیش‌بینی‌های سازمان ملل برای سال ۲۰۵۰ میلادی به دلیل تغییر فرضیه‌های باروری، کم‌اعتبار شده‌اند. جمعیت‌شناسان سازمان ملل امروزه پیش‌بینی کرده‌اند که باروری در همه کشورها پیش از اینکه ثبات یابد، در نهایت تا میانگین ۱/۸۵ - کمتر از ۲ فرزند برای هر زن - کاهش خواهد یافت.

بدون در نظر گرفتن پیش‌بینی‌های به عمل آمده، پیش‌بینی‌های سازمان ملل نشان می‌دهد تا سال ۲۰۲۵ میلادی حداقل یک میلیارد نفر بر جمعیت جهان افزوده خواهد شد. این پیش‌بینی‌ها بیماری‌های ایدز را که تأثیر ویرانگری بر جمعیت برخی کشورها خواهد داشت، محاسبه کرده‌اند. (ر.ک: ضمیمه ۵)

سه دلیل برای اجتناب ناپذیر بودن رشد در جمعیت جهان در نیم قرن آینده وجود دارد:

نخست: میانگین سطح باروری در کشورهای در حال توسعه (به جز چین) دو برابر بالاتر از میانگین کشورهای توسعه‌یافته است.

دوم: ساختار سنی جوان کشورهای در حال توسعه برای چند دهه به رشد جمعیت شتاب می‌دهد، مهم نیست که روندهای باروری در آینده چگونه باشد.

سوم: بهبودی پیوسته در مرگ و میر نوزادان و کودکان به ویژه در کشورهایی با مرگ و میر بالا به دلیل عواملی که به سادگی قابل پیشگیری هستند، به آهنگ رشد خواهد افزود.

۸۵. Haub ۲۰۰۳ World Population Data Sheet.

ضمیمه (۵)

تلفات رو به رشد ایدز

امروزه ایدز بعد از گذشت دو دهه ممکن است به یکی از کشنده‌ترین بیماری‌ها در تاریخ بشر تبدیل شود. بر اساس برآورد کارشناسان دست‌کم بیست میلیون نفر تاکنون بر اثر ایدز جان باخته‌اند و چهل درصد از افراد مبتلا به ایدز احتمالاً پس از یک دهه یا بیشتر به طور نابهنگام می‌میرند. در سال ۲۰۰۳ میلادی، از پنج میلیون افرادی که به تازگی به ایدز مبتلا شده بودند، تقریباً ۹۵ درصدشان در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کردند. بر اساس پیش‌بینی‌های سازمان ملل ۴۵ میلیون نفر تا سال ۲۰۱۰ میلادی به ایدز مبتلا خواهند شد، مگر اینکه جامعه بین‌الملل از ابزارهای کلان و هماهنگ برای مبارزه با این بیماری استفاده کند. در کشورهای در حال توسعه، ایدز هنگامی که زندگی میلیون‌ها جوان را در کارآمدترین سالهایشان از آنها می‌گیرد، در حقیقت بهبودی‌هایی را که در طی پنجاه سال گذشته به سختی به دست آورده‌اند، وارونه می‌کند. شاخصهای توسعه انسانی همانند مرگ و میر کودکان، سواد و محصولات غذایی به کندی پیش می‌روند. این بیماری، خانواده‌ها، اجتماعات و نظامهای بهداشتی را فرومی‌پاشد و ثبات اقتصادی و سیاسی کشورهای آسیب‌دیده را نیز تهدید می‌کند.

The HIV/AIDS Epidemic by World Region, 2003

Region	People living with HIV/AIDS (million)	% Adults ages 15-49 with HIV/AIDS	% of infected who are women	Main mode of transmission
World	40.0	1.1%	50%	Heterosexual
Sub-Saharan Africa	26.6	8.0	58	Heterosexual
South/Southeast Asia	6.5	0.6	37	Heterosexual, IDU
Latin America	1.6	0.6	31	MSM, IDU, Heterosexual
Eastern Europe/Central Asia	1.5	0.7	26	IDU
East Asia/Pacific	1.0	0.1	24	IDU, MSM, Heterosexual
North America	1.0	0.1	20	MSM, IDU, Heterosexual
Western Europe	0.6	0.6	26	MSM, IDU
North Africa/Middle East	0.6	0.3	54	Heterosexual, IDU
Caribbean	0.5	2.5	53	Heterosexual, MSM

جدول (۴)

آسیب دیده‌ترین مناطق

منطقه حاشیه صحرای آفریقا با داشتن دو سوم کل افراد مبتلا به ایدز در جهان، بیشترین صدمه را از این بیماری دیده است. در این منطقه، بیماری ایدز بیشتر به وسیله ارتباط با ناهمجنس منتقل می‌شود و بسیاری از مردم این سرزمین به سبب بیماری‌های مربوط به ایدز می‌میرند. آفریقای جنوبی بالاترین میزان مطلق بیماری‌های واگیردار در بین کشورهای جهان، یعنی پنج میلیون نفر، را دارد. بوتسوانا بالاترین میزان در مبتلایان بزرگسال به ایدز را دارد؛ نزدیک ۳۹ درصد از بزرگسالان این کشور به ایدز مبتلا هستند.

مناطق دیگر نیز با ویروس یا بیماری واگیردار ایدز روبه‌رو هستند. اگرچه شکل عمده انتقال ویروس از منطقه‌ای به منطقه دیگر متفاوت است. شیوع ویروس ایدز قبلاً در جزایر کارائیب در سطح بالایی بوده است و هم اکنون در شرق اروپا، جمهوریهای شوروی سابق و بخشهای بسیاری از شرق و جنوب آسیا به سرعت در

حال افزایش است. در کشورهای میلیارد جمعیتی چین و هند، میزان شیوع این ویروس نسبتاً پایین است، اما تعداد افراد مبتلا به آن شگفت‌آور است؛ حدود یک میلیون نفر در چین و ۴/۵ میلیون نفر در هند به ایدز مبتلا هستند. این دو کشور میلیون‌ها بیماری دیگر را نیز شاهد خواهند بود. مگر اینکه برنامه‌های پیشگیری مؤثری را در سطح کلان اجرا کنند.

بهداشت و امید به زندگی

در منطقه حاشیه صحرای آفریقا و هر جای دیگر، شیوع ویروس ایدز سبب افزایش بی‌سابقه‌ای در چندین بیماری واگیردار شده است و به اپیدمی انفجاری سل کمک می‌کند. ویروس ایدز در کشورهای آسیب‌دیده، با فشار آوردن بر ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی، تأسیسات زیربنایی و نیز تحمیل بودجه‌های خارج از ظرفیت بر نظام‌های بهداشت عمومی پیروز شده است. امروزه بیماری یا ویروس ایدز چهارمین عامل بزرگ مرگ و میر در سراسر جهان است. در سال ۲۰۰۳ میلادی، حدود سه میلیون بزرگسال و کودک بر اثر ایدز جان باختند که ۲/۳ میلیون نفر از آنها در منطقه زیر صحرایی آفریقا زندگی می‌کردند. در تعدادی از کشورها، همچون برزیل که داروهای معالجه ایدز فراهم است، مرگ و میر ناشی از ایدز کاهش یافته است ولی در بیشتر کشورها به حد کافی دارو وجود ندارد یا عرضه نمی‌شود و از این رو تلفات ناشی از ایدز همچنان زیاد خواهد شد.

مرگ و میرهای فراوان سبب کاهش سریع امید به زندگی می‌شود. در ۳۸ کشور آفریقایی، که از آسیب‌دیده‌ترین کشورها هستند، امید به زندگی تا سالهای ۲۰۲۰ تا ۲۰۲۵ میلادی تقریباً ده سال کمتر خواهد شد. متوسط امید به زندگی در بوتسوانا، موزامبیک و شش کشور دیگر به چهل سال یا کمتر رسیده است.

رشد و ساختار جمعیت

برخلاف میزان زیاد مرگ و میرهای ناشی از ایدز، رشد جمعیت در بسیاری از کشورهای آسیب‌دیده همچنان ادامه دارد، هرچند ایدز آهنگ رشد جمعیت را کند کرده است. جمعیت آفریقا به دلیل ادامه باروری بالا در این منطقه، در سال ۲۰۵۰ میلادی به یک میلیارد نفر خواهد رسید، اما این میزان تقریباً ۳۵۰۰۰۰ کمتر از پیش‌بینی جمعیت بدون ایدز است. پیش‌بینی می‌شود که در آفریقای جنوبی، یکی از آسیب‌دیده‌ترین کشورها، جمعیت فعلی ۴۴ میلیونی به ۳۳ میلیون نفر یعنی در حدود نصف جمعیت پیش‌بینی‌شده بدون ایدز در سال ۲۰۵۰ میلادی تغییر یابد. ایدز، افزون بر آفریقای جنوبی، سبب کاهش جمعیت در چند کشور دیگر آفریقایی همچون بوتسوانا، لسوتو، موزامبیک و سوازیلند خواهد گردید. انتظار می‌رود رشد جمعیت در مالاوی، نامیبیا و زیمبابوه متوقف شود.

از آنجا که ایدز به فعالیتهای جوانی و جنسی ضربه می‌زند، مرگ و میرهای ناشی از ایدز سبب نوسان نمودارهای سنی و جنسی اجتماعات و کشورهای آسیب‌دیده می‌شود. افراد معمولاً در سالهای جوانی به ایدز مبتلا می‌شوند و در حدود ده سال به طور متوسط می‌توانند زنده بمانند. بنابراین، میزان مرگهای ناشی از ایدز در میان زنان ۲۰ تا ۳۰ ساله و در میان مردان ۳۰ تا ۵۰ ساله رو به افزایش است. این میزانهای نامتوازن، رشد جمعیت و نیز بهروزی اجتماعی و اقتصادی را در این مناطق متأثر می‌سازد.

خسارات ایدز بر جوامع

بیشترین هزینه این بیماریها را خانواده‌ها متحمل می‌شوند؛ زیرا خانواده‌ها باید از بیماران و یتیمهایی مراقبت کنند که والدینشان بر اثر ایدز جان سپرده‌اند و با از دست دادن درآمد و نان‌آور خانه زندگی را سپری می‌کنند. افزون بر آن، ایدز هزینه‌های ویژه‌ای را بر بخش بهداشت کشور، نظام آموزشی و دیگر خدمات عمومی، صنعت و کشاورزی تحمیل می‌کند. با وجود گسترش تلاشها برای کنترل ایدز، علائم کمتری درباره کاهش این بیماری واگیردار جهانی وجود دارد. پیش‌بینی مسیر آینده بیماری ایدز دشوار است و بر عواملی چند بستگی دارد:

الف) کارآمدی برنامه‌های پیش‌گیرنده در آموزش مردم درباره ایدز و توجیه آنها برای تغییر دادن رفتارهایشان؛

ب) امکانات معالجه برای مبتلایان؛

ج) در دسترس بودن واکسن‌های مؤثر در آینده؛

د) اختصاص منابع مالی و انسانی به این امر در سراسر جهان.

Countries by Stage of Fertility Decline

Stage of fertility decline	Little or no decline	Moderate decline	Substantial decline	At or below replacement fertility	
TFR in 2003	6.0+	4.0 to 5.9	2.1 to 3.9	2.0 or below	Total
Number of countries*	21	49	56	71	197
Percent of 2003 world population	4	12	41	43	100
Selected countries	Afghanistan Burkina Faso Congo (Dem. Rep. of) Uganda Yemen	Bolivia Iraq Kenya Nigeria Pakistan	Bangladesh Brazil Indonesia India Iran	China Germany Japan Russia United States	

(جدول ۴)

روندهای آینده

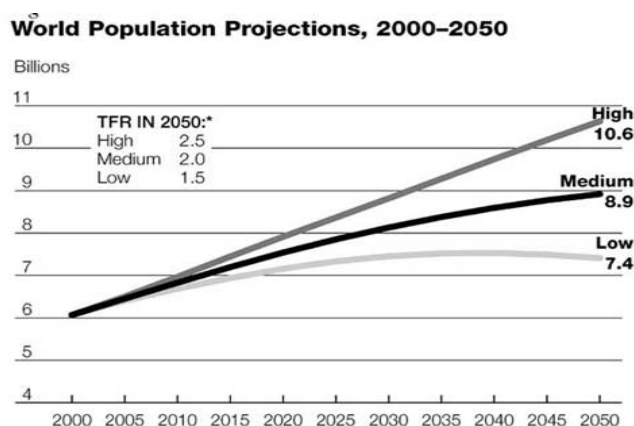
چه روندهایی را برای آینده می‌توان انتظار داشت؟ احتمالاً باروری در کشورهای در حال توسعه که در گذشته پایین بود، همچنان ادامه می‌یابد و در کشورهایی که سطح باروری آن همواره بالا بوده است، در نهایت کاهش می‌یابد. اما اندازه جمعیت در آینده نه تنها بر کاهش باروری، بلکه بر میزان سرعت کاهش و سطح آن نیز بستگی خواهد داشت. همچنین الگوهای کاهش در آینده کشورها با پیروی از فرضیه‌های سازمان ملل متفاوت خواهد شد.

داده‌های پیمایشی بنگلادش و مصر نشان‌دهنده آن است که متوسط اندازه خانواده در هر دو کشور از نیمه دهه ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۰ میلادی به شدت کاهش یافته است. این یافته‌ها با توجه به کاهش سریع متوسط فرزندان (TFR) از ۵ یا ۶ به ۳/۵ فرزند در فاصله دهه هفتاد تا نود شگفت‌انگیز بوده است. ممکن است این

کشورها انتقال باروری‌شان را متوقف کرده‌اند. در حالی که بر اساس فرضیه سازمان ملل آنها به طور ثابت به سوی میانگین دو فرزند پیش می‌روند. حال آنکه ممکن است برخی کشورها به میانگین دو فرزند نرسیده باشند و یا هرگز به آن نرسند. برای ساختن فرضیه درباره روندهای باروری آینده باید به روندهای درون کشورها نگاهی بیفکنیم. مثلاً در ایالت‌های جنوبی هند همچون «تامل ندو» که سطح سواد بالا و پیشرفته‌تری دارند، باروری تنزل کرده است. میزان باروری کل یا TFR در سال ۲۰۰۲ میلادی به صورت تخمینی ۱/۹ بوده است. اما جریان واقعی رشد جمعیت هند در آینده در ایالت‌های بزرگ و فقیر شمالی مثل «اوتار پرداش» پدیدار خواهد گشت، مکانی که میزان باروری کل آن در سال ۲۰۰۰ میلادی با جمعیت ۱۷۵ میلیون نفری، ۴/۵ بود.^{۸۶} داده‌های آماری در بنگلادش نشان می‌دهد که فقیرترین مردم، یک پنجم جمعیت، دارای میزان باروری ۴/۶ هستند، در حالی که ثروتمندترین کشورها به همان نسبت، اساساً به سطح جایگزین، ۲/۲ فرزند برای هر زن، رسیده‌اند.^{۸۷}

پرسش اساسی برای کسانی که به این پیش‌بینی‌ها می‌پردازند، این است که آیا فقیرترین و کم‌سوادترین گروه‌های جمعیتی، که بیشتر روستاییان هستند، در کشورهای در حال توسعه به دیدگاه مردم شهرنشین و باسوادتر که خانواده‌های کوچک‌تر را همانند جوامع غربی ترجیح می‌دهند، خواهند رسید؟ در حالی که شهری شدن و مدرنیزه شدن ظاهراً از عوامل اجتناب‌ناپذیری در افزایش رشد و تعداد افراد فقیر باقی خواهد ماند و توسط خدمات بهداشتی مدرن حمایت می‌شوند. در پیش‌بینی‌های جمعیت آینده، این جمعیت رو به رشد بخش زیادی از کل جمعیت را تشکیل داده است و بنابراین وزن سنگینی در میانگین‌های ملی جمعیت خواهند داشت، اما جمعیت‌های ثروتمندتر با باروری پایین چنین نیستند.

اختلاف‌های اندک در باروری، پیامدهای بزرگی برای جمعیت جهان دارد. پیش‌بینی‌ها نشان می‌دهد که اختلافی کوچک در میانگین اندازه خانواده، ۲/۵ فرزند در مقایسه با ۲ فرزند، در نهایت به اختلاف ۱/۷ میلیارد نفر در جمعیت کل جهان منجر خواهد شد. (ر.ک: نمودار ۱۱)



(نمودار ۱۱)

۸۶. PRB estimate based on India's Sample Registration System, ۲۰۰۲.

۸۷. Davidson R.Gwatkin et al, Initial Country- level Information About Socio Economic Differences in Health, Nutrition, and Population, ۲d ed (Washington, DC; the World Bank, ۲۰۰۳).

واکنش‌های احتمالی دولتها

به دلیل کاهش باروری که تقریباً در همه جا قطعی به نظر می‌رسد، دولتهای بسیاری به مسائل ضروری دیگری به جز رشد جمعیت توجه کرده‌اند. دلایل این امر عبارت‌اند از:^{۸۸}

الف) دولتهای کشورهای توسعه‌یافته، به ویژه در اروپا و ژاپن، نگران باروری پایین و کاهش بالقوه اندازه جمعیت در داخل خانه هستند؛

ب) بسیاری از تحلیل‌گران و دولتها احتمالاً متقاعد می‌شوند که روند کنونی به سوی کاهش باروری در کشورهای در حال توسعه، جهانی و اجتناب‌ناپذیر است؛

ج) دولتها و سازمانهای حامی برنامه‌های جمعیتی منابعی را برای مبارزه با بیماری خانمان‌سوز ایدز که به نسبت‌های بحرانی در آفریقای جنوبی دست یافته است و آسیا را نیز تهدید می‌کند، اختصاص داده‌اند.

براساس این‌گونه پیش‌بینی‌ها افزایش استفاده از وسایل ضد بارداری در کشورهای در حال توسعه همچنان ادامه می‌یابد. سازمان ملل در پیش‌بینی‌های منتشرشده خود متذکر می‌شود که کاهش مورد انتظار سطوح پایین باروری «مشروط است به حاصل شدن اطمینان از دست یافتن زوجها به برنامه‌های تنظیم خانواده».^{۸۹} رسیدن به چنین اطمینانی به هیچ وجه قطعی نیست. بدون کمکهای مستمر خارجی برای حمایت از این برنامه‌ها، معلوم نیست دولتهای داخلی در سطح مورد نیاز برای رشد جمعیت بتوانند از آن برنامه‌ها پشتیبانی کنند. یک چالش مهم عبارت است از عرضه تأمین پیوسته وسایل مدرن پیشگیری از بارداری. در کشورهای فقیر بدون یارانه‌های دولتی، فراهم کردن وسایلی مثل کاندومها، قرصهای ضد بارداری و مشاوره‌های داخل رحمی برای بیشتر افراد بسیار دشوار است.

با پی‌گیری اهداف دیگر سازمان ملل، همچون بهبود ارتقای سطح تحصیلی دختران و بالا بردن موقعیت زنان، اهداف برنامه‌های تنظیم خانواده را تقویت خواهد کرد. هر چند پی‌گیری آن اهداف ضرورت استفاده از وسایل ضد بارداری را نفی و انکار نخواهند کرد.

پیشرفت بهداشت و حقوق زنان نیز ممکن است به انتقال به خانواده‌های کوچک‌تر کمک کند، به سبب مقاومت‌های فرهنگی در برابر این تغییر، این پیشرفت نیز مستلزم تلاشهای بلندمدت در جوامع فقیر است.

در قرن بیست و یکم رشد پیوسته جمعیت موجب همان چالشهای توسعه خواهد شد که موجب رشد سریع جمعیت در قرن گذشته شد. اما واکنش‌های دولتها به رشد جمعیت کاملاً از واکنش آنها در یک دهه پیش متفاوت است؛ سیاست‌هایی که هدفشان کنترل جمعیت بوده است، در بیشتر کشورها به دلیل نگرانیها نسبت به مخالفت با حقوق فردی، از اولویت خارج شده‌اند. به علاوه، دولتهای زیادی معتقدند که این سیاست‌ها دیگر ضروری نیستند. امروزه سیاست‌هایی که حق انتخاب و فرصتهای زنان را افزایش می‌دهند، پذیرفتنی‌تر هستند و می‌توانند افزون بر کمک به دستیابی زوجها به اهداف بچه‌دار شدن، رفاه جمعی را نیز بهبود بخشند.

۸۸. John C. Caldwell, "The Contemporary Population Challenge," and Steven W. Sinding, "The Role of International funding in Future Fertility Declines Among Intermediate - Fertility Countries," in the Future of Fertility Decline in Intermediate - Fertility Countries, ed. UN Population Division (New York: UN Population Division ۲۰۰۲).

۸۹. UN Population Division, World Population Prospect: the ۲۰۰۲ Revision XVI.

طرح چند مسئله

پیش‌بینی‌های جمعیت جهان ارزشمند و آموزنده‌اند، اما آنها دربارهٔ رویدادهای آینده به فرضیه‌های فعلی وابسته هستند. جمعیت‌شناسان با گذشت زمان پیش‌بینی‌ها را منطبق خواهند کرد. برخی از پرسش‌هایی که جمعیت‌شناسان با آنها روبه‌رو خواهند شد، عبارت‌اند از:

۱- آیا مردمان آفریقا، آسیا و آمریکای لاتین خانواده‌های بسیار کوچک‌تر را ترجیح خواهند داد، همانند آنچه که امروزه زوجهای اروپایی ترجیح می‌دهند؟

۲- آیا آن‌طور که پیش‌بینی‌ها نشان می‌دهند، کشورهای در حال توسعه خواهند توانست برنامه‌های تنظیم خانواده را برای همهٔ جمعیت فقیر خود فراهم کنند؟

۳- آیا بیماری خانمانسوز ایدز در آسیا و مناطق در حال توسعهٔ دیگر به سطح نگران‌کننده‌ای خواهد رسید، آن‌چنان که امروزه در آفریقای جنوبی شاهد آن هستیم؟

۴- آیا مرگ و میر بالای ناشی از ایدز در کشورهای کمتر توسعه‌یافته، خانواده‌ها را به داشتن خانواده‌های بزرگ‌تر و معکوس کردن کاهشهای باروری طولانی وادار خواهد کرد؟

۵- آیا زوجهای اروپایی و دیگر کشورها با باروری پایین فرزندان زیادی خواهند داشت تا به افزایش باروری سطح جایگزینی بینجامد.

یافتن پاسخ این پرسش‌ها در طی سالهای آینده جالب و در همین حال حیاتی خواهد بود. به طور کلی، تحولاتی که در بزرگ‌ترین کشورها به وجود می‌آید، تأثیر زیادی بر جمعیت جهان خواهد گذاشت. اما در هر کشور به صورت مجزا تغییرات جمعیت می‌تواند نقش عظیمی در اقتصاد، محیط زیست، بهداشت و کیفیت زندگی داشته باشد. هنگامی که رشد جمعیت از مسیر پیش‌بینی‌شده پیروی می‌کند یا از آن منحرف می‌شود، دولتها باید تأثیر آن را بررسی کنند، حال چه سیاست مشخص جمعیتی داشته باشند و یا نداشته باشند.

چکیده

✓ نظریهٔ انتقالی جمعیت بیانگر آن است که باروری یک کشور به تدریج تا حدود ۲ فرزند برای هر زن کاهش یافته است و در آن سطح ثابت خواهد ماند.

✓ جمعیت‌شناسان سازمان ملل امروزه پیش‌بینی کرده‌اند که باروری در همهٔ کشورها پیش از اینکه ثبات یابد، در نهایت تا میانگین ۱/۸۵ - کمتر از ۲ فرزند برای هر زن - کاهش خواهد یافت.

✓ امروزه بیماری ایدز به یکی از مرگبارترین بیماریها در تاریخ تبدیل شده است که بیشترین تلفات این بیماری در آفریقا و سپس در قارهٔ آسیا وجود دارد.

✓ این بیماری متأسفانه بیشتر جمعیت جوان را در این کشورها هدف قرار داده است. جمعیتی که بالقوه می‌تواند جبران کاهش موالید را برای دهه‌های آیندهٔ جهان رقم بزند.

جلسه هفتم

تحوالات جمعیت ایران از سال ۱۳۰۰ تا کنون

اهداف درس

آشنایی با:

- ✓ تحولات جمعیتی ایران؛
- ✓ انواع باروری؛
- ✓ عوامل مؤثر در توسعه اجتماعی و سطح باروری.

درآمد

روند تغییرات جمعیت هم اکنون مشابه مرحله سوم تئوری انتقالی جمعیتی، کاهش باروری، است. این تئوری حتی تغییرات ساختگی بسیار چشمگیری در جمعیت کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه ایجاد خواهد کرد. این وضعیت به ویژه در برخی کشورهای اروپایی و شوروی سابق به دلیل باروری زیر سطح جایگزین و پیری جمعیت، سبب کاهش جمعیت خواهد شد. در بیشتر کشورها میزان باروری سریع تر از مرگ و میر تغییر خواهد یافت و از این رو باروری تعیین کننده جمعیت آینده خواهد بود. بر این اساس جمعیت شناسان بیشتر بر موضوع باروری متمرکز شده اند. جامعه بشری به جز کاهش باروری، با مشکل دیگری از عوامل کاهش جمعیت، یعنی بیماری مسری ایدز روبه رو است. بررسی های کارشناسان سازمان ملل متحد نشان دهنده آن است که دست کم بیست میلیون نفر تاکنون بر اثر ایدز جان باخته اند و چهل درصد از افراد مبتلا به ایدز احتمالاً پس از یک دهه یا بیشتر به طور ناگهانی از بین می روند.

در سال ۲۰۰۳ میلادی، از پنج میلیون مبتلا به ایدز، تقریباً ۹۵ درصد در کشورهای در حال توسعه زندگی می کردند که این امر خود مشکل و آفت جمعیتی بزرگی برای مناطقی از جهان است که می تواند رشد بالقوه ای برای جمعیت جهان باشد. منطقه حاشیه صحرای آفریقا که دو سوم کل مبتلایان به ایدز در جهان را در بر گرفته، بیشترین آسیب را از این بیماری دیده است. بیماری یا ویروس ایدز چهارمین عامل بزرگ مرگ و میر در سراسر جهان است. خانواده ها باید بیشترین هزینه این بیماریها را پرداخت کنند؛ زیرا آنها باید از بیماران و همچنین یتیمهایی مراقبت کنند که والدینشان به سبب ایدز جان سپرده اند و بی سرپرست باقی مانده اند. افزون بر آن، ایدز هزینه های ویژه ای را بر بخش بهداشت کشور، نظام آموزشی و دیگر خدمات عمومی، صنعتی و کشاورزی تحمیل می کند. با وجود تلاشهای گسترده برای کنترل ایدز، متأسفانه هنوز این بیماری واگیردار، جان هزاران نفر را تهدید می کند و همین عامل امید به زندگی را به شدت کاهش داده است. روند باروری که در کشورهای در حال توسعه در گذشته پایین بوده، احتمالاً همچنان ادامه می یابد و در کشورهایی که سطح باروری آن همواره بالا بوده است، در نهایت کاهش می یابد.

مروری بر تحولات جمعیت

تغییرات و تحولات جمعیت از سه مؤلفه اساسی جمعیت‌شناسی؛ یعنی باروری، مرگ و میر و مهاجرت، پیروی می‌کند.^{۹۰}

جمعیت کره زمین در آغاز قرن بیستم (۱۹۰۰ میلادی) حدود ۱/۶ میلیارد نفر بوده است و هم اکنون این تعداد به بیش از ۶/۵ میلیارد نفر رسیده است. این بدان معنا است که جمعیت در خلال تنها یک قرن بیش از چهار برابر شده است. حال باید دید افزایش جمعیت ناشی از کدام یک از مؤلفه‌های موالید، مرگ و میر یا مهاجرت است.

مهاجرت ممکن است در سطح خرد و منطقه‌ای تأثیرگذار باشد؛ یعنی بخشی از جمعیت یک منطقه به منطقه دیگری مهاجرت کنند و یا به عکس، که در نهایت جمعیت آن منطقه کم یا زیاد می‌شود. اما مهاجرت در سطح کلان و جهانی در افزایش یا کاهش جمعیت نقشی ندارد. با بررسی آمار و ارقام متوجه می‌شویم که تعداد و نرخ مرگ و میر پیوسته در حال کاهش است و این کاهش تدریجی سبب افزایش طول عمر انسانها (یا امید به زندگی) می‌شود. در حقیقت عامل اصلی کاهش مرگ و میر، پیشرفتهای علوم پزشکی و ارتقای میزان بهداشت و درمان در سطح منطقه‌ای و جهان است. به گونه‌ای که میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال (IMR) در آغاز قرن از ۲۵۰ نفر در هزار نفر به کمتر از پنجاه نفر در هزار نفر در حال حاضر رسیده است و این نرخ همچنان رو به کاهش است. از سوی دیگر کاهش مرگ و میر در هر جمعیتی سبب افزایش جمعیت می‌شود و در خلال قرن گذشته عامل اساسی افزایش جمعیت دنیا، با فرض ثابت بودن موالید، کاهش نرخ مرگ و میر است.

از آنجا که تعداد نرخ مرگ و میر در هر منطقه با سطح بهداشت، درمان و امکانات پزشکی آن منطقه رابطه‌ای معکوس دارد؛ می‌توان با مراجعه به آمار و ارقام نرخهای مرگ و میر، امکان دسترسی به بهداشت، درمان و کیفیت سلامت در هر منطقه را اندازه‌گیری کرد. شاخصهای یاری‌کننده در این امر عبارت‌اند از:

الف) نرخ مرگ و میر کودکان زیر یک سال (IMR)؛

ب) امید به زندگی در آغاز تولد (e)؛ یا تعداد سالهایی که فرد انتظار دارد، زنده بماند.

با مطالعه و بررسی آمارهای جهانی متوجه می‌شویم که تمام کشورهای توسعه‌یافته صنعتی و غربی نرخ تکریمی (زیر ده) برای «IMR» و ۷۵ سال و بیشتر برای «e» دارند. این به آن معنا است که نرخهای مرگ و میر در این جوامع در پایین‌ترین سطح خود در جهان قرار دارند؛ همچنین می‌توان گفت امکانات بهداشت و درمان نسبت به دیگر نقاط جهان در سطح بالایی قرار دارد.

همان‌گونه که اشاره شد کاهش مرگ و میر در هر منطقه (با شرط ثابت ماندن نرخ موالید) سبب افزایش جمعیت می‌شود. از سوی دیگر جمعیت کشورهای غربی در اوایل قرن گذشته ۱/۴ جمعیت جهان را تشکیل می‌داد؛ اما هم اکنون این نسبت به ۱/۱۶ رسیده است؛ یعنی جمعیت به لحاظ نسبی بسیار کاهش یافته است. حال باید دلیل این کاهش را با توجه به کاهش مرگ و میر در این منطقه بررسی کرد. کاهش جمعیت در این منطقه می‌تواند به سبب دو عامل زیر باشد؛ کاهش موالید در این منطقه و افزایش رشد جمعیت در سایر نقاط جهان.

افزایش یا کاهش موالید رابطه‌ای مستقیم با افزایش یا کاهش رشد جمعیت دارد. این افزایش یا کاهش رشد یا به طور کلی تقاضا برای فرزند در نزد خانواده‌ها (بر خلاف مؤلفه مهاجرت و مرگ و میر)، پدیده‌ای

۹۰. این سه مؤلفه با عنوان حرکات جمعیت بررسی می‌شود.

کاملاً جامعه‌شناختی و فرایندی چندبعدی است. از دیدگاه خانواده، مرگ و میر امری جبری، قهری و اتفاقی است که خانواده نقشی مستقیم در آن ندارد. اما دربارهٔ موالید، این خانواده است که تصمیم می‌گیرد چند فرزند داشته باشد و آنها را در چه سنی به دنیا آورد. از منظری دیگر مرگ و میر نمی‌تواند ابزار سیاست (نه از لحاظ عملی و نه از لحاظ اخلاقی) باشد؛ زیرا موالید در افزایش و کاهش جمعیت نقش مقدم‌تری دارد و در حقیقت این امر در اختیار خانواده‌ها است.

جمعیت ایران در خلال چند دههٔ گذشته از نظر تعداد و نرخ رشد سالانه رشد چشمگیری یافته است. حال باید دید چه عواملی و با کدام نسبت در این افزایش نقش داشته‌اند. با توجه به داده‌های جدول شماره (۱) متوجه می‌شویم که جمعیت ایران طی سالهای ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۵ هجری شمسی رشدی شتابان داشته است و این رشد به ویژه از سال ۱۳۰۰ به بعد آغاز شده است. برای بررسی تغییرات جمعیتی ایران در این دوره، نخست باید بر عوامل جمعیتی ایران نگاهی جامعه‌شناختی داشته باشیم و برای این امر باید به نظریه‌ها و تئوریهای باروری دیگری بیفکنیم تا بتوانیم متغیرهای مؤثر را به خوبی شناسایی کنیم.

جدول شماره (۱)

رشد تغییرات جمعیت و متوسط رشد سالانه طی سالهای ۱۳۶۰ تا ۱۳۸۵^{۹۱}

سال	جمعیت	متوسط رشد سالانه (درصد)
۱۳۶۰	۷۶۵۴۰۰۰	—
۱۳۷۰	۸۱۲۴۰۰۰	۰/۶۰
۱۳۸۰	۸۶۱۳۰۰۰	۰/۵۹
۱۳۹۰	۹۱۴۳۰۰۰	۰/۶۰
۱۳۰۰	۹۷۰۷۰۰۰	۰/۶۰
۱۳۰۵	۱۰۴۵۶۰۰۰	۱/۵۰
۱۳۱۰	۱۱۱۸۵۰۰۰	۱/۳۶
۱۳۱۵	۱۱۹۶۴۰۰۰	۱/۳۶
۱۳۲۰	۱۲۸۳۳۰۰۰	۱/۴۱
۱۳۲۵	۱۴۱۵۹۰۰۰	۱/۹۹
۱۳۳۰	۱۶۲۳۷۰۰۰	۲/۷۸
آبان ۱۳۳۵	۱۸۹۵۴۷۰۴	۳/۱۴
آبان ۱۳۴۵	۲۵۷۸۸۷۳۲	۳/۱۳
آبان ۱۳۵۵	۳۳۷۰۸۷۴۴	۲/۷۱
مهر ۱۳۶۵	۴۹۴۴۵۰۱۰	۳/۹۱
مهر ۱۳۷۰	۵۵۸۳۷۱۶۳	۲/۴۶

۹۱. مأخذ: مرکز آمار ایران.

۹۲/۴۷	۶۰۰۵۵۴۸۸	آبان ۱۳۷۵
۹۳/۹۶		
۱/۶۱	۷۰۴۷۲۸۴۶	آبان ۱۳۸۵

تعریف باروری

باروری به رفتار تجربی و بالفعل فرزندآوری جمعیت اطلاق می‌شود. در این تعریف باید به دو نکته توجه کرد؛ نخست اینکه باروری پدیده‌ای جمعی است نه فردی. به عبارت دیگر، هر چند داده‌های اولیه فردی است ولی شاخصهای باروری، جمعی هستند و به جمعیت بازمی‌گردد. دوم آنکه باروری به رفتار تجربی و بالفعل فرزندآوری جمعیت اطلاق می‌شود نه به امکان بالقوه فرزندآوری.

انواع باروری

الف) باروری طبیعی

باروری طبیعی پیرو قوانین و مقررات زیستی، بیولوژیکی، اجتماعی و فرهنگی است. به عبارتی دیگر، این گونه باروری بر کنترل ارادی و آگاهانه زوجین استوار نیست. در این شرایط، میزان باروری کل میان شش تا هشت فرزند است. این گونه باروری مربوط به جوامع سنتی و ابتدایی است که نه انگیزه‌ای برای کنترل باروری دارند و نه با دانش و ابزاری برای کنترل آن آشنا هستند.

ب) باروری کنترل شده

این گونه باروری پیرو قوانین و مقررات خانواده است. زوجین در این نوع باروری به گونه ارادی و آگاهانه زاد و ولد را کنترل و محدود می‌کنند. از این رو، سطح باروری کل در این شرایط میان دو تا سه فرزند و گاه به کمتر از دو فرزند می‌رسد. این نوع از باروری ویژه جوامع جدید و پیشرفته امروزی است که افزایش جمعیت و رشد آن را مشکلی جدی می‌دانند.

۹۲. متوسط رشد سال ۱۳۷۵ نسبت به سال ۱۳۷۰ اندازه‌گیری شده است.

۹۳. متوسط رشد سال ۱۳۷۵ نسبت به سال ۱۳۶۵ اندازه‌گیری شده است.

تئوریها و مدلهای باروری

تاکنون نظریه‌ها و مدلهای گوناگونی در زمینه باروری و عوامل مؤثر بر آن بیان شده است که هر یک از دیدگاه ویژه خود به تبیین تغییرهای باروری پرداخته‌اند. حال به برخی از این تئوریها اشاره می‌کنیم.

الف) مدل مبتنی بر تئوری اقتصادی باروری

تئوری اقتصادی مبتنی بر این فرض است که شرایط اقتصادی خانواده بر تعداد اعضای آن مؤثر است. راهبرد اساسی تئوریهای اقتصادی، بر مفاهیمی همچون سودمندی و مطلوب بودن، بهره و سود فرزندان، هزینه فرزندان و هزینه زمانهای از دست‌رفته استوار است.

بهره اقتصادی فرزند

نگرش ← تصمیم‌گیری درباره تعداد فرزندان

هزینه‌های اقتصادی فرزند

این مدل که بر اساس نظریه هاروی شکل گرفته است سه نوع بهره و دو نوع هزینه را درباره فرزندان بیان می‌کند. منفعت فرزندان شامل: ۱- منبع لذت برای والدین؛ ۲- نیروی کار مجانی برای فعالیتهای کشاورزی و دامداری؛ ۳- نگهداری از والدین در سالهای پیری.

هزینه فرزندان شامل: ۱- هزینه مستقیم همچون خوراک، پوشاک و مسکن؛ ۲- هزینه‌های غیرمستقیم همچون تعلیم و تربیت، حرفه و آموزشهای ویژه و ...

چنانچه منافع اقتصادی فرزندان بیشتر از هزینه‌های اشاره شده باشد، زوجین انگیزه بیشتری برای داشتن فرزندان بیشتر دارند؛ هر چند عکس این مطلب نیز وجود دارد. بنابراین، در یک جامعه، رفتارهای باروری از رفتار اقتصادی عقلانی سرچشمه می‌گیرد.

ب) مدل مبتنی بر تئوریهای اقتصادی - اجتماعی باروری

این تئوری بر اساس انتخابهای زوجین در زمینه فرهنگی و خانوادگی شکل می‌گیرد. این تئوری دارای یک متغیر وابسته نهایی به نام فرزندان زنده متولدشده‌ای است که زوجین در خلال زندگی مشترک خود به دنیا می‌آورند.

این متغیر خود از متغیرهایی همچون تقاضا برای فرزند، عرضه فرزند، موانع و مخارج کنترل مولید است که به طور کلی منشأ اجتماعی دارد.

ج) مدل مبتنی بر تئوری جامعه‌شناسی باروری

با افزایش شتابان جمعیت دنیا، به ویژه پس از جنگ جهانی دوم، محققان اجتماعی و جامعه‌شناسان به این نتیجه رسیدند که دلایلی نظری برای مولید زیاد و افزایش باروری بیابند و بر اساس آن به راهحلی عملی دست یابند. از این رو، آنها باید پدیده باروری و عوامل مؤثر بر آن را در سطح خرد و کلان تبیین نمایند.

عوامل مؤثر بر باروری، در سطح کلان فرهنگ جامعه، عبارتند از: عوامل محیطی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و مذهبی. این عوامل به حرکت باروری در جامعه سمت و سو می‌دهند. مثلاً پس از پیروزی انقلاب به

سبب حاکم شدن ارزشهای مذهبی بر جامعه، از میان برداشتن تمام قوانین و مقررات کنترل موالید و همچنین تشویق غیرمستقیم خانواده‌ها به داشتن فرزند زیاد، سطح باروری افزایش یافت.

اما عوامل مؤثر بر باروری در سطح فردی، عبارتند از: انگیزه‌های شخصی، سلیقه‌ها، نگرشهای افراد، چگونگی تفکر آنها و ... در این سطح گرایش‌ها، انگیزه‌ها و سلیقه‌های والدین بر باروری بیشترین تأثیر را دارد. جامعه‌شناسان بر این باورند که به هر اندازه کشورها و جوامع در مسیر توسعه اقتصادی و اجتماعی بیشتر گام بردارند، انگیزه‌ها و سلیقه‌های فردی نیز بر رفتارهای باروری بیشتر تأثیر می‌گذارند. اما در جوامع توسعه‌نیافته و عقب‌مانده، نظام حاکم بر جامعه بر نهادها، قواعد و مقررات استوار است و در حقیقت همان قوانین رفتار باروری را نیز تعیین می‌کنند. به عبارتی دیگر نظام اجتماعی بر انگیزه‌ها و سلیقه‌های فردی چیره است.

بحث درباره عوامل انگیزشی، محور اصلی بیشتر دیدگاههایی است که از طریق مدل‌های جامعه‌شناختی، سعی در تبیین پدیده باروری دارند. زیرا باروری تنها واقعیتی فیزیولوژیکی نیست؛ بلکه پدیده‌ای مبنی بر امور ذهنی افراد است؛ بنابراین انگیزه فردی بیشترین نقش را در این زمینه دارد.

در کشورهای در حال توسعه، عوامل انگیزشی به دو گونه در میزان باروری مؤثرند: از یک سو به سبب وجود میزان بالای مرگ و میر کودکان و مطمئن نبودن به زنده ماندن فرزندان، والدین بر این باورند که برای ادامه حیات خانواده باید فرزندان بیشتری به دنیا آورند. هر چند نباید از نظر دور داشت که چنین انگیزه‌ای بعدها حتی با افزایش خدمات بهداشتی و کاهش سطح مرگ و میر کودکان، نه تنها تغییر نمی‌کند؛ بلکه باروری با همان شدت پیشین ادامه می‌یابد.^{۹۴} از سوی دیگر، به سبب انگیزه‌های برتری جنسی فرزندان پسر و منافع اقتصادی فرزندان، باروری در سطح بالایی قرار می‌گیرد و چنین انگیزه‌هایی با توجه به باورهای موجود و در این کشورها نیز شدت می‌یابد.

در تبیین جامعه‌شناختی کاهش بی‌سابقه باروری در جوامع توسعه‌یافته غربی، می‌توان به تغییر کارکرد خانواده و فرزندان در جامعه شهری - صنعتی اشاره کرد. بر این اساس باید گفت؛ شهرنشینی صنعتی با تغییر از یک معیشت سنتی به صنعتی و مجموعه‌ای از تقسیم کار در همه بخشهای زندگی و نیز میزان بالایی از تحرک اجتماعی و مکانی همراه شده است. این تغییر اجباری سبب کاهش نفوذ نیروهای سنتی و رشد دنیاگرایی گردیده است. یکی از پیامدهای این تغییرات، تغییر در کارکرد خانواده است. به گونه‌ای که بسیاری از کارکردهای خانواده به دیگر نهادهای تخصصی جامعه واگذار شده است (آموزش، بهداشت و ...).

بنابراین از یک سو فرزندان دیگر نقش تولیدکننده سرمایه در اقتصاد خانواده را ندارند و از سوی دیگر به صورت سدی در راه مشارکت فعال، در سامانه‌های گسترده درمی‌آیند که پاداشهای زندگی در جامعه شهری از این راه به دست می‌آید. از این دیدگاه چنین برداشت می‌شود که هنگامی که همه مردم در بازار و جامعه شهری دخالت داشته باشند، تنظیم خانواده عمومیت خواهد یافت و بعد خانواده در جهت کاهش، تداوم می‌یابد.

۹۴. ر.ک. جلسه اول، نظریه انتقالی جمعیت.

(د) مدل بینابین

«کینگزلی دیویس» و «جودیت بلیگ»^{۹۰} الگویی ارائه کرده‌اند که دربرگیرنده متغیرهای خردنگر و کلان‌نگر یا متغیرهای مربوط به هنجارهای اجتماعی و دیگر عوامل فردی مؤثر بر باروری هستند. این دیدگاه از آن جهت پذیرفته شده است که متغیرهای خرد و کلان را با یکدیگر در نظر می‌گیرد و به صورت واقعی‌نگر آنها را تبیین و تحلیل می‌کند. این متغیرها عبارت‌اند از:

۱- عوامل فردی؛

۲- عوامل اجتماعی.

۱- عوامل فردی

این دسته از عوامل در کنترل و اختیار فرد است و آگاهی از آنها در باروری مؤثر است. مهم‌ترین این عوامل عبارت‌اند از:

الف) سن ازدواج: از آنجا که طول دوره باروری زن مشخص و در خلال سالهای ۱۵ تا ۴۹ سالگی است؛ از این رو پایین بودن سن ازدواج سبب می‌شود که طول دوران زناشویی بیشتر باشد و در نتیجه زن بیشتر در معرض بارداری قرار گیرد. در جوامعی با خانواده هسته‌ای، سطح پایین‌تری از باروری مورد انتظار است. این امر به دلیل از دست دادن سالهایی است که امکان باروری در آنها وجود دارد و همچنین به دلیل محدود ساختن اندیشه باروری در دوران زناشویی است. در سطح فردی نیز به دلیل ازدواج دیرهنگام زنان به سبب برخورداری شدن از موهبی مانند تحصیلات عالی و شغل دلخواه سالهای فرزندآوری را از دست می‌دهند. بنابراین، تأخیر در ازدواج، به طور غیرمستقیم انگیزه تنظیم خانواده را پس از ازدواج به وجود می‌آورد.

ب) طول دوره ازدواج: طول زمانی که زوجین با هم زندگی می‌کنند در میزان باروری و خانواده مؤثر است. در این زمینه می‌توان به عواملی چون طلاق و میزان شیوع آن و بیوگی ناشی از مرگ مردان اشاره کرد. این دو علت، سبب کاهش شمار قابلیت باروری در زنان می‌شود. از سویی دیگر، جدایی میان زن و شوهر به دلیل تحصیل و یا کار، هر چند کاهش سالهای شوهرداری را در پی ندارد، سبب کاهش احتمال فرزندآوری می‌شود.

ج) مرگ و میر کودکان: یکی از عوامل بالا بودن سطح باروری در جوامع در حال توسعه، به ویژه در مناطق روستایی، میزان مرگ و میر بالای کودکان بوده است. میان مرگ و میر و باروری، رابطه‌ای متقابل و دوسویه وجود دارد. به این معنا که مرگ و میر کودکان با باروری ارتباطی مستقیم دارد.

د) تولد نخستین فرزند: تصمیم والدین درباره زمان تولد نخستین فرزند، در میزان باروری خانواده مؤثر خواهد بود. زمان تولد نخستین فرزند بر بعد خانواده تأثیر می‌گذارد و هرچه زمان به تأخیر افتد، میزان باروری کاهش می‌یابد و بعد خانواده کوچک‌تر می‌شود.

ه) فاصله میان موالید: تصمیم والدین درباره شمار سالهای لازم برای فاصله‌گذاری میان فرزندان، به سبب محدود بودن طول دوره باروری، در میزان باروری و بعد خانواده مؤثر است.

و) تعداد فرزندان: باورها و ارزشهای والدین در بعد خانواده و حتی تعداد فرزندان دختر یا پسر دلخواهشان تأثیرگذار است. به بیانی دیگر، بر اساس مفهوم خانواده ایده‌آل نزد زوجین، باروری نیز متفاوت خواهد بود. هرچه جامعه پیشرفته‌تر و سطح دانش و آگاهی والدین بیشتر باشد، تعداد فرزندان نیز کمتر می‌شود.

۹۰. حاتم حسینی، جمعیت‌شناسی - اقتصادی، همدان، انتشارات دانشگاه بوعلی، ۱۳۸۱.

۲- عوامل اجتماعى

اين گونه عوامل در اختيار فرد قرار ندارد و از سوى جامعه به صورت غيرارادى بر رفتارهاى بارورى انسان حاكم است.

الف) سنتها: سنتهاى حاكم بر يك جامعه به طور غيرمستقيم بر ميزان بارورى تأثير خواهد گذاشت. مثلاً مى توان به رسم ازدواج مرد با خواهر زن فوت شده و يا ازدواج اجبارى زن بيوه با برادر شوهر اشاره كرد كه معمولاً به سبب بالا بودن سن يكي از زوجين، بارورى كاهش مى يابد. در جوامعى همچون آفريقا نيز اين باور حاكم است كه مرد پس از زايمان زن براى مدت معينى (زمان شيردهى) حق نزديكى با او را ندارد. اين امر بر بارورى مؤثر است و آن را كاهش مى دهد؛ زيرا مدت زمان سپرى شده بدون پيوندهاى جنسى است.

ب) نظام ارزشها: ارزشهاى حاكم بر يك جامعه، انسانها را به برخى امور تشويق مى كند و از برخى امور باز مى دارد و در حقيقت نظام ارزشى يك جامعه مرز ميان خوب و بد را مشخص مى سازد. براى نمونه در جامعه اى كه طولانى بودن دوره شيردهى، عملى بارزش است و مردان در اين دوره از نزديكى با زنان خود نهي شده اند؛ با كاهش ميزان بارورى روبه رو خواهند بود.

ج) مذهب: تعاليم دينى از عوامل عمده تشويق ازدواج به هنگام و بارورى زياد در اجتماعات غيرصنعتى تلقى مى شوند. همچنين نفوذ مذهب در يك جامعه سبب مى شود كه تمام خانواده ها يك يا شمارى از اعضاى خود را در خدمات مذهبي شركت دهند. در حقيقت فرزندزايى جزئى اساسى در ارزشهاى مذهبي است.

د) مفهوم خانواده و نظام خويشاوندى: بعد خانواده مورد پذيرش و ميزان نقش نظام خويشاوندى و به بيان ديگر، گسترده يا هسته اى بودن نظام خانواده نگرش والدين را درباره تعداد فرزندان بر اساس دلايل اقتصادى، اجتماعى و فرهنگى از يكدیگر متفاوت و متمايز مى سازد.

عوامل مؤثر در رابطه با توسعه اجتماعى و سطح بارورى

الف) تحصيلات زنان

مطالعه هاى كه درباره بارورى و عوامل مؤثر بر آن در مناطق مختلف دنيا انجام شده است، نشان مى دهد كه سواد و افزايش تحصيلات با سطح بارورى زنان رابطه اى معكوس دارد؛ يعنى سطح بارورى در ميان زنان با تحصيلات بيشتر، كاهش مى يابد.

تأثير تحصيلات در تبين بارورى به دو دليل داراى اهميت است. نخست آنكه؛ ميزان سواد و تحصيلات سبب تحولات فردى و دگرگونى در ايده آله اى شخصى مى گردد. گسترش افق ديد زنان و مردان به فراتر از مرزهاى سنتى جامعه، سبب ارزيايى دوباره آنها نسبت به ارزش فرزندان و نقش زن در جامعه، مى شود. تحصيلات همچنين فرصتهاى تحرک اجتماعى را افزايش مى دهد؛ به اين معنا كه احتمال قرار گرفتن مردم در مسير تحديد بارورى را افزايش مى دهد.

دوم آنكه، قرار گرفتن زنان در فرايند آموزش سبب ازدواج دير هنگام آنها مى شود. از ديدگاه زنان تحصيل كرده كيفيت فرزندان بر كميت آنها برتر است؛ بنابراين آنها با كاهش تعداد فرزندان، به پرورش و تحصيلات فرزندان مى پردازند. افزون بر اين، تحصيلات در افزايش آگاهى و شناخت زنان از مسائل بهداشتى، مؤثر است و زمينه را در پذيرش بهتر و مؤثرتر برنامه هاى تنظيم خانواده، فراهم مى كند.

بررسی‌های مختلف نشان‌دهنده آن است که زوجهای تحصیل کرده‌تر تعداد فرزندان کمتری دارند. در کشورهای در حال توسعه، کاهش یکنواخت باروری با نگاهی توأم به افزایش تحصیلات در همه سطوح، دیده می‌شود.

تأثیر آموزش بر باروری از طریق متغیرهای واسطه‌ای و به شکلهای زیر، دیده می‌شود:

آموزش بر تقاضای فرزند از طریق احساس تغییر هزینه و منافع داشتن بچه اضافی و توانایی از پس مخارج آنها برآمدن و نیز تغییر برتریهایی که بر اندازه مطلوب خانواده اثر می‌گذارد، مؤثر است.

آموزش همچنین بر عرضه فرزندان از طریق تأثیر بر سن ازدواج، سلامت والدین و بچه‌ها و احتمال باقی ماندن کودکان تازه به دنیا آمده، تأثیر دارد. در نهایت، آموزش بر تنظیم باروری از طریق افزایش ارتباط میان زن و مرد، افزایش دانش پیشگیری از بارداری ناخواسته، ایجاد فرصت اشتغال در خارج از منزل برای زنان، کاهش تولد فرزندان ناخواسته، رعایت فاصله‌گذاری میان مولید و تغییر نگرش افراد نسبت به بعد خانواده و تعداد فرزندان تأثیر می‌گذارد.

همچنین تحصیلات برای افرادی که از آن و نتایجش بهره‌مند می‌شوند، دنیایی فراهم می‌آورد که به گرایش‌های سنتی آنها، شکل جدید می‌دهد و فرصتهای تازه‌ای را برای به کار بردن گرایش‌های جدید در اختیار آنها قرار می‌دهد.

به این ترتیب تحصیلات سبب تقویت عواملی می‌شود که به طور غیرمستقیم باروری را کاهش می‌دهد. همچنین متغیرهایی را که به طور مستقیم بر افزایش باروری تأثیر می‌گذارند، تضعیف می‌کند.

ب) درآمد

میزان درآمد خانواده یکی از عوامل مؤثر در امر باروری است. برخی بر این باور بودند که افزایش سطح درآمد سبب کاهش باروری می‌شود. اما در حقیقت تأثیر درآمد بر باروری زنان، عاملی ترکیبی است و با درآمد ارتباطی مستقیم ندارد. درآمد بالا، با سطح سواد بیشتر، مرگ و میر کمتر کودکان، اشتغال بیشتر زنان و هزینه بیشتر فرزندان در ارتباط است. در حقیقت این متغیرها، باروری را کاهش می‌دهند و چون این متغیرها و متغیر درآمد، با یکدیگر همراه هستند تصور می‌شود که درآمد بالا، باروری را کاهش می‌دهد، اما واقعیت چیز دیگری است. اصولاً هر گروه اجتماعی بنا به وضعیت اقتصادی - اجتماعی خود، نگرش ویژه‌ای به باروری دارد. گروهی دیگر نیز بر این باورند که رابطه میان باروری و درآمد رابطه‌ای معکوس است. این گروه دلایل خود را در سه بخش بیولوژی، اقتصادی و اجتماعی بیان می‌کنند. از نظر بیولوژی، معتقدند که قدرت باروری طبقات بالا به دلیل میزان زیاد مصرف پروتئین و نیز در اثر رشد فکری کاهش می‌یابد.^{۹۶}

از نظر اجتماعی، ابعاد یک خانواده ممکن است با افزایش اقدامات تأمین اجتماعی اعضا کوچک‌تر شود. به این معنا که در این خانواده‌ها، بنا به دلایلی چون سرمایه‌گذاری، توجه به بالا بردن سطح زندگی و تکامل فرهنگ و ... هزینه تربیت فرزندان افزایش می‌یابد و در نتیجه از باروری زنان کاسته می‌شود.

با توجه به دیدگاههای تئوریک و همچنین در نظر گرفتن مدل بینایی، که عوامل فردی و اجتماعی را با یکدیگر در نظر می‌گیرد، می‌توان تغییرات جمعیتی ایران را در خلال سده گذشته تحلیل و بررسی کرد. از

۹۶. احمد کتابی، درآمدی بر اندیشه‌ها و نظریه‌های جمعیت‌شناسی، پژوهشگاه علوم انسانی، تهران، ۱۳۷۷، ص ۲۳؛ به عقیده خوزه دو کاسترو به موازات افزایش مصرف پروتئین، قدرت تولیدمثل کاهش می‌یابد.

میان متغیرهای اشاره شده در این مدل می توان به متغیرهای مؤثرتر و همچنین داده های آماری در دسترس و موثق تر اشاره کرد.

این متغیرها عبارت اند از:

۱- سن زنان هنگام نخستین ازدواج؛

۲- تعداد فرزندان هر زن؛

۳- سواد و تحصیلات زنان؛

۴- محل سکونت (شهر یا روستا)؛

۵- میانه سنی جمعیت (جوان یا پیر بودن).

با توجه به داده های جدول شماره (۲) می توان ملاحظه کرد که اولاً جمعیت ایران به ویژه در خلال سالهای ۱۳۳۵ تا ۱۳۸۵ افزایش چشمگیر تعداد و نرخ رشد جمعیت را داشته است. تعداد جمعیت در این مدت از حدود ۱۸/۹ میلیون نفر در سال ۱۳۳۵ به بالای هفتاد میلیون نفر در سال ۱۳۸۵، یعنی بیش از سه برابر، رسیده است. نرخ رشد جمعیت ایران در خلال سالهای ۱۳۳۵ تا ۱۳۴۵ برابر ۳/۱۳ (I=) درصد بوده است. این نرخ در سال ۱۳۵۵ به سبب گسترش شهرنشینی در خلال این سالها کاهش می یابد، اما در سالهای پس از انقلاب اسلامی دوباره افزایش می یابد که این امر اولاً به دلیل کاهش شهرنشینی در ایران و ثانیاً به سبب بروز جنگ تحمیلی و تشویق مستقیم و غیرمستقیم دولت در حمایت از باروری بالا بوده است. اما از سال ۱۳۶۵ به بعد نرخ رشد پیوسته کاهش یافته است. با توجه به نظریه دموگرافیکی (یا انتقالی جمعیت) موقعیت جمعیت ایران از مرحله دوم این نظریه عبور کرده و به مرحله سوم یعنی کاهش نرخ رشد و کاهش میزان باروری رسیده است. ادامه این وضعیت و کاهش نرخ رشد در دهه های بعد، اگر برنامه سیاست جمعیتی خاصی انجام نگیرد، برای جمعیت ایران پیش بینی می شود.

جدول شماره (۲)

تغییرات جمعیت کشور طی سالهای ۱۳۳۵ - ۱۳۸۵^{۹۷}

سال	جمعیت	افزایش دوره		شاخص تغییرات ۱۳۳۵ = ۱۰۰	تغییرات نسبت به سال پایه	متوسط رشد سالانه (درصد)
		نسبی	مطلق			
۱۳۳۵	۱۸۹۵۴۷۰۴	-	-	۱۰۰	-	-
۱۳۴۵	۲۵۷۸۸۷۲۲	۶۸۳۴۰۱۸	۳۶/۱	۱۳۶/۱	۳۶/۱	۳/۱۳
۱۳۵۵	۳۳۷۰۸۷۴۴	۷۹۲۰۰۲۲	۳۰/۷	۱۷۷/۸	۷۷/۸	۲/۷۱
۱۳۶۵	۴۹۴۴۵۰۱۰	۱۵۷۳۶۲۶۶	۴۶/۷	۲۶۰/۹	۱۶۰/۹	۳/۹۱
۱۳۷۰	۵۵۸۳۷۱۶۳	۶۳۹۲۱۵۳	۱۲/۹	۲۹۴/۶	۱۹۴/۶	۲/۴۶
۱۳۷۵	۶۰۰۵۵۴۸۸	۴۲۱۸۳۲۵	۷/۶	۳۱۶/۸	۲۱۶/۸	۱/۴۷
۱۳۸۵	۷۰۴۷۲۸۴۶	۱۰۴۱۷۳۵۸	۱۷/۳	۳۷۱/۸	۲۷۱/۸	۱/ ۶۱

۹۷. مأخذ: مرکز آمار ایران.

همان گونه که در بالا اشاره شد، سن ازدواج زنان رابطه مستقیمی با تعداد موالید دارد؛ یعنی هرچه سن زن در هنگام ازدواج پایین تر باشد، زمان بیشتری برای باروری وجود دارد و در نتیجه تعداد فرزندان بیشتر خواهد شد.

جدول شماره (۳)

میانگین سن^{۹۸} در نخستین ازدواج بر حسب جنس در نقاط شهری و روستایی ایران^{۹۹}

سال	کل کشور		نقاط شهری		نقاط روستایی	
	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن
۱۳۴۵	۲۵	۱۸/۴	۲۵/۶	۱۹	۲۴/۴	۱۷/۹
۱۳۵۵	۲۴/۱	۱۹/۷	۲۵/۱	۲۰/۲	۲۲/۷	۱۹/۱
۱۳۶۵	۲۳/۶	۱۹/۸	۲۴/۲	۲۰	۲۲/۶	۱۹/۶
۱۳۷۰	۲۴/۶	۲۰/۹	۲۴/۹	۲۱	۲۳/۵	۲۰/۸
۱۳۷۵	۲۵/۶	۲۲/۴	۲۶/۲	۲۲/۵	۲۴/۵	۲۲/۳
۱۳۸۵*	۲۶/۲	۲۳/۳				

با توجه به داده‌های جدول شماره (۳) متوسط سن ازدواج برای مردان و زنان در ایران در خلال سالهای ۱۳۴۵ تا ۱۳۵۸ پیوسته در حال افزایش بوده است. این افزایش سن برای زنان در مقایسه با مردان بیشتر بوده است. به این صورت که افزایش سن در خلال این چهار دهه برای مردان فقط ۱/۲ سال بوده است؛ اما برای زنان حدود پنج سال است. به دیگر سخن، پنج سال از زمان فرزندآوری بالقوه برای زنان از دست رفته است. از سوی دیگر افزایش سن ازدواج برای جامعه روستایی ایران نسبت به جامعه شهری بیشتر شده است و این نکته با توجه به وضعیت معیشت کشاورزی در روستا و بالاتر بودن نرخ باروری برای زنان روستایی در مقایسه با زنان شهری و برجسته‌تر بودن نقش فرزندان در درآمد خانوار تأمل برانگیز است. روند کاهشی نرخ جامعه روستایی امروزه حتی از جامعه شهری کمتر است.^{۱۰۰}

تعداد فرزندان برای هر زن (TFR)

«TFR» عبارت است از تعداد فرزندانی که یک زن در طول دوره زندگی بالقوه باروری (۴۹ - ۱۵ سالگی) خواهد داشت. این تعداد از شرایطی همچون سن، تحصیلات، شغل، دسترسی به وسایل پیشگیری و ... پیروی می‌کند. در ایران، این شاخص در سال ۱۳۶۵ برابر با ۳/۴۵ (TFR =) نفر بوده است. به عبارت ساده‌تر هر

۹۸. میانگین سن در نخستین ازدواج با روش هاینال (Hajnal) محاسبه شده است.

۹۹. مأخذ: مرکز آمار ایران.

*. آمار سال ۱۳۸۵ به آن اضافه شده است.

۱۰۰. ر.ک: جدول شماره (۷).

صد نفر زن مجموعاً ٣٤٥ فرزند در سن پنجاه سالگی داشته‌اند. در حالی که این نسبت در سال ١٣٨٥ به ٢/٢ رسیده است. یعنی هر زن به طور متوسط در خلال این دو دهه، حدود بیش از یک فرزند نسبت به دوره پیشین کمتر دارد.

برای برآورد تعداد فرزندان برای هر زن از شاخص دیگری نیز می‌توان استفاده کرد. بعد خانوار یا تعداد اعضای خانواده نیز می‌تواند، تعداد فرزندان هر زن را نشان دهد. برای نمونه اگر بعد خانواده چهار نفر باشد، با توجه به هسته‌ای بودن بیشتر خانواده‌های ایرانی،^{١٠١} تعداد فرزندان یک زن دو نفر خواهد بود.

جدول شمارهٔ (٤)

متوسط بعد خانوار در ایران در خلال سالهای ١٣٣٥ - ١٣٨٥^{١٠٢}

سال	کل کشور	نقاط شهری	نقاط روستایی
١٣٣٥	٤/٧٦	٤/٧٦	٤/٧٥
١٣٤٥	٤/٩٩	٤/٩٩	٤/٩٩
١٣٥٥	٥/٠٢	٤/٨٦	٥/١٨
١٣٦٥	٥/١١	٤/٠٠	٥/٤٥
١٣٧٠	٥/١٨	٤/٠٠	٥/٦٢
١٣٧٥	٤/٨٤	٤/٦٣	٥/٢٢
١٣٨٥	٤/٠٣	٣/٨٩	٤/٣٦

با توجه به داده‌های جدول شمارهٔ (٤) بعد خانوار در خلال سالهای ١٣٣٥ تا ١٣٧٠ پیوسته در حال افزایش و از سال ١٣٧٠ تا ١٣٨٥ در حال کاهش است. افزایش بعد خانوار در خلال سالهای ١٣٣٥ تا ١٣٧٠ به سبب افزایش موالید نبوده است، بلکه به دلیل کاهش مرگ و میر، به سبب ارتقای بهداشت و درمان، در خلال این مدت بوده است. اما از سال ١٣٧٠ تاکنون این امر به سبب کاهش باروری بوده است. کاهش موالید در مناطق شهری بیشتر از مناطق روستایی دیده می‌شود.

سواد و تحصیلات زنان

سواد و افزایش تحصیلات برای زنان رابطهٔ معکوسی با سطح باروری آنها دارد؛ یعنی زنان با تحصیلات بالاتر معمولاً باروری کمتری نسبت به زنان بی‌سواد یا با تحصیلات کم دارند.

١٠١. خانوادهٔ هسته‌ای شامل پدر، مادر و فرزندان است. خانوادهٔ گسترده شامل پدر، مادر، فرزندان، پدربزرگ و مادربزرگ و گاه عمه، دایی، خاله و ... است.

با توجه به وضعیت جمعیت ایران که بیشتر شهرنشین هستند؛ بیشتر خانواده‌های ایران به صورت هسته‌ای زندگی می‌کنند.

١٠٢. مأخذ مرکز آمار ایران، تدوین توسط نگارنده.

جدول شماره (۵)

درصد باسوادان جمعیت شش ساله و بیشتر بر حسب جنس (با تأکید بر باسوادی زنان)^{۱۰۳}

سال	میزان درصد باسوادی		
	کل	مرد	زن
۱۳۳۵	۱۴/۶	۲۲/۲	۷/۳
۱۳۴۵	۲۹/۴	۴۰/۱	۱۷/۹
۱۳۵۵	۴۷/۵	۵۸/۹	۳۵/۵
۱۳۶۵	۶۱/۷۸	۷۱/۰۲	۵۲/۰۸
۱۳۷۰	۷۴/۱	۸۰/۶	۶۷/۱
۱۳۷۵	۷۹/۵۱	۸۴/۶۷	۷۴/۳۱
۱۳۸۵	۸۴/۶۱	۸۸/۷۴	۸۰/۳۴

با توجه به داده‌های جدول شماره (۵) متوجه می‌شویم که نرخ باسوادی جمعیت ایران در خلال سالهای ۱۳۳۵ تا ۱۳۸۵ پیوسته در حال افزایش است؛ یعنی میزان باسوادی کل (زنان و مردان) از ۱۴/۶ درصد در سال ۱۳۳۵ به میزان ۸۴/۶۱ درصد در سال ۱۳۸۵ رسیده است. این امر بیانگر افزایش حد بالای باسوادی در جامعه ایران است. اما این نسبت افزایش سواد برای زنان ایران به مراتب بیش از نسبت افزایش باسوادی برای مردان است.

همان‌گونه که مشاهده می‌شود در خلال این مدت میزان باسوادی مردان حدود ۵/۸ برابر شده است؛ یعنی از ۱۴/۶ به ۸۶/۶ درصد رسیده است. در حالی که نسبت باسوادی زنان ایرانی حدود یازده برابر شده است (از ۷/۳ به ۸۰/۳۴ درصد) که تفاوت چشمگیری را نشان می‌دهد. اگر این افزایش باسوادی را با «TFR»، تعداد فرزندان هر زن، در نظر بگیریم، متوجه می‌شویم که افزایش باسوادی در میان زنان باعث کاهش باروری برای آنان خواهد شد. همان‌گونه که اشاره شد باسوادی و افزایش تحصیلات به دو دلیل، سبب این کاهش می‌شود: اولاً باسوادی و افزایش تحصیلات باعث تحولات فردی و دگرگونی در ایده‌آلهای شخصی می‌شود و الگوی زن را از داشتن تعداد فرزندان مورد انتظار سنتی تغییر می‌دهد. ثانیاً افزایش سواد و تحصیلات زنان به تحرک اجتماعی و تأثیراتی چون افزایش سن ازدواج، اشتغال، افزایش اطلاعات و آگاهی پیرامون باروری و کنترل آن می‌انجامد. همچنین افزایش سواد مردان نیز تأثیراتی را در الگوی باروری همسران آنها ایجاد خواهد کرد.

سواد و تحصیلات زنان در جامعه شهری و روستایی

با مراجعه به داده‌های جدول شماره (۶) افزایش باسوادی برای جمعیت ایران و به ویژه برای زنان جامعه روستایی در مقایسه با جامعه شهری بیشتر است.

۱۰۳. مأخذ مرکز آمار ایران، تدوین توسط نگارنده.

جدول شماره (٦)

درصد باسوادان در جمعیت شش ساله و بیشتر بر حسب جنس در نقاط شهری و روستایی

سال	جمعیت شش ساله و بیشتر (هزار نفر)			باسواد (درصد)		
	مرد و زن	مرد	زن	مرد و زن	مرد	زن
کل کشور						
۱۳۶۵	۳۸۷۰۹	۱۹۸۲۲	۱۸۸۸۷	۶۱/۷۸	۷۱/۰۲	۵۲/۰۸
۱۳۷۵	۵۲۲۹۵	۲۶۵۳۴	۲۵۷۶۱	۷۹/۵۱	۸۴/۶۷	۷۴/۲۱
۱۳۸۵	۶۳۸۹۹	۳۲۴۸۴	۳۱۴۱۵	۸۴/۶۱	۸۸/۷۴	۸۰/۳۴
شهری						
۱۳۶۵	۲۱۲۱۰	۱۰۹۰۷	۱۰۳۰۴	۷۳/۱۱	۸۰/۳۶	۶۵/۴۳
۱۳۷۵	۳۲۵۰۰	۱۶۵۹۳	۱۵۹۰۷	۸۵/۷۱	۸۹/۵۶	۸۱/۷۰
۱۳۸۵	۴۳۹۵۰	۲۲۳۶۶	۲۱۸۵۴	۸۸/۹۳	۹۲/۱۹	۸۵/۵۵
روستایی						
۱۳۶۵	۱۷۳۰۷	۸۸۱۸	۸۴۸۸	۴۸/۳۷	۵۹/۹۵	۳۶/۳۳
۱۳۷۵	۱۹۶۲۵	۹۸۵۷	۹۷۶۸	۶۹/۶۱	۷۶/۷۴	۶۲/۴۱
۱۳۸۵	۱۹۹۴۹	۱۰۱۱۸	۹۸۳۱	۷۵/۰۹	۸۱/۱۲	۶۸/۸۹

با توجه به داده‌های جدول شماره (٦) میزان باسوادی برای زنان جامعه شهری در خلال سالهای ۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵ از ۶۵/۴ به ۸۵/۵ درصد رسیده است. در حالی که این وضعیت برای زنان جامعه روستایی در مدت زمان مشابه، بسیار بیشتر است و از ۳۶/۳ به ۶۸/۹ درصد یعنی حدود دو برابر رسیده است. از آنجا که الگوی باروری نزد زنان جامعه روستایی معمولاً بالاتر بوده است، افزایش باسوادی آنها تأثیر بسیاری در کاهش باروری داشته است.

تغییرات جمعیت شهری و روستایی در ایران

در زندگی کشاورزی و روستایی فرزندان به عنوان نیروی کار و عامل تولید خانواده هستند. از این رو، باروری زنان روستایی پیوسته بیشتر از باروری زنان در جامعه شهری است. اما در زندگی خدماتی شهرنشینی، فرزند بیشتر مصرف کننده است و عامل تولیدی برای خانواده نیست؛ بر این اساس نرخ باروری در جامعه شهری معمولاً کمتر از جامعه روستایی است.^{۱۰۴}

۱۰۴. این امر یادآور ضرب المثل معروفی است؛ فرزند در روستا یار خاطر و در شهر بار شاطر.

با توجه به داده‌های جدول شماره (۷) مشاهده می‌شود که در خلال سالهای ۱۳۳۵ تا ۱۳۸۵ از نسبت جمعیت روستایی پیوسته کاسته شده و به نسبت جمعیت شهری افزوده شده است. در سال ۱۳۳۵ کمتر از ۱/۳ جمعیت ایران شهرنشین بوده‌اند (۳۱/۷ درصد) در حالی که در سال ۱۳۸۵ این مقدار تقریباً عکس شده است؛ یعنی کمتر از ۱/۳ جمعیت ایران روستانشین باقی مانده‌اند. این تغییر نسبت جمعیت روستایی - شهری هنگامی بیشتر مشخص می‌شود که نرخ سالانه رشد جمعیت را برای این دو جامعه در خلال این مدت پیگیری کنیم.

با توجه به داده‌های جدول مشاهده می‌شود که نرخ رشد جمعیت شهری به مراتب بیش از نرخ رشد جمعیت روستایی است. زیرا جمعیت شهر پیوسته در حال جوان‌تر شدن و جمعیت روستایی در حال پیر شدن است. این امر به این دلیل است که جوانان روستایی پیوسته به مناطق شهری مهاجرت می‌کنند و جمعیت سالخورده و پیر در مناطق روستایی باقی می‌مانند. این روند تا جایی ادامه یافته است که هم اکنون نرخ رشد سالانه جمعیت در مناطق روستایی به طرف منفی گرایش یافته است ($r = -44\%$) یعنی از این به بعد جمعیت روستایی ایران هم به لحاظ نسبت و هم به لحاظ تعداد در حال کاهش است. تغییر محل سکونت جمعیت روستایی به سوی جامعه شهری سبب کاهش مولید برای زنان روستایی و در نهایت کاهش نرخ رشد آنان شده است. با بررسی داده‌های جدول متوجه می‌شویم که نرخ رشد جمعیت شهری در خلال سالهای ۱۳۳۵ تا ۱۳۸۵ از ۵/۰۲ درصد در اول دوره به ۲/۷۴ درصد در پایان دوره رسیده است. در نتیجه می‌توان به دو رویداد در این زمینه اشاره کرد؛ نخست کاهش مولید برای زنان جامعه روستایی به سبب افزایش سواد و پیر شدن جمعیت روستایی و دیگر کاهش کلی نرخ مولید به سبب افزایش نسبت جمعیت شهری.

جدول شماره (۷)

تغییرات جمعیت شهری و روستایی ایران در خلال سالهای ۱۳۳۵ تا ۱۳۸۵^{۱۰۵}

رشد سالانه جمعیت		درصد جمعیت در					
روستایی	شهری	مناطق روستایی	مناطق شهری	جمعیت روستایی	جمعیت شهری	جمعیت کل	سال
-	-	۶۸/۳۴	۳۱/۶۶	۱۲۹۵۲۰۸۳	۶۰۰۲۶۲۱	۱۸۹۵۴۷۰۴	۱۳۳۵
۲/۱۳	۵/۰۲	۶۲/۰۲	۳۷/۹۸	۱۵۹۹۲۹۱۲	۹۷۹۵۸۱۰	۲۵۷۸۸۷۲۲	۱۳۴۵
۱/۱۱	۴/۹۳	۵۲/۹۷	۴۷/۰۳	۱۷۸۵۴۰۶۴	۱۵۸۵۴۶۸۰	۳۳۷۰۸۷۴۴	۱۳۵۵
۲/۳۹	۵/۴۱	۴۵/۷۱	۵۴/۲۹	۲۲۶۰۰۴۴۹	۲۶۸۴۴۵۶۱	۴۹۴۴۵۰۱۰	۱۳۶۵
۱/۲۱	۳/۴۷	۴۲/۹۸	۵۷/۰۲	۲۴۰۰۰۵۶۵	۳۱۸۳۶۵۹۸	۵۵۸۳۷۱۶۳	۱۳۷۰
- ۰/۶۴	۲/۹۵	۳۸/۷	۶۱/۳	۲۳۲۳۷۶۹۹	۳۶۸۱۷۷۸۹	۶۰۰۵۵۴۸۸	۱۳۷۵
- ۰/۴۴	۲/۷۴	۳۱/۵۴	۶۸/۴۶	۲۲۲۲۷۷۷۱	۴۸۲۴۵۰۷۵	۷۰۴۷۲۸۴۶	۱۳۸۵

۱۰۵. مأخذ مرکز آمار ایران، تدوین توسط نگارنده.

جوانی یا سالخوردگی جمعیت ایران

جمعیت‌های جوان معمولاً نرخ باروری بالایی دارند؛ زیرا بخش قابل ملاحظه‌ای از حجم این جمعیت‌ها در سن جوانی و در سن باروری هستند (همانند جمعیت بیشتر کشورهای در حال توسعه) اما جمعیت‌های پیر معمولاً از نرخ باروری پایینی برخوردار هستند؛ زیرا بخش قابل ملاحظه‌ای از جمعیت آنها مسن‌تر از سن دوره بالقوه باروری (۴۹ - ۱۵ سال) هستند.

یکی از شاخص‌های پیری جمعیت، بالا بودن میانه سنی^{۱۰۶} (Me) یا میانگین سنی (Ma) آن جمعیت است. در جدول شماره (۸) مشاهده می‌شود که میانه سنی جمعیت ایران در خلال چهار دهه یعنی از سال ۱۳۴۵ تا ۱۳۸۵ پیوسته در حال افزایش است یعنی از ۱۶/۹ سال در سال ۱۳۴۵ به ۱۹/۴ سال در سال ۱۳۸۵ رسیده است. این افزایش سن برای زنان در مقایسه با مردان بیشتر است؛ بنابراین، بر اساس ساخت سنی جمعیت ایران و افزایش تدریجی میانه سنی و سالخوردگی جمعیت ایران باید انتظار داشت که نرخ مولید در جمعیت ایران روز به روز در حال کاهش باشد، مگر سیاست جمعیتی خاصی این روند را دگرگون کند.

جدول شماره (۸)

میانه سنی جمعیت بر حسب جنس در نقاط شهری و روستایی^{۱۰۷}

سال	کل کشور			نقاط شهری		نقاط روستایی	
	مرد و زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن
آبان ۱۳۴۵ ^{۱۰۸}	۱۶/۹	۱۶/۸	۱۷/۱	۱۸/۰	۱۷/۵	۱۵/۸	۱۶/۸
آبان ۱۳۵۵	۱۷/۴	۱۷/۱	۱۷/۷	۱۸/۷	۱۸/۶	۱۵/۴	۱۶/۷
مهر ۱۳۶۵	۱۷/۰	۱۷/۰	۱۷/۰	۱۸/۴	۱۸/۳	۱۵/۵	۱۵/۷
مهر ۱۳۷۰	۱۷/۶	۱۷/۷	۱۷/۵	۱۹/۰	۱۸/۶	۱۶/۳	۱۶/۲
آبان ۱۳۷۵	۱۹/۴	۱۹/۴	۱۹/۵	۲۰/۵	۲۰/۴	۱۷/۹	۱۸/۳

۱۰۶. میانه سنی (Me) عبارت از سنی است که جمعیت را به دو قسمت مساوی تقسیم می‌کند. به گونه‌ای که نیمی از جمعیت پایین‌تر از آن سن و نیمی دیگر بالاتر از آن سن قرار دارند.

۱۰۷. مأخذ: مرکز آمار ایران.

۱۰۸. فقط شامل جمعیت ساکن است.

چكفءه

- ✓ ءغففرات و ءءولات (ساختف) ءمعف از سه مؤلفه اساسف ءمعفءشناسف؛ فعنف بارورف؁ مرگ و مفر و مهاءرت ففروف مف كنف.
- ✓ مهاءرت در افزافش فا كاهش ءمعف روف زمفن نقشف نفارء. كاهش نرخ مرگ و مفر سبب افزافش ءمعف و هم ففر شءن آن مف شوء. بارف كاهش ءءم ءمعف مرگ و مفر ابزار مناسف بارف سفاسءهاف ءمعفف ففست.
- ✓ افزافش فا كاهش موالفء رابءهاف مسءقفم بار افزافش فا كاهش رشد ءمعفء ءارء. از افن رو؁ ابزارف مناسب بارف كنءرل ءمعفء به شمار مف آفء.
- ✓ ءمعفء افران در ءلال ءءء دههء ءءشءه از نظر ءءاء و نرخ رشد سالانه رشد ءشمففرف فافءه اسء. عواملف كه در افن افزافش مؤءر بوءهءنف شامل: افزافش سن زنان به هنگام نفسءفن ازءواء؁ كاهش ءءاء فرزنءان هر زن؁ افزافش سواء و ءءصفاء زنان؁ ءفففر محل سكونء ءءش عمءهاف از ءمعفء روستا به شهر و افزافش مفانه سنف ءمعفء فا مفل به ففر شءن ءمعفء.

جلسه هشتم

سیاست‌های جمعیتی

اهداف درس

آشنایی با:

✓ اتخاذ سیاست‌های جمعیتی و اجزای آن؛

✓ اهداف سیاست‌های جمعیتی.

سیاست‌های جمعیتی

سیاست‌های جمعیتی دربرگیرنده تمامی موضوعاتی است که هماهنگ‌کننده میان جمعیت با توسعه اقتصادی اجتماعی - تکنولوژیکی و اکولوژیکی است. به دیگر سخن، سیاست‌های جمعیتی شامل استانداردها و هنجارهایی می‌شود که می‌توان با کمک آن به توسعه اقتصادی - صنعتی و اجتماعی دست یافت. شاخصهایی چون رشد جمعیت، توزیع، تراکم، درآمد، سلامت و ... در رابطه با آن مطرح می‌شود. سازمان ملل در تعریف سیاست‌های جمعیتی تأکید می‌کند که با این سیاست‌گذاریها می‌توان به توسعه (اقتصادی) دست یافت. در تعریفی دیگر، برلسون^{۱۰۹} سه ویژگی را برای سیاست‌های جمعیتی ذکر می‌کند. این سه ویژگی عبارت‌اند از:

۱- اقداماتی که دولتها به شکل بیانیه جمعیت، قوانین، ضوابط و برنامه‌های مربوط به مدیریت جمعیت به اجرا درمی‌آورند.

۲- سیاست‌های جمعیتی دربرگیرنده وقایع جمعیتی است.

۳- سیاست‌های جمعیتی به اهداف و پیامدهای طراحی شده‌ای که رویدادهای جمعیتی را تغییر می‌دهد، اشاره دارد.

از منظر تاریخی، تفکر و اظهارنظر درباره موضوعات مرتبط با جمعیت و همچنین تداوم و ارائه قوانین، مقررات و خط‌مشی‌هایی برای اثرگذاری بر تعداد و توزیع جمعیت از گذشته‌های دور متداول بوده است. در منابع و نگاشته‌های تمدنها، نظام‌های سیاسی و امپراطوری‌هایی مانند ایران، چین، یونان و روم آثار و مدارکی وجود دارد. همچنین در گذشته، نیز در اثر بالا بودن نرخ مرگ و میر و در نتیجه کندی رشد جمعیت، تمامی سیاست‌ها در جهت افزایش موالید و جمعیت بوده است. اما از قرن هجدهم به بعد و هم‌زمان با انقلاب صنعتی و توسعه اقتصادی - اجتماعی، گسترش بهداشت، کنترل بیماری‌ها و نیز توسعه امکانات پزشکی، مرگ و میر کاهش یافته است. در چنین شرایطی به تدریج زمره‌ها و تفکراتی پیرامون کاهش و تعدیل رشد جمعیت آغاز شد. از پیشگامان این نحله می‌توان کشیش و اقتصاددان انگلیسی توماس رابرت مالتوس را نام برد که در

سالهای پایانی قرن هجدهم میلادی با توجه به شرایط به وجود آمده از انقلاب صنعتی در انگلیس دیدگاههای خود را ارائه کرد. با وجود جبهه‌گیریهایی اولیه در برابر دیدگاههای مالتوس، در اروپای قرن نوزدهم، شرایط اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی به گونه‌ای شکل گرفت که در دهه‌های پایانی آن قرن در بیشتر کشورهای این قاره خانواده‌ها پذیرای دیدگاههای مالتوس و محدود کردن سطح مولید شده بودند. با شروع قرن بیستم کاهش مولید در اروپا به سرعت ادامه یافت به گونه‌ای که تا اواسط دهه ۱۹۳۰ بیشتر کشورهای اروپا به سطح باروری کنترل‌شده و در نتیجه رشد ناچیزی از باروری و جمعیت رسیده بودند.

در کشورهای در حال توسعه، که بیشتر کشورهای آسیایی، آمریکای لاتین و آفریقا را دربرمی‌گیرد، عموماً بهداشت در نیمه دوم قرن بیستم گسترش یافت و به کاهش مرگ و میر و در نتیجه رشد شتابان جمعیت در سالهای پس از جنگ جهانی دوم منجر شد. در زمانی که اروپا و بیشتر کشورهای پیشرفته صنعتی به باروری کنترل‌شده و رشد ناچیز جمعیت رسیده بودند و عموماً دغدغه و شکل کمی جمعیت را دارا بودند؛ کشورهای در حال توسعه با رشد شتابان و انفجار جمعیت، ناشی از کاهش مرگ و میر در اثر توسعه بهداشت و درمان روبه‌رو بودند. از این رو، در نیم قرن اخیر در سیاست‌های جمعیتی کشورهای پیشرفته صنعتی و کشورهای در حال توسعه نوعی دوگانگی دیده می‌شود. در خلال این سالها، بسیاری از کشورهای پیشرفته صنعتی سیاست‌های تشویق مولید و افزایش رشد جمعیت را در برنامه کار خود قرار داده‌اند، حال آنکه بیشتر کشورهای در حال توسعه پیگیر سیاست‌های کاهش مولید و کاهش نرخ رشد جمعیت هستند. البته سیاست‌های جمعیتی به سیاست‌های مرتبط با زاد و ولد و باروری محدود نمی‌شود، بلکه می‌توان گفت: هر خط‌مشی و سیاستی را که به هر نحوی، مستقیم یا غیرمستقیم، بر ویژگیهای کمی و کیفی جمعیت تأثیر بگذارد، می‌توان سیاست جمعیتی نامید. سیاست‌های توزیع جمعیت یعنی سیاست‌های مهاجرتی، سیاست‌های پیرامون برنامه تعیین حدود مولید (تحدید یا تشویق) و نیز سیاست‌های پیرامون مرگ و میر یعنی کنترل بیماریها، به ویژه بیماریهای عفونی - اپیدمی، و دیگر برنامه‌هایی را که برای بهبود کیفیت جمعیتها آغاز می‌شوند، می‌توان در زمره سیاست‌های جمعیتی دانست. واقعیت آن است که در زمان ما رشد شتابان جمعیت در کشورهای در حال توسعه و لزوم متعادل نمودن آن، اهمیت ویژه‌ای به سیاست‌های مرتبط با زاد و ولد و باروری و تنظیم خانواده داده است، به گونه‌ای که در این دوره چنین سیاست‌ها و برنامه‌ریزیهای جمعیتی محدود شده و جایگاه ویژه‌ای در برنامه‌های توسعه اقتصادی و اجتماعی پیدا کرده است. این سیاست‌ها در ادامه سیاست‌های جمعیتی با تأکید بر جایگاه آنها در برنامه‌ریزیها و نقش و اهمیتشان در روند توسعه اقتصادی و اجتماعی کشورهای در حال توسعه دنبال خواهد شد.

برنامه‌ریزی توسعه و سیاست‌های جمعیتی

تعداد و کیفیت جمعیت هر کشور بزرگ‌ترین ثروت و منبع قدرت سیاسی و اقتصادی آن کشور است. رونق اقتصادی، پیشرفت علمی و تکامل فنی و صنعتی هر جامعه بیش از هر چیز با هوش، دانش، تلاش و خلاقیت اعضای آن پیوند دارد. دانش، تلاش و خلاقیت هر جمعیت نیز در گرو سلامت جسمی و روحی و آمادگی ذهنی و هوشی و انگیزه و تلاش اعضای آن جامعه است. هر جامعه همان‌گونه که برای نظم و سامان دادن و استفاده بهینه از منابع مادی و طبیعی خود برنامه‌ریزی می‌کند، برای پرورش جمعیت و منابع انسانی خود و

استفاده بهینه از توان جسمی و روحی آن نیز باید برنامه‌ریزی کند. تهیه چنین برنامه‌ای نیازمند یک «سیاست جمعیتی» است. امروزه، تدوین و اجرای سیاست‌های جمعیتی جزئی از برنامه ملی توسعه فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی کشورها، به ویژه کشورهای در حال توسعه، است. «نداشتن سیاست جمعیتی مشخص و روشن نه تنها ممکن است به نادیده گرفته شدن عامل جمعیت و توجه کافی نداشتن به این ثروت ملی منجر شود، بلکه ممکن است به ناکامی و شکست کل برنامه توسعه اقتصادی بیانجامد.»

نکته دیگر آنکه سیاست جمعیتی هر کشور از یک مجموعه آرمانها، هدفهای کمی و کیفی و راهکارهای عملی برای تحقق آن اهداف در محدوده زمانی خاصی تشکیل می‌شود. در این حالت، سیاست‌های جمعیتی بخشی از برنامه کلی توسعه ملی کشور به شمار می‌رود که با در نظر گرفتن آرمانهای فرهنگی، شرایط اجتماعی و منابع و محدودیتهای اقتصادی آن منطقه تدوین می‌شود. بنابراین، لازم است میان سیاست جمعیتی و برنامه ملی توسعه کشور هماهنگی و همخوانی وجود داشته باشد.

اهداف اصلی سیاست جمعیتی

ارتقای شرایط زیستی و کیفیت زندگی همه مردم کشور و آماده ساختن آنان برای ایفای نقشی فعال و سازنده در فرایند توسعه اقتصادی و اجتماعی کشور هدف اصلی سیاست جمعیتی است. برای رسیدن به این هدف کلی لازم است به هدفهای جزئی‌تر نیز توجه شود که مهم‌ترین آنها عبارت‌اند از:

الف) ایجاد هماهنگی و تعادل میان نرخ رشد جمعیت و اهداف برنامه توسعه اجتماعی و اقتصادی کشور و آهنگ رشد تولید ملی، به گونه‌ای که اندازه جمعیت و تعداد افراد آن در حال و آینده از حد معینی که با منابع و امکانات منطقه و کشور همخوانی دارد، تجاوز نکند.

ب) بازتوزیع فضایی و جغرافیایی جمعیت با توجه به توان زیست محیطی مناطق مختلف و نیاز نسبی آنها به نیروی کار.

ج) اتخاذ تدابیر قانونی و اداری لازم برای کنترل و هدایت مهاجرت‌های بین‌المللی به گونه‌ای که از یک سو نیروی کار کشورهای دیگر وارد کشور واقع نشود و از سوی دیگر مهاجرت اتباع کشور به خارج، از نظم و روشی متناسب پیروی کند.

الگوی توسعه انسانی پایدار

ارتقای شرایط زیستی و کیفیت زندگی مردم در واقع یکی از هدفهای اصلی برنامه توسعه اقتصادی و اجتماعی هر کشور به شمار می‌رود که این هدف اساسی در پناه سیاست جمعیتی محقق می‌شود. اما چون برای توسعه، تعاریفی مختلف ارائه شده است و برنامه توسعه معمولاً از هدفهای متفاوتی پیروی می‌کنند. آرمان ارتقای بهزیستی و کیفیت زندگی مردم ممکن است در کشورهای مختلف به درجات متفاوت مورد توجه و تأکید قرار

گیرد. از جمله الگوهای توسعه که در سالهای اخیر مطرح شده، الگوی «توسعه انسانی پایدار»^{۱۱۰} است که در دههٔ اخیر از سوی برنامهٔ عمران سازمان ملل متحد^{۱۱۱} ارائه شده است.

از آنجا که این الگو چارچوب مناسبی برای آرمان اساسی و هدف‌گذاری سیاست جمعیتی فراهم می‌کند، توضیح اجمالی آن در اینجا ضروری است.

در الگوی توسعهٔ انسانی پایدار برای تعیین سطح رفاه و پیشرفت اجتماعی هر کشور از سه شاخص اصلی استفاده می‌شود:

۱- شاخص سلامت یا تندرستی عمومی: این شاخص بر پایهٔ نرخ مرگ و میر اطفال (IMR)، امید به زندگی در آغاز تولد (e:) و دسترسی به امکانات بهداشتی، مانند آب آشامیدنی، تسهیلات بهداشتی و درمانی اولیه و درصد مایه‌کوبی کودکان علیه بیماریها تعریف می‌شود.

۲- شاخص دانش یا تحصیلات: این شاخص بر اساس میزان باسوادی افراد بزرگسال و نرخ اشتغال به تحصیل در سنین تحصیلات ابتدایی، متوسطه و عالی تعریف می‌شود.

۳- شاخص ثروت یا رفاه مادی: این شاخص نیز بر پایهٔ تولید ناخالص ملی هر کشور به قیمت ثابت بین المللی تعیین می‌شود.

همان‌گونه که می‌بینیم دست کم چهار متغیر یا عامل از اطلاعات به کار رفته در محاسبهٔ شاخص توسعهٔ انسانی، یعنی نرخ مرگ و میر اطفال، امید به زندگی در آغاز تولد، نرخ باسوادی و نرخ اشتغال به تحصیل، جنبهٔ جمعیتی دارد و با آمارهای جمعیتی می‌توان آن را محاسبه کرد.

بر پایهٔ الگوی توسعهٔ انسانی پایدار، هدف اصلی توسعهٔ اقتصادی و اجتماعی تنها افزایش تولید ملی و بهبود شاخصهای اقتصادی، مانند تولید ناخالص داخلی نیست؛ بلکه شاخصهای غیراقتصادی مانند ارتقای سطح سلامت، بالا رفتن نرخ باسوادی و دسترسی همگان، به ویژه زنان، به امکانات رفاه و بهزیستی به اندازهٔ رشد و رونق اقتصادی اهمیت دارد. برای دستیابی به آرمان توسعهٔ انسانی پایدار لازم است، جامعه سرمایه‌گذاری در امور بهداشتی، آموزشی و خدمات اجتماعی را یکی از اولویتهای اصلی برنامه‌ریزی توسعهٔ اقتصادی و اجتماعی خود قرار دهد.

الگوی توسعهٔ انسانی، به ویژه بر پایداری و قابلیت دوام فرآیند توسعه تأکید می‌کند. مفهوم این تأکید آن است که در طرح و اجرای برنامه‌های توسعه باید به منافع و رفاه نسلهای آینده به اندازهٔ آسایش و رفاه نسل کنونی توجه شود. برای نمونه اگر کشوری سرمایهٔ ملی خود مانند نفت را به هدف ارتقای رفاه و آسایش نسل کنونی به بهای ارزان بفروشد که نتیجهٔ چنین عملی جز محروم کردن نسلهای آینده از این ذخایر و محکوم کردن آنان به فقر و عقب‌ماندگی نخواهد بود.

نکتهٔ دیگر که در الگوی توسعهٔ انسانی پایدار بیش از پیش بر آن تأکید شده است؛ عدالت اجتماعی، توزیع عادلانهٔ منابع و ثروت ملی و فراهم ساختن امکان دسترسی همگان، به ویژه گروههای محروم از منابع ملی و منافع توسعه است. لازمهٔ این توجه، اولویت دادن به فقرزدایی، تواناسازی زنان و قشر محروم و فراهم ساختن امکان مشارکت فعالانهٔ آنان در جریان تولید ملی، توسعهٔ اقتصادی و ادارهٔ امور اجتماعی است.

۱۱۰. Sustainable Homan Development.

۱۱۱. United Nation Development Programme.

نرخ رشد جمعیت متناسب با توسعه

در برنامه سیاست جمعیتی پس از ارتقای شرایط زیستی و کیفیت زندگی مردم، که هدف اصلی این سیاست است، هدف عمده دوم، دستیابی به جمعیتی با اندازه و نرخ رشد متناسب با امکانات اقتصادی هر جامعه و کشور است. در واقع بدون در پیش گرفتن سیاست عملی مؤثر برای کاهش نرخ رشد جمعیت و جلوگیری از افزایش تعداد آن هیچ کشور در حال توسعه‌ای نمی‌تواند از عهده هزینه‌های بهداشتی، آموزشی و رفاهی مورد نظر الگوی توسعه انسانی برآید. به این موضوع از آن جهت باید توجه کرد که با بهبود شرایط زیستی و کاهش مرگ و میر اطفال، موانع سنتی رشد جمعیت از بین می‌رود و یا بسیار کاهش می‌یابد و جمعیت به سرعت رو به افزایش می‌گذارد. البته می‌توان انتظار داشت که با افزایش سطح سواد و دانش مردم، خود افراد به تدریج رفتارها و هنجارهای باروری خود را تغییر دهند و در نتیجه نرخ رشد جمعیت کاهش یابد. اما این موضوع ممکن است مدت درازی طول بکشد و در این مدت جمعیت کشور با چنان سرعتی افزایش یابد که با آرمان اصلی توسعه انسانی پایدار و سیاست‌های جمعیتی کشور ناهمخوان باشد. به این دلیل، کنترل موالید و کاهش نرخ رشد طبیعی جمعیت یکی از هدفهای اصلی سیاست‌های جمعیتی است که همواره بر آن تأکید می‌شود.

ابزار یا راهکار اصلی رسیدن به کاهش نرخ رشد و کنترل حجم جمعیت، اجرای برنامه تنظیم خانواده و کنترل زاد و ولد است. هدف اصلی این برنامه تشویق خانواده‌ها به تصمیم‌گیری عاقلانه درباره تعداد کافی فرزندان و کمک به آنها در جهت اجرایی کردن این تصمیم است. به این منظور به زوجهای جوان کمک می‌شود تا آگاهانه و عاقلانه تصمیم بگیرند، از عهده تربیت درست چند فرزند برآیند و بدانند که این فرزندان باید با چه فاصله زمانی به دنیا بیایند تا سلامت و رفاه آنان و نیز کل خانواده به شایستگی تضمین گردد. زاد و ولد زیاد نه تنها سلامت و رفاه خانواده، به ویژه مادران را به خطر می‌اندازد، بلکه فرزندانی که بدون برنامه‌ریزی و به طور ناخواسته به دنیا می‌آیند. غالباً به چشم میهمان ناخوانده‌ای به آنها نگریسته می‌شود که با ورود خود آرامش و رفاه خانواده به ویژه مادر را به خطر انداخته‌اند.

در مواردی که مادران درباره امکانات جلوگیری از بارداری آگاهی لازم را نداشته یا به آنها دسترسی نداشته باشند، معمولاً برای رهایی از فرزندان ناخواسته به سقط جنین روی می‌آورند و چون سقط جنین در برخی از جوامع ممنوع و غیرقانونی است، زنانی که ناچار به انجام این کار می‌شوند، در شرایطی غیربهداشتی و با کمک افراد غیرمتخصص این کار را انجام می‌دهند، در نتیجه سلامتی و جان خود را به اندازه جان کودک ناخواسته به خطر می‌اندازند. از آنجا که سقط جنین، در میان زنان فقیر و محروم بیشتر رایج است، برنامه‌های تنظیم خانواده معمولاً نقش مهمی در حفظ جان و سلامت این مادران محروم دارد. به این ترتیب چون داشتن فرزندان زیاد فشار وارد بر خانواده‌های فقیر را بیشتر می‌کند و فرزندان آنها را بیشتر در معرض خطر فقر و محرومیت قرار می‌دهد، می‌توان برنامه‌های تنظیم خانواده را سلاحی برای از میان بردن حلقه معیوب فقر و نجات دادن نسلهای آینده از دام فقر و محرومیت دانست.

بهداشت باروری

در حال حاضر تأکید بر گسترش سلامت مادران و کودکان، که هدف اصلی برنامه‌های تنظیم خانواده است، سبب شده است تا دامنه فعالیتهای بهداشتی و درمانی این برنامه‌ها در سالهای اخیر بیش از پیش گسترش

یابد. به همین دلیل در کنفرانس بین‌المللی جمعیت که در سال ۱۹۹۴ به ابتکار سازمان ملل متحد در شهر قاهره تشکیل شد، تصمیم گرفته شد به جای عبارت «تنظیم خانواده» از عنوان کلی‌تر دیگری، یعنی «بهداشت باروری» استفاده شود. کاهش مرگ و میر کودکان با گسترش دامنه مایه‌کوبی یا واکسیناسیون بر ضد بیماری‌های عفونی دوران کودکی، پیشگیری از مرگ و میر مادران بر اثر عوارض حاملگی و زایمان، جلوگیری از بیماری‌های واگیرداری که با روابط جنسی منتقل می‌شود و سلامت مادر و کودک را تهدید می‌کند، از اجزای اصلی برنامه‌های بهداشت باروری به شمار می‌روند.

افزون بر موارد پیش گفته، بالا بردن سطح آگاهی‌های مادران درباره عوامل اجتماعی و زیستی که سلامت آنان و کودکانشان را تهدید می‌کند و ایجاد نگرش‌های درست و سالم در آنان نسبت به مصرف مواد مضر مانند سیگار، مشروبات الکلی، مواد مخدر، مواد شیمیایی توهم‌زا و ... نیز جزئی از برنامه بهداشت باروری به شمار می‌روند. در این برداشت وسیع از بهداشت باروری، بالا بردن آگاهی افراد، به ویژه جوانان، درباره خطرهای باروری‌های زودرس و بی‌پای و تولید فرزندان زیاد و توانا ساختن آنان به تصمیم‌گیری و اقدام شایسته اهمیتی ویژه دارد. حتی درمان نازایی و از بین بردن علل آن در میان زنانی که مستعد و علاقه‌مند به داشتن فرزند هستند یکی از هدف‌های مهم بهداشت باروری است.

سیاست‌های جمعیتی باید با تخصیص منابع مالی لازم، بر فراهم ساختن خدمات مشاوره پیش و پس از تولد و تضمین دسترسی زوج‌های جوان به اطلاعات و وسایل جلوگیری از بارداری‌های ناخواسته به عنوان بخشی از حقوق اجتماعی یا حقوق باروری تمامی شهروندان اهتمام ورزند. از جمله حقوق باروری تأکید شده در کنگره قاهره، حق دسترسی همگان، به ویژه نسل جوان، به اطلاعات صحیح و برخورداری به موقع آنان از خدمات مشاوره ویژه برای کسب آگاهی‌ها و مهارت‌های لازم برای باروری مطلوب و فارغ از تصمیم‌گیری درباره ازدواج، تشکیل خانواده و به دنیا آوردن تعداد مطلوب فرزندان است.

چون دانش و تصمیم‌گیری درست و مسئولانه درباره باروری بدون سواد و آموزش امکان‌پذیر نیست، گسترش امکانات دسترسی به آموزش و تحصیلات رسمی برای زنان یکی از هدف‌های اصلی سیاست‌های جمعیتی به شمار می‌رود. تجربه کشورهای مختلف از جمله ایران به خوبی نشان می‌دهد که یکی از شروط اساسی موفقیت برنامه‌های توسعه به طور عام و برنامه‌های کنترل باروری و کاهش نرخ رشد جمعیت به طور خاص، بالا رفتن سطح سواد و دانش زنان است. بالا بردن سطح سواد و آموزش زنان سبب می‌شود نیروی جسمی و هوشی بالقوه نیمی از جمعیت کشور که به طور سنتی غالباً نادیده گرفته می‌شد، پرورش یابد و آنان بتوانند متناسب با استعداد خود، مسئولیتهایی را در سطح خانواده و جامعه برعهده گیرند. زنان با سواد و تحصیلات بالاتر نه تنها می‌توانند مادران بهتری باشند، بلکه شهروندان مفیدتر و مؤثرتری خواهند بود و با ورود به بازار کار و فعالیت اقتصادی می‌توانند به افزایش و تولید درآمد ملی کمک کنند. البته باید توجه داشت که مبارزه با موانع قانونی، فرهنگی و آموزش و اشتغال زنان و فراهم ساختن امکانات لازم برای انجام وظایف مادری سبب ناتوانی زنان از ادامه تحصیل و ورود به بازار کار نشود و همواره باید بالا بردن سطح سواد زنان یکی از اهداف سیاست‌های جمعیت به شمار رود.

جمعیت متناسب

كاهش باروری و تثبیت میزان جمعیت و رسیدن به یک نرخ رشد مطلوب که جمعیت نه از مشکلات باروری بالا برخوردار شود و نه با کاستی‌ها و محدودیت‌های باروری پایین رو به رو شود، سیاست‌گذاران جمعیتی را با این پرسش مواجه کرده است که حجم جمعیت بهینه و متناسب چقدر باید باشد و نرخ رشد جمعیت باید در چه سطحی باشد تا جمعیت به این اندازه برسد؟ واقعیت آن است که این پرسش، پاسخ قطعی و روشنی ندارد. جمعیت متناسب یا مطلوب هر کشور را می‌توان با توجه به شرایط اقتصادی و اجتماعی آن در دوره زمانی خاص تصور و تفسیر است و این شرایط در هر جامعه و کشوری متفاوت است، همچنین این شرایط در یک کشور خاص ممکن است به سرعت تغییر یابد. به دیگر سخن، جمعیت متناسب، تابع شرایط زمان و مکان است. سطح متناسب جمعیت یا رشد مطلوب برای کل جامعه گاهی ممکن است با سلامت و رفاه مادران و خانواده‌ها سازگار نباشد و آنان را به کارهای غیرقانونی و خطرناک بهداشتی وادار سازد. برای نمونه پافشاری رهبران پیشین رومانی بر تشویق باروری و ایجاد خانواده‌های بزرگ در اواخر نظام کمونیستی در آن کشور (۱۹۸۰-۱۹۷۰) سبب شده بود، گروه زیادی از زنانی که ناخواسته باردار می‌شدند، یا با استفاده از روشهای سقط جنین غیرقانونی به حاملگی خود خاتمه دهند و یا فرزندان ناخواسته خود را در کوچه و خیابان رها کنند. کودکان سرراهی که روی دست دولت مانده و در یتیم‌خانه‌های بخارست و چند شهر دیگر رومانی جمع شده بودند و به دلیل توجه نکردن شایسته مسئولان، به بیماریهای گوناگون از جمله ایدز مبتلا شده بودند. این رخداد به عنوان یکی از یادگارهای تلخ دوران نظام کمونیستی در رومانی هنوز در اذهان مانده است.

در مجموع می‌توان گفت هر کشوری باید تلاش کند با توجه به سطح امکانات اقتصادی و اجتماعی به صورت درازمدت و کوتاه‌مدت، سطح نرخ باروری و رشد جمعیت خود را با سطح متناسب با تضمین سلامت و رفاه کودکان و مادران و خانواده‌ها و نیز سطح توسعه اقتصادی کشور تضمین کند. اگرچه به دلیل بالا بودن نرخ باروری در بیشتر کشورهای در حال توسعه کوشش در کاهش باروری معمولاً مطلوب به نظر می‌رسد، اما نباید فراموش کرد که کاهش سریع نرخ باروری ممکن است ساختار سنی جمعیت را به سوی سالخوردگی سوق دهد و به این ترتیب افزون بر کاستن از نسبت جمعیت فعال و مولد، جامعه را با هزینه‌های مالی، بهداشتی و اجتماعی یک جمعیت سریعاً رو به سالخوردگی روبه‌رو سازد. تجربه‌های چند دهه اخیر تعدادی از کشورهای در حال توسعه، مانند چین، حاکی از آن است که به دلیل تأثیر دو جانبه دو عامل «بالا رفتن امید به زندگی» و «کاهش باروری» در افزایش سن جمعیت، فرآیند سالخوردگی در این کشور ممکن است بسیار سریع‌تر از جوامع اروپایی رخ دهد.

توزیع مکانی و جغرافیایی جمعیت

توزیع مکانی و جغرافیایی جمعیت را از دو جهت می‌توان تحلیل و بررسی کرد و باید در سیاست جمعیتی هر کشوری بدان توجه شود. جنبه نخست، توزیع جمعیت در نقاط و نواحی مختلف و جنبه دوم، توزیع جمعیت میان مراکز شهری و مناطق روستایی است. برای نمونه هر چند تراکم جمعیت در ایران (توزیع جمعیت در هر کیلومتر مربع) در سال ۱۳۸۵ نسبتاً پایین است، یعنی حدود ۴۲ نفر در هر کیلومتر مربع است، اما این نسبت در استانهای مختلف بسیار متفاوت است. به استثنای شهر تهران با کمی نزدیک به ۱۴۲۰۰ نفر در کیلومتر

مربع، دامنه تراکم جمعیت در استانهای مختلف از ۱۶۵ نفر در استان گیلان تا ۷ نفر در استان سمنان تفاوت دارد. به طور متوسط در هر ۲۴ کیلومتر مربع از سطح کشور یک آبادی وجود دارد. این رقم برای استان گیلان ۵ کیلومتر و برای استان سمنان ۱۲۵ کیلومتر مربع است.

تفاوتهای اساسی در تراکم نسبی جمعیت در نقاط مختلف هر کشور با عوامل گوناگون طبیعی، اقتصادی و سیاسی پیوند دارد که باید در طراحی سیاست جمعیتی کشور به آن توجه شود. در ایران عوامل طبیعی و اقلیمی مؤثرترین متغیر در توزیع جمعیت بوده است. این عوامل عبارتاند از:

- وجود کوهستانهای مرتفع و صعب العبور که برای اسکان و زندگی جمعیت زیاد مناسب نیستند.
- کویری بودن بخش قابل ملاحظه‌ای از مساحت کشور، به ویژه مناطق مرکزی، شرقی و جنوب شرقی که حدود یک سوم از مساحت کشور را غیرقابل سکونت کرده و به استقرار پراکنده و محدود جمعیت در حاشیه کویر انجامیده است.

- خشک و کم آب بودن دیگر مناطق کشور و نامناسب بودن آب و هوا و شرایط اقلیمی که مانع شکل‌گیری تمرکزهای جمعیتی در آن مناطق شده است.

افزون بر این عوامل طبیعی، عوامل تاریخی، اجتماعی و اقتصادی گوناگونی باعث شده که بیشتر سرمایه‌گذارهای عمرانی، به ویژه در پنجاه سال اخیر در مناطق خاصی از کشور انجام گیرد و این مناطق را به صورت قطبهای عمده توسعه اقتصادی و صنعتی و جذب جمعیت مهاجر از مناطق دیگر درآورد. عسلویه در جنوب، سرمایه‌گذارهای بیشتر از ظرفیت اقتصادی در اطراف شهرهای بزرگ چون تهران، مشهد، اصفهان و شیراز نمونه‌هایی از این دست هستند. مناطق پرجمعیت‌تر معمولاً از جمعیت شهری بیشتری نیز برخوردار می‌شوند. به این دلیل میان باز توزیع جغرافیایی جمعیت در مناطق مختلف کشور و ایجاد تعادل میان جمعیت شهری و روستایی رابطه‌ای نزدیک وجود دارد.

سیاست‌گذارهای جمعیتی درباره توزیع مکانی و جغرافیایی متناسب جمعیت و جلوگیری از تمرکز بیش از اندازه آن در مناطقی خاص یا مراکز شهری اگرچه لازم و منطقی به نظر می‌رسد، اما در عمل چندان آسان نیست. تمایل جمعیت به تمرکز در مناطق خاصی از کشور، که معمولاً به دلیل فراهم بودن شرایط کار و درآمد و زندگی بهتر در آن مناطق است، صورت می‌گیرد. بدیهی است با گذشت زمان و سرمایه‌گذاری بیشتر در آن مناطق، به دلیل بازدهی بیشتر سرمایه، جاذبه‌های اقتصادی و فرهنگی بیشتری برای جذب جمعیت به سوی مناطق آبادتر و پرجمعیت‌تر فراهم می‌شود. جمعیت متمرکز در این مناطق، به ویژه مراکز شهری که از امکانات و فرصت‌های آموزشی و فرهنگی بهتری برخوردارند و امکان دارد که قدرت اقتصادی و سیاسی بیشتری هم به دست آورده باشند، می‌تواند با استفاده از موقعیت ممتاز خود دولت و دیگر تصمیم‌گیران را به سرمایه‌گذاری بیشتر در این مناطق مجبور نماید. شهر تهران و شهرهای حاشیه‌ای این استان و دیگر کلان‌شهرها در این دسته‌بندی جای می‌گیرند.

با توجه به مشکلات توزیع و پراکندگی سیاست ملی جمعیت هر کشوری، باید به توزیع متوازن جمعیت در مناطق مختلف کشور توجه کرد و با استفاده از مشوقهای مناسب اقتصادی و فرهنگی، سرمایه‌گذارهای زیربنایی، توسعه منطقه‌ای، معافیت‌های مالیاتی، ایجاد اشتغال و دیگر امتیازات را برای توزیع جمعیت، به ویژه برای گروه سنی جوان، فراهم نمود. ظهور خوزستان به عنوان یک قطب عمده جذب جمعیت مهاجر از نقاط مختلف کشور در اواسط قرن حاضر، نمونه خوبی از موفقیت برنامه توسعه اقتصادی و صنعتی در جذب جمعیت به یک منطقه گرم و فاقد جذابیت طبیعی است. جذب جمعیت مهاجر کشورهای هم‌جوار و دوردست از سوی

شیخ‌نشین‌های حاشیه جنوبی خلیج فارس به دنبال استخراج منابع نفتی و رونق گرفتن بازار کار و فعالیت در آن مناطق، نمونه دیگری از جذب جمعیت به لحاظ شرایط اقتصادی مساعد در سطح منطقه است.

توازن میان جمعیت شهری و روستایی

ایجاد توازن میان جمعیت شهری و روستایی و جلوگیری از مهاجرت سریع جمعیت روستایی به مناطق شهری باید یکی از هدفهای سیاست‌های جمعیتی پیوسته (و نه مقطعی) قرار گیرد. باید به این نکته نیز توجه کرد که کوشش در نگهداری توزیع کنونی جمعیت روستایی به صورت واحدهای کوچک و پراکنده اگر عملی هم باشد اما از لحاظ اجتماعی، اقتصادی و توسعه‌ای قابل دفاع نباشد. در ایران در حال حاضر بیش از ۶۵ هزار روستا و آبادی پراکنده وجود دارد که جمعیت بیشتر آنها بسیار اندک است. در واقع نزدیک به ۴۰٪ از روستاهای کشور را آبادیهای کمتر از صد نفر تشکیل می‌دهد و نسبت آبادیهای بزرگ و پرجمعیت (۵۰۰۰ نفر و بیشتر) به ۵٪ هم نمی‌رسد. بیش از ۶۵٪ جمعیت کشور در حدود ۶۵۰ نقطه شهری سکونت دارند و حدود ۲۲٪ از جمعیت کشور در ۵ شهر بزرگ تهران، مشهد، اصفهان، شیراز و تبریز متمرکز شده‌اند.

فراهم آوردن امکانات اولیه زندگی جدید مانند راه، آب لوله‌کشی، برق و تلفن در روستاها یا مراکز جمعیتی کوچک مستلزم سرمایه‌گذاری گسترده‌ای است. ایجاد و نگهداری تسهیلات بهداشتی و آموزشی به ویژه در سطوح بالاتر از حد ابتدایی بسیار پرهزینه است. افزون بر این، با پیدایش و رواج امکانات کشاورزی جدید و کوتاه شدن فاصله زمانی میان محل سکونت و کشاورزی، دیگر دلیلی برای تداوم این همه واحد جمعیتی کوچک باقی نمانده است.

بنابراین، به نظر می‌رسد در برنامه‌ریزی توزیع جمعیت کشور و جلوگیری از مهاجرت روستاییان به شهرها باید اقدام به ایجاد روستا شهرهای بزرگ (شهرکها) و از نظر اقتصادی مولد و پایدار توجهی ویژه شود. از سوی دیگر، سرمایه‌گذاری در تسهیلات زیربنایی مانند بیمارستان، مدارس متوسطه و حرفه‌ای و نیز اماکن تفریحی و خدمات اجتماعی در شهرکها قابل توجه و دفاع خواهد بود. این اقدام می‌تواند از شکاف موجود میان شهرها و روستاها، که یکی از انگیزه‌های اساسی مهاجرت روستایی به شهرها است، بکاهد. به طور خلاصه هر اقدام و زمینه‌سازی برای گسترش شهرکها در نظام اجتماعی - اقتصادی در عصر جدید یکی از راهبردهای قابل دفاع و تجربه‌شده در کاهش روند مهاجرت روستا - شهری به شمار می‌رود.

برای رسیدن به هدفهای بالا، سیاست‌های جمعیتی می‌تواند از راهکارهای گوناگونی استفاده نماید. این راهکارها که در روند سیاست جمعیتی بیشتر کشورهای جهان پیش‌بینی شده است، عبارت‌اند:

- ۱- فراهم آوردن امکان دسترسی همگان، به ویژه زوجهای جوان مناطق محروم و فقیر به خدمات بهداشتی باروری و وسایل جلوگیری؛
- ۲- فراهم ساختن امکانات بهداشتی و درمانی لازم برای تشخیص، پیشگیری و درمان به موقع زنان در امور باروری و نیز برای مردانی که بچه‌دار نمی‌شوند؛
- ۳- بالا بردن سطح پوشش برنامه مایه‌کوبی در برابر بیماریهای واگیر و دوران طفولیت و کاهش نرخ مرگ و میر نوزادان و اطمینان بخشی به والدین؛

- ٤- اءان اءلاعات اءرسء و بالا برءن آكاهى عموئى ٱىرامون ارزشها و فواء خانواء كوچك و فاصله كذارى ميان مواء از راه رسانههاى همكائى؛
- ٥- اءوین و اءراى برنامهاى ءوسعه هماهنگ شهر و روستا و ارءقاءى شرایط كزى در مناطق روستائى؛
- ٦- ءلوكىرى از كسءرش بى روىه شهرهاى بزرگ و ءمركز غير ضرورى كمعوى در نواحى خاصى از كشر با اسءفااء از اهرمها و مشوقهاى اقءصاءى و ءشوىق فعالىءهاى اقءصاءى و صنعءى در نواحى كم كمعوى. در كنار هءفهاى كلى و اءرازمءء سىاسءهاى كمعوى معمولاً رسته هءفهاى كمى و كوءاهمءء هم در نظر گرفته مى شوء ءا ءءوان با رعائء و انءازه كىرى آنها اءرجه موفقىء و كارآئى سىاسء كمعوى را ارزىابى كرء. اىن اءءاف كوءاه مءء عءارءاء از:
- الف) كاهش مىزان بارورى ءا انءازه سطح كائىنى (٢/١) در يك ءوره ٣٠ ساله؛
- ب) افزائش شاخص امىء به كزى در آكاز ءولء ءا ءءوء ٧٥ سال؛
- ج) كاهش مىزان مرگ و مىر اءفال و ماءران به مىزان ١٠ در هزار و ١٠ در يكصء هزار؛
- ء) كسءرش آموزشهاى مربوط به كمعوى و كزى خانواءى براى ءمام رستههاى ءبىرسانى؛
- ه) ءهىه چارچوب سىاسء عملى براى ءنظىم و ءءءىل مهاءرء روستا - شهرى با اسءفااء از اهرمها و مشوقهاى اقءصاءى و ءىكر اءزارها.

چكىءه

- ✓ ءا ءءوء ءو قرن ٱىش، اضافء كمعوى براى ءوامع بشرى موضوعى مهم و قابل مءالعه نبوء. از انءلاب صنعءى به بعء، با كنءرل بىمارىها و در نءىءه كاهش مرگ و مىر افزائش شءابان كمعوى و به ءوء آمدن مشكلاء زمزمههاى كنءرل رشد كمعوى و اءراى سىاسءهاى كمعوى مءرء شء.
- ✓ برنامهرىزان اءءماعى در نىم قرن اءىر، كه كمعوى ءهان افزائش ىافت به سىاسءهاى كمعوى بىشءر ءوءه كرءنء. اىن فعالىءها زمانى ءوءه بىشءرى را به ءوء ءلب كرء كه كسورهاى در ءال ءوسعه با رشد شءابان كمعوى و كسورهاى ءوسعه ىافءه با كاهش كمعوى روبه رء شء.
- ✓ يك برنامء سىاسء كمعوى واءء ٱاسءكوى ءمامى كسورها نىسء؛ ىعنى، باىء براى هر كسورى برنامء وىژه كمعوى در نظر گرفت كه ءنبههاى كمى و كىفى كمعوى را در كوءاه مءء و اءرازمءء لءاظ كنء.
- ✓ ءفاوءءهاى اساسى در ءراكم نسبى كمعوى در نءااء مءءلف هر كسورى با عوامل طبعى، اقءصاءى و سىاسى كوناگونى ارءءااء ءارء كه باىء در طراى سىاسء كمعوى كسور به آن ءوءه شوء.
- ✓ نرخ رشد كمعوى باىء براى يك كمعوى مءلوب ىا مءناسب در نظر گرفته شوء ءا نه رشد بىش از انءازه، مشكلاء اقءصاءى و اءءماعى براى آن ءامعه به باور آورد و نه كاهش رشد، آن كمعوى را در اءرازمءء ءچار سالءورءكى و ٱىرى كنء و نسبء وابسءكى را بالا برء.
- ✓ در طراى اىن سىاسء كمعوى باىء به ءوزىع مكانى و ءءرافىابى آن ءوءه كرء ءا از هءءوم و ءراكم كمعوى بىش از ظرفىء هر منطقه ءلوكىرى شوء. اىن سىاسء كمعوى باىء ءءوانء ءوسعه اقءصاءى، سلامتى و رفاه را براى آءاء ءامعه، به وىژه براى ماءر و كوءك كه از بعء كمعوى بىشءر مءااطب هستنء، فراهم نماىء.

منابع و مأخذ

- ۱- سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۷۵، مرکز آمار ایران، ۱۳۷۷.
- ۲- گزیده مطالب آماری، دوره جدید، شماره ۳۸، مرکز آمار ایران، ۱۳۷۷.
- ۳- گزیده مطالب آماری، دوره جدید، شماره ۴۲، مرکز آمار ایران، ۱۳۷۸.
- ۴- هادی عزیززاده، خلاصه مقالات سمینار جامعه‌شناسی و توسعه، ۱۳۷۰.
- ۵- فرخ و همکاران مصطفوی، سیاست ملی جمعیت جمهوری اسلامی ایران، تهران، مؤسسه پژوهشی در برنامه‌ریزی و توسعه، ۱۳۷۷.
6. United Nations development Programme 1991 Human' Development Report 1991. New York: oxford Univercity Press.
7. United Nations Population Devison, 1998, world population prospects the 1996 Revision, New York. United Nations.
8. Mehryar, A, H, Roudi, N, A. Aghajanian and F. Fajdini (1998) Evolution and Attainments of the family planning Program in the Islamic Republic of Iran. Tehran "IFROP" (working papers in English. No 15).
9. Farzane Roudi-Fahimi "Iran,s Family planning program. Responding To a Nation need," MENA Briefs (Washington, DC population Refrence Bureau 2002.
10. Loris. Ashford et al "Reproductive Health Treands in Eastern Europe and Eurasia (Washington, DC: Population Refrence Bureau 2003.
11. UN Population Division, Parthership and Reproductive Behaviour in low Fertility Countries (New York. UN 2002).

جلسهٔ نهم

کنترل باروری

اهداف درس

آشنایی با:

- ✓ تاریخچه کنترل باروری؛
- ✓ عوامل مؤثر بر استفاده از روشهای کنترل باروری؛
- ✓ میزان اثربخشی روشهای کنترل باروری؛
- ✓ روشهای جلوگیری از بارداری.

مروری بر مباحث پیشین

در جلسه‌های پیشین پیرامون سیاست‌های جمعیتی سخن گفتیم. همچنین به آرمانها و هدفهای کمی و کیفی دولتها و راهکارهای عملی آنها در محدوده زمانی مشخص اشاره کردیم. دولتها در قلمرو سرزمینی خود برای دستیابی به دو هدف عمده، برنامه‌های ویژه‌ای را اجرا می‌کنند. الف) این برنامه‌ها، اقداماتی ویژه برای ایجاد زمینه‌های تغییر جمعیتی بر اساس ساخت و ترکیب سنی مشخص است.

ب) تحقق یافتن این برنامه‌ها سبب دستیابی به یک الگوی توسعه پایدار برای آن جامعه است. اما دستیابی به یک الگوی توسعه پایدار تنها در پناه ایجاد شرایط یک سیاست جمعیتی ویژه، و بر اساس شرایط اجتماعی، فرهنگی، اقلیمی و سیاسی خاص استوار است. در این الگوی توسعه پایدار، دستیابی به سه هدف عمده، یعنی ارتقای شاخص سلامت و تندرستی، ارتقای سطح دانش و تحصیلات و ارتقای سطح رفاه مادی و ثروت بر اساس تولید ناخالص ملی پیگیری می‌گردد. در این سیاست جمعیتی تعیین نرخ رشد معینی برای جمعیت مد نظر است که از طریق بهداشت باروری و کنترل باروری میسر است.

کنترل باروری

مفهوم کنترل باروری یا تنظیم خانواده در مقیاس یک کشور عبارت است از: مداخله دولت در راستای تشویق خانواده‌ها برای به دنیا آوردن کودکانی که تعدادشان کمتر از نسلهای پیشین باشد. هرگاه زن و مرد آزادانه و به اختیار خود تصمیم به داشتن تعداد محدود و مشخص فرزندان بگیرند؛ در این هنگام سخن از پیشگیری موالید به میان می‌آید و آن‌گاه که زوجین فاصله‌گذاری بین موالید را با توجه به امکانات خود برنامه‌ریزی

نمایند، این امر تنظیم خانواده نامیده می‌شود. به طور کلی عبارت تنظیم خانواده (یا بهداشت باروری) هر دو مفهوم یادشده را دربرمی‌گیرد. بنابراین، هدف از سیاست تنظیم خانواده این است که افراد و خانواده‌ها با دانش و آگاهی و استفاده از شیوه‌ها و روشهای مناسب و مشروع از زاد و ولد ناخواسته جلوگیری کنند و با توجه به شرایط اجتماعی و مادی خود، تعداد فرزندان خویش را مشخص کنند.

تاریخچه

کنترل موالید در میان فرهنگها و اقوام از دیرباز وجود داشته است. در تاریخ بشر به وسایل و مواد فراوانی برای جلوگیری از بارداری، همانند جوشانده ریشه‌های گیاهی، قرصهایی از باروت، جیوه، عسل حاوی زنبور مرده، نوشیدن آبی که در آن مرده شسته باشند و غیره اشاره شده است. همچنین برای از میان بردن اسپرم و سقط جنین نیز از روشهای مختلفی همچون بستن سنگ یا جسم سنگین بر شکم و دودیدن و ... استفاده می‌کردند.

مدارک موجود نشان‌دهنده آن است که چهار هزار سال پیش از این در مصر و ۱۶۰۰ سال قبل در هند و ۱۳۰۰ سال پیش در چین از چنین روشهایی استفاده می‌کرده‌اند. ارسطو استفاده از روغن سدر مخلوط با روغن زیتون را سفارش می‌کرده است. حکیم دیگری عصاره نعناع، عسل و سدر یا پوست انار رنده‌شده و دیگری شستشوی دستگاه تناسلی را با آب‌لیمو، سرکه، الکل و تریاک توصیه می‌کرده است.^{۱۱۲}

در پاپیروس‌های چهار هزار سال پیش به وسایل جلوگیری از ورود اسپرم به دستگاه تناسلی زن اشاره شده است. مصریان در نگاشته‌های خویش به ماده‌ای اشاره کرده‌اند که از کروکدیل ساخته می‌شده است. همچنین ورقه‌ای از علف و خزه‌های دریایی و برگ و موم نیز برای این منظور به کار می‌رفته است. دو هزار سال پیش در هندوستان نیز از نمک سنگ چرب شده با روغن استفاده می‌کرده‌اند.^{۱۱۳}

فلاسفه یونان همانند ارسطو، افلاطون و دیگران در زمینه کنترل موالید و جمعیت مطلوب نظریه‌های مختلفی بیان کرده‌اند. افلاطون بر این باور است که مقدار مناسب برای جمعیت یک دولت شهر یونانی عدد ۵۰۴۰ است. زیرا این عدد مضرب اعداد اول است و به راحتی بر عدد دوازده تقسیم می‌شود. به عقیده افلاطون اگر جمعیت شهری از عدد ۵۰۴۰ بیشتر شود، در آن صورت باید از تولید مثل در خانواده‌های پرجمعیت جلوگیری شود. ارسطو به رابطه میان تعداد نفوس، فقر و گرسنگی اشاره می‌کند. از دیدگاه ارسطو اگر تعداد نفوس یک جامعه از حد معینی افزایش یابد، فقر و گرسنگی نیز گسترش خواهد یافت. ارسطو برای حفظ زیبایی شهر و داشتن جمعیتی متناسب سقط جنین و رها کردن کودکان در کوچه و بازار را مجاز می‌داند.^{۱۱۴}

تمام ملل جهان کم و بیش از شیوه‌های سنتی جلوگیری از بارداری (بدون توجه به درجه اطمینان آن) آگاهی داشته و از آن بهره برده‌اند. اما تنظیم خانواده به معنای امروزی، نخستین بار در سال ۱۸۲۲ میلادی با اعلامیه مالتوسیانیسم نو یا نئومالتوسی^{۱۱۵} معروف شد. نخستین درمانگاه تنظیم خانواده به سال ۱۸۷۸ در

۱۱۲. روح‌الله کیهان، کنترل موالید، چاپخانه بهمن، ۱۳۴۸، ص ۵۳.

۱۱۳. همان.

۱۱۴. محمودولی علیی، جزوه جمعیت‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی، ۱۳۸۱، بخش تاریخچه.

۱۱۵. این اعلامیه به وسیله فرانسویس پلاس، یکی از شاگردان مالتوس، نوشته شد.

آمستردام (پایتخت هلند) دایر شد. مارگارت سانجر در سال ۱۹۱۰ نهضت نئومالتوسی را رهبری کرد. پس از آن در بخش گسترده‌ای از جهان در حال توسعه، مراکز تنظیم خانواده تأسیس شد. نکته شایان ذکر آن است که این مراکز در کشورهای توسعه‌یافته و بسیاری از کشورهای در حال توسعه، سقط جنین را به صورت رایگان و قانونی انجام می‌دادند.

کنترل موالید در اسلام

بر اساس مدارک موجود در فقه اسلامی، پیشگیری از بارداری و تعیین حد و مرز برای موالید مجاز شمرده شده است. مطالعات محقق به نام مُسَلَّم در منابع و مآخذ اسلامی نشان‌دهنده آن است که در زمانهای پیشین پیشگیری از بارداری در اسلام منعی نداشته است^{۱۱۶} و عزل یا آمیزش منقطع نخستین و ساده‌ترین راه کنترل و پیشگیری از باروری است که بشر آن را می‌شناخته و بدان عمل می‌کرده است. در جلسه چهاردهم پیرامون این مبحث توضیح بیشتری خواهیم داد.

روایات گوناگون و پیوسته‌ای به مجاز بودن روش عزل در اسلام اشاره دارد. یکی از روایاتی که (با سندهای گوناگون) از پیامبر اسلام (صلی الله علیه و آله) نقل شده، مربوط به فردی است که نگرانی خود از عمل عزل را با پیامبر (صلی الله علیه و آله) در میان می‌گذارد و نظر آن حضرت را درباره آن عمل جویا می‌شود. بر اساس این روایت پیامبر (صلی الله علیه و آله)، به سبب پافشاری همسر آن مرد، می‌پذیرد که آنها تا پنج سال از داشتن فرزندی دیگر جلوگیری کنند؛ زیرا بارداری دوباره از شیردهی فرزندانسان جلوگیری می‌کرد و در نتیجه سلامت کودک به خطر می‌افتاد. در این روایت پیامبر (صلی الله علیه و آله)، آن مرد را درباره درستی این عمل (عزل) مطمئن ساخته است.^{۱۱۷}

بر اساس روایت دیگری از امام صادق (علیه السلام) متوجه می‌شویم که در قرن دوم هجری (زمان حیات امام صادق) روش عزل، روشی رایج در میان مسلمانان بوده است. شخصی به نام ابوبصیر از امام پرسید: «درباره عزل چه می‌فرمایید؟» امام در جواب فرمودند: «(جدم) علی (علیه السلام) عمل عزل را انجام نمی‌داد، اما من انجام دادم.» ابوبصیر می‌گوید: «(اما) این بر خلاف عمل علی (علیه السلام) است.» امام فرمود: «چنین اختلافی برای کسی اشکالی ایجاد نمی‌کند. همان‌گونه که تفاوت‌های میان سلیمان نبی و پدر او، داود نبی، به دومی ضرری نمی‌زند».^{۱۱۸}

برخی از دانشمندان مسلمان کنترل موالید (عزل) را مباح دانسته‌اند که از میان آنها می‌توان از امام محمد غزالی نام برد. از علما و دانشمندان دیگر که در این مورد اظهار نظر کرده‌اند می‌توان به ابوبکر محمد بن زکریای رازی، علی بن عباس المجوسی، ابن سینا، خواجه نصیرالدین طوسی و ابن مسکویه اشاره کرد.^{۱۱۹}

۱۱۶. Musallam, B, F. Sex and society in Islam, Birth Control before the nineteenth Century, Cambridge University Press. 1983, P 7.

۱۱۷. امیر هوشنگ مهریار، اسلام و تنظیم خانواده / از منظر شیعه، ترجمه محمد علی علیی.

۱۱۸. همان، ص ۱۳.

۱۱۹. ایوب سهرابی، خانواده، جمعیت و تنظیم خانواده، چاپ سه‌م، ص ۹۹.

برای آگاهی بیشتر در این زمینه می‌توانید به بحث «تأثیر آموزه‌ها و فتاوی شیعی در رشد و کنترل جمعیت» در جلسه‌های بعدی مراجعه کنید.

تاریخچه تنظیم خانواده در ایران

اقدامات اساسی و مهم در راستای برنامه تنظیم خانواده تا سال ۱۳۳۴ شمسی در ایران انجام نگرفته بود، اما با تأسیس اداره بهداشت مادران و کودکان در وزارت بهداشتی نخستین گامها در راه انجام برنامه‌های تنظیم خانواده برداشته شد. در پایان همان سال، انجمن خیریه راهنمای خانواده با کمک یک سازمان بین‌المللی در ایران تشکیل شد و برای کمک به مردم قرصهای کف‌کننده و کاندوم در اختیار برخی مراکز دولتی و غیردولتی قرار گرفت.

انجمن راهنمای بهداشت خانواده به وسیله مؤسسه‌ای غیردولتی در سال ۱۳۳۷ شمسی تشکیل شد. این مؤسسه از تعدادی افراد داوطلب و علاقه‌مند پدید آمده بود و نخستین واحد آن در زایشگاه بنگاه حمایت مادران و کودکان فعالیت خویش را آغاز کرد. این انجمن تنها در تهران و به صورتی محدود فعالیت می‌کرد. آنها برخی از وسایل ابتدایی و قدیمی پیشگیری از بارداری را با رعایت شرطهایی از جمله داشتن حداقل چهار فرزند و رضایت‌نامه کتبی از همسر، در اختیار متقاضیان قرار می‌دادند. دولت سیاست خاصی در این زمینه نداشت.

دولت نخستین بار در سال ۱۳۴۱ شمسی به مسائل جمعیتی و برنامه سوم عمرانی جمعیت به گونه‌ای ویژه نگریست. از این رو مرحوم آیت‌الله شیخ بهاءالدین محلاتی در سال ۱۳۴۳ فتوایی بدین شرح صادر کرد: طرق مختلف جلوگیری از حاملگی از نظر قوانین شرعی در صورتی که به طور موقت باشد و زن را عقیم نسازد، مانعی ندارد.^{۱۲۰}

در سال ۱۳۴۵ شمسی عده‌ای از کارشناسان شورای جمعیتی برای مطالعه درباره بهداشت، تنظیم خانواده و مسائل جمعیتی به ایران آمدند. در همان سال معاونت برنامه‌های بهداشت و تنظیم خانواده و همچنین شورای عالی بهداشت و تنظیم خانواده و ستاد عالی هماهنگی در وزارت بهداشت تشکیل شد. دولت در برنامه عمرانی (۱۳۴۲ - ۴۶) به خطرات افزایش جمعیت اشاره‌ای مختصر داشت و در برنامه چهارم عمرانی (۵۱ - ۱۳۴۷) تصمیم به اجرای برنامه‌های گسترده‌ای در زمینه تنظیم خانواده گرفت.

اهداف بهداشت و تنظیم خانواده در دوران پیش از انقلاب اسلامی عبارت بودند از:

- ۱- پیشرفت بهداشت و تأمین رفاه اجتماعی و اقتصادی خانواده‌ها؛
- ۲- استفاده از همه سازمانهای بهداشتی و درمانی کشور برای اجرای این برنامه؛
- ۳- تعیین کردن تعداد فرزندان و تنظیم فاصله میان کودکان به وسیله مرد و همسرش؛
- ۴- انجام برنامه‌های بهداشت و تنظیم خانواده همگام با دیگر برنامه‌های اجتماعی و اقتصادی کشور.^{۱۲۱}

پس از پیروزی انقلاب اسلامی در سال ۱۳۵۷ برنامه‌های تنظیم خانواده، به سبب مشکلات ناشی از جنگ تحمیلی برای مدتی به فراموشی سپرده شد. این امر و عواملی دیگر همچون شرایط جنگی و کوپنی شدن ارزاق سبب رشد زیاد موالید و رشد بی‌رویه جمعیت شد؛ به گونه‌ای که جمعیت در میان سالهای ۱۳۶۵ -

۱۲۰. امیر آشفته تهرانی، جامعه‌شناسی جمعیت، انتشارات جهاد دانشگاهی، ص ۳۵۰.

۱۲۱. کنترل موالید، ص ۲۵۳.

۱۳۵۵ رشدی چشمگیر (یعنی حدود ۳/۲ درصد) یافت. رشد فزاینده و بی‌رویه جمعیت دولت جمهوری اسلامی را بر آن داشت تا از سال ۱۳۶۸ سیاست‌های جمعیتی را برای کاهش میزان موالید به اجرا درآورد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۳ شمس‌ی اهداف تنظیم خانواده در ایران را بدین شرح اعلام کرد:

- ۱- کاهش مرگ و میر مادران؛
 - ۲- کاهش مرگ و میر کودکان؛
 - ۳- جلوگیری از زایمانهای زودهنگام؛
 - ۴- کاهش بیماریهای ژنتیکی یا جلوگیری از زایمانهای دیر هنگام؛
 - ۵- جلوگیری از سوء تغذیه مادران و کودکان با رعایت فاصله زمانی تولد فرزندان؛
 - ۶- ایجاد زمینه مساعد برای تأمین سلامت جسمانی و روانی کل خانواده؛
 - ۷- پیشگیری از بارداریهای ناخواسته و در نهایت کاهش سقط جنین غیرقانونی؛
 - ۸- کاهش رشد جمعیت و هماهنگی آن با توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی.
- بر این اساس مجلس شورای اسلامی در بیست و هشتم اردیبهشت ۱۳۷۲ «قانون تنظیم خانواده» را با چهار ماده و دو تبصره تصویب کرد. شورای نگهبان نیز در خرداد ماه همان سال قانون یادشده را تأیید کرد و از آن پس این قانون برای اجرا به وزارتخانه‌های مربوط، همچون وزارت علوم، تحقیقات و فناوری (وزارت فرهنگ و آموزش عالی آن زمان) ابلاغ گردید.^{۱۳۲}

تعریف تنظیم خانواده

سازمان جهانی بهداشت (W.H.O) تنظیم خانواده را چنین تعریف می‌کند: تنظیم خانواده شامل اقداماتی برای یاری دادن افراد و زوجها برای جلوگیری از داشتن فرزند ناخواسته، تنظیم فاصله میان فرزندان و تعداد آنها و تطبیق زمان تولد فرزند با دیگر شرایط است. این اقدامات عبارت‌اند از: آموزش و مشاوره درباره تنظیم خانواده، تأمین وسایل پیشگیری از بارداری، یاری رساندن به کسانی که نابارور هستند و آموزش پدران و مادران درباره خانواده و فرزندان.

بنابراین، این تعریف به دنبال چهار هدف عمده است که عبارت‌اند از:

- ۱- پیشگیری از فرزند ناخواسته؛
 - ۲- فاصله‌گذاری مناسب میان فرزندان؛
 - ۳- تعیین زمان تولد فرزند بر اساس شرایط والدین؛
 - ۴- تعیین تعداد فرزندان.
- هدف اساسی تنظیم خانواده در مقیاس خانوادگی تعیین فاصله میان فرزندان است که این فاصله‌گذاری به سلامت مادر و کودک کمک می‌کند و در ساخت و ترکیب جمعیت نیز اثرگذار است. تنظیم خانواده در مقیاس اجتماعی یکی از راههای برقراری تعادل میان توسعه اقتصادی - اجتماعی و میزان رشد جمعیت است.

۱۳۲. برای اطلاع بیشتر ر.ک: مصوبات مجلس سال ۱۳۷۲ و همچنین ابلاغیه آن در همان سال به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

هر چند پیشگیری از زاد و ولد تنها راه حل توسعه یافتگی نیست. برای توسعه اقتصادی - اجتماعی کشور، افزون بر مسئله جمعیت باید به سوادآموزی، توجه به سطح اشتغال زنان و مردان، بهبود معیشت و درآمد مردم، ارتقای سطح جایگاه زنان در سلسله مراتب منزلت و قدرت، بهبود بخشیدن شرایط زیستی و چگونگی فعالیت مردم در مقدرات و ساخت جامعه توجه داشت. به هر روی ایجاد تعادل میان رشد اقتصادی و افزایش جمعیت را باید از جایی آغاز کرد. یکی از راههای رسیدن به این هدف کلی، تنظیم خانواده است. هر چند این راه، جامعه را از پرداختن به تعهد کارهای بنیانی معاف نمی‌کند. در حقیقت تنظیم خانواده هزینه‌های خدمات عمومی مورد نیاز تأمین و سلامت همچون غذا و آموزش برای هر تولد را کاهش می‌دهد.

برای اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده می‌توان به هدفهای زیر توجه کرد:

- ۱- پیشگیری از بارداریهای ناخواسته: والدین با استفاده از برنامه‌های تنظیم خانواده می‌توانند درباره زمان بارداری و تعیین فاصله میان فرزندان و تعداد آنها آگاهانه تصمیم‌گیری کنند.
 - ۲- کاستن از میزان بارداریهای پرخطر: بارداری برای زنان زیر هجده سال و بالای ۳۵ سال، همچنین زایمانهای کمتر از سه سال و بارداری پس از فرزند سوم همواره با خطر روبه‌رو است.
 - ۳- کاهش میزان سقط جنین و عوارض ناشی از آن: سقط جنین معمولاً در هنگامی است که بارداری ناخواسته شکل می‌گیرد.
 - ۴- کاهش میزان بیماریهای ژنتیکی در نوزادان: کاهش بارداریهای دیر هنگام برای مادران (یعنی بالاتر از ۳۵ سالگی) و نیز هشدار در جلوگیری از ازدواجهای فامیلی که احتمال بیماری ژنتیکی را برای نوزاد افزایش می‌دهد.
 - ۵- جلوگیری از ابتلا به سوء تغذیه مادر و کودک: با تعیین فاصله میان تولد فرزندان می‌توان از این عامل جلوگیری کرد.
 - ۶- فراهم آوردن امکانات تغذیه و آموزش و پرورش مناسب برای فرزندان: با تعیین فاصله مناسب میان فرزندان می‌توان فرصت مطلوب را برای خانواده مهیا کرد.
- اگر زوجهای بالقوه بارور (سنین ۴۵ - ۱۵ سالگی) از هیچ وسیله‌ای برای پیشگیری از بارداری استفاده نکنند؛ ۹۰ درصد از این زنان در طی یک سال حامله خواهند شد. بر این اساس زوجهایی که در سنین باروری هستند و به داشتن فرزند علاقه‌مند نیستند، باید از وسایل پیشگیری از بارداری استفاده کنند.^{۱۳۳}

چکیده

✓ مفهوم کنترل باروری یا تنظیم خانواده عبارت است از: مداخله دولت در راستای تشویق خانواده‌ها برای به دنیا آوردن کودکانی که تعدادشان کمتر از نسلهای پیشین باشد و به طور کلی هدف از سیاست تنظیم خانواده این است که افراد و خانواده‌ها با دانش و آگاهی و استفاده از شیوه‌ها و روشهای مناسب و مشروع از زاد و ولد ناخواسته جلوگیری کنند و با توجه به شرایط اجتماعی و مادی خود، تعداد فرزندان خویش را مشخص کنند.

- ✓ در ایران تا سال ۱۳۳۴ شمسی اقدامات اساسی و مهم در راستای برنامه تنظیم خانواده انجام نگرفته بود. اما با تأسیس اداره بهداشت مادران و کودکان در وزارت بهداشت نخستین گامها در راه انجام برنامه‌های تنظیم خانواده برداشته شد.
- ✓ نخستین بار دولت در سال ۱۳۴۱ شمسی به مسائل جمعیتی و برنامه سوم عمرانی جمعیت، به گونه‌ای ویژه نگرست. این برنامه‌ها به صورت عملیاتی در برنامه چهارم عمرانی (۱۳۴۷-۵۱) در دستور کار قرار گرفت.
- ✓ پس از پیروزی انقلاب اسلامی در سال ۱۳۵۷ برنامه‌های تنظیم خانواده، به سبب مشکلات ناشی از جنگ تحمیلی برای مدتی به فراموشی سپرده شد که نتیجه این امر افزایش سریع موالید و رشد بی‌رویه جمعیت بود. رشد فزاینده و بی‌رویه جمعیت، دولت جمهوری اسلامی را بر آن داشت تا سیاست‌های جمعیتی اساسی را برای کاهش میزان موالید از سال ۱۳۶۸ به اجرا درآورد.
- ✓ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از سال ۱۳۷۳ اهداف تنظیم خانواده در ایران را به گونه‌ای جدی و عملیاتی به اجرا درآورد.

جلسه دهم

عوامل مؤثر بر روشهای کنترل باروری

اهداف درس

آشنایی با:

- ✓ عوامل مؤثر بر استفاده از روشهای کنترل باروری؛
- ✓ میزان اثربخشی روشهای کنترل باروری؛
- ✓ دستگاه تولید مثل انسان.

درآمد

در جلسه گذشته پیرامون باروری و تاریخچه آن سخن گفتیم و بیان شد که کنترل موالید در میان فرهنگها و اقوام از دیرباز وجود داشته است. تاریخ بشر وسایل و مواد فراوانی را به عنوان ابزار پیشگیری از بارداری معرفی کرده است و تمامی ملل جهان کم و بیش از شیوههای سنتی جلوگیری از بارداری (بدون توجه به درجه اطمینان آن) آگاهی داشته و از آن راهها بهره جسته‌اند.

ادیان الهی درباره کنترل موالید دیدگاههای متفاوتی مطرح کرده‌اند. بر پایه شواهد و مدارک مکرر در فقه اسلامی پیشگیری از حاملگی و تحدید موالید مجاز شمرده شده است. عزل یا آمیزش منقطع، نخستین ابزار کنترل و پیشگیری باروری است که بشر آن را می‌شناخته و به عنوان ساده‌ترین روش بدان عمل می‌کرده است. روایات متعددی بر مجاز بودن روش عزل تأکید کرده‌اند.

در ایران تا پیش از سال ۱۳۳۴ اقدامات اساسی و مهمی در زمینه کنترل موالید به روش جدید صورت نگرفت و برنامه تنظیم خانواده اجرا نشد. در این سال با تأسیس اداره بهداشت مادران و کودکان در وزارت بهداشت، نخستین گام در راه انجام برنامه‌های تنظیم خانواده برداشته شد. پس از پیروزی انقلاب اسلامی در سال ۱۳۵۷ برنامه‌های تنظیم خانواده به علت مشکلات ناشی از جنگ تحمیلی برای مدتی به فراموشی سپرده شد. با افزایش رشد جمعیت در سالهای پس از پیروزی انقلاب اسلامی، سیاستهای جمعیتی دولت در جهت کاهش میزان موالید، از سال ۱۳۶۸ به بعد به اجرا درآمد. در بیست و هشتم اردیبهشت‌ماه سال ۱۳۷۲ قانون تنظیم خانواده با چهار ماده و دو تبصره به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید و از سال ۱۳۷۳ وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی با انتشار اهداف تنظیم خانواده در ایران آن را به صورت تصمیمی جدی در جهت عملیاتی کردن و اجرای آن اعلام نمود.

عوامل مؤثر بر روشهای کنترل باروری

از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر استفاده از روشهای باروری، ارتقای سطح دانش، آگاهی و آموزش به استفاده‌کنندگان از این وسایل است. در این راستا ارتقای کیفیت خدمات، در دسترس بودن انواع وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری، تأمین خدمات مشاوره‌ای و توجه به حساسیت‌ها و فرهنگ جامعه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار هستند. این نکته شایان ذکر است که دسترسی آسان و سریع، میزان استفاده از این خدمات را افزایش می‌دهد. این عامل، مستقل از دیگر عوامل مؤثر بر مصرف خدمات تأثیر دارد. آنچه در استفاده از روشهای مختلف بیش از همه اهمیت دارد، تداوم مصرف است. تجربه‌ها و آمارها نشان‌دهنده آن است که تأثیر و نتیجه ارائه خدمات منظم و پیوسته به تعدادی افراد، به مراتب بهتر از دادن خدمات به مراجعان نامنظم و استفاده نامرتب آنان است.^{۱۲۴} یکی از عوامل مؤثر بر تداوم مصرف، انتخاب روش مورد علاقه از سوی زوجین است.^{۱۲۵} استقبال نکردن از روشهای پیشگیری یا استفاده نکردن از آنها از سوی مصرف‌کنندگان دلایل گوناگون و متفاوتی دارد که گاه برخی از آنها مبهم، نامربوط و کاملاً شخصی است. بر اساس بررسی‌های انجام‌شده در ایران، خانمها به سبب ناراحتیهای عصبی، دیگر از قرصها استفاده نکرده‌اند و یا به دلیل نگرانی از خطرات احتمالی روشهای مختلف و پذیرفته نشدن آن، از آن دوری گزیده‌اند، البته هیچ یک از این دلایل، مبنای منطقی و علمی ندارد. نقش آموزش، مشاوره و ارتباط مشاوره با زوجین و نیز توجه به فرهنگ جامعه در توفیق برنامه‌های تنظیم خانواده بسیار اساسی است.

میزان آگاهی مصرف‌کنندگان از روشها و وسایل، عاملی تعیین‌کننده در استفاده و تداوم آن است. بسیاری از مصرف‌کنندگان ممکن است روش را به درستی و کامل انجام ندهند. نتایج یک تحقیق در کلمبیا نشان داد که ۵۸ درصد از مصرف‌کنندگان قرص در این کشور به موقع و کامل از قرص استفاده نمی‌کنند.^{۱۲۶} در ایران نیز با توجه به بررسی انجام‌شده در خرداد ماه سال ۱۳۷۱، تنها هفت درصد از خانمهای استفاده‌کننده از قرص آن را درست و در زمان خود مصرف می‌کنند. خوشبختانه بررسی‌های بعدی نشان داد که درصد استفاده درست از قرصهای خوراکی بیشتر شده است.

در واقع اطلاعات ناقص و ناکافی از روشها و وسایل، اثربخشی آن را کاهش می‌دهد و نارضایتی و بی‌اعتمادی را گسترش می‌دهد که در نهایت به سبب افزایش شکایت و گله‌مند بودن استفاده از این روش پایان می‌پذیرد. بنابراین باید سطح آگاهی و دانش مخاطبان و زوجین نسبت به روشها و وسایل پیشگیری را افزایش داد.

برای توفیق بیشتر در برنامه‌های تنظیم خانواده و بالا بردن اثربخشی روشها باید زمینه‌های مناسب برای کسب اعتماد، همکاری و ایجاد زمینه‌های مشاوره برای زوجین فراهم شود. این زمینه‌ها عبارت‌اند از:
الف) ایجاد ارتباط مناسب و افزایش اعتماد میان مراجعان به واحدهای بهداشتی - درمانی و کارکنان و پرسنل این مراکز؛

۱۲۴. Laing, J. (1985) "Continuation and Effectiveness of contraceptive practice: across selectional approach" studies in Family Planning 16, 138-153

۱۲۵. Pariani S. et al. (1991) "Does choice made a difference To contraceptive Use Evidence from East Java" Stud. Fami. Plann 22:6

۱۲۶. Potter, L. et al. (1987) "oral contraceptive compliance in Rural Colombia: Daily use, Personnal and Provider characteristics" Paper Presented at the Annual meeting of the American Public Health Association, new Orleans La 19 - 22

ب) کاستن زمان انتظار مراجعان به این مراکز و دسترسی آسان به روشهای مشاوره و وسایل قابل استفاده؛
ج) آگاهی دادن و افزایش اطلاعات دربارهٔ چگونگی مصرف، اثرات جانبی و میزان اثربخشی هر یک از روشها.

در جلب اعتماد و افزایش همکاری و انتقال این آگاهی و کمک به زوجهای استفاده کننده از روشها، افزون بر مهارت کارکنان بهداشت در برقراری ارتباط و مشاوره، رسانه‌های جمعی همچون رادیو و تلویزیون نقشی اساسی دارند.

مطالعات گوناگون نشان می‌دهند که رادیو و تلویزیون بیش از هر وسیلهٔ دیگر، در جلب همکاری مردم و زوجین، نقش دارند.

مطالعهٔ انجام شده در ۲۲ کشور در حال توسعه نشان‌دهندهٔ آن است که دست کم دو سوم از مصرف کنندگان خدمات بهداشت و تنظیم خانواده اطلاع اولیهٔ خود را از رادیو و تلویزیون به دست آورده‌اند. در ترکیه نیز پس از تبلیغات فشردهٔ سه ماهه در رادیو و تلویزیون میزان آگاهی مردم دربارهٔ تنظیم خانواده از ۶۹ درصد به ۸۶ درصد رسید و استفاده از روشهای نوین پیشگیری از بارداری افزایش یافت.^{۱۲۷} در نیجریه نیز به طور متوسط ۵۵ درصد از مراجعان جدید برنامه‌های تبلیغاتی و میان پرده‌های آموزشی تلویزیون را منبع کسب اطلاع خود از برنامه‌های تنظیم خانواده اعلام داشته‌اند.^{۱۲۸} در سال ۱۹۸۶ پس از آموزش و تبلیغ گسترده با استفاده از رادیو، تلویزیون و مطبوعات در سائوپولو (دومین شهر بزرگ برزیل) میزان بستن لوله‌ها در مردان (واژکتومی) دوازده برابر شد. در ایران با توجه به شرایط فرهنگی و هنجاری در جامعه، پخش برنامه‌های تنظیم خانواده و کنترل باروری از طریق رادیو و تلویزیون در مقایسه با دیگر کشورها زیاد مفید نبوده است. زیرا هنگام پخش این گونه برنامه‌ها، اعضای خانواده ترجیح می‌دهند از کانال تلویزیونی یا برنامهٔ رادیویی دیگری استفاده کنند. اما نصب پوستر در معابر عمومی یا تراکت در بزرگراهها و ... تأثیر بیشتری داشته است.^{۱۲۹}

در بررسی برنامه‌های تنظیم خانواده و کنترل باروری، به نظر می‌رسد مخاطبان بیشتر زنان و مادران هستند. هر چند در این زمینه زنان نقش مؤثرتر و مستقیم‌تری در باروری نسبت به مردان دارند، اما کم‌توجهی به نقش مردان از عوامل اساسی کاهش توفیق در اجرای برنامه‌ها و یا حتی شکست برنامه‌ها است.

بر اساس یک تحقیق ۴۲ درصد از مردان زیمبابوه بر این باورند که هرگاه تصمیمشان برای پیشگیری قطعی شود، لوله‌های همسرانشان را خواهند بست.^{۱۳۰} شایان ذکر است که مرحلهٔ مقاربت، جلوگیری و کنترل در آزادسازی اسپرم و روشهایی دیگر که برای مردان وجود دارد در مقایسه با مراحل کنترل باروری زنان شاید کم‌هزینه‌تر باشد. برای نمونه عزل یا مقاربت منقطع، بستن لوله‌ها (واژکتومی) و دیگر روشهایی که مردان می‌توانند به کار گیرند معمولاً تأثیر بیشتری دارند.

۱۲۷. "Effective Family Planning Programs" (1993) the world Bank, washington DC.

۱۲۸. Piotrow P, (1995) "Mass Media and family Planning Promotion in three Nigerian cities" Studies in family Planning 21 (5): 265 - 74.

۱۲۹. محمدولی علیی، میزان اثربخشی رسانه‌ها در برنامه‌های کنترل باروری، مطالعهٔ موردی در شهر تهران، ۱۳۸۳.

۱۳۰. Mbizvo, MT., Adamckak, D.J. (1992) "Male fertility regulation: A study on acceptance among men in Zimlalde" cent Afr. I. Med 38: 2.

روشهای پیشگیری از بارداری

حاملگی حاصل پیوند (لقاح یا ملاقات) تخمک زن و اسپرم مرد است. برای پیشگیری از باروری باید مانع این پیوند شد. با توجه به آناتومی دستگاه تناسلی مرد و زن، این امر از چندین راه میسر است:

الف) جلوگیری از آزاد شدن تخمک: روشهای هورمونی از این راه سبب جلوگیری از آزاد شدن تخمک و در نتیجه پیشگیری از بارداری می‌شوند؛ مانند قرصهای خوراکی با دو نوع هورمون، قرصهای خوراکی با یک نوع هورمون، هورمونهای تزریقی و کپسولهای کاشتنی.

ب) روشهای مکانیکی: در این روشها بر سر راه حرکت اسپرم به درون رحم و ملاقات با تخمک مانع ایجاد می‌شود؛ مانند ابزارهای داخل رحمی (انواع IUD)، انواع پوشش‌هایی که مردان یا زنان استفاده می‌کنند و انواع داروها و موادی که، از لحظه آزاد شدن اسپرم تا حرکت به سوی تخمک و انجام لقاح، سبب کشته شدن اسپرم می‌شود.

ج) روش طبیعی: تخمک و اسپرم هر یک عمری محدود دارند. اگر در روزهایی که تخمک آزاد شده از تخمدان حیات دارد، نزدیکی انجام نشود، لقاحی صورت نمی‌پذیرد و در نتیجه از بارداری جلوگیری می‌شود. نزدیکی پیش و پس از دوره حیات تخمک سبب باروری نمی‌شود.

د) روشهای جراحی: با عمل جراحی می‌توان لوله‌هایی را که در زن سبب انتقال تخمک و در مرد سبب حرکت و انتقال اسپرم می‌شود، بست. دسترسی به لوله‌های مرد بسیار آسان‌تر است و در شیوه‌های امروزی بستن این لوله‌ها حتی بدون استفاده از تیغ جراحی فراهم گردیده است.

سی و پنج سال پیش فراهم شدن روشهای نوین پیشگیری از باروری، مانند قرصهای خوراکی و «آی یو دی»، از سویی سبب امیدواری به اثر آنها در پیشگیری از بارداری ناخواسته و از سوی دیگر سبب نگرانی درباره خطرات احتمالی یا عوارض آنها شد. از آن زمان، وسایل و روشهای پیشگیری از بارداری بارها برای افزودن به اثرات و کاستن از خطرهای آنها تغییر یافته‌اند. این کار همچنان ادامه دارد و در همه جهان تحقیقات گسترده‌ای برای اطلاع از میزان اثرات و عوارض آنها انجام می‌پذیرد. این تحقیقات، برای برخی روشها منافع پیش‌بینی‌نشده‌ای همچون جلوگیری از برخی سرطانها را محقق ساخته است.

نخستین دسته از روشهای پیشگیری از بارداری به سرعت در کل جهان گسترش یافت. برخی از خطرهای و عوارض این روشها، متأسفانه خاطره‌ای ماندگار در ذهن مردم برجای گذاشته است تا جایی که امروز اگرچه برخی از آن روشها از میان رفته‌اند یا به کلی اصلاح شده و تغییر یافته‌اند؛ ولی هنوز با یادآوری آن خاطره‌ها، آنها را به روشهای نوین تعمیم می‌دهند. بسیاری از مردم، از جمله استفاده‌کنندگان از این روشها، کارکنان بهداشتی یا حتی آنان که از این روشها استفاده نمی‌کنند، روشهای امروزی را با انواع مشابه آن از نسل گذشته اشتباه می‌کنند. دریافتهای اشتباه، شایعات نادرست و مطالب غیرعلمی و شبهه‌آمیز رسانه‌های جمعی نیز به این‌گونه اشتباهها دامن می‌زند.

امروزه با پیشرفت تکنولوژی دسترسی به وسایل و روشهای گوناگون و مؤثرتر برای پیشگیری از بارداری بسیار آسان‌تر شده است.

میزان اثربخشی روشهای کنترل باروری

اثربخشی هیچ یک از روشهای پیشگیری از باروری و کنترل آن مطلق نیست. به دیگر سخن، اثربخشی هر یک از این روشها به دوره و مراحل مختلف زندگی بالقوه باروری و همچنین شرایط ویژه زن و مرد بستگی دارد. با توجه به دادههای جدول زیر مطمئن بودن و اثربخشی آن را می توان بررسی کرد.

تناسب روشهای جلوگیری از باروری در مراحل مختلف دوره بالقوه باروری^{۱۳۱}

مرحله	نوع روش مناسب	نام روش	مزیت نسبی
پس از ازدواج و پیش از تولد نخستین فرزند	روشهای کوتاه اثر، هورمونی، ایجادکننده مانع	قرص خوراکی، هورمون تزریقی، کاندوم	سهولت قطعی، اثربخشی
در زمان شیر دادن	روشهای غیرهورمونی، هورمونی، ایجادکننده مانع	آی یو دی، قرص شیردهی به همراه کاندوم	تأثیر نداشتن بر شیردهی
در فاصله دو بارداری	روشهای کاملاً مؤثر بازگشت پذیر	آی یو دی، قرصهای خوراکی، کپسولهای کاشتنی، هورمون تزریقی	اثربخشی بسیار
در اواخر دوران باروری	روشهای طولانی اثر	آی یو دی، کپسول، هورمونهای تزریقی، قرص	اثر طولانی تر
پس از آخرین فرزند	روشهای دائمی	بستن لوله ها در مرد یا زن (واژکتومی، لاپروسکوپی، لاپراتومی)	دائمی بودن

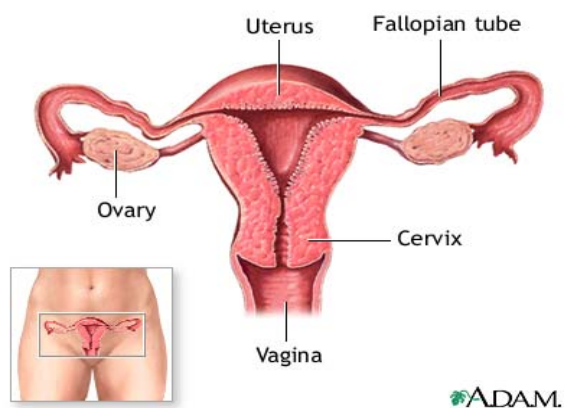
دستگاه تولید مثل انسان

از آنجا که روشهای پیشگیری از باروری بر اساس ویژگی اندامهای تناسلی، آناتومی و کارکرد طبیعی آنها استوار است، برای مطمئن شدن از این روشها آناتومی بدن را به اختصار شرح می دهیم.

دستگاه تولید مثل زن

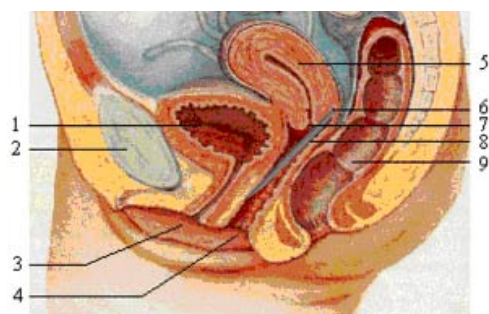
دستگاه تولیدمثل زن از تخمدان (Ovary)، لوله های رحم (Fallopian)، رحم (Uterus)، مهبل یا واژن (Vagina) و گردن رحم (Cervix) تشکیل شده است. وضعیت قرار گرفتن این اعضا در شکل (۱) و چگونگی قرار گرفتن آنها در لگن خصره در شکل (۲) مشاهده می شود.

۱۳۱. Choe, Miniakim 1991 Defining an Appropriate contraceptive Method Mix world Bank Washington D.C



(شکل ۱)

قسمتهای داخلی دستگاه تناسلی زن



(شکل ۲)

وضعیت دستگاه تناسلی زن در مجاورت مثانه و راست روده

- ۱- مثانه
- ۲- لگن خصره
- ۳- پیشابراه
- ۴- دهانه مهبل
- ۵- رحم
- ۶- گردن رحم
- ۷- دهانه رحم
- ۹- راست روده

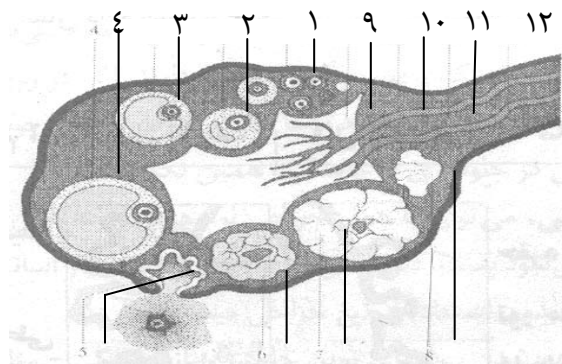
تخمدانها

تخمدانها دو کار اساسی را انجام می‌دهند:

الف) فراهم ساختن تخمک؛

ب) تولید هورمونهای جنسی.

در شکل (۳) مراحل تکامل تخمک در درون تخمدان نشان داده شده است.



(شکل ۳)

۱ و ۳- مراحل تکامل تخمک

۴- تخمک رسیده

۵- حفره به جامانده از تخمک رها شده

۶ و ۷- جسم زرد

۸- جسم سفید

۹-۱۲- عروق تخمدان

تخمدانها حدود چهارصد هزار تخمک را در خود جای داده اند. در دوران بالقوه باروری (از بلوغ تا یائسگی) به طور طبیعی هر ماه یکی از این تخمکها که تکامل بیشتری یافته است از تخمدان آزاد می شود و در جای تخمک آزاد شده جسم زرد و سپس جسم سفید قرار می گیرد. تکامل تخمکهای درون تخمدان و نیز اتفاقی که در فاصله دو عادت ماهانه در دیوار رحم و دهانه آن می افتد به طور عمده در اثر هورمونهای جنسی تخمدان صورت می گیرد. هورمونهای جنسی استروژن، پروژسترون و اندروژن سبب رشد قوه باروری و بروز صفات جنسی در مرد و زن می شود. استروژن و پروژسترون هورمونهای زنانه هستند و اندروژن هورمون مردانه است؛ هر چند بدن مرد و زن هر سه هورمون را تولید می کند، اما نسبت آنها با یکدیگر متفاوت است. مقدار جزئی از هورمون هر جنس در بدن جنس دیگر نیز وجود دارد. اگر در نسبت هورمون جنسی مرد یا زن اختلالی ایجاد شود، در صفات ثانویه فرد اختلال ایجاد می شود. برای نمونه اگر تولید هورمون جنسی اندروژن، که هورمونی مردانه است، در بدن زن بیش از اندازه باشد، صفات مردانه در او بارز می شود.

لوله های رحم

این لوله ها همچون تخمدانها زوج است و در هر طرف از بدن ارتباط میان تخمدان و رحم را تأمین می کند. لوله های رحم مجرای گذر تخمک رها شده از تخمدان و معمولاً محل ملاقات تخمک و اسپرم (عمل لقاح) است. سفر تخمک از تخمدان تا رحم سه تا چهار روز به طول می انجامد و اگر در این فاصله لقاح صورت نگیرد، از بین می رود.

رحم

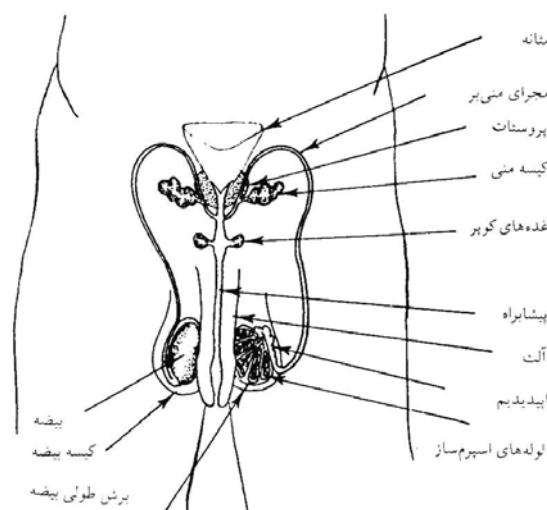
ءو بءش اساسى در رحم وجود دارد؛ الف) جسم رحم؛ ب) گردن آن. جسم رحم عضلانى است و داخل آن را لايه‌اى نازك (مخاط) مى‌پوشاند. مخاط رحم در طول عادت ماهانه تغييراتى مى‌يابد كه آن را براى پذيرش و لانه‌گزىنى تخمك لقاح‌يافته آماده مى‌كند. اگر بارورى رخ ندهد در هر ماه اين لايه فرو مى‌ريزد و همراه با خون از بدن خارج مى‌گردد كه به آن عادت ماهانه مى‌گويند. عضلات جسم رحم به هنگام باردارى خود را با افزايش حجم جنين و جفت تطبيق مى‌دهند و هنگام زايمان با انقباضهاى منظم در بيرون راندن جنين از رحم به فرد كمك مى‌كنند. گردن رحم مجرايى است پوشيده از غدد ترشچى كه در شرايطى با ترشحات غليظ و چسبناك خود مجرا را تنگ‌تر مى‌كند و آن را براى عبور اسپرم نامساعد مى‌سازد.

مهبل (واژن)

بءشى عضلانى و به شكل مجرايى توخالى به طول تقريبى هشت الى دوازده سانتيمتر است. به هنگام نزديكى، اسپرم مرد در اين فضا تخليه مى‌شود. ترشحات واژن حركت اسپرم به سوى رحم را آسان مى‌سازد. ولى تا آنجا كه ممكن است سدى در برابر عوامل بيمارى‌زا مى‌سازد.

ءستگاه توليد مثل مرد

ءستگاه توليد مثل مرد شامل بيضه، مسؤل توليد اسپرم يا نطفهٔ مرد، كيسه‌هاى منى براى توليد و نگهدارى منى و لوله‌هاى انتقال منى و اسپرم است. منى بدون اسپرم (نطفه) قدرت بارور كردن تخمك در رحم زوج جنسى را ندارد.



شكل (٤)

وضعيت دستگاه تناسلى مرد

جدول زیر وضعیت پیشرفت روشهای امروزی برای پیشگیری از بارداری را نشان می‌دهد:

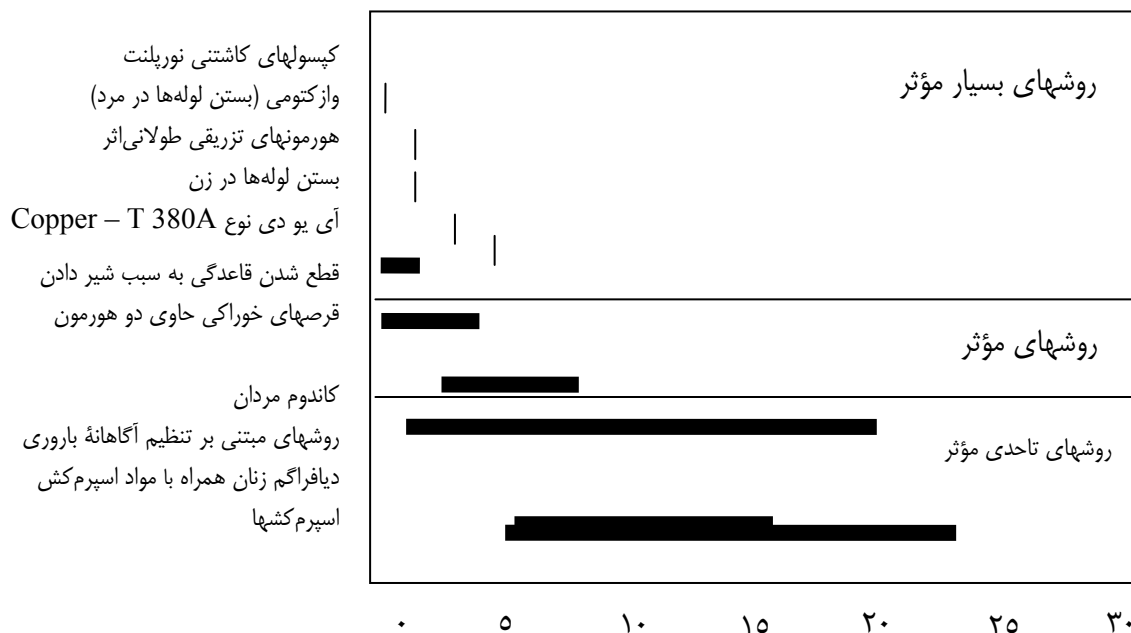
شرایط تا دهه ۱۹۶۰	شرایط کنونی
روشهای هورمونی قرصهای خوراکی با هورمون زیاد	قرصهایی با هورمون کم قرصهای خوراکی حاوی پروژسترون قرصهای پیشگیری در موارد فوریت تزریقی نود روزه، تزریقی شصت روزه، تزریقی سی روزه
-----	کپسولهای کاشتنی (نورپلنت)
ابزار داخل رحمی انواع آی یو دی	آی یو دی‌های جدید (دارای مس، با خاصیت آزاد کردن تدریجی هورمون)
روشهای ایجادکننده مانع	مانع‌کننده‌های جدید
کاندوم (برای مرد) دیافراگم، کف و ژل	کاندومهای لاتکس و پلاستیک مردان کاندومهای زنان دیافراگم (نوع جدید سیلیکونی) نوع جدید کلاهک دهانه رحم اسفنج جدید واژن (مهبلی)
-----	اسپرم کشها (قرص، نوار، ژل، کف)
بستن لوله‌ها بستن لوله‌ها در زن (جراحی عمده)	بستن لوله‌ها در مرد و زن (برای زنان به روش: لاپاروسکوپی، مینی لاپاروتومی)
بستن لوله‌ها در مرد (واژکتومی) روشهای متکی بر تنظیم آگاهانه باروری دو روش (ریتیم و اندازه‌گیری دما)	لاپاروسکوپی، مینی لاپاروتومی* بستن لوله‌ها در مرد (واژکتومی) و بدون عمل جراحی (روش معمولی و روش بدون استفاده از تیغ جراحی) چند روش مخاط دهانه رحم، دما، توقف قاعدگی در شیر دادن و Symptothermal

در چهل سال گذشته هدف تمامی تغییرات وسایل و مواد پیشگیری از بارداری افزودن بر دامنه تأثیر، کاستن از خطر، تنوع بخشیدن بیشتر به روشها و آسان‌تر کردن استفاده از آنها بوده است. ساخته شدن آمپولهای تزریقی طولانی‌اثر، کپسولهای کاشتنی، افزودن مس به ابزارهایی که در داخل رحم قرار می‌گیرند، استفاده از تکنیکها و ابزارهای جدید در بستن لوله‌های زن یا مرد، تا جایی که در چند دقیقه بستن لوله‌های مرد را حتی بدون استفاده از تیغ جراحی میسر می‌سازد، دلیل روشنی بر این مدعا است.

* منظور از لاپاروسکوپی یا مینی لاپاروتومی آن است که به جای عمل جراحی کلی، با برش کوچک روی شکم و استفاده از ابزارهای خاص برای مشاهده داخل حفره شکم و انجام برخی عملهای جراحی همچون بستن لوله‌ها در زن انجام می‌گیرد.

بررسی‌ها نشان‌دهنده آن است که احتمال مرگ در استفاده از روشهای نوین پیشگیری از بارداری بسیار کمتر از احتمال مرگ ناشی از بارداری است. استفاده از روشهای امروزی برای پیشگیری از بارداری که منجر به مرگ می‌شود بسی کم خطرتر از کارهای روزمره مانند رانندگی است.

در نمودار زیر میزان اثربخشی روشهای مختلف بر حسب میزان توفیق نداشتن آنها در پیشگیری از بارداری نشان داده شده است. هر چند این جدول بر اساس اطلاعات موجود در یک کشور پیشرفته تنظیم شده است، اما مطالعات انجام‌شده در برخی کشورهای در حال توسعه نیز این نتایج را تأیید می‌کند.^{۱۳۲} نمودار میزان اثربخشی روشهای پیشگیری از بارداری در دوازده ماه اول استفاده از آنها:^{۱۳۳}



در نمودار بالا خطوط تیره نشان‌دهنده دامنه اثربخشی هر روش است. در این دامنه بیشترین اثر هنگامی ظاهر می‌شود که به‌کارگیری روش، درست و پیوسته باشد. کمترین تأثیر مربوط به هنگامی است که استفاده از روش، نادرست و به صورت گسسته باشد. معنای دیگر این سخن آن است که در روشهایی مانند کپسولهای کاشتنی و یا بستن لوله‌ها در مرد این دامنه بسیار محدود و ناکامیابی در استفاده از این روشها نزدیک به صفر است. زیرا اثر این دو روش، به اختیار زن یا مرد نیست و پیوستگی استفاده از روش منتفی است. حال آنکه، در استفاده از قرصهای خوراکی دارای دو هورمون، در صورتی که روش به درستی و پیوسته به کار گرفته شود ناکامیابی در استفاده از این روش نزدیک به صفر است و چنانچه استفاده از آن نادرست و نامنظم باشد، در دوازده ماه اول استفاده، وقوع پنج بارداری در صد زن ممکن خواهد بود. ناکامیابی در برخی روشها، ذاتی روش و اجتناب‌ناپذیر است. برای نمونه هنگامی که روش انتخابی زن و شوهر، کاندوم مردان باشد، حتی در بهترین شرایط و در استفاده منظم و درست، وقوع حدود سه حاملگی در صد زن ممکن خواهد بود. استفاده نادرست یا نامنظم، احتمال ناکامیابی این روش را به پانزده حاملگی در صد زن افزایش می‌دهد.

۱۳۲. Deborah Maine atal. (Nov 1995) Risks and Rights: the vses of Reproductive Health Data. Reproductive Health Matters 6: 64

۱۳۳. Contraceptive safety Rumors and Realities (1998) Population Reference Bureau W.H.O.

این یافته‌ها بار دیگر نشان می‌دهد که در برنامه‌های تنظیم خانواده به اعداد یا نسبت‌های ظاهری پوشش روشهای مختلف نباید دل بست. آنچه در این میان اهمیت دارد به‌کارگیری درست و پیوسته روش انتخابی است. درستی و پیوستگی استفاده از هر روش نیز در گرو مشاوره کامل، توضیح نکات مهم، همکاری زن و شوهر و ارتباط مهربان و مؤثر میان عرضه‌کننده خدمت و مراجعه‌کننده زن یا مرد است تا بی‌هیچ پروا، ابهامها و پرسش‌ها مطرح گردد و به آنها پاسخ روشن و قانع‌کننده‌ای داده شود.

چکیده

- ✓ مهم‌ترین عوامل مؤثر در استفاده از روشهای جلوگیری از باروری، ارتقای سطح دانش، آگاهی و آموزش به استفاده‌کنندگان از این وسایل است و میزان آگاهی مصرف‌کنندگان از روشها و وسایلی که به کار می‌برند عاملی تعیین‌کننده در مصرف و تداوم آن است.
- ✓ مطالعات گوناگون نشان می‌دهند که رادیو و تلویزیون بیش از هر وسیله دیگری در جلب همکاری مردم و زوجین نقش دارند. در بررسی برنامه‌های تنظیم خانواده و کنترل باروری، به نظر می‌رسد که مخاطبان بیشتر زنان و مادران هستند. هر چند در این زمینه زنان نقش مؤثرتری در کاهش باروری نسبت به مردان دارند، اما کم‌توجهی به نقش مردان از عوامل اساسی کاهش توفیق در اجرای برنامه‌ها و یا حتی شکست آنها است.
- ✓ از آنجا که حاملگی حاصل پیوند (لقاح یا ملاقات) تخمک زن و اسپرم مرد است برای پیشگیری از باروری باید مانع این پیوند شد. با توجه به آناتومی دستگاه تناسلی مرد و زن، این امر از چندین راه میسر است:
الف) جلوگیری از آزاد شدن تخمک زن؛ ب) روشهای مکانیکی؛ ج) روشهای طبیعی؛ د) روشهای جراحی.
باید توجه داشت که بر خلاف ضریب اطمینان بالا درباره به‌کارگیری روشهای کنترل باروری، اثربخشی هیچ یک از این روشها مطلق نیست. به دیگر سخن، اثربخشی هر یک از این روشها به دوره و مراحل مختلف زندگی بالقوه باروری و همچنین شرایط ویژه زن و مرد بستگی دارد.

جلسه یازدهم

روشهای جلوگیری از آزاد شدن تخمک

اهداف درس

آشنایی با:

- ✓ روشهای جلوگیری از آزاد شدن تخمک زن؛
- ✓ قرصهای خوراکی دو هورمونی، یک هورمونی و با هورمون متغیر؛
- ✓ هورمونهای تزریقی؛
- ✓ کپسولهای کاشتنی برای پیشگیری از بارداری.

مروری بر مباحث پیشین

در جلسه گذشته پیرامون کنترل باروری سخن گفتیم و به ضرورت یک برنامه‌ریزی مشخص برای تشویق خانواده‌ها در کنترل باروری پرداختیم. همچنین بیان داشتیم که در برنامه ریزی کنترل باروری خانواده باید به اختیار خود تصمیم به داشتن تعداد مشخص و محدود فرزند بگیرد و مهم‌تر از آن به فاصله‌گذاری میان مولید با توجه به امکانات خانواده توجه کند.

درآمد

هدف از برنامه‌ریزی کنترل باروری که معمولاً از سوی دولتها اتخاذ می‌شود ارتقای سطح دانش و آگاهی خانواده‌ها در استفاده از شیوه‌ها و روشهای مناسب و مشروع در جلوگیری از مولید ناخواسته است. اما همین ارتقای سطح دانش و آگاهی خانواده و به دنبال آن جلوگیری از مولید ناخواسته، اهداف اساسی دیگری را خود به همراه خواهد داشت. این اهداف عبارتند از: کاهش مرگ و میر مادران، کاهش مرگ و میر نوزادان، جلوگیری از زایمانهای زودهنگام، جلوگیری از زایمانهای دیر هنگام که بسیاری از بیماریهای ژنتیکی را به دنبال دارد، توانایی در فاصله‌گذاری میان مولید در جلوگیری از سوء تغذیه مادر و کودک، کاهش سقط جنین در مواجهه با باروری ناخواسته و نهایتاً کنترل رشد جمعیت. برای توفیق بیشتر در برنامه‌های تنظیم خانواده و افزایش اثربخشی آن، تداوم آموزش، جلب اعتماد و ایجاد زمینه‌های مشاوره برای زوجین ضروری است؛ زیرا میزان اطلاعات مصرف‌کنندگان از روشها و وسایلی که به کار می‌برند و نیز میزان اعتماد آنها به این روشها و وسایل، عاملی تعیین‌کننده در مصرف و تداوم آن است.

روشهای پیشگیری از بارداری

همان گونه که در جلسه های پیشین گفتیم روشهای پیشگیری از بارداری به چهار دسته کلی تقسیم می شوند که عبارت اند از:

۱- روشهای جلوگیری از آزاد شدن تخمک: با استفاده از روشهای هورمونی می توان از آزاد شدن تخمک و در نتیجه بارداری جلوگیری کرد.

۲- روشهای مکانیکی: در مسیر حرکت اسپرم به درون رحم و برخورد با تخمک مانعی ایجاد می کنند.

۳- روشهای طبیعی: تخمک و اسپرم هر یک عمری محدود و کوتاه دارند. اگر در روزهایی که تخمک آزاد شده و حیات دارد، نزدیکی انجام نگیرد، طبعاً لقاحی صورت نمی پذیرد و بدین وسیله از بارداری جلوگیری می شود.

۴- روشهای جراحی: می توان با عمل جراحی لوله های انتقال دهنده تخمک در زن و انتقال دهنده اسپرم در مرد را بست.

در این جلسه پیرامون روش نخست، یعنی جلوگیری از آزاد شدن تخمک سخن می گوئیم. این روش به گونه های زیر انجام می شود:

الف) قرصهای خوراکی هورمونی شامل:

۱- قرصهای دارای دو هورمون؛

۲- قرصهای دارای یک هورمون؛

۳- قرصهای دارای هورمون متغیر.

ب) هورمونهای تزریقی؛

ج) کپسولهای کاشتنی.

ممانعت از آزاد شدن تخمک

الف) قرصهای خوراکی هورمونی

این قرصها انواع مختلفی دارد که اکنون به توضیح هر یک می پردازیم.

۱- قرصهای خوراکی دو هورمونی

این قرصها دو هورمون مصنوعی شبیه پروژسترون و استروژن طبیعی دارند. این هورمونها شبیه همان دو نوع هورمونی است که در دستگاه فیزیولوژی زنان وجود دارد. ترکیب این دو نوع هورمون سبب جلوگیری از آزاد شدن تخمک در هر دوره عادت ماهیانه می شود. اگر این قرصها در زمان خاص خود و به درستی استفاده شود؛ به طور کامل، یعنی صد در صد (۹۹/۹٪) مطمئن هستند. تمام زنانی که این روش را انتخاب می کنند و به طور مرتب، منظم و درست از قرصها استفاده می کنند، از بارداریهای ناخواسته مصون هستند. اما بروز برخی

بارداریها پس از مصرف این قرصها گزارش شده است که احتمالاً به سبب درست و منظم استفاده نکردن از آن است. به طور کلی اثربخشی این قرصها ۹۵ درصد است.^{۱۳۴}

بیش از ده میلیون زن در جهان برای جلوگیری از بارداری از این نوع قرصها استفاده می کنند.

مزایا

این قرصها کاملاً مؤثر، بی خطر و بازگشت پذیر است. هنگامی که زنی مایل به داشتن فرزند است می تواند با مصرف نکردن این قرصها دوباره باردار شود.

همچنین این قرصها افزون بر خاصیت پیشگیری از بارداری اثربخشی های جانبی نیز دارند که عبارت اند

از:

(الف) استفاده درازمدت از این قرصها، احتمال ابتلا به سرطان رحم را تا هشتاد درصد کاهش می دهد؛^{۱۳۵}
(ب) زنانی که دست کم دو سال از این قرصها استفاده کنند، احتمال مبتلا شدن به سرطان تخمدان تا چهل درصد در آنها کاهش می یابد؛^{۱۳۶}

(ج) زنان با استفاده از این قرصها در برابر بیماریهایی همچون التهاب لگن خاصره و بیماری خوش خیم پستان محافظت می شوند؛^{۱۳۷}

(د) این قرصها میزان بارداریهای خارج از رحم را که برای جان مادر خطرآفرین است، کاهش می دهد؛
(ه) با استفاده از این قرصها عادت ماهانه مرتب می شود و همچنین این قرصها زنان را در برابر کم خونی، که در جوامع توسعه نیافته و در حال توسعه بسیار شایع است، محافظت می کند.

عوارض جانبی

قرصهایی که دو نوع هورمون دارند، گاه عوارضی چون لکه بینی، بی نظمی عادت ماهانه، تهوع، سردردهای خفیف، دردناک شدن پستانها، افزایش یا کاهش وزن و تغییر خلق و خو را به دنبال دارند. در برخی کشورها، پنجاه درصد از مصرف کنندگان این قرصها در مدت یک سال، به دلیل عوارض یادشده، مصرف دارو را ترک می کنند. لازم به تذکر است که بیشتر این عارضه ها ناپایدار است و می توان با مشاوره با پزشک و تغییر مصرف آن از شدت عوارض آن کاست.

قرصهای ترکیبی حجم شیر مادر را کم می کنند. بنابراین، به زنان شیرده سفارش می شود در شش ماه نخست پس از زایمان، از قرصها استفاده نکنند.^{۱۳۸}

وجود هورمون استروژن در این قرصها سبب افزایش اندک فشار خون می شود که البته خطری جدی به همراه ندارد. اگر زنان سیگاری از قرصهایی با هورمون اندک استفاده کنند، معمولاً با خطر بیماریهای

۱۳۴. United Nations Department for Economic and Social information and Policy Analysis Population

Division (1996) level and trends of contraceptive use as Assessed in 1994 (New York UN) 61.

۱۳۵. D. Grimes and K.Economy (Ian. 1995) Primary Prevention of Gynecologic Cancers. American Journal of obstetrics and Gynecology 172.

۱۳۶. L. Speroff and Darney (1996) A Clinical Guide for Contraception 2d ed. Baltimore. Williams S. Wilkins: 61.

۱۳۷. Hatcher. et al.. (1998) Contraceptive technology. 17 th ed. New York: Ardent Media, Inc.

۱۳۸. مادران به هنگام شیردهی می توانند از قرصهایی استفاده کنند که میزان و کیفیت شیر را تغییر ندهد.

قلبی - عروقی رو به رو نمی شوند.^{۱۳۹} اما در زنان سیگاری که بیش از ۳۵ سال سن دارند و در گذشته به فشار خون و یا سته قلبی یا لخته شدن خون مبتلا بوده اند، مصرف این قرصها توصیه نمی شود؛ زیرا با استفاده از این قرصها احتمال بیماریهای قلبی - عروقی افزایش می یابد. از این رو، به این زنان توصیه می شود از روشهای دیگر برای پیشگیری از بارداری استفاده کنند.^{۱۴۰}

همچنین وضعیت زنان مبتلا به سرطان یا بیماری فعال کبدی مانند هپاتیت ممکن است با مصرف این قرصها بدتر شود. از این رو، استفاده از دیگر روشهای پیشگیری از بارداری به آنان سفارش می شود. لاینسترونول^{۱۴۱} قرص کنتراستپتو^{۱۴۲} ویژه مادران شیرده است که مانع بارداری آنها می شود و بر میزان شیر آنها نیز اثری نمی گذارد. هر بسته آن ۲۸ عدد قرص و هر قرص شامل نیم میلی گرم لاینسترونول است که به وسیله پزشک یا کارکنان بهداشت تجویز می شود.

چگونگی استفاده و جدول زمان بندی استفاده از قرصها

قرص را باید هر روز و در ساعتی مشخص مصرف کرد.^{۱۴۳} به این نکته نیز باید توجه داشت که به نسبتی که زمان مصرف قرص فراموش شود احتمال بارداری بیشتر خواهد بود.

در پنجمین روز قاعدگی باید مصرف دارو را آغاز کرد؛ خواه خونریزی تمام شده یا هنوز ادامه داشته باشد. مصرف این قرصها پس از ۲۱ روز به پایان می رسد. پس از آن تا هفت روز باید از خوردن قرصها جلوگیری کرد و با آغاز روز هشتم مصرف دوباره قرصها را باید شروع کرد. زمان شروع عادت ماهانه و ادامه داشتن خونریزی پس از هفت روز مهم نیست و تنها باید به فاصله میان مصرف دوره های قرصها، که هفت روز است، توجه کرد. اگر عادت ماهانه فرد، پس از پایان مصرف ۲۱ عدد قرص و در طی هفت روز مصرف نکردن دارو شروع نشود؛ برای اطمینان از باردار نبودن فرد باید به پزشک یا مرکز بهداشتی مراجعه کند.

در هفته نخست استفاده از قرص که هنوز مقدار هورمون در خون به حد مطلوب نرسیده است، برای اطمینان بیشتر، افزون بر قرص باید از روش دیگری (مانند کاندوم) نیز استفاده کرد.

هرگاه فرد یک شب، استفاده از قرص را فراموش کند، باید به هنگام متوجه شدن قرص را مصرف کند. حال اگر دو شب پیوسته مصرف دارو را فراموش کند، در دو شب بعد باید هر مرتبه دو قرص مصرف کند (در مجموع چهار قرص) و برای اطمینان تا تمام شدن قرصهای آن بسته، از روش دیگری نیز استفاده کند. اما اگر فرد سه شب پیوسته (یا بیشتر) مصرف قرص را فراموش کند، باید دیگر قرصها را استفاده نکند و از روشی دیگر برای پیشگیری از بارداری استفاده کند تا قاعدگی برقرار شود، سپس از روز پنجم قاعدگی، خوردن قرصهای بسته جدید را آغاز کند.

شاید فرد در دو سه ماه ابتدای مصرف قرصها لکه بینی داشته باشد که چندان اهمیت ندارد. اما اگر لکه بینی بیش از این مدت ادامه یابد، باید به پزشک یا مرکز بهداشتی درمانی مراجعه کرد.

۱۳۹. L. Spereff and P Darney (1996).

۱۴۰. world Health organization, 28 (Nov, 1997) "WHO Scientific group Meeting on Cardiovascular and Steroid Hormone Contraceptives" weekly Epidemiological Record, vol 48 NO. 361-63.

۱۴۱. Lynestronol.

۱۴۲. Contraceptive.

۱۴۳. بهتر است در شب و پیش از خواب مصرف شود.

علائمی چون تهوع، استفراغ و سردرد، در دو سه ماه پس از خوردن قرصها به تدریج کم می‌شود و از میان می‌رود. باید توجه داشت با مصرف قرص پس از شام و پیش از خواب می‌توان تا حدودی از بروز این عارضه‌ها جلوگیری کرد. افرادی که پیوسته از این قرصها استفاده می‌کنند، لازم است ابتدا سه ماه پس از شروع قرص و پس از آن هر سال معاینات بالینی، مانند اندازه‌گیری وزن و فشار خون، معاینهٔ پستان، معاینهٔ لگن و لمس کبد را انجام دهند.

نکته

قرصهای ترکیبی همانند دیگر روشهای هورمونی، در برابر عفونتهای جنسی (همچون عفونت HIV) محافظتی ایجاد نمی‌کند. از این رو، برای مصون ماندن از عفونتهای جنسی بهتر است از کاندوم استفاده شود.

قرصهای خوراکی ترکیبی (دارای دو هورمون) و ارتباط آن با سرطان

در زنان، چهار نوع سرطان بسیار شایع است. قرصهای خوراکی ترکیبی، در برابر سرطانهای تخمدان و جسم رحم نقش محافظتی دارند. اما دربارهٔ ارتباط این قرصها با دو نوع دیگر سرطان، یعنی سرطانهای پستان و دهانهٔ رحم، اطمینان کمتری وجود دارد.^{۱۴۴}

هر چند سرطان پستان با قرص ایجاد نمی‌شود، ولی احتمال شناخته شدن آن در زنانی که هم‌اکنون قرص مصرف می‌کنند یا به تازگی شروع به خوردن قرص کرده‌اند، اندکی افزایش می‌یابد.

استفاده از قرص، خطر ابتلا به سرطان دهانهٔ رحم را افزایش نمی‌دهد؛ ولی برخی مطالعات وجود نوعی ارتباط میان این دو را نشان می‌دهد، به ویژه در زنانی که آزمایش آنها از نظر وجود ویروس ایجادکنندهٔ نوعی زگیل مثبت است. این ارتباط ممکن است ناشی از بهتر شدن روشهای مراقبت و امکان کشف عارضه باشد. به باور محققان اگر استفاده از قرصها برای سرطانهای دهانهٔ رحم و پستان خطری هم داشته باشد، این خطر اندک است.

با بررسی مطالعات برخی کشورها متوجه می‌شویم که احتمالاً میان سرطان کبد و مصرف قرصهای پیشگیری از بارداری ارتباطی وجود دارد. مطالعات انجام‌شده در هشت کشور پیشرفتهٔ جهان نشان‌دهندهٔ آن است که مصرف قرصها در کوتاه‌مدت (کمتر از سه سال) احتمال مبتلا شدن به سرطان کبد را افزایش نمی‌دهد.^{۱۴۵}

WHO Collaborative study of Neoplasia and Steroid Contraceptive. (۱۹۹۸) “Oral Contraceptive and Liver Cancer” International Journal of Cancer: ۴۳. ۲۵۴ - ۲۵۹.

۲- قرصهای خوراکی یک هورمونی (مینی پیل)

این قرصها به جای داشتن دو هورمون (پروژسترون و استروژن) تنها دارندهٔ هورمون شبیه پروژسترون (Lynestronol) است. قرصهایی که تنها پروژستین دارند با بر هم زدن ترشحات مخاطی دهانهٔ رحم از

۱۴۴. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (۱۹۸۹) “Contraceptive” (۱) ۶۹-۶۳۳.

۱۴۵. WHO Collaborative study of Neoplasia and Steroid Contraceptive. (۱۹۹۸) “Oral Contraceptive and Liver Cancer” International Journal of Cancer: ۴۳. ۲۵۴ - ۲۵۹.

وروء اسءرم به درون رءم ءلوءىرى مى كنىء. اىن ءونه قرصها در بسىارى از زنان، با مءار كءرن ءءمك ءءارى سبب پىشءىرى از بارءارى مى شوءنء. ءاءىر قرصهاىى كه ءنها پروءسءىن ءارنء انءكى كمءر از قرصهاى ءوراكى ءو ءورمونى اسء. ءنانءه اىن قرصها به ءرسءى و در زمان مناسب مصرف شوء ءا ۹۹/۵ ءرصد و اءر ناپىوسءه مصرف شوء (فراموش كءرن مصرف يك يا ءنء بار در ءلال ءوره) ءا ۹۵ ءرصد اءمىنان بءءش اسء.^{۱۴۶}



زنان شىءءه كه نمى ءوانءء از قرصهاى ءو ءورمونى به سبب ءاءىر بر كمىء و كىفىء شىر ماءر اسءءاءه كنىء مى ءوانءء از قرصهاىى كه ءنها يك ءورمون پروءسءىن ءارنء، اسءءاءه كنىء. از آنءا كه شىءءهى سبب مءافءء فىزىولوءىكى زن برائى پىشءىرى از بارءارى مى شوء، اسءءاءه از اىن قرص (مىنى پىل) ءم ءوران ءءءىء كوءك را بىءءر و ءولانىءر مى كنىء و ءم عقىم ساءى موقت ناشى از شىءءهى را.

ءءوئى مصرف

بسةءهاى اىن قرص شامل ۲۸ ءءء اسء كه باىء ءر روز در ساءءى معىن^{۱۴۷} يك قرص مصرف شوء و با ءمام شءن بسءءء اول بلافاصله بسءءء ءوم نىز اءامه باءء. در شش ماهءء اول پس از زاءىمان، ءءى اءر عاءء ماهانه برقرار شوء، اسءءاءء از اىن قرصها اءامه مى باءء.

۳- قرصهاى ءوراكى با ءورمون مءءىر (برائى مواء ءورىءى و اضءرارى)

قرصهاى با ءورمون مءءىر (ءرى ءازىك) در موقعىءهاى وىءه اسءءاءه مى شوءنء و از اسءانءارء ءاص قرصهاى ءو ءورمونى و يك ءورمونى يا مىنى پىل پىروى نمى كنىء. برائى نمونه ءرءاه ءرء از وسائىل پىشءىرى مائءء كائءوم اسءءاءه كءءه اسء، اما به سبب عواملى ءمءءون پاره شءن يا اسءءاءه نكءرن به موقء از كائءوم يا انزال زوءرس و يا به ءر ءلىل ءىءر نءءىكى مءافءء نشده اى ءاشءه باءء كه اءءمال وقوع ءاملىءى در مىان باءء؛ مى ءوانء پس از ۷۲ ساءء، ءو قرص با ءورمون زاءء يا ءهار قرص با ءورمون كم مصرف كنىء و ءوازءه ساءء بعء ءوباره آن را ءكرار كنىء. ءمءءىن از قرصهاىى كه ءنها پروءسءىن ءارنء (مىنى پىل) نىز مى ءوانء

۱۴۶. World Health Organization. (۱۹۹۶). Improving Access to Quality Care in Family Planning: Medical Eligibility Criteria for Initating and Continuing Use of Contraceptive Methods (Genova: WHO) UNC at Chapel Hill School of Medicine. Nov, ۱۹۹۴).

۱۴۷. مناسءءرىن زمان مصرف شب پس از ءءا اسء.

استفاده كرد. ^{١٤٨} هر چند شيوهء تاثير قرصها در چنين مواردى به درسى روشن نيست، ولى آنچه مهم است به تاخير افتادن تخمك گذارى و ايجاد مانعى بر سر راه آن است. مليونها نفر از زنان جهان قرصهاى پيشگيرى از باردارى را در شرايط فوريت مصرف مى كنند. ^{١٤٩}

استفاده از قرصهاى با هورمون متغير در موقعيتهاى همچون:

- پاره شدن كاندوم؛
 - تغيير دادن روش؛
 - فراموش كردن استفاده از قرص در يك يا چند نوبت؛
 - اتفاق افتادن نزديكى غيرمنتظره؛
 - و در موارد تجاوز به عنف لازم و ضرورى است.
- استفاده از قرص در موارد فوريت، با توجه به اينكه قرص هورمون تركيبى يا تنها پروژستين داشته باشد، احتمال باردارى را به ترتيب ٥٧ و ٨٥ درصد كاهش مى دهد. به هر ميزان كه اين قرصها در فاصله كمتري از نزديكى محافظت نشده استفاده شود تاثير آنها بيشتر خواهد بود.

توجه

مصرف قرصهاى خوراكى در موارد اضطرارى و فوريتى براى زنانى كه با نزديكى محافظت نشده يا حوادثى مانند تجاوز به عنف روبه رو مى شوند، روشى ساده، مؤثر و آسان براى محافظت از باردارى است. همچنين اگر فرد در همين زمان نيز قرص مصرف مى كرده است، مى تواند هم زمان از اين قرصهاى ويژه استفاده كند. چون مقدار قرص مصرفى در موارد فوريتى كم است؛ بنابراين همهء زنان با اطمينان مى توانند از اين روش استفاده كنند بى آنكه خطرى متوجه آنان باشد.

هشدار

بايد توجه داشت كه قرصهاى كه هنگام فوريت استفاده مى شوند، تنها در سه روز اول پس از نزديكى حفاظت نشده تاثير مى گذارد؛ زيرا باردارى به معناى لانه گزىنى تخم بارور شده در مخاط رحم، تا پنج روز پس از بارور شدن تخمك اتفاق نمى افتد. بنابراين، قرصهاى فوريتى توانايى جلوگيرى از لانه گزىنى تخمك بارور شده را ندارند و در اين صورت قادر نيست به حاملگى تكوين يافته پايان دهد و يا سبب سقط جنين شود. همچنين از اين روش نبايد به صورت پيوسته و هر روزه استفاده كرد؛ زيرا هنگامى كه از روشهاى ديگر به صورت منظم استفاده مى شود، اثر بيشترى دارند. استفاده از قرصهاى فوريتى در بقيهء روزهاى ماه، سبب پيشگيرى از باردارى نمى شود؛ از اين رو فرد بايد روشهاى معمول را ادامه دهد.

World Health Organization , Task Force on postovulatory Methods of Fertility Regulation (Aug .١٤٨, ١٩٩٨) “Randomised Controlled Trial of Lrvonorgestrel Versus the Yuzpe Regimen of Combined Oral Contraception for Emergency Contraception: the Lancet ,vol,٣٢٥.
١٩٩٧) “personal communication between I.miller and Sharon Camp “ , E.Miller (Sept.١٥.١٤٩ Consortium for Emergency Contraception.

عوارض جانبی

آشکارترین عارضه جانبی این قرصها تهوع و استفراغ است. نیمی از زنانی که هنگام فوریت از قرص ترکیبی استفاده می‌کنند و ۲۳ درصد از زنانی که از قرصهای پروژستین استفاده می‌کنند، دچار تهوع می‌شوند. استفراغ نیز در دسته نخست بیشتر (نوزده درصد) از زنان دسته دوم (شش درصد) است. با استفاده از قرص ضدتهوع، حدود یک ساعت پیش از خوردن قرصهای پیشگیری از بارداری، می‌توان از بروز تهوع جلوگیری کرد. خونریزی اندک، دردناک شدن پستانها، سردرد یا گیجی نیز ممکن است که در طی یک یا دو روز از بین برود.^{۱۵۰}

ب) هورمونهای تزریقی

هورمونهای تزریقی که به صورت آمپول است مانند قرصهای خوراکی تنها پروژستین دارند. با تزریق این هورمونها تخمک‌گذاری در بسیاری از زنان متوقف می‌شود. هورمون تزریقی با غلیظ کردن ترشحات دهانه رحم، محیط را برای اسپرم نامساعد می‌سازد و بدین وسیله از بارداری پیشگیری می‌کند.

هورمونهای تزریقی معمولاً به صورت یک ماهه، دو ماهه و سه ماهه وجود دارد و هورمونهای با اثر دو ماهه و سه ماهه به هورمونهای تزریقی طولانی‌اثر معروف است.

آمپولهای تزریقی کوتاه‌مدت (یک ماهه) بر خلاف آمپولهای طولانی‌اثر دارای هر دو هورمون جنسی پروژسترون و استروژن است. تأثیر این آمپولها برای پیشگیری از بارداری، در صورتی که نخستین تزریق در هفت روز اول دوره عادت ماهانه باشد، بیش از ۹۹ درصد است.^{۱۵۱}

آمپولهای تزریقی طولانی‌اثر

این آمپولها دو نوع «دپو پروورا» (Depo – Provera) و نوریسترات (Noristrat) دارد که نوع اول در بیش از ۱۰۶ کشور جهان و نوع دوم در بیش از شصت کشور برای پیشگیری از بارداری تأیید شده است.^{۱۵۲} آمپول نوع اول هر سه ماه و نوع دوم هر دو ماه یک بار تزریق می‌شود؛ زیرا جذب هورمون شبه پروژسترون در بدن زن به تدریج و به کندی صورت می‌گیرد. نوع اول این آمپولها در ایران رایج و در دسترس است.

اثر هورمونهای تزریقی در پیشگیری از بارداری بسیار زیاد و کاملاً برگشت‌پذیر و طولانی است. بسیاری از زنان و کارکنان سازمانهای تنظیم خانواده استفاده از این روش را آسان ارزیابی می‌کنند. از مزایای دیگر این روش آن است که هورمونهای تزریقی با اثری طولانی همانند قرصهای خوراکی، افزون بر تأثیرات ویژه خود در زمینه پیشگیری از بارداری، اثرات دیگری نیز دارند. به جز تعدادی از زنان که در پی تزریق، به خونریزی

۱۵۰. Refer No ۱۲: World Health Organization, Task Force on postovulatory Methods of Fertility Regulation (Aug ,۸, ۱۹۹۸).

۱۵۱. Hatcher. et al.. (1998) Contraceptive technology. 17 th ed. New York: Ardent Media, Inc.

۱۵۲. R. E > Lannde , Aug (۱۹۹۵).

شءءء ءءار مء شوءء، هورمونءهائ تزریقء، به ءءلل اءنكه سبب متوقف شءن خونریزهائ ماهانه یا كاهش آن مء شوءء، از ابتلاء زن به كم خونی ءلوؒیری مء كنءء. اسءفءاء از «ءپو پرووا»، از سرطان رحم به میزان هشتاء ءرصد، ءلوؒیری مء كنء و همءنین بارءاریهائ ءارء از رحم را نیز كاهش مء ءءء.^{۱۵۳}

عوارض ءانبء

از آنءا كه وءژؒیهائ فءزیولوؒءك مصرف كنءءگان با ءكءءؒؒ متفاوء اسء، امكان ءارء ءر ءلال مصرف اءفاقی بءفءء كه به تزریق هورمون اءءباطء نءارء، اما مصرف كنءءگان به صورء عام اءن عارضه یا حساسءء را به مصرف یا تزریق هورمون نسبء مء ءءءء. مهمءرءن اءر ءانبء اسءفءاء از هورمونءهائ تزریقء طوءلانیءر، قءع عاءء ماهانه اسء. ءر بءشءر زنن اسءفءاء كنءءء از روش تزریقء، وضءء معمول خونریزء ءر عاءء ماهانه ءؒءیری اءءك مء یاءء. ءر پنءاه ءرصد آنن كه «ءپو پرووا» اسءفءاء مء كنءء ءر ءك سال اول به قءع قاءءؒء منءر مء شوء و ؒاه سبب طوءلانیءر شءن خونریزء ءفءف و لكهءبءنء مء ؒرءء. بءءظمء عاءء ماهانه كوچكءرءن ءطری نءارء، ولی ممكن اسء ؒاه برای ءرخی زنن و ءر ءرخی فرهنگها آزارءءءءء باشد. اءن از ؒمله ءلائء اسء كه سبب اسءفءاء نكءن از اءن روش مء شوء. افزوء بر اءن، ءعءاءء از زنانی كه از روش تزریقء اسءفءاء مء كنءء با ءؒءر ءلق و خو، افزاءش وزن، ءرءهائ زیر ءل یا ءرءناك شءن پساءنءا روبه رو مء شوءء.^{۱۵۴}

ءوءءه

ءر آمپولءهائ تزریقء هر سه ماه ءك بار بءشءرءن ءأءر ءر ءكرار تزریق نءاءء از ءو هفته و ءر آمپولءهائ هر ءو ماه ءك بار، ءأءر نءاءء از ءك ءا ءو هفته بءشءر شوء و ؒرئه اءءمال وقوء بارءاری افزاءش ءواءء یافء.^{۱۵۵}

اؒر زنی پس از اولین تزریق «ءپو پرووا» عقیءء ءوء را ءرباءء روش پیشؒیری از بارءاری ءؒءر ءءء، بءءء برای بازؒشء ءءرء بارورء ءوء ءنءءن ماه صبر كنء. هر ءنء زمان بازؒشء بارورء ءر اسءفءاء از هورمونءهائ تزریقء بءشءر از قرصهائ ءوراكء و روشهائ ؒرهورمونی اسء و زنن به طور متوسء نه ءا ءه ماه پس از آءرءن تزریق ءوء مء ءوانء بارءار شوءء.

ءءءر: هرؒاه نسبء به بارءاری ءرءءء ءوء ءارء و یا ءرء به اءءلالاء كبءء، افزاءش ءرءء خون، بءمارءهائ قلبء عروقء و ءوء ءءهائ ءر پساءن یا هر ؒائ ءءؒر ءءن مءءلا باشد، نءاءء از هورمونءهائ تزریقء اسءفءاء كنء.

هورمونءهائ تزریقء كوءاهءءء (ءك ماهه)

۱۵۳. V.E.Cullins, (۵ Supplement, May ۱۹۹۶) "Noncontraceptive Benefit and Thrapeutic Medicine. ۴۱:۴۲۸ - ۳۸ .

۱۵۴. L. Spereff and P Darney (1996): Refer to No ۴.

۱۵۵. Family Health International, (۱۹۹۴) "Injectables, " Contraceptive Technology Update Series (Reserch Triangle Park. NC:FH).

آمپولهای عادی این هورمون دارای هر دو هورمون جنسی پروژسترون و استروژن است. روش استفاده از آن یک بار در هر ماه آسان، مؤثر و برگشت پذیر است. هر چند آگاهیهای موجود درباره منافع این روش هنوز چندان روشن نیست، اما به نظر می رسد که این آمپولها خطر سرطان رحم و تخمدان را کاهش می دهد.^{۱۵۶} همچنین، آمپولهای طولانی اثر بر روابط جنسی تأثیری ندارد و زن بدون همکاری مرد می تواند از آن استفاده کند.

هشدار

هر چند تحقیقات جدید کوچک ترین خطری در استفاده از هورمونهای تزریقی ماهانه گزارش نکرده اند، اما بر اساس اطلاعات موجود درباره قرصهای خوراکی ترکیبی، ممکن است زنانی که به بیماریهای قلبی، عروقی و فشار خون مبتلا هستند و یا زنان سیگاری به مشکل دچار شوند. بر اساس این تجربه استفاده از روشهای تزریقی برای این افراد تجویز نمی شود. همچنین زنان مبتلا به سرطان پستان نباید از هورمونهای تزریقی ماهانه استفاده کنند؛ زیرا سبب تشدید بیماری آنان می شود.^{۱۵۷}

عوارض جانبی

هورمونهای تزریقی ماهانه ممکن است در ابتدا سبب بی نظمی در عادت ماهانه یا لکه بینی شود، ولی این پیشامد به نسبت کمتر از میزانی است که در استفاده از تزریقهای طولانی اثر دیده می شود. استفاده کنندگان از این روش باید توجه داشته باشند که مراجعه باید منظم، پیوسته و به موقع باشد و هرگاه یک نوبت آن فراموش شود احتمال بارداری به مراتب افزایش خواهد یافت.

هورمون تزریقی برای مردان

این روش، روشی بسیار مؤثر برای پیشگیری از بارداری به وسیله مردان است که کمترین اثرات جانبی را در بر دارد و با تزریقات هفتگی تستوسترون انانتات^{۱۵۸} به مقدار دویست میلی گرم انجام می پذیرد. سازمان بهداشت جهانی، با توجه نتیجه تحقیقات انجام شده در چندین مرکز پزشکی چنین گزارش می کند: در پی تزریق تستوسترون انانتات به ۲۷۱ مرد، در ۱۵۷ نفر آنها آزوسپرمی (به صورتی که دیگر هیچ اسپرمی در مایع منی وجود نداشت) ایجاد گردید.

مطالعه بر روی این ۱۵۷ نفر به مدت یک سال ادامه یافت و در این مدت با توجه به تزریق هفتگی تستوسترون انانتات به آنها تنها یک مورد بارداری در زوج مقابل ایجاد گردید. بنا به گزارش محققان، تزریق تستوسترون انانتات باعث آزوسپرمی می شود که البته پس از تزریق نکردن، تعداد اسپرمها به میزان طبیعی خود بازمی گردد. نکته شایان ذکر آن است که تستوسترون انانتات در تمامی مردان سبب ایجاد آزوسپرمی یکسان نمی شود و اسپرم باقی مانده در برخی افراد ممکن است قدرت باروری داشته باشد. از این رو، محققان

۱۵۶. PD Blumenthal and N.Mcintosh, (۱۹۹۷) Pocket Guide for Family Planning Service Providers ۱۹۹۶-۱۹۹۸, ۲d (Baltin\mor:JHPIEGO).

۱۵۷. World Health Organization . (۱۹۹۶) .Refere to No ۷.

۱۵۸. Testosterone enanthate

مشغول بررسی این موضوع هستند که آیا برای پیشگیری از بارداری به گونه مؤثر، از بین رفتن تمام اسپرمها ضروری است یا نه؟ کارایی این روش (۸ مورد حاملگی از بین صد نفر در سال) بهتر است و نسبت به کاندوم (دوازده حاملگی در صد نفر در سال) کاملاً برتر است.

مهمترین مشکل این روش، نیازمندی آن به تزریق پیوسته است. اما این مسئله را نیز می‌توان با عرضه تستوسترون طولانی‌اثر^{۱۰۹} حل کرد که سازمان بهداشت جهانی مشغول بررسی و مطالعه بر روی این مطلب است. به باور محققان تزریق یک نوبت از این نوع تستوسترون هر سه الی چهار ماه یک بار برای پیشگیری از بارداری کافی است. عوارض این روش بسیار اندک بوده و تنها در موارد محدودی، آکنه و افزایش تهاجمی قوای جنسی مشاهده شده است.

مردان از این روش بیشتر استقبال کرده‌اند.

ج) کپسولهای کاشتنی جلوگیری از حاملگی

کپسولهای کاشتنی یا نورپلنت (Norplant) شامل شش کپسول کوچکی است که یکجا در زیر پوست بازو یا ساعد کاشته می‌شود. از این کپسولها به تدریج هورمون پروژستین (شبيه آنچه در قرصهای خوراکی مینی پیل یا هورمونهای تزریقی وجود دارد) آزاد می‌شود. مانند دیگر روشهای مبتنی بر تک هورمون پروژستین، نورپلنت از راه مهار کردن تخمک‌گذاری و غلیظ کردن ترشحات دهانه رحم، از رسیدن اسپرم به تخمک جلوگیری می‌کند. کپسولهای کاشتنی نورپلنت دست‌کم برای مدت پنج سال تأثیر بسیار زیادی دارد و هر زمان که فرد اراده کند با برداشتن و خارج کردن کپسولهای کاشته‌شده بارداری امکان‌پذیر می‌شود. نورپلنت یک روش کاملاً برگشت‌پذیر است و ۲۴ ساعت پس از برداشتن کپسولها تخمک‌گذاری به صورت قبلی (طبیعی) شروع می‌شود. بنابراین، زنان معمولاً آن را روشی آسان و ساده در پیشگیری از بارداری می‌پندارند.

نورپلنت در شش هفته اول پس از زایمان روش مناسبی برای جلوگیری از کاهش شیردهی است. امتیاز دیگر اینکه در بسیاری از زنانی که از نورپلنت استفاده می‌کنند، خونریزی هنگام عادت ماهانه کاهش می‌یابد و این امر برای کم‌خونی یا پیشگیری از تشدید آن روشی مناسب است. حدود هفت میلیون نفر از زنان در جهان از روش کپسولهای کاشتنی (نورپلنت) بهره می‌برند و حدود شصت کشور این روش را تأیید کرده‌اند.





ءر شكل سرنك ءزرىق و محل كاكت يا نصب كپسولها را ءر زىر پوست بازو يا ساعء نشان مى ءهء.

انواع كپسول نورپلنء

كپسول نورپلنء انواع مءءلفى ءارء. نوع ساعء آن حاوى ٣٦ مىلى گرم لونورءسءرول اسء كه طول كپسولها ٣٤ مىلى مءر و عرض آنها ٢/٤ مىلى مءر اسء. نوع ءىكر آن نورپلنء ءو رشتهاى به طول ٤٤ مىلى مءر اسء كه ءر هر رشتة آن هءءاء مىلى گرم لونورءسءرول وءوء ءارء و ءسء كم برائى مءء سه سال از بارءءارى پىشگىرى مى كءء. اىن نوع نورپلنء ءر فنلانء ءأىء ءءءه اسء. نوع ءكرشءهائى آن (Singe Rod) ءنھا ءر چىن مءالعه و اسءءاءه مى شوء كه روزانه ٣٠ - ١٥ مىكروگرم لونورءسءرول آزاد مى كءء و برائى ءو ءا چءار سال مى ءوانء مؤءر باشء.

عوارض جانبى

اكرچه اسءءاءه از نورپلنء ءر بىشءر زنان، سبب كاھش ءءم ءون عاءء ماھائة آنها مى شوء اما ءر موارء ناءر سبب ءونرىزى و بروز كم ءونى مى شوءء. ءءوء هءءاء ءا هءشءاء ءرصد زنان اسءءاءه كءءءءه از نورپلنء به بىنظمى عاءء ماھائء، لكه بىنى، طولانى شءءن عاءء ماھائء، قءع ءونرىزى یا ءركىبى از اىن پىشامءءا ءچار مى شوءء. هر چءء بىشءر اىن بىنظمىها ءر سال اول كاھش مى ياءء و از ءىءءاء پزشكى شءء و ءطرى نءارءء؛ اما بىنظمى ءر ءونرىزى و ءاه قءع شءءن ءونرىزى مهمءرىن علتى اسء كه سبب مى شوء زنان پىش از پائىن پنج سال كپسولها را ءارء كءءء.

از عوارض جانبى ءىكر مى ءوان به سرءرء، ءىءى، ءرءرءونى ءلق و ءو، ءهوع، بروز ءانههاى ءلءى، ءوش صورء، افزائش وزن، و ءرءناك شءءن پستانها، مشابه آنچه ءر روشهاى مبءنى بر ءك هورمون پروءسءىن ءىءءه مى شوء، اشارة كراء.

ءاه زنانى كه از نورپلنء اسءءاءه مى كءءء به سرءرءءاى شءىءى مبءلا مى شوءء كه انگىزه كافى برائى ءارء كراء كپسولها را فراهم مى سازء. كاركنان بهءاءشءى باىء برائى انءام اىن عمل به صورء پاكىزه و اسءرىل شءءه آموزش ببىنء؛ زىرا ءاه ءر موارءى كاكتن و به وىژه ءارء كراء كپسولها سبب عفونء ءر بدن فرء مى شوء.

از مءءوءىءهائى اىن روش آن اسء كه زنان نمى ءوانءء ءوء به ءنھائى نورپلنء را از بدن ءوئش ءارء كءءء؛ زىرا اىن كار باىء به ءسء افراد مءءءص و آموزش ءىءءه انءام پذىراء.

باىء به اىن نكءه نىز ءوءه ءاشء كه نورپلنء زن را ءر برابر عفونءهائى مقارءىى همچون اىءز مءافظء نمى كءء.

چكیده

- ✓ قرصهای هورمون دار شامل قرصهای دو هورمونی مصنوعی شبیه پروژسترون و استروژن طبیعی است. این هورمونها شبیه همان دو نوع هورمونی است که در دستگاه فیزیولوژی زنان وجود دارد.
- ✓ قرصهای دو هورمونی گاه عوارضی مانند لکه بینی و بی نظمی عادت ماهانه، تهوع، سردردهای خفیف، دردناک شدن پستانها، افزایش یا کاهش وزن و تغییر خلق و خو را به دنبال دارند.
- ✓ قرصهای خوراکی یک هورمونی که به جای داشتن دو هورمون (پروژسترون و استروژن) تنها دارنده هورمون پروژستین هستند و با بر هم زدن ترشحات مخاطی دهانه رحم از ورود اسپرم به درون رحم جلوگیری می کنند. این گونه قرصها در بسیاری از زنان، با مهار کردن تخمک گذاری سبب پیشگیری از بارداری می شوند.
- ✓ نوع دیگر هورمونهای تزریقی که مانند قرصهای خوراکی تنها پروژستین دارند، به صورت آمپول است. با تزریق این هورمونها تخمک گذاری در بسیاری از زنان متوقف می شود. هورمون تزریقی با غلیظ کردن ترشحات دهانه رحم، محیط را برای اسپرم نامساعد می سازد و بدین وسیله از بارداری پیشگیری می کند.
- ✓ هورمونهای تزریقی معمولاً به صورت یک ماهه، دو ماهه و سه ماهه وجود دارد و هورمونهای با اثر دو ماهه و سه ماهه به هورمونهای تزریقی طولانی اثر معروف است.
- ✓ نوع دیگر قرصها، کپسولهای کاشتی یا نورپلنت است که در زیر پوست بازو یا ساعد کاشته می شود. از این کپسولها به تدریج هورمون آزاد می شود. نورپلنت مانند دیگر روشهای مبتنی بر تک هورمون پروژستین، از راه مهار کردن تخمک گذاری و غلیظ کردن ترشحات دهانه رحم، از رسیدن اسپرم به تخمک جلوگیری می کند.

جلسه دوازدهم

روشهای مکانیکی

اهداف درس

آشنایی با:

- ✓ ابزارهای داخل رحمی؛
- ✓ انواع پوشش‌های مردان و زنان مانند کاندوم؛
- ✓ انواع داروها و مواد اسپرم‌کش.

مروری بر مباحث پیشین

در جلسه گذشته دربارهٔ جلوگیری از آزاد شدن تخمک سخن گفتیم. این روشها عبارت‌اند از: الف) قرصهای خوراکی هورمونی؛ ب) هورمونهای تزریقی؛ ج) کپسولهای کاشتنی.

قرصهای خوراکی هورمونی نیز شامل: قرصهای دو هورمونی، قرصهای یک هورمونی و قرصهایی با هورمون متغیر هستند. سازوکار این قرصها به دو گونه است؛ نخست این قرصها با داشتن هورمون زنانه سبب جلوگیری از آزاد شدن تخمک می‌شود و دیگر با به هم زدن ترشحات مخاطی دهانهٔ رحم، ورود اسپرم به درون رحم را مشکل می‌کنند. هورمونهای تزریقی مانند قرصهای خوراکی که تنها حاوی پروژستین هستند به صورت آمپول تزریقی استفاده می‌شوند و تزریق آن مانع تخمک‌گذاری در بسیاری از زنان می‌شود. هورمون تزریقی با غلیظ کردن ترشحات دهانهٔ رحم، محیط را برای اسپرم نامساعد می‌سازد و از این راه از حاملگی جلوگیری می‌کند. هورمونهای تزریقی معمولاً به صورت یک ماهه، دو ماهه و سه ماهه وجود دارد. هورمونهایی که اثر یک ماهه دارند به هورمونهای تزریقی کوتاه‌اثر و هورمونهایی که اثری دو ماهه و سه ماهه دارند به هورمونهای تزریقی طولانی‌اثر معروف هستند. نوع دیگر، کپسولهای کاشتی یا نورپلنت^{۱۶۰} است که حاوی شش کپسول کوچک است که یکجا در زیر پوست بازو یا ساعد کاشته می‌شود. از این کپسولها به تدریج هورمون پروژستین آزاد می‌شود. نورپلنت همانند دیگر روشهای مبتنی بر تک‌هورمون پروژستین، با مهار کردن تخمک‌گذاری و غلیظ کردن ترشحات دهانهٔ رحم، از رسیدن اسپرم به تخمک جلوگیری می‌کند.

روشهای جلوگیری از باروری

روشهای مکانیکی

در این روشها بر سر راه اسپرم به درون رحم و برخورد با تخمک مانع ایجاد می‌شود.

ابزارهای استفاده شده در این روش عبارتند از:

(الف) ابزارهای داخل رحمی مانند آی. یو. دی،^{۱۶۱} دیافراگم مهبل، کلاهک گردنی و حلقه‌های واژینال؛

(ب) انواع پوشش‌های مردان و زنان مانند کاندوم؛

(ج) انواع داروها و مواد اسپرم‌کش مانند کف یا ژله‌های اسپرم‌کش.

مکانیسم اثر

- جلوگیری از نفوذ اسپرم به قسمت فوقانی دستگاه تناسلی زن؛

- جلوگیری از انتقال تخمک؛

- جلوگیری از عمل لقاح تخمک؛

- جلوگیری از کاشته شدن تخم لقاح‌یافته.

آی یو دی (IUD)

وسیله کوچک پلاستیکی خنثی یا غیرشیمیایی است و نوع شیمیایی آن حاوی مس یا هورمون است که داخل رحم گذاشته می‌شود. این وسیله انواع و اندازه‌های مختلفی دارد:

۱- نوع خنثی یا غیرشیمیایی یا لپس لوپ^{۱۶۲} که به طور نامحدودی می‌تواند داخل رحم باقی بماند؛

۲- نوع شیمیایی حاوی مس یا هورمون پروژسترون که مدت زمانی محدود اثر دارد، اما میزان اثر آن بسیار است. انواع پروژسترون‌دار آن رشد لایه داخلی رحم را مهار می‌کند.

احتمال بارداری با آی یو دی مانند قرصهای هورمونی بسیار کم است.^{۱۶۳} آی یو دی با نوع شیمیایی آغشته با مس یکی از مؤثرترین روشهای جلوگیری از بارداری است. تنها کمتر از یک درصد از زنان استفاده‌کننده از آی یو دی مس‌دار (Copper T-380A) در سال اول باردار شده‌اند. یون مس برای اسپرم، سمی و کشنده است؛ از این رو مانع ورود اسپرم به داخل رحم و لوله‌های تخمدان و تلاقی آن با تخمک می‌شود. آی یو دی نوع (Copper T-380A) را تا ده سال می‌توان به صورت مؤثر درون رحم نگه داشت.

۱۶۱. Inter – Uterine – Device (IUD).

۱۶۲. Lippes Loop.

۱۶۳. در نوع مس‌دار آن یک درصد و در نوع حاوی پروژسترون دو درصد است.

سازمان بهداشت جهانی سلامت مصرف وسیله داخل رحمی (IUD) را تأیید کرده است. این سازمان معتقد است که احتمالاً آی یو دی‌های کنونی مؤثرترین و مطمئن‌ترین راه برگشت‌پذیر تنظیم باروری هستند. بر اساس نظریه سازمان بهداشت جهانی، میزان التهاب لگن که با ورود میکروب از راه آی یو دی به حفره شکم رخ می‌دهد نباید با مطالعات انجام‌شده بر روی قرصهای جلوگیری از بارداری مقایسه شود. از آنجا که قرصها و حفاظها خود از عفونت لگن جلوگیری می‌کنند، داوری درباره التهاب بر پایه آنها نادرست است.

ویژگیها

از ویژگیهای IUD نسبت به دیگر وسایل پیشگیری آن است که روشی راحت، بسیار مؤثر و طولانی‌اثر در جلوگیری از حاملگی است. پس از قرارگرفتن IUD در داخل رحم تنها باید هر از چند گاهی آن را کنترل و نسبت به در محل بودن آن اطمینان حاصل کرد؛ هر چند به لمس رشته انتهایی آی یو دی نیازی نیست. با خارج کردن IUD از رحم سرعت باروری (در زن سالم) به سرعت برگشت‌پذیر است. استفاده از IUD تأثیری در نزدیکی زن و مرد ندارد. همچنین استفاده از IUD روشی بسیار مناسب برای زنان در ایام پس از زایمان است؛ زیرا در کمیت و کیفیت شیردهی زنان تأثیری ندارد.

مشکلات IUD

احتمال بارداری با وجود IUD در داخل رحم بسیار کم است. اما اگر باروری با این وسیله روی دهد، دشواریهای بسیاری را به همراه خواهد داشت که نیازمند مراقبتهای پزشکی پیوسته است.

بارداری با IUD به دو گونه روی می‌دهد؛ الف) حاملگی داخل رحمی ب) حاملگی خارج رحمی. اما احتمال حاملگی خارج رحمی بیشتر از حاملگی داخل رحمی است که در این صورت سبب پدید آمدن عوارض سختی می‌شود که نیازمند مراقبتهای پزشکی پیوسته است. سقط خود به خود از آشکارترین عوارض حاملگی با آی یو دی است که بیشتر در سه ماهه دوم بارداری روی می‌دهد. سقط خود به خود و عفونی‌شده سه ماهه دوم، حادثه‌ای کمیاب ولی خطرناک در زنانی است که IUD دارند.

از دیگر مشکلات IUD این است که اگر فرد استفاده‌کننده از آن به عفونتهای جنسی مبتلا شود، احتمال دچار شدنش به بیماری التهابی لگن بیشتر می‌شود. کارکرد آی یو دی درباره زنانی که هم‌اکنون یا در گذشته نزدیکه بیماری التهابی لگن یا بیماریهای منتقل شده از راه تماس جنسی و HIV داشته‌اند، هنوز روشن نیست.

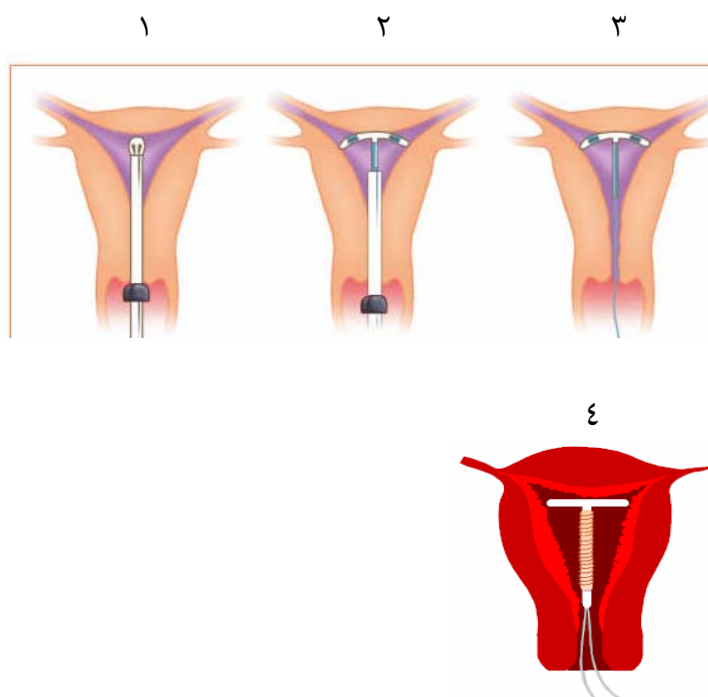
عفونتهای لگنی و بیماریهای منتقل شده از راه تماس جنسی، ممکن است سبب نازایی شود. زنانی که به این عفونتها آلوده هستند باید از کاندوم استفاده کنند و همچنین نباید از آی یو دی استفاده کنند؛ مگر آنکه جز آی یو دی هیچ روش دیگری در اختیار نداشته نباشد.

اگر زنی که آی یو دی دارد، باردار شود، ممکن است چندین مسئله برای او روی دهد: احتمال سقط جنین تا پنجاه درصد وجود دارد؛ همچنین گاه به سبب عفونت شدید، احتمال زایمان زودرس زیادتر می‌شود و

در سه تا چهار درصد موارد بارداری خارج از رحم روی می‌دهد. با این وجود، نقش آی یو دی دارای مس در جلوگیری از بارداری خارج رحم، چهارده بار بیشتر از آن است که از هیچ روشی استفاده نشود.^{۱۶۴}

از مهم‌ترین مشکلات استفاده از آی یو دی افزایش خونریزی قاعدگی همراه با درد است. برخی استفاده‌کنندگان از آی یو دی‌هایی که هورمون شبه پروژستین آزاد می‌کنند به نسبت به خونریزیهای کمتری دچار می‌شوند ولی ده تا پانزده درصد از زنان به این دلیل به خارج کردن آی یو دی اقدام می‌کنند.^{۱۶۵}

بعضی زنان امتحانهای اولیه برای گذاردن آی یو دی و حمل جسمی خارجی در رحم خود را دلیلی و پذیرفتنی نمی‌دانند. دارندگان آی یو دی باید هر ماه با لمس نخ انتهای ابزار داخل رحمی، نسبت به مکان مناسب آن اطمینان حاصل کنند؛ زیرا در حدود ده درصد از آی یو دیها در طی سال اول خود به خود از رحم خارج می‌شوند. میزان خارج شدن خود به خود آی یو دی گذارده شده در نوع Copper T-380A کمتر است.



چگونگی قرار دادن IUD در داخل رحم

۱۶۴. Family health international (April 1998) Mechanisms of the Contraceptive Action of hormonal .
Metheods and intrauterine Device (IUDS) (Research triangle Park. NC: FHI)

۱۶۵. M.M. Farley. Etal., (1992) " intrauterine Devices and Pelvic inflammatory Diseases: An .
international Perspective," the Lancet 339" 7588

زمان گذاردن IUD

آی یو دی معمولاً در روزهای دوم تا پنجم قاعدگی گذارده می‌شود. اگر زنی پس از زایمان تصمیم به گذاردن آی یو دی داشته باشد باید تا شش هفته پس از زایمان این کار را انجام دهد. همچنین بهتر است برای برداشتن آی یو دی این کار در روزهای قاعدگی انجام گیرد.

IUD کنترل نصب

پس از گذاردن IUD بهتر است که به ترتیب زمانی یک ماه، سه ماه، شش ماه و یک سال فرد معاینه شود تا از قرار گرفتن مناسب آن و تغییر نیافتن محل نصب آن مطمئن شود و سپس هر سال یک بار معاینه انجام شود.

دیفراگم‌ها^{۱۶۶}

دیفراگم کلاهکی لاستیکی گنبدی شکل با لبه انعطاف‌پذیر است. برای استفاده، آن را به گونه‌ای در داخل واژن قرار می‌دهند که لبه خلفی در قسمت خلفی گردن رحم و لبه قدامی در پشت استخوان عانه قرار گیرد.



گنبد دیافراگم، گردن رحم را می‌پوشاند و ماده اسپرم‌کش پیش از جای‌گذاری در قسمت گنبدی شکل دیافراگم قرار داده می‌شود، به گونه‌ای که با سطح گردن رحم تماس داشته باشد.



Barrier method:
The diaphragm fits
over the cervical
opening, preventing
sperm from entering
the uterus

ADAM.

دیافراگم و کلاهک را معمولاً با مواد اسپرم کش به کار می‌برند. اگر از این مواد با دقت و به درستی استفاده شود، می‌توان بین ۸۰ تا ۹۴ درصد از بارداری جلوگیری کرد. اثربخشی کلاهک دهانه رحم در زنانی که هنوز زایمان نکرده‌اند ۸۰ تا ۹۱ درصد و در زنانی که فرزند دارند ۶۰ تا ۷۴ درصد است. تنها یک درصد از زنان از دیافراگم و کلاهک دهانه رحم برای پیشگیری از بارداری استفاده می‌کنند.



دیافراگم و ژل اسپرم کش

استفاده از روشهای ایجادکننده مانع در زنان کاملاً برگشت پذیر است و در عادت ماهانه زن تغییری ایجاد نمی‌کند. بررسی‌ها نشان دهنده آن است که دیافراگم با مواد اسپرم کش فرد را در برابر برخی بیماریهای جنسی مصون نگه می‌دارد. همچنین از آنجا که سرطان دهانه رحم با ویروسهایی که از راه تماس جنسی انتقال می‌یابد، ارتباط دارند؛ روشهای ایجادکننده همراه با اسپرم کشها فرد را در برابر سرطان دهانه رحم محافظت می‌کند.^{۱۶۷}

^{۱۶۷} P Bright, et al (July 1996) Cervical Prevention (chapel Hill, NC: Program for international training in health. UNC at chapel Hill School of medicine)

كلاهك گردنى (Cervical cap)

كلاهك گردنى، جسمى پلاستىكى يا لاسلىكى خام به شكل انگشخانه يا زنگ وارونه با انتهائى باز يا گنبدى شكل اسء و يا به شكل پىالء كم عمق كه با قطر خارجى مءافوء و اندازههائى مءءلف ساخته مى شوء. ءنوع ساخت آن به لحاظ مءافوء اندازه در فورءىكس واژىنال يا گردن رءم اسءءاءه كنىءگان اسء كه باىء كلاهك وسءء آن را بپوشانء.



كلاه گردنى در اندازههائى مءءلف

انواع كلاهك گردنى

سه نوع كلاهك گردنى وءوء ءارء؛ كاوىنى وىم كاپ^{١٦٨} وىمول كاپ^{١٦٩} و ولء كاپ^{١٧٠} كه همهء آنها از لاسلىك خام ساخته شده انء. اىن كلاهك عىر از كءشورهاى اسءرالىا، نىوزلنء، انگلستان و آمريكا در بسىارى از كءشورها كاربرء نءارء. كلاهك كاوىنى وىم انگشخانهائى شكل اسء كه به راءءى روى گردن رءم ءابء مى شوء و با ءوءه به قطر ءاىلى در چءار اندازهء ٢٢، ٢٥، ٢٨ و ٣١ مىلى مءر در ءسءرس اسء. اىن كلاهك به طوء مسءقىم روى گردن رءم ءابء مى شوء و طوء آن را مى پوشانء و در بىن سه نوع كلاهك از آن بىءءر اسءءاءه مى شوء.

١٦٨. Cavity – vim cap.

١٦٩. vimul cap.

١٧٠. vault cap.



Barrier method:
The cervical cap fits snugly over the cervix, preventing sperm from entering the uterus

ADAM.

چگونگی نصب کلاه گردنی

کلاهک ویمول به شکل زنگ وارونه با انتهای باز است که وسیع‌تر از تنه کلاهک است و با توجه به قطر خارجی در سه اندازه ۴۲، ۴۸ و ۵۳ میلی‌متر وجود دارد. این کلاهک نیز به طور مستقیم روی گردن رحم ثابت می‌شود، اما انتهای باز آن به گونه‌ای قسمتی از فورنیکس‌های واژینال را می‌پوشاند. در صورتی که گردن رحم از نظر تطبیق با وسعت کلاهک کاویتي ویم نامنظم باشد (کوتاه یا خیلی وسیع) کلاهک ویمول بیشتر از کلاهک کاویتي ویم مناسب خواهد بود. این نوع کلاهک در بین سه نوع کلاهک گردنی، دومین کلاهک معمول است.

کلاهک گنبدي ولت کاپ به شکل پیاله کم‌عمقی است که با توجه به قطر خارجی در پنج اندازه با میدان تغییرات پنجاه تا هفتاد میلی‌متر با فواصل پنج میلی‌متر از اندازه در دسترس است. این کلاهک با وجود گنبد وسیع و مسطح مانند یک دیافراگم به نظر می‌رسد؛ ولی به هر روی نسبت به دیافراگم از مواد سنگین‌تری ساخته شده است و لبه آن فنر ندارد. هنگامی که در محل قرار می‌گیرد، قسمت فوقانی واژن را همراه با گردن رحم و فورنیکس می‌پوشاند و در محل خود با دیواره‌های واژن و تا حدودی با چسبیدن چسبندگی به گردن رحم نگهداری می‌شود. کلاهک گردنی در میان سه نوع کلاهک‌های گردنی کمترین مصرف را دارد.

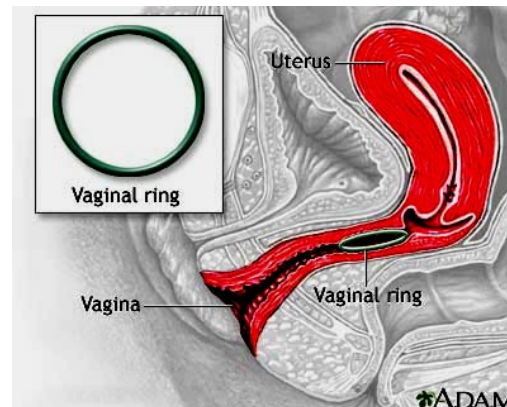
مزایای کلاهک گردنی

- ۱- به نظر سالم می‌آید؛
- ۲- اگر درست و مداوم به کار برده شود، کاملاً مؤثر است؛
- ۳- موجب کاربرد دو عمل سدکنندگی و اسپرم‌کشی است؛
- ۴- زن را از وضعیت آناتومیکی دستگاه تناسلی خود آگاه می‌کند؛
- ۵- با جای‌گذاری زودرس ممکن است از قطع ملاقات جنسی دوری شود؛

- ٦- چون مقدار كمى مائه اسپرم كش با كاپ به كار برده مى شود، كمتر از دىافراگم، آلوده و كثىف بوده و از آن ارزان تر است.
- ٧- زنانى كه به دليل التهاب لگن و نابهنجارى گردنى رحم و ساىر ناهنجارىها نمى توانند از دىافراگم استفاده كنند، بىشتر مى توانند كلاهك را به كار برند.
- ٨- با عمل سدكنندگى و اسپرم كشى ممكن است زن را در برابر بىمارىهاى انتقال يافته از راه مقاربت حمايت نمايد.^{١٧١}

حلقه هاى واژىنال

از روشهاى جديء طولانى اثر حلقه هاى واژىنال يا حلقه هاى لونوروسترول^{١٧٢} است كه به مدت زيادى (از چند هفته تا سه ماه) در واژن يا مهبل به وسيله خود فرد گذاشته مى شود. قطر اين حلقه ها ٥٥/٦ مىلى متر و داراى شش مىلى گرم لونوروسترول است. احتمال حاملگى با اين روش كمى بىشتر از قرصهاى هورمونى و حدود سه تا چهار درصد در سال است. از برترىهاى اين روش آن است كه عوارض جانبى چندانى ندارد و اگر با دقت و رعايت زمان مفىء آن مصرف شود، كارايى بالاىى دارد؛ هر چند در اين روش احتمال اختلال قاعدگى وجود دارد. افزون بر آن، اين روش سبب تحريك بافت و ترشح واژىنال در تعداد اندكى از مصرف كنندگان مى شود. در چهار درصد نىز احتمال افتادن حلقه وجود دارد.



حلقه واژىنال و محل نصب آن

^{١٧١} P Bright, et al (July 1996) Cervical Prevention (chapel Hill, NC: Program for international training in health. UNC at chapel Hill School of medicine).

^{١٧٢} Low Norgestrol.

حلقه‌های واژینال در اندازه‌های مختلف و طرح‌های متفاوت ساخته شده‌اند اما رایج‌ترین آن در دو طرح بیشتر عرضه می‌شود.

حلقه‌های واژینال پروژسترونی یا حاوی هورمون پروژسترون که روزانه پنج تا ده میلی گرم پروژسترون آزاد می‌کند و در زنان شیرده مصرف دارد؛ زیرا در کمیت و کیفیت شیر آنها اثری نمی‌گذارد. این حلقه‌ها به مدت سه ماه اثر دارد.

حلقه واژینال حاوی دو هورمون پروژسترون و استروژن که به مدت سه هفته در واژن قرار داده می‌شود و در هنگام قاعدگی به مدت یک هفته برداشته می‌شود.

کاندوم (Condom)

کاندوم پوشش یا غلاف نازک پلاستیکی یکبار مصرفی است که به وسیله زنان یا مردان استفاده می‌شود و برای جلوگیری از ورود اسپرم به درون رحم به کار می‌رود. اگر این پوشش همراه با مواد کشنده اسپرم (اسپرمیسید)^{۱۷۳} باشد، مؤثرتر است. با توجه به شیوع بیماری‌های مقاربتی واگیردار همچون ایدز که امروزه در حال گسترش است، کاربرد این وسیله یکی از مطمئن‌ترین راه‌های محافظت در برابر بیماری‌های مقاربتی واگیردار و مقاربت‌های کنترل نشده است. هم‌اکنون دو نوع کاندوم وجود دارد؛ کاندوم زنانه و کاندوم مردانه که نوع دوم رایج‌تر و کاربرد آن آسان‌تر است.

کاندوم زنانه

کاندوم زنانه پوششی پلاستیکی از جنس پولی‌اورتان است. یک حلقه در انتهای بسته آن قرار دارد که در انتهای واژن گذاشته می‌شود و حلقه بزرگ‌تر در بیرون پرینه^{۱۷۴} قرار می‌گیرد. این کاندوم حد وسط کاندوم مردانه و دیافراگم است و به عنوان باریرمتد (ایجاد سد)^{۱۷۵} متداول زنان ساخته شده است. در آمریکا، انگلیس و تایلند بر روی این کاندوم مطالعاتی انجام گرفته است و برای پیشگیری از بیماری ایدز و دیگر بیماری‌های انتقال‌پذیر مقاربتی مؤثر است.

۱۷۳. Spermisid.

۱۷۴. به محدوده میان منطقه تناسلی و مقعد میان‌دوره یا پرینه گفته می‌شود.

۱۷۵. Barrier Methods.



کاندوم مورد استفاده زنان

کاندوم مردانه

کاندوم مردانه پوششی پلاستیکی است که برای پیشگیری از انتقال اسپرم استفاده می‌شود. برای بالا بردن ضریب اطمینان در پیشگیری، روی سطح داخلی و خارجی آن را به ماده اسپرم‌کش آغشته می‌کنند.



کاندوم مردان

برتریها

- مهم‌ترین برتری استفاده از کاندوم در مقایسه با دیگر روشها عبارت‌اند از:
- پیشگیری مؤثر در برابر بیماریهای مقاربتی؛
- برای مردانی که همسرانشان نسبت به منی آنها حساسیت دارند؛
- تأثیر نداشتن بر کمیت و کیفیت شیردهی زنان شیرده؛
- نیاز نداشتن به آموزش ویژه و یا ابزارهای خاص در استفاده از این وسیله؛
- مناسب بودن برای زنانی که به عفونتهای لگن، سل، تومورهای کبدی، سرطان پستان و کم‌خونی مبتلا هستند؛
- تأخیر در انزال زودرس برای مردان؛
- با مصرف نکردن کاندوم بلافاصله امکان بارداری وجود دارد؛

- امکان دسترسی آسان نسبت به دیگر ابزارها و روشها.

مشکلات

- ممکن است در هنگام نزدیکی پاره شود؛
- اگر همکاری دولتی نباشد، قیمت آن گران است؛
- احساسات جنسی را کم می کند؛
- ممکن است سبب آلرژی یکی از دو طرف شود؛
- برخی از مردان علاقه ای به استفاده از آن ندارند.

اسپرم کشها (Spermicides)

اسپرم کشها موادی شیمیایی هستند که اسپرم را پیش از رسیدن به قسمتهای بالاتر مجاری تناسلی غیرفعال می کنند و یا از بین می برند و حتی سبب از بین رفتن برخی میکروبیهای بیماری زا می شوند. از اسپرم کشهای خاص می توان به نمونه های زیر اشاره کرد؛ منفگول،^{۱۷۶} نانوکسی نال^{۱۷۷} و اکتوسی نال.^{۱۷۸} اسپرم کشهایی که به صورتهای مختلف مانند ژله، کرم، قرص و شیافهای مهبلی وجود دارد، معمولاً ترکیبات جیوه ای دارند. معمولاً این مواد همراه کاندوم یا همزمان با دیگر وسایل ایجادکننده مانع برای زنان به کار برده می شوند. اگر اسپرم کش به تنهایی استفاده شود، اثربخشی آن بیش از ۷۴ درصد نخواهد بود. اما اگر منظم و درست استفاده شود، اثر آن حتی گاه تا ۹۴ درصد نیز گزارش شده است. استفاده از اسپرم کشها برای زن و شوهرهایی مفیدتر است که پیوسته نیاز به پیشگیری از بارداری ندارند. در صورتی که دفعات نزدیکی زیاد و نزدیک باشد، استفاده از اسپرم کشها روش مناسبی نیست.

در مجموع می توان گفت اثر اسپرم کشها در پیشگیری از بارداری کمتر از دیگر روشها است. انواع اسپرم کشها عبارتاند از: ۱- ژلها؛^{۱۷۹} ۲- کرمها؛^{۱۸۰} ۳- آئروسل (کفها)؛^{۱۸۱} ۴- شیافهای ذوب شونده؛^{۱۸۲} ۵- قرصهای کف کننده؛^{۱۸۳} ۶- شیافهای کف کننده؛^{۱۸۴} ۷- نوار حل شونده؛^{۱۸۵} ۸- اسفنجها.

۱۷۶. Menfegol.

۱۷۷. Nonoxynal.

۱۷۸. Octoxynal.

۱۷۹. Qel = jellies.

۱۸۰. Creams.

۱۸۱. Aerosols.

۱۸۲. meltiny suppositories.

۱۸۳. foaming suppositories.

۱۸۴. foaming tablets.

۱۸۵. soluble film.

ژلها و كرمهاى اسپرم كش

ژلها و كرمهاى گوناگونى عرضه شده است كه همراه با روشهاى مكانيكى مانند ديافراگم يا كلاهك كردن به كار مى روند. در اين روش پس از استفاده از ژل بلافاصله بايد نزديكى انجام گيرد و در اينجا دوره انتظار بر خلاف قرصها يا شيافهاى اسپرم كش وجود ندارد.



نوعى ژل اسپرم كش

كفهاى اسپرم كش

اين كفها داراى ماده اسپرم كش در يك بنىان بى خاصيت است كه با كف آئروسل تركيب شده و به وسيله لوله انتقالى داخل واژن وارد مى شوند و يك يا چندىن عامل اسپرم كش يا بى حركت كننده اسپرم (معمولاً نانوكسى نول - ۹ و اكتوكسى نول - ۹) به عنوان اسپرم كش در آنها به كار رفته است. براى بيشتر كردن اثربخشى كفها بايد آنها را در عمق واژن در نزديكى گردن رحم داد. از كفها بايد بلافاصله پيش از نزديكى استفاده شود.

قرصها و شيافهاى اسپرم كش

برخى قرصها و شيافها در واژن قرار داده مى شوند كه پس از گذشت ده تا سى دقيقه ذوب مى گردند. در اين مدت نبايد نزديكى صورت گيرد و تا هنگامى كه آنها حل نشده باشند، اسپرم كش مؤثر نخواهد بود. بسيارى از قرصهاى اسپرم كش، نانوكسى نول - ۹ يا اكتوكسى نول - ۹ يا منفگول دارند.

برتريهاى اسپرم كشها

- ۱- سالم بودن؛
- ۲- با استفاده پيوسته و صحيح آنها مى توان تأثير مطلوبى را مشاهده كرد؛
- ۳- استفاده از آنها به مردان بستگى ندارد؛
- ۴- اسپرم كشها ممكن است از انتقال برخى بيماريهاى جنسى جلوگيرى كنند؛
- ۵- اسپرم كشها ممكن است از عفونت قسمتهاى فوقانى دستگاه تناسلى و بيماريهاى التهابى لگن پيشگيرى كنند.

مشكلات اسپرم كشهها

- ۱- امكان دارد سبب تحريك واژينال يا واكنش آلرژيك در مرد يا زن شوند؛
- ۲- برای استفاده از آن ممكن است به قطع نزديكى نياز باشد؛
- ۳- قرصها، شيافها و كفها بايد ده تا سى دقيقه پيش از نزديكى به كار روند؛
- ۴- ممكن است سبب ترشح واژينال شوند.

اسفنجهها

اسفنجههاى طبيعى دريا به عنوان وسيلهٔ پيشگيرى كننده از باردارى صدها سال است كه به كار مى‌روند. توجه به اين روش در دههٔ ۱۹۷۰ سبب شد كه اسفنجههاى طبيعى و مصنوعى همراه با اسپرم‌كش به عنوان جلوگيرى كننده از باردارى استفاده شود.

در سال ۱۹۸۳ مديريت غذايى و دارويى آمريكا نخستين اسفنجه واژينال پيشگيرى كننده از باردارى را برای تجارت تصويب كرد. اين فرآورده، كه اسفنجه پيشگيرى كننده از باردارى واژينال بود، كوچك و به شكل بالش از جنس پول‌اورتان^{۱۸۶} داراى يك گرم مادهٔ اسپرم‌كش نانوكسى نول - ۹ است. اين اسفنجه سطحى گود دارد كه روى گردن رحم قرار مى‌گيرد و شانس جابه‌جايى را هنگام نزديكى مى‌دهد. طرف ديگر اسفنجه با يك حلقهٔ بافتنى از جنس پولى‌يستر برای آسان درآورده شدن آن به هم پيوسته شده است. اسفنجه در يك اندازه در دسترس است و بدون تجويز و نسخه در همه جا تحويل داده مى‌شود. پيش از مصرف بايد آن را خيس كرد و در عمق واژن قرار داد. با يك بار جاى‌گذارى مناسب اثردهى آن برای ۲۴ ساعت است و با وجود تكرر نزديكى در طول اين مدت نياز به استفاده از آن نيست و پس از مصرف بايد دور انداخته شود.

اسفنجه اثر پيشگيرى كنندگى خود را با مكانيسم‌هاى زير اعمال مى‌كند:

۱- ايجاد سدى ميان اسپرم و گردن رحم؛

۲- به دام انداختن اسپرم؛

۳- آزاد كردن مادهٔ اسپرم‌كش.

چكيده

✓ در روشهاى مكانيكى بحث پيرامون ابزارهاى است كه بر سر راه اسپرم به درون رحم و برخورد با تخمك سدى ايجاد مى‌كنند.

✓ ابزارهاى استفاده شده در اين روش شامل ابزارهاى داخل رحمى مانند آى يو دى، ديافراگم مهبلى، كلاهك گردنى و حلقه‌هاى واژينال و انواع پوشش‌هاى همچون كاندوم است كه مردان يا زنان از آنها استفاده مى‌كنند. اسپرم‌كشها يا انواع داروها و موادى كه سبب كشته شدن اسپرم مى‌شود يكي ديگر از اين ابزار است (كف يا ژله‌هاى اسپرم‌كش).

- ✓ هر يك از اين ابزارها ويژگي خاص خود را دارند. IUD وسيله كوچك پلاستيكي خنثي يا غيرشيميايي است و نوع شيميايي آن حاوي مس يا هورمون است كه در داخل رحم كار گذاشته مي‌شود. اين روش يكي از مؤثرترين روشهاي پيش‌گيري از بارداري، طولاني‌اثر و راحت است. ديافراگم يك كلاهك لاستيكي گنبدی‌شكل با لبه انعطاف‌پذير است كه در داخل واژن قرار داده مي‌شود. براي بالا بردن ميزان تأثير، معمولاً ديافراگم با مواد اسپرم‌كش به كار مي‌رود. نوع ديگر كلاهك گردني است كه جسمي پلاستيكي يا لاستيكي خام به شكل انگشتانه است و به راحتی روي گردن رحم ثابت مي‌شود.
- ✓ استفاده از روشهاي پيش‌گفته در زنان به طور كامل برگشت‌پذير است و در عادت ماهانه زن تغييری به وجود نمی‌آورد.
- ✓ از ديگر روشهاي جديد طولاني‌اثر حلقه‌هاي واژينال است كه به مدت زياد در واژن يا مهبل توسط خود شخص گذاشته مي‌شود. از محاسن اين روش آن است كه عوارض جانيبي چندانى ندارد.
- ✓ يكي ديگر از اين روشها، كاندوم يا غلاف نازك پلاستيكي يا مواد پلاستيكي يكبار مصرف است كه توسط زنان يا مردان استفاده مي‌شود و براي جلوگیری از ورود اسپرم به درون رحم به كار مي‌رود. با توجه به شيوع بيماريهاي مقاربتی مسری و واگيردار كه امروزه در حال گسترش است، مانند ايدز و HIV، كاربرد اين وسيله يكي از مطمئن‌ترين وسيله‌هاي محافظت در برابر بيماريهاي مقاربتی مسری و مقاربتهاي كنترل‌نشده است.
- ✓ هم‌اكنون دو نوع كاندوم وجود دارد: كاندوم زنانه و كاندوم مردانه، كه نوع دوم رايج‌تر و كاربرد آن آسان‌تر است.
- ✓ نوع ديگري از اين ابزارها اسپرم‌كشها هستند كه اسپرم را پيش از رسيدن به قسمتهای بالاتر مجاری تناسلي غيرفعال می‌كنند يا از بين می‌برند و حتى سبب از بين رفتن برخي از ميكروبهاي بيماري‌زا می‌شوند.
- ✓ ابزار ديگر اسفنجه‌ها هستند كه سطحی گود دارند. اسفنجه‌ها روي گردن رحم قرار می‌گیرند و حاوي يك ماده اسپرم‌كش (نانوكسی نول - ۹) هستند.

جلسه سیزدهم

کنترل باروری به روشهای طبیعی و روشهای جراحی

اهداف درس

✓ آشنایی با روشهای متکی بر تنظیم آگاهانه باروری.

مروری بر مباحث پیشین

در جلسه گذشته پیرامون روشهای مکانیکی سخن گفتیم. همچنین درباره ابزارهای پیشگیری از بارداری همچون آی یو دی (IUD)، دیافراگم مهبل، کلاهک گردنی، حلقه‌های واژینال، کاندوم و اسپرم‌کش‌ها مطالبی بیان کردیم. در مقایسه با دیگر روشها گفتیم که یکی از کاربردی‌ترین ابزارهای رایج در دنیا به شمار می‌روند.

ویژگیهای این ابزارها به قرار زیر است:

- اثربخشی آنها بسیار بالا است.

- به راحتی برگشت‌پذیر هستند به صورتی که هر زمان زوجین می‌توانند با حذف این ابزارها زمینه باروری را فراهم کنند.

- عوارض جانبی چندانی ندارند.

- کاربرد این وسایل (به ویژه کاندوم) اطمینانی نسبی در برابر بیماریهای مقاربتی واگیردار مانند ایدز و HIV و مقاربتهای کنترل‌نشده ایجاد می‌کند.

روشهای متکی بر تنظیم آگاهانه باروری

این روشها بیشتر بر تغییرهای متابولیکی بدن زن در خلال دو عادت ماهانه، استوار است. از آنجا که این تغییرها در یک زمان خاص روی می‌دهد، آن را روش ریتم^{۱۸۷} می‌نامند. بنابراین بر اساس تغییر در هر یک از نشانه‌ها، مانند زمان آزادسازی تخمک، تغییر در گرمای بدن و تغییر در میزان ترشح مخاطی رحم روش معینی وجود دارد.

اين روشها عبارت اند از:

الف) روش تقويمي (طبيعي)^{۱۸۸}؛

ب) روش گرمای پایه ای بدن^{۱۸۹}؛

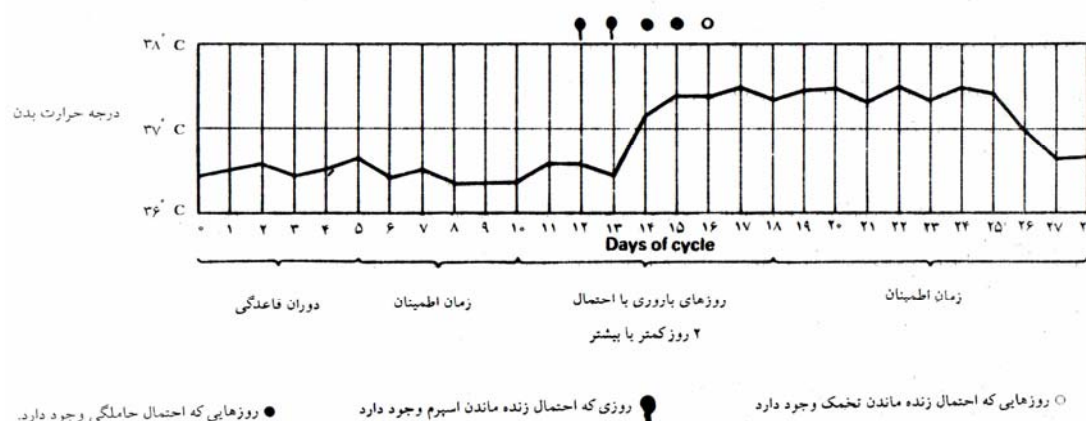
ج) روش ترشح مخاطی گردن رحم^{۱۹۰}؛

د) روش ترشحي - گرمایی^{۱۹۱}.

روش طبيعي يا تقويمي

اين روش نخستين بار به وسيله اجينو^{۱۹۲} در سال ۱۹۳۰ ميلادی معرفي و توصيف شد. اين روش بر اساس برنامه تخمک گذاری که در فاصله ميان دو قاعدگی (يعنی در فاصله روزهای دوازدهم تا شانزدهم) روی می دهد، استوار است. از اين رو اگر در اين ايام آميزش جنسی صورت نگیرد، باروری نیز رخ نخواهد داد.

دوره عادت ماهانه زنان ميان ۲۶ تا ۳۱ روز در نوسان است و ميانگين آن دوره ۲۸ روزه است. بر اساس روش طبيعي در اين مدت يعنی از روز هشتم پس از شروع قاعدگی تا حدود روز بيست و يکم نبايد آميزش صورت گیرد^{۱۹۳}؛ زیرا در اين فاصله سيزده روزه احتمال باروری بسيار بالا است. اما پس از سپري شدن اين دوره، يعنی پس از روز بيست و يکم تا شروع عادت ماهانه بعدی یک دوره امن و مطمئن به حساب می آيد که اگر آميزش هم صورت گیرد، باروری پديد نخواهد آمد.



۱۸۸. Natural Assessment Method.

۱۸۹. Temperature Rhythm Method.

۱۹۰. Cervical Mucus Method.

۱۹۱. Symptothermal Method.

۱۹۲. Ogino.

۱۹۳. اين دوره را دوره باروری می نامند.

این روش بر مبنای تغییرات طبیعی فیزیولوژی بدن زن استوار است. زیرا تخمک آزادشده از تخمدان عمری محدود دارد و اگر در روزهایی که احتمال تخمک‌گذاری وجود دارد، آمیزش جنسی صورت نگیرد احتمال بارداری بسیار کاهش می‌یابد. بر این اساس این شیوهٔ جلوگیری از بارداری را «روش طبیعی یا روش پرهیز دوره‌ای» می‌نامند.

انجام روش تقویمی

زمان آزاد شدن تخمک برای زنان مختلف و حتی برای یک زن همیشه ثابت و قطعی نیست. از این رو در استفاده از این روش باید چند روز پیش از این تاریخ احتمالی و چند روز پس از آن، یعنی حدود نه روز از میانهٔ ایام بین دو عادت ماهانه، به کلی از آمیزش جنسی دوری کرد و یا از نزدیکی منقطع (عزل) همراه با دیگر روشهای جلوگیری استفاده نمود.

با توجه به نمودار بالا انجام این روش بدین گونه است:

الف) دوران قاعدگی؛ این دوره به طور متوسط پنج تا هفت روز به طول می‌انجامد؛
ب) دورهٔ اطمینان؛ این دوره بین سه تا پنج روز پس از پایان قاعدگی (پاک شدن) است؛
ج) دورهٔ باروری؛ این دوره از روز دهم تا روز هجدهم ادامه دارد. آمیزش در این مدت (با توجه به وجود تخمک و عمر محدود آن و حضور یافتن اسپرم) باروری را به دنبال خواهد داشت؛
د) دورهٔ اطمینان؛ این دوره از روز نوزدهم تا زمان قاعدگی ادامه دارد. آمیزش در این مدت سبب باروری نمی‌شود؛ زیرا تخمک لقاح‌نیافته دفع شده است.

با توجه به متغیر بودن زمان تخمک‌گذاری، برای اطمینان یافتن از کنترل باروری باید به ابتدا و انتهای دورهٔ باروری دو روز اضافه شود.

همکاری همسران در استفاده از این روش، برای جلوگیری از بارداری و یا افزایش احتمال بارداری، بسیار مهم است. بر اساس نتایج تحقیقات بین المللی میزان اثربخشی این روشها از ۷۵ تا ۹۹ درصد اعلام شده است.^{۱۹۴}

نقاط ضعف روشهای تقویمی

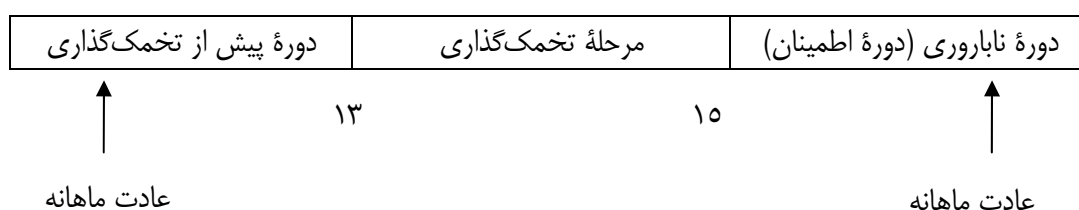
- ۱- دورهٔ قاعدگی همواره منظم نیست و در صورت نامنظم بودن به دشواری می‌توان دورهٔ مطمئنی را پیش‌بینی کرد؛
- ۲- در این روش باید به مدت نیمی از هر ماه از آمیزش جنسی جلوگیری کرد که در عمل خود مشکلاتی دارد؛
- ۳- این روش تنها برای افرادی بسیار دقیق که مراحل تقویم را پیگیری می‌کنند، قابل استفاده است؛
- ۴- از این روش در دورهٔ پیش از زایمان نمی‌توان استفاده کرد.

۱۹۴. Hatcher, et al. (1998) contraceptive technology. 17 th. ed. New York: Ardent Media. Inc.

الف) روش بر پایه گرمای پایه‌ای بدن^{۱۹۵}

این روش بر پایه افزایش گرمای پایه‌ای بدن در هنگام تخمک‌گذاری استوار است. دمای بدن در هنگام تخمک‌گذاری، که به سبب افزایش تولید پروژسترون است، به مقدار ناچیز بین ۰/۳ تا ۰/۵ درجه سانتیگراد افزایش می‌یابد. هرگاه تخمک‌گذاری روی ندهد، گرمای بدن افزایش نمی‌یابد.

در این روش، گرمای بدن هر روز اندازه‌گیری می‌شود. زمان مناسب اندازه‌گیری دما صبحها و پیش از بیرون آمدن از رختخواب است. هرگاه آمیزش جنسی به دوره ناباروری یعنی پس از تخمک‌گذاری (دوره اطمینان) محدود شود، این روش مطمئن خواهد بود. این دوره از سه روز پس از افزایش گرمای بدن به سبب تخمک‌گذاری، شروع و تا آغاز قاعدگی ادامه می‌یابد. از معایب این روش آن است که در تمام دوره پیش از تخمک‌گذاری باید از آمیزش خودداری شود و بدین سبب تعداد اندکی از همسران از این روش استفاده می‌کنند.



تقویم کنترل باروری بر پایه گرمای پایه‌ای بدن

مطابق نمودار بالا تا پایان مرحله تخمک‌گذاری نباید آمیزش صورت گیرد.

ب) روش بر پایه ترشح مخاطی گردن رحم^{۱۹۶}

ترشحات مخاطی گردن رحم در هنگام تخمک‌گذاری آبکی، روشن و مانند سفیده تخم‌مرغ، صاف، جهنده و لغزنده است. پس از تخمک‌گذاری و تحت تأثیر پروژسترون، ترشح مخاطی غلیظتر و کمتر می‌شود. بر این اساس با تغییرات ترشحات مخاطی گردن رحم می‌توان زمان تخمک‌گذاری را تشخیص داد که در این مدت باید از آمیزش دوری کرد. برای شناخت این مرحله یک خانم باید برای پاک کردن داخل واژن خود از یک دستمال کاغذی استفاده کند تا بتواند مقدار، غلظت و ویژگیهای ترشح مخاطی را ارزیابی کند. در این روش هر خانم باید بتواند انواع مختلف ترشحات مخاطی را بشناسد.

ج) روش توأم ترشحي - گرمایی^{۱۹۷}

این روش ترکیبی از روش ترشح مخاطی گردن رحم و روش گرمای مخاطی بدن است. یعنی اگر زن نتواند یک نشانه را به تنهایی شناسایی و تفسیر کند (مثلاً از روش ترشح مخاطی گردن رحم) می‌تواند هم‌زمان از

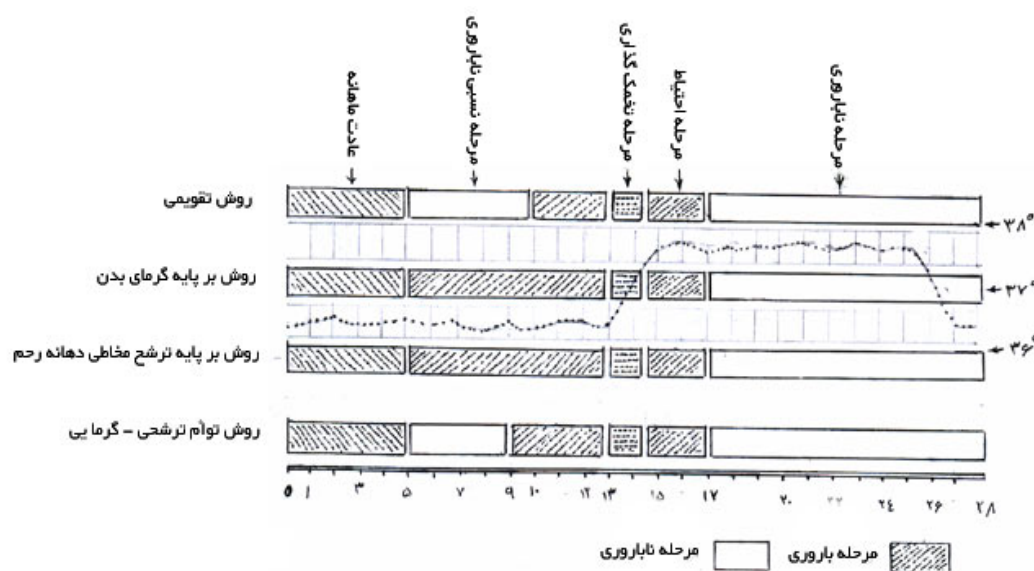
۱۹۵. Temperature Rhythm Method.

۱۹۶. Cervical Mucus Method.

۱۹۷. Symptothermal Method.

نشانهٔ روش دیگری، مانند تغییر گرمای بدن، استفاده نماید. از این رو این روش کارسازتر و مطمئن‌تر از هر یک از روشهای شناخته‌شده است.

در مجموع باید گفت که روشهای متکی بر تنظیم آگاهانهٔ باروری، مستلزم شناخت تغییرات و توان تفسیر آنها و انضباط در پیگیری این تغییرات است.



مدت تقریبی پرهیز (مرحلهٔ باروری) بر اساس روشهای طبیعی

با بررسی نمودار بالا می‌توان زمان تقویمی کنترل باروری به روش طبیعی بر اساس هر یک از روشهای بالا را تشخیص داد و به آن عمل کرد. زمان تخمک‌گذاری به صورت طبیعی از روز سیزدهم شروع می‌شود و تخمک تا روز چهاردهم در رحم وجود دارد. طول عمر تخمک تنها حدود ۲۴ ساعت است و اگر لقاح انجام نشود از بین می‌رود. همچنین طول عمر اسپرم آزادشده در رحم حدود سه تا پنج روز است. اگر طول عمر اسپرم و تخمک را با یکدیگر در نظر بگیریم، احتمال باروری از پنج روز پیش از تخمک‌گذاری یعنی از روز سیزدهم شروع می‌شود و تا دو روز پس از آن وجود دارد. اگر در این هفت روز، آمیزشی صورت نگیرد، تخمک لقاح‌نیافته از بین خواهد رفت.

بر اساس روش گرمای بدن، دمای بدن در خلال عادت ماهانه تا پیش از آزادسازی تخمک یعنی روز سیزدهم کمتر از ۳۷ درجه است. اما هم‌زمان با تخمک‌گذاری، گرمای بدن به بیش از ۳۷ درجه افزایش می‌یابد که خود شاخص گرمایی است. بنابراین دو روز پس از افزایش دمای بدن، مرحلهٔ ناباروری و دورهٔ اطمینان شروع می‌شود.

روشهای جراحی (بستن لوله‌ها)

عقیم‌سازی با عمل جراحی یا بستن لوله‌ها یکی از مطمئن‌ترین روشهای مؤثر در جلوگیری از بارداری است. مردان و زنانی که به داشتن فرزند یا فرزندان بیشتر تمایلی ندارند می‌توانند از این روش استفاده کنند. در این روش با عمل جراحی و بستن لوله‌هایی که در زن سبب انتقال تخمک می‌شود (توبکتومی)^{۱۹۸} و یا با عمل جراحی و یا بدون جراحی و بستن لوله‌هایی که در مرد سبب انتقال اسپرم می‌شود (وازکتومی)^{۱۹۹} از باروری و بارداری جلوگیری می‌شود. حدود ۱۶۲ میلیون زن در سن باروری و ۴۴ میلیون مرد در سراسر جهان برای جلوگیری از بارداری از این روش استفاده کرده‌اند.^{۲۰۰} برخلاف دیگر روشهای پیشگیری از بارداری که همگی برگشت‌پذیر هستند و با قطع روش مورد استفاده، باروری امکان‌پذیر می‌شود اما برگشت‌پذیری به باروری در روش جراحی دشوار، پرهزینه و با عمل جراحی دیگری امکان‌پذیر است. از این رو این روش را باید دائمی و برگشت‌ناپذیر دانست. بنابراین آگاهی و مشاوره پیش از عمل جراحی برای استفاده‌کنندگان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

بستن لوله در زنان (توبکتومی)

یک روش دائمی جلوگیری از باروری برای زنان است که در پیشگیری از باروری بیش از ۹۹ درصد مؤثر است. این روش در گذشته با عمل جراحی و بستن لوله‌های انتقال تخمک (به ویژه پس از زایمان) در بیمارستان انجام می‌گرفت. اما امروزه با استفاده از روش لاپاروسکوپی^{۲۰۱} و به ویژه مینی‌لاپاروتومی^{۲۰۲} که روشی بسیار متداول و ساده در جهان است، به مدت پانزده الی بیست دقیقه همراه با بی‌حسی موضعی و بدون نیاز به بستری شدن (سرپایی) در بیمارستانها یا مراکز بهداشتی انجام می‌شود. انجام این روش نیازمند افراد متخصص و آموزش‌دیده است که با برشی کوچک بر روی شکم و دستیابی به لوله‌های رحم و بستن یا قطع آن انجام می‌گیرد. با قطع لوله رحمی از رسیدن اسپرم به تخمک که از تخمدان آزاد شده است، جلوگیری می‌شود و لقاح صورت نمی‌گیرد.

۱۹۸. Tubectomy.

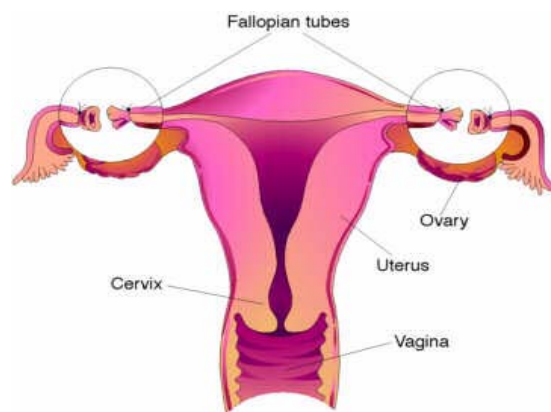
۱۹۹. Vasectomy.

۲۰۰. United Nations Department for Economic and social Information and Policy Analysis Population

Devision (1996) labels and trends of contraceptive use as Assessed in 1994 (New York. UN) 62.

۲۰۱. Laparoscopy.

۲۰۲. Minilaparotomy.



مناسب‌ترین زمان برای توبکتومی و بستن لوله بلافاصله پس از زایمان است که این امر به سبب بزرگی و در دسترس بودن رحم زن به هنگام بستری شدن در بیمارستان است و یا شش هفته پس از زایمان است. اما در شرایط معمولی این کار پس از پایان دوره قاعدگی انجام می‌شود. مطالعات نشان می‌دهد که احتمال تجمعی بارداری در طول ده سال پس از بستن لوله‌ها هجده در هزار برای زنان لوله‌بسته است که البته این میزان بر اساس سن زن در زمان بستن لوله‌ها و تکنیک به کار رفته متفاوت است.^{۲۰۳}

مزایای توبکتومی

- روشی بسیار مؤثر و مطمئن است؛
- در روابط جنسی بی‌تأثیر است؛
- بلافاصله پس از عمل جراحی مؤثر است و در این روش نگرانی از بارداری ناخواسته وجود ندارد؛
- مانند دیگر روشها به مراقبت و ادامه روش نیاز ندارد؛
- دو هفته پس از عمل، زن می‌تواند فعالیت جنسی داشته باشد؛
- فرد پس از چند ساعت از بیمارستان مرخص می‌شود و می‌تواند فعالیتهای روزانه خویش را داشته باشد.

عوارض توبکتومی

احتمال شکست این روش و باردار شدن در تعداد کمی از افراد وجود دارد که در این هنگام به احتمال زیاد، بارداری خارج از رحم است. به ندرت (کمتر از پنج درصد) از زنان پس از بستن لوله‌ها به عفونت یا خونریزی دچار می‌شوند که به آسانی درمان می‌شود. دردهای مختصری پس از عمل جراحی مشاهده می‌شود، ولی این دردها زودگذر است. در زنان لوله‌بسته، آزمایش ترشحات دهانه رحم (پاپ اسمیر) هر سه سال یک بار باید انجام شود.

۲۰۳. United Nations Department for Economic and social Information and Policy Analysis Population

Devison (1996) labels and trends of contraceptive use as Assessed in 1994 (New York. UN) 62
H.B Peterson. Et al. (1996) The Risk of Pregnancy After Tubal sterilization: findings from the
u.s.collaborative Review of sterilization American journal of obstetrics and Gynecology 174: 1161 - 70

در ایران خدمات توبکتومی در مراکز بهداشتی به صورت رایگان ارائه می‌شود و شرایط اجرایی آن برای همسران عبارت‌اند از:

- ۱- سن شوهر معمولاً نباید کمتر از ۲۵ سال و بیشتر از پنجاه سال باشد؛
- ۲- سن زن نباید کمتر از بیست سال و بیشتر از ۴۵ سال باشد؛
- ۳- زن و شوهر علاقه‌مند به توبکتومی باشند و در زمان عمل دست‌کم دو فرزند زنده داشته باشند؛
- ۴- هرگاه زن و شوهر سه فرزند زنده بیشتر داشته باشند، می‌توان حد پایین سن زن یا شوهر را با توجه به تصمیم جراح عمل‌کننده تغییر داد.^{۲۰۴}

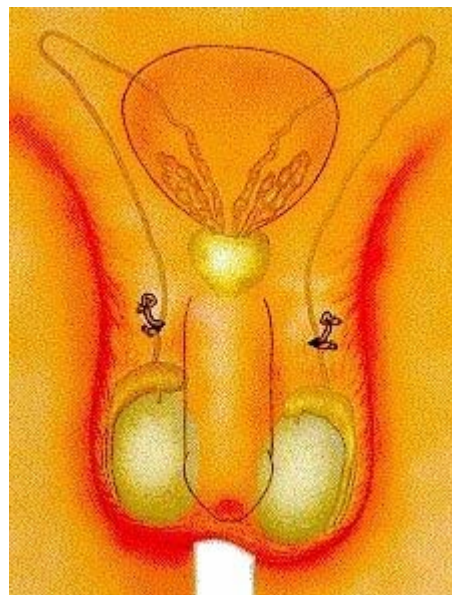
بستن لوله در مردان (واژکتومی)^{۲۰۵}

واژکتومی یا بستن لوله‌های منی در مردان، عمل نسبتاً ساده‌ای است که به وسیله پزشک آموزش‌دیده با بی‌حسی موضعی و در مراکز پزشکی - درمانی انجام می‌شود. واژکتومی عملی مؤثر، مطمئن، سریع، ساده و کم‌هزینه است. این عمل در مقایسه با توبکتومی زنان آسان‌تر، مؤثرتر، کم‌هزینه‌تر است و با پشت سر گذراندن ناراحتی‌های اندک پس از عمل جراحی دیگر در مایع منی اسپرم یافت نمی‌شود و بر این اساس این عمل در حدود ۹۹/۹ درصد از بارداری مؤثر جلوگیری می‌کند. در روش جدید، واژکتومی بدون استفاده از تیغ جراحی صورت می‌گیرد؛ از این رو درد و ناراحتی زخم موضع کمتر و دوران لازم برای بهبودی آن نیز کوتاه‌تر است. پس از یک معاینه مختصر طبی، واژکتومی با بی‌حسی موضعی در مدت پانزده دقیقه یا کمتر انجام می‌شود.^{۲۰۶} اگر این عمل در شرایط غیرعفونی انجام گیرد، هیچ‌گونه خطر مرگ و میری را به دنبال ندارد. معمولاً به هنگام واژکتومی تکه‌ای از مجرای انتقال منی (حداقل به اندازه یک سانتیمتر) برداشته می‌شود و دو انتهای لوله دوباره دوخته می‌شوند و در پوشش‌های خود قرار می‌گیرند و به گونه‌ای بخیه می‌شوند که دو انتها با کمی فاصله از یکدیگر روبه‌روی هم قرار گیرند. با این وضعیت احتمال برقراری دوباره مجرا در آینده دور کاهش می‌یابد. این نکته شایان یادآوری است که مرد بلافاصله پس از واژکتومی عقیم نمی‌شود؛ زیرا معمولاً مقداری اسپرم در لوله انتقال منی وجود دارد که توانایی باروری را دارند و معمولاً پس از نزدیک به بیست انزال یا حدود سه ماه پس از عمل جراحی پاکسازی می‌شود و در این دوره بینابینی باید از دیگر روش‌های جلوگیری سود جست. در صورتی که عمل به درستی انجام گیرد و تمامی اسپرم‌های داخل لوله انتقال منی دفع شوند، عمل واژکتومی صددرصد مؤثر است.

۲۰۴. ایوب بهرامی، خانواده جمعیت و تنظیم خانواده، نشر اختر، ۱۳۷۸، ص ۱۸۲.

۲۰۵. Vasectomy.

۲۰۶. Hatcher, et al (1998) contraceptive technology. 17 th ed New York Ardent Media. Inc.



عوارض وازکتومی

۱- عوارضی مانند درد، هماتوم^{۲۰۷} در کیسه بیضه و عفونت موضعی در درصد کمی از بیماران و عفونت زخم در حدود سه درصد از بیماران پس از عمل جراحی گزارش شده است که با مصرف آنتی بیوتیک این گونه عفونت‌ها کنترل می‌شود.

۲- پس از وازکتومی بلافاصله عقیم‌سازی صورت نمی‌گیرد پس از حدود سه ماه و در این مدت ممکن است باروری صورت گیرد.

۳- ایجاد دوباره مجرا به طور خود به خود، بروز و ایجاد پیوستگی دوباره لوله انتقال اسپرم تا حدود شش درصد، ممکن است سبب بارداری زنان این گونه مردان در خلال ۱۶ تا ۳۶ ماه شود.

۴- وازکتومی را باید از روشهای دائمی جلوگیری از بارداری پنداشت؛ زیرا برای برگشت‌پذیری و پیوستگی دوباره لوله‌های انتقالی منی حداکثر تا حدود پنجاه درصد احتمال دارد. برخی مردان پس از عمل جراحی به دلیل برگشت‌ناپذیری توانایی باروری از نظر روانی مدتی افسرده و از کاهش علاقه جنسی، ناتوانی، سردرد و ضعف شکایت دارند که همه اینها تحت شرایط عاطفی پس از وازکتومی است و اگر با شناخت کامل و مشاوره درست صورت گرفته باشد، می‌تواند این عارضه‌ها وجود نداشته باشد.

از آنجا که بعضی از مردان در انجام عمل وازکتومی تردیدهایی دارند، در مشاوره درست پیش از عمل می‌توان به آنها اطمینان داد که وازکتومی سبب ناتوانی جسمی و تغییر در تمایلات یا اختلال در اعمال جنسی نمی‌شود.^{۲۰۸}

۲۰۷. جمع شدن خون لخته شده.

۲۰۸. L. speroff and P Darney (1996) A clinical Guide for contraception 2 d ed Baltimor: williams & Wilkins, :61.

چكیده

- ✓ روش تقویمی (طبیعی) بر اساس برنامه تخمگذاری که در فاصله میان دو قاعدگی (یعنی در فاصله روزهای دوازدهم تا شانزدهم) روی می‌دهد، استوار است. از این رو اگر در این ایام آمیزش جنسی صورت نگیرد، باروری نیز رخ نخواهد داد.
- ✓ روش بر پایه گرمای پایه‌ای بدن بر افزایش گرمای پایه‌ای بدن در هنگام تخمگذاری استوار است. یعنی در هنگام تخمگذاری که در نتیجه افزایش تولید پروژسترون است، مقدار گرمای بدن به صورت ناچیز بین ۰/۳ تا ۰/۵ درجه سانتیگراد افزایش می‌یابد و هرگاه تخمگذاری روی ندهد گرمای بدن افزایش نمی‌یابد. پس می‌توان با کنترل دمای بدن و آگاهی از زمان تخمگذاری از آمیزش منجر به باروری جلوگیری کرد.
- ✓ روش بر پایه ترشح مخاطی گردن رحم؛ از آنجا که به هنگام تخمگذاری ترشحات مخاطی گردن رحم آبکی، روشن و مانند سفیده تخم مرغ، صاف، جهنده و لغزنده می‌شود پس از تخمگذاری و تحت تأثیر پروژسترون ترشح مخاطی غلیظ‌تر و کمتر می‌شود. بر این اساس می‌توان با کنترل تغییرات در ترشحات مخاطی گردن رحم زمان تخمگذاری را تشخیص داد و از آمیزش اجتناب کرد.
- ✓ روش توأم ترشحي - گرمایی ترکیبی از روش ترشح مخاطی گردن رحم و روش گرمای مخاطی بدن است.
- ✓ در روشهای جراحی با بستن لوله‌هایی که در زن سبب انتقال تخم می‌شود (توبکتومی) و با عمل جراحی و یا بدون جراحی و بستن لوله‌هایی که در مرد سبب انتقال اسپرم می‌شود (واژکتومی) از باروری و بارداری جلوگیری می‌شود.

جلسه چهاردهم

تأثیر آموزه‌ها و فتاوی شیعی
در رشد و کنترل جمعیت (قسمت اول)

اهداف درس

آشنایی با:

- ✓ علل افزایش چشمگیر رشد جمعیت در قرنهای اخیر؛
- ✓ تاریخچه کنترل موالید و باروری در اسلام؛
- ✓ نظریه‌های فقه‌های شیعه درباره تعداد فرزندان و بُعد خانواده؛
- ✓ تأثیر آموزه‌های اسلامی و فتاوا در رشد و کنترل جمعیت.

مروری بر مباحث پیشین

در جلسه گذشته پیرامون «روشهای متکی بر تنظیم آگاهانه باروری» و «روشهای جراحی (بستن لوله‌ها)» سخن گفتیم. تنظیم آگاهانه باروری بر پایه تغییرات متابولیکی بدن، که در خلال دو عادت ماهانه در بدن زن روی می‌دهد، استوار است. روشهای جراحی که با بستن لوله‌های انتقال تخمک در زنان (توبکتومی) و با قطع و بستن لوله‌های انتقال اسپرم در مردان (وازکتومی) صورت می‌گیرد؛ از مطمئن‌ترین روشهای مؤثر در جلوگیری از بارداری است. مردان و زنانی که به داشتن فرزند یا فرزندان بیشتر تمایلی ندارند، می‌توانند از این روش استفاده کنند.

مقدمه

موضوع جمعیت و کنترل باروری و موالید در میان مسلمانان از چند دهه گذشته و به ویژه پس از پیروزی انقلاب اسلامی ایران (به عنوان یک حکومت دینی) و همچنین در جهان (به عنوان یک متغیر اساسی در مسائل سیاسی و اقتصادی) مطرح گردید. این موضوع از آن روی اهمیت بیشتری می‌یابد که به بحث کنترل جمعیت از دیدگاه دینی و فقهی هم در سطح خرد، یعنی به کارگیری روشهای کنترل موالید و هم در سطح کلان، یعنی پذیرفتن اصل سیاست‌های جمعیتی از سوی دولتهای مسلمان و حکومت دینی، می‌پردازد. تاریخ جمعیت‌شناسی نشان‌دهنده آن است که تمام ادیان الهی، به ویژه دین اسلام با افزایش جمعیت و فرزندآوری بیشتر موافق هستند. حال با توجه به این نگرش، چگونه می‌توان اصل سیاست‌های جمعیتی و کنترل موالید را در این جوامع پذیرفت و درباره آن گفتگو کرد؟

واقعتهای تجربی و تحولات جمعیتی در جهان اسلام، رشد بی سابقه جمعیت ایران در خلال سالهای پس از پیروزی انقلاب اسلامی^{۲۰۹} و محدودیتهای اقتصادی، فرهنگی و سیاسی، مسئولان سیاسی و علمای دینی را به این چالش کشاند که برای کیفیت مناسب حجم جمعیت چه سیاستی باید اندیشید؟ آیا تنها بر اساس اینکه فرزندآوری بیشتر از دیدگاه شارع مقدس اسلام مطلوب است؛ نباید نسبت به رشد جمعیت چاره اندیشی نمود؟ و در پس آن باید تمام نتایج و عواقب ناشی از بروز این پدیده را پذیرفت؟ آیا بهتر نیست که حکومت دینی و مسئولان نظام سیاسی، درباره جمعیت برنامه ای هدفمند را دنبال کنند؟ در این جلسه دیدگاه اسلام و فقه شیعه را درباره گفتار کنترل جمعیت و سیاست های جمعیتی، چه در سطح خرد و چه در سطح کلان بررسی می کنیم.

دلیل کنترل جمعیت

تاریخ تحول جمعیت جهان از ابتدا تاکنون (جدول شماره ۱) نشانگر آن است که حجم جمعیت جهان در دو سده اخیر اندک و رشد جمعیتی آن بسیار ناچیز بوده است؛ زیرا از سویی، میزان مرگ و میر سالانه و از سوی دیگر، میزان مولید و فرزندآوری بسیار بوده است.^{۲۱۰}

عوامل عمده مرگ و میر در میان جوامع به ترتیب اهمیت و تأثیرگذاری عبارت بودند از:

۱- بیماریهای عفونی و واگیردار مانند وبا و طاعون؛

۲- خشکسالی ها و قحطیها به صورت تقویمی و تکراری؛

۳- حوادث و بلایای طبیعی مانند سیل و زلزله؛

۴- جنگها، کشتارها و قتل عامها.

هر چند عامل سوء تغذیه و بیماریهای مزمن افزون بر عوامل اشاره شده نیز سبب افزایش مرگ و میر می شده است. بیماریهای عفونی و همه گیر بیشترین عامل مرگ و میر و کاهش جمعیت بوده است. از این رو حجم جمعیت و رشد آن پیوسته در حد پایینی قرار داشته است. مجموع مولید و مرگ و میر در هر سال بسیار نزدیک به یکدیگر و در نتیجه، رشد جمعیت نزدیک به صفر بوده است. از این روی، تغییرات جمعیت جهان در خلال چندین هزار سال تقریباً ناچیز بوده است. (جدول شماره ۱)

پس از انقلاب صنعتی و بهبود شرایط زندگی و بهداشت در اروپا در قرون هجدهم و نوزدهم، میزان تأثیرات عوامل مرگزا به مرور کاهش یافتند. دانش پزشکی بسیاری از بیماریهای مزمن را بهبود بخشید. با گسترش فعالیتهای بازرگانی ذخایر غذایی به مقدار گسترده ای در دسترس همگان قرار گرفت و بدین سبب بسیاری از مردم از مرگ و میرهای گسترده ناشی از قحطیها و خشکسالی ها در امان ماندند. همچنین با بهبود شرایط فیزیکی و تکنولوژیکی زندگی انسانها، رشد شهرنشینی و ارتقای شرایط فیزیکی آن، مرگ و میر حوادث و بلایای طبیعی کاهش یافت.

قرن نوزدهم با جمعیت یک میلیارد نفری آغاز شد. این جمعیت در اوایل قرن بیستم به ۱/۶ میلیارد نفر رسید؛ یعنی در خلال صد سال ششصد میلیون نفر به جمعیت جهان اضافه شد. اما قرن بیستم با جمعیت ۶/۱

۲۰۹. رشد جمعیت در سالهای ۱۳۶۵ - ۱۳۵۷، ۳/۹٪ = ۲ برآورد شد.

۲۱۰. بالاترین سطح باروری یک زن در سن باروری یعنی در فاصله سنی ۱۵ تا ۴۹ سال است.

میلیارد نفری پایان یافت؛ یعنی در خلال صد سال ۴/۵ میلیارد نفر به جمعیت جهان افزوده شد. (جدول شماره ۱) این تغییر افزایش جمعیت را از نگاهی دیگر می‌توان ارزیابی کرد. از ابتدای تاریخ تاکنون هرچه به زمان کنونی نزدیک‌تر می‌شویم، شتاب افزایش جمعیت بیشتر می‌شود. جدول شماره (۱) نشان می‌دهد که برای اضافه شدن یک میلیارد نفر به جمعیت جهان در ابتدای قرن نوزدهم، ۱۳۰ سال زمان لازم بود؛ یعنی در سال ۱۹۳۰ جمعیت جهان به دو میلیارد نفر رسید. اما یک میلیارد سوم جهان تنها در مدت سی سال اضافه شد و این جمعیت در سال ۱۹۶۰ به حدود سه میلیارد نفر رسید. یک میلیارد چهارم جمعیت جهان نیز تنها در مدت پانزده سال اضافه شد؛ یعنی جمعیت جهان در سال ۱۹۷۵ به چهار میلیارد نفر رسید. یک میلیارد پنجم تنها در مدت یازده سال اضافه شد و جمعیت جهان در سال ۱۹۸۶ از مرز پنج میلیارد نفر هم گذشت. اما با کمال تعجب، زمان اضافه‌شدن یک میلیاردهای بعدی به سرعت در حال افزایش است.

حال این سؤال اساسی در زمینه حجم و تراکم جمعیت مطرح می‌شود که سرنوشت جمعیت روی زمین به کجا خواهد رسید؟ اگر این جریان رشد ادامه یابد، کره زمین تا چه زمان برای زندگی و زیستن مناسب تحمل‌پذیر خواهد بود؟ سؤال دیگر اینکه در کشورهای توسعه‌یافته و توسعه‌نیافته (کشورهای شمال و جنوب) چه نسبتی از جمعیت وجود دارد و سهم هر یک از این مناطق در افزایش جمعیت به چه اندازه است؟ و سؤال سوم اینکه سهم تولید اقتصادی و درآمد اقتصادی هر یک از این دو منطقه (شمال و جنوب) از مجموع درآمد اقتصادی جهان چقدر است؟

هم‌اکنون تغییرات جمعیتی در دنیا، بر دو جریان عمده رشد زیاد جمعیت در میان کشورهای توسعه‌نیافته و در حال توسعه و کاهش رشد جمعیت در میان کشورهای توسعه‌یافته استوار است. رشد نامتوازن جمعیت در میان این دو منطقه، سهم کشورهای توسعه‌یافته از کل جمعیت جهان را از یک سوم در ابتدای قرن بیستم به یک پنجم در پایان این قرن کاهش داده است. در این میان، سهم اروپا بیش از دیگر مناطق کاهش یافته است. شایان توجه است که در سال ۱۹۰۰ میلادی، یک چهارم از جمعیت جهان در اروپا زندگی می‌کرده است، در حالی که این نسبت در سال ۲۰۰۰ میلادی به یک هشتم کاهش یافته است.

جدول شماره (۱): برآورد آمار جمعیت جهان (از ابتدا تا کنون)*

سال	۱۰	ق. م
۸۰۰۰ سال	۶۰/۰٪	
سال اول م	۲۳۰	
۱۰۰۰ م	۲۵۰	
۱۵۰۰	۴۵۰	رسیدن به مرز ۰/۵ میلیارد نفر
۱۶۰۰	۴۸۰	
۱۶۵۰	۵۰۰	۳۱٪ رسیدن به مرز یک میلیارد نفر مبنای شاخص درصدی
۱۷۰۰	۶۰۰	
۱۸۰۰	۱۰۰۰	۶۲٪

* Source: www.census.gov/ipc/www/worldhis.html.

	۱۶۰۰	۱۹۰۰
رسیدن به مرز دو میلیارد نفر	۱۰۸	۱۹۱۰
	۱۱۲	۱۹۲۰
	۱۲۸	۱۹۳۰
رسیدن به مرز سه میلیارد نفر	۱۴۲	۱۹۴۰
	۱۵۴	۱۹۵۰
رسیدن به مرز چهار میلیارد نفر	۱۸۴	۱۹۶۰
	۲۲۵	۱۹۷۰
رسیدن به مرز پنج میلیارد نفر	۲۵۰	۱۹۷۵
رسیدن به مرز شش میلیارد نفر	۳۰۰	۱۹۸۰
	۳۱۳	۱۹۸۶
	۳۷۵	۱۹۹۹
	۳۸۹	۲۰۰۲
	۳۹۹	۲۰۰۴

تاریخچه کنترل موالید و باروری در اسلام

«عزل» در لغت به معنای آمیزش منقطع و جلوگیری از انزال نطفه در رحم است و یکی از نخستین ابزارهای شناخته شده کنترل باروری است. در حقیقت این روش ساده ترین روش پیشگیری از بارداری و موالید در نزد بشر است. انگیزه های گوناگونی در طول تاریخ برای پیشگیری از بارداری به روش عزل وجود داشته است که در این میان می توان به انگیزه های جسمی و بهداشتی (شرایط و وضعیت جسمانی و سلامتی زن)، انگیزه های اخلاقی و اجتماعی (مخفی نگه داشتن ازدواج برای در امان ماندن از خطرهای اخلاقی و اجتماعی) و انگیزه های اقتصادی (فقر و تهیدستی در تأمین زندگی فرزندان) اشاره کرد.

در این باره روایاتی وجود دارد، یکی از این روایات درباره فردی است که در زمان پیامبر اسلام (صلی الله علیه و آله) نگرانی خود را از عمل عزل با پیامبر (صلی الله علیه و آله) در میان می گذارد و نظر آن حضرت را در این باره جویا می شود. بر اساس این روایت، پیامبر (صلی الله علیه و آله) می پذیرد که این فرد با روش عزل از داشتن فرزندی دیگر به مدت پنج سال (از تولد آخرین فرزند) پیشگیری کند. دلیل آن حضرت بر این مسئله، پافشاری همسر آن مرد بود، بدان سبب که بارداری مانع از توانایی زن برای شیر دادن و در نتیجه، به خطر انداختن سلامت فرزندش می شد و روایت است که پیامبر (صلی الله علیه و آله) او را درباره درستی این عمل (عزل) مطمئن ساخته است.^{۲۱۱}

۲۱۱. امیر هوشنگ مهریار، اسلام و تنظیم خانواده از منظر شیعه، ص ۱۱.

در روایت دیگری نیز فردی به نام حایر بیان می‌کند که ما در زمان حیات پیامبر اکرم (صلی الله علیه و آله) به روش عزل عمل می‌کردیم. [این] در حالی بود که معاصر با زمان نزول آیه قرآن کریم بود.^{۲۱۲} نقل این روایت درباره شرایط زمان نزول قرآن بدان معنا است که قرآن مخالفتی با روش عزل و کنترل موالید مخالف نبوده است.

روایات گوناگونی نیز از ائمه (علیهم السلام) درباره جواز عزل نقل شده است که گویای مغایرت نداشتن آن با دیدگاه اسلام است. در روایتی، از امام باقر (علیه السلام) نسبت به عزل سؤال شد: مردی که با همسر آزاد خود نزدیکی می‌کند، می‌تواند به روش عزل عمل کند؟ ایشان در پاسخ فرمودند: «به نظر آن مرد بستگی دارد. مرد در صورتی که بخواهد می‌تواند عزل کند.»^{۲۱۳}

بر اساس روایت دیگری از امام جعفر صادق (علیه السلام)، چنین فهمیده می‌شود که در قرن دوم هجری (زمان حیات امام صادق (علیه السلام) در میان مسلمانان روش آمیزش منقطع (عزل) روشی عمومی و عادی بوده است. شخصی به نام ابوبصیر از امام پرسید: درباره عزل چه می‌فرمایید؟ امام در پاسخ فرمودند: «[جدم] علی (علیه السلام) عمل عزل را انجام نمی‌داد، اما من انجام دادم.» ابوبصیر می‌گوید: [اما] این بر خلاف عمل علی (علیه السلام) است. امام پاسخ دادند: «یک چنین اختلافی اشکالی برای کسی ایجاد نمی‌کند، همان‌گونه که به طریق مشابهی تفاوت‌هایی میان سلیمان نبی و پدر او داود نبی ضرری به دومی نمی‌زند.»^{۲۱۴}

آشنایی مسلمانان با روشهای دیگر کنترل باروری

با گسترش اسلام به سرزمینهای دیگر (ایران و روم)، دانش مسلمانان در زمینه روشهای کنترل باروری افزایش یافت.

در کتاب، *اسلام و تنظیم خانواده / از منظر شیعه* فهرستی از متون پزشکی اولیه ارائه داده شده است که به وسیله پزشکان مسلمان نوشته شده و دربردارنده مباحثی درباره روشهای پیشگیری از بارداری است. در این فهرست کتاب معروف *قانون ابوعلی سینا* نیز وجود دارد.^{۲۱۵} در این متون نه تنها درباره عزل سخن به میان آمده است؛ بلکه به اشکال شیوه‌های امروزی مانند کاندوم، کپسول، دیافراگم و نیز استفاده از مواد شیمیایی برای بالا بردن میزان تأثیر و ضریب اطمینان اشاره شده است.

نظرات فقیهان شیعه درباره تعداد فرزندان و بعد خانواده

علماء و فقهائى شیعه در زمینه کنترل موالید و تعداد فرزندان به دو دسته تقسیم می‌شوند: الف) گروهی که اسلام را مخالف با کنترل موالید و موافق با ازدیاد جمعیت و نفوس می‌دانند؛

۲۱۲. همان.

۲۱۳. همان، ص ۵۰.

۲۱۴. همان، ص ۱۳.

۲۱۵. امیر هوشنگ مهریار، *اسلام و تنظیم خانواده / از منظر شیعه*، ص ۱۴.

ب) گروهی که معتقدند، اسلام افزون بر تأکید به افزایش نسل، جواز کنترل موالید و جلوگیری آن را نیز صادر کرده است.

هر دو گروه برای نظریه‌ها و دیدگاه‌های خود به آیات قرآن، روایات و احادیث در این زمینه استناد می‌کنند که در اینجا اجمالاً به برخی از آنها اشاره می‌شود:

مخالفتان کنترل موالید

دسته نخست، کنترل جمعیت را جایز نمی‌دانند. آنها بر این باورند رزق و روزی در دستان خداوند است و او است که روزی هر کس را مقدر می‌فرماید.

الف) استناد به قرآن

این گروه آیات قرآن کریم را دلیلی بر ادعای خود می‌دانند:

- ۱- وَ مَنْ يَتَّقِ اللَّهَ يَجْعَلْ لَهُ مَخْرَجًا وَيَرْزُقْهُ مِنْ حَيْثُ لَا يَحْتَسِبُ؛^{۲۱۶} و هر کس از خدا پروا کند [خدا] برای او راه بیرون شدنی قرار می‌دهد. و از جایی که حسابش را نمی‌کند به او روزی می‌رساند.
- ۲- وَ كَآيِنِ مِنْ ذَابَّةٍ لَا تَحْمِلُ رِزْقَهَا اللَّهُ يَرْزُقُهَا وَإِيَّاكُمْ وَ هُوَ السَّمِيعُ الْعَلِيمُ؛^{۲۱۷} و چه بسیار جاندارانی که نمی‌توانند متحمل روزی خود شوند. خدا است که آنها و شما را روزی می‌دهد، و او است شنوایی دانا.
- ۳- قُلْ إِنْ رَبِّي يَسْطُرُ الرَّزْقَ لِمَنْ يَشَاءُ مِنْ عِبَادِهِ وَ يَقْدِرُ لَهُ وَ مَا أَنْفَقْتُمْ مِنْ شَيْءٍ فَهُوَ يُخْلِفُهُ وَ هُوَ خَيْرُ الرَّازِقِينَ؛^{۲۱۸} بگو در حقیقت پروردگار من است که روزی را برای هر کس از بندگانش که بخواهد گشاده یا برای او تنگ می‌گرداند و هرچه را انفاق کردید عوضش را او می‌دهد و او بهترین روزی‌دهندگان است.
- ۴- اللَّهُ لَطِيفٌ بِعِبَادِهِ يَرْزُقُ مَنْ يَشَاءُ وَ هُوَ الْقَوِيُّ الْعَزِيزُ؛^{۲۱۹} خدا نسبت به بندگانش مهربان است؛ هر که را بخواهد روزی می‌دهد و او نیرومند غالب است.

ب) استناد به روایات

برخی از روایات نیز افراد را به داشتن فرزند بیشتر تشویق می‌کنند.*

- ۱- عَنْ أَمِيرِ الْمُؤْمِنِينَ (عَلَيْهِ السَّلَام): «تَزَوَّجُوا فَإِنَّ التَّزْوِيجَ سُنَّةُ رَسُولِ اللَّهِ (صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَآلِهِ) فَإِنَّهُ كَانَ يَقُولُ: مَنْ كَانَ يُحِبُّ أَنْ يَتَّبِعَ سُنَّتِي فَإِنَّ مِنْ سُنَّتِي التَّزْوِيجَ وَاطْلُبُوا الْوَلَدَ فَإِنِّي مُكَاثِّرُ بِكُمْ الْأُمَّمَ غَدًا»؛^{۲۲۱} ازدواج کنید

۲۱۶. طلاق / ۳ - ۲.

۲۱۷. عنکبوت / ۶۰.

۲۱۸. سبأ / ۳۹.

۲۱۹. شوری / ۱۹.

۲۲۰. با توجه به اینکه سند روایت، یکی از مهم‌ترین مجوزهای استفاده از روایت است که در اینجا به آن پرداخته نشده است. بنابراین، با فرض درستی سند روایات، به آنها اشاره می‌کنیم.

۲۲۱. محمد بن حسن حر عاملی، وسائل الشیعه، تهران، کتاب‌فروشی اسلامیة، ج ۲۰، ص ۱۴.

که همانا ازدواج سنت رسول خدا است. همانا حضرتش می‌فرمود: هر کس دوست دارد که از سنت من پیروی کند، پس بداند که ازدواج یکی از سنت‌های من است و طلب فرزند کنید؛ چرا که با شما می‌خواهم امتم را از سایر امتها بیشتر کرده باشم.

۲- عن أبي جعفر (عليه السلام) قال: قال رسول الله (صلى الله عليه وآله): «تَزَوَّجُوا بِكُراً وَوَلَدُوا وَلَا تَزَوَّجُوا حَسَنَاءَ جَمِيلَةً عَاقِرًا فَإِنَّ أَبَاهِي بِكُمْ الْأُمَمَ يَوْمَ الْقِيَامَةِ»؛^{۲۲۲} با زنان باکره و فرزندآور ازدواج کنید و با زنان زیباروی [و خوش اندام و خوش قیافه] نازا ازدواج نکنید؛ چرا که به شما روز قیامت مباحات خواهد کرد.

۳- عن الرسول (صلى الله عليه وآله): «مَا يَمْنَعُ الْمُؤْمِنَ أَنْ يَتَّخِذَ أَهْلًا لَعَلَّ اللَّهَ يَرْزُقُهُ نَسَمَةً، ثَقُلَ الْأَرْضُ بِإِلَهٍ إِلَّا اللَّهُ»؛^{۲۲۳} چه چیزی مانع مؤمن است از اینکه اهلی (همسری) انتخاب کند که شاید خداوند ذی‌روحی

(فرزندی) به او روزی کند تا زمین را با «لا إله إلا الله» گفتنش سنگین کند؟

۴- عن الرسول (صلى الله عليه وآله): «اتَّخِذُوا الْأَهْلَ فَإِنَّهُ أَرْزَقُ لَكُمْ»؛^{۲۲۴} اهل و عیال برای خود فراهم کنید؛ چرا که این برای شما روزی‌آورتر است.

موافقان کنترل موالید

دسته دوم بر این باورند که اسلام اجازه کنترل موالید و جلوگیری از بارداری را به افراد داده است.

الف) استناد به قرآن

این گروه به آیاتی استناد می‌کنند که در آنها فرزندآوری مطلوب نیست و چه بسا فرزندانی که سبب زیان انسان می‌شوند. برخی از آیات عبارت‌اند:

۱- يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا تُلْهِكُمْ أَمْوَالُكُمْ وَلَا أَوْلَادُكُمْ عَنْ ذِكْرِ اللَّهِ وَمَنْ يَفْعَلْ ذَلِكَ فَأُولَئِكَ هُمُ الْخَاسِرُونَ؛^{۲۲۵} ای کسانی که ایمان آورده‌اید (زنهار) اموال شما و فرزندانتان شما را از یاد خدا غافل نگرداند و هر کس چنین کند، آنان خود زیانکاران‌اند.

۲- وَمَا أَرْسَلْنَا فِي قَرْيَةٍ مِّنْ نَّذِيرٍ إِلَّا قَالَ مُتْرَفُوهَا إِنَّا بِمَا أُرْسِلْتُمْ بِهِ كَافِرُونَ وَ قَالُوا نَحْنُ أَكْثَرُ أَمْوَالًا وَ أَوْلَادًا وَ مَا نَحْنُ بِمُعَذِّبِينَ؛^{۲۲۶} و در هیچ شهری هشداردهنده‌ای نفرستادیم جز آنکه خوشگذرانان آن گفتند: ما به آنچه شما بدان فرستاده شده‌اید، کافریم و گفتند: ما دارایی و فرزندانمان از همه بیشتر است و ما عذاب نخواهیم شد.

۲۲۲. همان، ص ۵۴.

۲۲۳. همان، ص ۱۴.

۲۲۴. همان، ص ۱۵.

۲۲۵. منافقون / ۹.

۲۲۶. سبأ / ۳۵ - ۳۴.

- ۳- إِنَّمَا أَمْوَالُكُمْ وَأَوْلَادُكُمْ فِتْنَةٌ وَاللَّهُ عِنْدَهُ أَجْرٌ عَظِيمٌ^{۲۲۷}؛ اموال شما و فرزندان شما صرفاً [وسیله] آزمایش [برای شما] هستند و خدا است که نزد او پاداشی بزرگ است.
- ۴- اَعْلَمُوا أَنَّمَا الْحَيَاةُ الدُّنْيَا لَعِبٌ وَلَهُمْ وَزِينَةٌ وَتَفَاخُرٌ بَيْنَكُمْ وَتَكَاثُرٌ فِي الْأَمْوَالِ وَالْأَوْلَادِ^{۲۲۸}؛ بدانید که زندگی دنیا در حقیقت بازی و سرگرمی و آرایش و فخرفروشی شما با یکدیگر و فزونی جویی در اموال و فرزندان است.

ب) استناد به روایات

موافقان کنترل موالید به روایاتی نیز در زمینه نکوهش زیادی نسل اشاره می کنند. اکنون به برخی از این روایات اشاره می شود:

۱- عن علی (علیه السلام): «لَيْسَ الْخَيْرُ أَنْ يَكْثَرَ مَالُكَ وَوَلَدُكَ»^{۲۲۹}؛ خیر این نیست که مال و فرزندان تو زیاد باشد.

۲- عن النبی (صلی الله علیه وآله): «اللَّهُمَّ ارْزُقْ مَنْ أَبْغَضَ مُحَمَّدًا وَآلَ مُحَمَّدٍ كَثْرَةَ الْمَالِ وَالْوَلَدِ»^{۲۳۰}؛ خدایا به کسی که دشمن محمد (صلی الله علیه و آله) و آل محمد (صلی الله علیه و آله) است مال و فرزندان زیاد عطا کن.

۳- علی (علیه السلام): «ثَلَاثٌ مِنْ أَعْظَمِ الْبَلَاءِ، كَثْرَةُ الْعَائِلَةِ، وَغَلَبَةُ الدِّينِ وَدَوَامُ الْمَرَضِ»^{۲۳۱}؛ سه چیز از شدیدترین گرفتاریها است: ۱- فراوانی تعداد زن و فرزند؛ ۲- غلبه کردن بدهکاریها بر انسان؛ ۳- طولانی شدن بیماری.

۴- عن الرسول (صلی الله علیه وآله): «الْفَقْرُ هُوَ الْمَوْتُ الْأَكْبَرُ، قِلَّةُ الْعِيَالِ أَحَدُ الْيَسَارَيْنِ، التَّقْدِيرُ نِصْفُ الْعَيْشِ...»^{۲۳۲}؛ فقر مرگ بزرگ تر و کمی تعداد زن و فرزند یکی از دو آسایش است [آسایش دوم: فراوانی مال] و برنامه ریزی در زندگی نیمی از گشایش زندگانی است.

اگر این روایات را با روایاتی که بر زیادی فرزند تأکید دارند، مقایسه کنیم؛ به نتیجه ای معین و روشن دست خواهیم یافت.

برای مثال، اگر روایاتی را که مشوق فرزندآوری هستند، در کنار حدیث «مَنْ سَعَادَةَ الرَّجُلِ الْوَلَدُ الصَّالِحُ»^{۲۳۳} قرار دهیم، متوجه می شویم که همیشه فرزندآوری مطلوب نخواهد بود؛ زیرا گاه فرزند غیر صالح نه تنها سبب بهشتی شدن انسان نیست، بلکه شاید بر اساس آیه چهاردهم سوره تغابن دشمن انسان نیز باشد.

نکته دیگر، تقابل و تعامل میان فرزند صالح و گوینده «لَا إِلَهَ إِلَّا اللَّهُ» و مباهات امت اسلام از یک سو و تربیت آن با تعداد بسیار فرزندان از سوی دیگر است. به این معنا که آیا والدین می توانند با تعداد بسیار فرزندان آنها را به نیکویی تربیت کنند و به کمال برسانند تا گوینده «لَا إِلَهَ إِلَّا اللَّهُ» باشند و اسلام را در پهنه زمین

۲۲۷. تغابن / ۱۵.

۲۲۸. حدید / ۲۰.

۲۲۹. محمدرضا حکیمی، ترجمه / الحیة، تهران، دفتر نشر فرهنگ اسلامی، ج ۳، ص ۴۵۵.

۲۳۰. میرزا حسین طبری نوری، مستدرک الوسائل، بیروت، مؤسسه آل البيت لاحیاء التراث، ج ۱۵، ص ۲۳۱.

۲۳۱. همان، ج ۴، ص ۲۷۶.

۲۳۲. محمدباقر مجلسی، بحار الأنوار، بیروت، الوفاء، ج ۱۰، ص ۹۹.

۲۳۳. محمد بن یعقوب کلینی، کافی، تهران، دار الکتب الاسلامیه، ج ۶، ص ۳.

بگسترانند و یا آنکه (به ظاهر) مسلمانانی هستند که با فقر علمی، اقتصادی و فرهنگی، عزت و شرف خود را به پای نیاز به غیرمسلمانان (غرب دین ستیز) خواهند فروخت؟

در دنیای امروز، هم عقل و هم تجربه حکم می کنند که رشد کمی جمعیت باید با رشد کیفی (علمی، فرهنگی و اقتصادی) آن همراه باشد؛ زیرا در دنیای مدرن چه بسا کشورهای با جمعیت بسیار و گسترده زیر سلطه علمی و فرهنگی کشورهایی با جمعیت اندک قرار دارند.

روشهای جلوگیری از بارداری

هر عمل و مانعی که سبب جلوگیری از پیوند (لقاح) اسپرم مرد با تخمک زن گردد، به عنوان روش جلوگیری از بارداری به شمار می آید. این روشها به چهار دسته تقسیم می شوند:

الف) روش جلوگیری از آزاد شدن تخمک زن؛ مانند استفاده از قرصهای خوراکی دارای یک یا دو نوع هورمون، هورمونهای ترزیقی و کپسولهای کاشتنی.

ب) روشهای مکانیکی؛ در این روشها بر سر راه اسپرم و حرکت آن در داخل رحم و لقاح با تخمک مانع ایجاد می گردد که شامل ابزارهای داخل رحمی (مانند انواع آی یو دی)، انواع پوششهایی که مردان یا زنان از آنها استفاده می کنند، جلوگیری از آزادسازی اسپرم در داخل رحم (عزل) و انواع داروها و موادی که سبب کشته شدن اسپرم پیش از لقاح می گردد.

ج) روشهای طبیعی؛ با اطلاع از عمر محدود تخمک و اسپرم و آگاهی از سپری شدن حیات تخمک می توان در این فاصله زمانی نزدیکی نمود، بدون اینکه لقاحی صورت بگیرد.

د) روشهای جراحی؛ با استفاده از عمل جراحی و بستن لوله های انتقال تخمک در زن و لوله های انتقال اسپرم در مرد می توان از عمل لقاح جلوگیری کرد.

به طور کلی روشهایی که تاکنون برای جلوگیری از بارداری به صورت فیزیکی و کلینیکی شناخته شده اند و به صورت تاریخی از آنها استفاده شده است، بدون در نظر گرفتن عوارض و پیامدهای ناخواسته احتمالی آنها، عبارت اند از:

- ۱- عزل (مقاربت ناقص و منقطع)؛
- ۲- مراعات زمانی (رعایت دوره های زمانی که احتمال حاملگی کاهش می یابد)؛
- ۳- داروهای شیمیایی ضد بارداری؛
- ۴- کاندوم (پوشش و غلاف)؛
- ۵- تزریق آمپولهای دارای هورمون پروژسترون کوتاه مدت و درازمدت؛
- ۶- نورپلنت (کاشتن کپسول زیر پوست سطح داخلی بازو)؛
- ۷- استفاده از اسپرم کشها؛
- ۸- ابزارهای داخل رحمی مانند (IUD)، دیافراگم، کلاهک گردنی، حلقه های واژینال؛
- ۹- سترون کردن (عقیم کردن با جراحی).

چكیده

- ✓ عوامل عمءء مرء و مفر ءر مفر جوامع به ترتفب اهمفء و تأففرءءارفر عءارت بوءءء از:
- ۱- بفمارفءاف عفوففر و وااءرفءار مانءء وبا و طاعوف؛
 - ۲- ءءءكسالف ها و قءطفءاف به صوءرء ءقوفمفر و ءكرارف؛
 - ۳- ءوءء و بلافافر طففعفر مانءء سفل و زلزله؛
 - ۴- ءءءءاف، كءءارها و قءل عامءاف.
- ✓ آمفزش منقء و ءلوءفرفر از انزال نطفه ءر رءم، فكفر از نءسءفن اءزارهافر شناءءه شءء كءءرل بارورفر اسء. ءر ءقفء افن روش ساءءءرفن روش ففءءفرفر از بارءءارفر و موالفء ءر نرء بشر اسء.
- ✓ علما و فقءاف شفعه ءر زمفنة كءءرل موالفء و كمفء ءعءاء فرزنءان به ءو ءسءه ءقسفم مفر شوفء:
- الف) ءروءفر كه اسلام را مءالف با كءءرل موالفء و موافق با ازءفءء ءمعفء و نفوس مفر ءائفء؛
- ب) ءروءفر كه معءءءءء، اسلام افزوف بر ءأكفء به افزافش نسل، ءواز كءءرل موالفء و ءلوءفرفر آن را نفز صاءر كءءه اسء.
- ✓ روشءاف ءلوءفرفر از بارءءارفر عءارتائف از:
- الف) روش ءلوءفرفر از آزاد شءن ءءمك زن؛
- ب) روشءاف مكاففكفر؛
- ء) روشءاف طففعفر؛
- ء) روشءاف ءراحفر.

جلسه پانزدهم

تأثیر آموزه‌ها و فتاوای شیعه
در رشد و کنترل جمعیت (قسمت دوم)

اهداف درس

آشنایی با:

- ✓ جلوگیری از باروری به روش عزل؛
- ✓ سخنان عالمان دربارهٔ عزل؛
- ✓ حکم فقهی دربارهٔ دیگر روشهای جلوگیری از انعقاد نطفه؛
- ✓ فقه سیاسی شیعه و کنترل باروری.

مروری بر مباحث پیشین

در جلسهٔ گذشته دربارهٔ روند رشد و افزایش جمعیت، به ویژه از ابتدای قرن بیستم به بعد، و عوامل این افزایش، سخن گفتیم. کنترل باروری و کاهش نرخ رشد جمعیت، معقول‌ترین راه‌حل برای جلوگیری از این افزایش است. عزل یا آمیزش منقطع یکی از نخستین ابزارهای کنترل باروری است و بشر از آن به عنوان ساده‌ترین روش پیشگیری از بارداری و مولید استفاده می‌کرده است. در اسلام و در فقه شیعه به روایات گوناگونی دربارهٔ جایز بودن روش عزل اشاره شده است. اما در سطح اجتماعی نظریه‌های متفاوتی وجود دارد. عالمان و فقیهان شیعه در زمینهٔ کنترل مولید و کمیت تعداد فرزندان به دو دسته تقسیم می‌شوند: الف) گروهی که بر این باورند اسلام با کنترل مولید مخالف و با ازدیاد جمعیت و نفوس موافق شده است. ب) گروهی که معتقدند اسلام افزون بر تأکید زیاد شدن نسل، کنترل مولید را در مواردی خاص جایز دانسته است.

جلوگیری از باروری به روش عزل

عزل عبارت است از نزدیکی ناقص و منقطع به گونه‌ای که از رسیدن اسپرم به تخمک، یعنی عمل لقاح، جلوگیری شود. چنان‌که از عبارات فقها و برخی روایات برمی‌آید، عزل مصادیق گوناگونی دارد که عبارت‌اند از:

۱- عزل از کنیزان؛

۲- عزل از زن آزاده‌ای که به عقد موقت درآمده است؛

۳- عزل از زن آزاده‌ای که به عقد دائمی درآمده است، در صورتی که راضی به عزل باشد و یا در ضمن عقد

- شرط عزل شده باشد؛
- ۴- عزل در صورت آمیزش به گونه غیرمتعارف؛
- ۵- عزل در حال اضطرار و ضرورت؛
- ۶- عزل از سوی زن (جلوگیری از انزال منی در رحم)؛
- ۷- عزل در صورتی که زن آن را در متن عقد ازدواج با مرد شرط کرده باشد؛
- ۸- عزل در خصوص چند دسته از زنان که در روایات ذکر شده‌اند؛ مانند یائسه، عقیم، زن بدزبان و تندخو، زن کم‌حیا، زن کم‌عقل، احمق و مانند اینها؛
- ۹- عزل از زن آزاده‌ای که به عقد دائمی درآمده باشد و راضی به عزل نباشد و در ضمن عقد نیز شرط عزل نشده باشد.^{۲۳۴}

سخنان عالمان درباره عزل

دیدگاه عالمان پیشین درباره عزل

از موارد بیان‌شده، تنها بند ششم به دلیل آنکه با حق مرد منافات دارد و مانع از تمتع و تلمذ کامل مرد می‌شود، شرعاً جایز نیست. تمامی فقیهان به جز بند ششم و نهم در بقیه موارد با یکدیگر هم عقیده هستند. در میان فقه‌های شیعه و سنی حتی یک نفر یافت نمی‌شود که به حرمت عزل به طور مطلق قائل باشد.

سخنان عالمانی که عزل را حرام می‌دانند.

الف) شیخ مفید در کتاب مقنعه می‌نویسد: «وَلَيْسَ لِأَحَدٍ أَنْ يَعْزَلَ الْمَاءَ عَنْ زَوْجَةٍ لَهُ حُرَّةٍ إِلَّا أَنْ تَأْذَنَ لَهُ فِي ذَلِكَ»^{۲۳۵}

ب) شیخ طوسی در کتاب خلاف خود چنین می‌نویسد: «الْعَزْلُ عَنْ الْحُرَّةِ لَا يَجُوزُ إِلَّا بِرِضَاهَا فَمَنْ عَزَلَ بِغَيْرِ رِضَاهَا أَثِمَّ وَكَانَ عَلَيْهِ عُسْرُ دِيَةِ الْجَنِينِ»^{۲۳۶}

ج) ابن حمزه طوسی در الوسيلة^{۲۳۷}؛

د) شهید ثانی در کتاب شرح اللمعه^{۲۳۸}؛

قائلان به حرمت عزل، در مجموع ده دلیل بیان می‌کنند. شیخ طوسی در خلاف و مبسوط به چهار دلیل تمسک می‌کند که عبارت‌اند از: ۱- اجماع؛ ۲- اخبار و روایات؛ ۳- احتیاط؛ ۴- وجوب کفاره و دیه نطفه به خاطر عزل. برخی عالمان به ادله دیگری اشاره کرده‌اند که عبارت‌اند از:

۵- تباه ساختن حقوق زن به سبب منع از التذاذ کامل؛

۲۳۴. فقها در این بند با یکدیگر اختلاف دارند.

۲۳۵. ابی‌عبدالله محمد بن محمد بن نعمان مفید، المقنعه، قم، مؤسسة النشر الإسلامی، ۱۴۱۰ هـ، ص ۵۱۶.

۲۳۶. محمد بن حسن طوسی، الخلاف، قم، بنیاد فرهنگ اسلامی، ص ۳۵۹.

۲۳۷. ابن حمزه طوسی، الوسيلة إلى نیل الفضيلة، قم، انتشارات کتابخانه آیت الله مرعشی، ص ۳۱۴.

۲۳۸. زین‌الدین بن علی (شهید ثانی) عاملی، شرح لمعه، قم، مرکز النشر مکتب الاعلام الإسلامی، ص ۵۵.

- ۶- تقویت غرض و حکمت ازدواج؛
 - ۷- مخالفت با مطلوب بودن تکثیر نسل؛
 - ۸- احتمال ضرر؛
 - ۹- مخالفت با قضا و قدر؛
 - ۱۰- محرومیت جوامع از وجود نوابغ.
- بیشتر فقها و به ویژه شارحان عروة/الوثقی که با دیدگاه مرحوم سید محمدکاظم یزدی موافق هستند، معتقد به جواز عزل و عدم وجوب دیه هستند.

دیدگاه عالمان معاصر

عالمانی که عزل را جایز می‌دانند.

با توجه به استفتائات انجام شده از دفاتر مراجع تقلید و آیات عظام فاضل لنکرانی، سیستانی، نوری همدانی، خامنه‌ای، منتظری، مکارم شیرازی، خرازی، اردبیلی و مؤمن، آن بزرگواران عزل و جلوگیری از انعقاد نطفه را به روشهای متعارف* جایز می‌دانند؛ البته به شرطی که با رضایت زوجین همراه باشد و دیگر آنکه زبانی نداشته باشد.

روش عزل در هنگامی که یکی از زوجین راضی نباشد.

آیات عظام سیستانی و فاضل لنکرانی در این وضعیت معتقدند که فی حد نفسه اشکال ندارد و رضایت دو طرف لازم نیست. اما آیت الله اردبیلی آن را بدون رضایت یکی از زوجین جایز نمی‌داند. آیت الله مکارم شیرازی معتقد است که با رضایت زوج جایز است، مگر اینکه زوجه به دلیل نداشتن فرزند به عسر و حرج شدید بیفتد. آیت الله منتظری بر این باورند که، عزل بدون رضایت شوهر جز در مواردی که بارداری برای زوجه زیان دارد، اشکال دارد و عزل بدون رضایت زوجه در عقد دائم کراهت دارد. آیت الله نوری همدانی معتقد است که عزل بدون رضایت طرف مقابل اشکال دارد. آیت الله محمد مؤمن نسبت به کنترل جمعیت و روشهای آن با توجه به اصل کنترل جمعیت، مصالح و ضرورت‌های زمان و مکان و سیاست‌های کلان جمعیتی دیدگاهی دارد که با مسائل اجتماعی و جمعیتی روز همخوانی بیشتری دارد. او کنترل موالید را بی‌تردید جایز می‌داند و بر خلاف وجود روایات فراوان در تشویق به فرزندآوری و ازدیاد فرزند، آن را تنها «مطلوب بودن» و نه «واجب بودن» به شمار می‌آورد؛ از این رو، ایشان جلوگیری از بچه‌دار شدن را جایز می‌داند.^{۲۳۹}

حکم عزل از ناحیه زن

حال اگر زن خواهان عزل باشد چه حکمی جاری می‌شود؟

*. به برخی از این روشها در بخش «روشهای جلوگیری از بارداری» اشاره شد.

۲۳۹. محمد مؤمن قمی، «سخنی در تنظیم خانواده»، فقه اهل البیت، ۱۳۷۴، شماره ۸، ص ۶۴.

عزل از ناحیه زن به دو صورت انجام می‌شود:

الف) عزل از ناحیه زن اگر به معنای مانع شدن از ریختن منی در رحم باشد، به گونه‌ای که زن هنگام انزال خود را کنار بکشد یا کاری کند که مانع از انزال در رحم باشد، شرعاً حرام است. زیرا حق مرد تباه شده است. از مهم‌ترین حقوق واجب مرد بر زن آن است که زن زمینه هرگونه تمتع و لذت کامل جنسی را برای مرد فراهم کند و در حقیقت عزل، مانع از کمال لذت جنسی است.

صاحب‌جوهر درباره عزل زن چنین می‌گوید:

ظاهر روایت وجوب دیه نطفه بر شخص ثالثی که با ترسانیدن مرد به هنگام آمیزش جنسی باعث عزل و ریختن منی در خارج از رحم شده باشد، شامل این مورد نیز می‌شود. در نتیجه، بر زن واجب است که در صورت ممانعت از انزال در رحم، دیه نطفه را به مرد پرداخت کند.^{۲۴۰}

ب) عزل زن اگر به این معنا باشد که پس از انزال منی در رحم کاری کند که نطفه منعقد نشود (مانند مصرف کردن قرص و داروی ضد بارداری) حال چه همسر، راضی باشد و چه نباشد، جایز و بدون اشکال است؛ زیرا آنچه بر زن واجب است تمکین و آمادگی کامل برای تمتع و تلمذ شوهر است. برای نمونه، حاملگی یا شیر دادن به بچه بر زن واجب نیست، اما اگر در ضمن عقد شرط شده باشد که نباید عزل کند، در آن صورت این عمل بر زن واجب است.

با توجه به مطالب بیان‌شده و رعایت شروط آن، آیات عظام خوئی و گلپایگانی (رحمة الله علیهما) عزل از سوی زن و جلوگیری از بارداری برای زن را جایز دانسته‌اند.^{۲۴۱}

حکم فقهی درباره دیگر روشهای جلوگیری از انعقاد نطفه

اگر روش عزل از دیدگاه فقهی جایز باشد (که جواز آن ثابت شد)، در آن صورت می‌توان منطق این روش را به دیگر روشها، یعنی جلوگیری از انعقاد نطفه، تسری داد. بنابراین، استفاده از روشهایی همچون کاندوم، اسفنج، کاپ دهانه رحم، IUD، پمادها، شیافها، انواع قرصهای پیشگیری از بارداری، انواع کپسولهای کاشتنی و حتی روش بستن لوله‌های انتقال اسپرم و تخمک همگی مصداق عزل را دارند و استفاده از این روشها از نظر شرعی بدون اشکال است.

۲۴۰. سید احمد حسینی خراسانی، حکم فقهی کنترل مولید، کنگره بررسی آثار فقهی امام خمینی، ج ۱۲، ص ۶۰.

۲۴۱. سید ابوالقاسم خویی، منهاج الصالحین، ۱۳۹۷ هـ، نجف، مطبعة النعمان، ص ۱۲۳-۹۱۲؛ سید محمدرضا گلپایگانی، مجمع المسائل، قم، دار القرآن، بی‌تا، ج ۲، ص ۱۷۳.

نازاسازی و عقیم‌سازی

یکی از روشهای کنترل موالید و جلوگیری از بارداری، بستن لوله‌های انتقال تخمک در زنان با عمل جراحی یا به صورت لاپاروسکوپی یا مینی‌لاپاروتومی^{۲۴۲} و بستن لوله‌های انتقال اسپرم در مردان (واکتومی)^{۲۴۳} است که در اصطلاح به آنها عقیم‌سازی یا نازاسازی گفته می‌شود. نکته شایان ذکر در اینجا موضوع ترمیم یا برگشت‌پذیری آن است؛ به این معنا که فرد در صورت تمایل، پس از گذشت مدتی از عمل بستن لوله‌ها بتواند آن را به حالت اول برگرداند. در هر دو عمل لاپاروسکوپی یا مینی‌لاپاروتومی، و واکتومی این عمل معمولاً با عمل جراحی پرهزینه‌ای برگشت‌پذیر است؛ اما در موارد و درصدی از افراد این برگشت‌پذیری امکان‌پذیر نیست. بیشتر فقها (از شیخ طوسی و شیخ انصاری (رحمة الله علیهما) تا علمای متأخر) عقیم‌سازی را حرام می‌دانند؛ چون آن امر را سبب تعطیلی قوه تولید مثل و از مصادیق ایجاد نقص و زیان به شمار می‌آورند.

دیدگاه فقیهان درباره عقیم‌سازی از طریق بستن لوله‌ها

بیشتر فقه‌های شیعه با بستن لوله‌های انتقال تخمک و اسپرم (در زنان و مردان) در حالت برگشت‌پذیر موافق‌اند، اما درباره بستن لوله‌ها در صورت برگشت‌ناپذیری اجماع نظر وجود ندارد. از دیدگاه آیت الله سیستانی بستن لوله‌های انتقال تخمک و اسپرم، چه برگشت‌پذیر و چه برگشت‌ناپذیر، فی حد نفسه مانعی ندارد، اما آیت الله اردبیلی این امر را وابسته به رضایت زوجین می‌داند. آیت الله فاضل لنکرانی عقیم‌سازی به روش برگشت‌پذیر را جایز می‌داند، اما روش برگشت‌ناپذیر را جایز نمی‌داند. از دیدگاه آیت الله منتظری عقیم‌سازی موقت و بی‌ضرر به گونه‌ای که برگشت به حالت اولیه ممکن باشد، اشکالی ندارد؛ ولی عقیم‌سازی دائم و برگشت‌ناپذیر محل اشکال است مگر در موارد ضرورت، مانند مواردی که معالجه و سلامت زن یا مرد منحصراً متوقف به آن باشد، یا بدانند بچه‌ای که ممکن است، متولد شود عقب‌افتاده جسمی یا ذهنی خواهد بود. آیت الله مکارم شیرازی معتقد است که اگر بستن لوله‌ها برگشت‌پذیر باشد، اشکالی ندارد و در آنجا که مستلزم لمس یا نظر حرام است، مشروط به نیاز است.

حال این سؤال پیش می‌آید که آیا بستن لوله‌ها (به حالت برگشت‌ناپذیر) با داشتن چندین فرزند و تمایل نداشتن به فرزندان بیشتر جایز است؟

آیت الله فاضل لنکرانی این عمل را جایز نمی‌داند. آیت الله منتظری نیز در فرض بیان‌شده، عقیم‌سازی را محل اشکال می‌داند؛^{۲۴۴} اما آیت الله مؤمن قمی، عمل نازاسازی را از مصادیق آسیب رساندن به بدن نمی‌داند، به ویژه اگر نازاسازی پس از چند فرزند باشد. بنابراین، ایشان نازاسازی را جایز می‌دانند.

سؤالی که پیش می‌آید این است که آیا نازا ساختن از روی اختیار و خواست زن و شوهر (در صورتی که زن شوهردار باشد) و یا از روی آگاهی و خواست زنی که شوهر ندارد، نمونه ضرر زدن به نفس است یا خیر؟

۲۴۲. منظور از لاپاروسکوپی یا مینی‌لاپاروتومی این است که به جای عمل جراحی عمده روی زن، با برش کوچک روی شکم و استفاده از ابزارهای خاص، بعضی از عملهای جراحی یا بستن لوله‌ها در زن انجام می‌گیرد.

۲۴۳. منظور از واکتومی عبارت است از بستن لوله‌های انتقال اسپرم که در برخی موارد حتی بدون استفاده از تیغ جراحی و سریع انجام می‌گیرد.

۲۴۴. استفتائات، ضمیمه.

پاسخ آیت الله مؤمن چنین است:

اگر این کار با انگیزه عقلانی صورت گیرد؛ به این معنی که زن و یا زن و شوهر در پی رسیدن به هدفی فراتر از مسئله تولید مثل باشند (نظیر زن و شوهری که اسلحه بردارند و به صف نبرد در برابر دشمنان اسلام، مسلمانان و مستضعفان درآیند و یا از پیش کسوتان دانشمندان علوم طبیعی باشند که خود را وقف خدمت به بشریت و یا خصوصاً امت اسلامی کرده‌اند، به ویژه اگر نازایی پس از زادن چند فرزند باشد و یا در صورت بی‌نیازی‌شان به فرزند صورت گیرد و نمونه‌هایی از این گونه در این حوزه‌ها) حق آن است که اقدام به عمل نازاسازی به هیچ روی از مصادیق آسیب رساندن نخواهد بود، تا چه رسد به اینکه عمل یادشده موقت و بازگشت به حالت قبلی امکان‌پذیر باشد.^{۲۴۵}

دیدگاه آیت الله خرازی درباره نازاسازی

آیت الله محسن خرازی درباره نازاسازی معتقد است که اگر عمل جراحی سبب عقیم شدن دائمی زن یا مرد شود، حرام است؛ چون سبب نقص در بدن می‌شود و ضرر رساندن به بدن همانند ضرر زدن به دیگران حرام است. ایشان می‌گویند:

به صرف وجود اغراض عقلانی، ضرر منتفی نشده، بلکه موجود است و ارتکاب آن جایز نیست، مگر غرض مهم‌تری در میان باشد که انجام دادن آن بدون اشکال است؛ مانند انحصار راه درمان به تحمل ضرر یا پیشگیری از بیماری که زیان آن بیشتر و سخت‌تر است. پس هرگاه ضرورت و مصلحتی در میان باشد که رعایت آن از دیدگاه شارع لازم باشد و تنها راه عمل به آن، فعل ضرری باشد، اقدام به ضرر جایز است.^{۲۴۶}

نظر آیت الله خامنه‌ای درباره نازاسازی

آیت الله سید علی خامنه‌ای استناد عده‌ای به آیه ۱۱۹ سوره نساء و دگرگونی و تصرف در نظام آفرینش را قابل خدشه می‌داند و می‌گویند:

این ادعا که نازاسازی از مصادیق دگرگونی است که معنی آن تصرف در نظام آفرینش است و پیامد آن کاستی‌ای است که در دست‌ساخته‌های خداوند پدید آمده و حرام می‌باشد، مردود است؛ به این دلیل که هر نوع کاستی در بدن را نمی‌توان گفت زشت است؛ چرا که بسیاری از کاستی‌های جسمانی برعکس است. چنان‌که شاعر می‌گوید: «آراستن سرو ز پیراستن است» و هیچ شگفتی ندارد. اگر کاستن در پاره‌ای از موارد از همین گونه باشد، یعنی موجب زیبایی اندام شود نه زشتی همان گونه که پیش‌تر هم

۲۴۵. محمد مؤمن قمی، «سخنی در تنظیم خانواده»، فقه أهل البيت، ۱۳۷۴، شماره ۹، ص ۱۱۴.

۲۴۶. سید محسن خرازی، «سخنی درباره نازاسازی»، فقه أهل البيت، ۱۳۷۹، شماره ۲۱، ص ۶۳.

گفته شد، آیه شریفه **وَلَا مَرْهُمْ فَلْيَغَيِّرَنَّ خَلْقَ اللَّهِ ...**^{۲۴۷} به تغییر و یا کاستی‌های جسمانی اشاره ندارد (خواه این کاستن موجب زشتی شود و یا موجب زیبایی). در نتیجه، آیه بیان هیچ ارتباطی به بحث ندارد و نمی‌توان آن را مانعی برای اجرای اصل حدیث به شمار آورد.^{۲۴۸}

فقه سیاسی شیعه و کنترل باروری

از دیرباز حجم جمعیت و تعداد نفوس برای نظام‌های سیاسی و دولتها به عنوان یکی از عوامل قدرت و اقتدار شمرده می‌شود؛ زیرا توجه آنها به جمعیت و نفوس بیشتر بر اساس دو عامل زیر بوده است:

الف) نیروی نظامی و تعداد سربازان؛

ب) گرفتن عوارض و مالیات از مردم به عنوان مؤدی.

همه ادیان الهی و نیز مکاتب اخلاقی، طرفدار افزایش جمعیت بوده‌اند و یا دست‌کم مخالفتی با افزایش آن نداشته‌اند. دلیل آن هم روشن است؛ زیرا در گذشته به دلیل بالا بودن نرخ مرگ و میر^{۲۴۹} و پایین بودن نرخ رشد جمعیت، ضرورتی برای اظهار نظر درباره کنترل جمعیت نبوده است.

در گذشته مسئله افزایش جمعیت نه به لحاظ نظری و نه به صورت تجربی در ذهن صاحب‌نظران و علمای اجتماعی مطرح نبوده است. از این رو، تا اوایل قرن هجدهم دیدگاه‌های ویژه‌ای درباره عواقب ازدیاد جمعیت دیده نمی‌شود و تنها بعضی از صاحب‌نظران مانند خواجه نصیرالدین طوسی (م ۶۵۳ هـ) به گونه‌ای غیرمستقیم عواقب و تبعات افزایش جمعیت را گوشزد کرده‌اند. خواجه نصیرالدین درباره کاهش احتمالی مرگ و میر و پیامدهای ناگوار رشد جمعیت در کتاب مشهور خود/خلاق ناصری در بحث از «غیرمعقول بودن ترس از مرگ» می‌نویسد:

در صورتی که هیچ‌گونه تلفات ناشی از مرگ و میر برای جمعیت وجود نداشت، آن‌گاه جمعیت آن‌چنان به سرعت رشد می‌کرد که در روی زمین حتی جایی برای ایستادن افراد وجود نمی‌داشت.^{۲۵۰}

به نظر می‌رسد که او همچنین نسبت به استعداد رشد تصاعدی جمعیتها آگاهی داشته است. او این مطلب را چنین توضیح می‌دهد:

اگر شخصی یک دانه گندم را در گوشه‌ای از صفحه شطرنج قرار دهد و با حرکت در هر یک از خانه‌های بعدی، تعداد دانه گندم را دو برابر کند، تعداد دانه گندم مورد نیاز برای

۲۴۷. و به آنان فرمان می‌دهم تا خلقت خدا را دگرگون سازند.

۲۴۸. سید علی خامنه‌ای، فقه اهل بیت، شماره ۱۹.

۲۴۹. در گذشته و دست‌کم تا پیش از قرن هفدهم پیوسته چهار عامل سبب پایین بودن نرخ رشد جمعیت بوده است: بیماری‌های عفونی و اپیدمی؛ قحطی‌ها و خشکسالی‌ها؛ حوادث و بلایای طبیعی؛ جنگ‌ها و کشتارهای جمعی و قتل عام‌ها.

۲۵۰. امیر هوشنگ مهریار، اسلام و تنظیم خانواده/از منظر شیعه، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، ص ۱۷.

خانه‌های بعدی بسیار بی‌شمار خواهد بود، چه رسد به خانه آخر (خانه ۶۴) که از حد محاسبه فراتر می‌رود.^{۲۵۱}

با توجه به اینکه تا اوایل قرن بیستم، رشد جمعیت در میان مسلمانان (شیعیان) ناچیز بوده است، بحث کنترل جمعیت و سیاست‌های جمعیتی در سطح ملی (به صورت کلان) وجود نداشته است. مباحث کنترل موالید و جلوگیری از باروری و عزل، بیشتر در قالب مسائل فردی و مسائلی مانند تعیین تکلیف شرعی و فقهی و جواز شرعی آن مطرح بوده است. بیشتر روایاتی هم که از ائمه (علیهم السلام) درباره عزل و کنترل باروری بیان شده‌اند، عمدتاً در پاسخ به سؤالاتی هستند که مردم از ایشان در قالب سؤالات شرعی کسب تکلیف می‌نموده‌اند.

با ورود به قرن بیستم و پیشرفت دانش بهداشت و علوم پزشکی، کنترل مرگ و میرها و افزایش حجم جمعیت جهان، مسئله کنترل موالید و سیاست‌های جمعیتی در سطح کلان مطرح شد و بسیاری از دولتها این مسئله را به عنوان یک ضرورت در دستور کار سیاست‌های ملی خود قرار دادند. از این زمان به بعد است که با فقه سیاسی شیعه درباره سیاست‌های جمعیتی در سطح کلان به عنوان یک مسئله، که فقه سیاسی باید پاسخ مناسبی برای آن داشته باشد، روبه‌رو می‌شویم.

دیدگاه فقیهان شیعه درباره سیاست‌های جمعیتی و تنظیم خانواده (در سطح کلان)

در خصوص تنظیم خانواده، اگرچه مباحث مربوط به عزل و مسائل کلی آن در رساله‌های عملیه دیده می‌شود، اما به نظر می‌رسد که هیچ حکم عمومی درباره این مسئله تا پیش از دهه ۱۳۴۰ وجود ندارد. مسئله تا حدی ناشی از این واقعیت است که تا این زمان هیچ بحث رسمی توسط دولتها (کشورهای شیعه مانند ایران، لبنان و عراق) صورت نگرفته است و بنابراین، ضرورتی برای پرداختن به آن وجود نداشته است.

با پیروزی انقلاب اسلامی و تشکیل حکومت دینی، ضرورت برنامه‌ریزی جمعیتی و سیاست‌های کلان و تنظیم خانواده احساس شد. دیدگاههایی را که در این زمینه وجود دارد، به طور کلی به دو دسته می‌توان تقسیم کرد:

الف) مخالفان کنترل موالید و سیاست‌های جمعیتی؛

ب) غیرمخالفان کنترل موالید (با توجه به شرایط زمانی و مکانی).

۲۵۱. اشاره‌ای است به شخص مخترع و مبتکر بازی شطرنج که آن را به پادشاه هند تقدیم کرد و پیشنهاد پادشاه به فرد یادشده برای تعیین نوع جایزه به خاطر این اختراع است. در این میان، مخترع شطرنج پیشنهاد می‌کند که پادشاه دستور دهد خزانه‌دار شاه یک دانه گندم در خانه اول گوشه شطرنج قرار دهد و در هر خانه بعدی فقط تعداد آن را دو برابر کند تا به خانه آخر برسد. این پیشنهاد به نظر حاکم بسیار ناچیز جلوه می‌کند و دستور آن را به خزانه‌دار می‌دهد. اما خزانه‌دار بعد از مدتی به اطلاع شاه می‌رساند که تمام غله موجود در هندوستان حتی به خانه سی و دوم شطرنج هم نمی‌رسد. (جالب است بدانید که با محاسبات امروزی، تعداد این گندم در خانه آخر از میلیاردها تن تجاوز می‌کند).

الف) مخالفان کنترل موالید و سیاست‌های کنترل جمعیتی

برخی از علما و فقهای شیعه معتقدند که کنترل موالید و جلوگیری از بارداری، چه در سطح خرد و چه در سطح کلان، مغایر با روح اسلام و آیات قرآن است. این عده با استناد به آیات قرآن و زدودن ترس نسبت به فقر و مشکلات معیشتی برای افزایش جمعیت، لزومی برای کنترل جمعیت نمی‌بینند و در نتیجه، هر سیاست کنترل جمعیتی را مخالف شرع مقدس اسلام می‌دانند.

مرحوم آیت الله طهرانی از جمله علمایی است که به مخالفت شدید با مقوله کنترل جمعیت پرداخته است. کتاب ایشان به نام *رساله نکاحیه: کاهش جمعیت، ضربه‌ای سهمگین بر پیکر مسلمین*، به این مسئله و زوایای گوناگون آن می‌پردازد. بخش عمده‌ای از کتاب، درباره مباحث فقهی شیوه‌های جلوگیری از بارداری است و قسمت دیگری از آن به مضرات انواع جلوگیری با استناد به اقوال طیبیان پرداخته است. مرحوم طهرانی با استناد به آیه *وَ أَنْكِحُوا الْأَيَامَى مِنْكُمْ وَالصَّالِحِينَ* ...^{۲۵۲} می‌نویسد: «با وجود صفات واسع، رازق، رزاق و علیم برای خداوند چگونه ممکن است مسلمانان به تنگدستی بیفتند؟ از این رو، او هرگونه جلوگیری از فرزندزایی را خلاف شرع می‌داند. به نظر ایشان، اصل، در وضعیت حمل و رضاع است. حیض خلاف اصل است؛ یعنی عدم حمل و رضاع خلاف اصل است. زن به واسطه عدم حمل و رضاع، تعدادی از قوای بدنی و جسمی خود را که خداوند به صورت خون درآورده است، هدر خواهد داد. از این روی، از رحمت خدا دور است و خداوند در اینجا به او اجازه عبادت، خشوع و خضوعی را که به واسطه نماز، روزه و طواف حاصل می‌شود، نداده است.»^{۲۵۳}

آیت الله طهرانی در بخشی از کتاب خود با اشاره به قطع‌نامه هفده تن از فقهای اهل سنت که پس از شرکت در مجلس مجمع فقهی اسلامی، در سال ۱۴۰۰ هجری در مکه مکرمه صادر شد، نظر برخی از علمای معاصر اهل سنت را مطرح می‌کند.^{۲۵۴} متن قطع‌نامه مزبور به قرار زیر است:

نظر به اینکه شریعت اسلام ترغیب‌کننده به فزونی نسل مسلمانان و انتشار آن است و تحدید نسل و جلوگیری از آبستنی مخالف فطرت انسانی و شریعت اسلامی است و نظر به اینکه جلوگیری از افزایش جمعیت مسلمانان نیرنگی برای کاهش دادن نیروی انسانی آنها و تقویت سلطه استعمارگران بر کشورهای اسلامی و بهره‌برداری بیشتر از ثروتهای آنان است و نیز نظر به اینکه جلوگیری از نسل نوعی عمل جاهلی و بدگمانی نسبت به خدای متعال است، مجلس مجمع فقهی اسلامی به اتفاق آرا مقرر می‌دارد که: تحدید نسل مطلقاً جایز نیست و جلوگیری از آبستنی در صورتی که انگیزه آن ترس از کمبود باشد، حرام است؛ چرا که خداوند متعال «هو الرزاق»، «ذو القوه المتین» است و روزی همه جنبندگان روی زمین را به عهده گرفته است: *وَمَا مِنْ دَابَّةٍ فِي الْأَرْضِ إِلَّا عَلَى اللَّهِ رِزْقُهَا* ...^{۲۵۵} اما دعوت و الزام مردم به تحدید نسل و جلوگیری از آبستنی به طور کلی شرعاً حرام است.

۲۵۲. نور / ۳۲.

۲۵۳. سید محمدحسین طهرانی، *رساله نکاحیه*، تهران، انتشارات حکمت، ص ۴۲.

۲۵۴. همان، ص ۱۳۸ - ۱۳۷.

۲۵۵. هود / ۶.

آیت الله طهرانی، سیاست کاهش جمعیت را توطئه صهیونیسم و غرب علیه مسلمانان می‌داند. آنچه بدبینی‌های علمایی همچون مرحوم آیت الله طهرانی را دامن زده است، کمک‌های صندوق بین‌المللی پول، بانک جهانی و سازمانهایی همچون سازمان ملل متحد به کشورهای جهان سوم برای کنترل جمعیت است. مثلاً، مدیر اجرایی صندوق جمعیت ملل متحد گفته است:

بانک جهانی ۱۵۰ میلیون دلار به عنوان وام برای بهداشت و تنظیم خانواده در ایران اختصاص داده است.^{۲۵۶}

در مجموع، علما و صاحب‌نظران هم‌رأی با مرحوم آیت الله طهرانی، به دو دلیل عمده معتقد به جایز نبودن کنترل جمعیت هستند:

- ۱- آیات و روایات در این باره؛
- ۲- دسیسه‌ها و نقشه‌های استعمار و صهیونیسم برای کاهش جمعیت مسلمانان.

ب) غیرمخالفتان کنترل موالید

این دسته از علما و فقها با توجه به شرایط زمانی و مکانی و نیازهای آن به طور قطعی مخالف کنترل موالید نیستند، بلکه معتقدند در مواردی که موقعیتهای اجتماعی ایجاب کند با صلاحدید و تشخیص ولی فقیه می‌توان سیاست جمعیتی را تنظیم یا دست‌کم کنترل جمعیتی را اعمال کرد.

در این میان، آیت الله فاضل لنکرانی در نظر گرفتن سیاست‌های جمعیتی از سوی حاکم اسلامی را از اصل، حرام نمی‌داند و تصمیم‌گیری در این باره را بر عهده مراکز قانونی می‌داند. آیت الله اردبیلی معتقد است که اگر مشکلات به حدّ عسر و حرج می‌رسد و راه‌حل دیگری ندارد، باید کنترل شود. آیت الله منتظری معتقد است کنترل جمعیت در فرض بیان‌شده به گونه‌ای که ارشاد و با اعمال روشهای تشویقی یا بازدارنده غیرالزامی اشکالی ندارد.

آیت الله مؤمن بر این باور است که نه تنها اسلام، بلکه ادیان آسمانی پیروان خود را به افزایش جمعیت باایمان و شایسته به اندازه‌ای که در توان آنان باشد، فرا می‌خوانند. ایشان مقوله کنترل جمعیت و سیاست‌های جمعیتی را در حوزه اختیارات ولی فقیه می‌داند و با استناد به آیه «وَمَا كَانَ لِمُؤْمِنٍ وَلَا لِمُؤْمِنَةٍ إِذَا قَضَى اللَّهُ وَرَسُولُهُ أَمْرًا أَنْ يَكُونَ لَهُمُ الْخِيَرَةُ مِنْ أَمْرِهِمْ»^{۲۵۷} چنین می‌گوید:

بنابراین، هرگاه ولی امر تشخیص دهد که صلاح افراد در آن است که زاد و ولد تنظیم شود یا دست‌کم در هنگامه‌ای از زمان فرزند کمتر داشتن بهتر است و در این باره دستور صادر کند که هر یک از آنان باید تعداد خاصی فرزند داشته باشند، بر امت اسلامی است که از این فرمان پیروی کنند و از آن فراتر نروند. این حکم ولی فقیه تصرف در حکم شرعی (حق فرزندداری و جواز آن در اسلام) نیست، بلکه از باب تشخیص موضوع است، در باب آنچه بر امت ارتباط دارد.^{۲۵۸}

۲۵۶. طهرانی، پیشین، ص ۳۹۴.

۲۵۷. احزاب/ ۳۶.

۲۵۸. محمد مؤمن قمی، «سخنی در تنظیم خانواده»، فقه أهل البيت، ۱۳۷۴، شماره ۹، ص ۱۱۲ و ۱۳۵.

آیت الله نوری همدانی همانند بسیاری از فقهای دیگر شیعه، با در نظر گرفتن ضرورتها و توجه به شرایط زمانی و مکانی به مسئله کنترل جمعیت و سیاستهای جمعیتی می‌پردازد. ایشان همانند آیت الله مؤمن سیاستهای جمعیتی را پیرو شرایط زمانی و مکانی و تشخیص صلاحدید آن را در حد صلاحیت ولی فقیه و حاکم اسلامی می‌داند. آیت الله نوری همدانی معتقد است، پیامبر اکرم (صلی الله علیه و آله) افزونی امتش را همراه با عزت و پیشرفت آنها می‌خواهد. پس نمی‌توان گفت که زیادی فرزند به گونه مطلق پسندیده است. اینکه برخی روایات به ناپسندی فرزند زیاد اشاره دارند، تأکیدی بر همین نکته است. در آیه شریفه قرآن نیز آمده است: *يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا تُلْهِكُمْ أَمْوَالُكُمْ وَلَا أَوْلَادُكُمْ عَنْ ذِكْرِ اللَّهِ وَمَنْ يَفْعَلْ ذَلِكَ فَأُولَئِكَ هُمُ الْخَاسِرُونَ*^{۲۵۹}؛ بنابراین، زیادی فرزند در هنگامی پسندیده است که مانع از انجام وظایف نباشد.^{۲۶۰}

آیت الله خرازی نیز مانند عده‌ای از فقهای دیگر شیعه، نظراتی خاص و در عین حال موافق با دخالت فقه سیاسی و تشخیص زمان و مکان درباره سیاستهای جمعیتی توسط حاکم دارد. ایشان در درجه اول موافق با افزایش جمعیت و به کار نگرستن کنترل موالید و سیاستهای جمعیتی است و برای اثبات آن به چهار دسته از روایات استناد می‌کند:

(الف) روایاتی که دلالت دارند بر اینکه هنگام ازدواج، زنی را انتخاب کنید که فرزند زیادی آورد؛

(ب) روایاتی که به خاطر محبوب بودن آوردن فرزند فراوان به ازدواج تشویق می‌کنند؛

(ج) روایاتی که بر مطلوب بودن بسیاری فرزندان دلالت دارند؛

(د) روایاتی که عزل را ناپسند می‌شمارند.

ایشان درباره روایاتی که کمی عیال را یکی از اسباب راحتی در دنیا می‌دانند، مانند «قَلَّةُ الْعِيَالُ أَحَدُ الْيَسَارِينِ»^{۲۶۱}، به سه مطلب زیر اشاره می‌کند:

۱- این روایات از نظر سند ضعیف‌اند و نمی‌توانند با روایاتی که بر محبوبیت ازدیاد فرزند دلالت دارند، معارضه کنند؛

۲- واژه عیال مطلق است و شامل همسر و فرزندان - هر دو - است. پس این روایات به روایاتی که دلالت بر محبوبیت ازدیاد فرزند می‌کنند، مقید می‌شوند؛

۳- آنچه از این روایات استفاده می‌شود، تشویق به کم کردن اهل و عیال نیست؛ بلکه راهنمایی به این نکته است که زیادی عیال سخت و مشکل‌زا است و این مضمون با مستحب بودن ازدیاد اولاد و تلاش برای خانواده و تحمل مشکلات تنافی ندارد؛ مانند اینکه بخشیدن و انفاق آنچه برای انسان محبوب است در عین سختی، پسندیده و مستحب است.^{۲۶۲}

اما ایشان نسبت به ضرورت و شرایط زمانی و مکانی سیاستهای جمعیتی و تنظیم خانواده می‌گوید:

حاکم دولت اسلامی بر همه امور ولایت دارد و اگر تشخیص به لزوم کنترل جمعیت

دهد و دستور صادر کند اطاعت بر مردم واجب است. اگر حاکم تشخیص دهد باید

لوله‌های بارداری بسته شود و فرمان صادر کند، اطاعت از دستور او لازم است و حرمت

اولی بستن لوله‌ها برداشته می‌شود؛ زیرا با وجود عناوین ثانوی و ترجیح آنها فعلیت

۲۵۹. مناققون / ۹.

۲۶۰. حسین نوری همدانی، *فقه أهل البيت*، شماره ۳۳، ص ۲۹ - ۲۴.

۲۶۱. شیخ صدوق، *خصال*، قم، منشورات جماعة المدرسين، ص ۲۶۱.

۲۶۲. سید محسن خرازی، «سخنی درباره نازاسازی»، *فقه أهل البيت*، ۱۳۷۹، شماره ۲۱، ص ۶۹ - ۴۱.

حکم اولی از بین می‌رود. البته حکم حاکم مبتنی بر مصالح و مفاسد لزوم‌آور موجود است و اگر آن مصالح و مفاسد تغییر کند، دوباره کنترل جمعیت و جلوگیری از بارداری حکم اولی خود را پیدا می‌کند و حاکم هر دستور پایان حکم و نقض آن را صادر می‌کند و ممنوعیت تکثیر اولاد را برمی‌دارد.^{۲۶۳}

به طور خلاصه فقه سیاسی در زمینه سیاست‌های جمعیتی و تنظیم خانواده از زمانی موضوعیت بحث پیدا کرده است که دولتهای کشورهای اسلامی موضوع کنترل جمعیت را مطرح کرده‌اند. این موضوع تقریباً از اوایل دهه ۱۳۴۰، که در ایران بحث تنظیم خانواده مطرح شد، موضوعیت یافت و پس از پیروزی انقلاب اسلامی به دنبال رشد روزافزون جمعیت ایران به گونه‌ای جدی دنبال شد.

درباره سیاست‌های جمعیتی و تنظیم خانواده به طور کلی دو دیدگاه مطرح است: الف) دیدگاهی که مخالف سیاست‌های کنترل جمعیت و موالید است و اساساً آن را مغایر با روح اسلام و در نهایت، توطئه غرب و صهیونیسم علیه مسلمانان می‌داند؛

ب) دیدگاهی که در عین اعتقاد به افزایش جمعیت و مطلوبیت داشتن فرزند زیاد، با توجه به شرایط زمانی و مکانی (در برهه‌ای از زمان که زیادی جمعیت برای جامعه اسلامی مشکل‌ساز و مسئله‌آفرین باشد) قائل به برنامه‌ریزی حکومت اسلامی برای کاهش جمعیت و موالید است. به طور خلاصه می‌توان گفت: سیاست‌های جمعیتی و کنترل موالید (در سطح کلان) پیرو شرایط زمانی و مکانی است و تشخیص، اقدام و ابلاغ آن در صلاحیت ولی فقیه و حاکم اسلامی قرار دارد.

چکیده

✓ عزل عبارت است از نزدیکی ناقص و منقطع به گونه‌ای که مانع از رسیدن اسپرم به تخمک و جلوگیری از عمل لقاح شود. چنان که از عبارات فقها و برخی روایات برمی‌آید، عزل مصادیق گوناگونی دارد. درباره عزل و مصادیق متفاوت آن، دیدگاههای علما و فقهای شیعه به دو دسته تقسیم می‌شود؛ علمایی که قائل به حرمت عزل درباره مصادیقی خاص از آن هستند و علمایی که عزل را جایز می‌دانند. درباره فقهای حاضر، با توجه به استفتائاتی که از دفاتر مراجع تقلید و آیات عظام فاضل لنکرانی، سیستانی، نوری همدانی، خامنه‌ای، منتظری، مکارم شیرازی، اردبیلی و مؤمن صورت گرفته است، همگی قائل به عزل و جلوگیری از انعقاد نطفه به روشهای متعارف عزل هستند، به شرطی که اولاً با رضایت زوجین و ثانیاً بدون زیان باشد.

✓ با توجه به پیشرفتهای دانش پزشکی، شیوه‌های جدیدی برای عزل مطرح شده است، مانند عمل بستن لوله‌های انتقال تخمک در زنان از طریق عمل جراحی و بستن لوله‌های انتقال اسپرم در مردان که در اصطلاح به آنها عقیم‌سازی یا نازاسازی گفته می‌شود. بیشتر فقهای شیعه با بستن لوله‌های انتقال تخمک و اسپرم (در زنان و مردان) در حالت برگشت‌پذیر موافق‌اند، اما درباره بستن لوله‌ها درباره صورت برگشت‌ناپذیری اجماع نظر وجود ندارد.

✓ با توجه به افزایش جمعیت در عصر حاضر، در فقه سیاسی شیعه درباره سیاست‌های جمعیتی و تنظیم خانواده دو دیدگاه مطرح است:

الف) دیدگاهی که مخالف سیاست‌های کنترل جمعیت و مولید است و به طور کلی آن را با روح اسلام مغایر می‌داند؛

ب) دیدگاهی که در عین اعتقاد به افزایش جمعیت و مطلوب بودن فرزند زیاد، با توجه به شرایط زمانی و مکانی، در برهه‌ای از زمان که زیادی جمعیت برای جامعه اسلامی مشکل‌ساز و مسئله‌آفرین باشد، قائل به برنامه‌ریزی حکومت اسلامی برای کاهش جمعیت و کنترل مولید است.