

سیاست باروری و تنظیم خانواده در کشورهای عربی

نوشته

احمد فاعور



ترجمه

دکتر محمود کتابی
پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

پرتال جامع علوم انسانی

«گروه علوم اجتماعی»



پښتونستان د علومو، انساني او مطالعاتو فریښی
پرتال جامع علومو انسانی

تعداد فزاینده‌ای از کشورهای عربی در حال تدارک برنامه‌های تنظیم خانواده‌اند تا نرخ بالای باروری جمعیت خود را کاهش دهند. در این مقاله، برداشت حکومت‌های عربی از چگونگی باروری کشورهای خود، تمایل آنها به مداخله در جهت کاهش یا افزایش نرخ رشد جمعیت و اقداماتی که به منظور اثرگذاری بر سطح باروری انجام داده‌اند، برنامه‌هایی تنظیم خانواده و میزان دسترسی به روش‌های تنظیم باروری بررسی خواهد شد. توأم شدن تلاش‌های جدی‌تر برنامه‌ای با شرایط اجتماعی-اقتصادی بهبود یافته سبب دگرگونی در میزان رواج وسائل جلوگیری در یازده کشور می‌باشد. زمینه اجتماعی، اقتصادی و سیاسی از عواملی بشمار می‌روند که در تعیین سیاست‌های باروری کشورهای عربی از اهمیت اساسی برخوردارند.

سطح باروری در کشورهای عربی در زمره بالاترین سطوح در جهان است، نرخ زادوولد سالانه بطور متوسط حدود ۳۹ نفر در هر ۱۰۰۰ نفر است. چندین دهه است که اعراب با باروری زیاد و ثابت همراه با نرخ زادوولد خام که به ۵۰ در هزار می‌رسد و نرخ باروری کلی که برای هر زن از ۵/۶ متجاوز است، مواجه‌اند (سازمان ملل، ۱۹۸۶).
اخیراً باروری در چندین کشور عربی (مثلاً در بحرین، مصر، تونس، لبنان) روبه کاهش

گذارده است. با وجود این، تعداد نفوس اعراب - بطور مطلق - با نرخ رشدی که از ۲/۵ تا ۳/۸ درصد در سال نوسان دارد، همچنان روبه افزایش سریع است (جدول شماره ۱) با این حال به نظر می‌رسد، سیاست‌های باروری در بیش از نیمی از کشورهای عرب، این نرخ‌های رشد را نادیده می‌انگارد. احتمالاً بخشی از این بی‌توجهی، معلول ارزش‌ها و هنجارهایی باشد که بشدت مورد حراست فرهنگ عربی قرار داشته منافی سیاست‌های دولتی در مورد تشویق زن و شوهرها به محدود کردن بُعد خانواده می‌باشد.

این مقاله بر پیش حکومت‌های عربی در ارتباط با مسأله باروری در کشورهای متبوعشان، دخالت‌ها و اقدامات حکومت جهت اثرگذاری بر سطح باروری (به ویژه برنامه‌های تنظیم خانواده)، تأثیر برنامه‌های تنظیم خانواده بر رواج شیوه‌های جلوگیری از آبستنی و نقش سیاست در تعیین برنامه‌های باروری کشورهای عربی تأکید دارد.

سوابق امر:

ساختار اجتماعی کشورهای عربی که متأثر از فرهنگ اسلامی عربی‌اند، از وابستگی‌های خویشاوندی و ارزش‌های نیرومندی که با افزایش زادوولد موافقت دارد، ترکیب یافته‌است. تأثیر خانواده بر زندگی فردی از همه نهاد‌های اجتماعی دیگر، حتی دولت، بیشتر است. با وجود این، خانواده سنتی عربی در خاورمیانه، مواجهه با اندیشه‌های عربی که از طریق رسانه‌های گروهی بدان منتقل شده و به واسطه شهرنشینی شتابان و نیز گسترش قابل توجه نظام آموزش و پرورش و جابجایی و انتقال چشمگیر نیروی کار از کشاورزی به بخش خدمات تشدید شده، بی‌تردید تا اندازه‌ای تغییر کرده است. با وجود این، شیوه‌های سنتی پرورش کودک تا حد زیادی بدون تغییر مانده است. خانواده، پدر تباری و وفاداری نسبت به خانواده و اقتدار خویشاوندان سالمند - به ویژه مردان - در ساختار اجتماعی - اقتصادی کشورهای عرب همچنان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

اعراب مسلمان، اعتقاد دارند که تجدید نسل یکی از مهم‌ترین هدف‌های ازدواج است. یک زوج جوان که از پی‌آمدهای اجتماعی بی‌فرزندگی یا کم‌فرزندگی پس از ازدواج بیم دارد، بی‌درنگ برای بچه‌دار شدن تلاش می‌کنند. منزلت عروس در خانواده و شبکه خویشاوندی

داماد، مادام که بچه دار نشده است، ناپایدار و ناچیز باقی می ماند. پس از بچه دار شدن است که عروس جوان برای بدست آوردن منزلتی پایدار در خانواده شوهر، بالغ و شایسته تلقی می گردد. فشار والدین زن و شوهر و دیگر خویشاوندان بر مادر يك كودك مبنی بر داشتن فرزند دوم شدید است؛ زیرا این بیم وجود دارد که ممکن است تنها فرزند بمیرد و والدین خود را بدون فرزند گذارد. پس از تولد دومین فرزند فشار برای داشتن فرزندان بیشتر کاهش می یابد مگر اینکه دو فرزند دختر باشند. برتر شمردن پسر از ویژگی های جوامع خاورمیانه است.

با وجود این، خانواده های دارای دو فرزند (حتی وقتی ترکیب جنسی در آن متعادل باشد) هدف ها و خواسته های اغلب زنان عرب را در زمینه توالد و تناسل و ازدیاد نسل تأمین نمی کند. یافته های مؤسسه بررسی باروری جهانی نشان می دهد که شمار متوسط كودك كانی که زنان موریتانی، سودان، سوریه، اردن و یمن خواهان داشتن آنها هستند، در مقام مقایسه با معیارهای غربی، در سطحی بسیار بالا قرار دارد و از ۵/۵ تا ۶/۴ فرزند برای هر زن در نوسان است. حتی در کشورهای مانند مصر، مراکش و تونس که دارای برنامه های استوار تنظیم خانواده در سطح ملی هستند، بعد مطلوب خانواده، بیش از چهار فرزند برای هر زن است.

در فرهنگ عربی اسلامی، معیار باروری بالا با ارزش اجتماعی و اقتصادی فرزند مرتبط است. در مناطق شهری و روستایی، كودكان می توانند با پرداختن به کارهای مختلف به درآمد خانواده کمک کنند. دختران به کارهای خانه داری می پردازند، در امور مربوط به مرزعه کمک می کنند و از بچه های کوچکتر مراقبت به عمل می آورند، در مقابل، پسر ها به کشاورزی، ساختمان، تعمیر کاری، پیله وری و کارهایی که نیازمند مهارت چندانی نیست می پردازند. بخشی از سودمندی كودكان نیز به آینده مربوط می شود. فرزندان به منزله منبع امنیت اقتصادی برای پدر و مادر در دوران کهولت، به ویژه برای مادران که در صورت بیوه شدن احتمالاً نیازمند حمایت های مالی مستمرند، بشمار می روند، زیرا در اغلب کشورهای عربی هیچ نوع نظام رفاه اجتماعی برای سالمندان وجود ندارد.

از سوی دیگر، فرزندان - به ویژه پسران - برای خانواده گسترده، امنیت جسمانی، نیروی سیاسی و حیثیت اجتماعی تأمین می کنند، به گفته عمار: «يك مرد که از پشتیبانی فرزندان بیشتر

بر خوردار است، می‌تواند همیشه با اقتدار بیشتر سخن گوید». مردان متمول و نیرومند عرب به تعداد فرزندانشان تفاخر می‌کنند و بعضی از آنها برای رسیدن به این هدف چندین زن اختیار می‌کنند. والدین عرب - علیرغم علاقه‌شان به امتیازهای اقتصادی داشتن فرزند - به هزینه‌های ناشی از فرزندان نیز آگاهی دارند. شواهدی که از مناطق روستایی مصر در دست است، مبین نگرانی پدر و مادرها درباره هزینه‌های فزاینده پرورش کودکان می‌باشد. با وجود این، ممکن است آنها باروری بالای خود را تا مدتی دراز - مادام که هزینه کودکان بر سودمندی درآمد آنان فزونی نیافته - حفظ کنند. به گفته لیندرت (Lindert) این هزینه‌ها تنها در مراحل واپسین توسعه اجتماعی - اقتصادی افزایش می‌یابند. سیاست‌های باروری کشورهای عربی در این زمینه اجتماعی مساعد برای خانواده‌پر اولاد تدوین و به اجرا گذاشته می‌شود. سیاست باروری کشورها متأثر از عوامل مختلفی است، از قبیل برداشت حکومت از هدف‌های کلی توسعه اجتماعی - اقتصادی، میزان تمایل حکومت در زمینه دخالت در امر تغییر سطوح باروری و نیز یکسان‌سازی اقداماتی که باید انجام شود و سطوح آتی باروری که باید بدست آید.

برداشت‌های حکومت از باروری :

گمان می‌رود باروری تأثیری مهم بر نرخ افزایش طبیعی داشته باشد، اما اکثر کشورهای عربی رشد سریع جمعیت را موضوع شایان توجهی تلقی نمی‌کنند، در حالیکه رهبران برخی کشورهای عربی چون الجزایر، مصر، مراکش و تونس از رشد بی‌رویه جمعیت نگرانند، کشورهای دیگر چون عراق، کویت، عمان، قطر و عربستان سعودی از کمی جمعیت خود شکایت و نگرانی دارند و آن را ناشی از نرخ رشد کند جمعیت می‌دانند. بیش از نیمی از کشورهای عربی (بحرین، اردن، لبنان، لیبی، موریتانی، سومالی، سودان، سوریه، یمن و امارات متحده عربی) که نرخ افزایش طبیعی جمعیت را قانع‌کننده می‌دانند، در این باره موضع میانه‌ای اتخاذ کرده‌اند. باروری در وهله دوم با سلامت مادر و رفاه اعضای خانواده مربوط می‌گردد. علیرغم رواج ارزش‌ها و هنجارهای موافق افزایش موالید، همه کشورهای عربی، کاربرد وسائل جلوگیری - و حتی توسل به سقط جنین در هنگام در خطر قرار داشتن زندگی مادر - را تأیید می‌کنند. به نظر برخی از علمای اسلامی مانند شرابوسی (۱۹۶۹) و شلتوت (۱۹۶۳)، اسلام در

دو مورد زیر از کاربرد روشهای جلوگیری پشتیبانی می کند :

۱- وقتی که همسر مبتلا به بیماری واگیردار بوده احتمال انتقال بیماری به فرزندان وجود داشته باشد.

۲- اگر سلامت یا زندگی زن در اثر حاملگی های فراوان در معرض آسیب قرار گیرد.

از این گذشته، غزالی عالم معروف اسلامی نیز جلوگیری از حاملگی را به منظور حفظ جمال و زیبایی، تناسب اندام و سلامت جسمانی همسر مورد تأیید قرار می دهد.

بعد سوم باروری مربوط است به حق افراد مبنی بر اینکه در مورد فاصله گذاری میان فرزندان و اصولاً تعداد فرزندی که می خواهند داشته باشند، آزادانه تصمیم بگیرند. این حق در سال ۱۹۶۶ به هنگام امضای اعلامیه رهبران جهان درباره جمعیت مورد پشتیبانی چهار دولت عربی مصر، اردن، مراکش و تونس قرار گرفت. در سال ۱۹۸۴ نمایندگان ۱۵ کشور عربی، به هنگام تصویب اعلامیه شهر مکزیکو درباره جمعیت و توسعه، همین اصول را تصریح کردند که شامل بیانیه زیر نیز می گردید.

اکنون باید تلاش هائی انجام پذیرد برای تضمین اینکه همه کشورها و افراد بتوانند حق اساسی و انسانی خود مبنی بر تصمیم گیری آزادانه، مسئولانه و عاری از فشار در مورد تعداد و فاصله میان فرزندان را اعمال کرده برای این امر از اطلاعات، آموزش ها و وسائل کافی برخوردار باشند.

مداخلات و اقدامات حکومت :

کشورهای عربی از نظر میزان تمایلی که برای دخالت در امر باروری دارند به سه دسته تقسیم می شوند :

گروه اول متشکل از کشورهائی است که هم اکنون مشغول انجام اقداماتی در زمینه کاهش نرخ باروری هستند. از آن جمله اند: الجزایر، مصر، مراکش، تونس و یمن.

گروه دوم که عراق، کویت و امارات متحده را دربر می گیرد، برای بالابردن سطح باروری دخالت می کنند و بالاخره، گروه سوم کشورهائی که برای تأثیر بر باروری تلاش نمی کنند (جدول ۲).

دخالتها از طریق اقدامات گوناگونی صورت می‌گیرد که برخی از آنها تأثیر مستقیم بر رفتار مربوط به تولد و تناسل دارد و برخی دیگر دارای اثراتی غیرمستقیم است. ابزار اصلی برای دخالت مستقیم حکومت، برنامه تنظیم خانواده است. دولت‌ها ضمناً از طریق اقدامات قانونی، اجتماعی و اقتصادی که می‌تواند دارای اثراتی مستقیم یا غیرمستقیم بر امر تجدیدنسل باشد، مداخله می‌کنند.

برنامه‌های تنظیم خانواده :

برنامه‌های تنظیم خانواده در کشورهای مصر، تونس، مراکش، یمن دمکراتیک و اخیراً الجزایر و جمهوری عربی یمن به منظور کاهش نرخ باروری بنیان گذاشته شده‌اند. هنگامی که در اواسط دهه ۷۰ - ۱۳۶۰ بعضی از این برنامه‌ها شروع شد، گمان می‌رفت که مردم آرزومند داشته‌تر، خانواده کوچک بوده ولی ضمناً فاقد روش‌های موردنیاز جهت جلوگیری از زادوولد باشند، از این‌رو کارشناسان تنظیم خانواده، انتظار داشتند با تهیه وسایل جلوگیری و دستورالعمل جهت کاربرد درست آنها، باروری را کاهش دهند. این دیدگاه در خلال دهه ۸۰ - ۷۰ به ویژه بعد از کنفرانس جهانی جمعیت در بخارست در سال ۱۹۷۴ که ضمن آن یک استراتژی گسترده‌تر به منظور کاهش باروری مورد اقبال بیشتری قرار گرفت، تعدیل گردید. تنظیم خانواده به شکلی دقیق‌تر در سیاست‌های کلی توسعه اجتماعی - اقتصادی تلمیق گشت.

برنامه رسمی تنظیم خانواده در مصر با بهره‌گیری از تسهیلات عمومی مؤسسات بهداشتی همگانی، نرخ ۱/۳ رشد جمعیت را به عنوان هدف خود برای سال ۲۰۰۰ قرار داده است. برنامه دولت این است که تا آن زمان خدمات برنامه‌ای خانواده را در اختیار ۶۰ درصد از زنانی قرار دهد که در سن باروری هستند. سیاست باروری در مصر بر توسعه اجتماعی - اقتصادی عمومی که شامل کاهش مرگ و میر کودکان، مکانیزه کردن کشاورزی، آموزش و پرورش و اشتغال زنان نیز می‌شود، تأکید دارد. اما میزان زیاد بیسوادی (که ۵۵ درصد افرادی را که ۱۵ سال و بیشتر دارند شامل می‌شود) به صورت مانعی اساسی در برابر سیاست‌های دولتی عرض اندام می‌کند. اطلاعات نادرستی که درباره وسایل و روش‌های جلوگیری رایج است و ترس فوق‌العاده از کاربرد آن نیز به مسأله بیسوادی بازمی‌گردد. جهادهای سوادآموزی جمعیت در دهه ۹۰ - ۸۰

به منزله واکنشی در مقابل این گونه مسائل بود. هدف، دسترسی به شهرهای پرجمعیتی بود که در آن رسانه‌های گروهی متفاوتی جهت پیشبرد امر تنظیم خانواده به کار گرفته شد.

بر اساس مقیاسی که در سال ۱۹۸۵ به وسیله لفم (Lapham) و مولدین (Mauldin) جهت ارزیابی فعالیت‌های اصلی تنظیم خانواده تهیه شد، برنامه مصر - در طبقه‌بندی برنامه‌ها - «ضعیف» تلقی گردید. برنامه‌های موفق‌تر در سایر کشورهای در حال توسعه در طبقه‌بندی فعالیت برنامه‌ها «متوسط یا قوی» ارزیابی شد. با وجود این، مصر در دهه ۹۰ - ۸۰ با استفاده از روش‌های ابتکاری، تلاش‌های خود را به منظور ارتقاء برنامه تنظیم خانواده شدت بخشید. برای مثال، دولت پس از ترغیب فروش وسایل جلوگیری به وسیله داروخانه‌ها، به قیمت در مانگاها، کفالت یک طرح بازاریابی اجتماعی وسایل جلوگیری، یک سازمان نیمه خصوصی بنام خانواده آینده (F.O.F [Family of the Future]) را به عهده گرفت. هدف «خانواده آینده» که از فنون بازاریابی جدید استفاده می‌کرد، این بود که کاربرد محصولات مربوط به برنامه تنظیم خانواده را افزایش دهد. این طرح کاملاً با موفقیت مواجه بوده است. در سال ۱۹۸۴ برنامه «خانواده آینده» برای یک سوم افرادی که وسایل جلوگیری را بکار می‌بردند، این گونه وسایل را فراهم آورد.

برنامه تنظیم خانواده تونس برنامه‌ای موفق بوده است و در رده‌بندی لفم و مولدین (۱۹۸۵) به عنوان متوسط ارزیابی شده است. هدف دولت کاهش نرخ باروری عمومی از رقم ۱۳۰ در سال ۱۹۸۶ به ۸۰ در ۲۰۰۰ سال ۲۰۰۰ است. اجتماعات محلی، گروه‌های اجتماعی و انجمن‌ها با پیشبرد اندیشه خانواده کوچک، توزیع وسایل جلوگیری و تأسیس کلینیک‌های تنظیم خانواده در در مانگاها محلی، بتدریج مسئولیت بیشتری در امر اجرای تنظیم خانواده پذیرفتند.

انجمن‌های داوطلبانه تنظیم خانواده که به فدراسیون بین‌المللی تنظیم خانواده (IPPF) وابسته‌اند در دوازده کشور عربی فعالیت دارند. این انجمن‌ها در مورد وسایل جلوگیری آگاهی داده راهنمایی به عمل می‌آورند و گاه به گاه نیز اینگونه وسایل را بطور رایگان یا با قیمت اندک در اختیار خانواده‌هایی که مایل به استفاده از آن هستند، قرار می‌دهند. انجمن موجود در لبنان

تعدادی کلینیک‌های تنظیم خانواده در قسمت‌های مختلف کشور مستقر کرده و بسیاری مددکاران بهداشتی و اجتماعی جهت تنظیم خانواده، مراقبت‌های بهداشتی عمومی و اقتصاد خانه‌داری تربیت کرده است.

برنامه‌های تنظیم خانواده اعم از خصوصی یا دولتی در سایر مناطق دنیا در زمینه رفتار مربوط به زادوولد نقش مهمی ایفاء کرده‌اند. در سال ۱۹۸۵ لقم و مولدین با استناد به کارهای پیشین فریدمن (Freedman) (۱۹۷۵ و ۱۹۷۹) و ایسترلین (Easterlin) به توصیف روابط میان زمینه اجتماعی-اقتصادی، تلاش برنامه تنظیم خانواده و رواج و سائل جلوگیری، چارچوب‌های نظری گوناگون پدید آوردند. ساده‌ترین تعبیر چارچوب‌های یادشده این است که زمینه اجتماعی-اقتصادی از طریق برنامه بر امر رواج روش‌های جلوگیری بطور مستقیم و غیرمستقیم اثر می‌گذارد، درحالی که مساعی برنامه‌ای صرفاً تأثیر مستقیم دارد. این مقاله با استفاده از نتایج ناشی از فعالیت‌های برنامه‌ای سال ۱۹۸۳ بوسیله لقم و مولدین بسال ۱۹۸۵ محاسبه و در جدول شماره ۳ نشان داده شده است و نیز بر مبنای شاخصی که نگارنده بر اساس پنج متغیر اجتماعی اقتصادی تهیه کرده (جدول شماره ۴) معنی‌دار بودن الگوی لقم و مولدین را برای ۱۱ کشور عرب مورد آزمایش قرار می‌دهد. شاخص «زمینه اجتماعی-اقتصادی» از طریق رده‌بندی کشورها بر حسب ارزش متغیرهای اجتماعی و سپس تعیین متوسط این ارزش‌ها به دست آمد. رواج و سائل را می‌توان تا حدودی ناشی از زمینه اجتماعی اقتصادی تلقی کرد. با وجود این، مساعی برنامه‌ای مبین نسبت قابل ملاحظه از کل متغیرهاست (۲۲ درصد). به دیگر سخن رواج و سائل جلوگیری، حاصل زمینه اجتماعی-اقتصادی و مساعی برنامه‌ای است. تأثیر مستقیم این زمینه اندکی بیشتر از برنامه است، اما تأثیر کلی زمینه اجتماعی-اقتصادی که از لحاظ ضریب همبستگی آن با رواج جلوگیری اندازه‌گیری شده به مراتب از تأثیر مستقیم آن فراتر می‌رود (۰/۸۰). این امر بر اهمیت تأثیر غیرمستقیم زمینه اجتماعی-اقتصادی که از طریق برنامه اعمال می‌شود، دلالت دارد.

جدول‌بندی کلی میزان رواج و سائل جلوگیری با توجه به سطوح زمینه اجتماعی-اقتصادی و مساعی برنامه‌ای در جدول شماره ۶ نشان داده شده است. در همه ۱۱ کشور عرب،

میانگین رواج شیوه‌های جلوگیری ۱۹ درصد است و گستره آن بین گروه‌های اجتماعی - اقتصادی پائین‌تر (جمع طبقه پائین و متوسط پائین) و بالاتر (جمع بالا و متوسط بالا) میان ۱۰ تا ۳۵ درصد است و بین فقدان مساعی یا مساعی برنامه‌ای متوسط، میان ۹ تا ۴۲ درصد قرار دارد. بنابراین می‌توان استنتاج کرد که زمینه اجتماعی - اقتصادی و مساعی برنامه‌ای هر دو در نوسانات مربوط به رواج وسائل (پیشگیری) موثر بوده‌اند. با وجود این از آنجا که این نتایج (میانگین‌ها) تنها بر مشاهداتی اندک استوارند، مشاهدات بیشتر ممکن است بدون اینکه الزاماً به نقض یکباره نتیجه‌گیری‌ها منجر گردد، آنها را تعدیل کند.

اقدامات قانونی :

حکومت‌های عربی به منظور تأثیر بر سطح باروری، قوانینی جهت دسترسی به شیوه‌های جدید تحدید موالید، سقط جنین و عقیم‌سازی تصویب کرده‌اند. دستیابی به وسائل جدید جلوگیری در دو کشور عراق و عربستان سعودی محدود است و در حالی که در اردن، لبنان و سومالی از وسائل جلوگیری غیر مستقیم پشتیبانی می‌شود، در لیبی، موریتانی و بیشتر کشورهای خلیج فارس، هیچ گونه پشتیبانی دولتی در این مورد به عمل نمی‌آید. (پشتیبانی غیر مستقیم از طریق اجازه دادن به فعالیت انجمن‌های خصوصی تنظیم خانواده و در مواردی اجازه استفاده از تسهیلات دولتی مانند کلینیک‌ها و ایستگاه‌های رادیو و تلویزیون دولتی جهت پیشبرد برنامه تنظیم خانواده اعمال می‌گردد). آنچه واجد اهمیت است، این است که ۹ کشور عربی که ۷۵ درصد کل جمعیت عرب را دربر می‌گیرند، دسترسی مستقیم به روش‌ها و توزیع وسائل تنظیم باروری را به رسمیت شناخته‌اند. قوانین مربوط به سقط جنین در کشورهای عربی - در مقام مقایسه با اروپای غربی و آمریکا - عموماً محدود کننده‌اند. قوانین اسلامی عملاً در همه کشورها - به جز تونس که در آنجا از سال ۱۹۷۳ سقط جنین «بر حسب درخواست» مجاز است - اجرا می‌گردد. قانون اسلام یا شریعت سقط جنین را در خلال چهار ماه اول بارداری (در صورتی که زندگی مادر در معرض خطر قرار داشته باشد یا برای جنین شانس زنده ماندن موجود نباشد) مجاز می‌شمارد. پس از پایان ماه چهارم بارداری، سقط جنین (جز در صورتی که جان مادر در معرض مخاطره باشد) ممنوع است. در الجزایر، مصر، اردن، مراکش و تونس نیز سقط جنین به

شرط وجود خطر برای سلامت جسمانی یا روانی مادر و در مصر و تونس در صورتی که خطر تولد ناقص الخلقه یا به لحاظ جسمانی غیر طبیعی وجود داشته باشد، مجاز است.

اگر از این قوانین تخلفی شود، مجازات بسیار شدید خواهد بود. افرادی که به سقط جنین غیر مجاز متوسل شوند، ممکن است به ۶ ماه تا ۱۰ سال زندان با جریمه یا بی‌جریمه نقدی محکوم شوند و اگر این قبیل افراد به حرفه پزشکی اشتغال داشته باشند، اغلب از فعالیت‌های حرفه‌ای محروم می‌شوند. به همین ترتیب زنانی که بطور غیر مجاز سقط می‌کنند، ممکن است به ۶ ماه تا ۵ سال زندان محکوم شده یا جریمه شوند.

قوانین مدنی کشورهای عربی، عقیم‌سازی داوطلبانه را صریحاً منع نمی‌کند، اما مقررات مربوط به ایراد عمدی جراحت بدنی معتبر بوده می‌توانند به‌عنوان مانع عقیم‌سازی تلقی شوند. برخی از فقهای اسلامی و عمده فقهای شیعه، عقیم‌سازی را در صورتی که الزام شخصی برای آن موجود نباشد، غیر قانونی می‌شمارند، شرابوسی فقیه سرشناس اسلامی ضمن طرح مسائل بهداشتی و مربوط به علم «اصلاح نژاد انسان» این موضوع را بدین گونه تعبیر می‌کند که الزام وقتی وجود دارد که مادری مبتلا به بیماری‌های مسری بوده احتمال انتقال آن به اولادش وجود داشته باشد. علی‌رغم منع «الازهر»، عقیم کردن زنان بنا به درخواست شخصی، در مصر، لبنان و تونس مجاز است. يك زن مصری وقتی مجاز است خود را عقیم سازد که حداقل ۳۵ سال داشته و دارای سه فرزند زنده باشد که یکی از آنها پسر باشد. زنی که در تونس درخواست عقیم‌شدن می‌کند، باید حداقل چهار فرزند زنده داشته باشد و حال آنکه در لبنان این قبیل زنان باید حداقل ۳۰ سال سن و سه فرزند داشته باشند. شایان توجه است که بستن لوله رحم از شایع‌ترین جراحی‌های مربوط به عقیم‌سازی است. صرف‌نظر از لبنان وازکتومی (Vasectomy) در هیچ کشور دیگر عربی گزارش نشده است، زیرا فرهنگ عربی اسلامی این عمل را به شدت مردود می‌شمارد. نقش اجتماعی مرد، در این فرهنگ، به نحوی تنگاتنگ با توانایی او برای تولید نسل پیوند خورده است.

اقدامات قانونی دیگری که می‌تواند متضمن آثار اساسی بر باروری باشد، تغییراتی است که برخی حکومت‌های عربی در میزان حداقل سن ازدواج، به‌ویژه برای زنان، قائل شده‌اند. قانون

حقوق خانواده‌ها در اردن مقرر می‌دارد که ازدواج وقتی اعتبار دارد که سن زن حداقل ۱۷ سال باشد. تونس نیز عین همین شرط را در سال ۱۹۷۴ اعمال کرد. اما اجرای این گونه قوانین مخصوصاً در شرایطی که زنان در سنین پائین ازدواج می‌کنند، دشوار است.

اقدامات اقتصادی :

حکومت‌ها یا انجمن‌های داوطلب تنظیم خانواده می‌توانند از طریق جاذبه‌ها و دافعه‌های اقتصادی بر رفتارهای مربوط به تولیدمثل موثر واقع شوند. در مصر، مراکش، لبنان و تونس قرص‌های ضد بارداری، کاندوم و دیگر وسائل جلوگیری از طریق کلینیک‌های تنظیم خانواده بطور رایگان و یا به بهای اندک عرضه می‌شوند. تونس همچنین به کسانی که موافقت می‌نمایند از وسائل جلوگیری استفاده کنند و روشهای تحدید موالید را رواج دهند، جوایزی نقدی اعطا می‌کند. در برخی کشورها، همراه با انگیزه‌های اقتصادی که هدف آن کاهش باروری است، اقدامات بازدارنده‌ای نیز اعمال می‌گردد. مثلاً در تونس یک نظام مدد معاش خانواده وجود دارد که به کارمندانی که عائله آنها حداکثر متشکل از ۴ نفر باشد، مساعده نقدی پرداخت می‌کند. این مساعده شامل درضدی از حقوق می‌شود که میزان آن با افزایش شمار فرزندان رو به کاهش می‌گذارد: در حالی که برای فرزند اول مبلغ این مساعده ۱۸ درصد حقوق است، به فرزند چهارم فقط ۱۲ درصد تعلق می‌گیرد. اما استفاده از اقدامات اقتصادی منحصر به حکومت‌های مخالف زادوولد و انجمن‌های تنظیم خانواده نیست. کشورهای موافق زادوولد نیز از این نوع امکانات جهت ترغیب مردم به تولیدنسل مدد می‌گیرند. در عراق عوایدی که به زوجین، به ویژه به حقوق‌بگیران پرداخت می‌گردد، شامل مساعده‌های نقدی و مدد معاش خانواده به شکل افزایش حقوق است. والدین در ازای هر نوزاد جدید، افزایش حقوق تازمای دریافت می‌کنند، همچنین صرف‌نظر از پایگاه شغلی والدین، آنها به ازای هر نوزاد جدید از افزایش حقوق بهره‌مند می‌شوند. زنان شاغل از حق مرخصی ویژه دوران زایمان که مدت آن ده ماه است و طی آن حقوق بطور کامل پرداخت می‌شود، برخوردارند. این مرخصی می‌تواند (در صورتی که زن زایمان طبیعی نداشته باشد) تمدید شود. کشور دیگری که طرفدار ازدیاد موالید است، عربستان سعودی است که به اقدامات مشابهی متوسل می‌شود.

اقدامات اجتماعی:

علاوه بر کاربرد انگیزه‌ها و بازدارنده‌های اقتصادی، حکومت‌ها به منظور اثر گذاری بر سطح باروری، به اقدامات اجتماعی نیز دست بازده‌اند. این تأثیر اغلب مستقیم است و به طور عمده از طریق دگرگون ساختن منش‌ها و هنجارها عمل می‌کند. اقدامات اجتماعی که به وسیله حکومت‌ها انجام می‌شود، شامل فرصتهای آموزشی فزاینده به ویژه برای زنان و نیز تلاش برای نابودی بیسوادی، سازمان‌دهی جهاد آموزش جمعیت و کاهش مرگ و میر نوزادان و کودکان می‌گردد. حکومت‌های جهان عرب بخش بزرگی از بودجه خود را برای آموزش و پرورش سرمایه گذاری کرده‌اند. اگرچه سوادآموزی عمومی با جدیت در سراسر منطقه دنبال می‌شود، امکان دارد سطح بیسوادی، به ویژه بیسوادی زنان، حداقل تا پایان این قرن همچنان در سطحی بالا باقی بماند. اغلب خاطر نشان می‌شود که آموزش، پذیرش آگاهی‌های مربوط به بهداشت و روشهای جلوگیری را فزونی بخشید. زنان را در معرض الگوها و اندیشه‌های اجتماعی نوینی که از سوی مدارس و رسانه‌های گروهی سراسر جهان تبلیغ می‌شود، قرار داده و از این رهگذر دگرگونی در نقش و پایگاه سنتی زنان عرب را تشدید کرده است. مطالعاتی که در کشورهای مختلف عربی، از جمله مصر، اردن و لبنان انجام گرفته نشان داده است که رابطه‌ای کاملاً معکوس میان تحصیلات زنان و میزان باروری وجود دارد.

برخی دولت‌ها به موازات آموزش و پرورش عمومی، جهادهای آموزشی جمعیت (جهادهای سوادآموزی) به منظور آموزش زوجین در زمینه محاسن خانواده کوچک‌تر را آغاز کرده‌اند. در مصر مسائلی جمعیتی در مدارس آموزش داده می‌شود و سمینارهایی برای تربیت معلمان در باب روش‌های مسائلی جمعیتی تشکیل شده‌اند، تونس يك برنامه آموزش جمعیت را در مدارس متوسطه شروع کرده است. اما این گونه برنامه‌ها در مصر و تونس دچار کمبود مریبان و منابع غیر کافی است.

دیگر اقدامات اجتماعی دولت‌ها، ضمن اینکه توسعه اجتماعی اقتصادی را شتاب می‌بخشد، بر رفتار مربوط به تولیدمثل نیز تأثیری تعیین کننده دارد. در کشورهای روبه توسعه‌ای مانند کشورهای جهان عرب، خدمات گسترش یافته بهداشتی و دستیابی به تسهیلات مراقبت‌های

پزشکی، با مرگ و میر نوزادان و کود کان رابطه ای معکوس دارد. این عوامل ممکن است در سالهای اخیر در اغلب کشورهای عربی به افزایش نسبی «امید زندگی به هنگام تولد» کمک کرده باشد. این وضعیت ممکن است به آنجا منجر شود که خانواده ها فرزندان بی شمار داشته باشند و از این دو انگیزه بکارگیری شیوه های جلوگیری در آنان تقویت گردد.

زمینه اجتماعی، سیاست و خط مشی ها در باب باروری :

بنظر می رسد تغییر و دگرگونی فرهنگ عربی اسلامی خاورمیانه، در زمینه ارزش ها و هنجارهایی که بشدت موافق زاد و ولد است (اگر اصولاً وجود داشته باشد) ناچیز و اندک است. بنا بر این محتمل است که عوامل اجتماعی، اقتصادی بیشتر از عوامل فرهنگی در امر باروری و سیاست های جمعیتی موثر واقع شود.

طبقه بندی سیاست های جمعیتی کشورهای عربی بر مبنای شرایط اجتماعی - اقتصادی نشان می دهد که برنامه های ملی، در چندین کشور با پیشرفت اجتماعی - اقتصادی کم و متوسط و تنها در يك کشور، یعنی تونس، در شرایط اجتماعی اقتصادی بالای متوسط رسماً آغاز شده است. در مناطقی که وضعیت اجتماعی - اقتصادی پیشرفته است، یعنی چهار کشور خلیج فارس و لبنان، هیچ نوع برنامه ملی وجود ندارد. به دیگر سخن، نیاز به برنامه های تنظیم خانواده در میان نفوس فقیر و بطور عمده بیسواد عرب که دارای حداقل شهرنشینی و نرخ مرگ و میر بالا هستند، با شدت بیشتری احساس می شود. معهداً چهار کشور موریتانی، سومالی، سودان و عمان که از لحاظ وضعیت اجتماعی - اقتصادی در دو رده پائین قرار دارند، برای مهار کردن رشد جمعیت دخالتی نمی کنند. در مورد دو کشور نخستین این وضعیت را می توان بطور عمده معلول شرایط نامطلوب اجتماعی - اقتصادی دانست. موریتانی و سومالی را مسائل و دشواری های مختلفی که به مرگ و میر بالا، شیوع بیماری ها و کمبود ذخائر مواد غذایی مربوط می شود، دربر گرفته اند. سازمان های اجتماعی و سیاسی، توانائی آن را ندارند که به صورتی موفقیت آمیز با بیماری های عفونی و سوء تغذیه به مبارزه پردازند. این گونه مسائل و نه عواملی مانند باروری بالا، به عنوان موانع اصلی توسعه اجتماعی - اقتصادی تلقی می شود، زیرا زندگی بخش بزرگی از موالید زنده تا مرحله بلوغ دوام نمی یابد. در این گونه شرایط اجتماعی که به گفته ایسترلین «تقاضا» برای

کودکان بر «عرضه» آنان پیشی دارد، برای دولت یا هیچ انگیزه‌ای جهت تحدید باروری باقی نمی‌ماند یا انگیزه‌های اندک وجود خواهد داشت و بدین ترتیب احتمال موفقیت برای برنامه‌ها؛ تنظیم خانواده بسیار می‌گردد.

سودان علاوه بر شرایط اجتماعی-اقتصادی دچار عدم ثبات سیاسی و منازعه داخلی نیز هست. همه این عوامل باعث می‌شود که حکومت در امر کاهش باروری دخالت نکند. دولت چهارم، یعنی عمان کشوری تولیدکننده نفت است که به‌طور نسبی از تولید ناخالص ملی سرانه بالایی برخوردار است، اما مرتبه آن از لحاظ سایر متغیرهای اجتماعی-اقتصادی پایین است. عمان نیز- مانند دیگر کشورهای عربی خلیج [فارس]- تلاش می‌کند، جمعیت بومی خود را افزایش دهد تا ثبات رژیم سیاسی خود را تضمین کرده در برابر دست‌اندازی و تهاجم کشورهای پرجمعیت‌تر مجاور ایستادگی کند.

کشورهای تولیدکننده نفت، بحرین، قطر، امارات متحده عربی، لیبی، عمان و تا اندازه‌ای عربستان سعودی عموماً دارای جمعیت کم و درآمد سرانه بالا هستند. رشد اقتصادی شتابانی که این کشورها از آن برخوردار گردیده‌اند، مستلزم داشتن نیروی کار در همه سطوح مهارت است که این نیاز از طریق افزایش طبیعی شهروندان قابل تأمین نیست. از آنجا که این کشورها خواهان آن نیستند که نیروی کار عظیم غیربومی (وارداتی) خود را حفظ کنند، هنجارها و ارزش‌های موافق ازدیاد موالید را ترغیب و تقویت کرده به همه گونه اقدام لازم برای حفظ نرخ بالای باروری کنونی در میان جمعیت بومی متوسل می‌شوند. از این گذشته، جنگ میان ایران و عراق، کشورهای عربی [خلیج فارس] و از جمله عراق را ناگزیر کرده همراهی و موافقت با سیاست افزایش موالید را حتی تشدید کنند. مثلاً پس از شروع جنگ [خلیج فارس] عراق در صدد برآمد انگیزه‌هایی را برای افزایش باروری بیشتر مورداستفاده قرار دهد و در حال حاضر [۱۹۸۹] نیز مشغول تدارک تمهیداتی جهت استفاده از انگیزه‌های بازدارنده است تا مردم را از کاهش باروری منصرف سازد. صدام حسین رئیس جمهور عراق ضمن یکی از سخنرانی‌هایش قصد خود را مبنی بر تنبیه خانواده‌هایی که کمتر از چهار فرزند داشته باشند، اعلام داشت.

این که ملاحظات سیاسی در تعیین سیاست‌های باروری حائز اهمیت است، تنها به خلیج

[فارس] محدود نمی‌شود. برای مثال علی‌رغم این که ملک حسین در سال ۱۹۶۶ به هنگام امضای اعلامیه سازمان ملل متحد در باب جمعیت، اهمیت مسأله جمعیت را درک کرده بود، حضور شمار زیادی از فلسطینی‌ها در اردن مادام که کشمکش اعراب و اسرائیل به راه‌حلی نیانجامیده است، کاهش باروری در اردن را به امری فوق‌العاده حساس و پیچیده مبدل می‌کند. مسائل جمعیتی در لبنان به نحوی عمیق با توزیع و حفظ قدرت سیاسی مرتبط است. سرشماری سال ۱۹۳۲، تعداد و نسبت نفوس فرقه‌های مذهبی اصلی را آشکار ساخت که این امر از سال ۱۹۴۳ سهم فرق را در ساخت سیاسی تعیین کرده است. همه تلاش‌ها برای انجام يك سرشماری تازه نافرجام مانده است، زیرا شواهد استواری از تفاوت‌های اساسی فرقه‌ای در زمینه باروری وجود دارد که احتمالاً به دگرگونی اندازه نسبی فرق مختلف انجامیده است. بنابراین هر نوع سیاست کاهش باروری الزاماً تأثیرات عمیقی بر ثبات اجتماعی - اقتصادی خواهد داشت. محتملاً فرقه‌هایی که باروری آنها پائین است، با هر گونه تلاش برای حفظ یا کاهش بیشتر باروری خود مخالفت خواهند کرد، زیرا این امر ممکن است به از دست رفتن قدرت سیاسی آنها منجر شود. به همین نحو احتمال دارد، فرقه‌هایی که از لحاظ جمعیتی به سرعت در حال رشدند، کوشش کنند سهم بیشتری از قدرت را به خود اختصاص دهند؛ همچنین در برابر اقداماتی که به منظور محدود کردن رشد آنها انجام می‌گیرد مقاومت کنند.

خلاصه و نتیجه گیری :

یافته‌های این مطالعه، نتایج مطالعات پیشین درباره تأثیر زمینه اجتماعی و برنامه‌های تنظیم خانواده بر گسترش وسائل جلوگیری را بیش از پیش مورد تأیید قرار می‌دهد. افزایش کاربرد وسائل جلوگیری در ۱۱ کشور عرب نتیجه بهبود شرایط اجتماعی - اقتصادی و نیز تلاشی جدی‌تر در چارچوب برنامه‌ها بوده است. سیاست باروری در عین حال از عوامل سیاسی نظیر جنگ ایران و عراق، کشمکش اعراب و اسرائیل و نگرانی‌های کوچک در باب ثبات رژیم‌ها و امنیت مرزهایشان متأثر گردیده است.

اگر چه بیش از نیمی از کشورهای عربی هنوز مساعی برنامه‌ریزی شده خود را به منظور

کاهش سطح باروری بالا شروع نکرده‌اند، محتمل است که سیاست‌های حکومتی که توسعه اقتصادی - اجتماعی را بهبود و گسترش می‌بخشد، همراه با تلاش برنامه‌های داوطلبانه تنظیم خانواده در ۱۲ کشور و برنامه‌های ملی در ۶ کشور، موثر واقع شود. صرف نظر از سیاست‌های باروری حکومت‌ها، تأثیر عناصر گوناگون توسعه اجتماعی - اقتصادی بر رفتار مربوط به زاد و ولد می‌تواند بسیار زیاد باشد. با وجود بهبود مستمر امکانات بقای کودکان و گسترش سریع و بی‌سابقه فرصت‌های آموزشی برای زنان، بسیار غیر محتمل است که کشورهای عربی به ویژه کشورهای ثروتمند خلیج شیوه‌های سنتی زاد و ولد خود را حفظ کنند.

شهرنشینی، آموزش بیشتر، بهداشت بهتر و زندگی درازتر از عوامل دیگر گون‌کننده خانواده و آرمان‌ها و آرزوهای مربوط به خود و کودکان به شمار می‌رود. همزمان با ادغام سریع کشورهای عربی در نظام‌های اقتصادی و ارتباطی بین‌المللی، باورها، گرایش‌ها و آرزوهای مردم نیز در حال دگرگونی‌های شگرف است. در همه کشورهای صادرکننده نفت که موافق افزایش موالیدند، دستیابی به کالاهای مصرفی غربی مانند شلوار جین، لیموناد، رادیو، تلویزیون و دستگاه‌های ویدئو از گستردگی و مطلوبیت زیادی برخوردار است. این امر بازتاب افزایش آشکار خواسته‌های مصرفی است که تمایل نسبت به بهبود وضعیت اجتماعی - اقتصادی و شناخت اهمیت و ارزش رفتار مبتنی بر روش‌های جلوگیری جدید نیز با آن توأم و عجین است.

جدول ۱- سطح باروری در کشورهای عربی، ۸۵ - ۱۹۸۰

کشور	جمعیت ۱۹۸۸	میزان ناخالص نسبت ناویژه	میزان باروری کل (T. F. R)	میزان باروری (برای هر زن)	میزان سالانه رشد طبیعی (درصد)
الجزایر	۲۳/۹	۴۲/۷	۶/۷	۳/۲	
بحرین	۰/۵	۳۲/۲	۴/۶	۲/۸	
مصر	۵۰/۳	۳۶/۶	۴/۸	۲/۵	
عراق	۱۷/۶	۴۴/۴	۶/۷	۳/۶	
اردن	۴/۰	۴۴/۷	۷/۴	۳/۷	
کویت	۲/۱	۳۹/۲	۶/۲	۳/۶	
لبنان	۲/۸	۲۹/۳	۳/۸	۲/۰	
لیبی	۴/۰	۴۵/۶	۷/۲	۳/۵	
موریتانی	۲/۱	۵۰/۱	۶/۹	۲/۹	
مراکش	۲۳/۵	۳۶/۴	۵/۱	۲/۵	
عمان	۱/۴	۴۷/۰	۷/۱	۳/۳	
قطر	۰/۴	۳۸/۳	۶/۸	۳/۴	
عربستان سعودی	۱۳/۰	۴۲/۱	۷/۱	۳/۳	
سومالی	۵/۰	۴۷/۹	۶/۶	۲/۵	
سودان	۲۳/۵	۴۵/۹	۶/۶	۲/۹	
سوریه	۱۲/۰	۴۶/۵	۷/۲	۳/۸	
تونس	۷/۶	۳۲/۸	۴/۸	۲/۳	
امارات متحده عربی	۱/۵	۲۹/۸	۵/۹	۲/۶	
یمن عربی دمکراتیک	۷/۵	۴۸/۶	۷/۰	۲/۰	
یمن جنوبی	۲/۳	۴۷/۰	۶/۸	۳/۰	

ماخذ:

United Nations World Population Prospects Estimates and Projections as assessed in 1984 (New York United Nations)

جدول ۲- سیاستهای عربی در مورد باروری موجود و دسترسی به وسائل جلوگیری سیاستهای باروری در هر کشور

دسترسی به وسائل جلوگیری از حاملگی	مشوق افزایش	مشوق کاهش	حفظ وضع موجود	عدم دخالت
حمایت مستقیم	—	الجزایر	—	بحرین
		مصر		سودان
		مراکش		سوریه
		جمهوری دموکراتیک یمن (جنوبی)		
		جمهوری عربی یمن (شمالی)		
حمایت غیر مستقیم	—	—	—	اردن
				لبنان
				سومالی
حمایت اندک یا عدم دخالت	کویت	—	عمان	لیبی
	امارات متحده عربی		قطر	موریتانی
محدودیتهای اساسی در مورد دسترسی به وسائل جلوگیری مأخذ:	عراق	—	عربستان سعودی	—

United Nations, World Population Trends and Policies:
1987 Monitoring Report (New York: United Nations, 1988)
United Nations, Global Population Policy Data Base, 1987
(New York: United Nations 1987).

جدول شماره ۳ - عمومیت وسائل جلوگیری از حاملگی و برنامه‌های تنظیم خانواده
در کشورهای عربی

کشور	برنامه ملی IPPF الف	عضویت در عمومیت وسائل جلوگیری	سال ارزیابی مسانی برنامه‌های امتیاز	سطح برنامه
الجزایر	دارد	ندارد	۸۵-۱۹۸۱	ضعیف
بحرین	ندارد	دارد	موجود نیست ^ب	ندارد
مصر	دارد	دارد	۱۹۸۴	ضعیف
عراق	ندارد	دارد	موجود نیست	بسیار ضعیف
اردن	ندارد	دارد	۱۹۸۳	بسیار ضعیف
کویت	ندارد	ندارد	موجود نیست	بسیار ضعیف
لبنان	ندارد	دارد	۱۹۷۱	ضعیف
لیبی	ندارد	ندارد	موجود نیست	ندارد
موریتانی	ندارد	ندارد	۱۹۷۷	بسیار ضعیف
مراکش	دارد	دارد	۸۵-۱۹۸۱	ضعیف
عمان	ندارد	ندارد	موجود نیست	بسیار ضعیف
قطر	ندارد	ندارد	موجود نیست	ندارد
عربستان سعودی	ندارد	ندارد	موجود نیست	بسیار ضعیف
سومالی	ندارد	دارد	۱۹۸۲	بسیار ضعیف
سودان	ندارد	دارد	۷۹-۱۹۷۸	بسیار ضعیف
سوریه	ندارد	دارد	۱۹۷۸	بسیار ضعیف
تونس	دارد	دارد	۸۵-۱۹۸۱	بسیار ضعیف
امارات متحدہ عربی	ندارد	ندارد	موجود نیست	بسیار ضعیف
یمن جنوبی	دارد	دارد	۱۹۷۹	بسیار ضعیف
یمن شمالی	دارد	دارد	موجود نیست	بسیار ضعیف

الف- (فدراسیون جهانی راهنمای خانواده)

International Planned Parenthood Federation

ب- منظور از «موجود نیست» این است که در مورد این کشور آمار در دسترس نبوده است.

جدول شماره ۴ - شاخص‌های اجتماعی - اقتصادی منتخب برای کشورهای عربی ۱۹۸۰-۸۵

جمعیت شهری میزان بهره‌نیت امید زندگی هنگام ولادت سبب مرگ و میر نوزادان ملی (۱۹۸۲) شاخص وضع اجتماعی - اقتصادی ۱۹۸۲ (۲) ۱۹۸۲ (۱) در صد اداری ۱۹۸۲ (سال) ۱۹۸۰-۸۵ (در هزار) ۱۹۸۰-۸۵ (میلی) ۱۹۸۲ (۱۹۸۲) متوسط سطح

کشور	۴۱/۹	۹۳	۶۰/۱	۸۸	۲۳۵۰	۹/۶۰	متوسط پائین
الجزایر	۴۱/۹	۹۳	۶۰/۱	۸۸	۲۳۵۰	۹/۶۰	متوسط پائین
بحرین	۸۱/۱	۱۰۴	۶۹/۲	۳۲	۹۲۸۰	۱۷/۷	متوسط بالا
مصر	۲۵/۶	۸۲	۵۸/۱	۱۰۰	۶۹۰	۷/۸	متوسط پائین
عراق	۶۸/۵	۱۰۶	۶۲/۴	۷۷	۳۰۲۰	۱۳/۱	متوسط پائین
اردن	۶۲/۲	۱۰۰	۶۳/۷	۵۴	۱۶۹۰	۱۴/۰	متوسط پائین
کویت	۹۱/۹	۱۰۳	۷۱/۶	۲۳	۱۹۸۷۰	۱۸/۹	متوسط بالا
لبنان	۷۷/۵	۱۱۱	۶۵/۰	۴۸	موجود نیست	۱۵/۴	متوسط بالا
لیبی	۶۰/۶	موجود نیست	۵۸/۳	۹۷	۸۵۱۰	۱۰/۷	متوسط بالا
موریتانی	۳۰/۸	۳۷	۴۴/۰	۱۳۷	۴۷۰	۲/۷	متوسط پائین
مراکش	۲۳/۱	۸۵	۵۸/۳	۹۷	۸۷۰	۸/۰	متوسط پائین
عمان	۸/۱	۶۹	۵۲/۳	۱۱۷	۶/۹۰	۶/۲	متوسط پائین
قطر	۸۷/۰	۱۱۶	۶۷/۶	۳۸	۲۱۸۸۰	۱۷/۹	متوسط بالا
عمارتان سعودی	۶۹/۲	۶۵	۶۰/۹	۸۵	۱۶۰۰۰	۱۲/۲	متوسط بالا
سومالی	۳۲/۲	۲۵	۴۰/۹	۱۵۵	۲۹۰	۱/۸	متوسط پائین
سودان	۲۰/۲	۵۰	۴۷/۷	۱۱۸	۲۴۰	۳/۳	متوسط پائین
سوریه	۴۸/۵	۱۰۳	۶۲/۶	۵۹	۱۶۸۰	۱۲/۲	متوسط بالا
تونس	۵۴/۶	۱۱۱	۶۰/۶	۸۵	۱۳۹۰	۱۰/۳	متوسط بالا
امارات متحده عربی	۷۹/۵	۹۷	۶۷/۶	۳۸	۲۳۷۷۰	۱۶/۹	متوسط بالا
جمهوری عربی							
یمن جنوبی	۱۷/۷	۶۲	۴۸/۴	۱۳۵	۵۰۰	۳/۷	متوسط پائین
جمهوری دمکراتیک							
یمن شمالی	۳۸/۴	۶۴	۴۸/۴	۱۳۵	۴۷۰	۴/۸	متوسط پائین

مأخذ:

World Population Prospects (New York:United Nations,1984)

World Development Report(Washington.D.C.: The World Bank 1984)

Unesco.Statistical Year book 1987:Unesco 1987

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

جدول ۵- گرسیون وضعیت اجتماعی- اقتصادی و مساعی برنامه‌ای در زمینه عمومیت
وسائل جلوگیری در ۱۱ کشور عربی

متغیرهای مستقل در معادلات گرسیون	تعداد	مجدور ضریب همبستگی	فراوانی (نسبت F)	سطح معنی‌دار
معادله ۱: وضعیت اجتماعی- اقتصادی	۱۱	۰/۶۳	۱۵/۶۴	۰/۰۰۳۳

معادله ۲: وضعیت اجتماعی- اقتصادی	۱۱	۰/۸۵	۲۲/۱۲	۰/۰۰۰۵
----------------------------------	----	------	-------	--------

ضرائب تخمینی گرسیون معادله ۲

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

متغیر مستقل	ضریب عددی	ضریب همبستگی استاندارد شده	ضریب	سطح معنی‌دار
-------------	-----------	----------------------------	------	--------------

وضعیت اجتماعی- اقتصادی	۲/۰۸۵	۰/۵۵۱	۳/۵۱۷	۰/۰۰۸
------------------------	-------	-------	-------	-------

مساعی برنامه‌ای	۰/۴۴۵	۰/۵۵۲	۳/۳۳۰	۰/۰۱۰
-----------------	-------	-------	-------	-------

	-۹/۳۸۳		-۱/۸۶۸	۰/۰۹۹
--	--------	--	--------	-------

جدول ۶- میزان عمومیت استفاده از وسایل جلوگیری (%) براساس وضعیت اجتماعی- اقتصادی و مساعی برنامه‌های سال ۱۹۸۲ در ۱۱ کشور عربی

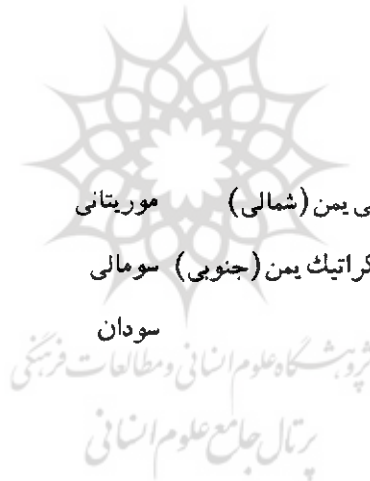
مساعدی برنامه‌های ۱۹۸۲		وضعیت اجتماعی- اقتصادی		
بسیار ضعیف یا فاقد برنامه	ضعیف	میان	متوسط بالا و بالا	۱۹۸۲
کشور %	کشور %	کشور %		
اردن ۲۶	لبنان ۵۳	تونس ۴۲		
سوریه ۲۰				
۳۵ (۲۳)	(۵۳)	(۲۲)		میانگین عمومیت
۱ موریتانی	۷ الجزایر			متوسط پائین و پائین
۲ سومالی	۳۰ مصر			
۰ سودان	۲۷ مراکش			
	جمهوری عربی			
	یمن (جنوبی) ۱			
(۱۰) (۲)	(۲۱)			(رواج متوسط)
۱۹ ۹	۴۲	۲۹		متوسط

مآخذ: جداول ۲ و ۳

جدول ۷- سیاستهای باروری براساس وضعیت اجتماعی- اقتصادی در ۱۱ کشور عربی

سیاستهای باروری در هر کشور

وضعیت اجتماعی- اقتصادی	مشوق کاهش	عدم دخالت	حفظ وضع موجود	مشوق افزایش
بالا	تونس	بحرین لبنان	قطر امارات متحده عربی	کویت
متوسط بالا	الجزایر	اردن	عراق	
	مصر	لیبی	عربستان سعودی	
	مراکش	سوریه		
متوسط پائین			عمان	
پائین		جمهوری عربی یمن (شمالی) جمهوری دمکراتیک یمن (جنوبی)	موریتانی	
		سودان		



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی



پښتونستان د علومو او مطالعات فریښی
پرتال جامع علوم انسانی