

جمعیت و پیوند آن  
بآبزیستی و رفاه اجتماعی

رشد اقتصادی، افزایش جمعیت  
و چشم انداز جهان در سال ۲۰۰۰

نوشته: رافائل سالاس

مدیرعامل صندوق سازمان ملل متحد برای

فعالتهای مربوط به جمعیت

در مطرح اتمام در مورد جمعیت جهان آمده است:  
هدف اصلی توسعه اجتماعی و اقتصادی و فرهنگی که  
آنها را خط مشی های مربوط به جمعیت، جزء لا یفکائی از آن  
را تشکیل می دهد. عبارت است از ارتقاء سطح زندگی و  
کیفیت زندگی مردم. (۱) این موضوع از اشتغال مهم  
دانشترانس بین المللی در باره جمعیت بود که در اوت ۱۹۸۲

در شهر مکزیکو برگزار شد.  
از ۱۹۸۰ تا ۱۹۸۲ در درصد رشد یافت، حال آنکه شتاب افزایش  
جمعیت آنها ۲/۴ درصد بود. (۲) بین سالهای ۱۹۶۰ تا  
۱۹۸۱ در آمد سرانه در فزاینترین کشورها سالانه تنها حدود  
یک درصد افزایش یافت. (۳) کاهش کمکهای بین المللی در  
برای رفاه اقتصادی، کاستی گرفتن تقاضا و سقوط قیمتها  
باز پرداخت دیون، همه و همه به کندی روند رشد اقتصادی  
کشک کرده است. اما حتی با یک شتاب رشد بالا (۵ تا ۶ درصد)  
درصد بین سالهای ۱۹۷۵ تا ۲۰۰۰ پیش از ۶۰۰ میلیون نفر  
از جمعیت کشورهای در به توسعه، در سال ۲۰۰۰ در زیر  
مرز فقر قرار خواهد داشت. (۴)

ترکیب افزایش، شرح سببیت، افزایش کند درآمد و  
نارسائی تکنولوژی، منجر به بهره برداری می روه از منابع  
زمین برای بدست آوردن غذا و سوخت می شود که نتیجه آن  
عبارت است از پخش شدن محیط زیست آتسانی و جسمی.  
اینها دلایل قاطعی بر لزوم ارزیابی دوباره رابطه میان  
جمعیت و کیفیت زندگی است. اکنون ندرت عواملی که  
رغم پایش بودن احتمالی سطح رشد درآمدها به بهبود کیفیت  
زندگی کمک خواهد کرد، شناخته شده و در آن صورت  
باید برین المانی کار خیزیم. هر چه در هر خط مشی ها و برنامه  
های توسعه تجدید نظر کند و جهت بهبود کیفیت زندگی و

اکنون نیکو مورد تأیید است که عوامل جمعیتی باعث  
دارند زیرا مردم، هم وسیله و هم هدف بهبود کیفیت زندگی  
هستند.  
شاخصهای جمعیتی که با بهبود کیفیت زندگی پیوند  
دارند عبارتند از:  
۱- افزایش متوسط طول عمر: کاهش نسبت مرگ و  
میر برای تمامی گروههای سنی جمعیت ۳۰ کاهش نسبت  
ابتلا به بیماری ۴- کاهش شتاب باروری.

و طرح اقدام در مورد جمعیت جهان، پیوند عوامل  
جمعیتی و اقتصادی را در برنامه ریزی توسعه سفارش  
می کند. گرچه بسیاری می پذیرند که عوامل جمعیتی در پس  
تجزیه و تحلیلهای گسترده تر اقتصادی قرار دارد اما این  
عوامل معمولاً جزء سیستم اقتصادی تلقی نمی شود. نتیجه  
این است که حتی شکستهای که هدفهای جمعیتی تعیین  
می شود. این هدفها اغلب حاصل نمی شود زیرا خط مشی ها  
و برنامه های مربوط به جمعیت، با برنامه های عمومی توسعه  
جوش داده نمی شود. این احتمالاً مولود عدم درک اهمیت  
هدفهای جمعیتی در بهبود رفاه اجتماعی و اقتصادی است. از  
اینرو دولت جمعیت و توسعه، یکی از موضوعات  
اصلی دهه ۱۹۸۰ خواهد بود. میزان موفقیت این امر، تعیین  
کننده پیرونگی روندهای جمعیتی و کیفیت زندگی خواهد  
بود.

پیش از بررسی خط مشی ها و برنامه ها برای بهبود وضع  
جمعیت، لازم است وضع کنونی آن در کشورهای رو به  
توسعه در مقایسه با کشورهای توسعه یافته مورد بررسی  
قرار گیرد.

متوسط طول عمر

موردکنایی که در ۱۹۵۰ در کشور آمریکا ۷۰ رفته به دنیا  
می آمدند. متوسط طول عمری برابر ۶۵ سال را انتظار  
می کشیدند. برای کودکان که امروز به دنیا می آید این رقم  
۷۳ سال است (۷) در مقابل متوسط طول عمر در کشورهای  
رو به توسعه در ۱۹۵۰ فقط ۲۱ سال بود. این رقم اکنون به  
۵۶/۶ سال افزایش یافته است (۸) که ۴۰ درصد بهبود نشان  
می دهد. در عین حال که این، دستاورد قابل توجهی است،  
پیش بینی های سازمان ملل متحد حکایت از آن دارد که در  
متوسط طول عمر در کشورهای رو به توسعه ۲۰۰۰ سال  
تنها به ۶۱/۸ سال خواهد رسید (۹) و طرح اقدام در مورد  
جمعیت جهان، در ۱۹۷۲ توسعه کرده است که متوسط طول  
عمر تا سال ۱۹۸۵ به ۶۲ سال و تا سال ۲۰۰۰ به ۷۲ سال  
برای کل جهان رسانده شود (۱۰)

دست یابان به هدف مربوط به ۱۹۸۵ برای متوسط طول  
عمر را، بیشتر می توان به شرایط موجود در آفریقا و جنوب  
آسیا نسبت داد. در هر دو این مناطق متوسط طول عمر بین  
۱۹۵۰ تا ۱۹۸۵ به ۴۰ تا ۴۵ سال بود. (۱۱) در آفریقا، این  
اما به خاطر پایین بودن شدید درآمد در اوایل دهه ۱۹۵۰، درآمد  
کنونی هنوز هم به میزان شگفتی پایین تر از درآمد توسعه  
شده قرار دارد (متوسط درآمد ۰/۱ در ۱۹۵۰ و ۱/۵۰ متوسط طول  
عمر در آفریقا ۳۷/۵ بود. برای اروپا ۱۹۸۵-۱۹۸۰ این رقم  
تنها به ۲۸/۷ سال افزایش یافته است (۱۲). پیش بینی های  
سازمان ملل متحد بر پایه روند کنونی و تغییرات قابل  
انتظار حکایت از آن دارد که تا سال ۲۰۰۰ این رقم هنوز هم  
تنها حدود ۵۶ سال خواهد بود (۱۳)

در منطقه آفریقا تنها آفریقای شمالی بهبودی را در میزان  
طول عمر نشان می دهد. در دوره ۱۹۸۵-۱۹۸۰ متوسط طول  
عمر به ۵۶ سال رسید و انتظار می رود که تا سال ۲۰۰۰ به  
۶۳ سال برسد (۱۴) کشورهای غرب و مرکز آفریقا  
این ترقی بین متوسط طول عمر را دارند و انتظار می رود تا  
سال ۲۰۰۰ این رقم تنها به ۵۸ سال برسد.  
متوسط طول عمر در جنوب آسیا که شبه قاره هند و  
کشورهای مجاور را در بر می گیرد پایین است. در این منطقه  
حدود یک سوم کل جمعیت کشورهای رو به  
توسعه را در خود جای داده اند.

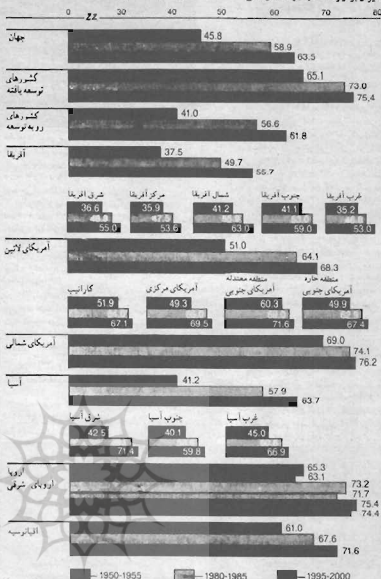
بیشترین پیشرفت در زمینه متوسط طول عمر، در  
آمریکای لاتین و اروپای غربی حاصل شده که در اینجا این رقم  
هم اکنون از ۶۲ سال فراتر رفته است. در شرق آسیا، چین

تحلیل بارفرد، آمادگی شخصی را برای جمعیت

عوامل جمعیتی در کیفیت زندگی

در اقتصاد های متشک، درآمد با محصول ارائه راه  
شاخص کیفیت زندگی می گردند. در ۱۹۸۱ درآمد سرانه  
برآمده از ۳۰۰۰ دلار جوان آمریکا ۳۳۰۰ دلار برآمد سرانه  
فقرترین کشور بود. (۵) یک چنین سطوح پایینی از درآمد  
حائقی، حواجی زندگی را به اجتناب ناپذیر می کند و به  
گرایشهای رشد نابرابریهای بین المللی بدون توجه  
شدت خواهد گرفت. با شتاب رشد کنونی ۷۰ تا ۹۰ سال طول  
می کشد تا فقیرترین کشورها برآمد سرانه خود را دوباره  
کند و تازه این هم تنها اندکی سطح زندگی شان را بهبود  
خواهد داد. همانحال، جمعیت آنها طرف ۳۵ سال یا حتی  
کامی در برابر خواهد شد. یک هدف صمد، توسعه مسیجان  
عبارت خواهد بود از افزایش درآمد سرانه در کشورهای رو  
به توسعه به عنوان یکی از وسایل بهبود شرایط زندگی و  
کاهش نابرابریهای بین المللی در میزان درآمد و ثروت،  
در مریخ بین سطوح بهبود کیفیت زندگی، مسیجان از افزایش  
درآمد سرانه اقدامات فوری و کوتاه مدت ضرورت دارد.  
توسیف آنچه که کیفیت زندگی را تشکیل می دهد کار  
مشکلی است، توانائی دستیابی به محصولات مادی جز  
عینی آن است، اما عوامل فرهنگی، اجتماعی و فکری را  
نیز باید شامل شود. در ۱۹۵۲ کمینه کارشناسان سازمان ملل  
متحد اعلام کرد شاخص واضحی برای سطح زندگی در  
جمعیت که بتوان در سطح بین المللی به کار برد وجود  
نداشت. مسئله سطح زندگی را باید از دیدگاه همه سویه و  
با تجزیه و تحلیل اجزاء گوناگون آن در نظر گرفت (۶)

میزان برآورد شده و میزان پیش بینی شده متوسط طول عمر به هنگام تولد، در مناطق عمده



منبع: سازمان ملل متحد (اجمع شده به مأخذ شماره ۷)

**بین سال های ۱۹۶۰ تا ۱۹۸۱ درآمدسرانه درفقرترین کشورها، سالانه تنها حدود یک درصد افزایش یافت.**

**بافرض رشد اقتصادی ۵ تا ۶ درصد برای سالهای ۱۹۷۵ تا ۲۰۰۰ بیش از ۶۰۰ میلیون نفر ازجمعیت کشورهای رویه توسعه درسال ۲۰۰۰ زیرمرزفقر قرارخواهند داشت.**

نصیب رده می شود (۱۹) خواهد ناچیز موجود حکایت آران دارد که میزان گل مرگ و میر درمیان کشورهای رویه توسعه، هرچند به نسبتهای مختلف، درحال کاهش بوده است اما کشورهای دارای میزان بالای مرگ و میر، کمترین شتاب کاهش مرگ و میر را داشته اند. به این ترتیب شکاف میان کشورهای پرمرگ و کممرگ و میر همچنان برقرار است.

جزه اصلی را درمیان اجزاء مختلف میزان بالای مرگ و میر درکشورهای رویه توسعه، مرگ و میر اطفال تشکیل می دهد. درواقع، میزان مرگ و میر کودکان، شاخص مهمی از رفاه جمعیت به شمار می رود زیرا به بهترین نحوی شرایط اقتصادی واجتماعی حاکم دریک کشور را منعکس می سازد. درکشورهای لاریقی وخصوصا درمناطق حاره واقع درایتن صحرای آفریقا، میزان مرگ و میر اطفال بسیار بالا است و جدیدترین آمارها از ۲۰۰ نفر در هر ۱۰۰۰ نوزاد فراتر می رود به عبارت دیگر بیش از یک نفر از هر پنج کودک، پیش از رسیدن به اولین سالگرد تولد خود می میرد (۲۴) درجواب این پیروزه درکشورهای شبه قاره (منهای سری لانکا) نیز نسبت مرگ و میر اطفال بالاست و سرعت کاهش آن ازهرجای دیگر آسیا بسیارکندتر است. کشورهای منطقه معتدله آمریکای جنوبی و جنوب آسیا درمیان کشورهای رویه توسعه کمترین میزان مرگ و میر اطفال را دارند. به درسال ۱۹۸۸ این رقم درآسیا پائین تر از ۵۰ هزار بود است (۲۱)

میزان مرگ و میر همچنین ربح بسیار جنبش، گروههای اجتماعی و فرمی و طبقه بندیهای شغلی بسیار متغیر است. به عنوان مثال، سازمان بهداشت جهانی برآورد کرده که سالانه حدود ۵۰۰۰۰ زن درآفریقا هنگام زایمان می میرند که این ۲۰ درصد گل مرگ و میر مشابه درسطح جهان است (۲۲) درکشورهای رویه توسعه همچنین تفاوتهای چشمگیری میان کشورهای پرمرگ و میر درشهر و روستا دیده می شود این تفاوتها به طیف شش های اجتماعی و اقتصادی ربط پیدا می کند و برای بهبود کیفیت زندگی جمعیت کشورها عوارض مهمی دارد.

**نمودار ابتلا به بیماریها و علل مرگ**

نمودار ابتلا به بیماریها و علل مرگ در کشورهای رو به توسعه اطلاعات مهمی درباره وضع سلامت سکه کشورها و ماهیت شبکه های خدمات بهداشتی و نیز شاخصی زرف از وضع تغذیه، شرایط بهداشتی و زیستی، و دامنه تاثیرپذیری کشورها در زمینه بهداشت عمومی به دست می دهد. تجزیه و تحلیل علل مرگ، سهم عوامل مختلف را در میزان کل مرگ و میر نشان می دهد و درطرزبرزی تاثیر بهداشتی برای کاهش آن به کار می آید. ناچیز بودن اطلاعات در مورد کشورهای رویه توسعه، مانع یک چنین تحلیل شدیدی است. اطلاعات محدود قابل

توسط سازمان ملل متحد (اجمع شده به مأخذ شماره ۷)

میان مرگ و میر با متوسط طول عمر پیوند نزدیکی دارد. کمترین گنجه، آن است. ازاعطاف نسبت مرگ و میر بین کشورهای توسعه یافته و رویه توسعه اختلافات چشمگیری وجود دارد. در کشورهای گروه نخست، از همان اولین سال تولد کودک، کاهش شدیدی در میزان مرگ و میر صورت گرفته. حال آنکه در کشورهای رویه توسعه، نسبتهای بالا درمیزان مرگ و میر درساتر دوران اولیه کودکی همچنان برقرار است.

نسبت مرگ و میر کل برای جهان درمجموع، از رقم متوسط سالانه ۱۹/۷ نفر در هر ۱۰۰۰ نفر در دوره ۱۹۵۰-۱۹۵۵ به ۱۵/۶ نفر در هر ۱۰۰۰ نفر در دوره ۱۹۸۵-۱۹۹۰ کاهش یافته و پیش بینی می شود که تا دوره ۱۹۹۵-۲۰۰۰ این رقم به ۹/۱ نفر در هر ۱۰۰۰ نفر برسد (۱۶) برای کشورهای رویه توسعه، رقم

متوسط سالانه مرگ و میر از ۲۲/۴ هزار در دوره ۱۹۵۰-۱۹۵۵ به ۱۹/۵ هزار در دوره ۱۹۸۵-۱۹۹۰ کاهش یافته و پیش بینی می شود که تا ۱۹۹۵-۲۰۰۰ به ۹/۱ هزار کاهش کند. با این حال، اکنون چند سال است که میزان مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته بین ۱۰ تا ۱۸ هزار ثابت مانده است. تفاوت میان کشورهای این گروه ناچیز است (۱۸). درمقابل، در کشورهای رویه توسعه تفاوتهای زیادی میان مناطق مختلف و میان کشورهای واقع در یک منطقه، وجود دارد که ارقام متوسط آنها را نشان نمی دهد. رابطه نزدیکی میان متوسط طول عمر و شتاب مرگ و میر بیانگر آن است که تفاوت درمیزان مرگ و میر یک منطقه متناظر با تفاوت در متوسط طول عمر است. آفریقا (منهای آفریقای شمالی) و جنوب آسیا بالاترین میزان مرگ و میر را در ۱۹۵۰ نشان دادند و علیرغم کاهش قابل توجه این ارقام، میزان مرگ و میر آنها هنوز هم از مناطق دیگر جهان رویه توسعه بالاتر است. در تعدادی از کشورهای آفریقای جنوبی، میزان مرگ و میر در دوره ۱۹۵۰-۱۹۵۵ بین ۳۰ تا ۳۵ هزار بود و اکنون در دوره ۱۹۸۵-۱۹۹۰ به ۲۰ تا ۲۵ هزار

**\* دوردوره ۱۹۷۵ - ۱۹۷۰ تا**  
**۱۹۸۵ - ۱۹۸۰ تعداد متوسط**  
**(جهانی) کودگانی که از یک زن متولد می شوند ۲۲ درصد کاهش یافته واز ۴/۵ فرزند به ۳/۶ فرزند رسیده است.**

**\* برپایه برآورده سازمان بهداشت جهانی سالانه حدود ۵۰ هزار زن در آفریقا هنگام زایمان می میرند که این ۲۰ درصد کل مرگ و میر مشابه در سطح جهان است.**

**پیوند مسئله جمعیت با امر توسعه**  
 صحت جهان در سال ۱۹۸۲، ۶/۷۶ میلیارد نفر برآورده شد که ۷۷ میلیون نفر بیشتر از ۱۹۷۷ بود (۶۹۱ میلیون). پیش بینی می شود تا سال ۲۰۰۰ کل جمعیت جهان به ۶/۳۲ میلیارد نفر برسد (۳۶٪ در این پیش بینی ها فرض بر این بوده که رشد تکثیر جمعیت کاهش یافته و از میزان سالانه ۱/۲۲ درصد برسد به ۱/۸۰ درصد در سال ۲۰۰۰ برسد (۳۱) با اینحال، شتاب جهانی افزایش جمعیت، نژادهای گسترده مربوط به کشورهای توسعه یافته و رو به توسعه را کمتری می دارد. در مورد کشورهای اول، پیش بینی می شود که شتاب افزایش سالانه به نسبت ۰/۶۶ درصد در سال ۱۹۸۰ به ۰/۶۱ درصد افزایش کاهش یابد. حال آنکه میزان این کاهش در کشورهای رو به توسعه، ۲/۸۸ درصد به ۱/۶۱ درصد خواهد بود (۳۲) تا سال ۲۰۰۰ چهار پنجم جمعیت جهان در کشورهای رو به توسعه سکونت خواهد داشت.

سمنس سرباز چکوتور رویه توسعه امری که میزان مرگ و میر در آنها بیش از همه به میزان مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته شتاب دارد بر آن است که کشورهای ابتدا به به بیماریها و علل مرگ نیز با یکدیگر مشابه دارند. اما شتاب بزرگ اینها را وجه مشخصه شرایط کلی در کشورهای رو به توسعه دانست.

سازمان بهداشت جهانی با استفاده از تمامی اطلاعات موجود چکوتورگی توزیع علل مرگ در حدود سال ۱۹۸۰ را برای کشورهای توسعه یافته و رویه توسعه به طور جداگانه برآورده کرده است (۳۳) (۳۴)

این برآورده اختلافات چشمگیری در میان کشورهای توسعه یافته و رویه توسعه نشان می دهد.

مطالعات نشان می دهد که کاهش باروری به کاهش از شتاب مرگ و میرهای پیش و پس از تولد نیز کمک می کند. چکوتورگی بدون همبسته نه تنها مرگ و میر را صرفاً خواهد افزود با بالا می برد بلکه همچنین شرایط مستغنی پدید می آورد تا نسل جوانتر در دنیا سرور آورد.

برآوردها و پیش بینی های سازمان ملل متحد نشان می دهد که در دوره ۱۹۷۵-۱۹۸۰ تا ۱۹۸۵-۱۹۹۰ تعداد متوسط کودگانی که از یک زن متولد می شوند ۲۲ درصد کاهش یافته و از ۴/۵ فرزند به ۳/۶ فرزند رسیده است (جدول ۲) در همان دوره، کاهش مزبور در کشورهای توسعه یافته ۳۲ درصد بود و تعداد کودگان را از ۵/۵ به ۴/۸ رسانده است (۳۵)

مقدار زایمانی از این کاهش ناشی از کاهش باروری در چین بوده است که به ۹۹ درصد بالغ می شود. اما ۲۶ درصد رویه توسعه دیگر نیز با جمعیتی همسران پیش از یک میلیارد نفر، شاهد کاهش بالاتر از ۲۰ درصد در میزان زایمانی است (۳۶)

بیماریهای مزمن و تومورها به ترتیب مسئول ۴۸ و ۱۹ درصد از مرگ و میر کشورهای توسعه یافته است، اما ۱۶ و ۱۲ درصد درآمدهای مربوط به کشورهای رو به توسعه را تشکیل می دهد. در مقابل، نسبت مرگ و میر ناشی از انفجارها و ذات الریه و ریه در کشورهای توسعه یافته، ۴۰ درصد است و در کشورهای توسعه یافته، ۱۹ درصد است. همچنین، بیماریهای عفونی در کشورهای توسعه یافته است، به علاوه بیماریهای کودکان از انواع استهلاک سایر بیماریهای عفونی و انگلی عامل یک چهارم از کل مرگ و میر در کشورهای رو به توسعه است.

عده ن (۳۷) با اینحال، میزان باروری در کل آفریقا کاهش نیافته بلکه در واقع در بعضی کشورهای آفریقا یافته است.

تعداد متوسط کودگانی که در دوره ۱۹۷۵-۱۹۸۰ تا ۱۹۸۵-۱۹۹۰ در زنان آفریقا به نسبتاً اعداد برپایه برآورده فقط ۰/۹ درصد کاهش یافته و از ۶/۲۹ کودک به ۶/۲۳

برآوردهای سازمان ملل متحد در مورد رشد اقتصادی نشان می دهد که کل تولیدات کشورهای رو به توسعه در دوره ۱۹۷۰-۱۹۸۰ و ۱۹۸۰-۱۹۹۰ سالانه بطور متوسط ۰/۳۰ درصد و در دوره ۱۹۸۰-۱۹۹۰ سالانه بطور متوسط ۰/۲۲ درصد بود. در مقایسه با آن، آرقام مربوط به کشورهای توسعه یافته به ترتیب ۲/۶ و ۳/۱ درصد بوده است (۳۳) اما بطور افزایش سریع جمعیت، درآمد سرانه در کشورهای رو به توسعه کند تر از کشورهای توسعه یافته بالا رفت (سالانه حدود ۰/۲ درصد) و این باعث گسترش نابرابری بین المللی از لحاظ درآمد و ثروت شد (۳۴) شکاف نسبی میان درآمدها که به صورت متوسط میان تولید سرانه کشورهای توسعه یافته و تولید سرانه کشورهای رو به توسعه بیان می شود تقریباً همانند است که بود. یعنی ۱۱/۵ در سال ۱۹۶۰ و ۱۱/۸ و سال ۱۹۸۰. اما چنانچه فقط کشورهای که درآمد وارو کنند تغیر را در نظر بگیریم، نسبت فوق از ۱۷/۲ در سال ۱۹۶۰ به ۲۰/۶ در سال ۱۹۸۰ بالا رفته است. برای مرگ رشد تریون

**\* کاهش مرگ و میر عامل مهمی در بهبود کیفیت زندگی است. اما اگر با کاهش شتاب باروری همراه نباشد اثرات آن را رشد جمعیت خنثی خواهد کرد.**

**\* میزان مرگ و میر کودکان به مشابه مشخص رفاه اجتماعی و اقتصادی حاکم در یک کشور با متعکس می کند.**

وینز در جریان چشمگیری در کشورهای ابتدا به امرض اطفال مناطق مختلف جهان رویه توسعه یافته می شود. برای نمونه عوامل بهداشتی از آفریقا با آمریکای لاتین شروع دارد با اینحال، نژادهای اطلاعات، مانع تجربه و تحلیل فشرخ این اختلافات است.

تومورهای ابتدا به امرض و علل مرگ در زایمانی و بعضی مشکلات خاص و روپاری آفریقا را روشن می سازد (۳۴) حتی وضع زایمانی هم ممکن است به طور کامل بیانگر شرایط حاکم در کشورهای عرب و مرکز آسیا نباشد. زایمانی که در زمره کشورهای دارای درآمد متوسط است، به یک متوسط طول عمر تقریباً مشابه است. یافته نسبت مرگ و میر در ۳۶ درصد از اوقات همه ۱۹۵۰ به حدود ۱۵ هزار در ۱۹۸۰ کاهش داده است (۳۵)

جدول شماره یک پارهای آرقام مربوط به سطح مرگ و میر و ابتدا به امرض در ۱۱ کشور در طی سال ۱۹۷۱ ارائه می کند.

سورسنگ، توسعه یافته و کم عمری، ذات الریه، مالاریا، و اسهال، جزء علل عمده مرگ و میر در میان بیماریهای کودکان در مراکز درمانی پذیرفته شده. این بیماریها عامل بیش از ۱۹ درصد مرگ و میر در پیش از ۱۰ درصد بیماران سربازی در بریتانیا و میلان به این بیماریها تشکیل می دهند (۳۶)

کودک رسیده و این صرفاً مولود کاهش است که از این بابت در شمال و جنوب آفریقا مشاهده شده است (۳۸)؛ به نسبت فقط بزرگ آفریقا شتابناک باروری افزایش یافته است. امریکای لاتین، کشورهای امریکای مرکزی و جنوبی ۲۵ درصد بوده است. فرتیتر از چین سایر کشورهای شرق آسیا کاهش خوبی که سوم را در شتاب باروری نشان می دهد. جنوب آسیا که شامل هند و سایر کشورهای شرق آسیا است، کاهش باروری ۱۸ درصد را نشان می دهد.

تفاوت شتابهای کاهش باروری، پیامدهای مهمی از لحاظ رشد افزایش جمعیت در سطح جهانی و منطقه ای دارد. در دوره سی ساله ۱۹۵۵-۱۹۵۰ تا ۱۹۸۵-۱۹۸۰ کشورهای جهانی، ۲۸ درصد و شتاب جهانی مرگ و میر ۶۴/۲ درصد کاهش یافته. در همان دوره، میزان کاهش در کشورهای رو به توسعه به ۳۱ درصد و ۵۵ درصد بود. کشورهای رو به توسعه در دوره ۱۹۷۵-۱۹۷۰ تا ۱۹۸۵-۱۹۸۰ شتاب تولد ۱۶/۵ درصد و شتاب مرگ و میر ۳۱ درصد کاهش یافته. این آرقام محض از آن نادره که شتاب کاهش مرگ و میر کند شده و در همان حال شتاب

کشورها این نسبت از ۲۵/۸ تا ۴۱/۲ در همان مدت افزایش یافته است (۳۵) حتی با وجود استفاده از خوش بینانه ترین پیش بینی ها، در دوره میزان تولید کشورهای رو به توسعه، برپایه سازمان توسعه صنعتی ملل متحد (یونیسکو) حاکی از آن است که شکاف میان درآمدهای سرانه کشورهای رو به توسعه و توسعه یافته تنها اندکی کم خواهد شد (۳۶) در برپایه پیش بینی فرض شده که تولید ناخالص داخلی در دوره ۱۹۹۰-۱۹۸۰ سالانه ۱/۲۳ درصد (بالاتر از ۲ درصد فرضی در صورت استمرار برای دهه توسعه بین المللی) است) در دوره ۲۰۰۰-۱۹۹۰ سالانه ۱/۲ درصد و از آن پس تا سال ۲۰۲۵ نیز سالانه ۰/۶ درصد افزایش یابد (۳۷) شتاب متوسط برای رشد تولیدات کشورهای صنعتی در همان دوره بین ۳/۷ تا ۴ درصد قرار دارد. پرتیتر و یافته های بررسی خود را چنین خلاصه می کند:

در مجموع می توان دید تولید ناخالصی سرانه کشورهای رو به توسعه که در سال ۱۹۸۰ تنها اندکی بیشتر از ۱۹۰۰ دلار بود، تا سال ۲۰۲۵ نیز کمترین تولیدات کشورهای توسعه یافته خواهد بود. این ترتیب شتاب سرج افزایش تولید

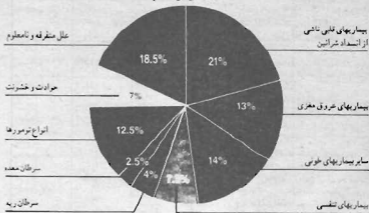
کودک رسیده و این صرفاً مولود کاهش است که از این بابت در شمال و جنوب آفریقا مشاهده شده است (۳۸)؛ به نسبت فقط بزرگ آفریقا شتابناک باروری افزایش یافته است. امریکای لاتین، کشورهای امریکای مرکزی و جنوبی ۲۵ درصد بوده است. فرتیتر از چین سایر کشورهای شرق آسیا کاهش خوبی که سوم را در شتاب باروری نشان می دهد. جنوب آسیا که شامل هند و سایر کشورهای شرق آسیا است، کاهش باروری ۱۸ درصد را نشان می دهد.

تفاوت شتابهای کاهش باروری، پیامدهای مهمی از لحاظ رشد افزایش جمعیت در سطح جهانی و منطقه ای دارد. در دوره سی ساله ۱۹۵۵-۱۹۵۰ تا ۱۹۸۵-۱۹۸۰ کشورهای جهانی، ۲۸ درصد و شتاب جهانی مرگ و میر ۶۴/۲ درصد کاهش یافته. در همان دوره، میزان کاهش در کشورهای رو به توسعه به ۳۱ درصد و ۵۵ درصد بود. کشورهای رو به توسعه در دوره ۱۹۷۵-۱۹۷۰ تا ۱۹۸۵-۱۹۸۰ شتاب تولد ۱۶/۵ درصد و شتاب مرگ و میر ۳۱ درصد کاهش یافته. این آرقام محض از آن نادره که شتاب کاهش مرگ و میر کند شده و در همان حال شتاب

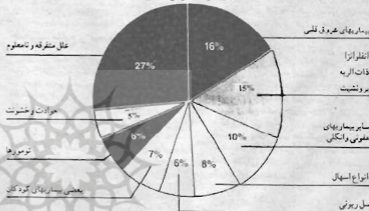
کشورها این نسبت از ۲۵/۸ تا ۴۱/۲ در همان مدت افزایش یافته است (۳۵) حتی با وجود استفاده از خوش بینانه ترین پیش بینی ها، در دوره میزان تولید کشورهای رو به توسعه، برپایه سازمان توسعه صنعتی ملل متحد (یونیسکو) حاکی از آن است که شکاف میان درآمدهای سرانه کشورهای رو به توسعه و توسعه یافته تنها اندکی کم خواهد شد (۳۶) در برپایه پیش بینی فرض شده که تولید ناخالص داخلی در دوره ۱۹۹۰-۱۹۸۰ سالانه ۱/۲۳ درصد (بالاتر از ۲ درصد فرضی در صورت استمرار برای دهه توسعه بین المللی) است) در دوره ۲۰۰۰-۱۹۹۰ سالانه ۱/۲ درصد و از آن پس تا سال ۲۰۲۵ نیز کمترین تولیدات کشورهای توسعه یافته خواهد بود. این ترتیب شتاب سرج افزایش تولید

### علل مرگ و میر در حوالی سال ۱۹۸۰

#### کشورهای توسعه یافته



#### کشورهای کمتر توسعه یافته



● طبقه بندی بر مبنای هشتاد و پنج درصد از طیف بندی بین المللی امراض.  
منبع: برآوردهای سازمان بهداشت جهانی.

کلیبی زندگی حاصل نخواهد شد؟ تعدادی از کشورهای کم درآمد و دارای درآمد متوسط و مشابهی به پاتین مثل چین، گلیسیا، کوستاریکا، کوبا، جامائیکا، لیبیبی، سری لانکا، و تایلند، به متوسط طول عمر متجاوز از ۶۰ سال، شتاب پاتین مرگ و میر برای کودکان و کل مردم و کاهش چشمگیر شتاب تولد یافته اند. در خط مشی ها و برنامه های تمامی این کشورها، عناصر مشترکی را می توان دریافت که به نظر می رسد مهمترین آنها مربوط باشند به (۱) بهداشت، (۲) تنظیم خانواده و (۳) تعلیم و تربیت.

تایلند نمونه ای از این گروه کشورها است که در آنجا پیوند دقت خط مشی ناظر بر جمعیت با برنامه های توسعه، دستاوردهای چشمگیری از لحاظ عوامل جمعیتی مؤثر در کیفیت زندگی پیدا کرده است. متوسط طول عمر از ۲۷ سال در ۱۹۵۰، به ۶۲/۷ سال در دوره ۱۹۸۵-۱۹۸۰ افزایش یافت و پیش بینی می شود که تا دوره ۲۰۰۰، ۱۹۹۵-۱۹۹۰ به ۶۶/۸ سال برسد (۲۰) در همان دوران نسبت مرگ و میر برای اطفال از ۱۲۲ نفر در هر هزار کودک زنده به دنیا آمده به ۵۱ در هزار و برای کل سکنه که از ۱۹/۲ در هزار به ۷/۷ در هزار کاهش یافت. (۲۱) در همان زمانی شتاب تولد تقریباً ۳۰ درصد پاتین آمد و از ۲۶/۶ در هزار به ۲۸/۶ در هزار رسید. (۲۲) تایلند این نتایج را با گسترش خدمات بهداشتی، تنظیم خانواده و تعلیم و تربیت به نواحی روستایی و

### ✱ شتاب مرگ و میر

نوزادان و کودکان و شتاب تولد،

باسطح تحصیلات مادر نسبت

معکوس دارد.

### ✱ درصد بالایی از مرگ و میر

میر در آفریقا ناشی از بیماریهای

مربوط به سوء تغذیه است.

### ✱ بر پایه پیش بینی سازمان ملل

ورشد جمعیت برابر فرض حد

متوسطه، جمعیت جهان در سال

۲۰۲۵ به ۸۱۷۷ میلیون نفر خواهد

رسید.

آسان اکثریت جمعیت کشور به آن حاصل گرد بهداشت، نزدیک ۲۰۰۰ مرکز مائلی و بیش از ۳۰۰۰ مرکز بهداشتی روستایی با ۲۲۰ هزار مددکار بهداشت روستایی علاوه بر پزشکان و ماماها و تیمهای وجود دارد (۲۳) این دستاوردها بدون افزایش قابل توجهی در هزینه های بهداشتی دولت مرکزی، حاصل شده و هزینه سرانه بهداشت در سال تنها برابر ۴ دلار آمریکا محاسبه شده است. (۲۴) بود است. بسیاری از کشورهای رو به توسعه بیشتر خرج کرده و کمتر نتیجه گرفتند. (۲۵)

در بسیاری از این کشورها کارکنان بهداشتی و هزینه های بهداشتی دروازی شهری متمرکز است که تنها ۱۰ تا ۱۲ درصد جمعیت کشور در آنجا زندگی می کند حال آنکه سکه روستایی به خدمات درمانی دسترسی ندارند. تنظیم خانواده: کاهش شتاب تولد در تایلند پیوند نزدیکی با گسترش روشهای جلوگیری از حاملگی دارد. بر پایه بررسی سال ۱۹۸۱ درباره رواج این روشها، در میان زنان متاهل بین ۱۵ تا ۲۹ سال، ۵۶ درصدشان از روشهای جلوگیری از حاملگی استفاده می کردند. در ۱۹۷۰، ۱۹۶۹

آفریقا و جنوب آسیا، کمترین متوسط طول عمر، بیشترین نسبت مرگ و میر، و بعضی از بالاترین شتابهای تولد را دارند این دو منطقه به اتفاق بیکدیگر حدود ۴۷ درصد کل جمعیت جهان در سال ۲۰۰۰ را در بر خواهند داشت. در دوره ۱۹۸۲-۱۹۸۳ افزایش جمعیت آفریقا بطور متوسط ۳۰ درصد بوده، حال آنکه کل تولیدات آن با شتابی کمتر از ۱/۵ درصد در سال افزایش یافته و در نتیجه سالانه جمعیت آفریقا از ۳ درصد بالاتر خواهد بود و چنانچه کشورهای رو به توسعه در مصرف سلامت بتوانند فقط ۴/۸ درصد رشد بپذیرند، چشم انداز افزایش در آمد سرانه در آفریقا و بقیه کشورهای متعلق به گروه کم رشدترین کشورها نسبتاً تاریک به نظر می رسد.

برچین زمینه است که خط مشی ناظر بر جمعیت، تألیف ترین اهمیت را به کسب می کند آیا ممکن است خط مشی ها و برنامه هایی را به اجرا در آورده که بتواند متوسط طول عمر را افزایش دهد. نسبت مرگ و میر را کاهش دهد و شتاب باروری را پاتین آورده چنانچه این خط مشی ها بر برنامه های توسعه پیوند زده شود آیا دست کم بهبودی در شامل جمعیتی

تأخیر داخل که در این بررسی مورد توجه بوده است، میزان افزایش جمعیت را به زحمت چیران می کند. در واقع چنانچه مناطقی رو به توسعه را تک تک مورد ملاحظه قرار دهیم، می بینیم که نمی توان انتظار داشت وضع نسبی آفریقا بهبود یابد و رقم مربوط به آسیا در سال ۲۰۲۵ به زحمت بالاتر از رقم مربوط به آفریقا است. فقط آمریکای لاتین و خاور میانه پیشرفت قابل توجهی دارند اما حتی تا سال ۲۰۲۵ نیز تولید ناخالص داخلی سرانه آنها به تریب فقط اندکی بیش از بنگ دوم و یک سوم رقم مربوط به کشورهای توسعه یافته خواهد بود (۲۶) با توجه به عملکرد گذشته کشورهای رو به توسعه و وضع کنونی جهان احتمال نمی رود که شتابهای رشد منظور شده در بررسی آینده هرگز تحقق یابد. از سوی دیگر پیش بینی های سازمان ملل متحد با تکیه بر این فرض که روند اخیر ادامه یابد، نشان می دهد که میزان متوسط رشد سالانه تولیدات بین سالهای ۱۹۸۰ تا ۲۰۰۰ کشورهای رو به توسعه تنها ۲/۸ درصد و در کشورهای توسعه یافته ۲/۶ درصد خواهد بود (۲۷) این شتاب رشد پیش بینی شده شامل پیامدهای جدی برای کیفیت زندگی و معیشت توسعه در بسیاری از کشورهای رو به توسعه است.

پیش از آغاز برنامه دولت هزینه تنظیم خانواده، در یک بررسی معلوم شد که تنها ۱۵ درصد زنان شاغل از این روشها استفاده می کنند. بنابراین در آن هنگام پیش از ۹۰ هزار پرونده (۹۶) هدف نایافته این است که تا سال ۱۹۹۱ کتاب الزامات جمعیت را به یکصد کاشف دهد (۳۷) و تعلیم و تربیت، با آنکه برنامه های بهداشتی و تنظیم خانواده مستقیماً مورد شتاب برگ و میر و باروری تاثیر می گذارند، اثر غیر مستقیم تعلیم و تربیت در این برنامه ها نباید از نظر دور داشت. درواقع، اینکه آیا این برنامه ها می تواند بدون سطح بالای از سواد در میان جمعیت کشور به موفقیت منتهی شود، بی موردی است.

مطالعات گوناگون نشان داده است که تحصیلات نامیر نوزادان و کودکان و شتاب تولید با سطح تحصیلات سایر سبب سستی، بار، مراقبت، ۹۰ درصد گشای ۴، درگروه سنی تحصیلات ابتدائی قرار داشته درسال ۱۹۸۸ درهسته های ثبت نام کردند. حال آنکه در سال ۱۹۶۵ این رقم ۸۳ درصد بود. در آن سال ۸۶ درصد کل جمعیت سواد داشتند تا آنکه در سال ۱۹۶۰ این رقم ۶۸ درصد بود (۲۸). این میزان ثبت نام از طریق قراردادهای مدارس درونگهی تقریباً نیمه مراکز تجمع ساکنان کشور امکان پذیر شد.

اما در مورد بهداشت، نتایج حاصله در بررسیهای بهداشتی باسازخار معطل به دست آمد.

کاشف نشان برگ و میر و باروری در کشورهای دیگری که درکشای برگ و میر با خط مشی ها و برنامه های مشابه صورت گرفت.

بهبود زند خط مشی های بهداشتی تنظیم خانواده و تعلیم و تربیت، با خط مشی ها و برنامه های کلی اقتصادی و اجتماعی نقش بسیاری در کاهش شتاب برگ و میر و باروری داشته و در نتیجه طولانی تر کردن عمر خواهد داشت. از آنجا که کشورهای ابتدا، به امرای و حال برگ، درحیث مناطق و کشورهای مختلف بسیار گوناگون است لذا در تنظیم برنامه های تفصیلی لازم است که شرایط محلی در نظر گرفته شود. برای نمونه درصد بالای از برگ و میر درافریقائی از بیماریهای مربوط به سوء تغذیه است.

بدون توجه به خط مشی، الزمان برداشتن بیماریها و برگ و میرهای مربوط به نظیفه در این منطقه امکان نخواهد داشت.

### عدم توازن میان غذا و جمعیت، تاحدزادی ناشی از بهره دمی پایین کشاورزی در کشورهای روبه توسعه است.

#### نقش تولیدات غذایی

درهغه گذشته میزان تولید سرانه محصولات غذایی درایرانکاشف شده است. بانوجه به ۱۹۰ تن در تنب افزایش جمعیت (پیش از ۳ درصد) تنها افزایش ناچیز تولیدات غذایی می تواند این روند را معکوس سازد. این امر مستلزم سرمایه گذاریهای سنگین درکشاورزی و آبیاری ایجاد نظییرات تکثیر و تکثیر و شیوه های زیجیات، از آسوی دیگر، برگ و میر و نانی آزمایشها، امرای علوی، و بیماریهای انگلی راسی توان برنامه های مناسب بهداشت و درمان عمومی الزمان برداشت، برآورد می شود که هر سال ۱۰۰۰۰۰ کیلوگرم، بارون کرده، ۴۰۰۰۰۰۰ کیلوگرم یا می میبند (۲۸) کیلوگرم پروژ، تانوی شربان ترکبیا که دربرهه ۱۹۷۶ - ۱۹۷۷، نروانه های با ۱۷۰۰۰۰ تن که به اجرا درآید ۳۰٪ درکاشف شتاب کل برگ و میر و ۳۴٪ در هزاره به ۱۳۵/۵ هزاره انکارده شتاب برگ و میر، افزایش ۱۰۷ هزاره درهزاره به ۱۲ هزاره کاهش یافته، (۵۰) در یک نتیجه معجزه که به هم صورت گرفته شتاب برگ و میر مثل گذشته باقی ماند. چنین آزمونهائی، به روشنی نشان می دهد که مکان می توان تلاش عادلانه، ساده، شتاب، برگ، در میانگین کشورگرد.

### جدول ۱

غلل مرگ و میر و بیماریهای ثبت شده در مراکز درمانی زامبا، ۱۹۷۸

تشخیص	مرد و کمر (درصد کل مرگها)	بیماران بستری (درصد کل بیماران بستری شده)
سرخک	۱۹/۸	۶/۸
سرخسینه	۱۵/۵	۱۰/۲
وگرونی	۱۴/۸	۵/۴
ذات الریه	۱۱/۳	۱۹/۵
مالاریا	۹/۹	۷/۶
اسهال	۲/۹	۶/۳
عفونتهای بخش فوقانی مجرای تنفسی		
سارمیاریهای	۲/۸	۲/۸
شکلی	۱/۸	۵/۴
جراثیم	۰/۸	۱/۸
سارمیاریهای		
برخی	۰/۸	۰/۴
جمع	۷۶/۹	۶۲/۵

منبع: بهداشت توسط مردم، اجرای مراقبتهای بهداشتی اولیه در زامبا، مکتب، از سوی راجه رام سربازی وزارت بهاری زامبا (لوزاک، ژانویه ۱۹۸۱)

#### جمعیت، منابع و محیط زیست

«گرایش کمبته نادرگانی کنتراس بین المللی درباره جمعیت انبشار می دارد که درآسیای به خندهای توسعه است» (۲۰) در صورتی که خندهای ناظر برصیحت و نوبه خط مشی ها، ضرورتاً گنگا به یک چنان توسعه اقتصادی را که دربرازنده از انجالی محیط زیست جای اولوم برداشند و نواز زیست محیطی را بشکند (در نظر داشته (۵) افزایش متوسط طول عمر و بهبود وضع بهداشت عمومی ساکنان رانشی توان بدون بهبود سطح زندگی، برای

### خط مشی درونیجه جمعیت تنها در صورتی می تواند مشی اجتماعی به حساب آید.

مقدار لازمی حلقه کارکرد، شرارخ بقاء، خطی درونهای فقر است که توازن زیست محیطی را به مونی بند کرده است. به عامل تولید و درآمد، و به پناه به اجزای اقتصادی گشت زندگی (تاریبات زیست محیطی) شکنجیزی از آنجا که منابع طبیعی بخشی از محیط زیست هستند. شتاب و شیوه، بود برداری از آنها تعیین کننده چگونگی حفظ توازن زیست محیطی خواهد بود. همه فراتر حاکی از آن است که چنانچه برای رفع تبارهای کشورهای روبه توسعه از انجالی غذا و سوخت و توازن سرمایه و تکنولوژی لازم به کار گرفت شود حفظ توازن محیط زیست مسئله ای وخیم خواهد شد.

صرف کالاه، کافی، جزء معضی نازگفت زندگی اشتراکلی می دهد. بین سالهای ۱۹۶۵ تا ۱۹۸۰ تنگ شدن رشد کل تولیدات غذایی بررشد کل جمعیت درکشاورزی روبه توسعه فزونی داشت. درسیاری از این کشورها چنین نبود این وضع بروز، هرقایه به جنس می دهد. به رشد تولیدات است که بوداررشد تولیدات غذایی وسدازمان هزاره در کشورائی (الفادرا) (۳۰) آرومی کرد میزبان درگشای روبه توسعه تولید گیوهائی درکشاورزی روبه توسعه (معه)، عدد، از ۹۲ درصد درسالهای ۱۹۷۸ - ۱۹۷۵، ۸۳ درصد درسال ۲۰۰۰ کاهش خواهد یافت. برای رفع این

کسود میزان واردات حمایت ازتفریبا ۱۰۰۰ میلیون تن درسال ۱۹۸۱ به پایست به حدود ۲۵۰ میلیون تن فرسال ۲۰۰۰ افزایش باید (۵۲)

پیش بینی می شود که چنانچه ورود و این مقدار گیوهائی مست تعدد تعداد افرادی که کسود فرسانی از رزم متوسط ۴۲۵ میلیون نفر در ۱۹۷۵ - ۱۹۷۶ به حدود ۷۰۰ میلیون نفر سال ۲۰۰۰ خواهد رسید (۵۲)

عدم توازن میان غذا و جمعیت، تاحد زیادی ناشی از بهره دمی پایین کشاورزی درکشاورزی روبه توسعه است. درکشای رشد تولیدات غذایی بارش صمیمت همگام بود برآورد فزونی داشت که علت عمده این کاهش گسترش زندهائی زیرکست تشکیل می داد

بین سالهای ۱۹۶۰ تا ۱۹۸۰، مساحت زمینهای زیرکست باصاف ۳۰۰۰۰ هکتار برای مرکز گی، که به سبب افزایش می شد افزایش می یافت

بین ۱۹۷۰ تا ۱۹۷۸ این رقم به ۰/۷ هکتار برای هر نفر اضافه جمعیت کاهش یافت (۵۲)

با آنکه بدهای توسعه ای زندهائی بلا استفاده در آفریقا وارد بود، مقدار زیادی از آن به خاطر شرایط آب و هوا، وضع خاک، و عوامل زیست محیطی دیگر، برای کشت و وزع و چارندن اشام مناسب است. گسترش کشت و وزع به این گونه نواحی، اغلب منجر به گسترش بیماریها و عفونی حاد می شود.

عامل دیگری که توازن زیست محیطی را برهم می زند، نراسائی نامین انرژی در کشورهای روبه توسعه است. در بسیاری از این کشورها سکه درونائی برای نامین انرژی مورد نیاز خود به چینی که از منطقه زیسته خود به دست می آورند سکنی هستند و همچنین میزان سوخت مورد کاشف می باید، جمع آوری این پیش از پیش وقت گیر می شود. اگر این امر عامل مهمی در چنگل زدائی کشورهای روبه توسعه به شمار می آید که خود پیامدهای وضعی برای آینده خواهد داشت. بالاخره، سوسنکس، و تولید نیازیهای اولیه مانند آب آشامیدنی و بهداشت، نتها بر کیفیت زندگی بلکه بر شتاب ابتلا، به امرای و افزایش برگ و میر ضرر می زند. بهبود کیفیت زندگی نتها مستلزم در پیش گرفتن خط مشی های در زمینه جمعیت است. بلکه به برنامه های در جهت بهبود بخشیدن به میزان غذای مصرفی، نامین منابع جدید و قابل تعدیل خواهد بود. بهبود شرایط زیست نیاز دارد.

#### در برابر آینده

تا حدود ۱۳ سال دیگر، بیش از شش میلیارد نفر وارد فرنی ناز خواهد شد. خط مشی ها، اعدادات و برنامه های که در سالهای بالی، مانده درن جافه افود، تعدد نصبت کنند، کیفیت زندگی آنها و اخلاق آنها خواهد بود.

خط مشی در زمینه جمعیت تنها در صورتی می تواند به موفقیت برسد که خط مشی اجتهادی به حساب آید. افراد و خانواده ها در صورتی که مدانی، برنامه های معیشت برای خود و خانواده خود دارند، این برنامه ها را قبول خواهند کرد. مشیها در صورتی که بینه برنامه های معیشتی به اهداف مطلوب اجتهادی، و فقدان آنها به هزینه های جبرانی نادر اجتهادی می باشد، این برنامه ها را نپال خواهند کرد.

پیش بینی های سازمان ملل متحد حاکی است چنانچه رشد جمعیت برابر فرسهای دهه متوسطه ادامه یابد، جمعیت جهان در ۲۰۲۵ به ۱۱۷۷ میلیون نفر خواهد رسید (۵۵) از سوی دیگر، چنانچه میزان باروری در پایه فرسهای دهه آینده افزایش یابد، جمعیت جهان در ۲۰۲۵ به ۱۷۷۸ میلیون نفر خواهد بود که ۹۰۰ میلیون نفر از رقم برفتن کسر است (۵۶). در واربردهای خود باطنی، چنین تخمین شد که شتاب رشد سلاله جمعیت از پرتان از ۱/۷۷ درصد در ۱۹۸۰ به ۱/۲۶ درصد تا سال ۲۰۰۰ کاهش داد. در مقابل به رقم ۱/۵۲ درصد در فرسهای دهه متوسطه در گذرگاه شد. این یک گام بسیار بزرگ است (۵۷) این یک گام بسیار بزرگ است تا تحلی باطنی این امر، جمعیت جهان به آذله، جمعیت چین

شماره پنجم - صفحه ۲۷



برآوردها و پیش‌بینی‌های سازمان ملل متحد درباره شتاب ناخالص نوالد و شتاب کل باروری در مناطق عمده و فرعی برحسب فرض واحد متوسطه (۱۹۸۰-۸۵، ۱۹۷۵-۸۰، ۱۹۷۰-۷۵)

شتاب کل باروری		شتاب ناخالص نوالد					
درصد تغییر	۱۹۸۰-۸۵	۱۹۷۵-۸۰	۱۹۷۰-۷۵	درصد تغییر	۱۹۸۰-۸۵	۱۹۷۵-۸۰	۱۹۷۰-۷۵
							مناطق عمده و فرعی
							جهان
							کشورهای توسعه یافته آلف
							کشورهای کم‌توسعه یافته (ب)
							آفریقا
							آسیا
							آمریکای لاتین
							کارتیب
							آمریکای مرکزی منطقه معضله
							آمریکای جنوبی منطقه حاره
							آمریکای جنوبی
							آمریکای شمالی
							آسیا
							شرق آسیا
							چین
							ژاپن
							قطر دیگر شرق آسیا
							جنوب آسیا
							جنوب شرقی آسیا
							آسیای جنوبی
							غرب آسیا
							آرژانتین
							آزوبای شرقی
							آزوبای شمالی
							آزوبای جنوبی
							آزوبای غربی
							آنتیوسیه
							شوروی

(الف) کشورهای توسعه یافته شامل اروپا، آمریکای شمالی، استرالیا، ژاپن، نیوزیلند و شوروی است.  
(ب) کشورهای کم‌توسعه یافته شامل آفریقا، آسیا، آمریکای لاتین، و آنتیوسیه (منهای اسرائیل و ژاپن و نیوزیلند) است.

- اجتماعی - اقتصادی کلی اقتصاد جهان تا سال ۲۰۰۰ پیش‌نویس مفصلی است. گزارش دیرکریل، مه ۱۹۸۲.
- ۳۵ سازمان ملل، روندها و خط‌مشی‌ها در مورد جمعیت جهان.
- ۳۶ تا ۳۸ سازمان توسعه صنعتی ملل متحد (یونیدو)، بررسی دوم درباره فرآیند گسترش صنعتی، ۹ دسامبر ۱۹۸۳.
- ۳۹ سازمان ملل، گزارش دیرکریل، مه ۱۹۸۲.
- ۴۰ دیرخانه سازمان ملل، دسامبر ۱۹۸۳.
- ۴۱ صندوق سازمان ملل برای فعالیت‌های مربوط به جمعیت، گزارش هیات مأمور بررسی نیازها جهت کمک در زمینه امور جمعیتی، تابستان، مه ۱۹۸۳.
- ۴۲ بانک جهانی، ۱۹۸۳، جدول ۲۶.
- ۴۵ صندوق توسعه، مه ۱۹۸۳، همانجا.
- ۴۶ بانک جهانی، ۱۹۸۳، همانجا.
- ۴۷ دیرخانه سازمان ملل، ۹ دسامبر ۱۹۸۳.
- ۴۸ سازمان ملل، شورای اقتصادی و اجتماعی، جمعیت، کمیته نادرگاش کفرانس بین‌المللی راجع به جمعیت، ۲۸ مارس ۱۹۸۳، ۱۹۸۳.
- ۴۹ دیرخانه سازمان ملل، دسامبر ۱۹۸۳.
- ۵۰ تا ۵۲ سازمان ملل، شورای امنیت، پیشنهادها ۱۹۸۳.

- در کشورها طبق برآوردهای ۱۹۸۲، ۱۹ دسامبر ۱۹۸۳.
- ۱- رف دیرخانه سازمان ملل دسامبر ۱۹۸۳، همانجا.
- ۲- دیرخانه سازمان ملل، ۱۹۷۹، گزارش کفرانس سازمان ملل متحد راجع به جمعیت جهان.
- ۳ تا ۱۱ دیرخانه سازمان ملل، دسامبر ۱۹۸۳.
- ۱۲ تا ۲۰ سازمان ملل، گزارش پیگیری روندها و خط‌مشی‌ها در مورد جمعیت جهان در ۱۹۸۳، نیویورک، ۹ دسامبر ۱۹۸۳.
- ۲۱ تا ۲۳ دیرخانه سازمان ملل، ۹ دسامبر ۱۹۸۳.
- ۲۴ صندوق سازمان ملل برای فعالیت‌های مربوط به جمعیت، گزارش هیات مأمور بررسی نیازها جهت کمک در زمینه امور جمعیتی، ژانویه، نیویورک، ژانویه ۱۹۸۳.
- ۲۵ دیرخانه سازمان ملل، دسامبر ۱۹۸۳.
- ۲۶ تا ۲۸ دیرخانه سازمان ملل، ۹ دسامبر ۱۹۸۳.
- ۲۹ سازمان ملل، شورای اقتصادی و اجتماعی، و گزارش کمیته نادرگاش کفرانس بین‌المللی راجع به جمعیت، ۲۸ مارس ۱۹۸۳، ۱۹۸۳.
- ۳۰ تا ۳۲ دیرخانه سازمان ملل، دسامبر ۱۹۸۳.
- ۳۳ تا ۳۴ سازمان ملل، شورای امنیت، پیشنهادها

در ۱۹۸۰، کمتر خواهد بود.  
از آنجا که متوسط طول عمر و شتاب مرگ و میر نشاندهای مهمی در کیفیت زندگی است، باید با در نظر گرفتن شرایط منطقه‌ای و توانایی‌های کشورهای واقع در هر منطقه، هدفها و آمادگی‌ها را برای هر یک از مناطق تعیین کرد.

## مآخذ

- ۱- گزارش کفرانس سازمان ملل راجع به جمعیت جهان، ۱۹۷۲، بخارست، ۱۹۳۰، اوت ۱۹۷۲.
- ۲- بانک جهانی، گزارش توسعه جهان در ۱۹۸۳، نیویورک، ۱۹۸۳.
- ۳- بانک جهانی، همانجا، ص ۱۲۸.
- ۴- بانک جهانی، همانجا، ص ۳۹.
- ۵- بانک جهانی، همانجا، ص ۱۲۸.
- ۶- سازمان ملل، گزارش درباره تعریف و اندازه‌گیری بین‌المللی کیفیت و سلامتی زندگی، نیویورک، ۱۹۵۴.
- ۷- دیرخانه سازمان ملل، قسمت امور اقتصادی و اجتماعی بین‌المللی، دیر جمعیت، شاخص‌های جمعیتی