

از: دکتر حبیب‌الله زنجانی

ضرورت جامع‌نگری در سیاست‌گذاری‌های جمعیتی

با اوج‌گیری آهنگ افزایش جمعیت جهان در نیمه دوم قرن بیستم، که خود تغییرات ژئوپلیتیک مهمی را به دنبال داشت و در کنار نهضت‌های سیاسی و دگرگونی‌های اقتصادی و اجتماعی به بیداری ملت‌های تحت ستم در اوج فشارهای شرق و غرب و خودکامگی رهبران جهان سوم انجامید، بتدریج موجباتی فراهم شد که جهان در آستانه قرن بیست و یکم، آگاهانه‌تر از هر زمان دیگری وارد عصر جدیدی شود که در آن احساس مسئولیت ملی و بین‌المللی ارج نهادن بر دستاوردهای انسانی و حفظ محیط زیست به سه اولویت اصلی جامعه انسانی تبدیل شوند. زوال کمونیزم و ظهور نهضت‌های استقلال طلبانه در شرق و اجتناب ناپذیر بودن تجدید نظر اصولی در دیدگاه‌های کشورهای استعمارگر غرب در قبال ملت‌هایی که در راه استقلال واقعی خود مبارزه می‌کنند اوضاع و احوالی را

فراهم می‌سازد که در آن اولاً، بخش مهمی از منابع مالی و انسانی در گیر در مسابقات "تسلیماتی" در مسیر توسعه و بهروزی انسانها قرار گیرد و ثانياً "اقدامات اساسی‌تری در جهت تأمین همبستگیهای انسانی در جامعه بزرگ بشری فراهم شود. یکی از تجلیات بارز این احساس مسئولیت جمعی، چاره‌اندیشی درباره مسائل ناشی از افزایش جمعیت جهان است.

امروزه، به یقین، این فکر ساده‌اندیشانه برخی از جمعیت‌شناسان سازمان ملل که تصور می‌کردند میزان رشد جمعیت به آسانی قابل مهار است و می‌توان جمعیت جهان را در سال ۲۱۰۰ در حد ۱۱ میلیارد نفر تثبیت کرد به دور انداخته شده است. به گونه‌ای که حتی همان افرادی که چنین باوری را در افکار عمومی ایجاد کرده بودند، با اعتراف بر عدم تحقق پیش‌داوریهای خود، اعلام کرده‌اند که جمعیت جهان در سال ۲۱۰۰ کمتر از ۱۴ میلیارد نفر نخواهد بود و از آن به بعد نیز تا رسیدن به "میزان رشد جمعیتی صفر" راه دور و درازی در پیش خواهد داشت. اینکه تحقق میزان رشد جمعیتی صفر تا چه اندازه در حل مسائل و مشکلات جمعیتی چاره‌ساز خواهد بود و چه نوع مسائل جدیدی را پیش پای جامعه بشریت قرار خواهد داد، موضوعی است که بحث تفصیلی و جداگانه‌ای احتیاج دارد. لکن در اینکه سطح باروری در بسیاری از مناطق جهان رو به کاهش نهاده (نمودار شماره ۱) و این کاهش تا رسیدن به حد قابل قبولی از آن در جمعیت‌های گوناگون ادامه خواهد یافت هیچ تردیدی وجود ندارد. آنچه مهم است کند و کاو در علل عدم توفیق سیاست‌های جمعیتی در کشورهای دارای رشد جمعیتی بالا در حد اهداف تعیین شده در برنامه‌های آن کشورهاست به گونه‌ای که مثلاً پس از گذشت بیش از ۳۵ سال از اجرای چنین سیاستی در مصر، هنوز هم میزان مولید در آن کشور در سطحی نزدیک به ۴۰ در هزار و میزان رشد سالانه جمعیت در حد ۳ درصد در سال باقی مانده است. میزانهای مولید بیش از ۴۰ و حتی ۴۵ در هزار در کشورهای پر جمعیت آفریقا (الجزایر ۴۲ در هزار، سودان ۴۵ در هزار، گینه ۴۷ در هزار، موریتانی ۵۰ در هزار، نیجر ۵۱ در هزار، نیجریه ۴۶ در هزار و... در سال ۱۹۸۹) و میزانهای مولید بالای ۴۰ در هزار در تعدادی از کشورهای آسیا (عراق ۴۵ در هزار، اردن ۴۱ در هزار،

سوریه ۴۴ در هزار، یمن ۵۰ در هزار، افغانستان ۴۹ در هزار، بنگلادش ۴۳ در هزار، پاکستان ۴۳ در هزار و...) که همگی از مجریان سیاستهای کنترل موالید هستند ما را به تأمل وامی دارد. زیرا اکنون کشور ما، در وضعیتی است که برنامه ریزان کاهش سریع میزان رشد جمعیت را شرط تحقق برنامه‌های توسعه اقتصادی و اجتماعی در آن دانسته‌اند و اینکه که دور دوم کنترل موالید آغاز شده است دانستن راز موفقیت و عدم توفیق این برنامه در کشورهای مختلف برای تدوین برنامه‌های سیاست جمعیتی ضروری است و باعث می‌شود که صرف بخشی از توان اقتصادی و نیروی انسانی کشور در این راه نتیجه مطلوب بدست دهد و بر کشور ما آن نرود که بر برخی از کشورهای جهان سوم رفت.

در نمودار شماره ۲ که از مجله تخصصی پاپولیشن ایندکس (شماره ۴۴ سال ۱۹۹۰) گرفته شده است تغییرات میزان موالید در فاصله سالهای ۱۹۷۹ - ۱۹۸۹ در چند کشور مختلف جهان نشان داده شده است (هر یک از این کشورها نمونه‌ای است از کشورهایی که دارای الگوی باروری خاصی هستند) این نمودار بسیار آموزنده است. میزانهای موالید تثبیت شده در سطح پایین ۱۲ تا ۲۰ در هزار به ۳ گروه از کشورها اختصاص دارد:

۱- کشورهای صنعتی که کاهش باروری در آنها همزمان با توسعه فرهنگی و اجتماعی جامع صورت گرفته و این مسیر را در مدتی بسیار طولانی از زمان آغاز انقلاب صنعتی، یعنی در یک دوره دوست تا دویست و پنجاه ساله، طی کرده‌اند. ممالکی چون ایالات متحده آمریکا و سوئیس در این رده قرار دارند.

۲- کشورهای کم جمعیتی چون سنگاپور (با ۲/۷ میلیون نفر جمعیت در سال ۱۹۹۰) که در واقع، یک شهر چند ملیتی به حساب می‌آید.

۳- اتحاد جماهیر شوروی سابق، به عنوان نمونه‌ای از کشورهای خود کامه بلوک شرق که خواسته‌های حکومتی را بی توجه به ارزشهای فرهنگی و اجتماعی جوامع مختلف خود بر آنها تحمیل کرد، ولی هرگز نتوانست به همانندی سطح باروری در جمهوریهای خود دست یابد.

کاهش محسوس میزان موالید نیز در سه گروه از کشورها بدست آمده است:

۱- کشورهای کم جمعیتی مثل موریس (۱/۱ میلیون نفر جمعیت در سال ۱۹۹۰)، که اغلب در نشریات بین‌المللی از آنها به عنوان ممالک موفق جهان سوم در کاهش میزان مولید نام می‌برند، در حالی که مقایسه آنها با کشورهای پرجمعیت جهان سوم به کلی قیاس مع‌الفارق است،

۲- ممالک نسبتاً کم جمعیت و یا دارای جمعیت‌های متوسط با نسبت‌های شهرنشینی بالا و فرهنگ نیمه اروپایی که قبول روش‌های معمول در کشورهای پیشرفته صنعتی، به ویژه سقط جنین در آنها با دشواری‌های زیادی مواجه نبوده است.

۳- کشورهای پرجمعیتی چون چین، تایلند، کره جنوبی و اندونزی، که از آن میان چین با اعمال سیاست زور و فشار و تایلند و کره جنوبی از طریق نوسل به کلیه روش‌های کنترل جمعیت، از جمله سقط جنین در کنار توسعه اقتصادی و اجتماعی به آن دست یافته‌اند. از میان این کشورها بررسی دقیق‌تر وضع مالزی و اندونزی ممکن است به اتخاذ سیاست‌های مناسبتری در کشورهای اسلامی منجر شود.

وضع مصر در نمودار شماره ۲ بیش از هر کشور دیگری منعکس‌کننده اوضاع و احوال جمعیتی کشورهای چینی ایران است. در این کشور پس از گذشت بیش از ۳۵ سال از اجرای مستمر سیاست‌های تنظیم خانواده و بهره‌گیری از کمک‌های وسیع سازمان‌های بین‌المللی میزان مولید پس از کاهش امیدوارکننده در دهه ۱۹۷۰، دوباره از سال ۱۹۸۳ (۱۳۶۲) رو به افزایش نهاده و در دوره پنج‌ساله از ۱۹۸۲ تا ۱۹۸۷ از ۳۶ در هزار به ۴۱ در هزار رسیده است. علت این افزایش میزان مولید در مصر اثر ترکیب جمعیت است که ما، در بحث‌های خود درباره کنترل مولید در ایران، بارها بدان اشاره کرده‌ایم و گفته‌ایم که ترکیب جمعیت ممکن است در خنثی کردن تلاش‌های مربوط به کاهش میزان مولید اهمیت اساسی داشته باشد و علت دیگر آن در کشورهایی که به کنترل مولید روی می‌آورند معمولاً در سال‌های آغازین برنامه کاهش - محسوسی در

* جمعیت کشور در سال ۱۳۹۰ و چگونگی توزیع آن در سرزمین، مرکز مطالعات و تحقیقات شهرسازی و معماری ۱۳۶۹

سطح باروری حاصل می‌شود و چون در سالهای بعد نمی‌توان نسبت جمعیت زیر پوشش این برنامه را با همان سرعت سالهای اولیه افزایش داد رکودی در کاهش سطح باروری پیش می‌آید و در مواردی حتی منجر به افزایش آن می‌شود. طبقه‌بندی کشورهای جهان، به ویژه کشورهای آسیایی، آفریقایی و آمریکای لاتین، برحسب میزان مولید (جدول شماره ۱) نشان می‌دهد که در سال ۱۳۶۹ (۱۹۹۰)، میزان مولید در ۶۱ کشور و سرزمین، مجموعاً با بیش از ۸۱۰ میلیون نفر جمعیت در سطح بسیار بالا (۴۰ در هزار و بیشتر)، در ۲۶ کشور با ۱/۴۸۸ میلیارد نفر جمعیت در سطح بالا (۳۰ تا ۴۰ در هزار) قرار داشته است. مجموع جمعیت این دو گروه در سال ۱۳۶۹ از ۲/۳ میلیارد نفر تجاوز می‌کرده است در حالی که تعداد کشورهای دارای میزان مولید پایین (۱۰ تا ۲۰ در هزار) از ۱۳ و جمعیت آنها از ۲۰۹ میلیون نفر تجاوز نمی‌کرده است. در میان این کشورها کره و ژاپن به ترتیب ۱۲۳/۶ و ۴۲/۸ میلیون نفر جمعیت داشته‌اند و متوسط جمعیت ۱۱ کشور دیگر حتی به ۴ میلیون نفر نیز نمی‌رسیده است.

فرایند کاهش میزان باروری در کشورهای پرجمعیت، بسیار پیچیده‌تر از سرزمینهای کوچک کم جمعیت است و آنچه در این میان وضع کشور ما را به کلی با کشورهای پرجمعیت دیگر متمایز می‌سازد، عدم امکان توسل به سقط جنین به عنوان یکی از روشهای معمول برای کاهش میزان رشد جمعیت است. نظری به وضع سقط جنین در کشورهای مختلف جهان (نمودار شماره ۳) نشان می‌دهد که پایین‌ترین سطح باروری به کشورها و سرزمینهایی تعلق دارد که توسل به سقط جنین در آنها آزاد است و برعکس کشورهایی که از سطح باروری بالایی برخوردارند کشورهایی هستند که سقط جنین در آنها غیر قانونی است.

دلیل دیگر عدم توفیق کامل اغلب کشورهای پرجمعیت جهان سوم در کنترل سطح باروری جمعیت خود، کم توجهی به مسائل بنیانی به ویژه در زمینه‌های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی است. گرچه، کم و بیش همه این کشورها می‌دانند که ارتباط بسیار معنی‌داری بین نوع معیشت، سطح آگاهی و تمایل افراد جامعه به کنترل مولید از یک

طرف و بین خواست و عمل از طرف دیگر وجود دارد، اما با وجود تجربیات فراوانی که اندوخته‌اند این مسئله را جدی نگرفته و فقط جیب کشورهای تولیدکننده و فروشنده ابزارهای کمکی را پر می‌کنند، بی آنکه به فکر آماده سازی جامعه شناختی برای استفاده صحیح از این وسایل باشند. دست اندر کاران این کشورها باید از خود بپرسند آیا در جوامعی که بسیاری از افراد آنها اعتقادی به دارو و درمان ندارند تا ازبای نیفتند به پزشک مراجعه نمی‌کنند و از پزشک نیز توقعی جز تجویز شربت و قرص ندارند و حتی آن را نیز مطابق دستور مصرف نمی‌کنند، به محض کاهش درد، بیماری را شفا یافته می‌دانند و از مصرف دارو خودداری می‌کنند، می‌توان انتظار داشت که زنان واقع در سنین باروری این جوامع برای جلوگیری از بارداری هر روز و حداقل به مدت ۳ تا ۴ سال مداوم به مصرف قرص ادامه دهند و هیچ‌گاه خوردن آنرا فراموش نکنند، تا از یک ولادت ناخواسته جلوگیری به عمل آید اگر پاسخ به این سؤال منفی باشد، باید قبل از هر اقدامی در این جوامع در زمینه جامعه شناسی باروری گام برداشت و پس از آماده کردن جامعه به توزیع وسایل پرداخت. مسئله تنها به آماده سازی زمینه‌های جامعه شناختی محدود نمی‌شود. سیاستهای جمعیتی مجموعه تدابیر و راهبردهایی است که باید به صورتی هماهنگ و واقعی، از بالاترین سطوح اجرایی و برنامه‌ریزی تا پایین‌ترین واحد اجتماعی، یعنی خانواده را پوشش دهد. هر نوع نا هماهنگی در این زمینه‌ها شکست برنامه‌ها و اتلاف وقت و امکانات جامعه را به دنبال خواهد داشت تا وقتی که سیاستهای جمعیتی با برنامه‌های اقتصادی و اجتماعی عجین نشوند و الزامات آنها در برنامه‌های آموزشی، اشتغال، رفاه و امنیت اجتماعی ملحوظ نشوند و بصورت فعال و پویایی در نیابند و از وابستگیهای منزلی خارج نشوند، وضع به گونه‌ای خواهد بود که در اغلب کشورهای جهان سوم ساری و جاری است.

در این کشورها سازمانهای مسئول و تصمیم گیرنده سیاستهای جمعیتی اقتدار ضروری اجرایی و برنامه‌ریزی را ندارند. چنین سازمانی از شوراها و گروههای کم فعالی تشکیل می‌شود که هر چند گاه یک بار تشکیل جلسه می‌دهند و به تدوین برنامه‌هایی می‌پردازند

که فاقد پشتوانه‌های علمی و واقع بینیهای اجتماعی است. به همه چیز به حالت نمایشی می‌نگرند و سخن از پیشرفتهای شگرف و ابداعات بی سابقه می‌زنند. تحقیق و بررسی را که لازمه پویایی برنامه‌هاست در حد محدود و تعیین شده‌ای نگه می‌دارند و از نتایج تحقیقات و بررسیها نیز به آنتهایی استناد می‌کنند که توجیه گر برنامه‌ها باشند. در حالی که خود از دستچین کردن آمار و ارقام اطلاع دارند، رویه " بگذار و بگذر " را پیش می‌گیرند و کم کم آمار و ارقام نیز که در کشورهای پیشرفته چون نبض جامعه عمل می‌کنند به کرختی و سردرگمی دچار می‌شوند و ارزش و اعتبار خود را از دست می‌دهند. برنامه‌های جمعیتی در چنین اوضاع و احوالی در متن برنامه‌های اقتصادی و اجتماعی قرار نمی‌گیرند و به صورت حاشیه‌ای عمل می‌کنند و در مسیر خواستهای فردی به حیات کم اثر خود ادامه می‌دهند و اگر توفیقی در این کشورها به دست آید به عملکردهای فردی و یا عوامل دیگری مربوط می‌شود که تحت تأثیر اوضاع و احوال فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی پیش می‌آید و ارتباط چندانی با سیاستها و اقدامات اجرایی مربوط به کنترل جمعیت در آنها ندارد.

طرح این نکات در اولین شماره از فصلنامه " علمی و پژوهشی جمعیت " از آن نظر ضروری است که کشور ما وارد دور دوم کنترل موالید شده و در صدد است در این مرحله، که بسیار حساستر از دور اول آن است، به نتایج معینی دست یابد. اقدامات چند ساله اول برنامه دشواریهای موجود در این راه و بطلان خوش باوریهای برخی را نشان داده است که تصور می‌کردند در چهار چوب حفظ ارزشهای مذهبی می‌توان این راه را در مدت کوتاهتری طی کرد. با توجه به افزایش بیش از ۲۵ میلیون نفر بر جمعیت کشور در دوره ۱۵ ساله ۱۳۵۵ - ۱۳۷۰، گسترش شمول برنامه‌های مربوط به کنترل موالید به بخش عظیمی از این گروه مستلزم اقدامات بسیار اساسی در زمینه ارتقای سطح سواد و آگاهی، تأمین اشتغال و تجدید نظر اساسی در سیاستهای مربوط به محدودیت اشتغال زنان است که در شرایط افزایش محسوس نسبت بیکاران و کاهش نسبت اشتغال در کشاورزی و صنعت که از مقایسه نتایج سرشماریهای عمومی نفوس و مسکن سالهای

۱۳۴۵، ۱۳۵۵، ۱۳۶۵ بر می‌آید، کار ساده‌ای نیست و نیازمند نگرش نوینی در برنامه‌ریزیهای اقتصادی و اجتماعی است.

اتخاذ گونه‌های مختلفی از سیاستهای جمعیتی در مناطق مختلف کشور و ارزیابی آنها باید به صورتی مستمر در چهارچوب استراتژی دراز مدت توسعه و برنامه‌ریزیهای منطقی و متحول صورت گیرد.

این امر به یک سازمان علمی، اجرایی و سیاستگذاری فعالی احتیاج دارد تا بتواند جنبه‌های مختلف سیاستهای جمعیتی را با توجه به مجموعه مسائل مربوط به حیات اجتماعی جامعه ارزیابی کند. در حال حاضر چنین سازمان فعالی در کشور وجود ندارد و تشکیلات موجود نیز در بطن سازمان اجرایی خاصی با توجه به ابعاد مختلف سیاستهای جمعیتی و لزوم پیشبرد هماهنگ کلیه اجزای آن وافی به مقصود نیست.

شاید تجدید نظر اصولی در این زمینه و تشکیل شورای فعال سیاستگذاریهای جمعیتی زیر نظر عالی‌ترین ارگان اجرایی کشور نخستین اقدام امید بخش برای نجات تصمیم‌گیرهای جمعیتی از حالت کم‌تحرک کنونی باشد.



جدول شماره ۱ جمعیت و سطح باروری کشورها و سرزمینهای آسیایی، آفریقایی و آمریکای لاتین در سال ۱۳۶۹

(طبقه‌بندی سطح باروری برحسب میزان موالید) (جمعیت به میلیون نفر)

سطح باروری تعداد کشور و جمعیت جمع:	(پایین)	متوسط	بالا	بسیار بالا
۱۴۲	۱۳	۳۱	۲۶	۶۱
۴۲۴/۷	۲۰۹/۲	۱۷۶۵/۱	۱۴۸۸/۱	۸۱۲/۳
افریقا				
۵۴	۱	۳	۶	۴۴
۶۶۱/۲	۱/۱	۸/۸	۱۲۴/۶	۵۲۶/۷
موریتس ۱/۱	تونسی ۸/۱، رتونیون ۰/۶	مصر ۵۴/۷، لیبی ۴/۲	الجزایر ۲۵/۶، سودان ۲۵/۲	مصرای غربی ۰/۲، بنین
	سیشل ۰/۱	مراکش ۲۵/۶، دماغه	سبز ۰/۴، سانتوپ ۰/۱	بورکینافاسو ۰/۱
		افریقای جنوبی ۳۹/۶	ساحل عاج ۱۲/۶، گامبی	۰/۱، فئا ۱۵/۰، گینه ۷/۳
			گینه بیسائو ۱/۰، لیبیا ۲/۶	مالی ۸/۱، موریتانی ۲/۰
			نیجر ۷/۶، نیجریه ۱۱۸/۸	سنگال ۷/۴، سیرالئون ۴/۲
			توگو ۳/۷، برونڈی ۵/۶	کومور ۰/۵، جیبوتی ۰/۴
			انیبیس ۵۱/۷، کنیا ۲۴/۶	ماداگاسکار ۱۲/۰، مالاوی
			۱/۲ موزامبیک ۱۵/۷	اوگاندا ۱۸/۰، رواندا ۷/۲۱
			سومالی ۸/۴، زیمبابوه ۱/۷	انگولا ۸/۵، کامرون ۱۱/۱
			آفریقای مرکزی ۲/۹	کنگو ۲/۲، گابون ۱/۲، گینه
			سارمای ۰/۴، چاد ۵/۰	زانبر ۳۶/۶، بوتسوانا ۱/۲
			لوسیتو ۱/۸، نامیبی	۱/۵، سوازیلند ۰/۸



آسیا:

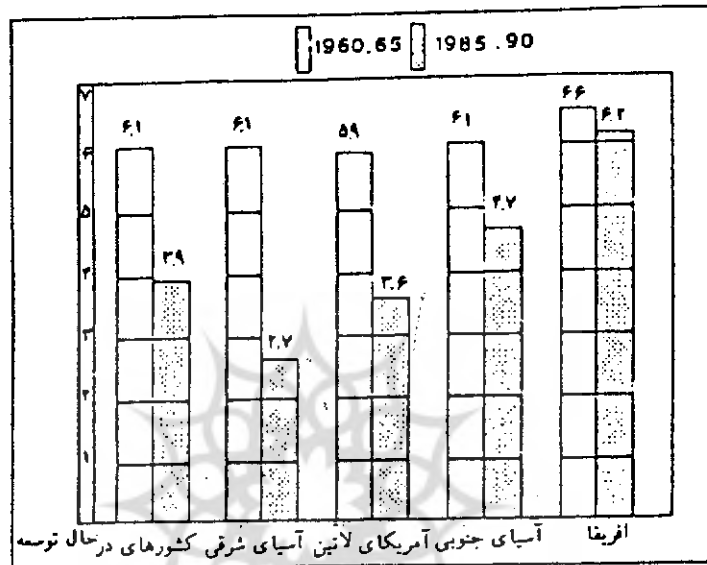
۱۵	۸	۱۴	۶	۵۶
۲۷۲/۵	۱۱۷۱/۵	۱۴۷۵/۸	۱۱۳/۶	۳۱۱۶/۲
عمیرستان ۱۵/۰، غزه ۰/۶	بنگلادش ۱۱۴/۸	بحرین ۰/۵	فیزس ۰/۷	
عراق ۱۸/۸، اردن ۴/۱	یونان ۱/۶، هند ۸۵۳/۴	امارات متحدہ عربی ۱/۶	کرہ جنوبی ۴۲/۸	
عمان ۱/۵، سورہ ۱۲/۶	یہرمانی ۱۱/۳	اسرائیل ۴/۶، کویت ۲/۱	هنگ کنگ ۵/۸	
یمن شمالی ۷/۲	کامبوج ۷/۰	لبنان ۳/۳، قطر ۰/۵	ژاپن ۱۲۳/۶	
یمن جنوبی ۲/۶	مالزی ۱۷/۶	ترکیہ ۵۶/۷	مالکاتو ۰/۵	
افغانستان ۱۵/۶	فلپین ۶۶/۱	سرلانکا ۱۷/۲	تایوان ۲۰/۲	
ایران ۵۵/۶، مالدیو ۰/۲	ویتنام ۷۰/۲	برونئی ۰/۳		
بھال ۱۹/۱، پاکستان ۱۱۴/۶	منولستان ۲/۲	اندونزی ۱۸۹/۴		
لائوس ۴/۰، نیپور ۰/۷		سنگاپور ۲/۷		
		تایلند ۵۵/۷		
		چین ۱۱۱۹/۸		
		کرہ شمالی ۲۱/۳		

امریکای لاتین:

۲	۱۲	۱۷	۶	۳۲
۱۳/۶	۱۸۹/۰	۲۳۰/۵	۱۴/۵	۴۴۷/۱
گوانسالا ۹/۲	بلیز ۰/۲، ہندراس ۵/۱	کستاریکا ۳/۰	آنتیل ۰/۱	
نیکاراگوئے ۳/۸	مکزیک ۸۸/۶	آرژانتین ۳۲/۳	باربادوس ۰/۳	
	السالوادور ۵/۳	پاناما ۲/۷	کوبا ۱۰/۶	
	دومینکن ۷/۲	باہاما ۰/۲	مارتینیک ۰/۳	
	گرانادا	دومینیک ۰/۱	آنتیل هلند ۰/۲	
	ہائیتی ۶/۵	گوادلوپ ۰/۳	اوروگوئے ۳/۰	
	بولیوی ۷/۳	جامائیک ۲/۴		
	کلمبیا ۳۱/۸	پرتوریکو ۳/۳		
	اکواتر ۱۰/۷	سنت کیس ۰/۲		
	پاراگوئے ۴/۳	سنتلوس ۰/۲		
	پرو ۲۱/۸	ترینیداد و توباگو ۱/۳		
		برزیل ۱۵۰/۴، سورینام		
		ونزویلا ۱۹/۶، گویان ۰/۸		

Population et Avenir, No 601 LNEED, Paris, 1991

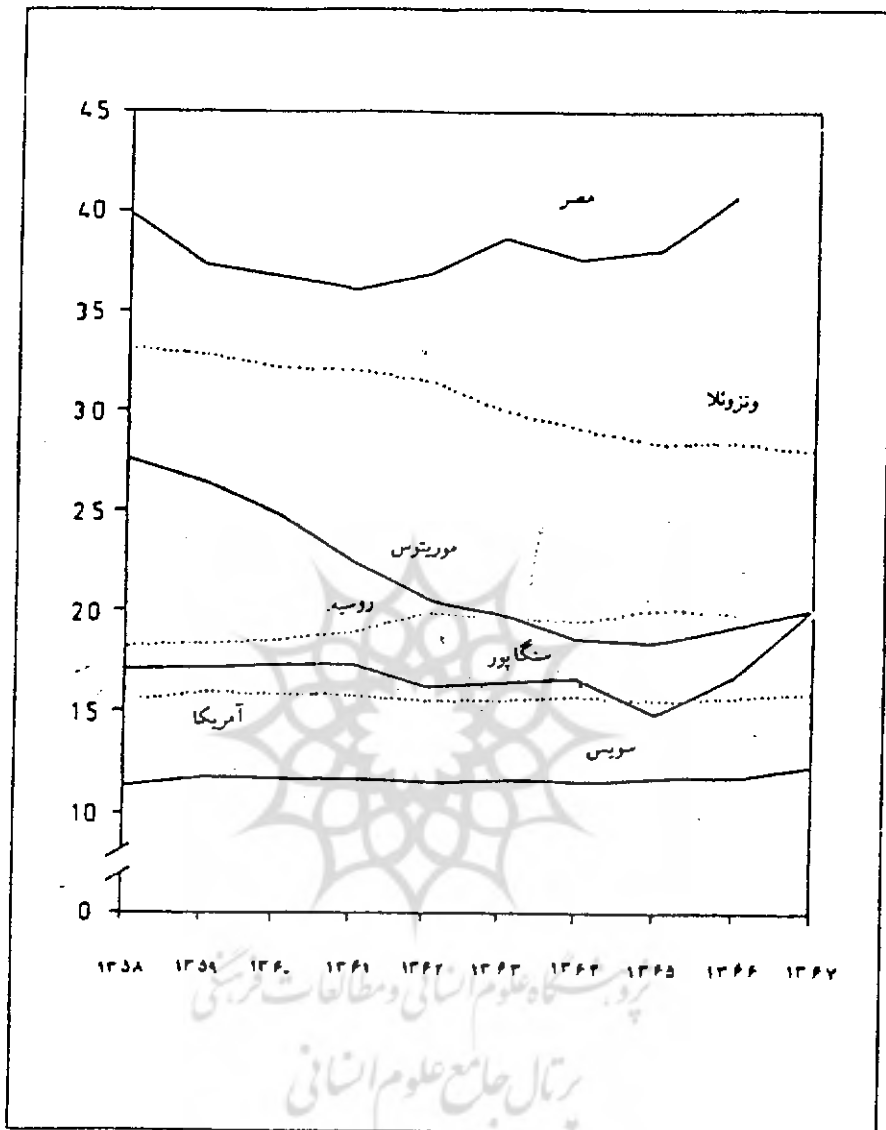
نمودار شماره ۱ مقایسه سطح باروری زنان کشورهای در حال توسعه در فواصل زمانی
۱۹۶۰ - ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ - ۱۹۸۵



بر اساس آمار منتشره از صندوق سازمان ملل برای فعالیتهای جمعیتی ۱۹۹۱

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

نمودار شماره ۲ تغییرات میزان موالید در فاصله سالهای ۱۳۵۸ تا ۱۳۶۷ در چند کشور جهان



مأخذ ارقام مندرج در نشریات شماره ۲۱ جلد ۲۲ دفتر آمار سازمان ملل (ژانویه و آوریل ۱۹۹۰) و آمارهای کتاب سال جمعیتی ۱۹۸۸ و ۱۹۸۶

نمودار شماره ۳ چگونگی اقدام به سقط جنین به عنوان یکی از روشهای کنترل موالید در کشورهای جهان
در حوالی سال ۱۹۸۰



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی