

الفصل التاسع

تخطيط العائلة العالمية

جودي جيكوبسون

ترجمة

د. فوزي سهاونة

سوكورو جنيروس دي روزالس امرأة في الثالثة والثلاثين من العمر، من أمريكا الوسطى وعندها ١٣ طفلاً وليست ديموغرافية ولا اقتصادية، ولكنها وصفت وضعها السيء ووضع بلدها على النحو التالي: إنجاب فوق العادي من الأطفال وقلة في الغذاء والعمل. وتتكلم السيدة جنيروس بنوع من الحزم عن التناقض بين معدلات المواليد المرتفعة والاقتصاديات المتراجعة التي تواجه العديد من سكان العالم الثالث^(١).

وخلال العقدين الماضيين ساهمت معدلات المواليد الآخذة بالانخفاض في التحسينات الملموسة في صحة ورفاه ملايين الناس، وفي نمو الاقتصاديات الوطنية. هذا وقد نجح عدد قليل من الدول في تخفيض معدلات الخصوبة بما فيه الكفاية لإحراز اعتراف عالمي أو للتأكد من أن سكانها سيصل إلى مستوى الاستقرار في المستقبل المنظور. إن الدول التي ما زالت تسير في طريق الخصوبة العالية ستلاقي صعوبة في توفير الاحتياجات الأساسية لسكانها.

وبالرغم من انخفاض مستويات الخصوبة للعالم ككل إلا أن عدد السكان ازداد بحوالي ٨٣ مليون نسمة في عام ١٩٨٧ ووصل العدد الكلي إلى أكثر من ٥ بليون نسمة. ومع أن معدلات المواليد تستمر في الانخفاض في العديد من الدول النامية إلا أن معدل الانخفاض أضحى أقل سرعة. هذا وعمل الانخفاض في

معدل الوفيات على إحداث نوع من التوازن مع الانخفاض المعتدل في الخصوبة في السنوات القليلة الماضية. أضف إلى هذا النمو الاقتصادي المتباطئ في الدول النامية المثقلة بالديون والتي تواجه انخفاضاً في صادراتها وتدهوراً في بثيتها يعني أنه لم يعد بمقدور الحكومات الاعتماد على الفوائد الاقتصادية الاجتماعية للمساعدة في تخفيض المواليد. إن هذه النظرة الاقتصادية غير المؤكدة تطرح العديد من الأسئلة الهامة. هل تستطيع الحكومات تشجيع تخفيض الخصوبة بنجاح في وجه الفقر المدقع؟ ما هي السياسات التي تساعد على القبول بعائلات أصغر حجماً مما قد يؤدي إلى تخفيض في الخصوبة وارتفاع في مستويات المعيشة؟.

إن تشجيع القبول بعائلات أصغر حجماً يتطلب استراتيجية تعتمد على تنظيم الأسرة وعلى التغيير الاجتماعي. وللأسف هناك عدد قليل من الدول ممن وضع تنظيم الأسرة والعناية الصحية الإنجابية في مقدمة أولوياتها. وفي معظم الدول الصناعية يساعد توفر تكنولوجيات الموانع الأزواج على اختيار العدد المناسب من الأطفال والتباعد بين الحمل. أما بالنسبة لغالبية النساء في الدول النامية فإن وسائل منع الحمل تبقى بعيدة عن متناول الجميع ويصعب الحصول عليها أو غير مناسبة. وتؤكد المسوحات أن نصف الـ ٤٦٣ مليون امرأة متزوجة في الدول النامية (باستثناء الصين) لا تريد المزيد من الأطفال. وملايين أخرى من النساء ترغب في تأخير الحمل القادم. وفي الوقت نفسه يزداد عدد النساء في سن الحمل بشكل سريع^(٣).

وبالرغم من بعض الاستثناءات، لم تغير الحكومات سياساتها، أو لم تستثمر في البرامج بما فيه الكفاية لإضعاف الأحوال الاجتماعية التي تشجع على الخصوبة العالية. وتشمل هذه الأحوال نساء الطبقات الدنيا والأميات وذوات الأجور المنخفضة والصحة المنحرفة المصاحبة لهذه الأحوال. ومن غير المحتمل أن تنخفض معدلات الخصوبة الوطنية إلا إذا تغيرت مواقف المجتمع من هذه الأمور.

لقد ضعف الدعم الدولي لتنظيم الأسرة في السنوات القليلة الماضية نتيجة تغيرات في سياسة الولايات المتحدة. وبوصول سكان العالم إلى ٥ بليون نسمة

في عام ١٩٨٧ كانت الولايات المتحدة قد تنازلت عن دورها القيادي في دعم حقوق الإنجاب في أنحاء العالم المختلفة. وعملت هذه التغيرات في السياسة على تقليص الجهود لتخفيض الخصوبة، مضعفة الآمال بالوصول إلى الاستقرار في عدد السكان بحلول نهاية القرن القادم.

يُعتبر تخفيض معدلات المواليد من أجل الإسراع في عملية التنمية هدفاً يستحق الاهتمام المباشر للمجتمع الدولي الذي سيفيد كل جزء من المجتمع. إن إنجاب النساء لعدد أقل من الأطفال يعني صحة أفضل للأم وللطفل. أما بالنسبة للدول فإن تخفيض متوسط عدد أفراد العائلة سيزيد من استثمار الفرد، ويزيل الضغوط عن الموارد الطبيعية التي تدعم الاقتصاديات الوطنية. وبالنسبة للعالم سيعمل انخفاض معدل النمو السكاني على زيادة احتمالات الأمن والانتعاش الاقتصادي.

اتجاهات الخصوبة العالمية

يمثل معدل الخصوبة الكلية اتجاهات الإنجاب بوضوح تام. ويعرف هذا المعدل على أنه متوسط عدد الأطفال الذين تنجبهم امرأة حسب مستويات الخصوبة السائدة. وإذا وصل بلد ما إلى مستوى خصوبة الإحلال بإنجاب ٢,١ طفل لكل امرأة يكون هذا البلد يسير إلى حجم السكان المستقر. وبعد الوصول إلى هذا المستوى تتساوى المواليد والوفيات. وإذا كان سكان بلد قد وصل إلى مستوى الإحلال أو دون ذلك يمكن أن يستمر في النمو لجيلين أو ثلاثة إذا كانت المجموعة التي وصلت إلى عمر الإنجاب أكبر من المجموعة التي وصلت إلى فئة كبار السن وتموت.

وصلت معدلات الخصوبة الكلية في العالم الصناعي، مع بعض الاستثناءات، إلى مستوى الإحلال أو دون ذلك. ففي فرنسا والمملكة المتحدة والولايات المتحدة، مثلاً، وصل المعدل إلى ١,٨ ولادة لكل امرأة، ووصل في الدنمارك وإيطاليا وألمانيا الغربية إلى أقل من ١,٥ طفل. ونتيجة لمعدلات المواليد المنخفضة والوضع السكاني الموزع بالتساوي بين فئات العمر ستوقف هذه الدول

عن النمو في المستقبل القريب. من المتوقع أن يصل سكان المملكة المتحدة مثلاً إلى مستوى مستقرٍ عند ٥٩ مليون نسمة، وهو حوالي ٥٪ فوق عدد سكانها الحالي^(٣).

يمكن تقسيم الدول النامية إلى مجموعتين. في المجموعة الأولى انخفضت معدلات الخصوبة بشكل ملحوظ في العقدين الماضيين مع وصول عدد قليل منها إلى مستوى الإحلال. وفي المجموعة الثانية، ومعظمها دول جنوب الصحراء في إفريقيا، لم تنخفض معدلات الخصوبة أبداً.

تظهر بيانات عشرين دولة (يمكن الاعتماد عليها) انخفاضاً في الخصوبة يزيد على ٢٠٪ منذ عام ١٩٦٠ (انظر جدول ٩-١). لقد حدث التغيير الكبير في عدد من دول شرق آسيا وفي كوبا حيث انخفضت مستويات الخصوبة بمقدار ٧٥٪. وهناك دولة شرق أوسطية واحدة (تركيا) ودولتان إفريقيتان (مصر وتونس) شهدتا انخفاضاً في الخصوبة وصل إلى أكثر من الخمس منذ عام ١٩٦٠. كما استطاعت الصين تخفيض خصوبتها بمقدار ٥٦٪ منذ الستينات، وخفضت كل من تشيلي وكولومبيا وكوستاريكا مستوى خصوبتها بما يزيد على ٥٠٪. وتم التوصل إلى تخفيضات لا بأس بها في البرازيل وأندونيسيا والمكسيك وتايلاند. ومع هذا تبقى مستويات الخصوبة عالية بعض الشيء، فوق ٣,٥ طفل لكل امرأة في العديد من هذه الدول.

وبالرغم من هذه الإنجازات الهائلة، لم يصل إلى خصوبة مستوى الإحلال إلا أربع دول من العشرين دولة في جدول ٩-١. وحققت كل من كوبا وسنغافورة وكوريا الجنوبية وتايوان إنجازات اقتصادية ملموسة. أما من الناحية الديموغرافية فإن هذه الدول مسؤولة عن جزء قليل جداً من الزيادة السنوية في عدد سكان العالم.

تعتبر الاتجاهات السكانية في الدول المكتظة بالسكان أكثر أهمية في نمو سكان العالم. فبين عام ١٩٨٧ وعام ٢٠٠٧ ستكون خمس دول من جدول ٩-١ - البرازيل والصين والهند وأندونيسيا والمكسيك - مسؤولة عن ٣٧٪ من مجموع نمو

جدول ٩-١ . انخفاض الخصوبة في دول مختارة، ١٩٦٠-١٩٨٧

معدل الخصوبة الكلية

البلد	١٩٦٠	١٩٨٧	التغير
سنغافورة	٦,٣	١,٦	٧٥ -
تايبان	٦,٥	١,٨	٧٢ -
كوريا الجنوبية	٦,٠	٢,١	٦٥ -
كوبا	٤,٧	١,٨	٦٢ -
الصين	٥,٥	٢,٤	٥٦ -
تشيلي	٥,٣	٢,٤	٥٥ -
كولومبيا	٦,٨	٣,١	٥٤ -
كوستاريكا	٧,٤	٣,٥	٥٣ -
تايلاند	٦,٦	٣,٥	٤٧ -
المكسيك	٧,٢	٤,٠	٤٤ -
البرازيل	٦,٢	٣,٥	٤٤ -
ماليزيا	٦,٩	٣,٩	٤٣ -
أندونيسيا	٥,٦	٣,٣	٤١ -
تركيا	٦,٨	٤,٠	٤١ -
تونس	٧,٣	٤,٥	٣٨ -
سيريلانكا	٥,٩	٣,٧	٣٧ -
الهند	٦,٢	٤,٣	٣١ -
الفلبين	٦,٦	٤,٧	٢٩ -
بيرو	٦,٦	٤,٨	٢٧ -
مصر	٦,٧	٥,٣	٢١ -

Source: 1960 data from Ansley Coale. "Recent Trends in Fertility in Less Developed Countries." Science. August 26. 1963; 1987 data from Population Reference Bureau. 1987 World Population Data Sheet (Washington. D.C.: 1987).

سكان العالم . وستضيف هذه الدول ٧٠٠ مليون نسمة أي أقل من مجموع سكان الهند اليوم . وبحلول عام ٢٠٢٠ ستنافس الهند الصين كأكبر دولة في العالم حيث سيصل سكانها إلى ١,٣ بليون نسمة . وسيصل سكان المكسيك إلى ١٣٨ مليون، أي أكثر من مجموع سكان جميع دول أمريكا الوسطى ومنطقة الكاريبي اليوم . أما الصين، بمعدل خصوبة حالية تصل إلى ٤,٢ طفل لكل امرأة، فستكون الدولة الوحيدة من بين الدول الكبيرة في عدد سكانها التي ستصل إلى مستوى الإحلال في المستقبل القريب^(٤).

تنخفض الخصوبة اليوم بمعدلاتٍ أبطأ مما كانت عليه وفي بعض الدول توقف الانخفاض . يشير تقرير حديث من جمعية العلوم الهندية بأن معدل الخصوبة الكلية انخفض بمقدار ١٦٪ بين عامي ١٩٧٢ و١٩٧٨، من ٦,٥ ولادة للمرأة الواحدة في سن الإنجاب إلى ٧,٤ ولادة . ولكن سرعة الانخفاض أصبحت أقل مما كانت عليه . وفي عام ١٩٨٧ أنجبت المرأة الهندية في المتوسط ٣,٤ طفل أي أقل من معدل عام ١٩٧٨ بمقدار ٨٪ فقط . وتظهر كل من مصر والفلبين وتونس اتجاهات مماثلة^(٥).

لا تزال توجد جيوب خصوبة مرتفعة - أكثر من ٦ أطفال للمرأة - في إفريقيا والشرق الأوسط (انظر جدول ٩-٢) . ويسود في دول إفريقيا جنوب الصحراء أعلى معدلات خصوبة وأعلى نمو سكاني في العالم . وتنجب المرأة النيجيرية، على سبيل المثال، حوالي سبعة أطفال في المتوسط . هذا وتسود مستويات مرتفعة من الخصوبة في العديد من دول الشرق الأوسط وبنغلادش وباكستان .

إن تقاليد إنجاب عائلات كبيرة في دول يسيطر على تركيبها السكاني الشباب، يعني أن هذه الدول ستواجه زيادات سكانية هائلة خلال الجيل القادم . سيتضاعف عدد سكان باكستان في الثلاثين سنة القادمة، من ١٠٥ مليوناً إلى أكثر من ٢٤٠ مليوناً؛ وسيصل سكان نيجيريا إلى ٢٧٤ مليوناً من مستواه الحالي البالغ ١٠٩ مليوناً . وسيزداد سكان بنغلادش من ١٠٤ إلى ٢٠٠ مليون^(٦).

جدول ٩-٢ . الدول ذات الخصوبة المرتفعة، ١٩٨٧

الدولة	معدل الخصوبة الكلية (متوسط عدد الأطفال لكل امرأة)	معدل النمو السكاني (بالمئة)
كينيا	٨,٠	٣,٩
أفغانستان	٧,٦	٢,٦
الأردن	٧,٤	٣,٧
تنزانيا	٧,١	٣,٥
زامبيا	٧,٠	٣,٥
-	-	-
السعودية	٦,٩	٣,١
أثيوبيا	٦,٧	٢,٣
السنغال	٦,٧	٢,٨
نيجيريا	٦,٦	٢,٨
باكستان	٦,٦	٢,٩
-	-	-
السودان	٦,٥	٢,٨
زمبابوي	٦,٥	٣,٥
إيران	٦,٣	٣,٢
بنغلادش	٦,٢	٢,٧
زائير	٦,١	٣,١

Source: 1960 data from Ansley Coale. "Recent Trends in Fertility in Less Developed Countries". Science. August 26, 1983: 1987 data from Population Reference Bureau. 1987 World Population Data sheet (Washington, D.C.: 1987).

إن تخفيض معدلات المواليد سيسهل الانتقال من فقر دائم إلى تنمية قابلة للبقاء عن طريق تخفيض الضغط على الموارد الوطنية. فمثلاً قدّر تحليل أجراه المجلس الوطني الكيني للسكان والتنمية عام ١٩٨٥ أنه حسب معدلات الخصوبة

الحالية سيصل سكان كينيا (٢٢ مليوناً اليوم) إلى ٥٧ مليوناً في عام ٢٠١٠ مقابل ٣٨ مليوناً إذا انخفضت الخصوبة إلى النصف، إلى أربعة أطفال لكل امرأة. وإذا تحققت العدد الأصغر من السكان ستخفض متطلبات البلاد من الذرة بمقدار ٣,٢ مليون طن وهذا هو ضعف الكمية التي أنتجها الفلاحون في كينيا عام ١٩٨٠^(٧).

دور تنظيم الأسرة

لعب تنظيم الأسرة دوراً هاماً في تخفيض الخصوبة في أنحاء عديدة من العالم. لقد كرست دولاً كالصين والمكسيك وتايلاند موارد حكومية كثيرة لتوسيع الخدمات المقدمة وتوفير موانع الحمل. وفي البرازيل كانت الجهود الخاصة عاملاً هاماً في تخفيض معدلات المواليد. وبالرغم من هذا فإن برامج تنظيم الأسرة ضعيفة أو لا وجود لها في العديد من الدول ذات الخصوبة العالية وذلك بسبب تباطؤ الحكومة في تخصيص الموارد الضرورية. وتدلل الخبرات الحديثة لعدد من الدول على وجود علاقة وثيقة بين برامج تنظيم الأسرة الفعالة وارتفاع في مستويات استعمال الموانع وبين انخفاض الخصوبة حتى في غياب الفوائد الاقتصادية.

تؤثر برامج تنظيم الأسرة على الخصوبة عن طريق توفير موانع الحمل. وتعتبر وسائل منع الحمل الحديثة كالحبوب واللولب أكثر فاعلية في منع الحمل من مثيلاتها التقليدية كالانسحاب. إن تكاليف وتوفير وفاعلية موانع الحمل مسؤولة عن الفرق بين عدد الأطفال الذين يرغب بإنجابهم الأهل، وبين العدد الفعلي الذي أنجب. وقد كُثر الطلب على المعلومات المتعلقة بموانع الحمل وتوفرها بين الفئات التقليدية التي كانت تقاوم تنظيم الأسرة وهي الفقراء في الحضر والريف.

الحاجة غير الملباة التي تعرف على أنها الفجوة بين عدد النساء اللواتي يرغبن في تحديد خصوبتهن، والعدد القادر على تحديدها بالفعل موجودة، بدرجات متفاوتة، في معظم الدول النامية. وتنبع هذه الفجوة من عدم إمكانية الوصول إلى طرق تنظيم الأسرة أو المعرفة بها، حتى حيث تتوفر مثل هذه البرامج. وبناء على بيانات مسح الخصوبة العالمي (مسح لاتجاهات الإنجاب العالمية أجرته الأمم

المتحدة بين عامي ١٩٧٤ و١٩٨٤) لا يرغب من ٤٠-٥٠٪ من النساء في سن الحمل في ١٨ دولة نامية بإنجاب المزيد من الأطفال، ولكن لا تتوفر عندهن برامج تنظيم الأسرة. هذا ويمكن تخفيض معدلات الخصوبة حوالي ٣٠٪ إذا استطاعت هذه الدول منع المواليد غير المرغوب فيها^(٨).

وفي الهند أبدى نصف عدد الأزواج الذين تمَّ الاتصال بهم من خلال مسح تنظيم الأسرة لعموم الهند في عام ١٩٨٠ رغبتهم في تحديد حجم أسرهم، ولكن لم يكن سوى ٢٨٪ منهم يستعملون طرقاً حديثة لتنظيم الأسرة. (انظر جدول ٩-٣). إن الفجوة بين حجم العائلة المرغوب فيها وحجم العائلة الفعلي يظهر عدم كفاية برامج تنظيم الأسرة.

جدول ٩-٣. الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة في مصر والهند وبيرو وريف غانا

حصص النساء في سن الإنجاب

البلد	النساء اللواتي لا يرغبن إنجاب المزيد من الأطفال	النساء اللواتي يستعملن موانع الحمل	الحاجة غير الملباة
الهند	٥٠	٢٨	٢٢
مصر	٥٦	٣٠	٢٦
بيرو	٧٠	٢٥	٤٥
غانا (مناطق ريفية بالقرب من العاصمة أكرا)	٩٠	١٠	٨٠

Source: Peruvian and Indian data from International Family Planning Perspectives. September 1984 and March 1986: Hussein A.A.H. Saved et. al. Fertility and Family Planning in Egypt 1984 (Columbia. Md.: Egypt National Population Council/Westinghouse Public Applied Systems. 1985): Robert M. Press. "Family Planning Gains Some Favor in Africa." Christian Science Monitor. January 7. 1987.

قال ثلثا الأزواج الذين شملهم المسح : إن العدد المثالي لحجم الأسرة هو ثلاثة أطفال مع أن معظم الأزواج في الهند عندهم أربعة أطفال أو أكثر. وبالمثل فقد أظهر مسح أجري في عام ١٩٨٣ أنه في حين أن ٥٦٪ من النساء المصريات لا يرغبن بإنجاب المزيد من الأطفال، نجد أن ٣٠٪ فقط يستعملن موانع الحمل. وفي الحقيقة أن هذه المسوح توضح الحد الأدنى لمستوى الاحتياجات غير الملباة: ويعود ذلك إلى أن جزءاً من المستجيبين لم يسمعوا أبداً بطرق تنظيم الأسرة، ولهذا فمن غير المحتمل أن يظهروا الحاجة إلى عائلات أصغر حتى لو كانوا يرغبون بعائلة أصغر.

إنه ليس مستغرباً أن نجد أن الدول التي التزمت ببرامج تنظيم الأسرة هي نفسها التي أحرزت تقدماً ملموساً في تخفيض الخصوبة بغض النظر عن مستوى التنمية. ففي أندونيسيا، التي يُعتبر معظم سكانها ريفيين ومعدل دخل الفرد فيها ٥٣٠ دولاراً، نجد أن برامج تنظيم الأسرة فيها برامج وطنية ومنظمة وتعمل منذ عام ١٩٦٩. في عام ١٩٨٧ أشار مسح أجرته الحكومة إلى أنه بين عام ١٩٨٠ وعام ١٩٨٥ ازداد استعمال الموانع من ٢٧٪ إلى حوالي ٤١٪ بين النساء المتزوجات في سن الإنجاب. وحدث انخفاض بنسبة ٤٢٪ في عدد المواليد للمرأة في سن الإنجاب بين عامي ١٩٧٠ و١٩٨٥، وكان معظم الانخفاض قد حدث بعد عام ١٩٨٠ نتيجة لجهود الحكومة في توفير وسائل تنظيم الأسرة في كل مكان، هذا ويعتمد أكثر من ٨٠٪ من النساء الأندونيسيات اللواتي يستعملن الموانع على الحديثة منها^(٩).

وفي فحصه لبيانات مسح الخصوبة العالمي أوضح عالم الاجتماع رونالد فريدمان من جامعة متشجان أن استعمال الموانع في أندونيسيا يتفاوت قليلاً بين الفئات الاجتماعية والاقتصادية. ووجد أن الأزواج من ذوي الدخل المحدود يستعملون موانع الحمل بنفس المستوى الذي يستعمله ذوو الدخل المرتفع، وأن

المهنيين ومن يعملون في الأعمال الكتابية يستعملون الموانع بنسبة أكبر من المزارعين الصغار. ويستعمل سكان القرى التي لا تتوفر فيها الخدمات الحديثة موانع الحمل بنفس المستوى الذي يستعملها سكان القرى التي تتوفر فيها هذه الخدمات^(١٠).

وفي بنغلادش، عمل الاقتصاد الزراعي المتدهور على رفع الرهان على العائلات الكبيرة في الوقت الذي تعمل فيه برامج تنظيم الأسرة على جعل وسائل منع الحمل أقل تكلفة. وتعتبر أجور العمال الزراعيين اليوم أقل مما كانت عليه قبل ١٥٠ سنة في أسعار ثابتة. ويلاحظ الديموغرافي صموئيل برستون أن معظم الانخفاض في الأجور الحقيقية جاء منذ الخمسينات، وهي فترة النمو السكاني السريع. وازداد عدد العائلات التي لا تملك أرضاً بشكل كبير. وهكذا لا يرى الآباء مستقبلاً مشرفاً لأولادهم، وقوضت ندرة الأراضي نظام الوراثة التقليدي، في حين عملت تكاليف التعليم المتزايدة على تقليص فرص العمل المتوفرة خارج القطاع الزراعي^(١١).

ووجدت دراسة، اعتمدت في بياناتها على ٣ مسوح حكومية، أن تبني طرق تنظيم الأسرة في بنغلادش قد تسارع تدريجياً في السنوات الأخيرة استجابة للتحسن في الخدمات المقدمة. وبين عام ١٩٦٩ وعام ١٩٨٣ ازدادت نسبة النساء المتزوجات اللواتي لا يرغبن بإنجاب المزيد من الأطفال من ٥٢٪ إلى ٥٧٪ وفي الفترة ذاتها ازداد استعمال الموانع بين النساء الريفيات والحضرية من جميع المستويات التعليمية وبغض النظر عن حجم أسرها. وفي عام ١٩٦٩ كان ٩٣٪ من النساء في البنغال (اللواتي يرغبن في إنهاء الإنجاب) لا يستعملن الموانع. وبحلول عام ١٩٨٣ انخفضت النسبة إلى ٧١٪، وهذه نسبة عالية على أي حال. وتستنتج الدراسة بأن الأحوال البيئية والاقتصادية المتدهورة «ربما أثرت على الأزواج... في اعتقادهم أن العائلة الكبيرة هي عبء عليهم»^(١٢).

إن أقل انتشار لاستعمال الموانع (وأعلى معدلات الخصوبة) موجود في إفريقيا جنوب

الصحراء حيث إن استعمال موانع الحمل الحديثة يزداد ببطء شديد. وحتى مؤخراً كنا نجد أن معظم الحكومات الإفريقية كانت تعارض برامج تنظيم الأسرة على أساس أن الحد من النمو السكاني سيعمل على تحديد مقدرة الإقليم على التعرف على إمكاناته الاقتصادية الكامنة. إن وضع المرأة جعل الإنجاب الطريق الوحيد للفتاة في الحياة، وإن قلة المال وصعوبة نظام توصيل الخدمات عملتا على عرقلة نشر المعلومات والأساليب خارج المراكز العمرانية الرئيسية. وتظهر المسوحات أن أقل من 10% النساء النيجيريات لم يسمعن بطرق منع الحمل الحديثة. وفي كينيا حيث إن أقل من 40% من النساء اللواتي يعرفن طريقة واحدة على الأقل من طرق منع الحمل يعرفن مصدر تمويل هذه الطريقة، وأقل من نصف هؤلاء النسوة يستطعن الوصول إلى مكان وجود المانع بمسيرة 30 دقيقة^(١٣).

وبالرغم من هذه الصعوبات تزداد نسبة الراغبات في تحديد عدد المواليد ومباعدة الحمل في بعض الدول الإفريقية خصوصاً بين النساء المتعلّقات والنساء اللواتي يعشن في المناطق الحضرية. وهناك دلائل على انخفاض الخصوبة بسبب وجود برامج تنظيم الأسرة في إفريقيا جنوب الصحراء. وفي عام 1982 أظهر مسح حكومي أن استعمال الموانع في زيمبابوي وصل إلى 14% لكل من الطرق الحديثة والتقليدية. وفي تلك السنة أُلزم رئيس الوزراء روبرت موغابي حكومته ببرنامج قوي لتنظيم الأسرة لإبطاء النمو السكاني ودفع عجلة التنمية الاقتصادية. وتم وضع البرنامج في وزارة الصحة وربطه بتدريب وتحسين صحة الطفل. وخصصت حكومة زيمبابوي مبلغاً مالياً لم تشهده أي دولة إفريقية جنوب الصحراء، حيث وصل المبلغ إلى 24 مليون دولار. وبحلول عام 1984 وصل مستوى استعمال موانع الحمل إلى 38% (27% للطرق الحديثة) وهذه زيادة ملموسة في أي بلد^(١٤).

وبتخفيض مستويات الخصوبة، وبالتالي المصروفات الاجتماعية الفردية الضرورية للإبقاء على الوضع الاقتصادي على حاله، تستطيع برامج تنظيم الأسرة المساعدة في رفع مستوى المعيشة. وبين عام 1972 وعام 1984، مثلاً، كان كل بيسو peso صرف على تنظيم الأسرة من قبل نظام الضمان الاجتماعي المكسيكي في

المناطق الحضرية قد عمل على توفير ٩ بيسو كان يمكن أن تصرف على العناية الصحية للطفل والأم . وخلال هذه الفترة أنفق نظام الضمان الاجتماعي ٣٨ بليون بيسو (١٦٥ مليون دولار) من أجل توفير موانع الحمل لحوالي ٨٠٠ ألف امرأة . وهكذا أمكن تجنب ولادة ٦,٣ مليون طفل و٣٦٣ ألف حالة إجهاض . وبلغت توفيرات نظام الضمان ٨,٣ بليون بيسو (٤,١ بليون دولار) والتي أمكن دفعها للمتقاعدين وللتوسع في خدمات الصحة العامة^(١٥) .

إن البرامج التي تعمل على زيادة استعمال موانع الحمل ليست بديلة للاستثمار في التعليم أو في الجهود لرفع معدل دخل الفرد . ولكن تخفيض الخصوبة أمر أساسي في أي استراتيجية تنمية اقتصادية، مما يسمح للحكومات برفع استثماراتها لكل فرد في مجال الصحة والتعليم والخدمات الاجتماعية الأخرى . إن الرغبة المتزايدة في عائلات أصغر تظهر أن لتنظيم الأسرة دوراً أساسياً في كل دولة . إن الدول النامية التي تشجع تنظيم الأسرة قد تكون الأولى في إحراز تقدم اجتماعي واقتصادي سريع .

تنظيم الأسرة والصحة

يعد تنظيم الأسرة من الاستراتيجيات الأساسية في العناية الصحية الوقائية مع أنه لا يُعترف بها على أنها هكذا دائماً . إن تشجيع النساء في الدول النامية على إنجاب عدد أقل من الأطفال سيخفض معدلات وفيات الأمومة العالية وغير المقبولة الناتجة عن تعقيدات الولادة والإجهاض، إضافة إلى هذا فإن توزيع الرفالات وزيادة تفهم الجمهور لمشاكل الإنجاب الصحية، تستطيع برامج تنظيم الأسرة المساعدة في السيطرة على انتشار مرض الأيدز، الذي يعتبر تهديداً رئيساً لصحة العالم الثالث ودوام اقتصاده .

في كل عام يموت ما لا يقل عن نصف مليون امرأة في أنحاء العالم من أسباب لها علاقة بالحمل، و٩٩٪ من هذه الوفيات تحدث في الدول النامية، إذ تعتبر التعقيدات الناشئة عن الحمل والإجهاضات غير المشروعة من الأسباب الرئيسية

التي تقتل النساء. وهن في العشرينات والثلاثينات من العمر. ويحذر موظفو منظمة الصحة العالمية بأن وفيات الأمومة - وهي الوفيات الناتجة مباشرة أو غير مباشرة من الحمل خلال ٤٢ يوماً بعد الولادة أو الإجهاض - تصل إلى ضعف العدد المقدر، أضف إلى هذا أن هناك عدداً كبيراً من مشاكل صحية بعيدة المدى. إن حمل وولادة حياة جديدة يجلب كثيراً من الوفاة، وما هو محزن أكثر هو أن بإمكان تنظيم الأسرة والطب الوقائي تخفيض تلك الخسائر بشكل ملموس (١٦).

في العالم الثالث تعد وفيات الأمومة مسؤولة عن ٢٥٪ من وفيات النساء بين عمر ١٥ و٤٩ سنة، ويصل عدد وفيات الأمومة إلى ٣٠٠٠ وفاة لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود في السنة في أجزاء من أثيوبيا وبنغلادش (انظر جدول ٩-٤). وبالمقارنة يصل الرقم في كل من الولايات المتحدة والنرويج إلى ١٠ حالات وحالتين على التوالي. وفي كل عام يموت ٢٠,٠٠٠ امرأة من تعقيدات الحمل والولادة في بنغلادش مقارنة مع ٥٠٠ امرأة في الولايات المتحدة التي تحتوي على سكان أكثر من ضعف سكان بنغلادش (١٧).

إن الإجهاض غير المشروع واحد من الأسباب الرئيسة المباشرة في وفيات الأمومة، وتشير التقديرات إلى أن حوالي نصف حالات الإجهاض السنوية التي تبلغ ٥٤ مليوناً هي إجهاضات مشروعة. وتجري معظم الإجهاضات غير المشروعة في أحوال غير صحية ومن قبل أناس غير مدربين، مما يعرض النساء إلى احتمالات الإصابة بالالتهابات والتعقيدات الأخرى. وفي المقابل تسبب وسائل الإجهاض الحديثة التي تجري في ظل عناية طبية مناسبة في الدول التي تسمح بالإجهاض، وفيات أمومة أقل من الوفيات الناتجة عن الحمل أو عن وسائل منع الحمل (١٨).

يعيش ٤٤٪ من النساء في العالم النامي (باستثناء الصين) في دول يسمح فيها بالإجهاض لإنقاذ حياة الأم فقط. ويعيش ١٠٪ في دول يمنع فيها الإجهاض منعاً باتاً. وللأسف فقد توفي ملايين النساء اللواتي لم يستطعن الحصول على الإجهاض المشروع على أساس أحوال مهددة للحياة، وبسبب اضطرارهم لإجراء

الإجهاض غير المشروع. إن الذين يطالبون بسياسات صارمة تجاه الإجهاض نادراً ما يعترفون بهذه الخسارة في أرواح النساء^(١).

وتشير التقديرات إلى أن عدد الوفيات السنوية الناتجة عن مشاكل الإجهاض تتراوح بين ١٥٥,٠٠٠ و ٢٠٤,٠٠٠ في أنحاء العالم. هذا وتكثر الوفيات المتعلقة بالإجهاض بين النساء الفقيرات والأميات اللواتي يعشن في دول لا تسمح قوانينها بالإجهاض. وفي أمريكا اللاتينية حيث الإجهاض مقتصر على حالات الاعتصاب وحالات الخطر على حياة الأم، تشير التقديرات إلى أن نصف وفيات الأمومة تقود إلى الإجهاض غير المشروع^(٢).

جدول ٩-٤. نسب وفيات الأمومة في دول مختارة

البلد	نسب وفيات الأمومة إقليم الدراسة والسنة	(الوفيات لكل ١٠٠,٠٠٠ ولادة حية)
اثيوبيا	الحضر ١٩٨٤	٣٥٠٠ ^(١)
بنغلادش	البلاد كلها ١٩٨٣	٣٠٠٠ ^(٢)
السنغال	الريف ١٩٨٣	٧٠٠ ^(١)
الهند	البلاد كلها ١٩٨٤	٤٠٠-٥٠٠ ^(٢)
مصر	الريف ١٩٨١-١٩٨٣	١٩٠
رومانيا	البلاد كلها ١٩٨٢	١٧٥
المكسيك	البلاد كلها ١٩٧٨	١٠٣
تايلاند	البلاد كلها ١٩٨١	٨١
تشيلي	البلاد كلها ١٩٨٠	٧٣
الولايات المتحدة	البلاد كلها ١٩٧٩	١٠ ^(١)
النرويج	البلاد كلها ١٩٨١	٢

(١) ليس معروفاً فيما إذا كانت وفيات الإجهاض من ضمن الأعداد المذكورة.

(٢) الوفيات الناتجة عن الإجهاض غير مشمولة.

Source: World Health Organization, Maternal Mortality Rates, Tabulation of Available Information, Geneva 1985).

يعد الحمل عبئاً ثقيلاً على جسم الأنثى في الأقاليم التي يسودها سوء التغذية وسوء الأحوال الصحية. وفي دول العالم الثالث يرتبط الحمل باحتمال أكبر للإصابة بالالتهابات المهدة للحياة، ونقص في الفيتامينات والمعادن وفقر الدم. وبسبب انخفاض المناعة تسبب الأمراض الشائعة كالالتهاب الصدري والإنفلونزا من ٥٠-١٠٠٪ من الوفيات بين الحوامل أكثر من غير الحوامل^(٢١).

تواجه ثلاث مجموعات من النساء أعلى احتمالات الوفاة الناتجة عن الحمل: النساء في بداية أو نهاية مرحلة الحمل، النساء اللواتي ينجبن عدداً كبيراً من الأطفال وبالتتابع، والنساء اللواتي أنجبن أكثر من ٤ أطفال. وبسبب العوامل البيولوجية تتعرض النساء دون ١٩ سنة من العمر والنساء فوق ٣٥ سنة إلى تعقيدات الحمل، وتتعرض النساء اللواتي ينجبن أطفالاً في فترة تقل عن السنة بين الطفل والآخر إلى ضعف احتمالات الوفاة من أسباب متصلة بالحمل أكثر من اللواتي ينجبن الأطفال مع وجود فترة تباعد تزيد على الستين. ففي متلاب ثانياً في بنغلادش سجّل عاملو الصحة ثلاث أضعاف حالات وفاة لنساء أثناء إنجاب الطفل الثامن من النساء أثناء إنجاب الطفل الثالث^(٢٢).

يمكن تجنب نصف وفيات الأمومة من خلال استراتيجية تضم تنظيم الأسرة والإجهاض المشروع والعناية الصحية الأساسية. وحسب ما جاء في أبحاث بفرلي وينيكوف ومورين سوليفان من مجلس السكان فإنه يمكن تخفيض معدل الخصوبة من ٢٥ إلى ٣٥ بالمئة من جراء توفر خدمات تنظيم الأسرة وسيعمل على تخفيض وفيات الأمومة بمقدار الربع. إن جعل الإجهاض مشروعاً وآمناً يمكن أن يخفض الوفيات بنسبة تتراوح بين ٢٠ و ٢٥ بالمئة. وإذا جعلنا الحمل أكثر أمناً من خلال زيادة الاستشارة في العناية الصحية قبل الحمل وتخفيض عدد الحمل المعرضة للخطر سيقلل الوفيات بمقدار ٢٠-٢٥٪ أخرى. ويقول وينيكوف وسوليفان: إنه في حين تستطيع هذه الاستراتيجية، من الناحية النظرية على الأقل، تخفيض وفيات الأمومة بمقدار ٧٥٪ إلا أن تخفيض ٥٠٪ هو أكثر واقعية إذا أخذنا بعين الاعتبار الأحوال الاجتماعية والاقتصادية السائدة كالرغبة في العائلة الكبيرة ومعارضة محاولات جعل الإجهاض مشروعاً^(٢٣).

إن وضع استراتيجية صحية واستراتيجية تنظيم الأسرة متكاملة يبرر الاستثمار فيها. تستطيع القابلات القانونيات والمساعدون الطبيون المقيمون في القرى تعليم النساء فوائد مبادئ مبادئ الحمل، والإرضاع، والعناية قبل الولادة واستعمال الموانع. وتستطيع مراكز الأمومة صغيرة الحجم - مركزاً لكل ٤٠٠٠ نسمة - ترويج أبسط الحلول لأصعب مشاكل الحمل الصحية عن طريق توفير مادة الحديد لمعالجة فقر الدم. وإذا تم ربط المراكز الصغيرة هذه بالمراكز الإقليمية التي يشرف عليه الأطباء، فإنه يمكنها أن تشكل حلقة وصل بين سكان الريف والمراكز الطبية المتمركزة في المناطق الحضرية. وإذا ما افترضنا أن عدد وفيات الأمومة تصل إلى المليون في السنة، تستطيع برامج تنظيم الأسرة والعناية الصحية توفير ٥٠٠,٠٠٠ حياة سنوياً وتستطيع تحسين صحة ملايين أخرى^(٢٤).

من السخریات أن تهديدات الصحة الجديدة قد تدفع خدمات تنظيم الأسرة إلى قمة الاهتمامات الوطنية. وبحلول شهر تشرين أول ١٩٨٧ بلغ عدد حالات الإيدز أكثر من ٦٨,٠٠٠ حالة، وأكثر من ١ هؤلأء في الدول النامية. ومع أن الولايات المتحدة في طليعة دول العالم إذ فيها ٤٥,٥٠٠ حالة مسجلة في تشرين ثاني ١٩٨٧، إلا أن إمكانية الضرر الناتج عن الإيدز في الدول النامية أكبر بكثير منه في أي مكان آخر. وتقدر منظمة الصحة العالمية أن هناك ما بين ٥-١٠ مليون إنسان مصاب بالفيروس الذي يؤدي إلى مرض الإيدز، وما لا يقل عن مليونين موجودون في إفريقيا. ووجدت ٦٠٠٠ حالة في أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبي. إن مشاكل العناية الصحية السائدة قد تطغى على مشاكل صحية أكثر خطورة^(٢٥).

يعد الاتصال الجنسي الطريقة الرئيسة في نقل عدوى الإيدز. هذا ويمكن تثقيف الناس بأمر مرض الإيدز من خلال برامج تنظيم الأسرة والبرامج الصحية الأخرى. وبعد الامتناع الكلي توفر الرفالات أفضل حماية ضد انتشار الأمراض التي تنتقل من خلال العمليات الجنسية. ولأسباب حضارية نادراً ما تستعمل هذه الرفالات في الدول النامية. وباستثناء الصين فإن أقل من ثلث الـ ٤٥ مليوناً ممن يستعملون الرفال يعيشون في الدول النامية^(٢٦).

إن زيادة توفر الرفال وربط استعماله بتحسين الصحة يمكن أن يعمل على إبطاء انتشار الإيدز. إن إصدار التعليقات المتعلقة بأخطار استعمال الإبر أكثر من مرة من قبل العاملين في مجال الصحة وإجراء الأمور الروتينية بأدوات غير معقمة، وتوفير المعدات الطبية اللازمة سيضمن صحة المنطقة نفسها التي لن تعود مسؤولة عن نشر الفيروس.

ويعتقد العلماء الآن أن ما بين ٢٥ - ٥٠ بالمئة من المصابين بالفيروس سيصابون بالإيدز وسيموتون في السنوات العشر القادمة. وفي الدول النامية سيصيب هذا المرض أكثر ما يصيب الأفراد بين عمر ٢٠ و ٤٩. وهكذا تضرب الوفيات المتعلقة بالحمل ومرض الإيدز الأشخاص وهم في أوج شبابهم مما يؤدي إلى خسارة فادحة في الأرواح والقدرة الإنتاجية. ولهذا فإن الحاجة إلى تثقيف الناس بالصحة الإنجابية أكبر من ذي قبل (٢٧).

تقنيات موانع الحمل المتغيرة

بالرغم من مرور حوالي ثلاثين عاماً على طرح موانع الحمل بالفم إلا أن هناك ملايين الأزواج في الدول النامية لا يجدون الوسائل لتخطيط أسرهم. ويعتبر عدم توفر أو ضعف شبكات التوزيع أحد المشاكل، ولكن انتشار موانع الحمل في العالم الثالث يبقى محدوداً، لأن عدداً قليلاً من الوسائل المتوفرة حالياً تلائم نمط حياة أو جيوب الذين يرغبون باستعمالها. واليوم تعتبر قائمة التقنيات المتعلقة بوسائل منع الحمل غير متنوعة بما فيه الكفاية أو غير متغيرة بالسرعة الكافية لتلبية احتياجات النمو المتسارع لسكان العالم.

يستعمل اليوم حوالي ٣٧٢ مليون من ٥٦٠ مليون زوج في سن الإنجاب موانع الحمل، أي بمعدل ٤٣٪. (انظر جدول ٩-٥). إن معدل استعمال الموانع بين الأزواج في الدول النامية (باستثناء الصين) أقل بكثير من المعدل العالمي. ومع أن حوالي نصف الأزواج يرغبون باستعمال الموانع إلا أن ٢٧٪ فقط يستعملونها بالفعل.

جدول ٩-٥. الاستعمال المقدر لوسائل منع الحمل الفعالة ١٩٨٦

وسيلة منع الحمل ^(١)	الصين	الدول النامية الأخرى	الدول الصناعية	العالم
تعقيم الإناث	٥٣	٤٥	١٥	١١٣
الوسائل الرحمية	٥٩	١٣	١١	٨٣
الموانع عن طريق الفم	٩	٢٨	٢٧	٦٤
الرفالات	٥	١٢	٢٨	٤٥
تعقيم الذكور	١٧	١٨	٨	٤٣
وسائل فعالة أخرى ^(٢)	٣	٨	١٣	٢٤
مجموع المستعملين	١٤٦	١٢٤	١٠٢	٣٧٢
مجموع المعرضين للحمل ^(٣)	٢٠٠	٤٦٣	١٩٧	٨٦٠
(بالمئة)				
انتشار الموانع (المستعملين كنسبة من المعرضين لها)	٧٣	٢٧	٥٢	٤٣
مليون				
الاجهيزات	١٢	١٦	٢٦	٥٤

(١) تستثنى وسائل منع الحمل الحديثة لتنظيم الأسرة الطبيعي والعزل والامتناع والرضاعة الطبيعية.

(٢) تشتمل على الحجاب العازل والإسفننج المانع للحمل والمواد التي تحقن والتي تزرع.

(٣) عدد المتزوجين في سن الإنجاب المعرضين للحمل: لا يشتمل على الحوامل في الوقت الراهن أو العقيم لأسباب غير أسباب موانع الحمل.

Source: Population Crisis Committee. "Access to Birth Control: A World Assessment."

Briefing Paper No. 19. Washington, D.C., October 1987.

يتوفر في السوق اليوم ما لا يقل عن ٩ وسائل منع حمل قابلة للعكس بما فيها الوسائل الهرمونية والوسائل الواقية الأقل فعالية. ويتم توزيع معظمها في أقاليم أو دول معينة، تستعمل حوالي ٨٣ مليون امرأة الوسائل الرحمية، وهي أكثر الطرق القابلة للعكس انتشاراً، ويعيش ثلاثة أرباع هؤلاء في الصين. وفي المقابل نجد أن الـ ٦٤ مليوناً ممن يستعملون وسائل منع الحمل عن طريق الفم يتوزعون بالتساوي بين الدول النامية والدول الصناعية. ويعتمد حوالي ٦٠ مليون شخص، يعيش ثلثاهم في الدول الصناعية، على الرفالات والحجاب الواقي والوسائل الإسفنجية.

تفاوتت فاعلية الموانع إلى حد كبير، وتعتمد على المهارة والمثابرة التي تستعمل بها الوسيلة. وتعد مجموعة الوسائل الهرمونية، ما يزرع منها وما يعطى بالحقن، أكثر الوسائل فاعلية. وللحبوب - أكثر أنواع الوسائل الهرمونية انتشاراً - أوسع مدى في مجال الإخفاق في تلك المجموعة. وتعتمد فاعلية الحبوب، التي يجب أن تؤخذ يومياً، على رغبة أكيدة من قبل الفرد وفهم تام لهذه الأدوية.

جاءت موانع الحمل التي تحقن إلى السوق قبل حوالي عقد من الزمان وتعتبر من أكثر الأنواع الهرمونية فاعلية، ويستعملها حوالي ٦,٥ مليون امرأة في أنحاء العالم و١٦ هؤلاء في الصين. إن مانع الحمل الذي يحقن - ديبو بروفيرا - الذي وافقت عليه تسعون دولة يمنع الحمل لمدة ثلاثة أشهر. وتستعمل أمريكا اللاتينية والصين الموانع التي تحقن وتحمي من الحمل لمدة شهر^(٢٨).

وعلى الطرف الآخر من مقياس الفاعلية يُعد تنظيم الأسرة الطبيعي - المعروف أيضاً بالطريقة الحسابية أو الامتناع الجنسي بين الحين والآخر - له سجل سيء في مدى الحماية من الحمل. ويستعمل هذه الطريقة من ١٠ إلى ١٥ مليون شخص في أنحاء العالم ومعظمهم يعيش في الدول الصناعية. وتتطلب هذه الوسيلة من المرأة توقيت موعد سقوط البويضة عن طريق قياس عمل أعضاء الجسم كالحرارة يومياً. وبسبب تفاوت انتظام العادة الشهرية فإنه يصبح من الصعب حساب أيام الإخصاب عند المرأة ولهذا يؤدي الاعتماد على هذه الطريقة في كثير من الأحيان

إلى الحمل . وفضلاً عن بعض سيئات هذه الطريقة فإنها تتطلب درجة عالية من التعاون بين الزوج والزوجة وهذا أمرٌ غريب على الكثير من الحضارات (٢٩) .

ليس هناك من مانع حمل يلبي احتياجات جميع الناس مثلما لا يمكن لوصفة طبية أن تصحح جميع مشاكل النظر. ففي العديد من الحضارات، مثلاً، يعتبر الحجاب الواقى غير مناسب من قبل النساء لأنهن لا يشعرن بالراحة عند إدخاله في الجسم، ويكون غير عملي حيث لا تتوفر مياه الغسيل بكميات كافية . وبالرغم من انخفاض تكلفة الحبوب إلا أنها يمكن أن تكون غير فعالة حيث تكون صحة الناس غير جيدة ولا تتوفر الموانع بشكل منتظم . وإذا حدثت أعراض جانبية غير متوقعة أو غير سارة يمكن أن تسبب قلقاً بين النساء في الدول التي لا تتوفر فيها النصيحة الطبية .

تشير معدلات الانقطاع التي تتراوح بين ٢٠-٤٠٪ بين مستعملي الحبوب واللولب في السنة الأولى من الاستعمال في العالم الثالث إلى عدم كفاية هذه الأساليب وعدم قدرتها على تلبية احتياجات النساء في هذه الدول . إن التقدم في تقنية الموانع التي تعالج موضوع الكفاءة والأعراض الجانبية سيساعد على الإسراع في الانتقال من الخصوبة العالية إلى الخصوبة المنخفضة في أنحاء العالم (٣٠) .

تستطيع موانع الحمل ذات الفاعلية الطويلة وغير المكلفة أن تلبى احتياجات المستهلكين ذوي الدخل المحدود في الدول النامية . ويندرج في هذه الفئة الموانع الهرمونية التي تزرع والتي طورت حديثاً ولها مستقبل جيد . ومن هذه الموانع نوربلانت Norplant وهو أكثر فاعلية ويمكن عكسه، ويوفر الحماية ضد الحمل لمدة خمس سنوات . وهذه الموانع هي عبارة عن قضبان صغيرة منفلذة مملوءة بهورمونات تخرج في وقت معين، وتزرع هذه الموانع تحت الجلد في الجزء العلوي من الذراع بعملية بسيطة . ويمكن إزالة القضبان هذه في أي وقت . ووافقت عليه ١٠ دول بما فيها الصين وكولومبيا وفنلندا وأندونيسيا والسويد وتايلاند، ويتم تقييم هذه الطريقة في ٢٦ دولة أخرى . وهناك نوع يزرع لمدة سنتين (NORPLANT-2) تتم دراسته في عدة دول . وتصل تكاليف نور بلانت إلى ما قيمته أقل من ثلاثة

دولارات في العام، ويمكن تخفيض التكلفة أكثر كلما زاد الإنتاج^(٣١).

من الممكن أن تمر فترة ١٥ سنة أو أكثر في ظل أحوال جيدة حتى يخرج مانع جديد من المختبر إلى السوق. وتتطور موانع الحمل من عمليات طويلة من الأبحاث الأساسية والعملية وتطوير المنتج وفحصه وتسويقه وتقييم فاعليته، وحتى يتم تسجيل مثل هذه الموانع في الولايات المتحدة ودول أخرى يجب أن تنجح الطرق التجريبية على الحيوانات والبشر وتستغرق أكثر من عقد من الزمان لإتمامها. إن عدداً قليلاً من التجارب تؤدي إلى إنتاج منتج يمكن تسويقه. ولهذا فإن تطوير وسائل منع الحمل مكلفة وغير مضمونة النتائج^(٣٢).

تُجرى الآن العديد من التجارب في مراحل مختلفة لتطوير أساليب هورمونية مصممة للعالم الثالث. وتقوم منظمة الصحة العالمية بالنظر في وسيلتين تعطى شهرياً عن طريق الحقن هما: Cycloprovera and HRP وستبدأ تجربتهما في بداية عام ١٩٨٨. وهناك مواد تحقن ومواد تزرع تتحطم مع الزمن ولا تتطلب عملية جراحية لإزالتها ما زالت في بداية مراحل التجارب. وتعتبر هذه الأساليب جميعها أكثر فاعلية ولها أعراض جانبية أقل من مثيلاتها المتوفرة في الأسواق. وتجري تجارب أخرى لصنع لقاح يدوم سنتين، ووسيلة منع حمل للرجال وغير ذلك، وجميعها ما زالت بعيدة المنال، ويعتمد توفرها على الحال والجهد العلمي الذي يستثمر في وسيلة منع الحمل Rand D^(٣٣).

وينتج عن كل تقنية جديدة في موانع الحمل زيادة في عدد مستعمليها في العالم وهذا يترجم إلى خصوبة أقل. ولسوء الحظ فإن احتمالات تطوير وتوزيع أساليب جديدة غير مشجعة. وإذا قيست بالدولارات الثابتة نلاحظ أن الدعم الدولي لأبحاث الإنجاب وأبحاث الموانع وتقييم أدائها وصلت إلى ذروتها في عام ١٩٧٣ (انظر شكل ٩-١)^(٣٤).

منذ عام ١٩٧٣ انخفضت مساهمة أوروبا في هذا المجال بالدولارات الثابتة أو الحالية. وانخفضت مساهمة الولايات المتحدة التي تعادل ٧٥٪ من المجموع بمقدار ٢٣٪ منذ عام ١٩٧٨. وأنفقت كل من الصين والهند أكثر من مليون

دولار سنوياً في هذه المجالات. ويأتي التقلص في الإنفاق الحكومي في الوقت الذي يتعد فيه القطاع الخاص عن تطوير وسائل جديدة، وهكذا تقع مسؤولية تطوير موانع حمل جديدة على المؤسسات الفقيرة التي لا تسعى إلى الربح (انظر جدول ٩-٦) (٣٥).

٩-١ النفقات العالمية في مجال أبحاث الانجابية والموانع وتقييم أدائها ١٩٦٥-١٩٨٣

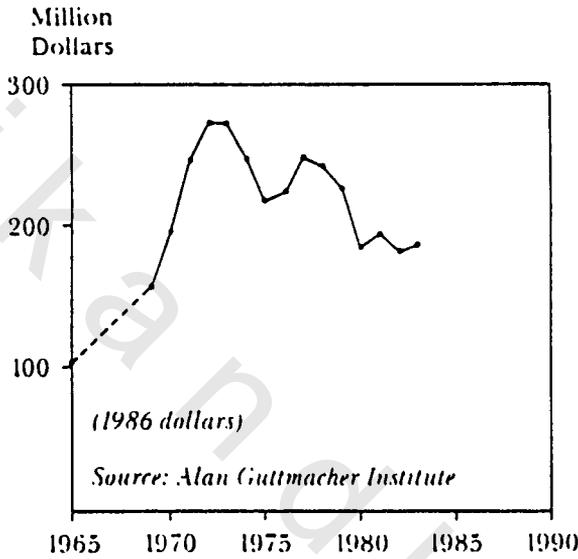


Figure 9-1. Worldwide Expenditures for Reproductive Research, Contraceptive R&D, and Safety Evaluation, 1965-83

إن تخفيض الدعم والمناخ السياسي غير الودي عملاً على تأخير تطوير وتسويق تقنيات جديدة رغم الطلب المتزايد على مثل هذه الوسائل. ويحتاج العالم ١٠٠ مليون دولار سنوياً من الآن وحتى عام ٢٠٠٠ لإخراج المنتجات الجديدة من المختبر إلى السوق. إن خلق تجمع دولي من الجماعات العامة والخاصة لزيادة التعاون في مجال أبحاث وسائل منع الحمل، والتوصية بوضع أسس واضحة بين الدول سيعمل على الإسراع في عملية التطوير (٣٦).

جدول ٩-٦. متوسط الإنفاق السنوي العام والخاص لتطوير منتجات موانع الحمل ١٩٨٠-١٩٨٣

الوسيلة	اجمالي الإنفاق (مليون دولار)	القطاع الخاص (بالمئة)	القطاع العام (بالمئة)	الحصة من
الوسيلة المثبتة				
الموانع عن طريق الفم	٦,٧٥	٧٩	٣	
الأساليب الواقية	١,٦٣	٣٩	٦١	
الوسائل الرحمية	١,٠٦	٥٢	٤٨	
قاتل الحيوانات المنوية	١,٠٥	٥١	٤٩	
التنظيم الطبيعي	٠,٢١	١٧	٨٣	
الرفالات	٠,٠٧	١٠٠	-	
الطرق الجديدة				
بعد إفراز البويضة	٦,٨٩	٨١	١٩	
Nonsteroid Ovulation Inhibitors	٥,٥٤	٥٧	٤٣	
وسائل المنع الذكورية	٣,٦٥	٣٥	٦٥	
اللقاح	٢,٢٦	٩	٩١	
الزراعة	١,٩٢	-	١٠٠	
الحقن	١,٢٧	٢٩	٧١	
الخاتم المهبلي	٠,٩٩	-	١٠٠	
التعقيم	٠,٤٣	-	١٠٠	
أخرى	٢,٧٢	١٠٠	-	
متعدد	١٥,١٢	-	١٠٠	
المجموع	٥١,٥٦			

(1) Grants given for research on several different methods. which could not be broken down.

Source: Adapted from Linda Atkinson et. al.. "The Next Contraceptive Revolution."

International Family Planning Perspective. December 1985.

عناصر النجاح

إن لم تنخفض الخصوبة فلن يكون بمقدور العديد من الحكومات تخصيص الاستثمارات الضرورية لتحسين رفاه الناس وتشجيع التنمية الاقتصادية. ولكن هناك عدد من العراقيل السياسية والاجتماعية تواجه الدول التي ترغب في تخفيض الخصوبة وتحسين الصحة ورفع مستوى المعيشة. إن إحراز هذه الأهداف سيعتمد على تغيرات أساسية في مجالات عديدة بما فيها كيفية صياغة السياسات السكانية من قبل الحكومات ومدى قدرتها على توفير موانع الحمل، والخطوات التي تتخذها الحكومات لتحسين وضع المرأة وزيادة فرص العمل المتاحة لها. تستطيع الحكومات استعمال خلطة من السياسات للإسراع في الانتقال إلى الخصوبة المنخفضة. وهناك سياسات لها علاقة بالسكان كالقوانين التي تحدد سن الزواج وتتحكم بتوفر الموانع وخدماتها واستيراد أو تصنيع وسائل منع الحمل جميعها تؤثر على العوامل المقررة للخصوبة. إن الدعم الرسمي للجهود لتنظيم الأسرة عن طريق إعادة صياغة السياسات والأنظمة سيزيد من قبول هذه الخدمات ويساعد على دحض الخرافات وسوء الفهم المتعلقين بموانع الحمل. تؤثر السياسات العامة المتعلقة بالتنمية على الخصوبة بطريقة غير مباشرة من خلال التأثير على الفرص الاقتصادية والخدمات الاجتماعية والتعليم والرفاه ومكانة المرأة.

إن التحول أو التغير في القوانين والمواقف والمعتقدات التي تشجع بشكل مباشر أو غير مباشر على الخصوبة سيكون ضرورياً للوصول إلى الاستقرار في الأعداد السكانية. ففي العقد الماضي ظهرت بوادر مشجعة في المواقف لدى العديد من القادة الأفارقة نحو السياسة السكانية وتنظيم الأسرة. هذا وأصدرت ١٣ دولة من ٤٢ دولة إفريقية جنوب الصحراء سياسات سكانية واضحة، وأدخلت إحدى عشرة دولة منها في خططها التنموية سياسات موجهة نحو المشاكل السكانية. وفي بحثهم للاتجاهات السكانية استشهد القادة بالتدهور البيئي والبطالة وصعوبات رفع مستويات المعيشة واعتبروا هذه الأمور من اهتماماتهم. وقال أحد الرسميين الكينيين «إذا استمر الناس في التدفق على بلد لا تستطيع

تقديم الكثير، من المتوقع أن تحدث القلاقل السياسية ونقصاً حاداً في الغذاء وكل شيء يحتاجه الناس في حياتهم، وستعم الفوضى» (٣٧).

تعد الأهداف الواقعية عنصراً ضرورياً لأي سياسة سكانية وطنية فالبرامج التي تحاول فرض قواعد سلوك معينة - كالعائلة المؤلفة من طفلين - على المجتمع قبل توفر القبول الحضاري لهذا السلوك لن تنجح. ويقول عالم الاجتماع رونالد فريدمان بأن «وضع هدف عائلة الطفلين بالسرعة الممكنة يمكن أن يكون هدفاً سياسياً منطقياً وضرورياً، ولكن الضغط من أجل إنجاب طفلين فقط عندما تكون الإمكانية الحقيقية هي تخفيض الخصوبة (في المدى القصير) هو تشجيع تقليص حجم العائلة المرغوب فيه من ٦ إلى ٤ بجعل الجهود التي تبذل تبدو غريبة وغير معقولة» (٣٨).

ستواجه الدول التي لا تبدأ بتخفيض الخصوبة الآن خيارات صعبة فيما بعد، فالصراعات بين الرغبات الفردية وأهداف المجتمع التي تتأتى من نمو سكاني مفرط واضحة في برامج عائلة الطفل الواحد في الصين التي تعتبر أكثر المشاريع إثارة للجدل من بين جميع حملات تخفيض الخصوبة.

في عام ١٩٥٣ أظهر التعداد الأول في الصين أن السكان ينمو بسرعة حيث وصل إلى ٥٨٢ مليوناً، ولكن زعيم الحزب الشيوعي آنذاك، ماوتسي تونغ لم يرَ مشكلة في نمو سكان الصين. وبعد أقل من ثلاثين عاماً وصل عدد سكان الصين إلى مليار نسمة أكثر من خمس سكان العالم يعيشون على ٧٪ من أراضي العالم الزراعية. وبحلول أواخر السبعينات كانت سنوات المجاعة والفقر وعدم الاستقرار السياسي قد أقتعت القادة في بكين بالحاجة إلى حملة نشطة لتنظيم الأسرة (٣٩).

وتطورت برامج الطفل الواحد نتيجة سلسلة من الاستراتيجيات التي بدأت في أوائل السبعينات مع برنامج وان زي شاو (فيما بعد، أطول، أقل) (Later, Longer, Fewer). وشجعت هذه الاستراتيجية على الزواج المتأخر، والمباعدة بين الحمل وإنجاب عائلات أصغر. ومع هذا فقد استمر سكان الصين في النمو

بسرعة، ونتيجة لذلك وضع صانعو السياسة سياسة الطفل الواحد على أمل إبقاء عدد السكان عند ٢, ١ مليار نسمة عند انتهاء هذا القرن^(٤٠).

تهدف هذه السياسة إلى الاستمرار إلى ما بعد عام ٢٠٠٠، وتقديم سلسلة من الحوافز التي تعطي لعائلة الطفل الواحد، منها زيادات في الرواتب وسكن أفضل وإجازة أمومة أطول وباب مفتوح على التعليم. وتفرض السياسة أيضاً عقوبات من بينها غرامات كبيرة والنقد الاجتماعي للأزواج الذين ينجبون أكثر من طفل واحد. هذا وتسمح سياسة الصين الأصلية لبعض أجزاء من المجتمع بإنجاب أكثر من طفل واحد. ومن المتوقع أن يلتزم السكان الحضر بهذه السياسة ولكن سيسمح للأقليات الاثنية وسكان الريف بإنجاب طفلين أو أكثر^(٤١).

وانتج عدد كبير من الدول في تقديم حوافر في محاولات منها للتأثير على اتجاهات الخصوبة، وتهدف معظم هذه البرامج إلى التأثير على الأفراد والأزواج، في الهند وبنغلادش اللتين تقدمان حافزاً مادياً لمن يقبل بالتعقيم. ولاقى عدد آخر من الدول بعض النجاح، وتعرض البعض الآخر لاتهامات بأنهم يستعملون الإكراه.

وفي المقابل فقد أظهرت برامج الحوافز التجريبية التي تهدف إلى حث المجموعات على المشاركة والتنمية بعض الأمل، ومن هذه البرامج برنامج رياضي في شمال شرق تايلاند، قام بدراسة تأثير الحوافز على مستوى المجتمع المحلي فيما يتعلق بانتشار الموانع. وتم وضع صندوق قروض (٢٠٠٠ دولار لكل صندوق) في كل قرية جنباً إلى جنب مع برنامج تنظيم وصحة الأسرة. وفي البداية كانت القروض تعطى على شخصية المتقدم وأهليته للقروض والمشروع المنوي تنفيذه. وبعد انتشار البرامج أعطيت الأولوية للمتقدمين الممارسين لتنظيم الأسرة. وتسلم أعضاء الصندوق حصصاً وفوائد على أساس نوع المانع المستعمل حيث ارتفعت فاعلية المانع كلما زاد الحافز. وكلما زاد انتشار استعمال الموانع في القرية زادت قيمة صندوق القروض^(٤٢).

كان الهدف من برنامج تايلاند منع الإكراه، حيث لم يخصم أي مبلغ من

الصندوق إذا انخفض انتشار الموانع ، ولم تسحب حقوق الاقتراض أو حصص الأشخاص الذين اختاروا عدم الاستمرار في استعمال الموانع . وبعد سنتين بلغ مجموع القروض التي منحت لمشاريع صغيرة لتوليد الدخل حوالي ٧٢٠٠٠ دولار . ومن هذه المشاريع تربية الخنازير وزراعة الحرير والبطاطا . وفي خلال تلك الفترة ارتفع انتشار الموانع في القرى التجريبية من ٤٦ إلى ٧٥٪ . وعن طريق خلط حوافز العائلة مع برامج تهدف إلى الاكتفاء الذاتي المحلي فقد أوضحت مثل هذه التجربة الصلة بين انخفاض الخصوبة وارتفاع مستوى المعيشة (٤٣) .

تمتلك النساء صفات متناقضة ظاهراً في العديد من المجتمعات . وكأمهات وزوجات فإنهن غالباً ما يتحملن المسؤولية الأساسية للعناية بالطفل والواجبات البيتية . وفي العديد من الحضارات فإنه يطلب منهن نتيجة العادة أو الضرورة المساهمة في دخل العائلة ، وفي البعض الآخر فإنهن لوحدن مسؤولات عن دخل العائلة . وبالرغم من هذه الأدوار فإن للمرأة - وخصوصاً في الدول النامية - حقوقاً محدودة بموجب القانون فيما يتعلق بملكية الأرض والعلاقات الزوجية والدخل والضمان الاجتماعي .

وفي المجتمعات الإفريقية التقليدية يطلب من النساء أن تكون مكنتية ذاتياً من الناحية الاقتصادية ، ولكنها تبقى معتمدة على الرجل والأهل من الناحية القانونية والاجتماعية . وعادة ما تكون المرأة الإفريقية مسؤولة تماماً عن العناية بالطفل والطبخ والتنظيف وإعداد الطعام . إنهن مسؤولات عن نصف الجهود التي تبذل للعناية بالحيوان وتصليح المسكن وتسويق المنتوجات الزراعية . إنهن مسؤولات بالكامل عن توفير الوقود والماء وإنتاج الغذاء ، ولهذا فإنهن أكثر من يتأثر بالكوارث الإيكولوجية كنقص المياه وإزالة الغابات وفقدان إنتاجية الأرض نتيجة تعرية التربة (٤٤) .

إن زراعة الاكتفاء الذاتي من مسؤولية المرأة الإفريقية في حين أن حقوق ملكية الأرض هي للرجال . وبموجب عقد الزواج التقليدي يقوم الرجل «بشراء» جهد عروسة والأبناء الذين ستنجبهم في المستقبل من عائلتها . وترتفع مكانة المرأة

الاقتصادية والاجتماعية كلما زاد عدد ما تنجبه من أطفال خصوصاً أن الأطفال يعتبرون أيدياً عاملة إضافية في الزراعة والتسويق والواجبات الأخرى. وكل طفل إضافي يعزز مكانة المرأة داخل زوجها، ويضمن حصولها على الأرض ويتم التزامها إلى زوجها وعائلتها. ولكن ليس للمرأة أي ادعاء على أطفالها ففي حالة الطلاق يجب على المرأة أن تترك أولادها^(٤٥).

إن مواقف كهذه نحو العلاقات العائلية تقلل من احتمالات تخفيض معدلات الخصوبة في المجتمع الإفريقي حتى يتم تحسين مكانة المرأة. إن الأسعار التي تدفع للعرائس على أمل خصوبة عالية تزيد من ثراء عائلة الزوجة. ولاحظ أوديل فرانك وجفري مكينكل في دراسة أجريها على السياسة السكانية في كينيا أنه بسبب المسؤولية المادية والمحلية القليلة التي يتحملها الرجال فإن تكاليف تربية عدد كبير من الأطفال غير مرئية من قبل الرجل. ولهذا يقول المؤلفان «إنه حتى لو ظهر نقص في الأراضي لن يشعر به الرجال كسبب لتحديد الخصوبة». إن السياسات التي ترمي إلى تنظيم عملية دفعات مهر العروس والسياسات التي ترمي إلى الاعتراف بحق المرأة وحققها في امتلاك الأرض تعمل على الأقل على مقاومة القوى الاجتماعية التي تشجع على الخصوبة العالية^(٤٦).

إن تحسين مكانة المرأة أو بالأحرى تقليل اعتمادها الاقتصادي على الرجل أمر حاسم في عملية التنمية، وإلى أن يتم نشر تعليم المرأة - أو إلى أن تستطيع المرأة السيطرة الجزئية على الموارد التي تنظم حياتها الاقتصادية - سيستمر وجود الفقر والخصوبة العالية وتدهور البيئة في العديد من الأقاليم.

ملء الفراغ

يواجه صانعو القرار المهتمون بديناميكيات السكان هدفين: زيادة توفر خدمات تنظيم الأسرة في المناطق ذات الخصوبة المتوسطة، وتوفير البيئة التي تصبح فيها العائلة الصغيرة هي النموذج السائد في المناطق ذات الخصوبة العالية. إن مساعدة الأزواج للوصول إلى هذا النموذج يتطلب التزاماً رئيساً لتنظيم الأسرة من قبل الجهات الدولية والعالم الثالث. ولكن الاحتمالات الاقتصادية غير المؤكدة

والاحتياجات الاستثمارية المنافسة والسياسات الدولية قد عملت على تدمير الدعم المتزايد لتنظيم الأسرة في الدول النامية. وبدون توفر الموارد الضرورية لهذا الالتزام سينعكس اتجاه انخفاض الخصوبة في الدول النامية.

في العقدين الماضيين تم إنفاق ١٠ بليون (مليار) دولار على برامج تنظيم الأسرة في الدول النامية، وجاء ٤ بليون منها من الدول المتبرعة والباقي من الدول النامية نفسها. وتقدر الميزانية الحالية من الموارد الخاصة والعامة المخصصة لتنظيم الأسرة والنشاطات السكانية في الدول النامية بحوالي ٢,٥ بليون دولار في السنة. هذا وتتفق الحكومة الصينية لوحدها حوالي بليون دولار في حين تنفق الحكومة الهندية حوالي ٥٣٠ مليون^(٤٧).

لعبت المجموعة الدولية وخصوصاً الولايات المتحدة دوراً هاماً في تنظيم الأسرة الدولي عن طريق إعطاء الدعم المالي والسياسي لجهود تخفيض الخصوبة ورسم الاتجاهات الديموغرافية. وأنفقت الدول المتبرعة حوالي ٥٠٠ مليون دولار في هذا المجال في العام. هذا وقامت الولايات المتحدة، أكبر متبرع، مؤخراً بتخفيض التزامها إلى المساعدات السكانية الدولية، حيث انخفض التمويل الأمريكي ٢٠٪ بين عام ١٩٨٥ وعام ١٩٨٧، من ٢٨٨ مليون دولار إلى ٢٣٠ مليون دولار.

وأهم من هذا كله انه لم تعد الولايات المتحدة تساهم بصندوق النشاطات السكانية التابع للأمم المتحدة أو إلى الاتحاد الدولي لتنظيم الوالدية. وفي مؤتمر المكسيك الخاص بالسكان وضعت إدارة الرئيس ريغان سياسة تمنع بموجبها التمويل عن أي منظمة دولية تنبه النساء إلى أن الإجهاض هو أحد الخيارات المطروحة أمامهن. ولهذا فقد تم سحب مخصصات صندوق النشاطات السكانية إلى الصين نتيجة معارضة الولايات المتحدة. وهكذا تأثر أكثر من ٣٤٠ مليون عائلة في ٦٥ دولة نتيجة هذه السياسة قصيرة النظر^(٤٨).

من الواجب أن تقوم الولايات المتحدة والدول الصناعية الأخرى بزيادة

مساهمتها في مجال المساعدات الدولية لتنظيم الأسرة بدلاً من تخفيض مساهمتها. ويقدر الدكتور جوزيف سبايدل من لجنة المشاكل السكانية في واشنطن العاصمة بأنه إذا أردنا الوصول إلى الاستقرار السكاني في نهاية القرن القادم يجب أن يرتفع الإنفاق الدولي إلى ٧ بليون دولار سنوياً خلال العقد القادم. وتستطيع الدول الصناعية المساهمة بما لا يقل عن ٢ بليون دولار من هذا المبلغ^(٤٩).

يمكن استعمال الزيادة في المساهمات الدولية لتقوية تنظيم الأسرة في عدة مجالات.

أولاً: إن تحسين قدرة حكومات الدول النامية على جمع وتحليل الإحصاءات أمر ضروري لرسم الاتجاهات السكانية بدقة أكبر.

ثانياً: يجب إعطاء الأولوية إلى الدول الأكثر فقراً والأكثر نمواً في السكان، كدول إفريقيا جنوب الصحراء وأجزاء من آسيا، حيث لا تتوفر الخدمات وحيث تكون الدول بأمر الحاجة إليها.

ثالثاً: يستطيع المتبرعون دعم تمويل البرامج في الدول التي لا تبذل فيها جهود كافية.

هذا وتستحق النظرة الجديدة لتنظيم الأسرة والتغير الاجتماعي المزيد من الدعم، فالهند والمكسيك، مثلاً، تستعملان وسائل الإعلام العامة لنشر المعلومات والترويج لفكرة العائلات الصغيرة.

يجب على الدول النامية نفسها بذل المزيد من الالتزام نحو برامج تنظيم الأسرة. وفي الوقت الراهن تُنفق دول العالم الثالث على التسليح والمحافظة على قواتها المسلحة أكثر من أربعة أضعاف ما تنفقه على العناية الصحية - ١٥٠ بليون دولار عام ١٩٨٦ مقارنة مع ٣٨ بليون. إن زيادة الدعم المالي الحكومي لبرامج تنظيم الأسرة والعناية الصحية الأولية جزء ضروري في الجهود للإسراع في تخفيض معدلات الخصوبة^(٥٠).

المناطق الريفية في الدول النامية بحاجة ماسة إلى موانع الحمل والمواد التثقيفية والعناية الصحية قبل الولادة والمعلومات المتعلقة بصحة العائلة. هذا ويتم اليوم تجربة طرق جديدة في تسويق وتوزيع موانع الحمل بالاعتماد على المواطنين المحليين وأصحاب الحوانيت في عدد من الدول، ويجب تجربتها في دول أخرى.

إن الأهداف الرئيسة من برنامج تنظيم الأسرة هي تخفيض الحاجة لتحديد الخصوبة وتحسين صحة الأم والطفل خلال الفترة بين الحمل، والقضاء على الحاجة إلى الإجهاض غير المشروع. ولكن استراتيجية التنمية المتكاملة التي تشتمل على تنظيم الأسرة، وعلى المشاريع التي تولد دخلاً للنساء، وعلى جهود إعادة التحريج ومشاريع زراعية صغيرة، وتحسينات في توفر مياه الشرب وتعزيز الصحة العامة جميعها ستعمل على تخفيض عدد المواليد وتحسين نوعية الحياة.

وبالرغم من الحاجة الماسة إلى قيادة وطنية إلا أن تشجيع وتطوير البرامج التي تلبى الاحتياجات المحلية أمر غاية في الأهمية. إن تجربة تايلاند الإقراضية التي تعتمد على القيادة المحلية في القرية للمساعدة في تقديم أفكار جديدة قد تكون أكثر نجاحاً. هذا ولا بدّ من إشراك القطاع الخاص في هذه الجهود. وأظهرت المبادرات في إفريقيا وغيرها أنه من المجدي اقتصادياً أن يقوم المستخدمون (بكسر الدال) بتقديم العناية الصحية الأولية وخدمات تنظيم الأسرة التي تنعكس على تحسين الصحة عموماً وبالتالي إنتاجية أعلى. ففي كينيا تعتبر مجموعة مكونة من ٥٠ شركة ومزرعة أكبر مقدم لتنظيم الأسرة. هذا وتخطط شركة غلف للبتترول وشركة لدر إخوان لتقديم مثل هذه البرامج في نيجيريا^(٥١).

إن خبرة ثلاث عقود من تنظيم الأسرة الدولي قد أعطى دروساً هامة في تصميم برامج فعّالة، وخلق بيئة اجتماعية تتقبل فكرة العائلة الصغيرة. ويمكن أن توفر دول كالصين والهند والمكسيك وتايلاند نماذج لأساليب مختلفة. وقد تجد الدول الإفريقية جنوب الصحراء بأن التعاون الإقليمي في مجالات تنظيم الأسرة على شكل برامج تدريبية من خلال اتحاد مالي لتمويل مشاريع الحد من النمو السكاني السريع سيقوي جهود الدول المختلفة.

وكلما اتضح مدى اعتماد الدول بعضها على بعض، زاد الوعي بأن مصير أغنى الدول مرتبط بمصير أفقر الدول. ولهذا فإن تنظيم الأسرة لتخفيض عدد المواليد وتحسين الصحة ورفع مستوى المعيشة هي مسؤولية عالمية. ويجب ألا تستثني أي دولة نفسها من هذا المجهود الدولي.

obeikandi.com

Chapter 9. Planning the Global Family

1. Larry Rohter. "Central American Plight is People in Abundance." *New York Times*, September 6, 1987.
2. Population Crisis Committee. "Access to Birth Control: A World Assessment." Briefing Paper No. 19, Washington, D.C., October 1987.
3. Population Reference Bureau (PRB). *1987 World Population Data Sheet* (Washington, D.C.: 1987); World Bank. *World Development Report 1986* (New York: Oxford University Press, 1986).
4. PRB. *1987 World Population Data Sheet*.
5. Anrudh K. Jain. "The Impact of Development and Population Policies on Fertility in India." *Studies in Family Planning*, July/August 1985; PRB. *1987 World Population Data Sheet*; Carl Haub, demographer. PRB, Washington, D.C., private communication, October 30, 1987.
6. PRB. *1987 World Population Data Sheet*.
7. Sheila Rule. "African Rift: Birth Control Vs. Tradition." *New York Times*, August 11, 1985.
8. U.N. Department of International Economic and Social Affairs. *Fertility Behavior in the Context of Development: Evidence from the World Fertility Survey* (New York: United Nations, 1987).
9. Indonesia's per capita income from PRB. *1987 World Population Data Sheet*; Kim Streatfield and Ann Larson. "The 1985 Inter-censal Survey of Indonesia: Trends in Contraceptive Prevalence." Research Note from the International Population Dynamics Program. Department of Demography, Australian National University, Canberra, 1987.
10. Ronald Freedman. "The Contribution of Social Science Research to Population Policy and Family Planning Program Effectiveness." *Studies in Family Planning*, March/April 1987.
11. Samuel H. Preston. "Population Growth and Economic Development." *Environment*, March 1986.
12. Ruhul Amin et al. "Family Planning in Bangladesh, 1969 to 1983." *International Family Planning Perspectives*, March 1987.
13. "Nigeria: 95 Percent of Married Women Want More Children; Contraceptive Use Limited To Abstinence." *International Family Planning Perspectives*, September 1985; Ann A. Way et al. "Family Planning in Botswana, Kenya, and Zimbabwe." *International Family Planning Perspectives*, March 1987.
14. Esther Boohene and Thomas E. Dow, Jr. "Contraceptive Prevalence and Family Planning Effort in Zimbabwe." *International Family Planning Perspectives*, March 1987.
15. D.L. Nortman et al. "A Cost-Benefit Analysis of the Family Planning Program of the Mexican Social Security Administration." paper presented at the general conference of the International Union for the Scientific Study of Population, Florence, Italy, June 3-12, 1985. Exchange rate as of December 1, 1987.
16. WHO cited in Judith A. Fortney. "The Importance of Family Planning in Reducing Maternal Mortality." *Studies in Family Planning*, March/April 1987; J. Ties Boerma. "Levels of Maternal Mortality in Developing Countries." *Studies in Family Planning*, July/August 1987; Allan Rosenfield and Deborah Maine. "Maternal Mortality—A Neglected Tragedy: Where is the M in MCH?" *The Lancet*, July 13, 1985.
17. Beverly Winikoff and Maureen Sullivan. "Assessing the Role of Family Planning in Reducing Maternal Mortality." *Studies in Family Planning*, May/June 1987.
18. Christopher Tietze and Stanley K. Henshaw. *Induced Abortion: A World Review 1986* (New York: Alan Guttmacher Institute, 1986); Stanley K. Henshaw, Alan Guttmacher Institute, Washington, D.C., private communication, October 23, 1987; Dr. J. Joseph Speidel, Population Crisis Committee, Washington, D.C., private communications, October and November 1987.
19. Worldwatch Institute estimates based on Tietze and Henshaw, *Induced Abortion: A World View*, and on PRB, *1987 World Population Data Sheet*.
20. Winikoff and Sullivan. "Assessing the Role of Family Planning."
21. Fred T. Sai. "Family Planning and Maternal Health Care: A Common Goal." *World Health Forum*, Vol. 7, 1986; Fortney. "Importance of Family Planning"; Population Information Program. "Healthier Mothers and Children Through Family Planning." Population Reports, Series J, No. 27, Johns Hopkins University, Baltimore, Md., May/June 1984.
22. Winikoff and Sullivan. "Assessing the Role of Family Planning."

23. Ibid.
24. Ibid.; Rosenfield and Maine, "Maternal Mortality—A Neglected Tragedy."
25. Special Programme on AIDS, "AIDS and Poverty in the Developing World." Policy Focus No. 7, World Health Organization, Geneva, 1987; Lucy Callahan, Public Relations Officer, World Health Organization, Washington, D.C., private communication, December 4, 1987.
26. Population Crisis Committee, "Access to Birth Control."
27. Dr. Jeffrey Harris, U.S. Agency for International Development AIDS coordinator, private communication, October 29, 1987.
28. Population Information Program, "Hormonal Contraception: New Long-Acting Methods." Population Reports, Series K, No. 3, Johns Hopkins University, Baltimore, Md., March/April 1987.
29. Number of users of family planning from Speidel, private communication; discussion of natural family planning techniques can be found in Population Crisis Committee, *Natural Family Planning: Periodic Abstinence as a Method of Fertility Control* (Washington, D.C.: 1981).
30. Linda Atkinson et al., "Prospects for Improved Contraception," *Family Planning Perspectives*, July/August 1980.
31. Population Information Program, "Hormonal Contraception."
32. Atkinson et al., "Prospects for Improved Contraception."
33. Population Information Program, "Hormonal Contraception."
34. Linda Atkinson et al., "Worldwide Trends in Funding for Contraceptive Research and Evaluation," *Family Planning Perspectives*, September/October 1985.
35. Ibid.; Linda Atkinson et al., "The Next Contraceptive Revolution," *International Family Planning Perspectives*, December 1985.
36. Contraceptive prevalence needed to achieve population stabilization from Population Crisis Committee, "Access to Birth Control."
37. Nancy I. Heckel, "Population Laws and Policies In Sub-Saharan Africa: 1975-1985," *International Family Planning Perspectives*, December 1986; Kenyan official quoted in Rule, "African Rift."
38. Freedman, "Contribution of Social Science Research."
39. Population Information Program, "Population and Birth Planning in the People's Republic of China," Population Reports, Series J, No. 25, Johns Hopkins University, Baltimore, Md., January/February 1982. See also Chen Muhua, "Birth Planning in China," *International Family Planning Perspectives*, September 1979; Elisabeth J. Croll, "Production vs. Reproduction: A Threat to China's Development Strategy," *World Development*, Vol. 11, No. 6, 1983; Nathan Keyfitz, "The Population of China," *Scientific American*, February 1984; Arthur P. Wolf, "The Preeminent Role of Government Intervention in China's Family Revolution," *Population and Development Review*, March 1986.
40. Population Information Program, "Population Planning in the People's Republic."
41. Ibid.; Nicholas D. Kristof, "China's Birth Rate on Rise Again As Official Sanctions Are Ignored," *New York Times*, April 21, 1987; Daniel Southerland, "Despite Years of Controls, China Fears New Baby Boom," *Washington Post*, May 24, 1987.
42. Donald Weeden et al., "An Incentives Program to Increase Contraceptive Prevalence in Rural Thailand," *International Family Planning Perspectives*, March 1986.
43. Ibid.
44. William U. Chandler, *Investing in Children*, Worldwatch Paper 64 (Washington, D.C.: Worldwatch Institute, June 1985).
45. Odile Frank and Geoffrey McNicoll, "An Interpretation of Fertility and Population Policy in Kenya," Center for Policy Studies Working Papers, No. 131, The Population Council, New York, February 1987.
46. Ibid.
47. Speidel, private communication.
48. Ibid.
49. Ibid.
50. Ruth Leger Sivard, *World Military and Social Expenditures 1986* (Washington, D.C.: World Priorities, 1986).
51. Elizabeth Maguire, Chief of the Population Policy Division, U.S. Agency for International Development, Washington, D.C., private communication, October 29, 1987.