

فرزندآوری و فواید بارداری



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

فرزندآوری و فواید بارداری

نویسندگان: دکتر سحر منصوری، دکتر زهرا موحدی نیا
دکتر مهدیه فلامرزی، دکتر زینب باباصفری، دکتر عصمت شبانی
دکتر آزاده قاسم پور، دکتر مرضیه طالبیان، حجت حاجی کاظم
ساره ابراهیم کوچک، مریم مشهدی، زینب سادات روحانی

ویراستار محتوایی: دکتر صابر جباری فاروجی، دکتر بتول نامجو
دکتر زهرا طاولی، سبحان ابراهیم پور، فرحناز باباپور

سال: ۱۴۰۴

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس
اداره جوانی جمعیت



معاونت بهداشت



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



مرکز جوانی جمعیت
سلامت خانواده و مدارس
اداره سلامت مادران



۱	سخن آغازین
۳	مقدمه
۵	فصل اول: انتظارات از برنامه آموزشی و مشاوره فرزندآوری
۷	معنای نگرش و مؤلفه‌های آن
۸	عوامل مؤثر بر نگرش
۸	۱- مواجهه
۸	۲- شرطی شدن ارزیابی
۹	۳- تقویت
۱۰	۴- عوامل انگیزشی
۱۳	فصل دوم: فواید جسمی، روانی، خانوادگی، اجتماعی و معنوی فرزندآوری
۱۵	۱- فواید جسمی بارداری و شیردهی
۲۳	۲- آثار روانشناختی
۲۳	۲-۱- فرزندآوری و آرامش و نشاط پدر و مادر
۲۳	۲-۲- احساس دوست داشتن و دوست داشته شدن
۲۴	۲-۳- لذت پدر و مادر شدن
۲۵	۲-۴- احساس مفید بودن
۲۶	۳- آثار اجتماعی
۲۷	۴- رشد و تعالی شخصیت والدین
۲۸	۵- دستگیری از والدین به هنگام پیری
۲۹	۶- امید به آینده
۳۰	۷- دریافت حمایت معنوی پس از مرگ
۳۱	۸- آثار خانوادگی
۳۱	۸-۱- عشق به زندگی و تداوم خانواده
۳۱	۸-۲- پویایی خانواده

۳۲	۸-۳- توسعه اقتصادی و برکت در خانواده
۳۳	۸-۴- کارآمدی خانواده
۳۴	۹- آثار معنوی
۳۹	۱۰- آثار مثبت تعدد فرزندان
۳۹	۱۰-۱- رشد ویژگی‌های فردی
۴۰	۱۰-۲- رشد ویژگی‌های میان فردی
۴۱	۱۰-۳- رشد مهارت‌های اجتماعی
۴۳	فصل سوم: تکنیک‌ها و متون اقناع سازی
۴۵	۱- مراحل «تغییر رفتار» در مسئله فرزندآوری
۴۵	stages of change (SOC) مراحل تغییر یا
۵۳	۲- نحوه تعامل با مخاطب در جلسه مشاوره
۵۹	۳- آن چه که باید در جلسه مشاوره اتفاق بیفتد
۶۳	فصل چهارم: شبهات فرزندآوری و پاسخ
۶۵	۱- شبهات پزشکی
۶۵	۱-۱- زایمان طبیعی خطرناک است!
۶۷	۱-۲- بارداری اندام زنانه را برهم می‌زند
۶۷	۱-۳- فواصل زایمان‌ها
۶۸	۱-۴- سن بارداری
۶۸	۱-۵- تعداد زایمان‌های مجاز
۶۹	۱-۶- درد زایمان طبیعی
۷۰	۱-۷- بارداری عامل پوکی استخوان
۷۱	۱-۸- غربالگری بارداری
۷۵	۱-۹- سقط بی دردسر
۷۵	۱-۱۰- عوارض اقلام ممانعت از بارداری
۸۲	۱-۱۱- آیا عمل‌های عقیم‌سازی مردان برگشت‌پذیر هستند؟

۸۴	۲- شبهات اقتصادی
۸۴	۲-۱- رابطه توان اقتصادی و فرزندآوری
۹۰	۳- کمبود منابع طبیعی و مسئله‌ی مدیریت منابع
۹۲	۴- شبهات تربیتی
۹۲	۴-۱- فرزند کمتر، وقت بیشتر!
۹۳	۴-۲- ادامه تحصیل یا اشتغال مادر
۹۳	۴-۳- فرزند کمتر، تربیت بهتر؟
۹۵	۴-۴- عدم حوصله برای تربیت فرزندان
۹۶	۴-۵- طعنه‌های مردم
۹۷	فصل پنجم: معایب تک فرزندی و مزایای چند فرزندی
۹۹	آسیب‌های تک فرزندی (فردی، خانوادگی، اجتماعی)
۹۹	۱- آسیب‌های تک فرزندی بر فرزندان
۱۰۰	۱-۱- آسیب‌های جسمی
۱۰۱	۱-۲- آسیب‌های روان
۱۰۳	۲- آسیب‌های تربیتی
۱۱۱	۲-۱- آسیب‌های تک فرزندی بر والدین
۱۱۳	فصل ششم: ابعاد آسیب‌های سقط جنین
۱۱۶	برخی عوارض جسمی سقط عمدی جنین
۱۱۷	برخی عوارض روانی سقط عمدی جنین
۱۲۱	انواع سقط
۱۲۵	فصل هفتم: ابعاد ملی جمعیت
۱۲۷	جمعیت، نیروی کار و اقتصاد
۱۲۸	جمعیت و تولید علم
۱۲۹	بحران سالمندی
۱۳۲	ضعیف شدن نیروی دفاعی کشور
۱۳۳	فهرست منابع

سخن آغازین

انسان در تحولات رشدی خویش، با آغاز دوره جوانی هماهنگ با نظام زوجیت در جهان هستی خود را نیازمند نیمه مکمل خود می‌یابد از این رو به ازدواج رومی‌آورد. ازدواج برای همسران کارکردهای ارزشمندی همچون تکامل شخصیت، ایجاد آرامش روانی، پاسخ صحیح به نیازهای جنسی و در نتیجه بهره‌مندی از نشاط، کامل شدن ایمان و کسب اعتبار اجتماعی دارد. آنچه به تکامل زن و مرد در نظام خانواده سرعت می‌بخشد مودت و محبت بین زوجین است که پایه و اساس اصلی تشکیل خانواده است. کارکرد اجتماعی ازدواج نیز فراوان است از جمله: توسعه امنیت اجتماعی در راستای تنظیم رفتارهای جنسی، پیشرفت اقتصادی به دلیل تقویت انگیزه متأهلان برای اشتغال، بهبود روابط اجتماعی به جهت گسترش جامعه‌پذیری افراد در کانون خانواده و مهم‌تر از همه آنکه خانواده کانونی است که در آن ارزش‌های اخلاقی و فرهنگی جامعه از نسلی به نسل دیگر انتقال می‌یابد و تمدن آن جامعه رشد و تکامل پیدا می‌کند.

آنچه با عنوان کارکردهای ازدواج مطرح شد زمانی حاصل می‌شود که زن و شوهر نسبت به زندگی مشترک و روابط مطلوب بین خود دانش و بینش صحیح پیدا کرده

باشند و در این راستا مهارت‌های لازم را بیاموزند و به کار بندند. از این رو برای تقویت دانش مورد نیاز زوج‌های جوان، قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت در سال ۱۴۰۰ دستگاه‌های مختلف را مکلف کرده تا آموزش‌های متنوعی را ارائه دهند و در ماده ۳۸ آن «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف شده در چهارچوب مصوبات شورای عالی انقلاب فرهنگی آموزش‌های حین ازدواج را به تمامی زوجین اعم از دانشجوی و غیر دانشجوی ارائه دهد».

از این رو وزارت بهداشت برنامه جامع آموزشی را با عنوان آموزش‌های هنگام ازدواج تدوین نموده است که در ۴ عنوان اصلی شامل: «سلامت جنسی و باروری، عوارض پیشگیری از بارداری»، «اخلاق، احکام و حقوق زوجین، حرمت و قبح سقط جنین»، «مهارت‌های زندگی خانوادگی»، «فرزندآوری و فواید بارداری» به همه زوجین ارائه می‌گردد.

آنچه پیش رو دارید منبع اصلی آموزشی ویژه «مربیان آموزش‌های حین ازدواج» است. امید است که با خدمات آموزشی مربیان ارجمند و با راهنمایی و نظرات محققان فرهیخته، زمینه رشد و تعالی این آموزش‌ها فراهم شود و نتیجه این آموزش منجر به تحکیم خانواده و فرزندآوری به موقع و متعدد در خانواده‌های ایرانی گردد.

در پایان از زحمات نویسندگان محترم: دکتر سحر منصوری، دکتر زهرا موحدی نیا، دکتر مهدیه فلامرزی، دکتر زینب باباصفری، دکتر عصمت شبانی، دکتر آزاده قاسم پور، دکتر مرضیه طالبیان، حجت حاجی کاظم، ساره ابراهیم کوچک، مریم مشهدی، زینب سادات روحانی و مدیریت اجرایی خانم‌ها زهرا آیت‌اللهی و همکاری معصومه حق پرست جهت به ثمر رسیدن این منبع آموزشی تقدیر و تشکر می‌شود.

دکتر صابر جباری فاروجی

رئیس مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مقدمه

خانواده و فرزندآوری از مسائل مهم جامعه کنونی ماست، رصد آمار و جریان‌های مؤثر بر این دو مقوله در سال‌های گذشته نشان می‌دهد که از زمان اجرای سیاست‌های کاهش جمعیت در کشور یعنی از سال ۱۳۶۸ تا کنون، با سقوط نرخ باروری (متوسط تعداد فرزندان زنان در سن باروری از عدد ۶٫۷ به حدود ۱٫۶) و همچنین کاهش آمار ازدواج و از سوی دیگر افزایش آمار طلاق، شاهد بروز مشکلات زیادی در سطح خانواده و جامعه هستیم.

کاهش بُعد خانواده، تعداد کم فرزندان، مشکلات حاصل از تک فرزندی، مهارت‌های پائین اجتماعی، عاطفی فرزندان و مشکلات سالمندان تنها از یک طرف و مشکلات کلان امنیتی، اقتصادی، سیاسی و اجتماعی از طرف دیگر این ضرورت را آشکار می‌سازد که ورود همه جانبه برای حل این معضل ضروری است.

برای حل این معضل، باید از ابعاد مختلف و با مدد از تجربه و علم اندیشمندان دغدغه‌مند که زوایای مختلف این مسئله را مدنظر دارند چاره‌جویی کرد.

یکی از عوامل مؤثر بر کاهش تمایل به فرزندآوری در خانواده‌ها، وجود گره‌های ذهنی، بی‌اطلاعی از فوائد فرزندآوری و شبهات ایجاد شده در زمینه‌های پزشکی-تربیتی و اقتصادی است.

طبیعتاً بدون چاره اندیشی برای این مشکل اقدامات دیگر مانند قانون‌گذاری و اعطای تسهیلات و مشوق‌های شغلی و اقتصادی به تنهایی مثمر‌ثمر نخواهد بود. چرا که یکی از عوامل مؤثر بر کاهش فرزندآوری در کشور فرهنگ‌سازی در راستای سیاست‌های کاهش جمعیت بوده است و مادامی‌که فرهنگ و تفکر غالب، نکوهش فرزندآوری و تعدد آن و تنزل جایگاه مادری است، هیچ سیاست و راهبردی در جهت افزایش جمعیت موفق و مؤثر نخواهد بود. در این مجال امید است با بیان مطالب مرتبط با فرزندآوری، فوائد بارداری و تبیین جایگاه مادری، رفع شبهات و فرهنگ‌های غلط، مربیان و مروجان الگوی صحیح جمعیت را در فرهنگ‌سازی و رفع گره‌های ذهنی توانمند سازیم.



انتظارات از برنامه آموزشی
و مشاوره فرزندآوری

در برنامه‌های آموزش و مشاوره فرزندآوری باید متناسب با مخاطب (سن، جنس، اعتقادات مذهبی و حتی شرایط اقلیمی) و شرایط او، شغل... برنامه‌های متفاوتی وجود داشته باشد. به عبارتی محتوای آموزشی و روش‌های آموزش و تکنیک‌های مشاوره از یک فرد به فرد دیگر متفاوت است. اما صرف نظر از این تفاوت‌ها، انتظار اصلی ما از برنامه‌های آموزشی و مشاوره فرزندآوری، ایجاد تغییر نگرش در مخاطب است. اگر آموزش‌های ما بتواند گره‌های ذهنی افراد را باز کند و پاسخ‌های داده شده به سوالات و شبهات، نیرومندتر و قوی‌تر از باورهای فرد مقابل باشد می‌تواند بر باورها و ادراک‌های غلطی که در ذهن فرد شکل گرفته است غلبه کند. اینجاست که تغییر نگرش ایجاد خواهد شد.

معنای نگرش و مؤلفه‌های آن

نگرش به معنای ارزیابی فرد از چیزی (اعم از شیء، موضوع، کالا و...) است. این نگرش است که نوع رفتار انسان را مشخص می‌کند. مثلاً وقتی انسان حیوان خطرناکی را می‌بیند با توجه به ارزیابی خود از خطر موجود، ابتدا احساس ترس در او به وجود می‌آید و سپس در رفتار خود به گونه‌ای عمل می‌کند که از آسیب و خطر حیوان در امان باشد. اما اگر کسی اطلاعی از خطر نداشته باشد و خطری را حس نکند رفتار آن فرد تحت تأثیر قرار نگرفته و در نتیجه اقدامی برای رفع خطر نمی‌کند. باید ببینیم چه عواملی بر نگرش افراد اثر می‌گذارند.

عوامل مؤثر بر نگرش

۱- مواجهه

یکی از عوامل مؤثر در شکل‌گیری نگرش، یادگیری از طریق مجاورت است. مثلاً برای فرزندآوری استفاده از عکس‌ها، پوسترها و نمادهای فرزندآوری در سطح شهر که بتواند از طریق بصری پیام را به مخاطب انتقال دهد، بسیار مؤثر است. مثلاً مقایسه خانواده کم جمعیت و پرجمعیت در یک تصویر که خانواده کم جمعیت رو به فرسودگی و سالخوردگی است و خانواده پر جمعیت، پویا، فعال و شاد است. وقتی این مواجهه‌های بصری تکرار می‌شود، به شکل ناخودآگاه نگرش مثبتی راجع به آن موضوع در فرد ایجاد می‌کند.

۲- شرطی شدن ارزیابی

فرزندان یک خانواده از نگرش والدین خود به موضوع فرزندآوری تأثیر می‌گیرند. در خانواده‌هایی که جمعیت بیشتری دارند اگر برخورد والدین با فرزندان به گونه‌ای باشد که فرزندان را مایه برکت در زندگی و عامل خوشبختی خود بدانند این نگاه به صورت عاطفی به فرزندان منتقل می‌شود. وقتی پدر و مادر گشایش‌های زندگی خود را اعم از خرید خانه، وسیله نقلیه و توفیقات معنوی را به واسطه وجود فرزندان بدانند و آن را بیان کنند، در ذهن کودک یک نوع شرطی سازی اتفاق می‌افتد، به نحوی که در مورد حضور خود حس خوشایندی داشته و نگرش مثبتی پیدا می‌کند. عکس این قضیه هم صادق است.

اگر در دعوا و تعارض بین والدین، وجود فرزند عامل بدبختی و مزاحم تلقی شود، یک عامل ناخوشایند در ذهن فرزندان شکل می‌گیرد که «مسبب

این شرایط نا مطلوب من هستم» و یا ما چند فرزند. تکرار این اتفاق باعث شرطی شدن ارزیابی فرزندان می شود که فرزندان عامل بدبختی خانواده هستند و به این ترتیب تعداد بالای فرزندان به جهت قرار گرفتن کنار یک عامل ناخوشایند به مقوله ای منفی در ذهن فرزندان تبدیل خواهد شد. این کودک وقتی به سن جوانی برسد به خاطر این نگرش منفی نسبت به تعدد فرزندان تمایلی نخواهد داشت.

۳- تقویت

تقویت یعنی شرطی سازی کنشگر از طریق تقویت مثبت یا منفی. از این رو واکنش سیاست گذاران کشور، جامعه، والدین، پزشک، ماما، بهورزو... در تقویت و یا تضعیف جایگاه مادری نقش به سزایی دارد.

وقتی یک مادر بعد از تولد فرزند از طریق جامعه و گروه های بهداشتی درمانی مثل ماما و پزشک باز خورد مثبت ببیند به گونه ای که جایگاه مادری اش مورد تکریم قرار بگیرد، نگرش او نسبت به فرزندآوری مثبت خواهد شد. این نگرش مثبت در تغییر رفتار به گونه ای عمل خواهد کرد که هم خود او تمایل به فرزندآوری مجدد خواهد داشت و هم زنجیره انسانی مرتبط با او (دوستان، همسایه، فامیل، همکار) از این نگرش مثبت تأثیر خواهند گرفت و برعکس اگر بازخوردهای منعکس شده از جامعه، محل کار و اطرافیان منفی و نکوهش شده باشد با ایجاد نگرش منفی، تغییر رفتار به سمت کاهش فرزندآوری خواهد رفت.

نگاه اطرافیان به مادر دارای چند فرزند در پارک، مترو و مهمانی ها یا واکنش های متفاوت کادر بهداشتی درمانی، برخورد صاحب خانه با مستاجران دارای چند فرزند، برخورد مسئول یا صاحب کار با فرزندآوری کارمند، از مثال هایی است که در تغییر نگرش یک زن و در نتیجه تغییر رفتار در او مؤثر هستند.

۴- عوامل انگیزشی

نیاز مخاطب در تعیین نوع عوامل انگیزشی مؤثر است. برای مثال افزایش آگاهی یک زن نسبت به فواید فرزندآوری می‌تواند در افزایش تمایل او به فرزندآوری مؤثر باشد. مثلاً فایده‌های فرزندآوری به جهت جسمانی چیست؟ جلوگیری از سرطان رحم و سینه، فیبروم‌های رحمی و انواع دیگر سرطان‌ها، تنظیم فشار خون و ... از جمله فواید جسمانی فرزندآوری است که بر اساس تحقیقات مختلف اثبات شده است. طرح چنین مباحثی می‌تواند در از بین بردن امتناع مخاطب اثر خوبی داشته باشد و البته تشخیص نوع مخاطب هم در این زمینه مهم است.

از دیگر مقوله‌هایی که می‌توان فارغ از وابستگی‌های مذهبی و ملی افراد به آن پرداخت، مباحث علمی مربوط به نیازهای دوران سالمندی است. تحقیقات صورت گرفته نشان می‌دهد، نیاز دوران سالمندی، عمدتاً اقتصادی نیست. یک سالمند بیشتر نیاز عاطفی و احساسی دارد. این نیاز در کنار ضعف جسمانی شرایطی را ایجاد خواهد کرد که برای برطرف کردن نیازهای او، وجود فرزندان حامی، دلسوز و همراه ضروری است. اگر سالمندی فرزند نداشته باشد، دچار افسردگی، انزوا و فقدان امید به زندگی خواهد شد. در واقع مساله اصلی در سالمندی تنهایی است.

بر اساس مطالعات انجام شده در روان‌شناسی رشد و روان‌شناسی سالمندی، حضور فرزندان و نوه‌ها در کنار مادر بزرگ و پدر بزرگ‌ها امید به زندگی و سلامت روان را در آن‌ها افزایش می‌دهد.

بیان این نکات و توضیحات مربوط به فرزندآوری می‌تواند عامل انگیزشی مناسبی برای تغییر نگرش مثبت و اقدام به فرزندآوری باشد. چرا که انسان به دلیل داشتن حب ذات خواستار بهره‌مندی از این فواید می‌باشد.

با توجه به نکات گفته شده انتظار می‌رود در یک برنامه آموزشی و مشاوره‌ای فرزندآوری با توجه به عوامل تأثیرگذار فوق، مربی با دقت، ابتدا گروه مخاطب خود را ارزیابی کرده و با توجه به اعتقادات و نگرش‌ها و نیازهای آنها برنامه آموزشی خود را تدوین و اجرا نماید.

فصل دوم

فواید جسمی، روانی، خانوادگی،
اجتماعی و معنوی فرزندآوری

۱- فواید جسمی بارداری و شیردهی

برخی فواید جسمی بارداری عبارت است از:

- (۱) تغییرات هورمونی در طی بارداری و شیردهی باعث کاهش ابتلا به سرطان‌های تخمدان، پستان و رحم می‌شود و هرچه سن اولین بارداری پایین‌تر باشد این اثر محافظتی بیشتر است.
- (۲) مطالعات اثبات می‌کنند هر بارداری بیش از ۲۰ هفته، دارای اثر محافظتی نسبت به ایجاد فیبروم رحم در زنان است. هرچه تعداد بارداری‌ها بیشتر باشد احتمال ابتلا به فیبروم کاهش می‌یابد و هرچه فواصل بین بارداری‌ها بیشتر باشد ریسک ابتلا به فیبروم بیشتر است.^۱
- (۳) بارداری در برخی زنان باعث بهبود یا کاهش علائم سندرم تخمدان پلی‌کیستیک می‌شود. تجربه بارداری به علت افزایش خورسانی لگنی باعث تقویت رحم و تخمدان و افزایش سلامت عمومی زنان می‌شود.
- (۴) تجربه بارداری و شیردهی با کاهش احتمال ابتلا به بیماری‌هایی چون فشار خون، قند خون و چربی خون که عامل حوادث قلبی عروقی و سکته‌های مغزی هستند، همراه است. حوادث قلبی - عروقی بیشترین سهم را در مرگ و میر در ایران و جهان دارد.
- (۵) بارداری با تقویت سیستم ایمنی بدن و افزایش توان مقابله با بیماری‌های خود ایمنی مانند ام‌اس (M.S) همراه است.
- (۶) در طی بارداری سلول‌های بنیادی جنین به بدن مادر منتقل می‌شود این امر، باعث جوان‌سازی مادر و در نتیجه آن افزایش طول عمر و سلامت مادر خواهد شد.
- (۷) در تجربه‌ی چند بارداری و زایمان مولتی پاریته میزان سرطان سینه به علت دوره‌های مکرر شیردهی کمتر است.

۸) کاهش ریسک سرطان تخمدان و رحم در افرادی که چند بارداری و زایمان داشته‌اند (مولتی پارها) دیده شده است.

۹) بسیاری از مطالعات عنوان می‌کنند تراکم استخوان و شانس پوکی استخوان (استئوپورز) در زنان با افزایش تعداد بارداری‌ها (در صورت تغذیه‌ی مناسب) مشابه زنان بدون سابقه‌ی بارداری است و افزایش تعداد بارداری‌ها (به شرط تغذیه‌ی مناسب) ریسک پوکی استخوان (استئوپورز) و شکستگی را بیشتر نمی‌کند.

۱۰) فرزندآوری فواید جسمی دیگری نیز برای هر دو والد دارد از جمله:

- افزایش تمایل به یادگیری
- افزایش شادی والدین
- کاهش خطر ابتلا به بیماری‌هایی مثل سرطان و مشکلات قلبی در مادر
- کاهش سرطان سینه در مادرهای دارای چند فرزند
- بهبود حافظه مادران^۱

شیردهی نیز دارای فواید کوتاه مدت و طولانی مدت برای سلامت مادر است که جدا از فوایدی است که برای سلامت کودک و تکامل او دارد. همانطور که در مرور مقالات آژانس تحقیقات مراقبت بهداشتی و کیفیت بیان شده است^۲، شیردهی موجب کاهش خطر ابتلا به سرطان پستان، سرطان تخمدان، سرطان اندومتر و دیابت نوع ۲ می‌شود. این اثرات ممکن است مربوط به مکانیسم‌های هورمونی پیچیده که در پاسخ به مکیدن نوزاد موجب تولید شیر می‌شوند باشد.^۳

1. UpToDate 2022

2. Feltner CF, Weber RP, Stuebe A, et al. Agency for Healthcare Research and Quality (US). Breastfeeding Programs and Policies, Breastfeeding Uptake, and Maternal Health Outcomes in Developed Countries. Rockville, 2018

3. 2. Stuebe AM, Rich-Edwards JW. The reset hypothesis: lactation and maternal metabolism. Am J Perinatol 2009; 26:81.

فواید کوتاه مدت (در طی شیردهی)

- کاهش خونریزی پس از زایمان با تأثیر اکسی توسین در بازگشت رحم به حالت قبل (اکسی توسین) با شیردهی ترشح می‌شود.^۱
- تأخیر بازگشت تخمک‌گذاری (تغذیه کامل با شیر مادر)،
- کاهش افسردگی پس از زایمان در بعض مطالعات بیان شده^۲ که علت مستقیم ناشناخته است.^۳

فواید طولانی مدت: کاهش خطر ابتلا به سرطان های پستان، تخمدان و اندومتر رحم و بیماری قلبی -عروقی و فشار خون و دیابت نوع ۲.^۴

سرطان پستان: شایع‌ترین سرطان در خانم هاست و شایع‌ترین علت مرگ در اثر سرطان در زنان است.^۵ طبق منابع علمی یکی از عوامل خطر این بیماری، نولی پاریتی (نداشتن بارداری) است و خطر نسبی برای افراد

1 . Sobhy SI, Mohame NA. The effect of early initiation of breast feeding on the amount of vaginal blood loss during the fourth stage of labor. J Egypt Public Health Assoc 2004;79:1.

2 . Alimi R, Azmoude E, Moradi M, Zamani M. The Association of Breastfeeding with a Reduced Risk of Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. Breastfeed Med 2022; 17:290.

3 . Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin 2021; 71:209.

4. Feltner CF, Weber RP, Stuebe A, et al. Agency for Healthcare Research and Quality (US). Breastfeeding Programs and Policies, Breastfeeding Uptake, and Maternal Health Outcomes in Developed Countries. Rockville, 2018.

5 . Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin 2021; 71:209.

بدون سابقه بارداری ۱/۲ تا ۱/۷ برابر ذکر شده است.^۱ همچنین طبق منابع علمی با افزایش تعداد بارداری‌ها کاهش خطر ابتلا به سرطان سینه بیشتر می‌شود (کاهش بیشتر خطر ابتلا).^۲ یکی از مهمترین عوامل محافظت کننده (protective factor) در برابر این سرطان، شیردهی است. مطالعات مورد-شاهدی، کوهورت و متاآنالیز متعدد نشان داده است که این اثر مهم شیردهی به مدت زمان شیردهی بستگی دارد و بارداری یک عامل مخدوش کننده پژوهش‌هاست.^۳

تحلیل داده‌های ۴۷ مطالعه از ۳۰ کشور جهان که حدود ۵۰ هزار خانم مبتلا به سرطان مهاجم سینه و ۹۷ هزار خانم غیر مبتلا را مورد مقایسه قرار داده است؛ نشان داده که به ازای هر ۱۲ ماه شیردهی ۴/۳٪ کاهش خطر نسبی ابتلا (RR) وجود دارد.^۴

سرطان اندومتر: در منابع علمی تحت عنوان عوامل محافظت کننده در برابر این بیماری، سن بالاتر مادر در آخرین زایمان (Older age at last birth) ذکر

1 . Colditz GA, Rosner B. Cumulative risk of breast cancer to age 70 years according to risk factor status: data from the Nurses' Health Study. Am J Epidemiol 2000;152:950.

Rosner B, Colditz GA, Willett WC. Reproductive risk factors in a prospective study of breast cancer: the Nurses' Health Study. Am J Epidemiol 1994; 139:819.

2 . Rosner B, Colditz GA, Willett WC. Reproductive risk factors in a prospective study of breast cancer: the Nurses' Health Study. Am J Epidemiol 1994; 139:819.

Kelsey JL, Gammon MD, John EM. Reproductive factors and breast cancer. Epidemiol Rev 1993; 15:36.

3 . Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. Lancet 2002; 360:187.

Islami F, Liu Y, Jemal A, et al. Breastfeeding and breast cancer risk by receptor status--a systematic review and meta-analysis. Ann Oncol 2015; 26:2398.

4 . Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. Lancet 2002; 360:187.

گردیده و گفته شده است که فرزندآوری در سنین بالاتر جدا از اثر بارداری با کاهش خطر ابتلا به این سرطان همراهی دارد.^۱ پژوهشی تحت عنوان «سن در زمان آخرین زایمان و ارتباط با خطر سرطان اندومتر: تجزیه و تحلیل تلفیقی در کنسرسیوم اپیدمیولوژی سرطان آندومتر» در سال ۲۰۱۲ در مجله اپیدمیولوژی امریکا به چاپ رسید و در آن مرور سیستماتیک و متاآنالیز و تحلیل تلفیقی ۸۰۰۰ مورد سرطان اندومتر رحم نشان داد که به ازای هر ۵ سال افزایش سن مادر در زمان آخرین زایمان کاهش معنی داری در خطر ابتلا وجود دارد. و ۳۲ درصد کاهش خطر ابتلا به این سرطان در افرادی که آخرین زایمانشان در سنین ۳۵ تا ۳۹ سالگی بوده، نشان داده شده است.^۲ شیردهی به عنوان یکی از عوامل محافظت کننده در برابر این سرطان، شناخته شده است.

در مطالعه ای که در سال ۲۰۱۷ منتشر شد تحلیل ۱۷ پژوهش از کشورهای مختلف شامل ۹۰۰۰ خانم مبتلا به کارسینومای اندومتر نشان داده که شیردهی با کاهش ۱۱ درصدی خطر ابتلا در افرادی که شیردهی داشته اند به نسبت خانمهایی که زایمان کرده ولی شیر نداده اند، همراه است.^۳

سرطان تخمدان: در بسیاری از کشورها دومین یا سومین سرطان سیستم تولیدمثلی است و مرگ و میر بالایی دارد. مهمترین عامل خطر سرطان های اپی تلیال تخمدان نولی پاریتی (نداشتن بارداری و زایمان) است و خانمهایی

1 . Setiawan VW, Pike MC, Karageorgi S, et al. Age at last birth in relation to risk of endometrial cancer: pooled analysis in the epidemiology of endometrial cancer consortium. Am J Epidemiol 2012; 176:269.

2 . Setiawan VW, Pike MC, Karageorgi S, et al. Age at last birth in relation to risk of endometrial cancer: pooled analysis in the epidemiology of endometrial cancer consortium. Am J Epidemiol 2012; 176:269.

3 . Jordan SJ, Na R, Johnatty SE, et al. Breastfeeding and Endometrial Cancer Risk: An Analysis From the Epidemiology of Endometrial Cancer Consortium. Obstet Gynecol 2017; 129:1059.

که فرزندآوری داشته‌اند در خطر کمتری قرار دارند. از عوامل محافظت کننده در برابر این سرطان شیردهی است. متاآنالیزی در سال ۲۰۱۴ منتشر شد که شامل ۵ کوهورت و ۳۵ مطالعه مورد - شاهدهی بود و نشان داد که شیردهی با کاهش ۳۰ درصدی ابتلا به سرطان تخمدان (در مقایسه با خانم هایی که شیر نداده‌اند) همراه است.^۱ پژوهش‌های علمی نشان داده است: میزان کاهش خطر ابتلا با مجموع مدت شیردهی افزایش می‌یابد و با طول کلی مدت شیردهی کمتر از ۶ ماه، ۱۵٪ کاهش خطر، مدت شیردهی ۶ تا ۱۲ ماه ۲۷٪ و مدت شیردهی بیش از ۱۲ ماه ۳۶٪ کاهش خطر ابتلا به این سرطان نشان داده شده است. در یک مرور سیستماتیک و متاآنالیز دیگر که در سال ۲۰۱۶ به چاپ رسیده در مقایسه خانم‌هایی که زایمان و شیردهی نداشته‌اند نشان داده شده اثر ترکیبی حتی دو زایمان و ۶ ماه شیردهی با کاهش ۵۰ درصدی خطر ابتلا به سرطان اپی تلیال تخمدان همراه است.^۲ عامل محافظتی دیگر طبق منابع علمی بارداری است و تعدد زایمان‌ها موجب کاهش خطر ابتلا به سرطان‌های اپی تلیال تخمدان می‌شود و با هر بارداری خطر ۸٪ کمتر می‌شود.^۳

بیماری‌های قلبی - عروقی: سابقه شیردهی موجب کاهش خطر بیماری فشارخون در آینده می‌شود. یک مطالعه در مورد زنان آمریکایی نشان داد که داشتن سابقه شیردهی با کاهش خطر ابتلا به فشار خون در سن

1 . Li DP, Du C, Zhang ZM, et al. Breastfeeding and ovarian cancer risk: a systematic review and meta-analysis of 40 epidemiological studies. Asian Pac J Cancer Prev 2014; 15:4829.

2 . Sung HK, Ma SH, Choi JY, et al. The Effect of Breastfeeding Duration and Parity on the Risk of Epithelial Ovarian Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. J Prev Med Public Health 2016; 49:349-366.

3 . Tsilidis KK, Allen NE, Key TJ, et al. Oral contraceptive use and reproductive factors and risk of ovarian cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. Br J Cancer 2011; 105:1436.

۴۰-۴۹ سالگی همراهی دارد.^۱ که هرچه مدت تجمعی شیردهی طولانی تر باشد این اثر قوی تر است به ویژه اگر ۲۴ ماه یا بیشتر باشد. نتایج یک مرور سیستماتیک مقالات از ۱۹ کشور با دسترسی بالا به منابع که در سال ۲۰۱۸ منتشر شده، اثر محافظتی شیردهی در برابر ابتلا به فشارخون را نشان داده است که این اثر در پیگیری طولانی مدت همچنان پابرجا بوده است.^۲ یک مطالعه گسترده که نتایجش در سال ۲۰۰۹ تحت عنوان «مدت شیردهی و میزان شیوع سکت قلبی در میانسالی و سالخوردگی» در مجله زنان - مامایی آمریکا منتشر شد نشان داد که در خانم‌های با مدت کلی شیردهی ۲ سال و بیشتر میزان حوادث قلبی - عروقی ۲۳٪ کمتر از خانم‌هایی است که شیردهی نداشته‌اند.^۳

دیابت نوع ۲: شیردهی با بهبود تحمل گلوکز و افزایش حساسیت به انسولین (کنترل بهتر قند خون) همراهی دارد.^۴ به علاوه خانم‌هایی که شیردهی دارند به طور معنی داری در ادامه زندگی احتمال کمتری دارد که مبتلا به بیماری دیابت نوع ۲ بشوند.^۵ دو متاآنالیز از ۴ کشور با دسترسی بالا به منابع که در سال ۲۰۱۹ به چاپ رسید نشان داده که خانم‌های با بیشترین مدت شیردهی نسبت به افرادی که شیر نداده‌اند، ۳۰٪ کمتر احتمال دارد که

1 . Chetwynd EM, Stuebe AM, Rosenberg L, et al. Cumulative Lactation and Onset of Hypertension in African-American Women. *Am J Epidemiol* 2017; 186:927.

2 . Bonifacino E, Schwartz EB, Jun H, et al. Effect of Lactation on Maternal Hypertension: A Systematic Review. *Breastfeed Med* 2018; 13:578.

3 . Stuebe AM, Michels KB, Willett WC, et al. Duration of lactation and incidence of myocardial infarction in middle to late adulthood. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 200:138.e1.

4 . Stuebe A. Associations Among Lactation, Maternal Carbohydrate Metabolism, and Cardiovascular Health. *Clin Obstet Gynecol* 2015; 58:827.

Stuebe AM. Does breastfeeding prevent the metabolic syndrome, or does the metabolic syndrome prevent breastfeeding? *Semin Perinatol* 2015; 39:290.

5 . Martens PJ, Shafer LA, Dean HJ, et al. Breastfeeding Initiation Associated With Reduced Liu B, Jorm L, Banks E. Parity, breastfeeding, and the subsequent risk of maternal type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2010; 33:1239.

در آینده به دیابت نوع ۲ مبتلا بشوند.^۱ به طور کلی ۲۰٪ از خانم‌های مبتلا به دیابت بارداری به دیابت نوع ۲ مبتلا می‌شوند. مرور سیستماتیک ۱۳ مطالعه نشان داده که در خانم‌های مبتلا به دیابت بارداری افرادی که شیردهی دارند در آینده کمتر مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌شوند.^۲

1 . Rameez RM, Sadana D, Kaur S, et al. Association of Maternal Lactation With Diabetes and Hypertension: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open 2019;2:e1913401.

2 . Feng L, Xu Q, Hu Z, Pan H. Lactation and progression to type 2 diabetes in patients with gestational diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. J Diabetes Investig 2018; 9:1360.

۲- آثار روانشناختی

۲-۱- فرزندآوری و آرامش و نشاط پدر و مادر

پذیرش فرزندآوری همسویی با نظام آفرینش و همگامی با طبیعت است. زایش از اساسی‌ترین هنجارهای جایگاه پدری و مادری است و این جایگاه نقش ویژه‌ای در استحکام، آرامش و نشاط خانواده دارد. از این رو زنانی که از مادرشدن پرهیز می‌کنند خلاف طبیعت بشری و زنانه خود گام برمی‌دارند.^۱

۲-۲- احساس دوست داشتن و دوست داشته شدن

با آغاز زندگی مشترک بخش قابل توجهی از نیازهای عاطفی همسران جوان تامین می‌شود و در صورت بهره‌مند بودن آنان از الگوهای خانواده متعادل به مرور زمان توانایی پاسخ دادن به نیازهای بیشتر را پیدا می‌کنند. تولد فرزند نیز زمینه پاسخگویی بسیاری از این نیازها از جمله نیاز به دوست داشتن و دوست داشتنی بودن را فراهم می‌کند، زیرا یکی از نیازهای فرزندان مورد توجه بودن و دوست داشته شدن توسط دیگران است. در مقابل، والدین نیز نیاز دارند از کسی حمایت کنند و او را دوست داشته باشند. بنابراین، کارکرد نیازهای مذکور به گونه‌ای است که والدین و فرزندان مکمل یکدیگر هستند و حاصل آن رضایت خاطری است که نصیب آنها می‌شود. این احساس رضایت موجب انس بیشتر با کسی می‌شود که در تامین خواسته‌های درونی سهمی دارد و نقش ایفا می‌کند و در نتیجه با گسترش خانواده پس از تولد فرزندان ظرفیت‌های انس و الفت در زندگی افزایش می‌یابد. فرزند، صفا و صمیمیت خاصی به خانواده می‌بخشد و چون محبوب پدر و مادر است و

۱. ابراهیمی‌پور، شاخص‌های خانواده مطلوب از دیدگاه اسلام، ص ۲۲۶.

هر دو به او دل بسته می‌شوند.^۱

۳-۲- لذت پدر و مادر شدن

هرچند از نظر زیست‌شناسی زندگی از هنگام انعقاد نطفه و بارداری آغاز می‌شود و تولد در واقع یک مرحله از رشد کودک است که از رحم مادر به دنیای خارج قدم می‌نهد، اما از زمان تولد، نوزادان منبع لذت و شادی در خانواده هستند با وجود فرزند، لذت زیادی در خانواده وجود دارد و والدین با انرژی بودن و شادی را به عنوان یک مزیت از کودکانشان دریافت می‌کنند. تولد نوزاد، ملاقات فرزند برای اولین بار و انتقال او از بیمارستان یا زایشگاه به خانه یکی از بهترین، لذت بخش‌ترین و دوست داشتنی‌ترین لحظات است که می‌توان در خانواده از آن صحبت کرد. روانشناسان معتقدند کودکان والدین را از تنهایی‌رهایی می‌بخشند و موجب نشاط و شادابی، افزایش کارآمدی و پختگی شخصیت والدین می‌شوند. بنابراین تولد فرزند، خطاب الفاظ («مامان» و «بابا») به پدر و مادر، نگاه به چهره بشاش و تبسم آفرین فرزندان، بوسیدن و بازی با آنها می‌تواند نشاط وصف ناپذیری را برای والدین به ارمغان بیاورد و موجب سلامت روانی‌شان شود. به همین دلیل، وقتی از امام صادق علیه السلام پرسیدند که از بهترین‌ها برای آدمی چیست؟ فرمودند: نگاه کردن به فرزند جوانی که در حضور والدین است.^۲

به نظر می‌رسد جامعه آن هنگامی نشاط دارد که خانواده‌ها در نشاط و آرامش به سر ببرند. بنابراین، فرزندان نه تنها شالوده زندگی زن‌شویی را استحکام می‌بخشند، بلکه عامل مؤثری در لذت بردن پدر و مادر بوده و با افزایش این لذت‌ها، سلامت و بهداشت روانی همسران و بدن‌بال آن سلامت و نشاط جامعه نیز تأمین می‌شود.

۱. ساطوریان، گلدان یا گلستان، آثار روانشناختی تعداد فرزندان در خانواده.

۲. شیخ صدوق، من لایحضره الفقیه، ج ۱، ص ۱۸۸.

۴-۲- احساس مفید بودن

تولد فرزندان در محیط خانواده احساس ثمر داشتن را برای والدین در پی دارد. افرادی که صاحب فرزند هستند احساس مفید بودن بیشتری می‌کنند. وقتی والدین از فرزندان خود مراقبت می‌کنند توانایی خود را برای مراقبت از نسل آینده اثبات می‌کنند و این امر باعث ایجاد اعتماد به نفس در آنها می‌شود.

۳- آثار اجتماعی

نتایج تحقیق هافمن در مورد خانواده‌های دارای فرزند نشان می‌دهد فرزندان، از طریق راه‌های زیر برای اجتماعی شدن والدین تأثیر می‌گذارد:

(۱) کودکان با حضور خود وضعیت بزرگسالان به ویژه زنان را تایید کرده و به آنها هویت اجتماعی می‌دهند. کودکان از طریق فعالیت‌های خود در مدرسه و مراکز تفریحی و محیط همسایگی، والدین خود را با اجتماع پیوند می‌دهند.

(۲) فرزندان بر اساس شعائر مذهبی والدینشان رشد می‌کنند هنگامی که والدین آنها بر اساس آن مفاهیم، رفاه و آسایش دیگران را بر رفاه و آسایش خود مقدم داشته باشند به اجتماعی شدن خانواده و جامعه تداوم می‌بخشند.

(۳) کودکان با توجه به اصول اجتماعی شدن، شایستگی و صلاحیت والدین را رشد داده و حتی آنان را به مرز خودکفایی می‌رسانند.

(۴) چون والدین بیش از افراد بی‌فرزند از تایید اجتماعی بهره‌مندند کودکان علاوه بر کسب شخصیت بر اعمال نفوذ والدین نیز می‌افزایند.^۱

(۵) بسیاری از مفاهیم انسانی و اجتماعی زمانی معنا پیدا می‌کند که با تعدد فرزندان در محیط خانواده این امر تمرین شده باشد و سپس به جامعه سرایت کند مانند گذشت، ایثار، نوع دوستی و ...

بنابراین فرزندآوری یک جنبه کلیدی اجتماعی شدن برای بیشتر مردم در هر فرهنگی است اگرچه ماهیت دقیق و نتایج آن از نظر فرهنگی ممکن است تفاوت داشته باشد.

1. Lois Wladis Haffmon, The value of Children to Parents in the United States – Journal of Poplation, p. 91-131.

۴- رشد و تعالی شخصیت والدین

دانش، تجربه، گذر زمان و حتی، ازدواج و شروع زندگی مشترک نمی‌توانند تمامی قابلیت‌های شخصیتی یک فرد بالغ را شکوفا کنند. وجود تجربه فرزندپروری مجموعه کاملی از ارزش‌ها را به ساختار شخصیت والدین اضافه می‌کند ساختار روانی انسان با پذیرفتن نقش پدر و مادری، به کمال می‌رسد به طور معمول اینگونه تصور می‌شود که تغییرات مهم ساختار شخصیت در نوجوانی روی می‌دهد، اما یافته‌ها نشان می‌دهد که بسیاری از تغییرات شخصیتی نه در مدت نوجوانی بلکه در انتهای آن رخ می‌دهد؛ یعنی زمانی که بیشتر مردم در نهایت دچار تغییرات نقش می‌شوند و به اشتغال و ایفای نقش والدینی مشغول می‌شوند.

داشتن فرزند باعث افزایش ظرفیت هیجانی و شناختی مثبت بین والدین می‌شود. وجود فرزند یا فرزندان در خانواده موجب افزایش وابستگی زوجین به همدیگر و افزایش اعتماد در زندگی می‌شود و انگیزه آنان برای کسب موفقیت در زندگی را دو چندان می‌کند. بنابراین تجربه پدر و مادری در فراهم کردن امکانات رشد و تعالی افراد دارای اهمیتی ویژه است و وجود همین تجارب، مجموعه کاملی از ارزش‌ها را به ساختار شخصیت می‌افزاید.^۱

۱. شجاعی، تقویت نظام خانواده و آسیب‌شناسی آن، ج ۱، ص ۳۴۶.

۵- دستگیری از والدین به هنگام پیری

از دیگر مزایای داشتن فرزند تحقق بخشیدن به امیدهای والدین در دوران سالمندی و پیری آنهاست. والدین علاقمندند که فرزندانشان در هنگام پیری و کهولت از آنان دستگیری کنند؛ به تعبیر دیگر داشتن فرزند می‌تواند «امید به زندگانی» را در والدینی که دارای فرزند هستند افزایش دهد. زوجین بدون فرزند به طور معمول دوران پیری را با حمایت کمتری پشت سر می‌گذارند و بیشتر از احساس تنهایی رنج می‌برد و گاه دستخوش احساس پشیمانی از تصمیم خود مبنی بر نخواستن فرزند می‌شوند. امام سجاد(ع) می‌فرماید: «از سعادت فرد آن است که فرزندی داشته باشد تا از او یاری جوید.»^۱

۱. حرعاملی، وسائل الشیعه، ج ۲۱، ص ۳۵۶.

۶- امید به آینده

با ورود فرزند به کانون گرم خانواده زندگی سرشار از امید و تلاش برای کسب موفقیت خواهد بود، زیرا شکوفایی و رشد فرزندان برای والدین بسیار زیباست و نتیجه زحماتی است که آنها با دل و جان متحمل شده اند و موجب می شود بذر خوشبختی و امید در دل والدین جوانه بزند که در آینده تنها نخواهند بود. همچنان که فرزند در مقابل چشمان والدین می بالد و شکوفا می شود، بذرهای امید در دل پدر و مادر جوانه می زند و آرزوهای نوین، سرچشمه حرکت و تلاش آنها برای تداوم حیات می شود. از سوی دیگر فرزندانی که صحیح تربیت می شوند غیر از اینکه خود آنان مسیر سعادت را در زندگی طی می کنند و باعث افتخار پدر و مادر می شوند، در زندگی آینده والدین نیز نقش مؤثری دارند و از آنان حمایت می کنند.^۱

۱. ساطوریان، ع، گلدان یا گلستان، آثار روانشناختی تعداد فرزندان در خانواده.

۷- دریافت حمایت معنوی پس از مرگ

فرزندان نه تنها شالوده زندگی دنیوی را استحکام می‌بخشند، عامل مؤثری در رشد و تعالی معنوی والدین بعد از مرگ نیز خواهند بود. رسول خدا صلی الله علیه و آله می‌فرماید: «۵ نفر از دنیا رفته اند ولی پرونده آنها بسته نشده است و دائم به آنان ثواب می‌رسد: کسی که درختی کاشته، چاه آبی برای بهره برداری مردم حفر کرده، مسجدی ساخته، قرآنی نوشته و کسی که فرزند شایسته‌ای از او به جا مانده باشد»^۱.

۱. مجلسی، بحارالانوار، ج ۱۰۴، ص ۹۷.

۸- آثار خانوادگی

۸-۱- عشق به زندگی و تداوم خانواده

والدین به لحاظ ایجاد شبکه ارتباطی جدید بعد از تولد فرزند، جاذبه ها، دل مشغولی ها و سرگرمی های تازه ای را تجربه می کنند که مرکز ثقل آن فرزند است. مطالعات نشان می دهد یکی از علت های طلاق زوجین نداشتن فرزند است. فرزند (به ویژه فرزند خردسال) به منزله پیوندی بین پدر و مادر است. از این رو بی فرزندی و حتی کم فرزندی می تواند باعث سستی خانواده ها شود.^۱ تحقیقات انجام شده در ایران نیز نشان می دهد که خانواده های بدون فرزند بیش از هرنوع خانواده دیگر، در معرض گسست قرار دارند.

۸-۲- پویایی خانواده

یکی از عوامل پایداری زندگی، داشتن تنوع مناسب است و در مقابل آن یکنواختی، موجب ملال، سرخوردگی و تضعیف مناسبات بین اعضای خانواده می شود. تولد فرزند و فرزندان جدید، فرصتی برای تنوع دادن به زندگی و رهایی از دلتنگی و ایجاد بالندگی را در آدمی ایجاد می کند. تماشای صحنه های دلپذیر رشد کودکان، والدین را به وجد می آورد و موجب پویایی و انگیزش آنان می شود. اضافه شدن فرزند به جمع خانواده شتاب خاصی به آهنگ زندگی می دهد. ویل دورانت در توصیف حالات پدر و مادر می نویسد: «این زن است که توانایی های تازه ای به دست آورده، مادری چنان شکیبا و مهربان شده که حتی در هنگام هیجان و شدت عشق نیز سابقه نداشته است ... و این مرد مسئولیتی می پذیرد که او را پخته کرده، افق دیدش

۱. فرجاد، آسیب شناسی اجتماعی سبزه های خانوادگی و طلاق، ص ۱۴۳.

را وسیع می‌سازد و از یک حس پدری عمیق که ناگهان فرا می‌رسد، لذت می‌برد.^۱ به بیان دیگر تولد هر فرزند تجربه جدیدی از پدر و مادری است که با قبلی کاملاً متفاوت است.

۳-۸- توسعه اقتصادی و برکت در خانواده

آموزه‌های اسلام تشکیل خانواده و فرزندآوری را نه تنها باعث مشکلات معیشتی در خانواده نمی‌داند، بلکه توسعه معیشتی را پس از ازدواج و صاحب فرزند شدن به واسطه تلاش و برکت همراه آن تضمین کرده است. البته اعتقاد به رازقیت خدا و توکل بر او منافاتی با عاقبت اندیشی و برنامه ریزی در زندگی ندارد؛ زیرا خداوند برای هر پدیده‌ای سببی قرار داده است و یکی از اسباب کسب روزی تا آنجا که به انسان مربوط می‌شود، تلاش و مجاهدت است که نزد خداوند اجر و ثواب هم دارد. پیامبر اکرم می‌فرماید: «مردی که برای خانواده‌اش به دنبال مال حلال است مانند رزمنده در جبهه است.»^۲ همچنین ترس از فقر و ناکافی بودن منابع طبیعی و ظرفیت جغرافیایی، نمی‌تواند دلیل موجهی برای جلوگیری از فرزندآوری باشد؛ زیرا خداوند و خالق عالم هستی، گنجایش زمین را برای زندگان و مردگان ضمانت کرده و «آیا ما به زمین گنجایش فراگیری و حمل زندگان و مردگان را نداده‌ایم؟»^۳ بنابراین افزایش نسل از دیدگاه اسلام مطلوب است و ریشه در ابعاد معنوی و فرامادی حیات انسان دارد.

۱. ویل دورانت، تاریخ فلسفه، ص ۱۷۹-۱۷۸.

۲. «الکاد لعیاله کالمجاهد فی سبیل الله» کلینی، اصول کافی، ج ۵، ص ۸۸.

۳. مرسلات (۷۷): ۲۵ و ۲۶.

۴-۸- کارآمدی خانواده

در فرهنگ اسلامی هسته اولیه خانواده را مرد و زن تشکیل می‌دهند و وجود فرزندان آن را کارآمد می‌کند. افراد نیازمند شکوفایی هستند تا به خودباوری برسند از آنجایی که خداوند متعال قابلیت فرزندآوری را به مردان و زنان داده است اگر آنها به هر دلیلی از این قابلیت بهره‌مند نشوند در خود نوعی احساس سرخوردگی می‌کنند. با توجه به تجربه بیشتر مردم داشتن ثمره نیکو عامل دلگرمی و احساس شادکامی و نشاط می‌شود. بنابراین باید کسی را داشته باشید تا از ثمره وجودت به آن ببخشی و به آن افتخار کنی و این همان حس کارآمدی و مفید بودن است.^۱

۱. ساطوریان، گل‌دان یا گلستان، آثار روانشناختی تعداد فرزندان در خانواده.

۹- آثار معنوی

انسان موجودی اجتماعی و دارای عاطفه است و از ابتدای خلقت در بستر خانواده قرار داشته و پرورش یافته است. والد بودن و فرزند داشتن بخشی از خلقت و طبیعت زنان و مردان و موافق فطرت آنان است. به همین معنا، مادری بخشی از وجود و هویت زنان است. کما اینکه طبیعت و فیزیولوژی بدن آنان نیز برای این نقش، کاملاً متفاوت و متمایز از جنس مرد، خلق شده است. زنان شمه‌ای از قدرت «خلق و پرورش» خدا را در وجود خود دارند، که خداوند مراتبی از اثرگذاری و قدرت تربیت خود را در وجود زنان به ودیعه گذاشته است تا زنان، هم با ویژگی‌های جسمی خاص هم ویژگی‌های عاطفی خاص، بتوانند عهده دار امر خطیر پرورش جسمی و روحی فرزند و بقای نسل انسان در کره خاکی باشند. اگر خداوند این عاطفه، صبوری، دلبستگی، میل به پرورش و ظرفیت وسیع وجودی را به جنس زن نمی‌داد، امکان نداشت که نسل انسان ادامه یافته و پیشرفت کند. بنابراین بقای نسل انسان مرهون وجود زن و این مدل آفرینش زن، حکمت و رحمت و لطف خدا به انسان بوده است.

نکته جالب اینجاست که با وجود این که فرزندآوری و فرزندپروری در خلقت زن قرار داده شده است اما خدای متعال برای آن پاداش بزرگی در نظر گرفته است. مادری در نگاه خدا باور، کرامت و جایگاه ویژه‌ای دارد. هم آیات قرآن و هم روایات معصومین، عظمت فرزندآوری و فرزندپروری را بیان کرده اند. در اینجا چند مورد را مرور می‌کنیم:

۱) خداوند برای مادر و پدر حقوق و جایگاه والایی در نظر گرفته است تا جایی که احسان به والدین در کنار و بلافاصله بعد از کلمه توحید ذکر می‌شود: «(لَا تَعْبُدُونَ إِلَّا اللَّهَ وَ بِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا؛ جز خدا را نپرستید و به پدر و مادر خود

احسان کنید)؛^۱ «وَاَعْبُدُوا اللَّهَ وَ لَا تُشْرِكُوا بِهِ شَيْئًا وَ بِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا؛ و خدا را پرستید، و هیچ چیز را همتای او قرار ندهید! و به پدر و مادر، نیکی کنید»^۲، «وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَ بِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا؛ و خدای تو حکم فرموده که جز او را پرستید و درباره پدر و مادر نیکویی کنید»^۳. در این آیه آخرین وظیفه را برای فرزندان تا این حد بالا می‌برد: «فَلَا تَقُلْ لَهُمَا أُفٌ وَ لَا تَنْهَرُهُمَا وَ قُلْ لَهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا؛ هرگز حتی به آنان اف هم مگو و بر آنان پرخاش مکن و با آنان به شایستگی و بزرگواری سخن بگو».

۲) در کنار وظیفه مشترکی که خداوند برای فرزند نسبت به پدر و مادر ذکر می‌کند، آیاتی را اختصاصاً به بیان زحمات مادر، حق‌شناسی مادر، تجلیل از مادر و بنابراین گوشزد کردن وظیفه اختصاصی فرزند نسبت به مادر می‌پردازد. خداوند زحمات مادر را این گونه بیان می‌فرماید: «حَمَلَتْهُ أُمُّهُ كُرْهًا وَ وَضَعَتْهُ كُرْهًا؛ مادرش او را با سختی و ناراحتی حمل کرد و او را با سختی و ناراحتی وضع حمل کرد»^۴.

و یا «حَمَلَتْهُ أُمُّهُ وَهْنًا عَلَىٰ وَهْنٍ وَفِصَالُهُ فِي عَمَيْنٍ؛ مادرش او را (در ایام بارداری) با حال ضعف و ناتوانی و رنج بر روی رنج و ناتوانی و ضعف، حمل کرد»^۵. در هر دو این آیات قبل از بیان این سختی، امر خدا به احسان به والدین «وَوَصَّيْنَا الْإِنْسَانَ بِوَالِدَيْهِ» را ذکر می‌کند. اما بلافاصله بعد از آن، رنج و زحمات مادر را تذکر می‌دهد تا مبدا انسان‌ها و جامعه این دین نسبت به مادر را فراموش کند.

پیامبر اکرم (ص) فرمود: «اجری که برای زنان از زمان بارداری تا هنگام از شیر گرفتن فرزند در نظر گرفته شده همانند مجاهد در راه خداست و اگر زن در هر

۱. بقره (۲): ۸۳

۲. نسا (۴): ۳۶

۳. اسرا (۱۷): ۳۲

۴. احقاف (۴۶): ۱۵

۵. لقمان (۳۱): ۱۴

یک از این مراحل بمیرد مقامی همانند مقام و مرتبه شهید دارد).^۱
 در روایتی دیگر پیامبر (ص) فرمود: «الْجَنَّةُ تَحْتَ أَقْدَامِ الْأُمَّهَاتِ؛ بهشت زیر پای مادران است».^۲

۳) همچنین بزرگان دینی معاصر نیز بر کرامت و جایگاه خطیر و بی‌بدیل و مهم مادری تأکید ویژه دارند. خصوصاً این که مادری کردن را در نگاه کلان، می‌توان مهم‌ترین، اثرگذارترین، بی‌جایگزین‌ترین و ماندنی‌ترین فعالیت اجتماعی زن و کنشگری زن در جامعه دانست. زیرا ایجاد و تربیت نیروی انسانی، اصلی‌ترین نیاز و بزرگ‌ترین عامل موفقیت و رشد و تعالی هر جامعه انسانی است.

نمونه‌هایی از بیانات امام خمینی (ره) و رهبر معظم انقلاب درباره مقام مادر آورده می‌شود:

یک) امام خمینی (ره): «زن یکتا موجودی است که می‌تواند از دامن خود، افرادی به جامعه تحویل دهد که از برکاتشان یک جامعه، بلکه جامعه ما به استقامت و ارزش والای انسانی کشیده شوند».^۳

دو) «مادر بودن و اولاد تربیت کردن بزرگترین خدمتی است که انسان به انسان می‌کند. این را کوچکش کردند. این خیانت را به جامعه ما کردند. مادر بودن را در نظر مادرها منحنی کردند. در صورتی که اشرف کارها در عالم مادر بودن است و تربیت اولاد. همه منافع کشور ما از دامن شما مادرها تأمین می‌شود».^۴

سه) «تربیت اولاد بالاترین چیزی است که در همه جوامع از همه شغل‌ها

۱. ابن بابویه، من لایحضره الفقیه، ج ۳، ص ۵۶۱.

۲. نوری، مستدرک الوسائل، ج ۱۵، ص ۱۸۰.

۳. صحیفه امام، ج ۱۶، ص ۱۹۲.

۴. صحیفه امام، ج ۷، ص ۴۴۶.

بالا تر است. هیچ شغلی به شرافت مادری نیست.^۱
 چهار) «زن مظهر تحقق آمال بشر است. زن پرورش دهنده زنان و مردان ارجمند است. از دامن زن مرد به معراج می رود. دامن زن محل تربیت بزرگ زنان و بزرگ مردان است.»^۲

پنج) مقام معظم رهبری نیز می فرماید: «فاطمه ی زهرا سلام الله علیها یک زن اسلامی است، زن در بالاترین تراز زن اسلامی، یعنی در حدّ یک رهبر، اما همین زنی که از لحاظ فضایل و مناقب و حدّ وجودی می توانست پیغمبر باشد، همین زن مادری می کند، همسری می کند، خانه داری می کند؛ ببینید اینها را باید فهمید. این قدر خانه داری را تحقیر نکنند. معنای خانه داری زن تربیت انسان است، معنایش تولید والاترین و بالاترین محصول و متاع عالم وجود است؛ یعنی بشر. فاطمه ی زهرا با آن شأن و با آن رتبه و با آن مقام و با آن عظمت، یک خانم خانه دار است؛ این تحقیر او نیست.»^۳

۴) به مادری و کرامت و جایگاه آن می توان از منظر دیگری نیز نگاه کرد. خداوند هدف از خلقت انسان را عبادت بیان می کند. رابطه مادری و عبادت چیست؟

مادری، خود سرتا سر عبادت است! آن هم عبادتی دائمی... تمام روز خدمت به خلق خدا، آن هم کسانی که جز مادر پناهی ندارند آیا عبادت نیست؟ پیامبر فرمود: «کسی که حاجت برادر مؤمن خود را برآورده سازد، مانند کسی است که عمر خود را به عبادت گذرانده باشد.»^۴

هر لبخند والدین به کودک عبادت است، شاد کردن دل کودکان عبادت است. خداوند در حدیث قدسی فرمود: «محبوب ترین انسان ها نزد من

۱. صحیفه امام، ج ۸، ص ۹۱-۹۰.

۲. صحیفه امام، ج ۷، ص ۳۴۱.

۳. بیانات مقام معظم رهبری، ۱۳۹۵.

۴. ری شهری، م، حکمت نامه پیامبر(ص)، ج ۹، ص ۲۹۴.

کسانی هستند که با مردم مهربان‌تر و در راه برآوردن نیازهای آنان کوشاتر باشند»^۱ و پیامبر فرمود: «آن‌که برای خانواده خود تلاش می‌کند مانند مجاهد در راه خداست.»^۲

امیرالمؤمنین (ع) فرمود: «بهترین مردم کسی است که برای مردم سودمند و خیررسان باشد»^۳، و چه کسی بیشتر از یک مادر به انسانی دیگر سود و خیر و نیکی می‌رساند؟

امانت دار خلیفه خدا بودن و تلاش برای حفظ امانت بزرگ و ویژه خدا، عبادت است.

این که یک مادر، چون خدای مهربانش، بخشنده است، انیس است، پرده پوش است، رفیق است، سریع الرضا است، میکوشد دائم الفضل باشد، صبور باشد، حلیم باشد، شکور باشد، همه این‌ها عبادت است. این مَسَلک، این سبک زندگی، این تلاش‌ها، همه عبادت است!

از سوی دیگر، تلاش مدام برای خودکنترلی و فروبردن خشم و افزایش تاب آوری و رعایت حال کودکان نیز عبادت و خودسازی است.

عبادت‌های نادیدنی‌تر مانند توکل مدام بر پروردگار، حسن ظن به خدا، دعا برای غیر خود و مقدم داشتن فرزند در نیازهای مادی نیز عبادت است.

«مادری» که جمع همه اینهاست، می‌تواند مصداق عبودیت و تسلیم باشد و رشد و تعالی فردی و درجات معنوی و اجر اخروی به همراه داشته باشد خصوصاً که عبادتی پنهان و مجاهدتی گمنام است که از آفت عجب و ریا به دور است.

مادری برای یک زن، کرامت است، رشد است و سعادت دنیوی و اخروی در پی دارد. به امید روزی که همه زنان سرزمین مان طعم شیرین مادری را چندباره بچشند و از اینهمه فضیلت حقیقی بهره‌مند شوند.

۱. کلینی، الکافی، ج ۲، ص ۱۹۹

۲. کلینی، کافی، ج ۵، ص ۸۸

۳. آمدی، غررالحکم و درر الکلم، حدیث، ۵۰۰۱.

۱۰- آثار مثبت تعدد فرزندان

از آنجا که خواهران و برادران در منظومه خانواده اوقات زیادی را با یکدیگر می‌گذرانند، کیفیت تعاملاتشان می‌تواند نقش مهمی در رشد هرکدام از آنها ایفا کند. بیشتر مطالعات انجام گرفته در مورد خواهر / برادران نشان می‌دهد روابط آنها با همدیگر در شکل‌گیری ویژگی‌های آنان بسیار مؤثر است. از جمله:

۱-۱۰- رشد ویژگی‌های فردی

۱) رشد ویژگی‌های شناختی

کودکان دارای خواهر یا برادر نیز عملکرد شناختی بهتری دارند و از استقلال فکری بیشتری برخوردارند و فرزندان دوم به بعد از نظر هوشی وضعیت بهتری نسبت به تک فرزندان و فرزندان نخست دارند.

۲) رشد ویژگی‌های عاطفی

پژوهشگران معتقدند یک پیوند دوستی و همدمی عاطفی بین همشیران خردسال وجود دارد و آنها درباره احساسات، رقابت سازنده و الگوهای قابل قبول رفتار اجتماعی، مهارت‌های قابل توجهی از یکدیگر می‌آموزند. کودکانی

۱. بنگرید به:

اندرسون، روابط خواهر و برادری، ص ۱۰۳.

شرمن، مقایسه ابعاد والدگری، رابطه والد-کودک و مشکلات رفتاری کودکان در خانواده‌های تک فرزندی و چند فرزند.

کمبل، مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی، ص ۱۴۷.

می‌لوسکی، حمایت خواهر-برادران از همدیگر، ص ۳۰۵.

Sherman, A., J. Lansford, and B. Volling, Sibling relationships and best friendships in young adulthood: Warmth, conflict, and well-being. *Personal Relationships*, 2006. 13: p. 151-165.

که خواهر و برادر دارند به سبب تعامل با آنها دارای روابط مثبت‌تر، استقلال عاطفی و اعتماد به نفس بیشتر و احساس تنهایی کمتری هستند. علاوه بر این که مسئولیت‌پذیری اجتماعی بیشتر دارند، ارزش بیشتری برای خود قائلند و اجتماعی‌ترند.

۳) رشد ویژگی‌های رفتاری

میزان مشکلات درونی سازی شده مانند اضطراب و افسردگی، در میان کودکانی که دارای خواهر و برادر هستند نسبت به تک فرزندان کمتر است. به دلیل داشتن خواهر/ برادر و تعامل با آنها و نبود حمایت شدید یا کنترل گری زیاد از طرف والدین، از استقلال بیشتری برخوردار بوده و معمولاً دچار وابستگی نمی‌شوند.

۲-۱۰- رشد ویژگی‌های میان فردی^۱

۱) استقلال

کودکانی که در خانواده‌های چندفرزند بزرگ شده‌اند از نظر شخصیتی و رفتاری انسان‌های مستقل‌تری هستند که در زندگی به دیگران اتکا نمی‌کنند. آنها در محیط پرجمعیت خانواده یاد می‌گیرند باید همه تلاش خودشان را به کار گیرند و از استعداد خویش بهره ببرند و می‌دانند که از خانواده نباید

۱. بنگرید به:

ساطوریان، گلدان یا گلستان، آثار روانشناختی تعداد فرزندان در خانواده، ص ۵۲. عزیزی، پیوندهای خانوادگی کودکان مبتلا به اختلال ای دی ای دی و مقایسه آن با کودکان عادی، ص ۵۳.

کمبل، مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی، ص ۱۵۴. مقایسه سازگاری عاطفی، اجتماعی، آموزشی و همدلی مادران و دختران در بین دانش آموزان دختر تک‌فرزند و چند فرزند مقطع راهنمایی شهر تهران، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری - دانشگاه الزهراء، ۱۳۸۳.

بیش از یک زمینه‌ساز و کمک کار انتظار داشته باشند. اما تک فرزندان نسبت به چند فرزندان انگیزه کمتری برای تلاش دارند، زیرا همه امکانات خانواده در اختیار آنان قرار دارد. از این رو به شدت وابسته به خانواده بار آمده و استقلال شخصیت خود را از دست می‌دهند.

۲) تعامل و همکاری

یافته‌ها نشان داده تک فرزندان بیشتر خودمحورند در حالی که کودکان دارای خواهر یا برادر دارای خصوصیات مثبتی مانند روحیه همکاری و تعاون بیشتری در میان همسالان خود بودند.

۳-۱۰- رشد مهارت‌های اجتماعی

در مطالعات متمرکز بر مهارت‌های اجتماعی، کودکانی که خواهر/ برادر داشتند مهارت‌های اجتماعی و همکاری بیشتری را در گروه دوستان نسبت به تک فرزندها، از خود نشان می‌دادند.

برخی معتقدند روابط خواهر/ برادران برهم تأثیرگذارتر از روابط والدین است زیرا در گستره زندگی خواهر-برادران اشتراکات بیشتری در قیاس با والدین وجود دارد. همچنین ادعا شده است که روابط بین خواهر- برادران به عنوان پیش الگوی همه اقسام روابط اجتماعی آنها عمل می‌کند. این قبیل مطالعات نشان می‌دهند که خواهر و برادر مانند والدین نقش مهمی در اجتماعی شدن کودکان ایفا می‌کنند.

۱) سازگاری

تحقیقات نشان می‌دهند که کودکانی که دارای خواهر یا برادر هستند و از سوی همشیران خود حمایت می‌شوند گرایش بیشتری به سازگاری اجتماعی

دارند، به لحاظ اجتماعی آسان‌تر با دیگران درآمیخته می‌شوند، نشانه‌های کمتری از افسردگی و تنهایی گزارش می‌کنند، ارتباط بیشتری با همسالانشان داشته و در کنار دیگران احساس راحتی بیشتری می‌کنند.

۲) تعامل مؤثر با والدین

تأثیرات والدین بر رشد و شخصیت فرزندان روشن است. امروزه آشکار شده است که فرزندان نیز بر والدین خود تأثیر می‌گذارند. والدینی که دارای چند فرزند هستند با تربیت و بزرگ شدن هر کدام از فرزندان، خودشان نیز رشد می‌کنند و به پختگی بیشتری دست می‌یابند. این دسته از والدین ضمن این که دچار افراط در پاسخ‌دهی و کنترل فرزندان خود نمی‌شوند و به عبارتی عیوب پدر و مادران تک فرزند را ندارند، در مقابل، از داشتن چند فرزند و تعاملات بین آنها لذت بیشتری می‌برند، احساس رضایت از زندگی بیشتری دارند و در سنین بالا کمتر احساس تنهایی خواهند کرد.

۳) تأثیر تعامل خواهر- برادران بر رشد اجتماعی یکدیگر

در تعاملات بین خواهران و برادران خردسال، تعدیل متقابل رفتار رخ می‌دهد. رفتارهایی مانند بازی خیالی، رعایت نوبت و شریک شدن، همگی با تعامل بین خواهر و برادر تسهیل می‌شوند. همچنین کودکان در تعامل با خواهر و برادر یاد می‌گیرند که چگونه برای حل ستیزه‌ها از مذاکره استفاده کنند. در نهایت کودکان بزرگ‌تر به عنوان الگویی هستند برای خواهر و برادر کوچکتر که نقش شاگرد را برای آموزش‌های آنها ایفا می‌کنند.



تکنیک‌ها و متون اقناع سازی

۱- مراحل «تغییر رفتار» در مسئله فرزندآوری

برای تأثیر قابل توجه و پایدار در افزایش فرزندآوری، الگویی از تغییر رفتار مورد نیاز است که به رفع نیازهای کل جامعه پاسخ دهد، نه فقط اقلیتی که خود، انگیزه اقدام سریع برای فرزندآوری را دارند. تغییر رفتار در بسیاری از مسائل حوزه سلامت اهمیت دارد و راهکارها و نظریه‌های تغییر رفتار کاربرد وسیعی دارند.

مدل فرانظری تغییر رفتار «یا TTM (Transtheoretical Model)» براساس مراحل تغییر، بنا شده است و افراد را براساس جایگاهی که در فرایند تغییر دارند دسته بندی می‌کند. سپس فرایندهایی را برای حرکت رو به جلو در مراحل تغییر، پیشنهاد می‌کند.

مراحل تغییر یا (SOC stages of change)

مدل فرانظری (TTM) بیان می‌کند که تغییر، فرآیندی است که در طول زمان طی یک سری مراحل آشکار می‌شود که عبارتند از:

(۱) پیش تفکر (یا Precontemplation)

(۲) تفکر (یا Contemplation)

(۳) آمادگی (یا Preparation)

(۴) عمل (یا Action)

(۵) نگهداری (یا Maintenance)

(۶) خاتمه (یا Termination)

پیش تفکر: پیش تفکر مرحله‌ای است که در آن فرد قصد ندارد در آینده‌ای قابل پیش بینی اقدامی انجام دهد (آینده معمولاً شش ماه پیش رو در نظر گرفته می‌شود)

ممکن است افراد در این مرحله باشند چون از عواقب بی‌فرزند، دیر فرزند، کم فرزند یا سقط بی‌اطلاع یا کم‌اطلاع هستند، یا ممکن است از توانایی خود (روحی، جسمی، اقتصادی و....) برای فرزندآوری ناامید باشند.

افراد در مرحله پیش تفکر تمایل دارند از خواندن، گفتگو یا تفکر در مورد فرزندآوری پرهیز کنند. افرادی که در مرحله پیش تفکر قرار دارند معمولاً مزایای داشتن فرزند را دست کم می‌گیرند و هزینه‌ها و مشکلات آن را بیش از حد واقعی ارزیابی می‌کنند اما از این برداشت اشتباه خود آگاه نیستند؛ بنابراین تغییر برای آنها دشوار است.

پس ویژگی بارز مرحله پیش تفکر این است که افراد در این مرحله فواید فرزندآوری را دست کم می‌گیرند و هزینه‌ها و سختی‌های آن را بیش از حد ارزیابی می‌کنند. توجه داشته باشید مراحل تغییر رفتار مانند مراحل رشد انسان، غریزی و ذاتی نیستند؛ مانند کودکی که انگیزه غریزی برای پیشرفت از چهار دست و پا به راه رفتن دارد.

بعضی رویدادهای طبیعی می‌تواند مردم را به سمت تغییر سوق دهند، مثل رویدادهای رشدی. یعنی ممکن است خانمی پس از رسیدن به سن ۳۶ سالگی نحوه زندگی خود را مجدد ارزیابی کند و متوجه گذر سن و از دست رفتن فرصت‌های طلایی فرزندآوری شود و به ناگاه تصمیم به فرزندآوری بگیرد. نیروی طبیعی دیگر، رویدادهای محیطی است. فرض کنید یکی از همسایگان که یک فرزند داشته است و فرزند ایشان در سن نوجوانی به دلیل سانحه فوت می‌کند و سن والدین او نیز برای فرزندآوری مجدد گذشته است. زن همسایه با مشاهده این مرگ به این نتیجه می‌رسد که یک فرزند کافی نیست. البته ممکن است زن دیگری به این نتیجه برسد که اصلاً نباید

هیچ فرزند بی‌آورد که داغ فرزند نبیند. بنابراین، حتی رویدادهای یکسان می‌توانند توسط افراد مختلف به طور متفاوت پردازش شوند. شواهد نشان می‌دهد که مداخلات زودهنگام غالباً تأثیرگذار هستند، بنابراین قابل قبول نیست که منتظر بمانیم تا مادران به سن بالا برسند یا اتفاق عبرت‌آموزی را مشاهده کنند تا تغییری در رفتار فرزندآوری‌شان ایجاد شود. در مقابله با چنین موضع انفعالی، نیروی سومی که برای کمک به افراد در جهت پیشرفت از مرحله پیش تفکر ایجاد شده است مداخلات برنامه‌ریزی شده (یا planned interventions) نامیده می‌شود که این مداخلات در فرایند مشاوره فرزندآوری توسط ارائه دهندگان خدمت انجام می‌شود.

مثال: مریم ۳۰ ساله که چهار سال است ازدواج کرده و مشکلی از نظر مالی ندارد. تمایلی به داشتن فرزند ندارد و از زندگی خود راضی است. او از فواید فرزندآوری به موقع و عواقب فرزندآوری دیرنگام اطلاع کافی ندارد. تمایلی هم به تغییر رفتار و سبک زندگی خود ندارد. او در مرحله پیش تفکر است. مداخله: اگر مراجعه کننده در مرحله پیش تفکر است، برای پیشرفت به مرحله بعد باید مزایای فرزندآوری در ذهن او افزایش یابد. تکنیکی که می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد شامل درخواست از مادر در مرحله پیش تفکر برای توصیف تمام مزایای داشتن فرزند جدید است. بیشتر افراد می‌توانند چهار یا پنج مورد را لیست کنند. مراقب سلامت می‌تواند به مراجعه کننده بگوید که چهار تا پنج برابر این تعدادی که شما گفتید باز هم مزیت وجود دارد و مادر را برای دو برابر یا سه برابر کردن لیست خود به چالش بکشد. اگر لیست فواید داشتن فرزند توسط خود زن افزایش یابد (همبازی داشتن سایر بچه‌هایم، داشتن خانواده گرم‌تر، حمایت بچه‌ها از همدیگر در آینده، حمایت بچه‌ها از والدین در آینده، تأثیر مثبت در سلامت پستان و رحم و...) او انگیزه بیشتری خواهد داشت تا به‌طور جدی به فرزندآوری فکر کند.

تفکر: مرحله‌ای است که در آن فرد قصد دارد ظرف شش ماه آینده اقدام کند. چنین شخصی از مزایای فرزندآوری بیشتر آگاهی دارد اما از هزینه‌ها و مشکلات آن نیز کاملاً آگاه است. هنگامی که یک زن به طور جدی به فکر فرزندآوری می‌افتد، آگاهی وی از سختی‌های فرزندآوری نیز می‌تواند افزایش یابد. حقیقت این است که فرزندآوری بدون تحمل هیچگونه سختی وجود ندارد. این تقابل بین سختی‌های داشتن فرزند و مزایای داشتن فرزند می‌تواند دوگانگی عمیقی ایجاد کند و بنابراین یک فرد ممکن است برای مدت طولانی در مرحله تفکر گیر کند. این پدیده اغلب به عنوان «تفکر مزمن» یا «تعلل رفتاری» توصیف می‌شود.

مثال: مریم به دلیل تحصیل و کار، فرزنددار شدن را عقب انداخته است و اکنون تصمیم دارد شش ماه دیگر بعد از فارغ التحصیلی و تغییر در زندگی برای فرزندآوری برنامه ریزی کند. او در مرحله تفکر است. اگر مراجعه کننده در مرحله تفکر است، برای پیشرفت به مرحله بعد، معایب فرزندآوری در دیدگاه مادران باید کاهش یابد. بسیاری از مواردی که تحت عنوان عیب یا سختی فرزندآوری در ذهن زنان وجود دارد، واقعی نیست و گزاره‌های ذهنی نادرستی است که باید اصلاح شود. به طور مثال این که تعداد زیاد فرزند باعث نقص در تربیت می‌شود، بارداری و شیردهی سلامت زنان را به مخاطره می‌اندازد و هیچ سودمندی برای وی ندارد و ... آمادگی: مرحله‌ای است که در آن افراد قصد دارند در آینده نزدیک (که معمولاً به عنوان یک ماه بعد در نظر گرفته می‌شود) اقدام کنند. چنین افرادی معمولاً اقدامات قابل توجهی را در طی ماه‌های قبل انجام داده اند. مثلاً به مرکز جامع سلامت، ماما یا پزشک زنان برای مراقبت اولیه مراجعه کرده اند، آزمایش‌های پیش از بارداری را انجام داده اند، در مورد بارداری کتاب خریده اند و ...

مثال: مریم با مراجعه به پزشک متخصص زنان متوجه شده است تخمدان پلی کیستیک یا PCO دارد. وی ناراحت است که چرا زودتر برای فرزند داشتن اقدام نکرده است که متوجه بیماری خود شود. مریم فعلا دارو دریافت کرده است ولی دارو را نامنظم مصرف می‌کند. وی روی تغذیه و فعالیت ورزشی خود کنترلی ندارد. در هفته گذشته به متخصص طب ایرانی، مشاوره تغذیه و چند باشگاه ورزشی جهت برنامه ریزی و بررسی هزینه آن مراجعه کرده است و قصد دارد در هفته آینده در برنامه‌های ورزشی شرکت کرده و داروهایش را مصرف کند. او از فواید داشتن فرزند و خانواده شاد آگاهی دارد، در همین راستا هم گام برداشته است. او در مرحله آمادگی است

عمل: مرحله‌ای است که در آن افراد طی شش ماه قبل اقدام کرده‌اند. از آنجا که اقدام قابل مشاهده است، تغییر رفتار در زمینه فرزندآوری اغلب معادل با اقدام به بارداری در نظر گرفته می‌شود اما در مدل فرا نظری (TTM)، اقدام فقط یکی از شش مرحله است. در این مدل، همه تغییرات رفتار صرفا اقدام به بارداری نیست.

مثال: اکنون مریم از تأثیرات مثبت فرزندآوری بر سلامت فیزیکی، روحی و روانی خود آگاه بوده و یقین دارد که با داشتن فرزند زندگی خانوادگی شادتر و با ثبات‌تری خواهد داشت و از چند ماه گذشته اقدام به بارداری کرده و از هیچ‌گونه روش جلوگیری استفاده نمی‌کند، او در مرحله عمل است.

نگهداری: مرحله‌ای است که در آن افراد برای جلوگیری از برگشت به وضعیت قبل تلاش می‌کنند. به طور مثال زنی که در حال اقدام به بارداری است اما تلاش می‌کند حرف‌ها و سرزنش‌های دیگران یا یک پیشامد موقت اقتصادی یا روحی، او را از تصمیمش منصرف نکند. یا خانمی که باردار شده و در برابر حرف و سرزنش‌های دیگران مقاوت دارد و از جنین خود محافظت می‌کند.

افرادی که در مرحله نگهداری هستند کمتر وسوسه می‌شوند که بازگشت

کنند و به‌طور فزاینده‌ای مطمئن هستند که می‌توانند تغییر ایجاد شده را حفظ کند. بیشترین بازگشت از تصمیم فرزندآوری در زمان پریشانی عاطفی رخ می‌دهد. در صورت وجود افسردگی، اضطراب، عصبانیت، کسالت، تنهایی، استرس و پریشانی است که انسان در نقطه ضعف عاطفی و روانی خود قرار دارد و از اقدام خود برای فرزندآوری پشیمان می‌شود. اگرچه نمی‌توان از پریشانی عاطفی جلوگیری کرد، اما اگر افراد آمادگی مقابله با پریشانی یا یک حمایت خارجی عاطفی و طبی را داشته باشند، می‌توان از بازگشت جلوگیری کرد. همچنین باردار نشدن بعد از چند ماه یا تجربه سقط خودبخودی چنین از مواردی است که می‌تواند فرد را دچار ناامیدی، افکار منفی و نهایتاً بازگشت کند.

مثال: مادر مریم پس از آگاهی از تصمیم او برای بارداری مدام او را سرزنش کرده و معتقد است مریم باید تا زمان خرید یک خانه دست نگه دارد. مریم همچنان به فرزندآوری اعتقاد دارد اما گاهی در اثر صحبت‌های مادرش دچار تردید در زمان بارداری می‌شود.

راهکار: اگر مراجعه کننده در مرحله آمادگی یا اقدام یا نگهداری است، باید تحت حمایت روحی و پزشکی-بهداشتی قرار بگیرد. به وی باید محتواها و مشاوره‌های مربوط به مزایای فرزند داشتن و فرایند بارداری و شیردهی، سبک زندگی سالم و راهکارهای افزایش سلامت مادر و جنین را ارائه داد تا این تصمیم در وی نهادینه شود.

خاتمه: مرحله‌ای است که در آن افراد دارای دودلی صفر و خودکارآمدی صد درصد هستند. این چنین افرادی در هر شرایط فردی یا تحت فشار حرف و سرزنش اطرافیان باشند مطمئن هستند که از اقدام به بارداری یا ادامه بارداری و حفظ جنین، دست نخواهند کشید. گویی آنها از ابتدا هرگز تردیدی در فرزندآوری نداشته‌اند.

راهکار: اگر مراجعه کننده در مرحله خاتمه است، باید بابت رفتار صحیح قبلی خود مورد تشویق یا حمایت قرار بگیرد. زیرا این فرد خود می‌تواند گسترش دهنده یک تفکر یا رفتار در جامعه پیرامونی خود باشد. وی باید بداند رفتار فرزندآوری او مورد تایید و حمایت سیستم پزشکی- بهداشتی است. البته اگر در این رفتار روی اشتباهی وجود داشته (مثلاً بارداری بدون مراقبت‌های بهداشتی یا بدون سبک زندگی سالم دارد) باید با آرامش و نحوه صحیح به او گوشزد شود.

تغییر رفتار فرایندی است که در طول زمان و طی مراحل آشکار می‌شود. مداخلات شما در فرزندآوری باید با مراحل پیشرفت افراد در طول زمان مطابقت داشته باشد تا مؤثر واقع شود. یعنی اگر فردی هنوز در مرحله پیش تفکر است آمادگی ورود به مرحله اقدام را ندارد و باید از مرحله تفکر و آماده سازی عبور کند. ارائه محتوا متناسب با شرایط هر فرد باعث افزایش تأثیرگذاری و رسیدن فرد به تغییر رفتار می‌شود. در حالی که ارائه محتوای یکسان به همه افراد بدون توجه به شرایط، فقط رفع تکلیف از مراقب سلامت با کمترین میزان اثربخشی و حتی اثر معکوس است.^۱ با چند مثال بحث را به پایان می‌رسانیم.

مشاوره دهنده: نظرتون درباره بچه دار شدن / فرزند بعدی چیه؟

۱. مرحله پیش تفکر: وایا اصلاً حرفشو نزنید، متنفرم از بچه / همینا که دارم کافیه / همینا رو هم اشتباه کردم آوردم / تازه عروسی کردم می‌خوام فعلاً خوش بگذرونم / دو تا دارم، چه خبره مگه جوجه کشیه؟
۲. مرحله تفکر: از بچه بدم نمیاد ولی: خیلی بد و یارم یه ذره می‌ترسم / دست تنهام، نکنه تنهایی از پیشش برنیام / اگه الان بچه بیارم نمیگن چقدر هول بود؟

۱. Rippe, J.M., Lifestyle Medicine. Third Edition (۳rd ed.) ed.: CRC Press. chapter۱۸.

۳. مرحله آماده‌سازی: ماه دیگه درسم تموم میشه اقدام می‌کنم / چند هفته دیگه اسباب‌کشی دارم، جابه‌جا که شدم اقدام می‌کنم / جواب آزمایش تیروئیدم بیاد اگه خوب بود اقدام می‌کنم.

۴. مرحله اقدام: دو سه ماهه اقدام کردم / همین هفته پیش بیبی چکم مثبت شده است.

۵. مرحله نگهداری: من بیشتر از شش ماهه که اقدام کردم، هنوز خبری نیست، منتظرم، البته همه بهم میگن دیوونه‌ای، دو تا که داری دیگه بچه می‌خوای چکار؟ اما من تصمیم خودمو گرفته‌ام.

۲- نحوه تعامل با مخاطب در جلسه مشاوره

فرزنددار شدن یک خانواده، امری فرمایشی نیست؛ مانند بسیاری دیگر از مسائل اجتماعی و فرهنگی چند بعدی است و پیچیدگی دارد. اما مهم‌ترین نکته این است که این تصمیم ریشه در باورها و انگاره‌های ذهنی افراد دارد، هرچند از عوامل خارجی (مانند اقتصاد و معیشت) نیز تأثیر می‌پذیرد.

مشاوره به معنای جلسه پرسش و پاسخ نیست. اگر مراجعه کننده سؤالی داشته باشد، مشاور پاسخ می‌دهد اما اولاً باید مهارت پاسخ دادن به سؤال را داشته باشد، ثانیاً اجازه ندهد زمان مشاوره به چالش‌های رفت و برگشتی حول یک انگاره ذهنی بگذرد. مشاور باید ابتکار عمل را به دست گرفته و ابعاد دیگری از مسئله را به مراجعه کننده نشان بدهد. همچنین او باید بتواند یک ارائه انگیزشی مناسب داشته باشد. مشاوره فرزندآوری نه به معنای مرسوم مشاوره است و نه فقط سخنرانی انگیزشی و نه صرفاً یک ارائه علمی. مشاوره فرزندآوری رویکردی تلفیقی از مشاوره، انگیزه بخشی و ارائه شواهد علمی است.

مشاور باید در ورود به فضای گفت و گو، سه نکته را مورد توجه قرار دهد:

۱. آغاز ارتباط‌گیری به صورتی باشد که به مخاطب حس آرامش و راحتی منتقل شود.
۲. ادامه گفت‌وگو به صورتی باشد که مخاطب از مشاور حس دلسوزی، مسئولیت‌پذیری، خیرخواهی و تمایل به خودشکوفایی و بهبود شرایط را دریافت کند نه اجبار، بی تفاوتی، رفع تکلیف و... ۳. بسیار مهم: گفت و گو باید در «فضای بالغ» مشاور و مخاطب صورت بگیرد. ارتباط از نوع بالغ- بالغ باشد (نه والد- کودک یا حتی کودک- کودک یا کودک- والد) براساس نظریه «تحلیل رفتار متقابل» اریک برن، شخصیت انسان سه حالت دارد: کودک، والد، بالغ. در هر زمان هریک از ما ممکن است در یکی از این

حالات قرار بگیریم: افکار، احساس و رفتار کودکانه، والدانه یا بالغانه. این حالات هم حد متعادل دارد و هم حد افراط و ناهنجار. در حالت ناهنجار: رفتار کودکانه: بیش سازگار، طغیانگر رفتار والدانه: تعیین تکلیف، سرزنش و تحقیر، حمایت افراطی رفتار بالغ: رویکرد حل مسئله است.

محتوا و پیام رفتار والد این است: من می فهمم، تو نمی فهمی. پس از من اطاعت کن

رفتار کودک: من هیچ چیزی نمی فهمم، به من بگو می خوام چه کار کنی / نه من می فهمم نه تو / هرکاری می خواهی بکن.

رفتار بالغ: هم تو میفهمی هم من. بیا با هم مسئله را بررسی کنیم و به نتیجه برسیم

بالغ، از واکنش های متعادل والد و کودک، در موقعیت های مناسب و به اندازه مناسب، استفاده می کند. اگر یک موقعیت نیازمند ابراز احساس و هیجان است، آن را نشان می دهد. اگر یک موقعیت ایجاب می کند که فرد از موضع قدرت وارد شده و فرایندی را مدیریت کند، آن را انجام می دهد. علاوه بر این بالغ قادر است عکس العمل های کودک را در دیگران تشخیص بدهد. او نسبت به «کودک درون» دیگران حساس است، می تواند با آن کودک حرف بزند و آن را نوازش کند. (مهم در فرایند مشاوره)

فقط بالغ است که می تواند بدون ترس تمام اطلاعات را بررسی کند و اسیر هیچکدامشان نباشد و اقدام به یافتن اطلاعات بیشتر بنماید. او می تواند واقع نمایی افکار و احساس خود را بررسی کند. مهم است که ساحت بالغ مراجعه کننده را مورد توجه قرار دهیم. بالغ او، اسیر انگاره های ذهنی نیست.

مثال‌های عینی / برخورد با مراجعه کنندگان به مراکز بهداشت / با اندکی بزرگنمایی رفتار والدانه ارائه دهنده خدمت:

مورد اول: خانم ۲۲ ساله، ۸ ماه بعد از ازدواج، تازه ازدواج کردی که، سنی هم که نداری! هنوز خودت رو هم درست نمیشناسی چه برسه به شوهرت؛ چه جوری بخوای بچه بزرگ کنی؟! فعلاً مثل هول‌ها به بچه و حاملگی فکر نکنی! این روزهای دو نفره رو هم از دست بدی دیگه کی میخوای خوش بگذرونی؟ برو دو سال دیگه بیا برا مراقبت. الان این قرص / کاندوم رو بگیر استفاده کن. اگر رابطه محافظت نشده داشتی این قرص اورژانسی رو بخور.

رفتار کودکانه مراجع: واقعا؟ ممنون... آره راست میگی چقدر با هم چالش داریم هنوز، بچه هم بیاد که دیگه هیچ...

ذهنیت شکل گیرنده پشت رفتار ما: بارداری در ابتدای ازدواج به شدت آسیب زننده است. بارداری مجدد هرگز نباید بدون برنامه ریزی اتفاق بیفتد. فرزند داشتن حتماً و همیشه مزاحم زندگی زناشویی است. حتی اگر ازدواج در سن پایین خوب باشد، بچه دار شدن در این سن اشتباه و ظلم به بچه و خانواده است.

نتیجه: افزایش غیر منطقی و نادرست فاصله بین ازدواج و اولین فرزند در حد میانگین ۵-۶ سال / افزایش سقط عمدی جنین به علت نامطلوب انگاشته شدن شرایط بارداری / افزایش سن اولین بارداری و فاصله بین نسلی

ارائه دهنده خدمت بعد از برقراری ارتباط مناسب: خب، زندگی مشترک خوبه؟ حتماً یک چالش‌هایی با هم دارید، نه؟ طبیعیه! بالاخره تو ازدواج دو تا انسان جدا با هم یکی میشن، دو تا من، ما میشه... حتما این روند چالش هم داره... اما خب زندگی رو همیشه متوقف کرد... هر اتفاق جدید تو زندگی نشون میده جاهای بیشتری هست برای تفاهم... با هم گفت و گو می‌کنید؟ اگر بخوای فرزند دار بشی بهتره زودتر یاد بگیری که چطور افکار و احساسات رو با شوهرت درمیان بذاری و نداری سوء تفاهم‌ها به تلخی پیش

بیاد. به بچه فکر میکنی؟ چند تا بچه دوست داری؟ از نظر علمی اگر تو سن پایین‌تری بچه دار بشی بهتره. هم فوایدی که برای بدن خودت داره هم این که ناباروری و تأخیر در باروری با زیاد شدن سن زیاد میشه... دیدی حتما دور و بر خودت... اینجام که میدونی، هر زمانی که قصدش رو بکنی ما در خدمتیم برای مراقبت‌های قبل بارداری... خوشحال میشیم که ببینیم یه خانم جوون و سر حال میخواد مادر بشه

مراجع: به فرزند دار شدن فکر می‌کند... / به مهارت گفت و گو و حل مسئله فکر می‌کند... / حس حمایت و دلسوزی دریافت می‌کند / این شناخت و نگرش جدید را به جامعه پیرامونی منتقل می‌کند.

مثال‌های عینی / برخورد با مراجعه‌کنندگان به مراکز بهداشت / با اندکی بزرگنمایی

مورد دوم: خانم ۳۷ ساله، دارای دو فرزند، با بارداری مجدد رفتار والدانه ارائه دهنده خدمت: حامله‌ای باز؟! می‌خواستی چی کار؟! فکر نکردی با این سنت بچه‌ت چی درمیا؟ اگر سندروم داون داشت چی کار می‌کنی؟ اون هیچی، فکر دوتای دیگه‌ت رو نکردی؟ آینده شون، رسیدگی الانشون... یا شوهرت می‌خواست؟ اون وقتی که فشار خون و دیابت حاملگی بگیره اون میاد جواب بده؟

رفتار کودکانه مراجع: سکوت... شرم... پشیمانی... / پرخاش... تقابل...
ذهنیتی که از رفتار ما برای او شکل می‌گیرد: بارداری در سن بالا مطلقاً اشکال دارد. هم به جنین هم به مادر به شدت آسیب می‌زند. بارداری در سن بالا مساویست با معلولیت جنین، بارداری در این سن فاقد هرگونه حمایت اجتماعی پزشکی بهداشتی خواهد بود.

نتیجه: محدود شدن بازه باروری در ذهن افراد و جامعه / افزایش سقط عمدی جنین به علت نامطلوب انگاشته شدن شرایط بارداری / محدود شدن تعداد فرزندان خانواده‌ها

ارائه دهنده خدمت پس از برقراری ارتباط مناسب: خب مبارکه! سومی میشه، درسته؟ خوبه. حداقل سه تا بچه، متعادل ترین و متناسب ترین حالت برای خانواده است. پس فردا که همه ی بی بچه ها، تک بچه ها و کم بچه ها، دچار بحران تنهایی میشن تازه میفهمی خدا چه هدیه و سرمایه قشنگی بهتون داده!... خب، ۳۷ ساله هستی؟ ما اینجا از یه سن به بالا، بیشتر مامان ها رو مورد توجه و مراقبت قرار میدیم؛ از جهت فشار و وزن و این ها، نه اینکه فکر کنی مسئله خاصی هست. پس بیشتر به ما سرزن. ما اینجا بیم که مراقب تو و نی نی ت باشیم. تو آمریکا هم حاملگی های بالای ۴۰ سال ۷۰-۵۰٪ زیاد شده! اروپا هم همینه! تا هروقت که یه خانمی با تخمک گذاری قاعدگی داره، میتونه بچه دار بشه. وظیفه ماست که کنارش باشیم. مراجع: از دریافت انرژی مثبت عمیقاً شاد می شود / می داند که در هر شرایطی تحت حمایت و مراقبت سیستم بهداشتی - درمانی قرار خواهد گرفت / انگاره غلط قبیح و آسیب زا بودن «بارداری بالای ۳۵ سال» و «بارداری برنامه ریزی نشده» در ذهنش ترک بزرگی برمی دارد / این شناخت و نگرش جدید را به جامعه پیرامونی منتقل می کند.

چطور متوجه شویم که در کدام حالت قرار گرفته ایم؟

سرنخ های کلامی و غیر کلامی والد: اخم و چین های پیشانی، انگشت سبابه که اشاره می کند، سر تکان دادن، نگاه ترس آور، دست ها را بهم زدن، دست ها را روی سینه گذاشتن، صدای نج نج یا نظیر آن را با دهان در آوردن، آه کشیدن / عبارات قضاوت کننده، تحقیر کننده، محکوم کننده، استفاده از کلمات مطلق مثل همیشه و هیچ، امر کردن و....

سرنخ های کلامی و غیر کلامی کودک: بغض، لرزش لبها، گزیدن لب، کج خلقی، ناله، چشم گرداندن، شانه بالا انداختن، چشم پایین انداختن، غش غش خنده، دست بلند کردن برای اجازه حرف زدن، ناخن جویدن، وول زدن / عبارات:

نمیدونم، نمیفهمیدم، کاش، دلم میخواست، چی کار کنم، به من چه، شاید...
سرنخ‌های کلامی و غیرکلامی بالغ: صورت بالغ هنگام گوش دادن، متوجه
مراجعه کننده است. مراقب حرکات چشم و ابرو و زبان بدن خود هست.
کنایه نمی‌زند. به جای قضاوت، سؤال می‌پرسد: «چطور؟ چرا؟ چی شد که
اینطور فکر میکنی؟»، «...» حس من می‌فهمم تو نه، منتقل نمی‌کند: «به
نظر من، تا جایی که من بلدم، اینطور به نظر میرسه، ...»

۳- آن چه که باید در جلسه مشاوره اتفاق بیفتد

۱) ایجاد حس خوب

ارائه دهنده خدمت باید بتواند بین خود و مراجع فضای حسی خوبی ایجاد کند. خروج از حالت ناهنجار والد الزامیست.

۲) کشف احساس و افکار پشت رفتار

ارائه دهنده خدمت نباید مستقیماً درباره رفتار فرد (فرزندآوری) وارد گفت و گو شود. به جای نشانه گرفتن رفتار، باید سراغ احساس و افکار پشت این رفتار رفت.

۳) ایجاد آگاهی نسبت به احساس و افکار

ما باید به مراجع کمک کنیم که به افکار و احساسات خود، آگاهی پیدا کند. در این فرایند ما نیز متوجه می‌شویم که پشت رفتار مراجع چه چیزی نهفته است. از مسئله‌ای ترس دارد؟ از چیزی شرم دارد؟ نگران چه چیزی است؟ دغدغه اصلی اش برای اجتناب از این رفتار (فرزند دار شدن) چیست؟ کشف اصلی‌ترین مانع ذهنی یا عینی مراجع، نقطه کلیدی ورود ما به عنوان مشاور فرزندآوری است. یعنی باید از رفتار به فکر و از فکر به احساس او دست پیدا کرد.

۴) واقعیت‌سنجی افکار و احساس

در قدم بعد باید به مراجع کمک کنیم که بتواند نسبت احساسات و افکار خود با واقعیت را بسنجد. یعنی به کمک هم واقع‌نمایی آن فکر یا حس را مورد بررسی قرار دهیم. بسیاری از اوقات مراجع فکر خود را به عنوان

یک واقعیت پذیرفته است. ما می‌توانیم به او تلنگر بزنیم که باور او لزوماً منطبق بر واقعیت نیست. مثلاً فکر می‌کند اگر بچه‌دار شود حتماً از نظر مالی دچار شکست شده و عقب‌گرد می‌کنند. در حالیکه اگر از وی بخواهیم در دنیای واقعی مثال‌هایی بزنند که برخی وقتی بچه‌دار شدند زندگی آنها برکت بیشتری پیدا کرده چند مثال خواهد زد. گاهی حتی در یک مرحله قبل‌تر، احساس خود را به جای فکر پذیرفته. مثلاً از بارداری ترس دارد اما می‌پندارد که با فکر و منطق و به دلیل مثلاً مسائل پزشکی بارداری را به تعویق می‌اندازد.

۵) یافتن خطاهای شناختی

بعد از شناخت فکر و حس مراجع، می‌توان به خطاهای شناختی پرداخت. این خطاها شناخت افراد را مخدوش می‌کنند:

- ۵-۱- «خطای شناختی همه یا هیچ»، همه بچه‌هایی که مادرشون سن بالاست عقب افتاده میشن / هرچی خانواده پرفرزندتر، از جهت مالی فرهنگی پایین تر»
- ۵-۲- «تعمیم مبالغه آمیز» (تعمیم تمام سختی فرزند اول به بچه‌های بعدی)
- ۵-۳- «بی‌توجهی به امر و جنبه مثبت» (بی‌توجهی به نقش بی بدیل تعدد فرزند در امر تربیت یا سرمایه عاطفی خانواده)
- ۵-۴- «درشت‌نمایی» (قبح بارداری در عقد، سختی فرزندان شیر به شیر)،
- ۵-۵- «استدلال احساسی» (از بغل گرفتن نوزاد می‌ترسد لذا نمی‌تواند مادر و مراقب خوبی باشد/ نگرانی از اینکه با ورود نوزاد توجه همسرش به او کم شود)
- ۵-۶- «بایدها» (کامل‌گرایی در تامین امکانات رفاهی / کامل‌گرایی در امور تربیتی)
- ۵-۷- «برچسب زدن» (من گاهی سرهمین بچه داد می‌زنم پس مادر بی‌کفایتی هستم و نباید مجدد بچه دار شوم)

- ۸-۵- «نتیجه‌گیری شتاب زده» (خانواده عمویم پرجمعیت بودند اما تحصیلات خوبی پیدا نکردند)
- ۸-۵- «فیلتر ذهنی» (زایمان سختی داشته لذا فکر می‌کند بچه دار شدن به سلامت آسیب می‌زند)

۶) ایجاد انگیزه

همانطور که گفته شد، صرف همدلی یا فهمیدن احساس و افکار مراجع برای هدف تغییر رفتار کافی نیست و ارائه دهنده خدمت باید بتواند انگیزش مراجع را هدف بگیرد.

توجه

یکی از وظایف ما در جلسه مشاوره این است که افراد را از این نقش خارج کنیم و به او بفهمانیم می‌تواند مسئولیت‌پذیر بوده و نقش صحیح خود را بازی کند. توجه به خطاهای شناختی، اینجا نیز کمک‌کننده است.



شبهاٲ فرزندآوری و پاسخ

۱- شباهت پزشکی

۱-۱- زایمان طبیعی خطرناک است!

سؤال: آیا زایمان طبیعی خطرناک است؟ آیا احتمال مرگ مادر و بچه در این زایمان بالاست و سزارین بهتر، راحت‌تر و امن‌تر از زایمان طبیعی است؟ بیایید برای بررسی درست بودن این گزاره، آمار و مطالب موجود مرگ و میر مادران بعد از زایمان طبیعی و سزارین را براساس منابع معتبر علمی با هم مقایسه کنیم.^۱

در هلند در مطالعه‌ای خطر مرگ مادر پس از زایمان با سزارین تقریباً سه برابر بیشتر از زایمان طبیعی بود که عمدتاً به دلیل مرگ و میر ناشی از خونریزی پس از زایمان و عوارض بیهوشی بوده و در مطالعه‌ای دیگر زایمان با سزارین هفت برابر خطرناک‌تر از زایمان طبیعی بوده است. بنابراین پایین نگه داشتن میزان زایمان سزارین تا حد امکان به نفع زنان در سنین باروری است.

مرگ و میر مادران بعد از سزارین در کشورهای با درآمد بالا نادر است اما در کشورهای با درآمد متوسط تا پایین مرگ و میر مادران همچنان بالاست. در یک مطالعه جامع در سال ۲۰۱۹ که ۳ میلیون تولد سزارین را در کشورهای با درآمد کم تا متوسط شامل می‌شد ۷۶۰ مرگ به ازای هر ۱۰۰ هزار سزارین

۱. بنگرید به:

Berghella, V. Cesarean birth: Postoperative care, complications, and long-term sequelae. UpToDate. 2022.

Casanova, R., et al., Beckmann and Ling's obstetrics and gynecology. Eighth edition. ed. Obstetrics and gynecology. 2019, Philadelphia: Wolters Kluwer.

Cunningham, F.G., et al., Editors, in Williams Obstetrics, 26e. 2022, McGraw Hill: New York, NY.

Signore, C. and M. Klebanoff, Neonatal morbidity and mortality after elective cesarean delivery. Clinics in perinatology, 2008. 35(2): p. 361-371.

گزارش شده است. شایع‌ترین علت مرگ، خونریزی بعد از سزارین گزارش شده است. همچنین میزان مرگ و میر مادر همراه با زایمان سزارین ۲ تا ۴ برابر زایمان طبیعی است.

در کشورهای با درآمد کم تا متوسط مرگ و میر حول و حوش تولد یک نگرانی عمده است. لازم به ذکر است، عوارض مورد بررسی تقریباً در تمام بررسی‌ها در سزارین‌های انتخابی، بیشتر بوده است.

عوارض نوزادی سزارین: این عوارض شامل تولد نوزاد نارس با دخالت‌های پزشکی و ترومای حین تولد است،

در مطالعه جامع شامل ۲۹۶۶۹ تولد، وقوع تاکی پنه گذرای (اختلال تنفسی به صورت شمارش زیاد تعداد تنفس) نوزادی پس از سزارین برنامه ریزی شده حدوداً سه برابر بیشتر از زایمان طبیعی بود (۳.۱ درصد در مقابل ۱.۱ درصد).

همچنین ریسک ابتلا به آسم و آلرژی در کودکان حاصل از زایمان سزارین نسبت به زایمان طبیعی بالاتر است.

تصمیم‌گیری در مورد نحوه‌ی زایمان باید توسط ارائه دهنده‌ی مراقب سلامت و دریافت‌کننده‌ی آن با هم گرفته شود. فواید زایمان طبیعی موفق شامل کاهش خطر خونریزی و عفونت، کاهش بستری بعد از زایمان در بیمارستان و ریکاوری سریع می‌باشد. البته زایمان سزارین نیز ممکن است در موارد خاصی مانند جفت سرراهی لازم باشد.

در مجموع عوارض سزارین شامل عوارض مادری از جمله تب، اندومتريت (عفونت نسج رحم)، عوارض زخم، خونریزی، آسیب جراحی، ترمبوآمبولی وریدی، مرگ مادر، عوارض انواع روش‌های بیهوشی و بی‌حسی، بی‌حرکتی، مانند انسداد کاذب کولون، ترمبوآمبولی عفونی لگن، ترومبوفلیت ورید تخمدان (التهاب رگ و ایجاد لخته در آن)، عدم جلوگیری کامل از پرولاپس (بیرون زدگی) ارگان‌های لگنی و بی‌اختیاری ادراری و خطرات نوزادی و جنینی است.

خطرات طولانی مدت سزارین شامل تشکیل جفت غیرطبیعی، پارگی رحم در بارداری بعدی، عوارض اسکار(جای زخم)، چسبندگی‌های داخل شکمی و انسداد روده، نازایی، مرده‌زایی بدون علت، تولد زودهنگام، و اثرات جانبی بر روی میکروب‌های روده در نوزاد می‌باشند.

در زایمان طبیعی، کمتر از ۱۰ درصد مادران دریافت کننده داروی پیشگیری از خونریزی بیش از ۵۰۰ میلی لیتر و کمتر از ۲ درصد آنها خونریزی بیش از یک لیتر را تجربه کردند.

در سزارین، ۶۳ درصد موارد خونریزی بیش از ۵۰۰ میلی لیتر، و ۳۰ درصد خونریزی بیش از یک لیتر داشتند.

۱-۲- بارداری اندام زنانه را برهم می‌زند

تغییر تناسب اندام در طی بارداری امری غیرقابل اجتناب است و برخی از تغییرات پس از زایمان باقی می‌مانند. اما باید توجه داشت این تغییرات ظاهری، توجه ما را از فواید متعدد جسمی بارداری و شیردهی برای مادر، منحرف نکند. فواید بیشمار بارداری و شیردهی، قبل تر ذکر شده است.

۱-۳- فواصل زایمان‌ها

آیا بین زایمان‌های یک زن باید ۳ تا ۵ سال فاصله وجود داشته باشد؟ طبق مطالعات بهترین و مناسب‌ترین فاصله بعد از یک بارداری کامل و موفق، ۱۸ تا ۲۴ ماه است که البته در موارد خاص مثل سن بالای مادر یا از دست رفتن بارداری قبلی ملاحظات دارد.

طبق مطالعات جهانی فاصله گذاری ۱۸ تا ۲۴ ماه با کمترین ریسک پیامدهای ناگوار پیرامون زایمان همراه است و برای افراد بالای ۳۵ سال با در نظر گرفتن احتمال انواع نازایی با افزایش سن، فاصله گذاری ۱۲ تا ۱۸ ماه توصیه می شود. پس از زایمان سزارین، حداقل فاصله ی مناسب برای زایمان بعدی ۱۸ ماه است تا به رحم فرصت کافی ترمیم داده شود. بارداری پس از سقط جنین، بسته به آمادگی خود شخص دارد و از نظر بیولوژیک زمانی برای فاصله گذاری بین سقط و بارداری بعدی نیاز نیست.

۱-۴- سن بارداری

بارداری زیر ۱۸ سال و بالای ۳۵ سال پرخطر است؟ تعریف یکسان جهانی برای سن باروری در زنان وجود ندارد. سن باروری یک بازه است که در همه زنان شروع و پایان یکسانی ندارد. قدرت باروری واضحاً با افزایش سن کاهش می یابد. اما مطالعات نشان داده اند که به طور کلی خانم های بالای ۴۵ و بالای ۵۰ سال هم بارداری خوب با پیش آگهی خوبی را تجربه کرده اند و قادرند از پس استرس های فیزیکی و احساسی بارداری و والدگری بر بیایند.^۱

۱-۵- تعداد زایمان های مجاز

آیا بعد از دوبار سزارین از، زایمان سوم باید پرهیز کرد و بعد از سه بار زایمان طبیعی، زایمان چهارم عوارضی دارد؟ در اکثر مطالعات دیده شده که تعداد بارداری های فرد، روی نتایج

۱. Fretts, R.C. Effects of advanced maternal age on pregnancy. UpToDate. [cited ۲۰۲۲].

حاملگی‌های بعدی اثری ندارد و بیشتر عوارض حاملگی مربوط به افزایش سن مادر است و نه تعداد بارداری‌های قبلی. مطالعات انجام‌یافته از ارتباط مولتی پار بودن (زایمان بالای ۵ نوبت) و احتمال بیشتر سزارین، ترومبوز وریدی، پره اکلامپسی و فشار خون بارداری، دیابت بارداری، پرناتاسیون بد جنین و زایمان اِبزاری، زایمان طولانی، زایمان زودرس، تولد نوزاد با وزن کم، میزان بستری نوزاد در NICU، مرگ نوزاد، اختلالات مایع آمنیوتیک، و پارگی‌های پرینه حمایت نمی‌کنند. هرچند که داده‌ها به نفع برخی عوارض مثل خونریزی بیشتر پس از زایمان، اختلالات جفت و پرولاپس بند ناف در زایمان‌های ششم به بعد است.

۶-۱- درد زایمان طبیعی

زایمان طبیعی خیلی دردناک‌تر از سزارین است؟

میزان درد، بسته به آمادگی‌های حین بارداری و قبل از زایمان و شرایط بالینی مادر یا جنین درجات مختلفی دارد، ممکن است زایمان فردی سه ساعت بیشتر زمان نبرد درحالی‌که در فرد دیگری سیزده ساعت طول بکشد. علاوه بر آن که در زایمان سزارین دردهای بعد از عمل نیز تحمل می‌شود. در کل نمی‌شود برای همه حکم یکسان داد و هرکس براساس فاکتورهای مختلف، تجربه‌ی خاص خود را دارد چه در زایمان سزارین چه در زایمان طبیعی. علاوه بر آن که در زایمان طبیعی هم مانند سزارین می‌شود از بی‌حسی نخاعی و سایر روش‌های بی‌دردی که به تازگی رواج پیدا کرده، استفاده کرد. به طور ایده آل مادر باید قبل از شروع پروسه زایمان از روش‌های موجود اطلاع پیدا کند تا بتواند انتخاب مناسب را برای بی‌دردی زایمان داشته باشد.

- به طور خلاصه، فواید زایمان طبیعی و عوارض سزارین عبارت است از:
- (۱) هوشیاری در کل مراحل و تجربه کردن بهتر فرایند زایمان؛
 - (۲) احساس توانمندی و شادی بعد از زایمان به علت ترشح هورمون اکسی توسین بیشتر؛
 - (۳) آغاز سریع شیردهی؛
 - (۴) امکان بیشتر حمایت همسر در طی فرایند زایمان و ایجاد حس خوب و مثبت برای مادر؛
 - (۵) بهبود سریع مادر و انجام راحت تر فعالیت های شخصی؛
 - (۶) میزان خونریزی کم تر حین زایمان؛
 - (۷) کاهش بروز مشکلات تنفسی در نوزاد؛
 - (۸) ورود باکتری های محافظت کننده به دهان و سپس به روده نوزاد هنگامی که نوزاد از مجرای زایمان عبور می کند و ارتقای سیستم ایمنی بدن او؛
 - (۹) تحریک سیستم قلبی عروقی جنین با عبور از مجرای زایمان و گردش خون بهتر؛
 - (۱۰) کاهش بروز دیابت نوع یک در نوزادان حاصل از زایمان طبیعی؛
 - (۱۱) مرگ و میر کمتر؛
 - (۱۲) کاهش عوارض بارداری های بعدی (چسبندگی جفت، پارگی رحم و...)
 - (۱۳) دوری از عوارض بیهوشی.

۷-۱- بارداری عامل پوکی استخوان

آیا بارداری و زایمان باعث تحلیل قوای جسمی زن و پوکی استخوان می شود؟
بارداری و شیردهی با افزایش جذب کلسیم و تراکم استخوان همراه است چرا که جذب کلسیم و قرارگیری آن در بافت استخوانی در صورت کفایت منابع با افزایش برداشت آن افزایش می یابد. بنابراین در صورتی که مادر در دوره بارداری

و شیردهی کلسیم کافی مصرف کند نه تنها دچار پوکی استخوان و دندان نمی‌شود بلکه تراکم استخوان او در پایان این دوران از قبل نیز بالاتر است. برای تأمین کلسیم لازم برای اسکلت جنین ذخایر کلسیم بدن به گردش در می‌آیند. کلسیم یونیزه سرم مادر تفاوتی با غیر بارداری نداشته اما کلسیم توتال سرم کاهش می‌یابد که موجب افزایش چشمگیر هورمون پاراتیروئید مادر می‌شود که باعث حفظ سطح سرمی کلسیم می‌شود که این امر با افزایش جذب از روده و کاهش دفع کلسیم از کلیه عمل می‌کند و اسکلت، علیرغم افزایش هورمون پاراتیروئید به خوبی حفظ می‌شود، که احتمالاً اثر هورمون کلسی تونین است. هرچند که تبادل کلسیم استخوان افزایش می‌یابد، کاهش تراکم استخوان در طی بارداری در صورت تأمین تغذیه کافی دیده نمی‌شود.^۱

۸-۱- غربالگری بارداری

آیا غربالگری برای داشتن یک بارداری بدون ریسک ضروری است؟ غربالگری بارداری عمدتاً به بررسی ناهنجاری‌های کروموزومی جنین اطلاق می‌شود که مرحله اول آن یک آزمایش خون و سونوگرافی است که در هفته یازده تا سیزده و شش روز بارداری انجام می‌گردد. به سونوی آن سونوگرافی «ان تی» گفته می‌شود و در آزمایش خون آن، مقدار دو مارکر خونی بررسی می‌شود، سپس آزمایشگاه در نرم افزاری این دو مورد را با سن مادر تلفیق می‌کند و یک عدد بعنوان ریسک اعلام می‌کند که احتمال ابتلا به سندرم داون (تریزومی ۲۱ و دو سندرم دیگر تریزومی ۱۳ و ۱۸) را برآورد می‌کند. بنابراین دقت داشته باشید که این غربالگری تشخیص دهنده انواع و

1. Casanova, R., et al., Beckmann and Ling's obstetrics and gynecology. Eighth edition. ed. Obstetrics and gynecology. 2019, Philadelphia: Wolters Kluwer.

اقسام بیماری‌های جنینی نیست. از آنجایی که شیوع تریزومی ۱۳ و ۱۸ بسیار پایین است و تقریباً اغلب جنین‌های سندرم ۱۳ و ۱۸ نیز در شکم یا بدو تولد می‌میرند لذا هدف اصلی این غربالگری کشف و سقط سندروم داون (تریزومی ۲۱) است. طبق دستورالعمل وزارت بهداشت اگر پس از تلفیق نتایج سونوی ان تی و آزمایش خون مادر و سن مادر، این احتمال بین یک یک تا یک دویست و پنجاهم باشد، در این بازه مادر به تست‌های تکمیلی ارجاع می‌شود. این تست تکمیلی بصورت تهاجمی است یعنی آمنیوسنتز از طریق سوزن از روی شکم مادر انجام می‌پذیرد که ۵/۰ تا ۲ درصد احتمال سقط جنین وجود دارد، یعنی ممکن است جنین سالم باشد و حین آمنیوسنتز سقط شود.

گاه تست تکمیلی غیرتهاجمی است که یک آزمایش خون بسیار گران قیمت است. با انجام تست تکمیلی مادر تحت تست تهاجمی آمنیوسنتز قرار می‌گیرد و در صورت مثبت شدن آمنیوسنتز و سندرم دان در جنین مادر به سمت سقط جنین تا پیش از اتمام چهارماهگی هدایت می‌شود. در نتیجه فرایند غربالگری سندرم داون صرفاً مسیری برای شناسایی جنین‌های مبتلا و هدایت به سقط آنها است و عملاً کمکی به ارتقای سلامت مادر یا جنین نمی‌کند.

پیش از این در کشور ما حدود ۹۵ درصد زنان باردار، تست‌های غربالگری بارداری را انجام می‌دادند که در مقایسه با کشوری مثل هلند یا کانادا که تنها ۳۰ تا ۳۵ درصد زنان باردار آنها غربالگری میشوند عدد بالایی است و از طرفی جامعه هدف آنها هم عمدتاً زنان باردار بالای ۳۵، ۴۰ سال هستند نه همه زنان. نکته بعد هم این است که شیوع سندروم داون در ایران یک در هزار است یعنی از هر هزار مادر باردار یک نفر جنین سندروم داون به دنیا می‌آورد اما در غربالگری از هر هزار مادر باردار ۱۶۵ نفر مشکوک گزارش می‌شوند (یعنی ۱۶۴ نفر دیگر فرزند سالم داشته اما به آنها گفته می‌شود که فرزند شما

مشکوک به سندرم داون است) یعنی ۱۶/۵ درصد (یک ششم از مادرانی که غربالگری می‌شوند نتیجه آزمایشاتشان مشکوک گزارش می‌شود و به سمت تست‌های تکمیلی ارجاع می‌شوند در حالی که در کشوری مثل کشور انگلستان آزمایشگاه‌ها هر سه روز کاری به صورت آنلاین نظارت می‌شود و اگر آزمایشگاهی بالای ۲/۵ درصد از مادران باردار تحت غربالگری را مشکوک یا پرخطر گزارش کند، این آزمایشگاه دیگر حق انجام تست غربالگری را ندارد. میزان مثبت کاذب بالای نتایج غربالگری بدین معناست که آزمایشگاه یا متخصص مربوطه، تعداد زیادی از مادرانی که فرزند سالم دارند را برچسب معلولیت می‌زند و مجدد برای انجام تست‌های چندین میلیون تومانی به سمت خودش ارجاع می‌دهد.

در شرایطی که سالانه ۱ میلیون تولد در کشور ما رخ می‌دهد، با توجه به احتمال بروز سندرم داون یعنی ۱ در ۱۰۰۰ تولد، توقع می‌رود حدود ۱۰۰۰ جنین داون متولد شود. اما در فرایند غیر استاندارد فعلی غربالگری، حدود ۱۶۰ هزار جنین برچسب مشکوک به منگولیسم می‌خورند و روانه تست‌های گران قیمت می‌شوند.

بر اساس پژوهش‌های انجام شده^۱ در چند سال گذشته، حدود ۲ هزار جنین سالم بدن‌بال تست‌های تهاجمی سقط می‌شدند و ۲۰ هزار نفر از این ۱۶۵ هزار مادر نگران نیز، نه هزینه‌ای برای تست‌های تکمیلی گرانقیمت می‌پرداختند و نه تا آخر بارداری منتظر می‌شدند، بلکه عطای این بارداری را به لقای آن بخشیده و جنین خود را بصورت غیر قانونی سقط می‌کردند، لذا ما برای کشف و سقط ۱۰۰۰ جنین مبتلا، بیش از ۲۲ هزار انسان سالم را در این فرایند از دست می‌دادیم.

۱. پایان‌نامه دانشگاهی با عنوان «بررسی ارزیابی برنامه غربالگری سندرم داون و ارائه برنامه پیشنهادی جهت اصلاح» که در سال ۹۸-۱۳۹۷ در دانشگاه علوم پزشکی تهران در همکاری با وزارت بهداشت با حجم نمونه ۳ در سطح ملی انجام شد. پایان‌نامه پژوهشی مشابهی در دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۹۷ با حکم نمونه ۱۵۰۰ مورد زن باردار نتایج مشابهی نشان داد

در واقع اگر نتیجه غربالگری مادری یک دویست و پنجاهم باشد و به تست تکمیلی ارجاع بشود به احتمال ۹۹٫۹۶ درصد جنینش از نظر سندرم داون سالم است. مشکل بعدی اینجاست که به دستورالعمل غربالگری وزارت بهداشت نیز به درستی عمل نمی‌شد و بخش زیادی از مثبت کاذب بالا ناشی از عدم پایبندی عمده آزمایشگاه‌ها و متخصصین به همین دستورالعمل ابلاغی بود به نحوی که به جای آنکه مادران باردار را از آستانه ۱ به ۲۵۰ و کمتر اطمینان خاطر بدهند برعکس تا ۱ به ۲۰۰۰ را هم پرخطر تفسیر می‌کردند و درگیر تستهای گرانقیمت و بعضاً تهاجمی تکمیلی می‌نمودند.

بدین ترتیب خانواده‌های در سن فرزندآوری در چنین فرآیند پراشکالی از اینکه به سمت بچه‌دار شدن بروند پشیمان می‌شدند، در حالی که غربالگری در کشورهای دیگر بدین صورت انجام نمی‌شود؛ بلکه کاملاً اختیاری و بدون هیچ اجبار و کاملاً رایگان انجام می‌گیرد.

قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت (مصوب ۱۴۰۰) در ماده ۵۳ اعلام می‌کند: آزمایش غربالگری و تشخیص ناهنجاری جنین صرفاً به درخواست یکی از والدین با تشخیص پزشک متخصص، مبنی بر احتمال قابل توجه نسبت به وجود عارضه جدی در جنین، یا خطر جانی برای مادر یا جنین و یا احتمال ضرر جدی برای سلامت مادر یا جنین در ادامه بارداری مبتنی بر منابع معتبر علمی تجویز می‌گردد مشروط به آن که احتمال ضرر آزمایش غربالگری و تشخیص ناهنجاری حسب مورد قوی‌تر از احتمال ضرر نسبت به جنین و مادر نباشد و همچنین والدین یا پزشک احتمال عقلایی سقط در اثر آزمایش غربالگری و تشخیص ناهنجاری را ندهند و در صورت رعایت مفاد این قانون، هزینه آزمایش‌ها و تصویربرداری‌ها مربوط به مادر و جنین از سوی نظام بیمه‌ای اعم از پایه و تکمیلی (خصوصی و غیرخصوصی) قابل انجام است.

۹-۱- سقط بی دردسر

آیا سقط جنین عارضه‌ای برای مادر دارد؟

سقط جنین درهر سنی از بارداری حرام است. علاوه بر این عوارض جسمی و روانی متعددی نیز به همراه دارد که به تفصیل در بخش مربوط به سقط بیان شده است.

۱۰-۱- عوارض اقلام ممانعت از بارداری

آیا قرص‌های ضد بارداری بی خطرند؟

خیر زیرا این قرص‌ها حاوی هورمون بوده و عوارض متعددی دارند. در ادامه به تفصیل عوارض اقلام ممانعت از بارداری را بررسی می‌کنیم.

پیشگیری از بارداری به طرق مختلف صورت می‌پذیرد که می‌تواند با تاخیر در فرزندآوری و افزایش سن مادر موجب مشکلاتی چون ناباروری شوند، امروزه که زندگی مدرن قرین با مسئله‌ای چون ازدواج در سنین بالا شده است استفاده از مکانیسم‌های پیشگیری از بارداری محل سوال جدی است و مهم‌تر از آن مصرف بی رویه و بی‌قاعده ترکیبات هورمونی پیشگیری از بارداری و حتی بدون تجویز پزشک می‌تواند موجب مشکلات و بیماری‌های جدی همچون حوادث ترومبوآمبولیک شود. نکته دردناک ماجرا آنجاست که بسیاری از زنان جوان از عوارض این ترکیبات و فواید بارداری بهنگام مطلع نیستند و حتی تحلیل درستی از سلامت باروری و تخمک گذاری خود ندارند و بدون آگاهی به بهانه‌هایی چون تحصیل و اشتغال، تمایل به استفاده بی قاعده از اقلام پیشگیری از بارداری دارند، و زمانی اقدام به فرزندآوری می‌کنند که کارایی تخمدان‌ها کاهش پیدا کرده است.

واضح است که بخشی از این تمایل برای استفاده از اقلام، عدم آگاهی کافی

در مورد عوارض آن‌ها و گاه‌ها تجویز بدون اندیکاسیون علمی و دقیق در گذشته بوده است که باعث شده حساسیت‌های عمومی در استفاده روزانه از آن‌ها کاهش یابد و اکنون باید این فرهنگ با کمک ارائه دهندگان خدمت اصلاح شود.

به همین دلیل مشفقانه‌ترین مشورت از سوی مراقب سلامت، بیان ضرورت بارداری بهنگام و پرهیز از تاخیر در بارداری است، حال اگر مراجعینی علیرغم دریافت این مشاوره اصرار بر استفاده از اقلام پیشگیری دارند، لازم است به ایشان تاکید شود که حتی روش‌های کم خطر نیز اگر در یک فرد به صورت طولانی مدت استفاده شود می‌تواند مضر باشد و عوارض ماندگار برجای گذارد.

البته ترکیبات هورمونی گاه به منظور درمان برخی بیماری‌ها توسط پزشک در دوره‌های زمانی مشخص چندماهه تجویز شده و مورد ارزیابی قرار می‌گیرد و بیان عوارض این ترکیبات نباید موجب نگرانی این دسته از بیماران شود، آنچه محل تامل و دقت است مصرف بی رویه و طولانی مدت ترکیبات، بدون نظارت و ارزیابی پزشک است. در این راستا قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت در ماده ۵۱ اعلام می‌دارد: «هرگونه توزیع رایگان یا یارانه‌ای اقلام مرتبط با پیشگیری از بارداری و کار گذاشتن اقلام پیشگیری و تشویق به استفاده از آنها در شبکه بهداشتی - درمانی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی ممنوع می‌باشد و هرگونه ارائه داروهای جلوگیری از بارداری در داروخانه‌های سراسر کشور و شبکه بهداشت و کار گذاشتن اقلام پیشگیری، باید با تجویز پزشک باشد.»

در ادامه، عوارض اقلام براساس منابع معتبر علمی رشته پزشکی زنان ارائه شده اند:^۱

۱. عوارض قرص های ترکیبی هورمونی

یکی از اقلام پیشگیری از بارداری قرص های هورمونی هستند و شایع ترین آن، قرص های ترکیبی حاوی استروژن و پروژستین است که از طریق اثر بر محور هیپوتالاموس - هیپوفیز- تخمدان، سبب مهار ترشح هورمون های محرک از مغز و اثر روی تخمدان و جلوگیری از تخمک گذاری می شود.

عوارض جدی استفاده بدون اندیکاسیون استفاده از قرص های ترکیبی هورمونی:

۱) لخته خون ایجاد شده در ورید (ترومبوآمبولی): این عارضه با افزایش سن، مصرف دخانیات و چاقی تشدید می شود، از سوی دیگر برخی از دختران و زنان جوان به طور ارثی دارای بیماری زمینه ای هستند که در آن یکی از فاکتورهای انعقادی خون دچار اختلال است و این افراد گاه در اولین ماه مصرف دچار عوارض جدی و ایجاد لخته می شوند.

۲) ایجاد لخته در سرخرگ (ترومبوز شریانی): متأسفانه در زنان جوان میزان بروز لخته در عروق مغزی بالاتر از میزان بروز لخته در ورید است و مرگ و ناتوانی ناشی از آن نیز محتمل است و باید بدان توجه جدی داشت.

۳) افزایش احتمال بروز سکته های قلبی به خصوص در زنانی که مصرف دخانیات دارند.

۴) افزایش احتمال بروز فشارخون بالا، دیابت، چربی خون و سنگ های کیسه صفرا در افراد مستعد.

۱. بنگرید به:

آندوکرینولوژی بالینی زنان و ناباروری اسپیراف، ۲۰۲۰.

زنان و زایمان کانینگهام، ۲۰۲۲.

زنان و زایمان ویلیامز، ۲۰۲۲.

- ۵) آدنوم‌های کبد: آدنوم‌ها توده‌های خوش خیم در کبد هستند که موجب درد ناحیه فوقانی و راست شکم شده و در صورتی که با تصویربرداری، این یافته تایید شود باید مصرف قرص‌های هورمونی به سرعت قطع شود. البته این عارضه عموماً با قطع دارو بهبودی نسبی می‌یابد.
- ۶) افزایش خطر سرطان پستان: این عارضه به خصوص در افرادی که از سنین پایین شروع به مصرف این داروها کرده‌اند و افراد دارای جهش‌های ژنتیکی مستعد کننده سرطان پستان، بیشتر دیده می‌شود.
- ۷) افزایش خطر حاملگی مولار در مصرف کنندگان طولانی مدت این داروها (بارداری مولار، بارداری پوچ، بارداری است که در آن به جای جنین یک توده غیرطبیعی کیستیک در رحم ایجاد می‌شود).
- هم چنین مصرف ضد بارداری‌های هورمونی ترکیبی علاوه بر آثار و عوارض جدی فوق دارای آثار شایعی هستند که خطر مرگ و میر ندارند اما کیفیت زندگی فرد را مختل می‌سازند. مانند:
- تهوع، استفراغ یا اسهال
 - سردرد
 - افزایش بروز رفتارهای تکانشی در فرد همچون عصبانیت و زودرنجی
 - حساس شدن پستان‌ها
 - افزایش وزن
 - افزایش لکه‌های صورت
 - کم خونی فقر آهن
 - تغییرات خلق و خوی مانند افسردگی
 - کاهش میل جنسی
 - تغییرات آندروژنی نامطلوب صدا (مردانه شدن صدا)
 - چاقی و افزایش وزن که گاهی با محدودیت غذایی از بین نمی‌رود و برای کاهش وزن تنها راه، قطع مصرف این داروهاست

- تاخیر در بارداری پس از قطع برخی انواع قرص‌های ضدبارداری خصوصاً انواع با دوز بالا
- در کل به نظر می‌رسد مصرف ترکیبات هورمونی در زنان با مصرف دخانیات، سابقه فشار خون بالا، دیابت، بیماری روماتیسمی قلبی، چربی خون بالا و سابقه خانوادگی سکنه مغزی یا قلبی و مصرف الکل باید با احتیاط صورت بگیرد یا کلاً صرف نظر شود.

۲. عوارض قرص‌های پروژسترونی (مینی پیل)

- خونریزی‌های رحمی نامنظم
- ایجاد کیست‌های عملکردی تخمدان
- ایجاد آکنه
- عوارض ناشی از افزایش تستوسترون در اثر مصرف برخی انواع قرص‌های پروژسترون مانند مردانه شدن صدا، افزایش موهای زائد صورت، چاقی، نوسانات خلقی و...

۳. عوارض هورمون‌های تزریقی

- احتمال تشدید رشد تومور مخفی پستان
- افزایش احتمالی خطر سرطان سرویکس (دهانه رحم)
- افزایش کلسترول تام و LDL و کاهش HDL حتی در چند هفته اول بعد از تزریق
- خونریزی نامنظم قاعدگی
- احساس خستگی و افسردگی
- کاهش تراکم استخوان بخصوص در مهره‌ها و لگن در فاصله کوتاهی

پس از شروع استفاده (در سال ۲۰۰۴ و ۲۰۱۰ سازمان غذا و دارو امریکا نگرانی خود را از بروز پوکی استخوان در مصرف کنندگان دیپومدروکسی پروژسترون استات اعلام کرد و هشدار داد از این روش نباید بیش از ۲ سال استفاده کرد)

- افزایش وزن و چاقی
- کاهش میل جنسی
- اختلالات جدی قاعدگی حتی تا بیش از یکسال پس از قطع تزریق
- بروز شوک آنافیلاکسی در عرض چند دقیقه پس از تزریق
- تاخیر در حامله شدن تا چندین ماه بعد از قطع دارو: یکی از عوارض منحصر به فرد DMPA، عدم تخمک گذاری طولانی مدت به دنبال قطع مصرف است که سبب تاخیر در از سرگیری باروری می شود. دریک چهارم زنان حتی تا یک سال پس از قطع مصرف نیز، خونریزی قاعدگی منظم برنمی گردد.

۴- ایمپلنت‌ها

در متون طب زنان به صراحت بیان می شود که این روش فقط در زنانی استفاده شود که تعداد کودکان خود را کامل کرده یا مبتلا به بیماری های مزمنی هستند که ممکن است سلامت آنان در اثر حاملگی به مخاطره بیافتد. عوارض ناشی از استفاده از ایمپلنت ها عبارتند از:

- اختلال در الگوهای خونریزی: این عارضه موجب عدم تمایل زنان به استفاده از آن شده است زیرا انجام وظایف مذهبی ایشان را دچار مشکل می سازد
- تاخیر در بازگشت بارداری
- حوادث ترومبوآمبولی
- حاملگی های خارج از رحم

۵- عوارض وسایل داخل رحمی (IUD)

IUD وسیله‌ای است که درون رحم قرار می‌گیرد، مانع لانه‌گزینی جنین لقاح یافته می‌شود و انواع مختلفی دارد، شایع‌ترین آن نوع مسی و نوع هورمونی است.

IUDهای مسی با اثر اسپرم کش و تغییر محیط دهانه رحم نیز مانع باروری می‌شوند.

انواع آزاد کننده هورمون نوع دیگری از IUD هستند که در رحم، هورمون لوونورژسترول آزاد می‌کنند که مانع لانه‌گزینی می‌شود.

از آنجایی که یکی از مکانیسم‌های اثر IUD جلوگیری از لانه‌گزینی جنین حاصل از لقاح می‌باشد بعضی از مراجع استفاده از آن را شرعاً مجاز نمی‌دانند. با توجه به این که نظر مراجع محترم تقلید در این مسئله متفاوت است به مخاطب توصیه کنید که پیش از جایگذاری IUD نظر مرجع خود را از مجاری معتبر جویا شود.

عوارض شایع وسایل داخل رحمی عبارتند از:

- عفونت‌ها: مثل عفونت‌های باکتریایی مرتبط با IUD، که در اثر آلودگی حفره آندومتر در هنگام جاگذاری IUD رخ می‌دهد. یکی از عفونت‌های مهم، اکتینومایسس است که می‌تواند موجب آبسه‌های لگنی یک طرفه شود.
- خطر پاره شدن رحم
- افزایش خطر حاملگی خارج رحمی
- افزایش احتمال سقط خودبخودی، سقط عفونی و زایمان زودرس (در صورت بارداری با IUD)
- افزایش دردهای قاعدگی، درد لگنی و خونریزی (منوراژی)
- عوارض جانبی آندروژنیک مثل آکنه و هیرسوتیسم (پرمویی) و حساسیت پستان‌ها در استفاده از IUDهای پروژسترونی

۶- موانع فیزیکی (barrier)

موانع فیزیکی مانند کاندوم مردانه، زنانه و دیافراگم از ورود اسپرم به دستگاه تناسلی زن ممانعت بعمل می‌آورد، در صورت استفاده‌ی صحیح سبب محافظت چشمگیر اما نه مطلق در برابر طیف وسیعی از STD ها (عفونت‌های منتقله از راه روابط جنسی) شامل گنوره، سیفلیس، تریکومونیا، عفونت‌های HIV، هرپس و کلامیدیایی می‌شود. به جز افرادی که سابقه حساسیت به لاتکس دارند عارضه و ملاحظه‌ای در استفاده از آنها وجود ندارد و در صورت استفاده صحیح می‌تواند بیش از ۹۸ درصد از وقوع بارداری ناخواسته جلوگیری به عمل آورد.

۱۱-۱- آیا عمل‌های عقیم‌سازی مردان برگشت‌پذیر هستند؟

اگرچه وازکتومی باید فقط برای بیمارانی انجام شود که مایل به عقیمی دائمی هستند، تصمیمات در مورد باروری ممکن است در طول سال‌های باروری تغییر کند و مردی که قصد عقیمی دائمی داشته به دلایلی در تصمیم خود تجدید نظر کرده و میل به فرزندآوری پیدا کند. وازکتومی را می‌توان با تکنیک‌های میکروسرجری معکوس کرد. معکوس شدن وازکتومی شامل ریاناستوموز وازووازیستومی (مجرای دفرا) است که به طور ایده آل در محل بستن قبلی است. برگشت موفقیت آمیز وازکتومی در بهترین مراکز حدود ۳ درصد از مردان گزارش شده است نرخ‌ها با افزایش زمان بین وازکتومی و برگشت کاهش می‌یابد. مطالعات متعدد رابطه بین ویژگی‌های بیمار و احتمال درخواست در آینده برای برگشت وازکتومی را بررسی کرده‌اند. قوی‌ترین عامل پیش بینی کننده برای برگشت وازکتومی، تغییر در وضعیت تاهل است. مردان بدون فرزند، و مردانی که در زمان وازکتومی بزرگتر از ۳۰

سال سن داشتند، کمتر در آینده درخواست بازگشت دارند. هیچ ارتباطی بین مذهب، تعداد ازدواج، یا شغل بیمار و احتمال درخواست در آینده برای برگشت وجود نداشت عوامل کلیدی تعیین کننده موفقیت و باز بودن برگشت، روش وازکتومی و مدت زمان انسداد است. هرچه مدت انسداد بیشتر باشد احتمال برگشت کمتر می شود. تلاش برای جلوگیری از آسیب های غیر قابل برگشت در زمان وازکتومی صورت گرفته است. این منجر به توسعه وازکتومی با انتهای باز شده است. اسپرم نشت شده باعث پاسخ ایمنی می شود که ممکن است منجر به گرانولوم اسپرم شود، اما خطر آسیب لوله ای همزمان را کاهش می دهد. مهر و موم کردن سمت بیضه انتهای بریده شده عروق ممکن است منجر به آسیب اپیدیدیم و کاهش موفقیت در برگشت وازکتومی شود. یک مطالعه گذشته نگر بزرگ نرخ باز بودن (اسپرم موجود در انزال) را بیش از ۹۵ درصد و میزان حاملگی تقریباً ۷۵ درصد را برای مردانی که کمتر از سه سال قبل از برگشت وازکتومی تحت عمل وازکتومی قرار گرفتند، نشان داد. هر دو نرخ به صورت خطی با افزایش مدت انسداد کاهش یافت. میزان باز بودن ۷۱ درصد و میزان بارداری ۳۰ درصد برای مردانی که ۱۵ سال پس از وازکتومی تحت عمل وازواستومی قرار گرفته اند.

۲- شبهات اقتصادی

خانواده‌ها برای توجیه عدم فرزندآوری به طور معمول به برخی از مشکلات اقتصادی همچون نداشتن درآمد کافی برای تامین مخارج فرزند جدید و یا برخی توجیهات اقتصادی در زمینه مزیت خانواده‌های کوچک استناد می‌کنند. این ادعا که فرزند کمتر به معنای رفاه بیشتر و زندگی بهتر است از جمله سوء تفاهم‌های عمده در زمینه اقتصاد جمعیت است.

۲-۱- رابطه توان اقتصادی و فرزندآوری

همه ما در اطراف خود دیده ایم تمایل به داشتن چند فرزند در خانواده‌هایی که سطح اقتصادی بالاتری دارند کمتر است و با بالا رفتن توان اقتصادی خانواده‌ها اشتیاق آنها برای فرزندآوری بیشتر، زیاد نمی‌شود. با بهبود شرایط اقتصادی فرد، عموماً خانواده‌ها به سمت داشتن فرزند بیشتر نمی‌روند بلکه مخارج جاری زندگی آنها افزایش می‌یابد. در حال حاضر در جامعه ما، کاهش فرزند خواهی، نتیجه تغییر در سبک زندگی، طرز تفکر، تغییر اولویت‌ها و اهداف زندگی در کنار مشکلات اقتصادی و تورم است. بدون تردید باید مشکلات اقتصادی، هرچه زودتر حل شود. اما آیا بر طبق مشاهدات عینی، هر اندازه توان اقتصادی خانواده‌ها بیشتر شود، تمایل بیشتری به داشتن فرزند پیدا می‌کنند؟ به عنوان نمونه؛ طبق آمار مردم استان مازندران جزء پردرآمدترین مردم کشور ما هستند، درحالی که دومین استان از نظر کمترین ثبت ولادت می‌باشد. آمارها نشانگر آن است که معمولاً خانواده‌هایی که از نظر سطح درآمد بالا هستند چندان تمایلی به تعدد فرزندان ندارند.

برخی تصور می‌کنند که فرزند جدید به شدت هزینه‌های خانواده را زیاد

می‌کند و یا حداقل به اندازه یک نفر به هزینه‌های خانوار می‌افزاید. به طور نمونه اگر خانواده‌ای سه نفره، فرزند دومی را به دنیا بیاورد، تصور می‌شود که هزینه‌های خانوار حداقل ۲۵ درصد اضافه می‌شود. تأمل در مخارج خانوار حاکی از آن است که تولد فرزند جدید به تناسب تعداد باعث افزایش هزینه‌های خانوار نمی‌شود. به طور نمونه تولد فرزند دوم در یک خانواده سه نفره، هزینه‌های خانوار را کمتر از ۲۵ درصد اضافه می‌کند. هرچند هزینه فرزند جدید از خانواده‌ای به خانواده دیگر و از شهری به شهر دیگر تفاوت می‌کند ولی متوسط هزینه‌های فرزند جدید در سال‌های اولیه بیشتر به هزینه‌های پوشاک و درمان اختصاص دارد و آمدن فرزند جدید تأثیر زیادی بر سایر هزینه‌ها از جمله هزینه خوراک و مسکن ندارد.^۱

در بررسی موضوع ارتباط بین توان اقتصادی و فرزندآوری باید توجه داشت که وضعیت اقتصادی امروز و دیروز تفاوت چشمگیر پیدا کرده است. به اذعان سازمان‌های بین‌المللی، توان اقتصادی خانواده‌های امروز بیش از خانواده‌های دهه‌های قبل است. شاهد آن نیز وضعیت رفاهی خانواده‌های امروزی نسبت به سال‌های گذشته است. گرچه افزایش رفاه در سال‌های اخیر دلایل متعددی از جمله رشد و پیشرفت سریع صنعت، افزایش درآمدهای کشور، افزایش سطح سواد جامعه و دارد اما به هر حال با وضعیت رفاهی کنونی و در حضور لوازم مختلف رفاهی در خانه‌ها، پرورش کودکان بار زحمت کمتری را بر دوش خانواده و بخصوص مادر تحمیل می‌کند. همچنین وضعیت سبد غذایی، فراوانی غذاها و تنوع غذایی موجود اکثر مردم جامعه با سی سال و چهل سال قبل قابل مقایسه نیست.

آنچه سبب شده است که برخی با توجیهات اقتصادی مانع از فرزندآوری شوند آن است که، در کنار تورم و گرانی، سبک زندگی افراد جامعه نیز عوض شده است. اغلب ما قبول داریم که نسبت به دهه‌های گذشته، قناعت در

۱. عباسی ولدی، ایران جوان همان، چرایی ضرورت افزایش جمعیت.

زندگی ما کم شده، توقعات ما در زندگی بیش از اندازه نیاز شده و اسراف و مصرف گرایی در خانواده‌ها بسیار زیاد شده است. نباید فکر کرد تنها راه گشایش اقتصادی زیاد شدن «پول و درآمد» است؛ اعتدال در هزینه کرد و مدیریت مخارج زندگی، گاهی اوقات از هر افزایش درآمدی کارآمدتر است. در گذشته خرج خانواده با میزان درآمد خانواده تنظیم می‌شد، بچه‌ها طوری تربیت می‌شدند که از وسایل برادر و خواهر بزرگ‌تر خود استفاد کنند، والدین، فرزندان خود را متوقع، پرمصرف و غرق در انواع امکانات رفاهی و تفریحی بار نمی‌آوردند و به همین دلیل خلاقیت و تاب‌آوری کودکان بیشتر رشد می‌یافت. خانواده‌ها از تعمیر وسایل و قناعت در مخارج ایابی نداشتند. خداوند بر حضرت داوود وحی فرمود: «ای داوود... من بی‌نیازی را در قناعت قرار دادم اما مردم آن را در زیادی مال جست‌وجو می‌کنن و آن را نخواهند یافت»^۱ و حضرت علی(ع) می‌فرماید: «دارایی را جست‌وجو کردم و آن را جز در قناعت نیافتم، قانع باشید تا دارا شوید»^۲. علاوه بر این، برخی از مواردی که از نیازهای اساسی یا واقعی یک زندگی نیست وارد حلقه نیازها شده است. در گذشته اگر خانواده‌ای توان خرید موکت یا زیلو را نداشت خود را فقیر حساب می‌کرد، چندی بعد نداشتن فرش نشانه فقر شد و حالا اگر کسی مبل‌مان نداشته باشد خود را فقیر می‌داند. اگر نگاه به زندگی، نگاه مصرف‌گرایانه باشد، هیچ حدی از درآمد کفاف خواسته‌های افراد را نخواهد داد و هر اندازه هم که سطح اقتصادی خانواده بالاتر رود، پول، خرج «مصرف بیشتر می‌شود نه برنامه ریزی برای اموری جدید مانند فرزندآوری! در اینجا شایان ذکر است که بگوئیم از اسفند ۱۴۰۲ بنابر مصوبه هیات دولت ویزیت و درمان کودکان تا ۷ سال در تمامی مراکز دولتی کاملاً رایگان است.

۱. ابن ابی‌جمهور احسانی، عوالی الآلی، ج ۴، ص ۶۱؛ مجلسی، بحارالانوار، ج ۷۵، ص ۴۵۳.

۲. مجلسی، بحارالانوار، ج ۶۶، ص ۳۹۹.

خرج و برج

در حقیقت مخارج خانواده‌ها شامل دو قسمت خرج و برج است. منظور از خرج هزینه‌های ضروری زندگی مثل خورد و خوراک، مسکن، درمان، آموزش، خرید ضروریاتی شامل پوشاک و... است اما به قسمت‌هایی از هزینه‌های زندگی که زائد هستند و نبودنشان هیچ مشکلی را برای زندگی ایجاد نمی‌کنند؛ برج می‌گویند مواردی شامل تغییر مکرر دکوراسیون منزل، زمانی که هنوز سالم هستند، سیسمونی‌های سنگین و رنگارنگ و بی کاربرد، تفریح‌های هزینه‌بر و زیاد و خارج از حد معمول، مهمانی‌های پرهزینه با چندین مدل غذا و دسر، مصرف مکرر غذای آماده و رستورانی و

با مدیریت برج‌ها و حذف آن‌ها از سبد هزینه‌های زندگی نه تنها مشکلی برای خانواده پیش نمی‌آید بلکه روحیه قناعت و مناعت طبع در خانواده رشد می‌کند. علاوه بر آن محیط رشد خلاقیت و صفا و سادگی در خانواده ایجاد می‌شود. در خانواده‌ای که قناعت و عدم اسراف جزئی از رفتار اقتصادی آنها شده باشد علاوه بر اینکه بسیاری از هزینه‌های فرزندآوری کمتر خواهد شد، فرزندان که در این خانواده‌ها تربیت می‌شوند قدر ثروت را بهتر دانسته، در مدیریت مصرف آن و افزایش بهره‌وری (تولید بیشتر با مصرف کمتر) تواناترند.

قناعت به معنای بخل و زندگی فقیرانه نیست بلکه بهره‌مندی در حد کفاف و بهترین اندازه و بهره‌مندی از مواهب الهی معرفی شده است. در پاسخ به شباهت اقتصادی مانع فرزندآوری باید به گزاره‌های اقتصادی دینی توجه داشت، اگر ما به جهت ترس از مسائل اقتصادی از فرزنددار شدن جلوگیری می‌کنیم قبل از اسلام برخی فرزندان‌شان را از ترس فقر می‌کشتند. درست است که میان جلوگیری کردن از فرزنددار شدن و کشتن فرزند، تفاوت

بسیاری وجود دارد اما کار این دو دسته یک منطق دارد: ترس از فقر، قرآن یکی از دلایل قاطع برای رد ترس از فقر با تعدد فرزندان را ایمان به رزاقیت خدا عنوان می‌کند. مهم‌ترین مسأله در ایمان به رزاقیت خداوند اعتماد به اوست. این وعده‌های الهی ست که «ان الله یرزق من یشاء بغير حساب؛ قطعاً خداوند به هر که بخواهد بی حساب روزی می‌رساند.»^۱

و یا می‌فرماید: «اللَّهُ يَبْسُطُ الرِّزْقَ لِمَنْ يَشَاءُ مِنْ عِبَادِهِ وَيَقْدِرُ لَهُ إِنَّ اللَّهَ بِكُلِّ شَيْءٍ عَلِيمٌ؛ خداست که هر کس از بندگان را بخواهد وسیع روزی و یا تنگ روزی می‌گرداند، که همانا او به هر چیزی از مصالح خلاق داناست.»^۲

و نیز می‌فرماید: «قُلْ إِنَّ رَبِّي يَبْسُطُ الرِّزْقَ لِمَنْ يَشَاءُ مِنْ عِبَادِهِ وَيَقْدِرُ لَهُ وَمَا أَنْتُمْ مِنْ شَيْءٍ فَهَوٍ يُخْلِفُهُ وَهُوَ خَيْرُ الرَّازِقِينَ؛ بگو: خدای من هر که از بندگان خود را خواهد وسیع روزی یا تنگ روزی می‌گرداند، و شما هر چه در راه رضای حق انفاق کنید به شما عوض می‌بخشد و او بهترین روزی دهندگان است.»^۳ خداوند در قرآن قاطعانه روزی خانواده و فرزندان را تضمین کرده و فرموده: «وَلَا تَقْتُلُوا أَوْلَادَكُمْ خَشْيَةَ إِمْلَاقٍ نَحْنُ نَرْزُقُهُمْ وَإِيَّاكُمْ؛ فرزندان را از ترس فقر، نکشید! ما آنها و شما را روزی مدهیم.»^۴

در روایات نیز بیان شده: فردی در نامه‌ای به امام موسی کاظم (ع) نوشت: پنج سال است که از آمدن فرزند جلوگیری می‌کنم، چرا که همسر من از فرزنددار شدن کراحت دارد و می‌گوید از آنجا که ما فقیر هستیم تربیت فرزندان برای ما سخت خواهد بود. امام (ع) در پاسخ نوشت: «به دنبال فرزند باش که خداوند روزی فرزندان را می‌دهد»^۵.

همانطور که می‌دانیم رزق فقط شامل مسائل مالی و کمیت اقتصادی زندگی

۱. آل عمران (۳): ۱۷

۲. عنکبوت (۲۹): ۶۲

۳. سبأ (۳۴): ۳۹

۴. اسراء (۱۷): ۳۱

۵. کلینی، الکافی، ج ۶، ص ۳.

نیست و جنبه‌های دیگری را نیز در بر می‌گیرد. از جمله تربیت خوب فرزند، برکت در مال، صبر و حوصله در برخورد با دیگران، خوش اخلاقی، دوست خوب، کمک بیشتر همسر با ورود فرزند جدید، بالا رفتن آگاهی و اطلاعات و مهارت‌های زندگی، و همچنین امدادهای غیبی. اگر کمی فکر کنیم شاید خودمان نیز موارد متعددی از امدادهای غیبی خداوند را در رفع گره‌های اقتصادی ازدواج و فرزندان در اطرافمان به یاد بیاوریم.

خداوند راه‌هایی را برای بهره‌بردن از رزق الهی قرار داده است. در آیات نورانی اول سوره طلاق، اصلی‌ترین راه‌های بهره‌بری از رزق، تقوا و توکل بیان شده است: «و من یتق الله یجعل له مخرجا و یرزقه من حیث لا یحتسب، و من یتوکل علی الله فهو حسبه، ان الله بالغ امره قد جعل الله لكل شیء قدرا (هرکس از خدا پروا کند خدا برای او راه بیرون شدنی قرار می‌دهد و از جایی که حسابش را نمی‌کند به او روزی می‌رساند و هرکس بر خدا اعتماد کند او برای وی بس است. به راستی خدا برای هر چیزی اندازه‌ای مقرر کرده است).^۱ حال سؤال اینجاست که این راه نجات و گشایش به چه صورتی برای انسان متقی و متوکل قرار داده می‌شود؟ علامه طباطبایی در تفسیر المیزان به تبیین احتمالی که به صحت نزدیک‌تر است می‌پردازد و می‌فرماید که خداوند برای رساندن رزق به افراد نیازی به انجام اسباب و سبب امور ندارد بلکه چون تمام اسباب و علت و ارتباطاتشان با امور به دست خداست، اسباب را طوری می‌چیند که رزق به فرد برسد.

۳- کمبود منابع طبیعی و مسئله‌ی مدیریت منابع

یکی از توجیهات پیشگیری از تعداد فرزندان، کمبود منابع طبیعی است حال آن‌که:

۱. مسئله کمبود منابع طبیعی بواسطه افزایش جمعیت اولین بار توسط توماس رابرت مالتوس در دو قرن پیش مطرح شد اما تا کنون درستی نظریه‌اش به اثبات نرسیده است بلکه شواهد برخلاف آن نیز فراوان موجود است.

۲. آنچه امروز تهدیدکننده‌ی منابع مورد نیاز انسان است، جمعیت است یا اسراف افسار گسیخته؟ به آمار زیر توجه کنید:

سرانه‌ی مصرف آب در ایران حدود دو و نیم برابر مصرف جهانی، مصرف برق و مصرف گاز سه برابر میانگین جهانی، مصرف بنزین شش برابر میانگین جهانی، سرانه‌ی مصرف برنج در ایران بیش از دو برابر مصرف جهانی، سرانه‌ی مصرف روغن سی درصد بیشتر از مصرف جهانی، سرانه تولید زباله و پسماند بیش از دو و نیم برابر میانگین جهانی است. مصرف سالیانه نوشابه چهار برابر، نمک دو برابر، شکر شش برابر متوسط جهانی است و در مصرف لوازم آرایش نیز دومین کشور غرب آسیا و هفتمین کشور دنیا هستیم.^۱

۳. دو خانواده که درآمد یکسان دارند اما یکی ۵ نفره است و دیگری ۳ نفره. پدر خانواده پنج نفر مدیریت اقتصادی بهتری دارد. در خانه خانواده سه نفره وسایل غیر ضروری بیشتر و اسراف بیشتری به چشم می‌خورد. بنابراین مشکل اصلی، مدیریت اقتصاد خانواده است. غرب مادی‌گرا معتقد است که خدا عالم را خلق کرده و کنار کشیده و اداره‌ی عالم به دست خود انسان است. در حالیکه ما معتقدیم خدا عالم

۱. سیاح، اقتصاد مقاومتی در عرصه خانواده، ص ۱۱۳.

را آفریده و لحظه به لحظه آن را اداره میکند. در تمام قرآن ردپایی از این که خدا نگران تمام شدن خزائنش باشد نمی‌بینیم. و می‌فرماید: اگر خدا روزی را بر بندگانش فراخ گرداند، مسلماً در زمین سر به عصیان برم‌دارند؛ لیکن آنچه را بخواهد به اندازه‌ای (که مصلحت است) فرو می‌فرستد. به‌راستی که او به حال بندگانش آگاه و بیناست.^۱

۴. جمعیت در کشورهایی که از منابع زیرزمینی و روی زمینی و موقعیت استراتژیک برخوردارند جزو ارکان اصلی و راهبردی محسوب می‌شود. ایران چهارمین دارنده منبع گاز (۱۸٪ ذخایر گاز جهان) و چهارمین دارنده منابع نفت جهان (۱۱٪ ذخایر نفت جهان) بوده و حدود ۲ درصد از منابع معدنی را در اختیار دارد. اما جمعیت ایران تنها یک درصد از جمعیت جهان است. ۵. ایران کشوری ۴ فصل است و باکیفیت‌ترین محصولات کشاورزی در شمال تا جنوب آن قابل کاشت و بهره‌برداری است. شاه‌رخ‌ظهیری، پدر صنایع غذایی کشور می‌گوید: «ما در صنعت غذا نه تنها می‌توانیم بالاترین جمعیت خود را که مقام معظم رهبری عدد آن را دست کم ۱۵۰ میلیون نفر گفته‌اند تأمین کنیم، بلکه می‌توانیم صادرکننده برای بازار ۴۰۰ میلیونی منطقه باشیم. در حال حاضر ظرفیت کارخانجات موجود بیش از ۴۰۰ درصد نیاز کشور است و باید آن‌ها را برای صادرات فعال کرد. در دوران تحریم، صنعت غذایی کشور کمترین آسیب را دید. صنعت غذایی ایران ارزش افزوده‌ی بالایی دارد.»^۲

۱. شوری، ۲۷: «و لو بسط الله الرزق لعباده لبغوا فی الارض و لکن ینزل بقدر ما یشاء اِنَّهٗ بعباده خبیر بصیر»
۲. بنگرید به: عباسی ولدی، «ایران جوان همان، چرایی ضرورت افزایش جمعیت» و تهرانی، رساله نکاحیه - کاهش جمعیت، ضربه‌ای سهمگین بر پیکر مسلمین، ص ۱۳۶.

۴- شبهات تربیتی

۴-۱- فرزند کمتر، وقت بیشتر!

۱. سبک زندگی: سبک زندگی کنونی وقت‌گش است. امروزه مصرف‌گرایی بیش از حد رواج یافته است و خیلی از غیرضروری‌ها ضروری شده‌اند؛ لذا بسیاری از وقت والدین صرف فعالیت‌هایی می‌شود که برای تهیه دغدغه‌های غیرضروری انتخاب شده‌اند. مادران دهه شصت و مادران کنونی را با هم مقایسه کنیم: لباس و کهنه بچه شستن و تهیه مربا و ترشی و خیاطی و دوخت لباس و بافتن لباس و... برای مادران آن زمان، بسیاری امکانات رفاهی و تکنولوژی‌های تسهیل‌گر زندگی روزمره برای مادران کنونی، وجود نداشت! پس چرا مادرهای گذشته وقت بیشتری داشتند؟

۲. صرفه جویی در وقت با فرزندان بیشتر: در سبک زندگی پدران و مادران ما، فرزندان بزرگ‌تر در نگهداری فرزند و کارهای خانه کمک کار والدین بودند. بچه‌ها بر اساس روش تربیتی به دو گروه خدمتگزار و خدمت پذیر تقسیم می‌شوند بچه‌های خدمتگزار آنهایی هستند که تنها طالب خدمت دیگران به خویش نیستند بلکه بار خودشان را از دوش دیگران برمی‌دارند و به دیگران هم کمک می‌کنند. بچه‌های خدمت پذیر از انداختن بارشان بر روی دوش دیگران احساس بدی ندارند تکلیف برداشتن بار دیگران هم از طرف این بچه‌ها معلوم است. انسان به طور فطری دوست ندارد مزاحم دیگران شده و بار دوش آن‌ها باشد، ما باید مراقب باشیم فرزندانمان از مسیر فطرت خارج نشوند.

۳. پاسخ‌گویی به نیاز کودکان: اساسی‌ترین نیاز کودکان، بازی است. بازی، هم‌بازی می‌خواهد. وقتی هم‌بازی نباشد باید والدین خود هم‌بازی فرزندان شوند و همین مسئله سبب کاهش وقت آن‌ها می‌شود. هرچند امروزه والدین جوان به دلیل مشغله وقت گذاشتن برای فرزند را خیلی کم انتخاب می‌کنند

در نتیجه بیشتر کودکان به سمت گوشه‌ای، تبلت و یا بازی‌های رایانه‌ای جذب خواهند شد. که این مسئله عوارض نامطلوبی برای آن‌ها دارد.

۲-۴- ادامه تحصیل یا اشتغال مادر

۱. ما می‌خواهیم با تحصیلات عالی‌هی خود، در جامعه فردی مؤثر باشیم اما غافل از آنیم که مادری کردن به جهت تأثیر مستقیم و غیرمستقیم بر جریان‌های اجتماعی، علمی و فرهنگی یک کشور، از اجتماعی‌ترین کارها و مؤثرترین انواع فعالیت و حضور اجتماعی زن است. علاوه بر این که بسیاری از مشکلات اجتماعی فعلی، ناشی از خارج شدن مادر از جایگاه حقیقی خودش است.

۲. تدابیری اندیشیده شود که تا حد ممکن تحصیل با فرزندداری منافات و اصطکاک نداشته باشد. مثلاً تحصیل را به تاخیر بیاندازد. مدرک‌گرایی کنار گذاشته شود و معرفت‌افزایی هدف قرار بگیرد. علم و آگاهی خارج از سیستم‌های آکادمیک مرسوم هم قابل دستیابی است.

۳-۴- فرزند کمتر، تربیت بهتر؟

۱. از اصلی‌ترین عوامل تأثیرگذار در تربیت فرزند، پرکردن وقت بچه بصورت مفید است. بهترین گزینه برای چنین هدفی، يك كودك ديگر است. نوع آفرینش آن‌ها به گونه‌ای است که در کنار يك كودك ديگر احساس آرامش می‌کنند.

۲. تربیت فرزند اول خشت اول تربیت است که می‌تواند الگویی برای تربیت بقیه فرزندان باشد. بنابراین هرچند تربیت فرزند اول دشواری‌هایی دارد ولی به دلیل کسب تجربه، تربیت فرزندان بعدی سهل‌تر خواهد بود خصوصاً که همواره فرزندان بزرگتر، تربیتی که از والدین خود فرا گرفته‌اند به خواهر و برادرهای کوچکتر خود انتقال خواهند داد.

۳. معایب تك فرزندی بر کسی پوشیده نیست. از جمله: احساس تنهایی فرزند، لوس شدن، از دست دادن استقلال شخصیت (فرزندان در محیط خانواده پرجمعیت می‌فهمند که هرکسی باید گلیم خود را از آب بیرون بکشد و خانواده تنها زمینه‌ساز است. تك فرزندها اکثراً وابسته به خانواده بارآمده و استقلال شخصیت خود را از دست می‌دهند)، ضعف داشتن در بکارگیری قانون زندگی (یکی از حسن‌های دعوای طبیعی آن است که بچه‌ها با خشونت و تندی به صورت طبیعی آشنا شده و وقتی در جامعه با برخوردهای خشن مواجه می‌شوند به این راحتی عقب نمی‌کشند)، آسیب‌پذیری و کم‌تحملی در رقابت‌های اجتماعی (زیرا آنها پیش از آن نه تنها رقابت نکرده‌اند بلکه همیشه بدون آنکه زحمتی بکشند در کانون توجهات بوده‌اند)، اضطراب شدید پدر و مادر (به دلیل احتمال از دست دادن فرزند، نمی‌گوییم داغ فرزند برای کسانی که چند فرزند دارند سبک‌تر است اما برای خانواده‌های تك فرزند سخت‌تر است)، از بین رفتن نسل عمو و دایی و خاله و عمه، خلأ عاطفی (رابطه عاطفی با برادر و خواهر يك نیاز است) اضطراب و فشار برای نگهداری والدین (بچه‌های تك فرزند برای نگهداری والدین‌شان در آینده دچار اضطرابند زیرا جمع میان کار و زندگی شخصی و نگهداری والدین راحت نیست و ...)

۴. مقام معظم رهبری می‌فرماید: «بعضی‌ها می‌گویند که شما می‌گویید فرزند زیاد (داشته باشید) خب اگر (فرزندان) زیاد شدند در خانه، تربیتشان نمیتوانیم بکنیم؛ این حرف غلط است. تربیت فرزند، تربیت تک‌تک فرزندان نیست، تربیت محیط خانواده است. محیط خانواده که خوب بود، چه بچه یکی باشد چه پنج تا باشد، فرقی نمی‌کند، خوب تربیت می‌شوند. به‌طور طبیعی، به‌طور غالب خوب تربیت می‌شوند.»^۱

۱. بیانات مقام معظم رهبری، آذر ۱۳۹۵.

۴-۴- عدم حوصله برای تربیت فرزندان

۱. معمولا والدین بر سر چیزهایی حرص می‌خورند که حرص خوردنی نیست؛ مثلا بچه ریخت و پاش می‌کند، عصبانی می‌شوند. نظم آن چیزی نیست که خانه را به پادگان تبدیل کند بلکه باید معنای نظم را بدانیم. برای بدست آوردن ملاک‌های نظم در هر چیزی باید آن را خوب بشناسیم. نظم در تربیت کودک، آزادی دادن به او در هفت سال اول زندگی اوست. یکی از لوازم آزادی، ریخت و پاش‌هایی است که می‌کند. چقدر دنیای مدرن سنگ‌دل شده که ما را به گونه‌ای بار آورده که با خطی که کودکمان روی دیوار خانه‌مان می‌کشد، حاضریم هزاران خط روی روح و روان او بکشیم. ما نپذیرفته‌ایم که بچه‌ها بچه‌اند و با بزرگ‌ترها فرق دارند. درضمن باید توجه داشت که شما هر اندازه يك نفر را دوست داشته باشید، تحملتان هم نسبت به کارهای او بالا می‌رود. نکته دیگر آنکه؛ تمام بار تربیت را نباید بر دوش مادر انداخت. پدرها هم اگر تمایل به فرزند بیشتر دارند باید به صورت جدی کمک کار مادران باشند. درضمن اگر رسیدگی به فرزندان، والدین را عصبانی می‌کند باید توجه داشته باشند که عصبی بودن علل مختلفی دارد. از کمبودهای جسمی و اشکالات تغذیه‌ای تا مسائل روان پزشکی و رفتاری. باید مشکل را با مطالبه و با مراجعه به کارشناس مربوطه (پزشک یا مشاور) پیدا و حل کرد.

۲. ما زندگی را تفرج‌گاهی فرض کرده و گمان کرده‌ایم باید با هر چه تفریح‌مان را به هم بزنند، در بیفتیم. اگر کسی تربیت را پرورش انسان برای جانشینی خدا بداند بی‌حوصله نمی‌شود. فراموش نکردن هدف آفرینش اصلی‌ترین رکن تربیت است. مشکلات راه، به دلیل ارزشمند بودن مقصد، نه تنها قابل تحمل بلکه شیرین است. امام خمینی خطاب به نوه خودشان که از شیطنت بچه خود گله می‌کرد می‌فرماید: «من حاضرم ثوابی که تو از تحمل شیطنت حسین می‌بری، با ثواب تمام عبادات خود عوض کنم.»

۴-۵- طعنه‌های مردم

انسان در زندگی خود باید ملاک و معیار ثابتی داشته باشد. امام صادق علیه السلام می‌فرماید: «رضایت مردم را نمی‌توان به دست آورد و زیانشان را نمی‌شود کنترل کرد».^۱ اگر کسی توجه کند که رضای الهی در فرزندآوری است و اینکه آینده کشور با بحران جدی روبرو خواهد شد ولی باز به حرف مردم توجه کند، دنیا و آخرت خود را باخته است. امام حسین (ع) در پاسخ کسی که راجع به خیر دنیا و آخرت سوال کرده بود فرمود: «همانا کسی که رضایت خدا را به قیمت خشم مردم به دست می‌آورد، خداوند او را از مردم کفایت می‌کند و هرکسی که رضایت مردم را به قیمت خشم خداوند طلب کند، خداوند او را به مردم واگذار خواهد کرد.» امام باقر علیه السلام نیز می‌فرماید: «کسی که طاعت الهی را به کاری که مردم را به خشم می‌آورد ترجیح دهد، خداوند او را از دشمنی هر دشمن و حسادت هر حسود و سرکشی هر یاغی کفایت خواهد کرد و خداوند یار و پشتیبان او خواهد بود.»^۲

۱. صدوق، امالی، ص ۱۶۴.

۲. حرعاملی، وسائل الشیعه، ج ۱۶، ص ۱۵۲.



معایب تک فرزندی و
مزایای چند فرزندی

تمایل به کاهش تعداد فرزندان در خانواده یکی از مسائل مهم در ایران است. اغلب والدین ترجیح می‌دهند فرزندان زیادی نداشته باشند. براساس گزارش‌های مرکز آمار چند سال است که نرخ باروری در ایران به کمتر از ۲ رسیده و رو به کاهش است^۱ این آمار حکایت از افزایش پدیده تک فرزندی در کشور نیز دارد. هم چنین پژوهش‌ها نشان می‌دهد تک فرزندی قطعی طی یک دهه گذشته در ایران افزایش یافته است.^۲ این پدیده را از ابعاد مختلفی می‌توان بررسی کرد. ما در این نوشتار به وجوه مختلف این مسأله می‌پردازیم.

آسیب‌های تک فرزندی (فردی، خانوادگی، اجتماعی)^۳

۱- آسیب‌های تک فرزندی بر فرزندان

۱. مرکز آمار ایران، ۱۴۰۰.
۲. شجاعی، جواد، عرفانی، امیر (۱۳۹۸). روند و الگوی تک فرزندی در ایران. فصلنامه علوم اجتماعی، ۲۶ (۸۵)، ۱۰۴-۸۹.
۳. بنگرید به:
خلیلیان شلمزاری، محمود (۱۳۹۷). بررسی پژوهش‌های روان‌شناختی داخلی در تک‌فرزندی: مرور سیستماتیک. دوفصلنامه پژوهش نامه اسلامی زنان و خانواده
هژبرخواه، ام البنین، قهراری شهریانو، معاریان نادره، لطفی مژگان. مقایسه رابطه والد - فرزندی، سبک‌های هویت و شفقت به خود نوجوانان خانواده‌های تک فرزند و چند فرزند. رویش روان شناسی. ۱۳؛ ۱۴۰۲ (۱): ۱۰-۱۱
Downey, D. B. and Condron, D. J. (2004). Playing well with others in kindergarten: the benefit of siblings at home. *Journal of Marriage and Family*, 66(2), 333-350
Ward, A. (1930). The only child: A study of one hundred only children living at home with both parents, referred, to a child guidance clinic. *Smith College Studies in Social Work*, 1(1), 41-65.
Berger, S., & Nuzzo, K. (2008). Older Siblings Influence Younger Siblings' Motor Development. *Infant and Child Development*, 17, 607-615.
Carolyn White (2004). The Seven Common Sins of Parenting An Only Child: A Guide for Parents and Families

۱-۱- آسیب‌های جسمی^۱

۱) احتمال ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی و دیابت در تک فرزندها هنگامی که به سن بزرگسالی می‌رسند بیشتر از دیگر افراد جامعه است. یکی از اثرات چند فرزندی که در پژوهش‌ها مورد مطالعه قرار گرفته است رشد حرکتی و آمادگی جسمانی بیشتر است. نتایج یک مطالعه حاکی از آن است که خواهر و برادر بزرگ‌تر بر رشد حرکتی خواهر و برادر کوچک‌تر تأثیر می‌گذارند، چون کودک کوچک‌تر از خواهر و برادر بزرگ‌ترش تقلید می‌کند. در پژوهش دیگری که روی کودکان ۳ تا ۶ سال انجام شد، نتایج نشان داد که کودکان در خانواده‌ای با خواهر و برادر، مستقل از سن و جنسشان، تمایل واضحی به پرورش توانایی‌های حرکتی نشان می‌دهند.^۲

در مجموع مهارت‌های حرکتی در اغلب کودکان تک فرزند تا حدی ضعیف‌تر است. مهارت‌هایی از جمله چابکی، پریدن و بازی با توپ که امکان تشدید این ضعف‌ها با افزایش سن وجود دارد.

۲) افرادی که تک فرزند هستند، اعم از زن یا مرد، اگر به سن ۵۰ سالگی برسند، باقیمانده طول عمرشان کوتاه‌تر است. به بیان دیگر احتمال مرگ آنها بعد از سن ۵۰ سالگی از کسانی که خواهر و برادر دارند بیشتر می‌شود.

۳) اغلب تک فرزندها در سنین مدرسه و جوانی نمایه توده بدنی بیشتری دارند یا به بیان دیگر دارای اضافه وزن هستند که خود بسترساز بیماری‌های دیگر است.

۴) کودکان تک فرزند با احتمال بیشتری دچار امراض جسمی از قبیل تب، سرماخوردگی و اسهال می‌شوند.

۱. بنگرید به: نوذر نخعی، آسیب‌های تک فرزندی به سلامت فرزند، والدین و جامعه، ۱۴۰۱.

2. Rodrigues, L. P., Luz, C., Cordovil, R., Mendes, R., Alexandre, R., & Lopes, V. P. (2021). Siblings' Influence on the Motor Competence of Preschoolers. Children (Basel, Switzerland), 8(3)

۲-۱- آسیب‌های روان^۱

از دیگر مزایای داشتن خواهر و برادر، اثرات مثبت بر ابعاد مختلف سلامت روان است. یافته‌های پژوهشی در ایران حکایت از آن دارد که میانگین رتبه روان آزدگی و روان گسستگی دانش آموزان خانواده‌های یک و دو فرزند به طور معناداری بیش از دانش آموزان خانواده‌های دارای بیش از دو فرزند است.^۲ پژوهش دیگری در کودکان مقطع ابتدایی نشان داد که تفاوت معناداری میان مشکلات رفتاری (شامل اضطراب، افسردگی، پرخاشگری و...) کودکان در خانواده‌های تک فرزند و دو فرزند وجود دارد و دوفرزندی‌ها مشکلات کمتری نسبت به تک فرزندی‌ها دارند.^۳

۲) احتمال وقوع اختلالات شخصیتی در افراد تک فرزند ۲.۴ برابر سایرین می‌باشد (اختلالات شخصیت مانند رفتارهای خشک و غیر قابل انعطاف که مانع سازگاری افراد با الزام‌های زندگی روزانه می‌شود و روابط آن‌ها را با دیگران مختل می‌سازد)

۳) در مطالعه‌ای که به بررسی برخی ویژگی‌های شخصیتی در دختران دبیرستانی تک فرزند و چند فرزند پرداخته است، انعطاف‌پذیری و دلی‌پذیر بودن در دانش آموزان چند فرزند بالاتر از تک فرزندان است. همین‌طور

۱. بنگرید به:

بیابانگرد، فرزند من و رسانه، ۱۳۸۷.

تاجیک، اسماعلی، فرزند کمتر یا بیشتر، ۱۳۷۵.

حق‌شناس، آسیب‌شناسی خانواده، ۱۳۸۸.

خانواده پویا، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره)، ۱۳۸۶.

رحمتی شهرضا، بررسی ازدیاد یا کنترل جمعیت، ۱۳۹۱.

سادات، رفتار والدین با فرزندان، انجمن اولیا و مربیان، ۱۳۷۵.

۲. زارعی توپخانه، محمد. (۱۳۹۴). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و رضایت از زندگی دانش آموزان خانواده‌های دارای تک و دو فرزند با بیش از دو فرزند. اسلام و پژوهش‌های روان‌شناختی، ۱۱ (پیاپی ۱)، ۹۵-۱۱۴.

۳. بنگرید به: ساطوریان، سیدعباس، طهماسیان، کارینه، و احمدی، محمدرضا. (۱۳۹۳). مقایسه مشکلات رفتاری کودکان در خانواده‌های تک فرزند و دو فرزند. روان‌شناسی و دین، ۷ (پیاپی ۲۷)، ۶۵-۸۰.

خودکارآمدی، سازگاری اجتماعی و سازگاری تحصیلی در دانش آموزان چندفرزند بالاتر از تک فرزندان است.^۱

پژوهش‌های متعدد دیگری هم که درباره مقایسه ابعاد مختلف شخصیتی و روانی تک فرزندان و چندفرزندها انجام شده است. نشان می‌دهد: «تکفرزندها معمولاً به‌صورت افراط یا تفریط دارای مهارت‌های زندگی و توانمندی‌های فردی هستند.^۲

۴) علاوه بر آن احتمال آنکه دانش جویان تک فرزند دچار علائم افسردگی، اضطراب و یا ترکیبی از هر دو شوند، بیشتر از دانش‌جویانی است که خواهر و برادر دارند درباره ابعاد هیجانی فرزندان نیز در دو مؤلفه «فقدان آگاهی هیجانی» و «محدودیت در دستیابی به راهبردها» تک فرزندها مشکلات بیشتری داشتند.^۳

۱. بنگرید به: میرغفوریان، زینت السادات (۱۳۹۳). مقایسه ویژگی‌های شخصیت، خودکارآمدی، سازگاری و کمالگرایی دانش آموزان دختر تک فرزند و چند فرزند مقطع دبیرستان. دانشگاه آزاد اسلامی - دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود - دانشکده علوم انسانی

۲. بنگرید به: شجاعی، جواد، و یزدخواستی، بهجت. (۱۳۹۶). تجربه زیسته تک فرزندان از تک فرزندی: مطالعه دختران بالای ۱۸ سال. زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)، ۱۵ (۴)، ۴۴۷-۴۷۶.

۳. بنگرید به: اسکویی شمالی، آرزو، و لسانی، میثم. (۱۳۹۶). مقایسه کنترل هیجانی نوجوانان تک فرزند و فرزندان اول دارای همشیر. کنفرانس ملی پژوهش‌های نوین ایران و جهان در روانشناسی، علوم تربیتی و مطالعات اجتماعی

۲- آسیب‌های تربیتی

والدینی که تنها یک فرزند دارند همه توان روانی و عاطفی و اقتصادی خود را صرف همین یک بچه می‌کنند. این توجه و مراقبت افراطی می‌تواند زمینه ساز مشکلات زیادی در شیوه فرزندپروری والدین و به تبع مشکلات تربیتی در فرزندان باشد.

کارولین وایت استاد دانشگاه کالیفرنیا در کتاب «هفت اشتباه رایج والدین تک فرزند» این موارد را به عنوان اشتباه‌های فرزندپروری والدینی که تنها یک فرزند دارند نام می‌برد: مصرف گرایی، حمایت بیش از حد، عدم نظم و انضباط، پاداش بیش از حد، کمال گرایی، رفتار با کودک مثل بزرگسال و تعریف و تمجید بیش از حد. او معتقد است این خطاها می‌توانند بسیار مخرب باشند.

به هر روی پیرامون آسیب‌های تربیتی تک فرزندی مقالات متعددی نگاشته و چاپ شده است. در ادامه خلاصه‌ای از این مقالات را مرور خواهیم کرد.

۱) فرزند سالاری

در خانواده‌های تک فرزندی، بیش از حد به خواسته‌ها و مطالبات فرزند توجه شده و اغلب افراط و زیاده روی والدین در برآوردن خواسته‌های تنها فرزندشان مشاهده می‌شود. هر چند این خواسته‌ها غیر منطقی، بلند پروازانه و فراتر از توان و بنیه مالی و یا حتی بیرون از مرزها و حدود قانونی و شرعی باشد.

این توجه بیش از حد والدین و قرار دادن فرزند در کانون توجهات اثرات سوئی بر شخصیت کودک دارد. اینگونه کودکان غالباً حساس، زود رنج، پرتوقع و کم صبر هستند، نمی‌توانند عواقب اشتباهات خود را آزموده و مسئولیت عمل

خود را بپذیرند. این کودکان از جامعه پیرامون شان انتظار دارند همانند والدین با آن‌ها رفتار کرده و چتر حمایت خود را بر سر آنان بگسترانند. تک فرزندها کمتر با مشکلات مواجه شده و در معرض تجربه کردن شکست، ناکامی، رانده شدن و... قرار نمی‌گیرند و شرایطی را که لازمه بلوغ روحی و روانی است تجربه نمی‌کنند. در بسیاری اوقات از آنجا که دنیای واقعی کاملاً مطابق میل و خواسته این کودکان و پاسخگوی توقعاتشان نیست، دچار سرخوردگی و ناسازگاری می‌شوند. به علاوه فرزند سالاری مانع شکل گیری شخصیت فعال فرزند می‌شود. شخصیت فعال شخصیتی است که بر اساس آن، فرد نسبت به نگرش و رفتار خود هوشیار است، به راحتی تصمیم گرفته، کار خود را با اعتماد به نفس به پیش برده و آن را به اتمام می‌رساند و کمتر دچار تردید می‌شود.

۲) بلوغ زودرس

فرزند در دوره اولیه کودکی بیشتر نیازمند حضور والدین خود است. ولی در دومین دوره کودکی اش نقش همسالان بارزتر می‌شود و مهارت‌های زیادی را از آنان می‌آموزد. وجود خواهر یا برادر بزرگ تر نیز می‌تواند مهارت‌های لازم برای اجتماعی شدن او را فراهم کند. حال اگر فرزند تک باشد به ناچار باید در کنار بزرگسالان پرورش یابد. در نتیجه او تجربه‌ای از کودکی و نوجوانی خود نداشته و با بازی‌ها، کارها و نقش‌های این گروه سنی آشنا نیست و یک دفعه پرشی به دوران مسئولیت پذیری بزرگسالان خواهد داشت. وی از لحاظ روحی و روانی بسیار سریع‌تر رشد کرده و دنیا را از دید بزرگسالان می‌بیند. حضور در چنین خانواده‌ای که فقط شامل افراد بالغ است سبب بلوغ زودرس کودک می‌شود. از عوارض بلوغ زودرس این است که کودکان در مقابل استرس‌های زمان جوانی قرار گرفته و نمی‌دانند چه باید بکنند.

۳) کم شدن روابط اجتماعی و عدم جامعه پذیری

فضای زندگی خانوادگی توام با فرصت‌های کافی برای روابط متقابل متنوع بوده، برای فرزندان الگوهای رفتاری و زمینه‌های تبادل تجارب و تمایلات و عواطف را به وجود آورده و از عوامل مؤثر در بهبود مهارت در روابط اجتماعی است. اما در خانواده‌های کوچک با فرزندان کم و به خصوص تک فرزند، برخورداری از فضای متنوع زندگی خانوادگی چندان ممکن نیست.

گریش به انزوا، افسردگی، ضعف در برقراری ارتباط با همسالان، توجه بیش از حد به بازی‌های رایانه‌ای و انفرادی، ترس یا تنفر از حضور در گروه‌های اجتماعی از جمله خصوصیات تک فرزندهاست. زندگی در کنار برادر یا خواهر روحیه جامعه گرایانه کودک را تقویت کرده و مدیریت در روابط اجتماعی را به وی می‌آموزد. هم دلی و هم سویی با افراد خانواده، عشق ورزی و سهولت در برقراری ارتباط با افراد هم سن در جامعه و مدرسه از اصلی‌ترین ویژگی‌های فرزندان خانواده‌های دارای بیش از یک فرزند است.

محدودیت روابط اجتماعی در خانواده‌های تک فرزند می‌تواند دنیای روانی و اجتماعی افراد را محدود جلوه دهد و در این شرایط اگر مشکلی برای فرد به وجود آید ممکن است پیامدهای نامطلوبی پدید آورد، زیرا فرد می‌ترسد با از دست دادن یک نقطه ی امید و اتکا نتواند به کانون دیگری چشم امید داشته باشد.

همچنین وقتی روابط محدود است، جزئیات آن می‌تواند اشتغال ذهنی زیادی برای افراد ایجاد کند. برای مثال دیده می‌شود که مادر با مشاهده‌ی کوچکترین احتمال آسیب یا بیماری فرزندش سراسیمه و آشفته می‌شود یا هر رفتار ظاهراً غیر معمول و غیر عادی کودک را نشانه‌ای از پدید آیی مشکل رفتاری و اخلاقی او می‌داند، یا پدر با بروز کوچکترین مشکل در زندگی خانواده دچار حالت اضطراب و دستپاچگی می‌گردد و البته توجه به جزئیات رفتاری در این گونه خانواده‌ها سبب درگیری‌های کم اهمیت در خانواده نیز می‌شود.

شناخت اجتماعی زیربنای توانایی ما برای ارتباط و همکاری موفقیت آمیز با دیگران است که یکی از زیرمجموعه‌های آن نظریه ذهن (TOM) است. پژوهشی در شهر اصفهان نشان داد که شناخت اجتماعی در کودکان خانواده‌های چند فرزند بیشتر از خانواده‌های تک فرزند بود.^۱

نتایج پژوهش دیگری حاکی از آن بود که در آزمون نظریه ذهن، کودکانی که حداقل یک خواهر و برادر در سنین کودکی داشتند به طور قابل توجهی از تک فرزندان و آن‌هایی که تنها خواهر و برادرشان نوزاد یا بزرگسال بودند، امتیاز بیشتری کسب کردند. هم چنین تعداد خواهر و برادر در سنین کودکی به طور مثبت نمرات توانایی‌های عملکرد اجرایی (EF) آنها را بهبود داد.^۲

در مطالعه‌ای دیگر که روی تعدادی از جوانان انجام شد، آن‌هایی که خواهر و برادر بزرگتر داشتند، عملکرد ذهنی بهتری از خود نشان دادند (لو، مر، ۲۰۲۲). که نشان می‌دهد این ویژگی تا بزرگسالی هم ادامه می‌یابد.

همچنین در مطالعه‌ای که در ایران روی کودکان ۹ تا ۱۲ سال انجام شد، نمرات مهارت‌های اجتماعی در فرزندان خانواده‌های چند فرزند بیشتر از فرزندان تنها بود.^۳

در پژوهش دیگری که روی کودکان دبستانی انجام شد، نتایج نشان داد که تک فرزندان در گروه همسالان هم پرخاشگری بیشتری نشان دادند و هم بیشتر مورد پرخاش قرار گرفتند. این امر نشان می‌دهد که داشتن خواهر یا برادر می‌تواند برای یادگیری مدیریت تعارض مفید باشد.^۴

۱. کریمیان و کرمانشاهی (۱۳۹۴)، مقایسه شناخت اجتماعی کودکان دختر خانواده‌های تک فرزند و چند فرزند

۵ و ۷ ساله شهر اصفهان، نشریه شناخت اجتماعی، ۴(۸)، ۳۴-۲۲

2. McAlister, A., & Peterson, C. C. (2006). Mental playmates: Siblings, executive functioning and theory of mind. *British Journal of Developmental Psychology*, 24(4), 733-751

۳. درخشانپور؛ خسروی؛ خواجوی؛ شاهینی؛ کاشانی و سلیمی، (۱۳۹۹)، مقایسه مهارت‌های اجتماعی بین فرزندان خانواده‌های تک فرزند و چند فرزند، مجله اصول بهداشت روانی ۲۲(۴)، ۲۱۶-۲۱۱.

4. Kitzmann, K. M., Cohen, R., & Lockwood, R. L. (2002). Are Only Children Missing Out? Comparison of the Peer-Related Social Competence of Only Children and Siblings. *Journal of Social and Personal Relationships*, 19(3), 299-316.

مطالعه دیگری روی کودکان با اختلال طیف اوتیسم (ASD) - که مهارت‌های ارتباطی اجتماعی آنها اغلب در مقایسه با رشد معمولی مختل می‌شوند - انجام شد. این مطالعه نشان داد که کودکان مبتلا به اختلال طیف اوتیسم با خواهر و برادر بزرگ‌تر نسبت به تک فرزندان، نقص‌های تعامل اجتماعی کم‌تر و مهارت‌های سازگاری اجتماعی بهتری نشان می‌دهند. هر چه تعداد خواهر و برادرهای بزرگ‌تر کودک مبتلا بیشتر باشد، عملکرد اجتماعی آنها بهتر است. این یافته‌ها تأکید می‌کنند که خواهر و برادر بزرگ‌تر به طور مثبت بر مهارت‌های اجتماعی خواهر یا برادر کوچک‌تر مبتلا به اوتیسم تأثیر می‌گذارند.^۱

۴) کاهش انسجام خانواده

یکی از مولفه‌های خانواده منسجم، پیوندهای عاطفی و میزان وابستگی فرزندان به والدین و بالعکس است. به همان میزان که وابستگی متعادل ضروری و دارای مزایای فراوان است افراط و تفریط در آن دارای آسیب بوده و مشکل زاست. در خانواده‌های تک فرزند معمولاً میزان وابستگی دارای افراط است. به این معنا که فرزند در کانون توجه بیش از حد والدین قرار می‌گیرد. تعدد فرزندان می‌تواند سبب ایجاد هماهنگی لازم و شکل‌گیری وابستگی متعادل باشد.

وابستگی غیر متعادل فرزندان به خانه و خانواده در خانواده‌های تک فرزند گاهی سبب کم شدن قبح تک زیستی و مجرد، کاهش قداست و اهمیت تشکیل خانواده و افزایش سن ازدواج می‌شود.

1 . Lo, R. F., & Mar, R. A. (2022). Having siblings is associated with better mentalizing abilities in adults. *Cognitive Development*, 63, 101193.

۵) تضعیف شبکه‌ی ارتباطی خویشاوندی

تجربه و ادراک مستقیم روابط انسانی در قالب زندگی خانوادگی به شکل سنتی آن، احساس ناشی از داشتن خواهر یا برادر و در شبکه روابط خویشاوندی مثل عمو، عمه، دایی و خاله است که عامل پیوندها و ثبات عاطفی در روابط اجتماعی نخستین هستند. سیاست تک فرزندی می‌تواند تبعات مخرب عاطفی داشته و نسل برآمده از این خانواده‌ها به سمت انزوا و تنهایی سوق داد شوند.

به علاوه خانواده‌هایی با فرزندان بیشتر با نشاط تر هستند و در یک خانواده کامل که به مثابه یک سیستم است هر نسبتی اعم از برادر خواهر عمو، عمه، خاله و دایی در آن حضور دارند. بر اساس تحقیقات روان‌شناسان، رفتارهای پسری که خواهر دارد به هنجارتر از رفتارهای پسری است که خواهر ندارد و نیز ارتباط با خواهر و برادر نقش مهم و اساسی در رشد و شکوفایی کودک ایفا می‌کند. این ارتباط در او میل به بازی و سرگرمی ایجاد می‌کند، این امکان را فراهم می‌سازد تا نقشهای متفاوتی را بازی کند، به او کمک می‌کند تا خلاقیت و خودجوشی اش را افزایش دهد، به او فرصت می‌دهد تا خشم و پرخاشگری اش را ابراز کند و به او می‌آموزد تا این حس را هدایت کند؛ همان چیزی که او را برای زندگی در جامعه و رویارویی با افراد آماده می‌کند.

کاهش اقتدار والدین پیامد دیگر تضعیف شبکه خویشاوندی و روابط خانوادگی است. در یک سیستم خانوادگی کامل، همگان فرزندان را به پدر و مادرشان ارجاع می‌دهند، این کار سبب شکل‌گیری یک اقتدار درون شبکه‌ای و نهادینه شدن الگوی هرمی قدرت در خانواده به صورت غیر مستقیم در ذهن کودک می‌شود حال آنکه ایجاد اقتدار توسط خود والدین و به دور از شبکه خویشاوندی معمولاً آسیب‌هایی چون بروز خشونت یا دیکتاتوری والدین را به دنبال خواهد داشت.

شبکه خویشاوندی در پرورش دینی و اخلاقی فرزندان نیز تأثیر مستقیم دارد.

الگو پذیری در کودکان امری طبیعی بوده و آنان پیوسته از رفتار اطرافیان خود اثر می‌پذیرند. این نوع آموزش که آموزش مشاهده‌ای و غیر مستقیم است در تربیت کودک بسیار مؤثر است.

۶) رضایت از زندگی

مورد دیگری که در تک فرزندها قابل بررسی است، میزان رضایت از زندگی است. نتایج مطالعه‌ای که بر تعدادی از بزرگسالان در استرالیا انجام شد نشان داد که مزایای بزرگ شدن در یک خانواده کوچکتر به سطوح بالاتر رضایت از زندگی منجر نمی‌شود^۱. هم چنین پژوهشی در ایران حاکی از این بود که با افزایش جمعیت خانواده، احتمال سلامت شخصیت و رضایت از زندگی فرزندان فزونی خواهد یافت^۲.

۷) تاب آوری

کودکان تک فرزند استقامت کمتری در برابر سختی‌ها و مشکلات دارند. پژوهشی در ایران نشان داد که تاب آوری نوجوانان خانواده‌های تک فرزند کمتر از تاب آوری آنها در خانواده‌های دارای بیشتر از یک فرزند است. نتایج مطالعه دیگری حاکی از این بود که انگیزش پیشرفت نوجوانان خانواده‌های تک فرزند کمتر از انگیزش پیشرفت خانواده‌های بیشتر از یک فرزند است^۳.

1 . Parr, N. (2006). Do children from small families do better? Journal of Population Research, 23(1), 1-25.

۲. زارعی توپخانه، محمد. (۱۳۹۴). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و رضایت از زندگی دانش‌آموزان خانواده‌های دارای تک و دو فرزند با بیش از دو فرزند. اسلام و پژوهش‌های روان‌شناختی، ۱۱ (پیاپی ۱)، ۹۵-۱۱۴.

۳. بنگرید به: شقاق‌ی شیر، ولی‌اله، و احمدی، محمدسعید. (۱۳۹۴). «مقایسه تاب آوری نوجوانان خانواده‌های تک فرزند و بیشتر از یک فرزند» و «مقایسه انگیزش پیشرفت و ابعاد آن در نوجوانان خانواده‌های تک فرزند و چند فرزند»، کنفرانس بین‌المللی علوم انسانی، روانشناسی و علوم اجتماعی

علاوه بر آن دانش آموزانی که خواهر و برادر دارند در مقایسه با دانش آموزان تک فرزند در تحقیق موفق تر عمل کرده و نمرات بهتری کسب می کنند.

۸) جایگزینی رسانه

رسانه ها مانند دریچه ای به جهان خارج دردیدگاه ها و رفتارهای افراد مؤثر هستند؛ کم شدن ارتباطات کلامی، در خانواده های کم جمعیت، سبب حاکمیت رسانه های تصویری می گردد، این امر تغییر الگوی ارتباطی در خانواده را به همراه دارد. کودک یا نوجوانی که از تنهایی رنج می برد به دنبال جایگزینی برای اوقات فراغت خود است در نتیجه به تلویزیون، جاذبه های گرافیکی و هیجان های کاذب در بازی های رایانه ای و دنیای مجازی و استفاده زیاد از حد از اینترنت و نیز پرکردن اوقات تنهایی خود با دیدن انواع برنامه های ماهواره ای رو می آورد. کودکانی که مدت زمان زیادی را صرف تماشای تلویزیون می کنند فرصت کمتری برای فعالیت های فیزیکی و تعامل اجتماعی داشته و این امر می تواند تأثیر منفی بر رشد شناختی داشته باشد. استفاده زیاد از بازی های رایانه ای هم می تواند سبب اعتیاد و وابستگی به بازی ها، پرخاشگری، القای ارزش های فرهنگی ناهمخوان و پیامدهای جسمانی اعم از چاقی، دردهای مفصلی، درد مچ، گردن و پیامدهای روانی و آسیب رشته های عصبی پیرامونی، شب ادراری و توهم شود، این امور برخی آسیب های بازی های رایانه ای هستند که امروزه بیشتر اوقات کودکان تنها را پر می سازد.

استفاده زیاد از اینترنت نیز سبب عوارض نامطلوبی خواهد شد. مطابق با تحقیقات انجام شده افرادی که به استفاده از شبکه های اجتماعی اینترنت گرایش بیشتری دارند مشکلاتی از قبیل کاهش سلامت روان، کاهش روابط اجتماعی، غفلت در انجام دادن مسوولیت های مربوط به خانواده، شغل و تحصیلات را گزارش کرده اند. پرکردن وقت با مشاهده انواع برنامه های

ماهواره‌ای نیز معمولاً سبب کاهش رضایت از زندگی و احساس محرومیت در افراد (که از طریق مقایسه وضع خود با دیگران به وجود می‌آید) می‌شود. علاوه بر این افزایش انتظارات، تشدید روحیه مصرف‌گرایی، ارائه سبک زندگی ناهمخوان با ارزش‌های ملی و اسلامی، تضعیف پایبندی مذهبی، از دیگر مضراتی است که می‌توان به آن اشاره کرد.

۱-۲- آسیب‌های تک فرزندی بر والدین

والدین وقتی تنها یک فرزند دارند ناخودآگاه متمرکز بر فرزند هستند. همه رفتارهای بچه زیر ذره بین والدین است. به همین دلیل انتظار والدین از فرزند در امور مختلف بالا می‌رود. به عنوان مثال نتایج یک پژوهش مربوط به کودکان دبستانی نشان داد که والدینی که تنها یک فرزند دارند در مقایسه با هم‌تایان خود که بیش از یک فرزند دارند، بیشتر درگیر یادگیری فرزندان خود هستند.^۱ این توجه بیش از حد برای فرزند هم مطلوب نیست. در یک تحقیق پدیدارشناختی، نوجوانان تک فرزند مراقبت افراطی والدین‌شان را آزاردهنده دانستند.^۲

همچنین نتایج مطالعه‌ی بر دختران دبیرستانی نشان داد که انتظارات والدینی و شک و تردید درباره اعمال در دانش آموزان تک فرزند بالاتر از چندفرزندان است.^۳

1. Wei, W., Wu, Y., Lv, B., Zhou, H., Han, X., Liu, Z., & Luo, L. (2016). The Relationship Between Parental Involvement and Elementary Students' Academic Achievement in China: One-Only Children vs. Children with Siblings. *Journal of Comparative Family Studies*, 47, 483-500.

۲. مرتضوی، م، حسینیان، س، رسولی، ر، زارعی، ح، محمودآبادی، (۱۳۹۸) تجربه زیسته تک فرزندان از تعامل با والدین «مطالعه پدیدارشناسی»، فصلنامه خانواده پژوهی، (۵۸)، ۱۵، ۲۶۶-۲۵۱.

۳. بنگرید به: میرغوریان، زینت السادات (۱۳۹۳). مقایسه ویژگی‌های شخصیت، خودکارآمدی، سازگاری و کمالگرایی دانش آموزان دختر تک فرزند و چند فرزند مقطع دبیرستان. دانشگاه آزاد اسلامی - دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود - دانشکده علوم انسانی

یکی دیگر از اثرات تک فرزندی بر والدین تنهایی در آینده است. آشیانه خالی اصطلاحاً به سال‌های بعد از ترک خانه توسط آخرین فرزند اطلاق می‌شود. در این سال‌ها یک مساله مهم به خصوص برای مادرها پرکردن خلای است که پس از ترک فرزندان در زندگی ایجاد می‌شود.^۱ والدینی که یک فرزند دارند زودتر از والدین چندفرزندی درگیر این مساله می‌شوند. در خانواده‌های چند فرزندی زمانی که فرزند آخر خانه را ترک می‌کند، والدین به احتمال بیشتر چند نوه دارند و به شکل دیگری تنهایی شان پر می‌شود.

یک پدران و مادرانی که تک فرزندشان را از دست می‌دهند به بیماری‌های جسمی و روانی بیشتری مبتلا می‌شوند. حتی در مطالعات تصویربرداری از مغز این والدین دیده شده است که اتصالات مغزی دچار اختلال می‌شود. دو پدر و مادران تک فرزند دلهره و نگرانی از آسیب دیدن تنها فرزندشان در لحظه لحظه زندگی همراهشان است.

سه) افرادی که تک فرزند هستند از عهده رسیدگی به پدر و مادر سالمند خود برنمی‌آیند.

چهار) احتمال ازدواج در افرادی که تک فرزند هستند، کمتر و احتمال طلاق در آنان نسبت به کسانی که خواهر یا برادر دارند، بیشتر است. زیرا وجود خواهر یا برادر سبب می‌شود افراد از دوران کودکی تعامل و گفتگو با افراد صمیمی و دوست خود را در عمل بیاموزند. مهارتی که افراد تک فرزند از آن محروم هستند.

۱. رایس، فیلیپ، (۱۳۹۲)، رشد انسان: روانشناسی رشد از تولد تا مرگ. ترجمه مهشید فروغان. تهران: ارجمند.



ابعاد آسیب‌های سقط جنین

قبل از هرگونه برشمردن خطرات و عوارض سقط عمدی جنین، باید توجه داشت اگر اقدامی از نظر اخلاقی نادرست باشد، حتی در صورت فقدان عوارض نباید ارتکاب نسبت به آن صورت گیرد. براساس تحلیل دقیق که دلایل آن در جای خود قابل اشاره است، از ابتدای شکل‌گیری جنین، با موجودی روبرو هستیم که دارای جنبه‌های انسانی در کنار ممنوعیت اخلاقی و شرعی، موجب مجازات‌های تعزیری و حقوقی برای دیگران از جمله حق دیه برای وارثان جنین می‌گردد.

گرفتن جان جنین موجودی، از نظر اخلاقی نادرست است و حتی اگر هیچ‌گونه عارضه‌ای برای فرد یا اجتماع در بر نداشته باشد، نباید به خود اجازه ارتکاب دهیم. ارتکاب عمل غیراخلاقی از منظر دینی، به خودی خود می‌تواند موجب بی‌برکتی و سقوط اخلاقی گردد که در مواردی ممکن است ابزارهای اندازه‌گیری ما نیز نتواند این آثار را چندان در تیررس شناسایی خود قرار دهد. با وجود همه این جوانب، ارتکاب سقط عمدی جنین، دارای عوارض قابل اندازه‌گیری نیز بوده و در موارد بسیاری این عوارض شناسایی شده و معنادار بودن بروز آنها با ارتکاب سقط عمدی جنین احراز شده است.

توجه به امکان وقوع عوارض می‌تواند موجب توقف یا انصراف افراد دارای تردید شده و میزان ارتکاب را کاهش دهد. متأسفانه امکان وقوع عوارض، در شرایطی توسط تشویق‌کنندگان به سقط عمدی جنین، کتمان می‌شود. یکی از تصورات نادرست، فقدان عوارض در صورت وقوع سقط عمدی زیر نظر کادر پزشکی یا روانشناختی است که با عنوان نادرست و سوگیرانه «سقط ایمن»^۱ یاد می‌شود. این، در حالی است که هیچ سقط عمدی فاقد امکان وقوع عوارض نیست.

1. safe abortion

برخی عوارض جسمی سقط عمدی جنین

پارگی و سوراخ شدن رحم به عنوان مهم‌ترین عارضه فرآیند تراشیدن دیواره داخلی رحم برای خروج جنین (دیلاتاسیون و کورتاژ) مطرح است. این عارضه می‌تواند در حاملگی‌های بعدی جان مادر را تهدید کند.^۱ افزایش ریسک ابتلا به جفت سرراهی در حاملگی‌های بعدی یکی از عوارض سقط عمدی جنین است. سقط عمدی می‌تواند موجب شود که در حاملگی‌های بعدی، جفت در جایگاهی پایین‌تر از محل طبیعی خود قرار گیرد و حیات جنین موجود در رحم را تهدید کند.^۲

علاوه بر آن خطر ایجاد عفونت در قسمت‌های مختلف دستگاه تولیدمثل زن مثل عفونت‌های لگنی و در پی آن ایجاد عوارضی مثل ایجاد آبسه عفونی در لوله‌های رحمی^۳ و^۴ افزایش می‌یابد. این عارضه می‌تواند به دلیل سقط ناقص و وجود بقایای جنین ایجاد شود.^۵ خطر ایجاد چسبندگی‌های رحمی (سندرم آشرمن) به دنبال تراشیدن دیواره داخلی رحم جهت القای سقط نیز به دنبال سقط عمدی افزایش می‌یابد.^۶ احتمال خونریزی شدید از رحم و به شوک رفتن زن به دلیل از دست دادن خون زیاد طی انجام کورتاژ دیواره رحم نیز وجود دارد.^۷ مواردی از مرگ مادر نیز به دنبال سقط عمدی جنین

۱. رحیمی، پارگی رحم در بارداری نولی‌پار با سابقه کورتاژ: گزارش موردی. مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۱۳۹۴؛ ۱۳۸: ۲-۴۲.

۲. سعادت. مطالعه فراوانی، خصوصیات دموگرافی، علل و عوارض جانبی سقط‌های انجام شده در مراجعین به بیمارستان‌های دانشگاهی شهر اهواز سال ۱۳۸۳. مجله علمی پزشکی جندی شاپور. ۱۳۸۷؛ ۱۲: ۷-۲۲.

3. Isabelle Carlsson, Karin Breeding and P-GL. Complications related to induced abortion: a combined retrospective and longitudinal follow-up study. BMC womens Heal. 2018;18

۴. بصیرت، گزارش یک مورد آبسه لوله‌ای نهمدانی پس از کورتاژ. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل. ۱۳۸۱؛ ۲۴: ۳-۴.

5. Nguyen ARH. incomplete abortion. 2020

6. Okohue JE. Adhesions and Abortion. springer link. 2017

7. Rivera JGHM. Massive Hemorrhage After Dilatation and Curettage. Clin Anesthesiol II. 2019;419-31.

گزارش شده است.^۱

مواردی نیز به عنوان عوارض دیررس سقط عمدی جنین مطرح است. ترومبوز و ترومبوآمبولی، آسیب‌های مربوط به غدد داخلی بدن مثل هیپوفیز (سندرم شیهان)، ابتلا به بیماری قلبی (اندوکاردیت) برخی از این عوارض هستند.

برخی عوارض روانی سقط عمدی جنین

تحقیقات اخیر نشان دهنده سردرگمی کسانی است که به سقط جنین عمدی روی می‌آورند. در پژوهشی از میان ۹۸۷ نفر، تنها کمتر از ۳۲ درصد باور داشتند که با سقط عمدی جنین، سودی عاید آنان شده است.^۲ روشن است که سقط جنین، مشکلات افراد نسبت به سلامت روان را افزایش می‌دهد. ایجاد، پیچیده‌تر شدن یا بدتر شدن مشکلات روانی موجود فرد، در پژوهش‌ها شناسایی شده است.^۳ سقط عمدی جنین، با افزایش اختلالات خواب، اضطراب، اختلال استرس بعد از سانحه و افسردگی مرتبط است. مقاله‌ای مروری با تحلیل ۲۲ پژوهش در قالب ۳۶ شاخصه و با جامعه آماری ۱۶۳/۸۳۱ نفر که تجربه سقط عمدی داشته‌اند، نتیجه گرفته است

1. Melese, Tadele DH, Tsimba BM, Mogobe KD, Chabaesele K, Rankgoane G, Keakabetse TR, et al. High Levels of Post-Abortion Complication in a Setting Where Abortion Service Is Not Legalized. PLoS One. 2017;12

2. Reardon DC. The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities. SAGE Open Med. 2018 Oct 29;6:2050312118807624. doi: 10.1177/2050312118807624. PMID: 30397472; PMCID: PMC6207970.

3. Major, B. et al. Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion. (American Psychological Association, 2008).

Reardon, D. C. The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities. SAGE Open Med. 6, 205031211880762 (2018).

Sullins, D. P. Abortion, substance abuse and mental health in early adulthood: Thirteen-year longitudinal evidence from the United States. SAGE Open Med. 4, 11 (2016).

که در ۸۱ درصد از زنان تجربه کننده سقط عمدی، خطر ابتلای به مسائل حوزه روان افزایش یافته است.^۱

مطالعات نشان می‌دهد آثار روانی سقط عمدی جنین، به فوریت پدیدار نمی‌شود. به هر حال هفته‌ها، ماه‌ها و حتی سال‌ها بعد می‌تواند بروز پیدا کند. سندورم پس از سقط عمدی (PAS) از سوی بسیاری از روانشناسان شناخته شده است. محققانی که در این خصوص جستجو می‌کنند، ابتدای از بین رفتن جنین را حالت فراغت می‌دانند. علت آن، تمام کردن بارداری بعد از دوره‌ای نگرانی دانسته شده است.^۲ بعد از این مرحله، وارد وضعیتی می‌شوند که روانشناسان آن را وضعیت «بی حسی»^۳ یا «فلج شدگی»^۴ می‌نامند. وضعیت وی به فردی تشبیه شده که دچار شوک شده و نمی‌تواند حرکت کند.^۵ آنان تلاش می‌کنند با سکوت کردن، با احساسات خویش بی ارتباط بمانند تا از این وضعیت نجات یابند. مطالعات نشان می‌دهد لااقل ۴۰ تا ۶۰ درصد زنانی که مرتکب سقط عمدی جنین شده‌اند، حداقل برخی واکنش‌های منفی را تجربه کرده‌اند.^۶ در مطالعه دیگری، از میان ۵۰۰ زن، نیمی از آنان احساسات منفی را بیان کرده‌اند و لااقل ۱۰ درصد از آنان، عوارض جدی روانی را تجربه کرده‌اند.^۷

بر اساس پژوهش دیگری، ۳۳ درصد از زنانی که مرتکب سقط عمدی شده بودند، تمایل شدید به بارداری جایگزین داشته‌اند که ۱۸ درصد از آنها تا

1. Coleman, P. (2011). Abortion and mental health: Quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009. *The British Journal of Psychiatry*, 199(3), 180-186. doi:10.1192/bjp.bp.110.077230

2. Francke. (1978) *The Ambivalence of Abortion*. New York: Random House.

3. numbness

4. paralysis

5. Kent, et.al. (Sept. 1977). Emotional Sequelae of Therapeutic Abortion: A Comparative Study. Presented at the annual meeting of the Canadian Psychiatric Association at Saskatoon.

6. Reardon. (1987). *Aborted Women-Silent No More*. Chicago: Loyola University Press.

7. Wallerstein, et.al. (1972). Psychosocial Sequelae of Therapeutic Abortion in Young Unmarried Women. *Archives of General Psychiatry*, vol.27.

یک سال آینده موفق به بارداری مجدد شده‌اند^۱ ولی برخی از آنها با همان مشکلات بارداری اول مواجه شده‌اند که در صورت سقط عمدی دوم، احتمال ناباروری و سقط در آینده افزایش پیدا می‌کند.

مقایسه با آسیب‌های نگه داشتن جنین بدون برنامه قبلی

برخی ممکن است تصور کنند در مواردی ممکن است آسیب‌های روانی نگه داشتن جنین بدون برنامه قبلی از آسیب‌های روانی سقط عمدی جنین بیشتر باشد. در پاسخ به این تصور، باید گفت در صورتی که سقط عمدی جنین را غیراخلاقی بدانیم، کم و زیاد بودن آسیب نمی‌تواند موجب ارتکاب گردد. از سوی دیگر مقالات متعدد نسبت به تنوع و طیف آسیب‌های روانی نشان دهنده عدم امکان تعیین میزان و نوع آسیب برای هر فرد خواهد بود و از این جهت نمی‌توان هیچ اطمینانی نسبت به کم بودن آسیب روانی برای هیچ یک از مادران به دنبال سقط عمدی حاصل کرد. از سوی دیگر، آسیب‌ها صرفاً درباره مادر نبوده و مطالعات بسیاری آسیب به پدر، خانواده و جامعه را نیز نشان می‌دهد که نباید این ابعاد نادیده گرفته شود.

از سوی دیگر، دشواری‌های سرپرستی فرزند در شرایط مختلف خانواده‌ها و بچه‌ها متفاوت است. روشن است که هیچ دشواری‌ای در حوزه سرپرستی طفل، نمی‌تواند دلیل برگرفتن جان جنین باشد. عموم موارد با تدبیرهای مناسب از طریق مشاوره قابل دست‌یابی است و سرپرستی طفل در حالتی

1. Pare & Raven, (1970). Follow-up of Patients Referred for Termination of Pregnancy. The Lancet, vol.1, pp. 635-638.

Reardon. (1987) Criteria for the Identification of High Risk Abortion Patients: Analysis of An In-Depth Survey of 100 Aborted Women. Presented at the 1987 Paper Session of the Association for Interdisciplinary Research, Denver.

Wallerstein, et.al. (1972). Psychosocial Sequelae of Therapeutic Abortion in Young Unmarried Women. Archives of General Psychiatry, vol.27.

مطلوب و دلنشین صورت خواهد گرفت اما در موارد نادر بسیار پیچیده، در صورتی که در عمل امکان سرپرستی برای پدر و مادر وجود نداشته باشد، دولت موظف است این وظیفه را به عهده گرفته و با ضوابط جدید، به صورت «خانواده محور»، مناسب‌ترین شرایط را برای نگهداری و رشد طفل فراهم کند. در چنین شرایطی، مقایسه دشواری‌های سرپرستی موارد خیلی خاص با آسیب‌های سقط عمدی جنین، نمی‌تواند موجب تصمیم به گرفتن جان جنین گردد.

برخی عوارض معنوی سقط عمدی جنین

کلیه نهی‌های قرآن کریم از کشتن فرزندان، بر اساس دلایل تحلیلی و تفسیری، شامل نهی از سقط عمدی جنین است.^۲ از منظر قرآن کریم، قتل ولد در بیشتر موارد همراه با ندانستن و جهالت صورت می‌گیرد.^۳ پدر و مادر و تمامی کسانی که ممکن است نقشی در حفظ یا قتل جنین ایفا کنند، باید توجه داشته باشند که گرفتن امکان حیات از جنین با توجه به شکل گرفتن شخصیت جنین از لحظه لقاح، ظلم به وی است. از سوی دیگر روشن است که هر ظلمی عوارض معنوی به دنبال خواهد داشت. خداوند در قرآن می‌فرماید: «وَمَنْ يَظْلِمْ مِنْكُمْ نَذِقْهُ عَذَابًا كَبِيرًا: هر کس از شما ظلم کند، عذاب شدیدی به او می‌چشانیم».^۴

این آیه اشاره‌ای به دلایل دامن گیر شدن ظلم به جنین در دنیا بود. روشن است که در جهان آخرت نیز هر ظلمی محاسبه و در نظر گرفته می‌شود. البته

۱. مصوبه هیئت وزیران مبنی بر اصلاح آیین نامه اجرایی قانون حمایت از کودکان و نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست مورخ ۳۰ فروردین ۱۴۰۲

۲. برخی استدلال‌های مرتبط با این ادعا، در کتاب «سه مجلس دینی در حمایت از جنین» آمده است.

۳. الانعام (۶): ۱۴۰ و الاسراء (۱۷): ۳۱.

۴. الفرقان (۲۵): ۱۹.

امکان توبه از هر گناهی همیشه وجود خواهد داشت اما به هر حال پاسخ دادن به جنینی که امکان زندگی در دنیا را از دست داده و درکی که موجب پشیمانی کامل و توبه شود، همیشه به راحتی محقق نخواهد شد و از این جهت لازم است در حفظ جان جنین مراقبت کنیم تا دست ما به جنایت علیه جنین آلوده نگردد.

انواع سقط

به از دست رفتن حاملگی در سن بارداری کمتر از ۲۰ هفته اصطلاحاً سقط جنین گفته می‌شود که خود به دو نوع تقسیم می‌شود:

۱. سقط ناخواسته یا خود بخودی (miscarriage): سقطی که بدون دخالت مادر یا پزشک و به صورت خود به خودی اتفاق می‌افتد و مخاطرات جسمی و روحی چندانی ندارد.

اغلب جنین‌هایی که دچار سقط خودبه خودی می‌شوند، دچار نقائص ژنتیکی بوده و توانایی ادامه حیات را نداشته‌اند. در حقیقت اکثریت جنین‌های معیوب در همان ابتدای بارداری، خود به خود از دست می‌روند. که این خود لطف الهی است.

این موارد ممنوعیت جسمی خاصی برای بارداری بعدی نداشته و هر زمان که مادر قوای جسمی و روحی برای بارداری مجدد را داشته باشد می‌تواند اقدام به بارداری مجدد نماید.

در احادیث به حرمت و عظمت جایگاه انسانی جنینی که غیر عمد سقط شده به وضوح اشاره شده است به عنوان نمونه: «جنین سقط شده شما در روز قیامت با حالت ناراحتی و طلبکارانه بر در بهشت درنگ می‌کند، پس خداوند عزتمند و صاحب جلال به او می‌فرماید: داخل بهشت شو می‌گویند: نه، مگر اینکه قبل از من پدر و مادرم داخل بهشت شوند. خدای سبحان به

ملکی از ملائکه اش می‌فرماید والدین او را بیاورید و امر می‌فرماید که پدر و مادر او را وارد بهشت کنند و می‌فرماید این به فضل و رحمت من است به خاطر تو ای جنین»^۱

۲. سقط عمدی: (abortion)

سقط عمدی دو نوع است:

- (۱) سقط قانونی: سقطی که به دلایل پزشکی (مرتبط با سلامت مادر یا معلولیت شدید جنین) و با تأیید پزشکی قانونی اتفاق می‌افتد. این گروه نیز با توجه به اینکه در شرایط ایمن و بهداشتی و زیر نظر پزشک سقط کرده اند، عمدتاً دچار عوارض جدی نخواهند شد.
- (۲) سقط غیر قانونی: سقطی که به خواست والدین و به صورت غیر قانونی و با کمک گرفتن از دارو یا با کمک پزشکان، ماماها یا متخلف و یا توسط افراد متفرقه و عمدتاً در شرایط غیر بهداشتی صورت می‌گیرد. در این شرایط مادر در معرض خطرات بسیار جسمی و روانی قرار می‌گیرد. عوارض روانی به خصوص در سقط‌های عمدی بسیار قابل توجه است. مشاهده شده زنانی که اقدام به سقط عمدی کرده اند به مدت دو تا ۵ سال پس از آن، ممکن است از اختلالات روانی رنج ببرند. این موارد شامل اختلالات خلقی مانند افسردگی و اختلالات اضطرابی می‌باشد و می‌تواند آنقدر شدید باشد که منجر به بستری آنان در بخش‌های روانپزشکی بشود. احساس گناه، شرم، ترس و اضطراب در زنانی که اقدام به سقط عمدی کرده اند میتواند باعث خدشه به رابطه وی با بقیه فرزندان، افت کیفیت زندگی و روابط زناشویی، اختلالات خواب و کابوس‌های تکراری بشود. جدا از عوارض بعضاً جبران ناپذیری که سقط غیر قانونی برای مادر به دنبال دارد، باید توجه داشت که حیات جنین پس از اولین روزهای تشکیل او آغاز می‌شود و پس از لانه‌گزینی در رحم (۳-۵ روز پس از لقاح) هرگونه آسیبی

۱. کلینی، کافی، ج ۵، ص ۳۲۶.

به او شرعاً حرام است و دیه دارد و سلب حیات از او قتل است، در واقع جنین از همان ابتدا وجوه انسانی دارد و بعد از ۴ ماه روح آن کامل می‌شود. سقط جنین یعنی قتل یک انسان و قتل انسان در تمام ادیان و مکاتب، امری بسیار شنیع و غیرقابل توجیه و جبران است. قتل جنین، از ابتدای استقرار نطفه در رحم، گناهی کبیره است که باید بابت آن توبه کرد و دیه پرداخت، اما دیه فقط جبران دنیایی آن است و گناه آخرتی آن پابرجاست. در قرآن کریم نیز خداوند به صراحت انسان‌ها را در این مورد مورد خطاب قرار داده است. در سوره مبارکه اسراء آیه ۳۱ خداوند می‌فرماید: «فرزندان را از ترس فقر فقر نکشید! ما آنها و شما را روزی می‌دهیم مسلماً کشتن آنها گناه بزرگی است.»

خداوند به همراه هر جنین، برکت و رحمتی را برای خانواده اش فرود می‌آورد. مانند وسعت رزق، برطرف شدن گرفتاری‌ها، دفع بلاها و مصائب و با از بین بردن جنین در واقع خانواده برای همیشه از آن نعمت‌ها محروم می‌شود. همه ما ممکن است با مادری مواجه شویم که به هر دلیلی، از بارداری خود احساس رضایت ندارد و ممکن است شرایط روحی او چنان باشد که تصمیم به از بین بردن جنین خود بگیرد. در چنین شرایطی، مراقب سلامت است که می‌تواند با همدلی با مادر و اطمینان دادن به او و همچنین آگاهی دادن به او در مورد گزاره‌های نادرست ذهنی، حرمت سقط عمدی و عواقب و عوارض پیش روی آن به مادر کمک کند تا تصمیم درستی گرفته و از سقط منصرف شود. والدین باید به این نکته توجه داشته باشند که جنین به انتخاب خود پا به این دنیا نگذاشته است و اقدام ایشان مقدمه حیات این جنین بوده است لذا والدین در صورت عدم تمایل برای داشتن فرزند باید پیش از انعقاد نطفه مراقبت به عمل بیاورند. مادر باید بداند رویان چند سلولی نهفته در رحم او، به اندازه همه ی انسان‌های دیگر حق حیاتی دارد که از سمت خداوند به او عطا شده و هیچ کس حق تصمیم‌گیری در مورد حیات او را ندارد.

باید پدر و مادر را متوجه کرد که این موجود دوست داشتنی چند سلولی نیز، فرزند آنهاست و تنها تفاوتش با سایر فرزندان این است که به تدبیر خداوند، تا مدتی موجودیت، جان و رزق او به دست مادر به امانت داده شده و در رحم مادر رشد می‌کند. آیا پدر و مادری وجود دارد که با وجود مشکلات فراوان، تصمیم به قتل فرزند خردسال خود بگیرد؟ قطعاً نه، بلکه والدین، تمام تلاش خود را می‌کنند تا شرایط بهتری برای زندگی فرزندان خود ایجاد کنند. می‌توان با باز کردن گره‌های ذهنی مادر و پدر در مورد زمان مناسب برای فرزند دار شدن یا پاسخ به گزاره‌هایی که به اشتباه باور او شده اند، برای رسیدن به تصمیم درست و آرامش روحی و روانی مادر باردار تلاش کرد. باورهای اشتباه مثل خطرناک بودن بارداری‌های بالای ۳۵ سال یا در سنین ابتدایی جوانی یا بلافاصله پس از ازدواج.

گاهی نیز نیاز به ارجاع مادر به مشاورین حاذق در این حوزه است و باید مادر را به مشورت با مشاورین امین ترغیب کرد تا بداند شرایطی که در آن قرار دارد، قابل مدیریت است و قطعاً راه حل آن کشتن فرزند نیست.



ابعاد ملی جمعیت

جمعیت در هر کشوری عامل رشد اقتصادی و اقتدار دفاعی و سیاسی آن کشور است. مطالعه بر روی مدل‌های مختلف جهانی، جمعیت را به عنوان مهم‌ترین عامل قدرت کشورها تعیین کرده است. ایران چهارمین دارنده منابع گاز (۱۸٪ ذخایر گاز جهان) و چهارمین دارنده منابع نفت (۱۱٪ ذخایر نفت جهان) بوده و حدود ۲ درصد از منابع معدنی جهان را در اختیار دارد. اما جمعیت ایران تنها یک درصد از جمعیت جهان است. جمعیت در کشورهایی که از منابع زیرزمینی و روی‌زمینی و موقعیت استراتژیک برخوردارند جزو ارکان اصلی و راهبردی محسوب می‌شود.

جمعیت، نیروی کار و اقتصاد^۱

کنت آرو، اقتصاددان آمریکایی و برنده جایزه نوبل اقتصاد می‌گوید: جمعیت شکلی از سرمایه است. با کنترل جمعیت، رشد اقتصادی کنترل و محدود می‌شود. هارود اقتصاددان آمریکایی می‌گوید: رشد جمعیت عامل رشد طبیعی اقتصاد است. سولو برنده نوبل اقتصاد می‌گوید: وجود یک نرخ رشد مثبت جمعیت برای فرایند رشد اقتصادی ضروری است.

نیروی کار به افراد ۱۵ تا ۶۵ سال گفته می‌شود. نیروی کار تولید ثروت کرده و پس از بازنشستگی این وظیفه حکومت است که به او خدمات ارائه دهد. هزینه خدماتی که قرار است دولت ارائه دهد از ثروتی است که نیروی کار تولید می‌کند. وقتی می‌گوییم نیروی کار کم شده است یعنی اینکه عده کمی تولید می‌کنند و عده زیادی این ثروت را مصرف می‌کنند. به عنوان نمونه کشور ژاپن در سال ۱۹۶۵م برای هر ۹ نیروی کار، یک سالمند داشت اما در سال ۲۰۵۰م برای هر یک نیروی کار یک بازنشسته وجود خواهد داشت. در دوره جوانی جمعیت، اقتصاد فرصت شکوفایی پیدا کرده و رفاه کل

۱. بنگرید به: عباسی ولدی، «ایران جوان همان، چرایی ضرورت افزایش جمعیت»

افزایش می‌یابد چرا که تولید کل حاصل از نیروی کار جوان افزایش می‌یابد. اما در دوره سالخوردگی جمعیت، رفاه کاهش خواهد داشت. زیرا با کاهش تولید کل، درآمد اقتصادی کاهش می‌یابد. هم چنین سالخوردگی جمعیت موجب کاهش سرمایه گذاری می‌شود. پیری یا سالخوردگی جمعیت باعث افزایش هزینه‌ها در حوزه سلامت و خدمات (جابجایی تقاضا از صنعت به خدمات) شده و به علت کاهش چشمگیر ورودی صندوق‌های بازنشستگی، این صندوق‌ها دچار ورشکستگی می‌شوند. هزینه‌های بخش سلامت (چه هزینه‌های درمانی چه بهداشتی و نگهداری) با پیری جمعیت به صورت تصاعدی بالا می‌روند و فشار زیادی را به نظام سلامت و به اقتصاد کشورها وارد می‌کنند.

افزایش سالمندی، خدمات بیشتری را ایجاد می‌کند در حالی که کسانی که هزینه‌های این خدمات را فراهم می‌کنند تعداد کمتری از افراد جامعه را نسبت به دریافت کنندگان خدمات تشکیل خواهند داد. این به معنای وارد آمدن فشار بیش از اندازه به جمعیت جوان اندک در سال‌های آینده است.

جمعیت و تولید علم

جمعیت جوان جمعیت دارای توان تولید علم و شکوفا کردن علمی یک کشور است. کاهش تعداد فرزندان یک خانواده و در نتیجه کاهش جوانان در آینده، به معنای کاهش تعداد نخبه‌های علمی یک کشور و کاهش قدرت علمی آن است. همه کشورها برای رشد علمی، تولید علم و قدرتمند شدن در حوزه علم و فناوری به نیروی جوان احتیاج دارند. تولید علم و فناوری منجر به توسعه و پیشرفت کشور خواهد شد. بدون وجود نخبگان جوان سلسله‌ی علمی جامعه دچار آسیب خواهد شد. هم اکنون برخی از کشورهای پیشرفته که با کاهش جمعیت مواجه شده‌اند با جذب جوانان نخبه از کشورهای

دیگر این خلا بزرگ را پر می کنند. برای درک جایگاه ویژه نخبگان جوان در پیشرفت کشور کافی است بدانید متوسط سنی دانشمندان هسته ای کشور ۲۵ سال است.^۱

بحران سالمندی

سالخوردگی فرایندی است که از طریق آن نسبت افراد مسن در جمعیت افزایش یافته و نسبت افراد جوان کاهش می یابد. بر مبنای تعریف سازمان بهداشت جهانی سن سالمندی ۶۰ سال و بالاتر تعریف شده است.

باید بین سالخوردگی جمعیت و سالخوردگی فردی تمایز قائل شد. سالخوردگی فردی یعنی عبور از مرز ۶۰ و از جنبه های خرد مسئله جمعیت می باشد. اما سالخوردگی جمعیت یعنی کاهش نسبت افراد زیر ۱۵ سال و افزایش نسبت افراد ۶۰ سال و بالاتر. سالخوردگی جمعیت توان و قابلیت یک کشور برای نگهداری از جمعیت سالمند است و از جنبه های کلان مسئله جمعیت می باشد. در حال حاضر بیش از ۱۰ درصد جمعیت ایران بالای ۶۰ سال سن دارند. طبق پیش بینی سازمان جهانی بهداشت تا سال ۲۰۵۰ (۱۴۳۰) درصد افراد بالای ۶۰ سال یا سالخوردگان جمعیت ایران به ۳۳ درصد افزایش خواهد یافت. یعنی به ازای هر سه نفر یک سالمند وجود دارد.

دو عامل اصلی سالمندی را باید تغییرات مرگ و میر و باروری دانست. با توسعه اقتصادی-اجتماعی و بهبود شرایط بهداشتی مرگ و میر کاهش یافته و امید به زندگی افزایش می یابد، لذا تعداد بیشتری از افراد به سن بالاتر می رسند و زمانی که این فرآیند با کاهش باروری همراه باشد تغییر ترکیب سنی را در پی دارد. به این صورت که با پایین آمدن باروری، افراد

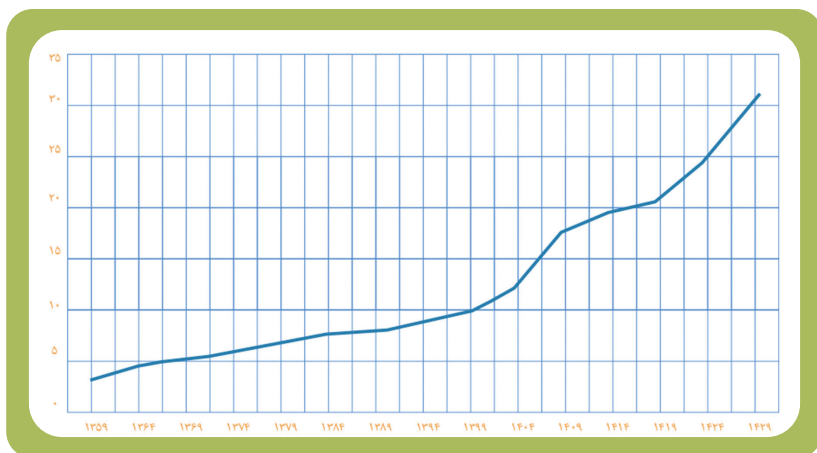
۱. عباسی ولد، ایران جوان همان، چرایی ضرورت افزایش جمعیت.

جوان در جمعیت کم می‌شود و تمام وزن جمعیت از گروه‌های سنی جوان به گروه‌های سنی بالاتر منتقل شده و نسبت افراد سالمند به کل جمعیت، روبه افزایش می‌گذارد. در ایران مهمترین علت سالخوردگی جمعیت کاهش نرخ باروری است.

الگوی سنی کاملاً سالخورده از سال ۲۰۳۰ به بعد بر ساختمان سنی جمعیت کشور چیره خواهد شد در این مرحله به تدریج و با سرعتی فزاینده تعداد سالمندان کشور افزایش خواهند یافت. سالمندی جمعیت همچنین چالش‌هایی را برای دولت پیرامون مراقبت‌های بهداشتی مورد نیاز، پرداخت حق بیمه‌های درمانی و مستمری بازنشستگی جمعیت رو به تزاید سالمندان فراهم خواهد کرد چرا که به علت طولانی شدن امید به زندگی سالمندان مدت طولانی‌تری از خدمات بیمه بازنشستگی خود استفاده می‌کنند در حالی که در فعالیتهای درآمدزا مشارکت کمتری دارند.

در مورد گزاره‌های زیر در مورد سالمندی کشور فکر کنیم:

ایران دارای رتبه سوم جهانی در سرعت حرکت به سمت سالمندی است. ایران در سال ۱۳۵۵ یک میلیون و ۷۰۰ هزار (معادل ۵ درصد از جمعیت کشور)، سالمند داشته است، ۴۳ سال طول کشیده تا در سال ۱۳۹۸ جمعیت سالمند کشور به ۲ برابر یعنی ۱۰ درصد رسیده و پیش‌بینی می‌شود از سال ۱۳۹۸ تا ۱۴۲۱ در مدت ۲۳ سال جمعیت سالمندی دو برابر شده و به ۲۰ درصد برسد و تا سال ۱۴۳۰ جمعیت سالمندی به ۳۰ درصد می‌رسد.



رشد سالمندی در ایران

رشد سالمندی در کشورهای اروپایی تقریباً مشابه هم می‌باشد. اما ایران در حالی سالمند می‌شود که کشورهای همسایه جوان دارد. در حال حاضر حدود ۱۰ درصد جمعیت کشور ما سالمند هستند. در سال ۱۴۳۰ سی درصد جمعیت کشور سالمند هستند توجه به تعداد فرزندان

سالمندان فعلی و سالمندان سال ۱۴۳۰ عمق فاجعه پیش رو را روشن تر خواهد کرد.

ضعیف شدن نیروی دفاعی کشور^۱

با پیشرفت هایی که در عرصه جنگ های مدرن شکل گرفته برخی به اشتباه افتاده و گمان کرده اند امروزه برای حفظ اقتدار دفاعی نیازی به جمعیت نیست. اما این یک گمان اشتباه است. همین قدر بدانید که کشورهای مدعی جنگ مدرن برای افزایش جمعیت خود به تکاپو افتاده اند. اسرائیل که مدرن ترین تسلیحات نظامی را دارد به شدت با کنترل جمعیت مخالف است و هر عائله ی یهودی باید حداقل چهار فرزند داشته باشد. رژیم اشغالگر قدس در بین ۲۶ کشور منطقه رتبه هفتم فرزندآوری را دارد و ایران رتبه بیست و پنجم.

۱. بنگرید به: عباسی ولدی، «ایران جوان بمان، چرایی ضرورت افزایش جمعیت»



فهرست منابع

قرآن کریم

کتاب

- (۱) ابراهیمی‌پور، قاسم و دیگران، شاخص‌های خانواده مطلوب از دیدگاه اسلام، قم، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی(ره)، ۱۳۹۵.
- (۲) ابن ابی جمهور، محمد بن زین الدین، عوالی اللآلی، قم، سید الشهدا، ۱۳۶۲.
- (۳) ابن بابویه، محمد بن علی، الامالی، بیروت، مؤسسه الاعلمی للمطبوعات، ۱۴۰۰ ق.
- (۴) ابن بابویه، محمد بن علی، من لایحضره الفقیه، با تحقیق علی اکبر غفاری، قم، دفتر انتشارات وابسته به جامعه مدرسین حوزه علمیه، ۱۴۱۴ ق.
- (۵) آمدی، عبدالواحد، غررالحکم و درر الکلم، به تحقیق مهدی رجایی، قم، مؤسسه دارالکتاب الاسلامی، ۱۴۲۹ ق.
- (۶) بیابانگرد، اسماعیل، فرزند من و رسانه، تهران، نهاد ریاست جمهوری، ۱۳۸۷.
- (۷) پت اسپانگین و ویکتوریا ریچاردسون، راهنمایی بهبود روابط خواهرها و برادرها، مترجم سارا رئیسی طوسی، تهران، صابرین، ۱۳۷۸.
- (۸) حرعاملی، محمد بن حسن، وسایل الشیعه، قم، نشر آل البيت، ۱۴۱۴ ق.
- (۹) حسینی تهرانی، سید محمدحسین، رساله نکاحیه - کاهش جمعیت، ضربه‌ای سهمگین بر پیکر مسلمین، تهران، علامه طباطبایی، ۱۳۸۹.
- (۱۰) حق‌شناس، جعفر، آسیب‌شناسی خانواده، قم، پژوهشکده زن و خانواده، ۱۳۸۸.
- (۱۱) خانواده پویا، قم، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی(ره)، ۱۳۸۶.
- (۱۲) خمینی، روح الله، صحیفه امام، تهران، مؤسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی(ره)، ۱۳۶۸.
- (۱۳) دورانت، ویل، تاریخ فلسفه، مترجم عباس زراب خوئی، تهران، نگاه، ۱۴۰۱.
- (۱۴) رایس، فیلیپ، (۱۳۹۲)، رشد انسان: روانشناسی رشد از تولد تا مرگ.

- ترجمه مهشید فروغان. تهران: ارجمند.
- (۱۵) رحمتی شهرضا، بررسی ازدیاد یا کنترل جمعیت با نگاهی به آیات و روایات، تهران، فاتح خیبر، ۱۳۹۱.
- (۱۶) سادات، محمدعلی، رفتار والدین با فرزندان، انجمن اولیا و مربیان، تهران، ۱۳۷۵.
- (۱۷) ساطوریان، سیدعباس، گلدان یا گلستان، آثار روانشناختی تعداد فرزندان در خانواده، مشهد، به نشر، ۱۳۹۸.
- (۱۸) سیاح، مونس، اقتصاد مقاومتی در عرصه خانواده، تهران، شورای فرهنگی اجتماعی زنان و خانواده، ۱۳۹۷.
- (۱۹) شجاعی، و دیگران، تقویت نظام خانواده و آسیب‌شناسی آن، قم، مؤسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی(ره)، ۱۳۸۸.
- (۲۰) عباسی ولدی، محسن، «ایران جوان بمان، چرایی ضرورت افزایش جمعیت»، آئین فطرت، ۱۳۹۶.
- (۲۱) فرجاد، محمدحسین، آسیب‌شناسی اجتماعی ستیزه‌های خانواده و طلاق، تهران، منصوری، ۱۳۷۲.
- (۲۲) کانینگهام، اف‌گری، «بارداری و زایمان، ویلیامز ۲۰۲۲»، مترجم، ایناز بوستان، تهران، اندیشه رفیع، ۱۴۰۲.
- (۲۳) کلینی، محمد بن یعقوب، اصول کافی، تهران، دارالکتب الاسلامیه، ۱۴۰۷ ق.
- (۲۴) کمبل، سوزان، ب، مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی، مترجم، سعید صیادللو، تهران، دانژه، ۱۳۸۷.
- (۲۵) مجلسی، محمدباقر، بحارالانوار، قم، دارالکتب الاسلامیه، ۱۳۵۵ ق.
- (۲۶) محمدی ری‌شهری، محمد، حکمت نامه پیامبر اعظم(ص)، تهران، دارالحديث، ۱۳۸۷.
- (۲۷) مرکز آمار ایران، ۱۴۰۰.

- (۲۸) نخعی، نوذر، آسیب‌های تک فرزندی به سلامت فرزند، والدین و جامعه، تهران، مهرنا، ۱۴۰۱.
- (۲۹) نوری، حسین بن محمدتقی، مستدرک الوسائل و مستنبط المسایل، قم، مؤسسه آل البيت، ۱۴۰۸ق.
- (۳۰) هیو تیلور، لوبناپل، امره سلی، آندوکرینولوژی بالینی زنان و ناباروری اسپیراف ۲۰۲۰، مترجمان: دکتر مهرناز ولدان، دکتر مینا فتحی، دکتر سهراب نظری، تهران، ارجمند، ۱۳۹۹.

نشریات

- (۱) اسکویی شمالی، آرزو، و لسانی، میثم. (۱۳۹۶). مقایسه کنترل هیجانی نوجوانان تک فرزند و فرزندان اول دارای همشیر. کنفرانس ملی پژوهش‌های نوین ایران و جهان در روانشناسی، علوم تربیتی و مطالعات اجتماعی.
- (۲) بصیرت، گزارش یک مورد آبسه لوله‌ای نخمدانی پس از کورتاژ. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل. ۱۳۸۱؛ ۴۰: ۲-۳.
- (۳) تاجیک اسماعیلی، عزیزالله، فرزند کمتری یا بیشتر، ماهنامه پیوند، شماره ۲۰۳-۲۰۲-۲۰۳، ۱۳۷۵.
- (۴) خلیلیان شلمزاری، محمود (۱۳۹۷). بررسی پژوهش‌های روان‌شناختی داخلی در تک‌فرزندی: مرور سیستماتیک. دوفصلنامه پژوهش نامه اسلامی زنان و خانواده
- (۵) درخشانیپور؛ خسروی؛ خواجه‌وی؛ شاهینی؛ کاشانی و سلیمی، (۱۳۹۹)، مقایسه مهارت‌های اجتماعی بین فرزندان خانواده‌های تک فرزند و چند فرزند، مجله اصول بهداشت روانی (۴) ۲۲، ۲۱۶-۲۱۱.
- (۶) رحیمی، پارگی رحم در بارداری نولی‌پار با سابقه کورتاژ: گزارش موردی. مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران. ۱۳۹۴؛ ۱۳۸: ۲-۴۲.

- ۷) زارعی توپخانه، محمد. (۱۳۹۴). مقایسه ویژگی های شخصیتی و رضایت از زندگی دانش آموزان خانواده های دارای تک و دو فرزند با بیش از دو فرزند. اسلام و پژوهش های روان شناختی، ۱۱ (پیاپی ۱)، ۹۵-۱۱۴.
- ۸) ساطوریان، سیدعباس، طهماسیان، کارینه، و احمدی، محمدرضا. (۱۳۹۳). مقایسه مشکلات رفتاری کودکان در خانواده های تک فرزند و دو فرزند. روان شناسی و دین، ۷ (۳) (پیاپی ۲۷)، ۶۵-۸۰.
- ۹) سعادت. مطالعه فراوانی، خصوصیات دموگرافی، علل و عوارض جانبی سقط های انجام شده در مراجعین به بیمارستان های دانشگاهی شهر اهواز سال ۱۳۸۳. مجله علمی پزشکی جندی شاپور. ۱۳۸۷؛ ۱۲: ۷-۲۲.
- ۱۰) شجاعی، جواد، عرفانی، امیر (۱۳۹۸). روند و الگوی تک فرزندی در ایران. فصلنامه علوم اجتماعی، ۲۶ (۸۵)، ۸۹-۱۰۴.
- ۱۱) شجاعی، جواد، و یزدخواستی، بهجت. (۱۳۹۶). تجربه زیسته تک فرزندان از تک فرزندی: مطالعه دختران بالای ۱۸ سال. زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)، ۱۵ (۴)، ۴۴۷-۴۷۶.
- ۱۲) شقاق شیر، ولی اله، و احمدی، محمدسعید. (۱۳۹۴). «مقایسه تاب آوری نوجوانان خانواده های تک فرزند و بیشتر از یک فرزند» و «مقایسه انگیزش پیشرفت و ابعاد آن در نوجوانان خانواده های تک فرزند و چند فرزند»، کنفرانس بین المللی علوم انسانی، روانشناسی و علوم اجتماعی. ۱۳ کریمیان و کرمانشاهی (۱۳۹۴)، مقایسه شناخت اجتماعی کودکان دختر خانواده های تک فرزند و چند فرزند ۵ و ۷ ساله شهر اصفهان، نشریه شناخت اجتماعی، ۴ (۸)، ۳۴-۲۲.
- ۱۴) مرتضوی، م، حسینیان، س، رسولی، ر، زارعی، ح، محمودآبادی، (۱۳۹۸) تجربه زیسته تک فرزندان از تعامل با والدین «مطالعه پدیدارشناسی»، فصلنامه خانواده پژوهی، ۱۵ (۵۸)، ۲۶۶-۲۵۱.

۱۵) مقایسه سازگاری عاطفی، اجتماعی، آموزشی و همدلی مادران و دختران در بین دانش آموزان دختر تک فرزند و چند فرزند مقطع راهنمایی شهر تهران، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری - دانشگاه الزهراء، ۱۳۸۳.

۱۶) میرغفوریان، زینت السادات (۱۳۹۳). مقایسه ویژگی‌های شخصیت، خودکارآمدی، سازگاری و کمالگرایی دانش آموزان دختر تک فرزند و چند فرزند مقطع دبیرستان. دانشگاه آزاد اسلامی - دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود - دانشکده علوم انسانی.

۱۷) هژبرخواه، ام البنین، قهاری شهربانو، معماریان نادره، لطفی مژگان. مقایسه رابطه والد - فرزندی، سبک‌های هویت و شفقت به خود نوجوانان خانواده‌های تک فرزند و چند فرزند. رویش روان شناسی. ۱۴۰۲؛ ۱۲ (۱) ۱۰-۱.

منابع لاتین

1. Stuebe AM, Rich-Edwards JW. The reset hypothesis: lactation and maternal metabolism. Am J Perinatol 2009.
2. Alimi R, Azmoude E, Moradi M, Zamani M. The Association of Breastfeeding with a Reduced Risk of Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. Breastfeed Med 2022.
3. and Hypertension: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open 2019.
4. Berger, S., & Nuzzo, K. (2008). Older Siblings Influence Younger Siblings' Motor Development. Infant and Child Development.

5. Berghella, V. Cesarean birth: Postoperative care, complications, and long-term sequelae. UpToDate. 2022.
6. Bonifacino E, Schwartz EB, Jun H, et al. Effect of Lactation on Maternal Hypertension: A Systematic Review. Breastfeed Med 2018.
7. Carolyn White (2004). The Seven Common Sins of Parenting An Only Child: A Guide for Parents and Families
8. Casanova, R., et al., Beckmann and Ling's obstetrics and gynecology. Eighth edition. ed. Obstetrics and gynecology. 2019, Philadelphia: Wolters Kluwer.
9. Casanova, R., et al., Beckmann and Ling's obstetrics and gynecology. Eighth edition. ed. Obstetrics and gynecology. 2019, Philadelphia: Wolters Kluwer.
10. Chetwynd EM, Stuebe AM, Rosenberg L, et al. Cumulative Lactation and Onset of Hypertension in African-American Women.
11. Colditz GA, Rosner B. Cumulative risk of breast cancer to age 70 years according to risk factor status: data from the Nurses' Health Study.
12. Coleman, P. (2011). Abortion and mental health: Quantitative synthesis and analysis of research published 2009–1995. The British Journal of Psychiatry.
13. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological

- studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease.
14. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease.
 15. Cunningham, F.G., et al., Editors, in Williams Obstetrics, 26e. 2022, McGraw Hill: New York, NY.
 16. Diabetes Investig 2018.
 17. Downey, D. B. and Condron, D. J. (2004). Playing well with others in kindergarten: the benefit of siblings at home. Journal of Marriage and Family.
 18. Feltner CF, Weber RP, Stuebe A, et al. Agency for Healthcare Research and Quality (US). Breastfeeding Programs and Policies, Breastfeeding Uptake, and Maternal Health Outcomes in Developed Countries. Rockville, 2018.
 19. Feltner CF, Weber RP, Stuebe A, et al. Agency for Healthcare Research and Quality (US). Breastfeeding Programs and Policies, Breastfeeding Uptake, and Maternal Health Outcomes in Developed Countries. Rockville, 2018.
 20. Feng L, Xu Q, Hu Z, Pan H. Lactation and progression to type 2.
 21. Francke. (1978) The Ambivalence of Abortion. New York: Random House.
-

22. Fretts, R.C. Effects of advanced maternal age on pregnancy. UpToDate. [cited 2022.
 23. gestational diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis of cohort studies.
 24. Isabelle Carlsson. Karin Breiding and P-GL. Complications related to induced abortion: a combined retrospective and longitudinal follow-up study. BMC womens Heal.
 25. Islami F, Liu Y, Jemal A, et al. Breastfeeding and breast cancer risk by receptor status--a systematic review and meta-analysis.
 26. Jordan SJ, Na R, Johnatty SE, et al. Breastfeeding and Endometrial Cancer Risk: An Analysis From the Epidemiology of Endometrial Cancer Consortium. Obstet Gynecol 2017.
 27. Kelsey JL, Gammon MD, John EM. Reproductive factors and breast cancer. Epidemiol Rev 1993.
 28. Kent, et.al. (Sept. 1977). Emotional Sequelae of Therapeutic Abortion: A Comparative Study. Presented at the annual meeting of the Canadian Psychiatric Association at Saskatoon.
 29. Kitzmann, K. M., Cohen, R., & Lockwood, R. L. (2002). Are Only Children Missing Out? Comparison of the Peer-Related Social Competence of Only Children and Siblings. Journal of Social and Personal Relationships.
-

30. Li DP, Du C, Zhang ZM, et al. Breastfeeding and ovarian cancer risk: a systematic review and meta-analysis of 40 epidemiological studies. *Asian Pac J Cancer Prev* ;2014 15:4829.
 31. Liu B, Jorm L, Banks E. Parity, breastfeeding, and the subsequent risk of maternal type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2010.
 32. Lo, R. F., & Mar, R. A. (2022). Having siblings is associated with better mentalizing abilities in adults. *Cognitive Development*.
 33. Lois Wladis Haffmon, The value of Children to Parents in the United States – *Journal of Population*.
 34. Major, B. et al. Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion. (American Psychological Association, 2008).
 35. Martens PJ, Shafer LA, Dean HJ, et al. Breastfeeding Initiation Associated With Reduced
 36. McAlister, A., & Peterson, C. C. (2006). Mental playmates: Siblings, executive functioning and theory of mind. *British Journal of Developmental Psychology*.
 37. Melese, Tadele DH, Tsimba BM, Mogobe KD, Chabaesele K, Rankgoane G, Keakabetse TR, et al. High Levels of Post-Abortion Complication in a Setting Where Abortion Service Is Not Legalized. *PLoS One*. 12;2017
-

38. Nguyen ARH. incomplete abortion. 2020
39. Okohue JE. Adhesions and Abortion. springer link. 2017
40. Pare & Raven, (1970). Follow-up of Patients Referred for Termination of Pregnancy. The Lancet, vol.1.
41. Parr, N. (2006). Do children from small families do better? Journal of Population Research, 25–1 ,(1)23.
42. R k Rosset ai.Brmed J (Clin Res Ed).1986
43. Rameez RM, Sadana D, Kaur S, et al. Association of Maternal Lactation With Diabetes
44. Reardon DC. The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities. SAGE Open Med.
45. Reardon, D. C. The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities. SAGE Open Med. 2018) 205031211880762 ,6).
46. Reardon. (1987) Criteria for the Identification of High Risk Abortion Patients: Analysis of An In-Depth Survey of 100 Aborted Women. Presented at the 1987 Paper Session of the Association for Interdisciplinary Research, Denver.

47. Reardon. (1987). Aborted Women-Silent No More. Chicago: Loyola University Press.
 48. Rippe, J.M., Lifestyle Medicine. Third Edition (3rd ed.) ed.: CRC Press.
 49. Rivera JGHM. Massive Hemorrhage After Dilatation and Curettage. Clin Anesthesiol II. 2019.
 50. Rodrigues, L. P., Luz, C., Cordovil, R., Mendes, R., Alexandre, R., & Lopes, V. P. (2021). Siblings' Influence on the Motor Competence of Preschoolers. Children (Basel, Switzerland), 3)8)
 51. Rosner B, Colditz GA, Willett WC. Reproductive risk factors in a prospective study of breast cancer: the Nurses' Health Study.
 52. Rosner B, Colditz GA, Willett WC. Reproductive risk factors in a prospective study of breast cancer: the Nurses' Health Study.
 53. safe abortion
 54. Setiawan VW, Pike MC, Karageorgi S, et al. Age at last birth in relation to risk of endometrial cancer: pooled analysis in the epidemiology of endometrial cancer consortium.
 55. Setiawan VW, Pike MC, Karageorgi S, et al. Age at last birth in relation to risk of endometrial cancer: pooled analysis in the epidemiology of endometrial cancer consortium.
 56. Shachar, B.Z. Interpregnancy interval: Optimizing time between pregnancies.UpToDate. [cited 2022].
-

57. Sherman, A., J. Lansford, and B. Volling, Sibling relationships and best friendships in young adulthood: Warmth, conflict, and well-being. *Personal Relationships*, 2006.
 58. Signore, C. and M. Klebanoff, Neonatal morbidity and mortality after elective cesarean delivery. *Clinics in perinatology*, 2008.
 59. Sobhy SI, Mohame NA. The effect of early initiation of breast feeding on the amount of vaginal blood loss during the fourth stage of labor. *J Egypt Public Health Assoc* 2004.
 60. Stuebe A. Associations Among Lactation, Maternal Carbohydrate Metabolism, and Cardiovascular Health. *Clin Obstet Gynecol* 2015.
 61. Stuebe AM, Michels KB, Willett WC, et al. Duration of lactation and incidence of myocardial infarction in middle to late adulthood.
 62. Stuebe AM. Does breastfeeding prevent the metabolic syndrome, or does the metabolic syndrome prevent breastfeeding? *Semin Perinatol* 2015.
 63. Sullins, D. P. Abortion, substance abuse and mental health in early adulthood: Thirteen-year longitudinal evidence from the United States.
 64. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality
-

- Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries.CA Cancer J Clin 2021.
65. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries.CA Cancer J Clin 2021.
66. Sung HK, Ma SH, Choi JY, et al. The Effect of Breastfeeding Duration and Parity on the Risk of Epithelial Ovarian Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. J Prev Med Public Health 2016.
67. Tsilidis KK, Allen NE, Key TJ, et al. Oral contraceptive use and reproductive factors and risk of ovarian cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition. Br J Cancer 2011.
68. UpToDate 2022
69. Wallerstein,et.al. (1972). Psychosocial Sequelae of Therapeutic Abortion in Young Unmarried Women. Archives of General Psychiatry, vol.27.
70. Wallerstein,et.al. (1972). Psychosocial Sequelae of Therapeutic Abortion in Young Unmarried Women. Archives of General Psychiatry, vol.27.
71. Ward, A. (1930). The only child: A study of one hundred only children living at home with both parents, referred, to a child guidance clinic. Smith College Studies in Social Work.
-

72. Wei, W., Wu, Y., Lv, B., Zhou, H., Han, X., Liu, Z., & Luo, L. (2016). The Relationship Between Parental Involvement and Elementary Students' Academic Achievement in China: One-Only Children vs. Children with Siblings. *Journal of Comparative Family Studies*.
-

به نام خالق زندگی

ازدواج صرفا کنار هم بودن دختر و پسر نیست
صرفا با هم بودن نیست
ازدواج یعنی دو (من) کنار هم قرار می گیرند و می شوند (ما)
ازدواج نقطه آغاز پایان منیت ها است
ما با هم، کنار هم در پرتو الطاف الهی خود را، زندگی را، دنیا را، آینده را و
آخرت را می سازیم
برای موفقیت در این ساختن زوجین جوان نیازمند کسب مهارت های
مختلف است .
این کتاب
به زوجین جوان راه و چاه زندگی مشترک و معارت های مورد نیاز در شروع
زندگی را به صورت خلاصه و کلیدی آموزش می دهد



وزارت بهداشت



مرکز جوانی جمعیت
سلامت خانواده و مدارس
اداره سلامت جوانی



وزارت بهداشت و آموزش پزشکی
مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس
اداره جوانی جمعیت