
الفصل الحادي عشر السياسات السكانية

♦ مفهوم السياسات السكانية:

بدأ الاهتمام بالسياسات السكانية حينما رأى العالم النمو البطيء للسكان الذي كان يسود أرجاء المعمورة حتى نهاية القرن التاسع عشر. فبدأت بعض الحكومات تهتم بتشجيع الانجاب ورفع معدل النمو السكاني لمواجهة الجانب الآخر المتعلق

بالوفيات التي بدأت معدلاتها بالانخفاض في أجزاء عديدة من دول العالم بعد انتهاء الحرب العالمية الثانية وتحسن الظروف الصحية. الأمر الذي أدى الى ارتفاع معدلات النمو السكاني فانعكس على إحداث تغييرات في التوزيع السكاني وكثافتهم وتركيبهم. فانعدم التوازن في التوزيع المذكور، ولاسيما بين الريف والحضر، بسبب الهجرة المتزايدة من المناطق الريفية الى المناطق الحضرية، وزيادة تركيز السكان في المناطق الكبرى. وبات ذلك يشكل خطراً على التنمية في تلك الدول ولاسيما النامية منها. ومن هنا تبنت بعض الحكومات سياسات خاصة بها هدفها تحقيق معدلات معتدلة للنمو السكاني، وحجماً سكانياً مناسباً، وتوزيعاً متوازناً لتحقيق التوازن بين الموارد والسكان الى جانب بعض الاعتبارات الأمنية. وخلال السنوات الأخيرة تأكدت العلاقة بين حجم السكان ومعدلات نموهم من جهة وبين مجموعة العوامل الاجتماعية والاقتصادية من جهة أخرى. مما أوجد الحاجة الى سياسة سكانية تكون قاعدة للتنمية الأساسية. مما يجعل هدف السياسة السكانية أوسع من وجهة النظر التي حصرتها بتحديد حجم السكان ومعدل نموهم⁽¹⁾. أي أنها أوسع من مشكلة الزيادة السكانية لوحدها. في حين عدها بعضهم الآخر مشاريع وضعتها الدول الكبرى للحيلولة دون تمكين الدول الضعيفة من بلوغ أهدافها في القوة السياسية والرفاه الاقتصادي.

وتمثل السياسة السكانية سياسة الدولة بالنسبة لسلوك سكانها من الناحية الديموغرافية في الحاضر والمستقبل⁽²⁾. ومن وجهة نظر الاكاديمية الوطنية للعلوم، انها تهتم بالتغيرات الكمية والنوعية للسكان وتوزعاتهم الجغرافية. أي تهتم بأعدادهم ومستويات تعلمهم ومهاراتهم وطريقة وأسلوب معيشتهم والموارد المتاحة لهم على الرقعة الجغرافية التي يعيشون عليها. إذ إن التغير في حجم السكان ومستويات خصوبتهم ووفياتهم، وتوزيعهم في الريف والحضر، ومعدلات تغير هذا التوزيع، كلها أمور تتفاعل تفاعلاً مهماً مع مستوى الرفاه الاجتماعي والاقتصادي لهؤلاء السكان⁽³⁾.

وحدد "برنارد برلسون" السياسة السكانية على أنها الإجراءات الحكومية التي تسعى الى تغيير الوقائع السكانية، أو التي غيرتها بالفعل. وان هناك أربعة عوامل

(1) حنا رزق، "السياسة السكانية: مجالها، أهدافها، وسائلها ومشكلاتها"، النشرة السكانية، عدد7، تموز1974. (قدمت هذه الدراسة الى المؤتمر الاقليمي الاول للسكان الذي عقد في بيروت خلال الفترة 18 شباط -الاول من آذار 1974 بإشراف اللجنة الاقتصادية لغربي آسيا وبالتعاون مع الحكومة اللبنانية)، ص124.

(2) عبد الرحيم عمران، سكان العالم العربي، مرجع سابق، ص342.

(3) الاكاديمية الوطنية للعلوم، النمو السكاني السريع ونتائجه ومنطويات السياسة، مطبعة جون هوبكنز، بلتيمور، 1971، ص70 (عن حنا رزق، ص124-125).

ديموغرافية وأربع نواح سلوكية تدخل في عملية صياغة السياسات السكانية، وذلك من خلال تفاعل تلك العوامل والنواحي السلوكية فيما بينها، كما قد يكون كل من العوامل المذكورة محدداً للتغيرات السكانية، وفي الوقت نفسه نتيجة من نتائجها. وبعبارة أخرى، فإن ثمة علاقة ذات اتجاهين بين المتغيرات الديموغرافية والتنمية الاقتصادية والاجتماعية. وفيما يأتي العوامل الأربعة المذكورة⁽¹⁾:

1. الحجم (عدد السكان)
2. المعدلات (معدلات المواليد والوفيات والنمو الإجمالي والطبيعي)
3. التوزيع (انتشار السكان وتحركاتهم الجغرافية)
4. الهيكل (التركيب السكاني: النوعي والعمرى والسلالي والخصائص الوراثية.. الخ)

أما النواحي السلوكية الأربع فهي:

1. الاقتصادية (الإنتاج الوطني الإجمالي ودخل الفرد في الأسرة وتوزيع الدخل والاستثمار الرأسمالي والقوى العاملة وفرص العمل والاحتياجات السكنية).
2. السياسية (الخدمات والموارد الحكومية والرعاية والتأمين ضد الشيخوخة).
3. البيئية (الأيكولوجية) (الموارد الطبيعية والاحتياجات الخاصة بالطاقة والتخلص من التلوث والنفايات).
4. الاجتماعية (توفير الخدمات الصحية والتعليمية والثقافية وواقع المرأة ووسائل الترفيه).

وعرّف فريق من الخبراء والمستشارين التابعين لهيئة الأمم المتحدة السياسة السكانية بأنها "التدابير والبرامج الرامية الى تحقيق الأهداف الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية والسياسية وغير ذلك من الأهداف الجماعية وذلك عن طريق التأثير في المتغيرات الديموغرافية، وهي حجم السكان ونموهم وتوزيعهم الجغرافي (القومي والدولي) وخصائصهم الديموغرافية (توزعهم بحسب العمر والجنس)⁽²⁾. وبهذا فإن السياسة السكانية تشمل، بالإضافة الى مشكلة الزيادة السكانية، برامج لتنشيط نمو السكان في بعض البلاد وتنظيم الهجرة وحركة السكان وتنسيق القوى العاملة وتنظيم تدفق العمالة من الخارج وهجرة الكفاءات ومساهمة المرأة في النشاط الاقتصادي والاجتماعي وتخفيض الآثار الصحية للخصوبة غير

(1) برنارد برلسون، السياسة السكانية – مذكرات خاصة في الدراسات السكانية، ج 25 (عن: حنا رزق، ص 125).

(2) هيئة الامم المتحدة، تقرير فريق الخبراء والمستشارين بقضايا السياسات السكانية، في 23 ايار 1972، ص 6.

المنظمة وتحسين سمات السكان وتضييق الفجوة بين سكان الريف والحضر وكل ما يتعلق بالسلوك الديموغرافي⁽¹⁾.

مما تقدم ذكره يتضح ان الهدف الذي تسعى اليه السياسة السكانية هو رفع المستوى الاقتصادي والاجتماعي والصحي ورفاه السكان وحماية البيئة وتطويرها. ولا بد من وضع السياسة السكانية بوصفها جزءاً من السياسة الانمائية الشاملة التي يكون هدفها النهائي تقدم الأمة ورفاهها.

وفي ختام هذا الموضوع لا بد من تأكيد نقطتين⁽²⁾:

1. ان مفهوم السياسة السكانية لا يقتصر على تنظيم معدلات الانجاب.
2. ان السياسة السكانية ليست كياناً واضح المعالم ومستقلاً عن خطط التنمية القومية، كما ان نطاق تلك السياسة وبرامجها يشمل جميع التدابير الموجهة لعلاج مشكلات التغذية والسكن والعناية الطبية والتعليم والعمل والضمان الاجتماعي وتحسين مستويات الدخل، وان الهدف النهائي للسياسة السكانية هو الرفاهية العامة للسكان. وان خير الطرق المستخدمة في السياسة السكانية هو الذي يوصل الى سعادة الأم وراحتها وتوافر صحتها وتقليل الجهود التي تعانيها والآلام التي تقاسيها مع الوصول الى الغاية المطلوبة من استخدام السياسة السكانية⁽³⁾.

♦ أنواع السياسات السكانية:

1. **سياسة سكانية فورية:** وتشمل التدابير التي تهدف الى التخفيف أو التغلب على تأثيرات الزيادة التي لم يسبق لها مثيل في حجم السكان وكثافتهم ونسبة المواليد المرتفعة. وقد أشارت لجنة الأمم المتحدة للسكان بأن السياسات السكانية يجب ألا تقتصر على التدابير الرامية الى التأثير في الخصوبة بل يجب أن تشمل مفهوماً أوسع للسكان وتتناول عدداً من الحقول كالنمو والهيكل السكاني والنمو الاقتصادي والتعليم والعمالة والتغذية والصحة والتحضر والاسكان.
2. **سياسة سكانية تأثيرية:** وتشمل التدابير والبرامج التي تهدف الى تخفيض معدلات الخصوبة والوفيات والنمو، أو التي ستؤثر تأثيراً مفيداً في النزوح الداخلي، وذلك بواسطة برامج تنظيم الأسرة وغيرها من النشاطات. ومن هنا يظهر ان السياسة التأثيرية تعالج جذور المشكلة السكانية، حيث ترمي الى تعديل النمو السكاني، وتحسين أوضاع الإنسان اجتماعياً واقتصادياً عن طريق التدابير المباشرة (تنظيم الأسرة) وغير المباشرة (عن طريق التنمية) ولكن

(1) عبد الرحيم عمران، مرجع سابق، ص342.

(2) حنا رزق، مرجع سابق، ص126.

(3) محمد عوض محمد، سكان هذا الكوكب، مرجع سابق، ص171-173.

التنمية تعمل من خلال التأثير في العوامل الوسيطة⁽¹⁾. وتتجلى الآمال الاقتصادية والاجتماعية وتأثيرها على السلوك الديموغرافي في الحقيقة التي أظهرها الاستبيان العالمي والتي تشير الى أن "128 قطراً، بضمنها 104 أقطار نامية تعتمد قليلاً أو كثيراً على برامج التنمية باعتبارها وسائل للسياسة السكانية"⁽²⁾.

♦ تنظيم الأسرة: Family Planning

لقد كانت سياسة زيادة السكان وكذلك الحد من تلك الزيادة فكرة قديمة مارسها الشعوب في الماضي وما تزال تمارسها الى الآن. إذ إن سرعة تزايد السكان، وبخاصة في الدول النامية. قد تنبه العالم الى خطورة هذا التزايد وتأثيره المباشر في اقتصاديات تلك الدول. فليست "الخدمات العامة في الدول الأقل تطوراً قادرة على الحفاظ على نمو السكان بحيث تتحقق في ظلها الاحتياجات المتوازنة الصحية والتعليمية والنقل والاتصالات"⁽³⁾.

وقد وجدت فكرة المبادرات بالحد من زيادة السكان صدًى كبيراً بين مفكري العصر الحديث الذين اعتمدوا في آرائهم على عدة اعتبارات أهمها⁽⁴⁾:

1. ان زيادة السكان في البلاد المحدودة الموارد وضعف الكفاية الانتاجية لا بد أن يؤدي الى انخفاض مستوى المعيشة وانتشار المجاعات.
2. ان تزايد عدد السكان يؤدي الى انخفاض المستوى الصحي وانتشار الامراض ما دامت الامكانيات الموجودة في بيئة محدودة، والرعاية الصحية لا تتطور بسرعة تزايد السكان نفسها.
3. ان زيادة عدد السكان قد تؤدي الى الحروب أو تؤدي الى الاستعمار وايجاد مناطق جديدة لتكون متنفساً للبلد المزدحم بالسكان أو تكون سوقاً جديداً لمواردها.

وتتجمل مشاكل السكان عن وجود غريزتين تحكمان ميل الإنسان نحو الجنس الآخر: الأولى: رغبته في الاستمتاع بالحياة، والثانية: رغبته في إنجاب الأطفال. والمشكلة تقوم لأن الرغبة الأولى تؤدي بالضرورة، في أغلب الأحيان، الى حدوث حمل، ثم الى انجاب طفل قد يكون غير مرغوب فيه. في حين ان كبت هذه الرغبة

(1) حنا رزق، مرجع سابق، ص 132-140.

(2) يونس حمادي علي، مبادئ علم الديموغرافية، مرجع سابق، ص 388-389.

(3) Population Reference Bureau. World Population Growth and Response: 1965-1975, Washington, D. C., April, 1976, PP. 11-12.

(4) يسري الجوهري، مرجع سابق، ص 107.

عن طريق تأجيل الزواج أو الزهد أو التعفف، كما دعا الى ذلك مالتس وغاندي، قد تؤدي الى اضطرابات جسمية وعصبية لا تكون محمودة العواقب في كثير من الاحيان. ومن هنا كانت هذه مشكلة، وتنظيم النسل هو الحل لهذه المشكلة حيث يقوم على اساس التوفيق بين هاتين الغريزتين عن طريق تمكين الانسان من مباشرة الغريزة الاولى من دون الخوف من انجاب أطفال غير مرغوب فيهم. وتنظيم النسل بهذا المعنى يختلف عن تحديد النسل⁽¹⁾. فهو اجراء وقائي لتنظيم النسل وتحسينه ويتضمن المهمات الآتية⁽²⁾:

1. تجنب حمل غير مرغوب فيه أو ولادة غير مرغوب فيها وبالعكس تشجيع الولادات المرغوب فيها.
2. تحديد واختيار المدة الزمنية بين كل ولادة وأخرى.
3. تحديد عدد افراد الأسرة في ضوء الامكانيات المتوفرة لدى الأسرة.
4. تحديد واختيار زمن الولادة وتوقيتها بحسب قابليات المرأة الصحية واستعداداتها المعنوية..

وبالمعنى نفسه الذي تضمنته النقاط المذكورة أو قريباً منه عُرِّف تنظيم الأسرة بأنه يعني "المباعدة بين حمل وآخر واختيار السن المناسب للحمل وتقليل عدد الاطفال بحسب حاجة الأسرة بحيث لا يقل عن طفلين بالأسرة الواحدة"⁽³⁾.

وتعد الأمريكية (مرغريت سانجر) اول من دعا الى تحديد النسل وتنظيم الأسرة. فقامت بفتح أول عيادة لها في نيويورك سنة 1916. وبعد ذلك قرر المجلس الطبي الأمريكي التصريح رسمياً باستخدام وسائل منع الحمل لتنظيم الأسرة. وانتقلت الحملة الى اوربا ثم انتشرت في جميع انحاء العالم بعد ان اصبح المشروع يلقى دعماً من المنظمات العالمية وفي مقدمتها منظمة الصحة العالمية⁽⁴⁾.

وتنظيم الأسرة غير ضبط النسل **Birth Control** أو تحديده **Limiting Birth** حيث ان ضبط النسل يعني توقيفه مرحلياً لمدة معينة في حين ان تحديد النسل يعني ايقاف الانجاب بعد عدد معين. ويرتبط مفهوم ضبط النسل بمفهوم منع الحمل طالماً كانت عملية الضبط تعتمد في توقيف النسل مرحلياً، على وسيلة أو أكثر من وسائل منع الحمل **Contraceptives** وهي كثيرة مثل الغطاء المطاطي للذكر **Condom** والحجاب المانع **Diaphragm** أو الحاجز المهبطي وهو حاجز من المطاط يمنع دخول الخلايا المنوية الى عنق الرحم، والدوش **Douch** والانسحاب **Withdrawal**

(1) اسماعيل محمد هاشم، مشكلة السكان، مرجع سابق، ص 318-319.
(2) يونس حمادي علي، مبادئ علم الديموغرافية، مرجع سابق، ص 136.
(3) عبد الرحيم عمران، مرجع سابق، ص 342.
(4) يونس حمادي علي، مبادئ علم الديموغرافية، مرجع سابق، ص 136.

والحبوب **Pill** وهي هرمونات كيميائية تمنع نزول البويضة من المبيض، فعاليتها 100%⁽¹⁾. واللولب **Intra Uterine Device**⁽²⁾. وهو آلة بلاستيكية أو بلاستيكية نحاسية توضع في داخل الرحم لمنع الاتصال بين البويضات والحيامن الذكرية، وتأثيرها يشبه تأثير الحبوب والابر، وقد يصل تأثيرها أحياناً الى 96-97%⁽³⁾ ومن الوسائل الاخرى العزل **Isolation**، أي الفصل بين الزوجين لمدة من الزمن⁽⁴⁾ كلما استخدم لولب الاشفار **Lipped Loop** الذي يوضع في عنق الرحم على نطاق واسع منذ وقت مبكر لغرض السيطرة على المواليد⁽⁵⁾. وهناك وسيلة اخرى يطلق عليها " ربط الانابيب " تحول دون مرور البويضة من المبيض الى مكان تلقيحها في الرحم. كذلك الابرة ذات المفعول طويل الامد وتعمل بطريقة الحبوب نفسها لمنع انطلاق البويضة الى الرحم، فعاليتها 100%، وهناك (الكريم) والاقراص الفوارة، والعد الشهري أو مدة الأمان⁽⁶⁾. يضاف لها الامتناع عن الممارسة الجنسية بعد الولادة لمدة معينة، وكذلك عمليات التعقيم⁽⁷⁾.

وتنظيم الاسرة أوسع بكثير من مجرد ضبط النسل أو تحديده (أو منعه). فهو قد يشمل واحداً منهما أو هما معاً، حسبما تقتضي سياسة وهدف أو استراتيجية الاسرة. لذلك فهو مفهوم ينطوي على مضامين اجتماعية تتمثل في عملية الترشيد لتنشئة الاطفال وتحديد الادوار الاجتماعية وتوزيع المسؤوليات وتحقيق التضامن بين أعضاء الاسرة والعمل على المواءمة بين أهدافها ووظائفها الاجتماعية، وبين وسائل تحقيق هذه الأهداف وانجاز تلك الوظائف⁽⁸⁾. وقد اكد مؤتمر بخارست للسكان الذي ساهمت فيه 135 دولة على التعليم الذي يجعل الفرد قادراً على اتخاذ التدابير والوسائل التي يمكنه من العيش بمستوى سكاني أفضل عن طريق تنظيم الأسرة⁽⁹⁾.

(1) جمعية تنظيم الاسرة العراقية، لجنة الثقافة والاعلام، وسائل منع الحمل: فوائد وفعالية، مطبعة شفيق، بغداد، بدون تاريخ، كراس خال من الصفحات المرقمة.

(2) علي عبد الرزاق جليبي، علم اجتماع السكان، ط2، دار المعرفة الجامعية، مطبعة الصفا الحديثة، الاسكندرية، 1983، ص250.

(3) *Population Information Program*, The Johns Hopkins University, (Baltimore, Maryland, U S A), Population Reports, No. 36, Dec.1987, P.12.

(4) يسري الجوهرى، مرجع سابق، ص107.

(5) *Population Reference Bureau*, OP. Cit, PP. 11-12.

(6) جمعية تنظيم الاسرة العراقية، مرجع سابق.

(7) *Population Information Program*, Op. Cit., No. 35, Nov. 1987, P.5.

(8) علي عبد الرزاق جليبي، مرجع سابق، ص250.

(9) *Population Reference Bureau*, OP. Cit, PP. 11-12.

وقد علل دي كاسترو في كتابه (جغرافية الجوع) التزايد السكاني السريع بالفقر والجوع، فالكفاية الإخصابية بنظره هي المسؤولة عن الانتقال من الإخصاب العالي إلى الإخصاب المنخفض. ويفترض أن الوجبات المحسنة ذات البروتينات العالية قد تضعف القدرة على التناسل إلا أنه ظهر عدم صحة هذا الرأي. فقد تكون هناك فروق في الكفاية التناسلية بين دولة وأخرى تنشأ عن اختلاف العادات الاجتماعية وبخاصة انتشار موانع الحمل ومدى فاعليتها. إذ إن اختراع طرق فعالة لمنع الحمل وبخاصة الحجاب الحاجز كان السبب في هبوط الإخصاب في غرب أوروبا. وقد أكد هذا الرأي كل من (هنري فير تشايلد) و (وليم اجبيرن) وغيرهما. وكانت إيرلندا تمثل الاستثناء حيث إن هبوط المواليد فيها كان سببه ارتفاع نسبة العوانس وتأخر سن الزواج. ومن هذا الاستثناء أدرك الباحثون أن العامل الأكبر في خفض معدلات المواليد هو سرعة انتشار الوسائل المانعة للحمل وفاعلية هذه الوسائل، بالإضافة إلى زيادة نسبة حالات الاجهاض في العديد من دول العالم⁽¹⁾.

ويلاحظ أن قطاعات كبيرة من السكان في الولايات المتحدة وبريطانيا واسكندنافيا تتحكم في إخصابها بغير استخدام موانع الحمل، وأن ملايين الأزواج يمارسون قطع الجماع للتحكم في الإخصاب. وهي طريقة معروفة في العالم من آلاف السنين وبدأت هذه الطريقة تمارس على نطاق واسع في أوروبا. ومن الطرق المستخدمة أيضاً طريقة الامتناع الجنسي المؤقت خلال مدة الأمان. أما عدم ميل معدلات المواليد في باقي أجزاء العالم للهبوط فمرده انعدام الحافز إلى ذلك أكثر مما يرجع إلى نقص الوسائل الفعالة⁽²⁾.

وقد استخدمت في الماضي أساليب مختلفة للحد من زيادة السكان منها وأد الأطفال أي قتل الأطفال بعد ولادتهم، وهي عادة قديمة عرفت كثير من شعوب العالم وخصوصاً البدائية منها كالقبائل الأسترالية والهنود الحمر في أمريكا وبعض الشعوب الأفريقية والاسكيمو والعرب زمن الجاهلية حيث كان وأد البنات وسيلة هدتهم إليها الطبيعة بوصفها حلاً يوازنون به بين أعدادهم ومواردهم الاقتصادية المحدودة. وتعد الهجرة من بين الوسائل التي اتبعت لتقليل عدد السكان وحل مشاكلهم.

إن أساليب منع الحمل التي استخدمها حتى الآن معظم الشعوب ذات المواليد المنخفضة، أساليب لا تصلح لأن تستخدمها معظم الشعوب التي تعيش في البلاد المتخلفة. ولكي نجعل ممارسة منع الحمل على نطاق واسع أمراً في الإمكان

(1) فرانك و. نوتستين وآخرون، في: السكان والتنمية الاقتصادية لأمريكا اسمبلي، تقديم فيليب م. هوزر، ترجمة عمر القباني، دار الكرناك، القاهرة، المكتبة الاقتصادية (سلسلة رقم 16)، 1965، ص 172-174.

(2) المرجع نفسه، ص 174.

إجراؤه في أقصر وقت ممكن يجب أن تكون هناك اساليب جديدة أو على الأقل متحسنة تتضمن الخصائص الآتية⁽¹⁾:

1. ينبغي ان تكون رخيصة جداً، وعلى درجة عالية من الفعالية.
2. يجب ان يكون استعمالها سهلاً جداً وممكناً في ظل ظروف المعيشة البدائية نسبياً التي تسود في صفوف ما يتراوح من 90-95% من السكان في معظم البلاد المتخلفة.
3. يجب الا تكون لها آثار جانبية خطيرة أو مكروهة.
4. ينبغي الا تتعارض مع المعتقدات والأساليب التقليدية المتعلقة بالتناسل. وبتعبير آخر ينبغي أن يكون من السهل التوفيق بينها وبين النمط السائد في تعيين سلوك الزوجين في جماعات مختلفة.

وعند تنفيذ برامج تنظيم الاسرة فان السكان ينبغي أن يكونوا على بينة من ثلاثة أمور هي⁽²⁾:

- أ- ان يكونوا على معرفة وقناعة بوجود منفعة من عملية تنظيم الأسرة لهم ولأسرهم.
- ب- أن تتوفر لديهم معلومات كاملة عن كيفية تطبيق أو تنفيذ وسائل تنظيم الأسرة بصورة صحيحة،
- ج- معرفة اماكن الحصول على الخدمات والوسائل المستخدمة في تنظيم الأسرة.

وقد اهتمت دول كثيرة، ومنها دول آسيوية، اهتماماً جدياً، بحركة تنظيم النسل في منتصف القرن الحالي الذي شهد قيام (الاتحاد الدولي لتنظيم الوالدية) عام 1952 مثل اليابان والهند وباكستان والصين وكوريا الجنوبية. كما اهتمت وكالات الأمم المتحدة المتخصصة ببرامج تنظيم الأسرة، إذ قامت منظمة الصحة العالمية والأغذية والزراعة واليونسكو بدعم وتنشيط برامج تنظيم الأسرة. كما أن قسم السكان بالأمانة العامة للأمم المتحدة، ومجلس السكان التابع للمنظمة الاقتصادية والاجتماعية أخذاً يشاركان في المجهودات العالمية لتنظيم للأسرة⁽³⁾.

وقد لقيت حركة تنظيم النسل نجاحاً في آسيا إذ ما يقرب من 5/4 سكانها يقطنون بلداً تطبق سياسة تنظيم الاسرة. غير أن هذه الحركة ظلت ضعيفة في افريقيا وامريكا اللاتينية، إذ أن خمس سكانها يقطنون بلداً أخذت تقيم مراكز

(1) وارين س. تومسون، ودافيد لويس، مرجع سابق، ص879.

(2) *Population Information Program*, Op. Cit., No. 35, Nov. 1987, P.2.

(3) حسن عبد القادر صالح، ضبط النسل: أبعاده وأثاره الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية، النشرة الدولية لجامعة الكويت، العدد29، مايو1981، ص9-10.

لتنظيم الأسرة . وكان عام 1974، وهو العام العالمي للسكان، نقطة تحول في تاريخ حركة تنظيم الأسرة، إذ كان عاماً انتقالياً بين مدتين: الأولى: مدة دعم بناء وتطوير برامج تنظيم الأسرة بوصفها حركة اجتماعية. والثانية: مدة الجهود المبذولة لتخفيض نمو السكان. وشهد ذلك العالم انعقاد مؤتمر دولي للسكان في بخارست خرج بقرارات مهمة تتعلق بقضية تنظيم النسل، إذ وافق المؤتمر على برامج العمل العالمي للسكان والذي أشار الى الحق الأساسي لكل زوجين وللأفراد في ان يقرروا بحرية مسؤولية عدد الأولاد الذين يرغبون في انجابهم، وأن يباعدوا ولاداتهم، وان يحصلوا على المعلومات والتثقيف بهذا الشأن⁽¹⁾.

وتستهدف برامج تنظيم الأسرة في البلدان النامية تخفيض معدلات المواليد من 45 بالألف كل عام الى 25 بالألف مرحلة أولى. ثم تتلوها مرحلة ثانية تهبط فيها معدلات المواليد الى 18 بالألف سنوياً، كما هو الحال في البلدان المتقدمة في الوقت الحاضر والتي تجمع بين قلة المواليد وقلة الوفيات وقلة الزيادة الطبيعية. ومنذ اوائل السبعينيات تجري محاولات لخفض معدلات النمو السكاني في حوالي 30 دولة من الدول النامية. وفي بعض تلك الدول مثل الهند وباكستان وكوريا الجنوبية وتونس وتركيا تمثل برامج تنظيم الأسرة أحد العناصر المكملة لمخطط الانماء الاقتصادي والاجتماعي⁽²⁾.

وقد ازداد عدد الدول التي لها سياسة خاصة بتنظيم الأسرة، وتحاول أن تقلل من نمو السكان بمساعدات خاصة أو عالمية منظمة. وقد صرح الرئيس جونسون في عام 1965 بضرورة مساعدة برامج تنظيم الأسرة. ويرى رئيس وزراء الهند ضرورة المضي للأمام في خطط تنظيم الأسرة⁽³⁾.

ويلاحظ ان اكثر من نصف سكان العالم يعيشون في دول لجأت حكوماتها الى اتباع السياسة الرامية الى خفض الخصوبة. فمن بين 119 دولة نامية، يوجد دعم حكومي مباشر لتوفير وسائل تحديد النسل في 73 دولة، ودعم غير مباشر في 13 دولة⁽⁴⁾. وتشير البيانات الى وجود برامج لتنظيم الأسرة والسكان في 65 دولة نامية، وعدد منها قد خطا خطوات سريعة في هذا المجال. ففي الصين الشعبية لها برامج هدفها السيطرة على المواليد عن طريق الزواج المتأخر، وتكوين أسر صغيرة، وهناك برامج في كل من هونك كونك واندونيسيا وباكستان والفلبين

(1) المرجع نفسه، ص 11.

(2) المرجع نفسه، ص 12.

(3) Kingsley Davis, "Population Policy: Will Current Programs Succeed" In Population Geography: A Reader by George J. Demko et al, Mc Graw Hill Book Company, New York, 1970, PP. 80-81.

(4) يونس حمادي علي، مبادئ علم الديموغرافية، مرجع سابق، ص 391.

وسنغافورة وكوريا الجنوبية وتايلاند والهند ومصر وكولمبيا وكوستاريكا والسلفادور وبنما. لقد انخفضت مواليد كل من افريقيا وأسيا وجزر البحر الكاريبي وامريكا اللاتينية والشرق الادنى من 41 بالآلف سنة 1965 الى 37 بالآلف سنة 1974⁽¹⁾.

اما الاقطار الصناعية فلها معدلات مواليد منخفضة فهي تستخدم وسائل السيطرة عليها، وبذا انخفض معدل المواليد في اوربا من 18 بالآلف سنة 1965 الى 16 بالآلف سنة 1974. بينما كان الانخفاض في امريكا الشمالية من 20 بالآلف الى 15 بالآلف⁽²⁾.

هذا وتتفاوت كلفة الشخص الذي يتقبل برامج تنظيم الاسرة تفاوتاً واسعاً بين قطر وآخر، تتراوح من 5 دولارات في تايوان الى 49 دولار في فيجي وجمايكا. في حين تصل الى 25 دولار في تركيا سنة 1971⁽³⁾.

(انظر شكل 46)

وفيما يأتي دول مختارة لها سياسات سكانية وبرامج خاصة أو رسمية لتنظيم الأسرة:

خريطة ((صفحة 983)) شكل 46

جدول رقم (66)

دول مختارة لها برامج خاصة لتنظيم الاسرة والسنوات التي إبتدأت فيها تلك البرامج

الدولة	السنة	الدولة	السنة
استراليا	1926	غامبيا	1969
كندا	1963	نايجيريا	1964

(1) *Population Reference Bureau*, OP. Cit, PP. 11-12

(2) Ibid, p. 11.

(3) *The world Bank Population Policies (1974)*, OP. Cit., Table 39, P. 121.

1966	رينيون	1963	بلجيكا
1957	روديسيا	1952	ألمانيا الغربية
1965	السودان	1965	لوكسمبرك
1957	اوغندا	1935	نيوزيلاندا
		1967	البرتغال

المصدر: The World Bank, Population Policies, 1974.

♦ السياسة السكانية في غرب أوروبا:

أدى الانخفاض الواضح في معدلات الوفيات في الدول الأوروبية منذ مدة طويلة الى أن أصبحت الزيادة الطبيعية مسؤولة عن نمو السكان بدرجة واضحة، ولكن ثمة تفاوت في درجات الخصوبة ومعدلات الإنجاب في الأقطار الأوروبية وفي داخل كل قطر.

جدول رقم (67)

دول مختارة لها برامج رسمية لتنظيم الأسرة والسنوات التي بدأت فيها تلك البرامج

الدولة	السنة	الدولة	السنة
الدانمرك	1955 و 1966	اليابان	1952 و 1954
فنلندا	1941 و 1951	موريشيوس	1957 و 1965
المانيا الغربية	1964 و 1965	المغرب	1965 و 1971
هولندا	1881 و 1968	تونس	1964 و 1968
النرويج	1969	الجزائر	1967
السويد	1934 و 1938	مصر	1958 و 1965
بريطانيا	1930 و 1974	مالاكاسي	1967
ارلندا	1969	داهومي	1972
فرنسا	1956	اثيوبيا	1966
اليونان	1968	ليوسوثو	1968
ايطاليا	1968	مالي	1972
ايسلندا	1968	تنزانيا	1959
بولندا	1957	زامبيا	1971
جيكوسلوفاكيا	1956	ليبيريا	1956
يوغسلافيا	1966 و 1969	سيراليون	1960
الولايات المتحدة	1917 و 1965	جنوب افريقيا	1932
استراليا	1966	زائير	1973
شيلي	1962 و 1966	بوتسوانا	1970
الارجنتين	1966	غانا	1966 و 1969
اورغواي	1961	كينيا	1961 و 1966

المصدر: The World Bank, Population Policies, 1974.

ويمكن تقسيم الأقطار الأوروبية على أساس تباين مواقفها من حيث التشريعات المرتبطة بالخصوبة والإنجاب، وبالتالي موقفه من مسائل تنظيم الأسرة وضبط النسل ونمو السكان الى ثلاث مجموعات هي⁽¹⁾:

1. المجموعة الأولى:

وتضم بريطانيا وهولندا والدول الاسكندنافية، وتوجد في هذه الدول حرية كاملة في استخدام وسائل تنظيم الأسرة. كما توفر الدول وسائل الدعاية والارشاد الطبي لاستخدام هذه الوسائل، والرأي العام في هذه الدول مع تنظيم الأسرة. وقد اجيزت تشريعات اباحة الاجهاض في معظم هذه الدول على اساس وجود مبررات اجتماعية او نفسية، مما أدى الى سهولة اجراء هذه العمليات، كما ان هذه الاقطار تسمح باجراء عمليات التعقيم.

2. المجموعة الثانية:

وهي تضم اسبانيا والبرتغال وايرلندا، وموقف هذه الدول يتعارض تماماً مع موقف دول المجموعة الأولى من حيث تنظيم الأسرة، حيث لا يسمح لدول هذه المجموعة بأي حق للفرد في تنظيم النسل. وتعد الدعاية لوسائل منع الحمل أو الترويج لها جريمة يعاقب عليها القانون، وإن كان من الممكن استخدام هذه الوسائل علاجاً طبياً في حالات نادرة. أما الاجهاض فانه محظور تماماً، كما لا يسمح باجراء عمليات التعقيم، والى جانب هذا فان الطلاق غير مسموح به في هذه الاقطار.

3. المجموعة الثالثة:

وتضم بقية الاقطار الاوربية، ويمكن للأفراد في هذه المجموعة من ممارسة تنظيم الأسرة، وتوجد دعاية لوسائل التنظيم ولكن لا تقدم الدولة أي اعانات للأفراد الراغبين في استخدام تلك الوسائل. ويعد الاجهاض جريمة قانونية، وان كان يباح في بعض الاقطار – مثل سويسرا – لاسباب صحية، قد لا تكون قوية أحياناً. وكانت كل من فرنسا وإيطاليا تدخل في هذه المجموعة، إلا أنه صدرت بهما أخيراً

(1) احمد إسماعيل، مرجع سابق، ص182-183.

تشريعات خاصة بوسائل تنظيم الاسرة. أما الاجهاض فإنه ما تزال تجري بشأنه مناقشات واسعة تهدف الى اصدار تشريعات تجيزه في اقطار تلك المجموعة.

♦ السياسة السكانية في السويد:

انخفضت معدلات الوفيات في السويد قبل الحرب العالمية الثانية انخفاضاً كبيراً، كما انخفضت معدلات المواليد فيها بدرجة اكبر من الانخفاض في معدل الوفيات، حتى اصبحت السويد مثلاً بارزاً للدول التي ينمو فيها السكان ببطء يكاد يصل الى حالة الاستقرار. بل ان الحالة التي وصلت اليها السويد تهدد السكان بالتناقص والانقراض اذا استمر الحال هكذا على مدى الاجيال. ولذلك عهدت الحكومة السويدية الى هيئة من الاخصائيين ببحث ودراسة اسباب انخفاض السكان ووضع المقترحات لعلاج هذه المشكلة. وقد رأت الهيئة أن يأتي الاهتمام برفع مستوى معيشة السكان في المقام الاول، على أن تأتي مسألة العمل على زيادة السكان في المرتبة الثانية. واقتрحت لذلك سياسة سكانية من شأنها أن تحدد عدد أفراد الاسرة بحيث تكتفي كل اسرة بعدد قليل من الأطفال على مستوى جيد من التربية والعناية. على أن تقوم الهيئة بالعمل ما أمكن على نشر البيانات الخاصة بتنظيم النسل لمن يشاء، وكذلك العمل في الوقت نفسه على زيادة الموارد لرفع مستوى المعيشة. واذا تعارضت زيادة السكان مع سياسة رفع مستوى المعيشة وجب تضحية الهدف الاول لتحقيق الهدف الثاني. وأوصت الهيئة بضرورة العناية ببرامج التعليم والإصلاح الاجتماعي والاقتصادي معاً لتوفير العناية الصحية والاجتماعية للأسرة في الوقت الذي تقوم فيه الدولة بتوفير الظروف الاقتصادية التي يكون من شأنها إعادة توزيع الدخل توزيعاً عادلاً⁽¹⁾.

وفي سبيل تحقيق هذه السياسة عملت الحكومة في الماضي على إلغاء قانون حظر صناعة أدوات تنظيم النسل وبيعها في عام 1939. وفي سنة 1946 صدر قانون يلزم جميع الصيدليات ببيع هذه الأدوات لمن يشاء واهتمت الهيئات الاجتماعية والتربوية بموضوع تنظيم النسل، وافتتحت عيادات نفسية للاستشارات الزوجية⁽²⁾.

وفي الوقت الحاضر بلغ معدلات المواليد في السويد نحو 12.5 في الألف ومعدل الوفيات في حدود 11.1 في الألف، مما يجعل معدل تزايد السكان بطيئاً جداً لا يتجاوز 0.2% خلال المدة 1980-1987⁽³⁾.

(1) اسماعيل محمد هاشم، مرجع سابق، ص 301-302.

(2) المرجع نفسه، ص 303.

(3) Demographic Yearbook 1987, OP. Cit., Tables 3 & 4, PP. 176 & 190.

◆ السياسة السكانية في فرنسا:

لقد أقلق اتجاه سكان فرنسا نحو الانخفاض المسؤولين الفرنسيين في الوقت الذي تحيط بها دولتان تتميزان بنمو كبير في السكان وهما ألمانيا وإيطاليا، لهذا ارتفعت الدعوة في فرنسا إلى رفع معدلات مواليدها. وتنفيذاً للاتجاه الجديد اتخذت الحكومة الفرنسية نوعين من التدابير: الأول وضع حدٍ لحالات الاجهاض غير المشروع (أي غير المأذون به لأسباب صحية)، والثاني تخفيض أعباء الاسر وتشجيعها على زيادة عدد الأطفال.

وتنفيذاً لتلك التدابير قررت الحكومة تحريم الاجهاض ومنع بيع أدوات ضبط النسل. غير أن هذه الاجراءات لم تحقق الهدف من ورائها. لهذا اتخذت اجراءات اخرى أبرزها⁽¹⁾:

1. تشجيع التوالد عن طريق مكافأة الاسر التي تنجب أطفالاً أكثر، عن طريق تخفيض الضريبة على الدخل كلما زاد عدد أفراد الاسرة. وبالمقابل فرض ضرائب على غير المتزوجين.

2. تخصيص اعانات مالية للامهات عند وضع كل طفل جديد وكذلك منح بدل تعليم للاسر الكبيرة.

3. انشاء مستشفيات للعناية بالأم الحامل مجاناً، ومنحها اجازة من عملها بأجر كامل قبل الوضع وبعده.

4. تخفيض اجور السفر للاسر ذات العدد الكبير من الاطفال.

5. منح الاسرة عند الزواج سلفة نقدية لغرض بناء مسكن أو شراء مزرعة مع التنازل عن جزء من هذا الدين كلما انجبت الاسرة طفلاً، وسقوط الدين كله اذا انجبت خمسة اطفال.

بيد ان هذه الاجراءات لم تؤد إلى زيادة معدل المواليد حتى عام 1938. واذا كان المعدل قد ارتفع بعد عام 1942 فان هذا الارتفاع شأنه شأن ارتفاع معدلات المواليد في بقية الدول بعد انتهاء الحرب حتى تعوض الامة عن الابناء الذين فقدتهم في القتال. وقد استمر هذا الاتجاه حتى عام 1950 ثم اخذت بعد ذلك في الهبوط تدريجياً بحيث وصل معدل المواليد حالياً إلى نحو 13.8 بالآلف ومعدل الوفيات 9.5 بالآلف، مما يجعل معدل النمو فيها بحدود 0.5% خلال المدة 1980-1987⁽²⁾.

◆ السياسة السكانية في الولايات المتحدة:

(1) إسماعيل محمد هاشم، مرجع سابق، ص304.

(2) Demographic Yearbook 1987, OP. Cit., Tables 3 & 4, PP. 175 & 188

- تقوم السياسة السكانية في الولايات المتحدة على ثلاثة مبادئ⁽¹⁾.
1. ان النمو السكاني في كل الدول يؤثر في مصير العالم كله، فهو مشكلة دولية تهتم جميع الدول.
 2. أن للوالدين في كل مكان مطلق الحرية في تحديد عدد الاطفال المرغوب في انجابهم.
 3. ان التقدم المقترن بالرفاهية الاقتصادية يتطلب خفضاً في معدلات زيادة السكان.

◆ السياسة السكانية في الدول الاشتراكية سابقاً:

كان معدل المواليد الخام في أوائل عشرينيات القرن العشرين في جميع اقطار أوربا الاشتراكية، يزيد على 30 بالآلف. ومعدل الوفيات في حدود 20 بالآلف. وفي مدة متأخرة من الستينيات تخطت جميع تلك الاقطار (باستثناء واحدة) المرحلة الديموغرافية الانتقالية. وكان معدل المواليد في كل من بلغاريا وجيكوسلوفاكيا والمانيا الديمقراطية (قبل توحيدها مع المانيا الغربية) وهنكاريا وبولندة والاتحاد السوفيتي ويوغسلافيا يتراوح بين 14-17 في الآلف. وفي رومانيا 21 في الآلف، وفي البانيا اكثر من 35 بالآلف. ومعدل الوفيات في المانيا الديمقراطية 14 في الآلف وجيكوسلوفاكيا وهنكاريا 11 في الآلف، في حين كان المعدل في بقية دول اوربا الاشتراكية يتراوح من 8-10 في الآلف⁽²⁾.

ولو أخذنا الاتحاد السوفيتي مثلاً على السياسة السكانية لدول اوربا الاشتراكية، لوجدنا الروس يرون ان عليهم أن يتزاوجوا في أعمار أدنى من أعمار الزواج الحاضر. وتقابل العزوبية بالتجهم. ويمنح ابوا الاسرة الكبيرة في روسيا منحة مالية ومساعدات شهرية بعد مولد الطفل الرابع. ويخلع على الامهات اللاتي أتبن عشرة أطفال أو أكثر لقب "بطلات الامومة" أو "الامهات البطلات". ومن الواضح أن الصينيين يحاولون الحد من سكانهم، بينما الروس يُحاولون زيادة سكانهم، ولاسيما في قطاعات جغرافية معينة⁽³⁾.

◆ السياسة السكانية في اليابان:

(1) فرانك و. نوتستين و. آخرون، مرجع سابق، ص226.

(2) Milos Macura, *Population Policies Socialist Countries of Europe*, Population Studies: A Journal of Demography, London, Vol. 28, No. 3, November 1974, P. 369.

(3) هال هلمان، السكان، ترجمة محمد بدر الدين خليل، دار المعارف بمصر، 1974، ص146.

كانت اليابان في مرحلة سكانية يغلب عليها الارتفاع السريع في معدل المواليد، والانخفاض الكبير في معدل الوفيات، مما يزيد في الفرق بين المعدلين. وقد دخلت اليابان في هذه المرحلة بعد عام 1868. فقد قدر عدد سكان اليابان بما يتراوح بين 28 و30 مليون نسمة بين عامي 1721 و1868 بسبب المجاعات والأوبئة وانتشار عادة وأد البنات والاجهاض. ومنذ عام 1868 بدأت الحكومة تبذل الجهود الكبيرة لرفع مستوى المعيشة عن طريق نشر الصناعات المختلفة فتضاءلت بذلك عادة وأد البنات وارتفع المستوى الصحي بانتشار التعليم، مما أدى الى زيادة السكان بدرجة كبيرة بلغت في عام 1945 نحو 72 مليون نسمة ثم ارتفع العدد الى 83 مليون في عام 1951. وقد ترتب على هذه الزيادة في السكان ان انخفاض متوسط دخل الفرد بالرغم من الاعانات التي منحتها الولايات المتحدة لليابان⁽¹⁾.

ولهذا تميزت اليابان بارتفاع كبير في معدلات المواليد بحيث بلغت 30.8 في الألف في المدة 1933-1937. واستمر هذا الاتجاه بعد الحرب العالمية الثانية حيث بلغت معدلات المواليد (1947-1949) نحو 33.6 بالألف، حيث كان لليابان سياسة توسع سكاني خلال مدة الحرب. وقد اقترن ذلك بانخفاض معدلات الوفيات. مما أدى الى ارتفاع نسبة الزيادة الطبيعية وتضخم الحجم وبالتالي ظهور المشكلة السكانية. وما لبثت الهزيمة التي منيت بها اليابان خلال الحرب العالمية الثانية، وانهيار الامبراطورية السريع، حيث وجدت اليابان نفسها تتراجع الى حدودها وتجبر على ايواء جنودها العائدين، وكذلك تطبيقها برامج تخطيط الاسرة، أن اثر في خفض معدلات المواليد فيها بشكل حاد.

وقد بدأت الحكومة تفكر جدياً بتطبيق برامج تخطيط الاسرة بعد الحرب العالمية الثانية لاسيما وانها فقدت 46% من مجموع مساحة الارض التي كانت تملكها قبيل الحرب، وخسرت الاموال التي ادخرتها طوال 80 عاماً. اما مبررات تطبيق تلك البرامج فإنها لازمة لحماية صحة الامهات، ولمحاربة الفقر، وللمنع تكاثر السكان بدرجة كبيرة، وانها تحسن الحالة الاجتماعية للمرأة. أما المعارضون لتلك السياسة فكانت مبرراتهم انها تؤدي الى القضاء على النوع، وانقراض الجنس البشري في النهاية، فضلاً عن الاعتراضات الدينية⁽²⁾.

ومن هذا وذاك بدأ اليابانيون في تنظيم الأسرة، لا اقتناعاً برأي معين وانما احساساً بالأمر الواقع ومستوى المعيشة الذي أخذ ينخفض. فكانت نسبة الذين وافقوا على قبول فكرة تخطيط الأسرة في عام 1946 نحو 61%، وارتفعت الى 67% في عام 1955 ثم الى 72% في عام 1957. كما انخفضت نسبة

(1) اسماعيل محمد هاشم، مرجع سابق، ص305.

(2) المرجع نفسه، ص307-309.

المعارضين للفكرة الى أقل من 5% تقريباً، بسبب ارتفاع الوعي وتعدد وسائل الإعلام⁽¹⁾.

وتطبيقاً للسياسة الجديدة أصدرت الحكومة اليابانية تشريعات عديدة منها قانون اباحة صناعة أدوات تحديد النسل وبيعها في عام 1947، وقانون تحسين النسل وحماية الأمومة سنة 1948. وأجاز هذا القانون التعقيم والاجهاض في حالات معينة، كما شجع على منع الحمل. ثم عدل هذا القانون بما يكفل تخفيض نفقات الاجهاض الى 20% مما كانت عليه، والزام الشركات الكبرى والمصانع بالمساهمة في نفقات الاجهاض وفي نفقات الرعاية الصحية اللازمة لها. كما حدد القانون اجازة سخية بأجر كامل للعاملة التي تجري عملية الاجهاض، فزادت حالات الاجهاض حتى بلغت 50 في الالف من النساء المنجبات وذلك في عام 1955⁽²⁾. وكانت تكلفة عمليات الاجهاض منخفضة جداً. فالكلفة الفعلية تزيد على ثلاثة دولارات امريكية، ولكن المرأة الراغبة فيها كانت تدفع نحو ثلث هذا المبلغ، وكثيراً ما كانت العمليات تجري بلا مقابل. وقد نشرت الحكومة اليابانية الوحدات الصحية العامة لاجراء عمليات الاجهاض في كل مكان من اليابان، وحتى بلغ عدد هذه الوحدات 692 وحدة عامة في عام 1953، الى جانب 55 عيادة خاصة. وارتفع عدد عمليات الاجهاض من 320.000 عملية في عام 1950 الى 1.128.000 عملية في عام 1958، ولكن بعد عام 1958 أصبح ثمة اتجاه لاستخدام وسائل منع الحمل بدلاً من أسلوب الاجهاض⁽³⁾.

وعملت الحكومة اليابانية منذ عام 1952 على تدريب الطالبات في معاهد التربية للفتيات على وسائل منع الحمل، وجعلت من مسؤولياتهن بعد التخرج ارشاد الامهات الى هذه الوسائل. وكذلك أنشأت وزارة الشؤون الاجتماعية مجلساً لمشكلات السكان في اليابان لدراسة هذه المشاكل والعمل على حلها بالطرق الملائمة.

كما ان الظروف المحيطة باليابان من حيث محدودية الأرض الصالحة للزراعة، وعدم ميل اليابانيين للهجرة واغلاق أبواب الهجرة أمامهم من قبل الدول الأخرى، جعلهم يعتمدون على أنفسهم لمواجهة مشكلة التضخم السكاني. لذلك قرروا ادخال النظم الحديثة وتطبيق الأسس التي قامت عليها الثورة الصناعية في غربي أوروبا، والتوسع التجاري مع البلاد الآسيوية والافريقية لكي تواجه متطلبات السكان⁽⁴⁾. فتمخض عن السياسة السكانية التي أقبل عليها الشعب الياباني ان

(1) المرجع نفسه، ص.309

(2) المرجع نفسه، ص.306. انظر ايضاً: محمد عبد الرحمن الشرنوبى/ مرجع سابق، ص.338.

(3) أحمد اسماعيل، مرجع سابق، ص.184.

(4) عبد المنعم عبد الحي، مرجع سابق، ص.169-170.

انخفضت معدلات المواليد من 23.7 في الالف خلال المدة 1950-1954 الى 18.7 في الالف في عام 1970⁽¹⁾. وانخفضت معدلات الوفيات والزيادة الطبيعية تبعاً لذلك.

مما تقدم ذكره يمكن القول ان تجربة اليابان ستكون عوناً غير مباشراً لحكومات الهند والصين والباكستان في جهودها من أجل الاسراع في الأخذ بتقييد حجم الاسرة في تلك البلاد كما ستكون عوناً لشعوب افريقيا وامريكا اللاتينية اذ رأت حكوماتها ان الحاجة ملحة الى الضبط الاختياري لحجم الأسرة.

♦ السياسة السكانية في الصين:

وصل عدد سكان الصين حجماً فاق أي بلد في العالم، إذ بلغ عددهم (عام 1987) نحو 1.1 مليار نسمة. مما يعني أن الانفجار السكاني في هذا البلد قد بلغ مداه وفرض على الصينيين أن يعيشوا عيشة الكفاف. إذ أن مساحة الأراضي المنزرعة فعلاً تتراوح ما بين 15-20% من المساحة الكلية لأراضي الصين. كما ان الصناعة هي الأخرى ليست واسعة النطاق. ومما يزيد من تعقيد مشكلة زيادة السكان رسوخ العقائد الصينية في كل طبقات الشعب منها فكرة عبادة السلف الصالح التي تقدر الأبوة وتزكي التناسل وانجاب الابناء. كما ان منافذ الهجرة أمام الصينيين ضيقة، وطبيعة الصيني طبيعة محافظة تتمسك بتقاليد القديمة⁽²⁾.

وفيما بين عامي 1953 و 1958 شنت الحكومة الصينية حملة كبيرة لتحديد النسل وتنظيمه واتبعت وسائل عديدة منها الاجهاض الاجباري والتعقيم الجماعي للرجال والنساء بوصفها وسائل لمواجهة التزايد السكاني. ثم ما لبثت هذه الحملة أن خفت في الأعوام الأربعة التالية. وفي منتصف عام 1962 شنت حملة أخرى على الزواج المبكر⁽³⁾.

وأهل الصين يلقون التشجيع على إرجاء الزواج الى سن الثامنة والعشرين للرجال، والسادسة والعشرين للنساء. وليس هنا ما يشير الى أن هذا "قانون مفروض"، بيد أن سلطان الايحاء في المجتمع الموجه كبير. أما القانون فلا يبيح الزواج قبل سن العشرين للرجل والثامنة عشرة للمرأة. وفوق هذا، ما من منافع اجتماعية تمنح عن أي طفل يزيد على ثلاثة⁽⁴⁾.

(1) احمد اسماعيل، مرجع سابق، ص 183-184.

(2) عبد المنعم عبد الحي، مرجع سابق، ص 172.

(3) محمد عبد الرحمن الشرنوبى، مرجع سابق، ص 338 و

John Clarke, OP. Cit., p. 153.

(4) هال هلمان، مرجع سابق، ص 146.

وهناك تفاعل معقد بين القوى الاجتماعية والثقافية والاقتصادية التي تعمل لتقرير حجم الأسرة، وما يجب ان يكون عليه هذا الحجم. وتملك الحكومة أن تفرض ضغوطاً في أي، وفي كل، من هذه المجالات جميعاً. وهذا يكون أسهل حقاً في المجتمعات الموجهة مثل المجتمع الصيني. والخطوات التي تتخذها الصين تضرب مثلاً للامكانيات الاجتماعية والاقتصادية التي تقدم إضافات تكميلية ضرورية لاجراءات تحديد النسل الاختياري المحض، مثل توفير موانع الحمل وتيسير الاجهاض.

كما اتجهت الصين الى التصنيع ورأت فيه السبيل الوحيد للتنمية وتحسين أحوال البلاد. كذلك الاهتمام بقطاع الزراعة، إذ تمكنت عن طريق تحسينه من توفير الطعام والملبس والسكن لمئات الملايين من سكانها في الوقت الذي عجزت فيه العديد من الدول الصغيرة على تحقيق جزء من هذا الهدف. فلقد تمكنت الصين من اعادة سكانية عن طريق النهضة الزراعية وبتاحة فرص العمل على مستوى القرية وضع المسؤولية على عاتق الجمهور الذي ينفذ العمل عن طريق التعاونيات أو المؤسسات المشتركة بتكوين مجموعات ريفية محلية.

◆ السياسات السكانية في تايوان:

تمثل تايوان نموذجاً لقطر صغير المساحة وبعدد سكاني بلغ 13 مليون نسمة سنة 1971، وبكثافة تزيد على بلجيكا. وكانت معدلات المواليد مرتفعة جداً في هذا القطر الصغير حيث وصلت الى (50) في الالف عام 1951، انخفضت الى 35.6 في الالف سنة 1963. وتوالى انخفاضها الى 28.1 بالالف عام 1971. ولما كان معدل الوفيات منخفض للغاية (6 بالالف)، فإن ذلك يؤدي الى بقاء الزيادة الطبيعية مرتفعة على الرغم من انها انخفضت من 29.6 في الالف عام 1963 الى 23 في الالف عام 1971. وكان الهدف من برنامج تنظيم الاسرة أن تصل الزيادة الطبيعية الى 18.7 في الالف عام 1973 وذلك باستعمال اللوالب⁽¹⁾.

ويرى "كنجزلي ديفز" ان تعليل انخفاض الزيادة الطبيعية في تايوان باجراءات تنظيم الاسرة فيه شيء من المبالغة، والتفسير الاغلب الى الصواب هو تحول مجتمع الجزيرة الى مجتمع صناعي حديث. ومنذ عام 1950 كان اكثر من نصف

(1) احمد اسماعيل، مرجع سابق، ص187. انظر أيضاً:

L. P. Chow, " The Island " Wide Family Planning Programme in Taiwan: Analysis of the ACCOMPLISHMENTS OF THE Past Eight Years, Population Studies: A Journal of Demography, Vol.28, No 1, March 1974, P. 107.

السكان يعيشون في مدن، ارتفعت النسبة الى 66% عام 1964. كما كان معدل النمو الاقتصادي مرتفعاً جداً خلال المدة 1951-1963 حيث كان دخل الفرد يتزايد بنسبة 4.1%⁽¹⁾.

وقد بدأ برنامج تنظيم الاسرة في جزيرة تايوان عام 1963، ولا شك في ان التحول الى سكنى المدن كان له آثاره في انخفاض معدل المواليد كما ذكر ديفز، نظراً لأن الاسرة كثيرة الاطفال لم تكن تجد فرصاً طيبة للحياة في المدن، كذلك التي تجدها الاسر قليلة العدد. ولكن البرنامج الحكومي لتنظيم الاسرة أسهم أيضاً في خفض معدل المواليد، وان لم يصل الى الهدف الاصلي وهو الوصول بمعدل الزيادة الطبيعية الى 18.7 في الالف عام 1973. فقد انتشر أكثر من 600 طبيب متخصص في انحاء الجزيرة وأصبحت الحكومة تدفع نصف تكاليف الوسائل التي يقوم الأطباء بتركيبها، وعلى المرأة الراغبة في ذلك أن تدفع النصف المتبقى. وفي نهاية عام 1971 كانت 934.706 من النساء في سن الحمل اللاتي استهدف البرنامج الوصول اليهن قد قمن بتركيب وسائل مانعة للحمل، الى جانب 235.584 من النساء كن يستخدمن الأقراص و 116.237 كن يستخدمن وسائل أخرى⁽²⁾. وكانت النساء في العمر 25-26 عاماً يشكلن أكبر نسبة من النساء اللاتي يستخدمن الوسائل المشار اليها ومقدارها 14.2% وكان 21% فقط من أولئك النساء لديهن ثلاثة أطفال أو أكثر⁽³⁾.

ومن أهم ما يميز برنامج تنظيم الاسرة في تايوان ارتفاع نسبة النساء اللاتي لم يتلقين تعليماً نظامياً أو تعليماً يزيد عن المرحلة الأولى، واقلن على اتباع وسائل تنظيم الاسرة. فقد كانت نسبتهن 85% من جملة النساء المشتركات في البرنامج، وهذا يعني أن برنامج تنظيم الاسرة في تايوان كان يسير في الاتجاه الصحيح ووصل الى الجمهور الحقيقي⁽⁴⁾.

◆ السياسة السكانية في الهند:

كانت التقاليد المتصلة بالزواج في الهند تشجع الزواج المبكر للبنات، فقد يبلغ متوسط سن الفتيات المتزوجات نحو 12 سنة⁽⁵⁾. مما يؤدي الى اضعاف صحة الزوجات من عملية الحمل والولادة. وهذا يفسر سبب ارتفاع معدل الوفيات بين النساء نتيجة لذلك ولإصابتهم بالأنيميا الناجمة من الملاريا وسوء التغذية. وفي

(1) Kingsley Davis, Pop. Policy, OP. Cit., P 87.

(2) L. P. Chow, OP, Cit., PP. 107-108.

(3) Ibid, P. 111.

(4) Ibid, P. 112.

(5) عبد المنعم عبد الحي، مرجع سابق، ص 173-175.

المقابل نجد ان الموارد الزراعية لم تستثمر الا بصورة محدودة، لاعتمادهم على الوسائل البدائية، وعلى الامطار الموسمية غير المنتظمة. كما ان الجهود بطيئة في استصلاح أراضي زراعية جديدة. والعمل الزراعي في الهند يعتمد الى حد كبير على المجهود العضلي البشري برغم ما يقاسيه الفلاح من سوء التغذية والفقر.

ويمكن القول ان الهند ومنذ أوائل الخمسينيات كانت تقف في أول مرحلة من مراحل الزيادة السكانية، في حين تخطت اليابان تلك المرحلة. وبلغت الزيادة السكانية في الهند ومنذ عام 1950 نحو 5 مليون نسمة سنوياً. ارتفعت خلال السنوات السبع الأخيرة (1980-1987) الى نحو 15 مليون نسمة. فبينما بلغ عدد سكان الهند سنة 1941 نحو 315 مليون نسمة، ارتفع الى 361 مليون نسمة سنة 1951⁽¹⁾. والى 675 مليون نسمة سنة 1980 والى 781.4 مليون نسمة سنة 1987. ويعود سبب هذا التزايد في السكان الى تناقص الوفيات الناجمة من القضاء على الأوبئة والمجاعات وارتفاع المستوى الصحي، فانخفضت الوفيات من 36 في الالف في اوائل القرن العشرين الى 15 في الالف عام 1950 في الوقت الذي يصل فيه معدل المواليد الى 40 في الالف⁽²⁾. وخططت حكومة الهند لخفض المعدل المذكور من 40 في الالف الى 25 في الالف، وتقليل معدل نمو السكان فيها من 2.9% الى 1.2% بحلول عام 1980⁽³⁾. وحتى عام 1985 -وباستثناء الوفيات- لم تتمكن الهند من تحقيق النسب المذكورة. ففي العام المذكور بلغ معدل المواليد الخام بها نحو 32.9 في الالف، ومعدل الوفيات الخام 11.8 في الالف، ومعدل النمو السكاني للمدة 1980-1987 نحو 2.1% سنوياً⁽⁴⁾.

وبدأت الهند منذ عام 1936 في الاتجاه نحو تنظيم النسل وذلك بعد زيارة (مسز مرجريت سنجر) لمؤتمر نساء الهند في تلك السنة. وكانت مسز سنجر في ذلك الوقت ممن حملوا لواء تنظيم النسل في امريكا، كما يذكر وارين تومسون. وقد عملت الهند في ذلك الوقت على فتح العيادات الخاصة بتنظيم النسل، غير ان هذه العيادات ما لبثت أن توقفت عن نشاطها بسبب قيام الحرب العالمية الثانية وتعذر استيراد الادوات الخاصة بها من الخارج.

وفي عام 1945 طالب مؤتمر نساء الهند بجعل تنظيم النسل بوصفه جزءاً من الخدمات الطبية التي تؤديها مستشفيات الولادة ومراكز رعاية الطفل حتى بلغ عدد العيادات في عام 1950 أكثر من 18 عيادة، ثم شكلت هيئة المؤتمر جمعية تنظيم

(1) إسماعيل محمد هاشم، مرجع سابق، ص 309-310

(2) المرجع نفسه، ص 309-310.

(3) Kingsley Davis, Pop. Policy, OP. Cit., PP. 80-81..

(4) Demographic Yearbook 1987, OP. Cit., Tables 3 & 4, PP. 174 & 186.

الأسرة، وقد انشأت هذه الجمعية مؤسسة مركزية للتدريب على متطلبات عملية التنظيم. وفي عام 1951 طلبت الجمعية تمثيلها في لجنة مشروع السنوات الخمس لتبدي رأيها في ارتباط الناحية السكانية بالمشكلات الاقتصادية والتعليمية والصحية، وقد كان لها ما أرادت فانضم اثنين من اعضائها الى اللجنة⁽¹⁾.

ولم يكن ليثير الدهشة أن تقرر حكومة الهند تشجيع تنظيم الاسرة بوصفه جزءاً لا يتجزأ من مشروعها لتجديد الاقتصاد، فالتخطيط العائلي هو أول خطوات التخطيط الاقتصادي والاجتماعي، وان هدف تخفيض معدل المواليد هو لضمان صحة الأم والطفل. ولم تكن هناك بالفعل معارضة منظمة ضد السياسة التي تشجع التقييد الاختياري لحجم الأسرة بممارسة أساليب منع الحمل، عدا معارضة الهندوس والكاثوليك لوسائل تحديد الاسرة خلال السنوات الأولى.

◆ الخطط الخمسية لتنظيم الاسرة:

رصدت الحكومة الهندية في الخطة الخمسية الأولى 1951-1956 نحو نصف مليون جنيه استرليني للانفاق على الوسائل التي يمكن بمقتضاها تخفيض معدلات المواليد. وقد أنشئت 126 وحدة صحية في المدن و 21 وحدة في الريف. وذكرت الحكومة ان جهودها ستزداد في الخطة الخمسية الثانية (1956-1961) بحيث توجه الحكومة نداءاتها الى حكومات الولايات المركزية والسلطات المحلية والجمعيات الخيرية بفتح عيادات خاصة بتنظيم الاسرة الهدف منها:⁽²⁾

1. تمرين المختصين.
2. نشر المعلومات عن تنظيم الاسرة ومشكلات السكان.
3. البحث في خصب الانسان وطرق تنظيمه.
4. بحث سكاني عن الصلة بين التغيرات الاقتصادية والاجتماعية والسكانية.

وقد رصدت الحكومة مبلغ 40 مليون جنيه استرليني لتنفيذ الخطة الخمسية الثانية، كما قررت الحكومة انشاء 300 عيادة في المدن و 2000 عيادة في القرى لتنفيذ برنامج تنظيم الاسرة. وقد نجح البرنامج الى حدود معينة، غير ان عدد العيادات لم يصل الى ما كانت الحكومة تصبوا اليه. ولو كانت جميع المشروعات التي يمكن أن تمويلها تلك الاعتمادات المرصودة قد نفذت تماماً عند نهاية مشروع السنوات الخمس الثاني، لما وصلت الى أكثر من 40.000 قرية من مجموع القرى

(1) إسماعيل محمد هاشم، مرجع سابق، ص 311.

(2) س. شاندر اسكهار، مشكلة السكان، مرجع سابق، ص 60.

البالغ 550.000 قرية، أي الى اقل من عُشر المشتغلين بالزراعة⁽¹⁾. بسبب انخفاض مستوى الوعي في الارياف. ولهذا فإن اكتمال الوعي لم يشمل سوى 7 ملايين اسرة من مجموع 80 مليون اسرة في الهند⁽²⁾. وقد أكد مشروع الخطة الخمسية الثالثة ان تنظيم الأسرة سيكون نقطة ارتكاز في الخطة الخمسية الرابعة والخامسة. وقد رصد لتنفيذها مبلغ 25 مليون جنيه استرليني، وسيزاد عدد العيادات بموجبها الى 7000 عيادة مع مراعاة النقاط الآتية⁽³⁾:

1. نشر التعليم.
2. الجمع بين محاولة تنظيم الأسرة وخدمات الصحة العامة.
3. تقديم الخدمات لتنظيم الأسرة وتسهيل التعقيم والتوسع في توزيع موانع الحمل.
4. تطوير برامج التعليم في كليات الطب والمدارس لتبصير الاجيال الصاعدة بفوائد وطرق تحديد النسل.
5. الاستفادة من المتطوعين لأقصى درجة في حملات تحديد النسل.

ان ما تحتاجه الهند هو وسيلة بسيطة وفعالة، كالتعقيم **Sterilization** مثلاً، بحيث تكون علاجاً دائماً لتحديد النسل. ويرى الدكتور اسكهار، الذي أصبح وزيراً للصحة خلال الخطة الخمسية الثالثة، بضرورة توعية السكان بأهمية التعقيم وبساطته، ولا بد من تقديم جوائز تشجيعية كأن تكون خمس روبيات للاباء الذين يرغبون باجراء عملية التعقيم⁽⁴⁾. بحيث تتوفر فيهم بعض الشروط مثل بلوغ سن معين، ولديهم عدد من الاطفال الاحياء.

وفي عام 1963 ربطت الحكومة الهندية بين التعليم ووسائل تنظيم الأسرة، فأعدت برامج مكثفة في الولايات التي تجري فيها برامج لتنظيم الأسرة. وكان يوجد ارتباط قوي بين الاستجابة للبرامج وبين ارتفاع نسبة التعليم. ثم ادخلت بعض الحوافز على مشروعات تنظيم الأسرة في عام 1964، وذلك بمنح عشر روبيات (حوالي 2.5 دولار امريكي) لكل رجل تجرى له عملية التعقيم. كما يعطى للطبيب

(1) وارين س. تومسون، ودافيد لويس، مرجع سابق، ص 856.

(2) احمد اسماعيل علي، مرجع سابق، ص 185.

(3) شاندر اسكهار، مرجع سابق، ص 62-63.

(4) المرجع نفسه، ص 62-63.

الذي يجري العملية خمس روبيات، وتمنح روبيتان لأي شخص لا يعمل في حقل تنظيم الأسرة ويمكنه أن يقنع شخصاً آخر بقبول إجراء عملية التعقيم⁽¹⁾. وكان من المقرر أن تتم حتى عام 1982 أربعة ملايين عملية تعقيم، ولكن لم يتحقق منها إلا ربع هذا العدد، بسبب وجود معارضة قوية ضد فكرة التعقيم التي أدت إلى تدهور صحة الأفراد الذين أجريت لهم تلك العمليات كما يذكر البعض⁽²⁾. ولعدد من الأسباب توقع الكثيرون، من الهنود والأجانب، انخفاضاً سريعاً نوعاً في معدل مواليد الهند، فيما يأتي أهم تلك الأسباب⁽³⁾:

1. تأييد الطبقة المتعلمة لتحديد النسل عن طريق تنظيم الأسرة.
2. سن قانون بتحريم زواج النساء دون سن الخامسة عشر.
3. التقدم الكبير في التعليم المؤدي إلى الخفض السريع في الأمية وإلى انتشار استعمال الراديو. وهذه تساعد في نشر المعرفة والتي تدفع الناس إلى تشجيع الحد من حجم الأسرة عن طريق منع الحمل، وفي إرشاد الناس إلى الوكالات العامة والخاصة التي تقدم المعلومات والتوجيهات بشأن أساليب منع الحمل.
4. أن الكثير من مراكز رعاية الأمهات والأطفال التي أنشئت في أول الأمر لتكون مراكز صحية فقط، سرعان ما وجد أنها ذات عون كبير في نشر المعرفة حول تنظيم الأسرة.
5. إقبال النساء على الاجتماعات التي يناقش فيها تنظيم الأسرة ورغبتهم في مناقشة الطرق التي يستطيعن بها التقليل من عدد المواليد.

ومع هذا، سرعان ما أصبح واضحاً أنه برغم ذلك وبعدم وجود معارضة منظمة لممارسة منع الحمل، كانت الحملة من أجل التقليل من حجم الأسرة، تتقدم تقدماً يسيراً. أي أنها قد أدت دوراً لم يكن كبيراً، وربما يكون سبب ذلك الانخفاض السريع لمعدلات الوفيات، إذ كان يسير هذا الانخفاض بدرجة أسرع بكثير مما توقعه حتى أكثر الناس معرفة بالأمور. بسبب كفاءة الخدمات الصحية العامة التي كانت تستخدم العقاقير والمبيدات الحشرية وتحسين توزيع الغذاء المتاح، وحدث بعض زيادة في الانتاج الزراعي ناشئة من الاساليب الزراعية المتحسنة ببطء.

(1) Robert E. Elder, JR., Targets Versus Extension Education: the Family Planning Programme in Uttar Pradesh, India, " *Population Studies: A Journal of Demography*, London, No. 2, Vol, 28, JULY 1974, PP. 249-250.

(2) عبد المنعم عبد الحي، مرجع سابق، ص 175-177.

(3) وارين س. تومسون، ودافيد لويس، مرجع سابق، ص 856-857.

وأخيراً حصول الحكومة على كميات من فائض الاغذية في البلاد الغربية، في أوقات الازمات⁽¹⁾.

♦ السياسة السكانية في باكستان:

نفذت باكستان سياسة سكانية جديدة في سنة 1960 ترمي الى تنظيم الأسرة⁽²⁾. وفي عام 1966 خططت لتخفيض معدل المواليد من 50 في الالف الى 40 في الالف⁽³⁾. كما تضمنت خطة التنمية الخمسية (1976-1980) برنامجاً لتنظيم الأسرة بوصفه جزءاً من برامج التنمية الاقتصادية والاجتماعية. واعتمد البرنامج سياسة تقوم على أساس تخفيض معدلات المواليد الى 38 بالالف عام 1981.

♦ السياسة السكانية في بنغلادش:

أعطت خطة التنمية الخمسية الاولى (1973-1978) في بنغلادش أولوية كبيرة لبرنامج ضبط النمو السكاني. وفي أوائل عام 1976 قام مجلس السكان الوطني بتنفيذ خطة تستند على تأخير سن الزواج، وتحرير قوانين الاجهاض والتنسيق بين تنظيم الاسرة ومجهودات التنمية الوطنية. وكان برنامج ضبط النمو السكاني يهدف الى تخفيض معدلات المواليد السنوية من 47 بالالف الى 40 بالالف، وتخفيض معدلات الوفيات من 17 بالالف الى 14.5 بالالف، وذلك للوصول بعدد سكان بنغلادش الى 121 مليون نسمة في عام 2000⁽⁴⁾.

♦ السياسة السكانية في أندونيسيا:

أنشأت حكومة أندونيسيا مجلساً وطنياً لتنظيم الاسرة في عام 1969، بغرض تخفيض حجم الاسرة الاندونيسية. وينفذ المجلس سياسة ترمي الى تخفيض معدلات الخصوبة بنسبة 5% بين عامي 1970 و 2000 كما أنه يشرف على اقامة مئات المراكز في القرى لنشر فكرة تنظيم الاسرة، وتوعية أبناء الريف لأهمية التعاون مع المؤسسات الحكومية للتنمية⁽⁵⁾.

(1) المرجع نفسه، ص 857.

(2) حسن عبد القادر صالح، مرجع سابق، ص 9.

3) Kingsley Davis, Pop. Policy, OP. Cit., PP. 80-81..

(4) حسن عبد القادر صالح، مرجع سابق، ص 15.

(5) المرجع نفسه، ص 15.

◆ السياسة السكانية في افريقيا:

أوضحت الدراسة التي قام بها نورتمان Nortman لسبعة وأربعين قطراً ان ثلثي هذا العدد ليس لديه سياسة سكانية تهدف الى تخفيض معدلات التزايد السكاني. كما ان هذه الاقطار التي تضم خمسي سكان القارة بأكملها لا تشجع أي نشاط خاص بالتخطيط السكاني. ولا يزيد عدد الدول التي وضعت لنفسها سياسة سكانية واضحة للتأثير في النمو السكاني عن ثلاث عشرة دولة تضم 22% من سكان القارة⁽¹⁾. ويمكن ان تعطي دراسة بعض حالات هذه الاقطار نموذجاً للمواقف الرسمية للسياسات السكانية في افريقيا. وستوضح هذه الأمثلة تنوع هذه السياسات واتجاهاتها ازاء قضايا السكان في المراحل المختلفة للتنمية الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية.

وإذا أخذنا مصر مثلاً، وهي في مقدمة دول القارة الافريقية التي تعاني من مشكلة سكانية، نقف على حقيقتين مهمتين هما: ارتفاع معدل المواليد واختلال التوزيع السكاني. وتكفي الإشارة هنا الى ان عدد السكان قد تزايد فيها، في أقل من ربع قرن بما يقارب 85% ففي سنة 1960 بلغ عدد السكان في مصر نحو من 26.1 مليون نسمة، ارتفع العدد في سنة 1985 الى حوالي 48.5 مليون نسمة، ومن المتوقع ان يصل الى حوالي 68 مليون نسمة في سنة 2000 ومعنى ذلك ان عدد السكان سيتزايد بنسبة 256% في مدة تقدر بنحو 40 عاماً⁽²⁾.

ويتراوح معدل النمو السكاني في مصر بين 2 و 2.3% سنوياً، ويمكن وضع مصر ضمن المجموعة التي تعي حكومتها ان معدل نمو السكان يتعارض مع معدلات التنمية الاقتصادية والاجتماعية، مما يؤدي الى هبوط مستوى معيشة المجتمع والاسرة والفرد. ويعد أخطر مشكلة تواجه "المصريين في محاولتهم للنهوض بانتاجهم بطريقة فعالة. فإذا قبيض لهذه المشكلة ان تستمر، فإنها سوف تحطم كل آمال التنمية والتقدم"⁽³⁾. وتؤدي بالتالي الى هبوط مستوى المعيشة. لهذا على حكومة مصر ان تحدّ من نمو السكان وتقلل من حجم الاسرة لاسيما في المناطق الريفية.

وقد بدأ الاهتمام الرسمي بوضع سياسة سكانية في مصر عام 1962، وأنشأت الحكومة المصرية في عام 1965 مجلساً أعلى لتنظيم الأسرة، حيث بدأ العمل

(1) ادرناتي ادبيوجو، السياسات السكانية في افريقية: مشكلات واحتمالات، النشرة الدورية لجامعة الكويت (رقم 8)، اغسطس (آب) 1979، ص 21.

(2) محمد سعيد الدقاق، مرجع سابق، حزيران 1987، ص 93.

(3) A. El- Bandary, *The National Population and Family Policy (1975-1982)*, Paper Presented to the Seminar in the Relations Between Population and Development in Africa, Cairo, May 1974, P. 2.

رسمياً في تنظيم الأسرة في شباط 1966. وفي عام 1972 أصبح يسمى المجلس الأعلى لتنظيم الأسرة والسكان. وقد حدد المجلس هدفه بتخفيض معدلات المواليد بنسبة 1 بالالف سنوياً خلال المدة 1973-1982⁽¹⁾. عن طريق تأكيد المدخل التنموي، إلا أن المجلس لم يستطع تحقيق هدفه المذكور. وقد تطور هذا الاهتمام حتى تبلور سنة 1985 بإنشاء مجلس قومي للسكان برئاسة رئيس الجمهورية وكان الهدف من انشائه هو وضع سياسة سكانية محددة تستند الى برنامج فعال لتنظيم الأسرة في اطار التنمية الشاملة⁽²⁾. وفي سبيل تحقيق ذلك الهدف صدرت عدة تشريعات ترمي الى منح أكبر قدر ممكن من التسهيلات لتنفيذ برامج السياسة السكانية. مثل تسهيل انتاج وتوزيع الوسائل العادية لمنع الحمل، وكذلك الوسائل غير العادية، ويقصد بها التعقيم الاختياري والاجهاض. وقد تعددت مواقف التشريعات بشأن التعقيم الاختياري، فمنها ما يحظره، مثل التشريع السعودي والصومالي والايرواني، ومنها ما يبيحه بل ويعدده وسيلة لتنظيم الأسرة، مثل التشريع الاسترالي والكوبي والتركي والاسباني، بينما يمتنع بعضهم الآخر عن الإشارة صراحة الى اباحته أو حظره، ومنها التشريع المصري⁽³⁾.

أما في الجزائر، فالموقف يختلف حيث تبلغ نسبة زيادة السكان ضعفي نسبة زيادة الانتاج القومي (3.1% مقابل 1.7% على الترتيب). ويعتقد المسؤولون ان حل مشكلة السكان يكمن في التنمية الاقتصادية والاجتماعية بوجه عام، ومن ثم فإن سياسة الحكومة فيما يخص تخطيط الأسرة محدودة وتكاد تكون مقصورة على ترك مدة زمنية كافية بين كل طفل وآخر. وقد ادخلت داهومي هذا المفهوم أيضاً في مراكز الخدمة الصحية ورعاية الأمومة، حيث يتفوق فيها نمو السكان على نمو الانتاج القومي، فالنسبة هي 2.9% مقابل 0.1% على الترتيب⁽⁴⁾. وتسمح الاحوال الاقتصادية في غابون التي تتمتع بأعلى متوسط لدخل الفرد في دول الفرنكفون الافريقية بزيادة في النمو السكاني تقدر بنحو 1% سنوياً⁽⁵⁾.

أما تونس فقد بدأ برنامج تنظيم الأسرة عام 1964، ويقوم بالاشراف عليه حالياً " المكتب القومي لتنظيم الأسرة والسكان " وهو وكالة حكومية تتمتع ببعض الاستقلال الذاتي، أنشئت عام 1973 وألحقت بوزارة الصحة.

(1) حسن عبد القادر صالح، مرجع سابق، ص13، وعبدالرحيم عمران ، مرجع سابق، ص 357-359.

(2) عبد الرحيم عمران، مرجع سابق، ص360-361.

(3) محمد سعيد الدقاق، مرجع سابق، ص100-101.

(4) حسن عبد القادر صالح، مرجع سابق، ص22.

(5) ادرناتي اديبجو، مرجع سابق، ص22.

وفي عام 1974 أعلنت الحكومة المغربية برنامجاً لمدة ثلاث سنوات يهدف الى اقامة مراكز لتنظيم الاسرة في عاصمة كل محافظة، وتم توسيع نطاق خدماته عن طريق توزيع وسائل منع الحمل مجاناً. وشملت مساعدة السكان في الارياف اقامة هيكل اساسي ومراكز لرعاية صحة الام والطفل وتدريب العاملين في المجال الصحي وتعليمهم.

وتعد كل من حكومتي أثيوبيا والكمرون ان بلديهما مغلغلان سكانياً نسبياً، ومن ثم لا تتبينان سياسة تهدف الى خفض نسبة النمو السكاني. وتعد حكومة أثيوبيا ان زيادة سنوية قدرها 2.2 % سنوياً تكون مفيدة اقتصادياً، ذلك انها ستوفر ايدي عاملة اضافية للتنمية، فضلاً عن توسيعها للسوق المحلي. كذلك الحال في السودان، فالاعتقاد هناك بأن خلخلة السكان، فضلاً عن الطبيعة البدوية المرتحلة لجزء كبير من السكان تجعل تلك الدولة بعيدة عن أنسب السكان. والسودان من ناحية التركيب العمري يعد شاباً، ذلك أن حوالي نصف السكان يقل عمرهم عن خمسة عشر عاماً، كما أن النساء لا يساهمن بصورة فعالة في قوة العمل⁽¹⁾. فهن ربات بيوت في الدرجة الاولى، ولكن بالرغم من ان السودان واحد من أقل الاقطار حضرية واكثرها تشتتاً في توزيع السكان على المستوى الافريقي، فإن نمو السكان واتجاه هذا النمو نحو الارتفاع، فضلاً عن الهجرة من الريف الى الحضر، ومشكلات البطالة الظاهرة والمستترة، فان هذه كلها تشكل مشكلات اجتماعية واقتصادية خطيرة قد تعوق الجهود الرامية الى حلها.

وتنتج عناية حكومة غانا الى تأثير نمو السكان السريع في قوة العمل، فضلاً عن اهتمامها بالهجرة المتزايدة من الريف الى الحضر، وما يتبع هذا من ضغط على الخدمات الاجتماعية، ومن ثم فقد بدأت غانا منذ عام 1969 انتهاج سياسة سكانية، على عكس تنزانيا التي يبدو انها تتمتع بزيادة في الدخل القومي قدرها 3.6% سنوياً، بحيث تفوق معدل تزايد السكان الذي يبلغ 2.6% ومن ثم فإن الحكومة لا تتبنى سياسة ضبط سكاني لانها تضع قي الحسبان كثافة السكان المنخفضة التي تبلغ نحو 14 نسمة/كم² (عام 1972). فضلاً عن انخفاض نسبة الحضرية، إذ بلغت 7% فقط⁽²⁾. بل أنه من المعتقد ان الاقتصاد التنزاني يزداد ازدهاراً تبعاً لارتفاع كثافة السكان بوجه عام، فضلاً عن زيادة سكان الحضر.

ويهدف برنامج السكان في موريشيوس الى الوصول الى توازن القوة العاملة ونمو فرص العمل المتزايدة. وتأتي كينيا في مقدمة دول افريقيا التي تعي مشكلاتها السكانية ذلك ان خفض معدلات النمو السكاني معناه زيادة النمو الاقتصادي وتقليل

(1) المرجع نفسه، ص22.

(2) المرجع نفسه، ص23.

البطالة والتبعية. وقد أعلنت كينيا سياستها السكانية عام 1967، ومنذ ذلك التاريخ يسير النمو الاقتصادي لديها بمعدل يبلغ ضعف معدل نمو السكان الذي بلغ 35 في الألف عام 1974. وقد تضمنت خطة التنمية الخمسية 1974-1978 برنامجاً خمسياً لتنظيم الأسرة داخل إطار التنمية الريفية⁽¹⁾. يؤكد هذا المجال تقديم الخدمات للزوجين لترك فرصة زمنية مناسبة بين طفل وآخر. ولا بد من تأكيد وضع عدد مطلق للأطفال، كذلك تهدف الخطة الى تقليل وفيات الاطفال عن طريق الخدمات التي تقدم لرعاية الأمومة.

وانه لمن الواضح الآن ان تبني سياسة تنظيم النسل على نطاق ضيق لن يقلل من معدلات النمو السكاني في الاقطار الافريقية، بل وهذه بالتالي لن يكتب لها النجاح، الا اذا كانت هناك حملة جماعية في مجال التنمية الاقتصادية والاجتماعية متضمنة رفع نسبة المتعلمين، وزيادة الدخل، والتغذية الافضل، وتحسين أحوال المعيشة، ورفع المستوى الصحي. ولقد أوضح هذه الفكرة احد الديموغرافيين (D. V. Glass, 1965) حين قال: "ان البرامج المباشرة لنشر ضبط النسل ما هي الا جزء من عملية اكبر لابد ان تتم في الدول النامية، وتتضمن الجزء الاكبر منها تخطيط تنمية اقتصادية واجتماعية بدرجة اكبر من التنمية الحالية. فهذا أمر ضروري، لأنه بدون تحسين مستويات المعيشة، فإن برامج تنظيم النسل تكون اطاراً فارغاً"⁽²⁾.

وعلى أية حال يمكن القول ان هناك أقطاراً بها مشكلات سكانية حادة وعاجلة، وتعلم حكوماتها بحجم هذه المشكلات وتأخذ الخطوات لمجابهتها. بينما هناك أقطار أخرى بها المشكلات نفسها ولكنها لم تهب لعلاجها. ثم تأتي بعد ذلك الاقطار التي ليس لديها مشكلات سكانية في الوقت الحاضر أو في المستقبل القريب، ولا تقوم حكوماتها بأي تخطيط للمستقبل السكاني. وتستند الاقطار التي تحبذ التزايد السكاني الى انخفاض الكثافات فيها، والحاجة الى زيادة حجم السوق المحلي، والحصول على أيدي عاملة مناسبة. ويرى البعض أن الحل يكمن في اعادة توزيع السكان، بينما يرى آخرون أنه يكمن في تكثيف برامج التنمية الاقتصادية.

جدول رقم (68)

السياسة السكانية لبعض الحكومات الافريقية عام 1973

موقف الحكومات	عدد الاقطار	%	عدد السكان (مليون نسمة)	%
أ- سياسة رسمية هدفها تخفيض معدل النمو السكاني وتتمثل في: الجزائر ومصر	6	12.8	77	22

(1) حسن عبدالقادر صالح، مرجع سابق، ص23.

(2) عن: ادرناتي ادبيوجو، مرجع سابق، ص24.

				والمغرب وتونس وغانا وكينيا
36	126	19.1	9	ب- دعم رسمي لنشاطات تخطيط الأسرة لأسباب أخرى غير ديموغرافية تتمثل في داهومي وغانبيا ونايجيريا والسودان وتنزانيا واونغندا
42	150	68.1	32	ج- ليست للحكومة سياسة خاصة سواء لتخفيض النمو السكاني أو نشاطات تنظيم للأسرة، ومن أمثلتها: الكمرون واثيوبيا وملاغاسي ومالي وفولتا العليا وزائير
100	353	100	47	المجموع

المصدر: ادناتي ادبيجو، السياسات السكانية في افريقيا، جدول (9)، ص44 وجدول (30) ص45.

♦ السياسة السكانية في الامم المتحدة:

ليس غريباً أن تكون المشكلات المتعلقة بالسكان قد لقيت اهتماماً عالمياً تبلور في قيام الامم المتحدة، عادة انشائها، بتكوين أول هيئة دولية تختص بالسكان وهي لجنة السكان التابعة للمجلس الاقتصادي والاجتماعي، التي أسندت اليها مهمة اجراء الدراسات والاحصاءات المتعلقة بالسكان. ثم تطور دور الامم المتحدة في هذا الصدد ليصبح أكثر ايجابية إذ تخطى مهمة وضع السياسات السكانية الى مهمة معالجة الظواهر السلبية في مجال السكان.

وقد اشرفت الامم المتحدة على مؤتمر عالمي عقد في روما في سنة 1954 بالتعاون مع الاتحاد الدولي للدراسات العلمية للسكان، وقد خصص المؤتمر لتبادل الرأي والخبرات بين الاعضاء الذين دعتهم السكرتارية العامة للاشتراك في المؤتمر بوصفهم خبراء. ولم يتخذ المؤتمر أية قرارات خاصة بمسائل السياسة السكانية، ثم أقامت الامم المتحدة مؤتمراً سكانياً آسيوياً في سنة 1963 ومؤتمراً سكانياً عالمياً في سنة 1965.

وقد عرضت المسائل السكانية المهمة على الجمعية العامة للأمم المتحدة في دورة انعقادها السابعة عشرة (1962-1963)، واقترح اتخاذ قرار حول نمو السكان والتنمية الاقتصادية، واقتضى إدخال هذا الاقتراح في جدول أعمال الجمعية العامة الوقوف على الرأي الرسمي لمختلف حكومات الدول، وقد كان بين مؤيدي الاقتراح اربع دول افريقية هي مصر وغانا وتونس واونغندا، واربع دول آسيوية هي سيلان ونيبال وباكستان وتركيا، واربع دول اوروبية هي الدانمرك

واليونان والسويد والنرويج. وجاء في مقدمة الاقتراح⁽¹⁾. ان التقدم الاقتصادي والاجتماعي يعتمد اعتماداً كبيراً على التعليم وعلى مستوى عادل من العيش والعمل الانتاجي وأن التنمية الاقتصادية والنمو السكاني متداخلان تداخلاً تاماً، وان رفاهية الاسرة تتطلب رعاية خاصة في المناطق ذات المعدلات العالية في نمو السكان، وان واجب كل حكومة ان تقرر سياستها وتضع برامجها لمعالجة مشكلات السكان والتقدم الاقتصادي والاجتماعي بها، والوقوف على حاجتها من المعرفة بأسباب الاتجاهات السكانية ونتائجها.

وتؤكد البنود الخمسة الاولى من القرار وتوسيع نشاط الامم المتحدة ووكالاتها والحكومات الاعضاء بها في بحث الاتجاهات السكانية وعلاقتها بالتنمية الاقتصادية والاجتماعية وآثارها على السياسة. وعد القرار الزيادة السكانية السريعة في الدول النامية تمثل مشكلات خطيرة يجب على مختلف الحكومات دراستها ووضع السياسات الصالحة والبرامج التنفيذية بشأنها.

وخولت الأمم المتحدة لتقديم المعونة الفنية للحكومات التي تطلبها، وينبغي أن تعني هذه المعونة بمسائل ثلاث هي تشجيع ومعاونة الدول الأعضاء للحصول على البيانات الصحيحة للنواحي الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية، وتدريب مواطني الدول الأعضاء على الأعمال الديموغرافية، وإجراء المناقشات الكاملة المجدية حول المشكلات السكانية.

ويأتي في مقدمة المشاكل السكانية العالمية ارتفاع معدلات المواليد في الدول التي تعاني من مشاكل التضخم السكاني، مما يعوق التنمية الاقتصادية في الدول المنخفضة الدخل من عدة طرق. فمعدل المواليد المرتفع يشنت الموارد، ويعطل النمو الاقتصادي في الدول النامية ويضطرها الى العمل على توفير الغذاء لعدد اكبر من السكان بدلاً من العمل على رفع مستوى المعيشة، وهو يزيد من الاخلال بالتوازن في توزيع السكان بين الريف والحضر، ويولد هيكلاً من العمر تكثر فيه أعداد العيال بالنسبة للعاملين، ويضر بالجهود التي تبذل لتحسين نوع السكان بتقييد نصيب الفرد من الانفاق على تحسين الصحة ورفع مستويات التعليم، والتدريب على مهارات عملية جديدة، كما تقلل نصيب الفرد من الموارد الطبيعية.

ان خفض معدل المواليد، وبالتالي خفض معدل زيادة السكان، هو بطبيعة الحال الحل لتحسين الظروف الاقتصادية في المناطق الأقل تقدماً، وهو العنصر الأهم من بين العناصر الاجتماعية والاقتصادية كأستثمار رأس المال والتكنولوجيا وتنوع الاقتصاد والمهارات العملية والتنظيم. كما ان التوسع في التجارة الدولية

(1) حول هذا الاقتراح ودور الامم المتحدة بالمشاكل السكانية راجع، فرانك و. نوتستين، مرجع سابق، ص 219-226.

والاستثمار الدولي يزيد من التقدم الاقتصادي، ويتطلب الأمر أيضاً الاستخدام الأكفأ للموارد الطبيعية.

وقد أوكلت هيئة الأمم المتحدة والوكالات المتخصصة أن تقوم فيما يخص المشاكل السكانية، بما يأتي⁽¹⁾:

1. أن توسع نشاطها في مجال المشكلات السكانية.
2. أن توسع وتدعم الجهاز السكاني في مراكز البحوث والمراكز الإقليمية لتدريب المواطنين على المشكلات السكانية.
3. أن تقدم المعونة المباشرة للدول الراغبة فيها لتطبيق برامج تخطيط الأسرة.
4. تشجيع وتأييد البحوث البيولوجية والطبية الخاصة بالنسل وبخاصة عن طريق منظمة الصحة العالمية.
5. محاولة زيادة الوعي العالمي بمشكلات نمو السكان عن طريق تقديم الموارد التعليمية المناسبة التي توزعها على العالم هيئة اليونسكو.

ولغرض إيجاد الحلول المناسبة للمشاكل السكانية العالمية عقدت سلسلة من المؤتمرات والندوات التابعة للأمم المتحدة بين عامي 1927 و 1974 من بينها ندوة السكان والتنمية التي عقدت بالقاهرة في حزيران 1973. وأظهرت دراسات هذه الندوة وجود حلقة من التأثيرات المتبادلة بين السكان والتنمية. فالنمو السكاني السريع في الدول النامية ينشأ أساساً من تحسن الظروف الصحية، وهذا التحسن من العناصر الرئيسة لرفع مستوى الفرد والمجتمع. كما يمكن أن يؤدي النمو الاقتصادي السريع والتطور الاجتماعي، وبشرط أن تكون أنماطها ملائمة، إلى خفض مستوى الخصوبة، وهذا الخفض بدوره يؤدي إلى تحقيق الجهود اللاحقة للتنمية الاقتصادية والاجتماعية لأغراضها بشكل أكثر سهولة. وأقرت الندوة بأن ما يقرره الزوجان بمطلق حريتهما وبشكل واع من تحديد عدد ما ينجبانه من أطفال وتحديد المدة الزمنية بين انجاب كل طفل وآخر، هو حق أساسي لكل زوجين وجزء من التنمية الاجتماعية ولكنها مع ذلك تؤكد عدم امكانية معالجة مشاكل السكان ومشاكل التنمية مستقلة عن بعضها البعض⁽²⁾.

وفي آب من عام 1984 انعقد مؤتمر دولي في مدينة مكسيكو تضمن بنود وتوصيات عديدة بشأن إيجاد الحلول المناسبة لمشاكل السكان والتنمية، فيما يأتي أبرزها⁽³⁾:

(1) المرجع نفسه، ص226.

(2) عبد المنعم عبد الحي، مرجع سابق، ص361-368.

(3) اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، إعلان مكسيكو بشأن السكان والتنمية، النشرة السكانية (تصدرها الاسكوا)، عدد 26، حزيران 1985، ص5 - 11.

1. ما زال النمو السكاني وارتفاع معدلات الوفيات وتقشي الأمراض ومشاكل الهجرة كلها تسبب قلقاً كبيراً يستلزم اتخاذ تدابير فورية.
2. يؤكد المؤتمر ان الهدف الرئيس للتنمية الاقتصادية والاجتماعية والانسانية، التي تشكل السياسات السكانية أجزاء لا تتجزأ منها، يتمثل في تحسين مستويات المعيشة ونوعية حياة السكان.
3. وعلى الرغم من أنه تم تحقيق تقدم كبير منذ مؤتمر بوخارست في عام 1974، فإن الملايين من البشر لا تزال تعوزها فرصة الحصول على الوسائل المأمونة والفعالة لتنظيم الأسرة. ويجب أن تبذل جهود كبيرة في الوقت الحاضر لكي يتمكن جميع الأزواج والافراد من ممارسة حق الانسان الأساسي لهم في اتخاذ القرار بحرية ومسؤولية بشأن عدد أطفالهم والمدد الفاصلة بين ولاداتهم، وحقهم في الحصول على المعلومات والتعليم والوسائل اللازمة لتحقيق ذلك.
4. ضرورة توفير تمويل اضافي بغية ابتكار اساليب جديدة وتحسين مستوى سلامة الاساليب الحالية وفعاليتها ومقبوليتها. وينبغي الاضطلاع كذلك ببحوث موسعة في مجال التكاثر البشري لحل مشاكل العقم وقلة الخصوبة.
5. اعطاء اهتمام خاص لخدمات صحة الام والطفل في اطار نظام للرعاية الصحية الاولى.
6. لما كان التحضر السريع سيظل سمة بارزة، فإنه ينبغي أن تشكل استراتيجيات التنمية الحضرية والريفية المتكاملة جزءاً أساسياً من السياسات السكانية.
7. لقد تم اطلاق العالم في بخارست على خطورة المشاكل السكانية وحجمها والعلاقة الوثيقة المتبادلة بينها وبين التنمية الاقتصادية والاجتماعية. أما الرسالة الصادرة عن مدينة مكسيكو فتمثل في التقدم الحثيث في التنفيذ الفعال لخطة العمل العالمية للسكان، الهادفة الى تحسين مستويات المعيشة ونوعية الحياة لجميع شعوب الأرض تعزيزاً لمصيرهم المشترك في أمن وسلام.

♦ السياسة السكانية في الوطن العربي

بالرغم من اتفاق وجهات نظر حكومات الاقطار العربية بعدم التوازن في توزيع السكان، وعدم الارتياح من التضخم السكاني العشوائي في المدن العربية، والحاجة الى تنسيق الهجرة الدولية، الا ان مواقفها متباينة حول النمو السكاني ومستوى الخصوبة والموضوعات السكانية الاخرى. لهذا يمكن تقسيم الاقطار العربية الى خمس مجموعات حول تلك المواقف وهي⁽¹⁾.

(1) عبدالرحيم عمران، مرجع سابق، ص 343 - 350.

1. المجموعة الأولى:

بلاد ذات سياسة معلنة لتخفيض الخصوبة والنمو السكاني وتشمل مصر وتونس، حيث أن زيادة السكان فيهما غير مرغوب فيها، لأن الموارد محدودة، أو لأن الزيادة تعرقل عملية التنمية. والوضع السكاني في هذين البلدين واضح ومعتزف به على مستوى اجتماعي وسياسي. وهناك إيمان بالحاجة إلى إبطاء معدل النمو السكاني عن طريق تخفيض الخصوبة. ويلاحظ أن مصر تركز على وسائل منع الحمل ولكنها لا تسمح بالأجهزة أو التعقيم إلا تحت ظروف صحية ملزمة. ولكن تونس تسمح بكل الوسائل بما في ذلك الأجهزة والتعقيم المؤقت والدائم. وتهتم البلدان بتعليم المرأة ورفع سن الزواج كوسائل لتخفيض الخصوبة، وتذهب تونس إلى أبعد من ذلك ببرنامج شامل لتحرير المرأة، فقد أنشأت مؤخراً أول وزارة للمرأة في المنطقة. وانتهجت مصر، لغرض تحقيق سياستها السكانية، المدخل التنموي خلال المدة 1973-1984، وتشجيع الهجرة المؤقتة بوصفها مصدر للعملة الصعبة ولتخفيف حدة الضغط السكاني.

(صفحة 1024 شكل (47)

2. المجموعة الثانية:

بلاد بها نشاط فعال لتنظيم الأسرة من دون سياسة معلنة ومن دون برنامج قومي مستقل، وتشمل ثلاثة بلدان هي المغرب والجزائر ولبنان. وهي بلدان فيها إحساس واضح بالمشكلة السكانية، ولكن لا توجد بها سياسة معلنة ذات أهداف محددة لتخفيض الخصوبة، وكذلك لا يوجد برنامج قومي مستقل لتنظيم الأسرة، لكن هناك نشاطاً فعالاً وملموساً لتخفيض الخصوبة ضمن برنامج رعاية الأمومة والطفولة أو الجمعيات الأهلية لتنظيم الأسرة، والوسائل متوفرة والوعي السكاني منتشر، والاختناق قوي بين الفئات المستهدفة في سن الحمل.

3. المجموعة الثالثة:

بلاد متوسطة الدخل لا ترى أنها بحاجة حالياً إلى سياسة وبرامج قومية لتخفيض الخصوبة، ولكنها تسمح بتنظيم الأسرة وتشمل كل من سوريا والأردن. ويعد الكثير أن متوسط النمو السكاني الحالي فيها مقبول، أي أن معدل الزيادة لا يمثل مشكلة خطيرة في الوقت الحاضر. كذلك هناك شعور بأن الموارد المتاحة كافية لمقابلة الزيادة، وأن الزيادة تعني توفير القوة العاملة للمستقبل، وهناك اتجاه للحد من هجرة الفنيين وموظفي الدولة.

4. المجموعة الرابعة:

بلاد غنية تشجع زيادة السكان بكل وسيلة ممكنة، وهي مجموعة البلدان المصدرة للبترول وتشمل اقطار شبه جزيرة العرب البترولية والعراق وليبيا. ولا توجد بهذه البلاد سياسة سكانية معلنة، ولا توجد برامج لتنظيم الاسرة. فهذه البلدان لا تعد النمو السريع للسكان مشكلة، بل على العكس، انها تعد المعدلات الحالية غير كافية لحاجات التنمية والخدمات، ومن هنا استبعدت فكرة تنظيم الاسرة. وفي العراق بعد تأسيس اللجنة الوطنية للسياسات السكانية في عام 2009 غير سياسته السكانية واخذ يؤمن بمقررات مؤتمر القاهرة لعام 1994 وبالتالي اصبح يؤمن بسياسة تنظيم الاسرة.

5. المجموعة الخامسة:

وهي بلدان فقيرة تعطي الأولوية للتنمية على مسائل السكان، وتشمل موريتانيا والصومال وجيبوتي والسودان واليمن ولم تبدأ مشكلة الزيادة السكانية في الوضوح الا في الستينيات والسبعينيات، فقبل ذلك كان معدل الوفيات مرتفعاً ولما أخذت الوفيات بالانخفاض استمرت الخصوبة على ارتفاعها فاتسعت الفجوة بين المعدلين، وابتدأت المشكلة تتضخم، وموارد هذه البلدان محدودة. ولكن لا توجد فيها سياسة سكانية معلنة أو أهداف محددة لتخفيض الخصوبة، بل بالعكس من ذلك هناك آراء ترى أن هذه البلاد بحاجة الى الزيادة العددية لتنمية هذه البلدان. وقد يكون ذلك بسبب اعتمادها على اعانات من اقطار الجزيرة العربية. وهناك اعتقاد بأن التنمية اذا جاءت فسوف تحل المشكلتين معاً: مشكلة الاقتصاد ومشكلة السكان. وهناك بعض خدمات تنظيم الاسرة في عيادات وزارة الصحة ولو أنه مجهود مبتدئ تعضده الهيئات الدولية.

وتتضح ملامح السياسة السكانية في الوطن العربي في مؤتمرين عقدا لهذا الغرض: الأول في الاسكندرية عام 1976، والثاني في عمان سنة 1984. وفيما يأتي تفصيل لبعض جوانب هذين المؤتمرين:

أولاً: مؤتمر الخبراء العرب لوسائل السكان وعلاقتها بالصحة والتنمية:

انعقد هذا المؤتمر في المدة من 3-8 كانون الثاني عام 1976 في مدينة الاسكندرية بجمهورية مصر العربية، شارك فيه 17 قطراً عربياً. وتناول المؤتمر الموضوعات الآتية⁽¹⁾:

1. الأوضاع السكانية في الوطن العربي:

لاحظ المؤتمر ارتفاع معدل الزيادة الطبيعية مما أدى الى تضخم في حجم السكان، وان لذلك آثار سلبية على جهود التنمية التي تستهدف رفع مستوى

(1) عبدالمعظم عبدالحى، مرجع سابق، ص 370 - 382.

الرفاهية للفرد والمجتمع. كما لاحظ ارتفاع نسبة السكان الأقل من 15 سنة. وان التكوين الفتي هذا يؤدي الى زيادة تراكمية في الشريحة المنجبة في السكان. الأمر الذي قد يخفّض ظاهرياً من النتائج المرجوة من جهود تنظيم الأسرة. كما ان ارتفاع تلك النسبة تؤدي الى أعباء اقتصادية واجتماعية قد تعرقل مسيرة التنمية.

ولاحظ المؤتمر أيضاً أن هناك سوء في توزيع السكان، فبينما تكتظ بعض الاقطار بالسكان الى الحد الذي يفوق قدرتها على الاستيعاب، تعاني أقطار أخرى من نقص حاد في الاعداد اللازمة لتعمير تلك الاقطار واستغلال مواردها الطبيعية.

2. السكان والصحة:

أبدى المؤتمر اهتماماً كبيراً بالآثار الصحية المترتبة على الخصوبة غير المنظمة، وأظهرت بعض الابحاث الميدانية الاستنتاجات الآتية:

- أ- أن أنسب سن للحمل يقع ما بين 20 و 24 سنة.
- ب- أن أنسب مدة زمنية بين حمل وآخر، من الناحية الصحية، هي ثلاث أو أربع سنوات.
- ج- ان العدد المثالي من الاطفال هو اثنان أو ثلاثة بحيث أن أخطاراً صحية معينة تزداد نسبتها منذ الطفل الرابع.

كذلك نوقشت العوامل الوراثية ومحاذير زواج الاقربين وخلص المؤتمر الى أهمية الاعلام والتوعية الاسرية واجتناب زواج الاقربين ما أمكن أساساً وقائياً من التشوهات الخلقية والأمراض الوراثية. كما استعرض المؤتمر نماذج التطور الصحي والسكاني في مجموعات البلاد العربية المختلطة، ومنها النموذج الكلاسيكي الغربي الذي انخفضت فيه الخصوبة بعد انخفاض الوفيات، والنموذج المتسارع باليابان وبعض دول شرق أوربا حيث اباحت الدولة الاجهاض المتعمد بقانون فانخفضت فيه الخصوبة بشكل سريع بعد انخفاض الوفيات مما جعل المدة الانتقالية أقصر من النموذج الغربي، وأخيراً النموذج المتخلف الذي انخفضت فيه الوفيات بسرعة بعد الحرب العالمية الثانية، بينما بقيت الخصوبة على مستوياتها العالمية مما أدى الى الانفجار السكاني، والى هذا النموذج تنتمي أغلب الاقطار العربية.

3. السياسة السكانية:

تطرق المؤتمر الى بحث المبادئ الأساسية التي يجب أن تتوفر لنجاح أي سياسة سكانية سواء أكانت علاجية أو وقائية، ووجد أنه لما كان لكل قطر عربي مشكلة سكانية من نوع ما، فإنه من الواجب أن يكون لكل قطر سياسة سكانية تتفق مع أهدافه المحلية في اطار استراتيجية متكاملة على مستوى الوطن العربي.

4. برامج تنظيم الأسرة:

ان لكل برنامج من برامج تنظيم الأسرة اتجاهاته المميزة، فالبلاد التي تعاني من التضخم السكاني تسعى الى تخفيض الخصوبة، في حين تتجه بعض البرامج في دول أخرى الى توفير الخدمات لدواع صحية واجتماعية. وقد لاحظ المؤتمر أن فرص التعليم والتدريب المتاحة للمرأة العربية غير كافية، وأن المرأة العربية مثقلة بأعباء عدد كبير من الأطفال الذين ترعاهم. وقد أدى كل ذلك الى تقليص الدور الذي يمكن أن تقوم به المرأة العربية في التنمية وتنظيم الاسرة.

وقد تبين للمؤتمر ان للكوادر الطبية المساعدة دور كبير في إنجاح قبول فكرة تنظيم الاسرة وفي الخدمات الخاصة بذلك مع توفير الشروط اللازمة. كما أخذ المؤتمر علماً ببرامج التربية السكانية والجنسية الموجهة في بعض البلاد العربية وأكد أهمية الأخذ ببرامج تنظيم الاسرة والبرامج التعليمية في مختلف المراحل.

5. السكان والتنمية:

يعد السلوك الانجابي انعكاساً للظروف الاجتماعية والصحية والاقتصادية للمجتمع. وعلى هذا ففي بعض البلاد العربية يمكن اعتبار ارتفاع مستوى الانجاب مشكلة سكانية تمثل تناقضاً بين العقلية الفردية التي تتجه الى زيادة عدد الاطفال والعقلية الجماعية التي ترى مصلحة المجتمع في تقليل معدلات الانجاب السائدة وان حل التناقض يكمن في احداث تغييرات هيكلية في البنيان الاجتماعي الاقتصادي للمجتمع بما يؤدي الى توفير البيئة الملائمة لخفض الانجاب. ويحسن ان يتم حل المشاكل السكانية في البلاد العربية من خلال استراتيجية قومية شاملة للتنمية تراعي الخصائص الاقليمية للبلاد المختلفة وتنسيق وتكامل امكانياتها.

♦ تقويم المداخل:

استعرض المؤتمر المداخل الاساسية الثلاثة التي يمكن أن تخفف من حدة الانفجار السكاني وهي الهجرة الخارجية وتنظيم الاسرة والتنمية الشاملة. وفيما يخص الهجرة الخارجية من البلاد العربية التي تعاني من الانفجار السكاني مع موارد محدودة الى بلاد عربية تحتاج الى زيادة قوى العمل والتعمير، فقد دعا المؤتمر الى تعضيدها بشرط أن تنظم هذه الهجرة وأن يكون هدفها مناسباً.

واما عن تنظيم الاسرة بوصفه وسيلة لتخفيض مستوى الخصوبة وبالتالي تخفيف حدة الضغط السكاني فقد نوه المؤتمر بأهمية زيادة فعالية البرامج الحالية عن طريق تدعيم برامج التوعية المكثفة وتوفير الوسائل المختلفة. كذلك يساعد على فعالية هذه البرامج أن توفر الدولة البيئة الاجتماعية والاقتصادية عن طريق التنمية والتي تتلاءم مع مستوى انجاب منخفض.

وأما عن التنمية، فلم يكن هناك خلاف على أهميتها في كل البلاد العربية ويمكن أن توجه الدولة مجهودات التنمية نحو تحقيق أهداف السياسة السكانية. وقد نبه المؤتمر الى أن التنمية ذات جوانب اجتماعية واقتصادية وسياسية ولا يجب أن يقتصر مفهومها على الجانب الاقتصادي وحده. كما أكد المؤتمر أن هناك منفعة متبادلة بين مدخلي التنمية وتنظيم الاسرة بحيث أن التنمية الاجتماعية تزيد من فعالية تنظيم الاسرة بينما يساعد انخفاض الخصوبة الناتج عن المجهودات المكثفة لتنظيم الاسرة على الاسراع بعملية التنمية.

ان حل المشكلات السكانية في الوطن العربي بأقصى كفاءة يجب ان يتم في اطار استراتيجية قومية شاملة للتنمية على مستوى الوطن العربي على ان يتولى كل قطر عربي تحديد ابعاد مشكلته السكانية ووضع حلول لها عن طريق سياسات سكانية محلية في اطار التنسيق والتكامل على مستوى الوطن العربي.

ثانياً: مؤتمر عمان حول السكان في الوطن العربي:

عقد هذا المؤتمر خلال المدة 25-29 آذار من عام 1984 وصدرت عنه التوصيات الاتية⁽¹⁾:

في مجال استراتيجيات التنمية والسياسات السكانية:

1. الأخذ بمبدأ التخطيط الشامل الذي يتضمن رؤية واضحة للسياسة السكانية، وللآثار التي يمكن أن تفرزها الاوضاع الاجتماعية- الاقتصادية والجوانب الحضارية على مسار نسق سكاني معين وكيفية تأثيره في بنية تلك الاوضاع.
2. التخطيط للوفاء بالحاجات الاساسية في العمل والتعليم والصحة والغذاء والسكن والملبس والضمان الاجتماعي مع حلول عام 2000، وتبني توجه سكاني في كل هذه القطاعات بما يكفل تحقيق أهداف سياسية سكانية متكاملة، وتوفير حد أدنى مناسب من الدخل للأسرة.
3. توفير الظروف والامكانيات التي تحقق تطوير مكانة المرأة ومشاركتها الفعالة في جهود التنمية.
4. اعطاء أولوية للتنمية المتكاملة، متضمنة تطوير أساليب الانتاج والارتقاء بالخدمات الأساسية، واستقرار سكان الريف في مناطقهم، وتحقيق العدالة في توزيع الدخل القومي، متضمنة الربط بين استراتيجيات التصنيع والتنمية الزراعية، واستخدام انماط الاستثمار الملائمة لتطبيق مبدأ التشغيل الكامل لقوة العمل.

في مجال مكونات السياسة السكانية:

(1) اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، اعلان عمان حول السكان في الوطن العربي، النشرة السكانية (تصدرها الاسكوا)، عدد 24، حزيران 1984، ص5 - 17.

أ- الانجاب:

توفير البيئة الاجتماعية- الاقتصادية المواتية لتحقيق معدلات الانجاب التي تتواءم مع معدلات النمو السكاني المرغوبة، وذلك عن طريق جهود التنمية والسياسات العامة لتوجيه السلوك الانجابي للأزواج.

ب- الوفاة:

1. توفير الرعاية الصحية لجميع المواطنين تطبيقاً لمبدأ الصحة للجميع بحلول عام 2000، مع التركيز على المنهج الوقائي الى جانب الخدمات العلاجية، وتوفير التغذية المناسبة، والمياه الصالحة للشرب، والبيئة المواتية لبناء الانسان الصحيح، بما يحقق توقع حياة أطول للمواطن عند الميلاد.
2. ايلاء عناية خاصة لتوفير خدمات الرعاية الصحية الأولية للمناطق المحرومة والنائية واللفئات الاجتماعية الأفقر.
3. توفير التغذية والرعاية الصحية للامهات في مدة الحمل، وتشجيع الامهات على الرضاعة الطبيعية لما لذلك من انعكاس ايجابي على صحة الأم والطفل.

ج- الهجرة الداخلية والتوزيع الجغرافي:

1. نشر مواقع الانتاج بعيداً عن مراكز التكديس البشري الحالية في اطار التخطيط الاقليمي وصولاً لتوزيع أفضل للسكان على الرقعة الجغرافية للأقطار العربية.
2. دفع مجهودات التنمية الريفية المتكاملة بما يحقق الاستقرار السكاني.
3. دعم امكانيات الانتاج والحياة بالمراكز الحضرية الصغيرة بما يتيح لهذه المراكز حيوية اقتصادية واجتماعية تضمن احتفاظها بسكانها وتوفير لهم امكانات النمو.
4. انشاء مراكز تجمع سكاني جديدة مخططة بعناية، تقوم على تكامل الانشطة الانتاجية والاجتماعية، وتوطين المشاريع الجديدة بما يخفف الكثافة السكانية في مناطق غير مأهولة بالسكان حالياً.

د- الهجرة الخارجية:

1. الحد من هجرة الكفاءات العربية الى الخارج عن طريق تقديم فرص جادة لها للانتماء والمساهمة في الإنماء في الوطن العربي.
2. توفير الشروط الكفيلة بتفضيل العرب في العمالة الوافدة الى البلدان العربية، وإدماج الوافدين العرب في النشاط الاجتماعي والاقتصادي بها، مما يرفع من مساهمتهم في التنمية في البلدان المستقلة.

3. ضمان حقوق العمال العرب المهاجرين الى البلدان المصنعة ورعايتهم وبخاصة الجيل الثاني منهم، والمطالبة بتعويض مناسب من تلك البلدان لقاء هجرة الكفاءات العربية فيها.

♦ السياسة السكانية في العراق:

تتجه السياسة السكانية في القطر العراقي الى تأييد الموقف الذي يدعو الى زيادة عدد السكان وتنمية الموارد البشرية، ذلك أن الكثافة السكانية في القطر ليست مرتفعة، وان حجم السكان فيه لا يتناسب مع حاجات التنمية المتسارعة فيه، والموارد الاقتصادية الكبيرة التي يتمتع بها، مثل توفير الاراضي الشاسعة الصالحة للزراعة، وموارد المياه، فضلاً عن الموارد المعدنية. وقد اتضحت هذه السياسة في كلمة الوفد العراقي في مؤتمر المكسيك عام 1984⁽¹⁾. كما ان " السياسة السكانية في العراق تتسجم مع المنظور القومي للمسألة السكانية في جوانبها المختلفة "⁽²⁾.

وفيما يأتي توضيح السياسة السكانية في العراق من خلال عرض وجهة نظر الدولة في المسائل السكانية ذات الصلة بالخصوصية:

♦ حجم السكان ونموهم:

بغض النظر عن طبيعة البيانات الديموغرافية في العراق من حيث قصورها وعدم دقتها، فإن كافة المؤشرات تشير الى استمرار نمو السكان بمعدلات مرتفعة وبمستوى يقرب من الثبات خلال العقود الثلاثة الماضية. وتبعاً لتعدادات السكان التي جرت في العراق خلال السنوات 1965، 1977، 1987، بلغ عدد السكان نحو 8.1 و 12 و 16.3 مليون نسمة بالتتابع⁽³⁾.

وبمعدلات نمو مرتفعة بلغت 3.4% سنوياً خلال المدة 1965-1977، انخفضت الى 3% خلال المدة 1977-1987. ويبدو أن الظروف الاستثنائية التي كان يمر بها القطر دوراً بارزاً في الانخفاض المذكور ابان المدة الثانية. ويتوقع

(1) U.N., *The Mexico City Conference: The Debate on the Review and Appraisal of the World Population, Plan of Action*, New York, January, 1985, P. 260.

(2) نجم عبود نجم، "حول السياسة السكانية في العراق"، مجلة النفط والتنمية، بغداد، 5 أيلول - تشرين أول، 1986، ص 49 - 51.

(3) الجمهورية العراقية، وزارة التخطيط، الجهاز المركزي للإحصاء، دائرة النشر والعلاقات العامة، المجموعة الاحصائية السنوية لعام 1987، مطبعة الجهاز، بغداد، 1988، ص 44.

القسم السكاني التابع للأمم المتحدة ان يصل عدد سكان العراق عام 2000 الى نحو 24 مليون نسمة، بمعدل نمو يتراوح بين 2.5 و 3.1% سنوياً⁽¹⁾. وفي مدة الستينيات لم يكن للدولة سياسة سكانية متبلورة، وان كانت هناك ضرورة لمثل هذه السياسة، ولا سيما في مجال الصحة والتعليم. الا ان الدولة كانت تشعر بأن المعدل العالي لنمو السكان كان يسبب مشاكل لاقتصادها واهدافها التنموية لذا كانت ترى بضرورة تحديده وفق خططها التنموية ، وفي الوقت نفسه اتجهت اجراءاتها نحو تخفيض معدلات الوفاة. وفي عام 1978 حصل تغير واضح في سياسة الدولة السكانية، حيث أخذت ترى بأن زيادة عدد السكان لا يكون مشكلة من حيث علاقته بالموارد الطبيعية وبقابلية الارض الانتاجية. واكثر من ذلك فإن الدولة لا تتوقع حدوث مشاكل مستقبلية مع كثافة السكان. ومن هنا جاءت ملاحظاتها بأن معدل الزيادة الطبيعية خلال العقدين الماضيين كان في حالة من الثبات بحيث لم يساهم في زيادة حجم السكان من أجل تحقيق أهداف التنمية القومية. إذ إن الزيادة السكانية، من وجهة نظرها، تغذي مباشرة التنمية الاقتصادية والاجتماعية للقطر، لأنه يعاني من نقص في السكان، ومن احتياج لمزيد من الساكنين، ومن القوى العاملة لتطوير الزراعة والقطاعات الاقتصادية الاخرى⁽²⁾. واستمر اهتمام الدولة، منذ الستينيات، بالقوى العاملة لغرض رفع مستوى تعليمهم وتدريبهم عن طريق فتح دورات تدريبية لمدد قصيرة بهدف زيادة مهاراتهم ومنحهم مستوى مناسباً من الخبرة في مجال التكنولوجيا. ومن أجل تزويد الموارد البشرية بالمؤهلات العالية فقد تبنت الدولة مجانية التعليم عام 1975 والزامية التعليم الابتدائي عام 1976، ولا سيما التعليم الانثوي منه. وفيما يزداد السكان بمعدل مرتفع يتجاوز 3% سنوياً فإن سياسة الدولة تقضي رفع معدل نمو الدخل الفردي بما لا يقل عن 7% سنوياً لغرض تأمين استمرار مستوى معيشي جيد للسكان⁽³⁾. ومن اجل تحقيق سياسة الدولة السكانية التي اعلنتها في سنة 1978 والقاضية برفع معدلات نمو السكان فقد تبنت سياسة تخفيض معدل الوفيات وزيادة مستوى الخصوبة وتشجيع دخول المهاجرين من الخارج، والحد من تيار الهجرة المغادرة.

وفيما يأتي توضيح لوجهة نظر الدولة تجاه المواضيع المشار إليها آنفاً:

(1) United Nations, *Population Division*, Dept. of International Economic and Social Affairs and the UN Fund for Population Activities, *Population Policy Compendium*, Iraq, 1980, P. 3.

(2) عباس فاضل السعدي، "مقاييس الخصوبة وتباينها الاقليمي في العراق"، مجلة العلوم الاجتماعية (تصدر عن جامعة الكويت)، المجلد 17، العدد 3، خريف 1989، ص 292.

(3) U.N., 1980, OP. Cit., P. 3.

♦ الوفيات:

يتجه منحني الوفاة في العراق نحو الانخفاض التدريجي كما يظهر من بيانات التقرير الصادر عن منظمة الاسكوا، حيث ينخفض معدل الوفيات الخام من 17.8 بالألف في سنة 1965 الى 10.1 بالألف في سنة 1975 والى 8.6 بالألف سنة 1986 ويرتفع الرقم بموجب تقديرات القسم السكاني التابع للامم المتحدة الى 13 بالألف خلال المدة 1975-1980. أما معدل وفيات الاطفال الرضع فإن تقديرات (الاسكوا) تشير الى انخفاضه من 85.8 بالألف سنة 1975 الى 63.3 بالألف سنة 1986⁽¹⁾.

ومع انخفاض تلك المعدلات إلا انها ما زالت تعد مرتفعة قياساً بمستويات الدول المتقدمة، وعليه فإن الحاجة الى الخدمات الصحية، لاسيما للمناطق الريفية، تعد من الامور الاساسية. ومن أجل ضمان توفير تلك الخدمات، اكدت الخطة الخمسية للسنوات 1965-1969 على ضرورة تدريب العاملين في المجال الصحي، لاسيما الممرضات والقابلات (المولدات) والمساعدين الصحيين، وذلك بفتح معاهد تدريب في المدن ورفع مستوى المستوصفات والمراكز الصحية في الريف. وكان الهدف من توفير الخدمات الصحية ورعاية الاطفال تخفيض معدل وفيات الرضع. أما فتح مراكز الامومة والطفولة فهو لغرض توفير الحليب والفيتامينات والدواء ورفع مستوى الوعي الصحي⁽²⁾.

واستمر النشاط المذكور في مرحلة السبعينيات كما يظهر من برامج خطة التنمية القومية للسنوات 1970-1974، حيث تؤدي تلك الرعاية الى زيادة مستوى انتاجية الفرد⁽³⁾.

وبعد أن انخفضت الوفيات في عام 1990 ومنها معدل وفيات الرضع الى 56 بالألف، عاد وارتفع المعدل في عام 1992 الى نحو 92 بالألف بحسب تقديرات فريق جامعة هارفارد⁽⁴⁾. ويلاحظ ان المعدل الشهري لعدد الوفيات ارتفع، بسبب

(1) ESCWA, OP. Cit., *Demographic and Related Socio – Economic Data Sheets*, 1987, NO. 5, P. 65.

(2) U.N., 1980, OP. Cit., P. 4.

(3) وزارة التخطيط، أعضاء على خطة التنمية القومية للسنوات 1970 – 1974، مطبعة راشد، بغداد، 1970، ص 8 – 11.

(4) The Study of the Team of Harvard University, October 1991 & April 1992.

الحصار، بمقدار 6 مرات للفئة العمرية أقل من 5 سنوات وبنحو 3.5 مرة للفئة العمرية أكثر من 5 سنوات(*) . بين عامي 1990 و 1994.

◆ الخصوبة:

وعلى الرغم من ان بيانات الخصوبة غير ثابتة ولا يعول عليها، إلا أن المؤشرات الديموغرافية تشير الى ارتفاع معدل المواليد الخام حيث كان يتراوح بين ما يقارب من 44.4 بالألف كما ظهر من نتائج مسح الظواهر الحياتية في العراق بين المدتين 1975/1973 وعام 1980. ومع انه لم يكن هناك سياسة سكانية متبلورة خلال مدة الستينيات، إلا ان الدولة اهتمت بالمسائل المرتبطة بالخصوبة. فقد الزم قانون الأحوال الشخصية لسنة 1959 بضرورة تسجيل حالات الزواج والطلاق وتعدد الزوجات وحق طلب الطلاق من قبل الزوجة. كما حدد القانون العمر الأدنى للزواج بـ (18 سنة). والزواج بأكثر من امرأة ممنوع إلا في حالات خاصة وبموافقة القاضي⁽¹⁾.

واستمراراً لسياسة مدة الستينيات، بدأ اهتمام الجمعية الطبية العراقية بمسائل تنظيم الاسرة في عام 1970. وفي عام 1971 أنشئت جمعية تنظيم الاسرة العراقية حيث سجلت بصورة رسمية في وزارة الداخلية بهدف انجاح برامج تنظيم الاسرة وبإعانة من وزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية والاتحاد الدولي للرعاية الوالدية، حيث اصبحت الجمعية عضواً فيه. وفي سنة 1974 لاحظ الاتحاد الدولي المذكور، في تقريره، بأن اعانة الدولة لأنشطة تنظيم الاسرة لم يكن بالمستوى المطلوب خلال ثلاث سنوات سابقة، مما يعكس تغيراً في سياسة الدولة السكانية، فقد أعانت الحكومة عام 1976 ضرورة الاحتفاظ بمستويات الخصوبة الراهنة والاستمرار في انشاء مراكز لرعاية صحة الاسرة⁽²⁾.

وفي عام 1978 أعلنت الدولة سياسة سكانية جديدة إلا انها لم تتضح أو تتبلور بشكل جلي إلا في أواسط الثمانينيات حيث شجعت معدلات الانجاب العالية بهدف زيادة حجم السكان. ومن اجل تحقيق هذا الهدف قدمت تسهيلات عديدة من بينها تقديم سلف الزواج، وتأجيل استقطاع السلفة لمدة خمس سنوات مع حذف بعض الاقساط تبعاً لعدد الاطفال. كذلك منح سلفة المصرف العقاري من أجل البناء لمن له أربعة اطفال فأكثر. والاسقية في توزيع الدور والأراضي للمتزوجين وكذلك المخصصات الشهرية للاطفال التي يزداد مقدارها بدءاً من الطفل الرابع فما

(*) حسب عدد حالات التضاعف اعتماداً على بيانات وزار: الصحة العراقية/ قسم الاحصاء الصحي والحياتي.

(1) U.N., 1980, OP. Cit., P. 4.

(2) U.N., 1980, OP. Cit., P. 4.

فوق(*) .بالإضافة الى منع عمليات الاجهاض، وفرض بعض القيود على استعمال موانع الحمل، والتوسع في فتح دور الحضانة ورياض الاطفال. كما صدرت عدة تشريعات وقرارات وأنظمة تتعلق بشؤون المرأة مراعاة لظروفها العائلية والاجتماعية وأوضاعها البيولوجية والصحية بما يتلاءم وحماية كيان الاسرة والحفاظ على تماسكها ورعاية أطفالها ورفع مستواها المعاشي، وابداء التسهيلات للطالبة المتزوجة. ومن هذه التشريعات: قانون العمل رقم 151 لسنة 1970 وتعديلاته، ونظام تشغيل وتنظيم عمل النساء رقم 36 لسنة 1972، وقانون تعديل قانون الخدمة المدنية رقم 94 لسنة 1977، وقانون رقم 197 لسنة 1980. بالإضافة الى قرارات أخرى لوزارة المالية ولمجلس قيادة الثورة.

ومن كل التشريعات والاجراءات المشار إليها يظهر أن الدولة تشجع على الزواج وعلى الانجاب بطريقة مباشرة أو غير مباشرة. ذلك أن أرض العراق وثرواته الطبيعية لا تزال تستوعب اعداداً مضاعفة لعدد السكان الحاليين. وزيادة عدد السكان مع التقدم الحضاري والاقتصادي يعطي قوة ومكانة اكبر للقطر في المجتمع الدولي. ويوفر أيدي عاملة تقوم باستغلال وتطوير ثروات البلد الطبيعية. وبعد فرض الحصار الاقتصادي على العراق وقيام العدوان الثلاثيني عليه في أوائل عام 1991 اتجهت السياسة السكانية الى تنظيم الاسرة وتصغير حجمها بحيث تتناسب والظرف الاستثنائي الذي يمر فيه القطر. ويتضح الاتجاه الجديد من خلال التسهيلات المقدمة للنساء الراغبات في استخدام وسائل منع الحمل من العيادات الخاصة للطبيبات الاختصاصيات بالأمراض النسائية والتوليد، وكذلك من مراكز رعاية الامومة والطفولة المنتشرة في انحاء العراق وبأسعار مدعومة. ويقود الاتجاه الجديد جمعية تنظيم الاسرة العراقية حيث تقوم بتقديم الصحة الانجابية وتلبية احتياجات النساء والرجال الراغبين باستخدام وسائل تنظيم النسل. وقامت بفتح 31 عيادة استشارية وشعبية وتطوعية حتى نهاية عام 1994. وقد بلغت عدد الزيارات لعيادات جمعية تنظيم الاسرة (177.113) زيارة في عام 1994 وبلغ عدد المستفيدات من خدمات العيادات الخاصة في العام نفسه نحو (33.900) امرأة⁽¹⁾.

ويتوقع استمرار الاتجاه الاخير المؤيد لسياسة تنظيم الاسرة في المستقبل المنظور وذلك لاستمرار التأثير السلبي للحصار الاقتصادي بعد رفعه لسنوات عديدة.

(*) يخصص ديناران لكل طفل لغاية ثلاثة أطفال، ويزداد نصيب الطفل الرابع الى (25) ديناراً ولمدة ثلاث سنوات، وتكرر المخصصات للمدة نفسها في حالة ولادة الطفل الخامس.
(1) جمعية تنظيم الاسرة العراقية، التقرير السنوي لعام 1994، جداول: 1، 2، 3.

◆ الهجرة:

تقضي سياسة الدولة بتشجيع دخول المهاجرين من الخارج ولاسيما اصحاب المهارات لغرض المساهمة في تنفيذ مشاريع التنمية. ولغرض تشجيع هذه الحركة، رفعت الدولة مستوى اجور العمل، ووفرت الخدمات الصحية وقدمت تسهيلات في السكن، ودفع الاجور عند المرض، فضلاً عن منحهم الاجازات السنوية. ويتمتع الوافدين العرب بتسهيلات اكثر من الأجانب لاسيما فيما يتعلق بتأشيرة الدخول. ومع هذه التسهيلات فقد اشترط بأن لا يزيد عدد العمال الاجانب عن 10% من اجمالي عدد العمال في أي مشروع تنموي⁽¹⁾. أما الهجرة المغادرة فهي ليست ذات مغزى نظراً لصغرها، وقد تركز اهتمام الدولة بالحد من تيارها وتحجيم حركتها. مقابل تشجيع عودة "هجرة العقول"⁽²⁾. وما صدور قانون رقم 154 لسنة 1974 (قانون عودة ذوي الكفاءات) إلا تجسيد لهذا الاتجاه. حيث قدمت بموجب هذا القانون تسهيلات للعائدين من بينها تقديم قطعة أرض بسعر مخفض مع قرض لاغراض البناء، واستيراد اثاث منزلية وسيارة معفاة من ضريبة الكمرك. وقد استهدف القانون المشار اليه عودة أصحاب المؤهلات والشهادات العلمية العراقية من الخارج ومساهماتهم في تنفيذ خطط التنمية القومية وبناء البلد وزيادة قوة العمل. أما سياسة الدولة بخصوص الهجرة الداخلية فتتمثل بالحد من حركتها ولاسيما تلك التي تتجه نحو مدينة بغداد، وذلك بتنسيق حركة النزوح من الريف الى الحضر بحيث تتناسب وحاجات النمو الاقتصادي والاجتماعي لكل منطقة من مناطق القطر⁽³⁾. ولأجل الحد من حركتها قامت الدولة بتوزيع الأراضي على الفلاحين بموجب قوانين الاصلاح الزراعي ومعالجة ملوحة التربة وتحجيم التصحر وتسليف المزارعين وتوسيع الخدمات للمناطق الريفية بهدف تقليل الفوارق بين المدينة والريف.

والمعروف ان غالبية المهاجرين يتجهون الى مدينة بغداد، قد بلغ عدد الداخلين اليها 797,735 مهاجر يشكلون 27% من اجمالي سكان المدينة عام 1987. ومسقط رأس هؤلاء خارج بغداد قادمين اليها من مناطق مختلفة. كان حوالي 16% منهم مدة مكوثه في بغداد اكثر من عشر سنوات. وبعضهم قدم من خارج

(1) U.N., 1980, OP. Cit., P. 5.

(2) منصور الراوي، دراسات في السكان والعمالة والهجرة في الوطن العربي، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي/ جامعة بغداد، دار الكتب للطباعة والنشر/ جامعة الموصل، 1991، ص139.

(3) الامم المتحدة، الوضع السكاني لمنطقة غربي آسيا (الجمهورية العراقية)، بيروت، 1981، ص20.

العراق وغيرهم جاء الى المدينة من محافظات اخرى تنصدها ميسان ثم واسط فديالى⁽¹⁾.

ونظراً لسوء توزيع السكان المتمثل بتركز السكان في اماكن وتبعثرهم وتخلطهم في اماكن اخرى، فان سياسة الحكومة العراقية السكانية تتجه نحو اعادة توزيع السكان وفق متطلبات التنمية. بالاضافة الى ايجاد سياسة مبرمجة زمنياً للحفاظ على موازنة مقبولة بين ثلاثة عناصر هي الارض والسكان والموارد الاقتصادية⁽²⁾.

اتضح مما تقدم ان السياسة السكانية في العراق تقوم على عنصرين مهمين هما⁽³⁾:

1. تنمية الموارد البشرية، وهذا ما اكدته استراتيجية التنمية القطرية إذ إن الموارد البشرية هي الركيزة الأساسية لعملية التنمية. والتنمية اساساً في سبيل تطوير الفرد وبناء الانسان وتنمية قدراته وطاقاته، لأن الانسان هو جوهر العملية التنموية ومحورها. فإن تنمية الموارد البشرية تستند الى القاعدة السكانية، وتأمين أفضل استخدام للموارد البشرية واشراكها الفعال في عملية التنمية.

2. زيادة حجم السكان، اي تشجيع الزيادة السكانية ورفع معدل النمو بحيث يكون منسجماً مع موارده الطبيعية وسياسات التنمية. من هذا يظهر بأن السياسة السكانية في القطر العراقي مرتبطة أشد الارتباط بالسياسة الاقتصادية والاجتماعية بما يحقق التوازن بين المتغيرات السكانية والمتغيرات الاقتصادية/الاجتماعية من جهة، وبين الجوانب الكمية والخصائص النوعية للسكان من جهة ثانية.

وخاتمة القول : ان اللجنة الوطنية للسياسات السكانية العراقية في الوقت الحاضر (عام 2014) رصدت ثلاث قضايا أولها ارتفاع معدل الخصوبة الكلية (4.2 مولود لكل امرأة)، وثانيها حدوث حركة تغيرات للسكان غير مسبوقه بفعل عوامل قسرية رافقت الحروب واعمال العنف ، وثالثها ان العراق سيقبل على مرحلة النافذة الديموغرافية بعد نهاية العقد القادم إلا ان الاستفادة منها مرهون بالتدخلات التنموية الموجهة نحو تخفيض معدلات الخصوبة .

(1) وزارة التخطيط، مرجع سابق، دراسة رقم 758، واقع فترة اقامة المهاجرين، مرجع سابق، ص13، 19.

(2) فاروق محمد أمين، مرجع سابق، ص174.

(3) رضية عبدالوهاب البلداوي، العلاقة بين التعليم والانجاب في ضوء النظرية الاقتصادية مع اشارة خاصة للعراق، بغداد: الاتحاد العام لنساء العراق/ ندوة الانجاب للفترة من 10 - 12 تشرين الثاني 1987، ص5.

كما ان الوضع السكاني يتطلب دراسة العلاقة بين السكان والتنمية ومتابعة التقدم الذي احرزه العراق في تحقيق اهداف برنامج مؤتمر القاهرة (عام 1994) في إطار الاهداف الإنمائية للالفيه (لغاية عام 2015) فيما يتعلق بعناصر التنمية المستدامة والتنمية البشرية والنوع الاجتماعي والصحة الانجابية لتحقيق اهداف السياسة السكانية في العراق التي ترمي الى إحداث تغييرات كمية ونوعية في حياة السكان لبلوغ التنمية المستدامة وتحقيق العدالة وتكافؤ الفرص (راجع : اللجنة الوطنية للسياسات السكانية في العراق ، حالة سكان العراق 2010، بغداد، شباط 2011، ص9-28، وتحليل الوضع السكاني في العراق عام 2012، حزيران 2012 ، عباس فاضل السعدي، سكان العراق: دراسات ديموغرافية وتطبيقات جغرافية، ط1، مكتب الغفران للخدمات الطباعية، بغداد، 2013، ص361-363).