

# بررسی نحوه پایش، ارزیابی و اثربخشی سیاستهای جمعیتی کشور

مهدی جمالی

معاون امور اسناد هویتی اداره ثبت احوال شهرستان قزوین

۱۳۹۳

Email: mahdi\_jml@yahoo.com

Tell: ۰۲۸۳۳۲۲۱۶۳۵-۰۹۱۲۷۸۵۵۷۶۳

**مقدمه:** در زمانهای گذشته به علت بالا بودن میزان مرگ و میر، عقاید رایج نسبت به جمعیت موافق با سیاستهای مرتبط با افزایش مولید بود، با آنکه این سیاستها به صورت عملی اجرا نمیشد اما عقاید موافق با افزایش مولید را از طریق تقویت ارزشها و هنجارهای مرتبط پشتیبانی میکرد. به علت افزایش فزاینده جمعیت جهان در ۵۰ سال گذشته سیاستهای مرتبط با کاهش مولید از اهمیت زیادی بویژه در کشورهای در حال توسعه، برخوردار گردید. این در حالی است که کشورهای توسعه یافته به دلیل کاهش نرخ رشد جمعیت با ترویج سیاستهای کنترل مولید در کشورهای دیگر همواره به این سیاست دامن زده اند و تلاش نموده اند تا سهم عمده ای در کاهش نرخ رشد جمعیت در کشورهای دیگر ایفا نمایند.

**یافته ها:** بررسی شاخص جوانی ( شاخص ورتهایم) است در کشور که نشانه آن است که سهم جمعیت زیر ۱۵ سال کشور طی سالهای گذشته کاهش یافته است و این به علت کاهش نرخ رشد جمعیت در این سالهاست. دولت در چند سال اخیر تلاش نموده تا با اعمال مشوقهای مختلف سعی در افزایش نرخ رشد جمعیت و ایجاد تغییر تفکر غلط مهار و کنترل جمعیتی نموده است.

**نتیجه گیری:** کشورهای توسعه یافته سیاستهای کاهش جمعیت را در سالهای اخیر به کشورهای در حال توسعه و توسعه نیافته پیشنهاد می دهند. این در حالی است که خود این کشورها سیاستهای کاهش جمعیت را در گذشته انجام داده و در حال حاضر دچار مشکلات فراوانی از لحاظ جمعیتی شده اند. و این در حالی است که دولت میتواند با ادامه و همچنین افزایش دادن سیاستهای تعدیل جمعیتی پیش رو نقش مهمی در پیشرفت همه جانبه کشور داشته باشد.

کلمات کلیدی: سیاستهای جمعیتی، اثربخشی، زاد و ولد، مرگ و میر، پیشرفت، سلامت، مهاجرت، جمعیت جهان

## مقدمه

برای بررسی اثربخشی سیاستهای جمعیتی کشور در ابتدا به تعریفی از سیاستهای جمعیتی کشور پرداخته و سیاستهای جمعیتی را از جنبه های زاد و ولد، مرگ و میر، سلامت و مهاجرت مورد بررسی قرار میدهیم. سیاستهای جمعیتی عبارت است از مجموعه اصول و تدابیری که چگونگی و حدود فعالیت دولت را در امور جمعیتی و یا اموری که نتایج جمعیتی دارند تعیین میکند. سیاستهای جمعیتی را میتوان به انواع مختلفی تقسیم نمود.

**از نظر اجرا** سیاستها را میتوان به شرح ذیل تقسیم نمود. یک، سیاستهای مستقیم: تاثیر سیاست بر عوامل جمعیتی بطور مستقیم است مثلا افزایش مهاجرت به داخل موجب افزایش جمعیت میشود. دو، سیاستهای غیر مستقیم: اجرای سیاست بطور غیر مستقیم بر عوامل جمعیتی تاثیر گذار است مثلا اگر تشویق خانوادهها برای کنترل زاد و ولد از طریق مستقیم صورت پذیر نباشد ممکن است دولت آن را از طریق افزایش میزان تحصیلات تحت تاثیر قرار دهد.

**از لحاظ ماهیت** سیاستها را میتوان چنین تعریف کرد. یک، سیاستهای کمی: کاهش زاد و ولد و کاهش مهاجرت به داخل تغییراتی را در تعداد عددی جمعیت بوجود می آورد. سیاستهای کیفی: نظارت بهداشت و افزایش مهارتها باعث پیشرفت کیفی جمعیت میشود.

همچنین، سیاستهای جمعیتی را میتوان چنین طبقه بندی نمود. یک، **سیاستهای صریح**: سیاست بطور صریح بیان میشود. دو، **سیاستهای ضمنی**: مثلا اگر هدف سیاست گسترش تنظیم خانواده باشد دولت ممکن است به طور ضمنی هدف از آن را گسترش خدمات مربوط به بهداشت مادر و کودک اعلام کند.

**از نظر حوزه تحت پوشش** سیاستهای جمعیتی را میتوان به قرار زیر تقسیم نمود. یک، سیاستهای داخلی: که در داخل یک کشور صورت میگیرد. کشورها ممکن است علاوه بر سیاست ملی دارای سیاستهای محلی هم باشند. این امر بیشتر در کشورهایی که دارای نظامهای فدرال میباشند صورت میگیرد در این خصوص سیاستهای محلی ممکن است با سیاستهای ملی مطابقت نداشته باشد. دو، سیاستهای خارجی: کمکهای خارجی از سوی کشورهای دیگر و یا از سوی سازمانهای بین المللی. گذار جمعیتی: انتقال جامعه از کنترل طبیعی جمعیت به کنترل ارادی جمعیت را گذار جمعیتی مینامند.

## ۱) سیاستهای جمعیتی معاصر در زمینه باروری و مرگ میر

### سیاستهای جمعیتی و زاد و ولد

در زمانهای گذشته به علت بالا بودن میزان مرگ و میر، عقاید رایج نسبت به جمعیت موافق با سیاستهای مرتبط با افزایش موالید بود، با آنکه این سیاستها به صورت عملی اجرا نمیشد اما عقاید موافق با افزایش موالید را از طریق تقویت

ارزشها و هنجارهای مرتبط پشتیبانی میکرد. به علت افزایش فزاینده جمعیت جهان در ۵۰ سال گذشته سیاستهای مرتبط با کاهش مولید از اهمیت زیادی بویژه در کشورهای در حال توسعه، برخوردار گردید.

بر اساس بررسی سازمان ملل در سال ۱۹۹۰، از ۱۶۹ کشور مشمول این بررسی، ۶۶ کشور دارای سیاستهای مرتبط با کاهش باروری، ۱۷ کشور دارای سیاستهای مرتبط با ثبات باروری و ۲۰ کشور نیز در حال اجرای سیاستهای برای افزایش باروری بودند. بقیه کشورها هیچ مداخله ای را در این زمینه انجام نمی دادند. تمامی کشورهای دارای سیاست مخالف با افزایش مولید جزو کشورهای در حال توسعه بودند.

سیاستهای موافق با کاهش مولید و باروری در ابتدا با نظریه کنترل مولید شروع شد. در کنترل مولید هدف عمدتاً دخالت صریح و قاطع دولت در کاهش مولید است. در این مورد میتوان از سیاست تک فرزندی کشور چین نام برد. این سیاست عمدتاً در زمانی اجرا میشود که رشد جمعیت در حد بالایی قرار داشته عدم تعادل بین تغییرات جمعیتی و اقتصادی و اجتماعی مرتبط با توسعه نیز شدید است. از آنجا که این نوع سیاست کاهش باروری عمدتاً قهری بوده و با آگاهی خانواده ها و اختیار افراد هماهنگ نیست، اعمال آن مخالفتهایی را در بر داشته است.

با تعدیل این سیاست و افزایش نقش خانواده ها و افراد در انجام، مفهوم تنظیم خانواده یا برنامه ریزی خانواده پایدار شده. هدف عمده این سیاست هماهنگی بین امکانات خانواده و تعداد فرزندان است. این سیاست از طریق ارائه خدمات تنظیم خانواده و ارزیابی اثر بخشی این خدمات جهت بهبود نوع و نحوه ارائه خدمات اعمال میشود.

تنظیم خانواده بر خلاف کنترل مولید، میتواند موجب کاهش، افزایش و ثبات باروری میشود. هر چند هدف تنظیم خانواده فقط کاهش مولید نیست، اما اعمال آن در کشورهای دارای باروری بالا به کاهش باروری و زاد و ولد منجر میشود. این به این جهت است که در این کشورها به علت باروری بالا و توان اقتصادی ضعیف خانواده ها ایجاد تعادل بین امکانات و تعداد فرزندان باید از طریق کاهش تعداد فرزندان باشد. در سال ۱۹۸۹ از ۹۸ کشور مورد ارزیابی، برنامه ها در ۱۴ کشور موثر، در ۲۹ کشور متوسط، در ۳۸ کشور کم اثر و در ۱۷ کشور خیلی کم اثر یا بی اثر ارزیابی شد.

موفقیت تنظیم خانواده نیازمند کوششهای دیگری است که تحت عنوان اقدامات فراتر از برنامه تنظیم خانواده نامیده میشود:

افزایش سن قانونی ازدواج

افزایش میزان تحصیلات

مشارکت زنان در کارهای بیرون از خانه

ارائه آموزشهای جمعیتی در مدارس

برنامه‌های تنظیم خانواده علی‌رغم تاثیرگذاری قابل توجه در کاهش باروری همیشه با انتقاداتی همراه بوده است. این برنامه‌ها عمدتاً بر اساس اهداف جمعیتی به وجود آمده‌اند و هدف مهم آنها کاهش رشد جمعیت بوده است. از این جهت ممکن است خواست و اراده استفاده‌کنندگان از خدمات این برنامه‌ها چندین مورد توجه قرار نگیرد. علاوه بر این ممکن است به علت اجبار نسبی که برای تشویق افراد در استفاده از خدمات وجود دارد، رعایت حقوق انسانی مخصوصاً حقوق مربوط به فرزندآوری زنان خدشه دار شود. به همین دلیل جایگزینی مفهوم بهداشت باروری به جای تنظیم خانواده در کنفرانس بین‌المللی جمعیت در قاهره در سال ۱۹۹۴ پیشنهاد شد

تقلیل مرگ و میر مادران بر اثر عوارض حاملگی

جلوگیری از بیماری‌های قابل انتقال از طریق روابط جنسی

افزایش اطلاعات مادران در مورد مسائل زیستی و اجتماعی

رعایت حقوق باروری

حفظ تعادل بین عوامل جمعیتی و غیر جمعیتی با رعایت حقوق و نظریات استفاده‌کنندگان

### سیاست‌های جمعیتی و مرگ و میر

از آنجا که هدف همه دولت‌ها ارتقا سطح بهداشت و سلامت انسانهاست، همه آنها دارای سیاست‌های مرتبط با مرگ و میر هستند. بعضی معتقدند که کوشش در جهت بهبود سلامت، یک سیاست جمعیتی خالص نیست.

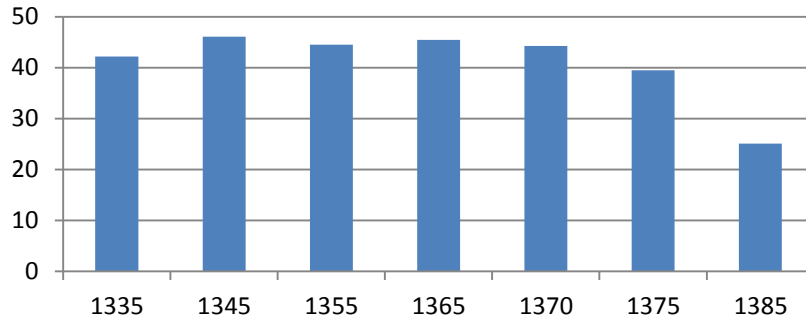
بعضی از سیاست‌های مرتبط با مرگ و میر هم می‌تواند بر سایر عوامل جمعیتی تاثیر گذار باشند. مثلاً ارتقا بهداشت مادر و کودک در جوامع دارای رشد بالای جمعیت موجبات کاهش باروری را فراهم می‌آورد. به همین جهت است که سیاست‌گذاری مرتبط با بهداشت مادر و کودک به عنوان سیاست‌های مرتبط با زاد و ولد تقسیم بندی می‌شوند. سیاست‌ها و قوانین مرتبط با کاهش جنگ‌ها و قتل‌عامها در زمره سیاست‌های مرتبط با مرگ و میر قرار می‌گیرد. بنابراین ممنوعیت قتل عام توسط سازمان ملل در سال ۱۹۴۸ را می‌توان نوعی سیاست جمعیتی مرتبط با مرگ و میر قلمداد کرد.

### نسبت جوانی جمعیت کشور (شاخص ورتهایم)

در جدول زیر شاخص جوانی که همان شاخص ورتهایم است را مشاهده می‌کنید. این شاخص نشانه آن است که سهم جمعیت زیر ۱۵ سال کشور طی سال‌های گذشته کاهش یافته است و این به علت کاهش نرخ رشد جمعیت در این سال‌هاست. میزان جوانی جمعیت را با تست ورتهایم می‌سنجند. به جمعیتی که رابطه مزبور در آن صدق کند، جمعیت جوان گفته می‌شود.

$$\sum_0^{14} P \geq 40\% \sum_0^w P$$

### نسبت جوانی جمعیت کشور (شاخص ورتهایم)



منبع: سالنامه آماری کشور، ۱۳۸۷

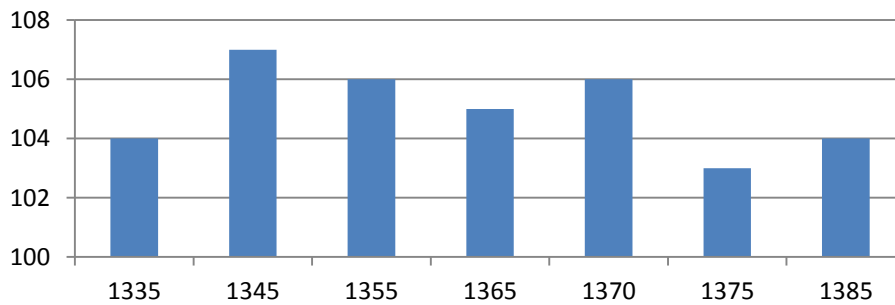
### نسبت جنسی جمعیت کشور

این نسبت حاصل تقسیم تعداد مردان به زنان ضربدر ۱۰۰ است.

$$SR = \frac{M}{F} \times 100$$

در صورتی که این شاخص از ۱۰۰ کمتر شد تعداد زنان بیشتر است و اگر بیشتر از ۱۰۰ شد تعداد مردان بیشتر خواهد بود.

### نسبت جنسی جمعیت کشور

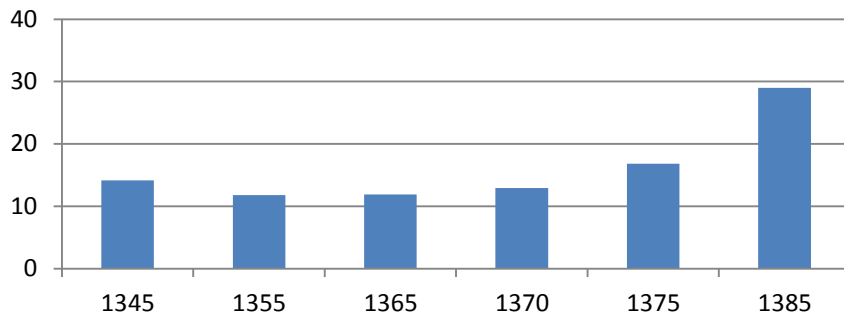


منبع: سالنامه آماری کشور، ۱۳۸۷

### نسبت سالخوردگی جمعیت

این نسبت حاصل تقسیم جمعیت ۶۰ ساله و بیشتر به جمعیت زیر ۱۵ سال است. ملاحظه می‌شود با توجه به سیاست‌های دولت‌های وقت، این شاخص افزایش یافته است که نشانه پیرتر شدن جمعیت می‌باشد.

### نسبت سالخوردگی جمعیت

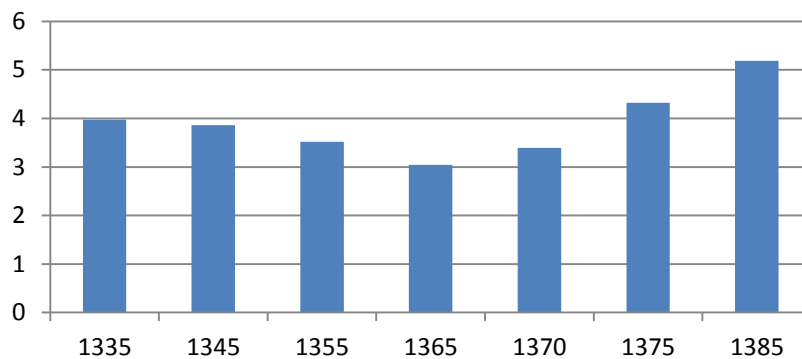


منبع: سالنامه آماری کشور، ۱۳۸۷

### میزان سالخوردگی جمعیت

این میزان حاصل تقسیم جمعیت ۶۵ ساله و بیشتر به کل جمعیت است. ملاحظه می‌شود با توجه به سیاست‌های دولت‌های وقت، این شاخص نیز افزایش یافته است که نشانه پیرتر شدن جمعیت می‌باشد.

### میزان سالخوردگی جمعیت

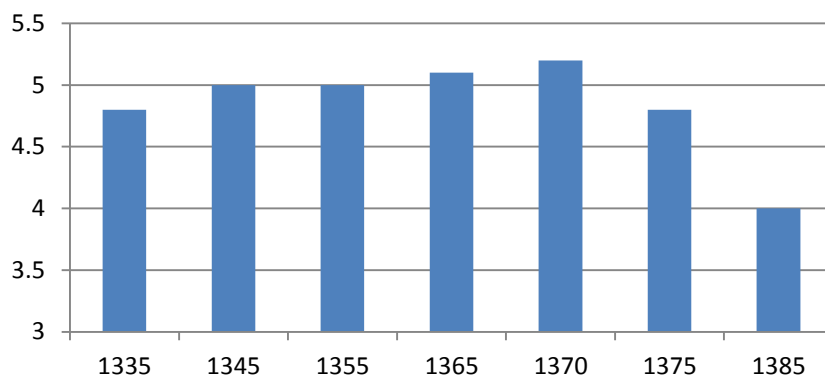


منبع: سالنامه آماری کشور، ۱۳۸۷

### متوسط تعداد افراد در خانوار کشور (بعد خانوار)

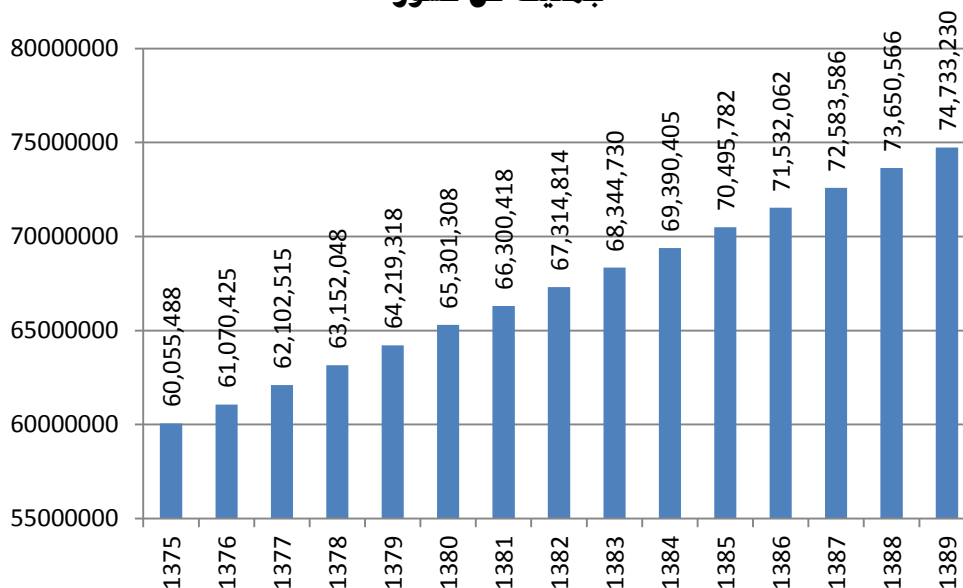
این شاخص عبارت است از حاصل تقسیم تعداد جمعیت به تعداد خانوارها که از سال ۱۳۷۰ به بعد کاهش یافته است. این کاهش نشانه کاهش تعداد افراد خانوار با توجه به سیاست‌های کاهش جمعیت در طول این سال‌هاست.

متوسط تعداد افراد در خانوار کشور (بعد خانوار)



منبع: سالنامه آماری کشور، ۱۳۸۷

جمعیت کل کشور



## باروری و موالید

در بحث موالید، «تعداد نوزادان زنده به دنیا آمده در مقطعی از زمان و در یک محدوده جغرافیایی» مورد نظر می‌باشد. در حالی که باروری به «توان بالقوه یک جمعیت برای بچه دار شدن» اطلاق می‌گردد. به عبارتی دیگر در بحث موالید، تعداد نوزادان مورد سنجش قرار می‌گیرد، درحالی‌که در باروری گروه مولد جامعه یعنی زنان در سنین باروری (معمولاً ۱۵-۴۹ ساله) که دارای حداکثر پتانسیل باروری و زاد و ولد هستند مورد بررسی می‌باشند.

**عواملی چند در میزان باروری زنان تأثیر می‌گذارد که به برخی از این عوامل اشاره می‌گردد:**

## الف) شرایط محیطی و اقلیمی

شرایط محیط با تأثیر بر جنبه‌های بیولوژیک و فیزیولوژیک باروری سیر طبیعی آن را تحت الشعاع قرار می‌دهد. مثلاً در مناطق با ارتفاع بالاتر و فشار پایین هوا میزان لقاح پایین تر گزارش شده است یا درجه حرارت محیط به طرق مختلف بر میزان باروری تأثیر می‌گذارد، بدین ترتیب که فرضاً در مناطق گرمسیر سن بلوغ دختران به مراتب پایین تر و مثلاً در عربستان و عراق حدود ۹-۱۰ سالگی و در مناطق سردسیر و گرمسیر اختلاف محسوسی در سن بلوغ و یائسگی وجود دارد. پایین بودن سن بلوغ و بالا بودن سن یائسگی دوره باروری را افزایش می‌دهد. (حلم سرشت، ۱۳۸۸، ص ۴۶)

## ب) شرایط اقتصادی

شرایط اقتصادی بطور مستقیم و غیرمستقیم عاملی در جهت افزایش یا محدودیت موالید می‌باشد. هرچند مجموعه‌ای از سایر عوامل بطور غیرمستقیم در میزان موالید دخیل می‌باشند و تحلیل مسائل را پیچیده تر می‌کنند از جمله سطح اطلاعات، آموزش و مسائل اجتماعی، قاعدتاً خانواده‌های با وضعیت اقتصادی پایین تر از شرایط بهداشتی نامناسب تری برخوردارند.

## ج) شرایط اجتماعی

یکی از فاکتورهای کلیدی که در رشد جمعیت تأثیر می‌گذارد، مسائل اجتماعی، عرف، اعتقادات و مسائل مذهبی در یک جامعه است. کلیه عواملی که در زیر نام برده می‌شود در زیرگروه شرایط اجتماعی بر میزان باروری و موالید اثر می‌گذارد. (Bongaarts, ۱۹۹۴, ۷۷۱-۷۷۶)

### ۱- دوره زندگی مشترک

۲۵٪ تولدها در ۱ تا ۵ سال اول زندگی زناشویی و ۵۵-۵۰٪ تولدها در ۵ تا ۱۵ سال اول زندگی مشترک رخ می‌دهد، لذا دوام ازدواج و طول دوره زندگی مشترک بر میزان باروری تأثیر می‌گذارد.

### ۲- همگانی بودن ازدواج

در کشورهای در حال توسعه، دیر یا زود ۹۵-۱۰۰ درصد زنان ازدواج می‌کنند، در حالیکه این درصد در کشورهای توسعه یافته و پیشرفته ۹۰٪ و در برخی کشورها حدود ۷۰٪ است. این مسأله زنگ خطری است برای کشورهای توسعه یافته.

### ۳- ازدواج زود هنگام

در کشورهای در حال توسعه سن ازدواج پایین تر است، فرضاً در هندوستان ۶۰٪ دختران در سنین ۱۹-۱۵ سالگی ازدواج می‌کنند. معمولاً دخترانی که در سنین پایین ازدواج می‌کنند، تعداد فرزند بیشتری هم خواهند داشت.



## ۴- سطح سواد

تحقیقات مختلف نشان می‌دهند که در زنان با ارتقاء سطح سواد و ورود به اجتماع، سن ازدواج بالا می‌رود و تمایل به داشتن فرزند زیاد کمتر می‌گردد. از طرفی اطلاعات و امکانات دستیابی به وسائل کنترل جمعیت و پیشگیری از بارداری افزایش می‌یابد. لذا بین سطح سواد و میزان باروری رابطه معکوس وجود دارد.

## ۵- سنت‌های اجتماعی

داشتن کودک از جنس (پسر یا دختر)، شرایط اجتماعی مؤثر در آمیزش‌های جنسی (نظیر مسائلی چون چندهمسری، ازدواج موقت و ...) هر یک به طریقی بر میزان باروری تأثیر می‌گذارند.

## ۶- اعتقادات مذهبی

در ادیان مختلف قوانینی وجود دارد که بر شیوع باروری بطور مستقیم یا غیرمستقیم تأثیر می‌گذارد. به عنوان مثال کاتولیک‌ها حق استفاده از وسایل پیشگیری را ندارند یا شیوع تعدد زوجین و سفارشات برخی ادیان بر ازدیاد نسل بر تعداد فرزند تأثیرگذار است.

## ۷- سایر عوامل

مسائلی چون جایگاه ارزشی زن در اجتماع، ارزش کودک در جامعه، اشتغال زنان و امنیت جامعه از جمله مسائل اجتماعی هستند که در میزان باروری مؤثر می‌باشند.

## د) سیاست گذاری‌های کشوری

کشورهای مختلف بر مبنای رشد جمعیت و شاخص‌های بهداشتی و اقتصادی موجود، شرایط و سیاست گذاری‌های خاصی در زمینه باروری برقرار می‌نمایند. فرضاً در کشوری که رشد جمعیت منفی است، سیاست دولت بر تشویق به تشکیل و دوام خانواده‌ها و افزایش زاد و ولد می‌باشد. در حالیکه در کشورهای پرجمعیت سیاست‌های محدودکننده تعداد جمعیت وضع می‌گردد که به طرق مختلف از جمله عواملی که در زیر نام برده می‌شود بر رشد جمعیت جامعه تأثیر می‌گذارد. (حلم سرشت، ۱۳۸۸، ص ۴۹)

- افزایش فاصله گذاری بین زایمانها منجر به کاهش میزان مولید می‌گردد.
- بعد خانواده: در برخی کشورها بنا به مسائل خاص آن کشور سیاست هایی در جهت محدودیت بعد خانوار وجود دارد، از جمله چین که با قانون تک فرزندی تأثیر زیادی بر بعد خانوار به جا گذاشت.
- ایجاد تسهیلات بهداشتی با کاهش بیماری‌های منطقه از راه جنسی (که می‌تواند عامل نازایی باشد) و بیماری‌هایی چون توکسوپلاموز و مالاریا که منجر به مرگ جنین می‌گردند، تغییراتی در جهت افزایش زاد و ولد بوجود می‌آید.
- در دسترس قراردادن خدمات آموزشی- مشاوره‌ای و وسائل پیشگیری از بارداری.

## مرگ و میر

بررسی عوامل مؤثر بر شاخص‌های مرگ و میر در مقایسه با باروری از پیچیدگی بیشتری برخوردار است. چرا که در بحث باروری، فقط گروه جنسی زنان، در مقطع سنی خاص (دوره بارداری) مورد بررسی قرار می‌گیرد. در حالیکه مرگ و میر، تمام گروه‌های سنی از هر دو جنس را شامل می‌شود.

از مهمترین عواملی که در میزان مرگ و میر تأثیر می‌گذارند عبارتند از:

### ۱- وراثت

طول عمر موروثی است. بسیاری از خانواده‌ها نسل اندر نسل از طول عمر بیشتری برخوردار هستند. از طرفی برخی بیماریهای ارثی با کشندگی بالا، میزان مرگ و میر را افزایش می‌دهند.

### ۲- نژاد

برخی نژادها از درجه حساسیت بیشتری به برخی بیماریهای کاهنده عمر برخوردار می‌باشند.

### ۳- جنس

مرگ و میر در مردان و زنان در سنین مختلف میزان متغیری به خود اختصاص می‌دهد. در مجموع مرگ و میر در مردان در اکثر گروه‌های سنی شایع تر از زنان است.

### ۴- تغذیه

سوءتغذیه منجر به کاهش سطح ایمنی بدن و افزایش احتمال ابتلا به بیماریها و مرگ و میر می‌گردد.

### ۵- شیوه زندگی

سبک زندگی، فعالیتها و شرایط محیط زندگی همگی در سلامت یا ابتلا به بیماریها مؤثر است. فرضاً فردی که در محیط شهری زندگی می‌کند، هرچند از تسهیلات بیشتری برخوردار است ولی به دلیل فزونی آلودگی‌های صوتی، آلودگی‌های هوا و استرس‌های مختلف زندگی شهری از جمله مشکلات مسکن، شغل، درآمد و ... احتمال بالاتری برای ابتلا به بیماریهای روانی و سایکوسوماتیک دارد.

به دنبال پیشرفتهایی که از آغاز قرن ۱۹ میلادی همگام با پیشرفت تکنولوژی در کشورهای توسعه یافته روی داد و کشفیات مهم علمی همچون کشف آنتی بیوتیک و واکسن منجر به پیشگیری و کنترل بیماری‌های عفونی - که عامل اپیدمی‌های وسیع با مرگ و میر بالایی بوده‌اند - گردید و همچنین بهبود کیفیت زندگی و بهداشت همگانی، میزان مرگ و میر کاهش چشمگیری یافته است. از مهمترین عواملی که در کاهش مرگ و میر تأثیر داشته‌اند به موارد زیر می‌توان اشاره نمود:

- تحت کنترل درآوردن و مبارزه مؤثر با بلایای طبیعی مانند قحطی و خشکسالی که یک عامل طبیعی کنترل کننده جمعیت بود.

- مبارزه همگانی با بیماری‌های عفونی شدید مانند وبا، ابله و طاعون
- پیشرفت علم پزشکی و کشف آنتی بیوتیک، واکسن، داروهای جدید، آفت کش ها
- بهبود وضعیت ارائه خدمات بهداشتی درمانی و گسترش نظام شبکه
- تأثیرگذاری برنامه ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های کشوری
- بهبود وضعیت تولید، حفظ، نگهداری و توزیع مواد غذایی
- کمک‌های بین المللی در زمینه‌های بهداشتی به خصوص به هنگام حوادث غیر مترقبه
- ایجاد آگاهی اجتماعی در توده‌های مردم
- پیشرفت و نفوذ تکنولوژی در علم پزشکی که منجر به تشخیص سریع تر و دقیق تر بیماریها می‌گردد.
- تأثیر موارد فوق بسیار سریع و محسوس بود ولی با توجه به اینکه پس از این مبارزه با بیماری‌های کاهنده مرگ و میر باید مدنظر قرار گیرد، همچون مبارزه با بیماری‌های ژنتیک و غیر واگیر، بهبود تغذیه و اصلاح وضعیت محیط زیست و مبارزه با بیماری‌های نوظهور و حتی تغییر در شیوه زندگی (life style) می‌باشد که روندی درازمدت دارد، لذا برای ایجاد تغییرات کاهنده بعدی پیشرفت بسیار کندتری را انتظار خواهیم داشت.

## ۲) سیاست‌های جمعیتی مرتبط با سلامت و اختلال در سلامتی

امروز دیگر معنای سلامت بیش از بیمار نبودن است. از نظر سازمان جهانی بهداشت، سلامت عبارت سلامت مبنای . «رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی نه تنها فقدان بیماری و ناخوشی:» است از بهره وری شغلی، ظرفیت یادگیری در مدرسه و توانایی برای رشد جسمی، روحی و هوشی است. از بیان اقتصادی، سلامت و آموزش دو وجه اساسی سرمایه انسانی هستند. از این منظر از مجموع حدود ۱۰۰ بند از سیاست های کلی برنامه پنجم توسعه ابلاغی از سوی مقام معظم رهبر ی ۱۸ مورد به شرح وظایف حوزه های مختلف وزارت بهداشت به طور مستقیم یا غیرمستقیم مربوط است و در حدود ۱۱ بند نیز ب هوضوح با موضوع سلامت) صرف نظر از دستگاه مجری (ارتباط دارند.

سلامت مبنای بهره وری شغلی، ظرفیت یادگیری در مدرسه و توانایی برای رشد جسمی، روحی و هوشی است. به عبارت اقتصادی، سلامت و آموزش دو وجه اساسی سرمایه انسانی هستند. برآوردهای آماری نشان می دهد هر ۱۰ درصد بهبود در امید زندگی در بدو تولد، ۰ درصد را در صورت ثابت بودن سایر عوامل دربردارد. ۱۰ / ۰ تا ۴ / حداقل رشد اقتصادی معادل ۳ تعیین کننده های سلامت عواملی هستند که به طور مستقیم یا غیرمستقیم شرایطی را فراهم می کند که ابعاد مختلف سلامت تحت تأثیر مثبت یا منفی قرار گیرند. این عوامل به اختصار عبارت انداز: بیولوژی فردی و رفتار و شیوه زندگی، محیط فیزیکی و اجتماعی، سیاست ها و اقدامات مربوط به آن و دسترسی به مراقبت های باکیفیت سلامت. عوامل اجتماعی تأثیر بسیاری در بهره مندی عادلانه مردم از سلامت دارند. امروزه شواهد علمی محکمی وجود دارد که مؤلفه های اجتماعی سلامت شامل طبقه اجتماعی، ۲ محرومیت اجتماعی ۳) حاشیه نشینی و... استرس، تکامل دوران ابتدای کودکی، ۴ بیکاری، شرایط محیط کار، حمایت اجتماعی، ۵ اعتیاد، غذا، حمل و نقل، شهرنشینی) مهاجرت(، جهانی شدن، زنان و نابرابری جنسیتی، تأثیر بسیاری بر سلامت دارند. ۶ بررسی ها نشان می دهد سهم هریک از عوامل تعیین کننده بر ابعاد مختلف سلامت عبارت است از: ژنتیک یا بیولوژی فردی ( ۱۵ درصد)، مؤلفه های اجتماعی اقتصادی ( ۵۰ درصد)، محیط فیزیکی ( ۱۰ درصد)، نظام مراقبت سلامت ( ۲۵ درصد). (۷) باید توجه کرد بر خورداری از یک زندگی سالم، مولد و با کیفیت، توأم با طول عمر قابل قبول و عاری از

بیماری و ناتوانی، حقی است همگانی که در اعلامیه جهانی حقوق بشر ماده ( ۲۵ ) ، قانون ۲۹ و ۳ (مورد تأکید قرار گرفته است .مسئولیت و تولیت ، اساسی جمهوری اسلامی ایران) اصول ۴۳ این امر بر عهده دولت ها بوده و یکی از پیش شرط های تحقق توسعه پایدار و معیاری مهم برای حاکمیت بهینه در هر کشور ب ه شمار می رود .اساسنامه سازمان جهانی بهداشت ( ۱۹۴۶ ) نیز برخورداری از بالاترین حد استاندارد های منطقی و قابل حصول سلامت، بدون در نظر گرفتن نژاد ، مذهب، عقاید سیاسی و موقعیت اقتصادی و اجتماعی را حق مسلم هر انسانی بیان می کند. ۱۳۶۷ مجلس / ۳ / براساس قانون وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۳ شورای اسلامی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به منظور تأمین و ارتقای سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی جامعه، در چارچوب سیاست ها و خط مشی های تعیین شده ، مجموعه ای نظام یافته از فعالیت ها و عملیات اجرایی است

### ۳) سیاستهای جمعیتی مرتبط با توزیع جغرافیایی جمعیت و مهاجرت

#### سیاستهای جمعیتی و مهاجرت

۱. مهاجرت داخلی

۲. مهاجرت خارجی

#### مهاجرت داخلی

۱. جابجایی جمعیت در داخل یک کشور معمولاً آزادانه و یا با محدودیتهای کمی صورت میگیرد.

۲. حجم و نوع این جابجاییها میتواند هم بر عوامل جمعیتی وهم بر عوامل اقتصادی و اجتماعی اثر بگذارد.

۳. به علت رشد فزاینده جمعیت در شهرهای بزرگ در کشورهای در حال توسعه ، بسیاری از کشورها از توزیع جمعیت

خود راضی نیستند. بر اساس بررسی سازمان ملل در سال ۱۹۹۰، تنها ۳۲ کشور از ۱۶۹ کشور (۱۹ درصد) از توزیع

جمعیتی خود راضی بودند و ۱۴۱ کشور دارای سیاستهایی در جهت تغییر توزیع جمعیت خود بودند

بیشتر سیاستهای مرتبط به باز توزیع جمعیت عمدتاً در جهت کاهش عوارض اقتصادی و اجتماعی تمرکز جمعیت در نقاط خاص، طراحی میشوند.

بعضی از این سیاستها معلول عوامل سیاسی هستند مثل تغییر محل اقامت بعضی از اقوام و اسکان عشایر در گذشته

#### سیاستهای مرتبط با توزیع مجدد (باز توزیع) جمعیت

۱. جابجایی جمعیت از نقاط بسیار متراکم به نقاط دیگر

۲. ایجاد مناطق مسکونی جدید (شهرهای جدید)

۳. انتقال جمعیت از مناطق شهری متراکم به مناطق روستایی

۴. کنترل مهاجرت به شهرهای بزرگ

۵. افزایش امکانات در مناطق کم جمعیت

۶. برقراری مشوقهای مالی برای سرمایه گذاری در مناطق کم جمعیت

## مهاجرت خارجی

مهاجرت افراد به کشورهای دیگر در مقایسه با مهاجرت داخلی از آزادی کمتر و محدودیتهای بیشتر برخوردار است

**تشویق مهاجرت به داخل توسط بعضی از کشورها در زمانهای مختلف رواج داشته است**

کشورهای ایالات متحده، کانادا و نیوزیلند با دادن زمین مجانی به مهاجران، مهاجرت به داخل را در قرن ۱۹ تشویق میکردند.

در مقابله با رشد جمعیتی بسیار پایین، بعضی کشورها نظیر استرالیا و کانادا سیاستهایی برای جذب جمعیت از خارج اعمال میکنند.

بعضی کشورها مثل المان و کشورهای حوزه خلیج فارس به دلایل اقتصادی از سیاستهای جذب نیروی کارگر به صورت موقت پیروی میکنند.

**تشویق مهاجرت به خارج نیز به عنوان یک سیاست از سوی بعضی کشورها دنبال شده**

**است** در دهه ۱۹۴۰ جزیره کوچک مالت سعی کرد با تشویق یک مهاجرت به خارج ۵ درصدی (از طریق امضا قرارداد با استرالیا) جمعیت خود را در حد متناسب ۲۵۰ هزار نفری نگاه دارد.

بسیاری از کشورها با وضع مقررات سخت از ورود و خروج افراد ممانعت می کنند. کشور استرالیا با اعمال سیاست "استرالیای سفید" از ورود مهاجران غیر سفید پوست تا اواخر دهه ۱۹۶۰ ممانعت به عمل می آورد.

مهاجرت به خارج در چین از ۱۷۱۸ تا ۱۸۶۰ و در ژاپن تا ۱۸۸۵ غیر قانونی بود.

بر اثر افزایش کشمکشهای سیاسی ناشی از حضور خارجیان، کشور سربلانکا در سال ۱۹۶۴ خواهان بازگشت یک میلیون مهاجر هندی شد.

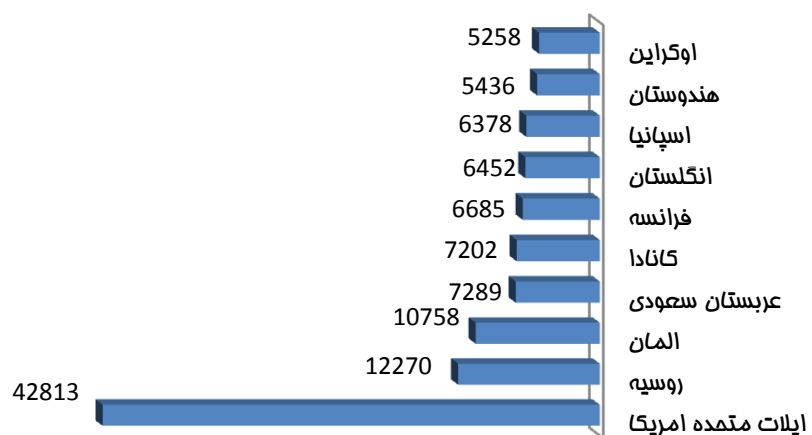
## مهاجرت

یکی از موارد بسیار مهمی که تحت عنوان حرکات جمعیتی مورد بررسی قرار می‌گیرد، حرکات جغرافیایی جمعیت یا مهاجرت می‌باشد. پیش از ذکر تأثیراتی که مهاجرت در جامعه به جا می‌گذارد، به توضیح کوتاهی در خصوص تقسیم بندی جمعیت برحسب انجام یا عدم انجام مهاجرت می‌پردازیم.

بطور کلی منطقه‌ای که مهاجرت (به داخل یا خارج) نقش چندانی در تعداد افراد آن منطقه ندارد و تنها تفاضل زاد و ولد و مرگ و میر عامل اصلی نوسانات جمعیت می‌باشد، "جمعیت بسته" نامیده می‌شود. مسائل سیاسی و موانع جغرافیایی نقش مهمی در ایجاد جمعیت بسته دارند. چنین جوامعی فرهنگی دست نخورده و ابتدایی داشته و تبادلات اطلاعاتی نیز نقش کمتری در پیشرفت جامعه دارد. از طرف دیگر جمعیتی که مهاجرت (به داخل یا خارج) عامل مهمی در نوسانات تعداد جمعیت آن (علاوه بر زاد و ولد و مرگ و میر) باشد، "جمعیت باز" نامیده می‌شود. تسهیلات حمل و نقل، ارتباطات و سیستم تجارت بین المللی از عوامل ایجاد جمعیت باز می‌باشند.

در آخرین آماري که موجود می‌باشد کل مهاجرت در دنیا در سال ۲۰۰۹ میلادی، برابر با ۲۱۳ میلیون نفر بوده است که ده کشور حدود ۵۲٪ از این مهاجرت را به خود اختصاص داده‌اند. دلایل پذیرش مهاجر عبارتند از: رشد اقتصادی بالا، رشد جمعیت پایین بعثت سیاستهای جمعیتی کاهنده و در نتیجه خطر بزرگ جمعیت غیر بومی در کشور. در این میان کشورهای غربی و در رأس آنها ایالات متحده امریکا با حدود ۴۳ میلیون نفر پذیرش مهاجر جزو مهاجر پذیرترین کشورهای دنیا هستند.

### ده کشور با پذیرش بیشترین مهاجرت (هزار نفر)



## ۴) تغییرات مرتبط با سیاستهای جمعیتی در کشور و بررسی سیاستهای جمعیتی کشورهای دنیا

باتوجه به تحولات اخیر

کشورهای توسعه یافته سیاست‌های کاهش جمعیت را در سال‌های اخیر به کشورهای در حال توسعه و توسعه نیافته پیشنهاد می‌دهند. این درحالی است که خود این کشورها سیاست‌های کاهش جمعیت را در گذشته انجام داده و در حال حاضر دچار مشکلات فراوانی از لحاظ جمعیتی شده‌اند.

#### سیاست‌های جمعیتی در ایران

تا پیش از سال ۱۳۳۰، دولت سیاست‌گذاری جمعیتی مشخصی انجام نداده بود و تنها برخی انجمن‌های خیریه و مطب‌های خصوصی در زمینه تنظیم خانواده فعالیت می‌کردند. اولین اقدامات در سال ۱۳۳۴ با تأسیس اداره بهداشت مادران و کودکان در وزارت بهداشت آغاز شد. در همان سال انجمن خیریه "راهنمای خانواده" با کمک صندوق بین‌المللی جمعیت، قرص اسپرم کش و کاندوم در اختیار برخی مراکز دولتی و غیردولتی قرار می‌داد.

اولین بار در سال ۱۳۴۱ برنامه‌های جمعیتی به طور جدی مورد توجه دولتمردان قرار گرفت. در سال ۱۳۴۳ سیاست‌های کنترل جمعیت مورد تأیید برخی مقامات روحانی واقع گردید و فتوایه حاج شیخ بهاء‌الدین محلاتی بدین شرح صادر شد که "طرق مختلف جلوگیری از حاملگی از حاملگی از نظر شرعی در صورت موقت بودن و عدم عقیمی زن مانعی ندارد."

در اواخر ۱۳۴۵ با اعلام نظر کارشناسان شورای جمعیتی مستقر در امریکا، شورای عالی بهداشت و تنظیم خانواده و ستاد عالی هماهنگی با همکاری دستگاه‌های دولتی تشکیل و حوزه معاونت وزارت بهداشتی برای اجرای این برنامه‌ها در نظر گرفته شد و بدنبال آن از سال ۱۳۴۶ پس از صدور اعلامیه تهران به اجرا گذاشته شد. بدین ترتیب حدود ۲۰٪ از زنان واجد شرایط تنظیم خانواده تحت پوشش این خدمات قرار گرفته و رشد جمعیت ایران که در دهه ۴۵-۱۳۳۵ حدود ۳/۲ درصد بود، به میزان ۲/۶ درصد در فاصله سال‌های ۱۳۵۵-۱۳۴۵ رسید.

پس از انقلاب اسلامی و شروع جنگ تحمیلی عملاً برنامه‌های تنظیم خانواده تعطیل شد. با توجه به کاهش مرگ و میر به دلیل توسعه شبکه ارائه خدمات بهداشتی و ارتقاء چشمگیر سطح بهداشت عمومی، مهاجرت اتباع کشورهای همسایه به ایران، واگذاری برخی امتیازات اجتماعی و رفاهی به خانواده‌های پرجمعیت و از طرفی غفلت از برنامه‌های تنظیم خانواده رشد جمعیت در فواصل سال‌های ۶۵-۱۳۵۵ به رقم ۳/۹ درصد رسید؛ یعنی رشد جمعیت ایران وارد مرحله "انفجار جمعیت" گردید.

تعدادی از سیاست‌های جمعیتی که از دهه ۷۰ تاکنون به طور هماهنگ و به وسیله وزارتخانه‌ها و دستگاه‌های مختلف در کشور ما پیاده شده‌اند به شرح ذیل می‌باشند:

جوانانی که قصد ازدواج دارند، پس از انجام آزمایش‌های لازم، موظف به شرکت در کلاس‌های تنظیم خانواده می‌باشند.

عمل وازکتومی به طور رایگان انجام می‌شود، در حالی که بسیاری عمل‌های ساده تر از آن با قیمت‌های گزافی انجام می‌شود. فرزند چهارم به بعد کوپن دریافت نمی‌کند.

## ایران و سیاست‌های کنترل جمعیت

جمعیت در برنامه اول توسعه (۱۳۶۸ تا ۱۳۷۲)

پیش‌بینی جمعیت در طول برنامه اول توسعه به‌شدت متأثر از افزایش مولید و رشد جمعیت در دهه پس از انقلاب بود. دهه‌ای که در آن جمعیت کشور، میزان باروری کل را در حد میزان طبیعی و نرخ رشد ۳/۹ درصدی تجربه می‌کرد. در این شرایط بود که لزوم اجرای سیاست‌های کنترل مولید به‌شدت احساس می‌شد و تلاش‌های بی‌وقفه صاحب‌نظران حوزه جمعیت در جهت گنجانیدن سیاست‌های کنترل مولید و تنظیم خانواده در برنامه‌های درازمدت توسعه برای نخستین مرتبه به بار نشست و صاحب‌نظران و سیاستگذاران حوزه برنامه‌ریزی به این مهم تأکید کردند. در حقیقت عامل ازدیاد شدید جمعیت در برنامه اول توسعه به عنوان یک عامل منفی و نامطلوب تلقی می‌شد که عاملی بازدارنده در راه توسعه کشور بود و سیاست‌های کنترل مولید در این برنامه پاسخی به این تلقی به‌شمار می‌آمد اما در چنین شرایطی کمتر کسی تصور می‌کرد که نرخ رشد جمعیت کشور با چنین سرعتی کاهش یابد و تصور جمعیت‌شناسان بر این بود که رشد جمعیت کشور در افق درازمدت‌تری کاهش پیدا کند. از این‌رو، در مبحث تحولات آتی جمعیت در برنامه اول توسعه آمده است: «بررسی‌های جمعیت‌شناختی بر این واقعیت تأکید دارند که چنانچه روند کنونی افزایش طبیعی جمعیت تداوم یابد، حتی با وجود تغییری که در الگوی استقرار جمعیت و به‌ویژه افزایش شهرنشینی صورت خواهد گرفت، تا سال ۱۳۹۰ جمعیت ایران به مرز ۱۰۷ میلیون نفر خواهد رسید و بر اثر آن، الگوی کاربردی منابع و امکانات تولیدی کشور بی‌رویه‌تر و میزان محرومیت‌ها و عدم تعادل‌های اساسی شدیدتر خواهد شد. خاصه آنکه از فرآیند رشد طبیعی بالای جمعیت، بیش از همه، خانوارهای وابسته به قشرهای کم‌درآمد، نواحی و مناطق محروم و بخش‌های سنتی اقتصادی لطمه خواهند دید. (لایحه برنامه اول توسعه اقتصادی، ۱۳۶۸)

براساس لایحه برنامه اول، جمعیت سال ۱۳۷۲ (سال آخر برنامه اول توسعه) ۶۱۶۸۴ هزار نفر پیش‌بینی شده است اما عملکرد تعداد جمعیت براساس جمعیت اصلاح شده ۵۹۶۴۰ هزار نفر و براساس سرشماری ۵۷۴۸۸ هزار نفر بوده که براساس این، جمعیت پیش‌بینی شده به ترتیب ۲۰۴۴ و ۴۱۹۶ هزار نفر بیشتر از عملکرد برنامه براساس جمعیت اصلاح شده و سرشماری شده، بوده است. با توجه به اینکه روند کاهش رشد جمعیت در برنامه اول توسعه بسیار کند در نظر گرفته شده، این مسأله باعث شده است که با گذشت زمان تفاوت بین پیش‌بینی و عملکرد برنامه به شدت افزایش یابد و براساس سرشماری به بیش از چهار میلیون نفر در سال پایانی برنامه اول برسد اما باید خاطر نشان کرد که به دلیل احتمال کم‌شماری در سرشماری سال ۱۳۷۵ و آمارگیری جاری جمعیت در سال ۱۳۷۰ رقم واقعی تفاوت باید کمتر از این عدد باشد و در واقع رقم واقعی تفاوت پیش‌بینی و عملکرد باید رقم به دست آمده از جمعیت اصلاح شده، باشد. در نهایت ملاحظه می‌شود که تعداد جمعیت برآورد شده در طول برنامه اول بسیار بیشتر از عملکرد تعداد جمعیت بوده است و همانگونه که ذکر شد، پدیده بیش برآورد پیش‌بینی جمعیت در این سال‌ها به دلیل شرایط خاص جمعیتی و رشد شتابان جمعیت در آن دوره بوده است. (لایحه برنامه اول توسعه اقتصادی، ۱۳۶۸)

جمعیت در برنامه دوم توسعه (۱۳۷۴ تا ۱۳۷۸)



در مقدمه مدل‌های کلان و الگوی پیش‌بینی تحولات جمعیتی مورد استفاده در تدوین برنامه دوم آمده است: «در جریان تدوین دومین برنامه توسعه اقتصادی کشور مطالعات وسیعی پیرامون کم و کیف داده‌های جمعیتی موجود در کشور صورت گرفت و براساس آنها نرم‌افزاری برای برآورد جمعیت و شاخص‌های حیاتی طراحی شد. این نرم‌افزار با استفاده از توزیع سنی و جنسی جمعیت در دو سرشماری متوالی میزان‌های حیاتی را برآورد و سپس با استفاده از آنها جمعیت آتی کشور را پیش‌بینی می‌کرد. در این برنامه پس از برآورد جمعیت کل کشور، توزیع سنی و جنسی جمعیت به تفکیک استان‌های کشور نیز برآورد شد. برآورد اخیر بر مبنای نتایج استانی طرح جاری جمعیت و اصلاحات آن صورت گرفت. در این برآورد، ابتدا سهم هر استان در جمعیت اصلاح شده هر گروه سنی به دست آمد و سپس با این فرض که سهم هر استان در هر گروه سنی تا آخر برنامه ثابت باشد، توزیع سنی جمعیت استان‌های کشور نیز به دست آمد.» (مستندات برنامه دوم توسعه اقتصادی، ۱۳۷۲)

در مباحث جمعیتی مرتبط با برنامه دوم پیش‌بینی شد که جمعیت کشور طی سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۷۰ به‌طور متوسط سالانه ۲/۹۵ درصد افزایش خواهد یافت که در مقایسه با دهه ۱۳۵۵ تا ۱۳۶۵ کاهش قابل ملاحظه‌ای نشان می‌دهد. توقف مهاجرت‌های گذشته به داخل کشور و کاهش سریع در میزان مولید، دو عامل اساسی در کاهش نرخ رشد جمعیت کشور در این دوره محسوب می‌شوند.

همچنین پیش‌بینی شده است که در اواخر برنامه دوم به دلیل ورود جمعیت زنان متولد دوره ۱۳۵۵ تا ۱۳۶۵ به سنین باروری و فرزند آوری، به‌رغم کنترل مولید، بار دیگر تعداد مولید و نرخ رشد جمعیت افزایش یابد. در واقع در طول برنامه دوم به سرعت به تعداد زنان واقع در سنین باروری افزوده خواهد شد. در طول این برنامه تعداد زنان واقع در سن باروری به‌طور متوسط سالانه ۳/۴ درصد افزایش خواهد یافت. رشد سریع زنان واقع در سن باروری نشان می‌داد که در آینده سیاست‌های کنترل مولید باید با دقت و جدیت پی‌گیری شود.

پیش‌بینی جمعیت برنامه دوم متأثر از رشد شتابان جمعیت در سال‌های قبل از برنامه بوده و این امر منجر به اضافه برآورد در پیش‌بینی جمعیت شده و فروض به کار رفته در باروری بسیار بالاتر از واقعیت، در نظر گرفته شده و این امر منجر به اضافه پیش‌بینی جمعیت گروه سنی ۴-۰ ساله در سال ۱۳۷۲ و با شدت بیشتری در سال ۱۳۷۷ شده است. البته عملکرد جمعیت براساس سرشماری متأثر از کم‌شماری جمعیت در سال‌های ۱۳۷۰ و ۱۳۷۵ نیز بوده است. در سال ۱۳۷۷، به دلایلی که عنوان شد، اضافه برآورد در گروه سنی ۹-۵ ساله نیز مشاهده می‌شود. از سایر تناقض‌های موجود می‌توان به برآورد پایین جمعیت در گروه‌های سنی ۱۴-۱۰ ساله، ۵۹-۵۵ ساله، ۶۴-۶۰ ساله و ... به شرح جدول شماره ۴ در سال ۱۳۷۲ و یک گروه سنی بالاتر در سال ۱۳۷۷ به شرح جدول شماره ۵ اشاره کرد.

جمعیت در برنامه سوم توسعه (۱۳۷۹ تا ۱۳۸۳)

سیاست‌های کنترل موالید برنامه‌های قبل به نوع دیگری در برنامه سوم توسعه نیز پی‌گیری شده و تأکید بر خانواده کوچک، آموزش جمعیت و تنظیم خانواده و برنامه‌های دسترسی به روش‌ها و وسایل پیشگیری دلیلی بر این مدعاست. (مستندات برنامه سوم توسعه اقتصادی، ۱۳۷۷)

تعداد جمعیت پیش‌بینی شده در سال اول برنامه (سال ۱۳۷۹)، ۶۳۸۶۰ هزار نفر بوده است در حالی که عملکرد جمعیت براساس جمعیت اصلاح شده، ۶۶۰۴۸ هزار نفر و براساس سرشماری ۶۴۰۳۲ هزار نفر بوده است. تفاوت پیش‌بینی و عملکرد جمعیت در این سال براساس جمعیت اصلاح شده ۲۱۸۶ هزار نفر و براساس سرشماری ۱۷۰ هزار نفر بوده است. در نهایت در سال ۱۳۸۳ (سال پایانی برنامه سوم)، جمعیت پیش‌بینی شده ۶۸۱۶۶ هزار نفر بوده است، حال اینکه عملکرد جمعیت براساس جمعیت اصلاح شده ۶۹۱۷۶ هزار نفر و براساس سرشماری ۶۸۲۷۲ هزار نفر بوده است. بنابراین جمعیت پیش‌بینی شده ۱۰۱۰ هزار نفر کمتر از جمعیت اصلاح شده و ۱۰۶ هزار نفر کمتر از جمعیت سرشماری شده است. (مستندات برنامه سوم توسعه اقتصادی، ۱۳۷۷)

جمعیت در برنامه چهارم توسعه (۱۳۸۴ تا ۱۳۸۸)

جمعیت پیش‌بینی شده برای سال ۱۳۸۴ (سال اول برنامه چهارم) ۶۸۶۲۵ هزار نفر بوده و عملکرد جمعیت ۷۰۰۲۸ هزار نفر براساس جمعیت اصلاح شده و ۶۹۳۷۵ هزار نفر براساس سرشماری بوده، در نتیجه جمعیت پیش‌بینی شده ۱۴۰۳ هزار نفر براساس جمعیت اصلاح شده و ۷۵۰ هزار نفر براساس سرشماری کمتر از عملکرد جمعیت است. جمعیت پیش‌بینی شده برای سال ۱۳۸۸ (آخرین سال برنامه چهارم) ۷۲۵۰۱ هزار نفر بوده است. براساس این، عملکرد جمعیت با توجه به جمعیت اصلاح شده ۷۳۵۴۱ هزار نفر و براساس سرشماری ۷۳۴۹۸ هزار نفر بوده در نتیجه جمعیت پیش‌بینی شده براساس جمعیت اصلاح شده ۱۰۴۰ هزار نفر و براساس سرشماری ۹۹۷ هزار نفر کمتر از عملکرد جمعیت است.

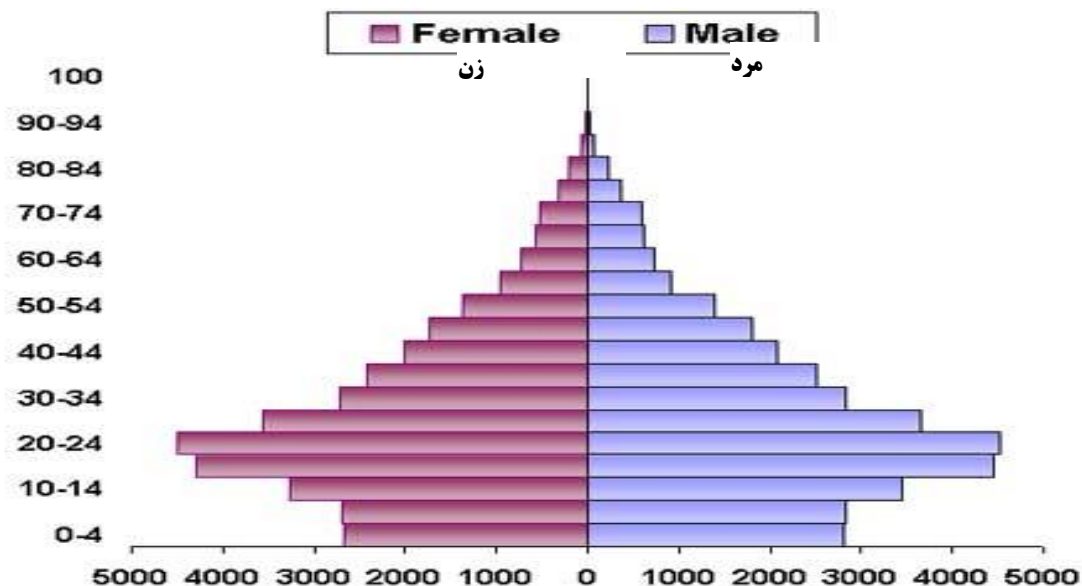
### هرم سنی جمعیت ایران و جهان

شکل توزیع جمعیت در گروه‌های سنی مختلف را هرم سنی جمعیت می‌گویند. در این هرم فراوانی جمعیت در هفده گروه سنی نشان داده می‌شود. در هرم سنی هر چه فراوانی جمعیت در قسمت پایین (قاعده) هرم بیشتر باشد، جامعه جوانتر خواهد بود. بر اساس هرم سنی جمعیت کشور در سال ۱۳۸۵، همانطوری که گروه سنی ۲۰-۲۴ سال به تعداد ۹ میلیون نفر و سهم ۱۲/۷۷ درصد از کل جمعیت کشور بوده و این حکایت از فراوانی جمعیت در این گروه سنی که در دوران جوانی و فعالیت هستند دارد. (۲۰-۲۴ سال) در سرشماری قبلی (سال ۷۵) ۸/۷٪ از جمعیت یعنی ۴ درصد کمتر بوده است.

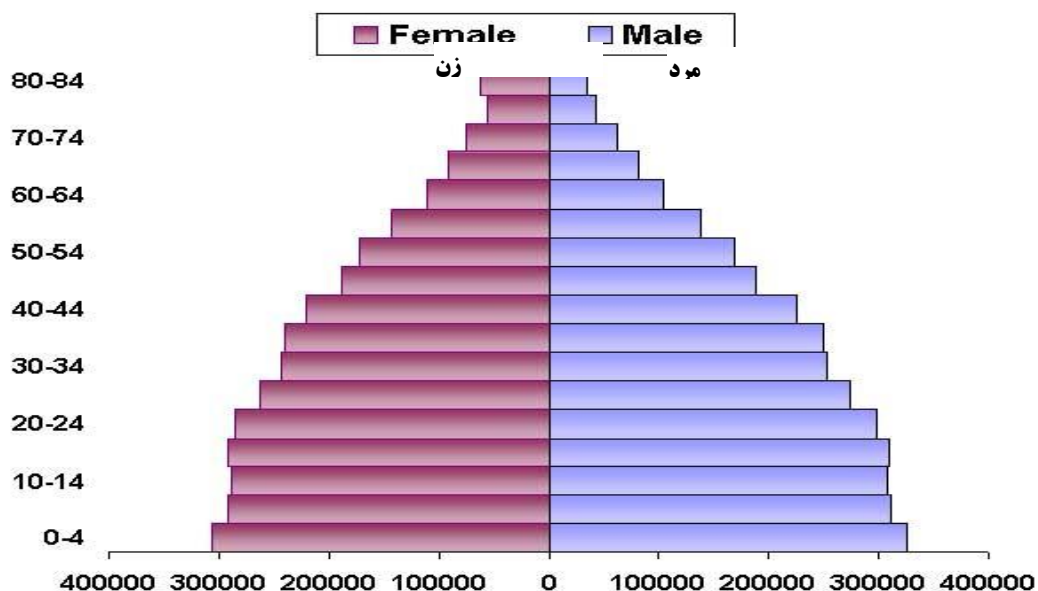
مقایسه هرم‌های سنی جمعیت در ۳ سرشماری گذشته یعنی سالهای ۶۵، ۷۵، ۸۵ نشان می‌دهد نرخ زاد و ولد ز بیست سال گذشته تا کنون کاهش معنی داری داشته است چرا که سهم گروه سنی ۰-۴ سالز کل جمعیت کشور در این سه مقطع بترتیب ۷/۱۰، ۷۵/۱۸، ۳/۳ درصد بوده است.

میانگین گروه سنی ۱۴-۰ سال از کل جمعیت کشور میباشد. در بین استانهای کشور، استان تهران در این گروه سنی با ۲۰/۹٪ کمترین فراوانی و استان سیستان و بلوچستان با ۳۷/۵٪ بیشترین فراوانی را دارد. فراوانی گروه سنی مذکور در خراسان رضوی ۲۵/۹٪ یعنی قدری بیشتر از میانگین کشور می باشد.

هرم سنی جمعیت کل کشور به هزار نفر در سال ۱۳۸۵



هرم سنی جمعیت کل دنیا به هزار نفر در سال ۲۰۰۸



منبع: سایت مرکز آمار ایران، ۱۳۸۹

## نتیجه گیری

در ادامه مروری بر سیاستهای جمعیتی و نتایج آن را در کشور سنگاپور عنوان کرده و همچنین با بررسی برخی از سیاستهای جمعیتی اروپا به این نتیجه میرسیم که این کشورها درحالی که کشورهای دیگر را به کنترل مولید تشویق مینمایند خود درصدد اعمال سیاستهای افزایش جمعیت میباشند.

### سیاستهای تشویقی جمعیتی در سنگاپور

- اعمال سیاستهای تشویقی از سال ۱۹۸۷
- چندین بار این سیاستها بازنگری و پادشاهای زیر برای تشویق فرزندآوری و ازدواج ارائه شده است :
- ارائه ۹۰۰۰ دلار برای فرزند دوم و ۱۸۰۰۰ برای فرزند سوم
- تعهد دولت برای افتتاح صندوق توسعه کودک و واریز مبلغ ۶۰۰۰ دلار برای فرزند دوم و مبلغ ۱۲۰۰۰ دلار برای فرزند سوم
- بخشش مالیاتی تا ۲۰۰۰۰ دلار برای فرزند سوم
- سایر بستههای تشویقی از جمله مرخصی زایمان، مسکن، و نیز برنامه های شاد و تفریحی برای زوجین ارائه شد

### نتیجه سیاستهای تشویقی در سنگاپور

- علیرغم این حمایتها در مدت ۲۵ سال گذشته باروری در سنگاپور افزایش نداشته و کاهش نیز داشته است.
- تنها در سال ۱۹۸۸ بعد از اعلام سیاستهای تشویقی، میزان باروری تا حدی افزایش یافت . برخی معتقدند میزان باروری تا حدی افزایش یافت . برخی معتقدند این افزایش مربوط به اعتقاد مردم در مورد سال اژدها بوده است که چینی ها چنین سالی را خوش یمن می دانند . بر عکس آنها سال ببر را بدیمن می دانند و بچه کمتری بدنیا می آورند .

### سیاستهای حمایت خانواده در اروپا

- اعمال سیاستهای تشویقی متفاوتی در کشورهای اروپایی در زمانهای مختلف
- به نظر می رسد افزایش اشتغال زنان با افزایش باروری مغایر باشد، ولی باروری در کشورهایی که اشتغال زنان بالاست، بیشتر بوده است .
- تاثیر سیاستهای تشویقی بین کشورهای شمال اروپا و جنوب اروپا متفاوت بوده است . این تفاوت ناشی از ساختار اجتماعی و خانواده، و میزان پاداش ارائه شده می باشد.

### سیاستهای حمایت خانواده در اروپا

#### سایر اروپا

• مرخص زایمان کوتاه (۲۷ هفته)

• مرخصی برای پدران = یک هفته

• درصد کودکان زیر سه سال تحت

مراقبت رسمی = حدود ۲۰٪

• هزینه پرداخت شده برای هر فرزند = ۲۵۲۰ دلار

• درصد تولدناخالص ملی برای

مراقبت و آموزش فرزندان زیر ۶ سال حدود ۰,۷٪

### شمال اروپا

• مرخص زایمان طولانی ۴۷ الی ۵۳ هفته

• مرخصی برای پدران = ۱۱ - ۱۳ هفته

• درصد کودکان زیر سه سال تحت

مراقبت رسمی = حدود ۵۰٪

• هزینه پرداخت شده برای هر فرزند = ۵۷۵۸ دلار

• درصد تولدناخالص ملی برای مراقبت و آموزش فرزندان زیر ۶ سال حدود ۱,۸٪

### سیاستهای حمایت خانواده در کشورهای (آنگلوساکسون، کره، ژاپن، و جنوب اروپا)

• حمایت کمتر از زنان شاغل بعد از تولد فرزند

• حمایت کمتر برای مراقبت و تحصیل کودکان

• سرمایه گذاری عمومی معمولاً برای آموزش قبل از دبستان است

• صرف هزینه برای بچه های زیر سه سال و ثبت نام آنها کمتر از بچه های ۳ الی ۶ ساله است.

منابع:

سالنامه آماری کشور، ۱۳۸۷

جمعیت و تنظیم خانواده حلم سرشت

مصطفی سمیعی نسب-مرتضی ترابی- شاخص ها و سیاست های جمعیتی در ایران