

# پیامدهای روانی افزایش جمعیت

دکتر علیرضا جزایری<sup>۱</sup>  
عباس پورشهباز

۱۰۲

در آغاز دهه ۱۹۸۰، جمعیت جهان بیش از ۴/۳ میلیارد نفر برآورد شد و براساس پیش‌بینی سازمان ملل تا پایان قرن بیستم این رقم به بالاتر از ۶/۱ میلیارد نفر می‌رسد. بیش از چهارپنجم این جمعیت در کشورهای در حال توسعه زندگی خواهند کرد.

اکنون مرگ و میر از هر زمان دیگر در تاریخ هستی بشر کمتر است و این کاهش مرگ و میر به افزایش بی‌سابقه رشد جمعیت، به ویژه در کشورهای جهان سوم، منجر شده است. نرخ مرگ و میر در آفریقا، آسیا و امریکای لاتین طی سه دهه اخیر به میزان ۵۰ درصد کاهش یافته است در حالیکه نرخ زاد و ولد هنوز بطور نسبی در سطح بالا باقی مانده است.<sup>۱</sup>

روند افزایش جمعیت به هر میزانی که باشد بخودی خود واجد هیچگونه بار ارزشی خوب یا بد نیست تنها در تعامل با هدفهای توسعه جامعه است که وجهی منفی یا مثبت، بد یا خوب و مخرب یا سازنده می‌گیرد.<sup>۲</sup> اگر توسعه شامل بهبود سطح زندگی مردم، سطح درآمد، بهداشت، تعلیم و تربیت و رفاه عمومی باشد و اگر اعتماد به نفس، احترام، شخصیت و آزادی انتخاب را دربرگیرد، سؤال مهم این است که افزایش بی‌رویه جمعیت در بسیاری از کشورهای جهان سوم، چه اثری بر

۱. دکتر علیرضا جزایری روانکاو و روانشناس بالینی و استاد دانشگاه آزاد، دانشگاه اصفهان و دانشگاه کرج است. وی مؤلف کتاب اسکیزوفرنیا، بیماری چندشخصیتی است و مدیریت پروژه طرح استاندارد کردن آزمایش کودکان را به عهده دارد.

۲. آقای عباس پورشهباز کارشناس ارشد روانشناسی بالینی است.

روی تحقق هدفهای توسعه آنها برای نسل کنونی و نسلهای آینده دارد.<sup>۲</sup>

افزایش جمعیت را می‌توان در سطوح زیستی، روانی و اجتماعی و از جنبه‌های مختلف بررسی کرد. همین امر بیانگر وجود عوامل متعددی است که با آن ارتباط دارند و هر کدام رخساره‌ای از واقعیت را نمایان می‌سازد. از طرفی رابطه‌ای دوجانبه بین این سطوح و افزایش جمعیت وجود دارد. به بیان دیگر همانطور که جنبه‌های زیستی، روانی و اجتماعی بر روی افزایش جمعیت اثر می‌گذارند، افزایش جمعیت نیز هریک از این جنبه‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از اینرو مسئله افزایش جمعیت باید بطور همه‌جانبه مورد بررسی و ارزیابی قرار گیرد. در مقاله حاضر با نگاهی اجمالی به رابطه افزایش جمعیت و جنبه‌های اجتماعی آن، رابطه افزایش جمعیت و مسائل روانی، با تفصیل بیشتر مورد بررسی قرار می‌گیرد.

### افزایش جمعیت و مسائل اجتماعی:

تغییرات سریع رشد جمعیت و اثرات مستقیم آن بر ساختار و کیفیت نیروی انسانی یکی از اصلی‌ترین مشخصات اجتماعی ایران در نیمه دوم قرن حاضر بشمار می‌آید.<sup>۴</sup> در دهه ۶۵-۱۳۵۵، با رها شدن سیاست کنترل موالید، مهاجرت آواره‌ها به ایران، تغییر نگرش مردم به سمت هرچه بیشتر بچه‌دار شدن، کشور با بحران جمعیت و روند رشد انفجار آمیزش روبرو می‌شود.<sup>۵</sup>

نرخ رشد جمعیت در این مدت به  $\frac{۳}{۹}$  درصد در سال می‌رسد. با بالا رفتن رشد جمعیت، ساخت آن نیز جوان‌تر و جامعه با جمعیت خردسال و نوجوان بیشتری مواجه می‌شود که باید تا رسیدن این افراد به کارآمدی لازم، نیازهای مختلف آنها تأمین شود. در سال ۱۳۶۵، حدود  $\frac{۴۵}{۵}$  درصد جمعیت را افراد زیر ۱۵ سال تشکیل می‌دهند و نیمی از جمعیت به سنین زیر ۱۷ سال تعلق دارند. با توجه به ترکیب سنی و سطح باروری جامعه، در سالهای آینده نیز جمعیت با رشدی رو به افزایش روبرو خواهد بود.<sup>۶</sup>

افزایش بی‌رویه جمعیت مشکلات اقتصادی و اجتماعی متعددی را برای کشور به همراه دارد. در فاصله سالهای ۹۰-۱۳۷۰ حداقل ۹ میلیون خانوار جدید در ایران شکل می‌گیرد، و ایجاد سالانه بیش از نیم میلیون واحد مسکونی را طلب می‌کند که در شرایط کنونی امکان ساختن آن وجود ندارد.<sup>۷</sup> اگر رشد تولید ناخالص ملی در این فاصله به طور چشمگیری متحول نشود و به گونه‌ای متوازن بین مناطق توزیع نشود، حاشیه‌نشینی و محله‌های فقیرنشین که از پدیده‌های جنبی نابسامانیهای اقتصادی است گسترده‌تر خواهد شد. در حال حاضر در حدود  $\frac{۱}{۶}$  میلیون نفر بیکارند و ۲۷ درصد از جمعیت شاغل، کم‌کار هستند. بهره‌گیری کامل از منابع انسانی منوط به ایجاد  $\frac{۱۰}{۸}$  میلیون فرصت جدید شغلی در طی بیست سال آینده می‌باشد.<sup>۸</sup> براساس برآوردهای سال ۱۳۶۷ بیش از  $\frac{۱}{۷}$  میلیون نفر از کودکان ۶ تا ۱۰ ساله کشور، از تحصیل محرومند و توسعه امکانات آموزشی به هیچوجه متناسب با رشد جمعیت نیست. این امر منجر به دوتوبتی شدن مدارس، کمبود

فضای آموزشی، کمبود نیروی انسانی و تجهیزات کمک آموزشی و در نتیجه پایین آمدن کیفیت آموزشی شده است.<sup>۹</sup> افزایش و پراکندگی جغرافیایی جمعیت تأثیر منفی بر سطح برخورداری افراد جامعه از امکانات محدود بهداشتی و درمانی کشور برجای گذاشته است. در حال حاضر نسبت تعداد پزشک، پرستار و امکانات بیمارستانی به جمعیت کشور بسیار کمتر از معیارهای جهانی است. مطالعاتی که در وزارت بهداشت و درمان در جهت تعیین حداقل مورد نیاز کادر درمانی و تسهیلات بهداشتی بعمل آمده است نمایانگر این مسئله است که حتی رسیدن به حداقل نیازها، مستلزم کار و کوشش فراوان و تجهیز منابع عظیم مالی و سازمانی است.

اگر توسعه را شامل توسعه منابع مادی و انسانی در نظر بگیریم، دیگر نمی‌توان تنها نرخ رشد ناخالص ملی را بعنوان ملاکی برای توسعه محسوب کرد. بسیاری از کشورهای در حال توسعه متوجه شده‌اند که نرخهای بالای رشد ناخالص ملی در کاهش نامالایمات و فقر اجتماعی بخش اعظمی از جامعه ناکام مانده است.<sup>۱۰</sup> براساس گزارش برنامه عمران ملل متحد (UNDP)، با آنکه ایران از نظر سرانه تولید ناخالص ملی در بین ۱۳۰ کشور در رتبه ۹۷ قرار دارد، اما از جهت توسعه انسانی در رتبه ۶۱ قرار می‌گیرد که این امر حاکی از توزیع نابرابر امکانات اجتماعی و اقتصادی جامعه است.<sup>۱۱</sup> بررسیهای انجام شده در ایران نشان می‌دهد که در کشور، نابرابری شدید در توزیع درآمد وجود دارد. براساس هزینه‌های مصرفی خانوار، در سال ۱۳۶۵ بیش از ۲۲ میلیون نفر در زیر خط فقر زندگی می‌کردند،<sup>۱۲</sup> یعنی درآمد کافی برای کارایی بدنی و روانی را نداشتند. در این میان روند افزایش بی‌رویه جمعیت این مسائل را تشدید کرده است.

انسانها هم وسیله و هم هدف توسعه هستند و روند توسعه باید منجر به رفاه و آسایش آنها شود. هدف بنیادین توسعه خلق شرایطی است که امکان یک زندگی طولانی، همراه با سلامتی و خلاقیت را برای مردم فراهم سازد.<sup>۱۳</sup> با توجه به واقعیت‌های مذکور، افزایش بی‌رویه جمعیت موانع و مشکلات متعددی را در زمینه‌های اقتصادی و اجتماعی برای کشور بوجود می‌آورد، اما مسئله تنها به همین جنا ختم نمی‌شود، بلکه بطور مستقیم و از طریق پیامدهایی که دارد بهداشت جسمی و روانی جامعه را نیز به مخاطره می‌اندازد.

### افزایش جمعیت و مسائل روانی:

سازمان بهداشت جهانی سلامتی را حالت رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی تعریف کرده است. بر این اساس رفاه روانی یکی از جنبه‌های سلامتی محسوب می‌شود. سلامتی تنها به معنای فقدان بیماری نیست، بلکه فراهم آوردن شرایط ضروری برای ارتقاء سطح بهداشت روانی افراد را نیز دربر می‌گیرد.<sup>۱۴</sup> بیماری روانی مخصوص قشر یا طبقه خاصی نیست و امکان ابتلاء به ناراحتیهای روانی برای همه افراد جامعه وجود دارد. وسعت نابهنجاریهای روانی در هر اجتماعی نه تنها تابع مقدار فشار روانی است که به افراد وارد می‌شود بلکه تابع امکانات و روشهایی است که

اجتماع در اختیار آنها قرار می‌دهد تا با این فشارها مقابله نمایند. افرادی که به هر علت نتوانند فشارهای روانی و اجتماعی را برطرف کنند به رفتارهای غیر عادی متوسل می‌شوند.<sup>۱۵</sup> هیچ انسانی از فشارهای روانی مصون نیست. اما بین انسانها از نظر خصوصیات فردی و محیطی تفاوتی وجود دارد. کسانی که تحت فشارهای روانی بیشتر قرار دارند، و از طرفی امکانات کمتری برای مقابله با این فشارها در اختیار دارند، آسیب‌پذیرتر هستند، و خطر ابتلاء آنها به بیماری روانی بیشتر است. این نکته به آن معنا نیست که همه افراد آسیب‌پذیر حتماً به بیماری یا ناراحتیهای روانی دچار می‌شوند. افزایش جمعیت یکی از عوامل محیطی است که بطور مستقیم یا از طریق پیامدهایی که دارد در بروز و شیوع مسائل و مشکلات روانی دخیل است.

افزایش جمعیت بطور طبیعی تعداد بیماران روانی را در جامعه افزایش می‌دهد. بررسیهای اولیه در کشور ما نشان می‌دهد که یک درصد مردم از اختلالات روانی شدید و ده درصد از اختلالات روانی خفیف در رنج هستند. بر این اساس، تعداد بیماران روانی در کشور ایران به حدود ۵/۵ میلیون نفر می‌رسد.<sup>۱۶</sup> با افزایش جمعیت و با فرض ثابت ماندن درصد جمعیتی که مشکلات روانی دارند، تعداد بیماران روانی افزایش می‌یابد. از طرفی امکانات کشور در زمینه ارائه خدمات به این بیماران با رشد روزافزون تعداد آنها تناسب ندارد. در ایران حدود ۱۹ بیمارستان و ۵۰۰۰ تخت بیمارستانی برای بیماران روانی وجود دارد که ۵۰٪ تختها بوسیله بیماران مزمن اشغال شده است. در بسیاری از استانهای کشور بیمارستان روانی وجود ندارد و برای هر یک میلیون نفر حدود ۵ روانپزشک وجود دارد. به دلایل مختلف، تقریباً کمتر از ده درصد از مردم که نیازمند کمکهای روانپزشکی هستند موفق به دریافت آن می‌شوند.<sup>۱۷</sup>

مزم شدن بیماری، رنج بیشتر بیمار و به خطر افتادن بهداشت روانی خانواده و اطرافیان بیمار، از پیامدهای جبران‌ناپذیر این شرایط محسوب می‌شوند. بیمار روانی به شرایط اقتصادی خانواده لطمه شدید وارد می‌سازد. از طرفی از نظر روابط انسانی، خانواده را در وضع ناراحت‌کننده و تأسف‌آوری قرار می‌دهد. خانواده‌ها صرف نظر از مخارج هنگفت و صرف وقت، فشار روانی شدیدی را برای نگهداری بیمار خود تحمل می‌کنند. مراقبت و نگهداری بیمار روانی زندگی خانواده را مختل، نشاط و رفاه فردی را از اعضای خانواده سلب می‌کند و خطر ابتلاء آنها را به بیماریهای روانی افزایش می‌دهد.<sup>۱۸</sup> بررسیها نشان می‌دهند، وجود مشکلات روانی در کودکانی که یکی از والدین آنها دچار اختلالات روانی هستند بیشتر است. همچنین این کودکان بیشتر از دیگران در معرض خطر آسیبهای اجتماعی و مشکلات تحصیلی قرار دارند.<sup>۱۹</sup> واکنش والدین نیز نسبت به مشکلات روانی فرزندان در بیشتر مواقع بهداشت روانی آنها را به خطر می‌اندازد. احساس گناه و شرمساری، ناکامی، انکار واقعیت یا کتمان حقیقت، نگرانی و سرزنش دیگران از شایع‌ترین این واکنشها هستند.<sup>۲۰</sup> همه این مسائل در حالی است که جامعه قادر به ارائه خدمات متناسب با نیازهای آنها نیست و این خانواده‌های بحران‌زده را به حال خود رها کرده است.

با توجه به رشد بی‌رویه جمعیت، ایران ساخت سنی جوانی دارد و بخش قابل توجهی از افراد

جامعه زیر ۳۰ سال قرار دارند. از آنجائیکه در سالها و دهه‌های اولیه زندگی به دلایل مختلف افراد نسبت به مشکلات و مسائل روانی آسیب‌پذیرتر هستند، می‌توان نتیجه گرفت که به‌طور کلی آسیب‌پذیری جامعه ما به مراتب بیشتر است. به دلیل ترکیب سنی جوان، بار تکفل نیز در جامعه بالاست و در نتیجه فشار روانی بیشتری را متوجه افرادی از جامعه می‌سازد، که موظف به تأمین نیازهای اساسی افراد تحت سرپرستی‌شان هستند.

علاوه بر عواقب مستقیم افزایش جمعیت بر بهداشت روانی جامعه همانطوریکه قبلاً اشاره شد بین افزایش بی‌رویه جمعیت با سطح فقر، تغییر ساختار خانواده، و وضعیت آموزش و بهداشت همگانی ارتباطی دوجانبه وجود دارد. و این شرایط پیامدهای روانی مشخصی را برای افراد جامعه دارد که به ترتیب به آنها اشاره می‌شود.

### کیفیت زندگی و مسئله فقر:

کیفیت نامطلوب زندگی می‌تواند نتایج ناگواری بر بهداشت روانی جامعه داشته باشد. اگر چه عوامل بسیاری در وقوع عقب‌ماندگی ذهنی، ترک تحصیل زودرس، بیکاری، بزهکاری، اعتیاد و از هم گسیختگی خانوادگی نقش دارند، ولی میزان بالای این مسائل در بین افراد فقیر دلالت بر آن دارد که در بین سایر موارد، فقر در خانواده‌های کم‌درآمد فشار زیادی بر بهداشت روانی آنها وارد می‌سازد.<sup>۲۱</sup> فقدان امکانات یکی از مشخصه‌های فقر است که زمینه را برای اتلاف نیرو و سلامت افراد فراهم می‌کند. زندگی در فقر یعنی زندگی در محیطی که مملو از موانع فیزیکی مختلف است و محرومیت از امکاناتی که لازمه یک زندگی سالم است. همانطوریکه بیماریهای مختلف، حوادث و تصادفات در خانواده‌های بی‌بضاعت فراوان است، عقب‌ماندگیهای ذهنی نیز بعثت محدودیت‌های بهداشتی و محیطی در این خانواده‌ها بیشتر به چشم می‌خورد. تعداد عقب‌مانده‌های ذهنی در مناطق فقیرنشین که از لحاظ فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی نارسایی شدید دارند به ۱۰ تا ۳۰ درصد جمعیت می‌رسد و با ۲ تا ۳ درصد تعداد عقب‌مانده‌های ذهنی کشور تفاوت فاحشی دارد، لذا می‌توان به اهمیت فقر در بروز عقب‌ماندگی ذهنی پی‌برد.<sup>۲۲</sup> میانگین هوشبهر دانش‌آموزان دبستانی طبقات اجتماعی اقتصادی بالا ۱۵ تا ۲۰ واحد بیشتر از طبقات اجتماعی پایین می‌باشد. این تفاوت در کودکان قبل از سنین دبستانی نیز صادق است.<sup>۲۳</sup> طبق گزارش کمیسیون مشترک بهداشت روانی کودکان،<sup>۲۴</sup> ۷۵ درصد کودکان و نوجوانانی که از لحاظ ذهنی عقب‌افتاده‌اند هیچ ضایعه مغزی آشکاری ندارند و نقایص جسمانی بسیار کمی در آنان موجود است. به‌طور مشخص این موارد غیرعضوی در مناطقی هستند که زیر خط فقر قرار دارند.<sup>۲۵</sup> به بیان دیگر هرچه منطقه‌ای عقب‌مانده‌تر و شلوغ‌تر باشد تعداد افراد عقب‌مانده در آن بیشتر است. بررسی نشان می‌دهد که رابطه عقب‌ماندگی و فقر ۰/۷۲۷، رابطه بین عقب‌ماندگی و جمعیت زیاد در محل زندگی ۰/۹۸ و رابطه بین عقب‌ماندگی و تعداد افراد خانواده ۰/۳۴۸ می‌باشد.<sup>۲۶</sup> فقر از طریق سوء تغذیه مادر و

کودک نیز می‌تواند باعث بروز عقب‌ماندگیهای ذهنی شود. وقتی تغذیه مادر در دوران بارداری و شیردهی مطلوب نباشد، رشد هوشی کودک نیز مناسب نخواهد بود. این موضوع در کشورهای که با فقر غذایی و ازدیاد جمعیت مواجهند کاملاً مشهود است. نوزادی که از مادر دچار فقر غذایی بدنیا می‌آید سلولهای مغزش کمتر و اندازه مغزش کوچکتر از حد طبیعی است.<sup>۲۷</sup>

بین وضعیت اجتماعی و بهداشت روانی همبستگی مثبت وجود دارد. اعضاء طبقات بالاتر اقتصادی و اجتماعی وضع روانی بهتری نسبت به طبقات پایین‌تر دارند. یافته‌ها نشان می‌دهد که بالاترین میزان اختلالات روانی و شدیدترین انواع آنها در طبقات پایین اجتماع وجود دارد.<sup>۲۸</sup> در مناطق فقیرنشین، تراکم جمعیت موجب تنش و ناراحتی روانی می‌شود و میزان پرخاشگری و خشونت را افزایش می‌دهد. کمبودها، محرومیتها و ناکامیهای متعدد در این مناطق و فقدان حمایت‌های اجتماعی باعث تشدید خشونت و پرخاشگری می‌شود.<sup>۲۹</sup> هرچه تراکم جمعیت بیشتر باشد بز هکاری و شیوع مشکلات رفتاری بیشتر است.<sup>۳۰</sup> بررسی خودکشی در تهران نشان می‌دهد که خودکشی بیشتر در افراد بین سنین ۲۰ تا ۳۰ سال و اعضاء طبقات اجتماعی پایین و متوسط پایین و عمدتاً بیکاران و کسانی است که زیر دیپلم بوده‌اند.<sup>۳۱</sup>

مفهوم فقر تنها محرومیت اقتصادی نیست و اثر آن می‌تواند بسیار عمیق‌تر باشد. فرهنگ فقر در محیط فقیر بوجود می‌آید و منجر به شکل‌گیری باورها، ارزشها و خصایص شخصیتی می‌شود که از نسلی به نسل دیگر انتقال می‌یابد.<sup>۳۲</sup> فرهنگ فقر میراثی برای عقده‌های روانی می‌شود و افراد را با جامعه بیگانه می‌سازد و زمینه را برای انحرافات اجتماعی مهیا می‌کند. احساس درماندگی موجب می‌شود فرد به بیهودگی کوشش خود باور بیاورد و گرفتار تحقیر و افسردگی روانی شود. از اینرو شخصیت فرد درهم شکسته می‌شود و اعتماد به نفس وی کاهش می‌یابد و امیدش را از بین می‌برد. اختلاف شدید بین طبقات می‌تواند موجب حسادت و خشم شود و رفتارهای پرخاشگرانه را تشدید کند.<sup>۳۳</sup> کودکان مناطق فقیرنشین بتدریج ارزشهای محیطی را می‌آموزند و این تسلسل ادامه می‌یابد.

#### خانواده:

خانواده از اساسی‌ترین و مهمترین نهادهای اجتماعی محسوب می‌شود. تجاربی که فرد در سالهای اولیه زندگی در خانواده کسب می‌کند ساختمان اولیه شخصیت او را تشکیل می‌دهد و در جهان‌بینی و نگرش وی نقش بسزایی دارد. یکی از مسائل مهم در ساختار خانواده، سن بارداری است. سن بارداری در سلامت فرزند، تعداد فرزندان و کیفیت فرزند پروری مؤثر است. اگر سن مطلوب برای بارداری را بین ۲۰ تا ۳۵ سال در نظر بگیریم، براساس آمارهای ۱۳۷۰ در حدود ۳۰ درصد زنان کشور قبل از ۲۰ سالگی و پس از ۳۵ سالگی باردار شده‌اند.<sup>۳۴</sup> بارداری در این سنین نه تنها مشکلاتی را برای مادران بوجود می‌آورد، بلکه خطر ابتلاء فرزندان آنها را به اختلالات روانی

افزایش می‌دهد. از طرفی جوان‌تر شدن سن بارداری منجر به افزایش تعداد فرزندان خانواده می‌شود. بررسیها نشان می‌دهد که بین تعداد فرزندان خانواده و هوشبهر آنها رابطه معکوس وجود دارد. در خانواده‌های تک‌فرزندی متوسط هوشبهر ۱۱۳ بوده و بتدریج در خانواده‌های چند فرزند هوشبهر کم شده است، بطوریکه در خانواده‌های ده نفری حد متوسط هوشبهر ۹۵ بوده است.<sup>۳۵</sup> وقتی تعداد بچه‌های خانواده زیاد است، توجه کمتری به تک تک آنها می‌شود. خانه شلوغ و متراکم و پر جنب و جوش و پرسروصدا است. محیط خانوادگی شلوغ تسهیل کننده بروز خشونت است. حضور افراد زیاد در یک فضای کوچک منجر به افزایش تنش شده و احتمال خشونت و پرخاشگری را افزایش می‌دهد. در این خانه‌ها هیچ کودکی کانون توجه نیست و عده کودکان بیشتر از آنست که پدر و مادر وقت کافی برای رسیدگی به همه آنها را داشته باشند.<sup>۳۶</sup> بین تعداد فرزندان خانواده و مشکلات روانی آنها نیز رابطه وجود دارد. بررسی در ایران نشان می‌دهد که اکثر بیماران اسکیزوفرنیا خانواده‌هایی پرجمعیت داشته‌اند. تعداد متوسط فرزندان در خانواده این بیماران ۶ نفر بوده است.<sup>۳۷</sup> در کشور ما ازدواج در سنین پایین، فقدان تجربه برای قبول مسئولیت زندگی، تعدد فرزندان، فقر و نادانی والدین از علل عمده ناسازگاری کودکان بشمار می‌آیند.<sup>۳۸</sup>

سن بچه‌دار شدن در کیفیت فرزندپروری مؤثر است. هر قدر سن بچه‌دار شدن بالاتر باشد والدین به کودکان بیشتر توجه می‌کنند. همچنین مادر با کودک رابطه عاطفی تری دارد و از مادر بودن خود احساس رضایت بیشتری می‌کند. مادران جوان بیش از مادران مسن کودکان خود را تنبیه کرده و مورد آزار قرار می‌دهند، رشد ذهنی کودکانی که مادران مسن‌تر دارند، حتی با کنترل سطح تحصیلات مادران، از کودکانی که مادران کم‌سن‌تر دارند بیشتر است. پدرانی هم که بعد از ۲۵ سالگی بچه‌دار می‌شوند با فرزندان خود رابطه گرمتری دارند و بیشتر به آنها می‌پردازند. با آنکه بزرگ کردن فرزندان یکی از دشوارترین مسئولیتهایی است که بزرگسالان در زندگی دارند، اما غالب مردم برای پدر یا مادر شدن آمادگی ندارند.<sup>۳۹</sup> بنظر می‌رسد با بالا رفتن سن به دلیل کسب تجربه، ثبات شغلی، بهبود وضعیت اقتصادی، والدین آمادگی بیشتری برای پرورش فرزندان‌شان پیدا کرده و وقت بیشتری دارند تا صرف آنها نمایند. آشکار است که این مطالب را نباید به همه افراد تعمیم داد. بعضی از افراد در سنین جوانی هم والدین حساس و پر توجهی هستند و امکانات و شرایط لازم را برای فرزند پروری دارند.

### کار:

کار و فعالیت یکی از نیازهای مهم انسان است. انسان با کار و فعالیت احساس ارزشمندی و کفایت کرده و تواناییهای بالقوه‌اش را شکوفا می‌سازد. کار در تعیین موقعیت اجتماعی افراد نقش دارد. به بیان دیگر اشتغال نه تنها به عنوان راهی برای تأمین نیازمندیهای مادی زندگی اهمیت دارد بلکه نیازهای روانی را مرتفع می‌سازد. در کشور ما فرصتهای شغلی محدود است و برای دستیابی به

این فرصتها رقابتی شدید وجود دارد. پس از اشتغال نیز احساس عدم امنیت شغلی و ترس از دست دادن شغل موجب نگرانی افراد می‌شود.<sup>۲۰</sup> از طرفی غالباً افراد به کارهایی اشتغال دارند که برایشان مطبوع نیست و از نظر درآمد، محیط کار و امکان پیشرفت نامساعد است. فقدان موقعیت تحصیلی، تهدید بیکاری، فقدان موقعیت برای ترفیع و ناامنی کلی، بسیاری را مقید به مشاغل کرده است که از آن رضایت نداشته و در صورتیکه بتوانند آنرا ترک می‌کنند.<sup>۲۱</sup> این مشکلات هر یک به نوبه خود موجب افزایش فشارهای روانی در سطح جامعه می‌شود و زمینه بیماریهای جسمی را فراهم می‌کند. به دلیل عدم کفایت درآمد حاصل از یک شغل در رفع حوایج زندگی، بسیاری از افراد سعی می‌کنند با اضافه کاری یا پرداختن به کار دیگری درآمدها را افزایش دهند. این امر نه تنها شخص را مستعد آسیبهای جسمی و روانی می‌سازد بلکه به نقش‌های وی به عنوان همسر، والد و شهروند لطمه می‌زند.

در جامعه ما به دلیل عدم تناسب بین متقاضیان کار و فرصتهای شغلی، بیکاری به عنوان یک معضل اجتماعی بروز کرده است. در اثر بیکاری درآمد کاهش می‌یابد و فشارهای اجتماعی بیشتر خودنمایی می‌کنند. این درحالی است که اکثریت افراد از حداقل حمایت‌های اجتماعی محروم هستند. فشارهای ناشی از بیکاری و درماندگی در تأمین نیازمندیهای زندگی موجب ناسازگاری و بدر رفتاری فرد بیکار با اعضای خانواده‌اش می‌شود. یک مطالعه طولانی نشان می‌دهد که میزان بدر رفتاری با کودکان با بالا رفتن میزان بیکاری افزایش یافته است.<sup>۲۲</sup> بیکاری و پیامدهای ناگوار اقتصادی و روانی آن یکی از عوامل اصلی اختلافات زناشویی و طلاق محسوب می‌گردد. به اضافه بیکاری زمینه بسیاری از انحرافات اجتماعی را مهیا می‌سازد.<sup>۲۳</sup>

### آموزش و بهداشت همگانی:

اگر افزایش آگاهی و باسوادی زنان، کاهش مرگ و میر کودکان و برنامه‌های تنظیم خانواده را از عوامل مؤثر در کاهش زاد و ولد بدانیم، نقش آموزش و بهداشت همگانی در کنترل جمعیت کاملاً روشن می‌شود. بررسیها در ایران نشان می‌دهد که سواد زنان در کاهش باروری به عنوان عاملی قطعی دخیل است. متوسط تعداد فرزندان زنانی که در سطح سواد عالی هستند ۱/۳ تعداد فرزندان زنان بی‌سواد بوده است.<sup>۲۴</sup>

از طرفی ارتقاء سطح بهداشت عمومی به بهداشت روانی افراد جامعه کمک می‌کند. در بسیاری از مواقع نارساییهای بهداشتی عامل زمینه‌ساز یا آشکارساز مشکلات روانی است. با ممانعت یا رفع این عوامل می‌توان از بروز ناراحتیهای روانی جلوگیری کرد. به عنوان مثال اختلالهای ذهنی که بواسطه مسمومیت، عوامل عفونی، فرآیندهای ژنتیکی، سوء تغذیه، آسیب دیدگی و ناهنجاریهای مربوط به دستگاههای گوناگون بدن بوجود می‌آیند،<sup>۲۵</sup> قابل پیشگیری هستند.



ارتباط میان کاهش مرگ و میر کودکان و پائین آمدن میزان زاد و ولد نیز از مسایلی است که کمتر به آن توجه شده است. بطور کلی کاهش مرگ و میر کودکان به کاهش میزان زاد و ولد کمک می‌کند. زیرا از نظر روانی اعتماد والدین به ثبات ساختار خانواده افزایش می‌یابد و در نتیجه باعث عدم نیاز به زاد و ولد زیاد می‌شود. ممکن است تصور شود در صورت بقای کودکان میزان رشد جمعیت بیشتر و مشکل جمعیت وخیم‌تر می‌شود. این امر در مراحل اولیه کاهش مرگ و میر که هنوز والدین اعتماد لازم را کسب نکرده و از زاد و ولد زیاد خود دست برنداشته‌اند درست است اما در مراحل بعدی زمانی که میزان مرگ و میر کودکان به رقم ۱۰۰ در هزار و کمتر از آن میل می‌کند تدریجاً کاهش می‌یابد.<sup>۴۶</sup>

از اینرو عدم امکانات آموزشی و بهداشتی کافی در کشور که معلول رشد بی‌رویه جمعیتی است نه تنها افزایش بی‌رویه جمعیت را تشدید می‌کند بلکه پیامدهای نامطلوبی را بر روی بهداشت روانی افراد جامعه به همراه دارد.

### نتیجه‌گیری:

بحران جمعیت در ایران پدیده‌ای گذرا نیست<sup>۴۷</sup> و اثرات نامطلوب آن نیز بر زندگی مردم عمیق و پیرامنه است. کاهش کیفیت زندگی و بروز فقر، بیکاری، مشکل مسکن، کمبود امکانات آموزشی و بهداشتی، همگی پیامدهای افزایش بی‌رویه جمعیت در ایران هستند. این مشکلات عدیده و فشارهای روانی ناشی از آنها، باعث تضعیف ارزشها، اخلاق و هنجارهای اجتماعی شده و زمینه را برای بروز انحرافهای اجتماعی و اختلالات روانی بیشتر مهیا ساخته است. تصمیم‌گیرهای مقطعی درباره این معضل اجتماعی به رفع آن کمکی نمی‌کنند. تنها با شناخت علل مختلف افزایش بی‌رویه جمعیت، برنامه‌ریزی درازمدت و برخوردی همه‌جانبه، می‌توان به موفقیت در زمینه تنظیم خانواده امیدوار بود.

### منابع و زیرنویسها:

۱. تودارو، مایکل؛ توسعه اقتصادی در جهان سوم؛ ترجمه غلامعلی فرجادی؛ وزارت برنامه و بودجه؛ جلد اول، چاپ دوم؛ ۱۳۶۶.
۲. علیزاده، محمد؛ برخی از جنبه‌های عینی بحران جمعیت در ایران؛ ماهنامه جامعه سالم؛ سال دوم، شماره

هشتم؛ ۱۳۷۱، صفحه ۳۵-۲۸.

۳. منبع شماره ۱.

۴. امیر احمدی، هوشنگ نیکپور، فریدون؛ رشد جمعیت و توسعه اقتصادی و اجتماعی در ایران؛ اطلاعات سیاسی - اقتصادی، سال پنجم شماره سوم، ۱۳۶۹، صفحه ۵۸-۴۷.

۵. منبع شماره ۲.

۶. زنجانی، حبیب‌الله، ساخت جمعیت در ایران؛ اطلاعات سیاسی اقتصادی، سال دوم، شماره یازدهم، ۱۳۶۷، صفحه ۴۷-۴۶.

۷. گزارش سمینار جمعیت و توسعه؛ اطلاعات سیاسی - اقتصادی، سال دوم؛ شماره یازدهم؛ ۱۳۶۷؛ صفحه ۴۴-۴۲.

۸. منبع شماره ۲.

۹. ابطحی، آموزش و پرورش عمومی و رشد جمعیت؛ اطلاعات سیاسی اقتصادی؛ سال دوم، شماره یازدهم؛ ۱۳۶۷، صفحه ۴۹-۴۸.

۱۰. منبع شماره ۱.

۱۱. گزارش برنامه عمران ملل متحد با سه دهه توسعه انسانی و چشم‌انداز آن در دهه ۱۹۹۰؛ ترجمه محسن اشرفی؛ اطلاعات سیاسی - اقتصادی سال چهارم، شماره هفتم؛ ۱۳۶۹ صفحه ۷۷-۷۰.

۱۲. عظیمی، حسین؛ رشد و توسعه اقتصادی و تأثیر آن بر فقرزدایی؛ اطلاعات سیاسی - اقتصادی؛ سال چهارم، شماره هفتم؛ ۱۳۶۹، صفحه ۵۵-۵۲.

۱۳. منبع شماره ۱۰.

14. Sutherland, Cooper; understanding stress, Chapman and Hall; 1990.

۱۵. شاملو، سعید؛ آسیب‌شناسی روانی، انتشارات رشد، چاپ دوم، ۱۳۶۶.

۱۶. ابوالهیری، جعفر، بهداشت روان، نشر و تبلیغ بشری؛ چاپ اول؛ ۱۳۷۰.

۱۷. منبع شماره ۱۶.

۱۸. میلانی فر، بهروز؛ بهداشت روانی؛ نشر قومس، چاپ اول؛ ۱۳۷۰.

19. Phares, Vicky, compas, Bruce E.; The Role of fathers in child and Adolescent Psychopathology; Psychological Bull. Atin, Vol. 111 No. 3; 1992.

۲۰. میلانی فر، بهروز؛ روانشناسی کودکان و نوجوانان استثنایی؛ نشر قومس، چاپ سوم؛ ۱۳۷۰.

۲۱. آزاد، حسین؛ روانشناسی مرضی کودک؛ انتشارات پازنگ، چاپ اول؛ ۱۳۶۶.

۲۲. منبع شماره ۲۰.

۲۳. منبع شماره ۲۰.

24. Joint Commision on mental Health of Children.

۲۵. منبع شماره ۲۱.

۲۶. ضرابی، اصیلان؛ گزارش سمپوزیوم عقب‌ماندگی ذهنی؛ دانشکده علوم توانبخشی؛ چاپ اول، ۱۳۶۶.

۲۷. میرفتاحی، محمدباقر؛ گزارش سمپوزیوم عقب‌ماندگی ذهنی؛ دانشکده علوم توانبخشی؛ چاپ اول، ۱۳۶۶.
۲۸. کپلان، هبرویدوسادوک بانایمین؛ خلاصه روانپزشکی؛ ترجمه نصرت‌الله پورافکاری؛ چاپ تابش، جلد اول؛ ۱۳۶۸.
29. Stanhope, Lancaster; Community Health Nursing; THEC. V. Mosby Company, Second Edition, 1988.
۳۰. گروسی خرسی، میرتقی؛ خلاصه مقالات سومین کنگره پژوهش‌های روانپزشکی و روانشناسی در ایران؛ ۱۳۷۰، صفحه ۴۸.
۳۱. نورمنادیاد داویویان، لئون؛ خلاصه مقالات سومین کنگره پژوهش‌های روانپزشکی و روانشناسی در ایران؛ ۱۳۷۰، صفحه ۳۶.
32. Bernstein and others; Psychology; Houghton Mifflin 1991.
۳۳. هارلی، راجر؛ فقر و کم‌هوشی و رابطه آنها؛ ترجمه نصرت‌الله پورافکاری، نشر ذوقی، ۱۳۶۲.
۳۴. زنجانی، حبیب‌الله؛ گامی نو در پژوهش‌های جمعیتی؛ فصلنامه علمی پژوهشی جمعیت؛ سازمان ثبت احوال کشور؛ شماره دوم ۱۳۷۱، صفحه ۵۸-۴۹.
۳۵. منبع شماره ۲۰.
۳۶. منبع شماره ۳۳.
۳۷. منبع شماره ۳۰.
۳۸. منبع شماره ۲۰.
۳۹. ماسن، پاول هنری و دیگران؛ رشد و شخصیت کودک، ترجمه مهشید یاسایی؛ نشر مرکز؛ چاپ دوم؛ ۱۳۷۰.
۴۰. منبع شماره ۱۴.
۴۱. میرجندی، پروین؛ روانشناسی رفتار غیرعادی؛ انتشارات دهخدا؛ چاپ چهارم؛ ۱۳۶۲.
۴۲. منبع شماره ۳۹.
43. Coleman, Butcher, Carson; Abnormal Psychology and Modern life; Scott, Foresman and Company; 6th Ed. 1980.
۴۴. غفاری، غلامعلی؛ مرگ کمتر، تولد کمتر؛ فصلنامه علمی پژوهشی جمعیت با سازمان ثبت احوال کشور؛ شماره دوم، ۱۳۷۱؛ صفحه ۲۷-۲۵.
۴۵. نلسون، ریتاویکس و ایلزرائل، الق سی؛ بااختلالهای رفتاری کودکان؛ ترجمه تقی منشی طوسی، آستان قدس رضوی؛ ۱۳۶۹.
۴۶. منبع شماره ۴۴.
۴۷. منبع شماره ۲.