

روندهای جمعیتی و چالشهای آن در خاورمیانه و آفریقای شمالی

ترجمه: حاتم حسینی*

چکیده

منطقه خاورمیانه و آفریقای شمالی یکی از خاستگاههای تمدن و فرهنگ شهری ست. ویژگی عمده کشورهای این منطقه این است که هرچند انتقال جمعیتی یعنی انتقال از مرگومیر و باروری بالا به مرگومیر و باروری پائین صورت گرفته است ولی هر کشوری در مراحل متفاوتی از آن قرار دارد. پیش‌بینی شده است که شمار جمعیت در این منطقه طی چندین دهه همچنان افزایش یابد و این بدان خاطر است که گشتاور رشد جمعیت در این منطقه مثبت است.

امروزه رشد سریع جمعیت چالشهایی را که این منطقه در آغاز هزاره سوم میلادی با آن روبروست، تشدید می‌کند. یکی از چالشها، فراهم نمودن خدمات بهداشت باروری برای زنان ۱۵ تا ۴۹ ساله‌ای است که طی ۳۰ سال آینده دست‌کم دو برابر خواهد شد. سالخوردگی جمعیت و تامین نیازهای بهداشتی آنها یکی دیگر از چالش‌های این منطقه است. علی‌رغم تلاش دولتهای منطقه در حوزه آموزش، شمار افراد بزرگسال بیسواد در بعضی کشورها افزایش خواهد یافت. بیکاری بویژه در میان جوانان و زنان یکی دیگر از ویژگیهای جمعیت‌شناختی منطقه است. علاوه بر اینها، رشد جمعیت در زمینه‌های دیگری چون مسکن و منابع آب، منطقه خاورمیانه و آفریقای شمالی را با چالشهای اساسی مواجه خواهد ساخت.

این وضعیت کشورهای منطقه را ناگزیر از پذیرش این واقعیت کرده است که برای تعدیل نرخ رشد جمعیت و پیشگیری از تشدید مشکلات، به اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده و کنترل مولید بپردازند. در این راستا، کشورهای مصر، ایران و ترکیه از اولین کشورهای بودند که بطور رسمی از برنامه‌های تنظیم خانواده حمایت کردند. هم‌اکنون در منطقه دولتی وجود ندارد که دسترسی زوجین به اطلاعات و خدمات تنظیم خانواده را محدود کند.

صاحب‌نظران بر این باوراند که در سایه اقداماتی چون التزام به ثبات سیاسی، سرمایه‌گذاری در بهداشت و منابع انسانی و سیاستهای اقتصادی سالم و بی‌عیب و نقص می‌توان چالشهای جمعیتی را در این منطقه به پاداش جمعیتی تبدیل نمود.

واژگان کلیدی: چالشهای جمعیتی - آفریقای شمالی - گشتاور رشد - خاورمیانه - پاداش جمعیتی

مقدمه

مردم خاورمیانه و آفریقای شمالی^۱ نقشی طولانی، هرچند در مواردی متغیر و ناپایدار، در تاریخ تمدن بشری داشته‌اند. این منطقه یکی از خاستگاههای تمدن و فرهنگ شهری است. سه دین عمده دنیا یعنی یهودیت، مسیحیت و اسلام ریشه در این منطقه دارد. دانشگاههای موجود در خاورمیانه و آفریقای شمالی از قدمت بیشتری در مقایسه با دانشگاههای اروپا برخوردارند. در دوران معاصر، سیاست، مذهب و اقتصاد خاورمیانه و آفریقای شمالی بشدت با روشهایی که دنیا را تحت تاثیر قرار داده، گره خورده است. عرضه نفت در سطح وسیع و کلان^۲ یکی از دلایل عمده علاقه‌مندی جهانی است ولی تاثیر خاورمیانه و آفریقای شمالی فراتر از حوزه‌های نفتی گرانقیمت آن می‌باشد. این منطقه از موقعیت جغرافیائی و استراتژیک مهمی بین آسیا، آفریقا و اروپا برخوردار است و همیشه درگیر کشمکش‌های زمین و نفوذ بیگانگان بوده است. امروزه، رشد سریع جمعیت چالشهایی را که این منطقه در آغاز هزاره سوم با آن روبروست، تشدید می‌کند. جمعیت خاورمیانه و آفریقای شمالی که در طول صدها سال در حدود ۲۰ میلیون نفر نوسان داشته است، در اوائل قرن بیستم به حدود ۶۰ میلیون نفر رسید. در نیمه دوم قرن بیستم رشد جمعیت در این منطقه به شدت افزایش یافت. کل جمعیت طی یک دوره ۵۰ ساله با ۲۸۰ میلیون نفر افزایش از حدود ۱۰۰ میلیون نفر در سال ۱۹۵۰ به حدود ۲۸۰ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ رسید. در طول این دوره، جمعیت خاورمیانه و آفریقای شمالی، ۲/۷ برابر یعنی بیش از هر منطقه عمده دیگری در جهان افزایش یافت (نمودار ۱).

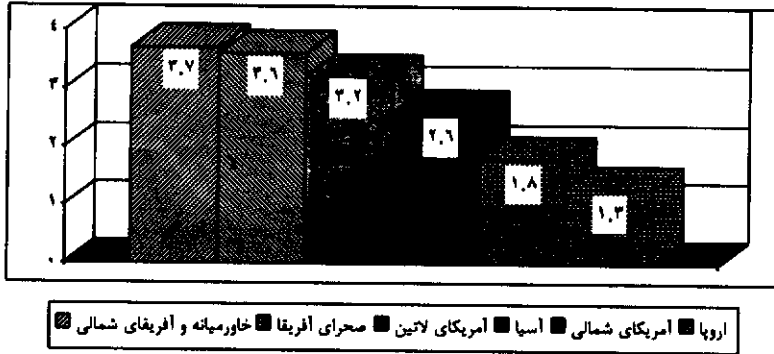
1. The Middle East and North Africa

کشورها و مناطقی که جزو خاورمیانه و آفریقای شمالی به حساب آمده‌اند در جدول ۴ لیست شده است.

۲- دو سوم ذخایر نفتی شناخته شده در دنیا

نمودار (۱)

نسبت حجم جمعیت در سال ۲۰۰۰ به حجم جمعیت در سال ۱۹۵۰
بر حسب مناطق عمده جهان



Source : United Nations, World Population Prospects: The 2000 Revision
(New York: United Nations, 2001)

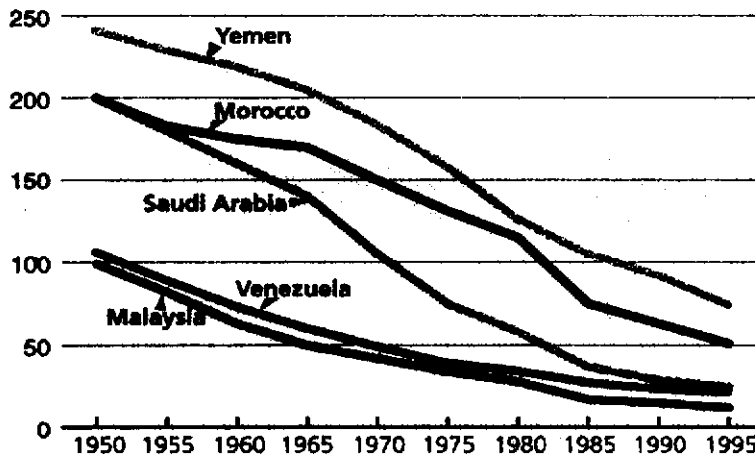
تغییرات جمعیت

در طول سده گذشته خاورمیانه و آفریقای شمالی میزان بالاتری از رشد جمعیت را نسبت به هر منطقه دیگری در جهان تجربه کرد. نرخ رشد سالیانه جمعیت منطقه خاورمیانه و آفریقای شمالی به بالاترین حد خود یعنی ۳ درصد در حدود سال ۱۹۸۰ رسید و این در حالی است که میزان رشد جمعیت در کل جهان حداکثر به ۲ درصد در سال در بیش از یک دهه قبل^۱ رسید. بهبود در بازماندگی و وضعیت زنده ماندنی انسان^۲ بویژه در طول نیمه دوم قرن بیستم موجب رشد سریع جمعیت در خاورمیانه و آفریقای شمالی و دیگر مناطق کمتر توسعه یافته شد. عرضه خدمات جدید پزشکی و اقداماتی در زمینه بهداشت عمومی همچون آنتی بیوتیک ها و ایمن سازی، موجب کاهش سریع میزانهای مرگ و میر در جهان در حال توسعه پس از سال ۱۹۵۰ شد در حالی که کاهش در میزانهای مولید با تاخیر صورت گرفت که همین خود میزانهای بالائی از افزایش طبیعی را (مازاد مولید بیشتر از تلفات) موجب شد.

۱- با نرخ رشد ۳ درصد در سال، یک جمعیت هر ۲۲ سال یک بار دو برابر خواهد شد.

نمودار (۲)

کاهش در مرگومیر اطفال (شمار تلفات زیر یک سال در هر ۱۰۰۰ تولد زنده)



source: United Nations, *World Population Prospects: The 2000 Revision* (New York: United Nations, 2001).

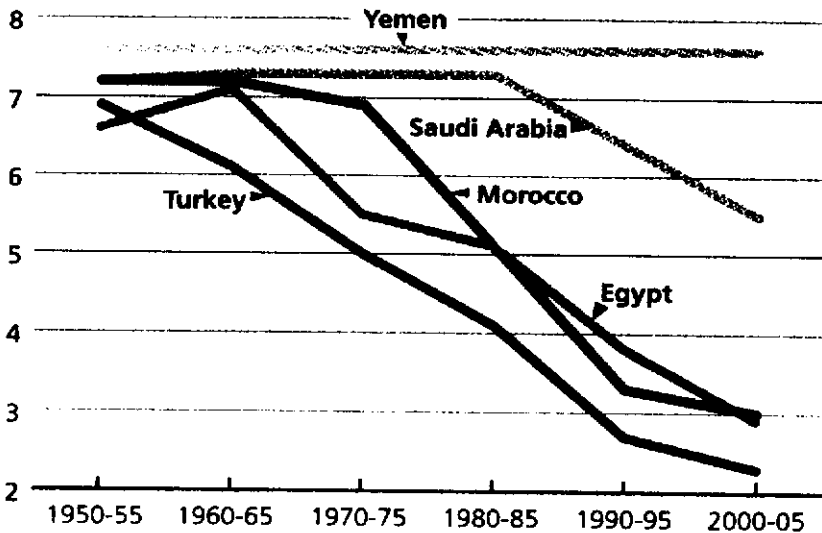
در پنجاه سال گذشته، کاهش مرگومیر در جوامع در حال توسعه، عمدتاً در زمینه مرگومیر کودکان و اطفال بوده است. در این منطقه مرگومیر اطفال (یعنی بچه‌هائی که قبل از نخستین سالگرد تولدشان می‌میرند) از حدود ۲۰۰ در هزار تولد زنده در اوائل دهه ۱۹۵۰ به کمی بیش از ۵۰ در هزار تولد زنده در آغاز قرن بیست و یک تقلیل یافت. علی‌رغم این کاهش سریع و این واقعیت که میزانهای مرگومیر اطفال در بعضی از کشورهای ثروتمند و نفت‌خیز حوزه خلیج فارس کاملاً پائین است (مرگومیر اطفال در کویت پائینتر از متوسط مرگومیر اطفال در اروپا می‌باشد)، میزان منطقه‌ای مرگومیر اطفال در خاورمیانه و آفریقای شمالی بالاتر از میزان متناظر آن در آمریکای لاتین و آسیای شرقی است (نمودار ۲).

در حالی که انتقال جمعیتی یعنی انتقال از مرگومیر و باروری بالا به مرگومیر و باروری پائین، ویژگی مسلط در تمام منطقه است. ولی، هر کشوری در مراحل متفاوتی از آن قرار دارد (نمودار ۳). در خاورمیانه و آفریقای شمالی باروری به طور متوسط از ۷ بچه برای

هر زن در حدود سال ۱۹۶۰، به ۲/۶ بچه در سال ۲۰۰۱ تقلیل یافت. میزان باروری کل (متوسط شمار موالید برای هر زن) در کشورهای بحرین، ایران، لبنان، تونس و ترکیه کمتر از ۳ بچه و در کشورهای عراق، عمان، منطقه فلسطین، عربستان سعودی و یمن بیشتر از ۵ بچه است (جدول ۱).

نمودار (۳)

میزانهای باروری کل (متوسط شمار موالید برای هر زن)



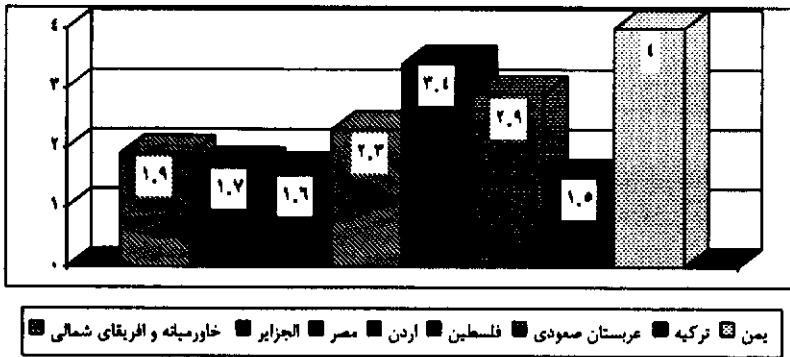
SOURCE: United Nations, *World Population Prospects: The 2000 Revision* (New York: United Nations, 2001).

هرچند انتظار می‌رود که در منطقه خاورمیانه و آفریقای شمالی کاهش باروری همچنان ادامه داشته باشد، ولی شمار جمعیت طی چندین دهه بسرعت افزایش خواهد یافت. در شماری از کشورها، شمار افراد جوانی که به سالهای بچه‌زائی می‌رسند، از شمار بیشتری در مقایسه با نسل قبلی برخوردارند. از اینرو، در مجموع موالید زیادی را هم خواهند داشت. این پدیده همان

چیزی است که گشتاور جمعیت^۱ یا نیروی فزاینده و محرک جمعیت نام دارد. جمعیت این منطقه هر سال ۲ درصد افزایش می‌یابد^۲. سالانه تقریباً ۷ میلیون نفر بر شمار جمعیت افزوده می‌شود و انتظار می‌رود که در پنجاه سال آینده جمعیت خاورمیانه و آفریقای شمالی تقریباً دو برابر شود (نمودار ۴).

نمودار (۲)

نسبت حجم جمعیت پیش‌بینی شده در سال ۲۰۵۰ به حجم جمعیت در سال ۲۰۰۱



پیامدها و چالشهای جمعیت‌شناختی

بدون توجه به سطح توسعه اقتصادی یا درآمد ملی، کشورهای خاورمیانه و آفریقای شمالی به طور فزاینده‌ای در زمینه فراهم آوردن نیازهای اساسی برای شماری از شهروندان رو به رشد، در زمینه‌هایی چون مسکن مناسب، بهداشت، مراقبت بهداشتی، آموزش و اشتغال و مبارزه با فقر، محدود نمودن شکاف بین اغنیا و فقرا و به طور کلی بهبود استاندارد زندگی با چالش مواجه هستند. علاوه بر این، کمبود منابع آب منطقه، تقاضای در حال رشد برای منابع آب را افزایش می‌دهد.

جمعیت جوان این منطقه، نیروی محرک بی‌سابقه‌ای برای افزایش جمعیت منطقه خاورمیانه و آفریقای شمالی است. یک سوم جمعیت این منطقه کمتر از ۱۵ سال سن دارند. در طول پانزده

1. Population Momentum

* دومین میزان بالا در دنیا پس از صحرای آفریقا

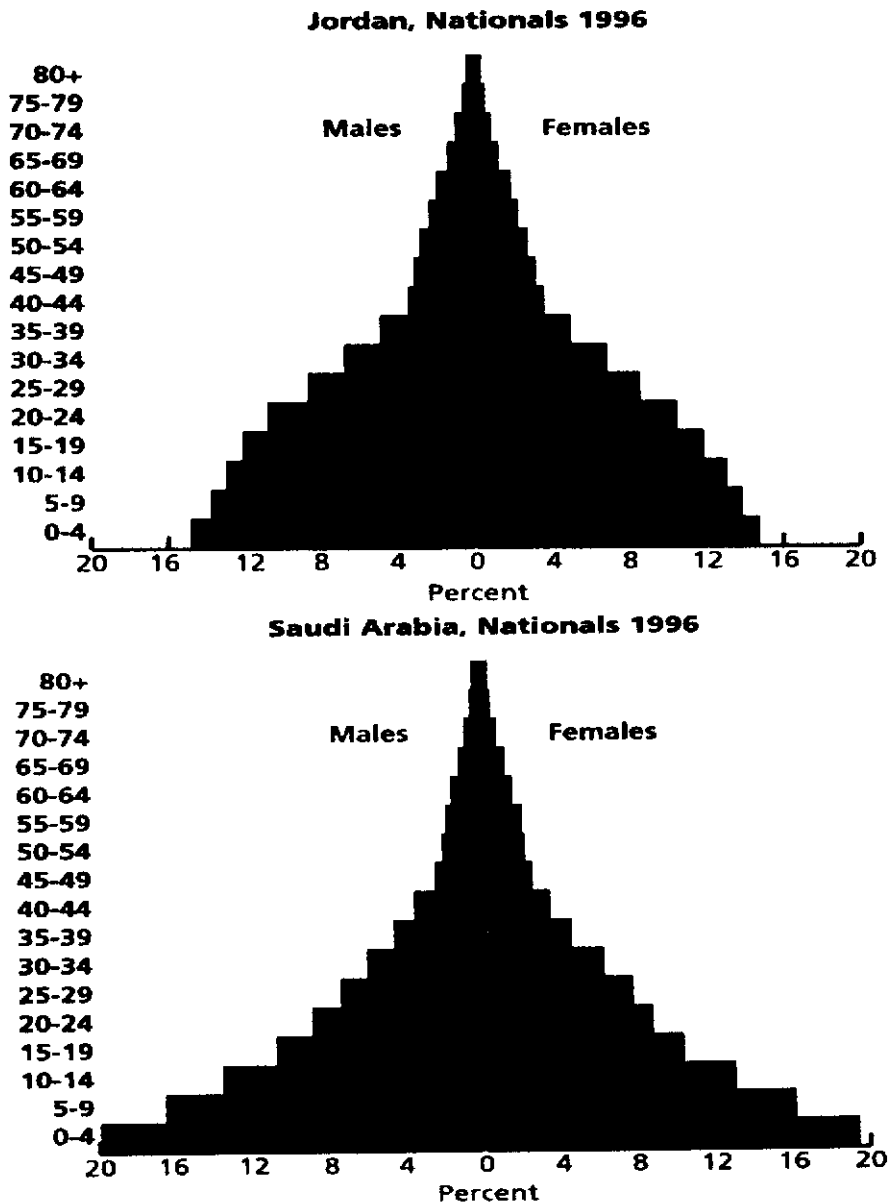
سال آینده این کودکان و نوجوانان به سنین بچه‌زائی می‌رسند و وارد بازار کار خواهند شد. در خاورمیانه و آفریقای شمالی طی ۳۰ سال آینده، شمار زنان واقع در سنین بچه‌زائی دست‌کم دو برابر خواهد شد. فراهم نمودن خدمات بهداشت باروری برای شماری از زنان در حال رشد یکی از چالشها و کلید حل رشد جمعیت است.

در خاورمیانه و آفریقای شمالی به موازات افزایش شمار کل جمعیت، جمعیت سالخورده نیز افزایش یافته و تامین نیازهای بهداشتی آنها یکی از دلایل افزایش هزینه‌های بهداشتی و شکل‌گیری نظام‌های بهداشتی است. برای مثال، انتظار می‌رود جمعیت سالخورده یعنی افراد ۶۰ ساله و بالاتر کشور مصر از ۴/۳ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ به ۲۲/۷ میلیون نفر در سال ۲۰۵۰ افزایش یابد. همچنین انتظار می‌رود که جمعیت سالخورده عربستان سعودی از ۱ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ به ۷/۷ میلیون نفر در سال ۲۰۵۰ افزایش یابد.

جمعیت واقع در سنین کار و فعالیت به عنوان کوه‌ارتهای بزرگی از بچه‌ها که به سنین بزرگسالی می‌رسند بسرعت افزایش می‌یابد. برای مثال، در سال ۱۹۹۶ در مقابل هر اردنی واقع در سن ۶۰-۴۵ سالگی که به سنین بازنشستگی نزدیک می‌شدند، ۵ اردنی زیر ۱۵ سال آماده ورود به بازار کار بودند. در عربستان سعودی این نسبت در سال ۱۹۹۶، ۸ به ۱ بوده است (نمودار ۵).

نمودار (۵)

هرم سنی جمعیت اردن و عربستان سعودی در میانه دهه ۱۹۹۰



SOURCE: United Nations Economic & Social Commission for Western Asia (ESCWA), *Demographic and Related Socio-Economic Data Sheets for Countries of Social Commission for Western Asia as Assessed in 1996* (Beirut: ESCWA, 1997).

بستگی اقتصادی منطقه یعنی نسبت جمعیت غیرفعال به لحاظ اقتصادی به جمعیت فعال از نظر اقتصادی در دنیا بسیار بالاست. نسبت جمعیت فعال به لحاظ اقتصادی در خاورمیانه و آفریقای شمالی در مقایسه با تمام مناطق دیگر، به خاطر ساخت سنی جوان و سطح پائین مشارکت نیروی کار زنان، پایین تر است. بر پایه آمارهای منتشره از سوی دفتر بین‌المللی کار در منطقه خاورمیانه و آفریقای شمالی تنها کشورهای با نسبت بستگی ۲ یا بالاتر (به طور متوسط دو فرد غیرفعال به لحاظ اقتصادی در مقابل یک فرد فعال از نظر اقتصادی) گزارش شده است.^۱

التزام به ثبات سیاسی، سرمایه‌گذاری در بهداشت و منابع انسانی و سیاستهای اقتصادی سالم و بی‌عیب و نقص می‌تواند چالشهای جمعیتی منطقه خاورمیانه و آفریقای شمالی را به پاداش جمعیت‌شناختی تبدیل کند. برای مثال، پاداش جمعیتی هنگامی رخ می‌دهد که جمعیت جوان زیاد، سالم و تندرست، تحصیل‌کرده و آموزش دیده، آماده جذب در یک بازار اقتصادی و مشارکت در اقتصاد ملی است. متأسفانه، کشورهای خاورمیانه و آفریقای شمالی، در حال حاضر بیشتر مستعد فرار مغزها به عنوان جریان وسیعی از افراد تحصیل‌کرده که منطقه را به قصد اروپا، آمریکای شمالی و بقیه نقاط جهان ترک می‌کنند، هستند.

بسیاری از دولتها تلاش می‌کنند که نیازهای اساسی جمعیت در حال رشدشان را فراهم نمایند. منطقه خاورمیانه و آفریقای شمالی، بالاترین میزان بیکاری را در دنیا دارد. بر پایه یک تحلیل طی سال‌های ۱۹۹۶ تا ۲۰۱۰، اقتصاد کشورهای خاورمیانه و آفریقای شمالی با این فرض که نسبت جمعیت واقع در سنین کار و فعالیتی که وارد بازار کار می‌شوند، بدون تغییر باقی بماند، نیازمند ایجاد نیمی از مشاغل موجود در سال ۱۹۹۶ به منظور جلوگیری از افزایش میزان بیکاری در منطقه به بیش از رقم ۱۴ درصد در اواسط دهه ۱۹۹۰ می‌باشد.^۲ برای مثال، اقتصاد کشور مصر نیازمند ایجاد سالانه ۵۰۰۰۰۰ فرصت جدید شغلی برای جذب افراد تازه واردی است که به بازار کار ملحق می‌شوند. حتی بعضی از کشورهای ثروتمند نفتی حوزه خلیج

1. International Labour Organization (ILO), *World Labour Report 2000* (Geneva: ILO, 2000) : Table 4B.

2. Jalaledin Jalali and Farzaneh Roudi, *Globalization and Unemployment in the Middle east and North Africa*, in *Population Challenges in the Middle East and North Africa : Toward the 21st Century*, ed. I. Sirageldin (forthcoming).

فارس همچون عربستان سعودی که به طور سنتی بیکار نداشته‌اند، با بیکاری جوانان مواجه خواهند شد.

بیکاری در میان جوانان و زنان بیشتر است. در سال ۱۹۹۷ در کشور اردن، سه چهارم بیکاران بین ۱۵ تا ۲۹ سال سن داشتند و میزان بیکاری در میان زنان دو برابر بیشتر از مردان بود.^۱ در دنیا زنان خاورمیانه و آفریقای شمالی با میزان بیکاری بالاتری مواجه هستند. بر پایه آمارهای منتشره از سوی ILO، در خاورمیانه و آفریقای شمالی یک شکاف جنسی وسیع در بین بیکاران وجود دارد. در مصر، میزان بیکاری زنان در سال ۱۹۹۵، ۲۴ درصد گزارش شده است که رقم متناظر آن برای مردان ۷ درصد بوده است.^۲

برای آماده کردن جمعیت در حال رشد واقع در سنین کار و فعالیت برای دوران جهانی شدن اقتصاد منطقه خاورمیانه و آفریقای شمالی نیازمند سرمایه‌گذاری بسیار بیشتری برای نیروی انسانی است. علی‌رغم تلاشهای دولتها در حوزه آموزش، شمار افراد بزرگسال بیسواد در بعضی کشورها افزایش خواهد یافت. در مصر، طی پانزده سال از ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۵، میزان باسوادی جمعیت ۱۵ ساله و بالاتر از ۴۰ درصد به ۵۰ درصد افزایش یافته است ولی شمار کل مصریهای بیسواد از ۱۶ میلیون به ۱۹ میلیون افزایش یافته است. علی‌رغم افزایش میزان باسوادی از ۲۹ درصد به ۴۴ درصد^۳ در فاصله پانزده سال از ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۵، جمعیت بیسواد مراکش، ۱/۵ میلیون نفر افزایش یافته و از ۸ میلیون نفر به ۹/۵ میلیون نفر رسیده است. دو سوم از افراد بزرگسال بیسواد در منطقه خاورمیانه و آفریقای شمالی را زنان دربر می‌گیرند.

مهار رشد سریع جمعیت شهری در مواجهه با کمبود مسکن و زیرساختهای ناکارآمد نیز بیشتر از یک چالش خواهد شد. جمعیت شهرها، سریعتر از جمعیت کل کشور افزایش می‌یابد، همینطور رشد جمعیت در مناطق روستائی، جریان مهاجرتهای روستا - شهری را تشدید می‌کند. هم‌اکنون قاهره با ۱۰/۶ میلیون نفر، استانبول با ۹/۶ میلیون نفر و تهران با ۷/۲ میلیون نفر به ترتیب نوزدهمین، بیست‌ودومین و بیست‌وهشتمین شهر در دنیا می‌باشند. پیش‌بینی شده

1. United Nations Development Programme (UNDP), *Jordan Human development report 2000* (Amman, Jordan : UNDP, 2000) : Tables 5.3 and 5.6.
2. ILO, *World Labour Report 2000* : Table 6.
3. United Nations Educational, Cultural, and Scientific Organization (UNESCO), *UNESCO Statistical Yearbook 1999* (Paris: UNESCO, 1999): Table II.2.

است که در سال ۲۰۱۵، قاهره با ۱۳/۸ میلیون نفر و استانبول با ۱۲/۵ میلیون نفر در رتبه‌های شانزدهم و هفدهم قرار گیرند.^۱

در خاورمیانه و آفریقای شمالی به عنوان منطقه‌ای که در مقایسه با هر منطقه دیگری در دنیا با کمبود شدید آب مواجه خواهد شد، رشد سریع جمعیت تهدیدی جدی برای توسعه پایدار است. این منطقه در حالی که ۶/۳ درصد جمعیت دنیا را در خود جای داده است، تنها از ۱/۴ درصد آب آشامیدنی قابل دسترس جهان برخوردار است. در فاصله سال‌های ۱۹۷۵ و ۲۰۰۱، رشد جمعیت باعث شد تا منابع آب آشامیدنی قابل بازیافت در دسترس برای هر فرد به بیش از نصف کاهش یابد یعنی از ۳۳۰۰ متر مکعب به ۱۵۰۰ متر مکعب برای هر فرد در سال برسد. پیش‌بینی شده است که تا سال ۲۰۲۵ سرانه آب آشامیدنی در دسترس به حدود ۱۰۰۰ متر مکعب کاهش یابد و این مساله از نظر بین‌المللی سرآغازی برای کمبود آب خواهد بود. امروزه چون نزدیک ۸۰ درصد آب آشامیدنی قابل دسترس منطقه در ایران، عراق، سوریه و ترکیه یافت می‌شود، بیشتر منطقه هم‌اکنون زیر استاندارد بین‌المللی ست. در کشورهای چون اسرائیل، اردن، کویت و عربستان سعودی متوسط ملی کمتر از ۲۰۰ متر مکعب برای هر نفر در سال می‌باشد.^۲

شکل‌گیری یک توافق بین‌المللی در مورد جمعیت

در اولین نشست سازمان ملل در خصوص جمعیت جهان در سال ۱۹۵۴ و ۱۹۶۵، این واقعیت که رشد سریع جمعیت شرایط فقر و توسعه‌نیافتگی را تشدید نموده و مانع از توسعه کشورهای با منابع محدود می‌گردد، مورد تاکید قرار گرفت. در سال ۱۹۶۹، سازمان ملل، صندوق جمعیت سازمان ملل را بنیان نهاد که رسالت آن تشویق و تبلیغ برنامه‌های تنظیم خانواده بود. از این زمان به بعد، برنامه‌های جمعیت و تنظیم خانواده تقریباً در یک معنا استعمال

1. United Nations Population Division, *World Urbanization Prospects, the 1999 Revision: Key Findings* (New York: UN Population Division, 1999): Table 5, *Data Tables and Highlights*, Table 11.

2. Calculations done by author using the following sources: Carl Haub and Diana Cornelius, *2001 World Population data Sheet* (Washington, DC: Population Reference Bureau May 2001), *People in the balance: Population and Natyral resources at the Turn of the Millennium* (Washington, DC: Population Action International, 2000, *World Resources 2000-2001* (Washington DC: World Resources Institute).

شدند. مصر، ایران و ترکیه از جمله نخستین کشورهای کمتر توسعه‌یافته‌ای هستند که به طور رسمی از برنامه‌های تنظیم خانواده حمایت کردند. این دولت‌ها در دهه ۱۹۶۰ به منظور بهبود سطح بهداشت و رشد پائین جمعیت به عنوان بخشی از برنامه‌های توسعه ملی، به اجرای برنامه‌های تنظیم خانواده پرداختند.^۱

از طرف دیگر، کشورهایی چون الجزایر هیچگونه نیازی به برنامه‌های سازمان‌یافته تنظیم خانواده به عنوان بخشی از برنامه‌های توسعه ملی ندیدند. در کنفرانس جهانی جمعیت سال ۱۹۷۴ در بخارست، الجزایر در شمار کشورهای بود که معتقد بودند برنامه‌های تنظیم خانواده در منطقه اقدامی ست که از سوی توطئه‌گران امپریالیست و با هدف محدود نمودن جمعیت جهان در حال توسعه دنبال می‌شود. این گروه از کشورها بر این باوراند که برنامه‌های تنظیم خانواده در سطح ملی نه تنها نقشی در توسعه اقتصادی - اجتماعی ندارد. بلکه، کاهش باروری موخر بر توسعه اقتصادی - اجتماعی ست، بدین معنا که ابتدا بایستی توسعه اقتصادی - اجتماعی در جامعه تحقق یابد، آنگاه امیدوار بود که باروری سیر نزولی به خود بگیرد. با اینحال، بعدها دولت الجزایر به این واقعیت پی برد که توسعه بتنهائی نقشی در کاهش باروری نخواهد داشت و از همین جا بود که چرخشی در سیاستهای جمعیتی‌اش صورت داد. در سال ۱۹۸۳، دولت الجزایر تنظیم خانواده را به عنوان بخشی از برنامه‌های توسعه ملی پذیرفت. از دهه ۱۹۶۰، موقعیت رسمی خودش را در مورد تنظیم خانواده تغییر داد. پس از انقلاب اسلامی ۱۹۷۹، ایران برنامه تنظیم خانواده رژیم قبلی را به عنوان برنامه‌ای که از سوی غرب دیکته می‌شد، لغو نمود. با پایان یافتن جنگ عراق با ایران در سال ۱۹۸۸، توجه دولت به بازسازی خرابیهای ناشی از جنگ در کشور معطوف شد. در این راستا دولت رشد سریع جمعیت را به عنوان یکی از موانع عمده توسعه اقتصادی - اجتماعی قلمداد می‌کرد و بر همین اساس، به اجرای یکی از موثرترین برنامه‌های جمعیتی در دنیای در حال توسعه پرداخت.

در کنفرانس جمعیتی دیگری که در سال ۱۹۹۲ در امان برگزار شد و به منزله یک کنفرانس مقدماتی منطقه‌ای برای کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه^۲ (ICDP) در قاهره بود، تمام کشورها حضور یافتند و تنظیم خانواده را به عنوان سنجه‌ای برای حقوق انسانی و بهداشتی که

1. Abdel R. Omran and Farzanch Roudi. The Middle east Population Puzzle, *Population Bulletin* 48, no. 1 (Washington, DC: Population reference Bureau, July 1993).

2. International Conference on Population and Development

در اسلام مجاز شمرده شده است، پذیرفتند. هم‌اکنون در منطقه دولتی وجود ندارد که دسترسی زوجین به اطلاعات و خدمات تنظیم خانواده را محدود کند. بیشترین حمایت در زمینه تهیه اطلاعات و خدمات تنظیم خانواده چه به طور مستقیم و چه به طور غیرمستقیم، به عنوان بخشی از خدمات مراقبت بهداشتی اولیه صورت می‌گیرد. شماری از کشورها همچون الجزایر، مصر، ایران، اردن و ترکیه سیاستهای آشکاری برای پائین آوردن سطح باروری اتخاذ نمودند و به اجرای فعالیتهای آموزشی و آگاهی ملی به منظور تشویق خانواده‌های کوچکتر پرداختند.

کنفرانس ۱۹۹۴ قاهره نقطه عطفی در مجموعه کنفرانسهای جمعیتی سازمان ملل بود چرا که در این کنفرانس تاکید بر تامین نیازهای فردی و رفاه ماوراء تنظیم خانواده از جمله نیاز به مراقبت بهداشتی وسیع در زمینه تولیدمثل و بهبود در منزلت زنان بود. بهداشت باروری^۱ برای نخستین بار در یک سند سیاست بین‌المللی تعریف شد که شامل تامین سلامتی و مراقبت دوران بچه‌زائی و جلوگیری از ابتلا به بیماریهای تناسلی نظیر HIV/AIDS و بیان سایر عواملی چون خرید و فروشهای جنسی و خشونت علیه زنان که موجب فقر بهداشتی می‌شود، بود. عمده‌ترین مسائل بهداشت باروری رویاروی منطقه خاورمیانه و آفریقای شمالی مرگ‌ومیر بالای مادران بویژه در کشورهایی چون یمن، مراکش، مصر و عراق و جلوگیری از ابتلا به بیماریهای تناسلی و HIV/AIDS است. باروری بالا، کاهش آهسته باروری، ازدواج زودرس و باروری بالای نوجوانان از مسائل عمده بهداشت باروری در شماری از کشورهای خاورمیانه و آفریقای شمالی است. عمل بریدن تناسلی زنان* هرچند در بعضی مناطق خارج از یمن و مصر ناشناخته بود، یکی از عمده‌ترین موضوعات بهداشت باروری است که باعث شده است سازمان‌های ملی و بین‌المللی حقوق بشر، زنان و بهداشت همراه با یکدیگر در جهت کاهش آن اقدام نمایند.

برنامه عمل کنفرانس قاهره سازمانهای دولتی و غیردولتی و موسسات بین‌المللی توسعه را برای حمایت کردن و سرمایه‌گذاری در بهداشت باروری، آموزش دختران و ارتقای منزلت زنان فراخوانده است.** تمام دولتهای شرکت کننده در کنفرانس قاهره از برنامه عمل کنفرانس

1. Reproductive Health

* منظور عمل ختنه کردن است (مترجم).

** کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه که در سال ۱۹۹۴ در قاهره برگزار شد، فرصتی برای کشورهای خاورمیانه و آفریقای شمالی و همینطور سایر کشورهای جهان بود، تا به بررسی چالشهای جمعیتی‌شان بپردازند و راه‌حلهای ممکن را به بحث بگذارند. برنامه عمل کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه که توسط ۱۷۹ کشور

حمایت و آن را مورد تایید قرار دادند. برای کشورهای مسلمان از جمله کشورهای مسلمان خاورمیانه و آفریقای شمالی، تایید و امضای این سند عموماً با این شرط بود که آنها پیشنهادات را طبق آئین اسلام تفسیر و اقتباس کنند. برنامه عمل کنفرانس با موضوعاتی چون مسائل جنسی دوره جوانی و اعطای اختیارات به زنان که به لحاظ فرهنگی در بعضی کشورهای مسلمان حساس هستند، ارتباط پیدا می‌کرد.

در سند تنظیمی کنفرانس قاهره اذعان شد، به این که تکمیل توصیه‌ها و سفارشات برنامه جزو حق حاکمیت هر کشور است که بایستی هماهنگ با قوانین ملی و اولویتهای توسعه و با احترام کامل برای مذاهب گوناگون و ارزشهای اخلاقی و زمینه‌های فرهنگی مردم و در هماهنگی با حقوق بشر شناخته شده جهانی باشد.^۱ کشورهای خاورمیانه و آفریقای شمالی در این فکر هستند که چگونه در زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی خودشان به توسعه پایدار و عدالت اجتماعی

شرکت کننده پذیرفته شد، یک چارچوب مفهومی برای کاهش رشد جمعیت و بهبود زندگی مردم فراهم نمود. در این کنفرانس به منظور فراهم نمودن خدمات تنظیم خانواده در زمینه مراقبت وسیع بهداشت باروری، بر توسعه انسانی، سرمایه‌گذاری وسیع در زمینه بهبود بهداشت، آموزش و حقوق بویژه در مورد زنان و دختران تمرکز و تاکید شد. همچنین در دسترسی همگانی به خدمات زیر تا سال ۲۰۱۵ میلادی اجماع حاصل شد:

- ۱- فراهم نمودن دسترسی همگانی به طیف وسیعی از روشهای مطمئن و قابل اعتماد تنظیم خانواده و خدمات بهداشت باروری مرتبط با آن.
- ۲- کاهش میزان مرگومیر اطفال به ۲۵ در هزار تولد زنده و میزان‌های مرگومیر اطفال زیر ۵ سال به ۴۵ در هزار تولد زنده.
- ۳- کاهش میراثی و مرگومیر مادران به سطحی که تا مدت طولانی آنها مشکلی در زمینه بهداشت عمومی نداشته باشند.
- ۴- افزایش مقدار امید زندگی در بدو تولد به بیش از ۷۵ سال. در کشورهای با بالاترین میزان مرگومیر، هدف افزایش مقدار امید زندگی در بدو تولد به بیش از ۷۰ سال می‌باشد.
- ۵- دسترسی همگانی به آموزش ابتدائی و تکمیل آن، تضمین دسترسی سریع و گسترده زنان و دختران به سطوح آموزشی متوسطه و بالاتر.

Source: United Nations Population Fund (UNFPA), "Programme of Action of the International Conference on Population and Development"(New York: UNFPA, 1994): paragraph 7.16,8.16,8.21,8.5 and 11.8.

1. United Nations, "Programme of Action Adopted at the International Conference on Population and development, Cairo, 5-13 September 1994," Population and Development 1 (New York: UNFPA, 1995).

می‌رسند* در حالی که تجربه کشورها در مناطق دیگر حاکی از مشخص بودن چالشهای جمعیتی‌ای هست که داشته‌اند.

سایر کنفرانسهای بین‌المللی سازمان ملل در دهه ۱۹۹۰ همچون تشریک مساعی جهانی برای کودکان (نیویورک، ۱۹۹۰)، کنفرانس محیط و توسعه (ریودوژانیرو، ۱۹۹۲)، کنفرانس جهانی حقوق بشر (وین، ۱۹۹۳)، تشریک مساعی جهانی برای توسعه اجتماعی (کوپنهاگ، ۱۹۹۵)، چهارمین کنفرانس جهانی زنان (پکن، ۱۹۹۵) و کنفرانس اسکان بشر معروف به هیئات ۲ (استانبول، ۱۹۹۶) روی جنبه‌های مرتبط با توسعه انسانی متمرکز بود. بیانیه کنفرانس قاهره بر مبنای نتایج

* قاهره در عمل :

از زمان کنفرانس قاهره، بسیاری از کشورها اقدامات سیاسی واقعی در راستای هدف فراهم نمودن دسترسی همگانی به مراقبتهای بهداشت باروری صورت دادند. در بعضی موارد، این اقدامات شامل توسعه سیاستهای بهداشت باروری ملی فراگیر می‌باشد، به بیان دیگر، دولتها مجدداً جنبه‌های موجود تنظیم خانواده یا سایر برنامه‌های بهداشتی را برای بیان بهداشت باروری طرح نمودند. موارد زیر مثالهایی از خاورمیانه و آفریقای شمالی می‌باشد؛

۱- در سال ۱۹۹۶ اردن استراتژی ملی جمعیت را تنظیم نمود. بعدها، یک استراتژی تنظیم خانواده ملی نیز برای آگاهی دادن زنان و مردان ازدواج کرده، رهبران مذهبی و عوام و فراهم‌کنندگان خدمات درباره طیف وسیعی از مسائل بهداشت باروری توسعه یافت.

۲- در ایران یک برنامه بهداشت باروری ملی که شامل فرصتهای اقتصادی برای زنان و خدماتی برای جوانان است، ایجاد شد.

۳- سوریه آموزش جمعیت را هم به صورت رسمی و هم به صورت غیررسمی ارائه نمود.

۴- در سال ۱۹۹۷، در کشور تونس برای تشویق افراد و سازمانها به منظور مشارکت در حل مسائل مرتبط با بهداشت باروری و افزایش آگاهیهای عمومی درباره این مسائل یک سیستم تشویقی در بهداشت باروری برقرار شد.

۵- ترکیه در برنامه‌های ملی‌اش همچون برنامه ملی تنظیم خانواده و بهداشت زنان، برنامه عمل ملی برای کودکان و برنامه عمل ملی محیط زیست تجدیدنظر کرده است. این کشور همچنین یکسری مکانیزمهای نهادی همچون کمیسیون ملی ایدز، هیات‌های مشاوره تنظیم خانواده و کمیته پیگیری ICPD را ایجاد کرده است.

Sources: Country Presentations as the UN General assembly for the Overall Review and Appraisal of the Implementation of the ICPD Programme of Action, New York, July 1, 1999, and statement by Dr. Nafis Sadik, executive director, UNFPA, at the Luncheon for the Congressional Womens Caucus, Washington, DC, July 20, 1999.

کنفرانسهای مذکور و تاکید مجدد بر مسائلی که در آنها مطرح شده است، استوار بود. توصیه‌ها و پیشنهادات ناشی از این کنفرانسها چارچوبی را برای دستیابی به عدالت اجتماعی و توسعه پایدار که هر کشوری می‌تواند متناسب با شرایط خویش آنرا بپذیرد، فراهم می‌کند.

جدول ۱- شاخصهای برگزیده جمعیت شناختی و بهداشت باروری

(جمعیت به میلیون نفر)

کشور	جمعیت در میانه ۲۰۰۱	میزان موالید (در هزار)	میزان مرگ و میر (در هزار)	میزان افزایش طبیعی (درصد)	جمعیت پیش بینی شده		میزان شهرنشینی (درصد)
					جمعیت ۲۰۰۱		
					۲۰۰۵	۲۰۵۰	
خاورمیانه و آفریقای شمالی	۳۸۵/۶	۲۶	۷	۲/۰	۵۶۸/۷	۷۱۹/۴	۵۹
الجزایر	۳۱	۲۵	۶	۱/۹	۳۳/۲	۵۱/۵	۴۹
بحرین	۰/۷	۲۱	۳	۱/۹	۱/۷	۲/۹	۸۸
مصر	۶۹/۸	۲۸	۷	۱/۲	۹۶/۲	۱۱۴/۷	۴۳
ایران	۶۶/۱	۱۸	۶	۱/۲	۸۸/۴	۱۰۰/۲	۶۲
عراق	۲۳/۶	۳۷	۱۰	۲/۷	۳۰/۳	۵۳/۶	۶۸
اسرائیل	۶/۳	۲۲	۶	۱/۶	۸/۹	۱۰/۶	۹۱
اردن	۵/۲	۲۷	۵	۲/۲	۸/۷	۱۱/۸	۷۹
کویت	۲/۳	۲۰	۲	۱/۸	۴/۲	۶/۳	۱۰۰
لبنان	۳/۴	۲۳	۷	۱/۷	۵/۴	۵/۸	۸۸
لیبی	۵/۲	۲۸	۴	۲/۴	۸/۳	۱۰/۸	۸۶
مراکش	۲۹/۲	۲۶	۶	۲/۰	۳۰/۵	۴۸/۴	۵۵
عمان	۲/۴	۳۹	۳	۳/۵	۴/۹	۷/۶	۷۲
فلسطین	۳/۳	۴۲	۵	۳/۷	۷/۴	۱۱/۲	-
قطر	۰/۶	۳۱	۴	۲/۷	۰/۸	۰/۹	۹۱
عربستان سعودی	۴۱/۱	۳۵	۶	۲/۹	۳۰/۶	۶۰/۳	۸۳
سوریه	۱۷/۱	۳۱	۶	۲/۶	۲۷/۱	۳۵/۲	۵۰
تونس	۹/۷	۱۹	۶	۱/۳	۱۲/۵	۱۴/۲	۶۲
ترکیه	۶۶/۳	۲۲	۷	۱/۵	۸۵/۲	۹۷/۲	۶۶
امارات متحده عربی	۳/۳	۱۸	۴	۱/۴	۳/۵	۵/۱	۸۴
یمن	۱۸	۲۴	۱۱	۳/۳	۳۹/۶	۷۱/۱	۲۶

ادامه جدول (۱)

کشور	درصد جمعیت سن		امید زندگی در بدو تولد			میزان باروری کل ^۲	درصد زنان ازدواج کرده ۳۹- ۱۵ ساله که از روشهای پیشگیری استفاده می کنند		نسبت مرگ و میر مادری ^۱
	کمتر از ۱۵ سال	۶۵ ساله و بالاتر	کل	مردان	زنان		روشهای جدید	تمام روشها	
							میزان مرگ و میر	میزان مرگ و میر	
خاورمیانه	۳۶	۴	۶۸	۶۶	۷۰	۲/۶	۵۶	۴۳	۱۳۸
آفریقای شمالی	۲۹	۴	۶۹	۶۸	۷۰	۲/۱	۵۲	-	۲۲۰
الجزایر	۳۱	۲	۷۲	۷۰	۷۵	۲/۸	۶۲	۳۱	۴۶
بحرین	۳۶	۴	۶۶	۶۵	۶۸	۳/۵	۵۶	۵۴	۱۷۰
مصر	۳۶	۵	۷۰	۶۹	۷۱	۲/۶	۷۳	۵۵	۳۷
ایران	۴۲	۲	۵۹	۵۸	۶۰	۵/۳	-	-	-
عراق	۲۹	۱۰	۷۸	۷۶	۸۰	۲/۰	-	-	۵
اسرائیل	۴۰	۵	۷۰	۶۹	۷۱	۲/۶	۵۶	۳۹	۴۱
ارمن	۳۶	۱	۷۳	۷۲	۷۳	۴/۲	۵۰	۴۱	۵
کویت	۲۹	۷	۷۱	۶۸	۷۳	۲/۵	۶۱	۳۷	۱۰۰
لبنان	۳۷	۴	۷۵	۷۲	۷۷	۲/۹	۴۹	۳۶	۷۵
لیبی	۳۳	۵	۶۹	۶۷	۷۱	۲/۴	۵۸	۴۹	۲۳۰
مراکش	۴۱	۲	۷۱	۶۹	۷۲	۶/۱	۲۴	۱۸	۱۹
عمان	۴۷	۴	۷۲	۷۰	۷۴	۵/۹	۵۱	۳۷	-
فلسطین	۳۷	۲	۷۲	۶۹	۷۴	۳/۹	۴۳	۳۲	۱۰
قطر	۴۳	۲	۶۷	۶۶	۶۹	۵/۷	۳۲	۲۹	-
عربستان سعودی	۴۱	۳	۷۰	۷۰	۷۰	۱/۴	۴۹	۳۲	۱۱۰
سوریه	۳۱	۶	۷۲	۷۰	۷۴	۲/۳	۶۰	۴۹	۷۰
تونس	۳۰	۶	۶۹	۶۷	۷۱	۲/۵	۶۴	۲۸	۱۳۰
ترکیه	۳۶	۱	۷۴	۷۱	۷۶	۲/۵	۲۸	۲۴	۲
امارات متحده عربی	۴۸	۳	۵۹	۵۷	۶۱	۷/۲	۲۱	۱۰	۳۵۰

Source : Carl Haub and Diana Cornelius, 2001 World Population Data Sheet, and UNICEF, The State of the Worlds Children 2001, Table 7.

۱- شمار زنانی که در نتیجه پیچیدگی حاملگی و زایمان در هر ۱۰۰۰۰۰ تولد زنده در یک سال معین فوت می کنند.

۲- تلفات اطفال زیر یک سال در هر ۱۰۰۰ تولد زنده

۳- شمار کل فرزندان زنده متولد شده ای ست که به طور متوسط یک زن از زنان مورد مطالعه بدون در نظر گرفتن عامل مرگ و میر در طول دوران باروری خود به دنیا می آورد.