

نقش شیوه عقیم سازی در تحدید باروری نکاحی

تحقیقی در مراکز عقیم سازی تهران

کورث مهراثاش^۱

چکیده

این نوشته گزارش تحقیقی است که در پی یافتن پاسخ به سه پرسش زیر بوده است:

اولاً، چه عواملی زوجین را به مرحله تکافوی فرزندآوری می رساند؟ ثانیاً، انگیزه زوجین در ترجیح روش عقیم سازی نسبت به شیوه های دیگر کنترل موالید چیست؟ ثالثاً، با توجه به پیچیدگی عمل توبکتومی نسبت به عمل وازکتومی، چه شرایطی موجب میگردد که زن استفاده از روش توبکتومی را، غیرداوطلبانه، پذیرا شود؟

فرضیه های تحقیق عبارتند از:

اولاً، شوهران، طبق سنت، در تصمیم گیری در مورد کنترل موالید، با شیوه عقیم سازی، نقش پررنگتری در خانواده دارند.

ثانیاً، متناسب با افزایش اقتدارگرائی شوهر در خانواده نقش زن در تصمیم گیری مربوط به کنترل موالید کاهش یافته و متناسب با این کاهش احتمال پذیرش غیر داوطلبانه زن برای عقیم سازی خود افزایش یافته است. نتیجه کلی تحقیق را، با توجه به تیپ شناسی زوجین، می توان چنین بیان کرد که در همه تیپها:

۱- علاوه بر عوامل اقتصادی، عامل ترجیح کیفیت فرزند، در مقابل کمیت آن، زوجین را به مرحله تکافوی فرزندآوری رسانیده است.

۲- تأثیر عوامل تعیین کننده در افزایش قاطعیت زوجین در انتخاب شیوه عقیم سازی، نسبت به سایر ابزار جلوگیری، متناسب با عدم آشنائی زوجین نسبت به کارائی ابزار فوق و همچنین متناسب با میزان آسیب پذیری زوجین، در بکارگیری صحیح ابزارها در روابط جنسی، افزایش یافته است.

۳- نقش عامل قدرگرائی در پذیرش شیوه هائی از کنترل موالید که اساساً از انعقاد نطفه جلوگیری کند مثبت و در مورد شیوه هائی که پس از انعقاد نطفه مانع رشد و بثمر رسیدن جنین بشود، منفی است.

واژگان کلیدی

نظام طبیعی باروری، خود کنترلی، تنظیم خانواده، تحدید خانواده، عقیم سازی.

مقدمه

الگوی باروری زوجین در ایران، در دههء اخیر، طی فرآیندی از الگوی تنظیم خانواده (Family Planning) به الگوی تحدید خانواده (Family Limitation) تبدیل شده و در این میان بکارگیری شیوه عقیم سازی به عنوان یک ابزار مطمئن کنترل نقش مهمی در تحقق بخشیدن الگوی جدید باروری داشته است. هدف این تحقیق شناخت مکانیسمهای انتخاب این شیوه از کنترل موالید توسط زوجین است که در آن کوشش شده، اولاً، درباره چگونگی شکل گیری نیاز به توقف فرزند آوری بین زوجین و کنش مناسب آنان در جهت ارضای چنین نیازی بررسی و ثانیاً، انگیزه زنان در استفاده از شیوه عقیم سازی، به عنوان کارآترین ابزار توقف فرزند آوری مطالعه شود. سوالات اصلی تحقیق عبارت اند از:

اولاً، چه عواملی زوجین را به مرحله تکافوی فرزند آوری می رساند؟

ثانیاً، انگیزه زوجین در ترجیح روش عقیم سازی، به عنوان یک ابزار قاطع به لحاظ توقف فرزند آوری، نسبت به شیوه های دیگر کنترل موالید چیست؟

ثالثاً، با توجه به سختی مضاعف و پیامد خطری که زن نسبت به شوهر در فرآیند عقیم سازی متحمل می شود و همچنین با توجه به پیچیدگی عمل توبکتومی نسبت به عمل وازکتومی، چه شرایطی موجب می گردد که در زندگی مشترک، زن به نوعی می پذیرد که با استفاده از روش توبکتومی به عقیم سازی خود همت گمارد؟

مبانی نظری تحقیق

در مروری گذرا بر نظریه های باروری در صد سال اخیر می توان گفت که تقریباً پس از گذشت یک قرن از فرآیند کاهش باروری در جوامع صنعتی غرب، یعنی از نیمه قرن بیستم فرآیند مشابهی در جوامع در حال توسعه آسیائی و آفریقائی آغاز گردید. در حال حاضر روند کاهش باروری در این جوامع بسرعت به سوی هدف نهائی خود که رسیدن به سطح جایگزینی بود، ادامه دارد. در این بخش به نظریه دو تن از جمعیت شناسان که در این مورد صاحب نظر هستند (انزلی کول و جان کلاند) میپردازیم.

دهه ۱۹۷۰ نقطه عطفی در سیر تاریخی نظریه های باروری به شمار می آید زیرا در این زمان نتایج انتشار یافته دو تحقیق جهانی، یکی پروژه تحقیق باروری اروپا (به سرپرستی کول) و دیگری تحقیق جهانی باروری (WFS)، توسط کلاند تحلیل گردید. نتیجه موج جدیدی از نظریه ها را باعث شد، زیرا که کلاند تقریباً خط بطلانی بر نظریه اقتصاد خانگی بکرز، که در دهه ۱۹۶۰ به عنوان یک نظریه غالب در مقوله کاهش باروری مطرح بود، کشید. کلاند با رویکرد خود گذار باروری را از نظرگاه فرهنگی و نقش مکانیسم اشاعه ایده کنترل باروری در سطح جامعه تبیین کرد. نظریه کلاند به نظریه ایده (ideational theory) معروف شد. (دمنی، ۲۰۰۲: ۲۲۵)

تحقیقات انتشار یافته بکرز که منتهی به نظرگاه "تقاضای باروری" او شد، اگرچه به پاره‌ای از مسائل مربوط به باروری پاسخ داد ولی تأکید پیوسته آن بر متغیرهای اقتصادی به عنوان محور اصلی تبیین مسأله موجب شده بود که همیشه این نوع تبیین با نارسائیهائی مواجه باشد.

کول بر آن است که، علاوه بر عوامل اقتصادی، عوامل فرهنگی نیز در این تحول نقش مهمی ایفاء می کنند. او با مطالعه وضعیت گذار باروری در کشورهای اروپا (در فاصله ۱۸۸۰ الی ۱۹۲۰) عملاً نشان می دهد که این نظریه های اقتصادی قادر نیستند تفاوت های موجود در سطح باروری نکاحی برخی از جوامع اروپائی به هنگام گذار را تبیین کنند. به تفاوت فاحشی که در سطح باروری نکاحی در کشور بلژیک، بین دو قوم فلامانی (Flemish) زبان و فرانسوی زبان وجود دارد مثالی از این دست می باشد. این اقوام علی رغم اینکه در همسایگی یکدیگر واقع شده اند و از نظر توسعه اقتصادی در یک سطح قرار دارند ولی از نظر سطح باروری یکسان نیستند.

این باور در کول زمانی بیشتر تقویت شد که به نتایج دو تحقیق عمده دست یافت که در اواسط دهه ۱۹۷۰ انتشار یافته بود. کول عمدتاً با استفاده از داده های این تحقیقات به مقایسه شرایط گذار جمعیت بین کشورهای غربی و کشورهای در حال توسعه پرداخت. آنچه وی از این مقایسه به دست آورد آن بود که متغیر تعیین کننده سطح باروری نکاحی، برخلاف آنچه تاکنون عمدتاً توسط کلاسیکها و نئوکلاسیکها مخصوصاً "اقتصاد خانگی" که از فرزند تصور "کالا" را ارائه می کنند، گفته شده، متغیرهای فرهنگی است و این حقیقت را تحقیقات فوق به وضوح نشان می دهد. بطوری که براحتی می توان ملاحظه کرد ساکنان مناطق جغرافیائی مختلف که از وضعیت اقتصادی متفاوتی برخوردارند با توجه به تشابهات فرهنگی از سطح باروری یکسانی سود می برند. به عنوان مثال با مقایسه جمعیت چینی تبار ساکن آسیای جنوب شرقی با جمعیت چینیهائی که در سرزمین اصلی چین ساکن هستند، ملاحظه می شود که چگونه یک روند کاهش باروری همزمان و تقریباً یکسان در این دو منطقه به دلیل هماهنگی فرهنگی بین جمعیت آنها وجود دارد. کول

در این تصویرسازی بسیار موفق عمل کرده است و در نتیجه گیری از مقایسه دو تحقیق فوق به ارائه پیشنهاداتی پرداخته (سه پیش شرط) که تحقق آنها می تواند کاهش مستمر و غیر قابل بازگشت باروری نکاحی را (secular trend) تارسیدن به سطح جانشینی (حدود $TFR=2/1$) در جامعه به همراه داشته باشد.

روند باروری در هر حال در فرآیند گذار خود به ناگزیر از نقاط عطفی می گذرد و در مطالعه گذار باروری نکاحی غیر قابل بازگشت تعیین اولین نقطه عطف و مشخص نمودن زمان وقوع آن از اهمیت ویژه ای برخوردار است. بر مبنای این فرض کول نهایتاً به تدوین معیاری تحت عنوان اولین نقطه عطف پرداخت و بر اساس یافته های خود نشان داد که در هر جریان گذار باروری، وقتی مقدار کاهش باروری نکاحی به ده درصد مقدار قبل از شروع کاهش باروری برسد، از آن پس تا سطح جانشینی (حدود $TFR = 2/1$) ما شاهد ادامه بی وقفه این کاهش خواهیم بود. این نقطه عطف در مطالعات گذار باروری اصطلاحاً آستانه غیر قابل بازگشت نامیده می شود. برای مثال، در ایران با توجه به تغییرات فاحشی که در سطح کلی باروری، در دهه ۱۳۷۰ رخ داده است (یعنی کاهش بیش از ۶۰ درصد) ملاحظه می کنیم که میزان این کاهش بسیار بیشتر از آن بوده که لازمه گذر از اولین نقطه عطف، یعنی آستانه بدون بازگشت در روند کاهش باروری ست، بطور کلی شواهد حاکی از آن است که ظاهراً فرایند باروری در ایران از اواسط دهه ۱۳۷۰ این آستانه را بسرعت پشت سر گذاشته و اکنون وارد مرحله واپسین گذار باروری شده است. پیشنهادات کول (کول، ۱۹۷۳: ۵۹) برای رسیدن به شرایط لازم و کافی جهت دستیابی به آستانه غیر قابل بازگشت باروری به طور کلی در قالب سه پیش شرط خلاصه می شود.

پیش شرط اول - مقوله باروری بایستی در حوزه تصمیم‌گیری آگاهانه و عقلانی و حسابگرانه زوجین قرار گیرد. بدین معنی که زوجین بایستی از نظر ذهنی و روانی در مورد فایده (یا زیان) فرزندآوری، برای فرزند بعدی، توجیه شده باشند (تحول کیفی) و این امر از نظر آنها به عنوان امر طبیعی پذیرفته شود، بدین معنی که هرگونه بحث و تصمیم‌گیری در این مورد در جامعه عملی خلاف موازین اخلاقی شناخته نشود و به قول سوزان واتکین، زوجین باید تمایل ذهنی به لحاظ کنترل مولید را دارا باشند.

پیش شرط دوم - ابزار نوین جلوگیری بایستی در دسترس والدین قرار گیرد و شیوه‌های استفاده از این ابزار برای والدین شناخته شده باشد و بین زوجین برای استفاده از آن توافق و تفاهمی وجود داشته باشد و نسبت به استفاده از آنها تمایل داشته باشند. به قول واتکین زوجین باید شناخت کافی نسبت به ابزاری که آنها را قادر می‌سازد که به هدف خود برسند داشته و ابزار نیز در دسترس آنها باشد.

پیش شرط سوم - کاهش باروری نکاحی بایستی به لحاظ اقتصادی برای والدین مفید فایده باشد (داشتن فرزند کم به صرفه اقتصادی باشد) و شرایط اجتماعی و فرهنگی و اقتصادی جاری در جامعه از آن پشتیبانی کند. به قول واتکین زوجین باید، به لحاظ اقتصادی، در شرایطی باشند که آمادگی کاهش مولید را داشته باشند.

جان کلاند

الگوهای گذار باروری بویژه بخش‌هایی از آن که مربوط به تجربه کول و کاندول می‌باشد، در اواخر دهه ۱۹۸۰ توسط جان کلاند، با کمک همکارش ویلسون جمع بندی و مورد نقد قرار گرفت (مک نیکل، ۲۰۰۳: ۲۴۵) و در این بررسی چارچوب کلی الگوی کول

بویژه دو پیش شرط اول و دوم پیشنهادی او توسط کلاند پذیرفته شده و فقط شرط سوم کول (معروف به نظریه تقاضا) مورد نقد و بررسی قرار گرفت. کول در این پیش شرط کاهش باروری را در شرایطی امکان پذیر لحاظ کرده که از نظر اقتصادی منافع اقتصادی والدین را تأمین کند و از جریان توسعه اقتصادی غرب همچنین استنباط می کند که به طور قطع فرزندآوری با توجه به هزینه‌هایی که برای والدین در آن مستتر است هرگز منافع اقتصادی والدین را تأمین نمی کند. کلاند این فرض کول را رد می کند و بر این باور است که فرزندآوری به هیچ وجه نمی تواند تحت تأثیر متغیرهای اقتصادی باشد. فرضی که با داده‌های به دست آمده از تحقیق WFS هم تأیید می شود. دریافت کلاند از تحلیل داده‌های (WFS) نشان می دهد که توسعه یافتگی و عدم توسعه یافتگی هیچ تأثیری روی تغییرات فرزندآوری ندارد.

به طور کلی، می توان گفت آنچه که از نظر کلاند و کالدول در امر کنترل فرزندآوری مؤثر است امر سوادآموزی ست، زیرا از این طریق رفتار شخص از عقلانیت بیشتری برخوردار می گردد و شخص کوشش می کند سرنوشت و آینده خود را به دست تقدیر نسپارد و چنان رفتار کند که در جهت منافع آینده اش باشد مضافاً اینکه اگر مادران انسانهائی آگاه و باسواد باشند، چنین وضعیتی کمک می کند که شرایط بهداشت کودک بهبود یابد و نهایتاً از میزان مرگ و میر کودکان کمتر از یکسال (IMR) کاسته می شود و زمینه برای کاهش باروری آماده می گردد.

کلاند بر این باور است که کاهش باروری می تواند بدون توجه به متغیرهای اقتصادی صرفاً از طریق اشاعه فرهنگی یعنی شیوع باور تفکر کنترل و اعمال آن در حیطهٔ موالیید و فرزندآوری در جامعه بین افرادی که اعتقادات و زبان مشترکی دارند

اگرچه در مناطق جغرافیائی مختلفی زیست کنند رنج می‌دهد، مانند جمعیت چینی تبارهای کشورهای کره - تایلند - تایوان و هنگ‌کنگ که علی‌رغم شرایط اقتصادی متفاوت، ولی به دلیل فرهنگ مشترک (مثل زبان و دین و سنت‌ها ...) نسبت به کاهش باروری تمایلات مشابهی دارند.

به طور کلی در تشریح انواع رفتار باروری در جوامع می‌توان به ویژگیهای دو نوع رفتار یا تیپ ایده آل (Ideal Type) پرداخت که از نظر هدف و عملکرد، طبق تعریف لوئیس هانری^۱ (Louis Henry)، مستقل از هم یا به تعبیری متقابل یکدیگر هستند بدین معنی که با وجود اینکه دامنه عملکرد هر دو نوع رفتار طیف سنی ۱۵ تا ۵۰ سالگی زن است. ولی، بهره برداری، یا بقوه رسانیدن این ظرفیت بالفعل، بستگی تام به نوع رفتار باروری زن دارد. زیرا که یکی از آن دو تیپ رفتار در جهت قبض، انقباض زمانی دوران بالقوه فرزندآوری، و دیگری در جهت بسط دوران مذکور، عمل می‌کند. به عبارت دیگر، هدف نهائی در رفتار نوع اول ایجاز یا کاهش عرضه باروری (Supply of Fertility) و در رفتار نوع دوم اطناب یا تعریض عرضه باروری می‌باشد. به طور خلاصه، مشخصات دو نوع رفتار باروری را می‌توان اینگونه شرح نمود:

۱- لوئیس هانری در دهه ۱۹۶۰ تعریفی از نظام طبیعی باروری ارائه داد که با معیار قراردادن آن می‌توان جوامع را، به لحاظ نوع رفتار باروری، به دو دسته کاملاً مستقل از هم تفکیک کرد. نوع اول، حاکی از رفتار آمیزش جنسی بین زوجین در فاصله زمانی دو تولد متوالی به گونه ای که این رفتار وابسته به تعداد و جنس فرزندان قبلی متولد شده باشد و نوع دوم جوامعی که در آنها نوع رفتار باروری کنترل نشده بود، بدین معنی که رفتار آمیزش جنسی بین زوجین، در فاصله زمانی بین دو تولد متوالی، به گونه ای مستقل از تعداد و جنس فرزندان قبلی آنان باشد و بدین ترتیب مفهوم نظام طبیعی باروری (System Natural Fertility) در ادبیات جمعیت شناسی ثبت گردید. به طور کلی می‌توان گفت که در نظام طبیعی باروری رفتار باروری افراد معطوف به تولید مثل تا رسیدن به درجه اشباع (Saturation) توان زایش زن می‌باشد.

نوع اول: رفتار باروری با هدف اصلی فاصله گذاری بین موالید (spacing behavior) که اصطلاحاً تنظیم خانواده (family planning) نامیده می شود.

نوع دوم: رفتار باروری با هدف اصلی توقف باروری (stopping behavior) که اصطلاحاً تحدید خانواده (family limitation) نامیده می شود.

رفتار باروری نوع اول با هدف فاصله گذاری بین موالید

پس از وقوع انقلاب صنعتی در جوامع مختلف غربی، تا اوائل قرن بیستم، اساساً استفاده از ابزار جلوگیری بین زوجین بیشتر به منظور حفظ فاصله متناسب بین موالید فرزندان آنان، بدون در نظر گرفتن رتبه فرزندان، بوده است. بعقیده جان نودال در جوامع غربی پس از وقوع انقلاب صنعتی، فرآیند توسعه، سلسله عواملی را باعث شد که کاهش تقاضا برای فرزندان (Demand for Fertility) را در جامعه پدید آورد، کارکرد این عوامل در مجموع بگونه ای بود که فرزندان (یا تعداد زیاد آن) را برای خانواده ها از موهبت به مضیقه تبدیل کرد. کاهش تقاضا برای فرزندان در طول زمان و متناسب با روند توسعه جوامع فوق رخ میداد. به عبارت دیگر به کارگیری آگاهانه و ارادی ابزار، اعم از سنتی یا نوین، اولاً همیشه مستقل از تعداد تولد فرزندان قبلی زوجین و به منظور ایجاد فاصله مناسب تا تولد فرزند بعدی بود و ثانیاً، این امر هیچگاه، به طور آگاهانه، به منظور توقف فرآیند فرزندآوری صورت نمی گرفت.

پیدایش چنین شیوهائی در مقوله کنترل باروری در جوامع در حال توسعه نیز اساساً با شروع فرآیندهای نوسازی و توسعه در این جوامع رخ داد که عمدتاً از اواسط

قرن بیستم در این جوامع شروع شد و بواسطه آن فرآیند گذار ساختار اجتماعی هم در این جوامع، به زبان دورکهایم، از حالت مکانیک به سوی ارگانیک در حرکت بود.

رفتار باروری نوع دوم با هدف توقف فرزندآوری

برخی از جوامع صنعتی و غربی با به کارگیری ابزار کنترل توانستند سطح باروری خود را در انتهای ربع اول قرن بیستم به سطح جانشینی (حدود $TFR = ۲/۱$) برسانند و نهایتاً کلیه مراحل گذار باروری خود را قبل از نیمه قرن بیستم پشت سر گذارند. در برخی از آن جوامع از اواسط قرن بیستم و بویژه در سه دهه اخیر به دلیل به کارگیری شیوه های نوین کنترل، با کارآئی بسیار بالا مثل قرصهای سقط جنین و شیوه عقیم سازی، وضعیتی پیش آمد که روند کاهش باروری را تا مرز رسیدن به حد جایگزینی و حتی پائینتر از آن، یعنی رسیدن به رشد منفی جمعیت، در برخی از جوامع تقلیل داد و در نتیجه جمعیت این کشورها دستخوش عدم تعادل گشت وضعیتی که بقول دادلی کِرک (Dudly Kirk) به عنوان گذار دوم جمعیتی (second demographic transition) نام برده می شود (کول، ۱۹۷۳: ۶۰).

۱- مهمترین ویژگیهای گذار دوم جمعیتی عبارتند از:

- تحول مفهوم خانواده و تبدیل آن به زندگی مشترک به صورت توافقی (نوعی ازدواج موقت)
- کاهش ابعاد خانواده (به کمترین حد ممکن)
- افزایش سن متوسط هنگام تولد اولین فرزند (انتقال از گروه سنی ۱۹ - ۱۵ به ۲۴ - ۲۰)
- افزایش تجرد قطعی و کاهش شدید عمومیت ازدواج
- رایج شدن بی فرزندی (به شکل آگاهانه و ارادی)
- رایج شدن شیوه های نوین و پیشرفته جلوگیری از جمله قرص RU486 جهت سقط جنین همچنین به کارگیری شیوه های نوین سترون کردن زنان و مردان

تیپ شناسی کنترل رفتار باروری نکاحی

ایسترلین و لی (Easterlin & Lee) با معیار قرار دادن الگوی نظام طبیعی باروری جوامع مختلف را به لحاظ وجود انگیزه باروری نکاحی در آنها به چهار تیپ متفاوت تقسیم کرده اند. علاوه بر آن دونالد بوگ (Bogue) وجود دو نوع هزینه را در فعال شدن انگیزه کنترل باروری زوجین در هرکدام از تیپ های چهارگانه به عنوان مهمترین عامل معرفی کرد. این هزینه ها تحت عناوین هزینه های عینی یا اقتصادی و همچنین هزینه های ذهنی نام برده اند. هزینه های عینی شامل هزینه تهیه ابزار به عنوان یک کالا و همچنین هزینه سفر به مکان دسترسی است و هزینه های ذهنی شامل شکستن مقاومت در بخش باورهای فردی و همچنین ملاحظات فرهنگی و رعایت هنجارهای جامعه در عرصه عمومی می باشد.

در تیپ اول، تعداد مطلوب (یا ایده آل) فرزندان زوجین غالباً بیشتر از (و یا لااقل برابر است با) سطح نظام طبیعی باروری که در آن جامعه رایج است. بنابراین تعادلی بین آن دو برقرار است. در این تیپ بالا یا پائین بودن مجموع هزینه های ذهنی و عینی هیچ نقشی در ایجاد انگیزه کنترل ندارد. بدیهی است در چنین وضعیتی هیچگونه انگیزه ای جهت کنترل ارادی باروری در جامعه وجود نخواهد داشت. در این تیپ وجود دو نوع مکانیزم کنترل که ویژه نظام های طبیعی باروری است قابل مشاهده است:

اولی تحت عنوان مکانیزم خود - کنترل (Homeostatic) معروف است که شیوه غالب کنترل موالید در نظام طبیعی باروری بوده است. بدین معنی که در آن هیچگاه کنترل موالید، به طور ارادی و آگاهانه، صورت نمی گرفته بلکه مهمترین عواملی را که در چنین نظامی به عنوان عوامل کنترل موالید می توان در نظر گرفت عمدتاً از مقوله فیزیولوژیک

مثل عقیمی پس از هر زایمان، عقیمی ناشی از سقط جنین غیر عمدی و همچنین عقیمی ناشی از شیردهی طولانی مدت مادر می باشد. کارکرد این مکانیسم اصولاً به گونه ای بوده که هرگاه انحرافی از یک الگوی تثبیت شده در فرآیند تعامل انسان با طبیعت رخ می داد مکانیسم مذکور به طور خودکار آن را تحت کنترل خود در می آورد.

دومی تحت عنوان کنترل مالتوسی معروف است. مالتوس باروری نکاحی را به عنوان عامل اصلی رشد جمعیت در هر جامعه می دانست. او عقیده داشت که کف نفس یا امساک در آمیزش جنسی در دوران زناشوئی بهترین نوع کنترل موالید بین زوجین می باشد (Self Control به جای Birth Control) و هم از این روست که نگرش مکتب فکری او نسبت به امر ازدواج، به لحاظ تعجیل یا تاخیر در آن، به مثابه اهرمی جهت کنترل رشد جمعیت (مثبت یا منفی) بوده که تحت عنوان دریچه اطمینان ازدواج (Nuptiality valve) تا اواخر قرن ۱۹ در جوامع صنعتی غرب به عنوان مهمترین ابزار کنترل رشد جمعیت اعمال می شده است.

مثال: در شرایط باروری ایران قبل از دهه ۱۳۵۰ میزان خام موالید در حد سطح نظام طبیعی باروری یعنی حدود ۵۰ در هزار گزارش شده است. طبیعی است که در چنین شرایطی کنترل باروری در جامعه ضرورت پیدا نکند و به نظر می رسد به همین دلیل سیاست تنظیم خانواده به ویژه در ده سال اول این برنامه (بین سالهای ۱۳۴۶ تا ۱۳۵۶) در تغییر سطح باروری نکاحی جمعیت روستائی کشور چندان موفق نبوده است.

در تیپ دوم، مجموع هزینه های عینی و ذهنی کنترل باروری بیشتر از مجموع فوایدی است که زوجین از کنترل موالید خود به دست می آورند. بنابراین در این نوع از جوامع نیز انگیزه کافی برای کنترل باروری وجود نداشته و باروری کنترل نخواهد شد.

در تیپ سوم که جوامع در حال گذار باروری مصداق بارز این تیپ می باشند، فواید کنترل باروری کمی بیشتر از هزینه های آن است، بنابراین در چنین وضعیتی اساساً برای کنترل باروری انگیزه وجود دارد ولی علی رغم وجود چنین انگیزه ای در زوجین برآیند نسبت فواید به مجموع هزینه های عینی و ذهنی به گونه ای است که سرانجام کنترل باروری به صورت کامل (مثل تیپ چهار) رخ نمی دهد و به همین دلیل در این تیپ با پدیده ای که قبلاً وجود نداشت و به نام باروری اضافی معروف است مواجهیم که به عنوان شاخص این تیپ شناخته شده است. این وضعیت در ادبیات جمعیت شناسی تحت عناوین (KAP-gap) یا تأخر در عمل جلوگیری نسبت به دانش نظری و انگیزه جلوگیری خوانده شده است. مکانیسم کنترل در این تیپ به کنترل نئومالتوسی معروف است. از ویژگیهای این مکانیسم آنست که به فرد امکان جلوگیری از موالید به کمک ابزار جلوگیری می دهد. این ابزار عمدتاً به دو گروه تحت عناوین سنتی و نوین تقسیم می شوند، گروه اول با عنوان ابزار سنتی جلوگیری مثل شیوه عزل، روش منقطع، با درجه کارائی کم در مقابل گروه دوم با عنوان ابزار نوین جلوگیری شامل ابزاری با درجه کارائی صددرصد، مثل سقط جنین و شیوه عقیم سازی می باشد. روشن است که برخی از ابزار گروه دوم، به دلیل قطعی بودن عملکرد آنها، جایگاه متفاوتی از بقیه ابزارها پیدا می کنند و بنابراین توسل به چنین ابزارهایی رعایت برخی ملاحظات اخلاقی - اجتماعی - فرهنگی را از طرف زوجین الزام آور می نماید و بنابراین مسئله تصمیم گیری زوجین را در انتخاب چنین شیوه های قاطعی مطرح می سازد.

مثال: وضعیت کنترل باروری در جامعه روستائی ایران در اوائل دهه ۱۳۷۰ که زوجین در فرآیند تطابق خود با شرایط جدید، یعنی شرایط پس از اتمام جنگ، قرار دارند

که در نهایت پس از تطابق با آن، مفهوم تعداد مطلوب فرزند شکل می گیرد. شرایط این دوران مناسب تولید فرزند ناخواسته است و تحقیقات گزارش شده حاکی از نسبت بالای فرزند ناخواسته در این دوران را نشان می دهد که بخش قابل توجه ای از آن متعلق به جامعه روستائی کشور می باشد. (حدود ۲۵ درصد کل متولدین)

در تیپ چهارم، نسبت مجموع هزینه های عینی و ذهنی کنترل در مقابل فواید به دست آمده از آن به قدری کم و ناچیز است که انگیزه کنترل باروری در بین عموم زوجین وجود دارد و در این تیپ است که زوجین با به کارگیری ابزار مناسب کنترل، از جمله شیوه های قاطع، الگوی باروری خود را از الگوی تنظیم موالید به الگوی تحدید موالید تبدیل می کنند. چنین جوامعی را از نظر کنترل باروری در ادبیات جمعیت شناسی اصطلاحاً "جامعه کامل کنترل باروری" می نامند.

به طور کلی در جوامعی که به مرحله کنترل کامل رسیده اند رهائی از قیود اجتماعی در امر "ازدواج" و همچنین اشاعه به کارگیری ابزارهای نوین کنترل موالید ارزان و بی خطر، با درجه کارائی بسیار بالا، مثل قرص های سقط جنین و شیوه عقیم سازی بدون به کارگیری چاقوی جراحی باعث شیوع الگوی تک فرزندی یا حتی بی فرزندی شده است. بنابراین سطح باروری در این جوامع حتی تا پایین تر از حد جایگزینی رسیده و در نتیجه رشد جمعیت آنها منفی شده است.

مثال: وضعیت کنترل باروری در ایران در اواسط دهه ۱۳۷۰ به گونه ای است که دیری ست که مفهوم تعداد مطلوب فرزند در جامعه شهری شکل گرفته و به ویژه تأثیر عواملی مثل: یارانه صددرصد دولت برای هرگونه ابزار جلوگیری (و ارائه همه جانبه آن در شهر و روستا) و همچنین ایجاد تحولات کیفی، به لحاظ تغییر رویکرد در مورد امکان

کنترل فرزندآوری، در نتیجه نسبت هزینه های کنترل باروری به فواید به دست آمده بسیار کم شد. بنابراین شرایط مناسبی برای زوجین، مطابق نظریه های مربوط، برای تصمیم گیری در مورد به کارگیری شیوه های مطمئن و قاطعانه کنترل موالید (تحمید موالید) فراهم می شود. بنابراین تصمیم گیری زوجین در مورد تولد هر فرزند با توجه به مرتبه آن و در واقع با توجه به ملاحظه تعداد تولدهای پیشین صورت می گیرد. چنین فرآیندی را اصطلاحاً در ادبیات جمعیت شناسی تحت عنوان تصمیم گیری با توجه به مرتبه تولد فرزندان قبلی (Parity-specific fertility decision making) می شناسند.

چارچوب نظری و فرضیات تحقیق

در این تحقیق، با محوریت نگرش کول به تحلیل مقوله باروری از دیدگاه جامعه شناختی، در تدوین چارچوب نظری سسرانجام به یک رویکرد تلفیقی دست یافتیم که رئوس مطالب آن را می توان در دو دسته به شرح زیر مطالعه کرد. دسته اول: تحلیل هائی که بر تأثیر متغیرهای اقتصادی بر سطح و الگوی باروری تأکید دارند در این دسته قرار می گیرند. اصحاب این تفکر براین باورند که امر تولید مثل، از نظر والدین، تا زمانی ادامه خواهد داشت که این امر از نظر اقتصادی برای ایشان مقرون به صرفه باشد.

دسته دوم: در اواسط دهه ۱۹۷۰، کول در مورد شرایط لازم و کافی تغییرات توزیع باروری در جامعه پیش شرطهائی را ارائه کرد. او ضمن مطالعاتی در باره فرآیند گذار باروری در جوامع صنعتی غربی نهایتاً به این نتیجه رسید که مجموعه عوامل اقتصادی فقط به عنوان شرط لازم تغییر باروری قابل قبول است ولی این عوامل به تنهائی

برای تبیین تغییرات باروری نکاحی کافی نیست بلکه در کنار آن توجه به نقش عوامل دیگری (به عنوان شرط کافی) مثل تحول ذهنی و نگرشی نسبت به کنترل آگاهانه و ارادی موالید به گونه ای که نگرش جدید مورد حمایت و تأیید جامعه نیز باشد و همچنین در دسترس بودن ابزار نوین جلوگیری و آشنائی زوجین با چگونگی به کارگیری آنها به عنوان مجموعه عوامل فرهنگی نیز لازم است.

با توجه به قضایای کلی فوق و تلفیقی از نظریه های به کار گرفته شده می توان فرضیات تحقیق را به شرح زیر بیان نمود:

الف) اکثر افرادی که در تهران بزرگ کنش آسیب پذیرتری در بکارگیری ابزار جلوگیری در روابط زناشویی خود دارند، در مرحله تکافوی فرزند آوری احتمالاً انگیزه بیشتری برای پذیرش شیوه عقیم سازی پیدا می کنند.

ب) با توجه به گوناگونی شدید فضاهای فرهنگی، در داخل خانواده های مستقر در تهران بزرگ، استفاده از روش عقیم سازی توسط جنس مونث احتمالاً نمی تواند، در همه حال، بازتاب صرف اعمال اقتدار مرد در خانواده منظور گردد، بلکه در خانواده هائی که ارزش های سنتی در فضای فرهنگی آنها کم رنگ تر است، منابع انگیزشی مختلفی می تواند وجود داشته باشد که داوطلبانه بودن کنش زن را در اکثر موارد توجیه کند.

نتیجه گیری

نتیجه گیری تحقیق در دو بخش ارائه می شود. در بخش اول، طبق استنباط از بخش نظری، تبیینی از وضعیت تغییرات سطح باروری ایران از آغاز گذار (از اواسط دهه ۱۳۴۰) تا اواخر دهه ۱۳۶۰ به دست می دهیم و در بخش دوم بر طبق شواهد آماری در بخش داده ها تأیید (یا عدم تأیید) فرضیه های تحقیق را بیان می کنیم.

بخش اول نتیجه گیری

به احتمال قریب به یقین میزان سطح و الگوی باروری نکاحی جمعیت ایران تا قبل از دهه ۱۳۴۰ را می توان همگام با سطح و الگوی نظام طبیعی باروری دانست. علاوه بر آن با اطمینان بسیار بیشتری می توان گفت مقوله کنترل موالید نیز، به شکلی که تولد هر فرزند وابسته به تعداد فرزندان متولد شده قبلی زوجین باشد، لااقل تا اواسط دهه ۱۳۴۰ در جمعیت ایران مشاهده نشده است. به عبارت دیگر آغاز دوره گذار باروری در ایران احتمالاً از اواسط دهه ۱۳۴۰ و با ارائه برنامه های تنظیم خانواده بوده است. اکنون می دانیم که زمینه های این گذار از زمانی پایه ریزی شد که فرآیند توسعه در جامعه ایران آغاز گردید، اواسط دهه ۱۳۱۰، که مهمترین تأثیر آن کاهش مرگ و میر بود. این موضوع بدان معنی است که مرحله آغازین گذار باروری حداقل سه دهه پس از گذار مرگ در ایران بوده است. آنچه که در فاصله این سه دهه می توانست رخ دهد البته شکل گیری فرآیند گذار جمعیت بود که پی آمد منطقی آن افزایش مطلق جمعیت و متناسب با آن افزایش فزون بار رشد متوسط سالانه جمعیت بوده است. حال روشن است که دوره اول این مرحله از گذار، با ارائه برنامه دولتی تنظیم خانواده از اواسط دهه ۱۳۴۰ پایان یافت و جمعیت ایران قدم به عرصه دومی مرحله گذار جمعیتی خود گذاشت. این دوره نیز به لحاظ زمانی یک

دهه طول کشید و در طول این یک دهه علی رغم افزایش مطلق جمعیت کاهش نسبی ولی نامحسوسی در میزان رش متوسط جمعیت رخ داد. با شروع انقلاب سیاسی - اجتماعی در ایران مهر پایانی بر "انقلاب جمعیتی" ایران گذاشته شد و با شروع جنگ نه تنها محصول دوره اول گذار باروری بر باد شد بلکه فرآیند معکوسی میزان سطح و الگوی باروری را دوباره به سطح نظام طبیعی باروری، یعنی به شرایط قبل از دهه ۱۳۴۰، رسانید. این تحولات با فاصله زمانی کمی زمینه ساز شکل گیری انقلاب دوم جمعیتی در ایران شد که زمان تقریبی آغاز آن را اواخر دهه ۱۳۶۰ یعنی قبل از پایان جنگ می دانند.

بخش دوم نتیجه گیری

با توجه به سوالات و فرضیه های اصلی تحقیق و با توجه به گروه بندی افراد مورد مصاحبه در قالب سه تیپ اصلی (سنتی، مذهبی، اقتدارگرا) و یک تیپ فرعی که متشکل از طیفی است که عناصر سازنده اش ترکیبی با درجات مختلف از سه تیپ اصلی هستند، نتایج زیر را می توان استنباط نمود: *سازمان و مطالعات فرهنگی*

۱. همه تیپ ها و در همه وضعیت ها به دلایل اقتصادی و ترجیح کیفیت فرزند در مقابل کمیت آن به مرحله تکافوی فرزندآوری رسیده اند.
۲. در همه تیپ ها و همه وضعیت ها انگیزه اصلی در انتخاب شیوه عقیم سازی در زوجین در درجه اول عدم اطمینان کافی آنان به عملکرد ابزارهای دیگر، اعم از سنتی یا نوین و بدون در نظر گرفتن درجه کارآئی ابزار، بوده است. و در درجه دوم متناسب با میزان آسیب پذیری زوجین قطعیت انتخاب شیوه عقیم سازی در زوجین بیشتر شده است.

۳. در بخش داوطلبانه بودن یا نبودن هرکدام از زوجین برای عقیم سازی خود، پس از حذف مواردی که به دلایل پزشکی (زن یا شوهر) به ناچار عقیم سازی را پذیرفته اند، تنوع تیپ های موجود در این تحقیق نشان می دهد که، به لحاظ نظری، انتظار می رود که در ۲۵ درصد از حالات فوق مرد داوطلب عقیم سازی (واژکتومی) و در ۲۵ درصد از حالات نیز زن داوطلب عقیم سازی خود (توبکتومی) باشند و در ۵۰ درصد حالات باقیمانده بسته به اینکه چه کسی اول به این نتیجه رسیده باشد که دیگر فرزندی نمی خواهد، زن یا شوهر، خود او داوطلب خواهد شد. ولی نتیجه این تحقیق چنان نشان می دهد که در همه تیپ ها اولاً، شوهران در تصمیم گیری در مورد کنترل باروری، با شیوه عقیم سازی، نقش پررنگ تری در خانواده دارند، ثانیاً، متناسب با افزایش اقتدار گرائی در خانواده، نقش زن در تصمیم گیری مربوط به کنترل باروری کاهش یافته و متناسب با این کاهش احتمال پذیرش غیر داوطلبانه زن برای عقیم سازی خود افزایش یافته است و ثالثاً، نقش عامل قدرگرائی در پذیرش شیوه هایی از کنترل موالید که اساساً از انعقاد نطفه جلوگیری کند مثبت و در مورد شیوه هائی که پس از انعقاد نطفه مانع رشد و به ثمر رسیدن جنین بشود منفی بوده است. در عین حال نقش این عامل در به کارگیری شیوه عقیم سازی توسط زوجین، تعیین کننده نبوده است.

منابع

- زنجانی، حبیب اله، ۱۳۷۱، سطح باروری در ایران و چشم انداز آینده آن، فصلنامه جمعیت شماره های ۲۷ و ۲۸، انتشارات سازمان ثبت احوال کشور.
- سرائی، حسن، ۱۳۸۲، روش های مقدماتی تحلیل جمعیت، توزیع و ترکیب جمعیت با تأکید بر ترکیب سنی جمعیت، انتشارات دانشگاه علامه طباطبائی، تهران.
- سرائی، حسن، ۱۳۷۶، گذار جمعیتی ایران، ملاحظات مقدماتی فصلنامه علوم اجتماعی، دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران
- عباسی شواسی، محمدجلال، ۱۳۸۳، تحولات باروری در ایران، شواهدی از چهار استان منتخب، انتشارات شرکت هرآیند تهران
- میرزائی، محمد، ۱۳۷۸، نوسانات تحدید موالید در ایران، فصلنامه جمعیت شماره ۲۲، انتشارات سازمان ثبت احوال کشور.
- میرزائی، محمد، ۱۳۷۳، ملاحظات جمعیتی مرتبط با توسعه در ایران، فصلنامه جمعیت شماره ۱۰، انتشارات سازمان ثبت احوال کشور
- Abbasi – shavazi,M.J., 2000
Effects on Marital Fertility and Nuptiality On Fertility Transition in the IR of Iran ,1976-96 Working Paper Seminars in Demography ,Australian National University ,no 84
- Abbasi- shavazi M.J.2001
Below Replacement Level Fertility in Iran: Progress and Prospects, Paper Presented for the IUSSP Seminar on International Perspective on Low Fertility , ToKyo , March 21-23,2001
- Abbasi – shavazi,M.J.,M.J.,McDonald,P.2003
Changes in Family. Fertility Behaviour and Attitude in Iran , ANU Working paper series, no 88.
- Aghajanian , A .,1988.
Post – Revolutionary Iran , edited by Houshang Amir Ahmadi , post-Revolutionary demographic trends in Iran.
- Coale, A. 1973.
The demographic transition, the international population conference, Liege vol.1 IUSSP, pp53-70.
- Demeny. P. ad McNicoll G. (ed)2003.
Encyclopedia of Population, Macmillan refund, USA
Mirzaie, Mohammad 2005
Swings in fertility limitation in Iran, critique: critical middle eastern studies, vol 14 nol pp25-33.