

## اشاره

جمهوری اسلامی ایران در سه دهه اخیر، تحولات چشمگیر جمعیت‌شناختی را تجربه کرده که بر ساختار سنی و جنسی جمعیت در آینده تأثیر قابل توجهی گذاشت. با عنایت به اینکه برنامه‌ریزی‌های توسعه اقتصادی-اجتماعی در کشور، تحت تأثیر تحولات گذشته، وضعیت موجود و تغییرات

آینده جمعیتی قرار دارد، از این رو، هرگونه برنامه‌ریزی جامع اجتماعی-اقتصادی، مستلزم مطالعات عمیق تحولات جمعیتی در کشور است. بدون شک، تحولات جمعیت می‌تواند منشأ چالش‌های فراوانی برای دولت و کشور قلمداد شود؛ ولی در عین حال، با برنامه‌ریزی صحیح و به‌موقع می‌توان از ساختار و ویژگی‌های موجود

جمعیت برای بهبود وضعیت آینده کشور استفاده کرد. بنابراین، با توجه به برخی از پیامدهای تحولات باروری در ایران، راهکارهایی برای سیاستگذاری جمعیتی از جمله: احیای شورای عالی جمعیت، تدوین سیاست‌های جدید جمعیتی بر اساس نیازهای واقعی جمعیت و توسعه در کشور و ... پیشنهاد شده است.

# تحولات باروری، تنظیم خانواده و سیاست‌های جمعیتی در ایران

■ محمدجلال عباسی شوازی

مدرس جمعیت‌شناسی دانشگاه تهران

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

رتال جامع علوم انسانی



## طرح مسئله

جمعیت و ابعاد آن، نقطه مرکزی هر نظام اجتماعی محسوب می‌شود. تحولات جمعیتی، تقریباً تمام جنبه‌های زندگی انسان و جهان پیرامون انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و اثرات متعددی بر خرده‌نظام‌های اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و محیطی وارد می‌کند و منشأ تحولات چشمگیری در این حوزه‌ها می‌شود. در مقابل، جمعیت نیز متأثر از تحولات نظام اجتماعی، سیاست‌ها و برنامه‌های توسعه‌ای است. این ارتباط تعاملی جمعیت و جامعه، در چارچوبی مفهومی - تحلیلی تحت عنوان جمعیت، توسعه و برنامه‌ریزی مطرح شده و گسترش یافته است (صادقی، ۱۳۸۸). این چارچوب هر چند از موضوعات قدیمی اندیشه و دانش جمعیت‌شناسی محسوب می‌شود، اما در دوران معاصر از پویایی خاصی برخوردار بوده، همواره بر اهمیت علمی و کاربردی آن افزوده شده است.

در این راستا، مقاله حاضر ابتدا سیاست‌های جمعیتی در سه دهه اخیر را مرور و سپس تحولات باروری ناشی از آن را بررسی کرده، به ترسیم تصویری از آینده باروری در ایران می‌پردازد. در ادامه، با مروری مختصر بر تحولات و عوامل مؤثر بر باروری، به برخی از پیامدهای تحولات باروری و آینده آن در ایران اشاره و در نهایت، مواردی به عنوان راهکار و رهنمود برای سیاست‌گذاری جمعیتی پیشنهاد می‌شود.

## تحولات باروری در ایران

بدون شک باروری یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های تحولات جمعیتی در هر کشور است و از این‌رو، سیاست‌های جمعیتی در دنیا به طور عمده حول محور کاهش یا افزایش باروری اعمال می‌شود. کاهش نسبی سطح باروری در ایران در دهه

۱۳۵۰، بیانگر تحول به نسبت قابل توجهی است که در اثر فعالیت‌های تنظیم خانواده سال‌های قبل از آن صورت گرفته بود. مطالعات انجام‌شده در باره سطح و روند باروری در ایران، بیانگر این است که میزان باروری کل در دهه ۱۳۵۰ حدود هفت فرزند بود که با کاهش اندک، در نیمه اول این دهه به حدود ۶/۵ فرزند در سال ۱۳۵۵ کاهش یافت.

تحولات سیاسی و اجتماعی در نیمه دوم دهه ۱۳۵۰ شرایطی را ایجاد کرد که اثرات فعالیت‌های انجام‌شده از سال‌های ۱۳۴۶ به بعد را در محاق قرار داد. نخستین اقدام عملی در این مورد، توقف برنامه‌های تنظیم خانواده بعد از انقلاب بود که بیشتر ریشه در شعارهای انقلاب داشت که اینگونه فعالیت‌ها را به نوعی برگرفته از سیاست‌های دیکته‌شده غرب می‌دانست. عدم اعلام سیاست رسمی جمعیت در سال‌های اولیه انقلاب اسلامی،

زمینه ارائه تعابیر و تفاسیر مختلفی را از سوی صاحب‌نظران و سیاستمداران در مورد دیدگاه اسلام نسبت به تنظیم خانواده ایجاد کرد و بر این اساس، ایده‌های موافق افزایش جمعیت (پرواناتالیستی) شکل گرفت. همچنین، گسترش اندیشه‌های اسلامی، شروع جنگ تحمیلی عراق علیه ایران و سیاست‌های دولت، به‌ویژه اعمال سیستم کوپنی برای ارائه مایحتاج اولیه مردم، زمینه‌های اجتماعی و سیاسی دیدگاه‌های پرواناتالیستی را تقویت کرد. به عنوان مثال، تشویق به ازدواج زودرس و کاهش سن قانونی ازدواج، زمینه‌ای برای تغییر اندک سن ازدواج بود که به دنبال خود، زمان‌بندی فرزندآوری را نیز تغییر داد. نتیجه این شرایط، افزایش سطح باروری در سال‌های اولیه انقلاب بود.

برآورد باروری با استفاده از روش فرزندان خود و داده‌های سرشماری عمومی نفوس و مسکن، نشان می‌دهد، میزان باروری کل در سال‌های اولیه انقلاب اسلامی افزایش یافته و به حدود هفت فرزند در سال‌های ۱۳۶۰-۱۳۵۹ رسیده است. سیاست‌ها و برنامه‌های توسعه در آن زمان، متمرکز بر پیگیری و تحقق شعارهای اجتماعی دوران انقلاب، مبنی بر کاهش فاصله بین فقیر و غنی، گسترش امکانات و خدمات آموزشی و بهداشتی به روستاها و نقاط محروم، ایجاد مدارس و ترغیب دسترسی یکسان دختر و پسر به خدمات آموزشی بود. با این حال، عدم ضرورت اعمال برنامه‌های تنظیم خانواده، اندیشه مسلط دولت و سیاستمداران بود. شرایط مذکور، تأثیری دوجانبه بر رشد جمعیت و تحولات آینده آن داشت. لذا از این سو، عدم اعمال برنامه‌های تنظیم خانواده موجب افزایش رشد جمعیت در سال‌های اولیه دهه ۱۳۶۰ شد که آثار آن در کوتاه‌مدت

## سطح باروری خیلی پایین

(پایین‌تر از ۱/۵ فرزند)

برای مدت طولانی می‌تواند

به کاهش تعداد افرادی

منجر شود که در آینده

در سنین فرزندآوری وارد

می‌شوند، که نتیجه آن،

رشد منفی جمعیت خواهد

بود. سالخوردگی جمعیت

نیز یکی از تبعات منفی

جمعیت است که در این

صورت می‌تواند به کاهش

نیروی کار بینجامد.

## هر چند هنوز سطح و الگوهای متفاوتی از باروری در نقاط مختلف کشور وجود دارد، ولی روند مشابه کاهش باروری در شهر و روستا و در همه استان‌ها، بیانگر نوعی همگرایی رفتارهای باروری در کشور است.

حد را داشتند. پایین‌ترین سطح باروری به ترتیب در استان‌های گیلان (۱/۲) فرزند) و مازندران (۱/۴ فرزند) و سپس در استان‌های اصفهان، مرکزی و همدان (۱/۶ فرزند) مشاهده می‌شود. استان‌های هرمزگان و سیستان و بلوچستان به ترتیب با باروری حدود ۲/۷ و ۳/۹ فرزند، بالاترین میزان باروری را داشته‌اند.

تعدادی از استان‌ها از جمله: سیستان و بلوچستان و هرمزگان، در طول سه دهه اخیر همواره باروری بالاتری نسبت به سایر استان‌ها داشته‌اند. برای مثال، میزان باروری کل در استان سیستان و بلوچستان در سال ۱۳۶۰ حدود ۹/۵ فرزند بود. بالا بودن سطح باروری در این استان و سایر استان‌های حاشیه مرزی کشور، فرضیه تأثیر مذهبی و قومیت بر باروری را در این استان‌ها تقویت کرده است. از طرفی، پایین بودن سطح توسعه در این استان‌ها نیز می‌تواند به عنوان عاملی مؤثر در بالا بودن باروری قلمداد شود. بدیهی است عوامل مختلفی در بالا بودن باروری در این استان‌ها دخالت دارند و نمی‌توان تنها یک عامل را برای تقویت قابل توجه باروری در این استان‌ها نسبت به سایر استان‌ها که از گذشته تا حال نیز مشاهده شده، در نظر گرفت. در تحلیل روند باروری این استان‌ها باید نکات ذیل را نیز مدنظر داشت:

- هر چند استان سیستان و بلوچستان در سال ۱۳۶۰ باروری بسیار بالایی داشته و در حال حاضر نیز باروری بالاتری نسبت به سایر استان‌های کشور دارد، ولی باید توجه داشت که این استان نیز طی دو دهه گذشته، همگام با سایر استان‌ها کاهش شدید باروری را تجربه کرده است. کاهش بیش از شش فرزند برای هر زن در طول

اقتصادی- اجتماعی، شباهت‌های زیادی از نظر جمعیت‌شناختی در بین آنها مشاهده می‌شود. هر چند هنوز سطح و الگوهای متفاوتی از باروری در نقاط مختلف کشور وجود دارد، ولی روند مشابه کاهش باروری در شهر و روستا و در همه استان‌ها، بیانگر نوعی همگرایی رفتارهای باروری در کشور است. به عنوان مثال، در دهه ۱۳۵۰ و اوایل دهه ۱۳۶۰، تفاوت زیادی بین سطح باروری در استان‌های مختلف مشاهده می‌شد، ولی از نیمه دهه ۱۳۶۰ همه استان‌های کشور، کاهش باروری با روندی به نسبت یکسان را تجربه کردند؛ به‌ویژه در دهه ۱۳۷۰ که روند کاهش باروری با سرعت بیشتری ادامه یافت و تا سال ۱۳۸۵ اغلب استان‌ها باروری پایین‌تر از حد جانشینی را تجربه کردند. در سال ۱۳۸۵ از مجموع ۳۰ استان کشور، پنج استان به سطح باوری جانشینی ۲/۱ فرزند و ۱۸ استان به باروری پایین‌تر از حد جانشینی دست یافتند؛ پنج استان سطح باروری بین ۲/۲ تا ۲/۶ فرزند و تنها دو استان هرمزگان و سیستان و بلوچستان باروری بالاتر از این

ظاهر شد و از دیگر سو، اعمال برنامه‌های توسعه از جمله گسترش آموزش، بهداشت و خدمات روستایی در کشور، زمینه‌هایی را برای تحولات اجتماعی و تغییر نگرش‌های مردم ایجاد کرد که تأثیرات آن، یک دهه بعد نمایان شد.

مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد که باروری کل، از سال ۱۳۶۴ به بعد؛ یعنی زمانی که هنوز سیاست‌های کنترل جمعیت احیا نشده بود، شروع به کاهش کرد. این امر بیانگر آن است که رفتارهای مردم و زوجین، مستقل از برنامه‌های رسمی دولت در مورد تنظیم خانواده شکل گرفته است.

کاهش باروری از اواخر سال‌های دهه ۱۳۶۰، همزمان با شروع مجدد برنامه‌های تنظیم خانواده، سرعت چشمگیری به خود گرفت و میزان باروری کل، از حدود هفت در سال ۱۳۶۰ به سطح جانشینی حدود ۲/۱ در سال ۱۳۷۹ کاهش یافت و در سال ۱۳۸۵ به ۱/۹ رسید. بررسی تحولات باروری در نقاط شهری و روستایی کشور نشان می‌دهد، در اوایل دهه ۱۳۶۰، میزان باروری در نقاط روستایی حدود ۸/۴ فرزند و در نقاط شهری ۵/۸ فرزند بود. این میزان از نیمه دهه ۱۳۶۰، به صورت همزمان در نقاط شهری و روستایی کشور شروع به کاهش کرد و پس از احیای برنامه‌های تنظیم خانواده، به سرعت در نیمه اول دهه ۱۳۷۰ کاهش یافت و در نهایت، در سال ۱۳۸۵ به ۲/۱ تولد در روستا و ۱/۸ تولد در شهر رسید. البته در سال‌های اخیر، روند کاهش باروری در ایران، در نقاط شهری و روستایی سرعت آرام‌تری داشته است.

کاهش باروری در همه استان‌های کشور صورت گرفته و با وجود زمینه‌های متفاوت



بستر اصلی رفتارهای جمعیتی است، باید با اولویت بیشتری دنبال کرد. همچنین ویژگی‌های فرهنگی، قومی و مذهبی را در ارائه خدمات تنظیم خانواده و آموزش‌های بهداشت باروری نیز باید در نظر گرفت؛ زیرا این برنامه‌ها در تغییر ایده‌ها، نگرش‌ها و نیز شکل‌گیری رفتارهای باروری و جمعیتی مؤثرند.

### آینده باروری در ایران

با عنایت به کاهش سریع باروری در ایران در سال‌های اخیر، سؤالی که پیش روی محققان و سیاستگذاران جمعیتی قرار گرفته، آینده تحولات باروری است. سؤال ویژه این است که آیا در آینده نیز ایران همچنان روند کاهش باروری را دنبال خواهد کرد؟ یا اینکه این روند در آینده، معکوس شده و باروری افزایش می‌یابد؟ با توجه به دلایل زیر، به نظر می‌رسد باروری در آینده، روند کاهشی اما کندی خواهد داشت:

### کاهش تفاوت‌های استانی

با وجود کاهش باروری در سال‌های اخیر، هنوز تفاوت‌های به نسبت قابل توجهی بین

**حدود ۱۵ درصد کاهش باروری در دوره ۱۳۷۵-۱۳۶۵ ناشی از افزایش سن ازدواج بوده که این تأثیر در دوره ۱۳۸۵-۱۳۷۵ به حدود ۳۵ درصد رسیده است. هر چند افزایش سن ازدواج، خود متأثر از تغییرات اجتماعی و ویژگی‌های جمعیتی در سال‌های اخیر است؛ با این حال، افزایش سن ازدواج می‌تواند به عنوان یک عامل بینابینی بر باروری تأثیر بگذارد و آن را به سطح پایین‌تری تقلیل دهد.**

دو دهه در استان سیستان و بلوچستان بی‌نظیر است. سطح باروری در سال ۱۳۸۵ در این استان حدود ۳/۷ بود. تحقیقات مختلف در زمینه قومیت و باروری نشان می‌دهد، تفاوت مؤلفه‌های توسعه‌ای در استان‌های مختلف کشور در تفاوت‌های موجود باروری مؤثر بوده است؛ بدین معنی که با کنترل مشخصه‌های توسعه‌ای، از جمله: تحصیلات، محل اقامت، شغل و درآمد و تفاوت‌های باروری قومی تا اندازه زیادی کاهش می‌یابد. به عنوان مثال، استان سیستان و بلوچستان و هرمزگان در رده‌بندی توسعه در کشور، همواره از استان‌های کمتر برخوردار معرفی شده‌اند و سطح آموزش و تحصیلات در این استان‌ها پایین‌تر از سایر استان‌هاست. میزان استفاده از وسایل تنظیم خانواده از سایر استان‌ها، کمتر و نیاز برآورد نشده زنان در استفاده از روش پیشگیری از بارداری از سایر استان‌ها بالاتر است. بنابراین، با توجه به سطح پایین توسعه در این استان‌ها، باروری بالای آنها غیرقابل انتظار نیست؛ ضمن اینکه سیاست‌های توسعه‌ای را که

حدود ۱۵ درصد کاهش باروری در دوره ۱۳۷۵-۱۳۶۵ ناشی از افزایش سن ازدواج بوده که این تأثیر در دوره ۱۳۸۵-۱۳۷۵ به حدود ۳۵ درصد رسیده است. هر چند افزایش سن ازدواج، خود متأثر از تغییرات اجتماعی و ویژگی‌های جمعیتی در سال‌های اخیر است؛ با این حال، افزایش سن ازدواج می‌تواند به عنوان یک عامل بینابینی بر باروری تأثیر بگذارد و آن را به سطح پایین‌تری تقلیل دهد.

### فرهنگ جهانی

موضوع جهانی‌شدن و تأثیر فرهنگ جهانی می‌تواند در تغییر ایده و دیدگاه‌های خانواده‌ها تأثیر قابل توجهی داشته باشد و هنجارهای ازدواج دیرتر و خانواده کوچک‌تر را در جامعه ریشه‌دار کند. برای مثال، مطالعه انجام‌شده در چهار استان آذربایجان غربی، سیستان و بلوچستان، گیلان و آذربایجان غربی، حاکی از آن است که تعداد ایدئال فرزند برای اکثر زنان، داشتن دو فرزند است. با توجه به اینکه ایده افراد در مورد باروری می‌تواند تا اندازه زیادی شکل‌دهنده رفتار باروری آنان باشد، انتظار می‌رود خانواده‌ها و زوجین ضمن دستیابی به وسایل تنظیم خانواده، ایده و عقاید خود را در زمینه باروری برای رسیدن به سطح باروری پایین، عملی کنند.

هر چند نگرش عمومی بر این است که کاهش باروری در سال‌های اخیر ناشی از فشارهای اقتصادی بوده و پس از رفع مشکلات اقتصادی می‌توان انتظار داشت که باروری دوباره افزایش یابد؛ ولی عوامل پیش‌گفته به طور قطع موجب کاهش بیشتر باروری در دهه آینده خواهد شد و انتظار می‌رود چنانچه خانواده‌ها از وضعیت بهتر اقتصادی نیز بهره‌مند شوند، بیشتر بر روی کیفیت فرزندان خود سرمایه‌گذاری کرده، به افزایش تعداد فرزند فکر نکنند.

### پیامدهای باروری پایین

کشورهایی مانند ژاپن که طی دو یا سه دهه با باروری پایین‌تر از حد جانشینی روبه‌رو بودند، در حال حاضر با رشد منفی

مبنای آمار سازمان ملل تا سال ۱۴۰۰، حدود ۷۵ درصد جمعیت ایران در نقاط شهری ساکن خواهند بود. زندگی شهری بر ایده‌ها، نگرش‌ها و رفتارهای خانواده‌ها، از جمله رفتار باروری اثر می‌گذارد و سطح باروری را محدودتر می‌کند.

### سن ازدواج

افزایش سطح تحصیلات در جامعه، به‌ویژه تحصیلات دختران، موجب شده تا آنها زمان بیشتری را در مدرسه و دانشگاه بگذرانند و به تبع آن، انگیزه ادامه تحصیل در مقاطع تحصیلی بالاتر را داشته و پس از اتمام تحصیلات در جست‌وجوی اشتغال خارج از منزل باشند. از این‌رو، زمانی که برای تحصیل و یافتن شغل صرف می‌شود، موجب تأخیر در ازدواج شده و انتظارات جوانان را برای ازدواج تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین، پدیده عدم تعادل دو جنس (فزونی دختران بر پسران در سنین ازدواج) که متأثر از تحولات جمعیتی در سال‌های بعد از انقلاب است، بر افزایش سن ازدواج دختران تأثیر قابل توجهی داشته است. (درودی آهی، ۱۳۷۸: ۲۱۵-)

سطح باروری در نقاط شهری و روستایی و نیز مناطق مختلف کشور وجود دارد. انتظار می‌رود میزان باروری در نقاط روستایی و استان‌هایی که باروری بالاتری نسبت به سایر استان‌ها دارند، کاهش یابد. این کاهش، بر میانگین باروری کشور تأثیر داشته، میانگین سطح باروری در کشور را به سطح استان‌هایی که باروری پایینی دارند، نزدیک می‌کند.

استان‌های سیستان و بلوچستان و هرمزگان بالاترین آمار باروری را دارند که یکی از دلایل اصلی آن، عدم دسترسی یکسان به مواهب توسعه از جمله: تحصیلات، بهداشت و نیز سایر امکانات زیربنایی است. بدون شک با افزایش تحصیلات و ارائه خدمات توسعه، از جمله خدمات بهداشتی و تنظیم خانواده، باروری در این استان کاهش بیشتری خواهد داشت و این کاهش، بر سطح باروری کل کشور نیز تأثیر قابل توجهی خواهد گذاشت.

### شهرنشینی

شواهد حاکی از افزایش میزان شهرنشینی در سال‌های آینده است. بر

جمعیت مواجه شده‌اند. حال با توجه به روند کاهش باروری در ایران و رسیدن باروری به سطح پایین‌تر از حد جانشینی، این سؤال مطرح می‌شود که: آیا تداوم کاهش باروری در درازمدت می‌تواند موجب رشد منفی جمعیت شود؟ ایران در چه زمانی با رشد منفی جمعیت روبه‌رو خواهد شد؟

بدیهی است سطح باروری خیلی پایین (پایین‌تر از ۱/۵ فرزند) برای مدت طولانی می‌تواند به کاهش تعداد افرادی منجر شود که در آینده در سنین فرزندآوری وارد می‌شوند، که نتیجه آن، رشد منفی جمعیت خواهد بود. سالخوردگی جمعیت نیز یکی از تبعات منفی جمعیت است که در این صورت می‌تواند به کاهش نیروی کار بینجامد. با این حال، با توجه به دلایلی که به اختصار در ادامه می‌آید، پیامدهای مذکور در آینده نزدیک در کشور اتفاق نخواهد افتاد.

- نخست، با وجود کاهش باروری ایران در سال‌های اخیر، انتظار می‌رود کاهش بیشتر باروری با روندی کندتر صورت پذیرد؛ زیرا وقتی سطح باروری به حد جانشینی برسد، کاهش بیشتر از آن مستلزم شرایط و فرهنگ خاصی است که در حال حاضر در ایران فراهم نیست.

- دوم، علاوه بر اهمیت مسائل فرهنگی و مذهبی مربوط به ازدواج و تشکیل خانواده در ایران، هنوز اکثر زنان در استان‌های مختلف کشور بر داشتن حداقل دو فرزند تأکید دارند. تحقیقات نشان داده که بیش از ۹۵ درصد زنان با فاصله زمانی به نسبت کوتاهی پس از ازدواج، اولین فرزند خود را به دنیا می‌آورند. هر چند آنها دومین فرزند خود را برای فاصله به نسبت قابل توجهی به تأخیر می‌اندازند، اما هنوز گرایش به داشتن فرزند اول و دوم بالاست. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که تجربه باروری خیلی پایین در ایران در فاصله زمانی کوتاه‌مدت قابل تصور نخواهد بود.

- نکته مهم دیگر، تأثیر گشتاور جمعیت (Population Momentum) بر رشد و ساختار جمعیت در آینده است. با توجه به

اینکه متولدین دهه ۱۳۶۰ به سنین ازدواج و باروری وارد شده‌اند، کشور می‌تواند با افزایش نسبی مولید روبه‌رو شود؛ بدین معنا که حداقل در شرایط باروری خیلی پایین، کشور با کاهش تعداد مولید روبه‌رو نخواهد شد. به عبارت دیگر، علت افزایش تعداد مولید به خاطر انبوه جمعیت جوانی است که به سن فرزندآوری وارد می‌شوند و حتی اگر هر زن به طور متوسط ۱/۵ فرزند به دنیا بیاورد، در مجموع رشد جمعیت تا دو دهه آینده منفی نخواهد شد.

با این حال، باید تأثیر تحولات باروری در دهه‌های اخیر را بر ساخت جمعیت در نظر داشت. در حال حاضر، ساخت سنی جمعیت ایران از حجم زیاد مولید در دهه ۱۳۶۰، به یکی از جوان‌ترین ساخت‌های جمعیتی تبدیل شده است.

جمعیت‌شناسان و اقتصاددانان، وجود چنین ساختار سنی جمعیت را به پنجره جمعیتی (Demographic Window) یا فرصت طلایی تعبیر می‌کنند؛ زیرا تعداد افرادی که در معرض کار و فعالیت هستند، بیش از تعداد افراد مصرف‌کننده و در سنین غیرفعال می‌باشند. در اصطلاح، بار تکفل در چنین شرایطی پایین می‌آید و امکان ذخیره و پس‌انداز اقتصادی برای افراد فراهم می‌شود.

بدیهی است این جمعیت انبوه جوان، به سنین میانسالی و در نهایت، سالخوردگی می‌رسند. بدون شک با توجه به حجم جمعیت جوان از یک‌سو و امکان افزایش امید به زندگی از دیگر سو، پس از چهار دهه، جمعیتی انبوه به سنین سالخوردگی می‌رسند. چنانچه از شرایط فعلی استفاده مطلوب شود و با ایجاد اشتغال، امکان سرمایه‌گذاری در کشور فراهم شود، این جمعیت جوان نه تنها فرصتی طلایی برای رونق اقتصاد کشور ایجاد می‌کند، بلکه ذخیره و توشه دوره سالخوردگی خود را فراهم خواهد کرد. در غیر این صورت، جمعیت انبوه بی‌کار فعلی، شرایطی به مراتب سخت‌تر را در دوره سالمندی در پیش خواهد داشت و بار تکفل جمعیت سالخورده آینده را باید تعداد فرزندان

محدودی که امروز به دنیا می‌آیند، بر دوش کشند.

باید توجه کرد که سالخوردگان آینده، همین جوانان امروزی هستند که در معرض کار و تشکیل خانواده می‌باشند. باید نیازهای آنها را شناخت و برآورده کرد، نه اینکه با ترس از آنکه در آینده جمعیتی انبوه به سن سالخوردگی می‌رسند، جوانان امروز را فراموش و سیاست‌هایی اتخاذ کنیم که امکان استفاده از فرصت‌های طلایی حاضر نیز میسر نباشد.

### چالش‌های بهداشت باروری بارداری‌های ناخواسته

کاهش دوره فرزندآوری، یکی از پیامدهای باروری پایین است؛ زیرا نه تنها زنان در سنین بالاتری ازدواج می‌کنند، بلکه تعداد فرزندان کمتری (حدود دو فرزند) را به دنیا می‌آورند. با عنایت به این دو موضوع، به احتمال زیاد تعداد فرزندان دلخواه تا اواخر دهه ۲۰ یا اوایل دهه ۳۰ سالگی زنان به دنیا می‌آیند و سپس فرزندآوری تا پایان دوره باروری متوقف می‌شود.

بررسی باروری زنان در ایران نشان می‌دهد حدود ۵۰ درصد زنانی که در دهه ۱۳۷۰ ازدواج کرده‌اند، فرزند آخر خود را تا ۲۹ سالگی به دنیا آورده‌اند؛ یعنی اکثر زنان نسل جدید که به طور عمده تحصیل‌کرده نیز هستند، حدود دو دهه از دوره بارداری خود را بدون فرزندآوری می‌گذرانند و این موضوع می‌تواند پیامدهای بهداشتی و اجتماعی خاص خود را به همراه داشته باشد.

به لحاظ بهداشتی، این زنان باید برای کنترل باروری حدود ۲۰ سال از یک روش پیشگیری از بارداری استفاده کنند. چنانچه برنامه‌های تنظیم خانواده به درستی اجرا نشود و از کیفیت بالایی برخوردار نباشد، احتمال وقوع بارداری‌های ناخواسته افزایش می‌یابد. همچنین استفاده از برخی وسایل پیشگیری از بارداری به مدت طولانی می‌تواند منجر به عوارض جانبی شود که باید در برنامه‌های بهداشتی مدنظر قرار گیرد.

به لحاظ اجتماعی نیز برای زنان



**موضوع جهانی شدن  
و تأثیر فرهنگ جهانی  
می تواند در تغییر ایده  
و دیدگاه های خانواده ها  
تأثیر قابل توجهی داشته  
باشد و هنجارهای  
از دواج دیرتر و خانواده  
کوچکتر را در جامعه  
ریشه دار کند.**

به تأمین سلامت مادرانی که به هر نحو تجربه سقط داشته اند، کمک کرد.

**افزایش فاصله سن بلوغ و سن ازدواج**

مطالعات انجام شده، نشان دهنده کاهش سن بلوغ در سال های اخیر است. حتی چنانچه سن بلوغ ثابت بوده و تغییری نسبت به سال های گذشته نداشته باشد،

در مناطق روستایی، مستلزم برنامه های آموزشی خاص تنظیم خانواده با توجه به نیازهای هر منطقه است. (عباسی شوازی و همکاران، ۱۳۸۳: ۷۶-۶۲)

با استفاده از داده های نتایج تحقیقات انجام شده، حدود ۱۶ درصد بارداری های ناخواسته در دهه ۷۰ به سقط جنین منجر شده و سالانه حدود ۸۰ هزار سقط جنین عمدی در کشور صورت می پذیرد. همچنین با استفاده از داده های DHS در سال ۱۳۷۹ برآورد شده که سالانه بیش از ۷۳۰۰۰ سقط جنین در ایران صورت می پذیرد؛ هر چند این میزان سقط کمتر از میزان مشابه در دهه ۱۳۷۰ است. البته این برآورد با استفاده از روش عوامل بلافصل باروری (نمونه بونگارت) محاسبه شده که کیفیت نتایج حاصل از آن اخیراً مورد نقد قرار گرفته است. برآورد دیگری نشان می دهد سالانه حدود ۱۲۰/۰۰۰ سقط جنین در ایران صورت می پذیرد.

هر چند نمی توان به درستی آمار دقیقی از سقط جنین در کشور به دست آورد، با این حال، واقعیت این است که سالانه تعداد زیادی از حاملگی های ناخواسته به سقط جنین منجر می شوند. شیوع سقط جنین در ایران به عنوان کشوری اسلامی، ضمن اینکه به لحاظ شرع پذیرفته نیست، می تواند پیامدهای ناگواری بر سلامت مادران داشته باشد. قانون سقط درمانی برای مواردی که جنین دارای عارضه های خاص یا سلامت مادر در خطر باشد، سقط جنین های پزشکی را مجاز دانسته است. اما متأسفانه در حال حاضر درصد قابل توجهی از سقط جنین ها در ایران به دلایل اقتصادی و اجتماعی انجام می شود. بدیهی است افزایش کیفیت خدمات تنظیم خانواده و ارائه مشاوره صحیح و به موقع به زوجین، می تواند وقوع بارداری های نابهنگام یا ناخواسته را کاهش دهد و از میزان سقط جنین بکاهد. به طور قطع، ارائه چنین خدماتی، نه تنها کاهش سقط جنین های غیرقانونی و غیرایمن را به دنبال خواهد داشت، بلکه می توان با ارائه خدمات مراقبتی و مشاوره ای پس از سقط،

تحصیل کرده ای که فرزندان خود را تا حدود ۳۰ سالگی به دنیا آورده اند، گذراندن حدود ۲۰ سال در منزل، با تبعات خانوادگی و اجتماعی خاصی روبه رو خواهد بود. از این رو، اشتغال زنان و بهره گیری از توانایی و تخصص آنان و در نهایت، گذراندن اوقات فراغتشان، از چالش هایی خواهد بود که باید در برنامه ریزی های اجتماعی مدنظر قرار گیرند.

مطالعات انجام شده بیانگر این است که در مراحل اولیه انتقال جمعیتی همزمان با کاهش باروری، میزان باروری ناخواسته افزایش می یابد و پس از طی مراحل، دوباره به روند ثابتی می رسد. حاملگی ناخواسته موجب بی توجهی به مراقبت های دوران بارداری، افزایش شیوع سقط جنین، تشدید افسردگی در مادران و توجه کمتر مادر به کودک ناخواسته می شود. از این رو، میزان بروز حاملگی ناخواسته به عنوان یکی از شاخص های سلامت جامعه مطرح است. با وجود موفقیت برنامه تنظیم خانواده در ایران و دسترسی بیش از ۷۰ درصد زوجین به روش های پیشگیری از بارداری، همواره مطالعات وزارت بهداشت نشان داده که نسبت قابل توجهی از حاملگی ها، ناخواسته هستند.

نتایج حاصل از آخرین بررسی کشوری به وسیله وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۴ نشان می دهد حدود یک سوم (۳۰/۶ درصد) حاملگی ها برنامه ریزی نشده و ۱۸/۶ درصد قطعاً ناخواسته زن و شوهر بوده است و این نسبت ها با افزایش تعداد فرزند و سن فرزندآوری، ارتباط مستقیم دارد. وجود درصد بالای حاملگی های برنامه ریزی نشده در حاملگی های اول و دوم نیز بیانگر این است که حتی زنان جوان خواستار داشتن خانواده با ابعاد کوچک هستند. مهم تر آنکه، وقوع حاملگی ناخواسته همزمان با استفاده از روش های پیشگیری از بارداری، می تواند به سقط جنین عمدی منجر شود. وقوع حاملگی ناخواسته همزمان با استفاده از روش های سنتی پیشگیری از بارداری در مناطق شهری یا همزمان با استفاده از قرص های پیشگیری از بارداری

واقعیت این است که فاصله بین سن بلوغ و سن ازدواج، افزایش قابل توجهی پیدا کرده است. به طور طبیعی، دختران و پسران در فاصله سال‌های بین بلوغ و ازدواج، با مسائل روحی، روانی و جسمی بیشتری روبه‌رو هستند. (محمدزاده، ۱۳۸۲)

در حال حاضر، اطلاعات مشاوره‌ای در مورد مسائل بلوغ و بهداشت باروری کمتر از مراجع رسمی در دسترس جوانان قرار می‌گیرد. همچنین فرهنگ خاص خانوادگی در ایران، کمتر به فرزندان و والدین اجازه می‌دهد چنین مسائل و موضوعاتی را در خانواده مطرح کنند؛ ضمن اینکه اکثر والدین، اطلاعات لازم را برای مشاوره‌دادن به نوجوانان و جوانان در زمینه بهداشت بلوغ و باروری در اختیار ندارند. بنابراین، جوانان، اطلاعات مورد نیاز را از دوستان یا از منابعی خارج از خانواده دریافت می‌کنند.

با عنایت به محدودیت‌های پیش‌گفته، به منظور حل مسائل و پیامدهای مربوط به دوران بلوغ در بین دختران و پسران

نوجوان و جوان، ایجاد مراکز مشاوره و اطلاع‌رسانی در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. همچنین، حکومت باید شرایط ازدواج سهل و آسان را فراهم کند تا فاصله بین سن بلوغ و ازدواج بیشتر نشود؛ زیرا اگر مشکل ازدواج جوانان حل شود، به طور حتم تأثیری بسزا در رشد جمعیت خواهد گذاشت.

### آینده سیاست‌های جمعیتی

باروری از مؤلفه‌های اصلی رشد جمعیت بوده، برنامه‌های جمعیتی به طور معمول، معطوف به کاهش یا افزایش باروری است و سیاست‌های جمعیتی بر مبنای سطح و روند باروری تدوین می‌شوند. در این راستا، در سال‌های اخیر با توجه به کاهش باروری در ایران، سؤالاتی در مورد ضرورت تداوم یا محدود کردن سیاست‌های باروری مطرح‌شده و برخی نیز بر عدم ضرورت اعمال برنامه‌های تنظیم خانواده تأکید کرده‌اند. حتی برخی بر عدم ضرورت ارائه واحد درسی تنظیم خانواده در دانشگاه‌ها نیز اصرار دارند. با توجه به ویژگی‌ها

### باروری از مؤلفه‌های اصلی رشد جمعیت بوده، برنامه‌های

### جمعیتی به طور معمول، معطوف به کاهش یا افزایش

### باروری است و سیاست‌های جمعیتی بر مبنای سطح و

### روند باروری تدوین می‌شوند.



و سیاست‌های جمعیتی کشور، تداوم برنامه‌های تنظیم خانواده و ارائه واحد درسی «جمعیت و تنظیم خانواده»، با کیفیت بهتر ضروری به نظر می‌رسد.

### برنامه تنظیم خانواده

با توجه به تحولات جمعیتی دهه‌های اخیر، درصد زیادی از زنان در سنین فرزندآوری قرار دارند. بنابراین، نیاز قابل توجهی به برنامه‌های تنظیم خانواده در جامعه احساس می‌شود. البته تغییر رفتارهای باروری باعث شده، طول دوره فرزندآوری به سنین محدودتری متمرکز شود.

افزایش سن ازدواج از یک‌سو و کاهش تعداد فرزندان ایدئال خانواده‌ها از دیگر سو، باعث شده است درصد قابل توجهی از زنان، فرزندآوری خود را از سن ۲۴ سالگی شروع کنند و تعداد فرزند دلخواه خود را تا قبل از ۳۰ سالگی به دنیا آورند. مطالعات نشان داده که حدود ۷۰ درصد زنان ایران، آخرین فرزند خود را تا سن ۳۲ سالگی به دنیا می‌آورند. لذا زنان حدود دو دهه باید از روش‌های پیشگیری از بارداری استفاده کنند. از یک‌سو استفاده از بعضی وسایل پیشگیری برای مدت طولانی می‌تواند آثاری جانبی بر سلامت زنان داشته باشد و از دیگر سو، عدم استفاده صحیح از وسایل پیشگیری در این دوران ممکن است به باروری ناخواسته منجر شود.

همچنین یکی از پیامدهای غیرقابل‌انکار بارداری‌های ناخواسته، سقط جنین و عواقب نامطلوب آن برای زنان و خانواده‌هاست. بنابراین، باید در نظر داشت که ارائه برنامه‌های تنظیم خانواده به معنای کنترل باروری نیست، بلکه زوجین نیاز دارند با توجه به شرایط زندگی خود، بهترین زمان تولد فرزندان خویش را انتخاب کرده و بر مبنای آن، رفتارهای



**با توجه به آثار درازمدت  
سیاست‌های جمعیتی، باید  
از اعمال سیاست جمعیتی  
جدید و هرگز تجربه‌نشده،  
در تمام کشور پرهیز شود؛  
زیرا شرایط جمعیتی،  
اقتصادی، اجتماعی و  
فرهنگی از یک کشور به  
کشور دیگر متفاوت است و  
نمی‌توان سیاست خاصی  
را برای همه کشورها  
تجویز کرد**

باروری خود را هماهنگ کنند. عدم ارائه خدمات تنظیم خانواده می‌تواند پیامدهای ناگواری برای سلامت جسمی و روحی زوجین، خانواده و جامعه داشته باشد که به برخی از آنها اشاره شد.

با توجه به شرایط و ویژگی‌های جمعیتی در کشور، سیاست‌های بهداشت باروری باید همراه با افزایش کیفیت برنامه‌های تنظیم خانواده باشد و ضمن مطالعه جامع در مورد ارزش‌ها و نگرش‌های جوانان نسبت به رفتارهای باروری، خدمات مشاوره‌ای تنظیم خانواده به جمعیت در سنین باروری ارائه شود. بدیهی است خدمات مشاوره‌ای حین ازدواج می‌تواند نقش قابل توجهی در ارتقای سلامت باروری خانواده‌ها و کنترل بارداری‌های برنامه‌ریزی‌نشده داشته باشد.

### درس جمعیت و تنظیم خانواده

یکی از راهکارهای اساسی افزایش سطح بهداشت باروری که به سلامت مادران و فرزندان در جامعه منجر می‌شود، آموزش رسمی برنامه‌های تنظیم خانواده در کشور است. تصویب ارائه درس «جمعیت و تنظیم خانواده» به دانشجویان در شورای انقلاب فرهنگی جمهوری اسلامی ایران در پاسخ به این نیاز بوده است. آموزش‌های مشاوره ازدواج نیز یکی از سیاست‌های مؤثر وزارت بهداشت برای ارائه آموزش‌های تنظیم خانواده به زوجین جوانی است که ممکن است در زمان ازدواج، آگاهی لازم را در زمینه بهداشت باروری و تنظیم خانواده نداشته باشند.

در سال‌های اخیر، توصیه‌هایی مبنی بر عدم ضرورت یا حذف واحد درسی تنظیم خانواده در دانشگاه‌ها شده است. واحد

درسی جمعیت و تنظیم خانواده دو هدف عمده را دنبال می‌کند:

### ۱. آشنایی با وضعیت جمعیت در کشور

بخش اصلی این درس، ارائه وضعیت جمعیت و ویژگی‌های جمعیتی است که دانشجویان با مسائل و مشکلات جمعیتی در سطح خرد و کلان آشنا می‌شوند. به دانشجویان آموخته می‌شود که جمعیت جهان و ایران با چه رشدی افزایش یا کاهش می‌یابند؛ نیازهای آموزشی، بهداشتی و رفاهی جمعیت چیست و نیز چگونگی تدوین برنامه‌های توسعه در کشور بر اساس نیازهای جمعیتی. با توجه به این مباحث، دانشجویان می‌توانند شرایط کشور و نیز خانواده‌های خود را با توجه به وضعیت توسعه، نیازهای آموزشی، بهداشتی و رفاهی ارزیابی و آگاهانه برای تنظیم خانواده خود برنامه‌ریزی کنند.

### ۲. اطلاعاتی پیرامون روش‌های

#### پیشگیری از بارداری

ارائه اطلاعات لازم برای جوانانی که در مقطع تحصیلی عالی هستند و در آستانه ازدواج به سر می‌برند یا ممکن است ازدواج کرده باشند، می‌تواند در بهبود بهداشت باروری آنان و خانواده‌هایشان مؤثر بوده،

آگاهی لازم را در زمینه استفاده صحیح از روش‌های پیشگیری از بارداری به آنان منتقل کند.

حتی به فرض اینکه سیاست‌های جمعیتی در راستای افزایش جمعیت تدوین شود، ارائه این واحد درسی می‌تواند کمک مؤثری برای توجیه این سیاست‌ها قلمداد شود. بدیهی است محتوای این واحد درسی باید با توجه به شرایط و سیاست‌های جمعیتی کشور ارزیابی و بازنگری شود. ارائه این واحد درسی نیز باید با توجه به شرایط و سیاست‌های جمعیتی و بهداشتی صورت گیرد تا اهداف اصلی آموزشی-بهداشتی مربوط به آن تأمین شود.

در سال‌های اخیر، کتاب‌های مختلفی با توجه به سرفصل مصوب درس واحد جمعیت و تنظیم خانواده توسط استادان جمعیت‌شناسی با همکاری متخصصان بهداشتی تألیف و منتشر شده است. در واقع، استادان این درس، با توجه به تخصص، سلیقه فردی یا احیاناً تصمیمات گروه آموزشی، به معرفی و تدریس یکی از این کتب تألیفی می‌پردازند.

### کتاب جمعیت، بهداشت و توسعه

**باروری** تألیف زنجانی و همکاران (۱۳۷۸) و کتاب **دانش خانواده** تألیف محمودیان و همکاران (۱۳۸۴)، بیش از سایر آثار منتشرشده، مورد استقبال استادان درس جمعیت و تنظیم خانواده قرار گرفته‌اند. دو کتاب مذکور، نقاط مشترک زیادی در ساخت و محتوا دارند. بخش اول هر دو کتاب به مباحث جمعیتی در ایران و جهان پرداخته و رابطه جمعیت و توسعه را

تشریح کرده‌اند. همچنین در بخش پایانی هر دو کتاب، مباحث بهداشت باروری و تنظیم خانواده ارائه شده است. با این حال، ویژگی بارز کتاب **دانش خانواده** این است که بخش دوم آن به موضوع نظام و اخلاق خانواده اختصاص یافته و ضمن توجه به مبانی و اهداف خانواده، معیارها و روش‌های ایجاد خانواده سالم و نیز شیوه‌های تثبیت و استحکام مودت در خانواده را مورد بحث و بررسی قرار داده است.

### نتایج و پیشنهادهای

برنامه‌ریزی آینده جمعیت باید منطبق با وضعیت و واقعیات موجود و اهداف آینده آن باشد. با عنایت به این که تحولات جمعیتی و اجتماعی با سرعت زیادی در جامعه صورت می‌پذیرد، برنامه‌ریزی‌های جمعیتی و بهداشت باروری نیز نه تنها باید همزمان با تحولات، شکل گرفته و اعمال شوند؛ بلکه طراحی و اعمال سیاست‌ها باید همواره به صورت پویا بوده و قابلیت ارزیابی، نقد و بررسی داشته باشند.

همچنین، هر چند تدوین سیاست‌های جمعیتی به طور معمول در یک مقطع زمانی کوتاه انجام می‌شود، ولی این سیاست‌ها ممکن است آثار درازمدتی را به دنبال داشته باشند. از این رو، لازم است در تدوین سیاست‌های جمعیتی، ساخت و ویژگی‌های جمعیتی در زمان طولانی‌تری در نظر گرفته شود. همچنین با توجه به آثار درازمدت سیاست‌های جمعیتی، باید از اعمال سیاست جمعیتی جدید و هرگز تجربه‌نشده، در تمام کشور پرهیز شود؛ زیرا شرایط جمعیتی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی از یک کشور به کشور دیگر متفاوت است و نمی‌توان سیاست خاصی را برای همه کشورها تجویز کرد؛ ولی با توجه به سیاست‌های اعمال شده در کشورهای دیگر با شرایط جمعیتی و اجتماعی به نسبت مشابه و نیز مطالعه پیامدهای جمعیتی در کشورهایی که انتقال جمعیتی را زودتر تجربه کرده‌اند، می‌تواند راهکارهای ارزنده‌ای برای تعیین سیاست‌های جمعیتی در کشور ارائه دهد.

بنابراین، باید با شناخت دقیق و عمیق وضعیت جمعیت، به ارزیابی و بررسی برنامه‌ها و سیاست‌های جمعیتی پرداخت، چشم‌انداز آینده جمعیت و الزامات سیاسی آن را به صورت کارشناسی ترسیم کرد و نسبت به اعمال سیاست‌های جمعیتی جامع، با تعهد همه‌جانبه همت گماشت. به منظور طراحی و اجرای سیاست‌های جامع و هماهنگ جمعیتی در آینده، موارد ذیل پیشنهاد می‌شود:

۱. احیای شورای عالی جمعیت؛ متشکل از نمایندگان از نهادهای سازمان‌ها و متخصصان مختلف جمعیتی، بهداشتی، اقتصادی و مذهبی با ریاست بالاترین مراجع اجرایی کشور؛

۲. مطالعه کارشناسی جمعیت و بازنگری سیاست‌های جمعیتی؛

۳. تدوین سیاست‌های جدید جمعیتی بر اساس نیازهای واقعی جمعیت و توسعه در کشور؛

۴. اجرای سیاست‌های جمعیتی با همکاری سازمان‌ها و نهادهای مختلف مسئول؛

۵. ارائه آموزش‌های عمومی لازم در مورد سیاست‌های جمعیتی، برنامه‌های تنظیم خانواده و بهداشت باروری متناسب با سنین و مراحل مختلف زندگی؛

۶. ارزیابی مستمر از پیشرفت برنامه‌ها و بازنگری سیاست‌های جمعیتی بر اساس شرایط خاص جمعیتی در کشور.

منابع  
درویدی آهی، ناهید (۱۳۸۴). «از دواج و عدم توازن در تعداد دو جنس ...» تهران: پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد جمعیت‌شناسی دانشگاه تهران. صادقی، رسول (۱۳۸۸). **جمعیت و توسعه در ایران**، تهران: مرکز مطالعات و پژوهش‌های آسیا و اقیانوسیه.

عباسی شوازی، محمدجلال و همکاران (۱۳۸۳). «حاملگی‌های ناخواسته و عوامل مؤثر بر آن». فصلنامه علمی- پژوهشی **باروری و ناباروری**، تهران: پژوهشگاه این‌سینا.

محمدزاده، افسانه (۱۳۸۲). «تحولات سن بلوغ در ایران»، سخنرانی ارائه‌شده در روز جهانی جمعیت، تالار علامه امینی دانشگاه تهران. فصلنامه **معرفت**، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۰.