

جمعیت و چالش ها در هزاره سوم

<"xml encoding="UTF-8?">

12 تا 15 فوریه سال 2007 میلادی همزمان با 23 تا 26 بهمن ماه سال جاری، به دعوت صندوق جمعیت سازمان ملل (1) [UNFPA]، نشست با عنوان کنفرانس بین المللی رهبران مسلمان برای حمایت از جمعیت، جهت دستیابی به اهداف توسعه هزاره سوم [2] در جزیره‌های اندونزی برگزار شد. محور اصلی این کنفرانس، بررسی روند پیشرفت تنظیم خانواده در میان مسلمانان و کشورهای اسلامی و راه های مقابله با شیوع بیماری های مقاربتی - به ویژه ایدز- در بین جوانان بود. بیش از 20 هیئت از سوی کشورهای اسلامی یا جامعه مسلمانان ساکن در کشورهای غیر اسلامی، نظیر فیلیپین، تایلند، چین در این کنفرانس شرکت داشتند. از ایران نیز هیئتی به سرپرستی دکتر ملک افصلی، معاون تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت و درمان، در این کنفرانس بین المللی شرکت کرده بودند. دکتر تهرانیان از چهره های ماندگار کشور و معاون بین المللی مجمع تقریب مذاهب اسلامی و بنده، دیگر اعضای این هیئت سه نفره بودیم.

«تحدید النسل» یا «تنظیم الاسره»

برنامه های کنفرانس طبق معمول این گونه نشست ها، با افتتاحیه آغاز شد. پس از اجرای سرود ملی اندونزی و سخنرانی و خوش آمدگویی وزیر اوقاف و شئون دینی اندونزی، نماینده صندوق جمعیت سازمان ملل متحد و رئیس جمعیت علمای اندونزی، نوبت به آن رسید که شرکت کنندگان با نواهای سنتی و حرکت های موزون محلی اندونزی آشنا شوند. پس از مراسم افتتاحیه، برنامه های کنفرانس رسماً آغاز شد.

روز نخست و روز دوم اجلاس به ارائه مقالات و سخنرانی هایی اختصاص یافت که بررسی وضعیت جمعیت در کشورهای اسلامی موضوع اکثر آنها بود. گروهی از کشورها مانند اندونزی، ایران و پاکستان به موفقیت های کسب شده در زمینه کنترل رشد جمعیت در کشورشان و روش ها و شیوه های به کار گرفته اشاره و آمار و مستندات موجود را ارائه کردند. گروهی دیگر مانند هیئت سوریه و اردن تحدید نسل و کنترل جمعیت را برنتافتند و بر انحرافی بودن آن تأکید کردند و به جای آن از ضرورت سلامت خانواده و تربیت سالم فرزندان سخن گفتند که تکثیر و ازدیاد آن در معارف دینی و وحیانی مورد سفارش موکد قرار گرفته است. [3] نکته تأمل برانگیز اینکه ازهمان روزهای اولی که سازمان ملل متحد در نیمه دوم قرن بیستم به طور جدی به بحث جمعیت جهان پرداخت [4]، همه نگاه ها به رشد بی رویه جمعیت در کشورهای جهان سوم و ضرورت «کنترل جمعیت» [5] و «تحدید نسل» و ترویج و تبلیغ راه های پیشگیری از بارداری در این کشورها معطوف شد. در این رویکرد، هدف عمدتاً دخالت صریح و قاطع دولت در کاهش موالید بود و از سیاست تک فرزندی [6] یا دو فرزندی شدیداً حمایت می شد. اما به زودی دو علت عمده موجب شد که سازمان های بین المللی جمعیت از دهه 80 به بعد سمت شعاری تنظیم خانواده یا تنظیم الاسره [7] را تغییر دهند:

1- مخالفت و اعتراض علما و مراجع دینی اعم از اسلام، مسیحیت و ... با روش های کنترل جمعیت و پیشگیری

از بارداری که بالطبع مخالفت و مقاومت لایه های دینی مردم را در این کشورها به دنبال داشت و جوی آکنده از خشم، علیه سازمان های بین المللی مذکور و عوامل بومی آنان برمی انگيخت.

2- اجرای برنامه های توسعه در اکثر کشورهای جهان سوم و گسترش فرهنگ مصرف و تحصیل و اشتغال بانوان به طور خودکار موجب کاهش موالید و تعدیل نرخ رشد جمعیت شده بود. به همین علت سازمان های جمعیتی بین المللی از دهه های پایانی قرن بیستم 1980 به بعد به جای تأکید بر کاهش موالید، شعار تنظیم خانواده را در دستور کار قرار دادند.

تنظیم خانواده، به مجموعه تدابیری گفته می شود که در سطح خانواده، هدفش ایجاد توازن میان امکانات اقتصادی و تعداد اولاد است و در سطح جامعه به منظور ایجاد تعادل میان جمعیت و تولید انجام می شود. [8] آنچه که در مفاد و مفهوم تنظیم خانواده مد نظر قرار می گیرد، تصمیم و اراده خانواده هاست که چه زمانی آمادگی فرزنددارشدن را دارند. مسئله مهم در باب تنظیم خانواده، تنها کم شدن فرزند نیست به همین جهت سیاست تنظیم خانواده با مفهوم مالتوسی «تحدید الموالید» منطبق نیست، چرا که ممکن است جهت مثبت افزایش اولاد در برخی خانواده ها داشته باشد. [9]

امتیاز رویکرد جدید سازمان های بین المللی جمعیت در مقایسه با رویکرد بینش دینی سازمان ها- تحدید النسل- در این بود که در رویکرد جدید- تنظیم خانواده- ضمن حفظ، ترویج و پیگیری پیام اصلی و محوری تحدید نسل که پیشگیری از بارداری بود، اما در ظاهر، کانون توجهش شعار سلامت خانواده، مادر و فرزند بود و مستقیماً به مقوله پیشگیری و کاهش نسل نمی پرداخت حتی- چنانچه در تعریف تنظیم خانواده اشاره شد- در مواردی با افزایش نسل و تولید مثل بیشتر همراهی می کرد. همین امر، موجب کاهش شدید مقاومت ها و مخالفت ها در جوامع دینی و اسلامی شد تا جایی که در بسیاری از کشورهای اسلامی- از جمله ایران- مراکز و شخصیت های برجسته دینی از برنامه تنظیم خانواده حمایت و پشتیبانی کردند. [10] موفقیت این رویکرد در شکستن مقاومت اقشار متدین و تجلی نظر جوامع و مراجع دینی موجب شد در دهه پایانی قرن بیستم، شعار تنظیم خانواده بیشتر تلطیف و به «بهداشت باروری» تغییر پیدا کند. درکنفرانس بین المللی جمعیت که به ابتکار سازمان ملل متحد سال 1994 در شهر قاهره تشکیل شد تصمیم گرفته شد به جای عبارت تنظیم خانواده از عنوان کلی تر «بهداشت باروری» استفاده شود. در رویکرد جدید، با تأکید بر ضرورت توجه به سلامت مادر و فرزند، به مقولاتی مانند فاصله لازم بین هر بارداری، حداکثر سن بارداری زنان، تغذیه کامل مادر و فرزند و... [11] توجه شد که نتیجه عملی آن، همان پیشگیری از بارداری های مکرر و کنترل و تعدیل جمعیت بود. به گفته یکی از صاحب نظران مسئول و پیش کسوت در امر تنظیم خانواده در ایران، نتیجه بهداشت باروری و تنظیم خانواده چیزی جز تحدید نسل و بسنده کردن والدین به حداکثر 2 یا 3 فرزند نیست. [12] به نظر می رسد این پیام پنهان و نانوشته را همه کشورهای اسلامی و جهان سوم به خوبی تفهم کرده اند. شاید به همین دلیل مراکز و خانه های بهداشت که با حمایت سازمان های بین المللی در اقصی نقاط کشورهای اسلامی تأسیس و راه اندازی شده، به رغم تغییر شعارها و رویکردها، هیچ تغییری در برنامه عملی شان ایجاد نشده و هنوز هم محوری ترین فعالیت آنان آموزش پیشگیری از بارداری و توزیع وسایل جلوگیری است. [13] شاید به همین دلیل هیئت های اعزامی که از اینگونه کشورها درکنفرانس های بین المللی جمعیت، تنظیم خانواده و بهداشت بارداری شرکت می کنند، کانون آمار و گزارش های خود را به بخش پیشگیری، کنترل و کاهش بارداری و زاد و ولد اختصاص می دهند و در این زمینه همواره تلاش می کنند از یکدیگر سبقت بگیرند. [14] این در حالی است که دیگر متغیرهای مربوط به بهداشت و

تنظیم خانواده و سلامت مادر و فرزند نوعاً مورد غفلت قرار گرفته یا کمتر به آن پرداخته می شود و میزبانان برگزار کننده نیز با سکوت معنادار؛ بلکه تحسین و تشویق روند جاری این حرکت را تشدید می کنند.

اینگونه قرائن و شواهد این احتمال را به شدت قوت می بخشد که سازمان ملل متحد و صندوق جمعیت آن سازمان، به هر شکل ممکن و تحت هر شعار و عنوانی، به دنبال جلوگیری از رشد جمعیت در کشورهای اسلامی و جهان سوم هستند و به دیگر مقولات و متغیرهای تنظیم و سلامت خانواده، بهایی نمی دهند. جالب این است، بدانید که در حاشیه کنفرانس جمعیت در اندونزی فرصتی پیش آمد تا این مسئله را با عبدالعزیز بن سلطان- نماینده صندوق جمعیت سازمان ملل متحد- در میان بگذارم. به او گفتم: در برخی از کشورهای در حال توسعه- مانند ایران- به دلایلی از جمله سرعت شتابان صنعتی شدن، نه تنها رشد فزاینده و بی رویه جمعیت تعدیل و کنترل شده؛ بلکه با ادامه این روند، در آینده ای نزدیک با رشد منفی و نزولی جمعیت مواجه خواهند شد. حتی برخی از محققان و صاحب نظران جمعیت اعلام کرده اند که در کشوری مثل ایران، جمعیت رو به پیری می رود. به گفته این جمعیت شناسان، سطح باروری در ایران، از سال 1380 به بعد به حدود 2 فرزند برای هر زن رسیده است. این رقم زیر سطح تولید مثل بین المللی است. [15] این کارشناسان افزوده اند که کاهش سطح باروری در ایران، از نظر سرعت، در دنیا بی نظیر است. [16] این در حالی است که برنامه های تنظیم خانواده با حمایت صندوق جمعیت سازمان ملل، به همان قوت در حال اجراست. [17]

به وی گفتم: آیا وقت آن نرسیده که صندوق جمعیت سازمان ملل که متولی امرتنظیم خانواده در سطح جهان است، در مورد ایران و موارد مشابه، سیاست های تنظیم خانواده را با شیبی مثبت به سمت افزایش باروری جهت دهد و از رشد منفی که به پیری جمعیت اینگونه کشورها می انجامد، جلوگیری کند؟ پاسخ عبدالعزیز از قبل قابل پیش بینی بود. او گفت: «صندوق جمعیت تاکنون به تنظیم خانواده با جهت گیری مثبت فکر نکرده است و هیچ برنامه ای در دستور کار ندارد. اگر روزی بخواهد در این زمینه وارد شود به کشورها توصیه می کند به جای افزایش بارداری، از کشورهای پر جمعیتی مثل بنگلادش، آرم و ارد کنند.» به نظر می رسد کشورهای در حال توسعه ای همچون ایران، باید خود پیش و بیش از صندوق جمعیت سازمان ملل نگران تغییرات جمعیتی باشند و برای توقف و عقب گرد رشد باروری در آینده ای نه چندان دور، از همین الان تدبیری اتخاذ کنند و چاره ای بیندیشند که فردا دیر است!

ایدز، تهدیدی فزاینده در هزاره سوم

بالاخره سفره بحث های سرد و تکراری تنظیم خانواده- که به میدان مسابقه ای برای کشورهای اسلامی در ارایه آمار کاهش رشد جمعیت و باروری تبدیل شده بود- بدون هیچ حساسیت و نکته تازه ای جمع شد. ظاهراً پنبه این بحث نزد برگزارکنندگان و شرکت کنندگان سال هاست که زده شده و از تب و تاب اولیه افتاده است. با رویکرد جهان سوم به صنعتی شدن و کپی برداری از جهان غرب، سال هاست که اینگونه کشورها به یک نوع خود تنظیمی رسیده اند و ناباوری در آن ها نهادینه شده است و حالا یکی باید برود جلوی آن ها را بگیرد که از آن طرف بام نیفتند. اما روز دوم که به نیمه رسید، با ورود کنفرانس به بحث «ایدز» [18] بر حساسیت بحث ها افزوده شد و هیئت های شرکت کننده تحرک و مشارکت بیشتر از خود نشان دادند. در این جا چند سؤال مطرح می شود - چه ارتباط و تعاملی میان ایدز و جمعیت وجود دارد که سازمان ها و نهادهای جمعیتی مثل صندوق جمعیت سازمان ملل متحد را واداشته که به آن بپردازند و حتی آن را از

اصلی ترین چالش های جمعیت در هزاره سوم معرفی کنند.

- چرا کشورها و جوامع اسلامی این بحث را با جدیت و نگرانی زیادی دنبال می کنند.

- راه حل هایی که از سوی سازمان های بین المللی برای جلوگیری و کنترل ایدز توصیه شده و می شود، چیست؟

- دست آخر اینکه این توصیه ها تا چه اندازه در کشورها و جوامع اسلامی کارساز و با فرهنگ دینی آنان سازگار است؟

ایدز و جمعیت

ایدز که برای اولین بار در سال 1981 در ایالات متحده امریکا مشاهده شد، [19] بیماری خطرناک و کشنده ای است که، سیستم دفاعی بدن را تضعیف می کند، به شکلی که انسان نمی تواند در برابر بیماری ها و ویروس ها مقاومت کند. با ضعیف شدن بدن و از بین رفتن سیستم دفاعی، فرد آلوده از بین می رود. [20] عامل این بیماری، ویروسی به نام [HIV 21] می باشد که دارای خاصیت سیتوپاتوسیته [22] - علاقه آسیب رسانی به سلول- می باشد و به راحتی تغییر شکل می دهد لذا بدن نمی تواند در مقابل آن آنتی کور مناسب را تولید کند. [23] سه ویژگی عمده در بیماری ایدز وجود دارد که موجب تشدید نگرانی های بین المللی شده است:

1- نهفتگی در مرحله کمون- دشمن نامرئی- ؛ ویروس ایدز، ویروسی است که در مرحله کمون و شکل گیری، نهفته و غیر قابل تشخیص است و هیچ آثار و عوارض جانبی آشکاری ندارد. در این مرحله که ممکن است سال ها طول بکشد، قابل انتقال به دیگران است، از این نظر، ایدز، دشمن نامرئی است که در کمال سکوت، قربانیان خود را انتخاب می کند.

2- مرگ زجرآور قربانیان: ایدز به چیزی کمتر از مرگ زجرآور و بیرحمانه قربانیان رضایت نمی دهد.

3- قابلیت شیوع و گسترش سریع: ویروس ایدز به علت تعدد و تنوع راه های انتقال به دیگران از قابلیت بسیار بالایی برای انتشار برخوردار است. از قضا، ایدز راه هایی را برای سرایت انتخاب کرده که در جوامع بشری بسیار شایع و متداول است. اهم این راه ها که توسط مراکز و شخصیت های علمی و پزشکی معرفی شده اند، عبارتند از:

الف. روابط جنسی با فرد آلوده به HIV. چون ایدز نمی تواند به مدت طولانی در محیط خارج از بدن انسان به حیات خود ادامه دهد، تماس های عادی در محیط کار، اجتماع و مدرسه باعث انتقال نمی شود. این ویروس از راه دست دادن، بغل گرفتن، روبوسی، ظروف غذا خوری، عطسه، سرفه، گوشی تلفن، دستگیره در، میله اتوبوس، البسه دست دوم، استخر شنای عمومی، توالت عمومی و حشرات قابل سرایت نیست؛ اما از طریق آمیزش ها و تماس های جنسی- با همجنس و مخالف- قابل انتقال است. [24] طبق آمار اعلام شده حدود 80 درصد از مبتلایان به این بیماری، از طریق روابط آزاد و نامتعارف آمیزشی به ویروس HIV آلوده شده اند. [25]

ب. 15 درصد از مبتلایان به ایدز از طریق انتقال خون آلوده و فرآورده های آن، استفاده مجدد از سرنگ و سوزن های آلوده به ویژه در میان معتادان و استفاده از لوازم و ابزار آلوده به این بیماری دچار شده اند.

ج. بیماری ایدز، 5 درصد از موارد، از طریق مادر آلوده به جنین منتقل شده است.

بی رحمی این بیماری کشنده و مهلک از یک سو و قابلیت بالای آن برای شیوع سریع از سوی دیگر، موجب شده که در طول دو دهه گذشته، آثار عمیقی بر تغییرات جمعیتی، مرگ و میر و امید به زندگی در سراسر جهان از خود بر جای گذارد. از سال 1981 که اولین نمونه های ابتلا به ایدز، در همجنس بازان ایالت متحده دیده شد تا سال

2002، طبق آمار سازمان ملل متحد بیش از 31 میلیون نفر، به علت ایدز، جان خود را از دست داده اند [26] ایدز، به طور فزاینده همچنان قربانی می گیرد. طبق آمار رسمی، بیش از 8 هزار نفر در روز بر اثر ایدز می میرند و روزانه 13000 عفونت جدید بر اثر ایدز به وقوع می پیوندد. [27] آفریقایی ها در زبان بومی، نام این بیماری را اسلیم (SLIM) به معنی «مرگ» گذاشته اند. [28] سازمان ملل متحد، آمار مبتلایان به ایدز در سال 2002 را 40 میلیون نفر اعلام کرده است. [29] که این آمار در مقایسه با 88 هزار مورد ثبت شده در سال 1988، رشدی 500 درصدی را نشان می دهد. فقط 5 میلیون نفر در سال 2002 به ایدز آلوده شده اند. هم اکنون بیش از 3 میلیون کودک مبتلا به ایدز هستند. زنان بیش از نیمی از مبتلایان به ایدز را شامل می شوند. 14 میلیون کودک در سراسر جهان، مادر یا هر دو والد خود را به علت مبتلا شدن به ایدز از دست داده اند. پیش بینی شده است تا سال 2020 خسارت اقتصادی ناشی از ایدز تا 20 درصد تولید ناخالص ملی کشورهای باشد که بدترین وضعیت ابتلا به ایدز را دارند. [30]

پیدایش و ظهور این آمار فزاینده که شاخص های جمعیتی و مرگ و میر را با تغییرات اساسی مواجه کرد، موجب شد که ایدز در دستور کار جمعیت شناسان و سازمان ها و نهادهای جمعیتی قرار بگیرد تا جایی که آن را به عنوان یکی از تهدیدهای جدی جمعیت در دهه آخر قرن بیستم [31] و هزاره سوم [32] معرفی کنند. از نظر سیاست گذاران و برنامه ریزان جمعیتی، اثر عمده جمعیتی ایدز، افزایش مرگ و میر بویژه در بین اطفال و نوجوانان و پایین آوردن میانگین امید به زندگی است. این بیماری مهلک همچنین از پیشرفت اقتصادی تا حد زیادی جلوگیری می کند. یعنی از آنجا که باعث می شود، مبتلایان در سنین فعالیت- کمتر از 40 سالگی- بمیرند، میرایی این گروه های سنی، بر توسعه اقتصادی تأثیر منفی دارد. شیوع این بیماری همچنین موجب می شود تا بسیاری از خانواده ها به لحاظ از دست دادن مادران، با اطفال بی سرپرست مواجه شوند. از این رو، بیماری ایدز به لحاظ جمعیتی و اجتماعی، محدودیت های جدی را برای جوامع بر جای می گذارد. بر اساس تحقیقات به عمل آمده توسط برخی از جمعیت شناسان، این امکان وجود دارد که شیوع بیماری ایدز، میزان رشد جمعیت جامعه را به صفر برساند. چنین نتیجه ای در کنفرانس برلن در سال 1993 اعلام شد. [33]

ایدز در کشورهای آسیایی و اسلامی

پس از پاسخ به پرسش نخست پیرامون دلیل دخالت صندوق جمعیت سازمان ملل در بحران ایدز، اکنون نوبت به سؤال دوم رسیده است اینکه چرا کشورهای اسلامی در کنفرانس بالی اندونزی، مباحث ایدز را با حساسیت و جدیت قابل توجهی دنبال می کردند. به نظر می رسد سه دلیل عمده در این زمینه وجود دارد:

1- رشد فزاینده آمار ایدز در کشورهای آسیایی

در حالی که قاره آسیا، از نظر آمار مبتلایان به ایدز، در دهه آخر قرن بیستم، پس از آفریقا و آمریکا در رتبه سوم قرار داشت، در کمتر از یک دهه و در آغاز هزاره سوم، با یک پله صعود و پشت سر گذاشتن آمریکا، به رتبه دوم رسیده است. (1380)

درصد ابتلا به ایدز در دو مقطع زمانی (1997-2000) در نقاط مختلف جهان

ردیف منطقه جغرافیایی درصد ابتلا به ایدز (1997) درصد ابتلا به ایدز (2000)

1 آفریقا 2/602/712 آمریکا 6/205/73 آسیا 7/158/174 اروپا 4/32/35 اقیانوسیه 6/01/0

آمار رسمی سازمان ملل نشان می دهد در سال های اخیر، بیماری ایدز در کشورهای اسلامی و غیر اسلامی آسیایی رو به افزایش است.

نماینده مالزی در کنفرانس بالی اندونزی با یادآوری این آمار، سال های پیش رو را برای کشورهای آسیایی و اسلامی بسیار حساس و نگران کننده خواند و توجه و سرمایه گذاری بیشتر این کشورها را برای مهار بحران و اتخاذ راه ها و روش های هماهنگ و مؤثر خواستار شد. [34]

نوبت به هیئت اعزامی تایلند که رسید، آمار تکان دهنده آن ها از شیوع وسیع و فزاینده قربانیان ایدز، تأسف و تعجب دیگر کشورها را برانگیخت. طبق آمار اعلام شده از سوی هیئت اعزامی تایلند، بیش از 600 هزار نفر مبتلا به ایدز در این کشور زندگی می کنند که در صورت اهمال و کوتاهی در اتخاذ تدابیر لازم، این تعداد تا سال 2010 به 1 میلیون و 200 هزار نفر می رسند.

2- یکی دیگر از عوامل نگرانی و حساسیت هیئت های آسیایی و اسلامی شرکت کننده در کنفرانس جمعیت اندونزی به بحث ایدز، حضور پررنگ عوامل پیدایش و گسترش ایدز در این کشورهاست. صاحب نظران و سازمان های بین المللی، فقر، فساد، روابط جنسی آزاد و بی سواد را از عوامل موثر شیوع و گسترش ایدز معرفی کرده اند. کوفی عنان، دبیر کل پیشین سازمان ملل متحد، در پیامی به مناسبت روز جهانی زن، در 8 مارس 2004 میلادی برابر با اسفند 1382، فقر، تجاوز، فساد و بی سواد را از عوامل تعیین کننده گسترش ایدز برشمرد. مرکز اطلاع رسانی ایدز وابسته به سازمان ملل متحد نیز بر نقش موثر این عوامل تأکید کرده است. این در حالی است که فقر، نابرابری، شکاف طبقاتی و به دنبال آن بی سواد و فقر، سکه رایج کشورهای فقیر و در حال توسعه آسیایی است. این کشورها به میزان فاصله ای که با عدالت و رشد و رشد علمی و فرهنگی دارند، در معرض تهدید ایدز هستند.

3- یکی دیگر از عواملی که موجب تشدید نگرانی های صاحب نظران در کشورهای اسلامی و آسیایی شده، موانع فرهنگی موجودی است که در اینگونه کشورها بر سر راه حل های مبارزه با ایدز وجود دارد. اساسی ترین راه حل هایی که سازمان بهداشت جهانی (WHO) برای پیشگیری از گسترش ایدز توصیه می کند، عبارتند از:

- توسعه آموزش های آمیزش جنسی بویژه برای جوانان که بیشتر از اقشار دیگر در معرض روابط آزاد جنسی و بیماری های مقاربتی قرار دارند.

- توزیع وسیع کاندوم ارزان قیمت به شکلی که در دسترس همه اقشار و جوانان باشد. این در حالی است که به دلیل هویت و پیشینه دینی و فرهنگی و باورها و ارزش های حاکم، در اکثر قریب به اتفاق این کشورها، آموزش های آشکار آمیزش جنسی و توزیع وسیع وسایل مقاربتی در اماکن عمومی با مقاومت های جدی در بدنه اجتماعی مواجه است. رئیس هیئت اعزامی مالزی درحاشیه کنفرانس بالی اندونزی گفت: «در مالزی، هنوز هم، به کارگزاران تنظیم خانواده و بهداشت باروری، به دیده کافر و وابسته به بیگانگان می نگرند.» رئیس هیئت اعزامی ایران نیز با تأیید این مقاومت ها از موانع جدی فرهنگی در این زمینه، در ایران خبر داد. همین امر موجب شده که شخصیت ها و سازمان های بهداشتی عمل کننده در این کشورها خود را در برابر موج سهمگین ایدز بی دفاع ببینند و نسبت به آینده، ابراز نگرانی کنند.

راه های درمان، درمان راه ها؟!!

دنیای معاصر برای مقاومت و مقابله در برابر این «غول مدرن» چه تدابیری اتخاذ کرده است؟

اساسی ترین تدابیری که از سوی سازمان ها و نهادهای بهداشتی و بین المللی، مکرراً توصیه شده، همان است که قبلاً به آن اشاره شد: گسترش آموزش های آمیزش جنسی، کاندوم ارزان قیمت و در دسترس همگان. افزون بر توصیه های سازمان بهداشت جهانی (WHO) در این باره، در بند «ل» از ماده 83 سند چهارمین کنفرانس جهانی زنان (پکن 1995)، خانواده ها و مراکز آموزشی ترغیب شده اند که برای جلوگیری از آبستنی های ناخواسته و بیماری های مقاربتی همچون HIV/AIDS میان دختران و پسران جوان از برنامه های آموزش آمیزش جنسی و ارایه خدمات آمیزشی، حمایت و پشتیبانی کنند.

آمریکا و اروپا با اتخاذ این تدابیر بویژه برای جوانان در مدارس، توانسته اند از رشد فزاینده ایدز در دهه اخیر جلوگیری کنند و ابتلا به آن را تحت کنترل درآورند. [35] در میان کشورهای آسیایی، تایلند با اجرای توصیه های یاد شده در سطح ملی، آمار مبتلایان به ایدز را کاهش داده است.

آیا این راه حل ها، واقعاً راهگشا و کارساز است؟! گروهی از جامعه شناسان، کارآمدی آموزش را بویژه برای اقشار فقیر و باسواد زیر سوال برده اند:

بارها گفته اند و می گویند مبارزه با ایدز، دادن آگاهی بهداشتی، به ویژه بهداشت جنسی ضروری است. در درستی لزوم چنین آموزش هایی شکی وجود ندارد. اما آیا آموزش به تنهایی برای مبارزه با گسترش این بیماری مرگبار کافی است؟ پاسخ منفی است. در جوامع و در میان قشرهایی که چنان فقیر، ناتوان و تحت سلطه ی دیگران هستند که نخستین اندیشه ی آنان به دست آوردن لقمه نانی برای نمردن از گرسنگی است، توصیه های بهداشتی چندان کارساز نیست... ایالت کوازولو در ناتالی آفریقای جنوبی، بالاترین میزان ایدز و بالاترین میزان فقر و محرومیت و نابرابری های اجتماعی را دارد. در تحقیقی که در همین ایالت انجام شده، محرومیت و نابرابری های اجتماعی در افزایش احتمال مبادرت به انواع رفتارها و تجربه های ناسالم جنسی، تأثیر معنی دار داشته است. [36]

گروهی دیگر، بر راه حل دوم، توزیع وسایل بهداشتی برای پیشگیری از بیماری های آمیزشی - ایراد وارد کرده اند. [37] حقیقت آن است که نسخه های پیچیده شده جهانی- بیش از خود ایدز، نیاز به بازنگری و درمان دارند. اشکال بزرگ این راه حل ها، نادیده انگاری ابتدایی ترین اصول درمان است. علت یابی و شناخت عواملی که به پیدایش و گسترش ایدز و دیگر بیماری های مقاربتی انجامیده است، از بدیهی ترین اصول و مؤلفه های درمان است. به بیان دیگر، درمان، فرآیندی است متشکل از حداقل دو مرحله: تشخیص علت بیماری و سپس اتخاذ تدابیر لازم برای رفع آن بیماری.

زمانی که علل اصلی و اساسی پیدایش و گسترش ایدز و دیگر بیماری های مقاربتی با استناد به مطالعات مختلف و متعدد علمی شناخته شده و بسیار روشن و انکارناپذیر است، جای تعجب و تأمل است که چرا در مرحله ارایه راه حل های جهانی، به جای پرداختن به راه حل های اصولی برای ریشه کن سازی علت های شناخته شده، به راه حل های فرعی و سطحی همچون آموزش آمیزش های جنسی و توزیع وسیع وسایل آمیزشی بسنده شده است! بسیاری از شخصیت های حقیقی و سازمان ها و نهادهای بین المللی که در این زمینه به مطالعه و تحقیق پرداخته اند، روابط آزاد جنسی و فقر و نابرابری های اجتماعی و اقتصادی را علت اصلی پیدایش و گسترش ایدز و بیماری های مقاربتی دانسته اند. آبستنی های ناخواسته، سقط جنین، موالید نامشروع و رها شده، طلاق، عفونت ها و بیماری های مزمن مقاربتی و تناسلی، همچون ایدز، سیفلیس، مازوشیسم و ... از عوارض این پدیده محسوب می شود.

اظهار نظرات و ادله و قرائن موجود در این زمینه بیش از آن است که فصل آن در حوصله این مختصر بگنجد.

پیام یونسکو (1995) آمیزش ناسالم جنسی را عمده ترین عامل انتقال HIV معرفی کرد. در بیانیه چهارمین کنفرانس جهانی زنان (پکن 1995) در بندهای متعدد (85-130) نسبت به پیامدهای سهمگین فقر و روابط آزاد جنسی بویژه برای دختران و پسران جوان هشدار داده و می افزاید:

دختران جوان، هم از نظر زیست شناختی و هم از نظر ویژگی های روانی- اجتماعی در برابر سوء استفاده و خشونت جنسی و روسپی گری و نیز پیامدهای روابط جنسی بی محافظ و قبل از بلوغ آسیب پذیرند. روندی که هم اینک در راستای تجربه زود هنگام جنسی پیش می رود، همواره با فقدان اطلاعات و خدمات، احتمال خطر آبهستی های ناخواسته و بسیار زود هنگام، آلودگی به ایدز و دیگر بیماری هایی که انتقالشان از طریق دستگاه جنسی است و نیز سقط جنین های ناایمن را افزایش می دهد. [38] عمدتاً فقیرترین و جوان ترین افراد در معرض بیشترین خطر واقع می شوند. [39] این شناخت همگانی که پیرامون علل پیدایش و گسترش ایدز و دیگر بیماری های مقاربتی وجود دارد، باید قاعدتاً، جامعه جهانی- و بالطبع سازمان های بین المللی- را به ریشه کنی علت ها فراخواند. براین اساس، راهگشایترین و کارسازترین راه حل برای درمان ایدز، تحقق عدالت اجتماعی و فقر زدایی، کنترل و محدود سازی روابط آزاد جنسی و ترویج ازدواج و تقویت خانواده است. این در حالی است که سازمان های بین المللی با نادیده انگاری سؤال برانگیز ریشه ها و علت ها- فقر و بی عدالتی و روابط آزاد جنسی- ، به شاخه ها و فروع پرداخته و نگاه خود را به مسکن های مقطعی و درجه دو مانند آموزش و آمیزش جنسی و توزیع کاندوم، معطوف کرده اند. البته علت این چشمپوشی و نادیده انگاری براهل نظر پوشیده نیست. پیشینه و هویت تاریخی سازمان ها و نهادهای بین المللی نشان داده است که اگر آب به آسیاب قدرت های بزرگ جهان و نظام سلطه نریزند، هیچ گاه پا را هم روی دم شیر نمی گذارند و علیه منافع مسلم آن ها، موضعی اتخاذ نمی کنند. به بیان دیگر اگر در خوش بینانه ترین قضاوت، این سازمان ها به آلت دستی برای قدرت های بزرگ تبدیل نشده باشند، حداقل این است که علیه سیاست و منافع قطعی آن ها نیز موضعی اتخاذ نمی کنند. در چنین شرایطی اینگونه سازمان ها، چگونه می توانند علیه روابط آزاد و فقر و نابرابری، موضعی هجومی بگیرند. روابط آزاد، قرقگاه جوامع سکولار غرب و چشم انداز آنان است. وقتی سکولاریسم پیوند انسان و آسمان را برید و لذت عرفان و معنویت را از او گرفت، گول زنک کامجویی مادی و روابط آزادجنسی را به دستش داد. اگر این گول زنک هم از دست او گرفته شود، فریاد و ناله اعتراضش دودمان سکولاریسم و لیبرالیسم را بر باد می دهد. از این رو، شیشه حیات غرب- روابط آزاد- باید در هر شرایطی حفظ شود و هر هزینه ای برای بقای آن پرداخته شود و بالطبع در صورت بروز هر گونه تبعات منفی ناشی از آن، به جای دست اندازی به روابط آزاد، باید تبعات منفی به گونه ای دیگر کنترل و تعدیل شوند. شاید به همین دلیل دنیای غرب که با بسیاری از نمادهای دینی و مذهبی سر سازگاری دارد، اما به هیچ وجه «حجاب» را بر نمی تابد حتی اگر به قیمت زیر سؤال رفتن اعتبار و وجهه جهانی آنان در دفاع از آزادی باشد زیرا حجاب، هویت و شیشه حیات فرهنگ مادی و سکولار غرب را نشانه رفته است. از سوی دیگر، فقر و نابرابری نیز در بسیاری موارد زاییده تدابیر استثماری و تجاوز و تعدیات نظام سلطه جهانی به حقوق بدیهی دیگر ملت هاست و هر گونه توصیه کشورها و ملت ها به عدالت خواهی و مبارزه با فقر و نابرابری، در حقیقت شعار علیه منافع مسلم قدرت های جهانی و نظام های وابسته به آن ها محسوب می شود پس تا هنگامی که فقر، نابرابری و روابط آزاد جنسی به عنوان علل و ریشه های اصلی بحران های جنسی و اجتماعی، در جوامع انسانی حضور دارند و عقل جمعی به هردلیل و علتی برای کنترل و مهار آن ها تدبیری اتخاذ نکرده است،

تبعات زیان بار و منفی ناشی از آن ها نیز وجود دارد و گریزی از آن ها نیست و این شکل و قالب آن است که در زمان های مختلف فرق می کند: دیروز سیفلیس و مازوشیسم، امروز ایدز و فردا... به همین منظور، کشورهای آسیایی و اسلامی اگر بخواهند به درمان اصولی و ریشه ای این بیماری مهلک و دیگر بیماری های عفونی و مقاربتی دست یابند و سلامت و آرامش حقیقی را به مردم هدیه بدهند، باید تقلید کورکورانه از غرب را به بوته فراموشی بسپارند و به جای ترویج بی بند و باری اخلاقی و تجویز روابط آزاد جنسی، به فرهنگ و هویت خویش بازگردند و ازدواج، ارزش های مقدس خانواده و قانونمندسازی روابط جنسی را ترویج و نهادینه کنند. از سوی دیگر با عزمی ملی و همگانی به شناخت و ریشه کنی کلیه اشکال تبعیض و نابرابری و فقر و بی عدالتی کمر همت ببندند و صد البته که در کنار این رویکرد اصولی از راه های دیگر مانند آموزش به هنگام بهداشت باروری و جنسی غفلت نورزند.

و سرانجام کرنش در برابر خدا

قرائت بیانیه پایانی، آخرین برنامه کنفرانس سه روزه جمعیت در بالی اندونزی بود. در پایان بیانیه، ضمن تجلیل از جایگاه ممتاز رهبران دینی و مسلمان در هدایت و راهنمایی توده ها، در بندهای مختلف، از آنان درخواست شده بود که برای درمان چالش های جمعیت در هزاره سوم، به کمک سازمان های بین المللی شتافته و تحرک و مشارکت بیشتر و مؤثرتری از خود نشان دهند. این رویکرد، تعجب برانگیز و درعین حال، جای خوشحالی داشت. دوران مدرن، با آغاز طوفانی اش، کتب الهی و آموزه های وحیانی را به محاق برد و به موزه ها سپرد و مغرورانه دین را متعلق به دوران طفولیت بشر و افیون جامعه معرفی کرد [40]، پای دین را از همه عرصه های سیاسی و اجتماعی کوتاه کرد و دانشمندان علوم تجربی را پیامبران دوران جدید خواند. [41] حال که بوی تعفن تدابیر سکولاریسم و لیبرال دموکراسی دنیا را فرا گرفته، همه امیدها و نگاه ها بار دیگر به ادیان الهی دوخته شده است. جهان، دستانش را به سوی آسمان بلند کرده و در برابر خداوند، سر تعظیم فرود آورده است. به امید روزی که جهانیان، نه تنها برای درمان دردهای خودساخته که برای ساختن بنای شکوهمند و ماندگار خوشبختی انسان ها و جوامع انسانی، بار دیگر خدا را تجربه کنند.

در حاشیه

- بالی، جزیره ای بزرگ و بسیار زیبا در اندونزی است با جمعیتی بیش از سه میلیون نفر. با وجود جزایر بسیار زیاد در اندونزی؛ اما مردم این کشور، بالی را «جنة الجزایر» می خوانند. دمای این شهر به دلیل قرار گرفتن بر روی خط استوا در طول سال ثابت و بین 25 تا 30 درجه است.

- آفتاب ملایم، ساحل زیبا، درختان نارگیل و موز و هزینه ارزان اقامت در بالی، موجب جذب تعداد زیادی توریست از کشورهای اروپایی به این جزیره شده است. حمام آفتاب از جمله برنامه های ثابت جهانگردان اروپایی است.

- بیشتر ساکنان بالی، هندو هستند و مسلمانان درصد بسیار ناچیزی از جمعیت این جزیره را تشکیل می دهند. بتخانه ها و عبادتگاه هایی که در جای جای جزیره خودنمایی می کرد، توجه مسافران را جلب می کرد. افرادی که به زیارت این خدایان ریز ودرشت می آمدند بسته های کوچکی از غذا برای پیشکش به همراه می آوردند.

- فقر و استثمار جنسی دختران جوان و نوجوان که در بخش های مختلف جزیره خودنمایی می کرد، بر چهره زیبایی شهر چنگ می زد.

- شمار زیادی از ساکنان جزیره، از موتور سیکلت استفاده می کنند. خیابان ها و محله های بالی میدانی برای ترکتازی موتورسواری بود که بر خلاف مشابه های ایرانی خود، مقررات رانندگی- به ویژه کلاه ایمنی و سرعت- را به خوبی رعایت می کردند.

- عبا و عمامه برای اهالی این جزیره و آنانی که در مسیر راه- در مالزی با آن ها برخورد می کردیم، کاملاً شناخته شده و مورد احترام بود. در طول سفر بارها مشاهده کردم که با اشاره به لباس من با همدیگر نجوا می کردند: ایرانی، بعضاً سری تکان داده و سلام می کردند. این حقیقت کاملاً محسوس بود که آن ها به چشم دیگری به ایران و ایرانیان می نگرند. حتی مسئول حوزه علمیه اهل سنت در جزیره بالی می گفت: «طلبه های ما با علاقه وافر مشغول یادگیری زبان فارسی هستند!»

- جالب است در کنفرانسی که با نام «رهبران دینی مسلمان» برگزار شد، خبری از «رهبران دینی» نبود حتی نماینده بعضی کشورها مسلمان نبودند مانند نماینده تایلند، که از این بابت عذرخواهی کرد! ظاهراً برای برگزار کنندگان، عنوان کنفرانس مهمتر از اعضای شرکت کننده و مباحث آنان بوده است.

- از کشورهای عربی خلیج فارس، هیچ نماینده ای در این کنفرانس حضور نداشت! این در حالی است که رئیس صندوق جمعیت سازمان ملل متحد، از کشور عربستان است.

- برای همه هیئت ها، یک وقت سخنرانی در نظر گرفته شده بود؛ اما به هیئت ایرانی دو وقت مستقل اختصاص داده شده بود. مسئولان برگزاری این تفاوت را به محبوبیت ممتاز ایران نزد مسلمانان دیگر کشورها و اشتیاق آنان برای آگاهی از سیاست ها و برنامه های بهداشتی ایران اسلامی، مستند کردند.

- متن مقاله آقای دکتر تهرانیان که به زبان عربی ارایه شد، آن قدر زیبا و فصیح بود که تحسین هیئت های عرب زبان مصر و سوریه را برانگیخت. نمایندگان این کشورها در حاشیه کنفرانس، بارها با اشتیاق بسیار از محاسن ادبی این مقاله یاد کردند.

- ارتباطات و تعاملات علمی و فرهنگی هیئت ها در اینگونه کنفرانس ها به عوامل متعددی بستگی دارد که بی شک از مؤثرترین آن ها، آشنایی کامل با یک زبان زنده دنیا است. خوشبختانه به دلیل آشنایی کامل آقای دکتر ملک افضلی به زبان انگلیسی و آقای دکتر تهرانیان به زبان عربی، هیئت ایرانی در برقراری ارتباط و گفت و گو با دیگر هیئت ها بسیار موفق بود تا جایی که نماینده ایران به نمایندگی از دیگر هیئت های شرکت کننده برای سخنرانی در جلسه اختتامیه برگزیده شد.

پی نوشت ها :

1- united Nations Fund For Population Activities

2-Inter national conference of Muslem Leaders to support population to Achieve (MDGS)

3- ر.ک به مقالات ارایه شده در کنفرانس جمعیت بالی اندونزی بهمن ماه 1385

4- سازمان ملل متحد تحت تأثیر نظریه مالتوس و موج « مالتو سیانیسم کلاسیک » در سال 1962 میلادی

باصدور بیانیه از رشد لجام گسیخته جمعیت جهان در ارتباط آن با افزایش فقر، گرسنگی و مرگ و میر انسان ها شدیداً ابراز نگرانی کرد.

5- birth control.

- 6- محمودیان. دکتر حسین. دانش خانواده. سمت. تهران. 1383.
- 7- Family planning
- 8- تقوی، نعمت اله، مبانی جمعیت شناسی، نشر جامعه پژوه، تبریز. 1378.
- 9- همان.
- 10- ر.ک به سخنرانی مراجع و اساتید حوزه علمیه در روز جهانی جمعیت که بحثی از آن در کتاب «جمعیت و تنظیم خانواده» تألیف دکتر محمدجهانفر، نشر جهان فرهنگی، تهران 1380 به چاپ رسیده است.
- 11- Integrated Health Reproductive System
- 12- محمودیان، حسین، دانش خانواده، انتشارات سمت، تهران، 1383.
- 13- مجله پیام زن، دفتر دوم، شماره 12، گفت و گو با دکتر ملک افضلی معاون وزیر بهداشت و درمان.
- 14- مجله زنان، شماره 103، ص. 44.
- 15- ر.ک به مقالات ارایه شده توسط کشورهای اسلامی (مانند اندونزی، پاکستان و ...) در کنفرانس بالی اندونزی- بهمن ماه 1385.
- 16- مجله زنان، شماره 103، صفحه 44، گفت و گو با دکترماری لادیه - جمعیت شناس-.
- 17- همان - نیز مجله پیام زن- دفتر دوم- شماره 12، گفت و گو با دکتر ملک افضلی معاون وزیر بهداشت و درمان.
- 18- همان.
- 19- Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS).
- 20- جهانفر، محمد، جمعیت و تنظیم خانواده، تهران، جهان فرهنگی، 1380.
- 21- شیخی، محمد، جمعیت و تنظیم خانواده، تهران، شرکت سهامی انتشار، 1379.
- 22- Human Immuno- deficiency Virus.
- 23- Cytopatogenicity.
- 24- جمعیت و تنظیم خانواده/ جهانفر/ ص. 188.
- 25- همان.
- 26- ر.ک. به: 27: <http://WWW.unaids.org/html/publications/fact-sheets> - همان.
- 28- زنان، قربانیان خاموش ایدز، دکتر شیرین میزازاده، مجله زنان، شماره 112.
- 30 و 29- <http://WWW.unaids>.
- 31- جمعیت و تنظیم خانواده/شیخی.
- 32- مقاله نماینده صندوق جمعیت سازمان ملل در کنفرانس جمعیت (بالی اندونزی، بهمن ماه 1385)
- 33- جمعیت و تنظیم خانواده/شیخی.
- 34- ر.ک به مقاله ارایه شده توسط هیئت اعزامی از مالزی در کنفرانس جمعیت بالی اندونزی، بهمن ماه 1385.
- 35- ر.ک به جدول آماری در همین مقاله در فاصله سال های 2000-1997.
- 36- فقر زنان، مهم ترین عامل گسترش ایدز، دکتر نیره توکلی، نامه شماره 47، اسفند 1384، به نقل از: Hallman,Kelly,<http://WWW.popcouncil.org/pdfs/wp/190.pdf>.
- 37- آیا استفاده از کاندوم به معنای به صفر رساندن احتمال انتقال ویروس HIV طی یک تماس جنسی مشکوک

- است؟ باید گفت که خیر، در شرایط مطلوب و صحیح استفاده از کاندوم، باز هم خطر ابتلاء وجود دارد. ر.ک به زنان، قربانیان خاموش ایدز، زنان، شماره 114
- 38- سند کنفرانس جهانی زنان (پکن 1995) - ماده 93
- 39- همان، ماده 96
- 40- کوزرف لوئیس، زندگی و اندیشه بزرگان جامع شناسی، ترجمه محسن ثلاثی، صفحات 29-36، تهران، انتشارات علمی، 1368.
- 41- همان.