

گزارش وضعیت اجتماعی ایران

(۱۳۸۰-۱۳۸۸)

بولتن داخلی

مؤسسه رحمان

پاییز ۱۳۹۰

گزارش وضعیت اجتماعی ایران

(۱۳۸۰-۱۳۸۸)

مؤسسه رحمان

مدیر پروژه: سعید مدنی قهفرخی

کمیته ناظر:

سیدحسین سراجزاده، مصطفی معین، محمدتقی صالحی، حمیدرضا جلایی پور

کمیته داوران:

ژاله شادی طلب، محمدامین قانع راد، سیدحسین سراجزاده، حسن رفیعی،
حسین ملکافضلی، سعید معیدفر، پرویز پیران، مهدی تقوی، محمد فرجی ها

مدیر اجرایی: اشرف سادات موسوی

ویراستار: هایده عبدالحسینزاده

فهرست مطالب

هفت	پیشگفتار
نه	مقدمه

بخش اول: مسائل اجتماعی

۱	سیاست‌های اجتماعی: علی‌اصغر سعیدی
۱۵	جمعیت و نیروی انسانی: محمد میرزائی / جعفر کرد زنگنه
۳۱	درآمد- هزینه خانوار: فریبرز رئیس‌دانا
۴۵	آموزش: مقصود فراستخواه / نسرین نورشاهی / حسین سمیعی
۶۷	مسکن: کمال اطهاری
۸۹	اشتغال: حسن طائی / مریم مقدم اصیل
۱۰۳	سلامت روان: آمنه ستاره فروزان / اسماعیل خدمتی مرصع
۱۲۳	سلامت جسمی: معصومه دژمان / الهام حبیبی / غلامرضا قائد امینی
۱۴۱	کیفیت زندگی: حمیرا سجادی
۱۶۳	نظام بیمه و تأمین اجتماعی: فرشید یزدانی
۱۷۷	شهروندی: ملیحه شایانی / طاهره داودوندی
۲۰۳	هویت ملی: ابراهیم حاجیانی

بخش دوم: مشکلات اجتماعی

۲۲۳	جرم، دادرسی، مجازات: عباس عبدی
۲۳۵	جرایم: پیام روشن فکر / علی حسین نجفی ابرندآبادی / پریسا روشن فکر
۲۶۵	اعتیاد: آفرین رحیمی موقر / مروثه وامقی
۲۷۹	خشونت خانوادگی: مروثه وامقی
۳۰۹	خشونت اجتماعی و قتل: شهلا معظمی
۳۲۷	خودکشی: محمدعلی محمدی / جلوہ جواهری / کاوہ مظفری / سعید مدنی قہفرخی
۳۵۳	تن فروشی: سعید مدنی قہفرخی / پیام روشن فکر / مروارید شہریاری منش
۳۷۹	فقر و نابرابری: حسین راغفر
۴۰۱	مہاجرت: شہلا کاظمی پور
۴۱۷	گرسنگی و سوء تغذیہ: محمدرضا مہدوی
۴۳۷	فہرست اشخاص
۴۴۳	فہرست موضوعی

پیشگفتار

مؤسسه رحمان به عنوان نهادی غیردولتی از آغاز تأسیس خود در سال ۱۳۸۵ کوشیده است به موضوع کار خویش، که تلاش در راه پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی است، رویکردی علمی- پژوهشی داشته باشد. در این روند، با سازمان‌دهی گفت‌وگوها و نشست‌های علمی و پژوهش‌ها و نیز فراتحلیل مسائل و آسیب‌های اجتماعی ایران، سرانجام توانست سند چشم‌انداز ده‌ساله فعالیت خود را در تیرماه ۱۳۸۷ تدوین کند.

از جمله ضرورت‌ها و مأموریت‌های اساسی مذکور در این سند تهیه «گزارش وضعیت اجتماعی ایران» بوده است که خوشبختانه، به رغم دشواری‌ها و کمبودهای فراوان، در قالب یک طرح جامع پژوهشی به بار نشسته است.

روشن است که پیش از ایستادن در چنین نقطه عزیمتی، هر گامی، حتی در بهترین وضعیت، جز کوششی خرد و گسسته و نهایتاً فاقد اثربخشی لازم به شمار نخواهد آمد. هدف از تهیه این گزارش شناخت و توصیف و تبیین علمی «مسائل اجتماعی» و «آسیب‌های اجتماعی» ایران بوده است که نوعاً اجتماعی، عمومی، جمعی، تاریخی، واقعی، چندوجهی، متنوع و متکثر، و گاه نوپدید و نسبی و متأثر از ربط‌های ارزشی‌اند و غالباً از موانع پیشرفت اخلاقی و معنوی جامعه و تحقق توسعه همه‌جانبه آن به شمار می‌آیند. مسائل و آسیب‌های اجتماعی همواره از دغدغه‌های اصلی متفکران، متخصصان و مصلحان جامعه بوده‌اند و این پرسش را در برابر اصحاب دانش و بینش قرار داده‌اند که «شرایط و لوازم و راه و روش تشخیص مسائل و آسیب‌های اجتماعی» کدام است و چگونه می‌توان به رغم تهدیدهای ناشی از وجود آنها دریچه‌ای به سوی بهبود وضعیت معنوی و مادی جامعه گشود؟

هدف نخست از تهیه گزارش وضعیت اجتماعی ایران «به تصویر کشیدن مسائل اجتماعی» ایران بوده است تا بر پایه آن، مسئولیت مؤسسه رحمان در چرایی و چگونگی پرداختن به «آسیب‌های اجتماعی» تعریف شود. در واقع، مسئولان این مؤسسه و شبکه‌های علمی و اجتماعی مرتبط با آن بر این باورند که، در بحران‌ها و آسیب‌پذیری‌های اجتماعی، مهم‌ترین تهدید و خطر، شناختن و بد شناختن مسائل و آسیب‌های اجتماعی و نه الزاماً صرف وجود آنهاست. بر این اساس مؤسسه رحمان، به اعتبار داشته‌ها و تجارب همکاران خویش، وظیفه نخست خود را فهم، تعریف و تبیین علمی مسائل و آسیب‌های اجتماعی، و نیل به چنین سطحی را گام اول در حل و رفع حادترین آنها می‌داند.

تردیدی نیست که جامعه دستخوش تغییر ما، در گيرودار مناسبات جهانی که در هر لحظه آن فرصت‌ها و تهديد‌های فراوان نهفته است، در هر سطح و زمینه‌ای که بنگريم، با مسائل و آسیب‌های اجتماعی مزمن و نوپديد مواجه است که رویکردهای سطحی و عوامانه و سوءتدبیرهای سیاسی و اجتماعی و اجرایی بر دایره و دامنه تأثیرگذاری آنها افزوده است. اما در چارچوب نگرش علمی و در پرتو عزم و اراده اخلاقی و انسانی می‌توان از تهديد‌ها فرصت ساخت و آثار حیات را به انسان‌ها، گروه‌ها و اجتماعات بیمار و آسیب‌دیده بازگرداند. این نه تخیل که واقعیتی اجتماعی است که در تاریخ دور و نزدیک سرزمین ما شواهد فراوان دارد.

امید است که گزارش وضعیت اجتماعی ایران، اگرچه سراسر مسئله است، به برکت مشارکت فعالانه و متفکرانه محققان و نیکوکاران و شبکه‌های اجتماعی و نهادهای مدنی و علمی، چشم‌انداز روشنی از حل مسائل را در پیش رو ایجاد کند.

دکتر مصطفی معین

رئیس هیئت‌مدیره مؤسسه رحمان

مقدمه

پس از پذیرش قطعنامه ۵۹۸ و پایان جنگ هشت ساله، افزایش ناگهانی مشکلات اجتماعی و شیوع و بروز انفجاری جرایم و آسیب‌های اجتماعی شاید یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های ناظران و صاحب‌نظران مسائل اجتماعی شد. این نگرانی در متن برنامه اول توسعه کشور و، به صورت کاملاً شفاف‌تری، در مستندات و متن برنامه‌های دوم تا چهارم توسعه نمودار شد، و در اسناد رسمی و دولتی نیز انعکاس یافت. تلاش مصلحان اجتماعی و خیرین در جهت تأسیس سازمان‌های غیردولتی و بنیادها و خیریه‌ها به منظور مداخله در مهار و کاهش مشکلات اجتماعی از بارزترین نمودهای نگرانی عمومی درباره گسترش مسائل و مشکلات اجتماعی بود. رسانه‌های عمومی نیز با انتشار اخبار حوادث و وقایع مرتبط با مسائل و مشکلات اجتماعی از جمله قتل، کودک‌آزاری، ضرب و شتم و خشونت، اعتیاد، و آزار زنان حساسیت عمومی را در این زمینه برانگیختند. در این میان، محققان علوم اجتماعی نیز تلاش کردند با ارائه توصیفات علمی و روش‌مند و تبیین‌ها و توضیحات درباره علل و عوامل وقوع مشکلات اجتماعی بر میزان آگاهی از این پدیده‌های اجتماعی بیفزایند و از خطاهای احتمالی و مداخلات نابجا ممانعت به عمل آورند. در میان تمامی این تلاش‌ها، همواره جای گزارشی حتی‌الامکان جامع و مستند درباره وضعیت اجتماعی خالی بود و برنامه‌های مداخله نیز در شرایط فقدان گزارش جامعی از وضعیت به مثابه تیری بود در تاریکی.

تجارب اولیه در سطح جهانی به منظور گزارش وضعیت بر پایه شاخص‌ها در حوزه اقتصاد رخ داد. اما دیری نگذشت که ضرورت تدوین گزارش‌هایی درباره وضعیت اجتماعی نیز مطرح شد. به تدریج شاخص‌های مناسب تدوین و گزارش‌های وضعیت اجتماعی در سطوح محلی، ملی و بین‌المللی بر پایه آنها منتشر گردید.

برخی سازمان‌ها و مؤسسات بین‌المللی نیز گزارش‌هایی درباره وضعیت اجتماعی و روند توسعه اجتماعی در کشورهای مختلف منتشر کردند که از آن جمله می‌توان به گزارش جامع بانک جهانی با عنوان «شاخص‌های توسعه جهان» (World Development Index: WDI, 2003) با هدف ارائه آمارهای پیشرفت کشورها در دستیابی به اهداف توسعه هزاره سازمان ملل متحد (MDGs) اشاره کرد. در تهیه این گزارش، بیش از ۹۰۰ شاخص توسعه‌ای برای تمام کشورهای جهان محاسبه شد و شامل بخش‌های مختلفی همچون آموزش، بهداشت، فقر، محیط زیست، اقتصاد، و تجارت بود.

در کشورهای پیشرفته و توسعه‌یافته نیز تلاش‌های موفقیت‌آمیزی به طور منظم و هدفمند برای جمع‌آوری آمار و اطلاعات در زمینه مسائل اجتماعی و محاسبه شاخص‌های مربوط صورت گرفت و گزارش وضعیت اجتماعی این کشورها بر پایه آنها منتشر شد.

گزارش‌های اجتماعی، با توضیح و تبیین شرایط و روند تحولات اجتماعی، زمینه بازنگری در سیاست‌ها و خط‌مشی‌های اجتماعی را فراهم می‌سازند. لازمه افزایش اثرگذاری و مورد استناد قرار گرفتن این گزارش‌ها انطباق آنها بر واقعیت‌های اجتماعی است؛ از همین رو، کاربرد شاخص‌ها در آنها از اهمیت بسیار برخوردار است. گزارش‌ها در جای خود سودمندند اما صرف تدوین چنین گزارش‌هایی به کاهش فقر و بی‌سرباهی و جنایت و دیگر مشکلات اجتماعی نمی‌انجامد، بلکه تنها مسیر برنامه‌ریزی به منظور بهبود اوضاع اجتماعی را هموار می‌کند.

اگرچه در سال‌های اخیر تلاش‌های زیادی در ایران به منظور گردآوری شاخص‌های اجتماعی و سنجش و اندازه‌گیری وضعیت انجام شده، هنوز مجموعه مدونی که اطلاعات موجود در زمینه مسائل اجتماعی را در قالبی هماهنگ عرضه کند منتشر نشده است. براساس ضرورت‌های مورد اشاره، تدوین و انتشار این گزارش مستند از وضعیت امور اجتماعی کشور بر پایه شاخص‌های مهم تعیین‌کننده وضعیت در دستور کار قرار گرفت.

۱. سابقه تدوین گزارش‌های اجتماعی

تا دهه ۱۹۹۰، تدوین گزارش‌های وضعیت اجتماعی چهار دوره را پشت سر گذاشت. دوره اول از اواسط دهه ۱۹۶۰ آغاز شد و تا اوایل دهه ۱۹۷۰ ادامه یافت. در این دوره، انتشار گزارش‌های وضعیت اجتماعی بر مبنای شاخص‌های اجتماعی به تدریج شروع شد.

دوره دوم شامل دهه ۱۹۷۰ بود و طی آن، مطالعات مسائل اجتماعی و تدوین گزارش‌های اجتماعی بر پایه آنها به شکوفایی رسید. در این دوره، پایگاه‌های متعدد گزارش‌دهی اجتماعی در دانشگاه‌ها و مراکز دولتی تأسیس شد و نشر منظم گزارش‌ها در بسیاری از کشورها رواج یافت.

دوره سوم از اواخر دهه ۱۹۷۰ تا اواسط دهه ۱۹۸۰ به طول انجامید. در این دوره توجه کمتری به مسائل اجتماعی و، در نتیجه، انتشار گزارش‌های اجتماعی شد. در توضیح علل وقوع چنین وضعیتی می‌توان به بحران اقتصادی غرب، روی کار آمدن دولت‌های محافظه‌کار که تمایلی به صرف هزینه در مسائل اجتماعی نداشتند، و وجود مشکلات روش‌شناختی و نظری در مطالعات شاخص‌های اجتماعی اشاره کرد.

در دوره چهارم که از اواسط دهه ۱۹۸۰ آغاز شد، بار دیگر انتشار گزارش‌های اجتماعی و استفاده از شاخص‌ها رونق گرفت. در این دوره تلاش شد از شاخص‌ها در تمام سطوح منطقه‌ای، ملی و فراملی بهره‌برداری شود (روشن‌فکر و دیگران، ۱۳۸۹).

در سال‌های اخیر ناظران اجتماعی و جوامع محلی، همسو با تلاش در جهت دستیابی به توسعه اجتماعی و اقتصادی، تلاش‌های گسترده‌ای را نیز برای تدوین گزارش‌های وضعیت اجتماعی آغاز کرده‌اند چرا که معتقدند افزایش آگاهی عمومی نسبت به شرایط اقتصادی و اجتماعی موجب سیاست‌گذاری اجتماعی مناسب‌تر دولت‌ها می‌شود.

تاکنون در آمریکا و اروپا گزارش‌های اجتماعی متعددی همزمان منتشر شده است. دامنه انتشار این گزارش‌ها از دولت‌ها فراتر رفته و مؤسسات بین‌المللی نیز گام‌های مؤثری در این زمینه برداشته‌اند. از جمله، در اوایل دهه هفتاد،

سازمان همکاری و توسعه اقتصادی (OECD) برنامه‌ای در حوزه شاخص‌های اجتماعی طراحی کرد که به انتشار کتاب وضعیت زندگی در کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی در سال ۱۹۸۶ منجر شد. در سازمان ملل نیز دفتر برنامه توسعه به انتشار گزارش‌های توسعه انسانی پرداخت. سازمان جهانی بهداشت (WHO) هم تلاش کرد با شعار «انسان سالم» گزارش‌هایی درباره سلامت عمومی منتشر کند. از دیگر پیشگامان این جنبش می‌توان به دونالد مک‌گراناهام اشاره کرد که گزارش خود را با همکارانش در مؤسسه تحقیقات توسعه اجتماعی سازمان ملل متحد (UNRISD) منتشر کرد (Mc Granaham et al., 1972).

در ایران، اولین گزارش وضعیت اجتماعی با عنوان «شاخص‌های اجتماعی شهر تهران، ۱۳۵۷» در شهریور ۱۳۵۷ زیر نظر احمد اشرف در سازمان برنامه و بودجه شهر تهران تدوین و منتشر شد. پس از آن تلاش‌هایی به منظور تدوین گزارش‌های مشابه به عمل آمد اما هیچ‌یک از جامعیت لازم برخوردار نبود. انتشار اولین گزارش توسعه انسانی در سال ۱۳۷۸ نیز اقدام قابل توجهی بود، اما از آنجا که صرفاً از چارچوب گزارش‌های توسعه انسانی سازمان ملل متحد پیروی می‌کرد، همه ابعاد مسائل اجتماعی را پوشش نمی‌داد. به علاوه، انتشار این گزارش نیز منحصر به همان یک سال ماند و ادامه نیافت.

۲. رویکرد گزارش

برای روشن شدن رویکرد گزارش حاضر، به دو موضوع می‌پردازیم. اول، تبیین و توضیح مفهوم و حدود و ثغور «اجتماع» و دوم، انتخاب رویکرد و الگوی گزارش. اولی دامنه موضوعات را مشخص می‌کند و دومی روش و چگونگی جمع‌آوری اطلاعات و تحلیل داده‌ها را.

۱.۲. مفهوم و حوزه اجتماع و امر اجتماعی

مفهوم اجتماع و برداشت از آن در چند دهه اخیر دستخوش تحول شده است. در رویکردی کارکردگرایانه، با توجه به چهار ساختار سیاسی، اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی، این حوزه‌ها را از یکدیگر تفکیک می‌کنند. این حوزه‌ها با یکدیگر تعامل و ارتباط و همبستگی متقابل و بر هم نفوذ دارند اما دارای هویت، استقلال نسبی، منطق درونی و ویژگی‌های خاص خود هستند. در این میان، حوزه اجتماعی حوزه تعاملات و دوستی‌های متقابل برای تولید و کسب تعهد یا سرمایه اجتماعی لازم برای وحدت و یگانگی است. توسعه اجتماعی در این چارچوب به معنای بسط و تحکیم اجتماع جامعه‌ای است (عبداللهی، ۱۳۸۴). به این ترتیب، مفهوم اجتماعی «به معنای اخص کلمه، ناظر بر اجتماع جامعه‌ای به عنوان یکی از حوزه‌های چهارگانه حیات اجتماعی انسان در هر جامعه است» (عبداللهی، ۱۳۸۰).

برخی صاحب‌نظران، به‌خصوص جامعه‌شناسان نظم‌گرا، اجتماع را مبحثی مربوط و منحصر به حوزه اجتماع و روابط و تعاملات این حوزه می‌دانند. از این دیدگاه، اجتماع معنایی خاص و محدود خواهد داشت. اینان محدوده موضوع را با مفهوم‌سازی تالکوت پارسونز از حوزه‌ها و خرده‌نظام‌های چهارگانه نظام اجتماعی شامل سیاست، اقتصاد، فرهنگ و اجتماع تعیین می‌کنند (عبداللهی، ۱۳۸۴).

سازمان‌های دارای مسئولیت‌ها و علاقه‌مندی‌های بین‌المللی در معنایی وسیع‌تر از آنچه جامعه‌شناسان بدان می‌پردازند، به طور کلی، مسائل مرتبط با وضعیت اجتماعی مردم را اجتماع و بهتر شدن وضعیت زندگی انسان‌ها را توسعه

اجتماعی دانسته‌اند که خود جنبه‌های مختلفی همچون سلامت و بهداشت، مسکن، آموزش، اشتغال مفید، جمعیت و تنظیم خانواده، درآمد و توزیع آن و برنامه‌های تأمین اجتماعی را دربرمی‌گیرد.

تا مدت‌ها، با توجه به سابقه فعالیت اندک در حوزه مطالعات اجتماعی، گزارش وضعیت اجتماعی معادل «توسعه انسانی» قلمداد می‌شد. اما طولی نکشید که با مشخص شدن وجوه تمایز توسعه اجتماعی و توسعه انسانی، این خطا تصحیح شد. پژوهشگران متعددی تلاش کردند حوزه اجتماع را تا حد ممکن از دیگر حوزه‌ها تفکیک کنند (Andrews, 1996; Drenowski and Wolf, 1966; Gold, 1986; Miller, 1997). دیدگاه‌های این صاحب‌نظران را درباره مفهوم و قلمرو اجتماع می‌توان به چهار گروه تقسیم کرد (روشن فکر و دیگران، ۱۳۸۹):

- اولین دسته به شرایط زندگی روزمره (بهداشت، آموزش، تغذیه، مسکن، دسترسی به آب و تسهیلات بهداشتی) اشاره دارد؛
- دسته دوم دربرگیرنده جنبه‌های اطلاعاتی و فرهنگی است (کتاب، کتابخانه، روزنامه، موسیقی، تئاتر و هنرهای زیبا)؛
- سومین دسته مربوط به برخی مسائل حقوق بشری است (حقوق بشر، تبعیض جنسیتی و مسائل زنان، برابری، امنیت فردی، حقوق کودکان، فساد، و وضعیت محیط زیست)؛
- دسته چهارم عبارت است از شاخص‌های مربوط به ذهن و جان آدمی (خوشبختی، رضایت، آرامش و غیره).

اولین سند مهم سازمان ملل متحد درباره وضعیت اجتماعی در سال ۱۹۵۴ با تلاش گروهی از کارشناسان و با محوریت «تعریف سطوح زندگی» منتشر شد. در این گزارش که مبنای بسیاری از اسناد بعدی در این زمینه قرار گرفت، اجزای تشکیل‌دهنده سطوح زندگی عبارت بودند از: ۱. بهداشت و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی؛ ۲. غذا و تغذیه؛ ۳. آموزش و پرورش؛ ۴. شرایط کار؛ ۵. وضعیت اشتغال؛ ۶. مصرف کل و پس‌اندازها؛ ۷. حمل و نقل؛ ۸. مسکن؛ ۹. پوشاک؛ ۱۰. اوقات فراغت و استراحت؛ ۱۱. امنیت اجتماعی؛ ۱۲. آزادی‌ها و حقوق بشر. در گزارش‌های بعدی سازمان ملل متحد، اجزای تشکیل‌دهنده و شاخص‌های معرفی‌شده در مطالعه سال ۱۹۵۴ تعریف دقیق‌تری یافت و گردآوری اطلاعات در سال‌های بعد نیز با توجه به این شاخص‌ها و شاخص‌های مشابه صورت گرفت (UN, 1961, 1975, 1978, 1979, 1988). گزارش حاضر به مجموعه اموری نظر دارد که با زندگی روزمره انسان‌ها مرتبط هستند؛ در نتیجه، امور حقوق بشری، جنبه‌های ذهنی زندگی (شادی، خوشبختی، رضایت و...)، و ابعاد اطلاعاتی و فرهنگی مستقیماً مورد توجه قرار نگرفته‌اند. به علاوه، با توجه به محدودیت منابع، فقط ابعاد مهم اجتماعی زندگی جاری بررسی شده‌اند.

۲.۲. الگوی گزارش

ضعف و خطا در سنجش وضعیت اجتماعی و ارزیابی حاصل از آن نه تنها موجب هدر رفتن منابع و تلاش‌ها می‌شود بلکه اتخاذ راه‌های مداخله نادرست حاصل از ارزیابی نادرست شرایط می‌تواند به بروز فاجعه اجتماعی بینجامد. در تهیه گزارش‌های اجتماعی، از دو روش توصیفی یا توصیف‌گرایی (descriptive) و تحلیلی (explanation) استفاده می‌شود.

در روش توصیف‌گرایی، مشاهده مستقیم و در روش تحلیلی، آمار و روابط بین متغیرها محور قرار می‌گیرد. در واقع، این دو رویکرد برای اهداف متفاوتی به کار می‌روند. توصیف‌گرایی در پی توضیح وضعیت است، در حالی که روش تحلیلی به دنبال یافتن علل و عوامل است.

رویکرد مطلوب برای گزارش‌های وضعیت اجتماعی تلفیقی است از هر دو روش توصیفی و تحلیلی، ولی نه لزوماً بدین معنا که سهم دو روش برابر باشد. رویکرد تحلیلی به قضاوت درباره وضعیت موجود و ارزش‌گذاری آن می‌پردازد، در حالی که توصیف‌گراها ارزش‌ها را اموری ثابت می‌دانند که محقق در به‌کارگیری یا نادیده گرفتن آنها مخیر است. در روش تحلیلی، ارزش‌ها را هسته اصلی اختلاف در کشف وقایع و توضیح آنها می‌دانند و مسائل بحث‌برانگیز جزئی را در پرتو ارزش‌های کلان‌تر (از قبیل حق بهداشت و درمان به عنوان ارزش) تبیین می‌کنند، در حالی که توصیف‌گراها می‌کوشند با حداقل مداخله حق قضاوت را برای خواننده به رسمیت بشناسند.

به هر روی، انتخاب یکی از دو رویکرد به این معنا نیست که یکی غلط و دیگری درست است، بلکه به این دلیل است که اصولاً هر کدام برای منظوری خاص و متفاوت با دیگری طرح شده است (Eyler, 1979). اطلاعاتی که روش‌شناسی توصیف‌گرا به دست می‌دهد در توضیح شرایط و شاخص‌های آن برای افزایش آگاهی و درک اهمیت وقایع و روند آنها کاربرد دارد. این شاخص‌ها برای پاسخ دادن به این سؤال تعریف شده‌اند: «شرایط یا وضعیت موجود چگونه است؟».

هدف پروژه‌های مبتنی بر توصیف‌گرایی، آگاهی یافتن نسبت به شرایط اجتماعی و اقتصادی است. یافتن جواب این سؤال که «ما در کجا قرار داریم؟». طرفداران توصیف‌گرایی امیدوارند این شیوه با سعی و تلاش آنها منجر به اصلاحات عملی شود، هرچند که تلاش‌های آنها غالباً ناکام می‌ماند.

رویکرد گزارش حاضر توصیف‌گرایی است، به این معنا که تلاش شده توضیح نظام‌دار، عینی و دقیقی از موضوع مطالعه ارائه شود تا، به واسطه آن، تصویری روشن از ابعاد مسائل و مشکلات اجتماعی ترسیم گردد بدون آنکه این ارزیابی متکی بر نظریه واحد و معینی باشد. گزارش در پی آن بوده تا با جمع‌آوری اطلاعات موجود، فرصتی فراهم آورد تا خوانندگان خود چارچوب نظری و مفهومی را برای تحلیل وضعیت و ترسیم چشم‌انداز و ارائه توصیه‌ها برای مداخله انتخاب کنند.

۳.۲. رویکرد نظری: توسعه

مسائل و مشکلات اجتماعی را از زوایای نظری کاملاً متفاوتی می‌توان مطالعه کرد. غالباً مرسوم است که در تبیین هر مسئله یا مشکل اجتماعی، رویکرد نظری مربوط به آن مبنا قرار داده شود و اطلاعات در چارچوب پارادایم یا نظریه‌ای مشخص گردآوری و تحلیل شوند. از آنجا که الگوی منتخب این گزارش توصیفی بوده نه تحلیلی، تلاش شده اطلاعات آزاد از پارادایم خاص (paradigm free) گردآوری و ارائه شوند. از سوی دیگر، گزارش در قبال شرایط موجود و روند فزاینده مشکلات اجتماعی بی‌طرف نبوده، لذا انتشار آن بنا بر ضرورت‌های مشخص پی‌ریزی شده است.

چه لزومی دارد تا نسبت به افزایش شیوع و بروز مشکلات اجتماعی یا نابسامانی وضعیت خدمات اجتماعی و پایین بودن شاخص‌های کیفیت زندگی حساس باشیم؟ چه مداخلاتی را می‌توان برای بهبود شرایط پی‌ریزی کرد؟ پاسخ‌های

بسیاری برای این پرسش‌ها ارائه شده، از جمله اینکه بهبود وضعیت اجتماعی به معنای توجه به شأن و مقام انسان‌هاست، قوانین و مقررات دولت‌ها را ملزم به ایجاد جامعه‌ای سالم کرده‌اند، و ارزش‌های اجتماعی یا حتی ایدئولوژی‌های مسلط حکم بر بهبود زندگی اجتماعی می‌دهند. گروهی نیز ادعا می‌کنند باید برای بهبود وضعیت اجتماعی تلاش کرد زیرا توسعه جوامع موکول به این امر است؛ در واقع، نیل به توسعه بدون جامعه سالم ممکن نیست. در گزارش حاضر نیز این رویکرد مورد توجه قرار گرفته است. به همین دلیل از همکاران تدوین‌کننده گزارش‌ها خواسته شد تا نسبت میان مسئله یا مشکل اجتماعی مورد مطالعه و توسعه را تبیین کنند.

دو دیدگاه مسلط درباره نسبت میان مسائل و مشکلات اجتماعی و توسعه وجود دارد. بر طبق یک دیدگاه، کاهش مشکلات اجتماعی و بهبود وضعیت اجتماعی هم عامل توسعه و هم نتیجه آن است. دیدگاه دیگر افزایش شیوع و بروز مشکلات اجتماعی و نابسامانی در وضعیت اجتماعی را از پیامدهای اجتناب‌ناپذیر توسعه می‌داند و، در واقع، پدید آمدن بحران‌های اجتماعی در فرایند مدرنیزاسیون را امری محتمل محسوب می‌کند (Shelly, 1981; Zehr, 1981; Londoño, 1998; and Guerrero, 1998; UNODC, 2005, 2007).

بر این اساس می‌توان رویکرد گزارش حاضر را توسعه‌گرا دانست به این معنا که، با ضروری قلمداد شدن توسعه برای جامعه ایرانی، به نسبت بین موضوعات مورد بحث و توسعه توجه جدی شده است.

۳. مراحل و روش تدوین

۱.۳. مراحل تدوین

گزارش حاضر در ده مرحله به شرح زیر تدوین و منتشر گردید:

یک. بررسی تجارب سازمان‌های بین‌المللی و دیگر کشورها در زمینه تدوین گزارش وضعیت اجتماعی و تدوین طرح و چارچوب گزارش ایران؛

دو. تدوین دستورالعمل‌ها، راهنماها، فهرست عمومی و فهرست‌های اختصاصی هر بخش گزارش به منظور ایجاد رویه واحد در تدوین گزارش هر مسئله یا مشکل اجتماعی؛

سه. انتخاب محققان مسئول تدوین هر موضوع و دعوت آنان به همکاری. در انتخاب این محققان ویژگی‌های زیر در نظر گرفته شد: سابقه علمی- پژوهشی درباره مسئله یا مشکل اجتماعی، انتشار مقاله یا کتاب در زمینه موضوع؛

چهار. تدوین نسخه اول گزارش هر مسئله یا مشکل اجتماعی؛

پنج. بررسی و داوری نسخه اول گزارش‌ها؛

شش. درخواست اصلاح گزارش‌ها از نویسنده آن و تدوین نسخه دوم؛

هفت. بازبینی و داوری نهایی نسخه دوم گزارش هر مسئله یا مشکل اجتماعی؛

هشت. اعمال اصلاحات لازم دیگر و ویرایش گزارش هر موضوع؛

نه. ارسال هر گزارش برای بازبینی نهایی و تعیین اصطلاحات مهم و کلیدواژه‌ها و اسامی و اعلام به محقق ذریبط؛

ده. انجام امور اجرایی چاپ و انتشار گزارش.

۲.۳. روش تدوین

سرفصل‌ها

گزارش به دو بخش کلی مسائل اجتماعی (social issues) و مشکلات اجتماعی (social problems) تقسیم شده است. این تفکیک را باید مثل هر طبقه‌بندی دیگری نسبی قلمداد کرد، به این معنا که برخی مسائل اجتماعی خود دربردارنده مشکل نیز هستند، لذا تفکیک آنها در عمل دشوار خواهد بود. به علاوه، به دلیل محدودیت منابع اختصاص داده شده به پروژه، در مواردی ناچار به ادغام مسئله اجتماعی مثل مسکن با مشکل اجتماعی مثل اسکان غیررسمی شده‌ایم. مباحث مندرج در هر بخش به قرار زیر است:

بخش اول: مسائل اجتماعی

- سیاست‌های اجتماعی
- جمعیت و نیروی انسانی
- درآمد- هزینه خانوار
- آموزش
- مسکن
- اشتغال
- سلامت روان
- سلامت جسمی
- کیفیت زندگی
- نظام بیمه و تأمین اجتماعی
- شهروندی
- هویت ملی

بخش دوم: مشکلات اجتماعی

- جرم، دادرسی، مجازات
- جرایم
- اعتیاد
- خشونت خانوادگی
- خشونت اجتماعی و قتل
- خودکشی
- تن‌فروشی
- فقر و نابرابری
- مهاجرت
- گرسنگی و سوءتغذیه

چارچوب

به منظور برقراری پیوند و ارتباط بین گزارش‌های مسائل و مشکلات اجتماعی، چارچوب واحدی به قرار زیر برای کلیه گزارش‌ها در نظر گرفته شد:

- تعاریف
- رویکرد نظری
- وضعیت دیگر کشورها
- برنامه‌ها و سیاست‌های جاری در ایران
- روندها در ایران
- وضعیت گروه‌های خاص (کودکان، جوانان، زنان، سالمندان)
- علل و عوامل مؤثر در وضع موجود
- تحلیل وضعیت در ایران و مقایسه آن با دیگر کشورها

در برخی موارد، متناسب با موضوع هر بخش یا به دلیل فقدان اطلاعات کافی، تغییراتی در چارچوب بالا داده شده است. به علاوه، رویکرد نظری در تمامی بخش‌ها به رابطه موضوع با توسعه اختصاص داده شده است تا پیوند نظری بر کل گزارش حاکم شود.

۳.۳. دوره زمانی گزارش

دوره زمانی گزارش سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۸ است. البته در مواردی، بنا بر ضرورت‌های تحلیلی، گزارش‌ها به سال‌های پیش از ۱۳۸۰ نیز اشاره دارند. ضمن آنکه در برخی موارد نیز، به دلیل فقدان اطلاعات، امکان پوشش تمامی سال‌های دوره مورد اشاره به‌خصوص سال آخر فراهم نشده است.

این گزارش محصول تلاش، همکاری و همدلی جمع کثیری از صاحب‌نظران و پژوهشگران مسائل اجتماعی است. بی‌تردید بدون این مشارکت جمعی، دلبستگی گروهی و علاقه مشترک نسبت به سرنوشت جامعه ایران، و اعتقاد به ضرورت تلاش برای ساختن جامعه‌ای سالم و عاری از رنج و خشونت و بزه، با توجه به فقدان منابع لازم و اتکا به حداقل منابع، این پروژه به سرانجام نمی‌رسید. به سهم خود از همه آنان که در این وظیفه ملی و دینی مشارکت داشتند سپاسگزاری می‌کنم.

سعید مدنی قهفرخی

مدیر پروژه

منابع

- روشن فکر، پیام، احمد رضا اصغریور و سعید مدنی قهفرخی. (۱۳۸۹)، *سنجش مفهوم توسعه اجتماعی در مقیاس شهری، تهران، مرکز مطالعات و برنامه ریزی شهر تهران*.
- عبداللهی، محمد. (۱۳۸۰)، «توسعه اجتماعی از دیدگاه جامعه‌شناسی امروزی»، *مجموعه مقالات همایش توسعه اجتماعی، تهران، انتشارات علمی و فرهنگی*.
- _____. (۱۳۸۴)، «مفهوم توسعه اجتماعی»، *مجموعه مقالات همایش سیاست‌ها و مدیریت برنامه‌های رشد و توسعه در ایران، جلد سوم: سیاست‌های توسعه اجتماعی، تهران، موسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه‌ریزی*.

- Andrews, J. H. (1996), "Going by the Numbers: Using Indicators to Know Where You've Been and Where You're Going", *Planning Practice* (September): 14-18.
- Drenowski, J. and S. Wolf. (1966), *The Level of Living Index*, Geneva, United Nations Research Institute for Social Development.
- Eyler, J. (1979), *Victorian Social Medicine: The Ideas and Methods of William Farr*, Baltimore, John Hopkins University Press.
- Gold, Thomas. (1986), *State and Society in the Taiwan Miracle*, New York, M. E. Sharpe.
- Londoño, J. and R. Guerrero. (1998), "Violencia en America Latina: Epidemiología y Costos", Washington, D.C., Banco Inter-Americano Del Desarrollo Working Paper R-375.
- Miller, D. (1997), "Measuring Our Social Health: Varieties of Error", *The Yale Herald* (November 20).
- Mc Granaham, D. V., C. Richard-Proust, N. V. Sovani and M. Subramanian. (1972), *Contents and Measurement of Socio-Economic Development*, New York, Praeger.
- Shelly, L. I. (1981), *Crime and Modernization*, Carbondale and Edwardsville, IL, Southern Illinois University Press.
- UNODC. (2005), *Crime and Development in Africa*, Vienna.
- Zehr, H. (1981), "The Modernization of Crime in Germany and France: 1830-1913", in: L. Shelly, ed., *Readings in Comparative Criminology*, Carbondale and Edwardsville, IL, Southern Illinois University Press.

سیاست‌های اجتماعی

علی اصغر سعیدی*

مقدمه

سیاست‌های اجتماعی یکی از مهم‌ترین مفاهیم در علوم اجتماعی و در برنامه‌ریزی توسعه محسوب می‌شود. اهمیت سیاست‌های اجتماعی از آن روست که برخورداری از خدمات اجتماعی، تأمین اجتماعی، مساعدت اجتماعی، اشتغال، درمان و سلامت، مسکن، و آموزش از لوازم جامعه توسعه‌یافته است. سیاست‌های اجتماعی را در معنای وسیع آن مجموعه سیاست‌هایی تعریف می‌کنند که دولت‌ها به شیوه‌های مختلف و بر مبنای ارزش‌ها و آرمان‌های هر جامعه برای کاهش نابرابری‌ها و آلام مردم به اجرا می‌گذارند. اما توجه به سیاست‌های اجتماعی در دوره معاصر معطوف به اقداماتی است که دولت‌ها برای کاهش نابرابری انجام می‌دهند؛ نابرابری‌هایی که نه تنها ناشی از ناهمگونی سیاست‌های اجتماعی، بلکه بیشتر پیامد سازوکار بازار است که به اشکال مختلف درآمدی اجازه ظهور می‌دهد. بر همین اساس، در اصل ۳۹ قانون اساسی

جمهوری اسلامی ایران، دولت به مثابه دولت رفاه، موظف به اجرای سیاست‌های اجتماعی شده است. تضمین و تأمین کار و اشتغال، بهداشت، آموزش، تأمین اجتماعی، امداد و مساعدت‌های اجتماعی از گهواره تا گور برای تمامی شهروندان ایرانی الگوی مناسبی برای ارزیابی عملکرد دولت در تدوین و اجرای سیاست‌های اجتماعی است تا مشخص شود که آیا سیاست‌های اجتماعی، به منزله مجموعه اقداماتی که دولت برای کاهش نابرابری در جامعه انجام می‌دهد، به کاهش نابرابری منجر شده است یا نه. در این گزارش، سیاست‌های اجتماعی در ایران در پنج مرحله مورد بررسی قرار می‌گیرد تا، با نگاهی تطبیقی، تصویری از سیاست‌گذاری اجتماعی در این کشور به دست آید.

۱. تعاریف

سیاست اجتماعی به منزله رشته‌ای علمی و دانشگاهی، چه به طور مستقل و چه در ارتباط با برنامه‌های توسعه به‌ویژه توسعه پایدار،

* دکترای جامعه‌شناسی، عضو هیئت علمی دانشگاه تهران

عامدانه» ای می‌دانند که دولت به منظور تحقق اهداف رفاهی در توزیع مجدد منابع در میان شهروندان انجام می‌دهد. در این تعریف، سیاست‌های اجتماعی عرصه سیاست‌های کاربردی توأم با مداخلات دولتی یا مداخلات نهادی دیگر است که بر بهزیستی و رفاه مردم تأثیر می‌گذارد و در توسعه کشور مؤثر است (هال و میچلی، ۱۳۸۸: ۱۸). براساس این تعریف، سیاست‌های اجتماعی حالتی است از دخالت دولت که در اهداف اجتماعی مانند عدالت اجتماعی، مساوات و عدم تبعیض، حمایت از افراد آسیب‌پذیر، و برنامه‌ریزی مدبرانه زندگی تجلی می‌یابد. اما این پرسش که آیا ارزش‌های اجتماعی با دخالت دولت آسان‌تر و بهتر تحقق پیدا می‌کند یا به دست خود مردم، موضوع مناقشه‌برانگیزی در حوزه سیاست امروزی در بیشتر کشورهای جهان است.

برخی نیز با کلی‌گرایی سیاست‌های اجتماعی را مجموعه اقداماتی می‌دانند که دولت برای کاهش نابرابری انجام می‌دهد، اقداماتی با رویکرد واحد در عرصه‌های مختلف خدمات اجتماعی همچون تغذیه، مسکن، آموزش، بهداشت و اشتغال. در حوزه مطالعات سیاست اجتماعی نیز این‌گونه سیاست‌ها را به بررسی فعالیت‌های دولت رفاه تقلیل می‌دهند (Alcock, 1997: 2) که دربرگیرنده سیاست‌های حکومت در حوزه خدمات اجتماعی با هدف کاهش نابرابری است. مجموعه اقدامات اجتماعی یا سیاست‌های اجتماعی برای حل مشکلات اجتماعی، بسته به ارزش‌های هر اجتماع و سطح و عمق نابرابری و نظم اجتماعی، شکل‌های متفاوتی به خود می‌گیرد. به عبارت دیگر، سیاست‌های اجتماعی می‌تواند در قالب مجموعه اقدامات رفاهی با ارائه بسته‌های رفاه و بهزیستی برای کلیه لایه‌های اجتماعی تا سیاست‌های حداقلی برای گروهی که در نابرابری شدید یا مطلق به سر می‌برند طراحی شود و از یک کشور به کشور دیگر متفاوت باشد. بنابراین، عملکرد حکومت‌ها، برحسب تفاوت ارزش‌ها و ماهیت خود حکومت‌ها و نوع مشکلات اجتماعی، برایندهای گوناگونی از جنبه سیاست‌های اجتماعی خواهد داشت.

در مجموع می‌توان تعریفی ارائه کرد تا بتوان بر مبنای آن به ارزیابی سیاست‌های اجتماعی در ایران پرداخت. این تعریف تاحدی آرمانی و جامع تنظیم شده تا در مطالعات تطبیقی نیز به کار رود: سیاست‌های اجتماعی عبارت است از تضمین دولت برای تهیه منابع رفاهی شامل ضمانت اشتغال برای گروه‌های مختلف، اعطای

مطرح است. موضوع این رشته، هم در محتوا و هم در کاربرد، جنبه‌های مختلف زندگی از منظر ارزش‌ها و تعهدات انسان‌ها در جامعه‌ای است که در آن زندگی می‌کنند. بنابراین، سیاست‌های اجتماعی همیشه توأم با کوشش‌های علمی هستند تا نظم اجتماعی را از وضع موجود به وضع مطلوب تغییر دهند. پس موضوع اصلی سیاست‌های اجتماعی برقراری نظامی برای ایجاد و توزیع خدمات مختلف رفاه اجتماعی (اشتغال، بهداشت، آموزش، مسکن، تأمین اجتماعی) به دست خانواده‌ها، شبکه‌های اجتماعی و محله‌ای، بازار، بخش‌های داوطلب و خیریه، و نیز سازمان‌های دولتی است (بلیک‌مور، ۱۳۸۵: ۱۴). سیاست‌های اجتماعی، هم به عنوان یک رشته دانشگاهی و هم در قالب مجموعه اقدامات عملی، مبحثی نسبتاً نوپا و تعریف آن مناقشه‌برانگیز است (فیتزپتریک، ۱۳۸۱: ۱۲). با این حال، دوره تحول خود را در بیشتر کشورهای توسعه‌یافته غربی از رشته‌ای به نام «مدیریت اجتماعی» طی کرده و هویت مستقلی یافته است (همانجا). برخی نیز جذابیت سیاست‌های اجتماعی را در همین مناقشه‌برانگیز بودن و نداشتن مرزهای مشخص می‌دانند (دین، ۱۳۸۸: ۶). از آنجایی که این سیاست‌ها نقش مؤثری در کاهش نابرابری در کشورهای توسعه‌یافته داشته‌اند، به عنوان یکی از مهم‌ترین شاخص‌های توسعه‌یافتگی در برنامه‌های توسعه مطرح می‌شوند. هارتلی دین^۱ سیاست‌های اجتماعی را مجموعه اقداماتی می‌داند مرتبط با تمامی جنبه‌های زندگی ما که به دنبال بررسی انتقادی بی‌عدالتی و مسائل بنیادی است (همانجا). هدف سیاست‌های اجتماعی بهبود رفاه انسانی و برآورده کردن نیازهای انسان در زمینه آموزش، بهداشت، مسکن و تأمین اجتماعی است. ممکن است اغلب این اقدامات در مرحله عمل با شکست مواجه شوند یا اینکه هرگز به اجرا درنیایند، اما سیاست‌های اجتماعی کماکان کارکرد خود را خواهد داشت. به عبارت دیگر، سیاست‌های اجتماعی طیفی از سیاست‌های کاهش نابرابری را از مرحله طرح و تبدیل به قانون تا تحقق عملی دربرمی‌گیرد.

موقعیت سیاست‌های اجتماعی در دنیای کنونی باعث شده است تا بر سر تعریف آن توافق حاصل نگردد. برخی آن را «مداخله

معتقدند این نوع سیاست‌های اجتماعی، که در پی برابر کردن نتایج برای مردم است، با تأثیر بر انگیزه‌ها و رشد اقتصادی، تحمیل بار مالیاتی بر صاحبان درآمدهای بالا و متوسط، و ایجاد یک دولت بسیار مداخله‌گر، هزینه‌ها را افزایش می‌دهد. برخلاف چپ‌گرایان، راست‌گرایانی مانند رابرت نوزیک استدلال می‌کنند که در هر کوششی برای برقراری نوعی عدالت الگودار، به معنی ایده مداخله مستمر در زندگی مردم به منظور به وجود آوردن یک توزیع خاص، گرایش به نادیده گرفتن ارزش‌های والای آزادی، که اهمیت زیادی دارند، وجود خواهد داشت (Nozick, 1974). آنان معتقدند که عدالت موقعی وجود دارد که مالکیت هر فرد بر ثروت براساس شیوه‌های بی‌الگو باشد. برای مثال، اگر تأمین مالی رفاه اجتماعی مالیات زیادی به برخی افراد تحمیل کند بی‌عدالتی رخ داده است. شکل اخلاقی و درست دولت آن است که حداقل مداخله را در کنش‌هایش داشته باشد زیرا هر شکل گسترده دولت حقوق افراد را خدشه‌دار می‌سازد (ibid.: 33). بنابراین، نوزیک معتقد است که توجه بیش از حد در سیاست‌های اجتماعی به مسئله برابری به معنی در معرض تهدید قرار گرفتن اصول آزادی است، در حالی که چپ‌گرایان از برابری به عنوان نیاز مردم دفاع می‌کنند هرچند که در میان خود سوسیالیست‌ها، لیبرال‌ها و محافظه‌کاران بر سر مسائلی نظیر میزان برابری مطلوب یا حد اصلاح نابرابری‌ها در سیاست‌های اجتماعی و رفع بی‌عدالتی‌های جامعه اختلاف‌های قابل ملاحظه‌ای وجود دارد.

در دو سوی طیف چپ‌گرایان و راست‌گرایان، بحث دیگری را نیز جان رولز این‌گونه مطرح می‌کند که هدف اصلی هر سیاستی باید برابری باشد. رولز معتقد است که «چیزهای خوب» زندگی مانند آموزش و تعلیمات، فرصت‌های اشتغال، خدمات رفاهی، یا اوقات فراغت باید تا جایی که ممکن است به طور برابر تقسیم و در عین حال به حق آزادی به عنوان یک اصل در جامعه عادل توجه شود، یعنی اینکه با همه در این زمینه به نحو برابر رفتار شود (Rawls, 1972). اما این استدلال را هم مطرح می‌کند که مقدار معینی از نابرابری برای خلق پادشاه‌ها و انگیزه‌ها شرط کافی عدالتی است که برای بهتر شدن وضع مردم در جامعه مورد نیاز است.

با فرض فقدان فضای سیاسی حامی سیاستی سراپا عدالت‌جو، و با توجه به تفاسیر مختلف از برابری، می‌توان هدف سیاست‌های اجتماعی را نخست، برابری تقریبی یا مساوات‌گرایی؛ دوم، انصاف؛

تسهیلات از جمله به فارغ‌التحصیلان، تصویب قانون کار، برقراری روابط عادلانه میان کارگر و کارفرما، آموزش و بهداشت رایگان، سوبسید کالاهای اساسی مصرفی، تأمین اجتماعی و بیمه اجتماعی، چه از طریق ترغیب بنگاه‌های خصوصی و چه به وسیله ضمانت‌های اجرایی (Karshenas and Moghadam, 2006).

۲. رویکرد نظری: سیاست اجتماعی و توسعه

چارچوب نظری سیاست اجتماعی بر دو محور استوار است. نخست، مطالعه عوامل اجتماعی، فرهنگی و سیاسی مؤثر بر تدوین سیاست اجتماعی. سیر تطور حقوق مدنی، سیاسی و اجتماعی نقش مهمی در شکل‌گیری و جهت‌گیری سیاست اجتماعی در هر کشور ایفا می‌کند. این مسئله مبنای مطالعات تطبیقی در بخش بعد قرار می‌گیرد. دوم، اصول و مفاهیم راهنمای سیاست اجتماعی. مفاهیم و اصول سیاست اجتماعی اندیشه‌های راهنمایی هستند که زیربنای سیاست‌های اجتماعی، اعم از رفاه و تأمین اجتماعی، خدمات بهداشتی و درمانی، آموزش و نظایر آنها را شکل می‌دهند. برای مثال، ممکن است اولویت سیاست اجتماعی در کشوری برابری در بهداشت و آموزش باشد و در کشوری دیگر حق انتخاب یا آزادی^۱ رابطه هر دو محور با توسعه حاکی از رابطه سیاست اجتماعی با توسعه است.

اصل برابری، به مثابه مهم‌ترین مقوله حوزه سیاست، جایگاه مهمی را در سیاست‌های اجتماعی به خود اختصاص داده است. هر تفسیری از این اصل به اتخاذ سیاست‌های اجتماعی خاصی منجر می‌شود، و همین مسئله است که مانع دستیابی به توافق بر سر تعریف سیاست‌های اجتماعی شده است. برای مثال، مبنای تعریف چپ‌گرایان از سیاست‌های اجتماعی تفسیر آنها از اصل برابری است. آنها سیاست‌های اجتماعی را سازوکارهایی برای ایجاد جامعه‌ای منصف‌تر در توزیع خدمات عمومی مانند سلامت و آموزش می‌دانند. در حالی که میانه‌روها و راست‌گرایان عموماً

۱. در اینجا اصول سیاست اجتماعی را ۱) به معنای یک اصل یا استاندارد اخلاقی (ethical principle) در نظر گرفته‌ایم، مثل این اصل که هیچ فرد نیازمندی به هر دلیل نباید بدون دسترسی به مراقبت درمانی رها شود، که منعکس‌کننده هنجارهای حاکم بر جامعه است؛ ۲) به معنای قواعد یعنی اینکه هر سیاست اجتماعی قوانین و قواعد و نظام بوروکراسی رفاهی خلق می‌کند؛ و ۳) به مثابه اندیشه‌ها و نظریه‌هایی که زیربنای سیاست اجتماعی را می‌سازند.

انصاف اندیشه‌ای مفید برای بسط و گسترش مفهوم برابری است زیرا برای رسیدن به نتیجه مشابه، معمولاً لازم است که با افراد و خانواده‌ها و گروه‌ها با عدالت و انصاف رفتار شود تا به طور برابر. رویکرد منصفانه به این معنی است که با افراد عادلانه، اما متفاوت، برخورد شود تا در نهایت برابری آنها میسر شود.

سیاست‌های اجتماعی منصفانه با هر فرد و خانواده، بسته به نیازها و شرایط آنها، رفتار متفاوتی دارد. اما ممکن است گاه این سیاست‌ها منصفانه به نظر نرسند. نگاه یکسان به همه به نظر منصفانه نمی‌رسد در حالی که با رفتار متفاوت با آدم‌های مختلف می‌توان نابرابری را کاهش داد یا به نفع برخی مطلوبیت‌های خاص عمل کرد. آنچه هر طرح و اصلی را در سیاست اجتماعی منصفانه می‌کند تصور مردم از آن است. می‌توان گفت که سیاست تأمین اجتماعی منصفانه‌تر سیاستی است که از طبقات مرفه‌تر می‌خواهد مقدار بیشتری برای هزینه‌های تأمین اجتماعی پرداخت کنند و، در مقابل، مستمری یکسان با دیگرانی که کمتر پرداخت کرده‌اند دریافت کنند. ممکن است به کار بستن اصل انصاف در عمل دشوار باشد زیرا تقاضای انصاف تعریف قابل قبول و کاملی از نیازهای انسانی را طلب می‌کند.

برابری فرصت‌ها یکی دیگر از الزامات مفید معنای برابری است. ممکن است بتوان مفهوم برابری فرصت‌ها را از طریق اجرای سیاست‌هایی در جهت رفع تبعیض در دسترسی به آموزش و دوره‌های کارآموزی و اشتغال عینیت بخشید. این مسئله در عصر قراردادهای کار موقت و مشاغل نیمه‌وقت اهمیت دارد. کار معمولاً درآمد و ارتباطات اجتماعی ایجاد می‌کند و طرد اجتماعی را کاهش می‌دهد (بلیک‌مور، ۱۳۸۵: فصل ۷). اصل برابری فرصت‌ها همچنین می‌تواند به معنای بهبود دسترسی به «خدمات اجتماعی»^۱ و «بهداشت» باشد. اما همانند سایر اصول برابری، اصل برابری فرصت‌ها نیز به معنی مجال‌های متفاوت برای افراد مختلف است. محافظه‌کاران و همین‌طور چپ‌گرایان به اصل برابری فرصت‌ها استناد می‌کنند. جناح راست سیاسی بر برابری فرصت‌ها و طیف چپ سیاسی بر برابری طرفین معادله تأکید می‌کنند. این تفاوت تأکید می‌تواند تفاوت‌های عملی قابل ملاحظه‌ای در شیوه اجرای

و سوم، برابری فرصت‌ها دانست. اگر برابری را در آرمانی‌ترین شکل آن جست‌وجوی راه‌های مطمئن برای رسیدن به درآمدها و طول عمر و سطوح کاملاً مشابه آموزش و بهداشت و غیره بدانیم، توجیهی برای سیاست‌های موجد موقعیت مساوات‌گرایانه یعنی جامعه بدون استثمار وجود ندارد (Drabble, 1988; Tawney, 1964). در اینجا، معنای برابری فراتر از عدالت توزیعی صرف است. اما مساوات‌گرایان، به این دلیل که حداقل مسئله تفاوت‌های شخصی را در نظر نمی‌گیرند، در حقیقت، به ناکارآمدی پاداش می‌دهند. علاوه بر این، این مسئله به فقدان آزادی می‌انجامد. به این معنی که برای ایجاد وضعیتی مساوات‌گرایانه، لازم است هر مقام مسئولی با دقت به بررسی و پایش مستمر درآمدهای افراد، توزیع مجدد ثروت، و وضع صاحبان مشاغل مبادرت ورزد. این کار، علاوه بر هزینه‌های گزاف اجرایی، یک دولت بسیار بزرگ به وجود می‌آورد زیرا زندگی شخصی هر فرد باید مرتب بررسی شود تا این اطمینان حاصل گردد که وضع بهتری از دیگران ندارد. بنابراین، در حالی که ممکن است نابرابری، به دلیل بهره‌مندی افراد و گروه‌های مرفه‌تر با هزینه فقر، فقدان آزادی را برای برخی به همراه داشته باشد، برابری تحمیل‌شده نیز آزادی افراد را کاهش می‌دهد. اما این انتقادات از نابرابری تنها در صورت اجرای سیاست‌های افراطی مصداق می‌یابند (Hayek, 1944; Worsthorne, 1971; Scruton, 1984). دستوردهای کشورهایی که سیاست‌های منطبق بر اصول دموکراتیک اجتماعی را به اجرا درآورده‌اند، مانند سوئد یا دانمارک که کاملاً در پی حذف نابرابری بودند و توانستند فاصله نابرابری‌ها را که در اقتصاد سرمایه‌داری افزایش یافته بود کاهش دهند، الگوی طرفداران بقای این سیاست‌هاست.

سیاستی که در راستای مساوات‌گرایی است باید توجیه‌پذیر باشد. این سیاست، بیش از افراد، با گروه‌ها رابطه دارد. برای مثال، در حالی که می‌پذیریم تک‌تک زنان و مردان به لحاظ هوش و توانایی و ثروت با هم متفاوت‌اند، این استدلال قوی نیز وجود دارد که زنان و مردان به مثابه گروه باید برابرتر باشند که در واقع به این معنی است که، به طور تقریبی، نسبت‌های برابری میان زنان و مردان در هر سطح درآمدی یا شغلی وجود دارد. برای مثال، در سوئد، سیاست‌هایی را به منظور دستیابی به عدالت بیشتر تدوین کردند تا به توازن بین شاغلین زن و مرد دست یابند (Blakemore and Drake, 1995).

1. social services

سیاست‌های اجتماعی خارج شود. برای مثال، سیاست اجتماعی مبتنی بر مساوات‌گرایی، در برنامه‌ریزی توسعه اقتصادی، از مکانیزم بازار آزاد دفاع نمی‌کند و آن را عامل رکود اقتصادی، نوسانات قیمت، پایین بودن سطح اشتغال، و تشدیدکننده نابرابری می‌داند.

۳. سیاست‌های اجتماعی در دیگر کشورها

فهم تفاوت‌ها و تشابهات سیاست‌های اجتماعی کشورهای مختلف بدون بررسی خاستگاه و مراحل تحول سیاست‌های اجتماعی هر کشوری برحسب نظام رفاهی آن میسر نیست. بنابراین، طبقه‌بندی و مطالعه تطبیقی سیاست‌های اجتماعی در این گزارش براساس خاستگاه نظام‌های رفاهی کشورهای مختلف و شامل سه نوع طبقه‌بندی است.

به منظور طبقه‌بندی سیاست‌های اجتماعی، شرایط تحقق آن را در کشورهای توسعه‌یافته، تازه توسعه‌یافته و در حال توسعه بررسی و بر هم منطبق می‌کنیم. بدین ترتیب، ماهیت سیاست‌های اجتماعی در چارچوب نوع رابطه دولت و جامعه نیز مشخص‌تر می‌شود. شرایط اصلی تحقق سیاست‌های اجتماعی در کشورهای توسعه‌یافته عبارت است از: ۱) شرایط توسعه‌ای، یعنی اینکه ماهیت سیاست اجتماعی با شرایط رشد اقتصادی پیوند دارد، ۲) شرایط دموکراتیک، یعنی نحوه و میزان مشارکت مردم و فرایندهای انتخابی در نوع سیاست اجتماعی مؤثر است، و ۳) شرایط شمول اجتماعی، یعنی نوع سیاست اجتماعی برحسب دربرگیرندگی گروه‌های مختلف اجتماعی (خودی و غیرخودی) در برنامه‌های اجتماعی متفاوت است (Mkandawire, 2001, 2005; Kwon, 2005).

بر این اساس، موقعیت سیاست‌های اجتماعی برحسب نوع و شکل نظام‌های رفاهی و سه شرط اصلی بالا طبقه‌بندی می‌شود. طبقه‌بندی معروف اسپینگ- اندرسن، با استفاده از این سه معیار، سرنوشت اقتصاد سیاسی سرمایه‌داری‌های رفاهی را از حیث سیاست‌های اجتماعی از هم متمایز می‌کند (Esping-Andersen, 1990). این سه شرط در بیشتر کشورهای توسعه‌یافته یا دولت‌های رفاهی اروپایی تحقق پذیرفته است. برای مثال کشورهای اسکاندیناوی در شمال اروپا سیاست‌های اجتماعی خود را بر محور این سه شرط قرار داده‌اند. بعد از جنگ جهانی دوم، دولت‌های رفاهی در اروپا و به‌ویژه در کشورهای اسکاندیناوی بر مبنای یک دسته از هنجارها و اهداف مانند اشتغال کامل و حقوق شهروندی شکل گرفت و سپس

سیاست‌های برابری فرصت‌ها از سوی هریک از دو جناح ایجاد کند. این دو دسته دو نوع تعریف از برابری فرصت‌ها دارند: اول، تعریف معتدل و نسبتاً محدودتر و دوم، تعریف و رهیافت سختگیرانه و جاه‌طلبانه‌تر.

به طور خلاصه، بین سیاست‌های حداقلی و حداکثری (یا سیاست‌های «ضعیف» در مقابل «سخت») در زمینه برابری فرصت‌ها تفاوت‌های مشخصی وجود دارد. سیاست‌هایی نیز هستند که بین دو سر این طیف قرار می‌گیرند. مثلاً سیاست‌های طرفدار اقدام اجباری یا تبعیض مثبت را می‌توان بین «ضعیف» و «سخت» توصیف کرد.

«نیاز» نیز مفهومی است که در مورد تعریف آن اتفاق نظر وجود ندارد. باید در نظر داشت که تعریف هرکس از نیاز عاری از جهت‌گیری فرهنگی نیست و لذا هر تعریفی منحصر به یک کشور خاص یا گروه اجتماعی یا شخص معین است. از همین رو، تصمیم‌گیری در این مورد که نیازهای یک شخص یا گروه از نیازهای شخص یا گروه دیگر بیشتر است یا کمتر، دشوار است.

رابطه مفاهیم بنیادی سیاست اجتماعی در نزد چپ‌گرایان و راست‌گرایان با توسعه بیانگر نقش سیاست‌های اجتماعی در توسعه است. به این معنی که، در سیاست‌های اجتماعی چپ‌گرایان، اصل برابری بنیاد برنامه توسعه قرار می‌گیرد. هر سیاست توسعه‌ای باید سازوکارهایی برای تولید و توزیع خدمات عمومی مانند سلامت و آموزش ایجاد کند به نحوی که این خدمات به طور مساوی و منصفانه در دسترس همگان قرار گیرد. به همین ترتیب، میانه‌روها و راست‌گرایان برنامه توسعه‌ای را به کار می‌بندند که در پی برابر کردن نتایج برای مردم باشد. در چنین برنامه‌ای، آزادی انتخاب در تمامی راهبردهای برنامه بر محور رشد انگیزه‌های اقتصادی قرار دارد و سیاست‌های نظارت پایدار جانشین مداخله پایدار می‌شود تا ضامن رشد انگیزه‌ها و حق آزادی انتخاب افراد گردد. بنابراین، هر سیاست اجتماعی که آزادی را تضمین کند در برنامه‌ریزی توسعه قرار می‌گیرد. هدف سیاست‌گذاری اجتماعی برابری تقریبی باشد یا مساوات‌گرایی، انصاف باشد یا برابری فرصت‌ها، لازم است تصمیمات توسعه‌ای، چه در برنامه‌ریزی اقتصادی و چه در برنامه‌ریزی اجتماعی، آگاهانه و هماهنگ با سیاست‌های اجتماعی اتخاذ شود. هر تلاش توسعه‌ای به منظور جهت دادن یا تأثیر گذاشتن بر متغیرهای اصلی اقتصادی نباید از چارچوب اهداف

است. مثلاً، در کره جنوبی، ظهور جنبش‌های اجتماعی خواستار تغییرات سیاسی متعاقب توسعه حقوق اجتماعی رخ داده است. این جنبش‌ها را کارگران و دانشجویان در دهه ۱۹۸۰ به راه انداختند که به دموکراتیزه شدن و تغییر رابطه دولت-جامعه در دهه ۱۹۹۰ انجامید (Kwon, 2005; Gough 2001, 2004).

اما براساس این طبقه‌بندی نمی‌توان رابطه جامعه-دولت را در سایر جوامع مشخص کرد. به عبارت دیگر، چون رابطه دولت و جامعه براساس سیاست‌های اجتماعی مشخص نیست، نمی‌توان موقعیت حقوق اجتماعی را در برخی کشورها روشن کرد. این مسئله در مورد برخی قوانین و خدمات رفاهی و اجتماعی در دولت‌های مختلف غیرغربی مانند الجزایر، مصر، ایران، مراکش، تونس، ترکیه و امثالهم مصداق می‌یابد. می‌توان گفت که در این کشورها، سیاست‌های اجتماعی/رفاهی در دوره پسااستعماری با دولت‌سازی^۱ و ملت‌سازی^۲ رابطه دارد. بنابراین انتظار می‌رود که این سیاست‌ها پایه‌ای اجتماعی برای حمایت و ظهور دولت-ملت‌ها یا رژیم‌های مختلف ایجاد کرده باشد (Richards and Waterbury, 1996; Halliday, 1979).

در این کشورها، برخلاف الگوی کشورهای در حال توسعه، نمی‌توان رشد این سیاست‌ها را در توسعه مفهوم حقوق شهروندی مشاهده کرد. اعطای یارانه و مستمری‌های ویژه به کارکنان دولت در مصر تحت حاکمیت ناصر و ایران تحت حاکمیت شاه وجود داشت، اما نتوانست حمایتی در میان کارگران یا طبقه متوسط ایجاد کند یا وحدت ملی به وجود آورد. اجرای سیاست اشتغال خودکار در دستگاه دولتی برای فارغ‌التحصیلان، همچنین اصلاحات ارضی در مصر احتمالاً بر مبنای نیاز به دولت‌سازی بوده است. می‌توان گفت آموزش عالی در منطقه آفریقای شمالی، و سیاست‌های دولت‌های آفریقای شمالی و خاورمیانه، در حقیقت، نقش نمایشی برای دولت‌ها داشته است تا بتوانند شغل‌های کمیاب بخش رسمی را به فارغ‌التحصیلان تخصیص دهند. البته این سیاست‌ها کارکرد توسعه‌ای مانند سیاست‌های کشورهای آسیای جنوب شرقی نداشته‌اند. هزینه سیاست‌های اجتماعی مانند آموزش، بهداشت، مرخصی

مارشال در این باب نظریه‌پردازی کرد (Marshall, 1964). مارشال معتقد است که این حقوق زاینده جنبش کارگری است و رابطه‌ای بین طبقه و توسعه اجتماعی در این کشورها به وجود آمده که امکان تحقق حقوق اجتماعی را فراهم ساخته است. دولت‌های رفاهی اروپایی این ارزش‌ها و اهداف و، در واقع، نظام‌های رفاهی مختلفی را از طریق سیاست‌های اجتماعی و نهادهای اجتماعی مانند سیاست‌های اشتغال، بهداشت همگانی، آموزش اجباری و مجانی، بیمه اجتماعی دولت شامل بیمه بیماری و زایمان، بیکاری و بازنشستگی و غیره نهادینه کردند. اسپینگ-اندرسن توصیف می‌کند که چگونه «سه جهان سرمایه‌داری رفاهی» نهادهای مختلفی را براساس ارزش‌ها و اهداف مختلف، سیاست، و تجربیات طبقه اجتماعی ایجاد کردند (Esping-Andersen, 1990).

در مقابل، سیاست‌های اجتماعی در جمهوری‌های استقلال‌یافته از شوروی سابق، اروپای شرقی بعد از جنگ دوم جهانی، چین، کوبا و ویتنام فاقد آن سه شرط هستند. در این کشورها، سیاست‌های اجتماعی از جمله آموزش مجانی و بهداشت رایگان با مفهوم حقوق کارگر، و بسیج کارگران زن و مرد برای صنعتی شدن گره خورده است (Dixon and Macarov, 1992).

در کشورهای در حال توسعه، مبنای سیاست‌های اجتماعی ارزش‌های شهروندی یا حقوق کارگری نبوده است. در دولت‌های اقتدارگرای آسیای جنوب شرقی، سیاست‌های اجتماعی در ارتباط تنگاتنگ با برایندهای توسعه و به‌ویژه در راستای اهداف صنعتی شدن شکل گرفته و رشد کرده است. برای مثال، اهمیت آموزش نزد آنها نخست از این جهت بوده است که لشکری منضبط و بعد از آن نیروی کار ماهر و رقابت‌پذیر که موتور رشد و توسعه اقتصادی است پدید آید. این می‌تواند یک روایت ساده از چگونگی پیشرفت اقتصادی هنگ‌کنگ، سنگاپور، تایوان و کره جنوبی باشد و دلیل تأکید آنها بر آموزش در سیاست‌های اجتماعی خود. بنابراین، سیاست‌های اجتماعی ابزاری برای تسهیل فرایند توسعه اقتصادی بوده است. سیاست‌های اجتماعی دولت‌های آسیای جنوب شرقی از این نظر توسعه‌محور بوده‌اند که به مثابه ابزار توسعه اقتصادی ایفای نقش کرده‌اند. البته در کنار دولت‌های اقتدارگرا، به تدریج، جنبش‌های اجتماعی نیز رشد کرده‌اند. اما گسترش این جنبش‌ها و، به تبع آن، توسعه حقوق مدنی و سیاسی پیامد ناخواسته اجرای سیاست‌های اجتماعی معطوف به توسعه اقتصادی بوده

1. state-building

2. nation-building

اختلاف آموزش جنسیتی در این کشورها وجود دارد که باعث توزیع ناهمگون دستاوردهای توسعه اقتصادی و اجتماعی می‌گردد.

۴. وضعیت در ایران

سیاست‌های اجتماعی در ایران در قانون اساسی نقش محوری پیدا کرد و باعث شد رهیافت توسعه متوازن در برنامه‌های توسعه بعد از انقلاب جانشین برنامه‌های اقتصادمحور شود. برخلاف برنامه‌های قبل از انقلاب که در آنها بهبود موقعیت رفاهی مردم از طریق افزایش رشد اقتصادی دنبال می‌شد، در برنامه‌های بعد از انقلاب و در فاصله سال‌های ۱۳۸۳-۱۳۵۷، عدالت اجتماعی مورد توجه اساسی قرار گرفت و نهادهای انقلابی بر پایه ایده‌های مساوات‌گرایانه و به منظور فقرزدایی تأسیس شدند. تصویب قانون جامع رفاه و تأمین اجتماعی آغازی برای دنبال کردن سیاست اجتماعی جامع اما دلیلی بر ناکارآمدی مکانیسم کاهش نابرابری بود.

۱.۴. سیاست‌های اجتماعی در قانون اساسی

اهداف انقلاب اسلامی که در شعارهای مردم و انقلابیون انعکاس داشت، در موارد متعدد، قانون اساسی را تحت تأثیر قرار داد، به نحوی که دولت در این قانون به روشنی یک دولت رفاه تعریف شد که باید برای حفظ کرامت انسانی افراد، برای آنان تغذیه، اشتغال، مسکن، آموزش، و بهداشت فراهم کند. اصل ۲۹ قانون اساسی دولت را به طور مشخص موظف به تأمین رفاه در تمام سطوح و لایه‌های اجتماعی می‌کند. الزام دولت به ادای چنین تعهدی نسبت به تمامی شهروندان نشان از آن داشت که حکومت اسلامی برقراری نوعی برابری ناب را در نظر دارد. بنابراین، با تغییر نظم اجتماعی از نظام گذشته به نظام نوین، همه شهروندان صرف‌نظر از موقعیت اقتصادی مشمول دریافت خدمات متنوع اجتماعی شدند. برای اجرای چنین وظیفه‌ای، حکومت انقلابی شروع به تأسیس نهادهای انقلابی کرد. در فاصله کمتر از یک سال، ایجاد نهادهای متعددی مانند کمیته امداد امام، بنیاد شهید انقلاب اسلامی، بنیاد مستضعفان و جانبازان، جهاد سازندگی، بنیاد مسکن انقلاب اسلامی، اجرای چندین طرح رفاهی شهری و روستایی مانند طرح شهید رجایی، و نهادهای شدن تسهیلات تکلیفی در بودجه‌های سالیانه به تصویب دولت انقلابی رسید تا اجرای اصل ۲۹ قانون اساسی تسهیل گردد (بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران، بی‌تا،

زایمان، بازنشستگی دولتی، و شغل‌های دائمی در دولت‌هایی مانند عراق و الجزایر از درآمدهای نفتی تأمین می‌شد و سود آن را جمعیت شهری و کارکنان بخش عمومی می‌بردند. این بدان معنی نیست که هدف سیاست‌های اجتماعی در این کشورها توزیع مجدد درآمد نبوده یا الگوی صنعت‌گستری در آنها، که مبتنی بر جایگزینی-واردات بود، نیاز به یک بستر اجتماعی و حمایت اجتماعی از سرمایه انسانی را به وجود نیاورده است. بلکه بحث این است که به نظر می‌رسد شکل‌گیری هویت ملی و ملت‌سازی هدف اصلی‌تر و آشکارتری برای اجرای این سیاست‌ها در مصر، الجزایر، مراکش، تونس و ترکیه بوده است. اقدامات بازتوزیع پوپولیستی نیز می‌تواند وسیله‌ای برای ملت‌سازی، تشکیل دولت، و انسجام و مشروعیت‌بخشی به رژیم‌های مختلف در کشورهای افریقای شمالی و خاورمیانه به شمار آید.

در این میان، دولت‌های نفتی خلیج‌فارس مقوله‌ای خاص هستند. در حالی که این دولت‌ها سیاست‌های «سخت‌مندان» اجتماعی را اجرا می‌کنند، در این کشورها آموزش اجباری نیست و توسعه منابع انسانی فعالانه دنبال نشده است. دلیل این امر آن بوده است که دولت‌ها منابع کافی داشته‌اند تا بر نیروی کار خارجی اتکا کنند و نه نیروی کار داخلی. از همین رو می‌بینیم که اکثریت قاطعی از جمعیت زنان در بخش‌های غیرکشاورزی خارج از نیروی کار هستند. به علاوه، مستمری‌های اجتماعی در این کشورها در حقیقت هدیه‌ای از سوی دولت رانتیر^۱ تلقی می‌شود و نمی‌توان آن را نتیجه استحقاق شهروندی یا شهروندان مالیات‌ده یا حق شهروند شاغل مالیات‌ده دانست. این مستمری‌ها را دولت مدیریت می‌کند و در بیشتر کشورهای افریقای شمالی از جمله مصر و الجزایر و کشورهای مانند عراق و سوریه، که خود را کشورهای عربی سوسیالیستی می‌خوانند، هدیه دولت محسوب می‌شود. در این کشورها، بخش‌های وسیعی از جمعیت در بخش کشاورزی، بخش غیررسمی، کارهای خانگی می‌کنند و لذا خارج از حوزه مقررات اجتماعی و به‌ویژه خارج از نیروی کار و شمول قانون کار هستند. آنها مشمول سوبسیدهای غذایی و، در نظر و نه در واقع امر، مشمول آموزش دولتی هستند. با این حال، آموزش دولتی به نفع مردان است و

1. rentier state

یافت (قانون برنامه هفت ساله دوم). رکود اقتصادی سال های پایانی این برنامه، که با تعدیل هایی به دنبال کودتای ۱۳۳۲ برضد دولت دکتر مصدق اجرا می شد، باعث کاهش هزینه های دولت بر اثر اجرای برنامه تثبیت اقتصادی و کاهش سهم اعتبارات بخش اجتماعی شد (سازمان برنامه و بودجه، ۱۳۳۸؛ کارشناس، ۱۳۸۲: ۱۳۶-۱۳۹). برنامه عمرانی پنج ساله سوم (۱۳۴۶-۱۳۴۱) تحت تأثیر اصلاحات ارضی قرار داشت. در این برنامه نیز سیاست اجتماعی به اجرای اصلاحات ارضی به مثابه نوعی اصلاحات اجتماعی-اقتصادی تقلیل یافته بود. در برنامه سوم، سهم برنامه های اجتماعی افزایش نیافت و تمرکز دولت بر برنامه های توسعه اقتصادی بیشتر شد تا جریان گردش سرمایه از بخش کشاورزی به بخش های صنعت و خدمات منتقل شود. به علاوه، مداخله دولت در بخش های اقتصادی از طریق نهادهای تازه تأسیس مانند سازمان برنامه، بانک مرکزی، و بانک های سرمایه گذاری و تخصصی بیشتر شد (کارشناس، ۱۳۸۲؛ مجیدی، ۱۳۸۰؛ Baldwin, 1967).

در برنامه عمرانی چهارم (۱۳۵۱-۱۳۴۷) نیز برنامه رشد اقتصادی بر برنامه های رفاه اجتماعی اولویت داشت و حرکت به سمت به اصطلاح دروازه های تمدن بزرگ شاه را تنها بخش خصوصی به خوبی دنبال می کرد. اجرای برنامه های اجتماعی مانند آموزش همگانی و بهداشت همگانی از طریق تأسیس نهادهایی مانند سپاه دانش و سپاه بهداشت به بهبود برخی شاخص های کیفیت زندگی مانند میزان موالید، میزان مرگ و میر، میزان جمعیت بی سواد، و میزان ثبت نام در مقاطع مختلف آموزشی انجامید اما این برنامه ها همچنان با هدف ملت سازی دنبال می شد تا کاهش نابرابری اجتماعی. انقلاب اسلامی نقطه پایانی بر برنامه ریزی اقتصادی بود. برنامه پنج ساله ششم، که شکاف اجتماعی به وجود آمده را نتیجه ناموزونی برنامه های اقتصادی و اجتماعی می دانست (سازمان برنامه و بودجه، ۱۳۵۵: ۱۹-۱۸) و قصد ترمیم سیاست های اجتماعی را در برنامه ریزی داشت، پیامد بسیار دیرهنگام برنامه جنگال برانگیز پنج ساله پنجم (۱۳۵۶-۱۳۵۲) بود (کارشناس، ۱۳۸۲).

بعد از انقلاب اسلامی، تلاش ها برای تدوین برنامه توسعه ای که پاسخگوی نیازها و آرمان های انقلاب باشد آغاز شد. در برنامه های بعد از انقلاب، با نقد توجه برنامه های توسعه قبل از انقلاب به رشد اقتصادی و غفلت آنها از توسعه انسانی، توجه به عدالت اجتماعی در صدر قرار گرفت (سازمان برنامه و بودجه،

ص ۲۷۹-۲۶۸). اما ارزیابی عملکرد این نهادها نشان داد که تأسیس آنها نه تنها شکاف درآمدی را بهبود بخشیده بلکه استقرار این نهادهای موازی در کنار دولت، اجرای سیاست های اجتماعی مؤثر را سخت تر کرده است (بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۷۳: ۳۶۵-۳۶۶؛ Saeidi, 2004).

۲.۴. سیاست های اجتماعی در برنامه های توسعه

موقعیت سیاست های اجتماعی در ایران قبل از انقلاب در برنامه های توسعه کشور قابل ردیابی است. در بیشتر برنامه های توسعه در آن برهه، توسعه به برنامه های عمرانی و سیاست های اجتماعی به سیاست های اقتصادی تقلیل یافته بودند. تنها هنگامی که پیامدهای سیاست های اقتصادی مجال ظهور می یافتند، سیاست گذاران و برنامه ریزان بخشی از مقولات سیاست های اجتماعی را در چارچوب برنامه ریزی اجتماعی به اجرا می گذاشتند. در این جهت نیز برنامه ریزی سیاست های اجتماعی به برنامه های رفاهی محدود شده بود.

در برنامه عمرانی هفت ساله اول (۱۳۳۴-۱۳۲۷)، فکر سیاست اجتماعی در توسعه کشاورزی دیده می شود. برنامه ریزان بر آن بودند که مسیر رفاه کشور از جاده توسعه کشاورزی و توزیع بهتر تولیدات کشاورزی می گذرد (شرکت بین المللی مهندسين موريسن نودسن، ۱۳۲۶: ۲۰). بنابراین، بیش از ۲۵ درصد از کل اعتبارات عمرانی به توسعه بخش کشاورزی تخصیص داده شد (قانون برنامه هفت ساله اول). در این سال ها برنامه ریزی اقتصادی، چه در چارچوب برنامه اول و چه خارج از آن، با تمرکز دولت بر فعالیتهای اقتصادی شروع شده بود. دولت تجددگرا و اقتدارگرای رضاشاه این برنامه ها را به قصد نوسازی و ایجاد زیرساخت های کشور اجرا می کرد. به علاوه، در برنامه اول، توسعه بخش های کاملاً اجتماعی مانند مسکن مورد توجه قرار گرفت و در حدود ۲۵ درصد اعتبارات بخش اجتماعی، یعنی در حدود ۲۸ درصد کل اعتبارات، به اسکان عشایر اختصاص داده شد. این امر نشان می داد که هدف دولت از تخصیص اعتبارات اجتماعی ایجاد نظم اجتماعی و دولت سازی است تا کاهش نابرابری اجتماعی (همان).

در برنامه هفت ساله دوم (۱۳۴۱-۱۳۳۴) نیز همان رویکرد ادامه یافت اما در بخش اجتماعی، که در حدود ۲۷ درصد کل اعتبارات را به خود اختصاص داده بود، بهداشت عمومی و فرهنگ محوریت

۱۳۶۲). سهم اعتبارات اجتماعی از کل اعتبارات، با اولویت آموزش و پرورش عمومی، به بیش از ۳۰ درصد افزایش یافت (همان). بدین ترتیب، سهم مقولات اجتماعی در برنامه اول توسعه (۱۳۶۸-۱۳۷۲) نزدیک به ۵۰ درصد تعیین شد و در برنامه‌های دوم، سوم و چهارم با کمی کاهش در حدود ۴۵ درصد باقی ماند.

نخستین برنامه توسعه بعد از انقلاب در اوایل دهه ۱۳۶۰ تدوین شد که به تصویب نرسید. از ارقام این برنامه چنین برمی‌آید که توجه ویژه‌ای در آن به امور اجتماعی شده بود به نحوی که در حدود ۴۰ درصد اعتبارات جاری و ۲۱ درصد اعتبارات عمرانی به امور اجتماعی اختصاص یافته بود. در حوزه امور اجتماعی، آموزش و پرورش، بهداشت و درمان، تأمین اجتماعی، بهزیستی و مسکن به ترتیب مورد توجه قرار گرفتند (همان). به علاوه، کمتر از ۱۵ درصد اعتبارات جاری به فصلی تحت عنوان «کمک به امور مستضعفین جهان» اختصاص داده شد (همان). تفاوت اصلی این برنامه غیرمصبوب با بیشتر برنامه‌های قبل از انقلاب به تأکید آن بر ابعاد توسعه انسانی به‌ویژه توسعه انسانی آرمانگرا برمی‌گردد. این برنامه مدعی بود که درآمدهای ملی حاصل از رشد باید صرف توزیع عادلانه درآمد در جامعه شود (همان: ۵-۱). این برنامه به دنبال عملی کردن اصل ۲۹ قانون اساسی بود که می‌گوید برنامه‌های توسعه باید بی‌عدالتی‌های اجتماعی و اقتصادی را کاهش دهد و سیاست‌های اجتماعی فراگیر، از رفع فقر و محرومیت و بیکاری گرفته تا تأمین مسکن مناسب برای هر فرد، تدوین کند (همان: ۱۰-۱). با طولانی شدن جنگ و افزایش خسارات ناشی از آن، این برنامه غیرمصبوب اصلاح شد و، به دلیل اهمیت بازسازی زیربنای اقتصادی کشور، بخشی از اعتبارات متعلق به بخش اجتماعی کاهش یافت. بعد از پایان جنگ، برنامه اول توسعه در بهمن ۱۳۶۸ تصویب شد. همان‌طور که انتظار می‌رفت، به رغم تأکیدی که در تدوین برنامه بر سیاست‌های اجتماعی از جمله توزیع درآمد، توسعه انسانی، برقراری عدالت اجتماعی، و تأمین نیازهای اساسی مردم شده بود، اعتبارات عمرانی و جاری برای تجهیز و بازسازی بنیه دفاعی و اقتصادی سهم قابل توجهی را به خود اختصاص داد. امور اجتماعی نیز، از کل اعتبارات عمرانی و جاری، به ترتیب ۳۰ و ۵۰ درصد را به خود اختصاص داد. فصول آموزش و پرورش، بهداشت و درمان، و بهداشت و تغذیه بیشترین سهم را از اعتبارات عمرانی و هزینه‌ای دریافت کردند. در حالی که در فصل مسکن، به دلیل

سیاست‌های اجتماعی مبنی بر واگذاری فعالیت‌های مسکن به بخش خصوصی و تعاونی، دولت از ورود مستقیم به این بخش خودداری کرد. در سایر فصول نیز به تدریج از نقش دولت فراگیر در سیاست‌های اجتماعی، چنانکه در اصل ۲۹ قانون اساسی بر آن تأکید شده، کاسته شد. رشد بالای جمعیت با افزایش نرخ باروری در دهه اول انقلاب، هزینه‌های آموزشی را افزایش داد و دولت پوشش خدمات دولتی آموزشی را از طریق واگذاری ارائه خدمات آموزشی به بخش آموزشی غیرانتفاعی تأمین کرد. همچنین، در بخش بهداشت و درمان، بیمارستان‌های دولتی تحت عنوان خودگردان کردن بخش بهداشت به کارکنان متخصص واگذار شد و راه‌یابی بخش خصوصی به بازار خدمات بهداشتی و درمانی از دهه دوم انقلاب آغاز شد.

در برنامه دوم توسعه (۱۳۷۸-۱۳۷۴)، پیامدهای اجتماعی توجه بیشتر برنامه اول توسعه به رشد اقتصادی، افزایش ظرفیت کارخانه‌ها و تولید ناخالص داخلی، و سیاست‌های آزادسازی مالی و پولی، برنامه‌ریزان را متوجه تحقق عدالت اجتماعی از طریق سیاست‌های اجتماعی کرد. در اولین قدم، سیاست‌های انبساطی و پولی، طی برنامه‌ای موسوم به تعدیل ساختار اقتصادی، به سیاست‌های انقباضی یا سیاست‌های تثبیت تبدیل شد تا برنامه‌های توزیع عادلانه درآمد از طریق سیاست‌های اجتماعی ادامه یابد. نتیجه آن شد که تأمین بهداشت عمومی، گسترش بیمه‌های اجتماعی و همگانی، و کاهش فقر در مناطق محروم مورد توجه بیشتری قرار گرفت. اما کاهش شکاف نابرابری بیشتر از طریق سیاست‌های تثبیت اقتصادی صورت گرفت تا اجرای برنامه‌های منسجم سیاست اجتماعی. توزیع اعتبارات در برنامه دوم نشان می‌دهد که فصل امور اجتماعی، از کل اعتبارات عمرانی و جاری، به ترتیب ۱۷ و ۴۴ درصد دریافت کرد که از برنامه اول کمتر بود (قانون برنامه دوم توسعه). توزیع اعتبارات در فصل امور اجتماعی حاکی از آن است که کماکان بخش‌های آموزش و پرورش عمومی، بهداشت و درمان، و تأمین اجتماعی و بهزیستی در اولویت بیشتری قرار داشتند. همچنین در طول برنامه دوم توسعه، برنامه‌های حداقلی حمایت از اقشار آسیب‌پذیر و پرداخت یارانه برای کالاهای اساسی و تقویت نظام تأمین اجتماعی ادامه یافت.

در برنامه سوم توسعه (۱۳۸۳-۱۳۷۹)، فصل امور اجتماعی جایگاه نسبی بهتری در تخصیص کل اعتبارات پیدا کرد چنانکه، از

بود که با هماهنگی ضعیف و بدون نظارت به کار خود ادامه می‌دادند. مسئولیت هماهنگی این بخش‌ها تا تصویب قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی در سال ۱۳۸۳ برعهده سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی سابق بود. اما در این سال یکی از مهم‌ترین رویدادهای قانون‌گذاری در حوزه سیاست‌های اجتماعی در بعد از انقلاب رخ داد که همان تأسیس وزارت رفاه و تأمین اجتماعی بود. تأسیس چنین وزارتخانه‌ای یک بار در سال ۱۳۵۵ نیز اتفاق افتاده بود اما بعد از یک سال، با مقاومت سازمان‌های موازی تحت سرپرستی خانواده سلطنتی که ماهیت وجودی آنها زیر سؤال رفته بود و خود را مجبور به پاسخگویی می‌دیدند، منحل گردید. اما این بار تأسیس این وزارتخانه بعد از تصویب قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی در سال ۱۳۸۳ اتفاق افتاد.

در قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، که به صورت لایحه عرضه شد، تصریح شده که در جهت تحقق اصل ۲۹ قانون اساسی ارائه شده است (ص ۱۶)، لذا در ماده ۱۳ این قانون پیش‌بینی شده که به منظور هماهنگی سیاست‌های اجتماعی در حوزه‌های تأمین اجتماعی، اشتغال، آموزش و پرورش، تربیت بدنی، مسکن، بهداشت و درمان و سایر بخش‌های مرتبط با حوزه تأمین اجتماعی، شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی تشکیل شود. تنها در اینجا می‌توان گفت که در قانون، پیش‌بینی این هماهنگی در سیاست اجتماعی شده است. تصویب این ماده نشان می‌دهد که قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی توانست بخشی از سیاست اجتماعی را در قانون لحاظ کند. اما سایر مواد قانون تنها به بخش رفاه اجتماعی جمعیت شاغل، فعال و غیرفعال، می‌پردازد. به عبارت دیگر، همچنان که در ماده ۲ قانون ابراز شده است، قلمروهای اصلی در این قانون به بیمه‌های اجتماعی، و مساعدت و امداد اجتماعی محدود شد. دستاوردی که قانون جامع داشت این بود که مفهوم تأمین اجتماعی را از جمعیت شاغل به تأمین اجتماعی کل جمعیت گسترش دهد، مسئله‌ای که بارها در مجلس مورد سؤال برخی نمایندگان قرار گرفت. لایحه اولیه موفق به این کار شد، اما نتوانست تمامی سازمان‌های کمک‌دهنده را زیر پوشش یک برنامه جامع متحد و هماهنگ کند؛ و چون اجرای برنامه‌های رفاه اجتماعی در بخش حمایت اجتماعی عمدتاً برعهده کمیته امداد قرار داشت که خارج از شمول نظارت قانون قرار گرفته بود، اصل اساسی سیاست‌های اجتماعی مختل می‌شد.

کل اعتبارات عمرانی و جاری، به ترتیب ۲۹ و ۴۵ درصد را به خود اختصاص داد. همچنین به دلیل تحولات هرم سنی و کاهش نرخ باروری، تأکید در فصل امور اجتماعی بر اصلاح ساختاری نیروی انسانی بخش آموزش و پرورش قرار گرفت. اگرچه برنامه‌های رفاهی در چارچوب سیاست‌های اجتماعی گسترش بیشتری در برنامه داشت و زمینه‌های هماهنگ کردن این نوع برنامه‌ها با تصویب قانون رفاه و تأمین اجتماعی فراهم شد، اما این گسترش را بیشتر باید پیامد سیاست‌های تعدیل دانست که بعد از برنامه اول، کم‌وبیش در دو برنامه بعد نیز اجرا شد (رفیعی و مدنی، ۱۳۸۰).

برنامه چهارم توسعه (۱۳۸۸-۱۳۸۴) در چارچوب سند چشم‌انداز بیست‌ساله نظام تدوین یافت. در مبانی نظری این برنامه، دستیابی به توسعه ملی پایدار اساس برنامه در نظر گرفته شد (سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، ۱۳۸۳). در این چارچوب نظری، تقویت ظرفیت‌های توزیعی (منابع و فرصت‌ها)، رفاه عمومی و مشارکت عمومی در امور اجتماعی از طریق افزایش منابع عمومی قابل توزیع مجدد، برقراری توازن و تعادل منطقه‌ای، و گسترش یک نظام جامع تأمین اجتماعی در قالب توجه به دولت رفاه‌گرا تبیین شده بود. در مبانی نظری این برنامه نیز توجهی به سیاست‌های اجتماعی منسجم و هماهنگ نشده بود، اما تمرکززدایی از کاربرد زور و اقتدار دولت و توجه به سازوکارهای خودتنظیم‌کننده در میان عرصه‌ها و نیروها و نهادهای مختلف اجتماعی، از جمله سازمان‌های غیردولتی، دلالت بر توجه به اجرای کارآمد یک سیاست اجتماعی می‌کرد.

اما ناهماهنگی در اجرای سیاست‌های اجتماعی همچنان به قوت خود باقی ماند. به سخن دیگر، عقب افتادن نظریه از عمل، برنامه‌های سیاست‌های اجتماعی را به سمت عمل‌گرایی برد و به ظهور نوعی پوپولیسم اقتصادی منجر شد که عدالت اجتماعی را تا سطح عدالت توزیعی تقلیل داد (Saeidi, 2001). به علاوه، ماهیت تأمین هزینه سیاست‌های اجتماعی، یعنی تأمین درآمد از نفت به جای اتکا بر مالیات‌ها، خود بر ناهماهنگی و ناکارآمدی نحوه تخصیص سیاست‌های اجتماعی افزوده است.

۳.۴. سیاست‌های اجتماعی در سایر قوانین و مقررات

بعد از انقلاب، تأسیس نهادهای انقلابی عملاً سیاست‌های اجتماعی را به سه بخش امدادی، بیمه‌ای و حمایتی تقسیم کرده

خود ادامه می‌داد و جلسات آن در وزارت کشور تشکیل می‌شد و مسئولان وزارت رفاه در برخی از آنها شرکت می‌کردند (گفت‌وگو با محمدحسین شریف‌زادگان، ۱۳۸۹).

۴.۴. ارزیابی وضعیت سیاست‌های اجتماعی در ایران

بدون وجود یک گفتمان سیاست اجتماعی در ایران، که روشنفکران و نخبگان جامعه نظر خود را دربارهٔ احقاق حقوق اجتماعی بدون در نظر گرفتن هرگونه اولویت‌بندی برای آن در مقایسه با حقوق مدنی و سیاسی ابراز کنند، ارزیابی وضعیت سیاست‌های اجتماعی بسیار مشکل است. گفتمان سیاست اجتماعی در جامعه ما بعد از انقلاب رو به تکامل نبوده است و نخبگان جامعه توافقی نانوشته بر سر این مسئله دارند که احقاق حقوق اجتماعی، که محور سیاست‌های اجتماعی جامع است، از مسیر خطی و تطوری، همچنان که در کشورهای غربی طی شده است، می‌گذرد. لذا، احقاق چنین حقوقی از مسیر توسعهٔ حقوق مدنی خواهد گذشت و برای مثال، مشارکت زنان در بازار کار در حالی که برخی از اساسی‌ترین حقوق مدنی آنها در نهاد خانواده تغییر نکرده است ممکن نخواهد بود. به رغم فقدان چنین گفتمانی، که به عقب افتادن نظر از عمل منجر شده است، دولت در اجرای سیاست‌های اجتماعی ناتوان بوده است. به علاوه، دستاوردها و تلاش‌های عملی در چارچوب بدنهٔ در حال قدرت گرفتن کارشناسی دولت که در سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی و وزارت رفاه و تأمین اجتماعی تا سال ۱۳۸۴ انجام شده بود با آغاز به کار دولت نهم متوقف شد.

۵. بحث و نتیجه‌گیری

اگرچه خاستگاه رشد و توسعهٔ سیاست‌های اجتماعی در هر کشوری متفاوت است، می‌توان گفت برآمدن دولت‌های رفاه در تمامی کشورها محصول توسعهٔ دولت-ملت‌های قرن بیستم بوده و همین امر به توسعهٔ سیاست‌های اجتماعی در بیشتر کشورها کمک کرده است. در بیشتر کشورها، سیاست‌های اجتماعی فراگیر نشان‌دهندهٔ توسعهٔ دولت رفاه است. سوای این تشابهات، تفاوت‌های زیادی میان کشورهای توسعه‌یافته و توسعه‌نیافته از منظر پایداری در تحول این سیاست‌ها وجود دارد. در ایران، سیاست‌گذاری اجتماعی در دولت با ظهور دولت تجددگرای رضاشاه به وجود آمد. قبل از آن نیز اندیشهٔ سیاست اجتماعی، به‌ویژه در زمینهٔ بهداشت و آموزش، با

این بار نیز تأسیس وزارت رفاه به دنبال تصویب قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی تنها توانست دولت را در قبال صندوق‌های متعدد رفاهی و بودجه‌های اختصاصی سازمان برنامه و بودجه در امر رفاه پاسخگو کند، اما عملکرد سازمان‌های موازی دولت مانند کمیتهٔ امداد امام، به‌ویژه در مورد توزیع منابع بودجه‌ای، با مخالفت شورای نگهبان زیر چتر نظارت وزارت رفاه و دولت قرار نگرفت و این سازمان مهم رفاهی، که مسئولیت عمده را در بخش حمایتی رفاه برعهده دارد، در قبال دریافت بودجهٔ سالیانهٔ خود — بیش از ۱۲ هزار میلیارد تومان — و عملکردها و برنامه‌ها و هماهنگی با برنامه‌های کلان سیاست اجتماعی همچنان غیرپاسخگو باقی ماند (مدنی، ۱۳۸۲؛ وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۴).

طرح «نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی کشور» به دنبال اجرای مادهٔ ۴۰ قانون برنامهٔ سوم توسعهٔ اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور در مورد فصل تأمین اجتماعی و یارانه‌ها به مجلس ارائه شد. این روند از سال ۱۳۷۹ شروع شد. بحث‌های موافق و مخالف در مورد بودجهٔ کمیتهٔ امداد در حین مباحث مربوط به قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی نشان می‌دهد که نظارت بر این سازمان یکی از اهداف مجلس ششم بوده تا سایر سازمان‌های موازی دولت موظف به پاسخگویی در قبال عملکرد خود در برابر مجلس شوند (سازمان تأمین اجتماعی، ۱۳۸۳).

استقرار وزارت رفاه برای اجرای نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی درست یک سال مانده به پایان دولت محمد خاتمی محقق شد و، در این مجال اندک، تمامی وظایف وزارت رفاه که در قانون پیش‌بینی شده بود در این وزارتخانه تجمیع نشد. بالاترین شورایی که می‌توانست سیاست‌های اجتماعی را سامان دهد، یعنی شورای عالی رفاه، تنها به تصویب چند آیین‌نامه در مورد تدوین راهکارهای فقرزدایی بسنده کرد؛ سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی همچنان به برنامه‌ریزی رفاهی موازی با این وزارتخانه ادامه داد و چند ماه بعد از تأسیس وزارت رفاه، طرح ادغام این وزارتخانه را با وزارت بهداشت ارائه داد؛ و تشکیل و آغاز به کار شورای عالی بیمه که مسئولیت ایجاد هماهنگی در نظام بیمه‌ای کشور و تعرفه‌های پزشکی را برعهده داشت، با موانعی که وزارت بهداشت در برابر آن قرار داد، با تأخیر همراه شد. این موانع در ماه‌های بعد نیز همچنان وجود داشت. شورای اجتماعی که تنها نهاد پیش‌بینی‌شده در قانون برای تنظیم و هماهنگی سیاست‌های اجتماعی بود همچنان به کار

انقلاب مشروطیت بروز یافته بود. سیاست‌های اجتماعی بیشتر پیامد توسعه اقتصادی در بخش‌های گوناگون بود. دولت اقدامات رفاهی را از طریق تأسیس انواع بیمه‌های کارگری صورت می‌داد. در این معنی، حقوق اجتماعی از طریق بازار کار متحقق می‌شد. اما جامعه هنوز از طریق هیئت‌ها و اجتماعات محلی و خانوادگی اقدامات رفاهی خود را انجام می‌داد. به تدریج مؤسساتی که عمده‌تاً وابسته به گروه‌هایی از طبقه حاکمه بودند نیز بخشی از این وظیفه را برعهده گرفتند و به مددکاری و حمایت‌های اجتماعی پرداختند. بنابراین تا انقلاب اسلامی، بجز سازمان بهزیستی و شیر و خورشید سرخ ایران، کمتر نهاد وابسته به حکومتی وجود داشت که به حمایت اجتماعی بپردازد. اگرچه بیمه‌های اجتماعی کارگران و کارمندان در بخش‌های درمانی، و بیمه بیکاری و بازنشستگی تحول اساسی یافت. به علاوه، دولت با برنامه‌های توسعه اجتماعی بخشی از سیاست‌های اجتماعی را ارائه می‌کرد و به اجرا می‌گذاشت.

بنابراین می‌توان گفت دولت رفاه، هم از جنبه تحول در بوروکراسی رفاهی و هم از منظر تحول در میزان پوشش افراد و بسته‌های رفاهی، زاینده انقلاب اسلامی است و این امر در اصل ۲۹ قانون اساسی منعکس شده است. به دنبال آن، سیاست‌های اجتماعی در سه بخش بیمه‌ای، حمایتی و امدادی تدوین و در یک برنامه واحد رفاهی ادغام شدند. دولت، چه از طریق بودجه‌های سالانه ذیل تبصره‌های مربوط به تسهیلات تکلیفی و چه با تصویب مفاد برنامه‌های توسعه، سیاست‌گذاری اجتماعی را انجام داده است. اما تمامی این سیاست‌ها، هم در دوره بعد از انقلاب و هم پیش از انقلاب، از وابستگی اقتصاد سیاسی ایران به درآمدهای نفتی متأثر بود. همین امر دولت رفاه را در ایران از اتکا به مالیات‌ها به مثابه منبع مهم توزیع مجدد درآمد و توسعه پایدار سیاست‌های اجتماعی بازداشته است. اگرچه با توسعه بازار کار، کالایی شدن افراد موجب تحقق سیاست‌های اجتماعی شده و حقوق اجتماعی را برای آنها به ارمغان آورده است.

شرایط ناهموار و ناستوار سیاست‌های اجتماعی در ایران زمانی روشن‌تر می‌شود که آن را با نمونه کشورهای توسعه‌یافته مقایسه کنیم. در این کشورها، سه ویژگی اصلی سیاست‌های اجتماعی به وضوح دیده می‌شود. یعنی نخست رشد و توسعه اقتصادی امکان تغییر ساختار را فراهم کرده است؛ دوم سیاست‌های اجتماعی مشروعیت خود را از مشارکت مردم و فرایندهای انتخابی، چه در

روند سیاست‌گذاری و چه در روند تأمین مالی، می‌گیرد؛ و سوم اینکه این سیاست‌ها رفع تبعیض از تمامی افراد و گروه‌ها را هدف قرار داده است. تدوین و اجرای سیاست‌های اجتماعی در این کشورها بر محور این سه شرط زاینده جنبش کارگری بوده است و احتمال تشدید تضادهای طبقاتی منجر به سازش طبقات سرمایه‌دار و دولت بر سر توزیع مجدد درآمدها از طریق مالیات شده است. همین امر حقوق اجتماعی را فراهم ساخته و توسعه پایدار آن را محقق کرده است. سیاست‌های اشتغال، بهداشت همگانی، آموزش اجباری و مجانی، بیمه اجتماعی دولت شامل بیمه بیماری، زایمان، بیکاری و بازنشستگی و غیره بدین نحو نهادینه شده است. در حالی که در ایران قبل از انقلاب، سیاست‌های اجتماعی به‌ویژه در آموزش همگانی و اجباری برای ساخت دولت-ملت و تحقق مالی آن حاصل درآمدهای نفتی بوده است بدون آنکه نیازی به مشارکت مردم و سازش سرمایه‌داران و دولت باشد. به علاوه، توسعه سیاست‌های اجتماعی براساس ارزش‌های شهروندی یا حقوق کارگری نبوده است. حتی برخلاف کشورهای اقتدارگرای آسیای جنوب شرقی، سیاست‌های اجتماعی در ایران در جهت اهداف صنعتی شدن نیز رشد نکرد. اگر چنین می‌بود، به منظور تربیت لشکری منضبط و نیروی کاری ماهر و رقابت‌پذیر برای رشد و توسعه اقتصادی، به آموزش اهمیت داده می‌شد.

تفاوت سیاست‌های اجتماعی در ایران و کشورهای توسعه‌یافته در این است که در ایران در برخی موارد سیاست‌های اجتماعی ابزار توسعه اقتصادی بوده است. این امر در دوره‌های رشد اقتصادی به‌ویژه دهه ۱۳۴۰ و اوایل دهه ۱۳۵۰ مصداق دارد. در شرایط اتکالی دولت به درآمدهای نفتی که نوع رابطه دولت و طبقات اجتماعی را شکل داده بود، اگرچه برخی سیاست‌های اجتماعی گسترش یافت، اما نابرابری و تبعیض‌های فزاینده موجب رشد جنبش‌های اجتماعی شد. آنچه در برخی اصول قانون اساسی در مورد سیاست‌های اجتماعی آمده است محصول گسترش این جنبش‌ها بوده است. سیاست‌گذاری اجتماعی در بعد از انقلاب معطوف به کاهش نابرابری با تدوین سیاست‌های مختلفی در زمینه بهداشت، سطوح مختلف آموزش، اشتغال و مسکن بود. اما نوع رابطه دولت و جامعه که می‌تواند اساس سیاست‌های اجتماعی پایدار گردد تفاوت‌چندانی نکرد. تنها تفاوت شاید آن بود که سیاست‌های اجتماعی تمامی گروه‌ها را دربرگرفت بدون آنکه

_____ (۱۳۶۲)، *برنامه اول توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران* (۱۳۶۶-۱۳۶۲)، تهران.

سازمان تأمین اجتماعی. (۱۳۸۳)، *قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی* (تاریخچه مختصر روند شکل‌گیری قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی)، تهران، دفتر امور مجلس و مؤسسه فرهنگی هنری آهنگ آتیه.

سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور. (۱۳۸۳)، *مبانی نظری و مستندات برنامه چهارم توسعه*، ج ۱، تهران.

شرکت بین‌المللی مهندسين موریسن نودسن. (۱۳۲۶)، *برنامه عمران ایران* (گزارش نهایی شرکت بین‌المللی مهندسين موریسن نودسن مربوط به برنامه توسعه و عمران ایران)، بی‌جا.

فیتزتریک، تونی. (۱۳۸۱)، *نظریه رفاه: سیاست اجتماعی چیست؟*، ترجمه هرمز همایون‌پور، تهران، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی و گام نو.

کارشناس، مسعود. (۱۳۸۲)، *نفت، دولت و صنعتی شدن در ایران*، ترجمه علی‌اصغر سعیدی و یوسف عبدالوهاب، تهران، گام نو.

مجیدی، عبدالمجید. (۱۳۸۰)، *خاطرات عبدالمجید مجیدی*، تهران، گام نو.
مدنی قهفرخی، سعید. (۱۳۸۲)، «چشم‌اندازهای فراروی تأمین اجتماعی در ایران، چالش‌ها و راهکارهای پیش‌بینی شده در لایحه نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی»، *تأمین اجتماعی*، ش ۱۵، ص ۲۸۹-۳۲۸.

وزارت رفاه و تأمین اجتماعی. (۱۳۸۴)، «فرایند تدوین و تصویب قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی در ایران»، گروه مطالعات اداره کل حقوقی، *حقوقی، حقوق تأمین اجتماعی*، س ۱، ش ۱، ص ۷۷-۱۰۴.

هال، آنتونی و جیمز میجلی. (۱۳۸۸)، *سیاست اجتماعی و توسعه*، ترجمه مهدی ابراهیمی و علیرضا صادقی، تهران، جامعه‌شناسان.

Alcock, P. (1997), *Understanding Poverty*, 2nd ed., Basingstoke, Macmillan.

Baldwin, George B. (1967), *Planning and Development in Iran*, Baltimore, John Hopkins Press.

Blakemore, K. and R. F. Drake. (1995), *Understanding Equal Opportunity Policies*, Hemel Hempstead, Allen and Unwin.

Dixon, John and David Macarov (eds.). (1992), *Social Welfare in Socialist Countries*, London and New York, Routledge.

Drabble, M. (1988), *Case for Equality*. Fabian Tract 527, London, The Fabian Society.

Esping-Andersen, Gosta. (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton: Princeton University Press.

شرایط توسعه اقتصادی برای بهبود ساختاری، تبعیض آمیز نبودن سیاست‌ها و مشارکت مردم مینا قرار گیرد، و دولت برآمده از انقلاب اسلامی سیاست‌گذاری‌های اجتماعی را به منظور کنترل اجتماعی انجام می‌داد. سیاست‌های «سخت‌مندان» اجتماعی نیز بازتاب اقتصاد سیاسی متکی بر نفت بود و، با نوسانات درآمدهای نفتی، این سیاست‌ها دچار وقفه می‌شد. به عبارت دیگر، ناپایداری سیاست‌های اجتماعی در ایران ناشی از برداشت دولت است که بر خورداری از حقوق اجتماعی را حق شهروندان نمی‌داند، بلکه برعکس مستمری‌ها را مدیریت و هدیه خود تلقی می‌کند. همین امر موجب می‌شود که کارایی سیاست‌های اجتماعی مورد ارزیابی قرار نگیرد. به علاوه، شرایط ناپایدار اقتصاد سیاسی به همراه ماهیت منابع درآمدی دولت (درآمدهای نفتی) امکان اجرای سیاست‌های اجتماعی پایدار را ضعیف می‌کند. جدیدترین شاهد این مدعا ادغام وزارت رفاه و تأمین اجتماعی در وزارت کار و امور اجتماعی است. در حالی که وزارت رفاه و تأمین اجتماعی به منظور تحقق قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی تأسیس شد، آینده اجرای سیاست‌های اجتماعی کارآمد در ایران همچنان در هاله‌ای از ابهام قرار دارد.

منابع

بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران. (بی‌تا)، *تحولات اقتصادی کشور بعد از انقلاب اسلامی*، تهران.

_____ (۱۳۶۹)، *تحولات اقتصادی بعد از انقلاب اسلامی*، تهران.

_____ (۱۳۷۳)، *تحولات اقتصادی بعد از انقلاب اسلامی*، تهران.

بلیک‌مور، کن. (۱۳۸۵)، *مقدمه‌ای بر سیاست‌گذاری اجتماعی*، ترجمه ا. ع. سعیدی و س. صادقی، تهران، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.

دین، هارتلی. (۱۳۸۸)، *سیاست‌گذاری اجتماعی*، ترجمه عبدالله بیچرانلو، تهران، پژوهشکده مطالعات فرهنگی و اجتماعی.

رفیعی، حسین و سعید مدنی قهفرخی. (۱۳۸۰)، «بررسی تطبیقی دیدگاه‌های توسعه و رفاه اجتماعی در ایران»، *مجموعه مقالات همایش توسعه اجتماعی (دی‌ماه ۱۳۷۸)*، تهران، علمی و فرهنگی، ص ۷۱-۱۰۱.

سازمان برنامه و بودجه. (۱۳۳۸)، *سنجش پیشرفت و عملکرد برنامه عمرانی هفت‌ساله دوم*، تهران.

_____ (۱۳۵۵)، *هماهنگی راهبردها و سیاست‌های اجتماعی و رفاهی کشور در برنامه ششم* (گزارش مقدماتی کمیته هماهنگی برنامه‌های رفاهی)، تهران.

- Mkandawire, T. (2001), *Social Policy in a Development Context*, Geneva, UNRISD.
- (ed.). (2005), *Social Policy in a Development Context*, Basingstoke, Macmillan.
- Nozick, R. (1974), *Anarchy, State and Utopia*, Oxford: Blackwell.
- Rawls, J. (1972), *A Theory of Justice*, Oxford: Oxford University Press.
- Richards, Alan and John Waterbury. (1996), *A Political Economy of the Middle East*, Westview Press.
- Saeidi, Ali A., (2001), "Charismatic Political Authority and Populist Economics in Postrevolutionary Iran", *Third World Quarterly* 22/2: 219-236.
- . (2004), "The Accountability of Para-governmental Organizations (*bonyads*): The Case of Iranian Foundations", *Iranian Studies* 37/3: 479-498.
- Scruton, R. (1984), *The Meaning of Conservatism*, 2nd ed., London, Macmillan.
- Tawney, R.H, (1964), *Equality*, 4th ed., London.
- Worsthorne, P. (1971), *The Socialist Myth*, London, Cassell.
- Gough, Ian. (2001), "Globalization and Regional Welfare Regimes: The East Asian Case", *Global Social Policy* 1/2: 163-189.
- . (2004), "East Asia: The Limits of Productivist Regimes", in: I. Gough and G. Wood, eds., *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and Latin America: Social Policy in Development Contexts*, Cambridge, Cambridge University Press, PP. 169-200.
- Halliday, Fred. (1979), *Dictatorship and Development in Iran*, Harmondsworth, Penguin,
- Hayek, F.A. (1944), *The Road to Serfdom*, London, Routledge.
- Karshenas, M. and V. Moghadam. (2006), *Social Policy in the Middle East, Economic, Political, and Gender Dynamics*, Macmillan.
- Kwon, Huck-ju (ed.). (2005), *The Developmental Welfare State and Policy Reforms in East Asia*, Basingstoke, Macmillan.
- Marshall, T.H. (1964), *Citizenship and Social Class*, Cambridge: Cambridge University Press.

جمعیت و نیروی انسانی

محمد میرزائی*، جعفر کرد زنگنه**

مقدمه

شاید هیچ‌یک از تحولات سیاسی، اقتصادی و اجتماعی دو قرن گذشته به اندازه گذار جمعیت‌شناختی^۱ و گذار اپیدمیولوژیکی^۲ زندگی جمعیت‌های انسانی را تحت تأثیر خود قرار نداده باشند. دو دوره گذاری که هر کدام برای حوزه‌های مختلفی از مطالعات جمعیتی ابداع شده‌اند، لیکن ممکن است با بروز شرایط و عوامل خاصی که جمعیت‌ها را به دوره‌های مختلف گذار حرکت می‌دهند، در نهایت بر هم منطبق شوند. دو گذاری که همگام با خود و به دنبال خود بسیاری از جنبه‌های زندگی انسان از قبیل مرگ و میر، باروری، مهاجرت، سلامت، و شیوه زندگی را دچار تغییر و تحول کرده‌اند (نمودار ۱). کشور ایران نیز از این قاعده مستثنی نبوده است.

روند تغییر و تحولات اخیر جمعیتی در ایران خاص و استثنایی بوده است. از منظر تاریخی، تا اوایل قرن چهاردهم هجری شمسی، همواره رشد جمعیت در ایران بطئی و ناچیز بوده است. چنین رشدی برآیند سطح بالایی از باروری و مرگ و میر، دو مؤلفه تشکیل‌دهنده رشد طبیعی جمعیت، تا آن زمان بوده است. با کاهش اساسی و مستمر مرگ و میر از دهه ۱۳۲۰ به بعد، آهنگ رشد جمعیت در ایران شتاب بی‌سابقه‌ای گرفت به طوری که میانگین رشد سالانه جمعیت ایران طی سی سال ۱۳۶۵-۱۳۳۵ به سه درصد بالغ می‌شد که از نظر تاریخی بی‌سابقه و استثنایی بود. به دنبال کاهش اساسی و مستمر مرگ و میر و شتاب گرفتن رشد جمعیت، و در واقع در پاسخ به چنین روندی، از اواسط دهه ۱۳۶۰ اتفاق جمعیت‌شناختی مهم دیگری در ایران رخ داد و آن کاهش اساسی و مستمر زاد و ولد و باروری و در نتیجه تعدیل میزان رشد سالانه جمعیت بود (میرزائی، ۱۳۸۲). با توجه به آنچه گفته شد می‌توان نتیجه گرفت که ایران در ۷۰ سال اخیر مراحل انتقال

* دکترای جمعیت‌شناسی، عضو هیئت علمی دانشگاه تهران

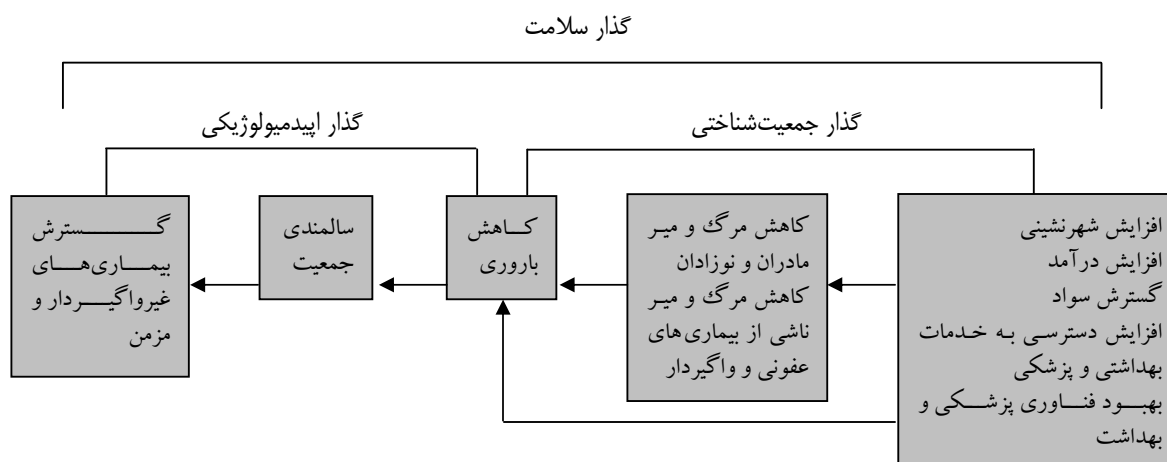
** دانشجوی دکترای جمعیت‌شناسی

1. demographic transition

2. epidemiological transition

شده است. بدین ترتیب می‌توان گفت که کشور ایران در حال حاضر در مرحله انتقال ساختار سنی قرار دارد و در دهه سوم قرن پانزدهم هجری شمسی کاملاً شکل یک جمعیت سالخورده را پیدا خواهد کرد (همان). هدف این گزارش بررسی تحولات جمعیتی ایران با تأکید خاص بر دوره زمانی ۱۳۸۷-۱۳۸۰ است.

جمعیتی را یکی پس از دیگری پشت سر گذاشته است. یکی از پیامدهای کاهش اساسی و مستمر زاد و ولد و باروری از اواسط دهه ۱۳۶۰، تغییر بنیادی در ساختار و هرم سنی جمعیت ایران بود. هرم سنی جمعیت ایران در سال ۱۳۷۵ و به‌خصوص ۱۳۸۵ به وضوح دستخوش تغییر بنیادی شده به طوری که قاعده پهن و گسترده آن جمع شده و گستردگی به تدریج به سنین بالاتر منتقل



نمودار ۱. ارتباط سه گذار جمعیت‌شناختی، اپیدمیولوژیکی و سلامت

منبع: Jamison et al., 1993

۱. تعاریف

۱.۱. گذار جمعیت‌شناختی

انتقال یا گذار جمعیتی نظریه و چارچوب تحلیلی مسلطی است که به تبیین تحولات جمعیتی در طول زمان در قالب گذار از میزان‌های بالای مرگ و میر و موالید به میزان‌های پایین موالید و مرگ و میر به عنوان بخشی از فرایند توسعه اقتصادی جوامع از اقتصاد کشاورزی به اقتصاد صنعتی می‌پردازد. در واقع، انتقال جمعیتی مرحله‌ای است که در طی آن، معمولاً ابتدا مرگ و میر به طور اساسی و مستمر کاهش می‌یابد (که نتیجه آن شتاب بی‌سابقه رشد جمعیت است) و به دنبال آن زاد و ولد و باروری نیز در مسیر کاهش اساسی و مستمر قرار می‌گیرد (که نتیجه آن تعدیل رشد جمعیت است) (سرای، ۱۳۷۶؛ میرزائی، ۱۳۸۴).

۲.۱. گذار اپیدمیولوژیکی

انتقال اپیدمیولوژیکی به معنی مجموعه تغییراتی است که در الگوی

مرگ و میر و علل مرگ و میر اتفاق می‌افتد. اپیدمیولوژی مطالعه توزیع بیماری‌ها و صدمات و عوامل خطرناک است، و انتقال اپیدمیولوژیکی به معنی تغییرات طولانی‌مدتی است که، به طور کلی، در توزیع بیماری‌ها و صدمات و عوامل خطرناک ایجاد می‌شود. به طور خلاصه می‌توان گفت که در جریان انتقال اپیدمیولوژیکی، علل مرگ و میر از بیماری‌های عفونی و واگیردار به بیماری‌های مزمن و غیرواگیردار تغییر می‌یابد.

۳.۱. سیاست جمعیتی

سیاست جمعیتی به کلیه تمهیداتی اطلاق می‌شود که دولت و نهادهای اجرایی و قانونی برای تأثیر گذاشتن بر ویژگی‌های کمی و کیفی یک جمعیت اتخاذ می‌کنند. سیاست‌های جمعیتی باید متناسب با شرایط و ویژگی‌های جمعیتی و فرهنگی هر کشوری طراحی و اجرا شوند و به راحتی نمی‌توان سیاست‌های سایر کشورها را الگو قرار داد.

۴.۱. پنجره جمعیتی^۱

پنجره جمعیتی محصول انتقال‌های جمعیتی و ساختار سنی است. در شرایط پنجره جمعیتی، جمعیت سنین فعالیت به طور محسوسی سریع‌تر از جمعیت کل رشد می‌کند. برای مثال، در دوره ده‌ساله ۱۳۸۵-۱۳۷۵، در حالی که رشد جمعیت کل در ایران ۱/۶۱ درصد بوده است، این میزان برای زیرگروه جمعیتی ۶۴-۱۵ سال برابر با ۳/۸۴ درصد بوده است.

۵.۱. کار

با استنباط از نشریات متعدد مرکز آمار ایران، در تعریف کار می‌توان گفت که کار عبارت است از آن دسته از فعالیت‌های اقتصادی (فکری یا بدنی) که به منظور کسب درآمد (نقدی یا غیرنقدی) انجام شود و هدف آن تولید کالا یا ارائه خدمت باشد. برای شروع به کار یک حداقل سن در نظر می‌گیرند. در نشریات مرکز آمار، در همه سرشماری‌ها غیر از سرشماری ۱۳۶۵، ۱۰ سالگی حداقل سن ورود به فعالیت و بازار کار است. بنابراین، تمام افراد ۱۰ ساله و بیشتر را می‌توان در دو طبقه فعال و غیرفعال قرار داد. افراد ۱۰ ساله و بیشتر که در هفته تقویمی قبل از هفته آمارگیری (هفته مرجع)، در تولید کالا و خدمات مشارکت داشته (شاغل) یا از قابلیت مشارکت برخوردار بوده‌اند (بیکار) جمعیت فعال محسوب می‌شوند. سایر افراد ۱۰ ساله و بیشتر نیز جمعیت غیرفعال قلمداد می‌شوند.

تعابیر گوناگونی که از کار شده عبارت‌اند از:

- استفاده از نیروی مادی و معنوی در راه تولید ثروت یا ایجاد خدمات؛
- انجام دادن وظایفی که مستلزم صرف کوشش فکری و جسمی و هدف از آن تولید کالاها و خدماتی است که نیازهای انسانی را برآورده می‌سازند؛
- فعالیتی قانونی که در مقابل آن مزد دریافت می‌شود (کاظمی‌پور، ۱۳۸۲: ۳۵).

۶.۱. میزان عمومی فعالیت^۲

میزان عمومی فعالیت نشان‌دهنده تعداد افراد فعال از نظر اقتصادی به ازای هر ۱۰۰ نفر جمعیت است و از تقسیم جمعیت فعال بر کل جمعیت به دست می‌آید.

۷.۱. میزان ویژه فعالیت^۳

مخرج کسر میزان عمومی فعالیت تعداد کل جمعیت است که تحت تأثیر ساختمان سنی جمعیت قرار می‌گیرد و به همین علت بهتر است برای مقایسه از میزان ویژه فعالیت اقتصادی که مخرج کسر آن جمعیت ۱۰ سال به بالاست استفاده شود. بر این اساس، این میزان از تقسیم جمعیت فعال بر جمعیت ۱۰ سال به بالا به دست می‌آید.

۸.۱. بار تکفل^۴

این شاخص از تقسیم جمعیت غیرفعال بر جمعیت فعال به دست می‌آید و نشان‌دهنده آن است که هر نفر فعال باید غیر از خود چند نفر دیگر را از نظر اقتصادی تأمین کند. به این شاخص نسبت بستگی نیز گفته می‌شود.

۹.۱. میزان اشتغال

عبارت است از نسبت جمعیت شاغل به جمعیت فعال (شاغل و بیکار) ضرب در ۱۰۰.

۱۰.۱. میزان بیکاری

عبارت است از نسبت جمعیت بیکار به جمعیت فعال (شاغل و بیکار)، ضرب در ۱۰۰.

۲. رویکرد نظری: جمعیت و توسعه

در توسعه، وجود دو عامل بسیار مهم است: منابع و جمعیت. توسعه رخ نخواهد داد مگر اینکه مجموعه‌ای از انسان‌ها منابع را در مسیر توسعه به کار گیرند. برخی اندیشمندان مثل مالتوس^۵ و

2. crude activity rate

3. refined activity rate

4. dependency ratio

5. Malthus

1. demographic window

دارد. در این دیدگاه نئوکلاسیکی، تأثیر سرمایه انسانی در رشد اقتصادی «اثر سطح» نامیده می‌شود. دیدگاه دوم دیدگاه تکنیکی-پیشرفت است که جزء محوری بسیاری از مدل‌های رشد درونی است. در این دیدگاه، رشد بهره‌وری عاملی کل (TFP)^۴ بستگی به ذخیره سرمایه انسانی از طریق تولید داخلی نوآوری فناورانه یا اقتباس و به‌کارگیری فناوری جدید خارجی دارد. در هر مورد، رشد TFP به طور مثبت با سطح متوسط سرمایه انسانی مرتبط است. در این دیدگاه، اثر سرمایه انسانی بر رشد اقتصادی «اثر رشد» نامیده می‌شود (Peng, 2005: 4).

مدل تئوریک دیگری نظریه چرخه زندگی اقتصادی است. این نظریه را نخست فرانکو مودigliانی^۵ برای تبیین الگوهای مصرف و پس‌انداز مطرح کرد (Malmberg and Sommestad, 2000: 7). طبق نظریه سیکل زندگی اقتصادی، جریان درآمدی هر فرد در اوایل و اواخر عمر نسبتاً پایین و کم‌مقدار است. از طرف دیگر، هر فرد می‌تواند انتظار داشته باشد که سطوح مصرفی وی در تمام دوران عمر ثابت بماند یا روند افزایش خفیف داشته باشد. این مدل بیان می‌دارد که در سال‌های اولیه زندگی، فرد وام‌گیرنده خالص است و در سال‌های میانی عمر مقداری از درآمد خود را پس‌انداز می‌کند تا بدهی‌های قبلی‌اش را تأدیه کند و مقداری را هم به دوران کهولت و پیری اختصاص دهد؛ در واقع، در سال‌های آخر عمر، فرد پس‌انداز منفی دارد (بهشتی و احمدزاده، ۱۳۸۴: ۵).

براساس این نظریه یک چرخه زندگی اقتصادی وجود دارد که قویاً تحت تأثیر رفتار افرادی است که از کودکی به سوی بزرگسالی و سالخوردگی حرکت می‌کنند. از این رو، انتظار داریم که ساختار سنی بر رشد و توسعه اقتصادی تأثیر بگذارد. بدین ترتیب، با توجه به الگوی چرخه زندگی اقتصادی و تغییرات ساختار سنی، هر کشور ممکن است، بسته به اینکه کدام گروه بزرگ سنی — کودکان، بزرگسالان، سالمندان — سهم و رشد غالب جمعیتی را دارند، شرایط اقتصادی متفاوتی ایجاد کند (Malmberg and Sommestad, 2000: 7). در نیمه اول قرن بیست و یکم، تغییرات ساختار سنی جمعیت در اغلب کشورهای در حال توسعه در جهت افزایش نسبت جمعیت

نئومالتوسین‌ها رشد جمعیت را مانع توسعه دانسته‌اند و، در مقابل، برخی دیگر از جمله سایمون^۱ رشد جمعیت را محرک توسعه برشمرده‌اند. برخی نیز، با ارائه مدل‌های جدید اقتصادی، رشد جمعیت را بی‌تأثیر در رشد و توسعه اقتصادی دانسته‌اند. تمرکز اصلی این دیدگاه‌ها بر رشد و حجم جمعیت بوده است که موجب شده تا تأثیر یک عامل اصلی جمعیتی، یعنی ساختار سنی و تغییرات آن را در فرایند توسعه اقتصادی نادیده بگیرند. انتقال‌های ساختار سنی، با توجه به رفتار اقتصادی متفاوت افراد در چرخه زندگی، می‌تواند آثار قابل توجهی بر عملکرد اقتصادی داشته باشد. بر همین اساس، در گفتمان جدید جمعیت و توسعه، به‌ویژه با توجه به تجربه انتقال ساختار سنی شرق آسیا و رشد معجزه‌آسای اقتصادی همراه با آن، ایده و نظریه پنجره جمعیتی و سایر مفاهیم مرتبط با آن، از قبیل سود یا امتیاز جمعیتی و هدیه جمعیتی، در زمینه تأثیرات پویایی جمعیت در رشد و توسعه اقتصادی مطرح شده است (فرجادی و صادقی، ۱۳۸۶: ۶-۳).

از این رو، رویکردهای نظری جدیدی در خصوص اهمیت ساختار سنی جمعیت در رشد و توسعه اقتصادی مطرح شده است. در مباحث اقتصاد جمعیت، نظریه‌ها و مدل‌های مختلفی به تبیین اهمیت ساختار سنی در رشد اقتصادی پرداخته‌اند که از میان آنها، نظریه سرمایه انسانی و رویکرد چرخه زندگی اقتصادی از اهمیت بسزایی برخوردارند که در ادامه به طور خلاصه به توضیح آنها می‌پردازیم.

سرمایه انسانی و اهمیت آن برای رشد اقتصادی همواره در نظریه‌ها و مدل‌های مختلف اقتصادی مورد توجه بوده است. به طور کلی، این مدل‌ها و نظریه‌ها را می‌توان در قالب دو دیدگاه تئوریک مطرح کرد. نخست دیدگاه نئوکلاسیکی است که پیشگامان آن رومر^۲ و ویل^۳ هستند. در این دیدگاه، انباشت و تراکم سرمایه انسانی به عنوان یک عامل تولید، محرک رشد اقتصادی است. بنابراین، تفاوت کشورها در سطوح سرمایه انسانی با تفاوت آنها در سطوح تولید مرتبط است. همچنین تفاوت میزان رشد اقتصادی کشورها با تفاوت میزان انباشت سرمایه انسانی ارتباط

1. Simon

2. Romer

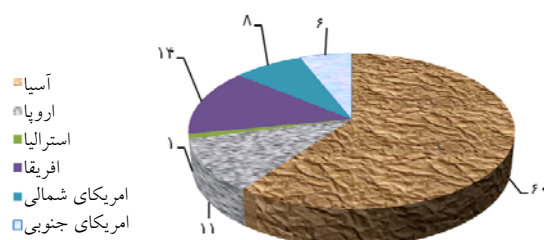
3. Wail

4. Total Factor Productivity

5. Franco Modigliani

جدول ۱. جمعیت جهان و بیست کشور اول از نظر تعداد جمعیت (۲۰۰۶)

ردیف	نام کشور	تعداد جمعیت به نفر
۱	چین	۱,۳۲۱,۸۵۱,۸۸۸
۲	هندوستان	۱,۱۲۹,۸۶۶,۱۵۴
۳	ایالات متحده آمریکا	۳۰۱,۱۳۹,۹۴۷
۴	اندونزی	۲۳۴,۶۹۳,۹۹۷
۵	برزیل	۱۹۰,۰۱۰,۶۴۷
۶	پاکستان	۱۶۴,۷۴۱,۹۲۴
۷	بنگلادش	۱۵۰,۴۴۸,۳۳۹
۸	روسیه	۱۴۱,۳۷۷,۷۵۲
۹	نیجریه	۱۳۵,۰۳۱,۱۶۴
۱۰	ژاپن	۱۲۷,۴۳۳,۴۹۴
۱۱	مکزیک	۱۰۸,۷۰۰,۸۹۱
۱۲	فیلیپین	۹۱,۰۷۷,۲۸۷
۱۳	ویتنام	۸۵,۲۶۲,۳۵۶
۱۴	آلمان	۸۲,۴۰۰,۹۹۶
۱۵	مصر	۸۰,۳۳۵,۰۲۶
۱۶	اتیوپی	۷۶,۵۱۱,۸۸۷
۱۷	ترکیه	۷۱,۱۵۸,۶۴۷
۱۸	ایران	۷۰,۴۹۵,۷۸۲
۱۹	کنگو	۶۵,۷۵۱,۵۱۲
۲۰	تایلند	۶۵,۰۶۸,۱۴۹
	جهان	۶,۳۲۱,۳۳۶,۰۰۰

منبع: www.census.gov/cgi-bin/ipc/idbrank.p1

نمودار ۲. توزیع نسبی جمعیت جهان در قاره‌های مختلف (۲۰۰۶)

قاره آسیا ۲۰ در هزار و در اقیانوسیه ۱۷ در هزار بوده است. میزان ولادت که در بالا بردن رقم جمعیت اثر مستقیم دارد در کشورهای مختلف متفاوت است. چنانکه گفته شد، در کشورهای افریقایی حداکثر میزان ولادت مشاهده شده است که بالاترین آن متعلق به گینه بیسائو و لیبیا و مالاوی به میزان هر کدام ۵۰ در هزار بوده

سنین فعالیت است، و این می‌تواند فرصتی برای رشد اقتصادی این کشورها محسوب شود. بدین ترتیب، نظریه سرمایه انسانی و رویکرد چرخه زندگی اقتصادی بر اهمیت و تأثیرگذاری تغییرات ساختار سنی در رشد و عملکرد اقتصادی تأکید دارند. در این زمینه ظهور مدل‌ها و ایده‌های جدید مانند پنجره جمعیتی، که ناشی از انتقال‌های سریع ساختار سنی در جهت افزایش سهم جمعیت در سنین فعالیت و نقش آن در رشد سریع اقتصادی است، از اهمیت زیادی برخوردار است.

۳. تحولات جمعیتی در مناطق مختلف جهان

بررسی کمی جمعیت جهان نشان می‌دهد که در چند دهه اخیر، جمعیت به سرعت در حال افزایش بوده و از ۲/۵ میلیارد نفر در سال ۱۹۵۰ میلادی به ۶ میلیارد نفر در سال ۲۰۰۶ رسیده و پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۵۰ به ۹/۱ میلیارد نفر برسد. بیشترین جمعیت جهان یعنی ۳/۹ میلیارد نفر (۶۰/۶ درصد از کل جمعیت جهان) در قاره آسیا زندگی می‌کنند. پس از آن، به ترتیب، قاره آمریکا ۹۲۲ میلیون نفر، افریقا ۹۱۵ میلیون نفر، اروپا ۷۳۱ میلیون نفر، و اقیانوسیه ۳۳ میلیون نفر جمعیت را در خود جای داده‌اند. شایان ذکر است که بیشترین درصد افزایش جمعیت تا ۲۰۵۰ مربوط به افریقا خواهد بود که برآورد می‌شود جمعیت آن تا سال ۲۰۵۰ دو برابر شود (Population Reference Bureau, 2006: 2).

چنانکه در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، ایران هجدهمین کشور پرجمعیت جهان است که ۱/۱۲ درصد از جمعیت جهان را در خود جای داده است. آینده رشد جمعیت در کشورهای آسیایی را تا حد زیادی دو کشور چین و هند که ۶۰ درصد جمعیت منطقه را دارند تعیین می‌کنند. نمودار ۲ توزیع نسبی جمعیت جهان را در قاره‌های مختلف در سال ۲۰۰۶ نشان می‌دهد.

براساس برآوردهای مربوط به سال ۲۰۰۶، میانگین میزان ولادت در جهان برابر با ۲۰/۹ در هزار بوده است، یعنی هرساله در جهان، به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت، حدود ۲۱ مورد تولد وجود داشته است. قاره افریقا بالاترین میزان ولادت (۳۸ در هزار) و قاره اروپا پایین‌ترین میزان ولادت (۱۰ در هزار) را داشته‌اند. در قاره آمریکا، کمترین میزان ولادت در حوزه کشورهای آمریکای شمالی و برابر با ۱۴ در هزار و بیشترین آن در حوزه کشورهای آمریکای مرکزی و برابر با ۲۴ در هزار گزارش شده است. میزان ولادت در

مرکزی کمترین میزان یعنی ۵ در هزار را داشته‌اند. میزان مرگ و میر در اروپا ۱۲ در هزار، امریکای شمالی ۸ در هزار، امریکای جنوبی ۶ در هزار، آسیا و اقیانوسیه هر کدام ۷ در هزار بوده است. در سال ۲۰۰۶، میانگین سال‌های امید به زندگی در جهان برابر با ۶۷/۲ سال بوده است که این میزان از قاره آفریقا با ۵۲/۸ سال شروع و به ۷۸/۵ سال در امریکای شمالی ختم می‌شود. امید به زندگی در بدو تولد در آسیا ۶۸ سال و در اقیانوسیه و اروپا ۷۵ سال بوده است. حداکثر میزان امید به زندگی در ژاپن (۸۲/۶ سال) و حداقل آن در کشورهای افریقایی موزامبیک، زامبیا و سوآزیلند (در حدود ۴۱ سال) بوده است. امید به زندگی در ایران در سال ۱۳۸۵ حدود ۷۲ سال برآورد شده است که کشور را از این نظر در رتبه شصت و هشتم قرار می‌دهد (نورالهی و فتحی، ۱۳۸۵: ۲۰-۵). در جدول ۲ برخی از مهم‌ترین شاخص‌های جمعیتی ایران و جهان آمده است.

است. پس از آن آسیا قرار دارد و کشور افغانستان با رقم ۴۸ هزار. در کشورهای اروپایی و آسیای شرقی کمترین میزان ولادت مشاهده شده است: در آلمان، چین، هنگ‌کنگ و ماکائو هر کدام با رقم ۸ در هزار. چنانچه ترتیب کشورها را برحسب میزان ولادت در نظر بگیریم، کشوری که دارای کمترین میزان ولادت است در مرتبه نخست قرار خواهد گرفت. در این ترتیب، ایران با دارا بودن میزان ولادت ۱۸ در هزار، در رتبه هفتاد و چهارم قرار می‌گیرد. میزان باروری کل از رقم ۶ فرزند در اوایل دهه ۱۹۵۰ به حدود ۲/۵ فرزند در سال ۲۰۱۰ رسیده که بیشترین کاهش مربوط به اروپا و امریکای شمالی بوده است (ibid.).

براساس آمار به دست آمده از میزان خام مرگ و میر در سال ۲۰۰۶، این میزان در جهان ۸/۶ در هزار بوده است، یعنی از هر ۱۰۰۰ نفر در سال مورد بررسی، نزدیک به ۹ نفر فوت شده‌اند. در بین قاره‌ها، قاره آفریقا حداکثر میزان مرگ و میر یعنی ۱۵ در هزار و امریکای

جدول ۲. مقایسه شاخص‌های جمعیتی در ایران و جهان (۲۰۰۶)

شرح	جهان	ایران	رتبه ایران در سطح جهانی
تعداد جمعیت (نفر)	۶,۳۲۱,۳۳۶,۰۰۰	۷۰,۴۹۵,۷۸۲	۱۸
تراکم جمعیت (نفر در هر کیلومتر مربع)	۴۸	۴۳	۱۷۵
زمان دو برابر شدن جمعیت (سال)	۳۹	۴۵	-
میزان مولید (در هزار)	۲۰/۹	۱۸	۷۴
میزان مرگ و میر (در هزار)	۸/۶	۶	۲۶
میزان رشد طبیعی جمعیت (در هزار)	۱/۲۳	۱/۲	۷۳
باروری کل (متوسط فرزند برای هر زن)	۲/۷	۲/۰	۶۳
امید به زندگی در بدو تولد (سال)	۶۷/۲	۷۲/۰۸	۶۸
نرخ باسوادی (درصد)	۸۵/۵	۸۴/۶۱	-
نسبت شهرنشینی (درصد)	۴۸/۷	۶۸/۸	-
نسبت روستانشینی (درصد)	۵۱/۳	۳۱/۲	-

منبع: نورالهی و فتحی، ۱۳۸۵: ۲۸

سیاست‌های جمعیتی و برنامه‌های تنظیم خانواده، به موفقیت‌های چشمگیری در زمینه کاهش باروری دست یافتند. به همین جهت این کشورها در نیمه اول قرن بیست و یکم، برای یک دوره سی تا چهل ساله، با انتقال‌های ساختار سنی در جهت متورم شدن و افزایش جمعیت در سنین فعالیت (۶۴-۱۵ سال) روبه‌رو می‌شوند که این وضعیت جمعیتی یک فرصت و پتانسیل استثنایی را فراروی اقتصاد این کشورها قرار می‌دهد. البته با توجه به ماهیت انتقال

۱.۳. پنجره جمعیتی: فرصتی طلایی فراروی جهان در حال توسعه در قرن ۲۱

رویکرد و مکانیزم پویایی جمعیت و رشد اقتصادی در سال‌های اخیر با توجه به روندهای در حال تغییر جمعیتی کشورهای در حال توسعه اهمیت فزاینده‌ای یافته است. این کشورها، در مسیر انتقال و گذار جمعیت‌شناختی خود، ابتدا با یک دوره انفجار مولید به‌ویژه در دوره ۱۹۸۰-۱۹۷۰ مواجه شدند اما پس از آن، با اعمال

متفاوت است. در اکثر مناطق، نسبت بستگی در طول فاز پنجره جمعیتی کاهش می‌یابد و به حداقل می‌رسد و سپس، با پایان یافتن این دوره، افزایش می‌یابد. در طول این دوره، معمولاً نسبت بستگی بین ۴۰ و ۶۰ است (فرجادی و صادقی، ۱۳۸۶: ۹).

جمعیتی و نوسان کشورها در این مسیر، زمان‌بندی پنجره جمعیتی کشورها و مناطق مختلف جهان، که در جدول ۳ منعکس شده، متفاوت است. بر این اساس، نه فقط زمان آغاز فاز پنجره جمعیتی، بلکه طول مدت این دوره و نسبت‌های بستگی مرتبط با آن نیز

جدول ۳. سال آغاز و پایان فاز پنجره جمعیتی و نسبت بستگی مرتبط برحسب مناطق مختلف جهان

مناطق	زمان‌بندی پنجره جمعیتی (سال)		نسبت بستگی (درصد)	
	آغاز	پایان	آغاز	حداقل
جهان	۲۰۰۵	۲۰۴۵	۵۵/۴	۵۵/۶
مناطق بیشتر توسعه‌یافته	قبل از ۱۹۵۰	۲۰۰۰	۵۴/۴	۴۸/۴
مناطق کمتر توسعه‌یافته	۲۰۱۰	۲۰۵۰	۵۴/۳	۵۴/۲
اروپا	قبل از ۱۹۵۰	۲۰۰۰	۵۲/۴	۴۷/۵
امریکای شمالی	۱۹۷۰	۲۰۱۵	۶۱/۷	۴۹/۳
اقیانوسیه	۱۹۸۰	۲۰۲۵	۵۲/۹	۴۸/۵
آسیا	۲۰۰۵	۲۰۴۰	۵۴/۸	۴۸/۶
امریکای لاتین و کارائیب	۲۰۰۵	۲۰۴۰	۵۵/۷	۴۹/۲
افریقا	۲۰۴۵	۲۰۸۰	۵۴/۸	۴۸/۵

منبع: United Nations, 2004: 74

۴. تحولات جمعیتی در ایران

با توجه به نوساناتی که میزان رشد جمعیت در دهه‌های متوالی داشته است، تحلیل خود را از ابعاد مختلف این بررسی بر فواصل ده‌ساله سرشماری‌های عمومی کشور متمرکز می‌کنیم.

۱.۴. تعداد و رشد جمعیت

میانگین رشد سالانه جمعیت ایران در دوره سی‌ساله ۱۳۶۵-۱۳۳۵ به سه درصد بالغ می‌شود. چنین آهنگ رشد سریعی از نظر تاریخی بی‌سابقه و استثنایی بوده است. به دنبال کاهش اساسی و مستمر مرگ و میر و شتاب رشد جمعیت، و در واقع در پاسخ به چنین روندی، از اواسط دهه ۱۳۶۰ اتفاق جمعیت‌شناختی مهم دیگری در

ایران رخ داد و آن کاهش اساسی و مستمر زاد و ولد و باروری و در نتیجه تعدیل میزان رشد سالانه جمعیت بود. چنانکه در جدول ۴ می‌بینیم، بعد از رسیدن میزان رشد مثبت سالانه جمعیت به نقطه اوج ۳/۹ درصد، روند رو به کاهش میزان رشد سالانه جمعیت از سال ۱۳۶۵ به بعد آغاز می‌شود. با توجه به آنچه گفته شد می‌توان نتیجه گرفت که ایران در ۷۰ سال اخیر مراحل گذار جمعیتی را یکی پس از دیگری پشت سر گذاشته است. یکی از پیامدهای کاهش اساسی و مستمر زاد و ولد و باروری تغییر بنیادی ساختار و هرم سنی جمعیت است که در ادامه به آن می‌پردازیم. در جدول ۴ تعداد و میزان رشد سالانه جمعیت در سرشماری‌های انجام‌شده در کشور منعکس شده است.

جدول ۴. تعداد و میزان رشد سالانه جمعیت ایران (۱۳۳۵-۱۳۸۵)

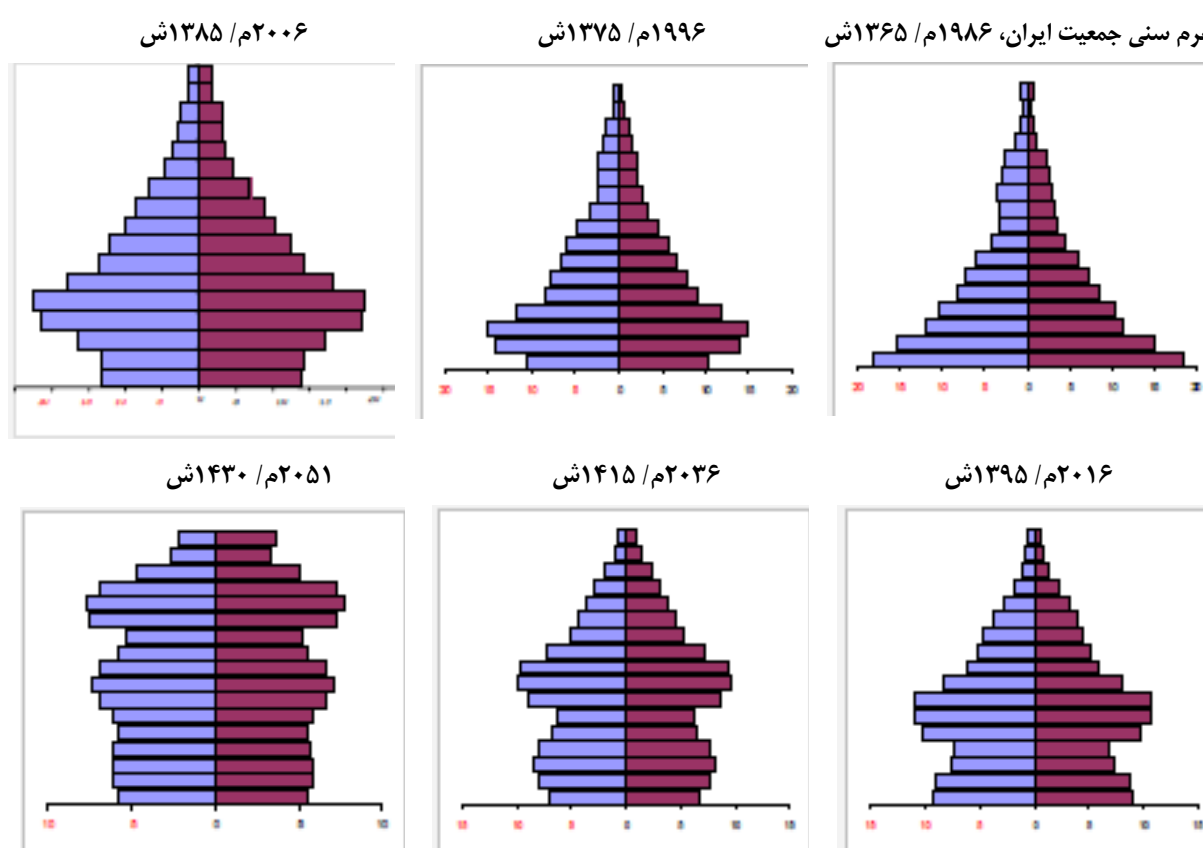
میزان رشد سالانه (درصد)					جمعیت (میلیون نفر)					
۱۳۷۵-۸۵	۱۳۶۵-۷۵	۱۳۵۵-۶۵	۱۳۴۵-۵۵	۱۳۳۵-۴۵	۱۳۸۵	۱۳۷۵	۱۳۶۵	۱۳۵۵	۱۳۴۵	۱۳۳۵
۱/۶	۲	۳/۹	۲/۷	۳/۱	۷۰	۶۰	۴۹/۴	۳۳/۷	۲۵/۷	۱۸/۹

منبع: مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵-۱۳۳۵

۲.۴. ساختار سنی جمعیت

از منظر تاریخی به جرئت می‌توان گفت که هرم سنی جمعیت ایران تا سال ۱۳۶۵ همواره قاعده‌ای پهن و گسترده و شکل واقعی یک هرم را داشته است. به این ساختار سنی جمعیت، که بیش از ۴۰ درصد آن را افراد سنین کمتر از ۱۵ سال تشکیل می‌دهند، در عرف جمعیت‌شناسی، «جمعیت جوان» می‌گویند. با کاهش اساسی و مستمر زاد و ولد و باروری در ایران، که از اواسط دهه ۱۳۶۰

شروع شد، هرم سنی جمعیت کشور دستخوش تغییر بنیادی شد و شکل تاریخی خود را از دست داد. شکل هرم سنی جمعیت ایران در سال ۱۳۷۵ و به‌خصوص ۱۳۸۵ به وضوح نشان از تغییر بنیادی دارد، به این معنی که قاعده پهن و گسترده آن جمع شده و گستردگی به‌تدریج به سنین بالاتر منتقل شده است. نمودار ۳ هرم سنی جمعیت ایران را در سال‌های ۱۳۶۵، ۱۳۷۵، ۱۳۸۵ و همچنین برآورد آن را برای سال‌های ۱۳۹۵، ۱۴۱۵ و ۱۴۳۰ نشان می‌دهد.



منبع: مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵-۱۳۶۵؛ United Nations, 2007

نمودار ۳. انتقال ساختار سنی جمعیت ایران (۱۳۶۵-۱۴۳۰)

سنین زیر ۱۵ سال قرار داشته‌اند که این رقم در مواردی حتی به بیش از ۴۵ درصد نیز می‌رسیده است. در سال ۱۳۷۵، نسبت درصد جمعیت کمتر از ۱۵ سال، در مقایسه با سال ۱۳۶۵، شش رقم کاهش یافته و به ۳۹/۵ درصد رسیده است. آنچه در مورد رقم اخیر شایان ذکر است زیر ۴۰ درصد بودن آن است که می‌توان آن را از نظر تاریخی بی‌سابقه و نقطه عطفی در جهت قرار گرفتن در مسیر

برای درک بهتر مطلب، نسبت درصد جمعیت کشور در سه گروه سنی (کمتر از ۱۵ سال، ۱۵-۶۴ سال و بالاتر از ۶۵ سال) در سال‌های سرشماری در جدول ۵ منعکس شده است.

با مرور نسبت درصدها در جدول ۵ می‌توان درک بهتر و شفاف‌تری از مطالب فوق‌الذکر به دست آورد. چنانکه مشاهده می‌شود، تا سال ۱۳۶۵، همواره بیش از ۴۰ درصد جمعیت کشور در

۳.۴. توزیع جمعیت

با توجه به آمار جمعیت شهری کشور در سال ۱۳۸۵، میزان شهرنشینی در این سال برابر با ۶۸/۴۶ درصد بوده است. مقایسه میزان شهرنشینی در این سال با سال‌های ۱۳۶۵ و ۱۳۷۵ حاکی از روندی افزایشی است که طی نیم قرن اخیر در جامعه ما معمول بوده است. این میزان برای سال ۱۳۷۵ برابر با ۶۱/۳۱ درصد است.

جدول ۷. ساختار سنی جمعیت به تفکیک استان (۱۳۸۵)

استان	۰ تا ۱۴ ساله	۱۵ تا ۶۴ ساله	۶۵ ساله و بیشتر
کل کشور	۲۵/۰۸	۶۹/۷۳	۵/۱۹
آذربایجان شرقی	۲۳/۰۷	۷۰/۶۰	۶/۳۲
آذربایجان غربی	۲۷/۴۵	۶۷/۴۵	۵/۱۱
اردبیل	۲۶/۲۲	۶۸/۲۰	۵/۵۹
اصفهان	۲۲/۰۹	۷۲/۱۳	۵/۷۸
ایلام	۲۵/۴۳	۷۰/۱۰	۴/۴۷
بوشهر	۲۵/۷۰	۷۰/۲۵	۴/۰۶
تهران	۲۱/۴۱	۷۳/۶۵	۴/۹۴
چهارمحال و بختیاری	۲۷/۲۱	۶۷/۷۷	۵/۰۲
خراسان جنوبی	۲۸/۵۷	۶۴/۴۰	۷/۰۲
خراسان رضوی	۲۷/۱۳	۶۷/۶۷	۵/۲۹
خراسان شمالی	۲۹/۳۵	۶۵/۷۱	۴/۹۴
خوزستان	۲۸/۵۷	۶۷/۶۵	۳/۷۸
زنجان	۲۵/۲۷	۶۸/۷۷	۵/۹۶
سمنان	۲۲/۶۳	۷۱/۳۳	۶/۰۴
سیستان و بلوچستان	۳۸/۸۵	۵۸/۲۰	۲/۹۵
فارس	۲۳/۸۸	۷۰/۹۲	۵/۲۰
قزوین	۲۴/۳۲	۷۰/۵۹	۵/۰۹
قم	۲۶/۳۷	۶۹/۰۹	۴/۵۳
کردستان	۲۶/۲۲	۶۸/۳۶	۵/۳۰
کرمان	۲۸/۳۲	۶۶/۹۸	۴/۷۹
کرمانشاه	۲۴/۳۵	۷۰/۲۸	۵/۳۷
کهگیلویه و بویراحمد	۲۸/۹۶	۶۶/۷۸	۴/۲۶
گلستان	۲۷/۱۹	۶۸/۵۳	۴/۲۸
گیلان	۲۵/۲۵	۷۱/۴۵	۷/۳۰
لرستان	۲۶/۳۳	۶۸/۶۶	۵/۰۱
مازندران	۲۵/۳۱	۷۲/۷۰	۵/۹۹
مرکزی	۲۳/۱۷	۶۹/۹۷	۶/۸۶
هرمزگان	۳۰/۹۲	۶۵/۰۱	۴/۰۷
همدان	۲۲/۰۹	۶۹/۶۰	۶/۳۱
یزد	۲۴/۳۵	۶۹/۸۵	۵/۷۹

منبع: مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵

جدول ۵. نسبت درصد جمعیت کشور در سه گروه گسترده سنی در

سال‌های ۱۳۳۵ تا ۱۳۸۵ (به فواصل ده سال)

گروه‌های سنی	۰-۱۴	۱۵-۶۴	۶۵ به بالا	جمع
سال				
۱۳۳۵	۴۲/۲	۵۳/۸	۴	۱۰۰
۱۳۴۵	۴۶/۱	۵۰	۳/۵	۱۰۰
۱۳۵۵	۴۴/۵	۵۲	۳/۵	۱۰۰
۱۳۶۵	۴۵/۵	۵۱/۵	۳	۱۰۰
۱۳۷۵	۳۹/۵	۵۶/۲	۴/۳	۱۰۰
۱۳۸۵	۲۵/۱	۶۹/۷	۵/۲	۱۰۰

منبع: مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵-۱۳۳۵

انتقال ساختار سنی تلقی کرد. مبنای نیل به چنین نقطه عطفی کاهش اساسی و مستمر باروری از اواسط دهه ۱۳۶۰ بوده است. در فاصله سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵، کاهش نسبت درصد جمعیت کمتر از ۱۵ سال به سرعت ادامه یافته و از ۳۹/۵ درصد به ۲۵/۱ درصد در سال ۱۳۸۵ رسیده است. با توجه به افزایش نسبت جمعیت سنین فعالیت و کاهش نسبت‌های بستگی، ایران در سال ۱۳۸۵ وارد فاز پنجره جمعیتی شده و چنانکه جدول ۶ نشان می‌دهد، این فاز ۴۰ سال یعنی تا سال ۲۰۴۵ طول خواهد کشید. در این مدت، نسبت بستگی حتی به حدود ۴۴ درصد کاهش می‌یابد. این وضعیت در واقع بیانگر ساختار طلایی جمعیت و فراهم شدن پتانسیل بالا برای رشد و توسعه اقتصادی در ایران است.

جدول ۶. سال آغاز و پایان فاز پنجره جمعیتی و نسبت بستگی

مرتبط در ایران

کشور	زمان بندی پنجره جمعیتی (سال)		نسبت بستگی (درصد)	
	آغاز	پایان	طول مدت	حداقل
ایران	۲۰۰۵	۲۰۴۵	۴۰	۵۱/۸
				۴۴/۲
				۴۷/۹

منبع: United Nations, 2004: 237

جدول ۷ نشان می‌دهد که این تغییرات در همه استان‌های کشور رخ داده است. در میان استان‌ها، استان‌های تهران و سیستان و بلوچستان، به ترتیب، بیشترین و کمترین نسبت جمعیت در سنین فعالیت را داشته‌اند.

بالاترین میزان شهرنشینی در سال ۱۳۸۵ مربوط به استان‌های قم و تهران، به ترتیب با ۹۳/۹۱ و ۹۱/۳۵ درصد، و کمترین میزان شهرنشینی متعلق به استان‌های هرمزگان و کهگیلویه و بویراحمد، به ترتیب با ۴۷/۱۱ و ۴۷/۶۴ درصد، بوده است.

گرایش به شهرنشینی و تمرکز جمعیت در شهرها منجر به تغییراتی در رشد جمعیت مناطق شهری و روستایی شده است، به طوری که رشد سالانه جمعیت در فاصله سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۷۵ در مناطق شهری کشور برابر با ۲/۷۴ درصد و در مناطق روستایی ۰/۴۴- درصد بوده است (جداول ۸ و ۹). استان تهران از این نظر وضع ویژه‌ای دارد. در این استان رشد سالانه جمعیت مناطق روستایی، که در دهه ۱۳۷۵-۱۳۶۵ تقریباً برابر با رشد سالانه جمعیت مناطق شهری بوده است (۲/۴۵ در برابر ۲/۶۵ درصد)، در دوره ۱۳۸۵-۱۳۷۵، به ۳/۲۴ در برابر ۲/۰۷- رسیده است.

۴.۴. تحولات اشتغال و بیکاری

جمعیت ۱۰ ساله و بالاتر کشور از ۱۲/۷ میلیون نفر در سال ۱۳۳۵ به ۵۹/۵ میلیون نفر (تقریباً ۵ برابر) در سال ۱۳۸۵ رسیده است. در دوره ۱۳۴۵-۱۳۳۵، رشد جمعیت ۱۰ سال به بالا از رشد کل جمعیت کمتر بوده است (۲/۶ درصد در مقابل ۲/۸ درصد). در دوره ۱۳۵۵-۱۳۴۵، برعکس دوره قبلی، رشد جمعیت ۱۰ ساله و بالاتر از رشد کل جمعیت بیشتر بوده (۳/۲ درصد در مقابل ۲/۷ درصد) که این افزایش ناشی از اجرای برنامه تنظیم خانواده و کاهش اندک مولید بوده است. در دوره ۱۳۶۵-۱۳۵۵، به دلیل روند افزایشی میزان مولید، رشد جمعیت ۱۰ سال به بالا از رشد کل جمعیت کمتر بوده است (۳/۶ در مقابل ۳/۹). در دوره ۱۳۷۵-۱۳۶۵، به علت کاهش زیاد میزان مولید و همچنین ورود مولید دوره قبل به سنین بالای ۱۰ سال، جمعیت ۱۰ ساله و بالاتر رشد به مراتب بیشتری از رشد کل جمعیت داشته است (۳/۳ در مقابل ۱/۹). و در نهایت در دوره ۱۳۸۵-۱۳۷۵ نیز به دلیل ادامه روند کاهشی میزان مولید، رشد جمعیت ۱۰ ساله و بالاتر بیشتر از رشد کل جمعیت بوده است (۲/۷ درصد در مقابل ۱/۶ درصد).

جمعیت فعال کشور (شاغل و بیکار در جست‌وجوی کار) از ۶ میلیون نفر در سال ۱۳۳۵ به ۲۳/۵ میلیون نفر در سال ۱۳۸۵ افزایش یافته و، در مقابل، شمار جمعیت غیرفعال از ۶/۷ میلیون نفر به ۳۶ میلیون نفر رسیده، یعنی در مقابل ۳/۹ برابر شدن جمعیت فعال، جمعیت غیرفعال کشور ۵/۵۷ برابر شده است. به عبارت دیگر، در طی این مدت، نسبت جمعیت فعال به ۴۰ و جمعیت غیرفعال به ۶۰ درصد رسیده که این مورد یکی از مهم‌ترین موارد ائتلاف منابع انسانی در ایران است. در طول همین دوره، جمعیت شاغل ۳/۴۵ برابر و جمعیت بیکار ۳ برابر شده است. این امر فشار عظیمی را برای تأمین فعالیت به جامعه تحمیل می‌کند که از یک طرف به تضعیف و تلاشی بازار رسمی فعالیت و اشتغال منجر می‌شود و از طرف دیگر بازار غیررسمی آن را گسترش می‌دهد و فعالیت‌های غیرضابطه‌مندی را ایجاد می‌کند که مبارزه با آنها به منظور شفاف کردن سیمای فعالیت و اشتغال، تلاش و سرمایه‌فزاینده‌ای را می‌طلبد و در نهایت نیز مهارناپذیر

جدول ۸. جمعیت نقاط شهری کشور و متوسط رشد سالانه آن (۱۳۸۵-۱۳۶۵)

سال	جمعیت	متوسط رشد سالانه	
		دوره	درصد
۱۳۶۵	۲۶,۸۴۴,۵۶۱	۱۳۵۵-۶۵	۵/۱۲
۱۳۷۰	۳۱,۸۳۶,۵۹۸	۱۳۶۵-۷۰	۳/۴۷
۱۳۷۵	۳۶,۸۱۷,۷۸۹	۱۳۷۰-۷۵	۲/۹۵
۱۳۸۵	۴۸,۲۵۹,۹۶۴	۱۳۷۵-۸۵	۲/۷۴

منبع: مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵ (محاسبه براساس نتایج سرشماری)

جدول ۹. جمعیت نقاط روستایی کشور و متوسط رشد سالانه آن (۱۳۸۵-۱۳۶۵)

سال	جمعیت	متوسط رشد سالانه	
		دوره	درصد
۱۳۶۵	۲۲,۶۰۰,۴۴۹	۱۳۵۵-۶۵	۱/۸۷
۱۳۷۰	۲۴,۰۰۰,۵۶۵	۱۳۶۵-۷۰	۱/۲۱
۱۳۷۵	۲۳,۳۳۷,۶۹۹	۱۳۷۰-۷۵	-۰/۶۴
۱۳۸۵	۲۲,۳۳۵,۸۱۸	۱۳۷۵-۸۵	-۰/۴۴

منبع: مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵ (محاسبه براساس نتایج سرشماری)

در سال ۱۳۸۵، از جمعیت ۷۰,۴۹۵,۷۸۲ نفری کشور، ۶۸/۴۶ درصد در نقاط شهری و ۳۱/۳۹ درصد در نقاط روستایی سکونت داشته و بقیه غیرساکن بوده‌اند. به لحاظ تعداد جمعیت، استان تهران با

می‌ماند. قاچاق مواد مخدر، تولید فراورده‌های غیرمجاز، شبکه‌های زیرزمینی تولید و توزیع کالا، گریز از مقررات و پرداخت مالیات و حقوق قانونی، و چگونگی عملکرد دلالتان ارز و مایحتاج ضروری نمودهای روشنی از این ضعف و تلاشی بازار رسمی فعالیت است که هر روز بر پیچیدگی آن افزوده می‌شود و درمان و علاج را مشکل‌تر می‌سازد. واقعیت این است که مسائل اجتماعی به کندی شکل می‌گیرند و در طول دوران شکل‌گیری خود حساسیت‌های کمتری ایجاد می‌کنند، اما وقتی شکل گرفتند و با روش‌های

اصولی با آنها برخورد نشد به گره‌های کوری تبدیل می‌شوند که با اقدامات نادرست کورت‌تر و پیچیده‌تر می‌گردند و جامعه را در مقابل مشکلات لاینحل قرار می‌دهند. چنانکه در جدول ۱۰ مشاهده می‌شود، در شرایطی که جمعیت فعال کشور از رشد سالانه ۴ درصد در دوره ۱۳۸۵-۱۳۷۵ برخوردار بوده، جمعیت شاغل سالانه فقط ۳/۵ درصد افزایش داشته است و به همین دلیل تعداد بیکاران در دهه مذکور دو برابر شده و از ۱/۵ میلیون نفر در سال ۱۳۷۵ به ۳ میلیون نفر در سال ۱۳۸۵ رسیده است.

جدول ۱۰. تعداد و میزان رشد سالانه جمعیت ۱۰ سال به بالا و جمعیت فعال و شاغل و بیکار (۱۳۸۵-۱۳۷۵)

انواع جمعیت	جمعیت (میلیون نفر)					میزان رشد سالانه (درصد)					
	۱۳۳۵	۱۳۴۵	۱۳۵۵	۱۳۶۵	۱۳۷۵	۱۳۸۵	۱۳۳۵_۴۵	۱۳۴۵_۵۵	۱۳۵۵_۶۵	۱۳۶۵_۷۵	۱۳۷۵_۸۵
جمعیت ۱۰ سال به بالا	۱۲/۷	۱۶/۵	۲۳	۳۲/۸	۴۵/۴	۵۹/۵	۲/۶	۳/۳	۳/۶	۳/۳	۲/۷
جمعیت فعال	۶	۷/۵	۹/۸	۱۲/۸	۱۶	۲۳/۵	۲/۲	۲/۶	۲/۷	۲/۲	۳/۹
جمعیت شاغل	۵/۹	۶/۸	۸/۸	۱۱	۱۴/۵	۲۰/۴	۱/۵	۲/۵	۲/۲	۲/۸	۳/۵
جمعیت بیکار	۱	۰/۷	۱	۱/۸	۱/۵	۳	۱۶/۴	۳/۲	۶/۲	-۲	۷/۵

منبع: مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵-۱۳۳۵

میزان عمومی فعالیت نشان‌دهنده تعداد افراد فعال از نظر اقتصادی به ازای هر ۱۰۰ نفر جمعیت است. این میزان از ۳۲ درصد در سال ۱۳۳۵ به ۳۳/۳ درصد در سال ۱۳۸۵ رسیده است. قابل ذکر است که مخرج کسر این میزان کل جمعیت است که تحت تأثیر ساختمان سنی جمعیت قرار می‌گیرد. به همین دلیل بهتر است برای مقایسه از میزان ویژه فعالیت اقتصادی که مخرج کسر آن جمعیت ۱۰ سال به بالاست استفاده شود.

میزان ویژه فعالیت اقتصادی در ایران از ۴۷/۵ درصد در سال ۱۳۳۵ به ۳۹/۴ درصد در سال ۱۳۸۵ رسیده است. این میزان نشان‌دهنده آن است که در سال ۱۳۳۵، از هر ۱۰۰ نفر جمعیت ۱۰ ساله و بالاتر در ایران، ۴۷/۵ نفر از نظر اقتصادی فعال (شاغل یا بیکار در جست‌وجوی کار) بوده‌اند که این رقم به ۳۹/۴ نفر در سال ۱۳۸۵ رسیده است. همان‌طور که در جدول ۱۱ منعکس است، سهم جمعیت فعال از جمعیت ۱۰ ساله و بالاتر در سایر سرشماری‌ها (۱۳۴۵، ۱۳۵۵، ۱۳۶۵ و ۱۳۷۵) به ترتیب ۴۵/۹، ۴۲/۵، ۳۹ و ۳۵/۳ درصد بوده است که روند رو به کاهشی را تا سال ۱۳۷۵ نشان می‌دهد. این شاخص در فاصله سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵ افزایش یافته است.

جدول ۱۱. میزان عمومی و ویژه فعالیت و بار تکفل (۱۳۸۵-۱۳۳۵)

موارد	۱۳۳۵	۱۳۴۵	۱۳۵۵	۱۳۶۵	۱۳۷۵	۱۳۸۵
میزان عمومی فعالیت	۳۲	۳۰/۲	۲۹	۲۵/۹	۲۶/۷	۳۳/۳
میزان ویژه فعالیت اقتصادی	۴۷/۵	۴۵/۹	۴۲/۵	۳۹	۳۵/۳	۳۹/۴
بار تکفل	۲/۲	۲/۶	۲/۸	۴	۳/۱	۲/۴

منبع: مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵-۱۳۳۵

شاخص دیگری که در این قسمت مورد بررسی قرار می‌گیرد بار تکفل است. این شاخص از تقسیم جمعیت غیرفعال بر جمعیت فعال به دست می‌آید و نشان‌دهنده آن است که هر فرد فعال لازم است غیر از خود چند نفر دیگر را از نظر اقتصادی تأمین کند. این شاخص از ۲/۲ در سال ۱۳۳۵ به ۲/۴ در سال ۱۳۸۵ رسیده است. به عبارت دیگر، در سال ۱۳۸۵، هر فرد شاغل می‌بایست علاوه بر خودش ۲/۴ نفر دیگر را نیز از نظر اقتصادی تأمین می‌کرده است. بالاترین میزان این شاخص مربوط به سال ۱۳۶۵ (۴ نفر) و پایین‌ترین آن مربوط به سال ۱۳۳۵ (۲/۲ نفر) است.

جدول ۱۲ میزان اشتغال و بیکاری را به تفکیک جنس و

پایین‌ترین آن مربوط به سال ۱۳۶۵ با ۸۷ درصد بوده است. میزان اشتغال مردان در سال ۱۳۸۵، ۸۹/۲ درصد بوده است. میزان اشتغال زنان نیز از ۹۹/۶ درصد در سال ۱۳۳۵ تا ۷۴/۶ درصد در سال ۱۳۶۵ متغیر بوده است. میزان اشتغال زنان در سال ۱۳۸۵ برابر با ۷۶/۶ درصد و بیش از ۱۰ رقم پایین‌تر از میزان اشتغال مردان بوده است. نکته قابل تأمل در جدول ۱۲ این است که از سال ۱۳۵۵ به بعد، میزان بیکاری زنان در کلیه سال‌های سرشماری بیش از مردان است. افزایش سهم زنان در دوره‌های متوسطه و دانشگاهی، بالا رفتن سن ازدواج، کاهش تعداد فرزندان، و افزایش اوقات فراغت موجب شده که روز به روز بر میزان ورود زنان به بازار کار افزوده شود، ولی چون با خیل عظیم جوانان (پسران) تازه‌وارد به بازار کار روبه‌رو هستیم و هنوز اقتصاد جامعه نتوانسته برای بسیاری از آنها شغل ایجاد کند، تقاضای کار زنان عامل تشدیدکننده بیکاری در جامعه ما به حساب می‌آید.

براساس سرشماری‌های ۱۳۸۵-۱۳۳۵ نشان می‌دهد. در طی این سال‌ها، ۸۵ تا بیش از ۹۷ درصد جمعیت فعال، شاغل و بقیه بیکار در جست‌وجوی کار بوده‌اند. بالاترین میزان اشتغال مربوط به سال ۱۳۳۵ با ۹۷/۳ درصد و کمترین میزان اشتغال مربوط به سال ۱۳۶۵ با ۸۵/۸ درصد بوده است. قابل ذکر است که میزان اشتغال در سال ۱۳۸۵ برابر با ۸۷/۲ درصد بوده است (۸۹/۲ درصد مردان و ۷۶/۶ درصد زنان شاغل بوده‌اند). میزان بیکاری از ۲/۶ درصد در سال ۱۳۳۵ با رشد صعودی ممتد به ۱۴/۲ درصد در سال ۱۳۶۵ رسیده است. این میزان در سال ۱۳۷۵ به ۹ درصد کاهش و مجدداً در سال ۱۳۸۵ به ۱۲/۷ درصد افزایش پیدا کرده است. نسبت زیادی از این افزایش به زنان بیکار در جست‌وجوی کار مربوط می‌شود که از ۱۳/۳ درصد در سال ۱۳۷۵ به ۲۳/۳ درصد در سال ۱۳۸۵ رسیده است (۱۰ رقم افزایش در طول ۱۰ سال). بالاترین میزان اشتغال مردان مربوط به سال ۱۳۳۵ با ۹۷ درصد و

جدول ۱۲. میزان اشتغال و بیکاری به تفکیک جنس (۱۳۸۵-۱۳۳۵)

موارد	۱۳۳۵	۱۳۴۵	۱۳۵۵	۱۳۶۵	۱۳۷۵	۱۳۸۵
میزان اشتغال	کل	۹۷/۳	۹۰/۴	۸۹/۸	۸۵/۸	۸۷/۲
	مرد	۹۷	۹۰/۳	۹۰/۹	۸۷	۸۹/۲
	زن	۹۹/۶	۹۱	۸۳/۶	۷۴/۶	۷۶/۶
میزان بیکاری	کل	۲/۶	۹/۶	۱۰/۲	۱۴/۲	۱۲/۷
	مرد	۲/۸	۹/۶	۹/۱	۱۲/۹	۱۰/۸
	زن	۰/۴	۸/۱	۱۶/۴	۲۵/۴	۲۳/۳

منبع: مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵-۱۳۳۵

۵.۴. توزیع شاغلین در بخش‌های عمده فعالیت اقتصادی

در سال ۱۳۵۵، نسبت جمعیت شاغل در بخش‌های سه‌گانه فعالیت اقتصادی تقریباً برابر بوده است. کمترین درصد شاغلین در سال ۱۳۵۵ به بخش خدمات با ۳۰/۹ درصد و بالاترین آن به بخش صنعت با ۳۴/۲ درصد اختصاص داشت. در سال ۱۳۶۵، از سهم شاغلین در دو بخش کشاورزی و صنعت کاسته و به سهم آنان در بخش خدمات افزوده شد. این روند با نوساناتی در سال‌های بعد هم ادامه یافت، به طوری که در سرشماری ۱۳۸۵، سهم شاغلین در هریک از بخش‌های سه‌گانه کشاورزی و صنعت و خدمات به ترتیب برابر با ۱۸، ۳۱/۷ و ۴۷/۹ درصد بوده است. معمولاً در مسیر توسعه، به تدریج از سهم جمعیت در بخش کشاورزی کاسته و به

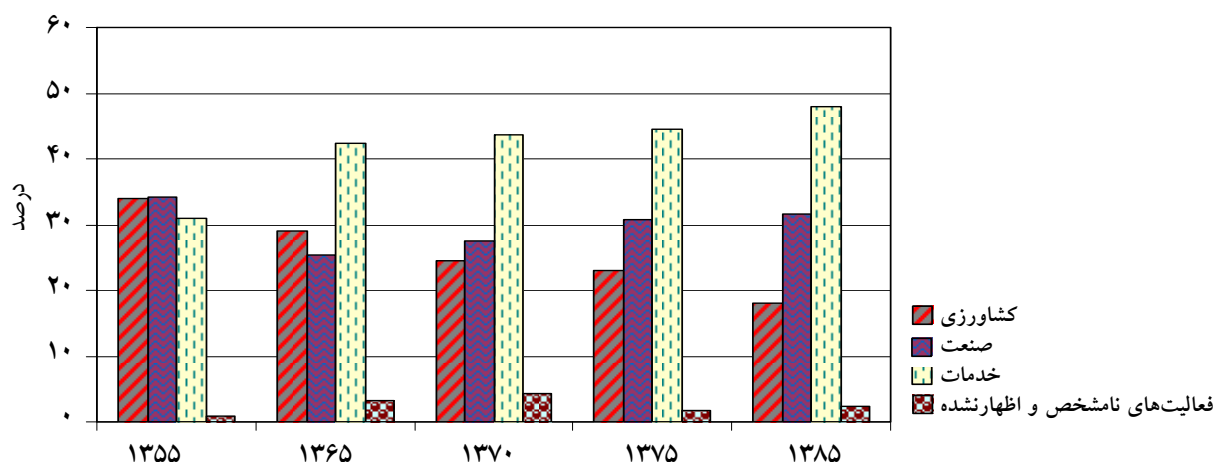
سهم جمعیت در بخش صنعت اضافه می‌شود و زمانی که بخش صنعت اشباع گردید، سهم شاغلین در بخش خدمات سیر فزاینده پیدا می‌کند. اما در ایران، همان‌طور که در نمودار ۴ مشاهده می‌شود، قبل از آنکه بخش صنعت به حد اشباع برسد و کشور از نظر صنعتی خودکفا شود، درصد شاغلین در این بخش نه تنها افزایش پیدا نکرده بلکه با اندکی کاهش همراه بوده و در عوض بخش خدمات دچار تورم کاذب شده است. این روند منجر به ایجاد بیکاری پنهان یا اشتغال کاذب در کشور شده است.

۶.۴. چالش‌ها و مسائل اصلی مربوط به جمعیت و توسعه

- حفظ سطوح کم باروری: اگرچه زنان ایران به سطح

جانشین سازی باروری رسیده‌اند، ادامه گسترش خدمات بهداشت باروری، از جمله برنامه تنظیم خانواده، برای تأمین نیازهای حال و آینده امری حیاتی است. از آنجا که سن نصف جمعیت کشور زیر ۲۴ سال است، عملکرد اجتماعی-

اقتصادی و رفتار باروری نسل حاصل از افزایش شدید جمعیت در سال‌های دهه ۱۳۶۰، نیرویی قدرتمند است که آینده ایران را شکل خواهد داد.



نمودار ۴. توزیع شاغلین در بخش‌های عمده اقتصادی (۱۳۵۵-۱۳۸۵)

منبع: مرکز آمار ایران، ۱۳۵۵-۱۳۸۵

- کاهش تفاوت‌های جنسیتی: به رغم موفقیت‌های چشمگیر در زمینه بهداشت و آموزش زنان، چالش‌هایی در زمینه ترویج و حمایت از برابری جنسیتی و توانمندسازی زنان، مطابق با هدف سوم از اهداف توسعه هزاره و کنوانسیون‌ها و کنفرانس‌های بین‌المللی مربوط، وجود دارد. مشارکت زنان در بازار کار با دستمزد در غیر از بخش کشاورزی محدود است (۱۴/۷ درصد). پیشرفت قابل توجه آموزشی زنان با افزایش مشارکت اقتصادی آنان همراه نبوده است. لازم است فرصت‌های شغلی برای زنان افزایش و برابری جنسیتی در بازار کار تحقق یابد. حمایت از قدرت رقابت اقتصادی ایران و تعامل فعالانه با اقتصاد جهانی مستلزم ایجاد محیط مناسب برای مشارکت اقتصادی زنان است که از هدف‌های اصلی سند چشم‌انداز ۲۰ ساله ایران (۲۰۲۵-۲۰۰۵) به شمار می‌آید. علاوه بر این، حضور نمایندگان زن در مجلس شورای اسلامی (۲/۸ درصد) و مشارکت آنان در مشاغل مدیریتی و تصمیم‌گیری محدود است.

- مزایای جمعیتی (پنج‌جریه جمعیتی): مزایای جمعیتی که

عبارت است از افزایش نرخ رشد اقتصادی به دنبال افزایش سهم افراد در سنین کار در یک جمعیت، چالش جمعیتی دیگر ایران است. این امر در تغییرات جمعیتی به این علت رخ می‌دهد که نرخ باروری کاهش می‌یابد و از نسبت وابستگی جوانان کاسته می‌شود. در آخرین سرشماری جمعیت و مسکن، شمار جمعیت بالای ۱۰ سال ۵۹ میلیون و ۵۲۳ هزار نفر ثبت شد که ۴۰/۶ درصد از این تعداد از لحاظ اقتصادی فعال بودند. آمارها حاکی است که ۲۰ میلیون و ۴۷۶ هزار نفر شاغل و ۲ میلیون و ۹۹۹ هزار نفر بیکار (یا دنبال کار) بودند. از ۳۵ میلیون و ۵۳۸ هزار نفر جمعیتی که از نظر اقتصادی فعال نبودند، ۱۳ میلیون و ۱۱۷ هزار نفر دانش‌آموز و دانشجو، ۱۶ میلیون و ۵۷ هزار نفر خانه‌دار، و ۲ میلیون و ۹۷۴ هزار نفر دارای درآمد بوده‌اند.

۵. بحث و نتیجه‌گیری

با کاهش اساسی و مستمر نسبت درصد جمعیت کمتر از ۱۵ سال، برای چند دهه، تمرکز نسبی بر جمعیت واقع در سنین فعالیت

مانند سیاست‌های جمعیتی و تنظیم خانواده، سرمایه انسانی کارآمد، سطح بالای بهداشت عمومی، آموزش مطلوب، انعطاف‌پذیری بازارهای کار در جذب نیروی کار در حال افزایش و ایجاد فرصت‌های شغلی، سیاست‌های تجارت و اقتصاد آزاد، حذف اقتصاد دستوری، سرمایه‌گذاری و مدیریت اقتصادی قوی، و دولت باکفایت دارد. بنابراین، اتخاذ و اجرای چنین سیاست‌های محوری و اصلاحات ساختاری و نهادی در ایران، به‌ویژه در ارتباط با عملکرد بازارهای کار و سرمایه، همگی مکمل‌هایی بالقوه برای فاز پنجره جمعیتی هستند و تحقق پتانسیل ایجادشده برای رشد اقتصادی در ایران بستگی به کارایی سایر عوامل اقتصادی و اجتماعی و سیاسی دارد.

نکته سوم توجه به روی دیگر سکه پنجره جمعیتی یعنی تهدیدها و چالش‌ها و مسائل آن است. اگر سیاست‌های مناسب و مؤثر برای بهره‌برداری از این فرصت طلایی اتخاذ نشود، نه تنها از دست می‌رود، بلکه می‌تواند با افزایش میزان بیکاری، اشتغال ناقص و، در پی آن، شورش اجتماعی میلیون‌ها جوان بیکار، افول سرمایه انسانی و اجتماعی، فروپاشی ساختارهای اجتماعی، بی‌ثباتی سیاسی، و کاهش منابع تأمین اجتماعی سالمندی تبدیل به تهدید شود (فرجادی و صادقی، ۱۳۸۶: ۱-۲۹). علاوه بر اینها، ناتوانی در سرمایه‌گذاری و بهره‌برداری از فرصت محدودی که پنجره جمعیتی ایجاد کرده، امکان تحقق توسعه پایدار را به حداقل می‌رساند و آثار مخربی برای آینده نظام اقتصادی و اجتماعی و محیطی به همراه خواهد داشت.

منابع

- بهشتی، محمدباقر و خالد احمدزاده. (۱۳۸۴)، «بررسی اثر ساخت سنی کشور روی هزینه‌های مصرفی بلندمدت بخش خصوصی»، جمعیت، ش ۵۱ و ۵۲.
- سرای، حسن. (۱۳۷۶)، «مرحله اول گذار جمعیتی ایران»، نامه علوم اجتماعی، ش ۹ و ۱۰.
- فرجادی، غلامعلی و رسول صادقی. (۱۳۸۶)، پنجره جمعیتی، فرصت طلایی برای توسعه اقتصادی در ایران.
- کاظمی‌پور، شهلا. (۱۳۸۲)، «مسائل مرتبط با نیروی انسانی و اشتغال»، گزارش بررسی و تحلیل مسائل و چالش‌های جمعیتی ایران و پیامدهای آن، طرح پژوهشی کمیسیون جمعیت و چالش‌های اجتماعی، شورای عالی انقلاب فرهنگی.
- مرکز آمار ایران. (۱۳۳۵-۱۳۸۵)، نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن، تهران.

(۶۴-۱۵ سال) قرار می‌گیرد. همان‌طور که گفته شد، نسبت درصد جمعیت ۶۴-۱۵ ساله در سال ۱۳۸۵، با جهشی استثنایی، به رقمی نزدیک به ۷۰ درصد رسید. به لحاظ جمعیت‌شناختی، این چند دهه‌ای را که، در مسیر انتقال ساختار سنی جمعیت، تمرکز نسبی بر جمعیت فعال قرار می‌گیرد فرصت طلایی یا پنجره جمعیتی می‌نامند. فزونی چشمگیر جمعیت بالقوه فعال (۶۴-۱۵ ساله) بر جمعیت غیرفعال (کمتر از ۱۵ سال و بالاتر از ۶۵ سال) در این مدت منجر به پایین آمدن نسبت بستگی می‌شود و، از همین رو، جمعیت‌شناسان به آن عنوان پنجره جمعیتی را داده‌اند چرا که از نظر اقتصادی و اجتماعی مطلوب تلقی می‌شود و می‌تواند محرک توسعه باشد. بسیاری از کشورها (از جمله ژاپن و چین) جهش توسعه‌ای خود را در چنین مرحله‌ای از انتقال ساختار سنی داشته‌اند. لذا می‌توان امید داشت که کشور ما ایران هم بتواند در چند دهه آینده از وضعیت پنجره جمعیتی نهایت استفاده را در جهت جهش توسعه‌ای بکند (میرزائی، ۱۳۸۲: ۱۳).

ایران کنونی در یک برهه زمانی طلایی و استثنایی و تکرارناپذیر جمعیتی برای رشد و توسعه اقتصادی به سر می‌برد. با توجه به فرایند انتقال جمعیتی و تغییرات ساختارهای سنی، این کشور در حال تجربه کردن پدیده پنجره جمعیتی است و انتقال‌های جمعیتی و ساختار سنی، سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان کشور را در برابر پنجره جمعیتی که فرصتی طلایی است قرار داده است. با این حال، لازم است آنان در بهره‌برداری از این فرصت و پتانسیل بالقوه سه نکته مهم را مد نظر داشته باشند. نکته اول محدودیت زمانی پنجره جمعیتی است. آثار پنجره جمعیتی موقتی و گذراست و این پنجره همیشه یا برای مدت طولانی باز نخواهد ماند و پس از دو تا سه دهه بسته خواهد شد زیرا پویایی جمعیت و انتقال‌های ساختار سنی موجب می‌شود که تورم جمعیت بزرگسال به سمت سالخوردگی حرکت کند و، در نتیجه، نسبت‌های بستگی دوباره افزایش یابد. با افزایش بار و فشار جمعیتی ناشی از ساختار سالمندی، منفعت جمعیتی تبدیل به بار جمعیتی می‌شود.

نکته دوم ضرورت وجود محیط سیاسی و بستر نهادی مناسب برای بهره‌برداری از این فرصت است. باید توجه داشت که نیروی محرکه پنجره جمعیتی برای شتاب بخشیدن به رشد و توسعه اقتصادی خودبخود به جریان نمی‌افتد، بلکه میزان تحقق و اثرگذاری آن بستگی به وجود محیط سیاسی و ساختارهای نهادی مناسب

- Demographic Transition, Implications for Economic and Social Development in Sweden, 1820-2000", Arbetsrapport/ Institutet for Framtidsstudier.
- Peng, X. (2005), "The Demographic Window, Human Capital Accumulation and Economic Growth in China: An Applied General Equilibrium Analysis", available at: <http://iussp2005.princeton.edu/download.aspx?submissionId=51930>
- Population Reference Bureau. (2006), *World Population Data Sheet*.
- United Nations. (2004), *World Population to 2300*, New York.
- _____. (2007), *World Population Prospects, the 2006 Revision Population Database*, available at: <http://esa.un.org/unpp/p2kodata.asp>
- میرزائی، محمد. (۱۳۸۲)، «تغییرات ساختار سنی جمعیت ایران و پیامدهای آن»، گزارش بررسی و تحلیل مسائل و چالش‌های جمعیتی ایران و پیامدهای آن، طرح پژوهشی کمیسیون جمعیت و چالش‌های اجتماعی، شورای عالی انقلاب فرهنگی.
- _____. (۱۳۸۴)، جمعیت و توسعه با تأکید بر ایران (ده مقاله)، تهران، مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه.
- نورالهی، طه و الهام فتحی. (۱۳۸۵)، «شاخص‌های جمعیتی جهان و ایران در سال ۱۳۸۵ (۲۰۰۶)»، جمعیت، ش ۵۷ و ۵۸.
- Jamison, D. T., W. H. Mosley, A. R. Measham and J. L. Bobadilla (eds.). (1993), *Disease Control Priorities in Developing Countries*, New York, World Bank, Oxford University Press.
- Malmberg, B. and L. Sommestad. (2000), "Four Phases in the

درآمد - هزینه خانوار

فریبرز رئیس‌دانا*

مقدمه

تشخیص رابطه بین توزیع درآمد و توسعه اقتصادی، هم برای شناخت روابط اقتصاد سیاسی هر جامعه و هم برای تدوین سیاست و برنامه رشد مادی و بهزیستی اجتماعی ضروری است، گرچه امری آسان و روشن و قطعی نیست. در واقع، به جای تشخیص قاطع، بحث در حوزه تحلیل‌های اقتصاد سیاسی قرار می‌گیرد. این حوزه، از یک سو، بازتاب‌دهنده منافع و تعارض‌های مادی و اجتماعی و طبقاتی است و، از سوی دیگر، با تجویزهای متفاوت و ارزشی سروکار دارد. در مثل، این بحث که آیا توزیع عادلانه درآمد و خدمات رفاهی و اجتماعی ابراز رشد و توسعه اقتصادی (آن هم در اندازه‌ها و زمان‌های مختلف) است یا برعکس، جای مناقشه و نقد و تحلیل‌های متقابل داشته و دارد و خواهد داشت. انتخاب نه برحسب علم و تجربه قاطع، بلکه به موجب راه و روش‌های از پیش مفروض، باورها، ارزش‌ها، سنت‌های مطالعاتی و تفسیرها صورت می‌گیرد.

در هر حال، نظر من این است که شناخت و انتخاب راه و روش، نخست مستلزم بررسی و نقد و تفسیر نوع فضای تاریخی و اجتماعی است که موضوع را در آن مطرح می‌کنیم. اما واقعیت آن است که دیگر هیچ احساس انسانی و عقل سلیمی بر نمی‌تابد که، مدت‌های مدید، راه و روش‌های بی‌ثمر و حتی کژراهه‌ها برگزیده و طی شوند، به این امید که توسعه به هر شکل سرانجام رفاه اجتماعی را با خود به همراه می‌آورد. در دنیای امروز و با دانش و تجربه امروزی شناخته شده و تأیید شده بشری، می‌توانیم بگوییم که بین توسعه، رفاه، عدالت و دموکراسی نمی‌تواند جدایی مطلق وجود داشته باشد یا دوام بیاورد. باید در هر جامعه، متناسب با شرایط و ویژگی‌های آن، نظریه و الگویی یافت که از اساس رابطه متقابل این اجزاء، به‌ویژه رشد و رفاه، را دریابد، و آن را تدوین و پالایش کرد. به هر صورت، عمر توسعه لیبرالی و نولیبرالی و نیز اقتصاد دستوری، در پرتو نیاز انسان به توسعه همگانی و مطمئن، پایان یافته به نظر می‌رسد.

* دکترای اقتصاد (کاربردی و توسعه)

۱. تعاریف

۱.۱. توزیع درآمد

بیان آماری و کلی چگونگی تملک و تصاحب درآمد جامعه توسط افراد، خانوارها، مؤسسات و شرکت‌های خصوصی و جمعی و عمومی و دولتی (رئیس‌دانا، ۱۳۸۰: فصل ۱).

۲.۱. هزینه و درآمد خانوار

متوسط هزینه گروه‌های مختلف خانوار برحسب انواع هزینه. همچنین می‌توان نسبت‌هایی از کل خانوارها را که به مقادیر معین هزینه دارند به عنوان شاخص آماری در نظر گرفت. این اندازه‌گیری‌های آماری را می‌توان، به جای هزینه، برای درآمد خانوار نیز انجام داد (همان).

۳.۱. میانگین افراد خانوار

متوسط تعداد افراد خانوار در کل جامعه یا در گروه‌ها و زیرگروه‌های درآمدی، هزینه‌ای، شغلی، جغرافیایی، قومی و جز آن (همان).

۴.۱. توسعه اقتصادی

سطح و مقدار ترکیبی از رشد مادی و اجتماعی که می‌تواند در مدت‌زمان طولانی و کافی بالا برود و بادوام باشد و، در واقع، بیانگر رشد و توان ظرفیت‌های تولیدی و ارتقای اجتماعی و رفاهی و فرهنگی باشد (همان).

۵.۱. دهک‌ها

هر دهک ۱۰ درصد از جامعه (و ۱۰ دهک عبارت از تمامی جامعه) است که از پایین‌ترین تا بالاترین مقدار از کل هزینه یا درآمد یا دارایی یا خدمات اجتماعی یا هر متغیر کمی قابل اندازه‌گیری دیگر را در اختیار دارند. دهک اول یعنی ۱۰ درصد دارندگان کمترین مقدار (فقیرترین) از کل کمیت موجود در جامعه. دهک دوم عبارت است از ۱۰ درصد دوم (از پایین به بالا) که مقادیر متعلق به آنها بیشتر از دهک اول و کمتر از دهک سوم است و الی آخر (همان). اگر مقدار کمیت متعلق به دهک‌های یک و دو و ... تا ده به ترتیب $A_1, A_2, \dots, A_{10}$ باشد. در آن صورت:

$$A_1 < A_2 < \dots < A_{10}$$

و A_1 به ۱۰ درصد پایین، A_2 به ۱۰ درصد بالاتر و A_{10} به ۱۰

درصد بالاترین مقدار برآورد از کل کمیت در جامعه گفته می‌شود:

$$A_1 + A_2 + \dots + A_{10} = A$$

۶.۱. خانوار شهری و خانوار روستایی

به ترتیب، خانوارهای ساکن در مناطق تعریف‌شده به عنوان شهر (هر محل اجتماع که به موجب قانون دارای شهرداری است) و خانوارهای ساکن در مناطق تعریف‌شده به عنوان روستا (همان).

۷.۱. سهم درآمد از محل‌های مختلف

سهمی از درآمد خانوار که از محل مزد و حقوق خصوصی، دولتی، مشاغل آزاد، مشاغل متفرقه و جز آن تأمین می‌شود (همان).

۲. رویکرد نظری: توزیع درآمد و توسعه

در میانه قرن گذشته، اقتصاددان متخصص توسعه، سایمون کوزنتس (Kuznets, 1955: 1-28)، نظریه معروف U شکل را مطرح کرد. به موجب این نظریه، توزیع درآمد تابع میزان توسعه است. در روند توسعه، میزان عدالت در توزیع درآمد ابتدا کاهش می‌یابد، سپس مدتی ثابت می‌ماند و پس از آن ارتقا می‌یابد. بنابراین، برای توسعه اجتماعی باید منتظر توسعه اقتصادی بود و بر آن متمرکز شد. چنری و آهلوالیا (Chenery and Ahluwalia, 1974: ch. XI)، در دهه هفتاد قرن گذشته، نظریه دیگری را مطرح کردند: بهبود توزیع درآمد می‌تواند موجب جابه‌جایی‌های منابعی شود که از سوی لایه‌های بالایی مصرف می‌شود (یا حتی، به زعم نگارنده، سرمایه‌گذاری می‌شود)، اما نمی‌تواند محرک توسعه گردد و با این جابه‌جایی‌ها، می‌توان به سمت سرمایه‌گذاری و اشتغال حرکت کرد. پیش از آن، در دهه پنجاه قرن گذشته، پل باران مصرف افراطی لایه‌های بالایی جامعه را بررسی کرده و نشان داده بود که این مصرف موجب عدم انباشت کافی برای سرمایه‌گذاری می‌شود. در دهه‌های هشتاد و نود قرن گذشته، تحت تأثیر نولیبرالیسم اقتصادی و گرایش‌های راست جدید، سیاست تعدیل از سوی بانک جهانی به همه کشورهای در حال توسعه معرفی شد و شمار زیادی از آنها را به دنبال خود کشاند (Williamson, 1990: 1, 1997: 60-61)؛ استیگلیتز، ۱۳۸۲: فصل ۳-۱، ۱۳۸۶). این بحث نیز از سوی کسانی چون فریدمن و فریدمن (۱۳۶۷) و آرنولد هاربرگر (۱۳۸۲): ۶۵۶-۶۳۲ مطرح شده بود و می‌شود که مقوله توزیع درآمد و

۳. وضعیت دیگر کشورها

- تجربه‌های اعمال سیاست تعدیل ساختاری نشان می‌دهد که این سیاست فقط در شمار معدودی از کشورها (مانند کره و سنگاپور)، آن هم به دلیل ویژگی‌ها و تمرکز و توجه خاص سرمایه جهانی به آنها، از موفقیت نسبی و چندجانبه‌ای برخوردار بوده است (نک. استیگلیتز، ۱۳۸۳؛ جورج و دیگران، ۱۳۸۲). اما در اکثر موارد، توجه افراطی به رشد درآمد ملی موجب بدتر شدن توزیع درآمد و افزایش فقر و محرومیت شده است.
- تجربه‌های جهانی نشان می‌دهد که هم در کشورهای در حال توسعه و هم در کشورهای توسعه‌یافته، نظریه U شکل کوزتس می‌تواند گاه درست و گاه نادرست باشد. نتیجه بیشتر بستگی به سیاست‌های به‌کاررفته در دوره‌های زمانی و شرایط جانبی اجتماعی دارد.
- از آنجا که مصرف تابع مثبت (ولی غیرخطی) درآمد در نظر گرفته می‌شود، انتظار آن بوده است که بهبود توزیع درآمد موجب افزایش مصرف لایه‌های متوسط و پایین جامعه شود و مصرف لایه‌های بالایی نیز کم نشود و، در نتیجه، پس‌اندازها و سرمایه‌گذاری کاهش یابد. گفته شده است که این فرایند برای توسعه و اشتغال مصیبت‌بار است. اما این مصیبت لزوماً در همه تجربه‌ها ثابت نشده است زیرا، در همان حال، افزایش مصرف موجب افزایش تقاضا برای محصولات کشاورزی و شمار زیادی از کالاهای مصرفی ساخت داخل می‌شود. بنابر این تجربه‌ها، همه چیز در کشورهای مختلف بستگی به هدایت و سیاست‌گذاری تولید داخلی و واردات دارد.
- آتکینسن (Atkinson, 1994) در بررسی فراتحلیلی خود دریافته که بعید است بتوان شواهد قطعی در مورد وجود رابطه بین سیاست‌های رفاهی و نرخ رشد اقتصادی استنتاج کرد.
- فالر و همکارانش (بونولی و دیگران، ۱۳۸۰: فصل ۱) در بررسی پنج جامعه پیشرفته صنعتی (امریکا، بریتانیا، سوئد، آلمان و فرانسه) دریافته‌اند که ضرورت‌های اقتصادی نمی‌تواند موجب تغییر سیاست‌های رفاهی شود.
- نتایج مطالعات مقایسه‌ای بونولی و همکارانش (بونولی و

عدالت و رفاه اجتماعی، و نیز بحث توسعه، اساساً مربوط به علم اقتصاد نیست. علم اقتصاد باید فقط با کشف قوانین و سازوکار بازار (اگر هم خیالی، با تقویت آن) سروکار داشته باشد. این نظریه نیز مانند سیاست‌های تعدیل ساختاری، چنانکه ویلیامسن نشان داد و نامگذاری کرد، محصول توافق اعلام‌نشده واشینگتن بود.

بعدها، از سوی جوزف استیگلیتز (۱۳۸۲: فصل ۸-۴، ۱۳۸۶: فصل ۱-۲) که خود از واضعان نظریه تعدیل ساختاری بود و آمارتیا سن (۱۳۸۱: فصل ۱۰)، انتقاد مکتب پساواشینگتن به نظریه‌های راست افراطی، بر پایه شکست‌ها و مصیبت‌های ناشی از کاربرد سیاست تعدیل ساختاری و توافق واشینگتن، مطرح و ماندگار شد. ضرورت تحلیل و بررسی عدالت اجتماعی، توزیع درآمد و ثروت، رفاه و بیمه‌های اجتماعی مجدداً مطرح شد. بانک جهانی و تاحدی صندوق بین‌المللی پول و بانک‌های توسعه منطقه‌ای به مسائل تأمین و بیمه‌های اجتماعی پرداخته‌اند. امروز اقتصاددانان، پس از تجربه محرومیت گسترده توده‌های مردم در پی اجرای سیاست‌های نولیبرالی تعدیل ساختاری و نیز تجربه بحران اقتصاد جهانی به شکل‌ها و اندازه‌های مختلف، مجدداً به کینزگرایی، نوکینزگرایی، برنامه‌ریزی ارشادی، دولت رفاه و سیاست‌های توسعه اجتماعی روی آورده‌اند (مثلاً در برانت، ۱۳۸۳ نمونه‌های زیادی می‌یابید). در عین حال، قابل یادآوری است که سوسیالیست‌ها و اقتصاددانان صاحب گرایش سوسیالیستی و چپ همیشه طرفدار انواع متفاوت راه و روش‌های انباشت سرمایه توأم با توسعه اجتماعی بوده‌اند. آنها به طور کلی، در بیش از ۱۵۰ سال گذشته، عدالت اجتماعی را بخشی از فرایند تولید یا پیش‌زمینه آن یا دست‌کم ضرورتی برای ادامه حیات سالم اجتماعی می‌دانستند. به هر حال، خط فاصل اصلی بین این دیدگاه و دیدگاه‌های اصلاح‌گرایانه در متن نظام بازاری آن است که سوسیالیست‌ها اعتقاد ندارند که باید منتظر دامنگیر شدن فقر (و در واقع آنچه اقتصاددانان نظام بازاری به آن فقر ناگزیر می‌گویند) در نظام اجتماعی باشند و سپس برای رفع آن چاره‌اندیشی نظری، آن هم در متن شرایط فقرزا، انجام دهند. تجربه‌های کم‌رشدی و کم‌مصرفی ماندگار در شماری از کشورهای سوسیالیستی سابق این اندیشه را به وجود آورد که سوسیالیسم غیردستوری، دموکراتیک و انسانی ابراز رشد اجتماعی و اقتصادی توأمان است.

تضمین تأثیرات سیاسی و احساس تعلق درون گروهی مورد نیاز خواهد بود. به دلیل بار سیاسی فعالیت فقرزدایی، سازمان چندملیتی، به ویژه وابسته به سازمان ملل متحد، معمولاً موفقیت بیشتری نسبت به سازمان‌های کمک‌دهنده تک‌ملیتی دارند.

- به هر حال، تجربه‌های زیادی بر نقش مؤثر و شرایط این نقش برای بازیگر توانا در مبارزه با فقر تأکید دارند. این نتیجه‌گیری و تجربه درست است، اما بنا بر تجربه‌های همه جهان اساسی نیست. بر اثر توسعه سیاست‌هایی که دست قدرت‌های اقتصادی و بازار را به امید رشد و توسعه باز می‌گذارد، فقر خانوار بیش از حد پیش‌بینی افزایش یافته است. اقتصاد مردم‌سالار به معنای جهت‌گیری‌های اساسی انباشت به نفع عدالت اجتماعی است که خود اصلی‌ترین و اساسی‌ترین بخش مبارزه با فقر به شمار می‌آید.

۴. وضعیت در ایران

۱.۴. سیاست‌ها و برنامه‌ها

برنامه سوم جمهوری اسلامی ایران فاصله آغاز ۱۳۷۹ تا پایان ۱۳۸۳ و برنامه چهارم فاصله آغاز ۱۳۸۴ تا پایان ۱۳۸۸ را دربرمی‌گرفتند. در این قسمت از بررسی، این دو برنامه را مد نظر خواهیم داشت. فصل پنجم برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران به نظام تأمین اجتماعی و یارانه‌ها اختصاص دارد. در ماده ۴۷ این فصل (سازمان برنامه و بودجه، ۱۳۷۸: ۱۲۸) پیش‌بینی شده بود:

به منظور هدفمند ساختن یارانه‌ها با جهت‌گیری افزایش سهم خانوارهای کم‌درآمد و حفظ یارانه خانوارهای با درآمد متوسط و حذف یارانه‌های خانوارهای با درآمد بالا، دولت مکلف است طی مدت ۲ سال از تاریخ تصویب این قانون، خانوارهای مقتضی دریافت یارانه را در گروه‌های خانوارهای کم‌درآمد، با درآمد متوسط و با درآمد بالا طبقه‌بندی کرده و با استفاده از نظام شناسایی خانوارهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط، تمهیدات لازم را برای افزایش یارانه‌های خانوارهای کم‌درآمد از طریق استفاده از روش‌های درآمد و حذف و انتقال یارانه خانوارهای با درآمد بالا فراهم کند.

دیگران، ۱۳۸۰: فصل ۱) در میان کشورهای دانمارک، فرانسه، آلمان، یونان، ایتالیا، هند، نروژ، اسپانیا، سوئد، بریتانیا، امریکا و ژاپن نشان داده است که رابطه‌ای بین هزینه‌های عمومی یا هزینه‌های اجتماعی از یک سو و رشد اقتصادی از سوی دیگر وجود ندارد.

- در مورد کشورهای فقیر، هجده کشور برای ارزیابی‌های ژرف از سوی برنامه عمران ملل متحد (گرنیپان، ۱۳۸۲: ۳۱-۵) انتخاب شدند. این کشورها عبارت بودند از هند، لاتوس، مالدیو و نپال از آسیا؛ لبنان و فلسطین از خاورمیانه؛ آنگولا، مالی، موریتانی، لسوتو، سائوتومه، اوگاندا و زامبیا از افریقا؛ گواتمالا و اوروگوئه از امریکای لاتین؛ و بلغارستان، لتونی و تاجیکستان از اروپا و آسیای مرکزی. نتیجه‌گیری کلی ارزیابی را می‌توان در چهار محور خلاصه کرد: سیاست‌گذاری‌ها، سازمان‌ها، ظرفیت‌ها و کمک‌های خارجی.
- مبارزه با فقر مسئله‌ای به غایت سیاسی است. مسئله کاهش فقر را نمی‌توان جدا از حاکمیت دانست. فقر و حاکمیت دو روی یک سکه‌اند.
- سازمان‌ها و مؤسسات می‌توانند نقش قاطعی در ترجمه معلومات سیاسی به راه و روش‌های عملیاتی ایفا کنند. وظیفه سنگینی متوجه بازیگران محلی و کارگزاری‌های توسعه است زیرا سازمان‌های اجتماعی ضعیف و سیال‌اند. کمک‌دهندگان به رفع فقر باید استحکام نهادها (مؤسسات و سازمان‌ها) و تأثیر محافل سیاسی را بر سیاست‌گذاری‌ها مورد توجه بیشتری قرار دهند.
- کارگزاری‌های توسعه ناچار باید برنامه‌های ویژه‌ای نیز برای توسعه ظرفیت‌ها داشته باشند تا بتوانند به وسیله آنها ضعف‌ها و شکاف‌های موجود در نهادهای کشور مورد نظر را برطرف سازند.
- توانایی سازمان‌های کمک‌دهنده در به کرسی نشاندن سیاست‌های ضد فقر منوط به مناسب بودن و درستی تحلیل‌ها و توصیه‌های ارائه‌شده نیست. دانش و تجربه نیز تا حد معینی ممکن است تحول‌آفرین باشد. نهادینه ساختن دانش‌ها و گنجاندن آنها در فرایند سیاست‌گذاری اهمیت اساسی دارد. بنابراین، به موازات داده‌های سیاسی سطح بالا، فرایندهای مشورتی درون سیستمی نیز برای ایجاد و

درصد نجات برنامه چهارم برنیامد. در این میان، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی نیز عملاً از کار افتاد.

آمارهای مرکز آمار ایران، که با استفاده از پرسش‌نامه ویژه خانوار تهیه شده بود، بنا به نظر مدیر این مرکز، تا ۳۵ درصد اشتباه داشت. این پرسش‌نامه‌ها با عدم همکاری خانوارها روبه‌رو شد و دولت از استناد به آن صرف نظر کرده است.

۲.۴. شاخص‌ها

به طور کلی، شاخص‌های مربوط به درآمد و توزیع درآمد خانوار در ایران به شدت نارسا و غیردقیق هستند. در آمارگیری ۱۳۸۶، که از آغاز آمارگیری هزینه و درآمد خانوار شهری در سال ۱۳۴۷ تاکنون بیشترین حجم نمونه و دقت و کمترین خطای نسبی را داشته است، تنها ۱۵۰۲۰ خانوار شهری نمونه مورد ارزیابی آماری قرار گرفتند. این به معنای ۱/۲ خانوار در هر ۱۰۰۰ خانوار شهری (از مجموع ۱۲/۴۱ میلیون خانوار شهری) است. به این ترتیب، اندازه‌گیری دقیق در محله‌ها و بافت‌های محروم و فقیرنشین و فرسوده ناممکن می‌شود زیرا در محله‌ای بزرگ ۱ یا ۲ خانوار در نمونه قرار می‌گیرند، در حالی که فقر و نابرابری عمده‌تاً مسئله همین گروه‌های اجتماعی است.^۱

۱. فرمول مورد استفاده برای نمونه‌گیری عبارت بوده است از:

$$n_{ch} = \frac{1}{m} \times \left[\frac{Z_{0.025} \times S_{ch}}{\beta_{ch} \times X_{ch}} \right] \times Deff$$

که در آن:

n = تعداد نمونه

c = علامت صفت مورد نظر (در اینجا هزینه‌های خانوار، هزینه‌های خوراکی و هزینه‌های غیرخوراکی)

h = علامت استان (۲۰ استان)

$1/m$ = درصد کوچک کردن واحدهای نمونه در مرحله اول

$Z_{0.025}$ = چندک ۹۷۵/۱۰۰ توزیع نرمال

S_{ch} = برآورد انحراف معیار صفت مورد نظر در مناطق شهری براساس آخرین نتایج استخراج شده طرح

β_{ch} = خطای نسبی برای برآورد میانگین صفت c در مناطق شهری استان h

$\bar{X}_{ch}$ = برآورد میانگین صفت c در مناطق شهری استان h (براساس آخرین نتایج استخراج شده طرح)

$Deff$ = ضریبی برای اثر طرح

خطای مورد نظر کمتر از ۱۰٪ است. روش طبقه‌بندی کالاها و خدمات مصرفی روش کویکوپ (Classification of Individual Consumption by Purpose) است. بالاترین حجم نمونه مربوط به استان تهران (۱۷۰۰ خانوار) است و کمترین آن مربوط به استان قم (۳۳۰ خانوار).

در تبصره این ماده آمده بود که یارانه صرفاً به مصارف خانوار تعلق خواهد گرفت و اصناف و صنایع از شمول دریافت یارانه خارج خواهند شد. در ماده ۴۸ هم آمده بود که یارانه نهادهای کشاورزی حذف شود.

در برنامه چهارم، محور هشتم (ارتقای امنیت انسانی...)، عنوان چهارم (سیاست‌ها و اقدامات اجرایی)، زیرعنوان ۴-۱ (کاهش فقر و هدفمند کردن یارانه‌ها)، بند ح (هدفمند کردن یارانه‌ها) آمده است (سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، ۱۳۸۴: ۲۰۸-۱۹۵):

- تهیه لایحه ایجاد حساب هدفمند کردن یارانه حاصل‌های انرژی نزد وزارت رفاه و تأمین اجتماعی؛
- اختصاص ۵۰ درصد از منابع حاصل از شفاف‌سازی یارانه حامل‌های انرژی به اجرای طرح‌های فقرزدایی؛
- تهیه لایحه مالیات ویژه رفاه اجتماعی.

اما به جای آنکه لایحه حداکثر تا پایان ۱۳۸۱ برای هدفمند کردن (و البته آزمایش و آزمون نظرسنجی علمی و عملی) تبدیل به قانون و برای اجرا ابلاغ شود، لایحه سامان‌دهی اقتصادی و هدفمند کردن یارانه‌ها در آخرین روزهای سال ۱۳۸۸ به تصویب رسید که دنیایی از ابهام و مناقشه را نیز در پی داشت و دارد. دولت خواهان اجرای سریع‌تر و سنگین‌تر لایحه و ایجاد چهل هزار میلیارد تومان صرفه‌جویی (از کل صد هزار میلیارد تومان صرفه‌جویی پیش‌بینی‌شده) در سال نخست بود و مجلس خواستار تدریجی‌تر شدن و اجرای سبک‌تر آن با ایجاد بیست هزار میلیارد تومان صرفه‌جویی و نیز نظارت بر منابع آن. نهایتاً کار به چندین کدخدامنشی و مصالحه رسید، اما آنچه به تصویب رسید، در مجموع، بیشتر جانب نظر دولت را دارد و، به هر حال، جای مناقشه و ابهام فراوان به جای گذاشته است. به نظر می‌رسد که این قانون از میانه سال ۱۳۸۹ اجرا خواهد شد و رقم صرفه‌جویی سالانه آن به حدود سی و پنج هزار میلیارد تومان خواهد رسید.

آنچه تصویب شد هیچ رابطه علمی و محسوسی با مصوبه دولت در سند تلفیقی برنامه چهارم نداشت و قرابتی هم با برنامه چهارم مصوب پیدا نکرد. دولت عملاً بی‌اعتنایی خود را به برنامه چهارم، که محصول کار دولت قبلی بود، نشان داد و مجلس نیز

جدول ۱ نتایج مطالعه بین‌استانی هزینه‌های خوراکی و غیرخوراکی ناخالص (یعنی وقتی فروش موجودی‌های منزل از آن کسر نشده است) را در سال ۱۳۸۶ نشان می‌دهد.^۱

• مقایسه استانی نشان می‌دهد که نسبت استان تهران به متوسط برابر با ۱/۲۸ (بیشترین) و نسبت استان سیستان و بلوچستان برابر با ۰/۵۹ (کمترین) است. اما نسبت کم‌هزینه‌ترین استان (سیستان و بلوچستان) به پرهزینه‌ترین استان (تهران) عبارت است از ۰/۴۶؛ به عبارت دیگر، خانوار شهری استان سیستان و بلوچستان کمتر از نیمی از هزینه خانوار شهری استان تهران را در سال هزینه می‌کند. بخشی از این تفاوت به هزینه مسکن مربوط می‌شود، اما بخشی از آن هم نشان‌دهنده ترکیب فقر و نابرابری است. در استان سیستان و بلوچستان، از ۶۸۰ خانوار نمونه، تعداد ۲۰۳ خانوار (۳۰ درصد) هزینه‌ای کمتر از ۲۰۰ هزار تومان در ماه و تعداد ۱۶۳ خانوار (۲۴ درصد) درآمدی کمتر از ۲۰۰ هزار تومان در ماه داشته‌اند. برای استان تهران، این ارقام به ترتیب عبارت بود از ۳ و ۲/۵ درصد.

این در حالی است که نرخ مشارکت و نرخ بیکاری (یعنی نسبت جمعیت فعال به جمعیت در سن کار و نسبت جمعیت بیکار به جمعیت فعال) در استان سیستان و بلوچستان، به ترتیب، ۳۵/۳ و ۱۲ درصد در سال ۱۳۸۶ و در استان تهران، به ترتیب، ۳۹/۳ و ۱۱/۳ درصد گزارش شده است (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۷). بنابراین به طور ضمنی می‌توان نتیجه گرفت که، در یک مقایسه ملی، عدم مشارکت زنان هم عامل فقر و هم ناشی از فقر محسوب می‌شود (نرخ بیکاری افراد ۲۴-۱۵ سال در استان سیستان و بلوچستان ۲۵/۸ درصد و در استان تهران ۲۲/۴ درصد بوده است).

جدول‌های ۲ و ۳ هزینه‌های خانوار شهری و روستایی را در سال‌های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۶ نشان می‌دهند.

۱. مقایسه استانی را با رابطه زیر انجام می‌دهیم:

$$r = \frac{C_{ih}}{C_i}$$

که در آن r نسبت مورد مطالعه، C_{ih} هزینه‌های خوراکی و غیرخوراکی، جمع در استان h ، و C_i متوسط همان نوع هزینه در کل کشور است.

- می‌بینیم که هزینه متوسط خانوار شهری از ۲۹/۵ میلیون ریال در سال ۱۳۸۰ به ۸۴/۱ میلیون ریال در سال ۱۳۸۶ افزایش یافته است (۲/۸۵ برابر). این ارقام برای مناطق روستایی، به ترتیب، ۱۷/۶ و ۵۰ میلیون ریال بوده است (۲/۸۴ برابر). بنابراین (و براساس استنتاج‌های آماری خارج از این متن)، از حیث جغرافیایی (حتی در شهرهای بزرگ)، شکاف فقر هرگز نه‌تنها کمتر نشده، که بیشتر هم شده است.
- در مناطق شهری، نسبت درآمد دهک دهم به دهک اول از ۱۴/۶ برابر به ۱۴/۴ برابر کاهش یافته است که، با توجه به حجم اندک و تحول ناکافی آماری، نمی‌توان آن را کاهش جدی به حساب آورد. در این حال، این نسبت در مناطق روستایی از ۱۸/۳ به ۱۶/۸ کاهش یافته است، یعنی با معیار نسبت دو دهک باید نتیجه بگیریم که در روستاها توزیع درآمد بهبود نسبی بیشتری یافته است که البته عموماً ناشی از خروج اقشار دارا تر از روستا و سکونت در شهر با مجموع درآمدی بیشتر از خروج اقشار نادار و نیروی کار ناماهر بوده است.
- در مقایسه استانی می‌بینیم که، در ۲۳ استان از ۳۰ استان کشور، هزینه سالانه خانوار کمتر از متوسط کل کشور به دست آمده است. در ۴ استان هزینه‌ها در سطح متوسط و فقط در ۳ استان گیلان و مازندران و تهران بالاتر از متوسط بوده است. بالاترین و پایین‌ترین استان‌ها به لحاظ هزینه سالانه خانوار به ترتیب تهران و سیستان و بلوچستان (۵ درصد کمتر از متوسط) بوده‌اند.

الگوهای آماری و شاخص‌های مورد استفاده به قرار زیر هستند:

- سهم متوسط هزینه مسکن در مناطق شهری در سال ۱۳۸۰ معادل ۳۰ درصد و در سال ۱۳۸۶ نیز معادل همان ۳۰ درصد بوده است. اما سهم هزینه مسکن دهک یکم در سال ۱۳۸۰ معادل ۴۵ درصد و در سال ۱۳۸۶ معادل ۴۴ درصد بوده است. بنابراین، فشار بار مسکن، به زیان مصرف اساسی خانوارهای فقیر، بالاتر از سطح متوسط بوده و بالا هم مانده است. در مناطق روستایی، سهم متوسط هزینه مسکن در سال ۱۳۸۰ معادل ۱۷ درصد و در

- هزینه دهک دهم ۳/۶ برابر افزایش یافته است؛
- آمارهای گذشته نیز نشان می‌دهند که رشد هزینه دهک دهم همیشه کمتر از دهک یکم بوده است. بنابراین نسبت دهک دهم به دهک اول، که به آن شاخص نابرابری چندک‌ها می‌گویند، باید رو به کاهش باشد. این امر مؤید این آموزه‌های ضمنی است که اگر صبر کنیم، خودبه‌خود با روندهای موجود، عدالت توزیعی برقرار خواهد شد. اما واقعیت آن است که شمار افراد و خانوارهای فقیر (زیر خط فقر مطلق) و زیر خط فقر نسبی در جامعه افزایش یافته است. بنابراین روش نابرابر، که هیچ‌گونه حساسیتی نسبت به تغییر متناسب همه افراد در همه گروه‌های درآمدی ندارد، شاخص مناسبی برای بیان فقر خانوار در ایران نیست.

در جدول ۶، برآورد مصرف تقریبی یک خانوار چهارنفره را، به شرط آنکه این مصرف چیزی در حدود حداقل باشد، می‌بینیم. براساس این جدول، هزینه حداقلی خانوار به ۸۵۴ هزار تومان در سال ۱۳۸۸ بالغ می‌شود. در حالی که بنا بر جدول ۴، هزینه متوسط خانوار در سال ۱۳۸۸، سالانه معادل ۱۱۷/۷ میلیون ریال و ماهانه در حدود ۹۸۱ هزار تومان است. البته این رقم برای خانوار ۳/۸۷ نفری است که معادل آن برای خانوار چهارنفره عبارت از ۱۰۱۴ هزار تومان خواهد شد که حدود ۱۹ درصد بیشتر از رقم مصرف حداقلی است. بنابراین، با توجه به اینکه در حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد هزینه‌ها را باید بابت هزینه‌های پیش‌بینی‌نشده خانوار منظور کرد، رقم محاسبه‌شده براساس مصرف حداقلی معادل متوسط هزینه آمارگیری‌شده خانوار خواهد بود. اما دیده‌ایم که در حدود ۷۸ درصد از خانوارها هزینه‌ای کمتر از هزینه متوسط شهری دارند. نتیجه آنکه سه‌چهارم خانوارهای شهری مصرفی کمتر از مصرف حداقلی دارند که بخش مهمی (در حدود ۳۰ تا ۳۵ درصد) آنها (رئیس‌دانا و دیگران، ۱۳۸۰) زیر خط فقر مطلق قرار دارند.

- سال ۱۳۸۶ معادل ۱۵/۲ درصد بوده است. به هر حال، در این مناطق نیز فشار هزینه مسکن به زیان اقشار پایین است (البته کمتر از مناطق شهری).
- فشار انواع هزینه‌ها موجب کاهش سهم هزینه خوراک، هم به طور متوسط و هم برای لایه‌های پایینی جامعه، شده است. پیامد این تغییر چیزی نیست جز فشار محرومیت غذایی به‌ویژه بر کودکان و زنان.
- درست است که مصرف مواد غذایی دهک یکم در فاصله مورد بحث ۲/۶ برابر شده است، اما برای دهک دهم نیز ۲/۵۵ برابر افزایش پیدا کرده است.
- نکته قابل توجه آن است که اگر به جای خانوار، دریافتی متوسط هر عضو خانوار را در نظر بگیریم، نسبت افزایش دهک یکم به دهک دهم کمتر از محاسبه مربوط به خانوار می‌شود (دهک اول ۴/۱۵ برابر و دهک دهم ۴/۳۱ برابر). به این ترتیب باید توزیع درآمد برحسب افراد ناعادلانه‌تر از توزیع برحسب خانوار باشد.
- بحث دیگر آنکه شاخص کالاهای خوراک و مسکن رشد بیشتری از کالاهای متفرقه و شاخص‌های کل داشته است. بنابراین، فشار هزینه‌های زندگی بیشتر متوجه اقشار پایین جامعه بوده است.

جدول ۴ میزان افزایش هزینه‌های خانوار شهری را در فاصله ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۸ نشان می‌دهد. در این جدول، همچنین شاخص چند طبقه از کالاها را آورده‌ایم تا واقعیت تحول در بودجه خانوار را نشان دهیم. در این جدول می‌بینیم که:

- هزینه متوسط خانوار، در فاصله ۸ سال، معادل ۴ برابر افزایش داشته است؛
- هزینه دهک اول ۳/۹ برابر افزایش یافته است؛

جدول ۱. متوسط هزینه‌های خوراکی و غیرخوراکی سالانه یک خانوار شهری برحسب گروه‌های هزینه سالانه و استان (۱۳۸۶)

استان	کل	۱۲,۰۰۰,۰۰۰ ریال و کمتر	۱۲,۰۰۰,۰۰۱ تا ۱۶,۵۰۰,۰۰۰ ریال	۱۶,۵۰۰,۰۰۱ تا ۱۹,۵۰۰,۰۰۰ ریال	۱۹,۵۰۰,۰۰۱ تا ۲۴,۰۰۰,۰۰۰ ریال
کل کشور	۸۱۲۸۹۱۳۹	۵۵۳۴۶۵۶	۱۴۴۴۷۱۳۰	۱۸۰۹۸۹۷۳	۲۱۸۳۴۷۱۵
آذربایجان شرقی	۶۶۱۵۲۰۲۱	۷۸۴۳۰۱۳	۱۴۸۸۴۱۱۴	۱۸۱۰۵۲۴۰	۲۱۸۲۹۱۶۵
آذربایجان غربی	۸۰۸۰۵۶۱۶	۴۸۵۷۲۸۲	۱۴۲۱۱۸۹۲	۱۷۳۶۰۲۰۱	۲۱۹۱۹۹۴۰
اردبیل	۷۶۳۰۹۲۹۱	۵۰۰۷۱۹۲	۱۴۲۸۰۴۳۳	۱۷۷۵۸۴۸۶	۲۱۸۲۹۳۹۵
اصفهان	۸۱۷۲۵۵۲۱	۶۵۰۸۹۴۹	۱۴۱۹۸۴۹۰	۱۷۹۸۱۵۵۰	۲۲۶۷۵۹۵۰
ایلام	۷۸۹۳۷۹۰۴	۱۸۰۹۹۱۳	۱۳۷۶۸۰۰۰	۱۸۱۴۹۲۴۰	۲۰۶۴۵۳۵۰
بوشهر	۷۵۳۶۲۷۷۰	۱۰۲۱۴۷۵	۱۴۵۷۹۵۰۴	۱۸۳۶۷۸۹۵	۲۲۱۷۶۹۴۵
تهران	۱۰۵۳۳۶۶۹۳	۷۹۰۲۲۶۵	۱۴۳۵۲۲۲۷	۱۸۰۷۴۹۶۳	۲۱۷۵۰۹۹۷
چهارمحال و بختیاری	۶۲۱۸۲۶۵۸	۱۰۵۷۵۸۸۶	۱۴۵۶۰۳۵۳	۱۷۶۵۴۸۲۰	۲۱۳۲۵۷۶
خراسان جنوبی	۵۶۶۶۶۵۸۰	۶۵۳۶۸۶۷	۱۴۰۱۷۷۱۵	۱۷۹۶۵۸۲۵	۲۱۶۸۱۴۹۰
خراسان رضوی	۷۶۲۰۴۶۸۸	۵۹۲۵۳۱۵	۱۴۹۷۷۲۸۲	۱۸۰۹۲۰۹۱	۲۱۴۴۳۹۱۷
خراسان شمالی	۵۸۱۶۹۲۹۳	۶۲۴۰۶۱۸	۱۴۶۵۹۹۲۰	۱۸۰۴۷۹۲۸	۲۱۷۸۳۷۸۶
خوزستان	۶۲۴۷۹۹۷۶	۴۹۱۳۶۳۵	۱۴۳۷۰۳۱۷	۱۸۲۵۵۸۴۰	۲۱۹۵۲۲۸۷
زنجان	۷۱۱۳۲۷۳۸	۸۹۲۱۱۷۱	۱۴۵۴۶۳۷۰	۱۸۳۴۵۶۷۰	۲۱۹۸۴۰۶۷
سمنان	۵۶۰۲۷۲۵۲	۱۰۶۸۲۶۰۴	۱۴۴۱۷۵۵۴	۱۸۱۷۸۹۶۶	۲۱۹۹۹۱۶۹
سیستان و بلوچستان	۴۹۰۳۸۱۶۰	۷۵۴۲۴۹۵	۱۴۴۲۹۰۶۳	۱۷۹۹۲۷۴۳	۲۱۶۵۷۱۳۱
فارس	۷۷۳۰۱۶۳۷	۲۵۸۳۱۴۹	۱۳۶۹۶۴۱۵	۱۸۴۰۷۶۸۳	۲۱۶۵۷۲۳۳
قزوین	۸۲۶۲۷۱۹۹	۲۶۵۸۵۳۲۴	۱۴۳۱۶۸۶۰	۱۸۷۹۵۳۳۴	۲۱۹۸۴۲۸۴
قم	۵۰۳۱۱۱۱۰	۹۳۵۴۷۵۰	۱۴۰۲۲۵۹۵	۱۸۱۶۶۱۴۵	۲۲۱۴۷۶۷۱
کردستان	۵۶۳۲۰۹۲۸	۹۴۲۹۲۷۳	۱۳۲۰۲۸۹۰	۱۸۳۳۴۷۵۵	۲۲۳۴۷۹۶۷
کرمان	۵۹۲۶۴۴۷۱	۴۰۳۶۹۸۴	۱۴۳۸۰۳۲۶	۱۷۸۵۵۳۱۹	۲۱۸۴۲۶۳۷
کرمانشاه	۶۹۹۵۸۶۹۱	۴۳۴۰۳۲۳	۱۳۴۴۲۱۴۰	۱۷۹۱۱۵۵۱	۲۱۲۴۰۳۶۳
کهگیلویه و بویراحمد	۸۶۴۹۷۸۹۴	۱۰۵۶۵۸۰۵	۱۵۱۲۵۸۴۵	۱۸۲۰۴۲۱۷	۲۲۲۱۱۶۳۸
گلستان	۵۷۴۰۶۳۶۲	۲۷۷۰۸۲	۱۴۳۷۶۶۶۷	۱۷۸۲۳۰۴۱	۲۱۸۳۶۸۵۸
گیلان	۸۹۴۰۰۲۹۸	۴۰۵۲۱۸۷	۱۴۲۲۶۸۱۷	۱۸۰۲۷۷۴۲	۲۱۹۰۶۷۱۴
لرستان	۶۴۳۰۲۲۵۸	۷۷۶۹۶۰۰	۱۴۳۳۳۰۶۷	۱۸۳۹۲۴۲۵	۲۱۷۱۸۶۲۵
مازندران	۸۹۷۷۷۳۶۵	۱۱۶۶۱۱۵	۱۵۰۶۰۱۷۲	۱۸۰۰۲۶۹۴	۲۲۲۰۰۵۳۰
مرکزی	۷۴۴۲۳۹۵۳	۷۸۶۲۵۶۲	۱۴۰۰۸۶۰۱	۱۸۵۱۱۳۶۷	۲۲۳۱۵۳۶۲
هرمزگان	۸۹۳۶۸۳۶۳	۶۱۴۱۰۵۲	۱۴۴۸۳۳۷۱	۱۷۸۶۳۳۶۲	۲۱۸۸۵۸۲۱
همدان	۶۴۲۸۵۶۱۰	۷۶۶۴۲۶۴	۱۴۹۸۶۱۴۷	۱۸۲۹۶۰۰۸	۲۱۲۸۴۲۸۲
یزد	۶۶۱۵۲۵۴۰	۶۲۹۶۳۶۲	۱۴۷۹۲۶۹۸	۱۸۱۳۰۴۷۳	۲۱۸۵۱۶۸۶

منبع: مرکز آمار ایران، ۱۳۸۷

جدول ۱. (ادامه)

استان	تا ۲۴,۰۰۰,۰۰۱ ریال	تا ۳۰,۰۰۰,۰۰۱ ریال	تا ۴۵,۰۰۰,۰۰۱ ریال	تا ۶۰,۰۰۰,۰۰۱ ریال	تا ۷۵,۰۰۰,۰۰۱ ریال	تا ۹۰,۰۰۰,۰۰۱ ریال و بیشتر
کل کشور	۲۷۱۴۱۹۸۰	۳۷۵۳۱۷۷۷	۵۲۲۰۰۳۹۲	۶۷۱۶۵۳۹۹	۸۲۱۳۴۳۹۷	۱۵۹۳۷۲۳۳۲
آذربایجان شرقی	۲۷۴۹۳۸۸۳	۳۶۶۰۴۲۲۲	۵۲۱۸۹۳۳۴	۶۷۹۲۶۱۹۳	۸۲۱۶۶۷۸۶	۱۵۰۵۵۰۲۹۳
آذربایجان غربی	۲۶۶۳۲۶۴۹	۳۷۱۷۷۵۳۱	۵۱۸۴۶۰۲۰	۶۷۴۵۲۵۶۹	۸۲۳۴۶۹۲۸	۱۴۹۸۵۳۲۰۴
اردبیل	۲۷۰۳۳۱۳۸	۳۷۶۱۸۲۹۷	۵۲۱۷۰۱۹۷	۶۷۲۷۳۶۰۴	۸۰۸۰۸۵۷۲	۱۳۷۵۰۱۷۹۴
اصفهان	۲۷۱۱۸۴۷۸	۳۷۷۱۹۸۹۰	۵۳۴۱۹۵۷۷	۶۶۹۵۱۹۶۱	۸۲۶۳۹۸۲۶	۱۵۶۷۲۳۹۶۲
ایلام	۲۶۹۸۷۶۹۷	۳۸۱۶۰۶۹۷	۵۲۶۴۶۷۴۶	۶۶۰۵۵۳۳۵	۸۲۴۰۷۱۶۶	۱۳۴۸۶۴۹۴۰
بوشهر	۲۶۸۶۱۸۳۱	۳۷۱۸۸۵۹۷	۵۱۷۰۹۱۱۵	۶۷۲۲۶۳۶۰	۸۲۳۷۵۲۵۳	۱۴۱۹۴۶۲۳۳
تهران	۲۷۳۱۰۹۳۰	۳۸۲۴۳۳۱۹	۵۲۰۶۸۱۲۱	۶۷۴۶۰۳۶۹	۸۲۲۸۲۰۴۷	۱۷۰۵۲۸۶۳۲
چهارمحال و بختیاری	۲۷۳۵۹۹۶۵	۳۷۹۳۱۸۷۵	۵۲۰۲۸۱۸۰	۶۷۶۴۹۱۳۷	۸۱۷۷۲۶۲۲	۱۲۴۵۷۸۹۴۵
خراسان جنوبی	۲۷۱۴۲۲۷۶	۳۶۷۱۶۴۳۸	۵۰۸۵۱۵۵۱	۶۷۳۹۰۶۶۵	۸۳۰۸۲۵۹۴	۱۴۱۹۹۹۳۵۳
خراسان رضوی	۲۶۶۸۸۴۰۵	۳۷۲۱۷۸۵۸	۵۱۶۸۷۰۴۷	۶۶۹۶۰۳۳۹	۸۱۷۷۸۷۲۳	۱۵۹۵۱۸۳۵۹
خراسان شمالی	۲۷۳۸۷۶۵۰	۳۶۴۴۳۰۱۱	۵۲۴۱۵۳۲۴	۶۷۰۸۱۳۳۲	۸۳۴۹۱۶۳۴	۱۴۷۸۴۹۴۲۱
خوزستان	۲۷۳۵۵۴۳۶	۳۷۶۵۷۲۶۷	۵۲۷۹۴۵۵۹	۶۷۳۷۶۹۸۱	۸۱۱۲۸۳۹۶	۱۳۲۷۲۴۹۲۶
زنجان	۲۷۰۶۶۴۷۹	۳۷۱۱۰۵۵۶	۵۱۵۷۰۱۱۵	۶۷۲۵۶۰۲۵	۸۲۰۹۱۵۸۲	۱۴۳۰۰۷۲۲۹
سمنان	۲۷۶۹۱۷۶۰	۳۷۴۴۴۴۶۷	۵۲۰۷۰۴۷۹	۶۶۱۰۴۲۰۳	۸۲۱۳۲۹۰۹	۱۳۳۲۷۲۷۹۳
سیستان و بلوچستان	۲۷۱۰۷۴۲۱	۳۶۷۰۴۲۱۷	۵۱۴۷۴۸۸۱	۶۶۸۸۴۸۳۴	۸۱۸۱۵۱۵۸	۱۴۱۸۳۲۲۰۲
فارس	۲۷۳۲۶۱۰۴	۳۷۸۲۲۳۵۱	۵۱۶۰۹۴۷۶	۶۶۶۳۸۸۳۳	۸۳۶۸۰۳۳۹	۱۶۲۴۲۶۵۵۰
قزوین	۲۷۴۲۱۱۷۶	۳۷۶۱۶۶۲۰	۵۲۶۳۰۵۱۸	۶۷۶۷۳۲۹۳	۸۲۰۶۲۵۳۲	۱۳۹۴۶۱۹۴۸
قم	۲۷۰۲۶۱۲۴	۳۶۹۳۴۱۱۷	۵۲۳۵۷۲۱۳	۶۶۹۵۳۳۸۰	۸۲۳۶۴۸۶۴	۱۳۰۲۳۷۶۰۶
کردستان	۲۷۱۷۱۰۳۹	۳۷۳۶۰۰۵۷	۵۲۱۳۰۶۵۸	۶۷۶۴۰۶۴۴	۸۲۰۷۲۷۷۷	۱۲۴۸۸۳۳۶۷
کرمان	۲۶۶۷۳۶۷۷	۳۷۵۷۸۲۲۸	۵۱۷۳۴۵۱۷	۶۶۹۸۴۷۸۳	۸۲۸۵۷۰۱۷	۱۳۷۶۴۸۵۱۵
کرمانشاه	۲۷۳۲۱۵۹۴	۳۷۹۵۶۷۱۵	۵۲۷۴۶۹۸۳	۶۷۲۱۸۹۰۴	۸۱۴۷۶۴۰۵	۱۳۵۹۸۵۸۱۷
کهگیلویه و بویراحمد	۲۷۰۶۳۲۰۰	۳۶۹۱۰۷۵۰	۵۲۹۱۳۰۲۱	۶۷۰۴۱۴۸۰	۸۲۱۱۹۲۱۹	۱۵۴۴۷۷۶۲۳
گلستان	۲۶۹۱۷۷۷۹	۳۷۰۱۷۲۹۸	۵۲۲۵۲۷۳۱	۶۶۶۰۷۰۸۲	۸۲۸۵۳۹۴۴	۱۴۰۷۰۴۵۷۴
گیلان	۲۶۹۱۰۹۷۷	۳۶۷۹۲۱۷۶	۵۲۴۵۲۲۳۱	۶۷۱۵۶۰۳۹	۸۱۹۵۴۶۶۶	۱۷۹۵۷۸۱۵۳
لرستان	۲۶۶۵۰۴۴۵	۳۷۹۲۲۹۳۶	۵۲۳۰۹۵۷۸	۶۷۲۵۶۲۵۸	۸۰۴۵۸۱۹۳	۱۲۷۵۶۱۸۹۵
مازندران	۲۷۱۴۳۳۴۹	۳۷۰۲۷۵۷۳	۵۲۱۲۸۶۲۷	۶۶۶۰۴۱۴۱	۸۱۱۵۳۳۴۰	۱۶۸۶۴۸۵۰۸
مرکزی	۲۷۸۱۹۷۶۶	۳۷۲۹۶۱۳۴	۵۲۵۴۶۷۵۱	۶۶۰۰۳۶۸۵	۸۱۵۲۹۳۶۹	۱۴۶۲۱۵۸۱۰
هرمزگان	۲۶۸۴۱۴۸۶	۳۷۸۰۷۵۱۴	۵۱۷۸۳۸۵۱	۶۷۰۵۳۴۳۱	۸۲۳۲۳۹۲۶	۱۶۰۱۲۳۵۸۷
همدان	۲۷۱۳۹۳۱۰	۳۷۱۰۵۲۶۶	۵۱۱۵۳۴۵۹	۶۶۳۱۵۹۷۰	۸۱۸۵۹۶۶۶	۱۴۷۹۳۴۶۱۷
یزد	۲۷۱۹۲۴۶۱	۳۷۵۱۱۸۳۵	۵۲۳۶۸۱۶۹	۶۶۶۶۰۵۸۳	۸۲۰۳۵۸۴۱	۱۶۰۶۰۸۴۵۶

منبع: مرکز آمار ایران، ۱۳۸۷

جدول ۲. هزینه‌های ناخالص خانوار شهری (۱۳۸۰ و ۱۳۸۶) (میلیون ریال)

اقلام هزینه	۱۳۸۰			۱۳۸۶		
	متوسط	دهک اول	دهک دهم	متوسط	دهک اول	دهک دهم
بعد خانوار	۴/۴۷	۲/۹۱	۴/۸۸	۳/۸۷	۲/۷	۴/۰۹
جمع غیرخوراکی	۲۲/۳	۳/۷	۷۶/۲	۶۶/۹	۱۰/۹	۲۰۱/۶
پوشاک و کفش	۱/۹	۰/۱	۵/۵	۴/۵	۰/۴	۱۳
مسکن	۸/۹	۲/۶	۲۱/۵	۲۵/۲	۷/۱	۵۷/۷
اثاث منزل	۱/۷	۰/۲	۵/۶	۴/۲	۰/۵	۱۳/۴
بهداشت و درمان	۲	۰/۲	۸/۱	۶/۸	۱	۲۶/۲
حمل و نقل و ارتباطات	۴/۱	۰/۲	۲۳/۶	۱۴/۱	۱	۵۹/۷
تفریح و فرهنگ و ورزش	۱	۰/۶	۳/۲	۲/۸	۰/۲	۸/۹
متفرقه	۲/۶	۰/۲	۸/۶	۸/۳	۰/۷	۲۳/۷
جمع خوراکی	۷/۲	۲/۱	۱۲/۵	۱۸/۲	۵/۵	۳۴/۴
آرد و نان و غلات	۱/۴	۴	۲/۴	۳	۱	۵/۳
گوشت	۱/۸	۰/۵	۳/۷	۴/۵	۱	۸/۸
لبنیات و تخم‌مرغ	۰/۸	۰/۳	۱/۳	۲	۰/۷	۳/۳
روغن	۰/۳	۰/۱	۰/۴	۰/۷	۰/۳	۱
میوه و سبزی	۱	۰/۴	۲	۳/۵	۱/۱	۶/۲
خشکبار و حبوبات	۰/۳	۰/۰۸	۰/۷	۱	۰/۲	۱/۹
قند و چای و شیرینی	۰/۶	۰/۲	۱/۱	۱/۲	۰/۴	۲/۱
ادویه	۰/۲	۰/۰۷	۰/۴	۰/۶	۰/۲	۰/۹
نوشابه	۰/۶	۰/۱۴	۱/۵	۱/۸	۰/۴	۴/۸
جمع کل	۲۹/۵	۵/۸	۸۴/۴	۸۴/۱	۱۶/۴	۲۳۶

منبع: مرکز آمار ایران، ۱۳۸۷-۱۳۸۱

جدول ۳. هزینه‌های ناخالص خانوار روستایی (۱۳۸۰ و ۱۳۸۶) (میلیون ریال)

اقلام هزینه	۱۳۸۰			۱۳۸۶		
	متوسط	دهک اول	دهک دهم	متوسط	دهک اول	دهک دهم
بعد خانوار	۵/۱۸	۲/۵۸	۶/۴۲	۴/۴۹	۲/۴۹	۵/۳۹
جمع غیرخوراکی	۱۰/۵	۱/۵	۳۶/۱	۳۱/۸	۴/۶	۱۰۵/۵
پوشاک و کفش	۱/۶	۰/۰۶	۵/۸	۳/۷	۰/۲	۱۲/۲
مسکن	۳	۰/۹	۵/۸	۷/۶	۲/۴	۱۴/۳
اثاث منزل	۱/۴	۰/۱۴	۵	۳/۷	۰/۳	۱۲/۴
بهداشت و درمان	۱/۱	۰/۱۶	۴/۳	۳/۸	۰/۷	۱۳/۳
حمل و نقل و ارتباطات	۱/۵	۰/۱۳	۷/۳	۷/۲	۰/۶	۳۲
تفریح و فرهنگ و ورزش	۰/۴	۰/۰۲	۱/۴	۱	۰/۵	۴/۱
متفرقه	۱/۶	۰/۰۹	۶/۶	۴/۸	۰/۳	۱۷
جمع خوراکی	۷/۱	۱/۴	۱۷	۱۸/۲	۴/۲	۳۲/۱
آرد و نان و غلات	۱/۷	۰/۳	۵/۲	۳/۸	۰/۹	۹/۳
گوشت	۱/۶	۰/۳	۳/۸	۴/۴	۰/۸	۱۱
لبنیات و تخم‌مرغ	۰/۸	۰/۲	۱/۵	۱/۹	۰/۶	۳/۵
روغن	۰/۴	۰/۱	۰/۷	۰/۹	۰/۲	۱/۵
میوه و سبزی	۱	۰/۲	۲/۱	۳	۰/۷	۶/۷
خشکبار و حبوبات	۰/۳	۰/۰۵	۰/۸	۱	۰/۲	۲/۳
قند و چای و شیرینی	۰/۷	۰/۲	۱/۴	۱/۴	۰/۴	۲/۹
ادویه	۰/۲	۰/۰۵	۰/۴	۰/۶	۰/۲	۱/۲
نوشابه	۰/۴	۰/۰۶	۱	۱/۳	۰/۲	۳/۵
جمع کل	۱۷/۶	۲/۹	۵۳/۱	۵۰	۸/۸	۱۴۷/۶

منبع: مرکز آمار ایران، ۱۳۸۷-۱۳۸۱

جدول ۴. نسبت افزایش شاخص قیمت و هزینه‌های خانوار شهری

(۱۳۸۸ و ۱۳۸۰) (میلیون ریال)

موضوع	۱۳۸۰	۱۳۸۸ (برآورد نگارنده)	افزایش (چند برابر)
هزینه متوسط	۲۹/۵	۱۱۷/۷	۴
هزینه دهک اول	۵/۸	۲۲/۹	۳/۹
هزینه دهک دهم	۸۴/۸	۳۰۶/۹	۳/۶
شاخص کل قیمت کالاهای مصرفی	۱۰۰	۳۲۰	۳/۲
شاخص کل قیمت کالاهای خوراکی	۱۰۰	۳۵۱	۳/۵
شاخص کل قیمت کالاهای مسکن	۱۰۰	۳۶۹	۳/۷
شاخص کل کالاهای متفرقه	۱۰۰	۲۸۰	۲/۸
بعد خانوار متوسط*	۴/۴۷	۳/۸۷	۰/۸۷
بعد خانوار دهک اول*	۲/۹۱	۲/۷۷	۰/۹۵
بعد خانوار دهک دهم*	۴/۸۸	۴/۰۹	۰/۸۴
هزینه سرانه متوسط	۰/۶۶	۳/۰۴	۴/۶۱
هزینه سرانه دهک یکم	۰/۲	۰/۸۳	۴/۵۱
هزینه سرانه دهک دهم	۱/۷۴	۷/۵	۴/۳۱

* سال ۱۳۸۸ معادل سال ۱۳۸۶ در نظر گرفته شده است

منبع: مرکز آمار ایران، ۱۳۸۰

جدول ۵. درآمد متوسط سالانه خانوار شهری و روستایی (۱۳۸۸ و ۱۳۸۰)

(میلیون ریال و درصد)

موضوع	۱۳۸۰	۱۳۸۸ (برآورد نگارنده)	افزایش (چند برابر)
درآمد شهری	۲۵/۸	۷۸	۳
سهم مزد و حقوق	۳۴	۳۳/۹	-
سهم مشاغل آزاد	۳۷/۸	۲۵	-
سهم متفرقه	۳۸/۲	۴۱	-
درآمد روستایی	۱۵/۲	۴۷/۱	۳/۱
سهم مزد و حقوق	۲۹/۴	۳۰/۹	-
سهم مشاغل آزاد	۴۸/۳	۴۳	-
سهم متفرقه	۲۲/۳	۲۱	-
نسبت درآمد به هزینه خالص شهری	۸۰/۳	۸۸	-
نسبت درآمد به هزینه خالص روستایی	۸۴/۴	۹۱/۹	-

منبع: مرکز آمار ایران، ۱۳۸۰

جدول ۶. مصرف تقریباً حداقلی ماهانه مواد غذایی خانوار چهارنفره در شهر تهران (۱۳۸۸) (برآورد نگارنده)

نوع مصرف	مقدار مصرف ماهانه	بها (ریال)	هزینه ماهانه (ریال)
گوشت	۵/۴ کیلوگرم	هر کیلو ۱۴۰,۰۰۰	۷۵۶,۰۰۰
گوشت سفید (مرغ)	۱ عدد	هر عدد ۴۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰
نان (معادل بربری)	۱۳۵ عدد	هر عدد ۲,۰۰۰	۲۷۰,۰۰۰
برنج	۷/۲ کیلوگرم	هر کیلو ۱۷,۵۰۰	۱۲۶,۰۰۰
روغن	۳/۵ لیتر	هر لیتر ۲۵,۰۰۰	۸۷,۵۰۰
میوه	در حدود ۱۶ کیلوگرم	هر کیلو ۲۵,۰۰۰	۴۰۰,۰۰۰
پنیر (یا سایر لبنیات معادل پنیر)	۷/۲ کیلوگرم	هر کیلو ۵۰,۰۰۰	۳۶۰,۰۰۰
چای	۷۵۰ گرم	هر کیلو ۸۰,۰۰۰	۶۰,۰۰۰
ماست، سبزی، سالاد	-	-	۸۰,۰۰۰
قند و شکر	۴ کیلوگرم	هر کیلو ۵,۰۰۰	۲۰,۰۰۰
شیرینی، شکلات، آب نبات و...	-	-	۶۰,۰۰۰
میهمان ضروری	۵ نفر میهمان در ماه	-	۲۵۰,۰۰۰
جمع	-	-	۲,۶۳۰,۰۰۰
جمع با احتساب ۲۵٪ هزینه‌های حساب نشده	-	-	۳,۲۹۰,۰۰۰
هزینه مسکن	-	-	۲,۷۵۰,۰۰۰
(با توجه به درصد مالکیت و امکان رهن، شامل آب و برق و تلفن و گاز و تعمیرات)	-	-	۵,۷۹۰,۰۰۰
جمع هزینه‌های خوراک و مسکن	-	-	۲,۵۰۰,۰۰۰
هزینه‌های پوشاک، حمل و نقل، مسافرت، لوازم منزل، بهداشت و درمان (براساس آمارگیری‌های هزینه و درآمد خانوار)	-	-	۸,۵۴۰,۰۰۰
جمع کل	-	-	

۳.۴. چند بررسی مقایسه‌ای

برای بررسی مقایسه‌ای درآمد خانوار در چند کشور، کشورهای امریکا، فیلیپین، برزیل، ایران، مصر و اوگاندا برگزیده شدند. ارقام جدول ۷ بیانگر درآمد فردی (درآمد خانوار بخش بر میانگین تعداد افراد خانوار در کل کشور، اعم از روستایی یا شهری) است. برآورد ارقام مربوط به ایران بر مبنای جداول همین گزارش و تقریبی و از سوی نگارنده است. ایران از حیث شاخص توسعه انسانی، در میان ۱۸۰ کشور، رتبه ۸۳ (تقریباً میانی) را دارد و از حیث درآمد شخصی خانوار بسیار پایین‌تر از این است. درآمد در ایران معادل ۱۲ درصد درآمد در امریکا و در حدود ۲۰ درصد کمتر از این درآمد در سطح جهان است.

جدول ۷. مقایسه چند کشور برحسب درآمد شخصی و شاخص توسعه انسانی

کشور	درآمد شخصی (۲۰۰۵)	شاخص توسعه انسانی (۲۰۰۶)
امریکا	۲۳۴۸۴	۰/۹۵۰
فیلیپین	۲۶۰۳	۰/۷۴۵
برزیل	۵۶۱۳	۰/۸۰۷
مصر	۱۴۵۰ (تقریبی)	۰/۷۱۶
اوگاندا	۸۰۰ (تقریبی)	۰/۴۹۴
ایران	۲۲۷۰ (تقریبی)	۰/۷۷۷

منبع: www.worldsalaries.org, 2007-2008

۵. بحث و نتیجه‌گیری

آمارهای مربوط به اندازه‌گیری فقر و پایش فقر در ایران کاملاً نارسا و، در موارد زیادی، گمراه‌کننده است. شیوه‌های آمارگیری از یک سو و وانمودسازی آماری از سوی دیگر حکایت از آن دارند که دولت‌ها، یکی پس از دیگری، در کار خود موفق بوده و فقر را مهار کرده یا آن را کاهش داده‌اند. عوامل سازنده فقر با روشنی و دقت و در نظر گرفتن جنبه‌های اقتصادی مورد بررسی قرار نمی‌گیرند. فقر را عموماً پدیده‌ای نامطلوب که ناشی از برخی ناکارکردی‌ها یا بدکارکردی‌هاست و مورد توجه دولت هم هست معرفی می‌کنند. همه دولت‌ها در ۳۲ سال اخیر، و همچنین پیش از آن، از موفقیت خود در شناخت فقر و اتخاذ سیاست‌های مناسب صحبت کرده‌اند و، در همان حال، شناسایی و تمایز کافی بین فقر و فقیران و تحلیل ریشه‌های دو پدیده وجود ندارد.

آمارهای هزینه و درآمد خانوار به‌ویژه گمراه‌کننده است و بخش

زیادی از جامعه را در رده‌های بسیار پایین و بسیار بالا نادیده می‌گیرد. اگر پوشش آماری کافی باشد، گروهی که در دهک نهم و دهم جای دارد، به دهک‌های پایین‌تر منتقل می‌شود. از طرف دیگر، وضع دهک‌های اول و دوم نیز در واقع بدتر از آن است که نمایش داده می‌شود.

نظریه‌ها، تجربه‌ها و گزارش‌های فراوانی دولت‌ها را مسئول مبارزه با فقر در چارچوب نظام اقتصادی می‌دانند. این امر می‌تواند با سیاست‌گذاری بنیادی و کارآمد برای بهره‌وری، اشتغال، و بازتوزیع درآمد میسر شود. اما خصلت سیاسی و گروه‌بندی و جناح‌گرایی دولت‌ها و همین‌طور وابستگی آنها به بسته‌های سیاسی، که به قدر کافی یا اصلاً به مسئله فقر و بازتوزیع توجهی ندارند، مانع از آن می‌شود که سیاست‌ها و اقدام‌های ریشه‌ای به مرحله عمل درآیند. در نتیجه، می‌بینیم که فقر در میان گروه‌های اجتماعی خاصی مانند کارگران ساده، بیکاران، زنان و جوانان گسترش یافته است.

در یک کلام، مبارزه با فقر به موضوعی سیاسی و تبلیغاتی تبدیل شده است. گاه اقدام‌هایی مانند انتقال سهام، پرداخت‌های نقدی به بعضی کسان و گروه‌ها، انتقال منابع برای اشتغال‌زایی و جز آن صورت گرفته و می‌گیرد. اما حاصل کار پایدار ماندن فقر و نارسایی درآمد و هزینه خانوار در بخش زیادی از جامعه بوده است. در نتیجه، سهم فزاینده‌ای از خانوارها به زیر هزینه متوسط سقوط می‌کنند و در تأمین نیازهای واقعی و حداقلی درمی‌مانند.

عوامل اساسی مانند تورم، بیکاری، نابره‌وری، کم‌رشدی، توزیع ناعادلانه، فساد، و بی‌توجهی یا نارسایی سیاست‌ها در بروز فقر و محرومیت در میان خانوارها نقش دارند. در ایران، مانند شمار محدودی از کشورها، مشخص شده است که همه این عوامل بر کل جامعه یا گروه‌های اجتماعی متفاوت تأثیرگذارند. اما در شما بیشتری از کشورها به یک یا دو عامل اساسی می‌توان اشاره کرد. از همین رو، سیاست‌گذاری و یافتن راه‌حل‌های قاطع برای فقرزدایی در کشورهایی مانند ایران دشوارتر است و به تعمق و اقدام‌های سنجیده و پیگیری بیشتری نیاز دارد.

با این حال، ثابت شده است که ساختار توزیع ناعادلانه درآمد و ثروت اصلی‌ترین عامل فقر و محرومیت است. دولت‌ها فقط تا حد معینی توانسته‌اند یا می‌توانسته‌اند با این عامل مقابله کنند. سیاست‌های آزادسازی، بازارگرایی و تعدیل ساختاری در ایران، که

اقتصادی، موضوع رفاه همگانی، توسعه اجتماعی و مبارزه با فقر را کم‌اهمیت تلقی کنند. ضرورت امروز ما کنار گذاشتن سیاست‌های رشدخواه و درآمدگرا اما فقرزا و اتخاذ بسته سیاستی جدیدی است که رشد را از طریق بازتوزیع منابع و فعال کردن گروه‌های اجتماعی در نظارت دموکراتیک تأمین کند؛ و این یعنی سیاست و برنامه‌ریزی به منظور توسعه همگانی.

منابع

- استیگلیتز، جوزف ای. (۱۳۸۲)، *جهانی‌سازی و مسائل آن*، ترجمه حسن گلریز، تهران، نشر نی.
- _____. (۱۳۸۶)، *نگاهی نو به جهانی‌سازی*، ترجمه مسعود کرباسیان، تهران، نشر چشمه.
- بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران. (۱۳۸۸)، *شاخص بهای کالاها و خدمات مصرفی در مناطق شهری ایران*، تهران.
- برانت، کریستینا. (۱۳۸۳)، *دولت رفاه و حمایت‌های اجتماعی*، راهبردهای فقرزدایی، ترجمه هرمز همایون‌پور، تهران، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
- بونولی، جولیانو، جورج ویک و تیلر-گوبی پینتر. (۱۳۸۰)، *دولت رفاه در اروپا*، ترجمه هرمز همایون‌پور، تهران، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
- جورج، سوزان و دیگران. (۱۳۸۲)، *استعمار پسامدرن*، ترجمه احمد سیف، تهران، نشر دیگر.
- رئیس‌دانا، فریبرز. (۱۳۸۰)، *بررسی‌های کاربردی توسعه و اقتصاد ایران*، ج ۱، تهران، چشمه، چ ۶.
- رئیس‌دانا، فریبرز، ژاله شادی‌طلب و پرویز پیران. (۱۳۸۰)، «در زیر خط فقر»، *فقر در ایران*، به کوشش سعید مدنی، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- سازمان برنامه و بودجه. (۱۳۷۸)، *سند برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۷۹-۱۳۸۳)*، پیوست ۲ (جلد اول)، تهران.
- سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی. (۱۳۸۴)، *سند تلفیقی اسناد توسعه بخشی و فرابخشی برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران*، تهران.
- سن، آمارتیا کومار. (۱۳۸۱)، *توسعه به مثابه آزادی*، ترجمه حسین راغفر، تهران، کویر.
- فریدمن، میلتن و رز فریدمن. (۱۳۶۷)، *آزادی انتخاب*، ترجمه حسین حکیم‌زاده جهرمی، تهران، نشر پارس.
- گرنیزبان، آلیاندرو. (۱۳۸۲)، «درآمد: تغییرات تحرک‌آفرین در سیاست‌گذاری»، *سیاست‌های فقرزدایی (راهبردهای مبارزه با فقر در کشورهای در*

سرخساخته اما کاملاً سلیقه‌ای و مبتنی بر منافع اقتصادی و سیاسی جناحی پیگیری می‌شود، آن‌چنان با ماهیت قدرت و منافع اقتصادی آن‌گره خورده است که جایی برای اقدام‌های اساسی باقی نمی‌گذارد. حتی سیاست‌های ضد تورم و ضد بیکاری نیز به اصطلاح نیم‌بند و ناتمام و فاقد کارآمدی لازم‌اند که ناشی از همان ماهیت قدرت دوگانه اقتصادی، سیاسی و اجتماعی (ایدئولوژیک) است.

فرار سرمایه‌ها، آزاد بودن سرمایه‌گذاران در کسب منافع فوق‌عادی و رانت، نبود نظارت دموکراتیک و، از همه مهم‌تر، فقدان تشکلهای صنفی آزاد و مستقل موجب ناکارآمدی و نامکفی شدن سرمایه‌های مولد شده است. بهانه اصلی برای نهادینه شدن این وضعیت، دفاع از اصل آزادی سرمایه‌گذاری و انگیزه کسب سود است، در حالی که پایداری این وضعیت در واقع، با ایجاد فقر و گرفتاری، آزادی‌ها را مختل کرده است.

توزیع درآمد در ایران از ناعادلانه‌ترین توزیع‌ها در جهان است. در عین حال، با سرعتی فزاینده و بالاتر از بسیاری از کشورهای جهان، بر شمار افرادی که زیر خط فقر نسبی قرار می‌گیرند افزوده می‌شود. اثر سیاست‌های بازتوزیعی و رفاهی بر ضرایب توزیع درآمد نامعلوم است، اما به هر حال نامطمئن ارزیابی می‌شود.

در ایران، مانند شمار زیادی از کشورهای کم‌توسعه‌یافته، به رابطه میان فقر و گروه‌های شغلی و طبقاتی توجه نشده است. همین امر موجب شده که مبارزه با فقر ریشه‌دار و پیوسته نباشد. مبارزه‌ها بیشتر مظاهر فقر را نشانه گرفته‌اند و نه علت‌ها را. وجود بیکاری گسترده در میان زنان و کارگران، از یک سو، و نبود حمایت‌های اجتماعی برای خانوار، از سوی دیگر، موجب بی‌دفاعی بنیه اقتصادی خانوار شده است. تشکلهای مستقل کارگری و حمایت از مصرف‌کننده که بتوانند، در مقابل قدرت‌های دولتی و سرمایه‌گذاری، اقدام‌های حمایت‌گر خود را مطرح و مانع سقوط سطح واقعی زندگی شوند وجود ندارد. از این رو، آفت بزرگ اقتصاد ملی یعنی رکود تورمی، از طریق تشدید توزیع ناعادلانه، موجب فقر و محرومیت می‌شود.

در مطالعه مقایسه‌ای کشورهای دانسته شده است که، با پذیرش نظام اقتصادی مقرر، مبارزه با فقر بر عهده دولت‌هاست و توقع جامعه به‌ویژه مردم فقیر نیز همین است. دولت‌ها نباید به بهانه عدم مداخله در آزادی سرمایه‌گذاران یا بر عهده داشتن مسئولیت رشد

- Chenery, H. and M. S. Ahluwalia. (1974), "A Model of Distribution and Growth", in: H. Chenery et al., eds., *Redistribution with Growth*, Oxford University Press.
- Kuznets, S. (1955), "Economic Growth and Income Inequality", *AER* 45 (March).
- Williamson, J. (1990), "What Washington Means by Policy Reform", in: J. Williamson, ed., *Latin American Adjustment: How Much Has Happened*, Washington: Institute for International Economics.
- _____. (1997), "The Washington Consensus Revisited", in: L. Emmerly, ed., *Economic and Social Development into the XXI Century*, Washington, Inter-American Development Bank.

- حال توسعه)، به کوشش آلیاندرو گرنیزپان، ترجمه هرمز همایون‌پور، تهران، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
- مرکز آمار ایران. (۱۳۸۷)، *آمارگیری از هزینه و درآمد خانوارهای شهری*، تهران.
- _____. (۱۳۸۷)، *سالنامه آماری کشور ۱۳۸۶*، تهران.
- _____. (۱۳۸۸)، *سالنامه آماری کشور ۱۳۸۷*، تهران.
- هاریگر، آرنولد، سی. (۱۳۸۲)، «چشم‌انداز سنگرها: فراگردهای توسعه و سیاست‌ها از منظر یک حرفه‌ای دست‌اندرکار»، *پیشگامان اقتصاد توسعه: آینده و چشم‌انداز*، به کوشش جerald میر و جوزف استیگلitz، ترجمه غلامرضا آزاد (ارمکی)، تهران، نشر نی.
- Atkinson, A. B. (1994), *The Welfare State and Economic Performance*, Welfare State Programme Discussion Paper 104, London, STICERD, LSE.

آموزش

مقصود فراستخواه*، نسرين نورشاهی**، حسين سمیعی***

مقدمه

در جهان امروز، زندگی بیش از گذشته، و در ابعاد وسیع تر و با عمق بیشتر، مبتنی بر دانش است و موج تازه‌ای از «اقتصاد دانش» ظهور پیدا کرده است. توسعه علمی شرط بقای جامعه و یکی از لوازم آن توسعه آموزشی است. دانایی منشأ قدرت ملی است (تافلر، ۱۳۷۰). وجود انبوه جمعیت جوان آموزش‌پذیر در ایران فرصت و مزیتی ملی است که می‌توان از آن در توسعه آموزشی و علمی کشور و استوار ساختن بنیان‌های قدرت و امنیت ملی بهره گرفت. توسعه آموزشی از پیش‌شرط‌های حضور فعال در رقابت‌های جامعه اطلاعاتی جهانی است. جامعه‌ای خواهد توانست به آینده قدم بگذارد که

یادگیرنده باشد و شهروندان آن از فرصت‌های برابر و تعمیم‌یافته برای یاد گرفتن برخوردار باشند، «در تمام مدت زندگی بیاموزند» و «یاد بگیرند که چگونه بیاموزند» (Brown, 2002). دانش نقش مؤثری در ایجاد ارزش افزوده و جایگاهی مرکزی در توسعه درون‌زا و پایدار پیدا کرده است (کاستلز، ۱۳۸۰). «حق دانستن» یکی از برجسته‌ترین مشخصه‌های جامعه یادگیرنده است (Brown, 2002). برای ایران، که در منطقه‌ای به شدت متحول و در موقعیتی حساس قرار دارد، داشتن نرخ بالایی از جمعیت جوان، با ظرفیت سرشاری از آموزش‌پذیری و کسب دانش و فناوری، فرصت و مزیتی نسبی است. افزایش شاخص ثبت‌نام ناخالص کلیه مقاطع تحصیلی به سمت وضع مطلوب «۱» (حداقل مورد انتظار آن برای سال ۱۳۹۴ بالای ۰/۹ است) از مهم‌ترین پیش‌شرط‌های نظریه پایه توسعه ملی در آمایش سرزمینی است (فراستخواه و دیگران، ۱۳۸۲).

* دکترای برنامه‌ریزی توسعه آموزش عالی، عضو هیئت علمی مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی

** دکترای مدیریت آموزشی، عضو هیئت علمی مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی

*** کارشناسی ارشد علوم اجتماعی

۱. رویکرد نظری: آموزش و توسعه

مفهوم سرمایه انسانی، به تعبیر بومن^۱، انقلابی در تفکر بشری ایجاد کرد (وودهاال، ۱۳۸۰). «آموزش»، در واقع، سرمایه‌گذاری بر انسان است و سبب ارتقا و بهبود ظرفیت تولیدی افراد می‌شود. توجه به سرمایه انسانی، به یک معنا، حتی در دوران آدام اسمیت نیز قابل ردیابی است. وی در کتاب *ثروت ملل*، فرد تحصیل کرده را با سرمایه‌ای ذی‌قیمت قابل مقایسه دانسته است (راجرز و راجلین، ۱۳۷۰). بنا بر یافته‌های محققان، افزایش سطح آموزش موجب افزایش تولید ناخالص ملی شده است. براساس مطالعه دنیسون^۲ (۱۹۸۲)، توسعه اقتصادی کشورها همبستگی بالایی با پیشرفت آموزشی و تحصیلی داشته است (به نقل از راجرز و راجلین، ۱۳۷۰). مطالعات در ایران نشان‌دهنده رابطه میان رشد هزینه‌های آموزش رسمی و رشد اقتصادی است (تاری و ارضرومچیلر، ۱۳۸۱). سرمایه‌گذاری آموزشی بر مبنای رویکرد سرمایه انسانی دارای نرخ بازدهی بلندمدت و بالاست (عمادزاده، ۱۳۷۲).

فریدمن^۳ این مفهوم را توسعه داد و آموزش را عامل افزایش قابلیت‌های تولیدی و ظرفیت‌های کسب مطلوبیت دانست. فرد آموزش‌دیده، افزون بر اینکه می‌تواند درآمد بیشتری به دست آورد، مایل و قادر است که آن را عاقلانه‌تر مصرف کند، از اوقات فراغت خود بهتر بهره بگیرد، و از زندگی شخصی خویش لذت‌های کیفی‌تری ببرد. رضایت از زندگی، تفاهم با هم‌نوع، و دیگر مطلوبیت‌ها در مفهوم سرمایه انسانی نهفته است (فریدمن، ۱۳۶۸). آموزش، علاوه بر بازده تولیدی و اقتصادی، دارای منافع مصرفی و غیربازاری نیز بوده است (مک‌ماهون، ۱۳۸۰). مطالعات تجربی نشان داده است که آموزش به پیشبرد بسیاری از فعالیت‌های غیربازاری که با خصوصیات عاطفی و شناختی سروکار دارند کمک می‌کند، از جمله تأمین بهداشت خود و اعضای خانواده، کسب نرخ بازده بیشتر از پس‌اندازها، افزایش ضریب هوشی کودکان قبل از ورود به مدرسه و پیشرفت آنها در دوران تحصیل، افزایش کیفیت خریدهای خانواده، و عدم ارتکاب جرم. آموزش، فراتر از منافعی که به آموزش‌گیرنده می‌رساند، آثار خارجی و سرریزهایی نیز در اجتماع

و نسبت به نهادهای مختلف داشته است (همان). به طور کلی، براساس مطالعات نظری و پژوهش‌های تجربی، آموزش دارای بازده خصوصی و عمومی، فردی و اجتماعی، غیرمستقیم و مستقیم بوده است (وودهاال، ۱۳۸۰).

روند آموزش همگانی با به میان آمدن حقوق شهروندی و حق دانستن توسعه پیدا کرد و دولت‌های پاسخگو مفاهیمی مانند تعلیمات عمومی اجباری و سپس توسعه آموزش‌ها تا سطح عالی و اخیراً مفهوم سرمایه انسانی را در ساختارهای خود جذب و درونی کردند (فراسخواه، ۱۳۸۷).

در حال حاضر، نه تنها آموزش عمومی بلکه حتی یادگیری در سطح عالی نیز یک «حق عمومی» شناخته می‌شود. متن ماده ۲۶ اعلامیه جهانی حقوق بشر مصوب ۱۰ دسامبر ۱۹۴۸ چنین است: «هر شخصی حق دارد که از آموزش و پرورش بهره‌مند شود. آموزش و پرورش، دست‌کم آموزش ابتدایی و پایه، باید رایگان باشد. آموزش ابتدایی اجباری است. آموزش حرفه‌ای و فنی باید همگانی شود و دستیابی به آموزش عالی باید با تساوی کامل برای همه امکان‌پذیر باشد تا هرکس بتواند بنا به استعداد خود از آن بهره‌مند شود» (جانسون، ۱۳۷۸).

در ماده یک کنوانسیون مقابله با تبعیض در آموزش مصوب ۱۴ دسامبر ۱۹۶۰، تبعیض در آموزش چنین تعریف شده است: «هر نوع تمایز، محرومیت، محدودیت یا امتیاز به علت نژاد، رنگ، جنسیت، زبان، مذهب، عقیده سیاسی، تبار ملی یا اجتماعی، وضعیت اقتصادی، یا اصل و نسب که موجب از بین رفتن یا تضعیف تساوی در برخورداری آموزشی می‌شود و به‌ویژه موارد زیر را دربرمی‌گیرد:

- محرومیت در هر نوع یا هر سطح آموزشی (از ابتدایی تا عالی)؛
- محدود شدن به آموزش با کیفیت نازل؛
- ایجاد نظام‌های آموزشی یا مؤسسات جداگانه برای اشخاص و گروه‌هایی از افراد»^۴.

۴. در ماده ۲ این کنوانسیون، تأسیس مؤسسات آموزشی جداگانه برای دختر و پسر به شرط حفظ برابری فرصت‌ها و امکانات، تأسیس مؤسسات جداگانه به دلایل مذهبی و زبانی به شرط مطابقت با استانداردها و مشارکت انتخابی در آنها، و تأسیس مؤسسات آموزشی خصوصی به شرط آنکه هدف نه تضمین محرومیت گروه یا گروه‌هایی از آموزش بلکه فقط فراهم نمودن امکانات آموزشی مازاد بر امکانات عمومی باشد و با استانداردها نیز مطابقت داشته باشند، از موارد تبعیض استثنایافته است (انجل، ۱۳۸۱).

1. Bowman
2. Denison
3. Friedman

- ثبت نام در آموزش متوسطه
- میانگین سال‌های آموزش متوسطه
- هزینه‌های آموزشی
- نسبت دانش آموز به معلم
- نسبت ثبت نام دختران به پسران.

موفقیت شاخص آموزش زمانی است که نظام آموزشی، که پیشرفت جامعه بشری را بر عهده دارد، کیفیت بالایی داشته باشد. رتبه‌های برتر مؤلفه آموزش در شاخص‌های کامکاری لگاتیوم به ترتیب به این کشورها تعلق دارد: ۱. نروژ، ۲. دانمارک، ۳. فنلاند، ۴. سوئد، ۵. یونان، ۶. استرالیا، ۷. آمریکا، ۸. اسلونی، ۹. تایوان، ۱۰. نیوزیلند، ۱۱. بلژیک، ۱۲. اسپانیا، ۱۳. اتریش، ۱۴. هلند، ۱۵. فرانسه، ۱۶. کانادا، ۱۷. ایتالیا، ۱۸. ایرلند، ۱۹. آلمان، ۲۰. ژاپن، ۲۱. انگلستان، ۲۲. سوئیس، ۲۳. مجارستان، ۲۴. لتونی، ۲۵. اسرائیل. در میان ۱۰۴ کشور، ایران در زمینه خلافت و نوآوری با رتبه ۶۹ و آموزش با رتبه ۵۹ جایگاهی متوسط (زرد) دارد. در جدول ۱ وضعیت ۲۹ کشور جهان از جمله ایران برحسب رتبه آنها در مؤلفه آموزش شاخص کامکاری لگاتیوم آمده است.

بدین ترتیب، هرچند وضعیت آموزش در ایران بالنسبه بهتر از هشت مؤلفه دیگر شاخص کامکاری لگاتیوم (به‌ویژه در حکومت‌داری، آزادی فردی، نهادهای دموکراتیک، ایمنی و امنیت، سرمایه اجتماعی، و بنیان‌های اقتصادی) است، اما حتی در زمینه آموزش هم هستند کشورهایی در اروپای شرقی مانند اوکراین و رومانی، در جنوب غرب آسیا مانند کویت و عربستان، در شمال آفریقا مانند تونس و مصر، در آسیای جنوب شرقی مانند مالزی، و در امریکای لاتین مانند برزیل که جلوتر از ما هستند.

روندهای شاخص آموزش برای همه

روندهای نسبی پیشرفت شاخص آموزش، در مقایسه با سایر شاخص‌های توسعه اجتماعی، از یک منظر مرهون فشار تعهدات بین‌المللی مانند اجلاس داکار در خصوص «آموزش برای همه» (EFA)^۳ بوده است. در سال ۱۳۷۹، ستاد پیگیری برنامه «آموزش برای همه» در ایران تشکیل شد. با مرور وضعیت شاخص‌های

در همین کنوانسیون، عبارت «دسترسی به آموزش، استاندارد و کیفیت آموزش، و شرایط ارائه آموزش» رسماً به کار رفته و حقی عمومی اعلام شده است و، در ماده ۴، دولت‌های پیوسته به کنوانسیون «متعهد به ایجاد امکانات دسترسی به آموزش عالی برای همه براساس ظرفیت علمی افراد» دانسته شده‌اند (انجل، ۱۳۸۱). حق عمومی دانستن و یاد گرفتن در سطح عالی ریشه در فلسفه روشنگری دارد (Hayton and Paczuska, 2004). این مفهوم در سال‌های اخیر، به همراه مفهوم «جامعه یادگیرنده»، ابعاد تازه‌تر و پررنگ‌تری به خود گرفته و با عنوان «حق یادگیری» مورد تأکید قرار می‌گیرد (Brown, 2002).

۲. وضعیت آموزش در ایران و مقایسه آن با سایر کشورهای جهان

۱.۲. آموزش عمومی

جوامع موفق جهان آنهایی نیستند که صرفاً تولید ناخالص داخلی بالایی دارند، بلکه آنهایی هستند که شهروندانشان شاد و سالم و آزادند. از همین منظر، شاخص کامکاری لگاتیوم^۱ براساس ۹ مؤلفه ساخته شده است. سازه لگاتیوم با تحقیق و تجزیه و تحلیل سازندهایی تعریف شده است که از جمله آنها آموزش است. دیگر سازندها عبارت‌اند از بنیان‌های اقتصادی، کارآفرینی و نوآوری، نهادهای دموکراتیک، سلامت، ایمنی و امنیت، حکومت‌داری، آزادی فردی، و سرمایه اجتماعی. رتبه کشورها در تمامی شاخص‌های موفقیت براساس اهمیت برابر و میانگین نمرات در ۹ مؤلفه محاسبه شده است.^۲

شاخص آموزش، بازدهی آموزشی هر کشور را با اندازه‌گیری سال‌های تحصیلی که شهروندان آن کشور به اتمام رسانده‌اند، همراه با عوامل دیگری به شرح زیر که به تقویت کیفیت آموزش افراد کمک می‌کند، ارزیابی می‌نماید:

- ثبت نام در آموزش ابتدایی
- ثبت نام در آموزش راهنمایی
- میانگین سال‌های آموزش راهنمایی

1. Legatum prosperity

2. <http://prosperity.com/default.aspx,2009>

3. Education For All

مربوط به اهداف EFA از ۱۳۷۹ به بعد، روندها و فاصله‌های موجود مشخص می‌شود.

جدول ۱. مقایسه شاخص آموزش ایران با چند کشور (۲۰۰۹)

ردیف	کشور	منطقه	رتبه شاخص آموزش ۱۰۴ کشور	وضعیت در سطح جهانی
۱	نروژ	شمال اروپا	۱	مطلوب
۲	امریکا	امریکا	۷	مطلوب
۳	فرانسه	اروپا	۱۵	مطلوب
۴	کانادا	امریکا	۱۶	مطلوب
۵	آلمان	اروپا	۱۹	مطلوب
۶	ژاپن	آسیای شرقی	۲۰	مطلوب
۷	انگلستان	اروپا	۲۱	مطلوب
۸	روسیه	آسیای شمالی و اروپای شرقی	۲۸	مطلوب
۹	اوکراین	اروپای شرقی	۳۲	متوسط
۱۰	کویت	جنوب غرب آسیا	۳۳	متوسط
۱۱	رومانی	اروپای شرقی	۴۱	متوسط
۱۲	تونس	شمال آفریقا	۵۰	متوسط
۱۳	مالزی	آسیای جنوب شرقی	۵۲	متوسط
۱۴	مصر	شمال آفریقا	۵۵	متوسط
۱۵	عربستان	جنوب غرب آسیا	۵۶	متوسط
۱۶	برزیل	امریکای لاتین	۵۸	متوسط
۱۷	ایران	آسیای جنوب شرقی	۵۹	متوسط
۱۸	کلمبیا	امریکای لاتین	۶۲	متوسط
۱۹	چین	جنوب شرق آسیا	۶۴	متوسط
۲۰	ترکیه	آسیای میانه	۶۸	متوسط
۲۱	آفریقای جنوبی	آفریقا	۶۹	متوسط
۲۲	اندونزی	آسیای جنوب شرقی	۷۵	نامطلوب
۲۳	ویتنام	جنوب شرق آسیا	۸۱	نامطلوب
۲۴	نیکاراگوئه	امریکای مرکزی	۸۲	نامطلوب
۲۵	یمن	جنوب شرق آسیا	۸۸	نامطلوب
۲۶	زیمبابوه	آفریقای جنوبی	۹۰	نامطلوب
۲۷	نپال	جنوب آسیا	۹۱	نامطلوب
۲۸	پاکستان	همسایه شرقی	۱۰۱	نامطلوب
۲۹	موزامبیک	جنوب غرب آفریقا	۱۰۴	نامطلوب

* رتبه ۱-۳۰ مطلوب، ۳۱-۷۵ متوسط، ۷۶-۱۰۴ نامطلوب

منبع: <http://prosperity.com/default.aspx.2009>

- در دوره پیش از دبستان، درصد دانش‌آموزان پایه اولی که دوره یک‌ساله آمادگی را گذرانده‌اند رشدی معادل ۲۵/۱ درصد (وزارت آموزش و پرورش، ۱۳۸۷) داشته است (نمودار ۱).

- در دوره ابتدایی، نرخ پوشش واقعی (۶-۱۰ سال) از ۹۵/۹ به ۹۷/۸ درصد (همان) رسیده است (نمودار ۲).

- در دوره راهنمایی تحصیلی، نرخ پوشش واقعی (۱۱-۱۳ سال) از ۷۸/۴ به ۸۴/۹ درصد (همان) رسیده است (نمودار ۳).

- در دوره متوسطه و پیش‌دانشگاهی، نرخ ثبت‌نام ناخالص (پوشش تحصیلی ظاهری) از ۶۹ به ۶۱ درصد کاهش داشته است. در دوره متوسطه فنی و حرفه‌ای و کاردانش، این نرخ از ۲۱/۲ به ۲۲/۹ (درصد) همان رسیده است (نمودار ۴).

برخی از شاخص‌ها بهبود داشته‌اند. سه شاخص منفی تراکم دانش‌آموز در کلاس، نسبت دانش‌آموز به معلم، و نرخ تکرار پایه روند کاهشی و سه شاخص مثبت نرخ ماندگاری، گذر تحصیلی، و درصد معلمان واجد شرایط تدریس روند افزایشی داشته‌اند.

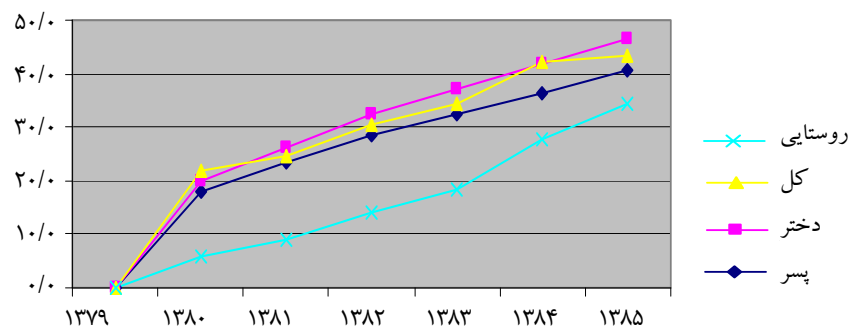
- تراکم دانش‌آموز در کلاس در دوره ابتدایی از ۲۵/۱ به ۲۰/۹، در دوره راهنمایی از ۲۹/۵ به ۲۳/۹، و در دوره متوسطه نظری و پیش‌دانشگاهی از ۳۰ به ۲۳/۵ نفر رسیده است (وزارت آموزش و پرورش، ۱۳۸۷).

- نسبت دانش‌آموز به معلم در دوره ابتدایی از ۲۵/۲ به ۲۱/۸، در دوره راهنمایی از ۲۷/۵ به ۲۱/۸، و در دوره متوسطه نظری و پیش‌دانشگاهی از ۲۹/۳ به ۲۱/۶ نفر (همان) رسیده است (جدول ۲).

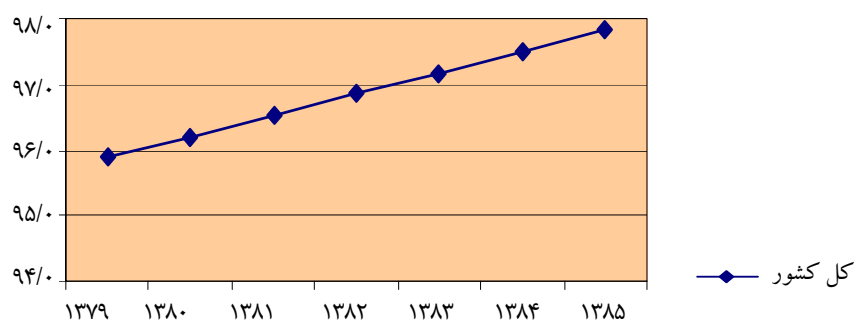
جدول ۲. نسبت دانش‌آموز به معلم در مقاطع مختلف

نسبت دانش‌آموز به معلم			تراکم		
دوره	۱۳۷۹	۱۳۸۵	دوره	۱۳۷۹	۱۳۸۵
ابتدایی	۲۵/۱	۲۰/۹	ابتدایی	۲۵/۲	۲۱/۸
راهنمایی	۲۹/۵	۲۳/۹	راهنمایی	۲۷/۵	۲۱/۸
متوسطه	۳۰	۲۳/۵	متوسطه	۲۹/۳	۲۱/۶

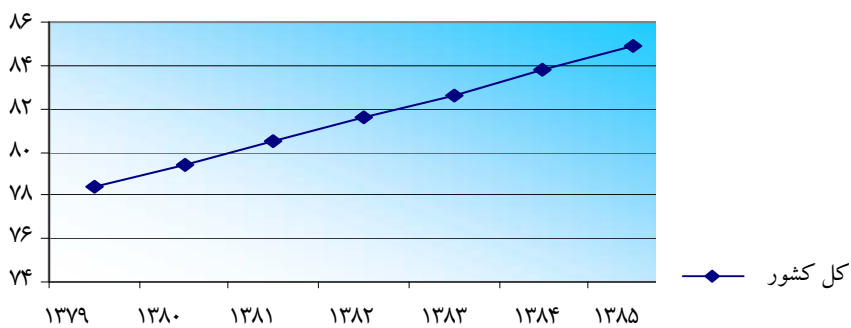
منبع: وزارت آموزش و پرورش، ۱۳۸۷



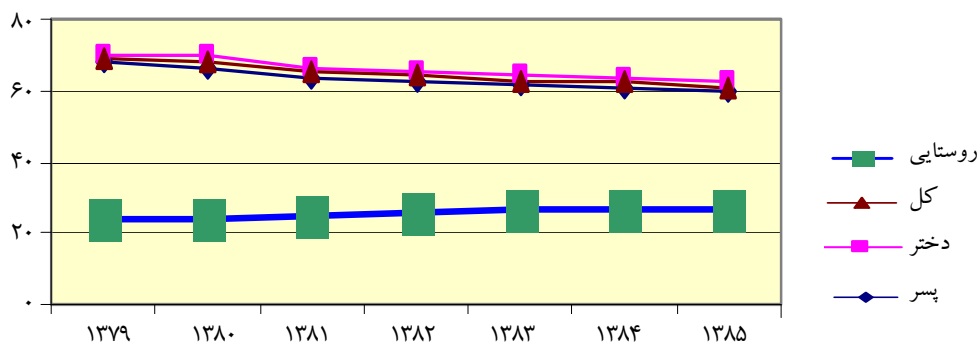
نمودار ۱. درصد دانش‌آموزان پایه اول ابتدایی با سابقه پیش از دبستان (۱۳۷۹-۱۳۸۵)



نمودار ۲. نرخ ثبت‌نام خالص دوره ابتدایی (۱۳۷۹-۱۳۸۵)



نمودار ۳. نرخ ثبت‌نام خالص دوره راهنمایی (۱۳۷۹-۱۳۸۵)



نمودار ۴. نرخ ثبت‌نام ناخالص دوره متوسطه و پیش‌دانشگاهی (۱۳۷۹-۱۳۸۵)

پایه برای کودکان و نوجوانان و بزرگسالان و ارتقای مهارت‌های زندگی، آموزش را توسعه و تعمیم دهند. در برنامه‌ریزی برای تحقق این اهداف، به وضوح بر بهبود کیفیت آموزش^۱ تأکید شده است. کشور ما نیز خود را ملتزم به این تعهدات اعلام کرده است و اجرای آنها مستلزم تلاش همه نهادهای مسئول است. این در حالی است که هنوز با شاخص تعیین‌شده برای آموزش بزرگسالان (رشد سالانه ۱/۵ درصد) و نیز شاخص‌های کیفی دیگر مانند روند بین‌المللی تحصیلات ریاضیات و علوم (TIMSS)^۲ و پیشرفت بین‌المللی آموزش سواد خواندن (PIRLS)^۳ فاصله داریم. از سوی دیگر، در گزارش پایش جهانی (GMR)^۴ سال ۲۰۰۹، شاخص توسعه آموزش برای همه (EDI)^۵ در ایران نامشخص گزارش شده است (Unesco, 2007).

۲.۲. آموزش عالی

آموزش عالی در ایران به صورت دولتی (شامل وزارتخانه‌های علوم، تحقیقات و فناوری، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، آموزش و پرورش، و سایر وزارتخانه‌ها و دستگاه‌های دولتی و نهادهای عمومی، در قالب دوره‌های روزانه و شبانه، غیردولتی (شامل دانشگاه آزاد اسلامی و غیرانتفاعی‌ها)، حضوری یا نیمه‌حضوری، غیرحضوری و فراگیر (عمدتاً در دانشگاه دولتی پیام نور)، مجازی (الکترونیکی)، و علمی- کاربردی ارائه می‌شود و تمامی دوره‌های مابعد آموزش متوسطه (از کاردانی تا دکتری تخصصی) را دربرمی‌گیرد. در سال ۱۳۸۷، در مجموع، ۵۰۷ دانشگاه، دانشکده، آموزشکده، مجتمع آموزش عالی، مؤسسه آموزش عالی، مرکز آموزش عالی، پژوهشگاه، پژوهشکده و مرکز پژوهشی، اعم از دولتی و غیردولتی، در کشور فعال بوده‌اند که تعداد ۳۰۲ دانشگاه و مرکز آموزش عالی (۵۹/۶ درصد) به بخش دولتی و تعداد ۲۰۵ دانشگاه و مؤسسه آموزش عالی (۴۰/۴ درصد) به بخش غیردولتی آموزش عالی اختصاص داشته است. از بین کل دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی

- نرخ تکرار پایه در دوره ابتدایی به تفکیک پایه‌های تحصیلی از ۷ درصد (پایه اول)، ۴/۵ درصد (پایه دوم)، ۲/۷ درصد (پایه سوم)، ۲/۹۹ درصد (پایه چهارم)، و ۱/۴۶ درصد (پایه پنجم) به ترتیب به ۴، ۲/۳، ۱/۵۶، ۱/۱۶ و ۰/۹۲ درصد رسیده است (همان).
- نرخ برابری جنسیتی در نرخ سوادآموزی گروه سنی ۱۵-۲۴ سال از ۰/۹۶ به ۰/۹۹ و در جمعیت ۱۵ ساله و بالاتر از ۰/۸۵ به ۰/۸۹، در نرخ ثبت‌نام ناخالص در دوره پیش از دبستان از ۱/۰۶ به ۱/۱۲، در دوره ابتدایی از ۰/۹۵ به ۰/۹۸، در دوره راهنمایی از ۰/۸۷ به ۰/۹۲، در دوره متوسطه نظری و پیش‌دانشگاهی از ۱/۰۳ به ۱/۰۵ رسیده است. برابری جنسیتی در نرخ ماندگاری ۰/۹۹ ثابت است. در نرخ گذر از ابتدایی به راهنمایی از ۰/۹۷ به ۰/۹۹ رسیده و در گذر از راهنمایی به متوسطه در ۱/۰۱ ثابت (همان) بوده است (جدول ۳).

جدول ۳. نرخ برابری جنسیتی

گروه‌ها	۱۳۷۹	۱۳۸۵
ثبت‌نام ناخالص پیش‌دبستانی	۱/۰۶	۱/۱۲
پوشش ظاهری دوره ابتدایی	۰/۹۵	۰/۹۸
پوشش ظاهری دوره راهنمایی	۰/۸۷	۰/۹۲
پوشش ظاهری متوسطه نظری و پیش‌دانشگاهی	۱/۰۳	۱/۰۵
سوادآموزی (۱۵-۲۴ سال)	۰/۹۶	۰/۹۹
جمعیت ۱۵ ساله و بالاتر	۰/۸۵	۰/۸۹
نرخ ماندگاری	۰/۹۹	۰/۹۹
نرخ گذر از ابتدایی به راهنمایی	۰/۹۷	۰/۹۹
نرخ گذر از راهنمایی به متوسطه	۱/۰۱	۱/۰۱

منبع: وزارت آموزش و پرورش، ۱۳۸۷

اما برخی کاستی‌ها همچنان باقی است. یونسکو پس از برگزاری کنفرانس جهانی ۱۹۹۰ تایلند با تأکید بر آموزش برای همه، در گردهمایی‌های بعدی، شش هدف اصلی را برای پیگیری برنامه «آموزش برای همه» تعیین کرده است. براساس آن، همه اعضای یونسکو متعهد شده‌اند تا با حمایت دولت‌ها، مشارکت نهادهای غیردولتی، اجتماعات محلی و خانواده‌ها، بدون تبعیض‌های جنسیتی و قومیتی و مذهبی، با تأکید بر آموزش‌های

1. Improving Educational Quality

2. Trends in International Mathematics and Science Study

3. Progress in International Reading Literacy Study

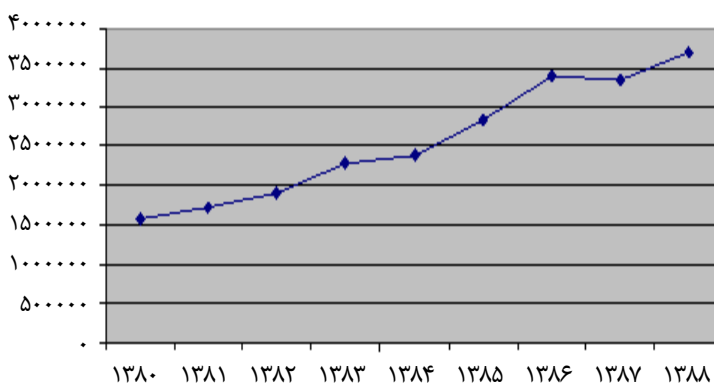
4. Global Monitoring Report

5. EFA Development Index (EDI)

تحت پوشش داشته است (مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی، ۱۳۸۸).

در سال‌های اخیر، آموزش عالی در ایران رشد کمی شتاب‌آلودی داشته است. تعداد کل دانشجویان کشور عملکرد آموزش عالی را از نظر اهداف کمی نشان می‌دهد. در سال ۱۳۸۰، تعداد ۱,۵۶۶,۱۳۱ نفر مشغول به تحصیل بوده‌اند. این تعداد، با متوسط نرخ رشد سالانه‌ای معادل ۱۱/۹ درصد، به ۳,۳۴۹,۷۴۱ نفر در سال ۱۳۸۷ افزایش یافته است (نمودار ۵).

دولتی، تعداد ۹۳ دانشگاه و مرکز آموزش عالی وابسته به وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و تعداد ۲۰۹ دانشگاه و مرکز آموزش عالی وابسته به سایر وزارتخانه‌ها و دستگاه‌های دولتی و نهادهای عمومی بوده‌اند. علاوه بر این، دانشگاه جامع علمی-کاربردی با ۵۶۶ مرکز و دانشگاه پیام نور با ۹۹۳ مرکز و واحد به فعالیت در سطح آموزش عالی اشتغال داشته‌اند. از بین دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی غیردولتی نیز بزرگ‌ترین سهم متعلق به دانشگاه آزاد اسلامی بوده است که به تنهایی ۴۴۱ مرکز و واحد آموزش عالی را



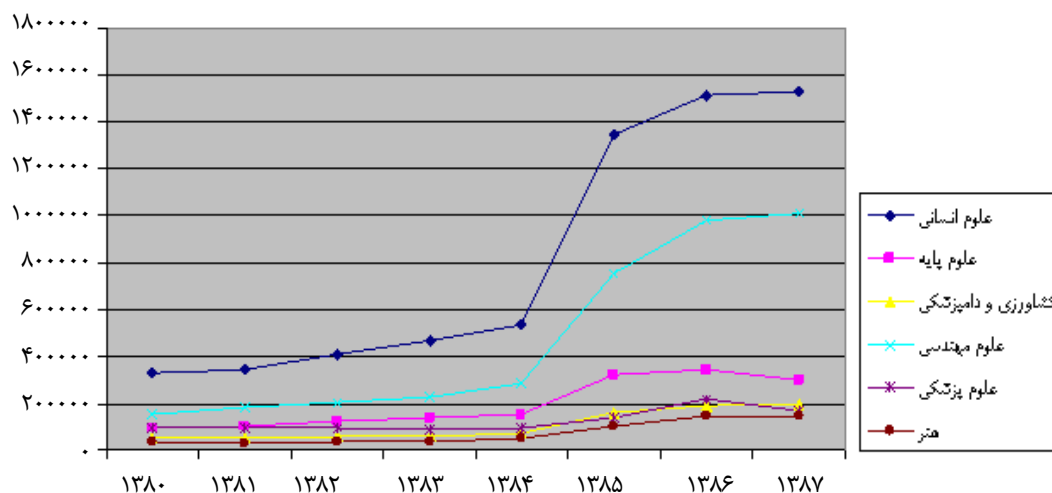
نمودار ۵. روند افزایش تعداد دانشجویان (۱۳۸۰-۱۳۸۸)

در جدول ۴، تعداد دانشجویان برحسب گروه‌های عمده تحصیلی در سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۸۷ و در نمودار ۶، سیر رشد کمی آن نشان داده شده است.

جدول ۴. تعداد دانشجویان برحسب گروه تحصیلی (۱۳۸۰-۱۳۸۷)

گروه تحصیلی	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷
علوم انسانی	۳۲۹۸۰۲	۳۴۶۶۴۰	۴۱۰۷۹۲	۴۶۵۶۹۰	۵۳۱۱۱۲	۱۳۴۹۲۸۵	۱۵۱۵۹۲۷	۱۵۲۶۱۷۴
علوم پایه	۹۷۱۰۰	۱۰۰۵۰۵	۱۲۱۵۰۹	۱۳۶۹۲۳	۱۵۴۴۷۰	۳۱۹۹۱۷	۳۴۱۱۳۷	۳۰۳۰۱۴
کشاورزی و دامپزشکی	۴۸۷۳۶	۵۳۷۴۵	۵۸۳۴۵	۶۲۰۷۰	۷۵۱۲۸	۱۶۰۹۹۹	۱۸۸۹۱۵	۱۹۹۷۵۱
علوم مهندسی	۱۵۴۸۲۲	۱۸۳۲۲۴	۲۰۴۲۹۱	۲۲۷۶۹۹	۲۸۳۲۸۸	۷۵۴۱۹۰	۹۸۲۴۵۵	۱۰۰۷۱۸۵
علوم پزشکی	۹۳۸۴۷	۹۳۰۳۲	۹۱۷۹۴	۹۱۳۱۲	۹۴۸۵۳	۱۴۰۶۳۰	۲۱۹۰۵۰	۱۶۹۴۰۷
هنر	۳۵۵۶۳	۳۲۴۲۱	۳۷۱۸۲	۳۵۲۸۶	۵۲۱۹۹	۱۰۳۵۰۷	۱۴۴۳۶۸	۱۴۴۲۱۰
جمع	۷۵۹۸۷۰	۸۰۹۵۶۷	۹۲۳۹۱۳	۱۰۱۸۹۸۰	۱۱۹۱۰۴۸	۲۸۲۸۵۲۸	۳۳۹۱۸۵۲	۳۳۴۹۷۴۱

منبع: مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی، ۱۳۸۷-۱۳۸۰



نمودار ۶. تعداد دانشجویان برحسب گروه تحصیلی (۱۳۸۰-۱۳۸۷)

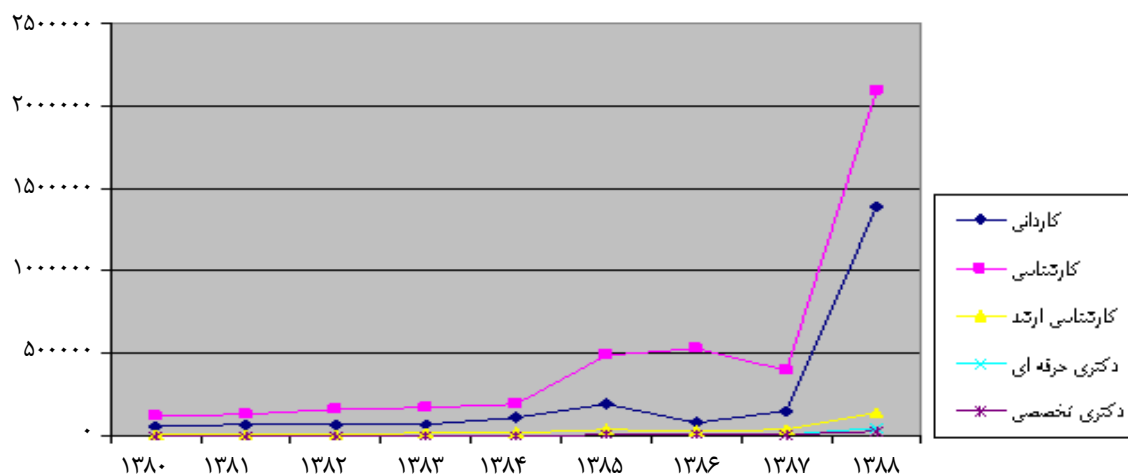
همین روند کم و بیش در شاخص‌های پذیرش و دانش‌آموختگی نیز وجود داشته است (جدول ۸- ۵ و نمودارهای ۱۰-۷).

جدول ۵. تعداد پذیرفته‌شدگان برحسب دوره تحصیلی (۱۳۸۰-۱۳۸۷)

دوره تحصیلی	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷
کاردانی	۶۳۶۴۸	۶۸۳۲۳	۷۱۵۶۷	۷۲۵۸۹	۱۱۲۳۵۱	۱۹۸۸۱۳	۸۵۷۶۷	۱۴۸۴۵۹
کارشناسی	۱۳۴۴۴۸	۱۳۴۸۹۱	۱۶۸۲۶۳	۱۶۸۶۹۶	۱۹۸۰۰۸	۴۹۲۷۹۱	۵۲۷۱۷۲	۲۹۴۲۹۰
کارشناسی ارشد	۱۰۹۴۳	۱۱۸۶۰	۱۵۱۹۵	۱۸۳۱۰	۲۱۹۹۹	۳۹۳۵۸	۳۱۸۸۸	۴۲۵۶۲
دکتری حرفه‌ای	۳۵۰۸	۳۴۶۰	۳۴۳۶	۳۵۳۴	۴۳۴۶	۵۴۱۵	۵۲۶۳	۷۴۱۷
دکتری تخصصی	۲۴۷۹	۲۵۰۲	۲۹۴۰	۳۳۴۱	۳۸۲۲	۵۶۵۸	۵۷۰۷	۶۰۶۲
جمع	۲۰۵۰۲۶	۲۲۱۰۳۶	۲۶۱۴۰۱	۲۶۶۴۷۰	۳۴۰۵۲۶	۷۴۲۰۳۵	۶۵۵۷۹۷	۵۹۸۷۹۰

* بجز پذیرفته‌شدگان دانشگاه آزاد اسلامی

منبع: مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی، ۱۳۸۷-۱۳۸۰، ۱۳۸۸



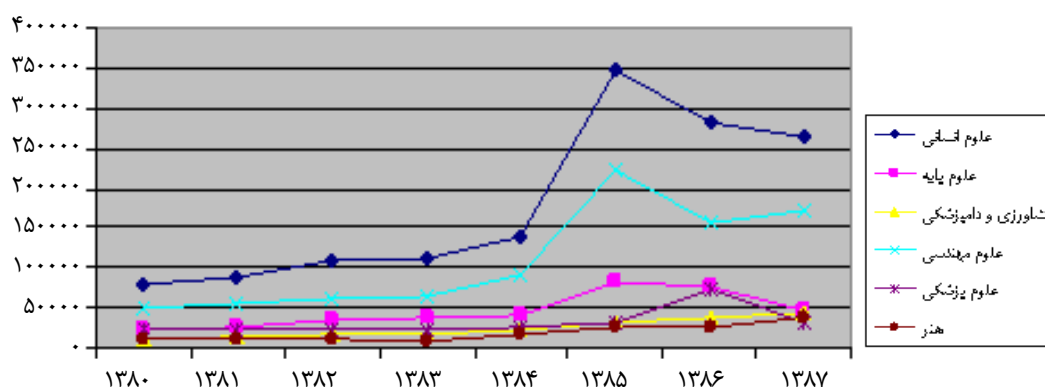
نمودار ۷. تعداد پذیرفته‌شدگان برحسب دوره تحصیلی (۱۳۸۰-۱۳۸۸)

جدول ۶. تعداد پذیرفته‌شدگان برحسب گروه تحصیلی (۱۳۸۰-۱۳۸۷)

گروه تحصیلی	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷
علوم انسانی	۸۱۲۲۵	۸۸۴۸۱	۱۰۹۶۱۳	۱۱۱۳۸۴	۱۳۸۹۲۰	۳۴۷۷۱۵	۲۸۲۸۳۳	۲۶۴۸۵۱
علوم پایه	۲۴۶۳۹	۲۷۲۹۸	۳۶۲۲۶	۳۷۲۲۴	۴۱۳۰۸	۸۲۱۱۹	۷۶۷۵۵	۴۶۰۱۷
کشاورزی و دامپزشکی	۱۳۲۸۰	۱۴۴۹۹	۱۷۶۷۴	۱۸۱۳۴	۲۳۸۵۰	۳۲۲۶۶	۳۸۲۹۷	۴۵۶۶۲
علوم مهندسی	۴۹۰۹۰	۵۶۲۳۸	۶۲۷۲۱	۶۶۳۳۲	۹۱۹۶۷	۲۲۱۰۴۴	۱۵۷۴۰۲	۱۷۰۹۶۶
علوم پزشکی	۲۴۸۹۴	۲۴۰۹۸	۲۳۳۲۹	۲۳۳۵۳	۲۷۸۳۸	۳۲۴۳۸	۷۴۳۷۷	۳۴۰۶۹
هنر	۱۱۸۹۸	۱۰۴۲۲	۱۱۸۳۸	۱۰۰۴۳	۱۶۶۴۷	۲۶۴۵۳	۲۶۰۹۴	۳۷۲۲۵
جمع	۲۰۵۰۲۶	۲۲۱۰۳۶	۲۶۱۴۰۱	۲۶۶۴۷۰	۳۴۰۵۲۸	۷۴۲۰۳۵	۶۵۵۷۹۷	۵۹۸۷۹۰

* بجز پذیرفته‌شدگان دانشگاه آزاد اسلامی

منبع: مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی، ۱۳۸۷-۱۳۸۰، ۱۳۸۸

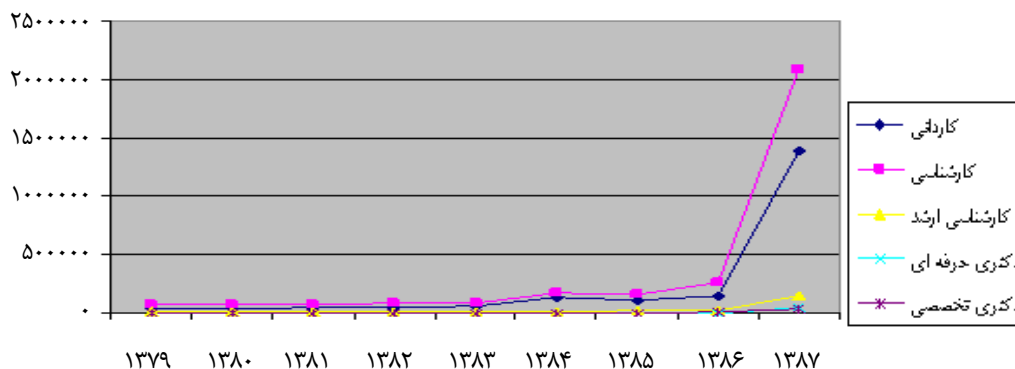


نمودار ۸. تعداد پذیرفته‌شدگان برحسب گروه تحصیلی (۱۳۸۰-۱۳۸۷)

جدول ۷. تعداد دانش‌آموختگان برحسب دوره تحصیلی (۱۳۷۹-۱۳۸۶)

دوره تحصیلی	۱۳۷۹	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶
کارדانی	۳۸۳۱۴	۳۹۲۷۷	۴۵۲۱۲	۴۷۷۷۹	۶۷۱۸۷	۱۴۲۴۵۹	۱۱۷۶۸۰	۱۵۶۱۱۷
کارشناسی	۷۸۲۵۱	۷۴۵۶۰	۷۷۴۶۴	۸۳۴۶۵	۹۳۲۵۷	۱۷۳۶۸۹	۱۵۸۸۳۲	۲۶۵۷۱۴
کارشناسی ارشد	۷۶۴۷	۷۰۶۶	۸۷۱۹	۸۷۳۹	۱۱۱۱۲	۱۶۵۴۲	۲۰۴۴۳	۲۴۴۷۵
دکتری حرفه‌ای	۴۴۷۸	۴۳۴۷	۴۶۶۹	۴۶۴۹	۴۸۴۴	۴۸۴۵	۱۳۳۴	۴۴۸۲
دکتری تخصصی	۱۷۲۱	۱۸۶۷	۲۲۸۴	۲۲۲۷	۲۳۸۵	۲۷۱۱	۱۶۳۸	۶۷۸۶
جمع	۱۳۰۴۱۱	۱۲۷۱۱۷	۱۳۸۳۴۸	۱۴۶۸۵۹	۱۷۸۷۸۵	۳۴۰۲۴۶	۲۹۹۹۲۶	۴۵۷۵۷۴

منبع: مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی، ۱۳۸۷-۱۳۸۰، ۱۳۸۸

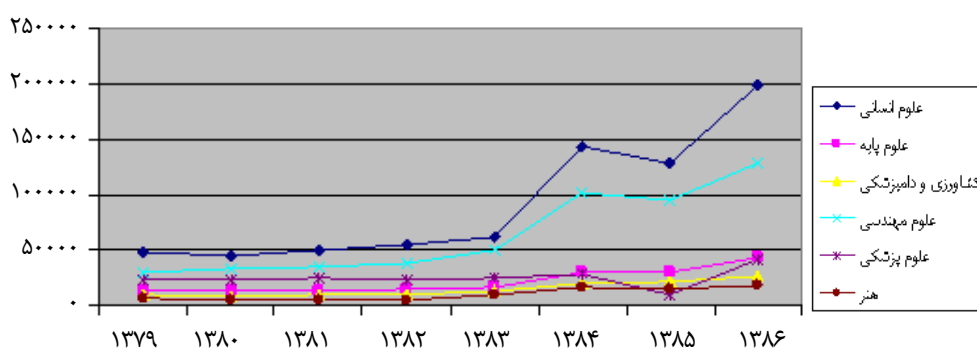


نمودار ۹. تعداد دانش‌آموختگان برحسب دوره تحصیلی (۱۳۷۹-۱۳۸۷)

جدول ۸. تعداد دانش‌آموختگان برحسب گروه تحصیلی (۱۳۷۹-۱۳۸۶)

گروه تحصیلی	۱۳۷۹	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶
علوم انسانی	۴۷۷۱۸	۴۴۶۲۷	۴۹۷۳۸	۵۴۴۹۰	۶۲۰۰۸	۱۴۳۳۹۵	۱۲۸۵۴۵	۱۹۸۸۲۷
علوم پایه	۱۴۱۵۳	۱۳۲۴۰	۱۳۸۰۸	۱۴۶۳۴	۱۷۱۴۳	۳۰۴۵۵	۲۹۳۵۸	۴۲۵۳۴
کشاورزی و دامپزشکی	۹۵۱۲	۸۹۰۸	۹۹۲۸	۱۰۰۹۸	۱۳۵۶۴	۲۰۱۴۹	۲۱۱۵۰	۲۷۳۳۸
علوم مهندسی	۲۹۴۹۳	۳۲۹۸۷	۳۴۹۵۲	۳۸۷۰۰	۵۰۳۷۶	۱۰۰۸۳۶	۹۴۵۰۳	۱۲۷۶۵۱
علوم پزشکی	۲۳۴۳۶	۲۳۰۰۳	۲۴۳۶۵	۲۳۷۲۵	۲۵۷۶۸	۲۸۷۲۴	۱۰۷۰۵	۴۲۲۱۱
هنر	۶۰۹۹	۴۳۵۱	۵۵۵۷	۵۲۱۲	۹۹۲۶	۱۶۶۸۷	۱۵۶۶۵	۱۹۰۱۳
جمع	۱۳۰۴۱۱	۱۲۷۱۱۷	۱۳۸۳۴۸	۱۴۶۸۵۹	۱۷۸۷۸۵	۳۴۰۲۴۶	۲۹۹۹۲۶	۴۵۷۵۷۴

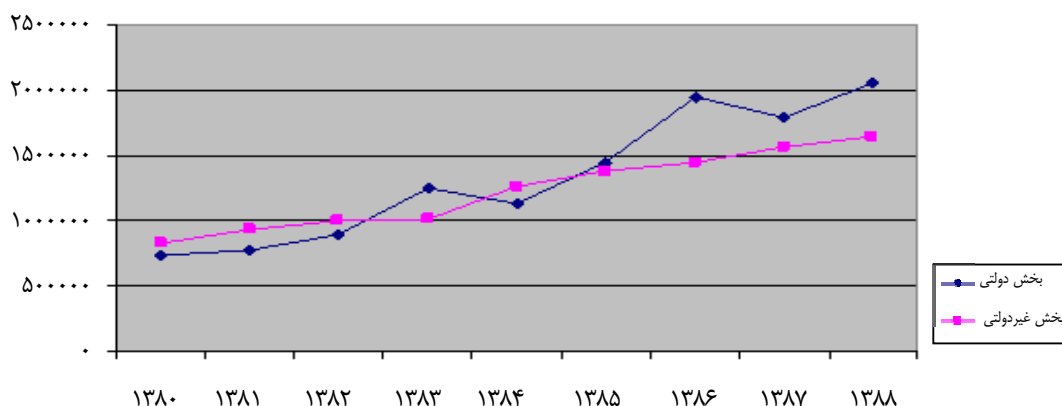
منبع: مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی، ۱۳۸۷-۱۳۸۰، ۱۳۸۸



نمودار ۱۰. تعداد دانش‌آموختگان برحسب گروه تحصیلی (۱۳۷۹-۱۳۸۶)

ابتدای سال ۱۳۸۰، تعداد ۸۳۳,۱۴۳ نفر دانشجو مشغول تحصیل بودند که در سال ۱۳۸۷ به ۱,۵۶۵,۲۴۲ نفر رسید. بدین ترتیب، نرخ رشد تعداد دانشجو در بخش دولتی بالاتر از بخش غیردولتی بوده است (نمودار ۱۱). تعداد دانشجویان مؤسسات آموزش عالی غیردولتی- غیرانتفاعی نیز در سال ۱۳۸۷ برابر با ۱۷۳,۳۶۸ نفر بوده است. در تمام این سال‌ها، میزان عملکرد پایین‌تر از میزان هدف برنامه چهارم در سال ۱۳۸۸ (یعنی ۴۵۰ هزار دانشجو) بوده است.

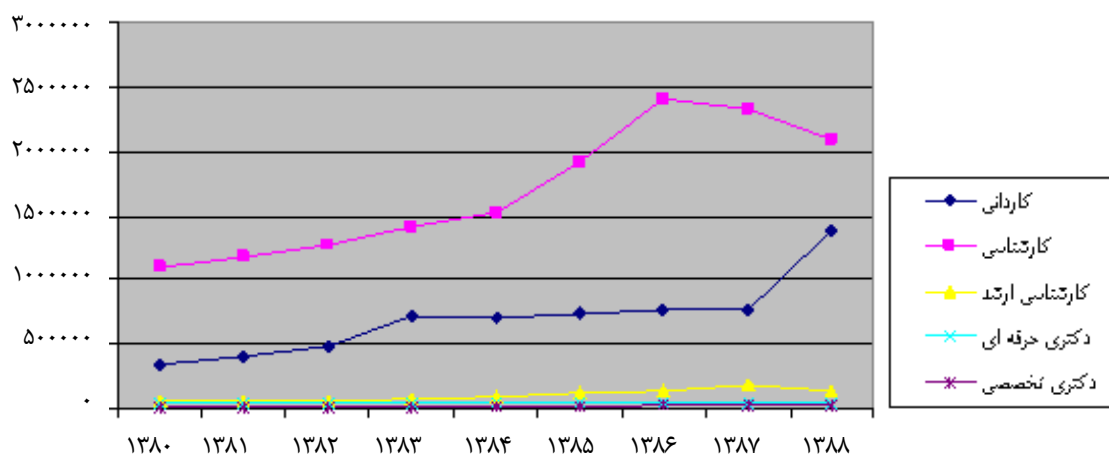
دولت‌گرایی هنوز گریبان آموزش عالی ایران را رها نکرده است. دانشگاه آزاد اسلامی عمده‌ترین بخش نسبتاً غیردولتی بود که پس از انقلاب اسلامی در حاشیه قدرت سیاسی تشکیل شد، اما به سبب رشد کمی گسترده در کشور، تصاحب آن به موضوع منازعه جناح‌های سیاسی حکومتی تبدیل شد. در بخش دولتی، در طی سال ۱۳۸۰، ۷۳۲,۹۸۸ نفر مشغول تحصیل بودند. این تعداد در سال ۱۳۸۷ به ۱,۷۸۴,۴۹۹ نفر رسید. در بخش غیردولتی، در



نمودار ۱۱. تعداد دانشجویان به تفکیک بخش دولتی و غیردولتی (۱۳۸۰-۱۳۸۸)

عالی کشور بیشتر است زیرا دانش‌آموختگان این دوره تحصیلی می‌توانند حضور مؤثرتری در بازار کار و چرخه تولید داشته باشند. سهم دانشجویان کاردانی از کل دانشجویان در سال ۱۳۸۷ به ۲۲/۹ درصد افزایش یافته است و هنوز حتی با هدف برنامه چهارم، یعنی ۳۸ درصد، فاصله زیادی دارد. همچنین هدف برنامه چهارم مبنی بر کاهش سهم دانشجویان دوره کارشناسی از کل دانشجویان (در سال ۱۳۸۸ تا ۵۶ درصد) تحقق نیافته است و در سال ۱۳۸۷ با اندکی کاهش به ۶۹/۳ درصد رسیده است.

لیسانس‌گرایی از دیگر مشخصه‌های معیوب آموزش عالی ایران بوده است. بعد از انقلاب، بر اثر سیاست‌های نادرست، دوره‌های کاردانی و علمی- کاربردی به لحاظ تعداد دانشجو دچار افت فاحشی شد و فقط در سال‌های اخیر، چنانکه در نمودار ۱۲ ملاحظه می‌شود، بار دیگر شاهد رشد تعداد دانشجو در آنها بوده‌ایم. دوره تحصیلی کاردانی در آموزش عالی عمده‌تأ دوره‌ای است که در آن آموزش‌های عملی و کاربردی عرضه می‌شود. بنابراین، هرچه سهم دانشجویان کاردانی از کل دانشجویان بیشتر باشد، به تعبیری می‌توان نتیجه گرفت که گرایش حرفه‌ای و کاربردی در آموزش



نمودار ۱۲. تعداد دانشجویان به تفکیک دوره‌های تحصیلی (۱۳۸۰-۱۳۸۸)

عقب‌تر از هدف برنامه بوده است. همچنین نتیجه عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در جذب دانشجویان روزانه رشد متوسط سالانه ۱۱/۹ درصدی بوده و تعداد دانشجویان به ۹۷۷۴۷ نفر در سال ۱۳۸۷ افزایش یافته است. اما در دوره‌های شبانه متعلق به این وزارتخانه، تعداد دانشجویان با رشد متوسط سالانه ۲/۱ درصدی به ۱۴۵۲۳ نفر در سال ۱۳۸۷ رسیده است و بجز در سال ۱۳۸۶، از هدف برنامه چهارم کمتر بوده است.

از دیگر شاخص‌های تنوع و انعطاف‌پذیری آموزش عالی، وجود دوره‌های آموزش از راه دور و غیرحضور است. بعد از انقلاب، با انحلال نهادهای تأسیس‌شده در قبل از انقلاب، برگزاری این دوره‌ها سال‌ها معوق ماند، اما با تأسیس دانشگاه

آموزش عالی ایران از تنوع کافی برای پاسخگویی به تقاضای تمامی قشرها و گروه‌های اجتماعی برخوردار نیست. با وجود تجدیدنظرهای نسبی که از دهه دوم انقلاب برای تنوع‌بخشی به آموزش عالی صورت گرفت، هنوز با وضع مطلوب فاصله محسوسی داریم. تأسیس دوره‌های شبانه از جمله موارد این تجدیدنظرها برای دسترسی شاغلان و گروه‌های مختلف سنی به آموزش عالی بود. اما در حالی که تعداد دانشجویان روزانه زیر پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، با رشد متوسط سالانه ۸ درصدی، به ۳۴۶,۲۹۸ نفر در سال ۱۳۸۷ رسید و در این مدت همواره جلوتر از هدف برنامه بوده است، عملکرد این وزارتخانه در جذب دانشجو برای دوره‌های شبانه (۱۴۶,۵۰۱ نفر در سال ۱۳۸۷) در تمام این سال‌ها

۵۴۰۰۰ دانشجو بوده است. در جدول ۹ مشروح اطلاعات فوق درج شده است.

یکی از شاخص‌های گزارش اجتماعی آموزش عالی نرخ پوشش تحصیلی است که نسبت تعداد دانشجویان کل کشور را به جمعیت گروه سنی ۱۸ تا ۲۴ سال نشان می‌دهد. این شاخص در کشور ما نسبت به متوسط ۵۰ درصدی متعلق به کشورهای توسعه‌یافته بسیار پایین است و در دهه اول بعد از انقلاب حدود ۱۰ درصد و در دهه دوم کمتر از ۲۰ درصد بود و در دهه سوم، طی روندی افزایشی، به حدود ۳۰ درصد به عنوان هدف برنامه چهارم در پایان سال ۱۳۸۸ رسیده است. شاخص تعداد دانشجو در هر صدهزار نفر جمعیت نیز یکی دیگر از شاخص‌های دسترسی به آموزش عالی است. این شاخص در سال ۱۳۸۴ معادل ۳۴۴۲ نفر بود و در سال ۱۳۸۷ به ۴۶۰۲ نفر افزایش یافته است.

از دیگر شاخص‌های آموزش عالی، نسبت دانشجو به هیئت علمی است. در سال ۱۳۸۴، به ازای هر ۳۰ دانشجو، یک عضو هیئت علمی به تدریس اشتغال داشت. این نسبت طی سال‌های ۱۳۸۵، ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷ به ترتیب به ۳۲، ۳۵ و ۳۳ رسیده است. شاخص نسبت دانشجویان روزانه به هیئت علمی در وزارت علوم، تحقیقات و فناوری از ۱۴ در سال ۱۳۸۴ به ۱۶ در سال ۱۳۸۷ افزایش یافته است. شاخص نسبت دانشجو به هیئت علمی در بخش غیردولتی در طی دوره مورد بررسی به ۲۵ رسیده است.

نسبت استادیار و بالاتر به کل هیئت علمی در سال ۱۳۸۴، در سطح وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، معادل ۶۶ درصد بود که طی سال‌های ۱۳۸۵، ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷ به ترتیب به ۶۷، ۷۱ و ۷۳ درصد رسیده است و با وجود این از هدف برنامه چهارم (یعنی ۹۰ درصد در سال ۱۳۸۸) فاصله دارد (مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی، ۱۳۸۸).

دولتی پیام نور از سر گرفته شد. این دانشگاه، به عنوان بزرگ‌ترین ارائه‌دهنده دولتی آموزش عالی نیمه‌حضور، با رشد بالای پذیرش سالانه، تعداد ۸۷۰,۱۳۱ نفر دانشجو را در سال ۱۳۸۷ زیر پوشش گرفت به طوری که عملکرد سال ۱۳۸۷ آن از هدف برنامه چهارم برای سال ۱۳۸۸، یعنی جذب ۶۰۰ هزار دانشجو فراتر رفت. اما این رشد عمدتاً جنبه کمی داشت و از شاخص‌های کیفی لازم و نیز زیرساخت‌های ضروری برای یادگیری از راه دور با استفاده از فناوری اطلاعات و ارتباطات برخوردار نبود.

ایجاد دوره‌های کوتاه‌مدت معطوف به حرفه، به‌ویژه در سطح بعد از متوسطه و برای تربیت نیروی انسانی نیمه‌متخصص و میانجی میان نیروی کار ساده و متخصص، از دیگر مشخصات نظام آموزش عالی متناسب با نیازهای توسعه‌ای جامعه محسوب می‌شود. به این منظور در ایران دانشگاه جامع علمی- کاربردی تأسیس شد و با رشد سالانه، عملکردی معادل ۱۳۷,۷۱۹ نفر دانشجو در سال ۱۳۸۷ داشته است. با وجود این، در تمام این سال‌ها، عملکرد این دانشگاه بسیار عقب‌تر از هدف برنامه (۵۰۰ هزار دانشجو در سال ۱۳۸۸) بوده است.

در خصوص تربیت معلم نیز باید گفت وزارت آموزش و پرورش در طی سال‌های مورد بررسی رشد منفی داشته است به طوری که تعداد دانشجویان آن، با نرخ رشد متوسط سالانه «منفی» ۷/۵ درصد، به ۱۳۴,۹۷۵ نفر در سال ۱۳۸۷ رسید. در تمام این سال‌ها، عملکرد آن حتی از هدف برنامه چهارم یعنی ۲۲۶۰۰۰ نفر نیز عقب‌تر بوده است. تعداد دانشجویان زیر پوشش سایر دستگاه‌های اجرایی نیز، با نرخ رشد سالانه «منفی» ۷/۲ درصد، به ۲۶۱۴۶ نفر در سال ۱۳۸۷ رسید. میزان عملکرد آنها در تمام این سال‌ها عقب‌تر از هدف برنامه یعنی

جدول ۹. اهداف و عملکرد کمی بخش آموزش عالی در جذب دانشجو به تفکیک نوع دستگاه

نوع دستگاه	دوره تحصیلی	عملکرد								برنامه چهارم								پیش بینی برنامه برای ۱۳۸۸
		۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴		۱۳۸۵		۱۳۸۶		۱۳۸۷						
						عملکرد	هدف	عملکرد	هدف	عملکرد	هدف	عملکرد	هدف					
وزارت علوم، تحقیقات و فناوری/ روزانه	کاردانی	۱۰۲۵۹	۱۱۲۴۹	۱۱۷۹۷	۸۳۶۵	۱۰۶۴۶	۹۰۰۰	۱۲۷۱۶	۹۰۰۰	۱۱۶۷۲	۹۰۰۰	۱۱۸۳۹	۹۰۰۰					
	کارشناسی	۱۹۵۷۴۴	۲۰۴۱۵۷	۲۱۰۶۴۸	۲۰۶۰۰۰	۲۱۹۰۶۶	۲۱۲۰۰۰	۲۳۸۳۹۹	۲۱۹۰۰۰	۲۵۱۳۳۴	۲۲۶۰۰۰	۲۶۵۹۴۷	۲۳۳۰۰۰					
	کارشناسی ارشد	۲۹۴۸۳	۳۳۲۷۴	۳۲۷۷۰	۳۶۰۰۰	۳۳۸۶۷	۴۱۵۰۰	۳۸۸۰۴	۴۷۶۰۰	۴۶۱۵۶	۴۷۶۰۰	۵۱۷۴۵	۵۴۸۰۰					
	دکتری حرفه‌ای	۱۵۲۳	۱۳۵۱	۱۶۸۶	۲۰۰۰	۱۵۴۱	۲۰۰۰	۱۵۵۹	۲۰۰۰	۲۱۳۳	۲۰۰۰	۲۲۷۹	۲۰۰۰					
	دکتری تخصصی	۶۱۱۱	۷۲۴۲	۷۴۹۳	۷۶۳۵	۹۴۲۹	۸۷۰۰	۹۸۹۰	۱۰۰۰۰	۱۲۷۶۸	۱۱۵۰۰	۱۴۴۸۸	۱۳۲۰۰					
	جمع	۲۴۴۱۲۰	۲۵۷۴۵۳	۲۶۴۳۹۴	۲۶۰۰۰۰	۲۷۴۵۴۹	۲۷۳۲۰۰	۳۰۱۳۶۸	۲۸۷۶۰۰	۳۲۴۰۶۳	۲۹۶۱۰۰	۳۴۶۲۹۸	۳۱۲۰۰۰					
وزارت علوم، تحقیقات و فناوری/ شبانه	کاردانی	۱۹۳۸	۲۳۵۶	۳۸۶۸	۸۰۰۰	۶۲۳۹	۹۳۰۰	۶۶۳۰	۱۰۷۰۰	۶۹۶۵	۱۲۳۰۰	۶۷۸۱	۱۴۱۰۰					
	کارشناسی	۵۷۴۹۲	۶۰۰۱۲	۶۹۹۶۵	۱۰۰۰۰۰	۹۷۵۴۰	۱۱۱۰۰۰	۱۰۰۳۶۷	۱۲۳۲۰۰	۱۱۶۰۹۰	۱۳۶۷۰۰	۱۱۲۹۴۰	۱۵۱۸۰۰					
	کارشناسی ارشد			۲۹۳۰	۷۷۰۰	۱۲۹۴۵	۹۶۰۰	۲۱۸۸۰	۱۲۰۰۰	۲۵۵۹	۱۵۰۰۰	۲۵۵۶۴	۱۸۸۰۰					
	دکتری حرفه‌ای	۱۵۸	۱۴۲	۲۴۹	۳۰۰	۶۰۱	۳۵۰	۷۵۵	۴۰۰	۸۷۵	۵۰۰	۹۷۱	۶۰۰					
	دکتری تخصصی			۱۰	-	۱۵۵	-	۲۲۷	-	۲۲۱	-	۲۴۵	-					
	جمع	۵۹۵۸۸	۶۳۵۱۰	۷۷۰۲۲	۱۱۶۰۰۰	۱۱۸۴۸۰	۱۳۰۲۵۰	۱۲۹۸۵۹	۱۴۶۳۰۰	۱۴۷۷۱۰	۱۶۴۵۰۰	۱۶۴۵۰۱	۱۸۵۳۰۰					
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی/ روزانه	کاردانی	۱۳۰۲۷	۱۲۴۵۲	۱۳۴۳۹	۲۱۷۲۰	۱۰۹۷	۲۲۲۰۰	۱۵۳۸۱	۲۲۷۰۰	۱۷۵۸۲	۲۳۰۰۰	۱۶۴۹۰	۲۳۶۰۰					
	کارشناسی	۱۹۳۴۵	۲۰۰۵۵	۱۹۶۲۱	۲۵۷۰۰	۲۰۷۱۳	۲۶۸۰۰	۲۳۰۱۰	۲۸۱۰۰	۲۶۱۴۱	۲۹۵۰۰	۳۴۵۷۳	۳۱۰۰۰					
	کارشناسی ارشد	۱۶۴۵	۱۸۸۱	۱۹۲۰	۳۰۰۰	۲۱۷۹	۳۳۰۰	۲۲۷۰	۳۶۳۰	۲۶۶۹	۳۹۹۰	۴۳۲۹	۴۳۹۰					
	دکتری حرفه‌ای	۳۰۵۱۱	۲۹۳۶۵	۲۷۷۰۰	۳۰۰۵۰	۲۶۴۶۳	۳۰۶۰۰	۲۵۷۶۱	۳۱۲۰۰	۲۸۲۹۲	۳۱۶۰۰	۳۱۲۲۳	۳۲۲۰۰					
	دکتری تخصصی	۵۰۳۱	۴۸۹۹	۵۵۹۴	۷۳۳۰	۶۲۸۳	۸۴۰۰	۷۵۳۵	۹۵۰۰	۹۶۳۷	۱۰۸۰۰	۱۱۱۳۲	۱۲۴۰۰					
	جمع	۶۹۷۳۹	۶۸۶۵۲	۶۸۲۷۴	۸۷۸۰۰	۶۹۷۳۵	۹۱۳۰۰	۷۳۹۵۷	۹۵۱۳۰	۸۴۳۲۱	۹۸۸۹۰	۹۷۷۴۷	۱۰۳۵۹۰					
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی/ شبانه	کاردانی	۷۲۶۲	۶۸۹۳	۶۲۴۹	۶۴۰۰	۶۱۴۹	۶۷۰۰	۶۲۸۲	۷۰۰۰	۷۶۶۲	۷۴۰۰	۴۷۵۷	۷۷۰۰					
	کارشناسی	۶۸۱۲	۷۰۹۰	۶۵۴۱	۷۸۰۰	۷۴۲۸	۸۴۰۰	۸۲۰۳	۸۷۰۰	۹۷۷۷	۹۱۰۰	۹۷۵۸	۹۵۰۰					
	کارشناسی ارشد				-	۶۸	-	-	-	-	-	-	-					
	دکتری حرفه‌ای		۲۷	۲۸	-	-	-	-	-	-	-	۸	-					
	دکتری تخصصی				-	۴	-	-	-	-	-	-	-					
	جمع	۱۴۰۷۴	۱۴۰۱۰	۱۲۸۱۸	۱۴۲۰۰	۱۳۶۴۹	۱۵۱۰۰	۱۴۴۸۵	۱۵۷۰۰	۱۷۴۳۹	۱۶۵۰۰	۱۴۵۲۳	۱۷۲۰۰					

جدول ۹. (ادامه)

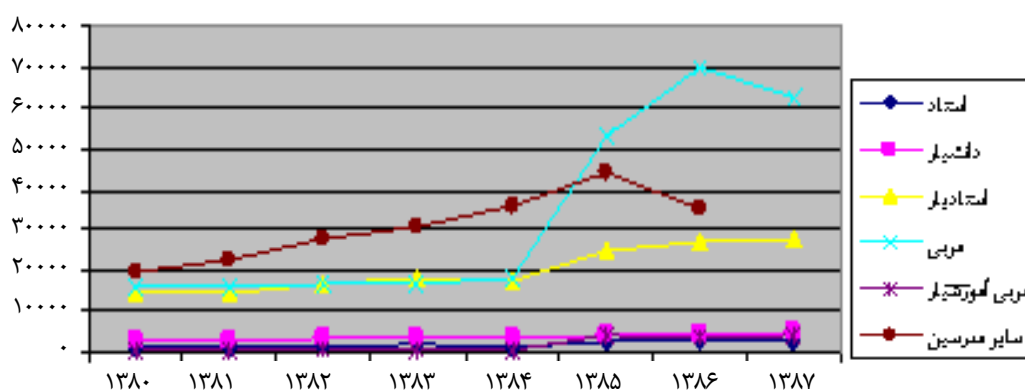
–	–	۱۲۹۵	–	۲۳۵۷	–	۳۷۴	–	۲۱۸	–	۳۰۸	۵۸۹	۶۸۲	کاردانی	دانشگاه پیام نور
۵۹۶۷۵۰	۵۳۷۵۰۰	۸۵۴۵۱۱	۴۸۷۱۰۰	۱۱۰۶۵۷۳	۴۴۳۶۰۰	۶۷۹۰۲۷	۴۰۵۰۰۰	۳۸۲۳۶۴	۳۶۹۱۴۵	۲۸۲۸۴۹	۲۱۴۱۲۶	۲۰۱۶۷۰	کارشناسی	
۳۰۰۰	۲۳۲۰	۱۳۸۸۴	۱۷۸۰	۱۰۳۸۶	۱۳۳۰	۴۷۵۷	۹۶۵	۱۳۴۰	۸۲۰	۸۱۵	۹۴	۲۴	کارشناسی ارشد	
۲۵۰	۱۸۰	۴۴۱	۱۲۰	۱۱۰	۷۰	۱۱۳	۳۵	–	۳۵				دکتری تخصصی	
۶۰۰۰۰۰	۵۴۰۰۰۰	۸۷۰۱۳۱	۴۸۹۰۰۰	۱۱۱۹۴۲۶	۴۴۵۰۰۰	۶۸۴۲۷۱	۴۰۶۰۰۰	۳۸۳۹۲۲	۳۷۰۰۰۰	۲۸۳۹۷۲	۲۱۴۸۰۹	۲۰۲۳۷۶	جمع	دانشگاه جامع علمی- کاربردی
۴۷۰۰۰۰	۳۸۳۰۰۰	۹۱۶۸۷	۳۱۹۹۰۰	۹۶۳۲۶	۲۶۳۷۰۰	۸۵۱۰۰	۲۱۷۸۰۰	۶۶۲۳۹	۱۸۰۳۰۰	۶۵۱۲			کاردانی	
۳۰۰۰۰	۲۴۰۰۰	۴۶۰۳۲	۱۹۱۰۰	۱۴۷۱۸	۱۵۳۰۰	۱۴۸۰	۱۲۲۰۰	۲۵۰۶	۹۷۰۰	۱۶۹۸			کارشناسی	
۵۰۰۰۰۰	۴۰۷۰۰۰	۱۳۷۷۱۹	۳۳۹۰۰۰	۱۱۱۰۴۴	۲۷۹۰۰۰	۸۶۵۸۰	۲۳۰۰۰۰	۶۸۷۴۵	۱۹۰۰۰۰	۸۲۱۰			جمع	
۲۲۰۰۰۰	۲۰۹۰۰۰	۱۲۵۹۸۱	۱۹۹۰۰۰	۹۸۶۷۸	۱۹۰۰۰۰	۱۰۴۱۳۱	۱۸۰۰۰۰	۱۶۱۵۷۰	۱۷۲۰۰۰	۱۳۷۰۰۶	۱۲۴۷۹۷	۹۸۲۲۳	کاردانی	وزارت آموزش و پرورش
۶۰۰۰	۵۲۰۰	۸۷۸۴	۴۵۰۰	۸۰۰۱	۴۰۰۰	۸۹۵۸	۲۵۰۰	۸۶۰۳	۳۰۰۰	۶۰۱۵	۵۰۳۷	۴۸۹۳	کارشناسی	
–	–	۲۱۰	–	۱۳۷	–	۱۱۸	–	۷۵	–			۴۲	کارشناسی ارشد	
۲۲۶۰۰۰	۲۱۴۲۰۰	۱۳۴۹۷۵	۲۰۳۵۰۰	۱۰۶۸۱۶	۱۹۴۰۰۰	۱۱۳۲۰۷	۱۸۳۵۰۰	۱۷۰۲۴۸	۱۷۵۰۰۰	۱۴۳۰۲۱	۱۲۹۸۳۴	۱۰۳۱۵۸	جمع	
۱۰۰۰۰	۹۱۰۰	۳۵۹۵	۸۳۰۰	۳۸۵۱	۷۵۰۰	۳۹۸۵	۶۸۰۰	۳۶۳۸	۶۲۳۵	۵۲۷۸	۷۵۹۱	۹۷۴۳	کاردانی	سایر دستگاه‌های اجرایی
۴۲۰۰۰	۳۹۲۰۰	۱۸۸۱۲	۳۷۳۰۰	۱۷۷۸۸	۳۵۶۰۰	۲۳۶۹۷	۳۴۰۰۰	۲۴۶۶۸	۳۲۲۸۵	۲۲۱۲۱	۲۲۵۴۴	۲۷۶۷۱	کارشناسی	
۲۰۰۰	۱۹۰۰	۳۰۵۳	۱۸۰۰	۲۹۲۷	۱۷۰۰	۳۵۸۵	۱۶۰۰	۳۲۱۵	۱۴۸۰	۲۴۳۴	۲۱۰۱	۲۲۸۴	کارشناسی ارشد	
–	–	۵۷۳	–	۸۳۹	–	۱۳۸۰	–	۱۰۸۴	–	۱۰۸۶	۱۰۹۲	۱۱۳۵	دکتری حرفه‌ای	
–	–	۱۱۳	–	۶۶	–	۱۴۴	–	۱۳۱	–	۱۰۹	۱۰۴	۱۰۰	دکتری تخصصی	دانشگاه آزاد اسلامی
۵۴۰۰۰	۵۰۲۰۰	۲۶۱۴۶	۴۷۴۰۰	۲۵۴۷۱	۴۴۸۰۰	۳۲۷۹۱	۴۲۴۰۰	۳۲۷۲۶	۴۰۰۰۰	۳۱۰۲۸	۳۳۴۳۲	۴۰۹۳۳	جمع	
۳۶۲۰۰۰	۳۴۷۰۰۰	۴۳۴۲۸۳	۳۳۲۰۰۰	۴۵۱۷۰۴	۳۱۸۰۰۰	۴۵۳۴۹۱	۳۰۴۰۰۰	۴۱۷۲۶۲	۲۹۱۰۰۰	۲۹۱۹۵۳	۲۳۱۴۷۴	۲۰۰۳۰۷	کاردانی	
۷۸۵۰۰۰	۷۵۳۰۰۰	۸۶۵۵۳۵	۷۲۰۰۰۰	۷۸۳۱۵۸	۶۸۹۰۰۰	۷۷۹۴۱۶	۶۶۰۰۰۰	۷۳۱۱۵۵	۶۳۱۲۵۰	۶۳۴۱۹۱	۶۳۳۳۱۱	۵۶۸۹۳۴	کارشناسی	
۳۴۴۰۰	۳۳۰۰۰	۷۴۷۵۹	۳۱۵۰۰	۵۲۵۰۳	۳۰۱۰۰	۴۱۴۷۰	۲۸۸۰۰	۳۵۲۱۶	۲۷۶۰۰	۲۷۴۸۶	۲۷۶۱۰	۲۴۹۷۴	کارشناسی ارشد	دانشگاه آزاد اسلامی
۱۵۶۰۰	۱۵۰۰۰	۱۲۶۷۱	۱۴۵۰۰	۱۱۲۳۸	۱۳۸۰۰	۱۱۴۵۲	۱۳۲۰۰	۱۱۰۰۴	۱۲۶۵۰	۱۲۰۹۹	۱۰۶۶۰	۱۰۷۸۳	دکتری حرفه‌ای	
۳۰۰۰	۳۰۰۰	۴۶۲۶	۲۸۰۰	۳۹۶۶	۲۷۰۰	۳۸۲۵	۲۶۰۰	۲۸۸۴	۲۵۰۰	۲۴۷۷	۱۸۱۴	۱۷۴۱	دکتری تخصصی	
۱۲۰۰۰۰۰	۱۱۵۱۰۰۰	۱۳۹۱۸۷۴	۱۱۰۰۸۰۰	۱۳۰۲۵۶۹	۱۰۵۳۶۰۰	۱۲۸۹۶۵۴	۱۰۰۸۶۰۰	۱۱۹۷۵۲۱	۹۶۵۰۰۰	۹۶۸۲۰۶	۹۰۴۸۶۹	۸۰۶۷۳۹	جمع	
۲۷۰۰۰۰	۱۷۰۰۰۰	۶۹۸۷۶	۱۰۷۷۰۰	۷۰۰۱۷	۶۸۰۰۰	۴۸۱۰۰۶	۴۲۲۷۰	۲۵۳۶۱	۲۶۰۰۰	۱۱۵۵۳	۷۳۲۸	۵۳۳۳	کاردانی	مؤسسات آموزش عالی غیردولتی- غیرانتفاعی
۱۷۵۰۰۰	۱۱۷۵۵۰	۹۷۸۷۰	۷۷۴۷۰	۶۴۴۶۶	۵۱۷۵۰	۴۳۵۴۶	۳۴۹۰۰	۳۱۲۱۴	۲۴۳۰۰	۲۲۲۶۴	۱۹۵۱۳	۱۸۴۴۶	کارشناسی	
۴۵۰۰	۴۰۰۰	۵۲۲۰	۳۴۰۰	۴۵۸۱	۲۹۰۰	۲۹۶۸	۲۵۰۰	۲۸۹۵	۱۴۰۰	۱۸۰۵	۱۶۴۸	۱۷۴۲	کارشناسی ارشد	
												۷۵۷	دکتری حرفه‌ای	
۵۰۰	۴۵۰	۴۰۲	۴۳۰	۳۴۰	۳۵۰	۲۲۷	۳۳۰	۲۰۸	۳۰۰	۱۵۰	۱۱۶	۱۲۶	دکتری تخصصی	مؤسسات آموزش عالی غیردولتی- غیرانتفاعی
۴۵۰۰۰۰	۲۹۲۰۰۰	۱۷۳۳۶۸	۱۸۹۰۰۰	۱۳۹۴۰۴	۱۲۳۰۰۰	۹۴۸۴۷	۸۰۰۰۰	۵۹۶۷۸	۵۲۰۰۰	۳۵۷۷۲	۲۸۶۰۵	۲۶۴۰۴	جمع	

منبع: مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی، ۱۳۸۸

جدول ۱۰. تعداد کادر آموزشی برحسب مرتبه علمی (۱۳۸۰-۱۳۸۷)

مرتبه علمی	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷
استاد	۱۳۴۴	۱۵۱۶	۱۷۰۳	۱۹۵۸	۱۸۲۱	۲۶۸۰	۲۶۴۰	۳۲۶۶
دانشیار	۲۵۹۶	۲۹۷۹	۳۴۰۵	۳۶۳۷	۳۶۰۸	۴۵۴۰	۴۵۵۱	۵۴۱۸
استادیار	۱۴۳۷۹	۱۵۰۴۴	۱۷۰۹۷	۱۸۴۸۱	۱۷۵۶۲	۲۴۶۲۰	۲۷۱۶۳	۲۷۵۴۶
مربی	۱۶۰۵۵	۱۶۴۰۴	۱۶۷۶۲	۱۷۲۳۴	۱۷۹۹۴	۵۳۰۸۷	۷۰۰۸۸	۶۲۴۷۰
مربی آموزشیار	۹۴۸	۹۳۶	۱۰۸۷	۸۵۹	۹۹۹	۴۱۶۴	۳۸۹۰	۴۳۵۵
سایر مدرسان	۱۹۶۴۷	۲۲۸۹۴	۲۷۷۲۱	۳۰۷۲۰	۳۶۱۵۱	۴۴۲۹۳	۳۵۱۷۱	
جمع	۵۴۹۶۹	۵۹۷۶۳	۶۷۷۷۵	۷۲۸۸۹	۷۸۱۳۵	۱۳۳۴۸۴	۱۴۳۵۰۳	۱۰۳۰۵۵

منبع: مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی، ۱۳۸۷-۱۳۸۰، ۱۳۸۸

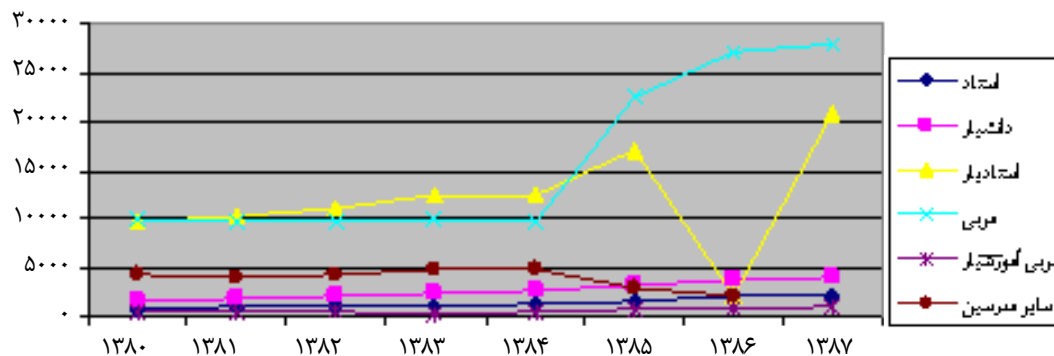


نمودار ۱۳. تعداد کادر آموزشی برحسب مرتبه علمی (۱۳۸۰-۱۳۸۷)

جدول ۱۱. تعداد کادر آموزشی تمام‌وقت برحسب مرتبه علمی (۱۳۸۰-۱۳۸۷)

مرتبه علمی	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷
استاد	۸۹۴	۹۷۸	۹۸۴	۱۱۵۰	۱۳۲۸	۱۶۵۷	۲۰۳۶	۲۰۶۹
دانشیار	۱۷۱۷	۱۹۳۰	۲۰۳۱	۲۳۸۱	۲۷۹۳	۳۱۷۶	۳۷۴۲	۴۱۲۳
استادیار	۹۶۹۰	۱۰۳۱۰	۱۱۱۶۰	۱۲۴۰۴	۱۲۵۲۶	۱۶۹۷۶	۲۰۴۰	۲۰۶۹۱
مربی	۱۰۰۸۰	۹۸۱۶	۹۷۴۸	۹۹۵۶	۹۶۵۰	۲۲۵۲۱	۲۷۱۴۰	۲۷۷۰۸
مربی آموزشیار	۵۳۶	۴۹۹	۴۱۱	۳۸۹	۴۱۷	۷۸۹	۷۱۳	۹۹۶
سایر مدرسان	۴۲۵۴	۴۱۶۰	۴۳۰۷	۴۸۰۱	۴۸۰۶	۲۸۶۳	۲۲۷۷	
جمع	۲۷۱۷۱	۲۷۶۹۳	۲۸۹۴۱	۳۰۹۸۱	۳۱۵۲۰	۴۷۹۸۲	۵۵۹۱۲	۵۵۵۸۷

منبع: مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی، ۱۳۸۷-۱۳۸۰، ۱۳۸۸



نمودار ۱۴. تعداد کادر آموزشی تمام‌وقت برحسب مرتبه علمی (۱۳۸۰-۱۳۸۷)

جدول ۱۲. اهم شاخص‌های اصلی توسعه کمی بخش آموزش عالی، تحقیقات و فناوری

شاخص	پایان برنامه سوم (۱۳۸۳)	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	پایان برنامه چهارم (۱۳۸۸)
پوشش آموزش عالی (جمعیت ۱۸-۲۴ سال)	۲۰٪	۱۹/۹٪	۲۲/۵٪	۲۵/۷۵٪	۲۷/۹۰٪	۳۰٪
تعداد دانشجو در صدهزار نفر جمعیت	۳۳۰۰	۳۴۴۲	۴۰۰۰	۴۷۳۷	۴۶۰۲	۵۰۰۰
سهم دانشجویان کاردانی به کل دانشجویان	۳۲٪	۲۹/۸٪	۲۶٪	۲۲/۶٪	۲۲/۹٪	۳۷/۴٪
سهم دانشجویان کارشناسی به کل دانشجویان	۶۲٪	۶۳/۸٪	۶۷/۵٪	۷۱٪	۶۹/۳٪	۵۶/۴٪
سهم دانشجویان تحصیلات تکمیلی به کل دانشجویان	۶٪	۶/۴٪	۶/۴٪	۶/۴٪	۷/۸٪	۶/۲٪
سهم بخش غیردولتی در آموزش عالی	۴۴/۸٪	۵۲/۶٪	۴۸/۹٪	۴۲/۵٪	۴۶/۷٪	۴۴/۵٪
نسبت هیئت علمی به دانشجو/ کل کشور	۴۰ به ۱	۳۰ به ۱	۳۲ به ۱	۳۵ به ۱	۳۳ به ۱	۳۸/۵ به ۱
نسبت هیئت علمی به دانشجو/ روزانه/ وزارت علوم، تحقیقات و فناوری	۱۸ به ۱	۱۴ به ۱	۱۴ به ۱	۱۵ به ۱	۱۶ به ۱	۱۷ به ۱
نسبت هیئت علمی به دانشجو/ بخش غیردولتی	۵۲ به ۱	۳۱ به ۱	۲۷ به ۱	۲۵ به ۱	۲۵ به ۱	۴۰ به ۱
نسبت استادیار و بالاتر به کل هیئت علمی/ وزارت علوم، تحقیقات و فناوری	۶۰٪	۶۶٪	۶۷٪	۷۱٪	۷۳٪	۹۰٪

منبع: مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی، ۱۳۸۸

در شاخص تعداد دانشجو در هر صدهزار نفر جمعیت، وضعیت ایران در منطقه بهتر از دو شاخص پیش گفته است، مضافاً اینکه مقایسه این شاخص در دو مقطع زمانی ۱۹۹۰ و ۲۰۰۵ نشان‌دهنده ارتقای رتبه ایران با نرخ رشد ۰/۳٪ در بین کشورهای مورد مقایسه و بهبود شاخص مذکور است. این اتفاق در سایر کشورهای منطقه نظیر ترکیه، الجزایر، مصر و به‌ویژه لیبی نیز به همین شکل رخ داده است. هدف این شاخص نشان دادن سطح مشارکت عمومی در آموزش عالی از طریق نشان دادن سهم یا نسبت دانشجویان به جمعیت کشور است. بالا بودن این شاخص در هر صدهزار نفر جمعیت نشان‌دهنده مشارکت عمومی در آموزش عالی نسبت به جمعیت کشور است.

رتبه سیزدهم ایران در شاخص‌های برون‌دادی نظام آموزش عالی، یعنی درصد شاغلان دارای مدرک آموزش عالی از کل شاغلان و درصد بیکاران دارای مدرک آموزش عالی از کل بیکاران کشور دو فرضیه را به ذهن متبادر می‌سازد، اول اینکه فارغ‌التحصیلان نظام آموزش عالی فاقد توانمندی‌ها و قابلیت‌های مورد نیاز بخش‌های اقتصادی هستند، دوم اینکه بخش‌های اقتصادی ایران در مقایسه با سایر کشورها از پتانسیل و تناسب کمتری برای بهره‌گیری از سرمایه انسانی تکوین‌یافته در نظام آموزش عالی برخوردارند.

ایران در شاخص نسبت دانشجو به استاد، که شاخصی فرایندی و در عین حال تاحدودی کیفی است، بعد از ۱۰ کشور قرار گرفته

برای مقایسه در سطح بین‌المللی لازم بود سالی به عنوان مأخذ آماری انتخاب شود که داده‌های مشترک قابل دسترسی از آن وجود داشته باشد. با استناد به منابع ۲۰۰۹ و بر مبنای داده‌های موجود از ۲۰۰۵، ۲۸ کشور به لحاظ میزان توسعه‌یافتگی و موقعیت جغرافیایی در جدول ۱۳ مقایسه شده‌اند.

مقایسه شاخص‌های آموزش عالی ایران با میانگین شاخص‌های مذکور در ۲۸ کشور (جدول ۱۴) نشان می‌دهد که ایران در شاخص‌های نرخ ناخالص ثبت‌نام در آموزش عالی و نرخ ناخالص ثبت‌نام زنان در آموزش عالی، که هر دو نمایانگر سطوح عمومی مشارکت در مقطع آموزش عالی هستند و به نوعی ظرفیت نظام آموزشی را برای ثبت‌نام متقاضیان گروه سنی خاص نشان می‌دهند، بدترین رتبه‌ها (۱۸ و ۲۱) را در مقایسه با سایر شاخص‌ها به دست آورده است. به این ترتیب، ایران به لحاظ شاخص‌های پوشش و برابری در بین کشورهای مورد مقایسه موقعیت پایین‌تری دارد و، به رغم رشد کمی پرشتاب دو دهه اخیر در قدرمطلق تعداد دانشجو و پذیرش آن، در مقایسه با سایر کشورها عقب‌تر است. جایگاه ایران برحسب شاخص‌های مذکور در منطقه (جدول ۱۵) نیز در حد مطلوب نیست به طوری که قدرمطلق هر دو شاخص نرخ ناخالص ثبت‌نام و نرخ ناخالص ثبت‌نام زنان (به ترتیب ۲۴ و ۲۵) در ایران از میانگین‌های منطقه (۳۰ و ۳۵) پایین‌تر است و اکثر کشورهای منطقه نظیر عربستان سعودی، اردن، ترکیه، مصر، تونس و قزاقستان در شاخص‌های مذکور وضعیتی بهتر از ایران دارند (نورشاهی، ۱۳۸۷).

جدول ۱۳. وضعیت ۲۸ کشور به لحاظ میزان توسعه‌یافتگی

و موقعیت جغرافیایی

ردیف	نام کشور	شرح	نام منطقه یا محل	وضعیت به لحاظ توسعه‌یافتگی
۱	عربستان سعودی	ترکیه	خاورمیانه	در حال توسعه
۲	اردن	ترکیه	خاورمیانه	در حال توسعه
۳	ترکیه	ترکیه	آسیای میانه (همسایه شمالی)	در حال توسعه
۴	پاکستان	ترکیه	خاورمیانه (همسایه شرقی)	در حال توسعه
۵	الجزایر	شمال آفریقا	شمال آفریقا (خاورمیانه)	در حال توسعه
۶	مصر	شمال آفریقا	شمال آفریقا (خاورمیانه)	در حال توسعه
۷	تونس	شمال آفریقا	شمال آفریقا	در حال توسعه
۸	کوبا	آمریکای لاتین	آمریکای لاتین	در حال توسعه
۹	مالزی	آسیای جنوب شرقی	آسیای جنوب شرقی	در حال توسعه
۱۰	اندونزی	آسیای جنوب شرقی	آسیای جنوب شرقی	در حال توسعه
۱۱	قزاقستان	آسیای میانه	آسیای میانه	در حال توسعه
۱۲	آلمان	اروپا	اروپا	توسعه‌یافته
۱۳	فرانسه	اروپا	اروپا	توسعه‌یافته
۱۴	ژاپن	آسیای شرقی	آسیای شرقی	توسعه‌یافته
۱۵	کانادا	آمریکا	آمریکا	توسعه‌یافته
۱۶	نروژ	شمال اروپا	شمال اروپا	توسعه‌یافته
۱۷	آمریکا	آمریکا	آمریکا	توسعه‌یافته
۱۸	انگلستان	اروپا	اروپا	توسعه‌یافته
۱۹	برزیل	آمریکای لاتین	آمریکای لاتین	در حال توسعه
۲۰	آرژانتین	آمریکای لاتین	آمریکای لاتین	در حال توسعه
۲۱	لیبی	شمال آفریقا	شمال آفریقا (خاورمیانه)	در حال توسعه
۲۲	عمان	جنوب غرب آسیا	جنوب غرب آسیا	در حال توسعه
۲۳	امارات متحده عربی	جنوب غرب آسیا	جنوب غرب آسیا	در حال توسعه
۲۴	بحرین	جنوب غرب آسیا	جنوب غرب آسیا	در حال توسعه
۲۵	سوریه	خاورمیانه	خاورمیانه	در حال توسعه
۲۶	اوکراین	اروپای شرقی	اروپای شرقی	در حال توسعه
۲۷	کلمبیا	آمریکای لاتین	آمریکای لاتین	در حال توسعه
۲۸	ونزوئلا	آمریکای لاتین	آمریکای لاتین	در حال توسعه

منبع: نورشاهی، ۱۳۸۷

ارتقای مرتبه کشورهای مورد مقایسه از جمله ایران به لحاظ شاخص مذکور در طی سال‌های ۱۹۹۰-۲۰۰۵ نشان‌دهنده حرکت تمامی کشورها در جهت بهبود این شاخص است.

در مقایسه رتبه ایران در شاخص‌های درصد مخارج آموزش عالی از کل مخارج عمومی دولت و درصد مخارج آموزش عالی از کل تولید ناخالص داخلی (به ترتیب ۷ و ۹) و نیز مقایسه قدرمطلق این شاخص‌ها در ایران (به ترتیب ۳/۴۲ و ۰/۷۰) با میانگین قدرمطلق آنها در کشورهای مورد بررسی (به ترتیب ۳/۵۱ و ۱/۰۵)، می‌توان گفت که میزان سرمایه‌گذاری آموزشی در ایران نسبتاً مناسب است. اما با وجود رشد مثبت اعتبارات آموزش عالی و افزایش سهم نسبی آن، نمی‌توان شاخص‌های مالی این بخش را بدون در نظر گرفتن روند افزایش تعداد دانشجویان ملاک بهبود وضعیت این بخش محسوب کرد (قارون، ۱۳۸۵).

شاخص درصد مخارج آموزش عالی از کل تولید ناخالص داخلی نشانگر سهم اختصاص‌یافته از ثروت تولیدشده در داخل کشور به آموزش عالی است. این شاخص می‌تواند میزان توجه دولت‌ها به سرمایه‌گذاری در آموزش عالی و میزان تعهد آنها را نسبت به سرمایه‌گذاری در توسعه سرمایه انسانی نشان دهد. متأسفانه جایگاه ایران در منطقه به لحاظ شاخص‌های پیش‌گفته به دلیل عدم دسترسی به اطلاعات تعداد زیادی از کشورها مشخص نیست.

جایگاه ایران به لحاظ شاخص درصد مخارج آموزش عالی از کل مخارج عمومی آموزش در مقایسه با کشورهای مورد بررسی نسبتاً پایین و فاصله قدرمطلق شاخص ایران از میانگین قدرمطلق شاخص کشورها نسبتاً زیاد است. به این ترتیب، اهمیت دولت به آموزش عالی در مقایسه با آموزش عمومی و متوسطه در ایران نسبت به سایر کشورها کمتر است و سایر کشورها اهمیت بیشتری برای این زیربخش قائل شده‌اند.

ایران به لحاظ شاخص درصد دانشجویان دختر از کل دانشجویان بعد از ۸ کشور قرار گرفته است و تقریباً از دوسوم کشورهای مورد مقایسه وضعیت بهتری داشته است. مقدار شاخص مذکور در ایران به میانگین شاخص در کل کشورهای مورد مقایسه نزدیک است. این شاخص که به ارزیابی اختلاف یا نابرابری جنسیتی با توجه به میزان مشارکت کمک می‌کند در صورت نزدیک بودن به ۵۰ درصد مطلوبیت بیشتری را نشان می‌دهد (Unesco, 2007) و این در حالی است که شاخص مذکور در ایران

است، اما به لحاظ قدرمطلق این شاخص (۱۸) فاصله زیادی با میانگین شاخص در کل کشورهای مورد بررسی (۱۶/۲) ندارد. رتبه ایران در بین کشورهای منطقه ۶ است و قدرمطلق شاخص مذکور (۱۸) از میانگین کشورهای منطقه (۲۱) بهتر است. ایران بعد از کشورهایی مانند ترکیه، اندونزی، بحرین و عمان قرار دارد. فاصله ایران با کشور ترکیه که رتبه اول را در این شاخص دارد زیاد است.

برابر با ۵۱ درصد گزارش شده است. رتبه ایران در بین کشورهای منطقه ۵ است و قدرمطلق شاخص ایران به میانگین قدرمطلق این شاخص در منطقه تقریباً نزدیک است. وضعیت این شاخص در بین تمامی کشورهای منطقه تقریباً مشابه و نزدیک به یکدیگر است و، به استثنای قزاقستان و ترکیه که اختلاف بیشتری با بقیه دارند، همه کشورهای منطقه به حد مطلوب شاخص مذکور نزدیک‌اند و موقعیت ایران اندکی بهتر از وضع مطلوب است.

ایران به لحاظ شاخص درصد عضو هیئت علمی زن از کل اعضای هیئت علمی از رتبه مناسبی در بین کشورهای مورد بررسی برخوردار نیست و بعد از ۱۲ کشور قرار گرفته است. نامناسب بودن وضعیت ایران زمانی آشکار می‌شود که قدرمطلق این شاخص با میانگین قدرمطلق شاخص مذکور در کل کشورهای موضوع بررسی مقایسه شود. این مقایسه فاصله نسبتاً زیاد ایران را با این میانگین نشان می‌دهد (۱۹ در مقابل ۳۲). این شاخص که با هدف نشان دادن ترکیب جنسیتی کادر آموزشی محاسبه می‌شود، به ارزیابی میزان نیاز به ایجاد فرصت یا محرک‌های بیشتر برای مشارکت زنان در فعالیت‌های آموزشی می‌پردازد. هرچه این شاخص به ۵۰ درصد نزدیک‌تر باشد، وضعیت مطلوب‌تر است. به این ترتیب، وضعیت ایران فاصله زیادی با وضعیت مطلوب دارد. برخورداری ایران از رتبه هفتم در منطقه نشان‌دهنده عقب ماندن ایران از اکثر کشورهای منطقه است، مضافاً اینکه قدرمطلق شاخص مذکور از میانگین قدرمطلق شاخص در منطقه فاصله نسبتاً زیادی دارد. کشورهای پیش‌تاز در این شاخص ترکیه، تونس، بحرین و به‌ویژه قزاقستان هستند که با فاصله‌ای نسبتاً زیاد در مرتبه‌ای بالاتر از ایران قرار دارند.

رتبه ایران به لحاظ شاخص درصد دانشجویان بخش خصوصی^۱ از کل دانشجویان در بین کشورهای مورد بررسی رتبه نسبتاً بالایی است. در عین حال قدرمطلق این نسبت در ایران از متوسط این شاخص در کل آن کشورها کمتر است و فاصله نسبتاً زیادی با آنها دارد. این شاخص، با دادن وزن نسبی به آموزش

خصوصی برحسب میزان ثبت‌نام، مقیاس و ظرفیت این بخش را در داخل هر کشور نشان می‌دهد. بالاتر بودن درصد ثبت‌نام در بخش خصوصی نشان‌دهنده مشارکت قوی بخش‌های غیردولتی کشورها در ارائه برنامه‌های آموزشی سازمان‌یافته است. ایران در بین کشورهای منطقه رتبه اول را در این شاخص داراست و قدرمطلق شاخص مذکور در ایران بیش از دو برابر متوسط این شاخص بین کشورهای منطقه است. اما مطلوبیت شاخص فوق در تنوع حضور سازمان‌ها و نهادهای مختلف خصوصی در ارائه آموزش است که این نکته در مورد ایران صادق نیست زیرا سهم عمده بخش غیردولتی آموزش عالی را دانشگاه آزاد اسلامی به خود اختصاص می‌دهد که با معیارهای معمول بخش خصوصی واقعی فاصله دارد، اما در همین حد موجود و نسبی نیز محل منازعات سیاسی بر سر تصاحب آن است.

رتبه ایران به لحاظ نرخ فراغت از تحصیل در آموزش عالی^۲ در مقایسه با ۱۱ کشور که اطلاعات آنها در دسترس قرار گرفت ماقبل آخر است؛ بنابراین، وضعیت ایران در مقایسه با سایر کشورها وضعیت نامطلوبی است به‌ویژه آنکه این شاخص نقش مهمی در محاسبه ضریب کارایی درونی نظام آموزش عالی ایفا می‌کند. جایگاه ایران در منطقه در مقایسه با سه کشور عربستان سعودی، اردن و بحرین پایین‌ترین است و قدرمطلق شاخص مذکور با متوسط آن در بین کشورهای منطقه و نیز کل کشورهای مورد بررسی فاصله نسبتاً زیادی دارد. ائتلاف منابع و عدم کارایی دو مشخصه‌ای است که پایین بودن نرخ فراغت از تحصیل در هر نظام آموزش عالی می‌تواند مؤید آنها باشد (نورشاهی، ۱۳۸۷).

۲. شاخص نرخ فراغت از تحصیل در آموزش عالی عبارت است از نسبت تعداد فارغ‌التحصیلان مقطع اول آموزش عالی بدون توجه به سن آنها به جمعیت گروه سنی‌ای که به طور منطقی و نظری در سن فراغت از تحصیل در آن مقطع تحصیلی هستند. این شاخص یکی از شاخص‌های ارزیابی کارایی درونی هر نظام آموزش عالی و دارای رابطه مستقیم با آن است. این شاخص نوعی شاخص بازدهی است و میزان توسعه آموزش عالی را برحسب دامنه عرضه منابع انسانی متخصص در کشور نشان می‌دهد.

۱. با توجه به اینکه عمده‌ترین سهم بخش خصوصی در آموزش عالی ایران متعلق به دانشگاه آزاد اسلامی است، تعریف این بخش در ایران مشابه سایر کشورهای جهان نیست و لذا تحلیل و تفسیر شاخص مذکور باید با احتیاط صورت گیرد.

جدول ۱۴. مقایسه شاخص‌های آموزش عالی ایران با میانگین شاخص‌های مذکور در ۲۸ کشور جهان

شاخص	میانگین شاخص در میان کشورهای مورد بررسی	مقدار شاخص در ایران	رتبه ایران
نرخ ناخالص ثبت‌نام در آموزش عالی	۴۳/۹۵	۲۴	۱۸
نرخ ناخالص ثبت‌نام زنان در آموزش عالی	۴۸	۲۵	۲۱
تعداد دانشجو در صدهزار نفر جمعیت	۶۲۶۷	۳۰۶۳	۱۵
درصد دانشجویان دختر از کل دانشجویان	۵۳/۸۱	۵۱	۹
درصد دانشجویان علوم پایه و فنی مهندسی از کل دانشجویان	۲۳/۴۵	۴۰	۱
نسبت دانشجو به استاد	۱۶/۲	۱۸	۱۱
نرخ فراغت از تحصیل در آموزش عالی	۲۳/۴۵	۱۳	۱۰
درصد استادان زن از کل استادان	۳۲/۸۵	۱۹	۱۳
درصد دانشجویان بخش خصوصی از کل	۷۱/۳۵	۵۲	۴
سهم مخارج جاری عمومی آموزش عالی از کل مخارج عمومی آموزش	۲۴/۵	۱۴	۱۲
سهم مخارج آموزش عالی از کل مخارج عمومی دولت	۳/۵۱	۳/۴۲	۷
سهم مخارج آموزش عالی از کل تولید ناخالص داخلی	۱/۰۵	۰/۷۰۵	۹
درصد شاغلان دارای مدرک آموزش عالی از کل شاغلان کشور	۲۸/۶	۱۴	۱۳
درصد بیکاران دارای مدرک آموزش عالی از کل بیکاران کشور	۱۹/۰۸	۱۹	۱۳
			۱۱/۱۴

منبع: نورشاهی، ۱۳۸۷

جدول ۱۵. مقایسه شاخص‌های آموزش عالی ایران با میانگین شاخص‌های مذکور در ۱۴ کشور منطقه

شاخص	میانگین شاخص در بین کشورهای منطقه	مقدار شاخص در ایران	رتبه ایران
نرخ ناخالص ثبت‌نام در آموزش عالی	۳۰	۲۴	۸
نرخ ناخالص ثبت‌نام زنان در آموزش عالی	۳۴/۷۵	۲۵	۹
تعداد دانشجو در صدهزار نفر جمعیت	۲۸۳۲	۳۰۳۶	۵
درصد دانشجویان دختر از کل دانشجویان	۵۳	۵۱	۵
درصد دانشجویان علوم پایه و فنی مهندسی از کل دانشجویان	۲۴	۴۰	۱
نسبت دانشجو به استاد	۲۱	۱۸	۶
نرخ فراغت از تحصیل در آموزش عالی	۱۷/۲۵	۱۳	۴
درصد استادان زن از کل استادان	۳۸/۵	۱۹	۷
درصد دانشجویان بخش خصوصی از کل	۲۰	۵۲	۱
سهم مخارج جاری عمومی آموزش عالی از کل مخارج عمومی آموزش	۲۸	۱۴	۴
سهم مخارج آموزش عالی از کل مخارج عمومی دولت	۳/۸۶	۳/۴۲۱	۳
سهم مخارج آموزش عالی از کل تولید ناخالص داخلی	۰/۷۱۳۸	۰/۷۰۵	۴
درصد شاغلان دارای مدرک آموزش عالی از کل شاغلان کشور	۱۷	۱۴	۳
درصد بیکاران دارای مدرک آموزش عالی از کل بیکاران کشور	۲۱	۱۹	۵
			۴/۶۴

منبع: نورشاهی، ۱۳۸۷

جدول ۱۶. وضعیت ایران به لحاظ شاخص‌های مورد بررسی در مقایسه با کل کشورها و منطقه

وضعیت ایران در مقایسه با ۱۴ کشور منطقه			وضعیت ایران در مقایسه با ۲۸ کشور جهان			شاخص
نام‌مطلوب	متوسط	مطلوب	نام‌مطلوب	متوسط	مطلوب	
✓			✓			نرخ ناخالص ثبت‌نام در آموزش عالی
✓			✓			نرخ ناخالص ثبت‌نام زنان در آموزش عالی
✓			✓			تعداد دانشجو در صدهزار نفر جمعیت
		✓			✓	درصد دانشجویان دختر از کل دانشجویان
		✓			✓	درصد دانشجویان علوم پایه و فنی مهندسی از کل دانشجویان
		✓		✓		نسبت دانشجو به استاد
✓			✓			نرخ فراغت از تحصیل در آموزش عالی
✓			✓			درصد استادان زن از کل استادان
		✓	✓			درصد دانشجویان بخش خصوصی از کل
✓			✓			سهم مخارج جاری عمومی آموزش عالی از کل مخارج عمومی آموزش
	✓			✓		سهم مخارج آموزش عالی از کل مخارج عمومی دولت
	✓		✓			سهم مخارج آموزش عالی از کل تولید ناخالص داخلی
✓			✓			درصد شاغلان دارای مدرک آموزش عالی از کل شاغلان کشور
		✓		✓		درصد بیکاران دارای مدرک آموزش عالی از کل بیکاران کشور

منبع: نورشاهی، ۱۳۸۷

۳. بحث و نتیجه‌گیری

دسترسی برابر به آموزش برخوردار از کیفیت لازم، صرف نظر از تفاوت‌های جنسیتی، مذهبی، ایدئولوژیک، سیاسی، قومی و زبانی، از ابتدایی‌ترین حقوق بشری است. هرچند ایران، به دلیل رشد نسبی روندهای آموزشی در دهه‌های قرن بیستم و دهه اول قرن بیست‌ویکم، توانسته است از حیث شاخص‌های عمومی و کمی آموزش به سطح متوسط (زرد) در مقیاس جهانی نایل آید، شاخص‌های آموزشی منفی آن مانند میزان تراکم دانش‌آموز در کلاس، نسبت دانش‌آموز به معلم، و نرخ تکرار پایه تعدیل شده است، شاخص‌هایی همچون نرخ ماندگاری، گذر تحصیلی، و درصد معلمان واجد شرایط تدریس در آن بهبود یافته است، و نابرابری جنسیتی (حداقل در شاخص کمی) به نفع دختران تغییر کرده است، اما ضعف‌ها و کاستی‌ها و مشکلات درخور اعتنایی در نظام آموزشی آن همچنان به قوت خود باقی است.

ایران در سطح کمی هنوز از کشورهای مانند عربستان سعودی، کویت، تونس و مصر عقب است. برای نمونه، از حیث تعداد زنان بزرگسال باسواد ساکن شهر و روستا، در منطقه آسیا، به ترتیب با شاخص‌های ۷۶ و ۵۰ درصد، با فاصله زیادی بعد از

ارمنستان، قرقیزستان، مغولستان، ویتنام، سریلانکا، چین، مالزی و ترکیه قرار دارد، و تنها کشورهای نظیر پاکستان و یمن بعد از ایران قرار دارند (United Nations, 2010: 47).

دومین هدف از هشت مورد اهداف توسعه هزاره دستیابی به آموزش ابتدایی همگانی است. ریشه‌کن کردن فقر شدید و گرسنگی، ترویج برابری جنسیتی و توانمندسازی زنان، کاهش مرگ و میر کودکان، بهبود بهداشت مادران، مبارزه با ویروس و بیماری ایدز و مالاریا و سایر بیماری‌ها، تضمین پایداری محیط زیست، و جلب مشارکت جهانی برای توسعه هفت هدف دیگر را تشکیل می‌دهند که، با تصویب ۱۹۱ کشور در سازمان ملل متحد در سال ۲۰۰۰، مقرر شده است تا سال ۲۰۱۵ تحقق پیدا کنند. معمولاً مسئولان امر اظهار می‌دارند که ایران در هدف دستیابی به آموزش ابتدایی همگانی به پیشرفت‌هایی نزدیک به سطح جهانی دست یافته است (مرکز اطلاعات سازمان ملل متحد در ایران، ۱۳۸۹)، در حالی که صرف دسترسی کمی و ظاهری به آموزش و افزایش نرخ ثبت‌نام کفایت نمی‌کند و مهم آن است که کودکان ایرانی در هرکجای این سرزمین بتوانند، متناسب با شرایط و فرهنگ محلی، به آموزش مطلوب و کتاب‌های درسی مناسب و امکانات

آموزش عالی ایران، به رغم رشد کمی، هنوز از اکثر کشورهای منطقه نظیر عربستان سعودی، اردن، ترکیه، مصر، تونس و قزاقستان عقب است. مهم‌تر از همه آنکه آموزش عالی ما فاصله زیادی با شاخص‌های کیفی دارد. شاخص نسبت دانشجو به هیئت علمی در بخش غیردولتی اصلاً قابل قبول نیست. تنها دانشگاه آموزش از راه دور دولتی در ایران، یعنی دانشگاه پیام نور، هنوز نتوانسته است زیرساخت‌ها و فرایندها و لوازم گذر از نسل سنتی آموزش از راه دور به نسل‌های جدید یاددهی و یادگیری را فراهم آورد. ریاست دانشگاه در ایران پستی سیاسی است. تصدی‌گری و مداخله‌جویی دولتی به استقلال دانشگاهی و آزادی علمی لطمه می‌زند. شواهدی از مخدوش شدن منزلت اجتماعی استادان در پی بازنشستگی‌های تحت تأثیر عوامل سیاسی، و سایه عوامل ایدئولوژیک و سیاسی بر استخدام یا تبدیل وضعیت و ارتقای اعضای هیئت علمی وجود دارد. آموزش علوم انسانی و اجتماعی و فعالیت یاددهی و یادگیری در آن با انواع مشکلات ایدئولوژیک مواجه است.

تعلیم صلح و همزیستی و فرهنگ آزادی و مسئولیت شهروندی در کتاب‌ها و برنامه‌های درسی ما به طور مطلوب و مؤثر نهادینه نشده است. «برساختن صلح در ذهن مردان و زنان»^۲ مهم‌ترین شعار یونسکو به مثابه نهاد مهم آموزشی و فرهنگی و بین‌المللی متعلق به کشورهای جنوبی و در حال توسعه است که آن را در آغاز تارنمای خود قرار داده است، اما شواهد بسیار است که در مدارس ما، از طریق برنامه درسی پنهان و حتی آشکار، بذر نفرت و دیگرستیزی در ذهن و جان فرزندانمان پاشیده می‌شود.

منابع

انجل، ویلیام دیوید. (۱۳۸۱)، *قانون بین‌المللی حقوق جوانان* (همراه با اسناد و گزارش‌های مرجع)، ترجمه علی‌اکبر تاج‌زینانی و دیگران، تهران، سازمان ملی جوانان.

تاری، فتح‌الله و ارضرومچیلر، نسرين. (۱۳۸۱)، «بررسی نقش و تأثیر هزینه‌های آموزش رسمی بر رشد اقتصادی در ایران طی سال‌های ۱۳۷۷-۱۳۴۲»، *پژوهش‌های اقتصادی*، ش ۱۱.

تافلر، الوین. (۱۳۷۰)، *جایجایی در قدرت*، ترجمه شهیندخت خوارزمی، تهران، خوارزمی.

فنی لازم برای استفاده از ظرفیت‌های فناوری اطلاعات و ارتباطات (فاوا) در یاددهی و یادگیری دسترسی کیفی داشته باشند، و روشن است که از این منظر وضعیت ایران به هیچ وجه مطلوب نیست.

از سوی دیگر، در برنامه چهارم توسعه، سیاست‌هایی به منظور تحقق هدف آموزشی هزاره، مانند فراهم آوردن زمینه اجرای برنامه عمل ملی در خصوص آموزش برای همه، اجباری کردن تحصیلات ابتدایی و متوسطه، طراحی و اجرای یک برنامه ملی برای سوادآموزی با در نظر گرفتن شرایط جغرافیایی و اجتماعی و فرهنگی مناطق مختلف کشور، گسترش مدارس شبانه‌روزی و آموزش‌های از راه دور به‌ویژه برای دسترسی مناطق دورافتاده و صعب‌العبور، و به کارگیری فناوری اطلاعات و ارتباطات (فاوا) در طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی تصویب شده است که بخشی از آنها هنوز هم متحقق نشده است. فراموش نکنیم که ایران به لحاظ زیرساخت‌ها و امکانات فاوا، در میان ۱۸۵ کشور، در رتبه ۱۷۰ در آپلود کردن و ۱۷۶ در دانلود کردن قرار دارد.^۱

وضعیت شاخص‌های کیفی مانند تحصیلات ریاضیات و علوم و پیشرفت بین‌المللی آموزش سواد خواندن در ایران مطلوب نیست. از همه مهم‌تر عوامل ساختاری و سیاسی در ایران است که به تحقق کامل حقوق اولیه انسانی در آموزش لطمه زده است. کسانی به دلیل تفاوت‌های قومی و مذهبی و سیاسی و ایدئولوژیک از تحصیلات مورد انتظار محروم شده‌اند. نابرابری‌های مناطق محروم حاشیه‌ای کشور از حیث کتاب درسی متناسب با فرهنگ محلی و آموزش زبان مادری، ممنوعیت‌های تحصیلی بهائیان، و نیز مورد دانشجویان ستاره‌دار از جمله شواهد این مدعا هستند. وزارت محوری آموزش و پرورش مانع از مدرسه‌محوری و توسعه مدیریت حرفه‌ای و مشارکت معلمان و خانواده‌ها و اجتماعات محلی در اداره مدرسه و برنامه‌های آن شده است. معیارهای علمی و عرفی آموزشی (پداگوژیک) تحت الشعاع و مغلوب ضوابط ایدئولوژیک و مذهبی و سیاسی شده است. برنامه درسی و منابع درسی، به جای خبرگان متخصص و نهادهای حرفه‌ای و انجمن‌های مستقل معلمان و متخصصان، به دست دیوانسالاری دولتی و ایدئولوژی انحصاری دولت سپرده شده است.

1. <http://speedtest.net/global.php#0,2011>

2. Building peace in the minds of men and women

کوشش عبدالحسین نفیسی، تهران، پژوهشکده تعلیم و تربیت. مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی. (۸۷-۱۳۸۰)، *آمار آموزش عالی ایران*، تهران.

_____. (۱۳۸۸)، *گزارش ملی آموزش عالی ایران*، تهران. نورشاهی، نسرین. (۱۳۸۷)، *مقایسه چند شاخص آموزش عالی ایران با شاخص‌های مشابه در آموزش عالی کشورهای جهان*، تهران، مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی. وزارت آموزش و پرورش. (۱۳۸۷)، *گزارش ارزیابی میان‌دهه برنامه آموزش برای همه*، تهران.

وودهاال، ام. (۱۳۸۰)، *گذشته و حال اقتصاد آموزش و پرورش*، ترجمه مرتضی امین‌فر، در: *دانشنامه اقتصاد آموزش و پرورش*، ج ۱، به کوشش عبدالحسین نفیسی، تهران، پژوهشکده تعلیم و تربیت.

Brown, Ken. (2002) *The Right to Learning, Alternatives for a Learning Society*, New York, Routledge.

Hayton, Annette and Anna Paczuska. (2004), "Access, Participation and Higher Education; Policy and Practice", *The Future of Education from 14+*, UK, Taylor and Francis.

Unesco. (2007), *Statistical Yearbook*, Paris.

United Nations. (2010), *The World's Women 2010: Trends and Statistics*, New York.

جانسون، گلن. (۱۳۷۸)، *اعلامیه جهانی حقوق بشر و تاریخچه آن*، ترجمه محمدجعفر پوینده، تهران، نشر نی.

راجرز، دانیل سی. و هرش اس. راجلین. (۱۳۷۰)، *اقتصاد آموزش و پرورش*، ترجمه ابوالقاسم حسینیون، مشهد، آستان قدس رضوی. عمادزاده، مصطفی. (۱۳۷۲)، *مباحثی از اقتصاد آموزش و پرورش*، تهران، جهاد دانشگاهی.

فراستخواه، مقصود. (۱۳۸۷)، «بررسی چگونگی ارتقای کمی و کیفی دسترسی به آموزش عالی در ایران»، *مجله آموزش عالی ایران*، ش ۴۹. فراستخواه، مقصود، محمود مهرمحمدی و احمد داوری. (۱۳۸۲)، *بررسی افزایش دسترسی به آموزش عالی*، تهران، مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی. فریدمن، میلتن. (۱۳۶۸)، *آزادی انتخاب*، ترجمه حسین حکیم‌زاده جهرمی، تهران، پارس.

قارون، معصومه. (۱۳۸۵)، *تحولات مالی نظام آموزش عالی در برنامه چهارم توسعه و جایگاه مطالعات هزینه‌یابی: واقعیت‌ها و الزامات*، قابل دسترسی در: <http://www.irphe.ir>

کاستلز، مانوئل. (۱۳۸۰)، *عصر اطلاعات: ظهور جامعه شبکه‌ای (اقتصاد، جامعه و فرهنگ)*، ترجمه احد علیقلیان و افشین خاکباز، تهران، طرح نو.

مرکز اطلاعات سازمان ملل متحد در ایران. (۱۳۸۹)، «ایران تا ۲۰۱۵ به اهداف توسعه هزاره دست می‌یابد»، خبرگزاری مهر، ۱۳۸۹/۶/۳۰.

مک‌ماهون، و. و. (۱۳۸۰)، «منافع مصرفی آموزش و پرورش»، ترجمه عبدالحسین نفیسی، *دانشنامه اقتصاد آموزش و پرورش*، ج ۱، به

مسکن

کمال اطهاری*

مقدمه

در جوامع امروز، برخورداری از مسکن مناسب جزو حقوق اجتماعی^۱ شهروندان محسوب می‌شود. این حق از اوایل قرن بیستم میلادی وارد قوانین کشورهای صنعتی و در سال ۱۹۴۸ وارد اعلامیه جهانی حقوق بشر شد. در دهه ۱۹۹۰، برخورداری از مسکن مناسب نه تنها به عنوان یک حق عام شهروندی، بلکه به عنوان «حق به شهر»^۲، یا حق ساکنان هر شهر برای مدیریت شهری آن، به تدریج به قوانین کشورهای پیشرفته (اروپا) و پیشرو (برزیل) راه یافت. هرچه می‌گذرد، جایگاه قانونی حق برخورداری از مسکن مناسب استحکام بیشتری می‌یابد و سطوح مختلف مدیریت بخش عمومی تکلیف بیشتری برای ایفای آن می‌یابند.

در ایران، در چارچوب برنامه اول عمرانی (۱۳۳۳-۱۳۳۷)، تأمین مسکن از وظایف قانونی دولت محسوب شد، و پس از پیروزی انقلاب به قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران راه یافت (۱۳۵۸) و، طبق اصل ۳۱ آن، دولت موظف به تأمین مسکن مناسب برای مردم شد. در واقع، برخورداری از مسکن مناسب جزو خواست‌های مؤکد نظام بود؛ از این رو، نهادی انقلابی به نام «بنیاد مسکن انقلاب اسلامی» به فرمان رهبر فقید انقلاب در فروردین ۱۳۵۸ تأسیس شد. جدیت در این امر به گونه‌ای بود که، علاوه بر مصوبات شورای انقلاب، به منظور تأمین زمین لازم برای ساخت مسکن نیازمندان، با استفاده از اصل «ضرورت» و «احکام ثانویه»، قانون زمین شهری برای تحدید مالکیت خصوصی بر زمین شهری در سال ۱۳۶۰ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید.

اما بجز در دهه اول پیروزی انقلاب که بهبود چشمگیری در وضعیت مسکن کم‌درآمدها حاصل شد، به رغم صرف هزینه‌های بسیار، برنامه‌های تأمین مسکن شهری تاکنون از چنان سنجیدگی

* کارشناسی ارشد اقتصاد و مسکن

1. social right

2. right to the city

بازار رسمی و متعارف مسکن، نوعی از مسکن (برای تصرف ملکی یا اجاری) عرضه نمی‌شود که در استطاعت^۲ یا در حد تقاضای مؤثر^۳ کم‌درآمدها باشد، آنان به ناچار سرپناهندگان را به شیوه خود و به طور غیررسمی می‌سازند یا تهیه می‌کنند.

در برنامه توسعه هزاره سازمان ملل متحد، از واژه "slum" (سکونتگاه فرودست، بدمسکنی یا پست‌نشینی) برای بیان همه مفاهیم موجود در واژگان پیش‌گفته، یعنی مسکنی غیرمتعارف و محقر به عنوان یکی از تجلیات فقر، استفاده شده است. اما از نظر نگارنده، پیشینه این واژه که به نوعی بدمسکنی رایج در دوره انقلاب صنعتی اروپا هم اطلاق می‌شد اجازه نمی‌دهد که معادلی گویا برای انواع بدمسکنی و اسکان غیررسمی رایج در کشورهای کمتر توسعه‌یافته چون ایران باشد. در سند توانمندسازی و سامان‌دهی سکونتگاه‌های غیررسمی (مصوب هیئت وزیران در بهمن ۱۳۸۲)، تعاریف گویای زیر برای اسکان غیررسمی آمده است:

- مسکن‌سازی شتابزده توسط استفاده‌کنندگان آنها که عمدتاً به دلیل نداشتن پروانه ساختمان و تبعیت نکردن از برنامه‌ریزی رسمی شهرسازی مجموعه‌ای نابسامان به وجود آورده‌اند؛
- پیوستگی عملکردی با شهر اصلی و گسست کالبدی از آن با تجمعی از اقشار کم‌درآمد و فقیر؛
- محیطی با کیفیت پایین زندگی و کمبود شدید خدمات و زیربنای شهری و تراکم بالای جمعیتی.

عبارت نزدیک دیگر به این مفهوم "deprived urban area" است که در فارسی به آن «بافت فرسوده شهری» گفته می‌شود. این واژگان بر فرسودگی یا تنزل کالبدی و نیز اقتصادی و اجتماعی در پهنه‌ای از شهر دلالت دارد. اما در تعریف شورای عالی معماری و شهرسازی، تنها سه مؤلفه کالبدی (ریزدانگی قطعه‌بندی زمین، عرض معابر و کیفیت بنای ساختمان‌ها) مبنای تعریف فرسودگی قرار گرفته است که ناکافی به نظر می‌رسد. در واقع، پهنه‌های

و کارآیی برخوردار نبوده است که کم‌درآمدها را به حق خود در زمینه برخورداری از مسکن مناسب برساند. در نتیجه، «اسکان غیررسمی» در ایران رو به گسترش نهاده که نشانه عدم توفیق دولت در برنامه‌ریزی رسمی برای اسکان کم‌درآمدهاست که در عمل به «شهروندزدایی»^۱ آنها انجامیده است. به علاوه، دولت در احیای بافت‌های فرسوده شهری و روستایی نیز موفق نبوده است؛ در نتیجه، نه تنها شرایط و کیفیت زندگی کم‌درآمدها بلکه میان‌درآمدهایی که در این بافت‌ها زندگی می‌کنند هم رو به تنزل و حتی وخامت گذاشته است. این عدم توفیق موجب تخریب بافت‌های باارزش تاریخی یا هویت فرهنگی، ازدیاد آسیب‌های اجتماعی همچون اعتیاد، و ایستایی و تنزل اقتصادی و اجتماعی بسیاری از محلات که در گذشته پیشرو بوده‌اند شده است. با این اوصاف، به طور حتم باید در برنامه‌ریزی رایج مسکن در ایران، و برنامه‌ریزی شهری و روستایی به عنوان شرط تحقق آن، تجدید نظر بنیادی صورت پذیرد. مقاله حاضر فتح بابی است در این زمینه.

۱. تعاریف

در این متن، در برابر informal settlement، از معادل «اسکان غیررسمی» استفاده شده است. مترادف‌های این عبارت شامل spontaneous (خودجوش)، illegal (غیرقانونی)، unauthorized (غیرمجاز)، irregular (نابسامان یا نامتعارف)، marginal (حاشیه‌ای)، squatter (تصرفی یا زورآباد)، shanty town (آلونک‌نشینی) و slum (سکونتگاه فرودست یا پست‌نشینی) است. در فارسی نیز اصطلاحات آلونک‌نشینی، زاغه‌نشینی (سرپناهی حفرشده در دل خاک و سنگ)، حلبی‌آباد، حصیرآباد، غریب‌آباد و زورآباد به همین مفهوم به کار برده می‌شود و رایج‌ترین آنها «حاشیه‌نشینی» است. اما به دلیل بار منفی واژه‌های مذکور در فارسی، که جداسازی منفی اجتماعی را القا می‌کنند، عبارت «اسکان غیررسمی» را برای نامیدن نوعی از اسکان که خارج از قواعد رسمی صورت می‌گیرد به کار می‌بریم. این نوع اسکان در واقع تمهیدی است که کم‌درآمدها برای دستیابی به سرپناهی به کار می‌برند چرا که از عهده تهیه آن در بازار متعارف مسکن بر نمی‌آیند. به عبارت دیگر، از آنجا که در

2. affordable

3. effective demand

1. decitizenization

با تعریف رالز^۳ از عدالت، وضعیت هیچ کس از آنچه هست بدتر نشود، مگر آنکه به نفع اکثریت مردم باشد. شکست برنامه‌ریزی متمرکز نشان می‌دهد که راه عادلانه تأمین مسکن را در چنین نظامی نمی‌توان یافت. اما، از سوی دیگر، اکثریت قریب به اتفاق اقتصاددانان اعتقاد دارند که روابط بازار در بخش مسکن دچار شکست^۴ می‌شود. دلایل این شکست به شرح زیر است:

- رقابت در کل بخش مسکن، به دلیل وابستگی آن به مکان، ناقص است و می‌توان گفت که برای عرضه مسکن مناسب و «رسمی» به گروه‌های کم‌درآمد تمایل و در نتیجه رقابتی در بخش خصوصی وجود ندارد.
- پی‌آیندهای^۵ منفی در بخش مسکن در قالب محرومیت گروه‌های کم‌درآمد از دستیابی به مسکن مناسب بر اثر مکان‌گزینی مسکن برای گروه‌های پردرآمدتر رخ می‌نماید.
- اطلاعات ناقص یا فقدان آن در بخش مسکن، به دلیل وابستگی آن به مکان، بیش از دیگر کالاها و خدمات است؛ در نتیجه، بازار رقابتی در این بخش شکل نمی‌گیرد.
- به دلیل نیاز به سرمایه‌گذاری سنگین برای تملک یا درآمد بالا برای اجاره مسکن مناسب، گروه‌های کم‌درآمد و گاه میان‌درآمد از دسترسی به آن محروم می‌مانند.
- مسکن تنها یک کالای خصوصی^۶ نیست که به مصرف دارنده آن می‌رسد، بلکه همچون آموزش و بهداشت یک کالای اجتماعی و ارزشی^۷ نیز هست که، علاوه بر فرد یا خانوار، جامعه نیز از فراهم آمدن آن منتفع می‌شود.

برای مثال، همان‌طور که در شورش‌های اخیر فرانسه (پاریس) مشاهده شد، تأمین مسکن برای خانوارهای کم‌درآمد در حومه پاریس، در عمل، جداسازی^۸ آنها و در نتیجه تنزل اقتصادی و اجتماعی و رواج آسیب‌های اجتماعی را به دنبال داشت که به شورش جوانان ساکن در محلات کم‌درآمدنشین انجامید.

فرسوده شهری در ایران شامل پهنه‌های گوناگونی از کانون‌های اسکان غیررسمی پیوسته به شهرها همچنین پهنه‌هایی از شهر است که به دلایل مختلف (به‌خصوص کارکرد بازار زمین و مسکن) دچار رکود یا محرومیت از توسعه شده‌اند، و نیز بافت‌های تاریخی داخل شهرها که در عین برخورداری از خصوصیات مشترک، تفاوت‌های قابل توجهی نیز دارند.

۲. رویکرد نظری: مسکن و توسعه

در سال ۱۸۷۲، انگلس در کتاب معروف خود به نام مسئله مسکن عنوان کرد که در نظام سرمایه‌داری هیچ راه‌حل عملی برای رفع مشکل مسکن وجود ندارد. به زبان اقتصادی، معتقد بود که امکان حل مسئله مسکن در نظام مبتنی بر بازار وجود ندارد و شرط توفیق را از میان برداشتن نظام بازار می‌دانست. اما شکست اقتصادی و فروپاشی نظام مبتنی بر برنامه‌ریزی متمرکز در حدود یک قرن بعد نشان داد که حل مسئله مسکن در چنین نظامی نیز ممکن نیست. به عبارت دیگر، نمی‌توان شرط ارائه برنامه‌ای قابل تحقق برای حل (نسبی) مسئله مسکن را سرنگونی نظام بازار قرار داد بلکه، به قول دیوید هاروی^۱، «باید راهی عادلانه برای دستیابی به عدالت یافت». این برنامه در چارچوب «عدالت توزیعی»^۲ قابل ارائه است که لیبرالیسم نو و مارکسیسم سنتی از آن رویگردان‌اند چرا که هردو به برپایی سازوکاری در اقتصاد معتقدند که با عدالت توزیعی در تخالف است. اولی، در سرسپردگی به بازار، عدالت توزیعی را رد می‌کند و آن را مانع عملکرد بازار می‌بیند؛ اما دومی به‌کارگیری عدالت توزیعی را در نظام تولید مبتنی بر بازار عامل به تعویق افتادن سرنگونی سرمایه‌داری و در نهایت مانع تحقق عدالت واقعی برمی‌شمارد. در واقع، هردو رویکرد، به شیوه‌ای اکونومیستی، برپایی یک نوع روابط تولید معین را برای حل مسئله مسکن کافی می‌دانند، از عدالت توزیعی گریزان‌اند، و حل مسائل پیش روی مردم را به آینده‌ای نامشخص موکول می‌کنند.

یافتن «راه عادلانه» برای تأمین مسکن مناسب برای همه مردم بدین معناست که بدون توقف رشد اقتصادی، ازدیاد بیکاری و کاهش درآمد اکثریت مردم، وضعیت مسکن اکثر آنان بهبود یابد. یا

3. John Rawls
4. market failure
5. externalities
6. private good
7. merit good
8. segregation

1. David Harvey
2. distributive justice

البته این سیاست‌ها در یک کشور نیز ثابت نمانده است و، به‌خصوص از دهه ۱۹۸۰، کشورهای اروپایی کوشیدند از دخالت دولت در بخش مسکن و ابعاد مسکن اجتماعی بکاهند. اما مثلاً کاهش سهم مالکیت بخش عمومی در انگلستان، که با پرداخت وام‌های ویژه به مستأجرین صورت گرفت، با افزایش سهم بخش غیرانتفاعی از طریق ارائه یارانه به آنها همراه شد. به عبارت دیگر، از یک سو، هر کشور شیوه خاص خود را برای انتظام بخشیدن به بازار مسکن بر مبنای پیشینه تاریخی و نظام نهادی خود برگزیده است و، از سوی دیگر، برای اصلاحات اقتصادی، شتابزده و بدون زمینه‌سازی لازم عمل نکرده‌اند. در این میان، عمده اقتصاددانان بحران فعلی جهانی را ناشی از سیاست‌های نادرست دولت «ثوکان» پیشین امریکا در حذف نقش دولت یا منحل کردن دولت رفاه در بخش مسکن می‌دانند. به عبارت دیگر، موفقیت نسبی کشورهای اروپایی در حل مسئله مسکن ناشی از پیوند منسجم سیاست‌های مسکن در این کشورها با مجموعه «سیاست اجتماعی»^۵ و سیاست‌های اقتصادی کلان آنها ارزیابی می‌شود. برای مثال، کمنی معتقد است که شکل‌گیری اقتصاد آلمان براساس بازار اجتماعی^۶، در مقابل یک بازار صرفاً متکی بر سود^۷، دلیل اصلی دستیابی این کشور به یک سیاست واحد و موفق در زمینه مسکن بوده است. اما همان‌گونه که خواهیم دید، عدم توفیق ایران در انتظام بخشی و برپایی نظام‌های لازم برای پویایی بخش مسکن در پیوند با کل اقتصاد و نیز دیگر سیاست‌های اجتماعی، یا نیافتن راه عادلانه‌ای برای دستیابی به عدالت، موجب بقای مسئله مسکن در ایران و گاه تشدید آن شده است.

۳. وضعیت مسکن در جهان و منطقه

آخرین سابقه تولید شاخص‌های همگن از وضعیت مسکن در جهان به سال ۱۹۹۳ بازمی‌گردد که «هیتات» و بانک جهانی اقدام به محاسبه شاخص‌های مشابه برای شهرهای بزرگ ۵۴ کشور کردند که ایران در میان آنها نبود. براساس این شاخص‌ها، و آنچه مشابه آنها در وزارت مسکن و شهرسازی برای ایران تولید شده است، به

شکست بازار در بخش مسکن موجب حضور و دخالت دولت در این بخش به شیوه‌های مختلف از اوایل قرن بیستم در کشورهای اروپایی شد، و با شکل‌گیری دولت رفاه^۱ در آنها، این دخالت زیر نام «مسکن اجتماعی»^۲ کامل شد. برای مثال، در انگلستان، در سال ۱۹۱۴ تنها یک درصد از مالکیت مسکن در اختیار بخش عمومی بود، اما این رقم تا سال ۱۹۸۰ به ۳۰/۶ درصد رسید. در واقع، شکل‌گیری دولت رفاه در این کشورها به منزله به‌کارگیری عدالت توزیعی در سیاست‌گذاری‌های اقتصادی آنها بود و حل نسبی مسئله مسکن در این کشورها، یعنی موفقیت آنها در مقایسه با دیگر کشورهای جهان، نشان‌دهنده آن است که می‌توان از این نوع سیاست‌گذاری تا یافتن یک راه‌حل قابل تحقق برتر بهره گرفت.

باید در نظر داشت که به‌کارگیری عنوان واحد «مسکن اجتماعی» دلیل یکسانی سیاست‌های مسکن در کشورهای اروپایی نبوده است. به طور کلی، دو رویکرد متفاوت در این کشورها قابل تشخیص است، و سازوکار نهادی و سازمانی به‌کارگیری هریک از رویکردها نیز از یک کشور تا کشور دیگر متفاوت است. براساس تقسیم‌بندی کمنی (Kemeny, 1995)، کشورهایی چون آلمان و سوئد دارای رویکرد واحد^۳ به بازار مسکن‌اند. خصایص این رویکرد عبارت‌اند از: سیاست خنثی درباره نحوه تصرف ملکی یا اجاری، یارانه برای سرمایه‌گذاری، اجاره‌بها بر مبنای هزینه، فراگیر بودن گروه هدف، و تولیدکنندگان مستقل. در مقابل، کشورهایی چون انگلستان و فرانسه رویکرد دوگانه^۴ را برای مسکن اجتماعی خود برگزیده‌اند. خصایص این رویکرد عبارت‌اند از: یارانه‌های ویژه برای انواع تصرف، اختیار اخذ یارانه برای وام یا درآمد، شکاف بین اجاره و هزینه آن، تمرکز بر خانوارهای کم‌درآمد، و عرضه به وسیله بخش عمومی. به همین ترتیب، نحوه تأمین مالی و پرداخت یارانه در این رویکردها از تأمین مالی ویژه بخش عمومی برای مسکن اجاری تا نظام‌های خنثای یارانه برای پشتیبانی مالی تولیدکنندگان بخش خصوصی در مسکن ملکی و اجاری متفاوت است، و اجاره‌بهای پرداختی نیز در کشورهای مختلف از هیچ تا پرداخت به قیمت بازار (و براساس آن اخذ یارانه) می‌تواند متفاوت باشد.

5. social policy

6. social market

7. profit market

1. welfare state

2. social housing

3. unitarist approach

4. dualist approach

هستند، نسبت بهای مسکن متعارف به درآمد سالانه خانوار در کل کشور به طور معمول ۳ برابر است و در کلان‌شهرها از ۴/۵ برابر تجاوز نمی‌کند، یعنی بهای مسکن متعارف «پذیرفتنی»^۱ است. اما در کلان‌شهرهای کشورهای توسعه‌یافته همچون ایران، این نسبت بین ۱۰ تا ۱۵ برابر گزارش شده است که به خوبی گویای چرایی گسترش اسکان غیررسمی در آنهاست. در جدول ۲ چند شاخص اصلی سنجش بازار مسکن در ایران و کشورهای جهان و منطقه براساس آخرین اطلاعات موجود آمده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، وضعیت ایران، به‌خصوص از لحاظ نسبت بهای مسکن به درآمد خانوار و نیز اجاره‌بها به درآمد خانوار، نامناسب‌تر از غالب کشورهای منطقه است.

شاخص گویای دیگری که ثبات بازار زمین و مسکن را از یک سو و کارآمدی نظام مالی مسکن را از سوی دیگر نشان می‌دهد، نسبت وام خرید مسکن به بهای مسکن (شهری) است. بالا بودن این نسبت، به‌ویژه که با یارانه نیز همراه گردد، به خانوار امکان تملک مسکن مناسب را می‌دهد. اما پایین بودن نسبت، به‌خصوص وقتی از ۵۰ درصد هم کمتر شود، نشانه توأمان نابسامانی بازار و ناکارآمدی نظام مالی مسکن است. این نسبت در کشورهای توسعه‌یافته بین ۸۰ تا ۱۰۰ درصد است، و در برخی از کشورهای توسعه‌یافته که به برپایی نظام‌های کارآمدی توفیق یافته‌اند به ۶۰ درصد می‌رسد. اما در بقیه کشورها و از جمله ایران، این نسبت به طور متوسط کمتر از ۴۰ درصد گزارش شده است.

در جدول ۳، مقایسه کم‌نظیری بین شاخص‌های مسکن در کشورهای ژاپن، سوئد، چین و ایالات متحده آمریکا انجام پذیرفته است (Seko, 2008). همان‌طور که مشاهده می‌شود، ژاپن با تراکم جمعیتی بسیار بالای خود، در مقایسه با سه کشور دیگر، وضعیت خاصی از لحاظ قیمت زمین دارد و بهای زمین در این کشور به مراتب از سه کشور دیگر بالاتر است. همین موضوع باعث شده است که سرانه سطح زیربنا در این کشور، در مقایسه با دو کشور دیگر دارای درآمد سرانه بالا (سوئد و آمریکا)، کمتر و اندکی بیشتر از حداقل نیاز باشد. این در حالی است که در کشور چین، با پیشینه اقتصاد دولتی، مسکن ملکی تنها ۸ درصد موجودی این بخش را

ارائه وضعیت عمومی مسکن در جهان می‌پردازیم. فاصله بین کشورهای فقیر و غنی در شاخص‌ها بسیار زیاد است. همان‌طور که در جدول ۱ آمده است، متوسط سطح زیربنا در اختیار خانوار در کشورهای بسیار کم‌درآمد ۶/۱ مترمربع و در کشورهای بسیار پردرآمد بالغ بر ۳۵ مترمربع بوده است، در حالی که حداقل نیاز در این مورد حدود ۱۴ مترمربع برآورد شده است. در استان تهران، در سال ۱۳۷۵، سرانه سطح زیربنا ۲۳ مترمربع و میزان بهره‌مندی از آب لوله‌کشی ۹۸ درصد بوده که در این دو شاخص جایگاه کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا را می‌یابد، اما این شاخص‌ها که در واقع نشانه خرج شدن بی‌حساب درآمد نفت‌اند، همان‌طور که خواهیم دید، بیماری و نابرابری‌های شدید این بخش و کل اقتصاد ایران را پنهان می‌کنند.

جدول ۱. شاخص‌های کیفیت مسکن در شهرهای کشورهای

توسعه‌یافته و توسعه‌یابنده (۱۹۹۳)

موقعیت شهرها	سرانه سطح زیربنا (مترمربع)	نسبت وام خرید مسکن به بهای مسکن (شهری)	درصد مصالح بادوام	درصد بهره‌مندی از آب لوله‌کشی
کشورهای با درآمد پایین	۶/۱	۲/۴۷	۶۷	۵۶
کشورهای با درآمد پایین تا متوسط	۸/۸	۲/۲۴	۸۶	۷۴
کشورهای با درآمد متوسط	۱۵/۱	۱/۶۹	۹۴	۹۴
کشورهای با درآمد متوسط تا بالا	۲۲/۰	۱/۰۳	۹۹	۹۹
کشورهای با درآمد بالا	۳۵/۰	۰/۶۶	۱۰۰	۱۰۰

منبع: وزارت مسکن و شهرسازی، ۱۳۸۵

یکی از شاخص‌های بسیار مهم در بخش مسکن نسبت بهای یک مسکن متعارف (و رسمی) به متوسط درآمد یک خانوار (شهری) است. این نسبت اگر از ۵ برابر درآمد خانوار تجاوز کند، خانوار مجبور می‌شود برای خرید یا اجاره مسکن از برآوردن سایر نیازهای خود بکاهد تا این نیاز حیاتی را تأمین کند. در نتیجه، هرچه فاصله بهای مسکن متعارف با درآمد خانوار بیشتر شود، خانوار مجبور می‌گردد نه تنها از تفریح و سفر، بلکه از آموزش و بهداشت و غیره بگذرد و به مسکن نازل‌تری (اسکان غیررسمی) نیز روی آورد. در کشورهای صنعتی شده که دارای درآمد بالا نیز

1. affordable

جدول ۲. مقایسه شاخص‌های بخش مسکن ایران و کشورهای جهان و منطقه

ردیف	کشور	شاخص اجاره‌بها به درآمد خانوار	شاخص قیمت زمین به هزینه ساخت مسکن	شاخص اسکان غیررسمی به رسمی	شاخص قیمت مسکن به درآمد سالانه
۱	ایران	۳۳ درصد در سال ۱۳۸۰	۴۳ درصد در سال ۲۰۰۶	۲۵-۳۰ درصد در سال ۲۰۰۴	۹ در سال ۲۰۰۴
۲	لبنان	۱۲ درصد در سال ۱۹۹۸	-	۲۵-۳۰ درصد در سال ۲۰۰۴	۹ در سال ۲۰۰۴
۳	کویت	۱۳ درصد در سال ۱۹۹۸	-	-	-
۴	اردن	۱۰ درصد در سال ۱۹۹۳	-	۱۰ درصد در سال ۲۰۰۴	-
۵	کشورهای آسیایی	۲۲/۷ درصد در سال ۱۹۹۳	-	-	-
۶	کشورهای تازه صنعتی شده و توسعه یافته	۲۰/۵ درصد در سال ۱۹۹۳	-	-	۴/۳ در سال ۲۰۰۴
۷	ترکیه	-	۲۷ درصد در سال ۲۰۰۶	-	۶ در سال ۲۰۰۶
۸	عربستان	-	۲۶ درصد در سال ۲۰۰۶	-	۴ در سال ۲۰۰۶
۹	کشورهای خاورمیانه	-	۳۵ درصد در سال ۲۰۰۶	-	-
۱۰	مصر	-	-	۳۰-۶۰ درصد در سال ۲۰۰۴	۴/۹ در سال ۲۰۰۴
۱۱	یمن	-	-	۳۰-۳۵ درصد در سال ۲۰۰۴	-
۱۲	کشورهای عربی	-	-	-	۶/۵ در سال ۲۰۰۴

منبع: وزارت مسکن و شهرسازی، ۱۳۸۷

تشکیل می‌دهد و به همین دلیل و به دلیل کمتر بودن درآمد سرانه آن نسبت به کشورهای دیگر، سرانه سطح زیربنا در این کشور فقط ۹ مترمربع است. همچنین سرانه نفر در اتاق در چین (۱/۵ نفر در اتاق) بیشتر از کشورهای دیگر است. این سرانه در کشورهای دارای درآمد بالا کمتر از یک گزارش شده که نشانه حل نسبی مسئله مسکن در این کشورهاست. باید در نظر داشت که به رغم اصلاحات اقتصادی، مالکیت زمین در چین هنوز دولتی است و از همین رو قیمت زمین در این کشور در جدول نیامده است، اما متوسط قیمت مسکن (ملکی) در این کشور، با وجود پایین بودن بهای ساخت، بیش از سه کشور دیگر است.

در جدول مالکیت مسکن، این کاستی در متن مرجع در مورد کشور چین وجود داشت که مجموع ۸۴/۵ درصد مالکیت دولتی و ۶/۵ درصد مالکیت خودساخته^۱ ۹۱ درصد می‌شود و به ۱۰۰ نمی‌رسد که به نظر می‌رسد بر اثر حذف مالکیت تعاونی باشد. از آنجا که مالکیت زمین در چین دولتی است و تنها حق بهره‌برداری یا کاربری قابل خرید و فروش است، هنوز میزان مالکیت مسکن بسیار اندک است و نظام تأمین مسکن در چین تنها با کشور سنگاپور قابل مقایسه است. در میان سه کشور دیگر، سوئد دارای

نظام مسکن اجتماعی (اجاره بخش دولتی) و نیز مسکن تعاونی است. نظام تأمین مسکن در ژاپن و امریکا فاقد مسکن اجتماعی است و گروه‌های کم‌درآمد در این کشورها با یارانه حمایت می‌شوند. در ژاپن پدیده‌ای منحصربه‌فرد نیز به صورت تأمین مسکن کارگران به وسیله کارفرمایان (۵ درصد) مشاهده می‌شود. البته نبود نظام مسکن اجتماعی در این کشورها به شیوه‌ای که در اروپا رایج است به تفاوت فاحش هزینه‌های دولتی بخش مسکن نینجامیده است. برای مثال، تحقیق دیگری (LaFerrere and Le Blanc, 2008) نشان می‌دهد که در سال ۲۰۰۱، یارانه‌های مسکن در ایالات متحده آمریکا ۱/۵۴ درصد تولید ناخالص داخلی (GDP) و در فرانسه، که دارای نظام بسیار قوی مسکن اجتماعی و انواع دیگر یارانه‌هاست، ۱/۷۴ درصد آن بوده است. با توجه به تولید سرانه بالاتر آمریکا از فرانسه و اینکه رقم آن بیشتر از ۳۰ هزار دلار در سال بوده است، یارانه مسکن را در آمریکا نمی‌توان اندک تصور کرد. این موضوع و مقایسه پیش‌گفته شاخص‌ها نشان می‌دهد که از یک سو در کشورهای مختلف، بنا به مراحل توسعه و پیشینه نهادی آنها، نظام‌های گوناگونی برای تأمین مسکن ایجاد شده است، و از سوی دیگر وجود این نظام‌های گوناگون، برخلاف تصور برخی، به تفاوت‌های چشمگیر در هزینه‌های دولتی نینجامیده است.

در جوامع توسعه‌یابنده یا به اصطلاح جهان سوم، یک شاخص مهم دیگر وجود دارد که تقریباً دیگر در جوامع توسعه‌یافته مشاهده

1. own-built

جدول ۳. شاخص‌های مسکن در کشورهای منتخب

شاخص	ژاپن	سوئد	چین	امریکا
تراکم جمعیت	۳۳۷ (۱۹۹۷)	۲۰ (۱۹۹۷)	۱۳۰ (۱۹۹۷)	۲۹ (۱۹۹۷)
سرانه سطح زیربنا (مترمربع)	۱۵/۸ (۱۹۹۰)	۴۰ (۱۹۹۰)	۹/۳ (۱۹۹۰)	۶۸/۷ (۱۹۹۰)
نفر در اتاق	۰/۸ (۱۹۹۰)	۰/۶ (۱۹۹۰)	۱/۵ (۱۹۹۰)	۰/۴ (۱۹۹۰)
متوسط سطح زیربنا (مترمربع)	۹۲/۴ (۱۹۹۸) ۱۲۲/۷ (شخصی) ۴۴/۵۸ (اجاره‌ای)	۷۹/۵ (۱۹۹۸)	۷۵/۶ (۱۹۹۶)	۱۸۱/۳ (۱۹۹۸)
میزان مالکیت مسکن (درصد)	۶۰/۳ (۱۹۹۸)	۴۵ (۱۹۹۳)	۸ (۱۹۹۳)	۶۵/۸ (۱۹۹۷)
متوسط قیمت مسکن (دلار)	۷۱۹,۴۴۱ (۱۹۹۰)	۷۸۰,۱۸۷ (۱۹۹۰)	۹۴۵,۱۵ (۱۹۹۰) (۱ دلار = ۴/۸ RMB یوان)	۱۵۰,۱۹۴ (۱۹۹۰)
قیمت اراضی بایر (دلار بر مترمربع)	۱۴۸۸,۱ (۱۹۹۰)	۱۷,۵ (۱۹۹۰)	موجود نیست	۳۶ (۱۹۹۰)
هزینه ساخت (دلار بر مترمربع)	۶۰۴,۲ (۱۹۹۰)	۵۲۷,۱ (۱۹۹۰)	۹۰ (۱۹۹۰)	۵۰۰ (۱۹۹۰)
نسبت قیمت مسکن به درآمد	۱۱/۶ (۱۹۹۰)	۴/۶ (۱۹۹۰)	۱۴/۸ (۱۹۹۰)	۳/۹ (۱۹۹۰)
نوع مالکیت مسکن	(۱۹۹۸) شخصی: ۶۰/۳ اجاره‌ای: ۲۶ اجاره با کمک دولتی: ۶/۸ کارفرمایان: ۵	(۱۹۹۰) شخصی: ۴۰ اجاره‌ای: ۲۰ اجاره بخش دولتی: ۲۵ سهم تعاونی‌ها: ۱۵	(۱۹۸۹) مالکیت بخش دولتی: ۸۴/۵ مالکیت خودساخته بخش خصوصی: ۶/۵	(۱۹۹۷) شخصی: ۶۶ اجاره‌ای: ۲۸ اجاره با کمک دولتی: ۶

منبع: Seko, 2008

حقوق شهروندی مطرح و در قوانین بسیاری از کشورها وارد شده است. ذیل «حق به شهر»، علاوه بر مسکن مناسب، مقولاتی چون دسترسی کافی به خدمات شهری، حمل و نقل عمومی، محیط زیست پاک، و فضاهای عمومی کافی جای می‌گیرد. نسبت اسکان غیررسمی به رسمی در سالیان اخیر در ایران رو به افزایش گذاشته که در ادامه به آن خواهیم پرداخت.

۴. وضعیت مسکن و اسکان غیررسمی در ایران

در آمار کلان وضعیت مسکن در ایران، به طور معمول شرایطی مطلوب ترسیم می‌شود. برای مثال، مقایسه آمار سرشماری ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵ نشان می‌دهد که تراکم خانوار در واحد مسکونی در کل کشور از ۱/۱۴ در سال ۱۳۷۵ به ۱/۱ در سال ۱۳۸۵ (جدول ۴) کاهش یافته است. به خصوص که این رقم در مناطق شهری از ۱/۱۳ به ۱/۰۸ رسیده که، با در نظر گرفتن ساختار خانوادگی در ایران، نشانه روند پیوسته بهبود وضعیت مسکن در ایران می‌تواند باشد. مطابق جدول ۵، در دوره مذکور، نسبت ساختمان‌های ساخته‌شده با مصالح ساختمانی بادوام از ۶۰/۶ درصد به ۷۴ درصد افزایش یافته که در کشور زلزله‌خیز ایران نشانه‌ای از کاهش

نمی‌شود. این شاخص نسبت اسکان غیررسمی به اسکان رسمی است. این نسبت در کلان‌شهرهای جهان سوم گاه از ۵۰ درصد نیز تجاوز می‌کند و ناشی از ناکارآمدی کل نظام اقتصادی آنها یا عدم توفیق در انتظام‌بخشی به بخش مسکن به دلایلی است که پیش‌تر اشاره شد. در این حالت، کم‌درآمدها که از تأمین مسکن از طریق رسمی و با برنامه‌ریزی دولت ناامید می‌شوند، خود از هر طریق ممکن، از جمله تفکیک غیررسمی زمین، به ساختن سرپناهی برای خانواده‌شان بدون توجه به اصول معماری و شهرسازی دست می‌زنند. حاصل این فرایند جداسازی یا مسدودیت^۱ تدریجی اقتصادی- اجتماعی کم‌درآمدهاست. می‌توان گفت که با اسکان غیررسمی، کم‌درآمدها از یک «تله طبقاتی» (درآمد اندک و موقعیت پایین اجتماعی) به یک «تله فضایی» می‌غلطند که نه تنها مانع تحرک صعودی اجتماعی آنها، بلکه عامل تحرک نزولی هم می‌شود. این موضوع درباره بافت‌های فرسوده شهری هم صدق می‌کند. از همین روست که اکنون، علاوه بر حقوق اجتماعی مسکن، آموزش و...، «حق به شهر» نیز به عنوان یکی دیگر از

1. enclosure

است. یعنی خانوارها باید تمایل بیشتری به مالکیت پیدا می کرده‌اند، اما جریانی معکوس به وقوع پیوسته است. باید در نظر داشت که فی‌المثل جهش ۸۰ درصدی قیمت مسکن در سال ۱۳۸۶ و کاهش ۳۰ درصدی آن در سال‌های بعد نشانه تورم حباب‌گونه این بخش و عامل دور شدن مصرف‌کنندگان نهایی از بازار مسکن بوده است.

جدول ۵. واحدهای مسکونی ایران برحسب نوع مصالح ساختمانی در سال ۱۳۸۵ (درصد)

عنوان	کل	شهری	روستایی
بادوام	۷۴/۰۰	۱۰/۷۵	۴۴/۲
نیمه‌بادوام	۱۶/۳	۹/۱	۳۲/۶
کم‌دوام	۰/۸۸	۲/۹	۲۰/۷

منبع: عربی بلاغی، ۱۳۸۶

مطالعات (جهانی، ۱۳۸۷) نشان می‌دهد در حالی که در سال ۱۳۸۵، سهم هزینه مسکن به هزینه خانوار ۲۹/۵ درصد بوده است، این سهم در دهک‌های اول، دوم، سوم و چهارم به ترتیب به ۵۶/۷، ۴۰/۵، ۳۸/۳ و ۳۵/۶ یا متوسط ۴۳ درصد در چهار گروه پایین جامعه می‌رسیده است. طبق معیار نسبت بهای مسکن به درآمد سالانه خانوار به میزان حداکثر ۵ برابر، و براساس درآمد متوسط خانوارهای شهری در گروه‌های درآمدی در سال ۱۳۸۵ و بهای متوسط مسکن در بازار رسمی در همین سال، توان تأمین مسکن خانوار در دهک اول درآمدی تنها ۹/۱ مترمربع، دهک دوم ۱۷/۲ مترمربع، دهک سوم ۲۲/۴ مترمربع، و دهک چهارم ۲۷/۶ مترمربع بوده است، که میزان همه آنها از مسکن حداقلی (براساس الگوی مصرف تعیین شده در ایران: ۷۵ مترمربع) بسیار کمتر است. جالب اینکه یک خانوار متوسط شهری براساس شاخص مذکور توان تأمین مالی ۵۱/۹ مترمربع مسکن را داشته که نشان می‌دهد اکثریت خانوارهای ایرانی برای تأمین مسکن مناسب و به اصطلاح «آبرومند» فشار سنگینی را تحمل می‌کنند.

نظام بانکی در ایران بسیار ناکارآمد است. طرح جامع مسکن نشان می‌دهد که نظام بانکی تنها ۳۵ درصد از سرمایه‌گذاری در بخش مسکن را تأمین می‌کند، در حالی که این نسبت در کشورهای پیشرفته ۸۰ تا ۱۰۰ درصد است. تحقیقات (درگاهی، ۱۳۸۷) نشان می‌دهد که سهم نظام بانکی در تأمین مالی خرید مسکن تنها ۲۰ درصد بوده است. به علاوه، گرفتن وام برای دهک‌های اول تا

جدول ۴. شاخص‌های خانوار و مسکن ایران در سال ۱۳۸۵ (هزار)

عنوان	خانوار		واحد مسکونی		تراکم
	تعداد	متوسط نرخ رشد (۸۵-۱۳۷۵)	تعداد	متوسط نرخ رشد (۸۵-۱۳۷۵)	
کل	۱۷,۵۷۱	۳/۶	۱۵,۹۷۴	۳/۹۹	۱/۱۰
شهری	۱۲,۴۳۹	۴/۷	۱۱,۵۱۸	۵/۲۵	۱/۰۸
روستایی	۵,۰۷۹	۱/۵	۴,۴۵۶	۱/۳۴	۱/۱۴

منبع: عربی بلاغی، ۱۳۸۶

آسیب‌های ناشی از آن است. با این حال هنوز ۵۳/۳ درصد واحدهای مسکونی روستایی دارای مصالح ساختمانی نیمه‌بادوام و کم‌دوام هستند، به طوری که در دهه‌های گذشته سالانه ۳۰ هزار واحد مسکونی روستایی بر اثر زلزله و سیل تخریب شده‌اند. البته نوع مصالح ساختمانی به خودی خود باعث ایجاد مقاومت در برابر زلزله نمی‌شود. گزارش طرح جامع مسکن (معاونت امور مسکن و ساختمان، ۱۳۸۵) حاکی از آن است که بیش از ۷۰ درصد واحدهای مسکونی روستایی، یا قریب به ۳/۲ میلیون واحد، در برابر سوانح طبیعی مقاوم نیستند. در مناطق شهری نیز مسئله به قوت خود باقی است. برای مثال، مشاور ژاپنی (جایکا) اعلام کرده که بر اثر یک زلزله شدید حدود ۷ ریشتری در گسل ری شهر تهران، ۵۵/۲ درصد واحدهای مسکونی، ۴۰ درصد تأسیسات دولتی، ۵۵ درصد مدارس و... این شهر از میان خواهد رفت (روستا، ۱۳۸۹).

از سوی دیگر، در این ارقام کلان، شاخصی به چشم می‌خورد که نشان می‌دهد این بهبودها نباید برای همه اقشار یکسان رخ داده باشد، یا به زبان آمار «میانگین‌ها پوشاننده واقعیت‌ها گشته‌اند». این شاخص ازدیاد نسبت اجاره‌نشینی از ۱۵/۶ درصد در سال ۱۳۷۵ به ۲۴/۲ درصد در سال ۱۳۸۵ است، تغییری که پس از اعمال سیاست‌های تعدیل در امریکای لاتین نیز رخ داد. در واقع، به رغم آنکه مالکیت مسکن در ایران نوعی دارایی محسوب می‌شود و منزلت اجتماعی ایجاد می‌کند، در فقدان سیاست‌های سنجیده، عده بسیاری از دستیابی به آن محروم شده‌اند. این در حالی است که مثلاً در شهر تهران، در دوره ۱۳۸۶-۱۳۷۰، رشد اجاره‌بها ۲۴/۷ درصد در سال و از رشد تورم (۲۱/۵ درصد در سال) و حتی از رشد قیمت مسکن (۲۴/۱ درصد در سال) بیشتر بوده

که در دوره ۱۳۸۴-۱۳۷۰، بالغ بر ۷۲۸ هزار میلیارد ریال (به قیمت ثابت سال ۱۳۸۴) یارانه‌های زمین (۵۹/۱ درصد)، حمایتی (۳۵/۷ درصد) و مالیاتی (۵/۲ درصد) به بخش مسکن داده شده که فقط اندکی از آنها به سوی دهک‌های اول تا سوم جریان یافته است. برای نمونه، در سال ۱۳۷۹، بالغ بر ۱۶۴ میلیارد ریال یارانه تسهیلات بانکی پرداخت شده که ۲۸ درصد آن به کارکنان دولت، ۲۷ درصد به گروه‌های خاص، ۱۲ درصد به انبوه‌سازان، و ۱۵ درصد از طریق بنیاد مسکن به مناطق روستایی اختصاص یافته که هیچ‌کدام کم‌درآمدهای شهری را دربر نمی‌گیرد. یزدانی معتقد است اگر این یارانه‌ها به درستی هزینه می‌شد «می‌بایستی مشکلی به نام مسکن کم‌درآمدها وجود نداشته باشد».

مطالعات پیش‌گفته برای نشان دادن دلایل گسترش اسکان غیررسمی در ایران کفایت می‌کند. همان‌طور که در جدول ۶ آمده است، نسبت اسکان غیررسمی در شهر مشهد از ۱۶ درصد در سال ۱۳۵۵ به ۲۸ درصد در سال ۱۳۸۵ افزایش یافته است. مطالعات طرح مجموعه شهری تهران (مرکز مطالعات و تحقیقات شهرسازی و معماری ایران، ۱۳۷۹) نیز نشان می‌دهد که نسبت جمعیت دارای اسکان غیررسمی از ۵ درصد جمعیت استان تهران در سال ۱۳۵۵ به ۱۹ درصد آن در سال ۱۳۷۵ افزایش یافته و ۴۰ درصد از اضافه جمعیت ۵ میلیونی این استان در دوره ۱۳۷۵-۱۳۵۵ به طور غیررسمی اسکان یافته بودند. در استان تهران تقریباً کل اسکان غیررسمی در پیرامون شهر تهران رخ داده است، اما چنانکه جدول ۷ نشان می‌دهد، در دیگر شهرهای ایران، عمده اسکان غیررسمی و سکونت کم‌درآمدها در داخل محدوده شهر مرکزی است و نسبت آنها گاه از استان تهران نیز تجاوز می‌کند. جمعیت دچار اسکان غیررسمی ایران در حال حاضر حدود ۱۰ میلیون نفر برآورد شده و پیش‌بینی می‌شود ظرف ۱۰ تا ۱۵ سال آینده، در صورت ادامه وضع موجود، به ۲۵ میلیون نفر افزایش یابد.

جدول ۶. رشد جمعیت حاشیه‌نشین مشهد در سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۵۵

سال	جمعیت شهر	جمعیت اسکان غیررسمی	نسبت اسکان غیررسمی (درصد)
۱۳۵۵	۶۶۷,۷۷۰	۱۰۷,۱۳۲	۱۶
۱۳۶۵	۱,۴۶۳,۵۰۸	۴۱۵,۹۵۸	۲۸
۱۳۷۵	۱,۸۸۷,۴۰۵	۵۷۹,۰۷۰	۲۹
۱۳۸۵	۲,۴۲۷,۳۱۶	۶۷۳,۶۸۷ (برآورد)	۲۸

منبع: ناصری، ۱۳۸۷

چهارم غیرممکن است زیرا دهک اول ۱۵۵/۲، دهک دوم ۹۰/۷، دهک سوم ۶۹/۲ و دهک چهارم ۵۶ درصد درآمد سالانه خود را باید به بازپرداخت اقساط وام مسکن اختصاص دهند. این نسبت در دهک پنجم به ۴۶ درصد درآمد متوسط خانوار شهری می‌رسد و در دهک ششم ۳۸/۵ درصد آن را تشکیل می‌دهد. به عبارت دیگر، در شرایط کنونی سیاست‌گذاری در بخش مسکن، در واقع چهار دهک نخست جامعه اصولاً در نظام بانکی موجود جای نمی‌گیرند یا «بانک‌پذیر»^۱ نیستند، و دهک‌های پنجم و ششم نیز باید فشار سنگینی را برای بازپرداخت اقساط وام مسکن تحمل کنند.

مطالعه ارزنده دیگری که درباره خط فقر مسکن در استان‌های ایران انجام پذیرفته است (سوری، ۱۳۸۷) نشان می‌دهد که، در سال ۱۳۸۵ و در استان‌های مختلف ایران، از ۲۴ درصد (قزوین) تا ۶۷ درصد (سیستان و بلوچستان) زیر خط فقر مسکن قرار گرفته‌اند. خط فقر مسکن در سال ۱۳۸۵ در استان تهران درآمد ماهانه یک میلیون و ۱۸۱ هزار ریال و در استان‌های دیگر ۹۱۰ هزار ریال محاسبه شده است. دلیل اصلی بقای مشکل مسکن نادرستی مدیریت و سیاست‌گذاری در آن است چرا که دیدیم شاخص‌های عمومی مسکن در ایران به یمن درآمد نفت به مراتب بهتر از کشورهای کم‌درآمدتر جهان سوم است. برای مثال، در قاهره بالغ بر یک میلیون نفر گورخواب یا کسانی که در مقبره‌ها مسکن گزیده‌اند وجود داشته است؛ در کلکته ۶۰۰ هزار نفر پیاده‌روخواب وجود داشته و نسبت مصالح ساختمانی غیرمعمول در اسکان غیررسمی آنها به ۷۰ درصد می‌رسد. این در حالی است که در اسکان غیررسمی پیرامون تهران، ۹۶ درصد از واحدهای مسکونی با تیرآهن و آجر ساخته شده و سطح زیربنای متوسط آنها ۶۰ مترمربع بوده است (اطهاری، ۱۳۷۳). به عبارت دیگر، این کاستی‌های برنامه‌ریزی شهری و مسکن در ایران است که باعث «شهروندزایی» کم‌درآمدها و محروم شدنشان از «حق به شهر» یا رانده شدن آنها به محیطی غیررسمی شده است.

ارزایی برنامه‌های تأمین مسکن برای گروه‌های کم‌درآمد و نظام پرداخت یارانه به بخش مسکن (یزدانی، ۱۳۸۷) به خوبی کاستی‌های پیش‌گفته را نشان می‌دهد. این تحقیق آشکار می‌کند

1. bankable

جدول ۷. جمعیت سکونتگاه‌های غیررسمی در مراکز استانی منتخب

ایران در ۱۳۸۵

شهر	جمعیت	جمعیت محله‌های فقیرنشین	درصد از کل	درصد داخل محدوده شهر
زاهدان	۵۶۷,۴۴۹	۲۳۷,۰۰۰	۴۱/۷۷	۷۷/۷
کرمانشاه	۷۹۴,۸۶۳	۲۷۰,۹۷۹	۳۴/۰۹	۷۰
بندرعباس	۳۷۹,۳۰۱	۱۳۷,۱۰۰	۳۶/۱۵	۱۰۰
تبریز	۱,۳۹۸,۰۶۰	۲۴۳,۹۳۴	۱۷/۴۵	۱۰۰
سنندج	۳۱۶,۸۶۲	۱۷۳,۶۷۲	۵۴/۸۱	۱۰۰
مشهد	۲,۴۲۷,۳۱۶	۶۵۰,۰۰۰	۲۶/۷۸	۹۲
اهواز	۹۸۵,۶۱۴	۳۰۰,۰۰۰	۳۰/۴۴	۵۹
اراک	۴۴۶,۷۶۰	۱۰۳,۶۱۹	۲۳/۱۹	۱۰۰
اردبیل	۴۱۸,۲۶۲	۹۹,۴۸۵	۲۳/۷۹	۸۹/۹
شیراز	۱,۲۲۷,۳۳۱	۱۸۰,۶۷۱	۱۴/۷۲	۱۰۰
ایلام	۱۶۰,۳۵۵	۳۱,۸۰۰	۱۹/۸۳	۱۰۰
همدان	۴۷۹,۶۴۰	۹۸,۰۰۰	۲۰/۴۳	۸۰
ارومیه	۵۸۲,۲۵۵	۱۴۶,۰۰۰	۲۵/۰۳	۷۸/۶
خرم‌آباد	۳۳۳,۹۴۵	۲۲,۶۶۸	۶/۷۹	۹۹/۸
قم	۹۶۴,۷۰۶	۹۰,۰۰۰	۹/۳۳	۹۵
ساوه	۱۸۰,۵۴۸	۱۸,۱۴۰	۱۰/۰۵	۹۵
قزوین	۳۵۵,۳۳۸	۲۲,۰۰۰	۶/۱۹	۱۰۰
یزد	۴۳۲,۱۹۴	۶,۰۰۰	۱/۳۹	۱۰۰
زنجان	۳۴۹,۷۱۳	۵۸,۰۰۰	۱۶/۵۹	۱۰۰
بیرجند	۱۶۶,۱۳۸	۲۲,۰۰۰	۱۳/۲۴	۹۸
میانگین کل	۱۲,۹۶۷,۶۵۰	۲,۸۲۸,۵۰۷	۲۱/۸۱	-

منبع: اژدری و روستا، ۱۳۸۷

انجمن‌های شهر در نظر گرفته شده بود، با تصویب قانونی جدید، شهرداری‌ها سازمان‌هایی وابسته به دولت مرکزی تلقی شدند و شهرداران در زمره کارکنان وزارت کشور درآمدند. یا آنکه در سال ۱۳۱۷ بانک رهنی تأسیس شد که سرآغاز ایجاد نظام وام رهنی در ایران است. اما به رغم این یا آن اقدام مقدماتی یا پایهای، نمی‌توان سیاستی اجتماعی و برنامه‌ای معین را برای تأمین مسکن گروه‌های هدف نام برد زیرا نه سازمان و نهاد لازم برای آن وجود داشت و نه دولت در پی گسترش و تعمیق همه‌جانبه حقوق شهروندی بود. شیوه‌ها و رویکردها در برنامه‌ریزی مسکن را می‌توان به چند دوره تقسیم کرد.

دوره نخست (۱۳۴۱-۱۳۲۷): تأمین حواج و معیشت عمومی

در دوره نخست، که شامل دو برنامه عمرانی نیمه‌تمام اول (۱۳۳۴-۱۳۲۷) و دوم (۱۳۴۱-۱۳۳۴) می‌شود، بیش از همه چیز، معیشت و رفاه عمومی در دستور کار بود زیرا در شرایطی برنامه‌ریزی در ایران در سال ۱۳۲۷ آغاز شد که به دنبال جنگ دوم جهانی و نابسامانی‌های ناشی از آن و نیز تحولات سیاسی پس از تبعید پهلوی اول در سال ۱۳۲۰، آشفتگی بسیار بر اقتصاد حاکم شده و حتی قحطی به وجود آمده بود. این قحطی به گونه‌ای بود که مهاجرت گسترده به تهران را موجب شد و رشد جمعیت آن را به ۷ درصد در سال رساند و باعث شد جمعیت تهران در سال ۱۳۳۰ به یک میلیون نفر برسد. در ماده یک گزارش برنامه هدف مقدم برنامه اول عمرانی «افزایش تولید و تکثیر صادرات و تهیه مایحتاج مردم در داخل کشور...» به علاوه «انجام هر نوع عملیاتی برای عمران کشور و بالا بردن سطح معلومات و زندگی افراد و بهبود وضع معیشت عمومی...» در دستور کار قرار گرفت. برای نظارت بر اجرای برنامه نیز سازمان برنامه براساس ماده هشت گزارش (قانون) برنامه تأسیس شد.

از نظر معیارهای برنامه‌ای، برنامه عمرانی اول صرفاً برنامه تخصیص اعتبار یا، به عبارت بهتر، یک بودجه میان مدت بدون توجه عمیق به مسائل اجتماعی و فرهنگی و غیره بود. در این برنامه بیش از ۲۸ درصد از کل اعتبار برنامه به شهرسازی اختصاص یافت اما در مورد ساخت مسکن تنها به نوعی هدف‌گذاری کلی اکتفا شد. لیکن به دلیل بحران حاشیه‌نشینی، ساخت خانه‌های ارزان قیمت دارای ردیف اعتباری ویژه‌ای در بودجه‌های سنوات شد.

۱.۴. برنامه‌ریزی مسکن و روند تحولات آن در ایران

مرور برنامه‌ها و سیاست‌های مرتبط با مسکن در ایران می‌تواند در تحلیل مسائل آن بسیار راهگشا باشد. می‌توان گفت که سیاست‌گذاری مدرن در امر مسکن شهری از دوران رضاشاه آغاز شد، اما آنچه در دوران حکومت پهلوی اول انجام گرفت در چارچوب برنامه به معنای امروزی آن نبود، بلکه اقدامات دولتی دیوان سالارانه به رهبری خودکامه (دیکتاتور) محسوب می‌شد که با ضعف نهادی (قانونی) و سازمانی روبه‌رو بود. برای مثال، قانون تأسیس بلدیہ (شهرداری) در سال ۱۲۸۶ و پس از انقلاب مشروطه از تصویب مجلس شورای ملی گذشت و دو سال بعد به اجرا درآمد، اما در سال ۱۳۰۰ تنها ۹ بلدیہ در ایران وجود داشت. در سال ۱۳۰۹ نیز، از آنجا که در قانون تأسیس شهرداری‌ها استقلال زیادی برای

دارای طرح شهری شدند. بدین ترتیب، دوره دوم در حالی که جامعه از سال ۱۳۳۹ به پا بحران جدیدی می‌گذاشت، با زمینه‌سازی برای معیشت و رفاه عمومی به پایان رسید.

بانک ساختمانی فعالیت خود را با ساخت کوی کالاد نارمک در زمینی به وسعت ۲۳۴ هزار مترمربع در دوره زمانی ۱۳۳۹-۱۳۳۶ ادامه داد. همچنین کوی کن با سرمایه اولیه بانک رهنی و با زیربنای ۳۳۰ هزار مترمربع در طی سال‌های ۱۳۴۳-۱۳۳۹ احداث شد. مقارن با این عملیات، بانک رهنی نیز با ساخت ساختمان‌های مسکونی وزارت کار در اصفهان (۱۳۳۷-۱۳۳۵) و چهار بلوک آپارتمانی در نازی‌آباد (۱۳۳۷) به فعالیت خود در زمینه خانه‌سازی ادامه داد.

مهم‌ترین مسائل را در اجرای برنامه دوم عمرانی می‌توان به شرح زیر بیان کرد:

- بهبود درآمد ارزی کشور؛
- عدم آشنایی با برنامه‌ریزی و مبانی آن؛
- ناهماهنگی میان تأثیرات عمرانی برنامه‌ها و آداب اجتماعی؛
- افزایش بی‌رویه مسکن به دلیل رشد شهرنشینی (نرخ رشد جمعیت شهرنشین در این دوره ۵/۰۹ درصد بوده است)؛
- افزایش نرخ رشد جمعیت (در فاصله سال‌های ۱۳۳۵-۱۳۳۵ در حدود ۳/۱۲ درصد بوده است)؛
- گسترش حاشیه‌نشینی به دلیل رشد بورس‌بازی زمین؛
- کمبود مهندس مشاور و پیمانکار زبده و نیروی انسانی متخصص.

دوره دوم (۱۳۵۶-۱۳۴۲): رشد اقتصادی و تکوین

سیاست اجتماعی

با فشار داخلی و خارجی، از آغاز دوره دوم، تغییر کیفی اهداف و نظام برنامه‌ریزی ایران و سیاست‌های اقتصادی و اجتماعی در دستور کار قرار گرفت که به تغییرات اساسی در ساختار اقتصادی-اجتماعی و در نتیجه تولید و عرضه مسکن به گروه‌های اقتصادی اجتماعی انجامید. برنامه سوم عمرانی (۱۳۴۶-۱۳۴۲) با تحولاتی قابل توجه همچون اصلاحات ارضی آغاز شد که تغییری کیفی نسبت به گذشته محسوب می‌شد و نشان می‌داد دولت (شاه)

فصل ششم برنامه اول عمرانی به اصلاحات اجتماعی و شهری اختصاص داشت که شامل وام خانه‌سازی، لوله‌کشی، بهداشت، برق، اشتغال و غیره بود. در این فصل «ساختمان خانه‌های ارزان‌قیمت» دارای ردیف اعتبار شد و برنامه مسکن گروه هدف پیدا کرد و بر این اساس، بانک ساختمان تأسیس شد. ولی دو سال اول برنامه به سازمان‌دهی گذشت و عمده فعالیت‌های بعدی نیز در زمینه تولید صنعتی صورت گرفت، تا آنکه کودتای درهم‌شکننده جنبش ملی در سال ۱۳۳۲ اجرای برنامه اول را متوقف کرد. به طور کلی، موانع اجرای برنامه اول عمرانی را می‌توان چنین برشمرد:

- بحران‌های ناشی از ملی شدن صنعت نفت و کودتای ۲۸ مرداد؛
- اقتصاد جنگ‌زده ناشی از جنگ جهانی دوم؛
- هجوم بی‌سابقه به تهران به‌ویژه با لغو قانون الزام به اخذ جواز برای مهاجرت به شهرها؛
- درآمد ارزی نامناسب و تکیه بر استقراض از بانک بین‌المللی ترمیم و توسعه؛
- نوپایی و تازگی مفهوم برنامه‌ریزی در کشور.

برنامه دوم عمرانی (۱۳۴۱-۱۳۳۴) هنگامی در اسفند ۱۳۳۴ به تصویب مجلس رسید که قطع درآمد نفت و نابسامانی‌های سیاسی و اقتصادی بار دیگر جامعه را در بحران فرو برده بود. در برنامه دوم گروه هدفی در زمینه مسکن مشخص نشد ولی ۱۴۴ شهر دارای برق شدند، لوله‌کشی ۴۴ شهر پایان یافت و ساخت سه سد بزرگ کرج، سفیدرود و دز به اتمام رسید، اقداماتی که زمینه‌ساز رفاه عمومی بودند. به علاوه، پیشرفت‌های نهادی قابل ملاحظه‌ای نیز حاصل شد. برای مثال، در سال ۱۳۳۴، قانون جدید شهرداری‌ها (براساس لایحه‌ای که پیش‌تر دکتر مصدق تهیه کرده بود) به تصویب رسید که در ماده ۵۵ آن «... اتخاذ تدابیر لازم برای ساختمان خانه‌های ارزان‌قیمت برای اشخاص بی‌بضاعت» آمده بود. یا در حالی که در سال ۱۳۱۲ اولین قانون شهرسازی با عنوان «قانون راجع به احداث و توسعه معابر و خیابان‌ها» از تصویب مجلس گذشته بود، در سال ۱۳۳۹، قانون تملک زمین برای شهرسازی به تصویب رسید و چند شهر (از جمله اصفهان و سنج)

در ارزیابی سازمان برنامه و بودجه از عملکرد برنامه سوم در همان سال‌ها، به برخی از مشکلات این برنامه اشاره شده است:

- تقسیم نامتوازن اعتبارات بین اهداف مختلف؛
- ناهمبستگی میان سیاست‌های مسکن شهری و توسعه شهری؛
- رعایت نشدن فرم‌ها و استانداردهای خانه‌سازی؛
- کاستی‌های مربوط به قوانین و مقررات و استانداردها؛
- کمبود عوامل تولید؛
- پیش‌بینی نشدن تجهیزات و تأسیسات عمومی در محله‌ها و محیط‌های مسکونی؛
- کمبود خانه‌های ارزان‌قیمت برای طبقات کم‌درآمد؛
- هماهنگ نبودن خانه‌سازی با رشد سریع جمعیت (نرخ رشد جمعیت شهرنشین در این دوره ۵/۰۹ درصد بوده است)؛
- گرانی اجاره‌بها و بالا بودن هزینه مسکن؛
- انطباق نداشتن برنامه‌های خانه‌سازی با نقشه‌های عمومی شهر؛
- محدودیت رشد اقتصادی و پایین بودن میزان درآمد متوسط مردم؛
- به کار نگرفتن همه امکانات برای حل نسبی مسئله مسکن؛
- مغفول ماندن مسکن روستایی.

در برنامه چهارم عمرانی (۱۳۵۱-۱۳۴۷) نخستین بار کارگران دارای برنامه‌ای جداگانه شدند. در برنامه بخش مسکن، علاوه بر خانه‌سازی ارزان‌قیمت برای طبقات کم‌درآمد و پاک کردن زاعه‌ها و آلونک‌ها و گورهای مسکونی، تأمین امکانات خانه‌سازی به وسیله صاحبان صنایع برای کارگران در دستور کار قرار گرفت. البته هیئت وزیران پیش از این برنامه در سال ۱۳۳۹ «آیین‌نامه تهیه مسکن برای کارگران» را به تصویب رسانده بود اما در برنامه‌های عمرانی طرحی در این زمینه مشاهده نمی‌شد. خانه‌سازی صاحبان صنایع در ایران، چه در بخش دولتی و چه خصوصی، سابقه داشت و در واقع از خانه‌سازی «شرکت شهری» به وسیله شرکت نفت پارس انگلیس، که در سال ۱۹۲۲ به ایران و انگلیس تغییر نام داد، آغاز شده بود. اما با گنجانیدن این طرح در برنامه چهارم، دولت در حقیقت کارفرمایان خصوصی را به طور مستقیم وارد سیاست اجتماعی تأمین مسکن می‌کرد و حساب معینی برای این فعالیت

ضرورت توسعه اجتماعی را همراه با رشد اقتصادی دریافته است. تغییر ساختار سازمان برنامه و سپردن تنظیم بودجه به آن (که از وظایف وزارت دارایی بود) در قانون برنامه سوم نشان می‌داد که دیکتاتور دیوان‌سالار می‌خواهد به فن‌سالار مبدل شود تا رشد اقتصادی و توسعه اجتماعی را که هدف قانونی سازمان برنامه (و بودجه) بود به شیوه خود محقق سازد. برنامه سوم عمرانی دارای یک فصل عمران شهری (هشتم) و یک فصل برای ساختمان و مسکن (دهم) بود که نشان می‌داد این امور دارای چنان اهمیتی هستند که از استقلال نهادی و سازمانی برخوردار شوند، امری که با تصویب قانون تأسیس وزارت آبادانی و مسکن در اسفند ۱۳۴۲ قطعیت یافت و اموری که بانک ساختمانی به عهده داشت به سازمان مسکن که برای امور اجرایی در زمینه‌های زمین و مسکن تأسیس شده بود انتقال یافت.

خط‌مشی‌های کلی برنامه سوم عمرانی عبارت بود از:

- نظارت مؤثر بر کلیه فعالیت‌های مربوط به تهیه مسکن و اتخاذ سیاست واحد؛
- فهرست‌برداری از خانه‌ها و ساختمان‌ها و تعیین نیازها و اینکه در طول برنامه سوم چه میزان از احتیاجات برآورده می‌شود؛
- تهیه برنامه مالی به منظور اعطای وام‌های درازمدت برای تأمین هزینه ساختمان خانه‌های شخصی؛
- ایجاد دوره‌های آموزشی برای تربیت کادر ماهر؛
- گسترش اقدامات خودیاری در امر تهیه مسکن با کمک مختصر دولت نظیر فروش مصالح ساختمانی به قیمت تمام‌شده؛
- اصلاح قوانین مربوط به تهیه مسکن.

در برنامه سوم، طرح‌های خانه‌های سازمانی، پرداخت وام خرید یا ساختمان خانه از طریق بانک رهنی، ساختن خانه‌های ارزان‌قیمت برای افرادی بی‌بضاعت و کم‌درآمد و پاک کردن گورها و زاعه‌ها در دستور کار قرار گرفت. حاصل این اقدامات احداث کوی ۱۳ آبان نازی‌آباد و کوی‌هایی در مشهد بود. معاونت فنی وزارت آبادانی و مسکن طرح ساختمان کوی نهم آبان (۱۳ آبان پس از انقلاب) را در سال ۱۳۳۴ با ۳۴۰۰ واحد مسکونی آغاز کرد که تا سال ۱۳۴۶ به پایان رسید.

نفت ابعادی بلندپروازانه پیدا کرد، اهداف بخش مسکن گسترش یافت و دقیق شد. این اهداف عبارت بودند از:

- احداث ۵۷ هزار واحد مسکونی در مجتمع‌های آپارتمانی ارزان‌قیمت و واگذاری آنها با اقساط طویل‌مدت به افراد طبقات کم‌درآمد؛
- احداث حدود ۱۶ هزار واحد مسکونی ارزان‌قیمت برای حاشیه‌نشینان شهری؛
- تقویت بنیه مالی بانک رهنی ایران از طریق افزایش سرمایه در جهت تأمین اعتبارات خانه‌سازی مورد نیاز شرکت‌های تعاونی مسکن؛
- ایجاد ۳۰ هزار واحد مسکونی روستایی از طریق اعطای وام و خودیاری روستاییان؛
- ایجاد شهرهای اقماری و کوی‌های مسکونی کارگری در نزدیکی شهرهای بزرگ.

بدین ترتیب، در برنامه پنجم عمرانی، سیاست‌های مسکن همه‌جانبه‌تر و بهره‌گیری از انجمن‌های غیرانتفاعی (تعاونی مسکن) و نیز خودیاری مطرح شد. برنامه ساختن شهرهای جدید با خصلت کارگری، که با احداث شهر جدید واوان در جنوب غربی تهران با ظرفیت ۱۵۰ هزار نفر در سال ۱۳۵۴ آغاز شد، در واقع تدبیری بود در برابر گسترش بیش از پیش اسکان غیررسمی (حاشیه‌نشینی) که در پیرامون کلان‌شهر تهران آغاز شده بود. اقدامات انجام‌گرفته دارای کاستی‌های اساسی زیر بود:

- خصلت اقدام پس از وقوع را داشت و با تأخیری ۵ تا ۱۰ ساله صورت می‌گرفت. هنگامی که شهرک واوان در سال ۱۳۵۴ در دستور ساخت قرار گرفت، جمعیت شادی‌شهر (اسلام‌شهر) به ۵۰ هزار نفر رسیده و به سرعت بر آن افزوده می‌شد؛
- خصلت اقدام از بالا را داشت و در مورد مسکن کم‌درآمدها متکی به ساخت مسکن دولتی بود و مشارکت مردم به دلایل مختلف، از جمله خواست دیکتاتوری حاکم، جلب و سامان‌دهی نمی‌شد.

می‌گشود. براساس همین فعالیت‌ها، شهرک پیکان‌شهر در شمال کارخانه ایران ناسیونال (ایران خودرو) احداث شد. اما اجرای این طرح به دلیل فراهم نشدن سازوکار لازم و نارضایتی بخش خصوصی گسترش و ادامه نیافت.

برخی از مسائل و مشکلات بخش مسکن در برنامه چهارم عمرانی عبارت بود از:

- افزایش سریع جمعیت شهری کشور و تناسب نداشتن میزان سرمایه‌گذاری در بخش مسکن با نرخ افزایش جمعیت (نرخ افزایش جمعیت شهرنشین در این دوره ۴/۹۳ درصد بوده است)؛
- بهبود وضع اقتصادی و افزایش درآمد سالانه سبب شده بود که نیازهای تازه‌ای در زمینه مسکن به وجود آید؛
- در طول برنامه سوم و چهارم، سهم اعتبارات مسکن از سرجمع اعتبارات بانکی کشور ناچیز بود و در چهار سال اول برنامه چهارم فقط در حدود ۳ درصد از کل اعتبارات نظام بانکی کشور را وام‌های مسکن تشکیل می‌داد؛
- به علت افزایش قیمت اراضی شهری، قیمت زمین در حدود ۳۰ تا ۵۰ درصد هزینه تمام‌شده منازل شهری را به خود اختصاص می‌داد که این امر سرمایه‌گذاری در امر مسکن را با مشکل مواجه ساخت؛
- اتخاذ نکردن سیاست روشن در زمینه مسکن؛
- کمبود واحدهای مسکونی قابل سکونت و گران شدن اجاره‌بهای مسکن؛
- مشکلات ناشی از مقررات و قوانین ناظر بر امر مسکن از قبیل مقررات حاکم بر روابط مالک و مستأجر، نارسایی مقررات اعطای وام‌های مسکن، و فقدان استانداردهای مشخص برای ساختمان و اجزای آن؛
- افزایش روزافزون قیمت اراضی شهری به علت فقدان سیاست و قانون قاطع ناظر بر مسئله زمین و مشکلات مربوط به اجرای برنامه‌های خانه‌سازی در اراضی واقع در خارج محدوده شهرها که ناشی از اجرای طرح‌های جامع شهری بود.

در برنامه عمرانی پنجم (۱۳۵۶-۱۳۵۲) که بعد از انفجار قیمت

بانک‌ها ملی شدند و بانک مسکن از ادغام مؤسسات وام و پس‌انداز با بانک رهنی به وجود آمد و به سرعت مأمور پرداخت وام ارزان‌قیمت (با سود بانکی ۴ درصد) به متقاضیان شد. گشاده‌دستانه‌ترین اقدامات در این زمینه تقسیم زمین بود که تا شکل‌گیری سازمان زمین شهری بی‌قاعده ادامه داشت. همین اقدام و نیز محدودیت معامله باعث تنزل قیمت زمین شهری و مسکن شد.

بدین ترتیب، تولید مسکن با مجوز یا بدون مجوز جهش‌وار افزایش یافت به طوری که در سال ۱۳۵۹، بالغ بر ۱۸۰ هزار واحد مسکونی به وسیله بخش خصوصی تکمیل شد که معادل حدود دو برابر میزان متوسط پنج سال پیش از انقلاب بود، اما در بقیه شاخه‌های اقتصادی سیر نزولی تولید آغاز گشت.

این وضعیت قابل ادامه نبود چون تقسیم و تصرف بدون قاعده زمین گسترش انفجاری شهرها را به دنبال داشت و مثلاً تعداد مناطق تهران از ۹ به ۲۰ منطقه رسید و منابع بانک مسکن نیز کفاف پرداخت وام در ابعاد ذکرشده را نمی‌داد. تشکیل سازمان زمین شهری در سال ۱۳۶۰ در پی تصویب قانون اراضی شهری گامی در جهت سامان‌دهی آماده‌سازی زمین و واگذاری آن به متقاضیان بود. این قانون که با وجود مخالفت‌ها با اتکا به اصل ضرورت به تصویب رسید و مکمل قوانین مصوب سال ۱۳۵۴ بود، با ایجاد امکان تصرف زمین‌های دایر شهری و تحدید مالکیت زمین شهری به ۱۰۰۰ مترمربع (اقدامی مشابه در گذشته در هند صورت پذیرفته بود و بعد از آن نیز در ژاپن انجام گرفت)، در زمان خود قانونی متری بود که با تغییراتی در سال ۱۳۶۶ تمدید شد و اجرای آن تا سال ۱۳۷۰ ادامه یافت. آیین‌نامه واگذاری زمین شهری به گونه‌ای تدوین شد که در شهرهای بزرگ فقط اعضای شرکت‌های تعاونی مسکن از زمین ارزان بهره‌مند شوند. بدین ترتیب، مشوق بزرگی همراه با وام و مصالح ساختمانی ارزان برای خانه‌سازی فراهم گشت. به علاوه، اجاره‌بها نیز تثبیت شد. در اوایل دهه ۱۳۶۰، تدوین یک برنامه توسعه برای دوره ۱۳۶۶-۱۳۶۲ در دستور کار قرار گرفت که هرچند پس از تهیه راهنمای عمل دولت بود، به تصویب مجلس نرسید یا به قانون تبدیل نشد. در این برنامه، تشویق تعاونی‌های مسکن دارای بیشترین اولویت بود و سیاست اصلی بر واگذاری زمین ارزان از طرف سازمان زمین شهری و اعطای وام ارزان (تا ۸۵ درصد هزینه ساخت) قرار گرفته بود. بدین ترتیب، تا سال ۱۳۶۸، به یمن واگذاری زمین و اعطای

با این همه، وسعت ساخت و ساز تولید صنعتی مسکن به وسیله بخش خصوصی داخلی و خارجی و بهای مسکن که از ۳ الی ۴ برابر درآمد سالانه خانوار تجاوز نمی‌کرد و نیز گسترش نظام تأمین مالی مسکن با تزریق سرمایه خارجی (که البته مدیون ثبات نرخ ارز بر اثر درآمد سرشار نفت بود) موجب بهبود قابل توجه شاخص‌های مسکن شهری شد. برای مثال، دولت (وزارت مسکن و شهرسازی) از سال ۱۳۴۳ تا ۱۳۵۱ بر روی هم ۱۰۷۶۸ واحد مسکونی و در طول برنامه پنجم سالانه ۴ تا ۵ هزار واحد مسکونی احداث کرد. در سال ۱۳۵۵، تعداد وام‌های مسکن به ۱۴۶/۶ درصد تعداد واحدهای مسکونی تکمیل‌شده رسید که نشانه فعالیت قابل توجه نظام بانکی بود که ساخت و ساز را کاملاً پوشش داده بود. با این همه، تأمین مسکن به یکی از مسائل حاد زمان خود تبدیل شد و شورش‌های تهیدستان شهری یکی از جنبش‌های مقدم انقلاب بود که حل مسئله مسکن را به یکی از وظایف اقتصادی و اجتماعی انقلاب تبدیل کرد.

دوره سوم (۱۳۶۷-۱۳۵۷): پاسخگویی به خواست‌های انقلاب

پیروزی انقلاب اسلامی در سال ۱۳۵۷ چارچوب نظام پیشین را درهم شکست و عدالت اجتماعی و وظایف دولت رفاه به صراحت و تأکید در قانون اساسی جدید وارد شد. در قانون اساسی جمهوری اسلامی، در مواد مختلفی، تأمین آنچه حقوق اجتماعی شهروندی نامیده شده وظیفه دولت ذکر شده است، در حالی که در قانون اساسی برآمده از انقلاب مشروطه، تنها بر تأمین حقوق مدنی (حق مالکیت و برابری در مقابل قانون) و حقوق سیاسی (حق رأی، آزادی بیان و...) تأکید شده بود. از جمله، در اصول ۳ و ۴۳ قانون اساسی آمده است که باید اقتصادی عادلانه پی‌ریخته شود تا هرگونه فقر و محرومیت از میان برداشته شود و نیازهای اساسی چون مسکن تأمین گردد، و اصل ۳۱ آن دولت را موظف ساخته که، با در اولویت قرار دادن نیازمندان به‌خصوص روستاییان و کارگران، زمینه برآورده شدن حق ایرانیان را در زمینه برخورداری از مسکن متناسب با نیاز آنها فراهم آورد.

میرم بودن مسئله مسکن به عنوان یکی از خواست‌های انقلاب باعث شد که در ۲۱ فروردین ۱۳۵۸، رهبر انقلاب فرمان تشکیل بنیاد مسکن انقلاب اسلامی را صادر کند تا به خانه‌سازی برای محرومان شهری و روستایی با کمک مردم بپردازد. در سال ۱۳۵۸

برنامه مسکن تدوین شد و به اجرا درآمد که مرور آنها رهاسازی و آشفته‌گی تدریجی را در مدیریت و تنظیم بازار مسکن برای پاسخگویی به نیاز گروه‌های هدف آشکار می‌کند.

در برنامه اول توسعه، اعمال سیاست‌های تعدیل اقتصادی و خصوصی‌سازی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر بخش مسکن بود. مواردی مانند ایجاد و حفظ تعادل بین مراکز اشتغال و اسکان، تغییر شیوه‌های ساخت، هدایت تولید مسکن جدید به سمت زیربنای کمتر و کیفیت بهتر، تقلیل ارزبری بخش مسکن، تأکید بر تقویت نقش بخش غیردولتی، تشویق انبوه‌سازی مسکن و اعطای تسهیلات ویژه به سازندگان مسکن استیجاری از جمله مهم‌ترین راهبردها و سیاست‌های پیشنهادی در این برنامه بود. هدف این برنامه تولید یک میلیون و ۵۸۲ هزار واحد مسکونی به مساحت ۱۵۳ میلیون مترمربع بنای مسکونی در نقاط شهری بود. سهم بخش خصوصی از این میزان ۹۵ درصد در نظر گرفته شده بود. بر طبق این برنامه سازمان زمین شهری مکلف بود که به ۵۳۸ هزار خانوار زمین واگذار کند که این تعداد در عمل به ۶۶۹ هزار افزایش یافت.

برنامه اول توسعه در اجرا از لحاظ تعداد واحد تولیدشده به ۷۴ درصد و از لحاظ سطح زیربنای تولید به ۱۱۵ درصد اهداف خود رسید. همچنین در این برنامه پیش‌بینی شده بود که ۴۸ درصد سرمایه‌گذاری از طریق نظام بانکی، ۴۶ درصد با پس‌انداز خصوصی، و حدود ۵ درصد به وسیله دولت تأمین شود. در طول اجرای برنامه، از مجموع اعتبارات بانکی، نزدیک به ۱۲ درصد به بخش تعاونی واگذار می‌شد. براساس تبصره‌های برنامه، دولت مکلف شد که وام‌های پرداختی مسکن را در مناطق محروم با نرخ بهره بسیار پایین اعطا کند. دوران برنامه اول توسعه را می‌توان دوران افزایش قیمت زمین و مسکن دانست. در این دوران واگذاری زمین از طرف سازمان زمین شهری همچنان ادامه یافت. ولی پایان دوره ضرورت مذکور در قانون زمین شهری و آغاز فروش تراکم در شهر تهران بازار زمین را از نظارت دولت خارج کرد. افزایش قیمت زمین و مصالح ساختمانی باعث کاهش شدید تولید مسکن شد که تا برنامه دوم توسعه ادامه یافت.

برنامه دوم توسعه (۱۳۷۴-۱۳۷۸) را می‌توان تعمیق راهبردی برنامه اول دانست. در این برنامه تأکید بیشتری بر آزادسازی اقتصادی، تک‌نرخ کردن ارز و آزادی واردات وجود داشت. همچنین در آن کاهش دخالت دولت و استفاده از سازوکار قیمت به

وام و تأمین مصالح ارزان، تولید مسکن سالانه ۴/۷ درصد رشد کرد (۷ درصد در مناطق شهری و ۲/۳ درصد در مناطق روستایی). این در حالی بود که ایران با رشد غیرعادی جمعیت روبه‌رو بود و رشد سالانه خانوارها به ۳/۷ درصد بالغ می‌شد (۵/۴ درصد در مناطق شهری و ۱/۸ درصد در مناطق روستایی). در نتیجه، نه تنها تراکم خانوار در واحد مسکونی بهبود چشمگیری یافت، بلکه نسبت واحدهای مسکونی غیرمترعارف (کپر و زاغه) از ۲/۵ درصد موجودی به ۰/۹ درصد کاهش یافت. اما این پاسخگویی به خواست انقلاب با اقداماتی انجام پذیرفت که در بلندمدت قابل اجرا نبود. در نتیجه، پس از پایان جنگ تحمیلی در سال ۱۳۶۷، در تدوین اولین برنامه توسعه بعد از انقلاب که به اجرا درآمد کوشش شد از شیوه‌ها و رویکردهای جدیدی استفاده شود.

دوره چهارم (۱۳۷۸-۱۳۶۸): رهاسازی بازار مسکن

جنگ تحمیلی در حالی در سال ۱۳۶۷ به پایان رسید که تولید و درآمد و پس‌انداز سرانه به شدت نسبت به قبل کاهش یافته و بازسازی آنچه تخریب شده بود، همراه با ایجاد شغل‌های جدید، نیاز مبرم جامعه بود. بخش مسکن که حدود ۴۵ درصد تشکیل سرمایه ثابت ناخالص داخلی را به خود اختصاص می‌داد (حداکثر مجاز ۲۵ درصد است) دیگر نمی‌توانست همچون گذشته از منابع ارزان بهره‌مند شود. بانک مسکن در آستانه ورشکستگی بود و بانک‌های دیگر نیز نمی‌توانستند به میزان گذشته تسهیلات تکلیفی در اختیار آن قرار دهند. ذخیره زمین شهری (زمین‌های دایر و بایر) رو به اتمام بود و دوران ده‌ساله ضرورت تصرف زمین دایر و بایر (ماده ۹ قانون زمین شهری) در سال ۱۳۷۰ به سر آمد. تثبیت اجاره‌بها (عسر و حرج) نیز قابل ادامه به نظر نمی‌رسید. قیمت مصالح ساختمانی نیز به صورت جهشی رو به افزایش نهاده بود. به علاوه، برنامه اول توسعه (۱۳۶۸-۱۳۷۲) در زمانی تهیه و تصویب می‌شد که فروپاشی «اقتصاد دولتی» در جهان صورت پذیرفته و مدت‌ها بود که سیاست‌های تعدیل ساختاری، آن هم به گونه‌ای افراطی، بر اقتصاد جهان حاکم گشته بود. بدین ترتیب، آزادسازی اقتصادی در دستور کار برنامه‌های مسکن در ایران نیز قرار گرفت. اما نبود نظام یا سیاست اجتماعی سنجیده باعث شد که در عمل به سمت آشفته‌گی و رهاسازی سوق یابد. این امر به‌خصوص در بازار زمین اتفاق افتاد که نقطه قوت دوره‌های گذشته محسوب می‌شد. در این دوره، دو

این نوع مسکن در بازار مناطق شهری ۱۶ درصد و رقم آن ۲۵۰ هزار واحد مسکونی پیش‌بینی شد.

بررسی‌های انجام‌شده نشان می‌دهد که کمتر از ۱۰ درصد اهداف برنامه دوم توسعه در زمینه مسکن اجتماعی محقق شد. در عوض، رواج تراکم فروشی جهش ۶۰ درصدی در قیمت زمین و مسکن به وجود آورد و موجب شکل‌گیری «بورژوازی مستغلات» در اقتصاد ایران شد. افزایش شدید قیمت‌ها مسکن متعارف را از دسترس اکثریت جامعه خارج کرد و به گسترش اسکان غیررسمی انجامید که پیش‌تر به آن پرداختیم.

چنانکه گفته شد، ارزیابی‌ها نشان می‌دهد که برنامه اول توسعه در زمینه تولید واحد مسکونی در نقاط شهری تنها به ۷۴ درصد از اهداف خود دست یافت. در مقابل، تولید زیربنای مسکونی ۱۵ درصد بیشتر از هدف تعیین‌شده بود. همچنین براساس اطلاعات دریافتی از وزارت مسکن، برنامه اول در سطح کشور (مناطق شهری و روستایی) از لحاظ تولید واحد مسکونی به ۶۷ درصد و از لحاظ مساحت زیربنا به ۹۳ درصد اهداف خود دست یافت.

برنامه دوم توسعه نیز عملکرد چندان موفق نداشته است. ارزیابی‌های به‌عمل‌آمده نشان‌دهنده آن است که برنامه در نقاط شهری به ۹۲ درصد از اهداف خود در زمینه تولید تعداد واحد مسکونی دست یافته است. در مقابل، مساحت زیربنای تولیدشده ۱۱ درصد بیشتر از اهداف برنامه بوده است. همچنین میزان تحقق اهداف برنامه در زمینه تولید مسکن اجتماعی ۵۰ درصد و مسکن حمایتی ۷۰ درصد بوده است. در مقابل، سهم مسکن آزاد ۳۴ درصد بیشتر از هدف برنامه بوده است.

در مجموع، ارزیابی عملکرد دو برنامه توسعه در زمینه مسکن نشان‌دهنده آن است که میزان تحقق یا عدم تحقق اهداف برنامه‌ها کاملاً به نوسانات بازار وابسته بوده و دولت (شورای عالی شهرسازی و معماری) نیز با رسمیت بخشیدن به تراکم فروشی بر شدت نوسانات افزوده است. برای مثال، در سال ۱۳۷۴، بهای مسکن در شهر تهران به طور جهشی ۶۱ درصد و در سال ۱۳۷۵ نیز ۶۷/۳ درصد افزایش یافت و در سال ۱۳۷۹ وارد رکود شد.

دوره پنجم (۱۳۷۹-۱۳۸۴): تلاش برای دستیابی به برنامه جامع

برنامه سوم در زمانی تهیه شد که بخش مسکن وارد رکود شده بود.

عنوان دو شعار اصلی طرح شد. در چنین شرایطی، در بخش مسکن نیز همانند سایر بخش‌های اقتصادی، از شدت دخالت و تأثیرگذاری دولت در بازار کاسته شد. موارد ذیل در برنامه دوم به عنوان سیاست‌های راهبردی طرح شده است:

- استفاده اقتصادی از زمین؛
- نوسازی بافت‌های فرسوده؛
- تشویق انبوه‌سازی؛
- پرداخت یارانه‌های بانکی.

به منظور کمک به اقشار کم‌درآمد مقرر شد که دولت از سازندگان واحدهای با زیربنای کم حمایت به عمل آورد. همچنین دولت تلاش کرد، از طریق پرداخت بخشی از سود تسهیلات اعتباری، توان خرید اقشار کم‌درآمد را افزایش دهد.

برنامه دوم هدف خود را تولید ۲ میلیون و ۵۹۰ هزار واحد مسکونی اعلام کرد. در برنامه دوم، با تعریف سه نوع مسکن، عملاً گروه‌های هدف تعریف شدند. این سه نوع عبارت‌اند از:

مسکن آزاد: این نوع مسکن با استانداردها و تجهیزاتی متفاوت با استانداردهای الگوی مصرف مسکن احداث می‌شود و دولت از آن حمایتی به عمل نمی‌آورد و قیمت آن در تعادل بازار و براساس قانون عرضه و تقاضا تعیین می‌شود. سهم این نوع مسکن در بازار نقاط شهری ۵۳ درصد و در نقاط روستایی ۵۸ درصد بوده است.

مسکن حمایت‌شده: این نوع مسکن براساس استانداردهای الگوی مصرف احداث می‌شود و دولت به منظور تشویق سازندگان و پشتیبانی از بهره‌برداران از احداث این‌گونه واحدها حمایت می‌کند. حمایت دولت شامل پرداخت سوبسید بابت حق انشعاب آب و برق و گاز، عوارض زیربنا و وام ارزان‌قیمت است. سهم این نوع مسکن در بازار تولید مسکن برابر با ۳۰ درصد واحدهای احداثی در شهرها و رقم آن ۸۵۰ هزار واحد مسکونی پیش‌بینی می‌شد.

مسکن اجتماعی: این نوع مسکن عمدتاً منطبق بر اهداف اجتماعی و براساس حداقل‌های قابل قبول تولید می‌شود. سرمایه تولید این نوع مسکن با مشارکت دولت، نظام بانکی و سازمان‌های مختلف رفاه اجتماعی تأمین می‌شود. بهره‌برداران از این نوع مسکن خانوارهای کم‌درآمد جوان هستند و این واحدها به دو صورت اجاره و اجاره به شرط تملیک در اختیار بهره‌برداران قرار می‌گیرد. سهم

هزار واحد مسکونی اخذ شد که فراتر از هدف برنامه است. اما تمرکز ساخت و ساز در شهر تهران این موفقیت را کم‌اعتبار می‌سازد. تحقیقات نشان می‌دهد که به دنبال رواج تراکم‌فروشی، ارزش‌داری و ارزش مبادله^۱ و در نهایت سوداگری جای ارزش مصرف^۲ را در بازار زمین و مسکن گرفت و بدین ترتیب، به رغم افزایش چشمگیر تولید مسکن، بهای مسکن متعارف به حدود ۱۰ تا ۱۲ برابر درآمد سالانه خانوارهای شهری رسید و، در نتیجه، گروه‌های درآمدی بیشتری به سوی مسکن نامناسب یا غیررسمی رانده شدند و، در نهایت، نوسانات شدیدی بر بخش مسکن حاکم شد. برای مثال، در سال ۱۳۸۰، بهای مسکن در شهر تهران ۴۲/۱ درصد و، در سال ۱۳۸۱، ۵۰/۴ درصد افزایش یافت و به تدریج وارد رکودی دوساله شد. این کاستی‌های اساسی باعث شد که در چارچوب برنامه چهارم توسعه، دولت موظف به تهیه طرح جامع مسکن شود.

در برنامه سوم، پیرو بخشی از سیاست‌های تأمین مسکن برای کم‌درآمدها مانند نظام استیجار و غیره، فعالیت‌هایی برای بهبود شرایط مسکن کم‌درآمدها صورت پذیرفت، اما در عمل وضعیت مسکن آنها حتی تنزل یافت و بر ابعاد اسکان غیررسمی افزوده شد. از این رو، تغییر بنیادی ساختار برنامه‌ریزی مسکن ضرورت یافت چرا که سیاست‌های به کار گرفته شده در دهه دوم پس از انقلاب اهداف منعکس شده در قانون اساسی را محقق نساخته بود. به همین دلیل «سند ملی توانمندسازی و سامان‌دهی سکونتگاه‌های غیررسمی» در سال ۱۳۸۲ به تصویب هیئت وزیران رسید و، به عنوان گام نخست برای تحقق آن، ستاد ملی توانمندسازی تشکیل شد. در واقع، دولت وقت به این نتیجه رسید که به رغم صرف یارانه‌های بسیار، به دلیل نبود برنامه‌ها و سیاست‌های اجتماعی جامع، موفقیت لازم در زمینه تأمین عدالت اجتماعی حاصل نشده است. از این رو، برای نمونه اقدام به تأسیس وزارت رفاه و تأمین اجتماعی کرد تا یکپارچگی لازم را در این زمینه به وجود آورد. بر همین اساس، در بند ج ماده ۳۰ قانون برنامه چهارم، دولت موظف می‌شود که تا پایان سال اول برنامه، طرح جامع مسکن را با تکیه

در این برنامه نیز مانند برنامه‌های قبلی بر حل مشکل مسکن کم‌درآمدها و آزادسازی بازار مسکن تأکید شده است. همچنین حمایت از کوچک‌سازی و انبوه‌سازی از سیاست‌های مورد تأکید برنامه است. در این برنامه بر نقش سیاست‌های پولی و تسهیل شرایط اعطای وام مسکن تأکید زیادی شده است. براساس قانون برنامه، وزارت امور اقتصادی و دارایی مکلف شده است که اقدامات لازم را در جهت ایجاد بازار ثانویه و امکان خرید و فروش اوراق مشارکت بخش مسکن در بازار بورس به عمل آورد.

پلکانی کردن اقساط بازپرداخت تسهیلات بانکی برای دریافت‌کنندگان وام و پرداخت تسهیلات بانکی تدریجی برای ساخت مرحله‌ای مسکن گروه‌های کم‌درآمد از اهم سیاست‌های پیشنهادی برنامه سوم توسعه است. به منظور آزادسازی مالی، بانک مرکزی مکلف به تدوین مقررات لازم برای اعطای آزادی عمل بیشتر به بانک‌های تجاری در تعیین نرخ سود وام مسکن شده است. در کنار این مسئله، حضور مؤسسات مالی خصوصی در بخش مسکن از دیگر سیاست‌های پیشنهادی برنامه است. در مورد زمین، تأکید برنامه بر آزادسازی کامل زمین و عدم دخالت دولت به شکل پرداخت یارانه غیرمستقیم است. تغییر مبانی محاسبه مالیات بر املاک از بنا به زمین، وضع مالیات بر اراضی بایر برحسب ارزش مکانی، تدوین راهکارهای عملی برای تشویق بخش خصوصی به اجرای برنامه‌های آماده‌سازی زمین، و عرضه زمین‌های شهری از دیگر سیاست‌های اجرایی پیشنهادی برنامه بود، اما در عوض مالیات بر زمین بایر لغو گردید.

در جهت تغییر ساختار تعاونی‌ها، تعاونی‌های تولید و پس‌انداز در برنامه از یکدیگر تفکیک شد و تشویق تعاونی‌های پس‌انداز مسکن در دستور کار قرار گرفت، اما در عمل سهم تعاونی‌های مسکن در تولید رو به کاهش نهاد.

همچنین، به منظور حمایت از انبوه‌سازان، این افراد در برنامه از پرداخت مالیات و هزینه تأمین آب و برق و گاز و عوارض صدور پروانه ساخت تا حداکثر معادل هزینه‌های دریافتی از سازندگان منفرد معاف شدند. از میان راهکارها و سیاست‌های برنامه، حمایت از انبوه‌سازان جزو سیاست‌هایی است که به اجرا درآمده است. مقایسه میزان تولید مسکن و اهداف برنامه نشان می‌دهد که میزان تولید مسکن ۳ درصد بیشتر از اهداف برنامه بوده است. همچنین در سال ۱۳۸۰، در کل مناطق شهری مسکونی، پروانه ساخت ۳۹۰

1. exchange value

2. use value

فاصله‌ای اندک با محیط کار داشت که مدیریت مستقیم ساخت را ممکن می‌کرد، و بالاخره علاوه بر مطلوبیت مصرفی به عنوان دارایی نیز قابل تکیه بود. اما زمینی که در مسکن مهر به تعاونی‌های مذکور واگذار می‌شود، از آنجا که باید در مالکیت دولت باشد تا قابلیت واگذاری به صورت اجاری بیابد، خارج از محدوده قانونی شهرها قرار می‌گیرد. در نتیجه، فاقد خدمات شهری لازم است و تضمینی نیز برای ارائه این خدمات وجود ندارد و، از سوی دیگر، به دلیل فاصله بسیار با محل کار و خدمات برتر موجود در شهر مرکزی، فاقد مطلوبیت مصرفی و نیز دارایی است. سوم و مهم‌تر از بقیه آنکه نظام بانکی کنونی نمی‌تواند دهک‌های اول تا چهارم جامعه شهری را دربرگیرد، پس این دهک‌ها همچنان در برنامه‌ریزی ایران «شهروندایی» می‌شوند.

اما دولت نهم عنوان کرد که ساخت سالانه ۱/۵ میلیون واحد مسکونی را در دستور کار دارد و با استفاده از منابع صندوق ذخیره ارزی و سوق دادن بخشی از اعتبارات طرح‌های زودبازده به طرف مسکن مهر کوشید آن را از لحاظ اعتباری سیراب سازد. به طوری که در همان قدم اول، تفاهم‌نامه‌ای به ارزش ۷۵ هزار میلیارد ریال با بانک‌های عامل برای تأمین مالی آماده‌سازی زمین و ساخت واحدهای مسکونی منعقد شد. جالب اینکه پیرو اعلام دولت، بالغ بر ۳/۷ میلیون نفر در پایگاه وزارت تعاون ثبت‌نام کردند که تا شهریور ۱۳۸۶، حدود ۱/۳ میلیون نفر آنها واجد شرایط تشخیص داده شدند. اما تا همین تاریخ، آماده‌سازی زمین برای احداث تنها ۱۵۰ هزار واحد مسکونی در دستور کار قرار داشت و فقط برای ۶۰ هزار واحد پروانه ساخت گرفته شده بود. این عدم توفیق در طول عمر دولت نهم جبران نشد و در آغاز کار دولت دهم (تابستان ۱۳۸۸) نیز تعداد پروانه‌های صادره مسکن مهر در مجموع تنها به ۳۵۰ هزار رسید که با اهداف آن تفاوت فاحش دارد. در دولت دهم، به رغم دو برابر شدن اعتبارات مسکن مهر، هنوز توفیقی مشاهده نمی‌شود و بسیاری از متقاضیان از تصمیم خود منصرف شده‌اند. این در حالی است که پس از چهل و هشت ۸۱/۶ درصدی قیمت مسکن در شهر تهران، که رکوردی بی‌نظیر در ایران و حتی جهان محسوب می‌شود، بخش مسکن از سال ۱۳۸۷ وارد رکود شدیدی شده که هنوز هم ادامه دارد. البته در این مدت اقدامات مثبتی همچون وضع قانون مالیات بر معاملات مکرر مسکن، که در دوره برنامه سوم مطرح شده بود، انجام پذیرفت اما هیچ‌گاه از انتظام لازم برای

بر تحقق عدالت اجتماعی و بر محور توانمندسازی تدوین کند. طرح جامع مسکن در سال ۱۳۸۴ تهیه شد ولی تصویب آن تا اوایل سال ۱۳۸۵ به تأخیر افتاد.

در طرح جامع مسکن، هفت برنامه اجرایی برای تأمین مسکن کم‌درآمدها در گروه‌های اول تا پنجم درآمدی پیش‌بینی شد که از جمله آنها می‌توان از تشکیل صندوق اعتباری ملی (و صندوق‌های محلی تحت پوشش آن) نام برد که گروه هدف آن دهک‌های ۲ تا ۵ درآمدی و ساکنان بافت‌های غیررسمی بود که به نظام بانکی دسترسی ندارند تا امکان ارائه وام ارزان به آنها به میزان سالانه ۱۰۰ هزار فقره در شروع برنامه فراهم شود. یکی دیگر از این برنامه‌ها کاهش و حذف قیمت زمین در قیمت تمام‌شده مسکن را هدف قرار داد و گروه هدف خود را دهک‌های ۱ و ۲ و حجم عملیاتی‌اش را در آغاز ۲۰ هزار واحد مسکونی تعیین کرده بود، اما دولت جدید با شتاب و بدون توجه به «جامعیت» برنامه‌ها، در عمل نسخه‌ای دیگر از همین برنامه را با نام «مسکن مهر» جانشین همه آنها کرد که در ادامه به آن خواهیم پرداخت.

دوره ششم (۱۳۸۵ تاکنون): دو گام به عقب

دولت نهم، که به تأسی از برنامه چهارم توسعه عدالت‌محوری در بخش مسکن را هدف فراروی خود قرار داده بود، گویا به آنچه در دهه نخست انقلاب رخ داده بود به عنوان الگو می‌نگریست. از این رو، توزیع زمین ارزان بین مردم (این بار به صورت اجاری) از طریق تعاونی‌های مسکن، و ارائه وام ارزان برای آماده‌سازی زمین و ساخت مسکن را در دستور کار خود قرار داد. اما در این الگوبرداری از چند نکته اساسی غافل شد. نخست اینکه تعاونی‌های مسکن دهه اول انقلاب در محیط کار تشکیل شده بودند و به رغم کاستی‌های خود، به دلیل پیوندها و نظارت‌هایی که در آن محیط برقرار می‌شد و نیز انواع پشتیبانی‌هایی که مدیران بخش خصوصی و دولتی از تعاونی‌های مسکن خود (تعاونی‌های کارگران، کارمندان، معلمان، کارکنان بانک و غیره) می‌کردند، کمابیش به اهداف خود رسیدند. اما تعاونی‌های مسکن مهر، که در واقع حول اخذ زمین و وام تشکیل می‌شدند، فاقد پیوند درونی و نظام پشتیبان لازم بودند. دوم اینکه زمینی که در دهه اول انقلاب در اختیار تعاونی‌های مسکن قرار می‌گرفت در محدوده قانونی شهرهای مادر جای داشت، یعنی تأمین خدمات شهری برای آنها تضمین شده بود،

پرداخته‌اند «نهاد کژکارکرد»^۲ است (باردهان، ۱۳۸۲). به لحاظ نظری، دخالت‌های گروه‌های ذینفع قدرتمند و در رأس آن دولت، ضعف دولت یا دخالت‌های ناسنجیده آن در اقتصاد حتی برای ایجاد برابری، سوءظن نهادینه^۳، و نبود دموکراسی و مشارکت و غیره، نهادهای کژکارکرد را به وجود می‌آورند که به مانع توسعه تبدیل می‌شوند. اقتصاد ایران و بخش مسکن آیینۀ تمام‌نمای کژکارکردی‌های نهادی ناشی از عوامل پیش‌گفته هستند.

بررسی تجربه جهانی نشان می‌دهد که سیاست اجتماعی مسکن و نحوه مداخله دولت در بازار آن دارای سه مؤلفه اصلی است که شکل بهره‌گیری و نحوه سامان‌دهی آنها بستگی به سطح توسعه و نسبت خانوارهای کم‌درآمد هر کشور دارد. مؤلفه نخست انتظام‌بخشی به تولید مسکن، به‌ویژه در بخش خصوصی، با وضع مقررات است. این انتظام‌بخشی شامل قوانین شهری، ساخت مسکن، شبکه‌های زیربنایی، کارآمدی مصرف انرژی و... می‌شود. مؤلفه دوم یارانه‌های بخش مسکن را دربرمی‌گیرد. بخش دولتی به تولیدکنندگان خصوصی و غیرانتفاعی، مؤسسات مالی و خانوارها، از دو سوی عرضه و تقاضا، انواع یارانه مستقیم و غیرمستقیم و بخشدگی مالیاتی و عوارض اعطا می‌کند تا از یک طرف مسکن مناسب و کافی ساخته شود و از طرف دیگر خانوارها قادر به برآوردن نیاز خود شوند. مؤلفه آخر حضور مستقیم دولت یا بخش عمومی در تولید مسکن است. در تجارت موفق جهانی، این حضور مستقیم در واقع از ناحیه دولت‌های محلی یا شهرداری‌ها صورت می‌پذیرد و دولت‌های مرکزی هیچ‌گاه در ارتباط مستقیم با مردم وارد نمی‌شوند.

شرط موفقیت سیاست اجتماعی مسکن همراهی و پیوند آن با کل سیاست‌های اجتماعی هر کشور و نیز تدوین برنامه‌های شهری و آمایش است. اما بررسی سیاست اجتماعی مسکن در ایران نشان می‌دهد که ملغمه‌ای ناسازگار و ناکارآمد و کژکارکرد از برنامه‌های مختلف، مقتبس از کشورهای مختلف در مراحل متفاوت توسعه آنها، به کار گرفته شده که با قاطعیت می‌توان گفت آخرین آنها کژکارکردترینشان است. این بررسی حاکی از آن است که:

تأثیرگذاری مثبت بر بازار مسکن برخوردار نبود. برای نمونه، در طرح جامع تهران مصوب سال ۱۳۸۶ شورای عالی شهرسازی و معماری ایران، در حالی که ظرفیت نهایی جمعیت شهر برای سال ۱۴۰۵ براساس ظرفیت زیست‌محیطی و خدماتی آن ۹/۱ میلیون نفر تعیین شده بود، به اصرار دولت نهم «ظرفیت‌پذیری سکونت... به منظور توسعه ساخت و ساز و جلوگیری از رکود بازار مسکن برای حدود ۱۰/۵ میلیون نفر جمعیت» تعیین شد. البته این دخالت، که به نفع «بورژوازی مستغلات» و به ضرر حق شهروندان بر زندگی شهری خود بود، نتوانست مانع بروز رکود عمیق در بخش مسکن گردد به طوری که در ۹ ماهه نخست سال ۱۳۸۸، نسبت به دوره مشابه سال قبل، تعداد پروانه‌های صادره در شهر تهران ۵۸/۶ درصد و سطح زیربنای آنها ۴۸/۹ درصد کاهش نشان داد. اینها نشانه‌هایی کافی از عقب‌گرد در برنامه‌ریزی مسکن در ایران‌اند، آن هم در حالی که براساس جدول ۸، در پنج سال آینده، ایران به ساخت یا بازسازی نزدیک به ۱/۵ میلیون واحد مسکونی در سال نیاز دارد. در این میان باید برای ساخت حداقل یک‌سوم آنها (مسکن ۳ دهک نخست) از کمک مستقیم دولت بهره‌گیری شود، اما نه دولت تاکنون برنامه‌ای برای آن ارائه داده و نه در چارچوب برنامه پنجم توسعه، به رغم اجرای اصلاحات اقتصادی موسوم به «هدفمند شدن یارانه‌ها»، سخنی از آن به میان آمده است.

جدول ۸. برآورد نیاز سالانه مسکن خانوارهای جدید در ایران

سال	تقاضای ناشی از خانوارهای جدید	تقاضای ناشی از تخریب و نوسازی	نیاز ناشی از کمبود فعلی	کل نیاز سالانه
۱۳۸۶	۷۷۰	۴۲۰	۳۴۰	۱۲۸۰
۱۳۸۷	۸۲۰	۴۴۰	۲۵۰	۱۳۵۵
۱۳۸۸	۸۶۰	۴۷۰	۲۷۰	۱۴۴۰
۱۳۸۹	۹۰۰	۴۸۵	۲۸۰	۱۵۰۰
۱۳۹۰	۹۵۰	۵۲۰	۳۳۰	۱۶۳۰
۱۳۹۱	۹۹۰	۵۵۰	۳۳۰	۱۶۸۵

۵. نتیجه‌گیری: کژکارکردی نهادی و تعادل نازا در ایران

یکی از موضوعات مهمی که نهادگرایان^۱ در فرایند توسعه به آن

2. dysfunctional institution

3. institutionalized suspicion

1. institutionalists

- تعاونی‌های مسکن در ایران سابقه‌ای ۵۰ ساله یافته‌اند، اما فعالیت نظام‌مندی ندارند یا بلوغ نهادی و سازمانی نیافته‌اند. در حالی که به دنبال اجرای سیاست‌های تعدیل اقتصادی در غرب، تعاونی‌ها حیاتی دوباره یافته و جانشین بخش دولتی می‌شوند، در ایران رو به افول‌اند. به تأکید باید گفت فراخوان تشکیل تعاونی مسکن برای اخذ زمین در قالب مسکن مهر، نه تنها ارتقای نظام پیشین نبوده، که در واقع مانع بلوغ آن گشته است.
- تراکم‌فروشی نهادی کژکارکرد بود که برای خودکفایی شهرداری‌ها و نیز ازدیاد تولید مسکن به کار گرفته شد. اما نه تنها به ایجاد حباب مسکن انجامید، که بورژوازی مستغلات کژکارکردی را پدید آورد و بخش مسکن را دچار تعارض با دیگر بخش‌های اقتصادی ساخت و موجب بروز نوعی جدید از «بیماری هلندی» در اقتصاد ایران بعد از بخش نفت گردید.

شگفت آنکه در طول زمان، برخی قوانین سودمند مانند طرح‌های جامع، حمایت از تعاونی‌های مسکن، تشویق شهرک‌سازی صنعتی، و رهن ثانویه، یا به نفع تمرکز بیشتر دولتی یا به نفع سوداگری در بخش مسکن، کنار گذاشته شده‌اند و اکنون ملغمه نهادی بخش مسکن و شهرسازی بیش از هر زمان دیگر ناکارآمد و کژکارکرد گشته است. نهادگرایان (کارلا و استیگلitz، ۱۳۸۲)، برخلاف اقتصاددانان نوکلاسیک، معتقدند که انواع «تعادل‌ها» ممکن است در اقتصاد به وجود آید که همه آنها موجب پویایی و زایایی یا توسعه نمی‌شوند. همان‌طور که در طبیعت مشاهده می‌شود که برخی از تعادل‌های پایدار چون کویر موجب میرایی و نازایی می‌شوند، آشفتگی‌ها (کژکارکردی‌ها) نیز تعادل نامطلوبی را به وجود می‌آورند. در انتها باید گفت که تداوم وضع موجود به تعادلی کویری در اقتصاد و بخش مسکن ایران خواهد انجامید چرا که دولت ایران نتوانسته «شیوه انتظام‌بخشی»^۱ خلاق را برای سامان‌دهی اقتصاد، در انطباق با دوران جدید، مرحله توسعه، و تاریخ و فرهنگ خود، با مشارکت مردم به اجرا درآورد. در

- مجموعه‌ای از نهادها، قوانین و سازمان‌های موجود در سراسر جهان مانند سازمان زمین و مسکن، شرکت عمران شهر جدید، سازمان عمران و بهسازی شهری، بنیاد مسکن و غیره در ایران و زیر نظر دولت مرکزی دست‌اندرکار دخالت در بخش مسکن‌اند، اما موفقیت برنامه‌هایی چون مسکن استیجاری و مسکن مهر کمتر از ۱۰ درصد اهداف اعلام‌شده بوده و اسکان غیررسمی در حال گسترش است.
- نظامات مالی مسکن در ایران، حتی در مقایسه با دیگر کشورهای جهان سوم، نارسا و ناکارآمد است. وام رهنی از سال ۱۳۱۷ در ایران معمول شده اما هنوز نظام رهن ثانویه در آن شکل نگرفته است، یا از سال ۱۳۲۷ برنامه تأمین مسکن کم‌درآمدها در ایران قانونی شد اما هنوز نظام مالی مخصوص آن برپا نشده است.
- از سال ۱۳۵۴، سازمان زمین شهری به منظور تثبیت قیمت زمین تأسیس شد و با تصویب قانون زمین شهری در سال ۱۳۶۱، مالکیت زمین شهری محدود گشت. این قانون به اندازه مساحت تمام شهرهای ایران، زمین شهری به تملک دولت، وزارت مسکن و شهرسازی، و سازمان زمین و مسکن درآورد. اما از آن زمان تاکنون رشد ۶۰ تا ۸۲ درصدی در قیمت زمین رخ داده است که در آینده نیز مهارنشده می‌نماید، مگر آنکه بخش مسکن همچون حال حاضر دچار رکودی پایدار گردد.
- در احداث شهرهای جدید در ایران، به رغم صرف هزینه‌های سنگین، به دلیل فراهم نشدن امکانات زیربنایی مکمل مانند حمل و نقل سریع ریلی، تنها حدود ۸ درصد اهداف محقق شده است. باید گفت که عدم توجه به شهرهای جدید زمینه رشد سوداگری مسکن و شکل‌گیری بورژوازی کژکارکرد مستغلات را به‌خصوص در شهر تهران فراهم آورد.
- در شهرهای ایران، ۶۵ هزار هکتار بافت فرسوده وجود دارد و انحطاط اقتصادی و اجتماعی و ویرانی بر اثر سوانح طبیعی ساکنان بیش از ۶/۵ میلیون نفری آنها را به شدت تهدید می‌کند. اما در غیاب سازوکارهای سنجیده، تنها ۷ درصد از اهداف برنامه‌های گذشته برای احیای آنها تحقق یافته است.

1. mode of regulation

عوض، کوشیده است به اصرار ملغمه‌ای ناسازگار از سیاست‌های شتابزده را به کار گیرد. این در حالی است که بسیاری از کشورهای کمتر توسعه یافته منطقه و جهان، به رغم آنکه خلاقیتی در اتخاذ شیوه انتظام بخشی به اقتصاد خود نداشته‌اند، با اقتباس از سیاست‌هایی که عقلانیت نسبی آنها در تجربه جهانی به اثبات رسیده است، حداقل چهار دور باطل یا تعادل کویری نشده و شاخص‌های مسکن خود را بهبود بخشیده‌اند.

منابع

- اژدری، محمدحسین و مجید روستا. (۱۳۸۷)، *چهره‌نمایی مسکن غیررسمی در ایران در سیاست‌های توسعه مسکن در ایران*، تهران، دفتر برنامه‌ریزی و اقتصاد مسکن.
- اطهاری، کمال و مهرداد جواهری‌پور. (۱۳۷۳)، *حاشیه‌نشینی در ایران: علل و راه‌حل‌ها*، تهران، مرکز مطالعات و تحقیقات شهرسازی و معماری ایران.
- باردهان، پیرانپ. (۱۳۸۲)، «تعارض‌های توزیعی، کنش جمعی و اقتصاد نهادگرا»، *پیشگامان اقتصاد توسعه*، به کوشش جلال میر و جوزف استیگلیتز، ترجمه غلامرضا آزاد، تهران، نشر نی.
- جهانی، محمود. (۱۳۸۷)، *مسکن مهر، رویکرد نوین در تأمین مسکن گروه‌های کم‌درآمد در سیاست‌های توسعه مسکن در ایران*، تهران، دفتر برنامه‌ریزی و اقتصاد مسکن.
- درگاهی، حسن. (۱۳۸۷)، *مروری بر روش‌های تأمین مالی مسکن*، تهران، دفتر برنامه‌ریزی و اقتصاد مسکن.
- روستا، مجید. (۱۳۸۹)، «شهرسازی و کاهش آسیب‌پذیری شهرها در برابر زمین‌لرزه»، *شهر و زمین‌لرزه*، به کوشش اعظم خاتم، تهران، آگه.
- سوری، داود. (۱۳۸۷)، *بررسی مقایسه‌ای توزیع فقر درآمدی و فقر مسکن در کشور و کارایی نظام پرداخت یارانه مسکن در سیاست‌های توسعه*

- مسکن در ایران، تهران، دفتر برنامه‌ریزی و اقتصاد مسکن.
- عربی بلاغی، نادر. (۱۳۸۶)، «بررسی مقایسه‌ای تحولات شاخص‌های مسکن در دهه ۸۵ - ۱۳۷۵»، *اقتصاد مسکن*، ش ۴۰.
- کارلا، هاف و جوزف استیگلیتز. (۱۳۸۲)، «نظریه اقتصادی مدرن توسعه»، *پیشگامان اقتصاد توسعه*، به کوشش جلال میر و جوزف استیگلیتز، ترجمه غلامرضا آزاد، تهران، نشر نی.
- مرکز مطالعات و تحقیقات شهرسازی و معماری ایران. (۱۳۷۹)، *طرح مجموعه شهری تهران و شهرهای اطراف آن*، تهران.
- معاونت امور مسکن و ساختمان. (۱۳۸۵)، «گزارشی از مطالعات طرح جامع مسکن»، *اقتصاد مسکن*، ش ۳۷ و ۳۸.
- ناصری، آراز امین. (۱۳۸۷)، *سکونتگاه‌های غیررسمی در کلان‌شهر مشهد: نگاهی به وضعیت کنونی و چشم‌اندازهای آینده با تأکید بر بخش مسکن و عوامل مؤثر بر آن در سیاست‌های توسعه مسکن در ایران*، تهران، دفتر برنامه‌ریزی و اقتصاد مسکن.
- یزدانی، فردین. (۱۳۸۷)، *ارزیابی برنامه‌های تأمین مسکن گروه‌های کم‌درآمد و نظام پرداخت یارانه مسکن در برنامه پنج‌ساله توسعه در سیاست‌های توسعه مسکن در ایران*، تهران، دفتر برنامه‌ریزی و اقتصاد مسکن.
- وزارت مسکن و شهرسازی. (۱۳۸۵)، *اسناد پشتیبان برنامه چهارم توسعه (بخش مسکن)*، تهران، دفتر برنامه‌ریزی و اقتصاد مسکن.
- _____. (۱۳۸۷)، گزارش منتشر نشده، دفتر برنامه‌ریزی و اقتصاد مسکن.

Kemeny, Jim. (1995), *From Public Housing to the Social Market*, Routledge.

LaFerrere, Anne and David Le Blanc. (2008), *Housing Policy: Low-income Households in France*, Blackwell.

Seko, Miki. (2008), *Housing Demand: An International Perspective*, Blackwell.

اشتغال

حسن طائی*، مریم مقدم اصیل**

مقدمه

کار انسانی وجوه و ابعاد بسیار پیچیده و متنوعی دارد. بازار کار نیروی انسانی از یک سو از مسائل جمعیتی، اقتضانات خانوادگی و تمایلات فردی و از سوی دیگر از مسائل کلان اقتصادی، بنگاه‌های تولیدی، فضای سرمایه‌گذاری و تمایلات کارفرمایان تأثیر می‌پذیرد. در این بازار، انطباق سبد مهارت‌هایی که کارکنان عرضه می‌دارند با بسته اشتغالی که کارفرمایان ارائه می‌کنند فرایندی فنی، انسانی، اقتصادی و اجتماعی محسوب می‌شود.

در بیان اهمیت موضوع کار انسانی، آمارتیا سن^۱ اشتغال را از جنبه فردی و اجتماعی واجد سه منظر درآمدی، تولیدی و هویتی می‌داند (Sen, 1996). اگر از منظر درآمدی و تولیدی به اشتغال

نگاه کنیم، درمی‌یابیم که افراد، در صورت یافتن شغل و ارائه خدمات کاری، در عین اینکه در فرایند تولید کالا و خدمات شرکت می‌کنند، به کسب درآمد برای خود نیز می‌پردازند. اما اگر زمینه اشتغال افراد در بازار کار فراهم نشود، علاوه بر آثار و پیامدهای برآورده نشدن نیازهای تولیدی و درآمدی، مسائل مربوط به جنبه هویتی اشتغال مطرح می‌شود که آمارتیا سن آنها را به بیش از ۱۰ مقوله تقسیم کرده است: از دست رفتن تولید جاری، از دست دادن آزادی و محرومیت اجتماعی، کاهش مهارت‌ها و لطامات بلندمدت، آسیب‌های روانی، عوارض بهداشتی و مرگ و میر، از دست رفتن انگیزه‌ها و کارهای آینده، از دست رفتن روابط انسانی و زندگی خانوادگی، نابرابری‌های جنسی و نژادی، از دست رفتن ارزش‌های اجتماعی و مسئولیت‌پذیری، عدم انعطاف‌پذیری سازمانی، و محافظه‌کاری تکنیکی (Sen, 1997). مهار و درمان این آسیب‌ها در دوران بیکاری و پس از آن بسیار دشوار است.

در این مقاله، مقولات اشتغال و بیکاری در چارچوب الگوی

* دکترای علوم اقتصادی، عضو هیئت علمی دانشگاه علامه طباطبائی
** کارشناسی ارشد جمعیت‌شناسی

1. Amartya Sen

رکود). در تحلیل عرضه نیروی کار باید به ویژگی‌هایی نظیر سواد، جنس، سن، تخصص، منطقه، و شهری یا روستایی بودن جمعیت فعال توجه داشت. جمعیت غیرفعال جامعه شامل دارندگان درآمد بدون کار، محصلان و خانه‌داران است.

ذخیره- جریان بازار کار مطرح می‌شود. در بخش نخست به مباحث نظری الگوی ذخیره- جریان بازار کار و در بخش دوم به تحلیل بازار کار ایران و در بخش سوم به مقایسه برخی از شاخص‌های بازار کار در سطح بین‌المللی می‌پردازیم.

۱. تعاریف

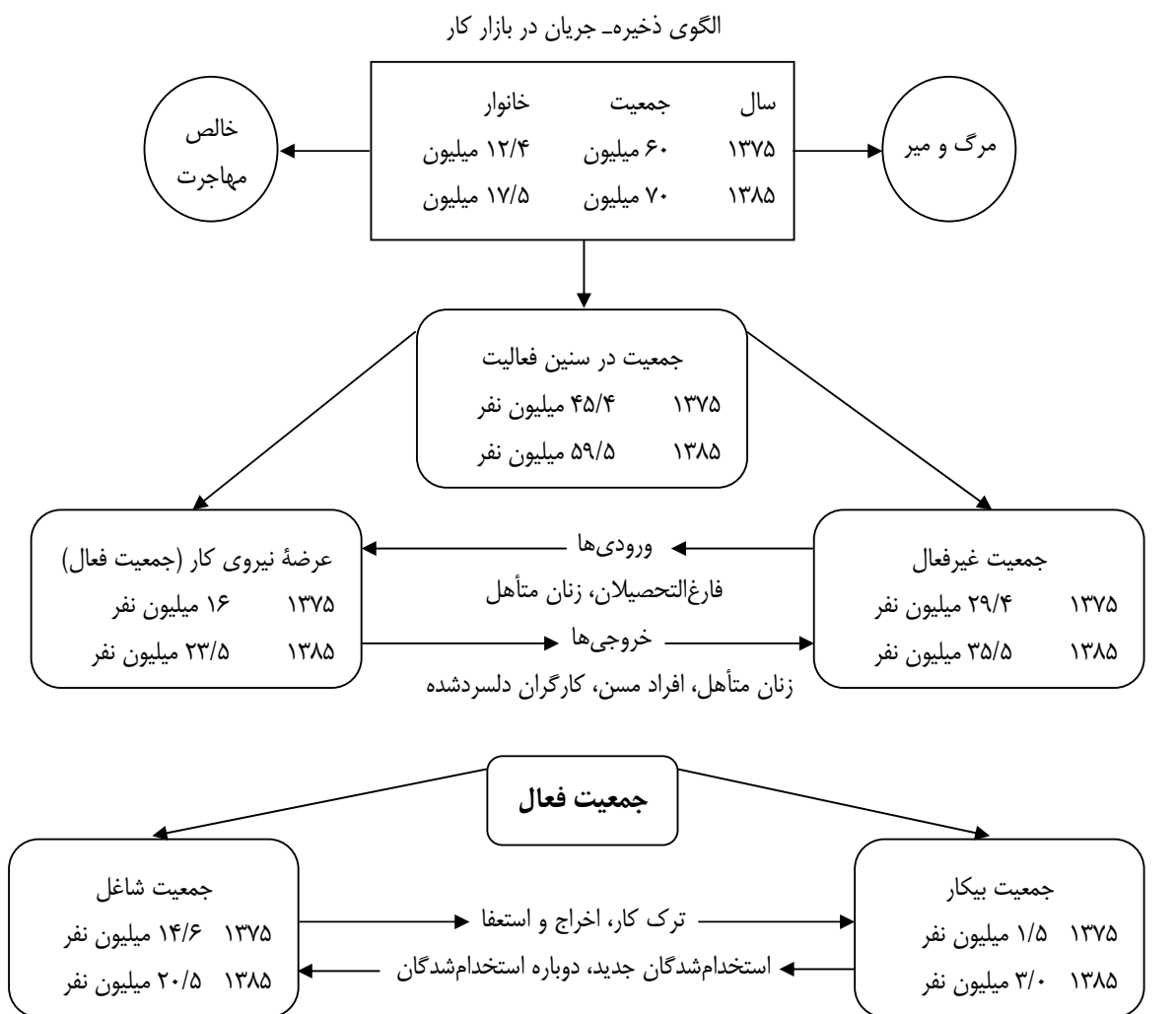
۱.۱. الگوی ذخیره- جریان در بازار کار

بخش عرضه نیروی کار

نیروی کار هر جامعه را منابع انسانی حاضر در بازار کار تشکیل می‌دهد و عوامل مؤثر بر آن عبارت‌اند از: حقوق و دستمزد، جمعیت در سنین فعالیت، درآمدهای غیرکاری، سواد و تخصص، وضعیت تأهل، بعد خانوار، پویایی اقتصاد (سطح تولید، نرخ رشد، رونق و

بخش تقاضای بازار کار

مسئله اشتغال و ایجاد تعادل در بازار کار صرفاً در این بازار حل و فصل نمی‌شود، بلکه بهبود وضعیت این بازار در گرو عملکرد مطلوب چرخه فعالیت‌های اقتصادی، اتخاذ سیاست‌ها و خط‌مشی‌های صحیح اقتصادی، مدیریت و تخصیص بهینه منابع مالی و فیزیکی، محیط مناسب کسب و کار، و فضای کلان سرمایه‌گذاری است.



منبع: مرکز آمار ایران

۲.۱. چرخه فعالیت‌های اقتصادی

شامل کارگزاران (خانوارها، بنگاه‌ها، دولت و بخش خارجی)، عوامل تولید (منابع انسانی، منابع طبیعی، سرمایه، مدیریت و تکنولوژی)، و بازارهای اقتصادی (بازار کار، بازار سرمایه، بازار کالا و خدمات و بازار پول) است.

۳.۱. محیط کسب و کار

شامل عناصر و مؤلفه‌هایی است مانند سهولت شروع کسب و کار، سهولت اخذ مجوز، سهولت تعامل با کارکنان، سهولت ثبت دارایی‌ها، سهولت اخذ اعتبار، حمایت از سرمایه‌گذاران، سهولت پرداخت مالیات، سهولت تجارت با خارج، صدور حکم در نظام قضایی، خاتمه بخشیدن به کسب و کار.

۴.۱. فضای سرمایه‌گذاری

شامل عناصر و مؤلفه‌هایی است مانند درجه اطمینان نسبت به سیاست‌ها، ثبات اقتصاد کلان، نرخ مالیات‌ها و معافیت‌های مالیاتی، فساد مالی در دستگاه‌های اداری و مبارزه با فساد، گستردگی جرایم اجتماعی، مهارت نیروی کار، دسترسی به برق، دسترسی به خدمات حمل و نقل، دسترسی به زمین، دسترسی به مخابرات.

در تحلیل تقاضای نیروی کار باید توجه داشت که عوامل مؤثر بر تقاضا به طور مشخص عبارت‌اند از: حقوق و دستمزد، سطح تولید، قیمت سایر نهادهای تولید، موجودی یا دارایی‌های مالی و دانشی و انسانی، بهره‌وری، مقیاس تولید، و تعداد بنگاه‌های اقتصادی. همچنین در این تحلیل باید ویژگی‌هایی مانند سواد، جنس، سن، نوع تخصص، گروه فعالیت، گروه شغلی، وضع شغلی، منطقه، شهری یا روستایی بودن، عمر اقتصادی، عمر فیزیکی، و رسمی یا غیررسمی بودن بخش را در نظر گرفت.

باید توجه داشت که در الگوی ذخیره- جریان بازار کار، ملاحظات مربوط به توانایی‌های هر انسان در طول عمر خویش، از یک سو، و ملاحظات مربوط به میزان ارزش‌آفرینی و بهره‌وری او برای یک بنگاه اقتصادی، از سوی دیگر، دخالت دارند. می‌توان گفت که اصولاً هر فرصت شغلی معادل ۳۰ نفر- سال کار است که بر اثر فعل و انفعالات چرخه زندگی اقتصادی در بازار کار ایجاد می‌شود. از همین منظر است که می‌گوییم «تقاضای نیروی کار مشتق از تولید است».

۲. تحلیل بازار کار ایران

از زمان تدوین برنامه‌های میان‌مدت توسعه در ایران بیش از شش دهه می‌گذرد (اولین برنامه عمرانی در سال ۱۳۲۷ تدوین شد). با وجود فراز و نشیب‌های سیاسی، اقتصادی و اجتماعی دهه‌های مزبور، که البته برخی ارتباط مستقیم با برنامه‌ها نداشته‌اند، باید اذعان کرد که حرکت اقتصادی و اجتماعی کشور روند مثبتی داشته است. تحولات چشمگیری نیز در رفتار عاملان یعنی خانوارها و بنگاه‌ها و دولت، و در بازارهای کالا و خدمات، کار و نیروی انسانی، و پول و سرمایه رخ داده است. چرخه زندگی اقتصادی کشور در طول دهه‌های گذشته دگرپس‌های متعددی داشته است؛ بنابراین، به منظور تحلیل تحولات بازار کار ایران، لازم است چندین جریان به هم وابسته را که هریک آثار غیرقابل انکاری بر این دگرگونی‌ها داشته‌اند بررسی کنیم.

در اینجا به تشریح دستاوردهای اقتصادی و اجتماعی چرخه مذکور نمی‌پردازیم بلکه صرفاً بر بازار کار به‌ویژه بخش‌های عرضه و تقاضا، و بیکاری و روندهای کمی و کیفی آن تمرکز خواهیم کرد. در این مقاله تلاش می‌کنیم که به سؤال‌های پژوهشی زیر پاسخ دهیم:

- روند عرضه نیروی کار در طول دوران ۴۰ ساله ۱۳۸۵-۱۳۴۵ چگونه بوده است؟
- آیا نرخ مشارکت در فعالیت‌های اقتصادی در طول دوران مطالعه دچار تغییرات شدیدی شده است؟
- روند تقاضای نیروی کار در طول دوران ۴۰ ساله ۱۳۸۵-۱۳۴۵ چگونه بوده است؟
- وضعیت جمعیت بیکار و نرخ بیکاری در طول دوران ۴۰ ساله ۱۳۸۵-۱۳۴۵ چگونه بوده است؟
- در مقایسه با شاخص‌های بین‌المللی، آیا متغیرهای بازار کار ایران مناسب است؟

در ادامه، ابتدا تحولات عرضه و تقاضای نیروی کار و سپس مسئله بیکاری و پیامدهای آن را با توجه به روندهای دوره مورد نظر تحلیل می‌کنیم.

۱.۲. تحولات عرضه نیروی کار

عرضه نیروی کار^۱ در سال ۱۳۴۵ بالغ بر ۷/۸۴ میلیون نفر بوده است که با توجه به تعداد جمعیت بالای ۱۰ سال، اقتصاد ایران در این سال نرخ مشارکت ۴۶/۱ درصد را تجربه کرده است. در سال مزبور، ۸۶/۸ درصد عرضه سهم مردان و ۱۳/۲ درصد آن سهم زنان بوده است.

عرضه نیروی کار در سال ۱۳۵۵، با نرخ رشد سالانه‌ای معادل ۲/۳ درصد، به ۹/۸ میلیون نفر رسید. در این سال، نرخ مشارکت جمعیت کشور در فعالیتهای اقتصادی به ۴۲/۶ درصد کاهش یافت. عرضه نیروی کار مردان و زنان در سال ۱۳۵۵ به ترتیب برابر با ۸۵/۲ و ۱۴/۸ درصد از کل عرضه بوده است.

عرضه نیروی کار در سال ۱۳۶۵ به ۱۲/۸ میلیون نفر رسید که ۸۹/۸ درصد آن را مردان و ۱۰/۲ درصد آن را زنان تشکیل می‌دادند. در طی دهه ۱۳۶۵-۱۳۵۵، عرضه نیروی کار از رشدی معادل ۲/۷ درصد برخوردار بوده که در مقایسه با دهه قبل افزایش یافته است. در این سال، به رغم افزایش تعداد و رشد عرضه نیروی کار، نرخ مشارکت اقتصادی به ۳۹ درصد کاهش پیدا کرده است. عرضه نیروی کار مردان در همه گروه‌های سنی چند برابر عرضه نیروی کار زنان بوده است که در دهه مذکور روند کاهشی داشته است.

عرضه نیروی کار در سال ۱۳۷۵ به ۱۶/۰ میلیون نفر رسید که ۸۷/۳ درصد سهم مردان و ۱۲/۷ درصد سهم زنان بوده است. میزان رشد عرضه نیروی کار در دهه ۱۳۷۵-۱۳۶۵ به ۲/۳ درصد رسید که در مقایسه با دهه پیش از آن اندکی کاهش یافته است. نرخ مشارکت اقتصادی نیروی کار به ۳۵/۳ درصد رسید که پایین‌ترین میزان در طی سال‌های ۱۳۷۵-۱۳۴۵ و ناشی از تغییرات جمعیتی کشور و تحولاتی بوده است که در نظام آموزش و پرورش عمومی، آموزش عالی و آموزش فنی و حرفه‌ای رخ داد. نکته قابل توجه سهم عرضه نیروی کار زنان است که از ۱۰/۲ درصد در سال ۱۳۶۵ به ۱۲/۷ درصد در سال ۱۳۷۵ رسید. سهم مذکور در مقایسه با سال ۱۳۶۵ در تمامی گروه‌های سنی افزایش یافت که نشانگر تحولات اقتصادی و اجتماعی دوران پس از جنگ است.

عرضه نیروی کار در سال ۱۳۸۵ بالغ بر ۲۳/۵ میلیون نفر بوده

که ۳/۶ میلیون نفر آن را زنان تشکیل داده‌اند. عرضه نیروی کار مردان و زنان به ترتیب ۸۴/۵ و ۱۵/۵ درصد از کل عرضه بوده است. تحول مطلوب این دهه عرضه نیروی کار زنان است که در مقایسه با سال ۱۳۷۵ نزدیک به دو برابر شده است. با توجه به جمعیت فعال زنان، نرخ مشارکت آنان در فعالیتهای اقتصادی و اجتماعی تقریباً نزدیک به سال ۱۳۵۵ است.

۲.۲. نرخ مشارکت اقتصادی

نرخ مشارکت اقتصادی^۲ یک شاخص تجمعی است که نشانگر یا تابعی از وضعیت اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی هر جامعه است. در بررسی وضع بازار کار کشورها، می‌توان گفت که هرچه این نرخ بالاتر باشد، آن جامعه از سطح رفاه بالاتری برخوردار است. به طور معمول، کمتر کشور پیشرفته‌ای را می‌توان یافت که نرخ مشارکت نیروی کار آن پایین باشد. کشورهای در حال توسعه نیز به ندرت نرخ مشارکت بالایی دارند. این نرخ به نوعی گویای بار تکفل در هر جامعه است، یعنی اگر جمعیت فعال را به کل جمعیت هر کشور تقسیم کنیم، درمی‌یابیم که یک نفر باید بار معیشتی چند نفر را در آن جامعه به عهده بگیرد.

نرخ مشارکت اقتصادی در سال‌های ۱۳۴۵، ۱۳۵۵، ۱۳۶۵، ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵، به ترتیب، ۰/۴۶، ۰/۴۳، ۰/۳۹، ۰/۳۵ و ۰/۳۹ درصد بوده است. این نرخ، با افزایش ۴ درصدی در دهه ۱۳۸۵-۱۳۷۵، روند نزولی خود را پشت سر گذاشته و امکان اینکه در دهه آینده از نرخ سال ۱۳۵۵ تجاوز کند دور از انتظار نیست. نرخ مشارکت اقتصادی به تفکیک زنان و مردان در گروه‌های سنی مختلف در سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۴۵ مبین آن است که رفتار مردان در بازار کار در طی چهار دهه تغییر محسوسی نداشته و عاملی که عمدتاً بازار کار کشور را با نوسانات جدی مواجه ساخته رفتار زنان بوده است.

نرخ‌های مشارکت در طول دوره مورد بحث در هیچ‌یک از گروه‌های سنی روند باثبات و تعریف‌شده‌ای نداشته است. می‌توان خطاهای داده‌های سرشماری را یکی از علل این نوسانات دانست، اما نباید فراموش کرد که جامعه و اقتصاد ایران در طی ۴۰ سال گذشته دگرگونی‌های ساختاری بی‌شماری را تجربه کرده است.

۲. نرخ مشارکت اقتصادی از تقسیم جمعیت فعال هر گروه سنی به جمعیت متناظر با آن گروه به دست می‌آید.

۱. بر مبنای سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال‌های مختلف (مرکز آمار ایران)

معکوس این شاخص نیز نشان‌دهنده بار معیشت (ناخالص) و بیانگر آن است که هر نفر در بازار کار باید زندگی اقتصادی چند نفر را تأمین کند. در طول ۴۰ سال گذشته، این شاخص از ۲۸ درصد در سال ۱۳۴۵ به پایین‌ترین سطح خود یعنی ۲۲ درصد در سال ۱۳۶۵ و به ۲۹ درصد در سال ۱۳۸۵ رسیده است. در سال ۱۳۸۵ بار معیشت ناخالص به حدود ۳/۴ نفر رسیده است (جدول ۱).

توزیع تقاضای نیروی کار در استان‌های کشور در جدول ۲ آمده است. چنانکه ملاحظه می‌شود، استان‌های تهران با ۲۱ درصد، خراسان رضوی با ۸/۵ درصد، اصفهان با ۶/۹ درصد، فارس با ۶ درصد و آذربایجان شرقی با ۵/۶ درصد، در مجموع، ۴۸ درصد از کل اشتغال کشور را به خود اختصاص داده‌اند، در حالی که ۴۴/۷ درصد از جمعیت و ۱۵/۶ درصد از کل بیکاران کشور را در خود جای داده‌اند. بازار کار ایران در طول سال‌های ۱۳۶۵-۱۳۵۵ بالغ بر ۲/۲ میلیون فرصت شغلی و در طول برنامه‌های توسعه تا سال ۱۳۸۵ بیش از ۹ میلیون فرصت شغلی به وجود آورده که دستاورد قابل توجهی برای کشور محسوب می‌شود. اما در ارتباط با بازار کار آینده، با سه مسئله اساسی روبه‌رو هستیم. اول اینکه سالانه نیازمند ایجاد بیش از یک میلیون فرصت شغلی در درازمدت هستیم تا پاسخگوی نرخ‌های بسیار بالای رشد جمعیت در دهه‌های گذشته باشیم. دوم اینکه برای نیل به کار شایسته^۲ نیازمند ایجاد تحولات چشمگیری در بسیاری از عرصه‌های اجتماعی، حقوقی و سیاسی هستیم که نباید از نظر دور داشته شود. مسئله سوم که اهمیت بیشتری برای کل اقتصاد دارد مسئله بهره‌وری عامل انسانی است که در طول دهه‌های متوالی روند ایستا یا نزولی داشته است. تغییر جریان بهره‌وری کلید حل بسیاری از مشکلات اقتصاد ایران است.

۴.۲. جمعیت بیکار و نرخ بیکاری

جمعیت بیکار در کشور ما تا سال‌های قبل از انقلاب ظهور و حضور جدی در عرصه اجتماعی نداشته است. پس از انقلاب و با آغاز جنگ تحمیلی، از یک سو، و رشد روزافزون جمعیت به دلیل برهم خوردن چرخه حیاتی کشور، از سوی دیگر، جامعه و خانوارهای

برای مثال، کاهش شدید نرخ مشارکت زنان در گروه‌های سنی ۱۰-۱۴ و ۱۵-۱۹ سال تا اندازه‌ای با تحولات نظام آموزشی و افزایش ضریب پوشش تحصیلی قابل توجیه است، اما کاهش این نرخ در گروه‌های سنی ۲۰-۲۴ سال به بالا در دهه ۱۳۶۵-۱۳۵۵ و افزایش مجدد آن در طی دهه ۱۳۷۵-۱۳۶۵، با ادوار بازرگانی و تحولات اقتصادی قابل توجیه نیست و برای تبیین نوسانات مذکور باید به بررسی مسائل اجتماعی، سیاسی و فرهنگی دهه‌های مذکور پرداخت (طائی، ۱۳۸۲).

۳.۲. تحولات تقاضای نیروی کار

جمعیت شاغل کشور از ۷/۱ میلیون نفر در سال ۱۳۴۵ به ۸/۸ میلیون نفر در سال ۱۳۵۵ رسید. با اتخاذ سیاست‌ها و خط‌مشی‌های اقتصادی در برنامه‌های میان‌مدت توسعه اقتصادی در طول ۴۰ سال گذشته، این رقم به ۲۰/۵ میلیون نفر در سال ۱۳۸۵ رسید. سری زمانی اشتغال که در جدول ۱ نشان داده شده مبین آن است که تقاضای نیروی کار در طول سال‌های ۱۳۴۵-۱۳۸۵ از رشد ۲/۷ درصد در سال برخوردار بوده است. این نرخ رشد در طی ادوار گذشته بسیار متفاوت بوده و اگر با نرخ رشد تولید ناخالص داخلی در دوره مشابه (۴/۴ درصد) مقایسه شود، آشکار می‌گردد که اقتصاد ایران در طول ۴۰ سال گذشته با تفاوت‌های جدی در زمینه اشتغال، بهره‌وری و تولید مواجه بوده است. در برخی از دوره‌ها (۱۳۴۵-۱۳۵۵) رشد بهره‌وری قابل توجه بوده و در برخی دوره‌های دیگر کاهش جدی داشته است. بهره‌وری عامل انسانی در طول سال‌های بعد از انقلاب کاهش یافته و از این منظر اقتصاد ایران با چالشی جدی روبه‌رو بوده است. کاهش بهره‌وری عوامل تولید در یک اقتصاد مقوله‌ای تک‌علتی نیست. می‌توان یکی از مهم‌ترین علل آن را تنزل قابلیت مدیریت منابع انسانی و سازوکار ناصحیح بازار کار مدیران دانست، اما برای تحلیل دقیق‌تر باید کل چرخه فعالیت‌ها مورد بازبینی و تحلیل قرار گیرد.

شاخص «نسبت شاغلان به جمعیت»^۱ یکی از شاخص‌های اصلی بازار کار و بیانگر آن است که چه درصدی از جمعیت کشور در بازار کار به تولید مشغول یا درگیر فعالیت‌های اقتصادی هستند.

۲. «کار شایسته مبتنی بر اشتغال مولد، حمایت اجتماعی، گفت‌وگوی اجتماعی و حقوق بنیادین کار است (گزارش سازمان بین‌المللی کار در سال ۱۹۹۹)» (امیری و دیگران، ۱۳۸۳).

1. employment-to-population ratio

جدول ۱. سری زمانی جمعیت و تولید ناخالص ملی کشور

سال	جمعیت (میلیون نفر)	جمعیت شاغل (میلیون نفر)	نسبت شاغلان به جمعیت (درصد)	تولید ناخالص داخلی (میلیارد ریال)
۱۳۴۵	۲۵/۷۹	۷/۱	۲۸/۰	۷۹۶۴۶
۱۳۴۶	۲۶/۴۹	۷/۲	۲۷/۰	۸۸۲۵۸
۱۳۴۷	۲۷/۲۱	۷/۳	۲۷/۰	۹۹۰۰۱
۱۳۴۸	۲۷/۹۵	۷/۴	۲۶/۰	۱۱۱۶۱۲
۱۳۴۹	۲۸/۷۰	۷/۵	۲۶/۰	۱۲۲۵۸۹
۱۳۵۰	۲۹/۴۸	۷/۶	۲۶/۰	۱۳۹۲۷۸
۱۳۵۱	۳۰/۲۸	۷/۷	۲۵/۰	۱۶۲۵۵۷
۱۳۵۲	۳۱/۱۱	۷/۹	۲۵/۰	۱۷۴۶۶۸
۱۳۵۳	۳۱/۹۵	۸/۱	۲۵/۰	۱۹۶۵۸۱
۱۳۵۴	۳۲/۸۲	۸/۳	۲۵/۰	۲۰۶۱۱۴
۱۳۵۵	۳۳/۷۱	۸/۸	۲۶/۰	۲۴۲۳۲۶
۱۳۵۶	۳۵/۰۳	۹/۰	۲۶/۰	۲۳۶۶۴۵
۱۳۵۷	۳۶/۳۹	۹/۲	۲۵/۰	۲۱۹۱۹۱
۱۳۵۸	۳۷/۸۱	۹/۵	۲۵/۰	۲۰۹۹۱۹
۱۳۵۹	۳۹/۲۹	۹/۷	۲۵/۰	۱۷۸۱۴۹
۱۳۶۰	۴۰/۸۳	۹/۹	۲۴/۰	۱۷۰۲۸۱
۱۳۶۱	۴۲/۴۲	۱۰/۲	۲۴/۰	۱۹۱۶۶۷
۱۳۶۲	۴۴/۰۸	۱۰/۵	۲۴/۰	۲۱۲۸۷۷
۱۳۶۳	۴۵/۸۰	۱۰/۷	۲۳/۰	۲۰۸۵۱۶
۱۳۶۴	۴۷/۵۹	۱۰/۹	۲۳/۰	۲۱۲۶۸۶
۱۳۶۵	۴۹/۴۵	۱۱/۱	۲۲/۰	۱۹۳۳۳۵
۱۳۶۶	۵۰/۶۶	۱۱/۴	۲۲/۰	۱۹۱۳۱۲
۱۳۶۷	۵۱/۹۱	۱۱/۶	۲۲/۰	۱۸۰۸۲۳
۱۳۶۸	۵۳/۱۹	۱۱/۹	۲۲/۰	۱۹۱۵۰۳
۱۳۶۹	۵۴/۵۰	۱۲/۵	۲۳/۰	۲۱۸۵۳۹
۱۳۷۰	۵۵/۸۴	۱۳/۱	۲۳/۰	۲۴۵۰۳۶
۱۳۷۱	۵۶/۶۲	۱۳/۳	۲۳/۰	۲۵۴۸۲۲
۱۳۷۲	۵۷/۴۳	۱۳/۴	۲۳/۰	۲۵۸۶۰۱
۱۳۷۳	۵۸/۲۸	۱۳/۷	۲۳/۰	۲۵۹۸۷۶
۱۳۷۴	۵۹/۱۵	۱۴/۱	۲۴/۰	۲۶۷۵۳۴
۱۳۷۵	۶۰/۰۶	۱۴/۶	۲۴/۰	۲۸۳۸۰۷
۱۳۷۶	۶۰/۹۱	۱۴/۹	۲۴/۰	۲۹۱۷۶۹
۱۳۷۷	۶۱/۷۹	۱۵/۳	۲۵/۰	۳۰۰۱۴۰
۱۳۷۸	۶۲/۸۰	۱۵/۸	۲۵/۰	۳۰۴۹۴۱
۱۳۷۹	۶۳/۹۰	۱۶/۴	۲۶/۰	۳۲۰۰۶۹
۱۳۸۰	۶۴/۹۰	۱۷/۰	۲۶/۰	۳۳۰۶۲۴
۱۳۸۱	۶۶/۰۰	۱۷/۸	۲۷/۰	۳۵۵۲۱۹
۱۳۸۲	۶۶/۸۳	۱۸/۳	۲۷/۰	۳۷۷۱۶۲
۱۳۸۳	۶۷/۶۶	۱۹/۰	۲۸/۰	۳۹۷۹۰۶
۱۳۸۴	۶۹/۰۶	۱۹/۷	۲۹/۰	۴۲۰۹۲۸
۱۳۸۵	۷۰/۴۷	۲۰/۵	۲۹/۰	۴۴۶۸۸۰

منبع: مرکز آمار ایران و بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران

پیش مفهوم بیکاری تکنولوژیک و آثار تکنولوژی بر میزان استفاده از نیروی کار را مطرح کرده بودند. کینز^۱ در کتاب نظریه عمومی اشتغال، بهره و پول در این باره چنین می گوید: «ما به بیماری جدیدی مبتلا هستیم که شاید خوانندگان هنوز نامش را نشنیده باشند، اما در سال های آینده بسیار به گوششان خواهد خورد: بیکاری تکنولوژیک، که به معنای نوعی بیکاری است که نتیجه کشف ابزارهای جدید برای صرفه جویی در کار و پشت سر گذاردن سرعتی است که با آن می توانیم راه های استفاده جدیدی برای کار بیابیم» (ریف کین، ۱۳۷۹).

اما در دنیای کنونی، شدت این جایگزینی بسیار تغییر کرده است. در جهان صنعتی گذشته، تکنولوژی جانشین نیروی جسمانی کار آدمی می شد، یعنی ماشین جای زور بازوی آدمی را می گرفت، ولی تکنولوژی های جدید کامپیوتری نوید جانشینی اندیشه آدمی را می دهند. از سوی دیگر، در گذشته هنگامی که انقلاب تکنولوژیک مشاغل یک فعالیت اقتصادی را تهدید می کرد، فعالیت دیگری پدید می آمد تا مازاد نیروی کار را جذب کند، اما اینک تنها بخش جدید نوظهور «بخش دانش» است که به دانش کاران یا تحلیلگران در رشته های علمی برای هدایت اقتصاد خودکار و فوق تکنولوژیک نیاز دارد (رابرتسون، ۱۳۷۸).

با توجه به توضیحات بالا و مباحثی که در زمینه سیاست های اقتصادی، ساختار تولید، و توان اشتغال زایی اقتصاد ایران مطرح است، می توان نتیجه گرفت که قشر عظیمی از جمعیت شاغل کنونی، با توجه به سطح دانش و مهارت خود، دارای مشاغل ناپایدار و در معرض پیامدهای تحولات علمی و تکنولوژیک هستند. در مورد نیروی کار جدیدی که عرضه خواهد شد، حتماً باید توجه داشت که با کدام سبد از مهارت ها و شایستگی های کانونی وارد این بازار می شود زیرا دست کم یکی از پیامدهای شناخته شده تحولات تکنولوژیک برای نیروی کار تغییر ضرابهنگ زیستی- مکانیکی به ضرابهنگ زیستی- دیجیتالی است (شارع پور، ۱۳۸۱). نکته دیگری که در این حوزه جای تأمل بسیار دارد این است که گاه، بر اثر سرمایه گذاری های جدید و اختصاص منابع اعتباری به یک فعالیت اقتصادی که قاعدتاً انتظار می رود منجر به تغییر فرایند

ایرانی از نیمه دهه ۶۰ شمسی با مفهوم و مصداق بیکاری آشنا و دست به گریبان شدند. بیکاری انواع و مصادیق بسیاری دارد اما داده ها در کشور ما به گونه ای نیست که بتوان جمعیت بیکار یا منشأ بیکاری را به درستی تجزیه و تحلیل کرد. در یک تقسیم بندی کلی، می توان بیکاری را به انواع اصطلاحی، ساختاری، ناشی از کمبود تقاضای مؤثر (بیکاری ادواری)، و تکنولوژیک تقسیم کرد.

بیکاری اصطلاحی: اگر اقتصاد در وضعیتی باشد که همه نیروهای کار موجود بتوانند به فعالیتی مشغول باشند، همان گونه که در الگوی ذخیره- جریان بازار کار ذکر شد، می توان تصور کرد که عده ای به دلایل زیر فاقد شغل باشند و نرخ بیکاری مثبت باشد: (۱) شغل خود را برای کار بهتر رها کرده باشند، (۲) شغل خود را به دلایلی از دست داده باشند، (۳) تازه وارد بازار کار شده و در جست و جوی فرصت شغلی باشند، (۴) پس از مدتی از بازار کار خارج و مجدداً وارد بازار شده و در جست و جوی شغلی باشند. وضعیت کارفرمایان نیز چنین است: (۱) در جست و جوی نیروی کار هستند تا جانشین نیروی کاری کنند که بازنشسته شده یا کار خود را رها کرده است، (۲) نیروی کار خود را اخراج کرده اند تا کارکنانی بهتر بیابند، (۳) در جست و جوی نیروی کار مناسب برای پاسخ به ظرفیت های ایجاد شده در بنگاه خود هستند (McConnell et al., 1999).

بیکاری ساختاری: این نوع بیکاری به واسطه تغییر ترکیب عرضه و تقاضای نیروی کار به وجود می آید و ابعاد مختلفی دارد. یک بعد عدم تطابق کمی و کیفی نیازهای مهارتی و تخصصی کارفرمایان و کارگران است. بعد دیگر معمولاً عدم تطابق جغرافیایی فرصت های شغلی ارائه شده و نیروی کار در جست و جوی فرصت شغلی است. مثال مشخص بعد نخست بیکاری ساختاری، رشد تکنولوژی است که جایگزین نیروی کار آدمی می شود و همچنین برخی سیاست های تجارت خارجی که به طور غیرمستقیم نیروی کار خارجی را جانشین نیروی کار داخلی می کند.

بیکاری ناشی از کمبود تقاضای مؤثر: نوعی دیگر از بیکاری است که در بسیاری از جوامع به دنبال رکود و رونق بازار کالا و خدمات به وجود می آید و بر اثر آن، بنگاه های تولیدی ناگزیر از تغییر رویه استخدامی خود می شوند.

بیکاری تکنولوژیک: اقتصاددانان و تحلیلگران بازار کار از

تولید و جایگزینی ماشین آلات جدید شود، نه تنها نیروی کار در همان سطح قبلی باقی نمی ماند، بلکه با کاهش تقاضای نیروی کار نیز مواجه می شویم (پدیده رشد بدون اشتغال^۱). البته وضعیت معیشتی و رفاهی آن قشر از نیروی کار که بتوانند خود را با شرایط جدید تکنولوژیک وفق دهند به مراتب بهتر از گذشته خواهد شد، اما گروهی که بر اثر تحولات تکنولوژیک شغل خود را از دست می دهند یا کارشان به مرور زمان دارای ارزش کمتری می شود در وضعیت نامناسبی قرار می گیرند.

بیکاری، به هر دلیلی به وجود آمده باشد، آسیب ها و هزینه های عمیق اقتصادی و اجتماعی دارد. هزینه های اقتصادی به طور مشخص با میزان تولید ازدست رفته ناشی از بیکاری نیروی کار اندازه گیری می شود. تولید ناخالص سرانه نیروی کار، ارزشی است که انتظار می رود، با فرض یافت شدن یک فرصت شغلی برای یک فرد بیکار که در سطح متوسط نیروی کار بهره وری دارد، به سطح تولید ناخالص داخلی اضافه شود. جمعیت بیکار و نرخ بیکاری از هر دیدگاهی که مد نظر قرار گیرد (۱) شاخصی برای ادوار تجاری و نتیجه سیاست های کلان اقتصادی دولت ها به شمار می رود؛ (۲) شاخصی برای رنج و مشقت اقتصادی اتحاد جامعه است و به ویژه اگر دوره بیکاری افراد طولانی شود، آثار زیانبار آن بروز و نمود بیشتری پیدا می کند؛ (۳) شاخصی برای عملکرد اقتصادی است و هنگامی که نرخ بیکاری بالاست، به تبع آن، تولید پایین است (Reynolds, 1982). با این توضیحات، تحولات بیکاری و نرخ مربوط به آن را در بازار کار کشور مرور خواهیم کرد.

در سال ۱۳۵۵، جمعیت بیکار بالغ بر ۹۹۶ هزار نفر و نرخ بیکاری حدود ۱۰ درصد بوده است. تعداد این جمعیت در سال های ۱۳۶۵، ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵ به ترتیب ۱۸۰۰ هزار نفر، ۱۴۵۶ هزار نفر و ۲۹۹۲ هزار نفر و نرخ بیکاری ۱۴، ۹/۱ و ۱۲/۸ درصد بوده است. تعداد بیکاران شهری و روستایی در سال ۱۳۸۵ به ترتیب بالغ بر ۱۹۰۰ و ۱۱۰۰ هزار نفر بوده است (مرکز آمار ایران).

وضعیت جمعیت بیکار برحسب جنسیت، گروه سنی و سطح تحصیلی در سال ۱۳۸۵ بسیار قابل تأمل است. نرخ بیکاری زنان و مردان ۱۹ و ۹/۷ درصد، نرخ بیکاری شاغلان با سطوح تحصیلی

آموزش عالی در کل ۱۰/۱ و به تفکیک زن و مرد ۱۶/۷ و ۷ درصد، نرخ بیکاری برحسب رشته تحصیلی دانش آموختگان آموزش عالی در گروه علوم انسانی ۹/۴، در علوم پایه ۱۲/۷، در رشته های فنی و مهندسی ۱۱/۴، در پزشکی ۷/۷، و در کشاورزی ۱۵/۷ درصد بوده است. نرخ بیکاری در سطح تحصیلی دیپلم ۱۷/۸ و به تفکیک زن و مرد ۳۶ و ۱۴/۵ درصد اعلام شده است. نرخ بیکاری در سطوح تحصیلی زیر دیپلم در کل ۱۱/۶ و به تفکیک زن و مرد عبارت از ۲۳/۵ و ۱۰/۴ درصد بوده است. بیکاران بی سواد کشور در حال حاضر ۷/۷ درصد از کل بیماران را تشکیل می دهند. به طور کلی، این احتمال درباره بیکاران بی سواد و زیر دیپلم وجود دارد که در آینده، بیکاران بلندمدت اقتصاد ایران و بخشی از بیکاری ساختاری جامعه ما را تشکیل دهند، به خصوص هنگامی که به این نکته توجه کنیم که اصولاً در بازار کار آینده، جایی برای تقاضای نیروی کار کم سواد وجود ندارد و احتمالاً اگر کاری بیابند در قالب مشاغل موقت، نیمه وقت و غیررسمی خواهد بود (مرکز آمار ایران).

جمعیت بیکار و نرخ بیکاری توزیع یکسانی در کل کشور ندارد و اقتصاد ایران از این حیث با عدم تعادل های منطقه ای بازار کار مواجه است. به طور مشخص، استان های یزد، خراسان شمالی، قم، خراسان رضوی، تهران، سمنان و آذربایجان غربی با نرخ بیکاری زیر ۹ درصد با بیکاری تقریباً اندک و قابل تحملی مواجه هستند. استان های مرکزی، اصفهان، قزوین، مازندران، فارس و اردبیل با نرخ بیکاری ۱۲-۱۰ درصد دارای بیکاری معتدل، و استان های کرمانشاه، ایلام، لرستان و سیستان و بلوچستان با نرخ بیکاری بالاتر از ۲۳ درصد با وضعیت حاد بیکاری مواجه هستند (جدول ۲).

باید گفت که با توجه به تحولات جمعیتی و گسترش نظام آموزش عالی، عرضه نیروی کار با سطوح تحصیلی کمتر از دیپلم در بازار کار آینده کشور نخواهیم داشت. بنابراین، نوع مشاغل مورد نیاز با توجه به عرضه بیش از یک میلیون نفر برای اقتصاد ایران بسیار قابل تأمل است.

۵.۲. بیکاری در آستانه شروع برنامه پنجم توسعه

براساس اطلاعات موجود، متأسفانه نمی توان میزان دقیق مشاغل ایجادشده در برنامه چهارم را برآورد کرد. براساس داده های سرشماری سال ۱۳۸۵ می توان گفت که در طول دهه ۱۳۷۵-۱۳۸۵، بالغ بر ۵/۹ میلیون فرصت شغلی ایجاد شده است.

1. jobless growth

جدول ۲. شاخص‌های جمعیت و بازار کار به تفکیک استان‌ها (۱۳۸۵)

نرخ بیکاری	درصد توزیع جمعیت بیکار	نسبت جمعیت شاغل به کل جمعیت	درصد توزیع جمعیت شاغل	نرخ مشارکت	درصد توزیع جمعیت فعال	درصد توزیع جمعیت در سنین فعالیت	درصد توزیع جمعیت	
	۲۹۹۲۳۹۸		۲۰۴۷۶۳۹۵		۲۳۴۶۸۶۹۳	۵۹۵۲۲۷۴۷	۷۰۴۹۵۷۸۲	کل کشور (نفر)
۱۲/۷۵	۱۰۰	۲۹/۰	۱۰۰	۳۹/۴	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	کل کشور (درصد)
۹/۶	۴/۱	۳۲/۱	۵/۶	۴۱/۴	۵/۴	۵/۲	۵/۱	آذربایجان شرقی
۸/۹	۲/۸	۲۹/۸	۴/۲	۳۹/۳	۴/۰	۴/۰	۴/۱	آذربایجان غربی
۱۱/۴	۱/۵	۲۹/۵	۱/۸	۳۹/۳	۱/۷	۱/۷	۱/۷	اردبیل
۱۰/۵	۵/۵	۳۰/۸	۶/۹	۴۰/۰	۶/۷	۶/۶	۶/۵	اصفهان
۲۷/۲	۱/۷	۲۴/۳	۰/۶	۳۹/۱	۰/۸	۰/۸	۰/۸	ایلام
۹/۰	۰/۹	۳۰/۴	۱/۳	۴۰/۰	۱/۳	۱/۲	۱/۳	بوشهر
۸/۴	۱۳/۲	۳۲/۰	۲۱/۰	۴۰/۵	۲۰/۰	۱۹/۵	۱۹/۰	تهران
۱۸/۰	۱/۷	۲۷/۳	۱/۱	۳۹/۹	۱/۲	۱/۲	۱/۲	چهارمحال و بختیاری
۱۶/۳	۱/۳	۳۰/۴	۰/۹	۴۴/۳	۱/۰	۰/۹	۰/۹	خراسان جنوبی
۸/۲	۵/۲	۳۱/۱	۸/۵	۴۰/۹	۸/۱	۷/۸	۷/۹	خراسان رضوی
۸/۰	۰/۷	۳۱/۶	۱/۳	۴۱/۷	۱/۲	۱/۱	۱/۲	خراسان شمالی
۱۹/۳	۷/۹	۲۳/۲	۴/۸	۳۴/۸	۵/۲	۵/۹	۶/۱	خوزستان
۹/۴	۱/۰	۳۱/۴	۱/۵	۴۰/۷	۱/۴	۱/۴	۱/۴	زنجان
۸/۴	۰/۵	۳۰/۰	۰/۹	۳۸/۲	۰/۸	۰/۸	۰/۸	سمنان
۳۱/۵	۶/۶	۱۷/۷	۲/۱	۳۵/۰	۲/۷	۳/۰	۳/۴	سیستان و بلوچستان
۱۱/۳	۵/۲	۲۸/۳	۶/۰	۳۷/۳	۵/۹	۶/۲	۶/۲	فارس
۱۰/۸	۱/۳	۲۸/۵	۱/۶	۳۷/۵	۱/۶	۱/۶	۱/۶	قزوین
۸/۱	۰/۹	۲۷/۹	۱/۴	۳۶/۴	۱/۴	۱/۵	۱/۵	قم
۲۰/۲	۳/۳	۲۷/۳	۱/۹	۴۰/۳	۲/۱	۲/۱	۲/۰	کردستان
۲۱/۰	۶/۲	۲۶/۱	۳/۴	۴۰/۱	۳/۷	۳/۷	۳/۸	کرمان
۲۳/۲	۴/۸	۲۵/۲	۲/۳	۳۸/۲	۲/۶	۲/۷	۲/۷	کرمانشاه
۱۹/۶	۱/۱	۲۲/۱	۰/۷	۳۳/۳	۰/۷	۰/۹	۰/۹	کهگیلویه و بویراحمد
۱۲/۴	۲/۳	۳۰/۱	۲/۴	۴۱/۲	۲/۴	۲/۳	۲/۳	گلستان
۱۴/۹	۴/۳	۳۰/۸	۳/۶	۴۱/۴	۳/۷	۳/۵	۳/۴	گیلان
۲۹/۱	۵/۷	۲۴/۱	۲/۰	۴۰/۲	۲/۵	۲/۴	۲/۴	لرستان
۱۰/۹	۳/۷	۳۱/۰	۴/۴	۴۰/۰	۴/۳	۴/۳	۴/۱	مازندران
۱۰/۴	۱/۵	۲۹/۳	۱/۹	۳۸/۰	۱/۹	۱/۹	۱/۹	مرکزی
۱۲/۲	۱/۷	۲۶/۲	۱/۸	۳۷/۱	۱/۸	۱/۹	۲/۰	هرمزگان
۱۲/۳	۲/۳	۲۹/۰	۲/۴	۳۸/۵	۲/۴	۲/۵	۲/۴	همدان
۷/۹	۱/۰	۳۳/۶	۱/۶	۴۳/۴	۱/۵	۱/۴	۱/۴	یزد

منبع: مرکز آمار ایران، سرشماری عمومی نفوس و مسکن ۱۳۸۵

ایراد است. بنابراین، با وجود تلاش‌های صورت‌گرفته، اهداف کمی و کیفی برنامه چهارم تحقق نیافته است. تعداد فرصت‌های شغلی در طول سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۸۳، با توجه به نرخ رشد اقتصادی کشور و میزان تغییرات بهره‌وری نیروی کار، سالانه به طور متوسط

تداوم روند ایجاد سالانه ۵۹۰ هزار فرصت شغلی را شاید بتوان برای سال ۱۳۸۶ محقق دانست، اما با توجه به اوضاع اقتصادی (رکود فراگیر، رشد اندک تولید ناخالص داخلی، فضای نامناسب سرمایه‌گذاری و...) تداوم این روند در سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۸۷ محل

این مسئله را نیز باید در نظر داشت که وقتی نیروی کارآمد و فعال مدت زمان زیادی را صرف جست‌وجوی شغل می‌کند، به‌تدریج و با گذشت زمان، از میزان مهارت‌های وی کاسته می‌شود و این یکی از آسیب‌های جدی و تهدیدی بزرگ برای «پایداری» بازار کار است.

۳. مقایسه‌های بین‌المللی

برای برخی مقایسه‌های بین‌المللی، متغیرهای اقتصادی تولید ناخالص داخلی به قیمت‌های جاری و براساس برابری قدرت خرید، و متغیرهای اجتماعی مانند جمعیت، جمعیت در سنین ۱۵-۶۴، عرضه نیروی کار، نرخ مشارکت جمعیت بالاتر از ۱۵ سال، نسبت اشتغال به جمعیت، و نرخ بیکاری در ۱۹ کشور از مناطق مختلف جهان را انتخاب کرده‌ایم و به توضیح آنها خواهیم پرداخت.

جمعیت ایران معادل ۱/۰۷ درصد از کل جمعیت جهان است اما به لحاظ تولید ناخالص داخلی براساس قیمت‌های جاری سهمی بیش از ۰/۵ درصد از کل تولید جهان را ندارد. اقتصاد ایران، با تولید ۳۳۱ میلیارد دلار در سال ۲۰۰۹، معادل ۲/۳ درصد تولید ناخالص ایالات متحده را به عنوان قدرت اقتصادی اول جهان داراست. تولید ناخالص ایران براساس برابری قدرت خرید با ۸۴۳ میلیارد دلار معادل ۱/۱۶ درصد از کل جهان و برابر با ۶ درصد تولید آمریکا به عنوان قدرت اول اقتصادی جهان است (جدول ۳ و ۴). تولید سرانه جهان در سال ۲۰۰۹ برابر با ۸۵۹۴ دلار و تولید سرانه ایران با ۴۵۴۰ دلار معادل ۵۳ درصد تولید سرانه جهان و ۱۰ درصد تولید سرانه آمریکا به عنوان کشوری با بالاترین تولید سرانه است. همچنین براساس برابری قدرت خرید، تولید سرانه ایران با رقمی معادل ۱۰۴۹۶ دلار از تولید سرانه جهان بالغ بر ۹۵۱۴ دلار بیشتر و معادل با ۲۵ درصد تولید سرانه آمریکا با بالاترین تولید سرانه است (جدول ۳).

جمعیت سنین ۱۵-۶۴ سال به عنوان بخش بالقوه عرضه نیروی کار یکی از شاخص‌های مهم در تحلیل‌های جمعیتی و بازار کار است. این شاخص در جهان معادل ۶۵/۳ درصد از کل جمعیت است. در ایران شاخص مذکور معادل ۷۱/۱ درصد و در کره به عنوان کشوری با بالاترین میزان، برابر با ۷۲/۵ درصد است (جدول ۴). این شاخص به تنهایی نمی‌تواند گویای پیری یا جوانی یا پویایی بازار کار باشد اما اگر در کنار نرخ مشارکت تحلیل و بررسی شود، می‌تواند نشان دهد که چه میزان از منابع انسانی جامعه مورد

بالغ بر ۵۰۰ هزار و نرخ بیکاری در سال ۱۳۸۸ بالغ بر ۱۵ درصد و تعداد بیکاران قریب به ۴ میلیون نفر بوده که عموماً از اقشار تحصیل کرده و جوان به‌ویژه زنان هستند. در بین اهداف کمی، صرفاً نرخ مشارکت که متغیری عمدتاً جمعیتی و تعیینی است و کمتر تحت تأثیر تحولات اقتصادی قرار می‌گیرد مطابق با پیش‌بینی برنامه حرکت کرده است.

اگر سال پایه برنامه پنجم را سال ۱۳۸۹ در نظر بگیریم، با توجه به تداوم رکود مزمن سال‌های اخیر و عرضه نیروی کار جدید ۸۰۰-۱۰۰۰ هزار نفری به بازار کار، عرضه نیروی کار نزدیک به ۲۷ میلیون نفر، تقاضای نیروی کار ۲۲ میلیون نفر و تعداد بیکاران نزدیک به ۵ میلیون نفر خواهد بود و نرخ بیکاری از مرز ۱۸ درصد خواهد گذشت. با این وضعیت، لازم است اتخاذ سیاست‌های کلان اقتصادی که ایجاد فرصت‌های شغلی را به طور جدی در دستور کار قرار دهد و تا حد ممکن از بروز بحران‌های اقتصادی و اجتماعی جلوگیری کند مد نظر سیاست‌گذاران اقتصادی قرار گیرد. البته در این میان، وضعیت برخی استان‌ها با توجه به منطقه جغرافیایی آنها باید به طور خاص از منظر سیاست‌ها و برنامه‌ها و اعتبارات مورد توجه قرار گیرد.

مسئله اولی که موجبات ناپایداری بازار کار را فراهم کرده، اتخاذ سیاست تجاری به نفع کشورهای خارجی به‌خصوص کشورهای آسیای شرقی است. با واردات کالا، نیروی کار خارجی وارد بازار کار داخلی شده است و این امر لطمه‌ای اساسی به «پایداری» بازار کار کشور زده است. به نظر می‌رسد سیاست واردات کالا از آسیای شرقی، به جای تولید داخلی، سیاستی غیراقتصادی است که از ناحیه دیپلماسی کلان کشور به بازار کار یا در واقع به کل تولید تحمیل شده است. اینکه دروازه‌های واردات ایران به روی کالاهای چینی باز شده است به سیاست خارجی کشور بازمی‌گردد. این سیاست براساس مقتضیات چرخه اقتصادی اتخاذ نشده، بلکه حاصل تعاملات سیاسی در سطح بین‌المللی است و به‌هیچ وجه منطق و عقلانیت اقتصادی ندارد (طائی، ۱۳۸۹).

دومین مسئله عرضه نیروی کار حدود ۸۰۰ هزار نفری به بازار کار کشور است. از آنجا که تولید داخلی جای خود را به تجارت خارجی داده است، بنگاه‌ها نیروی کار خود را تعدیل می‌کنند و تعداد کارکنان خود را کاهش می‌دهند. بنابراین، «پایداری» هم از جانب عرضه مورد تهدید است و هم از جانب تقاضا. در کنار مسائل فوق،

جدول ۳. تولید ناخالص ملی و سرانه در کشورهای منتخب (۲۰۰۹)

کشور	تولید ناخالص داخلی (به دلار جاری امریکا)	تولید ناخالص داخلی برحسب برابری قدرت خرید (به دلار ثابت ۲۰۰۵)	تولید سرانه (به دلار جاری امریکا)	تولید سرانه برحسب برابری قدرت خرید (به دلار ثابت ۲۰۰۵)
	۲۰۰۹	۲۰۰۹	۲۰۰۹	۲۰۰۹
برزیل	۱,۵۷۱,۹۷۸,۹۴۱,۱۹۰	۲,۰۲۰,۰۷۸,۷۸۴,۲۶۱	۸,۱۱۴	۹,۴۵۵
کانادا	۱,۳۳۶,۰۶۶,۸۳۵,۷۹۷	۱,۲۸۰,۳۷۹,۳۱۶,۹۶۴	۳۹,۵۹۹	۳۴,۵۶۷
چین	۴,۹۸۴,۷۳۱,۳۷۱,۶۸۸	۹,۱۰۴,۱۸۱,۳۷۵,۱۸۸	۳,۷۴۴	۶,۲۰۰
مصر	۱۸۸,۳۳۳,۹۵۸,۹۲۸	۴۷۱,۴۷۴,۶۱۸,۴۵۰	۲,۲۶۹	۵,۱۵۱
فرانسه	۲,۶۴۹,۳۹۰,۱۷۲,۵۷۹	۲,۱۷۲,۰۹۷,۴۱۲,۳۶۰	۴۱,۰۵۱	۲۹,۵۷۸
آلمان	۳,۳۴۶,۷۰۱,۹۸۹,۱۸۴	۲,۹۸۴,۴۴۰,۴۲۵,۱۶۳	۴۰,۸۷۳	۳۲,۱۴۴
هند	۱,۳۱۰,۱۷۰,۵۲۱,۴۴۷	۳,۷۸۳,۵۷۷,۷۷۵,۳۳۲	۱,۱۳۴	۲,۹۷۰
ایران	۳۳۱,۰۱۴,۹۷۳,۱۸۶	۸۴۳,۸۵۹,۹۹۹,۱۶۸	۴,۵۴۰	۱۰,۴۹۶
ژاپن	۵,۰۶۷,۵۲۵,۸۴۴,۲۶۰	۴,۱۳۸,۴۸۰,۶۱۸,۹۱۰	۳۹,۷۲۷	۲۹,۶۸۸
جمهوری کره	۸۳۲,۵۱۱,۶۴۹,۰۳۳	۱,۳۲۴,۳۸۲,۵۵۸,۰۹۱	۱۷,۰۷۸	۲۵,۴۹۳
مکزیک	۸۷۴,۹۰۱,۸۵۰,۰۰۲	۱,۵۴۰,۲۰۷,۳۸۶,۹۵۹	۸,۱۴۴	۱۲,۴۲۹
نیجریه	۱۶۸,۹۹۳,۶۸۲,۸۵۵	۳۳۲,۶۸۱,۲۵۱,۳۸۳	۱,۰۹۲	۱,۹۵۰
پاکستان	۱۶۶,۵۴۵,۲۷۹,۹۵۹	۴۴۵,۵۴۹,۱۲۶,۹۱۲	۹۸۱	۲,۳۸۱
روسیه	۱,۲۳۰,۷۲۵,۸۵۶,۴۰۳	۲,۶۸۷,۲۹۷,۷۳۳,۴۸۱	۸,۶۷۶	۱۳,۵۵۴
افریقای جنوبی	۲۸۵,۹۸۲,۵۵۶,۶۵۱	۵۰۷,۵۷۰,۵۵۵,۰۸۶	۵,۷۹۸	۹,۳۳۲
تایلند	۲۶۳,۸۵۶,۲۵۵,۴۶۸	۵۴۲,۳۸۷,۹۱۷,۶۸۲	۳,۸۹۴	۷,۲۵۸
ترکیه	۶۱۷,۰۹۹,۳۳۴,۳۶۸	۱,۰۴۰,۳۷۵,۰۸۱,۷۸۵	۸,۲۴۸	۱۱,۲۰۲
بریتانیا	۲,۱۷۴,۵۲۹,۸۰۸,۲۷۸	۲,۲۵۶,۸۳۰,۱۲۴,۰۰۸	۳۵,۱۶۵	۳۲,۱۴۷
ایالات متحده امریکا	۱۴,۲۵۶,۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۴,۲۵۶,۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۴۶,۴۳۶	۴۲,۱۰۷
جهان	۵۸,۲۲۸,۱۷۸,۲۵۹,۳۵۸	۷۲,۵۳۶,۹۷۴,۱۶۶,۹۸۳	۸,۵۹۴	۹,۵۱۴

منبع: UNDP, 2009

عرضه نیروی کار در جهان در سال ۲۰۰۸ معادل ۳/۱ میلیارد نفر بوده است. میزان عرضه نیروی کار در ایران برابر با ۰/۹ درصد از کل عرضه جهان و معادل ۳/۶ درصد عرضه نیروی کار چین به عنوان دارنده بالاترین میزان این شاخص در جهان است (جدول ۴). عرضه نیروی کار در کنار نرخ بیکاری می تواند مبین تعداد نیروی کار شاغل در جهان باشد. با توجه به اینکه نرخ بیکاری در اکثر کشورهای جهان زیر ۱۰ درصد است، می توان استنباط کرد که نیروی کار شاغل، با فرض نرخ بیکاری ۱۰ درصد که میزان حداکثری تلقی می شود، بالغ بر ۲/۸ میلیارد نفر باشد. این شاخص با در نظر گرفتن جمعیت بالاتر از ۱۵ سال، نسبت اشتغال به جمعیت را در جهان در سال ۲۰۰۸ برابر با ۶۰ درصد، در تایلند که دارای بالاترین نسبت در جهان است ۷۲ درصد، و در ایران برابر با ۴۹ درصد نشان می دهد (جدول ۴).

استفاده قرار می گیرد. نرخ مشارکت نیروی انسانی در فعالیت های اقتصادی در جهان در سال ۲۰۰۸ معادل ۶۵ درصد، در چین به عنوان کشوری با بالاترین میزان مشارکت معادل ۷۴ درصد، و در ایران برابر با ۵۱ درصد است که یکی از پایین ترین نرخ های مشارکت در جهان است (جدول ۴). نرخ مشارکت نشان دهنده میزان استفاده از جمعیت در سنین فعالیت در فعالیت های اقتصادی و در واقع بیانگر توانایی اقتصاد و جامعه در بهره گیری از ظرفیت منابع انسانی است. روشن است که یکی از معیارهای تمایز جوامع پیشرفته و در حال توسعه نیز می تواند همین شاخص باشد. عکس این شاخص نرخ عدم فعالیت است که یکی از شاخص های مهم بازار کار است. میزان عدم استفاده از منابع انسانی در سنین فعالیت در جهان معادل ۳۵ درصد، در چین معادل ۲۶ درصد، و در ایران برابر با ۴۹ درصد است.

مطلوبی پیدا کرده‌اند. کشورهای همسایه نظیر ترکیه و پاکستان وضعیت متفاوتی داشته‌اند. شاخص‌های مربوط به کشور ترکیه روند رو به رشد این کشور را در دههٔ اخیر نشان می‌دهند، اما پاکستان وضعیتی بسیار نامطلوب دارد به‌ویژه اگر شاخص‌های مربوط به آن با هند مقایسه شود. مصر به عنوان کشوری واقع در شمال افریقا و خاورمیانه در زمرهٔ کشورهایی قرار می‌گیرد که دارای شاخص‌های متوسط رو به پایین و دارای رشدی بطئی و کند هستند.

در تحلیلی کلی با توجه به جداول ۳ و ۴ می‌توان استنباط کرد که شاخص‌های بازار کار ارتباط تنگاتنگی با شاخص‌های اقتصادی نظیر تولید ناخالص داخلی، محیط کسب و کار، و فضای سرمایه‌گذاری دارند به گونه‌ای که برخی کشورها مانند کره و چین، در طول ۴۰ سال گذشته، با بهبود همهٔ بنیان‌های اقتصادی و اجتماعی، توانسته‌اند جایگاه ویژه‌ای برای خود در جهان بیابند. البته برزیل و هند نیز از این تکاپوی جهانی برکنار نبوده و وضعیت

جدول ۴. جمعیت و شاخص‌های بازار کار در کشورهای منتخب

کشور	جمعیت کل (میلیون نفر) ۲۰۰۹	جمعیت ۱۵-۶۴ سال (درصد از کل) ۲۰۰۹	کل نیروی کار (میلیون نفر) ۲۰۰۸	نرخ مشارکت جمعیت بالاتر از ۱۵ سال (درصد از کل) ۲۰۰۸	نسبت اشتغال به جمعیت بالاتر از ۱۵ سال (درصد) ۲۰۰۸	نرخ بیکاری کل (درصد از کل نیروی کار) ۲۰۰۸
برزیل	۱۹۳,۷۳۳,۷۹۵	۶۷/۳	۹۹,۹۴۵,۰۵۶	۷۱	۶۴	۷/۹
کانادا	۳۳,۷۳۹,۹۰۰	۶۹/۶	۱۸,۶۶۰,۱۸۲	۶۷	۶۱	۶/۱
چین	۱,۳۳۱,۴۶۰,۰۰۰	۷۱/۷	۷۷۶,۸۸۰,۹۶۱	۷۴	۷۱	۴/۲
مصر	۸۲,۹۹۹,۳۹۳	۶۳/۱	۲۶,۳۱۵,۷۳۲	۴۸	۴۳	۸/۷
فرانسه	۶۲,۶۱۶,۴۸۸	۶۴/۹	۲۸,۶۱۱,۲۵۵	۵۶	۴۸	۷/۴
آلمان	۸۱,۸۷۹,۹۷۶	۶۶/۲	۴۲,۳۷۵,۱۱۹	۶۰	۵۲	۷/۵
هند	۱,۱۵۵,۳۴۷,۶۷۸	۶۳/۹	۴۴۹,۸۸۸,۲۰۰	۵۸	۵۶	
ایران	۷۲,۹۰۳,۹۲۱	۷۱/۱	۲۷,۷۸۳,۲۶۶	۵۱	۴۹	۱۱/۴
ژاپن	۱۲۷,۵۶۰,۰۰۰	۶۴/۷	۶۶,۸۷۶,۹۹۵	۶۱	۵۴	۴/۰
جمهوری کره	۴۸,۷۴۷,۰۰۰	۷۲/۵	۲۴,۴۱۸,۰۷۳	۶۱	۵۸	۳/۲
مکزیک	۱۰۷,۴۳۱,۲۲۵	۶۵/۱	۴۶,۷۰۶,۰۷۲	۶۲	۵۷	۴/۰
نیجریه	۱۵۴,۷۲۸,۸۹۲	۵۴/۳	۴۸,۶۲۰,۱۲۷	۵۶	۵۲	
پاکستان	۱۶۹,۷۰۸,۳۰۳	۵۹/۰	۵۵,۸۳۶,۷۷۰	۵۴	۵۲	
روسیه	۱۴۱,۸۵۰,۰۰۰	۷۲/۱	۷۶,۰۲۵,۸۱۰	۶۳	۵۷	۶/۲
افریقای جنوبی	۴۹,۳۲۰,۱۵۰	۶۵/۰	۱۸,۶۸۲,۴۲۹	۵۵	۴۱	۲۲/۹
تایلند	۶۷,۷۶۴,۰۳۳	۷۰/۷	۲۸,۴۹۴,۸۹۴	۷۳	۷۲	۱/۴
ترکیه	۷۴,۸۱۵,۷۰۳	۶۷/۳	۲۵,۷۶۲,۶۳۸	۴۸	۴۲	۹/۴
بریتانیا	۶۱,۸۳۸,۱۵۴	۶۶/۱	۳۱,۴۹۴,۹۳۹	۶۲	۵۶	۵/۶
ایالات متحدهٔ آمریکا	۳۰۷,۰۰۷,۰۰۰	۶۶/۹	۱۵۸,۳۷۴,۵۸۹	۶۵	۵۹	۵/۸
جهان	۶,۷۷۵,۲۳۵,۷۴۱	۶۵/۳	۳,۱۳۱,۹۲۳,۳۹۹	۶۵	۶۰	

منبع: UNDP, 2009

۴. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

در جمع‌بندی مباحث مطرح‌شده، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- بهبود بازار کار در گرو عملکرد مطلوب چرخهٔ فعالیت‌های اقتصادی، اتخاذ سیاست‌ها و خط‌مشی‌های صحیح اقتصادی، مدیریت و تخصیص بهینهٔ منابع مالی و فیزیکی، محیط مناسب کسب‌وکار، و فضای کلان سرمایه‌گذاری است.
- اصولاً هر فرصت شغلی معادل ۳۰ نفر-سال کار است که

- از منظر فردی و اجتماعی، اشتغال سه جنبهٔ درآمدی، تولیدی و هویتی دارد.

- «ناپایداری بازار کار» هم از جنبه عرضه مورد تهدید است و هم از جنبه تقاضا. اما مهم‌ترین مسئله موضوع تجارت خارجی است که به شدت تحت تأثیر دیپلماسی کلان کشور است. به طور مشخص، ورود بی‌رویه کالا بدون هیچ برنامه و سیاست مناسب اقتصادی انجام می‌شود و بزرگ‌ترین ضربه را به بنیان‌های تولیدی جامعه و بازار کار وارد کرده است.

آنچه از مقایسه وضعیت شاخص‌های کشور ما با سایر کشورها قابل استنباط است مربوط به مکانیزم‌های رشد اقتصاد ایران است. کشور ما، به رغم برخورداری از درآمدهای ارزی صدها میلیاردی از منابع نفتی، منابع انسانی قابل توجه، انواع منابع طبیعی، و موقعیت جغرافیایی و سیاسی خود نتوانسته رشدی بیشتر از متوسط جهانی داشته باشد. فقدان رشدی متناسب با منابع مذکور، به‌ویژه منابع ارزی که سالانه به اقتصاد ایران تزریق می‌شود، ایران را با پدیده استفاده نامطلوب از منابع در اختیار که در قالب تحولات بهره‌وری عوامل تولید متجلی می‌شود مواجه ساخته است. به دیگر سخن، اگر برای تقسیم‌بندی کشورهای جهان از اصطلاح «اقتصاد خوب مدیریت‌شده»^۱ استفاده کنیم، کشور ما منابع در اختیار خود را به بدترین شیوه مورد استفاده قرار داده و می‌دهد. بنابراین، برای نیل به اقتصادی خوب مدیریت‌شده، نیازمند تحول اساسی در رفتار احاد اقتصادی مانند خانوارها و بنگاه‌ها از یک سو و تغییر شیوه حکمرانی به سمت دولت و حکومتی مبتنی بر شایسته‌سالاری از سوی دیگر هستیم.

منابع

- امیری، الهام و همکاران. (۱۳۸۳)، *شاخص‌های کار شایسته*، تهران، مؤسسه کار و تأمین اجتماعی.
- بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران، گزارش اقتصادی و ترازنامه بانک در سال‌های مختلف.
- رابرتسون، جیمز. (۱۳۷۸)، *آینده کار*، ترجمه سید مهدی الوانی و حسن دانایی‌فرد، تهران، نشر نی.
- ریف‌کین، جرمی. (۱۳۷۹)، *پایان کار*، ترجمه حسن مرتضوی، تهران، دانش ایران.

بر اثر فعل و انفعالات چرخه زندگی اقتصادی در بازار کار ایجاد می‌شود. از همین منظر است که می‌گوییم: تقاضای نیروی کار مشتق از تولید است.

- روند شاخص‌های جمعیتی ضرورت بازنگری در پاره‌ای از اهداف و خط‌مشی‌ها و سیاست‌ها را در اقتصاد ایران مطرح می‌سازد. به طور مشخص، جمعیت گروه‌های سنی ۱۴-۱۰، ۱۹-۱۵ و ۲۴-۲۰ سال می‌تواند گویای عرضه بالقوه نیروی کار میان‌مدت در آغاز هر دهه‌ای تلقی شود. شاخص مذکور در سال ۱۳۸۵ بالغ بر ۲۴/۴ میلیون نفر بوده است.
- عرضه نیروی کار در سال ۱۳۸۵ بالغ بر ۲۳/۵ میلیون نفر بوده است. تقاضای نیروی کار یا جمعیت شاغل، با توجه به اتخاذ سیاست‌ها و خط‌مشی‌های اقتصادی در برنامه‌های میان‌مدت توسعه اقتصادی در طول ۴۰ سال گذشته، از ۷/۱ میلیون نفر در سال ۱۳۴۵ به ۲۰/۵ میلیون نفر در سال ۱۳۸۵ رسید.
- اگر سال پایه برنامه پنجم را ۱۳۸۹ در نظر بگیریم، با توجه به تداوم رکود مزمن سال‌های اخیر و عرضه نیروی کار جدید ۱۰۰۰-۸۰۰ هزار نفری به بازار کار، عرضه نیروی کار نزدیک به ۲۷ میلیون، تقاضای نیروی کار ۲۲ میلیون، و تعداد بیکاران نزدیک به ۵ میلیون نفر خواهد شد و نرخ بیکاری از مرز ۱۸ درصد خواهد گذشت.
- شاخص «نسبت شاغلان به جمعیت» نشان‌دهنده بار معیشت (ناخالص) است. تحولات این شاخص در طول ۴۰ سال گذشته از ۲۸ درصد در سال ۱۳۴۵ به پایین‌ترین سطح (۲۲ درصد) در سال ۱۳۶۷ و ۳۰ درصد در سال ۱۳۸۶ رسیده است. بار معیشت ناخالص در سال ۱۳۸۶ حدود ۳/۳ نفر بوده است.
- جمعیت بیکار و نرخ بیکاری، از هر دیدگاهی که مد نظر قرار گیرد، شاخصی برای ادوار تجاری، رنج و مشقت اقتصادی احاد جامعه، و عملکرد اقتصادی است.
- با توجه به تحولات جمعیتی و گسترش نظام آموزش عالی، عرضه نیروی کار زیر دیپلم در بازار کار آینده کشور نخواهیم داشت. بنابراین، نوع مشاغل مورد نیاز با توجه به عرضه میلیونی نیروی کار برای اقتصاد ایران بسیار قابل تأمل است.

- McConnell, C. R., S. I. Brue and D. A. Macpherson. (1999), *Contemporary Labor Economies*, McGraw-Hill, 5th ed.
- Reynolds, G. L. (1982), *Labor Economies and Labor Relations*, Prentice and Hall.
- Sen, Amartya. (1996), "Employment, Institutions and Technology: Some Policy Issues", *International Labour Review* 135/3-4.
- _____. (1997), "Inequality, Unemployment and Contemporary Europe", *International Labour Review* 136/2.
- UNDP. (2009), *World Development Indicator*.

- شارع‌پور، محمود. (۱۳۸۱)، *توانمندی‌ها و شایستگی‌های کانونی دانش‌آموختگان آموزش عالی*، تهران، مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی.
- طائی، حسن. (۱۳۸۲)، *بازشناسی و پیش‌بینی وضعیت منابع انسانی*، تهران، مؤسسه پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش عالی.
- _____. (۱۳۸۹)، «ارزیابی اشتغال در برنامه چهارم از منظر سیاست‌ها و عملکردها»، ارائه‌شده در همایش ملی بررسی برنامه پنجم توسعه، مجلس شورای اسلامی.
- مرکز آمار ایران. سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال‌های مختلف (۱۳۵۵، ۱۳۶۵، ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵).

سلامت روان

آمنه ستاره فروزان*، اسماعیل خدمتی مرصع**

مقدمه

«سلامت خبر از عمده‌ترین عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی در جوامع امروزی می‌دهد، گزارشی که نمی‌توان آن را نادیده گرفت، یا شاید بهتر باشد بگوییم که امروزه سلامت نشان‌دهنده تمایز میان موفقیت مادی و شکست اجتماعی جوامع است» (Wilkinson, 1996). برای تمامی افراد، برخورداری از سلامت جسمی و روانی و اجتماعی که ابعادی درهم‌تنیده‌اند امری حیاتی است. با افزایش درک ما از این رابطه، این موضوع بیشتر آشکار می‌گردد که وجود سلامت روان برای بهزیستی افراد و جوامع و کشورها ضروری است. در اصل، سلامت بدون سلامت روان مفهوم پیدا نمی‌کند. سلامت روان شامل بهزیستی ذهنی، خودکارآمدی ادراک‌شده، استقلال، شایستگی، ارتباط درون‌نسلی، و توانایی تشخیص پتانسیل عاطفی و عقلانی خود است.

اهمیت سلامت روان و نقش آن در بقای ما حاکی از اهمیت انسان در جایگاه موجودی اجتماعی است (Friedli, 2009). سلامت روان بر تمامی جنبه‌های زندگی انسان تأثیرگذار است. این بعد از سلامت هم دارای ارزش مادی و هم غیرمادی یا ذاتی برای فرد، جامعه و فرهنگ است. در واقع، سلامت روان ارتباطی دوسویه با بهزیستی و بهره‌وری جامعه و افراد آن دارد (Cattan and Tilford, 2006).

۱. تعاریف

۱.۱. سلامت روان

چگونگی تعریف سلامت روان از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. توافق گسترده‌ای بر سر اینکه مفهوم سلامت روان فراتر از فقدان بیماری روانی بالینی است و، در عین حال، بحث‌های فراوانی هم درباره عناصر لازم یا کافی در تعریف «بهداشت روان مثبت» وجود دارد. تفاوت ارزش‌ها و فرهنگ‌ها و طبقات اجتماعی در میان کشورها می‌تواند رسیدن به اجماع در تعریف را دشوار سازد. سازمان

* دکترای روان‌پزشکی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
** کارشناسی ارشد رفاه اجتماعی

- آموزش، تحصیلات و سواد
- وضعیت اشتغال / شرایط کار
- تبعیض
- محیط فیزیکی
- حمایت / طرد اجتماعی

نظام‌های خدمات عمومی، از طریق اجرای سیاست‌ها و برنامه‌ها و در نتیجه تخصیص منابع، نقش مهمی در شکل دادن به عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت روان دارند. عملکرد این نظام‌ها در زمینه تأمین رفاه اجتماعی، مسکن، امنیت عمومی، مراقبت‌های بهداشتی، عدالت، حمل و نقل و مالکیت زمین است. از همین روست که رویکرد آگاهانه به عوامل اجتماعی به منظور کاهش نابرابری در سلامت بر اصلاحات گسترده در نظام‌های عمومی تأکید دارد (The Adler Institute on Social Exclusion, 2010).

۲. رویکرد نظری: سلامت روان و توسعه

جامعه همچون نردبانی است که پله‌های آن تعیین می‌کنند که هریک از افراد آن جامعه زندگی خوب و سعادتمندانه و سالم و ایمنی خواهند داشت یا اینکه زندگی آنها همراه خواهد بود با دشواری‌ها، درآمد ناکافی، ضعف سلامت و آسیب‌پذیری. افرادی که بر پله‌های بالایی قرار دارند به بهترین شکل تحصیل و محترمانه‌ترین شغل‌ها را تصاحب می‌کنند و صاحب مسکن راحت برای زندگی هستند. اما بر پله‌های پایین افرادی قرار دارند که به طور نامطلوبی تحصیل می‌کنند، دوره‌های طولانی بیکاری یا اشتغال به مشاغلی با حقوق پایین را تجربه، و در خانه‌هایی زیر استاندارد زندگی می‌کنند. افرادی که در میانه نردبان قرار دارند منابع بیشتری نسبت به افراد پله‌های پایین‌تر و منابع بسیار کمتری نسبت به افراد پله‌های بالا در اختیار دارند. از میان تمام پیامدهایی که موقعیت فرد بر نردبان تعیین می‌کند، هیچ‌یک به اندازه سلامت اساسی نیست. در واقع، موقعیت فرد روی این نردبان نشان می‌دهد که طول عمر او چقدر خواهد بود و در طول حیات خود چقدر فرد سالمی خواهد بود. هر گامی به سمت بالا بر این نردبان تفاوت معناداری در سلامت افراد ایجاد می‌کند. این یافته بسیار حیرت‌انگیز است زیرا ما معمولاً تمایل داریم سلامت را شرایطی در نظر بگیریم که با تأثیر میراث ژنتیکی ایجاد و تثبیت می‌شود، اما ژن‌ها تنها

جهانی بهداشت سلامت روان را چنین تعریف کرده است: «نوعی بهزیستی که افراد را قادر می‌سازد توانایی‌های خود را تشخیص دهند، با عوامل استرس‌زای معمولی زندگی کنار بیایند، به طور مؤثر و با بهره‌وری کار و به جامعه خود کمک کنند» (WHO, 2003). در این رویکرد مثبت، سلامت روان پایه و اساس بهزیستی و عملکرد مؤثر برای فرد و جامعه است.

۲.۱. عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت

سازمان جهانی بهداشت عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت را شرایطی توصیف کرده است که در آن مردم «به دنیا می‌آیند، رشد و زندگی و کار می‌کنند و به سالمندی می‌رسند» (WHO, 2009). نحوه توزیع ثروت و قدرت و منابع در سطوح جهانی و ملی و محلی این شرایط را ایجاد می‌کند. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، این شرایط که به شدت تحت تأثیر انتخاب‌های سیاسی است عامل اصلی ایجاد نابرابری در سلامت است. عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت روان را می‌توان در سه حوزه طبقه‌بندی کرد:

- فردی: شامل توانایی مدیریت احساسات و افکار و زندگی به طور کلی، انعطاف‌پذیری عاطفی، و توانایی مقابله با شرایط استرس‌زا؛
- جامعه: شامل حمایت اجتماعی، داشتن حس خوب تعلق، تجربه شهروندی و مشارکت در جامعه خود؛
- ساختار: شامل عوامل اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی، از قبیل مسکن، اشتغال و درآمد، فرصت‌های آموزش و پرورش، دسترسی به حمل و نقل خوب، نظام‌های خدمات عمومی، و نظام سیاسی تضمین‌کننده ارتقای سلامت.

عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت روان بیشترین تأثیر را بر سلامت و بیماری روانی می‌گذارند. برخی از این عوامل عبارت‌اند از:

- درآمد
- امنیت غذایی
- کیفیت مسکن
- موقعیت اجتماعی
- خشونت

سال‌های عمر توأم با ناتوانی (DALY)^۱، نابرابری در توزیع و تأثیر اختلالات، و تأثیر اختلالات بر ابعاد دیگر سلامت.

مطالعات همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی در کشورهای مختلف جهان نشان می‌دهد که میزان شیوع این اختلالات به دلیل تنوع ابزار مورد استفاده و جامعه آماری و شیوه‌های تشخیصی بسیار متفاوت برآورد می‌شود و از ۷/۳ درصد تا ۳۹/۸ درصد متغیر بوده است (Lee et al., 1990). در جدول ۱ اطلاعات مربوط به برخی مطالعات انجام‌شده در زمینه شیوع اختلالات روانی در سایر کشورها آمده است. در حال حاضر شواهد پایه‌ای قوی در مورد میزان شیوع اختلالات روانی وجود دارد. تخمین زده می‌شود که در حدود ۱۰ درصد از جمعیت کودک و بزرگسال در هر دوره زمانی به حداقل یک اختلال روانی مبتلا هستند (WHO, 2008a). همچنین واضح است که تفاوت‌های فاحشی در میزان شیوع اختلالات روانی در هر جمعیت و بین جمعیت‌های مختلف وجود دارد (Saha et al., 2004; Demyttenaere et al., 2005). طیفی از عوامل از جمله عوامل اجتماعی در توضیح این تفاوت و احتمال ابتلا به اختلالات روانی نقش دارند. به طور خلاصه می‌توان گفت اختلالات روانی شیوع نامتوازی دارند و افراد محروم از نظر اجتماعی و اقتصادی فشار روانی نامتناسبی را متحمل می‌شوند.

جدول ۱. شیوع مشکلات روانی و عصبی در مناطق مختلف دنیا (درصد)

مناطق	اسکیزوفرنی	اختلال دوقطبی	فشار عصبی	بیماری روانی	زوال عقل
افریقا	۰/۲۸	۰/۳۷	۲/۱۰	۰/۱۴	۱/۰۴
امریکا	۰/۴۲	۰/۴۵	۲/۸	۰/۱۶	۱/۲۶
خاورمیانه	۰/۳۶	۰/۴۱	۲/۷۹	۰/۱۵	۰/۵۵
اروپا	۰/۵۰	۰/۵۰	۲/۸۳	۰/۳۰	۰/۴۲
جنوب شرق آسیا	۰/۳۷	۰/۴۳	۲/۸۸	۰/۲۶	۰/۵۸
غرب اقیانوس آرام	۰/۴۴	۰/۵۰	۲/۸۴	۰/۱۳	۰/۳۹

منبع: Bruckner et al., 2010

گزارش اخیر بار جهانی بیماری‌ها و عوامل خطر به معیاری برای ارزیابی و مقایسه بار بیماری‌ها ناشی از شرایط بهداشتی هر

بخشی از این تصویر را می‌سازند (Adler et al. 2007). از این رو، نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی و تأثیر آنها بر سلامت یکی از موضوعاتی است که امروزه به شدت مورد توجه است زیرا ارتقای سلامت در جوامع بیمار بسیار دشوارتر از کمک به افراد بیمار در جوامع سالم است (Pickering, 2007).

امروزه تأمین سلامت بیش از همیشه در صدر برنامه‌های توسعه جهانی قرار دارد و وجود نابرابری در سلامت در درون و میان کشورها به یک نگرانی عمده برای جامعه جهانی تبدیل شده است (WHO, 2003; Evans et al., 2001). رابطه بین سلامت، شرایط مادی (ثروت و درآمد) و نابرابری‌ها (موقعیت اجتماعی-اقتصادی) موضوع بحثی است که دلالت‌های بسیار مهمی برای سلامت روان دارد. با افزایش درک ما از این رابطه، بیشتر آشکار می‌گردد که تأمین سلامت روان برای توسعه جوامع و کشورها ضروری است. اگر محرومیت نسبی مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده سلامت باشد، پاسخ‌های عاطفی و شناختی به نابرابری از اهمیت شایانی برخوردار خواهند شد (Friedli, 2009). مدت‌هاست که رابطه میان موقعیت اجتماعی و جنبه‌های گوناگون سلامت روانی توجه محققان بالینی را به خود جلب کرده و حجم عظیم تحقیقات نشان‌دهنده اهمیت موقعیت اجتماعی در درک بیماری‌های روانی و معلولیت ناشی از آنهاست. مطالعات همه‌گیری‌شناسی در سراسر دنیا وجود رابطه معکوسی را بین بیماری روانی و طبقه اجتماعی نشان داده‌اند (Vijaya and Femi, 2004). در حقیقت، مسئله نابرابری در میزان ابتلا به بیماری‌های روانی نیز مطرح است و شرایط اجتماعی-اقتصادی نامطلوب با ابتلای بیشتر به بیماری‌های روانی، ناتوانی بیشتر و دسترسی کمتر به خدمات بهداشتی ارتباط دارد (Lorant et al., 2003).

۳. همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی در دیگر کشورها

در حدود ۴۵۰ میلیون نفر در جهان دچار اختلالات روانی و رفتاری و از این تعداد حدود ۲۵ میلیون نفر به اسکیزوفرنی مبتلا هستند. این بدان معناست که در یک خانواده از هر چهار خانواده، حداقل یک عضو مبتلا به اختلال روانی وجود دارد (WHO, 2005).

بار جهانی اختلالات روانی را می‌توان از چهار طریق بررسی کرد: میزان شیوع اختلالات، بار این اختلالات در اندازه‌گیری

1. Disability Adjusted Life Years

مهم‌ترین موارد ابتلا در بخش مراقبت‌های بهداشتی اولیه هستند و ناتوانی قابل توجهی را به جامعه تحمیل می‌کنند آشکار می‌گردد (WHO, 2001).

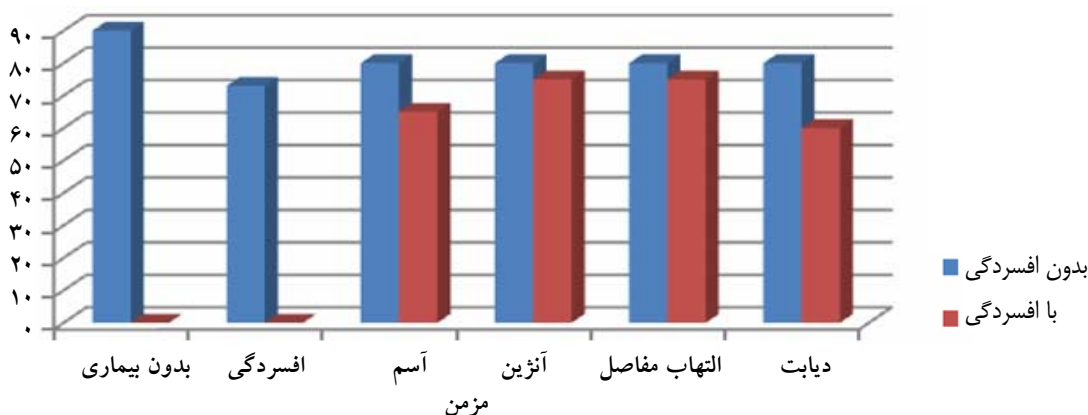
از میان اختلالات روانی، افسردگی مشکل عمده سلامت عمومی در کلیه جوامع است. این اختلال ۴/۵ درصد از کل بار جهانی بیماری‌ها را تولید می‌کند. طبق اعلام اتحادیه اروپا در سال ۲۰۰۵، سالانه تنها افسردگی ۱۸/۴ میلیون یورو هزینه به کشورهای عضو این اتحادیه تحمیل می‌کند (European Commission, 2005). نمودار ۱ براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO, 2008b) از بیماری‌ها و عوارض ناشی از آنها تهیه شده است. این نمودار وضعیت سلامت افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن را نشان می‌دهد. در این مقایسه، امتیاز صفر نشان‌دهنده بدترین و امتیاز صد نمایانگر بهترین وضع سلامت است. وضعیت سلامت افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن شایع با و بدون هم‌ابتلا با افسردگی نیز در نمودار مقایسه شده است.

۴. وضعیت سلامت روان در ایران

۱.۴. سیاست‌ها و برنامه‌ها

روند توسعه خدمات سلامت روان را در ایران می‌توان در چهار دوره بررسی کرد. در دوره اول که تا دهه ۱۳۲۰ ادامه یافت، دارالمجانین‌هایی با شرایط بسیار نامناسب در شهرهای بزرگ از

منطقه از جهان تبدیل شده است. از یافته‌های مهم این گزارش آن است که اختلالات عصب‌روان‌پزشکی^۱ شامل اختلالات روانی مانند افسردگی تک‌قطبی، اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنی، صرع، سوء مصرف الکل و مواد مخدر، زوال عقل، اختلالات اضطرابی و عقب‌ماندگی ذهنی بیش از ۱۲ درصد از بار جهانی بیماری‌ها را تشکیل می‌دهند. هم‌اکنون، از ۱۰ بیماری عمده‌ای که سبب ناتوانی می‌شوند، ۴ بیماری مربوط به اختلالات روانی است: افسردگی تک‌قطبی (۱۰/۷ درصد)، اختلال خلقی دوقطبی (۳ درصد)، اسکیزوفرنی (۲/۶ درصد) و وسواس (۲/۲ درصد). در کشورهای با درآمد کم و متوسط، در حدود ۱۰ درصد از کل بار بیماری‌ها تنها ناشی از اختلالات روانی است، و اگر صدمات ناشی از آسیب به خود هم در محاسبه گنجانده شود این نسبت به ۱۱ درصد افزایش می‌یابد. با محاسبه سال‌های عمر توأم با ناتوانی (DALY) این رقم به ۲۸ درصد افزایش می‌یابد. از میان کلیه اختلالات روانی، افسردگی تک‌قطبی عامل عمده بار بیماری‌های عصب‌روان‌پزشکی است، و بالاترین بار اختلالات روانی در جمعیت بزرگسال گزارش شده است (Patel et al., 2007). باید در نظر داشت که در این‌گونه محاسبات، به دلیل واهمه افراد از «آنگ» همراه با اختلال روانی و در نتیجه عدم تمایل آنان به گزارش‌دهی دقیق، برآوردها کمتر از واقعیت است. بنابراین، اهمیت پرداختن به اختلالات روانی در بحث سلامت عمومی با توجه به این حقیقت که این اختلالات جزو



نمودار ۱. میانگین نمره سلامت براساس وضعیت ابتلای افراد به بیماری

منبع: WHO, 2008b

جمله تهران، همدان، شیراز و اصفهان وجود داشت. دوره دوم از دهه ۱۳۲۰ آغاز گردید، یعنی برهه‌ای که دانشکده پزشکی در کشور

1. neuropsychiatric

- تدوین آیین‌نامه‌های آموزشی برای تمام سطوح ارائه بهداشت (۱۳۶۷)؛
- بازنگری‌ها و برپایی کارگاه‌هایی در خصوص برنامه کشوری (۱۳۷۰) و روش‌شناسی تحقیقات بهداشت روان (۱۳۷۲)؛
- بزرگداشت سالانه هفته بهداشت روان از مهرماه ۱۳۶۴؛
- ارتقای سطح آگاهی سایر کارکنان بهداشت از طریق برگزاری کارگاه و سمینار و کنفرانس؛
- ارتقای سطح آگاهی عمومی در مورد بهداشت روان از طریق رسانه‌ها.

خدمات بهداشتی اولیه (PHC)^۳ و بهداشت روان

خدمات بهداشتی اولیه مراقبت‌هایی اساسی هستند که تمامی افراد خانواده‌ها را از طریق مشارکت کامل مردم، با هدف تأمین همگانی و ارزان خدمات، زیر پوشش قرار می‌دهند. بهترین روش برای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی مناسب و مورد نیاز مردم سطح‌بندی خدمات بهداشتی است. بر مبنای این روش، استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی از اولین سطح یعنی بهورز که مسئول آموزش بهداشت روان در روستا و بیماریابی و ارجاع و پیگیری درمان است شروع می‌شود. بهورز که در خانه بهداشت مستقر است بیماران را با تشخیص ابتلا به بیماری خفیف روانی (افسردگی، اضطراب، وسواس و...)، بیماری روانی شدید (سایکوزها)، صرع، عقب‌ماندگی ذهنی و سایر بیماری‌ها به سطح بالاتر یعنی پزشک عمومی ارجاع می‌دهد. مرکز بهداشتی-درمانی شهری و روستایی اولین سطح درمانی است و پزشک عمومی مستقر در این مرکز ارائه‌دهنده خدمات بهداشت روان به بیماران است که بهورز ارجاع می‌دهد یا خود مستقیم مراجعه می‌کنند. در صورت نیاز، بیماران به سطح سوم (روان‌پزشک یا پزشک دو ماه دوره‌دیده شهرستان) و سطح چهارم (بیمارستان‌ها و مراکز فوق تخصصی روان‌پزشکی) ارجاع داده می‌شوند. استفاده از این روش منجر به ارتقای سطح سلامت، کاهش هزینه‌های خانواده‌ها، دسترسی فوری‌تر به خدمات مورد نیاز، کاهش هزینه‌های عمومی و منافع فراوان دیگر می‌شود. یکی از نیازهای اساسی در مجموعه نیازهای بهداشتی و درمانی، سلامت روان است و همان‌گونه که در تعریف سلامت اشاره شد، سلامت

تأسیس و روان‌پزشکی شاخه‌ای از طب مدرن محسوب شد. تأسیس بیمارستان‌های دانشگاهی جدید و ایجاد و رشد دیپارتمان‌ها و بیمارستان‌های روان‌پزشکی و آموزش دستیاری روان‌پزشکی در سال‌های دهه ۱۳۴۰، حداقل در شهرهای بزرگ، منجر به بهبود مراقبت از بیماران شد.

در سومین دوره، که سال‌های دهه ۱۳۵۰ را شامل می‌شد، تلاش‌هایی در جهت دستیابی به مراقبت‌های جامع بهداشت روان در اولین معاونت وزارت بهداشت و تأمین اجتماعی صورت گرفت. این وزارتخانه اقدام به پژوهش‌های همه‌گیری‌شناسی و تأسیس تعدادی بیمارستان و مرکز جدید روان‌پزشکی در نقاط مختلف کشور و شروع به آموزش سطح‌بندی‌شده در روان‌پزشکی و روان‌پرستاری کرد. این برنامه‌های آموزشی و تحقیقاتی، پس از انقلاب اسلامی در سال ۱۳۵۷، به انستیتو روان‌پزشکی تهران سپرده شد. چهارمین دوره از مهرماه ۱۳۶۵ که برنامه ملی بهداشت روان (NPMH)^۱ به کوشش یک تیم چندرشته‌ای از متخصصان ارائه و در دولت پذیرفته شد آغاز گردید. راهبرد اصلی عبارت بود از ادغام فعالیت‌های جدید در یک نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه کارآمد (یاسمی و دیگران، ۱۳۸۲).

از ۱۳۶۷ تا ۱۳۶۹، یک مطالعه آزمایشی^۲ موفق در خصوص ادغام برنامه سلامت روان در شبکه بهداشت کشور در شهرهای شهرکرد و شهرضا انجام شد. نتایج مطالعه حاکی از افزایش قابل ملاحظه دانش بهورزان و بهبود مهارت‌های بیماریابی در مقایسه با مناطق شاهد بود. متعاقب آن، حرکت‌هایی در کشور صورت گرفت که منجر به گسترش سریع‌تر برنامه شد. برخی عوامل مؤثر در این امر عبارت بودند از:

- ایجاد واحد سلامت روان در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛
- اعلام بهداشت روان به عنوان نهمین جزء مراقبت‌های بهداشتی اولیه؛
- تشکیل کمیته مشورتی بهداشت روان کشوری که اعضای آن عمدتاً اعضای هیئت علمی دانشکده‌های پزشکی بودند؛

1. National Programme of Mental Health

2. pilot study

3. Primary Health Care

شامل همان اجزای قبلی به عنوان سیاست‌های سلامت روان است. علاوه بر این، مباحث بودجه، بازه زمانی مشخص و اهداف در آخرین برنامه بهداشت روان تصریح شده است (WHO, 2006). نتایج مطالعه‌ای که با هدف تبیین دستاوردها و مشکلات بهداشت روان در ایران انجام شده (عاطف وحید، ۱۳۸۳) حاکی از آن است که علاوه بر اجرای طرح ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های اولیه، پیشرفت‌های قابل توجهی نیز در سایر حوزه‌های سلامت روان حاصل شده که از آن جمله می‌توان موارد زیر را برشمرد:

- اقدامات مؤثر در زمینه پیشگیری و درمان اعتیاد؛
- اقدامات قابل ملاحظه در زمینه بهداشت روان در بلایای طبیعی و سوانح؛
- توجه بیشتر به بهداشت روان کودکان و نوجوانان در مدارس.

همچنین در مطالعه فوق‌الذکر به ضرورت‌های پیش روی برنامه سلامت روان در کشور اشاره شده است که از مهم‌ترین آنها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- ارتقای کیفیت ارائه خدمات بهداشت روان به جمعیت‌های تحت پوشش؛
- گسترش کمی و توسعه طرح ادغام بهداشت روان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه؛
- توجه بیشتر به برنامه‌های ارتقای بهداشت روان؛
- گسترش برنامه‌های بهداشت روان کودکان و نوجوانان؛
- توجه و سرمایه‌گذاری بیشتر در برنامه‌های بهداشت روان در بلایا و پیشگیری و درمان اعتیاد؛
- تدوین قانون جامع بهداشت روان؛
- توجه جامع به مقوله‌های مرتبط با بهداشت روان، به‌ویژه موضوعاتی از قبیل آسیب‌های اجتماعی، آزار، خشونت، و خودکشی.

منابع مالی خدمات سلامت روان

از مجموع هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی که بخش دولتی تأمین می‌کند، ۳ درصد به خدمات و برنامه سلامت روان اختصاص می‌یابد. از کل منابع مالی فوق‌الذکر، ۱۸ درصد به بیمارستان‌های روان‌پزشکی

روان یکی از عناصر اساسی سلامت است. در حال حاضر، برنامه کشوری سلامت روان در مناطق شهری و روستایی در دست اجراست و جمعیتی بالغ بر ۳۰ میلیون نفر را زیر پوشش دارد (یاسمی و دیگران، ۱۳۸۲).

خدمات سلامت روان در سوانح و بلایا

برنامه آمادگی برای مداخلات روانی- اجتماعی در سوانح و بلایا در سال ۱۳۷۷ تدوین شده و در سال ۱۳۸۳ مورد بازنگری قرار گرفته است. این برنامه در زلزله بم عملیاتی شده است.

ارزشیابی خدمات سلامت روان در جمهوری اسلامی ایران

در ایران، سیستم جمع‌آوری اطلاعات ساده‌ای برای ثبت موارد اختلالات روانی مثل روان‌پریشی، افسردگی، صرع و عقب‌ماندگی ذهنی وجود دارد. این سیستم گزارش بهداشت روان در شبکه‌های بهداشتی فعال است. نظارت بر فعالیت‌های در حال انجام مرتبط با سلامت روان از طریق اخذ گزارش منظم و تجزیه و تحلیل آماری و بازدیدهای دوره‌ای میدانی متخصصان مسئول در استان‌ها و دفتر مرکزی تهران انجام می‌شود. ارزشیابی مستقلی نیز در سال ۱۳۷۶ از طرف دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت انجام شده است. این ارزشیابی شامل مطالعات میدانی و جمع‌آوری داده‌ها از ۲۶۶ بهورز و خانه بهداشت، ۹۱ پزشک عمومی و مرکز بهداشتی- درمانی روستایی، و ۷۳۷ خانواده ساکن روستا در مناطق مجری برنامه می‌شد. همچنین مطالعه اختلالات روانی مراجعه‌کنندگان به پزشکان عمومی و مسیر درمان را دربرمی‌گرفت. نتایج حاصل از این بررسی نشان داد که تجربه ایران در زمینه اصلاح برنامه سلامت روان چندعاملی است. ادغام سلامت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه دستاورد بسیار مهم این برنامه است. وسعت پوشش خدمات، به‌ویژه در مناطق روستایی، نشان می‌دهد که در صورت وجود زیرساخت مناسب و حمایت سیاسی کافی، ادغام برنامه سلامت روان در شبکه بهداشت ممکن است. پرسنل بهداشتی نیز در صورت ارائه آموزش و نظارت و حمایت مناسب نظام ارجاع قادر هستند خدمات پایه مراقبت‌های سلامت روان را فراهم آورند. در مجموع، توفیق راهبرد ادغام مرهون وجود شبکه‌های بهداشتی فعال و سازمان‌یافته بوده است. آخرین بازنگری برنامه سلامت روان در سال ۱۳۸۳ انجام شده است و

جدول ۲. اطلاعات دو علت اول بار اختلالات روانی

اختلال روانی	بار اختلال در صدهزار نفر	درصد بار بیماری‌ها	درصد بار اختلالات روانی
افسردگی	۹۰۴/۴	۴/۲	۲۶/۱
اختلالات دوقطبی	۴۰۲/۸	۱/۹	۱۱/۶

منبع: نقوی و دیگران، ۱۳۸۷

در ایران دو مطالعه ملی در سال‌های ۱۳۷۸ و ۱۳۸۰ با هدف همه‌گیری‌شناسی اختلالات سلامت روان انجام شده است. مطالعه اول با استفاده از پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی به عنوان ابزار بررسی سلامت روان و غربالگری اختلالات روانی و دومین مطالعه با استفاده از پرسش‌نامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنی (SADS) انجام شده است. شایان ذکر است که پیش از این دو مطالعه ملی، مطالعات پراکنده در مناطق جغرافیایی مختلف با ابزارهای متفاوت و در مورد جمعیت‌های گوناگون انجام شده بود.

اولین مطالعه ملی بررسی وضعیت سلامت روان افراد ۱۵ سال و بالاتر ساکن مناطق روستایی و شهری استان‌های کشور در سال ۱۳۷۸ انجام شد. برای این منظور، ۳۵۰۱۴ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای از بین افراد ۱۵ سال و بالاتر خانوارهای کشور انتخاب شدند و پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی به عنوان ابزار بررسی سلامت روان و غربالگری اختلالات روانی در مورد آنها تکمیل شد. در این مطالعه، تعیین نمره برش براساس مراجعه مجدد به یک زیرگروه ۸۷۹ نفری از افراد با مصاحبه بالینی روان‌پزشکی طبق ملاک‌های ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که با روش نمره‌گذاری سنتی، نمره ۶ نمره تشخیصی برش است. به طور کلی، ۲۱ درصد افراد مورد مطالعه (۲۵/۹ درصد زنان و ۱۴/۹ درصد مردان) مشکوک به اختلال روانی بوده‌اند. بالاترین میزان شیوع اختلالات روانی در کشور مربوط به استان‌های چهارمحال و بختیاری و گلستان به ترتیب با ۳۸/۹ و ۳۷/۳ درصد و پایین‌ترین میزان مربوط به استان یزد با ۱۱/۷ درصد بوده است. میزان شیوع اختلالات روانی در مناطق روستایی ۲۱/۳ درصد و در مناطق شهری ۲۰/۹ درصد بوده است. شیوع علایم افسردگی و اضطراب بیش از علایم اختلال جسمانی‌سازی و اختلال عملکرد اجتماعی بوده است. مصاحبه بالینی پزشکان عمومی نشان داد که ۱/۴ درصد افراد ساکن در خانوارهای مورد مطالعه دچار

تخصیص داده می‌شود. در حدود ۵۳ درصد جمعیت از دسترسی رایگان (حداقل ۸۰ درصد) به داروهای ضروری روان‌گردان برخوردارند. برای کسانی که خودشان هزینه دارو را پرداخت می‌کنند، میزان تأمین هزینه داروهای ضد روان‌پریشی برابر با ۱۵۰۰ ریال در روز و داروهای ضد افسردگی ۶۰۰ ریال در روز است. این مقادیر به ترتیب معادل ۴ و ۲ درصد حداقل دستمزد روزانه است. کلیه اختلالات روانی تحت پوشش بیمه‌های اجتماعی هستند، اما در مورد زمان بستری محدودیت وجود دارد (WHO, 2006).

ساختار مدیریت خدمات سلامت روان

در سطح ملی، دفتر مشاوره سلامت روان زیر نظر وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فعالیت می‌کند و در خصوص سیاست‌ها و قوانین بهداشت روان به دولت مشاوره می‌دهد. این دفتر مسئول برنامه‌ریزی خدمات، مدیریت خدمات، هماهنگی و نظارت، و ارزیابی کیفیت خدمات سلامت روان است. خدمات بهداشت روان براساس منطقه جغرافیایی / حوزه خدمات سازمان‌دهی شده است. پیاده‌سازی دستورالعمل‌های ملی خدمات سلامت روان در مناطق روستایی در مقایسه با مناطق شهری بهتر انجام می‌گیرد (ibid.).

۲.۴. شاخص‌ها

شیوع اختلالات روانی در جمعیت بالای ۱۵ سال ایران بیش از ۱۰ درصد برآورد می‌شود. در این میان، اختلالات خلقی و اضطرابی بیشترین شیوع را دارند. مطالعه‌ای که در خصوص بار بیماری‌ها در سه استان آذربایجان شرقی، بوشهر و چهارمحال و بختیاری انجام شد نشان داد که اختلالات روانی ۱۴/۵ درصد از کل بار بیماری‌ها را شامل می‌شوند. همچنین این اختلالات مهم‌ترین علت ناتوانی در کشور به شمار می‌آیند (شورای سیاست‌گذاری سلامت، ۱۳۸۹). براساس مطالعه بار بیماری‌ها در سال ۱۳۸۲ (نقوی و دیگران، ۱۳۸۷)، بار اختلالات روانی ۳۴۶۷ در صدهزار نفر، تعداد سال‌های از دست‌رفته عمر به علت اختلالات روانی ۲۳۰۶۳۸۲ سال، و ۱۶ درصد بار بیماری‌ها ناشی از اختلالات روانی بوده است (در این مطالعه صرع جزو اختلالات روانی در نظر گرفته نشده). سه علت اول بار بیماری‌ها نیز در هر دو جنس به ترتیب اختلالات روانی، حوادث، و بیماری‌های قلب و عروق بوده است. جدول ۲ اطلاعات مرتبط با علل بار اختلالات روانی را نشان می‌دهد.

عقب‌ماندگی ذهنی، ۱/۲ درصد مبتلا به صرع، و ۰/۶ درصد دچار اختلالات روان‌پریشی‌اند. یافته‌های این پژوهش همچنین نشان داد که میزان شیوع اختلالات روانی همبستگی معنی‌داری با سن دارد، چنانکه با افزایش سن، میزان شیوع اختلالات روانی نیز افزایش یافته است. میزان شیوع این اختلالات در افراد مطلقه و بیوه و متأهل، افراد بیکار و بازنشسته و زنان خانه‌دار بیش از سایر گروه‌ها بوده است (Noorbala et al., 2004).

دومین مطالعه ملی برآورد میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی در افراد ۱۸ سال و بالاتر ساکن مناطق شهری و روستایی کشور در سال ۱۳۸۰ انجام شد. به این منظور، ۲۵۱۸۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک و خوشه‌ای از بین خانوارهای کشور انتخاب شدند. پرسش‌نامه اختلالات عاطفی و اسکیزوفرنی (SADS) شامل ۹۰۴ سؤال به کمک ۲۵۶ نفر از کارشناسان و کارشناسان ارشد روان‌شناسی بالینی در سراسر کشور تکمیل شد. طبق نتایج این بررسی، میزان شیوع انواع اختلالات روان‌پزشکی ۱۰/۱۷ درصد (۳۳/۴ درصد در زنان و ۱۰/۸۶ درصد در مردان) بوده است. اختلالات اضطرابی و خلقی به ترتیب با ۸/۳۱ و ۸/۳۵ درصد شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی بوده‌اند. شیوع اختلالات روان‌پریشی در این مطالعه ۰/۸۹ درصد، و شیوع اختلالات عصبی ۰/۷۷ درصد بوده است. در گروه اختلالات خلقی، اختلالات شناختی با ۲/۷۸ درصد و اختلالات تجزیه‌ای افسردگی اساسی با ۲/۹۸ درصد و در گروه اختلالات اضطرابی، اختلال فوبی (هراس) با ۲/۰۵ درصد شیوع بیشتری داشته‌اند. در این بررسی، ۱۰/۸۷ درصد افراد مورد مطالعه دچار حداقل یک نوع اختلال روان‌پزشکی بوده‌اند. شیوع اختلالات روان‌پزشکی در افراد گروه سنی ۵۵-۴۱ سال با ۱۲/۶۲ درصد، افراد مطلقه و جدانشده با ۲۲/۳۱ درصد، افراد ساکن در مناطق شهری با ۱۱/۷۷ درصد، افراد بی‌سواد با ۱۳/۸ درصد، زنان خانه‌دار با ۱۵/۴۸ درصد، و افراد بیکار با ۱۲/۳۳ درصد بیش از سایر افراد در هر یک از گروه‌های ذیربط بوده است (محمدی و دیگران، ۱۳۸۲).

براساس گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۳، اختلالات روانی در ایران مهم‌ترین علت ناتوانی به شمار می‌آیند. شیوع این اختلالات در جمعیت بالای ۱۵ سال کشور بیش از ۱۰ درصد برآورد می‌شود و در مناطق مختلف از ۹ تا ۳۶ درصد متغیر است. اختلالات خلقی و اضطرابی بیشترین شیوع را در میان اختلالات روانی دارند. مطالعه‌ای که در مورد بار بیماری‌ها در

سه استان آذربایجان شرقی، بوشهر و چهارمحال و بختیاری انجام شد نشان داد که اختلالات روانی ۱۴/۵ درصد از کل بار بیماری‌ها را تشکیل می‌دهند. در زنان ایرانی، افسردگی در صدر ایجاد بار کلی بیماری‌ها قرار دارد. در مردان، اعتیاد سومین، اختلالات افسردگی هشتمین، و اختلالات روان‌پریشی نهمین علت بار بیماری‌ها هستند. ۱/۶ درصد از جمعیت ۱۵ سال به بالا از لحاظ روانی به شدت بیمار بوده و به درمان جدی روان‌پزشکی نیاز داشته‌اند. در این گروه سنی، ۱۵/۳ درصد افراد بیماری‌های خفیف روانی و ۲۶/۶ درصد مسائل مختلف عاطفی داشته‌اند (شورای سیاست‌گذاری سلامت، ۱۳۸۹).

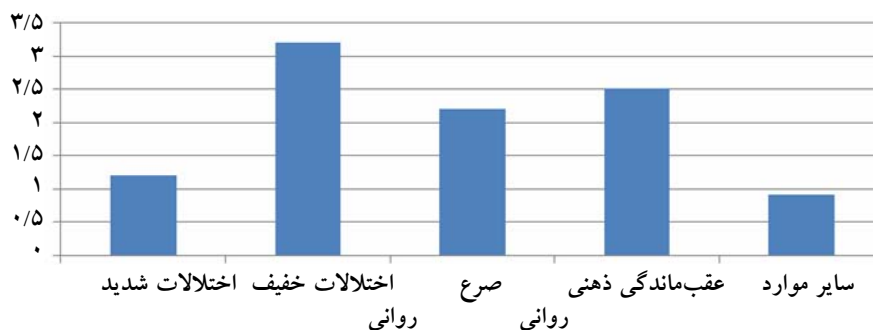
گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۳۸۳ (۲۰۰۴) حاکی از آن است که براساس معاینات پزشکان عمومی، میزان شیوع عقب‌ماندگی ذهنی، صرع و روان‌پریشی به ترتیب ۱/۴، ۱/۲ و ۰/۶ درصد در جمعیت زیر پوشش خدمات شبکه بهداشت بوده است (WHO, 2004). چند گزارش نیز از مطالعات همه‌گیری‌شناسی برخی اختلالات روانی وجود دارد. از جمله مطالعه در مورد افسردگی در سال ۱۳۷۲ (۱۹۹۳) و گزارش ده سال پیگیری اطلاعات درباره افسردگی (تعداد بیماران = ۴۳۹). این گزارش نشان داد که در حدود ۱۸ درصد از بیماران بهبود بالینی بسیار ضعیف و ۲۴ درصد در بیش از نیمی از مدت زمان پیگیری اختلال شدید عملکرد اجتماعی داشته‌اند و ۲۱ درصد بهبود کامل نداشته‌اند. مرگ بر اثر خودکشی در ۱۱ درصد بیماران رخ داده است و بیش از ۱۴ درصد اقدام به خودکشی ناموفق داشته‌اند (Thornicroft and Sartorius, 1993).

صرف نظر از مطالعات ملی یادشده، مطالعات پراکنده دیگری در نواحی جغرافیایی خاص یا در مورد جمعیت‌های معین با ابزارهای متفاوت سنجش انجام گرفته است. در جدول ۳ خلاصه اطلاعات و یافته‌های این مطالعات از ۱۳۴۲ تا ۱۳۷۹ آمده است. در کلیه این مطالعات، فراوانی اختلالات روانی در زنان بیش از مردان بوده است. حداکثر میزان شیوع اختلالات ۲۶/۹ درصد در مطالعه ساوجبلاغ و حداقل آن ۱۱/۹ درصد در مطالعه جمعیت روستایی شیراز گزارش شده است. یادآوری این نکته ضروری است که به دلیل تفاوت در جمعیت مورد مطالعه، دوره زمانی مطالعه و نیز ابزارهای استفاده‌شده در هر مطالعه، مقایسه نتایج و یافته‌ها به سادگی امکان‌پذیر نیست و لازم است در تحلیل یافته‌ها با دقت بیشتری تصمیم‌گیری شود.

جدول ۳. خلاصه نتایج مطالعات همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی در ایران (۱۳۷۹-۱۳۴۲)

محقق / محققان	سال بررسی	نوع جمعیت و محل آن	ابزار پژوهش	تعداد نمونه	درصد میزان شیوع		
					زنان	مردان	کل
باش	۱۳۴۲	روستایی شیراز	مصاحبه بالینی	۴۹۷	۱۶/۵	۷/۷	۱۱/۹
باش	۱۳۴۳	روستایی خوزستان	مصاحبه بالینی	۴۸۲	-	-	۱۴/۹
باش	۱۳۴۵	شهری شیراز	مصاحبه بالینی	۶۲۲	۲۲/۴	۱۴/۹	۱۸/۶
داویدیان و همکاران	۱۳۵۰	شهرتان رودسر	مصاحبه بالینی	۴۸۸	-	-	۱۷/۰
باقری یزدی و همکاران	۱۳۷۱	روستایی میبد یزد	DSM-III-R، مصاحبه بالینی، SCL-90-R	۴۰۰	۱۸/۱	۶/۶	۱۲/۵
بهادرخان و همکاران	۱۳۷۲	روستایی گناباد خراسان	DSM-III-R، مصاحبه بالینی، SCL-90-R	۴۶۵	۱۹/۶	۱۲/۴	۱۶/۶
جاویدی و همکاران	۱۳۷۲	روستایی مرودشت فارس	DSM-III-R، مصاحبه بالینی، SCL-90-R	۴۰۷	۲۲/۱	۶/۱	۱۵/۷
کوکبه و همکاران	۱۳۷۲	روستایی آذرشهر تبریز	DSM-III-R، مصاحبه بالینی، SCL-90-R	۴۱۵	۱۸/۲	۷/۴	۱۲/۰
خرازی و باقری یزدی	۱۳۷۳	شهری یزد	DSM-III-R، مصاحبه بالینی، SCL-90-R	۹۵۰	۲۴/۷	۱۲/۵	۱۸/۶
خسروی و همکاران	۱۳۷۳	شهری و روستایی بروجن	DSM-III-R، مصاحبه بالینی، SCL-90-R	۴۵۰	۲۶/۲	۷/۹	۱۸/۴
پالاهنگ و همکاران	۱۳۷۴	شهری کاشان	GHQ-28، مصاحبه بالینی، DSM-III-R	۶۱۹	۳۱/۵	۱۵/۲	۲۳/۷
یعقوبی و همکاران	۱۳۷۴	شهری و روستایی صومعه‌سرا-گیلان	GHQ-28، مصاحبه بالینی، DSM-III-R	۶۵۲	۳۰/۸	۱۵/۸	۲۳/۸
جوافشانی و همکاران	۱۳۷۴	شهرک صنعتی قزوین	SCL-90-R، مصاحبه بالینی، DSM-III-R	۶۱۲	-	-	۳۰/۲
افشاری منفرد و همکاران	۱۳۷۶	شهر سمنان	CL-90-R، مصاحبه بالینی، DIS	۸۶۹	۱۸/۰	۱۰/۰	۱۴/۰
قاسمی و همکاران	۱۳۷۶	شهر اصفهان	SRQ-24، مصاحبه بالینی، DSM-IV	۳۲۵۵	-	-	۱۹/۹
بخشانی و همکاران	۱۳۷۷	شهر زاهدان	SCL-90-R، مصاحبه بالینی، DSM-IV	۶۴۳	۲۶/۵	۲۳/۹	۲۵/۴
نوربالا و همکاران	۱۳۷۸	شهر تهران	GHQ-28، مصاحبه بالینی، DSM-IV	۸۷۹	۳۷/۷	۱۴/۹	۲۱/۵
نوربالا و همکاران	۱۳۷۹	سراسر کشور	GHQ-28	۳۵۰۱۴	۲۵/۹	۱۴/۹	۲۱/۰
امیدی و همکاران	۱۳۷۹	شهر نطنز	GHQ-28، مصاحبه بالینی، DSM-III-R	۶۵۰	۲۴/۳	۱۷/۲	۲۱/۳
صادقی و همکاران	۱۳۷۹	شهر کرمانشاه	GHQ-28، مصاحبه بالینی، DSM-III-R	۵۰۱	۳۲/۲	۱۶/۹	۲۵/۲
شمس‌علیزاده و همکاران	۱۳۷۹	ساوجبلاغ	GHQ-28، مصاحبه بالینی، DSM-III-R	۶۴۰	۳۵/۷	۱۶/۶	۲۶/۹
چگینی و همکاران	۱۳۷۹	شهری و روستایی قم	SCL-90-R، مصاحبه بالینی، DSM-IV	۳۹۱	۱۸/۲	۱۶/۰	۱۷/۱

منبع: محمدی و دیگران، ۱۳۸۲



نمودار ۲. میزان اختلالات روان‌پزشکی (در هزار نفر) در مناطق روستایی برنامه ادغام سلامت روان، ۱۳۸۶

منبع: شورای سیاست‌گذاری سلامت، ۱۳۸۹

شیوع اختلالات روان‌پزشکی به تفکیک شهر و روستا

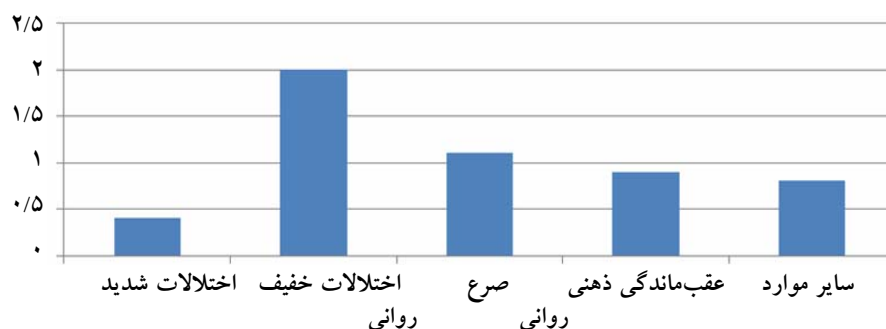
ایران تنها کشور در منطقه مدیترانه شرقی است که برنامه ادغام بهداشت روان در نظام مراقبت‌های بهداشتی را به اجرا درآورده

است. برنامه بهداشت روان برنامه‌ای است مبتنی بر جامعه و با اجرای آن، بستری شدن‌های مکرر و هزینه‌های درمان کاهش می‌یابد. این برنامه در حال حاضر گسترش بیشتری یافته و اکثر

صرع، عقب‌ماندگی ذهنی و اختلالات خفیف روانی است. در بین اختلالات مذکور، اختلالات خفیف روانی شایع‌ترین بوده است. نمودار ۳ میزان شیوع اختلالات روانی را در مناطق شهری کشور براساس موارد ثبت‌شده در شبکه بهداشت در سال ۱۳۸۶ نشان می‌دهد. براساس این نمودار، شیوع اختلالات شدید روانی کمتر از صرع، عقب‌ماندگی ذهنی و اختلالات خفیف روانی است. در بین اختلالات مذکور، اختلالات خفیف روانی شایع‌ترین بوده است.

مناطق روستایی و شهری زیر پوشش آن قرار گرفته‌اند. نمودارهای ۲ و ۳ میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی را در مناطق روستایی و شهری برنامه ادغام سلامت روان نشان می‌دهد (شورای سیاست‌گذاری سلامت، ۱۳۸۹).

نمودار ۲ میزان شیوع اختلالات روانی را در مناطق روستایی کشور براساس موارد ثبت‌شده در شبکه بهداشت در سال ۱۳۸۶ نشان می‌دهد. براساس این نمودار، شیوع اختلالات شدید روانی کمتر از



نمودار ۳. میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی (در هزار نفر) در مناطق شهری برنامه ادغام سلامت روان، ۱۳۸۶

منبع: شورای سیاست‌گذاری سلامت، ۱۳۸۹

مطالعه تکمیل شد. در این پرسش‌نامه، نمره ۶ و بالاتر مشکوک به اختلال روانی در نظر گرفته شد. برای مقایسه امتیازات کل پرسش‌نامه و خرده‌مقیاس‌ها بین دو جنس از آزمون‌های کای دو و من ویتنی و برای مقایسه مقیاس‌ها از آزمون فریدمن استفاده شد. نمونه‌ها شامل ۱۵۰ (۴۳/۴ درصد) پسر و ۱۹۶ (۵۶/۶ درصد) دختر بود. نمره ۱۸۴ نفر (۵۳/۲ درصد) ۶ و بالاتر شد. میانگین و انحراف معیار نمره کل پرسش‌نامه ۵/۱ ± ۶/۹ با میانگین ۶ و میانگین و انحراف معیار مقیاس‌های پرسش‌نامه شامل جسمانی‌سازی علائم، اضطراب و اختلالات خواب، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۱/۴ ± ۰/۹، ۱/۷ ± ۰/۳، ۲/۱ ± ۳/۷ و ۱/۷ ± ۱/۰ محاسبه شد. میانگین مقیاس‌های مذکور به ترتیب ۱، ۴ و ۰ بود. در مقیاس عملکرد اجتماعی، میزان سلامت روان کمتر از سایر موارد مشاهده شد ($p < 0.001$). فراوانی نمرات ۶ و بالاتر در دختران به طور معنی‌داری بیشتر از پسران بود (۶۵ درصد در مقابل ۳۵ درصد، $p < 0.001$). بنابراین می‌توان چنین جمع‌بندی کرد که بیش از نیمی از نوجوانان مورد بررسی تهرانی مشکوک به اختلال روانی بودند که در این میان دختران سهم بیشتری داشتند (متقی‌پور و دیگران، ۱۳۸۴).

شیوع اختلالات روانی برحسب جنس

در کلیه مطالعات ملی همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی در ایران، فراوانی این اختلالات در زنان بیش از مردان گزارش شده است. در زنان افسردگی در صدر علل ایجاد بار بیماری‌ها قرار دارد و در مردان افسردگی هشتمین علت بار بیماری‌ها را تشکیل می‌دهد (جدول ۴).

بررسی میزان سلامت روان در نوجوانان و جوانان

با توجه به اهمیت بروز این اختلالات در سنین نوجوانی، مطالعاتی که در این خصوص انجام شده، به رغم تنوع گروه‌های جمعیتی و ابزارها، ذکر می‌شود.

مطالعه‌ای به منظور آگاهی از وضعیت سلامت روان نوجوانان منطقه ۱۳ شهر تهران در قالب بخشی از مطالعه قند و لیپید تهران انجام و نتایج آن در سال ۱۳۸۴ منتشر شد. در این مطالعه مقطعی، از مجموع موارد مورد بررسی در طرح ملی قند و لیپید تهران، ۳۴۶ نوجوان ۱۹-۱۲ سال به طور تصادفی انتخاب شدند. فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسش‌نامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی (GHQ-28)، که قبلاً برای جمعیت ایرانی معتبر شده بود، برای جمعیت مورد

جدول ۴. شیوع انواع اختلالات روان پزشکی برحسب جنس در ایران

انواع اختلالات		مرد n = ۱۲۶۶۰		زن n = ۱۲۵۲۰		جمع n = ۲۵۱۸۰	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
اختلالات خلقی							
افسردگی اساسی	۲۰۱	۱/۵۹	۵۴۹	۴/۳۸	۷۵۰	۲/۹۸	
افسردگی جزئی (ماینور)	۲۸	۰/۲۲	۵۴	۰/۴۳	۸۲	۰/۳۳	
اختلال هیپومانیک و مانیک	۹۵	۰/۷۵	۱۰۹	۰/۸۷	۲۰۴	۰/۸۱	
افسرده‌خویی	۳	۰/۰۲	۱۲	۰/۱۰	۱۵	۰/۰۶	
دوقطبی	۲۳	۰/۱۸	۱۵	۰/۱۲	۳۸	۰/۱۵	
اختلال خلقی پسیکوتیک	۳	۰/۰۲	۲	۰/۰۲	۵	۰/۰۲	
جمع اختلالات خلقی							
۳۵۳	۲/۷۸	۷۴۱	۵/۹۲	۱۰۹۴	۴/۳۵		
اختلالات پسیکوتیک							
اسکیزوفرنی	۲۳	۰/۱۸	۳۹	۰/۳۱	۶۲	۰/۲۵	
اسکیزوافکتیو	۹	۰/۰۷	۱۶	۰/۱۳	۲۵	۰/۱۰	
اختلال پسیکوتیک کوتاه‌مدت	۶	۰/۰۵	۵	۰/۰۴	۱۱	۰/۰۴	
اسکیزوفرنی‌فرم	۴	۰/۰۳	۲	۰/۰۲	۶	۰/۰۲	
سایر اختلالات پسیکوتیک	۴۳	۰/۳۴	۷۸	۰/۶۲	۱۲۱	۰/۴۸	
جمع اختلالات پسیکوتیک							
۸۵	۰/۶۷	۱۴۰	۱/۱۲	۲۲۵	۰/۸۹		
اختلالات اضطرابی							
اختلال پانیک	۱۰۰	۰/۷۹	۲۷۴	۲/۱۹	۳۷۴	۱/۴۹	
اختلال اضطراب منتشر	۹۳	۰/۷۳	۲۴۳	۱/۹۴	۳۳۶	۱/۳۳	
اختلال وسواسی	۹۱	۰/۷۲	۳۵۳	۲/۸۲	۴۴۴	۱/۷۶	
اختلال گذر هراسی	۳۴	۰/۲۷	۱۴۱	۱/۱۳	۱۷۵	۰/۷۰	
اختلال فوبی	۱۱۳	۰/۸۹	۴۰۳	۳/۲۲	۵۱۶	۲/۰۵	
اختلال استرس پس از رویداد آسیب‌زا	۹۸	۰/۷۷	۱۵۰	۱/۲۰	۲۴۸	۰/۹۸	
جمع اختلالات اضطرابی							
۵۲۹	۴/۱۷	۱۵۶۴	۱۲/۵۰	۲۰۹۳	۸/۳۱		
اختلالات عصبی							
صرع	۱۹۹	۱/۵۷	۲۵۵	۲/۰۴	۴۵۴	۱/۸۰	
عقب‌ماندگی ذهنی شدید	۵۶	۰/۴۴	۵۱	۰/۴۱	۱۰۷	۰/۴۲	
زوال عقل	۶۵	۰/۵۱	۷۵	۰/۶۰	۱۴۰	۰/۵۶	
جمع اختلالات عصبی-شناختی							
۳۲۰	۲/۵۲	۳۸۱	۳/۰۵	۷۰۱	۲/۷۸		
اختلالات تجزیه‌ای							
جسمی‌سازی	۱۶	۰/۱۳	۳۰	۰/۲۴	۴۶	۰/۱۸	
اختلال فیوگ	۳	۰/۰۲	۵	۰/۰۴	۸	۰/۰۳	
یادزدودگی	۶۵	۰/۵۱	۶۱	۰/۴۹	۱۲۶	۰/۵۰	
مسخ شخصیت	۷	۰/۰۶	۷	۰/۰۶	۱۴	۰/۰۶	
جمع اختلالات تجزیه‌ای							
۹۱	۰/۷۲	۱۰۳	۰/۸۳	۱۹۴	۰/۷۷		
جمع کل اختلالات							
۱۳۷۸	۱۰/۸۶	۲۹۲۹	۲۳/۴	۴۳۰۷	۱۷/۱۰		

منبع: محمدی و دیگران، ۱۳۸۲

سلامت روان است. به عبارت ساده، اختلالات روانی توزیع نابرابری دارند. افراد محروم از نظر اجتماعی و اقتصادی بار نامتناسبی از اختلالات روانی و عواقب سوء آن را تحمل می‌کنند. چرخه معیوب محرومیت و اختلال روانی نتیجه پویایی روابط بین آنهاست.

می‌توان از فرصت‌ها و محدودیت‌های زندگی روزمره، که با موقعیت فرد در سلسله مراتب اجتماعی و نقش‌های محول‌شده به وی تعیین می‌شود، برای پیش‌بینی میزان آشفتگی فرد استفاده کرد. اما واقعاً چگونه می‌توان افکار و رفتارهای عجیب و غریب یا نامأنوس را به نابرابری‌های ساختارمند نسبت داد؟ چگونه است که این علایم اختلال در فردی دیده می‌شود اما در فرد دیگری که از نظر جامعه‌شناختی مشابه اوست مشاهده نمی‌گردد؟ به نظر می‌رسد که فرد به طور اجتناب‌ناپذیری، بدون هیچ‌گونه مسئولیت فردی یا امکان گریز، قربانی ساختار اجتماعی می‌شود. نهایتاً اینکه اگر تبعیض جنسیتی عامل اختلال باشد، چگونه می‌توانیم فرد دچار اختلال را درمان کنیم؟ اما فرایند جامعه‌شناختی استرس نیز تبیینی کاملاً منطقی است. آیا تعجب‌آور است که یک مادر جوان تنها، با تحصیلات اندک و شغلی خسته‌کننده با درآمد پایین، دچار افسردگی شود؟ در این شرایط آیا منطقی است که بگوییم مغز وی ناقص است یا شناخت‌های او نادرست‌اند؟ کلید درک نقش و جایگاه تبیینی جامعه‌شناسی تشخیص این مسئله است که افراد به طور همزمان هم موجوداتی روانی و هم اجتماعی هستند. آنها دارای پیشینه فردی و تجارب خاص خود و نیز طیف وسیعی از سرگذشت‌ها و تجربیات گوناگون مشترک با دیگران هستند. آنچه مشترک است (مانند تبعیض نژادی) ممکن است به طور مستقیم به احساس آشفتگی روانی منجر گردد (تاسیگ و دیگران، ۱۳۸۶).

لینک و فلان این مؤلفه‌ها را عوامل خطر زمینه‌ساز^۱ نامیده‌اند. آنها معتقدند که بیماری نمی‌تواند صرفاً برحسب عوامل اولیه و مستقیم آن شناخته شود بلکه لازم است بافتار اجتماعی ایجادکننده عوامل مستقیم خطر را نیز بشناسیم (Link and Phelan, 1995). رویکرد جامعه‌شناختی روانی، یا شاید بهتر است بگوییم همه‌گیری‌شناسی اجتماعی، ساختار اجتماعی را دارای دو بعد می‌داند که یکی از آنها طبقات و پایگاه‌های اجتماعی است که

در مطالعه دیگری که به منظور شناخت میزان سلامت روان نوجوانان و جوانان ۱۵-۳۰ سال تهرانی انجام شد، ۴۶۴ نفر از آنان با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای از مناطق بیست‌ودوگانه شهرداری تهران انتخاب شدند. آزمون ۲۸ ماده‌ای سلامت عمومی گلدبرگ به صورت انفرادی برای پاسخ‌گویان اجرا شد. نتایج نشان داد که ۲۹/۳ درصد افراد بیمار یا مشکوک به ابتلا به بیماری روانی هستند؛ اختلال در کارکرد اجتماعی شایع‌ترین اختلال در بین پاسخگویان بوده است؛ سلامت روانی مردان بیش از زنان و افراد مجرد بیش از متأهل بوده است؛ با افزایش سن از میزان سلامت روانی افراد کاسته شده است؛ دانش‌آموزان از بیشترین سلامت روانی و افراد بیکار و خانم‌های خانه‌دار از کمترین سلامت روانی برخوردار بوده‌اند (بیابانگرد و جوادی، ۱۳۸۳).

نتایج یک بررسی درباره وضعیت سلامت روان بیش از ۱۰۰۰ دانش‌آموز دبیرستانی شهر ساری نیز نشان داد که ۳۹/۱ درصد از دانش‌آموزان (۵۵/۳ درصد دختران و ۴۴/۷ درصد پسران) مشکوک به اختلال روانی هستند. همچنین، براساس آزمون SCL-90-R، ۶۰/۱ درصد دختران و ۳۹/۹ درصد پسران مشکوک به اختلال روانی تشخیص داده شدند. در مجموع، مشخص شد که بین سلامت روانی دانش‌آموزان و جنس آنها تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0.05$) به این ترتیب که در تمامی ابعاد، میانگین نمره دختران بیشتر از پسران بوده است (مسعودزاده و دیگران، ۱۳۸۳).

۳.۴. علل و عوامل مؤثر (تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت روان)

همانند بسیاری از بیماری‌های غیرواگیردار، سبب‌شناسی اختلالات روانی چندعاملی است. خطر ابتلا به این اختلالات از تأثیر متقابل عوامل ژنتیکی، بیولوژیکی، روانی و اجتماعی در تعیین این میزان ناشی می‌شود. تنوع زیاد در میزان شیوع اختلالات روانی در داخل و بین کشورها نشان می‌دهد که عوامل تعیین‌کننده اجتماعی در تعیین این میزان اهمیت خاص دارند (WHO, 2008a). چارچوب تعیین‌کننده‌های اجتماعی به طور گسترده‌ای برای توضیح شرایط نابرابری در سلامت جسمی مانند ابتلا به بیماری‌های قلبی، سرطان و غیره به کار رفته است، اما تأثیر این عوامل در سلامت روان به مراتب کمتر بررسی شده است که نتیجه آن فقدان نسبی پژوهش یکپارچه در مورد شناسایی نحوه تأثیر عوامل اجتماعی بر

1. contextualizing risk factors

زوبریک نشان داد در کودکانی که از پدر و مادر بیکار متولد می‌شوند، نسبت به کودکان دارای پدر و مادر شاغل، میزان اختلال سلامت روان بالاتر و شایستگی علمی پایین‌تر است (Zubrick, 2000). تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت از کودکی آغاز می‌شود. کودکانی که در خانواده‌های محروم از نظر اقتصادی و محله‌های محروم زندگی می‌کنند بیشتر دچار اضطراب، افسردگی، سوء مصرف مواد، و رفتار بزهکارانه می‌شوند و عملکرد انطباقی ضعیف‌تری دارند.

زمینه اقتصادی- اجتماعی و موقعیت اجتماعی

وضعیت اقتصادی- اجتماعی و موقعیت اجتماعی نفوذ بالایی در توزیع اجتماعی وضعیت سلامت و بیماری از جمله افسردگی دارد. تخمین زده می‌شود که افسردگی، به عنوان یک اختلال مهم و رو به رشد در عرصه سلامت عمومی، علت اصلی ناتوانی ذهنی در سراسر جهان و دومین علت اصلی ناتوانی تا سال ۲۰۲۰ باشد (Mathers and Loncar, 2006). بخشی از این افزایش بار افسردگی ناشی از «انتقال اپیدمیولوژیکی» و گذار از دوران همه‌گیری بیماری‌های واگیردار به غیرواگیردار است، اما دلیل اصلی رشد این اختلال تغییر در ساختار خانواده، شهرنشینی، استفاده از مواد مخدر، و افزایش نابرابری اجتماعی ناشی از سیاست‌های اقتصادی جهانی است (Cross-National Collaborative Group, 1992). مدارک بسیار قانع‌کننده‌ای در خصوص نقش موقعیت اجتماعی و اقتصادی، شواهد قوی در مورد نقش نابرابری جنسیتی و آموزش و پرورش، و شواهد منطقی درباره نابرابری درآمد به عنوان عوامل افسردگی وجود دارد (Araya et al., 2003). این یافته‌ها حاکی از سطوح بالایی از نابرابری در توزیع افسردگی در میان اقشار اجتماعی و اقتصادی جوامع است. افزایش افسردگی در میان گروه‌های پایین اجتماعی و اقتصادی کاملاً معنادار است و در کشورهای با سطوح بالاتر نابرابری درآمدی میزان این اختلال بیشتر است (Piccinelli and Wilkinson, 2000). سازوکارهای مختلف ممکن است این روابط را توضیح دهند، هرچند که ارائه یک رابطه علی دقیق دشوار است.

تفاوت در مواجهه

مواجهه با عوامل خطر غالباً با موقعیت اجتماعی رابطه معکوس دارد. بنابراین، خطر این مواجهه بیشتر در میان مردم دارای

منعکس‌کننده میزان دسترسی افراد به منابع اجتماعی بالارزش از قبیل پول و تحصیلات است. بنابراین ممکن است افراد بر مبنای درآمدشان، از کسانی که ثروت و درآمد بسیار زیادی دارند تا کسانی که درآمد کم و گاه در حد هیچ دارند، طبقه‌بندی شوند. این رویکرد معتقد است که افراد صاحب درآمد بالا از منابعی برخوردارند که با بهره‌گیری از آنها بهتر می‌توانند در مواقع بروز بحران در زندگی‌شان با شرایط مواجه شوند. تا حدی که پول بتواند خوشبختی بیاورد، مردم ثروتمند آسان‌تر می‌توانند خوشبختی را به دست بیاورند. در مورد تحصیلات، نژاد و جنسیت نیز این طبقه‌بندی وجود دارد. تحقیقات نشان می‌دهند افرادی که در سطوح پایین قشر بندی اجتماعی قرار می‌گیرند، از نابسامانی عاطفی بیشتری رنج می‌برند (تاسیگ و دیگران، ۱۳۸۶).

بعد دوم نقش‌های افراد در ساختارهای اجتماعی، از قبیل فرزند، همسر، پدر یا مادر بودن است که متعهد به ایفای آنها هستند. نقش‌ها و ترکیبی از نقش‌هایی که ما ایفا می‌کنیم ممکن است منشأ فشار روانی باشد (Pearlin, 1983).

بنابراین، سهم اصلی رویکرد جامعه‌شناختی روانی این است که روشن می‌سازد چگونه ویژگی‌های پایگاهی و نقش‌های اجتماعی فرد به عنوان مؤلفه‌های ساختار اجتماعی بر میزان آشفتگی روانی وی تأثیر می‌گذارند.

شواهد

مطالعات همه‌گیری‌شناسی در سراسر دنیا وجود رابطه معکوس میان بیماری روانی و طبقه اجتماعی را نشان داده‌اند (Vijaya and Femi, 2004). در حقیقت، مسئله نابرابری در بیماری‌های روانی نیز مطرح است و شرایط اجتماعی- اقتصادی نامطلوب با ابتلای بیشتر به بیماری‌های روانی، ناتوانی بیشتر و دسترسی کمتر به خدمات بهداشتی ارتباط دارد (Lorant et al., 2003). همچنین وضعیت سلامت روان در میان افراد بیکار و کسانی که دچار ناامنی شغلی هستند نامناسب‌تر است (CSDH, 2007). رتبه پایین اجتماعی موجب محدودیت دسترسی به امکانات و منابع مادی و روانی و اجتماعی می‌شود و بر قدرت تصمیم‌گیری افراد در شرایط دشوار زندگی تأثیر می‌گذارد. هردو این عوامل همواره با افزایش خطر ابتلا به افسردگی ارتباط دارند (WHO, 2003). اثر این عوامل می‌تواند از یک نسل به نسل دیگر جریان یابد. برای مثال، مطالعه

روانی در ایران انجام دادند (Noorbala et al., 2004). این مطالعه در مورد جمعیت ۱۵ سال به بالا انجام شد و نتایج آن حاکی از فراوانی بیشتر اختلالات روانی در زنان بود (شیوع در زنان ۲۵/۹ درصد و در مردان ۱۴/۹ درصد).

نتایج بازنگری ۲۹ پژوهش انجام شده در حوزه همه‌گیری‌شناسی بیماری‌های روانی در ایران حاکی از آن است که اختلالات روانی در زنان شیوع بیشتری دارد و گاه به ۲ تا ۳ برابر میزان شیوع آنها در مردان می‌رسد (احسان‌منش، ۱۳۸۰).

بررسی سلامت روان عمدتاً از طریق سنجش اختلالات روانی انجام می‌شود. چنانکه گفته شد، در تحقیقات انجام شده در این زمینه، عموماً زنان و دختران بیشتر از مردان دچار اختلالات روانی بوده‌اند (شریف، ۱۳۸۳؛ مسعودزاده و دیگران، ۱۳۸۳). اختلالات روانی و رفتاری دایره گسترده‌ای از موضوعات را تشکیل می‌دهند و تحقیقات متعددی در مورد آنها انجام شده است که در تعدادی از این تحقیقات، شیوع اختلالات روانی در زنان بیشتر گزارش شده است (احسان‌منش، ۱۳۸۰؛ محمدی، ۱۳۸۳).

نتایج تحقیقی با عنوان «بررسی رویدادهای استرس‌زا و همراهی آن با اختلالات روانی در جوانان شهر گناباد» نشان داد که مردان نمونه رویدادهای استرس‌زای بیشتری را نسبت به زنان نمونه تجربه کرده‌اند، اما این تفاوت به لحاظ آماری معنی‌دار ارزیابی نشده است (توکلی‌زاده و دیگران، ۱۳۸۲).

تحقیقاتی را که در زمینه خودکشی انجام شده می‌توان براساس (۱) اقدام به خودکشی و (۲) خودکشی‌های موفق (منجر به مرگ) دسته‌بندی کرد. براساس یافته‌ها می‌توان گفت که عموماً اقدام به خودکشی در زنان بیشتر از مردان است (محمدی، ۱۳۸۳؛ خزایی و پرویزی فرد، ۱۳۸۲). این در حالی است که موارد خودکشی‌های منجر به مرگ در مردان بیشتر است (مرادی و خادمی، ۱۳۸۱). البته، در برخی از انواع خودکشی، درصد خودکشی‌های منجر به مرگ در زنان بالاتر از مردان است. از جمله، نتایج یک مطالعه همه‌گیری‌شناسی خودسوزی در شهر بیرجند نشان می‌دهد که اکثر موارد خودسوزی (۶۴/۹ درصد) مربوط به زنان بوده است (نخعی و طبیعی، ۱۳۸۳).

مرور تحقیقاتی که درباره اضطراب و استرس انجام شده است نشان می‌دهد که عموماً زنان بیشتر از مردان اضطراب و استرس دارند (موسوی‌نسب و تقوی، ۱۳۸۴). همچنین نتایج تحقیقی درباره اضطراب حاکی از آن است که، در مجموع، اضطراب آشکار و

موقعیت‌های پایین‌تر اجتماعی و اقتصادی دیده می‌شود. شواهد قانع‌کننده‌ای در مورد نقش وقایع پرتنش زندگی و خشونت در ابتلا به افسردگی وجود دارد؛ نیز شواهدی قوی در مورد نقش جرم، تضاد اجتماعی، ناآرامی‌های مدنی، بلایای طبیعی، و محیط کار در ابتلا به اضطراب و افسردگی منتشر شده است، از جمله:

- ابتلا به گرسنگی و کمبود مواد غذایی از جمله عوامل تعیین‌کننده‌ای است که نه تنها منجر به بروز احساس اضطراب و ناامیدی می‌شود، بلکه خستگی جسمی و مشکلات سلامت را دامن می‌زند و موجب افزایش خطر ابتلا به افسردگی می‌شود.

- اشتغال در محیط‌های کاری نامناسب استرس‌زاست. این شرایط به دلیل طراحی نامناسب وظایف، روش‌های مدیریت ضعیف، اضطراب شغلی، و تعارض موجب افزایش خطر ابتلا به افسردگی می‌شود.

- بیکاری و اشتغال نامناسب با ناامنی درآمدی، به حاشیه رانده شدن و انزوا، ملال، خستگی، و کمبود مواد غذایی همراه است (Jin et al., 1995).

سازوکارهای بالقوه‌ای می‌توانند این روابط را توضیح دهند. حوادث استرس‌زای زندگی، مانند سوگ و سوءاستفاده از کودکان، ارتباط قوی با آسیب روانی متعاقب آن دارند. قابل توجه‌ترین خصوصیت این مواجهه‌ها آن است که بیشتر در جوامع فقیر روی می‌دهند. بنابراین، سطوح بالایی از نابرابری در توزیع این گونه مواجهه وجود دارد.

وضعیت در ایران

جنسیت

نتایج حاصل از مرور ۱۶۰ مطالعه منتخب درباره جنسیت حاکی از آن است که در ۲۵/۶ درصد از این مطالعات، سلامت روانی و اجتماعی و رابطه آنها با تعیین‌کننده جنسیت بررسی شده است. بررسی سلامت روان در این مطالعات عمدتاً از طریق سنجش اختلالات روانی انجام شده است. در تحقیقات انجام شده در این زمینه، عموماً زنان و دختران بیشتر از مردان دچار اختلالات روانی بوده‌اند. نوربالا و همکارانش تحقیقی ملی در مورد شیوع اختلالات

تحصیلات و افسردگی در بعضی معنادار بوده است (اعتصام و مؤدب، ۱۳۸۱؛ ظهیرالدین و صدیقی، ۱۳۸۲) و در بعضی دیگر معنادار نبوده است. همچنین نتایج مطالعات ارتباط بین تحصیلات و خشونت را معنادار و معکوس نشان داده است.

در مطالعات انجام شده در مورد اختلالات روان پزشکی در استان های تهران، آذربایجان غربی، همدان، کرمان، قزوین، مازندران، و کهگیلویه و بویراحمد، بیشترین اختلال در افراد بیسواد و کمترین اختلال در گروه با تحصیلات عالی بوده است. در یزد، بیشترین فراوانی اختلالات روانی در افراد با تحصیلات ابتدایی و کمترین فراوانی در افراد با تحصیلات راهنمایی؛ در استان گیلان، بیشترین فراوانی در افراد با تحصیلات ابتدایی و کمترین در افراد با تحصیلات عالی؛ در سمنان، بیشترین فراوانی در افراد با تحصیلات دیپلم و کمترین در افراد با تحصیلات راهنمایی؛ و در استان کردستان، بیشترین فراوانی در افراد با تحصیلات عالی و کمترین در افراد با تحصیلات در حد دیپلم بوده است (محمدی و دیگران، ۱۳۸۲). نتایج مطالعه در نطنز نیز شیوع اختلالات روانی در افراد با تحصیلات دیپلم را بیشتر از افراد بیسواد و کم سواد نشان داده است (امیدی، ۱۳۷۹).

حمایت اجتماعی

مطالعات در زمینه ارتباط میان حمایت اجتماعی و سلامت و بیماری روان در ایران محدود و پراکنده است، اما در کلیه این مطالعات وجود چنین رابطه ای تأیید شده است. یافته های پژوهش در مورد رابطه رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان دانشگاه تهران و همچنین دانشگاه شیراز نشان داده است که رضایت از زندگی و حمایت اجتماعی به شکل معناداری سلامت روانی را پیش بینی می کند. تأثیر همزمان روابط اجتماعی و اعتماد به نفس در ارتقای سلامت روان سالمندان در مطالعه ای در شهر کرمان مورد تأیید قرار گرفت. معناداری رابطه بین سلامت روان و حمایت اجتماعی در کارکنان صنعت نفت بوشهر در یک مطالعه مقطعی تأیید شد. در یک مطالعه در زمینه حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله با استرس در پرستاران بخش روان پزشکی بیمارستان های آموزشی اصفهان نیز مشاهده شد که هرچه حمایت اجتماعی بیشتر باشد، به کارگیری روش های مؤثر مقابله با استرس افزایش و استفاده از روش های غیرمؤثر کاهش می یابد (سجادی و دیگران، ۱۳۸۸).

پنهان در جنس مؤنث شایع تر از جنس مذکر است. میان شیوع اضطراب آشکار و جنس ارتباط معناداری وجود ندارد، اما میان شیوع اضطراب پنهان و جنس رابطه معناداری قابل مشاهده است (مصطفوی، ۱۳۸۰).

در مرور تحقیقاتی که درباره افسردگی انجام شده است، برخی بر بالاتر بودن میزان آن در دختران تأکید دارند (اعتصام و مؤدب، ۱۳۸۱) و در برخی دیگر نیز تفاوت معنی داری میان جنس و ابتلا به افسردگی گزارش نشده است. به طور کلی می توان استدلال کرد که شرایط زندگی زنان موجب می شود که اضطراب و استرس در آنان بیشتر از مردان باشد (علیا، ۱۳۸۰).

درآمد

مجموع مطالعات در خصوص سلامت روانی و درآمد در ایران حکایت از فراوانی نشانه ها و اختلالات روانی در گروه های کم درآمد یا وجود رابطه معنادار میان سلامت روانی و درآمد دارد. یافته های مطالعات در مورد افسردگی و درآمد نیز نشان می دهند که میان وضعیت درآمد (با شاخص های وضعیت اشتغال پدر و مادر، ناحیه محل سکونت، وضعیت مالکیت منزل مسکونی، تعداد اتاق های منزل، مسافت، مالکیت اتومبیل شخصی، کفایت میزان درآمد برای هزینه های زندگی، بیکاری و شغل همسر) و افسردگی رابطه معناداری وجود دارد. از دو مطالعه در مورد خودکشی نیز نتایج یک مطالعه حاکی از فراوانی بیشتر خودکشی در میان گروه های کم درآمد و نتایج مطالعه دیگر نشان دهنده وجود ارتباط معنادار میان وضعیت درآمد و شیوع خودکشی بوده است (سجادی و دیگران، ۱۳۸۸).

تحصیلات

نتایج مطالعات در مورد ارتباط بین تحصیلات و سلامت روان در ایران یکدست نیست. مطالعه مسعودزاده و دیگران (۱۳۸۳) وجود رابطه معنادار آماری بین مقطع تحصیلی و سلامت روان را نشان داد اما ارتباط بین تحصیلات مادر و سلامت روان معنادار نبود در حالی که در مطالعه آقاجانی (۱۳۸۱) این رابطه معنادار بود.

نتایج مطالعات منتشر شده طی سال های ۱۳۸۵-۱۳۷۹ در مورد اقدام به خودکشی حاکی از آن است که فراوانی این اقدام در گروه با تحصیلات پایین تر بیشتر بوده است. در مطالعات انجام شده در همان دوره زمانی در مورد افسردگی نیز ارتباط بین میزان

۵. بحث و نتیجه گیری

بررسی سلامت روان عمدتاً از طریق سنجش اختلالات روانی انجام می‌شود. مقایسه یافته‌های این مطالعات در ایران و سایر کشورهای جهان به دلیل تفاوت در زمان مطالعه و ابزارهای مورد استفاده دشوار و غیردقیق است. براساس یافته‌های آخرین مطالعه ملی همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی در سال ۱۳۸۰، میزان شیوع انواع اختلالات روان‌پزشکی در ایران ۱۷/۱ درصد است. میزان شیوع به‌دست‌آمده در پژوهش‌های قبلی در ایران از ۱۱/۹ تا ۲۶/۹ درصد متغیر بوده است. بررسی دقیق‌تر و مقایسه یافته‌ها حاکی از آن است که نتایج مطالعه ملی مذکور نزدیک‌تر به یافته‌های مطالعاتی است که با استفاده از ابزارهایی با تعداد سؤالات بیشتر به غربالگری اختلالات روان‌پزشکی پرداخته‌اند.

مقایسه همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی در ایران با سایر کشورهای جهان نشان‌دهنده همخوانی نسبی است. شیوع اختلالات روانی در مناطق مختلف جهان بین ۱۰/۶ تا ۳۹/۸ درصد و میانگین تقریبی شیوع این اختلالات در حدود ۱۸ درصد است. مطالعه وایسمن و دیگران (Weissman et al., 1978) میزان شیوع ۱۵/۱ درصد و مطالعه مدیانوس و دیگران (Medianos et al., 1987) میزان شیوع ۱۹/۴ درصد را تأیید می‌کند.

ارزیابی‌های انجام‌شده در مورد بار و هزینه‌های مالی و انسانی مرتبط با اختلالات روانی نیز حاکی از آن است که هرساله میلیون‌ها دلار از منابع مالی کشورها صرف ارائه خدمات به این بیماران می‌شود. در تحقیقی در کانادا، هزینه بار بیماری‌های روانی شامل هزینه‌های درمان و از دست رفتن ساعات کار و نیروی انسانی را سالانه ۱۴/۴ میلیارد دلار تخمین زده‌اند (Stephens and Jonbert, 2001). در ایران، اتخاذ راهبرد ادغام خدمات سلامت روان در شبکه بهداشت، به‌ویژه در مناطق روستایی، به ارائه بهتر خدمات و کاهش هزینه خدمات منجر شده است.

شایان ذکر است که سنجش متوسط سلامت روان به تنهایی روش دقیقی برای توصیف وضعیت سلامت روان جامعه نیست. توزیع سلامت روان در جامعه نیز شاخص کلیدی و مهمی است که باید هنگام برنامه‌ریزی در حوزه سلامت و در سیاست‌گذاری‌های ارتقای سلامت مد نظر قرار گیرد.

از منظر عوامل اجتماعی، مطالعات انجام‌شده در ایران و یافته‌های آنها حاکی از همخوانی وضعیت با اکثر نقاط دنیا است.

بالتر بودن اضطراب و استرس در زنان و ارتباط این اختلال با جنسیت به عنوان یکی از عوامل اجتماعی در بسیاری از مطالعات از جمله در ایران تأیید شده و به شرایط زندگی زنان نسبت داده شده است. اضطراب و استرس یکی از ویژگی‌های غیرقابل اجتناب مشاغل است که زنان عهده‌دار آنها می‌شوند. برآورد شده است که حدود ۸۰ درصد از کل مراقبت‌های سلامت و ۹۰ درصد مراقبت از بیماری‌های مرتبط با اچ‌آی‌وی/ایدز در خانه و به دست زنان انجام می‌گیرد (WHO, 2000). اما این پرستاران خانگی بدون حمایت بخش سلامت و ناشناخته برای سیاستمداران باقی می‌مانند. با آنکه در کوتاه‌مدت هزینه‌های خانوار برای تأمین خدمات سلامت از خارج خانه کاهش می‌یابد، در بلندمدت، هزینه فرصت آموزش و مشارکت زنان در بازار کار به میزان قابل توجهی افزایش یافته است. این مسئله مستقیماً بر سلامت این پرستاران نیز اثر می‌گذارد. پرستاران خانگی زن در ایالات متحده آمریکا سلامت احساسی پایین‌تری نسبت به پرستاران مرد داشته‌اند (Navaie-Waliser et al., 2002). در شیلی، پرستاران خانگی دچار بی‌خوابی، فشار، ناراحتی معده، حساسیت بیش از حد، اضطراب، ناراحتی، افسردگی، تنهایی، دلتنگی و نگرانی می‌شوند. اما تعداد کمی از آنها درباره نیازهای خود با پزشک مشورت می‌کنند و حتی تعداد کمتری تحت درمان یا معالجه قرار می‌گیرند (George, 2008). این یافته‌ها نتایج پژوهش‌ها را درباره اضطراب زنان ایرانی تأیید می‌کند.

نزدیک به کل مطالعات مربوط به درآمد و سلامت روان در ایران فراوانی بالاتر این مشکلات را در گروه‌های با درآمد پایین‌تر و/یا وجود رابطه معنادار میان میزان درآمد و وضعیت سلامت روان افراد را نشان داده‌اند. ارتباط شرایط اقتصادی کشورها اعم از وضعیت درآمد، و فقر و نابرابری با انواع شاخص‌های سلامت در کشورهای مختلف جهان مورد بررسی قرار گرفته است و بسیاری از مطالعات مؤید این رابطه هستند. مطالعات ویلکینسون شواهد بین کشوری تأثیرات نابرابری درآمد بر سلامت را نشان داده است. در بررسی مقطعی ۱۱ کشور عضو سازمان توسعه و همکاری‌های اقتصادی (OECD)، ویلکینسون رابطه‌ای معکوس ($r = -0.81$, $p < 0.0001$) بین نابرابری درآمد (درآمد پس از مالیات که با توجه به تفاوت‌های اندازه خانوار و با استفاده از ضریب جینی سنجیده شده بود) و امید به زندگی یافت (Wilkinson, 1996). همچنین در ۹ کشور عضو سازمان مذکور، بین امید به زندگی و نسبت درآمد ۷۰ درصد جمعیت

هست. از این رو، با توجه به یافته‌ها، غالب نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی در سلامت روان در ایران غیرضروری، غیرمنصفانه و بالقوه قابل اجتناب هستند، لذا اتخاذ اقدامات برنامه‌ریزی‌شده و سازمان‌یافته اجتماعی و اقتصادی می‌تواند از میزان این نابرابری‌های عمده در سلامت روان بکاهد.

منابع

- آقاجانی، مریم. (۱۳۸۱). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت روان و منبع کنترل نوجوانان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا.
- احسان‌منش، مجتبی. (۱۳۸۰). «همه‌گیرشناسی بیماری‌های روانی در ایران: بازنگری برخی بررسی‌های انجام‌شده»، *اندیشه و رفتار*، ش ۲۴.
- اعتصام، مامک و گلبرگ مؤدب. (۱۳۸۱). بررسی شیوع علایم افسردگی و عوامل مؤثر بر آن در دانش‌آموزان مقطع متوسطه در شهر تهران، پایان‌نامه دکتری پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.
- بیابانگرد، اسماعیل و فاطمه جواد. (۱۳۸۳). «سلامت روان‌شناختی نوجوانان و جوانان شهر تهران»، *رفاه اجتماعی*، ش ۱۴.
- تاسیگ، مارک، جانت میلیکو و سری سوبیدی. (۱۳۸۶). *جامعه‌شناسی بیماری‌های روانی*، ترجمه احمد عبداللهی، تهران، سمت.
- توکلی‌زاده، جهانشیر، مهدی مشکى، لاله حسینی شهیدی و پرویز معروضی. (۱۳۸۲). «بررسی رویدادهای استرس‌زا و همراهی آن با اختلالات روانی در جوانان شهر گناباد»، *افق دانش*، شماره بهار و تابستان.
- خزایی، حبیب‌الله و علی‌اکبر پرویزی فرد. (۱۳۸۲). «بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و ارزیابی وضعیت روانی اقدام‌کنندگان به خودکشی (تبریز، ۱۳۸۰)»، بهیود، شماره پاییز.
- سجادی، حمیرا، مروئه وامقی و سعید مدنی. (۱۳۸۸). *مرور مطالعات مرتبط با تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در ایران بر مبنای مدل سازمان بهداشت جهانی*، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- شریف، فرخنده. (۱۳۸۳). «بررسی وضعیت سلامت روانی خانواده‌های مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر شیراز و ارتباط آن با متغیرهای جمعیت‌شناختی ۸۱-۱۳۸۰»، *رمان دانش*، ش ۳۵.
- شورای سیاست‌گذاری سلامت. (۱۳۸۹). *دستاوردها، چالش‌ها و افق‌های پیش روی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران*، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ظهیرالدین، علیرضا و گیتا صدیقی. (۱۳۸۲). «بررسی میزان علایم افسردگی در صد بیمار دیابتیک مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های امام حسین و لقمان در سال ۱۳۸۱»، *پژوهش در پزشکی*، ش ۲۷.
- عاطف وحید، محمدکاظم. (۱۳۸۳). «بهداشت روان در ایران: دستاوردها و چالش‌ها»، *رفاه اجتماعی*، ش ۱۴.
- برخوردار از حداقل رفاه رابطه نزدیکی ($r = 0.86$, $p < 0.001$) یافت شد (Wilkinson, 1997). نسبت درآمد کسب‌شده ۷۰ درصد جمعیت دارای حداقل رفاه، توأم با سرانه تولید ناخالص ملی، حدود سه‌چهارم تفاوت در امید به زندگی، و سرانه تولید ناخالص ملی به تنهایی کمتر از ۱۰ درصد تفاوت در امید به زندگی در این کشورها را توضیح می‌دهد (ibid.).
- شیه و پیو (Hsieh and Pugh, 1993) ۳۴ مطالعه را که تا سال ۱۹۹۳ در مورد فقر، نابرابری درآمد، و میزان جرایم خشونت‌بار منتشر شده بود فراتحلیل کردند. با وجود تفاوت‌های روش‌شناختی، اکثر بررسی‌ها نشان می‌دادند که ارتکاب جرایم خشونت‌بار با فقر ($r = 0.44$) و نیز نابرابری درآمد ($r = 0.44$) مرتبط است. قابل توجه است که در بررسی‌های مربوط به واحدهای با تراکم جغرافیایی کوچک‌تر (مثل شهرها)، فقر بیشتر با جرایم خشونت‌بار ارتباط داشت. در مورد نابرابری درآمد، که با استفاده از داده‌های گردآوری‌شده در سطح ایالتی یا ملی محاسبه می‌شد و آثار سازگارتری در بررسی‌ها نشان می‌داد، عکس آن صدق می‌کرد.
- یافته‌های کلیه مطالعات در زمینه آموزش و سلامت روان در ایران آموزش را مؤثر نشان داده‌اند. به‌ویژه آموزش مهارت‌های زندگی به افزایش ظرفیت‌های روان‌شناختی، قدرت سازگاری و مقابله با چالش‌ها و مشکلات زندگی، و نهایتاً ارتقای بهداشت روانی افراد منجر می‌شود. بنابراین، ارائه آموزش‌های فراگیر مهارت‌های زندگی بالاختصاص مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی به نوجوانان بر سلامت روان‌شناختی آنان تأثیر مثبت می‌گذارد. همچنین بر بسیاری از ویژگی‌های فردی و شخصیتی افراد از قبیل احساس حرمت، رفتارهای خودنظم‌بخشی، تلاش‌های ذهنی هوشمندانه، و حس خودارزشمندی نیز تأثیرگذار است. محققان در مطالعات خود نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های ارتباطی میزان استرس پرستاران را به طور معناداری کاهش می‌دهد.
- بررسی نتایج مطالعات در ایران حاکی از آن است که نابرابری اقتصادی-اجتماعی تأثیر قابل توجهی در وضعیت سلامت روان دارد، نابرابری‌ای که بار آن بر دوش افراد فقیرتر، زنان، افراد آموزش‌نندیده و کسانی سنگینی می‌کند که حمایت اجتماعی ناکافی دارند. از سوی دیگر، همین نتایج نشان می‌دهند که سلامت روان، علاوه بر برنامه‌ریزی‌ها و اقدامات نظام سلامت و خدمات بهداشتی، به شدت تحت تأثیر عوامل دیگری خارج از حیطه سلامت نیز

- Adler, N., J. Stewart, S. Cohen, M. Cullen and A. Roux. (2007), *Reaching for a Healthier Life; Facts on Socioeconomic Status and Health in the U.S.*, available at: <http://www.macses.ucsf.edu>
- Araya, R., G. Lewis, G. Rojas and R. Fritsch. (2003), "Education and Income: Which Is More Important for Mental Health?", *Journal of Epidemiology and Community Health* 57: 501-505.
- Bruckner, T. A., R. Scheffler, G. Shen, J. Yoon, D. Chisholm et al. (2010), "Mental Health Workforce Gap in Low- and Middle-Income Countries", *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva.
- Cattan, M. and S. Tilford. (2006), *Mental Health Promotion: A Life Span Approach*, Maidenhead, McGraw-Hill and Open University Press.
- Cross-National Collaborative Group. (1992), "The Changing Rate of Major Depression: Cross-National Comparisons", *Journal of the American Medical Association* 268/21: 3098-3105.
- CSDH: Commission on Social Determinants of Health. (2007), *Achieving Health Equity: From Root Causes to Fair Outcomes: Interim Statement*, available at: http://www.who.int/social_determinants/resources/interim_statement/en/index.html
- Demyttenaere, K., R. Bruffaerts and J. O. Posada-Villa. (2004), "Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys", *Journal of the American Medical Association* 291/21: 2581-2590.
- European Commission. (2005), *Improving the Mental Health of the Population, towards a Strategy on Mental Health for the European Union*, Green, 484.
- Evans, T., M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuvia and M. Wirth. (2001), *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*, Oxford, Oxford University Press.
- Friedli, L. (2009), *Mental Health, Resilience and Inequalities*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- George, A. (2008), "Nurses, Community Health Workers, and Home Carers: Gendered Human Resources
- علیا، زهرا. (۱۳۸۰)، بررسی مقایسه‌ای عوامل استرس‌زا و رابطه آنها با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانواده و زنان غیرسرپرست در منطقه غرب تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- متقی‌پور، یاسمن، پریسا امیری، مژگان پادیاب، فراز والایی، یداله محرابی و فریدون عزیزی. (۱۳۸۴)، «بررسی میزان سلامت روان نوجوانان: مطالعه قند و لیپید تهران»، پژوهش در پزشکی، ش ۲۹.
- محمدی، غلامرضا. (۱۳۸۳)، «بررسی همه‌گیری‌شناسی و علت‌شناسی اقدام به خودکشی و ارتباط آن با متغیرهای جمعیت‌شناختی در بین مراجعین اورژانس بیمارستان ۲۲ بهمن نیشابور در سال ۱۳۸۲»، *اصول بهداشت روانی*، ش ۲۳ و ۲۴.
- محمدی، م. ه. داویدیان، ا. نوربالا، ح. ملک‌افضلی، ح. نقوی، ح. پوراعتماد، ع. باقری یزدی، م. رهگذر، ج. علاقبند راد، ه. امینی و ع. رزاقی. (۱۳۸۲)، «همه‌گیری‌شناسی اختلالات روان‌پزشکی در ایران، سال ۱۳۸۰»، حکیم، ش ۱.
- مرادی، سعداله و علی خادمی. (۱۳۸۱)، «بررسی وضعیت خودکشی‌های منجر به مرگ در ایران و مقایسه آن با نرخ‌های جهانی»، *پزشکی قانونی*، شماره پاییز.
- مسعودزاده، عباس، علیرضا خلیلیان، مهسا اشرفی و کامران کیمیاییگی. (۱۳۸۳)، «بررسی وضعیت سلامت روانی دانش‌آموزان دبیرستانی شهر ساری»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، شماره زمستان.
- مصطفوی، حمید. (۱۳۸۰)، بررسی ارتباط اضطراب با عوامل اقتصادی و فرهنگی و اجتماعی در کارورزان دانشگاه علوم پزشکی ایران، پایان‌نامه دکترای پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- موسوی‌نسب، محمدحسین و محمدرضا تقوی. (۱۳۸۴)، «تأثیر ارزیابی استرس و راهبردهای رویارویی در سلامت روان»، *مجله پزشکی هرمزگان*، شماره بهار.
- نخعی، مریم و شهناز طبیعی. (۱۳۸۳)، «همه‌گیری‌شناسی خودسوزی بیماران بستری در بخش سوختگی بیمارستان امام رضا (ع) بیرجند، ۱۳۸۲-۱۳۷۷»، *پزشکی قانونی*، شماره بهار.
- نقوی، محسن، فرید ابوالحسنی، فرشاد پورملک، ناهید جعفری، مازیار مرادی لاکه، بابک عشرتی، بابک مهدوی هزاوه، حسین کاظمینی، آرش طهرانی بنی‌هاشمی و شروان شعاعی. (۱۳۸۷)، «بار بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران در سال ۱۳۸۲»، *اپیدمیولوژی/ایران*، دوره ۴، ش ۱.
- یاسمی، محمدتقی، جعفر بوالهروی، داوود شاه‌محمدی، عمران محمد رزاقی، سید عباس باقری یزدی، مهدی بینا، هوشمند لایقی و احمد محیط. (۱۳۸۲)، «بهداشت روان در جمهوری اسلامی ایران: دستاوردها و نیازها»، *بهداشت روان*، ش ۳.

- Health Challenge", *Lancet* 365: 1302-1313.
- Pearlin, L. (1983), "Role Strains and Personal Stress", in: H. Kaplan, ed., *Psychological Stress*, New York, Academic Press.
- Piccinelli, M. and G. Wilkinson. (2000), "Gender Differences in Depression: Critical Review", *British Journal of Psychiatry* 177: 486-492.
- Pickering, J. (2007), "Is Wellbeing Local or Global? A Perspective from Ecopsychology", in: J. Haworth and H. Graham, eds., *Wellbeing: Individual, Community and Social Perspectives*, Basingstoke, Palgrave and Macmillan, pp. 149-162.
- Saha, S., D. Chant, J. Welham and J. McGrath. (2005), "A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia", *PLoS Medicine* 2/5: e141.
- Stephens, T. and N. Jonbert. (2001), "The Economic Burden of Mental Health Problems in Canada", *Chronic Disease in Canada* 22/1.
- The Adler Institute on Social Exclusion. (2010), Social Determinants of Mental Health Definition, available at: <http://www.adler.edu/about/SocialDeterminantsofMentalHealthDefinition.asp>
- Thornicroft, G. and N. Sartorius. (1993), "The Course and Outcome of Depression in Different Cultures: 10-year Follow-up of the WHO Collaborative Study on the Assessment of Depressive Disorders", *Psychological Medicine* 23: 1023-1032.
- Vijaya, M. and O. Femi. (2004). "Poverty, Social Inequality and Mental Health", *Advances in Psychiatric Treatment* 10: 216-224.
- Weissman, M. M., J. K. Mayers and P. S. Harding. (1978), "Psychiatric Disorder in a U.S. Urban Community", *American Journal of Psychiatry* 135: 456-462.
- Wilkinson, R. G. (1996), *Unhealthy Societies: The Affliction of Inequality*, Routledge.
- _____. (1997), "Socioeconomic Determinants of Health. Health Inequalities: Relative or Absolute Material Standards", *British Medical Journal* 314: 591-595.
- World Health Organization. (2000), *Women's Mental Health*, Compensating for Skewed Health Systems", *Global Public Health* 3:75-89.
- Hsieh, C. C. and M. D. Pugh. (1993), "Poverty, Income Inequality, and Violent Crime: A Meta-analysis of Recent Aggregate Data Studies", *Crime Just. Rev.* 18: 182-202.
- Jin, R. L., C. P. Shah and T. J. Svoboda. (1995), "The Impact of Unemployment on Health: A Review of the Evidence", *Canadian Medical Association Journal* 153/5: 529-540.
- Lee, C. K., Y. S. Kwak and J. Yamamoto. (1990), "Epidemiology of Mental Disorders in Korea", *Journal of Nervous and Mental Disease* 178/4: 242-246.
- Link, B. and J. Phelan. (1995), "Social Conditions as Fundamental Causes of Disease", *Journal of Health and Social Behavior*, special issue: 80-94.
- Lorant, V., D. Delige, W. Eaton, A. Robert, P. Philippot and M. Anseau. (2003), "Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis", *American Journal of Epidemiology* 157: 98-112.
- Mathers, C. D. and D. Loncar. (2006), "Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030", *PLoS Medicine* 3/11: e 442.
- Medianos, M. G., C. N. Stefanis and D. Madianou. (1987), "Prevalence of Mental Disorders and Utilization of Mental Health Services in Two Areas of Greater Athens", in: B. Cooper and G. Helgason, eds., *Psychiatric Epidemiology*, London, Croom Helm Ltd.
- Navaie-Waliser, M., P. H. Feldman, D. A. Gould, C. Levine, A. N. Kuerbis and K. Donelan. (2002), "When the Caregiver Needs Care: The Plight of Vulnerable Caregivers", *American Journal of Public Health* 92: 409-413.
- Noorbala, A. A., S. A. Bagheri Yazdi and M. T. Yasamy. (2004), "Mental Health Survey of the Adult Population in the Islamic Republic of Iran", *British Journal of Psychiatry* 184: 70-73.
- Patel, V., A. J. Flisher, S. Hetrick and P. McGorry. (2007), "The Mental Health of Young People: A Global Public

- Diseases and Related Health Problems: 10th revision, available at: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/> (1 June 2009).
- _____. (2008b), *The Global Burden of Disease: 2004 Update*, Geneva.
- World Health Organization (Commission on the Social Determinants of Health/ CSDH). (2009), *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*, Geneva.
- Zubrick, S. R. (2000), *The Mental Health of Young People in Australia: The Child and Adolescent Component of the National Survey of Mental Health and Well-being*, Canberra, AGPS.
- _____. (2001), *Mental Health: New Understanding, New Hope*, Geneva.
- _____. (2003), *Investing in Mental Health*, Geneva.
- _____. (2004), *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice, Summary Report*, Geneva.
- _____. (2005), *Mental Health Atlas*, Geneva.
- _____. (2006), *A Report of the Assessment of the Mental Health System in the Islamic Republic of Iran Using the World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health System*, WHO Country Office in the Islamic Republic of Iran.
- _____. (2008a), *International Statistical Classification of*

سلامت جسمی

معصومه دژمان*، الهام حبیبی**، غلامرضا قائد امینی***

مقدمه

سلامت و تأمین آن یکی از مقوله‌هایی است که از دیرباز مورد توجه بشر بوده و دولت‌ها تلاش می‌کنند شرایطی فراهم سازند تا مردم از بالاترین سطح سلامت با توزیعی عادلانه بهره‌مند شوند. ولی در گذشته مقوله سلامت یک پدیده اجتماعی تلقی نمی‌شده و بیشتر پدیده‌ای فردی به حساب می‌آمده است. با شکل‌گیری حکومت‌های مردم‌سالار، تأمین سلامت به عنوان یک حق و درخواست اجتماعی در مجموعه وظایف دولت‌ها و تعهدات بین‌المللی آنها قرار گرفته است. در سال‌های اخیر، رویکردهای سلامت روانی و اجتماعی در کنار سلامت جسمی از جانب سازمان جهانی بهداشت مطرح شده است. این رویکردها بینش کشورهای جهان و در نتیجه مداخلات مورد انتظار برای تحقق اهداف نظام

سلامت را دگرگون ساخته است (خسروی و نجفی، ۱۳۸۸). در طی سه دهه گذشته، ساختارهای سلامت صورت جامع و نظام‌مندی به خود گرفته‌اند و دولت‌ها، با اتخاذ راهبرد مراقبت‌های اولیه بهداشتی در نظام‌های سلامت خود، تلاش کرده‌اند تا تأمین سلامت مردم را به عنوان یک اولویت در همه سیاست‌های خود در نظر بگیرند. بر همین اساس، تأمین و ارتقای سلامت آحاد جامعه به یک کنش متقابل و پدیده‌ای دوسویه بین جامعه و دولتمردان تبدیل شده است. این تبادل دوطرفه زمانی موفق خواهد بود که تأمین سلامت چراغ راه توسعه اجتماعی و اقتصادی باشد، و از این پس توسعه اجتماعی و اقتصادی سلامت‌نگر نیاز و خواست دوران‌دیشان جامعه خواهد بود (همان).

سلامت انسان محصول تعامل پیشینه ژنتیکی و محیط اجتماعی و روانی و اکولوژیکی وی است و هر کدام از این عوامل به طور جداگانه بر سلامت او اثر می‌گذارند (سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، ۱۳۸۴). همچنین طبق اعلامیه‌ها و قوانین ملی

* دکترای بهداشت روان، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

** کارشناسی ارشد آموزش پرستاری

*** کارشناسی ارشد مدیریت رفاه اجتماعی

و بین‌المللی، برخوردار از یک زندگی سالم و مولد و باکیفیت، توأم با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی، حقی است همگانی که در مکتب اسلام، اعلامیه جهانی حقوق بشر (ماده ۲۵)، و قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران (اصول ۳ و ۲۹ و ۴۳) مورد تأکید قرار گرفته است. مسئولیت تأمین زندگی سالم بر عهده دولت‌هاست و یکی از پیش‌شرط‌های تحقق توسعه پایدار به شمار می‌رود. در مقدمه اساسنامه سازمان جهانی بهداشت (۱۹۴۶) نیز برخوردار از بالاترین حد استانداردهای منطقی و قابل قبول سلامت، بدون در نظر گرفتن نژاد، مذهب، عقاید سیاسی و موقعیت اقتصادی و اجتماعی، حق مسلم هر انسانی شمرده شده است (امیرارجمند، ۱۳۸۱).

با توجه به تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت مسئله‌ای چندبعدی است. حتی امروزه، علاوه بر ابعاد جسمی و روانی و اجتماعی، جنبه معنوی را هم در نظر می‌گیرند. باید توجه داشت که ابعاد مختلف سلامت یا بیماری بر یکدیگر اثر می‌گذارند و تحت تأثیر یکدیگر قرار دارند چنانکه مشکلات جسمی بر روان فرد، مشکلات روانی بر جسم او، هردوی آنها بر جامعه، و اختلالات موجود در جامعه بر دو بعد دیگر سلامت اثر می‌گذارند. لذا، در هر اقدامی به منظور ارتقای سلامت، باید به تمام جوانب سلامت فردی (جسمی و روانی و معنوی) و سلامت کلی جامعه توجه شود. در مقاله حاضر به بعد جسمانی سلامت پرداخته شده است.

۱. تعریف سلامت و سلامت جسمی

۱.۱. تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامت

تعریفی از سلامت که به طور گسترده پذیرفته شده است تعریفی است که سازمان جهانی بهداشت در مقدمه اساسنامه خود ارائه کرده است: «سلامت عبارت است از وضعیت رفاه کامل جسمی و روانی و اجتماعی و نه تنها نبود بیماری و معلولیت». این تعریف در سال‌های اخیر تقویت شده تا توانایی برخوردار از «زندگی پویای اجتماعی و اقتصادی» را نیز در خود جای دهد (پارک، ۱۳۸۲). ارتباط کاملاً واضح و مستقیمی بین پیشرفت‌های انسانی و وضعیت سلامت جامعه بشری وجود دارد. نظام‌های بهداشتی و رفاهی در دنیا اهداف خود را به طور روزافزون از «ارائه مراقبت‌های بهداشتی» به سمت «ایجاد جامعه سالم» ارتقا می‌بخشند و خدمات بهداشتی تضمین‌کننده سلامت را به صورت یکپارچه و با دیدگاه

مشتری‌محوری و جامعه‌مداری به گونه‌ای عرضه می‌کنند که، در نهایت، شاخص‌های کلی سلامت مانند سعادت یا بهزیستی^۱ جانشین شاخص‌های محدود و نارسایی مانند میزان مرگ و میر^۲ شوند (WHO, 2000). انتقادی که از تعریف سازمان جهانی بهداشت شده معطوف به گستردگی آن است. برخی عقیده دارند که سلامت را نمی‌توان به عنوان «یک وضعیت» بیان کرد. سلامت فرایندی است که در طی آن، تطابق پیوسته با تقاضاهای در حال تغییر زندگی و تغییراتی که ما در معنای زندگی می‌دهیم ایجاد می‌شود. تعریف سازمان جهانی بهداشت شرایطی را دربرمی‌گیرد که ممکن است در برخی افراد وجود داشته باشد اما در همه مردم و همه زمان‌ها وجود ندارد و کمتر در گروه‌ها و جوامع انسانی مشاهده می‌شود. تعریف سازمان جهانی بهداشت، به رغم محدودیت‌هایش، کاربرد بسیار گسترده و مثبتی دارد و استانداردهای سلامت «مثبت» را تعیین می‌کند. این تعریف نشان‌دهنده آرمان‌های مردم و بیان‌کننده مقصد یا هدفی است که همه ملت‌ها باید به سوی آن بشتابند (پارک، ۱۳۸۲).

۲.۱. تعریف عملی سلامت

از آنجا که تعریف نظری ارائه‌شده در بالا یک تعریف «عملی» نبود و اندازه‌گیری مستقیم سلامت و بهزیستی را ممکن نمی‌ساخت، گروه تحقیقات سازمان جهانی بهداشت تعریفی عملی برای سلامت تدوین کرد. در این تعریف، مفهوم سلامت به وجود دو نظام بستگی دارد. در بعد گسترده، سلامت را می‌توان «شرایط یا کیفیتی از بدن انسان دانست که بیان‌کننده عملکرد مناسب بدن در شرایط ژنتیکی یا محیطی معین است». در بعد محدودتر که برای اهداف اندازه‌گیری مفیدتر است، سلامت عبارت است از: الف) نبود شواهد آشکار دال بر وجود بیماری مخل عملکرد طبیعی فرد، یعنی عملکردهای فرد در قالب استانداردهای سلامت و برای سن، جنس، جامعه و جغرافیای منطقه قابل قبول باشد و ب) اندام‌های مختلف بدن عملکرد مناسبی، چه در خود و چه در ارتباط با دیگر اندام‌ها، داشته باشند که باعث به وجود آمدن نوعی توازن یا پایداری

1. well-being

2. mortality

انتظار، علاوه بر کیفیت، کمیّت را نیز در آینده افزایش می‌دهد. به علاوه، سلامت مکمل سرمایه‌گذاری در آموزش است چرا که اگر مردم بتوانند کار کنند و در دوره‌های طولانی‌تری به کسب درآمد بپردازند، بازده آموزش بالاتر خواهد رفت. سرانجام اینکه سلامت بیشتر موجب خواهد شد که در هزینه مراقبت‌های بهداشتی صرفه‌جویی و منابع آزادشده در سایر امور به کار گرفته شود (پرکینز و دیگران، ۱۳۷۹). چنانکه گفته شد، امر سلامت ابعاد جسمی و روانی و اجتماعی را دربرمی‌گیرد و واضح است که ارتباط تنگاتنگی بین توسعه و سلامت وجود دارد.

با عنایت به چشم‌انداز بیست‌ساله نظام جمهوری اسلامی، انتظار می‌رود کشور از مردمی در بالاترین سطح سلامت و از عادلانه‌ترین و توسعه‌یافته‌ترین نظام سلامت در منطقه برخوردار باشد. دستیابی به استانداردهای جهانی و گواهینامه‌های بین‌المللی در تمامی بیمارستان‌ها، شبکه‌های بهداشتی-درمانی کشور، و دانشکده‌ها و مراکز پژوهشی، نیز کاهش ده درصدی هزینه‌های درمانی نظام سلامت از نشانه‌های این توسعه برشمرده شده است. لذا، برای تحقق اهداف فوق، شناخت وضعیت فعلی سلامت کشور در مقایسه با سایر کشورها ضروری به نظر می‌رسد.

براساس تعریف کمیسیون جهانی محیط زیست و توسعه در سال ۱۳۸۹، توسعه پایدار عبارت است از توسعه‌ای که نیازهای کنونی را تأمین کند بدون آنکه توانایی نسل‌های آینده را در برآوردن نیازهای خود به مخاطره افکند. توسعه پایدار توسعه‌ای کلان‌نگر است و همه ابعاد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، زیست‌محیطی و دیگر نیازهای بشری را دربرمی‌گیرد (Brundtland, 1987).

از سوی دیگر، سلامت به مثابه رفاه کامل جسمی و روانی و اجتماعی عرصه‌ای است که با سایر عرصه‌های سیاسی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، صنعتی و... هر جامعه پیوند دارد. امروزه، به علت پیچیده شدن ابعاد چالش‌های گوناگون توسعه‌ای بسیاری از کشورها، تأمین و حفظ و ارتقای سطح سلامت به محوری‌ترین دغدغه و چالش فراروی سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران و مردم تبدیل شده است (هدایتی و زیتالی، ۱۳۸۷).

به دنبال افزایش نگرانی کشورهای مختلف در خصوص روند توسعه، ازدیاد جمعیت، تخریب سریع منابع، افزایش فقر، و برهم خوردن چرخه‌های طبیعی حیات در کره زمین طی دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ میلادی، نگرانی‌ها در مورد وضعیت سلامت و آثار عمیق

می‌شود، شرایطی نسبتاً پایدار که ممکن است بسته به محرک‌های درونی و خارجی تغییر کند (همان). سلامت مقوله‌ای قابل تعریف و تعیین و اندازه‌گیری و از اجزای اصلی حصول سعادت یا بهزیستی و ارتقای کیفیت زندگی است (احمدی و دیگران، ۱۳۸۶). کیفیت زندگی عبارت است از چگونگی احساس عمومی، و خوشحالی و رضایت از وضع زندگی و محیط اطراف. کیفیت عمومی زندگی کلیه وجوه آن شامل سلامت، فرهنگ، حقوق، ارزش‌ها، باورها، آرزوها، تفریحات و سایر شرایطی را که این امور در آن وجود دارند دربرمی‌گیرد (حسن‌زاده و فخیم‌علی‌زاد، ۱۳۸۴).

۳.۱. تعریف سلامت جسمی

سلامت مفهومی چندبعدی (جسمی، روانی، اجتماعی، روحی، احساسی، شغلی و سیاسی) است که، با پیشرفت دانش بشر، ممکن است ابعاد دیگری به این فهرست اضافه شود. شناخته‌شده‌ترین بعد سلامت بعد جسمی است که ساده‌تر از ابعاد دیگر می‌توان آن را ارزیابی کرد. سلامت جسمی در حقیقت حاصل عملکرد درست اعضای بدن است. از نظر بیولوژیکی، عملکرد مناسب سلول‌ها و اعضای بدن و هماهنگی آنها با هم نشانه سلامت جسمی است. بعضی از نشانه‌های سلامت جسمی عبارت است از: ظاهر خوب و طبیعی، وزن مناسب، اشتها کافی، خواب راحت و منظم، اجابت مزاج منظم، توجه نکردن فرد به اعضای بدن خود، اندام مناسب، حرکات بدنی هماهنگ، طبیعی بودن نبض و فشار خون، افزایش مناسب وزن در سنین رشد و ثبات نسبی آن در سنین بالاتر، و ضربان قلب ثابت (پارک، ۱۳۸۲).

۲. رویکرد نظری: سلامت جسمی و توسعه

در زمینه ارتباط سلامت و توسعه باید بیان داشت که ارائه خدمات بهداشتی موجب بهبود کیفیت منابع انسانی، چه در حال حاضر و چه در آینده، می‌شود. سلامت بیشتر برای کارگران دربردارنده منافع مستقیم و فوری (افزایش قدرت و طاقت و توانایی تمرکز در حین کار) است. سلامت و تغذیه بهتر کودکان به طور مستقیم رشد و بهره‌وری آینده آنان را ارتقا می‌بخشد: بچه‌های تندرست امروز بزرگسالان قوی و سالم فردا خواهند بود. مخارج آموزش و پرورش فقط کیفیت منابع انسانی را افزایش می‌دهد، در حالی که هزینه‌های سلامت، از طریق طولانی‌تر کردن زندگی کاری مورد

پیشرفت‌های حاصل‌شده از این اجلاس و همچنین ارائه راهکارهایی برای تقویت و عملیاتی‌سازی دستور کار ۲۱ و سایر نتایج آن، اجلاس جهانی توسعه پایدار در ژوهانسبورگ (آفریقای جنوبی) برگزار شد (Johannesburg Summit, 2002). عمده‌ترین نتایج این اجلاس یک برنامه اجرایی (International Council for Science, 2002)، یک اعلامیه سیاسی و شماری ابتکارات و مشارکت‌های اجرایی بود. یکی از عمده‌ترین تفاوت‌های این اجلاس با اجلاس ریو آن بود که مسئله سلامت در آن محوریت یافت. این امر نشانگر آن بود که سلامت به عنوان منبعی بسیار مهم برای توسعه پایدار به رسمیت شناخته شده است. در این میان، سلامت فردی و اجتماعی، با ابعاد وسیع فرابخشی و بین‌رشته‌ای خود، حجم گسترده‌ای از مسائل مرتبط با توسعه پایدار کشورها را به خود اختصاص می‌دهد. طی دو دهه اخیر، جامعه بین‌المللی به این اجماع رسیده است که سلامت نه تنها با عرصه‌های اجتماعی، اقتصادی و زیست‌محیطی پیوندی محکم دارد، بلکه محور و معیار سنجش پایداری آنها نیز محسوب می‌شود. این بدان معنی است که اگر وضعیت سلامت کشورها در تمامی ابعاد یا در اکثر آنها رو به بهبود باشد، بدون شک وضعیت توسعه آنها رو به بهبود و پایداری خواهد گذاشت (همان).

۳. اپیدمیولوژی سلامت و بیماری جسمی در جهان

شناخت بار بیماری‌ها (DALY)^۴ و آسیب‌ها در نخستین سال‌های هزاره سوم، و ایفای نقش مؤثر کارگزاران بهداشت و درمان در حفظ و ارتقای سلامت مردم مستلزم داشتن اطلاعات دقیق، شناخت وضعیت موجود و فراهم شدن امکان قضاوت معتبر درباره ضرورت‌ها و اولویت‌های حال و آینده است.

بار بیماری‌ها، ریسک فاکتورهای مربوط و صدمات ناشی از آنها عواملی هستند که در تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی در زمینه فرایندهای سلامت حائز اهمیت‌اند. در جدول ۱، بیشترین بار بیماری‌ها در دنیا ارائه شده است.

یکی از چالش‌های کلی در حوزه بهداشت عمومی و سلامت در

آن بر اقتصاد و توسعه کشورها، خاصه کشورهای در حال توسعه، شدت یافت تا آنجا که بسیاری از کارشناسان سازمان جهانی بهداشت، با اذعان بر ناکارآمد بودن نگرش‌های درمان‌محور در عرصه سلامت، چرخش در این نگرش را اجتناب‌ناپذیر ارزیابی کردند. مجموعه این نگرانی‌ها در نهایت، در سال‌های پایانی دهه ۷۰، منجر به تغییر نگرش در عرصه سلامت شد و در ماه مه ۱۹۷۷، در پایان سی‌امین اجلاس بهداشت که در آلماتای اتحاد جماهیر شوروی سابق با شرکت ۱۳۴ کشور جهان تشکیل شده بود، اعلام گردید که مهم‌ترین هدف اجتماعی دولت‌ها و سازمان جهانی بهداشت در دهه‌های آینده باید آن باشد که همه مردم جهان تا سال ۲۰۰۰ میلادی به سطحی از سلامت دست یابند که زندگی آنان از نظر اقتصادی و اجتماعی ثمربخش و مفید باشد. سرانجام، در سپتامبر ۱۹۷۸، کنفرانس جهانی آلماتا، با تصویب بیانیه‌ای با عنوان «بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ میلادی»، آن را وسیله و ابزار تحقق هدف مزبور معرفی کرد. در سال ۱۹۸۰، براساس مراقبت‌های اولیه بهداشتی^۱ با رویکرد پیشگیرانه، قطعنامه‌ای در مجمع عمومی سازمان ملل متحد به تصویب رسید که در آن بر مراقبت‌های اولیه بهداشتی به مثابه محور توسعه تأکید شده بود (همان).

با آغاز هزاره جدید، مهم‌ترین اجماع بین‌المللی در خصوص توسعه میان ۱۹۱ کشور، تحت عنوان «اعلامیه هزاره ملل متحد»، حاصل شد. براساس اعلامیه هزاره، هشت هدف توسعه هزاره کشورها را موظف می‌سازد برای مبارزه با فقر، بی‌سوادی، گرسنگی، عدم دسترسی به امکانات آموزش و پرورش، نابرابری جنسیتی، مرگ و میر کودکان و مادران، بیماری، و نابودی محیط زیست دست به دست هم دهند و فعالانه‌تر و هماهنگ‌تر از سابق تلاش کنند. از این هشت آرمان، سه آرمان مستقیماً با سلامت انسان‌ها مرتبط و پنج آرمان دیگر نیز در ارتباط تنگاتنگ با آن هستند. این امر نشانگر آن است که هم‌اکنون حفظ و ارتقای سطح سلامت نیاز اساسی جهانی است و برنامه‌های مرتبط با توسعه پایدار کشورها باید هماهنگ با تأمین سلامت افراد جامعه باشد. پس از آن، در اوت ۲۰۰۲، ده سال پس از اجلاس ریو^۲، به منظور بررسی

1. Primary Health Care (PHC)

۲. اجلاس جهانی کنفرانس محیط زیست و توسعه سازمان ملل متحد که در سال ۱۹۹۲ با حضور سران و نمایندگان ۱۷۲ کشور جهان و شمار زیادی از سازمان‌های غیردولتی (NGOs) برگزار شد.

۳. برنامه‌ای جهانی و مدون برای دستیابی به توسعه پایدار در قرن بیست‌ویکم که در سال ۱۹۹۲ در ریودوژانیرو به تصویب رهبران جهان رسید.

4. Disability Adjusted Life Years

جدول ۱. وضعیت بیشترین بار بیماری‌ها در جهان

کشورهای با درآمد کم و متوسط	درصد از بار بیماری‌ها	کشورهای با درآمد بالا	درصد از بار بیماری‌ها
عوارض دوران بارداری و زایمان	۶/۴	بیماری‌های عروق کرونر قلب ^۱	۸/۳
عفونت‌های تحتانی دستگاه تنفسی	۶	بیماری‌های عروق مغزی	۶/۳
بیماری‌های عروق کرونر قلب	۵/۲	افسردگی ماژور تک‌قطبی	۵/۶
ایدز	۵/۱	آلزایمر و سایر بیماری‌های زوال عقل ^۲	۵
بیماری‌های عروق مغزی	۴/۵	سرطان‌های حنجره، برونش، ریه	۳/۶
بیماری‌های اسهالی	۴/۲	کاهش شنوایی بزرگسالی	۳/۶
افسردگی ماژور تک‌قطبی	۳/۱	بیماری‌های مزمن انسدادی ریه	۳/۵
مالاریا	۲/۹	دیابت نوع II ^۳	۲/۸
سل	۲/۶	اختلالات ناشی از مصرف الکل	۲/۸
بیماری‌های مزمن انسدادی ریه	۲/۴	آرتروز ^۴	۲/۵

منبع: Lopez, 2006

آینده نحوه تخصیص بهینه منابع در دسترس در جهت کاهش علل عمده بار بیماری‌ها در سطح جهان است. براساس نتایج تحقیقات به عمل آمده در مورد مردان امریکایی، بیماری‌های عروق کرونر قلب، حوادث ترافیکی، سرطان‌ها، ایدز، و مصرف الکل و وابستگی به آن بیشترین بار بیماری را در آنان دارند در حالی که در زنان همان کشور بیشترین بار بیماری‌ها به ترتیب مربوط به بیماری‌های عروق کرونر قلب، افسردگی ماژور تک‌قطبی، بیماری‌های عروق مغزی، سرطان‌های دستگاه تنفسی و آرتروز است (Catherine et al., 2001).

در مطالعه‌ای، از مجموع ۳۳۸۴۰۹ بار بیماری در مردان، ۹ درصد مربوط به بیماری‌های کودکان ۰-۱۴ سال و، از مجموع

۳۱۴۷۳۲ بار بیماری در زنان، ۷ درصد مربوط به کودکان ۰-۱۴ سال بود. به طور کلی، بار بیماری‌های پسران ۳۶ درصد بیشتر از دختران بود که علت آن بار مرگ بیشتر برای اکثر بیماری‌ها در پسران بوده است. آسم علت اصلی بار بیماری‌های کودکان ۰-۱۴ سال را تشکیل می‌داد و عامل ۲۰ درصد از کل بار بیماری‌ها در پسران و ۲۲ درصد در دختران بود. در پسران، اوتیسم و وزن کم هنگام تولد در رده‌های بعدی قرار داشتند. در دختران، رده‌های بعدی از آن وزن کم هنگام تولد و سندرم داون بود. ده علت اولیه بار بیماری‌ها عامل ۵۵ درصد از بار بیماری‌های این گروه سنی بودند (مطلق و دیگران، ۱۳۸۸).

براساس نتایج تحقیق دیگری، در سال ۱۹۹۹، ۵۶ میلیون مرگ در جهان اتفاق افتاده که ۱/۴ بلیون بار بیماری ناشی از بیماری و جراحت بوده است. ده علت مهم بار بیماری‌ها عامل ۴۶ درصد از کل بار بیماری‌ها بوده است. پنج علت از میان این ده علت بار بیماری‌ها (عفونت تحتانی دستگاه تنفس، وضعیت‌های ناشی از دوران پیش از تولد^۵، اسهال، واکسن کودکان، بیماری‌های قابل پیشگیری و کمبود تغذیه) به طور اولیه بر بچه‌های زیر ۵ سال تأثیرگذار بوده است. دو علت (ایدز و مالاریا) نیز به طور غالب بر جمعیت فقیر تأثیر دارد. سایر بیماری‌ها شامل بیماری‌های پیش از تولد و بیماری‌های تغذیه‌ای، افسردگی، بیماری عروق کرونر قلب و بیماری‌های عروقی-مغزی بوده است (Catherine et al., 2001).

اگرچه علت اصلی مرگ‌ها در سال ۲۰۳۰، به ترتیب وفور، بیماری عروق کرونر قلب، بیماری‌های عروقی مغز، ایدز، بیماری‌های مزمن ریوی، سرطان‌های حنجره و برونش و ریه، دیابت قندی، تصادفات جاده‌ای، بیماری‌های حول زایمان و تولد، و سرطان معده پیش‌بینی شده است، همچنان ده علت اصلی مرگ در کشورهای مختلف متفاوت خواهد بود. مثلاً در کشورهای با درآمد بالا، پنج علت اصلی به ترتیب بیماری عروق کرونر قلب، بیماری‌های عروقی مغز، سرطان حنجره و برونش و ریه، دیابت قندی و بیماری‌های مزمن ریوی خواهد بود، حال آنکه در کشورهای با درآمد متوسط، به ترتیب، بیماری‌های عروقی مغز، بیماری عروق کرونر قلب، بیماری‌های مزمن ریوی، ایدز،

1. ischemic heart diseases
2. demential diseases
3. diabetes mellitus
4. osteoarthritis

بیماری‌های مزمن ریوی، عفونت‌های تحتانی تنفسی، کاهش شنوایی بزرگسالان و آب مروارید چشم خواهد بود. در کشورهای با درآمد بالا، افسردگی، بیماری عروق کرونر قلب، آلزایمر و بیماری‌های ناشی از الکل و دیابت؛ در کشورهای با درآمد متوسط، ایدز، افسردگی، بیماری‌های عروقی مغز، بیماری عروق کرونر قلب و بیماری‌های مزمن ریوی؛ و در کشورهای با درآمد کم، ایدز، بیماری‌های حول تولد، افسردگی، تصادفات جاده‌ای و بیماری عروق کرونر قلب رتبه‌های اول تا پنجم علل بار بیماری‌ها را تشکیل خواهند داد (Catherine et al., 2001). دیابت چهارمین علت اصلی مرگ و میر در کشورهای پیشرفته، ششمین در کشورهای با درآمد متوسط و نهمین در کشورهای در حال پیشرفت خواهد بود (Wild et al., 2004). این بیماری علت پنجم بار بیماری‌ها در کشورهای پیشرفته، و علت دهم در کشورهای با درآمد متوسط را تشکیل خواهد داد و در کشورهای در حال پیشرفت جزو علت‌های اصلی نخواهد بود (عزیزی، ۱۳۸۷).

سرطان‌های دستگاه تنفسی و سرانجام دیابت قندی شش علت اصلی مرگ خواهند بود. در کشورهای با درآمد کمتر، اول بیماری عروق کرونر قلب، ایدز، بیماری‌های عروقی مغز، بیماری‌های مزمن ریوی و عفونت‌های تحتانی ریوی و سپس بیماری‌های حول تولد، حوادث جاده‌ای، بیماری‌های اسهالی، دیابت و مالاریا علت‌های اصلی مرگ خواهند بود. بنابراین، سه علت اصلی مرگ و میر در همه کشورهای بیماری‌های عروقی قلبی و مغزی و بیماری‌های مزمن ریوی خواهند بود ولی در کشورهای پیشرفته، سرطان‌های دستگاه تنفسی و دیابت، در کشورهای با درآمد متوسط، ایدز و سرطان‌های دستگاه تنفسی، و در کشورهای در حال پیشرفت، ایدز و عفونت‌های تحتانی دستگاه تنفس جزو پنج علت اصلی مرگ و میر هستند.

در مورد بار بیماری‌ها نیز همین تفاوت‌ها دیده می‌شود. علل اصلی بار بیماری‌ها در سال ۲۰۳۰ در کل جهان شامل ایدز، افسردگی، بیماری عروق کرونر قلب، تصادفات جاده‌ای، بیماری‌های حول زایمان و تولد، بیماری‌های عروقی مغز،

جدول ۲. مقادیر شاخص امید به زندگی در پنج منطقه زیر نظارت سازمان جهانی بهداشت

مناطق		۱۹۹۰		۲۰۰۰		۲۰۰۳		۲۰۰۴		۲۰۰۵		۲۰۰۶		۲۰۰۷	
		مردان	زنان	مردان	زنان	مردان	زنان	مردان	زنان	مردان	زنان	مردان	زنان	مردان	زنان
امریکا		۶۸	۷۴	۷۷	۷۰	۷۷	۷۱	۷۷	۷۱	۷۷	۷۲	۷۸	۷۲	۷۸	۷۳
آسیای جنوب شرقی		۵۸	۵۹	۶۳	۶۱	۶۴	۶۱	۶۴	۶۱	۶۵	۶۲	۶۵	۶۳	۶۶	۶۳
اروپا		۶۷	۷۴	۷۶	۶۸	۷۷	۶۸	۷۷	۶۹	۷۷	۶۹	۷۸	۷۰	۷۸	۷۰
شرق مدیترانه		۵۹	۶۱	۶۴	۶۱	۶۴	۶۱	۶۴	۶۱	۶۴	۶۲	۶۶	۶۳	۶۶	۶۳
غرب اقیانوس آرام		۶۸	۷۱	۷۴	۷۰	۷۴	۷۰	۷۵	۷۱	۷۵	۷۱	۷۶	۷۲	۷۷	۷۲

منبع: WHO, 2010

۲۰۰۷ روند صعودی برای مردان و زنان داشته است. مقدار این شاخص در سال ۱۹۹۰ برای مردان ۶۱ سال و برای زنان ۶۵ سال و در سال ۲۰۰۷ برای مردان ۷۰ سال و برای زنان ۷۴ سال ثبت شده است (WHO, 2010). در جدول ۲ مقادیر شاخص امید به زندگی در مناطق پنج‌گانه زیر نظارت سازمان جهانی بهداشت (امریکا، آسیای جنوب شرقی، اروپا، شرق مدیترانه و غرب اقیانوس آرام) از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۷ ارائه شده است.

علاوه بر بار بیماری‌ها، شاخص‌های دیگری نیز که می‌توانند بیانگر وضعیت سلامت جوامع باشند مورد بررسی قرار می‌گیرند. شاخص امید به زندگی^۱ در بدو تولد یکی از شاخص‌های مهم در حیطه نتایج سلامت است که بهبود کلی سلامت جامعه در افزایش میزان آن نقش مهمی دارد (خسروی و نجفی، ۱۳۸۸). با توجه به گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت، این شاخص از سال ۱۹۹۰ تا

۱. طول عمر مورد انتظار بعد از تولد

در جدول ۳، شاخص مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در مناطق مختلف جهان ارائه شده است. آمار نشان می‌دهد که شاخص مرگ و میر کودکان در طی این دوره (۲۰۰۶-۱۹۹۰) روند نزولی داشته و این شاخص در کل جهان به مرور بهبود یافته است.

یکی دیگر از شاخص‌های وضعیت سلامت در جوامع نرخ مرگ و میر است. در جدول ۴ نرخ مرگ و میر بزرگسالان در مناطق مختلف جهان به تفکیک زن و مرد آمده است. این جدول نشان می‌دهد که روند مرگ و میر بزرگسالان مرد در مناطق مختلف از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۶ روند نزولی داشته است، هرچند میزان مرگ و میر مردان بالاتر از زنان است.

جدول ۳. نرخ مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در هر ۱۰۰۰ تولد زنده در پنج منطقه زیر نظارت سازمان جهانی بهداشت

مناطق	۱۹۹۰	۲۰۰۰	۲۰۰۳	۲۰۰۴	۲۰۰۵	۲۰۰۶
	هر دو جنس	هر دو جنس	هر دو جنس	هر دو جنس	هر دو جنس	هر دو جنس
امریکا	۴۲	۲۸	۲۵	۲۵	۲۴	۲۱
آسیای جنوب شرقی	۱۱۳	۸۲	۷۸	۷۷	۶۸	۶۹
اروپا	۳۳	۲۲	۲۳	۲۲	۱۹	۱۶
شرق مدیترانه	۱۱۰	۹۳	۹۲	۹۴	۹۰	۸۴
غرب اقیانوس آرام	۴۶	۳۵	۳۶	۳۱	۲۸	۲۴

منبع: WHO, 2010

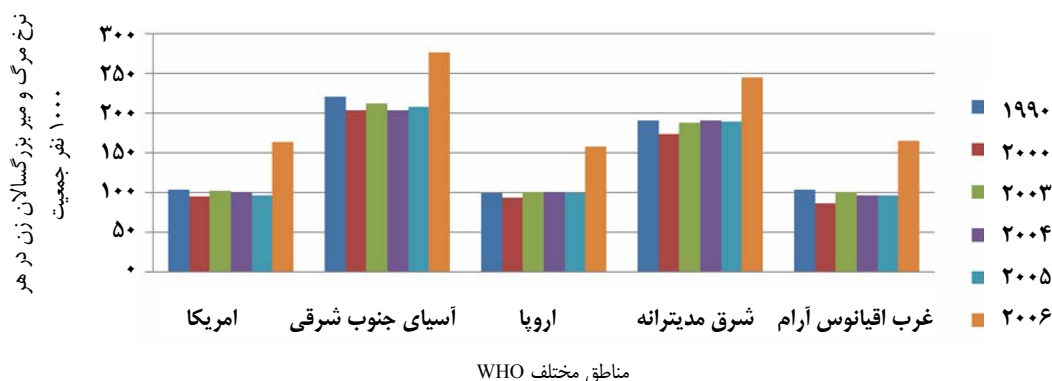
جدول ۴. نرخ مرگ و میر بزرگسالان ۱۵ تا ۶۰ سال در هر ۱۰۰۰ نفر در پنج منطقه زیر نظارت سازمان جهانی بهداشت

مناطق	۱۹۹۰		۲۰۰۰		۲۰۰۳		۲۰۰۴		۲۰۰۵		۲۰۰۶	
	مردان	زنان	مردان	زنان	مردان	زنان	مردان	زنان	مردان	زنان	مردان	زنان
امریکا	۱۰۳	۲۰۹	۹۵	۱۸۴	۱۰۲	۱۷۹	۱۰۰	۱۷۶	۹۷	۱۷۱	۱۶۳	۱۷۰
آسیای جنوب شرقی	۲۲۰	۲۹۸	۲۰۳	۲۸۰	۲۱۲	۲۷۵	۲۰۴	۲۱۹	۲۰۷	۲۷۲	۲۷۶	۲۶۷
اروپا	۹۹	۲۱۶	۹۴	۲۳۱	۱۰۰	۲۳۴	۱۰۰	۲۳۴	۹۹	۲۳۱	۱۵۷	۲۱۹
شرق مدیترانه	۱۹۰	۲۷۰	۱۷۴	۲۴۸	۱۸۷	۲۵۷	۱۹۰	۲۵۷	۱۸۹	۲۴۲	۲۴۵	۲۲۷
غرب اقیانوس آرام	۱۰۳	۱۹۰	۸۷	۱۶۱	۱۰۰	۱۶۴	۹۷	۱۵۹	۹۶	۱۵۷	۱۶۵	۱۴۷

منبع: WHO, 2010

به شمار می‌آیند. در دو جدول ۵ و ۶ وضعیت مناطق مختلف جهان از نظر منابع انسانی و مالی به تفکیک ارائه شده است.

نمودار ۱ نرخ مرگ و میر بزرگسالان زن را در مناطق مختلف جهان نشان می‌دهد. ارتقای سطح سلامت مستلزم تأمین منابع مورد نیاز است که منابع انسانی و منابع مالی از جمله مهم‌ترین آنها



نمودار ۱. نرخ مرگ و میر بزرگسالان زن در مناطق مختلف زیر نظارت سازمان جهانی بهداشت

جدول ۵. منابع انسانی بخش بهداشت در پنج منطقه زیر نظارت سازمان جهانی بهداشت

تعداد تخت بیمارستان به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر (۲۰۰۰-۲۰۰۷)	تعداد پرستار و ماما به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر	تعداد پزشک به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر	سال یا دوره	تعداد پرستار به ازای هر ۱۰۰۰ نفر	تعداد پزشک به ازای هر ۱۰۰۰ نفر	سال یا دوره	تعداد تخت بیمارستان به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر	تعداد پرستار و ماما به پزشک (نسبت)	تعداد پرستار و ماما به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر	تعداد پزشک به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر	سال یا دوره	
۲۴	۴۹	۱۹	گزارش جهانی بهداشت ۲۰۰۸ سازمان	۴۸/۸	۱۹/۴	گزارش جهانی بهداشت ۲۰۰۷ سازمان	۲۶	۱/۹	۴۰/۸	۲۱/۸	گزارش جهانی بهداشت ۲۰۰۵ سازمان	امریکا
—	۱۲	۵		۸/۸	۵/۲		۱۷	۱/۵	۷/۴	۵		آسیای جنوب شرقی
۶۳	۷۸	۲۲		۷۴/۳	۳۲		۶۷	۲/۲	۷۲	۳۳/۱		اروپا
۱۴	۱۵	۱۰		۱۱/۱	۷/۰۴		۱۳	۱/۴	۱۳/۷	۱۰/۱		شرق مدیترانه
۳۳	۲۰	۱۴		۱۷	۱۱		۳۴	۱/۲	۱۹/۷	۱۵/۸		غرب اقیانوس آرام

منبع: WHO, 2010

جدول ۶. منابع تأمین هزینه‌های بخش سلامت در پنج منطقه زیر نظارت سازمان جهانی بهداشت

۲۰۰۶					۲۰۰۵					۲۰۰۰					سال
غرب اقیانوس آرام	شرق مدیترانه	اروپا	آسیای جنوب شرقی	امریکا	غرب اقیانوس آرام	شرق مدیترانه	اروپا	آسیای جنوب شرقی	امریکا	غرب اقیانوس آرام	شرق مدیترانه	اروپا	آسیای جنوب شرقی	امریکا	منطقه
۶/۱	۴/۵	۸/۴	۳/۴	۱۲/۸	۵/۸	۴/۹	۸/۶	۴	۱۲/۷	۵/۷	۴/۵	۸	۳/۵	۱۱/۳	کل هزینه صرف شده در بخش سلامت (درصد از تولید ناخالص داخلی)
۱۳/۸	۷/۳	۱۴/۸	۴/۷	۱۶/۸	۲/۸	۷/۲	۱۴/۷	۴/۹	۱۸	۱۳/۷	۷	۱۳/۷	۴/۲	۱۶/۳	هزینه تخصیص داده شده از طرف دولت به بخش سلامت (درصد از کل هزینه‌های دولت)
۴۶۱	۲۵۹	۱۷۱۹	۸۵	۲۷۸۸	۵۲۹	۲۴۲	۱۶۴۹	۱۰۰	۲۶۷۵	۲۹۷	۱۸۴	۱۱۹۷	۵۸	۱۹۳۵	سرانه هزینه بخش سلامت (به دلار بین‌المللی)
۸۰/۷	۸۷	۷۰/۸	۸۸/۳	۳۰/۶	۸۲/۸	۸۷/۸	۶۸/۳	۹۰/۴	۳۰/۶	۸۸/۹	۸۸	۶۸/۵	۸۸/۷	۳۴	هزینه پرداختی از جیب مردم به عنوان درصدی از هزینه‌های خصوصی مرتبط با سلامت
۰/۲	۲	۰/۱	۱/۹	۰/۱	۰/۳	۱/۲	۰/۱	۲/۱	۰/۰	۰/۲	۱/۲	۰/۲	۲/۴	۰/۱	منابع بیرونی برای سلامت به عنوان درصدی از کل هزینه‌های سلامت

منبع: WHO, 2010

دوم برنامه پنجم توسعه (علم و فناوری) مورد بحث قرار گرفته است (دبیرخانه شورای اطلاع‌رسانی دولت).

طبق نقشه جامع علمی سلامت، چشم‌انداز نظام سلامت این‌گونه تعیین شده است: «در سال ۱۴۰۴ جمهوری اسلامی ایران کشوری است با مردمی برخوردار از بالاترین سطح سلامت و دارای عادلانه‌ترین و توسعه‌یافته‌ترین نظام سلامت در منطقه.» اهداف کلان نظام سلامت عبارت‌اند از:

- ارتقای سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی^۵ آحاد مردم ایران که همراه با کسب برترین جایگاه در منطقه تا سال ۱۴۰۴ است؛
- تأمین عدالت در سلامت تا سال ۱۴۰۴؛
- دستیابی به جایگاه اول منطقه در مراعات حقوق اسلامی، انسانی و مدنی و پاسخگویی و تکریم خدمت‌گیرندگان نظام سلامت تا سال ۱۴۰۴ (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۸).

۲.۴. شاخص‌های سلامت و بیماری جسمی در ایران

روند در ایران

وضعیت بیماری‌ها در جوامع براساس بار بیماری‌ها در هر جامعه سنجیده می‌شود. براساس نتایج مطالعات انجام‌شده در ایران، در سال ۱۳۸۲، میزان بار بیماری‌ها (DALY) ۲۱۵۷۲ سال در صدهزار بوده است. ۶۲ درصد از آن عمر ازدست‌رفته به علت مرگ زودرس (YLL) و ۳۸ درصد عمر ازدست‌رفته به علت ناتوانی (YLD)؛^۶ ۵۸ درصد به علت بیماری‌های غیرواگیردار، ۲۸ درصد ناشی از علل خارجی (سوانح) و ۱۴ درصد بر اثر بیماری‌های واگیردار؛ بیماری‌های مادران در نتیجه عوارض بارداری و زایمان، بیماری‌های حول تولد و کمبودهای تغذیه‌ای بوده است. بیماری‌ها و صدمات دارای بالاترین بار در جنس مذکر صدمات عمدی و غیرعمدی با ۲/۷ میلیون سال و در جنس مؤنث اختلالات روانی با

۴. اپیدمیولوژی سلامت و بیماری جسمی در ایران

۱.۴. سیاست‌ها و برنامه‌ها

قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، ضمن محوری برشمردن سلامت کامل و جامع انسان، بهداشت و درمان را از جمله نیازهای اساسی می‌شناسد و دولت را مکلف کرده است تا تمامی منابع، امکانات و ظرفیت‌های خود را در جهت تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت افراد کشور بسیج کند (اصول ۳ و ۲۹ و ۴۳ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران). به منظور تحقق مأموریت و اهداف نظام سلامت و در جهت اجرای تکالیف قانونی، با توجه به چهار کارکرد اصلی این نظام (تولید، تأمین منابع مالی، ارائه خدمات^۷ و تولید منابع^۸)، ساختار زیر در کشور وجود دارد: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نمایندگی از دولت مسئولیت سلامت را بر عهده دارد. مسئولیت اجرایی آن در سطح استان به دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی واگذار شده است (سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، ۱۳۸۴: سند ملی توسعه بخش بهداشت و درمان).

رویکرد انسان سالم و سلامت همه‌جانبه در سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه با توجه به محورهای ذیل تعیین شده است:

- یکپارچگی در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، ارزشیابی، نظارت و تخصیص منابع عمومی؛
- ارتقای شاخص‌های سلامت هوا، امنیت غذا، محیط و بهداشت جسمی و روحی؛
- کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت؛
- اصلاح الگوی تغذیه جامعه با بهبود ترکیب و سلامت مواد غذایی؛
- توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰ درصد تا پایان برنامه پنجم.

قابل ذکر است که مقوله سلامت در ماده‌های ۳۶ تا ۴۲ فصل

۵. سلامت معنوی عبارت است از ارتباط هماهنگ و یکپارچه بین نیروهای داخلی که با ویژگی‌های ثبات در زندگی، صلح، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خویشان، خدا و جامعه مشخص می‌شود.

6. Years of Life Lost due to Premature Mortality

7. Years Lived with Disability

1. stewardship

2. financing

3. service provision

4. resource generation

جدول ۷. مقادیر شاخص امید به زندگی در بدو تولد در ایران

جنس	۱۹۹۰	۲۰۰۰	۲۰۰۳	۲۰۰۴	۲۰۰۵	۲۰۰۶	۲۰۰۷
زنان	۶۵	۷۰	۷۲	۷۲	۷۳	۷۳	۷۴
مردان	۶۱	۶۵	۶۷	۶۸	۶۸	۶۹	۷۰

منبع: WHO, 2010

مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال

روند مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در ایران در جدول ۸ ارائه شده است. چنانکه جدول نشان می‌دهد، شاخص مرگ و میر کودکان طی دوره ۱۹۷۶ تا ۲۰۰۷ روند نزولی شدیدی داشته و به مرور بهبود چشمگیری یافته است.

جدول ۸. میزان شاخص مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال

در هر ۱۰۰۰ تولد زنده در ایران

سال	۱۹۷۶	۱۹۹۰	۲۰۰۰	۲۰۰۳	۲۰۰۴	۲۰۰۵	۲۰۰۶	۲۰۰۷
میزان شاخص	۱۳۵	۷۲	۴۴	۳۹	۳۸	۳۶	۳۵	۲۸

منبع: WHO, 2010

مقایسه ارقام جدول‌های ۳ و ۸ نشان می‌دهد که، طی دوره زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۷، وضعیت ایران از نظر شاخص مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال (در هر هزار تولد زنده) همواره بهتر از مناطق شرق مدیترانه و آسیای جنوب شرقی ولی بدتر از امریکا، اروپا و غرب اقیانوس آرام بوده است (نمودار ۲).

توزیع علل مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال

جدول ۹ و نمودار ۳ نشان می‌دهند که مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال به میزان جزئی و با توجه به علل گوناگون آن در برخی موارد کاهش و در برخی موارد افزایش یافته است. برای مثال، از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۴، مرگ و میر شیرخواران، مرگ به علت مالاریا و حوادث روند نزولی و مرگ ناشی از ایدز، اسهال، ذات‌الریه و سایر عوامل روند صعودی داشته است.

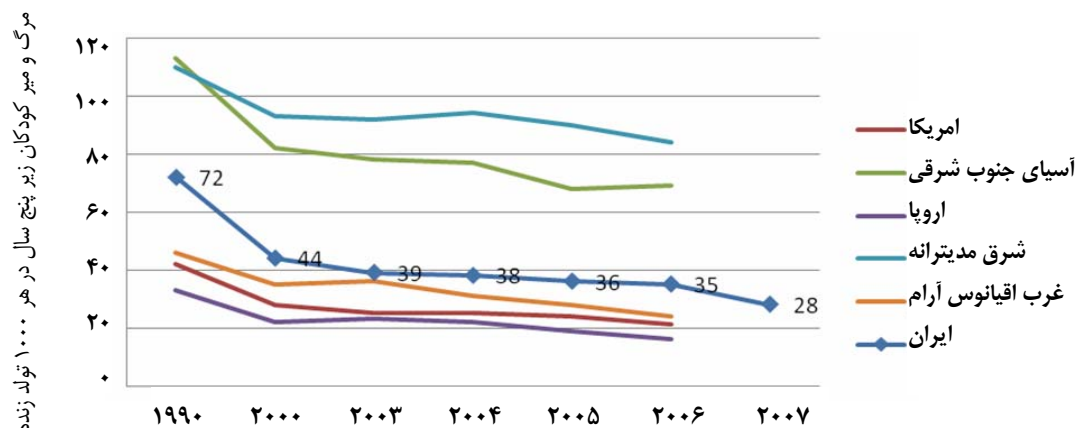
۱/۲ میلیون سال، عامل منفرد بیشترین بار در جنس مذکر حوادث ترافیکی و در جنس مؤنث بیماری عروق کرونر قلب، بیشترین بار مرگ در سنین ۵ تا ۴۴ سال ناشی از سوانح و حوادث و در سنین بالاتر از ۴۴ سال به علت بیماری‌های غیرواگیردار بوده است (نقوی و دیگران، ۱۳۸۷).

از سوی دیگر، طبق آمار مرگ و میر در ۲۹ استان کشور در سال ۱۳۸۳، ده علت اصلی مرگ در ایران، به ترتیب، بیماری‌های قلبی-عروقی، حوادث غیرعمدی، سرطان‌ها، بیماری‌های دستگاه تنفسی، اختلالات حول تولد، بیماری‌های دستگاه گوارش، مجموع حوادث عمومی، بیماری‌های دستگاه ادراری و تناسلی، اختلالات غدد و متابولیک، و ناهنجاری‌های مادرزادی بوده است (نقوی و جعفری، ۱۳۸۶). ده علت اصلی مرگ در سال ۱۳۸۲، به ترتیب، حوادث عمدی و غیرعمدی، بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری، بیماری‌های قلبی-عروقی، بیماری‌ها و اختلالات حول تولد، بیماری‌های اسکلتی و عضلانی، بیماری‌های دستگاه ادراری و تناسلی، بیماری‌های دستگاه گوارش، بیماری‌های دستگاه تنفسی، بیماری‌های تغذیه‌ای و متابولیک، و سرطان‌ها بوده است (نقوی و دیگران، ۱۳۸۷). بدون شک این رتبه‌بندی تا سال ۲۰۳۰ در کشور ما نیز تغییر می‌کند.

شاخص امید به زندگی در بدو تولد

براساس اعلام مرکز آمار ایران، در سال ۱۳۸۵، از بین استان‌های کشور، استان تهران (۷۵/۵ سال برای زنان و ۷۳/۶ سال برای مردان) و استان اصفهان (۷۵/۷ سال برای زنان و ۷۳/۷ سال برای مردان) بالاترین امید به زندگی را داشته‌اند و استان‌های کردستان (۶۷/۳ سال برای زنان و ۶۵/۷ سال برای مردان) و سیستان و بلوچستان (۶۷/۵ سال برای زنان و ۶۵/۸ سال برای مردان) و ایلام (۶۷/۵ سال برای زنان و ۶۶/۱ سال برای مردان) کمترین میزان امید به زندگی را داشته‌اند (خسروی و نجفی، ۱۳۸۸).

در جدول ۷، مقادیر شاخص امید به زندگی در ایران بر مبنای آمار سازمان جهانی بهداشت ارائه شده است. مقایسه مقادیر جدول‌های ۲ و ۷ نشان می‌دهد که امید به زندگی در ایران به نسبت میانگین مناطق پنج‌گانه زیر نظارت سازمان جهانی بهداشت (۷۳ سال برای زنان و ۶۸/۲ سال برای مردان) در وضعیت مطلوبی قرار دارد.



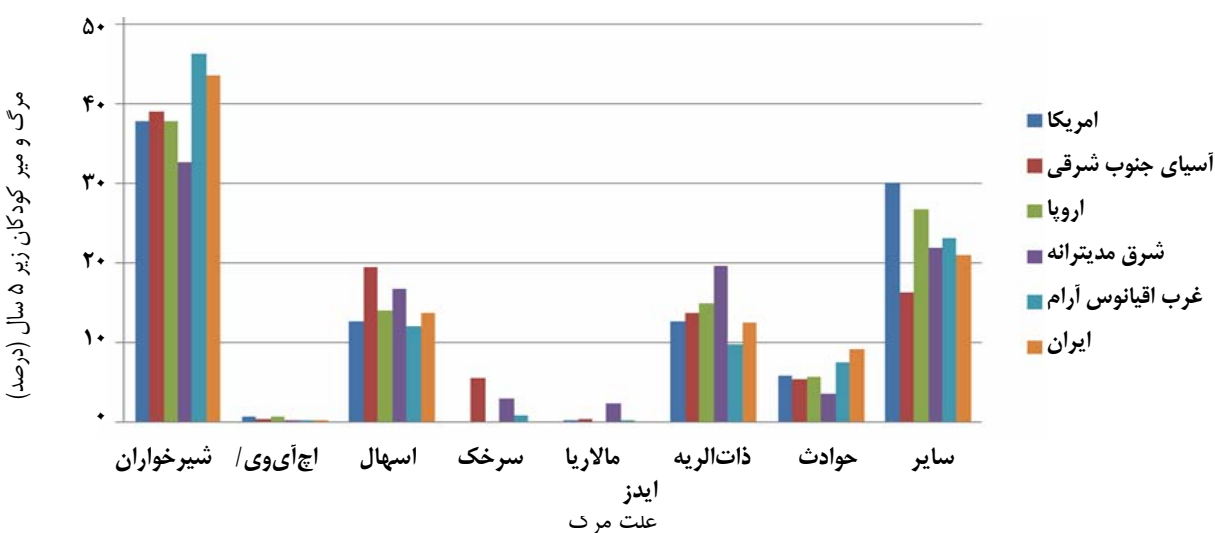
نمودار ۲. روند شاخص مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در ایران و مناطق مختلف زیر نظارت سازمان جهانی بهداشت

جدول ۹ و نمودار ۳ همچنین نشان می‌دهند که شاخص مرگ و میر شیرخواران در ایران، نسبت به مناطق مختلف زیر نظارت سازمان جهانی بهداشت، در آغاز (۲۰۰۰) و پایان (۲۰۰۴) دوره مورد بررسی در سطح بالاتری قرار داشته است.

جدول ۹. توزیع علل مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال (درصد) در ایران

سال	شیرخواران	اچ‌آی‌وی / ایدز	اسهال	سرخک	مالاریا	ذات‌الریه	حوادث	سایر
۲۰۰۰	۶۲/۹	۰/۱	۵/۵	۰	۰/۲	۶/۴	۱۲/۸	۱۲/۱
۲۰۰۴	۴۳/۵	۰/۲	۱۳/۷	۰	۰	۱۲/۵	۹/۱	۲۱

منبع: WHO, 2010



نمودار ۳. توزیع علل مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال (درصد) در ایران و مناطق زیر نظارت سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۴

مختلف زیر نظارت سازمان جهانی بهداشت و ایران در جدول‌های ۴ و ۱۰ مشخص می‌شود که این شاخص در مناطق مذکور از سال ۱۹۹۰ روندی نزولی- صعودی (نوسان‌دار) را طی کرده ولی نهایتاً در سال ۲۰۰۶ در کلیه مناطق در بزرگسالان زن روند صعودی یافته است در حالی که در ایران روندی یکدست و نزولی داشته که نمایانگر بهبود وضعیت افراد بزرگسال در ایران در مجموع است.

احتمال مرگ و میر بزرگسالان ۱۵ تا ۶۰ سال در زنان ۱۳۳ درصد در استان کرمان و ۱۱۷ درصد در استان تهران و در مردان ۲۱۸ درصد در استان کرمان و ۱۴۹ درصد در استان تهران گزارش شده است (Khosravi, 2007).

براساس داده‌های ثبت مرگ برای کل جمعیت در سال ۱۳۸۳، سه علت اصلی مرگ شامل بیماری‌های عروق کرونر قلب (۲۴/۶ درصد)، حوادث ترافیکی (۹/۸ درصد) و سکته مغزی (۹/۲ درصد) بوده است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۹).

براساس آمار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال از ۲۶ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۸۴ به ۲۲ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۸۶ رسیده است. همچنین مرگ و میر کودکان زیر یک سال از ۲۰/۸۴ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۸۴ به ۱۸/۹۲ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۸۶ کاهش یافته است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۷). شاخص مرگ و میر کودکان زیر یک سال یکی از بهترین شاخص‌های ارزیابی سطح سلامت در جوامع است. براساس اعلام مرکز آمار ایران، در سال ۲۰۰۳، میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال در کل کشور برای هر دو جنس ۳۲/۱ در هزار تولد زنده بوده که پایین‌ترین میزان شاخص در استان‌های تهران (۲۸/۷) و گیلان (۲۸/۸) و بالاترین میزان شاخص در استان‌های کردستان (۵۵/۷) و سیستان و بلوچستان (۵۱/۸) محاسبه شده است (خلخالی و دیگران، ۱۳۸۸).

جدول ۱۰. نرخ مرگ و میر بزرگسالان (۶۰- ۱۵ سال) در هر

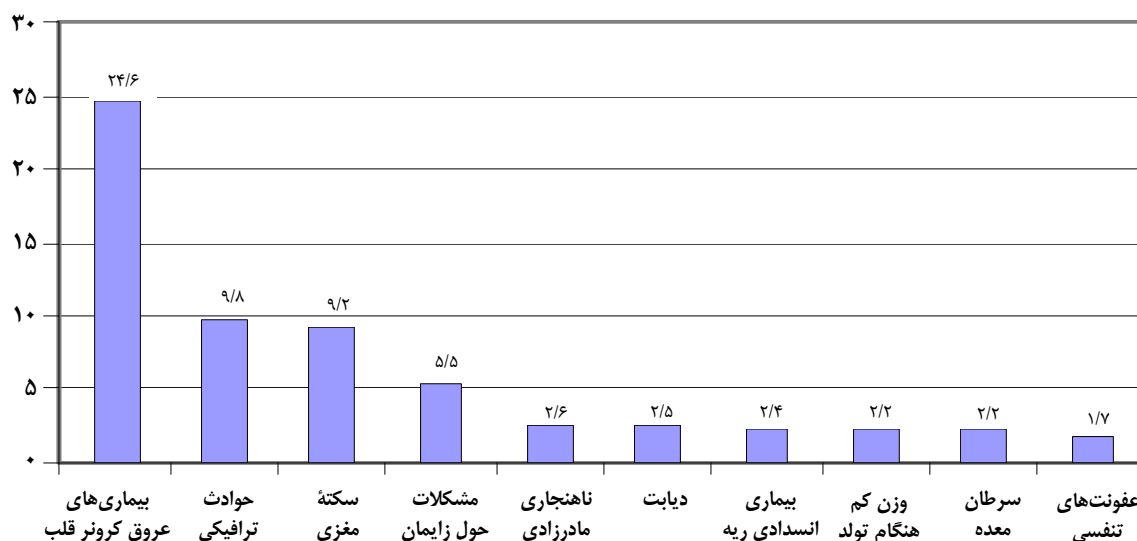
۱۰۰۰ نفر جمعیت در ایران

جنس	۱۹۹۰	۲۰۰۰	۲۰۰۳	۲۰۰۴	۲۰۰۵	۲۰۰۶	۲۰۰۷
مردان	۲۹۱	۲۳۸	۲۰۱	۱۹۰	۱۸۰	۱۷۰	۱۷۵
زنان	۲۰۸	۱۴۸	۱۲۵	۱۱۸	۱۱۲	۱۰۶	۱۲۴

منبع: WHO, 2010

مرگ و میر در سنین ۶۰- ۱۵ سال

جدول ۱۰ روند شاخص مرگ و میر بزرگسالان به تفکیک زنان و مردان را در ایران از ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۷ نشان می‌دهد. طبق آمار، این شاخص هم در زنان و هم در مردان روندی نزولی را طی کرده و میزان مرگ و میر در مردان همیشه بالاتر از زنان بوده است. با مقایسه روند شاخص مرگ و میر بزرگسالان در مناطق



نمودار ۴. علل اصلی مرگ و میر در کل جمعیت ایران در سال ۱۳۸۳

شاخص‌های سلامت و پوشش واکسیناسیون

براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، پوشش واکسیناسیون در یک سال اول تولد و شاخص‌های سلامت در ایران در سال ۲۰۰۸ از روند مناسبی برخوردار بوده است. پوشش کشوری واکسن‌های HBV3، OPV3، DPT3، BCG برابر ۹۹ درصد و پوشش واکسیناسیون برابر ۹۸ درصد بوده است.

میزان خام موالید

میزان کشوری خام موالید از ۱۸/۳ در سال ۱۳۸۰ به ۱۶/۴ در هزار نفر جمعیت در سال ۱۳۸۵ رسیده است. استان‌های گیلان (۱۲/۱) در هزار نفر، تهران (۱۳/۳) در هزار نفر و مازندران (۱۵/۸) در هزار نفر) کمترین موالید را دارند.

توزیع نیروی کار در بخش سلامت

جدول ۱۱ نمایانگر تعداد کارکنان در قسمت‌های گوناگون بخش سلامت است. چنانکه در جدول مشخص است، شاخص تعداد پزشک به ازای هر ده‌هزار نفر جمعیت از سال ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۷ کاهش داشته است. همچنین شاخص تعداد پرستار و ماما به ازای هر ده‌هزار نفر نیز روندی نزولی را طی کرده ولی شاخص تعداد تخت بیمارستان به ازای هر ده‌هزار نفر روندی صعودی داشته است.

جدول ۱۱. منابع انسانی بخش سلامت در ایران

سال یا دوره	تعداد پزشک به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر	تعداد پرستار و ماما به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر	تعداد کارکنان بخش سلامت به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر (نسبت)	تعداد تخت بیمارستان به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر
۲۰۰۱	۱۱/۹	۱۶/۱	۲۸	۱۶
۲۰۰۷-۲۰۰۰	۹	۱۶	—	۱۷

منبع: WHO, 2010

هزینه‌های بخش سلامت

طبق جدول ۱۲، در سال ۲۰۰۰ و ۲۰۰۶، میزان هزینه صرف‌شده در بخش سلامت به ترتیب ۵/۹ و ۶/۸ درصد از تولید ناخالص داخلی بوده که روندی صعودی داشته است. همچنین هزینه صرف‌شده از طرف دولت (درصد از هزینه کل دولت) در بخش سلامت نیز روندی صعودی را از ۹/۶ در سال ۲۰۰۰ تا ۱۱/۵ درصد در سال ۲۰۰۶ طی کرده است. سرانه هزینه بخش سلامت (به دلار بین‌المللی) از ۳۸۷ دلار در سال ۲۰۰۰ به ۶۷۸ دلار در سال ۲۰۰۶ افزایش یافته است. آنچه از اعداد و ارقام ارائه‌شده در جدول ۱۲ قابل توجه است میزان ثبات هزینه پرداختی از جیب مردم برای امر سلامت است که در سال ۲۰۰۰ حدود ۹۵/۹ درصد و در سال ۲۰۰۶ حدود ۹۴/۸ درصد بوده است. در ماده ۹۰ برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی کشور آمده است: به منظور ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و در جهت کاهش سهم خانوارهای کم‌درآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌های بهداشتی و درمانی آنها، توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی باید به نحوی صورت گیرد که «شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم» به نود درصد (۹۰٪) ارتقا یابد و سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر از سی درصد (۳۰٪) افزایش نیابد و سهم خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامت به یک درصد (۱٪) کاهش یابد (سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، ۱۳۸۴). ارقام ارائه‌شده در جدول ۱۲ فاصله مشهود کشور را از اهداف تعیین‌شده در برنامه چندساله و سند چشم‌انداز بیست‌ساله کشور نشان می‌دهد.

مقایسه جدول‌های ۶ و ۱۲ روشن می‌سازد که ایران، بجز امریکا و اروپا، با سایر مناطق نزدیکی زیادی از لحاظ میزان شاخص‌ها دارد ولی در شاخص هزینه پرداختی از جیب مردم برای امر سلامت تفاوت زیادی با کل مناطق دارد. همچنین از لحاظ منابع بیرونی صرف‌شده در امر سلامت، ایران با کشورهای مناطق زیر نظارت سازمان جهانی بهداشت فاصله زیادی دارد.

وضعیت کودکان

بار بیماری‌ها (DALY) در کودکان ۰-۱۴ سال مجموعاً ۲۹۸۱۹۱۹ سال برای هر دو جنس برآورد شده است که مرکب از ۱۳۰۳۱۲۰

مقایسه جدول‌های ۵ و ۱۱ نشان می‌دهد که ایران در مقایسه با کشورهای شرق مدیترانه و آسیای جنوب شرقی، وضعیت مناسبی از نظر تعداد پزشک، تعداد پرستار و ماما، و تعداد تخت بیمارستان به ازای هر ده‌هزار نفر دارد اما در مقایسه با کشورهای اروپایی، غرب اقیانوس آرام و امریکا در وضعیت نامطلوبی به سر می‌برد.

جدول ۱۲. منابع تأمین هزینه‌های بخش سلامت در ایران

سال	کل هزینه صرف‌شده در بخش سلامت (درصد از تولید ناخالص داخلی)	هزینه تخصیص داده شده از طرف دولت به بخش سلامت (درصد از کل هزینه‌های دولت)	سرنه هزینه بخش سلامت (به دلار بین‌المللی)	هزینه پرداختی از جیب مردم به عنوان درصدی از هزینه‌های خصوصی مرتبط با سلامت	منابع بیرونی برای سلامت به عنوان درصدی از کل هزینه‌های سلامت
۲۰۰۰	۵/۹	۹/۶	۳۸۷	۹۵/۹	۰/۰
۲۰۰۲	۶	۹	۴۳۲	-	۰/۱
۲۰۰۳	۶/۵	۱۰/۵	۴۹۸	۹۴/۸	-
۲۰۰۴	۶/۶	۱۰/۹	۶۰۴	۹۴/۸	۰/۲
۲۰۰۶	۶/۸	۱۱/۵	۶۷۸	۹۴/۸	۰/۱

منبع: WHO, 2010

۵۰ درصد کشته‌شدگان در تصادفات افراد ۱۵ تا ۴۳ ساله خواهند بود. مطالعات در ایران نشان می‌دهد که سالانه بیش از ۲۵ هزار نفر در تصادفات وسایل نقلیه کشته و بیش از ۱۰۰ هزار نفر مجروح می‌شوند. میزان خسارت‌های ناشی از تصادفات ترافیکی به میلیاردها ریال بالغ می‌شود (زاهد و رضایی ارجرودی، ۱۳۸۵).

وضعیت زنان

سلامت زنان زیربنای سلامت خانواده‌ها و جوامع است و اهمیت ویژه‌ای در تأمین و حفظ سلامت خانواده و جامعه دارد. سلامت زنان، به‌ویژه مادران، از مبانی زیربنایی توسعه و در ارتباط با توسعه و رفاه اقتصادی-اجتماعی است (MacKian, 2008).

از نظر بار بیماری‌ها در زنان، چنانکه اشاره شد، در سال ۱۳۸۲، اختلالات روانی با ۱/۲ میلیون سال ایجادکننده بیشترین بار و بیماری عروق کرونر قلب عامل منفرد بیشترین بار بوده است (نقوی و دیگران، ۱۳۸۷).

از جمله شاخص‌های عمومی و رایج مورد استفاده در بررسی وضعیت سلامت زنان، می‌توان به شاخص‌های مرتبط با سلامت جسمی آنان مانند امید به زندگی در بدو تولد، مرگ و میر مادران بر اثر عوارض بارداری و زایمان (MMR)، میزان باروری، و سن ازدواج و اولین بارداری اشاره کرد (سازمان ملل متحد، ۱۹۹۵).

امید به زندگی در زنان ما نسبت به دهه‌های گذشته افزایش یافته اما باید دید که به موازات آن، معلولیت‌ها تا چه سطحی کاهش یافته، یا در زمینه توجه به حق و حقوق زنان، دسترسی عادلانه آنان به منابع، خشونت علیه زنان، و تغییر جایگاه میانسالان و سالمندان در خانواده‌ها چه اقداماتی انجام شده است. برای مثال، به دلیل محدودیت‌های فرهنگی که از نمونه‌های آن می‌توان به عدم استفاده زنان از دوچرخه در مکان‌های عمومی اشاره کرد، هنوز زنان ما از تحرک کافی برخوردار نیستند که این مسئله خود زمینه‌ساز برخی بیماری‌های مهم مثل افزایش وزن، دیابت ناشی از چاقی، و بیماری‌های قلبی-عروقی شده است (بهرامی، ۱۳۸۹).

امید به زندگی در زنان در سال ۱۳۸۳ در استان تهران ۷۳/۸ سال بوده (Khosravi, 2007) که این شاخص به ۷۵/۵ سال ارتقا یافته است (خسروی و نجفی، ۱۳۸۸). سالانه ۱۰۰ هزار زایمان

سال عمر ازدست‌رفته به واسطه ناتوانی ناشی از بیماری‌ها و صدمات (YLD) و ۱۶۷۸۷۹۹ سال عمر ازدست‌رفته به دلیل مرگ زودرس بوده است (به ترتیب، ۴۴ درصد و ۵۶ درصد از کل بار بیماری‌ها). علل مرگ شامل ۳۷ درصد بیماری‌های هنگام تولد و عوارض ناشی از زایمان، ۳۰ درصد حوادث عمدی و غیرعمدی، ۷ درصد بیماری‌های مادرزادی، ۵ درصد بیماری‌های تغذیه‌ای و متابولیک، ۴ درصد بیماری‌های دستگاه گوارش، و بقیه بر اثر سایر بیماری‌ها بوده است (مطلق و دیگران، ۱۳۸۸).

وضعیت جوانان

حوادث ترافیکی سومین علت اصلی مرگ و میر در ایران شناخته شده است (نمودار ۴). براساس گزارش سال ۲۰۰۲ سازمان جهانی بهداشت، همه ساله بیش از یک میلیون و ۲۰۰ هزار نفر در سوانح جاده‌ای کشته و بیش از ۵۰ میلیون نفر دچار آسیب‌های جدی می‌شوند. پیش‌بینی می‌شود که با ادامه این روند در ده سال آینده، تنها در کشورهای در حال توسعه، ۶ میلیون نفر کشته و ۶۰ میلیون نفر زخمی خواهند شد. همچنین مطالعات این سازمان نشان می‌دهد که، در سال ۱۹۹۰، تصادفات جاده‌ای در رده نهم عوامل تعیین‌کننده سلامت جامعه قرار داشته اما تا سال ۲۰۲۰ به سومین علت مرگ و میر و معلولیت در جوامع بشری تبدیل خواهد شد و

خانوارهای ایرانی، نتایج مطالعات نشان می‌دهد که سهم روستاییان از فقر روند نزولی و سهم شهرنشینان روند صعودی داشته است. خانوارهایی که سرپرست آنها بیش از ۵۵ سال سن دارد، یا در گروه بی‌سوادان قرار می‌گیرد، یا شغل ساده خدماتی دارد یا کشاورز است فقیرتر از بقیه هستند (خداداد کاشی و باقری، ۱۳۸۴). بر این اساس، رشد اقتصادی که افزایش درآمد افراد و افزایش نابرابری درآمدی را به همراه دارد از جمله عوامل تعیین‌کننده سلامت افراد جامعه محسوب می‌شود. نتایج مطالعه‌ای در خصوص بررسی رابطه میان رشد اقتصادی، نابرابری درآمدی و سلامت طی سال‌های ۱۳۵۵ تا ۱۳۸۵ حاکی از آن است که، به رغم رشد اقتصادی پایین و حتی منفی در سال‌های نخست پیروزی انقلاب اسلامی و دوران جنگ تحمیلی، شاخص‌های سلامت در این دو مقطع رو به بهبود بوده است (باباخانی، ۱۳۸۷). شاید بتوان گفت که سیاست‌های بازتوزیعی دولت در آن سال‌ها در قالب یارانه‌ها و نیز تأمین خدمات عمومی نظیر خدمات بهداشتی و آموزشی در قالب سیاست‌های اجتماعی موجبات ارتقای شاخص‌های سلامت را در آن مقاطع فراهم آورده است.

میزان باسوادی از دیگر عوامل تأثیرگذار بر سلامت است. طبق آمار سال ۲۰۰۳ برنامه توسعه سازمان ملل متحد (UNDP)، میزان بی‌سوادی در کشور کاهش چشمگیری یافته است. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که رشد شاخص‌های اقتصادی در دهه گذشته کند و دارای نوسان و، در عوض، رشد شاخص‌های آموزشی بسیار مطلوب بوده است. در واقع، عدم تناسب میان رشد اقتصادی و آموزشی تعارضاتی را در کشور ایجاد کرده است.

از دیگر عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت می‌توان به شکاف جنسیتی اشاره کرد. مطالعات مختلف جمعیتی نشان داده‌اند که کمبود حمایت‌های اجتماعی سبب افزایش مرگ و میر در زنان شده است، گرچه در برخی مطالعات نیز افزایش مرگ و میر با وجود حمایت‌های اجتماعی بالا در برخی گروه‌های سنی زنان مشاهده شده است. به نظر می‌رسد که فاکتورهای متعددی مانند اختلاف جنسیتی در جلب حمایت‌های اجتماعی، و وجود مکانیسم‌های ارتباطی میان حمایت‌های اجتماعی و سلامت و میزان مرگ و میر و معلولیت‌ها نیز در این امر دخیل باشند. گام‌های بلندی در برنامه‌های توسعه کشور در جهت رفع شکاف جنسیتی برداشته شده است اما هنوز مسائل و مشکلاتی در این زمینه وجود دارد.

غیرایمن در کشور انجام می‌شود و ۳۳ هزار مرگ حول و حوش تولد رخ می‌دهد (دلوار، ۱۳۸۳). مرگ مادران بر اثر عوارض بارداری و زایمان، با تغییر جزئی نسبت به سال ۱۳۸۴، در سال ۱۳۸۶ به ۲۴/۵۸ در صدهزار تولد زنده بهبود یافته است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۷). یافته‌های یک مطالعه کیفی در ایران نشان داد که زنان گرفتار بی‌عدالتی‌اند و برای تأمین سلامت نیازمند رفاه اجتماعی، ورزش، اشتغال و تحصیل مطلوب هستند (پرویزی و دیگران، ۱۳۸۸).

۳.۴. علل و عوامل مؤثر بر سلامت

عوامل بسیاری بر سلامت تأثیرگذارند که از میان آنها می‌توان به نقش عوامل بیولوژیکی، ژنتیکی، فیزیکی، پزشکی و اجتماعی اشاره کرد. با توجه به اهمیت عوامل اجتماعی، در این قسمت بیشتر به این دسته از عوامل پرداخته شده است.

پرداختن به عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت مستلزم اتخاذ رویکرد یکپارچه‌ای است به منظور رویارویی با معضلات بهداشتی، ارتقای سطح بهداشت عمومی و حرکت به سوی «جامعه سالم‌تر». در این رویکرد، به مشکلات بهداشتی و بیماری‌های جسمی و روانی از منظر اجتماعی نگریسته می‌شود. سپس با شناخت عوامل تعیین‌کننده می‌توان آنها را در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های بهداشتی منظور کرد. عواملی همچون وضعیت تغذیه، محیط زیست، محیط کار، فقر، سواد، مسکن، منابع آب، جنسیت، بیکاری، فشارهای روانی، میزان درآمد، حمایت اجتماعی، و آموزش از مهم‌ترین عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت هستند که مطالعه و بررسی هریک و پی بردن به روابط ساختاری میان آنها از اهداف جدید مورد تأکید سازمان جهانی بهداشت است. نتایج مطالعه این سازمان در سال ۲۰۰۱ حاکی از آن است که با بهبود شرایط اقتصادی، وضعیت سلامت مردم نیز بهبود یافته است (WHO, 2001).

برطبق سرشماری سال ۱۳۸۳، ۱۷/۴۴ درصد از کل جمعیت ایران زیر خط فقر قرار دارند که این میزان در مناطق شهری ۱۰/۳۲ و در مناطق روستایی ۳۲/۶۷ درصد است (رضوی، ۱۳۸۳). همچنین نتایج مطالعه دیگری در سال ۱۳۸۲ بیانگر آن است که فقر در بخش روستایی ابعاد وسیع‌تری دارد. از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده فقر می‌توان به اندازه خانوار و بار تکفل اشاره کرد (نجفی و شوشتریان، ۱۳۸۶). در خصوص نحوه توزیع فقر در بین

۵. بحث و نتیجه‌گیری

بررسی شاخص‌های سلامت و بیماری جسمی در ایران نشان داد که عوامل ایجاد بالاترین بار بیماری‌ها ابتلا به بیماری‌های غیرواگیردار (۵۸ درصد) و سپس علل خارجی (سوانح) و در نهایت بیماری‌های واگیردار و بیماری‌های ناشی از عوارض بارداری و زایمان است. این یافته با داده‌های ثبت مرگ برای کل جمعیت در سال ۱۳۸۳ کاملاً هم‌خوانی دارد. براساس این داده‌ها، سه علت اصلی مرگ در هر روز بیماری‌های عروق کرونر قلب، حوادث ترافیکی و بیماری‌های عروق مغزی است. در مجموع، سیمای سلامت و بیماری در ایران از غلبه بیماری‌های واگیردار، بیماری‌های مرتبط با بارداری و زایمان و حول تولد، و کمبودهای تغذیه‌ای به بیماری‌های غیرواگیردار و سوانح و حوادث تغییر صورت یافته است. اختلاف عمده بار بیماری‌ها در ایران با منطقه شرق مدیترانه شامل بار کمتر بیماری‌های عفونی و بار بیشتر بیماری‌های مربوط به گروه‌های سنی جوانان و میانسالان، یعنی حوادث ترافیکی، اختلال افسردگی اساسی و اعتیاد در ایران است. قابل ذکر است که وقوع زلزله بم در سال ۱۳۸۲ نیز در فزونی نسبی بار سوانح و حوادث در ایران نقش داشته است (نقوی و جعفری، ۱۳۸۶).

بار بیماری‌ها برحسب جنسیت نیز متفاوت است به نحوی که بیشترین بار بیماری در جنس مذکر مربوط به حوادث ترافیکی و در جنس مؤنث مربوط به بیماری‌های عروق کرونر قلب است. طبق پیش‌بینی سازمان جهانی بهداشت، تصادفات جاده‌ای تا سال ۲۰۲۰ به سومین علت مرگ و میر و معلولیت در جوامع بشری تبدیل خواهد شد. بیشترین بار بیماری‌ها در کودکان ایران مربوط به بیماری‌های هنگام تولد و عوارض ناشی از زایمان (۳۷ درصد) و پس از آن حوادث عمدی و غیرعمدی (۳۰ درصد) است.

بار بیماری‌ها مهم‌ترین و عینی‌ترین شواهد لازم برای ارزیابی و سیاست‌گذاری را به دست می‌دهد. کاربرد صحیح نتایج بار بیماری‌ها، همراه با بررسی هزینه و اثربخشی مداخلات لازم، می‌تواند فرصتی بی‌بدیل برای استفاده مناسب از شواهد در سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت فراهم آورد. باید مهم‌ترین بیماری‌ها و صدمات و عوامل خطری را که بیشترین بار مرگ و ناتوانی را موجب می‌شوند مشخص ساخت. نتایج حاصل از بار بیماری‌ها قسمت عمده‌ای از شواهد لازم برای تعیین اولویت‌های اساسی پژوهشی، برنامه‌ریزی

و مدیریت برنامه‌های سلامت، توسعه منابع انسانی و فناوری، و تخصیص بودجه برنامه‌های سلامت را فراهم می‌سازد. برآورد کلی این است که هرچه کشوری پیشرفته‌تر و دارای درآمد بالاتری باشد، بیماری‌های غیرواگیردار در آن بر سایر علل مرگ و میر و بار بیماری‌ها غلبه خواهند یافت (Mathers et al., 2005). شاخص مرگ و میر کودکان زیر یک سال یکی از مهم‌ترین شاخص‌های ارزیابی سطح سلامت به شمار می‌آید. میزان این شاخص در استان‌های تهران و گیلان در وضعیت مطلوب قرار دارد و در استان‌های محروم مانند سیستان و بلوچستان و کردستان، که در آنها بیش از ۵۰ کودک در هر هزار تولد زنده قبل از یک‌سالگی می‌میرند، نامطلوب است، که با توجه به تأثیر عوامل اجتماعی مانند سطح درآمد، میزان تحصیلات، و شرایط اقتصادی بر سلامت کاملاً قابل توجیه است (نجفی و شوشتریان، ۱۳۸۶).

در خصوص وضعیت شاخص مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در ایران می‌توان گفت که گسترش شبکه بهداشت در ایران و اجرای بسیاری از برنامه‌ها و مداخلات سلامت در طی دهه‌های اخیر منجر به بهبود وضعیت سلامت عمومی و کاهش میزان مرگ و میر کودکان شده است. با اجرای برنامه‌هایی مثل واکسیناسیون کودکان، درمان اسهال و ترویج تغذیه با شیر مادر، از مرگ بسیاری از کودکان جلوگیری شده است. با توجه به اهمیتی که میزان مرگ و میر کودکان در برنامه‌ریزی و پایش برنامه‌های سلامت کودکان دارد، جمع‌آوری آمار و برآورد میزان مرگ کودکان یکی از اولویت‌های برنامه‌های سلامت بوده است (خسروی و نجفی، ۱۳۸۸). میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در ایران در مقایسه با کشورهای آسیای جنوب شرقی و شرق مدیترانه کاهش قابل توجهی داشته و به حد مطلوب آمریکا و کشورهای غرب اقیانوس آرام رسیده است. از نظر توزیع علل مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال، میزان شاخص اچ‌آی‌وی/ایدز و همچنین اسهال در ایران نسبت به مناطق مختلف زیر نظارت سازمان جهانی بهداشت پایین‌تر است. اما در سال ۲۰۰۴، هم کشور ایران و هم اکثر مناطق دیگر میزان مرگ و میر بالاتری را در این گروه سنی نسبت به سال ۲۰۰۰ ثبت کرده‌اند.

در خصوص شاخص مرگ و میر بزرگسالان نیز آمار بیانگر آن است که با وجود سیر نزولی روند این شاخص در ایران، وضعیت زنان بهتر از مردان بوده است. این در حالی است که نرخ مرگ و

منابع

- احمدی، بتول، فرزانه زاهدی، معصومه علی محمدیان و فرانک فرزادی. (۱۳۸۶)، *سیمای سلامت زنان*، تهران، شورای فرهنگی - اجتماعی زنان.
- امیرارجمند، اردشیر. (۱۳۸۱)، *مجموعه اسناد بین‌المللی حقوق بشر*، ج ۱، تهران، دانشگاه شهید بهشتی.
- باباخانی، محمد. (۱۳۸۷)، «توسعه اقتصادی، نابرابری درآمدی و سلامت در ایران: ۱۳۸۵-۱۳۵۵»، *رفاه اجتماعی*، ش ۲۸، ص ۹-۱۶.
- بهرامی، افسانه. (۱۳۸۹)، *چالش‌های سلامت زنان*، قابل دسترسی در: <http://www.hamshahrionline.ir.news-118948.aspx>.
- پارک، کی. (۱۳۸۲)، *درنامه طب پیشگیری و پزشکی اجتماعی*، ترجمه خسرو وفائی شیرپاک، ج ۲، تهران، ایلیا.
- پرکینز، اچ. دوايت، مايكل رومر، اسنود گراس و آر. دانلد. (۱۳۷۹)، *توسعه اقتصادی*، ترجمه غلامرضا آزاد ارمکی، تهران، نشر نی.
- پرویزی، سرور، فروغ ناصری، نعیمه سیدفاطمی و فرزانه قاسم‌زاده. (۱۳۸۸)، «عوامل اجتماعی سلامت زنان ساکن در شهر تهران: یک پژوهش کیفی»، *پژوهش پرستاری*، دوره ۴، ش ۱۵، ص ۶-۱۵.
- حسن‌زاده، علی و سعیده فخیم‌علی‌زاد. (۱۳۸۴)، *برنامه مردم‌سالار*، تهران، علمی و فرهنگی.
- خداداد کاشی، فرهاد و فریده باقری. (۱۳۸۴)، «نحوه توزیع فقر بین خانوارهای ایرانی ۱۳۷۹-۱۳۷۱»، *پژوهش‌های اقتصادی در ایران*، ش ۲۲.
- خسروی، اردشیر و فرید نجفی. (۱۳۸۸)، *شاخص‌های سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران*، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- خلخال، حمیدرضا، ابراهیم حاجی‌زاده، رضا غلام‌نیا، جاوید فریدونی، سیدمهدی نورایی و قاسم زمانی. (۱۳۸۸)، «بررسی اکولوژیک عوامل مؤثر بر میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال در ایران»، *فصلنامه پزشکی ارومیه*، ش ۷۸، ص ۲۴۴-۲۳۸.
- دلاور، بهرام. (۱۳۸۳)، «هشدار مدیر کل دفتر سلامت خانواده و جمعیت وزارت بهداشت»، *روزنامه ایران*، ش ۳۰۸۲، ۲۲ اسفند.
- رضوی، معاون، کاووس باسمنجی و فرشته محمودیان. (۱۳۸۳)، *محاسبه شاخص‌های فقر و توزیع درآمد در ایران (گزارش نهایی)*، تهران، مؤسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه‌ریزی.
- زاهد، فاطمه و عبدالرضا رضایی ارجرودی. (۱۳۸۵)، «برآورد هزینه خارجی بخش جاده‌ای کشور بر محیط زیست اجتماعی با تأکید بر تصادفات جاده‌ای»، *علوم تکنولوژی محیط زیست*، دوره ۸، ش ۳، ص ۴۱-۳۵.
- سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور. (۱۳۸۴)، *قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۴-۸۸)*، تهران.

میر زنان در امریکا، آسیای جنوب شرقی، اروپا، شرق مدیترانه و غرب اقیانوس آرام در سال ۲۰۰۶ نسبت به سال‌های ماقبل آن سیر صعودی به خود گرفته است. بیماری‌های قلبی-عروقی و سکنه مغزی علل اصلی مرگ در جهان هستند و هر ساله ۱۷ میلیون نفر را به کام مرگ می‌کشند؛ و چنانچه تا سال ۲۰۲۰ اقدام پیشگیرانه خاصی انجام نگیرد، این میزان به ۲۴/۸ میلیون نفر بالغ خواهد شد (Mahdavi et al., 2009).

طبق اعلام مرکز آمار ایران، در سال ۱۳۸۵، امید به زندگی در ایران ۷۳ سال برای زنان و ۶۹ سال برای مردان بوده است. استان‌هایی مانند تهران و اصفهان بالاترین امید به زندگی و استان‌های محروم مانند سیستان و بلوچستان و کردستان کمترین امید به زندگی را داشته‌اند. مقادیر این شاخص در ایران در مقایسه با کشورهای آسیای جنوب شرقی و شرق مدیترانه در وضعیت بهتر و در مقایسه با کشورهای اروپایی و امریکا و غرب اقیانوس آرام در وضعیت مطلوب قرار دارد.

نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که کشورهای اروپایی همواره بیشترین نیروی انسانی مرتبط با سلامت را به کار گرفته‌اند که این امر خود موجب ارتقای وضعیت سلامت مردم آن کشورها می‌شود. در نهایت می‌توان چنین ادعا کرد که با وجود وقوع حوادث بزرگ اجتماعی- تاریخی مانند انقلاب اسلامی سال ۱۳۵۷ و جنگ هشت‌ساله، استقرار شبکه بهداشت و درمان در ایران در سه دهه اخیر و ارائه کشوری مراقبت‌های اولیه بهداشتی تغییرات قابل توجهی در وضعیت سلامت در ایران ایجاد کرده است. این امر موجب شده است که ایران از نظر شاخص توسعه انسانی^۱ در بین کشورهای منطقه در رده متوسط جای گیرد (Movahedi, 2008).

اگرچه گسترش شبکه بهداشتی در دهه‌های اخیر شاخص‌های بهداشتی را در سطح کشور بهبود قابل توجهی بخشیده است، افزایش بار بیماری‌های غیرواگیردار و حوادث عمدی و غیرعمدی بررسی و توجه بیشتری را در زمینه علل و عوامل بروز و نیز راه‌های پیشگیری و مهار آنها می‌طلبد.

1. human development index

- Johannesburg Summit. (2002), World Summit on Sustainable Development, 26 August-5 September 2002, United Nations, available at: www.johannesburgsummit.org
- Khosravi, Ardeshir. (2007), "Differential Mortality in Iran", *Population Health Metrics* 5/7:2-15.
- Lopez, Alan D. (2006), "Global and Regional Burden of Disease and Risk Factors, 2001: Systematic Analysis of Population Health Data", *Lancet* 367: 1747-1757.
- MacKian, S. C. (2008), "What the Papers Say: Reading Therapeutic Landscapes of Women's Health and Empowerment in Uganda", *Health and Place* 14/1:106-115.
- Mahdavi, H. et al. (2009), "The Burden of Disease and Injury in Iran 2003", *Population Health Metric* 6:9.
- Mathers, C. D., D. M. Fat, M. Inoue, C. Rao and A. D. Lopes. (2005), "Counting the Dead and What They Died from: An Assessment of the Global Status of Cause of Death Data", *Bull. World Health Organ* 83:171-177.
- Movahedi, Mohammad. (2008), "Temporal Variations of Health Indicators in Iran Comparing with Other Eastern Mediterranean Region Countries in the Last Two Decades", *Journal of Public Health* 30/4:499-504.
- Wild, S., G. Roglic, A. Green, R. Sicree and H. King. (2004), "Global Prevalence of Diabetes: Estimates for the Year 2000 and Projections for 2030", *Diabetes Care* 27:1047-1053.
- World Health Organization. (2000), "Women and Health: Better Health and Welfare System: Women's Perspectives", *Proceeding of a WHO Kobe Centre International Meeting, Awaji Island, Japan, 5-7 April 2000*.
- _____. (2001), *Economic Growth, Poverty Reduction*.
- _____. (2010), WHOSIS Detailed Database Search: <http://apps.who.int/whosis/data/search,2010/03/28>
- سازمان ملل متحد. (۱۹۹۵)، «خلاصه‌ای از برنامه عمل کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه»، ترجمه صندوق جمعیت ملل متحد.
- عزیزی، فریدون. (۱۳۸۷)، «پیش‌بینی مرگ و میر و بار بیماری‌ها در ایران و جهان»، پژوهش در پزشکی، دوره ۳۲، ش ۴.
- مطلق، محمد اسماعیل، حسین کاظمینی، ناهید جعفری، بهرام دلاور، محمدجواد کبیر و خدیجه گوهری. (۱۳۸۸)، «بار بیماری‌های کودکان ۰-۱۴ سال در ایران»، *افق دانش*، دوره ۱۵، ش ۳، ص ۸۵-۷۷.
- نجفی، بهاء‌الدین و آشال شوشتریان. (۱۳۸۶)، «برآورد خط فقر و بررسی تعیین‌کننده‌های آن در خانوارهای روستایی و شهری ایران»، *اقتصاد کشاورزی و توسعه*، ش ۵۹.
- نقوی، محسن و ناهید جعفری. (۱۳۸۶)، *سیمای مرگ و میر در ۲۹ استان کشور در سال ۱۳۸۳*، تهران، نشر آروبیچ.
- نقوی، محسن، فرید ابوالحسنی، فرشاد پورملک، ناهید جعفری، مازیار مرادی لاله، بابک عشرتی، نیلوفر مهدوی هزاوه، حسین کاظمینی، سید آرش طهرانی بنی‌هاشمی و شروان شعاعی. (۱۳۸۷)، «بار بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران در سال ۱۳۸۲»، *اپیدمیولوژی ایران*، ش ۴، ص ۱۹-۱.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۸۷)، *گزارش اجمالی عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دولت نهم*، تهران.
- _____. (۱۳۸۸)، *نقشه جامع علمی کشور*، تهران.
- _____. (۱۳۸۹)، *دستاوردها، چالش‌ها و افق‌های پیش‌روی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران*، تهران.
- هدایتی، علی اصغر و صادق زیتالی. (۱۳۸۷)، «سلامت محور توسعه پایدار»، *پایش*، س ۸، ش ۱، ص ۹۵-۹۳.
- Brundtland, H. G. (1987), Presentation of the Report of the World Commission on Environment and Development to UNEP'S 14th Governing Council Session, Kenya, Nairobi, 8 June 1987.
- Catherine, M. et al. (2001), "Burden of Disease: Implications for Future Research", *JAMA* 285/5:535-539.
- International Council for Science. (2002), Report of the Scientific and Technological Community to the World Summit on Sustainable Development, available at: www.icsu.org/Library/WSSD-Rep/Vol1.pdf

کیفیت زندگی

حمیرا سجادی*

مقدمه

واژه کیفیت (معادل quality از ریشه لاتینی qual به معنی «چیزی») به مفهوم «چگونگی» است. کیفیت زندگی یا چگونگی زندگی دربرگیرنده تفاوت‌هایی است که خاص هر فرد است (پناهی، ۱۳۸۵).

کیفیت زندگی به زعم بسیاری از صاحب‌نظران موضوعی پرابهام و ارائه تعریفی دقیق و مورد توافق از آن بسیار دشوار است. بخشی از این ابهام ناشی از تعدد حوزه‌ها و رشته‌های علمی دخیل در موضوع کیفیت زندگی است که هر کدام، از روان‌شناسی و پزشکی تا جامعه‌شناسی و برنامه‌ریزی شهری، با رویکردی ویژه به موضوع می‌نگرند و دارای نقاط تأکیدی ویژه خود در تعریف مفهوم و معیارهای اندازه‌گیری آن هستند. با توجه به تعدد حوزه‌های علمی فعال در این زمینه، طبقه‌بندی کیفیت زندگی ذیل یک رشته علمی خاص بسیار دشوار، مجادله‌برانگیز و حتی نادرست خواهد

بود. از این رو، به نظر می‌رسد تعریف و سنجش کیفیت زندگی، بسته به رویکرد غالب و هدفی که از آن دنبال می‌شود، می‌تواند ویژگی‌های متفاوتی داشته باشد.

پژوهش‌های مربوط به کیفیت زندگی به عنوان مبحثی جدید در مطالعات جامعه‌شناسی طی چهار دهه آخر قرن بیستم در بسیاری از کشورها مطرح شده است. با مطالعه و ارزشیابی کیفیت زندگی، زمینه برنامه‌ریزی‌های فرهنگی و اجتماعی و اقتصادی هرچه بیشتر فراهم می‌آید، و بدین‌گونه جامعه سریع‌تر می‌تواند خود را با شرایط مورد نیاز هماهنگ و هم‌نوا سازد.

عوامل مختلفی در پژوهش‌های مربوط به کیفیت زندگی دخیل هستند، ولی هدف اصلی در این‌گونه تحقیقات افزایش سطح زندگی و پیشرفت اقتصادی و اجتماعی است. امروزه زمینه توسعه اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی جوامع به دنبال گسترش شبکه‌های ارتباطی افزایش یافته است، لیکن تا جایی که به توسعه به معنای عام آن مربوط می‌شود، تعادل معقولی در این زمینه در بسیاری از جوامع از

* دکترای پزشکی اجتماعی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

جمله استان‌های مختلف ایران به چشم نمی‌خورد (آخوندی و دیگران، ۱۳۸۸).

در این مقاله سعی شده است، ضمن ارائه تصویری از وضعیت کیفیت زندگی ایران در سطح بین‌المللی (سطح کلان)، وضعیت کیفیت زندگی افراد (سطح خرد) نیز براساس مطالعات انجام‌شده در ایران در این حوزه به تفکیک بعضی گروه‌های هدف و برخی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی بررسی شود.

۱. تعاریف

۱.۱. مفهوم کیفیت زندگی

کیفیت زندگی در چند دهه اخیر به مفهوم مهمی در تحقیقات علوم اجتماعی و بهداشتی تبدیل شده است؛ با وجود این، توافق اندکی بر سر تعریف این مفهوم وجود دارد. برخی کیفیت زندگی را همان بهزیستی^۱ توصیف (Schalock, 2004) و برخی دیگر آن را مترادف با رفاه^۲ تلقی می‌کنند (Carlson, 2000). عده‌ای هم اعتقاد دارند که مفهوم کیفیت زندگی با میزان سلامت افراد مرتبط است (Anderson, 2000). به رغم تمام تعاریف و کاربردهای متفاوت مفهوم کیفیت زندگی، کایبرت^۳ (۱۹۹۷) عنوان می‌کند که تمامی پژوهشگران بر سر سه اصل مرتبط با این مفهوم توافق نظر دارند:

- کیفیت زندگی یک ارزشیابی ذهنی است و افراد، خود قضاوت‌کننده راجع به کیفیت زندگی‌شان هستند.
- کیفیت زندگی یک ماهیت پویا و دینامیک است نه ایستا، بدین معنا که فرایندی وابسته به زمان است و تغییرات درونی و بیرونی در آن دخیل‌اند.
- کیفیت زندگی یک مفهوم چندبعدی است که باید از زوایا و ابعاد مختلف سنجیده شود و این ابعاد چارچوب پنداشتی تحقیقات مربوط به کیفیت حیات را تشکیل می‌دهند (به نقل از اکبری زردخانه، ۱۳۸۶).

نول^۴ دو نوع یا حوزه وسیع مفهوم‌سازی را در زمینه کیفیت زندگی یادآوری می‌کند: دیدگاه اسکاندیناویایی که مبتنی بر آثار

نویسندگانی چون درنوفسکی^۵ (۱۹۷۴)، اریکسون^۶ و اوسیتالو^۷ (۱۹۸۷) و اریکسون (۱۹۹۳) است و متمرکز بر ایده‌هایی از «جامعه خوب» و بهزیستی اجتماعی به عنوان موضوعی در حوزه رفاه است. مقصود از رفاه، دسترسی به منابعی است که به واسطه آن مردم می‌توانند سطح زندگی خود را تنظیم و هدایت کنند. اریکسون و اوسیتالو منابع مورد نیاز شهروندان برای تأمین رفاه را چنین برمی‌شمارند: پول، املاک، دانش، انرژی روحی و جسمی، روابط اجتماعی، امنیت و نظایر آن. تفکر اسکاندیناویایی به طور خاص متمرکز بر «شاخص‌های عینی» سطح زیست یا کیفیت زندگی و جامعه به طور کلی است. نول از حوزه تفکر مسلط دیگری نیز با عنوان «رویکرد امریکایی» به کیفیت زندگی یاد می‌کند. این رویکرد در جهان غرب توجهات بیشتری را به خود معطوف داشته است. در این مدل، تحقیق در مورد کیفیت زندگی یا اندازه‌گیری رفاه اساساً مبتنی بر سنجش شاخص‌های ذهنی در سطح تک‌تک شهروندان است (به نقل از آخوندی و دیگران، ۱۳۸۸).

مرور متون مرتبط با کیفیت زندگی (Rapley and Phillips, 2006; Lee, 2003; Massam, 2008; Felce and Perry, 2002; Turksever et al., 1995; Sirgy et al., 2001; Khizindar, Eunkook and Diener, 2000; Baldwin et al., 1990, 2009) حاکی از اتفاق نظر صاحب‌نظران درباره ابهام مفهومی موجود در تعریف این واژه است. همان‌گونه که فلسه و پری (Felce and Perry, 1995) نیز تأکید دارند، کیفیت زندگی مفهومی چندسویه و مبهم است که در سطوح مختلف، از سنجش اجتماع محلی تا ارزیابی خاص موقعیت و شرایط فردی و گروهی، به کار می‌رود. تعاریف عملیاتی کیفیت زندگی بسیار متنوع است. این تنوع نه تنها حاصل استفاده از دیدگاه‌های اجتماعی یا فردی بلکه ناشی از طیف وسیع مدل‌های نظری یا جهت‌گیری‌های دانشگاهی نیز هست. در بسیاری از نوشته‌های مرتبط با کیفیت زندگی، به تنوع تعاریف کیفیت زندگی اشاره شده و بسیاری معتقدند که به اندازه تعداد انسان‌ها می‌توان از کیفیت زندگی تعریف ارائه داد. این نکته مؤید این حقیقت است که برای افراد مختلف، اهمیت و ارزش هریک از ابعاد مختلف کیفیت

5. Drenowski

6. Erikson

7. Usitalo

1. well-being

2. welfare

3. Kiebert

4. Noll

زندگی ممکن است متفاوت باشد. این امر می‌تواند گواهی بر فقدان تعریف عملیاتی مورد توافق در این زمینه باشد (به نقل از آخوندی و دیگران، ۱۳۸۸).

مرور انتقادی و جامع راپلی (Rapley, 2005) بر تعاریف کیفیت زندگی حاکی از آن است که محدودی از تعاریف کیفیت زندگی مورد تأیید وسیع، نه اجماع عام، قرار گرفته‌اند. تمامی این تعاریف اشاره دارند که کیفیت زندگی نوعی ادراک روان‌شناختی فردی از ابعاد مختلف واقعیت‌های مادی جهان بیرونی است (به نقل از آخوندی و دیگران، ۱۳۸۸).

گروه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی را این‌گونه تعریف می‌کند: «ادراک افراد از جایگاه خود در زندگی از منظر فرهنگی و نظام ارزشی‌ای که در آن زندگی می‌کنند، و مرتبط با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایی کاملاً فردی و استوار بر درک فرد از جنبه‌های مختلف زندگی خود. کیفیت زندگی با

ارزیابی ذهنی‌ای ارتباط دارد که در زمینه محیطی و اجتماعی و فرهنگی صورت می‌گیرد» (WHOQOL, 1996). کیفیت زندگی را نمی‌توان به سادگی با مفاهیم وضعیت سلامت، رضایت‌مندی از زندگی، وضعیت روحی، یا بهزیستی یکسان دانست. کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی است.

براساس نمودار ۱ می‌توان شاخص‌ها و سنجه‌های مرتبط با حوزه‌های مختلف کیفیت زندگی را تعریف کرد. با توجه به گستردگی و فراگیری این چارچوب، که بیشتر حوزه‌های مورد توجه صاحب‌نظران کیفیت زندگی از جمله پایداری و زیست‌پذیری را تحت پوشش قرار داده است، می‌توان از آن به عنوان معیاری برای هرگونه سنجش کیفیت زندگی استفاده کرد. در جدول ۱ نیز شاخص‌های مؤثر بر سنجش کیفیت زندگی به تفکیک عوامل تعیین‌کننده، فرایندها، و وضعیت سلامت مرتبط با کیفیت زندگی آمده است.

جدول ۱. طبقه‌بندی شاخص‌های تأثیرگذار در سنجش کیفیت زندگی

الف) عوامل تعیین‌کننده	ب) فرایندها	ج) وضعیت سلامت
• پایداری (Sustainability) — استفاده از انرژی — مصرف آب — مصرف منابع تجدیدپذیر — تولید و کاهش پسماند — استفاده/ مصرف محلی — سلامت اکوسیستم • زیستایی (Viability) — کیفیت هوا — کیفیت آب — تولید و استفاده از مواد شیمیایی — آلودگی خاک • زیست‌پذیری (Livability) — مسکن — تراکم — ایمنی و امنیت اجتماع — حمل و نقل — قابلیت پیاده‌روی — فضاهای باز و سبز	• آموزش (Education) — توسعه آموزش ابتدایی — کیفیت مدارس، آموزش — میزان سواد بزرگسالان — یادگیری طول عمر • حکمروایی (Governance) — حیات فعالیت‌های انجمنی/ داوطلبانه — اقدامات شهروندی — حقوق مدنی و انسانی — تلقی از خدمات/ رهبران حکومت — سیاست‌گذاری عمومی سالم	• کیفیت زندگی — بهزیستی — رضایت‌مندی از زندگی — خشنودی و شادکامی • اعتماد و احترام به نفس • رفتارهای بهبود بخش سلامت • معلولیت/ بیماری — استرس/ اضطراب — سایر معلولیت‌ها/ بیماری‌ها — شاخص تجهیزات مربوط به سلامت • مرگ و میر — میزان کلی مرگ و میر — میزان مرگ و میر نوزادان — میزان خودکشی

جدول ۲. ماتریس ابعاد عینی و ذهنی کیفیت زندگی

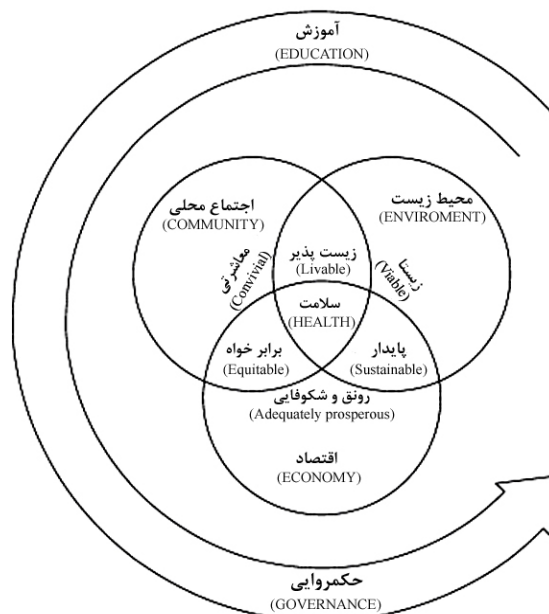
شرایط واقعی زندگی	بهبودی ذهنی	
	خوب	بد
خوب	بهبودی	ناسازی
بد	سازگاری	محرومیت

منبع: Zapf, 1984 به نقل از آخوندی و دیگران، ۱۳۸۸

در صورتی که شرایط واقعی زیست خوب و رضایت‌مندی از آن نیز بالا باشد، «بهبودی» وجود خواهد داشت. در شرایط زیست خوب و رضایت‌مندی یا بهزیستی ذهنی پایین، حالتی اتفاق می‌افتد که از آن به «ناسازی»^۱ یاد می‌شود. در شرایط زیست بد با بهزیستی ذهنی بالا، حالت «سازگاری»^۲ روی می‌دهد. در این حالت، فرد با شرایط بد زیست خود به گونه‌ای سازگاری یافته است که می‌تواند بهزیستی ذهنی بالایی را گزارش دهد. در نهایت اینکه، در شرایط زیست بد و بهزیستی ذهنی پایین، «محرومیت»^۳ کامل اتفاق می‌افتد. شرایط سازگاری عبارت از ترکیب مسئله‌ساز شرایط بد زیستی با سطح بالای رضایت‌مندی است که از آن با عنوان «پارادکس رضایت‌مندی»^۴ نیز یاد می‌شود. وقوع چنین شرایطی محققان را وامی‌دارد تا ارزیابی ذهنی و شرایط عینی کیفیت زندگی را به طور مجزا بسنجند. از همین رو، آنان مکتب اسکاندیناویایی ابعاد ذهنی را فراموش و تنها شرایط عینی را اندازه‌گیری کردند. اگرچه می‌توان استدلال‌های زیادی درباره‌ی دو رویکرد اصلی در سنجش کیفیت زندگی — اسکاندیناویایی (عینی) و امریکایی (ذهنی) — ارائه داد، بسیاری از محققان متأخر مانند وینهوفن^۵ (1997; 1996; 1995) نیز درباره‌ی اهمیت اندازه‌گیری توان ابعاد ذهنی و عینی کیفیت زندگی استدلال می‌کنند (به نقل از آخوندی و دیگران، ۱۳۸۸).

۲. رویکرد نظری: کیفیت زندگی و توسعه

تا پیش از دهه ۱۹۷۰، درآمد سرانه هر کشور مبنای سنجش میزان توسعه‌یافتگی آن کشور قرار می‌گرفت. رشد درآمد سرانه لازمه



منبع: Hancock et al., 1999

نمودار ۱. چارچوب بنیادی در تعریف و تعیین شاخص‌ها

۲.۱. ابعاد کیفیت زندگی

ابعاد کیفیت زندگی اغلب به دو دسته عملکردهای عینی (قابل مشاهده) و رفاه ذهنی (که فقط خود فرد می‌تواند ارزیابی کند) تقسیم می‌شود.

صاحب‌نظران مختلف کیفیت زندگی را به ابعاد گوناگونی تقسیم کرده‌اند. از دیدگاه کینگ و هیندس، کیفیت زندگی شامل چهار بعد رفاه جسمی، رفاه روانی، رفاه اجتماعی، و رفاه معنوی است (King and Hinds, 2003).

سازمان جهانی بهداشت نیز ابعادی را برای کیفیت زندگی در نظر گرفته است که شامل بعد جسمی، بعد روانی، سطح وابستگی، بعد اجتماعی، بعد روحی-مذهبی، و اعتقادات شخصی است (پناهی، ۱۳۸۵).

در منابع مربوط به کیفیت زندگی، گستره موضوع طیف وسیعی را از برآورد عینی شرایط زندگی افراد تا برآورد ذهنی افراد از آن شرایط، و از شاخص‌های اقتصادی کلان تا سرمایه اجتماعی و انسانی را دربرمی‌گیرد. نول معتقد است که دو رویکرد کلان کیفیت زندگی، یعنی شرایط واقعی و ارزشیابی شخصی از شرایط را می‌توان در یک ماتریس ۲×۲ ترسیم و بسیاری از مباحث نظری کیفیت زندگی را در قالب آن ماتریس معرفی و تحلیل کرد (جدول ۲).

1. dissonance
2. adaptation
3. deprivation
4. satisfaction paradox
5. Veenhoven

می‌دهد. در واقع، می‌توان گفت که تمامی تلاش‌های توسعه‌ای در ابعاد مختلف آن در جهت بهبود بخشیدن به کیفیت زندگی است. در حقیقت، کیفیت زندگی پدیده‌ای چندبعدی است و بهداشت، آموزش و پرورش، محیط زیست و اقتصاد ابعاد تشکیل‌دهنده آن هستند (Mazumdar, 2004). دستیابی به هریک از اجزا و شاخص‌ها به معنای دستیابی کشورها و جوامع به توسعه و دستیابی به هر جزء یا شاخص، خود موکول به پیشرفت و توسعه در زمینه دیگر است. بنابراین، می‌توان گفت که توسعه مجموعه‌ای به‌هم‌پیوسته و درهم‌تنیده است. فرایند توسعه کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به طوری که ایجاد امکانات توسعه ضامن بهبود کیفیت زندگی نسل‌های بعدی خواهد بود. در هر حال، وضعیت سلامت جامعه، شاخص‌های سلامت اقتصادی، شاخص‌های سلامت محیط، و شاخص‌های مربوط به عدالت و برابری هریک در جای خود به روند توسعه جامعه بستگی دارند. همین‌طور، با ایجاد رضایت در جامعه، کاهش بیکاری، ایجاد تناسب بین تعداد معلم و دانش‌آموز، ایجاد فرصت‌های شغلی و نظایر آن، می‌توان کیفیت زندگی را بهبود و ارتقا بخشید.

۳. کیفیت زندگی در دیگر کشورها

نشریه زندگی بین‌المللی (*International Living*) از سال ۱۹۸۴ تاکنون شاخصی را در ارتباط با کیفیت زندگی در کشورهای جهان ارائه می‌دهد. این شاخص کیفیت زندگی را در ۱۹۴ کشور جهان به صورت سالانه رتبه‌بندی می‌کند. کشورها در این بررسی امتیازی از ۱۰۰ در ۹ نشانگر مختلف می‌گیرند که میانگین آنها امتیاز نهایی کیفیت زندگی را به دست می‌دهد. این ۹ نشانگر عبارت‌اند از: هزینه زندگی (برحسب دلار آمریکا)، فرهنگ و اوقات فراغت، اقتصاد، محیط زیست، آزادی، سلامت، زیرساخت‌ها، خطرپذیری و ایمنی، و وضعیت آب و هوا. این شاخص با استفاده از داده‌های طیف متنوعی از منابع مانند سازمان جهانی بهداشت و نشریه *اکنومیست* تعیین می‌شود، اما امتیازات محاسبه‌شده با استفاده از قضاوت ذهنی^۱ خبرنگاران محلی قابل اصلاح و تعدیل است (International Living, 2007).

دستیابی به برخی اهداف توسعه‌ای است، اما نمی‌تواند بسیاری از جوانب مهم زندگی بشری را دربرگیرد. تجربه وجودی و مطالعات علمی نشان داده که رابطه میان پیشرفت اقتصادی و کیفیت زندگی رابطه‌ای خطی نیست. این دو تا نقطه‌ای که حداقل شرایط مطلوب مادی برای زیست انسان فراهم شده باشد هم‌سو و هم‌جهت حرکت می‌کنند ولی از آن به بعد دیگر نمی‌توان انتظار داشت که تأمین نیازهای اقتصادی به بهبود کیفیت زندگی کمک کند (عنبری، ۱۳۸۹). از این رو، در اوایل دهه ۱۹۹۰، سازمان ملل متحد گزارش توسعه‌ای را با رویکرد توسعه انسانی منتشر کرد که دامنه ابعاد توسعه‌ای آن بسیار گسترده‌تر از درآمد سرانه است و بعضی ابعاد اجتماعی و فرهنگی را نیز در کنار بعد اقتصادی توسعه مد نظر قرار می‌دهد. این شاخص مبتنی بر این ایده اساسی است که لازمه دستیابی به زندگی بهتر، علاوه بر کسب درآمد بیشتر، پرورش و بسط استعدادها و ظرفیت‌های انسانی است. از اواسط دهه مذکور، به‌ویژه در پی صدور بیانیه آمستردام، مؤلفه‌هایی نظیر سرمایه اجتماعی و همبستگی اجتماعی نیز به مبحث توسعه راه یافت و، به تعبیری، در سلسله مراتب اهداف توسعه تغییراتی اساسی حاصل شد که با قرار گرفتن بهزیستی اجتماعی و کیفیت زندگی در رأس اهداف توسعه هزاره سازمان ملل متحد نیز تقویت گردید، اهداف هشت‌گانه‌ای که همگی بر مسائل اجتماعی نظیر آموزش، فقرزدایی، بهداشت، محیط زیست، برابری جنسیتی و مشارکت در توسعه تأکید دارند. استیگلتز (Stiglitz, 2002) در بحث پارادایم جدید توسعه، توسعه را معطوف به تحول و توسعه اجتماعی می‌داند که، ضمن گسترش افق‌های انتخاب و آزادی افراد، کاهش فقر و تخریب محیط زیست، افزایش سطح بهداشت و طول عمر و، به طور کلی، ارتقای کیفیت زندگی را به همراه دارد (به نقل از غفاری و امیدی، ۱۳۸۸).

کیفیت زندگی ارتباط متقابلی با توسعه دارد و ضمن اینکه خود از توسعه ناشی می‌شود بر توسعه نیز تأثیر می‌گذارد. بررسی شاخص‌های توسعه انسانی و کیفیت زندگی در کشورهای پیشرفته نشان می‌دهد که همبستگی مثبت و بالایی بین این دو شاخص در این کشورها وجود دارد و رتبه‌های بالای شاخص توسعه انسانی و شاخص کیفیت زندگی متعلق به کشورهای توسعه‌یافته است و کشورهای در حال توسعه در انتهای این رتبه‌بندی قرار دارند که این امر ارتباط دوسویه و درهم‌تنیده توسعه و کیفیت زندگی را نشان

1. subjective judgment

کشور آمریکا و کانادا دارای رتبه مناسب و کشورهای کاستاریکا، پاناما و مکزیک دارای رتبه‌های متوسط هستند و بقیه کشورهای این منطقه جایگاه مطلوبی در این فهرست ندارند.

کشورهای آمریکای لاتین

بهترین رتبه در بین کشورهای این منطقه متعلق به کشور اروگوئه با رتبه ۱۹ است. بعد از آن کشورهای آرژانتین (با رتبه ۲۶)، شیلی (۳۱)، برزیل (۳۸)، کلمبیا (۵۶)، پاراگوئه (۶۴) و السالوادور (۸۶) قرار دارند. رتبه‌های کیفیت زندگی این منطقه در مقایسه با سایر کشورها در دامنه متوسط تا ضعیف قرار می‌گیرد.

۲.۳. کشورهای اروپایی

از ۱۰ کشور برتر جهان در شاخص کیفیت زندگی در سال ۲۰۱۰، ۶ کشور در اروپا قرار دارد. کشور فرانسه برای دومین سال پیاپی رتبه نخست گزارش را کسب کرد. سوئیس رتبه سوم، آلمان چهارم، لوکزامبورگ ششم، بلژیک هشتم و ایتالیا رتبه دهم را به خود اختصاص دادند. همچنین از ۵۰ کشور برتر این گزارش، ۳۹ کشور اروپایی هستند. در سال ۲۰۰۹ نیز، از ۱۰ کشور برتر در این شاخص، ۷ کشور در اروپا قرار داشتند: فرانسه با رتبه اول، سوئیس دوم، لوکزامبورگ چهارم، بلژیک ششم، ایتالیا هفتم، آلمان هشتم و دانمارک با رتبه دهم. این آمار نشان‌دهنده کیفیت بالای زندگی در بین کشورهای این منطقه است. در بین کشورهای اروپایی، کشورهای اروپای شمالی و غربی از کیفیت زندگی به نسبت بالاتری در مقایسه با کشورهای اروپای شرقی و جنوبی برخوردارند.

۳.۳. آسیا

در بین کشورهای آسیایی، بهترین رتبه کیفیت زندگی متعلق به ژاپن با رتبه ۳۶ است. بعد از ژاپن، کره جنوبی با رتبه ۴۲ قرار دارد. رتبه‌های سوم تا دهم مربوط به کشورهای تایوان (۵۷)، سنگاپور (۷۰)، بوتان (۷۵)، برونئی (۸۴)، مالزی (۸۵)، هند (۸۸)، مغولستان (۹۵) و چین (۹۷) است. رتبه کشورهای آسیایی نیز مانند کشورهای آمریکای لاتین در دامنه متوسط تا ضعیف قرار دارد. همچنین در بین کشورهای آسیایی جایگاه کشورهای آسیای شرقی بهتر از کشورهای آسیای غربی است.

نشانگر هزینه زندگی نشان می‌دهد که زندگی با بهترین استانداردهای تعریف شده برای آن چه میزان هزینه دربردارد. یکی از مؤلفه‌های اندازه‌گیری هزینه زندگی نرخ مالیات بر درآمد هر کشور است. در تعیین رتبه اقتصادی هر کشور نرخ بهره، تولید سرانه، نرخ رشد تولید ناخالص داخلی، نرخ تورم و سرانه تولید ناخالص ملی آن کشور در نظر گرفته می‌شود. برای تعیین رتبه محیط زیستی، پراکندگی جمعیت در هر کیلومتر مربع، نرخ رشد جمعیت، تولید سرانه گازهای گلخانه‌ای، و درصدی از کل زمین‌های حفاظت شده مورد بررسی قرار می‌گیرد. شاخص آزادی نیز بر حقوق سیاسی مردم کشور و آزادی‌های مدنی تأکید دارد. برای رتبه‌بندی بهداشت و سلامت، تعداد تخت‌های بیمارستانی برای هر هزار نفر، درصد دسترسی به آب سالم، امید به زندگی، نرخ مرگ و میر نوزادان، و هزینه‌های عمومی بهداشت و درمان به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی هر کشور ملاک سنجش قرار می‌گیرد. در سنجش وضعیت آب و هوا، میانگین سالانه مقدار بارش، دما، و خطرپذیری در برابر بلایای طبیعی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

درصدهای در نظر گرفته شده برای نشانگرهای مذکور به شرح زیر است: هزینه زندگی (۱۵ درصد)، فرهنگ و اوقات فراغت (۱۰ درصد)، اقتصاد (۱۵ درصد)، محیط زیست (۱۰ درصد)، آزادی (۱۰ درصد)، سلامت (۱۰ درصد)، زیرساخت‌ها (۱۰ درصد)، ایمنی و خطرپذیری (۱۰ درصد)، و اقلیم (۱۰ درصد). بر مبنای آخرین گزارش نشریه زندگی بین‌المللی که در سال ۲۰۱۰ منتشر شده می‌توان کیفیت زندگی را در کشورها و مناطق مختلف جهان بررسی کرد. در ادامه، به بررسی کیفیت زندگی کشورهای اروپایی، آمریکایی، آسیایی و کشورهای منطقه و مقایسه آنها با وضعیت ایران می‌پردازیم.

۱.۳. کشورهای آمریکایی

کشورهای آمریکای شمالی و حوزه دریای کارائیب

در آخرین گزارش نشریه زندگی بین‌المللی مربوط به سال ۲۰۱۰، کشورهای این منطقه شامل آمریکا، کانادا، کاستاریکا، پاناما، مکزیک، دومینیک، و کوبا به ترتیب حائز رتبه‌های هفتم، نهم، سی‌وسوم، سی‌وینجم، چهل‌وششم، هفتادوسوم، و نود شده‌اند. از لحاظ شاخص کیفیت زندگی، در بین کشورهای این منطقه، دو

۴.۳. کشورهای منطقه

بهترین شاخص کیفیت زندگی در بین کشورهای منطقه متعلق به کشور ترکیه با رتبه ۷۳ است. بعد از آن کشورهای ارمنستان (۱۰۱)، اردن (۱۰۴)، کویت (۱۰۶)، لبنان (۱۱۳)، بحرین (۱۱۹)، سوریه (۱۲۴)، قطر (۱۲۸)، تاجیکستان (۱۳۴)، قرقیزستان (۱۳۸)، آذربایجان (۱۳۹)، امارات (۱۴۱) و ازبکستان (۱۴۸) قرار دارند.

سپس به ایران می‌رسیم که رتبه ۱۵۰ را در این گزارش دارد و پس از آن کشورهای قزاقستان (۱۵۵)، ترکمنستان (۱۶۲)، عمان (۱۶۸)، عربستان سعودی (۱۶۹)، عراق (۱۷۰)، پاکستان (۱۷۸)، افغانستان (۱۹۱) و یمن (۱۹۴) قرار دارند. جدول ۳ نشانگرهای شاخص کیفیت زندگی را در برخی کشورها در سال ۲۰۱۰ نشان می‌دهد.

جدول ۳. مقایسه نشانگرهای شاخص کیفیت زندگی در برخی کشورها در سال ۲۰۱۰

رتبه	امتیاز نهایی	آب و هوا	خطرپذیری و ایمنی	زیرساخت‌ها	سلامت	آزادی	محیط زیست	اقتصاد	فرهنگ و اوقات فراغت	هزینه زندگی	کشور	هوزه کشورها
۱	۸۲	۸۷	۱۰۰	۹۲	۱۰۰	۱۰۰	۷۲	۶۹	۸۱	۵۵	فرانسه	اروپایی
۳	۸۱	۷۷	۱۰۰	۹۶	۹۵	۱۰۰	۷۸	۷۹	۸۶	۴۱	سوئیس	
۸	۷۸	۸۶	۱۰۰	۹۶	۸۸	۱۰۰	۶۴	۶۶	۸۳	۴۱	بلژیک	
۱۰	۷۷	۸۷	۱۰۰	۶۲	۹۰	۹۲	۷۴	۶۳	۸۵	۵۶	ایتالیا	
۷	۷۸	۸۴	۱۰۰	۱۰۰	۷۸	۹۲	۶۲	۶۷	۷۹	۵۶	امریکا	امریکایی
۹	۷۷	۶۹	۱۰۰	۸۵	۸۴	۱۰۰	۶۲	۶۹	۷۶	۶۲	کانادا	
۲۶	۷۲	۹۱	۱۰۰	۵۶	۸۲	۸۳	۷۱	۵۲	۶۷	۶۱	آرژانتین	
۸۶	۵۸	۵۷	۷۹	۳۶	۷۰	۷۵	۶۵	۴۲	۴۳	۶۳	السالوادور	
۳۶	۷۰	۸۴	۱۰۰	۶۴	۸۹	۹۲	۷۱	۵۱	۹۲	۲۴	ژاپن	آسیایی
۴۲	۶۹	۸۳	۹۳	۵۲	۸۱	۹۲	۶۸	۵۶	۸۲	۳۹	کره جنوبی	
۹۵	۵۷	۱۴	۶۴	۵۲	۲۶	۸۳	۷۰	۴۷	۶۰	۶۸	مغولستان	
۹۷	۵۶	۷۹	۵۷	۴۰	۶۷	۸	۵۴	۶۹	۵۹	۶۳	چین	
۷۳	۶۱	۷۳	۸۶	۴۰	۷۶	۶۷	۶۸	۴۵	۶۰	۴۹	ترکیه	منطقه
۱۱۳	۵۴	۶۱	۲۱	۳۶	۸۵	۴۲	۶۵	۵۰	۵۶	۶۸	لبنان	
۱۵۰	۴۹	۶۴	۰	۴۰	۶۹	۱۷	۷۱	۵۰	۵۴	۶۵	ایران	
۱۹۱	۳۷	۵۸	۰	۳۲	۰	۸	۷۷	۴۰	۷	۸۸	افغانستان	

منبع: International Living, 2010

«محیط زیست» بالاترین عدد مربوط به کشور برونئی (۱۰۰) و کمترین عدد مربوط به کشور ماکائو (۰) است. نشانگر «آزادی» در بسیاری کشورها از جمله فرانسه و اسلونی ۱۰۰ و در چند کشور از جمله سودان، لیبی و سومالی صفر گزارش شده است. در مورد نشانگر «سلامت» بالاترین عدد مربوط به کشور فرانسه (۱۰۰) و کمترین مربوط به کشور افغانستان (۰) است. در خصوص نشانگر «زیرساخت‌ها» بالاترین عدد متعلق به کشور آمریکا (۱۰۰) است و

با توجه به نشانگرهای شاخص کیفیت زندگی سال ۲۰۱۰، موارد زیر قابل توجه است: بیشترین مقدار نشانگر «هزینه زندگی» مربوط به کشور عراق (۱۰۰) و کمترین مقدار مربوط به کشور سوئد (۰) است. همچنین بالاترین امتیاز نشانگر «اوقات فراغت» متعلق به کشور فنلاند (۹۳) و پایین‌ترین متعلق به کشور عراق (۰) است. بالاترین عدد نشانگر «اقتصاد» در کشور لیختن‌اشتاین (۱۰۰) و کمترین در کشور زیمبابوه (۰) گزارش شده است. در مورد نشانگر

امتیاز صفر در چند کشور از جمله مایوتی دیده می‌شود. امتیاز نشانگر «خطرپذیری و ایمنی» در بسیاری کشورها (۱۹ کشور اول) ۱۰۰ و در ایران و افغانستان صفر است. همچنین نشانگر «وضعیت آب و هوا» در زیمباوه ۱۰۰ و در یمن صفر گزارش شده است. به طور کلی، بالاترین امتیاز کل مربوط به کشور فرانسه (۸۲) و کمترین مربوط به کشور سومالی (۳۰) است.

۴. کیفیت زندگی در ایران

براساس شاخص کیفیت زندگی سال ۲۰۱۰، ایران در بین ۱۹۴ کشور جهان رتبه ۱۵۰ را به خود اختصاص داده که بهترین رتبه در چهار سال اخیر است. رتبه ایران در سال ۲۰۱۰ نسبت به سال ۲۰۰۹ سیزده رتبه صعود داشت و از ۱۶۳ به ۱۵۰ ارتقا یافت. با این حال، ایران از نظر شاخص کیفیت زندگی در مقایسه با سایر

کشورهای جهان از جایگاه مناسبی برخوردار نیست و جزو کشورهای نسبتاً ضعیف در این شاخص محسوب می‌شود و در انتهای فهرست رتبه‌بندی قرار دارد. اما نسبت به کشورهای منطقه چندان ضعیف نیست و به لحاظ وضعیت کیفیت زندگی بالاتر از کشورهای چون قزاقستان، عمان، عربستان سعودی، عراق، افغانستان، پاکستان، یمن و پایین‌تر از کشورهای ترکیه، اردن، لبنان، سوریه، ارمنستان، بحرین، قطر، امارات، قرقیزستان و ازبکستان قرار دارد. بهترین رتبه ایران طی ده سال گذشته مربوط به سال ۲۰۰۳ (رتبه ۹۱) و بدترین رتبه آن طی همین دوره مربوط به سال ۲۰۰۷ (رتبه ۱۹۰) است. در جدول ۴ اطلاعات مربوط به روند طولی شاخص کیفیت زندگی ایران طی سال‌های ۲۰۱۰-۲۰۰۵ ارائه شده است.

جدول ۴. روند طولی شاخص کیفیت زندگی ایران طی سال‌های ۲۰۱۰-۲۰۰۵

سال	هزینه زندگی	فرهنگ و اوقات فراغت	اقتصاد	محیط زیست	آزادی	سلامت	زیرساخت‌ها	خطرپذیری و ایمنی	آب و هوا	رتبه	امتیاز نهایی
۲۰۱۰	۶۵	۵۴	۵۰	۷۱	۱۷	۶۹	۴۰	۰	۶۴	۱۵۰	۴۹
۲۰۰۹	۷۲	۵۴	۳۳	۶۷	۱۷	۶۲	۴۱	۰	۶۵	۱۶۳	۴۶
۲۰۰۸	۶۱	۵۷	۳۸	۵۲	۱۷	۵۰	۴۱	۲۰	۶۴	۱۵۹	۴۵
۲۰۰۷	۸۰	۵۷	۳۲	۴۸	۱۷	۴۵	۳۰	۰	۵۵	۱۹۰	۴۲
۲۰۰۶	۶۰	۴۰	۴۵	۶۰	۱۷	۶۲	۳۱	۸۲	۴۸	۱۵۱	۵۰
۲۰۰۵	۶۰	۳۰	۴۰	۷۳	۱۷	۵۸	۳۳	۶۰	۲۵	۱۶۶	۴۵

منبع: International Living, 2010

تلقی شده است و نشان می‌دهد میزان هزینه زندگی در ایران معادل ۷۱ درصد رشد داشته است.

بررسی تغییرات ساختار هزینه‌ها همراه با تغییرات درآمد، به‌ویژه سطح تورم، نشان‌دهنده فزونی دامنه فقر نسبی در کشور است، یعنی سطح معیشت در طی این سال‌ها بهبود نیافته است. روند (فراز و فرود) متوسط درآمد و هزینه‌های خانوار شهری و روستایی نشان می‌دهد که در بیست سال اخیر، سطح فقر مطلق در جامعه کاهش یافته، اما بر دامنه فقر نسبی افزوده شده است. درآمد پایین و افزایش نرخ بیکاری و تورم از مهم‌ترین دلایل فزونی فقر نسبی بوده است. نرخ رشد تورم در سال‌های اخیر افزایش یافته و از آمار بیکاری چندان کاسته نشده است. از نظر نرخ بیکاری و فقر، ایران نسبت به عربستان و ترکیه جایگاه مناسبی ندارد، اما در مقایسه با

براساس این شاخص ترکیبی، امتیاز ایران طی سال‌های ۲۰۱۰-۲۰۰۵ میلادی بین ۴۲ تا ۵۰ متغیر بوده است ولی به دلیل رشد کند این شاخص در کشور در مقایسه با دیگر نقاط جهان شاهد افت کیفیت زندگی بوده‌ایم. روند تغییرات اجزای این شاخص در زمینه «زیرساخت‌ها» که شامل مواردی مانند راه، ارتباطات و انرژی است نشان می‌دهد که طی این دوره زمانی، کشور شاهد پیشرفت‌های قابل ملاحظه‌ای بوده است ولی، در مقابل، نشانگر «خطرپذیری و ایمنی» در کشور به شدت کاهش یافته و در نازل‌ترین وضعیت خود قرار دارد. همچنین این رتبه‌بندی نشان می‌دهد که «هزینه زندگی» در کشور افزایش پیدا کرده است که البته این افزایش، به دلیل آنکه با سطوح درآمدی مقایسه نمی‌شود و به عنوان شاخص میزان مصرف مورد استفاده قرار می‌گیرد، مثبت

پاکستان و عراق شرایط بهتری دارد (عنبری، ۱۳۸۹).

نشانگرهای «اقتصاد» و «سلامت» نیز در این دوره ارتقا یافته و به ترتیب ۹۲ و ۱۶ درصد رشد کرده‌اند. نشانگر اقتصاد براساس تولید ناخالص داخلی و نشانگر سلامت بر مبنای میزان هزینه بهداشتی افراد و امکان دسترسی به امکانات درمانی محاسبه شده است. اینکه همه نشانگرها به طور متوسط حدود ۵۳ امتیاز دارند، گویای فاصله زیاد آنها با وضعیت مطلوب و لزوم توجه و برنامه‌ریزی بیشتر است.

در کشور ما، در طول دو دهه اخیر، بهبود شاخص‌های بهداشتی و امید به زندگی آشکار بوده است، اما برخی نشانگرهای مرتبط با سلامت از جمله نظام مصرف (تغذیه) از نظر کمیت و کیفیت دچار نوسان منفی و عدم تعادل شده‌اند. به عبارت بهتر، عرضه در این مدت از نظر کمی به خوبی جوابگوی نیازهای تغذیه‌ای مردم بوده است، ولی از نظر کیفی و تنوع پاسخگوی نیازهای جامعه نیست. یکی از علایم عدم تعادل این است که خانوارهای کم‌درآمد روستایی بیش از سایر اقشار از این نوسانات متأثر شده‌اند (همان).

با توجه به آمارها می‌توان گفت که ایران از نظر شاخص‌های منفرد مربوط به سطح زندگی، اقتصاد و امور زیربنایی یکی از کشورهای با موفقیت متوسط محسوب می‌شود. امتیاز شاخص‌های فرهنگ و اوقات فراغت و بهداشت در ایران به مراتب بالاتر از کشورهای همسایه است. آنچه موجب شده است که ایران صاحب رتبه پایینی باشد، امتیاز کم کشور در شاخص‌های «آزادی» و «خطرپذیری و ایمنی» است. به احتمال بسیار، شاخص تعیین‌کننده در رتبه‌بندی همان خطرپذیری و ایمنی بوده است. سودان، عراق و افغانستان نیز از این حیث به ایران نزدیک هستند. با حذف دو شاخص مذکور، جایگاه ایران در جدول ارتقا می‌یابد. در چند سال اخیر، بحث انرژی هسته‌ای، از یک سو، و ناامنی‌ها در عراق و افغانستان، از سوی دیگر، این مسئله را تشدید کرده است.

همچنین آمارها نشان می‌دهند که در سال‌های اخیر در شاخص‌های توسعه جنسیتی (GDI)^۱ و توانمندسازی جنسیتی (GEM)^۲ بهبود مشهودی پدید آمده یا حداقل می‌توان گفت نابرابری جنسیتی کمتر شده است. در مورد شاخص اول، رتبه ایران

از ۸۱ در سال ۱۳۸۰ به ۷۴ در سال ۱۳۸۴ رسیده است. در شاخص توانمندسازی جنسیتی نیز رتبه ایران از ۸۸ به ۷۱ ارتقا یافته است (گزارش توسعه انسانی ۲۰۰۶ به نقل از عنبری، ۱۳۸۹). آمارها نشان‌دهنده بهبود بیشتر وضعیت زنان در ایران در مقایسه با مردان است. در مورد شاخص‌های اشتغال زنان، آمارها وضعیت امیدوارکننده‌ای را نشان نمی‌دهند، اما رشد سطح سواد در کشور به رشد حضور زنان در سطوح تحصیلی دانشگاهی انجامیده است.

نتایج حاصل از مطالعات مربوط به رضایت مردم از زندگی در سال‌های اخیر حاکی از آن است که میزان رضایت از وضعیت (زندگی) فردی روند رو به رشدی داشته است، اما در حوزه فرایندهای اجتماعی مانند رفتارها و مسائل اخلاقی، عدالت، دموکراسی، اشتغال و تورم، میزان رضایتمندی اجتماعی پایین است.

واقعیت این است که در کشور ما، به دلیل تأکید بر منابع مادی به‌ویژه نفت و سپس تولید اقتصادی، درباره اهمیت کیفیت زندگی به طور جدی بحث نشده است. طرح و برنامه کلانی نیز با عنوان «کیفیت زندگی» تعریف نشده و تا آنجا که اطلاعات موجود اجازه می‌دهد، برای شاخص‌سازی آن گامی برداشته نشده است. مهم این است که شرایط مناسب کیفیت زندگی باید بر طبق واقعیت تعریف شود. مردم هر نقطه‌ای از ایران، خود باید بگویند که شرایط مناسب از دید آنها چیست و چگونه می‌توان با مشارکت آنها کیفیت زندگی بهتری فراهم کرد. بنابراین دولت‌ها باید، علاوه بر آنکه پاسخگوی نیازهای توسعه‌ای مردم باشند و مضایق را برطرف کنند، ظرفیت‌ها و امکانات لازم برای اشتغال، و خلاقیت و مهارت‌های مورد نیاز برای استفاده از فناوری‌های جدید توانایی‌بخش را فراهم سازند (همان).

۱.۴. کیفیت زندگی در سیاست‌ها و برنامه‌های توسعه

در پنجاه سال اخیر، ایران از حیث توجه به اغلب شاخص‌های کیفیت زندگی، کشوری کوشا بوده است. از زمان شکل‌گیری نظام برنامه‌ریزی توسعه در چارچوب سازمان برنامه و بودجه تا به حال، رسالت اصلی برنامه‌ها در کشور گسترش رفاه اجتماعی و توسعه انسانی بوده است. این سازمان با اجرای پنج برنامه در عصر پهلوی و چهار برنامه در دوره انقلاب اسلامی همچنان به فعالیت خود ادامه می‌دهد. محور برنامه‌های توسعه در بعد از انقلاب افزایش سطح زندگی و برقراری عدالت اجتماعی است. شعارها و اهداف مهم در این برنامه‌ها مقابله با تبعیض‌ها، تکثیر ثروت، و رفع تبعیض

1. Gender Development Index

2. Gender Empowerment Measure

تغییرات اجتماعی در کشور نصیب روستاییان و اقشار کم‌درآمد می‌شود. در ادامه به بررسی تفصیلی جایگاه کیفیت زندگی در برنامه‌های قبل و بعد از انقلاب می‌پردازیم.

کیفیت زندگی در برنامه‌های پیش از انقلاب

نخستین گام‌های برنامه‌ریزی در ایران در اواخر دوران رضاشاه برداشته شد. اولین برنامه عمرانی کشور در سال ۱۳۲۷ به تصویب مجلس شورای ملی رسید. سیاست غالب در برنامه‌های اول و دوم پیش از انقلاب رشد براساس مزیت نسبی بخش کشاورزی و ایجاد زیرساخت‌ها بود، و توجه به کیفیت زندگی در این دو برنامه را می‌توان در قالب اولویت‌بخشی به رشد اقتصادی مطرح کرد. سیاست غالب برنامه سوم صنعتی شدن کشور بود. در طول اجرای این برنامه، اصلاحات ارضی خارج از برنامه مدون اجرا شد. برنامه سوم توسعه، به رغم جامعیت نسبت به دو برنامه پیشین، همچون دو برنامه گذشته فاقد استراتژی مشخصی در زمینه توسعه بود؛ و از آنجا که هدف اصلی برنامه رشد اقتصادی بود، مباحث اجتماعی عملاً در جایگاه اهداف ثانوی مد نظر قرار داشتند.

یکی از وجوه تمایز برنامه چهارم نسبت به برنامه‌های پیشین را می‌توان استفاده از ظرفیت کارشناسی داخلی در تدوین برنامه دانست. مسائلی که مد نظر برنامه‌ریزان قرار گرفت شامل رشد اقتصادی، کنترل جمعیت، عوامل تولید در بخش کشاورزی، ادامه سرمایه‌گذاری در زیربنای اقتصادی، و بالا بردن بهره‌وری بود. در برنامه چهارم نخستین بار فصلی مجزا به رفاه اجتماعی اختصاص یافت که برنامه‌های بیمه اجتماعی، رفاه خانواده و کودک، ورزش و رفاه جوانان، رفاه کارگران، رفاه روستاییان، و رفاه گروه‌های خاص (معلولین جسمی، روانی، اجتماعی) را دربرمی‌گرفت. تا پایان برنامه چهارم عمرانی پیش از انقلاب، عبارت «کیفیت زندگی» وارد متن برنامه‌ها نشده بود و تنها ارائه خدمات اجتماعی و رفاهی آن هم به صورت موردی و پراکنده مد نظر برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران قرار داشت.

اصطلاح «کیفیت زندگی» اولین بار در برنامه پنجم پیش از انقلاب در ارتباط با حفاظت محیط زیست، معماری شهری و مبارزه با آلودگی‌های شهری و صنعتی وارد متن برنامه شد. سیاست برنامه پنجم بر دو اصل رونق کشاورزی و توسعه امور رفاهی استوار بود و برای اولین بار در روند برنامه‌ریزی کشور، اهداف اجتماعی در اولویت قرار گرفت. همچنین به دلیل اهمیت بیمه‌های اجتماعی

و فقر و محرومیت در جامعه است. در این برنامه‌ها، فرض بر وجود بیشترین نوع تبعیض‌ها در حوزه‌های اقتصادی بوده و بر تبعیض‌های اجتماعی و گروهی مانند تبعیض‌های جنسیتی کمتر تأکید شده است. از اوایل دهه ۱۳۸۰ به بعد، موضوع تبعیض‌های اجتماعی از جمله تبعیض در دسترسی به خدمات اجتماعی و تبعیض‌های جنسیتی بیشتر مورد توجه قرار گرفته و اقداماتی برای رفع آنها انجام شده است.

تاکنون، با وجود بهبود کیفیت زندگی مردم، وضعیت شاخص‌ها قانع‌کننده به نظر نمی‌رسد. کیفیت پایین زندگی بخش قابل ملاحظه‌ای از جمعیت، به‌ویژه در روستاها (جمعیت زیر خط فقر معمولاً در آمارها و مکتوبات حدود ۲۵ درصد ذکر شده است)، بیکاری (در نوسان بین ۱۵ تا ۲۰ درصد)، تورم (در نوسان بین ۱۳ تا ۲۵ درصد)، عدم برخورداری از معاش آبرومند، استفاده نابرابر از کالاهای حیاتی از جمله مصرف سرانه نامتوازن انرژی، دسترسی نابرابر به آب آشامیدنی سالم و تغذیه مناسب، سرانه پایین دسترسی به پزشک، توزیع نابرابر برخی خدمات و امکانات آموزشی و بهداشتی و رفاهی در مناطق مختلف کشور، و در نهایت وضعیت نامطلوب برخی شاخص‌های بهداشتی-جمعیتی مانند میزان بیماری از جمله مسائل و مشکلاتی هستند که دغدغه اصلی نهادهای اجرایی و دانشگاهی کشور محسوب می‌شوند. اهتمام برنامه‌های اول، دوم و سوم توسعه اساساً بر رفع مشکلات فوق بوده است که البته برخی از انتظارات و پیش‌بینی‌های این برنامه‌ها نیز تحقق نیافته است (همان).

در اوایل دهه ۱۳۸۰، دولت فزاتر از برنامه پنج‌ساله و با رویکردی بلندمدت، سند چشم‌انداز بیست‌ساله توسعه کشور را در دستور کار قرار داد و سعی کرد با تأکید بر ابعاد چندگانه، بر سرعت فعالیت‌های توسعه در کشور بیفزاید. در برنامه‌های گذشته، به دلیل نداشتن تصویری از چشم‌انداز آینده، حاصل و برآیند تلاش‌های برنامه‌ریزی در سطوح منطقه‌ای، استانی و ملی به حرکتی هم‌سو و مورد توافق همگان نمی‌انجامید. در مبحث سیاست‌های اجتماعی چشم‌انداز، یکی از اهداف (هدف ۱۰) ایجاد شرایط مناسب در جهت ارتقای کیفیت زندگی است. با وجود این برنامه‌ها و اقدامات، باز کیفیت زندگی قشرهایی از جامعه، به‌ویژه روستاییان در شرایط مطلوب نیست و با کیفیت زندگی هم‌تایان شهری آنان تفاوت قابل ملاحظه‌ای دارد. برای مثال، بخش مهمی از فقر نسبی حاصل از

سیاست‌های رفاهی- اجتماعی برنامه دوم بر محور تلاش در جهت تحقق عدالت اجتماعی، از جمله در حوزه‌های تأمین بهداشت و گسترش بیمه همگانی، توجه به مناطق محروم با اولویت اشتغال و بهداشت و آموزش، و جهت‌دهی به پرداخت‌های انتقالی دولت در جهت حمایت از اقشار آسیب‌پذیر و نیازمند متمرکز بود. از جمله سیاست‌های دولت در این دوره تثبیت قیمت‌ها بود.

تدوین‌کنندگان برنامه سوم به طور جدی پیرو سیاست تعدیل و اصلاح ساختاری بودند چرا که مهم‌ترین اشکال برنامه‌های پیشین را بی‌توجهی به وضعیت ساختارها و نهادها می‌دانستند. هدف از اجرای این سیاست‌ها اصلاح ساختار مدیریتی، سامان‌دهی شرکت‌های دولتی، خصوصی‌سازی، رفع انحصارها، تمرکززدایی در سیاست‌های مالی، آزادسازی اقتصاد و هدفمند کردن یارانه‌ها عنوان شد. رفیعی و مدنی در مطالعه خود (۱۳۸۰) چنین نتیجه می‌گیرند که سیاست تعدیل برنامه سوم هم‌راستا با دو برنامه پیشین بوده و گسترش برنامه‌های رفاهی نیز با انگیزه مهار آثار و تبعات سوء توسعه مورد توجه بوده است، یعنی نگرشی ابزاری بر این مقوله‌ها حاکم است. از این رو، می‌توان استدلال کرد که ارتقای کیفیت زندگی در این برنامه نیز فاقد ماهیت سیاست‌گذارانه است (به نقل از غفاری و امیدی، ۱۳۸۸).

در مبانی نظری برنامه چهارم توسعه، کیفیت زندگی شامل دو جزء اساسی است: یکی اوضاع و احوال عینی جامعه و دیگری دریافت‌های ذهنی و تجربه‌های زندگی فرد در درون جامعه و گروه‌های اجتماعی که در سه قلمرو نیازهای اساسی (شامل تغذیه، آموزش، مسکن، بهداشت، پوشاک)، نیازهای حمایتی (شامل تأمین اجتماعی، اوقات فراغت) و نیازهای محیطی (شامل محیط زیست، شرایط اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و فرهنگی) مورد توجه قرار گرفته است.

از جمله اهداف برنامه چهارم در حوزه امنیت انسانی و عدالت اجتماعی، ایجاد زمینه مناسب برای رشد و تعالی افراد از طریق آموزش و برابر سازی دسترسی به اطلاعات و دارایی‌های مادی و معنوی، حفظ و ارتقای حقوق شهروندی، کاهش نابرابری‌ها و تبعیض‌های جنسیتی، برقراری عدالت اجتماعی بر پایه تساوی در برابر قانون، ایجاد امنیت شغلی، افزایش اعتماد عمومی، و کاهش نابرابری‌ها و تبعیض‌های قومیتی است. ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی نیز از طریق برابر ساختن فرصت‌ها و امکانات

برنامه مذکور با بینشی وسیع‌تر به نام «تأمین اجتماعی» خوانده شد و سطح شمول آن نیز گسترش یافت. در حوزه تأمین و رفاه اجتماعی هم پنج برنامه اصلی شامل بیمه‌های اجتماعی کارگران، روستاییان، کارمندان، و ارائه خدمات رفاهی و توانبخشی به معلولین مد نظر قرار گرفت.

در برنامه ششم «کیفیت زندگی» به عنوان گرایشی نوظهور در برخورد با مسائل مربوط به رشد و توسعه، که مستلزم درک انسان به مثابه غایت همه تلاش‌هاست، مورد توجه قرار گرفت. از نظر این برنامه‌ریزان، جامعه‌ای که در جست‌وجوی کیفیت زندگی است، جامعه کمال‌گرایی است که به چهار خصلت اساسی توجه دارد: معرفت‌جویی از طریق نظام علم و تحقیق که محصول آن فناوری است، جست‌وجوی فراوانی و وفور از طریق نظام سیاسی و اقتصادی و براساس فناوری که محصول آن تولید و توزیع ثروت است، خیرجویی از طریق نظام اخلاقی که نظام ارزشی را نتیجه می‌دهد، و زیبایی‌خواهی که به آفرینش و خلاقیت دائمی می‌انجامد (سازمان برنامه و بودجه، ۱۳۵۶: ۲۵۶). نشانگرهای کیفیت زندگی در برنامه ششم عبارت بودند از: عدالت اجتماعی، بهداشت و درمان، فرهنگ و مبانی روحی جامعه، اشتغال و کیفیت کار، خانواده و پیوندهای اجتماعی، نظام آموزشی، فضای زندگی و مسکن. با وقوع انقلاب اسلامی در سال ۱۳۵۷، برنامه ششم امکان تصویب و اجرا نیافت. به نظر می‌رسد که این برنامه با رویکردی کاملاً اصلاحی نسبت به برنامه‌های پیشین تنظیم شده بود (غفاری و امیدی، ۱۳۸۸).

کیفیت زندگی در برنامه‌های پس از انقلاب

پس از روی کار آمدن نظام جمهوری اسلامی، تدوین اولین برنامه توسعه کشور از اوایل دهه ۱۳۶۰ به طور جدی آغاز گردید. برنامه اول توسعه در سال ۱۳۶۸ به تصویب مجلس رسید. مهم‌ترین رویداد این دوره جنگ تحمیلی بود. بنابراین بخش مهمی از توجه سیاست‌گذاران معطوف به تجهیز بنیه دفاعی و بازسازی و نوسازی ظرفیت‌های تولیدی و زیربنایی خسارت‌دیده در طول جنگ شد. سیاست غالب این برنامه خودکفایی با محوریت کشاورزی و تعدیل اقتصادی بود. در حوزه‌های رفاهی- اجتماعی نیز برنامه‌ها حول محورهای مهار تورم، تعیین و اصلاح الگوی مصرف، تلاش در جهت تأمین عدالت اجتماعی، و تأمین حداقل نیازهای اساسی مردم (تغذیه، بهداشت، مسکن) تنظیم شده بود.

از فرض‌هایی که این رویکردها در نظر می‌گیرند این است که دولت‌ها می‌بایست حداقل ۵۸ درصد اعتبارات هر برنامه را به فصول آموزش، بهداشت و تأمین اجتماعی اختصاص دهند که این امر در هیچ‌یک از برنامه‌ها تحقق نیافته است (غفاری و امیدی، ۱۳۸۸).

۲.۴. مطالعات مربوط به کیفیت زندگی

تحقیقات و مطالعات مربوط به کیفیت زندگی افراد بیشتر در مورد بیماران (یا گروه‌های پرخطر) انجام شده تا افراد سالم، و از نظر مکان و زمان نیز توزیع مناسبی ندارد. همچنین در بسیاری از موارد، به دلیل استفاده از ابزارهای متفاوت و بالطبع ابعاد متفاوت برای سنجش کیفیت زندگی، بیشتر نتایج قابل ترکیب نیست و جداگانه ذکر می‌شود. برای دستیابی به مطالعات انجام‌شده در این زمینه از بانک‌های الکترونیکی SID و Iranmedex استفاده شده است.

جمعیت عمومی

در بررسی کیفیت زندگی وابسته به سلامت به تفکیک خرده‌سنجش‌های آن در جمعیت شهر تهران (۹۸۶۳ نفر)، عملکرد جسمانی افراد مورد مطالعه بیشترین میانگین ($23/5 \pm 89/3$) و دو حیطة سلامت عمومی ($19/9 \pm 62/5$) و شادابی و نشاط ($18/4 \pm 62/5$) کمترین میانگین را داشتند. در بعد سلامت روان نیز میانگین امتیاز پایین بود و به نظر می‌رسد سطح کیفیت زندگی شهروندان ساکن تهران در بعد سلامت روان پایین است ($17/8 \pm 66/3$). به طور کلی، در بیشتر خرده‌سنجش‌های کیفیت زندگی، مناطق ۴ و ۸ شهرداری تهران دارای میانگین امتیاز بیشتر و مناطق ۵ و ۱۷ و ۲۰ دارای میانگین امتیاز کمتر بودند (منتظری، ۱۳۸۹).

بررسی نجات و دیگران (۱۳۸۵) در مورد کیفیت زندگی جمعیت عمومی ۲۲ منطقه شهرداری تهران (۱۱۶۴ نفر) نیز میانگین امتیاز کیفیت زندگی را در دامنه سلامت جسمانی ($SD = 2/6$) ۱۴/۳، در سلامت روان ($SD = 2/6$) ۱۳/۴، در سلامت اجتماعی ۱۳/۹ و در وضعیت محیط ۱۲/۳ نشان داد. همچنین در مقایسه با کیفیت زندگی مردم چندین کشور، میانگین امتیاز تمام دامنه‌های کیفیت زندگی مردم شهر تهران به طور معناداری پایین‌تر از میانگین امتیاز مجموع شرکت‌کنندگان در مطالعه سازمان جهانی بهداشت بود. امتیازات دامنه‌های وضعیت محیط و سلامت

دستیابی به آموزش و اشتغال، ایجاد تعادل بین مناطق و استان‌ها، توزیع عادلانه درآمد، تأمین نیازهای اساسی مردم، حفظ و ارتقای سلامت افراد جامعه، عادلانه ساختن دسترسی به خدمات سلامت برحسب جنسیت، اقوام، گروه‌های اجتماعی و مناطق جغرافیایی، پایداریسازی فرایند تأمین منابع، و مشارکت عادلانه مردم در تأمین سلامت مد نظر است.

جمع‌بندی و تحلیل جایگاه کیفیت زندگی در برنامه‌های توسعه

در جمع‌بندی کلی جایگاه کیفیت زندگی در برنامه‌های توسعه ایران می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- عبارت «کیفیت زندگی» در متن برنامه‌های پنجم و ششم قبل از انقلاب و برنامه چهارم بعد از انقلاب ذکر شده است و در سایر برنامه‌ها نوعاً به ارائه خدمات اجتماعی و رفاهی مانند مسکن، بهداشت، آموزش و تغذیه اشاره شده است.
- به لحاظ مضمونی، ابعاد کیفیت زندگی فردی بیشتر در برنامه‌ها مورد توجه بوده که دلیل عمده آن تسلط رویکرد اقتصادمحور بر برنامه‌هاست. در برنامه‌های سوم، پنجم و ششم قبل از انقلاب، برخی مقولات کیفیت زندگی اجتماعی نیز به متن برنامه راه یافته است که متأثر از نگرانی از جنبش‌های کمونیستی و اعتراضات منتهی به انقلاب بوده است.
- در متن برنامه‌های سوم و چهارم بعد از انقلاب، که در دوران زمامداری دولتی اصلاح‌طلب و خواهان تحقق جامعه مدنی تدوین شدند، مفاهیمی نظیر حقوق شهروندی، توانمندسازی، و سرمایه اجتماعی وارد شده است.
- برنامه‌های توسعه‌ای ایران غالباً تحت تأثیر الگوهای جهانی قرار داشته‌اند اما این الگوها، به‌ویژه بعد از انقلاب، متأثر از پارادایم‌های غالب توسعه نبوده‌اند. به بیان دیگر، از آنجا که برنامه‌های توسعه بعد از انقلاب همگی در برش زمانی بعد از دهه ۱۹۹۰ تدوین شده‌اند، انتظار می‌رود که رویکرد قابلیت و انسانی الگوی غالب آنها باشد. اما این برنامه‌ها در روندی متفاوت به شدت متأثر از سیاست‌های منبعث از اجماع واشنگتن و سیاست‌های پیشنهادی بانک جهانی و صندوق بین‌المللی پول هستند. برای مثال، یکی

کیفیت زندگی حدود نیمی از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد جنوب تهران در حد متوسط یا کمی بهتر و کیفیت زندگی ۲۵ درصد آنان نامطلوب بود. مطالعه نیکبخت و دیگران (۱۳۸۷) نیز میانگین امتیاز کیفیت زندگی دانشجویان شاغل به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی تهران را متغیر نشان داد (از $۸/۹ \pm ۶۵/۸$ در بعد شادابی تا $۹۳/۴ \pm ۱۰/۳$ در بعد عملکرد جسمانی)، البرزی و البرزی (۱۳۸۵) نیز بالاترین امتیاز را در میان ابعاد کیفیت زندگی دانشجویان استعدادهای درخشان دانشگاه‌های شیراز در بعد یادگیری و پایین‌ترین را در رضایت از تحصیل گزارش کردند. در بررسی کیفیت زندگی آموزگاران مدارس ابتدایی شیراز، امتیاز بعد سلامت جسمانی به طور معناداری بالاتر از بعد سلامت روانی گزارش شد (هادی و ملک‌ملکان، ۱۳۸۵).

زنان

در این گروه جنسی نیز بیشتر مطالعات در مورد جامعه‌های آماری پراکنده و زنان باردار یا نابارور یا یائسه انجام شده است. تنها در مطالعه منتظری (به نقل از عباس‌زاده و دیگران، ۱۳۸۸) کیفیت زندگی زنان ایران در سال ۱۳۸۵ گزارش شد. عباس‌زاده و دیگران (۱۳۸۸) میانگین ابعاد کیفیت زندگی زنان باردار را با این زنان مقایسه کرده‌اند که در جدول ۵ آمده است.

همان‌طور که جدول نشان می‌دهد، در میانگین تمامی ابعاد بجز عملکرد اجتماعی، میان دو جمعیت تفاوت معنادار وجود دارد و کیفیت زندگی زنان باردار به طور معناداری پایین‌تر از کیفیت زندگی جمعیت زنان ایران است. میانگین نمره بعد سلامت عمومی در میان زنان باردار کاهش چشمگیری داشته و، در مقابل، میانگین نمرات ابعاد سلامت روانی و عملکرد اجتماعی افزایش پیدا کرده است. همچنین در ابعاد مختلف کیفیت زندگی زنان باردار، کم‌ترین امتیاز کسب‌شده در بعد محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی، احساس نشاط و بعد درد بوده است.

مطالعه میرمحمدعلی‌ئی و دیگران (۱۳۸۶) نشان داد که کیفیت زندگی مادران باردار با حاملگی پرخطر پایین‌تر از مادران باردار با حاملگی طبیعی است.

کیفیت زندگی زنان نابارور نیز در $۴۸/۳$ درصد موارد خوب، در $۳۶/۱$ درصد متوسط، و در $۱۵/۶$ درصد ضعیف گزارش شد (علامی و دیگران، ۱۳۸۷؛ اماتی و دیگران، ۱۳۸۸).

روان در لایه‌های مختلف سنی در جمعیت شهر تهران به صورت معناداری پایین‌تر از نتیجه کلی سایر نقاط جهان در همین لایه‌های سنی بود. امتیاز دامنه‌های سلامت روان، سلامت اجتماعی و سلامت محیط گروه بیمار در کل جمعیت مورد مطالعه سازمان جهانی بهداشت مانند یا بالاتر از مردم سالم شهر تهران بود.

ربانی و کیان‌پور (۱۳۸۵) نیز میانگین کیفیت زندگی شهروندان اصفهانی و اجزای تشکیل‌دهنده آن را تماماً در حد بالایی ارزیابی کردند و منزلت نقشی با میانگین $۳/۷$ بیشترین مقدار و احساس رضایت از زندگی در اجتماع با میانگین $۳/۴۵$ کمترین مقدار را به خود اختصاص دادند.

رضوانی و دیگران (۱۳۸۷) کیفیت زندگی روستاییان دهستان خاوه شمالی را در حد ضعیف گزارش کردند.

در بررسی کیفیت زندگی سالمندان عضو کانون‌های فرهنگسرای سالمند تهران، کمترین امتیاز مربوط به منطقه جنوب تهران و سپس شرق، مرکز و غرب و بالاترین امتیاز متعلق به منطقه شمال بود (آهنگری و دیگران، ۱۳۸۶).

کودکان (کمتر از ۱۸ سال)

مطالعه‌ای که وضعیت موجود کیفیت زندگی کودکان ایرانی را نشان دهد انجام نشده است و بیشتر مطالعات مربوط به این گروه سنی در مورد برخی انواع بیماری‌ها و علل و عوامل مؤثر در کیفیت زندگی انجام شده است. مطالعات کیفیت زندگی که جامعه هدفشان گروه سنی کودکان (خصوصاً کودکان سالم) باشد کمتر از مطالعات مربوط به گروه‌های سنی دیگر است.

نتایج مطالعات افتخار و دیگران (۱۳۸۱) و کوهپایه‌زاده و دیگران (۱۳۸۰) حاکی از آن است که کیفیت زندگی کودکان نابینا (حدود ۵۰ درصد متوسط، ۲۵ درصد پایین و ۲۵ درصد بالا) مشابه هم‌تایان بینای آنان و عموماً در حد متوسط است و تنها از نظر تحرک بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد.

جوانان (۱۸ تا ۳۵ سال)

مطالعات اندک مربوط به کیفیت زندگی جوانان، برعکس دیگر مطالعات کیفیت زندگی که درباره بیماران انجام شده است، بیشتر در مورد افراد سالم و دانشجویان انجام شده است که شاید به دلیل در دسترس‌تر بودن آنها باشد. در مطالعه بهمنی و دیگران (۱۳۸۳)

به دلیل استفاده از ابزارهای اندازه‌گیری متفاوت، جامعه آماری متفاوت، نبود مقایسه با گروه عادی و عوامل دیگر نمی‌توان از نتایج این مطالعات تصویری کلی در مورد کیفیت زندگی زنان به دست آورد اما می‌توان نتیجه گرفت که در شرایط پرخطر مانند بارداری و بیماری، کیفیت زندگی زنان مناسب نیست.

کیفیت زندگی زنان یائسه شهر کاشان در ۱۷/۹ درصد موارد مناسب، در ۶۸/۹ درصد متوسط، و در ۱۳/۳ درصد نامناسب گزارش شد (عابدزاده و دیگران، ۱۳۸۸).
ویژه و مرادی (۱۳۸۵) نیز کیفیت زنان مبتلا به ایدز شهر تهران را در ۱۷ درصد موارد خیلی پایین، در ۵۱/۸ درصد پایین، و در ۳۱/۲ درصد متوسط گزارش کردند.

جدول ۵. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی زنان باردار و جمعیت زنان ایران در سال ۱۳۸۵

نتیجه آزمون دو گروه	زنان باردار		جمعیت زنان ایران		میانگین کیفیت زندگی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	ابعاد کیفیت زندگی
$p < 0.005$	۱۴/۹۴	۶۲/۲۴	۲۲/۱	۸۲/۹	سلامت عمومی
$p < 0.005$	۲۱/۷۷	۶۲/۱۳	۳۹/۱	۶۶/۵	عملکرد جسمانی
$p < 0.005$	۱۸/۷۷	۵۶/۲۳	۲۶/۲	۷۶/۴	محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی
$p < 0.005$	۲۱/۹۱	۶۳/۲۷	۲۰/۸	۶۵/۰	محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات عاطفی
$p < 0.005$	۲۲/۵۱	۶۴/۲۶	۱۷/۸	۶۲/۹	عملکرد اجتماعی
$p < 0.005$	۲۴/۸۹	۵۸/۶۶	۲۵/۱	۷۴/۲	درد
$p < 0.005$	۱۷/۹۳	۶۶/۷۵	۳۲/۴	۶۱/۴	سلامت روانی
$p < 0.005$	۱۸/۰۷	۵۶/۲۰	۱۸/۶	۶۵/۰	احساس نشاط

منبع: عباس‌زاده و دیگران، ۱۳۸۸ ب

۳.۴. عوامل مرتبط با کیفیت زندگی

در این بخش، عوامل مرتبط با کیفیت زندگی از جمله جنسیت، سن، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و اشتغال، ابتلا به بیماری، بارداری و باروری، ورزش و فعالیت بررسی می‌شوند.

جنسیت

یکی از عوامل مرتبط با کیفیت زندگی جنسیت است. در بیشتر مطالعات انجام‌شده، کیفیت زندگی مردان به طور معناداری بهتر از زنان گزارش شده است، از جمله در مطالعات بهمنی و دیگران (۱۳۸۳)، حبیبی سولا و دیگران (۱۳۸۷)، آهنگری و دیگران (۱۳۸۶؛ ۱۳۸۷)، آلبوکردی و دیگران (۱۳۸۵) در کل، و در مطالعات وحدانی‌نیا و دیگران (۱۳۸۴) و رفعتی و دیگران (۱۳۸۴) در بعد جسمانی. محدود مطالعاتی نیز رابطه جنسیت و کیفیت زندگی را معنادار گزارش نکردند (بهشتی و باریکانی، ۱۳۸۸؛ البرزی و البرزی، ۱۳۸۵).

سالمندان

حبیبی سولا و دیگران (۱۳۸۶) کیفیت زندگی سالمندان غرب تهران را متوسط، سجادی و بیگلریان (۱۳۸۶) کیفیت زندگی سالمندان زن آسایشگاه خیریه کهریزک را در ۵۸/۱ درصد موارد خوب و خیلی خوب و در ابعاد فیزیکی، خودمراقبتی، اجتماعی و رضایت از زندگی در سطح خوب و در بعد افسردگی و اضطراب و بعد شناختی در سطح ضعیف، و آلبوکردی و دیگران (۱۳۸۵) کیفیت زندگی سالمندان شاهین‌شهر را در ۵۸ درصد موارد خوب (۷ درصد خیلی پایین، ۱۴ درصد پایین، ۲۱ درصد متوسط، ۳۴ درصد بالا و ۲۴ درصد خیلی بالا) گزارش کردند.

کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به پرفشاری خون در همه ابعاد بجز حیطه اجتماعی به طور معناداری پایین‌تر از سالمندان سالم بود (آهنگری و دیگران، ۱۳۸۷).

مرور نتایج مطالعات نشان می‌دهد که کیفیت زندگی سالمندان در حد متوسط و خوب است.

سن

مطالعه سجادی و بیگلریان (۱۳۸۶) این رابطه معنادار نشان داده نشد. مطالعات بهشتی و باریکانی (۱۳۸۸) و بهمنی و دیگران (۱۳۸۳) نیز ارتباط کیفیت زندگی و سطح سواد والدین را معنادار نشان داد.

وضعیت اقتصادی و اشتغال

مطالعات زیادی رابطه کیفیت زندگی با وضعیت اقتصادی (حیبی سولا و دیگران ۱۳۸۷)، میزان درآمد (عباسزاده و دیگران، ۱۳۸۸ الف و ب؛ بذرافشان و دیگران، ۱۳۸۷؛ رضوانی و دیگران، ۱۳۸۷)، کفایت درآمد (عباسزاده و دیگران، ۱۳۸۸ الف و ب)، رضایت از وضعیت اقتصادی (عابدزاده و دیگران، ۱۳۸۸؛ امانتی و دیگران، ۱۳۸۸) و دریافت حقوق بازنشستگی (رفعتی و دیگران، ۱۳۸۴) را معنادار نشان دادند، به طوری که سطح اقتصادی بالاتر کیفیت زندگی بهتر را به همراه داشت. تنها در مطالعه سجادی و بیگلریان (۱۳۸۶) رابطه بین کیفیت زندگی و درآمد معنادار نبود.

تمامی مطالعاتی که وضعیت اشتغال را نیز در نظر گرفته بودند رابطه کیفیت زندگی و اشتغال را معنادار نشان دادند (بهمنی و دیگران، ۱۳۸۳؛ بذرافشان و دیگران، ۱۳۸۷؛ وحدانی‌نیا و دیگران، ۱۳۸۴؛ سلیمزاده و دیگران، ۱۳۸۶؛ رفعتی و دیگران، ۱۳۸۴؛ کار در کارگاه آسایشگاه)، به طوری که شاغلین کیفیت زندگی بهتری داشتند. همچنین در مطالعه سلیمزاده و دیگران (۱۳۸۶) کیفیت زندگی بازنشستگان کارمند بهتر از بازنشستگان کارگر بود.

ابتلا به بیماری

در برخی مطالعات، ارتباط کیفیت زندگی با ابتلا به بیماری (بذرافشان و دیگران، ۱۳۸۷؛ آهنگری و دیگران، ۱۳۸۶؛ رفعتی و دیگران، ۱۳۸۴)، شدت بیماری (آکنه؛ بهشتی و باریکانی، ۱۳۸۸؛ حدت ناینایی در دانش‌آموزان نابینا؛ افتخار و دیگران، ۱۳۸۱؛ کوهپایه‌زاده و دیگران، ۱۳۸۰) معنادار ذکر شده است. بنداد و دیگران (۱۳۸۴) و میرمحمدعلی‌ئی و دیگران (۱۳۸۶) نیز ارتباط بین کیفیت زندگی و افسردگی را معنادار گزارش کردند، به طوری که با افزایش میزان افسردگی کیفیت زندگی پایین می‌آمد. در مطالعه سوری و عیاجی‌زاده (۱۳۸۶) هم کیفیت زندگی کودکان آسیب (غیرعمدی) دیده‌اوازی پایین‌تر بود. در سالمندان نیز افرادی که از نظر جسمی مستقل بودند

برخی مطالعات رابطه کیفیت زندگی و سن را معنادار نشان دادند، به طوری که با افزایش سن، کیفیت زندگی کاهش می‌یافت: آهنگری و دیگران (۱۳۸۶؛ ۱۳۸۷)، آلبوکردی و دیگران (۱۳۸۵)، بذرافشان و دیگران (۱۳۸۷) در کل، و وحدانی‌نیا و دیگران (۱۳۸۴)، عباسزاده و دیگران (۱۳۸۸ الف و ب)، رضوانی و دیگران (۱۳۸۷) در ابعاد جسمانی و روانی. اما در برخی دیگر این رابطه معنادار نبود: افتخار و دیگران (۱۳۸۱)، کوهپایه‌زاده و دیگران (۱۳۸۰)، بهمنی و دیگران (۱۳۸۳)، سجادی و بیگلریان (۱۳۸۶)، رفعتی و دیگران (۱۳۸۴) و ویزه و مرادی (۱۳۸۵). مطالعاتی که رابطه معنادار بین کیفیت زندگی و سن نشان دادند بیشتر مربوط به گروه سنی سالمندان بودند و در گروه سنی کودک و جوان و همچنین بیماران مبتلا به ایدز این رابطه معنادار نبود.

وضعیت تأهل

برخی مطالعات رابطه کیفیت زندگی و وضعیت تأهل را معنادار نشان دادند، به طوری که کیفیت زندگی افراد متأهل بهتر از افراد بدون همسر بود: بهمنی و دیگران (۱۳۸۳)، آهنگری و دیگران (۱۳۸۷)، وحدانی‌نیا و دیگران (۱۳۸۴). اما سجادی و بیگلریان (۱۳۸۶) این رابطه را معنادار نشان ندادند. در مطالعه بذرافشان و دیگران (۱۳۸۷) کیفیت زندگی (کل) زنان سالمند در افراد ازدواج‌نکرده بهتر از سایرین بود و کیفیت زندگی سالمندان متارکه‌کرده یا طلاق‌گرفته و بیوه در پایین‌ترین سطح بود. در مطالعه آهنگری و دیگران (۱۳۸۶) کیفیت زندگی متأهل‌ها بهتر از افراد همسر ازدست‌داده بود اما هرگز ازدواج‌نکرده‌ها کیفیت زندگی خود را در حیطه جسمی و کل بهتر گزارش کردند. کمترین نمره کیفیت زندگی کل و در حیطه روانی متعلق به افراد مطلقه و متارکه‌کرده بود.

سطح تحصیلات

مطالعات آهنگری و دیگران (۱۳۸۶؛ ۱۳۸۷)، حیبی سولا و دیگران (۱۳۸۷)، عابدزاده و دیگران (۱۳۸۸)، بذرافشان و دیگران (۱۳۸۷)، وحدانی‌نیا و دیگران (۱۳۸۴)، رفعتی و دیگران (۱۳۸۴)، عباسزاده و دیگران (۱۳۸۸ الف و ب)، رضوانی و دیگران (۱۳۸۷) رابطه کیفیت زندگی و سطح تحصیلات را معنادار نشان دادند، به طوری که با افزایش سطح تحصیلات کیفیت زندگی بهتر می‌شد. تنها در

مختلف موجب بهبود کیفیت زندگی شده است به طوری که در کودکان، اجرای الگوی توانمندسازی موجب بهبود کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به دیابت (حیدری و دیگران، ۱۳۸۶) و کودکان مبتلا به تالاسمی (الله‌یاری و دیگران، ۱۳۸۵) شد. اجرای برنامه خودمراقبتی موجب بهبود کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به هموفیلی (عسگرپور و دیگران، ۱۳۸۶)، و آموزش نحوه مراقبت از کودکان مبتلا به فلج مغزی موجب بهبود کیفیت زندگی مراقبین آنها شد (خانجانی و دیگران، ۱۳۸۸).

در جوانان، آموزش تن‌آرامی به دانشجویان موجب کاهش استرس و بهبود کیفیت زندگی آنان شد (دهقان نیری و ادیب، ۱۳۸۵). در سالمندان نیز آموزش بهداشت موجب بهبود کیفیت زندگی زنان یائسه سندیج (مریدی و دیگران، ۱۳۸۴)، شیراز (فروهری و دیگران، ۱۳۸۸) و ری (رستمی و دیگران، ۱۳۸۲) شد. همچنین مطالعه سالار و دیگران (۱۳۸۲) نشان داد که الگوی مشاوره مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان مؤثر بوده است.

ورزش

مطالعه بذرافشان و دیگران (۱۳۸۷) نشان داد که ورزش بر کیفیت زندگی زنان سالمند عضو کانون جهاندیدگان شهر شیراز مؤثر بوده است. همچنین برنامه تمرینی ویژه موجب بهبود کیفیت زندگی زنان یائسه غیرورزشکار شد (شعبانی بهار و دیگران، ۱۳۸۵) و برنامه پیاده‌روی منظم بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه با شدت متوسط مؤثر بود (میرباقری و دیگران، ۱۳۸۶).

بررسی عوامل مؤثر در کیفیت زندگی مستلزم مطالعات علیتی و تحلیلی قوی یا مداخله‌ای است و این قبیل پژوهش‌ها نیز، به دلیل نیاز به منابع بیشتر و وجود ملاحظات اخلاقی و مشکلات و محدودیت‌های بیشتر، کمتر انجام می‌شود. در مطالعات مداخله‌ای نیز به دلیل سهولت اجرا و مشکلات و محدودیت‌های کمتر، از مداخلات آموزشی استفاده می‌شود. همان‌گونه که گفته شد، مطالعات انجام‌شده در این زمینه پراکنده و غیرمنسجم است و با ابزارهای متفاوت و در مورد جمعیت‌های مختلف انجام شده است. در این بخش تنها مطالعاتی آورده شد که از نظر روش‌شناسی در سطح تحلیلی قوی‌تری بوده و عوامل مؤثر را نشان داده‌اند.

(حبیبی سولا و دیگران، ۱۳۸۷)، وضعیت جسمی بهتری داشتند (وحدانی‌نیا و دیگران، ۱۳۸۴)، و روستاییان سالم‌تر (رضوانی و دیگران، ۱۳۸۷) کیفیت زندگی بالاتری داشتند.

بارداری و باروری

عباس‌زاده و دیگران (۱۳۸۸ الف و ب) نشان دادند که کیفیت زندگی زنان باردار با سن حاملگی، تعداد حاملگی، و تعداد زایمان ارتباط معکوس و با حمایت همسر، خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی، و رضایت‌مندی از زندگی ارتباط مستقیم دارد.

علامی و دیگران (۱۳۸۷) نیز نشان دادند که کیفیت زندگی زنان نابارور با شدت تمایل به داشتن فرزند، نمره تفکرات غیرمنطقی مرتبط با داشتن فرزند، مدت تلاش برای بچه‌دار شدن، و نتیجه بارداری قبلی رابطه معنادار دارد و ارتباط آن با سن همسر معنادار نیست. همچنین یافته‌های مطالعه امانتی و دیگران (۱۳۸۸) در مورد این گروه نشان داد که بین کیفیت زندگی و میزان فشار اطرافیان برای بچه‌دار شدن، شدت تمایل به داشتن فرزند، فشار هزینه درمان ناباروری، و تفکرات غیرمنطقی درباره داشتن فرزند ارتباط معنی‌دار آماری وجود دارد.

ورزش و فعالیت

نتایج برخی مطالعات نشان داد که زنان فعال (امین شکروی و دیگران، ۱۳۸۸) و سالمندانی که ورزش می‌کنند (آلبوکردی و دیگران، ۱۳۸۵؛ عابدزاده و دیگران، ۱۳۸۸) کیفیت زندگی بهتری دارند.

مطالعه واعظ موسوی (۱۳۸۱) نیز نشان داد که کیفیت زندگی زنان ورزشکار در رشته‌های انفرادی بهتر از زنانی است که گروهی ورزش می‌کنند. در مردان، برعکس، کیفیت زندگی مردانی که گروهی ورزش می‌کردند بهتر از مردانی بود که ورزش انفرادی انجام می‌دادند. براساس این نتایج شاید بتوان گفت مردان، جوان‌ترها، افراد با تحصیلات بالاتر، شاغل‌ها، افراد دارای درآمد بیشتر و راضی‌تر از درآمد خود، زنان دارای توان باروری، زنان غیرباردار، افراد سالم، و افراد دارای فعالیت جسمی کیفیت زندگی بهتری دارند.

۴.۴. عوامل مؤثر در کیفیت زندگی

آموزش

مداخلات آموزشی با محتوای متفاوت و در گروه‌های جمعیتی

۵. بحث و نتیجه گیری

کیفیت زندگی در جهان امروز به معیاری شناخته شده برای سنجش وضعیت و رتبه بندی شهرها، چه از نظر تبلیغاتی و چه از نظر عملی (برای سرمایه گذاران، مهاجران، صاحبان کسب و کار و...)، تبدیل شده است. استقرار سیستم های سنجش و پایش کیفیت زندگی در سطوح مختلف محلی (شهری)، منطقه ای، ملی و بین المللی رو به گسترش است. انتشار مداوم نتایج مطالعات و پیمایش ها در زمینه کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن، نیز سیاست گذاری و برنامه ریزی در سطوح مختلف به منظور ارتقای سطح کیفیت زندگی نشان دهنده اهمیت ویژه این مقوله در دوران جدید و در جریان رقابت میان شهرها در سطوح ملی، منطقه ای و بین المللی است (آخوندی و دیگران، ۱۳۸۸).

با وجود این، همان گونه که بررسی تجربیات سنجش کیفیت زندگی در ایران نشان می دهد، موضوع کیفیت زندگی تاکنون بیشتر در ارتباط با مقوله سلامت مطرح شده یا آنکه تنها برخی از جنبه های موضوعی آن مورد بررسی قرار گرفته است. تا امروز ارزیابی روشنی از وضعیت کیفیت زندگی در شهرهای مختلف ایران ارائه نشده و گاه تنها مؤسسات بین المللی به ارزیابی کیفیت زندگی در سطح ملی پرداخته اند. این مطالعات نیز نشان از سطح نسبتاً پایین کیفیت زندگی در سطح ملی دارد، به طوری که ایران در انتهای فهرست شاخص کیفیت زندگی در سال ۲۰۱۰ جای گرفته است.

مقایسه شاخص کیفیت زندگی هفت کشور منتخب سند چشم انداز شامل ایران، مصر، قزاقستان، ترکیه، عربستان، امارات و پاکستان حاکی از وضعیت نامناسب این شاخص در بین کشورهای مذکور است، و امتیاز این شاخص برای کشورهای فوق فاصله زیادی تا حداکثر امتیاز یعنی ۱۰۰ دارد. در سال ۲۰۱۰، امتیاز کیفیت زندگی به ترتیب برای ترکیه ۶۱، مصر ۵۱، امارات ۵۰، ایران ۴۹، قزاقستان ۴۸، عربستان ۴۵ و پاکستان ۴۳ گزارش شده است. در بررسی اجزای این شاخص در میان کشورهای مذکور می توان به موارد زیر اشاره کرد:

در نشانگر «هزینه زندگی» ترتیب امتیازها چنین است: ایران (۶۵)، عربستان (۶۰)، پاکستان (۵۶)، مصر (۵۵)، قزاقستان (۵۰)، ترکیه (۴۹) و امارات (۴۹)، که از این حیث کشورمان جایگاه نازلی دارد، به طوری که زندگی در ایران با بهترین استانداردهای تعریف شده نیازمند بیشترین صرف هزینه (براساس دلار امریکا) در

بین کشورهای مورد بررسی است که رقمی منفی در شاخص کلی ارزیابی می شود. برای مقایسه، هزینه زندگی در کشورهای توسعه یافته فرانسه و سوئیس به ترتیب ۵۵ و ۴۱ است.

در نشانگر «فرهنگ و اوقات فراغت» ترتیب امتیازها به این شرح است: عربستان (۶۸)، ترکیه (۶۰)، ایران (۵۴)، امارات (۵۳)، مصر (۴۹)، قزاقستان (۴۳) و پاکستان (۳). همان طور که ملاحظه می شود، جایگاه ایران در بین کشورهای مذکور در حد متوسط است.

در نشانگر «اقتصاد» امتیازها به ترتیب چنین گزارش شده است: امارات (۷۶)، عربستان (۵۳)، ایران (۵۰)، مصر (۴۷)، ترکیه (۴۵)، قزاقستان (۴۴) و پاکستان (۴۲). امتیاز این نشانگر با توجه به نرخ بالای بیکاری و تورم در کشور، درآمد پایین از صادرات محصولات غیرنفتی، تکیه بر صادرات منابع طبیعی و مواد خام، نظام مالیاتی نامناسب، و یارانه های دولتی محاسبه شده است که از این حیث کشور ما نسبت به بسیاری از کشورهای همسایه و منطقه از وضعیت مناسبی برخوردار نیست.

در نشانگر «محیط زیست» امتیازها به ترتیب زیر را دارد: ایران (۷۱)، ترکیه (۶۸)، پاکستان (۶۷)، مصر (۶۵)، قزاقستان (۶۵)، عربستان (۵۱) و امارات (۱۶). امتیاز ایران در این نشانگر نزدیک به امتیاز کشورهای توسعه یافته است.

در نشانگر «آزادی» بالاترین امتیازها به ترتیب چنین ثبت شده است: ترکیه (۶۷)، پاکستان (۴۲)، مصر (۲۵)، امارات (۲۵)، قزاقستان (۲۵)، ایران (۱۷) و عربستان (۸). امتیاز پایین این نشانگر در تعیین جایگاه نه چندان مناسب ایران در رتبه بندی کیفیت زندگی نقش مهمی داشته است.

در نشانگر «سلامت» ترتیب امتیازها به این شرح است: ترکیه (۷۶)، مصر (۷۶)، امارات (۷۶)، عربستان (۷۱)، ایران (۶۹)، قزاقستان (۶۰) و پاکستان (۵۱). در سال های اخیر گام های مؤثری در زمینه پوشش، کیفیت و تنوع خدمات بهداشت و سلامت برداشته شده اما تا رسیدن به جایگاه مطلوب فاصله قابل توجهی وجود دارد. در نشانگر «زیرساخت ها» و توجه به امور زیربنایی، ترتیب امتیاز کشورها به شرح امارات (۵۸)، قزاقستان (۵۲)، ایران (۴۰)، ترکیه (۴۰)، پاکستان (۴۰)، مصر (۳۶) و عربستان (۲۸) است. در مورد اخیر نیز اقدامات مهمی در زمینه های انرژی، جاده سازی و... انجام شده اما تا رسیدن به جایگاه مناسب راه زیادی پیش روی کشور قرار دارد.

جاده‌سازی، بهداشت و مخابرات، اقداماتی با رشد بیش از ۱۰۰ درصد نسبت به دهه‌های قبل انجام شده است که سطح فقر مطلق را در کشور به حداقل ممکن تقلیل داده است، اما به دلیل گستردگی فقر و محرومیت در برخی مناطق، به‌ویژه نواحی روستایی، این خدمات هنوز فقر مزمن را در این بخش‌ها از بین نبرده است. در سال‌های اخیر، به دلیل افزایش میزان تورم و بیکاری، سهم روستاییان از درآمدها و هزینه‌های ملی بسیار کمتر از شهرنشینان بوده است. به همین دلیل، میزان فقر نسبی در جامعه روستایی نسبت به جامعه شهری بیشتر افزایش یافته است. توزیع نامتعادل ثروت در مناطق شهری و روستایی و برخی عوامل اجتماعی و فرهنگی دیگر علاقه روستاییان را به مهاجرت به شهرها نسبت به قبل افزایش داده است (عنبری، ۱۳۸۹).

به دنبال توسعه اجتماعی، تشدید روند شهرنشینی، و جهانی شدن، مفهوم کیفیت زندگی نیز در حال تغییر است. همچنین، با افزایش ثروت و تنعم، توقعات انسان‌ها و سطح زندگی آنها نیز رو به تغییر است که خود به رضایت بیشتر از زندگی و افزایش تقاضا (در زمینه‌های مختلف) منجر می‌گردد. از این رو، از دیدگاه جامعه‌شناختی، به اجرا گذاشتن مستمر و منظم مطالعات و پژوهش‌های کیفیت زندگی مورد نیاز جوامع رو به توسعه از جمله ایران است تا از این طریق بتوان جهت و روند تغییرات را بهتر دنبال کرد. تحقق این امر در گرو انسجام و همکاری شبکه‌ها و نهادها و مراکز مختلف پژوهشی و اجرایی است. از طرفی، سیاست‌ها و استراتژی‌های توسعه پایدار در سطح محلی تأثیر بسیاری از ملاحظات کیفیت زندگی می‌پذیرند. بهبود کیفیت زندگی در سطح محلی و اجتماعی، و در واقع سطح فردی، مشوق و انگیزه‌ای برای تلاش در جهت توسعه محلی است. رشد اقتصادی به طور سنتی از جمله ابزارهای اولیه برای بهبود کیفیت زندگی قلمداد می‌شود. در چارچوب توسعه پایدار، آنچه اهمیت دارد ارتقای کیفیت زندگی با بیشترین کارایی نسبت به منابع مورد استفاده است. توسعه پایدار مستلزم درکی کل‌نگران‌تر از عواملی است که به ارتقای کیفیت زندگی کمک می‌کنند، از جمله تغذیه، آسایش، آموزش و حتی حس تعلق. به طور کلی، هرچند ارتقای کیفیت زندگی در مقیاس فردی و اجتماعی از دیرباز مورد توجه برنامه‌ریزان قرار داشته است، در دهه‌های اخیر و با اولویت یافتن اهداف اجتماعی توسعه و تدوین آنها در قالب برنامه‌های توسعه، به‌تدریج

در نشانگر «خطرپذیری و ایمنی» ترتیب امتیازها این است: ترکیه (۸۶)، مصر (۷۹)، امارات (۷۹)، قزاقستان (۶۴)، عربستان (۳۱)، پاکستان (۷) و ایران (۰). در سال‌های اخیر، چالش انرژی هسته‌ای، و ناامنی‌های عراق و افغانستان امتیاز این نشانگر را برای کشور به پایین‌ترین سطح خود تنزل داده است.

سرانجام در نشانگر «وضعیت آب و هوا» کشورهای مذکور به این ترتیب قرار می‌گیرند: پاکستان (۷۷)، ترکیه (۷۳)، ایران (۶۴)، مصر (۳۲)، قزاقستان (۲۷)، عربستان (۲۲) و امارات (۱۰).

با نگاهی به وضعیت رتبه‌بندی نشانگرهای موجود در شاخص کیفیت زندگی درمی‌یابیم که مواردی همچون «آزادی» و «خطرپذیری و ایمنی» با نمره‌های ۱۷ و صفر، ایران را جزو آسیب‌پذیرترین کشورها قرار داده است. در مجموع، با توجه به وضعیت کشورهای مورد بررسی در منطقه، می‌توان گفت که ایران در حد متوسط قرار دارد و مانند بسیاری دیگر از کشورهای منطقه، تحول چندانی در عدد شاخص کل ایجاد نکرده است. کشور ترکیه با مدیریت و برنامه‌ریزی بهتر توانسته است سطح کیفی زندگی را در این کشور افزایش دهد و، در مقابل، کشور ما در عمل پیشرفت چندانی نداشته است.

همچنین شایان ذکر است که ایران، در بیست سال اخیر، از نظر کیفیت زندگی در دنیا، در سطح متوسط رو به پایین قرار داشته است. ایران از حیث شاخص‌های آموزشی و برخی شاخص‌های مربوط به بهداشت و توسعه جنسیتی تحولات مثبت و گاه به مراتب بهتری را نسبت به کشورهای همسایه تجربه کرده است. اما با وجود بهبود شاخص‌های درآمدی و فقر، نسبت به کشورهای همسایه وضعیت قانع‌کننده‌ای نداشته است. در زمینه شاخص‌های درآمدی و اشتغال، آمارها چندان رضایت‌بخش نیستند. در بیست سال اخیر، میزان فقر مطلق در جامعه بسیار کاهش یافته اما بر دامنه فقر نسبی به‌ویژه در مناطق روستایی افزوده شده است. درآمد پایین و افزایش نرخ بیکاری و تورم از مهم‌ترین دلایل اقتصادی این امر بوده است. متغیرهای تعیین‌کننده دیگری که ایران را در شمار کشورهای با کیفیت زندگی پایین قرار داده، خطرپذیری‌های زیست‌محیطی، ناامنی استراتژیک و آزادی بوده است. در دو دهه اخیر، با اجرای برنامه‌های اول و دوم و سوم توسعه، فعالیت‌های عمرانی و توسعه‌ای در نواحی مختلف کشور انجام شده است. در زمینه ایجاد امکانات زیربنایی نظیر برق‌رسانی، آبرسانی،

مدیران می‌توانند در جهت تحقق انتظارات شهروندان و استفاده از پتانسیل‌های موجود گام بردارند. انتشار اطلاعات مربوط به کیفیت زندگی شهرهای مختلف کشور مدیران و مسئولان شهری و شهروندان را نسبت به وضعیت شهرها حساس می‌سازد و به آنان در برنامه‌ریزی صحیح برای بهبود کیفیت زندگی یاری می‌رساند (آخوندی و دیگران، ۱۳۸۸).

با سنجش صحیح و علمی کیفیت زندگی در هر یک از استان‌ها و بالطبع در کل کشور می‌توان تصویری از موقعیت استان‌های مختلف کشور در چارچوب نشانگرهای مناسب اقتصادی و اجتماعی و سلامت به دست آورد که در بعد زمان و مکان قابل مقایسه است. تحلیل این یافته‌ها به برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران در نیل به اهداف خود کمک زیادی می‌کند. همچنین با مقایسه این نشانگرها با دیگر کشورها، ضمن اینکه امتیازات و منافع این تلاش‌ها مورد بررسی قرار خواهد گرفت، توجه سیاست‌گذاران به همکاری‌های بیشتر در سطوح ملی و بین‌المللی در جهت ارتقای کیفیت زندگی نیز جلب می‌شود.

از آنجا که یکی از ثمرات مهم و عمده مطالعات مربوط به کیفیت زندگی همانا به‌کارگیری نتایج فرهنگی و اجتماعی و اقتصادی این مطالعات در سیاست‌گذاری‌ها و تصمیم‌گیری‌ها در سطوح ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی است، با اجرای چنین مطالعات و پژوهش‌هایی می‌توان نظارت مؤثر بر عواملی داشت که بر شرایط زندگی و کار مردم در هر منطقه و استان یا کشور تأثیر دارند، و از این طریق سلامت و رفاه مردم و در نتیجه اعتبار منطقه یا جامعه را ارتقا بخشید.

منابع

- آخوندی، عباس، ناصر برک‌پور، حسین ایمانی جاجری، ناصرالدین غراب، ایرج اسدی و دیگران. (۱۳۸۸)، *شناخت کیفیت زندگی در شهر تهران*، تهران، مرکز مطالعات و برنامه‌ریزی شهرداری تهران.
- آلبوکردی، مصطفی، آرش رضانی و فروغ‌السادات عریضی. (۱۳۸۵)، «بررسی کیفیت زندگی سالمندان شاهین‌شهر در سال ۱۳۸۳»، *پژشکی*، ش ۵۱.
- آهنگری، مهناز، محمد کمالی و منوچهر ارجمند حسابی. (۱۳۸۷)، «اثرات فشار خون بالا بر کیفیت زندگی سالمندان عضو فرهنگسرای سالمند شهر تهران»، *سالمند*، ش ۷.
- آهنگری، مهناز، منوچهر ارجمند حسابی و محمد کمالی. (۱۳۸۶)، «کیفیت

نگرشی انسانی و جامعه‌شناختی نسبت به کیفیت زندگی به قلمرو مباحث توسعه و همچنین برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های کلان کشورها راه یافته است. همچنین، در حوزه‌های خدمات اجتماعی، توسعه اقتصادی، و مدیریت و برنامه‌ریزی زیست-محیطی، غالباً توجه سیاست‌گذاران بر حفظ و بهبود کیفیت زندگی افراد و جوامع و اینکه چه عواملی بر کیفیت زندگی جوامع تأثیر می‌گذارند متمرکز شده است. در دوره جدید، به تعبیری، رویکرد نسبت به کیفیت زندگی از فرایندمحوری به سمت پیامدمحوری رفته است. در رویکرد فرایندمحور، پرسش اصلی نحوه عملی کردن سیاست‌ها و برنامه‌هاست اما رویکرد پیامدمحور بر این پرسش تمرکز دارد که آیا سیاست‌ها و برنامه‌ها بر کیفیت زندگی تأثیر دارند یا نه (غفاری و امیدی، ۱۳۸۷). به هر حال ضروری است که میان برنامه‌ها و خط‌مشی‌ها به عنوان «ابزار» و ارتقای کیفیت زندگی به عنوان «هدف» تطابق وجود داشته باشد. بر این اساس و از دیدگاه مبتنی بر انتخاب عمومی^۱، کیفیت زندگی به عنوان کالای عمومی و استاندارد برنامه‌های توسعه‌ای و شاخصی مهم در ارزیابی برنامه‌های عمومی مورد توجه جدی سیاست‌گذاران قرار گرفته است. در این نگرش «کیفیت زندگی» برون‌داد نهایی برنامه‌های توسعه در نظر گرفته می‌شود که بهبود ابعاد عینی و ذهنی زندگی را دربرمی‌گیرد. امروزه کیفیت زندگی به عنوان عنصری اساسی در سیاست‌گذاری و بررسی سیاست‌های حوزه عمومی مورد بحث قرار می‌گیرد و محققان با روش‌های مختلف به پژوهش درباره روابط میان عوامل عینی و ذهنی، سطوح عملکرد، نیازهای اجتماعی، و میزان دستاوردهای آن برای افراد در زمینه‌های بهداشت، آموزش، رفاه اقتصادی، شادکامی، توانایی انجام کارها، و در اختیار گرفتن موقعیت‌ها و فرصت‌های زندگی می‌پردازند (غفاری و امیدی، ۱۳۸۸).

سنجش صحیح شاخص‌های کیفیت زندگی به تصمیم‌گیران کمک خواهد کرد تا درک بهتری از پیچیدگی مشکلات و پتانسیل‌های بهبود مسائل شهری به دست آورند. به علاوه، در پیمایش‌های کیفیت زندگی، با توجه به کاربرد شاخص‌های ذهنی، آرزوها و انتظارات شهروندان منعکس خواهد شد و بدین ترتیب

1. public choice

حبیبی سولا، عقیل، صغری نیکپور، مهناز سیدالشهدایی و حمید حقانی. (۱۳۸۷)، «ارتباط کیفیت زندگی با فعالیت‌های جسمی در سالمندان»، *نشریه پرستاری/ایران*، ش ۵۳.

حیدری، مهری، فاطمه الحانی، انوشیروان کاظم‌نژاد و فرزانه معزی. (۱۳۸۶)، «بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی بر کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به دیابت»، *بیماری‌های کودکان/ایران*، ش ۱۷، ۱۰۷، ش ۱.

خانجانی، محمدسعید، نیکتا حاتمی‌زاده، محمدعلی حسینی، مهدی رهگذر و منوچهر ارجمند. (۱۳۸۸)، «بررسی تأثیر آموزش نحوه مراقبت از کودکان مبتلا به فلج مغزی بر کیفیت زندگی مراقبین خانوادگی آنها»، *توانبخشی*، س ۱۰، ش ۳.

دهقان نبیری، ناهید و محسن ادیب حاج‌باقری. (۱۳۸۵)، «تأثیر تن آرامی بر استرس و کیفیت زندگی دانشجویان مقیم خوابگاه‌های دانشجویی»، *فیض*، س ۱۰، ش ۲.

ربانی خوراسگانی، علی و مسعود کیان‌پور. (۱۳۸۵)، «مدل پیشنهادی برای سنجش کیفیت زندگی (مطالعه موردی: شهر اصفهان)»، *مجله دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه تربیت معلم (ویژه‌نامه علوم اجتماعی)*، ش ۴.

رستمی، آرین، فضل‌الله غفرانی‌پور، فاطمه رمضان‌زاده و انوشیروان کاظم‌نژاد. (۱۳۸۲)، «تأثیر آموزش بهداشت بر آگاهی، نگرش و کیفیت زندگی زنان در دوران یائسگی».

رضوانی، محمدرضا، علیرضا شکیبا و حسین منصوریان. (۱۳۸۷)، «ارزیابی کیفیت زندگی در نواحی روستایی»، *رفاه اجتماعی*، شماره پاییز و زمستان.

رفعتی، نرگس، پروین یاوری، یدالله محرابی و علی منتظری. (۱۳۸۴)، «کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در سالمندان ۶۵ ساله و بالاتر ساکن در آسایشگاه خیریه کهریزک تهران»، *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، س ۳، ش ۲.

سازمان برنامه و بودجه. (۱۳۵۶)، *چارچوب کلی برنامه عمرانی ششم*، تهران.

سالار، علیرضا، فضل‌الله احمدی و سقراط فقیه‌زاده. (۱۳۸۲)، «تأثیر الگوی مشاوره مراقبت پیگیر بر کیفیت زندگی سالمندان شهر زاهدان»، *طبیب شرق*، س ۵، ش ۴.

سجادی، حمیرا و اکبر بیگلریان. (۱۳۸۶)، «کیفیت زندگی سالمندان زن در آسایشگاه خیریه کهریزک»، *پایش*، س ۶، ش ۲.

سلیم‌زاده، حمیده، حسن افتخار، ابوالقاسم پوررضا و عباس مقیم‌بیگی. (۱۳۸۶)، «اشتغال مجدد بازنشستگان و شاخص‌های کیفیت زندگی»، *رفاه اجتماعی*، ش ۲۶.

سوری، حمید و کامبیز عباچی‌زاده. (۱۳۸۶)، «بررسی رابطه بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و وقوع آسیب‌های غیرعمدی در کودکان»، *پژوهنده*، س ۱۲، ش ۳.

زندگی در سالمندان عضو کانون‌های فرهنگسرای سالمند شهر تهران»، *سالمند*، ش ۲.

افتخار، حسن، مرضیه نجومی و جلیل کوهپایه‌زاده. (۱۳۸۱)، «بررسی کیفیت زندگی دانش‌آموزان نابینا و همتایان بینای آنها»، *اندیشه و رفتار*، ش ۲۸.

اکبری زردخانه، سعید. (۱۳۸۶)، *مقایسه کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در مددجویان مرد زندان‌های استان تهران در سال ۸۵*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

البرزی، شهلا و محبوبه البرزی. (۱۳۸۵)، «بررسی رابطه خودمختاری و کیفیت زندگی در دانشجویان استعدادهای درخشان دانشگاه‌های شیراز»، *روانشناسی*، س ۱۰، ش ۳.

الله‌یاری، ایراندخت، فاطمه الحانی، انوشیروان کاظم‌نژاد و مینا ایزدیار. (۱۳۸۵)، «بررسی تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر کیفیت زندگی کودکان سن مدرسه مبتلا به تالاسمی»، *بیماری‌های کودکان/ایران*، س ۱۶، ش ۴.

امانتی، لوئیز، مه‌لقا علامی، شعله شکرابی، حمید حقانی و فاطمه رمضان‌زاده. (۱۳۸۸)، «کیفیت زندگی و عوامل مؤثر بر آن در زنان نابارور»، *مالمایی و نازایی*، س ۱۲، ش ۴.

امین شکروی، فرخنده، فاطمه الحانی، انوشیروان کاظم‌نژاد و مریم‌سادات وحدانی‌نیا. (۱۳۸۸)، «ارتباط فعالیت‌های جسمی منظم (پیاده‌روی) با کیفیت زندگی زنان»، *پایش*، س ۸، ش ۴.

بذرافشان، محمدرفعی، محمدعلی حسینی، مهدی رهگذر و باقر مداح. (۱۳۸۷)، «تأثیر ورزش بر کیفیت زندگی زنان سالمند عضو کانون روزانه جهاندیدگان شهر شیراز»، *سالمند*، ش ۳.

بنداد، ربیحه، زهرا عابدیان، حسین حسن‌آبادی و حبیب‌الله اسماعیلی. (۱۳۸۴)، «ارتباط الگوی خواب با افسردگی در سه‌ماهه سوم بارداری (مهر ۱۳۸۰)»، *بهدود*، س ۹، ش ۲.

بهشتی، اکرم و آمنه باریکانی. (۱۳۸۸)، «بررسی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آکنه در مدارس راهنمایی و دبیرستان‌های شهر قزوین»، *طب جنوب*، س ۱۲، ش ۱.

بهمنی، بهمن، مجتبی تمدنی و مجید عسگری. (۱۳۸۳)، «بررسی کیفیت زندگی و رابطه آن با نگرش دینی و عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد جنوب تهران»، *طب و تزکیه*، ش ۵۳.

پناهی، قنبر. (۱۳۸۵)، *مقایسه کیفیت زندگی بیماران روانی مزمن در دو گروه تحت پوشش و غیر تحت پوشش بهزیستی کرج*، پایان‌نامه کارشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

حبیبی سولا، عقیل، صغری نیکپور، رزاق صحبت‌زاده و حمید حقانی. (۱۳۸۶)، «بررسی کیفیت زندگی سالمندان غرب تهران»، *پژوهش پرستاری*، ش ۶ و ۷.

عباس‌زاده. (۱۳۸۶)، «مقایسه کیفیت زندگی و افسردگی در زنان با حاملگی طبیعی و پرخطر»، حیات، س ۱۳، ش ۱.

نجات، سحرناز، علی منتظری، کوروش هلاکوئی نائینی، کاظم محمد و محمدرضا مجدزاده. (۱۳۸۵)، «استانداردسازی پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی»، *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، س ۴، ش ۴.

نیکبخت نصرآبادی، علیرضا، سید رضا مظلوم، مریم نثاری و فاطمه گودرزی. (۱۳۸۷)، «ارتباط حیطه‌های نگرانی با کیفیت زندگی دانشجویان»، *پایش*، س ۸، ش ۱.

واعظ موسوی، سید محمدکاظم. (۱۳۸۱)، «مقایسه کیفیت زندگی ورزشکاران رشته‌های انفرادی و دسته‌جمعی»، *پژوهش در علوم ورزشی*، س ۱، ش ۳.

وحدانی‌نیا، مریم سادات، آریتا گشتاسبی، علی منتظری و فرزانه مفتون. (۱۳۸۴)، «کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در سالمندان: مطالعه‌ای جمعیتی»، *پایش*، س ۴، ش ۲.

ویژه، اورزولا و شهرام مرادی. (۱۳۸۵)، «بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در زنان مبتلا به ایدز شهر تهران» *خانواده‌پژوهی*، ش ۸. هادی، نگین و لیلا ملک‌ملکان. (۱۳۸۵)، «بررسی سطح سلامت و کیفیت زندگی آموزگاران مدارس ابتدایی شیراز، ۱۳۸۲» *مجله پزشکی هرمزگان*، س ۱۰، ش ۴.

Hancock, T., R. Labonte and R. Edwards. (1999), "Indicators That Count! Measuring Population Health at the Community Level", *Canadian Journal of Public Health*.

International Living. (2007, 2010), Quality of Life Index, Waterford, available at: http://www.internationalliving.com/internal_components/further_resources/quality_of_life
King, C. R. and P. S. Hinds. (2003), *Quality of Life from Nursing and Patient Perspectives Theory, Research, Practice*, Jones and Bartlett Publishers.

Mazumdar, K. (2004), "Quality of Life in Asia Pacific Countries: 1975-2000", *Quality of Life in a Turbulent World*, Conference Abstracts, Philadelphia.

World Health Organization's Quality of Life Group, (1996). *WHOQOLBREF Introduction, Administration and Scoring*, Field Trial Version.

شعبانی بهار، غلامرضا، فرزاد ناظم و زهرا پورآقایی اردکانی. (۱۳۸۵)، «تأثیر برنامه تمرینی ویژه بر کیفیت زندگی زنان یائسه غیرورزشکار»، *پژوهش در علوم ورزشی*، س ۴، ش ۱۲.

عابدزاده، معصومه، محبوبه تائبی، فرزانه صابری و زهره سادات. (۱۳۸۸)، «بررسی کیفیت زندگی و عوامل مرتبط با آن در زنان یائسه شهر کاشان»، *طب جنوب*، س ۱۲، ش ۱.

عباس‌زاده، فاطمه، اعظم باقری و ناهید مهران. (۱۳۸۸ الف)، «ابعاد مختلف کیفیت زندگی در زنان باردار»، *پایش*، س ۹، ش ۱.
_____. (۱۳۸۸ ب)، «کیفیت زندگی در زنان باردار»، *حیات*، س ۱۵، ش ۱.
عسگرپور، حسین، عیسی محمدی و ربابه معاریان. (۱۳۸۶)، «تأثیر برنامه خودمراقبتی بر کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به هموفیلی»، *دانشور*، ش ۶۹.

علامی، مه‌لقا، لوتیز امانتی، شعله شکرابی، حمید حقانی و فاطمه رمضان‌زاده. (۱۳۸۷)، «کیفیت زندگی زنان نابارور و عوامل مرتبط با آن»، *نشریه پرستاری ایران*، ش ۵۶.

عنبری، موسی. (۱۳۸۹)، «بررسی تحولات کیفیت زندگی در ایران (۱۳۶۵ تا ۱۳۸۵)»، *توسعه روستایی*، دوره ۱، ش ۲.

غفاری، غلامرضا و رضا امید. (۱۳۸۷)، «کیفیت زندگی در برنامه‌های عمرانی و توسعه ایران» *رفاه اجتماعی*، ش ۳۰ و ۳۱.
غفاری، غلامرضا و رضا امید. (۱۳۸۸)، *کیفیت زندگی، شاخص توسعه اجتماعی*، تهران، شیرازه.

فروهری، صدیقه، مژگان صفری راد، مرضیه معطری، میترا محیط و هاله قائم. (۱۳۸۸)، «تأثیر آموزش بر کیفیت زندگی زنان سنین یائسگی مراجعه‌کننده به درمانگاه مطهری شیراز (سال ۱۳۸۳)»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، س ۱۶، ش ۱.

کوهپایه‌زاده اصفهانی، جلیل، حسن افتخار و مرضیه نجومی. (۱۳۸۰)، «بررسی مقایسه‌ای کیفیت زندگی دانش‌آموزان نابینا با همتایان بینای آنها»، *پایش*، س ۱، ش ۱.

مریدی، گلرخ، فریبا سیدالشهدایی و ناهید عباسی. (۱۳۸۴)، «بررسی تأثیر آموزش بهداشت بر دانش و کیفیت زندگی زنان یائسه»، *نشریه پرستاری ایران*، ش ۴۴.

منتظری، علی. (۱۳۸۹)، «کیفیت زندگی شهروندان تهرانی»، *چکیده مقالات اولین همایش ملی سلامت شهری*، تهران، معاونت امور اجتماعی و فرهنگی شهرداری.

میرباقری، ندا، ربابه معاریان و عیسی محمدی. (۱۳۸۶)، «تأثیر برنامه پیاده‌روی منظم بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه با شدت متوسط»، *پژوهش پرستاری*، ش ۶ و ۷.

میرمحمدعلی‌ئی، ماندانا، زهره خاکبازان، انوشیروان کاظم‌نژاد و فاطمه

نظام بیمه و تأمین اجتماعی

فرشید یزدانی*

مقدمه

بیمه‌های اجتماعی از جمله نهادهای بنیادی توسعه و پیشرفت کشورها به شمار می‌آیند. فرایندهای نوسازی در هیچ کشوری بدون بسط و گسترش این بیمه‌ها اتفاق نیفتاده است و در عرصه جهانی نیز حق برخورداری از آن، مطابق ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر، جزو حقوق اساسی افراد به شمار می‌رود. این نکته یعنی «برخورداری از تأمین اجتماعی در بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی و...» در ماده ۲۹ قانون اساسی کشورمان نیز مورد تأکید قرار گرفته است و، به واسطه اهمیت آن در فرایند و اهداف توسعه، در اکثر برنامه‌های توسعه‌ای کشورمان بر گسترش پوشش بیمه‌ای تأکید شده است. اما مهم‌ترین اقدام عملی در این زمینه تدقیق در آن در برنامه چهارم توسعه با تأکید بر ایجاد ساختارهای اجرایی و مناسب، و پس از آن تصویب «قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی» در سال ۱۳۸۳ در مجلس بود که به موجب

آن، عملاً نهاد مشخصی مسئولیت سیاست‌گذاری، نظارت و پاسخگویی در این حوزه و دیگر حوزه‌های سیاست اجتماعی را به عهده گرفت.

در نظام‌های رفاه اجتماعی، بخش بیمه‌ای از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است چرا که این فرایند حمایتی بر مبنای حق ایجادشده‌ای شکل گرفته که ناشی از مشارکت فرد در فرایندهای تولید است؛ و این حق هم حساسیت افراد را نسبت به این حوزه بیشتر می‌کند و هم شأن انسانی نیروی کار به بهترین شکلی رعایت می‌شود. در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی نیز این امر مورد تأکید قرار گرفته که دیگر حوزه‌ها باید با نگاه به بیمه‌ها و تلاش در جهت وارد کردن افراد به این نظام سامان داده شوند.

در این گزارش، ضمن نگاهی به ارتباط تأمین اجتماعی و توسعه، به ارائه تصویری کلی از چالش‌های نظام‌های بیمه‌ای براساس گزارش‌های اتحادیه بین‌المللی تأمین اجتماعی (ISSA) پرداخته شده و در ادامه، خلاصه وضعیت و عملکرد سه نهاد اصلی

مدیریت و تضمین آنها را بر عهده و در تأمین هزینه‌های آنها مشارکت دارد، هدف سوددهی در آنها وجود ندارد.

۴.۱. بیمه‌شده

مطابق قانون تأمین اجتماعی، بیمه‌شده شخصی است که رأساً مشمول مقررات تأمین اجتماعی است و با پرداخت مبلغی با عنوان حق بیمه، حق استفاده از مزایای مقرر در قانون را دارد. این تعریف می‌تواند بیمه‌شدگان دیگر سازمان‌های بیمه اجتماعی را نیز دربرگیرد.

۵.۱. بازنشستگی

بازنشستگی دوره‌ای از زندگی هر فرد است که در آن وی، با داشتن سن معین (سن بازنشستگی) و سنوات خدمتی مشخص، بی‌آنکه خدمتی انجام دهد مستمری دریافت می‌کند (همان: ۴۷). در قوانین سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بازنشستگی کشوری نیز تقریباً همین چارچوب برای تعریف بازنشستگی ارائه شده است.

۶.۱. ضریب نفوذ تأمین اجتماعی (ضریب پوشش جمعیتی)

این ضریب بیانگر نسبت تعداد افراد بیمه‌شده اصلی به کل افرادی است که باید بیمه شوند (برنامه راهبردی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۷: ۱۷).

۷.۱. نسبت وابستگی

این نسبت از تقسیم تعداد بیمه‌شدگان به تعداد مستمری‌گیران به دست می‌آید (همان: ۷۶) و نشان می‌دهد که به ازای هر مستمری‌گیر، چند نفر حق بیمه پرداخت می‌کنند. این نسبت بیشتر در روش‌های مبتنی بر ارزیابی سالیانه کاربرد دارد.

۸.۱. نسبت جایگزینی مستمری‌ها

این شاخص مبین نسبت اولین مستمری پرداختی به آخرین حقوق مشمول حق بیمه فرد است (همان) و به نوعی شاخص کفایت پرداختی‌ها نیز محسوب می‌شود.

روش‌های تأمین منابع مالی صندوق‌های بیمه‌ای به دو صورت کلی زیر است (کرباسیان، ۱۳۸۴):

فعال در این عرصه در کشور با استفاده از آمار و اطلاعات در دسترس ارائه گردیده است. در پایان نیز، با توجه به مجموعه رویدادها و عملکردها و با استفاده از مجموعه برنامه‌های راهبردی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، برخی از معضلات و مسائل این بخش ذکر شده است.

۱. تعاریف

۱.۱. نظام تأمین اجتماعی

«تأمین اجتماعی به هر برنامه‌ای اطلاق می‌شود که به منظور حمایت از آحاد مردم در جهت تأمین سطح ایمنی از درآمد در مقابل وقایع و اتفاقاتی مانند کهنسالی، از کارافتادگی، ناتوانی، بیکاری، و بیماری به صورت قانونی یا از طریق توافقات الزام‌آور طراحی و اجرا می‌گردد و اقدامات درمانی و پیشگیری از بیماری را نیز شامل می‌شود.»^۱ سازمان جهانی کار (ILO) نیز در مقاوله‌نامه ۱۰۲ تعریف دیگری ارائه داده است: «تأمین اجتماعی حمایتی است که جامعه در برابر نابسامانی‌های اجتماعی و اقتصادی ناشی از قطع درآمد یا کاهش شدید درآمد افراد بر اثر بیکاری، بیماری، بارداری، از کارافتادگی، سالمندی، فوت و همچنین افزایش هزینه‌های درمان و نگهداری افراد خانواده به اعضای خود ارائه می‌کند.»

۲.۱. رفاه اجتماعی

طبق تعریف سازمان ملل «رفاه اجتماعی دامنه وسیعی از فعالیت‌ها و برنامه‌هایی را دربرمی‌گیرد که تحت نظارت و با کمک دولت برای بهزیستی افراد جامعه انجام می‌شود» (ایروانی، ۱۳۸۸: ۲۳).

۳.۱. بیمه اجتماعی

بیمه اجتماعی عبارت است از برنامه بیمه دولتی که از مردم در برابر مخاطرات گوناگون اقتصادی مانند از دست دادن درآمد به دلیل بیماری و پیری و بیکاری حمایت کند و مشارکت در آن اجباری باشد (مریدی، ۱۳۷۸: ۷۲).

تفاوت بیمه‌های اجتماعی با بیمه‌های تجاری از سه جنبه اصلی است: بیمه‌های اجتماعی بر مبنای قانون و اجباری هستند، دولت

به لحاظ نظری، چنانچه توسعه را گذر تاریخی از مرحله‌ای به مرحله بالاتر بدانیم که در هر مرحله به سطح بالاتری از نیازهای انسان‌ها توجه می‌شود، تأمین اجتماعی نقشی اساسی در این فرایند ایفا می‌کند. در نظام‌های تأمین اجتماعی نیز بیمه‌های اجتماعی بهترین شکل حفظ کرامت انسان‌ها به شمار می‌آیند به گونه‌ای که گسترش بیمه‌های اجتماعی، که بر ضرورت حفظ شأن همه انسان‌ها به‌خصوص نیروی کار به عنوان نیروی مولد جامعه تأکید دارند، نشانه پیشرفت جوامع در جهت تحقق جنبه انسانی‌تر توسعه محسوب می‌شود.

از منظر اقتصادی نیز تأمین اجتماعی، با تأکید بر بیمه‌های اجتماعی، عنصری ضروری برای فعالیت‌های اقتصادی به‌ویژه در فرایند تولید پایدار به شمار می‌آید. تأمین اجتماعی بنیادی برای آشتی ملی محسوب می‌شود، بنیادی که تضادهای آشتی‌ناپذیر را به اختلافات قابل گفت‌وگو و حل‌شدنی تبدیل می‌کند و، از طریق ایجاد احساس امنیت در جامعه، به تلاش بیشتر عوامل اقتصادی در جهت توسعه و پیشرفت منجر می‌شود. «تضمین و تحکیم شالوده‌ها و گسترش رشته‌ها و جنبه‌های تأمین اجتماعی به همه گروه‌ها و طبقات اجتماعی، شرايطی مطلوب برای توسعه اقتصادی و رفاه اجتماعی پدید می‌آورد و رشد نامتوازن و نامتعادل پاره‌ای از شاخه‌های اقتصاد را به توسعه جامع‌الاطراف بدل می‌سازد» (آراسته‌خو، ۱۳۷۴: ۳۶). گستردگی ابعاد مختلف تأمین اجتماعی به طور ملموسی بر سطح توسعه کشور اثر می‌گذارد و، علاوه بر ابعاد کیفی، جنبه‌های کمی را نیز دربرمی‌گیرد. «جهات و جنبه‌های کمی تأمین اجتماعی مانند حجم و میزان برخورداران یا نیازمندان به تأمین اجتماعی در چند و چون توسعه اقتصادی تأثیر قطعی دارند» (همان: ۴۲).

از جنبه نظم اجتماعی نیز تأمین اجتماعی مبنایی اساسی است در جهت دستیابی به این نظم در زیرنظام‌های اقتصادی (با بازتوزیع درآمد)، اجتماعی (با ایجاد امنیت روانی، کاهش تنش‌ها، افزایش سرمایه اجتماعی)، و سیاسی (از طریق افزایش رضایت‌مندی و مشروعیت سیاسی، و گسترش و تعمیق مشارکت و دموکراسی). بنابراین، ارتباطی دوسویه بین توسعه و تأمین اجتماعی وجود دارد. از سویی، توسعه بر برنامه‌های تأمین اجتماعی اثر می‌گذارد، به حدی که دستیابی به تأمین اجتماعی مناسب در شمار اهداف اصلی توسعه قرار می‌گیرد و از طرف دیگر، سازوکارهای تأمین اجتماعی

الف) روش پرداخت‌های جاری یا ارزیابی سالیانه^۱

در این روش، تعهدات صندوق بیمه‌ای از محل حق بیمه‌های وصول‌شده در همان دوره زمانی پرداخت می‌شود. حق بیمه در این روش در سطحی تعریف می‌شود که با یک ذخیره احتیاطی اندک بتواند هزینه‌های مستمری را پوشش دهد و نرخ‌های آن هر چند سال یک بار (معمولاً ۳ تا ۴ سال) ارزیابی می‌شود.

ب) روش اندوخته‌گذاری^۲

در این روش، پرداخت‌ها از منابع حاصل از سرمایه‌گذاری‌هایی تأمین می‌شود که از محل حق بیمه‌های سال‌های قبل صورت گرفته است. این روش به دو صورت عمل می‌کند. یکی اندوخته‌گذاری کامل در قالب حساب‌های انفرادی است که هر شخص حساب جداگانه‌ای دارد و مستمری وی از وجوه دریافتی از او به علاوه سود حاصل از سرمایه‌گذاری آن تأمین می‌شود. دیگری اندوخته‌گذاری محدود است که در آن، بخشی از پرداختی‌ها از محل سرمایه‌گذاری و بخش دیگر از محل دریافتی از شاغلان موجود تأمین می‌شود.

۲. رویکرد نظری: نظام بیمه و تأمین اجتماعی و توسعه

تجارب توسعه‌ای کشورهای مبین این واقعیت است که در فرایند توسعه آنها توجه به نظام تأمین اجتماعی، به‌خصوص بیمه‌های اجتماعی، از الزامات به شمار می‌رفته است. از زمانی که نخستین بار بیسمارک در ۱۸۸۳ بیمه‌های اجتماعی را در آلمان مطرح کرد تا تدوین برنامه‌های نیو دیل در آمریکا و نظام بورجی در انگلستان و پس از آن، نظام بیمه‌ای به دلیل کارکردهای متفاوت آن در عرصه‌های اقتصادی، اجتماعی و سیاسی همواره مورد توجه برنامه‌ریزان توسعه بوده است. این مسئله به‌خصوص پس از جنگ جهانی دوم به مقوله‌ای اساسی در فرایند توسعه پایدار تبدیل شد به گونه‌ای که از تأمین اجتماعی هم به عنوان زمینه‌ساز و بستر توسعه و هم هدف آن نام برده می‌شود. در فرایندهای سیاسی نیز شعار «صلح پایدار بدون عدالت اجتماعی و عدالت اجتماعی بدون تأمین اجتماعی ناممکن است» (صالح‌خو، ۱۳۸۶: ۶۶). شعار اصلی اتحادیه بین‌المللی تأمین اجتماعی است.

1. pay-as-you-go=payg

2. funded

استفاده از راه‌های خلاقانه و داوطلبانه در جهت افزایش منابع است. در اروپا^۳ مسئله سالمندی (حدود ۲۵ درصد جمعیت بالای ۶۰ سال سن دارند) و کارهای موقت و پاره‌وقت (۲۰ درصد مشاغل پاره‌وقت است) عواملی هستند که بر نظام بیمه‌ای فشار وارد می‌آورند. پوشش بیمه‌ای در این منطقه نسبتاً کامل است لذا راهکار مؤثر نمی‌تواند افزایش تعداد بیمه‌شدگان باشد. بنابراین، توصیه‌ها و اقداماتی از قبیل ایجاد حساب‌های انفرادی در کنار بیمه‌های پایه، اصلاحات نظام‌مند، انتقال از روش مبتنی بر پرداخت‌های جاری به روش‌های ذخیره‌گذاری، و اصلاحات اداری در دستور کار کشورهای این منطقه قرار گرفته است.

قاره آمریکا^۴ دارای گسترده‌ترین طیف نسبت افراد تحت پوشش بیمه‌های اجتماعی است. برای مثال، در کشورهای کانادا، کوبا و آمریکا پوشش عمومی وجود دارد اما در کشوری مانند بولیوی فقط ۱۱ درصد جمعیت تحت پوشش قرار دارند. اصلاحات پارامتریک در منطقه بیشتر مورد تأیید بوده است. اصلاحاتی از قبیل تغییر نرخ حق بیمه، سن بازنشستگی و فرمول پرداخت‌ها یا اصلاحات اداری. در آمریکای شمالی ۱۷ درصد و در آمریکای لاتین حدود ۱۰ درصد جمعیت بالای ۶۰ سال هستند ضمن آنکه در آمریکای لاتین قریب به ۱۷ درصد شاغلان در مشاغل غیررسمی مشغول به کارند.

برخی پارامترهای جمعیتی مرتبط با نظام‌های بیمه‌ای و نرخ‌های حق بیمه در برخی کشورهای منطقه در جداول ضمیمه آورده شده است. براین ارقام مندرج در این جداول مبین آن است که گرچه متوسط امید به زندگی و سن بازنشستگی در ایران و دیگر کشورهای مورد بررسی نزدیک به هم است، نرخ وابستگی و درصد جمعیت بالای ۶۰ سال در ایران به میزان چشمگیری کمتر از متوسط سایر کشورهاست. بنابراین، می‌توان گفت به لحاظ برخورداری از فرصت اصلاحات در جهت پیشگیری از بحران در بیمه اجتماعی دارای موقعیت مناسب‌تری هستیم. خلاصه اطلاعات جداول مذکور در جدول ۱ ارائه شده است:

به ابزاری مهم و اثرگذار در فرایند توسعه و پیشرفت تبدیل می‌شود. «این وابستگی دوجانبه ایجاب می‌نماید که مابین سیاست‌های کلان اقتصادی از یک سو و سیاست‌های تأمین و رفاه اجتماعی از سوی دیگر هماهنگی پایدار و مستمری ایجاد گردد تا بدین طریق با گسترش رفاه اجتماعی موجبات افزایش فعالیت‌های تولیدی و نهایتاً کارایی و بازده اقتصادی نیز فراهم گردد» (پناهی، ۱۳۷۶: ۳۰۴). شاید از همین روست که هیچ دولتی بدون توجه به این مقوله نمی‌تواند به مشروعیتی مردمی و بنیادی دست یابد و هیچ دموکراسی‌ای بدون آن قابل تصور نیست.

۳. بیمه و تأمین اجتماعی در جهان

یافته‌ها و اطلاعات موجود در زمینه بیمه‌های اجتماعی در جهان مؤید ضرورت اصلاح جدی نظام‌ها و پارامترهای مرتبط با آن است. براساس گزارش‌های اتحادیه بین‌المللی تأمین اجتماعی (ایسا)، قریب به ۵۰ درصد جمعیت جهان، عمدتاً متعلق به کشورهای کمتر توسعه‌یافته، فاقد پوشش بیمه‌های اجتماعی هستند. از مهم‌ترین چالش‌های فراروی نظام‌های تأمین اجتماعی در جهان، می‌توان به نسبت جمعیت تحت پوشش (جامعیت)، ناکافی بودن پرداخت‌ها (کفایت) به گونه‌ای که دریافتی ۸۰ درصد جمعیت از بیمه‌ها کفاف زندگی مناسب را نمی‌دهد، پایداری مالی صندوق‌های بیمه‌ای، و کیفیت مدیریت این صندوق‌ها اشاره کرد.^۱

در سال‌های اخیر، کشورهای زیادی از جمله چین، برزیل، هند، و کره جنوبی در جهت افزایش جمعیت تحت پوشش بیمه‌ای اقدام کرده‌اند، اما هنوز این نسبت در مجموع پایین است. در آسیا^۲ که حدود ۶۰ درصد جمعیت جهان را در خود جای داده است و سن حدود ۱۰ درصد جمعیت آن بالای ۶۰ سال است، این نسبت در مقایسه با دیگر نقاط دنیا پایین است، اما مشکل مهم نظام بیمه‌ای در این منطقه چگونگی تأمین اعتبار مالی برای پوشش دادن این افراد است. افزایش طول عمر در کنار محدودیت منابع، این چالش را گسترده‌تر کرده است. توسعه مورد نظر ایسا در این منطقه افزایش تعداد بیمه‌شدگان، طولانی کردن زمان بیمه‌پردازی، و

3. [www.issa.net:dynamic social security for Europe](http://www.issa.net:dynamic-social-security-for-Europe).social policy highlight 11

4. [www.issa.net:dynamic social security for Americas](http://www.issa.net:dynamic-social-security-for-Americas).social policy highlight 13

1. [www.issa.net:dynamic social security for the world](http://www.issa.net:dynamic-social-security-for-the-world)

2. [www.issa.net:dynamic social security for Asia and Pacific](http://www.issa.net:dynamic-social-security-for-Asia-and-Pacific).social policy highlight 9

جدول ۱. نسبت برخی شاخص‌های بیمه‌ای ایران به ۳۶ کشور منتخب

تولید ناخالص سرانه (دلار)	سن بازنشستگی		امید به زندگی		نرخ وابستگی (درصد)	درصد بالای ۶۵ سال	
	مردان	زنان	مردان	زنان			
۱۱۷۳۴	۵۷/۶	۵۹/۶	۷۴/۴	۶۹/۳	۴۹/۵	۷/۵	کشورهای مورد بررسی
۷۹۶۸	۵۵	۶۰	۷۲	۶۹	۴۲/۵	۴/۵	ایران
۰/۶۸	۰/۹۵	۱/۰۱	۰/۹۷	۱/۰۰	۰/۸۶	۰/۶۰	نسبت ایران به کشورها

۴. بیمه و تأمین اجتماعی در ایران

۱.۴. سیاست‌ها و برنامه‌ها

نظام بیمه‌ای در ایران از تنوع گسترده‌ای در تعداد سازمان‌های بیمه‌ای برخوردار است به گونه‌ای که ۱۸ صندوق بیمه‌ای با ماهیت متفاوت (دولتی، غیردولتی، صنفی- اختصاصی) در این زمینه فعال هستند. این سازمان‌ها، به رغم ارائه خدمات مشابه، نرخ‌های حق بیمه متفاوتی دارند که می‌تواند چالشی برای این صندوق‌ها و کل نظام بیمه به شمار آید (جدول ۲). چهار سازمان دولتی و غیردولتی بخش عمده جمعیت را تحت پوشش دارند و از بین این چهار سازمان، سازمان تأمین اجتماعی به عنوان بزرگ‌ترین نهاد بیمه‌ای کشور بیشترین سهم از جمعیت کشور را هم به لحاظ کمی و هم به لحاظ تنوع شغلی تحت پوشش خود دارد.

از جمله سیاست‌های پایداری که در قانون برنامه چهارم توسعه (بند الف، ماده ۹۵) بر آن تأکید شده است «گسترش و تعمیق نظام جامع تأمین اجتماعی در ابعاد جامعیت، فراگیری و اثربخشی» است. در ماده ۹۶ این قانون نیز دولت مکلف شده است به سازمان‌دهی نظام جامع تأمین اجتماعی و «افزایش پوشش بیمه‌های اجتماعی با توجه خاص به روستاییان و عشایر و شاغلین شهری که تاکنون تحت پوشش نبوده‌اند، به نحوی که برنامه بیمه‌های اجتماعی روستاییان و عشایر با مشارکت دولت و روستاییان و عشایر پس از تهیه و تصویب دولت در سال دوم برنامه چهارم به اجرا گذاشته شود». با توجه به موارد مندرج در این قانون، اقدام در جهت تهیه و تدوین و تصویب قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی و به تبع آن ایجاد صندوق بیمه روستاییان و عشایر صورت پذیرفت.

مهم‌ترین اتفاقی که در این حوزه در سال‌های مورد بررسی (۱۳۸۷-۱۳۸۰) روی داد، تأسیس وزارت رفاه و تأمین اجتماعی به عنوان نهاد مرکزی سیاست‌گذاری اجتماعی در ایران و به تبع آن ایجاد صندوق بیمه اجتماعی روستاییان بود که قریب به سه دهه در حوزه‌های بیمه‌ای مطرح بود. نقطه اتکای این وزارتخانه و صندوق

مذکور اصل ۲۹ قانون اساسی است که در آن بر تأمین اجتماعی آحاد مردم تأکید شده است.

مطابق قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی (مصوب ۱۳۸۳) «گسترش نظام بیمه‌ای و تأمین سطح بیمه همگانی برای آحاد جامعه با اولویت دادن به بیمه‌های مبتنی بر بازار کار و اشتغال» (بند الف، ماده ۳) همچنین ایجاد «همانگی بین حوزه‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی با محور بودن نظام بیمه‌ای» (بند ب، ماده ۶) از اصول و سیاست‌های کلی آن به شمار می‌رود. به این ترتیب «نظام بیمه‌ای» به عنوان محوری برای انتقال افراد از نظام‌های امدادی و حمایتی تعریف شده است.

در تبصره ۲ بند ۳ ماده ۳ همین قانون آمده است: «دولت مکلف است ظرف مدت دو سال از تاریخ ابلاغ این قانون، امکان زیر پوشش بیمه قرار گرفتن اقشار مختلف جامعه از جمله روستاییان، عشایر و شاغلین فصلی را فراهم نماید.» این قانون در بهار سال ۱۳۸۳ برای اجرا به ریاست جمهوری وقت ابلاغ شد.

در همین زمان، سازمان تأمین اجتماعی، بزرگ‌ترین نهاد بیمه‌ای کشور، اقدام به تهیه و تدوین نخستین برنامه سازمانی خود با عنوان «برنامه استراتژیک سازمان تأمین اجتماعی» با افق پنج‌ساله کرد. در این برنامه، اهدافی از قبیل سامان‌دهی مجدد سازوکارهای مرتبط، ایجاد ثبات و پایداری در صندوق، و اصلاح رویکردهای خطا به کارکردهای بیمه‌های اجتماعی دنبال می‌شد.

این برنامه در سال ۱۳۸۳ تدوین و برنامه‌های عملیاتی آن در سال ۱۳۸۴ ابلاغ شد اما عملاً با روی کار آمدن مدیریت جدید مسکوت ماند. در سال ۱۳۸۷، وزارت رفاه با همکاری سازمان‌های مرتبط اقدام به تدوین برنامه راهبردی برای سازمان‌های زیرمجموعه خود کرد که حاصل آن در کتاب برنامه راهبردی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی ارائه شد، اما متأسفانه این برنامه نیز به مرحله اجرا نرسید.

جدول ۲. صندوق‌های بیمه‌های اجتماعی در ایران و نرخ حق بیمه هر صندوق

وضعیت	ردیف	نام صندوق	حق بیمه		
			سهم بیمه‌شده	سهم کارفرما	کل
دولتی	۱	سازمان بازنشستگی کشوری	۹	۱۳/۵	۲۲/۵
	۲	سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح	۹	۱۳/۵	۲۲/۵
عمومی - غیردولتی	۳	سازمان تأمین اجتماعی	۵	۱۱	۱۸*
	۴	صندوق بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر	۷	۷	۱۴
	۵	صندوق کارکنان شرکت نفت	۶	۱۹	۲۵
صنفي - اختصاصی	۶	صندوق کارکنان بیمه ایران	۹	۱۸	۲۷
	۷	صندوق کارکنان صدا و سیما	۸	۱۶	۲۴
	۸	صندوق کارکنان بانک‌ها	۹	۲۱	۳۰
	۹	صندوق کارکنان صنایع ملی مس ایران	۱۰	۲۰	۳۰
	۱۰	صندوق کارکنان هواپیمایی هما	۷	۱۴	۲۱
	۱۱	صندوق کارکنان بانک مرکزی	۸/۵	۱۷	۲۵/۵
	۱۲	صندوق کارکنان بیمه مرکزی	۹	۱۸	۲۷
	۱۳	صندوق کارکنان وزارت جهاد کشاورزی	۹	۱۳/۵	۲۲/۵
	۱۴	صندوق کارکنان سازمان بنادر و کشتیرانی	۷	۱۴	۲۱
	۱۵	صندوق کارکنان فولاد ایران	۱۰	۲۰	۳۰
	۱۶	صندوق کارکنان سازمان گسترش و نوسازی صنایع	۷	۲۲	۲۹
	۱۷	صندوق کارکنان شرکت مخابرات	۸/۵	۱۲/۷۵	۲۱/۲۵
	۱۸	صندوق کارکنان شهرداری تهران	۷	۱۴	۲۱

* جمع کل سازمان تأمین اجتماعی شامل دو درصد کمک دولت نیز می‌شود.
منبع: سازمان تأمین اجتماعی، ۱۳۸۵

حمایت خدمات بیمه اجتماعی قرار دارند.» در سال ۱۳۸۵، در مجموع، قریب به ۴۱ میلیون نفر تحت پوشش بیمه‌های اجتماعی قرار داشته‌اند، یعنی ضریب پوشش بیمه برای کل کشور حدود ۵۸ درصد بوده است و نزدیک ۴۲ درصد از جمعیت فاقد پوشش بیمه‌ای بوده‌اند. با توجه به آمار بیمه‌شدگان سال ۱۳۸۱ که قریب به ۳۸ میلیون نفر بوده است و جمعیت حدود ۶۵ میلیون نفری کشور در آن سال، نسبت جمعیت تحت پوشش بیمه‌های اجتماعی در سال مذکور حدود ۶۰ درصد بوده است.

در ادامه، با توجه به اهمیت سه صندوق اصلی بیمه‌ای به لحاظ گستردگی فعالیت و پوشش، به بررسی عملکرد این سه نهاد می‌پردازیم.

سازمان تأمین اجتماعی

سازمان تأمین اجتماعی به عنوان بزرگ‌ترین، اصلی‌ترین و گسترده‌ترین نهاد بیمه اجتماعی کشور، پس از قریب به نیم قرن

یکی از نکات قابل توجه در حوزه برنامه‌ریزی این سازمان‌ها تفاوت نرخ‌های حق بیمه برای بازنشستگی است. همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود، نرخ حق بیمه سازمان‌های مختلف بین ۱۸ تا ۳۰ درصد دستمزد است. یکی از وظایف تعیین‌شده برای وزارت رفاه در حوزه بیمه‌های اجتماعی در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی (بند ی، ماده ۶) ایجاد همگنی در این نرخ‌هاست که هنوز اقدامی در این زمینه صورت نگرفته است.

در برنامه راهبردی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی (ص ۷۵) آمده است: «بیش از نیمی از جمعیت کشور در قلمرو امور بیمه‌ای در قالب سازمان‌های بزرگی همچون سازمان تأمین اجتماعی با پوشش حدود ۲۸ میلیون نفر، سازمان بازنشستگی کشوری با پوشش حدود ۶ میلیون نفر، سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح با پوشش بیش از ۳ میلیون نفر، صندوق بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر با پوشش حدود ۱/۶۵ میلیون نفر و چهارده صندوق بازنشستگی خاص دیگر جمعاً با پوشش حدود ۲ میلیون نفر تحت

وزیر تداخل بسیاری وجود دارد. عدم تصویب نهایی بودجه سال ۱۳۸۹ این سازمان با گذشت قریب به دو ماه از سال، نشانه این سردرگمی است.

منابع سازمان تأمین اجتماعی عمدتاً از دو محل حق بیمه‌ها و سود حاصل از سرمایه‌گذاری‌ها تأمین می‌شود. میزان حق بیمه پرداختی در بیمه‌های اجباری ۳۰ درصد کل دستمزد کارگر است. از این رقم، ۲۰ درصد به عهده کارفرما، ۷ درصد سهم کارگر و ۳ درصد بر عهده دولت است. نرخ بیمه‌های دیگر مانند بیمه‌های اختیاری و حرف و مشاغل آزاد نیز بین ۱۴ تا ۲۶ درصد دستمزد و بر مبنای خدماتی است که ارائه می‌شود. از مجموع حق بیمه دریافتی ۳۰ درصدی، ۱۸ درصد به تعهدات بلندمدت (بازنشستگی و...)، ۹ درصد به درمان بیمه‌شدگان، و ۳ درصد نیز به خدمات کوتاه‌مدت مانند غرامت دستمزد ایام بیماری و بارداری، هزینه‌های اروتز و پروتز و کمک‌هزینه ازدواج و کفن و دفن اختصاص دارد. آنچه در اینجا مورد بررسی است و در جدول ۳ با عنوان منابع و مصارف آمده است مربوط به ۱۸ درصد تعهدات بلندمدت است. میزان منابع در این جدول از درآمدهای حاصل از حق بیمه محاسبه و میزان مصارف نیز عیناً از سالنامه‌های آماری این سازمان استخراج شده است. مطالبات از دولت، نسبت جایگزینی، و میانگین سنوات بیمه‌پردازی از شاخص‌های مندرج در برنامه راهبردی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی استخراج شده است. دیگر موارد نیز برگرفته از سالنامه‌های آماری سازمان تأمین اجتماعی است.

تحول در بنیان‌های بیمه‌های اجتماعی، در سال ۱۳۵۴ طبق قانونی مختص به خود، شکل و سازوکار کنونی را یافت. سازمان تأمین اجتماعی سازمانی است عمومی- غیردولتی با استقلال اداری و مالی. مطابق قانون و اساسنامه قبلی، این سازمان زیر نظر شورای عالی تأمین اجتماعی متشکل از نمایندگان دولت و کارفرمایان و بیمه‌شدگان فعالیت می‌کرد. در قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، این ترکیب سه‌جانبه به نفع دولت تغییر کرد، بدین معنا که در بند ۱ قسمت الف ماده ۱۲ قانون مذکور تأکید شده است که نصف به علاوه یک اعضا را وزیر رفاه به هیئت دولت معرفی می‌کند و مابقی نیز، در صورت وجود تشکلهای مرتبط، از جانب مخاطبان دیگر (کارفرمایان و بیمه‌شدگان) و با تأیید هیئت وزیران تعیین می‌شوند. در واقع، با این اقدام، سازوکار نظارتی و سیاست‌گذاری سه‌جانبه به شدت تضعیف شد.

اساسنامه جدید این سازمان در سال ۱۳۸۷ به تصویب هیئت وزیران رسید و ریاست شورای عالی تأمین اجتماعی به رئیس‌جمهور واگذار شد در حالی که مطابق قانون مذکور، ریاست این شورا با وزیر رفاه است. تضعیف رویکرد نظارتی و سه‌جانبه‌گرایی، در کنار حجم وسیع منابع، این سازمان را در سال‌های اخیر به موضوع مناقشات و تنش‌های زیادی بدل کرد به گونه‌ای که هم‌اکنون به لحاظ قانونی بین وظایف هیئت امنایی که طبق مصوبه مجلس در اسفند ۱۳۸۸ برای تعیین مدیران و تصویب سیاست‌های کلان صندوق‌ها تشکیل شد و وظایف هیئت‌مدیره و

جدول ۳. شاخص‌های عملکردی سازمان تأمین اجتماعی

سال	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷
۱ بیمه‌شده اصلی	۶,۳۵۷,۹۱۳	۶,۵۷۸,۲۴۹	۶,۸۸۸,۱۵۴	۷,۱۶۱,۸۶۷	۷,۴۷۴,۷۲۶	۷,۵۱۲,۰۲۴	۸,۴۴۲,۴۹۲	۹,۱۵۲,۲۴۳
۲ بیمه‌شده اصلی و تبعی	۲۴,۱۲۹,۸۸۵	۲۴,۴۳۶,۸۸۲	۲۴,۷۴۱,۳۲۰	۲۴,۸۳۸,۷۷۶	۲۴,۸۹۲,۹۷۸	۲۴,۵۶۴,۳۱۷	۲۴,۴۴۳,۶۳۲	۲۵,۳۶۵,۰۲۲
۳ مستمری‌بگیر (پرونده)	۷۷۴,۷۹۴	۸۳۵,۴۷۴	۹۴۹,۹۹۶	۹۳۶,۰۱۰	۱,۰۲۴,۴۸۴	۱,۱۱۲,۶۹۶	۱,۱۷۳,۴۴۰	۱,۳۴۰,۴۴۴
۴ مستمری‌بگیر	۲,۳۰۹,۵۳۸	۲,۴۶۳,۶۷۰	۲,۷۴۲,۲۸۴	۲,۷۰۱,۹۱۲	۲,۹۵۷,۳۰۴	۳,۲۱۱,۹۴۰	۳,۳۸۷,۲۸۴	۳,۶۷۵,۶۵۶
۵ نسبت وابستگی	۸/۲۱	۷/۸۷	۷/۲۵	۷/۶۵	۷/۳۰	۶/۷۵	۷/۱۹	۶/۸۳
۶ نسبت جایگزینی			۰/۹۹	۱/۰۵	۱/۰۳	۱/۱۴	۱/۳۶	
۷ میانگین سنوات بیمه‌پردازی			۲۰/۷۳	۲۱/۳۰	۲۲/۱۸	۱۹/۸۹	۱۸/۰۵	
۸ منابع (میلیون ریال)	۱۱,۷۷۲,۸۳۱	۱۳,۳۸۰,۳۳۸	۱۸,۹۷۱,۵۸۱	۲۳,۹۷۶,۱۳۸	۳۰,۴۹۷,۸۴۴	۴۱,۲۲۳,۵۹۳	۵۶,۵۴۰,۵۹۵	۷۰,۱۱۰,۴۱۳
۹ مصارف (میلیون ریال)	۷,۵۳۸,۹۰۱	۹,۸۹۳,۰۴۳	۱۳,۵۰۴,۰۲۸	۱۸,۲۱۹,۹۲۸	۲۵,۳۷۹,۷۵۰	۳۱,۸۷۲,۲۰۰	۴۵,۵۷۲,۴۷۶	۶۰,۷۹۴,۵۶۰
۱۰ کارگاه تحت پوشش	۷۹۱,۹۲۰	۹۰۴,۸۰۵	۹۶۰,۴۷۱	۱,۰۰۳,۲۶۲	۱,۰۴۸,۵۶۶	۱,۱۸۳,۹۹۹	۱,۱۴۴,۴۲۷	۱,۳۰۹,۷۳۳
۱۱ طلب از دولت (میلیارد ریال)	-	-	۳۹,۲۴۸	۴۳,۱۴۷	۵۵,۳۳۸	۷۳,۲۹۷	۱۰۵,۶۴۵	-

سازمان بازنشستگی کشوری

پس از تصویب قانون استخدام کشوری در سال ۱۳۴۵ و انتقال اداره کل بازنشستگی از وزارت دارایی به سازمان امور اداری و استخدامی کشور، در سال ۱۳۵۴، سازمان بازنشستگی کشوری کنونی به عنوان مؤسسه‌ای مستقل از نظر اداری و مالی زیر نظر سازمان امور اداری و استخدامی کشور تأسیس شد.

کل پرسنل این سازمان ۳۶۱ نفر است که ۱۶۰ نفر در تهران استقرار دارند و مابقی در دیگر شعب استانی. منابع این صندوق از دو مجرا تأمین می‌شود، حق بیمه‌ها و سود حاصل از سرمایه‌گذاری‌ها. میزان حق بیمه اعضای این صندوق برابر با ۲۲/۵ درصد حقوق دریافتی آنان است و از آنجا که کارفرمایان اعضا نهادهای دولتی هستند، تمامی آن را دولت پرداخت می‌کند. مشمولان این صندوق عبارت‌اند از مستخدمین رسمی قانون مدیریت خدمات کشوری، اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها، قضات مشمول مقررات استخدامی قضات، مستخدمین ثابت شهرداری‌ها (بجز شهرداری تهران)، و مستخدمین پیمانی دستگاه‌ها که متقاضی عضویت در این صندوق هستند. در جدول ۴ اطلاعات عملکردی این سازمان آورده شده است.

در خصوص مستمری‌بگیران، برای نشان دادن جمعیت تحت پوشش، آمار مستمری‌بگیران و افراد تبعی آنها در جدول آمده است، اما نسبت وابستگی براساس پرونده مستمری‌بگیران محاسبه شده است.

مطابق آخرین رقم اعلام‌شده از جانب مدیرعامل سازمان تأمین اجتماعی، میزان کل طلب این سازمان از دولت تا سال ۱۳۸۸ برابر با ۱۹۵۰۰۰ میلیارد ریال بوده است.

چنانکه در جدول مشاهده می‌شود، آمار کل افراد تحت پوشش این سازمان از ۲۶/۴ میلیون نفر (جمع مستمری‌بگیران و بیمه‌شدگان اصلی و تبعی) در سال ۱۳۸۰ به رقم ۲۹ میلیون نفر در سال ۱۳۸۷ بالغ شده است. یعنی به طور متوسط، هر سال ۳۰۰ هزار نفر به افراد تحت پوشش این سازمان اضافه شده است که عمدتاً شامل بیمه‌شدگان اصلی و مستمری‌بگیران است. ضریب پوشش این سازمان نسبت به کل جمعیت کشور برابر با ۴۰ درصد است. میانگین دریافتی از هر بیمه‌شده ۴/۱ برابر شده است که می‌تواند هشداری باشد نسبت به ایجاد عدم تعادل در منابع و مصارف این سازمان.

تعداد پرسنل این سازمان در سال ۱۳۸۷ در حوزه بیمه‌ای ۱۸۲۵۳ نفر بوده است که ۱۱۸۸ نفر آنها در ستاد مرکزی و مابقی در بخش‌های اجرایی مشغول به کار بوده‌اند.

جدول ۴. شاخص‌های عملکردی سازمان بازنشستگی کشوری

سال	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷
بیمه‌شده اصلی	۱,۵۶۲,۱۶۴	۱,۵۲۲,۹۳۹	۱,۴۷۲,۳۱۶	۱,۴۵۳,۹۶۹	۱,۴۱۷,۸۷۷	۱,۴۰۰,۱۵۴	۱,۳۱۲,۳۸۱
مستمری‌بگیر	۵۸۰,۴۴۹	۶۳۸,۵۹۶	۶۹۴,۱۳۰	۷۵۰,۱۵۰	۸۰۱,۴۳۵	۸۶۵,۶۰۱	۹۷۱,۰۷۹
نسبت وابستگی	۲/۶۹	۲/۳۸	۲/۱۲	۱/۹۴	۱/۷۷	۱/۶۲	۱/۲۵
نسبت جایگزینی	—	۰/۷۶	۰/۷۴	۰/۶۹	۰/۷۵	۰/۷	۰/۹۷
منابع (میلیارد ریال)	۵۳۸۰	۶۵۴۶	۸۵۵۲	۱۱۸۳۰	۱۸۳۰۶	۲۵۹۹۴	۴۰۲۷۵
مصارف (میلیارد ریال)	۶۴۸۵	۸۳۸۰	۱۱۰۹۴	۱۳۸۵۹	۲۰۹۰۹	۲۷۶۱۳	۴۲۳۵۳
طلب از دولت (میلیارد ریال)	—	۲۰۰۴۰	۲۰۴۴۰	۱۶۴۹۲	۱۶۷۵۶	۲۰۰۶۵	—

ثابت حدود ۲۰ هزار میلیارد ریال بوده است. نکته قابل توجه اینکه طی این سال‌ها، نسبت سرانه دریافتی از هر بیمه‌شده حدود ۹/۶ برابر شده است، اما نسبت مستمری پرداختی ۳/۹ برابر. گرچه نسبت جایگزینی رشد بالایی را نشان می‌دهد، اما این رقم بیانگر عقب ماندن میزان پرداختی به دریافتی‌های آن است.

همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود، نسبت وابستگی طی سال‌های مورد بررسی از ۲/۶۹ به ۱/۲۵ کاهش یافته است. مطابق آمار مندرج در برنامه‌های راهبردی این سازمان، نسبت جایگزینی در طی این سال‌ها افزایش یافته است.

مقدار طلب این سازمان از دولت در طی دوره بررسی به طور

اطلاعات مربوط به این سازمان از کتاب برنامه راهبردی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و پایگاه اطلاعاتی سازمان مذکور به نشانی www.retirement.ir استخراج شده است.

صندوق بیمه روستاییان

با وجود تأکیدات مکرر در برنامه‌های مختلف بر ضرورت اجرای بیمه‌های اجتماعی روستاییان و درج یک ماده در این خصوص در قانون سازمان تأمین اجتماعی، نخستین اقدام عملی در این زمینه به دنبال تأکید برنامه چهارم توسعه و قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی بر ایجاد صندوق بیمه اجتماعی روستاییان صورت گرفت. با تصویب آیین‌نامه این صندوق در بهمن ۱۳۸۳ و طی مراحل قانونی و تأیید نهایی آن در مجلس در مرداد ۱۳۸۴، ایجاد صندوق مذکور ابلاغ شد.

مطابق آیین‌نامه مذکور، از مهم‌ترین وظایف این صندوق تعمیم و گسترش بیمه روستاییان و عشایر و اقدامات مرتبط دیگر از قبیل جمع‌آوری و تمرکز وجوه و به جریان انداختن سرمایه‌ها به منظور حفظ و ارتقای ارزش آنهاست. داشتن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۵۵ سال سن (برای زنان ۵۰ سال) جزو شرایط عضویت در این صندوق است. میزان حق بیمه در این صندوق برابر با ۱۵ درصد سطوح درآمدی معینی است که هر سال صندوق اعلام می‌کند. این سطوح در سال ۱۳۸۸ از ۱ میلیون تا ۲ میلیون ریال بوده است. از این ۱۵ درصد، ۵ درصد سهم بیمه‌شده و ۱۰ درصد سهم دولت است.

در طی سال‌های ۱۳۸۴ (سال آغاز فعالیت صندوق) تا پایان ۱۳۸۶، تعداد بیمه‌شدگان از ۱۷۳ هزار نفر به ۶۴۴ هزار نفر رسید. همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، در این دوره، تعداد مستمری‌بگیران صندوق نیز به ۴۵۸ نفر افزایش یافت.

جدول ۵. شاخص‌های عملکردی صندوق بیمه روستاییان

سال	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶
بیمه‌شده اصلی	۱۷۳۰۰۰	۳۲۲۰۰۰	۶۴۴۰۰۰
مستمری‌بگیر	۲۸	۵۷۹	۱۴۰۵
نسبت وابستگی	۶۱۷	۵۵۶	۴۵۸
مصارف (میلیون ریال)	۵۶	۶۴۱۴	۷۹۶۶
نسبت منابع به مصارف	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۱
طلب از دولت (میلیارد ریال)	۴۰۱۲	۴۰۱۲	۴۰۱۲

در خصوص جدول فوق باید گفت که ارقام مربوط به منابع در دسترس نبود ولی در برنامه‌های راهبردی صندوق، نسبت منابع به مصارف آورده شده بود. مطالبات از دولت نیز از جداول برنامه‌های مذکور استخراج شده است.

گفتنی است که طبق آخرین آمار، در سه‌ماهه اول ۱۳۸۹، تعداد خانوارهای تحت پوشش این صندوق به ۸۰۰۸۰۹ خانوار و تعداد مستمری‌بگیران آن به ۳۴۸۹ نفر افزایش یافته است.

اطلاعات مربوط به این صندوق از کتاب برنامه راهبردی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و پایگاه اطلاعاتی صندوق مذکور به نشانی www.roostaa.ir استخراج شده است.

۲.۴. شاخص‌ها

وضعیت زنان

در قوانین بیمه‌ای ایران، نگاه تسامح‌گرایانه‌ای به زنان وجود دارد و در شرایط برخورداری زنان از منافع و پرداخت‌های نهادهای بیمه‌ای، عموماً شرایط آسان‌تری برای آنان در نظر گرفته شده است. برخی از این قوانین به شرح زیر است:

در ماده ۷۶ قانون تأمین اجتماعی در خصوص شرط سنی بازنشستگی آمده است: «سن مرد به ۶۰ سال تمام و سن زن به ۵۰ سال تمام رسیده باشد.» برای کسانی که ۳۰ سال سابقه بیمه‌پردازی دارند نیز شرط سنی ۵۰ سال برای مردان و ۴۵ سال برای زنان در نظر گرفته شده است. این مسئله در مورد مشاغل سخت و زیان‌آور هم صدق می‌کند. تبصره ۴ همین ماده می‌گوید: زنان کارگر با داشتن ۲۰ سال سابقه کار و ۴۲ سال سن ... می‌توانند بازنشسته شوند.»

طبق ماده ۲ قانون اصلاح مقررات بازنشستگی، مستخدمین زن با حداقل ۲۰ سال سابقه می‌توانند بدون شرط سنی درخواست بازنشستگی بدهند، در حالی که این رقم برای مردان ۲۵ سال با شرط سنی ۵۰ سال است.

پرداخت‌هایی مانند غرامت ایام بارداری نیز از جمله تسهیلاتی است که در قوانین بیمه‌ای ایران برای زنان در نظر گرفته شده است.

مطابق آمار سازمان بازنشستگی کشوری، نزدیک به ۳۰ درصد بازنشستگان و مستمری‌بگیران این سازمان را زنان تشکیل می‌دهند. در سازمان تأمین اجتماعی نیز قریب به ۱۴ درصد بیمه‌شدگان زن هستند. این نسبت‌ها تابعی از میزان اشتغال زنان در بازار کارند.

۳.۴. مسائل و مشکلات نظام بیمه و تأمین اجتماعی در ایران

مسائل و مشکلات نظام بیمه‌های اجتماعی در ایران، با توجه به صورت نگرش اصلاحات و اجرا نشدن برنامه‌های مناسب، در طی سال‌ها به معضلاتی پایدار تبدیل شده و، با وجود تأکیدات برنامه‌ای، حل آنها در عمل کمتر محقق گردیده است. برخی از مهم‌ترین این مسائل از دید یکی از مسئولان این نظام به قرار زیر است (شریف‌زادگان، ۱۳۸۴: ۴۶۹):

- فراگیر نبودن قلمروهای بیمه اجتماعی و پوشش جمعیتی ناکافی؛
- جامع نبودن ارائه خدمات امور اجتماعی؛
- تداخل وظایف در قلمروهای بیمه‌ای و درمانی و حمایتی؛
- نبود چارچوب منسجم برای سیاست‌گذاری‌های راهبردی تأمین اجتماعی در سطح کشور؛
- ناکارایی گسترده منابع و مصارف؛
- نبود نظام اطلاعاتی جامع، قابل اتکا و به‌روز.

کارشناسان چالش‌های دیگری را نیز مطرح می‌کنند، از جمله «موج جمعیتی متولدان دهه شصت، و نیاز به ایجاد اشتغال برای آنها، و ناتوانی اقتصاد کشور در جذب این حجم نیروی کار به اشتغال، و در نتیجه ایجاد مشاغل غیررسمی و بی‌ثبات، و افزایش فرار بیمه‌ای، کاهش نرخ وابستگی، چنگدانی صندوق‌ها و چالش کفایت» (عظیمی، ۱۳۸۴: ۲۴۶-۲۴۱).

در بررسی جامع دیگری در خصوص فرایند تدوین نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، مهم‌ترین مشکلات تأمین اجتماعی چنین برشمرده شده است (مدنی، ۱۳۸۶: ۱۳۱).

- ضعف رویکرد علمی به‌ویژه اصول بیمه‌گری در تصمیم‌گیری‌ها و برنامه‌ریزی‌ها؛
- ضعف و نارسایی‌های قانونی مانع از تحرک بیشتر نظام تأمین اجتماعی در تصمیم‌گیری‌ها و برنامه‌ریزی‌ها؛
- ضعف و عدم انسجام ساختاری نظام تأمین اجتماعی و تعدد مراکز تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی؛
- بی‌توجهی به نقش مهم و اساسی نظام تأمین اجتماعی در کل مدیریت کشور؛

- عدم تعادل منابع و مصارف و نزدیک شدن نظام تأمین اجتماعی به نقطه بحران سربه‌سری؛
- ضعف مدیریت منابع نظام تأمین اجتماعی؛
- عدم توجه به ارتباط بخش بیمه‌ای با دو بخش امدادی و حمایتی؛
- ضعف اولویت‌گذاری در ارائه خدمات به مخاطبان، به‌ویژه در تحت پوشش قرار دادن روستاییان؛
- فقدان اطلاعات منسجم و مناسب در باب نظام تأمین اجتماعی؛
- ضعف نظارت بر کیفیت و چگونگی خدمات و ارزشیابی فعالیت‌ها؛
- نامشخص بودن جایگاه بخش غیردولتی در نظام تأمین اجتماعی.

۵. بحث و نتیجه‌گیری

با در نظر گرفتن موارد فوق و مباحث پیشین، نکات زیر به عنوان برآیندی از مهم‌ترین چالش‌های کنونی فراروی نظام بیمه‌های اجتماعی قابل توجه و تأمل است:

- با توجه به اطلاعات ارائه‌شده در خصوص دیگر کشورها، ایران از نظر سن بازنشتی نسبت به آنها در رده متوسط قرار دارد. از لحاظ میزان حق بیمه نیز تقریباً در همین رده قرار می‌گیرد، اما نسبت به کشورهای پیشرفته حق بیمه پایین‌تری اخذ می‌کند.
- مسئولان دولتی و برخی سیاست‌گذاران شناخت صحیحی از وظایف و کارکرد این نظام ندارند. این ناآشنایی موجب شده است که هزینه‌های زیادی به این نظام تحمیل شود، هزینه اجرای طرح‌هایی مانند مشاغل سخت و زیان‌آور یا قانون‌نوسازی صنایع.
- دولت همراهی لازم را در رعایت حقوق قانونی نهادهای فعال در این نظام ندارد. برای مثال، طبق قانون برنامه چهارم توسعه، دولت مکلف به پرداخت کل بدهی‌های خود به صندوق‌های بیمه‌ای تا پایان برنامه و ایجاد نکردن بدهی جدید بود که، در عمل، خلاف آن اتفاق افتاد.
- به واسطه نگاه نادرست به کارکردها و سازوکارهای تعریف‌شده برای این صندوق‌ها، عملکرد آنها از

جدول ضمیمه. نرخ حق بیمهٔ بازنشستگی در کشورهای مختلف (۲۰۰۸)

ردیف	کشور	بازنشستگی		
		بیمه شده	کارفرما	کل
۱	ارمنستان	۳	شناور	۳
۲	استرالیا	۰	۹	۹
۳	آذربایجان	۳	۲۲	۲۵
۴	بحرین	۶	۹	۱۵
۵	بنگلادش	۰	۰	۰
۶	برونئی	۵	۵	۱۰
۷	برمه	۰	۰	۰
۸	چین	۸	۲۰	۲۸
۹	فیجی	۸	۸	۱۶
۱۰	هنگ کنگ	۵	۵	۱۰
۱۱	هند	۱۲	۱۷/۶۱	۲۹/۶۱
۱۲	اندونزی	۲	۴	۶
۱۳	ژاپن	۷/۶۷	۷/۶۷	۱۵/۳۴
۱۴	اردن	۵/۵	۹	۱۴/۵
۱۵	قزاقستان	۱۰	۲۲	۳۲
۱۶	کرهٔ جنوبی	۴/۵	۴/۵	۹
۱۷	کویت	۵	۱۰	۱۵
۱۸	قرقیزستان	۸	۱۹	۲۷
۱۹	لائوس	۴/۵	۵	۹/۵
۲۰	لبنان	۰	۸/۵	۸/۵
۲۱	مالزی	۱۱/۵	۱۲/۵	۲۴
۲۲	نپال	۱۰	۱۰	۲۰
۲۳	نیوزیلند	۰	۰	۰
۲۴	عمان	۶/۵	۹/۵	۱۶
۲۵	پاکستان	۱	۵	۶
۲۶	فیلیپین	۳/۳۳	۷/۰۷	۱۰/۴
۲۷	عربستان سعودی	۹	۹	۱۸
۲۸	سنگاپور	۲۰	۱۴/۵	۳۴/۵
۲۹	سریلانکا	۸	۱۲	۲۰
۳۰	تایوان	۱/۳	۴/۵۵	۵/۸۵
۳۱	تایلند	۳/۴۴	۳/۴۴	۶/۸۸
۳۲	ترکیه	۹	۱۱	۲۰
۳۳	ترکمنستان	۱	۲۰	۲۱
۳۴	ازبکستان	۲/۵	۳۱/۵	۳۴
۳۵	ویتنام	۵	۱۱	۱۶
۳۶	یمن	۶	۹	۱۵

* در مواردی که نرخ صفر است، دولت تمامی پرداخت‌ها را به عهده دارد.

سازوکارهای مربوط فاصله گرفته و آنها را با بحران مواجه ساخته است. برای مثال، غلبهٔ نگاه غلط به سازوکار تأمین اجتماعی، از سازمانی با سازوکار اندوخته‌گذاری (جزئی) به سازمانی با روش ارزیابی سالیانه، کارکرد آن را دچار انحراف کرده است.

- در نظام مدیریتی صندوق‌ها نابسامانی و سردرگمی به چشم می‌خورد. برای نمونه، به رغم تصویب قانون و ایجاد وزارت رفاه و تأمین اجتماعی در جهت سامان بخشیدن به سیاست‌ها و برنامه‌ریزی‌ها، نابسامانی‌های حقوقی و سردرگمی‌های مدیریتی بیشتر شده است. تدوین اساسنامهٔ جدیدی که برخی مفاد آن با قانون مذکور مغایرت صریح دارد و، در پی آن، تصویب معجل ایجاد هیئت امنای صندوق‌های بیمه‌ای در وزارت رفاه، به این سردرگمی قانونی و حقوقی دامن زده است. هم‌اکنون مشروعیت قانونی رؤسای برخی از صندوق‌ها نامشخص است.

- رویکرد نادرست به خصوصی‌سازی و ماهیت این صندوق‌ها باعث طرح مسائلی از قبیل واگذاری امور اصلی صندوق‌ها به بخش خصوصی شده است که تهدیدی جدی در این حوزه به شمار می‌رود.

- برنامه‌ها و سیاست‌های صندوق‌ها هماهنگی و مشابهت ندارد. نرخ‌های متفاوت حق بیمه برای خدمات مشابه، روش‌های مختلف محاسبهٔ تعهدات، و تفاوت سن بازنشستگی از جمله موارد این نایکدستی است.

- نظام آماری و اطلاع‌رسانی مناسبی که بتواند اطلاعات دقیقی از افراد تحت پوشش و خارج از پوشش ارائه دهد وجود ندارد.

- سه‌جانبه‌گرایی در حوزهٔ سیاست‌گذاری و نظارت صندوق‌ها تضعیف شده است. این روند با تصویب قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی آغاز شد، در اساسنامهٔ مصوب ۱۳۸۷ هیئت وزیران ادامه یافت، و با مصوبهٔ مجلس در خصوص ایجاد هیئت امنای صندوق‌های بیمه‌ای گسترش پیدا کرد. رویکرد سه‌جانبه‌گرایی از جمله رویکردهای اساسی مورد تأیید سازمان جهانی کار و اتحادیهٔ بین‌المللی تأمین اجتماعی و ضامن کارکرد صحیح صندوق‌های بیمه‌ای است.

جدول ضمیمه. جمعیت و برخی شاخص‌های مرتبط با تأمین اجتماعی (۲۰۰۸)

ردیف	کشور	جمعیت (میلیون نفر)	جمعیت بالای ۶۵ سال (درصد)	نرخ وابستگی* (درصد)	امید به زندگی		سن بازنشستگی		تولید ناخالص سرانه (دلار)
					مردان	زنان	مردان	زنان	
۱	ارمنستان	۳	۱۱/۱	۴۰/۸	۶۸/۴	۷۵/۱	۶۳	۶۱/۵	۴۹۴۵
۲	استرالیا	۲۱/۴	۱۴/۲	۴۸/۶	۷۸/۹	۸۳/۶	۶۵	۶۳	۳۱۷۹۴
۳	آذربایجان	۸/۷	۷	۳۹/۷	۶۳/۸	۷۱/۲	۶۲	۵۷	۵۰۱۶
۴	بحرین	۰/۸	۳/۳	۳۷/۴	۷۴/۳	۷۷/۵	۶۰	۵۵	۲۱۴۸۲
۵	بنگلادش	۱۶۶/۶	۳/۹	۵۸	۶۳/۲	۶۵	۶۰	۶۰	۲۰۵۳
۶	برونئی	۰/۴۱	۳/۴	۴۴/۹	۷۵	۷۹/۷	۵۵	۵۵	۲۸۱۶۱
۷	برمه	۵۰/۱	۵/۷	۴۴/۳	۵۹/۱	۶۵/۳	-	-	۱۰۲۷
۸	چین	۱۳۵۱/۵	۸/۴	۳۸/۹	۷۱/۳	۷۴/۸	۶۰	۶۰	۶۷۵۷
۹	فیجی	۰/۸۵	۵	۵۶	۶۶/۶	۷۱/۱	۵۵	۵۵	۶۰۴۹
۱۰	هنگ کنگ	۷/۴	۱۵/۵	۳۴/۸	۷۹/۴	۸۵/۱	۶۵	۶۵	۳۴۸۳۳
۱۱	هند	۱۲۲۰/۲	۵/۳	۵۶/۳	۶۳/۲	۶۶/۴	۵۸	۵۸	۳۴۵۲
۱۲	اندونزی	۲۳۹/۶	۶/۱	۴۸/۶	۶۸/۷	۷۲/۷	۵۵	۵۵	۳۸۴۳
۱۳	ژاپن	۱۲۷/۸	۲۲/۵	۵۶	۷۹	۸۶/۱	۶۵	۶۵	۳۱۲۶۷
۱۴	اردن	۶/۵	۳/۵	۶۰/۵	۷۰/۸	۷۴/۵	۶۰	۵۵	۵۵۳۰
۱۵	قرقازستان	۱۵/۸	۷/۲	۴۴/۷	۶۱/۶	۷۲/۴	۶۳	۵۸	۷۸۵۷
۱۶	کره جنوبی	۴۸/۷	۱۱/۳	۳۷/۴	۷۵	۸۲/۲	۶۰	۶۰	۲۲۰۲۹
۱۷	کویت	۳/۱	۲/۳	۳۴/۴	۷۶	۷۹/۹	۵۰	۵۰	۲۶۳۲۱
۱۸	قرقیزستان	۵/۵	۵	۵۰/۴	۶۲	۶۹/۹	۶۳	۵۸	۱۹۲۷
۱۹	لائوس	۶/۲	۳/۵	۶۴/۵	۶۳	۶۵/۸	۶۰	۶۰	۲۰۳۹
۲۰	لبنان	۴/۲	۷/۴	۵۱/۳	۶۹/۹	۷۴/۲	۶۴	۶۴	۵۵۸۴
۲۱	مالزی	۲۷/۹	۴/۸	۵۱/۵	۷۲	۷۶/۷	۵۵	۵۵	۱۰۸۸۲
۲۲	نپال	۲۹/۹	۳/۹	۶۷/۵	۶۳/۲	۶۴/۲	۵۸	۵۸	۱۵۵۰
۲۳	نیوزیلند	۴/۳	۱۳	۴۹/۷	۷۸/۲	۸۲/۲	۶۵	۶۵	۲۴۹۹۶
۲۴	عمان	۲/۸	۳/۲	۵۱/۳	۷۴/۲	۷۷/۵	۶۰	۵۵	۱۵۶۰۲
۲۵	پاکستان	۱۷۳/۴	۴/۱	۶۱/۶	۶۵/۲	۶۵/۸	۶۰	۵۵	۲۳۷۰
۲۶	فیلیپین	۹۳	۴/۲	۶۲/۹	۶۹/۵	۷۳/۹	۶۰	۶۰	۵۱۳۷
۲۷	عربستان سعودی	۲۶/۴	۲/۹	۵۴/۶	۷۰/۹	۷۵/۳	۶۰	۵۵	۱۵۷۱۱
۲۸	سنگاپور	۴/۶	۱۰/۱	۳۴/۴	۷۸	۸۱/۹	۵۵	۵۵	۲۹۶۶۳
۲۹	سريلانكا	۱۹/۶	۷/۴	۴۲/۷	۶۸/۸	۷۶/۲	۵۵	۵۰	۴۵۹۵
۳۰	تایوان	۲۲/۹	۱۰/۵	۳۸/۵	۷۴/۹	۸۰/۹	۶۰	۶۰	۳۳۰۰۰
۳۱	تایلند	۶۵/۱	۸/۷	۴۱/۴	۶۶/۵	۷۵	۵۵	۵۵	۸۶۷۷
۳۲	ترکیه	۷۷/۷	۵/۹	۴۷/۳	۶۹/۴	۷۴/۳	۶۰	۵۸	۸۴۰۷
۳۳	ترکمنستان	۵/۲	۴/۳	۴۷/۹	۵۹	۶۷/۵	۶۲	۵۷	۳۸۳۸
۳۴	ازبکستان	۲۸/۶	۴/۴	۵۱/۵	۶۴	۷۰/۴	۶۰	۵۵	۲۰۶۳
۳۵	ویتنام	۹۰/۸	۵/۶	۴۶/۸	۷۲/۳	۷۶/۲	۶۰	۵۵	۳۰۷۱
۳۶	یمن	۲۴/۵	۲۴/۵	۸۵/۹	۶۱/۱	۶۷/۴	۶۰	۵۵	۹۳۰
۳۷	ایران	۷۴/۳	۴/۵	۴۲/۵	۶۹/۴	۷۲/۶	۶۰	۵۵	۷۹۶۸

* نرخ وابستگی از تقسیم افراد زیر ۱۴ سال و بالای ۶۵ سال بر جمعیت ۶۵ - ۱۵ سال به دست آمده است.

منبع جدول‌های ضمیمه: United Nations Population Division, Department of Economic and Social Affairs, 2006, *World Population Prospects: The 2006 Revision Population Database*; United Nations Development Programme, 2008, *Human Development Report 2007/2008: The World Factbook*, 2008.

منابع

عظیمی، میکائیل. (۱۳۸۴)، «تأمین اجتماعی در آستانه برنامه چهارم»، مجموعه مقالات همایش چالش‌ها و چشم‌اندازهای توسعه ایران، ج ۱، تهران، مؤسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه‌ریزی.

کرباسیان، مهدی. (۱۳۸۴)، *تأمین اجتماعی و بازنشستگی در ایران*، تهران، شرکت سهامی انتشار.

مدنی قهفرخی، سعید. (۱۳۸۶)، «چشم‌اندازهای فراروی تأمین اجتماعی در ایران»، *تأمین اجتماعی در ایران و جهان*، به کوشش هرمز همایون‌پور، تهران، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.

میردی، سیاوش. (۱۳۷۸)، *فرهنگ بیمه‌های اجتماعی*، تهران، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.

مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی. (۱۳۷۹)، *مجموعه قوانین و مقررات تأمین اجتماعی*، تهران.

برنامه راهبردی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی. (۱۳۸۷)، تهران، مؤسسه فرهنگی هنری آهنگ آتیه.

آراسته‌خو، محمد. (۱۳۷۴)، *تأمین و رفاه اجتماعی*، تهران، دانشگاه پیام نور.

ایروانی، مسعود. (۱۳۸۸)، *نظام رفاه اجتماعی در جهان*، تهران، مرکز پژوهش‌های مجلس.

پناهی، بهرام. (۱۳۷۶)، *اصول و مبانی تأمین اجتماعی*، تهران، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.

سازمان تأمین اجتماعی. (۱۳۸۵)، *گزارش تأمین اجتماعی در دولت عدالت‌محور*، تهران.

شریف‌زادگان، محمدحسین. (۱۳۸۴)، «چالش‌ها و چشم‌اندازهای تأمین اجتماعی»، مجموعه مقالات همایش چالش‌ها و چشم‌اندازهای توسعه ایران، ج ۲، تهران، مؤسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه‌ریزی.

صالح‌خو، قاسم. (۱۳۸۶)، «*نهادهای بین‌المللی و تأمین اجتماعی*» تأمین اجتماعی در ایران و جهان، به کوشش هرمز همایون‌پور، تهران، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.

شهروندی

ملیحه شیانی*، طاهره داودوندی**

مقدمه

تاریخ دیرپای حیات اجتماعی- سیاسی انسان نمایانگر طیف‌های متنوعی از الگوهای زندگی است که در میان آنها، «الگوی شهروندی» از اعتبار به مراتب بیشتری برخوردار و کم و بیش مورد تأیید اکثر صاحب‌نظران و پژوهشگران اجتماعی و سیاسی است. بر طبق این الگو، شهروندی اصلی است ناظر بر روابط دولت و اعضای جامعه. یعنی از یک سو به امتیازات دولت و حقوق افراد و از سوی دیگر به فرایندهای تاریخی و مناسبات برخاسته از آن مربوط می‌شود. با اینکه شهروندی اعتبار فرد را در جامعه مشخص می‌کند، همزمان بر بسترهای اجتماعی که فرد در آنها رفتار می‌کند نیز تأکید دارد.

به این ترتیب می‌توان شهروندی را بیانگر دو اصل مهم دانست، اول موقعیتی که افراد برحسب حقوق و تکالیف خود کسب

می‌کنند و دوم شرایطی که جامعه برای کسب این موقعیت پدید می‌آورد. بر همین اساس، توسعه‌یافتگی هر جامعه نقش بسزایی در تحقق شهروندی ایفا خواهد کرد. چنانچه ساختار جامعه و به تبع آن، نظام سیاسی و حقوقی آن مبتنی بر ارزش‌های دموکراتیک باشد، نهادهای اجتماعی موجود می‌توانند اهداف مطلوب در جهت ایفای حقوق اعضای آن جامعه را برآورده سازند. به بیان دیگر، عضویت افراد در این جوامع با موقعیت شهروندی آنان نشان داده می‌شود.

۱. تعاریف

مفهوم شهروندی را اندیشمندان قرون گذشته کم و بیش مطرح کرده و به کار برده‌اند، اما تا به امروز در کاربردهای مختلف ابعاد جدیدی یافته است چنانکه در دوره جدید، با تأکید بیشتر بر بار حقوقی این مفهوم، مبنای ایجاد یک سلسله حقوق سیاسی، مدنی، اجتماعی و فرهنگی برای شهروندان شده است.

* دکترای جامعه‌شناسی، عضو هیئت علمی دانشگاه تهران

** کارشناسی ارشد برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی

۲. رویکرد نظری: شهروندی و توسعه

در مباحث جدید توسعه بر پیوند ناگسستنی میان «توسعه»، «مدرنیته» و «شهروندی» تأکید می‌شود. چنانکه تاریخ نشان داده، پنج مؤلفه اصلی اجتماعی یعنی عقلانیت، دموکراسی، مدرنیته، شهروندی، و مشارکت در فرایند توسعه نقش مؤثری داشته‌اند.

در حقیقت، توسعه بدون مدرنیته و شهروندی فرایندی ناقص و اغلب نافرجام است. ارزیابی الگوها و فرایندهای توسعه نشان می‌دهد که می‌توان آن را به دو نوع کاملاً متمایز توسعه طبیعی یا خودانگیخته و توسعه تجویزی یا تحمیلی تقسیم کرد. توسعه طبیعی یا خودانگیخته در چارچوب تمدنی ویژه و تحت شرایط بین‌المللی خاص پدید آمده، در حالی که توسعه تجویزی یا تحمیلی نام عمومی فرایندهایی است که با قصد نیل به نوع آرمانی تمدن غربی مطرح شده و انتظار می‌رود از طریق کاربست الگوهایی چند، نظیر الگوی توسعه صنعتی، الگوی توسعه کشاورزی، الگوی توسعه صادرات، و الگوی جایگزینی واردات، محقق شود. توسعه طبیعی مبتنی بر عقلانیت، مدرنیته و شهروندی است و می‌تواند به پیدایش یک نظام سیاسی پشتیبانی‌کننده از خود یعنی «نظام سیاسی لیبرالیسم قانونمند» یا «لیبرال دموکراسی کامل و تمام‌عیار» منجر شود و به الگوی سیاسی-اجتماعی دولت رفاه‌بخش بینجامد که به نوبه خود مقوم و مروج عقلانیت و مدرنیته و شهروندی است. توسعه تجویزی، به دلیل فقدان عناصر مدرنیته و عقلانیت و شهروندی، به نظام سیاسی توتالیتر یا الگوهای شبه‌دموکراسی یا لیبرالیستی ناقص منجر می‌شود که نه فقط از فرایند توسعه پشتیبانی واقعی نمی‌کنند بلکه در اغلب موارد موانعی جدی بر سر راه آن به وجود می‌آورند (زاهدی، ۱۳۸۶).

اهمیت شهروندی در توسعه، در قالب مؤلفه‌های اصلی اجتماعی، در دیدگاه‌ها و نظریه‌های اجتماعی و سیاسی کلاسیک و مدرن مورد بررسی قرار گرفته است. لیبرال‌ها شهروندی را مجموعه حقوق فردی تعریف می‌کنند که بایستی خواسته شود و به دست آید، در حالی که جمهوری‌خواهان بر تعهدات و وظایف شهروندی تأکید دارند و شهروندی را به معنای مشارکت فعال در اجتماع سیاسی می‌دانند. دیدگاه‌های جدید در هر دو دسته به وابستگی متقابل این حقوق و وظایف توجه دارند و معتقد به نقش و تأثیر این دو بعد در روند توسعه هستند.

در حوزه جامعه‌شناسی نیز افرادی نظیر مارکس، هابرماس،

در فرهنگ جامعه‌شناسی «شهروندی منزلتی است که موجبات برخورداری از حقوق و قدرت‌ها را فراهم می‌کند» (آبرکرامبی و دیگران، ۱۳۶۷: ۶۵).

در *دانشنامه علوم اجتماعی* «شهروندی موقعیتی حقوقی است که دولت تعیین می‌کند. امروزه، حقوق و مسئولیت‌های برابر به همه شهروندان اختصاص داده می‌شود چرا که وجود شهروندان درجه دوم بر مبنای محل تولد، محل اقامت، جنسیت، اعتقاد، رفتارها، نژاد و طبقه دیگر قابل پذیرش نیست» (Kuper and Kuper, 2001: 85).

در *دانشنامه بریتانیکا* آمده است: «مفهوم شهروندی در معنای مدرن آن ناظر بر ارتباط فرد و دولت است که در طی آن، از سوی فرد متعهد به وفاداری نسبت به دولت و از طرف دیگر مستحق حمایت از جانب دولت است.» در تعریف مذکور سه نکته اساسی وجود دارد: ۱. شهروندی منحصر به ارتباط فرد و دولت است؛ ۲. این ارتباط متضمن حقوق و تکالیف معینی است؛ و ۳. شهروند وظیفه وفاداری به دولت را نیز به عهده دارد» (فری، ۲۰۰۳: ۹۶ به نقل از یوسفی و عظیمی هاشمی، ۱۳۸۷: ۵).

اولین فرهنگ فارسی که کلمه شهروند در آن وارد شده است *فرهنگ فارسی/امروز* است. در این فرهنگ، شهروند چنین تعریف شده است: «کسی که اهل یک شهر یا کشور باشد و از حقوق متعلق به آن برخوردار گردد» (صدری افشار و دیگران، ۱۳۶۹).

در تعریفی دیگر، شهروندی به عنوان یک پایگاه و نقش اجتماعی مدرن و فراگیر مجموعه‌ای است به هم پیوسته از حقوق و وظایف برابر همگانی، ناظر بر احساس تعلق اجتماعی به جامعه و مشارکت مؤثر همگانی، به همراه برخورداری عادلانه و منصفانه تمام اعضای جامعه از مزایا و منابع و امتیازات فارغ از تعلقات نژادی، قومی، طبقاتی، فرهنگی و مذهبی (صراف و عبداللهی، ۱۳۸۷: ۱۳۲).

مطالعات متعدد و گسترده در زمینه شهروندی نشان می‌دهد که شهروندی در طول تاریخ و در جوامع مختلف پدیده‌ای واحد و یکپارچه نبوده و ارائه تصویری ایستا از آن خطاست، اما بنیاد اصلی و پایه اساسی آن پذیرش حقوق و تکالیف قانونی و سیاسی ناشی از جایگاه شهروندی است. این جایگاه دربردارنده احساس تعلق به جامعه است که هویت شهروندی را فارغ از هر نوع تعلق طبقاتی، نژادی، قومیتی، مذهبی و... شکل می‌دهد. بنابراین، تعریف شهروندی در گزارش حاضر مجموعه‌ای از حقوق و تکالیف و احساس تعلق به جامعه در نظر گرفته شده است.

در جامعه و رابطه دولت- ملت مربوط می‌شود. وی معتقد است که در دوره مدرن، شهروندی دستخوش آسیب‌های جدی شده و گسترش حقوق شهروندی کامل برای همه وظیفه اصلی سیاست اجتماعی است (Dahrendrof, 1994).

وبر مفهوم شهروندی را به لحاظ تاریخی با رشد دولت- شهرهای دنیای کلاسیک روم و یونان باستان در ارتباط می‌داند، فضایی عمومی برای ارتباط آزاد و عقلانی کنشگران اجتماعی. وی این مشخصه را منحصر به غرب می‌داند (ذکائی، ۱۳۸۰: ۶۹). وبر فرایند دموکراتیک شدن جوامع را یکی از روندهای اصلی توسعه جهان مدرن و تنها راه عملی شدن آن را در دولت‌های بزرگ ملی، دموکراسی نمایندگی می‌داند که در آن، شهروندان قدرت تصمیم درخور توجهی به مقامات رسمی انتخابی می‌دهند (کیویستو، ۱۳۸۰: ۸۷).

با توجه به این تفاوت‌ها در سنت‌های شهروندی، ترنر نتیجه می‌گیرد که اتخاذ یک نظریه واحد برای شهروندی نامناسب است و شهروندی در شرایط متفاوت مدرنیزاسیون سیاسی و اجتماعی شکل گرفته و توسعه یافته است (Turner, 1994: 12). به اعتقاد ترنر، شهروندی با توسعه مرتبط است و نیروهای حامی مدرنیزاسیون توسعه‌دهنده شهروندی هستند.

به این ترتیب، بسیاری از نظریه‌پردازان شهروندی را معرف اصلی توسعه‌یافتگی دانسته و آن را به گونه‌های متفاوت تحلیل کرده‌اند. مارکس شهروندی را در دنیای توسعه‌یافته نقابی بر واقعیت‌های پنهان‌شده نظام سرمایه‌داری تلقی کرده است. هابرماس دسترسی برابر به مشارکت در قالب اجتماعات گفت‌وگویی و جامعه مدنی را، با کنش عام و عقلانیت، گام اصلی به سوی تکامل اجتماعی و توسعه‌یافتگی دانسته است. در صورتی که وبر، مارشال، ژانوسکی و پارسونز ارتباط توسعه و شهروندی را در قالب شکل‌گیری انواع حقوق در جوامع توسعه‌یافته بیان کرده‌اند.

در مجموع، توسعه و شهروندی دو روی یک سکه‌اند. حتی در بیان ضرورت و اهمیت مسئله شهروندی گفته شد که شهروندی هدف توسعه نیست بلکه خود توسعه است. یعنی دولت و جامعه توسعه‌یافته آن است که سطح حداقلی و متناسب زندگی را در ابعاد آموزش، آزادی‌های مدنی، مشارکت و... برای اعضایش فراهم ساخته باشد.

همچنین توسعه به مثابه واقعیتی مادی و غیرمادی تعریف شده

ترنر، مارشال، ژانوسکی، پارسونز و وبر در زمینه شهروندی نظریه‌پردازی کرده‌اند. در هریک از این نظریه‌ها، ارتباط شهروندی با جامعه و عناصر تشکیل‌دهنده آن مطرح شده است.

مارکس با زیربنا قرار دادن منابع اقتصادی و روبنا قرار دادن آگاهی و شعور انسان‌ها به شهروندی و حقوق مربوط به آن توجه دارد و تحقق آن را مستلزم تغییرات بنیادی در عرصه زیربنا و حذف نظام سرمایه‌داری و نابرابری‌ها و توسعه‌یافتگی واقعی می‌داند (Marx, 1967).

هابرماس معتقد است که شهروندی برخاسته از شکل‌گیری حوزه جدیدی به نام حوزه عمومی است که جایگاه برون‌ریزی ارزش‌ها و تضادهاست و با همسویی فکری و رفتاری، زیربنای تکامل اجتماعی و توسعه انسان‌ها و جوامع را فراهم می‌سازد (Habermas, 1994).

ترنر نیز شهروندی را مجموعه حقوق و وظایف قانونی و رسمی هر فرد در دولت و جامعه سیاسی معین تعریف می‌کند. بر این اساس است که شهروند مدعی برخورداری از منابع ملی می‌شود. وی به نقش شرایط توسعه‌یافته اقتصادی، اجتماعی و سیاسی حاکم بر جامعه و افراد توجه دارد (Turner, 2000).

پارسونز شهروندی را نتیجه توسعه مدرنیته و دموکراتیک شدن جوامع می‌داند. او شهروندی را به سه مقوله کنش اجتماعی، عضویت اجتماعی و انسجام اجتماعی پیوند می‌دهد و آن را نوعی احساس تعلق می‌داند که در نهایت به انسجام اجتماعی منجر می‌شود و در فرایند توسعه‌یافتگی و تکامل اجتماعی شکل می‌گیرد (Parsons, 1965).

به زعم مارشال، شهروندی موقعیت اعطاشده به هریک از اعضای جامعه است و بر این اساس، همه اعضای اجتماع با هم برابرند. وی حقوق شهروندی را شامل سه دسته حقوق مدنی، حقوق سیاسی و حقوق اجتماعی می‌داند. این حقوق از قرن هجدهم به بعد به صورت تکاملی و به واسطه ایجاد نهادهای مناسب در جوامع توسعه‌یافته تحقق یافته است (Marshall, 1964). در بسط نظریه وی، ژانوسکی حقوق مشارکتی را به این سه دسته حقوق می‌افزاید (Janoski, 1998).

دارندروف شهروندی را مجموعه‌ای از حقوق برابر در جهت مشارکت تمام کسانی می‌داند که عضو کامل یک اجتماع هستند و از فرصت‌ها و تعهدات مقرر و قانونی برخوردارند، و به عضویت فرد

همین دلیل از محبوبیت و اعتبار ویژه‌ای در گسترهٔ آفریقا برخوردار است.

منشور کانادایی حقوق و آزادی‌ها: این منشور در سال ۱۹۸۲ نگاشته شد و دیدگاه مردمان امریکای شمالی را در مورد حقوق شهروندی بیان می‌دارد. این سند دارای بخش‌های حقوقی و قضایی مهمی است اما از جامعیت کافی برخوردار نیست.

منشور شهر شیبویای ژاپن: این منشور با دیدگاهی جامع و آینده‌نگر در سال ۱۹۹۷ نگاشته شد و کاملاً به یک شهر مدرن اختصاص دارد. همچنین حاوی اشارات ظریفی به دیدگاه‌های آسیایی است. این منشور از حیث اینکه ویژهٔ استفاده در یک شهر خاص است و از لحاظ توجه به آینده و الزامات آن منشوری استثنایی به شمار می‌رود.

منشور اروپایی حقوق: این منشور در سال ۲۰۰۰ با توجه به حادثهٔ اجتماعی مهم جهان، یعنی تحقق اروپای واحد نگاشته شد و از جامعیت کافی برخوردار است. ویژگی منحصر به فرد این منشور اعتبار فوق‌العادهٔ ناشی از تصویب در پارلمان است. مفاد این منشور با توجه به عهدنامهٔ حقوق بشر اروپا (ECHR)^۱، قوانین مربوط به محکمهٔ عدالت اروپا^۲ و همچنین مفاد قانون اتحادیهٔ اروپا^۳ وضع شده‌اند. این منشور شامل ۵۴ ماده است که در هفت بخش از یکدیگر تفکیک شده‌اند. این هفت بخش شامل شأن و منزلت، آزادی و استقلال، مساوات و برابری، حقوق اجتماعی و حقوق کارگران، حقوق شهروندان کشورهای عضو اتحادیهٔ اروپا، عدالت، تفسیر و موارد کاربرد آن در عمل است.

منشور مردم: منشور مردم در سال ۲۰۰۱ بر مبنای یکی از معتبرترین اسناد حقوقی انگلیس به نام منشور کبیر نوشته شد و یکی از نخستین اسناد حقوقی در دوران جدید است. این بازنویسی ناشی از توجه بشریت به حقوق بشر بود تا تأکیدی بر این سند و تعهد دوباره نسبت به تحقق این حقوق باشد.

منشور جهانی حقوق شهری: این منشور که عمدتاً به مباحث شهر و شهرنشینی و حقوق ساکنان شهرها می‌پردازد، در مباحثهٔ جهانی شهری ۲۰۰۴ بارسلونا و مباحثهٔ اجتماعی قارهٔ آمریکا که در

است که جامعه برحسب آن و با فرایندهای اجتماعی و اقتصادی و نهادی، امکاناتی برای دستیابی به زندگی بهتر تأمین می‌کند. بنابراین، تحقق توسعهٔ همه‌جانبه مسیر دستیابی به شهروندی را در جامعه هموار می‌کند و، از سوی دیگر، سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی در جهت تحقق شهروندی خودبخود توسعه را به دنبال خواهد داشت.

۱.۲. منشورهای بین‌المللی حقوق شهروندی

در برداشت امروزی از توسعه، به‌ویژه توسعهٔ اجتماعی با محوریت انسان، نگرش بخشی به آن مردود دانسته شده و تعهداتی نظیر تدارک اصول سیاست اجتماعی و اقتصادی، تقویت رویه‌ها و نهادهای رشد سازمان‌های جامعهٔ مدنی، و تضمین آزادی انجمن‌ها برای دولت‌ها در نظر گرفته شده است. تدوین منشور حقوق شهروندی گامی عملی و اجرایی در این جهت بوده است. از این رو، بسیاری از کشورهای جهان به‌ویژه کشورهای توسعه‌یافته، در قالب منشور حقوق شهروندی، زیربنایی را برای احقاق و دستیابی به حقوق شهروندی تدوین کرده‌اند.

نخستین منشورهای شهروندی برای حفظ حقوق مردم در تمدن سومر شکل گرفت که معروف‌ترین آن «قانون حمورابی» حاکم بابل بوده است (پیران، ۱۳۸۰: ۱۷). از معروف‌ترین منشورهای جهانی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

اعلامیهٔ حقوق بشر و شهروندی فرانسه: این اعلامیه با الهام از اعلامیهٔ ویرجینیا (که سند جدا شدن مهاجرنشین‌های امریکای شمالی از بریتانیای کبیر و تبدیل آنها به ایالت‌های آزاد بود) در سال ۱۷۸۹ پس از انقلاب کبیر فرانسه در صحن مجمع عمومی فرانسه تصویب شد و به مثابهٔ مادر بسیاری از اعلامیه‌های حقوق شهروندان است.

اعلامیهٔ جهانی حقوق بشر: این اعلامیه در دهم دسامبر ۱۹۴۸ در مجمع عمومی سازمان ملل متحد به تصویب رسید. اعلامیهٔ جهانی حقوق بشر به همهٔ انسان‌ها تعلق دارد و مشتمل بر دیباچه و ۳۰ ماده است. مواد ۱ و ۲ بر آزادی و برابری و برابری مبتنی است و سایر مواد آزادی‌های شخصی تا اصول ملل متحد و وظایف فرد در برابر جمع را دربرمی‌گیرد.

منشور آفریقایی حقوق مردمان و بشریت: این منشور حاصل یک گردهمایی در سال ۱۹۸۱ است و ضمانت اجرایی قانونی دارد. این منشور تلاشی است در جهت احقاق حقوق مردم آفریقا و به

1. European Charter of Human Rights

2. European Court of Justice

3. European Union Law

مختلف مشاهده کرد. در سنت غربی، شهروندی عمدتاً براساس چگونگی «منزلت فرد» و همچنین «عضویت در شهر» شکل گرفته است همان‌طور که برای مثال، در فرانسه، مفهوم شهروندی بیشتر بر مبنای «نحوه رابطه فرد با شهر» تعریف شده است. اما در سنت انگلیسی تأکید بیشتر بر «فرایندهای مدنیت» و «منزلت فرد» است. از طرف دیگر، در سنت آلمانی، شهروندی با ایده «جامعه مدنی» گره خورده است، یعنی دولت وظیفه دارد به حمایت از فرد برای ورود به عرصه عمومی و رقابت و مبارزه اقتصادی بپردازد. در این سنت، شهروند یک بورژواست و بورژوازی به مثابه یک گروه منزلتی خاص در پیوند دولت با کلیسا قرار دارد و تلاش می‌کند تا از طریق نظام آموزشی به تربیت شخصیت بورژوای طبقه متوسط بپردازد.

به طور کلی باید گفت که شهروندی اتحادیه اروپا نوعی شبه‌شهروندی مشکل‌آفرین است. شهروندی اتحادیه اروپا مبتنی بر شهروندی دولت‌های عضو است و با وجود اعطای حقوق اجتماعی نسبتاً قابل توجه، حقوق سیاسی بسیار محدودی را به شهروندان اعطا می‌کند. این نوع شهروندی ارمغانی برای میلیون‌ها مهاجر «برون‌اجتماعی» به حساب نمی‌آید، ولی می‌تواند جای پای محکمی برای عضویت کامل ایجاد کند (کاستلز و دیویدسون، ۱۳۸۲: ۲۰۶).

۳. وضعیت شهروندی در جهان

قواعد و مقررات رسمی برای دستیابی به شهروندی بسیار پیچیده و از کشوری به کشور دیگر متفاوت است. با این حال، برخی گرایش‌های عمومی در این زمینه قابل تشخیص است. همان‌طور که اشاره شد، شهروندی مجموعه‌ای از حقوق و تکالیف رسمی و غیررسمی و دربردارنده احساس تعلق به جامعه است. هریک از این عناصر دارای ابعاد متعدد و متفاوتی هستند. بررسی‌ها نشان می‌دهد که مطالعه جامعی در مورد همه عناصر تشکیل‌دهنده شهروندی در سطح جهان صورت نگرفته و تنها برخی از ابعاد به‌ویژه بعد حقوقی در کشورهای مختلف ارزیابی شده‌اند. در ادامه به بعضی از شاخص‌های حقوقی شهروندی در برخی کشورهای جهان اشاره می‌شود.

۱.۳. حقوق مدنی

«حقوق مدنی شامل آزادی از انواع مشخصی از تجاوز غیرقانونی به‌ویژه به وسیله دولت است» (همان: ۲۲۸)، مانند حق برخورداری از آزادی بیان و عقیده و مذهب، و ممنوعیت تبعیض براساس

سال ۲۰۰۴ در کیوتو برگزار شد نگارش یافت. با توجه به جامعیت این منشور، اسناد دیگری نظیر آن منتشر شد، از جمله منشور رهبران سازمان‌های آسیا در سال ۲۰۰۵ در فیلیپین. این منشور به لحاظ اعتبار، جامعیت، گستره پذیرش، حوزه اثرگذاری، و نیز شیوه تدوین آن از طریق اجماع نسبی صاحب‌نظران شرکت‌کننده از کشورهای گوناگون از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (پورعزت و دیگران، ۱۳۸۶: ۱۴۱-۱۳۹).

علاوه بر موارد فوق، امروزه در تعداد قابل توجهی از کشورهای جهان منشورها و برنامه‌های شهروندسازی تدوین شده که مبنای تعاملات میان اعضای جامعه و نهادهای مختلف نظیر شهرداری و پلیس است. نکته قابل تأمل آن است که با وجود آنکه در کشور ایران، اصول اعلامیه جهانی حقوق بشر پذیرفته شده و اصطلاح «منشور حقوق شهروندی» در لایحه برنامه چهارم توسعه و به تبع آن ماده ۱۰۰ قانون برنامه چهارم گنجانده شده، هنوز منشور شهروندی تدوین نگردیده است.

۲.۲. سنت‌های شهروندی در کشورهای اروپایی و آمریکایی

شهروندی از جمله مفاهیم اساسی در شناخت و توصیف جایگاه انسان به شمار می‌رود. آنچه انسان معاصر را از انسان قرون گذشته متمایز می‌سازد، هویت شهروندی اوست. اما این مفهوم تحت تأثیر تحولات اجتماعی و اقتصادی و سیاسی دستخوش تغییر معنایی شده و در کشورها و دوره‌های تاریخی مختلف معانی متفاوتی داشته است.

به این ترتیب، در سنت‌های فرهنگی و اجتماعی مختلف، گونه‌های متفاوتی از شهروندی شکل گرفته است. مارشال در مقاله «شهروندی و طبقه اجتماعی» (۱۹۹۴)، با بررسی تضادهای نهفته در شکل‌بندی‌ها و صورت‌های سرمایه‌داری و طبقه اجتماعی در بریتانیا، توضیح می‌دهد که مفهوم شهروندی در این کشور با موضوع «طبقه اجتماعی» عجین شده است. ترنر در یک بررسی توضیح می‌دهد که در فرانسه یا آمریکا نوعی سنت «شهروندی فعال» وجود دارد، اما در بسیاری کشورهای دیگر که نگاه از بالا به پایین دولتی بر شهروندی حاکم است نوعی «شهروندی منفعل» شکل گرفته است. وی همچنین شرح می‌دهد که با توجه به تمایز بین عرصه خصوصی و عمومی و میزان تأکید بر آن، می‌توان تلقی‌های متفاوتی از شهروندی در سنت‌های فرهنگی و اجتماعی

نیازی به ویزا ندارند. جمهوری اسلامی ایران در این تقسیم‌بندی در رتبه‌های پایین قرار دارد و سفر بدون ویزا برای شهروندان ایران تنها به کمتر از ۳۰ کشور امکان‌پذیر است (Filipspagnoli, 2010).

تعداد کشورهای پذیرنده بدون روادید



نمودار ۱. شاخص روادید محدودیت (۲۰۰۸)

آزادی فردی

با توجه به آمار به‌دست‌آمده، کشور یونان از نظر آزادی‌های فردی در بالاترین مرتبه قرار دارد و مالزی و چین و روسیه دارای بدترین وضعیت هستند (FIW, 2010).

آزادی دینی

براساس آمار آزادی‌های دینی هادسون^۱، جمهوری اسلامی ایران و کره شمالی دارای کمترین میزان آزادی مذهبی بوده‌اند. آمار نشان می‌دهد که ۵۲ درصد مردم آمریکا عقیده دارند که مسلمانان حق دارند در این کشور، در هر جا که پیروان دیگر مذاهب حق ساخت عبادتگاه دارند، به تأسیس عبادتگاه و مسجد مبادرت ورزند. در مقابل، ۱۴ درصد مردم آمریکا معتقدند که به کلی نباید به مسلمانان اجازه داده شود که در آمریکا مسجد بنا کنند. ۳۴ درصد نیز معتقدند که باید تنها در برخی مناطق به مسلمانان اجازه ساخت مسجد داده شود (Filipspagnoli, 2010).

جنس، نژاد، زبان و عقیده. ابتدا اشاره‌ای کلی به وضعیت آزادی در سطح جهان می‌کنیم و سپس به بررسی سایر مؤلفه‌های مرتبط با این شاخص می‌پردازیم.

آزادی

آمار نشان می‌دهد که در مقیاس جهانی، ۸۹ کشور (۴۶ درصد) جزو کشورهای آزاد به حساب می‌آیند، در ۵۸ کشور (۳۰ درصد) آزادی نسبی وجود دارد، و ۴۷ کشور (۲۴ درصد) به عنوان کشورهای شناخته شده‌اند که آزادی در آنها جریان ندارد. براساس تقسیم‌بندی قاره‌ای، در قاره آمریکا ۲۵ کشور آزاد، ۹ کشور نسبتاً آزاد و یک کشور بدون آزادی وجود دارد. این آمار در مورد آسیا و اقیانوسیه حکایت از وضعیت وخیمی دارد به گونه‌ای که در میان کشورهای این قاره، تنها ۱۶ کشور آزاد وجود دارد، ۱۵ کشور از آزادی نسبی برخوردارند و ۸ کشور نیز به عنوان کشورهای معرفی شده‌اند که آزادی در آنها جریان ندارد. در کشورهای اروپای شرقی و اروپای میانه و کشورهای شوروی سابق، ۱۴ کشور آزاد، ۷ کشور با آزادی نسبی و ۸ کشور بدون آزادی وجود داشته است. در میان کشورهای خاورمیانه و آفریقای شمالی، تنها یک کشور آزاد وجود داشته، ۱۴ کشور آزادی نداشته‌اند و ۳ کشور از آزادی نسبی برخوردار بوده‌اند. مناطق صحرایی آفریقا نیز شامل ۹ کشور آزاد، ۲۳ کشور نسبتاً آزاد و ۱۶ کشور بدون آزادی بوده است. در نهایت، اروپای غربی از لحاظ آزادی در بهترین وضعیت نسبت به دیگر مناطق دنیا قرار دارد، به گونه‌ای که در این منطقه تنها یک کشور نسبتاً آزاد وجود دارد و مابقی که شامل ۲۴ کشور می‌شود به عنوان کشورهای شناخته شده‌اند که آزادی در آنها جریان دارد. آمار سال ۲۰۱۰ نشان می‌دهد که جمهوری اسلامی ایران از لحاظ آزادی، نسبت به گذشته، دچار افول شده است. در این آمار، ایران کشوری معرفی شده که از آزادی بهره‌مند نیست، و از لحاظ آزادی‌های شهروندی و حقوق سیاسی در وضعیتی بسیار ضعیف قرار دارد (FIW, 2010).

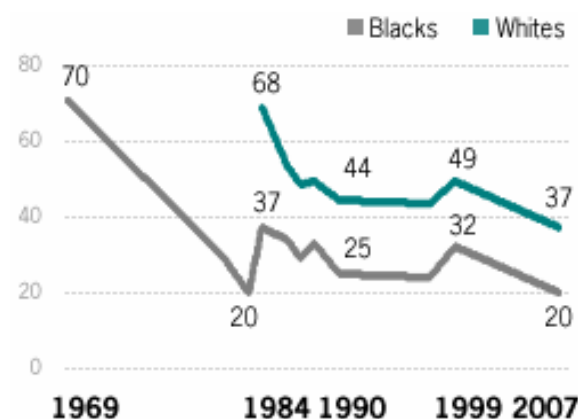
آزادی تحرک

در آمار کشورهایی که شهروندان آنها می‌توانند بدون ویزا وارد کشورهای دیگر شوند، دانمارک، آلمان و ایالات متحده آمریکا به ترتیب در بالاترین سطح قرار دارند (نمودار ۱) به طوری که شهروندان این کشورها برای سفر به بیش از ۱۵۰ کشور جهان

1. Hudson Institute Centre for Religious Freedom

تبعیض نژادی

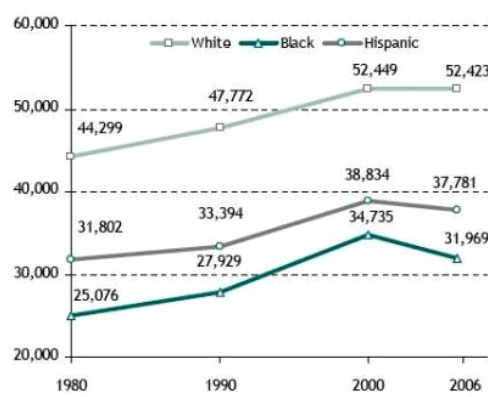
با توجه به آمار به دست آمده از مطالعه‌ای که در آمریکا در زمینه تبعیض نژادی انجام شده، به عقیده اکثریت آمریکایی‌ها، از ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۷، وضعیت سیاهپوستان در آمریکا بدتر شده است (نمودار ۲)، اما در اکثر موارد، تبعیض نژادی را جزو دلایل این امر ندانسته‌اند.



منبع: U.S. Bureau Census

نمودار ۲. درصد پاسخ‌های مثبت به پرسش: آیا سیاهپوستان از رفاه بیشتری نسبت به پنج سال پیش برخوردارند؟

همچنین آمار نشان می‌دهد در میان نژادهایی که اکثریت جامعه آمریکا را تشکیل می‌دهند، متوسط درآمد خانوارهای سفیدپوست در بالاترین سطح قرار دارد و پس از آنها لاتین‌تبارها و سیاهپوستان قرار دارند (نمودار ۳).



توضیح: سفیدپوستان شامل سفیدهای غیرلاتین‌تبار، سیاهپوستان شامل سیاهان لاتین‌تبار، لاتین‌تبارها دربردارنده هردو نژاد هستند.

منبع: U.S. Bureau Census

نمودار ۳. درآمد متوسط خانوار (برحسب تورم متناسب با دلار ۲۰۰۶)

آمار تفاوت‌های نژادی در اعدام‌ها و حبس در زندان‌ها نیز شاید بتواند ملاک خوبی برای تشخیص تبعیض در دستگاه قضایی هر کشور باشد. آمار نشان می‌دهد که در سال ۲۰۰۶، با آنکه تنها ۱۲ درصد زندانیان آمریکا را سیاهپوستان تشکیل می‌دادند، از هر سه زندانی و اعدامی، یک نفر سیاهپوست بوده است. همچنین ۵ درصد سیاهپوستان آمریکا در زندان هستند، در حالی که از میان سفیدپوستان تنها یک درصد در زندان‌های این کشور به سر می‌برند (ibid.).

آزادی مطبوعات

آزادی مطبوعات از جمله حقوق مدنی به شمار می‌رود. براساس آمار خانه آزادی^۱، از ۶ میلیارد نفر جمعیت جهان، یک میلیارد نفر در کشورهایی زندگی می‌کنند که مطبوعات در آنها آزاد است و ۲/۵ میلیارد نفر نیز در کشورهایی زندگی می‌کنند که آزادی نسبی مطبوعات در آنها حاکم است، اما آماری از وضعیت کشورهای مختلف ارائه نشده است (FIW, 2010).

۲.۳. حقوق سیاسی

حقوق سیاسی به حقوقی اطلاق می‌شود که برای مشارکت فعالانه در فرایندهای دموکراتیک ضروری است. آزادی حکومتی از جمله این حقوق به شمار می‌رود.

آزادی حکومتی

خانه آزادی، در سال ۲۰۰۷، نقشه وضعیت آزادی در جهان را منتشر کرد:



نقشه آزادی (۲۰۰۷)

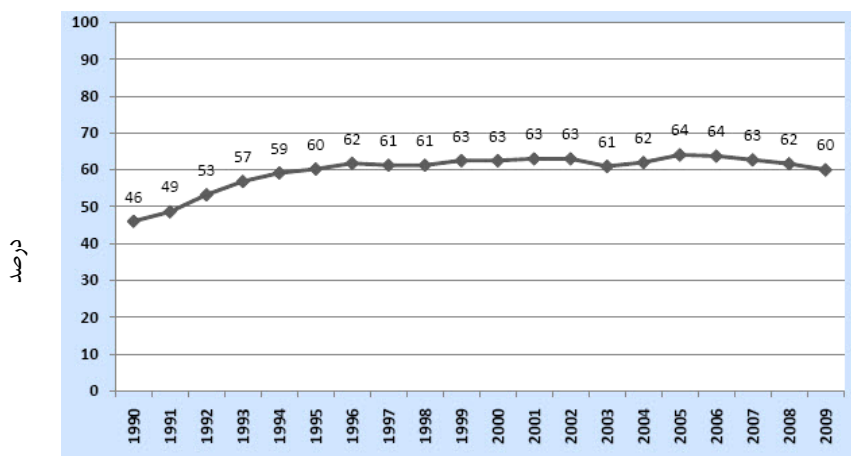
1. Freedom House

واحد اطلاعات اکونومیست^۱ آزادی حکومتی را براساس پنج متغیر اندازه‌گیری کرده است:

- روند آزاد و عادلانه انتخابات
- آزادی‌های شهروندی
- عملکرد دولت
- مشارکت سیاسی
- فرهنگ سیاسی

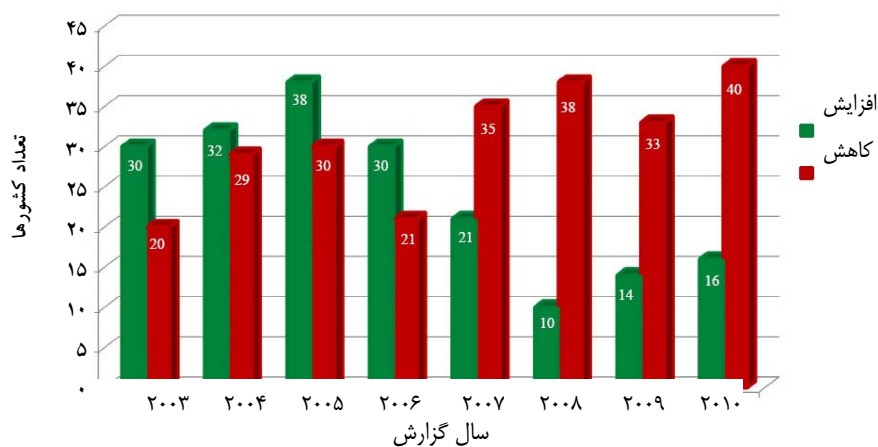
براساس نتایج به‌دست‌آمده از این تحقیق و با توجه به پنج

متغیر بالا، کشور سوئد آزادترین کشور جهان از لحاظ سیاسی شناخته شده است. جمهوری اسلامی ایران کشوری معرفی شده است که آزادی در آن در سطح پایینی قرار دارد (FIW, 2010). در پژوهش دیگری که در سال ۲۰۱۰ در مورد وضعیت آزادی در جهان انجام شده است، روند برخورداری از آزادی و دموکراسی در جهان از ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۹ به شرح زیر ارائه شده است (نمودار ۴). باید اشاره کرد که در این مطالعه نیز جایگاه ایران از این حیث نسبت به سال‌های قبل بهتر نشده و همچنان جزو کشورهایی به شمار می‌رود که آزادی در آنها کم است (ibid.).



سال مورد مطالعه

نمودار ۴. درصد دموکراسی‌های انتخاباتی



نمودار ۵. افزایش و کاهش جهانی آزادی

دموکراسی و مردم‌سالاری

براساس گزارش‌های خانه آزادی، سال ۲۰۱۰ چهارمین سال متوالی افول دموکراسی و مردم‌سالاری بوده است — طولانی‌ترین زمان عقب‌گرد در طول ۴۰ سال گذشته. در سال ۲۰۰۹، ۳۳ کشور شاهد تنزل دموکراسی بوده‌اند و این تعداد در سال ۲۰۱۰ به ۴۰ کشور افزایش یافته است (نمودار ۵). البته نتایج این آمارگیری‌ها به تعریف شاخص مورد مطالعه بستگی دارد. برای مثال، واحد اطلاعات اکونومیست، در ارزیابی شاخص دموکراسی، پنج متغیر پیش‌گفته را مورد مطالعه قرار می‌دهد (ibid.).

۳.۳. حقوق اجتماعی

حقوق اجتماعی یکی از ابعاد حقوق شهروندی است که توجه به آن در کارهای مارشال نمود بارزی داشته است. بن-بست و داهان نیز در تحقیق سال ۲۰۰۸ خود (Ben-Bassat and Dahan, 2008)، حقوق اجتماعی را به پنج گروه زیر تقسیم کرده‌اند:

- حق بهره‌مندی از منزلت اجتماعی
- حق تحصیل علم
- حق سلامت
- حق مالکیت
- حقوق کارگران (شامل حداقل دستمزد و پاداش، مرخصی زنان در زمان بارداری، محدودیت زمان کار، مرخصی با حقوق، و حقوق بیشتر در برابر کار بیشتر).

براساس این تقسیم‌بندی و با توجه به آمار، حقوق اجتماعی در بسیاری از کشورها وضعیت نامطلوبی دارد به طوری که در دسته‌بندی بر مبنای طیفی از صفر (نبود حقوق اجتماعی) تا ۳ (حقوق اجتماعی کامل)، ۴۱ درصد کشورها رتبه بالاتر از یک به دست نیاورده‌اند. در میان پنج گروه ذکرشده، حق تحصیل علم از وضعیت نسبتاً مطلوبی برخوردار است و ۵۱ کشور جهان این حق را برای مردم خود قائل بوده‌اند. میانگین حق تحصیل در کشورها ۱/۶۶ برآورد شده است. این نکته نشان می‌دهد که از میان حقوق اجتماعی، حق بهره‌مندی از تحصیل، به‌خصوص تحصیلات پایه، وضعیت مطلوب‌تری نسبت به دیگر حقوق اجتماعی دارد. در مقابل، حقوق کارگران با میانگین ۰/۴۳ بدترین وضعیت را در میان این

حقوق در جهان داراست. در این تقسیم‌بندی، جمهوری اسلامی ایران از لحاظ حق سلامت و حق مالکیت وضعیت نسبتاً نامطلوبی داشته است. از نظر حقوق کارگران نیز ایران، با امتیازی برابر ۰/۲، جزو کشورهای قرار گرفته است که وضعیت بدی دارند. از لحاظ حق تحصیل علم، امتیاز ایران برابر با ۲/۳۳ بوده است که وضعیت نسبتاً مطلوبی است. در مجموع، حقوق اجتماعی ایران با میانگین امتیاز ۱/۰۵، شرایط بدی دارد. این آمار نشان می‌دهد که وضعیت حقوق اجتماعی در ایران در بدترین شرایط قرار ندارد، اما مطلوب هم نیست (ibid.).

۴.۳. حقوق جنسیتی

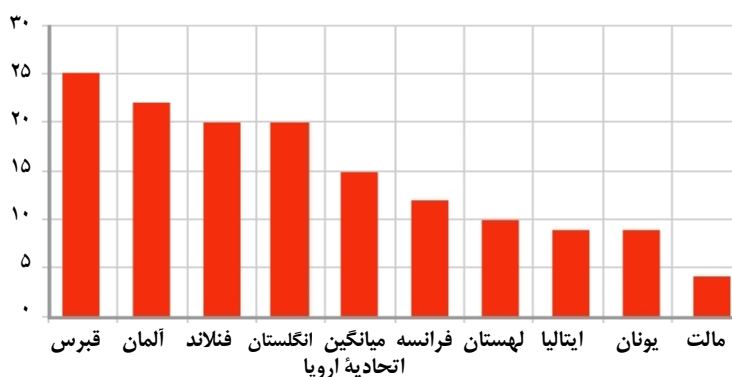
محور حقوق جنسیتی حذف هرگونه تبعیض علیه زنان در ابعاد اجتماعی، مدنی، اقتصادی و سیاسی است چنانکه برخی از دیدگاه‌ها زنان را نیازمند برخورداری از حقوق ویژه در مقایسه با مردان می‌دانند که باید شناخته و به آنان اعطا شود (شیانی، ۱۳۸۲: ۴۱). در ادامه آمارهایی از وضعیت این نوع حقوق ارائه می‌شود.

تبعیض جنسیتی

مجمع جهانی اقتصاد^۱ با انتشار شاخص‌های تبعیض نژادی بین‌المللی در سال ۲۰۰۷ به رتبه‌بندی ۱۲۸ کشور پرداخته است. این طبقه‌بندی براساس ۱۴ شاخص صورت پذیرفته که دربردارنده میزان مشارکت سیاسی، دسترسی به تحصیلات، سلامت و مشارکت اقتصادی است.

همه افراد، بدون هیچ تبعیضی، حق دریافت دستمزد و پاداش یکسان را دارند. اما حتی در کشورهای پیشرفته نیز از این جهت شاهد تبعیض هستیم که این امر در کشورهای در حال توسعه تشدید می‌شود. نمودار ۶ نشان‌دهنده این تبعیض در اتحادیه اروپاست. علاوه بر موارد فوق، پیمایش‌های متعددی در کشورهای اروپایی و آمریکایی در حوزه هنجارهای شهروندی (مشارکت، استقلال، نظم اجتماعی، همبستگی و شهروندی دموکراتیک) در ابعاد مختلف انجام می‌گیرد (Kotzian, 2009) و نتایج آنها سالانه با هم مقایسه می‌شود (Dalton, 2006).

1. World Economic Forum



نمودار ۶. شکاف پرداخت جنسیتی در اتحادیه اروپا (۲۰۰۵)

۴. وضعیت شهروندی در ایران

۱.۴. سیاست‌ها و برنامه‌ها

در ایران، تا دوره مشروطه، مردم رعیت و تابع پادشاه به شمار می‌رفتند و در قوانین و حقوق، به جای واژه شهروند، از کلمه «رعیت» یا «رعایا» استفاده می‌شد. بعد از مشروطیت و حتی بعد از تصویب قانون مدنی، افراد جامعه ایرانی از دید حقوقی تبعه دولت ایران محسوب می‌شدند و باید تابع دولت متبوع خود می‌بودند. از این رو، آنچه در جامعه ایران بیشتر بر آن تأکید شده بود مفهوم شهروند به عنوان تبعه بود و کمتر از حق و حقوق افراد جامعه سخن گفته می‌شد (اسماعیلی، ۱۳۸۰: ۱۰۶).

در قانون اساسی جمهوری اسلامی نیز، با وجود پیش‌بینی حقوق شهروندی در اصول آن، از واژه شهروند استفاده نشده و در فصل سوم حقوق ملت آمده است (شیانی، ۱۳۸۲: ۴۲). علاوه بر متون موجود در حقوق اساسی و خصوصی و مجموعه حقوق شهری مدونی که طی نیم قرن اخیر برای تنظیم روابط مردم و حاکمان (در سطح حکمرانی ملی و رژیم‌های شهری) ارائه شده، اخیراً در اسناد مستقلی نیز به بحث شهروندی پرداخته شده که از مهم‌ترین آنها در سطح ملی، علاوه بر قانون اساسی و قوانین مدنی، لایحه «حفظ و ارتقای حقوق شهروندی و حمایت از حریم خصوصی افراد، در راستای اجرای اصل بیستم (۲۰) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران» است که در بند ۵ ماده ۱۳۰ «قانون برنامه چهارم توسعه» قوه قضاییه مسئول تهیه آن شده بود و با تصویب ماده واحده «حقوق شهروندی در قانون احترام به آزادی‌های مشروع و حفظ حقوق شهروندی» محقق شد.

شهروندی در قانون اساسی

شهروندی براساس نظام حقوقی هر کشور، که مهم‌ترین رکن آن قانون اساسی است، به افراد تعلق می‌گیرد. در قانون اساسی ایران، با وجود آنکه برخلاف بسیاری از مجموعه قوانین اساسی موجود (به‌ویژه نوع غربی آن) از واژه شهروند استفاده نشده، مفاد برخی از اصول مطابق با معیارهای حقوق بشر و شهروندی است. اصول یکم تا هشتم قانون اساسی، که ناظر بر ماهیت حکومت، مشروعیت الهی، رهبری شیعی و کرامت انسانی است، در عین حال حاوی طریقه عمل مدیریت سیاسی و میزان و محدوده دخالت و مشارکت مردم نیز هست.

مطالعات نشان می‌دهد که در حقوق داخلی، با عناوین مختلفی چون «حقوق ملت» و «حقوق اجتماعی»، به حقوق شهروندی در قوانین به طور پراکنده توجه شده است. به علاوه، در فصل سوم قانون اساسی، اصول ۱۹ تا ۴۲ به این حقوق اختصاص داده شده و «ضمانت اجرای این حقوق در قانون مجازات اسلامی طبق ماده ۵۷۰ تا ۵۸۷ آمده است» (صنعتی، ۱۳۸۸: ۳۰).

فصول دیگری از قانون اساسی که به مسائلی چون تشکیل شوراه (فصل ۷)، حق حاکمیت مردم (فصل ۵)، انتخابات (فصل ۶) و برخی مسائل دیگر می‌پردازد، همگی مبتنی بر مشارکت مردم است. در واقع، با نگاهی به قانون اساسی در ایران معلوم می‌شود که حق مشارکت مردم از اهم مصادیق حقوق شهروندی در قانون اساسی ایران بوده است.

در زمینه حقوق مدنی و سیاسی، در بند ششم از اصل سوم قانون اساسی «محو هرگونه استبداد و خودکامگی و انحصارطلبی»

رسانه‌های جمعی و تدریس ادبیات اقوام مختلف در مدارس در کنار زبان فارسی از جمله این موارد است.

بنابراین، اصول قانون اساسی بسیاری از انواع حقوق شهروندی را در قالب حقوق ملت در خود جای داده است. از یک منظر می‌توان این حقوق را در سه دسته از یکدیگر متمایز کرد: حقوقی که بدون هیچ‌گونه قید و شرطی حق همه افراد محسوب می‌شوند و شامل ۱۶ اصل است؛ حقوقی که در متن قانون مقید و محدود شده‌اند و قید آنها به حکم قانون تعیین گردیده و ۷ اصل را دربرمی‌گیرند؛ و حقوق مشروط شهروندان شامل ۵ اصل عدم اخلاص به مبانی اسلام، عدم نقض استقلال، آزادی، وحدت ملی، موازین اسلامی، و عدم مخالفت با اسلام و مصالح عمومی و حقوق دیگران.

به منظور صیانت از حقوق شهروندی، دفتری در وزارت کشور تشکیل شده است.^۱ در ادامه به قوانینی می‌پردازیم که در طی سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۸۰ به تصویب رسیده و به نوعی مرتبط با حقوق شهروندی هستند.

شهروندی در برنامه‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی

تحلیل محتوای برنامه‌های توسعه (۱۳۸۳-۱۳۶۸) نشان می‌دهد که شهروندی و مسائل مربوط به آن حضور بسیار کم‌رنگ و ناچیزی در این برنامه‌ها داشته‌اند و صریحاً نیز به آنها اشاره نشده است. با این حال، برخی راهکارها و راهبردهای مندرج در برنامه‌ها ماهیتاً از

و در بند هفتم این اصل تأمین آزادی‌های سیاسی و اجتماعی و اهتمام دولت در به کار بردن همه امکانات در جهت مشارکت عامه مردم در تعیین سرنوشت سیاسی، اقتصادی و فرهنگی خویش تکلیف مهم دولت و حکومت شمرده شده است. عدم سلب آزادی‌های مشروع حتی به نام حفظ استقلال و تمامیت ارضی کشور با استفاده از ابزار قانون و وضع قوانین از جمله راهبردهای مورد تأکید در اصل نهم قانون اساسی است.

ممنوع بودن تفتیش عقاید و پرهیز از تعرض و مواخذه به دلیل عقیده (اصل ۲۳)، آزاد بودن نشریات و مطبوعات در بیان مطالب، ممنوعیت بازرسی نامه‌ها و فاش کردن مکالمات تلفنی و استراق سمع و پرهیز از هرگونه تجسس (اصل ۲۵)، آزادی احزاب و انجمن‌های سیاسی و صنفی و انجمن‌های اسلامی (اصل ۲۶)، و آزادی تشکیل اجتماعات و راهپیمایی‌ها (اصل ۲۷) از جمله موارد تصریح‌شده اجتماعی و سیاسی در قانون اساسی جمهوری اسلامی است (اسماعیلی، ۱۳۸۰: ۱۰۸).

همچنین در حیطه حقوق اجتماعی و اقتصادی شهروندان، حق انتخاب شغل و امکان انتخاب آن (اصل ۲۸)، دارا بودن مسکن متناسب (اصل ۳۱)، مصونیت شغل و مسکن از تعرض، حرمت مالکیت شخصی (اصول ۴۶ و ۴۷) و برخورداری از تأمین اجتماعی (اصل ۲۹) از جمله مواردی است که قانونگذار به آنها توجه کرده است. حقوق قضایی نیز در هشت اصل با هدف ایجاد امنیت قضایی برای اعضای جامعه شکل گرفته است. اصل ماسبق نشدن قانون، اصل برائت، اصل تأمین قضایی، اصل پیگرد و دستگیری قانونی و انتخاب وکیل، اصل ممنوعیت شکنجه و اخذ اقرار با تهدید و ارباب، اصل علنی بودن دادرسی، و اصل حق دادخواهی از جمله این موارد است.

در مورد حقوق فرهنگی نیز باید گفت که در اصل دوازدهم آزادی پیروان مذاهب مختلف در برپایی مراسم مذهبی، و در اصل پانزدهم برابری و برخورداری یکسان از حقوق فرهنگی مد نظر قرار گرفته است. در اصل نوزدهم بر حقوق مردم ایران و برابری، و در اصل بیستم بر برخورداری همه ملت از حمایت قانونی و حقوق سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تأکید شده است. همچنین در اصل بیست‌ودوم مصونیت افراد از تعرض، و در اصل چهارم چگونگی تعامل بین حقوق شخصی افراد و حقوق عمومی مشخص شده است. حق استفاده از زبان‌های محلی و قومی در مطبوعات و

۱. با ابلاغ ریاست جمهوری در تاریخ ۱۳۸۷/۹/۲۱ به وزارت کشور، فرمان تشکیل دفتر صیانت از حقوق شهروندی در وزارت کشور صادر شد. این دفتر تحت سرپرستی معاونت اجتماعی وزارت کشور شکل گرفته و فعالیت‌های آن آغاز شده است. صیانت از حقوق شهروندی شامل سه موضوع عفاف و حجاب، حقوق شهروندی و امنیت عمومی است. ستاد صیانت از حقوق شهروندی در سطح ملی و استان‌ها تشکیل شده و در حال شاخص‌سازی با محوریت دین‌مداری (و تأکید بر عدالت) در زمینه حقوق شهروندی در سطح ملی است. در این روند، تعاریف کلی از حقوق شهروندی در قانون اساسی و قوانین در دو بخش حقوق عمومی و حقوق اختصاصی مردم جمع‌آوری شده و در ابعاد اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مورد بررسی قرار گرفته است. وزارت کشور برای آگاه‌سازی مردم و فرهنگ‌سازی در زمینه حقوق شهروندی از ارگان‌های آموزشی نظیر صدا و سیما، آموزش و پرورش، و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسماً دعوت به همکاری کرده است. دفتر صیانت از حقوق شهروندی در قوه قضاییه نیز وجود دارد که بیشتر به پرونده‌های حقوقی و محرمات افراد (نظیر شکایت از قضات) رسیدگی می‌کند.

شده و برنامه ادعایی دولت وقت (دولت اصلاحات) تقویت «شهروندی مدنی و سیاسی» بوده است. مواد ۳۶، ۳۸، ۳۹، ۴۲، بند الف ماده ۴۶، مواد ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۱، بند ج ماده ۱۰۴، و همچنین مواد ۱۰۵، ۱۲۵ و ۱۳۷ به نوعی دربردارنده نکاتی در زمینه حقوق شهروندی هستند، هرچند که در هیچ‌یک از این مواد از واژه شهروند به طور مشخص استفاده نشده است.

در برنامه چهارم نیز آشکارتر از قبل به شهروندی توجه شده است. در برنامه سوم و به‌خصوص برنامه چهارم، توسعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و نیز در سند چشم‌انداز بیست‌ساله کشور کاهش تصدی‌گری دولت در جهت افزایش حقوق شهروندی پیش‌بینی شده و لازم است این واگذاری شامل تمام شهروندان گردد.

در فصل پنجم قانون برنامه چهارم که مربوط به حفظ محیط زیست است، مواد قانونی ۵۸ تا ۷۱ دربردارنده نکاتی در زمینه حقوق شهروندی هستند. همچنین در فصل هفتم این برنامه «ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی» در مواد ۸۴ تا ۹۴ و در فصل هشتم «ارتقای امنیت انسانی و عدالت اجتماعی» در مواد ۹۵ تا ۱۰۳ مورد توجه قرار گرفته است.

در ذیل ماده ۳۸ قانون برنامه چهارم آمده است که دولت موظف است تا پایان سال اول این برنامه، در قلمروهای اقتصادی که انحصار طبیعی یا قانونی وجود دارد و همچنین قلمروهایی که انحصارات جدید ناشی از توسعه اقتصادی شبکه‌ای و فناوری اطلاعات و ارتباطات به وجود می‌آید، با رعایت «حقوق شهروندان» لایحه تسهیل شرایط رقابتی و ضد انحصار را به مجلس شورای اسلامی تقدیم کند. همچنین در ماده ۴۴ این برنامه، به استقرار جامعه اطلاعاتی و تضمین دسترسی گسترده، ایمن و ارزان شهروندان به اطلاعات مورد نیاز توجه شده است.

در ماده ۱۰۰ قانون برنامه چهارم توسعه نیز چنین آمده است: «دولت موظف است به منظور ارتقای حقوق انسانی، استقرار زمینه‌های رشد و تعالی و احساس امنیت فردی و اجتماعی در جامعه، و تربیت نسلی فعال، مسئولیت‌پذیر، ایشارگر، مؤمن، رضایت‌مند، برخوردار از وجدان کاری، انضباط، روحیه تعاون و سازگاری اجتماعی، متعهد به انقلاب و نظام اسلامی و شکوفایی ایران و مفتخر به ایرانی بودن منشور حقوق شهروندی را تنظیم و به تصویب مراجع ذی‌ربط برساند.»

در ماده ۱۱۹ نیز، به منظور ارتقای امنیت عمومی و انضباط

ظرفیت بالقوه‌ای برای گسترش و ارتقای زمینه‌های ایجاد شهروندی برخوردار بوده‌اند. به عبارت دیگر، برنامه‌های اول تا سوم توسعه پس از انقلاب به صورتی محدود در تقویت زمینه و بسترسازی شهروندی مؤثر و بر برخی از اقدامات دولت تأثیرگذار بوده‌اند.

در ماهیت برنامه اول توسعه بعد از جنگ ایران و عراق، به «حقوق اجتماعی شهروندی» توجه شده است. توجه به اصلاح مدیریت قضایی و ایجاد امنیت قضایی در اهداف هشتم و نهم برنامه به معنی توجه غیرمستقیم به حقوق مدنی شهروندان است، ضمن اینکه خطمشی ایجاد زمینه لازم برای مشارکت همه مردم در امور کشور در زمره حقوق سیاسی شهروندان به شمار می‌رود. بنابراین، در حالی که محور برنامه اول توسعه حقوق اجتماعی شهروندان است، توجه مختصری نیز در آن به حقوق مدنی و سیاسی شده است.

اهداف برنامه دوم توسعه نیز مشابه برنامه اول است، با این تفاوت که در آن بر مشارکت سیاسی شهروندان در جهت کمک به بهتر انجام وظیفه کردن دولت توجه بیشتری شده است. حقوق مدنی نیز در این برنامه به صورت بسیار کمرنگ و در قالب رعایت حقوق انسانی، گسترش قانون، و جلوگیری از تعدی به حقوق اشخاص مد نظر قرار گرفته است. این برنامه از ظرفیت زیادی برای تقویت شهروندی برخوردار بوده است (توسلی و نجاتی حسینی، ۱۳۸۳: ۵۶-۵۳).

در برنامه سوم توسعه، اصلاح ساختار اقتصادی داخلی مورد توجه دولت قرار گرفته و دولت سعی داشته تا زمینه حضور بخش خصوصی و توسعه پایدار را در برنامه سوم توسعه فراهم کند. در ماده ۲۹ بیشترین تأکید بر قرار گرفتن همه اقوام جامعه زیر پوشش بیمه‌های همگانی و مکمل است. این تأکید تا ماده ۴۴ قانون برنامه سوم ادامه می‌یابد که این امر اهمیت مفاد آن را آشکار می‌سازد. به طور کلی، دولت در این برنامه کوشیده با تغییر نرخ ارز و یکسان‌سازی آن، جایگزینی تدریجی تعرفه به جای موانع تعرفه‌ای، تأسیس بانک‌ها و بیمه‌های خصوصی داخلی، تقویت بازار بورس، و تصویب و اجرای قانون سرمایه‌گذاری خارجی شرایط اقتصادی و اجتماعی ایران را بهبود بخشد.

مقایسه این برنامه با برنامه‌های اول و دوم توسعه نشان از توجه بیشتر به حقوق شهروندی دارد چنانکه در برنامه سوم توسعه به طور غیرمستقیم به «حقوق مدنی و سیاسی شهروندان» پرداخته

اجتماعی، توسعه مشارکت همه جانبه همه ایرانیان براساس حق برابر شهروندی در نظام تصمیم گیری و تصمیم سازی و مدیریت اجرایی کشور مطرح شده است.

شهروندی در قوانین و آیین نامه ها

بررسی ها نشان می دهد که در قوانین ایران به حقوق شهروندی به شکل نامتعادل توجه شده و کمتر از وظایف و مسئولیت ها سخن به میان آمده است. قانون «احترام به آزادی های مشروع و حفظ حقوق شهروندی» از جمله این قوانین است که در سال ۱۳۸۲ به تصویب رسیده است. پیش از این تاریخ نیز قوانینی در حمایت از حقوق قشرهای مختلف اجتماعی همچون کودکان، زنان و معلولان وجود داشته است. به طور کلی این قوانین را می توان به چهار دسته کلی تقسیم کرد:

قوانین مربوط به حقوق کودکان: این قوانین بیشتر ناظر بر فروش، هرزه نگاری، فحشا و کار کودکان است.

قوانین مربوط به حقوق زنان و معلولان: در این قوانین به افزایش پوشش توانبخشی و حمایتی معلولان و زنان سرپرست خانوار و حمایت از حقوق و مسئولیت های زنان در عرصه های داخلی و بین المللی پرداخته شده است.

قوانین مربوط به حقوق فرهنگی: این بند شامل قوانین مربوط به هیئت منصفه مطبوعات و قانون انتشار و دسترسی آزاد به اطلاعات می شود.

قوانین مربوط به حقوق عمومی: حقوق عمومی شامل قانون احترام به آزادی های مشروع و حفظ حقوق شهروندی، قانون حمایت از حقوق مصرف کنندگان خودرو، و قانون مدیریت خدمات کشوری می شود.

همچنین آیین نامه هایی با موضوع شهروندی در بعد حقوقی طی سال های ۱۳۸۸-۱۳۸۰ تصویب شده است. در این آیین نامه ها به حقوق فرهنگی شهروندان و به شکل بسیار محدود به حقوق اجتماعی و سیاسی آنان پرداخته شده است. از جمله آنهاست: آیین نامه سامان دهی کودکان خیابانی، اصلاح ماده ۳ آیین نامه ازدواج مردان ایرانی با زنان خارجی آواره، آیین نامه نحوه پرداخت یارانه به احزاب و گروه های مشمول و اصلاح آن، آیین نامه اجرایی قانون هیئت منصفه، اصلاح ماده ۲۵ آیین نامه اجرایی و مواد ۲ و ۱۷ قانون حمایت از حقوق پدیدآورندگان نرم افزارهای رایانه ای،

آیین نامه اجرایی قانون جامع حمایت از حقوق معلولان، آیین نامه اجرایی تبصره های ۱ و ۲ ماده واحده قانون تصویب کنوانسیون ممنوعیت و اقدام فوری برای محو بدترین اشکال کار کودک و توصیه نامه مکمل آن، اصلاح آیین نامه اجرایی قانون تأمین زنان و کودکان بی سرپرست، آیین نامه چگونگی تأمین امنیت اجتماعات و راهپیمایی های قانونی، و آیین نامه اجرایی قانون مطبوعات مصوب ۱۳۶۴ و اصلاحات بعدی آن.

شهروندی در قانون شوراهای اسلامی کشوری

استقرار شوراهای اسلامی کشوری به ویژه شوراهای اسلامی شهر به مثابه یکی از ارکان اصلی شکل گیری جامعه مدنی محلی و مدیریت شهری مشارکتی حائز اهمیت است. از این رو، انتظار منطقی از مبنای حقوقی امور شوراهای اسلامی کشوری این است که در این قانون، شهروندی جایگاه ویژه ای داشته باشد. تحلیل محتوای قانون شوراهای اسلامی نشان می دهد که در این قانون واژه های «شهروندی» و «شهروند» به کار نرفته است و برای نشان دادن جایگاه افراد و اعضای جامعه محلی شهری در نظام شوراهای اسلامی شهر از واژه های عمومی (مردم، عموم، انتخاب کنندگان و انتخاب شوندگان، اهالی حوزه انتخابیه، فرد و مانند آن) استفاده شده است. مشارکت مردمی در نظام شوراهای اسلامی شهر صرفاً محدود به شرکت در انتخابات و مشارکت برنامه ریزی شده از سوی شوراهای اسلامی شهری در امور گوناگون شهری است. در مجموع، در قانون مزبور، فصل بندی حقوقی به صورتی است که سازوکار مطلوبی برای تعیین وظایف و حقوق شهروندی در امور شوراهای اسلامی شهر دیده نشده است (صرافی و عبداللهی، ۱۳۸۷: ۱۲۷).

شهروندی در قانون شهرداری ها

بررسی ها نشان می دهد که متأسفانه در قانون شهرداری ها مصوب ۱۳۳۴ و اصلاحات و الحاقات بعدی آن، که تاکنون ملاک عمل و دارای اعتبار حقوقی است، نه تصریحاً و نه تلویحاً هیچ گونه ذکر از شهروندی به میان نیامده و صرفاً به وظایف شهرداری ها به خصوص در فصل ششم ماده ۵۵، و نه شهروندان، اشاره شده است. در حالی که در مجموعه قوانین شهرداری های کشورهای پیشرفته، به رابطه دوسویه شهرداری و شهروندان پرداخته می شود و وظایف و حقوق آنان تواتراً مطرح می گردد (همان: ۱۲۸).

با توجه به تعریف شهروندی و شاخص‌های آن (حقوق، تکالیف، و احساس تعلق) در زیر به تعدادی از کارهای پژوهشی، که نشان‌دهنده آمار و ارقام مرتبط با شاخص‌های شهروندی در ایران است، اشاره می‌شود.

مطالعات مبتنی بر شاخص حقوق شهروندی

- بررسی موانع توسعه حقوق شهروندی از نظر ساکنین کلان‌شهر تهران (موسوی، ۱۳۸۲): نتایج این تحقیق مبین فقدان آگاهی کافی و عدم آشنایی شهروندان با پدیده حقوق شهروندی است. نبود قوانین و دستورالعمل‌های مصوب و جامع و، در نهایت، در حاشیه قرار داشتن موضوع حقوق شهروندی از جمله دلایل این امر است. نتایج تحقیق حاکی از میزان اندک آگاهی از حقوق شهروندی در مناطق متوسط و پایین شهر تهران است.
- بررسی موانع برخورداری زنان از حقوق اجتماعی شهروندی (غیاثوند، ۱۳۸۳): براساس نتایج پژوهش، برخورداری زنان از استقلال مالی، درآمد اقتصادی بالای شوهر، جامعه‌پذیری جنسیتی زنان، و بالا بودن میزان تحصیلات شوهر بر میزان بهره‌مندی زنان از حقوق اجتماعی شهروندی تأثیر مثبت و فزاینده دارد. بر طبق یافته‌ها، ۷۶/۳ درصد از زنان در حد متوسط و ۹۲/۵ درصد در حد متوسط و پایین از حقوق اجتماعی شهروندی برخوردارند.
- بررسی میزان آگاهی کودکان کار و خیابان از حقوق شهروندی (نجف‌آبادی، ۱۳۸۴): این پژوهش که به روش کیفی و مصاحبه حضوری صورت گرفته نشان می‌دهد اکثر کودکان کار و خیابانی دارای آگاهی بسیار کم از حقوق شهروندی خود یا حتی فاقد هرگونه آگاهی هستند.
- بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان آگاهی از حقوق شهروندی در میان دانشجویان دانشگاه سراسری و آزاد تبریز (اسکندری، ۱۳۸۶): نتایج این پژوهش نشان داد که میزان آگاهی دانشجویان از حقوق شهروندی متوسط و کمی بالاتر است. میانگین میزان آگاهی ۷۶/۷۳ درصد بوده است.
- بررسی گرایش به حقوق برابر شهروندی بین دانشجویان دختر و پسر دانشگاه تهران (صفاری، ۱۳۸۶): بر طبق نتایج

در قوانین و مقررات شهرداری‌ها «شهروند» با «شهروند» یکی گرفته شده و حقوق و تکالیفی که شهرداری‌ها در برابر مردم دارند، در واقع، حقوق و تکالیفی است که در برابر شهروندان دارند. بررسی جایگاه شهروندی در مجموعه قوانین و مقررات مدیریت شهری و مقایسه آن با حقوق و وظایف دوسویه شهروندان و شهرداری‌ها به خوبی نشانگر غیبت شهروندی در نظام حقوقی ایران است.

در گفتمان حقوقی قانون شهرداری‌ها، رابطه میان اعضای جامعه محلی و شهری با واژه‌هایی همچون اهالی شهروند، ساکنان محل، عموم، ناس، و اهالی شهر بیان شده است. این واژه‌ها پیش از آنکه در فضای مفهومی شهروندی قرار داشته باشند، متعلق به گفتمانی حقوقی هستند که به اعضای محلی یا به عنوان توده‌ای فاقد حقوق و وظایف قانونی یا صرفاً شهروند بدون حقوق نگاه می‌کند. در فصل‌بندی قانون شهرداری‌ها نیز، به سبب محتوای حقوقی بخش‌های گوناگون قانون مزبور و نیز موضوع آن، رابطه حقوقی اعضای جامعه محلی شهری و شهرداری‌ها متغیر دیده شده است، به طوری که در تمام جنبه‌های آن رابطه شهروندی و شهرداری مشاهده نمی‌شود. در مجموع، قانون کنونی شهرداری‌ها که از حیث حقوقی دارای اعتبار قانونی و ضمانت اجراست، به هیچ‌وجه بازتابنده روح شهروندی مدرن نیست (تجاتی حسینی، ۱۳۸۰).

در سال‌های اخیر شهرداری توجه بیشتری به شهروندی نشان می‌دهد، اما شهروندی بیشتر در قالب خدمات شهری مطرح شده است و تمام ابعاد حقوق شهروندی را دربر نمی‌گیرد.

۲.۴. شاخص‌ها

طی سال‌های اخیر، در زمینه شهروندی و ابعاد آن مطالعات نسبتاً گسترده‌ای در ایران صورت گرفته است. تعداد مقالات چاپ‌شده با موضوع شهروندی در فهرستگان ۲۲۸، مقالات موجود در پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی ۳۸، و در نمایه ۱۵۸ بوده که محور اکثر آنها حقوق شهروندی است. برخی از این مقالات برگرفته از کارهای پژوهشی و مبتنی بر تجارب تحقیقاتی و بخشی مطالب نظری و مفهومی در این حوزه است. کارهای پژوهشی نیز آمار قابل توجهی را در این زمینه به خود اختصاص داده‌اند چنانکه حدود ۷۶ پایان‌نامه و چندین طرح پژوهشی در این زمینه ارائه شده است.

- شهروندی فعال و نظارت شهروندی؛ بررسی وضعیت مناطق ۲۲ گانه شهرداری تهران براساس داده‌های سامانه ۱۸۸۸ (روشنفکر و دیگران، ۱۳۸۷): این مطالعه براساس داده‌های مندرج در گزارش‌های سال ۱۳۸۷ عملکرد مناطق در سامانه ۱۳۷ و ۱۸۸۸ انجام شده است. در مجموع، یافته‌ها نشان می‌دهد که فعالیت شهروندی در حوزه مدیریت شهری از وضعیت مناسبی برخوردار نیست و به رغم وجود سیستم نظارت همگانی واسط و آسان، سهم شهروندان در مشارکت در حوزه مدیریت شهری بسیار ناچیز است.

مطالعات مبتنی بر شاخص احساس تعلق و هویت شهروندی

- بررسی عوامل مؤثر بر گرایش شهروندی نوجوانان تهران (اینانلو، ۱۳۸۴): نتایج پژوهش حاکی از آن است که میزان گرایش به شهروندی در میان ۵۳/۶۶ درصد از دانش‌آموزان زیاد، در میان ۳۸/۶ درصد متوسط، و در میان ۷/۸ درصد کم بوده است. در مورد رابطه بین جنسیت و میزان گرایش به شهروندی نیز، طبق نتایج، میانگین گرایش به شهروندی در میان دانش‌آموزان دختر (۸۴/۸۹ درصد) بیشتر از میانگین آن در میان دانش‌آموزان پسر (۸۱/۳۹ درصد) است. همین طور بین نوع مدرسه (دولتی یا غیردولتی) و میزان گرایش به شهروندی تفاوت وجود دارد و میانگین گرایش به شهروندی در میان دانش‌آموزان مدارس دولتی بیشتر از مدارس غیردولتی است. متغیرهای میزان مشارکت در فعالیتهای فوق برنامه مدرسه، سرمایه فرهنگی خانواده، میزان مطالعه روزنامه، و تعداد عضویت‌های گروهی ارتباط مثبت و معنادار با گرایش نوجوانان به شهروندی دارند و مجموعاً ۲۳ درصد از واریانس کل را تبیین کرده‌اند.
- بررسی جامعه‌شناختی شهروندی در ایران بعد از انقلاب اسلامی ۵۷ با تأکید بر جامعه کردستان (سحابی و دیگران، ۱۳۸۴): بر طبق این تحقیق، احساس شهروندی در میان ساکنان کردستان کم‌رنگ است چنانکه ۷۵/۵ درصد از پاسخگویان مخالف به کارگیری کارمندان و مسئولان غیربومی در شهر هستند. همچنین شاخص بعد عاطفی

- پژوهش، میزان گرایش به حقوق برابر شهروندی در میان دانشجویان بیش از ۶۰ درصد بوده است. میزان گرایش به حقوق برابر شهروندی در میان مردها ۸۱/۵ درصد و در میان زنان ۸۶/۵ درصد بوده است. همچنین بیشترین میزان گرایش مربوط به حقوق برابر جنسیتی در میان زنان (۲۴/۸ درصد) و سپس گرایش به حقوق برابر مدنی در میان دانشجویان دختر و پسر (۲۰/۶ درصد) بوده است.
- بررسی عوامل مؤثر بر میزان آگاهی از حقوق شهروندی در میان دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی و دانشگاه آزاد اسلامی (داودوندی، ۱۳۸۸): طبق یافته‌های پژوهش، میزان آگاهی از وظایف شهروندی در میان اکثر دانشجویان حقوق شهروندی در میان اکثر دانشجویان متوسط (۵۶/۴ درصد) و سپس کم (۲۲/۵ درصد) بوده است. همچنین میانگین آگاهی از حقوق شهروندی در میان مجموع دانشجویان (۷۷/۳۷ درصد) بوده است. براساس نتایج این پژوهش، میانگین آگاهی دانشجویان دانشگاه آزاد از حقوق شهروندی نسبت به دانشجویان دانشگاه علامه کمتر است.

مطالعات مبتنی بر شاخص تکالیف شهروندی

- عوامل مؤثر بر تعهدات شهروندی در بین شهروندان بالای ۱۸ سال شهر تهران (فاطمی‌نیا، ۱۳۸۶): این پژوهش، که تعهدات شهروندی را در دو بعد رفتاری و تعمیم‌یافته مورد مطالعه قرار داده، میانگین تعهدات شهروندی را حدود ۶۳/۱۴ نشان می‌دهد. در میان زنان ۷۱/۶ درصد و در میان مردان ۵۷/۶ درصد به میزان زیاد به تعهدات شهروندی پایبند بوده‌اند. از لحاظ میانگین تعهدات شهروندی نیز مردان از تعهدات شهروندی کمتری (با میانگین ۶۱/۱۶) در مقایسه با زنان (با میانگین ۶۵/۴۲) برخوردار بوده‌اند. در زمینه عوامل جامعه‌شناختی مؤثر بر تعهدات شهروندی، یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که سرمایه اجتماعی، احساس ناامنی، و گرایش افراد به رعایت قوانین و ضوابط (عام‌گرایی) میزان تعهدات شهروندی آنها را افزایش خواهد داد و انومی اجتماعی منجر به کاهش تعهدات شهروندی می‌شود.

- نقش شهروندان سیاسی نسبتاً قوی (۰/۶۴-) بوده است.
- جوانان، شهروندی و ادغام اجتماعی (ذکائی، ۱۳۸۲): این پژوهش که با رویکرد نظریه میدانی در میان جوانان ۱۸ تا ۳۰ سال انجام شده نشان می‌دهد که طیف‌های مختلف جوانان نمونه، مفهوم‌سازی متفاوتی از شهروندی و معرف‌های آن دارند و تصویرسازی از وظایف و حقوق شهروندی با جنسیت مرتبط است. همچنین جوانان بیش از آنکه با حقوق اجتماعی و فرهنگی خود به عنوان «شهروند» آشنا باشند، عموماً به وظایف شهروندی اشاره داشته‌اند.
 - شهروندی و مشارکت مدنی، بررسی تأثیر آگاهی از حقوق و تعهدات شهروندی در شهر بر فرایند تحقق حقوق شهروندی: مورد کلان‌شهر تهران (احمدی، ۱۳۸۳): نتایج کلی تحقیق نشان می‌دهد که ۳۹/۷۴ درصد به حقوق قانونی، ۸/۹۷ درصد به حقوق سیاسی، ۴۰/۷ درصد به حقوق اجتماعی، و ۱/۱۱ درصد به حقوق مشارکتی خود آگاهی داشته‌اند. بنابراین، در میان انواع حقوق، بیشترین میزان آگاهی مربوط به حقوق اجتماعی و کمترین میزان مربوط به حقوق مشارکتی بوده است. همچنین در زمینه میزان آگاهی از تعهدات شهروندی، ۳۷/۱۵ درصد به تعهدات قانونی، ۱۳/۲ درصد به تعهدات سیاسی، ۴۷/۵۶ درصد به تعهدات اجتماعی، و ۱/۲۲ درصد به تعهدات مشارکتی خود آگاهی داشته‌اند که کمترین میزان آگاهی مربوط به تعهدات مشارکتی و بیشترین آن مربوط به تعهدات اجتماعی بوده است.
 - بررسی عوامل مؤثر بر نگرش به شهروندی در بین دانشجویان (منتخب مدنی، ۱۳۸۴): یافته‌های پژوهش بیانگر نگرش قوی دانشجویان (۸۵/۳۵ درصد) نسبت به شهروندی است. همچنین نگرش به حقوق و تکالیف شهروندی با ۵۰/۹۱ درصد میانگین بالاتری را نسبت به احساس مشارکت (۲۱/۵ درصد) و احساس تعلق (۱۳/۴۲ درصد) کسب کرده است. در زمینه میزان شناخت نسبت به حقوق، بالاترین نمره میانگین (۷۸/۴ درصد) به حقوق اجتماعی و کمترین آن (۲۸/۲ درصد) به برخورداری از حقوق برابر تعلق دارد که جزو حقوق مدنی افراد محسوب

- شهروندی نشانگر احساس ضعیف شهروندی (۵۲/۲ درصد) در میان پاسخگویان بوده است. از میان پاسخگویان، ۹۰ درصد معتقد نبوده‌اند که با آنها مانند شهروند درجه یک برخورد می‌شود و ۸۹/۴ درصد اعتقاد نداشته‌اند که دولت حقوق آنان را به رسمیت می‌شناسد.
- احساس شهروندی در مراکز استان‌های ایران (یوسفی و عظیمی هاشمی، ۱۳۸۷): بر طبق یافته‌های تحقیق، میانگین احساس شهروندی در بعد احساس برابری مشارکتی ۴۹ درصد، و احساس برابری قانونی در بعد فرصتی ۵۰/۴ درصد و در حد متوسط و در بعد توزیعی ۴۶/۹ درصد بوده است. همچنین احساس هویت سیاسی ۷۷ درصد و در حد بالا بوده است.
 - هویت شهروندی و راهکارهای ارتقای آن (شیانی و محمدی، ۱۳۸۸): نتایج پژوهش نشان‌دهنده هویت شهروندی متوسط رو به ضعیف در میان شهروندان تهرانی است. هویت شهروندی در میان ۲۰/۹ درصد از شهروندان تهرانی ضعیف، در میان ۵۹/۷ درصد از آنان متوسط، و در میان ۱۹/۴ درصد از شهروندان قوی برآورد شده است. در بعد احساس تعلق به کشور، هویت ملی و وفاداری به کشور قوی، و در پذیرش تنوع منافع و اولویت منافع جمعی بر فردی در حد متوسط است؛ در هنجارهای دموکراتیک و برخورداری از حقوق شهروندی نیز تعهدات مدنی متوسط و ضعیف است. این ضعف به‌ویژه در عرصه مشارکت نمود یافته است.

مطالعات مبتنی بر شاخص حقوق و تکالیف شهروندی

- موانع گسترش شهروندی سیاسی زنان، مورد زنان عضو اولین شوراهای اسلامی (شاه‌رکنی، ۱۳۸۱): بر طبق نتایج پژوهش، میزان شدت و ضعف شهروندی سیاسی زنان برحسب میانگین حدود ۳۹ درصد بوده است. رابطه چگونگی تقسیم کارهای خانگی با میزان شهروندی زنان متوسط (۰/۴۴-)، ارتباط چگونگی تقبل نقش‌های جنسیتی با میزان شهروندی سیاسی زنان در حد متوسط اما قوی‌تر از قبلی (۰/۵۳-)، و رابطه موقعیت زنان در عرصه خصوصی به طور کلی با موقعیت آنها در عرصه عمومی در

دیگران از حقوق و وظایف اجتماعی شهروندی آگاه‌اند. پایگاه اقتصادی و سطح تحصیلات مؤلفه‌هایی هستند که تأثیر مثبت و مستقیم بر میزان آگاهی از حقوق و وظایف اجتماعی و مدنی شهروندی دارند.

- بررسی عوامل مؤثر بر میزان احساس شهروندی در میان دانشجویان دانشگاه شهید چمران (فاضل، ۱۳۸۶): یافته‌ها حاکی از آن است که ۴۲/۴ درصد از پاسخگویان دارای احساس شهروندی پایین، ۵۴/۳ درصد دارای احساس شهروندی متوسط، و ۳/۳ درصد برخوردار از احساس شهروندی بالا بوده‌اند. در زمینه میزان آگاهی از حقوق شهروندی نیز باید گفت که ۵۸/۲ درصد از پاسخگویان آگاهی کم، ۳۸ درصد آگاهی متوسط، و ۳/۸ درصد آگاهی زیاد از حقوق شهروندی داشته‌اند. در مورد آگاهی از وظایف شهروندی هم نتایج نشان داد که ۳۸ درصد آگاهی کم، ۵۴/۳ درصد آگاهی متوسط و ۷/۷ درصد آگاهی زیاد از وظایف خود داشته‌اند.

- سنجش سرمایه اجتماعی در ایران (موسوی، ۱۳۸۶): این پژوهش در بخشی از یافته‌های خود به مفهوم شهروندی در قالب نگرش نسبت به رعایت اخلاق شهروندی در مراکز استان‌های ایران پرداخته است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که میزان سرمایه اجتماعی در کلان‌شهرها به‌ویژه تهران کم است. به علاوه، میزان اطمینان از رعایت اخلاق شهروندی در ایران در میان ۳۴/۸ درصد کم، در ۳۰/۸ درصد متوسط، و در میان ۳۴/۴ درصد زیاد به دست آمده است.

- بررسی احساس شهروندی در بین دانشجویان علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد (معمدی، ۱۳۸۶): طبق نتایج حاصل شده، میانگین احساس شهروندی پاسخگویان ۲۴/۳ درصد است. این عدد نشان می‌دهد که میانگین برخورداری پاسخگویان از احساس شهروندی در حد تقریباً متوسطی قرار دارد. از میان گویه‌های بررسی شده مربوط به احساس شهروندی، گویه‌های حق تساوی در برابر قانون و حق انتخاب کردن کمترین میانگین و گویه وظیفه حفظ بهداشت محیط بالاترین میانگین را به خود اختصاص داده‌اند. در زمینه وظایف شهروندی، کمترین موافقت

می‌شود. در مورد وظایف، بیشترین و کمترین نمره میانگین (به ترتیب ۵۴/۳ و ۲۲/۳ درصد) مربوط است به دنبال کردن مسائل سیاسی و اطاعت از قانون.

- بررسی میزان آگاهی از شاخص‌های شهروندی در بین جوانان شهر بجنورد و عوامل مؤثر بر آن (ایزائلو، ۱۳۸۵): در این پژوهش که در مورد جوانان ۱۹ تا ۲۹ سال شهر بجنورد صورت گرفته، برای سنجش میزان آگاهی از حقوق و وظایف شهروندی، یک طیف پنج قسمتی در نظر گرفته شده است. نتایج نشان می‌دهد که متوسط میزان آگاهی از حقوق شهروندی ۳/۳۸، متوسط میزان آگاهی از وظایف شهروندی ۳/۳۶، و متوسط میزان آگاهی از شهروندی ۳/۳۷ درصد بوده است. بنابراین، میزان آگاهی جوانان متوسط رو به بالا بوده است.

- بررسی روش‌های تحقق آموزش همگانی شهروندی (کاظمی، ۱۳۸۶): با توجه به اهمیت و ضرورت آموزش‌های همگانی شهروندی و جایگاه آن در نظام مدیریت شهری، هدف این پژوهش طراحی نظام‌مند و علمی فرایند آموزش همگانی شهروندی در شهر مشهد بوده است. در این پژوهش، پس از تجزیه و تحلیل نیازهای شناسایی شده، در مجموع حدود ۴۰ نیاز آموزشی برای گروه‌های هدف (کودکان، نوجوانان، جوانان، میانسالان و سالمندان) مشخص شد. نتایج تحقیق نشان می‌دهد که مرتبه اولویت نیاز به آشنایی با حقوق و وظایف شهروندی در نزد گروه‌های هدف متفاوت است. از منظر کودکان این نیاز اولویت دهم، از منظر نوجوانان اولویت یازدهم، از دیدگاه جوانان اولویت چهارم، از دید میانسالان اولویت چهارم، و از دید سالمندان اولویت سیزدهم بوده است. از این رو، ضرورت آموزش حقوق و تکالیف شهروندی به جوانان بیشتر احساس شده است.

- بررسی رابطه بین عوامل فردی- اجتماعی با میزان آگاهی از حقوق و وظایف اجتماعی و مدنی (فضلی، ۱۳۸۶): نتایج پژوهش نشان می‌دهد که افراد متأهل بیشتر از افراد مجرد از وظایف اجتماعی شهروندی آگاهی دارند. همچنین میزان آگاهی زنان از حقوق اجتماعی شهروندی بالاتر از مردان است. افرادی که سطح تحصیلات بالایی دارند بیشتر از

(۴۶/۳ درصد) است. به علاوه، میزان آگاهی از وظایف شهروندی در میان مردان با میانگین ۶۴/۵ درصد در حد متوسط رو به بالاست. بیشترین میزان آگاهی از وظایف متعلق به وظایف فرهنگی (۸۴/۸ درصد) و کمترین میزان مربوط به وظایف سیاسی (۴۲/۴ درصد) است.

مطالعات مبتنی بر شاخص حقوق، تکالیف و احساس شهروندی

- تحلیلی جامعه‌شناختی از وضعیت شهروندی در لرستان (شیانی، ۱۳۸۱): این پژوهش درصدد است تا با استفاده از داده‌های پژوهشی مربوط به موضوع، به توصیف وضعیت شهروندی و تحلیل عوامل مؤثر بر نحوه نگرش افراد نسبت به حقوق و وظایفشان در سه شهر بروجرد، خرم‌آباد و نورآباد بپردازد. نتایج حاصل از جداول و آزمون‌های آماری نشان می‌دهد که افراد در این سه شهر آگاهی بالایی از حقوق و وظایف شهروندی نداشته‌اند. میزان کلی آگاهی از حقوق شهروندی در میان ۲۰/۱ درصد کم، در میان ۵۸/۱ درصد متوسط، و در میان ۲۱ درصد زیاد و کمترین میزان آن متعلق به نورآباد و بیشترین آن در بروجرد بوده است. همچنین نتایج کلی حاکی است که میزان آگاهی از وظایف شهروندی در میان ۲۰/۲ درصد کم، در میان ۶۴/۲ درصد متوسط، و در میان ۱۵/۶ درصد زیاد و کمترین میزان آن مربوط به بروجرد و بیشترین آن متعلق به نورآباد بوده است. به علاوه، تفاوت در میزان آگاهی از حقوق و وظایف شهروندی برحسب جنسیت بوده است چنانکه زنان آگاهی به مراتب کمتری از حقوق و وظایف شهروندی خود به‌ویژه در بعد حقوقی داشتند.
- وضعیت شهروندی و موانع تحقق آن در ایران (شیانی، ۱۳۸۲): این مطالعه به واکاوی مفهوم شهروندی در بستر تاریخ از دوران باستان تا امروز پرداخته و در بخش میدانی، شهروندی را در مؤلفه‌های موقعیت، احساس و عمل در کشور بررسی کرده است. در بعد موقعیت شهروندی (درک معنای شهروندی، آگاهی از حقوق و وظایف)، بیشترین درک پاسخگویان از معنا و مفهوم «شهروندی» به ترتیب در بین ۲۷/۹ درصد موارد «سکونت در شهر» و در ۲۳/۱ درصد موارد «مجموعه حقوق و وظایف» بوده و ۱۶/۱

مربوط به گویه‌های شرکت در انتخابات و پرداخت مالیات است که تنها ۱۶ درصد افراد با این گویه‌ها موافقت کرده‌اند.

- سنجش سرمایه اجتماعی در تهران (موسایی و دیگران، ۱۳۸۷): نتایج این پژوهش بیانگر آن است که نگرش نسبت به برخورداری از حقوق شهروندی در میان ۴۴/۹ درصد از پاسخگویان (شهروندان تهرانی) کم، در میان ۳۳/۱ درصد متوسط، و در میان ۲۲ درصد از پاسخگویان زیاد بوده است. در مورد نگرش نسبت به انجام دادن تکالیف شهروندی نیز باید گفت که ۳۸ درصد پاسخگویان (شهروندان تهرانی) نگرش منفی، ۳۷/۳ درصد نگرش بینابین، و ۲۴/۷ درصد از پاسخگویان نگرش مثبت داشته‌اند. همچنین نگرش نسبت به رعایت اخلاق شهروندی در میان ۳۸/۵ درصد از پاسخگویان (شهروندان تهرانی) منفی، در میان ۳۲/۲ درصد بینابین، و در میان ۲۹/۳ درصد مثبت ارزیابی شده است.
- میزان آگاهی شهروندان تهرانی از حقوق و تعهدات شهروندی (شیانی و فاطمی‌نیا، ۱۳۸۸): نتایج پژوهش نشان می‌دهد که میانگین آگاهی شهروندان در حوزه فرهنگی ۷۷/۸۱ درصد است. همین‌طور میانگین آگاهی شهروندان در حوزه اقتصادی و اجتماعی به ترتیب ۶۴/۶۵ و ۶۳/۷۱ درصد است. پایین‌ترین آگاهی شهروندان تهرانی در حوزه سیاسی با میانگین ۵۵/۰۹ درصد است. میانگین آگاهی از تعهدات فرهنگی ۷۵/۶۶، تعهدات اقتصادی ۵۳/۱۳، تعهدات اجتماعی ۴۹/۷۳، و تعهدات سیاسی ۶۰/۷۹ درصد بوده است. لذا کمترین میزان آگاهی به تعهدات اجتماعی اختصاص دارد.
- مفهوم‌سازی شهروندی: مطالعه موردی دانشگاه‌های تهران (عظیمی و شایسته مجد، ۱۳۸۸): در این پژوهش میزان آگاهی دانشجویان نسبت به چهار بعد حقوق یعنی حقوق سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی سنجیده شده است. در میان مردان، میانگین میزان آگاهی از حقوق شهروندی ۵۲/۱ درصد و در حد متوسط و در میان زنان ۵۴/۸ درصد است. بیشترین میزان آگاهی در میان همه دانشجویان (صرف نظر از جنسیت) در زمینه حقوق اقتصادی (۷۹/۴ درصد) و کمترین میزان آگاهی مربوط به حقوق سیاسی

درصد) در حد متوسط بوده است. در مقایسه ارقام مؤلفه‌های آگاهی از حقوق، برخورداری از امکانات رفاهی بالاترین درصد و حق انتشار نشریات پایین‌ترین درصد را داشته است. ارزیابی ابعاد مختلف وظایف شهروندی نیز نشان می‌دهد که آگاهی از اخبار و مسائل کشور بالاترین میزان و مشارکت در امور و مسائل مختلف جامعه کمترین میزان را دارند. ارزیابی بعد رفتاری شهروندی نیز نشان می‌دهد که اکثریت افراد (۸۸/۶ درصد) برخورداری خود را از حقوق در حد کم و متوسط دانسته‌اند. همچنین در زمینه عمل به تکالیف و وظایف شهروندی، ۵۴/۶ درصد در حد متوسط و ۲۲/۴ درصد در حد پایین بوده‌اند.

- بررسی رابطه پایگاه طبقاتی و میزان شناخت افراد از ابعاد مختلف شهروندی (جعفری آزاد، ۱۳۸۷): نتایج این پژوهش حاکی از آن است که میزان شناخت از شهروندی در میان ۳۵/۷ درصد از پاسخگویان کم، در میان ۳۱/۳ درصد متوسط، و در میان ۳۱/۹ درصد زیاد بوده است. مردان شناخت بیشتری نسبت به زنان از موقعیت شهروندی خود دارند اما احساس شهروندی زنان از مردان بیشتر است. همچنین عمل به شهروندی در میان مردان بیشتر از زنان بوده است.

- وضعیت شهروندی در شهر تهران: مروری بر یافته‌های پژوهشی یک دهه اخیر ۱۳۸۷-۱۳۸۸ (روشنفکر و دیگران، ۱۳۸۸): یافته‌های پژوهشی یک دهه اخیر در خصوص وضعیت شهروندی در تهران حاکی از متوسط بودن میزان شهروندی در مفهوم‌سازی‌های مختلف، اعم از فرهنگ شهروندی، روحیه شهروندی، گرایش شهروندی، نگرش شهروندی، و برخورداری از حقوق شهروندی است. ماهیت جامعه‌شناختی شهروندی شکل گرفته در ایران در سطح کلان به صورت «شهروندی از بالا، شهروندی انفعالی و شهروندی معطوف به حوزه خصوصی» تا «شهروندی از پایین، شهروندی فعال و شهروندی معطوف به حوزه عمومی» است. به لحاظ هویتی، افراد بیشتر هویت ملی دارند تا شهروندی و بیشترین احساس تعلق در نوسان بین خانواده و کشور و احساس تعلق به شهر و محل سکونت ضعیف است. در حالی که آگاهی از حقوق بیشتر از آگاهی

درصد هم درکی از این مفهوم نداشته‌اند. آگاهی از حقوق شهروندی در میان ۲۳/۲ درصد از پاسخگویان کم، در میان ۵۴/۹ درصد متوسط، و در میان ۲۱/۹ درصد زیاد بوده است. همچنین میزان آگاهی از وظایف شهروندی در میان ۲۶/۸ درصد از پاسخگویان کم، در میان ۵۱/۸ درصد متوسط، و در میان ۲۱/۴ درصد زیاد بوده است. در مجموع، سطح آگاهی افراد نسبت به وظایف شهروندی خود کمتر از سطح آگاهی آنان نسبت به حقوق شهروندی بوده است. در بعد احساس شهروندی (احساس تعلق، فضیلت مدنی)، بیشترین احساس تعلق، نسبت به خانواده (۴۸/۱ درصد) و پس از آن نسبت به کشور (۳۳/۸ درصد) است. فضیلت مدنی که ناظر بر ترجیح منافع جمعی به فردی است در ۴۷ درصد افراد پایین ارزیابی شده است. در بعد عمل به شهروندی، برخورداری از حقوق (۲۱/۴ درصد) پایین‌تر از عمل به وظایف (۲۳ درصد) ارزیابی شده است. از این رو باید گفت که شهروندی، در ابعاد نظری و عملی، در حد متوسط و کم تحقق یافته است. میزان تحقق به شکل پیوستاری از شهرهای کمتر توسعه‌یافته (زاهدان) تا شهرهای توسعه‌یافته (تهران) به دست آمده است.

- فقر، محرومیت و شهروندی در ایران (شیانی، ۱۳۸۳): نتایج پژوهش نشان داده است که در دو منطقه از جامعه ایران (تهران و سیستان و بلوچستان) که با دو سطح توسعه‌یافتگی بالا و پایین تشخیص داده شده‌اند، دو سطح از تحقق شهروندی هم مشاهده می‌شود چنانکه میانگین آگاهی از حقوق و وظایف شهروندی در تهران ۴۸/۹ و ۳۸/۳ و در سیستان و بلوچستان ۳۶/۵ و ۲۹/۱ درصد است. به این ترتیب، شهروندی در مناطق مختلف ایران به طور یکسان تحقق نیافته است و می‌توان درجات متفاوتی را با توجه به عناصر و مؤلفه‌های تشکیل‌دهنده آن مشاهده کرد.

- تحلیلی بر وضعیت شهروندی در شهر تهران، نگاهی بر مدیریت شهری (شیانی، ۱۳۸۷): این پژوهش به منظور بررسی وضعیت شهروندی در تهران انجام شده است. نتایج پژوهش نشان داده است که میزان آگاهی از حقوق شهروندی (۵۷/۲ درصد) و میزان آگاهی از وظایف (۵۲/۵

• آسیب‌شناسی تربیت شهروندی در برنامه درسی پنهان نظام آموزش متوسطه نظری از منظر معلمان شهر تهران و ارائه راهکارهایی برای بهبود وضعیت آن (واحد چوکده، ۱۳۸۴): نتایج پژوهش نشان می‌دهد که آسیب‌های ناشی از جو اجتماعی حاکم بر نظام آموزش متوسطه نظری، مانند فقر فرهنگی والدین و عدم حساسیت آنان نسبت به تعلیم و تربیت فرزندان، فرهنگ نامناسب حاکم بر مدرسه، ارتباط نامناسب دانش‌آموزان با یکدیگر و با معلم، ساختار سازمانی نظام آموزش متوسطه، بی‌توجهی به شایستگی معلمان، شیوه‌های نادرست نظارت مدیران بر عملکرد معلمان، نظام نامناسب نمره‌گذاری، روش نادرست تدریس معلم، و مشارکت نداشتن دانش‌آموز در فعالیت‌های کلاس مانع از تحقق اهداف برنامه آموزشی پنهان برای تربیت شهروند می‌شوند.

بررسی وضعیت تحقیقات تجربی در ایران نشان می‌دهد که مطالعات عمدتاً در سطح خرد (آگاهی از حقوق و تعهدات شهروندی و...) هستند و در سطح کلان جز مطالعات زیربنایی «شهر شهروندمدار و منشور شهروندی» (پیران، ۱۳۷۶، ۱۳۸۰) و «وضعیت شهروندی و موانع تحقق آن در ایران» (شیانی، ۱۳۸۲) کاری انجام نشده است. افزون بر این، ابزار اندازه‌گیری واحدی در تحقیقات انجام‌شده به کار نرفته است؛ در نتیجه، امکان مقایسه نتایج این تحقیقات با یکدیگر و با وضعیت شهروندی در سایر کشورها و همین‌طور بررسی روند شهروندی در طی دوره‌های زمانی مختلف وجود ندارد. تأکید بر بعد حقوقی به‌ویژه آگاهی از حقوق شهروندی و توجه کمتر به تکالیف شهروندی و هویت شهروندی از دیگر ویژگی‌های پژوهش‌های مذکور به شمار می‌رود که نباید از آن غفلت کرد. البته این وضعیت با قوانین مصوب کشور همخوانی دارد و در قوانین نیز بیشتر بر حقوق شهروندی تأکید شده است. علاوه بر مطالعات ذکرشده، تعداد قابل توجهی از تحقیقات در زمینه شهروندی، بر رفتار سازمانی در مراکز و ادارات مختلف متمرکزند و دیدگاه صرفاً مدیریتی آنان بعد بسیار محدودی از شهروندی در معنای خاص این پژوهش (تعهدات گروهی بین کارکنان سازمان) را دربرمی‌گیرد.

نسبت به وظایف شهروندی بوده، برخورداری از این حقوق کمتر از انجام وظایف ارزیابی شده است. بیشتر افراد درک درستی از مفهوم شهروندی و شماری هم اساساً درکی از معنای شهروندی ندارند.

مطالعات مبتنی بر سایر ابعاد شهروندی

- بررسی حیطه‌های شهروندی در نظام آموزش عالی از دیدگاه استادان و دانشجویان: مطالعه موردی دانشگاه مازندران (هاشمی و دیگران، ۱۳۸۷): نتایج تحقیق بیانگر آن است که جز در مؤلفه پذیرش تنوع و تکرار، تفاوت چندانی بین دانشجویان ورودی و خروجی دیده نمی‌شود و مهارت‌هایی که آموزش عالی پرورش می‌دهد بیشتر به سمت دانش نظری گرایش دارد و دانشجویان را به افزایش محفوظات هدایت می‌کند. مهارت‌های شهروندی (تفکر انتقادی، حل مسئله، مشارکت، تصمیم‌گیری، و مسئولیت‌پذیری) در دانشجویان چندان پرورش داده نمی‌شود و آموزش عالی جز در رشته حقوق و علوم سیاسی به آموزش دانش شهروندی توجه لازم را نداشته است.
- بررسی رابطه استفاده از وسایل ارتباط جمعی و روحیه شهروندی (قمبوانی، ۱۳۸۶): نتایج پژوهش نشان می‌دهد که ۱/۸ درصد خیلی کم، ۱۶/۱ درصد کم، ۴۶/۲ درصد متوسط، ۲۷/۸ درصد زیاد، و ۸/۱ درصد به میزان خیلی زیاد از روحیه شهروندی برخوردارند. همچنین بین روحیه شهروندی و میزان استفاده از رسانه‌ها رابطه مستقیم وجود دارد.
- بررسی مواجهه گفتمان رسانه‌ای سنتی سیاسی و گفتمان رسانه‌ای مدرن در جمهوری اسلامی ایران با مقوله شهروندی جنسیتی (فلاح‌گر اطمینانی، ۱۳۸۷): در این پژوهش، مقوله شهروندی جنسیتی در دو گفتمان اصلاح‌طلب و سنتی (از طریق مطالعه دو روزنامه رسالت و شرق) بررسی شده است. این تحقیق نشان می‌دهد که در گفتمان سنتی، مردان مزایای بیشتری در دو حوزه عمومی و خصوصی دارند در حالی که در گفتمان مدرن گرایش‌هایی به سمت تساوی حقوقی و اجتماعی و سیاسی زنان و مردان مطرح شده است.

۳.۴. مسائل و مشکلات شهروندی در ایران

شهروندی در طول تاریخ و در کشورهای مختلف به‌ویژه کشورهای توسعه‌یافته تاریخچه‌ای طولانی دارد، اما در ایران پدیده‌ای نو و در حال شکل‌گیری به شمار می‌رود. در این بستر و در یک تناقض تاریخی، گاه حرکت به سوی شهروندی و گاه انقطاع حرکت به سوی این ایده وجود داشته است. بر همین اساس، شهروندی تا دوران مشروطیت بحث روز نبوده اما از آن پس و به‌ویژه بعد از وقوع انقلاب اسلامی، بحث شهروندی در قالب جامعه مدنی بارور شده و به یکی از راهبردهای اساسی کشور تبدیل گردیده است. این پدیده، همانند دیگر پدیده‌های جدید، با چالش‌های سیاسی، حقوقی، فرهنگی و اجتماعی متعددی روبه‌رو بوده است (شیانی، ۱۳۸۲).

تحقق شهروندی را می‌توان بخشی از نتایج مستقیم و غیرمستقیم توسعه نظام قانون‌گذاری در کشور دانست. با وجود توجه به تأمین نیازها و خواسته‌های مردم در نظام حقوقی ایران و مهم‌ترین رکن آن قانون اساسی، و به رسمیت شناختن مفهوم رایج تابعیت سرزمین که با معیارها و استانداردهای حقوق بشر منطبق است، چالش‌هایی در زمینه اصول مشروط یا مقید به ملاک‌ها و موازین خاص در آن مشاهده می‌شود. این در حالی است که در مطالعات و پژوهش‌های انجام‌یافته، همبستگی میان تحقق شهروندی و ارزیابی قوانین موجود کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

باید توجه داشت که حقوق شهروندی فقط با تصویب قوانین تحقق نمی‌یابد. با اینکه قانون اساسی مهم‌ترین متن مکتوب در هر جامعه سیاسی و مستقل است، اجرای آن وقتی امکان‌پذیر است که از مرحله تدوین و تصویب به مرحله اجرا و عمل برسد. در حقیقت، با تصویب قوانین، نشانه‌هایی از پذیرش شهروندی نمایان می‌شود. اما قانون در فرایند تصویب و پس از آن با چالش‌های فراوان روبه‌روست که ضرورت توجه به واقعیات جامعه را دوچندان می‌کند (همان).

با توجه به مطالعات مذکور در این گزارش، نبود معیارها و شاخص‌های معین برای سنجش و ارزیابی وضعیت شهروندی نکته قابل تأملی در جامعه ایران است. با وجود مواد پیش‌بینی‌شده در برنامه‌های توسعه (ماده ۱۰۰ برنامه چهارم توسعه) هنوز شاخص‌سازی صورت نگرفته یا شاخص‌ها بیشتر مربوط به وضعیت رفاهی و شرایط اقتصادی افراد جامعه است. افزون بر آن، توجه به حقوق و تلاش در جهت تعیین شاخص‌ها که عمدتاً در دفتر صیانت از حقوق شهروندی مطرح می‌شود نیز عدالت‌محور است.

نبود شاخص‌ها و «منشور حقوق شهروندی» در تعامل افراد با نهادهای اجتماعی، مطالبه حقوق، رعایت حقوق دیگران، و ایفای وظایف شهروندی را به مخاطره می‌اندازد. این مهم خود را در نهادهای شدن فرهنگ شهروندی و برقراری ارتباط مناسب میان جامعه و نهادهای تشکیل‌دهنده آن از یک سو و شهروندان از سوی دیگر نشان می‌دهد.

در کنار این مسائل، ناآگاهی از حقوق و تکالیف شهروندی، عدم رعایت اخلاق شهروندی، شکل نگرفتن نگرش‌های مشارکتی، ضعف احساس و هویت شهروندی، گرایش نداشتن به معیارهای شهروندی، اولویت منافع فردی بر جمعی و... در میان اعضای جامعه نیز چالش‌های دیگری در سطح خرد است که از مطالعات و پژوهش‌ها به دست آمده است.

در مجموع می‌توان به این نتیجه رسید که شهروندی در ایران با دشواری‌ها و موانع متعددی در سطوح ساختاری، نهادی و فردی روبه‌روست که با فراهم شدن زمینه‌های عینی و ذهنی، می‌توان انتظار تحقق واقعی و تام و تمام آن را داشت.

۵. بحث و نتیجه‌گیری

با وجودی که مفهوم شهروندی در تحولات تاریخی خود راه پرفراز و فرودی را طی کرده است، همواره بر دو اصل بدیهی استوار بوده است. اول، وجود یک سپهر و بستر مناسب که جایگاه منافع عمومی و وفاق اجتماعی باشد و دوم، کنشگران برخوردار از آگاهی و نگرش مثبت نسبت به حقوق و تعهدات خود در جامعه (شیانی، ۱۳۸۲).

باید توجه داشت که پیش از آنکه از افراد جامعه انتظار برود که همچون شهروند رفتار کنند، باید شرایط مناسب برای آنان فراهم شود، از جمله اختیار در شرایط آگاهی و توانایی، اطلاعات، زمان، سطحی از رفاه برای تبدیل شدن به کارگزاری مؤثر در جامعه، فرصت شهروند شدن در شرایط عدم تمرکز قدرت‌های اقتصادی و سیاسی، و انگیزه لازم برای عمل به وظایف شهروندی به عنوان عنصری از جامعه (Oldfield, 1990:145).

قواعد و مقررات رسمی برای دستیابی به شهروندی بسیار پیچیده و از کشوری به کشور دیگر متفاوت است. با این حال، برخی گرایش‌های عمومی در این زمینه قابل تشخیص است. مطالعه استقرایی قانون اساسی برخی کشورها نشان می‌دهد که نهادهای حقوقی تضمین‌کننده حقوق شهروندی متناسب با بافت

شهروندی همچنین نیازمند شکل‌گیری هویت است تا با ایجاد انگیزه لازم، زمینه آگاهی و عمل به حقوق و تکالیف نسبت به جامعه‌ای که فرد عضو آن است فراهم شود. نبود آگاهی و شناخت و مهارت‌های فکری و مشارکتی، و عدم پایبندی به ارزش‌ها و معیارهای عام از مواردی هستند که در ضعف هویت شهروندی در ایران بازتاب می‌یابند.

در مجموع می‌توان گفت که لازمه تحقق شهروندی در ایران رفع موانع و ایجاد برخی تحولات در جامعه است. تحولاتی ساختاری نظیر فرهنگ‌سازی، تقلیل نابرابری‌ها، ایجاد فرصت‌های اجتماعی برای مشارکت، تغییر آگاهی‌ها و نگرش‌ها به منظور شکل‌گیری هویت شهروندی، و درونی کردن ارزش‌ها و هنجارهای دموکراتیک. این تحولات در حرکت به سمت توسعه‌یافتگی پایدار با محوریت انسان معنا خواهد یافت. شهروندی از یک سو در بسترهای توسعه‌یافته متولد می‌شود و رشد می‌کند و از دیگر سو زمینه را برای توسعه‌یافتگی فراهم می‌سازد.

منابع

- آبرکرامی، نیکلاس، استفن هیل و براین اس. ترنر. (۱۳۶۷)، فرهنگ جامعه‌شناسی، ترجمه حسن پویان، تهران، چاپخش.
- احمدی، فخری‌السادات. (۱۳۸۳)، شهروندی و مشارکت مدنی: بررسی تأثیر آگاهی از حقوق و تعهدات شهروندی در شهر بر فرایند تحقق حقوق شهروندی (مورد کلان‌شهر تهران)، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا.
- اسکندری، زهرا. (۱۳۸۶)، بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر میزان آگاهی از حقوق شهروندی در میان دانشجویان دانشگاه سراسری و آزاد تبریز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- اسماعیلی، رضا. (۱۳۸۰)، «انواع حقوق شهروندی در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران»، فرهنگ /صفهان، ش ۲۲.
- ایرانلو، محمد. (۱۳۸۵)، بررسی میزان آگاهی از شاخص‌های شهروندی در بین جوانان شهر بجنورد و عوامل مؤثر بر آن، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.
- ایرانلو، علی. (۱۳۸۴)، بررسی عوامل مؤثر بر گرایش شهروندی نوجوانان تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.
- پورعزت، علی‌اصغر، حوریه باغستانی برزکی و مصطفی نجاتی آجی‌بیشه. (۱۳۸۶)، «الگوی منطقی منشور حقوق شهروندی بر پایه بررسی تطبیقی اسناد موجود»، رفاه / اجتماعی، ش ۲۶.

اجتماعی و فرهنگی و نوع قدرت سیاسی آنها و دموکراتیک بودن یا نبودن جوامع شکل می‌گیرند. برای مثال می‌توان به جایگاه نظام اقتصادی در تأمین حقوق سیاسی و مشارکت اشاره کرد. شهروندی در چارچوب نظام اقتصادی بیمارگونه و توسعه‌نیافته با دشواری مواجه می‌شود. مطالعات نشان می‌دهد که در کشورهای توسعه‌یافته که مالیات ستون فقرات نظام اقتصادی است و دولت برای استمرار حاکمیت و اجرای برنامه‌های خود به مالیات نیازمند است، معمولاً حضور مردم در امور عمومی مؤثرتر است، در حالی که در اقتصادهای نفتی، دولت از طبقات اجتماعی مستقل است و مشارکت کمتر تحقق می‌یابد.

علاوه بر نظام اقتصادی، در عرصه سیاسی هم پیش‌شرط‌هایی برای ظهور شهروندی لازم است. در کشورهای توسعه‌یافته، احزاب سیاسی پایه‌پای نظام‌های انتخاباتی ظهور کرده و فرایند رشد و بالندگی و نهادینه شدن خود را طی کرده‌اند. در این کشورها تلاش برای حضور در عرصه عمومی در چارچوب گروه‌های رسمی صورت می‌گیرد. احزاب کارکردهای مختلفی نظیر تسهیل مشارکت سیاسی، آموزش شهروندان، و انتخاب کردن را برای آنان فراهم و به تحقق یکی از مهم‌ترین حقوق شهروندی کمک می‌کنند، همچنین خواسته‌های مردم را به حاکمیت منتقل و مطالبه سایر حقوق شهروندی را تسهیل می‌کنند. در کشورهای در حال توسعه مانند ایران، به دلایل گوناگون، احزاب و تشکلهای سیاسی هنوز نهادینه نشده‌اند. عملکرد ناموفق برخی از احزاب و شکل‌گیری تلقی منفی از حزب و ضعف فرهنگ کار گروهی در جامعه از موانع رشد احزاب و به تبع آن شکل‌گیری موانع تحقق شهروندی هستند (شیخ‌زاده، ۱۳۸۶: ۵).

فقدان منابع و امکانات برای توانمندسازی جامعه و افراد آن از دیگر موانع تحقق شهروندی است و جامعه و نهادهای موجود در آن وظیفه تأمین و ارائه آنها را به عهده دارند. انتظار امروز از توسعه بهبود کیفیت زندگی انسان‌هاست، بدین معنا که میزان توسعه‌یافتگی براساس پیشرفت‌های علمی، تکنولوژیکی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و برآورده شدن نیازهای انسان سنجیده می‌شود. دسترسی افراد و گروه‌های اجتماعی مختلف به زندگی عمومی سیاسی و موقعیت آنان در جامعه بازتاب دسترسی به منابع و امکانات و فرصت‌هاست. در عرصه شهروندی نیز تفاوت‌های جنسیتی، قومیتی، سنی و طبقاتی آن را معنادار می‌سازد.

شیانی، ملیحه. (۱۳۸۱)، «تحلیل جامعه‌شناختی از وضعیت شهروندی در لرستان»، *جامعه‌شناسی ایران*، دوره ۴، ش ۳.

_____. (۱۳۸۲)، وضعیت شهروندی و موانع تحقق آن در ایران، پایان‌نامه دکتري، دانشگاه علامه طباطبائی.

_____. (۱۳۸۳)، «فقر، محرومیت و شهروندی در ایران»، *رفاه اجتماعی*، ش ۱۸.

_____. (۱۳۸۷)، «تحلیلی بر وضعیت شهروندی در شهر تهران، نگاهی بر مدیریت شهری»، *مجموعه مقالات همایش انسان‌شناسی فرهنگی و اخلاق شهروندی*، تهران، سازمان فرهنگی هنری شهرداری تهران.

شیانی، ملیحه و سیاوش فاطمی‌نیا. (۱۳۸۸)، «میزان آگاهی شهروندان تهرانی از حقوق و تعهدات شهروندی»، *راهبرد یاس*، ش ۱۸.

شیانی، ملیحه و محمدعلی محمدی. (۱۳۸۸)، *هویت شهروندی و راهکارهای ارتقای آن*، تهران، مرکز مطالعات و برنامه‌ریزی شهر تهران.

شیخ‌زاده، حسین. (۱۳۸۶)، «شوراها و حقوق شهروندی: چالش‌ها و راهکارها»، *اندیشه و پژوهش*، ش ۱۵.

صدری افشار، غلامحسین، نسرين حکمی و نسترن حکمی. (۱۳۶۹)، *فرهنگ فارسی/امروز*، تهران، نشر کلمه.

صرافى، مظفر و مجید عبداللهی. (۱۳۸۷)، «تحلیل مفهوم شهروندی و ارزیابی جایگاه آن در قوانین، مقررات و مدیریت شهری کشور»، *پژوهش‌های جغرافیایی*، ش ۶۳.

صفاری، یوسف. (۱۳۸۶)، بررسی گرایش به حقوق برابر شهروندی بین دانشجویان دختر و پسر دانشگاه تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.

صنعتی، سید مهدی. (۱۳۸۸)، «*سازمان قضایی نیروهای مسلح در صیانت از حقوق شهروندی*»، *دادرسى*، ش ۷۷.

عظیمی، غلامرضا و عالیہ شایسته مجد. (۱۳۸۸)، «مفهوم‌سازی شهروندی (مطالعه موردی دانشگاه‌های تهران)»، *تحقیقات علوم اجتماعی ایران*، س ۱، ش ۳.

غیاثوند، الهه. (۱۳۸۳)، بررسی موانع برخورداری زنان از حقوق اجتماعی شهروندی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.

فاضل، حسام‌الدین. (۱۳۸۶)، بررسی عوامل مؤثر بر میزان احساس شهروندی در میان دانشجویان دانشگاه شهید چمران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران اهواز.

فاطمی‌نیا، سیاوش. (۱۳۸۶)، عوامل مؤثر بر تعهدات شهروندی در بین شهروندان بالای ۱۸ سال شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی.

فضلی، شادی. (۱۳۸۶)، بررسی رابطه بین عوامل فردی-اجتماعی با میزان آگاهی از حقوق و وظایف اجتماعی و مدنی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی.

پیران، پرویز. (۱۳۷۶)، «شهر شهروندمدار»، *اطلاعات سیاسی و اقتصادی*، ش ۱۳۴-۱۲۹.

_____. (۱۳۸۰)، *مقدمه تشریحی تحقیقی پایه‌ای تدوین منشور شهر تهران*، ج ۱، تهران، دفتر پژوهش‌های فرهنگی.

توسلی، غلامعباس و محمود نجاتی حسینی. (۱۳۸۳)، «بررسی واقعیت اجتماعی شهروندی در ایران»، *نامه انجمن انسان‌شناسی ایران*، دوره ۵، ش ۲.

جعفری آزاد، نادر. (۱۳۸۷)، بررسی رابطه بین پایگاه طبقاتی و میزان شناخت افراد از ابعاد مختلف شهروندی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.

داودوندی، طاهره. (۱۳۸۸)، بررسی عوامل مؤثر بر میزان آگاهی از حقوق شهروندی در میان دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی و دانشگاه آزاد اسلامی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.

ذکائی، محمدسعید. (۱۳۸۰)، «اخلاق شهروندی؛ رابطه هویت‌یابی جمعی و ارزش‌های دیگرخواهانه»، *نامه انجمن جامعه‌شناسی ایران*، ش ۵.

_____. (۱۳۸۲)، «جوانان، شهروندی و ادغام اجتماعی»، *مطالعات جوانان*، س ۱، ش ۳ و ۴.

روشنفکر، پیام، عبدالحسین کلاتری و روح‌الله فلاحی. (۱۳۸۷)، *شهروندی فعال و نظارت شهروندی: بررسی وضعیت مناطق ۲۲ گانه شهرداری تهران براساس داده‌های سامانه ۱۸۸۸*، تهران، مرکز مطالعات و برنامه‌ریزی شهر تهران.

_____. (۱۳۸۸)، وضعیت شهروندی در شهر تهران: مروری بر یافته‌های پژوهشی یک دهه اخیر ۱۳۸۷-۱۳۷۸، تهران، مرکز مطالعات و برنامه‌ریزی شهر تهران.

زاهدی، محمدجواد. (۱۳۸۶)، نقش سازمان‌های غیردولتی در توسعه پایدار، تهران، مازیار.

سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور. (۱۳۶۸)، *قانون برنامه اول توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران*، تهران.

_____. (۱۳۷۳)، *قانون برنامه دوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران*، تهران.

_____. (۱۳۷۸)، *قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران*، تهران.

_____. (۱۳۸۳)، *قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران*، تهران.

سحابی، جلیل، مصطفی احمدزاده و هاشم آقابیک‌پوری. (۱۳۸۴)، «بررسی جامعه‌شناختی شهروندی در ایران بعد از انقلاب اسلامی ۵۷ با تأکید بر جامعه کردستان»، *پیام کردستان*، ش ۲۳-۲۱.

شاه‌رکنی، نازنین. (۱۳۸۱)، موانع گسترش شهروندی سیاسی زنان: مورد زنان عضو اولین شوراها، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.

یوسفی، علی و مژگان عظیمی هاشمی. (۱۳۸۷)، «احساس شهروندی در مراکز استان‌های ایران»، *جامعه‌شناسی/ایران*، دوره ۹، ش ۳ و ۴.

Ben-Bassat, A. and M. Dahan. (2008), "Social Rights in Constitution and in Practice", *Journal of Comparative Economics* 36/1: 103-119.

Dahrendorf, R. (1994), "Citizenship and Beyond: Beyond the Social Dynamics of an Idea", in: B. S. Turner and P. Hamilton, eds., *Citizenship: Critical Concept*, London, Routledge.

Dalton, R. (2006), *Citizenship Norms and Political Participation in America*, University of California, Irvine, Center for the Study of Democracy.

Filipspagnoli. (2010), available at: <http://filipspagnoli.wordpress.com/stats-on-human-rights; stats-on-freedom; stats-on-democracy>.

FIW. (2010), available at: www.freedomhouse.org/.../FIW09_Tables&GraphsForWeb.pdf

Habermas, J. (1994), "Citizenship and National Identity", in: B. V. Steenbergen, ed., *The Condition of Citizenship*, London, Sage.

Janoski, T. (1998), *Citizenship and Civil Society*, Cambridge University Press.

Kotzian, P. (2009), *Norms of Citizenship: Their Patterns, Determinants, and Effects in Cross-national Perspective*, Technical University of Darmstadt, Institute of Political Science.

Kuper, A. and J. Kuper. (2001), *The Social Sciences Encyclopedia*, Routledge.

Marshall, T. H. (1964), *Class, Citizenship and Social Development*, New York, Doubleday & Company Inc.

_____. (1994), "Citizenship and Social Class", in: B. S. Turner and P. Hamilton, eds., *Citizenship: Critical Concept*, London: Routledge.

Marx, K. (1967), "On the Jewish Question", in: *K. Marx Early Political Writings*, Cambridge, Cambridge University Press.

Oldfield, A. (1990), *Citizenship and Community: Civic Republication and Modern World*, Routledge.

فلاح‌گر اطمینانی، میلاد. (۱۳۸۷)، بررسی مواجهه گفتمان رسانه‌ای سنتی سیاسی و گفتمان رسانه‌ای مدرن در جمهوری اسلامی ایران با مقوله شهروندی جنسیتی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.

قمبوانی، عباس. (۱۳۸۶)، بررسی رابطه استفاده از وسایل ارتباط جمعی و روحیه شهروندی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.

کاسلتز، استفان و آلیستر دیویدسون. (۱۳۸۲)، مهاجرت و شهروندی، ترجمه فرامرز تقی‌لو، تهران، پژوهشکده مطالعات راهبردی.

کاظمی، محمود. (۱۳۸۶)، بررسی روش‌های تحقق آموزش همگانی شهروندی، مشهد، دفتر مطالعات و برنامه‌ریزی شهرداری مشهد.

کیویستو، پیتر. (۱۳۸۰)، *اندیشه‌های بنیادی در جامعه‌شناسی*، ترجمه منوچهر صوری، تهران، نشر نی.

معمودی، حمید. (۱۳۸۶)، بررسی احساس شهروندی در بین دانشجویان علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد، پایان‌نامه کارشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.

منتخب‌مدنی، مریم. (۱۳۸۴)، بررسی عوامل مؤثر بر نگرش به شهروندی در بین دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.

موسایی، میثم، پرویز پیران، ملیحه شینانی و میرطاهر موسوی. (۱۳۸۷)، *سنجش سرمایه اجتماعی در تهران*، تهران، دانشگاه تهران، شهرداری تهران.

موسوی، سید یعقوب. (۱۳۸۲)، *بررسی موانع توسعه حقوق شهروندی از نظر ساکنین کلان‌شهر تهران*، تهران، پژوهشکده علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.

موسوی، میرطاهر. (۱۳۸۶)، *سنجش سرمایه اجتماعی در ایران*، تهران، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی و دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

نجاتی حسینی، محمود. (۱۳۸۰)، *بررسی مفهوم شهروندی در قانون شهرداری‌ها*، تهران، سازمان شهرداری‌های کشور.

نحف‌آبادی، نازنین. (۱۳۸۴)، *بررسی میزان آگاهی کودکان کار و خیابان از حقوق شهروندی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.

هاشمی، سهیلا، ابراهیم صالحی عمران و رقیه ولیپور. (۱۳۸۷)، «بررسی حیطه‌های شهروندی در نظام آموزش عالی از دیدگاه استادان و دانشجویان (مطالعه موردی دانشگاه مازندران)»، *علوم تربیتی و روان‌شناسی*، ش ۱۱.

واحد چوکه، سکنیه. (۱۳۸۴)، *آسیب‌شناسی تربیت شهروندی در برنامه درسی پنهان نظام آموزش متوسطه نظری از منظر معلمان شهر تهران و ارائه راهکارهایی برای بهبود وضعیت آن*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی.

_____. (2000), "Islam. Civil Society and Citizenship: Reflections on the Sociology of Citizenship and Islamic Studies", in: A. N. Butenschon et al., eds., *Citizenship and the State in Middle East*, Syracuse University Press.

Parsons, T. (1965), "Full Citizenship for the Negro American: A Sociological Problem", *Daedalus* 94.

Turner, B. S. (1994), "Outline of a Theory of Human Rights", in: B. S. Turner and P. Hamilton, eds., *Citizenship: Critical Concept*, London, Routledge.

هویت ملی

ابراهیم حاجیانی*

مقدمه

هویت یکی از مفاهیم مهم علوم اجتماعی است که ابزار مناسبی برای فهم و تحلیل شرایط اجتماعی- فرهنگی تلقی می‌شود و حتی به جای مفاهیمی مانند طبقه اجتماعی، نسل و جنسیت به کار می‌رود چرا که به نظر می‌رسد می‌تواند زوایا و لایه‌های عمیق‌تر و اساسی‌تر اوضاع اجتماعی را گزارش و تعریف کند. در واقع، هویت از حیث مفهومی مقوله‌ای است که جوهر و اساس بسیاری از پدیده‌های فرهنگی و اجتماعی به شمار می‌آید و شاخص یا علت آنها نیز محسوب می‌شود. به عبارت دیگر، هویت بر نحوه و کیفیت بسیاری از رفتارهای کنشگران و عاملان انسانی اثرگذار است (Thompson, 2001: 18). هویت به عنوان ابزاری تحلیلی دو بعد مهم فردی و جمعی دارد. جنبه فردی آن در روان‌شناسی و علوم رفتاری و تعلیم و تربیت و اخلاق مورد توجه قرار می‌گیرد و بعد جمعی آن حوزه مورد علاقه محققان علوم اجتماعی است.

هویت جمعی^۱ ابعاد متعددی دارد و یکی از ابعاد مهم آن هویت ملی است. در این گزارش تلاش می‌شود توصیفی نسبتاً جامع و مبتنی بر یافته‌های تجربی پژوهش‌های علمی معتبر از ابعاد مختلف مفهوم هویت ملی در ایران ارائه شود. در واقع، ضرورت و اهمیت پرداختن به مقوله هویت در ایران از آن جهت است که هویت و کم و کیف آن جوهره و ذات فرهنگ هر جامعه و تحولات آن را نشان می‌دهد. در میان سطوح مختلف هویت، مقوله هویت ملی نقش برجسته‌ای دارد.

۱. تعاریف

۱.۱. هویت

مفهوم هویت ریشه در علوم ریاضی دارد و به شباهت و همسازی‌های موجود بین دو پدیده و «تفاوت درصد صفر» در ریاضیات اطلاق

1. collective identity

* دکترای جامعه‌شناسی و عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات استراتژیک

- به وسیله تفاوت‌ها و شباهت‌ها مشخص می‌شود؛
- شامل درگیری‌های^۴ فعال است که تنش بین عاملیت انسانی و ساختار اجتماعی را نشان می‌دهد (ibid.: 13).

۲.۱. انواع هویت جمعی

- هویت فرهنگی: به این معناست که فرهنگ ما چقدر در تعریفی که از خود داریم تأثیر می‌گذارد.
- هویت قومی: به معنی استفاده از برخی ابعاد و زمینه‌ها و پیشینه فرهنگی یک گروه برای جدا کردن آن از دیگران است.
- هویت مبتنی بر جنسیت (هویت جنسی): جنسیت ما و تعریف ما از نقش جنسی خود یکی از ابعاد هویت اجتماعی ماست.
- هویت معلولیت: برداشت مبتنی بر ظاهر فیزیکی و دسته‌بندی افرادی را که ظاهری غیرمعمول دارند می‌توان نوعی شناسایی مبتنی بر معلولیت تلقی کرد (گودیکانست، ۱۳۸۳: ۸۱).
- هویت سنی (سن پایه): به معنای دسته‌بندی افراد براساس سن و بر مبنای ظاهر فیزیکی یا گفته‌های خود آنان است.
- هویت مبتنی بر طبقه اجتماعی: ملاک این دسته‌بندی درآمد، شغل، تحصیلات، اعتقادات، نگرش‌ها، سبک زندگی و نوع خانواده است (همان: ۸۶). محل اقامت، منزل، حیاط، دکوراسیون خانه، لباس، اتومبیل، و حتی لهجه هویت طبقاتی و قالب‌های رفتاری و زبانی را شکل می‌دهد.
- هویت ملی: به معنای هویت‌یابی با مرجع ملی است.

۳.۱. هویت ملی

همان‌گونه که اشاره شد، هویت جمعی می‌تواند مراجع مختلفی (مکان، سرزمین، طبقه، گروه سنی، جنسیت، معلولیت و...) داشته باشد، اما یکی از مهم‌ترین منابع هویت جمعی یا اجتماعی ملت است که موجب طرح مفهوم ملیت و هویت ملی می‌شود. از نظر تامپسون، مفهوم اساسی در هویت ملی «احساس تعلق» به یک

می‌شود. فقدان تفاوت در علم ریاضی به چیزهایی مربوط است که صرف نظر از تأثیر عوامل و شرایط بیرونی، تفاوت بسیار ناچیز (در حد صفر) با هم داشته باشند (Maleeseviac and Hugaard, 196: 2002). اصطلاح هویت با این زمینه مفهومی در علوم اجتماعی به کار گرفته شده است. در علوم اجتماعی، هویت جمعی به اعضای یک گروه یا مقوله اطلاق می‌شود که خود را متفاوت با دیگران (دیگر گروه‌ها و مقولات) و مشابه با اعضای درون گروه می‌دانند (ibid.: 197).

هویت در پاسخ به سؤال «من کیستم؟» (Who am I?) در «من... هستم» بروز می‌یابد (Woodward, 2000: 1). همچنین هویت به وسیله مشابهت^۱ و تفاوت^۲ مشخص می‌شود. شباهت به کسانی که مثل ما هستند و تفاوت با کسانی که مانند ما نیستند (ibid.: 7).

از نظر کاستلر، هویت سرچشمه معنا و تجربه برای مردم است. وی هویت را فرایند معناسازی براساس یک ویژگی فرهنگی با مجموعه به هم پیوسته‌ای از ویژگی‌های فرهنگی که بر منابع معنایی دیگر اولویت داشته باشد می‌داند و سه نوع هویت مشروعیت‌بخش، هویت مقاومت، و هویت برنامه‌دار را از هم متمایز می‌سازد (کاستلر، ۱۳۸۰: ۱۱۳). آنتونی گیدنز نیز در تعریف هویت-خود^۳ بر خصلت متمایزی تأکید دارد که شخص برحسب زندگینامه‌اش به طور بازتابی می‌فهمد که به نظر می‌رسد برداشت دقیق و ظریفی از تعامل فرد و جامعه باشد (گیدنز، ۱۳۷۸: ۵۴). جنکینز بر این مفروض که هویت فرد ساخته اجتماع است اصرار دارد (جنکینز، ۱۳۸۱: ۵). با این پیش‌فرض که هویت جمعی و هویت اجتماعی یکی هستند، باید گفت هویت جمعی میزان تعلق ما را به یک گروه نشان می‌دهد (Woodward, 2000: 15). هویت جمعی دارای مشخصه‌های زیر است:

- بین اینکه من چگونه خودم را می‌بینم و اینکه دیگران چگونه من را می‌بینند ارتباط برقرار می‌سازد؛
- بین فرد و جامعه ارتباط برقرار می‌کند؛

1. similarity

2. difference

3. self-identity

4. engagement

عناصر اصلی ملیت ایرانی معمولاً در سه بعد اجتماع، فرهنگ و دولت سنجیده می‌شوند و این سه معادل میهن‌دوستی^۳ یا وطن‌پرستی در نظر گرفته می‌شوند.

بعد اول: هویت فرهنگی (هویت جمعی فرهنگی ایرانی)

منظور از این بُعد، تعهد، تعلق، ارزیابی مثبت، و احساس علاقه عاطفی (تعلقات وطنی) نسبت به فرهنگ ایران است. این بعد که بیانگر جنبه فرهنگی هویت ملی یا میهن‌پرستی است، نشان‌دهنده احساس همدلی، همفکری، تعلق، سربلندی، افتخار به میراث و نهادهای مشترک، و علاقه عاطفی و احساسی نسبت به آنهاست که موجب غرور ملی^۴ می‌شود. شاخص‌های بُعد فرهنگی هویت به قرار زیر است:

- احساس تعلق به میراث فرهنگی شامل زبان فارسی، ادبیات، موسیقی، معماری، جشن‌های باستانی مثل نوروز و چهارشنبه‌سوری، سنت‌های فرهنگی، مشاهیر ادبی و شخصیت‌های تاریخی، و تاریخ ملی؛
- تعلق خاطر به نمادهای ملی و میهنی مثل پرچم و سرود، ترجیح سرزمین مادری، و عشق ورزیدن به ایران؛
- احساس تعلق نسبت به فرهنگ و روش زندگی سنتی ایرانیان مانند رسوم، آداب، تابوها و ارزش‌های اجتماعی، و اعتقاد به ضرورت حفظ سنت‌های ایرانی؛
- احساس افتخار به هویت تاریخی مشترک و دلبستگی تاریخی.

بعد دوم: تعهد و عضویت (مشارکت) در اجتماع ملی

این بعد به معنی نوع نگرش و کیفیت رابطه با سایر کنشگران در سطح ملی است. مجموعه نگرش‌ها و برداشت‌های شخصی از جامعه ایران و میزان همدلی با سایر عناصر نظام اجتماعی ایران در این بعد مورد سنجش قرار می‌گیرد. شاخص‌های اصلی این بعد عبارت‌اند از:

«ملت» است. در واقع، مردم همواره می‌خواهند بخشی از ملت خودشان باشند و بدان وسیله شناسایی شوند (Thompson, 2001: 21). می‌توان گفت که در میان انواع تعلقات، تعلق به واحد ملی اولویت اساسی انسان‌ها به شمار می‌آید و تقریباً تمامی نظریاتی که معتقد به افول ملت‌ها و از بین رفتن مرزهای جغرافیایی هستند دچار سوءتفاهم و اغراق و اتخاذ رویکرد غیرواقع‌بینانه شده‌اند. آنتونی اسمیت هویت ملی را بازتولید و بازتغییر پایدار ارزش‌ها، نمادها، خاطرات، افسانه‌ها و سنت‌ها می‌داند که عناصر متمایزکننده هر ملتی هستند. از دیدگاه وی، هویت ملی عبارت است از نوعی احساس تعلق فرهنگ‌محور، تمایزآفرین و تداوم‌بخش به یک ملت که دولت و گفتمان‌های مسلط با بهره‌برداری از منابعی معین آن را به وجود می‌آورند و حفظ و تعریف می‌کنند. وی اضافه می‌کند که هسته هویت ملی «تداوم و تمایز» است (اسمیت، ۱۳۸۳: ۶۸).

براساس نظریه ایساکس، هویت از احساس تعلق به آنچه گروه ملی نامیده می‌شود به وجود می‌آید. ذات هویت وابستگی و دلبستگی‌های دیرینه است. هویت از جایی که فرد در آن متولد می‌شود به وجود می‌آید یا آغاز می‌شود (Maleeseviac and Haugaard, 2002: 201). دیوید میلر نیز با تأکید بر عنصر باورهای مشترک در شکل‌گیری هویت ملی، اصرار دارد که ایستارها و باورهایی که هر ملت را می‌سازند اغلب در لایه‌های عمیق‌تر ذهنی پنهان‌اند. ملت‌ها و گروه‌های قومی مجموعه افرادی هستند که به واسطه ویژگی‌های فرهنگی مشترک و شناخت متقابل گرد هم می‌آیند و هیچ فاصله‌ای بین آنها وجود ندارد (میلر، ۱۳۸۳: ۱۰۸).

۴.۱. شاخص‌های هویت ملی

- منظور از «هویت» میزان احساس تعلق و تعهد فرد به مشخصه‌های اصلی ملیت ایرانی است.
- تعلق^۱ به معنای علاقه عاطفی و احساسی و تعلق خاطر فرد به عناصر ملیت ایرانی است.
- تعهد^۲ نیز به مفهوم درگیری فعالانه و مثبت فرد در عناصر ملیت ایرانی، مشارکت، و نگرش مثبت به جامعه ایرانی است.

3. patriotism

4. national pride

1. belonging

2. commitment

جدول ۱. انواع نظریه‌های هویت

برساخت‌گرایی اجتماعی	جوهرگرایی یا دیرینه‌گرایی	روش‌شناسی
کولی (۱۹۹۲) گرینفیلد (۱۹۹۲) دومونت (۱۹۹۶)	اسمیت (۱۹۸۷) گرتیز (۱۹۷۳) شیلز (۱۹۵۷)	تفسیری
پتروس (۱۹۹۳) هابرماس (۱۹۹۶) اشتاپس (۲۰۰۲، ۱۹۹۸)	توجمان (۱۹۸۱) کریستو (۱۹۹۳) مور (۲۰۰۱)	هنجاری
سکولیک، ماسی و هودسن (۱۹۹۴) بولین و مدرانو (۱۹۹۸) لایتسیو (۱۹۹۸)	هاتچینسون (۱۹۸۷) آرمسترانگ (۱۹۹۲) کونور (۱۹۹۴)	تجربی

منبع: Ezell et al., 2003: 284

- تلقی فرد از صفات آحاد ایرانیان (مثبت و منفی) و اعتقاد به صفات متفاوت و خاص ایرانیان (به‌ویژه صفات مثبت) و نیز تلقی فرد از میزان ایرانی بودن خویش و اینکه ایرانی بودن با چه ویژگی‌هایی تعریف می‌شود؛
- نوع نگرش نسبت به پیروان سایر مذاهب و اقوام و گروه‌های فرهنگی موجود در ایران؛
- اعتماد به مردم ایران و ترجیح مردم ایران بر سایر ملل؛
- احساس وجود انسجام و همبستگی و همدلی بین مردم ایران؛
- نوع نگرش نسبت به کیفیت حیات اجتماعی و شرایط زندگی در ایران.

بعد سوم: بعد سیاسی هویت ملی

معنای این بعد، همگامی ملی، وفاداری ملی، احساس تعهد و تعلق و تکلیف نسبت به کشور ایران و، به عبارت مشخص‌تر، احساس وظیفه نسبت به پاسداری از اجتماع ملی، اعتقاد به حاکمیت مستقل ملی در محدوده مرزهای موجود، آگاهی از تفاوت‌های ملی با سایر ملل، و تعهد به اهداف ملی و نهادهای اساسی کشور است.

۲. رویکرد نظری: هویت و توسعه

برای توصیف و تبیین کلی هویت، چارچوب مفهومی نظریه کنش متقابل نمادین^۱ که مید، کولی و برومر مطرح کرده‌اند تا حد زیادی پاسخگوست. مید غنی‌ترین و اقناع‌کننده‌ترین گزاره‌ها را ارائه داده است که مضمون اجمالی آن تأکید بر تکوین خود^۲ یا همان هویت یا شخصیت در طول زمان و پویای آن (توسلی، ۱۳۶۹: ۲۹۸)، تأثیرپذیری هویت از دیگران و خصلت بازتابی آن (کوزر، ۱۳۶۸: ۴۴۹)، و برخورداری آن از دو بعد من فاعلی (I) و مفعولی (me) است (ریترز، ۱۳۸۴: ۱۵۷).

تیراکیان و همکارانش (Ezell et al., 2003)، در تفکیک مهم‌ترین رویکردهای مربوط به هویت ملی، تقسیم‌بندی زیر را براساس دو جریان نظری دیرینه‌گرایی یا جوهرگرایی و برساخت‌گرایی اجتماعی هویت و نیز روش‌شناسی سه‌گانه تجربی، هنجاری و تفسیری ارائه داده‌اند:

در خصوص هویت ملی، علاوه بر دو رویکرد کلی سازه‌گرایی یا دیرینه‌گرایی که به بحث درباره اصلت یا عدم اصلت هویت جمعی می‌پردازند، اسمیت نیز دو الگوی نظری اساسی مطرح کرده است: الگوی مدنی یا سرزمینی و الگوی قومی یا تبارشناختی (Parmenter, 1999: 455). دیوید میلر نیز سه نظریه کلاسیک در زمینه هویت ملی را متعلق به ارنست رنان، استالین و ماکس وبر دانسته است (هاتچینسون و اسمیت، ۱۳۸۶: ۳۹-۴۰). به طور مشخص، مبنای نظری بحث حاضر درباره هویت ملی نظریه رایج و پذیرفته‌شده اجتماعات تصویری^۳ اندرسون است که مورد تأیید گلنر، گیدنز و بسیاری از دانشمندان علوم اجتماعی است. هویت، در این چارچوب، مفهومی برساختی محسوب می‌شود که باید از طریق مراجعه به ذهنیت‌ها و معانی‌ای که کنشگران برای آن قائل می‌شوند بررسی گردد (Robyn, 2005: 17).

هویت و توسعه نیز تأثیر متقابل و دوسویه‌ای بر یکدیگر دارند. اگر توسعه را «فرایند افزایش ظرفیت‌ها» تلقی کنیم، پیش‌شرط مهم تحقق توسعه آن است که کنشگران انسانی، به مثابه عاملان و حاملان توسعه، از نظر فردی و اجتماعی، صاحب هویت منسجم و تثبیت‌شده‌ای باشند. در واقع، چنین انسان‌هایی می‌توانند، با ثبات و اطمینان لازم، جامعه و سازمان و خانواده و خود را به سمت اهداف تکاملی و توسعه‌ای سوق دهند. در میان انواع هویت جمعی، تقویت هویت ملی شرط ضروری‌تر تحقق توسعه است. هویت ملی

1. Symbolic Interaction Theory (SIT)

2. self

3. imagined communities

شهروندی^۲ به وجود می‌آورد. به این ترتیب هویت‌ها، در جریان یا فرایند توسعه، به جای قوام یافتن بر نژاد و خون و قوم و اسطوره‌ها، ماهیت فرهنگی تری می‌یابند و هویت‌های گروه‌های محروم برجسته می‌شوند. عامل تعلق و همبستگی و انسجام^۳ در جامعه جدید هویت مدنی و حقوق شهروندی است. در شرایط توسعه، به جای پیوندهای خونی و حتی عاطفی صرف، اشتراکات سرزمینی منشأ تعریف و بازیابی هویت ملی خواهد شد.

۳. وضعیت هویت ملی در دیگر کشورها

۱.۳. ایالات متحده آمریکا

سنجش هویت ملی در ایالات متحده سابقه پژوهشی مبسوطی دارد. به طور مشخص، مهم‌ترین سنجه‌های آن را ابتدا تورستن در ۱۹۳۴-۱۹۲۹ و سپس فشن‌باخ در ۱۹۸۹ تدوین کردند که پس از آن مکرراً و با اصلاحات و تعدیل‌هایی مورد استفاده دیگران قرار گرفته است. یافته‌ها در مجموع حاکی از آن است که ابعاد فرهنگی و سیاسی میهن‌پرستی در آمریکا به شدت قوی است و میزان آن اکثراً به ارقام بالای ۹۰ درصد می‌رسد (Li and Brewer, 2004: 24). هرچند عناصر ملی‌گرایی، هویت امریکایی، و غرور ملی بعد از یازده سپتامبر ۲۰۰۱ قوت بیشتری یافته است، به نظر می‌رسد هویت در آمریکا با چالش‌ها و مشکلات جدی ناشی از جهانی شدن روبه‌رو شده است (هانتینگتون، ۱۳۸۴: ۸۰).

۲.۳. کشورهای اروپایی

یکی از برآوردهای قابل توجه را در انگلستان روتی، لاینز و کریسوچو در سال ۲۰۰۵ انجام دادند که مشخص کرد هویت ملی در انگلستان از یک سو دارای وجه مدنی یا سیاسی (در مقابل وجه یا محتوای فرهنگی و سنتی) و از سوی دیگر دارای ماهیت انتقادی از تعلیمات جاری در کشور است، به این معنی که وفاداری ملی انگلیسی‌ها دارای ماهیت انتقادی است (Rothi et al., 2005: 135). برایان ترنر و ژان ادموندز، در بررسی تغییرات هویت ملی انگلیسی پس از جنگ دوم جهانی، نتیجه گرفتند که شکل‌گیری

قوی فرایند توسعه ملی را شتاب می‌بخشد و آن را به مثابه یک ضرورت جمعی برای جوامع مطرح می‌کند. درباره اهمیت نسبت هویت و توسعه باید گفت که معمولاً مهم‌ترین نیروی پیش‌برنده ایدئولوژی توسعه‌گرا^۱ و توسعه‌خواهی، هویت ملی بوده است. ملی‌گرایی، با ترغیب ملت برای رسیدن به ملت‌های توسعه‌یافته‌تر و پیشی گرفتن از آنها، منابع موجود را در جهت سیاست‌های توسعه‌ای بسیج می‌کند. در واقع، یکی از مؤلفه‌های مهم دولت و جامعه توسعه‌گرا و حاکمیت و هژمونی یافتن، فرهنگ و ایدئولوژی و هویتی متمایل به تغییر و تحول و پیشرفت است (لفت‌ویک، ۱۳۸۴: ۱۱). در شرایط قوت هویت ملی و یکپارچگی و انسجام آن، تفاوت‌ها و شکاف‌های شدید قومی و فرهنگی و مذهبی، به‌خصوص در جایی که توأم با نابرابری گروه‌ها باشد، تعدیل می‌شود. به همین ترتیب، هویت ملی قوی تنش‌های میان فرهنگی را کاهش می‌دهد و فرایند دموکراتیک کردن را تسهیل می‌کند، و دموکراسی نهادینه‌شده خود زمینه مهمی برای توسعه است. هویت ملی منسجم، با تقویت امید به آینده، انگیزه پیشرفت ایجاد می‌کند. همچنین مشارکت مؤثر دسته‌جمعی (با ماهیت داوطلبانه) را گسترش می‌دهد و، از طریق تقویت دموکراسی، بر سرعت فرایند توسعه می‌افزاید. به همین منوال، هویت ملی تقاضای خودمختاری و استقلال‌طلبی را در جوامع چندقومی کاهش می‌دهد تا امکان بسیج همه منابع برای توسعه فراهم آید. باید افزود که شرایط مساعد هویتی ائتلاف میان نخبگان سیاسی را ممکن می‌سازد و توانمندی دولت را برای کسب اجماع و توافق میان نخبگان ارتقا می‌دهد. سرانجام اینکه هویت ملی منسجم بسیاری از مشکلات و پیامدهای منفی ناشی از توسعه، از جمله فساد و رقابت‌های ازهم‌گسیخته و تعارضات را کاهش می‌دهد. در مجموع هویت ملی، ضمن تسریع فرایند توسعه، از هزینه‌های آن نیز می‌کاهد.

برای اتخاذ یک چارچوب نظری درباره رابطه هویت و توسعه می‌توان تلفیقی از دیدگاه‌های آنتونی اسمیت، تی. اچ. مارشال و تالکوت پارسونز را در نظر گرفت. اینان معتقدند که هویت و تحولات اجتماعی تأثیر متقابلی بر یکدیگر دارند. توسعه اقتصادی- اجتماعی ابعاد جدیدی از هویت را با عنوان هویت مدنی یا

2. civil identity

3. integration

1. developmentalist

اتحادیه اروپایی باعث تغییر ماهیت هویت ملی در بریتانیا شده است. در واقع، نوعی هویت باز و ملی‌گرایی جهان‌وطنی^۱ به وجود آمده است که نقش جنبش‌های اجتماعی زنان در آن برجسته است. به این ترتیب، هویت ملی انگلیسی با نوعی جهان‌وطنی تعریف می‌شود که بر اروپایی بودن و چندفرهنگی بودن تأکید دارد و این برخلاف (یا متفاوت با) هویت ملی تهاجمی، نظامی‌گرایانه و متعصبانه انگلیسی‌هاست. این فرایند تغییر هویت به دست زنان و

تحت تأثیر تحولات جنسی و نسلی جنبش زنان و نیز تغییر ارزش‌های انگلیسی از دهه ۱۹۶۰ به بعد رخ داده است (Edmund and Turner, 2001: 75). همچنین کوندور، گیسون و آبل، طی بررسی خود در سال ۲۰۰۳ (Condor et al., 2006)، هویت بریتانیایی را براساس گروه‌های قومی و نژادی مقیم انگلستان به شرح زیر ارائه کرده‌اند:

جدول ۲. هویت ملی در انگلستان (۲۰۰۳)

اسکاتلندی	ولزی	انگلیسی	انگلیسی	انگلیسی	انگلیسی	کل
سفید اروپایی	سفید اروپایی	پاکستانی آسیایی	هندی آسیایی	سیاه آفریقایی	سیاه کارائیبی	سفید اروپایی
۵۱/۸	۵۲/۳	۸۱/۱	۷۱/۹	۳۹	۸۰/۸	۷۱/۴
۶۸/۳	۸۴/۷۵	۷۶	۹۰/۲	۷۷/۸	۷۶/۹	۸۵
۷۸/۵۲	۸۹/۴۶	۹۴/۵	۹۲/۶	۸۵/۴	۹۳/۳۴	۹۱/۲۲
۹۰/۹۴						

منبع: Condor et al., 2006

در مجموع، ۸۱/۲ درصد شهروندان انگلیسی به بریتانیا دلبستگی دارند و ۶۹/۸ درصد آنها خود را بریتانیایی می‌دانند. ولزی‌ها (۹۲/۱ درصد) و اسکاتلندی‌ها (۹۵/۴ درصد) به ولز و اسکاتلند دلبستگی دارند، در حالی که خود انگلیسی‌های سفیدپوست (۸۵/۵ درصد) به انگلستان دلبستگی دارند (ibid.: 132).

معمولاً تمامی محققان اروپایی در بررسی مسائل هویت ملی نیم‌نگاهی نیز به هویت ملی و رابطه آن با هویت اروپایی (اتحادیه اروپا) دارند. در مجموع، به نظر می‌رسد هویت ملی در اکثر این کشورها قوی (بالاتر از میانگین و متوسط) است، اما برداشت و نگاه و احساس تعهد آنها نسبت به مؤلفه‌های هویتی در سطح اتحادیه اروپایی چندان قوی نیست و حول و حوش میانگین است. البته این تلقی در کشورهای انگلستان، فرانسه، آلمان و ایتالیا معمولاً منفی ارزیابی شده است. در خصوص سایر کشورهای اروپایی می‌توان به مطالعه زنیثیدو در یونان در سال ۲۰۰۴ اشاره کرد که بر نقش عنصر هویت ارتدوکسی در هویت یونانی و نیز تأثیر مهاجران بالکانی الاصل در شکل‌گیری هویت یونانی تأکید دارد. نتایج پژوهش وی حاکی از آن است که ۵۵ درصد یونانی‌ها ملت خود را

بالاتر از اروپاییان می‌دانند و ۳۹ درصد آنان هویت خود را ترکیبی از یونانی و اروپایی می‌دانند (Zenitidou, 2004). نتایج پژوهش والدمار و دیل در آلمان در سال ۱۹۹۹ نیز بیانگر قوت هویت ملی (در بعد فرهنگی) است (Waldemar and Diehl, 1999: 24). ادوارد تیراکیان و همکارانش، در پژوهشی در سال ۲۰۰۳ در خصوص هویت ملی دانشجویان آلمانی، دریافتند که ۸۴ درصد دانشجویان خودشان را آلمانی می‌دانند، در عین حال که ۶۰ درصد آنها با فواید اقتصادی و ۶۹ درصد با فواید سیاسی همگرایی اروپایی و، در مجموع، ۶۷ درصد با پیوستن به اتحادیه اروپایی موافق‌اند (Ezell et al., 2003: 295).

افزون بر اینها، پژوهش‌هایی که در سوئیس انجام شده، از جمله مطالعه ترشل، نیز حاکی از قوت مقولات هویت‌بخش از جمله فرهنگ سیاسی مشترک و توافق بر سر اصول مشترک سیاسی مثل دموکراسی مستقیم، فدرالیسم و بی‌طرفی است (Treschel, 2004: 115). همچنین در بررسی تجربی کریستنس در کشور نروژ در سال ۱۹۹۵ نیز میهن‌پرستی معطوف به وفاداری در حد زیاد ارزیابی شده است (Christens, 1995: 87).

1. cosmopolitan nationalism

۳.۳. آسیا

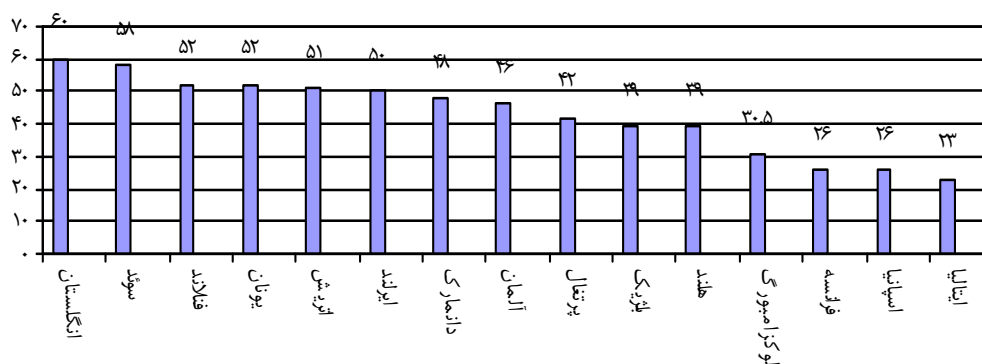
یکی از مهم‌ترین پژوهش‌ها را در مورد کشورهای آسیایی لین پارمتر انجام داده است. وی دریافته است که عناصر زیادی از فرهنگ غربی در هویت ملی ژاپنی‌ها رسوخ کرده است به نحوی که سه رویکرد موازی در جامعه ژاپن قابل تفکیک است: قوت هویت ملی در مقابل غرب، غربی شدن (رویکرد رادیکال)، و رویکرد تعاملی میان هویت ژاپنی و غرب یا همان بین‌المللی‌گرایی (Parmenter, 1999: 25). همچنین آمبر هاک، در پژوهشی در سال ۲۰۰۵ در امارات متحده عربی، اثبات کرده است که نفوذ مذهب و سنت‌های اسلامی و زبان عربی در بین جوانان اماراتی قوی است و در عین حال بین فرهنگ غرب و فرهنگ جامعه اماراتی تعامل نیز وجود دارد (Haque, 2005: 86-94).

گرایش به هویت ملی تایوانی و چینی در تایوان، ۴۱ درصد هم چینی و هم تایوانی، ۲۱ درصد تایوانی، ۲۱ درصد تایوانی و سپس چینی، ۶ درصد چینی و سپس تایوانی، و ۹ درصد چینی بوده است (Huang, 2005: 61). در مطالعه دیگری نیز که در سال ۲۰۰۵ انجام شده است، حداکثر گرایش تایوانی‌ها به هویت ملی‌شان ۵۰ درصد بوده است (Fuh-Sheng Hsieh, 2005: 17).
کنتمن در شرح نتایج بررسی تجربی خود در سال ۲۰۰۸ در

ترکیه بر این نکته تأکید دارد که گرایش به اسلام (هویت‌یابی مذهبی) و گرایش به هویت ملی (ترکیه‌ای) تعارضی با هویت‌یابی اروپایی ندارد. او میزان گرایش به هویت مذهبی را ۴۱ درصد، به هویت ملی و هویت مذهبی ۱۶ درصد، به هویت ملی ۴۰ درصد و به تمامی هویت‌ها را ۳۹ درصد گزارش کرده است (Kentman, 498: 2008). پاکولسکی و ترانتر، در بررسی انواع هویت در استرالیا، گرایش کلی به هویت ملی استرالیایی را ۹۴ درصد گزارش کرده‌اند (Pakulski and Tranter, 2000: 211). پیمایش بین‌المللی علوم اجتماعی در سال ۱۹۹۵ نشان داد که، با توجه به تنوع منشأ قومی استرالیایی‌ها، قوی‌ترین هویت‌یابی ملی را با استرالیا بلغاری‌های مقیم استرالیا داشته‌اند.

۴.۳. گرایش به هویت ملی در کشورهای عضو اتحادیه اروپا

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۵ با حجم نمونه ۱۵۳۲۵ نفر در ۱۵ کشور عضو اتحادیه اروپا انجام شده است (Luedetke, 2005)، میزان هویت‌یابی پاسخگویان صرفاً بر مبنای هویت ملی به قرار زیر بوده است:



نمودار ۱. گرایش به هویت ملی در کشورهای اروپایی

منبع: Luedetke, 2005: 96

حالی که این احساس فقط در ۲۵ درصد قبرسی‌ها، ۲۷ درصد فنلاندی‌ها، ۲۷ درصد انگلیسی‌ها، ۳۲ درصد هلندی‌ها، ۳۴ درصد استونیایی‌ها و ۳۰ درصد کرواسیایی‌ها وجود دارد. بیشترین

همچنین نتایج مطالعه مؤسسه یوروبارومتر در سال ۲۰۰۷ درباره دل‌بستگی به اتحادیه اروپا نشان می‌دهد که ۶۵ درصد بلژیکی‌ها و ۶۳ درصد هلندی‌ها به اتحادیه اروپا دل‌بستگی دارند در

جدول ۳. رتبه‌بندی کشورها براساس غرور ملی (۲۰۰۳-۲۰۰۴)

کشور	غرور ملی عمومی	غرور ملی (ویژه)	معدل مرتبه
ایالات متحده آمریکا	۱۷/۷	۴/۰	۱
ونزوئلا	۱۸/۴	۳/۶	۱
استرالیا	۱۷/۵	۲/۹	۳
اتریش	۱۷/۴	۲/۴	۴
افریقای جنوبی	۱۷/۰	۲/۷	۵
کانادا	۱۷/۰	۲/۴	۶
شیلی	۱۷/۱	۲/۳	۷
نیوزیلند	۱۶/۶	۲/۶	۸
فیلیپین	۱۶/۷	۲/۳	۹
اسرائیل	۱۶/۲	۲/۳	۱۰
دانمارک	۱۶/۶	۱/۷	۱۱
لهستان	۱۷/۰	۱/۶	۱۱
ایرلند	۱۵/۳	۲/۹	۱۱
اوروگوئه	۱۶/۱	۲/۰	۱۴
پرتغال	۱۶/۲	۱/۶	۱۵
فنلاند	۱۶/۱	۱/۸	۱۶
اسپانیا	۱۶/۶	۱/۶	۱۷
ژاپن	۱۵/۹	۱/۸	۱۸
بریتانیا	۱۵/۱	۲/۲	۱۹
اسلوانی	۱۶/۱	۱/۱	۲۰
روسیه	۱۶/۷	۱/۳	۲۱
نروژ	۱۴/۹	۱/۳	۲۲
کره جنوبی	۱۶/۰	۱/۰	۲۲
جمهوری چک	۱۵/۱	۱/۳	۲۴
سوئیس	۱۴/۳	۱/۶	۲۴
فرانسه	۱۴/۴	۱/۵	۲۶
تایوان	۱۵/۶	۰/۹	۲۷
آلمان غربی	۱۴/۵	۱/۰	۲۸
هلند	۱۵/۳	۰/۹	۲۸
اسلوواکی	۱۴/۵	۱/۱	۲۸
سوئد	۱۴/۰	۱/۲	۳۱
لتونی	۱۳/۴	۱/۰	۳۲
آلمان شرقی	۱۴/۲	۰/۷	۳۳
بلغارستان	NA	۱/۶	NA
کل	۱۵/۹	۱/۸	

منبع: Smith and Sekhokim, 2006

دلبستگی در مقدونیه (۶۶ درصد) و کمترین آن در ترکیه (۱۷ درصد) وجود داشته است (Eurobarometer, 2008: 67).

کری، در پژوهش خود درباره رابطه هویت ملی و اتحادیه اروپایی و در پاسخ به اینکه آیا هویت ملی مانعی در برابر این اتحادیه خواهد بود، تأکید دارد که احساس تعلق نسبت به هویت ملی به شدت بر هویت اروپایی تأثیر دارد. شدت احساس تعلق به کشور، سطح دلبستگی به ملت یا دیگر سطوح ملی، و دوری از دیگر هویت‌ها و فرهنگ‌ها از ترس اینکه بر فرهنگ ملی (خودی) مسلط شوند، بر هویت‌یابی در سطح اروپایی تأثیر منفی دارند (Carey, 2002: 387). ریچارد روبین، در یکی از مهم‌ترین پژوهش‌های مربوط به هویت ملی در اروپا که با روش‌شناسی انجام شده است، سه جریان ملی‌گرا، تکثرگرا و فراملی را در اروپا تشخیص داده و معتقد است که حرکت کلی به سمت هویت فراملی^۱ است (Robyn, 2005: 26).

در مجموع، به نظر می‌رسد هویت ملی در اکثر کشورهای دنیا از قوت جدی برخوردار است و البته گرایش به هویت فرهنگی و هویت مدنی نیز به تدریج نمود آشکار می‌یابد. اسمیت و سخوکیم، در بررسی خود درباره هویت ملی در ۳۴ کشور دنیا طی سال‌های ۱۹۹۵-۱۹۹۶ و ۲۰۰۳-۲۰۰۴ که در چارچوب برنامه (پیمایش) بین‌المللی علوم اجتماعی (ISSP) انجام شده (Smith and Sekhokim, 2006)، دو متغیر «غرور ملی» و «میهن‌پرستی» را با ابزار مشابه در دو مقطع زمانی مورد سنجش قرار دادند. متغیر غرور ملی به معنی تعصب مردم نسبت به دستاوردهای ده‌گانه کشورشان (ورزشی، صنعتی، علمی و...) است و معدل آن ۳۲/۶ در دامنه ۱۰ تا ۵۰ بوده است. متغیر میهن‌پرستی به مفهوم وفاداری به کشور در نظر گرفته شده و میانگین آن ۱۵/۵ در دامنه ۵ تا ۲۵ بوده است. غرور ملی تحت تأثیر عوامل اقتصادی (درآمد سرانه)، ارزش‌های ملی، قدرت نظامی، رسوم و تاریخ، و میهن‌پرستی متأثر از برآورد عینی مردم از موقعیت جغرافیایی و سیاسی بوده است. ضمناً همبستگی (r) میان این متغیرها در دور اول ۰/۳۹۹ و در دور دوم ۰/۳۳۶ بوده است. محققان مذکور سپس به مقایسه و رتبه‌بندی کشورها پرداخته‌اند که نتیجه آن در دور دوم به شرح جدول ۳ است.

تغییرات غرور ملی در دو دوره نیز به صورت زیر بوده است:

1. supranational

جدول ۴. رتبه‌بندی غرور ملی عمومی (۱۹۹۵-۶ و ۲۰۰۳-۴)

کشور	رتبه		تغییر نمره
	۱۹۹۵-۶	۲۰۰۳-۴	
اتریش	۱	۳	-۰/۱۴
ایالات متحده آمریکا	۲	۱	۰/۵۰
استرالیا	۳	۲	۰/۴۷
لهستان	۴	۵	۰/۳۴
کانادا	۵	۴	۰/۴۷
فیلیپین	۶	۸	۰/۲۰
نیوزیلند	۷	۷	۰/۱۶
ژاپن	۸	۱۰	-۰/۴۹
ایرلند	۹	۱۲	-۰/۹۷
اسپانیا	۱۰	۸	۰/۵۲
اسلونی	۱۱	۹	۰/۱۲
نروژ	۱۲	۱۶	-۰/۸۸
هلند	۱۳	۱۳	-۰/۴۹
بریتانیا	۱۴	۱۴	-۰/۲۳
روسیه	۱۵	۱۱	۰/۳۹
سوئد	۱۶	۲۰	-۰/۴۲
جمهوری چک	۱۷	۱۵	۰/۷۵
لتونی	۱۸	۲۱	-۰/۴۷
آلمان غربی	۱۹	۱۷	۰/۸۸
آلمان شرقی	۲۰	۱۹	۰/۵۹
اسلوواکی	۲۱	۱۸	۰/۹۳

منبع: Smith and Sekhokim, 2006

و وفاداری ملی اقلیت‌ها نیز در ایالات متحده، ایرلند، بلغارستان، نیوزیلند، کانادا، فیلیپین، اسرائیل، اسپانیا، لتونی، اسلوواکی و اوروگوئه کاهش می‌یابد. اما در سایر کشورها، گرایش به غرور ملی و وفاداری ملی در نزد اقلیت‌های قومی یا مذهبی تفاوت معنی‌داری با اکثریت نداشته است (ibid.: 14).

۴. وضعیت هویت ملی در ایران

۱.۴. مرور سیاست‌ها

با عنایت به تنوع فرهنگی جامعه ایران، رویکرد حاکم بر سیاست‌های هویتی در ایران از زمان تشکیل دولت ملی در دوران جدید (یعنی سال‌های ۱۳۰۰ به بعد) انسجام و سمت و سوی معینی به خود گرفته است. در دوره پس از انقلاب اسلامی نیز در اسناد فرادستی متعددی، از جمله قانون اساسی (اصول ۱۸، ۱۶، ۱۵ و ۴۱)، مصوبات متعدد شورای عالی انقلاب فرهنگی (از جمله در اصول سیاست فرهنگی کشور مصوب ۱۳۷۶)، مصوبات شورای فرهنگ عمومی، قوانین برنامه توسعه اول تا چهارم، و نهایتاً سند چشم‌انداز ایران ۱۴۰۴، بر تقویت و ارتقای هویت ملی (در کنار هویت مذهبی) تأکید شده است. در سند چشم‌انداز ایران ۱۴۰۴، بر ضرورت تثبیت و تعمیق هویت ایرانی-اسلامی و انقلابی اصرار و توجه جدی شده است. مضمون مشترک در قوانین برنامه توسعه جمهوری اسلامی تأکید بر ضرورت تقویت هویت فرهنگی جامعه ایرانی (برای مقابله با فرهنگ غرب) بوده است. در همین جهت، در سند چشم‌انداز ایران ۱۴۰۴، بر اهمیت تقویت و قوام هویت ایرانی و اسلامی به مثابه یکی از ارکان توسعه کشور عنایت ویژه‌ای مبذول شده است.

۲.۴. شاخص‌ها

در آغاز باید گفت که ماهیت هویت ملی در ایران تاحدی متفاوت با کشورهای دیگر دنیاست چرا که، به دلیل تنوع فرهنگی موجود و قدمت و استقرار طولانی مدت اقوام در سرزمین ایران و مشابهت‌های نژادی، تاریخی، مذهبی و دینی آنها با یکدیگر، الگوی هویت ملی در ایران با جوامع دیگر متفاوت است. از جمله با جامعه آمریکا که تازه‌تأسیس است و اکثریت ساکنان آن را مهاجران و اقلیت‌ها تشکیل می‌دهند، یا با الگوی کانادایی که شامل هویت‌هایی کاملاً متمایز است، و نیز با الگوی اروپایی که ملت‌های

یافته‌های پژوهش مذکور نشان داده که تأثیر جنسیت بر هویت ملی در بعضی از کشورها مثل نروژ، فنلاند، سوئیس، سوئد، فرانسه و اتریش بسیار قوی، در ایالات متحده، بریتانیا، تایوان و اسلوواکی ضعیف، و در بقیه کشورها بی‌تأثیر بوده است، یعنی تفاوت معنی‌داری از حیث جنسیت در احساس هویت ملی مشاهده نشده است. اما در مجموع هویت ملی مردان قوی‌تر بوده است. همچنین عامل سن در تمام کشورها تأثیر تعیین‌کننده‌ای داشته است، به این معنی که با افزایش سن غرور ملی نیز افزایش می‌یابد. سطح تحصیلات نیز با هویت ملی ارتباط وثیقی داشته و با کاهش تحصیلات، تعصب و هویت ملی افزایش می‌یابد. نکته جالب توجه دیگر آنکه گرایش اقلیت‌های ساکن هر کشور به غرور ملی (متغیر نخست این پژوهش) در ایالات متحده، استرالیا، ایرلند، هلند، کانادا، اسپانیا، لتونی، اسلوواکی و اوروگوئه کاهش معنی‌داری پیدا می‌کند،

کهن با اقلیت‌های تازه‌وارد را شامل می‌شود. بر این اساس، الگوی نهایی سنجش هویت ملی در ایران به قرار زیر است:

جدول ۵. ابعاد هویت ملی

ابعاد هویت ملی	تعلق	تعهد
فرهنگ ملی	شاخص‌ها	شاخص‌ها
اجتماع ملی	شاخص‌ها	شاخص‌ها
سیاست ملی (کشور)	شاخص‌ها	شاخص‌ها

منبع: حاجیانی، ۱۳۸۸ الف: ۱

سایر مشکلات موجود در پژوهش‌های از نوع فراتحلیل از حیث هماهنگی در نوع و حجم جامعه آماری و جمعیت نمونه در اینجا نیز وجود دارد. بر این اساس و به منظور ارائه تصویر روشنی از پژوهش‌های مورد استفاده، تلاش می‌شود تا ویژگی‌ها و مختصات روش‌شناختی هریک از پژوهش‌ها نیز ارائه شود. با وجود این موانع و مشکلات نمی‌توان گفت که مقایسه و ارائه گزارش نهایی از مجموعه پژوهش‌های موجود غیرممکن است.

شایان ذکر است که در چند سال اخیر، به‌خصوص یک دهه گذشته، حدود ۳۰۰ عنوان پژوهش درباره ابعاد مختلف هویت‌های اجتماعی و به طور مشخص هویت ملی، هویت مذهبی و هویت قومی در ایران انجام شده است (رک. مقصودی، ۱۳۷۶: ۶۹-۵۴؛ پژوهشکده علوم انسانی و اجتماعی جهاد دانشگاهی، ۱۳۸۷: حاجیانی، ۱۳۸۸ ب).

وضعیت شاخص‌های بعد فرهنگی

روند وضعیت شاخص‌های فرهنگی هویت در ایران طی سال‌های ۱۳۷۹-۱۳۸۹ در پژوهش‌های تجربی انجام شده به قرار زیر گزارش شده است:

اکنون می‌توان، براساس مدل سنجش ارائه شده، به هدف اصلی گزارش حاضر و ارائه یافته‌های پژوهشی در خصوص ابعاد سه‌گانه هویت ملی ایرانیان مشتمل بر ابعاد فرهنگی، اجتماعی و سیاسی پرداخت. شایان ذکر است که به لحاظ روش‌شناسی و ابزار سنجش، در پژوهش‌های انجام شده، هویت ملی با استفاده از پرسش‌نامه کاملاً مشابه و هماهنگ و ثابتی ارزیابی نشده است. همچنین، به دلیل عدم سازمان‌دهی متمرکز و برنامه‌ریزی شده، پروژه‌های مختلف نهادهای متولی دولتی یا سازمان‌های پژوهشی با فواصل زمانی منظم اجرا نشده تا امکان ارائه فراتحلیلی^۱ دقیق و روشمند فراهم آید.

جدول ۶. وضعیت شاخص‌های بعد فرهنگی هویت ملی در ایران (۱۳۷۹-۱۳۸۹)

ردیف	عنوان	سال اجرا	جامعه آماری	خلاصه یافته‌ها	نتایج
۱	ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان، موج اول	۱۳۷۹	ملی	۸۷/۱ ۳/۸	بسیار زیاد و کاملاً کم و خیلی کم
۲	ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان، موج دوم	۱۳۸۲	ملی	۸۹/۵	زیاد و بسیار زیاد و کاملاً
۳	چلبی و یوسفی	۱۳۸۳	ملی	۹۳	بسیار قوی
۴	ایسپا	۱۳۸۴	ملی	۵۹/۴۷ از ۱۰۰	بالاتر از متوسط
۵	حاجیانی	۱۳۸۶	ملی	۳۴ در دامنه ۴۳/۱ تا ۹/۰۵	گرایش قوی
۶	ابوالحسنی	۱۳۸۷	شهر تهران	۹۲/۳۲ از ۱۰۰	بسیار قوی
۷	میرزایی	۱۳۸۸	دانشگاه‌های کشور	۰/۷۹	قوی
۸	سلگی	۱۳۸۹	دانشگاه‌های تهران	۰/۸۷	قوی
۹	محمدی قره‌قانی	۱۳۸۹	شهر تهران	۷۱ درصد قوی و ۲۶ درصد متوسط	قوی

پهنه تغییرات این عامل ۰/۵ تا ۴۲/۱ و میانگین ۳۴/۱ است. همچنین میانه ۳۴/۴ است.

همچنین، در یکی از پژوهش‌های اخیر (سلگی، ۱۳۸۹)، میزان تعهد نسبت به فرهنگ و سنت‌های باستانی ایرانیان ۹۱ درصد (موافق و کاملاً موافق) بوده است. شایان ذکر است که شاخص‌های مطرح در این پژوهش‌ها عمدتاً مشترک است و در چارچوب مفهوم بعد فرهنگی هویت ایرانی قرار دارد.

وضعیت شاخص‌های بعد اجتماعی

چنانکه گفته شد، تعهد نسبت به اجتماع ملی و کنشگران جامعه ایران (اعم از شهروندان، اقوام و...) یکی دیگر از ابعاد هویت ملی به شمار می‌آید. نتایج حاصل از پژوهش‌های انجام‌شده در این باره به شرح زیر است:

در مجموع، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که بعد فرهنگی هویت ملی در نزد ایرانیان بسیار قوی است. برای تأمل بیشتر در وضعیت گرایش به فرهنگ ملی به جدول ۷ توجه کنید:

جدول ۷. هویت ملی در بعد فرهنگی در ایران (۱۳۸۶)

وضعیت	فراوانی	درصد
گرایش خیلی قوی	۶۹۱	۴۰/۷
گرایش قوی	۸۰۱	۴۷/۱
نه موافق نه مخالف	۱۷۳	۱۰/۲
گرایش ضعیف	۲۸	۱/۶
گرایش خیلی ضعیف	۶	۰/۴
جمع کل	۱۶۹۹	۱۰۰

منبع: حاجیانی، ۱۳۸۸ الف: ۲۸۲

جدول ۸. وضعیت شاخص‌های بعد اجتماعی هویت ملی در ایران (۱۳۷۹-۱۳۸۹)

ردیف	عنوان	سال اجرا	جامعه آماری	نتایج
۱	ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان، موج اول	۱۳۷۹	ملی	بسیار بالاتر از متوسط
۲	ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان، موج دوم	۱۳۸۲	ملی	عمدتاً پایین‌تر از متوسط (۸۷/۳)
۳	چلبی و یوسفی	۱۳۸۳	ملی	در حد متوسط
۴	ایسپا	۱۳۸۴	ملی	بسیار ضعیف (شاخص رضایت از زندگی در ایران)
۵	موسوی و دیگران	۱۳۸۵	ملی	عمدتاً پایین‌تر از متوسط
۶	حاجیانی	۱۳۸۶	ملی	۲۴/۹ در دامنه، ۸/۵۴ تا ۴۰/۳۸ در حد متوسط
۷	ابوالحسنی	۱۳۸۷	ملی (تهران)	بسیار قوی
۸	میرزایی	۱۳۸۸	ملی (دانشگاه‌های کشور)	قوی (۶۷)
۹	محمدی قره‌قانی	۱۳۸۹	شهروندان تهران	در حد متوسط

دامنه تغییرات بین ۸/۵۴ تا ۴۰/۳۸ و میانگین ۲۴/۹ و میانه این سازه ۲۵ است که در مجموع نشان‌دهنده قوت نسبی (کمی بالاتر از میانگین) بعد اجتماعی هویت ملی در ایران است.

وضعیت شاخص‌های بعد سیاسی

وضعیت بعد سیاسی هویت ملی در ایران طی سال‌های مورد بررسی به شرح جدول ۱۰ برآورد شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که میزان تعهد نسبت به هویت سیاسی معمولاً در حد میانگین (یا کمی بالاتر از آن) بوده است.

وضعیت دقیق‌تر بعد اجتماع ملی را می‌توان در جدول زیر مشاهده کرد:

جدول ۹. وضعیت تعلق به اجتماع ملی (۱۳۸۶)

وضعیت	فراوانی	درصد
نگرش کاملاً مثبت	۹۲	۵/۷
نگرش مثبت	۴۷۴	۲۹/۴
نه مثبت نه منفی	۶۵۰	۴۰/۲
منفی	۳۵۱	۲۱/۸
کاملاً منفی	۴۶	۲/۹
جمع کل	۱۶۱۳	۱۰۰

منبع: حاجیانی، ۱۳۸۸ الف: ۲۹۰

جدول ۱۰. وضعیت شاخص‌های بعد سیاسی هویت ملی در ایران (۱۳۷۹-۱۳۸۹)

ردیف	عنوان	سال اجرا	جامعه آماری	نتایج
۱	ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان، موج اول	۱۳۷۹	ملی	بسیار بالاتر از متوسط (زیاد ۸۷/۱)
۲	ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان، موج دوم	۱۳۸۲	ملی	بسیار بالاتر از متوسط (زیاد ۸۵/۳)
۳	ایسپا	۱۳۸۴	ملی	متوسط
۴	حاجیانی	۱۳۸۶	ملی	۱۳/۳ در دامنه، ۵/۹۳ تا ۱۹/۵۸ در حد متوسط
۵	ابوالحسنی	۱۳۸۷	ملی (تهران)	-
۶	میرزایی	۱۳۸۸	ملی (دانشگاه‌های کشور)	کمی بالاتر از متوسط (۵۸)
۷	سلگی	۱۳۸۹	دانشگاه‌های تهران	موافق و خیلی موافق (۸۷)
۸	محمدی قره‌قانی	۱۳۸۹	شهروندان تهران	پایین‌تر از متوسط

با توجه به فقدان سابقه پژوهشی مرتبط با این بعد، به داده‌های زیر توجه کنید:

باید اشاره کرد که دامنه تغییرات این بعد بین ۵/۹۳ تا ۱۹/۵۸ و میانگین ۱۳/۳ و میانه ۱۳/۳ است که حاکی از اهمیت و جایگاه در حد متوسط بعد سیاسی هویت ملی در ایران است.

جدول ۱۱. سیاست ملی (بعد سیاسی هویت ملی)

وضعیت	فراوانی	درصد
کاملاً موافقم	۲۸۷	۱۶/۶
موافقم	۸۴۰	۴۸/۵
نه موافق نه مخالف	۵۴۱	۳۱/۱
مخالف	۶۰	۳/۵
کاملاً مخالف	۵	۰/۳
جمع کل	۱۷۳۳	۱۰۰

منبع: حاجیانی، ۱۳۸۸ الف: ۲۸۱

وضعیت کلی هویت ملی (ترکیب ابعاد سه‌گانه)

این متغیر از ترکیب سه بعدِ تعلق به فرهنگ ایرانی، تعلق به اجتماع ملی، و تعهد به سیاست ملی کشور ایران ساخته شده است. یافته‌های جدول ۱۲ با ترکیب ابعاد مختلف سازه هویت ملی در ایران به دست آمده است.

جدول ۱۲. وضعیت کلی هویت ملی در ایران (متغیر ترکیبی)

ردیف	عنوان	سال اجرا	جامعه آماری	نتایج
۱	ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان، موج اول	۱۳۷۹	ملی (۱۶۷۳۰)	زیاد (۸۷/۸)
۲	ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان، موج دوم	۱۳۸۲	ملی (۴۵۵۳)	زیاد (۸۹/۵)
۳	چلبی و یوسفی	۱۳۸۳	ملی	قوت هویت ملی
۴	ایسپا	۱۳۸۴	۹۳	قوی
۵	حاجیانی	۱۳۸۶	ملی	۳/۷۱ در دامنه، ۱ تا ۵: قوت هویت ملی
۶	ابوالحسنی	۱۳۸۷	شهر تهران	قوت هویت ملی
۷	میرزایی	۱۳۸۸	دانشگاه‌های کشور	۶۸
۸	سلگی	۱۳۸۹	دانشگاه‌های تهران	موافق و کاملاً موافق (۸۲/۱)
۹	محمدی قره‌قانی	۱۳۸۹	شهروندان تهران	بسیار قوی

در مجموع، یافته‌های پژوهش‌های تجربی یک دهه اخیر نشان می‌دهد که هویت ملی در ایرانیان به طور کلی از قوت و شدت بالایی برخوردار است اما جنس و ماهیت آن به طور مشخص فرهنگی است چرا که بیشترین تعلق‌ها و تعهدات نسبت به

ویژگی‌های فرهنگی (تاریخی، میراثی، زبانی و نمادی) ایران است. پس از آن بعد اجتماعی قرار می‌گیرد که از اهمیت نسبی برخوردار است. بعد سیاسی هویت ملی ایرانیان در حد متوسط است.

هویت ملی در جوانان

با توجه به شواهد و یافته‌های موجود به نظر می‌رسد که، در مجموع، با افزایش متغیر سن، گرایش به ابعاد سه‌گانه هویت ملی (فرهنگ ملی، اجتماع ملی و بعد سیاسی هویت ملی) نیز کاهش می‌یابد. اوج این رابطه منفی در گروه سنی جوانان ۳۰-۲۵ ساله قابل مشاهده است. رابطه منفی تا سنین حدود ۴۰ سالگی همچنان

به چشم می‌خورد، اما از حدود ۴۰ سالگی به تدریج گرایش‌های هویتی رشد می‌یابد. بنابراین، در مجموع، این رابطه خطی و مستقیم نبوده است.

تعداد پژوهش‌های انجام‌شده در این حوزه محدود است. در زیر نتایج تعدادی از طرح‌های انتشار یافته ارائه می‌شود:

جدول ۱۳. وضعیت هویت ملی در بین جوانان ایرانی (۱۳۷۹-۱۳۸۹)

ردیف	عنوان	سال اجرا	جامعه آماری	حجم نمونه (جوانان)	میزان گرایش به هویت ملی			ارزیابی کلی
					کم	متوسط	زیاد	
۱	ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان، موج اول	۱۳۷۹	ملی	۱۶۷۳۰	۶/۴	۹/۸	۸۳/۸	بسیار قوی
۲	ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان، موج دوم	۱۳۸۲	ملی	۴۵۵۳	۵/۵	۸/۵	۸۶	بسیار قوی
۳	ایسپا	۱۳۸۴	ملی	۲۴۲۵	۱۵/۹	۴۱/۷	۴۲/۴	بسیار قوی
۴	حاجیانی	۱۳۸۶	ملی	فرهنگ ملی	۴/۲ از ۵	۳ از ۵	سیاست ملی	نمره کلی جوانان ۳/۶ (کمی بالاتر از متوسط) است که از نمره گروه سنی غیر جوان پایین‌تر است
				جوانان ۷۷۹	۴/۲ از ۵	۳ از ۵	۳/۷ از ۵	
				سایر گروه‌های سنی ۹۵۰	۴/۳ از ۵	۳/۲ از ۵	۳/۸ از ۵	
۵	ابوالحسنی	۱۳۸۷	ملی (تهران)	جوانان ۲۰-۳۰ ساله ۸۹	۴۰/۸ از ۱۰۰			تفاوت هویت ملی در گروه‌های سنی معنی‌دار است. میزان آن در بین جوانان پایین‌تر از متوسط است
				جوانان ۲۱-۳۰ ساله ۲۲۵	۴۰/۰۴ از ۱۰۰			
۶	میرزایی	۱۳۸۸	ملی (دانشگاه‌های کشور)	۱۸۱۴	فرهنگی: ۷۹ زبانی: ۶۵	اجتماعی: ۶۷	سیاسی: ۵۸	بالاتر از متوسط
۷	سلگی	۱۳۸۹	دانشگاه‌های تهران	۵۲۴	ترجیح فرهنگ ایرانی: ۸۷	سیاسی: ۸۷		قوی (۸۲)

جدول ۱۴. وضعیت جوانان ایرانی برحسب تعلق به فرهنگ ملی

درصد تجمعی	درصد معتبر	درصد	فراوانی	
۰/۴	۰/۴	۰/۳	۳	کاملاً موافقم
۲/۵	۲/۲	۲/۱	۱۸	موافقم
۱۵/۵	۱۳/۰	۱۲/۴	۱۰۸	نه موافق نه مخالف
۶۲/۴	۴۶/۹	۴۴/۹	۳۹۰	مخالفم
۱۰۰/۰	۳۷/۶	۳۶/۰	۳۱۳	کاملاً مخالفم
	۱۰۰/۰	۹۵/۷	۸۳۲	کل
		۴/۳	۳۷	مفقود
		۱۰۰/۰	۸۶۹	کل

منبع: حاجیانی، ۱۳۸۸ الف: ۵۸۶

در مجموع، نتایج نشان‌دهنده پایین بودن گرایش به هویت ملی در بین جوانان ایرانی نسبت به سایر گروه‌های سنی است و به طور مشخص معمولاً پایین‌تر از میانگین است. همچنین گرایش به هویت در گروه سنی ۲۱-۲۰ سال کمتر است. در مقایسه با سایر گروه‌های سنی، تفاوت معنی‌داری به لحاظ برخورداری از هویت ملی وجود دارد. برای تأمل بیشتر به یافته‌های جداول ۱۶-۱۴ توجه کنید.

نتایج نشان‌دهنده عدم برجستگی و قوت بعد فرهنگی در جوانان ایرانی است.

جدول ۱۷. توزیع فراوانی میزان کلی هویت ملی جوانان ایرانی

(با ترکیب هر سه بعد)

درصد تجمعی	درصد معتبر	درصد	فراوانی	
۰/۳	۰/۳	۰/۲	۲	کاملاً ضعیف
۴/۶	۴/۳	۳/۷	۳۲	ضعیف
۰/۳۹	۳۴/۹	۲۹/۶	۲۵۷	متوسط
۹۳/۶	۵۴/۱	۴۵/۸	۳۹۸	قوی
۱۰۰/۰	۶/۴	۵/۴	۴۷	خیلی قوی
	۱۰۰/۰	۸۴/۷	۷۳۶	کل
		۱۵/۳	۱۳۳	مفقود
		۱۰۰/۰	۸۶۹	کل

منبع: حاجیانی، ۱۳۸۸ الف: ۱۳

نتایج حاکی از آن است که هویت ملی قوت و برجستگی بیشتری نزد زنان ایرانی دارد. همچنین تغییرات مشهودی از حیث زمانی در این گرایش مشاهده نمی‌شود.

۳.۴. علل و عوامل مؤثر بر هویت ملی

در بررسی عوامل مؤثر بر میزان هویت ملی در ایران و با توجه و دقت در پژوهش‌هایی که رویکرد تبیینی و تحلیلی را در این زمینه دنبال کرده‌اند، به طور خلاصه می‌توان عوامل زیر را برشمرد:

هویت قومی

با عنایت به تنوع و پراکندگی فرهنگی- قومی جامعه ایرانی، توجه به مقوله هویت قومی حائز اهمیت فراوان است. به نظر گیرتر، بعد از نظام خویشاوندی، شاید قومیت مهم‌ترین روش طبقه‌بندی و سازمان‌دهی جمعی انسان‌ها به شمار آید (Jenkins and Sofos, 1990: 36).
(Spyros, 2007: 1475).

همچنین می‌توان گفت که هویت قومی یکی از سطوح جامعه‌پذیری تعریف می‌شود که فرد از طریق آن خود را به یک گروه بزرگ قومی متصل و مربوط می‌کند و، به صورت نمادین یا واقعی، خویش را عضو آن گروه بزرگ قومی می‌پندارد (Isajiw, 1990: 36). از دیدگاه واینریش، مفهوم هویت قومی روشی است برای فهم نیازها و تهدیداتی که گروه‌های قومی احساس می‌کنند (Weinreich, 2002: 83). صرف نظر از مباحث فوق، درباره ایران باید گفت که، به دلایل تاریخی و جغرافیایی، هویت‌های محلی و قومی در ایران بسیار برجسته و قوی است که بعضاً تداخلاتی با

جدول ۱۵. وضعیت جوانان ایرانی برحسب تعلق به اجتماع ملی

درصد تجمعی	درصد معتبر	درصد	فراوانی	
۴/۱	۴/۱	۳/۷	۳۲	کاملاً مثبت
۳۰/۵	۲۶/۵	۲۳/۹	۲۰۸	مثبت
۶۹/۲	۳۸/۷	۳۵/۰	۳۰۴	نه مثبت نه منفی
۹۵/۷	۲۶/۵	۲۳/۹	۲۰۸	منفی
۱۰۰/۰	۴/۳	۳/۹	۳۴	کاملاً منفی
	۱۰۰/۰	۹۰/۴	۷۸۶	کل
		۹/۶	۸۳	مفقود
		۱۰۰/۰	۸۶۹	کل

منبع: حاجیانی، ۱۳۸۸ الف: ۵۸۷

یافته‌ها مبین اهمیت نسبی هویت ملی در بعد اجتماعی است.

جدول ۱۶. وضعیت جوانان ایرانی برحسب تعهد به ابعاد سیاسی

هویت ملی

درصد تجمعی	درصد معتبر	درصد	فراوانی	
۰/۶	۰/۶	۰/۶	۵	کاملاً مخالفم
۴/۸	۴/۲	۴/۰	۳۵	مخالفم
۳۸/۹	۳۴/۱	۳۲/۷	۲۸۴	نه موافق نه مخالف
۸۴/۳	۴۵/۳	۴۳/۴	۳۷۷	موافقم
۱۰۰/۰	۱۵/۷	۱۵/۱	۱۳۱	کاملاً موافقم
	۱۰۰/۰	۹۵/۷	۸۳۲	کل
		۴/۳	۳۷	مفقود
		۱۰۰/۰	۸۶۹	کل

منبع: حاجیانی، ۱۳۸۸ الف: ۱۱

نتایج حاکی از اهمیت در حد متوسط هویت ملی در بعد سیاسی است. اما با ترکیب ابعاد مختلف هویت ملی نتیجه کلی جدول ۱۷ حاصل شده است.

میانگین گرایش کلی به هویت ملی در میان جوانان ایرانی ۳/۶ است که از متوسط بالاتر است. یادآوری می‌شود که این متغیر کلی مرکب از سه بعد فرهنگی، اجتماعی و سیاسی است.

هویت ملی در زنان

یافته‌ها در خصوص تعلق و تعهد زنان ایرانی نسبت به هویت ملی در جدول ۱۸ آمده است.

هویت ملی تضعیف می‌شود. در مناطق مختلف فرهنگی (یا قومی) ایران وضعیت هویت ملی و هویت قومی به صورت زیر است:

هویت ملی در ایران پیدا می‌کنند. به عبارتی، به نظر می‌رسد هویت ملی در ایران ارتباط جدی با قوت‌گیری هویت قومی دارد، به این معنی که در مناطقی که هویت قومی قوی‌تری شکل گیرد،

جدول ۱۸. وضعیت هویت ملی در بین زنان ایرانی (۱۳۷۹-۱۳۸۹)

ردیف	عنوان	سال اجرا	جامعه آماری	حجم نمونه (زنان)	میزان گرایش به هویت ملی			ارزیابی کلی
					کم	متوسط	زیاد	
۱	ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان، موج اول	۱۳۷۹	ملی	۱۶۷۳۰	۵/۸	۷/۸۶	۸۸/۲	بسیار قوی
۲	ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان، موج دوم	۱۳۸۲	ملی	۴۵۵۳	۳/۹	۶	۹۰/۲	بسیار قوی
۳	ایسپا	۱۳۸۴	ملی	۲۴۴۳	۱۲/۹	۴۰/۷	۴۶/۴	بسیار بالاتر از میانگین، قوی‌تر از مردان
۴	حاجیانی	۱۳۸۶	ملی	مردان ۸۸۰	۴/۲	۳	۳/۷	هویت ملی در زنان در حد قوی است، اما تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. به نظر می‌رسد هویت در نزد زنان کمی قوی‌تر است
				زنان	۴/۲	۳/۱	۳/۷	
				میانگین کلی	۴/۲	۳/۱	۳/۷	
۵	ابوالحسنی	۱۳۸۷	ملی (تهران)	کم	۱	متوسط	زیاد	میانگین زنان ۴/۱۹ و میانگین مردان ۴/۱۶ است و تفاوت معنی‌دار وجود ندارد. هرچند هویت ملی زنان بسیار قوی است
				۳۴۳ (فراوانی خام)	۱۴ (فراوانی خام)	۳۲۷ (فراوانی خام)		
۶	میرزایی	۱۳۸۸	ملی (دانشگاه‌های کشور)	۱۰۲۷	فرهنگی: ۸۰ زبانی: ۶۹	اجتماعی: ۷۴/۴	سیاسی: ۶۸/۴	بالاتر از متوسط به میزان ۷۰/۶

جدول ۱۹. میانگین گرایش اقوام به هویت قومی و هویت ملی

ترکمن	آذری	عرب	بلوچ	لر	کرد	هویت قومی
۴	۳/۵	۳/۹	۳/۶	۳/۷	۳/۶	هویت قومی
۳/۶	۳/۸	۲/۸	۳/۹	۳/۹	۳/۴	هویت ملی

منبع: حاجیانی، ۱۳۸۷: ۱۵۸

همچنین میزان ضرایب همبستگی میان این دو متغیر در کشور ایران به قرار جدول ۲۰ است.

جدول ۲۰. رابطه هویت قومی با هویت ملی (در میان اقوام ایرانی)

قوم‌مداری	تعلق به ابعاد سیاسی قومیت	تعلق به فرهنگ و اجتماع قومی	
بعد فرهنگی هویت ملی	۰/۰۳۴	۰/۰۲۸	-۰/۰۵
بعد اجتماعی هویت ملی	۰/۰۲۲	۰/۰۴۳	۰/۰۱۶
بعد سیاسی	۰/۰۲۵	۰/۰۱۵	۰/۰۱

منبع: حاجیانی، ۱۳۸۸الف: ۶۳۲

در واقع، هرچند رابطه ابعاد فرهنگی هویت ملی با ابعاد فرهنگی و اجتماعی قومیت قوی و مثبت است، این همبستگی در دو بعد دیگر به شدت ضعیف و حتی منفی ارزیابی می‌شود. این بدان معنی است که قوم‌گرایی و هویت قومی تأثیر منفی بر هویت ملی دارند و این وضعیت به‌ویژه در خوزستان و کردستان بسیار

مشهود است (حاجبانی، ۱۳۸۷: ۱۶۴-۱۴۳؛ نیز برای ملاحظه نتایج دقیق‌تر در این باره رک. نواح و تقوی‌نسب، ۱۳۸۸: ۳۳۵؛ ابوالحسنی، ۱۳۸۸: ۲۰۷). اما در بررسی اخیر میرزایی، در میزان گرایش به هویت ملی در میان دانشجویان فارس و غیرفارس تفاوت معنی‌داری ملاحظه نشده است و در فارس‌ها ۶۸/۴ و در غیرفارس‌ها ۶۷ درصد بوده است (میرزایی، ۱۳۸۸: ۲۵۲). نتایج پژوهش جدیدتری (سلگی، ۱۳۸۹) حاکی از آن است که سه بعد مهم هویت قومی (احساس تعهد قومی، همگرایی فرهنگ قومی-ملی و احساس تعلق قومی) رابطه ضعیف (اما مثبتی) با هویت ملی دارند. در مجموع، باید گفت که رشد هویت قومی در بعضی اقوام (مثل عرب و کرد) نسبت معکوسی با هویت ملی (ایرانی) دارد.

هویت دینی

در بحث از هویت دینی، موضوع عبارت است از کنش کنشگران اجتماعی در مواجهه با دین. اگر رابطه دین را با دینداران دارای دو جهت بدانیم، یکی از سمت دین به سوی کنشگر و دیگری از سمت کنشگر به سوی دین، «دینداری» بیشتر مرتبط است با جهت از دین به سوی کنشگر، اما «هویت دینی» مرتبط است با جهت از کنشگر به سوی دین. به عبارت دیگر، در مطالعه دینداری، دین مبدأ اصلی مطالعه است. هویت دینی از این منظر هویتی است که درصدد است فرد را به یک ساخت اجتماعی به نام دین پیوند دهد. به زبان کان، هویت دینی مجموعه‌ای نسبتاً ثابت و پایدار از ایستارهاست که فرد از رابطه خود با دین در ذهن دارد (عاملی و مهدوی، بی‌تا). با توجه به یافته‌های در دسترس و به رغم انتظار رایج مبنی بر وجود پاره‌ای تعارضات بین هویت ملی و هویت دینی، در مجموع، رابطه میان دو بعد هم‌افزایانه است، اما بین تعلق به اجتماعات مذهبی (وجه اجتماعی هویت دینی) و بعد سیاسی هویت ملی رابطه‌ای وجود ندارد. ذکر این مهم به جهت اهمیتی است که دین در نظام فرهنگی و اجتماعی جامعه ایران دارد (حاجبانی، ۱۳۸۸ الف: ۲۹۴). در پژوهش ابوالحسنی نیز ضریب همبستگی بین هویت امتی (تعلق فرد به اجتماع جهانی مسلمانان) حدود ۷۰ درصد است که به معنای قوت این رابطه است (ابوالحسنی، ۱۳۸۸: ۲۰۶). قابل ذکر است که در تحقیق سلگی ثابت شده است که الزام و تعهد اجتماعی به دین تأثیر منفی پائینی (۱۷ درصد) بر تعلق به فرهنگ ملی دارد. همچنین میان تحمل و همزیستی دینی با

ترجیح فرهنگ باستانی نیز رابطه علی (رگرسیون) نازلی (۱۱/۰-) وجود دارد (سلگی، ۱۳۸۹: ۱۲۴). باید دانست که هویت ملی در نزد ایرانیان شیعه اندکی بیشتر از ایرانیان اهل سنت است، اما این تفاوت معنی‌دار نیست (میرزایی، ۱۳۸۸: ۲۱۹). خلاصه آنکه به نظر نمی‌رسد گرایش به دین تأثیر منفی بر هویت ملی داشته باشد.

هویت مدرن یا جهانی شدن

بر مبنای نظریه گیدنز، تجدد تغییرات ریشه‌ای در کیفیت زندگی روزمره به وجود می‌آورد و بر وجوه مختلف تجربیات ما اثر می‌گذارد. تغییرات ناشی از شکل‌گیری نهادهای امروزی به طور مستقیم با زندگی فردی و خود ما درمی‌آمیزند. تجدد موجب تکه‌برداری^۱ (خروج از قیود محلی و ترکیب مکرر با عناصر جدید) و ساماندهی بازتابی خصوصی‌ترین گوشه‌های خود می‌گردد (گیدنز، ۱۳۷۸: ۲۵). عصر تجدد کنونی یا تجدد علیاً^۲ تأثیرات متقابل عوامل محلی و جهانی را به دنبال دارد و موجب باز شدن زندگی اجتماعی و طرح پرسش‌های مکرر درباره هویت خود می‌شود. در خصوص مفهوم هویت جهانی باید تأکید کرد که مقوله هویت در زمره پدیده‌هایی است که، در پرتو جهانی شدن، در یک شبکه ارتباطی قرار می‌گیرد. در واقع هویت، تحت تأثیر ارتباطات، جهانی می‌شود و از پدیده‌های دوردست اثر می‌پذیرد و بر آنها هم اثر می‌گذارد. بر اثر این فعل و انفعالات، تصور ما از خویشتن دچار دگرگونی می‌شود و به شناخت‌های دیگری از وجود خویشتن نایل می‌شویم (قریشی، ۱۳۸۱: ۴۷).

در هر حال می‌توان گفت که همچون سایر نقاط جهان، شکل‌گیری هویت جهانی در ایران به معنی نوعی خودفهمی انسان ایرانی در چارچوب جهانی و شکل‌گیری احساس تعلق فرد به نظام جهانی و تعهد وی به مسائل جهانی است که در نتیجه آن، فرد خود را عضوی از جامعه جهانی تعریف و تصور می‌کند. به عبارت دقیق‌تر، هویت جهانی به معنی اعتقاد به اهمیت فرهنگ و اجتماع واحد جهانی و احساس تعلق فرد به آن است، و می‌توان آن را

1. disembodiment

2. high modernity

برخورداری از منافع و تاریخ مشترک به شدت تضعیف می‌شود (همان: ۲۱۸).

بر این اساس و با توجه به یافته‌های پژوهش‌های مختلف، از جمله مطالعه تجربی نواح و تقوی‌نسب در خوزستان و پژوهش منتشرشده نگارنده در مناطق ترکمن و کردنشین، نوع نگرش شهروندان به وضعیت معیشتی، وجود بیکاری، احساس محرومیت اقتصادی در منطقه، و تبعیض در دسترسی به مشاغل تأثیر منفی بر هویت ملی افراد دارند که در برجسته شدن هویت قومی نمود می‌یابد (نواح و تقوی‌نسب، ۱۳۸۸: ۲۳۴-۲۳۳). در بررسی میرزایی (۱۳۸۸)، احساس محرومیت با هویت ملی در فارسی‌زبان‌ها ۰/۳۵ رابطه منفی داشته است، اما در میان اقوام ایرانی (کرد، لر، ترک و...) این رابطه به ۰/۵۶- رسیده است.

سایر متغیرهای مؤثر بر هویت

براساس یافته‌های تجربی پراکنده می‌توان گفت تعهد و تعلق به هویت ملی با متغیرهای زیر رابطه دارد:

- رضایت از نظام سیاسی: رضایت سیاسی به نحو مؤثری گرایش به هویت ملی را در کنشگران افزایش می‌دهد (ایسپا، ۱۳۸۴: ۱۷۵).
- پذیرش ارزش‌های بنیادی نظام سیاسی: مشروعیت نظام سیاسی موجب تقویت هویت ملی می‌شود (همان: ۱۸۶).
- مشارکت: مشارکت بیشتر در امور اجتماعی و سیاسی هویت ملی را تقویت می‌کند (همان: ۱۹۰).
- امیدواری به آینده: با افزایش امید به آینده، گرایش به هویت ملی افزایش می‌یابد (همان: ۱۹۲).
- تحصیلات و آموزش: با افزایش تحصیلات، گرایش به هویت ملی کاهش می‌یابد (حاجیانی، ۱۳۸۸ الف: ۱۴۰).
- درآمد: با افزایش درآمد، گرایش به هویت ملی کاهش می‌یابد، اما طبقه اجتماعی بر هویت مؤثر نیست (همان: ۲۴۵).
- رسانه‌های خارجی: استفاده از شبکه‌های رسانه‌ای خارجی و اینترنت و ماهواره از شدت تعلقات هویتی می‌کاهد. تأثیر منفی رسانه بر بعد سیاسی و اجتماعی هویت ملی بیشتر است (همان: ۲۸۰).
- جنسیت: در مجموع، جنسیت تأحدودی بر هویت ملی

هویت فراملی گرایانه^۱ یا جهان‌وطن‌گرایی (هویت جهان‌زی یا کیهان‌زی)^۲ دانست که به معنی گرایش به تعدد و همزیستی فرهنگ‌ها در درون تجربه فردی از یک سو و اهمیت قائل شدن برای ارزش‌های جهانی و نهادهای بین‌المللی از سوی دیگر است. ضمن اذعان به عدم امکان تفکیک دقیق هویت جهانی از هویت بین‌المللی، می‌توان فرض کرد که هویت جهانی به معنی پذیرش وجود یک فرهنگ جهانی و تعلق به آن است، اما هویت بین‌المللی به معنی درک وجود مشکلات جهانی مشترک بین جوامع و ملزم دانستن خود (کشورهای خود) به تلاش در جهت حل این مشکلات است.

بر این اساس و با توجه به مجموعه یافته‌ها، به نظر می‌رسد رابطه‌ای میان تعلق به هویت جهانی (یا هویت مدرن یا بین‌المللی‌گرایی) با هویت ملی وجود ندارد (حاجیانی، ۱۳۸۸ الف: ۲۹۵؛ ابوالحسنی، ۱۳۸۸: ۲۰۸). در اینجا می‌توان به نتایج پژوهش سلگی نیز اشاره کرد که طی آن مشخص شد رابطه نسبتاً مثبتی میان جهانی‌گرایی و هویت ملی وجود دارد (سلگی، ۱۳۸۹: ۲۷۵).

احساس محرومیت نسبی

مطابق نظر گر، محرومیت نسبی که به معنی «احساس بازیگران مبنی بر وجود اختلاف میان انتظارات ارزشی خود و توانایی ارزشی محیط» است زمینه‌ساز بروز اختلاف و تنش بین بخش‌های مختلف جامعه می‌شود (گر، ۱۳۷۸: ۲۰۵). بر این اساس، هویت ملی تحت تأثیر احساس محرومیت نسبی کنشگران است چرا که شهروندان، به‌ویژه اقوام و فرهنگ‌های متفاوت با اکثریت جامعه، تصور می‌کنند که بنا به دلایلی از جمله قومیت خود در معرض سرکوب، آزار یا محرومیت از برخی حقوق و مزایا قرار می‌گیرند. بنابراین، وسعت محرومیت‌های جمعی گروه‌های فرهنگی متفاوت (اقلیت یا مهاجر) در مقایسه با دیگران عامل اصلی نارضایتی و اقدام مشترک می‌شود. احساس محرومیت در اینجا معادل تصور فرد از وجود نابرابری در رفاه مادی یا دستیابی سیاسی به موقعیت‌های مهم است. در این شرایط، هویت فرهنگی به پایگاهی برای جنبش سیاسی تبدیل و حس هویت جمعی (ملی) و

1. super nationalism

2. cosmopolitanism

۲.۵. مقایسه یافته‌ها با کشورهای منطقه

متأسفانه برای سنجش هویت ملی ایرانیان با کشورهای منطقه یا حتی آسیا، مرجع داده مناسبی پیدا نشده است، اما براساس آمارهای پراکنده مندرج در بعضی مقالات، مانند مورد ترکیه، امارات متحده عربی، ژاپن و استرالیا، می‌توان گفت رقم کلی حدود ۹۰ درصد برای گرایش به هویت ملی در ایران بسیار نزدیک (و تاحدودی بالاتر) از میزان گرایش به هویت ملی در ترکیه، ژاپن و استرالیاست و این کشورها تفاوت محسوسی از این حیث ندارند. در واقع، موضوع هویت در ایران فاقد ابعاد بحرانی است و ارقام داده‌های آن از بعضی کشورهای منطقه و ممالک آسیایی تاحدودی بالاتر است. همچنین گرایش به هویت ملی در ایران قوی‌تر از تمامی کشورهای اروپایی ارزیابی می‌شود. اما میزان گرایش به هویت ملی در میان ایرانیان بسیار نزدیک به نتایج پژوهش‌های انجام‌شده در ایالات متحده است چرا که هویت ملی در امریکا معمولاً ارقام بالای ۹۰ درصد را به خود اختصاص داده است. در واقع، می‌توان در این مورد ترتیب زیر را ارائه کرد:

۱. امریکا و ایران

۲. ژاپن، استرالیا، ترکیه و امارات متحده عربی

۳. کشورهای اروپایی نسبت به هویت ملی خودشان

۴. کشورهای اروپایی نسبت به اتحادیه اروپایی

این گزاره برخلاف تصور برخی محققان ایرانی است که می‌پندارند هویت ملی در ایران در شرایط بحرانی قرار دارد و بسیار ضعیف شده است. این نظر عمدتاً بدون تدقیق در مفهوم هویت ملی اظهار می‌شود و مفاهیمی دیگر مانند مشارکت، مشروعیت و... به جای هویت ملی قرار می‌گیرند. دیگر آنکه این اظهارنظرها کمتر وجه و پایه تجربی و عینی داشته است. به سخن دیگر، بنا به دلایل تاریخی، شرایط جغرافیایی، و سیاست‌های فرهنگی-اجتماعی دولتها در ایران (به‌ویژه از زمان صفویه) برای تقویت هویت ملی، این موضوع در ایران از انسجام و قوت جدی برخوردار است. البته این به معنی انکار بعضی روندهای واقعی مانند خروج از کشور یا تمایل به مهاجرت به خارج از کشور نیست، اما باید در نظر داشت که این‌گونه پدیده‌ها نباید در تناقض با احساس تعلق و پیوستگی ایرانیان با مام میهن تلقی شود.

اثرگذار است؛ به عبارتی، هویت ملی در زنان قوی‌تر از مردان است (حاجیان، ۱۳۸۸ الف: ۵۸۶؛ سلگی، ۱۳۸۹: ۱۱۸؛ میرزایی، ۱۳۸۸: ۲۸۵).

- روابط بین‌قومی: در میان اقوام ایرانی، تراکم روابط عمومی بین‌قومی در چهار حوزه اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی به طور کلی پایین است و میانگین هریک از این روابط در میان اقوام در کل کمتر از ۶ درصد است (یوسفی، ۱۳۸۰: ۲۰۷). رضایی و احمدلو نیز به این نتیجه رسیده‌اند که روابط بین‌قومی در جوانان ایرانی بسیار پایین است (رضایی و احمدلو، ۱۳۸۴: ۲۲).

- سرمایه اجتماعی: سرمایه اجتماعی و ابعاد اصلی آن یعنی کمیت و کیفیت روابط اجتماعی رابطه مثبت و معنی‌داری با میزان هویت ملی دارد ($r = 0.33$)، یعنی هرقدر سرمایه اجتماعی افزایش یابد، هویت ملی نیز تقویت می‌شود (رضایی و احمدلو، ۱۳۸۳: ۲۵).

۵. بحث و نتیجه‌گیری

۱.۵. مقایسه و تحلیل روند هویت ملی در ایران

مقایسه یافته‌ها در طول زمان در موضوع هویت به دشواری امکان‌پذیر است. دلیل این امر، علاوه بر محدودیت‌های روش‌شناختی، آن است که هویت مقوله‌ای است که در طی چند سال با تغییرات محسوسی مواجه نمی‌شود. هویت به مثابه مبنا و پایه فرهنگ به سختی تغییر می‌کند و جابه‌جایی یا برجستگی یافتن آن نیازمند گذشت زمان (حداقل یک دهه) است. از همین رو، نمی‌توان درباره روند تغییر هویت ملی در طی سال‌های مورد بررسی (۱۳۸۷-۱۳۸۰) قضاوت صریحی داشت. میزان گرایش به هویت ملی معمولاً در حدود رقم کلی ۹۰ درصد قرار داشته است. این میزان در بعد فرهنگی بسیار قوی (کمی بالاتر از ۹۳ درصد)، در بعد اجتماعی بالاتر از متوسط، و در بعد سیاسی در حدود متوسط است. تغییرات هویت ملی، چنانکه گفته شد، در طول زمان چندان محسوس نیست. ضمناً باید توجه داشت که تغییرات جزئی برخی ارقام و مقادیر ناشی از روش‌شناسی پژوهش‌ها، تنوع جوامع آماری و جمعیت نمونه و... چندان مهم و تعیین‌کننده نیستند. خلاصه آنکه هویت ملی در طول سال‌های مورد بررسی تغییر محسوسی نداشته و همواره از قوت و شدت زیادی برخوردار بوده است.

منابع

گر، تد رابرت. (۱۳۷۸)، *چرا انسان‌ها شورش می‌کنند*، ترجمه علی مرشدی‌زاده، تهران، پژوهشکده مطالعات راهبردی.

گودیکانست، ویلیام پی. (۱۳۸۳)، *پیوند تفاوت‌ها*، ترجمه علی کریمی و مسعود هاشمی، تهران، مؤسسه مطالعات ملی.

گیدنز، آنتونی. (۱۳۷۸)، *تجدد و تخصص*، ترجمه ناصر موفقیان، تهران، نشر نی.

لفت‌ویک، آدرین. (۱۳۸۴)، *سیاست و توسعه در جهان سوم*، ترجمه علیرضا خسروی و مهدی میرمحمدی، تهران، مؤسسه ابرار معاصر.

محمدی قره‌قانی، محمدعلی. (۱۳۸۹)، *هویت شهروندی و راهکارهای ارتقای آن در شهر تهران*، مرکز مطالعات و برنامه‌ریزی شهر تهران.

موسوی، میرطاهر، پرویز پیران و محمد عبداللهی. (۱۳۸۷)، *طرح ملی سنجش سرمایه اجتماعی ایران*، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی (منتشر نشده).

میرزایی، حسینعلی. (۱۳۸۸)، *رابطه هویت ملی و هویت قومی در دانشجویان دانشگاه‌های دولتی ایران*، پایان‌نامه دکتری جامعه‌شناسی، دانشگاه اصفهان.

میلر، دیوید. (۱۳۸۳)، *ملیت*، ترجمه داود غرایاق زندی، تهران، مؤسسه مطالعات ملی.

نواح، عبدالرضا و مجتبی تقوی‌نسب. (۱۳۸۸)، *آسیب‌شناسی مسائل قومی در ایران*، تهران، مرکز تحقیقات استراتژیک.

هاتچینسون، جان و آنتونی اسمیت. (۱۳۸۶)، *ملی‌گرایی*، ترجمه مصطفی یونسی و علی مرشدی‌زاده، تهران، پژوهشکده مطالعات راهبردی.

هانتینگتون، ساموئل. (۱۳۸۴)، *چالش‌های هویت در آمریکا*، ترجمه محمدرضا گلشن‌پژوه و دیگران، تهران، مؤسسه ابرار معاصر.

یوسفی، علی. (۱۳۸۰)، «روابط بین‌قومی و تأثیر آن بر هویت اقوام در ایران»، *مطالعات ملی*، ش ۸.

ابوالحسنی، سید رحیم. (۱۳۸۷)، *تعیین و سنجش مؤلفه‌های هویت ایرانی*، تهران، مرکز تحقیقات استراتژیک.

ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان، *موج اول*. (۱۳۷۹)، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، تهران.

ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان، *موج دوم*. (۱۳۸۲)، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، تهران.

اسمیت، آنتونی. (۱۳۸۳)، *ناسیونالیسم (نظریه، ایدئولوژی، تاریخ)*، ترجمه منصور انصاری، تهران، مؤسسه مطالعات ملی.

اسپا (مرکز افکارسنجی دانشجویان ایران). (۱۳۸۴)، *پیمایش ملی، فرهنگی، سیاسی مردم ایران، موج اول*، تهران.

پژوهشکده علوم انسانی و اجتماعی جهاد دانشگاهی. (۱۳۸۷)، *چکیده مقالات همایش ملی هویت ملی و هویت دینی جوانان*، تهران.

توسلی، غلامعباس. (۱۳۶۹)، *نظریه‌های جامعه‌شناسی*، تهران، سمت.

جنکینز، ریچارد. (۱۳۸۱)، *هویت اجتماعی*، ترجمه تورج یاراحمدی، شیراز.

چلبی، مسعود و علی یوسفی. (۱۳۸۳)، *هویت قومی و رابطه آن با هویت جامعه‌ای*، تهران، معاونت امور اجتماعی وزارت کشور.

حاجیان، ابراهیم. (۱۳۸۷)، «نسبت هویت ملی با هویت قومی در میان اقوام ایرانی»، *جامعه‌شناسی ایران*، ش ۳ و ۴.

_____. (۱۳۸۸ الف)، *جامعه‌شناسی هویت ایرانی*، تهران، مرکز تحقیقات استراتژیک.

_____. (۱۳۸۸ ب)، *گزارش طرح پژوهشی سیاست‌های کلی هویت، مرکز تحقیقات استراتژیک*، به سفارش دبیرخانه مجمع تشخیص مصلحت نظام (منتشر نشده).

رضایی، احمد و حبیب احمدلو. (۱۳۸۴)، «نقش سرمایه اجتماعی در روابط بین‌قومی و هویت ملی»، *مطالعات ملی*، ش ۲۴.

ریترز، جانatan اچ. (۱۳۸۴)، *نظریه‌های جامعه‌شناسی*، ترجمه محسن ثلاثی، تهران، علمی.

سلگی، محمد. (۱۳۸۹)، *سنجش ابعاد و مؤلفه‌های هویت فردی و اجتماعی و تأثیر آنها بر انسجام ملی دانشجویان دانشگاه‌های تهران*، پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی.

عاملی، سعیدرضا و جواد مهدوی. (بی‌تا)، «وضعیت هویت دینی در بین کاربران اینترنت»، مقاله منتشر نشده.

قریشی، فردین. (۱۳۸۱)، «جهانی شدن و تحول تصور ما از خویشتن»، *مطالعات ملی*، ش ۱۱.

کاستلز، مانوئل. (۱۳۸۰)، *عصر اطلاعات*، ترجمه علی پایا، ج ۲، تهران، طرح نو.

کوزر، لوئیس. (۱۳۶۸)، *بزرگان اندیشه: جامعه‌شناسی*، ترجمه محسن ثلاثی، تهران، علمی.

Carey, Seam. (2002), *Individed Loyalties*, available at: www.sagepublication.com

Christens, J. (1995), "The Psychological Foundations of Identity Politics", *Annual Review of Political Science* 3.

Condor, Susan, Stephen Gibson and Jackie Abell. (2006), *English Identity and Ethnic Diversity in the Context of UK Constitutional Change*, available at: www.sagepublications.com

Edmund, J. and B. S. Turner. (2001), "The Re-Invention of a National Identity; Woman and Cosmopolitan Englishness", *Ethnicities* 1.

- Maleeseviac, Siniesa and Mark Haugaard. (2002), *Making Sense of Collectivity, Ethnicity, Nationalism and Globalism*, Pluto Press.
- Pakulski, Jan and Bruce Tranter. (2000), "Civic, National and Denizen Identity in Australia", *Journal of Sociology* 36.
- Parmenter, L. (1999), "Construction of National Identity in a Changing World Perspective in Japanese Education", *British Journal of Sociology and Education* 20.
- Robyn, Richard. (2005), *The Chugging Face of European Identity*, London, Routledge.
- Rothi, M., E. Lyons and X. Chrysoschoou. (2005), "National Attachment, and Patriotism in a European Nation, A British Study", *Political Psychology* 26/1.
- Thompson, Andrew. (2001), "National Identities and Human Agency", *The Sociological Review* 49/1.
- Treschel, A. (2004), "What Does it Mean to Be European", *The European Journal of Sciences Research* 18/1.
- Waldemar, Lilli and Michael Diehl. (1999), Measuring National Identity, available at: www.mzes.uni-Mannheim.de.com
- Weinreich, P. (2002), "The Operationalization of Identity Theory in Racial and Ethnic Relation", in: J. Rex and D. Mason, eds., *Theories of Race and Ethnic Relations*, University of Cambridge.
- Woodward, Kath. (2000), *Questioning Identity: Gender, Class, Nation*, London, Routledge.
- Zenitidou, Maria. (2004), Greek National Identity, available at: www.seerc.com
- Eurobarometer 68. (2008), Public Opinion in the European Union, available at: <http://eupopa.eu.int/comm/public-opinion/index-en.htm>
- Ezell, Elizabeth D., Martin Seeleib-Kaiser and Edward A. Tirakian. (2003), "National Identity Issues in the German Elites", *International Journal of Comparative Sociology* 44.
- Fuh-Sheng Hsieh, John. (2005), "Ethnicity, National Identity and Pemoistics in Taiwan", *Journal of Asian and African Studies* 40.
- Haque, Amber. (2005), "Preserving Culture Identity in 21 Century; Challenges to the Emirati Youth", paper presented in: UAE University Research Conference.
- Huang, Chi. (2005), Dimensions of Taiwanese / Chinese Identity and National Identity in Taiwan, available at: www.sagepublications.com
- Isajiw, W. (1990), "Ethnic Identity Retention", in: R. Berton, W. Isajiw, W. Kalbach and J. Reitz, eds., *Ethnic Identity and Equablity*, University of Tornado Press.
- Jenkins, B. and A. Sofos Spyros. (2007), *Nation and Identity in Contemporary Europe*, Routledge.
- Kentman, Cigdem. (2008), Determinants of Support for EU Membership in Turkey, available at: www.sagepublications.com
- Li, O. and M. B. Brewer. (2004), "What Does It Mean to Be an American? Patriotism Nationalism and American Identity after 9/11", *Political Psychology* 25/5.
- Luedetke, Adam. (2005), European Integration, Public Opinion and Immigration Policy, available at: www.sagepublications.com

جرم، دادرسی، مجازات

عباس عبدی*

مقدمه

وضعیت قضایی و دادرسی امروز جامعه ایران به گونه‌ای است که کمتر کسی، از حکومت‌کننده تا حکومت‌شونده و از موافق تا مخالف حکومت، از آن رضایت دارد (مرکز افکارسنجی دانشجویان ایران، ۱۳۸۴: ۱۱۵). تعداد بسیار زیاد مراجعه برای دادرسی به دادگستری حاکی از وقوع اختلافات زیاد در جامعه است. اطلاق عنوان «مجرمانه» به تعداد زیادی از رفتارها، بالا بودن شمار زندانیان نسبت به جمعیت کشور، خشونت‌آمیز بودن مجازات‌ها همچون سنگسار، پرتاب از کوه، شلاق و اعدام، بالا بودن رتبه در تعداد اعدامی‌ها، و موقتی بودن قوانین کیفری و دادرسی و تصویب نشدن آنها در مجلس که عموماً ناشی از فقدان سیاست کیفری روشن و تعریف‌شده است از موارد دیگر این نارضایتی است. از سوی دیگر، روند جاری نیز نشان از بهبود وضعیت ندارد (نک. جداول آماری این گزارش). مجموعه این شرایط پرسش‌هایی را مطرح می‌سازد.

چرا میزان مراجعه مردم برای دادرسی زیاد است و روند رو به تزایدی هم داشته است؟ چرا تعداد و نسبت مجرمان و پرونده‌های کیفری در ایران تا این حد بالاست؟ آیا اعمال مجازات‌های خشن در کاهش جرایم مؤثر بوده است؟ آثار و تبعات اعدام در کاهش یا افزایش جرم چیست؟ آیا سیاست کیفری مناسبی در دست پیگیری و اجرا هست؟ نظام حقوقی کنونی از چه فلسفه‌ای تبعیت می‌کند و چه نقشی در بروز این شرایط دارد؟ روند تغییر وضعیت قضایی و دادرسی در دهه هشتاد خورشیدی چگونه بوده است؟ چشم‌انداز آینده جامعه ایران در صورت ادامه این روند چه خواهد بود؟ وضعیت قضایی جامعه ایران در مقایسه با سایر جوامع جهان چگونه است؟ چنین پرسش‌هایی وجود دارد و در این گزارش سعی می‌شود پاسخ‌هایی، هرچند خلاصه و اجمالی، برای برخی از آنها ارائه شود.

۱. تعاریف

۱.۱. جرم

تعریف جرم در هریک از مکتب‌های حقوقی — فطری، تاریخی،

* پژوهشگر اجتماعی

۲. رویکرد نظری: جرم و توسعه

از وقتی که تجمعات انسانی از شکار و گردآوری دانه گامی پیش نهادند و وارد عصر کشاورزی شدند، اختلاف نیز جزئی از زندگی آنان شد. محدود بودن منابع و نامحدود بودن امیال و آرزوها و شکاف ناگزیر میان این دو، منشأ شکل‌گیری اختلاف و منازعه بود. اما جامعه برای بقای خود به نظم و قاعده‌مند کردن این اختلافات نیاز داشت، و از همین جا قدرت سیاسی شکل گرفت، قدرتی که ضوابطی را برای رفتار و تعامل افراد تحت امر خود وضع و آن ضوابط را مبنای حق و عدالت تعریف کرد و خاطیان از آنها را کیفر می‌داد. از اینجا بود که گروهی خاص به نام قضات برای اجرای این ضوابط و تعیین و اعمال حق و کیفر تعیین شدند. در مراحل پیشرفت و توسعه‌یافتگی جوامع، بر استقلال و تفکیک دستگاه قضایی از سایر قوا به عنوان شرط و زمینه ضروری برای تحقق عدالت تأکید شد (نولان و لنسکی، ۱۳۸۰: ۲۴۴).

برقراری نظم اجتماعی و رعایت ضوابط و قواعد اجتماعی به دو شیوه که مکمل یکدیگرند محقق می‌شود. از یک سو، افراد جامعه باید به نحوی اجتماعی شوند که، ضمن درونی کردن ارزش‌ها و ضوابط و اخلاقیاتی که معرف و لازمه نظم اجتماعی مورد نظرند، نوعی نظارت درونی را بر رفتار خود در جهت هم‌نواپی با این نظم اجتماعی بپذیرند. از سوی دیگر، برای اعمال مجازات‌های رسمی و غیررسمی بر افرادی که از هنجارها و قواعد اجتماعی تخطی می‌کنند، نظارت بیرونی نیز لازم است (دورکیم، ۱۳۸۱). اگر این نظارت از طرف مردم باشد، غیررسمی است و خاطی با مجازات‌های غیررسمی از جمله طرد اجتماعی مواجه می‌شود. اما اگر نظارت را قدرت مشروع اعمال کند، خاطی را مجرم خطاب می‌کند و برای او مجازات رسمی در نظر می‌گیرد.

هر جامعه‌ای دارای ارزش‌ها و هنجارها و قواعد و نیز شیوه‌ها و نهادهای نظارتی خاص خود است. هنگامی که جامعه در مسیر توسعه قرار می‌گیرد، مجموعه این عناصر نیز دچار تغییر و تحول می‌شوند. توسعه که افزایش توان تولید، شهری شدن، ارتقای سطح تحصیلات، تغییر ابزارها و شیوه‌های ارتباطی مردم، تقسیم کار اجتماعی، تغییر ساختار و نقش خانواده و زنان، تغییر شیوه تولید، رشد و جابه‌جایی‌های وسیع جمعیت و... را به همراه دارد، موجب می‌شود که جامعه نظم و ارزش‌ها و قوانین و قواعد و هنجارهای جدیدی را طلب کند، همچنین شیوه‌های نظارتی و نحوه اجتماعی

تجربی، اجتماعی یا تحلیلی — متفاوت است (کانونیان، ۱۳۶۵)، اما در مطالعه حاضر باید تعریف تحقیقی از جرم را ملاک قرار داد که مبتنی بر پذیرش حقوق موضوعه است. بر این اساس، جرم عبارت است از فعل یا ترک فعلی که قانون آن را ممنوع کرده و برای آن مجازات در نظر گرفته باشد (قانون مجازات/اسلامی، ماده ۲ از مبحث اول). قوانین جزایی درباره کلیه کسانی که در قلمرو حاکمیت زمینی، دریایی و هوایی جمهوری اسلامی ایران مرتکب جرم شوند اعمال می‌شود (همان، ماده ۱ از مبحث دوم).

۲.۱. پرونده‌های قضایی

هر موضوع کیفری، حقوقی یا مدنی که در دادگستری طرح شود یک پرونده شناخته خواهد شد. این پرونده‌ها برحسب انواع مذکور و نیز عناوین جزئی‌تر تفکیک و طبقه‌بندی می‌شوند، اما آمار دادگستری برحسب پرونده‌های وارده و به‌خصوص مختومه است. به عبارت دیگر، هر پرونده‌ای که به شعبه قضایی وارد می‌شود باید رسیدگی و پس از ختم رسیدگی در هر مرحله مختومه گردد، اما ممکن است در مسیر رسیدگی از مرحله اولیه بازپرسی تا دادگاه بدوی و تجدید نظر و... در آمار چندین شعبه وارده و مختومه محاسبه شود. برخی از پرونده‌های کیفری در مرحله بازپرسی مختومه می‌شوند (به دلیل تبرئه یا سازش و...)، برخی دیگر به مرحله دادرسی اولیه می‌رسند، برخی به مرحله تجدید نظر هم می‌رسند، و ممکن است تعدادی پس از بررسی در سطوح بالاتر برای رسیدگی به شعب دیگر ارجاع شوند، اما می‌توان گفت که هر پرونده به طور متوسط دو بار در مراحل مختلف دادرسی وارده و مختومه می‌شود هرچند اطلاعات دقیقی در این زمینه وجود ندارد.

۳.۱. مجازات

اقدامات قانونی که به حکم قانون علیه مجرم در نظر گرفته شود مجازات نام دارد. در قانون مجازات اسلامی، انواع مجازات در نظر گرفته شده است. حدود، قصاص، دیات، تعزیرات و مجازات‌های بازدارنده پنج نوع مجازات هستند (ماده ۱ از مبحث اول، فصل دوم) که زندان نوع خاصی از مجازات‌های تعزیری و بازدارنده و نیز بازداشت احتیاطی متهم است، و مهم‌ترین و رایج‌ترین مجازات در کشور به شمار می‌رود.

۳. وضعیت در ایران

از آنجا که نه دسترسی به آمار قضایی و کیفری در ایران آسان و نه آمارها به روز است، همچنین بسیاری از سیاست‌ها و برنامه‌های تدوین شده در اجرا با اشکالات فراوان مواجه می‌شوند، می‌توان با استفاده از اطلاعات در دسترس، تصویری اجمالی و اولیه از وضعیت موجود ارائه کرد.

۱.۳. پرونده‌های قضایی

میزان مراجعه به مراجع رسمی برای طرح دعا و حل اختلاف (اعم از مدنی، حقوقی، کیفری) در جامعه ایران به شدت بالاست. گرچه آمار به روز رسمی و کامل به‌ویژه از دادسراها و دادگاه‌های انقلاب منتشر نمی‌شود، اظهارات کلی مقامات قضایی کشور تاحدودی وضعیت دادرسی را در کشور روشن می‌کند. رئیس قوه قضاییه در سال ۱۳۸۶ اعلان کرد که سالانه ۸ میلیون پرونده وارد به دادگستری داریم.^۱

جدول ۱. تعداد پرونده‌های وارده و مختومه در دادگستری‌های کل

کشور (۱۳۷۸-۱۳۸۶)

سال	پرونده‌های وارده (هزار پرونده)	پرونده‌های مختومه (هزار پرونده)
۱۳۷۸	۳۹۶۹	۴۳۷۶
۱۳۷۹	۴۳۹۴	۴۷۵۸
۱۳۸۰	۵۰۸۹	۵۲۹۵
۱۳۸۱	۵۵۶۵	۶۰۹۸
۱۳۸۲	۵۱۵۷	۵۷۹۹
۱۳۸۳	-	۴۲۳۷
۱۳۸۴	-	۳۲۵۰
۱۳۸۵	-	۳۲۱۸
۱۳۸۶	-	۳۱۷۲

منبع: ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۲: دادگستری جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۳

۱۳۸۳ تا ۱۳۸۶: مرکز آمار ایران، ۱۳۸۷، جدول ۲-۱۳

۱. منبع:

<http://www.jamejamonline.ir/newstext.aspx?newsnum=100952885791>

(April 2010)

جالب اینکه به گفته رئیس سازمان بازرسی کل کشور، این تعداد در سال ۱۳۸۹ به ۱۱ میلیون افزایش یافته است.

(منبع: <http://www.tabnak.ir/fa/pages/?cid=125948> (April 2010))

کردن در نظام سنتی کارآمدی خود را از دست بدهد. در این جامعه، آمال و آرزوها دچار تغییرات شدیدی می‌شوند، و پایگاه‌ها و نقش‌های تعریف شده اجتماعی افراد با جامعه سنتی متفاوت خواهد شد. امکانات نیز برای برآوردن این آمال و آرزوها بیشتر می‌شود. اما اگر متناسب با تغییرات اساسی ایجادشده، ارزش‌ها و هنجارهای جدید تعریف و سپس درونی نشوند یا اجتماعی شدن افراد به نحو مطلوب انجام نشود، و نهادهای نظارتی رسمی و غیررسمی برای کنترل فرد شکل نگیرد، در این صورت شاهد از میان رفتن نظم و ظهور نابسامانی اجتماعی خواهیم بود (همان). در این شرایط، روابط و تعامل‌های اجتماعی و میان‌فردی به درستی شکل نمی‌گیرد و تخطی از قواعد اعلان شده رسمی و غیررسمی زیاد خواهد بود. بروز ناهنجاری‌های رفتاری و جرم عمدتاً ناشی از یک یا چند عامل از عوامل زیر است:

- هنگامی که شکاف میان آرزوها و امیالی که تبلیغ و ترویج می‌شود و امکانات دستیابی به آنها زیاد شود؛
- هنگامی که افراد جامعه به نحو مطلوب اجتماعی نشوند، و با ارزش‌ها و هنجارهای رسمی هم‌نوایی نشان ندهند؛
- هنگامی که هنجار قانون، به دلایل متعدد، متناسب با وضعیت اجتماعی تدوین و تصویب نشود یا آگاهی کافی از آن وجود نداشته باشد؛
- هنگامی که ناکارآمدی و فساد نیز یکی از اجزای مرجع رسیدگی به تظلمات و دادخواهی شود؛
- هنگامی که نهادهای حل اختلاف عرفی و سنتی تضعیف شوند و نهادهای مدرن نیز جانشین آنها نشوند؛
- هنگامی که نهادهای نظارتی غیررسمی مثل رسانه‌ها، مطبوعات، احزاب، انجمن‌ها ضعیف و ناکارآمد باشند؛
- هنگامی که نهاد نظارت رسمی نیز وجهت و اعتبار خود را از دست داده باشد؛
- هنگامی که توازن کافی میان انواع نهادهای نظارتی رسمی و غیررسمی به وجود نیاید (عبدی و کلهر، ۱۳۸۸).

در ادامه و در ذیل توضیح هر یک از موارد پرونده‌های قضایی و جرم و مجازات، حتی‌المقدور و به تناسب، به برخی از این عوامل اشاره خواهد شد.

صدور حکم شدند و بخش‌هایی از صلاحیت دادگستری به آنها تعلق گرفت. البته مراحل رسیدگی در شوراهای حل اختلاف ساده‌تر و فارغ از مقررات پیچیده و زمان‌بر آیین دادرسی است، و این خود گامی به پیش است. همچنین این شوراها عهده‌دار رسیدگی به بخشی از امور غیرقضایی شده‌اند که بر دوش دستگاه قضایی بار شده بود. آنها صلح و سازش را به عنوان یک روش حل اختلاف ترویج کرده‌اند (شریف‌باقری، ۱۳۸۷). البته پیش از آن نیز در برنامه سوم توسعه بر مسئله دادرسی در حل اختلافات تأکید شده بود (ماده ۱۸۹ از فصل ۲۴ قانون برنامه سوم)، چرا که شیوه دادرسی در جلب رضایت طرفین دعوا مؤثرتر از عدالت خشک حقوقی محاکم دادگستری است.

این وضعیت نه تنها ناشی از بحران در حال گذار بودن جامعه ایران و از میان رفتن نظم سنتی و عدم جایگزینی مناسب نظم مدرن است، بلکه از مشکلات قانونی هم متأثر است زیرا از یک سو امور مختلفی به دستگاه قضایی و دادگستری محول شده است که لزوماً امور قضایی نیستند، یا حداقل در مراحل اولیه رسیدگی وجه قضایی ندارند، و از سوی دیگر رفتارهای بسیاری در قوانین ایران جرم تلقی شده است و ارتکاب آنها موجب رسیدگی قضایی و، در صورت اثبات، اعمال مجازات است. از این رو، برای مقابله با این وضعیت، دستگاه قضایی لویحی را به دولت و مجلس ارائه کرده که سال‌ها در مسیر طولانی تصویب معطل مانده‌اند. لویحی همچون لایحه اصلاح تشکیلات قضایی که یکی از اهداف آن جبران اشکالات قانون تشکیل دادگاه‌های عمومی و انقلاب است که در سال ۱۳۷۲ تصویب و منجر به حذف دادسراها و دادگاه‌های کیفری ۱ و ۲ و حقوقی ۱ و ۲ و مدنی خاص شد. لایحه پیشگیری از وقوع جرم، لایحه قضا‌دایی، لویح حمایت از کودکان و نوجوانان و رسیدگی به جرایم اطفال و نوجوانان، و لایحه حمایت از بزه‌دیدگان نیز از این جمله‌اند. گرچه چنین لویحی تهیه و برای تصویب ارائه شده است، اما مطالعه جزئیات آنها نشان می‌دهد که در بسیاری از موارد، نویسندگان لایحه توانسته‌اند از چارچوب‌های محدود موجود فراتر روند و تصور نمی‌رود که با تصویب آنها نیز تغییر چشمگیری در وضع موجود ایجاد شود.^۲

در صورتی که هر پرونده به طور متوسط دو بار در آمار ورود و خروج شعب ثبت شده باشد، سالانه حدود ۴ میلیون مراجعه به دادگستری صورت می‌گیرد، و اگر هر پرونده را حداقل دارای دو ذی‌نفع بدانیم، می‌توان گفت که سالانه حدود ۸ میلیون نفر درگیر پرونده‌های قضایی هستند و این رقم اندکی کمتر از نیمی از ۱۸ میلیون خانوار کشور است؛ به عبارت دیگر، به طور متوسط هر دو خانوار ایرانی سالانه درگیر یک پرونده قضایی می‌شود.

کاهش آمار پرونده‌های رسیدگی‌شده از سال ۱۳۸۲ به بعد به دلیل شکل‌گیری و تأسیس شوراهای حل اختلاف و درج نشدن آمار این شوراها در آمار فوق است. به طور مشخص، تخلفات راهنمایی و رانندگی، امور خلاقی، پرونده‌های شهرداری و برخی دیگر از این نوع پرونده‌ها به شوراهای حل اختلاف ارجاع شده است. در عمل، صلاحیت این شوراها و موارد ارجاعی به آنها گسترش یافت، به طوری که تعداد آنها در سال ۱۳۸۷ به حدود ۲۴۳۶۵ واحد رسید که ۶۲ درصد شهرها و ۳۲ درصد روستاها را پوشش می‌داد،^۱ هرچند ممکن است برخی از آنها کاملاً دایر و فعال نشده باشند.

جدول ۲. پرونده‌های وارده به شوراهای حل اختلاف (۱۳۸۷-۱۳۸۲)

سال	تعداد (هزار پرونده)
۱۳۸۲	۳۹۳
۱۳۸۳	۱۳۷۶
۱۳۸۴	۳۶۳۷
۱۳۸۵	۴۲۵۳
۱۳۸۶	۴۶۱۳
۱۳۸۷	۵۹۸۷

مشاهده می‌شود که کاهش آمار پرونده‌های دادگستری‌های کشور از سال ۱۳۸۲ به بعد معلول انتقال بخشی از این پرونده‌ها به شوراهای حل اختلاف است. اگر تعداد پرونده‌های این شوراها را هم به آمار دادگستری‌ها اضافه کنیم، شمار پرونده‌های وارده از ۸ میلیون پرونده در سال که برآورد و اعلان شده بود تجاوز می‌کند. افزایش شدید تعداد پرونده‌های این شوراها از آنجا ناشی می‌شود که مأموریت آنها در عمل تغییر یافت و شوراهایی که قرار بود مسائل را کدخدانشانه و از طریق داوری حل کنند، وارد رسیدگی و

۲. برای اطلاع از این لویح و وضعیت آنها می‌توان به سایت قوه قضاییه (<http://www.dadiran.ir/Default.aspx?tabid=74>) و سایت مرکز پژوهش‌های مجلس (http://rc.majlis.ir/fa/legal_draft) مراجعه کرد.

۱. منبع: www.dolat.ir/nsite/follstory/?Id=178514 (April 2010)

۲.۳. جرم

بخش مهمی از پرونده‌های تشکیل شده در دادگستری‌های کشور پرونده‌های کیفری هستند. برای نمونه، در فاصله سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۲، پرونده‌های کیفری ۷۱ درصد کل پرونده‌ها را تشکیل می‌داد (دادگستری جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۳) که در این میان، آمار ایراد ضرب و جرح، کشیدن چک بلامحل، و رانندگی بدون گواهینامه بیش از سایر موارد بوده است چنانکه در سال ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱، این سه جرم حدود ۲۴ درصد کل موارد را شامل شده‌اند.^۱ جالب اینکه این سه هریک معرف یک وجه از رفتار و نظم یا در واقع بی‌نظمی اجتماعی هستند.

در صورتی که سهم پرونده‌های کیفری را از کل پرونده‌های دادگستری در حال حاضر هم همان ۷۰ درصد و سهم پرونده‌های شوراها حل اختلاف را حداقل ۵۰ درصد فرض کنیم، تعداد پرونده‌های کیفری در سال ۱۳۸۷ حدود ۵ میلیون خواهد بود که نسبت به جمعیت و تعداد خانوارهای کشور بسیار زیاد است. همچنین اگر بالا بودن تعداد پرونده‌ها را نشانه‌ای از پیگیری نشدن و عدم ارجاع موارد مشابه دیگری هم بدانیم، چنین نتیجه خواهد شد که به طور متوسط، به ازای هر سه تا چهار خانوار، سالانه یک نفر درگیر پرونده‌های کیفری می‌شود که رقم بزرگی است.

یکی از مهم‌ترین جرایم در ایران که تبعات اجتماعی زیادی دارد، جرایم مرتبط با مواد مخدر است. حدود نیمی از زندانیان کشور را متهمان و محکومان این جرایم تشکیل می‌دهند. یکی از مشخصه‌های مهم وضعیت و روند این جرایم مقدار مواد مخدر کشف شده از قاچاقچیان در کشور است. در سال ۱۳۸۰، جمعاً ۱۱۲ تن انواع مواد مخدر کشف شد. این رقم در سال ۱۳۸۶، حدوداً ۴ برابر شد و به ۴۱۶ تن رسید (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۷، جدول ۱۲-۱۳). چنین افزایشی ممکن است، بجز بالا رفتن میزان مصرف در داخل کشور، ناشی از رشد بازار ترانزیت یا کارآمدی نیروی انتظامی در کشف مواد نیز باشد.

وقوع این تعداد پرونده کیفری و جرم در ایران، سوای دلایل پیش گفته در مورد دادرسی، ناشی از فلسفه حقوقی حاکم بر ذهنیت قانونگذاران در ایران است، ذهنیتی که منجر به تضادهای عجیبی شده است. در ایران کنونی، قانونگذاری کیفری مبتنی بر دو وجه است. از یک سو، جرم را در قالب‌های ثابت حدود و قصاص و دیات تعریف و رفتارهای خاصی را، به طور ازلی و ابدی و فارغ از محیط اجتماعی، جرم تلقی و برای آنها مجازات ثابت تعیین می‌کنند به قسمی که حتی شیوه‌های اثبات آن جرایم نیز تغییری نکرده است. از سوی دیگر، جرایم تعزیری را داریم که عمدتاً معطوف به نظم اجتماعی است، اما این جرایم نیز عمدتاً براساس نگرشی نامتناسب با مقتضیات جوامع مدرن تعریف می‌شوند. ویژگی عمده این جرایم آن است که هر انحرافی به سرعت در قالب بزه تعریف و طبعاً وظیفه مقابله با آن نیز به عهده دولت و حکومت گذاشته می‌شود که این امر به تضعیف حساسیت پاسخ اجتماعی می‌انجامد. به طور کلی، دو نگرش اصلی را در این زمینه می‌توان از یکدیگر تمیز داد. نگرش اول می‌کوشد که انحراف‌ها را حتی‌المقدور بزه تلقی کند و پاسخ دولتی برای آن در نظر بگیرد، در حالی که نگرش دوم بر آن است که حتی‌المقدور جرایم و بزه را انحراف به شمار آورد و پاسخ اجتماعی برای آن منظور دارد (میری دلماس، ۱۳۸۱). در نگرشی که گناه برابر با جرم تلقی می‌شود، مرزی میان انحراف و بزه مشاهده نخواهد شد و هر انحرافی بزه شمرده می‌شود و مستوجب مجازات رسمی خواهد بود.

یک پایه فلسفه تقنین در ایران کنونی عموماً مبتنی بر نگرش اول است و پایه دیگر آن مبتنی بر نگرش ازلی و ابدی بودن جرم و مجازات و استقلال مفهوم آن از محیط اجتماعی. این نگرش در آخرین لایحه قانون مجازات اسلامی، که تدوین و برای تصویب به مجلس ارائه شده، تشدید هم شده است و در آن، رفتارهایی جرم تلقی شده که به لحاظ عرف اجتماعی چالش برانگیز است. از جمله برای ارتداد، که بعد از انقلاب در قوانین جزایی مسکوت مانده بود، در لایحه پیشنهادی اخیر مجازات اعدام منظور شده است (ماده ۲-۲۱۲ از لایحه پیشنهادی قانون مجازات اسلامی).

ترکیب این دو نگرش با واقعیت‌های اجتماعی تطابق ندارد؛ در نتیجه، نظام قانونگذاری کیفری دچار اختلال شده است چرا که قانون مجازات، که یکی از قوانین مادر در هر جامعه‌ای است، بارها به صورت آزمایشی اجرا شده و از تصویب مجلس نگذشته بلکه با

۱. در آمارهای رسمی، جرایمی که در دادرسی‌های انقلاب رسیدگی می‌شوند ذیل عنوان «سایر» طبقه‌بندی می‌شوند که آمار آن بالاست اما به صورت تفکیکی در دسترس نیست. بنابراین ممکن است موارد مربوط به مواد مخدر از هر سه مورد فوق بیشتر باشد، اما چون آمار رسمی اعلان نمی‌شود، نمی‌توان چنین ادعایی را مطرح کرد.

استناد به اصل ۸۵ مورد تصویب کمیسیون خاصی قرار گرفته است. نه تنها این قانون ماهوی مهم به صورت آزمایشی اجرا شده، بلکه قانون شکلی آن یعنی آیین دادرسی کیفری نیز دچار همین اشکال شده است. آخرین قانون مربوط به این موضوع در سال ۱۳۷۸ تصویب و سه سال به صورت آزمایشی اجرا شد. سپس در سال ۱۳۸۱ برای یک سال و در ۱۳۸۲ به مدت دو سال دیگر تمدید شد. این روند ادامه یافت و در سال ۱۳۸۶ نیز مجدداً اجرای آزمایشی آن دو سال دیگر تمدید شد. در این سال قوه قضاییه لایحه‌ای را برای تصویب نهایی به دولت داد که ۱۴ ماه در دولت معطل ماند و در نهایت آن را با قید یک فوریت برای تصویب به مجلس داد که برحسب نظر نمایندگان تحت رسیدگی عادی قرار گرفت. با تمدید مجدد اجرای آزمایشی، این قانون تا پایان سال ۱۳۸۸ اجرا شد، اما از ابتدای سال ۱۳۸۹ فاقد قانون آیین دادرسی کیفری شدیم! لذا در تاریخ ۱۳۸۹/۱/۹ رئیس قوه قضاییه از رهبری درخواست کرد که اجرای آزمایشی قانون سابق تا اطلاع ثانوی تمدید گردد! اختلال در سازوکار قوانین کیفری ایران به گونه‌ای است که اگر دقیق و کامل اجرا شود، سالانه هزاران حکم اعدام صادر و اجرا خواهد شد و صدها هزار نفر به شلاق محکوم خواهند شد اما قضات، طبق قاعده‌ای نانوشته، احکام را به صورت‌های دیگری صادر می‌کنند.

بالا بودن شاخص و آمار جرم در ایران (نک. مبحث «مقایسه با سایر کشورها») دلایل متعددی دارد، اما تفکیک صوری وظایف سه قوه و بار کردن مسئولیت مربوط به جرایم بر دوش قوه قضاییه، در حالی که فاقد ابزار کافی برای ایفای این مسئولیت است و به معنای دقیق هم جزو وظایف آن نیست، موجب شده که رسیدگی به مسائل جرم و مجازات فاقد متولی مشخص و ابزار و امکانات لازم باشد. از این رو، قوه قضاییه لایحه‌ای با عنوان «پیشگیری از وقوع جرم» تهیه و ارائه کرده است تا به نوعی رؤسای سه قوه را درگیر مسئله کند، اما هنوز رسیدگی و تصویب نهایی نشده است.

مشکل دیگری که برخی مسئولان قضایی بر آن تأکید می‌کنند وجود عناوین مجرمانه متعدد در قوانین کیفری ایران است. به همین دلیل لایحه‌ای با عنوان «قضازدایی و حذف برخی عناوین مجرمانه از قوانین» تهیه و برای تصویب نهایی به

مجلس داده‌اند.^۲ در این لایحه کوشیده‌اند برخی رفتارها را که شدت آسیب آنها کم است یا ارزش نقض شده آنها از اهمیت بالایی برخوردار نیست و رسیدگی به آنها با روش‌های دیگر هم امکان‌پذیر است از حوزه مفهومی جرم و رسیدگی قضایی خارج کنند. در لایحه مذکور، جرایم شش حوزه محیط زیست و امور پزشکی و بهداشتی، امور اقتصادی و بازرگانی، کار و امور اجتماعی، حمل و نقل، نظام مهندسی، و ثبت اسناد و املاک از شمول رسیدگی قضایی خارج و به هیئت‌های ویژه دولتی محول شده است. اما تصویب این لایحه احتمالاً نه تنها مشکلات را حل نمی‌کند که موجب تشدید آنها هم می‌شود. اصولاً باید میان دو مقوله وقوع جرم و رسیدگی به آن تفکیک قایل شد. این لایحه موجب کاهش وقوع جرم نخواهد شد، بلکه صرفاً جرایمی را از آمار دادگستری خارج و رقم تعداد پرونده‌های کیفری را کم می‌کند. از سوی دیگر، نظام اداری فاسد و غیرمستقل از مدیریت‌های مافوق قادر نیست که منصفانه به جرایم و تخلفات حوزه‌های شش‌گانه فوق رسیدگی کند، ضمن اینکه در بسیاری از موارد، دولت مستقیماً متهم اصلی در این‌گونه جرایم است. به علاوه، در ایران، ضمانت اجراهای غیرکیفری محدود است و نمی‌تواند به طور جدی مانع از بروز جرم شود. مهم‌تر از همه اینکه خارج کردن این موارد از رسیدگی قضایی و کم‌ارزش جلوه دادن تخلفات و جرایم در این حوزه‌ها ناشی از ذهنیت سنتی حاکم بر فلسفه تقنینی موجود است زیرا با توسعه و رشد جوامع، حوزه‌های شش‌گانه فوق اهمیت بیشتری پیدا می‌کنند و نقض قواعد رفتاری در این زمینه‌ها در جامعه حساسیت بیشتری ایجاد می‌کند. بنابراین، ارائه چنین لایحه‌ای هم به لحاظ شکلی (رسیدگی در هیئت‌های اداری) و هم به لحاظ ماهوی گامی به عقب محسوب می‌شود.

۳.۳. مجازات

بالا بودن آمار و شاخص‌های جرم طبعاً به مفهوم بالا بودن آمار و شاخص‌های مجازات نیز هست، و آمار مربوط به زندان به عنوان مهم‌ترین شیوه مجازات در ایران نیز بیانگر این واقعیت است. به گفته مسئولان سازمان زندان‌ها، در سال ۱۳۸۸ حدود ۴۵۰ هزار نفر

۲. رک. سایت خانه ملت (www.icana.ir).

1. <http://vakilroaya.com/author-vakilroaya.aspx?p=2> (May 2010)

عمل با چالش مواجه شده است. به این لحاظ اجرای برخی مجازات‌های خشن چون رجم، صلب، قصاص عضو و شلاق در اکثر موارد معلق و به جای آنها از مجازات‌های دیگر مانند حبس استفاده می‌شود. همچنین بسیاری از احکام صادره اعدام در عمل اجرا نمی‌شود و مشمول تخفیف و عفو قرار می‌گیرد که اگر جز این بود، سالانه هزاران مورد اعدام داشتیم (عبدی و کلهر، ۱۳۸۸: ۱۸۷). دستگاه قضایی، برای تخفیف مشکلات، دستورالعمل‌هایی صادر کرده که موجب کاهش ورود افراد به زندان شده است. همچنین لایحه «مجازات‌های اجتماعی جایگزین زندان» را ارائه کرده است^۴ که جرایم چندین زیادی را دربرنمی‌گیرد، ضمن اینکه موجب تعدیل خشونت مجازات‌های اصلی نیز نمی‌شود. بنابراین، تنها راه فعلی کاهش ابعاد مجازات، رویه جاری قضایی در تعلیق یا تخفیف مجازات‌ها یا تبدیل عناوین مجازات‌های حدی به تعزیری است.

بالا بودن آمار تعداد زندانیان نیز مشکل دیگر نظام کیفری ایران است، و این واقعیت با فلسفه حاکم بر نظام کیفری در تضاد است زیرا مطابق این فلسفه، مجازات‌ها از فقه اسلامی نشئت می‌گیرد و در فقه نیز مجازات زندان اندک و در موارد کاملاً خاص است، در حالی که در نظام کیفری کنونی، زندان وجه غالب مجازات است. برای کاهش این نوع مجازات نیز لایحه مجازات‌های اجتماعی جایگزین زندان ارائه شده است که در صورت اجرا و تعمیم به جرایم سبک و حتی نیمه‌سبک می‌تواند تاحدی تعدیل‌کننده تعداد زیاد زندانیان باشد.

۴.۳. وضعیت کودکان

اولین و مهم‌ترین مشکلی که در خصوص وضعیت کودکان در امور کیفری وجود دارد، مسئله سن مسئولیت کیفری است. مطابق قواعد بین‌المللی که ایران هم التزام به آنها را پذیرفته است، سن مسئولیت کیفری برای دختر و پسر ۱۸ سال است. از این سن کمتر (تا ۱۵ و بعضاً تا ۱۲ سال)، مسئولیت نسبی پذیرفته شده است و از سن ۱۲ سال کمتر (این رقم متغیر است) مسئولیت کیفری متوجه کودک نیست. اما در نظام کیفری ایران، سن مسئولیت کیفری در

وارد زندان‌های کشور شدند.^۱ این رقم چند سال پیش حدود ۶۰۰ هزار نفر بود و سیاست‌های زندان‌زدایی سال‌های اخیر به کاهش آن منجر شده است. در دی ماه ۱۳۸۸، تعداد زندانیان کشور ۱۷۳۹۶۱ نفر بوده است^۲، یعنی به ازای هر ۴۰۰ نفر از جمعیت، یک زندانی وجود داشته است. اما مهم‌ترین ویژگی مجازات در ایران شدت خشونت آن است که حساسیت افکار عمومی داخلی و جهانی را برمی‌انگیزد. اعمال مجازات شلاق برای بسیاری از جرایم، مجازات‌هایی چون رجم، صلب، قطع دست و پا، پرتاب کردن از کوه، قصاص اعضای بدن، و بالاخره اعدام، به‌ویژه اجرای برخی از این مجازات‌ها در ملأ عام، کیفرهای جرایم را در ایران بسیار خشن جلوه‌گر ساخته است. هرچند بسیاری از این مجازات‌ها در عمل اجرا نمی‌شوند یا به‌ندرت دیده می‌شوند، مجازات اعدام، اعم از قصاص نفس یا اعدام‌های دیگر، شیوع فراوانی دارد به طوری که پس از چین، ایران بیشترین تعداد مجازات اعدام سالانه را دارد. در سال ۲۰۰۹، حداقل ۳۸۸ مورد اجرای حکم اعدام اعلام شده است که بیش از نیمی از کل اعدام‌های آن سال را در جهان تشکیل می‌دهد که (بدون لحاظ کردن تعداد اعدام‌های چین) ۷۱۴ مورد بوده است.^۳ اکثر اعدام‌ها به دلیل قصاص نفس و جرایم مواد مخدر است، اما از آنجا که جرایم بسیاری مشمول مجازات اعدام می‌شوند (از جرایم جنسی و ارتداد گرفته تا جرایم سیاسی و نظامی) بخشی از اعدام‌شدگان نیز به جرایمی جز قصاص نفس و قاچاق مواد مخدر اعدام می‌شوند.

شیوه و میزان مجازات همچون اصل جرم در جامعه ایران با چالش جدی مواجه است. تعیین نوع مجازات از یک سو مبتنی بر نگرش تغییرناپذیری دینی است و از سوی دیگر، افزایش مجازات ابزاری در جهت کاهش جرم تلقی می‌شود. لذا تعیین مجازات‌های سنگین پدیده‌ای معمول در نظام کیفری ایران است. اما از آنجا که این دو نگرش با مقتضیات زمان هماهنگی ندارد، تعیین مجازات در

۱. روزنامه بهار، ۱۳۸۸/۱۲/۱۵، به نقل از مدیر کل سازمان زندان‌های کشور.

۲. سایت سازمان زندان‌ها (www.prisons.ir). متأسفانه بسیاری از آمارهای مذکور که از سایت سازمان زندان‌ها اخذ شده است، در مراجعه‌های اخیر به این سایت قابل دسترسی نیست.

۳. گزارش سازمان عفو بین‌الملل مندرج در: http://sociologyofiran.com/index.php?option=com_content&task=view&id=1015&Itemid=65

۴. رک. سایت قوه مقننه (www.dadiran.ir).

دستگیرشده کارشان به زندان می‌کشد. البته کودکان از جهات دیگر از جمله آسیب‌های اجتماعی یا بزه‌دیدگی وضعیت متفاوتی پیدا می‌کنند. برای نمونه می‌توان مورد خودکشی را مثال زد که طی سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۳، از مجموع ۱۴۱۹۹ پرونده خودکشی که در نیروی انتظامی تشکیل شد، حدود ۹/۲ درصد مربوط به کودکان زیر ۱۸ سال بوده است (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۷، جدول ۹-۱۳). ضمن اینکه بخشی از تجاوزات و سوءاستفاده‌های جنسی، و اذیت و آزار جسمی متوجه کودکان است، و سهم آنان را از بزه‌دیدگی بسیار بالا می‌برد. در این زمینه نیز چند لایحه برای بهبود نسبی وضعیت در دستور کار حکومت است. لایحه «حمایت از بزه‌دیدگان» (رک. سایت قوه مقننه) می‌تواند کمک مؤثری به کودکان بزه‌دیده باشد. لایحه «حمایت از کودکان و نوجوانان» و نیز لایحه «رسیدگی به جرایم اطفال و نوجوانان» نیز دو مورد دیگر هستند (رک. سایت خانه ملت) که کماکان در صف انتظار برای رسیدگی و تصویب نهایی‌اند.

۵.۳. وضعیت زنان

وضعیت زنان در مجموع مشابهت‌هایی با وضعیت کودکان دارد، گرچه از برخی جهات نیز متفاوت است. یکی از وجوه تفاوت موقعیت کیفری زن با مرد که از منظر قانون نهادینه شده و رسمیت یافته است، نصف بودن دیه زن در برابر مرد است که در بسیاری از موارد مشکل‌ساز است. اگر یک زن مردی را بکشد و محکوم به قصاص شود، خانواده مقتول می‌تواند زن را قصاص کنند، اما اگر یک مرد زنی را بکشد و محکوم به قصاص شود، خانواده مقتول در صورتی می‌تواند تقاضای قصاص کنند که نصف دیه انسان کامل را به قاتل بپردازند. این نابرابری در اکثر احکام دیات و قصاص وجود دارد. همچنین اگر پدری فرزند خود را بکشد قصاص نمی‌شود، اما اگر مادر چنین کند حکم آن قصاص است. در مورد روابط نامشروع هم تفاوت‌هایی وجود دارد که مآلاً زنان را با مجازات‌های سخت‌تری مواجه می‌کند، به طوری که احکام رجمی که برای زنان اجرا می‌شود چندین برابر احکام مشابه برای مردان است. تفاوت دیگر ضعف عمومی جایگاه اجتماعی و اقتصادی زنان و سوگیری نگاه قضایی علیه آنان است که، در مقایسه با مردان، زمینه را برای استیفای حقوق کیفری زنان ناهموار می‌کند، ضمن اینکه قوانین کیفری در ایران به گونه‌ای است که اثبات ادعاها در

بسیاری از جرایم سن بلوغ شرعی تعریف شده است که برای دختران ۹ سال تمام قمری (۸ سال و ۹ ماه خورشیدی) و برای پسران ۱۵ سال تمام قمری (۱۴ سال و ۷ ماه خورشیدی) است. این مقطع سنی حد وسط ندارد، یعنی یا کودک فاقد مسئولیت کیفری است یا با گذشتن از مقطع مورد نظر، مسئولیت تمام و کامل دارد. به همین دلیل بسیاری از کودکان زیر ۱۸ سال نیز مشمول مجازات‌های اعدام به‌ویژه در زمینه قصاص می‌شوند، گرچه دستگاه قضایی در عمل می‌کوشد که زمان اجرای حکم اعدام را به بعد از ۱۸ سالگی موکول کند. مطابق هیچ معیار عقلی و حتی عرفی نمی‌توان پذیرفت که دختر ۹ ساله (در واقع ۸ سال و ۹ ماه) که بالغ شرعی شناخته می‌شود، به لحاظ کیفری نیز مسئولیت کامل داشته باشد. به همین دلیل، برخلاف قاعده کلی حاکم بر نظام کیفری، کوشیده‌اند که در قوانین جدید مواردی را در دادرسی کیفری برای کودکان زیر ۱۸ سال لحاظ کنند، از جمله اینکه محل نگهداری آنها دارالتأدیب و نه زندان باشد و دادگاه‌های آنان از آیین دادرسی خاصی پیروی کنند، و نیز در جرایم تعزیری، سن مسئولیت کامل را به ۱۸ سال ارتقا دهند (نک. بحث طفولیت در لایحه پیشنهادی قانون مجازات اسلامی) که این خود منشأ دوگانگی میان جرایم تعزیری و سایر جرایم است. البته ضابطین و دادگاه‌ها در عمل رعایت این گروه را می‌کنند. مقایسه آمار دستگیرشدگان و زندانیان کودک مؤید این نظر است.

جدول ۳. درصد کودکان زیر ۱۸ سال از مجموع دستگیرشدگان

نیروی انتظامی (۱۳۸۳-۱۳۸۰)

سال	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳
درصد کودکان ۱۷ ساله و کمتر	۶/۳	۵/۵	۵/۴	۵/۰

منبع: مرکز آمار ایران، ۱۳۸۷، جدول ۱۳-۵

به طور متوسط، همیشه بیش از ۵ درصد دستگیرشدگان را افراد زیر ۱۸ سال تشکیل می‌دهند، اما هنگامی که این رقم را با نسبت این گروه در میان زندانیان مقایسه کنیم که کمتر از یک درصد (۰/۷۴ درصد در دی ماه ۱۳۸۸) است،^۱ روشن می‌شود که کودکان دستگیرشده به نسبت ۶ تا ۷ برابر کمتر از بزرگسالان

۱. سایت سازمان زندان‌ها (<http://www.prisons.ir>).

می‌شود به لحاظ ذهنی نیز به عنوان جرم مورد پذیرش جامعه باشد؛ به عبارت دیگر، مبنای تعیین جرم، وضعیت جامعه و خواست و پذیرش مردم باشد. پس از آن، نحوه اجتماعی شدن در نهادهای آموزشی، ارتباطی، دین، دولت و خانواده به نحوی باشد که ارتکاب جرم از نظر فرد ضد ارزش و نامطلوب و غیراخلاقی تلقی شود. در مرحله بعد، وضعیت نظارتی برای پرهیز از ارتکاب جرم مطلوب باشد، بدین معنا که عملکرد نظارت رسمی و غیررسمی مؤثر باشد. نظارت غیررسمی از سوی نزدیکان و خانواده و جامعه و به صورت‌های مختلف از جمله طرد اجتماعی اعمال می‌شود. نظارت رسمی نیز در قالب پیشگیری از وقوع جرم و کنترل عمومی و در نهایت بازداشت و محاکمه و مجازات خود را نشان می‌دهد. کارآمدی این نوع نظارت و نیز سلامت رفتاری و اخلاقی مجریان آن و پیشرفته بودن فناوری مورد استفاده آنان در ارتقای این نظارت نقشی اساسی دارند. سرانجام اینکه ساخت اجتماعی باید به گونه‌ای باشد که منافع قطعی ارتکاب جرم نسبت به هزینه‌های احتمالی آن برای قاطبه مردم، و نه تعدادی معدود، کمتر باشد. بررسی هر کدام از موارد فوق به تعیین علل و عوامل مؤثر بر وضعیت جرم و مجازات کمک خواهد کرد:

- قوانین جزایی کنونی کشور بر مبنای برداشت‌های سنتی از اسلام تدوین شده و در بسیاری از موارد با درک عمومی جامعه انطباق کامل ندارد. در موادی هم که انطباق وجود دارد، تناسب میان جرم و مجازات یا نوع مجازات به گونه‌ای است که چالش‌های زیادی را برمی‌انگیزد. همچنین جرایم تعزیری در امور امنیتی و سیاسی به گونه‌ای است که با ذهنیت عمومی جامعه تطابق ندارد. بنابراین، تخطی از برخی افعال یا ترک افعالی که رسماً جرم نامیده می‌شود، از نظر عموم مردم یا بخش‌های مهمی از مردم، جرم به معنای اجتماعی آن تلقی نمی‌شود و در نتیجه از ارتکاب آن ابایی ندارند.
- ضعف مفرط نهادهای اجتماعی‌کننده موجب می‌شود که فرایند اجتماعی شدن افراد در جامعه ایران با اختلال نسبی همراه باشد. در غیاب فرایند کامل اجتماعی شدن، فرد فاقد انسجام و هویت اجتماعی تثبیت‌یافته می‌شود، و این امر به نوبه خود ارتکاب جرم را تسهیل می‌کند. نمونه‌های این

خصوص جرایم علیه زنان و کودکان را بسیار سخت و تاحدی غیرممکن می‌کند، به‌ویژه آنکه به احتمال فراوان اکثر این جرایم (اعم از ضرب و جرح و آزار جنسی) در محیط‌های خانوادگی و غیرآشکار صورت می‌گیرد. تبعات اجتماعی پیش روی زنان بزه‌دیده مشکل دیگری است که آنان را از طرح و پیگیری شکایت منصرف می‌کند، به طوری که احساس زنان نسبت به تحت حمایت قانون بودن چندان مطلوب نیست. ضعف مالی زن نیز عامل دیگری است که توان او را در پیگیری شکایات و استیفای حقوق خود کم می‌کند.

آمار تفکیکی پرونده‌های کیفری برحسب جنسیت متهمان در دسترس نیست، اما آمار تفکیکی زندانیان و بازداشت‌شدگان برحسب جنسیت وجود دارد. مطابق آمار نیروی انتظامی، از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۳، حدود ۶/۶ درصد بازداشت‌شدگان از طرف نیروی انتظامی را زنان تشکیل می‌داده‌اند^۱ اما تعداد کل زندانیان زن در دی‌ماه ۱۳۸۸، برابر با ۶۰۵ نفر بوده که ۳/۵ درصد کل زندانیان کشور محسوب می‌شود.^۲ به تعبیری می‌توان گفت که آمار زندانیان زن از تعداد متهمان زن کمتر است. این پدیده یا به دلیل برخورد نرم‌تر قضات با جرایم زنان و اجتناب از صدور احکام بازداشت و زندانی طولانی‌مدت برای آنان است، یا اینکه جرایم آنان سبک‌تر است که در نتیجه مدت کمتری را در زندان می‌مانند.

دستگاه قضایی با ارائه لایحه حمایت از بزه‌دیدگان ممکن است زمینه را برای جبران بخشی از خسارت وارده به بزه‌دیدگان فراهم کند، که این کمکی است به زنان بزه‌دیده که تعداد آنها در مقایسه با بزهکاران زن بسیار بیشتر است، اما سایر مشکلات زنان از جمله نابرابری‌های حقوقی و اجتماعی موجود علیه آنان با اقدامات فعلی قابل رفع یا تخفیف نیست و چشم‌انداز روشنی هم در این مورد پیش رو نیست.

۶.۳. علل و عوامل مؤثر بر وضعیت

علل و عوامل مهم و اصلی مؤثر بر وضعیت جرم و مجازات در ایران را می‌توان ذیل یک الگوی کلی شناسایی و معرفی کرد. در درجه اول باید فعل یا ترک فعلی که به لحاظ عینی جرم دانسته

۱. مرکز آمار ایران، ۱۳۸۷، جدول ۵-۱۳:

[http://www.amar.org.ir/ Default.aspx](http://www.amar.org.ir/Default.aspx) (May 2010)

۲. سایت سازمان زندان‌ها (<http://www.prisons.ir>).

ضعف در کارکرد نهادهای آموزشی، رسانه‌ای و دینی مشهود است.

- نظارت غیررسمی در جامعه ایران به دلایل متعدد تضعیف شده است. یکی از دلایل آن فربه شدن نظارت‌های رسمی بر بسیاری از افعال فردی و اجتماعی است. با فربه و گسترده شدن نظارت رسمی، نظارت‌های غیررسمی و اجتماعی تضعیف می‌شوند. ضعف مذکور شامل نظارت‌های فردی و نهادی است. فقدان نهادهای مدنی، احزاب، مطبوعات و سندیکاها نشانه مهمی از ضعف این نوع نظارت است. از سوی دیگر، به رغم آنکه نظارت رسمی بسیار وسیع و گسترده است، به علت همین گسترش، از کارایی و توانایی آن در اجرای وظایف نظارتی به شدت کاسته شده است، ضمن اینکه شیوع فساد و فقدان حاکمیت قانون، نهادهای نظارتی رسمی را زمین گیر و ناکارآمد کرده است. در مواردی هم که به وظیفه خود عمل می‌کنند، به علت نقض بی‌طرفی و رفتار ناعادلانه بخش‌هایی از آنها، کلیت این نهادها در مظان اتهام قرار می‌گیرند و نهایتاً کارایی و تأثیر مورد نظر را در جلوگیری از ارتکاب جرم ندارند.

- در کنار عوارض فوق، از میان رفتن توازن میان هزینه و فایده ارتکاب جرم، به‌ویژه برای بخش‌هایی از جامعه، موجب شده که ارتکاب بخشی از جرایم برای بخشی از مردم هزینه چندانی نداشته باشد، اما منافع آن زیاد ارزیابی شود. تورم، بیکاری، فساد، نابرابری، بی‌عدالتی، مهاجرت و حاشیه‌نشینی، و طلاق هر کدام می‌توانند زمینه‌ساز ارتکاب جرم باشند. وقتی که شاخص اکثر این آسیب‌ها ارقام بالایی داشته باشند و به صورت مزمن درآیند، طبعاً موجب سنگینی کفه منافع ارتکاب جرم و کاهش هزینه‌های آن خواهد شد. نکته مهم این است که با افزایش مجازات نمی‌توان هزینه ارتکاب جرم را در ذهن فرد بالا برد و او را از آن بازداشت زیرا بسیاری از جرایم نسبت به مجازات کشش‌پذیری چندانی ندارند و با افزایش مجازات، ارتکاب جرم کم نخواهد شد. لذا شیوه اصلی برای کاهش ارتکاب جرم، کاهش منافع حاصل از ارتکاب جرم است که معمولاً مغفول واقع می‌شود.

مجموعه عوامل فوق به نحوی است که بروز جرم بیش از میزان فعلی هم دور از انتظار نیست، اما شاید به دلیل وجود نهاد خانواده و کنترل و نظارتی که این نهاد در حال حاضر انجام می‌دهد، نسبت به وضعیتی که ممکن بود با آن مواجه شویم، در وضع مطلوب‌تری قرار داریم. اما مشکل اصلی این است که نهاد خانواده نیز در حال تضعیف است و آمار طلاق و قتل‌های خانوادگی بهترین گواه اثبات این ادعاست. نسبت (درصد) طلاق به ازدواج در سال ۱۳۸۱، در تهران و کل کشور، به ترتیب ۱۷/۹ و ۱۰/۳ درصد بوده است، اما این رقم در سال ۱۳۸۸، با رشد معناداری، به ترتیب به ۲۶/۶ و ۱۴/۱ درصد رسیده است.^۱ همچنین مطالعه‌ای درباره بخشی از قتل‌های عمد در کشور که در مطبوعات منعکس شده نشان می‌دهد که در فاصله سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۸۶، تعداد این قتل‌ها از ۱۵۹ به ۱۷۲ مورد رسیده که افزایشی ۸ درصدی را نشان می‌دهد، اما پرداختن به جزئیات این قتل‌ها نشان می‌دهد که قتل‌های خانوادگی ۳۵ درصد افزایش و سایر قتل‌ها ۱۱ درصد کاهش داشته است (عبدی و کلهر، ۱۳۸۸: ۱۵۷-۱۲۵).

۴. مقایسه با سایر کشورها

تولید و ارائه آمار دادگستری در ایران، برخلاف آمارهای جمعیتی و اقتصادی، از استاندارد مشخصی تبعیت نمی‌کند و بجز در مواردی چون تعداد زندانی یا احکام مرگ، نمی‌توان مقایسه‌ای معتبر میان آمار کشورها انجام داد. در مورد تعداد زندانی هم فقط می‌توان بر مقایسه تعداد تأکید داشت و نه مقایسه میان جرایم مختلف زیرا کم یا زیاد بودن تعداد زندانی می‌تواند متأثر از شدت و ضعف برخورد با مجرمین، یا تعاریف متفاوت از رفتارهای مجرمانه باشد. یکی دیگر از آمارهایی که قابل مقایسه دقیق نیست، تعداد پرونده‌های وارده به دادگستری است که برحسب تنوع نظام‌های قضایی و رسیدگی، اختلاف این آمار می‌تواند مفاهیم متفاوتی داشته باشد. فارغ از این تفاوت، به نظر نمی‌رسد که تعداد این گونه پرونده‌ها در ایران در سطح کشورهای دیگر باشد، و وجود بیش از ۸ میلیون پرونده در یک سال در کشوری ۷۰ میلیونی، که بخش مهمی از آنها پرونده‌های

۱. سایت سازمان ثبت احوال کشور:

<http://www.sabteahval.ir/Upload/Modules/Contents/asset0/AmarHayati/e-t-12.pdf> (April 2010)

کیفری است، وضعیت ایران را از این حیث متمایز می‌کند. اما برای درک بهتر تفاوت‌ها می‌توان به سایر آمارها مراجعه کرد.

در سال ۲۰۰۳، ایران حدود ۲ درصد زندانیان دنیا را در خود جای داده بود، در حالی که جمعیت آن حدود یک درصد جمعیت جهان است و از نظر تعداد مطلق زندانی در ردیف دهم است. این در حالی است که حدود ۲۰ درصد کل زندانیان جهان در ایالات متحده بوده‌اند. متوسط تعداد زندانیان کشورها به ازای هر یکصد هزار نفر جمعیت در این سال، ۱۴۸ نفر ولی در ایران ۲۲۶ نفر بوده است که ایران را در رتبه ۳۳ در میان ۱۵۴ کشور جهان قرار می‌داد. بالاترین شاخص مربوط به امریکا با رقم ۷۱۵ و سپس روسیه با ۵۸۴ و روسیه سفید با ۵۵۴ نفر بوده است. این شاخص در برخی کشورهای همسایه و متناظر کمتر از ایران بوده است. آذربایجان با ۱۹۸، مالزی با ۱۶۱، عربستان سعودی با ۱۱۰ و ترکیه با ۹۲ نفر زندانی به ازای هر یکصد هزار نفر در رتبه‌های پایین‌تری از ایران قرار داشته‌اند.^۱

در کنار تعداد زندانیان باید شاخص نسبت زندانیان متهم را نیز مد نظر قرار داد زیرا در هر کشوری که تعداد متهمان زندانی از زندانیان کمتر باشد، از یک سو، نشانه عملکرد مثبت قضایی است اما از سوی دیگر نشان می‌دهد که زندانیان باقیمانده که محکوم هستند سهم بیشتری را به خود اختصاص می‌دهند که به معنای بالاتر بودن تعداد جرم اثبات شده در آن جامعه است. در سال ۲۰۰۳، به طور متوسط، ۳۴/۳ درصد کل زندانیان جهان را متهمان تشکیل می‌دادند که بدون داشتن محکومیت قطعی در زندان بوده‌اند، اما این نسبت در ایران ۲۴/۸ درصد بوده است که کمتر از رقم متوسط جهانی است. شاخص مذکور در برخی کشورهای همسایه ما حتی از متوسط جهانی هم بالاتر بوده است. در عربستان ۶۵/۸ درصد، ترکیه ۵۱ درصد و قطر ۳۵/۵ درصد از زندانیان را متهمان تشکیل می‌داده‌اند.^۲ این تفاوت به معنای آن است که شاخص زندانیان دارای محکومیت قطعی که تحمل کیفر می‌کنند در ایران خیلی بیشتر از تفاوت شاخص کلی زندانیان با این کشورهاست.

شاخص مهم دیگری که باید مورد توجه باشد تراکم زندانی در ایران است. در سال ۲۰۰۳، متوسط نسبت تعداد زندانیان به ظرفیت اسمی زندان‌ها در جهان ۱۲۸ درصد بوده است. به عبارت دیگر، به ازای ظرفیت اسمی ۱۰۰ نفر، در زندان‌های جهان، رسماً ۱۲۸ نفر زندانی تحمل کیفر می‌کرده‌اند. بالاترین این شاخص در میان کشورهای شناخته شده تر متعلق به ایران و ۲۴۳ درصد است، یعنی به ازای ظرفیت ۱۰۰ نفر زندانی، در ایران، ۲۴۳ زندانی حضور دارند. این شاخص در پاکستان ۲۲۳ درصد، در هند ۱۳۶، در ترکیه ۹۱، در روسیه ۹۰، و در آذربایجان ۶۶ درصد بوده است^۳ که نشان‌دهنده وضعیت ناخوشایندتر زندان‌های ایران از حیث تراکم است.

به لحاظ جرایم نیز امکان مقایسه دقیق میان ایران و سایر کشورها وجود ندارد. مثلاً مطابق تعریف، قتل عمد در بسیاری از کشورها درجه بندی می‌شود، در حالی که در ایران قتل عمد فقط یک نوع است و غیر آن مشمول مجازات‌های مهمی نخواهد شد. همچنین تعاریفی که در خصوص جرایم جنسی و روابط دو جنس وجود دارد، امکان مقایسه در این زمینه‌ها را از میان می‌برد. در سال ۲۰۰۳، متوسط شاخص سرقت به ازای هر هزار نفر جمعیت در جهان ۵/۱^۴ و در ایران ۳/۵^۵ بوده است.

یکی از مهم‌ترین تفاوت‌های ایران با سایر کشورها در زمینه مجازات‌های خشن و به طور مشخص اعدام است که در سال‌های اخیر تشدید هم شده است. به لحاظ تعداد، ایران پس از چین بیشترین اعدام را با ۳۸۸ مورد در سال ۲۰۰۹ اجرا کرده است. پس از ایران، عراق با ۱۲۰ و عربستان با ۶۹ و امریکا با ۵۲ مورد اعدام در رتبه‌های بعدی قرار می‌گیرند.^۶ در مجموع به نظر می‌رسد که به لحاظ نسبت تعداد اعدام به جمعیت، ایران در رتبه اول کشورهای بزرگ قرار می‌گیرد. این شدت مجازات، در کنار مجازات‌هایی مثل شلاق، رجم، صلب، پرت کردن از کوه و قصاص عضو، موجب شده

3. http://www.nationmaster.com/graph/cr_pri_sha_of_pri_cap_fil-prisoners-share-prison-capacity-filled (May 2010)

4. http://www.nationmaster.com/graph/cr_bur_percap-crime-burglaries-per-capita (May 2010)

۵. دادگستری جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۳.

۶. گزارش سالانه سازمان عفو بین‌الملل مندرج در:

<http://www.bbc.co.uk/go/wsy/pub/email/ft/-/persian/iran/>

2010/03/100330_103_amnesty_iran_execution.shtml (May 2010)

1. http://www.nationmaster.com/red/graph/cr_pri_per_cap-crime-prisoners-per-capita&b_map=1# (May 2010)

2. http://www.nationmaster.com/graph/cr_pri_pre_tri_det-crime-prisoners-pre-trial-detainees (May 2010)

رسیدگی قضایی است، و حتی موجب شده است که سلامت رسیدگی و دادخواهی تحت تأثیر عوامل غیرحقوقی قرار گیرد. همچنین تطابق نداشتن قوانین کیفری با ساخت اجتماعی و اقتصادی و ارزش‌های غالب مردم به مرور زمان شدیدتر می‌شود. این مسئله هم در اصل جرایم و هم در نوع کیفرها قابل مشاهده است و تا وقتی که تغییری کلی در فلسفه رسمی جرم و مجازات و نیز نگاه ایدئولوژیک حاکم بر این موضوع پیدا نشود، این شکاف شدیدتر هم خواهد شد.

منابع

- دادگستری جمهوری اسلامی ایران. (۱۳۸۳)، گزارش عملکرد دادگستری‌های کل کشور (۱۳۸۲-۱۳۷۸)، تهران.
- دورکیم، امیل. (۱۳۸۱)، درباره تقسیم کار اجتماعی، ترجمه باقر پرهام، ج ۳، تهران، نشر مرکز.
- شریف‌باقری، محمدجواد. (۱۳۸۷)، *سورهای حل اختلاف (۳)*، تهران، مرکز تحقیقات استراتژیک مجمع تشخیص مصلحت نظام، معاونت پژوهش‌های فقهی و حقوقی.
- عبدی، عباس و سمیرا کلهر. (۱۳۸۸)، *مجموعه مقالات جامعه‌شناسی درباره جرم، مجرم و مجازات در ایران*، تهران، نشر علم.
- قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۷۹/۱/۱۷ مجلس شورای اسلامی.
- قانون مجازات اسلامی. (۱۳۸۶).
- کاتوزیان، ناصر. (۱۳۶۵)، *فلسفه حقوق، ماهیت و تعریف حقوق*، ج ۱، تهران، انتشارات بهشهر.
- لایحه پیشنهادی قانون مجازات اسلامی به مجلس شورای اسلامی.
- مرکز آمار ایران. (۱۳۸۷)، *سالنامه آماری کشور (۱۳۸۶)*، تهران.
- مرکز افکارسنجی دانشجویان ایران (ایسپا). (۱۳۸۴)، *پیمایش ملی، فرهنگی، سیاسی مردم ایران، موج اول*، تهران.
- میری دلماس، مارتی. (۱۳۸۱)، *نظام‌های بزرگ سیاست جنایی*، ج ۱، ترجمه علی حسینی نجفی ابرآبادی، تهران، میزان.
- نولان، پاتریک و گرهارد لنسکی. (۱۳۸۰)، *جامعه‌های انسانی، مقدمه‌ای بر جامعه‌شناسی کلان*، ترجمه ناصر موفقیان، تهران، نشر نی.

که جایگاه ایران از نظر این شاخص کاملاً متفاوت با سایر کشورها باشد.

در سال ۲۰۰۳، بالاترین نسبت زنان زندانی در کشور تایلند و برابر با ۲۰/۳ درصد بوده است. اما متوسط جهانی این شاخص ۴/۴ و مقدار آن در ایران کمابیش میان ۳ تا ۴ درصد و، در سال ۲۰۰۳، برابر ۳/۵ درصد و کمتر از متوسط جهانی بوده است. این نسبت در ترکیه ۳/۸ درصد، در روسیه ۵/۸، در عربستان ۶/۶ و در امریکا ۸/۵ درصد بوده است که درصد زنان زندانی ایران از همه آنها کمتر است.^۱ در خصوص نسبت زندانیان زیر ۱۸ سال، ایران تفاوت چندانی با کشوری چون ایالات متحده ندارد. در ایران ۰/۷ درصد از کل زندانیان را این گروه سنی تشکیل می‌دهند،^۲ در ایالات متحده هم ۰/۵ درصد زندانیان افراد زیر ۱۸ سال هستند. اما به دلیل وجود قانون قصاص و نیز سن مسئولیت کیفری ۱۵ سال برای پسران و ۹ سال برای دختران، در ایران شاهد اعدام افراد زیر ۱۸ سال هم هستیم، در حالی که کنوانسیون حقوق کودک مبنی بر منع مجازات اعدام برای افراد زیر ۱۸ سال را اکثر کشورها پذیرفته‌اند.

۵. نتیجه‌گیری

آنچه درباره وضعیت دادرسی و جرم و مجازات در ایران می‌توان گفت این است که، از یک سو، نگاه ایدئولوژیک حاکم بر سیاست کیفری موجب می‌شود که راه سیاست‌گذاری در این زمینه‌ها به طور نسبی بسته شود. ضمن اینکه چنین نگاهی به تشدید شکاف میان هنجار قانون با وضعیت و ساختار اجتماعی و نیز با اولویت‌های ارزشی مردم می‌انجامد. از سوی دیگر، تحولات سریع اجتماعی، نابسامانی در تطبیق انتظارات و امکانات، رشد سریع جمعیت در سال‌های اولیه انقلاب، نارسایی‌های اقتصادی از جمله بیکاری و تورم، در کنار فقدان نهادهای نظارتی عمومی (رسانه‌ها، احزاب، انجمن‌ها و...) موجب شده است که نظم رفتاری مناسب شکل نگیرد و حل و فصل اختلافات ناشی از این بی‌نظمی اکثراً به دستگاه قضایی منتقل شود و این دستگاه را با تعداد زیادی پرونده کیفری و حقوقی و مدنی مواجه سازد که خارج از توان و طبیعت

1. http://www.nationmaster.com/graph/cr_i_pri_fem-crime-prisoners-female (May 2010)

2. <http://www.ncjrs.gov/html/ojjdp/202885/page15.html> (May 2010)

جرایم^۱

پیام روشن فکر*، علی حسین نجفی ابرندآبادی**، پریسا روشن فکر***

مقدمه

مقاله پیش رو به وضعیت جرم در ایران اختصاص دارد و براساس ساختار تعیین شده برای گزارش‌های این مجموعه، از منظر اجتماعی و توسعه‌ای، به توصیف موضوع در بازه زمانی مقرر (دهه ۱۳۸۰، فاصله سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۷ شمسی) می‌پردازد. بر این اساس، پس از مروری بر تعاریف و مبانی نظری موضوع، وضعیت جرم از منظر مقایسه‌ای در مقیاس جهانی و با توجه به شاخص‌های آن در سایر کشورها مورد توجه قرار می‌گیرد. گزارش نیم‌نگاهی هم به سیاست‌ها و برنامه‌های مرتبط در دوره تعیین شده دارد. در ادامه، داده‌های قابل دسترس مرتبط با برخی جرایم در ایران توصیف و

وضعیت گروه‌های خاص (زنان و کودکان) از منظر این شاخص‌ها بررسی می‌شود. سرانجام با مقایسه وضعیت ایران و سایر کشورهای جهان و جمع‌بندی یافته‌ها و ارائه چشم‌اندازهای پیش رو گزارش خاتمه می‌یابد.

کمبود آمار و اطلاعات قابل دسترس در مورد جرم در ایران و دشواری مقایسه شاخص‌های ایران با جهان باعث شده تا کمتر گزارشی — ولو توصیفی — از وضعیت و روند جرایم در کشور خصوصاً در چشم‌انداز جهانی وجود داشته باشد و پژوهش‌های بیشتری در این زمینه ضروری می‌نماید.

۱. تعاریف

۱.۱. جرم

واژه crime (جرم) ریشه در واژه لاتینی cerno (من تصمیم می‌گیرم، من قضاوت می‌کنم) دارد. کلمه لاتینی crīmen در اصل به معنی اتهام (فریادی از پریشانی و زجر) بوده است (Klein, 1971)

۱. به دلیل پیش‌بینی گزارش‌های مستقلی در همین مجموعه با موضوع اعتیاد و مواد مخدر، تن‌فروشی، و خشونت و قتل، این گزارش به برخی از این جرایم نمی‌پردازد.

* کارشناس ارشد برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی

** دکترای حقوق و جرم‌شناسی، عضو هیئت علمی دانشگاه شهید بهشتی (ناظر گزارش)

*** کارشناسی ارشد روابط بین‌الملل

دیدگاه‌های انتقادی جدیدی در نقد جرم‌شناسی و مفهوم جرم مطرح شده است، مثل زمیولوژی^{۱۰} که به نحوی مطالعه آسیب‌ها و زیان‌های اجتماعی است. زمیولوژی از ریشه لاتینی zemia به معنی زیان (harm) است (Hillyard et al., 2004).

برخلاف آسیب‌های با «منشأ فردی» مثل دزدی، مفهوم زیان اجتماعی^{۱۱} یا لطمه اجتماعی^{۱۲} آسیب‌هایی را دربرمی‌گیرد که «به دست دولت‌ها و شرکت‌ها» وارد می‌شود (Schwendinger and Schwendinger, 1970). این دیدگاه توجه برخی آکادمیسیست‌های منتقد مانند نومارکسیست‌ها و فمینیست‌ها را که در پی ایجاد حوزه‌ای مطالعاتی مستقل از جرم‌شناسی بودند به خود جلب کرد.^{۱۳} این گروه علاقه‌مندند آسیب‌هایی را بررسی کنند که بر زندگی افراد تأثیر می‌گذارند و مجرمانه تلقی نمی‌شوند یا به‌ندرت جرم‌انگاری شده‌اند، مانند فقر و بیکاری (Hillyard et al., 2004).

۲.۱. جرم در فقه و قانون مجازات اسلامی

واژه جرم و مشتقات آن (مجرمان، اجرموا، یجرمنکم، تجرمون، اجرمناء، ...) بیش از ۶۰ بار در قرآن آمده، و اصولاً بر همان مفهوم لغوی جاری است که به معنای کسب و کار زشت باشد (طباطبایی، ۱۳۹۰/۱۰). در گزارش کنفرانس حقوق کیفری اسلامی در جدّه، در تعریف جرم چنین آمده است: جرم در اصطلاح شرعی عبارت است از فعل یا ترک فعل (یا قول یا ترک قول) که اسلام انجام یا ترک آن را واجب یا حرام دانسته، و برای آن مجازات دنیوی یا عقوبت اخروی تعیین کرده است (افراسیابی، ۱۳۹۴/۱).

جرم در قرآن، و به تبع آن در فقه اسلامی، عبارت است از انجام دادن فعل یا ابراز قولی که شارع مقدس منع کرده است. به عبارت دیگر، افعال و اقوالی جرم تلقی می‌شوند که مغایر با احکام یا اوامر و نواهی باری تعالی باشند. «يَجْرِمَنَّكُمْ» در آیه دوم از سوره مائده و نیز لفظ «مجرمین» در آیه چهل و هفتم از سوره قمر ناظر بر اعمال و رفتار زشت کسانی است که در گمراهی به سر می‌برند. همین معنا را می‌توان از آیاتی استشهداد

در دانشنامه نیوورلد (NWE, 2008) آمده است: «جرم عموماً عملی عامدانه است که در قانون منع شده و منجر به زیان، خسارت، آسیب فیزیکی یا دیگر اشکال آسیب می‌شود و ممکن است نسبت به یک یا چند نفر صورت گیرد. جرم‌انگاری اعمال مختلف در طول تاریخ تغییر کرده و هنوز هم در میان فرهنگ‌ها و ملل مختلف در حال تغییر است.» جرم را می‌توان از دیدگاه حقوقی یا هنجاری بررسی کرد.

تعریف حقوقی^۱ یا از حقوق عرفی^۲ آغاز می‌شود یا از تعاریف مدون / موضوعه‌ای که در قوای مقتنه حکومت‌ها در قالب قوانین تصویب می‌شود. گرچه جرم عبارت است از هر فعل یا ترک فعل خلاف قانون که به دست دولت مجازات می‌شود، ولی این نوع نگرش به جرم ساده‌انگارانه است که بگوییم چون قانون چنین تعریف می‌کند، پس فلان عمل یا ترک عمل مجرمانه است.

در تعریف هنجاری^۳، جرم رفتاری منحرفانه^۴ تعریف می‌شود که هنجارهای اساسی رایج یا استانداردهای غالب فرهنگی جامعه را نقض می‌کند. این رویکرد واقعیات پیچیده‌ای را که پیرامون مفهوم جرم وجود دارد مد نظر قرار می‌دهد و در پی آن است که دریابد چگونه تغییر اوضاع و احوال اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و روان‌شناختی می‌تواند تعریف کنونی جرم و اشکال پاسخ‌های حقوقی و کیفری و ضمانت اجرایی را تحت تأثیر قرار دهد (Yogis and John, 2003).

در علوم اجتماعی، مفاهیمی همچون مسائل اجتماعی^۵، آسیب‌های اجتماعی^۶، انحرافات اجتماعی^۷، ناپهنجاری اجتماعی^۸، جرم و بزهکاری^۹ چنان درهم‌تنیده‌اند که تمیز و تفکیک آنها دشوار و توأم با محدودیت است زیرا غالباً ویژگی‌های مشترک و خصیصه‌های نزدیک به هم دارند، از جمله ماهیت اجتماعی آنها، نامطلوب و ناخوشایند بودن آنها، تأثیرگذاری شرایط زمان و مکان در آنها، و پویایی آنها.

1. legalistic
2. common law
3. normative
4. deviant behavior
5. social problems
6. social pathologies
7. social deviance
8. social abnormality
9. delinquency

10. zemiology

11. social harm

12. social injury

13. *Crime, Law and Social Change* 48 (2007): 1-2.

کرد که در باب انواع جرایم مشمول قصاص نفس، قصاص عضو، دیه، حد زنا، حد فذف، و حد سرقت در قرآن کریم وارد شده است (ولیدی، ۱۳۷۲: ۱۳).

در قانون مجازات اسلامی، از جرم یک تعریف فنی ارائه شده است، و فقط در ماده ۲ آن در بیان اوصاف جرم آمده است: «هر فعل یا ترک فعلی که در قانون برای آن مجازات تعیین شده باشد جرم تلقی می‌شود.»

۲. رویکرد نظری: جرم، امنیت و توسعه

با مرور منابع و متون در زمینه ارتباط میان توسعه اقتصادی و اجتماعی هر جامعه و وقوع جرم، می‌توان روابط مختلفی را مد نظر قرار داد. در این گزارش به سه شکل از این روابط پرداخته می‌شود:

- جرم به عنوان مانع توسعه
- جرم به عنوان یکی از پیامدهای توسعه
- توسعه متوازن و عادلانه به عنوان ابزار پیشگیری از جرم.

۱.۲. جرم به عنوان مانع توسعه

تحقیقات بسیاری نشان می‌دهند که جرم یکی از موانع توسعه در جوامع توسعه‌نیافته و در حال توسعه است (Londoño and Guerrero, 1998; Fajnzylber et al., 2001; UN, 2007). دلایل بسیاری برای چنین ارتباطی مطرح شده که می‌توان آنها را در چند دسته کلی به شرح زیر جای داد:

- جرم سرمایه انسانی و اجتماعی را از بین می‌برد (تأثیر جرم بر جامعه): بانک جهانی سرمایه اجتماعی را برای توسعه لازم و اساسی می‌داند (Knack and Keefer, 1997) و جرم می‌تواند سرمایه اجتماعی را از بین ببرد (Moser and Holland, 1997). جرم مانع دسترسی به فرصت‌های آموزشی و شغلی موجود می‌شود و این امر انباشت سرمایه را با مانع روبه‌رو می‌کند (UN, 2007). هزینه فرصت‌های زیادی در زندگی‌هایی که بر مبنای خودداری از آسیب‌پذیری در برابر جرم طراحی شده‌اند وجود دارد. برخی افراد از بیرون رفتن در شب یا استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی خودداری می‌کنند که ممکن است دسترسی به

موقعیت‌های پربازده یا فرصت‌های آموزشی را محدود کند (UNODC, 2007b).

- هزینه‌های انسانی جرایم خشونت‌بار مانع توسعه است: سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۴ گزارشی در زمینه تأثیرات اقتصادی خشونت‌های بین افراد منتشر کرد که در آن، با اسناد و ارقام، تأثیر اقتصادی در معرض خشونت قرار گرفتن بر افراد، و نیز تأثیر خشونت بر سایر بخش‌های اقتصادی را بررسی کرده بود (Waters et al., 2004). این گزارش بیان می‌کند که تجربه جرم خشونت‌بار به طرق مختلف موجب وارد آمدن خسارات مالی مستقیم و غیرمستقیم بر قربانیان آن می‌شود. این هزینه‌ها شامل فقدان بازدهی به دلیل مرگ یا جراحت، هزینه‌های پزشکی و خدمات حقوقی، و نیز خسارات غیرمادی مانند از دست رفتن سرمایه انسانی و تبعات روانی می‌گردد که بر بزه‌دیده بار می‌شود (WHO, 2004).
- جرم برای کسب و کار مضر است (تأثیر جرم بر اقتصاد): جرم از راه‌های مختلفی بر اقتصاد تأثیر می‌گذارد. از یک سو، سرمایه‌گذاران جرم را نشانه بی‌ثباتی اجتماعی می‌بینند و از سوی دیگر، هزینه انجام کار بالا می‌رود. وقتی کشوری برای نیروهای ماهر خود امن نباشد، معمولاً برای سرمایه‌گذاری خارجی و داخلی هم امن محسوب نمی‌شود؛ و در نهایت صاحبان سرمایه و پول، چه داخلی باشند چه خارجی، مکان امن‌تری را برای سرمایه‌گذاری پیدا می‌کنند (UNODC, 2005, 2007). براساس نتایج پیمایش سال ۲۰۰۵ بانک جهانی در ۵۳ کشور در مورد جدی‌ترین موانع کسب و کار، جرم مانع عظیمی بر سر راه کسب و کار است (Ferreira and Walton, 2005).
- جرم مدیریت را ناکارآمد می‌کند (تأثیر جرم بر مدیریت): شاید مخرب‌ترین تأثیر جرم بر رابطه شهروندان و دولت باشد. اساسی‌ترین وظیفه دولت تضمین امنیت شهروندان است. وقتی دولت ناتوان از انجام این وظیفه باشد یا در جرم دست داشته باشد، بسیاری از شهروندان مردم‌سالاری را جدی نمی‌گیرند. بی‌اعتمادی مردم به دولت و نبود حس مشارکت از جهات زیادی بر توسعه تأثیر می‌گذارد. برای مثال، مالیات پرداخت نکردن ثروتمندان با پرداخت رشوه و

دولت‌های منطقه و رهبران سیاسی بود که جرم و فساد می‌تواند حمایت از نظام سیاسی و دموکراسی را کاهش دهد (ibid.: 53). از دیگر آثار جرم بر مدیریت آن است که باور این عقیده که جرم پدیده‌ای غیرقابل کنترل است معمولاً منجر به اندیشه ناکارآمدی پلیس می‌شود. در چنین شرایطی، سازوکارهای دفاع شخصی افزایش می‌یابد و برقراری عدالت و نظم از دست دولت خارج و به افراد واگذار می‌شود که این پدیده خشونت و ناامنی را در جامعه بالا می‌برد.

۲.۲. جرم به عنوان یکی از پیامدهای توسعه

یکی از محورهای اصلی تحقیقات جرم‌شناسی بررسی تأثیرات تغییرات اقتصادی-اجتماعی ناشی از صنعتی شدن و شهری شدن بر الگوهای جرم است (Jones, 1985; Shelly, 1981). مدرنیزاسیون منجر به این نگرش فرهنگی می‌شود که پیشرفت، فردگرایی و کارآمدی را افزایش می‌دهد (Eisenstadt, 1966; Lerner, 1958). مطالعات جامعه‌شناختی و تاریخی نشان می‌دهد که صنعتی و شهری شدن سریع اروپا منجر به افزایش نرخ جرم در کشورهای این قاره شد (Shelly, 1981; Zehr, 1981). مطالعات بین‌فرهنگی زیادی در طی دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ صورت گرفته که تمرکز آنها بر رابطه صنعتی شدن و شهری شدن، که منجر به مدرنیزاسیون می‌شود، و آثار آنها بر میزان و الگوهای جرم است.^۲ انتقاد عمده‌ای که به تحقیقات بین‌فرهنگی جرم‌شناسی شده این است که مفاهیم غربی کشورهای توسعه یافته را تعمیم می‌دهد (Horton and Platt, 1983; Sumner, 1982). دو دیدگاه نظری در این زمینه مطرح شده است:

- یک فرضیه کلی وجود دارد مبنی بر اینکه توسعه اقتصادی-اجتماعی بر الگوها و میزان رفتارهای مجرمانه اثر می‌گذارد (Shelly, 1981; Webb, 1972). مبنای این

کار کردن فقرا در بازار سیاه و عدم ثبت مشاغل بر اقتصاد و در نتیجه بر توسعه کشورها تأثیر می‌گذارد. اما ناکامی دولت در حفظ امنیت به‌ویژه در کشورهای که تازه به دموکراسی رسیده‌اند مشکل ساز می‌شود. مردم این کشورها معمولاً افزایش آمار جرم را به حمایت‌های قانونی بی‌رویه نسبت می‌دهند در حالی که این افزایش می‌تواند تنها یک بازی آماری باشد زیرا در نظام دموکراتیک مردم راحت‌تر اعلام جرم می‌کنند، دولت بیشتر جرایم را ثبت می‌کند و رسانه‌ها آزادانه‌تر در این مورد گزارش می‌دهند و می‌نویسند. اما در هر صورت، بی‌قانونی‌ای که در این شرایط به چشم می‌آید فقدان حکومت اقتدارگرا را در نظر بسیاری برجسته می‌سازد و مردم را برمی‌انگیزد که خواستار مداخله نظامی و پلیسی شوند زیرا معمولاً گفته می‌شود دیکتاتوری نظامی در مقابله با جرم مؤثرتر عمل می‌کند و سخت‌گیری و شدت عمل کیفری این نظام‌ها، که عموماً توأم با عدم رعایت حقوق بشر خواهد بود، ترس را در دل مجرمان بالقوه می‌کارد، در حالی که دولت‌های دموکراتیک در این زمینه ضعیف عمل می‌کنند. در این میان، سیاستمدارانی که در رژیم سابق فعال بوده‌اند حداکثر استفاده را از موقعیت می‌برند.

در طرح نظرسنجی عمومی امریکای لاتین^۱ در سال ۲۰۰۴، پیمایش‌هایی در خصوص بینش مردم نسبت به دموکراسی اجرا شد که این نتیجه شگفت‌آور را داشت که در میان مردم این کشورها، حسرت نبود (نوستالژی) یک حکومت اقتدارگرا به دلیل احساس رو به افزایش ناامنی وجود دارد. از میان بیش از ۱۶۰۰ نفر که در پاناما رأی دادند، ۱۶ درصد بازگشت ارتش را به بقای رژیم وقت ترجیح می‌دادند و ۴۳ درصد کودتای نظامی را در شرایط فساد و ۴۰ درصد در شرایط شیوع جرم قابل توجیه می‌دانستند (Pérez and Gandaseguel, 2005). این در حالی است که پاناما در میان کشورهای امریکای لاتین از یکی از دموکراتیک‌ترین نظام‌های حکومتی برخوردار است. نتایج این تحقیق زنگ خطری برای

2. Archer and Gartner, 1984; Bennett, Shelly and Baxter, 1984; Cavan and Cavan, 1968; Clinard and Abbott, 1973; Hansman and Quigley, 1982; Kick and Lafree, 1985; Krohn, 1978; Krohn and Wellford, 1977; Lafree and Kick, 1984; McDonald, 1976; Messner, 1982, 1986; Quinnet, 1965; Rahav, 1984; Rahav and Jaamdar, 1982; Shichor, 1985; Wellford, 1974; Wolf, 1971

1. The Latin American Public Opinion Project

با متغیرهای اقتصادی-اجتماعی داشتند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که سرقت گزارش شده شاخص قوی‌تری برای مدرنیزاسیون است تا قتل که شاخص فقدان مدرنیزاسیون است (Shichor, 1990). توجیهاتی برای این یافته‌ها ابراز شده است. برای مثال، توسعه اقتصادی دارایی‌های مادی را بیشتر می‌کند و با تأکید فرهنگی بیشتری بر تملک این دارایی‌ها همراه است، و افزایش جرایم علیه اموال نتیجه طبیعی چنین افزایشی است (Moore, 1965).

۳.۲. توسعه متوازن و عادلانه به عنوان ابزار پیشگیری از جرم

این بحث بر عوامل برانگیزاننده جرم (فقر، بیکاری، فقدان آموزش و...) و تأثیرات مثبت توسعه در رفع این عوامل متمرکز است. نابرابری و فقر می‌تواند بزرگ‌ترین انگیزه جرم و خشونت باشد. این رابطه مستقیم و غیرمستقیم است. مستقیم به این شکل که جرم با افزایش فقر و نابرابری پرسودتر می‌شود، و غیرمستقیم به دلیل هزینه‌هایی که باید جامعه برای بازدارندگی از جرم صرف کند (Bourguignon, 1999).

برخی از محققان پیامدهای وجود نابرابری شدید در یک جامعه فرضی را برای ثبات سیاسی و صلح اجتماعی بررسی کرده‌اند، و نیز این مسئله را که فاصله گرفتن از چنین الگویی (توسعه عادلانه) چقدر برای رفاه و رشد اجتماعی کنونی مضر است (Perrotti, 1996). شواهدی هرچند قابل بحث در خصوص وجود چنین رابطه مستقیمی میان نابرابری و توسعه وجود دارد. در مورد موقعیت‌هایی که نابرابری و فقر، از طریق جرم و رشد فعالیت‌های غیرقانونی، به جای خشونت‌های جمعی، خشونت‌های شخصی تولید می‌کند تحقیق کمتری صورت گرفته است، اما مطالعات مربوط به اقتصاد جرم در کشورهای توسعه‌یافته بر نقش فقر و نابرابری در توضیح تفاوت‌های میزان بزهکاری تأکید دارند (Ehrlich, 1973). مباحثی نیز در طراحی شهری، معماری و طراحی محیطی، و مدیریت حمل و نقل در خصوص تأثیر نحوه برنامه‌ریزی شهری و توسعه کالبدی بر کنترل جرم مطرح شده است (برای نمونه، رک. عامری سیاهویی، ۱۳۸۷).

مدیریت رشد می‌تواند نقش مهمی در پایین نگه داشتن نرخ

فرضیه مفاهیم نظری خاص مانند نظریه بی‌هنجاری^۱ است (Durkheim, 1947; Martindale, 1960; Merton, 1957).

- دیدگاه نظری مرتبط دیگر مفهوم عقب‌ماندگی فرهنگی^۲ است (Ogburn, [1923], 1964). عقب‌ماندگی فرهنگی در جوامعی اتفاق می‌افتد که توسعه اقتصادی گسترده‌ای را تجربه می‌کنند که در جریان آن، فرهنگ مادی به سرعت تغییر می‌کند، در حالی که سرعت تغییر فرهنگ انطباقی (تطبیقی) بسیار کمتر است. آگبرن (1923: 333) نتیجه‌گیری می‌کند که «جرم به وضوح شاخص عدم انطباق میان طبیعت انسانی و فرهنگ است».

هارتنگل و میزانودین (Hartangel and Mizanuddin, 1986) همبستگی مثبتی میان نرخ جرم و سنجه‌ها و شاخص‌های مختلف مدرنیزاسیون یافتند. این همبستگی خصوصاً میان مدرنیزاسیون و جرایم علیه اموال^۳ واضح است، در حالی که ارتباط میان مدرنیزاسیون و جرایم خشونت‌بار کمتر و همبستگی میان آنها عموماً منفی است. در تحقیق شیکور^۴ در سال ۱۹۹۰ در ۴۴ کشور، الگوهای بین فرهنگی جرم و رابطه آنها با توسعه در یک سطح تجمعی^۵ تحلیل شده است. مبنای تحلیل تغییرات اجتماعی-اقتصادی است که به درجه خاصی از بی‌هنجاری و مشکلات انطباق افراد با وضعیت در حال تغییر فرهنگ می‌انجامد (Ogburn, 1923) که فرصت‌ها و موقعیت‌های بیشتری برای ارتکاب جرم به وجود می‌آورد. برای سنجیدن این تغییرات، تحقیق در سه دوره زمانی مختلف انجام گرفته (۶۸-۱۹۶۷ / ۷۳-۱۹۷۲ / ۷۸-۱۹۷۶) که جنبه طولی به تحقیق می‌دهد. یافته‌ها نشان داد که نرخ قتل با شاخص‌های مدرنیزاسیون همبستگی منفی دارد، در حالی که سرقت و نرخ کلی جرایم رابطه مثبتی با این شاخص‌ها دارد. در همبستگی میان الگوهای جرم و شاخص‌های اقتصادی-اجتماعی نوساناتی وجود داشت. سرقت بیشترین و قتل کمترین همبستگی را

1. anomie

2. cultural lag

3. property crimes

4. Shichor

5. aggregated

تفاوت زیاد جرایم در میان نواحی و کشورهای مختلف این گزارش می‌تواند تا اندازه‌ای ناشی از جرم‌نگاری متفاوت، میزان کارایی نظام قضایی و شیوه‌های ثبت باشد. جدیدترین داده‌ها از اروپای غربی، امریکای شمالی و اقیانوسیه است. کشورهای کمتری نیز از امریکای لاتین و آفریقا در دست بررسی هستند اما، با وجود اطلاعات بسیار محدود، می‌توان دید که وقوع جرم در این نواحی زیاد است. در آسیا سطح جرایم ثبت شده پایین‌تر از سایر نواحی است. در ادامه، به برخی جزئیات مربوط به آمار جرایم می‌پردازیم.

تهاجم (تعرض)^۴

در پیمایش روند جرم^۵ (موج دهم)، تهاجم به معنای حمله فیزیکی علیه بدن دیگری است که شامل ضرب و جرح هم می‌شود اما هتک حرمت^۶ را دربرنمی‌گیرد (UNODC, 2010). نیمی از ۸۰ کشوری که اطلاعات مربوط به تهاجم را در اختیار تحقیق قرار دادند اعلام کردند که این تعریف استاندارد را اعمال می‌کنند. با وجود این، اعمال تعریف استاندارد قابلیت قیاس را تضمین نمی‌کند. تفاوت زیادی در تهاجمات ثبت شده پلیس میان اقیانوسیه، آفریقای غربی، مرکزی و جنوبی و امریکای شمالی با آسیا، اروپای شرقی و جنوب شرقی وجود دارد. اروپای غربی و مرکزی در میانه این طیف قرار دارند. در آفریقای غربی، مرکزی و جنوبی بالاترین نرخ تهاجمات شدید ثبت شده (نزدیک به ۵۰ درصد تهاجمات ناحیه)، در حالی که در اقیانوسیه، از هر ۱۰ تهاجم، ۹ مورد ساده بوده است. تفاوت میان زیرنواحی اروپایی، که در تهاجمات به طور کلی بسیار زیاد بوده، در تهاجمات شدید به میزان قابل توجهی کمتر می‌شود. در اروپای شرقی و جنوب شرقی، تهاجمات ساده ثبت شده پلیس زیاد نیست اما در اروپای غربی و مرکزی، ۹۰ درصد تهاجمات ساده‌اند.

با توجه به پیمایش‌های اجرا شده، تفاوت میان تهاجم و تهدید در امریکای شمالی و اروپای غربی و مرکزی کم و ارقام مربوط به اقیانوسیه کمی بیشتر است. متأسفانه آخرین پیمایش‌های بین‌المللی تنها در این نواحی بوده‌اند (van Dijk et al., 2007: 81).

جرایم داشته باشد. در تحقیقی در کارولینای شمالی، پژوهشگران مشاهده کردند که چگونه ساختار خیابان^۱ بر نرخ جرایم علیه اموال تأثیر دارد.^۲ محققان دریافته‌اند که جرم بیشتر در مناطقی با دسترسی آسان به جاده، خصوصاً در جاهایی که املاک تجاری غالب‌اند، اتفاق می‌افتد. در مقابل، در نواحی دارای محدوده‌های پرتراфик و سایر ویژگی‌هایی که مانع از رفت و آمد سریع وسایل نقلیه می‌شود جرم کمتر اتفاق می‌افتد. آنان همچنین دریافته‌اند که احتمال وقوع جرایم علیه اموال با افزایش تعداد خانه‌ها در خیابان که فرصت ارتکاب جرم را افزایش می‌دهد بیشتر می‌شود و در خیابان‌هایی که بیشتر مالک‌نشین‌اند کمتر است. البته نتایج این تحقیق جهانی نیست. تحقیقی دیگر در ایروینگ تگزاس نشان داد که نرخ وقوع جرایم بیشتر با عوامل اجتماعی و اقتصادی و نه تراکم جمعیت مرتبط است.^۳ محققان به‌ویژه دریافته‌اند که نرخ بالای جرایم با نرخ بالای فقر، بیکاری یا سوءاستعمال، تحصیلات پایین و بزرگی خانه ارتباط دارد. این تحقیق همچنین نشان داد که برخی جرایم با نوع کاربری زمین رابطه قوی دارد.

۳. وضعیت دیگر کشورها

۱.۳. جرایم

در آخرین بررسی انستیتو پیشگیری و کنترل جرم اروپا و دفتر مواد مخدر و جرایم سازمان ملل متحد در مورد نرخ غالب و روند ارتکاب پنج جرم پرسابقه (تهاجم، تجاوز، دزدی، ورود غیرقانونی، و دزدی وسایل نقلیه)، آمار در کل نشان می‌دهد که جرایم ثبت شده علیه اموال، ورود غیرقانونی به املاک، و سرقت وسایل نقلیه موتوری کاهش یافته است. تجاوز و دزدی به میزان بسیار اندکی افزایش یافته، ضرب و جرح افزایش قابل توجهی پیدا کرده و میزان متوسط آدم‌ربایی تغییری نکرده است (Harrendorf et al., 2010).

1. street layout

2. "Exploring Accessibility Versus Opportunity Crime Factors", *Sociation Today* 1/1, available at: <http://www.ncsociety.org/sociationtoday/raleigh.htm>

3. The Real Picture of Land-Use Density and Crime: A GIS Application, available at: <http://gis.esri.com/library/userconf/proc00/professional/papers/PAP508/p508.htm>

4. assault

5. crime trends survey

6. indecent assault

تجاوز^۱

در پیمایش روند جرم، تجاوز به عنف چنین تعریف شد: تعامل جنسی بدون رضایت معتبر فرد مقابل. از هر ۳ کشور شرکت کننده در پیمایش دهم، ۲ کشور اعلام کردند که می توانند از این تعریف پیروی کنند. از آنجا که تجاوز به ندرت به پلیس گزارش می شود، تعداد تجاوزهای ثبت شده نسبتاً کم است. عامل بیشتر تجاوزها مردان هستند و زنان قربانی اند. در قانون مجازات بسیاری از کشورها تعریف جرم به لحاظ جنسیتی خنثی است اما تعدادی از کشورها اعلام کردند که چون در قانون مجازاتشان این جرم تنها علیه زنان تعریف شده، نمی توانند از تعریف استاندارد پیروی کنند. افریقای جنوبی، اقیانوسیه و امریکای شمالی بالاترین نرخ ثبت شده تجاوز را دارند و آسیا پایین ترین را. تفاوت میان نواحی زیاد است و قابلیت مقایسه محدود زیرا بسیاری از آمارهای مربوط به کشورهای در حال توسعه قدیمی هستند. برای مثال، در آخرین پیمایش روند جرم، داده آماری در مورد افریقای جنوبی وجود ندارد.

تفاوت میان نرخ تجاوز در کشورها در بالاترین چهارک^۲ زیاد است که نشان دهنده تعریف وسیع از این جرم است.

تجاوز در کانادا و ایالات متحده در ۱۹۹۶ بیشترین رواج را داشته اما در ۲۰۰۶ کاهش یافته در حالی که در سایر کشورها افزایش یافته است. در پایین ترین چهارک کشورهای توسعه یافته نیستند و برخی کشورهای در حال توسعه نرخ تجاوز گزارش شده نزدیک به صفر دارند و برخی نیز درگیر جنگ بوده اند که نرخ تجاوز در آنها قابل ثبت به صورت قیاس پذیر با سایر کشورها نیست. در مجموع، روند تجاوز در حال افزایش است (جدول ۱).

جدول ۱. میانگین شاخص تجاوز به ازای ۱۰۰ هزار نفر و شاخص روند

بر مبنای سال ۱۹۹۶ در جهان

تجاوز (n = ۴۹)	۱۹۹۶	۲۰۰۱	۲۰۰۶
میانگین	۵/۳	۵/۸	۶/۸
روند	۱۰۰	۱۱۰	۱۲۹

1. rape
2. quartile

سرقت مشدد^۳ (همراه با آزار و اذیت/ با اعمال زور)

سرقت یکی از جرایم علیه اموال است که همراه با خشونت یا تهدید به خشونت باشد. این جرم در گزارش دهم پیمایش روند جرم این گونه تعریف شده است: ربودن مال از فرد با غلبه بر مقاومت از طریق زور یا تهدید به اعمال زور. سرقت شامل کیف قاپی و سرقت از طریق خشونت^۴ می شود. در این پیمایش، دوسوم کشورها قادر به اعمال تعریف بودند. از میان کشورها، ۵۴ درصد کیف قاپی را مشمول تعریف می دانستند، برخی جرم علیه میزان (مبلغ) معینی را تنها «خلاف»^۵ می دانستند (در یک تقسیم بندی، جرایم به ترتیب اهمیت از کم به زیاد شامل خلاف، جنحه و جنایت می شوند)، ۵۹ درصد کشورها نیز اعلام کردند که ربودن همراه با خشونت را سرقت می دانند.

روند سرقت در ۳۵ کشور به آرامی در حال افزایش است (جدول ۲). به نظر می رسد این روند هم راستا با روند تهاجم باشد: هر دو در دوره ده ساله مطالعه افزایش یافته اند.

جدول ۲. میانگین شاخص سرقت به ازای ۱۰۰ هزار نفر و شاخص روند

بر مبنای سال ۱۹۹۶ در جهان

تجاوز (n = ۳۵)	۱۹۹۶	۲۰۰۱	۲۰۰۶
میانگین	۴۹	۵۶	۶۰
روند	۱۰۰	۱۱۵	۱۲۲

دزدی/ ورود غیرقانونی به ملک غیر به قصد سرقت^۶
(هتک حرمت برای ارتکاب سرقت)

دزدی در معنای «دسترسی یافتن به یک قسمت سربسته ساختمان یا دیگر متعلقات آن، با استفاده از زور و به قصد ربودن اشیا» به کار رفته است. در مورد ورود غیرقانونی، آمارها دزدی از کارخانه، مغازه، دفتر، تأسیسات نظامی، یا دزدی با استفاده از کلید قلابی را شامل می شود و، در مقابل، دزدی از ماشین، کانینر، ماشین های خودکار فروش^۷، پارکومتر، و سرقت از مزارع یا پادگان های محصور را

3. robbery

4. theft with violence

5. misdemeanor

6. burglary/ housebreaking

7. vending machine

این وسایل است. به علاوه، در بسیاری از کشورها، گزارش به پلیس برای دریافت خسارت از بیمه لازم است.

سرقت اتومبیل در گزارش چنین تعریف شده است: جابه‌جایی یک وسیله نقلیه موتوری بدون رضایت مالک. در سال‌های ۲۰۰۵ و ۲۰۰۶، ۴۷ کشور از ۷۴ کشور اعلام کردند که می‌توانند تعریف را اعمال کنند. برای بیشتر کشورها مشخص نبود که اگر این تعریف قابل اعمال نباشد، چه تفاوت مشخصی می‌تواند میان آن و تعریف کشورهای دیگر وجود داشته باشد. برخی کشورها هم در تفاوت تعریف مذکور با تعریف خود، شمول شروع به سرقت و نیز تفاوت در نوع وسیله نقلیه موتوری را ذکر کردند.

تفاوت در سرقت وسایل نقلیه موتوری میان کشورهای توسعه‌یافته (بالاترین ربع) و در حال توسعه (پایین‌ترین ربع) بسیار زیاد است. همچنین گروه و نوع سرقت وسایل نقلیه ممکن است در قسمت‌های مختلف جهان متفاوت باشد. برای مثال، سرقت موتورسیکلت در کشورهای در حال توسعه احتمالاً رایج‌تر از کشورهای صنعتی است.

داده‌ها در بیشتر کشورها کاهش نرخ را در سال‌های ۲۰۰۰ و بعد از آن نشان می‌دهد (جدول ۴). براساس پیمایش‌ها، سرقت ماشین به آرامی از اوایل ۱۹۹۰ در حال کاهش است (van Dijk et al., 2007).

جدول ۴. میانگین شاخص ربودن وسایل نقلیه به ازای ۱۰۰ هزار نفر و شاخص روند بر مبنای سال ۱۹۹۶ در جهان

ربودن وسایل نقلیه (n = ۴۳)	۱۹۹۶	۲۰۰۱	۲۰۰۶
میانگین	۱۳۷	۱۴۱	۹۹
روند	۱۰۰	۱۰۳	۷۲

آدم‌ربایی^۴

تعریف آدم‌ربایی در گزارش چنین است: آدم‌ربایی ممکن است به معنای بازداشت غیرقانونی فرد یا افرادی برخلاف میلشان (مثلاً با استفاده از زور، تهدید، حيله یا فریب) و آزاد کردنشان در برابر دریافت نامشروع یا هر دریافت مادی یا سود مالی دیگر یا در برابر اجبار فردی به انجام دادن یا ندادن کاری باشد. حدود نیمی از کشورها اعلام کردند که این تعریف در کشورهايشان قابل اعمال است.

دربرنمی‌گیرد. از بین ۷۱ کشور، ۴۱ درصد اعلام کردند که می‌توانند از تعریف پیروی کنند. در تعریف، ورود غیرقانونی به منازل برای سرقت^۱ از ورود غیرقانونی به طور کلی متمایز نمی‌شود. ورود غیرقانونی به منازل شاخص مهمی در امنیت است زیرا مانند جرم علیه اشخاص است. براساس کتاب مرجع اروپایی^۲، در بیشتر کشورها، ورود غیرقانونی علیه شرکت‌ها و کسب و کار است (Aebi et al., 2006).

بالاترین نرخ ورود غیرقانونی متعلق به اقیانوسیه (به‌ویژه استرالیا و نیوزیلند) است. امریکای شمالی، کانادا و ایالات متحده، نیز آفریقای جنوبی، سوازیلند و زیمبابوه، و همچنین کشورهای اروپای غربی و مرکزی هم نرخ بالایی در ورود غیرقانونی دارند اما کشورهای اروپای شرقی و جنوب شرقی نرخ به نسبت پایین‌تری دارند.

در منطقه خاورمیانه و آسیای جنوب غربی، نرخ ورود غیرقانونی در فلسطین اشغالی (اسرائیل) بالاست. در مقابل، در هفت کشور دیگر منطقه (خاورمیانه)، نرخ ورود غیرقانونی بسیار پایین است. هیچ کشور اروپایی یا امریکای شمالی در طبقه پایین این جرم قرار ندارند (زیر ربع اول). روند ورود غیرقانونی در بیشتر کشورها رو به کاهش است (جدول ۳). همزمان تفاوت میان کشورها نیز در حال کاهش است. در تنها ۵ کشور از ۲۵ کشور، ورود غیرقانونی طی سال‌های ۲۰۰۶-۱۹۹۶ افزایش یافته است.

جدول ۳. میانگین شاخص دزدی به ازای ۱۰۰ هزار نفر و شاخص روند بر مبنای سال ۱۹۹۶ در جهان

دزدی (n = ۲۵)	۱۹۹۶	۲۰۰۱	۲۰۰۶
میانگین	۶۷۶	۶۱۹	۴۵۸
روند	۱۰۰	۹۱	۶۸

ربودن وسایل نقلیه موتوری^۳

این جرایم شاخص مهمی در جرایم علیه اموال هستند. براساس پیمایش‌ها، ۸۰-۹۰ درصد موارد سرقت ماشین یا وسایل نقلیه در کشورهای توسعه‌یافته گزارش می‌شوند (Alvazzi del Frate, 2005, van Dijk et al., 2007). دلیل گزارش، ارزش نسبی بالای

1. domestic burglary

2. European sourcebook

3. motor vehicle / automobile theft

4. kidnapping

کاهش یا ثبات آمار قتل مشاهده می‌شود، به استثنای برخی کشورها که بیشتر آمریکایی هستند و نرخ قتل بالا و در حال افزایشی دارند. این افزایش ممکن است با قاچاق مواد مخدر، فعالیت‌های گروهی^۲، و جرایم سازمان‌یافته مرتبط باشد. با این حال، چالش معنی‌دار بودن داده‌ها در افریقا وجود دارد که داده‌های قضایی در مورد قتل بسیار محدود است.

داده‌های دفتر مواد مخدر و جرایم سازمان ملل (UNODC) نشان می‌دهد که، در سال ۲۰۰۴، در حدود ۴۹۰ هزار مرگ بر اثر قتل رخ داده است (بیانیه ۲۰۰۸ ژنو). این رقم نشان‌دهنده متوسط نرخ جهانی قتل ۷/۴ در صدهزار نفر است. گستره کشورهای که آمار قابل دسترسی دارند برای هر منبع به تنهایی بزرگ‌تر است و باید توجه داشت که نرخ متوسطی که با این گستره وسیع‌تر محاسبه می‌شود متفاوت خواهد بود.

در مجموع، نرخ قتل در اروپا، آسیا و آمریکای شمالی پایین‌تر است. در این مناطق، توافق معقولی میان داده‌های قضایی و نظام بهداشتی وجود دارد. در مقابل، داده‌های دو نظام (با تفاوت بیشتر) نرخ بالاتری را در آمریکای جنوبی، آمریکای مرکزی، کارائیب و افریقای جنوبی نشان می‌دهد. تفاوت زیاد داده‌ها در افریقای مرکزی، شرقی و غربی به چشم می‌خورد. مقایسه معنادار میان این مناطق و سایر مناطق جهان مستلزم ثبت مستمر داده‌ها در هر دو نظام قضایی و بهداشتی است.

در مناطق کارائیب و کشورهای آمریکای مرکزی، نرخ متوسط قتل در گزارش‌های قضایی (۲۰ تا ۳۰ در صدهزار) بیشتر از گزارش‌های نظام بهداشتی است که می‌تواند ناشی از عوامل مختلفی باشد. به علاوه، بسیاری از کشورهای این مناطق داده‌های ناقصی در ثبت مرگ دارند که شامل مرگ‌های خشونت‌بار نیز می‌شود. سرانجام اینکه نرخ جرایم در برخی کشورهای آمریکای مرکزی و زیرمناطق کارائیب^۳ در سال‌های اخیر افزایش یافته و

افریقای جنوبی بالاترین نرخ آدم‌ربایی را دارد. برای تحلیل روند آدم‌ربایی، داده‌های سال‌های ۱۹۸۶، ۲۰۰۱ و ۲۰۰۶ فراهم بود. روند آدم‌ربایی در ۱۰ کشور میانگین نرخ ۱/۳-۲/۰ را نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد سطح متوسط آدم‌ربایی در بیست سال اخیر تغییری نکرده است.

مجموع تعداد افراد دستگیر یا محاکمه‌شده یا مظنون به ارتکاب جرم کمتر از جرایم گزارش‌شده (منهای جرایم خرد و خلاف‌های سبک) است. این امر ممکن است دلایل زیادی داشته باشد، از جمله اینکه همه مجرمان شناسایی یا محاکمه نشده یا یک مجرم مرتکب بیش از یک جرم شده باشد. به طور متوسط، نسبت مجرمان و جرایم کمتر از یک است (۰/۴۸ = میانه، ۰/۶۹ = میانگین و در بالاترین ربع ۰/۸۵).

تعداد کل مجرمان از ۱۹۹۶ به آرامی افزایش یافته (جدول ۵). براساس پیمایش جهانی سازمان ملل متحد در مورد روند جرم و عملکرد نظام‌های قضایی (موج نهم)، در اروپا و شمال آمریکا، ۱۴ درصد مظنونین در ۲۰۰۴ زن بودند. آمریکای شمالی بالاترین نرخ مظنونین را دارد.

جدول ۵. میانگین شاخص مظنونین به ازای ۱۰۰ هزار نفر و شاخص

روند بر مبنای سال ۱۹۹۶ در جهان

مظنونین (n = ۱۰۴)	۱۹۹۶	۲۰۰۱	۲۰۰۶
میانگین	۷۶۵	۸۴۲	۸۷۶
روند	۱۰۰	۱۱۰	۱۱۵

قتل^۱

قتل به معنی کشته شدن یک نفر به دست دیگری است. از آنجا که این جرم به میزان قابل توجهی گزارش و ثبت می‌شود، آمار جهانی در مورد آن زیاد است و داده‌های مربوط به اجرای قانون در خصوص آن در دسترس است. از این رو، جرم قتل را معمولاً نماینده جرایم خشونت‌بار می‌دانند.

آمار نشان می‌دهد که بیشترین میزان قتل در کشورهای آمریکایی و افریقایی و کمترین آن در کشورهای اروپایی به وقوع می‌پیوندد. در اکثر کشورهایی که روند داده‌ها قابل دسترسی است،

2. gang activity

۳. این زیرمناطق عبارت‌اند از:

Haiti, Jamaica, Guyana, Dominican Republic, Suriname, St. Vincent and the Grenadines Grenada, St. Lucia, Dominica, Antigua and Barbuda, Trinidad and Tobago, Bahamas, St. Kitts and Nevis, Cuba, Barbados.

1. homicide

کمترین و بیشترین جمعیت زندانیان دیده می‌شود. در سال ۲۰۰۷، در ۴۵ درصد کشورهایی که دسترسی به داده‌هایشان وجود داشت، لااقل ۳۰ درصد از جمعیت زندان به بازداشت‌های قبل از محکومیت اختصاص داشت. جمعیت این بازداشتی‌ها در آفریقا، آمریکا و آسیا بیشتر از اروپا و اقیانوسیه بود. در میان کشورهایی که داده‌های در دسترس داشتند، بیش از ۶۱ درصد معادل ۱۰۰ درصد و ۲۲ درصد بالای ۱۵۰ درصد ظرفیت زندان‌هایشان زندانی داشتند. این میزان در آفریقا، آمریکا و آسیا بیشتر بود، اما در تقریباً نیمی از اروپا هم به ۱۰۰ درصد رسیده بود.

آفریقا

در ۲۰ کشور از ۲۵ کشور آفریقایی مورد مطالعه، جمعیت افزایش و در ۵ کشور کاهش یافته است. برداشتن تأثیر تغییر جمعیت کشورها (که در بیشتر آنها افزایش یافته) نشان می‌دهد که به رغم آنکه رشد زیادی در طول دهه به چشم می‌خورد، این رشد به آرامی بر برخی کشورها تأثیر گذاشته و کمتر از تغییری که مجموع تعداد زندانیان نشان می‌دهد به چشم می‌آید. در واقع، نرخ جمعیت زندانیان نشان می‌دهد که ۱۵ کشور از ۲۵ کشور افزایش نرخ و ۸ کشور کاهش نرخ و ۲ کشور ثبات نرخ داشته‌اند.

افزایش جمعیت زندانیان در ۸ کشور بیش از ۲۵ درصد بوده است. باید توجه داشت در حالی که در ۸ کشور حداقل ۵۰ درصد رشد در مجموع تعداد زندانیان به چشم می‌خورد، سطح متناظر افزایش جمعیت زندانیان در نرخ جمعیت کمتر است. جمعیت زندانیان در ۸ کشور نیز کاهش یافته است. در بیشتر کشورها، به دلیل رشد جمعیت کشور، نرخ کاهش جمعیت زندانیان بیش از کاهش مجموع تعداد زندانیان است. نرخ جمعیت زندانیان در سال‌های ۲۰۰۷-۲۰۰۲ در ۳۰ کشور آفریقایی افزایش و در ۱۵ کشور کاهش یافته است. افزایش بیش از ۲۰ درصد در ۸ کشور و کاهش بیش از ۲۰ درصد در ۶ کشور گزارش شده است.

آمریکا

در سال‌های ۱۹۹۷-۲۰۰۷، در میان ۳۱ کشور آمریکایی، جمعیت زندانیان در ۲۷ کشور افزایش و در ۴ کشور کاهش یافته است. افزایش بیش از ۵۰ درصد در ۱۱ کشور گزارش شده است. با برداشتن تأثیر تغییر میزان جمعیت کشور، می‌بینیم که نرخ جمعیت

داده‌های نظام قضایی در این کشورها (۲۰۰۷ و ۲۰۰۸) به‌روزتر از داده‌های نظام بهداشتی (۲۰۰۶-۲۰۰۳) است. ترکیب این عوامل ممکن است بتواند مدل را توضیح دهد.

در سطح منطقه‌ای، نرخ متوسط قتل ثبت‌شده در نهادهای قضایی در آسیا، اقیانوسیه و اروپا کاهش یافته است. این نرخ در کشورهای آمریکایی در گستره وسیعی ثابت مانده. با این حال، در سطح زیرمنطقه‌ای، زیرمناطق با سطح بالای قتل مانند آمریکای مرکزی و کارائیب افزایش متوسط را نشان می‌دهند. در مجموع، نرخ زیرمنطقه‌ای با کندی قابل قبولی تغییر کرده و سال به سال افزایش یا کاهش غیرقابل پیش‌بینی و زیادی نشان نداده است. نرخ قتل در اروپای شمالی، جنوبی، غربی، اقیانوسیه و آسیای شرقی زیر ۳ در صدهزار است.

در کشورهای آمریکای مرکزی و زیرمناطق کارائیب، افزایش قابل توجه نرخ قتل در سال‌های اخیر مشاهده می‌شود که ممکن است با جرایم سازمان‌یافته و قاچاق مواد مخدر مرتبط باشد. تجارت مواد مخدر از طرق مختلف — خون‌توأم با قاچاق، منحرف کردن نظام قضایی از توجه به سایر جرایم، و دسترسی گسترده به سلاح‌های گرم و در نتیجه وقوع بیشتر قتل — جرم را افزایش می‌دهد.

در مقابل، زیرمناطق که نرخ قتل پایینی دارند ثبات یا کاهش تدریجی نرخ قتل را در طول زمان نشان می‌دهند. کشورهای آسیای مرکزی و اروپای شرقی و غربی کاهش منظم نرخ قتل را در طی زمان نشان می‌دهند. در سطح ملی، در تعدادی از کشورهای اروپایی، افزایش کم اما قابل توجه نرخ قتل در گزارش‌های پلیس در سال‌های ۲۰۰۸-۲۰۰۷ مشاهده می‌شود. چنین تغییراتی را باید با احتیاط بررسی کرد چون ممکن است ناشی از تغییر شیوه‌های پلیس در ثبت جرم باشد، با این حال مدل در جاهایی که چنین افزایشی را در بیش از یک کشور در طول یک سال نشان می‌دهد قابل توجه است.

۲.۳. زندان‌ها

روند کلی نشان می‌دهد که جمعیت زندان‌های جهان در دهه ۱۹۹۷-۲۰۰۷ افزایش یافته است (Walmsley, 2010). نرخ جمعیت زندان‌ها در طول این دهه در ۶۸ درصد کشورهای مورد مطالعه افزایش یافته است. در هر قاره، این افزایش در بین ۷۵-۶۰ درصد کشورها به چشم می‌خورد. همچنین در هر قاره تفاوت عمیقی میان

۱۴ کشور کاهش نرخ جمعیت زندانیان را داریم. در ۱۳ کشور افزایش بیش از ۲۰ درصد و در ۷ کشور کاهش بیش از ۲۰ درصد گزارش شده است.

اقیانوسیه

در ۹ کشور از ۱۰ کشور اقیانوسیه، افزایش جمعیت زندانیان مشاهده می‌شود که در این میان، ۲ کشور افزایش بالای ۵۰ درصد و یک کشور کاهش جمعیت زندانیان را دارند. نرخ جمعیت زندانیان در ۶ کشور افزایش و در ۴ کشور کاهش یافته است. در ۳ کشور افزایش بیش از ۲۵ درصد و در ۲ کشور کاهش بیش از ۲۰ درصد مشاهده شده است. در طول سال‌های ۲۰۰۲-۲۰۰۷، ۷ کشور افزایش و ۳ کشور کاهش نرخ جمعیت زندانیان را شاهد بوده‌اند. در یکی از کشورها، افزایش بیش از ۵۰ درصد و در ۲ کشور کاهش بیش از ۲۰ درصد بوده است.

برای سنجش سطح ازدحام در زندان‌ها از شاخص سطح تراکم استفاده می‌شود، اما از آنجا که مبنای این شاخص ظرفیت‌های اعلام‌شده رسمی است و برخی کشورها فضای بسیار کمی برای هر زندانی در نظر می‌گیرند، معیار ناقصی در این خصوص است. به علاوه، نظام‌هایی که از ظرفیت اعلام‌شده خود فراتر نمی‌روند ممکن است زندان‌هایی بسیار پر ازدحام داشته باشند. در نتیجه، باید آمارهای زیر را که بالاترین سطح تراکم زندان‌ها را در هر قاره در سال ۲۰۰۷ نشان می‌دهند با در نظر داشتن این عوامل بررسی کرد.

- **افریقا:** در میان ۲۴ کشور افریقایی، سطح تراکم در ۱۹ کشور بیش از ۱۰۰ درصد و در ۵ کشور کمتر از این میزان است. در میان این کشورها، ۱۱ مورد تراکم بالای ۱۵۰ درصد دارند.
- **امریکا:** در میان ۲۹ کشور آمریکایی، زندان‌های ۲۳ کشور بالای ۱۰۰ درصد و ۶ کشور زیر ۱۰۰ درصد اشغال شده‌اند. در میان ۲۳ کشور، ۱۰ کشور بالاتر از ۱۵۰ درصد ظرفیتشان پر شده است.
- **آسیا:** در ۱۱ کشور از ۲۰ کشور آسیایی، بالای ۱۰۰ درصد و در ۹ کشور زیر ۱۰۰ درصد ظرفیت زندان‌ها پر شده است. سطح تراکم در ۸ کشور از ۱۱ کشور بالاتر از ۱۳۰ درصد است.

زندانیان در ۲۳ کشور افزایش و در ۸ کشور کاهش یافته است. افزایش بیش از ۲۵ درصد در ۱۳ کشور گزارش شده است. در فاصله سال‌های ۲۰۰۲-۲۰۰۷، در ۲۳ کشور افزایش و در ۷ کشور کاهش و در یک کشور ثبات نرخ جمعیت زندانیان را شاهد هستیم. افزایش بیش از ۲۰ درصد در ۱۲ کشور گزارش شده است و تنها یک کشور کاهش بیش از ۲۰ درصد داشته است.

آسیا

در طی سال‌های ۲۰۰۷-۱۹۹۷، جمعیت زندانیان در ۱۸ کشور از ۲۳ کشور آسیایی افزایش و در ۵ کشور کاهش یافته است. در ۱۲ کشور شاهد رشد بیش از ۵۰ درصدی جمعیت زندانیان هستیم. با حذف عامل رشد جمعیت کشور، می‌بینیم که نرخ جمعیت زندانیان در ۱۷ کشور رشد و در ۶ کشور کاهش داشته است. در ۱۱ کشور رشد بیش از ۲۵ درصدی نرخ جمعیت زندانیان مشاهده شده است. افزایش و کاهش این نرخ بیش از افزایش و کاهشی است که مجموع تعداد زندانیان نشان می‌دهد. در سال‌های ۲۰۰۲-۲۰۰۷، نرخ جمعیت زندانیان در ۲۶ کشور آسیایی که اطلاعات در دسترس داشته‌اند افزایش و در ۱۳ کشور کاهش یافته است. در ۹ کشور افزایش بیش از ۲۰ درصد و در ۶ کشور کاهش بیش از ۲۰ درصد مشاهده می‌شود.

اروپا

در طول سال‌های ۲۰۰۷-۱۹۹۷، جمعیت زندان‌ها در ۳۰ کشور از ۴۵ کشور اروپایی مورد مطالعه افزایش و در ۱۵ کشور کاهش یافته است. افزایش جمعیت زندان‌ها در ۱۲ کشور بیش از ۵۰ درصد و کاهش آن در ۹ کشور بیش از ۲۰ درصد بوده است. با حذف عامل تغییر میزان جمعیت کشور نیز مشاهده می‌شود که نرخ جمعیت زندانیان در ۳۰ کشور از ۴۵ کشور افزایش و در ۱۵ کشور کاهش یافته است. تفاوت نرخ جمعیت زندانیان با مجموع تعداد آنها در اروپا کمتر از سایر قاره‌هاست زیرا جمعیت بسیاری از کشورهای اروپایی نسبتاً ثابت مانده و در برخی هم کاهش یافته است. نرخ جمعیت زندانیان در ۱۰ کشور بیش از ۵۰ درصد و در ۱۸ کشور بیش از ۲۵ درصد افزایش داشته است. در ۱۵ کشور کاهش نرخ مشاهده می‌شود که میزان آن در ۸ کشور ۲۰ درصد یا بیشتر است. در طول سال‌های ۲۰۰۲-۲۰۰۷، در ۳۲ کشور اروپایی افزایش و در

۴. وضعیت در ایران

۱.۴. سیاست‌ها و برنامه‌ها

مطابق اصل ۴ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، کلیه قوانین و مقررات مدنی، جزایی، مالی، اقتصادی، اداری، فرهنگی، نظامی، سیاسی و غیره باید براساس موازین اسلامی باشد. این اصل بر اطلاق با عموم همه اصول قانون اساسی و قوانین و مقررات دیگر حاکم است و تشخیص این امر بر عهده فقهای شورای نگهبان است. همچنین در اصل ۱۵۶ قانون اساسی مسئولیت اجرای «عدالت» به عنوان هدف بزرگ اسلامی بر عهده قوه قضاییه گذاشته شده و امور زیر وظیفه دستگاه قضایی شمرده شده است:

- رسیدگی و صدور حکم در مورد تظلمات، تعدیات، شکایات، حل و فصل دعاوی و رفع خصومات، و اخذ تصمیم و اقدام لازم در آن قسمت از امور حسبه که قانون معین می‌کند؛
- احیای حقوق عامه و گسترش عدل و آزادی‌های مشروع؛
- نظارت بر حسن اجرای قوانین؛
- کشف جرم و تعقیب و مجازات و تعزیر مجرمین و اجرای حدود و مقررات مدون جزایی اسلام؛
- اقدام مناسب برای پیشگیری از وقوع جرم و اصلاح مجرمین.

در اصل ۱۵۸ نیز در جهت اجرای وظایف فوق ابزارهایی در اختیار رئیس قوه قضاییه گذاشته شده است:

- ایجاد تشکیلات لازم در دادگستری؛
- تهیه لوازم قضایی متناسب با جمهوری اسلامی؛
- استخدام قضات عادل و شایسته و عزل و نصب آنها.

با وجود این، در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، چارچوب معینی برای سازمان قضایی مشخص نشده و تنها ایجاد آن به عهده رئیس قوه قضاییه گذاشته شده است. ولی بعد از انقلاب کلیت سازمان قضایی سابق حفظ و، با اصلاحات موردی، با نظام فقهی اسلام هماهنگ شد. اما همین تغییرات موردی تشکیلات قضایی را دچار تغییرات مکرر ساخت.

قانون مجازات اسلامی مهم‌ترین مجموعه قوانین کیفری جمهوری اسلامی ایران است که در ۸ مرداد ۱۳۷۰ در کمیسیون

- اروپا: از میان ۴۵ کشور اروپایی، ۲۱ کشور بالای ۱۰۰ درصد و ۲۴ کشور زیر ۱۰۰ درصد ظرفیتشان پر شده است. سطح تراکم در ۱۱ کشور بیش از ۱۱۵ درصد است.
- اقیانوسیه: در ۲ کشور از ۶ کشور اقیانوسیه، بیش از ۱۰۰ درصد ظرفیت و در ۴ کشور کمتر از ۱۰۰ درصد ظرفیت زندان‌ها پر شده است.

در ۱۰۴ کشور (۷۸ درصد) از ۱۳۴ کشور مورد مطالعه، مجموع تعداد زندانیان در طول دهه ۱۹۹۷-۲۰۰۷ افزایش یافته که این افزایش در ۴۵ کشور (۳۴ درصد) بالای ۵۰ درصد بوده است. مجموع تعداد زندانیان در ۳۰ کشور (۲۲ درصد) کاهش یافته که میزان آن در ۱۶ کشور بیش از ۲۰ درصد بوده است. نرخ جمعیت (شاخص تراکم) در ۹۱ کشور (۶۸ درصد) افزایش یافته که در ۳۰ مورد (۲۲ درصد) بالای ۵۰ درصد بوده است. مجموع تعداد زندانیان در ۴۱ کشور (۳۱ درصد) کاهش یافته که میزان آن در ۲۲ مورد بیش از ۲۰ درصد بوده است.

در خصوص منافع رفاهی^۱ و جمعیت زندان‌ها نگرانی‌هایی ابراز شده مبنی بر اینکه همزمان با مطرح شدن زندان به عنوان سازوکار برخورد با مشکلات اجتماعی، صرف بودجه در منافع رفاهی و خدمات کاهش می‌یابد. پژوهش داوونز و هنس (Downes and Hansen, 2006) نشان می‌دهد که بودجه رفاهی دولت و جمعیت زندانیان و تعداد زندان‌ها با هم رابطه معکوس دارند، به این معنی که کشوری که بودجه رفاهی بالایی دارد جمعیت کمتری نیز در زندان دارد و برعکس. برای مثال، پرتغال به ازای هر صد هزار نفر ۱۴۷ زندان دارد اما تنها ۱۸/۲ درصد از تولید ناخالص داخلی خود را برای رفاه هزینه می‌کند.

در طول دهه ۹۰ میلادی که بودجه رفاهی انگلستان تنها ۲۰/۸ درصد بوده، در میزان محکومیت‌های حبس افزایشی ۴۰ درصدی به چشم می‌خورد. گزارش یک کمیسیون تحقیق نشان می‌دهد که تخصیص بودجه رفاهی کافی، که در اینجا بیشتر برای بیماران ذهنی و روانی مطرح می‌شود، می‌توانست از تبدیل شدن این افراد به «مجرم» جلوگیری کند و در نتیجه جمعیت زندانیان کشور کاهش یابد (Hillyard et al., 2004).

1. welfare benefits

حل اختلاف است. مطابق ماده ۱۸۹ قانون برنامه مذکور، «به منظور کاهش مراجعات مردم به محاکم قضایی و در راستای توسعه مشارکتهای مردمی، رفع اختلافات محلی و نیز حل و فصل اموری که ماهیت قضایی ندارد و یا ماهیت قضایی آن از پیچیدگی کمتری برخوردار است به شوراهای حل اختلاف واگذار می‌گردد. حدود وظایف و اختیارات این شوراها، ترکیب و نحوه انتخاب اعضای آن براساس آیین‌نامه‌ای خواهد بود که به پیشنهاد وزیر دادگستری و تصویب هیئت وزیران و به تأیید رئیس قوه قضاییه می‌رسد.»

همچنین، در ماده ۱۹۰ قانون برنامه سوم، تمهیداتی برای بهبود وضع زندان‌ها به شرح زیر پیش‌بینی شده است:

الف) سازمان زندان‌ها موظف است با همکاری انجمن‌ها و نهادهای مردمی نسبت به فعال‌تر کردن انجمن‌های حمایت از خانواده زندانیان و معدومین نیازمند و ایجاد انجمن در تمامی مراکز اقدام کند، به نحوی که تا پایان برنامه صد درصد (۱۰۰٪) خانواده‌های نیازمند زندانیان و معدومین تحت پوشش قرار گیرند.

ب) وزیر دادگستری موظف است نسبت به تهیه آیین‌نامه کار زندانیان، با اولویت حرفه‌آموزی مناسب اقدام کند، به نحوی که پس از اتمام دوره محکومیت آنها، ضمن ارائه تأییدیه اشتغال، امکان حذف سوءپیشینه و حضور مؤثر آنها در جامعه فراهم گردد. در سایر مواد هم قوانینی در ارتباط با جرم و مجازات تدوین شده است. از جمله در ماده ۱۸۷ این برنامه، به منظور اعمال حمایت‌های لازم حقوقی و تسهیل دسترسی مردم به خدمات قضایی و حفظ حقوق عامه، به قوه قضاییه اجازه داده شده تا نسبت به تأیید صلاحیت فارغ‌التحصیلان رشته حقوق به منظور صدور مجوز تأسیس مؤسسات مشاوره حقوقی برای آنان اقدام کند.

در ماده ۱۸۸ قوه قضاییه موظف شده، به منظور ارتقای کیفی و افزایش کارایی محاکم، نسبت به تخصصی کردن آنها برحسب حجم عملیات، نیازهای منطقه‌ای، و تخصص و تجارب قضات اقدام کند. برنامه چهارم توسعه اولین برنامه‌ای بود که در چارچوب سند چشم‌انداز بیست‌ساله ایران تدوین شد. در سیاست‌های ابلاغی برنامه چهارم توسعه (مبتنی بر سند چشم‌انداز) اصلاحات ساختاری در نظام قضایی ایران در نظر گرفته شده که در محورهای ۱۶ و ۱۷ به آنها اشاره شده است:

۱۶) ایجاد محیط و ساختار مناسب حقوقی، قضایی و اداری برای تحقق اهداف چشم‌انداز؛

امور قضایی مجلس شورای اسلامی تصویب و سه ماه بعد در مجمع تشخیص مصلحت نظام تأیید شد و کماکان مبنای عمل است.^۱ این قانون کلیه قوانین مغایر پیش از خود، از جمله قانون مجازات عمومی ۱۳۰۴، را ملغی اعلام کرده است.

نظام قانون‌گذاری در ایران بسیار گسترده است و وجود مراجع متعدد قانون‌گذاری مانند مجلس شورای اسلامی، مجمع تشخیص مصلحت نظام، شورای عالی امنیت ملی، شورای عالی انقلاب فرهنگی و نیز فقدان اصول و قواعد شکلی و ماهوی در وضع و اجرا و تفسیر قانون از جمله عوامل تورم قانون در ایران است. این امر موجب طولانی شدن روند دادرسی در دادگاه‌ها می‌شود و، به علت تفاوت نظرها و وجود آرای مختلف، در اجرای عدالت در محاکم و مراجع اداری اختلال ایجاد می‌کند.

به همین دلیل بحث تنقیح قوانین مطرح شده است. قانون تدوین و تنقیح قوانین و مقررات کشور در ۲۵ خرداد ۱۳۸۹ در ۱۲ ماده و ۷ تبصره تصویب شد و دستورالعمل اجرایی آن کمتر از دو ماه بعد یعنی در ۱۹ مرداد ۱۳۸۹ در ۲۱ ماده و ۵ تبصره به تأیید نمایندگان مجلس رسید.

جلوگیری از انباشت قوانین غیرضروری و مشابه و مغایر، جلوگیری از سوءاستفاده از تعارضات موجود در قوانین، افزایش توانمندی‌های معاونت‌های حقوقی وزارتخانه‌ها، و تعیین تکلیف انبوه قوانین متروک و اعمال‌نشده از جمله فواید تدوین و تنقیح قوانین به شمار می‌آید.

جرم در برنامه‌های توسعه

برنامه‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران به مجموعه برنامه‌های میان‌مدتی گفته می‌شود که به صورت پنج‌ساله در دولت وقت تنظیم می‌شود و به تصویب مجلس شورای اسلامی می‌رسد. دوره بررسی این پژوهش منطبق با برنامه‌های سوم (۱۳۸۳-۱۳۷۹) و چهارم (۱۳۸۸-۱۳۸۴) توسعه در ایران است. در فصل ۲۴ برنامه سوم توسعه به امور قضایی پرداخته شده است. مهم‌ترین تحول ایجادشده در این برنامه تشکیل شوراهای

۱. مدت اجرای آزمایشی این قانون یک بار در تاریخ ۱۲ اسفند ۱۳۷۵ برای ده سال تمدید شد. در سال ۱۳۸۹ نیز نمایندگان بار دیگر مدت اجرای آزمایشی این قانون را تا پایان سال ۱۳۹۰ تمدید کردند.

دعوی حق انتخاب، معرفی و حضور وکیل را در تمامی مراحل دادرسی اعم از تحقیقات، رسیدگی و اجرای احکام قضایی، به استثنای مواردی که موضوع جنبه محرمانه دارد و یا حضور غیرمتهم به تشخیص قاضی موجب فساد می‌شود، دارند.

در برنامه چهارم توسعه به بهبود وضعیت زندان‌ها نیز توجه شده و، در ماده ۱۳۲ آن، سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور مکلف شده است، به منظور بهبود وضعیت زندان‌ها و ایجاد محیط بازپروری مناسب و اصلاح و تربیت زندانیان با هدف بازگشت آنان به زندگی سالم اجتماعی و کاهش بازگشت مجدد زندانیان آزادشده به جرم، نسبت به انجام موارد ذیل اقدام نماید:

- بهینه‌سازی فضاهای فیزیکی با اولویت توسعه کانون‌های اصلاح و تربیت؛
- حمایت از خانواده زندانیان و معدومین از طریق سازمان‌ها و نهادهای خیریه مردمی و غیردولتی و انجمن‌های حمایت از زندانیان؛
- ارائه پیشنهادها مقتضی به قوه قضاییه برای تهیه لایحه سازوکارهای لازم جهت حذف سابقه کیفری زندانیان اصلاح‌شده.

همچنین، در ماده ۹۷ برنامه چهارم، دولت مکلف شده است، به منظور پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی، نسبت به تهیه طرح جامع کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی با تأکید بر پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر اقدام کند.

جرم در برنامه‌های توسعه قضایی

توسعه قضایی به منزله راهبرد کلان نظام قضایی کشور در قالب برنامه‌های پنج‌ساله‌ای در قوه قضاییه تدوین شده است. در طول دوره پنج‌ساله نخست توسعه قضایی (۱۳۸۲-۱۳۷۸)، با توجه به نیاز بنیادی تحول و تجدید ساختار نظام قضایی کشور، مرکز مطالعات توسعه قضایی تأسیس شد. این مرکز با جلب همکاری گسترده استادان و محققان دانشگاه‌های معتبر کشور، و با استفاده از نظرات و دیدگاه‌های قضات مجرب، زمینه گسترش تحقیقات را

۱۷) اصلاح نظام اداری و قضایی در جهت افزایش تحرک و کارایی، بهبود خدمت‌رسانی به مردم، تأمین کرامت و معیشت کارکنان، به کارگیری مدیران و قضات لایق و امین و تأمین شغلی آنان، حذف یا ادغام مدیریت‌های موازی، تأکید بر تمرکززدایی در حوزه‌های اداری و اجرایی، پیشگیری از فساد اداری و مبارزه با آن و تنظیم قوانین مورد نیاز.

این سیاست‌ها تاحدودی در مواد مندرج در متن قانون پیگیری شده است. از جمله، در ماده ۱۳۰، قوه قضاییه موظف شده است لوائح ذیل را تهیه کند و به تصویب مراجع ذیصلاح برساند:

- لایحه «جرم‌زدایی از قوانین کیفری»
- لایحه «جایگزین‌های مجازات حبس»
- لایحه «حمایت از حقوق شهود و متهمان»
- لایحه «حمایت از بزه‌دیدگان اجتماعی»
- لایحه «حفظ و ارتقای حقوق شهروندی و حمایت از حریم خصوصی افراد»
- لایحه «تعریف جرم سیاسی و تفکیک آن از سایر جرایم».

همچنین قوه قضاییه موظف شده است نسبت به موارد ذیل اقدام نماید:

- استقرار نظام قضایی سریع، دقیق، بالسویه در دسترس، ارزان، قابل پیش‌بینی قانونی، منصفانه و قاطع؛
- پایه‌گذاری و تضمین بنیادهای حقوق مالکیت خصوصی و معنوی، در قلمرو قضایی؛
- رفع هرگونه تبعیض جنسیتی، قومی و گروهی، در قلمرو حقوقی و قضایی؛
- تمهید سازوکارهای لازم برای پیشگیری از وقوع جرم، براساس اصل یکصد و پنجاه و ششم (۱۵۶) قانون اساسی؛
- طراحی و استقرار نظام جامع اطلاعات (M.I.S.)، عملیات و مدیریت قضایی؛
- فراهم نمودن زمینه تشکیل نهادهای داوری غیردولتی؛
- به منظور اجرای اصل سی و پنجم (۳۵) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و نیز به منظور تأمین و حفظ حقوق عامه و گسترش خدمات حقوقی، هریک از اصحاب

برخی از این دلایل سازمانی و عملیاتی‌اند، مانند تأثیرپذیری نوسانات و روند داده‌ها از عملکرد پلیس و نهادهای انتظامی و امنیتی، پیشرفت شیوه‌های کشف جرایم، بی‌ثباتی در نحوه ثبت داده‌ها و گزارش کردن اطلاعات، و تغییر در تلقی از جرایم. برخی نیز صوری و مربوط به استانداردها هستند، از جمله نقص و تداخل در طبقه‌بندی جرایم، تداخل بین آمار جرایم و آمار پرونده‌ها، و آمار متهمان و محکومان، محدود بودن آمار جرایم به سطح ملی و استانی، و عدم تمایز بین آمار جرایم شهری و روستایی. برخی دلایل نیز ماهوی هستند و در بیشتر جوامع وجود دارند. از جمله گزارش نشدن جرایم از طرف قربانیان (بزه‌دیدگان و شاکیان) به دلایل مختلف، وجود جرایم بدون قربانی (بزه‌دیده)، رقم سیاه جرایم (بزهکاری)، و جرایم نوظهور. لذا عموماً نمی‌توان به تهیه گزارش‌های واقع‌بینانه از وضعیت و میزان جرایم و پیش‌بینی احتمال ارتکاب جرایم پرداخت. با وجود این، وقتی به دنبال آماری نزدیک به واقع هستیم، به اعداد و ارقامی برمی‌خوریم که می‌توانند گوشه‌ای از واقعیات مجرمانه را منعکس کنند.

در این بخش از گزارش، سه محور مورد توجه قرار می‌گیرد. ابتدا براساس برخی آمار و داده‌های موجود تصویری کلی از روند جرایم کشور و وضعیت استان‌ها در این زمینه ارائه می‌شود. پس از آن، براساس داده‌های موجود، جرایم مهم‌تر مانند قتل و سرقت به صورت دقیق‌تر مورد بررسی قرار می‌گیرد. در ادامه، با گریزی به وضعیت گروه‌های عمده سنی و جنسی، اطلاعات موجود بازبینی می‌شود، و گزارش نهائماً با بحثی درباره آمار زندان‌ها خاتمه می‌یابد. منابع اصلی این بررسی پرونده‌های تشکیل‌شده در کلانتری‌ها (نیروی انتظامی) برحسب هشت نوع جرم عمده به تفکیک استان‌ها، اطلاعات منتشرشده سازمان زندان‌های کشور، و محاسبات و برآوردهای محقق است.

آمار جرایم در ایران (۱۳۸۷-۱۳۸۰)

در سال پایه این بررسی یعنی ۱۳۸۰، در ایران حدود ۵/۵ میلیون پرونده در دادگاه‌های عمومی و تجدید نظر (غیر از دادگاه انقلاب) مختومه شده و حدود ۱۰۰ هزار پرونده جدید (۹۵۵۶۸ پرونده) در حوزه استحقاقی نیروی انتظامی برای جرایم تشکیل شده است (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۱). اگر برای هر پرونده حداقل یک شاکی (بزه‌دیده) و یک متشاکی (متهم) در نظر گرفته شود، در این سال

فراهم و نسبت به شناسایی اولویت‌ها و برنامه‌ریزی برای ایجاد زیرساخت‌های فکری و اجرایی نظام قضایی اقدام کرده است. برخی از این اقدامات تحولاتی جدی در نظام قضایی به دنبال داشته است. ایجاد شوراهای حل اختلاف، احیای دادسراها، ایجاد سیستم مدیریت پرونده و فراهم کردن مقدمات پیاده‌سازی آن در دادسراها و دادگاه‌ها، انجام مقدمات سیستم خبره قضاوت، اجرای مطالعات گسترده در زمینه‌های مختلف مانند تدوین شاخص‌های نظام قضایی، توسعه استانداردها، ارزیابی سیستم‌ها، و نیز اجرای ده‌ها طرح تحقیقاتی و تدوین لوایح قضایی از جمله لایحه پیشگیری از جرم، لایحه مجازات‌های اجتماعی (جانشین‌های حبس)، لایحه جرم‌زدایی (کاهش عنوان‌های مجرمانه)، لایحه حمایت از کودکان در معرض خطر، لایحه تشکیل دادگاه‌های کودکان و نوجوانان، لایحه جرم‌های رایانه‌ای، لایحه اصلاح قانون جامع خانواده، و لایحه آیین دادرسی تجاری، که برخی از آنها برای تصویب به هیئت دولت ارائه شده، از جلوه‌های اندیشه توسعه و اصلاحات قضایی به شمار می‌آید. اغلب این برنامه‌ها هنوز به اجرا درنیامده و در مراحل بررسی و تصویب هستند.

۲.۴. شاخص‌ها

در ایران منابع مختلفی، به طور مستقیم/ غیرمستقیم، رسمی/ غیررسمی، مجرمانه/ غیرمجرمانه، داده‌هایی در مورد جرم تولید می‌کنند. نمونه آمارهای غیرمستقیم رسمی داده‌هایی است که در سازمان‌های بهداشتی یا بهزیستی تولید می‌شود، مثال داده‌های غیررسمی آمارهایی است که سازمان‌های حقوق بشری یا سیاسی و مطبوعات ارائه می‌دهند، و آمارهای مجرمانه را عموماً سازمان‌های امنیتی تولید می‌کنند. اما آمارهای مستقیم رسمی که بیشتر مورد استناد قرار می‌گیرد مشخصاً از سه مرجع ارائه می‌شود: دفتر آمار و پردازش داده‌های وزارت دادگستری، اداره آمار معاونت طرح و برنامه نیروی انتظامی، و سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور. مرکز آمار ایران نیز بخش‌هایی از اطلاعات رسمی را در سالنامه‌های آماری خود گردآوری و عرضه می‌کند که مبنای بیشتر اطلاعات این گزارش نیز هست.

همچنان که در بخش آمارهای دیگر کشورها به تفصیل گفته شد، باید توجه داشت که در جامعه فعلی ما نیز آمار جرایم بنا بر دلایل عدیده‌ای بازگوکننده واقعیت وضعیت جرم در جامعه نیست.

حدود ۱۱ میلیون نفر از جمعیت کشور به نحوی با موضوع جرم درگیر بوده‌اند^۱ که همزمان بار سنگینی بر دوش جامعه، اقتصاد و دستگاه قضایی بوده است. با امکاناتی نظیر ۲۶۴۳ شعبه دادگاه (حدود ۲۰۰۰ پرونده برای هر شعبه) یا ۵۳۰۰ وکیل (فتاحی، ۱۳۸۵) یعنی سرانه یک وکیل برای دوهزار نفر، نمی‌توان به سادگی یک راه‌حل کارآمد در این وضعیت متصور شد. با تشکیل دادسراها و شوراهای حل اختلاف، ارقام پرونده‌های مختومه در دادگاه‌ها در سال پایان بررسی (۱۳۸۷) کاهش یافته است.

روند ارتکاب جرایم در حوزه استحفاظی نیروی انتظامی

در جدول ۶، داده‌های مربوط به پرونده‌های تشکیل شده در حوزه استحفاظی نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران برحسب موضوع جرایم آمده است. در نگاهی کلی به روند داده‌ها به نظر می‌رسد که آمار جرایم در سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۶ به شدت کاهش یافته است. این امر ممکن است دلایل مختلفی داشته باشد، از جمله ثبت نشدن یا گزارش ناقص وقایع. داده‌های سال ۱۳۸۷ با روندهای قبلی انطباق دارد. براساس این اطلاعات، بیشترین آمار مربوط به پرونده‌های ضرب و جرح و صدمات ناشی از آن است که در سال آغاز این بررسی (یعنی ۱۳۸۰) ۸۰۴۶۸ مورد برای کل کشور به ثبت رسیده است و در سال پایانی بررسی (۱۳۸۷) با ۱۷/۵۷ درصد کاهش به ۶۶۳۳۳ مورد در کل کشور رسیده است.

مطابق تعریف، این عمل به معنی وارد آوردن ضرب و جرح اعم از عمدی یا غیرعمدی است. جرح به معنی هرگونه ضایعه‌ای در عضو است که توأم با خونریزی و از بین رفتن نسج باشد. چنانچه ضایعه ایجادشده منجر به خونریزی نشده باشد، هرچند در داخل بدن شکستگی ایجاد شده باشد، آن را ضرب می‌نامند (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۱).

جرایمی که از تعداد خام آنها کاسته شده قتل غیرعمد و مسموم کردن عمدی است، و رقم خام جرایمی مانند قتل عمد، تهدید، اجبار و اکراه، و تظاهر به چاقوکشی براساس برآورد افزایش یافته است. قتل عمد تا سال ۱۳۸۷ افزایش ۲۹ درصدی داشته است. افزایش ارقام مربوط به قتل عمد براساس پرونده‌های مختومه در دادگاه نیز که دفتر آمار و انفورماتیک دادگستری منتشر کرده است تأیید می‌شود. مطابق این آمار، ۴۶۳۴ مورد پرونده قتل عمد در سال ۱۳۸۰ مختومه شده است که این رقم تا سال ۱۳۸۷ به ۹۲۰۲ پرونده رسیده است که افزایش ۵۰ درصدی را نشان می‌دهد.

در سال ۱۳۸۷، حدود ۳ میلیون پرونده در دادگاه‌های عمومی و بیش از نیم میلیون پرونده در دادگاه‌های تجدید نظر کشور مختومه شده است که، در مقایسه با سال پیش از آن، در دادگاه‌های عمومی ۶/۵ درصد کاهش و در دادگاه‌های تجدید نظر ۰/۸ درصد افزایش داشته است. در این سال، از میان موضوع‌های پرونده‌های مختومه در دادگاه‌های عمومی، ایراد ضرب و جرح با ۳۰۱ هزار مورد، سرقت با ۲۶۳ هزار مورد، اختلاس، ارتشا و جعل با ۱۱۲ هزار مورد، و تخریب با ۱۰۸ هزار مورد سهم بیشتری نسبت به موضوع‌های دیگر داشته‌اند.

همچنین در سال ۱۳۸۷، حدود ۱۵۷ هزار مورد سرقت در نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران ثبت شده است که نسبت به سال پیش از آن ۱۲/۷۷ درصد افزایش داشته است. سرقت لوازم خودرو یا وسایل داخل آن با ۲۸/۰ درصد، سرقت از منازل با ۱۵/۸ درصد، و سرقت اتومبیل با ۱۰ درصد بیشترین سهم را به خود اختصاص داده‌اند. در این سال، تعداد تصادف‌های درون‌شهری، با ۳/۶ درصد افزایش نسبت به سال قبل، به حدود ۶۲۳ هزار فقره رسیده است که ۰/۲ درصد آنها منجر به فوت، ۱۷/۴ درصد منجر به جرح، و ۸۲/۳ درصد منجر به خسارت شده است.

در سال ۱۳۸۵، از میان موضوع‌های پرونده‌های مختومه در دادگاه‌های عمومی، موضوع انحصار وراثت با ۱۵۷ هزار مورد، طلاق با ۱۵۵ هزار مورد، ایراد ضرب و جرح با ۱۴۴ هزار مورد، و

۱. این برآورد مسلماً آمار دقیق جرم نیست و تنها برای ارائه تصویری از مسئله ارائه می‌شود. عوامل مختلفی مانند وجود پرونده‌های گروهی با چند شاکی یا متشاکی، گزارش نشدن جرایم مختلف، وجود پرونده‌هایی که هنوز بررسی یا مختومه نشده است، انباشت پرونده‌های سال‌های گذشته و شمارش آنها در آمار سال‌های بعد، تیره شدن و صلح در بسیاری از پرونده‌ها، و شمارش چندباره ختم هر پرونده طی فرایند بررسی در شعب مختلف در این رقم تأثیر می‌گذارد.

جدول ۶. جرایم عمده براساس پرونده‌های تشکیل شده در حوزه استحضاطی نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۷-۱۳۸۰)

سال	قتل عمد	قتل غیر عمد*	مرگ‌های اتفاقی	ضرب و جرح و صدمه	تهدید	اجبار و اکراه	تظاهر به چاقوکشی	مسموم کردن عمدی
۱۳۸۰	۱۵۷۷	۱۰۹۵	۶۷۱۴	۸۰۴۶۸	۴۴۷	۱۶۳۹	۳۸۴۵	۷۸۳
۱۳۸۱	۱۹۴۵	۱۳۹۵	۸۹۷۶	۸۱۸۵۰	۱۰۸۱	۱۶۸۶	۳۸۳۳	۲۷۲
۱۳۸۲	۱۸۰۳	۱۳۲۵	۹۳۰۱	۷۱۵۶۲	۷۵۲	۱۵۰۴	۳۹۵۵	۲۰۷
۱۳۸۳	۲۰۱۵	۱۳۸۹	۱۰۹۹۹	۸۰۰۳۶	۵۳۶	۱۴۱۵	۳۵۴۲	۳۶۶
۱۳۸۴	۱۸۷	۹۲	۱۰۱۳	۵۴۲۹	۳۸	۶۹	۳۴۱	۱۸
۱۳۸۵	۱۷۲	۱۳۶	۱۰۶۵	۳۷۷۹	۶۱	۷۱	۲۵۷	۲۱
۱۳۸۶	۱۴۶	۷۵۳	۱۱۳۹۲	۶۶۳۶۳	۲۳	۲۹	۱۵۴	۴
۱۳۸۷	۲۲۱۵	۴۷۸	۱۱۹۷۶	۶۶۳۳۳	۳۷۰	۱۳۷۳	۲۹۴۵	۷۵

• موارد ناشی از تصادفات وسایل نقلیه را شامل نمی‌شود

کنترل تأثیر جمعیت بر داده‌ها (جرم براساس صدهزار نفر)

در تفسیر داده‌های فوق باید به نکات مختلفی توجه داشت. چنانکه پیش‌تر ذکر شد، این آمار به شدت متأثر از عملکرد نهادهای ثبت‌کننده و گزارش‌دهنده است و لذا ممکن است بازتاب دقیق واقعیت نباشد. گذشته از این موضوع، بخشی از افزایش جرایم متأثر از تغییرات جمعیتی است. بنابراین در این مرحله، با کنترل تأثیر متغیر جمعیت، بار دیگر داده‌ها را بازسازی کرده‌ایم. جدول ۷ جرایم

عمده را براساس شاخص «نرخ جرم در صدهزار نفر» در سال‌های ابتدا و انتهای بررسی نشان می‌دهد. بر این اساس، کماکان نرخ قتل عمد افزایش ۱۶/۳ درصدی داشته است، و نرخ جرایمی مانند قتل غیرعمد، تهدید، تظاهر به چاقوکشی، و مسموم کردن عمدی کاهش یافته است. نمودارها تغییرات نرخ برخی از جرایم را طی دوره مورد بررسی به صورت شماتیک نشان می‌دهد.

جدول ۷. نرخ جرایم (در ۱۰۰ هزار نفر) براساس پرونده‌های تشکیل شده در حوزه استحضاطی نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران

نرخ جرم	مسموم کردن عمدی	تظاهر به چاقوکشی	اجبار و اکراه	تهدید	ضرب و جرح و صدمه	مرگ‌های اتفاقی	قتل غیر عمد*	قتل عمد
۱۳۸۰	۱/۳۰	۶/۴۰	۲/۷۳	۰/۷۴	۱۳۳/۹۹	۱۱/۱۸	۱/۸۲	۲/۶۳
۱۳۸۷	۰/۱۱	۴/۱۸	۱/۹۵	۰/۵۲	۹۴/۰۹	۱۶/۹۹	۰/۶۸	۳/۱۴

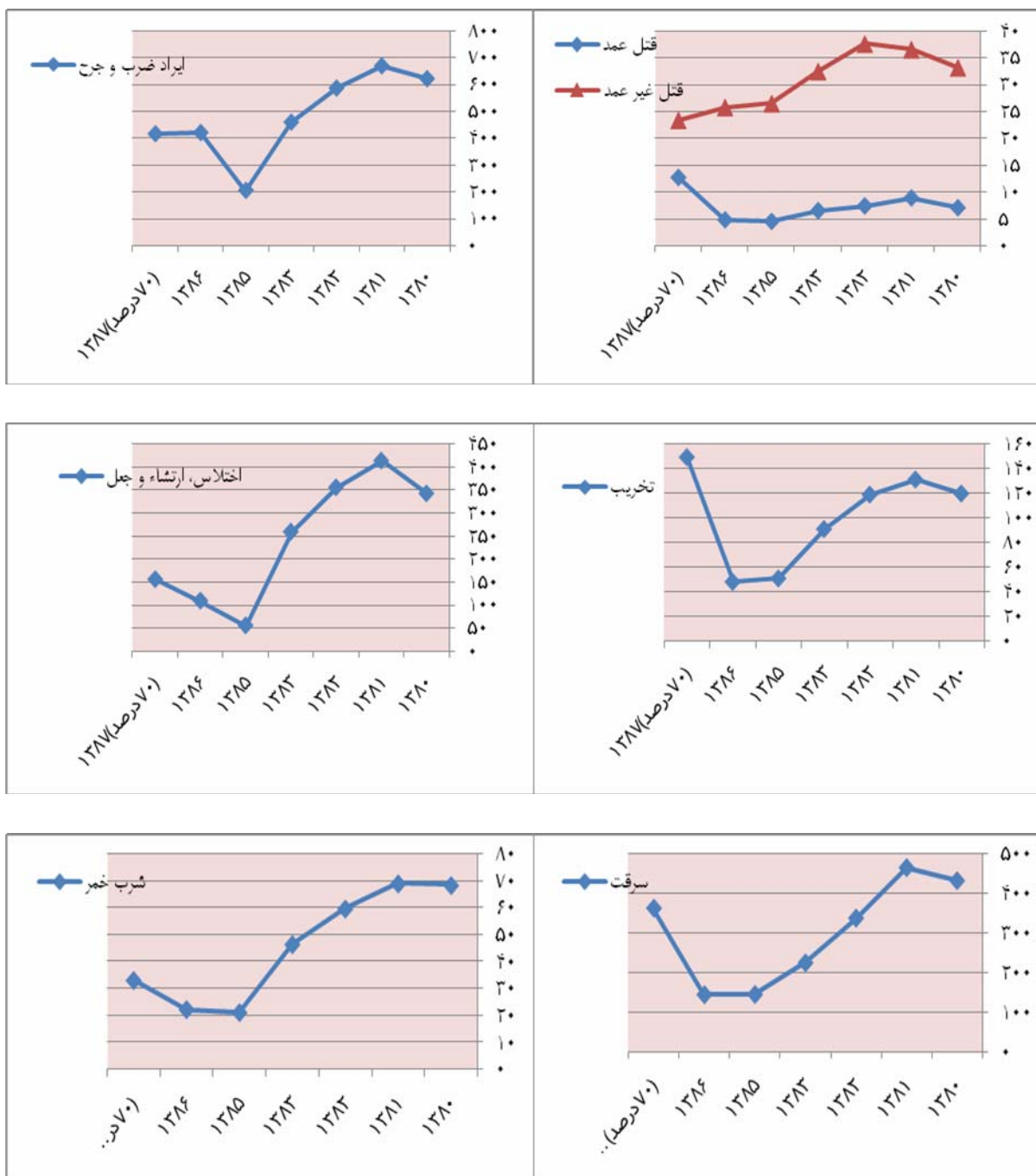
• موارد ناشی از تصادفات وسایل نقلیه را شامل نمی‌شود

وضعیت جرم در استان‌های کشور

در جداول ۸ و ۹، نرخ جرایم در ۱۰ استان اول کشور بر مبنای شش جرم عمده قتل عمد، قتل غیرعمد، مسموم کردن عمدی، تظاهر به چاقوکشی، تهدید، و ضرب و جرح و صدمه در سال‌های آغاز و پایان این بررسی آمده است. این رتبه‌بندی براساس بالا بودن نرخ جرم (در صدهزار نفر) در هر استان صورت گرفته است. براساس این محاسبات، در جرم قتل عمد، در سال ۱۳۸۰، استان کرمان با ۲۱ قتل عمد در صدهزار نفر رتبه اول را در بین استان‌های کشور داشته است. این رتبه در سال ۱۳۸۷ به استان

هرمزگان با ۱۵ قتل عمد در صدهزار نفر اختصاص می‌یابد. در قتل غیرعمد، در سال ۱۳۸۰، رتبه اول به استان کرمان با نرخ ۲۱/۷۳، و در سال ۱۳۸۷، به استان بوشهر با ۱۸/۸۴ مورد در صدهزار نفر اختصاص داشته است.

در جرایم خشونت‌آمیز دیگری همچون تظاهر به چاقوکشی، استان‌های دارای رتبه اول در سال‌های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۷ به ترتیب فارس و خراسان شمالی؛ در تهدید، خوزستان و خراسان رضوی؛ و در ضرب و جرح و صدمه، اردبیل و هرمزگان بوده‌اند.



روند نرخ جرایم عمده (در ۱۰۰ هزار نفر) در کل کشور (۱۳۸۷-۱۳۸۰)

جدول ۸. بالاترین نرخ جرایم قتل عمد و غیرعمد و مسموم کردن عمدی (در ۱۰۰ هزار نفر) در استان‌های کشور*

رتبه	قتل عمد				قتل غیرعمد				مسموم کردن عمدی			
	۱۳۸۰		۱۳۸۷		۱۳۸۰		۱۳۸۷		۱۳۸۰		۱۳۸۷	
	استان	نرخ	استان	نرخ	استان	نرخ	استان	نرخ	استان	نرخ	استان	نرخ
۱	کرمان	۲۱/۱۱	هرمزگان	۱۵/۰۸	کرمان	۲۱/۷۳	بوشهر	۱۸/۸۴	کرمان	۱۲۹/۳۳	مرکزی	۰/۴۳
۲	سیستان و بلوچستان	۱۷/۱۸	چهارمحال و بختیاری	۶/۵۲	اصفهان	۱۲/۱۲	خراسان شمالی	۱/۸۷	خراسان	۲/۰۹	اصفهان	۰/۳۷
۳	فارس	۱۴/۹۹	اصفهان	۶/۰۳	خراسان	۱۰/۱۰	کردستان	۱/۶۶	خوزستان	۱/۲۸	آذربایجان غربی	۰/۳۱
۴	خراسان	۸/۹۴	آذربایجان شرقی	۵/۵۹	بوشهر	۸/۶۳	خراسان رضوی	۱/۵۱	تهران	۰/۹۳	یزد	۰/۲۹
۵	خوزستان	۸/۱۳	ایلام	۵/۱۳	تهران	۵/۷۷	یزد	۱/۳۵	کردستان	۰/۶۵	گلستان	۰/۲۸
۶	تهران	۶/۹۵	بوشهر	۴/۹۶	آذربایجان شرقی	۵/۱۲	کرمانشاه	۱/۲۹	گلستان	۰/۵۶	اردبیل	۰/۲۵
۷	کرمانشاه	۶/۸۷	سمنان	۴/۷۵	خوزستان	۴/۸۸	مرکزی	۰/۹۹	آذربایجان شرقی	۰/۵۳	خراسان شمالی	۰/۱۷
۸	آذربایجان شرقی	۶/۴۴	کردستان	۴/۶۶	فارس	۴/۷۷	کرمان	۰/۶۶	آذربایجان غربی	۰/۴۳	خراسان جنوبی	۰/۱۷
۹	بوشهر	۵/۶۹	گیلان	۴/۴۹	چهارمحال و بختیاری	۴/۱۷	قزوین	۰/۶۴	سیستان و بلوچستان	۰/۴۰	مازندران	۰/۱۵
۱۰	قم	۳/۶۳	قزوین	۴/۴۹	سیستان و بلوچستان	۳/۰۶	گلستان	۰/۵۶	فارس	۰/۳۳	خوزستان	۰/۱۳

• براساس پرونده‌های تشکیل شده در حوزه استحضاتی نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران

جدول ۹. بالاترین نرخ جرایم تظاهر به چاقوکشی، تهدید، و ضرب و جرح و صدمه (در ۱۰۰ هزار نفر) در استان‌های کشور*

رتبه	تظاهر به چاقوکشی				تهدید				ضرب و جرح و صدمه			
	۱۳۸۰		۱۳۸۷		۱۳۸۰		۱۳۸۷		۱۳۸۰		۱۳۸۷	
	استان	نرخ	استان	نرخ	استان	نرخ	استان	نرخ	استان	نرخ	استان	نرخ
۱	فارس	۴۵/۹۵	خراسان شمالی	۱۷/۹۷	خوزستان	۵/۳۹	خراسان رضوی	۶/۹۶	اردبیل	۹۱۷/۷۴	هرمزگان	۲۱۶۸/۰۷
۲	کرمان	۴۵/۳۰	تهران	۱۶/۷۲	کرمان	۴/۳۰	خراسان شمالی	۳/۷۳	کرمان	۷۵۳/۸۶	فارس	۶۶۲/۵۴
۳	تهران	۳۸/۶۷	گیلان	۱۶/۳۹	تهران	۳/۱۰	سیستان و بلوچستان	۱/۳۸	تهران	۶۶۱/۶۱	خراسان شمالی	۴۴۶/۴۷
۴	آذربایجان شرقی	۲۰/۳۶	هرمزگان	۱۴/۷۷	گیلان	۲/۹۲	خوزستان	۱/۱۳	خراسان	۶۵۹/۵۳	سیستان و بلوچستان	۳۴۳/۵۲
۵	سیستان و بلوچستان	۱۴/۶۵	بوشهر	۱۴/۲۲	چهارمحال و بختیاری	۲/۸۲	کرمان	۰/۹۰	فارس	۶۱۰/۹۵	تهران	۲۹۰/۲۴
۶	خراسان	۱۳/۲۹	مرکزی	۸/۲۹	آذربایجان شرقی	۲/۶۳	لرستان	۰/۸۶	آذربایجان شرقی	۴۹۲/۰۱	خراسان رضوی	۱۸۰/۸۶
۷	قم	۱۲/۱۹	فارس	۸/۰۴	اردبیل	۲/۳۹	یزد	۰/۷۰	خوزستان	۳۲۷/۶۵	کردستان	۱۴۳/۸۶
۸	خوزستان	۱۱/۶۴	کردستان	۷/۳۶	فارس	۱/۶۷	قزوین	۰/۵۲	گیلان	۲۳۶/۴۳	کهگیلویه و بویراحمد	۱۲۸/۲۷
۹	اردبیل	۱۱/۱۷	یزد	۶/۸۷	زنجان	۰/۶۲	گلستان	۰/۲۸	قم	۲۱۲/۵۳	یزد	۱۱۰/۱۴
۱۰	کرمانشاه	۱۰/۷۳	کرمانشاه	۵/۲۲	یزد	۰/۵۹	مازندران	۰/۲۲	چهارمحال و بختیاری	۲۱۰/۷۱	آذربایجان غربی	۱۰۶/۷۸

• براساس پرونده‌های تشکیل شده در حوزه استحقاقی نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران

وضعیت کودکان (کمتر از ۱۸ سال)

براساس ماده یک کنوانسیون حقوق کودک مصوب ۱۹۸۹ که ۱۴۰ کشور جهان به آن پیوسته‌اند:

... منظور از کودک افراد انسانی زیر سن ۱۸ سال است، مگر اینکه طبق قانون قابل اجرا در مورد کودک، سن بلوغ کمتر تشخیص داده شود... کودک به خاطر نداشتن رشد کامل فیزیکی و ذهنی محتاج مراقبت و حمایت‌هایی از جمله حمایت‌های مناسب حقوقی قبل و بعد از تولد می‌باشد.

با اینکه این تعریف امروزه در بیشتر نقاط دنیا به کار گرفته می‌شود، باید به این نکته توجه داشت که، چنانکه در ماده فوق نیز اشاره شده است، در تعدادی از کشورها این سن در زمینه‌ای خاص به رسمیت شناخته نمی‌شود. مثلاً در ایران سن مسئولیت/ محکومیت کیفری کمتر از ۱۸ سال است، هرچند اجرای مجازات تا ۱۸ سالگی به تأخیر انداخته می‌شود. در قانون مجازات اسلامی (تبصره یک ماده ۴۹)، برخلاف قوانین گذشته، نصاب «بلوغ شرعی» به عنوان حد سن رشد کیفری تعیین شد. در عمل، مراجع کیفری، به جای ارائه تعریف «بلوغ شرعی»، آن را محمول بر معانی مندرج در حقوق مدنی، منطبق با بلوغ جنسی فرض کرده و، بر این اساس، دختران ۹ سال و پسران ۱۵ سال تمام قمری را همانند بزرگسالان مسئول کیفری تلقی کرده و قابل مجازات دانسته‌اند (مدنی قهفرخی، ۱۳۸۳).

در بحث کودکان و جرایم، نسبت‌های مختلفی را می‌توان تصور کرد. کودکان هم قربانیان جرایم مختلف هستند و هم بخشی از جرایم را گروه سنی‌ای مرتکب می‌شود که تحت عنوان کودک طبقه‌بندی می‌شود. جدول ۱۰ نشان می‌دهد که حدود ۰/۶ تا ۰/۷ درصد پرونده‌های جرایم مختلف مربوط به جرایم اطفال بوده است. انقطاع روند آمار به این دلیل است که از سال ۱۳۸۴، رسیدگی به این گونه پرونده‌ها به شوراهای حل اختلاف واگذار شد.

وضعیت کودکان در آمار جرایم دوره مورد بررسی، براساس داده‌هایی که تاکنون مبنای گزارش بوده است، در جدول ۱۱ نشان داده شده است. چنانکه ملاحظه می‌شود، سهم کودکان از آمار مجرمان در طول زمان کاهش یافته است و از ۶/۳۲ درصد در سال مینا (۱۳۸۰) به ۳/۵۲ درصد در سال مبدأ (۱۳۸۷) کاهش یافته

جدول ۱۰. سهم هریک از جرایم (درصد) براساس پرونده‌های مختومه در دادگاه‌های عمومی (۱۳۸۰-۱۳۸۳)

جرایم	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳
جرایم اطفال	۰/۶۲	۰/۷۰	۰/۶۲	۰/۷۶
قتل عمد	۰/۲۰	۰/۲۳	۰/۲۲	۰/۳۰
قتل غیرعمد	۰/۹۳	۰/۹۴	۱/۱۲	۱/۴۸
ایراد ضرب و جرح	۱۷/۳۸	۱۷/۲۲	۱۷/۴۵	۲۰/۸۸
تخریب	۳/۳۶	۳/۳۸	۳/۵۵	۴/۱۵
اعمال منافی عفت	۳/۴۲	۳/۳۵	۳/۳۷	۴/۲۳
اختلاس، ارتشا و جعل	۹/۵۹	۱۰/۶۷	۱۰/۶۰	۱۱/۷۹
سرقت	۱۲/۱۲	۱۱/۹۹	۱۰/۰۸	۱۰/۲۶
تصرف عدوانی و مزاحمت	۷/۵۶	۷/۸۷	۷/۳۵	۸/۰۳
صدور چک بلامحل	۲۵/۹۰	۲۲/۲۶	۱۹/۶۳	۱۵/۷۰
شرب خمر	۱/۹۲	۱/۷۸	۱/۷۸	۲/۱۱
رانندگی بدون گواهینامه	۹/۳۳	۱۱/۶۱	۱۵/۳۰	۱۰/۵۴
تخلفات راهنمایی و رانندگی	۷/۶۸	۸/۰۰	۸/۹۳	۹/۷۸
کل	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

منبع: دادگستری جمهوری اسلامی ایران، دفتر آمار و انفورماتیک

است. این روند در مورد هریک از گروه‌های جنسی کودکان دختر و پسر نیز به چشم می‌خورد با این تفاوت که، در مجموع، سهم دختران در آمار جرایم زنان بالاتر از سهم پسران در آمار جرایم مردان است.

وضعیت جوانان (۱۸-۳۵ سال)

«جوانی»^۱ دوران بین کودکی و بزرگسالی تعریف می‌شود. کارشناسان بر این نکته تأکید دارند که جوانی تنها یک دوران نیست، بلکه با ویژگی‌های «اخلاقی» (تردید زیاد میان خیر و شر، ترجیح شهامت به عقلانیت) و «جسمی و ذهنی» (جنگ دائم میان غریزه و عقلانیت، وجود سطح بالایی از خلاقیت، سلامت بدنی) همراه است که بدین ترتیب تعیین سنی مشخص برای آن دشوار می‌شود. در منابع مختلف، سنین بسیار متفاوتی برای جوانی در نظر گرفته شده است که حداقل آن از ۱۳ تا ۱۵ و حداکثر آن از ۱۹ تا ۳۵ سال است.^۲

1. youth

2. www.un.org/youth

جدول ۱۱. کودکان دستگیرشده جرایم مختلف برحسب جنس و سن (۱۳۸۰-۱۳۸۷)

جنس دستگیرشدگان	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷
مرد و زن	۶۲۰۴۸	۶۶۰۹۲	۵۷۷۸۸	۵۸۲۴۱	۱۱۰۶۳۴	۷۸۷۷۳۴	۱۰۳۱۹۶	۹۳۴۸۰
۱۷ ساله و کمتر	۳۹۱۹	۳۶۰۷	۳۱۱۵	۲۸۹۱	۲۶۱۷	۲۱۹۹	۳۵۲۳	۳۲۸۷
سهم کودکان	۶/۳۲	۵/۴۶	۵/۳۹	۴/۹۶	۲/۳۷	۰/۲۸	۳/۴۱	۳/۵۲
مرد	۵۷۰۹۴	۶۰۷۰۲	۵۳۷۲۶	۵۴۳۲۴	۱۰۴۵۶۶	۷۳۲۱۰	۹۷۳۸۶	۹۱۳۱۵
۱۷ ساله و کمتر	۳۵۷۰	۳۲۰۴	۲۷۹۴	۲۶۶۷	۲۴۶۳	۱۹۵۳	۳۳۲۲	۳۱۹۷
سهم پسرچپه‌ها	۶/۲۵	۵/۲۵	۵/۲۰	۴/۹۱	۲/۳۶	۲/۶۷	۳/۴۱	۳/۵۰
زن	۴۹۵۴	۴۶۷۹	۳۶۸۰	۲۷۱۹	۵۶۳۶	۵۵۱۰	۵۴۱۴	۲۱۶۵
۱۷ ساله و کمتر	۳۴۹	۴۰۳	۳۲۱	۲۲۴	۱۵۴	۲۴۶	۲۰۱	۹۰
سهم دخترچپه‌ها	۷/۰۴	۸/۶۱	۸/۷۲	۸/۲۴	۲/۷۳	۴/۴۶	۳/۷۱	۴/۱۶

منبع: پرونده‌های تشکیل شده در حوزه استحقاقی نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران

برخی تعاریف جزو گروه جوانان تلقی می‌شوند (جدول ۱۲). این آمار نشانگر سهم بالای جوانان در آمار جرم است که طی دوره مورد بررسی نیز افزایش یافته است. براساس داده‌های سال ۱۳۸۷ این رشد معادل ۷/۶۷ درصد در گروه سنی ۱۸ تا ۲۴ ساله‌ها و ۸/۱۱ درصد در گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ ساله‌ها بوده است.

وضعیت زنان

جرم‌شناسان معمولاً به سه ویژگی مهم بزهکاری زنان اشاره کرده‌اند (مدنی قهفرخی و دیگران، ۱۳۸۶):

۱. پنهان بودن جرایم ارتكابی زنان: جرم‌شناسی مانند اغلب نظریه‌های پیش از خود، مسئله زنان و تفاوت بزهکاری آنان با مردان را نادیده گرفته بود.
۲. ماهیت جرایم ارتكابی زنان: زنان در برخی جرایم حضور بیشتری دارند. اولین دسته جرایمی هستند که بزه‌دیده آنها طفل یا نوزاد است و دسته دوم جرایم جنسی هستند که روسپیگری در رأس آنان قرار می‌گیرد.
۳. پایین بودن نرخ تکرار جرم: زنانی که محکوم به حبس می‌شوند، بعد از آزادی کمتر دوباره مرتکب جرم می‌شوند.

برخی نظریه‌پردازان معتقدند که مجرمیت زنان، بدون آنکه کمتر از مجرمیت مردان باشد، کمتر هویدا می‌شود (معظمی، ۱۳۸۳: ۵۲۷). عده‌ای حضور کم زنان را به خصوصیات زیستی، روانی و جامعه‌شناختی آنان، موقعیت زنان، علل فرهنگی و آداب و رسوم

مفهوم بزهکاری جوانان عموماً برای اشاره به رفتارهایی مثل غیبت از مدرسه یا تحت کنترل والدین قرار نداشتن به کار می‌رود که برای افراد بزرگسال جرم محسوب نمی‌شود. این گونه بزه‌ها را «جرایم منزلی»^۱ (موقعیتی) می‌خوانند. اما اصطلاح بزهکاری گاه صرفاً در مورد ارتکاب جرایم کوچک به کار نمی‌رود، بلکه بر بی‌انضباطی یا رفتار ضد اجتماعی دلالت دارد. از جمله این موارد می‌توان به طیف متنوعی از مقاومت جوانان در برابر انتظارات انضباطی، رفتارهای پرخاشگرانه، حضور غیرمنظم و عقب‌افتادگی آموزشی، تمایل به همنشینی با افراد مشابه خود، شرکت در بزه‌های گروهی مثل خرابکاری، استفاده غیرقانونی از مواد مخدر، و تمایل به استفاده و حمل سلاح و درگیری‌های فیزیکی اشاره کرد. سبک زندگی این جوانان در فرایند رشد به میزان قابل توجهی لذت‌طلبانه می‌شود و با ویژگی‌هایی همچون مصرف مشروبات الکلی، بی‌بند و باری جنسی، پرداختن به کارهای موقتی که نیاز به مهارت و آموزش ندارد، بیکاری طولانی و استفاده سازمان‌نیافته و غیرمولد از اوقات فراغت مشخص می‌شود. از سوی دیگر، ضد اجتماعی بودن فراگیر این دسته از جوانان عموماً معلول ویژگی‌هایی مثل تربیت نامناسب، محرومیت‌های خانوادگی، و کجروی یا مجرم بودن والدین است (Walsh and Pool Adrian 1990: 65؛ ذکایی، ۱۳۸۶). مطابق آمار موجود در ایران، حدود ۶۰ تا ۸۰ درصد دستگیرشدگان جرایم مختلف در بازه سنی ۱۸ تا ۳۴ سالگی قرار دارند و طبق

1. status offences

اگر هم مرتکب جرایم خیابانی و علنی بشوند، براساس پیشداوری‌های مراجع قضایی و پلیس نسبت به زن بزه‌کار، اتهام و تعقیب آنها بیشتر مورد اغماض قرار می‌گیرد (نجفی ابرندآبادی، ۱۳۸۳: ۱۷۷۹).

نسبت می‌دهند. اما عده‌ای از جرم‌شناسان، در کنار علل مذکور، یک دلیل جرم‌شناختی مطرح کرده‌اند و آن رقم سیاه بزه‌کاری زنان است، یعنی زنان یا مرتکب جرایم آپارتمانی و غیرعلنی می‌شوند یا

جدول ۱۲. نوجوانان و جوانان دستگیرشده در جرایم مختلف (۱۳۸۰-۱۳۸۷)

سن دستگیرشدگان	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷
مرد و زن	۶۲۰۴۸	۶۶۰۹۲	۵۷۷۸۸	۵۸۲۴۱	۱۱۰۶۳۴	۷۸۷۷۳۴	۱۰۳۱۹۶	۹۳۴۸۰
۱۸-۲۴	۱۸۶۹۲	۲۲۰۳۴	۱۷۶۴۷	۱۸۴۹۰	۱۸۹۲۴	۱۴۷۲۱	۱۸۱۸۴	۳۵۳۳۷
سهم نوجوانان و جوانان (درصد)	۳۰/۱۳	۳۳/۳۴	۳۰/۵۴	۳۱/۷۵	۱۷/۱۱	۱/۸۷	۱۷/۶۲	۳۷/۸۰
۲۵-۳۴	۲۰۱۷۰	۲۱۶۹۲	۱۹۴۹۳	۱۹۶۹۱	۱۸۰۳۱	۱۵۰۶۹	۱۶۲۳۰	۳۷۹۸۹
سهم جوانان (درصد)	۳۲/۵۱	۳۲/۸۲	۳۳/۷۳	۳۳/۸۱	۱۶/۳۰	۱/۹۱	۱۵/۷۳	۴۰/۶۴

کاهش یافته و از ۱۸ درصد در سال ۱۳۸۰ به ۷/۳ درصد در سال ۱۳۸۷ رسیده است.

جدول ۱۴. درصد دستگیرشدگان زن جرایم مختلف* به تفکیک سن (۱۳۸۰-۱۳۸۷)

سال دستگیری	۱۷ سال و کمتر	۱۸-۲۴ سال	۲۵-۳۴ سال	۳۵ سال و بیشتر
۱۳۸۰	۷/۰	۳۱/۳	۳۸/۳	۱۸/۰
۱۳۸۱	۸/۶	۳۴/۲	۳۴/۸	۱۳/۷
۱۳۸۲	۸/۷	۲۹/۴	۳۵/۱	۱۶/۶
۱۳۸۳	۸/۲	۳۹/۱	۵۰/۳	۲۴/۹
۱۳۸۴	۲/۷	۱۴/۷	۱۷/۸	۶/۰
۱۳۸۵	۴/۸	۱۷/۱	۱۵/۴	۶/۵
۱۳۸۶	۳/۷	۱۷/۰	۱۵/۷	۵/۸
۱۳۸۷	۴/۲	۲۷/۰	۳۲/۸	۷/۳
نرخ کاهش دستگیری	۴۰/۹۹	۱۳/۹۰	۱۴/۳۶	۵۹/۳۸

• قتل عمد و غیرعمد، مرگ‌های اتفاقی، ضرب و جرح و صدمه، تهدید، اجبار و اکراه، تظاهر به چاقوکشی و مسموم کردن عمدی
* تفاوت سرجمع با اجزا مربوط به افرادی است که گروه سنی آنها مشخص نبوده است.

نگاهی به آمار جرایم (قتل عمد و غیرعمد، مرگ‌های اتفاقی، ضرب و جرح و صدمه، تهدید، اجبار و اکراه، تظاهر به چاقوکشی و مسموم کردن عمدی) در سطح کشور تصویری از پراکندگی مسئله به دست می‌دهد. براساس اطلاعات مربوط به سال پایه این بررسی (۱۳۸۰)، ده استان دارای بالاترین نرخ دستگیری زنان به ازای صدهزار نفر جمعیت، به ترتیب، عبارت‌اند از تهران، مرکزی، همدان، کرمان، مازندران، سمنان، خراسان، یزد، گیلان و گلستان (جدول ۱۵).

مطابق جدول ۱۳، در دوره مورد بررسی تا ۱۳۸۷، میانگین سهم زنان در آمار دستگیرشدگان جرایم مختلف ۵/۷۵ درصد بوده است که از حدود ۸ درصد در سال ۱۳۸۰ به حدود ۵ درصد در سال ۱۳۸۶ و ۲/۳۲ درصد در سال ۱۳۸۷ کاهش یافته است.

جدول ۱۳. دستگیرشدگان جرایم مختلف به تفکیک جنس (۱۳۸۰-۱۳۸۷)

جنس	زن		مرد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱۳۸۰	۴۹۵۴	۷/۹۸	۵۷۰۹۴	۹۲/۰۲
۱۳۸۱	۴۶۷۹	۷/۱۶	۶۰۷۰۲	۹۲/۸۴
۱۳۸۲	۳۶۸۰	۶/۴۱	۵۳۷۲۶	۹۳/۵۹
۱۳۸۳	۲۷۱۹	۴/۷۷	۵۴۳۲۴	۹۵/۲۳
۱۳۸۴	۵۶۳۶	۵/۱۱	۱۰۴۵۶۶	۹۴/۸۹
۱۳۸۵	۵۵۱۰	۷/۰۰	۷۳۲۱۰	۹۳/۰۰
۱۳۸۶	۵۴۱۴	۵/۲۷	۹۷۳۸۶	۹۴/۷۳
۱۳۸۷	۲۱۶۵	۲/۳۲	۹۱۳۱۵	۹۷/۶۸
کل	۳۴۷۵۷	۵/۷۵	۵۹۲۳۲۳	۹۴/۲۵

منبع: پرونده‌های تشکیل شده در حوزه استحفاظی نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران شامل قتل عمد و غیرعمد، مرگ‌های اتفاقی، ضرب و جرح و صدمه، تهدید، اجبار و اکراه، تظاهر به چاقوکشی و مسموم کردن عمدی

مطابق جدول ۱۴، بیشترین دستگیرشدگان زن در گروه سنی ۱۸-۳۴ سال بوده‌اند - به طور متوسط ۳۰ درصد در سنین ۲۵-۳۴ و ۲۶ درصد در سنین ۱۸-۲۴ سال. روند داده‌ها به طور کلی کاهش سهم زنان را در تمام گروه‌های سنی نشان می‌دهد. سهم گروه سنی ۳۵ ساله و بیشتر حدود ۶۰ درصد نسبت به سال پایه

جدول ۱۵. نرخ دستگیری* زنان در ۱۰ استان دارای

بالاترین میزان (۱۳۸۰)

استان	نرخ دستگیری (در ۱۰۰ هزار نفر)	تعداد دستگیرشدگان
تهران	۱۵۹/۶۷	۱۶۵۱۶
مرکزی	۹۹/۲۰	۱۲۱۹
همدان	۸۸/۰۲	۱۴۷۷
کرمان	۶۳/۷۱	۱۲۷۷
مازندران	۶۳/۵۷	۱۶۵۴
سمنان	۶۲/۶۲	۳۱۴
خراسان	۶۰/۹۷	۳۶۸۷
یزد	۵۲/۲۱	۳۹۲
گیلان	۴۵/۰۵	۱۰۱۰
گلستان	۴۱/۶۵	۵۹۴

- قتل عمد و غیرعمد، مرگ‌های اتفاقی، ضرب و جرح و صدمه، تهدید، اجبار و اکراه، تظاهر به چاقوکشی و مسموم کردن عمدی

یکی از عمده‌ترین جرایمی که در منابع مختلف، سهم زنان در آن بالا عنوان می‌شود سرقت است که عموماً هم موارد آن گزارش نمی‌شود. جداول ۱۶ و ۱۷ نشان می‌دهد که، طی دوره بررسی، تعداد دستگیرشدگان زن در ارتباط با انواع سرقت‌های عادی افزایش یافته است. با آنکه این افزایش ۷۵ درصدی از ۱/۹۸ به ۳/۴۸ درصد قابل توجه بوده است، در مجموع، سهم زنان از سارقان دستگیرشده بالا نبوده و از حدود ۲ درصد در سال ۱۳۸۰ به ۳/۵ درصد در سال ۱۳۸۷ رسیده است.

بیشترین رشد در سهم دستگیرشدگان زن در انواع سرقت‌های عادی (غیرمسلحانه) مربوط به سرقت انواع وسایل نقلیه و لوازم آن و بیشترین کاهش مربوط به سرقت از اماکن دولتی است.

جدول ۱۶. تعداد دستگیرشدگان در ارتباط با انواع سرقت‌های عادی به تفکیک نوع سرقت و جنس (۱۳۸۷-۱۳۸۰)

نوع سرقت	سال	سرقت از اماکن				سرقت انواع وسایل نقلیه و لوازم آن		سرقت احشام		سایر موارد	
		اماکن دولتی*		سایر اماکن		جمع					
		مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن
	۱۳۸۰	۲۷۷۵	۷۰۴	۴۲۵۴۵	۹۷۷	۴۵۷۸۱	۹۸	۲۴۲۹۵	۸۵	۴۷۲۷	۷۴۷
	۱۳۸۱	۳۱۳۶	۷۴۵	۴۷۱۴۳	۷۷۰	۴۰۳۰۴	۰	۲۷۲۷۸	۳۵	۶۱۰۱	۹۸۰
	۱۳۸۲	۲۶۷۴	۸۷۰	۴۳۱۰۷	۴۴۴	۳۱۱۴۱	۱۵۸	۲۶۹۹۷	۵۱	۵۴۱۰	۸۳۱
	۱۳۸۳	۲۶۷۳	۶۲۸	۳۷۶۳۱	۰	۰	۱۹۳	۲۷۱۰۷	۱۰۸	۵۰۲۳	۹۲۹
	۱۳۸۷	۴۰	۲۰۱۴	۲۹۱۲۷	۴۰۴	۰	۱۴۱	۲۴۵۰۰	۵۴	۳۵۸۳	۱۵۵۱

- شامل اسناد دولتی هم هست

جدول ۱۷. درصد زنان دستگیرشده در ارتباط با انواع سرقت‌های عادی به تفکیک نوع سرقت (۱۳۸۷-۱۳۸۰)*

نوع سرقت	سرقت از اماکن	سرقت انواع وسایل نقلیه و لوازم آن	سرقت احشام	سایر موارد	کل		سال
					اماکن دولتی *	سایر اماکن	
۱۳۸۰	۰/۱۲	۰/۸۰	۰/۱۱	۰/۱۰	۰/۸۵	۱/۹۸	۸۷۵۹۱
۱۳۸۱	۰/۱۲	۰/۸۴	۰/۰۰	۰/۰۴	۱/۱۰	۲/۱۰	۸۸۸۵۵
۱۳۸۲	۰/۱۳	۱/۰۸	۰/۲۰	۰/۰۶	۱/۰۴	۲/۵۱	۸۰۲۶۶
۱۳۸۳	۰/۲۷	۱/۲۰	۰/۳۷	۰/۲۱	۱/۷۸	۳/۸۴	۵۲۱۲۵
۱۳۸۷	۰/۰۶	۰/۶۴	۰/۲۲	۰/۰۹	۲/۴۷	۳/۴۸	۶۲۸۶۷
نرخ رشد	-۴۵/۳۶	-۲۰/۰۵	۱۰۰/۴۶	-۱۱/۴۹	۱۸۹/۲۹	۷۵/۷۶	-۲۸/۲۳

- * تفاوت سرجمع با اجزا مربوط به افرادی است که گروه سنی آنها مشخص نبوده است.
- شامل اسناد دولتی هم هست

زندان‌ها

زندانیان ۱۵۵ نفر به ازای هر صد هزار نفر بوده است. در سال ۲۰۰۲، تعداد زندانیان در ایران به ۱۶۳۵۲۹ نفر و نسبت زندانیان به

در سال ۱۹۹۳، تعداد زندانیان در ایران ۱۰۱۸۰۱ نفر و نسبت

موضوع مهم دیگر آن است که با وجود تحول مداوم انواع جرایم و شیوه‌های ارتکاب، عموماً واکنش‌ها نسبت به آنها، که در نهادمندی‌ها و تفکر حاکم بر نظام‌های عدالت کیفری متبلور است، دچار نوعی رکود و تصلب است. پویا شدن حقوق و سایر نهادمندی‌های مرتبط با نظام عدالت کیفری و پیشگیری ضرورتی است که به مدد علوم اجتماعی (جرم‌شناسی و جامعه‌شناسی) باید به آن دست یافت.

از دیگر چالش‌های پیش‌روی نظام‌های عدالت کیفری و پیشگیری مربوط به اشکال و عرصه‌های جدید وقوع جرم است که دو مورد از مهم‌ترین آنها ناشی از تحولات عصر جهانی شدن است: جرایم فراملی و جرایم در فضای سایبری. جرایم سایبری جرایم علیه زیرساخت‌ها و امنیت سیستم‌های ارتباطی - اطلاعاتی و... و جرایم مرتبط با فضای سایبری شامل جرایم کلاسیک است که از طریق ابزارهای جدید ارتباطی - اطلاعاتی در فضای سایبری انجام می‌شود، مثل تهمت، تهدید، فحشا و غیره و نیز جرایم جدیدی که در خود این فضا شکل می‌گیرد.

رواج این فناوری‌های ارتباطی و اطلاعاتی، در کنار کم‌رنگ شدن مرزهای جهانی، باعث بروز انواع جرایم سازمان‌یافته و انفرادی در عرصه‌های فراملی شده که در عین اینکه دشواری‌ها و پیچیدگی‌های متعددی برای نظام‌های عدالت کیفری و پیشگیری ایجاد کرده، فرصت‌های جدیدی را نیز در اختیار مجرمان قرار می‌دهد. کار در هر دو این عرصه‌ها بیش از سایر زمینه‌های سیاست‌گذاری کیفری نیازمند دانش روزآمد و پژوهش‌های علمی ملی و بین‌المللی است. علاوه بر پژوهش‌های علمی، به دست داشتن نبض جامعه از طریق داده‌های آماری نیز اهمیت دارد. در این گزارش، مقایسه‌ای اجمالی بین یافته‌های جرم در ایران و جهان صورت گرفته تا به درک مقایسه‌ای در این زمینه کمک کند. در ادامه، جمع‌بندی برخی یافته‌ها ارائه می‌شود.

تهاجیم (تعرض)

داده‌های جهانی مربوط به تهاجیم در سال ۲۰۰۶ رقم میانگین ۳۴۹ مورد در هر صدهزار نفر را برای ۳۷ کشور مورد بررسی نشان می‌دهد. این میانگین برای ایران در آمارهای ثبت‌شده ضرب و جرح طی دوره ۱۳۸۷-۱۳۸۰ معادل ۴۴۲/۳ مورد در هر صدهزار نفر است که نشان از وضعیت نامطلوب شاخص دوره‌ای نسبت به

۲۵۷ نفر به ازای هر صدهزار نفر رسیده است، یعنی ظرف ده سال نسبت زندانیان کشور بیش از ۶۰ درصد افزایش پیدا کرده است.

در سال ۲۰۰۳، ایران حدود ۲ درصد زندانیان جهان را در خود جای داده بود، در حالی که جمعیت آن حدود یک درصد جمعیت جهان است و از نظر تعداد در ردیف دهم است. این در حالی است که حدود ۲۰ درصد کل زندانیان جهان در ایالات متحده حضور داشته‌اند. در این سال، متوسط تعداد زندانیان به ازای هر صدهزار نفر جمعیت در کشورها ۱۴۸ نفر و در ایران ۲۲۶ نفر بوده که ایران را در رتبه ۳۳ کشورهای جهان (۱۵۴ کشور) قرار می‌داد.

تعداد زندانیان ایران تا میانه سال ۲۰۰۶ (۱۳۸۵)، ۱۴۷۲۹۶ نفر ذکر شده که، با توجه به جمعیت ۶۹ میلیونی ایران در آن مقطع، نرخ زندانیان در ایران عبارت است از ۲۱۴ نفر به ازای هر صدهزار نفر. اگرچه تعداد زندانیان کشور در سال ۲۰۰۶ به ۱۴۷۲۹۶ و نسبت زندانیان به ۲۱۴ نفر کاهش یافته، با این حال هنوز رقم بسیار بالاست و فاصله زیادی با میانگین منطقه‌ای دارد.

۵. بحث و نتیجه‌گیری

چنانکه در مباحث نظری اشاره شد، وجود جرم در جامعه پیامدهای ضد توسعه‌ای مستقیم و غیرمستقیم قابل توجهی دارد که نباید مورد غفلت سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان توسعه قرار گیرد. از طرف دیگر، اگرچه توسعه یافتگی (خصوصاً توسعه متوازن) انگیزه‌ها و عوامل ارتکاب جرایم را کاهش می‌دهد، باعث محو و حذف جرم در جامعه نمی‌شود و خود توسعه نیز پیامدهایی دارد که بروز جرایم را سبب می‌شود (خصوصاً از طریق گسترش شهرنشینی و مهاجرت). در واقع، سیاست‌گذاران با چالش‌های متعددی در این زمینه روبه‌رو هستند که از جمله آنها ایجاد نوعی تعادل و تعامل بین سیاست‌های توسعه‌ای و رفاهی با سیاست‌های کیفری و پیشگیرانه از جرم است. مهم‌ترین مبحث در این زمینه هزینه‌هایی است که برای پیشگیری و کنترل و مجازات ایجاد می‌شود و مستلزم سرمایه‌گذاری‌هایی در این زمینه است. چالش دیگر ایجاد توازن بین رویکرد آزادمنشانه منطبق بر دموکراسی و حقوق بشر با ملزومات کنترل اجتماعی و پیشگیری از جرم است. آنچه در این میان راهگشا و رهنمون سیاست‌گذاران خواهد بود و محکی برای ارزیابی کارآمدی برنامه‌ها و سیاست‌ها، وجود یافته‌های پژوهشی و علمی و آمار و اطلاعات دقیق و مستمر از جرم در جامعه است.

قتل

میانگین نرخ جهانی قتل برای سال ۲۰۰۴ معادل ۷/۶ در هر صد هزار نفر گزارش شده است. در سال ۱۳۸۳، این رقم در ایران ۶/۵۶ قتل عمد در صد هزار نفر و ۳۲/۴۸ قتل غیر عمد در صد هزار نفر بوده که شاخص اول پایین تر از میانگین جهانی و شاخص دوم (که شامل مرگ های ناشی از تصادف نمی شود) بسیار بالاتر است.

زندان ها

بر اساس آخرین آماری که مرکز بین المللی مطالعات زندان ها در سال ۲۰۰۷ منتشر کرده است، تا اکتبر ۲۰۰۶، بیش از ۹/۲۵ میلیون نفر در سراسر جهان در زندان به سر می بردند. ایالات متحده با ۷۳۸ زندانی به ازای هر صد هزار نفر بالاترین نرخ زندانیان را در جهان دارد. بعد از امریکا، روسیه با ۶۱۱ زندانی به ازای هر صد هزار نفر در جایگاه دوم قرار دارد. تقریباً نیمی از زندانیان جهان در ایالات متحده (۲/۱۹ میلیون نفر)، روسیه (۸۷۰ هزار نفر) و چین (۱/۵۵ میلیون نفر) به سر می برند. بنا بر این گزارش، میانگین جهانی نسبت زندانیان ۱۸۴ نفر به ازای هر صد هزار نفر و میانگین آسیا ۱۰۰ نفر به ازای هر صد هزار نفر ذکر شده است. تعداد زندانیان ایران تا میانه سال ۲۰۰۶ (۱۳۸۵)، ۱۴۷۲۹۶ نفر ذکر شده که با توجه به جمعیت ۶۹ میلیونی ایران در آن مقطع، نرخ زندانیان در ایران عبارت است از ۲۱۴ نفر به ازای هر صد هزار نفر.

در سال ۲۰۰۳، ایران حدود ۲ درصد زندانیان جهان را در خود جای داده بود، در حالی که جمعیت آن حدود یک درصد جمعیت جهان و از نظر تعداد در ردیف دهم است. متوسط تعداد زندانیان کشورها به ازای هر صد هزار نفر جمعیت در این سال ۱۴۸ نفر بوده است، ولی این نسبت در همین سال در ایران ۲۲۶ نفر در هر صد هزار نفر بود که ایران را در رتبه ۳۳ در میان کشورهای جهان (۱۵۴ کشور) قرار می داد. بالاترین شاخص تعداد زندانیان در سال ۲۰۰۳ مربوط به امریکا (۷۱۵) و سپس روسیه (۵۸۴) و روسیه سفید (۵۵۴) نفر بوده است. این شاخص در برخی کشورهای همسایه از ایران کمتر بوده است، آذربایجان با شاخص ۱۹۸، مالزی ۱۶۱، عربستان سعودی ۱۱۰ و ترکیه ۹۲ در رتبه های پایین تری از ایران قرار داشته اند.^۱

میانگین جهانی دارد. اما عدد سال مشابه (۱۳۸۴) معادل ۲۰۴/۲۴ مورد برای صد هزار نفر است که پایین تر از شاخص جهانی است.

تجاوز

در ایران آمار مستقلی برای تجاوز گزارش نمی شود ولی میانگین جهانی آن در سال ۲۰۰۶ معادل ۶/۸ مورد در هر صد هزار نفر بوده که اگر نزدیک ترین داده مشابه با آن یعنی اعمال منافی عفت را بررسی کنیم، در سال مشابه، ۱۵/۷۹ مورد در صد هزار نفر گزارش شده است. اما از آنجایی که این رقم لزوماً مربوط به تجاوز نیست، نمی توان مقایسه دقیق در این مورد ارائه داد.

سرقت

داده های جهانی مربوط به سرقت در سال ۲۰۰۶ رقم میانگین ۶۰ مورد در هر صد هزار نفر را برای کشورهای مورد بررسی به دست داده است که میانگین این رقم برای سال مشابه (۱۳۸۴) در ایران ۱۲/۱۰ مورد در هر صد هزار نفر به دست می آید که کمتر از میانگین جهانی و در سطح کشورهای منطقه است. البته تنها داده های سال ۱۳۸۴ چنین وضعیتی دارد و رقم میانگین دوره مورد بررسی ۲۶۵ مورد در صد هزار نفر به بدست می آید که حدود ۴/۵ برابر شاخص جهانی است.

ورود غیرقانونی به ملک غیر

داده های جهانی مربوط به ورود غیرقانونی به ملک غیر در سال ۲۰۰۶ رقم میانگین ۴۵۸ مورد در هر صد هزار نفر را برای کشورهای مورد بررسی به دست داده است. در ایران، شاخص مشابه یعنی تصرف عدوانی در دوره مورد بررسی (۱۳۸۷-۱۳۸۰) رقم میانگین ۱۶۴/۳۷ مورد در صد هزار نفر را نشان می دهد.

سرقت وسایل نقلیه

در سال ۲۰۰۶، شاخص ۹۹ مورد سرقت وسایل نقلیه موتوری به ازای صد هزار نفر برای میانگین جهانی اعلام شده است. در همین سال، ۱۵۲۵۰ مورد سرقت اتومبیل، ۳۹۴۵۸ مورد سرقت موتورسیکلت و دوچرخه، و ۱۳۹ مورد سرقت سایر وسایل نقلیه موتوری در ایران گزارش شده که مجموعاً معادل ۷۹ مورد به ازای صد هزار نفر و پایین تر از شاخص جهانی است.

1. http://www.nationmaster.com/red/graph/crime-prisoners-per-capita&b_map=1#

منابع

- دکایی، محمدسعید. (۱۳۸۶)، *فرهنگ مطالعات جوانان*، تهران، آگه.
- عامری سیاهویی، حمیدرضا. (۱۳۸۷)، *نقش معماری در پیشگیری از جرم*، تهران، انتشارات مجد.
- فتاحی، علی. (۱۳۸۵)، *تجربه‌های سرمایه‌داری دولتی در ایران*، تهران، مرکز فکر.
- مدنی قهفرخی، سعید. (۱۳۸۳)، *کودک‌آزاری در ایران*، تهران، نشر اکنون.
- مرکز آمار ایران. (۱۳۸۱)، *سالنامه آماری کشور* ۱۳۸۰، تهران.
- معظمی، شهلا. (۱۳۸۳)، *بررسی جرم‌شناسی جرایم زنان*، تهران، مرکز تحقیق و توسعه علوم انسانی و علوم جنایی.
- نجفی ابرنآبادی، علی حسین. (۱۳۸۳)، *پیشگیری عادلانه از جرم*، تهران، سمت.
- ولیدی، محمدصالح. (۱۳۷۲)، *حقوق جزای عمومی*، ج ۲، تهران، نشر داد.
- Aebi, M. F., K. Aromaa, B. Aubusson de Cavarlay, G. Barclay, B. Gruszczynska, H. von Hofer, V. Hysi, J. M. Jehle, P. Smit and C. Tavares. (2006), *European Sourcebook of Crime and Criminal Justice Statistics*, Den Haag, Boom.
- Alvazzi del Frate, A. (2005), "Trends in Crime", in: *Trends in Crime and Justice*, pp. 55-100.
- Bourguignon, F. (1999), "Crime, Violence and Inequitable Development", paper presented at the Annual World Bank Conference on Development Economics, Washington, D.C.
- Downes, D. and K. Hansen. (2006), *Welfare and Punishment: The Relationship between Welfare Spending and Imprisonment*, London, Crime and Society Foundation.
- Eisenstadt, S. N. (1966), "The Basic Characteristic of Modernization", in: S. N. Eisenstadt, ed., *Modernization, Protest and Change*, Eaglewood Cliffs.
- Fajnzylber, P., D. Lederman and N. Loayza. (2001), "Inequality and Violent Crime", *Journal of Law and Economics*, available at: www.worldbank.org
- Ferreira, F. H. and M. Walton. (2005), *World Development Report 2006: Equity and Development*, World Bank.
- Harrendorf, S., M. Heiskanen and S. Malby (eds.). (2010), *International Statistics on Crime and Justice*,

در مجموع، به نظر می‌رسد که کشور ایران در زمینه تعرض و خصوصاً سرقت در وضعیت نامطلوب‌تری از میانگین جهانی قرار گرفته است و در جرایمی همچون ورود غیرقانونی به ملک غیر، و سرقت وسایل نقلیه موتوری وضعیت بهتری از میانگین جهانی دارد. در مورد قتل نمی‌توان اظهار نظر دقیقی کرد زیرا در ثبت آمار آن چالش‌هایی وجود دارد از جمله آنکه دولت‌ها آستانه‌های متفاوتی را برای اطلاق عنوان «قتل» به یک عمل در نظر می‌گیرند. در حالی که طبق تعریف بین‌المللی قتل، معمولاً عمل باید «عامدانه» و به «قصد کشتن یا ایجاد جراحت جدی» در قربانی انجام گیرد، در برخی کشورها مرگی را که بر اثر عمل مجرمانه دیگر یا شروع به عمل مجرمانه دیگر حادث شود در زمره قتل به شمار می‌آورند. در آمار پلیس ممکن است قتل کودکان (نوزادان)^۱، ضرب و جرح منجر به قتل^۲، یا قتل افراد به دست مأموران قانون در حال انجام وظیفه نیز ثبت شده باشد.

با این اوصاف، بدون در نظر گرفتن قتل غیرعمدی، شاخص قتل در ایران پایین‌تر از میانگین جهانی است، ولی در صورت لحاظ کردن آمار قتل غیرعمدی (حتی منهای آمار تصادفات منجر به قتل) وضعیت این شاخص به شدت بد می‌شود.

نهایتاً، در مقایسه با میانگین جهانی و میانگین قاره‌ای، نسبت زندانیان در ایران در وضعیت مطلوبی قرار ندارد. مقایسه ایران با کشورهای همسایه‌ای که از نظر سطح توسعه‌یافتگی در شرایط مشابهی قرار دارند نشان می‌دهد که نسبت زندانیان در ایران با کشورهای همجوار اختلاف فاحشی دارد. تعداد زندانیان در ایران در مقایسه با کشور ترکیه که جمعیتی برابر با جمعیت ایران دارد تقریباً ۲/۲ برابر است.

تنها کشوری که از نظر نسبت زندانیان به کل جمعیت، وضعیتی بدتر از ایران دارد کشور امارات متحده عربی است. کل جمعیت زندانیان این کشور کمتر از ۱۰ هزار نفر است اما تعداد و نسبت زندانیان نه تنها نسبت به میانگین جهانی و منطقه‌ای بیشتر است، بلکه این میزان نسبت به سال‌های قبل نیز رشد قابل توجهی داشته است.

1. infanticide

2. assault leading to death

- D. Duncan, ed., *William F. Ogburn on Culture and Social Change*, Chicago, IL, The University of Chicago Press.
- Pérez, O. and M. Gandásegul. (2005), "The Political Culture of Democracy in Panama: Public Perceptions about the Political System", *Latin American Public Opinion Project*, Vanderbilt University.
- Perrotti. (1996), "The Relationship among Income Inequality, Political Instability and Investment. The Negative Role of Political Instability and Violence on Growth".
- Schwendinger, H. and J. Schwendinger. (1970), "Defenders of Order or Guardians of Human Rights", *Issues in Criminology*.
- Shelly, L. I. (1981), *Crime and Modernization*, Carbondale and Edwardsville IL, Southern Illinois University Press.
- Shichor, D. (1990), "Crime Pattern and Socioeconomic Development: A Cross-national Analysis", *Criminal Justice Review* 15:64-78.
- Sumner, C. (ed.). (1982), *Crime: Justice and Underdevelopment*, London, Heinemann.
- United Nations. (2007), *Crime and Development in Central America*, United Nations Publication.
- UNODC. (2005), *Crime and Development in Africa*, Vienna, UNODC.
- . (2007a), *Crime and Development in Central America: Caught in the Crossfire*, United Nations Publication.
- . (2007b), *Crime, Violence, and Development: Trends, Costs, and Policy Options in the Caribbean*, United Nations Office on Drugs and Crime and the Latin America and the Caribbean Region of the World Bank, Report No. 37820.
- . (2010), United Nations Survey of Crime Trends and Operations of Criminal Justice Systems, available at: <http://www.unodc.org>
- van Dijk, J., J. van Kesteren and P. Smit. (2007), *Criminal Victimization in International Perspective. Key Findings from the 2004-2005 ICVS and EU ICS*, Onderzoek en beleid 257, WODC, Den Haag.
- European Institute for Crime Prevention and Control and United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), HEUNI Publication Series No. 64.
- Hartangel, T. F. and M. Mizanuddin. (1986), "Modernization, Gender Role Convergence and Female Crime: Further Test", *International Journal of Comparative Sociology* 27/1-2:1-14.
- Hillyard, P., C. Pantazis, S. Tombs and D. Gordon. (2004), *Beyond Criminology: Taking Harm Seriously*, Pluto Press.
- Horton, J. and T. Platt. (1983), "Crime and Criminal Justice under Capitalism and Socialism: Towards a World-System Perspective", paper presented at the Annual Meeting of the American Sociological Association, Detroit, MI.
- Jones, T. A. (1985), "The Evaluation of Crime in Pre-Industrial Society", *Comparative Social Research* 8:1-15.
- Klein, E. (1971), *A Comprehensive Etymological Dictionary of the English Language*, Elsevier Publishing Company.
- Knack, S. and P. Keefer. (1997), "Does Social Capital Have an Economic Payoff? A Cross-Country Investigation", *Quarterly*.
- Lerner, D. (1958), *The Passing of Traditional Society*, MacMillan Pub. Co.
- Londoño, J. and R. Guerrero. (1998), "Violencia en America Latina: Epidemiología y Costos", Washington, D.C., Banco Inter-Americano Del Desarrollo Working Paper R-375.
- Moore, W. E. (1965), *The Impact of Industry*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.
- Moser, C. and J. Holland. (1997), "Urban Poverty and Violence in Jamaica", World Bank Latin American and Caribbean Studies Viewpoints Series Working Paper, Washington, D.C., World Bank.
- NWE. (2008), "Crime", *New World Encyclopedia*, available at: <http://www.newworldencyclopedia.org/entry/Crime?oldid=685586> (December 26, 2010).
- Ogburn, W. F. [1923] (1964), "Cultural Lag as Theory", in: O.

- Durkheimian Model", *American Journal of Sociology* 78:643-656.
- World Health Organization. (2004), *The Economic Dimensions of Interpersonal Violence*, Geneva.
- Yogis, Q. C. and A. John. (2003), *Canadian Law Dictionary*, Barrons.
- Zehr, H. (1981), "The Modernization of Crime in Germany and France: 1830-1913", in: L. Shelly, ed., *Readings in Comparative Criminology*, Carbondale and Edwardsville, IL, Southern Illinois University Press.
- Walmsley, R. (2010), "Trend in World Prison Population", in S. Harrendorf, M. Heiskanen and S. Malby, eds., *International Statistic on Crime and Justice*, Helsinki.
- Waters, H., Y. Rajkotia, S. Basu, J. Rehwinkel and A. Butchart. (2004), *The Economic Dimensions of Interpersonal Violence*, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, available at: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591609.pdf>.
- Webb, S. D. (1972), "Crime and Division of Labor: Testing a

اعتیاد

آفرین رحیمی موقر*، مروئه وامقی**

مقدمه

مصرف مواد مخدر و اعتیاد یکی از مسائل بگرنج کشور در طول سالیان دراز بوده است. در سال‌های اخیر، ماهیت و روش‌های کنترل این معضل تغییراتی اساسی داشته است. کشور ما دارای سابقه چندصد ساله تولید و مصرف مواد افیونی است. این امر موجب شده است که به لحاظ تاریخی و فرهنگی، ظرفیت گسترش این پدیده در کشور وجود داشته باشد. علاوه بر آن، تغییرات سریع اقتصادی و اجتماعی دهه‌های اخیر به ایجاد عوامل آسیب‌زای متعددی انجامیده است. پیدایش اقتصاد متکی به نفت، عوارض جنگ هشت‌ساله با عراق، رشد سریع جمعیت و به تبع آن افزایش قابل توجه جمعیت جوان کشور، گسترش ارتباطات جهانی و افزایش انتظارات نسل جوان، سیر توسعه صنعتی و مشکلات ناشی

از آن شامل مهاجرت، و افزایش قابل توجه جمعیت شهری و حاشیه‌نشینی و بیکاری ناشی از آن از عوامل بروز مشکلات اجتماعی از جمله اعتیاد هستند. با وجود ریشه‌کن شدن کشت خشخاش در داخل کشور بعد از انقلاب، به دلیل افزایش چشمگیر کشت آن در همسایگی کشورمان، دسترسی به تریاک و هروئین کاهش نیافته و تولید مواد محرک و دسترسی به آنها نیز افزایش یافته است. از سوی دیگر، با توجه به نقش انسجام خانواده در تربیت فرزندان و بنیان‌های مذهبی و اخلاقی، الگوی مصرف مواد و اعتیاد در ایران شرایط خاصی دارد که آن را از سایر کشورها متمایز ساخته است.

۱. تعاریف

۱.۱. مواد

منظور از مواد، مواد اعتیادآور غیرقانونی است. شایع‌ترین آنها مواد افیونی، مواد محرک، حشیش، و در کشور ما الکل است.

* دکترای روان‌پزشکی، عضو هیئت علمی دانشکده علوم پزشکی تهران
** دکترای روان‌پزشکی

۲.۱. مصرف مواد

منظور هرگونه مصرف مواد به هر دلیلی اعم از تفریحی، تفریحی، تنفنی، درمانی، یا اعتیادگونه است.

۳.۱. سوء مصرف مواد

نوعی از مصرف مواد که با بروز عوارض توأم باشد. این عوارض می‌تواند جسمی، روانی، اجتماعی یا قانونی باشد.

۴.۱. اعتیاد

نوعی از مصرف مداوم مواد که وابستگی ایجاد کند و قطع آن با علایم تحمل و محرومیت و عوارض جسمی، روانی یا اجتماعی همراه باشد.

۲. رویکرد نظری: اعتیاد و توسعه

نظریه‌ها و شواهد متعددی دربارهٔ ارتباط متقابل توسعهٔ جوامع و مصرف مواد و اعتیاد وجود دارد. این نظریه‌ها در این رویکرد مشترک‌اند که به جای جست‌وجوی عوامل اعتیاد در درون افراد، مانند عوامل بیولوژیکی، ژنتیکی و صفات روان‌شناختی، عوامل اعتیاد را در بیرون و محیط بلافصل یا محیط دورتر افراد دنبال می‌کنند. نظریه‌هایی که ارتباط اعتیاد را با توسعه‌یافتگی مورد بررسی قرار می‌دهند، اغلب مصرف مواد و اعتیاد را نوعی انحراف^۱ تلقی می‌کنند و ریشه‌های آن را با سایر انحرافات و جرایم یکی می‌دانند. این نوع نظریه‌ها از نوع ساختاری-عملکردی^۲ هستند و معروف‌ترین آنها نظریهٔ آنومی است که امیل دورکیم جامعه‌شناس فرانسوی (۱۹۱۷-۱۸۵۸) مطرح کرده است. آنومی وضعیتی غیرطبیعی است که در آن، انسجام اجتماعی با بحران‌هایی از قبیل رکود اقتصادی تضعیف شده است. مرتن^۳ این شرایط را چنین توصیف می‌کند که افراد با تضاد میان اهداف و وسایل دستیابی به آنها مواجه و با جامعه‌ای که آرمان‌های خود را نادیده می‌گیرد بیگانه می‌شوند. در چنین وضعیتی، یکی از انواع پاسخ‌های افراد گوشه‌گیری و انزوایی است. آنان از هر فعالیتی در جهت دستیابی

به اهداف معمول اجتماعی دوری می‌کنند و طرفدار کج‌روی می‌شوند. پناه بردن به مصرف مواد مخدر به آنان اجازه می‌دهد که وقت و انرژی خود را صرف دستیابی به اهداف قابل حصول کنند (Anderson, 2008).

نظریهٔ تضاد اجتماعی^۴ نیز جامعه را منبع بی‌عدالتی و تضاد توصیف می‌کند. این تضادها ممکن است مادی باشند، مانند فقر در مقابل ثروت، یا از نوع غیرمادی باشند، مانند قدرت، ایدئولوژی و هویت جنسی. روی آوردن به انحرافات و مصرف مواد پاسخی است از طرف افرادی که در این تضاد اجتماعی به حاشیه رانده می‌شوند (ibid.). از سوی دیگر، مصرف مواد و اعتیاد، به طور مستقیم و غیرمستقیم، با خسارت‌های فراوانی در سطوح فردی، خانوادگی و اجتماعی توأم است. در سطح اجتماعی، با صرف هزینه‌های گزاف، افزایش سطح فقر، گسترش ایدز، افزایش جرایم سازمان‌یافته و فساد همراه است و می‌تواند بخش عمده‌ای از درآمد ملی را به خود اختصاص دهد.

۳. وضعیت دیگر کشورها

برای شناخت وسعت و شدت اعتیاد در هر جامعه شاخص‌های متعددی وجود دارد که هریک بعد متفاوتی از آن را روشن می‌سازد، از جمله:

- شیوع اعتیاد یا وابستگی به مواد مختلف یا هر نوع مادهٔ اعتیادآور غیرقانونی در جمعیت عمومی، مرد و زن، جمعیت‌ها و گروه‌های سنی خاص؛
- بار یا سهم اعتیاد در مجموع بار بیماری‌های کشور؛
- شیوع مصرف مواد مختلف در طول عمر، یک سال گذشته یا یک ماه گذشته در جمعیت عمومی و گروه‌های خاص؛
- شیوع مصرف تزریقی مواد در معتادان و جمعیت عمومی و گروه‌های خاص.

دفتر کنترل مواد و جرایم سازمان ملل متحد تعداد مصرف‌کنندگان مواد غیرقانونی را در سال ۲۰۰۸ بین ۱۵۵ تا ۲۵۰ میلیون نفر یعنی ۳/۵ تا ۵/۷ درصد جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سالهٔ جهان تخمین زده است (UNODC, 2010a). حدود ۸۰ درصد این تعداد

1. deviance

2. structural-functionalism

3. Merton

4. social-conflict theory

مصرف کننده حشیش هستند و مصرف مواد محرک آفتامینی در رده دوم قرار دارد و پس از آن کوکائین و مواد افیونی به ترتیب بیشترین مواد مصرفی را تشکیل می‌دهند. تعداد افرادی که مصرف مشکل‌زا^۱ دارند ۱۶ تا ۳۸ میلیون نفر تخمین زده می‌شود. این افراد عمدتاً مبتلا به اعتیاد یا مصرف کننده تزریقی مواد هستند. باید توجه داشت که مصرف الکل در این آمار لحاظ نشده است.

الگوی مصرف مواد و اعتیاد در همه جای جهان یکسان نیست. در آسیا و اروپا بیشترین میزان اعتیاد به مواد افیونی است، در قاره آمریکا به کوکائین، و در افریقا به حشیش. در دو دهه گذشته، تغییراتی نیز در این الگو رخ داده است، چنانکه از نسبت معتادان به مواد افیونی کاسته شده و نسبت معتادان به مواد محرک آفتامینی افزایش یافته است (ibid.).

در کشور آمریکا، براساس مطالعه خانه به خانه در سال ۲۰۰۸، میزان مصرف برخی از مواد در میان جمعیت عمومی بالای ۱۲ سال عبارت بوده است از: حشیش در حدود ۱۲ درصد مردان و ۸ درصد زنان، کوکائین در ۲/۷ درصد مردان و ۱/۶ درصد زنان، مواد محرک در یک درصد مردان و زنان، و هروئین در ۲ درصد هزار مردان و یک درصد هزار زنان (SAMHSA, 2009).

مصرف سال ۲۰۰۵ مواد مختلف در ۱۵ کشور اروپایی به شرح زیر گزارش شده است: در کشورهای مختلف، مصرف حشیش در ۰/۸ تا ۱۱/۳ درصد جمعیت بالغین، کوکائین در ۰/۱ تا ۲/۷ درصد، آفتامین‌ها در ۰/۰ تا ۱/۴ درصد، و مصرف مشکل‌زای اپیوئیدها در ۱ تا ۸ درصد جمعیت بالغین (EMCDDA, 2006).

در منطقه خاورمیانه، بیشترین مصرف مواد اپیوئیدی در ایران، افغانستان و پاکستان وجود دارد. در افغانستان که بزرگ‌ترین تولیدکننده تریاک جهان است، پس از حشیش، مواد افیونی شایع‌ترین مواد مصرفی هستند. براساس مطالعه کشوری انجام‌شده در افغانستان در سال ۲۰۰۵، حدود ۶ درصد جمعیت عمومی مواد افیونی مصرف می‌کنند که یک سوم آن را هروئین تشکیل می‌دهد (Ministry of Counter Narcotics and UNODC, 2005). در پاکستان، ۷ درصد جمعیت بالغین مواد افیونی مصرف می‌کنند که ۷۷ درصد آن را هروئین تشکیل می‌دهد (Ministry of Narcotics).

به طور کلی، سه راهکار اصلی برای مهار اعتیاد و مشکلات ناشی از آن در جهان وجود دارد که در طول سالیان به ترتیب به

مصرف کننده حشیش هستند و مصرف مواد محرک آفتامینی در رده دوم قرار دارد و پس از آن کوکائین و مواد افیونی به ترتیب بیشترین مواد مصرفی را تشکیل می‌دهند. تعداد افرادی که مصرف مشکل‌زا^۱ دارند ۱۶ تا ۳۸ میلیون نفر تخمین زده می‌شود. این افراد عمدتاً مبتلا به اعتیاد یا مصرف کننده تزریقی مواد هستند. باید توجه داشت که مصرف الکل در این آمار لحاظ نشده است.

الگوی مصرف مواد و اعتیاد در همه جای جهان یکسان نیست. در آسیا و اروپا بیشترین میزان اعتیاد به مواد افیونی است، در قاره آمریکا به کوکائین، و در افریقا به حشیش. در دو دهه گذشته، تغییراتی نیز در این الگو رخ داده است، چنانکه از نسبت معتادان به مواد افیونی کاسته شده و نسبت معتادان به مواد محرک آفتامینی افزایش یافته است (ibid.).

در کشور آمریکا، براساس مطالعه خانه به خانه در سال ۲۰۰۸، میزان مصرف برخی از مواد در میان جمعیت عمومی بالای ۱۲ سال عبارت بوده است از: حشیش در حدود ۱۲ درصد مردان و ۸ درصد زنان، کوکائین در ۲/۷ درصد مردان و ۱/۶ درصد زنان، مواد محرک در یک درصد مردان و زنان، و هروئین در ۲ درصد هزار مردان و یک درصد هزار زنان (SAMHSA, 2009).

مصرف سال ۲۰۰۵ مواد مختلف در ۱۵ کشور اروپایی به شرح زیر گزارش شده است: در کشورهای مختلف، مصرف حشیش در ۰/۸ تا ۱۱/۳ درصد جمعیت بالغین، کوکائین در ۰/۱ تا ۲/۷ درصد، آفتامین‌ها در ۰/۰ تا ۱/۴ درصد، و مصرف مشکل‌زای اپیوئیدها در ۱ تا ۸ درصد جمعیت بالغین (EMCDDA, 2006).

در منطقه خاورمیانه، بیشترین مصرف مواد اپیوئیدی در ایران، افغانستان و پاکستان وجود دارد. در افغانستان که بزرگ‌ترین تولیدکننده تریاک جهان است، پس از حشیش، مواد افیونی شایع‌ترین مواد مصرفی هستند. براساس مطالعه کشوری انجام‌شده در افغانستان در سال ۲۰۰۵، حدود ۶ درصد جمعیت عمومی مواد افیونی مصرف می‌کنند که یک سوم آن را هروئین تشکیل می‌دهد (Ministry of Counter Narcotics and UNODC, 2005). در پاکستان، ۷ درصد جمعیت بالغین مواد افیونی مصرف می‌کنند که ۷۷ درصد آن را هروئین تشکیل می‌دهد (Ministry of Narcotics).

1. problem drug use

کار گرفته شده و در طی زمان راهکارهای دیگری به آنها اضافه شده است:

- به کارگیری روش‌های کاهش عرضه مواد؛
- استفاده از روش‌های کاهش تقاضا شامل درمان و بازپروری معتادان و پیشگیری از مصرف مواد؛
- کاهش زبان‌های ناشی از مصرف مواد.

اگرچه در مورد ضرورت به کارگیری هر سه روش برای مهار اعتیاد اتفاق نظر کلی وجود دارد، میزان تمرکز بر به کارگیری هر یک از این روش‌ها در مقابل روش‌های دیگر در جوامع مختلف یکسان نیست. همچنین، اگرچه محدودیت‌هایی در شواهد مربوط به میزان تأثیر و عوارض هر راهکار وجود دارد، صاحب‌نظران و ذینفعان در نتیجه‌گیری از شواهد موجود اتفاق نظر ندارند و هر گروه بر فواید یک راهکار در مقابل مضرات راهکارهای دیگر تأکید می‌ورزد. کشور ما در حال حاضر تلاش دارد تا تمامی این راهکارها را به کار گیرد. این امر در ساختار مشارکتی و چندبخشی ستاد مبارزه با مواد مخدر منعکس شده و در اسناد مهم مانند قانون مبارزه با مواد مخدر (مصوب ۱۳۷۶)، قانون برنامه چهارم توسعه (مصوب ۱۳۸۳)، و سیاست‌های کلی نظام در امر مبارزه با مواد مخدر مصوب مجمع تشخیص مصلحت نظام و ابلاغی از سوی مقام رهبری (در سال ۱۳۸۵) مورد تأکید قرار گرفته است.

در سال‌های گذشته، مبارزه با عرضه مواد بر محورهای زیر استوار بوده است: ایجاد و تقویت استحکامات مرزهای شرقی کشور از طریق احداث خاکریز، حفر کانال، ساخت دیوار بتنی، جاده‌سازی، و نصب سیم خاردار و فنس؛ شناسایی و انهدام باندها و شبکه‌های تهیه و توزیع مواد؛ و تشدید دستگیری و مجازات قاچاقچیان مواد در عوض دستگیری معتادان.

در نتیجه شدت گرفتن مبارزه با عرضه در سال‌های گذشته، براساس گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر، هر ساله تعداد عملیات و درگیری مسلحانه افزایش یافته و تعداد بیشتری از قاچاقچیان کشته شده‌اند. میزان انهدام باندهای توزیع مواد نیز هر ساله افزایش داشته است. همچنین، بر میزان کشفیات مواد نیز افزوده شده به طوری که در سال ۱۳۸۷ مجموعاً بیش از ۷۰۰ تن مواد مختلف کشف شده که بیش از سه برابر این میزان در سال ۱۳۸۲ بوده است.

میزان جرمه و مصادره و فروش اموال قاچاقچیان مواد نیز هر ساله رشد قابل توجهی داشته است. در عین حال، از تعداد شهدای مبارزه با مواد در کشور کاسته شده و گروگانگیری و آدم‌ربایی کاهش یافته است. به علاوه، تعداد متهمان دستگیرشده در ارتباط با جرایم مواد مخدر که تا سال ۱۳۸۳ هر ساله افزایش می‌یافت، با تمرکز بیشتر دستگیری‌ها بر افراد قاچاقچی و کاهش دستگیری معتادان، از این سال کاهش یافته است. در مجموع، نسبت قاچاقچیان دستگیرشده به معتادان افزایش چشمگیری را نشان می‌دهد (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۸).

برنامه‌های درمان معتادان که پس از انقلاب متوقف شده بود، از سال ۱۳۷۵ مجدداً آغاز شد و به سرعت گسترش یافت. یکی از ابعاد این گسترش، رشد کمی بوده است، به این معنا که تعداد مراکز و افراد تحت پوشش خدمات درمانی افزایش یافته است. تعداد مراکز خصوصی و مردم‌نهاد نیز رشد قابل توجهی داشته و در طول زمان سهم بیشتری از ارائه خدمات را به خود اختصاص داده‌اند. این مراکز تحت نظارت سازمان بهزیستی کشور و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هستند.

بعد دیگر گسترش درمان، وسعت یافتن نوع خدمات درمانی بوده است به طوری که هر ساله روش‌های جدید درمان به کار گرفته شده است. در حال حاضر، تقریباً تمامی روش‌های درمان دارویی و غیردارویی، به‌ویژه در درمان اعتیاد به مواد افیونی، در کشور وجود دارد. از میان این خدمات، می‌توان به روش‌های مختلف سم‌زدایی با و بدون دارو به شیوه‌های سرپایی، بستری و اقامتی، سم‌زدایی فوق سریع، درمان‌های نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین، استفاده از تنتور اپیوم، اجتماع درمان‌مدار، درمان‌های شناختی رفتاری، درمان‌های گروهی، و گروه‌های خودیاری شامل گروه معتادان گمنام اشاره کرد. با گذشت زمان، تمرکز بر روش‌های پرهیزمدار جای خود را به استفاده از روش‌های نگهدارنده و کاهش زبان داده است. این روند اگرچه برای مهار رفتارهای پرخطر و صدمات ناشی از اعتیاد و کاهش انگ اعتیاد مثبت ارزیابی می‌شود، کم‌توجهی به ارتقای خدمات درمانی پرهیزمدار نگرانی‌هایی ایجاد کرده است. همچنین، با آنکه توجه مسئولان به رشد کمی خدمات کمک زیادی به گسترش آن و دسترسی آحاد جامعه به این خدمات کرده است، کیفیت ارائه خدمات و نظارت بر مراکز درمانی به همان میزان مورد توجه نبوده است.

گوناگون تلاش شده است، با استفاده از شواهد در دسترس یا پژوهش‌های با تورش^۱ کمتر، تخمینی از تعداد معتادان کشور ارائه شود.

در سال ۱۳۵۴، حدود ۱۷۰ هزار معتاد ثبت‌نام کرده در کشور وجود داشت و تعداد معتادان غیررسمی که مجاز به استفاده از سهمیه تریاک دولتی نبودند و نیاز خود را از بازار آزاد یا قاچاق تأمین می‌کردند بین ۲۰۰ تا ۵۰۰ هزار نفر تخمین زده می‌شد (مؤسسه عالی پژوهش و برنامه‌ریزی توسعه، ۱۳۷۶).

در حال حاضر، تخمین تعداد افراد وابسته به مواد به طور عمده بر نتایج حاصل از سه مطالعه استوار است:

اول، مطالعه کشوری همه‌گیری‌شناسی سوءمصرف مواد که در سال ۱۳۸۰ در اورژانس‌های کشور (با فرض مشابهت نمونه با جمعیت عمومی کشور) انجام شد و تعداد وابستگان به مواد افیونی را براساس گزارش فردی^۲ ۱/۲ میلیون نفر تخمین زد و پیش‌بینی شد که رقم واقعی بیش از این میزان باشد (یاسمی و دیگران، ۱۳۸۱).

دوم و سوم، استفاده از روش تخمین غیرمستقیم^۳ با استفاده از چندبرابری^۴ که با بهره‌گیری از چند منبع با قابلیت اعتماد کم همراه با شاخص‌های به‌دست‌آمده از مطالعه سریع وضعیت مصرف مواد (RSA) در سال‌های ۱۳۸۳ و ۱۳۸۶ محاسبه شد و، به ترتیب، رقم ۱/۵ و ۱/۲ میلیون نفر را برای وابستگان به مواد تخمین زد (نارنجی‌ها و دیگران، ۱۳۸۴، ۱۳۸۸).

مطالعات گوناگونی هم که در سال‌های گذشته با بررسی نظرات مردم و افراد صاحب‌نظر در شهرها و محله‌ها و محیط‌های کار گوناگون انجام شده است، نشان‌دهنده دیدگاه آنها مبنی بر جدی بودن مشکل اعتیاد در محیط و نگرانی عمیق آنان بوده است. در محاسبه بار بیماری‌های کشور (DALY) برای سال ۱۳۸۲، که شاخص‌های مرتبط با شیوع و شدت بیماری‌ها را دربرمی‌گیرد، در مردان، اعتیاد پس از حوادث و بلایا بالاترین میزان بار بیماری‌ها را دارد و به طور کلی ۶/۷ درصد آن را تشکیل می‌دهد. میزان بار اعتیاد در زنان یک‌دهم مردان گزارش شده است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۶).

در دهه گذشته، با افزایش شیوع عفونت اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان مواد مخدر کشور، سیاست‌های گذشته مورد بازبینی قرار گرفت و راهکار کاهش زیان به مجموعه سیاست‌های کنترل مواد مخدر کشور اضافه شد. این امر موجب شد تا تحمل سیاست‌گذاران در برابر پدیده مصرف مواد افزایش یابد و مراکز متعدد کاهش زیان، که سرنگ و سوزن و کاندوم بین معتادان توزیع می‌کنند، راه‌اندازی شود. اتخاذ این تدابیر در کشوری اسلامی، پدیده‌ای جدید بود و موجب شد ایران در عرصه بین‌المللی و در خاورمیانه کشوری پیش‌تاز در این راه شناخته شود. به طور کلی، براساس گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر، در طول سال ۱۳۸۷، بیش از ۶۰۰ هزار نفر برای دریافت خدمات درمان یا کاهش زیان در ۲۰۰۰ مرکز پذیرش شده‌اند (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۸). ارزیابی ستاد مبارزه با مواد مخدر این بوده است که این رقم حدود نیمی از معتادان کشور را تشکیل می‌دهد.

پیشگیری از مصرف مواد و اعتیاد راهکار دیگری بود که چند دهه در مورد آن صحبت شده بود، ولی اولین اقدامات عملی در خصوص آن از سال ۱۳۷۴ آغاز شد و گسترش یافت. از جمله این اقدامات می‌توان به پیشگیری مبتنی بر جامعه، فعالیت‌های آگاه‌ساز و هشداردهنده، تبلیغات، برنامه‌های جایگزین، برنامه‌های آموزشی و تربیتی، برنامه آموزش مهارت‌های زندگی، و پیشگیری جماعت‌محور اشاره کرد که به کوشش سازمان‌های متعدد به اجرا درمی‌آید. هرساله گزارش‌هایی از زیر پوشش قرار گرفتن میلیون‌ها نفر در محیط‌های آموزشی، کاری و اجتماعی در عملیات پیشگیری از اعتیاد منتشر می‌شود. اما اکثر فعالیت‌ها به طور مقطعی انجام می‌شوند، انسجام ندارند، تک‌استراتژی‌اند، و احتمال اثرگذاری آنها زیاد نیست. از جمله دلایل این امر، نگاه ساده‌انگارانه به پیشگیری، فقدان مدیریت منسجم و کارآمد و ساختارهای اثبات با بودجه مشخص، و کمبود نیروی انسانی متبحر در این زمینه بوده است (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۹).

۲.۴. وضعیت مصرف مواد و اعتیاد

تخمین میزان شیوع مصرف مواد و اعتیاد در ایران با دشواری‌ها و محدودیت‌های زیادی توأم است. با وجود این، در مقاطع زمانی

1. bias

2. self-report

3. indirect estimation

4. multiplier method

است. جدول ۱ برگرفته از اطلاعات حاصل از مطالعه مذکور در جمعیت بالاتر از ۱۵ سال کشور است. همچنین، براساس تخمین دفتر کنترل مواد و جرایم سازمان ملل متحد، ۴۲ درصد تریاک و ۵ درصد هروئین تولیدشده در جهان در ایران مصرف می‌شود (UNODC, 2010a).

در مورد شیوع مصرف مواد در جمعیت عمومی، مطالعه کشوری همه‌گیری‌شناسی سوءمصرف مواد (یاسمی و دیگران، ۱۳۸۱) جامع‌ترین بررسی است که تعداد مصرف‌کنندگان جاری مواد افیونی را براساس اظهار فردی حدود ۳ میلیون و ۷۶۰ هزار نفر برآورد کرده است که رقم معتادان به این مواد کمتر از یک‌سوم این عدد

جدول ۱. برآورد نسبت منطبق‌شده (نسبت در هزار) و تعداد برآوردشده برای مصرف مواد به تفکیک جنس در سال ۱۳۸۰

جنس	نوع ماده	مصرف جاری (در هزار)	مصرف جاری (برآورد تعداد)	اعتیاد (در هزار)	اعتیاد (برآورد تعداد)
مرد	تریاک	۸۸/۹	۲,۹۱۱,۱۱۰	۲۹/۸	۹۷۴,۰۴۳
	هروئین	۸/۱	۲۶۶,۴۲۹	۳/۸	۱۲۵,۸۰۷
	هر ماده افیونی	۹۴/۹	۳,۱۰۵,۱۵۴	۳۲/۰	۱,۰۴۶,۸۶۵
	حشیش	۱۱/۳	۳۷۱,۳۶۶	-	-
	الکل	۵۵/۰	۱,۷۹۹,۷۷۷	۷/۷	۲۵۲,۷۷۸
زن	تریاک	۱۹/۵	۶۱۹,۳۷۳	۳/۳	۱۰۴,۷۵۴
	هروئین	۰/۳	۱۰,۷۸۳	۰/۳	۱۰,۷۸۳
	هر ماده افیونی	۲۰/۷	۶۵۶,۰۶۹	۳/۵	۱۱۰,۷۲۶
	حشیش	۰/۶	۱۹,۷۰۰	-	-
	الکل	۲/۰	۶۲,۸۹۶	۰/۰	-
هر دو جنس	تریاک	۵۴/۸	۳,۵۳۰,۳۸۳	۱۴/۸	۱,۰۷۸,۷۹۷
	هروئین	۴/۳	۲۷۷,۲۱۲	۲/۱	۱۳۶,۵۹۰
	هر ماده افیونی	۵۸/۵	۳,۷۶۱,۲۳۳	۱۸/۰	۱,۱۵۷,۵۹۱
	حشیش	۶/۱	۳۹۱,۰۶۶	-	-
	الکل	۲۹/۰	۱,۸۶۲,۶۷۳	۳/۹	۲۵۲,۷۷۸

منبع: یاسمی و دیگران، ۱۳۸۱

۱۲ سال دو برابر شده است. با مقایسه این نرخ با نرخ رشد جمعیت، که در طی ۲۰ سال گذشته به طور متوسط ۲/۶۳ درصد بوده است، درمی‌یابیم که میزان رشد سوءمصرف مواد بیش از ۳ برابر نرخ رشد جمعیت بوده است.

نبود مطالعات طولی و تکرارشونده در گروه‌های واحد، نتیجه‌گیری در مورد تغییرات شیوع و بروز مصرف مواد و اعتیاد را دشوار کرده است، به‌ویژه که هیچ‌گونه شاهد معتبر و قابل اتکایی از روند تغییرات در ده سال گذشته در دست نیست.

در مورد الگوی مصرف مواد معتادان، مطالعه سریع وضعیت مصرف مواد سال ۱۳۸۶ آخرین اطلاعات کشوری را ارائه می‌کند. براساس این بررسی، شایع‌ترین ماده مصرفی معتادان را تریاک (مصرف در یک ماه منتهی به بررسی ۴۴ درصد) تشکیل می‌دهد. پس از آن، کراک (۲۸ درصد) و هروئین (۲۰/۳ درصد) قرار دارند.

در مورد بروز مصرف مواد اطلاعات کمتری موجود است. در سال ۱۳۷۸، با استفاده از داده‌های خام حاصل از اولین بررسی سریع وضعیت مصرف مواد، تغییرات و روند بروز سوءمصرف مواد و الگوهای آن مورد بررسی قرار گرفت (رحیمی موقر و دیگران، ۱۳۸۱). تجزیه و تحلیل فراوانی بروز سالانه سوءمصرف مواد نشان داد که گرچه میزان بروز مصرف مواد در سال‌های متوالی نوسان‌هایی داشته است، روند کلی آن در طی ۳۰ سال گذشته رو به افزایش بوده است. بیشترین افزایش در سال‌های ۱۳۵۶-۱۳۵۲ به میزان ۱۶۶ درصد رخ داده است، پس از آن تا سال ۱۳۶۶ به تدریج از شدت افزایش کاسته شده و مجدداً در دوره زمانی ۱۳۶۷-۱۳۷۱ به میزان رشد ۵۹ درصد رسیده است. در دوره بیست‌ساله ۱۳۷۷-۱۳۵۷، به طور متوسط، میزان رشد سالانه بروز سوءمصرف مواد ۸ درصد بوده است و، به عبارت دیگر، تقریباً هر

در مطالعه مروری دیگری در مورد جمعیت دانشجویی، شایع‌ترین مواد مورد مصرف الکل و پس از آن تریاک و حشیش گزارش شده است. این مطالعه مروری تعداد دانشجویانی را که به یکی از مواد غیرقانونی وابسته هستند بیش از ۵۰ هزار نفر و تعداد دانشجویانی را که در طول یک ماه حداقل یک بار مواد اپیوئیدی مصرف کرده‌اند ۱۵۰ هزار نفر تخمین زده است (رحیمی موقر و دیگران، ۱۳۸۵). در دو مطالعه جدیدتر در تهران، شیوع مصرف مواد در میان دانشجویان کمتر گزارش شده است (طارمیان و دیگران، ۱۳۸۶؛ رحیمی موقر و دیگران، ۱۳۸۸). در مطالعه اخیر (رحیمی موقر و دیگران، ۱۳۸۸) در مورد دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران، میزان مصرف هرگونه ماده اعتیادآور غیرقانونی بجز الکل در یک ماه منتهی به بررسی، در پسران ۱/۹ درصد و در دختران ۰/۳ درصد گزارش شده است.

همچنین، بررسی میانگین سنی معتادان در سه ارزیابی سریع وضعیت مصرف مواد حاکی از میانگین سنی حدود ۳۳ سال و ثبات سنی (از ۳۲/۴ تا ۳۳/۶) و ثبات انحراف معیار (حدود ۱۰ سال) است. تنها ۳/۲ درصد معتادان کمتر از ۲۰ سال سن داشتند. اطلاعات مربوط به ده سال گذشته حاکی از آن است که نسبت زنان معتاد به کل جمعیت معتادان از ۲ تا ۶/۹ درصد در مطالعات و گزارش‌های گوناگون متغیر بوده است (رحیمی موقر، ۱۳۸۳؛ نارنجی‌ها و دیگران، ۱۳۸۴، ۱۳۸۸). حدود نیمی از معتادان متأهل و دارای فرزند و حدود دوسوم دارای تحصیلات راهنمایی تا دبیرستان هستند. بخش عمده‌ای از معتادان (۸۷/۷ درصد) با خانواده خود زندگی می‌کنند، و کمتر از ۱۰ درصد آنان بی‌خانمان‌اند یا تنها زندگی می‌کنند (نارنجی‌ها و دیگران، ۱۳۸۸). حدود ۲۰ درصد معتادان بیکار و نیمی دارای مشاغل کارگری یا راننده هستند؛ نیمی از آنان وضعیت اجتماعی-اقتصادی خود را متوسط می‌دانند (نارنجی‌ها و دیگران، ۱۳۸۴). دوسوم معتادان، کل یا بخشی از مخارج زندگی خود را از درآمد شغلی تأمین می‌کنند؛ نزدیک به ۴۰ درصد به کمک مالی خانواده و دوستان متکی هستند؛ حدود یک‌چهارم از طرق غیرقانونی کسب درآمد می‌کنند که عمدتاً مرتبط با مواد است؛ حدود ۴۰ درصد سابقه دستگیری دارند که در اغلب موارد بیش از یک بار و بیشتر به دلیل جرایم مرتبط با مواد است. این الگوها در ده سال گذشته کم و بیش ثابت بوده است (نارنجی‌ها و دیگران، ۱۳۸۸).

در مقایسه این الگو با مطالعات سریع وضعیت مصرف مواد در سال‌های ۱۳۷۸ و ۱۳۸۳ می‌توان دریافت که نسبت مصرف تریاک به شدت کاهش یافته است (مصرف یک ماه منتهی به بررسی‌ها، به ترتیب، ۷۳/۴ و ۶۸/۵ درصد). مصرف هروئین نیز با کاهش نسبی روبه‌رو بوده است (۴۰ و ۲۴/۶ درصد). در حالی که هیچ موردی از مصرف کراک در دو مطالعه قبلی یافت نشده بود، در طی فاصله کوتاهی، شیوع ۲۸ درصدی مصرف کراک گزارش شد. علاوه بر این، در سال ۱۳۸۶، با بروز مصرف شیشه (مصرف یک ماه منتهی به بررسی ۵/۲ درصد) و نورجیزک (۴/۷ درصد) مواجه بودیم که در سال‌های گذشته گزارش نشده بود (نارنجی‌ها و دیگران، ۱۳۸۴، ۱۳۸۸؛ رزاقی و دیگران، ۱۳۸۲). احتمال زیادی می‌رود که تا زمان حاضر (تابستان ۱۳۸۹) نسبت مصرف‌کنندگان کراک و شیشه افزایش بیشتری یافته و از تعداد مصرف‌کنندگان نورجیزک کاسته شده باشد.

مطالعه ملی همه‌گیری‌شناسی سوءمصرف مواد از طریق مراکز اورژانس نشان داد که در جمعیت عمومی، به ترتیب مصرف طول عمر و همچنین مصرف جاری، تریاک، الکل و حشیش شایع‌ترین مواد مصرفی در کشور هستند (یاسمی و دیگران، ۱۳۸۱).

براساس ارزیابی سریع وضعیت مصرف مواد سال ۱۳۸۶، روش مصرف مواد غالباً تدریجی و پس از آن خوراکی بوده است. مصرف تزریقی در ۱۸/۷ درصد معتادان روش غالب مصرف بوده که نسبت به سال‌های قبل روند افزایشی قابل ملاحظه‌ای داشته است. سابقه مصرف تزریقی مواد در یک سال منتهی به بررسی نیز در ۲۲/۶ درصد از معتادان گزارش شد (نارنجی‌ها و دیگران، ۱۳۸۴، ۱۳۸۸؛ رزاقی و دیگران، ۱۳۸۲).

با در نظر گرفتن رقم رسمی اعلام‌شده ۱/۲ میلیون نفر معتاد به مواد اعتیادآور غیرقانونی در کشور، و شیوع ۲۲/۶ درصدی سابقه مصرف تزریقی مواد در یک سال گذشته (بنا بر اظهار معتادان)، تعداد مصرف‌کنندگان تزریقی را می‌توان حداقل ۲۷۱ هزار نفر برآورد کرد.

علاوه بر این، در مطالعه‌ای در مورد وضعیت مصرف مواد در میان دانش‌آموزان و دانشجویان، تخمینی از چگونگی شیوع مصرف مواد در این گروه‌ها به دست آمده است. شایع‌ترین مواد مورد مصرف در میان دانش‌آموزان الکل و پس از آن تریاک و حشیش گزارش شده است. این مطالعه مروری تعداد دانش‌آموزان معتاد را ۶ تا ۱۰ هزار نفر تخمین زده است (رحیمی موقر و سهیمی ایزدیان، ۱۳۸۴).

نیز تا سال ۱۳۸۳ رشد قابل توجهی داشته و پس از سه سال ثبات نسبی، از سال ۱۳۸۶، روند نزولی یافته است. روند فزاینده قیمت مواد در سال ۱۳۸۰ شتاب بیشتری گرفت، در سال ۱۳۸۱ از شتاب آن کاسته شد و از سال ۱۳۸۳ ثبات یافت (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۸۸).

علاوه بر این، طی سال‌های گذشته، با پیدایش مواد دیگری مانند اکستازی و نورجیزک روبه‌رو بودیم که عرضه آنها به طور ناگهانی شروع شد و رشد کرد ولی خوشبختانه پس از مدتی کاهش یافت. در هر حال، مجموعه شواهد دال بر افزایش عرضه مواد و پیدایش انواع بیشتری از مواد در کشور است.

۴.۴. تعیین‌کننده‌های اجتماعی اعتیاد

در دو دهه اخیر، ارتباط میان عوامل اجتماعی و سلامت به نحو فزاینده‌ای مورد توجه دست‌اندرکاران سلامت در جهان قرار گرفته و مطالعات فراوانی در سطح جهانی حکایت از نقش مؤثر این عوامل در ارتقای سلامت افراد دارد. امروزه شواهد حاصل از مطالعات نشان می‌دهند که هرچه فرد در جایگاه اقتصادی-اجتماعی پایین‌تری قرار داشته باشد، وضعیت سلامت نامطلوب‌تری خواهد داشت. در واقع، یک گرادیان اجتماعی در سلامت وجود دارد که از بالا به پایین طیف اقتصادی-اجتماعی در حرکت است و به طور کلی، هر طبقه نسبت به طبقه پایین‌تر خود از وضعیت سلامت بهتری برخوردار است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۷). در همه جای دنیا، تفاوت‌هایی در میزان ابتلای گروه‌های محروم به بیماری در مقایسه با سایر گروه‌ها به چشم می‌خورد. در گروه‌های محروم، علاوه بر میزان ابتلا به بیماری، بیماری‌های مزمن و معلولیت در سنین پایین‌تر نیز بیشتر است. برای مثال، در فنلاند، ۴۲ درصد افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن در گروه‌های درآمدی پایین‌تر قرار دارند، در حالی که ۱۸ درصد گروه‌های دارای درآمد بالاتر به این قبیل بیماری‌ها دچارند. مثال‌های فراوانی از وجود اختلافات روان‌شناختی، و تفاوت در میزان ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی و دسترسی به خدمات بهداشتی و کیفیت آنها در میان گروه‌های مختلف درآمدی وجود دارد (همان).

در ایران نیز، براساس شواهد حاصل از مطالعات، سلامت جسمی و روانی و اجتماعی افراد با عوامل اجتماعی مرتبط است (سجادی و دیگران، ۱۳۸۸). وضعیت درآمد و فقر، برخورداری از

مطالعه دیگری (نوری و دیگران، ۱۳۸۶) نیز حاکی از آن است که از ۱۳۶۷ تا ۱۳۸۴، الگوی مصرف روند صعودی داشته (افزایش نسبت‌های دستگیرشدگان و زندانیان مرتبط با اعتیاد، ایدز، و مرگ ناشی از اعتیاد) و این روند با روندهای افزایش بیکاری، و تشدید بی‌هنجاری (آنومی) در کشور (افزایش طلاق و جرم، شهری شدن و جهانی شدن) رابطه پرقدرتی داشته است.

به طور کلی، هرچند به دلیل ضعف اطلاعات، در مورد تغییرات شیوع مصرف مواد در کشور اختلاف نظر وجود دارد، تمامی شواهد حاکی از شدت و تنوع یافتن الگوی مصرف مواد در دهه گذشته است.

۳.۴. وضعیت عرضه مواد

افغانستان، همسایه شرقی ایران، بزرگ‌ترین تولیدکننده غیرمجاز تریاک در جهان است و در سال ۲۰۰۷ به تنهایی ۸۸۷۰ تن تریاک یعنی ۹۲ درصد تریاک جهان را تولید کرده است (UNODC, 2008). خوشبختانه، از سال ۲۰۰۷ به این سو، میزان تولید تریاک در افغانستان کاهش یافته است (UNODC, 2010a). تولید تریاک افغانستان در سال ۲۰۱۰ به نصف رسیده که ناشی از خشکسالی است (UNODC, 2010b). همچنین، افغانستان پس از مراکش بزرگ‌ترین تولیدکننده حشیش (رزین کانابیس) در جهان است و مساحت زیر کشت حشیش در این کشور بیش از یک‌سوم مساحت زیر کشت خشخاش است. پاکستان نیز از این حیث در رتبه چهارم جهان قرار دارد (UNODC, 2008). از میزان تولید حشیش در داخل کشور اطلاعی در دست نیست. شواهدی نیز از تولید مواد محرک در کشورهای همسایه و داخل ایران وجود دارد. مجموع یافته‌ها حاکی از آن است که کشور ما به شدت در معرض عرضه مواد است.

در جهان، میزان کشف مواد، دستگیری‌های مرتبط با مواد، و قیمت مواد شاخص‌های مهم در ارزیابی وضعیت عرضه مواد هستند. روند کشف مواد در کشور ما در دهه گذشته تغییرات چشمگیری داشته است. پس از یک دوره کاهش کشفیات تریاک و هروئین ناشی از کاهش تولید در افغانستان، از سال ۱۳۸۲ به بعد، کشف این مواد روند فزاینده قابل توجهی داشته است. کشفیات حشیش که سال‌ها رشد شدیدی داشته، از سال ۱۳۸۲ به سطح ثابتی رسیده است. تعداد دستگیری‌های مرتبط با جرایم مواد مخدر

سواد و آموزش، نقش‌های مرتبط با جنسیت، شرایط محل زندگی، دسترسی به اشتغال و شرایط شغلی، برخورداری از حمایت اجتماعی، و چگونگی رشد و تکامل در دوران کودکی از جمله عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت‌اند.

امروزه سوء‌مصرف مواد و اعتیاد یک مشکل عمده در حوزه سلامت شناخته شده است و شواهد مبتنی بر مطالعات نشان‌دهنده تأثیر عوامل اجتماعی بر بروز اعتیاد در جوامع است. عوامل اجتماعی و اقتصادی، و رفتارهای پرخطر بر وضعیت سلامت مصرف‌کنندگان مواد نیز تأثیرگذارند. این عوامل با تأثیر بر رفتارهای فردی مصرف‌کنندگان به صورت غیرمستقیم و با تأثیر بر فراهم بودن منابع، دسترسی به نظام‌های رفاه اجتماعی، در حاشیه قرار گرفتن، و پذیرش درمان به شکل مستقیم سلامت افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (Galea and Vlahov, 2002).

مرور برخی از مطالعات انجام‌گرفته در ایران نیز وجود ارتباط میان تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت مانند وضعیت اقتصادی، اشتغال، آموزش، شرایط محیط زندگی و اعتیاد را در مناطق مختلف کشور نشان می‌دهد.

مطالعه نصیری (۱۳۸۲) در فاصله سال‌های ۱۳۷۵-۱۳۷۱ رابطه میان پراکندگی گروه‌های شغلی و اعتیاد را در محله‌های شهر بابل نشان می‌دهد و شامل مقایسه نقشه پراکندگی درصد اعتیاد و نقشه پراکندگی مشاغل عالی در این شهر است. این مطالعه نشان داد که پراکندگی میزان اعتیاد در سطح محله‌ها یکسان نیست و ساختار شغلی نقش اساسی در کاهش یا افزایش اعتیاد دارد، به طوری که با افزایش مشاغل علمی-تخصصی در سطح محله‌ها از درصد معتادان کاسته و با افزایش مشاغل ابتدایی در محله‌های جنوبی و پیرامونی شهر بر درصد معتادان افزوده می‌شود. همچنین، مطالعه دیگر نصیری (۱۳۸۵) نشان داد که با افزایش تراکم جغرافیایی و فقر مسکن، میزان اعتیاد در جنوب و حاشیه شهر بابل افزایش می‌یابد.

نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه دیگری در کلیه روستاها و شهرهای استان اردبیل نشان می‌دهد که میزان گرایش به اعتیاد در روستاهای استان بیش از مناطق شهری است. در میان گروه‌های مختلف شغلی نیز افراد بیکار دارای بالاترین میزان گرایش به اعتیاد هستند (ستاری و دیگران، ۱۳۸۲).

در مطالعه‌ای کیفی درباره دانش‌آموزان دبیرستانی شهر کرمان،

معلوم شد که اغلب دانش‌آموزان مسائل اقتصادی را یکی از مهم‌ترین عوامل رشد اعتیاد می‌دانند. در این مطالعه، دانش‌آموزان سه گروه از عوامل را در رشد اعتیاد مؤثر دانستند: فقر که با عبارات کمبود درآمد، سرشکستگی مالی، احساس فقر، و نداشتن عقل معاش مشخص شده بود؛ پول توجیبی زیاد جوانان در خانواده‌های پردرآمد؛ و درآمد بالای فروش مواد و اوقات فراغت زیاد آن (میمندی و دیگران، ۱۳۸۷).

در خصوص نوع ماده مصرفی، مطالعه سراج‌زاده (۱۳۸۶) در مورد دانشجویان ۲۱ دانشگاه دولتی در سراسر کشور نشان داده است که تجربه مصرف تریاک در دانشجویان دارای پایگاه اجتماعی-اقتصادی پایین‌تر و تجربه مصرف الکل در دانشجویان برخوردار از پایگاه اجتماعی-اقتصادی بالاتر بیشتر است. همچنین نتایج این مطالعه حاکی از آن است که تفاوت‌های قومیتی در نوع ماده مصرفی وجود دارد، به طوری که نسبت مصرف تریاک در دانشجویان کرد و لر دو برابر فارس‌ها و شمالی‌ها و ترک‌هاست، اما مصرف حداقل یک بار الکل در دانشجویان کرد و شمالی بیشتر از بقیه است.

مطالعه جامعه‌شناختی علی‌وردی‌نیا (۱۳۸۵) در بررسی نقش عوامل اجتماعی مؤثر بر اعتیاد با استفاده از آمارهای رسمی اعتیاد در کشور طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۶۰ نشان داد که الگوی مطالعه ۲۹ درصد تغییرات جرایم مواد مخدری را تبیین می‌کند؛ و از میان پنج متغیر این الگو (صنعتی شدن، وضعیت آنومیک، فردگرایی، دسترسی به مواد مخدر، بیکاری)، متغیر وضعیت آنومیک اهمیت بیشتری دارد، متغیرهای صنعتی شدن و فردگرایی در رده دوم، و متغیر دسترسی بودن مواد در رده سوم قرار دارند، و بیکاری کمترین ضریب مسیر را در میان متغیرهای یادشده داشته است.

بررسی وضعیت شاخص‌های اجتماعی در مناطق حاشیه‌ای، و اسکان غیررسمی و اعتیاد نیز ارتباط برخی از تعیین‌کننده‌های اجتماعی و وضعیت اعتیاد را در این مناطق نشان می‌دهد. براساس اطلاعات مرکز آمار ایران، ۴ میلیون نفر در سکونتگاه‌های غیررسمی ساکن‌اند (به نقل از افتخاری‌راد، ۱۳۸۲). بافت‌های اسکان غیررسمی به لحاظ کالبدی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و مدیریتی دارای ویژگی‌های خاص خود هستند. جمع‌بندی داده‌های ۱۷ مطالعه در مناطق حاشیه‌نشین کشور حاکی از وجود شباهت‌هایی در بین این مناطق است: تراکم بالای جمعیت، سطح

حکایت از وجود ناهنجاری‌های شدید اقتصادی- اجتماعی در این ناحیه و به تبع آن افزایش ناهنجاری‌های اقتصادی در شهر زاهدان دارد به طوری که از مجموع نمونه‌های آماری مورد مطالعه، تنها ۲ درصد در بخش تولیدی و ۸۶ درصد در بخش خدمات، به‌خصوص اقتصاد غیررسمی، به کار اشتغال دارند که از این میزان، ۱۰ درصد به قاچاق بنزین و سوخت و ۱۲ درصد به چتربازی یا همان قاچاق کالا و مواد مخدر مشغول‌اند. یکی از مشکلات و مسائل جدی این محله نرخ بالای بی‌سودای و سطح پایین تحصیلات است. در بین سرپرستان خانوارهای مورد مطالعه، ۴۴ درصد بی‌سواد، ۳۶ درصد دارای تحصیلات ابتدایی یا آموزش‌دیده در نهضت سوادآموزی، و تنها ۶ درصد دارای مدرک دیپلم و فوق دیپلم بوده‌اند. در این منطقه، در اغلب واحدهای مسکونی، بیش از یک خانوار و به طور متوسط دو خانوار زندگی می‌کنند (ابراهیم‌زاده و دیگران، ۱۳۸۳).

در مجموع، این مطالعات نشان می‌دهند در شرایطی که این مناطق از نظر شاخص‌های اجتماعی- اقتصادی وضعیت نامطلوبی دارند، اعتیاد و فروش مواد مخدر نیز در کنار سایر آسیب‌های اجتماعی یکی از مشکلات اجتماعی جدی و مهم در این مناطق است. همچنین نتایج مطالعات حاکی از وجود رابطه میان عوامل مختلف اجتماعی- اقتصادی و وضعیت اعتیاد در مناطق مختلف کشور است. بی‌تردید، شناخت بهتر این رابطه، جهت آن، و چگونگی تأثیر متغیرها بر یکدیگر مستلزم مطالعات بیشتر است.

۵.۴. عوامل مرتبط با شروع مصرف مواد

در مورد عوامل مرتبط با شروع مصرف مواد در کشور، با ضعف شدید پژوهشی مواجهیم. عرصه پژوهش در زمینه اعتیاد در کشور فاقد مطالعات مورد شاهدهی، طولی یا حتی مقطعی (در یک جمعیت عمومی) برای بررسی این عوامل است. بیشترین اطلاعات از گفته‌های خود معتادان در مورد علت گرایش آنان به مصرف مواد به دست آمده است که در زیر به آنها پرداخته می‌شود.

چند مطالعه به بررسی سن شروع مصرف مواد پرداخته‌اند. مطالعه رحیمی موقر و دیگران (۱۳۸۱) نشان داد که سن شروع مصرف مواد در طی ۲۰ سال (۱۳۷۷-۱۳۵۷) تغییر معنی‌داری نداشته است. مقایسه میانگین سن شروع مصرف مواد در سه بررسی سریع وضعیت مصرف مواد در سال‌های ۱۳۷۸، ۱۳۸۳ و

پایین سواد، درآمد پایین ساکنان، رواج مشاغل غیررسمی، دسترسی اندک به خدمات شهری، و زیرساخت‌های نامناسب و محدود. میانگین سواد در این محدوده‌ها پایین‌تر از کل شهر است. این نسبت به‌ویژه در گروه‌های سنی بالاتر از ۴۰ سال و زنان به شدت کاهش می‌یابد. در تحقیقات مختلف، تراکم فقر در این مناطق مشاهده شده است، به طوری که در برخی از محله‌های حاشیه‌ای شهرهای زاهدان، اهواز، کرمانشاه، بندرعباس و مشهد در حدود ۴۰ درصد از ساکنان زیر خط فقر مطلق قرار دارند. همچنین نشان داده شده است که در این محدوده‌ها، آسیب‌هایی مانند وجود مسیر ترانزیت یا بارانداز کالاهای قاچاق به‌ویژه مواد مخدر وجود دارد. آسیب‌های ناشی از فقر اقتصادی مانند دزدی نیز یکی از آسیب‌های مشترک در بین این محدوده‌هاست (همان). بررسی آسیب‌های اجتماعی در مناطق حاشیه‌نشین و اعتراف ساکنان این محلات نشان می‌دهد که میزان فقر و بیکاری، اعتیاد و فروش مواد مخدر، ولگردی، و دعوا و درگیری در این محدوده‌ها بسیار زیاد است. از این رو، می‌توان گفت که حاشیه‌نشینی نمودی از آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی است (نقدی و صادقی، ۱۳۸۵). مطالعه مناطق حاشیه‌نشین شهر همدان نشان داد که اعتیاد و فروش مواد مخدر یکی از آسیب‌های اجتماعی وخیم و مهم در مناطق حاشیه‌نشین است. در این مناطق، به زعم ساکنان، الکلیسم، فساد و فحشا (خودفروشی)، دزدی و سرقت نیز وجود دارد (همان).

مطالعه ساختار اجتماعی- فرهنگی محله حاشیه‌نشین غربت واقع در منطقه خاکسفید شهر تهران، که به لحاظ فعالیت‌های مجرمانه به‌ویژه در خصوص توزیع مواد مخدر مشهور بود، پیش از تخریب آن در سال ۱۳۷۹، نکات قابل توجهی را در مورد ویژگی‌های اجتماعی مناطق حاشیه‌نشین روشن ساخته است. می‌توان برخی از ویژگی‌های مکانی، فرهنگی، اجتماعی و جمعیتی این محله را پیش از تخریب چنین برشمرد: دارا بودن نقشه شهری نامنظم، در عین حال که ترکیب کوچه‌ها و خیابان‌ها نظم کارکردی و غیرهندسی به وضعیت انحرافی محله داده بود؛ فقدان تسهیلات مناسب برای زندگی شهری نظیر خیابان‌بندی، جوی آب، روشنایی معابر؛ نامطلوب بودن تردد و عبور و مرور در محله؛ و استفاده غیرمجاز از خدمات شهری همچون آب و برق و گاز (خراطها، ۱۳۸۲).

مطالعه انجام‌شده در مورد محله حاشیه‌نشین کریم‌آباد زاهدان

۶.۴. عوارض بهداشتی ناشی از مصرف مواد و اعتیاد

مهم‌ترین عارضه مصرف مواد اعتیاد است که می‌تواند رفتارهای پرخطر همراه با مصرف مواد (مانند رفتارهای پرخطر جنسی و استفاده مشترک از وسایل تزریق) و عوارض عفونی مانند ایدز و هپاتیت را به همراه داشته باشد. مسمومیت مکرر^۱ نیز در میان معتادان شایع است و میزان مرگ و میر مصرف‌کنندگان تزریقی مواد سالانه ۲ تا ۳ درصد گزارش می‌شود (UNODCCP, 1999).

بیماری ایدز نیز تهدیدی جهانی برای سلامت انسان و ثبات اجتماعی، اقتصادی و سیاسی جوامع محسوب می‌شود. در کشور ما، مصرف‌کنندگان تزریقی مواد مهم‌ترین گروه در معرض خطر ابتلا به ایدز هستند به طوری که ۶۹/۶ درصد از موارد ابتلا به ایدز در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد گزارش شده است (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۸). مطالعه مروری سیستماتیک در مورد شیوع عفونت با اچ‌آی‌وی در معتادان کشور نشان داد که در دهه گذشته، میانگین ترکیبی شیوع در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد ۱۱ تا ۱۵ درصد (Rahimi-Movaghar and Amin-Esmaili, in print) و در مصرف‌کنندگان غیرتزریقی ۱ تا ۴ درصد (Amin-Esmaili and Rahimi-Movaghar, in print) بوده است.

هپاتیت سی بیماری عفونی خطرناک دیگری است که در دو دهه اخیر، مرگ و میر ناشی از آن در جهان ۲ تا ۳ برابر شده و به دلیل ایجاد سیروز کبدی، در صدر اندیکاسیون‌های پیوند کبد قرار گرفته است. هپاتیت سی احتمالاً شایع‌ترین عارضه عفونی مصرف تزریقی مواد در سطح جهان است. در مطالعات همه‌گیری‌شناسی مربوط به معتادان در ایران، شیوع هپاتیت سی در معتادان تزریقی و در مناطق مختلف در محدوده وسیعی از ۱۱/۲ تا ۸۹/۵ درصد گزارش شده است (به نقل از Rahimi-Movaghar et al., 2010).

مطالعات متعدد نشان داده است که شایع‌ترین عامل مسمومیت بزرگسالان در کشور، مسمومیت با مواد است (به نقل از رحیمی موقر و رزاقی، ۱۳۸۵). در مطالعه‌ای کیفی در مورد معتادان تزریقی در شهر تهران، مشخص شد که تقریباً همه افراد شاهد موارد متعددی از مسمومیت ناشی از مصرف مواد در اطرافیان‌شان بوده‌اند و حدود نیمی از افراد، خود سابقه مسمومیت داشته‌اند که اکثراً دو

۱۳۸۶ نیز حاکی از ثبات معنی‌دار آن (حدود ۲۲ سالگی) بوده است. میانگین سن شروع مصرف سیگار نیز در میان مصرف‌کنندگان مواد سطح ثابتی (حدود ۱۸ سالگی) داشته است (نارنجی‌ها و دیگران، ۱۳۸۴، ۱۳۸۸؛ رزاقی و دیگران، ۱۳۸۲). به طور کلی، سن شروع مصرف الکل و حشیش پایین‌تر است، سپس سن شروع مصرف تریاک، و پس از آن سن شروع مصرف هروئین، شیشه و کراک قرار دارد (نارنجی‌ها و دیگران، ۱۳۸۸).

نزدیک به نیمی از معتادان، مصرف مواد را با پیشنهاد دوستان (اغلب دوستان خارج از مدرسه) شروع کرده‌اند. شایع‌ترین مکان اولین مصرف مواد نیز «منزل دوستان» گزارش می‌شود. مطالعات متعدد در مورد معتادان حاکی از این بوده است که دوستان در استمرار مصرف، مقدار مصرف، شیوه مصرف، و نوع ماده مصرفی آنها نقش بسزایی داشته‌اند. در نزدیک به ۲۰ درصد موارد نیز فرد پیشنهاددهنده یکی از افراد خانواده بوده است. حدود نیمی از معتادان وجود سابقه مصرف مواد را در یکی از اعضای خانواده خود ذکر می‌کنند که در اغلب مواقع برادر یا پدر است. همکاران و محیط کار نیز به لحاظ شروع مصرف مواد در رده بعدی اهمیت قرار دارند (نارنجی‌ها و دیگران، ۱۳۸۴، ۱۳۸۸؛ رزاقی و دیگران، ۱۳۸۲).

درخصوص مهم‌ترین علت شروع مصرف مواد، معتادان به ترتیب به کنجکاو، لذت، و فشار دوستان (۴۸/۳ درصد)، مشکلات زندگی (۲۶ درصد)، و دردهای جسمی (۱۱ درصد) اشاره داشته‌اند (رزاقی و دیگران، ۱۳۸۲). بررسی این علل برحسب زمان شروع مصرف مواد نشان داد که در همه دوره‌های زمانی، از نظر معتادان، بیشترین سهم را در شروع مصرف مواد لذت و فشار دوستان داشته است. اما از سال ۱۳۶۲ به این سو، به تدریج از اهمیت این عوامل در شروع مصرف مواد از نظر معتادان کاسته شده، و مشکلات زندگی که در سال‌های قبل کمتر به عنوان علت شروع مصرف مواد قید می‌شد، با گذشت زمان اهمیت بیشتری پیدا کرده است به طوری که در سال‌های بعد از ۱۳۷۲، بیش از ۳۰ درصد معتادان مشکلات زندگی را مهم‌ترین علت شروع مصرف مواد ذکر کرده‌اند. میزان شیوع دردهای جسمی و سایر علل تغییر معنی‌داری در طول زمان نداشته است (رحیمی موقر و دیگران، ۱۳۸۱). سن شروع مصرف مواد در زنان بالاتر و در قریب به اتفاق موارد به تشویق همسر و در درجه بعدی پدر بوده است (رزاقی و دیگران، ۱۳۸۲؛ نارنجی‌ها و دیگران، ۱۳۸۸).

1. overdose

افتخاری‌راد، زهرا. (۱۳۸۲)، «چهره‌نمایی بافت‌های اسکان غیررسمی و عوامل مؤثر بر شکل‌گیری آن»، مجموعه مقالات حاشیه‌نشینی و اسکان غیررسمی، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

خراطها، سعید. (۱۳۸۲)، «حاشیه‌نشینی در محله‌های ناهنجار شهر تهران (مورد محله غربت)»، مجموعه مقالات حاشیه‌نشینی و اسکان غیررسمی، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

رحیمی موقر، آفرین. (۱۳۸۳)، «شیوع و الگوهای مصرف مواد و اعتیاد زنان در ایران»، رفاه اجتماعی، ش ۱۲، ص ۲۲۶-۲۰۳.

رحیمی موقر، آفرین، کاظم محمد و عمران محمد رزاقی. (۱۳۸۱)، «روند ۳۰ ساله وضعیت سوءمصرف مواد در ایران»، حکیم، دوره ۵، ش ۳، ص ۱۸۱-۱۷۱.

رحیمی موقر، آفرین و الهه سهیمی ایزدیان. (۱۳۸۴)، «وضعیت مصرف مواد در دانش‌آموزان کشور»، رفاه اجتماعی، ش ۱۹، ص ۹۳۰.

رحیمی موقر، آفرین و عمران محمد رزاقی. (۱۳۸۵)، «مطالعه کیفی مسمومیت حاد اپیوئیدی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در تهران»، مجله دانشکده پزشکی تهران، دوره ۶۴، ش ۴، ص ۵۳-۴۳.

رحیمی موقر، آفرین، الهه سهیمی ایزدیان و مسعود یونسیان. (۱۳۸۵)، «مطالعه مروری وضعیت مصرف مواد در دانشجویان کشور، پایش، دوره ۵، ش ۲، ص ۱۰۴-۸۳.

رحیمی موقر، آفرین، عمران محمد رزاقی، علی‌اکبر حقدوست، محمدباقر صابری زعفرندی، شهناز باشتی و علی میرزازاده. (۱۳۸۷)، توزیع جغرافیایی اختلالات روانی-اجتماعی و اعتیاد، امکانات و خدمات موجود در ایران در سال ۱۳۸۴، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

رحیمی موقر، آفرین، مسعود یونسیان و الهه سهیمی ایزدیان. (۱۳۸۸)، گزارش مطالعه روند شیوع مصرف مواد در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی.

رزاقی، عمران محمد، آفرین رحیمی موقر، مهدی حسینی، کاظم محمد و سعید مدنی. (۱۳۸۲)، ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف مواد در ایران در سال ۱۳۷۸، تهران، سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، برنامه کنترل مواد سازمان ملل متحد.

ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۸۸)، کتاب سال ۱۳۸۷ ستاد مبارزه با مواد مخدر، تهران.

_____. (۱۳۸۹)، سند جامع پیشگیری اولیه از اعتیاد، تهران.

ستاری، بهزاد، احد اعظم و محمدعلی محمدی. (۱۳۸۲)، «بررسی علل گرایش به اعتیاد در سنین بالای ۱۰ سال در سال ۱۳۸۱ (استان اردبیل)»، رفاه اجتماعی، ش ۹.

سجادی، حمیرا، سعید مدنی قهقرخی و مروئه وامقی. (۱۳۸۸)، مرور مطالعات مرتبط با تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در تهران بر مبنای

یا سه بار بوده است (همان). سازمان پزشکی قانونی کشور سالانه تعداد مرگ و میر ناشی از سوءمصرف مواد را اعلام می‌کند. در سال ۱۳۸۴ این رقم ۴۸۴۱ نفر بوده است (به نقل از رحیمی موقر و دیگران، ۱۳۸۷). بررسی روند نیز حاکی از افزایش سالانه این رقم در ده سال گذشته است.

مجموعه این یافته‌ها نشان می‌دهد که با افزایش عرضه مواد در کشور و تنوع یافتن مواد در دسترس در سال‌های اخیر، وضعیت اعتیاد تشدید شده که عوارض جدی بهداشتی و اجتماعی به همراه داشته است، این در حالی است که با وجود شیوع بالای مصرف تریاک در کشور، ایران سال‌ها در مقایسه با سایر کشورها به‌ویژه کشورهای توسعه‌یافته دارای الگوی کم‌خطری بوده است. بر این اساس، در حال حاضر اعتیاد یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی و اجتماعی کشور شناخته می‌شود.

۵. نتیجه‌گیری

در سال‌های گذشته، الگوهای اعتیاد در کشور تنوع و شدت یافته و عوارض و آسیب‌های فراوان بهداشتی و اجتماعی به همراه داشته است. برای مبارزه و مهار این مشکلات، مسئولان و سیاست‌گذاران انعطاف قابل توجهی در به‌کارگیری دانش روز از خود نشان دادند. این امر موجب اتخاذ سیاست‌های جدید و حتی ابداعاتی در این زمینه شد. موضوع اعتیاد که دو دهه موضوعی امنیتی تلقی می‌شد، به موضوعی اجتماعی بدل گشت، آموزش و پژوهش در پرداختن به آن رونق گرفت، و دسترسی به خدمات افزایش چشمگیر یافت. اما مدیریت و سیاست‌های پیش رو از ثبات کافی برخوردار نبوده و بودجه‌های سالانه نیز نوسانات شدیدی نشان داده است. همچنین ساختارهای زیربنایی در سازمان‌های مسئول ایجاد نشده و تمرکز بیشتر بر گسترش کمی خدمات بوده است. با استفاده از تجربیات گذشته و رفع نواقص کنونی، می‌توان مدیریت مبارزه با مواد را بهبود بخشید و با اعتیاد و زیان‌های جدی ناشی از آن بهتر مقابله کرد.

منابع

ابراهیم‌زاده، عیسی، فرامرز بریمانی و یوسف نصیری. (۱۳۸۳)، «حاشیه‌نشینی، ناهنجاری‌های شهری و راهکارهای تعدیل آن، موردشناسی کریم‌آباد زاهدان»، جغرافیا و توسعه، ش ۳، ص ۱۴۳-۱۲۱.

و آسیب‌ها، بار عوامل خطر سلامت و امید زندگی توأم با سلامت در جمهوری اسلامی ایران، تهران.

_____. (۱۳۸۷)، سلامت و عوامل اجتماعی تعیین‌کننده آن، تهران.

_____. (۱۳۸۸)، آمار عفونت HIV/AIDS در جمهوری اسلامی ایران، تهران.

یاسمی، محمدتقی، داود شاه‌محمدی، محسن نقوی، سید عباس باقری یزدی، علی زجاجی، آفرین رحیمی موقر، مهدی حسینی و هوشمند لایقی. (۱۳۸۱)، گزارش پژوهش بررسی همه‌گیری‌شناسی سوءمصرف مواد در جمهوری اسلامی ایران، تهران، معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ستاد مبارزه با مواد مخدر.

Amin-Esmaili, M. and A. Rahimi-Movaghar. (in print), "A Systematic Review of HIV Prevalence among Non-injecting Drug Users in 10 Years Period (1998-2007) in Iran".

Anderson, T. (2008), "Sociological Theories of Drug Abuse", in: L. Harrison, T. Anderson, S. Martin and C. Robbins, eds., *Drug and Alcohol Use in Social Context*, Belmont, CA, Wadsworth Publishing.

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). (2006), *Annual Report 2006: The State of the Drugs Problem in Europe*, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.

Galea, S. and D. Vlahov, (2002), "Social Determinants and Health of Drug Users: Socioeconomic Status, Homelessness and Incarceration", *Public Health Reports* 117, supplement 1, pp. 135-145.

Matters, B. M., L. Degenhardt, B. Phillips, L. Wiessing, M. Hickman and S. A. Strathdee. (2008), "Global Epidemiology of Injecting Drug Use and HIV among People Who Inject Drugs: A Systematic Review", *Lancet* 372: 1733-1745.

Ministry of Counter Narcotics and UNODC. (2005), *Afghanistan Drug Use Survey*, UNODC, Country Office for Afghanistan.

Ministry of Narcotics Control, Antinarcotics Force, and UNODC. (2007), *Problem Drug Use in Pakistan*, UNODC, Country Office for Pakistan.

مدل سازمان بهداشت جهانی، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

سراج‌زاده، حسن و ایرج فیضی. (۱۳۸۶)، «مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی در بین دانشجویان دانشگاه‌های دولتی در سال تحصیلی ۱۳۸۱-۱۳۸۲»، *رفاه اجتماعی*، س ۶، ش ۵.

طارمیان، فرهاد، جعفر بواله‌ری، حمید پیروی و محمود قاضی طباطبایی. (۱۳۸۶)، «شیوع مصرف مواد در میان دانشجویان شهر تهران»، *روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، دوره ۱۳، ش ۴، ص ۳۴۲-۳۳۵. علی‌وردی‌نیا، اکبر. (۱۳۸۵)، «مطالعه جامعه‌شناختی اعتیاد به مواد مخدر در ایران»، *رفاه اجتماعی*، ش ۲۰.

مؤسسه عالی پژوهش و برنامه‌ریزی توسعه. (۱۳۷۶)، طرح پژوهشی تهیه برنامه ملی مبارزه با مواد مخدر، مروری بر سیاست و نظام مبارزه با مواد مخدر ایران و پیشنهادی برای اصلاح آن، تهران.

میمندی منظومه، شمسی، حسن ضیاءالدینی و علیرضا شریفی یزدی. (۱۳۸۷)، «عوامل مؤثر در گرایش به مواد مخدر از دیدگاه دانش‌آموزان دبیرستانی کرمان ۱۳۸۵»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، س ۱۲، ش ۴.

نارنجی‌ها، هومان، حسن رفیعی، احمدرضا باغستانی، رویا نوری، پیمان‌ه شیرین‌بیان، افشین وجدانی روشن، محمدحسن فرهادی و حسین اعتمادی. (۱۳۸۴)، *ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف و وابستگی به مواد در ایران (نیمه دوم سال ۱۳۸۳)*، گزارش تحقیق، مؤسسه داریوش: مرکز آموزشی و پژوهشی سوءمصرف و وابستگی به مواد، تهران.

نارنجی‌ها، هومان، حسن رفیعی، احمدرضا باغستانی، رویا نوری، بهاره غفوری و لیلا سلیمانی‌نیا. (۱۳۸۸)، *ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف و وابستگی به مواد در ایران (سال ۱۳۸۶)*، تهران، دانژه.

نصیری، معصومه. (۱۳۸۲)، «اعتیاد و رابطه آن با مشاغل شهری»، *تحقیقات جغرافیایی*، س ۱۸، ش ۳.

_____. (۱۳۸۵)، «توزیع جغرافیایی مسکن گروه‌های کم‌درآمد شهری و رابطه آن با اعتیاد با تأکید بر شهر بابل»، *مطالعات اجتماعی ایران*، س ۲، ش ۱.

نقدی، اسدالله و رسول صادقی. (۱۳۸۵)، «حاشیه‌نشینی چالشی فراروی توسعه پایدار شهری (با تأکید بر شهر همدان)»، *رفاه اجتماعی*، ش ۲۰.

نوری، رویا، حسن رفیعی، هومان نارنجی‌ها، حمیدرضا صرامی، احمدرضا باغستانی و آمنه صدیقیان. (۱۳۸۶)، *تحلیل روند پدیده‌های مرتبط با شدت اعتیاد در سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۶*، تهران، مرکز تحقیقات سوءمصرف مواد و وابستگان به مواد.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۸۶)، *مطالعه ملی بار بیماری‌ها*

- [Computer File], ICPSR26701-v1, Research Triangle Park, NC, Research Triangle Institute [producer], Ann Arbor, MI, Inter-university Consortium for Political and Social Research [distributor].
- UNODC. (2008), *World Drug Report 2008*, Vienna, United Nations Office for Drugs and Crime.
- . (2010a), *World Drug Report 2010*, Vienna, United Nations Office for Drugs and Crime.
- . (2010b), *Afghanistan Opium Survey 2010*, Vienna, United Nations Office for Drugs and Crime.
- UNODCCP (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention). (1999), *Global Illicit Drug Trends*.
- Rahimi-Movaghar, A., E. M. Razaghi, E. Sahimi-Izadian and M. Amin-Esmaili. (2010), "HIV, Hepatitis C Virus and Hepatitis B Virus Co-infections among Injecting Drug Users in Tehran, Iran", *International Journal of Infectious Diseases* 14:28-33.
- Rahimi-Movaghar, A. and M. Amin-Esmaili. (in print), "HIV Prevalence among Injecting Drug Users in Iran, A Systematic Review of Studies Conducted from 1998 to 2007", *International Journal of Drug Policy*.
- SAMHSA (U.S. Dept. of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies). (2009), *National Survey on Drug Use and Health, 2008*

خشونت خانوادگی

مروئه وامقی*

مقدمه

خشونت خانگی یا خشونت در میان افراد خانواده سابقه‌ای طولانی در تاریخ بشر دارد و در متون مذهبی و تاریخی به نمونه‌های آن مکرراً اشاره شده است (Edleson, 1999). خشونت در خانواده، در مفهوم عام، خشونت افراد خانواده نسبت به یکدیگر، از جمله زن و شوهر یا شرکای جنسی نسبت به یکدیگر، بزرگسالان نسبت به کودکان، برادران و خواهران نسبت به یکدیگر، و خشونت نسبت به سالمندان خانواده را شامل می‌شود.

خشونت با زنان در خانواده در تمام نقاط جهان و در طبقات اجتماعی مختلف دیده می‌شود و شایع‌ترین شکل خشونت علیه زنان است. براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، ۲۰ تا ۷۶ درصد زنان مورد تهاجم مردانی قرار می‌گیرند که با آنها زندگی می‌کنند (رفیعی‌فر و پارسا، ۱۳۸۰). کودکان نیز در همه جهان

مورد خشونت والدین و مراقبان خود قرار می‌گیرند و گرچه آمار موثق بسیار اندک است، تخمین زده شده است که تنها در سال ۲۰۰۰، تعداد کودکان زیر ۱۵ سالی که در خانواده به قتل رسیده‌اند در جهان بالغ بر ۵۷ هزار نفر بوده است (WHO, 2002). بسیاری معتقدند که خشونت خانگی در نتیجه مختل شدن ساختارهای اخلاقی خانواده در دهه‌های اخیر رو به افزایش است (Levin, 1986). از سویی، برخی محققان براساس الگوی جزر و مد در توجه به خشونت خانگی معتقدند که این نوع خشونت بیش از آنکه افزایش یافته باشد، قابل مشاهده شده است (Gordon, 1988).

در ایران، براساس نتایج چندین مطالعه، شیوع بالایی از خشونت خانگی علیه زنان (قاضی طباطبائی، ۱۳۸۳؛ شمس اسفندآباد و امامی‌پور، ۱۳۸۲؛ نریمانی و آقامحمدیان، ۱۳۸۴؛ جوکار و دیگران، ۱۳۸۴؛ صالحی و مهرعلیان، ۱۳۸۵؛ خسروی و دیگران، ۱۳۸۷؛ سیف ربیعی و دیگران، ۱۳۸۱) و کودکان (شهنی بیلاق و دیگران، ۱۳۸۶؛ نامداری، ۱۳۸۲؛ ویزه و دیگران، ۱۳۸۷؛ میری و دیگران،

* دکترای روان‌پزشکی

(and Wanda, 1999). خشونت خانگی یا خانوادگی عناوین دیگری نیز همچون همسرآزاری، زن‌آزاری، شریک‌آزاری، و خشونت زناشویی می‌یابد که ممکن است به جای هم به کار روند. براساس یک تعریف بالینی «خشونت خانگی عبارت است از الگوی رفتارهای تهاجمی و سرکوبگرانه شامل حملات جسمی، جنسی، روانی و همچنین فشارهای اقتصادی که افراد بزرگسال یا نوجوان علیه شریک عاطفی و/یا جنسی خود به کار می‌برند» (Ganley and Schechter, 1996).

گانلی و شِکتر (1996)، براساس نوع رفتار فرد آزارگر، خشونت خانگی را به انواع زیر تقسیم کرده‌اند:

خشونت جسمی: خشونت جسمی در رفتارهایی مانند

خراشیدن با ناخن، گاز گرفتن، چنگ زدن، تکان دادن، تنه زدن، هل دادن، پرت کردن، پیچ و تاب دادن، مشت زدن، سیلی زدن، اقدام به خفه کردن و سوزاندن بروز می‌یابد.

خشونت روانی: گانلی و شِکتر تهدید، حمله به اموال و

دارایی‌ها، حمله به حیوانات اهلی منزل، آزار عاطفی، جداسازی و منزوی کردن، و استفاده از کودک علیه زن را مصادیق خشونت روانی برمی‌شمارند. اما در نگاهی فراگیرتر به مفهوم خشونت خانگی، به‌ویژه در بعد روانی، خشونت گاه طیف وسیع‌تری از رفتارها مانند کنترل رفتار و تعیین آنچه زن می‌تواند یا نمی‌تواند انجام دهد، محروم کردن از اطلاعات، خرج کردن پولی که متعلق به زن است، ایجاد محدودیت در رفت و آمد یا دسترسی به تلفن را نیز دربرمی‌گیرد (Saltzman et al., 1999).

خشونت جنسی: تحت فشار قرار دادن برای رابطه جنسی،

رابطه جنسی با تهدید و اجبار، اشکال ناخواسته رابطه جنسی، رابطه جنسی در زمان نامناسب، و رابطه جنسی با زور و فشار از موارد اعمال خشونت جنسی است.

خشونت اقتصادی: خشونت اقتصادی رفتارهایی مانند قطع

هزینه رفت و آمد، غذا، پوشاک، سرپناه و پول را شامل می‌شود.

شایان ذکر است که محدوده‌های واضح و مشخصی میان انواع

آزار وجود ندارد و معمولاً اشکال مختلف آزار به صورت همزمان بروز می‌کنند. برای مثال، بدرفتاری روانی اغلب زمانی رخ می‌دهد که انواع دیگر سوءرفتار وجود داشته باشد. برخی از متخصصان

۱۳۸۴؛ دستجردی، ۱۳۸۴؛ زرگر و نشاط‌دوست، ۱۳۸۵) در خانواده گزارش شده است. پیشگیری و مهار خشونت با زنان و کودکان در خانواده و پیامدهای فردی و اجتماعی آن مستلزم شناخت درست وضعیت و علل و نتایج آن است. جمع‌آوری و طبقه‌بندی اطلاعات حاصل از شواهد علمی، سیاست‌گذاران را در برنامه‌ریزی مبتنی بر شواهد یاری می‌دهد و محققان را به زوایای تاریک مسئله در کشور و رفع خلأهای اطلاعاتی رهنمون می‌سازد. در این گزارش تلاش شده است تا براساس شواهد تحقیقی گردآوری‌شده مربوط به محدوده زمانی ۱۳۸۷-۱۳۸۰، تصویر مستندی از مسئله خشونت خانگی در ایران شامل خشونت علیه زنان و کودکان در خانواده ارائه شود.

۱. تعاریف

۱.۱. خشونت

سازمان جهانی بهداشت خشونت را چنین تعریف می‌کند: «استفاده عمدی از نیروی جسمی یا قدرت، به صورت تهدید یا عملی علیه خود یا دیگری یا یک گروه که منجر به آسیب، مرگ، آزار روانی، مشکلات رشدی یا محرومیت می‌گردد یا با احتمال بالای آن همراه است» (WHO, 1996). براساس آنکه خشونت را چه کسی اعمال کند، آن را به سه طبقه خشونت معطوف به خود، خشونت بین فردی و خشونت جمعی تقسیم می‌کنند. به منظور شناخت اشکال اختصاصی‌تر خشونت، این سه طبقه بزرگ به زیرگروه‌های دیگری تقسیم می‌شوند. بر این اساس، خشونت بین فردی به دو زیرگروه تقسیم می‌شود (WHO, 2002):

- خشونت خانوادگی و نسبت به شریک جنسی که میان افراد خانواده و شرکای جنسی و معمولاً (نه همیشه) در خانه اتفاق می‌افتد؛
- خشونت میان افراد غیرفامیل که حتی ممکن است یکدیگر را نشناسند و معمولاً در خارج از خانه اتفاق می‌افتد.

۲.۱. خشونت خانگی

مفهوم خشونت خانگی دربرگیرنده خشونت در میان افراد خانواده است، اما به طور معمول به «خشونت میان بزرگسالانی که شریک جنسی و/یا عاطفی یکدیگر هستند» اطلاق می‌شود (Fantuzzo

منابعی که قاعداً در دسترس خانواده یا مراقبان است و منجر به آسیب به سلامت جسمی، روانی، روحی، اخلاقی و اجتماعی کودک یا بروز احتمال بالای آن شود. این رفتارها شامل ناتوانی در نظارت بر کودک و محافظت او از خطرات تا حد ممکن نیز می‌شود.

آزار جنسی: درگیر شدن کودک در یک فعالیت جنسی که آن را به طور کامل درک نمی‌کند، قادر به رضایت آگاهانه از آن نیست، یا از نظر رشدی برای آن آمادگی ندارد و نمی‌تواند رضایت دهد، یا قوانین یا تابوهای اجتماع را زیر پا می‌گذارد. آزار جنسی کودک عبارت از فعالیت جنسی میان یک کودک و یک بزرگسال یا کودکی دیگر است که از نظر سنی یا رشدی در موقعیت برخوردار از مسئولیت، اعتماد یا قدرت قرار داشته باشد و فعالیت با نیت ارضای نیازهای طرف دیگر صورت می‌گیرد. کودک‌آزاری جنسی شامل موارد زیر است اما محدود به آنها نیست:

- ترغیب یا مجبور کردن کودک به شرکت در هر فعالیت جنسی غیرقانونی؛
- بهره‌کشی از کودک در روسپی‌گری یا سایر فعالیت‌های جنسی غیرقانونی؛
- بهره‌کشی از کودک برای هرزه‌نگاری و تهیه کالاهای آن.

بهره‌کشی: استفاده از کودک در کار یا سایر فعالیت‌های سودآور برای دیگران، مثل روسپی‌گری. این فعالیت‌ها به سلامت جسمی یا روانی، آموزش، یا رشد روحی، اخلاقی، اجتماعی و عاطفی کودک آسیب می‌رسانند.

۲. رویکرد نظری: خشونت خانوادگی و توسعه

خشونت علیه زنان، به‌خصوص خشونت همسر یا شریک جنسی، تا سال‌های اخیر، در بسیاری از حکومت‌ها تنها یک مشکل اجتماعی کوچک تلقی می‌شده است. امروزه تا حد زیادی، بر اثر تلاش‌های سازمان‌های زنان و شواهد برآمده از تحقیقات، خشونت علیه زنان مورد توجه جهانی قرار گرفته و تهدید مهمی برای توسعه اقتصادی و اجتماعی تلقی می‌شود. اهداف توسعه هزاره، که هم‌اکنون مهم‌ترین اولویت‌های توسعه‌ای جامعه جهانی است، جامعه بین‌المللی را به اقداماتی با تأکید بر توسعه انسانی پایدار به عنوان کلید پیشرفت اجتماعی و اقتصادی فرامی‌خواند، و شاخص‌های آن در سطح وسیعی

معتقدند که بدرفتاری روانی زیربنای انواع دیگر بدرفتاری‌هاست. بنابراین، خشونت جسمی و جنسی و عاطفی را می‌توان اشکالی از مرحله حاد اعمال سلطه و کنترل تلقی کرد (ibid.).

۳.۱. خشونت با کودکان (کودک‌آزاری) و انواع آن

در «گزارش مشورتی سازمان جهانی بهداشت در خصوص پیشگیری از کودک‌آزاری» بدرفتاری با کودک چنین تعریف شده است: «کودک‌آزاری یا بدرفتاری با کودک همه انواع بدرفتاری جسمی و/یا عاطفی، آزار جنسی، سهل‌انگاری یا رفتار ناشی از سهل‌انگاری، یا بهره‌کشی اقتصادی و سایر انواع بهره‌کشی را شامل می‌شود که منجر به آسیب بالفعل یا بالقوه به سلامت، حیات، رشد یا کرامت کودک در محدوده روابط مبتنی بر مسئولیت، اعتماد یا قدرت شود» (WHO, 1999).

سازمان جهانی بهداشت کودک‌آزاری را در پنج دسته طبقه‌بندی می‌کند (ibid.):

آزار جسمی: عملی منجر به وارد آمدن آسیب جسمی یا احتمال آن، ناشی از تعامل یا نبود تعاملی قاعداً در کنترل والدین یا فردی که در جایگاه مسئولیت، قدرت یا اعتماد قرار گرفته و ممکن است یک بار یا تکرارشونده باشد.

آزار عاطفی: ناتوانی در فراهم کردن محیط حمایت‌کننده و متناسب برای رشد کودک، از جمله در دسترس بودن یک الگوی اولیه دلبستگی، به گونه‌ای که کودک نتواند به طیفی از شایستگی‌های عاطفی و اجتماعی تثبیت‌شده متناسب با استعدادهای فردی خود در زمینه اجتماعی که در آن زندگی می‌کند دست یابد. همچنین رفتارهایی با کودک که موجب آسیب به سلامت یا رشد جسمی، روانی، روحی، اخلاقی یا اجتماعی وی یا بروز احتمال بالای آن شود. این رفتارها قاعداً باید در محدوده کنترل والدین یا فردی باشد که رابطه‌ای مبتنی بر مسئولیت، اعتماد یا قدرت با کودک دارد و شامل محدود کردن حرکت، الگوهای افترا زدن، سپر بلا کردن، تهدید، ترساندن، تبعیض، تمسخر یا سایر انواع غیرجسمی رفتارهای خصومت‌آمیز و طردکننده است.

سهل‌انگاری و رفتار ناشی از سهل‌انگاری: ناتوانی در فراهم کردن امکانات رشد در همه جنبه‌های سلامت و آموزش، رشد عاطفی، تغذیه، سرپناه، و شرایط زندگی امن در محدوده

وضعیت کودکان و خشونت علیه آنها مؤثر خواهد بود چنانکه با توجه به اهمیت نقش عوامل اجتماعی در سلامت جسمی و روانی افراد جامعه می‌توان انتظار داشت که افزایش دسترسی والدین به آموزش و اشتغال، کاهش فقر در خانواده از طریق بهبود سلامت جسمی و روانی والدین، افزایش مهارت‌های تربیت کودک، و کاهش استرس‌های محیطی به مهار و کاهش خشونت با کودکان بینجامد.

۳. وضعیت خشونت خانوادگی علیه زنان و

کودکان در جهان

۱.۳. خشونت علیه زنان

طبق آمار سال ۱۹۹۷ سازمان جهانی بهداشت، از هر سه زن یک نفر در طول زندگی خود مورد خشونت خانگی واقع می‌شود (سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۸۰). مروری بر مطالعات مربوط به ۳۵ کشور جهان پیش از سال ۱۹۹۹ نیز نشان می‌دهد که ۱۰ تا ۵۲ درصد زنان مورد مطالعه گزارش کرده‌اند که در مقطعی از زندگی تحت آزار شریک جنسی خود قرار گرفته و ۱۰ تا ۳۰ درصد آنها مورد آزار جنسی قرار داشته‌اند (WHO, 2005). همچنین براساس نتایج ۴۸ پیمایش جمعیت عمومی از سراسر جهان، بین ۱۰ تا ۶۹ درصد زنان گزارش کرده‌اند که در مقطعی از زندگی مورد آزار جنسی شریک جنسی خود قرار گرفته‌اند (WHO, 2002). مطالعه سال ۱۹۹۷ سازمان جهانی بهداشت در مورد سلامت و خشونت خانگی علیه زنان بر مبنای اطلاعات مربوط به بیش از ۲۴ هزار زن در ۱۵ منطقه از ۱۰ کشور جهان شامل بنگلادش، برزیل، اتیوپی، ژاپن، نامیبیا، پرو، ساموآ، صربستان و مونتنگرو، تایلند و جمهوری متحد تانزانیا نشان داده است که فراوانی خشونت جسمی، جنسی یا هر دو از طرف شریک جنسی در طول زندگی زنان ۱۵ تا ۷۱ درصد و در بیشتر مناطق بین ۲۹ تا ۶۲ درصد بوده است. زنان در ژاپن کمترین میزان تجربه خشونت جسمی یا جنسی، و زنان شهرستان‌های کشورهای بنگلادش، اتیوپی، پرو و تانزانیا بیشترین میزان را داشته‌اند. همچنین در کشورهایی که شهرهای بزرگ و شهرستان‌ها هر دو مورد مطالعه قرار گرفته‌اند، میزان کلی خشونت شریک جنسی در شهرستان‌ها که جمعیت روستایی بیشتری را در خود جای می‌دهند بالاتر بوده است (WHO, 2005).

برای اندازه‌گیری فرایند توسعه در سطح ملی و جهانی پذیرفته شده‌اند. در بیانیه هزاره به روشنی بر اطمینان از تأمین حقوق و فرصت‌های برابر برای زنان و مردان تأکید شده و در اهداف توسعه هزاره برابری و توانمندی زنان مورد توجه خاص قرار گرفته است. به علاوه، برابری جنسیتی برای دستیابی به سایر اهداف توسعه هزاره ضروری شمرده شده است. در نگاه اول به نظر می‌رسد که رابطه میان توسعه پایدار و خشونت علیه زنان در بیانیه هزاره تصریح نشده است، اما بررسی دقیق‌تر نشان می‌دهد که خشونت با زنان هم به عنوان مظهر نابرابری مفرط جنسیتی و هم ابزار تداوم آن به شدت با اهداف هزاره مرتبط است. به علاوه، اهداف هزاره استدلال‌ها و ورودی‌های قدرتمندی برای رویکردهای مختلف به منظور ریشه‌کنی خشونت علیه زنان فراهم می‌آورد (WHO, 2005).

هرچند در اهداف توسعه هزاره خشونت با کودکان همانند وضعیت خشونت علیه زنان و تبعات آن برای توسعه انسانی مورد توجه قرار نگرفته است، در تعدادی از آنها، به وضعیت کودکان و بهبود آن در جهت تحقق اهداف توسعه توجه جدی شده است. علاوه بر در نظر گرفتن وضعیت سلامت، رفاه و آموزش کودکان به طور عام، از اجزای اهداف مورد نظر نیز مصادیق خشونت علیه کودکان در مفهوم فراگیر آن در ابعاد جسمی، روانی، جنسی و سهل‌انگاری استنباط می‌شود. از جمله، هدف نخست از اهداف توسعه هزاره ریشه‌کنی فقر و گرسنگی را با توجه به وضعیت کودکان مورد توجه قرار داده است، هدف شماره دو به دسترسی همگانی به آموزش ابتدایی پرداخته، و هدف شماره چهار کاهش مرگ و میر کودکان را مد نظر قرار داده است.^۱ به این ترتیب، بهبود وضعیت سلامت و کاهش مرگ و میر کودکان از طریق مهار و کاهش اعمال خشونت و آسیب والدین به سلامت روانی و جسمی و جنسی کودکان را می‌توان در تحقق اهداف هزاره مورد توجه قرار داد. همچنین تغذیه و آموزش کودکان، که بی‌توجهی به آنها از مصادیق سهل‌انگاری نسبت به کودکان به شمار می‌رود، در اهداف توسعه هزاره، در ریشه‌کنی فقر و گرسنگی و تلاش برای دسترسی به آموزش ابتدایی در نظر گرفته شده است. به علاوه، تحقق برخی از اهداف هزاره به شکل غیرمستقیم بر

۱. قابل دسترسی در <http://www.un.org/millenniumgoals/poverty.shtml>

ایالات متحده آمریکا

پیمایش ملی خشونت خانوادگی^۱ در آمریکا، که در سال‌های ۱۹۷۹ و ۱۹۸۷ با ۶۰۰۰ نمونه اجرا شد، نشان داده است که از هر ۱۰۰۰ زن آمریکایی، ۱۱۶ نفر نوعی از خشونت جسمی یا کلامی و ۳۴ نفر خشونت شدید شریک جنسی مرد را گزارش کرده‌اند؛ و از هر ۱۰۰۰ زن، ۴۴ نفر مرتکب خشونت جسمی یا کلامی نسبت به شریک جنسی مرد خود شده‌اند. پیمایش ملی قربانی جرم^۲ نیز، که در دپارتمان قضایی آمریکا طراحی و از طریق تلفن و با نمونه‌ای شامل ۴۹۰۰۰ خانواده در سال ۱۹۹۳ اجرا شده است، شیوع سالیانه خشونت جسمی علیه زنان از جانب شریک جنسی و/یا عاطفی را ۹/۳ نفر از هر ۱۰ هزار زن آمریکایی برآورد کرده است (Fantuzzo and Wanda, 1999). همچنین، براساس نتایج پیمایش ملی خشونت علیه زنان^۳ اجراشده در سال ۲۰۰۰، سالیانه در حدود ۴/۸ میلیون تجاوز جنسی و حمله جسمی به زنان و ۲/۹ میلیون حمله جسمی به مردان در آمریکا رخ می‌دهد (Tjaden and Thoennes, 2000).

اروپا

براساس نتایج مطالعات سازمان جهانی بهداشت در کشورهای مختلف، شیوع تمام عمر خشونت خانگی در هلند ۲۱ درصد، در نروژ ۱۸ درصد، در سوئیس ۲۱ درصد و در ترکیه ۵۸ درصد گزارش شده است (WHO, 2002). پیمایش جرم در بریتانیا^۴، که وقوع یا تهدید به خشونت جسمی نسبت به زنان ۱۶ تا ۵۹ ساله را از جانب شریک جنسی آنان در سال ۱۹۹۶ مورد بررسی قرار داده، نشان داده است که ۲۳ درصد زنان و ۱۵ درصد مردان در طول عمر خود مورد حمله فیزیکی شریک جنسی قرار گرفته‌اند (Mirrlees-Black, 1999).

آسیا

در مطالعه سازمان جهانی بهداشت در ۱۵ منطقه جهان، وضعیت خشونت خانگی در برخی کشورهای آسیایی شامل بنگلادش، تایلند و ژاپن نیز بررسی شده است (WHO, 2005). براساس این گزارش،

شیوع تمام عمر خشونت جسمی شریک جنسی با زنان در مناطق شهری بنگلادش ۴۰ درصد، شیوع خشونت جنسی ۳۷ درصد، و وقوع خشونت جسمی و جنسی هر دو ۵۳ درصد گزارش شده است. در مناطق روستایی، میزان شیوع به ترتیب ۴۲، ۵۰ و ۶۲ درصد بوده که شیوع بالاتر خشونت جنسی را در مقایسه با مناطق شهری نشان می‌دهد. در تایلند، شیوع در مناطق شهری به ترتیب ۲۳، ۳۰ و ۴۱ درصد و در مناطق روستایی ۳۴، ۲۹ و ۴۷ درصد گزارش شده است که شیوع بالاتر خشونت جسمی را در مناطق روستایی نشان می‌دهد. در مناطق شهری ژاپن، شیوع خشونت جسمی ۱۳ درصد، خشونت جنسی ۶ درصد، و هر دو نوع خشونت ۱۵ درصد گزارش شده است که پایین‌ترین میزان شیوع خشونت در میان کشورهای مورد مطالعه بوده است. مطالعات انجام‌شده در برخی دیگر از کشورهای آسیایی داده‌های مختلفی را از شیوع خشونت جسمی به دست می‌دهند. شیوع تمام عمر خشونت جسمی در کامبوج ۱۶ درصد، در فیلیپین براساس مطالعه ملی ۱۰ درصد، در مناطق مختلف هندوستان و در رابطه جاری از ۳۰ تا ۴۵ درصد، و در جمهوری کره شیوع در یک سال هدف مطالعه ملی ۳۸ درصد تخمین زده شده است (WHO, 2002).

منطقه خاورمیانه

مطالعات سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۲ در ۴۸ کشور جهان، سه بررسی در مورد خشونت خانگی در منطقه خاورمیانه را نیز دربرمی‌گیرد. در این مطالعات، شیوع خشونت جسمی نسبت به زنان از جانب شریک جنسی در مصر در آن سال ۱۶ درصد و در طول عمر ۳۴ درصد برآورد شده است. شیوع خشونت جسمی در آن در اسرائیل ۳۲ درصد و در غزه و کرانه باختری ۵۲ درصد تخمین زده شده که در میان کشورهای مورد مطالعه بالاترین میزان است (ibid.).

۲.۳. خشونت علیه کودکان

براساس گزارش خشونت و سلامت سازمان جهانی بهداشت، مطالعات در نواحی مختلف جهان نشان می‌دهند که کودکان نیز در بسیاری از مواقع قربانی آزار یا سهل‌انگاری و نیازمند خدمات و مراقبت‌های پزشکی می‌شوند (ibid.). در بیشتر مناطق جهان، پسران بیشتر از دختران قربانی کتک و تنبیه بدنی می‌شوند در

1. National Family Violence Survey (NFVS)

2. National Crime Victimization Survey (NCVS)

3. National Violence Against Women Survey (NVAW)

4. British Crime Survey (BCS)

نسبت به کودکان، ۱۹ درصد سهل‌انگاری جسمی، ۱۲ درصد ترک، ۱۱ درصد سهل‌انگاری تحصیلی و ۴۸ درصد آسیب فیزیکی ناشی از نبود مراقبت کافی بوده است (Troeme and Wolfe, 2001).

اروپا

مرور مطالعات انجام‌شده در خصوص آزار جسمی، جنسی و سهل‌انگاری در اروپا نشان می‌دهد که ۶-۳۶ درصد دختران و ۱-۱۵ درصد پسران زیر ۱۶ سال تجربه آزار جنسی را ذکر کرده‌اند. اما در مورد آزار جسمی این رقم ۵۰-۵ درصد گزارش شده است. پراکندگی داده‌ها در مطالعات مانع از جمع‌بندی روشنی در خصوص آزار روانی کودکان است (Lampe, 2002). نتایج پیمایشی در رومانی نشان داده است که ۴-۶ درصد کودکان آزار جسمی شدید و مکرر شامل زدن با اشیاء، سوزانده شدن یا محروم شدن از غذا را تجربه کرده‌اند و تقریباً نیمی از والدین رومانیایی اظهار کرده‌اند که مرتب کودکان خود را می‌زنند و در ۱۶ درصد موارد تنبیه با یک وسیله صورت می‌گیرد (WHO, 2002).

آسیا

مطالعه‌ای جدید در جمهوری کره نشان داده است که ۶۷ درصد والدین کتک زدن کودکان به منظور تربیت آنها را تأیید کرده‌اند (ibid.). داده‌های طرح بررسی جهانی آزار در محیط خانواده^۱ در مورد گزارش مادران از رفتارهای تربیتی نشان می‌دهد که ۳۶ درصد والدین در مناطق شهری هند و ۲۱ درصد در فیلیپین از ضربه زدن با اشیاء به قسمت‌های مختلف بدن کودک به عنوان تنبیه استفاده می‌کنند. همچنین در چین خشونت شدید والدین ۴۶۱ مورد در هر ۱۰۰۰ نفر گزارش شده است (ibid.).

۴. وضعیت خشونت خانوادگی در ایران

۱.۴. قوانین مرتبط با خشونت علیه زنان

قوانین جاری: قوانین جاری کشور را از حیث ارتباط آن با مسئله خشونت خانگی علیه زنان می‌توان از زاویه برابری حقوق زن و مرد در خانواده در ابعاد اقتصادی، روانی، جسمی و جنسی و میزان

حالی که دختران با خطر بالاتر نوزادکشی، آزار جنسی، سهل‌انگاری، و وادار شدن به تن‌فروشی مواجهند. در بسیاری از کشورها، زنان بیشتر از مردان از تنبیه بدنی استفاده می‌کنند اما در مواردی که خشونت جسمی منجر به مرگ کودک شده است، بیشتر پدران عامل خشونت بوده‌اند (ibid.). تعداد کودکانی که در جهان مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند نامشخص است اما یافته‌های مطالعات بین‌المللی که از سال ۱۹۸۰ انجام شده حاکی از آن است که در حدود ۲۰ درصد زنان و ۱۰-۵ درصد مردان در کودکی آزار جنسی دیده‌اند (Finkelhor, 1994). آزار روانی کودکان تا حد زیادی تحت تأثیر عوامل فرهنگی است و به روش‌های تربیت کودکان در فرهنگ‌های مختلف بستگی دارد.

شواهدی وجود دارد که فریاد زدن بر سر کودکان واکنش مشترک والدین نسبت به کودکان در بسیاری از کشورهای جهان است. اما رفتارهایی مانند تهدید کودکان به ترک آنها یا حبس کردن در خانه در کشورهای مختلف شیوع متفاوتی دارد. در مجموع می‌توان گفت مطالعات اندکی در مورد چگونگی تعریف کودکان و والدین از سهل‌انگاری و تفاوت‌های میان آنها انجام شده است. هرچند خشونت‌های شدیدتر مانند سوزاندن یا تهدید با چاقو یا اسلحه بسیار کمتر گزارش شده است، گزارش‌های مشابه از کشورهای مختلف نشان می‌دهد که تنبیه‌های خشن بدنی از جانب والدین در همه‌جا و در حد قابل ملاحظه‌ای وجود داشته است (WHO, 2002).

ایالات متحده آمریکا

در سال ۲۰۰۸ در ایالات متحده، براساس داده‌های مربوط به ۳/۷ میلیون کودک از همه ایالات کشور، ۷۷۲ هزار کودک قربانی کودک‌آزاری بوده‌اند؛ به عبارت دیگر، از هر ۱۰ هزار کودک، ۱۰/۳ نفر مورد آزار واقع شده‌اند. براساس این مطالعه ملی، در سراسر کشور، ۹/۱ درصد کودکان مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند و شیوع بدرفتاری روانی ۷/۳ درصد گزارش شده است (U.S. Department of Health and Human Services, 2010). حدود ۳۳ درصد قربانیان بدرفتاری کمتر از ۴ سال، ۲۳/۶ درصد بین ۴-۷ سال و ۱۸/۹ درصد بین ۸-۱۰ سال سن داشته‌اند و شیوع آزار در دو جنس تقریباً مساوی بوده است (ibid.). در کانادا یک مطالعه ملی از موارد ارجاع‌شده به خدمات رفاه کودک نشان داد که، در میان موارد سهل‌انگاری

1. World Studies of Abuse in the Family Environment (WorldSAFE)

«هرگاه مردی همسر خود را در حال زنا با مرد اجنبی مشاهده کند و علم به تمکین زن داشته باشد می‌تواند در همان حال آنان را به قتل برساند و در صورتی که زن مکره باشد (به اجبار تن به عمل جنسی داده باشد) فقط مرد را می‌تواند به قتل برساند. حکم ضرب و جرح نیز در این موارد مانند قتل است» (سجادی، ۱۳۸۸).

همچنین مجازات قتل زنان در مقایسه با مردان در قوانین مدنی کمتر است. براساس ماده ۳۰۰ قانون مجازات اسلامی «دیة قتل زن مسلمان خواه عمدی خواه غیرعمدی نصف دیة مرد مسلمان است». نیز براساس ماده ۲۰۹ قانون مجازات اسلامی «هرگاه مرد مسلمانی عمداً زن مسلمان را بکشد محکوم به قصاص است لیکن باید ولی زن قبل از قصاص قاتل، نصف دیة مرد را به او بپردازد» (همان).

از سویی، ماده ۱۱۱۵ قانون مدنی در حمایت از زنان در برابر مخاطرات جانی و مالی و اخلاقی در خانواده تصریح می‌کند که «اگر بودن زن با شوهر در یک منزل متضمن خوف ضرر بدنی یا مالی یا شرافتی برای زن باشد زن می‌تواند مسکن علیحده اختیار کند و در صورت ثبوت مظنة ضرر مزبور محکمه حکم بازگشت به منزل شوهر نخواهد داد و مادام که زن در بازگشتن به منزل مزبور معذور است نفقه بر عهده شوهر خواهد بود». اما حکم موضوع این ماده حق مرد را در انتخاب مسکن به طور کامل محدود نمی‌سازد و صرفاً به زن حق می‌دهد که با مرد در یک محل زندگی نکند. به این ترتیب، زن در انتخاب محل سکونت آزاد نیست و اگر در خصوص محل سکونای زن بین زوجین توافق حاصل نشود، دادگاه طبق ماده ۱۱۱۶ قانون مدنی، با جلب نظر اقربای نزدیک طرفین، منزل زن را معین خواهد کرد و در صورتی که اقربایی نباشد، خود محکمه محل مورد اطمینانی را تعیین می‌کند (شادی‌طلب، ۱۳۸۵).

همچنین، به منظور حمایت اقتصادی از زنان همسران، در ماده ۱۱۰۶ قانون مدنی تصریح شده است که در عقد دائم، نفقه زن به عهده شوهر است و مصادیق نفقه در ماده ۱۷۰۷ به این ترتیب بیان شده است: «نفقه عبارت است از همه نیازهای متعارف و متناسب با وضعیت زن از قبیل مسکن، البسه، غذا، اثاث منزل و هزینه‌های درمانی و بهداشتی و خادم در صورت عادت یا احتیاج به واسطه نقصان یا مرض» (مصوب ۱۳۸۱/۸/۱۹). ماده ۱۱۱۱ قانون مدنی نیز می‌گوید: «زن می‌تواند در صورت استنکاف شوهر از دادن نفقه به محکمه رجوع کند. در این صورت محکمه میزان نفقه را معین و

حمایت قوانین از زنان در مقابل تضییع حقوق ایشان از سوی همسر مورد بررسی قرار داد. در تحلیلی کلی، قوانین موضع‌گیری تبعیض‌آمیزی در مورد حقوق زنان در خانواده در مقایسه با مردان دارد، به گونه‌ای که مردان در روابط خانوادگی از حقوق و امتیازات بالاتری برخوردارند و قانون خود اعمال محدودیت، کنترل و خشونت یک‌سویه مرد را نسبت به همسر خود در روابط خانوادگی مجاز می‌شمارد. در عین حال، موادی از قانون مدنی که از زنان در مقابل مصادیق تضییع حقوق آنان در خانواده حمایت می‌کند، در بسیاری از موارد به دلیل وجود نکات مبهم و مد نظر قرار ندادن اجزای موضوع مورد نظر قانون یا ضعف رویه اجرایی قوانین، امکان حمایت کامل از زنان را فراهم نمی‌سازد.

در توصیف جنبه تبعیض‌آمیز بودن قوانین می‌توان به ماده ۱۱۰۵ قانون مدنی اشاره کرد که «در روابط زوجین ریاست خانواده را از خصایص شوهر» می‌داند. همچنین می‌توان به موادی قانونی اشاره کرد که ایجاد محدودیت‌های اجتماعی برای همسر از جانب شوهر را، که مصداق آزار یا خشونت روانی و اقتصادی است، مورد تأیید قرار داده است. از جمله، ماده ۱۱۱۷ قانون مدنی تصریح می‌کند که «شوهر می‌تواند زن خود را از حرفه یا صنعتی که منافی مصالح خانوادگی یا حیثیات خود یا زن باشد منع کند» و تعیین مصادیق آن نیز بر عهده همسر است. همچنین براساس ماده ۱۱۱۴ قانون مدنی «زن باید در منزلی که شوهر تعیین می‌کند سکنی نماید مگر آنکه اختیار تعیین منزل به زن داده شده باشد» یا طبق ماده ۱۸ قانون گذرنامه «زنان شوهردار ولو کمتر از ۱۸ سال تمام صرفاً با موافقت کتبی شوهر حق خروج از کشور را دارند» (شادی‌طلب، ۱۳۸۵).

در قانون مدنی ایران، پدر دارای ولایت قهری است اما مادر از حق ولایت بر فرزند خود محروم است مگر آنکه به موجب وصیت پدر، ولی خاص طفل شود. ماده ۱۱۸۰ قانون مدنی در این خصوص چنین آورده است: «طفل صغیر تحت ولایت قهری پدر و جد پدری خود می‌باشد و همچنین است طفل غیررشدید یا مجنون در صورتی که عدم رشد یا جنون او متصل به صغر باشد» (همان).

در خصوص مصادیق قانونی مجاز شمردن اعمال خشونت مرد نسبت به همسر، در مورد خشونت‌های جسمی می‌توان به ماده ۶۳۰ قانون مجازات اسلامی اشاره کرد که صراحتاً خشونت شوهر نسبت به همسر و حتی قتل وی را در مورد خاص مجاز می‌شمارد:

در مورد اطفالی هم که به دلیل نداشتن سرپرست در معرض سوءاستفاده و بدرفتاری قرار دارند، می‌توان با مداخلهٔ زودرس و از طریق نهادهای رسمی و غیررسمی از بزه دیدگی اولیه یا تکرار بزه‌دیدگی آنها در جامعه جلوگیری کرد. از جمله قوانینی که به این منظور پیش‌بینی شده‌اند می‌توان به «قانون حمایت از کودکان بدون سرپرست» (مصوب ۲۹ اسفند ۱۳۵۳) و «قانون زنان و کودکان بی‌سرپرست» (مصوب ۲۴ آبان ۱۳۷۱) اشاره کرد.

همچنین قوانین مدنی ایران، با مقرر ساختن سازوکارهای خاص نظیر حضانت، ولایت، الزام به انفاق اطفال، وصایت، قیمومیت، و فرزندخواندگی، به حمایت از اطفال پرداخته‌اند تا مانع از در معرض خطر قرار گرفتن سلامت روانی و اخلاقی و جسمی و وضعیت اجتماعی آنان شوند. اقدامات فوق هم در قالب پیشگیری ثانویه از بزه‌دیدگی و هم در چارچوب پیشگیری اولیه قابل تحلیل و بررسی است.

قوانین کیفری: در قوانین کیفری، غالباً بدون آنکه تعریفی از کودک‌آزاری ارائه شود، مصادیق آزار کودکان و سوءاستفاده از آنها تعیین شده است. قبل از پیروزی انقلاب اسلامی، باب دوم قانون مجازات عمومی (مصوب ۱۳۰۴ و اصلاحی ۱۳۵۲) به جنحه و جنایت نسبت به اطفال اختصاص داشت. بعد از پیروزی انقلاب، با تصویب قانون تعزیرات (۱۳۶۲)، در بخشی از آن با عنوان «جرایم علیه اشخاص و اطفال»، برخی از جرایم علیه اطفال مورد توجه قرار گرفت. با تصویب کتاب پنجم از قانون مجازات اسلامی در سال ۱۳۷۵ نیز عنوان فوق در فصل هفدهم این قانون حفظ گردید. در آذر ۱۳۸۱، تحت تأثیر یافته‌های روان‌شناختی، جرم‌شناختی و جامعه‌شناختی و به منظور حمایت از کودکان و کاهش و پیشگیری از کودک‌آزاری، قانونی با عنوان «قانون حمایت از کودکان و نوجوانان» به تصویب نمایندگان مجلس شورای اسلامی رسید. این قانون بدین جهت که نخستین بار اصطلاح «کودک‌آزاری» را وارد متون حقوق کیفری ایران کرد و به تعریف آن و ذکر مصادیقش پرداخت بسیار حائز اهمیت است (زینالی، ۱۳۸۲ به نقل از مدنی، ۱۳۸۵). در مادهٔ ۲ این طرح آمده است: «هر نوع اذیت و آزار کودکان و نوجوانان که موجب شود به آنان صدمهٔ جسمانی یا روانی و اخلاقی وارد شده و سلامت جسم یا روان آنان را به مخاطره اندازد ممنوع و مستوجب تعزیر است.» هنگام تصویب نهایی قانون در آذر ۱۳۸۱، تنها عبارت «مستوجب تعزیر است» از آخر ماده

شوهر را به دادن آن محکوم خواهد کرد.» همچنین در مادهٔ ۱۱۲۹ قانون مدنی، در جهت حمایت از زن در مقابل نفقه پرداخت نکردن شوهر، تصریح شده است: «در صورت استتکاف شوهر از دادن نفقه و عدم امکان اجرای حکم محکمه و الزام او به دادن نفقه زن می‌تواند برای طلاق به حاکم رجوع کند و حاکم شوهر او را اجبار به طلاق می‌نماید. همچنین است در صورت عجز شوهر از دادن نفقه.» در تبصرهٔ این ماده، در حمایت از زن در برابر انواع خشونت نیز قانون‌گذار یکی از موارد عسر و حرج یعنی «به وجود آمدن وضعیتی که ادامهٔ زندگی را برای زوجه با مشقت همراه ساخته و تحمل آن مشکل باشد» را «ضرب و شتم یا هرگونه سوءاستفادهٔ مستمر زوج که عرفاً با توجه به وضعیت زوجه قابل تحمل نباشد» ذکر می‌کند (سجادی، ۱۳۸۹).

همین‌طور در مادهٔ ۱۱۱۹ قانون مدنی در حمایت از زن آمده است: «طرفین عقد ازدواج می‌توانند هر شرطی که مخالف با مقتضای عقد مزبور نباشد در ضمن عقد ازدواج یا عقد لازم دیگر بنمایند مثل اینکه شرط شود هرگاه شوهر... برعلیه حیات زن سوءظن یا سوءرفتاری نماید که زندگانی آنها با یکدیگر غیرقابل تحمل شود زن وکیل و وکیل در توکیل باشد که پس از اثبات تحقق شرط در محکمهٔ نهایی خود را مطلقه سازد» (همان).

۲.۴. قوانین مرتبط با کودک‌آزاری

قوانین مدنی: در قلمرو حقوق مدنی، کودکانی را که در معرض انواع بدرفتاری و سوءاستفاده قرار دارند کودکان در معرض خطر می‌نامند (نجفی ابرندآبادی و هاشم‌بیگی، ۱۳۷۷ به نقل از مدنی، ۱۳۸۵). قوانین مدنی با سازوکارهای خاص خود از چنین اطفالی حمایت می‌کنند. پیشگیری ثانویه از بزه‌دیدگی اطفال ناظر بر اطفال در معرض خطر بزه‌دیدگی و همچنین اتخاذ اقدام‌هایی در جهت جلوگیری از ورود مجدد طفل به حیطهٔ بزه‌دیدگی است. در واقع، این نوع پیشگیری بیشتر معطوف به کودکان در معرض خطر است. از جملهٔ این قوانین مادهٔ ۱۱۷۳ قانون مدنی است که، با ذکر مصادیقی از وضعیت کودکان در معرض خطر، در حقیقت به پیشگیری توجه و، با پیش‌بینی ضمانت اجرای سلب حق حضانت از پدر و مادر در شرایطی که احتمال بزه‌دیدگی طفل یا تکرار بزه‌دیدگی وی می‌رود، به نوعی پیشگیری در جهت حمایت از اطفال اقدام کرده است.

مسئولیت نگاهداری و سرپرستی کودکان را بر عهده دارند، به محض مشاهده موارد کودک‌آزاری، مراتب را برای پیگرد قانونی و اتخاذ تصمیم مقتضی به مقامات صالح قضایی اعلام می‌کنند (یونیسف ایران، ۱۳۸۵).

۳.۴. سیاست‌ها و برنامه‌های مرتبط با خشونت علیه زنان و کودکان در خانواده

در جهت اجرای سیاست‌های کلی برنامه چهارم توسعه، و همچنین تحقق اهداف سند چشم‌انداز ۲۰ ساله کشور، «برنامه جامع توسعه مشارکت زنان» تدوین شده که متن کامل آن در جلد دوم اسناد برنامه چهارم توسعه آمده است، و مرکز امور زنان و خانواده ریاست جمهوری مسئول اجرای مفاد این سند است. بر این اساس، مرکز امور زنان و خانواده موظف است، با همکاری دستگاه‌های دولتی و نهادهای عمومی ذی‌ربط و سازمان‌های غیردولتی، راهکارهای اجرایی مفاد این سند را در چارچوب سیاست‌های کلی تدوین و برحسب مورد، اجرای آن را پیگیری نماید (سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، ۱۳۸۵).

عمده‌ترین هدف مورد توجه در برنامه جامع را می‌توان «عدالت جنسیتی» دانست. در متن سند آمده است: «جمهوری اسلامی ایران اصل را بر 'عدالت اجتماعی' برای تمامی شهروندان بدون در نظر گرفتن سن، جنس و قومیت نهاده است.» در واقع، مهم‌ترین هدف مورد توجه این برنامه که با استناد به روح کلی قانون اساسی تدوین شده «ناظر بر مساوات و برابری زنان و مردان» است. البته، در بخش دیگری از هدف‌گذاری این برنامه که متکی بر «سند چشم‌انداز ۲۰ ساله کشور» است، بر «تحکیم قداست نهاد خانواده» تأکید شده است که بیشتر متوجه نقش مادری زنان در تربیت فرزندان است.

در این سند، پس از تشریح اهداف کلی و کیفی برنامه جامع، ظرفیت‌ها و تنگناهای مرتبط با وضعیت زنان شرح داده شده است و در ادامه، با توجه به ظرفیت‌ها و تنگناهای مورد اشاره، اهداف کمی و جزئی‌تر این برنامه از سال ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۸ تدوین شده و سیاست‌ها و خط‌مشی‌های تحقق این اهداف در قالب چهار محور تشریح شده است. عناوین این محورها عبارت‌اند از: ۱) سیاست‌ها و خط‌مشی‌های اجرایی جهت تحقق عدالت اجتماعی و امنیت انسانی، ۲) سیاست‌ها و خط‌مشی‌های اجرایی جهت ارتقای کیفیت زندگی، افزایش سلامت و تأمین اجتماعی زنان، ۳) سیاست‌ها و

حذف شد و طرح پس از رفت و برگشت‌های فراوان بین مجلس و شورای نگهبان، و پذیرش نظرات شورای نگهبان در مجلس، در ۹ ماده به تصویب و در نهایت به تأیید شورای نگهبان نیز رسید.

مواد ۳ و ۴ قانون حمایت از کودکان و نوجوانان مقرر می‌دارد که «هرگونه خرید، فروش، بهره‌کشی و به‌کارگیری کودکان به منظور ارتکاب اعمال خلاف از قبیل قاچاق، ممنوع و مرتکب حسب مورد علاوه بر جبران خسارت وارده به شش ماه تا یک سال زندان و یا به جزای نقدی از ده میلیون ریال تا بیست میلیون ریال محکوم خواهد شد». مطابق ماده ۴ قانون فوق «هرگونه صدمه و اذیت و آزار و شکنجه جسمی و روحی کودکان و نادیده گرفتن عمدی سلامت و بهداشت روانی و جسمی و ممانعت از تحصیل آنان ممنوع و مرتکب به سه ماه و یک روز تا شش ماه حبس یا ده میلیون ریال جزای نقدی محکوم می‌گردد». این قانون حاوی نوآوری‌هایی در جهت بهبود شرایط کودکان بوده است که آنها را می‌توان این‌گونه برشمرد:

- ورود اصطلاح «کودک‌آزاری» به متون حقوق کیفری ایران: براساس مواد ۲ و ۵ که متأثر از مواد ۱۹ و ۳۴ کنوانسیون حقوق کودک به تصویب رسیده‌اند.
- افزایش سن طفولیت در حوزه بزه‌دیدگی‌های مربوط به این قانون به ۱۸ سال: براساس ماده ۱ این قانون، کلیه اشخاصی که به ۱۸ سال تمام شمسی نرسیده‌اند از حمایت‌های مقرر در این قانون بهره‌مند می‌شوند.
- جرم‌انگاری رفتارهایی که کودک‌آزاری محسوب می‌شوند: براساس این قانون، هرگونه اذیت و آزار و صدمه زدن به کودکان، شکنجه جسمی و روحی آنان، نادیده گرفتن سلامت عمومی و بهداشت روانی و جسمی کودکان، ممانعت از تحصیل آنان، و نیز هرگونه خرید و فروش، بهره‌کشی، و به‌کارگیری کودکان به منظور ارتکاب اعمال خلاف، جرم تلقی و برای آن مجازات تعیین شده است.
- جنبه عمومی بخشیدن به جرم کودک‌آزاری: براساس ماده ۵ این قانون، کودک‌آزاری از جرایم عمومی است و نیاز به شکایت شاکی خصوصی ندارد.
- اجباری کردن گزارش موارد کودک‌آزاری و تعیین ضمانت اجرا: کلیه افراد و مؤسسات و مراکزی که به نحوی

تفاهم‌نامه همکاری سازمان بهزیستی و قوه قضاییه:

براساس این تفاهم‌نامه که بین معاونت اجتماعی سازمان بهزیستی و اداره کل امور فرهنگی و اجتماعی قوه قضاییه منعقد شده است، سازمان بهزیستی نسبت به پذیرش و ارائه خدمات تخصصی به بزه‌دیدگان (به‌ویژه زنان و کودکان) معرفی شده دستگاه قضایی که در معرض خشونت‌های خانگی (کودک‌آزاری، همسرآزاری، معلول‌آزاری، والدین‌آزاری و...) قرار داشته‌اند اقدام می‌کند و تسهیلات اسکان موقت برای این گروه از زنان و کودکان در معرض آسیب و آسیب‌دیده اجتماعی فراهم می‌آورد.

طرح پایگاه سلامت اجتماعی: هدف این طرح که مجری

آن معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی است ارتقای سطح سلامت اجتماعی و روانی افراد جامعه و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی است. پایگاه سلامت اجتماعی مکانی است که همه اقشار و گروه‌های اجتماع می‌توانند برای دریافت راهنمایی، اطلاعات یا خدمات اولیه در ارتباط با مسائل اجتماعی، فردی، حقوقی و غیره مراجعه کنند. از جمله موارد مورد توجه این پایگاه‌ها ارائه خدمات مختلف مشاورتی و مددکاری، حقوقی، قضایی و انتظامی، اجتماعی، آموزشی و اطلاع‌رسانی به افراد درگیر در خشونت‌های خانوادگی است.

خط تلفن اورژانس اجتماعی (۱۲۳): با توجه به وظایف

سازمان بهزیستی کشور در خصوص لزوم حمایت از افراد در معرض آسیب اجتماعی، معاونت اجتماعی این سازمان خط تلفن سه‌رقمی اورژانس اجتماعی را به منظور دستیابی آسان و سریع افراد گروه‌های هدف دایر کرده است. علاوه بر امکان مشاوره تلفنی، مددکاران اجتماعی در خودروهای ۱۲۳ نیز مشاوره رایگان و کوتاه‌مدت حضوری ارائه می‌دهند و مراجعه‌کنندگان را برای ادامه مشاوره به مراکز دیگر معرفی می‌کنند. ارائه خدمات به صورت شبانه‌روزی و هدف از آن دسترسی داشتن همه افراد جامعه به خدمات تخصصی است.

طرح آموزش پیش از ازدواج: آموزش پیش از ازدواج از

سال ۱۳۸۱ در دفتر پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور به عنوان برنامه‌ای پیشگیرانه و ارتقایی در دستور کار قرار گرفت. اهداف کلی آن عبارت‌اند از ارتقای کیفیت و سلامت ازدواج و پیشگیری از آسیب‌های مرتبط با ازدواج مانند همسرآزاری و کودک‌آزاری.

طرح آموزش زندگی خانوادگی: این طرح را معاونت

خط‌مشی‌های اجرایی جهت توسعه دانش و آگاهی و ارتقای بهره‌وری سرمایه انسانی زنان به منظور حضور مؤثر آنان در عرصه‌های مختلف، و ۴) سیاست‌ها و خط‌مشی‌های اجرایی جهت ایجاد بسترهای لازم برای افزایش سهم زنان در عرصه‌های مختلف اقتصادی و اجتماعی کشور.

براساس این محورهای چهارگانه، چهارده اقدام مشخص اجرایی در قالب برنامه‌های زمانمند برای اجرا در طول سال‌های مورد نظر برنامه چهارم توسعه مقرر شده است. برخی اقدامات در نظر گرفته شده را می‌توان به طور غیرمستقیم و با برداشتی عام از مفهوم خشونت علیه زنان در خانواده، مرتبط با آن در نظر گرفت. برنامه تقویت بنیان خانواده، که اجرای آن در بلندمدت بر عهده مرکز امور زنان و خانواده نهاده شده، و ایجاد نظام رفاه و تأمین اجتماعی زنان، که در میان‌مدت وظیفه وزارت رفاه و تأمین اجتماعی در نظر گرفته شده است، از این جمله‌اند. از میان اقدامات پیش‌بینی شده، امحای خشونت علیه زنان را می‌توان مرتبط‌ترین برنامه با خشونت خانگی تلقی کرد که مسئول اجرای آن در درازمدت وزارت رفاه است (همان).

در میان سازمان‌های دولتی، سازمان بهزیستی بیشترین سهم را در فعالیت‌های مربوط به خشونت خانگی دارد و برخی نهادهای دیگر مانند وزارت رفاه، وزارت کشور و وزارت بهداشت نیز در برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در این حوزه نقش ایفا می‌کنند. سازمان بهزیستی خدماتی در قالب چند طرح اجرایی به زنان و کودکان خشونت‌دیده ارائه می‌کند. به علاوه، به منظور پیشگیری از خشونت در خانواده نیز خدماتی به خانواده‌ها ارائه می‌شود. مهم‌ترین این خدمات عبارت‌اند از:

مراکز مداخله در بحران‌های اجتماعی (اورژانس اجتماعی):

مراکز مداخله در بحران‌های اجتماعی معاونت اجتماعی سازمان بهزیستی که در تمامی مراکز استان‌ها و برخی شهرهای کوچک‌تر مستقرند خدمات مددکاری، روان‌شناسی و حقوقی به زنان و کودکان آزاردیده ارائه می‌دهند و، در صورت لزوم، امکان اقامت کوتاه‌مدت آنها را در مرکز یا ارجاع کودکان به مراکز نگهداری درازمدت را فراهم می‌کنند. این مراکز به صورت شبانه‌روزی مراجعان را از طریق مراجعه مستقیم، تماس با تلفن ۱۲۳، و ارجاع از دستگاه‌های قضایی و انتظامی پذیرش می‌کنند.

انواع آزار روانی، شیوع آزار جنسی، انواع آزار جنسی، عوامل فردی مرتبط با همسرآزاری در ایران شامل سن زن و مرد، مدت ازدواج، و تعداد فرزندان، و عوامل اجتماعی- اقتصادی شامل تحصیلات زن و مرد، شغل، وضعیت اقتصادی و اعتیاد مرد.

شیوع آزار

شیوع کلی خشونت شوهر نسبت به زن شامل خشونت جسمی، جنسی و روانی در مطالعات از ۱۷/۵ درصد در زنان باردار سبزوار (بداغ‌آبادی، ۱۳۸۴) تا ۹۳/۶ درصد در تنکابن (قهاری و دیگران، ۱۳۸۴) گزارش شده است. این طیف در تهران اندکی بسته‌تر است و شیوع خشونت از ۳۵/۷ درصد (احمدی و دیگران، ۱۳۸۵) تا ۸۱/۷ درصد (شمس اسفندآباد و امامی‌پور، ۱۳۸۲) گزارش شده است.

در مطالعات مربوط به زنان در جمعیت عمومی، شیوع آزار در چهار مطالعه^۲ ۳۵/۷-۴۶ درصد (سیف ربیعی و دیگران، ۱۳۸۱؛ موسوی و اسحاقیان، ۱۳۸۳؛ احمدی و دیگران، ۱۳۸۵؛ بلالی مبینی و حسنی، ۱۳۸۸) و در پنج مطالعه^۳ ۶۲-۹۳/۶ درصد (شمس اسفندآباد و امامی‌پور، ۱۳۸۲؛ قاضی طباطبائی، ۱۳۸۳؛ قهاری و دیگران، ۱۳۸۴؛ جوکار و دیگران، ۱۳۸۴؛ نریمانی و آقامحمدیان، ۱۳۸۴) تخمین زده شده است. در حالی که شیوع خشونت با زنان باردار از ۱۷/۵ درصد در سبزوار (بداغ‌آبادی، ۱۳۸۴) تا ۶۷/۵ درصد در شهرکرد (صالحی و مهرعلیان، ۱۳۸۵) و در سه مطالعه ۴۸/۶-۶۷/۵ درصد بوده است. در تنها مطالعه کشوری انجام شده در مراکز ۲۸ استان (قاضی طباطبائی، ۱۳۸۳)، شیوع حداقل یک بار تجربه خشونت در طول عمر ۶۶ درصد گزارش شده است.

نسبت شیوع انواع آزار

براساس نتایج یازده مطالعه (دولتیان و دیگران، ۱۳۸۷ الف؛ خسروی و دیگران، ۱۳۸۷؛ بلالی مبینی و حسنی، ۱۳۸۸؛ جعفرنژاد و دیگران، ۱۳۸۸؛ قهاری و دیگران، ۱۳۸۴، ۱۳۸۵؛ جوکار و دیگران، ۱۳۸۴؛ نریمانی و آقامحمدیان، ۱۳۸۴؛ صالحی و مهرعلیان، ۱۳۸۵؛ احمدی و دیگران، ۱۳۸۵؛ Faramarzi et al., 2005) بالاترین فراوانی در میان سه نوع آزار جسمی، روانی و جنسی مربوط به آزار روانی، و

اجتماعی سازمان بهزیستی با هدف ارتقای مهارت‌های ارتباطی (گفت‌وگو)، ارائه مفهوم تعارض و شیوه نگرش به آن در زندگی خانوادگی، بحث در مورد شیوه‌های سازنده و مخرب حل تعارض، آشنایی با مهارت حل تعارض در زندگی خانوادگی، جلب توجه شرکت‌کنندگان به اهمیت گفت‌وگو در زندگی خانوادگی، آشنایی با گفت‌وگو و ویژگی‌های گفت‌وگوی مؤثر، مهارت یافتن شرکت‌کنندگان در گفت‌وگوی خانوادگی، آشنایی با مهارت‌های فرزندپروری و تبدیل آن به کاری رضایت‌بخش، بررسی تأثیر والد شدن بر روابط زوجی و خانوادگی، و بررسی برخی عقاید رایج در مورد فرزندپروری اجرا می‌کند. خدمات طرح عبارت‌اند از: معرفی خدمات سازمان بهزیستی به تماس‌گیرندگان، اعزام واحد سیار اورژانس اجتماعی به محل، ارائه راهنمایی‌های لازم به تماس‌گیرندگان، ارجاع تماس‌گیرندگان به مراکز تابعه سازمان (توان‌بخشی، پیشگیری و اجتماعی)، و ارجاع افراد به مراکز مداخله در بحران‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی (اورژانس اجتماعی).

۴.۴. شاخص‌های وضعیت خشونت علیه زنان در خانواده^۱

تنوع مطالعات مربوط به خشونت علیه زنان در دوره زمانی ۱۳۸۰-۱۳۸۶ از حیث گروه‌های مورد مطالعه شامل زنان در جمعیت عمومی، زنان مراجعه‌کننده به مراکز درمانی، زنان مراجعه‌کننده به مراکز انتظامی و پزشکی قانونی، تنوع شهرهایی که مطالعات در آنها انجام شده است، همچنین تنوع ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات در مطالعات مختلف سبب شده است که نمودار روند شیوع شکل کاملاً نامنظمی به خود بگیرد و تحلیل آن امکان‌پذیر نباشد. مشخصات این مطالعات در جدول ۱ آمده است.

شاخص‌های مرتبط با خشونت علیه زنان در خانواده که در این بخش توضیح داده خواهند شد عبارت‌اند از: شیوع آزار، نسبت شیوع انواع آزار، شیوع آزار جسمی، انواع آزار جسمی، شیوع آزار روانی،

۱. اطلاعات این بخش از نتایج ۴۸ مقاله به چاپ رسیده در مجلات علمی- پژوهشی به دست آمده است، شامل یک مطالعه کشوری در مراکز ۲۸ استان کشور، ۱۷ مطالعه در تهران، ۴ مطالعه در اصفهان، ۳ مطالعه در سمنان، ۳ مطالعه در بابل، ۲ مطالعه در هریک از شهرهای ارومیه، سمنان، سبزوار، مریوان، و یک مطالعه در هریک از شهرهای تنکابن، زنجان، یاسوج، بوشهر، هفشجان، شهرکرد، اردبیل، گچساران، کرج، کرمان و مشهد، و یک مطالعه در سه شهر یاسوج، گچساران و دهدشت.

۲. حجم نمونه ۲۳۸۵ نفر

۳. حجم نمونه مطالعه کشوری ۱۴۶۶۲ نفر و چهار مطالعه دیگر ۱۶۴۴ نفر

دادن، کتک زدن با دست، کتک زدن با مشت و لگد، کتک زدن با کمریند، هل دادن و پرت کردن، پرتاب اشیاء، سوزاندن، اقدام به خفه کردن، و چاقو زدن ذکر شده است. همچنین انواع خشونت در مطالعات برحسب شدت آنها از خشونت‌های بدون آسیب جدی یا با آسیب خفیف مانند کبودی و خراشیدگی تا خشونت‌های منجر به آسیب شدید یا پایدار مانند شکستگی و سوختگی طبقه‌بندی شده‌اند. در همه مطالعات، شیوع خشونت‌های با شدت کمتر و بدون آسیب جدی مانند سیلی زدن و کتک زدن با مشت و لگد بالاتر از خشونت‌های شدید مانند سوزاندن و زدن با ایجاد شکستگی بوده است. شیوع خشونت‌های شدید علیه زنان باردار کمتر از جمعیت عمومی به نظر می‌رسد.

شیوع آزار روانی

شیوع خشونت روانی در مطالعات از ۲۹ درصد در جمعیت عمومی تهران (احمدی و دیگران، ۱۳۸۵) تا ۹۱ درصد در میان دانشجویان تنکابن (قهراری و دیگران، ۱۳۸۴) گزارش شده است. شیوع در تهران ۲۹-۸۵/۴ درصد و در استان‌ها ۹۱-۳۷/۱ درصد (قهراری و دیگران، ۱۳۸۴؛ دولتیان و دیگران، ۱۳۸۷) گزارش شده است.

جمعیت عمومی: شیوع خشونت روانی در جمعیت عمومی براساس نتایج مطالعات از ۲۹ درصد در جمعیت عمومی تهران (احمدی و دیگران، ۱۳۸۵) تا ۹۱ درصد در میان دانشجویان تنکابن (قهراری و دیگران، ۱۳۸۴) گزارش شده است. **زنان باردار:** شیوع آزار روانی در دوران بارداری محدوده کوچک‌تری دارد و از ۳۷/۱ درصد در مریوان (دولتیان و دیگران، ۱۳۸۷) تا ۵۷ درصد در سمنجان (خسروی و دیگران، ۱۳۸۷) برآورد شده است.

انواع آزار روانی

آزار روانی نیز در مطالعات برحسب انواع و شدت مورد بررسی قرار گرفته است. انواع آزار روانی در مطالعات عبارت است از: فحاشی و ناسزاگویی، داد زدن، تحقیر و سرزنش، بدبینی، کنترل رفت و آمد و ممانعت از خروج از منزل، بی‌توجهی به احساسات، صحبت نکردن، جلوگیری از تحصیل، جلوگیری از اشتغال، جلوگیری از ارتباط با خانواده، تهدید به گرفتن فرزندان، و تهدید به طلاق. همچنین در برخی مطالعات، انواع خشونت روانی براساس شدت طبقه‌بندی شده‌اند. به رغم آنکه در مطالعات مختلف، خشونت روانی با تعاریف

براساس نتایج هشت مطالعه (عارفی، ۱۳۸۲؛ قهراری و دیگران، ۱۳۸۴، ۱۳۸۵؛ جوکار و دیگران، ۱۳۸۴؛ نریمانی و آقامحمدیان، ۱۳۸۴؛ صالحی و مهرعلیان، ۱۳۸۵؛ احمدی و دیگران، ۱۳۸۵؛ بلالی میبیدی و حسنی، ۱۳۸۸) کمترین فراوانی مربوط به آزار جنسی بوده است. در سه مطالعه مرتبط با دوران بارداری (دولتیان و دیگران، ۱۳۸۰، ۱۳۸۷، الف؛ خسروی و دیگران، ۱۳۸۷) بالاترین فراوانی مربوط به آزار جنسی یا روانی و کمترین آن مربوط به آزار جسمی بوده است.

شیوع آزار جسمی

شیوع آزار جسمی در مطالعات از ۸/۵ درصد در زنان باردار سمنجان (هاشمی‌نسب، ۱۳۸۵) تا ۵۵/۶ درصد در زنان جمعیت عمومی کرمان (بلالی میبیدی و حسنی، ۱۳۸۸) گزارش شده است. در تهران، شیوع خشونت جسمی از ۱۱/۹ درصد (نجومی و اکرمی، ۱۳۸۱) تا ۳۱/۵ درصد (قهراری و دیگران، ۱۳۸۵) و در شهرستان‌ها ۵۵/۶ - ۸/۵ درصد (هاشمی‌نسب، ۱۳۸۵؛ بلالی میبیدی و حسنی، ۱۳۸۸) بوده است.

جمعیت عمومی: در مطالعات مربوط به زنان در جمعیت عمومی، شیوع آزار جسمی در دو مطالعه^۱ ۵۵ درصد (قهراری و دیگران، ۱۳۸۴) و ۵۵/۶ درصد (بلالی میبیدی و حسنی، ۱۳۸۸) و در نه مطالعه^۲ ۱۱/۹-۳۶/۴ درصد (نجومی و اکرمی، ۱۳۸۱؛ صابریان و دیگران، ۱۳۸۳؛ الف؛ همتی، ۱۳۸۳؛ نریمانی و آقامحمدیان، ۱۳۸۴؛ قهراری و دیگران، ۱۳۸۵؛ جوکار و دیگران، ۱۳۸۴؛ احمدی و دیگران، ۱۳۸۵؛ قاضی طباطبائی، ۱۳۸۳؛ Ghazizadeh, 2005) تخمین زده شده است.

زنان باردار: شیوع آزار جسمی در دوران بارداری نیز از ۸/۵ درصد در سمنجان (هاشمی‌نسب، ۱۳۸۵) تا ۳۴/۵ درصد در شهرکرد (صالحی و مهرعلیان، ۱۳۸۵) برآورد شده است.

انواع آزار جسمی

آزارهای جسمی در مطالعات مختلف به تفکیک نوع و شدت بررسی شده‌اند. انواع خشونت وارد شده بر زنان در مطالعات سیلی زدن، هل

۱. حجم نمونه ۷۵۳ نفر

۲. حجم نمونه مطالعه کشوری ۱۴۶۶۲ نفر و هشت مطالعه دیگر ۵۶۱۸ نفر

جغرافیایی مطالعات، تنوع جمعیت مورد مطالعه از حیث سن، تنوع ابزار مورد استفاده، انواع متعدد آزار، و تمرکز مطالعات بر انواع متفاوتی از آزار کودکان، تعیین روند براساس نتایج مطالعات امکان پذیر نیست. مشخصات این مطالعات در جدول ۲ آمده است. شاخص‌های استخراج شده از مطالعات که در این بخش توضیح داده خواهند شد عبارت‌اند از: شیوع و بروز کلی آزار کودک، نسبت شیوع انواع آزار، شیوع آزار جسمی، جنسی، روانی، و سهل انگاری، جنسیت کودک، هویت فرد آزارگر، عوامل فردی و خانوادگی مرتبط شامل سن کودک، ویژگی‌های فردی و خانوادگی کودک، ویژگی‌های روانی والدین، بعد خانوار، طلاق والدین، و عوامل اجتماعی و اقتصادی مرتبط شامل تحصیلات والدین، شغل والدین، درآمد خانواده و اعتیاد در خانواده.

شیوع و بروز

شیوع کلی خشونت خانگی با کودکان در دو مطالعه بررسی و ۳۳ درصد (شهینی بیلاق و دیگران، ۱۳۸۶) و ۳۴ درصد (قاسم‌زاده، ۱۳۸۰) گزارش شده است. هیچ مطالعه‌ای یافت نشد که بروز کودک‌آزاری را برآورد کرده باشد، اما تعدادی از مطالعات شیوع کودک‌آزاری را به تفکیک انواع آن گزارش کرده‌اند.

نسبت شیوع انواع آزار

از میان انواع خشونت نسبت به کودکان در خانواده، در برخی از مطالعات (زمانی فرد، ۱۳۸۴؛ محمدخانی، ۱۳۸۰؛ دستجردی، ۱۳۸۴) خشونت جسمی و در تعدادی دیگر (زرگر و نشاط‌دوست، ۱۳۸۵؛ میری و دیگران، ۱۳۸۴؛ شهینی بیلاق و دیگران، ۱۳۸۶؛ نامداری، ۱۳۸۲) خشونت روانی بالاترین شیوع را داشته است. در هیچ مطالعه‌ای خشونت جنسی یا سهل انگاری بالاترین شیوع را نداشته است. کمترین شیوع در برخی مطالعات (زرگر و نشاط‌دوست، ۱۳۸۵؛ نامداری، ۱۳۸۲) مربوط به آزار جنسی و در برخی (ویژه و دیگران، ۱۳۸۷؛ شهینی بیلاق و دیگران، ۱۳۸۶) مربوط به آزار جسمی و در یک مطالعه مربوط به سهل انگاری (زمانی فرد، ۱۳۸۴) بوده است.

شیوع آزار جسمی

شیوع آزار جسمی در مطالعات از ۱۷/۵ درصد (ویژه و دیگران،

و مصادیق متفاوتی بررسی شده است، در مجموع، شایع‌ترین انواع خشونت روانی فحاشی و داد زدن، تحقیر و کم‌محلی، و بی‌توجهی شوهر به احساسات زن ذکر شده است.

شیوع آزار جنسی

شیوع آزار جنسی در مطالعات از ۱۰ درصد در جمعیت عمومی تهران (احمدی و دیگران، ۱۳۸۵) تا ۴۴/۶ درصد در جمعیت زنان باردار مریوان (دولتیان و دیگران، ۱۳۸۷) گزارش شده است. در تهران، شیوع ۱۰ درصد (احمدی و دیگران، ۱۳۸۵) و ۳۰/۴ درصد (قهاری و دیگران، ۱۳۸۵) و در استان‌ها ۱۲/۲-۴۴/۶ درصد (نریمانی و آقامحمدیان، ۱۳۸۴؛ دولتیان و دیگران، ۱۳۸۷) گزارش شده است.

جمعیت عمومی: شیوع آزار جنسی در جمعیت عمومی از ۱۰ درصد در جمعیت عمومی تهران (احمدی و دیگران، ۱۳۸۵) تا ۴۲/۴ درصد در زنان شهر بابل (Faramarzi et al., 2005) گزارش شده است.

زنان باردار: شیوع آزار جنسی در بارداری از ۱۳/۸ درصد در شهرکرد (صالحی و مهرعلیان، ۱۳۸۵) تا ۴۴/۶ درصد در مریوان (دولتیان و دیگران، ۱۳۸۷) تخمین زده است. به این ترتیب، بالاترین رقم شیوع خشونت جنسی مربوط به دوران بارداری است.

انواع آزار جنسی

انواع آزار جنسی در مطالعات عبارت است از: قطع رابطه جنسی، رابطه جنسی اجباری و با زور و فشار، عدم رضایت جنسی زن از رابطه جنسی، و رابطه جنسی با روش‌های نامطلوب (رابطه غیرواژینال). مطالعات محدود بوده است، اما به نظر می‌رسد شایع‌ترین آزار جنسی برقراری رابطه جنسی اجباری و بدون رضایت زن است.

۵.۴. شاخص‌های وضعیت خشونت علیه کودکان در خانواده^۱

با توجه به محدودیت تعداد مطالعات، نبود مطالعات کشوری، تنوع

۱. اطلاعات این بخش از مرور ۲۰ مقاله و پایان‌نامه حاصل از مطالعات در تهران و شهرستان‌ها به دست آمده است، شامل ۱۱ مطالعه در تهران، یک مطالعه در شش شهر استان‌های آذربایجان شرقی و غربی، و یک مطالعه در هریک از شهرهای اصفهان، خرم‌آباد، نهاوند، سمنان، بیه‌ماه‌آباد، اهواز، رفسنجان و کرمان. اکثریت قریب به اتفاق این مطالعات در کتاب کودک‌آزاری تألیف دکتر سعید مدنی قهفرخی (۱۳۹۰) به چاپ رسیده که نگارنده از آن در این بخش استفاده فراوان برده است.

جنسیت کودکان آزاردیده

نتایج مطالعات در خصوص شیوع خشونت در دو جنس متفاوت است و تعدادی از مطالعات شیوع کلی خشونت را در دختران و برخی در پسران بالاتر گزارش کرده‌اند. همچنین شیوع برخی انواع خشونت در دو جنس متفاوت ذکر شده اما به دلیل محدودیت تعداد مطالعات، جمع‌بندی از نتایج آنها مقدور نیست.

هویت فرد آزارگر

تعداد مطالعات اندک است اما نتایج همان تعداد نشان می‌دهد که بیشترین آزار نسبت به کودکان در خانه و به دست افراد خانواده وقوع می‌یابد. آزارگری هریک از افراد خانواده شامل پدر و مادر، برادر و خواهر، ناپدری و نامادری و حتی بستگان درجه دوم گزارش شده است، اما غالباً بستگان درجه یک، عمدتاً پدر، و پس از وی مادر و پس از آنها برادران، بیشترین خشونت را نسبت به کودکان اعمال کرده‌اند.

۶.۴. عوامل مرتبط با خشونت خانوادگی

عوامل فردی مرتبط با همسرآزاری

سن زن و مرد: در اغلب مطالعات، رابطه معناداری میان سن زن و وقوع خشونت علیه وی مشاهده شده است اما در برخی مطالعات با افزایش سن بر وقوع خشونت افزوده و در برخی از آن کاسته شده است. در مطالعه ملی خشونت علیه زنان نیز بالاترین فراوانی وقوع خشونت در مورد زنان ۵۹-۵۰ سال و کمترین فراوانی در مورد زنان ۲۴-۲۰ سال گزارش شده است (قاضی طباطبائی، ۱۳۸۳). بیشتر مطالعاتی که رابطه معنادار معکوس بین سن زن و فراوانی خشونت یا فراوانی بالاتر خشونت را در مورد زنان با سن کمتر نشان داده‌اند (افتخار و دیگران، ۱۳۸۳؛ ربانی و جوادیان، ۱۳۸۶؛ فرخ اسلاملو و بوشهری، ۱۳۸۶؛ شعبانی و دیگران، ۱۳۸۷) مربوط به زنان خشونت‌دیده مراجعه‌کننده به مراجع حمایتی و قانونی هستند. براساس نتایج کلی مطالعات می‌توان نتیجه گرفت که فراوانی خشونت خانگی با افزایش سن زن بالاتر می‌رود. سن مرد نیز در بیشتر مطالعات رابطه معناداری با وقوع خشونت داشته است اما جهت این رابطه مشخص نیست.

مدت ازدواج: بیشتر مطالعات وجود رابطه‌ای معنادار را میان مدت ازدواج و فراوانی خشونت خانگی تأیید می‌کنند، هرچند در

(۱۳۸۷) در دانش‌آموزان مقطع دبیرستان تهران تا ۵۸/۲ درصد (نامداری، ۱۳۸۲) در دانش‌آموزان مقطع راهنمایی خرم‌آباد گزارش شده است. در استان‌ها شیوع خشونت جسمی از ۲۰/۲ درصد (میری و دیگران، ۱۳۸۴) در دانش‌آموزان دبیرستانی بم تا ۵۲/۸ درصد (نامداری، ۱۳۸۲) در دانش‌آموزان مقطع راهنمایی خرم‌آباد گزارش شده است.

شیوع آزار روانی

شیوع آزار روانی در مطالعات از ۲۴/۵ درصد (زمانی فرد، ۱۳۸۴) در کودکان مقطع راهنمایی نهاوند تا ۹۱/۶ درصد (نامداری، ۱۳۸۲) در دانش‌آموزان مقطع راهنمایی خرم‌آباد گزارش شده است. در صورت در نظر نگرفتن مطالعه نامداری (۱۳۸۲) با شیوع ۹۱/۶ درصد و مطالعه شهینی ییلاق و دیگران (۱۳۸۶) با شیوع ۷۰ درصد که بیشترین میزان‌های گزارش شده هستند، در سایر مطالعات، شیوع از ۲۴/۵ درصد (زمانی فرد، ۱۳۸۴) در نهاوند تا ۴۹/۴ درصد (ویژه و دیگران، ۱۳۸۷) در تهران برآورد شده است. در استان‌ها نیز شیوع از ۲۴/۵ درصد (زمانی فرد، ۱۳۸۴) در نهاوند تا ۹۱/۶ درصد (نامداری، ۱۳۸۲) در خرم‌آباد گزارش شده است.

شیوع آزار جنسی

شیوع خشونت جنسی در مطالعات از ۴/۴ درصد (زرگر و نشاط‌دوست، ۱۳۸۵) در اصفهان و مربوط به کودکانی که با خط تلفن کودک‌آزاری تماس گرفته‌اند تا ۳۴/۱ درصد (محمدخانی، ۱۳۸۰) در کودکان مقطع راهنمایی شهر تهران گزارش شده است. شیوع در استان‌ها از ۴/۴ درصد (زرگر و نشاط‌دوست، ۱۳۸۵) در اصفهان تا ۳۲/۵ درصد (نامداری، ۱۳۸۲) در کودکان مقطع راهنمایی خرم‌آباد برآورد شده است.

شیوع سهل‌انگاری

شیوع سهل‌انگاری از ۲۱/۵ درصد (زمانی فرد، ۱۳۸۴) در کودکان مقطع راهنمایی نهاوند تا ۳۶/۴ درصد (ویژه و دیگران، ۱۳۸۷) در دانش‌آموزان دبیرستانی تهران گزارش شده است. در استان‌ها شیوع از ۲۱/۵ درصد (زمانی فرد، ۱۳۸۴) در کودکان مقطع راهنمایی نهاوند تا ۳۴ درصد (شهینی ییلاق و دیگران، ۱۳۸۶) در کودکان مقطع راهنمایی اهواز برآورد شده است.

همسر در اکثر مطالعات تأیید شده است که به معنی تفاوت معنادار میان دو گروه مردان معتاد و غیرمعتاد در خشونت با همسر است.

عوامل فردی و خانوادگی مرتبط با کودک‌آزاری

سن کودک: مطالعاتی که شیوع پایین‌تری از آزار جسمی (۲۰/۲-۱۷/۵ درصد) را گزارش کرده‌اند (ویژه و دیگران، ۱۳۸۷؛ میری و دیگران، ۱۳۸۴) مربوط به مقطع دبیرستان و مطالعات حاکی از شیوع بالاتر (۵۸/۲-۳۳ درصد) این نوع خشونت (نامداری، ۱۳۸۲؛ محمدخانی، ۱۳۸۰؛ شهنی ییلاق و دیگران، ۱۳۸۶؛ زمانی فرد، ۱۳۸۴) مربوط به مقطع راهنمایی هستند. در خصوص سن وقوع آزار روانی، دو مطالعه با تفاوت قابل توجه شیوع مربوط به مقطع راهنمایی است (شهنی ییلاق و دیگران، ۱۳۸۶؛ نامداری، ۱۳۸۲). اما در مورد آزار جنسی و سهل‌انگاری، محدودیت تعداد مطالعات و تفاوت یافته‌های مربوط به گروه‌های سنی یکسان مانع از تشخیص الگوی واضح سنی در کودکان آزاردیده است.

ویژگی‌های جسمی و روانی-اجتماعی کودک: در تعدادی از مطالعات، ویژگی‌های جسمی و روانی-اجتماعی کودکان ارتباط معناداری با وقوع خشونت در خانواده نسبت به آنها داشته یا تفاوت معناداری میان این ویژگی‌ها در کودکان آزاردیده و غیرآزاردیده وجود داشته است. از جمله، در کودکان ناشنوا، وقوع کودک‌آزاری جسمی، جنسی و روانی تفاوت معناداری با کودکان عادی و حتی نابینا داشته است و از آنها بیشتر بوده است (جلالی‌فر، ۱۳۸۵). همچنین در برخی مطالعات (قاسم‌زاده، ۱۳۸۰؛ شهنی ییلاق و دیگران، ۱۳۸۶؛ صحبائی و دیگران، ۱۳۸۵؛ ممقانی و جوانمرد، ۱۳۸۶؛ عزیززاده، ۱۳۸۵) میان وقوع کودک‌آزاری و مشکلات روان‌شناختی کودکان مانند کمبود عزت نفس و سازگاری، اختلالات رفتاری، بیماری‌های روانی، و عملکرد تحصیلی و اجتماعی آنان رابطه معناداری مشاهده شده است اما جهت این رابطه مشخص نیست.

ویژگی‌های روانی والدین: براساس نتایج برخی مطالعات، شیوع بالایی از مشکلات جسمی و روانی در والدین کودکان آزاردیده مشاهده می‌شود (قاسم‌زاده، ۱۳۸۰؛ شهاب، ۱۳۸۴؛ تقی‌خانی، ۱۳۸۱). همچنین مطالعات دیگری حاکی از ضعف سلامت عمومی والدین کودکان آزاردیده نسبت به کودکان غیرآزاردیده است (شهنی ییلاق و دیگران، ۱۳۸۶) و تفاوت

برخی مطالعات جهت رابطه مشخص نیست و در برخی نیز این رابطه مستقیم و در تعدادی معکوس ذکر شده است.

تعداد فرزندان: بیشتر مطالعات رابطه معناداری میان تعداد فرزندان و خشونت خانگی نشان می‌دهند اما جهت رابطه نامشخص یا در برخی مستقیم و در تعدادی معکوس است.

عوامل اقتصادی-اجتماعی مرتبط با همسرآزاری

تحصیلات زن و مرد: در اکثر مطالعات، رابطه‌ای معنادار و معکوس میان میزان تحصیلات زن و شیوع خشونت خانگی به معنی بالاتر بودن فراوانی خشونت خانگی با زنان بی‌سواد یا دارای تحصیلات ابتدایی در مقایسه با زنان باسواد و دارای تحصیلات بالاتر، به‌خصوص تحصیلات دانشگاهی، مشاهده شده است. چهار مطالعه که رابطه را غیرمعنادار برآورد کرده‌اند (صالحی و مهرعلیان، ۱۳۸۵؛ جعفرنژاد و دیگران، ۱۳۸۸؛ شعبانی و دیگران، ۱۳۸۷؛ هاشمی‌نسب، ۱۳۸۵) مربوط به دوران بارداری بوده است. در خصوص تحصیلات مرد نیز اکثر مطالعات وجود رابطه معنادار معکوس میان میزان تحصیلات شوهر و خشونت نسبت به زن را مورد تأیید قرار داده‌اند. به عبارت دیگر، براساس نتایج اکثر مطالعات، با افزایش تحصیلات زن و مرد، به‌ویژه برخورداری از تحصیلات دانشگاهی، از میزان خشونت علیه زنان در خانواده کاسته می‌شود. سه مطالعه‌ای که رابطه را غیرمعنادار برآورد کرده‌اند (صالحی و مهرعلیان، ۱۳۸۵؛ خسروی و دیگران، ۱۳۸۷؛ شعبانی و دیگران، ۱۳۸۷؛ هاشمی‌نسب، ۱۳۸۵) مربوط به دوران بارداری است.

شغل زن و مرد: تعدادی از مطالعات بالاتر بودن فراوانی خشونت نسبت به زنان خانه‌دار را در مقایسه با زنان شاغل نشان داده‌اند. همچنین رابطه میان بیکاری مرد و خشونت نسبت به همسر در برخی مطالعات معنادار بوده و برخی مطالعات نیز رابطه معناداری میان نوع اشتغال و خشونت نسبت به همسر نشان داده‌اند.

وضعیت اقتصادی: در اکثر مطالعات، رابطه معنادار معکوس میان خشونت علیه زنان در خانواده و درآمد خانواده، به معنی شیوع بالاتر خشونت نسبت به همسر در خانواده‌های با درآمد پایین‌تر مشاهده شده است.

اعتیاد شوهر به مواد مخدر و/یا الکل: وجود رابطه معنادار میان اعتیاد به مواد مخدر و/یا الکل و اعمال خشونت نسبت به

(محمدخانی، ۱۳۸۰؛ میری و دیگران، ۱۳۸۴؛ صحبائی و دیگران، ۱۳۸۵؛ نامداری، ۱۳۸۲) و در برخی دیگر رابطه معناداری میان این دو دیده نشده است (قاسم‌زاده، ۱۳۸۰؛ عزیززاده، ۱۳۸۵).

درآمد خانواده: نتایج بیشتر مطالعات نشان می‌دهند که میان وضعیت درآمد خانواده کودکان و وقوع آزار یا انوعی از آن رابطه معناداری وجود دارد، به طوری که با کاهش درآمد خانواده شیوع آزار کودکان افزایش می‌یابد (بهاری، ۱۳۸۵؛ محمدخانی، ۱۳۸۰؛ شهنی بیلاق و دیگران، ۱۳۸۶؛ عزیززاده، ۱۳۸۵؛ شهاب، ۱۳۸۴؛ خلاصه‌زاده و دیگران، ۱۳۸۶؛ نامداری، ۱۳۸۲).

اعتیاد در خانواده: نتایج تعدادی از مطالعات حاکی از آن است که بین وقوع کودک‌آزاری یا انوعی از آن و اعتیاد پدر، مادر یا هر دو در خانواده رابطه معناداری وجود دارد (زرگر و نشاط‌دوست، ۱۳۸۵؛ میری و دیگران، ۱۳۸۴؛ صحبائی و دیگران، ۱۳۸۵؛ نامداری، ۱۳۸۲).

۵. بحث و نتیجه‌گیری

۱۰.۵. خشونت علیه زنان

شیوع خشونت: در ایران، براساس نتایج مطالعات در تهران و شهرهای دیگر کشور، شیوع کلی خشونت نسبت به زنان در خانواده طیف گسترده‌ای را از ۱۷/۵ تا ۹۳/۶ درصد دربرمی‌گیرد. آمار شیوع خشونت در کشورها تا حد زیادی با نوع تعاریف استفاده‌شده از خشونت در مطالعات، معیارهای انتخاب شرکت‌کنندگان، چگونگی پرسشگری، و میزان رعایت رازداری در هنگام جمع‌آوری داده‌ها مرتبط است. طیف گسترده شیوع خشونت در ایران نیز می‌تواند عمدتاً نتیجه روش‌شناسی متنوع مطالعات از جمله تعاریف عملیاتی خشونت علیه زنان در حیطه‌های مختلف خشونت، جمعیت هدف مطالعات (زنان باردار، زنان غیرباردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی، زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها، زنان در جمعیت عمومی)، ابزار جمع‌آوری اطلاعات در مطالعات مختلف، و تنوع شهرهای محل مطالعه باشد.

شیوع در زیرگروه‌های جمعیتی: در مطالعات جمع‌آوری‌شده در گزارش حاضر، شیوع کلی و شیوع انواع خشونت خانگی در کشور در دو گروه جمعیت عمومی و/یا زنان باردار مورد بررسی قرار گرفته است. در خصوص شیوع کلی در جمعیت عمومی، که زنان غیرباردار تحت پوشش یا مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-

معناداری میان نیمرخ روانی والدین کودک‌آزار با دیگران دیده می‌شود (ممقانی و جوانمرد، ۱۳۸۶). در تعدادی از مطالعات نیز میان وضعیت روانی والدین و وقوع کودک‌آزاری ارتباط معناداری وجود دارد (صحبائی و دیگران، ۱۳۸۵؛ نامداری، ۱۳۸۲).

بعد خانوار: مطالعات محدودی که بعد خانوار کودکان آزاردیده را مورد بررسی قرار داده‌اند نشان می‌دهند که فراوانی کودک‌آزاری در خانواده‌های با بعد خانوار بالاتر بیشتر است، اما این رابطه در برخی از مطالعات (محمدخانی، ۱۳۸۰؛ صحبائی و دیگران، ۱۳۸۵؛ نامداری، ۱۳۸۲) معنادار و در برخی (عزیززاده، ۱۳۸۵؛ رزاقی و دیگران، ۱۳۸۰) معنادار نبوده است.

طلاق والدین: براساس نتایج مطالعات محدودی، میان وقوع کودک‌آزاری یا بعضی انواع آن و طلاق والدین رابطه معناداری وجود دارد (ویژه و دیگران، ۱۳۸۷؛ میری و دیگران، ۱۳۸۴؛ صحبائی و دیگران، ۱۳۸۵).

عوامل اقتصادی-اجتماعی مرتبط با کودک‌آزاری

تحصیلات والدین: نتایج بیشتر مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد که سطح تحصیلات والدین کودکان آزاردیده پایین‌تر از والدین کودکان غیرآزاردیده است و بی‌سوادی و تحصیلات پایین‌تر از دبیرستان در خانواده‌های کودکان آزاردیده و تحصیلات دانشگاهی در خانواده‌های کودکان غیرآزاردیده بیشتر است (زرگر و نشاط‌دوست، ۱۳۸۵؛ محمدخانی، ۱۳۸۰؛ میری و دیگران، ۱۳۸۴؛ صحبائی و دیگران، ۱۳۸۵؛ عزیززاده، ۱۳۸۵؛ شهاب، ۱۳۸۴؛ نامداری، ۱۳۸۲). نتایج تعدادی از مطالعات رابطه میان تحصیلات والدین و وقوع کودک‌آزاری یا بعضی انواع آن را معنادار (زرگر و نشاط‌دوست، ۱۳۸۵؛ محمدخانی، ۱۳۸۰؛ میری و دیگران، ۱۳۸۴؛ نامداری، ۱۳۸۲) و نتایج برخی دیگر این رابطه را غیرمعنادار نشان می‌دهد (زمانی فرد، ۱۳۸۴؛ عزیززاده، ۱۳۸۵).

شغل والدین: یافته‌های بیشتر مطالعات حکایت از آن دارد که شیوع کودک‌آزاری در خانواده‌هایی که در آنها پدر بیکار و مادر خانه‌دار است بیشتر از خانواده‌های دارای پدر و مادر شاغل است (بهاری، ۱۳۸۵؛ محمدخانی، ۱۳۸۰؛ رزاقی و دیگران، ۱۳۸۰؛ میری و دیگران، ۱۳۸۴؛ صحبائی و دیگران، ۱۳۸۵؛ عزیززاده، ۱۳۸۵؛ شهاب، ۱۳۸۴؛ نامداری، ۱۳۸۲). در برخی مطالعات رابطه میان اشتغال والدین و وقوع کودک‌آزاری یا برخی انواع آن معنادار بوده

برای ارزیابی تفاوت خشونت در دوران بارداری طراحی نشده و هیچ‌یک کاهش خشونت در بارداری را نیز نشان نداده‌اند (Jasinski, 2004).

محدودیت تعداد مطالعات مربوط به شیوع خشونت در زیرگروه‌ها مانند شهرهای کوچک و بزرگ سبب می‌گردد تا برآورد دقیق شیوع خشونت در زیرگروه‌های مختلف جمعیتی و مقایسه میان آنها دشوار گردد. از جمله اینکه غالب شهرهای مورد بررسی در مطالعات شیوع کلی خشونت مراکز استان‌ها بوده‌اند، لیکن با مقایسه نتایج مطالعات در تهران و سایر استان‌ها به نظر می‌رسد که دامنه شیوع خشونت در تهران در مقایسه با سایر استان‌ها کوچک‌تر است. مطالعه سازمان جهانی بهداشت که در برخی مناطق جهان مانند بنگلادش و ایتوپیی، شهرهای بزرگ و کوچک هر دو را مورد بررسی قرار داده است حکایت از بالاتر بودن کلی میزان شیوع خشونت جسمی و جنسی در شهرهای کوچک دارد که جمعیت روستایی بیشتری را در خود جا می‌دهند (WHO, 2005). مطالعات دیگری نیز تفاوت میزان شیوع خشونت در مناطق مختلف یک کشور را نشان داده‌اند، و این تفاوت‌ها را کمتر از تفاوت‌های بین‌کشوری برآورد کرده‌اند. از جمله، شیوع کتک خوردن زنان از شوه‌ران در دو منطقه ایالت اوتارپرادش هندوستان ۱۸ تا ۴۵ درصد و خشونت جنسی ۱۴ تا ۳۶ درصد گزارش شده است (ibid.).

شیوع انواع آزار: در این گزارش، بالاترین فراوانی در میان انواع آزار در کشور در کل و در جمعیت عمومی مربوط به آزار روانی و کمترین میزان متعلق به آزار جنسی بوده است. کمتر بودن گزارش شیوع آزار جنسی در جمعیت عمومی می‌تواند با عدم تمایل زنان به افشای مسائل جنسی خود در خانواده، تلقی ایشان از مفهوم آزار جنسی، و همچنین نوع سؤالات و چگونگی طرح آنها از جانب پرسشگر ارتباط داشته باشد. در میان انواع آزار، خشونت روانی در مقایسه با انواع جسمی و جنسی آزار بیشتر وابسته به برداشت‌های فردی از رفتار همسر و تحت تأثیر عوامل فرهنگی است. همچنین در خصوص بالاتر بودن شیوع خشونت روانی باید گفت احتمالاً خشونت روانی در بسیاری از موارد همراه با خشونت جسمی و جنسی اتفاق می‌افتد چنانکه تحقیر شدن جزء لاینفک بسیاری از موارد خشونت جسمی و جنسی نیز هست. مطالعات نیز همزمانی وقوع خشونت روانی و خشونت فیزیکی را نشان داده‌اند (WHO, 2002). در حقیقت، موارد منفرد خشونت جسمی و جنسی در مقایسه با

درمانی را نیز شامل می‌شود، دو طیف مختلف شیوع ۳۵/۷-۴۶ درصد و ۶۲-۹۳/۶ درصد مشاهده می‌گردد. با توجه به آنکه مطالعات مربوط به تهران و استان‌ها و زنان جمعیت عمومی و زنان تحت پوشش مراکز بهداشتی-درمانی در هر دو گروه توزیع یکنواختی دارد، تفاوت دو طیف را می‌توان ناشی از تفاوت روش‌شناسی مطالعات از جمله ابزار یا تفاوت در شیوع در شهرهای مختلف دانست. نکته قابل توجه قرار داشتن مطالعه کشوری خشونت خانگی با حجم نمونه نزدیک به ۱۵ هزار نفر در دسته دوم مطالعات است که وزن نتایج را به سمت شیوع بالاتر سنگین می‌کند. شیوع خشونت نسبت به زنان باردار در بیشتر مطالعات این گزارش از ۴۸/۶ تا ۶۷/۵ درصد برآورد شده است. هرچند تقریباً همه مطالعات مربوط به شیوع خشونت نسبت به زنان باردار مذکور در این گزارش نمونه‌های خود را از میان زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز درمانی انتخاب کرده‌اند که شیوع در آنها بالاتر به نظر می‌رسد و امکان مقایسه آن با میزان شیوع خشونت با زنان باردار در جمعیت عمومی فراهم نیست، در مجموع، میزان شیوع خشونت در دوران بارداری نزدیک به میزان شیوع آن در جمعیت عمومی و غیرباردار به نظر می‌رسد. گازماراریان و همکارانش، در مرور ۱۴ مطالعه در ایالات متحده در مورد خشونت خانگی با زنان باردار، به شیوع ۰/۹-۲۰/۱ درصد دست یافتند (Jasinski, 2004). مطالعه دیگری در انگلستان شیوع خشونت در دوره بارداری را ۳ درصد برآورد کرده است (Bacchusa et al., 2004). تعدادی از مطالعات نیز شیوع خشونت در دوران بارداری را ۱۷-۵/۵ درصد برحسب جمعیت مورد مطالعه و روش‌شناسی مطالعه گزارش کرده‌اند، با تأکید بر اینکه برخی موارد خشونت در دوران بارداری هیچ‌گاه گزارش نشده است (WHO, 2006a). در مورد شیوع خشونت در دوران بارداری، تفاوت داده‌ها به جنبه‌های روش‌شناختی مطالعات نسبت داده شده است. از جمله، مطالعاتی که در محیط‌های درمانی انجام شده‌اند شیوع بالاتری از خشونت در دوران بارداری را در مقایسه با جمعیت عمومی نشان می‌دهند (ibid.). اگرچه پاره‌ای از مطالعات افزایش شیوع خشونت خانگی را در دوران بارداری نشان داده‌اند، براساس تحلیل نتایج چند مطالعه ملی در امریکا که خشونت نسبت به زنان باردار و غیرباردار را مقایسه کرده‌اند، خطر خشونت خانگی در دوران بارداری افزایش نمی‌یابد و زنان باردار بیش از زنان غیرباردار قربانی خشونت نمی‌شوند. اما این مطالعات

که میزان شیوع تمام عمر خشونت جسمی و جنسی شریک جنسی نسبت به زنان در مناطق شهری بنگلادش به ترتیب ۴۰ و ۳۷ درصد گزارش شده است، این میزان در مناطق روستایی به ترتیب ۴۲ و ۵۰ درصد است که شیوع بالاتر خشونت جنسی را در مناطق روستایی در مقایسه با مناطق شهری نشان می‌دهد. در تایلند نیز میزان شیوع خشونت جسمی و جنسی در مناطق شهری به ترتیب ۲۳ و ۳۰ درصد و در مناطق روستایی ۳۴ و ۲۹ درصد گزارش شده است که شیوع بالاتر خشونت جسمی را در مناطق روستایی نشان می‌دهد (ibid.).

عوامل مرتبط با خشونت خانگی: هرچند تفاوت میزان شیوع خشونت در مناطق مختلف جهان، به‌ویژه تفاوت‌های کوچک‌تر، به روش‌شناسی متفاوت مطالعات نسبت داده می‌شود، عوامل مرتبط با شیوع خشونت نیز مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند. به نظر می‌رسد که مجموعه‌ای از عوامل فردی، موقعیتی، اجتماعی و فرهنگی در بروز خشونت نقش دارند.

در ارتباط با عوامل فردی مرتبط با وقوع خشونت خانگی و براساس نتایج تعدادی از مطالعات مذکور در این گزارش، با افزایش سن زنان بر شیوع خشونت با آنان افزوده می‌شود. این مطلب بیانگر آن است که خشونت خانگی طولانی‌مدت و تکرار شونده است. این یافته در تضاد با نتایج مطالعات خارج از ایران است که غالباً بالاترین شیوع خشونت را مربوط به زنان با سن کمتر دانسته‌اند (WHO, 2002, 2005). از آنجا که، براساس برخی شواهد مربوط به زنان مراجعه‌کننده به مراجع قانونی، با افزایش سن از میزان گزارش خشونت کاسته می‌شود، می‌توان نتیجه گرفت که زنان جوان‌تر بیشتر به مراکز حمایتی و قانونی مراجعه می‌کنند و با افزایش سن از میزان این مراجعات کاسته می‌شود. به این ترتیب، احتمالاً هرچه زمان بیشتری از ازدواج و تداوم خشونت می‌گذرد، زنان کمتر از حمایت‌های رسمی استفاده می‌کنند.

براساس نتایج این گزارش، با افزایش میزان تحصیلات زن و مرد، به‌ویژه تا سطح تحصیلات دانشگاهی، از شیوع خشونت خانگی کاسته می‌شود. همچنین زنان خانه‌دار بیش از زنان شاغل مورد خشونت قرار می‌گیرند و بیکاری مردان نیز با افزایش شیوع خشونت خانگی همراه است. نتایج گزارش جهانی خشونت و سلامت نیز حاکی از آن است که تحصیلات پایین از عوامل همراه خشونت مردان نسبت به شریک جنسی خود است (WHO, 2002). در سایر

موارد منفرد خشونت روانی بسیار کمتر است و خشونت جسمی و جنسی غالباً توأم با خشونت روانی اتفاق می‌افتد. در دوران بارداری، بالاترین فراوانی خشونت مربوط به آزار جنسی و روانی و کمترین فراوانی مربوط به آزار جسمی بوده است. بیشتر بودن گزارش آزار جنسی در دوران بارداری می‌تواند ناشی از حساسیت بالاتر زنان باردار نسبت به روابط جنسی غیرمعمول و اجباری در دوران بارداری یا وقوع بالاتر آن و کاهش گزارش آزار جسمی ناشی از کاهش واقعی آزار جسمی با توجه به وضعیت بارداری از سوی همسر باشد. همان‌طور که پیش‌تر نیز اشاره شد، وقوع همزمان انواع خشونت شایع است و، علاوه بر موارد منفرد خشونت روانی، خشونت فیزیکی نیز در بسیاری از موارد با آزار روانی همراه است (WHO, 2000, 2002). نتایج مطالعه راتنر^۱ در کانادا نشان می‌دهد که ۹۳ درصد زنانی که خشونت جسمی را تجربه کرده‌اند، همزمان خشونت روانی را نیز گزارش کرده‌اند. در مطالعه السبرگ^۲ در نیکاراگوئه نیز همزمانی خشونت روانی با جسمی ۹۴ درصد و خشونت جنسی و جسمی ۳۶ درصد ذکر شده است. مطالعه چند کشوری سازمان جهانی بهداشت شیوع خشونت روانی را ۷۵-۲۰ درصد گزارش کرده است که در مقایسه با سایر انواع خشونت بالاتر به نظر می‌رسد (WHO, 2005).

شیوع آزار جسمی در گزارش حاضر ۵۵/۶ - ۸/۵ درصد در شهرهای مختلف کشور برآورد شده است. اگرچه دامنه شیوع خشونت جسمی در تهران تاحدودی کوچک‌تر از استان‌هاست، در مجموع تفاوت قابل توجهی میان تهران و استان‌ها در شیوع خشونت جسمی دیده نمی‌شود. شیوع آزار روانی نیز در این مطالعه ۹۱-۲۹ درصد گزارش شده است. همچنین شیوع خشونت جنسی ۴۴/۶-۱۰ درصد تخمین زده شده است که میزان آن در استان‌ها از تهران بالاتر است. در تفسیر اغلب نتایج مربوط به آزار جنسی و آزار روانی، محدودیت تعداد مطالعات را در تهران همواره باید در نظر داشت. چنانکه پیش‌تر نیز در مورد شیوع کلی خشونت گفته شد، تفاوت میزان شیوع تا حد زیادی متأثر از جنبه‌های روش‌شناختی مطالعات است. در مطالعات جهانی هم تفاوت در میزان شیوع انواع خشونت در مناطق مختلف یک کشور مشاهده شده است. در حالی

1. Rutner

2. Elsberg

کشورها هم وقوع خشونت با افزایش سطح تحصیلات زنان کاهش می‌یابد و زنان شاغل و دارای درآمد، کمتر از زنان خانه‌دار و بدون درآمد مورد خشونت واقع می‌شوند (WHO, 2000, 2005; Mirrlees-Black, 1999). به نظر می‌رسد که افزایش میزان تحصیلات زنان، با افزایش استقلال و خودمختاری و امکان کسب درآمد، و از طریق انتخاب همسر و مهار خشونت علیه زن در زندگی مشترک، عامل محافظت‌کننده‌ای در مقابل خشونت محسوب می‌گردد.

در این گزارش، شیوع خشونت خانگی با وضعیت اقتصادی خانواده نیز ارتباط معنادار دارد و با کاهش درآمد خانواده بر وقوع خشونت خانگی افزوده می‌شود. مطالعه سلامت و توسعه نیوزیلند، که یکی از معدود مطالعات طولی هم‌گروهی در زمینه خشونت علیه زنان است، نشان می‌دهد که فقر خانواده در دوران کودکی با کاهش دستیابی به امکانات تحصیلی و بزهکاری همراه با خشونت در نوجوانی یکی از مهم‌ترین پیشگویی‌کننده‌های خشونت مردان نسبت به همسر در سنین بالاتر است (WHO, 2002). پیمایش جرم در بریتانیا نیز شیوع بالاتر خشونت علیه زنان در خانواده‌های با درآمد پایین را نشان می‌دهد (Mirrlees-Black, 1999).

وجود رابطه معنادار میان اعتیاد به مواد مخدر و / یا الکل و خشونت‌ورزی با همسر یا تفاوت معنادار میان دو گروه مردان معتاد و غیرمعتاد در اعمال خشونت نسبت به همسر نیز در اکثر مطالعات این گزارش تأیید شده است. مطالعه در خصوص رابطه مصرف مواد مخدر و اعمال خشونت در سایر کشورها در مقایسه با ایران کمتر از الکل بوده اما مطالعات فراوانی در سراسر جهان رابطه میان مصرف الکل و خشونت را مورد تأیید قرار داده‌اند. مطالعات مبتنی بر جمعیت در کشورهای برزیل، کامبوج، کانادا، شیلی، کاستاریکا، السالوادور، هند، اندونزی، آفریقای جنوبی، اسپانیا، و ونزوئلا رابطه میان اعمال خشونت و مصرف الکل را در مردان نشان داده‌اند (WHO, 2002).

۲.۵. خشونت علیه کودکان

شیوع انواع خشونت: در این گزارش، محدودیت تعداد مطالعاتی که شیوع کلی آزار کودکان را برآورد کرده باشند مانع از ارائه آماری از شیوع کلی است، لیکن شیوع انواع خشونت نسبت به کودکان گزارش شده است. با این حال، در تفسیر نتایج مطالعات، محدودیت تعداد آنها را در همه موارد باید در نظر داشت.

شیوع خشونت جسمی نسبت به کودکان در این مطالعه از ۱۷/۵ تا ۵۲/۸ درصد در مناطق مختلف کشور گزارش شده است. آمارهای میزان شیوع خشونت جسمی با کودکان در سراسر جهان نیز براساس مطالعات جمعیت عمومی متفاوت است. در جهان و براساس داده‌های مطالعات، ۹۵-۸۰ درصد کودکان در خانه خود مورد تنبیه بدنی قرار می‌گیرند و در حدود یک‌سوم آنها تنبیه شدید بدنی با وسیله را تجربه می‌کنند (سازمان ملل متحد، ۲۰۰۲). در مصر، ۳۷ درصد کودکان گزارش کرده‌اند که از والدین خود کتک می‌خورند و ۲۶ درصد آسیب‌های شدید مانند شکستگی را تجربه کرده‌اند. در جمهوری کره، ۴۵ درصد والدین لگد زدن به کودکان و کتک زدن آنان را به عنوان تنبیه گزارش کرده‌اند. در رومانی، ۵۰ درصد والدین گفته‌اند که مرتب کودکانشان را می‌زنند. تفاوت در مناطق مختلف یک کشور نیز دیده می‌شود به طوری که در اتیوپی، ۲۱ درصد کودکان شهری و ۶۴ درصد کودکان روستایی کبودی و تورم ناشی از کتک خوردن از والدین را گزارش کرده‌اند (WHO, 2002). شیوع آزار جنسی در کشور در این مطالعه ۳۴/۱-۴/۴ درصد گزارش شده است. در مطالعات سایر کشورها نیز تنوع قابل توجهی در آمارهای شیوع خشونت دیده می‌شود. این تنوع، علاوه بر تعاریف، به منابع متفاوت جمع‌آوری داده‌ها که در برخی کودکان، تعدادی نوجوانان و بزرگسالان، و در بعضی والدین بوده‌اند نسبت داده شده است. برای مثال، در مطالعه‌ای در رومانی، گزارش کودکان از تجربه خشونت جنسی ۹/۱ درصد و گزارش والدین از اعمال خشونت جنسی نسبت به فرزندان خود ۰/۱ درصد ذکر شده است (ibid.). در این مطالعه، برخی داده‌ها از کودکان سنین مختلف و تعدادی از بزرگسالان و در ارتباط با تجربه آزار در دوران کودکی گرفته شده است. براساس نتایج مطالعات منتشرشده، شیوع آزار جنسی در مردان ۱۹-۱ درصد و در زنان ۴۵-۹ درصد گزارش شده است و تفاوت‌ها ناشی از اختلاف واقعی شیوع در فرهنگ‌های مختلف و تفاوت روش‌های اجرای مطالعات دانسته شده است (ibid.). همچنین مطالعه سازمان جهانی بهداشت در کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته نشان داده است که ۱ تا ۲۱ درصد زنان قبل از ۱۵ سالگی مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند و در اکثریت موارد آزار به دست مردان خانواده صورت گرفته است (WHO, 2005).

شیوع آزار روانی در کشور نیز در این مطالعه طیف وسیعی از ۲۴/۵ تا ۹۱/۶ درصد داشته است. در خصوص آمارهای سایر

و ارزش‌های مربوط به زنان، مردان و کودکان می‌تواند تا حد زیادی تفاوت‌های موجود را توضیح دهد (WHO, 2002).

در این گزارش، مطالعاتی که شیوع پایین‌تری از آزار جسمی (۲۰/۲-۱۷/۵ درصد) را در کشور گزارش کرده‌اند مربوط به مقطع دبیرستان و مطالعات حاکی از شیوع بالاتر (۵۸/۲-۳۳ درصد) مربوط به مقطع راهنمایی هستند. در خصوص سن وقوع آزار روانی، دو مطالعه با تفاوت قابل توجه شیوع مربوط به مقطع راهنمایی است. در مورد آزار جنسی و سهل‌انگاری، محدودیت تعداد مطالعات و تفاوت یافته‌های مربوط به گروه‌های سنی یکسان مانع از تشخیص الگوی سنی واضحی در کودکان آزاردیده شده است. در بسیاری از مطالعات، بخشی از آسیب‌پذیری کودکان در برابر خشونت خانگی اعم از جسمی، جنسی و حتی سهل‌انگاری به سن آنان مربوط دانسته شده است. بیشترین موارد خشونت منجر به مرگ در برخی کشورها مانند فیجی، سنگال، فنلاند و آلمان در کودکان زیر ۲ سال اتفاق افتاده است. کودکان سنین بالاتر بیشتر در معرض خطر خشونت‌های غیرمرگبار هستند اما سن وقوع آن در کشورهای مختلف متفاوت است. مثلاً سن تجربه بیشترین خشونت جسمی در چین ۶-۳ سال، در هند ۱۱-۶ سال و در آمریکا ۱۲-۶ سال ذکر شده است. شیوع آزار جنسی با نزدیک شدن به سن بلوغ افزایش می‌یابد و بیشترین میزان آن مربوط به دوران نوجوانی است (ibid.). در گزارش سالیانه بدرفتاری با کودکان در آمریکا نیز بیشترین قربانیان را کودکان با سن پایین‌تر تشکیل می‌دهند و با افزایش سن از فراوانی قربانیان کاسته می‌شود (U.S. Department of Health and Human Services, 2010).

در تعدادی از مطالعات مذکور در این گزارش، ارتباط معناداری میان ویژگی‌های جسمی و روانی-اجتماعی کودکان و وقوع خشونت در خانواده نسبت به آنان وجود دارد یا، به عبارت دیگر، تفاوت معناداری میان این ویژگی‌ها در کودکان آزاردیده و غیرآزاردیده وجود داشته است. در راهنمای عمل و جمع‌آوری شواهد سازمان جهانی بهداشت برای پیشگیری از کودک‌آزاری، برخی ویژگی‌های کودکان از عوامل خطرزای مرتبط با کودک‌آزاری دانسته شده، از جمله در کودکان دارای نیازهای گسترده مانند کودکان زودرس، کودکانی که گریه مداوم دارند، کودکان دچار ناتوانی‌های جسمی و روانی و کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن (WHO, 2006b). گزارش خشونت و سلامت هم کودکان زودرس،

کشورها باید گفت که، در مقایسه با خشونت جسمی و جنسی، توجه کمتری در مطالعات به خشونت روانی معطوف شده است. شیوع سهل‌انگاری در کشور در این مطالعه ۳۶/۴-۲۱/۵ درصد تخمین زده شده است. براساس نتایج دیگر مطالعات، کودکان بسیاری در جهان در معرض آزارهای روانی و سهل‌انگاری قرار می‌گیرند اما شیوع آن مشخص نیست. با این حال، در برخی کشورها، سهل‌انگاری بیشترین نوع بدرفتاری با کودکان را تشکیل می‌دهد (WHO, 2006b). به دلیل اختلاف تعاریف و نبود قوانینی که گزارش موارد سهل‌انگاری را اجباری کند، تخمین میزان شیوع مسئله یا مقایسه آن با سایر کشورها دشوار است. برای مثال، براساس نتایج یک مطالعه در کنیا، ترک کردن کودک و سهل‌انگاری شایع‌ترین جنبه کودک‌آزاری را از دید بزرگسالان تشکیل می‌دهد و ۲۱ درصد کودکان سهل‌انگاری نسبت به خود را گزارش کرده‌اند (WHO, 2002).

عوامل مرتبط با آزار کودکان: در این گزارش، تعدادی از مطالعات شیوع کلی خشونت را در دختران و برخی در پسران بالاتر گزارش کرده‌اند. همچنین شیوع برخی انواع خشونت در دو جنس متفاوت ذکر شده اما، به دلیل محدودیت تعداد مطالعات، جمع‌بندی نتایج آنها مقدور نیست. در بیشتر کشورها دختران بیش از پسران در معرض نوزادکشی، آزار جنسی، سهل‌انگاری تحصیلی و تغذیه‌ای و روسپی‌گری اجباری قرار می‌گیرند (ibid.). در برخی مطالعات، شیوع آزار جنسی نسبت به دختران ۱/۵ تا ۳ برابر بیش از پسران گزارش شده است. در بعضی کشورها، دختران اجازه رفتن به مدرسه را ندارند یا برای نگهداری از خواهران و برادران کوچک‌تر خود یا کمک به اقتصاد خانواده در خانه نگاه داشته می‌شوند (ibid.). اما در گزارش سالیانه بدرفتاری با کودکان در ایالات متحده، شیوع خشونت نسبت به دختران و پسران تقریباً مساوی ذکر شده است به طوری که ۴۸/۳ درصد قربانیان بدرفتاری پسر و ۵۱/۳ درصد آنها دختر بوده‌اند (U.S. Department of Health and Human Services, 2010). دختران بیشتر از پسران در معرض نوزادکشی قرار دارند و پسران مورد تنبیه‌های بدنی خشن‌تری نسبت به دختران قرار می‌گیرند. علت این امر ممکن است آماده‌سازی پسران برای پذیرش نقش‌ها و مسئولیت‌های بزرگسالی یا ناشی از این عقیده باشد که پسران نیاز به سختگیری جسمی بیشتری دارند. شکاف قابل ملاحظه فرهنگی میان جوامع مختلف در زمینه نقش‌ها

دوقلوها و کودکان معلول را در معرض خطر بالاتر آزار جسمی و سهل انگاری می‌داند. اما یافته‌ها در مورد اهمیت عقب ماندگی ذهنی متناقض‌اند. این عقیده وجود دارد که در کودکان کم‌وزن، زودرس، بیمار یا معلول جسمی و ذهنی، دلبستگی شدید کودک به والدین وی را نسبت به خشونت آسیب‌پذیر می‌کند. با این حال به نظر نمی‌رسد که این خصوصیات، با در نظر گرفتن عوامل دیگر چون متغیرهای والدین و عوامل اجتماعی، عوامل خطر مهمی محسوب شوند (WHO, 2002).

براساس نتایج مطالعات محدودی در کشور، بیشترین آزار نسبت به کودکان در خانه و به دست افراد خانواده صورت می‌گیرد و غالباً بستگان درجه اول، عمدتاً پدر و پس از وی مادر و پس از آنها برادران، بیشترین خشونت را نسبت به کودکان اعمال کرده‌اند. در امریکا، ۳۹ درصد موارد خشونت با کودک را مادر به تنهایی، ۱۸ درصد را پدر به تنهایی، و ۱۸ درصد را هر دو با هم مرتکب می‌شوند (U.S. Department of Health and Human Services, 2010). از سویی، فرد آزارگر برحسب نوع آزار متفاوت است. در چین، شیلی، فنلاند، هند و ایالات متحده گزارش شده است که زنان بیش از مردان از تنبیه بدنی استفاده می‌کنند. در کنیا نیز کودکان آزار بیشتری را از سوی مادر گزارش کرده‌اند. مردان بیشتر عامل ضربه‌های خطرناک به سر، آزارهای منجر به شکستگی و سایر آسیب‌های کشنده هستند (WHO, 2002). مرتکبین آزار جنسی دختران و پسران در بسیاری از کشورها عمدتاً مردان هستند که در مورد قربانیان دختر به بیش از ۹۰ درصد موارد می‌رسد (ibid.).

براساس نتایج برخی مطالعات در ایران، شیوع بالایی از مشکلات جسمی و روانی در والدین کودکان آزار دیده مشاهده می‌شود. در مطالعات مربوط به کشورهای دیگر نیز برخی خصوصیات شخصیتی و رفتاری با آزار و سهل انگاری نسبت به کودکان مرتبط دانسته شده است. والدینی که با احتمال بالاتری کودکان خود را مورد آزار قرار می‌دهند اعتماد به نفس پایین‌تر، کنترل کمتر بر تکانه‌ها، و رفتارهای ضد اجتماعی بیشتری دارند. مطالعات نشان داده‌اند که والدین آزارگر کم‌اطلاع‌اند و انتظارات غیرواقعی از رشد کودکان دارند. آنها خشم و رنجش بیشتری در برابر رفتارها و خلق کودکان خود نشان می‌دهند و کمتر نسبت به آنان حمایت‌کننده، مهربان، سرزننده و علاقه‌مندند و بیشتر خشن و کنترل‌کننده هستند (ibid.).

مطالعات متعددی در بسیاری از کشورها ارتباط قوی میان فقر و بدرفتاری با کودکان نشان داده‌اند. شیوع آزار در جوامع دارای سطوح بالاتر بیکاری و فقر بیشتر است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که فقر مزمن از طریق تأثیر بر رفتار والدین و دسترسی اندک به منابع جامعه بر کودکان تأثیرگذار است (WHO, 2000). در این گزارش نیز نتایج بیشتر مطالعات نشان می‌دهند که میان وضعیت درآمدی خانواده کودکان و وقوع آزار یا انواعی از آن رابطه معناداری وجود دارد به طوری که با کاهش درآمد خانواده، میزان شیوع آزار کودکان افزایش می‌یابد. به علاوه، یافته‌های بیشتر مطالعات حکایت از آن دارد که شیوع کودک‌آزاری در خانواده‌های دارای پدر بیکار بیشتر از خانواده‌های با پدر شاغل است. همچنین سطح تحصیلات والدین کودکان آزار دیده پایین‌تر از والدین کودکان غیرآزار دیده است و بی‌سوادی و سطح تحصیلات پایین‌تر از دبیرستان در خانواده‌های کودکان آزار دیده و تحصیلات دانشگاهی در خانواده‌های کودکان غیرآزار دیده بیشتر است.

بسیاری از یافته‌های مطالعات مربوط به خشونت خانگی در ایران با یافته‌های مطالعات انجام‌شده در دیگر کشورهای جهان هماهنگی دارد و خشونت نسبت به زنان و کودکان در ایران با سایر کشورهای جهان مشابهت‌های فراوان دارد. در داخل کشور تفاوت‌های قابل توجهی در میزان شیوع کلی و انواع خشونت علیه زنان و کودکان در خانواده وجود دارد، لیکن عوامل مرتبط با خشونت در مطالعات داخل کشور و سایر کشورها مشابه به نظر می‌رسند. در تحلیل کلیه نتایج این مطالعات، تنوع روش‌شناسی و جمعیت‌های هدف مطالعات و محدودیت تعداد آنها همچنین نقاط ضعف طراحی و اجرای مطالعات باید در نظر گرفته شوند.

منابع

- آقاخانی، کامران، عباس آقابیکلویی و علی چهره‌ای. (۱۳۸۱). «بررسی خشونت فیزیکی توسط همسر علیه زنان مراجعه‌کننده به مرکز پزشکی قانونی تهران در پاییز ۱۳۷۹»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران*، ش ۳۱.
- احمدی، بتول، معصومه علی‌محمدیان، بنفشه گلستان، سیدعباس باقری یزدی و داوود شجاعی‌زاده. (۱۳۸۵). «تأثیر خشونت‌های خانگی بر سلامت روان زنان متأهل در تهران»، *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، دوره ۴، ش ۲.
- احمدی، بتول، سیمین ناصری، معصومه علی‌محمدیان، محسن شمس، زینب

تقی‌خانی، شیلا. (۱۳۸۱)، بررسی ویژگی‌های خانوادگی، اقتصادی- اجتماعی، روان‌شناختی و شیوه‌های مقابله با استرس والدین کودک‌آزار، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه الزهرا.

جعفرنژاد، فرزانه، وحیده مقدم حسینی، عاطفه سلطانی فر و سعید ابراهیم‌زاده. (۱۳۸۸)، «بررسی ارتباط شدت خشونت خانوادگی در دوران بارداری با دل‌بستگی مادر به شیرخوار»، *مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار*، دوره ۱۶، ش ۱.

جلالی، داریوش، اصغر آقایی و جهان‌بخش رهبریان. (۱۳۸۵)، «بررسی خشونت تجربه‌شده در زنان دارای همسر معتاد»، *مطالعات زنان*، س ۴، ش ۲.

جلالی‌فر، صدیق. (۱۳۸۵)، مقایسه کودک‌آزاری و عوامل مؤثر بر آن در دانش‌آموزان دختر و پسر عادی و استثنایی (نابینا و ناشنوا) مقطع راهنمایی شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.

جوکار، اعظم، سکینه گرم‌نژاد و محبوبه شریفی. (۱۳۸۴)، «بررسی شیوع سوءرفتار و برخی عوامل مؤثر در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر یاسوج ۱۳۸۲»، *ارمغان دانش*، ش ۳۷.

خسروی، زهره و میترا خاقانی فرد. (۱۳۸۳)، «بررسی رابطه همسرآزاری با تمایل به افکار خودکشی و آسیب‌رسانی به همسر»، *مطالعات زنان*، س ۲، ش ۶.

خسروی، فرنگیس، لیلا هاشمی‌نسب و محمد عبداللہی. (۱۳۸۷)، «بررسی شیوع و پیامدهای همسرآزاری در زنان باردار مراجعه‌کننده به بخش زایمان بیمارستان‌های شهر سمنان در سال ۱۳۸۵»، *مجله پزشکی ارومیه*، س ۱۹، ش ۱.

خسروی‌زادگان، فاطمه، فاطمه عزیزی، زهرا خسروی‌زادگان و محمدرضا مرواریدی. (۱۳۸۶)، «بررسی ابعاد جمعیت‌شناختی و روان‌شناختی خشونت علیه زنان در استان بوشهر»، *طب جنوب*، س ۱۰، ش ۱.

خلاصه‌زاده، گلرسته، حمید بخشی، محمد ناظر، احمدرضا صیادی، مسعود پورغلامی و عبدالحمید ربانی. (۱۳۸۶)، «بررسی شیوع کودک‌آزاری در وابستگان مواد افیونی مراجعه‌کننده به کلینیک ترک اعتیاد دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان ۱۳۸۳»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، دوره ۶، ش ۱.

دستجردی، قاسم. (۱۳۸۴)، ارتباط بین انواع سوءاستفاده دوران کودکی (کودک‌آزاری) و استفاده از مواد در دوران جوانی و بزرگسالی، پایان‌نامه دکتری اعصاب و روان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان.

دولتیان، ماهرخ، صدیقه امیرعلی‌اکبری، ناصر ولایی، محمود حجاران و مهدی بینا. (۱۳۸۰)، «بررسی عوارض کوتاه‌مدت ناشی از ضرب و جرح در خانم‌های باردار مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی قانونی تهران، ۱۳۷۷-۷۸»، *پژوهنده*، دوره ۶، ش ۴.

رنجبر، مامک شریعت، عزیزه ابراهیم‌پور، ابوالقاسم پوررضا، محمود محمودی و مسعود یونسین. (۱۳۸۷)، «دیدگاه زنان و مردان تهرانی و صاحب‌نظران درباره خشونت خانگی علیه زنان در ایران: یک پژوهش کیفی»، *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، دوره ۶، ش ۲.

افتخار، حسن، حسین کاکویی، آمنه ستاره فروزان و منیر برادران افتخاری. (۱۳۸۳)، «ویژگی‌های فردی قربانیان همسرآزاری در مراجعین به مراکز سازمان پزشکی قانونی»، *رفاه اجتماعی*، ش ۱۲.

امینی، آر. (۱۳۸۰)، بررسی شیوع سابقه سوءرفتار جسمی و جنسی در یکصد بیمار بستری در بیمارستان‌های روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران، پایان‌نامه دکتری روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

انصاری، حسین، ظفر پریسای، ابراهیم رحیمی و فاطمه رخشانی. (۱۳۸۷)، «ارتباط خشونت‌های دوران بارداری با کم‌وزنی هنگام تولد نوزادان: مطالعه مورد شاهدی»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی جهرم*، دوره ۶، ش ۲.

بختیاری، افسانه و نادیا امیدبخش. (۱۳۸۲ الف)، «بررسی مقایسه‌ای زمینه‌ها و آثار خشونت علیه زنان در خانواده در مراجعین به مرکز پزشکی قانونی شهر بابل»، *فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، س ۷، ش ۴.

_____. (۱۳۸۲ ب)، «بررسی علل و آثار خشونت علیه زنان در خانواده در مراجعین به مرکز پزشکی قانونی بابل»، *پزشکی قانونی*، ش ۳۱.

بداغ‌آبادی، مهین. (۱۳۸۴)، «بررسی پیامد حاملگی در قربانیان خشونت مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید مبینی سبزوار»، *مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار*، دوره ۱۲، ش ۳.

_____. (۱۳۸۶)، «بررسی شیوع خشونت و عوامل مرتبط با آن در زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید مبینی سبزوار»، *مجله پزشکی هرمزگان*، س ۱۱، ش ۱.

بلالی‌میبدی، فاطمه و مهدی حسینی. (۱۳۸۸)، «فراوانی خشونت علیه زنان توسط همسرانشان در شهر کرمان»، *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، س ۱۵، ش ۳.

بهراری، رقیه. (۱۳۸۵)، بررسی عوامل مؤثر بر کودک‌آزاری جسمی کودکان دختر و پسر در بین ارجاع‌شدگان به مراکز مداخله در بحران (۶ مرکز) در سال ۱۳۸۵ در شهر تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد پژوهش اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی رودهن.

پورنقاش تهرانی، سعید. (۱۳۸۴)، «بررسی خشونت خانوادگی در خانواده‌های تهرانی»، *دانشور*، ش ۱۳.

پورنقاش تهرانی، سید سعید و آنهیتا تاشک. (۱۳۸۶)، «بررسی و مقایسه انواع خشونت خانوادگی در زنان و مردان در تهران»، *مطالعات روان‌شناختی*، س ۳، ش ۳.

شادی‌طلب، ژاله. (۱۳۸۵)، *بررسی و تحلیل قوانین، مقررات و تجارب دادگاه‌ها در زمینه کنترل خشونت مبتنی بر جنسیت*، صندوق جمعیت سازمان ملل متحد.

شعبانی، سعید، نسرين منصورنیا، محمدعلی منصورنیا و نغمه‌السادات بحرانی. (۱۳۸۷)، «بررسی عوامل مؤثر بر همسرآزاری در زنان ارجاع شده به پزشکی قانونی شهر کرج در سال ۱۳۸۴»، *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، س ۱۸، ش ۴.

شمس اسفندآباد، حسن و سوزان امامی‌پور. (۱۳۸۲)، «بررسی میزان رواج همسرآزاری و عوامل مؤثر بر آن» *پژوهش زنان*، دوره ۱، ش ۵.

شهاب، آذرمیدخت. (۱۳۸۴)، *مقایسه نیمرخ روان‌شناختی، وضعیت اجتماعی-اقتصادی والدین کودک‌آزار با والدین غیرکودک‌آزار*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.

شهنی ییلاق، منیجه، نیلوفر میکائیلی، حسین شکرشکن و جمال حقیقی. (۱۳۸۶)، «بررسی شیوع کودک‌آزاری و پیش‌بینی این متغیر از طریق سلامت عمومی والدین، سازگاری، عزت نفس و عملکرد تحصیلی دانش‌آموز و متغیرهای جمعیت‌شناختی در دانش‌آموزان دختر آزادبیده و عادی دوره راهنمایی شهر اهواز»، *مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، دوره ۳، س ۱۴، ش ۱ و ۲.

صابریان، معصومه، الهه آتش‌نفس و بهناز بهنام. (۱۳۸۳ الف)، «بررسی میزان شیوع خشونت خانگی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان سمنان (۱۳۸۲)» *مجله دانشگاه علوم پزشکی سمنان*، دوره ۶، ش ۲.

صابریان، معصومه، الهه آتش‌نفس، بهناز بهنام و شهلا حقیقت. (۱۳۸۳ب)، «بررسی عوامل مؤثر در بروز خشونت خانگی و روش‌های مقابله با آن از دیدگاه زنان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان سمنان در سال ۱۳۸۲»، *پزشکی قانونی*، ش ۳۳.

صالحی، شهریار و حسینعلی مهرعلیان. (۱۳۸۵)، «بررسی شیوع و نوع خشونت خانگی در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهرستان شهرکرد»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، دوره ۸، ش ۲.

صحبائی، فائزه، اقدس دواچی، زراعتی و زهرا نجفی. (۱۳۸۵)، «بررسی رابطه عوامل خانوادگی، روانی و اجتماعی با کودک‌آزاری در دبستان‌های دولتی دخترانه تهران»، *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، دوره ۱۶، ش ۱.

عارفی، مرضیه. (۱۳۸۲)، «بررسی توصیفی خشونت خانگی علیه زنان در شهر ارومیه»، *مطالعات زنان*، س ۱، ش ۲.

عزیززاده، فاطمه. (۱۳۸۵)، *مقایسه اختلال‌های رفتاری و میزان عزت نفس در کودکان آزادبیده و آزاربیده*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران.

دولتیان، ماهرخ، مریم قراچه، محبوبه احمدی، جمال شمس و حمید علوی مجد. (۱۳۸۷الف)، «پیامدهای بهداشتی مرتبط با سوءرفتار همسر در زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر گچساران در سال ۱۳۸۶»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، دوره ۲، ش ۴.

دولتیان، ماهرخ، کژال حسامی، جمال شمس و حمید علوی مجد. (۱۳۸۷ب)، «بررسی رابطه خشونت در بارداری با افسردگی پس از زایمان»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی کردستان*.

دولتیان، ماهرخ، کژال حسامی، جمال شمس و حمید علوی مجد. (۱۳۸۷ج)، «بررسی رابطه خشونت خانگی با وضعیت شیردهی»، *نشریه دانشکده پزشکی و مامایی شهید بهشتی*.

ربانی، رسول و سید رضا جوادیان. (۱۳۸۶)، «بررسی رفتار زنان در برابر خشونت شوهر» *دوماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد*، ش ۲۵. رزاقی، عمران محمد، محسن نقوی، گلایل اردلان و سید عباس باقری یزدی. (۱۳۸۰)، *بررسی برخی از اشکال کودک‌آزاری در شهرستان سمنان و عوامل مؤثر بر آن*، تهران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اداره سلامت روان.

رفیعی‌فر، شهرام و سعید پارسی‌نیا. (۱۳۸۰)، *خشونت علیه زنان*، تهران، تندیس.

زرگر، فاطمه و حمیدطاهر نشاط‌دوست. (۱۳۸۵)، «بررسی عوامل جمعیت‌شناختی و خانوادگی مؤثر در بروز کودک‌آزاری در شهر اصفهان»، *خانواده‌پوهی*، ش ۶.

زمانی فرد، مراد. (۱۳۸۴)، *شناسایی انواع بدرفتاری‌های والدین با کودکان در شهر نهاوند در سال تحصیلی ۸۴-۸۳*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور. (۱۳۸۵)، *مجموعه اسناد ملی توسعه در برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی*، ج ۲، تهران.

سازمان ملل متحد. (۲۰۰۲)، «گزارش کارشناس مستقل برای مطالعه سازمان ملل در زمینه خشونت علیه کودکان»، تهران، دفتر صندوق حمایت کودکان سازمان ملل متحد در ایران (یونیسف) با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

سجادی، حمیرا، سعید مدنی و مروّنه وامقی. (۱۳۸۸)، *مرور مطالعات مرتبط با تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در تهران بر مبنای مدل سازمان بهداشت جهانی*، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

سیاری، علی‌اکبر، سید عباس باقری یزدی، بهروز جلیلی، کنایون خوشابی، داوود شاه‌محمدی، فرید ایمان‌زاده و حسن کرمی. (۱۳۸۰)، «بررسی کودک‌آزاری جسمانی در مراجعین سه درمانگاه تخصصی اورژانس کودکان در شهرستان تهران»، *توانبخشی*، ش ۶ و ۷.

سیف ربیعی، محمدعلی، فهیمه رضائی تهرانی و زینت نادیا حتمی. (۱۳۸۱)، «همسرآزاری و عوامل مؤثر بر آن»، *پژوهش زنان*، دوره ۱، ش ۴.

موسوی، محسن و آزاده اسحاقیان. (۱۳۸۳)، «بررسی همسرآزاری در زنان شوهردار شهرستان اصفهان در سال ۱۳۸۱»، *پژشکی قانونی*، ش ۳۳.

میری، سکینه، گلناز فروغ عامری، سکینه محمدعلیزاده و فاطمه فرودنیا. (۱۳۸۴)، «بررسی شیوع کودک‌آزاری در دبیرستان‌های شهر بم در سال تحصیلی ۸۲-۱۳۸۱»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، دوره ۱۳، ش ۱.

نامداری، پریسا. (۱۳۸۲)، «میزان شیوع سوءرفتار در دانش‌آموزان دوره راهنمایی شهر خرم‌آباد»، *اندیشه و رفتار*، س ۹، ش ۱.

نجومی، مرضیه و زهره اکرمی. (۱۳۸۱)، «خشونت فیزیکی در دوران بارداری و عواقب مادری و نوزادی آن»، *پایش*، س ۲، ش ۱.

نریمانی، محمد و حمیدرضا آقامحمدیان. (۱۳۸۴)، «بررسی میزان خشونت مردان علیه زنان و متغیرهای مرتبط با آن در میان خانواده‌های ساکن در شهر اردبیل»، *اصول بهداشت روانی*، س ۷، ش ۳ و ۴.

ویژه، اورزولا، شهرام مرادی، زهرا فدایی و مجتبی حبیبی عسگرآباد. (۱۳۸۷)، «بررسی مقایسه‌ای شیوع کودک‌آزاری در دانش‌آموزان مقطع متوسطه برحسب جنس، مقطع تحصیلی و سابقه طلاق در خانواده»، *خانواده‌پژوهی*، ش ۱۴.

هاشمی‌نسب، لیلا. (۱۳۸۵)، «بررسی شیوع، پیامدها و عوامل مرتبط با خشونت فیزیکی خانگی در زنان باردار مراجعه‌کننده به بخش زایمان بیمارستان‌های شهر سنجند»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، دوره ۱۱، شماره زمستان.

همتی، رضا. (۱۳۸۳)، «عوامل مؤثر بر خشونت مردان علیه زنان: مطالعه موردی خانواده‌های تهرانی»، *رفاه اجتماعی*، ش ۱۲.

_____. (۱۳۸۴)، «بررسی فراوانی همسرآزاری و عوامل مؤثر بر آن در منطقه اسلام‌آباد زنجان، سال ۱۳۸۲»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ش ۵۰.

یونسف ایران. (۱۳۸۵)، *گزارش وضعیت کودکان ایران در سال ۱۳۸۵*، تهران، شرکت فن‌آوران اثر.

عزیزیان، رؤیا، باقر ساروخانی و محمود محمودی. (۱۳۸۲)، «بررسی عوامل خشونت علیه زنان در مراجعه‌کنندگان به پزشکی قانونی تهران در سال ۱۳۸۰»، *مجله دانشکده بهداشت و انستیتوی تحقیقات بهداشتی*، س ۲، ش ۳.

فرخ اسلاملو، حمیدرضا و بهزاد بوشهری. (۱۳۸۶)، «بررسی همسرآزاری و برخی عوامل مؤثر بر آن در مراجعه‌کنندگان به مرکز پزشکی قانونی شهرستان ارومیه در سال ۱۳۸۴»، *مجله پزشکی ارومیه*، س ۱۸، ش ۳.

قاسم‌زاده، فاطمه. (۱۳۸۰)، *پژوهشی در مورد وضعیت کودک‌آزاری در ایران*. قاضی طباطبائی، محمود. (۱۳۸۳)، *تحقیق ملی بررسی خشونت خانگی علیه زنان*، تهران، مرکز مشارکت امور زنان نهاد ریاست جمهوری و وزارت کشور.

قهاری، شهربانو، محمدکاظم عاطف وحید و حمید یوسفی. (۱۳۸۴)، «بررسی میزان همسرآزاری در دانشجویان دانشگاه آزاد تنکابن، سال ۱۳۸۲»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ش ۵۰.

قهاری، شهربانو، لیلی پناغی، محمدکاظم عاطف وحید، الهام زارعی‌دوست و علیرضا محمدی. (۱۳۸۵)، «سلامت روانی زنان قربانی همسرآزاری»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان*، دوره ۸، ش ۴.

مافی، مهوش و نسرين اکبرزاده. (۱۳۸۴)، «بررسی ویژگی‌های روان‌شناختی خشونت‌گرایان در خانواده»، *مطالعات روان‌شناختی*، دوره ۱، ش ۴ و ۵.

محمدخانی، پروانه. (۱۳۸۰)، *شیوع کودک‌آزاری: شایع‌ترین الگوهای آزار در دانش‌آموزان مدارس راهنمایی شهر تهران*، تهران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

محمدخانی، پروانه، محمدرضا محمدی، ابراهیم رضایی دوگاهه و هدیه آزادمهر. (۱۳۸۵)، «آسیب‌شناسی روانی و مشکلات شخصی و ارتباطی مردانی که مرتکب خشونت خانوادگی می‌شوند»، *توانبخشی*، دوره ۷، ش ۴.

محمدخانی، پروانه و هدیه آزادمهر. (۱۳۸۷)، «آسیب‌شناسی روانی و مشکلات شخصی و ارتباطی زنان قربانی خشونت خانوادگی»، *رفاه اجتماعی*، ش ۲۷.

مدنی، سعید. (۱۳۹۰)، *خشونت علیه کودکان در ایران*، تهران، آشیان.

ملک‌افضلی، حسین، مرتضی مهدیزاده، احمدرضا زمانی و زیبا فرج‌زادگان. (۱۳۸۳)، «بررسی انواع خشونت خانوادگی نزد زنان در شهر اصفهان، سال ۱۳۸۲»، *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، دوره ۱۴، ش ۲.

ممقانی، جعفر و غلامحسین جوانمرد. (۱۳۸۶)، «مقایسه علایم اختلال‌های روانی والدین کودک‌آزار و غیرکودک‌آزار و رابطه کودک‌آزاری با اختلال‌های رفتاری در کودکان»، *پژوهش‌های روان‌شناختی*، دوره ۱۰، ش ۱ و ۲.

Bacchusa, L., G. Mezeya, S. Bewley. (2004), "Domestic Violence: Prevalence in Pregnant Women and Associations with Physical and Psychological Health", *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 113: 6-11.

Edleson, J. L. (1999), "Children's Witnessing of Adult Domestic Violence", *Journal of Interpersonal Violence* 14: 839-870.

Fantuzzo, J. W., K. M. Wanda. (1999), "Prevalence and Effects of Child Exposure to Domestic Violence", *The*

- Consequences of Intimate Partner Violence*, US National Institute of Justice and the Centers for Disease Control and Prevention, Washington, DC.
- Troeme, N. H. and D. Wolfe. (2001), *Child Maltreatment in Canada: Selected Results from the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect*, Ottawa.
- U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau. (2010), *Child Maltreatment 2008*, available at: http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/stats_research/index.htm#can
- World Health Organization. (1996), *Violence: A Public Health Priority*, Geneva, World Health Organization Global Consultation on Violence and Health (document WHO/EHA/SPI.POA.2).
- . (1999), *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, Social Change and Mental Health, Violence and Injury Prevention*, Geneva.
- . (2000), *Women's Mental Health: An Evidence Based Review*, Mental Health Determinants and Populations Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization, Geneva.
- . (2002), *World Report on Violence and Health: Summary*, World Health Organization, Geneva.
- . (2005), *Addressing Violence against Women and Achieving the Millennium Development Goals*, Department of Gender, Women and Health, Family and Community Health.
- . (2006a), *Gender-based Violence in the Western Pacific Region: A Hidden Epidemic?*, WHO Western Pacific Region.
- . (2006b), *Preventing Child Maltreatment: A Guide to Taking Action and Generating Evidence*, World Health Organization and International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect.
- Future of Children. Domestic Violence and Children* 9: 21-33.
- Faramarzi, M., S. Esmailzadeh and S. Mosavi. (2005), "Prevalence and Determinants of Intimate Partner Violence in Babol City, Islamic Republic of Iran", *Eastern Mediterranean Health Journal* 11/5-6.
- Finkelhor, D. (1994), "Current Information on the Scope and Nature of Child Sexual Abuse", *The Future of Children* 31: 53-54.
- Ganley, A. L. and S. Schechter. (1996), *Domestic Violence: A National Curriculum for Children's Protective Services*, San Francisco, Family Violence Prevention Fund.
- Ghazizadeh, A. (2005), "Domestic Violence: A Cross Sectional Study in an Iranian City", *Eastern Mediterranean Health Journal* 11/5-6.
- Gordon, L. (1988), *Heroes of Their Own Lives. The Politics and History of Family Violence: Boston 1880-1960*, New York, Viking.
- Jasinski, J. L. (2004), "Pregnancy and Domestic Violence: A Review of the Literature", *Trauma, Violence, and Abuse* 5/1: 47-64.
- Lampe, A. (2002), "The Prevalence of Childhood Sexual Abuse, Physical Abuse and Emotional Neglect in Europe", *Z Psychosom Med Psychother* 48/4: 370-380.
- Levine, E. M. (1986). "Sociocultural Causes of Family Violence: A Theoretical Comment", *Journal of Family Violence* 1: 3-12.
- Mirrlees-Black, C. (1999), *Domestic Violence: Findings from a New British Crime Survey Self-completion Questionnaire*, Home Office Research Studies (HORS).
- Mousavi, S. M. and A. Eshagian. (2005), "Wife Abuse in Esfahan, Islamic Republic of Iran, 2002", *Eastern Mediterranean Health Journal* 11/ 5-6.
- Saltzman, L. E. et al. (1999), *Intimate Partner Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements*, Version 1.0, Atlanta, GA.
- Tjaden, P. and N. Thoennes. (2000), *Extent, Nature, and*

جدول ۱. مشخصات مطالعات مربوط به خشونت علیه زنان

ردیف	نویسندگان	سال انتشار مطالعه	حجم نمونه	جمعیت نمونه	شیوع آزار جسمی	شیوع آزار جنسی	شیوع آزار روانی	نوع آزار	نتیجه
۱	دولتیان و دیگران	۱۳۸۰	۱۰۴ زن	زنان باردار مراجعه کننده به پزشکی قانونی تهران	-	-	-	-	+
۲	نجومی و اکرمی	۱۳۸۱	۴۰۶ زن	زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان اکبرآبادی تهران	در دوران بارداری ۱۰/۷٪ و قبل از بارداری ۱۱/۹٪	-	-	+	+
۳	آقاخانی و دیگران	۱۳۸۱	نامشخص	زنان آزاردیده مراجعه کننده به پزشکی قانونی تهران	-	-	-	+	-
۴	سیف ربیعی و دیگران	۱۳۸۱	۳۸۴ زن	زنان متأهل تحت پوشش ۶ مرکز بهداشتی- درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران	-	-	-	+	-
۵	بختیاری و امیدبخش	۱۳۸۲ الف	۵۰۸ زن	زنان شوهردار آزاردیده و غیرآزاردیده مراجعه کننده به پزشکی قانونی شهر بابل	-	۱۳٪	-	-	+
۶	شمس اسفندآباد و امامی پور	۱۳۸۲	۴۰۰ زن	زنان متأهل ۱۸ تا ۴۰ ساله جمعیت عمومی	-	-	-	+	-
۷	عارفی	۱۳۸۲	۲۷۲ زن	زنان آزاردیده مراجعه کننده به نیروی انتظامی شهرستان ارومیه	۵۰٪	۷۰٪	۲۶/۱۰٪	+	-
۸	عزیزیان و دیگران	۱۳۸۲	۱۲۰ زن	زنان آزاردیده مراجعه کننده به پزشکی قانونی تهران	-	-	-	+	-
۹	بختیاری و امیدبخش	۱۳۸۲ ب	۵۰۸ زن	زنان شوهردار آزاردیده و غیرآزاردیده مراجعه کننده به پزشکی قانونی شهر بابل	-	۱۳٪	-	+	+
۱۰	صابریان و دیگران	۱۳۸۳ الف	۶۰۰ زن	زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان سمنان	۱۷/۵۰٪	-	عاطفی- روانی ۶۰/۵٪ کلامی ۴۰/۵٪	+	-
۱۱	خسروی و خاقانی فرد	۱۳۸۳	۹۷ زن	زنان آزاردیده مراجعه کننده به مجتمع قضایی خانواده شهر تهران	-	-	-	+	+
۱۲	ملک افضلی و دیگران	۱۳۸۳	۸۱۵ زن	زنان همسردار دو منطقه شهر اصفهان	-	-	-	+	-
۱۳	صابریان و دیگران	۱۳۸۳ ب	۱۲۰ زن	زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان سمنان	-	-	-	+	-
۱۴	موسوی و اسحاقیان	۱۳۸۳	۳۸۶ زن	زنان شوهردار جمعیت عمومی شهر اصفهان	-	-	-	+	-
۱۵	همتی	۱۳۸۳	۳۲۰ خانوار	خانوارهای ساکن مناطق ۲۲ گانه تهران	۲۰٪	-	۴۰٪	+	-
۱۶	افتخار و دیگران	۱۳۸۳	۲۲۵ زن	زنان آزاردیده مراجعه کننده به ۵ منطقه پزشکی قانونی شهر تهران	-	-	-	+	-

جدول ۱. (ادامه)

۱۷	قاضی طباطبائی	۱۳۸۳	۲۰۶۶ زن و ۱۲۵۹۶ مرد و ۱۰۰ هزار پرونده	زنان متأهل مراکز ۲۸ استان کشور، پرونده‌های دادگاه‌های خانواده، پزشکی قانونی، نیروی انتظامی، بهزیستی، بنیاد شهید و جانبازان	۳۰٪	-	-	+	-
۱۸	پورنقاش تهرانی	۱۳۸۴	۵۰ زوج	زوجین درگیر خشونت خانگی مراجعه‌کننده به ۵ دادگاه خانواده و مراکز پزشکی قانونی	-	-	-		
۱۹	قهاری و دیگران	۱۳۸۴	۲۷۳ زن و ۵۴ مرد	دانشجویان دانشگاه آزاد تنکابن با سابقه ۲ سال تأهل	۵۵٪	۴۲٪	۹۱٪	+	
۲۰	همتی	۱۳۸۴	۳۰۰ زن	زنان متأهل خانوارهای ساکن اسلام‌آباد زنجان	-	-	-	+	-
۲۱	جوکار و دیگران	۱۳۸۴	۵۱۷ زن	زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهر یاسوج	۳۶/۴٪ قبل از بارداری و ۸٪ در بارداری	۲۲/۲٪	کلامی ۹/۶٪ عاطفی ۵۴/۲٪	+	-
۲۲	بداغ‌آبادی	۱۳۸۴	۵۸۷ زن	زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید مبینی شهرستان سبزوار	۱۷/۵٪ در بارداری	-	-	-	+
۲۳	نریمانی و آقامحمدیان	۱۳۸۴	۴۰۰ خانواده	خانواده‌های ساکن در شهر اردبیل	۲۸/۵۰٪	۱۲/۲۰٪	۵۵/۵۰٪	+	-
۲۴	مافی و اکبرزاده	۱۳۸۴	۶۰ زوج	زوجین درگیر خشونت خانگی مراجعه‌کننده به دادگاه و زوجین خانواده‌های عادی منطقه ۷ آموزش و پرورش	-	-	-	+	-
۲۵	محمدخانی و دیگران	۱۳۸۵	۲۳۰ مرد	زنان و مردان متأهل جمعیت عمومی و مراجعه‌کنندگان به دادگاه خانواده تهران	-	-	-	+	-
۲۶	صالحی و مهرعلیان	۱۳۸۵	۱۶۰۰ زن	زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی شهرکرد	۳۴/۵۰٪	۱۳/۸۰٪	۵۱/۷۰٪	+	-
۲۷	جلالی و دیگران	۱۳۸۵	۲۱۴ زن	همسران مردان معتاد مراجعه‌کننده به مرکز ترک اعتیاد شهر هفشنجان	-	-	-	+	-
۲۸	هاشمی‌نسب	۱۳۸۵	۸۴۰ زن	زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر سمنج	در دوران بارداری ۸/۵٪	-	-	+	+
۲۹	قهاری و دیگران	۱۳۸۵	۱۱۸۶ زن	زنان متأهل کلیه مناطق تهران	۳۱/۵۰٪	۳۰/۴۰٪	۸۵/۴۰٪	+	+
۳۰	احمدی و دیگران	۱۳۸۵	۱۱۸۹ زن	زنان متأهل ساکن تهران	۳۰٪	۱۰٪	۲۹٪	+	+
۳۱	ربانی و جوادیان	۱۳۸۶	۱۲۵ زن	زنان آزادبیده مراجعه‌کننده به مراکز بهزیستی اصفهان	-	-	-	+	+
۳۲	خسروی‌زادگان و دیگران	۱۳۸۶	۱۰۰ زن	زنان آزادبیده استان بوشهر	-	-	-	+	+
۳۳	بداغ‌آبادی	۱۳۸۶	۵۸۷ زن	زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید مبینی شهرستان سبزوار	در دوران بارداری ۱۴/۵٪	-	-	+	+

جدول ۱. (ادامه)

۳۴	فرخ‌اسلاملو و بوشهری	۱۳۸۶	۲۶۶ زن	زنان متأهل آزادیده و غیرآزادیده مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی ارومیه	-	-	-	+	-
۳۵	پورنقاش تهرانی و تاشک	۱۳۸۶	۴۰ زوج	زوج‌های مراجعه‌کننده به دادگاه خانواده تهران به علت خشونت خانگی	-	-	-	+	
۳۶	دولتیان و دیگران	۱۳۸۷ الف	۵۰۰ زن	زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های گچساران	در دوران بارداری ۱۴/۲٪	۱۸/۶۰٪	۴۸/۴۰٪	+	-
۳۷	محمدخانی و آزادمهر	۱۳۸۷	۲۳۰ زن	زنان متأهل تهران	-	-	-	+	-
۳۸	دولتیان و دیگران	۱۳۸۷ ب	۲۴۰ زن	زنان باردار مراجعه‌کننده به کلیه مراکز بهداشتی-درمانی مریوان	-	-	-	-	+
۳۹	خسروی و دیگران	۱۳۸۷	۸۴۰ زن	زنان باردار مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های شهر سنندج	در دوران بارداری ۸/۵٪	۱۸/۸۰٪	۵۷٪	+	+
۴۰	شعبانی و دیگران	۱۳۸۷	۲۰۰ زن	زنان متأهل خشونت‌دیده و غیرخشونت‌دیده مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی کرج	-	-	-	+	-
۴۱	دولتیان و دیگران	۱۳۸۷ ج	۲۴۰ زن	زنان باردار مراجعه‌کننده به کلیه مراکز بهداشتی-درمانی مریوان	۱۲/۹۰٪	۴۴/۶۰٪	۳۷/۱۰٪	-	+
۴۲	انصاری و دیگران	۱۳۸۷	مورد: ۳۱۸ مادر شاهد: ۳۱۸ مادر	مادران نوزادان دارای وزن کمتر از ۲۵۰۰ گرم و نوزادان با وزن بالاتر از ۲۵۰۰ گرم در یاسوج، گچساران و دهدشت	-	-	-	-	+
۴۳	احمدی و دیگران	۱۳۸۷	۵۰ زوج و ۵۰ صاحب‌نظر و کارشناس	زوج‌های مناطق مختلف شهر تهران و صاحب‌نظران، متخصصین و دست‌اندرکاران اجرایی و سیاست‌گذاران مؤثر بر موضوع خشونت خانگی	-	-	-		
۴۴	بالالی میبیدی و حسنی	۱۳۸۸	۴۲۶ زن	زنان شوهردار خانوارهای کرمانی	۵۵/۶۰٪	۲۸/۶۰٪	۷۸/۶۰٪	+	-
۴۵	جعفرنژاد و دیگران	۱۳۸۸	۱۰۲ زن	زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز و پایگاه‌های بهداشتی شهر مشهد				+	+
۴۶	Mousavi and Eshagian	۲۰۰۵	۳۸۶ زن	زنان متأهل خانوارهای اصفهان	-	-	-	+	-
۴۷	Faramarzi et al.	۲۰۰۵	۲۴۰۰ زن	زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی بابل	در یک سال منتهی به بررسی ۱۵٪، در دوران بارداری ۹/۱٪	در یک سال منتهی به بررسی ۴۲/۴٪، در دوران بارداری ۳۶/۳٪	در یک سال منتهی به بررسی ۸۱/۵٪، ۶۸٪، در دوران خفیف، در دوران بارداری ۸۲/۳٪	+	-
۴۸	Ghazizadeh	۲۰۰۵	۱۰۰۰ زن	زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی-درمانی سنندج	-	-	-	+	-

جدول ۲. مشخصات مطالعات مربوط به خشونت علیه کودکان

ردیف	نویسندگان	سال انتشار مطالعه	حجم نمونه	جمعیت نمونه	شیوع آزار جسمی	شیوع آزار روانی	شیوع آزار جنسی	علل مرتبط	پایان‌ها
۱	امینی	۱۳۸۰	۱۰۰ نفر	کودکان بستری در بیمارستان‌های روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران	-	-	-	-	+
۲	قاسم‌زاده	۱۳۸۰	۱۰۵۰ نفر	تماس تلفنی ۱۰۵۰ نفر با صدای مشاور	-	-	-	+	+
۳	محمدخانی	۱۳۸۰	نامشخص	دانش‌آموزان دوره راهنمایی شهر تهران	۵۰/۸٪	-	۳۴/۱٪	+	-
۴	رزاقی و دیگران	۱۳۸۰	نامشخص	خانواده‌های دارای کودکان ۵-۱۱ سال، ۱۱-۱۶ سال و ۱۸-۱۲ سال شهر سمنان	-	-	-	+	-
۵	سیاری و دیگران	۱۳۸۰	۳۰۱۹ نفر	کودکان مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های اورژانس کودکان شهر تهران	-	-	۱۲/۲٪	-	+
۶	تقی‌خانی	۱۳۸۱	۳۰ نفر	۱۵ والد کودک آزار و ۱۵ کودک زیر ۱۸ سال شهر تهران	-	-	-	+	-
۷	نامداری	۱۳۸۲	۲۴۰ نفر	دانش‌آموزان مقطع راهنمایی شهر خرم‌آباد	۵۸/۲٪	۹۱/۶٪	۳۲/۵٪	+	-
۸	زمانی فرد	۱۳۸۴	۲۰۰ نفر	کودکان ۱۱-۱۵ سال جمعیت عمومی شهر نهاوند	۳۲٪	۲۴/۵٪	-	+	-
۹	میری و دیگران	۱۳۸۴	نامشخص	دانش‌آموزان دختر و پسر اول تا سوم دبیرستان شهر بم	۲۰/۲٪	۳۳/۶٪	-	+	+
۱۰	دستجردی	۱۳۸۴	۴۰۰ نفر	والدین معتاد و سالم	۳۲/۵٪	۲۵/۵٪	۴۰٪ معتادان و ۲۵/۵٪ افراد سالم	+	-
۱۱	شهاب	۱۳۸۴	۶۰ نفر	والدین آزارگر مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید نواب صفوی شهر تهران و والدین غیرآزارگر	-	-	-	+	+
۱۲	بهاری	۱۳۸۵	۶۴ نفر	کودکان ارجاع‌شده به ۶ مرکز مداخله در بحران شهر تهران	-	-	-	+	-

جدول ۲. (ادامه)

۱۳	زرگر و نشاط دوست	۱۳۸۵	نامشخص	کودکانی که در شهر اصفهان با خط تلفن کودک آزاری تماس گرفته اند	%۲۹/۹	%۳۵/۹	%۴/۴	+	-
۱۴	جلالی فر	۱۳۸۵	۲۴۰ نفر	۱۲۰ کودک استثنایی (نابینا و ناشنوا) و ۱۲۰ دانش آموز مقطع راهنمایی شهر تهران	-	-	-	+	-
۱۵	صحابائی و دیگران	۱۳۸۵	۱۲۰ نفر	دانش آموزان دبستان های دولتی دخترانه شهر تهران	-	-	-	+	-
۱۶	عزیززاده	۱۳۸۵	۸۰ نفر	دانش آموزان مقطع راهنمایی شهر تهران	-	-	-	+	-
۱۷	شهنی بیلاق و دیگران	۱۳۸۶	۲۰۰۰ نفر	دانش آموزان دختر دوره راهنمایی شهر اهواز	%۳۳	%۷۰	-	+	-
۱۸	ممقانی و جوانمرد	۱۳۸۶	۶۱۲ نفر	کودکان مهدهای کودک و کودکانستان های ۶ شهر	-	-	-		
۱۹	خلاصه زاده و دیگران	۱۳۸۶	۶۴۸ نفر	والدین معتمد مراجعه کننده به کلینیک دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان	-	-	-	+	-
۲۰	ویژه و دیگران	۱۳۸۷	۷۳۸ نفر	دانش آموزان دوره متوسطه شهرستان های استان تهران	%۱۷/۵	%۴۹/۴	-	+	-

خشونت اجتماعی و قتل

شهلا معظمی*

مقدمه

یکی از چالش‌های عمده فراروی بشر در قرن بیست و یکم «خشونت» با ابعاد و اشکال گسترده آن است. معضلی که جهان امروز، با تمام پیشرفت‌های علمی و فنی‌اش، قادر به مهار آن نبوده است. شواهد نشان می‌دهد که خشونت در تمامی سطوح زندگی روزمره رخنه کرده است به نحوی که هیچ‌کس نمی‌تواند ادعا کند که در طول عمر خود از پیامدهای این رفتار انحرافی در امان بوده است. خشونت مختص اقدام‌های فردی یا جمعی انسان‌ها و در عین حال تهدیدی برای سلامت روابط افراد و حتی ثبات روابط کشورهاست (عامری سیاهویی، ۱۳۷۹: ۲۱). خشونت مشکلی پیچیده و با انواع الگوهای رفتاری و فکری متأثر از عوامل بی‌شمار اجتماعی، اقتصادی و سیاسی مرتبط است. در حقیقت، خشونت یک «انحراف اجتماعی» و از جمله مهم‌ترین موانع صلح، عدالت و توسعه پایدار است.

در کلی‌ترین معنا می‌توان خشونت را «استفاده عمدی از نیروی فیزیکی یا قدرت، با تهدید یا تمایل، علیه خود یا دیگری، گروه یا جامعه که موجب بروز آسیب، مرگ، آسیب‌های روانی، ضعف رشد یا انواع محرومیت‌ها گردد» تعریف کرد (گزارش جهانی خشونت و سلامت، ۱۳۸۶: ۳۱). در این تعریف، افزودن کلمه «قدرت» محدوده عمل خشونت‌آمیز را گسترش داده به نحوی که موارد ناشی از یک رابطه توأم با قدرت، تهدید و ارعاب را نیز شامل می‌شود.

اما خشونت اجتماعی پدیده‌ای است اجتماعی که باید با توجه به شرایط زمان و مکان و اوضاع و احوال اجتماعی در کلیت نظام اجتماعی تبیین شود. از این رو، گستره آن از قتل و تجاوز و ضرب و جرح تا خشونت علیه زنان، ولگردی، اوباشیگری و برهم زدن نظم اجتماعی، تخریب و حتی خشونت‌های لفظی را دربرمی‌گیرد. با توجه به اینکه جامعه ما جامعه‌ای در حال گذار و بسیار نامتعادل و بحرانی‌زاست، افزایش خشونت‌های اجتماعی مانعی جدی در برابر

* دکترای حقوق جزا و جرم‌شناسی، عضو هیئت علمی دانشگاه تهران

سوءاستفاده تعریف شده است (Campbell, 1998: 911). خشونت مفهومی ساده نیست و بار حقوقی، اخلاقی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی دارد. بعضی از حقوقدانان خشونت را «استفاده نامشروع و غیرقانونی از زور و قدرت تعریف می‌کنند» (نجفی ابرندآبادی، ۱۳۷۹: ۸-۹). یک نوع خشونت، اجبار غیرقانونی است که در برابر آزادی‌های عمومی به کار گرفته می‌شود و جرایم خشونت‌آمیز جرایمی هستند با جنبه فیزیکی یا جنسی بی‌نهایت شدید، مثل قتل عمد، تجاوز به عنف یا کتک زدن (حبیب‌زاده و دیگران، ۱۳۸۵).

۲.۱. انواع خشونت

گستره خشونت و عملکرد آن با گذشته تفاوت پیدا کرده است. تقسیم‌بندی‌های متعددی از خشونت وجود دارد، از جمله سازمان جهانی بهداشت خشونت را یکی از شاخص‌های توسعه پایدار و مهم‌ترین مشکل بهداشت عمومی در جهان دانسته و با توجه به عامل خشونت، آن را به سه گروه تقسیم می‌کند: خشونت فرد علیه خود، خشونت بین‌فردی، خشونت گروهی. این سه دسته کلی هریک دارای تقسیم‌بندی‌های دیگری هستند که انواع خشونت را متمایز می‌سازد.

خشونت علیه خود: خشونت علیه خود به دو گروه رفتارهای خودآزاری و خودکشی تقسیم می‌شود (گزارش جهانی خشونت و سلامت، ۱۳۸۶: ۳۴) و شروع به خودکشی را هم دربرمی‌گیرد.

خشونت بین‌فردی: ممکن است خشونت بین خویشاوندان رخ دهد، مثل خشونت در خانواده از جمله همسرکشی، فرزندکشی، پدر یا مادرکشی، یا بین افرادی که خویشاوندی ندارند اما یکدیگر را می‌شناسند. این نوع خشونت معمولاً در محیط‌های خصوصی و در خفا صورت می‌گیرد. یا احتمال دارد خشونت را فردی غریبه مرتکب شود، مثل کسی که در ازای دریافت پول مرتکب قتل می‌شود، یا بدون هدف مثل درگیری بر اثر تحریک یا تصادف رخ دهد.

خشونت گروهی: خشونت گروهی به اعمال خشونت‌باری اشاره دارد که گروه بزرگی از افراد یا دولت مرتکب می‌شوند. خشونت گروهی برای پیشبرد مقاصد خاص صورت می‌گیرد و شامل خشونت‌های نژادی، خشونت گروه‌های سازمان‌یافته، فعالیت‌های تروریستی و آشوب‌های عمومی است. خشونت گروهی به سه دسته خشونت اقتصادی، سیاسی و اجتماعی تقسیم می‌شود.

توسعه پایدار و برقراری نظم و امنیت در جامعه است. با وجود عدم دسترسی به اطلاعات و آمار دقیق در مورد خشونت‌های اجتماعی، با توجه به علل و زمینه‌های بسط این نوع خشونت‌ها از جمله نرخ بالای بیکاری، بی‌توجهی به مشارکت اجتماعی، و توزیع نابرابر ثروت و قدرت همراه با افزایش اختلافات طبقاتی، شاهد افزایش بحران خشونت‌های اجتماعی و ارتکاب جرایم سنگین‌تر از قبیل قتل و سرقت و تجاوز و تکرار جرایم خشونت‌بار و، در نتیجه، به مخاطره افتادن نظم و امنیت جامعه خواهیم بود که پیامد آن فقر و عقب‌ماندگی، نهادینه شدن فرهنگ خشونت و خسارات هنگفت انسانی و مالی است. این در حالی است که توسعه و امنیت پایدار فردی و قشری تنها در بستر جامعه توسعه‌یافته و متعادل و اجتماعی امن و متجانس تحقق می‌یابد (شجاعی زند، ۱۳۷۹: ۴۱-۴۲). در این نوشتار، با تمرکز بر خشونت اجتماعی به عنوان مانعی جدی در برابر توسعه اجتماعی، خشونت‌بارترین جرم یا قتل را به مثابه یکی از مصادیق خشونت اجتماعی مورد توجه قرار خواهیم داد و به دنبال آن به مسائلی از قبیل چیستی و چرایی خشونت اجتماعی و علل افزایش آن، پیامدهای خشونت اجتماعی برای توسعه پایدار، به‌ویژه قتل و جراحات ناشی از خشونت اجتماعی که نشانه بارز خشونت در اجتماع است خواهیم پرداخت.

۱. تعاریف

۱.۱. خشونت

تعریفی از خشونت که مورد توافق همه صاحب‌نظران باشد وجود ندارد. به طور کلی، خشونت را در لغت «درستی، زبری، غفلت، خشم، غضب و تندی کردن، بی‌حرمتی، جور، تعدی و اعمال زور» معنی کرده‌اند (دهخدا، ۱۳۳۷: ۳۷۹). خشونت، در تعریفی دیگر، استفاده عمومی از نیرو یا قدرت فیزیکی، تهدید یا تمایل به تهدید نسبت به خود یا سایر افراد جامعه معنا شده است که می‌تواند بدون آسیب یا همراه با جراحت، مرگ، صدمه روحی، نقصان رشد و تکامل یا رنج و محرومیت‌های دیگر باشد (قاسمی، ۱۳۸۷: ۲۶). در فرهنگ حقوقی، خشونت به معنای استفاده ناروا، غیرقانونی و تعرض‌آمیز از قدرت آمده است که در بیشتر موارد با بی‌حرمتی شدید یا خشم زیاد همراه است. همچنین سوءاستفاده از قدرت بر ضد حقوق عمومی، قوانین و آزادی‌های همگانی و سرانجام اعمال زور با هر نیروی فیزیکی برای صدمه و خسارت زدن یا

خشونت فرهنگی یا اوضاع و احوال اقتصادی در نظر گرفت، در عین حال تحولات تاریخی هر جامعه نیز بر کیفیت و کمیت خشونت اجتماعی در هر مقطع زمانی تأثیر می‌گذارد. از منظر جامعه‌شناسی شهری، در جامعه، نوعی وحدت جرایم اجتماعی مشابه با انکارهای شناخته‌شده مشاهده می‌شود که به تناسب ملاحظات و ویژگی‌های فرهنگی هر جامعه دارای شدت و ضعف است (بوئر، ۱۳۸۲: ۸). نمونه‌های بسیاری از تظاهرات و تجمعات ناهماهنگ در نقاط شهری به چشم می‌خورد که در موارد زیادی در قالب وندالیسم بروز می‌یابد. معمولاً نوجوانان در ظهور خشونت‌های اجتماعی و شهری دخالت دارند.

وضعیت یادشده در بسیاری از کشورهای رو به توسعه به چشم می‌خورد. فعل و انفعالات ناشی از خشونت و زایدۀ خشونت، امور مربوط به نظم اجتماعی، روند توسعه و نظایر آن را منحرف یا متوقف می‌گرداند (شیخی، ۱۳۸۷: ۱۱۶).

۳.۱. پیامدهای خشونت

در تمام اعمال خشونت‌آمیز حتی خشونت علیه خود، یکی از اشکال خشونت جسمی، جنسی، روانی، و غفلت و محرومیت وجود دارد. در بسیاری از موارد ممکن است خشونت آسیب‌های اجتماعی و روانی و فیزیکی در پی داشته باشد اما به معلولیت و مرگ منتهی نشود. عواقب خشونت ممکن است به طور آنی ظاهر نشود و پنهان بماند و سال‌ها پس از آسیب اولیه آشکار گردد. مثلاً همسرآزاری یا کودک‌آزاری که اغلب در منزل اتفاق می‌افتد می‌تواند آسیب‌های جسمی یا جنسی یا روانی و همچنین غفلت یا محرومیت به دنبال داشته باشد. خشونت اجتماعی مواردی مثل حمله‌های فیزیکی بین جوانان، خشونت اتفاقی، تجاوز یا حمله جنسی افراد غریبه، خشونت جنسی در محل کار، و محروم‌سازی و آزار در مراکز نگهداری سالمندان، مدارس و زندان‌ها را دربرمی‌گیرد. خشونت سیاسی نیز می‌تواند پیامدهایی نظیر تجاوز در جین درگیری و خشونت جسمی و روانی داشته باشد (گزارش جهانی خشونت و سلامت، ۱۳۸۶: ۳۲ و ۳۶).

این گونه رفتارهای خشونت‌بار نظم اجتماعی را مختل می‌سازد و هزینه‌های هنگفتی برای برقراری نظم و امنیت و مهار خشونت به مردم و مالیات‌دهندگان تحمیل می‌کند. همچنین هزینه‌ها و فرصت‌هایی که باید در خدمت توسعه فرهنگی و بهداشتی و رفاهی جامعه قرار گیرد صرف مهار خشونت می‌شود. با گسترش خشونت

خشونت اقتصادی حمله‌هایی است که هدف از آنها تضمین سود اقتصادی عامل خشونت است.

خشونت سیاسی شامل جنگ و دیگر درگیری‌های خونبار (همان: ۳۵) و همچنین خشونت دولتی یا «خشونت ساختاری» یا «خشونت غیرمستقیم و نهادی» است که عبارت است از خشونت پنهان و پوشیده، ناشی از انعطاف‌ناپذیری اصول ساختاری و تقسیم نابرابر قدرت و منابع در درون ساختارهای سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و حقوقی. در این نوع خشونت، که از جانب دولت یا جامعه نسبت به شهروندان اعمال می‌شود، قربانی به طور مشخص دیده نمی‌شود. این خشونت اهمیت زیادی دارد زیرا با توجه به انحصاری بودن قدرت در دست دولت و در قلمرو یک حاکمیت، دولت‌ها با امکانات خود قادر به اعمال خشونت گسترده هستند؛ و با در نظر گرفتن اینکه دولت واضع قانون نیز هست، در فرایند مجازات کیفری، اعدام مجرمان سیاسی، زندانی کردن مخالفان، جرم‌انگاری اعمال شهروندان، و همچنین مواردی چون نسل‌کشی و جنایت جنگی از مصادیق بارز خشونت ساختاری به شمار می‌روند (Imbush, 2005: 30).

در خشونت‌های اجتماعی، قربانیان خشونت نه تنها افراد که جوامع هستند. هدف از این نوع خشونت محروم کردن از فعالیت و کنش اجتماعی با دیگران است. خشونت اجتماعی ممکن است منشأ داخلی یا خارجی داشته باشد. از جمله خشونت‌های اجتماعی داخلی می‌توان به اغتشاش و بی‌نظمی، اعمال گروه‌های بزهکاری، خشونت باندهای خیابانی (اراذل و اوباش)، شورش اجتماعی، تظاهرات توده‌ای خشونت‌آمیز، تخریب اموال عمومی، شعارنویسی، سرقت، تعدی و تجاوز، قتل، نفی آزادی، و سلب اختیار از مردم در تعیین مدیریت جامعه یا نظارت بر حاکمان اشاره کرد. خشونت‌های اجتماعی مواردی همچون استعمار، تحمیل نظام تک‌محصولی به منظور وارد آوردن فشار بر ملت‌ها در جهت تأمین منافع قدرتمندان، اشاعۀ مفاسد اخلاقی که استعمار فرهنگی نام گرفته، تحقیر و توهین به مقدسات و مبانی اعتقادی جامعه، و تحقیر نژادپرستانۀ جوامع را دربرمی‌گیرد (هزاوه‌ای، ۱۳۸۳: ۲۹). بخش خاکستری این نوع خشونت در خشونت‌های سیاسی و به شکل تروریسم، جنبش‌های چریکی، شورش، انقلاب، جنگ‌های داخلی، و کودتا بروز می‌کند (Imbush, 2005: 30).

آنچه مسلم است خشونت اجتماعی را نمی‌توان منفک از

مجازات‌ها هزینه جرایم به‌ویژه جرایم علیه اموال را افزایش دهد. تشدید مجازات‌ها نیز منجر به افزایش خشونت در جامعه و ارتکاب جرایم خشن‌تر و سبعانه‌تر می‌شود (چلبی، ۱۳۸۵: ۱۰۲).

جرم، علاوه بر مصیبتی که بر جامعه بشری وارد می‌کند، یکی از موانع توسعه است. با افزایش اعمال خشونت‌آمیز از جمله سرقت مسلحانه، ضرب و جرح منتهی به قتل، و قتل سرمایه‌گذاران، شرکت‌ها و نمایندگی‌های بین‌المللی و حتی کسبه و تجار محلی به علت وحشت از خشونت از شروع یا ادامه فعالیت اقتصادی مأیوس می‌شوند. در صورتی که قادر به تأمین و تضمین امنیت شهرها نباشیم، نمی‌توانیم انتظار داشته باشیم که در مسیر توسعه اقتصادی و اجتماعی حرکت کنیم (معظمی، ۱۳۷۹: ۴۹-۴۸). در بسیاری از جوامع، با افزایش جرایم و آسیب‌ها و انحرافات، روند عادی پیشرفت و توسعه تحت تأثیر قرار می‌گیرد و آزادی به خطر می‌افتد، یعنی کارایی جامعه به حداقل کاهش می‌یابد. افزایش سطوح جرایم و مجرمیت که افزایش ترس را به همراه دارد، به گونه‌ای منفی، نه فقط استحکام دموکراسی و توسعه اجتماعی، بلکه ساختار اجتماعی را نیز متأثر می‌سازد (شیخی، ۱۳۸۷: ۱۶۲).

به نظر می‌رسد که ریشه خشونت اجتماعی را باید در ساختار نظام موجود جست‌وجو کرد. نظریه‌های مربوط به نظم اجتماعی و نظریه‌های انتقادی، شیوه‌ها و راهبردهای متفاوتی را برای انتخاب یک رفتار به عنوان خشونت اجتماعی و تبیین آن برگزیده‌اند. در رویکرد نظم اجتماعی، ملاک تعریف سلامت و بیماری ارزش‌های فرهنگی و رفتاری است که نظام اجتماعی آنها را پذیرفته و هرگونه انحرافی از آنها را مستوجب مجازات می‌داند.

در حالی که نظریه‌های انتقادی ریشه‌های خشونت اجتماعی را در ساختار نظام موجود جست‌وجو می‌کنند و عواملی نظیر توزیع نابرابر فرصت‌های اقتصادی و اجتماعی، فقر فرهنگی و از خود بیگانگی انسان را زمینه‌ساز خشونت می‌دانند، نظریه‌های نظم اجتماعی شکل‌گیری ماهیت و علل خشونت اجتماعی را پیامد نظارت غیرکافی بر جامعه می‌دانند (احمدی، ۱۳۸۸: ۲۰).

در زمینه توسعه اجتماعی و سیاسی و اقتصادی، جهان شاهد وضعیت هم‌تراز و متعادل نیست و تفاوت‌های فاحشی در آن به چشم می‌خورد که ضمن اینکه از توسعه ناشی می‌شود، در آن تأثیر نیز می‌گذارد (شیخی، ۱۳۸۵: ۱۹۱). رشد سریع جمعیت، هزینه‌های سنگین و مداوم نظامی، ضعف‌های مزمن اقتصادی، فقر فزاینده و

اجتماعی، حس اعتماد عمومی نیز مخدوش می‌گردد. مردم نسبت به تعهدات خود در روابط متقابل اجتماعی بی‌اعتنا می‌شوند، زورگویی و استثمار بر روابط اجتماعی حاکم می‌گردد، مردم دچار بدبینی و اضطراب می‌شوند و زمینه بروز بحران‌هایی از قبیل طلاق، اعتیاد، بزهکاری، فحشا، قتل و انواع دیگر جرم فراهم می‌شود (میری آشتیانی، ۱۳۸۲: ۱۲۸).

از جمله مهم‌ترین پیامدهای قابل محاسبه و آشکار خشونت قتل است. بنا بر گزارش سالانه سازمان جهانی بهداشت، مشکل جهانی در تأمین سلامت عمومی، خشونت و جراحات ناشی از آن است. هرساله در حدود ۵/۸ میلیون نفر بر اثر جراحت یا دلایل ناشی از آن می‌میرند (WHO, 2008-2009). اگرچه خسارت‌های انسانی ناشی از درد و رنج حاصل از خشونت قابل محاسبه نیست، هزینه‌های خشونت آشکار از جمله هزینه بهداشت عمومی قابل ردیابی است. انواع خشونت — علیه خود، بین‌فردی، گروهی — از علل مرگ و میر جمعیت ۱۵ تا ۴۴ سال به شمار می‌آید که هزینه آن برای اقتصاد ملی کشورها با محاسبه هزینه‌های کلان حقوقی و قضایی، از بین رفتن نیروی کار، روزهای کاری تلف‌شده و سرمایه‌های ازدست‌رفته بالغ بر میلیاردها دلار خواهد شد (مامسن، ۱۳۸۷: ۱۰۱). این در حالی است که توسعه و امنیت دو نیاز عمده انسانی و دو مطلوب همیشگی جوامع بشری است.

۲. رویکرد نظری

۱.۲. خشونت و توسعه

مقایسه‌های بین‌المللی نشان می‌دهد که بیشترین خشونت در جوامعی رخ می‌دهد که دارای شدیدترین نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی هستند. فقر و نابرابری به طور قطع با جرم به‌ویژه جرم خشونت‌بار همبسته‌اند (WHO, 2008-2009). چنانچه در جامعه‌ای با ساخت سیاسی و اجتماعی انسدادی و متصلب، نابرابری به وجود آید می‌تواند تولید «تضاد انتشاری» کند و تضاد انتشاری عامل انواع بزهکاری مانند جرح و قتل، آدم‌ربایی و غارت می‌شود. اگر استثمار و نابرابری در جامعه‌ای با ساخت سیاسی منعطف و باز وجود داشته باشد، در این صورت تضادهای توزیعی خصلت کانونی به خود می‌گیرند و شرایط را برای بروز اعتراض عمومی، اعتصاب، شورش و... مهیا می‌سازند. به همین دلیل، در جوامعی که نابرابری شدید است، می‌توان انتظار داشت که نظام حقوقی جامعه بکوشد با تشدید

هورمون‌ها عامل پرخاشگری و جرایمی همچون قتل و ضرب و جرح و تجاوز به عنف است.

بین اختلالات روانی و جرم نیز رابطه وجود دارد. پژوهش‌های علمی نشان می‌دهد که ارتباط میان اختلال روانی و جرم در جرایم خشونت‌آمیز به‌ویژه قتل قطعیت نسبی بیشتری دارد (کلدر و دیگران، ۱۳۷۷: ۴۵۳).

برخی روان‌شناسان خشونت را واکنشی در برابر ناکامی و محرومیت می‌دانند (استور، ۱۳۷۲: ۳۸). برخی نیز معتقدند خشونت هم مانند هر رفتار دیگری یادگرفتنی است. شواهد نشان می‌دهد که میان قرار گرفتن در معرض سوءرفتار در زمان کودکی و ارتکاب جرایم شدید و خشونت‌آمیز ارتباط وجود دارد (سیگل، ۱۳۸۵: ۵۱۰). گسَن قتل‌ها و جراحات ناشی از حوادث رانندگی و بی‌احتیاطی هنگام کار را نتیجه توسعه قابل ملاحظه خشونت عمومی با تفکر و تأمل می‌داند (گسن، ۱۳۷۴: ۸۵).

۳. وضعیت دیگر کشورها

اطلاعات مربوط به مرگ و میر، به‌ویژه موارد قتل و خودکشی، می‌تواند نشانه بارزی از میزان وقوع خشونت‌های مرگبار در جوامع و کشورهای مختلف باشد. این اطلاعات پژوهشگران را در شناسایی گستره و ماهیت خشونت‌های مرگبار در طول زمان یاری می‌دهد. همچنین می‌توان از این اطلاعات برای شناسایی گروه‌ها (برحسب سن، جنس، نژاد و طبقه اجتماعی) و جوامع در معرض خطر و مقایسه وضعیت خشونت در درون و بین کشورها استفاده کرد.

اطلاعات مربوط به قتل از منابع مختلف تهیه می‌شود، از جمله آمار رسمی، ادارات پلیس و سایر منابع رسمی و دولتی. در این تحقیق، از آمار منتشرشده مرکز آمار ایران و آمار سازمان جهانی بهداشت و همچنین آمار رسمی سایر کشورها استفاده شده است. فارغ از هرگونه داوری ارزشی، جنایت از طریق واکنش اجتماعی که برمی‌انگیزد، یعنی محکومیت برای ما آشکار می‌گردد.

در سال ۲۰۰۰، حدود ۱,۶۵۹,۰۰۰ نفر در سراسر جهان در نتیجه انواع خشونت — علیه خود، بین‌فردی و گروهی — جان باخته‌اند یعنی، به طور متوسط، ۸/۲ در هر صدهزار نفر در سال. اکثر این مرگ و میرها در کشورهای با درآمد کم و متوسط و کمتر از ۱۰ درصد مرگ‌های ناشی از خشونت در کشورهای با درآمد بالا به وقوع پیوسته است. در حدود نیمی از این ۱,۶۵۹,۰۰۰ مرگ ناشی

نابرابری، تضعیف ساختار خانواده، و فقدان برنامه‌های رفاه اجتماعی مناسب از جمله عواملی هستند که در روند منفی توسعه کشورها سهیم‌اند (همان). در نتیجه رکود اقتصادی و بیکاری و بی‌عدالتی اجتماعی، شورش علیه نابرابری، در بسیاری موارد، شکلی خشونت‌آمیز به خود می‌گیرد. رانده شدن جوانان به حاشیه جامعه و فقدان چشم‌انداز روشن برای آینده آنان را به سمت خشونت و اعمال غیرقانونی سوق می‌دهد.

این پدیده‌ها کم و بیش در همه کشورهای در حال توسعه به چشم می‌خورد و دستاوردهای دموکراتیک این کشورها را در مخاطره جدی قرار می‌دهد («موقعیت جنبش...»).

۲.۲. خشونت اجتماعی و قتل

مهم‌ترین مصداق خشونت، از منظر کلی، قتل عمد و در مرحله بعد درگیری و ضرب و جرح است (عبدی و کلهر، ۱۳۸۸: ۱۱۷-۱۱۶).

در فرهنگ حقوقی، آدم‌کشی^۱ به معنی سلب حیات از دیگری به دست فردی از افراد بشر است. دیگرکشی غیرکیفری^۲ دیگرکشی‌های قابل عفو یعنی اتفاقی یا در دفاع از خود یا قابل توجیه را دربرمی‌گیرد. قتل جنایی شامل قتل عمد^۳ و قتل غیرعمد^۴ می‌شود (آقای، ۱۳۸۵: ۳۵).

حقوقدانان تعاریف گوناگونی از قتل ارائه داده‌اند، از جمله اینکه قتل عمد عبارت است از رفتار بدون مجوز قانونی و عمدی و آگاهانه یک انسان که منتهی به مرگ انسان دیگری شود (گلدوزیان، ۱۳۸۲: ۴۵).

گاه ضرب و جرح به طور ناخواسته منجر به قتل می‌شود که همچون قتل از جمله جرایم علیه اشخاص است. از منظر جامعه‌شناسی انحرافات، قتل یک مسئله اجتماعی تلقی می‌شود زیرا مسئله اجتماعی، براساس ارزش‌ها و هنجارهای حاکم بر جامعه، وضعیتی نامطلوب و مضر شناخته می‌شود که افراد جامعه را تهدید می‌کند (احمدی، ۱۳۸۸: ۱۹۳). به عقیده برخی جرم‌شناسان، اختلال در کروموزوم xyy، و اختلالات مغز و دستگاه عصبی و

1. homicide

2. criminal

3. murder

4. manslaughter

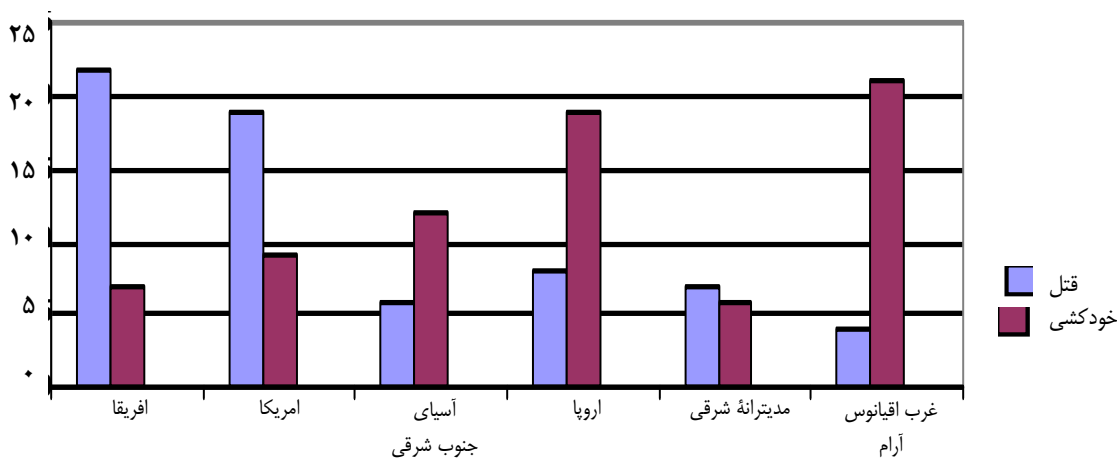
۱۹ سال بوده (۲۳۸,۰۰۳ مورد) که نزدیک‌ترین آمار به آن مربوط به مردان ۳۰ تا ۴۴ سال بوده است (۱۷۹,۹۱۶ مورد). نرخ خودکشی در زنان و مردان با بالا رفتن سن افزایش یافته و در بین افراد بالای ۶۰ سال بیشترین میزان را داشته است (ibid.).

میزان مرگ‌های ناشی از اعمال خشونت‌آمیز با توجه به سطح درآمد کشورها متفاوت است. در سال ۲۰۰۰، نرخ مرگ و میر ناشی از خشونت در کشورهای با درآمد کم به طور متوسط ۳۲/۱ در هر صد هزار نفر بوده که بیش از ۲ برابر این میزان در کشورهای با درآمد بالا (۱۴/۴ در هر صد هزار نفر) است. همچنین تفاوت‌های منطقه‌ای چشمگیری در نرخ مرگ و میر ناشی از خشونت وجود دارد. این تفاوت‌ها در تمام مناطق فعالیت سازمان جهانی بهداشت به چشم می‌خورد (نمودار ۱). در مناطق افریقایی و آمریکایی، نرخ قتل حدود ۳ برابر نرخ خودکشی است. از طرف دیگر، در مناطق اروپایی و آسیای جنوب شرقی، نرخ خودکشی ۲ برابر نرخ قتل است (۱۹/۱ در هر صد هزار در مقابل ۸/۴ در هر صد هزار در مناطق اروپایی، ۱۲ در هر صد هزار در مقابل ۵/۸ در هر صد هزار در منطقه آسیای جنوب شرقی). در منطقه جنوب اقیانوس آرام، نرخ خودکشی حدود ۶ برابر نرخ قتل است (۲۰/۸ در هر صد هزار در مقابل ۳/۴ در هر صد هزار). در هریک از این مناطق نیز تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای بین کشورها وجود دارد.

از خشونت به علت خودکشی، حدود یک‌سوم قتل، و یک‌پنجم در جنگ بوده است (گزارش جهانی خشونت و سلامت، ۱۳۸۶: ۴۲۰). بنا بر گزارش «خشونت، جراحت و معلولیت ۲۰۰۹-۲۰۰۸» سازمان جهانی بهداشت، احتمال به قتل رسیدن بسیار کمتر از آن است که شخصی قربانی جرم و جنایت و خشونت عمده دیگر شود. حتی احتمال اینکه کسی به دست دیگری به قتل برسد از احتمال خودکشی او نیز کمتر است.

تخمین زده می‌شود که در سال ۲۰۰۲، جراحت ناشی از خشونت علت مرگ ۵/۲ میلیون نفر در سراسر جهان بوده است. همچنین، در سال ۲۰۰۳، خودکشی و خشونت بین‌فردی و گروهی از جمله بیست علت اصلی مرگ و در افراد ۱۵ تا ۴۴ سال (۱۴ درصد مردان و ۷ درصد زنان) علت اصلی مرگ در سراسر جهان بوده است (WHO, 2006).

در سال ۲۰۰۴، حدود ۱,۹۶۲,۸۱۶ نفر در سراسر جهان در نتیجه خشونت علیه خود، خشونت بین‌فردی یا گروهی جان باخته‌اند. در حدود ۱,۴۷۸,۵۷۸ نفر با خودکشی و ۴۱۷,۹۱۹ نفر به علت قتل و ۶۶,۳۱۹ نفر بر اثر جراحت در جنگ مرده‌اند (WHO, 2008-2009). گزارش سازمان جهانی بهداشت همچنین نشان می‌دهد نرخ خودکشی ۳ برابر نرخ قتل و نرخ قتل ۷ برابر نرخ مرگ و میر ناشی از جراحت جنگی است. بالاترین آمار قتل در جهان در سنین ۱۵ تا



نمودار ۱. میزان قتل و خودکشی در مناطق مختلف جهان

منبع: WHO, 2000, 2002, 2008-2009

جمعیت نیز یکی از عوامل مؤثر در نرخ قتل در کشورهای جهان است (جدول ۱).

جدول ۱. نرخ قتل در برخی کشورهای جهان براساس جمعیت (۲۰۰۴)

کشور	درصد	جمعیت
ایالات متحده آمریکا	۱۸/۲۳۳	۲۹۳,۶۵۵,۴۰۵
ترکیه	۴/۲۷۷	۶۸,۸۹۳,۹۱۸
افغانستان	۱/۷۷۰	۲۸,۵۱۳,۶۷۷
بنگلادش	۸/۷۷۶	۱۴۱,۳۴۰,۴۷۶
هندوستان	۶۶/۱۲۳	۱,۰۶۵,۰۷۰,۶۰۷
پاکستان	۹/۸۸۴	۱۵۹,۱۹۶,۳۳۶
ایران	۴/۱۹۱	۶۷,۵۰۳,۲۰۵
عراق	۱/۵۷۵	۲۵,۳۷۴,۶۹۱
کویت	۱۴۰	۲,۲۵۷,۵۴۹

منبع: آمار آمریکا: US Census, Population Estimates, 2004

آمار دیگر کشورها: US Census, International Data Base, 2004

تهیه آمار نرخ قتل در شهرهای خارج از جهان پیشرفته بسیار مشکل است. براساس برخی گزارش‌ها، شهرهای بوگوتا (کلمبیا)،

۱.۳. کشورهای امریکایی

در سال ۲۰۰۰، ایالات متحده آمریکا از نظر جمعیت رتبهٔ چهاردهم را در جهان داشته است. در این سال، جمع کل شاخص جرم در این کشور ۴/۱۲۴/۸ در صدهزار نفر (رتبهٔ بیست و دوم در میان کشورها)؛ نرخ جرایم خسونت‌بار ۵۰۶/۶ در صدهزار نفر (رتبهٔ دهم)؛ نرخ قتل ۵/۵ در صدهزار نفر (رتبهٔ بیست و ششم)؛ و نرخ تجاوز ۳۲/۰ در صدهزار نفر (رتبهٔ نخست) گزارش شده است. همچنین در حملهٔ شدید به ازای هر صدهزار نفر، دهمین جایگاه و در ورود غیرقانونی، رتبهٔ سی و یکم را در بین کشورها داشته است (جدول ۲).

جدول ۲. آمار جرایم در ایالات متحده آمریکا براساس جمعیت (۲۰۰۹-۲۰۰۰)

سال	جمعیت	شاخص کل جرایم	خسونت	قتل (عمد)	تجاوز به عفت	حملهٔ مشدد	برگه‌ری°
۲۰۰۰	۲۸۱,۴۲۱,۹۰۶	۴/۱۲۴/۸	۵۰۶/۶	۵/۵	۳۲/۰	۳۲۴/۰	۷۲۸/۸
۲۰۰۱	۲۸۵,۳۱۷,۵۵۹	۴/۱۶۲/۶	۵۰۴/۵	۵/۶	۳۱/۸	۳۱۸/۶	۷۴۱/۸
۲۰۰۲	۲۸۷,۹۷۳,۹۳۴	۴/۱۲۵/۰	۴۹۴/۴	۵/۶	۳۳/۱	۳۰۹/۵	۷۴۷/۰
۲۰۰۳	۲۹۰,۶۹۰,۷۸۸	۴/۰۶۷/۰	۴۷۵/۸	۵/۷	۳۲/۳	۲۹۵/۴	۷۴۱/۰
۲۰۰۴	۲۹۳,۶۵۶,۸۴۲	۳/۹۷۷/۳	۴۶۳/۰	۵/۵	۳۲/۴	۲۸۸/۶	۷۳۰/۳
۲۰۰۵	۲۹۶,۵۰۷,۰۶۱	۳/۹۰۰/۵	۴۶۹/۰	۵/۶	۳۱/۸	۲۹۰/۸	۷۲۶/۹
۲۰۰۶	۲۹۹,۳۹۸,۴۸۴	۳/۸۰۸/۱	۴۷۳/۶	۵/۷	۳۰/۹	۲۸۷/۵	۷۲۹/۴
۲۰۰۷	۳۰۱,۶۲۱,۱۵۷	۳/۷۳۰/۴	۴۶۶/۹	۵/۶	۳۰/۰	۲۸۳/۸	۷۲۲/۵
۲۰۰۸	۳۰۴,۳۷۴,۸۴۶	۳/۶۶۹/۰	۴۵۷/۵	۵/۴	۲۹/۷	۲۷۶/۷	۷۳۲/۱
۲۰۰۹	۳۰۷,۰۰۶,۵۵۰	۳/۴۶۵/۵	۴۲۹/۴	۵/۰	۲۸/۷	۲۶۲/۸	۷۱۶/۳

* burglary: ورود غیرقانونی به ساختمان برای ارتکاب جنایت یا سرقت
منبع: UCR Crime Statistic

کشورهای امریکای لاتین، به‌ویژه کشورهای در حال توسعه، بالاتر و مثلاً در کشور کلمبیا ۶۳ در صدهزار نفر است.

در سال ۲۰۰۱، در آمریکا، ۳/۳ درصد زن به قتل رسیده‌اند، در برابر ۴/۲ درصد قتل زن در آسیا و اقیانوسیه. در همین سال، ۴/۹ درصد سفیدپوست به قتل رسیده‌اند. به طور کلی، نرخ قتل در سال

متخصصان مهم‌ترین دلیل افزایش خسونت اجتماعی و قتل در آمریکا را از دههٔ ۱۹۷۰ «جنگ بر سر مواد مخدر» می‌دانند. خطر قتل هنگامی افزایش می‌یابد که شخص سوداگر مواد مخدر باشد. امروزه بیشترین موارد قتل در آمریکا در نزاع بر سر پول و مالکیت تحت تأثیر الکل و مواد مخدر صورت می‌گیرد. نرخ قتل در

جدول ۳. آمار قتل در کشور کلمبیا (۲۰۰۳-۲۰۰۷)

سال	۲۰۰۳	۲۰۰۴	۲۰۰۵	۲۰۰۶	۲۰۰۷
گزارش پلیس بین‌الملل	۵۶/۳	۴۷/۶	۴۲/۰	۴۰/۰	۳۸/۸
گزارش سازمان جهانی بهداشت	۶۱/۴	۵۲/۸	۴۳/۸	۴۰/۲	۴۰/۱

منبع: UNODCP Homicide Statistics

درگیری‌های مسلحانه مداوم و بلایای زیست‌محیطی چنان زیرساخت‌های نظام اداری این کشورها را متزلزل ساخته است که دستیابی به آمار خشونت و قتل و ضرب و جرح ناممکن است. به علاوه، وجود مناطق عمده تولید مواد مخدر در پاکستان و افغانستان، این کشورها را به محل فعالیت باندهای سازمان‌یافته قاچاق مواد مخدر و انسان تبدیل کرده است. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، شهر کراچی پاکستان از جمله خطرناک‌ترین شهرها از نظر نرخ قتل، غیر از قتل‌های ناشی از حملات تروریستی، است. عمده‌ترین زنان و کودکان آماج این خشونت‌ها هستند. براساس آمارهای کمیسیون حقوق بشر پاکستان، در سال ۲۰۰۲، تعداد قتل‌های ناموسی ۲۹۰ مورد بوده است. طی سال‌های ۲۰۰۳ و ۲۰۰۴، ۱۲۶۱ زن در پاکستان قربانی قتل‌های ناموسی شده‌اند که ۶۳۸ مورد در ایالت سند، ۴۶۳ مورد در پنجاب، ۱۲۰ مورد در شمال غربی پاکستان، و ۴۰ مورد در ایالت بلوچستان به وقوع پیوسته است (Tripathi and Yadav, 2004: 69-70).

سازمان جهانی بهداشت نرخ قتل را در افغانستان ۳/۴ در صدهزار نفر گزارش کرده است. اخبار خشونت علیه زنان در افغانستان بیش از سایر خشونت‌های اجتماعی در جهان انعکاس می‌یابد، از جمله:

- گزارش کمیساریای پناهندگان سازمان ملل متحد (UNHCR) حاکی از افزایش ۴۰ درصدی خشونت با زنان از آوریل ۲۰۰۷ تا ۲۰۰۸ است.
- ۸۰ درصد زنان افغان به گونه‌ای مورد خشونت خانوادگی قرار گرفته‌اند.
- نهادهای حقوق بشری افزایش خودکشی یا قتل زنان (قتل ناموسی) را گزارش کرده‌اند.
- ۵۰ درصد حوادث در مدارس بر علیه دختران دانش‌آموز است.

۲۰۰۱ در امریکا ۵/۶ درصد بوده است. از سال ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۳، میزان جرایم خشونت‌بار در امریکا ۳/۲ درصد کاهش داشته است (The World Almanac Books, 2005: 161).

در سال ۲۰۰۱، ۶/۶ در صدهزار نفر مرد و ۱/۳ در صدهزار نفر زن با اسلحه کشته شده‌اند (NIC, Health Grades).

در سال ۲۰۰۴، قتل عمد در گروه سنی ۱۸ تا ۲۴ سال حداقل دو برابر گروه سنی ۱۴ تا ۱۷ یا ۲۵ تا ۳۴ سال بوده است.

در همین سال، ۸۰/۴ درصد جمعیت امریکا سفیدپوست و ۱۲/۸ درصد سیاه‌پوست بوده‌اند. امریکایی‌های افریقایی‌تبار خطرناک‌ترین اعمال مجرمانه مرتبط با جرایم خشونت‌بار و تهاجم را مرتکب می‌شوند (US Census Bureau).

در سال ۲۰۰۶، قتل دومین دلیل عمده مرگ اطفال بوده است. قتل با اسلحه دلیل عمده مرگ گروه سنی ۱۰ تا ۲۴ سال و ۴۵ تا ۶۴ سال، سومین دلیل عمده مرگ گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ سال، و چهارمین دلیل عمده مرگ گروه سنی ۵ تا ۹ سال و ۳۵ تا ۴۴ سال بوده است. به علاوه، قتل با هر وسیله دهمین دلیل عمده مرگ افراد در امریکا بوده است (ibid.).

آمار نشان می‌دهد که از سال ۲۰۰۶ تاکنون، نرخ جرایم خشونت‌بار هر سال کاهش یافته است. این کاهش در تجاوز به عنف و حمله مشدد نیز مشاهده می‌شود. به طور کلی، شاخص کل جرایم از سال ۲۰۰۶ تا ۲۰۰۹، با وجود ۹ درصد افزایش جمعیت، کاهش نشان می‌دهد (جدول ۲).

امریکای لاتین منطقه‌ای است با بالاترین سطح جرم که توزیع درآمد در آن نابرابرانه‌تر از مناطق دیگر و رشد اقتصادی کاملاً ناپایدار است. این منطقه از گذشته محل فعالیت گروه‌های چریکی و مسلح بوده که در دهه‌های گذشته عمده‌تأ ماهیت استقلال‌طلبانه و آزادی‌خواهانه داشته اما اکنون بیشتر در جهت حمایت از باندهای بزرگ بین‌المللی قاچاق مواد مخدر است. در این منطقه، کودکان و نوجوانان بزرگ‌ترین ضربه را از مشکلات اقتصادی ناشی از بحران بدهی دولت‌ها متحمل شده‌اند. قتل و خشونت در کلمبیا، ونزوئلا و برزیل از بزرگ‌ترین معضلات زندگی روزمره مردم است (جدول ۳).

۲.۳. کشورهای منطقه

بی‌ثباتی امنیتی و سیاسی حاکم بر کشورهای منطقه، به‌ویژه افغانستان و عراق و پاکستان، و فعالیت‌های تروریستی طالبان و

۴. وضعیت در ایران

۱.۴. سیاست‌ها و برنامه‌ها

ماده ۹۷ قانون برنامه سوم و چهارم توسعه کشور مقرر می‌دارد که دولت مکلف است به منظور پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی نسبت به تهیه طرح جامع کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی، با تأکید بر پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر، بر پایه محورهای ذیل اقدام نماید:

- ارتقای سطح بهداشت روان، گسترش خدمات مددکاری اجتماعی، تقویت بنیان خانواده و توانمندسازی افراد و گروه‌های در معرض آسیب؛
- بسط و گسترش روحیه نشاط، شادابی، امیدواری، اعتماد اجتماعی، تعمیق ارزش‌های دینی و هنجارهای اجتماعی؛
- شناسایی نقاط آسیب‌خیز و بحران‌زای اجتماعی در بافت شهری و حاشیه شهرها و تمرکز بخشیدن به حمایت‌های اجتماعی، خدمات بهداشتی- درمانی، مددکاری، مشاوره اجتماعی و حقوقی، و برنامه‌های اشتغال حمایت‌شده، با اعمال راهبرد همکاری بین بخشی و سامانه مدیریت آسیب‌های اجتماعی در مناطق یادشده؛
- پیشگیری اولیه از بروز آسیب‌های اجتماعی از طریق اصلاح برنامه‌های درسی دوره آموزش عمومی و پیش‌بینی آموزش‌های اجتماعی و ارتقای مهارت‌های زندگی؛
- خدمات‌رسانی به موقع به افراد در معرض آسیب‌های اجتماعی با مشارکت سازمان‌های غیردولتی؛
- بازتوانی آسیب‌دیدگان اجتماعی و فراهم نمودن زمینه بازگشت آنها به جامعه؛
- تهیه طرح ملی مبارزه با مواد مخدر و روانگردان براساس محورهای ذیل:

۱. پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر و قاچاق آن با استفاده از تمامی امکانات و توانمندی‌های ملی؛
۲. در اولویت قرار دادن استراتژی کاهش آسیب و خطر، کاردرمانی، آموزش مهارت‌های زندگی سالم، روان‌درمانی، درمان اجتماع‌مدار معتادان و بهره‌گیری از سایر یافته‌های علمی و تجارب جهانی در اقدام‌ها و برنامه‌ریزی‌های عملی؛

- در نوامبر ۲۰۰۸، در قندهار، ۱۲ دانش‌آموز دختر و ۴ معلم با اسید مورد حمله قرار گرفتند و به شدت مجروح شدند.^۱

در عراق، قتل ناموسی رایج است. بر طبق آمار، سالانه حدود ۱۰۰ زن در کردستان عراق به دست اعضای خانواده خود به قتل می‌رسند که در بسیاری از موارد، علت قتل زن یا دختر مواردی مانند فرار از خانه یا داشتن دوست پسر عنوان می‌شود.

در قوانین جزایی کشورهایمانند لبنان و فلسطین و سوریه، قتل به منظور حفظ ناموس به رسمیت شناخته شده است. در کشورهای اروپایی نیز مواردی از ارتکاب قتل‌های ناموسی عمدتاً در میان پناهندگان و مهاجران گزارش شده است.

در ترکیه نیز آمار بالایی از قتل‌های ناموسی گزارش می‌شود. سالانه حدود ۲۰ تا ۳۰ قتل ناموسی در محاکم ترکیه مطرح و رسیدگی می‌شود. آمار غیررسمی حکایت از وقوع سالانه بیش از ۷۰ قتل ناموسی در ترکیه دارد (Hunter, 2006: 31). به منظور پیوستن به اتحادیه اروپا، ترکیه اصلاحاتی در قوانین خود ایجاد کرده که از جمله آنها مجازات قتل ناموسی است که از سال ۲۰۰۴ هیچ تفاوتی با انواع دیگر قتل ندارد. این کشور، با ایجاد اصلاحات عمیق در زیرساخت‌های اجتماعی و اقتصادی خود، در تلاش برای دستیابی به صلح و امنیت و توسعه پایدار است.

کشورهای تازه استقلال‌یافته شمال ایران درگیر فقر، خسونت، فساد اداری، و سازمان‌های جنایتکار قاچاق مواد مخدر، زنان، مواد هسته‌ای و اسلحه هستند و هنوز موفق به برقراری ثبات و امنیت کامل نشده‌اند (جدول ۴).

جدول ۴. آمار قتل در کشورهای منطقه (۲۰۰۸-۲۰۰۳)

(در ۱۰۰ هزار نفر)

کشور	۲۰۰۳	۲۰۰۴	۲۰۰۵	۲۰۰۶	۲۰۰۷	۲۰۰۸
ترکیه	۳/۹	۴/۰	۴/۳	۴/۲	۳/۲	۲/۹
پاکستان	۵/۹	۶/۰	۵/۸	۵/۹	۶/۱	۶/۸
ازبکستان	۱/۷	۱/۶	۱/۴	۱/۴	۱/۴	۱/۲
تاجیکستان	۲/۶	۲/۲	۲/۴	۴/۳	۲/۳	-
ترکمنستان	۸/۸	۷/۸	۳/۳	۲/۹	-	-

منبع: گزارش سازمان جهانی بهداشت و پلیس بین‌الملل

1. <http://www.unhcr.org/refworld/docd>

آمار مندرج در جدول ۵ حاکی از رشد ۵۳۰ درصدی قتل عمد، رشد ۶۴۰ درصدی قتل غیرعمد و رشد ۲۲۰ درصدی ضرب و جرح در سال ۱۳۸۰ نسبت به سال ۱۳۶۵ است. رشد متولدین ۱۳۶۱-۱۳۶۰ عامل قابل توجهی در رشد کمی بزهکاری در این سال بوده است.

فراوانی نسبی پرونده‌های تشکیل شده درباره قتل عمد طی سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۸۰ تقریباً ثابت بوده است. اما در طی سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۸۷ با رشد حدود سه برابری قتل عمد و ضرب و جرح مواجه هستیم. اوج خشونت‌های اجتماعی در سال ۱۳۸۷ گزارش شده است.

جدول ۵. توزیع پرونده‌های تشکیل شده در حوزه استحفاظی

نیروی انتظامی

سال	قتل عمد	قتل غیرعمد	مرگ‌های اتفاقی	ضرب و جرح
۱۳۶۵	۴۸۹	۱۷۱	۴۷۰۹	۳۶۶۸۹
۱۳۸۰	۱۵۷۷	۱۳۸۹	۱۰۹۹۹	۸۰۰۳۶
۱۳۸۴	۱۸۷	۹۲	۱۰۱۳	۵۴۲۹
۱۳۸۵	۱۷۲	۱۳۶	۱۰۱۳	۳۷۷۹
۱۳۸۶	۱۴۶	۷۵۳	۱۰۱۳	۶۶۳۶۳
۱۳۸۷	۲۲۱۵	۴۷۸	۱۱۹۷۶	۶۶۳۳۳
۱۳۸۸	۱۹۶۳	۵۱۷	۱۲۳۳۱	۶۱۹۷۴

منبع: نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران

نکته: در نظام قضایی و انتظامی ایران، خشونت شامل قتل عمد، ضرب و جرح و تخریب هم می‌شود.

۳. جلوگیری از تغییر الگوی مصرف مواد مخدر به داروهای شیمیایی و صنعتی؛

۴. جلوگیری از هرگونه تظهير عوايد ناشی از فعالیت‌های مجرمانه در حوزه مواد مخدر و روانگردان‌ها؛

۵. به کار گرفتن تمام امکانات و توانمندی‌های ملی برای مقابله با حمل و نقل و ترانزیت مواد مخدر و همچنین عرضه و فروش آن در سراسر کشور؛

۶. تقویت نقش مردم و سازمان‌های غیردولتی در امر پیشگیری و مبارزه با اعتیاد.

۲.۴. شاخص‌ها

قتل، خودکشی، تخریب، ضرب و جرح، اعتیاد، فرار و فحشا، شورش، اوباشیگری، خشونت علیه زنان و کودکان، هتک حرمت و توهین و ناسزا از مهم‌ترین شاخص‌های خشونت اجتماعی‌اند. در این گزارش، قتل به عنوان مصداق بارز خشونت اجتماعی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

روند قتل در ایران

به دست آوردن اطلاعات جامع از نرخ جرایم خشونت‌بار، قتل، و ضرب و جرح مستلزم بررسی آمارهای کلان کشوری است. آمار مورد استناد برای بررسی روند قتل در این بخش، آمار رسمی اعلام‌شده از سوی نهادهای دولتی (نیروی انتظامی و قوه قضاییه) است که در سالنامه آماری کشور درج شده است.

جدول ۶. پرونده‌های مختومه مرتبط با خشونت* در دادگاه‌های عمومی برحسب موضوع

موضوع	۱۳۷۵	۱۳۸۰	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸
جمع	۳۰۱۶۴۹	۵۰۹۴۴۵	۱۶۶۰۹۲	۲۰۱۹۱۶	۵۲۱۲۰۷	۴۳۵۳۷۷	۲۵۶۷۷۶
قتل عمد	۳۴۳۱	۴۶۳۶	۳۳۵۶	۳۲۳۳	۳۴۸۹	۹۲۰۲	۲۲۸۲
قتل غیرعمد	۱۵۴۲۱	۲۱۶۶۵	۱۵۴۰۰	۱۸۶۴۰	۱۸۳۰۹۶	۱۶۸۹۰	۱۷۱۱۳
ایراد ضرب و جرح	۲۳۶۸۴۵	۴۰۴۹۳۷	۱۱۶۵۶۸	۱۴۳۹۸۲	۳۰۰۰۵۰	۳۰۱۱۰۸	۲۳۳۹۸۳
تخریب	۴۵۹۵۲	۷۸۲۰۷	۳۰۷۶۸	۳۶۰۶۱	۳۴۵۷۲	۱۰۸۱۷۷	۳۳۹۸۱

* شامل پرونده‌های قتل عمد، قتل غیرعمد، ضرب و جرح و تخریب
منبع: مرکز آمار ایران، سالنامه‌های آماری کشور

در دادگاه‌های عمومی در سال ۱۳۸۰ (۵۰۹۴۴۵ پرونده) تعداد ۴۰۴۹۳۷ پرونده (۷۹ درصد) مربوط به موارد ضرب و جرح بوده است. همچنین ۷۸۲۰۷ پرونده (۱۵ درصد) به موارد تخریب و

جدول ۶ نشان می‌دهد که تعداد پرونده‌های قتل عمد مختومه در دادگاه‌های عمومی در اکثر این سال‌ها نسبت به سال قبل رشد داشته است. از مجموع آمار پرونده‌های مختومه مرتبط با خشونت

است. در سال ۱۳۸۲، تعداد پرونده‌های قتل در استان تهران ۶۰ پرونده بوده که این آمار در سال ۱۳۸۶ به ۲۳۰ پرونده یعنی ۴ برابر رسیده است.

آمار مقتولان سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۸۶ نشان می‌دهد که حدود ۴۷/۷ درصد زنان به دست شوهر خود و ۲۲/۲ درصد شوهران به دست همسر خود به قتل رسیده‌اند و ۳۹ درصد از زنان با همدمستی معشوق خود شوهرشان را به قتل رسانده‌اند. در مجموع، ۵۰ درصد قتل‌های خانوادگی مربوط به همسرکشی است که اگر قتل همسر صیغه‌ای را نیز به آن اضافه کنیم، این میزان به ۵۳ درصد می‌رسد (انجمن جامعه‌شناسی ایران، ۱۳۸۶).

۳.۴. وضعیت گروه‌های خاص

وضعیت کودکان و نوجوانان

طبق آمار رسمی ورودی به زندان‌های ایران طی سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۸۱، از مجموع ۳۰۶۱۶۹ نفر که وارد زندان‌ها شده‌اند، ۳/۵۳ درصد در گروه سنی ۱۸-۱۲ سال بوده‌اند. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد:

- بیشترین فراوانی بزهکاری نوجوانان در گروه سنی ۱۷-۱۵ سال است (معظمی، ۱۳۸۸: ۹۸)؛
- بیشترین فراوانی بزهکاری در نوجوانان دارای تحصیلات ابتدایی است که این امر نشان‌دهنده نقش شکست و ناکامی تحصیلی در درگیری نوجوانان در کارهای خلاف است (همان: ۲۴۴)؛
- اطفال به‌ندرت مرتکب جرم، اما اغلب قربانی قتل می‌شوند. در صورتی که آمار قتل براساس سن و سال قربانی مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد، افراد بین ۱۵ تا ۱۷ سال بیش از سایرین در معرض خطر قتل قرار دارند (پینه‌رو، ۱۳۸۷: ۵۳). آمار بزه‌دیدگان قتل در سال ۱۳۸۵ نشان می‌دهد که ۶/۵ درصد مقتولان ۱۰ سال، ۵/۳ درصد ۱۰ تا ۱۶ سال، و ۱۰/۷ درصد ۱۶ تا ۲۴ سال سن داشته‌اند؛
- نسبت ارتکاب جرایم خشونت‌آمیز در پسران و دختران ۹ به ۱ است.

در اینکه کودکان نیز می‌توانند مرتکب جرایم خشونت‌بار شوند

۴۶۳۶ پرونده (۰/۰۹ درصد) به موارد قتل عمد اختصاص داشته است. در سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵، تعداد پرونده‌های ضرب و جرح کاهش قابل توجهی یافته است. همچنین از مجموع آمار خشونت در سال ۱۳۸۴ (۱۶۶۰۹۲) پرونده مختومه مرتبط با خشونت در دادگاه‌ها) ایراد ضرب و جرح با ۱۱۶۵۶۸ مورد (۷۰/۲ درصد) نسبت به سال ۱۳۸۰ کاهش داشته است. در طی سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۶، نرخ قتل عمد تقریباً ثابت بوده است اما در سال ۱۳۸۷ افزایش یافته و به ۹۲۰۲ مورد رسیده که ۵۰ درصد نسبت به سال ۱۳۸۰ رشد داشته است. در همین سال، پرونده‌های مربوط به موارد ضرب و جرح نیز ۳۸ درصد رشد داشته است.

یکی از شاخص‌های مهم وجود خشونت در جامعه نزاع دسته‌جمعی است که علت آن را باید در تندخویی و ناتوانی افراد جامعه در خودکنترلی، و اختلافات قومی و قبیله‌ای یا عقیدتی و اخلاقی در بین جمعی از افراد جست‌وجو کرد که در آن، علاوه بر ضرب و جرح و تخریب، ممکن است یک یا چند نفر به قتل برسند. یافته‌های مطالعه‌ای شهر تهران در نیمه دوم سال ۱۳۸۲ و نیمه اول سال ۱۳۸۳ در پزشکی قانونی در مورد کلیه مقتولان (۳۴۷ نفر) نشان می‌دهد که ۷۹/۵ درصد از مقتولان مذکر بوده‌اند، و میانگین سنی آنان $15/8 \pm 32/6$ سال بوده است. در میان علت‌های وقوع قتل، نزاع (۳۵/۲ درصد) بیشترین و لواط (۱/۷ درصد) کمترین میزان را داشته‌اند. بیش از نیمی از قتل‌ها (۵۳/۹ درصد) با اسلحه سرد (چاقو) اتفاق افتاده است. بیش از نیمی از مقتولان وضعیت اقتصادی خوب و ۱۹/۳ درصد آنان وضعیت اقتصادی بد داشتند، ۱۱/۵ درصد بیکار بودند و بیش از نصف آنها به سیگار، الکل و مواد مخدر اعتیاد داشتند. تقریباً یک‌چهارم مقتولان بی‌سواد، ۶۶/۸ درصد باسواد و فقط ۳/۷ درصد دارای تحصیلات عالی بودند. قتل با انگیزه خانوادگی در زنان (۴۰/۸ درصد) بیشتر از مردان بود. یافته‌های این مطالعه حاکی از آن است که تعداد قربانیان قتل در تهران نسبت به سال‌های گذشته سیر صعودی داشته است که احتمالاً ناشی از فشارهای روزافزون اقتصادی، اجتماعی، روانی و بیکاری حاکم بر جامعه کنونی ماست (افتخاری و دیگران، ۱۳۸۴: ۱۸۴-۱۷۹).

در ۹ ماهه نخست سال ۱۳۸۷، ۶۴ مورد فرزندکشی در ایران اتفاق افتاده و ۸۵ زن به دست شوهر خود به قتل رسیده‌اند. آمار قتل به‌ویژه قتل‌های خانوادگی از سال ۱۳۸۳ روند رو به رشد داشته

خشونت گروه‌ها و باندهای خشن جوانان در خیابان‌ها سهم عمده‌ای در مرگ‌های زودرس و آسیب‌ها و ناتوانی‌ها دارد. خشونت جوانان موجب افزایش چشمگیر هزینه‌های بهداشت و خدمات رفاهی می‌شود، تولید را کاهش می‌دهد، از سرمایه اجتماعی می‌کاهد، در برخی از خدمات ضروری اختلال ایجاد می‌کند، و موجب ازهم‌پاشیدگی جوامع می‌گردد (گزارش جهانی خشونت و سلامت: ۶۷). افزایش اعمال خشونت‌آمیز نوجوانان، افزایش جرایم مربوط به مواد مخدر، و رشد بزهکاری دختران در سال‌های اخیر از جمله معضلات کشور ماست.

طبق آمار رسمی، در جرایم علیه اشخاص که لزوماً قتل نیست بلکه ضرب و جرح هم می‌تواند باشد، بالاترین آمار زندانیان ورودی مربوط به گروه سنی ۱۹-۲۵ سال است (جدول ۷). تشکیل باندهای شرور و شدت گرفتن اوباشیگری در سال‌های اخیر نظم و امنیت را در بسیاری از محله‌های شهرهای بزرگ مختل کرده است. این افراد با باج‌گیری از کسبه محل، ایجاد مزاحمت، و دعوا و نزاع با قمه و چاقو آرامش محله را به هم می‌ریزند به نحوی که در مدتی کوتاه به محله‌ای جرم‌خیز تبدیل می‌شود.

تردیدی نیست. آنان به راحتی جذب باندهای تبهکاری می‌شوند و با آنان همکاری می‌کنند یا مرتکب جرایم دیگری از قبیل اخاذی، زورگیری، تهدید، دزدی، و ضرب و جرح می‌شوند. علاوه بر معضل افزایش کودکان خیابانی، با مسئله فرار دختران و پایین آمدن سن فحشای دختران نیز مواجهیم. از شایع‌ترین انواع بزهکاری در نوجوانان مصرف داروهای مخدر با انگیزه خوش‌گذرانی، و خرابکاری به معنای تخریب اموال عمومی و خصوصی است که معمولاً بعد از مسابقات فوتبال و اجتماعی نظیر آن اتفاق می‌افتد (احمدی، ۱۳۸۸: ۱۵۵). این قبیل رفتارها مختل‌کننده نظم جامعه و سرآغاز خشونت‌های اجتماعی است که در فرانسه تحت عنوان رفتارهای دردسرساز مطرح می‌شود و مسئولان، با فراهم ساختن امکانات رفاهی و توسعه عدالت آموزشی با هدف پیشگیری از بزهکاری کودکان، فرصت‌های آموزشی و پرورشی برای کودکان مهاجر و ساکن در مناطق فقیرنشین فراهم آورده‌اند.

وضعیت جوانان

خشونت جوانان یکی از آشکارترین انواع خشونت در جامعه است.

جدول ۷. آمار زندانیان ورودی جوان ۱۹-۲۵ سال (۱۳۸۵-۱۳۸۱)

۱۳۸۵		۱۳۸۴		۱۳۸۳		۱۳۸۲		۱۳۸۱	
زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد
۳۹۲	۳۵۹۵۱	۴۱۷	۳۷۶۹۳	۴۰۶	۳۴۰۵۲	۴۰۰	۳۲۷۶	۴۴۲	۳۲۳۶۳

منبع: شمس، ۱۳۸۶

سطح جرم خشونت‌بار در جامعه دارد. از یک سو، فقر و بیکاری و فقدان فرصت‌های شغلی قانونی، از طریق ایجاد حس محرومیت و عدم اعتماد به نفس و ناامیدی از آینده و بی‌ثباتی خانوادگی، منجر به افزایش خشونت می‌شود. از سوی دیگر، نابرابری و استثمار و استبداد و تبعیض نژادی و جنسی، احساس حقارت و بی‌عدالتی و نفرت و در نتیجه پرخاشگری را تشدید می‌کند. عدم برخورداری عموم مردم از امکانات و موقعیت‌های یکسان بر بسیاری از افراد به‌ویژه در طبقات پایین جامعه فشار وارد می‌کند و افرادی که فرصت‌های کمتری برای دستیابی به اهداف خود دارند، دچار احساس خشم، نفرت و پرخاشگری ناشی از ناتوانی در دستیابی به اهداف اجتماعی می‌شوند که آنان را به استفاده از شیوه‌های غیرقانونی و انحراف رفتاری متمایل می‌سازد (سوتیل و دیگران، ۱۳۸۳: ۱۷۸).

به گفته یک مقام پلیس آگاهی، بالاترین نرخ قتل مربوط به گروه سنی ۱۵ تا ۲۵ سال است (ایسنا، ۱۳۸۸)^۱. این‌گونه قتل‌ها معمولاً در جریان نزاع یا درگیری خانوادگی رخ می‌دهد. ایراد ضرب و جرح عمدی و غیرعمدی در بین جوانان زیاد است. بسیاری از عوامل اجتماعی می‌توانند شرایطی ایجاد کنند که به افزایش خشونت در جوانان بینجامد. دگرگونی‌های سریع جمعیتی در جوامع جوان مانند ایران، مهاجرت، شهری شدن، تحولات سریع اجتماعی و اقتصادی و سیاسی، فقر، نابرابری کلی اقتصادی در جامعه، یعنی وجود شکاف بین ثروتمندترین و فقیرترین شهروند، تأثیری کلی بر

1. <http://khabarnegar.blogfa.com/post-7716.aspx>

وضعیت زنان

به استناد آمار رسمی، بین جرایم زنان و مردان، چه از نظر کمی و چه از نظر کیفی، تفاوت‌هایی وجود دارد. به رغم افزایش تعداد زنانی که طی سال‌های اخیر به اتهام ارتکاب جرم‌های مختلف بازداشت شده‌اند، هنوز هم جمعیت کیفری زنان فقط ۴/۴۸ درصد زندانیان را تشکیل می‌دهد.

منابع گوناگون آماری نشان می‌دهد که نوجوانان پسر بسیار بیشتر از دختران نوجوان مرتکب رفتارهای بزهکارانه می‌شوند. از لحاظ مشارکت دو جنس در ارتکاب جرم خشونت‌بار (قتل) نسبت زنان به مردان ۱ به ۹ است.

در جدول ۸، درصد زندانیان جرایم علیه اشخاص و اموال در دوره زمانی ۱۳۸۵-۱۳۸۱ برحسب جنس مقایسه شده است. بیشترین ورودی در این سال‌ها به ترتیب متعلق به گروه‌های سنی ۱۹-۲۵ و ۲۶-۳۳ سال است.

جدول ۸. درصد زندانیان جرایم علیه اشخاص و اموال برحسب جنس

(۱۳۸۵-۱۳۸۱)

سال	زن (درصد)	مرد (درصد)
۱۳۸۱	۲/۵۱	۹۷/۴۹
۱۳۸۲	۲/۲۲	۹۷/۷۸
۱۳۸۳	۲/۱۱	۹۷/۸۹
۱۳۸۴	۲/۶۷	۹۷/۳۳
۱۳۸۵	۲/۰۸	۹۷/۹۲

منبع: شمس، ۱۳۸۶

با رشد جمعیت و افزایش بحران‌های اجتماعی و اقتصادی، میزان بزهکاری زنان نیز افزایش یافته است. بزهکاری در زنان نسبت به مردان در طی سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۸ مرتب افزایش داشته است که عمدتاً مربوط به جرایم مواد مخدر و اعمال منافی عفت است.

از میزان و گستردگی جرایم پنهان که لاینحل می‌ماند یا به پلیس گزارش داده نمی‌شوند چیزی نمی‌دانیم. برخی معتقدند میزان جرایم زنان کمتر از مردان نیست اما جرایم زنان پنهان است. پولاک معتقد است زنان دست به ارتکاب جرایم بسیار زیادی به‌ویژه بهره‌کشی از کودک و کشتن شوهر می‌زنند که پنهان می‌ماند (ابوت و والاس، ۱۳۸۱: ۲۱۷).

۴.۴. الگوهای قتل

قتل‌های خانوادگی

قتل‌های خانوادگی که یکی از الگوهای قتل در ایران است دامنگیر مادران، پدران، دختران، پسران و دیگر اعضای خانواده شده است. قتل خانوادگی از ترکیب خانواده، که باید امن‌ترین مکان برای اعضای آن باشد، با قتل که شدیدترین نوع خشونت است به وجود آمده است. افزایش قتل‌های خانوادگی در سال‌های اخیر ضرورت توجه به این پدیده را بیش از پیش می‌نماید. همسرکشی از جمله جرایمی است که ازدیاد آن در دهه گذشته حساسیت خاصی را در جامعه برانگیخته است. تحقیقات نشان می‌دهد که نگرش مردسالارانه و سلطه‌گری و خشونت مردان، ضعف مبانی اخلاقی و انسانی در خانواده، و اعتیاد به مواد مخدر و الکل از مهم‌ترین عوامل خشونت و همسرکشی است.

از لحاظ مشارکت دو جنس در ارتکاب جرم، نسبت مردان به زنان ۳ تا ۵ برابر بیشتر است. در نزاع مرگبار بین همسران، نوعاً زن جان خود را از دست می‌دهد. تحقیقی در مورد همسرکشی در ۱۵ استان کشور نشان داده که همسر به قتل‌رسیده ۸۵ درصد زنان و ۷۶ درصد مردان بی‌سواد یا دارای تحصیلات ابتدایی بوده‌اند. میانگین سن شوهران در هنگام فوت ۴۰ سال و میانگین سن زنان ۳۰ سال بوده است (آشوری و معظمی، ۱۳۸۰: ۲۵، ۴۶).

تحقیقی دیگر که در سال ۱۳۸۷ در مورد همسرکشی در تهران انجام گرفت نشان داد که همسرکشی ویژه یک طبقه اجتماعی خاص نیست، اما مرتکبین کم‌سواد و در پایین‌ترین سطح اقتصادی بوده‌اند (موسوی، ۱۳۸۷: ۱۵۸). وجود ناسازگاری و اختلاف اخلاقی و مالی در بین اعضای خانواده، بیکاری، فساد اخلاقی، و انحراف به‌ویژه اعتیاد زمینه‌ساز قتل‌های زیادی شده است.

به گفته یک مقام آگاه، در هفت ماه نخست سال ۱۳۸۹، آمار وقوع قتل نسبت به مدت مشابه سال پیش از آن ۱۸ درصد کاهش داشته است. در ۳۰ درصد قتل‌های کشور، نسبت نزدیک فامیلی میان متهم و قربانی وجود داشته است و ۶۵ درصد قتل‌های خانوادگی بدون برنامه‌ریزی قبلی به وقوع پیوسته، یعنی متهم قصد کشتن مقتول را نداشته است و توسل به خشونت و عدم خویش‌تنداری به وقوع حادثه مرگبار انجامیده که این مسئله بحرانی بودن فضای خانواده‌ها را نشان می‌دهد. قتل زن به دست شوهر بیشترین موارد قتل را تشکیل داده است (۱۸ درصد) و ۳۶ درصد

طی سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۰، بیش از ۷۰۰۰ قتل در ایران به وقوع پیوسته که از این تعداد، حدود ۴۰۰ مورد قتل ناموسی بوده است. در مجموع، ۳۰ درصد قتل‌ها ناموسی است. بنا به اظهارات رئیس دادگستری خوزستان، در سال ۱۳۸۲، ۵۴ قتل ناموسی فقط در استان خوزستان اتفاق افتاده است.

قتل ناموسی در تمام دنیا صورت می‌گیرد اما میزان آن در کشورهای آسیایی بیشتر است. کشورهایمانند پاکستان، بنگلادش، اندونزی، اردن و ترکیه بالاترین آمار وقوع قتل‌های ناموسی را دارند.

در کشور ما، قتل‌های عمد را می‌توان به دو دسته تعارض‌آمیز و تجاوزگرانه تقسیم کرد. قتل ناموسی از جمله قتل‌های تعارض‌آمیزی است که در مواردی نظیر برقراری روابط عاشقانه غیرمعارف، خیانت به همسر، زنا، فرار از خانه، از دست رفتن بکارت، و موارد مشابه که رفتارهای ناموسی، بی‌عفتی، بدنامی، بی‌آبرویی و بی‌حیثیتی تلقی شوند رخ می‌دهد. گاه بدگمانی و سوءظن و انتشار یک شایعه در سطح عموم هم می‌تواند بی‌آبرویی و بدنامی خانواده‌ای را در پی داشته باشد. مجازات هرگونه سوءاستفاده نامشروع در روابط جنسی معمولاً مرگ است. جامعه سنتی مجازات مرگ را تنها راه حل خلاصی از ننگ رسوایی می‌داند. معمولاً مردان دارای نسبت خونی و فامیلی اعم از برادر، پدر، پسر، همسر، و دیگر نزدیکان زن مجازات را اجرا می‌کنند. تحلیل جزایی وقوع پدیده قتل ناموسی نشان می‌دهد که آداب و رسوم جامعه و همچنین غلبه فرهنگ مردسالارانه در وقوع قتل‌های ناموسی تأثیر فراوانی دارند. حال اگر قوانین کیفری نیز بر این قبیل قتل‌ها مهر تأیید بزند و قوانین جزادهنده‌ای وجود نداشته باشد که افراد را از این گونه اعمال منع کند، هیچ چیزی مانع و جلودار افراد جامعه در ارتکاب این قتل‌ها نخواهد بود.

۵. بحث و نتیجه‌گیری

مروری بر خشونت‌های اجتماعی و آمار قتل و ضرب و جرح در دهه اخیر نشان می‌دهد که بین توسعه پایدار و امنیت جامعه با خشونت اجتماعی رابطه منفی وجود دارد. آمار خشونت در سال ۱۳۷۶، به ازای هر صدهزار نفر، ۵۴۴ مورد بوده که این آمار در سال ۱۳۸۱ به ۸۱۶ مورد رسیده است. هر چقدر جامعه‌ای توسعه‌یافته‌تر باشد و سرمایه‌گذاری در آن بیشتر در زیرساخت‌های امن صورت گرفته

قتل‌ها به علت اختلافات خانوادگی و ۲۱ درصد به علت مسائل اخلاقی صورت گرفته است. کشف نشدن جنایت و شناسایی نشدن قاتل از علل خشن بودن قتل‌ها به‌ویژه قتل‌های خانوادگی عنوان شده است.^۱

در تحقیق گروه آسیب‌شناسی اجتماعی مرکز مطالعات استراتژیک آریا در مورد «قتل خانوادگی»، پژوهشگران این مرکز با مرور پرونده‌های قتل سال‌های ۱۳۸۸ و ۱۳۸۹ دریافته‌اند که قساوت و سنگدلی مانند مثله کردن یا آتش زدن جنازه، که حاکی از بالا رفتن میزان خشونت در جامعه و عادی شدن جرم و جنایت و از بین رفتن قبح و زشتی گناه و جرم در جامعه است، به وفور در قتل‌ها دیده شده است. نکته دیگری که در این پژوهش مورد توجه قرار گرفته است مسئله اعتیاد و مصرف مواد روانگردان صنعتی است که عامل ۹۰ درصد از موارد قتل والدین به دست فرزندان است و علت اصلی آن اعتراض والدین به شیوه زندگی و اعتیاد فرزندان و وجود مشکلات مالی برای تأمین هزینه‌های مصرف مواد است. علت خشن شدن قتل در این پژوهش، بالا رفتن خشونت، افزایش انزجار و تنفر از والدین، و فشارهای روانی ناشی از سوءمصرف مواد عنوان شده است (ابهری، ۱۳۸۹).

قتل‌های ناموسی

قتل ناموسی یکی دیگر از الگوهای قتل در ایران است که هنوز براساس آداب و رسوم در پاره‌ای از مناطق پابرجاست و قانون و فرهنگ عمومی هم از مرتکبین این قبیل قتل‌ها پشتیبانی می‌کنند. آمار رسمی و پژوهش‌ها نشان می‌دهد که قتل با انگیزه دفاع از ناموس از شایع‌ترین انواع قتل در ایران است. از ۷۱۱ مورد قتل عمد منجر به صدور حکم قطعی در محاکم کیفری استان خوزستان در نیمه دوم سال ۱۳۸۵، ۴۰ مورد ناموسی بوده است. اکثر قاتلان جوان، با میانگین سنی ۲۱ سال، مجرد، بدون سابقه کیفری، با تحصیلات در حد دیپلم، و وضعیت اقتصادی متوسط و ضعیف بودند. قتل‌ها بیشتر در فصل زمستان و شایع‌ترین وسیله قتل سلاح سرد بوده است (اسدالهی و دیگران، ۱۳۸۷: ۱۶۲-۱۶۱).

۱. پایگاه خبری نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۹/۹/۲۳):

<http://news.police.ir/NCMS/FuLLStory/?ID=202636>

لایه‌های درونی جامعه از جمله خانواده‌ها، افراد را به توسل هرچه بیشتر به خشونت برای حل مشکلات خود سوق می‌دهد. با توجه به ابعاد جرایم خشونت‌بار از جمله قتل، هزینه‌های مستقیم جرم، هزینه نیروی پلیس، رنج روحی و سایر تأثیرات منفی غیرمستقیم جرم بر فعالیت‌های اقتصادی، هرگونه راهبرد پیشگیرانه در مواجهه با بزهکار یا بزه‌دیده باید با در نظر گرفتن ابعاد و پیچیدگی‌های خشونت‌های اجتماعی و قتل اتخاذ گردد.

به رغم سیاست‌های کلی برنامه چهارم توسعه در مورد تلاش در جهت تحقق عدالت اجتماعی و ایجاد فرصت‌های برابر و ارتقای سطح شاخص‌های آموزش، سلامت، تأمین غذا، درآمد سرانه و مبارزه با فساد (ماده ۱۳) و برنامه‌های پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی (ماده ۹۷) و با آنکه اجرای این برنامه نیز به پایان رسیده، همچنان شاهد تحرک سریع جمعیت، ناکارآمدی نظام آموزشی و نظام عدالت کیفری، افزایش فساد، گسترش روزافزون قاچاق مواد مخدر و انواع روانگردان‌ها و سوء‌مصرف آن در بین تمام اقشار جامعه، و انواع تخلفات و رفتارهای ضد اخلاق و ضد قانون هستیم. به علاوه، عدم برخورداری اکثریت افراد جامعه از امکانات و فرصت‌های قانونی برای دستیابی به موقعیت اقتصادی و اجتماعی و وجود بحران اقتصادی و بیکاری فزاینده بسیاری از خانواده‌ها را درگیر فقر و اعتیاد و خشونت ساخته است. در این وضعیت، تنها اجرای طرح‌های ضربتی سرکوب و متعاقب آن زندان، مشکل فضای ناامن جامعه و خشونت‌های اجتماعی را رفع نخواهد کرد. به نظر می‌رسد که سیاست جزادهی و سرکوب در صورتی می‌تواند پایدار بماند که پیش‌زمینه‌های اجتماعی و اقتصادی و فرهنگی در جامعه فراهم گردد. عدالت کیفری وقتی می‌تواند جرایم را مهار کند که دولت‌ها با رعایت حقوق شهروندان و فراهم کردن فرصت‌های آموزشی و بهداشتی، کار، دادرسی عادلانه، رفاه، تفریح و حداقل امکانات زندگی برای عموم افراد جامعه و مبارزه با فساد و نابرابری‌های ساختاری و تضادهای اجتماعی، و کنترل مهاجرت و اعتیاد و بیکاری و تورم و... زمینه‌های ارتکاب خشونت و بزهکاری را از بین ببرند و نظام کیفری را برای انطباق با نیازهای جامعه و مردم توانمند سازند و از بحران سیاست جنایی پیشگیری کنند.

در مقایسه با کشورهای جهان، میزان قتل در ایران همچنان پایین‌تر از بسیاری از کشورهاست. کشورهایی مانند برزیل، چین، ونزوئلا، هند و ایالات متحده آمریکا با چالش افزایش جنایت و

باشد، میزان جرایم خشونت‌آمیز آن هم کمتر خواهد بود. در نتیجه، به موازات رشد اجتماعی و اقتصادی و توسعه‌یافتگی جوامع، از میزان نابرابری اجتماعی و اقتصادی در آنها کاسته خواهد شد.

نابرابری اجتماعی و اقتصادی منشأ بی‌عدالتی است و بی‌عدالتی زمینه‌ساز خشونت و اعمال بزهکارانه. ساختار مردسالارانه و انحصار قدرت و منابع به مردان و نابرابری حقوقی میان زن و مرد به خشونت‌ها و قتل‌های خانوادگی دامن می‌زند. برخی مواد قانونی از جمله ماده ۶۳۰ قانون مجازات اسلامی در باب جواز کشتن بیگانه در فراش محرم، موقعیت‌هایی استثنایی و خشونت‌بار فراهم می‌کنند که در آنها به رعایت اصل لزوم دادرسی کیفری توجه نشده است، این مصداق بارز انتقام شخصی و از مهم‌ترین علل افزایش قتل در کشور است. به عنوان نمونه‌هایی دیگر می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- ماده ۶۹۵ قانون مجازات اسلامی ناظر بر اینکه قتل یک شخص با اعتقاد به مهدورالدم بودن وی، در صورت اثبات، موجب رفع مسئولیت کیفری از مرتکب می‌شود؛
- ماده ۲۲۰ قانون مجازات اسلامی مبنی بر اینکه پدر و پدربزرگ با کشتن فرزند قصاص نمی‌شوند و به پرداخت دیه قتل به ورثه مقتول و تعزیر محکوم می‌شوند.

دلیل عمده افزایش خشونت در گروه سنی ۱۵ تا ۲۵ سال، که بیشترین آمار قتل مربوط به این گروه سنی است، نزاع و درگیری به‌ویژه با تشکیل گروه‌های شور و جامعه‌ستیز است. بین نابرابری اقتصادی، فقر، بیکاری، تراکم جمعیت، حاشیه‌نشینی و خشونت‌های اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. بنابراین، به موازات افزایش توسعه اقتصادی در هر جامعه، از نابرابری درآمد و بیکاری در آن جامعه کاسته و حاکمیت قانون بیشتر خواهد شد و مردم از قوانین و مقررات حاکم بر جامعه پیروی خواهند کرد.

در واقع، توسل به رویه‌های کیفری شدید به منظور مبارزه با خشونت‌های اجتماعی و جرم ممکن است ساده‌ترین راه‌حل باشد اما بی‌شک مؤثرترین نخواهد بود به‌ویژه هنگامی که به زیرساخت‌های جامعه توجهی نشده باشد. در حقیقت، تشدید مجازات‌ها و قوانین کیفری موجب «تشدید خشونت» و بازتولید خشونت در جامعه می‌گردد و گسترش خشونت و تسری آن به

سوتیل، کیت، مویرا پیلو و کلر تیلور. (۱۳۸۳)، *شناخت جرم‌شناسی*، ترجمه روح‌الله صدیق، تهران، نشر دادگستر.

سیگل، لاری. (۱۳۸۵)، *جرم‌شناسی*، ترجمه یاشار سیف‌الهی، تهران، دفتر تحقیقات کاربردی پلیس آگاهی ناجا.

شجاعی زند، علی‌رضا. (۱۳۷۹)، «توسعه فراگیر، امنیت پایدار»، *امنیت*، ش ۹ و ۱۰.

شمس، علی. (۱۳۸۶)، *آمار زندانیان ۸۵ - ۱۳۸۱*، تهران، راه تربیت.

شیخی، محمدتقی. (۱۳۸۵)، *جامعه‌شناسی توسعه*، تهران، نشر حریر.

_____. (۱۳۸۷)، *جامعه‌شناسی شهروندی و آسیب‌شناسی شهری*، تهران، نشر حریر.

عامری سیاهویی، حمیدرضا. (۱۳۷۹)، «خشونت در رویارویی با شهرسازی و معماری نوین»، *امنیت*، ش ۹ و ۱۰.

عبدی، عباس و سمیرا کلهر. (۱۳۸۸)، *مجموعه مقالات جامعه‌شناختی درباره جرم، مجرم و مجازات در ایران*، تهران، نشر علم.

قاسمی، راضیه. (۱۳۸۷)، *مطالعه جرم‌شناختی خشونت در مدارس شهر اصفهان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد حقوق جزا و جرم‌شناسی، دانشگاه تهران.

کلدر، مایکل، دنیس گات و ریچارد می‌یو. (۱۳۷۷)، *مبانی روان‌پزشکی (روان‌شناسی بالینی)*، ترجمه کیانوش هاشمیان و الهام ابوحمز، تهران، تبیان.

گزارش جهانی خشونت و سلامت. (۱۳۸۶)، ترجمه مامک افتخاری، شهرام رفیعی‌فر و جمشید کرمانچی، تهران، تندیس.

گسن، ریموند. (۱۳۷۴)، *جرم‌شناسی نظری*، ترجمه دکتر مهدی کی‌نیا، تهران، مجمع علمی و فرهنگی مجد.

گلدوزیان، ایرج. (۱۳۸۲)، *حقوق جزای اختصاصی*، ج ۹، تهران، دانشگاه تهران.

مامسن، جنت هنشل. (۱۳۸۷)، *جنسیت و توسعه*، ترجمه زهره فنی، تهران، دانشگاه تهران و مرکز مطالعات زنان.

معظمی، شهلا. (۱۳۷۹)، «پیشگیری از جرم»، *امنیت*، ش ۹ و ۱۰.

_____. (۱۳۸۸)، *بزهکاری کودکان و نوجوانان*، تهران، نشر دادگستر.

موسوی، سیده سکینه. (۱۳۸۷)، *بررسی عوامل مؤثر بر انحراف همسرکشی زنان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد مطالعات زنان، دانشگاه الزهرا.

«موقعیت جنبش انقلابی در امریکای لاتین». (۱۳۸۸)، *چیستا*، ش ۲۶۲.

میری آشتیانی، الهام. (۱۳۸۲)، *مقدمه‌ای بر آسیب‌شناسی مسائل اجتماعی در ایران*، تهران، فرهنگ گفتمان.

نجفی ابرندآبادی، علی‌حسین. (۱۳۷۹)، «دوران گذار، خشونت و امنیت عمومی»، *امنیت*، ش ۱۱ و ۱۲.

نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران، آمارهای سالیانه قتل، معاونت طرح و برنامه و بودجه، اداره آمار.

هزاوه‌ای، محمدرضا. (۱۳۸۳)، «معناشناسی خشونت»، *مطالعات راهبردی زنان*، ش ۲۳.

خشونت در شهرهای بزرگ خود دست به گریبان‌اند. اگرچه بسیاری از اعمال تبهکارانه نتیجه هنجارگسیختگی و ازخودبیگانگی و پیامد اجتناب‌ناپذیر تغییر و تحولات سریع اجتماعی و اقتصادی و سیاسی کشورهاست، اما در شرایط موجود نیز می‌توان با جلب اعتماد عمومی و مشارکت مردمی و اتخاذ مجموعه‌ای از اقدامات فوری اجتماعی و اقتصادی و سیاسی، به‌ویژه اصلاح ساختار نظام آموزشی و نظام عدالت کیفری، بخش بزرگی از خشونت‌های اجتماعی و قتل را مهار کرد. در غیر این صورت باید در انتظار ابعاد گسترده‌تری از خشونت‌های اجتماعی و قتل در جامعه خود باشیم.

منابع

آشوری، محمد و شهلا معظمی. (۱۳۸۰)، *همسرکشی در ۱۵ استان کشور*، طرح تحقیقاتی مؤسسه جرم‌شناسی دانشگاه تهران.

آقای، بهمن. (۱۳۸۵)، *فرهنگ حقوقی بهمن*، تهران، گنج دانش.

ابوت، پاملا و کلر والاس. (۱۳۸۱)، *جامعه‌شناسی زنان*، ترجمه منیژه نجم عراقی، تهران، نشر نی.

ابهری، مجید. (۱۳۸۹)، *قتل خانوادگی*، مرکز مطالعات استراتژیک آریا:

<http://www.aftabnews.ir/vdcewe8zvjh8zzi.b9bj.htm>

احمدی، حبیب. (۱۳۸۸)، *جامعه‌شناسی انحرافات*، تهران، سمت.

استور، انتونی. (۱۳۷۲)، *ویرانگری در انسان*، ترجمه پروین بلورچی (روستم کلایی)، تهران، نشر روایت.

اسدالهی، عبدالرحیم، محمود براتوند و شاهرخ ولیزاده. (۱۳۸۷)، «بررسی ویژگی‌های اجتماعی مجرمین قتل‌های ناموسی در زندان‌های خوزستان» *مجله پژوهشی دانشگاه اصفهان*، ش ۱۰.

افتخاری، علی، مظاهر قربانی و جابر قره‌داغی. (۱۳۸۴)، «بررسی روش‌ها و انگیزه‌های مختلف قتل در تهران بزرگ و عوامل مرتبط با آن از اول مهر ۱۳۸۲ تا آخر شهریور ۱۳۸۳»، *پزشکی قانونی*، دوره ۱۱، ش ۴.

انجمن جامعه‌شناسی ایران. (۱۳۸۶)، گزارش نشست گروه مسائل و آسیب‌های اجتماعی (بررسی وضعیت قتل‌های خانوادگی).

بوئر، آگزیو روفر. (۱۳۸۲)، *خشونت و ناامنی شهری*، ترجمه محمدرضا گودرزی، تهران، مجمع علمی و فرهنگی مجد.

پینه‌رو، پائولو سرجیو. (۱۳۸۷)، *گزارش جهانی در مورد خشونت علیه کودکان*، تهران، یونیسف.

چلبی، مسعود. (۱۳۸۵)، *تحلیل اجتماعی در فضای کنش*، تهران، نشر نی.

حبیب‌زاده، محمدجعفر، محمدعلی طاهری و علی‌حسین نجفی ابرندآبادی. (۱۳۸۵)، *خشونت و نظام عدالت کیفری*، قابل دسترسی در:

<http://www.olumensani.com>

دهخدا، علی‌اکبر. (۱۳۳۷)، *لغت‌نامه*، تهران، بینا.

- Whose Honour", *Asia-Pacific Journal on Human Rights*.
- UCR Crime Statistic: www.disastercenter.com
- US Census Bureau: <http://www.ph.ucla.edu/sph/pr/wro38.html>
- World Health Organization. (2010), Violence, Injuries and Disability. Biennial Report 2008-2009, available at: whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599474-eng
- Campbell, H. (1998), *Blacks Law Dictionary*, West Publishing Co.
- Hunter, R. (2006), "Law's (Masculine) Violence: Reshaping Jurisprudence", *Law and Critique* 17/1.
- Imbush, J. H. (2005), *Violence Research*, Kluwer Academic Pub.
- Tripathi, A. and S. Yadav. (2004), "For the Sake of Honour, But

خودکشی

محمدعلی محمدی*، جلوه جواهری**، کاوه مظفری***، سعید مدنی قهفرخی****

مقدمه

براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، میزان خودکشی در جهان یک میلیون نفر در سال و تعداد افراد اقدام کننده به خودکشی ۱۰ تا ۲۰ برابر است (احمدی و حاجی احمدی، ۱۳۷۹). در رتبه بندی علل مرگ در جهان، خودکشی رتبه سیزدهم را دارد. در سال ۲۰۰۰، تعداد ۸۵۰ هزار مورد خودکشی در جهان ثبت شد. نرخ جهانی خودکشی ۱۶ نفر در هر صد هزار نفر است که طی ۴۵ سال گذشته، ۶۰ درصد افزایش داشته است. در مردان و زنان سنین ۱۵ تا ۴۴ سال، خودکشی سومین عامل مرگ به حساب می آید. فارغ از رتبه خودکشی در میان علل مرگ، آنچه بر اهمیت آن می افزاید و ضرورت توجه ویژه به آن را با هر نرخ و رتبه ای آشکار می کند،

انتخاب مرگ بر اثر استیصال، درماندگی و عوامل و آسیب های اجتماعی و فرهنگی است. به این معنا که عده ای زندگی کردن را دوست دارند اما شرایط زندگی آنان را مجبور به انتخاب مرگ می کند، شرایطی که مهار آن بر عهده مسئولان جامعه است.

به دلیل اینکه خودکشی در ادیان حرام شمرده شده و ارتکاب به این عمل از طرف پیروان هر دین به معنای نافرمانی تلقی می شود و اقتدار دین را مخدوش می کند، متولیان امور دینی، به خصوص در کشورهایی که حکومت ها هم با وجهه دینی شناخته می شوند، به منظور رعایت چنین مصلحتی، نرخ واقعی خودکشی در کشور خود را به سازمان جهانی بهداشت گزارش نمی کنند و چه بسا همین عامل باعث تشدید بحران های مربوط به خودکشی در این کشورها به دلیل عدم مطالعه و بررسی های ضروری شود. نتایج تحقیق سرفراز و کاستل در مورد خودکشی مسلمانان نیز حاکی از همین امر است (Sarfaraz and Castel, 2004).

نرخ خودکشی در ایران از اغلب کشورهای غربی پایین تر ولی

* دکترای جامعه شناسی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

** کارشناسی ارشد جامعه شناسی

*** کارشناسی ارشد جامعه شناسی

**** دکترای جرم شناسی

شعله‌ور است ترک نکند، یا آنقدر از خوردن غذا خودداری کند (اعتصاب غذا) که بمیرد (آرون، ۱۳۸۱: ۳۷۶).

مطالعات روان‌شناختی معمولاً بر نقش فرد در تصمیم به خودکشی تأکید دارند. برای نمونه، زیگموند فروید^۲ از دیدگاه روانکاوی معتقد است خودکشی حاصل کشمکش‌های روانی است که در فرد به وجود می‌آید. طبق نظریه فروید، خودکشی ناشی از افسردگی شدیدی است که به واسطه از دست دادن روابط لیبیدی، مرگ، امتناع یا ناامیدی ایجاد می‌شود (Staal, 2002). از دیدگاه کارل گوستاو یونگ^۳، معنای زندگی تابعی است از کل «خود» نه فقط «من». هنگامی که خود به من تقلیل یابد، ناخشنودی آغاز می‌شود که اگر به یأس کامل منتهی شود، خودکشی صورت می‌گیرد. خودکشی ممکن است راهی برای به دست آوردن معنا از طریق تجدید حیات باشد، یعنی تولدی دیگر (شعاع کاظمی، ۱۳۸۷).

در جوامع غربی، خودکشی را نه یک کنش تصادفی تعبیر می‌کنند و نه عملی بی‌معنا بلکه، برعکس، راهی برای بیرون آمدن از یک مشکل یا بحران تلقی می‌شود که متناسب با عمل، باعث رنج فراوان می‌شود. براساس نظر ادوین اشنایدمن^۴ خودکشی همواره با نیازهای اشباع‌شده، احساس درماندگی و ناامیدی، کشاکش دائم بین ادامه زندگی و فشارهای روحی و روانی غیرقابل تحمل، تنگ شدن حلقه محاصره مشکلات، و باریک شدن راه‌های چاره و نیاز به فرار همراه است (Kaplan and Sadock, 2003). براساس این تعاریف، خودکشی عملی است آگاهانه و کاملاً ارادی که فرد برای پایان دادن به زندگی خویش انجام می‌دهد. فردی که اقدام به خودکشی می‌کند از نتیجه عمل خود آگاهی دارد و این مهم‌ترین مسئله در تشریح و تبیین پدیده خودکشی است.

خودکشی، به لحاظ شدت، تعاریف مختلفی دارد و به دو دسته اقدام به خودکشی^۵ و خودکشی منجر به مرگ (انجام یافته)^۶ تقسیم می‌شود. اقدام به خودکشی شامل آن دسته اعمالی است که شخص به منظور از بین بردن خود انجام می‌دهد اما به مرگ منجر

از سایر کشورهای منطقه خاورمیانه بالاتر است (مرادی و خادمی، ۱۳۸۱) و با حدود ۵۰۰ مورد موفق در سال، یکی از آسیب‌های اجتماعی رو به رشد در ایران محسوب می‌شود. در برخی از استان‌ها از جمله ایلام، اقداماتی در جهت مطالعه و بررسی این آسیب انجام گرفته است (فرماندهی انتظامی استان ایلام، ۱۳۸۹). با توجه به افزایش نابسامانی‌های اقتصادی و اجتماعی در کشور، انتظار می‌رود خودکشی‌های نوع آنومیک (بی‌هنجارانه) افزایش یابد.

از آنجا که این پدیده برای جامعه ما بسیار پرهزینه است، تحقیقات بیشتر در این زمینه می‌تواند مسئولان را نسبت به آن حساس‌تر و کارشناسان را به حل این معضل راغب‌تر سازد. در مقاله حاضر، چگونگی وضعیت خودکشی در ایران و عواملی که منجر به خودکشی یا گسترش آن می‌شود بررسی شده است.

۱. تعاریف

۱.۱. خودکشی

واژه خودکشی از ریشه فرانسوی و لاتین sui به معنی «خود» و caedere به معنای «کشتن» مشتق شده است (اسلامی‌نسب، ۱۳۷۱: ۷۶). فرد خودکش بر این باور است که در زندگی به اهداف و امیال خود نرسیده و زندگی مفهوم خود را از دست داده است. در نظر وی، مرگ بهتر از زندگی قلمداد می‌شود (قائمی، ۱۳۶۴: ۱۱۳-۱۱۲). خودکشی سابقه‌ای به درازای تاریخ بشر دارد و متناسب با زمان وقوع و فرهنگ زمانه، با تلقی‌های متفاوتی، از محکومیت تا مدارا، مواجه بوده است. انگیزه‌های خودکشی هم به نسبت همین تنوع تاریخی و معنایی، متنوع بوده است.

در تعاریف جامعه‌شناختی خودکشی، بر عوامل اجتماعی تأکید می‌شود. اولین نظریه جامعه‌شناختی درباره خودکشی را امیل دورکیم^۱ در سال ۱۸۹۷ ارائه داد. براساس تعریف دورکیم، خودکشی به حالتی از مرگ اطلاق می‌شود که نتیجه مستقیم یا غیرمستقیم کردار مثبت یا منفی قربانی‌ای است که شخصاً از نتیجه عملش آگاه است (Durkheim, 1951: 44). کردار مثبت در نظر قربانی مانند این است که انسان یک گلوله در شقیقه خود خالی کند. کردار منفی مثل این است که انسان خانه‌ای را که در آتش

2. Sigmund Freud

3. Karl Gustav Jung

4. Edwin Shneidman

5. suicide attempt

6. completed suicide

1. Emile Durkheim

آنومی از نتایج آن است. خودکشی تقدیرگرایانه از اعمال مقررات و قوانین سختگیرانه ناشی می‌شود. این نوع خودکشی ناشی از ناامیدی در زندگی و احساس اسارت در چنگال سرنوشت است که تغییر وضعیت را ناممکن می‌سازد (شیخاوندی، ۱۳۸۳: ۲۴-۲۳؛ شیان و محمدی، ۱۳۸۶: ۱۵).

موریس آلبواکس^۷ خودکشی را ناشی از سه عامل می‌داند: جدا شدن فرد از گروه اجتماعی (فردگرایی افراطی)؛ وابستگی بیش از حد فرد به گروه اجتماعی (کمبود فردگرایی)؛ و انهدام توأم با هرج و مرج گروه اجتماعی (کمبود انسجام اجتماعی). به نظر آلبواکس، عامل ایجادکننده خودکشی خلأ اجتماعی است که فرد را احاطه می‌کند (عقیلی، ۱۳۸۴: ۱۲).

۲. رویکرد نظری: توسعه، مرگ و مدرنیته

چنانکه از انواع خودکشی برمی‌آید، مرگ‌های دوران جدید، چه در قالب جنگ‌ها و حوادث و چه در قالب خودکشی، بیشتر از مرگ‌های دوران قدیم است. بر مبنای تقسیم‌بندی‌های دورکیمی می‌توان گفت که انواع آنومیک و خودخواهانه خودکشی، که اغلب محصول زندگی در دنیای جدید با فشارهای عصبی و روانی و محرومیت و استیصال است و از رهاوردهای مدرنیته و برنامه‌های توسعه مربوط به آن محسوب می‌شود، بسیار بیشتر از انواع دگرخواهانه و تقدیرگرایانه است که غالباً متعلق به دوران غلبه سنت است. آثار و تبعات خودکشی در دوران جدید در کشورهای عقب‌مانده، که ناشی از تعجیل در نوسازی و بی‌توجهی به نتایج و آثار سوء توسعه است، توجه بیشتری می‌طلبد. به قول کریشنا کومار، کشورهای در حال توسعه برای جبران عقب‌ماندگی اقدام به نوسازی شتابان^۸ می‌کنند (Kumar, 1995).

اصطلاح «توسعه»^۹ به لحاظ لغوی به معنی «خروج از لفافه» است. «لفافه» از دیدگاه صاحب‌نظران نسل اول توسعه به معنی خروج از جامعه سنتی و ارزش‌های مربوط به آن است (ازکیا، ۱۳۸۱: ۷). برخی هم توسعه را مترادف با انحراف^{۱۰} آورده‌اند که

نمی‌شود. این نوع خودکشی با عناوین دیگری مانند خودکشی ناموفق و ژست خودکشی نیز نامیده می‌شود. در خودکشی منجر به مرگ، شخص با یک عمل انهدامی و تخریبی صدمه‌ای به خود وارد می‌کند که منجر به مرگ می‌شود. این نوع خودکشی را خودکشی موفق یا انجام‌یافته نیز می‌نامند (اسلامی‌نسب، ۱۳۷۱).

۲.۱. انواع خودکشی

نظریه‌پردازان تقسیم‌بندی‌های مختلفی از انواع خودکشی ارائه داده‌اند که مشهورترین آنها تقسیم‌بندی دورکیم است. دورکیم، در تبیین خودکشی در کشورهای صنعتی غرب، تضعیف هنجارهای نظم‌دهنده به رفتارها — آنومی^۱ — را در شکل‌گیری انواع خودکشی مؤثر می‌داند. وی خودکشی را به چهار دسته خودخواهانه^۲، دگرخواهانه^۳، بی‌هنجارانه^۴ و تقدیرگرایانه^۵ تقسیم کرده است و هر دسته را به درجه‌ای از ادغام و یکپارچگی^۶ جامعه از سویی و نحوه اجرای قواعد و قوانین از سوی دیگر پیوند می‌زند. خودکشی خودخواهانه به دلیل سستی پیوند فرد با جامعه و خودکشی دگرخواهانه بر اثر پیوستگی قوی فرد با جامعه رخ می‌دهد. خودکشی بی‌هنجارانه یا آنومیک از قواعد و قوانین ضعیف و سست نشئت می‌گیرد. در این مورد، جامعه نیروی تنظیمی خود را بر اثر فشارهای اقتصادی به منظور پیشرفت بیشتر از دست داده است. وقتی جامعه با بحران‌های دردناک یا گذار اقتصادی مواجه می‌شود، نمی‌تواند در زمان مناسب این تغییرات یکباره را هضم کند که در این وضعیت، نرخ خودکشی افزایش پیدا می‌کند. برای مثال، هنگام بروز بحران‌های اقتصادی، بعضی افراد شأن طبقاتی یا اجتماعی خود را از دست می‌دهند و نفوذ اجتماعی آنان به شدت کاهش می‌یابد. در چنین شرایطی افراد باید انتظارات خود را کاهش دهند، نیازهایشان را محدود سازند، و کنترل بیشتری بر خود اعمال کنند. اگرچه در این وضعیت بر تربیت اخلاقی افراد تأکید می‌شود، اما چنین تربیتی در کوتاه‌مدت برای انطباق با شرایط جدید مؤثر نخواهد بود. بنابراین، وضعیت غیرقابل تحملی به وجود می‌آید که

1. anomie
2. egoistic
3. altruistic
4. anomic
5. fatalistic
6. integration

7. Maurice Halbwachs

8. accelerated modernization

9. development

10. deviance

بر همین اساس، در اولین گزارش جهانی توسعه انسانی (UNRHD)^۲، شاخص توسعه انسانی (HDI) به عنوان مقیاس اندازه‌گیری توسعه معرفی شد (UNRHD, 1990). در شاخص توسعه انسانی، سه ظرفیت اساسی «دسترسی به امکانات مادی لازم برای زندگی»، «کسب دانش» و «برخورداری از عمر طولانی توأم با سلامت» اندازه‌گیری می‌شود. برای اندازه‌گیری هریک از این ابعاد، شاخص‌هایی معرفی شده است که «برخورداری از عمر طولانی توأم با سلامت» با معیار «امید به زندگی در بدو تولد» اندازه‌گیری می‌شود (صادقی و دیگران، ۱۳۸۶) و معرف متوسط سال‌هایی است که هر نوزاد زنده به دنیا آمده عمر خواهد کرد، به شرط آنکه احتمال مرگ او در سال‌های آینده زندگی مانند انسان‌های زمان حال باشد. امید به زندگی برای کشورهای توسعه‌یافته حدود ۸۰ تا ۸۵ سال برآورد شده است (فلاح‌زاده و هادیان، ۱۳۸۵: ۵۶-۵۵).

مبحث توسعه انسانی از آن جهت در بررسی خودکشی مطرح است که براساس یافته‌ها و تحلیل ما در بخش پایانی این گزارش، در ایران رابطه معناداری بین رتبه توسعه انسانی استان‌های مختلف کشور و نرخ خودکشی در آنها وجود دارد.

۳. وضعیت دیگر کشورها

آمار خودکشی در مناطق مختلف جهان نوسان قابل ملاحظه‌ای دارد. در آخرین آمار سازمان جهانی بهداشت، بالاترین نرخ خودکشی به کشورهای اروپای شرقی از جمله بلاروس (۳۵/۱) در هر صد هزار نفر در سال ۲۰۰۳، لیتونی (۳۰/۴) در هر صد هزار نفر در سال ۲۰۰۷ و فدراسیون روسیه (۳۰/۱) در هر صد هزار نفر در سال ۲۰۰۶ و پایین‌ترین میزان خودکشی به کشور مالدیو (۰/۳) در هر صد هزار نفر در سال ۲۰۰۵ در آسیای جنوب شرقی تعلق دارد. نرخ خودکشی در برخی کشورهای آمریکای لاتین به‌ویژه باربادوس (۰/۷) در هر صد هزار نفر در سال ۲۰۰۱ و باهاما (۱/۰) در هر صد هزار نفر در سال ۲۰۰۲ و همچنین برخی کشورهای منطقه از جمله جمهوری آذربایجان (۰/۶) در هر صد هزار نفر در سال ۲۰۰۷ و کویت (۲/۰) در هر صد هزار نفر در سال ۲۰۰۲ هم بسیار پایین است (WHO, 2009). البته، در کشورهای آفریقایی و منطقه

منظور از آن، منحرف شدن از ارزش‌های وضعیت موجود و انحراف از معیارهای پذیرفته‌شده (سنتی) جامعه است (Haralambus, 1992). توسعه به هر دو معنا، به‌خصوص در دوره مدرنیسم، هم برای غربی‌ها تبعات سوئی مثل خودکشی‌های خودخواهانه و آنومیک در پی داشته و هم برای سنتی‌ها، که توسعه و مدرنیته را انحراف می‌دانستند، عامل خودکشی‌های دسته‌جمعی و تقدیرگرایانه بوده است. خاطره خودکشی عقیدتی سال ۱۹۹۳ در آمریکا که به صورت دسته‌جمعی و در اعتراض به وضعیت مدرن انجام شد هنوز از یادها محو نشده است. اما شاید برای جهان در حال توسعه، به دلیل بی‌ملاحظه‌گی‌های فراوان در پیشبرد برنامه‌های توسعه دولت‌ها، عوارض سوء توسعه از بهره‌های آن بیشتر بوده است. آمار ارائه‌شده در این گزارش در مورد خودکشی کودکان بسیار تأسفانگیز و نیازمند مطالعه‌ای مستقل و جدی است.

امروزه در کشورهای صاحب سبک در توسعه، اقدامات وسیع و هزینه‌های فراوانی می‌کنند تا با کاهش و کنترل افسردگی‌ها، آمار خودکشی را پایین نگه دارند. از همین رو، طرح‌ها و برنامه‌های متعددی برای ایجاد شادی و نشاط در جامعه و پر کردن اوقات فراغت جوانان و قشرهای محروم جامعه اجرا شده است. در سال‌های اخیر، پژوهشگران به طور روزافزون به بررسی شادی^۱ و آرامش ذهنی^۲ علاقه‌مند شده‌اند به طوری که می‌توان گفت یکی از چالش‌های فراوری مدیران جامعه در دنیای امروز ایجاد احساس رضایت خاطر و شادکامی در افراد جامعه است. با این رویکرد، عوامل اجتماعی مربوط به توسعه و نوسازی شامل بیکاری، فقر، نابرابری و نداشتن امید به آینده بیشترین تأثیر را در افزایش نرخ خودکشی دارند که ضرورت اولویت‌بخشی به بحث توسعه انسانی را در سیاست‌گذاری‌های کلان ملی مطرح می‌کند.

توسعه انسانی روندی است که طی آن، امکانات افراد بشر افزایش می‌یابد. تعریف امکانات ممکن است به مرور زمان اساساً تغییر کند، اما در کلیه سطوح توسعه، مسئله اصلی برای مردم عبارت است از برخورداری از زندگی طولانی همراه با تندرستی، و دستیابی به دانش و توانایی دسترسی به منابعی که برای پدید آوردن سطح مناسب زندگی لازم است (ازکیا، ۱۳۸۱: ۲۲).

1. happiness

2. subject well-being

3. United Nations Report: Human Development

جمله گویان و کاستاریکا و قزاقستان، بیشترین نرخ خودکشی به سنین جوانی (۱۵ تا ۲۴ سال) و در برخی کشورهای اروپایی از جمله استونی و فنلاند به سنین میانسالی (۴۵ تا ۵۴ سال) تعلق دارد (ibid.). امروزه در بیش از یک‌سوم کشورهای جهان، نرخ خودکشی در میان افراد زیر ۴۵ سال بالاتر از افراد بالای ۴۵ سال است و این پدیده در تمام قاره‌ها به چشم می‌خورد. کشورها و مناطقی که آمار خودکشی در آنها هم‌اکنون در افراد زیر ۴۵ سال بیشتر است شامل استرالیا، بحرین، کانادا، کلمبیا، اکوادور، گویان، کویت، موریتس، زلاندنو، سریلانکا و انگلستان است. نرخ خودکشی جوانان در برخی از جزایر اقیانوسیه مانند فیجی (در بین سرخپوستان بومی) و ساموآ در میان زنان و مردان به میزان قابل توجهی بالاست.

در مورد تفاوت نرخ خودکشی موفق و ناموفق در سطح جهان نمی‌توان آمار دقیقی ارائه داد. تنها برخی از کشورها دارای آمار قابل اطمینانی از رفتارهای خودکشی ناموفق هستند. علت اصلی این امر دشواری جمع‌آوری اطلاعات است چرا که تنها تعداد اندکی از افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند برای مراقبت‌های پزشکی به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند. به علاوه، در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، اقدام به خودکشی یک جرم قابل مجازات است و به همین دلیل بیمارستان‌ها از ثبت موارد آن خودداری می‌کنند. شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد به طور متوسط تنها ۲۵ درصد افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند به بیمارستان‌های عمومی، که بهترین مکان جمع‌آوری اطلاعات خودکشی هستند، مراجعه می‌کنند که به طور قطع وضعیت وخیم‌تری دارند. آمارها نشان می‌دهد که میزان خودکشی ناموفق در میان افراد جوان بیش از سالمندان است به طوری که نسبت خودکشی موفق به ناموفق در افراد بالای ۶۵ سال به طور تقریبی یک به دو تا سه است یعنی از هر ۲ یا ۳ اقدام به خودکشی، یک خودکشی به مرگ منجر می‌شود، در حالی که در افراد جوان زیر ۲۵ سال ممکن است این نسبت به یک به صد تا دویست برسد به این معنا که از هر ۱۰۰ یا ۲۰۰ اقدام به خودکشی، تنها یک خودکشی به مرگ منجر می‌شود. از سوی دیگر، به طور کلی، نرخ خودکشی ناموفق در زنان ۲ تا ۳ برابر مردان است مگر در فنلاند که تفاوت قابل توجهی بین زنان و مردان از نظر نرخ خودکشی ناموفق مشاهده نشده است.

خاورمیانه، اطلاعات بسیار اندکی درباره آمار خودکشی وجود دارد. در شناسایی همه‌گیری خودکشی، جنسیت، فرهنگ، نژاد و قوم از عوامل بسیار مهم هستند. آمار خودکشی زنان الگوهای متفاوتی را برحسب سن و منطقه نشان می‌دهد. در برخی موارد، آمار خودکشی زنان به طور یکنواخت با افزایش سن بالا می‌رود و در موارد دیگری، در میانسالی به اوج می‌رسد. در موارد خاص، به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه و در جوامع اقلیت، نرخ خودکشی زنان در سن بلوغ بسیار بالاست. نرخ خودکشی مردان بالاتر از زنان است. نسبت آمار خودکشی مردان به زنان از ۱/۰ به ۱۳/۰ به ۱ متغیر است. میزان تفاوت نرخ خودکشی مردان و زنان در برخی از مناطق آسیا مانند فیلیپین و سنگاپور بسیار پایین و در برخی کشورهای شوروی سابق از جمله بلاروس و لیتونی و همچنین کشورهای امریکای لاتین از جمله شیلی و پورتوریکو بسیار بالاست. در کل، مردان تقریباً ۳ برابر زنان خودکشی می‌کنند. می‌توان گفت که این نسبت به طور یکنواخت در تمام گروه‌های سنی بجز گروه سنی بسیار مسن که نسبت خودکشی مردان در آن بسیار بالاتر است دیده می‌شود. تفاوت آمار خودکشی در کشورهای آسیایی بسیار کمتر از دیگر نقاط جهان است. طبق آماری که برخی کشورها از سال ۲۰۰۵ به بعد به سازمان جهانی بهداشت ارائه داده‌اند، نرخ خودکشی در میان زنان کشورهای غرب اقیانوس آرام به‌ویژه جمهوری کره (۱۴/۱ در هر صد هزار نفر در سال ۲۰۰۶) و ژاپن (۱۳/۹ در هر صد هزار نفر در سال ۲۰۰۷) بیش از کشورهای دیگر است. در سال ۲۰۰۶، پایین‌ترین نرخ خودکشی در میان زنان به ارمنستان (۱/۰ در هر صد هزار نفر)، گواتمالا (۱/۱ در هر صد هزار نفر)، یونان (۱/۲ در هر صد هزار نفر) و مکزیک (۱/۳ در هر صد هزار نفر) تعلق داشته است (ibid.).

نرخ خودکشی در جهان به طور معمول با افزایش سن بالا می‌رود به طوری که آمار خودکشی در افراد بالای ۷۵ سال تقریباً سه برابر افراد جوان ۱۵ تا ۲۴ ساله است. این رویه در هر دو جنس مشاهده می‌شود، اما در مردان بارزتر است. براساس آمار جهانی ۲۰۰۹، نرخ خودکشی از میزان ۰/۱ در هر صد هزار نفر در گروه سنی ۵ تا ۱۴ سال (یونان و ایتالیا طبق آمار ۲۰۰۶) تا ۶۵/۴ در هر صد هزار نفر در افراد بالای ۷۵ سال (سبیری در سال ۲۰۰۶) متغیر است. در برخی از کشورها نسبت دیگری میان نرخ خودکشی و سن وجود دارد که در میان آنها، در برخی کشورهای توسعه‌نیافته از

۱.۳. کشورهای امریکایی

طبق آخرین گزارش سازمان جهانی بهداشت، نرخ متوسط خودکشی منجر به مرگ در کشورهای امریکایی ۶/۳ در هر صد هزار نفر و از ۱/۰ در هر صد هزار نفر در باهاما (۲۰۰۲) تا ۲۲/۹ در هر صد هزار نفر در گویان (۲۰۰۵) متغیر است. همچنین، بالاترین میزان خودکشی زنان با نرخ ۱۱/۶ در هر صد هزار نفر و مردان با نرخ ۳۳/۸ در هر صد هزار نفر به گویان در امریکای لاتین تعلق دارد. در این میان، کانادا، امریکا، آرژانتین، برزیل و مکزیک دارای نرخ خودکشی متوسطی هستند. نرخ خودکشی در کانادا، براساس آمار سال ۲۰۰۴، ۱۱/۳ در هر صد هزار نفر و نسبت نرخ خودکشی منجر به مرگ مرد به زن ۳/۲ به ۱؛ در ایالات متحده، طبق آمار ۲۰۰۵، ۱۱/۰ در هر صد هزار نفر و نسبت مرد به زن ۳/۹ به ۱؛ در آرژانتین، طبق آمار ۲۰۰۵، ۷/۹ در هر صد هزار نفر و نسبت مرد به زن ۳/۶ به ۱؛ در برزیل، در سال ۲۰۰۶، ۴/۶ در هر صد هزار نفر و نسبت مرد به زن ۳/۸ به ۱؛ و در مکزیک، در سال ۲۰۰۶، ۴/۰ در هر صد هزار نفر و نسبت مرد به زن ۴/۸ به ۱ گزارش شده است (WHO, 2009).

۲.۳. کشورهای اروپایی

طبق آخرین گزارش سازمان جهانی بهداشت، متوسط نرخ خودکشی منجر به مرگ در کشورهای اروپایی ۱۳/۲ در هر صد هزار نفر است که تقریباً دو برابر آمار کشورهای امریکایی است. بالاترین آمار خودکشی در جهان نیز به کشورهای اروپای شرقی تعلق دارد که در میان آنها، بالاترین میزان خودکشی متعلق به بلاروس با نرخ ۳۵/۱ در هر صد هزار نفر در سال ۲۰۰۳، لیتونی با نرخ ۳۰/۴ در هر صد هزار نفر در ۲۰۰۷، و فدراسیون روسیه با نرخ ۳۰/۱ در هر صد هزار نفر در ۲۰۰۶ است. کمترین میزان خودکشی نیز به گرجستان با نرخ ۲/۲ در هر صد هزار نفر در سال ۲۰۰۱، ارمنستان با نرخ ۲/۴ در هر صد هزار نفر در سال ۲۰۰۶، و قبرس با نرخ ۲/۹ در هر صد هزار نفر در همان سال تعلق دارد. براساس این گزارش، نرخ خودکشی در فنلاند (۱۸/۸) در هر صد هزار نفر در سال ۲۰۰۷، فرانسه (۱۷/۰) در هر صد هزار نفر در ۲۰۰۶ و اتریش (۱۵/۴) در هر صد هزار نفر در ۲۰۰۷ نسبتاً بالا؛ در سوئد (۱۳/۲) در هر صد هزار نفر در ۲۰۰۶، دانمارک و آلمان (۱۱/۹) در هر صد هزار نفر در ۲۰۰۶، نروژ (۱۱/۴) در هر صد هزار نفر در ۲۰۰۶ و هلند

(۸/۳) در هر صد هزار نفر در ۲۰۰۷) نزدیک به متوسط؛ و در اسپانیا (۷/۸) در هر صد هزار نفر در ۲۰۰۵، پادشاهی متحد بریتانیای کبیر و ایرلند شمالی (۶/۴) در هر صد هزار نفر در ۲۰۰۷ و ایتالیا (۶/۳) در هر صد هزار نفر در ۲۰۰۶) پایین نسبت به اروپاست (ibid.).

۳.۳. آسیا

آمار مربوط به خودکشی در آسیای جنوب شرقی نسبتاً قدیمی است و بسیاری از کشورهای این منطقه تاکنون آمار خود را به سازمان جهانی بهداشت اعلام نکرده‌اند. با وجود این، در میان کشورهایی که اعلام آمار کرده‌اند، بالاترین آمار خودکشی منجر به مرگ متعلق به سریلانکا با نرخ ۲۱/۶ در هر صد هزار نفر در سال ۱۹۹۶ و پایین‌ترین میزان خودکشی مربوط به مالدیو با نرخ ۰/۳ در هر صد هزار نفر در سال ۲۰۰۵ است. بین این دو کشور، هند و تایلند قرار دارند. طبق آمار سال ۲۰۰۲، نرخ خودکشی در تایلند ۷/۸ در هر صد هزار نفر و نسبت مرد به زن ۳/۲ به ۱ و در هند ۱۰/۵ در هر صد هزار نفر و نسبت مرد به زن ۱/۶ به ۱ است (ibid.).

در منطقه آسیا-اقیانوسیه (کشورهای آسیای شرقی و اطراف اقیانوس آرام)، بالاترین نرخ خودکشی متعلق به ژاپن است که در سال ۲۰۰۷، ۲۴/۴ در هر صد هزار نفر و نسبت مرد به زن ۲/۶ به ۱ بوده و پایین‌ترین نرخ خودکشی در همان سال متعلق به فیلیپین است که ۲/۱ در هر صد هزار نفر و نسبت مرد به زن ۱/۵ به ۱ بوده است. در میان این دو، کشورهای جمهوری کره (۲۱/۹) در هر صد هزار نفر در سال ۲۰۰۶، چین شامل هنگ‌کنگ (۱۵/۲) در هر صد هزار نفر در ۲۰۰۶، زلاندنو (۱۲/۴) در هر صد هزار نفر در ۲۰۰۵، استرالیا (۱۰/۵) در هر صد هزار نفر در ۲۰۰۴ و سنگاپور (۱۰/۳) در هر صد هزار نفر در ۲۰۰۶ قرار دارند (ibid.).

۴.۳. آسیای میانه

در آسیای میانه علل متفاوتی برای خودکشی ذکر شده، از عاق والدین و گرفتار شدن به عذاب الهی تا ازدواج‌های اجباری و سوءاستفاده‌ها که در گزارش سال ۱۹۹۹ چرخ‌گردون، روزنامه مخالف دولت تاجیکستان، از شهر دوشنبه آمده است (Harris, 2004:43). زمانی که انقلاب بلشویکی در روسیه به پیروزی رسید و برنامه بی‌حجایی اجباری در دستور کار قرار گرفت، گزارش شد که ۲۰۳ زن تاجیک به واسطه سوءرفتار خودکشی

خودکشی از دیدگاه فقهی و حقوقی و در شرع اسلام و قوانین جزایی دارای احکام خاصی است. در بررسی فقهی خودکشی باید آن را از منظر کتاب، سنت و اجماع مورد توجه قرار داد. برای بررسی خودکشی از دیدگاه حقوق کیفری نیز ابتدا باید این عمل را از منظر تاریخ حقوق کیفری و سپس حقوق جزای تطبیقی مورد مطالعه قرار داد و نهایتاً به تحلیل آن در حقوق جزای داخلی (ایران) پرداخت.

در قرآن آیاتی وجود دارد که در آنها بر حرمت خودکشی تأکید شده است، از جمله آیات ۲۹ سورة نساء، ۳۳ سورة اسراء و ۶۸ سورة فرقان. طبق تفاسیر غالب از این آیات، خودکشی حرام است (طباطبایی، ۱۳۶۳: ۵۰۶ - ۵۰۵؛ مکارم شیرازی و دیگران، ۱۳۷۵: ۲۵۶؛ هاشمی رفسنجانی و دیگران، ۱۳۷۳: ۳۵۳ - ۳۵۱؛ آقایی، ۱۳۸۱: ۱۳۵). از دیدگاه «سنت»، در مورد خودکشی روایات و احادیث متعددی وجود دارد که طبق آنها خودکشی جایز نیست (محمدی، ۱۳۸۲: ۱۶۷؛ مطاهری، ۱۳۸۲: ۱۰۳ - ۱۰۲). گاه نیز در کتاب یا سنت دلیلی برای اثبات حکم مسئله‌ای وجود دارد (همچون خودکشی و انتحار) و در نتیجه، همه فقها بر آن حکم اتفاق نظر پیدا می‌کنند و به اصطلاح «اجماع» تحقق پیدا می‌کند. ولی گاهی چنین نیست و دلیلی برای اثبات حکم مسئله وجود ندارد و با این حال «اجماع» به وجود می‌آید. اجماع نوع دوم ارزش اثباتی بیشتری دارد و در این صورت به درستی می‌توان آن را در شمار ادله دیگر استنباط احکام ذکر کرد. اما اجماع نوع اول را، که «اجماع مدرکی» می‌نامند، نمی‌توان دلیلی مستقل از ادله دیگر استنباط احکام دانست زیرا فرض بر این است که مستند حکم مسئله، کتاب یا سنت است (محمدی، ۱۳۸۲: ۱۹۱). اجماعی که بین فقها در مورد حرمت خودکشی وجود دارد نیز از نوع «اجماع مدرکی» است زیرا اصل حکم حرمت انتحار در کتاب و سنت اثبات شده است (شریفی خضارتی، ۱۳۸۷).

در نظام حقوقی اسلام، ضمانت اجرای ممنوعیت خودکشی بر پایه اصول و مبانی عقیدتی و اخلاقی استوار است و امری اخلاقی و درونی و دینی است (ولیدی، ۱۳۸۰: ۱۴۱). با این حال، احکام فقهی در مورد خودکشی وجود دارد. به طور کلی، از دیدگاه فقهی «جنایت بر خود» به دو نوع تقسیم می‌شود: جنایت بر خود به صورت عمد، جنایت بر خود به صورت غیرعمد. هرگاه کسی عمداً مرتکب قتل خود شود و به اصطلاح خودکشی و انتحار کند، نه دپه

کردند (Khushkadamova, 1993). نرخ خودکشی در این منطقه از آسیا تا سال ۲۰۰۳ داده‌های متعددی را در اختیار ما قرار می‌دهد. به غیر از قزاقستان، نرخ خودکشی در بقیه کشورهای استقلال یافته از اتحاد شوروی کاهش یافته است. جالب اینکه در قزاقستان، نرخ خودکشی زنان نسبت به مردان در تمام این سال‌ها و در میان همه این کشورها به طور معناداری پایین تر بوده است که بررسی مستقلی را می‌طلبد. علل اصلی خودکشی زنان در این مناطق، مسائل عشقی، غیرممکن بودن رهایی از سوءاستفاده خانواده‌ها، حاملگی خارج از عقد و ازدواج، تجاوز، اختلافات خانوادگی، منع دختران از ادامه تحصیل از طرف والدین، ترس از شایعات شرم‌آور، افسردگی، بی‌پناهی، و اخیراً هم ناتوانی در نان‌آوری و تأمین معیشت خانواده ذکر شده است. مورد اخیر در قزاقستان و شمال تاجیکستان در میان مردان شایع‌تر است و مردانی که توانایی نان‌آوری نداشته باشند، از طرف زنان خود رها می‌شوند و بر اثر بی‌خانمانی و اعتیاد به الکل و مواد مخدر اقدام به خودکشی می‌کنند (Nazpary, 2002).

۵.۳. کشورهای خاورمیانه

آمار دقیقی از نرخ خودکشی در این کشورها وجود ندارد. در آخرین گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۹، آمار مربوط به خاورمیانه بسیار محدود و کهنه است. بالاترین نرخ خودکشی مربوط به بحرین (۳/۱ در هر صد هزار نفر در سال ۱۹۸۸) و پایین‌ترین نرخ خودکشی متعلق به سوریه (۰/۱ در هر صد هزار نفر در سال ۱۹۸۵) است. بین این دو، نرخ خودکشی کویت قرار دارد که در سال ۲۰۰۲، ۲/۰ در هر صد هزار نفر و نسبت مرد به زن ۱/۸ به ۱ بوده است (WHO, 2009).

۴. وضعیت در ایران

۱.۴. سیاست‌ها و برنامه‌ها و قوانین

پدیده «خودکشی» از دیدگاه علوم مختلفی همچون روان‌شناسی، جامعه‌شناسی، پزشکی، جرم‌شناسی و حقوق جزا (کیفری) قابل تحلیل و بررسی است. از لحاظ حقوق کیفری، خودکشی ذیل بحث قتل مطرح می‌شود، از این جهت که خودکشی یا انتحار عبارت است از قتلی که فاعل جرم (قاتل) همان مفعول جرم (مقتول) است (پرفیت، ۱۳۷۸: ۷۳-۷۲).

به وی تعلق می‌گیرد و نه کفار و این مسئله مورد اتفاق همه فقهای شیعه است. اما در میان اهل سنت برخی معتقدند که کفار تعلق می‌گیرد و آن را از میراث (ترکه) فردی که خودکشی کرده می‌دهند. چنانچه جنایت شخص بر خود به خطا انجام پذیرد، خوش به هدر رفته و بستگان ذکور نسبی پدری یا مادری (عاقله) مسئول دیه او نیستند. اما کسانی هم گفته‌اند که در این مورد، دیه برعهده عاقله است (گرجی و دیگران، ۱۳۸۲: ۷۹-۷۸).

در بررسی خودکشی از دیدگاه حقوق کیفری، با وجود آنکه در اسلام خودکشی یا خودزنی گناهی بزرگ محسوب می‌شود، چون در قوانین کیفری ایران جرم شناخته نشده، قابل طرح و رسیدگی در محاکم نیست (اردبیلی، ۱۳۷۹: ۱۴۳). در قانون مجازات عمومی مصوب ۱۳۰۴ شمسی و اصلاحات آن در سال ۱۳۵۲، خودکشی جرم نبود و اساساً برای خودکشی، شروع به خودکشی، و معاونت و مشارکت در خودکشی مجازاتی پیش‌بینی نشده بود. در حال حاضر نیز خودکشی یا شروع به آن در قوانین جزایی ایران جرم نیست و مجازاتی ندارد زیرا اعمال کیفر نسبت به خودکشی‌کننده دارای جنبه پیشگیری نیست و هر نوع عکس‌العمل قانونی موجب لطمه مادی و معنوی فامیل و بستگان فرد خودکشی‌کننده خواهد شد. در واقع، با فقدان نص خاصی در مورد خودکشی یا شروع به آن، این عمل قابل مجازات نیست (اصل قانونی بودن جرایم و مجازات‌ها). در مورد شرکت در خودکشی، در حقوق جزای ایران، اولیای مقتول می‌توانند نصف دیه قاتل را به وی پرداخت و او را قصاص کنند، به این معنا که اگر کسی به خودکشی فرد دیگری کمک کند، محکوم به قصاص است (گلدوزیان، ۱۳۸۴: ۵۴، ۵۶، ۵۷). اما معاونت در خودکشی، مثلاً زمانی که دو نفر با هم تصمیم به خودکشی می‌گیرند اما یک نفر از آنها زنده می‌ماند، از آنجایی که قانونگذار معاونت در جرم را به عنوان جرم مستقل نمی‌شناسد، فاقد کیفر است (ولیدی، ۱۳۸۰: ۱۴۲-۱۴۱). اما اگر کسی بدون علم و آگاهی مجنی علیه، عمداً موجبات مرگ او را به دست خود او فراهم آورده باشد یا اینکه مجنون یا فرد نابالغی را با سوءنیت خاص از طریق تحریک و ترغیب وادار به خودکشی کرده باشد، چنین اعمالی از مصادیق قتل عمدی خواهند بود (گلدوزیان، ۱۳۸۴: ۶۱).

مطابق قانون اخیر مجازات جرایم رایانه‌ای، معاونت در خودکشی به وسیله سیستم‌های رایانه‌ای و مخابراتی جرم و مشمول مجازات است. طبق ماده ۱۶ قانون مذکور و بند ج آن،

«هرکس از طریق سیستم رایانه‌ای یا مخابراتی به منظور ارتکاب جرایم و انحرافات جنسی یا سایر جرایم یا خودکشی یا استعمال مواد روان‌گردان، اشخاص زیر ۱۸ سال تمام را آموزش داده یا تبلیغ یا تحریک یا تهدید یا تشویق یا دعوت نموده یا فریب دهد یا طریق ارتکاب یا استعمال آنها را تسهیل نماید یا آموزش دهد، به حبس از ۹۱ روز تا یک سال یا جزای نقدی از دو میلیون و پانصد هزار تا ده میلیون ریال یا به هر دو مجازات محکوم خواهد شد.» در قانون مدنی ایران، تنها ماده‌ای که به نوعی با خودکشی ارتباط دارد ماده ۸۳۶ است که طبق آن، وصیت کسی که خود را به قصد خودکشی مجروح یا مسموم کرده باطل تلقی می‌شود (امامی، ۱۳۸۳: ۸۶-۸۴).

در قانون برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه، هیچ تمهیدی در مورد خودکشی و برای پیشگیری از خودکشی به طور خاص اندیشیده نشده است. تنها در ماده ۹۷ از فصل هفتم قانون برنامه چهارم توسعه، در زمینه ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی عنوان شده است که دولت مکلف است، به منظور پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی، نسبت به تهیه طرح جامع کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی اقدام کند. همچنین در ماده ۴۱ از فصل سوم برنامه پنج ساله پنجم توسعه کشور، بخش سلامت، عنوان شده است که برای مقابله با بیماری‌ها و عوامل خطر ساز برای سلامت، که دارای بیشترین هزینه اقتصادی و اجتماعی هستند، اقدام‌هایی انجام شود. از جمله این اقدامات بند الف است که معین می‌کند: «فهرست کالاهای مباح ولی آسیب‌رسان به سلامت و داروهای با احتمال سوءمصرف توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و درصد عوارض برای این کالاها در ابتدای هر سال توسط کارگروهی با مسئولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با عضویت وزارتخانه‌های امور اقتصادی و دارایی، بازرگانی، رفاه و تأمین اجتماعی تعیین و ابلاغ می‌شود.» در بند ج نیز آمده است: «تبلیغ خدمات و کالاهای تهدیدکننده سلامت که مصادیق آن سالانه توسط کارگروه موضوع بند الف تعیین و اعلام می‌شود، از سوی کلیه رسانه‌ها ممنوع است.» در تبصره این ماده، در مورد تعیین مجازات برای مرتکبین بند ج آمده است: «عدم رعایت مفاد بند ج این ماده مستوجب جزای نقدی از صد میلیون ریال تا یک میلیارد ریال خواهد بود. در صورت تکرار، برای هر دفعه، بیست درصد به نصاب حداقل و حداکثر مذکور و

انحرافات اخلاقی، زنان آسیب‌دیده اجتماعی، زوجین متقاضی طلاق، افراد دارای اختلال هویت جنسی و...^۳ این سند تاکنون در ۲۰ استان کشور تهیه و تدوین شده و در برخی استان‌ها از جمله ایلام بر کنترل خودکشی به عنوان یک آسیب اجتماعی تأکید ویژه دارد. از دیگر اقدامات صورت‌گرفته، برگزاری «همایش ملی خودکشی، علل، پیامدها و راهکارها» در آذر ۱۳۸۸ در استان ایلام است.

همچنین اداره سلامت روان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۸ اقدام به تدوین برنامه ادغام پیشگیری اولیه از خودکشی در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه با تأکید بر درمان افسردگی کرد. این برنامه با اهداف کلی «فراهم آوردن خدمات بهداشت روان قابل دستیابی برای بیماران افسرده و افرادی که قصد اقدام به خودکشی داشته یا اقدام نموده‌اند» و «کاهش موارد اقدام به خودکشی و کاهش مرگ و میر ناشی از آن» تدوین شد. پس از آن، برای گروه‌های مختلف ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی-درمانی شامل بهورز، رابط، کاردان، کارشناس، پزشک عمومی، کادر اورژانس بیمارستان‌ها، و پرستاران بخش‌های مرتبط، متون آموزشی پیشگیری از خودکشی با تأکید بر درمان افسردگی تهیه و با برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای آنان، امکان ارائه خدمات به افراد نیازمند فراهم شد. این برنامه از سال ۱۳۸۰ در چهار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران، کاشان، ایلام و کرمانشاه به اجرا گذاشته شد و با توجه به موفقیت‌آمیز بودن آن، از سال ۱۳۸۳ در چهار دانشگاه علوم پزشکی فارس، مازندران، چهارمحال و بختیاری و کرمان نیز به اجرا درآمد. اهداف خاص این برنامه عبارت‌اند از: ۱. افزایش آگاهی‌های لازم در گروه‌های هدف؛ ۲. شناسایی به‌هنگام افراد در معرض خطر؛ ۳. کاهش ضررهای ناشی از اقدام موفق در خانواده‌ها؛ و ۴. پایین آوردن نرخ بروز خودکشی در مناطقی که میزان بروز بالایی دارند (ایسنا، ۱۳۸۸/۲/۲۱).

از جمله فعالیت‌هایی که در ادامه اجرای این برنامه در سال‌های ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷ صورت گرفته، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- اجرای برنامه پیشگیری از خودکشی در ۸ استان کشور؛
- پایش برنامه و دریافت آمار ماهانه موارد خودکشی؛

قبلی حسب مورد اضافه می‌شود.^۱ در این دو بند می‌توان به مورد خودکشی پرداخت، و از آنجا که دسترسی به ابزار خودکشی از جمله عوامل افزایش خودکشی با آن ابزار است، و مسمومیت با دارو بالاترین میزان را در میان روش‌های خودکشی به خود اختصاص داده، با محدود کردن دسترسی به دارو و مواد مخدر شاید بتوان از این نوع خودکشی پیشگیری کرد. در بند ج نیز می‌توان فعالیت‌هایی را که به نوعی به تبلیغ خودکشی می‌پردازند ممنوع کرد که مجازات آن نیز در تبصره پس از آن آمده است. اما در هیچ‌یک از این مواد، به طور مستقیم نامی از خودکشی به عنوان یکی از آسیب‌های اجتماعی یا عوامل خطر ساز برای سلامت برده نشده و بنابراین تمهیدی نیز برای پیشگیری در این زمینه خاص اندیشیده نشده است.

از جمله اقدامات دولت در مورد خودکشی می‌توان به طرح «اورژانس اجتماعی» سازمان بهزیستی اشاره کرد. یکی از اهداف این طرح «شناسایی آسیب‌های اجتماعی شایع و در حال شیوع به صورت کشوری و منطقه‌ای و محلی» است. یکی از گروه‌های هدف مورد نظر در این زمینه افرادی است که قصد خودکشی دارند یا اقدام به خودکشی کرده‌اند.^۲

در «سند ملی جامع کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی کشور» که در بهمن ۱۳۸۷ از سوی معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری به سازمان بهزیستی ابلاغ شد و دبیرخانه اجرایی آن در سطح ملی و استانی سازمان بهزیستی کشور است، به کاهش خودکشی به عنوان یک آسیب اجتماعی اشاره شده است (ایسنا، ۱۳۸۸/۱/۲۴). در طرح جامع کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی تصریح شده که دستگاه‌های اجرایی ذی‌ربط مکلف‌اند، در جهت ارائه خدمات و مداخلات به‌موقع و تخصصی به منظور کمک به افراد در معرض آسیب و آسیب‌دیده اجتماعی، اقداماتی را در طی سال‌های برنامه چهارم توسعه انجام دهند. یکی از اقدامات پیش‌بینی شده عبارت است از توسعه و تقویت مراکز مداخله در بحران‌های فردی، خانوادگی، اجتماعی (اورژانس اجتماعی) با هدف حمایت و ارائه خدمات تخصصی به‌موقع به افراد دچار مشکلاتی از قبیل کودک‌آزاری، همسرآزاری، اقدام به خودکشی، فرار از منزل،

۱. رک. سایت وزارت امور اقتصادی و دارایی: www.mefa.gov.ir

۲. رک. سایت اورژانس اجتماعی: www.123.ir

صدهزار نفر در سال ۱۳۶۳ به ۶ در هر صدهزار نفر در سال ۱۳۸۳ رسیده است. میزان اقدام به خودکشی طی سال‌های ۱۳۸۴، ۱۳۸۵، ۱۳۸۶ به ترتیب ۵/۸، ۵/۶۵ و ۵/۶ در صدهزار نفر جمعیت بوده است (ایسنا، ۱۳۸۸/۲/۲).

همچنین، براساس آخرین آمار معاونت طرح و برنامه و بودجه نیروی انتظامی، تعداد مطلق خودکشی موفق در کل کشور در سال‌های ۱۳۸۷-۱۳۸۴ عبارت بوده است از ۴۱۸۶ مورد در سال ۱۳۸۴، ۳۵۹۴ مورد در ۱۳۸۵، ۳۰۸۳ مورد در ۱۳۸۶ و ۳۱۶۷ مورد در ۱۳۸۷. شایان ذکر است که نرخ محاسبه‌شده در صدهزار نفر و اطلاعات تفکیک‌شده براساس سن و جنس، تنها تا سال ۱۳۸۳ قابل دسترس است که در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. تعداد موارد خودکشی برحسب جنس و سن

سن و جنس	کل	مرد	زن
۱۷ ساله و کمتر	۱۸-۲۴ ساله	۲۵-۳۴ ساله	۳۵ ساله و بیشتر
۳۷۳	۱۰۴۸	۷۱۰	۶۸۷
۳۷۱	۱۰۴۹	۷۸۲	۵۴۷
۳۳۹	۱۲۴۸	۸۹۵	۷۹۳
۳۱۸	۱۳۶۸	۱۰۲۴	۶۹۶
۳۲۹	۱۵۶۳	۱۱۳۰	۷۲۳
۳۳۵	۱۴۸۴	۱۲۵۲	۶۷۲
۱۵۷	۵۱۳	۴۰۳	۴۶۶
۱۸۹	۵۵۷	۴۷۷	۳۷۴
۱۸۸	۷۴۶	۶۰۷	۵۰۴
۱۸۵	۸۹۷	۶۷۰	۴۹۲
۱۸۷	۹۴۷	۸۳۶	۵۰۱
۱۷۸	۸۸۲	۸۴۵	۴۲۳
۲۱۶	۵۳۵	۳۰۷	۲۲۱
۱۸۲	۴۹۲	۳۰۵	۱۷۳
۱۵۱	۵۰۲	۲۸۸	۲۸۹
۱۳۳	۵۰۱	۳۵۴	۲۰۴
۱۴۲	۶۱۶	۲۹۴	۲۲۲
۱۵۷	۶۰۲	۴۰۷	۲۴۹

منبع: نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۳

آمار خودکشی در استان‌های کشور نشان می‌دهد که شرایط در بعضی مناطق ایران بحرانی است. برای نمونه، طبق آخرین

- ادامه طرح بررسی تأثیر ارتقای توان شبکه بهداشتی در شناسایی اختلال افسردگی و درمان بیماران افسرده طبق پروتکل وزارت بهداشت و درمان در پیشگیری از اقدام به خودکشی و خودکشی در شهرستان خرم‌آباد لرستان؛
- تجزیه و تحلیل اطلاعات مربوط به خودکشی دانشگاه‌های سراسر کشور؛
- تدوین برنامه جامع پیشگیری از خودکشی؛
- تدوین و ورود مراقبت‌های مربوط به پیشگیری از خودکشی در بسته خدمتی پزشک خانواده؛
- برگزاری کارگاه تدوین برنامه جامع پیشگیری از خودکشی قابل ادغام در برنامه بیمه روستایی و شبکه بهداشتی کشور، و ارائه برنامه نهایی تدوین‌شده در کارگاه با نظر استادان متخصص؛
- هماهنگی با رؤسای دانشگاه‌ها، پزشکی قانونی، نیروی انتظامی و سایر مراکز جمع‌آوری و ثبت آمار خودکشی برای اجرای یک نظام هماهنگ ثبت و گزارش آمار خودکشی.

در گزارش عملکردی که منتشر شد، نهایی کردن برنامه جامع پیشگیری از خودکشی قابل ادغام در برنامه بیمه روستایی و شبکه بهداشتی کشور و شروع آزمایشی آن در دو دانشگاه، تدوین پروتکل‌های پیشگیری و مراقبت خودکشی، چاپ و تکثیر مواد آموزشی پیشگیری از خودکشی، و دستیابی به نظام هماهنگ ثبت و جمع‌آوری کلیه آمار مربوط به خودکشی از جمله دستاوردهای برنامه مذکور تا پایان سال ۱۳۸۷ عنوان شد (همان).

۲.۴. همه‌گیری‌شناسی

روند عمومی

براساس آخرین آمار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، روزانه به طور متوسط ۱۳ مورد اقدام به خودکشی با میانگین سنی ۲۹ سال در کشور اتفاق می‌افتد. طبق این آمار، نسبت خودکشی مردان به زنان ۲/۵ به ۱ و گاه ۴/۵ به ۱ است. هرچند آمار خودکشی در ایران از بسیاری از کشورها پایین‌تر است، مقایسه این آمار با آمار ثبت‌شده سال‌های گذشته در ایران رشد قابل توجهی را نشان می‌دهد به طوری که میزان اقدام به خودکشی از ۱/۳ در هر

گزارشی که نیروی انتظامی در سال ۱۳۸۳ منتشر کرده است، نرخ اقدام به خودکشی در ایلام ۷۰/۱ در هر صد هزار نفر و میزان خودکشی موفق در هر صد هزار نفر ۲۸/۹ و نسبت خودکشی موفق زنان به مردان ۱/۴ به ۱ است. پس از ایلام، لرستان (۱۱/۴) در هر صد هزار نفر، کرمانشاه (۹/۶) در هر صد هزار نفر، گلستان (۹/۵) در هر صد هزار نفر، و کهگیلویه و بویراحمد (۹/۲) در هر صد هزار نفر) بالاترین میزان اقدام به خودکشی را در بین استان‌های کشور در سال ۱۳۸۳ دارند (نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۳).

در جدول ۱، تعداد موارد خودکشی برحسب سن و جنس آمده است. طبق این اطلاعات، بیشترین میزان افزایش تعداد خودکشی از ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۳، در جمعیت ۲۵ تا ۳۴ سال با تفاوت ۵۴۲ نفر و سپس در جمعیت ۱۸ تا ۲۴ سال با تفاوت ۴۳۶ نفر مشاهده می‌شود. اما در جمعیت زیر ۱۷ سال و بالای ۳۵ سال، تعداد خودکشی کاهش یافته است. در میان زنان و مردان نیز بالاترین افزایش تعداد خودکشی ابتدا در سنین ۲۵ تا ۳۴ و سپس در سنین ۱۸ تا ۲۴ سال دیده می‌شود. در این سال‌ها، تعداد موارد اقدام به خودکشی در زنان سنین ۳۵ سال به بالا افزایش یافته، اما در مردان با کاهش مواجه بوده است.

به لحاظ روش خودکشی در ایران، نتایج برخی تحقیقات نشان می‌دهد که حلق‌آویز کردن شایع‌ترین روش خودکشی مردان (۵۶ درصد) به‌ویژه در استان‌های همدان، لرستان و ایلام، و خودسوزی شایع‌ترین روش خودکشی زنان (۶۳/۴ درصد) به‌ویژه در استان‌های ایلام، کرمانشاه و لرستان است (مرادی و خادمی، ۱۳۸۱؛ عطاران و شریعت، ۱۳۷۵). طبق آمار مرکز پزشکی قانونی تهران، روش‌های شایع خودکشی در مردان، به ترتیب، دارآویختگی، خوردن دارو و سموم و استفاده از اسلحه گرم، و در زنان خوردن دارو و سموم و خودسوزی بوده است (امانی، ۱۳۸۱).

وضعیت کودکان

خودکشی در کودکان یک مشغله فکری یا اقدامی است که به عمد با هدف ایجاد آسیب یا مرگ فرد انجام می‌شود. در این تعریف لازم است که اقدام عمدی برای ایجاد آسیب یا مرگ خود وجود داشته باشد، اما لازم نیست که نظر کودک نسبت به مرگ مانند شخص بالغ باشد. در کشور ما آمار معتبر علمی از خودکشی کودکان منتشر نشده است، اما مطالعات نشان داده است که ۲۸۳ دانش‌آموز در

سال ۱۳۸۱ در شهر تهران اقدام به خودکشی کرده‌اند که علت آن چندان مشخص نبوده است.^۱ سازمان ملی جوانان در سال ۱۳۸۲ علت خودکشی نوجوانان و جوانان را اختلالات خانوادگی ذکر کرده است. به طور کلی، خودکشی کودکان نابالغ با تهدید والدین و پرخاشگری همراه بوده و کمتر منجر به مرگ شده است.^۲ در نگاهی به آمار خودکشی در ایران که نیروی انتظامی منتشر کرده، درمی‌یابیم که ۸/۹ درصد موارد (۳۳۵ نفر) از کل تعداد خودکشی در سال ۱۳۸۳ به کودکان زیر ۱۷ سال مربوط بوده که ۴۶/۹ درصد موارد (۱۵۷ نفر) را دختران و ۵۳/۱ درصد باقی‌مانده (۱۷۸ نفر) را پسران تشکیل داده‌اند (نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۳).

با توجه به اینکه آمار خودکشی کودکان در کشور در سال‌های اخیر نگران‌کننده بوده، برخی از پژوهشگران به مطالعات و تحقیقاتی در این زمینه روی آورده‌اند. طبق نتایج تحقیقی دربارهٔ موارد اقدام به خودکشی در کودکان بستری در بخش اطفال بیمارستان لقمان حکیم، درمیان ۱۷۶ کودک ۸ تا ۱۳ سال که طی سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۳ به علت مسمومیت در بیمارستان لقمان حکیم بستری شده بودند، ۱۱۱ مورد اقدام به خودکشی تأیید شد که ۵۹ مورد پسر و باقی موارد دختر بودند. بیشترین موارد خودکشی مربوط به گروه سنی ۱۲ تا ۱۳ سال (۴۹/۶ درصد) بود و اکثراً ساکن مناطق جنوب و اطراف تهران (۵۷/۴ درصد) بودند. بیماران از داروهایی استفاده کرده بودند که در دسترسشان بود (۹۲/۸ درصد). سابقه خودکشی در ۱۳ نفر وجود داشت و در ۴۷ درصد موارد، بیماران زمینه اختلال روانی داشتند. طبق نتایج این مطالعه، اقدام به خودکشی شایع‌ترین علت مسمومیت در کودکان ۸ تا ۱۳ ساله بود و عوامل اقتصادی، مشکلات روانی، و دسترسی به داروهای خطرناک در بروز آن اثر داشت (مهدی‌زاده و دیگران، ۱۳۸۵: ۳۳۷). به این ترتیب، می‌توان گفت که بیش از ۵۰ درصد کودکان مورد بررسی به دلیل آسیب‌های اجتماعی و نبود امنیت اجتماعی و روانی اقدام به خودکشی کرده‌اند که پیگیری و توجه مسئولان و دست‌اندرکاران را می‌طلبد.

تحقیق دیگری نیز با عنوان «بررسی مواردی از خودکشی

۱. گزارش عضو کمیسیون آموزش و تحقیقات مجلس، روزنامه شرق، ش ۳۵۹، ۱۳۸۲/۹/۱۶.

۲. گزارش سازمان ملی جوانان، روزنامه آفتاب یزد، ش ۱۳۵۸، ۱۳۸۲/۸/۵.

۱۹ تا ۲۴ سال قرار داشته‌اند (مولوی نجومی و دیگران، ۱۳۸۶). در همدان نیز نتایج یک بررسی در مورد اقدام‌کنندگان به خودکشی که از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۱ در بیمارستان سینا بستری شده‌اند، بیشترین فراوانی را در گروه سنی ۱۵ تا ۲۵ سال (۶۳/۷ درصد) نشان داده است (قلعه‌ایها و بهروزی‌فرد، ۱۳۸۵: ۵۸). در یک بررسی در جیرفت، ۴۳ درصد اقدام‌کنندگان به خودکشی ۱۹ یا ۲۰ ساله و ۵۲ درصد در گروه سنی ۲۰ تا ۳۹ سال بوده‌اند (ظهور و افلاطونیان، ۱۳۸۱). نتایج تحقیقی که به «بررسی اپیدمیولوژیک اقدام به خودکشی در شهرستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی سمنان» در سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۱ پرداخته نشان می‌دهد که میانگین سنی اقدام‌کنندگان به خودکشی ۲۴/۶ سال و سن ۷۸/۲ درصد افراد زیر ۳۰ سال بوده است (صابری زفرقندی و دیگران، ۱۳۸۴).

نتایج تحقیقی در مورد کلیه افراد اقدام‌کننده به خودکشی ساکن شهر اراک نشان داد که بیشتر اقدام‌کنندگان به خودکشی در سنین ۱۵ تا ۲۴ سال قرار دارند (موسوی و دیگران، ۱۳۸۷). همچنین در بررسی انجام‌شده در مورد اقدام‌کنندگان به خودکشی بستری در بخش اورژانس و سوختگی بیمارستان امام خمینی کرمانشاه در شش ماه اول ۱۳۸۰، محدوده سنی ۱۵ تا ۲۵ سال، با ۶۱/۶ درصد و ۳۹۵ مورد از ۶۴۱ نمونه، گروه سنی پرخطر شناخته شد (ایدی‌زاده و یوسف‌زاده، ۱۳۸۰). نتایج بررسی دیگری در یزد درباره بیماران که طی سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۳ با دارو اقدام به خودکشی کرده‌اند بیانگر آن است که بیشترین فراوانی اقدام در بین افراد سنین ۲۰ تا ۲۴ سال (۳۶/۶ درصد) است (حسینی، ۱۳۸۳).

به این ترتیب، طبق یافته‌های تحقیقاتی که در استان‌های مختلف ایران در زمینه خودکشی صورت گرفته و براساس آمار نیروی انتظامی، مشاهده می‌شود که دهه سوم پرخطرترین دهه عمر در زمینه خودکشی در ایران است.

وضعیت زنان

طبق آمار نیروی انتظامی (جدول ۱)، تعداد خودکشی زنان از سال ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۳، ۱۳۶ نفر افزایش یافته اما نرخ اقدام به خودکشی در همین سال‌ها رقم نسبتاً ثابتی (۴/۳ در هر صد هزار نفر) را نشان می‌دهد. نرخ خودکشی موفق زنان (۲/۱ در هر صد هزار نفر) نیز در طول این سال‌ها ثابت بوده است (نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۳).

کودکان مراجعه‌کننده به بیمارستان لقمان حکیم» که طی سال‌های ۱۳۸۲-۱۳۷۸ صورت گرفته، نتایج مشابهی را نشان می‌دهد. این بررسی در مورد ۶۰ کودک در سنین ۶ تا ۱۳ سال انجام شده که ۶۲ درصد آنها پسر و ۳۸ درصد دختر بودند. نتایج تحقیق مهم‌ترین عوامل استرس‌زا برای این کودکان را خانواده گسسته و مشکلات تحصیلی و بیشترین بیماری زمینه‌ای را در آنان افسردگی نشان داد، ۴۰ درصد کودکان رفتار خودکشی را از تلویزیون و در مراتب بعدی از مادر و افراد خانواده یاد گرفته بودند (ثقة الاسلام و رضایی، ۱۳۸۴: ۱۲۳).

نتایج تحقیق دیگری که در لرستان صورت گرفته نشان می‌دهد که خودکشی کودکان به وسیله گنج‌خوری در این استان شایع است. براساس یافته‌های این تحقیق، ۴۵ درصد موارد اقدام به خودکشی با گنج مربوط به گروه سنی ۱۰ تا ۱۹ سال بوده، و اکثریت بیماران را دانش‌آموزان تشکیل می‌دادند (یگانه و دیگران، ۱۳۸۲: ۸۵).

وضعیت جوانان

با مرور آمار خودکشی در ایران می‌توان دریافت که گروه پرخطر در این زمینه جوانان هستند. طبق جدول ۱، بیشترین موارد اقدام به خودکشی در سال ۱۳۸۳، در هر سه گروه زنان و مردان و کل جمعیت، در میان سنین ۱۸ تا ۳۴ صورت گرفته است. تحقیقاتی که در این زمینه انجام شده نیز مؤید این امر است.

برای نمونه، براساس نتایج تحقیقی که به «بررسی شیوع رفتارهای خودکشی در جمعیت شهری کرج در سال ۱۳۸۴» پرداخته، از میان ۲۳۰۰ نفر که مورد بررسی قرار گرفته‌اند، بیشترین میزان خودکشی مربوط به گروه سنی ۲۰ تا ۲۴ سال (۲۰/۷۵ درصد) و پس از آن متعلق به گروه سنی ۱۴ تا ۱۹ سال (۱۸/۳ درصد) بوده است (ملکوتی و دیگران، ۱۳۸۷: ۷). طبق نتایج تحقیق دیگری که در مورد اقدام به خودکشی در مراجعین به مرکز اورژانس کرج از سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۳ صورت گرفته، ۶۰ درصد اقدام‌کنندگان در سنین بین ۱۴ تا ۲۴ سال قرار داشته‌اند (بواله‌ری و دیگران، ۱۳۸۶). در بررسی دیگری که در زمینه عوامل پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی در کرج صورت گرفته، نوجوانان یکی از جمعیت‌های پرخطر شناخته شده‌اند. در این تحقیق، فکر خودکشی در طول عمر در دانش‌آموزان نسبت به جمعیت عمومی بالاتر بوده است. در این بررسی، ۲۲/۴ درصد از اقدام‌کنندگان در دامنه سنی

براساس جدول ۱، بیشترین میزان افزایش تعداد خودکشی در میان زنان از سال ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۳، ابتدا در سنین ۲۵ تا ۳۴ و سپس در سنین ۱۸ تا ۲۴ سال مشاهده می‌شود. در طول این سال‌ها، تعداد موارد اقدام به خودکشی در زنان ۳۵ سال به بالا نیز افزایش یافته است. در برخی استان‌ها، خودکشی زنان بیشتر در سنین پایین‌تر رخ می‌دهد. برای نمونه، یک سال بررسی موارد اقدام به خودکشی در بین مراجعه‌کنندگان به اورژانس بیمارستان بوعلی‌سینای قزوین در سال ۱۳۸۲ نشان داده که ۶۹/۶ درصد اقدام‌کنندگان زن هستند و اقدام به خودکشی در گروه سنی ۱۶ تا ۲۰ سال (۴۱/۳۶ درصد) شایع‌تر از گروه‌های دیگر است (ملیکی و گودرزی، ۱۳۸۴).

چنانکه گفته شد، آمار منتشرشده از خودکشی در سال‌های اخیر نشان‌دهنده آن است که طی سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۳، تعداد موارد اقدام به خودکشی در زنان ۱۳۶ نفر افزایش یافته اما موارد خودکشی موفق ۷۹ نفر بوده است. در مردان، از سال ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۳، تعداد موارد اقدام به خودکشی ۷۳۱ نفر افزایش یافته و موارد خودکشی موفق ۵۸۴ نفر بوده است (نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۳). به این ترتیب، با توجه به بازه زمانی متفاوت، می‌توان استدلال کرد که ۵۸ درصد موارد اقدام به خودکشی زنان به مرگ منجر شده در حالی که این نسبت در مردان ۷۹ درصد بوده است.

نرخ خودکشی زنان در ایران در سال‌های اخیر، به‌ویژه در برخی استان‌ها، نگران‌کننده است. برای نمونه، آمار خودکشی‌های موفق که به کلانتری‌های استان ایلام گزارش شده، طی سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۷، ۲۰۹ نفر بوده که ۱۲۴ نفر آنها زن و در بین زنان ۶۹ نفر خانه‌دار بوده‌اند (فرماندهی انتظامی استان ایلام، ۱۳۸۹).

طبق نتایج مطالعه‌ای که در استان کرمانشاه صورت گرفته، میزان اقدام به خودکشی زنان در طی سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۸۷ که در مراکز آموزشی و درمانی و بیمارستان‌های شهرستان‌های تابعه استان به ثبت رسیده همیشه بالاتر از مردان بوده است به طوری که در سال‌های ۱۳۸۵، ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷ در زنان به ترتیب برابر با ۱۳۷، ۱۶ و ۱۱۴ در هر صد هزار نفر، و در مردان به ترتیب برابر با ۹۳، ۸۷ و ۶۳ در هر صد هزار نفر بوده است (احمدی و دیگران، ۱۳۸۳). با توجه به جدول ۲ که اطلاعات مربوط به نرخ خودکشی به تفکیک جنس و استان را در سال ۱۳۸۳ نشان می‌دهد، می‌توان

دریافت که این میزان اقدام به خودکشی و خودکشی منجر به مرگ زنان در برخی از استان‌ها بسیار نگران‌کننده است، از جمله نرخ اقدام به خودکشی زنان در استان‌های ایلام (۸۰/۴ در هر صد هزار نفر)، مازندران (۱۱/۰ در هر صد هزار نفر)، لرستان (۱۰/۸ در هر صد هزار نفر)، کهگیلویه و بویراحمد (۹/۶ در هر صد هزار نفر)، گلستان (۸/۱ در هر صد هزار نفر) و کرمانشاه (۶/۴ در هر صد هزار نفر). در استان ایلام که رتبه اول را در خودکشی دارد، نرخ اقدام به خودکشی زنان ۱۸/۷ برابر نرخ اقدام به خودکشی کل زنان ایران و ۱۴/۶ برابر نرخ اقدام به خودکشی در کل ایران است. در این استان، نسبت خودکشی زنان به مردان ۱/۳ به ۱ است و از میان ۸۰/۴ در هر صد هزار نفر زن که اقدام به خودکشی می‌کنند، ۴۲ درصد آنها (۳۳/۸ در هر صد هزار نفر) منجر به مرگ می‌شود. همچنین، نرخ خودکشی موفق (منجر به مرگ) زنان در این استان ۱۶ برابر نرخ خودکشی موفق در کل زنان ایران و ۹ برابر نرخ خودکشی موفق در کل ایران است.

خودسوزی یکی از روش‌های کمتر شایع در کشورهای پیشرفته است، در حالی که در کشورهای در حال توسعه نظیر ایران یکی از روش‌های شایع محسوب می‌شود. نتایج یک تحقیق نشان می‌دهد که ۲۷ درصد از کل خودکشی‌ها در ایران از طریق خودسوزی صورت می‌گیرد و ۷۱ درصد از این افراد را زنان تشکیل می‌دهند (احمدی و دیگران، ۱۳۸۳). نتایج برخی تحقیقات دیگر نیز نشان می‌دهند که خودسوزی روش مرسوم‌تر خودکشی در زنان (با شیوع ۶۳/۴ درصد) به‌ویژه در استان‌های ایلام، کرمانشاه و لرستان است (مرادی و خادمی، ۱۳۸۱؛ عطاران و شریعت، ۱۳۷۵). همچنین خودسوزی در مناطق روستایی، استان‌های مرزی، استان‌های جنگ‌زده و مناطق کردنشین شیوع بیشتری داشته است (فیض‌اللهی، ۱۳۸۹). طبق نتایج تحقیقی که به فراتحلیل مطالعات خودکشی در استان ایلام پرداخته، در دو دهه اخیر، بالاترین نرخ خودکشی در این استان به زنان اختصاص داشته (۶۹/۵ درصد) و شایع‌ترین روش خودسوزی (۷۱/۱ درصد) بوده است. همچنین، خودکشی در بین افراد مجرد (۵۳/۶۵ درصد) و زنان خانه‌دار (۴۶ درصد) شیوع بیشتری داشته است. اقدام‌کنندگان به خودکشی مهم‌ترین علل اقدام خود را اختلافات خانوادگی (۳۰ درصد)، شرایط نامناسب زندگی (۲۷ درصد)، اختلال روانی (۱۸ درصد)، و فشار بیش از حد عوامل محیطی (۱۰ درصد) عنوان کرده‌اند (همان).

جدول ۲. نرخ خودکشی در سال ۱۳۸۳ به تفکیک استان و جنس (در هر ۱۰۰ هزار نفر)

استان	اقدام به خودکشی			فوت شدگان		
	مرد و زن	مرد	زن	مرد و زن	مرد	زن
کل کشور	۵/۵	۶/۸	۴/۳	۳/۷	۵/۲	۲/۱
آذربایجان شرقی	۴/۴	۵/۸	۲/۸	۳/۴	۴	۱/۶
آذربایجان غربی	۴/۷	۵/۵	۳/۹	۳/۸	۵/۴	۲/۲
اردبیل	۸/۲	۱۲/۷	۳/۶	۴/۴	۵/۹	۲/۹
اصفهان	۱/۸	۳	۰/۶	۱/۷	۲/۹	۰/۹
ایلام	۷۰/۱	۶۱/۴	۸۰/۴	۲۸/۹	۲۴/۳	۳۳/۸
بوشهر	۴/۶	۵/۴	۳/۸	۴/۱	۵/۴	۲/۸
تهران	۳/۴	۴/۴	۲/۳	۳/۳	۴/۳	۲/۲
چهارمحال و بختیاری	۶/۶	۸/۱	۵/۱	۴/۱	۵/۷	۲/۴
خراسان	۳/۷	۴/۹	۲/۵	۲/۴	۴	۰/۹
خوزستان	۴/۱	۵/۱	۳/۱	۳/۶	۴/۹	۲/۱
زنجان	۵	۷/۶	۲/۳	۴/۴	۶/۶	۲/۱
سمنان	۴/۸	۶/۴	۳/۲	۲/۸	۴/۷	۰/۷
سیستان و بلوچستان	۱/۱	۱/۷	۰/۵	۰/۹	۱/۴	۰/۳
فارس	۵/۶	۷	۴/۱	۲/۹	۳/۹	۱/۸
قزوین	۲/۴	۳/۵	۱/۲	۱/۸	۳	۰/۷
قم	۳	۵/۱	۰/۸	۲/۳	۳/۸	۰/۸
کردستان	۵/۶	۶	۵/۳	۳/۴	۴/۶	۲/۱
کرمان	۴/۷	۶/۹	۲/۵	۲/۹	۴/۸	۰/۹
کرمانشاه	۹/۶	۱۲/۶	۶/۴	۸	۱۱/۱	۴/۷
کهگیلویه و بویراحمد	۹/۲	۸/۸	۹/۶	۴/۹	۶/۷	۳
گلستان	۹/۵	۱۰/۹	۸/۱	۳/۵	۵/۲	۱/۸
گیلان	۵	۷/۳	۲/۶	۴/۳	۷	۱/۶
لرستان	۱۱/۴	۱۲/۱	۱۰/۸	۹/۳	۱	۸/۲
مازندران	۸/۴	۵/۷	۱۱	۱/۸	۲/۱	۱/۶
مرکزی	۶/۲	۷	۵/۴	۳/۹	۶/۷	۱/۲
هرمزگان	۹/۶	۱۰/۷	۲/۴	۵/۵	۸/۹	۱/۹
همدان	۶/۳	۱۷/۸	۳/۹	۸/۲	۱۵/۳	۰/۹
یزد	۳/۹	۴/۱	۳/۷	۱/۸	۲/۹	۰/۷

منبع: نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۳

سم شایع‌ترین روش اقدام به خودکشی بوده است. بیشترین میزان خودکشی در شهرستان‌های دره‌شهر و آبدانان و کمترین آن در شهرستان‌های دهلران و ایلام به وقوع پیوسته است. بیشترین میزان اقدام به خودکشی نیز در شهرستان‌های ایوان و دره‌شهر و کمترین آن در شهرستان‌های دهلران و مهران بوده است (جمشیدزاده و دیگران، ۱۳۸۳: ۳۲۹).

نتایج تحقیق دیگری که به بررسی علل خودکشی زنان متأهل

یافته‌های تحقیق دیگری که روند خودکشی در استان ایلام را از سال ۱۳۷۳ تا ۱۳۸۰ مورد بررسی قرار داده حاکی از آن است که میزان خودکشی در میان روستاییان و میزان اقدام به خودکشی در میان شهرنشینان استان ایلام بیشتر بوده است. همچنین، میزان خودکشی و اقدام به آن در دو گروه شغلی بیکار و خانه‌دار، گروه سنی ۱۵ الی ۱۹ سال، و نیز در افراد بی‌سواد بیشتر از گروه‌های دیگر است. خودسوزی شایع‌ترین روش خودکشی و خوردن قرص و

خودکشی منجر به مرگ در مرکز پزشکی قانونی تهران صورت گرفت، محدوده سنی افراد خودکشی کننده ۱۳ تا ۷۸ سال، با میانگین سنی ۳۴ سال، و بیشترین میزان خودکشی در سن ۲۰ سال و در گروه سنی ۲۱ تا ۳۰ سال نشان داده شد (امانی، ۱۳۸۱). در بررسی دیگری که در زمینه عوامل پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی در کرج صورت گرفته، نوجوانان یکی از جمعیت‌های پرخطر شناخته شده‌اند. در این تحقیق، فکر خودکشی در طول عمر در دانش‌آموزان نسبت به جمعیت عمومی بالاتر بوده است. همچنین، ۲۲/۴ درصد از اقدام‌کنندگان در دامنه سنی ۱۹ تا ۲۴ سال قرار داشته‌اند (مولوی نجومی و دیگران، ۱۳۸۶). در بررسی دیگری که در بیمارستان سینای همدان صورت گرفته، میزان اقدام به خودکشی در گروه جوانان قابل توجه بوده است (قلعه‌ایها و بهروزی‌فرد، ۱۳۸۵). در بررسی انجام‌شده در کرمانشاه، افراد واقع در محدوده سنی ۱۵ تا ۲۵ سال گروه‌های پرخطر در زمینه خودکشی شناخته شدند (ایدی‌زاده و یوسف‌زاده، ۱۳۸۰). تحقیق دیگری در یزد در مورد بیمارانی که با دارو اقدام به خودکشی کرده‌اند بیانگر آن است که بیشترین فراوانی اقدام در بین افراد ۲۰ تا ۲۴ سال است (حسینی، ۱۳۸۳). نتایج بررسی انجام‌شده در بیمارستان بوعلی سینای قزوین نیز نشان می‌دهد که بیشترین میزان اقدام به خودکشی در زنان در گروه سنی ۱۶ تا ۲۰ سال و در مردان در سنین ۲۱ تا ۲۵ سال است (ملیکی و گودرزی، ۱۳۸۴).

جنسیت

جنس یکی از عوامل زمینه‌ای خودکشی محسوب می‌شود. در بررسی انجام‌گرفته در زمینه عوامل پیش‌بینی‌کننده خودکشی، زنان از جمله جمعیت‌های پرخطر تشخیص داده شده‌اند. بیشتر بررسی‌های انجام‌شده در کشور گویای فراوانی بیشتر اقدام به خودکشی در زنان است، ولی مرگ ناشی از خودکشی در زنان و مردان برحسب منطقه متفاوت است (مولوی نجومی و دیگران، ۱۳۸۶). بررسی خودکشی بر مبنای آمار مرکز پزشکی قانونی تهران در سال ۱۳۷۹ نشان داد که بیشترین خودکشی‌های موفق (۶۲/۴ درصد) را مردان انجام می‌دهند (امانی، ۱۳۸۱). در تحلیل ثانویه ۱۹ بررسی در زمینه اقدام به خودکشی، جنسیت یکی از عوامل مداخله‌گر در بروز خطر خودکشی نشان داده شده است. طبق نتایج این تحقیق، زنان در ایران دو برابر مردان اقدام به خودکشی

خانه‌دار در ایلام پرداخته نشان می‌دهد که در استان ایلام، با میزان طلاق کم، شرایطی برای این گروه از زنان ایجاد می‌شود که آخرین راه‌حل را خودکشی می‌بینند. این تحقیق فراهم ساختن شرایط آسان برای طلاق را عامل کاهش میزان خودکشی در این استان می‌داند (صالح‌آبادی، ۱۳۸۹).

طبق نتایج یکی از مقالات ارائه‌شده به همایش ملی خودکشی که نیروی انتظامی استان ایلام برگزار کرد، عواملی همچون خشونت علیه زنان، تبعیض جنسیتی، ازدواج موقت و تعدد زوجات، مسائل اخلاقی و ناموسی، طلاق، بن‌بست‌های قانونی، ازدواج اجباری، و افسردگی از جمله عوامل فردی و روانی و خانوادگی و اجتماعی مؤثر بر خودسوزی زنان در ایلام است که این عوامل خود معلول عامل مهم و گسترده‌تر فرهنگ ایدئولوژیک و پدرسالار حاکم بر جامعه ایران و ایلام به شمار می‌روند (فلاحی، ۱۳۸۹).

۳.۴. علل و عوامل مؤثر

در بررسی‌هایی که در زمینه خودکشی در جهان صورت گرفته، مسن یا نوجوان بودن، وضعیت نامطلوب اقتصادی-اجتماعی، مصرف مواد، سابقه اقدام به خودکشی، زن بودن، زندگی در مناطق روستایی، و مجاز بودن خودکشی از نظر مذهبی در برخی کشورهای رو به رشد از عوامل خطر بروز خودکشی دانسته شده است. در این کشورها، مجرد بودن یا داشتن اختلال روانی کمتر با اقدام به خودکشی مرتبط است. رویدادهای استرس‌آور و در دسترس بودن وسایل اقدام نیز در بسیاری از بررسی‌های انجام‌شده مهم شمرده شده‌اند (Vijayakumar et al., 2005).

سن

در برخی تحقیقات، سن یکی از عوامل زمینه‌ای مرتبط با خودکشی دانسته شده و نوجوانان و جوانان جمعیت‌های پرخطر شناخته شده‌اند. در تحقیقی که در مورد ویژگی‌های دموگرافیک افراد اقدام‌کننده به خودکشی مراجعه‌کننده به بیمارستان خاتم‌الانبیای زاهدان صورت گرفته، یافته‌ها نشان داد که فراوانی اقدام به خودکشی در سنین کمتر از ۱۹ سال بیشتر است (دادی‌پور، ۱۳۸۰: ۷). در یک بررسی در جیرفت، ۴۳ درصد اقدام‌کنندگان ۱۹ یا ۲۰ ساله، و ۵۲ درصد در گروه سنی ۲۰ تا ۳۹ سال بوده‌اند (ظه‌ور و افلاطونیان، ۱۳۸۱). در تحقیقی که درباره روش‌های مختلف

اقدام به خودکشی می‌کنند زنان خانه‌دار و مردان بیکار هستند. برای نمونه، مردان مجرد گروه پرخطر در خودکشی معرفی شده‌اند. نتایج یک بررسی در مورد شیوع اقدام به خودکشی در کرج نشان می‌دهد که بیشتر زنان اقدام‌کننده خانه‌دار و اغلب مردان اقدام‌کننده بیکار یا دارای کار موقت بوده‌اند (ملکوتی و دیگران، ۱۳۸۷). در بررسی دیگری که در بیمارستان سینای همدان صورت گرفته، اقدام به خودکشی در زنان خانه‌دار قابل توجه بوده است (قلعه‌ایها و بهروزی‌فرد، ۱۳۸۵). نتایج بررسی ویژگی‌های دموگرافیک افراد اقدام‌کننده به خودکشی در زاهدان تأیید می‌کند که فراوانی اقدام به خودکشی در زنان خانه‌دار بیشتر است (دادی‌پور، ۱۳۸۰). یافته‌های بررسی انجام شده در قزوین در سال ۱۳۸۲ نشان داده که بیشتر زنان اقدام‌کننده به خودکشی خانه‌دار و بیشتر مردان بیکار بوده‌اند (ملیکی و گودرزی، ۱۳۸۴). همچنین، در پژوهشی که در مورد اقدام‌کنندگان به خودکشی در کرمانشاه صورت گرفته، زنان خانه‌دار و افراد بیکار از جمله گروه‌های پرخطر شناخته شده‌اند (ایدی‌زاده و یوسف‌زاده، ۱۳۸۰). در بررسی ۱۹ مطالعه در زمینه خودکشی، سه مورد، متغیر خانه‌دار بودن یکی از عوامل افزایش خطر خودکشی ذکر شده است (قریشی و موسوی‌نسب، ۱۳۸۷). در پژوهش انجام‌شده در استان ایلام، بیشترین میزان خودکشی در طی سال‌های ۱۳۷۳ تا ۱۳۷۷ در میان افراد خانه‌دار و سپس بیکار و در سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۰ در میان افراد بیکار و سپس خانه‌دار گزارش شده است؛ در واقع، افراد بیکار و خانه‌دار بالاترین میزان خودکشی را داشته‌اند (جمشیدزاده و دیگران، ۱۳۸۳).

درآمد

درآمد یکی دیگر از عوامل مؤثر در خودکشی عنوان شده است. این عامل در اغلب بررسی‌ها چندان مورد توجه قرار نگرفته، در صورتی که به نظر می‌رسد، از یک جهت، نوع فعالیت و میزان تحصیلات به دلیل تأثیری که در سطح درآمد دارند بر وقوع خودکشی اثرگذار هستند. در تحلیل ثانویه ۱۹ بررسی انجام‌شده، در چهار بررسی به تأثیر درآمد پایین در افزایش خطر خودکشی اشاره شده است (قریشی و موسوی‌نسب، ۱۳۸۷). یافته‌های بررسی ویژگی‌های دموگرافیک افراد اقدام‌کننده به خودکشی در زاهدان نشان داده که فراوانی اقدام به خودکشی در افرادی که هیچ درآمدی ندارند بیشتر است (دادی‌پور، ۱۳۸۰).

می‌کنند (قریشی و موسوی‌نسب، ۱۳۸۷). در برخی از ارزیابی‌های موجود، نسبت شیوع خودکشی در مردان دو برابر زنان، اقدام به خودکشی در زنان دو برابر مردان، و میانگین سن خودکشی در زنان بالاتر از مردان است (مرادی و خادمی، ۱۳۸۱). همچنین، سوء‌مصرف مواد در مردانی که اقدام به خودکشی می‌کنند بیشتر از زنان و اختلالات عاطفی در زنان بیش از مردان تشخیص داده شده است (قریشی و موسوی‌نسب، ۱۳۸۷).

تحصیلات

اغلب بررسی‌ها بیانگر آن است که گروه‌های دارای سطح تحصیلات پایین‌تر بیشتر اقدام به خودکشی می‌کنند. برای نمونه، در بررسی شیوع اقدام به خودکشی در کرج، بیشتر زنان اقدام‌کننده محصل تمام‌وقت بودند (ملکوتی و دیگران، ۱۳۸۷). همچنین، در پژوهشی که در مورد اقدام‌کنندگان به خودکشی در کرمانشاه صورت گرفته، افراد با سطح تحصیلات پایین از جمله گروه‌های پرخطر شناخته شده‌اند (ایدی‌زاده و یوسف‌زاده، ۱۳۸۰). در مرور ۱۹ بررسی در زمینه خودکشی، در چهار مورد سطح تحصیلات پایین، و در یک مورد سطح تحصیلات متوسط عوامل مؤثر در افزایش خطر خودکشی ذکر شده‌اند (قریشی و موسوی‌نسب، ۱۳۸۷). در مطالعه‌ای که در یزد انجام شده، بیشترین فراوانی اقدام به خودکشی در گروه راهنمایی-متوسطه بوده است (حسینی، ۱۳۸۳). در بررسی آمار مرکز پزشکی قانونی تهران در ۱۳۷۹، اغلب افراد اقدام‌کننده به خودکشی تحصیلات متوسطه و راهنمایی و سپس تحصیلات ابتدایی داشته‌اند و تعداد کمتری بی‌سواد یا دارای تحصیلات دانشگاهی بوده‌اند (امانی، ۱۳۸۱). در بررسی ویژگی‌های دموگرافیک افراد اقدام‌کننده به خودکشی در زاهدان، یافته‌ها نشان داد که فراوانی اقدام به خودکشی در افراد با سطح تحصیلات پایین بیشتر است (دادی‌پور، ۱۳۸۰: ۷). همچنین، یافته‌های تحقیقی که به بررسی عوامل خانوادگی مرتبط با اقدام به خودکشی پرداخته نشان می‌دهد که سطح تحصیلات ۴۱/۵ درصد افراد اقدام‌کننده به خودکشی در حد متوسطه، و ۳۸/۴ درصد در حد راهنمایی و ابتدایی بوده است (موسوی و دیگران، ۱۳۸۷: ۶۱).

نوع فعالیت

اغلب بررسی‌ها بیانگر آن است که گروه‌های پرخطری که بیشتر

تأهل

نتایج بسیاری از تحقیقات بیانگر آن است که مجردان بیش از متأهلان مستعد خودکشی هستند. برای مثال، در پژوهش‌هایی که درباره اقدام‌کنندگان به خودکشی در کرمانشاه و یزد انجام شده، افراد مجرد از جمله گروه‌های پرخطر شناخته شده‌اند (ایدی‌زاده و یوسف‌زاده، ۱۳۸۰؛ حسینی، ۱۳۸۳). همچنین، بررسی ویژگی‌های دموگرافیک افراد اقدام‌کننده به خودکشی در زاهدان نشان داد که فراوانی اقدام به خودکشی در افراد مجرد بیشتر است (دادی‌پور، ۱۳۸۰: ۷). اما در برخی تحقیقات، میان زنان و مردان در این زمینه تفاوت‌هایی دیده می‌شود به طوری که مردان مجرد و زنان متأهل گروه‌های پرخطر را در خودکشی تشکیل می‌دهند. برای نمونه، در بررسی شیوع اقدام به خودکشی در کرج، مردان مجرد گروه پرخطر در خودکشی عنوان شده‌اند (ملکوتی و دیگران، ۱۳۸۷). همچنین، یافته‌های بررسی انجام‌شده در قزوین در سال ۱۳۸۲ نشان داده که مردان مجرد دو برابر متأهلان دست به خودکشی می‌زنند (ملیکی و گودرزی، ۱۳۸۴).

سابقه بیماری روانی

در تحقیقات به‌عمل‌آمده در ایران، بیماری روانی و افسردگی از مهم‌ترین علل زمینه‌ساز اقدام به خودکشی عنوان شده‌اند. نتایج یک تحقیق مقطعی در مورد اقدام‌کنندگان به خودکشی در رشت نشان می‌دهد که مراجعه به پزشک (روان‌پزشک و غیرروان‌پزشک) قبل از اقدام به خودکشی فراوانی قابل توجهی دارد. طبق نتایج این تحقیق، بعد از پزشکان عمومی، روان‌پزشکان بیشترین تعداد مراجعه‌کننده را دارند (خلخالی و دیگران، ۱۳۸۵). یافته‌های بررسی ویژگی‌های دموگرافیک افراد اقدام‌کننده به خودکشی در زاهدان نشان داده که فراوانی اقدام به خودکشی در میان کسانی که سابقه مشکل روانی دارند بیشتر است (دادی‌پور، ۱۳۸۰). در بررسی آمار مرکز پزشکی قانونی، ۳۸/۷ درصد سابقه ابتلا به بیماری‌های روانی داشته‌اند (امانی، ۱۳۸۱). در پژوهش دیگری که به شیوه شبه‌آزمایش صورت گرفته، از میان اختلالات روانی، اختلالات شخصیتی اضطرابی، خودشیفته و ضد اجتماعی در بین گروه اقدام کرده به خودکشی بیش از گروه اقدام‌نکرده مشاهده شده است (اکبری زردخانه و دیگران، ۱۳۸۸). در بررسی عوامل پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی در کرج، افراد دچار بیماری روانی

مستعد خودکشی شناخته شده‌اند (مولوی نجومی و دیگران، ۱۳۸۶). همچنین، در تحلیل ثانویه ۱۹ تحقیق انجام‌شده در زمینه خودکشی و اقدام به خودکشی در ایران، یافته‌های بازبینی‌شده نشان‌دهنده ارتباط میان اختلال‌های روانی و خودکشی است. در این بازبینی، در پنج بررسی به سابقه بیماری روان‌پزشکی اشاره شده (قریشی و موسوی‌نسب، ۱۳۸۷) و در پنج بررسی نیز افسردگی عامل مؤثر در اقدام به خودکشی شناخته شده است (حیدری پهلویان و ملکی، ۱۳۷۸؛ ظهور و افلاطونیان، ۱۳۸۱؛ شیخ‌الاسلامی و فلاح‌زاده، ۱۳۷۶؛ پورمند و داویدیان، ۱۳۷۵). در بررسی موارد اقدام به خودکشی در بیمارستان بوعلی‌سینای قزوین، بیشترین آمار مربوط به افسردگی و خیم بوده است (ملیکی و گودرزی، ۱۳۸۴). در بررسی دیگری در مورد اقدام‌کنندگان به خودکشی در بیمارستان امام خمینی کرمانشاه، بیشترین انگیزه خودکشی در افراد دارای سابقه بیماری روانی، به‌خصوص افراد دچار افسردگی شدید، تشخیص داده شده است (ایدی‌زاده و یوسف‌زاده، ۱۳۸۰). در بررسی عوامل روان‌پویایی در خودکشی در کرمان، از میان عوامل سایکودینامیک، ناامیدی در بیش از ۸۰ درصد افراد مورد مطالعه وجود داشته و در بین زنان بیشتر بوده است (بهرامی، ۱۳۸۲).

عوامل خانوادگی

در بررسی‌های مربوط به خودکشی، بر نقش عوامل خانوادگی نیز تأکید می‌شود. طبق نتایج تحقیقی با عنوان «برخی عوامل خانوادگی مرتبط با اقدام به خودکشی» که در اراک صورت گرفته، آزمون‌های آماری رابطه معناداری بین «طلاق والدین، خشونت در خانواده، درجه ارتباط کلامی در خانواده، اختلاف والدین، اذیت و آزار جسمانی، کلامی یا جنسی در دوران کودکی، سابقه اقدام به خودکشی در خانواده یا آشنایان، سابقه مصرف مواد در خانواده، و مراجعه به روان‌پزشک در خانواده» و اقدام به خودکشی نشان داده‌اند (موسوی و دیگران، ۱۳۸۷). در پژوهشی که به شیوه شبه‌آزمایش صورت گرفته، از بین رخدادهای منفی زندگی، در پیش‌بینی اقدام به خودکشی، درگیری شدید با خانواده و سرزنش و تحقیر دارای بیشترین تأثیر شناخته شده‌اند (اکبری زردخانه و دیگران، ۱۳۸۸). همان‌طور که اشاره شد، یکی از عوامل خانوادگی مرتبط با خودکشی خشونت خانوادگی و همسرآزاری است. یافته‌های تحقیقی در مورد رابطه همسرآزاری با تمایل به افکار

انجام می‌دهند. در تحقیق مذکور، والدین متوفیان عمده‌ترین عوامل خودکشی فرزندان خود را در مصاحبه چنین برشمرده‌اند: مشکلات عصبی و روانی، اختلافات خانوادگی، اعتیاد، شکست در عشق، و مشکلات مالی (خادمی و دیگران، ۱۳۸۳: ۸۷-۸۰). نتایج تحقیق دیگری دربارهٔ افراد مسموم بستری در بیمارستان لقمان تهران در سال ۱۳۸۳ حاکی از آن بوده که میزان اقدام به خودکشی با سموم و داروها در تهران ۱۸۰ در صدهزار نفر جمعیت است. طبق این یافته‌ها، روند خود مسموم‌سازی در جامعه رشد بسیار بیشتری از میزان افزایش جمعیت داشته که یکی از دلایل آن در دسترس بودن داروها و مواد شیمیایی در ایران است. در واقع، شیوع بالای مصرف مواد مخدر در بین افراد جامعه سبب اقدام به خودکشی بیشتر در بین آنان یا خانواده می‌شود (مقدم و دیگران، ۱۳۸۶).

سوء مصرف مواد

در یک بررسی که در زمینهٔ عوامل پیش‌بینی‌کنندهٔ اقدام به خودکشی در کرج صورت گرفته، مصرف‌کنندگان دخانیات و الکل جمعیت‌های پرخطر عنوان شده‌اند. این بررسی نشان داده است که فکر و برنامه یا سابقهٔ اقدام به خودکشی در ۱۲/۷، ۶/۲، و ۳/۳ درصد آزمودنی‌ها وجود داشته است (مولوی نجومی و دیگران، ۱۳۸۶). در بررسی روش‌های مختلف خودکشی منجر به فوت در مرکز پزشکی قانونی تهران، خطر خودکشی در افراد دارای سابقهٔ اعتیاد (الکل، دارو، مواد مخدر) قابل توجه بوده است (امانی، ۱۳۸۱).

سابقهٔ اقدام به خودکشی

در بررسی‌هایی که در زمینهٔ خودکشی صورت گرفته، سابقهٔ اقدام به خودکشی تأثیر بسیاری در دست زدن به خودکشی دارد. در دو گزارش، سابقهٔ اقدام به خودکشی عامل افزایش خطر خودکشی شناخته شد (اشکانی و دیگران، ۱۳۸۱؛ صولتی، ۱۳۷۹). نتایج تحقیقی که در مرکز پزشکی قانونی تهران صورت گرفت نشان می‌دهد که حدود ۹/۵ درصد سابقهٔ اقدام به خودکشی داشته‌اند که رقم قابل توجهی است (امانی، ۱۳۸۱).

مذهب

در برخی تحقیقات، مذهب و باورهای عقیدتی عامل مرتبط با خودکشی شناخته شده است. در تحقیقی با عنوان «اندیشه‌پردازی

خودکشی و آسیب‌رسانی به همسر در تهران نشان داده است که بین خشونت دیدن زنان از همسرشان و تمایل آنان به افکار خودکشی همبستگی وجود دارد. طبق یافته‌های این پژوهش، از بین خشونت‌ها، خشونت روانی بیشترین همبستگی را با تمایل به افکار خودکشی دارد. در این میان، زنانی که مورد خشونت قرار گرفته بودند، با وجود برخورداری از حمایت‌های خانوادگی، باز هم تمایل به افکار خودکشی داشتند. این تمایلات در زنان دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر از دیپلم کمتر از زنان دارای تحصیلات زیر دیپلم بوده است (خسروی و خاقانی‌فرد، ۱۳۸۳).

یافته‌های تحقیق دیگری که به بررسی علل اقدام به خودکشی به روش خودسوزی در خرم‌آباد پرداخته حاکی از آن است که مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر خودسوزی ناشی از مشکلات فردی اختلافات خانوادگی، و مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر خودسوزی ناشی از مشکلات عاطفی مورد تحقیر و تمسخر قرار گرفتن، ناامیدی، احساس بی‌ارزشی، و ضرب و شتم از جانب همسر و دیگران است. در پاسخ به دلیل اصلی خودسوزی که براساس سؤال باز مطرح شد، اکثر واحدهای مورد پژوهش به ترتیب ضرب و شتم از جانب همسر، اختلاف با خانوادهٔ همسر، فحاشی و تهمت‌های ناروا، عدم تحمل جدایی و دوری از فرزندان، و طلاق را مطرح کرده‌اند (شمس خرم‌آبادی، ۱۳۸۳). در بررسی ویژگی‌های دموگرافیک افراد اقدام‌کننده به خودکشی در زاهدان، یافته‌ها نشان داده که انگیزهٔ اقدام به خودکشی در میان کسانی که اختلافات خانوادگی دارند و سابقهٔ اقدام به خودکشی در خانوادهٔ آنها وجود دارد بیشتر است (دادی‌پور، ۱۳۸۰: ۷).

در دسترس بودن وسایل خودکشی

محققان معتقدند که در دسترس بودن وسایل اقدام به خودکشی در میزان خودکشی تأثیر دارد. طبق تحقیقی که دربارهٔ خودکشی با سلاح گرم در ایران براساس آمار سال ۱۳۸۱ پزشکی قانونی صورت گرفته، قاچاق سلاح در مناطق غربی (استان‌های آذربایجان غربی، کرمانشاه، ایلام، لرستان و خوزستان) و شرقی کشور (استان‌های خراسان و سیستان و بلوچستان) و دسترسی آسان‌تر مردم این مناطق به اسلحه باعث افزایش خودکشی با اسلحهٔ گرم در این نواحی شده است. نتیجهٔ دیگری که از این تحقیق به دست آمده این است که بخش عمدهٔ خودکشی با سلاح گرم را سربازان وظیفه

در بررسی جنسیت، آخرین آمار نیروی انتظامی نشان می‌دهد که مردان بیشتر از زنان اقدام به خودکشی می‌کنند و در این کار نیز موفق‌تر از زنان هستند. در این آمار، نسبت جنسی اقدام به خودکشی در طول سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۳ از ۱/۲ به ۱/۶ افزایش یافته است. در برخی از استان‌ها مانند ایلام، نرخ اقدام به خودکشی زنان بیشتر از مردان است و این نسبت به صورت معکوس کاهش یافته است. روش خودکشی در ایران نیز به نسبت جنس متفاوت است. براساس نتایج برخی تحقیقات، روش حلق‌آویز کردن شایع‌ترین روش خودکشی مردان (با شیوع ۵۶ درصد) به‌ویژه در استان‌های همدان، لرستان و ایلام، و روش خودسوزی روش شایع‌تر خودکشی زنان (با شیوع ۶۳/۴ درصد) به‌ویژه در استان‌های ایلام، کرمانشاه و لرستان است (مرادی و خادمی، ۱۳۸۱؛ عطاران و شریعت، ۱۳۷۵).

آمار خودکشی در استان‌های کشور نشان می‌دهد که شرایط در بعضی مناطق ایران بحرانی است. برای نمونه، طبق آخرین گزارشی که نیروی انتظامی در سال ۱۳۸۳ منتشر کرده است، نرخ اقدام به خودکشی در استان ایلام بسیار بالاست (۷۰/۱ در صدهزار نفر) و پس از آن استان‌های لرستان، کرمانشاه، گلستان و کهگیلویه و بویراحمد با نرخ اقدام به خودکشی بین ۹/۲ تا ۱۱/۴ در صدهزار نفر قرار دارند (نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۳).

در بررسی عوامل خطرآفرین برای اقدام به خودکشی، اغلب تحقیقات به عوامل چندگانه‌ای که بر هم تأثیرگذارند اشاره کرده‌اند. از جمله عوامل مهمی که در بسیاری از تحقیقات به آنها اشاره شده است، عوامل زمینه‌ای مانند سن (حقانی‌پور و پیری، ۱۳۸۹؛ باپیری، ۱۳۸۹؛ قلعه‌ایها و بهروزی‌فرد، ۱۳۸۵)، جنس (صالح‌آبادی، ۱۳۸۹؛ قلی‌پور و قلی‌پور، ۱۳۸۹؛ قریشی و موسوی‌نسب، ۱۳۸۷؛ موسی‌نژاد، ۱۳۸۹)، وضعیت تأهل (پیری و ایدی، ۱۳۸۹؛ ملکوتی و دیگران، ۱۳۸۷)، وضعیت فعالیت (ملیکی و گودرزی، ۱۳۸۴؛ ایدی‌زاده و یوسف‌زاده، ۱۳۸۰؛ جمشیدزاده و دیگران، ۱۳۸۳)، سطح تحصیلات (بذرافشان و دیگران، ۱۳۸۹؛ حسینی، ۱۳۸۳)، درآمد (قریشی و موسوی‌نسب، ۱۳۸۷؛ دادی‌پور، ۱۳۸۰) و محل سکونت (زارعی و ساکی‌پور، ۱۳۸۹) هستند. به علاوه، در تحقیقات، به عوامل خانوادگی (موسوی و دیگران، ۱۳۸۷؛ اکبری زردخانه و دیگران، ۱۳۸۸؛ خسروی و خاقانی‌فرد، ۱۳۸۳؛ شمس خرم‌آبادی، ۱۳۸۳)، سابقه بیماری روانی و افسردگی (خلخالی و دیگران،

خودکشی و عمل به مناسک دینی در بیماران مبتلا به افسردگی» نشان داده شده که میزان اندیشه‌پردازی خودکشی و ناامیدی در گروه افسرده‌ای که به مناسک دینی پایبندی بیشتری دارند به طور معنی‌داری کمتر از گروه دیگر است (دل‌آذر و فرهی، ۱۳۸۸).

در مورد ارتباط گرایش‌های مذهبی متفاوت با میزان خودکشی تحقیق مشخصی مشاهده نشد. تنها در یک بررسی که به ویژگی‌های دموگرافیک افراد اقدام‌کننده به خودکشی در بیمارستان خاتم‌الانبیای شهر زاهدان پرداخته، یافته‌های پژوهش نشان داده که فراوانی اقدام به خودکشی در افراد دارای مذهب تشیع بیشتر است (دادی‌پور، ۱۳۸۰: ۷).

۵. بحث و نتیجه‌گیری

در این بخش، نخست به تحلیل و جمع‌بندی یافته‌های مربوط به ایران می‌پردازیم، سپس یافته‌های ایران با دیگر کشورها، به‌ویژه کشورهای منطقه، مقایسه می‌شود.

۱.۵. مقایسه یافته‌ها در ایران و جمع‌بندی

براساس آخرین آمار منتشرشده در ایران و تحقیقات انجام‌یافته، نرخ خودکشی در سال‌های اخیر افزایش یافته است به طوری که میزان اقدام به خودکشی از ۰/۳ در هر صدهزار نفر در سال ۱۳۷۰ به ۵/۵ در هر صدهزار نفر در سال ۱۳۸۳ رسیده است (مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵).

در بررسی سن، گرچه آمارهای نهادهای مرتبط با خودکشی متناقض هستند، اما براساس این آمار می‌توان گفت که میانگین سنی اقدام به خودکشی در کشور ۲۹ سال است و خودکشی بیش از همه در دهه سوم عمر اتفاق می‌افتد. همچنین، میانگین سنی زنان اقدام‌کننده به خودکشی در ایران بالاتر از میانگین سنی مردان است.^۱ در ایران، آمار خودکشی کودکان قابل توجه است. طبق آمار نیروی انتظامی، ۸/۹ درصد موارد از کل تعداد خودکشی‌ها در سال ۱۳۸۳ به کودکان زیر ۱۷ سال تعلق داشته است (نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۳).

۱. مرکز آمار ایران، ۱۳۸۶؛ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نقل از ایسنا، ۱۳۸۸/۲/۲.

۱۳۸۵؛ امیری و دیگران، ۱۳۸۹؛ حیدری پهلویان و ملکی، ۱۳۷۸)، سابقه اقدام به خودکشی (اشکانی و دیگران، ۱۳۸۱؛ صولتی، ۱۳۷۹)، در دسترس بودن وسایل اقدام به خودکشی (خادمی و دیگران، ۱۳۸۳؛ مقدم و دیگران، ۱۳۸۶) و سوء مصرف مواد (مولوی نجومی و دیگران، ۱۳۸۶؛ امانی، ۱۳۸۱) نیز به عنوان عواملی خطرآفرین که بر نرخ خودکشی تأثیر می‌گذارند اشاره شده است. عامل دیگری که می‌توان آن را با خودکشی در ارتباط دانست،

شاخص توسعه انسانی است. شاخص توسعه انسانی از محاسبه میزان امید به زندگی، سطح آموزش و میزان درآمد به دست می‌آید که ارتباط هریک از این موارد با نرخ خودکشی به صورت مجزا در تحقیقات دیگر ارزیابی شده است. در جدول ۳، اطلاعات مربوط به شاخص توسعه انسانی برخی استان‌ها (استان‌هایی با شاخص توسعه انسانی بالا و پایین در کشور) در سال ۱۳۸۵ و نرخ اقدام به خودکشی در سال ۱۳۸۳ آمده است.

جدول ۳. مقایسه شاخص توسعه انسانی (۱۳۸۵) با نرخ اقدام به خودکشی (۱۳۸۳) به تفکیک استان‌ها

نام استان	شاخص امید به زندگی	شاخص آموزش	شاخص درآمدی	شاخص توسعه انسانی	نرخ اقدام به خودکشی
آذربایجان غربی	۰/۷۱۴	۰/۷۴۵	۰/۶۵۸	۰/۷۰۶	۴/۷
اردبیل	۰/۷۲۶	۰/۷۷۵	۰/۶۷۳	۰/۷۲۵	۸/۲
اصفهان	۰/۷۷۲	۰/۸۴۹	۰/۷۶۶	۰/۷۹۶	۱/۸
ایلام	۰/۷۰۱	۰/۸۰۷	۰/۶۸۵	۰/۷۳۱	۷۰/۱
بوشهر	۰/۷۳۳	۰/۸۵۰	۰/۷۶۹	۰/۷۸۴	۴/۶
تهران	۰/۷۷۶	۰/۸۹۳	۰/۸۱۸	۰/۸۲۹	۳/۴
سمنان	۰/۷۵۴	۰/۸۶۴	۰/۷۶۳	۰/۷۹۴	۴/۸
سمنان	۰/۷۵۴	۰/۸۶۴	۰/۷۶۳	۰/۷۹۴	۴/۸
سیستان و بلوچستان	۰/۶۶۲	۰/۶۵۷	۰/۵۷۱	۰/۶۳۰	۱/۱
قزوین	۰/۷۵۷	۰/۸۲۰	۰/۷۶۴	۰/۷۸۱	۲/۴
کردستان	۰/۶۷۰	۰/۷۴۱	۰/۶۵۱	۰/۶۸۷	۵/۶
کرمانشاه	۰/۷۱۴	۰/۷۱۴	۰/۶۷۵	۰/۷۲۸	۹/۶
کهگیلویه و بویراحمد	۰/۶۹۲	۰/۸۲۱	۰/۶۶۱	۰/۷۲۵	۹/۲
گلستان	۰/۷۳۳	۰/۷۷۶	۰/۶۷۳	۰/۷۲۴	۹/۵
لرستان	۰/۷۱۱	۰/۷۹۹	۰/۶۶۱	۰/۷۲۴	۱۱/۴
مرکزی	۰/۷۳۸	۰/۸۱۲	۰/۷۹۲	۰/۷۸۱	۶/۲
هرمزگان	۰/۷۳۰	۰/۸۰۸	۰/۷۵۳	۰/۷۶۴	۹/۶
همدان	۰/۷۳۳	۰/۷۸۶	۰/۶۸۳	۰/۷۳۱	۶/۳
یزد	۰/۷۶۶	۰/۸۵۴	۰/۷۵۱	۰/۷۹۰	۳/۹

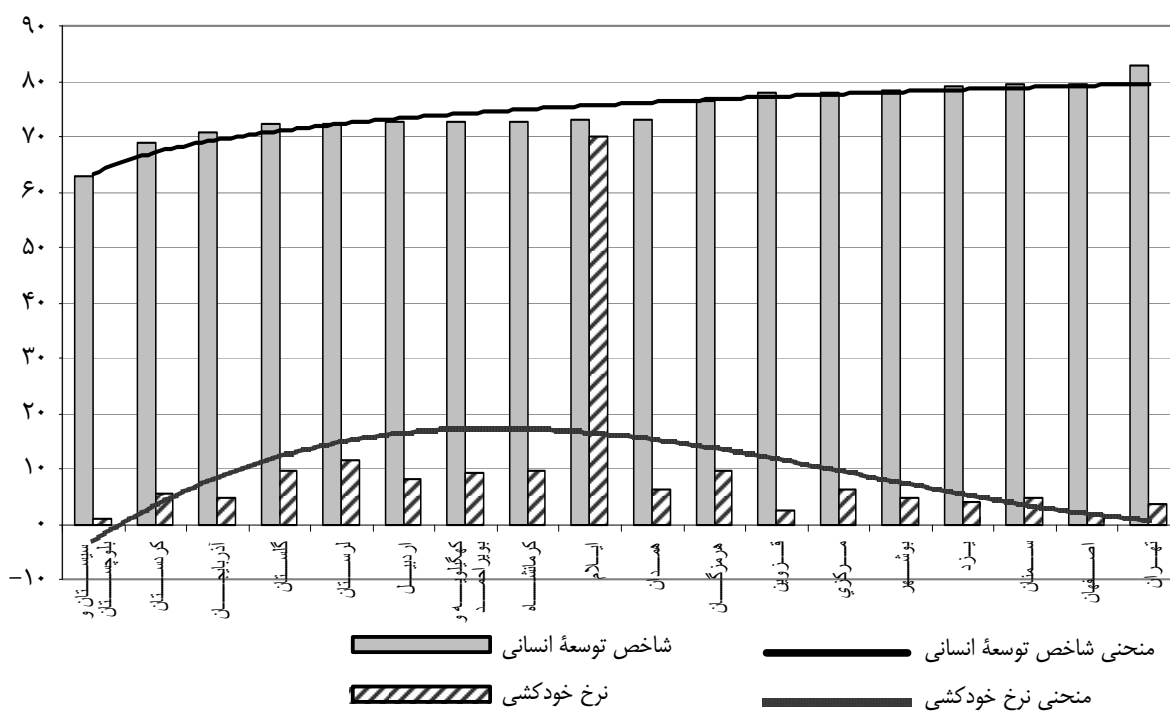
منبع: معاونت نظارت راهبردی ریاست جمهوری، ۱۳۸۵؛ نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۳

همان‌طور که مشاهده می‌شود، شاخص توسعه انسانی در استان‌های تهران، اصفهان، سمنان و یزد از سایر استان‌ها بالاتر است که علت آن بالا بودن شاخص‌های درآمدی، سطح آموزش و وضعیت بهتر امید به زندگی در این استان‌هاست. شاخص توسعه انسانی در استان‌های سیستان و بلوچستان، کردستان و آذربایجان غربی از دیگر استان‌ها پایین‌تر است که ناشی از سطح پایین درآمد سرانه، آموزش، شاخص‌های بهداشتی و امید به زندگی است. با مقایسه نرخ خودکشی و شاخص توسعه انسانی در این جدول

درمی‌یابیم که عموماً استان‌هایی که دارای نرخ خودکشی بالایی هستند، شاخص توسعه انسانی پایینی دارند. برای نمونه، ایلام، لرستان، گلستان، کرمانشاه، اردبیل و کهگیلویه و بویراحمد دارای نرخ خودکشی بالایی هستند و شاخص توسعه انسانی آنها نسبت به سایر استان‌ها پایین است. برعکس، استان‌هایی همچون اصفهان، قزوین، یزد و تهران که نرخ خودکشی پایینی دارند، از شاخص توسعه انسانی بالایی برخوردار هستند. در این میان، برخی استان‌ها مانند آذربایجان غربی، هرمزگان و

به جوامع شیعی پایین‌تر باشد (دادی‌پور، ۱۳۸۰: ۷). به هر ترتیب، اگر از مورد استثنای استان سیستان و بلوچستان چشم‌پوشی کنیم، می‌توان گفت که با افزایش توسعه انسانی از نرخ خودکشی کاسته می‌شود. بنابراین، برای کاهش نرخ خودکشی در استان‌ها باید به ارتقای توسعه انسانی در آنها توجه داشت.

به‌ویژه سیستان و بلوچستان وضعیت متفاوتی دارند. سیستان و بلوچستان پایین‌ترین نرخ خودکشی را در ایران دارد اما شاخص توسعه انسانی آن نیز بسیار پایین است و محروم‌ترین استان ایران به شمار می‌رود. این استثنا می‌تواند ناشی از عدم ارائه آمار صحیحی از خودکشی در این استان باشد یا، همان‌طور که در یکی از تحقیقات قید شده، شیوع خودکشی در جوامع سنی مذهب نسبت



نمودار ۱. مقایسه شاخص توسعه انسانی و نرخ خودکشی در برخی استان‌ها

دارد، می‌توان گفت که نرخ خودکشی در ایران پایین است. بالاترین نرخ خودکشی در جهان که متعلق به بلاروس است (۳۵/۱) در هر صد هزار نفر (۶/۴ برابر ایران است و نسبت جنسی خودکشی (مردان به زنان) در بلاروس (۶/۱ به ۳/۸) برابر نسبت جنسی خودکشی در ایران است.

برای مقایسه نرخ خودکشی ایران با کشورهای منطقه، آمار درستی از میزان خودکشی در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی وجود ندارد و برخی از این کشورها هیچ آماری در دهه گذشته به سازمان جهانی بهداشت منعکس نکرده‌اند. مقایسه آمارهای موجود نشان می‌دهد که نرخ اقدام به خودکشی در ایران (۵/۵) در هر صد هزار نفر در سال (۲۰۰۴) از نرخ خودکشی در بحرین (۳/۱) در هر

۲.۵. مقایسه یافته‌های ایران و دیگر کشورها

برای مقایسه یافته‌های مربوط به ایران و دیگر کشورها در زمینه خودکشی، لازم است مروری بر نرخ خودکشی در ایران و برخی نقاط جهان صورت گیرد. در جدول ۴ نرخ خودکشی در ایران و بیشترین و کمترین نرخ‌های خودکشی در جهان و نیز نرخ خودکشی در منطقه مدیترانه شرقی که ایران در آن واقع است ذکر شده است. براساس اطلاعات این جدول، نرخ اقدام به خودکشی در ایران در سال ۱۳۸۳ (۲۰۰۴) برابر با ۵/۵ در هر صد هزار نفر و نسبت خودکشی مردان به زنان ۱/۶ به ۱ بوده است (نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۳). در مقایسه با بالاترین نرخ‌های خودکشی در جهان که به بلاروس، روسیه و لیتونی تعلق

زنان، با رقم ۱/۸ به ۱، به کویت تعلق دارد که این رقم باز هم از ایران بالاتر است.

از طرف دیگر، براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، نرخ خودکشی در جهان به طور معمول با افزایش سن بالا می‌رود به طوری که آمار خودکشی در افراد بالای ۷۵ سال به طور تقریبی سه برابر افراد جوان ۱۵ تا ۲۴ ساله است. این روند در هر دو جنس مشاهده می‌شود، اما در مردان بارزتر است. این در حالی است که در ایران خودکشی در میان جوانان شایع‌تر است چنانکه بیشترین میزان خودکشی ابتدا در سنین ۲۵ تا ۳۴ سال و سپس ۱۵ تا ۲۴ سال مشاهده شده و متوسط سن خودکشی ۲۹ سال است. ایران از این نظر به کشورهایی همچون بحرین، کویت، سریلانکا و استرالیا، که آمار خودکشی در آنها در افراد زیر ۴۵ سال بیشتر است، شباهت دارد. به این ترتیب، نه تنها نرخ خودکشی در ایران، در مقایسه با کشورهای منطقه، تاحدودی رقم بالایی دارد و نگران‌کننده است، بلکه زنان و جوانان نسبت به سایر کشورها از جمله گروه‌های پرخطر در زمینه خودکشی هستند.

منابع

- آرون، ریمون. (۱۳۸۱)، *مراحل اساسی اندیشه در جامعه‌شناسی*، ترجمه باقر پرهام، تهران، علمی و فرهنگی.
- آقای، محمدعلی. (۱۳۸۱)، *آیات الاحکام حقوقی مدنی- کیفری*، تهران، خط سوم، ج ۲.
- احمدی، امیرمسعود و محمود حاجی‌احمدی. (۱۳۷۹)، «گزارش اپیدمیولوژی خودکشی موفق در استان مازندران در سال‌های ۷۱-۷۰»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ش ۲۸، ص ۱۲-۸.
- احمدی، علیرضا، شهریار جانباز و زهرا لقایی. (۱۳۸۳)، «مطالعه اپیدمیولوژی موارد خودسوزی موفق پذیرش‌شده در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه»، *بهداشت روانی*، ش ۲۹، ص ۳۵-۲۳.
- اردبیلی، محمدعلی. (۱۳۷۹)، *حقوق جزای عمومی*، ج ۱، تهران، نشر میزان.
- ازکیا، مصطفی. (۱۳۸۱)، *جامعه‌شناسی توسعه*، تهران، کلمه، ج ۴.
- اسلامی‌نسب بجنوردی، علی. (۱۳۷۱)، *بحران خودکشی*، تهران، فردوس.
- اشکانی، حمید، غلامرضا ده‌بزرگی و نادر امام‌قلی‌پور. (۱۳۸۱)، «بررسی همه‌گیرشناسی خودکشی در مراجعان به بخش اتفاقات روان‌پزشکی»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، ش ۵۶، ص ۲۱-۱۶.
- اکبری زردخانه، سعید، سالار جعفری، بهروز دولت‌شاهی و مریم مقانیه. (۱۳۸۸)، «رابطه خودکشی با ویژگی‌های شخصیتی و رویدادهای زندگی»، *علوم رفتاری*، دوره ۳، ش ۲، ص ۱۵۷-۱۵۱.

صدهزار نفر در سال ۱۹۸۸)، که بالاترین نرخ خودکشی را در منطقه طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت داراست، بالاتر است (نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۳؛ WHO, 2009).

جدول ۴. نرخ اقدام به خودکشی و نسبت جنسی خودکشی در

کشورهای مختلف

کشور	سال انتشار آمار	مردان	زنان	کل
نروژ	۲۰۰۶	۱۶/۸	۶/۰	۱۱/۴
استرالیا	۲۰۰۴	۱۶/۷	۴/۴	۱۰/۵
ایسلند	۲۰۰۸	۱۸/۹	۴/۶	۱۱/۹
کانادا	۲۰۰۴	۱۷/۳	۵/۴	۱۱/۳
ایرلند	۲۰۰۷	۱۷/۴	۳/۸	۱۰/۶
هلند	۲۰۰۷	۱۱/۶	۵/۰	۸/۳
سوئد	۲۰۰۶	۱۸/۱	۸/۳	۱۳/۲
فرانسه	۲۰۰۶	۲۵/۵	۹/۰	۱۷/۰
سوئیس	۲۰۰۶	۳۵/۵	۱۱/۷	۱۷/۵
ژاپن	۲۰۰۷	۳۵/۸	۱۳/۷	۲۴/۴
کویت	۲۰۰۲	۲/۵	۱/۴	۲/۰
بحرین	۱۹۸۸	۴/۹	۰/۵	۳/۱
لیتونی	۲۰۰۷	۵۳/۹	۹/۸	۳۰/۴
بلاروس	۲۰۰۳	۶۳/۳	۱۰/۳	۳۵/۱
روسیه	۲۰۰۶	۵۳/۹	۹/۵	۳۰/۱
آذربایجان	۲۰۰۷	۱/۰	۰/۳	۰/۶
ایران	۲۰۰۴	۶/۸	۴/۳	۵/۵
مالدیو	۲۰۰۵	۰/۷	-	۰/۳
سوریه	۱۹۸۵	۰/۲	۰	۰/۱

منبع: WHO, 2009

درمقایسه نسبت جنسی خودکشی در ایران و جهان، طبق گزارش جهانی خسونت و سلامت، نسبت آمار خودکشی مردان به زنان از ۱/۰ به ۱ تا ۱۰/۴ به ۱ متغیر است. به نظر می‌رسد که این نسبت در برخی از مناطق آسیا همچون چین و سنگاپور (۱/۷ به ۱) بسیار پایین و در برخی جمهوری‌های استقلال‌یافته شوروی سابق مانند بلاروس (۶/۱ به ۱) و لیتونی (۵/۵ به ۱) بسیار بالاست (WHO, 2002). در ایران نسبت آمار خودکشی مردان به زنان ۱/۶ به ۱ است که در مقایسه با سایر کشورها در کنار کشورهای آسیایی همچون چین و سنگاپور که فاصله خودکشی مردان و زنان در آنها بسیار پایین است قرار می‌گیرد. در مقایسه با کشورهای منطقه، براساس جدول ۴، پایین‌ترین فاصله نسبت خودکشی مردان به

نقّه الاسلام، طاهره و امیدوار رضایی. (۱۳۸۴)، «بررسی مواردی از خودکشی کودکان مراجعه کننده به بیمارستان لقمان حکیم»، *پژشکی قانونی*، دوره ۱۱، ش ۳، ص ۱۲۷-۱۲۳.

جمشیدزاده، فرخ لقا، حسن رفیعی، محمدتقی یاسمی، سید علی سینا رحیمی و کمال اعظم. (۱۳۸۳)، «روند خودکشی و اقدام به خودکشی در استان ایلام، ۱۳۸۰-۱۳۷۳»، *رفاه اجتماعی*، ش ۱۲، ص ۳۴۸-۳۲۵. حسینی، حسین. (۱۳۸۳)، *بررسی شیوع انواع اختلالات روانی در بیمارانی که با دارو اقدام به خودکشی می کنند*، شهر یزد نیمسال ۸۳-۸۲، پایان نامه دکترای روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد.

حقانی پور، فرنوش و ولی پیری. (۱۳۸۹)، «اپیدمیولوژی توصیفی خودکشی»، *مجموعه مقالات همایش ملی خودکشی: علل، پیامدها و راهکارها*، تهران، جامعه شناسان، ص ۵۵۲-۵۳۹.

حیدری پهلویان، احمد و حسین ملکی. (۱۳۷۸)، «بررسی متغیرهای روانی-اجتماعی بر ۱۰۲۹ مورد اقدام به خودکشی در مراجعین به مراکز آموزشی-درمانی شهر همدان در سال ۷۴-۷۳»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی همدان*، س ۶، ش ۴، ص ۳۰-۲۴.

خادمی، علی، سعداله مرادی و قاسم سلیمانی. (۱۳۸۳)، «بررسی تحلیل خودکشی با سلاح گرم در ایران»، *پژشکی قانونی*، ش ۳۴، ص ۸۷-۸۰. خسروی، زهره و میترا خاقانی فرد. (۱۳۸۳)، «بررسی رابطه همسرآزاری با تمایل به افکار خودکشی و آسیب رسانی به همسر در زنان شهر تهران»، *مطالعات زنان*، س ۲، ش ۶، ص ۲۹۳-۲۷۵.

خلخال، سید محمدرسل، کیومرث نجفی، جمیله جهان بخش و لیلا حسینی. (۱۳۸۵)، «ملاقات با پزشکان قبل از اقدام به خودکشی»، *حکیم*، دوره ۹، ش ۴، ص ۲۳-۱۷.

دادی پور، اعظم. (۱۳۸۰)، *بررسی ویژگی های دموگرافیک افراد اقدام کننده به خودکشی مراجعه کننده به بیمارستان خاتم الانبیاء (ص) طی چهار ماه در سال ۱۳۸۰*، پایان نامه دکترای پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان.

دل آذر، ربابه و حسن فرهی. (۱۳۸۸)، «اندیشه پردازی خودکشی و عمل به مناسک دینی در بیماران مبتلا به افسردگی»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، دوره ۹، ش ۳ (پیاپی ۳۳)، ص ۲۳۴-۲۲۴.

زارعی، جواد و سارا ساکی پور. (۱۳۸۹)، «تعیین ویژگی های فردی-اجتماعی خطر ساز در خودسوزی ها»، *مجموعه مقالات همایش ملی خودکشی: علل، پیامدها و راهکارها*، تهران، جامعه شناسان، ص ۵۸۰-۵۶۱.

شریفی خضارتی، امیر. (۱۳۸۷)، «نگرشی بر مسئله خودکشی از دیدگاه فقه جزایی و حقوق کیفری»، *روزنامه اطلاعات*، برگرفته از:

www.tebyan-zn.ir/papers.aspx?id=1488&category=SA

شعاع کاظمی، مهرانگیز. (۱۳۸۷)، «بررسی تأثیر مشاوره و روان درمانی به

امامی، سید حسن. (۱۳۸۳)، *حقوق مدنی*، ج ۳، تهران، اسلامیه، چ ۱۷. امامی، محمدهادی. (۱۳۸۱)، *بررسی شیوع روش های مختلف خودکشی منجر به فوت در مرکز پزشکی قانونی تهران در سال ۱۳۷۹*، پایان نامه دکترای پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تهران.

امیری، محسن، رضا رستمی، محمد زرگر، رضا قربان جهرمی و مرید کریمی. (۱۳۸۹)، «بررسی رابطه بین افکار خودکشی، افسردگی، اضطراب، تاب آوری و استرس های روزانه، و سلامت روانی در دانشجویان»، *مجموعه مقالات همایش ملی خودکشی: علل، پیامدها و راهکارها*، تهران، جامعه شناسان، ص ۳۱۲-۳۰۳.

ایدی زاده، مجتبی و محسن یوسف زاده. (۱۳۸۰)، *بررسی اپیدمیولوژیک اقدام کنندگان به خودکشی در بخش اورژانس و سوختگی بیمارستان امام خمینی، پایان نامه دکترای پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*.

باپیری، امیدعلی. (۱۳۸۹)، «مهارت های مقابله ای، ناامیدی و افسردگی در نوجوانان»، *مجموعه مقالات همایش ملی خودکشی: علل، پیامدها و راهکارها*، تهران، جامعه شناسان، ص ۳۳۶-۳۲۵.

بذرافشان، محمدرفع، فریدون جهانگیر، امیر منصوری نجف آبادی و علی جلیلیان. (۱۳۸۹)، «روش های مقابله ای به کاررفته در افراد اقدام کننده به خودکشی مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان شهید فقیهی شیراز در سال ۱۳۸۶»، *مجموعه مقالات همایش ملی خودکشی: علل، پیامدها و راهکارها*، تهران، جامعه شناسان، ص ۵۳۸-۵۳۱.

بوالهری، جعفر، سید کاظم ملکوتی، میترا حکیم شوشتری، مرضیه نجومی، مرجان پشت مشهیدی، صفیه اصغر زاده امین، علی اصغر اصغر نژاد و ناصر حاجیان مطلق. (۱۳۸۶)، «شیوع اقدام به خودکشی برحسب میزان ارجاع به مراکز اورژانس شهر کرج»، *پژشکی - پیراپزشکی*، س ۱۰، ش ۱ (پیاپی ۳۷)، ص ۵۵-۵۰.

بهرامی، مهدیه. (۱۳۸۲)، *بررسی عوامل روان پویایی در خودکشی، پایان نامه دکترای پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی کرمان*.

پرفیت، آلن. (۱۳۷۸)، *پاسخ هایی به خسونت، ترجمه مرتضی محسنی*، تهران، گنج دانش.

پورمند، دیبا و لئون داویدیان. (۱۳۷۵)، «اقدام به خودکشی در بیماران بخش روان پزشکی»، *نظام پزشکی*، س ۱۴، ش ۱ و ۲، ص ۲۰-۱۵.

پیری، ولی و صالح ایدی. (۱۳۸۹)، «بررسی مقایسه ای رضایت مندی زناشویی در افراد خودکشی و غیر خودکشی در شهرستان دره شهر - استان ایلام»، *مجموعه مقالات همایش ملی خودکشی: علل، پیامدها و راهکارها*، تهران، جامعه شناسان، ص ۳۴۸-۳۳۷.

و زنان استان یزد در سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۸۲، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید صدوقی یزد، دوره ۱۴، ش ۴، ص ۵۸-۵۵.

فلاحی، سارا. (۱۳۸۹)، «گفتمان ایدئولوژیک و پدرسالاری و خودکشی زنان»، مجموعه مقالات همایش ملی خودکشی: علل، پیامدها و راهکارها، راهکارها، تهران، جامعه‌شناسان، ص ۱۹۲-۱۶۹.

فیض‌اللهی، علی. (۱۳۸۹)، «فراتحلیل مطالعات خودکشی در استان ایلام»، مجموعه مقالات همایش ملی خودکشی: علل، پیامدها و راهکارها، تهران، جامعه‌شناسان، ص ۲۱۴-۱۹۳.

قائم، علی. (۱۳۶۴)، آسیب‌ها و عوارض اجتماعی: ریشه‌یابی، پیشگیری، درمان، تهران، امیری.

قریشی، ابوالفضل و نورالدین موسوی‌نسب. (۱۳۸۷)، «مرور سیستماتیک بررسی‌های انجام‌شده در زمینه خودکشی و اقدام به خودکشی در ایران»، روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، س ۱۴، ش ۲، ص ۱۲۱-۱۱۵.

قلعه‌ایها، علی و فاطمه بهروزی‌فرد. (۱۳۸۵)، «بررسی اپیدمیولوژیک اقدام‌کنندگان به خودکشی بستری در بیمارستان سینای همدان از سال ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۱»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی همدان، دوره ۱۳، ش ۴ (پیاپی ۴۲)، ص ۶۳-۵۸.

قلی‌پور، سیاوش و سهراب قلی‌پور. (۱۳۸۹)، «تغییرات فرهنگی و خودکشی زنان و دختران لک»، مجموعه مقالات همایش ملی خودکشی: علل، پیامدها و راهکارها، تهران، جامعه‌شناسان، ص ۲۳۲-۲۱۵.

گرچی، ابوالقاسم، روشنعلی شکاری، حسین فریار و محسن صفری. (۱۳۸۲)، دیات، تهران، دانشگاه تهران، چ ۲.

گلدوزیان، ایرج. (۱۳۸۴)، حقوق جزای اختصاصی: جرایم علیه تمامیت جسمانی، شخصیت معنوی، اموال و مالکیت، امنیت و آسایش عمومی، تهران، دانشگاه تهران، چ ۱۱.

محمدی، ابوالحسن. (۱۳۸۲)، مبانی استنباط حقوق اسلامی یا اصول فقه، تهران، دانشگاه تهران، چ ۱۶.

مرادی، سعداله و علی خادمی. (۱۳۸۱)، «بررسی وضعیت خودکشی‌های منجر به مرگ در ایران و مقایسه آن با نرخ‌های جهانی»، پزشکی قانونی، ش ۲۷، ص ۲۱-۱۶.

مرکز آمار ایران. (۸۶-۱۳۷۰)، سالنامه آماری کشور، تهران.

مظاهری، حسین. (۱۳۸۲)، اخلاق در خانه «فضائل و رذائل اخلاقی»، قم، نشر اخلاق، چ ۹.

معاونت نظارت راهبردی ریاست جمهوری. (۱۳۸۵)، شاخص توسعه انسانی به تفکیک استان‌های کشور، تهران.

مقدم، حسین، عبدالکریم پژومند و سعید سرجمعی. (۱۳۸۶)، «بررسی یکساله

سبک مراجع‌محوری در تغییر نگرش اقدام‌کنندگان به خودکشی در شهر تهران»، آرامش، ش ۲۵.

شمس خرم‌آبادی، منوچهر. (۱۳۸۳)، «بررسی انگیزه‌های خودسوزی در میان مراجعان بیمارستان شهدای عشایر خرم‌آباد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی لرستان»، خودکشی (مقالات اولین همایش ملی آسیب‌های اجتماعی در ایران)، ج ۴، تهران، آگه.

شیانی، ملیحه و محمدعلی محمدی. (۱۳۸۶)، «تحلیل جامعه‌شناختی احساس انومی اقتصادی در میان جوانان»، رفاه/اجتماعی، ش ۲۵، ص ۳۸-۱۱.

شیخ‌الاسلامی، همایون و محمد فلاح‌زاده. (۱۳۷۶)، «بررسی اقدام به خودکشی در موارد ارجاعی به بخش مسمومین مرکز آموزشی-درمانی بوعلی‌سینای قزوین (سال‌های ۷۱-۷۲)»، مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین، س ۱، ش ۳، ص ۳۰-۲۳.

شیخاوندی، داور. (۱۳۸۳)، «چکیده مباحث مطرح‌شده در محور خودکشی»، خودکشی (مقالات اولین همایش ملی آسیب‌های اجتماعی در ایران)، ج ۴، تهران، آگه.

صابری زفرقندی، محمدباقر، راهب قربانی و شاهرخ موسوی. (۱۳۸۴)، «بررسی اپیدمیولوژیک اقدام به خودکشی در شهرستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی سمنان»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان، ج ۶، ش ۴.

صادقی، حسین، سولماز عبدالهی حق و لیلا عبدالله‌زاده. (۱۳۸۶)، «توسعه انسانی در ایران»، رفاه/اجتماعی، ش ۲۴، ص ۳۰۴-۲۸۳.

صالح‌آبادی، ابراهیم. (۱۳۸۹)، «بررسی علل خودکشی زنان متأهل خانه‌دار در ایلام»، مجموعه مقالات همایش ملی خودکشی: علل، پیامدها و راهکارها، تهران، جامعه‌شناسان، ص ۱۶۸-۱۵۵.

صولتی، سید کمال. (۱۳۷۹)، «بررسی باورهای غیرمنطقی در اقدام‌کنندگان به خودکشی (به روش خودسوزی) و افراد بهنجار»، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، س ۲، ش ۱، ص ۶۰-۵۲.

طباطبایی، محمدحسین. (۱۳۶۳)، المیزان فی تفسیر القرآن، ترجمه محمدباقر موسوی، ج ۴، قم، دفتر تبلیغات اسلامی.

ظهور، علیرضا و محمدرضا افلاطونیان. (۱۳۸۱)، «همه‌گیرشناسی اقدام به خودکشی در مراجعه‌کنندگان به اورژانس جیرفت (کرمان ۱۳۸۰)»، اصول بهداشت روانی، ش ۱۳ و ۱۴، ص ۳۸-۳۱.

عطاران، حمید و مهدی شریعت. (۱۳۷۵)، «مرگ‌های ناشی از مسمومیت حاد، بررسی اپیدمیولوژیک سال ۱۳۷۴ شهرستان مشهد»، پزشکی قانونی، ش ۱۰، ص ۵۰-۳۴.

عقیلی، فریده. (۱۳۸۴)، خودکشی جوانان، تهران، سازمان ملی جوانان.

فرماندهی انتظامی استان ایلام. (۱۳۸۹)، مجموعه مقالات همایش ملی خودکشی: علل، پیامدها و راهکارها، تهران، جامعه‌شناسان.

فلاح‌زاده، حسین و الهام هادیان. (۱۳۸۵)، «مقایسه امید به زندگی در مردان

- Durkheim, Emile. (1951), *Suicide: A Study in Sociology*, translated by George Simpson and John A. Spaulding, New York, The Free Press.
- Harris, C. (2004), *Control and Subversion: Gender Relations in Tajikistan*, London.
- Kaplan and Sadock. (2003), *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry*, 9th ed., Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Khushkadamova, Kh.O. (1993), *Reflections of Women's Social Position in the Tajik Press* [in Russian], Kandidaat diss., Russian Academi of Science, sotsiologichesky, Moscow.
- Kumar, Krishna. (1995), "Modernization and Industrialization", *Encyclopaedia Britannica*, vol. 24, 15thed.
- Nazpary, J. (2002), *Post-Soviet Chaos: Violence and Dispossession in Kazakhstan*, London.
- Sarfara, M.A. and D. Castel. (2004), "A Muslim Suicide", *Australian Psychiatry* 10/1.
- Staal, M.A. (2002), "The Assessment and Prevention of Suicide for the 21st Century, The Air Forces Community Awareness Training Model", *Mil. Med.* 166.
- UNDP. (2009), Human Development Report: HDI rankings, EU Times on Oct. 13th, <http://www.eutimes.net/2009/10/human-development-report-2009-hdi-rankings>.
- Vijayakumar, L., S. John, J. Pirkis and H. Whiteford. (2005), "Suicide in Developing Countries (2): Risk Factors", *Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 26:112-119.
- World Health Organization. (2002), *World Report on Violence and Health*, Geneva.
- . (2009), Country Reports and Charts Available about Suicide Statistics, Mental Health, Suicide Prevention and Special Programmes, available at: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en
- مسمومین بستری در بیمارستان لقمان تهران در سال ۱۳۸۳، پزشکی قانونی، ش ۴۸، ص ۲۴۰-۲۳۵.
- مکارم شیرازی، ناصر و جمعی از محققان. (۱۳۷۵)، *تفسیر نمونه*، ج ۳، قم، دارالکتب الاسلامیه، چ ۲۴.
- ملکوتی، سید کاظم، مرضیه نجومی، مرجان پشت‌مشهدی، میترا حکیم شوستری، صفیه اصغرزاده امین، جعفر بوالهری، علی اسدی و شیرین مشیرپور. (۱۳۸۷)، «بررسی شیوع رفتارهای خودکشی در جمعیت شهری کرج در سال ۱۳۸۴»، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی همدان*، دوره ۱۵، ش ۱ (پیاپی ۴۷)، ص ۱۰-۵.
- ملیکی، زهرا و ساناز گودرزی. (۱۳۸۴)، بررسی یک‌ساله موارد اقدام به خودکشی و ارتباط آن با سلامت عمومی در بین مراجعه‌کنندگان به اورژانس بیمارستان بوعلی‌سینای قزوین در سال ۱۳۸۲، پایان‌نامه دکترای پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی قزوین.
- موسوی، فریبا، حمیرا سجادی، حسن رفیعی و آوات فیضی. (۱۳۸۷)، «برخی عوامل خانوادگی مرتبط با اقدام به خودکشی»، *رفاه اجتماعی*، ش ۲۷، ص ۷۲-۵۳.
- موسی‌نژاد، علی. (۱۳۸۹)، «زنان و خودکشی: به سوی مدلی جهت تبیین خودکشی زنان در استان ایلام» *مجموعه مقالات همایش ملی خودکشی: علل، پیامدها و راهکارها*، تهران، جامعه‌شناسان، ص ۲۶۶-۲۳۳.
- مولوی نجومی، مرضیه، سید کاظم ملکوتی، جعفر بوالهری، مرجان پشت‌مشهدی و صفیه اصغرزاده امین. (۱۳۸۶)، «عوامل پیش‌بینی‌کننده اقدام به خودکشی در جمعیت عمومی شهر کرج»، *روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، س ۱۳، ش ۳ (پیاپی ۵۰)، ص ۲۲۶-۲۱۹.
- مهدی‌زاده، مهشید، غلامرضا زمانی و مطهره کبیری. (۱۳۸۵)، «بررسی موارد اقدام به خودکشی در کودکان بستری در بخش اطفال بیمارستان لقمان حکیم»، *بیماری‌های کودکان ایران*، دوره ۱۶، ش ۳، ص ۳۴۲-۲۳۷.
- نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران. (۱۳۸۳)، *معاونت طرح و برنامه و بودجه، اداره آمار*.
- ولیدی، محمد صالح. (۱۳۸۰)، *حقوق جزای اختصاصی: جرایم علیه اشخاص*، تهران، امیرکبیر، چ ۶.
- هاشمی رفسنجانی، اکبر و جمعی از محققان. (۱۳۷۳)، *تفسیر راهنما*، ج ۳، قم، دفتر تبلیغات اسلامی.
- یگانه، روح‌الله، ناهید رفیعی، امیرهومن کاظمی، فرنوش درتاج و مینا احمدی. (۱۳۸۲)، «بررسی موارد گنج‌خوری به عنوان یک روش جدید و عجیب اقدام به خودکشی در استان لرستان»، *پزشکی قانونی*، ش ۳۰، ص ۸۹-۸۵.

تن‌فروشی

سعید مدنی قهفرخی*، پیام روشن فکر**، مروارید شهریاری منش***

مقدمه

تن‌فروشی در گروه مشکلات اجتماعی قرار دارد و در بسیاری از کشورها جرم محسوب می‌شود؛ به علاوه، خوردن برچسب «روسی» یا «تن‌فروش» به یک دختر یا زن حتی در صورت عدم صحت می‌تواند همه زندگی و حیات او را در معرض تهدید قرار دهد. دسترسی به اطلاعات مربوط به تن‌فروشی بسیار دشوار و مستلزم جلب اعتماد زنان تن‌فروش است. در ایران، دسترسی به اطلاعات رسمی در این مورد بسیار دشوار است ضمن آنکه تعداد مطالعات نیز درباره آن بسیار اندک است. در واقع، در اکثر موارد، تن‌فروشان در ردیف جمعیت‌های پنهان^۱ قرار دارند و از این رو، مطالعه درباره آنها بسیار دشوار است. در عین حال، همه این

دشواری‌ها هرگز به معنای نادیده گرفتن پدیده یا ناممکن بودن شناخت آن نیست. اکنون روشن شده که بخشی از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی جامعه با وضعیت این گروه از زنان مرتبط است. بنابراین، شناخت ویژگی‌های جمعیتی، خانوادگی و الگوهای کار این زنان برای برنامه‌ریزان اجتماعی امری اجتناب‌ناپذیر است.

۱. تعاریف

معادل‌های عربی روسپی یا تن‌فروش عبارت‌اند از: ماجن، عاهره، زانیه، مومس، بنت هوی، و مترادف‌های فارسی آن فاحشه، قحبه، جنده، زانیه، زوجه است. در زبان انگلیسی نیز از واژه‌هایی چون harlot, strumpet, slut, hooker, sex worker, prostitute نامیدن این گروه از افراد استفاده می‌شود. البته این واژه‌ها نسبت‌های متفاوتی با روسپیگری دارند و حداقل به سه دسته مجزا تقسیم می‌شوند. گروهی از آنها معادل‌های زبانی / محاوره‌ای هستند که فقط برای شناسایی و دلالت به کار می‌روند، مثل prostitute و

* دکترای جرم‌شناسی

** کارشناسی ارشد برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی

*** کارشناسی مدیریت

1. hidden population

روسپیگری در قوانین جزایی ایران، اعم از قانون مجازات عمومی و قانون مجازات اسلامی، تعریف نشده است. در مجموع، با توجه به شرایط ایران، می‌توان روسپی را عبارت دانست از «زنی که بدون رعایت ضوابط قانونی و شرعی و به عنوان حرفه، امرار معاش و کسب درآمد، در برابر دریافت پول، کالا یا خدمات، خدمات جنسی مربوط به تن خودش را به دیگران ارائه می‌دهد». این تعریف همه موارد تن‌فروشی در دیگر کشورها را پوشش نمی‌دهد و از بسیاری جهات از جمله جنسیت و مبنای رابطه (ضوابط قانونی و شرعی) تفاوت بسیاری با تعریف پدیده در دیگر کشورها دارد (مدنی قهفرخی و دیگران، ۱۳۸۶).

۲. رویکرد نظری: زنان، توسعه و تن‌فروشی

در نیمه اول دهه ۱۹۶۰ آشکار شد که میزان توسعه اندازه‌گیری شده بر مبنای افزایش تولید ناخالص ملی به کاهش نابرابری‌ها نینجامیده و تأثیر مثبتی بر زندگی عموم مردم از جمله زنان نداشته است (شادی‌طلب، ۱۳۸۱). به همین جهت، از دهه ۱۹۷۰، مسائل مربوط به زنان به تدریج وارد فرایند برنامه‌های توسعه ملی شد. در طول این دهه، بسیاری از کشورها مسائل مربوط به زنان را آشکارا در برنامه‌های توسعه خود گنجانده‌اند، اما باز هم نتوانستند به بسیاری از نیازهای زنان پاسخ گویند. از سوی دیگر، منابعی که به زنان تخصیص داده شد، به دلیل وجود مشکلات ساختاری، در اختیار آنان قرار نگرفت. ارزیابی مورد اشاره نشان داد که توسعه فرایندی اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی است که چشم‌انداز ایدئولوژیک افراد کنترل‌گر و هدایت‌کننده آن را منعکس می‌کند. به همین جهت، توسعه فارغ از جنسیت نیست چرا که طراحی نقشه‌ها و برنامه‌های توسعه حاکی از جانبداری جنسیت‌گرایانه تکنوکراسی تحت سلطه مردان بوده است (کولایی، ۱۳۸۴). بر این اساس، توسعه هیچ‌گاه جریانی بی‌طرف نبوده و همواره و از جهات بسیار زنان را مورد غفلت قرار داده یا حتی تهدید کرده است (تورس و روزاریو، ۱۳۷۵).

در جهان معاصر، زنان حدود ۴۰ درصد از نیروی کار مزدبگیر را تشکیل می‌دهند، اما به طور متوسط سه چهارم مردان مزد می‌گیرند و تنها ۲۶ درصد درآمد به آنان تعلق می‌گیرد. تقریباً همه کارهای خانگی را زنان انجام می‌دهند، در حالی که این کار در محاسبات اقتصادی سنجیده نمی‌شود. با آنکه ۶۷ درصد ساعات کار جهان به

hooker. دسته دوم واژه‌هایی هستند که بیان‌کننده انواع روسپیگری‌اند و برای طبقه‌بندی و تفکیک به کار می‌روند، مثل courtesan، geisha، call girl، B-girl. گروه سوم واژه‌هایی هستند که متخصصان علوم اجتماعی وضع کرده و برای توضیح بار مفهومی و حقوقی و نظری موضوع به کار گرفته‌اند، مثل sex worker. در زبان فارسی واژه‌های نانجیب، بدکاره، هرجایی، لکاته، سلیطه، قحبه، جنده، فاحشه، مآچه‌سگ و احياناً واژه‌های محلی بسیار برای نامیدن زنانی که از طریق روسپیگری امرار معاش می‌کنند به کار رفته و می‌رود که همگی بار معنایی منفی دارند (مهاجر، ۱۳۸۶). اخیراً در متن‌های برخی سازمان‌های دولتی از عبارت «زنان ویژه» هم برای نامیدن این زنان استفاده می‌شود.

فارلی و همکارانش روسپی را زنی می‌دانند که مخارج زندگی خود را به طور کلی یا جزئی از طریق تسلیم خویش به دیگران به منظورهای جنسی تأمین می‌کند. این روابط جسمی بدون محبت و موقتی است و اگر رابطه عاطفی در آن دخالت داشته باشد، فحشا نام نخواهد داشت. این اصطلاح تنها به کسانی اطلاق نمی‌شود که تمام عمر به فحشا اشتغال دارند، بلکه هر زن یا مردی که، در ضمن اشتغال به کارهای دیگر، گاه‌گاهی با دریافت پول به روابط جنسی تن می‌دهد، در طی مدتی که این رفتار را دارد، روسپی نامیده می‌شود (به نقل از کامرانی فکور، ۱۳۸۱).

بلوچ در تعریفی که از فحشا می‌کند آن را بسیار به روابط جنسی خارج از ازدواج مرتبط می‌سازد (Bullough and Bullough, 1996). یانگ و همکارانش در تعریف تن‌فروشی بر سازمانی بودن آن تمرکز دارند. از نظر آنان فحشا «سازمان یا الگویی از تعامل بین فردی و منحصر به زمان بین افرادی است که از حیث اجتماعی به هم مرتبط نیستند و شامل خرید و فروش خدمات سکس با یک قیمت شناخته شده و مورد توافق است» (به نقل از نجفی ابرنآبادی، ۱۳۸۴). گیدنز زنانی را روسپی می‌داند که، در یک معامله پایاپای، خدمات جنسی ارائه می‌دهند (گیدنز، ۱۳۷۷).

در راهنمای تحلیل وضعیت کارگران جنسی، کار جنسی یا روسپیگری این‌گونه تعریف شده است: «هر توافقی میان دو یا چند طرف که هدف آن منحصر به عمل جنسی باشد و با انجام آن پایان یابد و همچنین دربرگیرنده مذاکرات اولیه بر سر یک قیمت (دستمزد) باشد؛ بنابراین، با قراردادهای ازدواج و حمایت جنسی (sexual patronage) تفاوت دارد» (World Bank and UNAIDS, 2000).

زنان تعلق دارد، آنان کمتر از یک درصد ثروت جهان را در اختیار دارند. از حدود ۱/۳ میلیارد فقیر جهان، ۷۰ درصد را زنان تشکیل می‌دهند. اگرچه تعداد زنان در آموزش عالی سراسر جهان افزایش یافته است، همچنان دوسوم بی‌سوادان جهان را زنان تشکیل می‌دهند. به علاوه، فقط ۱۵ درصد مقام‌های اداری و اجرایی را زنان در اختیار دارند (تورس و روزاریو، ۱۳۷۵؛ مرتوس، ۱۳۸۲). زنان به علت اینکه مورد استثمار مردان قرار دارند، همواره محروم و بی‌قدرت‌اند. همچنین، برای زنان و مردانی که در جهت تأسیس یک جامعه جدید و خالی از تبعیض می‌کوشند، روابط نابرابر جنسیتی به صورت یک مسئله جدی درآمده است (تورس و روزاریو، ۱۳۷۵: ۱۴).

از دهه ۱۹۸۰ به بعد، مفهوم «جنسیت و توسعه» تا حدود زیادی جانشین عبارت «زن در توسعه» شد. جنسیت و توسعه با زنان کاری ندارد، بلکه به ساخت اجتماعی جنسیت و تلقی جامعه از نقش و مسئولیت زنان و مردان و انتظارات جامعه از آنان می‌پردازد. همچنین جنسیت و توسعه به تحلیل ماهیت فعالیت‌هایی که زنان در خارج و داخل خانه انجام می‌دهند توجه دارد (کولایی، ۱۳۸۴: ۴۲).

بر مبنای همین جهت‌گیری جنسیتی، سازمان ملل در سال ۱۹۹۰ نخستین بار گزارشی را با عنوان «توسعه انسانی در سطح جهان» منتشر کرد که در آن تأکید شده بود توجه صرف به شاخص‌های آماری در قالب درآمد ملی و تولید ناخالص ملی هدف اصلی توسعه را که بهبود زندگی انسان‌هاست تحت‌الشعاع قرار داده است (ازکیا، ۱۳۷۷: ۲۲). طی چند دهه گذشته، ارزیابی «شاخص توسعه انسانی» در ایران حاکی از ارتقای آن از سطح پایین به متوسط است. اما بررسی «شاخص توسعه جنسیتی» نشان می‌دهد که سرعت رشد و توسعه در حوزه مسائل جنسیتی همچنان پایین است. اگرچه میزان باسواد و تحصیلات زنان و همچنین وضعیت سلامت آنان، به عنوان یکی از مشخصه‌های توسعه جنسیتی، روندی رو به بهبود دارد، علت اصلی پایین بودن سطح توسعه جنسیتی در ایران تفاوت قابل ملاحظه سهم درآمدی زنان در مقایسه با مردان است (شادی‌طلب، ۱۳۸۱).

بر این اساس، در تحلیل علل و عوامل پدیده تن‌فروشی به عنوان یک مشکل اجتماعی و جرم، ارتباط آن با عوامل اقتصادی از

مدت‌ها پیش مورد توجه قرار گرفته است.^۱ با پیدایش جرم‌شناسی علمی نیز شاهد ارائه دیدگاه‌های مختلفی هستیم که به نوعی بین بزهکاری و عامل اقتصادی رابطه مثبتی برقرار کرده‌اند (مظلومان، ۱۳۵۱). دوگرف^۲ پس از بررسی دقیق آماری اعلام داشت: «به نظر می‌رسد که عوامل اقتصادی در ارتکاب جرایم تأثیر غیرمستقیم دارند. فقر مستقیماً عامل جرم نیست ولی به طور غیرمستقیم ممکن است استعداد بزهکاری را تقویت کند، زیرا فقر ممکن است مانع از رشد طبیعی افراد شود و از سوی دیگر ناراحتی و بی‌نظمی و اختلال را دامن بزند و موجب بروز سبزه‌جویی و انحرافات گردد که بروز جرایمی را تسهیل نماید» (به نقل از کی‌نیا، ۱۳۶۹).

باتگلیا معتقد است هر نوع جرمی که به وقوع می‌پیوندد محصول عامل اقتصادی است. بدبختی به‌تنهایی قادر است مجموعه‌ای از شرایط اخلاقی را به وجود آورد که در نتیجه آن اکثر جرایم آفریده می‌شود. بنابراین نباید تعجب کرد که بسیاری از بزهکاران و روسپی‌ها مردمان بدبخت و تنگدست باشند (به نقل از مظلومان، ۱۳۵۱). بر این اساس، فقر و نابرابری اقتصادی زنان که محصول فرایند توسعه نامتوازن و ناپایدار است آنان را به عنوان یک گروه محروم به طرف ارتکاب جرایم مختلف سوق می‌دهد.

در زمینه رابطه عمومی بین عوامل اقتصادی و بزهکاری، معمولاً از عوامل اقتصادی به عنوان مهم‌ترین دلیل فحشا و تن‌فروشی یاد می‌شود. هاردمن^۳ می‌گوید: «به دلیل محدودیت‌های مالی و اقتصادی ممکن است برخی زنان برای مقاومت در برابر فقر به فحشا روی آورند. به عبارت دیگر، گاهی فحشا یک استراتژی فعال در مواجهه با فقر است چرا که در دنیایی که مردان نسبت به زنان از هر حیث حقوق بیشتری دارند، شاید فحشا تنها راهی باشد که بیشتر زنان فاقد حامی (شوهر، پدر و برادر) را قادر به ادامه حیات سازد» (به نقل از وروایی، ۱۳۸۴).

تن‌فروشی تا اندازه‌ای بازتاب فرصت‌های نسبتاً محدود زنان در کسب شغل، درآمد خوب، استقلال اقتصادی و تأمین مالی است.

۱. رویکرد اقتصادی را متفکرانی چون لوریا (Loria)، باتگلیا (Bateglia) و توراتی (Torati) با این دیدگاه که جرم پدیده‌ای غیراجتماعی است که از تأثیر عوامل اقتصادی به وجود می‌آید در اواخر قرن نوزدهم پایه‌گذاری کردند و سوای رویکرد اقتصادی سوسیالیسم است.

2. Degreff

3. Hardman

جرم‌زدایی^۴ و هم رویکرد جرم‌انگاری^۵ به صورت توأمان وجود دارد. مبنای جرم‌زدایی پدیدهٔ روسپیگری و، در مقابل، جرم‌انگاری قوادی و بهره‌کشی جنسی عبارت است از آنکه فحشا امری شخصی است و اگرچه روسپی به تن و کرامت خود لطمه می‌زند، مجرم نیست و نیازمند تدابیر بازپروری و اصلاح است نه برخورد کیفری. بنابراین، نگاه جرم‌انگارانه به سوی قوادی است و نگاه جرم‌زدا به سوی روسپیگری.

در بررسی ۹ کشور^۶ از چهار قارهٔ مختلف (اروپا، امریکا، افریقا و آسیا)، برخی ویژگی‌های تن‌فروشی در سطح جهان به شرح زیر گزارش شده است:

- ۹۵ درصد از روسپیان آزار و اذیت جنسی را تجربه کرده‌اند. در امریکا، این آزار و اذیت‌ها که در محیط‌های کاری مختلف صورت می‌گیرد قابل پیگرد قانونی است؛
- ۶۵ تا ۹۵ درصد از افرادی که به حرفهٔ روسپیگری مشغول بودند در کودکی مورد تجاوز جنسی قرار گرفته بودند؛
- ۷۰ تا ۹۵ درصد از روسپیان حین عمل روسپیگری مورد تهاجم فیزیکی قرار گرفته بودند؛
- ۶۰ تا ۷۵ درصد از روسپیان حین عمل روسپیگری مورد تجاوز قرار گرفته بودند؛^۷
- ۷۵ درصد از روسپیان در گذشته بی‌خانمانی را تجربه کرده بودند یا در زمان بررسی بی‌خانمان بودند؛

4. criminalization

5. decriminalization

۶. کانادا، کلمبیا، آلمان، مکزیک، افریقای جنوبی، تایلند، ترکیه، ایالات متحدهٔ امریکا، زامبیا

۷. بسیاری از زنان در مورد معنی تجاوز دچار سردرگمی می‌شوند. اگر تجاوز به هر رابطهٔ جنسی ناخواسته‌ای اطلاق شود، بررسی‌ها باید به آمارهای بالاتری اشاره کنند. برخی از زنان تفاوتی بین تجاوز و روسپیگری قائل نمی‌شوند و به هر رابطهٔ جنسی که فرد مقابل اجرت آن را پرداخت نکند تجاوز می‌گویند و به وجود یا عدم وجود خشونت در رابطه توجه نمی‌کنند. به علاوه، در بسیاری از بررسی‌ها و همچنین در بررسی فارلی، با زنان مشغول به حرفهٔ روسپیگری مصاحبه و از آنها دربارهٔ تجاوز پرسش شد، درست همان‌طور که از یک سرباز جنگی در مورد تیرباران در منطقهٔ جنگی سؤال می‌شود. پاسخ‌ها به سؤال تجاوز باید بررسی علمی شوند چرا که آمارها بر این فرض تأکید دارند که درصد بالایی از زنان روسپی وقوع تجاوز و خشونت را در روسپیگری انکار می‌کنند چرا که برایشان سخت و اضطراب‌آور است که اعلام کنند تا چه حد از طرف مردان متجاوز و دلالت در معرض خطر قرار دارند.

تن‌فروشی می‌تواند برای زنانی که از لحاظ اقتصادی درآمد کمی دارند جاذبه‌هایی داشته باشد، به‌ویژه آنکه زنان اغلب می‌توانند از تن‌فروشی درآمدی به مراتب بیشتر از بسیاری از انواع کارهای قانونی به دست آورند (گرت، ۱۳۸۲). بر این اساس، اگرچه تن‌فروشی در کشورهای کمتر توسعه‌یافته یا در حال توسعه با توسعهٔ ناپایدار و نامتوازن مرتبط است، با توجه به رواج نسبتاً بالای روسپیگری در جوامع توسعه‌یافته، نقش دیگر متغیرها در این زمینه غیرقابل انکار است.

۳. وضعیت دیگر کشورها

سیاست جنایی دولت‌ها در برابر پدیدهٔ روسپیگری متفاوت است. در نظام‌های حقوقی ممنوعیت‌گرا^۱ (مانند ایالات متحدهٔ امریکا، چین، برخی کشورهای حاشیهٔ خلیج فارس) روسپیگری، سازمان‌دهی و بهره‌برداری از آن ممنوع است و جرم تلقی می‌شود. بدین سان، روسپیان و قوادان و مشتریان جملگی از نظر کیفری قابل تعقیب‌اند (نجفی ابرندآبادی، ۱۳۸۴).

در نظام‌های حقوقی قانون‌مندساز^۲ (مانند آلمان و تا اندازه‌ای هلند، یونان، ترکیه) روسپیگری یک رفتار یا پدیدهٔ نامطلوب ضروری انگاشته می‌شود و تحت مقررات اداری قرار دارد (شناسنامه‌دار کردن زنان روسپی، نظارت پزشکی، قانونی کردن روسپی‌خانه‌ها یا محله‌های خاص روسپیگری). بنابراین، از نظر حقوقی، بهره‌برداری (استفادهٔ مالی) از روسپیگری دیگری از نظر کیفری قابل تعقیب نیست. فقط اعمال مرتبط با روسپیگری دختران یا اشخاص بزرگسال را که از روسپیگری خود رضایت ندارند (روسپیگری اجباری) می‌توان تعقیب و مجازات کرد (همان).

سرانجام، در نظام‌های حقوقی الاگرا^۳ (مانند فرانسه و سوئد)، هدف لغو و محو روسپیگری نیست، بلکه الغای نظام حقوقی‌ای است که روسپیگری را قانون‌مند می‌سازد. بهره‌برداری از روسپیگری، یعنی قوادی، جرم است ولی اشخاصی را که تن به روسپیگری می‌دهند و مشتریان آنها را نمی‌توان تعقیب کیفری کرد (همان).

در اسناد بین‌المللی بر مبنای نگرش حقوق بشری، هم رویکرد

1. illegalization

2. legalization, regulation

3. abolition

حرفه وارد شده بودند (Raphael and Shapiro, 2002). بیشتر کودکان در سن ۱۴ سالگی وارد حرفهٔ روسپیگری می‌شوند.

از انواع تجارت جنسی در آمریکا می‌توان به روسپیگری خیابانی، فاحشه‌خانه‌های مخصوص ماساژ^۱، سازمان‌های ارائه‌دهندهٔ خدمات روسپیگری، کلوپ‌های لختی‌ها، محیط‌های فاسد رقاصی، روابط جنسی تلفنی، تهیهٔ فیلم و عکس سکسی از افراد بزرگسال یا کودکان (شامل تجاوز جنسی گروهی از متجاوزان کودک‌آزار یا متجاوزان عادی به کودکان)، روسپیگری کودکان، فیلم‌های ویدئویی و شبکه‌های اینترنتی سکسی، دادوستد جنسی، و جذب توریست از طریق صنعت روسپیگری اشاره کرد. بیشتر افراد پس از چند ماه فعالیت در حرفهٔ روسپیگری وارد یکی از حوزه‌های تجارت جنسی یادشده می‌شوند (Dalla, 2000; Kramer, 2003).

براساس گزارش‌ها، میانگین سنی زنان تن‌فروش در آمریکا ۳۱ سال (با انحراف استاندارد ۹) و محدودهٔ سنی آنان ۶۱-۱۴ سال است؛ ۴۲ درصد زنان قبل از ۱۸ سالگی وارد بازار تن‌فروشی شده‌اند و به طور متوسط ۱۱ سال سابقهٔ تن‌فروشی دارند؛ ۸۲ درصد زنان مورد تهاجم فیزیکی واقع شده و ۷۳ درصد آنان به زور مورد تجاوز قرار گرفته‌اند؛ ۷۵ درصد زنان مورد بحث سابقهٔ مصرف مواد مخدر و ۲۶ درصد اعتیاد به الکل را گزارش کرده‌اند. در حالی که ۸۷ درصد زنان متمایل به ترک حرفهٔ روسپیگری هستند، ۶۹ درصد آنان به اختلال عصبی پس از حادثه (PTSD)^۲ دچارند (Farley et al., 2003). یافته‌ها نشان می‌دهد که ۴۰ درصد از روسپیان خیابانی زنان رنگین‌پوست هستند. همچنین ۵۵ درصد از زنانی که دستگیر می‌شوند و ۸۵ درصد از روسپیانی که محکوم به حبس می‌شوند رنگین‌پوست هستند.

بیشتر روسپیان در دوران کودکی مورد سوءاستفادهٔ جنسی قرار گرفته‌اند. نتایج یک بررسی نشان داد که دوسوم روسپیان در سنین ۳ تا ۱۶ سالگی مورد سوءاستفادهٔ جنسی قرار گرفته بودند (میانگین سن قربانی شدن ۱۰ سال بود). دوسوم این روسپیان مورد اذیت و آزار پدر، ناپدری یا پدر رضاعی، و ۱۰ درصد آنها مورد سوءاستفادهٔ جنسی افراد غریبه قرار گرفته بودند (Silbert and Pines, 1984).

۸۹ درصد از زنان تمایل داشتند که حرفهٔ روسپیگری را ترک کنند؛

۶۸ درصد زنان تن‌فروش با نشانه‌های اختلالات عصبی ناشی از روسپیگری مواجه شده بودند. شدت علایم اختلالات عصبی که در روسپیان این بررسی مشاهده شد درست به اندازهٔ اختلالات سربازان جنگی بود که تقاضای خدمات درمانی کرده بودند؛

۸۸ درصد از روسپیان توهین‌های لفظی و تحقیرهای اجتماعی را تجربه کرده بودند (Farley et al., 2003).

ون‌وزن‌بیک (Vanwesenbeeck, 1994) بیان می‌کند که فقر و مدت زمان فعالیت در حرفهٔ روسپیگری دو عاملی هستند که موجب می‌شوند فرد روسپی با خشونت‌های بیشتری در این حرفه روبه‌رو شود.

۱.۳. کشورهای آمریکایی

قوانین مربوط به روسپیگری در آمریکا از ایالتی به ایالت دیگر بسیار متفاوت است. برای مثال، ایالت نوادا روسپیگری را تنها در شهرهای با جمعیت بیش از ۲۰۰ هزار نفر ممنوع کرده است، در حالی که ایالت آلاباما روسپیگری را جرم درجهٔ اول یا دوم در نظر می‌گیرد. سازمان اف‌بی‌آی روسپیگری را این‌گونه تعریف می‌کند: «داخل شدن در فعالیت‌های جنسی یا ترویج آنها به صورتی که هدف کسب سود باشد». روسپیان اغلب اوقات محکوم می‌شوند و حکم‌های سنگین تری نسبت به مشتریان دریافت می‌کنند (Miller, 1995). در آمریکا در مورد این مسئله که آیا روسپیگری باید قانونی شود یا نه، بحث‌های فراوانی وجود دارد. گروهی معتقدند که روسپیگری یک نوع تجاوز جنسی است و باید غیرقانونی باقی بماند و فشارهای قانونی بیشتری در برابر آن اعمال شود. گروه دیگر معتقدند که اگر روسپیگری قانونی شود و به نوعی تجارت قانونی تبدیل شود، خشونت با روسپیان کاهش می‌یابد. این گروه چنین استدلال می‌کنند که قانونی شدن می‌تواند ننگ و بدنامی ناشی از روسپیگری را کاهش دهد.

هر سال بین ۳۰۰ تا ۴۰۰ هزار کودک و نوجوان آمریکایی قربانی بهره‌برداری‌های جنسی می‌شوند. یافته‌های یک بررسی نشان داد یک‌سوم از زنانی که به حرفهٔ روسپیگری مشغول بودند قبل از ۱۵ سالگی و ۶۲ درصد از نمونه قبل از ۱۸ سالگی به این

1. massage brothel

2. Post Traumatic Syndrome Disorder

همچنین ۷۰ درصد روسپیان معتقد بودند که مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفتن در زمان کودکی بر تصمیم آنها برای روسپی شدن اثرگذار بوده است. از میان روسپانی که مورد سوءاستفاده قرار گرفته بودند، ۹۱ درصد این مسئله را برای هیچ کس فاش نکرده بودند، و تنها یک درصد آنها در مورد تأثیرات تجاوز مشاوره دریافت کرده بودند (ibid.).

نخستین تجاوزکنندگان به ۶۰ درصد از کودکان روسپی دوستانشان هستند. همچنین، در تحقیق دیگری، ۹۶ درصد از روسپانی که در نوجوانی وارد حرفه روسپیگری شده بودند از خانه فرار کرده بودند و اکثراً اظهار می کردند که هیچ انتخاب دیگری برای امرار معاش نداشتند (Silbert and Pines, 1984). در میان نوجوانان پسر روسپی، ۲۷ درصد درگیر صنعت فیلم های سکسی می شوند و احتمال دستگیر شدن مردان روسپی به جرم روسپیگری بسیار کمتر از زنان است.

۲.۳. کشورهای اروپایی

در اروپا روسپیگری عمدتاً حرفه زنان است که ۸۷ درصد از کل جمعیت کارکنان مشاغل جنسی را تشکیل می دهند. به علاوه، در تمامی کشورها، مردان همجنس گرا و افراد دوجنسی نیز بخشی از جمعیت کارکنان مشاغل جنسی شناخته می شوند. برخی از کشورهای اروپای غربی از قبیل فرانسه، یونان، لوکزامبورگ و بلژیک در گزارش های خود به درصد بالایی (۲۵-۱۵ درصد) از افراد دوجنسی مشغول به حرفه های جنسی اشاره کرده اند. سایر کشورها اغلب گزارش داده اند که حداکثر ۵ درصد از کل جمعیت روسپیان را افراد دوجنسی تشکیل می دهند. اکثر روسپیان دوجنسی متعلق به یکی از کشورهای امریکای لاتین هستند (Brussa, 2009).

در اروپا، به طور متوسط، ۷ درصد از کارکنان مشاغل جنسی مرد هستند و این نسبت از کشوری به کشور دیگر کاملاً متفاوت است. برای مثال، کشورهای استرالیا، فنلاند، دانمارک، لیتوانی و استونی گزارش داده اند که مشاغل جنسی در کشور آنها کاملاً در انحصار زنان است در حالی که لهستان گزارش می دهد که ۱۵ درصد از جمعیت روسپی این کشور را مردان تشکیل می دهند (ibid.).

شبکه تامپ^۱ اعلام کرده است که شمار افرادی که وارد حرفه روسپیگری می شوند در محدوده کشورهای عضو اتحادیه اروپا و کشور نروژ دائماً در حال افزایش است. همچنین تنوع ملیت ها در میان کارکنان مشاغل جنسی افزایش یافته است. این مسئله نباید یک افزایش فراگیر تلقی شود اما می تواند به معنی ورود افراد جدید به این حرفه و بروز تغییرات سریع در جمعیت روسپیان باشد. اعضای شبکه مذکور دریافته اند که نقل و انتقال روسپیان در کشورهای اروپایی افزایش یافته و روش های مهاجرت و جابه جایی نیز پیچیده تر شده است (برای مثال، مسیرهای مسافرتی) و، به تبع این تغییرات، تنوع ملیت ها در میان روسپیان افزایش یافته است. در طول اولین سال اجرای پروژه تامپ (۱۹۹۴-۱۹۹۳) اعضای این شبکه با روسپانی از ۱۰ تا ۱۲ ملیت مختلف کار می کردند اما در سال ۲۰۰۸، در یک محدوده جغرافیایی مشخص، با روسپانی از ۶۰ ملیت مختلف ارتباط برقرار کردند. این امر حاکی از افزایش تنوع نژادی و ملیتی و همچنین پیشینه اجتماعی و فرهنگی روسپیان است (ibid.).

در مجموع، بیشتر کارکنان حرفه روسپیگری در اروپا (به طور مشخص، نواحی غرب و جنوب و شمال اروپا که اکثر ۱۴ کشور عضو اولیه اتحادیه اروپا را شامل می شود) مهاجر هستند. در تمامی کشورهایی که عضو اولیه اتحادیه اروپا هستند، به طور متوسط، ۷۰ درصد کارکنان حرفه روسپیگری مهاجرند، در حالی که برخی کشورها مانند ایتالیا، اسپانیا، استرالیا و لوکزامبورگ گزارش می دهند که مهاجران ۸۰ تا ۹۰ درصد از جمعیت روسپیان کشورشان را تشکیل می دهند. در فنلاند، هلند، بلژیک، آلمان، فرانسه، یونان، دانمارک و نروژ ۶۰ تا ۷۵ درصد از روسپیان افراد مهاجر هستند. بالاترین میزان تعادل میان روسپیان بومی و روسپیان مهاجر مربوط به کشور پرتغال (با ۵۶ درصد مهاجر) و انگلیس (با ۴۱ درصد مهاجر) است. در انگلیس جمعیت روسپیان در شهر لندن متمرکز است (ibid.: 16). برخی منتقدان به یافته های این گزارش ها که باعث مهاجرت سیزی می شود به دیده تردید می نگرند و در آنها نوعی اروپایی محوری تنزه طلبانه می بینند.

۱. تامپ (TAMPEP) پروژه ای است برای ارتقای سلامت و پیشگیری از ایدز و ارتباط جنسی آلوده در بین کارگران جنسی (روسیان) مهاجر که در چارچوب برنامه سلامت عمومی از جانب اتحادیه اروپا حمایت و تأمین اعتبار می شود.

می‌دهد که درآمد روسپیگری به میزان قابل ملاحظه‌ای بالاتر از سایر مشاغل ساده است (ibid.).

در این تحقیق تصریح شده است که با توجه به رکود اقتصادی از آغاز هزاره سوم، انتظار می‌رود که تعداد افراد روسپی در این نواحی افزایش یابد چرا که وقتی افراد تحت حمایت سازمان‌های اجتماعی و برخوردار از امنیت اجتماعی نباشند، خطر روی آوردن آنها به روسپیگری که احتیاج به مهارت خاصی ندارد به مراتب بیشتر می‌شود (ibid.).

بررسی دیگری نشان می‌دهد که متصدیان دولتی در مناطقی که روسپیگری در آنها رونق یافته به درآمدها و سودهای قابل توجهی دست پیدا می‌کنند که قسمتی به صورت غیرقانونی و از راه دریافت رشوه کسب می‌شود و بخش دیگری به طور قانونی و از راه صدور جواز کسب و همچنین دریافت مالیات از هتل‌ها، بارها و اتاق‌های مخصوص روابط جنسی و رستوران‌هایی که رونقشان از شب‌نشینی‌هاست. یافته‌های این بررسی حاکی از آن است که بسیاری از خانواده‌های فقیر روستایی به درآمد حاصل از روسپیگری زنان متکی هستند (Agnote, 1998).

در سال‌های اخیر تعداد زنان مهاجر شاغل در صنعت روسپیگری در جنوب شرقی آسیا به میزان قابل توجهی افزایش یافته است به طوری که در حال حاضر جمعیت آنها برابر یا حتی بیشتر از مردان مهاجر است (Kaban, 1998).

رون اگرادی^۱، مدیر یک گروه تحقیقاتی که در مورد روسپیگری کودکان و صنعت فیلم‌های سکسی کودکان و همچنین تجارت جنسی کودکان تحقیق می‌کند، برآورد کرده است که در حدود ۴۰ هزار عکس و فیلم سکسی تهیه شده از کودکان را که بسیاری از آنها ساکن جنوب شرقی آسیا هستند می‌توان در شبکه‌های اینترنتی مشاهده کرد. وی همچنین اظهار می‌کند که در تجارت‌های جنسی، افراد بسیار زیادی خواستار رابطه جنسی با کودکان هستند و هر سال افرادی از سراسر دنیا به منظور برقراری رابطه جنسی با کودکان و تهیه عکس و فیلم سکسی از آنها به آسیا سفر می‌کنند (Antaseeda, 1998). از میان افراد کودک‌آزاری که بین سال‌های ۱۹۹۲ تا ۱۹۹۴ به جرم تجاوز جنسی به کودکان

بررسی‌ها نشان می‌دهد که بیش از ۶۰ کشور خاستگاه تن‌فروشان اروپایی است. این روند گسترش کشورهای مبدأ را می‌توان ناشی از مشکلاتی دانست که افراد در کشور خودشان برای کسب درآمد با آن روبه‌رو هستند. بیست کشور مبدأ که در سال ۲۰۰۸ در سراسر اروپا بیشتر از آنها نام برده شده عبارت‌اند از: رومانی، روسیه، بلغارستان، اوکراین، نیجریه، برزیل، بلاروس، مولداوی، لهستان، مجارستان، تایلند، جمهوری چک، اسلواکی، لاتویا (لتونی)، آلبانی، کلمبیا، لیتوانی، استونی، مراکش و اکوادور. روسپیان متعلق به کشورهای جدید عضو اتحادیه اروپا (رومانی، بلغارستان، مجارستان، لهستان) و کشورهای اروپای شرقی (روسیه، اوکراین، بلاروس، مولداوی) در اکثریت‌اند و بیشترین تعداد را در میان زنان تن‌فروش در اروپا دارند (ibid.: 16).

۳.۳. آسیا

سازمان بین‌المللی کار (ILO) تحقیقی در زمینه مطالعات جنسی منتشر کرده است که وضعیت و ریشه‌های اقتصادی و اجتماعی روسپیگری را در نواحی جنوب شرقی آسیا به تصویر می‌کشد. این بررسی کشورهای اندونزی، مالزی، فیلیپین و تایلند را دربرمی‌گیرد و چگونگی گسترش روسپیگری در این نواحی و تبدیل آن را به یک تجارت سودآور شرح می‌دهد، تجارتی که بر وضعیت اشتغال و درآمد ملی تأثیر گذاشته و نقش مهمی در رشد اقتصادی این کشورها ایفا کرده و می‌کند. سازمان بین‌المللی کار گزارش می‌دهد که میزان روسپیگری در این نواحی به حدی گسترش یافته است که صراحتاً می‌توان گفت حیات اقتصادی، اجتماعی و سیاسی کشورهای این ناحیه به تجارت جنسی گره خورده است. در گزارش این سازمان آمده است که عوامل اقتصادی و اجتماعی محرک صنعت روسپیگری به هیچ‌وجه کاهش نیافته‌اند و یکی از دلایل این امر روند افزایشی نرخ بیکاری در این نواحی است (Hughes et al., 1999). بالطبع پرسش‌ها و انتقاداتی در خصوص انسانی بودن این شیوه رشد اقتصادی مطرح است.

در بررسی مذکور برآورد شده است که بین ۰/۲۵ تا ۱/۵ درصد از جمعیت زنان این چهار کشور با روسپیگری سروکار دارند. همچنین، طبق برآوردهای این تحقیق، بین ۲ تا ۱۴ درصد از تولید ناخالص ملی این کشورها از طریق صنعت روسپیگری تأمین می‌شود. گزارش‌های مربوط به کشورهای مورد بررسی نشان

می‌شوند، تقریباً ۱۵۰۰ زن بنگالی در زندان هستند و حدود ۲۰۰ هزار زن و کودک به عنوان برده به فروش می‌رسند (Human Rights Organizations, 1995). هند و پاکستان مقصد اصلی و نهایی کودکان زیر ۱۶ سال است که در نواحی جنوب آسیا طعمه تجارت جنسی می‌شوند (Iijima, 1998). بین سال‌های ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۳، روزانه بیش از ۱۵۰ زن گرفتار تجارت جنسی به پاکستان منتقل می‌شدند (Sina). طبق برآوردها، روزانه ۱۰۰ تا ۱۵۰ زن به صورت غیرقانونی وارد پاکستان می‌شوند که تعدادی از آنها هرگز به خانه‌های خود بازمی‌گردند (Sarwar, 1997).

بیش از ۲۰۰ هزار تن از زنان بنگلادشی مستقر در پاکستان فاقد مدارک شناسایی و گذرنامه هستند که ۲۰۰۰ نفر از آنان در زندان‌ها یا پناهگاه‌ها به سر می‌برند. بنگلادشی‌ها ۸۰ درصد و برمه‌ای‌ها ۱۴ درصد از جمعیت مهاجران فاقد مدارک شناسایی را در شهر کراچی تشکیل می‌دهند (Awan, 1997). یک زن بنگالی یا برمه‌ای در پاکستان به قیمت ۱۵۰۰ تا ۲۵۰۰ دلار آمریکا فروخته می‌شود که قیمت این زنان بستگی به سن، زیبایی، میزان تعلیم‌پذیری و فرمانبرداری، و وضعیت بکارت آنها دارد. پلیس برای هر کودک یا زنی که به فروش می‌رسد، ۱۵ تا ۲۰ درصد کمیسیون دریافت می‌کند (Sarwar, 1997). همچنین ۱۹۰۰۰ کودک پاکستانی از طریق تجارت جنسی به امارات متحده عربی منتقل شده‌اند. دختران یتیم به عنوان همسر به مردان فروخته می‌شوند که آن مردان نیز ممکن است دوباره اقدام به فروش آنان کنند. دختران برای سه گروه: عرب‌های ثروتمند، افراد باصالت و ثروتمند محلی، و کشاورزان روستایی به مزایده گذاشته می‌شوند (CATW). ترکیه یکی از مقصدهایی است که روسپیان اوکراینی و روس تمایل دارند در آن فعالیت کنند. امروزه به روسپیان اصطلاحاً ناتاشا می‌گویند چرا که بسیاری از آنان از روسیه به کشورهای دیگر مهاجرت کرده‌اند (Vandenberg, 1997). در عین حال، فعالیت روسپیان در ترکیه تابع مقررات سختی است. در مقطعی، شدت برخوردهای خشن با روسپیان در ترکیه به حدی بود که روسپیان شهرهای جنوبی استان آدانا در این کشور دست به اعتصاب زدند و به نحوه رفتار و آزار و اذیت‌های پلیس اعتراض کردند. این روسپیان از سخت‌گیری پلیس در مورد خود شکایت داشتند چرا که به آنها اجازه بلند کردن صدای موزیک را نمی‌داد و همچنین صحبت کردن و ارتباط داشتن روسپیان با مشتریان‌شان را در خارج از محیط روسپی‌خانه

در آسیای جنوب شرقی دستگیر شده‌اند، بیشترین تعداد امریکایی (۲۵ درصد)، آلمانی (۱۸ درصد)، استرالیایی (۱۴ درصد) و انگلیسی (۱۲ درصد) بوده‌اند (Lambiet, 1998).

امروزه، به سبب ماهیت و شرایط خاص نواحی جنوب شرقی آسیا، قاچاقچیان بیش از پیش به تجارت جنسی زنان روسپی در این مناطق می‌پردازند (Kaban, 1998)، هرچند که شمار واقعی زنانی که برای مقاصد روسپیگری به بردگی گرفته شده یا از جانب دلالان فروخته شده‌اند یا در جنوب شرقی آسیا در زندان نگهداری می‌شوند از ۲۰ درصد کل جمعیت زنان فعال در حرفه روسپیگری تجاوز نمی‌کند (ibid.).

۴.۳. کشورهای منطقه

براساس داده‌های ائتلاف کاتو (CATW)^۱ آمارهایی که در مورد تجارت جنسی و روسپیگری در برخی کشورهای آسیایی منطقه به دست آمده نشان‌دهنده ارتباط تجاوزها و مناقشات نظامی، فقر و رشد پایین اقتصادی با روسپیگری است (Hughes et al., 1999). فشارهای نظامی و سیاسی در افغانستان موجب افزایش مهاجرت شده است. این وضعیت زنان افغان را در برابر تجارت جنسی و روسپیگری بسیار آسیب‌پذیر کرده است (Sinha). گروه‌های متعصب مجاهدین که کنترل بیشتر نواحی افغانستان را در دست داشتند، زنان افغان را به شبکه‌های روسپیگری پاکستان می‌فروختند (AI). در سال ۱۹۹۱، زنان افغانی را که در مرزهای افغانستان و پاکستان ربوده شده بودند در بازار به قیمت ۶۰۰ ریال بابت هر کیلوگرم از وزن آنها می‌فروختند. کودکانی که در زمان سلطه طالبان بر افغانستان تنها ۸ یا ۹ سال داشتند گزارش داده‌اند که در آن زمان تن‌فروشی می‌کردند (CATW).

در پاکستان، یک میلیون زن بنگلادشی و ۲۰۰ هزار زن برمه‌ای از طریق دادوستدهای جنسی به کراچی منتقل شده‌اند (Sinha). در ۱۰ سال اخیر، ۲۰۰ هزار زن بنگلادشی از طریق تجارت جنسی به پاکستان منتقل شده‌اند و هر ماهه ۲۰۰ تا ۴۰۰ نفر به این آمار اضافه می‌شود (CATW). در پاکستان، کشوری که بیشتر زنان بنگالی دادوستدشده و فروخته‌شده به آنجا منتقل

1. Coalition Against Trafficking Women

شده‌اند (ibid.). در کشور اسرائیل، مشتریان خدمات روسپیگری را سه گروه کارگران خارجی، یهودیان ارتدکس و عرب‌ها تشکیل می‌دهند. نزدیک به ۲۰۰ هزار کارگر خارجی قانونی و غیرقانونی در اسرائیل مشغول به کارند که اغلب جوان هستند و به نظر می‌رسد که مجردان آنها به رابطه جنسی تجاری و داشتن سکس با روسپیان روی می‌آورند (Eaves, 1998).

در اردن، روسپیگری و همجنس‌گرایی وجود دارد اما میزان آن نامعلوم است چرا که در این کشور، روسپیگری عملی غیرقانونی و مطرود محسوب می‌شود. مبلغان اسلامی، روسپیگری و همجنس‌گرایی را اعمالی غیراخلاقی به شمار می‌آورند که از کشورهای رو به انحطاط غرب به کشورشان وارد شده است (United Press International, 1998).

در سال ۱۹۹۷، صدها دختر اهل کشور اندونزی که کمتر از ۲۰ سال سن داشتند در صنعت روسپیگری عربستان فعالیت می‌کردند (Sugandhi, 1997). یکی از اقدامات پیشگیرانه عربستان سعودی در مقابله با روسپیگری این بوده است که اطلاعات مربوط به زنان تایلندی منتقل شده به عربستان را در اختیار اعضای پارلمان بانکوک قرار می‌دهد (Saardsorn, 1998).

۴. وضعیت در ایران

۱.۴. سیاست‌ها و برنامه‌ها

در تحلیل وضعیت روسپیگری، لازم است که وضعیت قانونی زنان تن‌فروش کاملاً تحلیل و ارزیابی شود (World Bank and UNAIDS, 2000). قوانین ملی مربوط به کار جنسی، به دلیل تأثیرگذاری بر مداخلات، از اهمیت زیادی برخوردارند. در واقع، بخش قابل توجهی از امکان مداخله به منظور بهبود وضعیت زنان روسپی و کاهش رفتارهای پرخطر آنان تابع وضعیت حقوقی هر کشور است. برای مثال، هرچه سیاست‌های جرم‌انگازانه در مورد زنان تن‌فروش تشدید شود، دسترسی به آنان برای دستگاه‌های ارائه‌دهنده خدمات دشوارتر می‌گردد.

سیاست‌ها، قوانین، مقررات و برنامه‌های مرتبط با تن‌فروشی را می‌توان به دو گروه تقسیم کرد: اول، گروهی که جنبه قضایی دارند و با جرم قلمداد کردن تن‌فروشی، سازوکارهای قانونی را در این زمینه مشخص می‌کنند؛ و دوم، دسته‌ای که جنبه قضایی ندارند و با حوزه‌های اجتماعی و اقتصادی یا مداخلات بهداشتی مرتبط هستند.

ممنوع کرده بود. کشور ترکیه تنها به روسپانی که مجوز روسپیگری دارند اجازه می‌دهد که در مراکز تأییدشده‌ای (general house) به فعالیت بپردازند (Anatolian News Agency, 1998).

در ماده ۲۹۱ قانون جزای مصر آمده است: اگر شخص متجاوز با زنی که به او تجاوز کرده ازدواج کند هیچ مجازاتی متوجه او نیست. عثمان عبدالفتاح عبداللطیف به زنی تجاوز کرد و سپس با وی ازدواج کرد و این زن در حال حاضر همسر اوست. بعدها عثمان با تهدید چاقو به دختر دیگری تجاوز کرد و از وی نیز تقاضای ازدواج کرد ولی دختر نپذیرفت. در نتیجه، وی محاکمه و به جرم تجاوز (زنا) محکوم شد (Abdel Kader, 1997). مجازات قانونی کسی که شخصی را ربوده و به او تجاوز کرده باشد مرگ است؛ با این حال، ۹ مرد که به جرم ربودن و تجاوز به یک دختر ۱۴ ساله دستگیر شده بودند، با تغییراتی که در حکمشان داده شد، تنها به چند سال حبس محکوم شدند (ibid.).

در شهر تل‌آویو بیش از ۱۰ هزار زن در حرفه روسپیگری فعالیت می‌کنند (CEDAW Report, 1997). هر روز مردان ۲۵۰۰۰ صورت‌حساب مربوط به قرارداد روسپیگری را پرداخت می‌کنند و ۲۵۰ هزار کارگر مرد خارجی مشغول جلب مشتری برای روسپیان هستند. زنان روسپی که در آپارتمان‌ها، بارها و روسپی‌خانه‌ها نگهداری می‌شوند ممکن است روزانه ۱۵ بار انتخاب و به کار گرفته شوند. روسپی‌ها نوبتی و در شیفت‌های ۴ ساعته استراحت می‌کنند (Specter, 1998). مافیای روسیه برای کسب سود از تجارت جنسی وارد خاک اسرائیل شده است. پلیس اسرائیل نزدیک به ۳۰ تشکیلات مشکوک به تبهکاری را تحت نظارت و کنترل قرار داده است (Connolly and Hefetz, 1998). طی ۷ سال گذشته، در حدود ۲/۵ میلیون پوند (معادل ۴ بیلیون دلار آمریکا) پول کثیف حاصل از فعالیت‌های غیرقانونی از اتحاد جماهیر شوروی سابق به اسرائیل منتقل شده و در بانک‌ها و کسب و کارهای این کشور سرمایه‌گذاری شده است. اسرائیل یکی از مناطق سودآور و پیشرفته در زمینه صنعت روسپیگری است. تعداد بسیار زیادی از روسپی‌خانه‌ها و نمایشگاه‌های سکسی^۱ که در شهرهای حیفا و تل‌آویو وجود دارند در چند سال اخیر ساخته

1. peepshows

ابعاد حقوقی

پس از پیروزی انقلاب، به پیروی از فقه اسلامی و براساس تکلیف اصل سوم قانون اساسی و لزوم انطباق کلیه قوانین و مقررات از جمله قوانین جزایی با مقررات اسلامی، جرایم به حدود^۱، قصاص^۲، دیات^۳ و تعزیرات^۴ تقسیم شدند. با تصویب قانون مجازات اسلامی (مصوب ۱۳۷۵)، بخشی از جرایم جنسی در کتاب حدود، بخش دیگری در کتاب دیات، و بخش دیگری نیز در کتاب تعزیرات بدین شرح پیش‌بینی شد:

- جرایم زنا، لواط، قوادی، مساحقه و تفخیذ در کتاب حدود؛
- ازاله بکارت، از بین رفتن قدرت جنسی مرد یا قطع آلت جنسی مرد یا زن در کتاب دیات؛
- بخش قابل توجهی در کتاب تعزیرات و مجازات بازدارنده با این عناوین: (۱) رابطه نامشروع به غیرزنا؛ (۲) ارتکاب علنی فعل حرام؛ (۳) ایجاد محل فساد و تشویق مردم به فساد و فحشا؛ (۴) تجارت و خرید و فروش اشیایی که منجر به جریحه‌دار شدن عفت عمومی می‌گردد.

با بررسی مجموعه مقررات موجود در حوزه جرایم جنسی و تن‌فروشی، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- در قوانین ایران از جرمی تحت عنوان تن‌فروشی یا روسپیگری نام برده نشده است که البته به معنای عدم برخورد کیفری و جایز بودن این عمل در نظام حقوق کیفری ما نیست، بلکه عناوین مجرمانه دیگری در حوزه مسائل جنسی وضع گردیده که بر مبنای آنها، می‌توان

کلیه مصادیق اعمال جنسی در خارج از چارچوب ازدواج را مجرمانه تلقی کرد.

- از آنجا که تن‌فروشی یا روسپیگری با جرایمی نظیر زنا یا اعمال منافی عفت وجه اشتراک دارد، مجازات روسپیگری طبق مقررات قانونی ما طیف وسیعی از مجازات‌ها را، از چند ضربه تازیانه تا مجازات سنگسار، دربرمی‌گیرد که از لحاظ شدت نیز بسیار متفاوت‌اند.
- در مجموعه مقررات کیفری کشور جرم خاصی تحت عنوان روسپیگری پیش‌بینی نشده، اما اعمال مجرمانه خاصی وجود دارد که مرتبط با روسپیگری و فحشا هستند. وضع این عناوین برای مهار فحشا کافی نیست و در این حوزه خلأهای قانونی بسیاری وجود دارد (وروایی، ۱۳۸۴: ۲۳۹).
- در قوانین موجود، تفکیکی بین زنا یا رابطه جنسی و روسپیگری وجود ندارد.
- در نظام قضایی، برخی اعمال از جمله قوادی که زمینه ارتکاب فحشا و تن‌فروشی را فراهم می‌آورد یا به گسترش دامنه آن منجر می‌شود، جرم انگاشته شده است.
- سیاست جنایی قانون مجازات اسلامی شدیداً به بسط و توسعه قلمرو جرم‌انگاری روسپیگری و ممنوعیت‌های کیفری، هم از نظر کمی و هم کیفی، گرایش دارد و قضات رسیدگی‌کننده به چنین پرونده‌هایی به شدت عمل بیشتر و تفسیر موسع‌تر از ممنوعیت‌ها تمایل نشان می‌دهند (بدائی، ۱۳۸۱: ۷۰).

ابعاد غیرحقوقی

در برنامه‌های توسعه هیچ اشاره مستقیمی به وجود پدیده تن‌فروشی نشده است و تنها در مواردی، با استفاده از عنوان کلی مشکلات یا آسیب‌های اجتماعی، دولت مکلف شده اقداماتی در این زمینه انجام دهد (مواد ۹۷، ۹۸، ۱۰۰، ۱۱۱، ۱۱۲). محوری‌ترین تکلیفی که در برنامه چهارم در زمینه رفع مشکلات اجتماعی به آن اشاره شده، ماده ۹۷ است: «دولت مکلف است به منظور پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی، نسبت به تهیه طرح جامع کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی، با تأکید بر پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر، مشتمل بر محورهای ذیل اقدام نماید.» علاوه بر این، در ماده ۸۶ برنامه چهارم توسعه، وزارت

۱. حد به مجازاتی گفته می‌شود که نوع و میزان و کیفیت آن در شرع تعیین شده است (ماده ۱۳ قانون مجازات اسلامی).

۲. قصاص کیفری است که جانی به آن محکوم می‌شود و باید با جنایت او برابر باشد (ماده ۱۴ قانون مجازات اسلامی).

۳. دیه مالی است که از طرف شارع برای جنایت تعیین شده است (ماده ۱۵ قانون مجازات اسلامی).

۴. تعزیر عبارت است از تأدیب یا عقوبتی که نوع و مقدار آن در شرع تعیین شده و به نظر حاکم واگذار شده است، از قبیل حبس، جزای نقدی و شلاق. میزان شلاق باید از مقدار حد کمتر باشد (ماده ۱۶ قانون مجازات اسلامی).

خیابانی در تهران خبر داد (معمدی، ۱۳۸۰). تعداد زیادی از گزارش‌ها نیز بر آمار مدیر کل دفتر امور آسیب‌دیدگان اجتماعی تکیه کرده‌اند. وی گفته بود که آمارهای رسمی بیانگر وجود ۴۰۰۰ زن خیابانی در ایران است. وی میزان رشد تعداد دختران خیابانی و زنان ویژه را در شش‌ماهه اول سال ۱۳۸۲ نسبت به مدت مشابه سال پیش از آن ۱۰ تا ۱۵ درصد اعلام کرده بود (معمدی، ۱۳۸۳، ۱۳۸۴).

اما کارشناسان آسیب‌های اجتماعی معمولاً میزان شیوع بیشتری را برای روسپیگری برآورد کرده‌اند. برای مثال، یک کارشناس ارشد جامعه‌شناسی در مصاحبه‌ای گفت: «آمار دختران فراری تنها در شهر تهران از ۱۲۰۰ نفر در سال ۱۳۷۹ به ۵۰۰۰ نفر در سال ۱۳۸۰ رسیده و در سال ۱۳۸۱ از ۶۰۰۰ نفر فراتر رفته است.» در همین گزارش آمده که حدود ۲۰ تا ۳۰ هزار نفر از زنان برای تأمین معاش خود و فرزندانشان تسلیم تن‌فروشی می‌شوند، و تنها در شش ماه اول سال ۱۳۸۲ صدها عشرتکده کشف شده و حدود ۲۵ هزار نفر در رابطه با فحشا دستگیر شده‌اند (انتظامی، ۱۳۸۳).

برآورد تعداد روسپیان گاه بسیار متفاوت با آمار رسمی است. برای مثال، یک جامعه‌شناس و استاد دانشگاه تعداد زنان خیابانی را در تهران به صراحت ۳۰۰ هزار نفر عنوان کرد (قرایی‌مقدم، ۱۳۸۴) که حتی با آمار ۴۰۰۰ نفری هم فاصله چشمگیری دارد. رقم ۲۰۰ تا ۳۰۰ هزار زن روسپی در کشور و ۳۰ هزار زن خیابانی در تهران نیز از جمله برآوردهای اعلام‌شده در گزارش‌های روزنامه‌هاست که فاقد هرگونه پشتوانه روش‌شناختی است (صدای عدالت، ۱۷/۱۰/۸۱). در گزارش دیگری نیز یک کارشناس آسیب‌های اجتماعی

اظهار داشت که بین ۳۰۰ تا ۶۰۰ هزار زن خودفروش در جامعه ما قابل ردیابی هستند (معینی، ۱۳۸۲). در مقابل این اظهارنظرها، مدیرکل وقت دفتر امور آسیب‌دیدگان اجتماعی بهزیستی در مصاحبه‌ای گفت: «من می‌گویم که از نظر فحشا در مرحله بحران نیستیم. فحشا رو به افزایش است چون جمعیت زیاد است، بیکاری و فقر زیاد است. من مطلقاً آمار صدهزاری و میلیونی زنان روسپی را نمی‌پذیرم. این آمار کاملاً غیرعلمی است. می‌پذیرم که فحشا رو به رشد است. آمارها هم نشان می‌دهد که انواع فساد از رشد سالانه ۱۰ تا ۱۵ درصدی برخوردار است و حداقل ظرف شش، هفت سال آینده دو برابر خواهد شد، شاید هم بیشتر. اما با تمام این احوال، کمتر از ۵ درصد جامعه درگیر این مسائل هستند و این رشد هم در بین همین ۵ درصد مشاهده می‌شود» (معمدی، ۱۳۸۲).

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دستگاه‌های ذی‌ربط مکلف شده‌اند اقدامات لازم را در جهت کاهش زیان‌های فردی و اجتماعی اعتیاد و درمان بیماری‌های ایدز و... معمول دارند. بر همین اساس نیز وزارت بهداشت، طی سال‌های اخیر، در چارچوب برنامه‌های کاهش زیان^۱، اقداماتی برای ارائه خدمات پیشگیری، کنترل و کاهش ایدز به گروه‌های در معرض آسیب، از جمله زنان تن‌فروش، انجام داده است.

۲.۴. ویژگی‌های زنان تن‌فروش

از آنجا که به طور معمول اطلاعات مربوط به تن‌فروشی و زنان تن‌فروش از جانب هیچ مرجع رسمی جمع‌آوری و منتشر نمی‌شود، مبنای برخی اطلاعات و برآوردها که در همه‌گیری‌شناسی ارائه شده تحلیل محتوای روزنامه‌ها و گزارش‌های دولتی است. اطلاعات سایر بخش‌ها نیز برگرفته از مطالعات مربوط به زنان تن‌فروش شهر تهران است. از این رو، تعمیم یافته‌های این گزارش باید با احتیاط کامل صورت پذیرد. در استفاده از مطالعات مربوط به زنان تن‌فروش شهر تهران نیز توجه به نمونه آماری تحقیق اهمیت دارد زیرا در بسیاری از موارد، گروهی خاص از زنان موضوع مطالعه بوده‌اند که باز هم ما را در تعمیم اطلاعات دچار محدودیت می‌کند. در هر حال، با توجه به غیرقانونی بودن تن‌فروشی و اعمال مجازات‌های سخت برای آن، زنان تن‌فروش در ردیف جمعیت‌های پنهان قلمداد می‌شوند که مطالعه درباره آنها بسیار دشوار و با محدودیت‌های جدی همراه است.

همه‌گیری (شیوع)

در سال‌های اخیر، میزان شیوع روسپیگری و تعداد زنان روسپی یکی از موضوعات مناقشه‌برانگیز میان صاحب‌نظران، مدیران دستگاه‌های دولتی و کارشناسان بوده است. به همین دلیل درباره میزان شیوع این پدیده نظرات بسیار متعددی مطرح شده است. به علاوه، پنهان بودن این مشکل اجتماعی نیز ارزیابی‌های متعارف درباره شیوع آن را ناممکن ساخته است.

شاید کمترین آمار در این زمینه از زبان رئیس کل وقت دادگستری استان تهران بیان شده باشد که از وجود ۲۰۰۰ زن

1. harm reduction

جمع‌آوری و به ۱۷ مرکز زنان آسیب‌دیده در کل کشور ارجاع داده شدند. محمدرضا راه‌چمنی، رئیس وقت سازمان بهزیستی کشور، در مصاحبه‌ای اعلام کرد: «به طور تقریبی عرض کنم که سالانه در حدود ۳۰۰۰ نفر به مراکز ما آمده و برگشت سالم به جامعه داشته‌اند» (روزنامه همشهری، ۸۴/۹/۳).

در برخی از برآوردهای منتشرشده، تعداد دختران فراری مبنای نظر گرفته شده زیرا آنان پس از خروج از خانه به سرعت وارد بازار تن‌فروشی می‌شوند. برای مثال، طبق گزارشی، روزانه ۴۵ دختر از خانه فرار می‌کنند که فقط ۱۳ نفر از آنها به خانه بازمی‌گردند (روزنامه رسالت، ۸۰/۴/۱۵). بر پایه این گزارش می‌توان برآورد کرد سالانه نزدیک به ۱۱۶۸۰ دختر فراری در معرض ورود به بازار روسپیگری بوده‌اند.

با توجه به گزارش‌ها و اظهارات فوق از یک سو و ماهیت پنهانی روسپیگری از سوی دیگر، به دشواری می‌توان بر پایه یک روش علمی تعداد زنان تن‌فروش را در حال حاضر تخمین زد. در واقع، همه یا لاقلاً بخش قابل توجهی از اظهارات مطرح‌شده در خصوص تعداد روسپیان فاقد پشتوانه علمی و اتکا به شواهد قابل قبول است. با این همه، ادعاهای فوق به نوعی هشدار هستند نسبت به روند رو به افزایش این مشکل اجتماعی.

ویژگی‌های فردی

سن

بر پایه پژوهش مدنی و دیگران (۱۳۸۶)، میانگین سنی زنان تن‌فروش شهر تهران معادل ۲۷/۶ سال است و بیشترین فراوانی تن‌فروشی به گروه سنی ۲۵ تا ۲۷ سال اختصاص دارد. یافته مطالعه فرمانفرمائی (۱۳۴۷) درباره میانگین سنی زنان تن‌فروش تهران ۳۰/۸ سال است. سایر مطالعات مربوط به تن‌فروشی شامل معینی (۱۳۸۱)، کامرانی فکور (۱۳۸۱)، صابری (۱۳۸۲)، وروایی (۱۳۸۴) و شرافتی‌پور (۱۳۸۴)، در مقایسه با پژوهش مدنی و دیگران (۱۳۸۶)، میانگین سنی کمتری را برای زنان تن‌فروش برآورد کرده‌اند. البته در دو پژوهش اول، جامعه آماری را گروه‌های خاصی از زنان تن‌فروش تشکیل داده‌اند. مطالعه معینی (۱۳۸۱) دختران مبتلا به اختلال جنسی در زندان‌ها و مراکز سازمان بهزیستی و مطالعه کامرانی فکور (۱۳۸۱) زنان نگهداری‌شده در مراکز بهزیستی را دربرمی‌گیرد. در حالی که در مطالعه صابری

اظهارات فرمانده وقت نیروی انتظامی در سال ۱۳۸۱ مبنی بر تشکیل ۲۹ هزار و ۳۱۸ پرونده در خصوص خانه‌های فساد که ۱۶ هزار و ۳۲۹ فقره از آنها در قالب باندهای فساد فعالیت داشته‌اند و دستگیری ۶ هزار و ۷۰۱ نفر در همین ارتباط (قالیباف، ۱۳۸۱) نیز گمانه‌زنی‌های جدیدی را درباره تعداد زنان تن‌فروش مطرح کرد زیرا در صورتی که تعداد زنان فعال در هر باند را ۳ تا ۵ نفر در نظر بگیریم، تعداد زنان در خانه‌های فساد کشف‌شده از سوی نیروی انتظامی بین ۴۸ تا ۹۰ هزار نفر برآورد می‌شود. از سوی دیگر، خانه‌های کشف‌شده باید تنها بخشی از کل خانه‌های فعال در زمینه روسپیگری محسوب شوند، و بر این اساس باید، برای برآورد تعداد زنان روسپی، دامنه ۴۸ تا ۹۰ هزار نفر را بین ۵ تا ۱۰ برابر افزایش دهیم. فرمانده وقت نیروی انتظامی، پس از اشاره به کشف ۱۶ هزار و ۳۲۹ باند فساد، یادآور شد که در این ارتباط ۶ هزار و ۷۰۱ نفر بازداشت شده‌اند، در حالی که تعداد افراد فعال در باندها نمی‌تواند کمتر از تعداد باندهای فساد باشد. باز هم در صورتی که تعداد افراد بازداشت‌شده را حدود یک‌دهم زنان فعال در زمینه روسپیگری در نظر بگیریم، به برآورد حدود ۶۰ هزار زن تن‌فروش می‌رسیم. البته عناوین خانه‌های فساد و باندهای فساد که از سوی فرمانده نیروی انتظامی مطرح شده لزوماً به معنای مورد نظر این پژوهش نیست و لذا یافته‌های فوق‌الذکر باید با احتیاط کامل مورد بررسی قرار گیرد.

در برخی روزنامه‌ها نیز گزارش‌هایی منتشر شد که فاقد منبع اطلاعات بود، از جمله روزنامه قدس (۸۱/۷/۲۵) در گزارشی نوشت که مسائل مادی نمی‌تواند تنها عامل روسپیگری در تمامی مناطق کشور به شمار آید چنانکه استان کهگیلویه و بویراحمد، به رغم آنکه جزو نواحی محروم است، با ۰/۷ درصد زن خیابانی، کمترین میزان را به خود اختصاص داده است و در مقابل، استان خراسان با ۴/۲۲ درصد و تهران با ۱۴ درصد زن روسپی بیشترین میزان را دارا هستند. در این گزارش، مبنای نسبت ارائه‌شده مشخص نیست.

در سال ۱۳۸۳ اعلام شد که به طور متوسط ماهانه ۲۲۰ زن خیابانی از سوی نیروی انتظامی و اداره مبارزه با مفاسد اجتماعی جمع‌آوری می‌شوند (روزنامه اعتماد، ۸۳/۱۲/۱۹). روزنامه‌ای دیگر هم نوشت که ۴۶۳۱ نفر به اتهام اعمال و رفتار خلاف عفت عمومی در زندان‌های کشور به سر می‌برند (روزنامه توسعه، ۸۰/۹/۱۱). در گزارشی دیگر نیز آمد که، براساس آمارهای اعلام‌شده، طی ۹ ماهه اول سال ۱۳۸۲، بیش از ۱۳۰۰ زن خیابانی در سطح کشور

با توجه به تغییرات سطح تحصیلات زنان تن‌فروش، می‌توان نتیجه گرفت که تن‌فروشی اختصاص به سطح تحصیلی خاصی ندارد.

محل تولد

اطلاعات حاصل از پژوهش مدنی و دیگران (۱۳۸۶) نشان می‌دهد که ۴۵/۶ درصد از زنان تن‌فروش شهر تهران در تهران متولد شده‌اند و بقیه در شهری غیر از تهران. این یافته‌ها با نتایج شرافتی‌پور (۱۳۸۴) تقریباً مشابه است و تفاوت اندکی با نتایج پژوهش وروایی (۱۳۸۴) دارد. در هر دو تحقیق فوق‌الذکر، کمتر از نیمی از زنان تن‌فروش شهر تهران متولد این شهر بوده‌اند. نکته حائز اهمیت افزایش قابل توجه سهم زنان تن‌فروش متولد شهر تهران در این سه پژوهش در مقایسه با یافته‌های مطالعه فرمانفرمائی‌ان (۱۳۴۷) در این زمینه است که نشان می‌دهد، در فاصله زمانی ۱۳۴۷ تاکنون، به سرعت و متناسب با تغییرات جمعیتی شهر تهران، بر نسبت متولدان شهر تهران در میان زنان تن‌فروش افزوده شده و از حدود ۹/۵ درصد به اندکی کمتر از ۵۰ درصد رسیده است.

سابقه بیماری روانی

بر پایه نتایج پژوهش مدنی و دیگران (۱۳۸۶)، ۳۲/۶ درصد از پاسخگویان سابقه مراجعه به روان‌پزشک یا روان‌شناس به دلیل مشکلات روانی داشته‌اند. سهم زنان دارای سابقه بیماری روانی در مطالعات کامرانی فکور (۱۳۸۱) و وروایی (۱۳۸۴) کمتر بوده است. در میان گروه زنان دارای سابقه بیماری روانی در پژوهش مدنی و دیگران (۱۳۸۶)، بالاترین نوع اختلال روانی افسردگی بوده و شیوع آن در میان این گروه از زنان ۴۱/۳ درصد بوده است. در دو مطالعه کامرانی فکور (۱۳۸۱) و وروایی (۱۳۸۴) شیوع این اختلال به ترتیب ۴۸/۱ و ۵۸/۸، یعنی بالاتر از پژوهش اول گزارش شده است.

ویژگی‌های خانوادگی

وضعیت تأهل

در پژوهش مدنی و دیگران (۱۳۸۶)، سهم زنان مطلقه از کل نمونه زنان روسپی معادل ۳۸/۶ درصد به دست آمده که بیش از نتایج برخی تحقیقات قبلی از جمله شرافتی‌پور (۱۳۸۴) و صابری (۱۳۸۲)

(۱۳۸۲)، شرافتی‌پور (۱۳۸۴) و وروایی (۱۳۸۴) همه یا بخشی از جامعه آماری را زنان تن‌فروش آزاد (بازداشت‌نشده) تشکیل می‌دهند و بخشی را هم زنان نگهداری‌شده در مراکز سازمان بهزیستی که اغلب دختران فراری با ویژگی‌های بسیار اختصاصی‌اند و معرف جامعه زنان روسپی نیستند.

در پژوهش مدنی و دیگران (۱۳۸۶) بالاترین فراوانی گروه سنی در تن‌فروشان شهر تهران ۲۵ تا ۲۷ سال برآورد شده که در دامنه سنی گزارش‌شده معینی (۱۳۸۱) قرار دارد. اما صابری (۱۳۸۲)، وروایی (۱۳۸۴) و شرافتی‌پور (۱۳۸۴) محدوده سنی پایین‌تری را گزارش کرده‌اند. با توجه به فاصله زمانی سه مطالعه مذکور، احتمالاً محدوده سنی پایین‌تر ناشی از جامعه آماری آنهاست که شامل دو گروه زنان تن‌فروش آزاد و زندانی یا نگهداری‌شده در مراکز سازمان بهزیستی بوده است.

تحصیلات

بر پایه یافته‌های پژوهش مدنی و دیگران (۱۳۸۶)، ۹۵/۵ درصد زنان تن‌فروش فعال در شهر تهران باسواد بوده و ۸۷/۱ درصد آنان تحصیلات دیپلم و کمتر از دیپلم داشته‌اند و بیشترین فراوانی سطح تحصیلات مربوط به دبیرستان بوده است. یافته‌های مذکور با نتایج مطالعه فرمانفرمائی‌ان (۱۳۴۷) مبنی بر بی‌سواد بودن حدود ۸۸/۷ درصد زنان تن‌فروش تفاوت جدی دارد و نشان‌دهنده تغییرات مهم در این گروه از زنان است. در میان مطالعات انجام‌شده، بالاترین نرخ بی‌سوادی زنان تن‌فروش (۱۳/۳ درصد) در مطالعه شرافتی‌پور (۱۳۸۴) گزارش شده است. مطالعه وروایی (۱۳۸۴) نسبت زنان تن‌فروش بی‌سواد را حتی کمتر از پژوهش مدنی و دیگران (۱۳۸۶) و معادل ۲/۹ درصد گزارش کرده است.

بالاترین سطح تحصیلی زنان تن‌فروش در پژوهش مدنی و دیگران (۱۳۸۶) به ترتیب دیپلم (۲۷/۶ درصد)، ابتدایی و راهنمایی (۲۶/۶ درصد)، و دبیرستان (۲۰/۶ درصد) گزارش شده که در مقایسه با دو پژوهش وروایی (۱۳۸۴) و شرافتی‌پور (۱۳۸۴) نشان‌دهنده افزایش سطح تحصیلی زنان تن‌فروش است.

نکته مهم در بررسی الگوی تحصیلی تن‌فروشان افزایش نسبت افراد باسواد در دهه‌های اخیر است. به علاوه، در این زمینه، افزایش سهم زنان دارای تحصیلات دانشگاهی نیز از اهمیت بسیار برخوردار است.

اعضای خانواده

یافته‌های پژوهش مدنی و دیگران (۱۳۸۶) درباره تعداد اعضای خانواده زنان روسپی در حد فاصل نتایج دو مطالعه فرمانفرمائی‌ان (۱۳۴۷) و وروایی (۱۳۸۴) است، به این معنا که در مطالعه مدنی و دیگران (۱۳۸۶) بیشترین فراوانی اختصاص به کسانی دارد که تعداد اعضای خانواده آنان کمتر از سه نفر اظهار شده است (۶۵/۸ درصد). در مطالعه فرمانفرمائی‌ان (۱۳۴۷) ۴۸/۵ درصد زنان یک یا دو نفر عضو خانواده داشته‌اند، در حالی که در مطالعه وروایی (۱۳۸۴) تعداد اعضای خانواده ۹۴/۵ درصد زنان دو نفر یا کمتر گزارش شده است.

نسبت زنان تن‌فروش که با فرزند یا فرزندان خود زندگی می‌کنند در مطالعه مدنی و دیگران (۱۳۸۶) ۲۷/۵ درصد گزارش شده که در مقایسه با نتایج دو مطالعه فرمانفرمائی‌ان (۱۳۴۷) و وروایی (۱۳۸۴)، به ترتیب معادل ۵۵/۲ و ۶۲/۲ درصد، کمتر است. این امر شاید تا حدودی به افزایش تمایل زنان تن‌فروش به استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری و احتمالاً کاهش بارداری ناخواسته در بین آنان و همچنین افزایش موارد سقط مرتبط باشد. از نکات حائز اهمیت در پژوهش مدنی و دیگران (۱۳۸۶) سهم ۱۱/۸ درصدی زنانی است که با شوهر خود زندگی مشترک دارند. این نسبت در مطالعه فرمانفرمائی‌ان (۱۳۴۷) ۰/۱ درصد و در مطالعه وروایی (۱۳۸۴) تنها ۲/۲ درصد برآورد شده است. این یافته و شواهد دیگر دلالت بر افزایش سهم زنان متأهل تن‌فروش نسبت به سال‌های گذشته دارد.

وضعیت والدین

یافته‌های پژوهش مدنی و دیگران (۱۳۸۶) نشان می‌دهد که والدین ۱۰/۵ درصد از زنان روسپی طلاق گرفته‌اند. این میزان کمتر از یافته‌های مطالعات صابری (۱۳۸۲)، علیایی زند (۱۳۸۳) و وروایی (۱۳۸۴) است. در تحقیقات مذکور، به ترتیب، ۱۸/۳، ۳۴ و ۴۷/۷ درصد از والدین زنان تن‌فروش طلاق گرفته بودند. بر پایه نتایج مطالعه مدنی و دیگران (۱۳۸۶)، از مجموع زنان روسپی که پدرشان در قید حیات بود، ۲۲ درصد پدر بی‌سواد داشتند. مقایسه یافته‌ها درباره میزان تحصیلات پدران زنان روسپی در تحقیقات مربوط به قبل و پس از انقلاب حکایت از کاهش سهم پدران بی‌سواد دارد، و سهم پدران بی‌سواد در این مطالعه از همه

به ترتیب معادل ۱۸ و ۱۷/۴ درصد است. در عین حال، در مطالعه فرمانفرمائی‌ان (۱۳۴۷) که در آن از سابقه طلاق زنان پرسش شده، و همچنین مطالعه علیایی زند (۱۳۸۳) که جامعه آماری آن زنان نگهداری شده در مراکز سازمان بهزیستی بوده‌اند، سهم زنان مطلقه ۸۲/۳ درصد و بیش از دو برابر یافته پژوهش مدنی و دیگران (۱۳۸۶) برآورد شده است. از سوی دیگر، سهم زنان بدون سابقه ازدواج یا مجرد که در پژوهش مدنی و دیگران (۱۳۸۶) معادل ۴۱/۸ درصد برآورد شده، در مطالعات فرمانفرمائی‌ان (۱۳۴۷) معادل ۲۱/۸ درصد، علیایی زند (۱۳۸۳) معادل ۹/۵ درصد، و وروایی (۱۳۸۴) معادل ۳۷/۲ درصد و کمتر از پژوهش نخست است. در مقابل، مطالعات معینی (۱۳۸۱)، صابری (۱۳۸۲) و شرافتی‌پور (۱۳۸۴) سهم بیشتری برای مجردان یا ازدواج‌نکرده‌ها، به ترتیب معادل ۷۱/۶، ۵۰ و ۶۶ درصد، تخمین زده‌اند.

در میان مطالعات مورد بحث، تنها شرافتی‌پور (۱۳۸۴) وضعیت زنان را در زمان اجرای پژوهش خود بررسی کرده و بر این اساس نتیجه گرفته که ۱۴ درصد زنان روسپی ازدواج کرده و متأهل هستند. این یافته‌ها با نتایج حاصل از پژوهش مدنی و دیگران (۱۳۸۶) مبنی بر آنکه ۱۵/۴ درصد زنان روسپی در وضعیت ازدواج دائم یا موقت قرار داشته‌اند همخوانی دارد.

وضعیت همسر

در مجموع، تنها همسران ۱۵/۳ درصد از جمعیت نمونه پژوهش مدنی و دیگران (۱۳۸۶) در قید حیات گزارش شده‌اند. براساس نتایج همین مطالعه، در میان همسران زنان روسپی، ۵ درصد بی‌سواد بوده و ۵۵ درصد تحصیلات کمتر از دیپلم داشته‌اند. این داده‌ها با یافته‌های فرمانفرمائی‌ان (۱۳۴۷)، وروایی (۱۳۸۴) و شرافتی‌پور (۱۳۸۴) تفاوت‌های مهم دارد، به این معنا که در این پژوهش‌ها سهم همسران بی‌سواد بی‌ترتیب ۵۴/۱، ۱۱/۷ و ۱۸/۴ درصد گزارش شده که بیشتر از پژوهش نخست است. به علاوه، در پژوهش مدنی و دیگران (۱۳۸۶)، سهم شوهران با تحصیلات زیر دیپلم کمتر و سهم شوهران با تحصیلات دیپلم و بالاتر بیشتر از سه مطالعه دیگر است. برای مثال، سهم شوهران دارای تحصیلات بالاتر از دیپلم که در تحقیقات وروایی (۱۳۸۴) و شرافتی‌پور (۱۳۸۴) به ترتیب ۴/۳ و ۶/۱ درصد گزارش شده بود، در پژوهش مدنی و دیگران (۱۳۸۶) معادل ۲۰ درصد برآورد شده است.

را در بازه سنی ۱۶ تا ۲۰ سالگی آغاز کرده‌اند (فرمانفرمائی‌ان، ۱۳۴۷؛ صابری، ۱۳۸۲؛ علیایی زند، ۱۳۸۳؛ وروایی، ۱۳۸۴؛ شرافتی‌پور، ۱۳۸۴؛ مدنی و دیگران، ۱۳۸۶). نکته قابل تأمل دیگر اینکه اغلب پژوهش‌ها نشان می‌دهند که حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد روسپی‌ها در سنین پایین‌تر از ۱۵ سال وارد این حرفه شده‌اند.

میانگین سن شروع روسپیگری در زنان در پژوهش فرمانفرمائی‌ان (۱۳۴۷) در گودنشین معادل ۳۵/۵، قلعه‌نشین ۳۲/۶، خیابانی ۲۴/۸ و زندانی ۱۷/۵ سال، در پژوهش صابری (۱۳۸۲) معادل ۱۷/۷ سال، در پژوهش وروایی (۱۳۸۴) معادل ۱۹/۴ سال، و در پژوهش مدنی و دیگران (۱۳۸۶) معادل ۲۲/۴ سال گزارش شده است. مقایسه این یافته‌ها به طور کلی حکایت از کاهش سن شروع روسپیگری در سال‌های اخیر در مقایسه با گذشته دارد. در مطالعه مدنی و دیگران (۱۳۸۶)، سن شروع در دامنه حداقل ۸ تا حداکثر ۴۳ سالگی اعلام شده است. همچنین یافته‌های پژوهش مذکور نشان داد که ۲۵/۳ درصد پاسخگویان در سنین کودکی (زیر ۱۸ سال) به تن‌فروشی روی آورده‌اند.

ویژگی اولین رابطه جنسی

با وجود آنکه بین ۲۳/۳ درصد (شرافتی‌پور، ۱۳۸۴) تا ۳۳/۶ درصد (وروایی، ۱۳۸۴) از روسپیان اولین رابطه جنسی خود را در پی ازدواج داشته‌اند، در پژوهش شرافتی‌پور (۱۳۸۴)، ۳۲/۶ درصد پاسخگویان تجاوز جنسی را اولین رابطه جنسی خود ذکر کرده‌اند. بر پایه یافته‌های مطالعه مدنی و دیگران (۱۳۸۶) نیز ۱۱/۷ درصد زنان تن‌فروش اولین رابطه جنسی خود را به اجبار برقرار کرده‌اند. سهم قابل توجه اغفال و فریب در برقراری اولین رابطه جنسی، که ۱۸/۹ درصد در مطالعه وروایی (۱۳۸۴) و ۲۲ درصد در مطالعه شرافتی‌پور (۱۳۸۴) گزارش شده، نیز از اهمیت بسیاری برخوردار است زیرا کودکان بیش از بزرگسالان در معرض اجبار به رابطه جنسی قرار دارند.

سابقه و سن ارتکاب اولین جرم

اگرچه به دلیل غیرقانونی بودن روسپیگری در قوانین قبل و بعد از انقلاب، زنان روسپی مجرم قلمداد می‌شوند، در عین حال پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهند که حدود نیمی از روسپی‌های مورد مطالعه، علاوه بر روسپیگری، مرتکب جرایم دیگر

تحقیقات پیشین، از جمله فرمانفرمائی‌ان (۱۳۴۷) معادل ۷۰/۳، علیایی زند (۱۳۸۳) معادل ۴۳/۵، شرافتی‌پور (۱۳۸۴) معادل ۴۰، و وروایی (۱۳۸۴) که این سهم را ۳۰ درصد برآورد کرده کمتر است. اگرچه تغییرات مبنی بر کاهش سهم پدران بی‌سواد همسو با تغییرات جمعیتی و کاهش جمعیت بی‌سواد کشور است، در عین حال نشان‌دهنده تغییرات جدی در الگو و عوامل روسپیگری نیز هست.

نتایج پژوهش مدنی و دیگران (۱۳۸۶) نشان می‌دهد، در میان زنان روسپی که پدرشان در قید حیات بوده، ۱۱/۵ درصد پدران بیکار بوده‌اند. این میزان بیکاری، که تقریباً معادل نرخ بیکاری جمعیت فعال کشور است، بیشتر از سهم پدران بیکار در کلیه مطالعات قبلی است، از جمله مطالعه شرافتی‌پور (۱۳۸۴) که بالاترین سهم را برای پدران بیکار در میان مطالعات قبلی و معادل ۱۰ درصد گزارش کرده است. نکته مهم دیگر اشتغال پدران به مشاغل غیرقانونی است. اگرچه در پژوهش مدنی و دیگران (۱۳۸۶) این مسئله مستقیماً سؤال نشده، با توجه به سهم ۱۴/۳ درصدی پدرانی که سابقه ارتکاب جرم و زندان داشته‌اند، احتمالاً سهم مشاغل غیرقانونی پدران باید همین میزان یا بیشتر برآورد شود که در مقایسه با تحقیقات قبلی قابل توجه است. برای مثال، در پژوهش علیایی زند (۱۳۸۳) اشاره شده که ۱۱/۸ درصد پدران زنان روسپی مورد مطالعه مشاغل غیرقانونی داشته‌اند، وروایی (۱۳۸۴) نیز سهم پدران دارای مشاغل غیرقانونی را ۵/۵ درصد برآورد کرده که در هر دو مطالعه، سهم مشاغل غیرقانونی پدران از نسبت پدران دارای سابقه جرم و زندان در مطالعه مدنی و دیگران (۱۳۸۶) کمتر است.

سهم مادران بی‌سواد در پژوهش مدنی و دیگران (۱۳۸۶) معادل ۳۳ درصد گزارش شده که از همه تحقیقات پیش از آن، از جمله فرمانفرمائی‌ان (۱۳۴۷)، علیایی زند (۱۳۸۳)، شرافتی‌پور (۱۳۸۴) و وروایی (۱۳۸۴) کمتر است. کمترین سهم مادران بی‌سواد را وروایی (۱۳۸۴) و معادل ۴۰ درصد گزارش کرده که باز هم بیشتر از نتایج مطالعه نخست است.

۳.۴. الگوهای تن‌فروشی

الگوی شروع تن‌فروشی

سن شروع تن‌فروشی

تقریباً براساس نتایج تمامی پژوهش‌ها، بیشتر روسپیان فعالیت خود

سازمان کار

مقایسه پژوهش فرمانفرمائی‌ان (۱۳۷۴)، وروایی (۱۳۸۴) و مدنی و دیگران (۱۳۸۶) بیانگر آن است که الگوی غالب فعالیت در بین روسپیان فردی است، هرچند که سهم این روش براساس مطالعات سال‌های اخیر در مقایسه با پژوهش فرمانفرمائی‌ان (۱۳۴۷) کاهش یافته و در مقابل بر سهم فعالیت زیر نظر فرد یا گروه افزوده شده است. البته باید توجه داشت که جامعه آماری مطالعه فرمانفرمائی‌ان (۱۳۴۷) روسپیان قلعه شهر نو بوده‌اند که الگوی فعالیت آنها بسیار متفاوت با جامعه مورد بررسی وروایی (۱۳۸۴) و مدنی و دیگران (۱۳۸۶) یعنی روسپیان خیابانی شهر تهران بوده است. در مطالعه مدنی و دیگران (۱۳۸۶)، ۱۷/۱ درصد زنان اظهار داشته‌اند که زیر نظر یک فرد (قواد) و ۲/۷ درصد گفته‌اند که زیر نظر گروه فعالیت می‌کنند. اما در مطالعه فرمانفرمائی‌ان (۱۳۴۷) هیچ الگوی فعالیت گروهی گزارش نشده و زنان روسپی عمدتاً در قالب سازمان سنتی درون شهر نو فعالیت داشته‌اند.

ساعات کار

مقایسه یافته‌های پژوهش فرمانفرمائی‌ان (۱۳۴۷) و وروایی (۱۳۸۴) و مدنی و دیگران (۱۳۸۶) در زمینه ساعات کار زنان روسپی نشان‌دهنده تغییر اساسی الگوی فعالیت روسپیان است. فرمانفرمائی‌ان (۱۳۴۷) گزارش می‌کند که بیش از نیمی از روسپیان زمان کار خود را صبح اظهار کرده‌اند در حالی که در مطالعه وروایی (۱۳۸۴) حدود نیمی از روسپیان پاسخگو ساعات فعالیت خود را ۱۷ تا ۲۰ اعلام داشته‌اند. مطالعه مدنی و دیگران (۱۳۸۶) نیز نشان می‌دهد ۶۹/۶ درصد زنان در حد فاصل ۱۶ بعدازظهر تا ۲۴ نیمه‌شب فعالیت می‌کنند.

این تغییر الگو می‌تواند ناشی از عوامل مختلفی از جمله تفاوت شرایط قضایی باشد زیرا در حالی که امروز تن‌فروشی جرم است و به صورت غیرقانونی انجام می‌شود، در زمان مطالعه فرمانفرمائی‌ان (۱۳۴۷)، روسپیان قلعه به صورت علنی و مشخص به روسپیگری می‌پرداختند. بخشی از این تغییر الگو نیز متأثر از ترجیحات مشتریان است.

دستمزد و مبلغ دریافتی

در میان پژوهش‌های انجام‌شده، تنها در مطالعه وروایی (۱۳۸۴) و

نیز شده‌اند. در مطالعه فرمانفرمائی‌ان (۱۳۴۷) ۳۲/۳ درصد، وروایی (۱۳۸۴) ۴۸/۹ درصد، و مدنی و دیگران (۱۳۸۶) ۴۰/۶ درصد از روسپیان مورد مطالعه سابقه بازداشت داشته‌اند.

مقایسه نتایج دو پژوهش فرمانفرمائی‌ان (۱۳۴۷) و وروایی (۱۳۸۴) درباره سن شروع ارتکاب جرم نشان می‌دهد که سن شروع در سال‌های اخیر در مقایسه با گذشته کاهش یافته است. به طور مشخص، در حالی که ۳/۵ درصد جمعیت نمونه در مطالعه فرمانفرمائی‌ان (۱۳۴۷) در سنین کمتر از ۲۵ سال مرتکب جرم شده‌اند، در مطالعه وروایی (۱۳۸۴) ۲۹ درصد جمعیت نمونه فعالیت مجرمانه را در سنین مذکور آغاز کرده‌اند. از این گذشته، در مطالعه وروایی (۱۳۸۴)، ۱۸/۵ درصد از زنان در سنین کمتر از ۲۰ سالگی اولین ارتکاب جرم را داشته‌اند. مدنی و دیگران (۱۳۸۶) گزارش کرده‌اند که ۱۳ درصد زنان قبل از شروع تن‌فروشی سابقه بازداشت و زندان به میزان یک هفته تا یک سال را داشته‌اند.

الگوی کار و بازار

معرف به بازار

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که ۱۹/۷ درصد (علیایی زند، ۱۳۸۳) تا ۲۸ درصد (صابری، ۱۳۸۲) دختران و زنان تن‌فروش به انتخاب خود وارد این کار شده‌اند. طبق اظهارات پاسخگویان، دوستان و زنان همسایه در ۵۸/۵ درصد (علیایی زند، ۱۳۸۳) تا ۶۲/۶ درصد (صابری، ۱۳۸۲) بیشترین نقش را در ورود زنان به بازار روسپیگری داشته‌اند. مطالعه مدنی و دیگران (۱۳۸۶) نیز یافته مشابهی داشته که براساس آن، ۵۴/۴ درصد زنان از طریق دوستان خود (همسایه‌ها و دیگر آشنایان بجز اقوام) با اولین مشتری آشنا شده‌اند. این نتایج نظریه همنشینی افتراقی را در تبیین علل و عوامل گرایش به تن‌فروشی تأیید می‌کند. در پژوهش‌های مورد اشاره، پدر یا مادر و همسر نیز در گروه مشوقین زنان برای تن دادن به روسپیگری قرار داشته‌اند. مطابق یافته‌های مطالعه مدنی و دیگران (۱۳۸۶) به ترتیب مشتریان، اقوام و والدین سهم بیشتری در وادار کردن زنان به اولین رابطه جنسی اجباری داشته‌اند. در این زمینه، توجه به گرایش اغلب زنان روسپی و سایر گروه‌های آسیب‌دیده اجتماعی به منتسب کردن علل وضعیت نامطلوب خود به عوامل بیرونی از اهمیت برخوردار است (فیشر به نقل از کامرانی فکور، ۱۳۸۱).

تعریف شده است. اصطلاح روسپیگری کودکان کژتابی‌هایی هم دارد چرا که طبق برخی تعاریف، کودک فاقد انتخاب و اختیار و آگاهی کامل در عمل جنسی برای انتخاب این فعالیت (یا شغل یا ارائه خدمت یا مبادله) است. در کشورهای مختلف، فارغ از اینکه رویکرد به روسپیگری انکاری، قاعده‌مند، قانونمند، یا جرم‌زدا باشد، معمولاً یک حداقل سنی برای این کار در حالت قاعده‌مند آن در نظر گرفته شده است و، در مواردی، عدول از این حداقل می‌تواند غیرقانونی و مشمول مجازات برای روسپی یا واسطه باشد. در برخی موارد می‌توان بین روسپیگری کودکان (که هنوز درک کاملی از سکس ندارند) و نوجوانان (که مرحله‌ای از رشد جنسی را طی کرده‌اند) تمایز قائل شد. به لحاظ مفهومی، مسئله روسپیگری کودکان در بسیاری موارد با مسئله سکس با کودکان، کودک‌آزاری و کار کودکان همپوشانی دارد. در مواردی هم روسپیگری کودکان با «تجارت کودکان برای بهره‌برداری جنسی»، «پورنوگرافی کودک» و «سکس توریزم کودکان» مباحث مشترکی دارد. بنابراین، روسپیگری کودکان عبارت است از هرگونه عمل جنسی کودک در مقابل پول، کالا یا خدمات، به اجبار فرد دیگر یا اجبار شرایط اجتماعی یا تقلید از مادر یا حتی به اختیار (اگر اختیار در انجام عمل برای او در قانون آمده باشد)، در هر شرایطی، اعم از اینکه کودک فاعل باشد یا مفعول، آگاه به کارش باشد یا نباشد، منافع آن را تملک بکند یا ذی‌نفع نباشد، مذاکرات آن را انجام بدهد یا از آن مطلع نباشد.

متأسفانه، به دلیل محدودیت‌های بسیار و دشواری‌های قابل پیش‌بینی، تاکنون پژوهش مستقلی درباره کودکان تن‌فروش در ایران انجام نشده و تنها در برخی مطالعات به یافته‌های مربوط به آنان اشاره شده است. مباحثات بر سر سن تن‌فروشی کودکان در سوابق پژوهشی بر روشن کردن دو موضوع متمرکز است: میانگین سنی ورود جوانان به روسپیگری، و سنی که برای تعریف روسپیان جوان به کار می‌رود. در پژوهش مدنی و دیگران (۱۳۸۶) متوسط سن شروع تن‌فروشی زنان ۲۲/۴ سال گزارش شده که در زنانی که در کودکی (پیش از ۱۸ سالگی) این کار را شروع کرده‌اند میانگین سن شروع ۱۶/۹ سال و در کسانی که در بزرگسالی (پس از ۱۸ سالگی) وارد بازار تن‌فروشی شده‌اند ۲۴/۵۳ سال بوده است. در پژوهش مورد اشاره، ۲۵/۴ درصد از جامعه آماری قبل از ۱۸ سالگی تن‌فروشی را شروع کرده‌اند. مطالعه فرمانفرمائیان (۱۳۴۷)، علیایی زند (۱۳۸۳)، وروایی (۱۳۸۴) و شرافتی‌پور (۱۳۸۴) نشان می‌دهد

مدنی و دیگران (۱۳۸۶) به بررسی بازار روسپیگری و مبلغ دریافتی به ازای هر رابطه جنسی پرداخته شده است.

بر طبق یافته‌های وروایی (۱۳۸۴)، ۲۵ درصد روسپی‌ها برای هر بار ارائه خدمات جنسی به مشتریان بین ۲۰ تا ۲۵ هزار تومان دریافت می‌کنند، ۱۳/۳ درصد روسپیان نیز اظهار داشته‌اند که کمتر از ۱۰ هزار تومان دریافت می‌دارند. تنوع مبالغ ذکرشده به ازای هر رابطه جنسی با سن و دیگر ویژگی‌های زنان روسپی و مشتریان مرتبط است. یافته‌ها در پژوهش مدنی و دیگران (۱۳۸۶) نیز نشان‌دهنده دامنه گسترده‌ای از قیمت به ازای هر نوبت رابطه جنسی است. براساس مطالعه مذکور، میانگین درآمد زنان روسپی در هفته ۱۹۲/۷ هزار تومان است و بیشترین فراوانی اختصاص به زنانی دارد که میزان درآمدشان در هفته معادل ۱۵۰ هزار تومان است. با در نظر گرفتن تعداد متوسط ۷/۲ مشتری در هفته، میانگین درآمد زنان در هر نوبت ارائه خدمات حدود ۲۶ هزار تومان برآورد شده است.

مدت فعالیت روسپیگری

وروایی (۱۳۸۴) مدت فعالیت زنان را بررسی کرده است. بر طبق یافته‌های این پژوهش، اکثر زنان تن‌فروش بین سال‌های اول تا سوم روسپیگری بوده‌اند و به تدریج از سهم روسپسانی که بیش از ۳ سال کار کرده‌اند کاسته شده است (جدول ۱).

جدول ۱. توزیع فراوانی سابقه روسپیگری در پژوهش وروایی (۱۳۸۴) (درصد)

مدت فعالیت (سال)	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	بیش از ۲۰
درصد	۱۴/۲	۳۵/۳	۲۷/۵	۱۲/۹	۵/۸	۴/۳															

این یافته‌ها با نتایج مطالعه مدنی و دیگران (۱۳۸۶) که در آن میانگین مدت تن‌فروشی زنان ۵/۸ سال برآورد شده همخوانی دارد.

۴.۴. کودکان تن‌فروش

در بسیاری از منابع اولیه، از جمله کنوانسیون حقوق کودکان^۱ (UN, 1989)، روسپیگری کودکان واداشتن کودک به روسپیگری

۱. ایران در ۵ سپتامبر ۱۹۹۱ این کنوانسیون را امضا کرده است.

سهم زنانی که قبل از ۱۵ سالگی شروع به تن‌فروشی کرده‌اند به ترتیب برابر ۲۷/۸، ۲۵، ۱۸/۴ و ۳۲ درصد کل نمونه بوده است. در عین حال، در تمامی مطالعات مورد اشاره، بیشترین فراوانی سن شروع تن‌فروشی دامنه ۱۶ تا ۲۰ سال گزارش شده است (مدنی و دیگران، ۱۳۸۶). در مجموع، به نظر می‌رسد هنوز سن شروع تن‌فروشی در ایران در مقایسه با کشورهای دیگر بالاتر است. در عین حال، سن شروع تن‌فروشی طی سال‌های اخیر به سرعت کاهش یافته و از الگوی جهانی تبعیت کرده است.

پایین آمدن سن اولین تجربه جنسی احتمال گرایش به تن‌فروشی را افزایش می‌دهد. پژوهش صابری (۱۳۸۲) نشان می‌دهد که هیچ‌یک از روسپی‌ها در سن زیر ۱۵ سال تجربه جنسی نداشته‌اند. با توجه به اینکه مطابق یافته‌های صابری، ۴۲ درصد زنان روسپی سابقه سوءاستفاده جنسی در کودکی را داشته‌اند، باید یافته فوق یعنی نداشتن تجربه جنسی در سنین کمتر از ۱۵ سال با احتیاط تحلیل و ارزیابی شود.

مطابق پژوهش شرافتی‌پور (۱۳۸۴) ۵۲/۴ درصد روسپیان و بر پایه پژوهش وروایی (۱۳۸۴) ۳۵/۹ درصد آنان در سنین زیر ۱۵ سال اولین تجربه جنسی خود را داشته‌اند. همچنان که ملاحظه می‌شود، براساس یافته‌های این دو مطالعه، سن اولین رابطه جنسی به تدریج کاهش یافته که نشان‌دهنده افزایش سهم کودکان در پدیده تن‌فروشی است. مطالعه ذکایی (۱۳۸۴) درباره سن اولین رابطه جنسی جوانان شهر تهران شامل دختران و پسران گروه سنی ۱۸-۲۹ سال نشان می‌دهد که ۹۹/۵ درصد آنان سابقه رابطه جنسی داشته و ۳۶/۳ درصد قبل از ۱۸ سالگی اولین تماس جنسی خود را تجربه کرده‌اند. نکته حائز اهمیت در این مطالعه آن است که ۲۵/۸ درصد دختران در مقابل ۴۶/۲ درصد پسران قبل از ۱۸ سالگی اولین رابطه جنسی را داشته‌اند.

در مورد تعریف سن تن‌فروشی، تحقیقات سنین مختلفی را برای «روسپی‌های جوان»^۱ در نظر گرفته‌اند. در ایران به نظر می‌رسد در مورد سن قابل مجازات یا پیگیری حقوقی روسپیگری رویه واحدی وجود ندارد. ایران پس از پیوستن به پروتکل پیشگیری، سرکوب و مجازات قاچاق اشخاص به‌ویژه زنان و کودکان در حوزه جرایم سازمان‌یافته (۱۹۹۰)، قانون مبارزه با قاچاق

انسان را در تاریخ ۱۳۸۳/۴/۲۸ به تصویب رساند. مطابق تبصره یک ماده ۲ این قانون، چنانچه فرد قاچاق شده کمتر از هجده سال تمام داشته باشد و عمل ارتكابی از مصادیق محاربه و افساد فی الارض نباشد، فرد قاچاقچی به حداکثر مجازات مقرر محکوم می‌شود. در عین حال، براساس ماده ۱۲۱۰ قانون مدنی، سن بلوغ پسر ۱۵ سال و دختر ۹ سال تمام قمری است که با توجه به ماده ۴۹ و تبصره یک آن در قانون مجازات اسلامی، اطفال یعنی کسانی که به حد بلوغ شرعی نرسیده باشند مبرا از مسئولیت کیفری هستند. به این ترتیب، تفاوت‌های قابل توجهی درباره سن کودکان روسپی‌شده بین قوانین ایران و دیگر کشورها وجود دارد.

یک موضوع مهم در تحقیقات، ارتباط بین سوءاستفاده فیزیکی، عاطفی و جنسی در کودکی و درگیر شدن در روسپیگری به عنوان پیامد آن است. فینکلهر^۲ و براون^۳ اظهار می‌دارند کسانی که در کودکی مورد سوءاستفاده جنسی قرار می‌گیرند دچار احساساتی نظیر ناتوانی، بدنامی و ترس از افشای تهاجم جنسی هستند و به رابطه جنسی به عنوان ابزاری برای کسب درآمد نگاه می‌کنند. این احساسات منجر به آسیب‌پذیری کودکان و تجاوز جنسی مجدد به آنها می‌شود و عاقبت هم به حرفه روسپیگری روی می‌آورند (Fieldwork and Browne, 1989).

یافته‌های پژوهش مدنی و دیگران (۱۳۸۶) نیز مؤید نتایج تحقیقات پیشین بود و نشان داد نسبت بزرگ‌تری از کودکان روسپی‌شده، در مقایسه با زنانی که تن‌فروشی را در بزرگسالی شروع کرده‌اند، سابقه مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفتن قبل از روسپی شدن را دارند. در تحلیل‌های چندمتغیری نیز وجود این رابطه تأیید شده است. به این ترتیب، ارتباط بین سن روسپی شدن با سابقه آزار جنسی در آزمون‌های آماری معنی‌دار بوده است. احتمال اینکه کودکانی که مورد سوءاستفاده جنسی قرار می‌گیرند در بزرگسالی به جرم روسپیگری دستگیر شوند ۲۷/۷ بار بیشتر از کودکانی است که قربانی این مسئله نمی‌شوند (Widom, 1995). احتمال ورود مردان و زنانی که در کودکی یا نوجوانی مورد تجاوز قرار گرفته یا مجبور به انجام فعالیت جنسی شده‌اند به حرفه روسپیگری ۴ برابر کسانی است که قربانی این مسئله نشده‌اند.

2. Finkelhor

3. Browne

1. juvenile prostitutes

تن فروشی، تاحدودی برخی عوامل مهم و اثرگذار توضیح داده شود. در مطالعه مذکور، براساس مدل‌های رگرسیونی، تأثیر ۷ متغیر زیر در بالاترین سطح تبیین سن شروع تن فروشی زنان ($R^2=27.2\%$) تأیید شده است:

۱. سابقه سوءاستفاده جنسی قبل از شروع روسپیگری

۲. تعداد افراد تحت تکفل در خانواده

۳. سن اولین ازدواج دائم

۴. سابقه بیماری روانی

۵. سابقه جرم و بازداشت پدر

۶. وجود فرد روسپی در میان دوستان

۷. وضعیت تأهل

در جدول ۲ برخی نتایج حاصل از دیگر مطالعات درباره میزان اثرگذاری این متغیرها ارائه شده است.

براساس مطالعه صابری (۱۳۸۲) ۶۴ درصد، علیایی زند (۱۳۸۳) ۲۲/۵ درصد، شرافتی‌پور (۱۳۸۴) ۷۶/۶ درصد، و مدنی و دیگران (۱۳۸۶) ۳۲/۲ درصد زنان تن فروش سابقه مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفتن در دوران کودکی را داشته‌اند. در پژوهش مدنی و دیگران (۱۳۸۶)، مقایسه دو گروه کودکان روسپی شده و زنانی که پس از ۱۸ سالگی تن فروشی را آغاز کرده‌اند نشان می‌دهد که فرار از خانه قبل از شروع تن فروشی متغیر تعیین‌کننده‌ای در تمایل به تن فروشی است.

۵.۴. علل و عوامل مؤثر

در مطالعات پیشین درباره علل و عوامل تن فروشی، موضوع تنها در سطح توصیفی تبیین شده است. این امر چنانکه بارها در این گزارش اشاره شده است به دلیل دشواری‌ها و ابعاد پیچیده چنین مطالعاتی است. در مطالعه مدنی و دیگران (۱۳۸۶) تلاش شد تا با معیار قرار گرفتن سن شروع و تعیین عوامل مؤثر بر سن شروع

جدول ۲. خلاصه یافته‌ها و نتیجه‌گیری‌های تحقیقات و پژوهش‌های مربوط به عوامل روسپیگری

عوامل مؤثر	مطالعات	جمع‌بندی نتایج
سابقه سوءاستفاده جنسی در کودکی	صابری (۱۳۸۲)، علیایی زند (۱۳۸۳)، شرافتی‌پور (۱۳۸۴)، مدنی و دیگران (۱۳۸۶)	نسبت قابل توجهی از زنان روسپی در کودکی مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته‌اند. دوست پسر بالاترین سهم را در سوءاستفاده جنسی از زنان در کودکی داشته است. سوءاستفاده جنسی اعضای خانواده نیز سهم قابل توجهی داشته است.
تعداد افراد تحت تکفل و نسبت آنها	فرمانفرماتیان (۱۳۴۷)، وروایی (۱۳۸۴) مدنی و دیگران (۱۳۸۶)	اکثریت روسپیان مورد بررسی افرادی را تحت تکفل خود داشته‌اند. بیش از نیمی از آنان تکفل فرزندان خود را به عهده داشته‌اند و اگر به این آمار والدین و خواهر و برادر آنها را هم اضافه کنیم، مشخص می‌شود که نزدیک به دوسوم روسپیان مسئولیت اداره زندگی فرزند، والدین، خواهر یا برادر خود را بر عهده داشته‌اند.
سن در ازدواج اول	شرافتی‌پور (۱۳۸۴)، علیایی زند (۱۳۸۳)، مدنی و دیگران (۱۳۸۶)	اکثریت زنان روسپی مورد بررسی سابقه ازدواج در سنین کمتر از ۲۰ سال را داشته‌اند.
سابقه اختلال روانی	کامرانی فکور (۱۳۸۱)، وروایی (۱۳۸۴)، مدنی و دیگران (۱۳۸۶)	حدود نیمی از روسپیان سابقه بیماری روانی داشته‌اند. هیپومان، ضعف روانی، اسکیزوفرنی، افسردگی، پارانویا و هیستری بیشترین شیوع را داشته‌اند.
سابقه جرم و بازداشت پدر	علیایی زند (۱۳۸۳)، وروایی (۱۳۸۴)، مدنی و دیگران (۱۳۸۶)	علیایی زند و وروایی با بررسی شغل پدر به ترتیب گزارش کرده‌اند که ۵/۵ و ۱۱/۸ درصد از پدران مشاغل غیرقانونی داشته‌اند. در مطالعه مدنی این متغیر بررسی و مشخص شده ۱۴/۳ درصد پدران سابقه جرم و زندان داشته‌اند.
وجود فرد روسپی در میان دوستان	صابری (۱۳۸۲)، علیایی زند (۱۳۸۳)، وروایی (۱۳۸۴)، شرافتی‌پور (۱۳۸۴)، مدنی و دیگران (۱۳۸۶)	طبق اظهارات پاسخگویان، دوستان و زنان تن فروش همسایه بیشترین نقش را در ورود فرد به روسپیگری داشته‌اند. پدر یا مادر و همسر نیز در گروه مشوقین زنان برای تن دادن به روسپیگری قرار داشته‌اند.
وضعیت تأهل / علل تجرد	فرمانفرماتیان (۱۳۴۷)، صدیق سروستانی (۱۳۷۲)، معینی (۱۳۸۱)، صابری (۱۳۸۲)، علیایی زند (۱۳۸۳)، وروایی (۱۳۸۴)، شرافتی‌پور (۱۳۸۴)، مدنی و دیگران (۱۳۸۶)	در دهه ۱۳۸۰، نسبت به دهه‌های گذشته، سهم دختران مجرد در فحشا افزایش یافته است. حدود ۱۰ درصد از زنان روسپی همسر خود را به دلیل فوت از دست داده‌اند که می‌تواند نشان‌دهنده احتمال گرایش به روسپیگری در میان زنان سرپرست خانوار به دلیل فقدان حمایت‌های اجتماعی-اقتصادی باشد. عدم تمایل به ازدواج در بخشی از زنان نشانه‌ای است از تغییر الگو و سبک زندگی زنان و دختران شاغل در روسپیگری

۵. بحث و نتیجه‌گیری

تحولات جهانی دهه‌های اخیر، به‌ویژه از ۱۹۹۰ تا به امروز که در ادامه به برخی از آنها اشاره می‌شود، باعث شده تا پدیدهٔ روسپیگری ابعاد گسترده و پیچیده و بعضاً جهانی به خود بگیرد. واکنش‌های نهادهای بین‌المللی و افزایش گزارش‌های رسمی و آکادمیک در این زمینه نشان می‌دهد که امروزه می‌توان از روسپیگری به عنوان یکی از مسائل جهانی بشر یاد کرد.

در دورهٔ معاصر، پدیدهٔ جهانی شدن توأم با فروپاشی اتحاد جماهیر شوروی و بلوک شرق و از بین رفتن مرزهای جغرافیایی سیاسی در جهان دوقطبی سابق مساوی بوده با ایجاد و گسترش پدیده‌هایی همچون جهانی شدن بازار سرمایه (و همزمان بازار تجارت جنسی)؛ گسترش مهاجرت‌های بین‌المللی (و همزمان قاچاق زنان و کودکان برای صنعت سکس)؛ توسعهٔ شبکه‌های اینترنتی و ماهواره‌ای (و ایجاد شبکه‌های گستردهٔ تجارت جنسی)؛ گسترش توریسم بین‌المللی (و توسعهٔ توریسم جنسی و آژانس‌های خدمات جنسی در کشورهای مبدأ)؛ رواج شهرنشینی در بیشتر نقاط جهان و گسترش و رشد مناطق حاشیه‌ای و تهیدستان شهری (و ورود اجباری بخشی از زنان و کودکان این مناطق به تجارت سکس)؛ بروز جنگ‌های قومی و نآرامی‌های داخلی در نقاط مختلف جهان، از بوسنی در اروپا تا رواندا در افریقا و قرقیزستان در آسیا، در کنار جنگ‌های پساستعماری تحت لوای مبارزه با تروریسم در خاورمیانه از جمله افغانستان و عراق و بی‌پناهی زنان و کودکان و افتادن آنها در دام قاچاقچیان انسان؛ بحران‌های مالی سرمایه‌داری معاصر و پیامدهای آن از جمله بیکاری، فروپاشی خانواده و معیارهای اخلاقی و ازهم‌گسیختگی جوامع؛ و تغییرات ارزشی و اجتماعی جوامع بشری از جمله بالا رفتن سن ازدواج، بلوغ زودرس نوجوانان، گسترش مصرف مواد مخدر و الکل و رفتارهای پرخطر، بمباران رسانه‌ای در تبلیغ امور جنسی و عوامل متعدد دیگر که باعث بروز واکنش‌های مختلفی در سطح جهانی به این پدیده شده است، از جمله:

- از منظر قانونی و سیاست‌های حقوقی و قضایی مربوط به روسپیگری، هنوز رویکردهای مختلفی در مواجهه با این پدیده وجود دارد، از جمله رویکرد غیرقانونی شمردن و جرم‌انگاری روسپیگری، اعم از شمول هر دو وجه عرضه و تقاضا یا تمرکز بر یکی از آنها، رویکرد قاعده‌مندگرا براساس کنترل عرضه یا تقاضا یا هر دو، رویکرد قانونی شمردن و جرم‌زدایی، و رویکرد محوگرا، اعم از جرم‌انگارانه یا جرم‌زدایانه با تمرکز بر کاهش تقاضا، لیکن رویکردها اغلب از تمرکز بر جرم‌انگاری و عرضه‌محوری به سمت جرم‌زدایی و چندجانبه‌گرایی در حال تغییر است. همچنین سوگیری مجازات‌ها و قضاوت‌ها به سمت عادلانه‌تر شدن متحول شده است.
- از منظر سیاستی و برنامه‌ای و خصوصاً رویکردهای توسعه‌گرا، روسپیگری از عوامل ناپایداری به شمار می‌آید که می‌تواند در وجه اقتصادی باعث ایجاد بازار سیاه، درآمدهای غیرقانونی و فساد اقتصادی، بازتولید فقر و ناتوانی شود. همچنین در وجه اجتماعی باعث ناپایداری خانواده، افزایش نرخ طلاق، گسترش جرم و خشونت، تضییع حقوق بشر زنان و کودکان، برده‌داری و بهره‌کشی از انسان‌ها، کاهش اعتماد اجتماعی، و رشد آسیب‌های اجتماعی گردد؛ و نهایتاً در وجه زیستی، عامل گسترش بیماری‌ها و تهدیدکنندهٔ سلامت جوامع باشد. لذا باید در برنامه‌ریزی‌های توسعهٔ پایدار به آن توجه شود. امروزه، در بیشتر سیاست‌گذاری‌ها، معضل روسپیگری به عنوان یک مسئلهٔ جامعهٔ بشری ادراک شده و سیاست‌های برخورد با آن از سیاست‌های محلی به سمت سیاست‌های جهانی تحول یافته است.
- از منظر جامعهٔ مدنی، شاهد ورود نهادها و سازمان‌های غیردولتی و مدنی ملی و بین‌المللی به این مسئله بوده‌ایم

- از منظر نهادی، سازمان‌های بین‌المللی از جمله سازمان ملل متحد، سازمان جهانی بهداشت، سازمان بین‌المللی کار، و ده‌ها نهاد بین‌المللی و منطقه‌ای مانند اتحادیهٔ اروپا با وضع کردن کنوانسیون‌ها و قوانین و مقررات بین‌المللی و

بین ۲۰ تا ۳۰ درصد روسپیان ایران نیز مانند روسپیان اکثر کشورها سابقه تجاوز و سوءاستفاده و آزار جنسی و فرار از خانه را در کودکی دارند که البته میزان آن پایین‌تر از معیار جهانی (۶۵ تا ۹۵ درصد) است (صابری، ۱۳۸۲؛ علیایی زند، ۱۳۸۳؛ شرافتی‌پور، ۱۳۸۴؛ مدنی و دیگران، ۱۳۸۶؛ Silbert and Pines, 1984؛ Brussa, 2009؛ Farley et al., 2003).

پایین بودن سطح تحصیلات و مهارت‌های شغلی از دیگر وجوه مشترک بین روسپیان ایران و دیگر کشورهاست (فرمانفرمائی‌ان، ۱۳۴۷؛ توریکیان، ۱۳۵۷؛ صدیق سروسستانی، ۱۳۷۲؛ مهبودی، ۱۳۷۸؛ کامرانی فکور، ۱۳۸۱؛ صابری، ۱۳۸۲؛ علیایی زند، ۱۳۸۳؛ وروایی، ۱۳۸۴؛ شرافتی‌پور، ۱۳۸۴؛ مدنی و دیگران، ۱۳۸۶؛ Brussa, 2009؛ Silbert and Pines, 1984؛ Hughes et al., 1999؛ Farley et al., 2003).

روسیپگری در کلانشهرها و شهرهای توریستی و در بین جمعیت تهیدست شهری و مهاجر رواج بیشتری دارد. بیشتر روسپی‌ها موارد تجاوز و خشونت را هنگام کار گزارش داده‌اند. مصرف مواد و الکل نیز در میان آنها بالاتر از معیار جامعه است (کامرانی فکور، ۱۳۸۱؛ وروایی، ۱۳۸۴؛ مدنی و دیگران، ۱۳۸۶؛ Silbert and Pines, 1984؛ Farley et al., 2003).

روسیپی‌ها غالباً دچار اختلالات روانی خصوصاً افسردگی هستند و بین ۶۰ تا ۷۵ درصد آنها تمایل به ترک روسپیگری دارند (فرمانفرمائی‌ان، ۱۳۴۷؛ وروایی، ۱۳۸۴). همچنین تحقیقات و برآوردها حاکی از افزایش روسپیگری کودکان، شیوع پدیده از اقشار تهیدست به طبقات متوسط جامعه، و نشانه‌های تحرک بالا برای روسپیگری در کشورهای منطقه است (مدنی و دیگران، ۱۳۸۶؛ Hughes et al., 1999).

۲.۵. تفاوت‌ها

روسیپگری در ایران تفاوت‌های عمده‌ای هم با دیگر کشورها دارد. اولاً الگوی غالب روسپیگری در ایران کار فردی است و بازار روسپیگری به معنای اقتصادی کاملاً شکل نگرفته است. پایین بودن نرخ رشد درآمدها نسبت به تورم، عدم امکان توسعه و سازمان‌دهی و تنوع‌بخشی به فعالیت‌ها، پایین بودن نرخ قاچاق خارجی‌ان برای روسپیگری به ایران، و عدم امکان و اطمینان از سرمایه‌گذاری مانع شکل‌گیری بازار روسپیگری شده است. این در

که، علاوه بر گسترش احساس مسئولیت اجتماعی، در بسیاری موارد ناکارآمدی‌های دولتی را پوشش داده است. تحول اخیر در این زمینه شکل‌گیری نهادهای مدنی به کوشش خود کارگران جنسی یا قربانیان صنعت سکس در برخی کشورهاست. تحولات این عرصه بی‌تردید در پیوند با رشد و توسعه جنبش‌های اجتماعی خصوصاً جنبش‌های زنان بوده است.

• از منظر آکادمیک و اندیشه‌ورزی، بحث درباره روسپیگری همواره به سمت شفافیت بیشتر سوق یافته است و صاحب‌نظران برای حل این معضل به شناخت دقیق‌تر آن اقدام کرده‌اند. توجه به عوامل روسپیگری از عوامل فردی به سمت عوامل اجتماعی، و تحلیل‌ها و پژوهش‌ها از مطالعات غیرتجربی و انتزاعی به سمت روش‌های مطالعه میدانی و علمی و تجربی متمایل شده است.

وضعیت فوق این امیدواری را پدید می‌آورد که، در صورت برخورد جدی‌تر و ادامه پایداری روند تغییر روش برخورد با پدیده روسپیگری، آینده عادلانه‌تری در انتظار زنان تن‌فروش باشد.

پدیده تن‌فروشی در هر منطقه و کشور تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای با دیگر کشورها و مناطق دارد. هرچند نمی‌توان براساس یافته‌های پژوهشی محدود موجود در خصوص شیوع یا نرخ رشد روسپیگری در ایران اظهارنظر دقیق کرد، اما براساس پژوهش‌ها می‌توان گفت که الگوی روسپیگری در ایران به لحاظ پارامترهای اجتماعی (وضعیت آموزش و پیشینه خانوادگی و موقعیت طبقاتی و...) شباهت زیادی با الگوی متوسط جهانی (به غیر از کشورهای افریقایی و کشورهای فقیر آسیای جنوب شرقی و امریکای لاتین) دارد. در ادامه به شباهت‌ها و تفاوت‌های این الگوها با یکدیگر می‌پردازیم.

۱.۵. شباهت‌ها

بیشتر روسپیان به لحاظ اجتماعی دارای پیشینه فردی و خانوادگی ناپه‌نجاری هستند. در این میان، فقر والدین و معتاد یا مجرم بودن آنان و بدسرپرستی سهم بالاتری در گرایش به روسپیگری دارد (علیایی زند، ۱۳۸۳؛ وروایی، ۱۳۸۴؛ مدنی و دیگران، ۱۳۸۶؛ Silbert and Pines, 1984؛ Brussa, 2009؛ Farley et al., 2003).

اشتغال، فقر، و بالا رفتن هزینه‌های زندگی اشاره کرد. در وجه اجتماعی، جوانی جمعیت، بالا رفتن سن ازدواج، افزایش نرخ طلاق و ناپایداری خانواده، افزایش شهرنشینی تک‌سری (ماکروسفالی) توأم با ازدیاد فقرای شهری و مهاجرت، شکاف طبقاتی و احساس محرومیت در کنار آنومی اجتماعی می‌تواند از جمله عوامل ایجاد و تشدید روسپیگری باشد. در وجه فرهنگی نیز رشد ارزش‌های مادی، قرار گرفتن روزافزون و گریزناپذیر در معرض ارزش‌های لذت‌گرایانه سرمایه‌داری جهانی، و کالایی شدن دم‌افزون هرچیزی همزمان با سست شدن ارزش‌های فرهنگی گذشته را می‌توان از جمله عوامل تهدید برشمرد. نهایتاً ساختار سیاسی کشور، که تأثیر بی‌واسطه‌ای بر سیاست‌ها و برنامه‌ها و قوانین و مقررات دارد، به طور انعطاف‌ناپذیری از مواجهه شفاف با این پدیده سر باز می‌زند، شرایطی که یادآور رویه گذشته در مواجهه با معضلاتی همچون اعتیاد یا ایدز است.

با وجود این، جامعه ایران ظرفیت‌هایی نیز در مواجهه با این پدیده در خود دارد. اعتقادات مذهبی و ارزش‌های اخلاقی همواره در طول تاریخ جایگاه مهمی در فرهنگ جامعه ایرانی داشته است. پایداری ساختارهای سنتی مبتنی بر قومیت و مذهب، ارزش کرامت انسان‌ها به‌ویژه زنان و کودکان، وجود کنترل و نظارت اجتماعی غیررسمی و سنتی در بسیاری از شهرهای ایران به‌ویژه شهرهای متوسط و کوچک، اهمیت خانواده و پیوند آن با خویشاوندی به عنوان عامل هویت‌ساز، سخت‌گیری‌ها و محدودیت‌های جدی دین اسلام به عنوان دین اغلب مردم ایران در روابط جنسی و تأکید آن بر خانواده و بعضاً ظرفیت‌های قابل تفسیرش در روابط جنسی همچون صیغه، در کنار محدودیت‌های ساختاری و قانونی نظام حاکم برآمده از انقلابی با ایدئولوژی اسلام شیعی که باعث ایجاد نظام قضایی و قانون فقه‌مبنا شده و منجر به نظارت و کنترل رسانه‌ها و تبلیغات، روابط اجتماعی مرد و زن در عرصه‌های عمومی و گاه خصوصی، تبلیغ خانواده‌گرایی و حمایت‌های دولتی هرچند محدود از آن، ممنوع شدن فعالیت کلوب‌ها، بارها و فضاهای عمومی از این دست، محدود شدن فعالیت‌های توریسم در ایران، و وجود انواع سخت‌گیری‌ها و محدودیت‌های مرتبط با روابط جنسی باعث کنترل ضمنی پدیده روسپیگری شده است، هرچند که برخی از موارد فوق ممکن است تنها با نگاهی یکجانبه در مهار روسپیگری مفید باشد و جوانب چالش‌برانگیز دیگری داشته باشد.

حالی است که کشورهای مجاور از جمله پاکستان، کشورهای عربی حوزه خلیج فارس، برخی جمهوری‌های تازه استقلال‌یافته شمالی، و بازارهای مثل هند و کشورهای آسیای جنوب شرقی تجارت پررونقی در این حیطه دارند. ثانیاً تهدید این پدیده در ایران بیشتر محدود به سلامت خود روسپی‌هاست و جنبه اجتماعی آن در حد بحرانی نیست. با آنکه موارد انتقال ایدز ناشی از روابط پرخطر جنسی افزایش یافته است، اما آگاهی‌های جنسی روسپیان و محافظه‌کاری مشتریان موجب مهار ضمنی خطر شده است که البته نمی‌تواند نشان‌دهنده وجود سازوکار قابل اتکایی برای آینده باشد. در بعد اجتماعی نیز سن ورود به روسپیگری در ایران بین ۱۶ تا ۲۲ سال و هنوز بالاتر از معیار جهانی است (۱۵/۵ تا ۱۶/۹ سالگی در Farley et al., 1996 و Lowman and Frasser, 1996 و ۱۴/۱ سالگی در Farley et al., 2003)، هرچند که تحقیقات نشان می‌دهند این سن در حال کاهش است (فرمانفرمائی، ۱۳۴۷؛ صابری، ۱۳۸۲؛ علیایی زند، ۱۳۸۳؛ وروایی، ۱۳۸۴؛ شرافتی‌پور، ۱۳۸۴؛ مدنی و دیگران، ۱۳۸۶؛ Farley et al., 2003؛ Brussa, 2009؛ Silbert and Pines, 1984؛ Lowman and Frasser, 1996؛ Hughes et al., 1999).

موارد بی‌خانمانی در بین روسپیان مورد مطالعه در ایران بسیار پایین گزارش شده است.

همچنین به لحاظ حقوقی، ایران از معدود کشورهایی است که در آن قوانین روشن و وحدت رویه در برخورد با تن‌فروشی وجود ندارد و مجازات این کار ممکن است حتی تا اعدام نیز تعیین شود. در سمت تقاضا نیز، به دلیل تنوع نداشتن عرضه به‌خصوص در قالب آژانس‌های خدمات جنسی، مشتریان روسپیگری در ایران در تمام طبقات اجتماعی و گروه‌های درآمدی متقاضی روسپی‌های خیابانی‌اند و تفکیک بازار هنوز به طور کامل صورت نگرفته است (مدنی و روشن فکر، ۱۳۸۸).

۳.۵. چالش‌ها

کشور ایران از جمله جوامع کم توسعه‌یافته است که تأمل در ساختارهای اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی آن می‌تواند بسیاری از تهدیدهای مرتبط با این پدیده را نمایان سازد. در وجه اقتصادی، از میان عوامل ایجادکننده و گسترش‌دهنده مشکلات و آسیب‌های اجتماعی از جمله روسپیگری، می‌توان به بالا بودن نرخ بیکاری همزمان با محدودیت ظرفیت صنایع و بازار برای ایجاد

دانشگاه تربیت مدرس.

کولایی، الهه. (۱۳۸۴)، *نقش زنان در توسعه کشورهای اسلامی (با تأکید بر خاورمیانه و جنوب شرقی آسیا)*، تهران، دانشگاه تهران.

کی‌نیا، مهدی. (۱۳۶۹)، *جامعه‌شناسی جنایی*، تهران، دانشگاه تهران.

گرت، استیفانی. (۱۳۸۲)، *جامعه‌شناسی جنسیت*، ترجمه کتابون بقایی، تهران، نشر دیگر، چ ۲.

گیدنز، آنتونی. (۱۳۷۷)، *جامعه‌شناسی*، ترجمه منوچهر صبوری، تهران، نشر نی، چ ۴.

مدنی قهفرخی، سعید، ژاله شادی‌طلب و فریبرز رییس‌دانا. (۱۳۸۶)، *ارزیابی سریع وضعیت تن‌فروشی با تأکید بر رفتارهای مرتبط با ایدز در شهر تهران*، دفتر جمعیت سازمان ملل در تهران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (مرکز مدیریت بیماری‌ها)، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

مدنی قهفرخی، سعید و پیام روشن‌فکر. (۱۳۸۸)، «ویژگی‌های مشتریان تن‌فروشی از دیدگاه زنان تن‌فروش خیابانی شهر تهران»، *رفاه اجتماعی*، ش ۳۴.

مرتوس، جولی. (۱۳۸۲)، *آموزش حقوق انسانی زنان و دختران*، ترجمه فریبرز مجیدی، تهران، نشر مادر.

مظلومان، رضا. (۱۳۵۱)، *جامعه‌شناسی کیفری (جزوه)*، تهران، دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران.

معمودی، مهدی. (۱۳۸۰)، *روزنامه حیات نو* (۱۳۸۰/۸/۲۷)؛ *روزنامه توسعه* (۱۳۸۰/۹/۱۱).

_____. (۱۳۸۲)، *روزنامه شرق* (۱۳۸۲/۸/۴، ۱۳۸۲/۸/۶)؛ *روزنامه همبستگی* (۱۳۸۲/۸/۱۱).

_____. (۱۳۸۳)، *روزنامه ابرار* (۱۳۸۳/۴/۲۱)؛ *روزنامه جمهوری* (۱۳۸۳/۴/۲۳)؛ *روزنامه جام جم* (۱۳۸۳/۷/۱۹)؛ *روزنامه اعتماد* (۱۳۸۳/۱۲/۱۹).

_____. (۱۳۸۴)، *روزنامه جوان* (۱۳۸۴/۱/۳۰)؛ *روزنامه مردم‌سالاری* (۱۳۸۴/۲/۱۸).

معینی. (۱۳۸۲)، *روزنامه شرق* (۱۳۸۲/۸/۱۹).

معینی، نقیسه. (۱۳۸۱)، *بررسی مقایسه‌ای ویژگی‌های شخصیتی، هویت مذهبی و حمایت‌های اجتماعی زنان ویژه شهر تهران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی.

مهاجر، فیروزه. (۱۳۸۶)، *روسیگری در ادبیات معاصر فارسی*، در: زنستان، وبگاه مرکز فرهنگی زنان.

مهبودی، مسعود. (۱۳۷۸)، *مقایسه سبک اسناد علی زنان ویژه با زنان عادی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.

نجفی ابرندآبادی، علی‌حسین. (۱۳۸۴)، «زن در جرم‌شناسی و حقوق کیفری»، *مجموعه مقالات زن و حقوق کیفری*، به کوشش نسرين

سرانجام نباید از این نکته غافل بود که نداشتن اطلاعات شفاف و شناخت علمی از این پدیده قضاوت دقیق در مورد تغییر شکل و بروز و شیوع آن در لایه‌های پنهان و پیامدهای غیرمستقیم آن را دشوار و مخدوش می‌سازد.

منابع

ازکیا، مصطفی. (۱۳۷۷)، *جامعه‌شناسی توسعه*، با همکاری غلامرضا غفاری، تهران، نشر کلمه.

انتظامی. (۱۳۸۳)، *روزنامه نسیم صبا* (۱۳۸۳/۱/۲۴).

بداغی، فاطمه. (۱۳۸۱)، «خلأهای قانونی و انحرافات اجتماعی»، *فصلنامه شورای فرهنگی اجتماعی زنان*، ش ۱۷ و ۱۸.

تورس، اماری‌لیس و روزاریودل روزاریو. (۱۳۷۵)، *جنسیت و توسعه*، ترجمه جواد یوسفیان، تهران، نشر بانو.

توریکیان، هوریکیان. (۱۳۵۷)، *بررسی شمای اقتصادی و اجتماعی روسپیان از کارافتاده ساکن قلعه شهر نو*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد خدمات اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی.

ذکایی، محمدمسعود. (۱۳۸۴)، *بررسی رفتارهای خطرناک جوانان با تأکید بر روابط جنسی آزاد (مطالعه موردی شهر تهران)*، تهران، سازمان ملی جوانان.

شادی‌طلب، ژاله. (۱۳۸۱)، *توسعه و چالش‌های زنان ایران*، تهران، نشر قطره. شرافتی‌پور، جعفر. (۱۳۸۴)، *بررسی ویژگی‌های اجتماعی و اقتصادی زنان خیابانی در شهر تهران*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد فرماندهی و مدیریت انتظامی، دانشگاه علوم انتظامی.

صابری، زهرا. (۱۳۸۲)، *بررسی ویژگی‌های خانوادگی، اجتماعی زنان روسپی در مقایسه با زنان عادی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس.

صادق سروستانی، رحمت‌الله. (۱۳۷۲)، *فاصله فروماندگی تا فرومایگی (نگرشی جامعه‌شناختی به ویژگی‌ها و وضعیت زنان و دختران آسیب‌دیده اجتماعی در مراکز بازپروری)*، شورای پژوهشی دانشگاه تهران.

علیایی زند، شهین. (۱۳۸۳)، «بررسی عوامل مؤثر در گرایش به روسپیگری»، *رفاه اجتماعی*، ش ۵.

فرمانفرمائی، ستاره. (۱۳۴۷)، *روسیگری در شهر تهران*، تهران، آموزشگاه عالی خدمات اجتماعی.

قالیباف، احمد. (۱۳۸۱)، *روزنامه جوان* (۱۳۸۱/۱۱/۲۱).

قزایی‌مقدم، احمد. (۱۳۸۴)، *روزنامه همبستگی* (۱۳۸۴/۱۱/۴).

کامرانی فکور، شهربانو. (۱۳۸۱)، *بررسی مقایسه‌ای خصوصیات روان‌شناختی زنان ویژه با زنان عادی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی،

- Disorder", *Journal of Trauma Practice* 2/3-4: 33-74; also available at: www.prostitutionresearch.com
- Fieldwork, D. and A. Browne. (1989), *Initial and Long-term Effects: A Conceptual Framework*.
- Hughes, Donna M., Laura Joy Sporcic and Nadine Z. Mendelsohn. (1999), Factbook on Global Sexual Exploitation, Coalition Against Trafficking in Women CATW, available at: <http://www.uri.edu/artsci/wms/hughes/factbook.htm>
- Human Rights Organizations in Pakistan. (1995), *Trafficking in Women and Children: The Cases of Bangladesh*.
- Iijima, Masako. (1998), "S. Asia Urged to Unite against Child Prostitution", Reuters.
- Kaban, E. (1998), "UN Labour Body Urges Recognition of Sex Industry", Reuters, 18 August.
- Karmer, L. (2003), "Emotional Experiences of Performing Prostitution", in: M. Farley (ed.).
- Lambiet. (1998), "End Child Prostitution", in *Asian Tourism Study*.
- Lowman, J. and L. Frasser. (1996), *Violence Against Persons Who Prostitutes: The Experience in British Columbia*, Canada, Department of Justice.
- Miller, J. (1995), "Gender and Power on the Streets: Street Prostitution in the Era of Crack Cocaine", *Journal of Contemporary Ethnography*.
- Raphael, J. and D. L. Shapiro. (2002), *Sisters Speak Out: The Lives and Needs of Prostituted Women in Chicago*, Illinois: Center for Impact Research.
- Saardsorn, Preecha. (1998), "Saudi Women Procurer Surrenders before Police", *The Nation*.
- Sarwar, Beena. (1997), Rights – South Asia: Slavery Still A Thriving Trade, IPS, available at: www.ipsnews.net
- Silbert, M. H. and A. M. Pines. (1984), *Pornography and Sexual Abuse of Women*.
- Sinha, Indrani. "Paper on Globalization and Human Rights", SANLAAP India.
- Specter, Michael. (1998), "Traffickers' New Cargo: Naive Slavic Women", *New York Times*.
- Sugandhi, Mien. (1997), "Hundreds of RI's Women Believed to Work as Prostitutes in Saudi Arabia", Kompas.
- مهران، تهران، انجمن ایرانی حقوق جزا.
وروایی، اکبر. (۱۳۸۴)، بررسی عوامل روسپیگری خیابانی در تهران بزرگ، پایان‌نامه دکتري حقوق، دانشگاه تهران.
- Abdel Kader, Soha. (1997), "Hypocrisy and Sex Crime", *Middle East Times*.
- Agnote, D. (1998), "Sex Trade: Key Part of S.E. Asian Economies, Study Says", Kyodo News, 18 August.
- AI International Secretariat. (1998), "Women in Afghanistan: A Human Rights Catastrophe", Amnesty International, 27 May.
- Anatolian News Agency. (1998), "Turkish Prostitutes on Strike over Police Pressure", Reuters.
- Antaseeda, Poona. (1998), "Expert Urges Global Law to End Child Pornography on the Internet", *Bangkok Post*.
- Awan, Zia Ahmed. (1997), "Rights – South Asia: Slavery Still A Thriving Trade", IPS, 29 December.
- Brussa, Licia. (2009), Sex Work in Europe: A Mapping of the Prostitution Scene in 25 European Countries, Netherlands, TAMPEP International Foundation, available at: www.tampep.eu
- Bullough, B. and V. I. Bullough. (1996), "Female Prostitution: Current Research and Changing Interpretation", *Annual Review of Sex Research* 7.
- CEDAW Report. (1997), *Women's Prison*.
- Coalition Against Trafficking Women (CATW). (1997), Trafficking in Women and Prostitution in the Asia Pacific, CEDAW Report, available at: <http://www.catw-ap.org>
- Connolly, Kevin and Asaf Hefetz. (1998), "How Russia's Mafia is Taking over Israel's Underworld", BBC.
- Dalla, R. L. (2000), "Exposing the 'pretty woman' Myth: A Qualitative Examination of the Lives of Female Streetwalking Prostitutes", *Journal of Sex Research*.
- Eaves, Elisabeth. (1998), "Israel Not the Promised Land for Russian Sex Slaves", Reuters.
- Farley, M., A. Cotton, J. Lynne, S. Zumbeck, F. Spiwak, M. E. Reyes, D. Alvarez and U. Sezgin. (2003), "Prostitution and Trafficking in Nine Countries: An Update on Violence and Post-Traumatic Stress

- Widom, C. S. (1995), *Victims of Childhood Sexual Abuse – Later Criminal Connections*, National Institute of Justice.
- World Bank and UNAIDS. (2000), *A Situational Analysis Guide on Sex Work in West and Central Africa*, West Africa Initiative for a Response to the HIV / AIDS Epidemic.
- United Nations. (1989), Convention of the Rights of the Child, available at: <http://www.unicef.org/crc/>
- United Press International. (1998), "Jordan Expels HIV-infected Foreigners".
- Vandenberg, Martina. (1997), "Invisible Women Shoen", in Russia's Demographics.
- Vanwesenbeeck, I. (1994), *Prostitute, Well-Being and Risk*, Amsterdam, VU University Press.

فقر و نابرابری

حسین راغفر*

مقدمه

سطوح فوق العاده نابرابر زندگی انسان‌ها مشخصه دنیای مدرن است. میزان نابرابری در مقیاس جهانی نفس گیر است. درآمد ۵۰۰ نفر از ثروتمندترین افراد جهان بیشتر از درآمد ۴۱۶ میلیون نفر از فقیرترین مردم جهان است (UNDP, 2005). در هر دقیقه از هر روز، در جایی در دنیای در حال توسعه، یک زن فقط بر اثر عوارض حاملگی یا زایمان از بین می‌رود و ۲۰ کودک بر اثر ابتلا به بیماری‌های قابل پیشگیری همچون اسهال یا مالاریا تلف می‌شوند. در کشورهای در حال توسعه، دولت‌ها در حوزه‌ای که در آن بیشترین کمبود وجود دارد، یعنی خدمات بهداشت و سلامت، کمترین بودجه را صرف می‌کنند.

شاید خاتمه بخشیدن به نابرابری ناشی از «بخت‌آزمایی تولد» بزرگ‌ترین چالش قرن بیست و یکم باشد، چالشی که همه ملت‌ها را نگران کرده است زیرا در عصر جهانی شدن، فقر و مرارت‌های آن

در داخل مرزها محصور نمی‌ماند و به شکل درگیری و تعارض و مهاجرت و تخریب محیط زیست دامن می‌گستراند و به همه آسیب می‌رساند.

نابرابری حاکم بر جهان به صورت یک کل بسیار بیشتر از تک‌تک کشورهاست. این میزان نابرابری اگر در یک کشور بروز کند، احتمالاً به سقوط مصیبت‌بار اجتماعی و سیاسی آن می‌انجامد. یکی از نتایج جهانی شدن این است که جهان به طور فزاینده‌ای شبیه یک جامعه منفرد می‌شود که اتصال بخش‌های آن با بهبود حمل و نقل و ارتباطات هر روز بیشتر می‌شود؛ در نتیجه، فقط هزینه سیاسی استمرار نابرابری می‌تواند افزایش یابد.

۱. تعاریف

در این گزارش، به دو موضوع متفاوت اما کاملاً به هم پیوسته پرداخته خواهد شد. نخست نابرابری است. پدیده‌ای که از زمان هابیل و قابیل، فرزندان حضرت آدم، با حضور خود محرک خشم و توجیه‌گر خشونت بوده است و آشکال حاد آن در دنیای کنونی در

* دکترای اقتصاد، عضو هیئت علمی دانشگاه الزهرا

مبنای نخستین برنامه «اهداف توسعه هزاره»^۱ خط فقر شدید یک دلار در روز، و نخستین هدف این برنامه نصف کردن نسبت جمعیت دچار فقر شدید در جهان تا سال ۲۰۱۵ نسبت به سال ۱۹۹۰ است. امروزه این خط فقر چنین تفسیر می‌شود که افراد دارای درآمدی کمتر از این آستانه قادر نیستند تغذیه مناسب داشته باشند. خط فقر ۲ دلار در روز به عنوان حداقل مورد نیاز برای تهیه غذا و پوشاک و سرپناه ارزیابی می‌شود.

۲. رویکرد نظری: فقر، نابرابری و توسعه

۱.۲. آثار و تبعات نابرابری

نابرابری شدید محرک خشم و سرزنش است چون این باور عمومی را که همه مردم، هرکجا که باشند، از حقوق اساسی مشخصی بهره‌مند هستند نقض می‌کند. اگر قرار باشد که دولت‌ها به تعهدات خود در چارچوب بین‌المللی حقوق بشر پایبند باشند و حقوق برابر مدنی و سیاسی را برای شهروندان خود تضمین و تحقق حقوق اقتصادی، اجتماعی، و فرهنگی آنان را پیگیری کنند، کاستن از نابرابری‌های اقتصادی-اجتماعی یک ضرورت است.

بر اثر نفوذ دیدگاه اجماع واشنگتن مبنی بر اینکه «یک جزر بالا برنده همه قایق‌ها را بالا می‌برد»، رهبران کشورهای ثروتمند باور کرده بودند که رشد اقتصادی به تنهایی برای از بین بردن فقر کافی خواهد بود. در سال ۲۰۰۵، شکست بارز این رویکرد منجر به انتشار گزارش‌هایی از سوی بانک جهانی و سازمان ملل متحد شد که توجه زیادی را به خود معطوف کردند، شامل این مدعا که رفع نابرابری یکی از فوری‌ترین وظایف عصر ماست (UNDP, 2005; World Bank, 2005; UN Department of Economic and Social Affairs, 2006). زمانی متون دانشگاهی بر ظرفیت بالقوه نابرابری برای پاداش دادن به «مولدان ثروت» تأکید داشتند و از همین رو، ابداعات و رشد اقتصادی را ترغیب می‌کردند. امروزه اقتصاددانان معتقدند که این برابری است که به رشد کمک می‌کند و رشد کاهش‌دهنده نابرابری‌ها را در کاهش فقر مؤثرتر می‌دانند. نابرابری‌های گسترده موجب بروز طیف وسیعی از مشکلات اجتماعی می‌شود و به همین دلیل است که جامعه نسبت به

پایمال شدن حقوق مدنی و سیاسی شهروندان و نقض آشکار حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی آنها متجلی می‌شود. شاخص‌های متعدد آماری برای اندازه‌گیری نابرابری ارائه می‌شود که با استفاده از آنها می‌توان پراکندگی و تفاوت‌ها را در توزیع درآمد، ثروت، منزلت و قدرت به اشکال مختلف به همراه روند آنها در طی دوره زمانی اندازه‌گیری کرد و براساس معیارهایی این روندها را مطالعه و، به تناسب، سیاست‌هایی برای مقابله با اشکال حاد نابرابری اتخاذ کرد. موضوع دوم فقر است. فقر اصولاً به وضعیت عبور از یک آستانه موسوم به خط فقر اطلاق می‌شود که این آستانه مردم را به دو دسته فقیر و غیرفقیر تقسیم می‌کند. فقر اشکال متنوع و گوناگونی دارد اما در اینجا تنها به یک نوع آن یعنی فقر مطلق پرداخته می‌شود. در یک دسته‌بندی کلی و متداول، فقر به دو وضعیت مطلق و نسبی تقسیم می‌شود. منظور از فقر مطلق وضعیتی است که در آن، افراد از دسترسی به یک سبد از کالاها و خدمات که حداقل نیازهای زندگی انسانی را تأمین می‌کند و فقدان آن می‌تواند سلامت جسمی فرد را به خطر بیندازد محروم‌اند. در مقابل، فقر نسبی به وضعیتی اطلاق می‌شود که در آن، وضعیت رفاهی افراد با یک میانگین اجتماعی سنجیده می‌شود که عموماً نسبتی از میانه توزیع درآمد خانوار است.

در بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته صنعتی، از خط فقر نسبی برای تعیین وضعیت فقر استفاده می‌کنند که بالاتر از خط فقر مطلق است. به عبارت دیگر، نیازهای اساسی خانوارها تأمین تضمین شده است و نگرانی حکومت‌ها در مورد گروه‌هایی از مردم است که درآمدشان پایین‌تر از نسبتی از (در بسیاری از موارد ۵۰ درصد) میانه توزیع درآمدی در جامعه است. در کشورهای در حال توسعه، استفاده از خط فقر نسبی برای تعیین وضعیت فقر در جامعه ارزش سیاست‌گذاری ندارد چون اساساً هدف از مطالعه فقر شناسایی گروه‌هایی از مردم است که نیازهای اساسی آنها تأمین شده باشد. نکته قابل توجه این است که در بسیاری از موارد، به دلیل توزیع بسیار ناعادلانه درآمد و ثروت در کشورهای در حال توسعه، خط فقر نسبی چه‌بسا پایین‌تر از خط فقر مطلق قرار می‌گیرد و بنابراین، استفاده از خط فقر نسبی در سیاست‌گذاری‌های مقابله با فقر ممکن است واقعیت فقر را منعکس نکند.

نابرابری حساس است. یکی از عمده‌ترین آثار مخرب نابرابری تأثیر روانی و تبعات آن است.

نتایج تحقیقات گسترده‌ای مبین افزایش افسردگی و اضطراب در جوامع مدرن است (Twenge, 2007). مروری بر تحقیقات انجام‌شده نشان می‌دهد که مردم در کشورهای توسعه‌یافته دچار افزایش قابل توجه اضطراب و افسردگی شده‌اند که در جوانان همراه با افزایش مشکلات رفتاری، از جمله جرم و جنایت، و مصرف مشروبات الکلی و مواد مخدر است (Rutter and Smith, 1995; Maughan et al., 2005). این آسیب‌ها در میان زن و مرد و در همه طبقات اجتماعی و انواع خانواده بروز کرده است (Collinshaw et al., 2004).

همزمان، اضطراب‌های فزاینده درباره اینکه دیگران چگونه ما را می‌بینند و چگونه درباره ما فکر می‌کنند نیز نوعی تلاش تدافعی ایجاد کرده است تا اعتماد ما را در مواجهه با آن ناامنی‌ها افزایش دهد. این دفاع شامل رشد نوعی خودشیفتگی به‌ویژه در میان جوانان است که ویژگی‌های آن تمایل به خشونت، از دست دادن حس ترحم و حساسیت نسبت به دیگران، و روابط شخصی نامطلوب با دیگران است. امروزه تا حدود زیادی روشن شده است که افزایش اضطراب همراه با افزایش خودشیفتگی بوده است و اینکه این دو ریشه‌های مشترک دارند. ریشه هر دو اینها در افزایش عامل موسوم به «تهدید ارزیابی اجتماعی» است که ممکن است به از دست رفتن منزلت و احترام اجتماعی بینجامد. یافته‌های ۲۰۸ گزارش تجربی حاکی از آن است که کارهایی که تهدید ارزیابی اجتماعی (همچون تهدید نسبت به احترام به خود یا منزلت اجتماعی) و قضاوت منفی دیگران را در مورد عملکرد ما در پی داشته باشند، به‌ویژه وقتی که نتیجه عملکردی غیرقابل کنترل باشند، موجب تغییرات بزرگ‌تری در عوامل بروز اضطراب در ما می‌شوند تا تأثیر فشارهای روانی فاقد این تهدیدهای خاص می‌شوند (Dickerson and Kemeny, 2004: 377). این تحقیقات نشان می‌دهند که انسان‌ها متمایل به صیانت نفس اجتماعی و نسبت به عوامل تهدیدکننده منزلت اجتماعی خود حساس و مراقب هستند (ibid.: 357). این یافته که تهدیدهای ارزیابی اجتماعی فشارهایی روانی هستند که به قدرتمندترین وجه بر ما وارد می‌شوند به خوبی

منطبق است با شواهد ظهور اضطراب توأم با «یک دفاع مبتنی بر خودشیفتگی، از یک خودپنداره ناامن». «خود اجتماعی» که ما تلاش می‌کنیم از آن دفاع کنیم «انعکاس عزت و منزلت انسان و عمدتاً مبتنی بر برداشت دیگران از ارزشمندی اوست» (ibid.).

به طور کلی، هرچه جایگاه اجتماعی فردی بالاتر باشد، به نظر می‌رسد که همه اجزای عالم کمک بیشتری به او می‌کنند تا احساس تردید نسبت به خود را کنار بگذارد. اگر سلسله‌مراتب اجتماعی به صورت سلسله‌مراتب نژاد انسانی براساس توانایی ارزیابی شود، که غالباً چنین است، در این صورت، علایم بیرونی موفقیت یا شکست (شغل بهتر، درآمد بیشتر، تحصیلات، مسکن، خودرو و پوشاک) همگی موجب تفاوت می‌شوند.

نادیده گرفتن منزلت اجتماعی بسیار دشوار است چون خیلی نزدیک به تعریف انسان از ارزشمندی خود نزد دیگران است. موفقیت تقریباً مترادف است با صعود از نردبان منزلت اجتماعی. منزلت اجتماعی بالاتر تقریباً همیشه بهتر و برتر بودن، موفق‌تر و تواناتر بودن، و نیز احساس غرور و اعتماد به نفس بیشتر را القا می‌کند. مقایسه‌های اجتماعی در مورد ثروت، تحصیلات، جایگاه شغلی، محل زندگی، مسافرت‌هایی که می‌روید و غیره ارزیابی از شما را نشان می‌دهند.

افزایش نابرابری بر تفاوت منزلت‌های اجتماعی اثرگذار است. این دو قلمرو را نمی‌توان جدا از هم در نظر گرفت. اینکه افراد چقدر منزلت و ثروت کسب کنند هم بر احساس آنها نسبت به خودشان تأثیر می‌گذارد و هم بر میزان ارزیابی مثبت دوستان و خانواده از آنان. نیاز ما به احساس ارزشمندی و قابلیت و توانایی به معنای این است که مشتاق واکنش مثبت هستیم و اغلب حتی به انتقادات ضمنی هم با عصبانیت واکنش نشان می‌دهیم.

به نظر می‌رسد که افزایش نابرابری اضطراب ارزیابی اجتماعی را در مردم بیشتر می‌کند. با گسترده شدن تفاوت‌های منزلتی، به جای پذیرش یکدیگر به عنوان انسان‌های برابر بر مبنای انسانیت مشترک، آن گونه که در نظام‌های برابرتر انتظار می‌رود، اندازه‌گیری یکدیگر اهمیت بیشتری می‌یابد. تحقیقات نشان می‌دهد که، در جوامع نابرابرتر، وقتی افراد می‌خواهند زوج خود را برای ازدواج انتخاب کنند، تأکید بر ضوابطی مثل چشم‌اندازهای مالی و منزلت و

۲.۲. ساختار قدرت، نهادها، نابرابری و فقر

نابرابری‌های موهن و فقر محصول ساختار قدرت و روابط ناشی از آن در مقیاس‌های جهانی و ملی است. روابط انسانی بیرون از روابط قدرت وجود خارجی ندارد. از این رو، هر تحلیلی از نابرابری و فقر، به عنوان محصول نظام‌های اجتماعی، تنها در بافت روابط قدرت معنا پیدا می‌کند.

آمارهای اقتصادی و اجتماعی، شامل میزان درآمد، فقر، امید به زندگی، و مرگ و میر اطفال، هم در بین کشورهای مختلف و هم در درون کشورها تفاوت‌های فاحشی دارند. به رغم اهمیت و فراگیری این تفاوت‌ها، شناخت اندکی در مورد ریشه‌های چنین نابرابری‌هایی وجود دارد. تحقیقات اخیر نشان می‌دهد که یکی از عوامل اصلی نابرابری در ثروت، انتقال بین‌نسلی انواع مختلف دارایی‌هاست (Borgerhoff Mulder et al., 2009). ارتباط بین نابرابری و نهادهایی که به انتقال دارایی‌ها از طریق ارث انتظام می‌بخشند از اصلی‌ترین عوامل شکل‌گیری و انتقال نابرابری‌ها طی نسل‌های متمادی است.

نابرابری ثروت در هر جامعه‌ای هم منعکس‌کننده تفاوت‌های درآمدی در بین نسل حاضر و هم نشان‌دهنده دارایی‌های به ارث رسیده است که هرچه میزان آن در بین نسل‌های مختلف بیشتر باشد، قاعدتاً نابرابری ثروت بیشتر خواهد بود. در اغلب جوامع مدرن، دارایی‌های مادی همچون زمین و سرمایه را می‌توان با حداقل مالیات بر دارایی از والدین به فرزندان منتقل کرد، اما تفاوت‌های قابل توجهی در میان جوامع مختلف با انواع مشابه دارایی‌ها و نظام‌های اقتصادی وجود دارد. این انتخاب‌های نهادی جوامع پیامدهای مهم و گسترده‌ای هم در زمینه نابرابری ثروت و هم رشد اقتصادی داشته است. میزان موفقیت اقتصادی جوامع در طی نسل‌ها و توانایی آنها در خلق ثروت بستگی به نهادها و نظم اجتماعی آنها دارد.

تفسیر دیگر انگاره‌ها و الگوهای بورگرهوف مولدر و همکارانش (2009) این است که ابداعات نهادی مقدم بر ابداعات فناوری بوده و راه را برای تحول جوامع و ظهور جوامع پیچیده بعدی هموار کرده‌اند. در این دیدگاه، نهادها نیروی قدرتمند و مستقل‌اند، و نه صرفاً حاصل انطباق با شرایط فناوری از پیش موجود (یا مستقل تحول‌یافته). آنها به مسیر فناوری جامعه همان قدر شکل می‌دهند که از آن شکل می‌پذیرند. این فناوری‌ها در توزیع ثروت در بین

بلندپروازی‌ها بسیار بیشتر از جوامع برابرتر است (Lim et al., 2005). تأثیرات مخرب نابرابری فقط به آثار روانی آن بر افراد جامعه محدود نمی‌شود و حوزه‌های اقتصادی و اجتماعی را نیز از آسیب مصون نمی‌گذارد، از جمله آنها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- نابرابری عامل ائتلاف استعدادهاست: اگر زنان از مشاغل کنار گذاشته شوند، نیمی از استعدادهای هر کشور هدر می‌رود. یک تخمین در هند نشان می‌دهد که اگر همه ایالات این کشور عملکردی به خوبی کارناتاکا، بهترین ایالت این کشور در برقراری عدالت جنسیتی، داشته باشند تولید ملی یک‌سوم افزایش می‌یابد (World Bank, 2005).
- نابرابری جامعه و نهادهای آن را تخریب می‌کند: در جامعه نابرابر، نخبگان ساده‌تر می‌توانند دولت و نهادهای دیگر را به تصرف درآورند و از آنها برای تأمین منافع محدود خود استفاده کنند تا منافع اقتصاد ملی. وقتی بانک‌ها از وام دادن به فقرا خودداری کنند، فرصت‌های اقتصادی زیادی از بین می‌رود.
- نابرابری انسجام اجتماعی را از بین می‌برد: «نابرابری عمودی» در بین افراد منجر به افزایش جرم و جنایت در جامعه می‌شود، در حالی که «نابرابری افقی» (مثلاً در میان گروه‌های مختلف قومی) منجر به افزایش تعارض‌ها و درگیری‌هایی می‌شود که می‌توانند کشورها را دهه‌ها به عقب برگردانند.
- نابرابری تأثیر رشد اقتصادی را بر فقر محدود می‌کند: یک درصد رشد در یک جامعه برابرتر بیشتر به نفع فقراست تا در جامعه نابرابر.
- نابرابری فقر را از نسلی به نسل بعد منتقل می‌کند: فقر مادر می‌تواند مانع رشد فرزندان او در کل زندگی شود. هر سال، در کشورهای در حال توسعه، در حدود ۳۰ میلیون کودک به دلیل سوءتغذیه در دوران جنینی با آسیب‌های مخل رشد متولد می‌شوند. احتمال مرگ و میر نوزادانی که با کم‌وزنی به دنیا می‌آیند بسیار بیشتر است. اگر هم‌زنده بمانند، احتمال بیشتری دارد که در طول عمر با بیماری و فقر دست به گریبان باشند (Chronic Poverty Research Centre, 2004).

توسعه‌ای، مهارت‌ها، توانایی‌ها، اندیشه‌ها، و داشته‌های مردمی که در فقر به سر می‌برند مینا قرار می‌گیرد، و با آنان همچون افراد منفعلی برخورد نمی‌شود که تنها منتظر دریافت کمک‌های خیریه هستند. این نگاه چندبعدی به فقر به لحاظ نظری کاملاً پذیرفته‌شده است، اما در عمل هنوز توجه‌ها معطوف به فقر درآمدی است.

۴.۲. فقر و آزادی

مصائب فقر وقتی برجسته‌تر می‌شوند که دریابیم این پدیده شوم محصول نظام‌های اجتماعی و روابط قدرت در جوامع بشری است. فقر ساخته خود بشر است. نگاه سستی به فقر که آن را تنها کمبود درآمد تفسیر می‌کند عاجز از درک سببیت حاکم بر جوامع بشری و شاید هم تلاشی عامدانه برای پنهان کردن مناسبات ظالمانه در روابط قدرت است. اگر به فقر از منظر فقدان انواع آزادی بنگریم، عمق این مناسبات مخرب بیشتر شناخته می‌شود.

آزادی یعنی برتری حقوق بشر در همه جا. چهار نوع آزادی وجود دارد که می‌توانند راهنمای جامعه بشری باشند. نخست، آزادی سخن و بیان؛ دوم، آزادی همه افراد برای ستایش خدا به هر شیوه‌ای که اختیار کنند؛ سوم، آزادی از خواسته‌ها به مدد کلیه وسایلی که برای آحاد جامعه زندگی توأم با سلامت و آرامش را تضمین می‌کنند؛ و چهارم، آزادی از ترس که می‌توان آن را در دو سطح ملی و بین‌المللی تفسیر کرد. در سطح بین‌المللی به معنی کاهش تسلیحات در دنیا تا سطحی است که هیچ کشوری در موقعیتی نباشد که بتواند مرتکب تجاوز ملموس علیه کشور دیگری شود. در سطح ملی نیز می‌توان آن را به سطحی از حاکمیت قانون تفسیر کرد که در آن، روابط حکومت با مردم و مردم با یکدیگر به نحوی تنظیم و تضمین شود که هیچ فردی هیچ‌گاه از روی ترس وادار به عملی خلاف اخلاق انسانی نشود.

دنیای امروز فاصله بی‌عیدی با تحقق این اشکال آزادی دارد. با وجود این، مبارزه همچنان ادامه دارد. آنچه تناسب بیشتری با موضوع فقر دارد شکل سوم آزادی است، هرچند که هر چهار شکل آزادی ارتباط متقابل و تنگاتنگی با یکدیگر دارند. در جایی که ترس و خصومت حاکم است، حقوق بشر آسان‌تر به نام «امنیت» درهم کوبیده می‌شود. در جایی که آزادی سخن و بیان متزلزل است، اطلاعات و بحث درباره نقض حقوق بشر علنی نمی‌شود. این چهار نوع آزادی، چه در سطح جهانی و چه در سطوح ملی، حامیان قلیلی

نسل‌ها نقش کلیدی دارند، اما در بستر تعریف‌شده نهادهای جامعه مستقرند. عوامل نهادی، به‌ویژه عوامل مرتبط با امنیت حقوق مالکیت و قیود مربوط به قدرت سیاسی، نقش قدرتمندی در شکل‌گیری تحولات فناوری و رشد اقتصادی ایفا می‌کنند (Acemoglu et al., 2005). نکته مهم دیگر این است که شکل‌گیری نهادهای خود محصول ساختار قدرت است. استقرار نهادهای رسمی در هر جامعه بخشی از فرایند شکل‌گیری نظام سیاسی است.

۳.۲. فقر، پیامد انسانی نابرابری

در ورای توزیع قدرت و دارایی‌ها و فرصت‌ها، میلیاردها انسانی قرار دارند که در فقر شدید به سر می‌برند. فقر بسیار فراتر از درآمد پایین است و وقتی معنای آن به خوبی روشن می‌شود که از مردمی که در فقر به سر می‌برند خواسته شود که آن را برای خودشان تعریف کنند. فقر به معنی احساس فاقد قدرت بودن، ناکامی، سرخوردگی، فرسودگی، و طرد از تصمیم‌گیری است، به علاوه فقدان نسبی دسترسی به خدمات عمومی، نظام مالی، و سایر منابع حمایت‌های رسمی.

ابعاد مختلف فقر یکدیگر را تقویت می‌کنند. مردم فقیر مورد تبعیض قرار می‌گیرند، اما بسیاری از مردم فقیرند چون دچار تبعیض هستند. در هند، خانوارهایی که با تبعیض‌های ناشی از دین، قومیت یا کاست مواجه‌اند، در برابر استثمار بازار کار و بردگی ناشی از بدهی، به طور قابل توجهی آسیب‌پذیرتر از خانوارهایی هستند که به دلیل ضعف بنیة اقتصادی فقیرند. در سال ۲۰۰۰ کتابی منتشر شد با عنوان *صدای فقر* که حاصل مصاحبه با ۶۴۰۰۰ فقیر در سراسر جهان با هدف شناخت فقر براساس ارزیابی خود فقرا بود (Chambers et al., 2000). آنچه از این مصاحبه‌ها برمی‌آید تفسیر پیچیده و انسانی از فقر است، مباحثی که اغلب در متون دانشگاهی نادیده گرفته می‌شود، همچون نیاز به داشتن ظاهری آراسته، و این احساس که کسانی تو را دوست دارند، اهمیت اینکه بتوانی زندگی خوبی برای فرزندت فراهم کنی، یا اضطراب ذهنی اینکه محرومیت از همه اینها اغلب همراه فقر است. نتیجه‌گیری کلی این بود که فقدان قدرت همچنان در کانون زندگی بد قرار دارد.

نقطه مقابل این فقر «چندبعدی» صرفاً ثروت نیست (هرچند درآمد مهم است)، بلکه برداشت گسترده‌تری از بهزیستی است شامل سلامت، ایمنی جسمانی، کار معنابخش، ارتباط با جامعه محلی، و عوامل غیرپولی دیگر. از همین رو، در اقدامات مؤثر

همچون تجاوز و قتل نیز قرار می‌گیرند. بسیاری هم در دام دلال‌هایی می‌افتند که کارشان انتقال زنان و کودکان به خارج از کشور و وادار کردن آنها به تن‌فروشی و پورنوگرافی است.

افراد دچار فقر شدید یا مسکنت نوعاً ناتوان از دفاع مؤثر از حقوق مدنی و قانونی خود هستند. این دسته از فقرا ممکن است به دلیل ناتوانی از دسترسی به آموزش یا اجبار به گذران زندگی خود و خانواده بیسواد باشند، یا به سبب وابستگی اجتماعی تن به رفتارهای غیرقانونی دهند، مثل بسیاری از خدمتگزاران خانگی، یا حتی ناگزیر از حفظ موقعیت شغلی، تن به اشکال مختلف سوءاستفاده جنسی کارفرما دهند. میلیون‌ها انسان بسیار فقیر گرفتار چنین سرنوشت‌های هولناک و منطبق با بردگی در غیرانسانی‌ترین شکل آن و تحقیر و ناامیدی کامل‌اند. کمتر نویسنده، هنرمند، کارگردان سینما، مصلح اجتماعی یا رمان‌نویسی این تجربیات را برای مردم ما روشن و شفاف کرده است.

به رغم تأکیدات قانون اساسی بر تأمین حداقل نیازهای زندگی انسانی برای همه شهروندان به عنوان الزام قانونی دولت‌ها، بی‌عدالتی در همه ابعاد اقتصادی و اجتماعی زندگی آحاد مردم ایران موج می‌زند که علت اصلی آن را باید در فقدان نهادهای حامی فقرا و کژکارکردی نهادهای مستقر جست‌وجو کرد. رالز (Rawls, 1971) می‌گوید که توزیع درآمد و ثروت در درون یک جامعه وقتی عادلانه است که قوانین و نهادهای اقتصادی به نحوی طراحی شده باشند که به محروم‌ترین افراد آن جامعه حداکثر منافع را اعطا کنند. تأمین حداقل‌های اجتماعی که افراد آزاد و برابر را قادر سازند که قدرت‌های اخلاقی را محقق و آزادی‌های اساسی و برابر را به طور مؤثر اعمال کنند لازمه تأمین مشروعیت نظام سیاسی است. اصل تفاوت^۱ یکی از چندین معیار تأمین مشروعیت است که در همه آنها، ضابطه معامله به مثل^۲ و شرط‌های خرد عمومی تأمین می‌شوند. جامعه‌ای که از آزادی‌های اساسی و اولویت‌های آن حمایت و فرصت‌های برابر و حداقل‌های اجتماعی را عرضه می‌کند «به طور منطقی عادلانه» است. این جامعه هنوز

در میان اغنیا و صاحبان قدرت دارند. این نکته نباید انسان‌ها را در مبارزه برای احقاق حقوق خویش دچار تزلزل و یأس سازد. اما فقدان حامیان واقعی این آزادی‌ها در میان صاحبان زر و زور هزینه‌های نقض حقوق بشر را به شدت افزایش می‌دهد.

امروزه نیمی از انسان‌ها گرفتار فقر شدید هستند و سهم آنها از تولید جهانی، در دوران وفور بی‌سابقه در تاریخ بشر، کمتر از ۲ درصد است. یک‌سوم جمعیت جهان همچنان به مرگ و میر زودرس مرتبط با فقر دچار می‌شوند. این گستردگی فقر شدید صلح و ثبات جهانی را تهدید می‌کند.

فقر را می‌توان از ابعاد مختلفی تحلیل کرد، اما هیچ‌یک بدون تحلیل اخلاقی با تأکید بر حقوق انسان‌ها معنا نمی‌یابد. در اینجا بر فقر شدید یا فقرای واقعی تأکید می‌شود، کسانی که قادر به تأمین «حداقل غذای به میزان کافی مغذی و همچنین نیازهای اساسی غیرغذایی» نیستند (UNDP, 1996: 222). همین طور کسانی که اندکی بالاتر از این سطح حداقل به سر می‌برند و در معرض خطر جدی و فوری ناتوانی از تأمین حداقل نیازهای خود هستند.

افراد فقیری هستند که صرفاً به دلیل ناتوانی از تأمین نیازهای اساسی خود با محرومیت‌های اجتماعی، طرد اجتماعی، و فقدان منزلت اجتماعی مواجه می‌شوند. فقر «نسبی» آنها در حوزه این بحث قرار نمی‌گیرد گو اینکه، به دلیل میانه پایین درآمدی در کشور، چه‌بسا کسانی براساس ملاک فقر نسبی در شمار افرادی قرار گیرند که از حداقل نیازهای اساسی زندگی محروم هستند.

فقر شدید حاکی از فقدان قدرت و آسیب‌پذیری مستمر و حاد در مقابل رویدادهایی است که فرد برای ممانعت از وقوع یا مدیریت آنها هیچ قدرتی ندارد، مثل از دست دادن شغل، آلودگی هوا، هزینه‌های کفن و دفن، دزدی، تصادف، جرمه پلیس، افزایش مالیات‌ها یا قیمت غذا و سوخت و انرژی، کاهش دستمزدها، تورم کمرشکن، و هزینه‌های بالای درمان یا عمل جراحی. رویدادهای این‌چنینی می‌توانند موجب قطع دسترسی فرد یا خانواده فقیر به نیازهای اساسی و پایه شوند. بسیاری از دختران و زنان جوان، اغلب با هدف کمک به پدر و مادر یا خواهر و برادر، به امید کسب درآمد بیشتر خانه را ترک می‌کنند. بعضی سلامت خود را در کارگاه‌ها و کارخانه‌ها به مخاطره می‌اندازند و ساعات طولانی کار پرمشقت را، در محیط‌های فاقد حداقل شرایط لازم برای کار، در مقابل دستمزدی ناچیز می‌پذیرند. آنها در معرض انواع خطرات دیگر

۱. اصل تفاوت (difference principle) رالز را می‌توان به یکی از دو روش متمایز زیر بیان داشت: به حداقل رساندن تفاوت بین گروه‌های بالای درآمدی یا ثروتی با این هدف که وضع همگان به طور مستمر بهبود یابد؛ یا محروم‌ترین افراد جامعه از این نابرابری بیشترین انتفاع را کسب کنند.

2. reciprocity

عدالت توزیعی، پیش از هر چیز، جنبه‌ای از نهادهای اجتماعی پایه و اساسی است شامل دستگاه حقوقی مالکیت، قرارداد، و سایر شرط‌های تولید و توزیع و انتقال و مبادله و استفاده و مصرف.

نکته اساسی دیگر این است که نهادهای اجتماعی پایه و هنجارهای اساسی حقوقی که تولید و مبادله و استفاده و مصرف را امکان‌پذیر می‌کنند محصولات نظام سیاسی هستند. فقط سیاست‌های مالی، مالیات‌گیری، کالاهای عمومی، و سیاست‌های رفاهی در این عرصه درگیر نیستند، بلکه اساسی‌تر از آنها تصمیمات سیاسی درباره بسیاری از قواعد مالکیت و نهادهای اقتصادی است که این سیاست‌ها و نیز همکاری اقتصادی و اجتماعی را عملی می‌سازند. نقش اساسی عدالت توزیعی فراهم آوردن معیارهایی برای طراحی و ارزیابی و، به طور کلی، منطقی کردن بسیاری از نهادهای حقوقی و اقتصادی است که ساختار زندگی روزمره را تعیین می‌کنند.

از آنجایی که این نهادهای اساسی نهادهای اجتماعی و سیاسی هستند، می‌توان نتیجه گرفت که عدالت توزیعی نیز امری اجتماعی و سیاسی است. نکته اساسی این است که باید عدالت توزیعی را از یک مسئله تخصیصی به مسئله طراحی سیاسی نهادهای اجتماعی و اقتصادی و حقوقی تغییر داد. نظام‌های مالکیت مدرن و هنجارهای تجاری دربرگیرنده قوانین بی‌شماری هستند که ساختار و محتوای اصلی مالکیت و فعالیت‌های اقتصادی را تشکیل می‌دهند، ساختار و محتوایی که دربردارنده هنجارهای حاکم بر تولید و استفاده و مصرف، و انتقال و واگذاری کالاهای اقتصادی و سایر دارایی‌هاست.

۳. فقر و نابرابری در دیگر کشورها

چنانکه گفته شد، در جهان مدرن امروز، سطوح زندگی انسان‌ها بسیار نابرابر است. برای مثال، میزان مرگ و میر زنان بر اثر عوارض مربوط به حاملگی از یک در ۱۸ نفر در نیجریه تا یک در ۸۷۰۰ نفر در کانادا متغیر است. این میزان در کشورهای فقیر تا ۳۰ درصد از علل مرگ و میر زنان در سنین باروری (۴۹-۱۵ سال) را شامل می‌شود، در حالی که در کشورهای توسعه‌یافته کمتر از یک درصد است (UNDP, 2005; UN Department of Economic and Social Affairs, 2006).

نابرابری‌های درون کشورها نیز بسیار بی‌تناسب‌اند. احتمال مرگ و میر در سنین کمتر از ۵ سال در میان کودکانی که در ۲۰

«کاملاً عادلانه» نیست چون برقراری عدالت کامل مستلزم تضمین مقدار منصفانه‌ای از آزادی‌های سیاسی، برابری منصفانه فرصت‌ها، و توزیع‌هایی براساس اصل تفاوت است. اما ممکن است این استدلال برای این موقعیت قویاً مردم‌سالار مورد قبول کلیه شهروندان معقول و منطقی در یک جامعه خوب‌نظم‌یافته قرار نگیرد.

در هر جامعه خوب‌نظم‌یافته، کلیه شهروندان خود را افرادی آزاد و برابر می‌بینند و از برداشت‌های خود از آنچه آزادی‌های اساسی، اولویت‌های آنها، فرصت‌های برابر، و حداقل‌های اجتماعی را تضمین می‌کند به طور جمعی حمایت می‌کنند. برداشت‌های خیر مشترک^۱ بنا به تعریف، ترغیب‌کننده برداشتی از خیر برای همه افراد جامعه است. معنای این سخن این نیست که همه افراد در چنین جامعه‌ای کلیه قوانینی را که برای ترغیب خیر عمومی آنها طراحی شده است می‌پذیرند. منظور این است که برداشتی از خیر عمومی را که برای توجیه آن قوانین مورد استفاده قرار می‌گیرد می‌پذیرند، حتی اگر با همه تفسیرها و کاربردهای آن موافق نباشند. اما حتی در آرمانی‌ترین وضعیت یک جهان خوب‌نظم‌یافته که اصل تفاوت در آن اجرا شده باشد، افرادی که در جوامع مختلف در موقعیت‌های مشابهی قرار دارند قدرت‌های اقتصادی و استحقاق‌های کاملاً متفاوتی نسبت به درآمد و ثروت خواهند داشت.

منتقدان می‌پرسند که چرا چشم‌اندازهای زندگی برای محروم‌ترین افراد به دنیا آمده در جوامع فقیرتر متفاوت با محروم‌ترین افراد جوامع ثروتمندتر است. پاسخ این سؤال را باید در نقش و کارکرد نهادها در کشورهای مختلف جست‌وجو کرد. عدالت توزیعی یک امر تخصیصی نیست که محصولی را که در یک فرایند خارجی بی‌ارتباط با گروهی از افراد تولید شده باشد برای مصرف بین افراد تقسیم یا بازتوزیع کند. توزیع محصول، مهم اما یک موضوع ثانوی و وابسته به فرایند اجتماعی تولید است. عدالت توزیعی در مرحله نخست به مسئله عمومی طراحی منصفانه دستگاهی از نهادهای حقوقی پایه و هنجارهای اجتماعی می‌پردازد که تولید و مبادله و توزیع و مصرف را بین انسان‌هایی آزاد و برابر امکان‌پذیر سازد. اما نظام مالکیت و هنجارهای اقتصادی برآمده از نهادهای اجتماعی و حقوقی را می‌توان به شیوه‌های متفاوتی طراحی کرد. مسئله نخست در عدالت توزیعی این است که مالکیت و اقتصاد چگونه طراحی شوند.

1. common good

درصد از فقیرترین خانوارها در غنا یا سنگال متولد می‌شوند ۲ تا ۳ برابر کودکان متولد شده در ۲۰ درصد از ثروتمندترین خانوارهاست. در بریتانیا، پژوهشگران دریافتند که امید به زندگی در ثروتمندترین مناطق کشور ۷ تا ۸ سال بیشتر از فقیرترین مناطق است (UK Department of Health, 2005).

نابرابری یا ترکیبی است از تبعیض‌های مبتنی بر جنسیت، نژاد، طبقه یا از یکی از آنها ناشی می‌شود. احتمال اینکه سیاه‌های برزیلی جان خود را بر اثر خشونت از دست بدهند ۲ برابر سفیدهای برزیلی است (Ciconello, 2007). در گواتمالا، تعداد کودکانی که از نسل اروپایی هستند و قبل از رسیدن به پنج‌سالگی می‌میرند ۵۹ در هزار نفر است، در برابر مرگ و میر ۷۹ در هزار نفر کودکان بومی. در ایالت‌های اوتارپادش و بیهار هند، ثبت‌نام دختران کاست‌ها و قبایل برنامه‌ریزی شده^۱ در مدارس ابتدایی ۳۷ درصد، در برابر ۶۰ درصد ثبت‌نام دختران کاست‌های برنامه‌ریزی نشده، است.

وجود چنین نابرابری‌هایی مزایای زندگی در یک جامعه بهتر را برای فقرا از بین می‌برد. درآمد متوسط در برزیل ۳ برابر درآمد متوسط در ویتنام است اما ۱۰ درصد از فقیرترین برزیلی‌ها کمتر از ۱۰ درصد از فقیرترین ویتنامی‌ها درآمد دارند (UNDP, 2005). در کانادا، نرخ مرگ و میر اطفال در میان کانادایی‌های بومی به طور متوسط ۲ تا ۳ برابر نرخ کشوری است، و بومی‌ها به طور متوسط ۲۰ سال زودتر از کانادایی‌های دیگر می‌میرند (Kruzenga, 2004). فقر شدید درآمدی در طول زمان در حال کاهش است. بین ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۴، تعداد افرادی که در کشورهای در حال توسعه زیر خط فقر یک دلار در روز به سر می‌بردند از ۱/۲۵ میلیارد نفر به ۹۸۰ میلیون نفر کاهش یافته است. در طی همین دوره، نسبت مردم دچار فقر شدید از تقریباً یک سوم (۳۲ درصد) به ۱۹ درصد رسیده (UN, 2007)، اما نرخ بهبود در سال‌های اخیر کاهش یافته است (UNDP, 2005).

ماهیت و موقعیت فقر نیز در حال تغییر است. طبق گزارش سازمان ملل، جهان شاهد تمایل فزاینده مردم به چرخش در درون فقر و بیرون از فقر، افزایش فقر شهری و رکود فقر روستایی، افزایش نسبت کارگران غیررسمی در میان فقرای شهری، و افزایش تعداد فقرای بیکار بوده است (UN Department..., 2006).

در سال ۲۰۰۷، برای اولین بار در تاریخ بشر، جمعیت شهری کره زمین از جمعیت روستایی بیشتر شد که دلیل عمده آن رشد شهرها در کشورهای در حال توسعه بود. از سه میلیارد نفر ساکنان شهرها در دنیای امروز، یک میلیارد نفر زاغه‌نشین و نسبت به بیماری، خشونت، و طرد اجتماعی و سیاسی و اقتصادی آسیب‌پذیرند. تخمین دفتر اسکان سازمان ملل این است که جمعیت زاغه‌نشین جهان در ۳۰ سال آینده دو برابر و از نرخ پیش‌بینی شده برای شهرنشینی بیشتر می‌شود (Beall and Fox, 2006).

چین و هند، با جهش اقتصادی، در کاهش فقر درآمدی موفق بوده‌اند. با وجود تشدید نابرابری، چین با پیشرفتی فوق‌العاده، سهم جمعیت دچار فقر شدید خود را از دوسوم (۶۳۴ میلیون نفر) در ۱۹۸۱ به یک‌دهم (۱۲۸ میلیون نفر) در ۲۰۰۴ کاهش داده است. بسیاری از کشورها نشان داده‌اند که می‌توان به مقابله با ابعاد دیگر فقر شتافت. مصر به یکی از سریع‌ترین کاهش‌های نرخ مرگ و میر کودکان در جهان از ۱۹۸۰ به این سو دست یافته است. بنگلادش، هندوراس، نیکاراگوئه و ویتنام نیز پیشرفت‌های سریعی در این عرصه داشته‌اند (UN Department..., 2006).

در عین ارج نهادن به این موفقیت‌ها و درس آموختن از آنها، نباید اجازه داد که مانع توجه به وضعیت خطرناک تعداد زیادی از کشورهایی شوند که در آنها پیشرفت کم بوده یا اصلاً وجود نداشته است. در صحرای سفلی آفریقا، بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۴، تعداد افراد دچار فقر شدید ۵۸/۳ میلیون نفر افزایش یافته است.

سواى فقر درآمدی، در مقایسه با وضعیت ۱۹۹۰، امروز ۳۰ میلیون از تعداد کودکان در سن آموزش ابتدایی که خارج از مدرسه هستند کاسته شده، اما همچنان بیش از ۷۰ میلیون کودک به مدرسه نمی‌روند که ۵۷ درصد از آنها دختر هستند. امروز نرخ مرگ و میر کودکان ۲/۸ میلیون کمتر از سال ۱۹۹۰ است (UN, 2007) ولی هر دقیقه دو کودک فقط بر اثر مالاریا جان خود را از دست می‌دهند (WHO, 2007).

از سال ۲۰۰۱ به این سو، با اجرای مصون‌سازی سریع در مقیاس جهانی در قالب برنامه اتحاد جهانی برای واکسیناسیون و ایمن‌سازی، میزان مرگ و میر کاهش پیدا کرده و تخمین زده می‌شود که نیم میلیون انسان از مرگ نجات یافته‌اند. اما بیماری‌هایی همچون سرخک و دیفتری و کزاز، که با یک واکسیناسیون ساده قابل پیشگیری هستند، همچنان بین ۲ تا ۳

۱. کاست‌های برنامه‌ریزی شده موسوم به «نجس»ها (untouchables) بودند که البته این عنوان امروز کمتر مرسوم است.

فردی و اقتصادی، در فقر می‌مانند یا از آن خارج می‌شوند. بین ۴۷۰-۳۴۰ میلیون نفر در سراسر جهان دچار فقر مزمن و گرفتار تله فقر هستند و چشم‌انداز نزدیکی برای خروج آنها از فقر وجود ندارد. فقر مزمن عمدتاً در جنوب آسیا و صحرای سفلی افریقا متمرکز است و بیشترین آسیب را به کودکان و سالمندان و معلولان می‌زند که با لایه‌هایی از تبعیض غالباً مبتنی بر قومیت، مذهب یا زبان مواجه‌اند (Chronic Poverty Research Centre, 2008).

محرومیت‌های چندگانه یکدیگر را تقویت می‌کنند. فرزندان فقرا که در مدارس دارای کیفیت نازل آموزشی تحصیل می‌کنند یا متعلق به گروه‌های اقلیت هستند نمی‌توانند تحصیلات لازم را برای یافتن یک شغل شایسته کسب کنند و درآمدی به دست آورند که آنها را از فقر نجات دهد. در نظر این مردم، کاهش میزان طرد اجتماعی و سیاسی و آسیب‌پذیری در برابر شوک‌ها مهم‌تر از رشد اقتصادی است، چون بسیاری از آنها فاقد شغل هستند و به احتمال زیاد در شرایط رشد اقتصادی هم کماکان بیکار خواهند ماند.

۴. وضعیت در ایران

در این بخش به ابعاد کمی فقر و نابرابری در ایران می‌پردازیم. عمده محاسبات براساس آمارهای رسمی پیمایش‌های هزینه-درآمد خانوار صورت گرفته است. آنچه آمار و ارقام ارائه می‌کنند با واقعیت‌های نابرابری و فقر در ایران فاصله زیادی دارد، اما همین اندک نیز گویای تصویری اسفبار برای جامعه‌ای است که بر اقیانوس‌های نفت و گاز و منابع زیرزمینی قرار دارد و صاحب منابع انسانی عظیمی در داخل و خارج مرزهای خود است که می‌توانند مولد ثروت و درآمد برای کشور باشند.

در ادامه، گزیده‌ای از آمارهای نابرابری درآمدی، نابرابری آموزشی، و نابرابری دسترسی به خدمات درمانی و سپس منتخبی از آمارهای فقر در مناطق شهری و روستایی کل کشور ارائه می‌شود.

۱.۴. نابرابری

نابرابری درآمدی

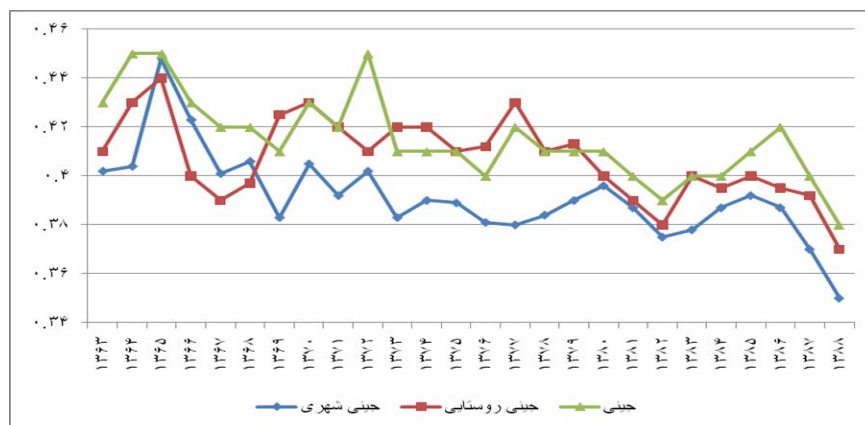
جدول و نمودار ۱ روند تغییرات ضریب جینی درآمدی را در مناطق شهری و روستایی و کل کشور بین سال‌های ۱۳۶۳ تا ۱۳۸۸ نشان می‌دهند. روند عمومی تا سال ۱۳۸۲ نزولی بوده است اما از سال ۱۳۸۳ به بعد، نابرابری روند صعودی داشته است.

میلیون کودک را به کام مرگ می‌کشند. در مقابل هر کودکی که می‌میرد، تعداد بسیار بیشتری بیمار می‌شوند و ترک تحصیل می‌کنند. دور تسلسلی که از وضعیت نامطلوب بهداشتی و ضعف سلامت در دوران کودکی آغاز می‌شود به فقر در بزرگسالی می‌انجامد. هر سال ۵۰۰ هزار زن به دلایل مرتبط با حاملگی جان خود را از دست می‌دهند. بیش از ۹۸ درصد کودکانی که هر سال می‌میرند در کشورهای فقیر زندگی می‌کنند (UNDP, 2005). بعضی از کشورهای فقیر توانسته‌اند به این درد و رنج‌ها و مرگ و میرهای غیرانسانی خاتمه دهند. در طی دهه گذشته، ۱/۲ میلیارد نفر دیگر به آب سالم دسترسی پیدا کرده‌اند، اما هنوز ۱/۱ میلیارد نفر آب سالم و ۲/۶ میلیارد نفر دسترسی به خدمات اساسی بهداشتی همچون آبریزگاه ندارند (UNICEF, 2008). بیماری‌های واگیردار ناشی از آب آلوده یا ضایعات انسانی، پس از عفونت‌های تنفسی، دومین علت اصلی مرگ و میر کودکان در جهان است. در مجموع تخمین زده می‌شود که روزانه ۳۹۰۰ کودک در جهان جان خود را از دست می‌دهند (UNDP, 2005).

بیش از ۸۸۰ میلیون نفر از مردم جهان، شامل یک نفر از هر چهار کودک در سنین پیش از مدرسه، تغذیه کافی ندارند و این در حالی است که در دنیا غذای کافی برای همه وجود دارد. هزینه‌های این مصیبت هولناک هم انسانی است و هم اقتصادی. هر سال که گرسنگی در چنین سطحی باقی بماند، مرگ‌های زودرس و معلولیت برای کشورهای در حال توسعه حدود ۵۰۰ میلیارد دلار کاهش بهره‌وری و درآمد را در پی دارد (UN Department..., 2006).

در حالی که از ۱۹۸۰ تاکنون فقر کاهش یافته است، اچ آی وی و ایدز گریبان فقیرترین مردم جهان را گرفته است. در کشورهای در حال توسعه، عمدتاً زنان قربانی این بیماری می‌شوند. در سال ۲۰۰۷، تخمین زده شد که ۲/۱ میلیون نفر در سال جان خود را بر اثر این بیماری از دست می‌دهند و ۲/۵ میلیون نفر دیگر آلوده به ویروس اچ آی وی می‌شوند. تقریباً کل این مرگ و میرها در جهان در حال توسعه و ۷۷ درصد آنها در افریقا رخ می‌دهد. حدود ۳۲/۲ میلیون نفر از مردم جهان با ویروس اچ آی وی زندگی می‌کنند که ۲۲/۵ میلیون نفر آنها در صحرای سفلی افریقا به سر می‌برند (UNAIDS and WHO, 2007).

وضعیت یک میلیارد نفری که با کمتر از یک دلار در روز زندگی می‌کنند وخیم‌تر از دیگران است. آنان برحسب وضعیت



نمودار ۱. روند تغییرات ضریب جینی درآمدی در مناطق مختلف شهری، روستایی و کل کشور (۱۳۶۳-۱۳۸۸)

منبع: راغفر و دیگران، ۱۳۹۰ الف

جدول ۱. اندازه ضریب جینی درآمدی در مناطق مختلف شهری،

روستایی و کل کشور (۱۳۶۳-۱۳۸۸)

سال	جینی شهری	جینی روستایی	جینی کشوری
۱۳۶۳	۰/۴۰۲	۰/۴۱	۰/۴۳
۱۳۶۴	۰/۴۰۴	۰/۴۳	۰/۴۵
۱۳۶۵	۰/۴۴۸	۰/۴۴	۰/۴۵
۱۳۶۶	۰/۴۲۳	۰/۴	۰/۴۳
۱۳۶۷	۰/۴۰۱	۰/۳۹	۰/۴۲
۱۳۶۸	۰/۴۰۶	۰/۳۹۷	۰/۴۲
۱۳۶۹	۰/۳۸۳	۰/۴۲۵	۰/۴۱
۱۳۷۰	۰/۴۰۵	۰/۴۳	۰/۴۳
۱۳۷۱	۰/۳۹۲	۰/۴۲	۰/۴۲
۱۳۷۲	۰/۴۰۲	۰/۴۱	۰/۴۵
۱۳۷۳	۰/۳۸۳	۰/۴۲	۰/۴۱
۱۳۷۴	۰/۳۹	۰/۴۲	۰/۴۱
۱۳۷۵	۰/۳۸۹	۰/۴۱	۰/۴۱
۱۳۷۶	۰/۳۸۱	۰/۴۱۲	۰/۴
۱۳۷۷	۰/۳۸	۰/۴۳	۰/۴۲
۱۳۷۸	۰/۳۸۴	۰/۴۱	۰/۴۱
۱۳۷۹	۰/۳۹	۰/۴۱۳	۰/۴۱
۱۳۸۰	۰/۳۹۶	۰/۴	۰/۴۱
۱۳۸۱	۰/۳۸۷	۰/۳۹	۰/۴
۱۳۸۲	۰/۳۷۵	۰/۳۸	۰/۳۹
۱۳۸۳	۰/۳۷۸	۰/۴	۰/۴
۱۳۸۴	۰/۳۸۷	۰/۳۹۵	۰/۴
۱۳۸۵	۰/۳۹۲	۰/۴	۰/۴۱
۱۳۸۶	۰/۳۸۷	۰/۳۹۵	۰/۴۲
۱۳۸۷	۰/۳۷	۰/۳۹۲	۰/۴
۱۳۸۸	۰/۳۵	۰/۳۷	۰/۳۸

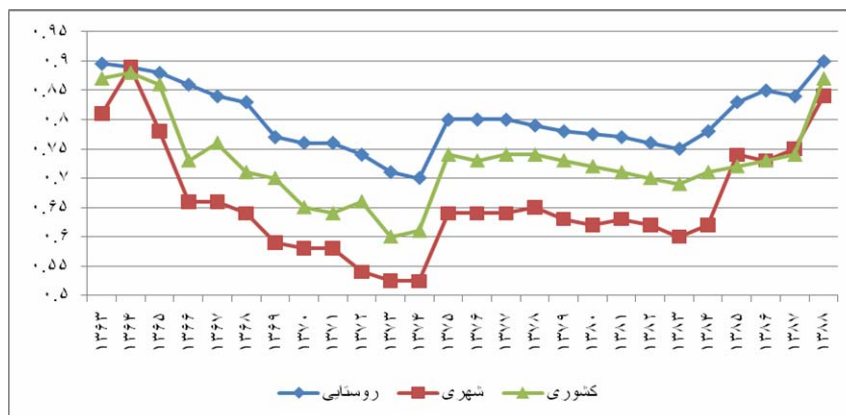
منبع: راغفر و دیگران، ۱۳۹۰ الف

طبق آمار، در سال ۱۳۸۷، شاخص‌های نابرابری در شهرها و روستاها و نیز در کل کشور کاهش اندکی نسبت به سال ۱۳۸۶ نشان می‌دهد. این کاهش در روستاها اندکی بیشتر از شهرها بوده است. این نتایج به چند دلیل مورد تردید است، از جمله وجود متغیرهای کنترلی تورم و گسترش بیکاری و نیز نتایج حاصل از محاسبات مشابه برای شهر تهران که در همان سال با استفاده از داده‌های طرح عدالت انجام شده است. تورم یک عامل اصلی بازتوزیعی به زیان فقرا و به نفع گروه‌های برخوردار است. ارزش دارایی‌های افراد با بالا رفتن نرخ تورم افزایش می‌یابد در حالی که فاصله افراد فاقد دارایی‌های ثابت از برخورداری از این دارایی با تورم بیشتر می‌شود. بنابراین، تورم نابرابری را بیشتر می‌کند. رکود نیز عامل بیکاری است و بیکاری موجب کاهش درآمدهای گروه‌های فاقد شغل می‌شود و موقعیت آنها را بدتر و فاصله آنها را با شاغلین و گروه‌های برخوردار بیشتر می‌کند.

با نگاهی به روند توزیع درآمد در کشور در طی یک دوره ۲۵ ساله چند نکته را می‌توان نتیجه گرفت. نخست اینکه این ارقام نابرابری درآمدی ایران را در گروه کشورهای با نابرابری بالا قرار می‌دهد. کشورهای اسکاندیناوی با کمترین نابرابری (حدود ۰/۲۲) از بهترین وضعیت توزیع عادلانه برخوردارند. کشورهای واقع در حدود ۰/۳۵ نابرابری متوسط، کشورهای دارای نابرابری ۰/۴ تا ۰/۴۵ نابرابری بالا، و کشورهای از ۰/۵ بیشتر نابرابری خیلی بالا دارند. نکته دوم اینکه توزیع درآمد در کشور همواره در حال نوسان است. این نوسان دائمی را می‌توان به دو دلیل عمده نسبت داد.

است و اینکه حمایت‌های دولت‌ها هر سال، تحت تأثیر ملاحظات گوناگونی از جمله نوسانات قیمت نفت، تغییر کرده است.

نخست اینکه خانوارهای مورد مطالعه در پیمایش هزینه-درآمد، و در نتیجه جامعه آماری مطالعه، هر سال تغییر می‌کند. علت دوم نبود سیاست‌های عمومی مشخص در حوزه توزیع درآمد در کشور



نمودار ۲. روند تغییرات ضریب جینی آموزشی در مناطق مختلف شهری، روستایی و کل کشور (۱۳۶۳-۱۳۸۸)

منبع: راغفر و دیگران، ۱۳۹۰ ب

نابرابری آموزشی

به منظور اندازه‌گیری نابرابری آموزشی، با استفاده از ضریب جینی، نابرابری دسترسی به آموزش با توجه به سطوح مختلف دسترسی افراد به آموزش اندازه‌گیری شده است. نتایج این محاسبات به تفکیک مناطق شهری، روستایی، و کل کشور در جدول و نمودار ۲ نشان داده شده است. اندازه این نابرابری در ایران، در مقایسه با کشورهای صنعتی جهان که حدود ۰/۲۵ است، بسیار بالا و مشابه ارقام بعضی کشورهای امریکای لاتین است.

نابرابری آموزشی از ۱۳۶۳ تا ۱۳۷۴ روند نزولی، در سال ۱۳۷۴ جهش شدید، و مجدداً از ۱۳۷۴ تا ۱۳۸۳ روند نزولی داشته است. این روند از سال ۱۳۸۳ تغییر جهت داده و رو به افزایش است. قابل توجه است که رشد آموزش عالی در کشور نقش قابل توجهی در کاهش این نابرابری ایفا کرده است.

نابرابری در تأمین هزینه‌های سلامت

در جدول ۳، دو شاخص مهم مشارکت عادلانه در تأمین هزینه‌های سلامت و مخارج کمرشکن بهداشتی در سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۷ مقایسه شده است. شاخص مشارکت عادلانه در تأمین هزینه‌های سلامت میزان مشارکت عادلانه مردم را با توجه به وضعیت

اقتصادی آنها در تأمین هزینه‌های سلامت نشان می‌دهد. وضعیت کاملاً عادلانه وضعیتی است که در آن، افراد نسبت یکسانی از درآمد یا مخارج خود را صرف خدمات سلامت خود کنند. در این صورت، شاخص مشارکت عادلانه یک خواهد بود. هرچه اندازه این شاخص از یک کمتر شود، بی‌عدالتی در مشارکت مالی بیشتر می‌شود و گروه‌های کم‌درآمد سهم بیشتری از درآمد یا مخارج خود را در مقایسه با گروه‌های پردرآمد صرف خدمات سلامت می‌کنند. شاخص مخارج کمرشکن نیز درصد افرادی را نشان می‌دهد که، در صورت بروز هزینه‌های سنگین درمانی همچون عمل جراحی و درمان بیماری‌های صعب‌العلاج، به زیر خط فقر می‌روند. هر دو این شاخص‌ها بدتر شدن وضعیت عدالت در سلامت را از سال ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۷ نشان می‌دهند. نکته تأسفبار این است که با جمعیت قابل توجهی مواجه هستیم که کل مخارج آنها کمتر از مخارج تأمین حداقل غذای لازم برای آنهاست. این گروه در جدول ۳ زیر ستون توان پرداخت منفی قرار گرفته‌اند. ضمن اینکه نسبت جمعیت شهری که کل مخارج آنها از میزان حداقل مخارج غذایی کمتر است از ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۷ بیشتر شده است، نسبت‌های ۳/۶ درصد جمعیت شهری و ۱۱/۲ درصد جمعیت روستایی که توان پرداخت منفی دارند آمار تکان‌دهنده‌ای است. در سال ۱۳۸۷، از میان این

خانوارها، ۱/۹ درصد ساکن مناطق شهری و ۶/۲ درصد ساکن مناطق روستایی‌اند که مجبور شده‌اند، از همان کل مخارجی که کمتر از مخارج غذای مورد نیاز آنهاست، مبالغی را صرف تأمین نیازهای سلامت خود و اعضای خانواده‌شان کنند. همزمان باید توجه داشت که صفر بودن هزینه‌های بهداشتی به معنای عدم نیاز فقرا به خدمات درمانی نیست بلکه می‌تواند مؤید ناتوانی آنها در تأمین هزینه‌های درمانی باشد که به عدم مراجعه به پزشک و مراکز درمانی منجر می‌شود. آمار ستون‌هایی که نسبت هزینه بهداشت به کل مخارج و کل توان پرداخت خانوارها را نشان می‌دهند حکایت از افزایش سهم هزینه‌های درمانی خانوارهای شهری و روستایی دارد که می‌تواند ناشی از افزایش هزینه‌های درمانی در کشور باشد.

جدول ۳ نشان می‌دهد که اگر دولت مبادرت به گسترش خدمات درمانی در کشور کند، در مناطق شهری و روستایی، بالغ بر ۶ درصد از مخارج خانوارها فقط در بخش هزینه‌های درمانی صرفه‌جویی می‌شود که می‌توانند آن را صرف نیازهای دیگر خود کنند. چنانچه سهم هزینه‌های آموزشی را نیز به این ارقام بیفزاییم، مخارج خانوارها در دو حوزه آموزش و بهداشت به مراتب بیشتر از یارانه نقدی‌ای خواهد بود که دولت به خانوارها می‌پردازد. گسترش خدمات آموزش و بهداشت عمومی، ضمن اینکه موجب گسترش اشتغال می‌شود، آثار تورمی به مراتب کمتری نسبت به پرداخت یارانه نقدی دارد.

جدول ۲. اندازه ضریب جینی آموزشی در مناطق مختلف شهری، روستایی و کل کشور (۱۳۸۸-۱۳۶۳)

سال	جینی روستایی	جینی شهری	جینی کشوری
۱۳۶۳	۰/۸۹۶	۰/۸۱	۰/۸۷
۱۳۶۴	۰/۸۹	۰/۸۹	۰/۸۸
۱۳۶۵	۰/۸۸	۰/۷۸	۰/۸۶
۱۳۶۶	۰/۸۶	۰/۶۶	۰/۷۳
۱۳۶۷	۰/۸۴	۰/۶۶	۰/۷۶
۱۳۶۸	۰/۸۳	۰/۶۴	۰/۷۱
۱۳۶۹	۰/۷۷	۰/۵۹	۰/۷
۱۳۷۰	۰/۷۶	۰/۵۸	۰/۶۵
۱۳۷۱	۰/۷۶	۰/۵۸	۰/۶۴
۱۳۷۲	۰/۷۴	۰/۵۴	۰/۶۶
۱۳۷۳	۰/۷۱	۰/۵۲۵	۰/۶
۱۳۷۴	۰/۷	۰/۵۲۴	۰/۶۱
۱۳۷۵	۰/۸	۰/۶۴	۰/۷۴
۱۳۷۶	۰/۸	۰/۶۴	۰/۷۳
۱۳۷۷	۰/۸	۰/۶۴	۰/۷۴
۱۳۷۸	۰/۷۹	۰/۶۵	۰/۷۴
۱۳۷۹	۰/۷۸	۰/۶۳	۰/۷۳
۱۳۸۰	۰/۷۷۵	۰/۶۲	۰/۷۲
۱۳۸۱	۰/۷۷	۰/۶۳	۰/۷۱
۱۳۸۲	۰/۷۶	۰/۶۲	۰/۷
۱۳۸۳	۰/۷۵	۰/۶	۰/۶۹
۱۳۸۴	۰/۷۸	۰/۶۲	۰/۷۱
۱۳۸۵	۰/۸۳	۰/۷۴	۰/۷۲
۱۳۸۶	۰/۸۵	۰/۷۳	۰/۷۳
۱۳۸۷	۰/۸۴	۰/۷۵	۰/۷۴
۱۳۸۸	۰/۹	۰/۸۴	۰/۸۷

منبع: راغفر و دیگران، ۱۳۹۰ ب

جدول ۳. بعضی از مؤلفه‌های عدالت در سلامت در ایران در سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۷

شرح نسبت هزینه‌ها سال و موقعیت جغرافیایی	توان پرداخت منفی*			نسبت هزینه بهداشت به کل مخارج	نسبت هزینه بهداشت به کل توان پرداخت	سهم مشارکت مالی عادلانه در هزینه‌های درمانی	هزینه‌های کمرشکن
	هزینه بهداشت صفر	هزینه بهداشت مثبت	جمع کل				
۱۳۸۴	شهری	۱/۴	۱/۷	۳/۱	۵	۰/۸۱	۳/۵
	روستایی	۶/۴	۶/۷	۱۳/۱	۵/۶	۰/۷۷	۶/۵
۱۳۸۷	شهری	۱/۷	۱/۹	۳/۶	۶	۰/۸۱	۳/۷
	روستایی	۵	۶/۲	۱۱/۲	۶/۲	۰/۷۷	۶/۷

• توان پرداخت مساوی است با هزینه کل منهای هزینه غذا. به این ترتیب، توان پرداخت منفی به معنای آن است که کل هزینه خانوار کمتر از هزینه غذایی آن است.

منبع: راغفر و سنگری مهذب، ۱۳۹۰

۲.۴. فقر

همان گونه که پیش تر اشاره شد، در این مطالعه فقط فقر مطلق اندازه گیری می شود، وضعیتی که در آن مردم قادر نیستند حداقل نیازهای اساسی خود را تأمین کنند به نحوی که سلامت آنها در معرض خطر قرار می گیرد. هر شاخص مناسب فقر باید بیانگر سه ویژگی باشد: وقوع فقر، شدت فقر، و نابرابری بین فقرا. این سه ویژگی با سه شاخص نسبت سرشمار فقر، نسبت شکاف فقر، و نسبت مجذور شکاف فقر موسوم به نسبت شدت فقر اندازه گیری می شوند.

فقر درآمدی

جدول های ۴ و ۵ و نمودارهای ۳ و ۴ به ترتیب اندازه ها و روندهای سرشمار فقر (نسبت جمعیت فقیر به کل جمعیت)، شکاف فقر و

جدول ۴. اندازه شاخص های فقر در مناطق شهری (۱۳۶۳-۱۳۸۸)

سال	نرخ سرشمار فقر	شدت فقر	شکاف فقر
۱۳۶۳	۰/۲۸۱	۰/۰۹	۰/۰۴۲
۱۳۶۴	۰/۲۹۲	۰/۰۹۷	۰/۰۴۶
۱۳۶۵	۰/۴۱۳	۰/۱۶	۰/۰۸۵
۱۳۶۶	۰/۳۸۳	۰/۱۳۷	۰/۰۶۸
۱۳۶۷	۰/۲۸۸	۰/۰۹۴	۰/۰۴۳
۱۳۶۸	۰/۳۸۸	۰/۱۶۳	۰/۰۹۳
۱۳۶۹	۰/۳۹۵	۰/۱۲۸	۰/۰۵۸
۱۳۷۰	۰/۵۲	۰/۱۹۹	۰/۱۰۲
۱۳۷۲	۰/۴۱۷	۰/۱۳۴	۰/۰۶
۱۳۷۳	۰/۴۲۵	۰/۱۴۴	۰/۰۶۵
۱۳۷۴	۰/۴۵	۰/۱۵۵	۰/۰۷۳
۱۳۷۵	۰/۴۲	۰/۱۳۹	۰/۰۶۴
۱۳۷۶	۰/۴	۰/۱۲۸	۰/۰۵۷
۱۳۷۷	۰/۳۸۱	۰/۱۱۸	۰/۰۵۱
۱۳۷۸	۰/۳۹۶	۰/۱۳۲	۰/۰۶۱
۱۳۷۹	۰/۴۰۸	۰/۱۳۵	۰/۰۶۲
۱۳۸۰	۰/۴۳۳	۰/۱۴۵	۰/۰۶۷
۱۳۸۱	۰/۳۶۶	۰/۱۱۵	۰/۰۵۱
۱۳۸۲	۰/۳۶۸	۰/۱۱۸	۰/۰۵۳
۱۳۸۳	۰/۳۲۵	۰/۰۹۸	۰/۰۴۲
۱۳۸۴	۰/۳۲۵	۰/۰۹۶	۰/۰۴
۱۳۸۵	۰/۳۸۶	۰/۱۲۷	۰/۰۵۷
۱۳۸۶	۰/۳۵۶	۰/۱۱۵	۰/۰۵۲
۱۳۸۷	۰/۳۸۵	۰/۱۲۱	۰/۰۵۴
۱۳۸۸	۰/۴۲	۰/۱۳	۰/۰۶۳

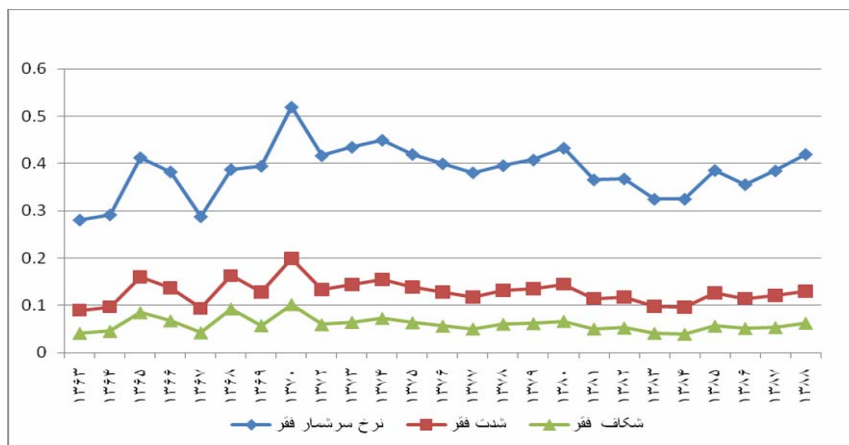
منبع: راغفر و دیگران، ۱۳۹۰

نسبت شدت فقر را بین سال های ۱۳۶۳ تا ۱۳۸۸ در مناطق شهری و روستایی نشان می دهند. فقر روستایی از ۱۳۶۳ تا ۱۳۶۶ روندی افزایشی را نشان می دهد و از ۱۳۶۶ تا ۱۳۸۴ روند کاهشی ملایمی را. فقر در مناطق شهری از ۱۳۶۳ تا ۱۳۷۰، با نوساناتی، روند صعودی و از ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۴، با شیب ملایمی، روند نزولی داشته است. نتایج نشان می دهند که، از ۱۳۸۴، هر سه شاخص فقر در هر دو مناطق شهری و روستایی روند صعودی داشته اند یعنی، از سال ۱۳۸۴ به این سو، بر تعداد فقرا، شدت فقر آنها و نابرابری بین آنان افزوده شده است.

جدول ۵. اندازه شاخص های فقر در مناطق روستایی (۱۳۶۳-۱۳۸۸)

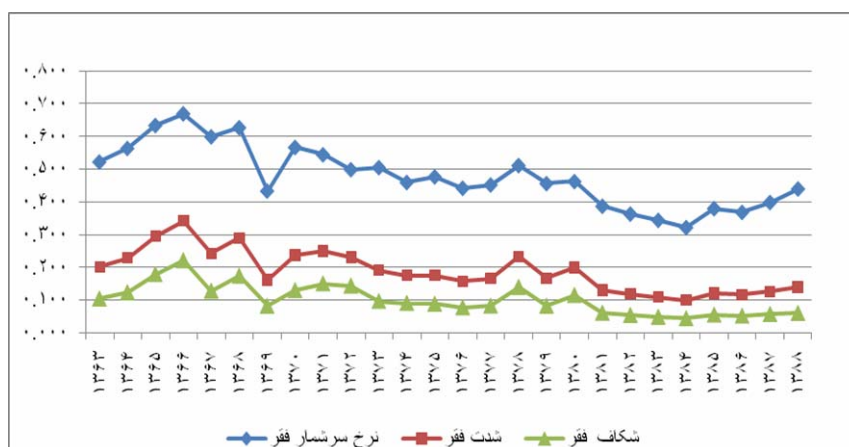
سال	نرخ سرشمار فقر	شدت فقر	شکاف فقر
۱۳۶۳	۰/۵۲۲	۰/۲۰۱	۰/۱۰۴
۱۳۶۴	۰/۵۶۴	۰/۲۲۹	۰/۱۲۳
۱۳۶۵	۰/۶۳۴	۰/۲۹۵	۰/۱۷۹
۱۳۶۶	۰/۶۷	۰/۳۴۲	۰/۲۲۱
۱۳۶۷	۰/۵۹۹	۰/۲۴۲	۰/۱۲۸
۱۳۶۸	۰/۶۲۷	۰/۲۸۹	۰/۱۷۳
۱۳۶۹	۰/۴۳۴	۰/۱۶۱	۰/۰۸۲
۱۳۷۰	۰/۵۶۷	۰/۲۳۶	۰/۱۳
۱۳۷۱	۰/۵۴۴	۰/۲۴۹	۰/۱۵
۱۳۷۲	۰/۴۹۹	۰/۲۳۱	۰/۱۴۳
۱۳۷۳	۰/۵۰۵	۰/۱۹۱	۰/۰۹۶
۱۳۷۴	۰/۴۶	۰/۱۷۶	۰/۰۹
۱۳۷۵	۰/۴۷۷	۰/۱۷۶	۰/۰۸۸
۱۳۷۶	۰/۴۴۲	۰/۱۵۷	۰/۰۷۷
۱۳۷۷	۰/۴۵۲	۰/۱۶۶	۰/۰۸۳
۱۳۷۸	۰/۵۱۱	۰/۲۳۳	۰/۱۳۹
۱۳۷۹	۰/۴۵۶	۰/۱۶۷	۰/۰۸۲
۱۳۸۰	۰/۴۶۳	۰/۱۹۹	۰/۱۱۵
۱۳۸۱	۰/۳۸۷	۰/۱۳	۰/۰۶۱
۱۳۸۲	۰/۳۶۳	۰/۱۱۸	۰/۰۵۴
۱۳۸۳	۰/۳۴۴	۰/۱۰۹	۰/۰۴۸
۱۳۸۴	۰/۳۲۲	۰/۱	۰/۰۴۴
۱۳۸۵	۰/۲۳۱	۰/۰۶۸	۰/۰۳
۱۳۸۶	۰/۳۶۸	۰/۱۱۶	۰/۰۵۲
۱۳۸۷	۰/۳۹۹	۰/۱۲۶	۰/۰۵۷
۱۳۸۸	۰/۴۴	۰/۱۴	۰/۰۶

منبع: راغفر و دیگران، ۱۳۹۰



نمودار ۳. روند شاخص‌های فقر در مناطق شهری (۱۳۶۳-۱۳۸۸)

منبع: راغفر و دیگران، ۱۳۹۰



نمودار ۴. روند شاخص‌های فقر در مناطق روستایی (۱۳۶۳-۱۳۸۸)

منبع: راغفر و دیگران، ۱۳۹۰

فقر شدید

تقسیم‌بندی فقر به فقر مطلق و فقر شدید نیز روش دیگری برای ارزیابی شدت فقر گروه‌هایی از فقر است که کل مخارج آنها حتی کفاف تأمین نیازهای غذایی آنها را نمی‌دهد. این گروه از فقرا که در شرایط رفاهی بسیار نامساعدی به سر می‌برند، با ویژگی‌هایی همچون سوءتغذیه، مسکن نامناسب، عدم دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی، بیسودای و، در بسیاری از موارد، بیماری‌های ناشی از این کیفیت زندگی مشخص می‌شوند. سیاست‌های عمومی باید این رده از فقرا را در اولویت برنامه‌های فقرزدایی قرار دهد. جدول‌های ۶ و ۷ و نمودارهای ۵ و ۶ به ترتیب اندازه شاخص‌های

فقر شدید و روند آنها را در مناطق شهری و روستایی کشور طی سال‌های ۱۳۶۳ تا ۱۳۸۸ نشان می‌دهند. فقر شدید در مناطق روستایی در ۱۳۶۶ و در مناطق شهری در ۱۳۶۸ به بیشترین میزان رسیده است. سپس در هر دو منطقه تا ۱۳۸۴ نرخ نزولی و سپس تا ۱۳۸۸ رشد ملایم صعودی داشته است. در سال ۱۳۸۷، ۴ درصد از جمعیت شهری و ۱۴ درصد از جمعیت روستایی زیر خط فقر شدید قرار داشته‌اند — ارقامی هشداردهنده که بیانگر بسیاری از نابسامانی‌های اجتماعی در شهرها و مهاجرت‌های گسترده از روستا به شهر است. ضرورت حذف این رده از فقر کمرشکن بر همگان آشکار است.

جدول ۶. اندازه شاخص‌های فقر شدید در مناطق شهری

(۱۳۶۳-۱۳۸۸)

سال	نرخ سرشمار فقر	شکاف فقر	شدت فقر
۱۳۶۳	۰/۱۳	۰/۰۳۹	۰/۰۱۶
۱۳۶۴	۰/۱۶	۰/۰۴	۰/۰۲
۱۳۶۵	۰/۲۳	۰/۰۸	۰/۰۳۹
۱۳۶۶	۰/۲۱	۰/۰۶	۰/۰۳
۱۳۶۷	۰/۱۸	۰/۰۵۸	۰/۰۲۵
۱۳۶۸	۰/۲۶	۰/۱	۰/۰۶
۱۳۶۹	۰/۱۵	۰/۰۳۹	۰/۰۱۶
۱۳۷۰	۰/۲۴	۰/۰۶۸	۰/۰۲۸
۱۳۷۱	۰/۱۴	۰/۰۳۵	۰/۰۱۳
۱۳۷۲	۰/۱۴	۰/۰۳۵	۰/۰۱۳
۱۳۷۳	۰/۲	۰/۰۵	۰/۰۲۳
۱۳۷۵	۰/۱۲	۰/۰۳۱	۰/۰۱۲
۱۳۷۶	۰/۰۹۹	۰/۰۲۴	۰/۰۰۹
۱۳۷۷	۰/۱۱	۰/۰۲۶	۰/۰۰۹
۱۳۷۸	۰/۱۱	۰/۰۳	۰/۰۱۱
۱۳۷۹	۰/۱	۰/۰۲۷	۰/۰۱
۱۳۸۰	۰/۰۹	۰/۰۲	۰/۰۰۷
۱۳۸۱	۰/۰۶۶	۰/۰۱۵	۰/۰۰۵
۱۳۸۲	۰/۰۴۷	۰/۰۱	۰/۰۰۳
۱۳۸۳	۰/۰۴	۰/۰۰۹	۰/۰۰۳
۱۳۸۴	۰/۰۲۹	۰/۰۰۵	۰/۰۰۱
۱۳۸۵	۰/۰۳۹	۰/۰۰۸	۰/۰۰۲۷
۱۳۸۶	۰/۰۴	۰/۰۰۸	۰/۰۰۳
۱۳۸۷	۰/۰۴۴	۰/۰۱۰۸	۰/۰۰۳
۱۳۸۸	۰/۰۵۶	۰/۰۱۴	۰/۰۰۵

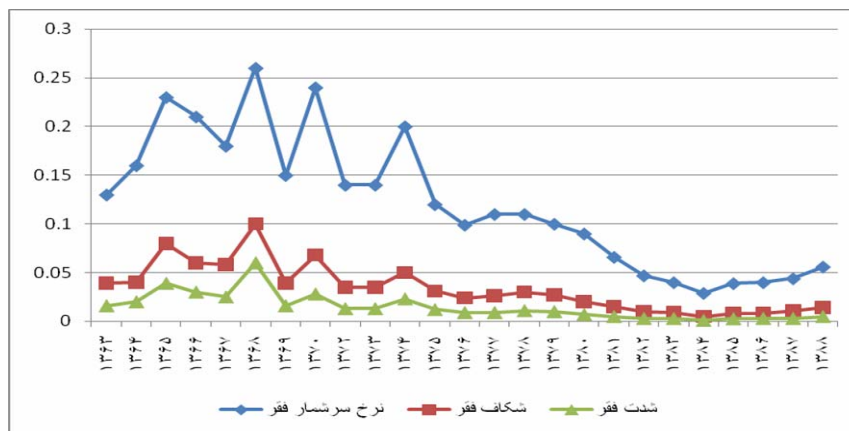
منبع: راغفر و دیگران، ۱۳۹۰

جدول ۷. اندازه شاخص‌های فقر شدید در مناطق روستایی

(۱۳۶۳-۱۳۸۸)

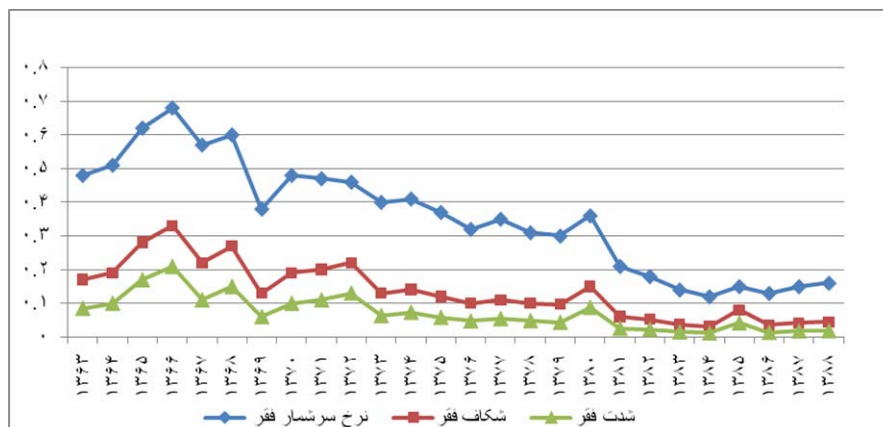
سال	نرخ سرشمار فقر	شکاف فقر	شدت فقر
۱۳۶۳	۰/۴۸	۰/۱۷	۰/۰۸۵
۱۳۶۴	۰/۵۱	۰/۱۹	۰/۱
۱۳۶۵	۰/۶۲	۰/۲۸	۰/۱۷
۱۳۶۶	۰/۶۸	۰/۳۳	۰/۲۱
۱۳۶۷	۰/۵۷	۰/۲۲	۰/۱۱
۱۳۶۸	۰/۶	۰/۲۷	۰/۱۵
۱۳۶۹	۰/۳۸	۰/۱۳	۰/۰۶
۱۳۷۰	۰/۴۸	۰/۱۹	۰/۱
۱۳۷۱	۰/۴۷	۰/۲	۰/۱۱
۱۳۷۲	۰/۴۶	۰/۲۲	۰/۱۳
۱۳۷۳	۰/۴	۰/۱۳	۰/۰۶۳
۱۳۷۴	۰/۴۱	۰/۱۴	۰/۰۷۳
۱۳۷۵	۰/۳۷	۰/۱۲	۰/۰۵۸
۱۳۷۶	۰/۳۲	۰/۱	۰/۰۴۷
۱۳۷۷	۰/۳۵	۰/۱۱	۰/۰۵۴
۱۳۷۸	۰/۳۱	۰/۱	۰/۰۴۸
۱۳۷۹	۰/۳	۰/۰۹۷	۰/۰۴۳
۱۳۸۰	۰/۳۶	۰/۱۵	۰/۰۸۸
۱۳۸۱	۰/۲۱	۰/۰۶	۰/۰۲۵
۱۳۸۲	۰/۱۸	۰/۰۵۲	۰/۰۲۲
۱۳۸۳	۰/۱۴	۰/۰۳۶	۰/۰۱۴
۱۳۸۴	۰/۱۲	۰/۰۳۱	۰/۰۱۱
۱۳۸۵	۰/۱۵	۰/۰۸	۰/۰۴۱
۱۳۸۶	۰/۱۳	۰/۰۳۵	۰/۰۱۳
۱۳۸۷	۰/۱۵	۰/۰۴۱	۰/۰۱۷
۱۳۸۸	۰/۱۶	۰/۰۴۴	۰/۰۱۸

منبع: راغفر و دیگران، ۱۳۹۰



نمودار ۵. روند شاخص‌های فقر شدید در مناطق شهری (۱۳۶۳-۱۳۸۸)

منبع: راغفر و دیگران، ۱۳۹۰



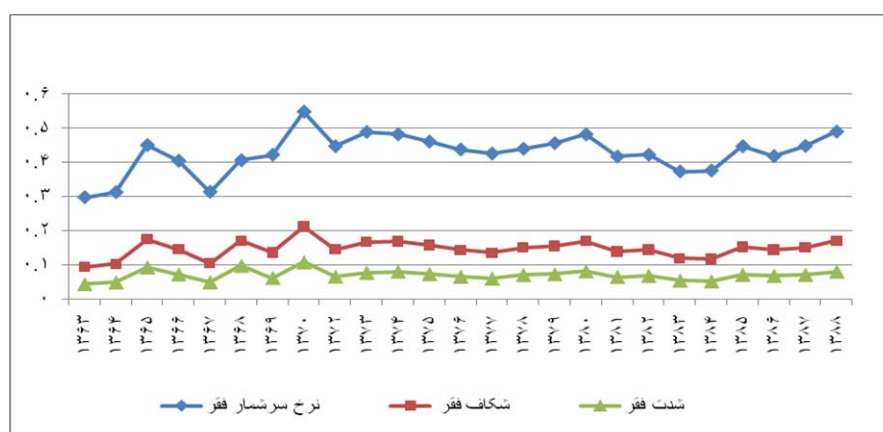
نمودار ۶. روند شاخص‌های فقر شدید در مناطق روستایی (۱۳۶۳ - ۱۳۸۸)

منبع: راغفر و دیگران، ۱۳۹۰

یکی از مهم‌ترین اشکال محرومیت که به بازتولید محرومیت در جامعه می‌انجامد فقر کودکان است. با توجه به آسیب‌پذیری کودکان در برابر محیط پیرامونی و وابستگی آنها به کمک‌های بیرونی به‌ویژه اولیا، شیوه رفع نیازهای کودکان و نوجوانان در هر جامعه، آینده آن جامعه را رقم می‌زند. بیشترین فقر کودکان در مناطق روستایی کشور مشاهده می‌شود. فقر کودکان در مناطق شهری طی سال‌های ۱۳۷۰ تا ۱۳۸۴ روند نزولی و از ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۸ روند صعودی داشته است.

فقر کودکان

جدول‌های ۸ و ۹ و نمودارهای ۷ و ۸ به ترتیب اندازه‌ها و روندهای شاخص‌های فقر کودکان را در مناطق شهری و روستایی کشور طی دوره ۲۵ ساله ۱۳۶۳ تا ۱۳۸۸ نشان می‌دهند. یکی از ویژگی‌های کشورهای در حال توسعه عدم توازن منطقه‌ای و دوگانگی بین شهر و روستا یا مناطق برخوردار و محروم است. این ویژگی در اقتصاد ایران به خوبی مشاهده می‌شود. تفاوت بین مناطق مختلف کشور در آمارهای محرومیت‌ها انعکاس می‌یابد.



نمودار ۷. روند شاخص‌های فقر کودکان در مناطق شهری (۱۳۶۳-۱۳۸۸)

منبع: راغفر و دیگران، ۱۳۹۰

جدول ۸. اندازه شاخص‌های فقر کودکان در مناطق شهری

(۱۳۶۳-۱۳۸۸)

سال	نرخ سرشمار فقر کودکان شهری	شکاف فقر کودکان شهری	شدت فقر کودکان شهری
۱۳۶۳	۰/۳۰	۰/۰۹	۰/۰۴
۱۳۶۴	۰/۳۱	۰/۱۰	۰/۰۵
۱۳۶۵	۰/۴۵	۰/۱۸	۰/۰۹
۱۳۶۶	۰/۴۰	۰/۱۵	۰/۰۷
۱۳۶۷	۰/۳۱	۰/۱۰	۰/۰۵
۱۳۶۸	۰/۴۱	۰/۱۷	۰/۱۰
۱۳۶۹	۰/۴۲	۰/۱۴	۰/۰۶
۱۳۷۰	۰/۵۵	۰/۲۱	۰/۱۱
۱۳۷۱	۰/۴۵	۰/۱۵	۰/۰۷
۱۳۷۲	۰/۴۹	۰/۱۷	۰/۰۸
۱۳۷۳	۰/۴۸	۰/۱۷	۰/۰۸
۱۳۷۴	۰/۴۶	۰/۱۶	۰/۰۷
۱۳۷۵	۰/۴۴	۰/۱۴	۰/۰۶
۱۳۷۶	۰/۴۳	۰/۱۴	۰/۰۶
۱۳۷۷	۰/۴۴	۰/۱۵	۰/۰۷
۱۳۷۸	۰/۴۶	۰/۱۶	۰/۰۷
۱۳۷۹	۰/۴۸	۰/۱۷	۰/۰۸
۱۳۸۰	۰/۴۲	۰/۱۴	۰/۰۶
۱۳۸۱	۰/۴۲	۰/۱۴	۰/۰۷
۱۳۸۲	۰/۳۷	۰/۱۲	۰/۰۵
۱۳۸۳	۰/۳۸	۰/۱۲	۰/۰۵
۱۳۸۴	۰/۴۵	۰/۱۵	۰/۰۷
۱۳۸۵	۰/۴۲	۰/۱۴	۰/۰۷
۱۳۸۶	۰/۴۵	۰/۱۵	۰/۰۷
۱۳۸۷	۰/۴۹	۰/۱۷	۰/۰۸

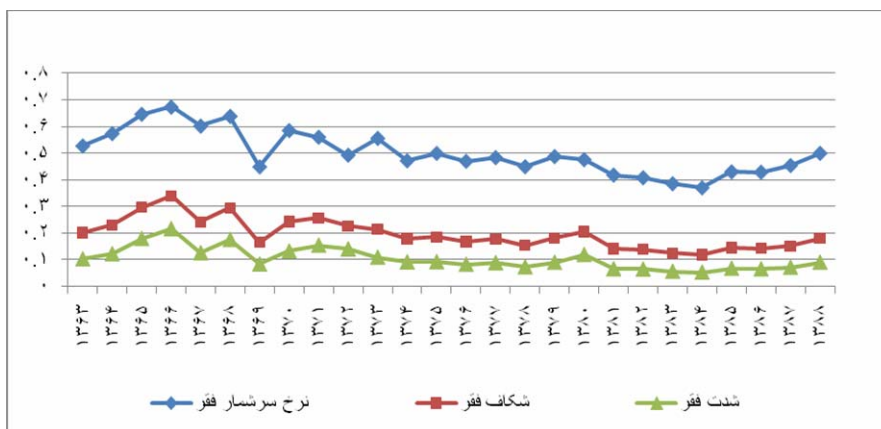
منبع: راغفر و دیگران، ۱۳۹۰

جدول ۹. اندازه شاخص‌های فقر کودکان در مناطق روستایی

(۱۳۶۳-۱۳۸۸)

سال	نرخ سرشمار فقر کودکان روستایی	شکاف فقر کودکان روستایی	شدت فقر کودکان روستایی
۱۳۶۳	۰/۵۳	۰/۲۰	۰/۱۰
۱۳۶۴	۰/۵۷	۰/۲۳	۰/۱۲
۱۳۶۵	۰/۶۵	۰/۳۰	۰/۱۸
۱۳۶۶	۰/۶۷	۰/۳۴	۰/۲۲
۱۳۶۷	۰/۶۰	۰/۲۴	۰/۱۳
۱۳۶۸	۰/۶۴	۰/۲۹	۰/۱۸
۱۳۶۹	۰/۴۵	۰/۱۶	۰/۰۸
۱۳۷۰	۰/۵۹	۰/۲۴	۰/۱۳
۱۳۷۱	۰/۵۶	۰/۲۶	۰/۱۵
۱۳۷۲	۰/۴۹	۰/۲۳	۰/۱۴
۱۳۷۳	۰/۵۶	۰/۲۱	۰/۱۱
۱۳۷۴	۰/۴۷	۰/۱۸	۰/۰۹
۱۳۷۵	۰/۵۰	۰/۱۸	۰/۰۹
۱۳۷۶	۰/۴۷	۰/۱۷	۰/۰۸
۱۳۷۷	۰/۴۸	۰/۱۸	۰/۰۹
۱۳۷۸	۰/۴۵	۰/۱۵	۰/۰۷
۱۳۷۹	۰/۴۹	۰/۱۸	۰/۰۹
۱۳۸۰	۰/۴۸	۰/۲۱	۰/۱۲
۱۳۸۱	۰/۴۲	۰/۱۴	۰/۰۷
۱۳۸۲	۰/۴۱	۰/۱۴	۰/۰۶
۱۳۸۳	۰/۳۹	۰/۱۳	۰/۰۶
۱۳۸۴	۰/۳۷	۰/۱۲	۰/۰۵
۱۳۸۵	۰/۴۳	۰/۱۴	۰/۰۷
۱۳۸۶	۰/۴۳	۰/۱۴	۰/۰۷
۱۳۸۷	۰/۴۵	۰/۱۵	۰/۰۷
۱۳۸۸	۰/۵۰	۰/۱۸	۰/۰۹

منبع: راغفر و دیگران، ۱۳۹۰



نمودار ۸. روند شاخص‌های فقر کودکان در مناطق روستایی (۱۳۶۳-۱۳۸۸)

منبع: راغفر و دیگران، ۱۳۹۰

فقر زنان

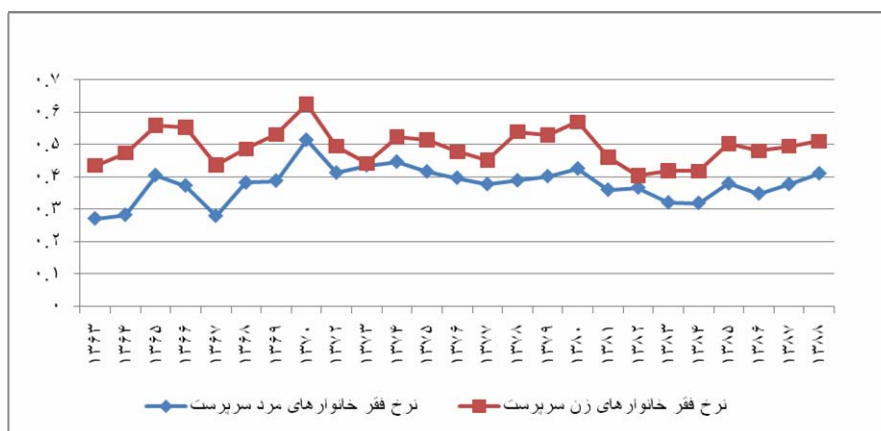
در تفکیک فقر برحسب جنسیت سرپرست خانوار، فقر زنان سرپرست خانوار برجسته‌تر است و خانوارهای زن سرپرست فقیر را در اولویت برنامه‌های فقرزدایی قرار می‌دهد (جدول‌های ۱۰ و ۱۱، نمودارهای ۹ و ۱۰). نکته قابل توجه نسبت هشداردهنده فقر زنان سرپرست خانوار در مناطق روستایی است که نه تنها همواره از نسبت فقر زنان شهری بالاتر است بلکه قدر مطلق آن نیز اختلاف زیادی با نسبت فقر در مناطق شهری دارد. فقر زنان سرپرست خانوار در مناطق شهری در سال ۱۳۷۰ به حداکثر میزان خود می‌رسد و از آن به بعد، با نوسانات و شیب ملایمی، تا ۱۳۸۴ روند نزولی طی می‌کند. از ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۸ مجدداً با افزایش ملایم شیب فقر زنان روبه‌رو هستیم. در مناطق روستایی، نرخ فقر زنان سرپرست خانوار در ۱۳۶۵ به بالاترین میزان خود می‌رسد و سپس تا ۱۳۸۴ با شیب ملایم کاهش می‌یابد. از ۱۳۸۴ به بعد نیز مانند مناطق شهری افزایش پیدا می‌کند. در صورت فقدان بانک اطلاعاتی درباره وضعیت رفاهی خانوارها، استفاده از روش هدمندی مبتنی بر ویژگی‌های سرپرست خانوار مناسب‌ترین روش برای شناسایی خانوارهای فقیر به منظور تخصیص منابع یارانه‌ای به آنهاست.

جدول ۱۰. نرخ فقر به تفکیک جنسیت سرپرست خانوار در مناطق

شهری (۱۳۶۳ - ۱۳۸۸)

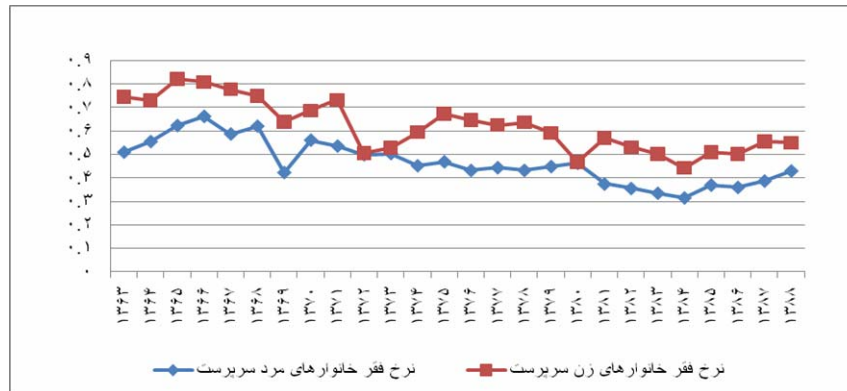
سال	نرخ فقر خانوارهای مرد سرپرست	نرخ فقر خانوارهای زن سرپرست
۱۳۶۳	۰/۲۷	۰/۴۴
۱۳۶۴	۰/۲۸	۰/۴۷
۱۳۶۵	۰/۴	۰/۵۶
۱۳۶۶	۰/۳۷	۰/۵۵
۱۳۶۷	۰/۲۸	۰/۴۴
۱۳۶۸	۰/۳۸	۰/۴۹
۱۳۶۹	۰/۳۹	۰/۵۳
۱۳۷۰	۰/۵۱	۰/۶۳
۱۳۷۱	۰/۴۱	۰/۴۹
۱۳۷۲	۰/۴۳	۰/۴۴
۱۳۷۳	۰/۴۵	۰/۵۲
۱۳۷۴	۰/۴۲	۰/۵۱
۱۳۷۵	۰/۴	۰/۴۸
۱۳۷۶	۰/۳۸	۰/۴۵
۱۳۷۷	۰/۳۹	۰/۵۴
۱۳۷۸	۰/۴	۰/۵۳
۱۳۷۹	۰/۴۲	۰/۵۷
۱۳۸۰	۰/۳۶	۰/۴۶
۱۳۸۱	۰/۳۷	۰/۴
۱۳۸۲	۰/۳۲	۰/۴۲
۱۳۸۳	۰/۳۲	۰/۴۲
۱۳۸۴	۰/۳۸	۰/۵
۱۳۸۵	۰/۳۵	۰/۴۸
۱۳۸۶	۰/۳۸	۰/۴۹
۱۳۸۷	۰/۴۱	۰/۵۱

منبع: راغفر و دیگران، ۱۳۹۰



نمودار ۹. روند نسبت خانوارهای فقیر به تفکیک جنسیت سرپرست خانوار در مناطق شهری (۱۳۶۳-۱۳۸۸)

منبع: راغفر و دیگران، ۱۳۹۰



نمودار ۱۰. روند نسبت خانوارهای فقیر به تفکیک جنسیت سرپرست خانوار در مناطق روستایی (۱۳۶۳ - ۱۳۸۸)

منبع: راغفر و دیگران، ۱۳۹۰

۵. بحث و نتیجه‌گیری

تأثیرات روان‌شناختی نابرابری در انسان‌ها اهمیت کاستن از آن را در جامعه نشان می‌دهد. راه‌حل مشکلات روان‌شناختی ناشی از نابرابری روان‌درمانی انبوه نیست بلکه کاهش خود نابرابری است که به بهبود کیفیت زندگی همه افراد جامعه می‌انجامد. سیر نزولی بهزیستی اجتماعی و کیفیت روابط اجتماعی را می‌توان اصلاح کرد و بهبود بخشید. با شناخت نابرابری می‌توانیم سیاست‌هایی برای بهبود رفاه عمومی همه اعضای جامعه تدوین کنیم.

فقر ریشه‌های متعددی دارد که از جمله آنها می‌توان به جنگ، بلایای طبیعی، نژادپرستی، تبعیض، جهل، استبداد، و حرص و آز اصحاب قدرت اشاره کرد. توده‌هایی که برای ساختن اهرام فراغنه به بیگاری گرفته شدند، زارعینی که امپراتوری تزارها را تغذیه کردند، و جوانان بیکاری که امروزه در خیابان‌های فلسطین و بانکوک و تهران پرسه می‌زنند، همه و همه یک ویژگی مشترک دارند، اینکه هیچ‌کس آنها را نمی‌شناسد، هیچ یادبودی به نام آنها بنا نشده است، و هیچ سابقه‌ای از فردیت آنها وجود ندارد. آنها صرفاً «فقیر» هستند.

دنیا کم‌اکان با فقر مثل بیماری فلج اطفال برخورد می‌کند، یک بیماری منفرد با علت مشترک. متخصصان مدعی کشف مجموعه پایان‌ناپذیری از «واکسن‌های فقر» هستند: تأمین مالی خرد، مراقبت‌های سلامت، آموزش و پرورش ابتدایی، آموزش دختران، کمک‌های خارجی، ثبات سیاسی و اجتماعی، آموزش صلح و آرامش، و واکسن‌های متعدد دیگر.

جدول ۱۱. نرخ فقر به تفکیک جنسیت سرپرست خانوار در مناطق

روستایی (۱۳۶۳ - ۱۳۸۸)

سال	نرخ فقر خانوارهای مرد سرپرست	نرخ فقر خانوارهای زن سرپرست
۱۳۶۳	۰/۵۱	۰/۷۵
۱۳۶۴	۰/۵۶	۰/۷۳
۱۳۶۵	۰/۶۲	۰/۸۲
۱۳۶۶	۰/۶۶	۰/۸۱
۱۳۶۷	۰/۵۹	۰/۷۸
۱۳۶۸	۰/۶۲	۰/۷۵
۱۳۶۹	۰/۴۲	۰/۶۴
۱۳۷۰	۰/۵۶	۰/۶۹
۱۳۷۱	۰/۵۴	۰/۷۳
۱۳۷۲	۰/۵	۰/۵۱
۱۳۷۳	۰/۵	۰/۵۳
۱۳۷۴	۰/۴۵	۰/۵۹
۱۳۷۵	۰/۴۷	۰/۶۷
۱۳۷۶	۰/۴۳	۰/۶۵
۱۳۷۷	۰/۴۴	۰/۶۳
۱۳۷۸	۰/۴۳	۰/۶۴
۱۳۷۹	۰/۴۵	۰/۵۹
۱۳۸۰	۰/۴۶	۰/۴۷
۱۳۸۱	۰/۳۷	۰/۵۷
۱۳۸۲	۰/۳۶	۰/۵۳
۱۳۸۳	۰/۳۴	۰/۵
۱۳۸۴	۰/۳۲	۰/۴۴
۱۳۸۵	۰/۳۷	۰/۵۱
۱۳۸۶	۰/۳۶	۰/۵
۱۳۸۷	۰/۳۹	۰/۵۶
۱۳۸۸	۰/۴۳	۰/۵۵

منبع: راغفر و دیگران، ۱۳۹۰

راغفر، حسین، محدثه یزدان‌پناه و فریبا خوشدست. (۱۳۹۰ب)، «اندازه‌گیری نابرابری آموزشی در ایران در سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۶۳»، *آموزش عالی* (در دست انتشار).

Acemoglu, D., S. Johnson and J. A. Robinson. (2005), "Institutions as a Fundamental Cause of Long-Run Growth" in P. Aghion and S. Durlauf, eds., *Handbook of Economic Growth*, North-Holland, Amsterdam, Vol. 1A, pp. 386-472.

Beall, J. and S. Fox. (2006), *Urban Poverty and Development in the 21st Century: Towards an Inclusive and Sustainable World*, Oxfam Research Reports, Oxford, Oxfam GB.

Borgerhoff Mulder, M. et al. (2009), "Intergenerational Wealth Transmission and the Dynamics of Inequality in Small-scale Societies", *Science* 326.

Chambers, R., D. Narayan, M. K. Shah and P. Petesch. (2000), *Voices of the Poor: Crying Out for Change*, Oxford, Oxford University Press.

Chronic Poverty Research Centre. (2004), *Chronic Poverty Report 2004-05*, CPRC.

———. (2008), *Chronic Poverty Report 2008-09*, CPRC.

Ciconello, A. (2007), "The Challenge of Eliminating Racism in Brazil: The New Institutional Framework for Fighting Racial Inequality", background paper for Oxfam International.

Collinshaw, S., B. Maughan, R. Goodman and A. Pickles. (2004), "Time Trends in Adolescent Mental Health", *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45/8: 1350-62.

Dickerson S. S. and M. E. Kemeny. (2004), "Acute Stressors and Cortisol Responses: A Theoretical Integration and Synthesis of Laboratory Research", *Psychological Bulletin* 130/3: 355-391.

Kruzenga, L. (2004), "Report Confirms Health Disparities for Aboriginals, Poor; Comparisons with Third World Continue", *The First Perspective* 13/3.

Lim, F., M. H. Bond and M. K. Bond. (2005), "Linking Social and Psychological Factors to Homicide Rates Across

اقتصاددانان در جست‌وجوی پاسخ‌هایی برای موفقیت بیره‌های آسیایی هستند. مردم‌شناسان برای یافتن علل ریشه‌ای به مطالعه جوامع اولیه می‌پردازند. معلمان از کمبود کلاس درس و کیفیت نازل آموزش برای فقرا گله دارند. هنرمندان، هم وجدان ما را ناآرام می‌کنند و هم با جمع‌آوری اعانه به آن آرامش می‌بخشند. متخصصان سلامت عمومی وعده می‌دهند که ریشه‌کنی مالاریا، ایدز و سل منجر به ریشه‌کنی فقر می‌شود.

این رویکردها به کاهش فقر وقتی معنا دارند که فرض کنیم فقر یک «بیماری قابل پیشگیری از طریق واکسن» است. استعاره واکسن‌های بیماری جالب توجه است. واکسن فلج بر همه انسان‌ها، با هر سن و جنسی، به طور قابل اطمینانی اثر می‌کند. از نظر واکسن فلج مهم نیست که مردم پرخاشگرند یا افسرده، فرزندان را دوست دارند یا نه، به اجدادشان اعتقاد یا به رهبران‌شان اعتماد دارند یا نه. واکسن فلج اطفال نسبت به خواست آنها برای گریز از احساس ملالت و ناکامی ناشی از فقر و پناه بردن به مواد مخدر یا انعکاس ستم فقر در کتک زدن همسر بی‌اعتناست. واکسن فلج در بلندمدت باثبات است. بعد از اینکه به کار برده می‌شود، نسبت به جنگ، بلایای طبیعی، نژادپرستی، متارکه، و رکود اقتصادی مقاوم می‌شود.

این دیدگاه‌ها نسبت به فقر دیدگاه‌های معتبری هستند چون فقرا کماکان ناشناخته و ساکت باقی می‌مانند. اما فقر یک بیماری ویروسی نیست که با واکسن بتوان جلوی بروز آن را گرفت. فقر یک وضعیت مزمن انسانی است، بیشتر شبیه مرض قند است تا فلج اطفال، و متأثر از رویدادهای بیرونی و تفاوت‌های فردی و اجتماعی است. نابرابری‌های گسترده و فقر عمیق و مزمن محصول نظام‌های اجتماعی‌اند.

منابع

راغفر، حسین و کبری سنگری مهذب. (۱۳۹۰)، «مشارکت عادلانه در هزینه سلامت خانوارها»، *مدیریت سلامت* (در دست انتشار).

راغفر، حسین، سمانه قائدی و محدثه یزدان‌پناه. (۱۳۹۰)، «ویژگی‌های جمعیت فقیر در ایران طی سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۶۳»، *نامه انجمن جمعیت‌شناسی ایران* (در دست انتشار).

راغفر، حسین، فریبا خوشدست و محدثه یزدان‌پناه. (۱۳۹۰الف)، «اندازه‌گیری نابرابری درآمدی در ایران در سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۶۸»، *رفاه اجتماعی* (در دست انتشار).

- available at: http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_en.pdf
- UN Department of Economic and Social Affairs. (2006), UN Report on the World Social Situation 2005: The Inequality Predicament, available at: www.un.org/esa/socdev/rwss/media%2005/cd-docs/fullreport05.htm
- UNDP. (1996), *Human Development Report 1996*, New York, United Nations Development Programme.
- . (2005), *Human Development Report 2005*, New York and Oxford, United Nations Development Programme and Oxford University Press.
- . (2006), *Human Development Report 2006*, New York, United Nations Development Programme.
- UNICEF. (2008), *States of the World's Children 2008*, New York, UNICEF.
- World Health Organization. (2007), Malaria, Fact Sheet 94, available at: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/en/index.html
- World Bank. (2005), *World Development 2006*, Washington DC, World Bank.
- Nations", *Journal of Cross-Cultural Psychology* 36/5: 515-536.
- Maughan, B., A. C. Iervolino and S. Collinshaw. (2005), "Time Trends in Child and Adolescent Mental Disorders", *Current Opinion in Psychiatry* 18/4: 381-385.
- Rawls, John. (1971), *A Theory of Justice*, MA. Harvard University Press.
- Rutter, M. and D. J. Smith. (1995), *Psychological Disorders in Youth People: Time Trends and their Causes*, Chichester, Wiley.
- Twenge, J. M. (2007), "The Age of Anxiety? Birth Cohort Change in Anxiety and Neuroticism, 1952-1993", *Journal of Personality and Social Psychology* 79/6: 1007-21.
- UK Department of Health. (2005), *Tackling Health Inequalities: Status Report on the Programme for Action*, London, Department of Health.
- United Nations. (2007), *The Millennium Development Goals Report*, New York, United Nations.
- UNAIDS and WHO. (2007), "AIDS Epidemic Update",

مهاجرت

شهلا کاظمی پور*

مقدمه

مهاجرت نوعی جابه‌جایی و حرکت جمعیت از یک منطقه به منطقه‌ای دیگر است. انسان از زمانی که خود را شناخته، پیوسته در جست‌وجوی نان، مأوای بهتر و امنیت بیشتر، از نقطه‌ای به نقطه دیگر کوچیده است (مارتین، ۱۳۸۳: ۱). اما حمل و نقل سریع و نسبتاً ارزان زمینی و هوایی ابعادی تازه به مهاجرت بخشیده است. اکنون مردم راحت‌تر از هر زمان دیگر می‌توانند نقل مکان کنند، و وقتی چنین کنند، کمتر احتمال داده می‌شود که برای همیشه در محل جدید اقامت گزینند. جهانی شدن نیروی کار، که در نتیجه پیشرفت صنعت حمل و نقل و ارتباطات حاصل شده، بعضی از مهاجران را به خانه‌به‌دوش‌های جدید تبدیل کرده است. زمانی که مردم محل اقامت خود را تغییر می‌دهند، هم در کوتاه‌مدت و هم در درازمدت، در تغییرات جمعیتی سهیم می‌شوند. مهاجرت یکی از

فرایندهای بسیار مهم جمعیت‌شناختی است (ویکس، ۱۳۸۵: ۲۶۹). بررسی مهاجرت‌هایی که طی قرون متمادی صورت گرفته نشان می‌دهد که مهم‌ترین جنبه این جابه‌جایی‌ها، که آنها را از مهاجرت‌های قرن حاضر متمایز می‌سازد، اجباری بودن این حرکت‌ها بوده است. افراد و گروه‌ها غالباً به دلایل مختلفی نظیر جنگ، بلایای طبیعی یا تبعید مجبور به ترک وطن می‌شدند. این جنبه از مهاجرت در جابه‌جایی‌های جمعیتی قرن حاضر کمتر دیده می‌شود — چه در مهاجرت‌هایی که غالباً در محدوده مرزهای جغرافیایی یک کشور صورت می‌گیرد (مهاجرت از روستا به شهر و...) و چه در مهاجرت به خارج از مرزهای سیاسی یک کشور. اما وجه اشتراک تمامی این جابه‌جایی‌های مکانی وجود انگیزه افزایش سطح رفاه مادی است. شاید تا چند دهه پیش، بروز خشکسالی در یک منطقه باعث می‌شد که گروه کثیری از ساکنان آن منطقه به اجبار به منطقه‌ای دیگر مهاجرت کنند. اما خشکسالی یا عوامل دیگر، در حقیقت، موجب کاهش سطح رفاه مادی در منطقه مبدأ

* دکترای جامعه‌شناسی، عضو هیئت علمی مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه

از تحرک جغرافیایی یا مکانی است که بین دو منطقه جغرافیایی انجام می‌شود. این تحرک شامل یک منطقه یا مبدأ مهاجرت و اقامت در منطقه دیگر یا مقصد مهاجرت می‌باشد» (اوبرای، ۱۳۷۰: ۴۳).

۲.۱. انواع مهاجرت

مهاجرت از نظر مرزهای سیاسی

– **مهاجرت داخلی:** به کلیه حرکتهای جمعیتی در داخل مرزهای یک کشور مهاجرت داخلی می‌گویند. مهاجران داخلی ممکن است از شهر به شهر، از شهر به روستا، از روستا به شهر یا از روستا به روستا نقل مکان کنند.

– **مهاجرت خارجی یا بین‌المللی:** مهاجرت خارجی به مهاجرت مردم از کشوری به کشور دیگر اطلاق می‌شود (محمودوند و دیگران، ۱۳۸۸: ۱۴۶). مهاجرت متخصصان نوع خاصی از مهاجرت خارجی است که اصطلاح فرار مغزها را برای آن به کار می‌برند، یعنی مهاجرت افراد متخصص و تحصیل کرده از کشورهای توسعه‌نیافته و در حال توسعه به کشورهای توسعه‌یافته.

مهاجرت از نظر تعداد

– **مهاجرت گروهی:** مهاجرت دسته‌جمعی افراد مهاجرت گروهی نامیده می‌شود. این نوع مهاجرت غالباً به دلایل سیاسی و اجتماعی و بعضاً اقتصادی صورت می‌گیرد.

– **مهاجرت فردی:** مهاجرت فردی اکثراً به صورت خودخواسته و بدون حمایت یا اجبار رسمی صورت می‌گیرد (حسینی جبلی، ۱۳۸۸: ۱۵۹).

مهاجرت از نظر نوع تصمیم‌گیری

– **مهاجرت اجباری:** نوعی از مهاجرت گروهی و عمده نیروی انسانی است که بدون اختیار و تمایل فرد یا گروه صورت می‌گیرد. بهترین مثال مهاجرت اجباری انتقال بردگان از موطنشان به نقاط دیگر است که تا قرن نوزدهم ادامه داشت. مهم‌ترین شاخصه‌های این نوع مهاجرت اجباری بودن (عدم تمایل فرد و گروه)، فاصله نسبتاً زیاد بین مبدأ و مقصد، و تعداد کثیر مهاجران است. جنگ، بلایای طبیعی و حوادث نیز می‌توانند عامل مهاجرت اجباری باشند.

– **مهاجرت اختیاری:** جابه‌جایی افراد از روی تمایل و با صرف هزینه از یک منطقه به منطقه دیگر است. این نوع مهاجرت به

می‌شد تاحدی که افراد مجبور می‌شدند، برای دستیابی به حداقل امکانات معیشتی و افزایش رفاه خود، به منطقه‌ای دیگر با شرایط بهتر مهاجرت کنند (حسینی جبلی، ۱۳۸۸: ۱۶۱).

مهاجرت می‌تواند راه‌حلی برای بحران‌های جمعیتی محسوب شود، جمعیت اضافی را از نقطه‌ای به خارج از آن هدایت کند، نیروی کار مازاد و بیکار را به سرزمین‌های نیازمند سوق دهد، عدم تعادل‌های ساختاری جمعیت را مرتفع کند، از طریق جذب قسمتی از دستمزد کارگران شاغل در خارج، در ایجاد تعادل ارزی مؤثر افتد و موجبات جذب سرمایه و انتقال فناوری را به داخل فراهم سازد، همچنین از طریق ایجاد و تقویت روحیه تولید و رقابت، وضعیت را بهبود بخشد. در مقابل، مهاجرت نیروی کار ممکن است به عدم تعادل اقتصادی در مبدأ منجر شود، تخلیه سرزمین از نیروی کار برخوردار از توانمندی اقتصادی، علمی و فنی را به دنبال داشته باشد، مسائل پیچیده سیاسی و اجتماعی در روابط بین کشورها ایجاد کند، و به نیروی مخرب تفاهم و توسعه تبدیل شود (زنجانی، ۱۳۸۰: ۲).

مهاجرت به خودی خود مثبت تلقی می‌شود، اما پیدایش و گسترش بی‌رویه و بدون برنامه آن مشکلات و مسائل مکانی-فضایی متعددی را هم در مبدأ و هم در مقصد می‌آفریند (پورطاهری و محمودی، ۱۳۸۸: ۳۵۲).

کشور ایران نیز طی نیم قرن اخیر با بسیاری از مشکلات ناشی از مهاجرت بی‌رویه از روستا به شهر، از شهرهای کوچک به شهرهای بزرگ و کلان‌شهرها، و مهاجرت عظیم متخصصان به کشورهای صنعتی روبه‌رو بوده است. در این مقاله، ابعاد مختلف مهاجرت‌های داخلی و خارجی در کشورهای مختلف و ایران بررسی می‌شود. روش تحقیق در این مطالعه روش اسنادی است، بدین معنی که با مراجعه به کتاب‌ها و اسناد و مدارک معتبر و نشریات آماری، اطلاعات لازم جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل شده است.

۱. تعاریف

۱.۱. مهاجرت

به هرگونه تغییر محل اقامت، مهاجرت گفته می‌شود که شامل رها کردن فعالیت‌های سازمان‌یافته در یک محل و انتقال دایره فعالیت‌ها به محلی دیگر است (Goldscheider, 1971). بنابراین، مهم‌ترین جنبه مهاجرت جابه‌جایی است (ویکس، ۱۳۸۵: ۲۷۱).

اوبرای در تعریف خود از مهاجرت می‌نویسد: «مهاجرت شکلی

روستایی به مناطق شهری مهاجرت می‌کنند، به این ترتیب که نخست از روستا به شهرهای کوچک (نزدیک‌تر) می‌روند، سپس به شهرهای بزرگ و بالاخره به بزرگ‌ترین شهرها می‌رسند. این روند می‌تواند در دوران زندگی یک فرد یا حتی چند نسل تکمیل شود. مهاجرت مرحله‌ای در شرایطی اهمیت بیشتری می‌یابد که شهرهای بزرگ در فاصله طولانی قرار داشته باشند و مهاجرت از روستا به شهر کمتر رواج یافته باشد. یک مسئله در مفهوم مهاجرت مرحله‌ای این است که تا روند این‌گونه مهاجرت به مرحله پایانی نرسیده باشد، کمتر کسی می‌تواند خود را مهاجر مرحله‌ای بنامد (همان: ۱۶۷).

مهاجرت چرخشی

زلینسکی^۱ (۱۹۷۱) مهاجرت چرخشی را فرایندی تعریف می‌کند که در طی آن، مهاجر وطن خود را به قصد اینکه نهایتاً به آنجا بازگردد ترک می‌کند (به نقل از همان: ۱۶۹).

اقامت دومحلی

عبارت است از حرکت به سمت جلو و عقب بین شهر و روستا (همان: ۱۷۰).

۲. رویکرد نظری: مهاجرت و توسعه

ابعاد گسترده و پیچیدگی امر مهاجرت باعث شده تا محققان بی‌شماری مهاجرت را در حوزه‌های مختلف مورد بررسی قرار دهند. پدیده مهاجرت، به دلیل ماهیت بین‌رشته‌ای خود، موضوع بسیاری از مطالعات انسانی و اجتماعی و اقتصادی است که هریک به مصادیق خاصی از آن پرداخته‌اند. به همین دلیل نظریات ارائه شده در مورد مهاجرت شمول عام ندارند و قادر به تبیین همه انواع مهاجرت نیستند (زنجانی، ۱۳۸۰: ۱۲۰). در این مقاله، دیدگاه‌ها و نظرات صاحب‌نظران در مورد مهاجرت و توسعه ارائه می‌گردد.

راونشتاین^۲، پدر مطالعات جدید در زمینه مهاجرت، در اثر مشهور خود *قوانین مهاجرت* (۱۸۸۹-۱۸۸۵)، متذکر می‌شود که افزایش مهاجرت در قالب صنایع و تجارت به پیشرفت بیشتر و

دلایل متعددی صورت می‌پذیرد اما عوامل اقتصادی مهم‌ترین دلیل این‌گونه مهاجرت‌هاست (همان: ۱۵۸).

– **مهاجرت بالقوه:** مهاجر بالقوه کسی است که اگر فرصتی یا شرایطی فراهم شود، میل دارد که جابه‌جا شود (لوکاس و میر، ۱۳۸۱: ۱۵۹).

مهاجرت از نظر مدت‌زمان

– **مهاجرت بلندمدت یا دائم:** مهاجرت کسانی که، در جابه‌جایی، هم اقامتگاه «عادی» و هم فعالیت خود را برای یک دوره طولانی تغییر می‌دهند.

– **مهاجرت موقت:** جابه‌جایی مهاجر برای دوره‌ای کوتاه‌مدت با این قصد که به اقامتگاه «قبلی» خود برگردد. یک گروه مهم از مهاجران ادواری، مهاجران فصلی‌اند که برحسب نیاز به نیروی کار فصلی و وجود فرصت‌های شغلی فصلی، فعالیت‌های شغلی و سالانه خود را در جاهای مختلف انجام می‌دهند.

– **مهاجرت سیار:** تحرک کسانی که اقامتگاه خود را جابه‌جا می‌کنند بدون اینکه فعالیت خود را تغییر دهند. مهاجران سیار، در بیشتر کشورها، گروه‌های متعدد و بااهمیتی هستند، ولی به سختی می‌توان آنان را تشخیص داد. در تجزیه و تحلیل بازار کار، این‌گونه مهاجران آثار ضمنی قابل توجهی دارند. وجود کارگرانی که بتوان به گونه‌ای انعطاف‌پذیر انتقال‌شان داد، در بیشتر موارد، مؤسسات خصوصی و سازمان‌های دولتی و دیگر کارفرمایان را قادر می‌سازد که کارآیی تولیدات خود را افزایش دهند و با شرایط موجود سازگار سازند (حسینی جلی، ۱۳۸۸: ۱۵۸).

۳.۱. شیوه‌های مهاجرت

مهاجرت زنجیره‌ای

تعریف گسترده‌ای که از مهاجرت زنجیره‌ای شده عبارت است از: «پویایی که طی آن مهاجرین به مقصدی می‌روند که از قبل آنجا را شناخته، تماس‌هایی با آنجا برقرار کرده یا از طریق دوستان و خویشاوندان به طور غیرمستقیم چیزهایی درباره آنجا شنیده‌اند» (لوکاس و میر، ۱۳۸۱: ۱۶۸).

مهاجرت مرحله‌ای

در مهاجرت مرحله‌ای یا پله‌ای، در طی جابه‌جایی، مردم از مناطق

1. Zelinsky

2. Ravenstein

در جمع‌بندی کلی می‌توان گفت که مهاجرت‌های داخلی و خارجی یکی دو قرن اخیر عمدتاً متأثر از عوامل توسعه‌ای بوده‌اند و جریان حرکت همواره از کشورها و مناطق توسعه‌نیافته به سمت کشورها و مناطق توسعه‌یافته است. این جریان مهاجرت به توسعه‌یافتگی جوامع، چه مهاجرپذیر و چه مهاجرفرست، کمک می‌کند. بنابراین می‌توان گفت که مهاجرت، صرف نظر از مسائل و مشکلات مقطعی که ایجاد می‌کند، اگر هدفمند و با برنامه انجام شود، به توسعه جوامع یاری می‌رساند.

۳. وضعیت دیگر کشورها

۱.۳. کشورهای امریکایی

از گذشته‌های دور تا به امروز، امریکا کشوری مهاجرپذیر بوده است. جریان مهاجرت به سمت ایالات متحده امریکا همواره افت و خیزهایی داشته تا جایی که این کشور در آغاز جنگ جهانی اول با بیش از یک میلیون مهاجر روبه‌رو بوده است. مهاجرت به ایالات متحده و کانادا در دهه نخست قرن بیستم به اوج خود رسید. در این برهه، ۱/۶ میلیون نفر به کانادا و حدود ۹ میلیون نفر به ایالات متحده مهاجرت کردند. آنان با این سودا که خیابان‌ها با طلا آسفالت شده است به امریکا می‌آمدند، اما خیلی زود متوجه می‌شدند که خیابان‌ها اصلاً آسفالت ندارد و از آنان انتظار می‌رود که این کار را بکنند (Leroux, 1984)، به نقل از ویکس، ۱۳۸۵: ۳۰۳).

در قرن نوزدهم، اکثر مهاجران به امریکا از انگلیس، ایرلند، اسکاتلند و سویس (شمال و غرب اروپا) بودند. اما پس از آن دامنه مهاجرت به جنوب و شرق اروپا، به‌ویژه آلمان، کشیده شد (همان: ۳۰۳).

در سرشماری سال ۲۰۰۰، جمعیت امریکا حدود ۲۸۱/۵ میلیون نفر بود که از این تعداد، ۳۱ میلیون نفر یا ۱۱/۱ درصد شهروند ایالات متحده نبودند.

داده‌های پیمایش‌های جمعیت جاری و دیگر منابع در امریکا بیانگر آن است که سالانه بالغ بر ۳۵۰ هزار نفر از امریکا به کشورهای دیگر مهاجرت می‌کنند که حدود نیمی از آنها در خارج از امریکا متولد شده‌اند.

۲.۳. کشورهای اروپایی

در قرن نوزدهم بیشتر مهاجرت‌ها در اروپا شامل نقل مکان داوطلبانه مردم به سرزمین‌های جدید واقع در امریکا و اقیانوسیه

انتقال آن کمک می‌کند. به عبارت دیگر، مهاجرت ارتباط مستقیمی با توسعه دارد. به علاوه، راونشتاین ثابت کرد که جهت مهاجرت «عمدتاً از نواحی کشاورزی به سمت مراکز صنعت و تجارت» و «دلیل اصلی مهاجرت انگیزه‌های اقتصادی» است و توسعه جزء لاینفک فرایند مهاجرت به شمار می‌آید (Skeldon, 2008: 2).

آرتور لوئیس^۱ معتقد است که به موازات توسعه صنعتی و گسترش تولید در بخش مدرن، نیروی کار از بخش سنتی به این بخش رانده می‌شود. انتقال نیروی کار از بخش سنتی به بخش مدرن به ایجاد ارزش افزوده در بخش سرمایه‌داری منجر می‌شود و، با گسترش سرمایه‌داری، نسبت پس‌انداز و سرمایه به تولید ناخالص ملی افزایش می‌یابد. تا زمانی که این شرایط ادامه داشته باشد، مهاجرت نیز استمرار می‌یابد و حتی تشدید می‌شود و، در نتیجه، امکان رشد اقتصادی فراهم می‌گردد (تودارو، ۱۳۶۸: ۳۹۸).

طرفداران دیدگاه وابستگی بر این عقیده‌اند که نمی‌توان علت مهاجرت را از آثار آن جدا کرد زیرا مهاجرت از یک طرف معلول توسعه نابرابر و از طرف دیگر عامل توسعه نابرابر است. مطابق این دیدگاه، با توجه به توزیع نابرابر امکانات بین مناطق شهری و روستایی و نبود صرفه اقتصادی در تولید کشاورزی، روستاییان به منظور برخورداری از امکانات بیشتر به شهرها مهاجرت می‌کنند (لهسانی‌زاده، ۱۳۶۸: ۱۵).

در نظریه انتقال تحرکی^۲، زلینسکی (۱۹۷۱) به رابطه بین جابه‌جایی جمعیت و فرایند نوسازی می‌پردازد که از طریق آن، تغییر اقتصادی و اجتماعی ابتدا در نقاط مرکزی جامعه (معمولاً شهرها) ایجاد می‌شود و سپس به مناطق کوچک‌تر و اجتماعات دورتر روستایی اشاعه می‌یابد. به نظر وی، حرکت جمعیتی در چنین موقعیت‌هایی ابتدا از بخش «سنتی» به بخش «مدرن» و، بنابراین، عمدتاً از نقاط پیرامونی به مرکز است. توصیف پیترسون (۱۹۵۸) از حرکت کنندگان تحت عنوان خلاق یا محافظه‌کار نیز در اینجا مهم است. خلاق‌ها آنهایی هستند که از بخش سنتی به بخش پیشرفته حرکت می‌کنند و محافظه‌کاران کسانی هستند که یا در بخش سنتی می‌مانند یا اینکه در خلاف جهت، از مدرن به سنتی، حرکت می‌کنند (به نقل از لوکاس و میر، ۱۳۸۱: ۱۴۸-۱۴۷).

1. Louis

2. mobility transition theory

خاورمیانه می‌شوند. خاورمیانه اولین منزلگاه مهاجران آسیایی است به طوری که در اوایل دهه ۱۹۸۰ یک میلیون مهاجر آسیایی را جلب و جذب کرده است (مارتین، ۱۳۸۳: ۳۳). کشور فیلیپین عمده‌ترین صادرکننده نیروی کار در آسیاست. مطابق آمار دولت فیلیپین، کارگران مهاجر فیلیپینی سالانه ۷ میلیارد دلار پول به داخل کشور حواله می‌کنند که معادل ۱۰ درصد تولید ناخالص داخلی (GDP) این کشور است (همان: ۳۸).

۴.۳. کشورهای منطقه

خاورمیانه که از غرب آسیا تا شمال آفریقا امتداد دارد شاهد جابه‌جایی برخی از بزرگ‌ترین جمعیت‌ها و جریان‌های نیروی کار در ۵۰ سال گذشته بوده است. ایجاد کشورهای هندوستان و پاکستان و بعدها بنگلادش با مهاجرت‌های انبوهی توأم شد. به دنبال افزایش قیمت نفت در سال ۱۹۷۰، میلیون‌ها کارگر خارجی با هدف دستیابی به مشاغل که به برکت درآمدهای سرشار نفتی ایجاد شده بود به سوی کشورهای صادرکننده نفت سرازیر شدند. خاورمیانه در یک دوره طولانی شاهد تحرک بزرگ‌ترین گروه پناهندگان از کشور افغانستان و ۳ میلیون آواره فلسطینی در نوار غزه و ساحل غربی رود اردن بوده است (همان: ۴۱).

جابه‌جایی جریان‌های نیروی کار قراردادی در آسیا، عمدتاً شامل کارگران نیمه‌ماهر از کره جنوبی، فیلیپین، تایلند و اندونزی، به طور ویژه بر کشورهای خاورمیانه متمرکز بوده است. مهم‌ترین کشور مهاجرپذیر عربستان سعودی بود که در اواسط دهه ۱۹۸۰، بیش از ۶۰ درصد از کل نیروی کار آن را خارجی‌ان تشکیل می‌دادند. بر اثر بحران خلیج فارس در ۱۹۹۰، این جابه‌جایی به شدت دچار وقفه شد و در پایان آن سال، تعداد بسیاری از کارگران قراردادی به کشور خود بازگشتند.

۵.۳. مطالعه تطبیقی وضعیت مهاجرت جمعیت جهان در قاره‌های مختلف

بررسی آمارها نشان می‌دهد که جمعیت مهاجر جهان در سال ۲۰۰۵ معادل ۱۹۱ میلیون نفر بوده که حدود ۳ درصد از کل جمعیت جهان را شامل می‌شود. بررسی تعداد و درصد کل جمعیت جهان و مهاجران در قاره‌های مختلف به شرح جدول ۱ نشان می‌دهد که بیشترین سهم مهاجران بین‌المللی به ترتیب به

بود (همان: ۲۹۷). در فاصله سال‌های ۱۸۲۰ تا ۱۹۱۴، حدود ۶۰ میلیون اروپایی به امریکا مهاجرت کردند (همان: ۱۴).

علاوه بر مهاجرت اروپایی‌ها به امریکای شمالی، میلیون‌ها ایتالیایی، اسپانیایی، اتریشی، آلمانی و دیگر اروپایی‌ها در همان مقطع زمانی در امریکای لاتین (خصوصاً برزیل و آرژانتین) ساکن شدند (Sanchez-Albornoz, 1988). مهاجرت از اروپا در حول و حوش جنگ جهانی اول به اوج خود رسید و از آن زمان به بعد، اروپا دیگر هیچ‌گاه مهاجرتی با این گستردگی به خود ندید که دلیل آن تا اندازه‌ای افزایش دستمزدها در اروپا و رکود اقتصادی بزرگ دهه ۱۹۳۰ در ایالات متحده امریکا بود (همان: ۳۰۵).

اروپا در عین حال با نوعی مهاجرت‌های منطقه‌ای در داخل خود مواجه است، مانند مهاجرت پرتغالی‌ها و اسپانیایی‌ها به فرانسه، مهاجرت ایتالیایی‌ها به سوئیس و آلمان، و، در گذشته، مهاجرت یوگسلاوها و ترک‌ها به آلمان.

طی سال‌های پس از انقلاب صنعتی و در اواسط قرن هجدهم، به دنبال کاهش مرگ و میر و افزایش سریع جمعیت و احداث کارخانه در شهرها، مهاجرت عظیم روستاییان به شهرها در اروپا آغاز گردید که به توسعه صنعتی کشورها کمک کرد و در نهایت توسعه اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی کل جامعه اروپا را به دنبال داشت.

۳.۳. آسیا

با توجه به وسعت و جمعیت قاره آسیا و تفاوت‌های محسوس سطح درآمد، نوع معیشت و رخدادهای سیاسی در کشورهای مختلف آن، این قاره در دهه‌های اخیر به مرکز مهاجرت‌های بین‌المللی و منطقه‌ای تبدیل شده است. برای مثال، کشور چین رتبه نخست اعزام مهاجر به کشور کانادا را به خود اختصاص داده است (مارتین، ۱۳۸۳: ۳۲). توسعه صنعتی خارق‌العاده ژاپن، تحولات اقتصادی و صنعتی جنوب شرقی آسیا، فروپاشی اتحاد جماهیر شوروی و نابسامانی‌های اقتصادی و اجتماعی ناشی از آن، جنگ‌های خونین حوزه خلیج فارس، مشکلات سیاسی و حکومتی افغانستان، مصایب و مسائل مربوط به فلسطین، و سرانجام رونق اقتصادی کشورهای نفت‌خیز از مهم‌ترین عوامل مهاجرت‌های منطقه‌ای در این قاره بوده است (زنجان، ۱۳۸۰: ۴۶).

اکثر مهاجران آسیایی کارگران موقتی هستند که معمولاً برای یافتن کار از یک کشور آسیایی عازم کشور دیگری در آسیا یا راهی

داده است. البته در منطقه آسیای غربی کشورهای تاجیکستان (۱۰/۹- در هزار) و قزاقستان (۸- در هزار) نیز مهاجرفرستی بالایی دارند. درصد بالایی از رقم مهاجرفرستی ایران مربوط به بازگشت اجباری مهاجران افغانی از ایران طی سال‌های اخیر است. مهاجرت درصد بالایی از تحصیل‌کردگان به کشورهای توسعه‌یافته و مهاجرت نیروی کار به کشورهای حاشیه جنوبی خلیج فارس نیز از جمله عوامل عمده مؤثر در این رقم هستند.

۴. مهاجرت در ایران

بی‌تردید بخش مهمی از تاریخ و تمدن کشور ما رهاورد مهاجرت‌ها و ساخته مهاجران است و حتی نام این کشور نیز منسوب به قومی است که به قولی، در اواسط هزاره دوم پیش از میلاد، به این سرزمین مهاجرت کرده، در آن اسکان یافته، سلسله‌های متعددی را تشکیل داده و تمدنی را پایه‌گذاری کرده‌اند که امروزه یکی از پربافت‌ترین تمدن‌های انسانی شناخته می‌شود (زنجانی، ۱۳۸۰: ۶۸).

گرچه در طول تاریخ همواره مهاجرت به عنوان فرایندی اجتماعی و اقتصادی در کشور جریان داشته است، آمار و ارقام قابل اتکایی در این خصوص وجود ندارد.

با مرور قوانین برنامه‌های اول تا چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۸-۱۳۶۸)، در مورد سیاست‌های مهاجرت‌های داخلی و خارجی به نتایجی به شرح ذیل دست یافتیم:

۱.۴. مروری بر قوانین برنامه‌های توسعه اقتصادی،

اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران

در برنامه‌های اول تا چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، اشارات مختصری به بحث مهاجرت و شهرنشینی شده است.

قانون برنامه اول توسعه (۱۳۷۲-۱۳۶۸)

تبصره ۴۴. دولت موظف است تسهیلات لازم را جهت بازگشت آن تعداد از فارغ‌التحصیلان ایرانی دانشگاه‌های خارج از کشور که مایل به خدمت در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و تحقیقاتی هستند فراهم نماید (متانی، ۱۳۸۶: ۲۸).

تبصره ۴۵. دولت مکلف است تسهیلات لازم از قبیل زمین،

قاره‌های اروپا (۳۳/۶ درصد)، آسیا (۲۸ درصد) و امریکای شمالی (۲۳/۳ درصد) اختصاص دارد. اما نسبت مهاجران به کل جمعیت هر قاره بیانگر آن است که در بین قاره‌های مختلف، بیشترین درصد مهاجران بین‌المللی متعلق به قاره‌های اقیانوسیه (۱۴/۹ درصد)، امریکای شمالی (۱۳/۴ درصد) و اروپا (۸/۸ درصد) است و قاره‌های امریکای لاتین، آسیا و آفریقا سهم ناچیزی از مهاجرت بین‌المللی را به خود اختصاص داده‌اند.

جدول ۱. تعداد جمعیت جهان و تعداد و درصد مهاجران در قاره‌های

مختلف (۲۰۰۵)

قاره	تعداد جمعیت (میلیون نفر)	تعداد مهاجران (میلیون نفر)	درصد مهاجران	
			نسبت به کل مهاجران	نسبت به جمعیت هر قاره
آفریقا	۹۲۲	۱۷/۲	۹/۰	۱/۸۶
آسیا	۳۹۳۸	۵۳/۵	۲۸/۰	۱/۳۶
امریکای لاتین	۵۵۸	۶/۷	۳/۵	۱/۲۰
امریکای شمالی	۳۳۲	۴۴/۵	۲۳/۳	۱۳/۴
اروپا	۷۳۱	۶۴/۲	۳۳/۶	۸/۸
اقیانوسیه	۳۳/۴	۵/۰	۲/۶	۱۴/۹
کل جهان	۶۵۱۵	۱۹۱	۱۰۰/۰	۲/۹۳

منبع: Population Division of the UN Secretariat, 2006

باید متذکر شد که درصد بالایی از مهاجران واردشده به قاره‌های توسعه‌یافته امریکا، اروپا و اقیانوسیه از سه قاره پرجمعیت دیگر (به‌خصوص آسیا) هستند. در همین سال، درصد مهاجران خارجی در ایران حدود ۲/۳ درصد از کل جمعیت بوده است که در حد میانگین کل جهان و از ارقام مربوط به اروپا و امریکای شمالی بسیار کمتر است.

براساس گزارش سازمان ملل، میزان خالص مهاجرت سالانه در سه قاره اروپا (۱/۵ در هزار)، امریکای شمالی (۴/۲ در هزار) و اقیانوسیه (۳/۲ در هزار) مثبت بوده که نشان می‌دهد این سه قاره مهاجرپذیرند، در صورتی که در قاره‌های آفریقا (۰/۵- در هزار)، آسیا (۰/۳- در هزار) و امریکای لاتین (۱/۵- در هزار) این میزان منفی بوده و هرساله تعداد زیادی از جمعیت این سه قاره به کشورهای اروپایی، امریکای شمالی و اقیانوسیه مهاجرت می‌کنند. این رقم در مورد ایران ۴/۱- در هزار اعلام شده که در مقایسه با متوسط ارقام قاره‌های مختلف، بیشترین میزان را به خود اختصاص

ساختمان، وام و مصالح ساختمانی را برای آن دسته از اعضای هیئت علمی که فاقد مسکن هستند فراهم نماید.

بند ۱۰۳. با توجه به هدف توزیع جغرافیایی منطقی جمعیت و فعالیت‌ها در سرزمین، سیاست‌های آمایش سرزمین در جهت اصلاح ساختار فضایی توسعه کشور با تأکید بر سازمان‌دهی، تنظیم روابط و تقویت پیوند بین مراکز جمعیتی در شبکه‌های سازمان‌یافته از مراکز شهری و نواحی روستایی و عشایری به شرح زیر است:

- مهار رشد و آمایش درونی قطب‌های اشباع‌شده‌ای که حجم جمعیت و فعالیت بر ظرفیت‌های زیربنایی و استعدادهای تولیدی آنها فزونی یافته است؛
- تجهیز گزیده‌ای از شهرهای بزرگ در کشور به عنوان مراکز منطقه‌ای جهت تمرکززدایی و تفویض قسمتی از وظایف متعدد تهران به آنها؛
- تجهیز و تقویت شهرهای متوسط جهت پذیرش سهم غالب سرریز جمعیت شهرهای بزرگ؛
- تجهیز و تقویت شهرهای کوچک به عنوان حلقه اتصال جامعه شهری به جامعه روستایی؛
- تجهیز و تقویت مراکز دهستان و روستاهای مرکزی و ایجاد روستا-شهرها به منظور تسهیل خدمات‌رسانی به مناطق روستایی؛
- نگهداشت جمعیت عشایری براساس رابطه تعادل‌یافته بین نسبت دام و ظرفیت مراتع و تأمین مشاغل مولد؛
- اولویت بازسازی و آمایش دوباره مناطق آسیب‌دیده از جنگ تحمیلی (همان: ۳۶۰).

قانون برنامه دوم توسعه (۱۳۷۴-۱۳۷۸)

تبصره ۴۱. به منظور جذب نیروهای متخصص ایرانی خارج از کشور و حمایت از نیروهای متخصص در داخل کشور دولت موظف است مفاد تبصره‌های ۴۴ و ۴۵ برنامه اول توسعه را با اصلاحات انجام‌شده طی برنامه دوم توسعه اجرا نماید.

بند ۶ از سیاست‌های کلی برنامه دوم:

۴۰۶. تأمین مشاغل مولد برای نیروی کار عشایر در مناطق روستایی و ایجاد زمینه‌های مناسب جهت استقرار فعالیت‌های غیرکشاورزی در محیط روستایی؛

۵۰۶. کاهش نیروهای کار خارجی و همچنین فراهم آوردن زمینه‌های اعزام نیروی کار به خارج از کشور.

قانون برنامه سوم توسعه (۱۳۸۳-۱۳۷۹)

ماده ۴۸. وزارت کشور موظف است حداکثر در سال اول برنامه پنج‌ساله سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران ترتیبی اتخاذ نماید که کلیه افراد خارجی فاقد پروانه کار را جمع‌آوری نموده و در صورت عدم تهدید جانی، آنها را به کشور متبوع خود انتقال دهد و در غیر این صورت آنها را در اردوگاه‌های مشخص مجتمع نماید.

ماده ۵۳. کمیته متشکل از وزرای امور خارجه، کار و امور اجتماعی، امور اقتصادی و دارایی و رئیس کل بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران، برنامه‌ریزی و هدایت و نظارت و پیش‌بینی تمهیدات لازم را از نظر قوانین و مقررات برای اعزام نیروی کار به خارج از کشور بر عهده خواهد داشت.

قانون برنامه چهارم توسعه (۱۳۸۸-۱۳۸۴)

بند ۱۲. تلاش در جهت تحقق عدالت اجتماعی و ایجاد فرصت‌های برابر و ارتقای سطح شاخص‌هایی از قبیل آموزش، سلامت، تأمین غذا، افزایش درآمد سرانه و مبارزه با فساد؛

۴۲. ایجاد نظام جامع تأمین اجتماعی؛

۱۹. آمایش سرزمین — گسترش عدالت اجتماعی و تعادل‌های منطقه‌ای؛

۴۳. توسعه روستاها؛

۴۴. ارتقای سطح درآمد و زندگی روستاییان؛

۴۵. هم‌افزایی و گسترش فعالیت‌های اقتصادی در زمینه‌هایی که دارای مزیت نسبی هستند.

ارزیابی عملکرد برنامه‌های اول تا چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور که طی سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۶۸ به اجرا درآمده‌اند نشان می‌دهد که تعداد زیادی از سیاست‌های فوق با برنامه‌ریزی صحیح به مرحله اجرا درنیامده‌اند. لذا می‌توان گفت اکثر مسائل و مشکلاتی که در این سال‌ها در مورد مهاجرت‌های خارجی (به‌خصوص مهاجرت افغانه به ایران) و مهاجرت‌های داخلی (مهاجرت‌های عظیم روستا-شهری و توسعه بی‌رویه شهرهای

ایرانیان، به‌خصوص افراد متخصص و تحصیل کرده، دارای سیاست مدون تشویقی یا بازدارنده نبوده است. با آنکه در تبصره ۴۴ قانون برنامه اول توسعه جمهوری اسلامی ایران (۱۳۷۲-۱۳۶۸) تأکید شده که اقداماتی در جهت بازگشت فارغ‌التحصیلان ایرانی دانشگاه‌های خارج به عمل آید، مروری بر اقدامات انجام‌شده روشن می‌سازد که این اقدامات چندان مثمر‌تر نبوده و تاکنون قوانین و مقرراتی در جهت تأمین خواسته‌های تحصیل‌کردگان در ایران وضع نشده لذا نمی‌توان از مهاجرت خیل تحصیل‌کردگان به خارج از کشور جلوگیری کرد.

از جمله عمده‌ترین مهاجران واردشده به ایران در طی سال‌های پس از انقلاب اسلامی، مهاجران عراقی و پناهندگان افغانی هستند که تعداد مهاجران افغانی در بعضی سال‌ها به بیش از ۲/۸ میلیون نفر می‌رسید (نظری تاج‌آبادی، ۱۳۶۹: ۱۶۴). ولی در حال حاضر ایران مهاجرپذیری زیادی از سایر کشورها ندارد و، چنانکه قبلاً نیز اشاره شد، میزان خالص مهاجرت در ایران ۴/۱- در هزار است که بیانگر مهاجرفرستی آن است.

معمولاً کشورهای توسعه‌یافته دارای سیاست‌های خاص جمعیتی هستند و یکی از سیاست‌های عمده آنها بازنگری ساختار جمعیتی و جذب مهاجر است ولی همواره تلاش می‌کنند با اعمال قوانین بازدارنده از ورود افراد فاقد صلاحیت جلوگیری و، از طریق انتخاب اصلح، بهترین نیروها و متخصص‌ترین افراد را جذب کنند. در صورتی که در ایران هرگز سیاست جمعیتی متقنی وجود نداشته و مهاجرت افغانه یا اتباع بیگانه تحت نظارت خاص قرار نداشته است.

به دنبال افزایش سریع جمعیت ایران در دهه اول انقلاب اسلامی و رسیدن این گروه به سن کار، تقاضای کار در کشور طی ده سال اخیر بیشتر از عرضه کار بوده و میزان بیکاری در کشور افزایش یافته است. لذا یکی از سیاست‌های دولت جمهوری اسلامی اعزام نیروی کار به خارج از کشور است چنانکه در بند ۵۶ قانون برنامه دوم توسعه جمهوری اسلامی بر کاهش نیروی کار خارجی و فراهم آوردن زمینه‌های اعزام نیروی کار به خارج از کشور تأکید شده است.

با عضویت جمهوری اسلامی ایران در سازمان بین‌المللی مهاجرت (IOM) در نوامبر ۲۰۰۱، این کشور و سازمان مذکور متفقاً همکاری‌های گسترده‌تری را در امر مدیریت مهاجرت بنیان

بزرگ) در کشور وجود داشته لاینحل باقی مانده و با رشد فزاینده جمعیت و نبود امکانات زیربنایی در مناطق روستایی و شهرهای کوچک و عدم سرمایه‌گذاری در جهت توسعه مناطق محروم، این مشکلات چند برابر نیز شده است. در اکثر کشورهای توسعه‌یافته، مهاجرت عامل توسعه تلقی می‌شود در حالی که در کشور ما به توسعه نابرابر دامن زده است.

۲.۴. روند مهاجرت در ایران

مهاجرت و جابه‌جایی جمعیت در ایران در دو قالب مهاجرت‌های خارجی یا بین‌المللی و مهاجرت‌های داخلی صورت می‌گیرد. مهاجرت‌های خارجی نیز به دو شاخه مهاجرفرستی از ایران و مهاجرپذیری در داخل کشور تفکیک می‌شود.

مهاجرت ایرانیان به خارج سابقه طولانی دارد، ولی در چند دهه اخیر شدت یافته است. شواهد و مدارکی دال بر مهاجرت ایرانیان به قاره آفریقا (جزیره زنگبار)، هندوستان و بلاد قفقاز قبل از سال ۱۳۰۰ هـ.ش وجود دارد. از آن پس، با بروز تحولات اقتصادی-اجتماعی در داخل و پیدایش بازارهای جدید کار در دیگر کشورها، این مهاجرت‌ها شدت گرفته است. اولین مقصد ایرانیان مهاجر شیخ‌نشین‌های خلیج فارس به‌ویژه کویت بود. از سال ۱۳۴۰، با افزایش درآمدهای نفتی، مهاجرت ایرانیان به کشورهای اروپایی و امریکای شمالی شدت یافت. برخلاف مهاجران رهسپار شیخ‌نشین‌های خلیج فارس که اکثراً نیروی کار ساده بودند، بیشتر مهاجرت‌کنندگان به اروپا و امریکا را افرادی تشکیل می‌دادند که برای ادامه تحصیل راهی این کشورها می‌شدند. گروهی از آنها به میهن بازمی‌گشتند و برخی در آنجا ماندگار می‌شدند.

وقوع انقلاب اسلامی دور تازه‌ای از مهاجرت به خارج را در پی داشت. سرمایه‌داران و وابستگان به رژیم سابق، و ناراضیان سیاسی و مذهبی از اولین گروه‌های مهاجر در خلال انقلاب بودند. از آن پس، مهاجرت شدت بیشتری یافت. کمبود فرصت‌های شغلی برای متخصصان در داخل و امکان اشتغال مناسب در خارج از طریق کسب اجازه کار یا سرمایه‌گذاری، گروهی را روانه کشورهای خارجی کرد. این روند همچنان ادامه دارد و موجب فرار مغزها یا سرمایه‌ها از ایران می‌شود و پیامدهای اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی مهمی به دنبال دارد.

دولت ایران هیچ‌گاه در مورد مهاجرت‌های بین‌المللی و خروج

نهادند که یکی از دستاوردهای آن تأسیس انجمنی برای مطالعات مهاجرت و پناهندگی در سپتامبر ۲۰۰۴ در وزارت کشور بود.

قدم دیگر امضای یادداشت تفاهمی برای همکاری‌های فنی بین وزارت کار و امور اجتماعی و سازمان بین‌المللی مهاجرت (IOM) و سازمان بین‌المللی کار (ILO) در یازدهم مارس ۲۰۰۴ بود که برگزاری نخستین کنفرانس بین‌المللی اشتغال در خارج از کشور و مهاجرت نیروی کار از ۱۸ تا ۲۰ اسفند ۱۳۸۳ (۸ تا ۱۰ مارس ۲۰۰۵) ثمره آن و گام مهمی به سوی مراحل اجرایی کار بود.

وزارت کار و امور اجتماعی و وزارت امور خارجه نیز به منظور سامان‌دهی اعزام نیروی کار به خارج از کشور و فعال ساختن نمایندگی‌های ایران در خارج از کشور و تدوین آیین‌نامه جدید در این زمینه، تفاهم‌نامه‌ای امضا کردند (آزادی کناری، ۱۳۸۸: ۴۲۲).

نوع دیگر و غالب مهاجرت در ایران مهاجرت‌های داخلی به‌خصوص مهاجرت‌های روستا-شهری است. در مورد مهاجرت‌ها و جابه‌جایی‌های جمعیتی در داخل ایران که شکل عمده آن مهاجرت روستا-شهری است، دولت ایران دارای هیچ نوع سیاست تشویقی یا بازدارنده نبوده و همیشه به این نصیحت بسنده کرده که در شهر خبری نیست و سعی کرده روستایی را از مهاجرت منصرف سازد. با آنکه در بند ۱۰.۳ قانون برنامه‌های اول تا چهارم توسعه مربوط به سیاست‌های آمایش سرزمین به اقداماتی در جهت توزیع جغرافیایی منطقی جمعیت اشاره شده است و با وجود اجرای برخی اقدامات توسعه‌ای در جهت رفع کمبودهای روستاها، نابرابری توسعه مناطق مختلف در کشور همچنان رو به افزایش است. حتی می‌توان گفت که برخی سیاست‌ها و برنامه‌های غیرمستقیم مانند توسعه آموزش عالی در شهرهای بزرگ، استقرار پادگان‌های نظامی در مراکز بزرگ جمعیتی و عدم نظارت بر انتقال شغلی و جذب نیروی کار، به تشدید روند مهاجرت روستا-شهری و مهاجرت به شهرهای بزرگ کمک کرده است.

بررسی آمارها نشان می‌دهد که مهاجرت روستا-شهری در ایران سابقه‌ای ۵۰ ساله دارد به طوری که سهم جمعیت شهرنشین از حدود ۳۱ درصد در سال ۱۳۳۵ به بیش از ۶۸ درصد در سال ۱۳۸۵ افزایش یافته است که بخش عمده آن ناشی از مهاجرت روستاییان به شهرهاست (کاظمی‌پور، ۱۳۸۴: ۳۲۸).

براساس نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن و مطالعه مهاجرت‌های دوره‌ای، تعداد مهاجران از ۸ میلیون و ۷۱۹ هزار نفر

در سال ۱۳۷۵ به ۱۲ میلیون و ۱۴۸ هزار نفر در سال ۱۳۸۵ افزایش یافته است. طی این سال‌ها سهم جمعیت روستایی از کل جمعیت روندی کاهشی داشته و این امر بیانگر آن است که نرخ رشد جمعیت روستایی همواره کمتر از نرخ رشد جمعیت شهری کشور بوده است که دلیل اصلی آن مهاجرت گسترده روستاییان به شهرها با وجود اجرای سیاست‌های تثبیت جمعیت روستایی در این دوران است، هرچند تغییر تقسیمات کشوری و تبدیل برخی روستاها به شهر نیز در این امر بی‌تأثیر نبوده است. به نظر می‌رسد که به رغم موفقیت نسبی کشور در اجرای سیاست خروج مهاجران خارجی، سیاست‌های تثبیت جمعیت روستایی با توجه به هزینه سنگین اجرای طرح‌های زیربنایی، فرهنگی و اجتماعی در روستاها چندان موفقیت‌آمیز نبوده است (حسینی جبلی، ۱۳۸۸: ۱۶۸).

در دوره ده‌ساله ۱۳۸۵-۱۳۷۵، معادل ۱۷/۲ درصد از کل جمعیت ایران حداقل یک بار محل سکونت خود را در داخل کشور تغییر داده‌اند. مقایسه ارقام نشان می‌دهد که میزان مهاجرت در کشور در طی سال‌های فوق نسبت به دهه ۱۳۷۵-۱۳۶۵ با افزایش همراه بوده است (جدول ۲).

جدول ۲. وضعیت جمعیت شهری، روستایی و مهاجر ایران

در سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵ (واحد: هزار نفر)

عنوان	۱۳۷۵	۱۳۸۵
تعداد کل جمعیت	۶۰۰۵۵	۷۰۴۹۶
تعداد جمعیت نقاط شهری	۳۶۷۸۸	۴۸۲۶۰
تعداد جمعیت نقاط روستایی	۲۳۲۶۷	۲۲۲۳۶
نسبت جمعیت شهری / کل	۶۱/۳	۶۸/۵
تعداد مهاجران	۸۷۱۹	۱۲۱۴۸
درصد مهاجران نسبت به کل جمعیت کشور	۱۴/۵	۱۷/۲

منبع: مرکز آمار ایران، ۱۳۷۵، ۱۳۸۵

در دوره ده‌ساله ۱۳۸۵-۱۳۷۵، جمعیت ایران از رشد متوسط ۱/۶۱ درصد در سال برخوردار بوده در صورتی که رشد جمعیت مهاجر کشور ۳/۳۷ درصد بوده است. این ارقام بیانگر رشد بیشتر جمعیت مهاجر نسبت به کل جمعیت در کشور است.

با وجود رشد بیشتر جمعیت مردان (۱/۶۳ درصد) نسبت به زنان (۱/۶۱ درصد) طی سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۷۵، رشد سالانه جمعیت مهاجر زن (۳/۲۷ درصد) طی این سال‌ها کمی بیشتر از متوسط

بارزی با درصد جمعیت ۳۵-۱۸ ساله به کل جمعیت (۳۷/۳ درصد) دارد و نشان می‌دهد که سهم مهاجران در بین جمعیت این گروه سنی بسیار بالاست. این تفاوت بیشتر مربوط به مردان واقع در این سنین است و سهم زنان مهاجر کمتر است.

جدول ۴. درصد جمعیت زنان، زیر ۱۸ سال و ۳۵-۱۸ ساله نسبت به کل جمعیت به تفکیک کل جمعیت و جمعیت مهاجر (۱۳۸۵)

نوع جمعیت	کل جمعیت	جمعیت مهاجر
درصد زنان در کل جمعیت	۴۹/۱	۴۴/۴
درصد جمعیت زیر ۱۸ سال	۳۲/۵	۲۶/۲
درصد زنان در بین جمعیت زیر ۱۸ سال	۴۸/۸	۴۸/۰
درصد جمعیت ۳۵-۱۸ ساله	۳۷/۳	۵۴/۸
درصد زنان در بین جمعیت ۳۵-۱۸ ساله	۴۹/۴	۴۲/۹

محاسبه شده براساس نتایج سرشماری ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵

در سال ۱۳۸۵، ۶۳/۲ درصد از جمعیت ساکن در نقاط شهری و ۷۹/۱ درصد از جمعیت ساکن در نقاط روستایی کشور در شهر یا روستای محل اقامت خود متولد شده و بقیه طی سال‌های پس از تولد به شهر یا روستای محل اقامت فعلی خود مهاجرت کرده‌اند. مقایسه این ارقام نشان می‌دهد که حدود ۳۷ درصد از جمعیت شهرستانی و ۲۱ درصد از جمعیت روستائین کشور تا سال ۱۳۸۵ حداقل یک بار محل سکونت خود را پس از تولد تغییر داده‌اند. در بین استان‌های کشور بیشترین سهم متولدین در غیر محل اقامت فعلی به استان‌های تهران (۴۹/۴ درصد)، قم (۳۹ درصد)، کهگیلویه و بویراحمد (۳۸ درصد)، کردستان و قزوین (هرکدام ۳۵ درصد) اختصاص دارد و کمترین سهم متولدین در غیر محل اقامت فعلی به استان‌های همدان و آذربایجان شرقی (هرکدام ۲۳ درصد)، کرمان و لرستان (هرکدام ۲۲ درصد)، سیستان و بلوچستان و چهارمحال و بختیاری (هرکدام ۲۰ درصد) مربوط می‌شود (نقشه ۱).

مقایسه این ارقام نشان می‌دهد که استان‌های تهران، قم، کهگیلویه و بویراحمد، کردستان و قزوین بیشترین سهم مهاجرپذیری و در مقابل استان‌های همدان، آذربایجان شرقی، کرمان، لرستان، سیستان و بلوچستان و چهارمحال و بختیاری کمترین سهم مهاجرپذیری را داشته‌اند.

در سال ۱۳۸۵، ۹/۹ درصد از جمعیت کشور مهاجران درون‌استانی و ۷/۳ درصد مهاجران بین‌استانی بوده‌اند.

رشد سالانه مردان مهاجر (۳/۲۴ درصد) بوده که بیانگر افزایش بیشتر میزان مهاجرت زنان طی دهه مذکور است. افزایش چشمگیر سهم زنان در آموزش عالی و گرایش آنان به اشتغال در خارج از خانه از عوامل عمده گرایش بیشتر زنان به مهاجرت است (جدول ۳).

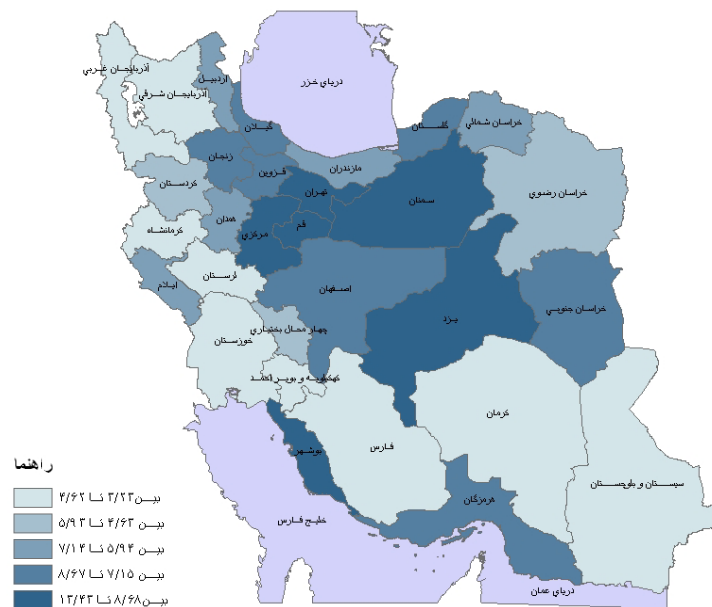
در سال ۱۳۸۵، نزدیک به نیمی از جمعیت کشور (۴۹/۱ درصد) و ۴۴/۴ درصد از جمعیت مهاجر زن بوده‌اند (جدول ۴). بنابراین می‌توان گفت که با وجود افزایش رشد جمعیت زنان مهاجر، هنوز درصد مردان در بین مهاجران بیش از زنان است. به‌خصوص مردان جوان به نسبت بیشتری مهاجرت می‌کنند.

جدول ۳. درصد رشد سالانه کل جمعیت و جمعیت مهاجر کشور به تفکیک کل، زیر ۱۸ سال، ۳۵-۱۸ ساله و جنس (۱۳۷۵-۱۳۸۵)

نوع جمعیت	کل جمعیت	جمعیت مهاجر
کل جمعیت		
کل	۱/۶۱	۳/۳۷
مرد	۱/۶۳	۳/۲۴
زن	۱/۶۰	۳/۲۷
جمعیت زیر ۱۸ سال		
کل	-۱/۹۸	-۰/۷۳
مرد	-۱/۹۳	-۰/۸۷
زن	-۲/۰۳	-۰/۵۸
جمعیت ۳۵-۱۸ ساله		
کل	۴/۶۰	۶/۰۵
مرد	۴/۷۲	۶/۰۹
زن	۴/۴۷	۵/۹۹

محاسبه شده براساس نتایج سرشماری ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵

سهم جمعیت زیر ۱۸ سال کشور در سال ۱۳۸۵ معادل ۳۲/۵ درصد بوده یعنی حدود یک‌سوم جمعیت کشور در سنین زیر ۱۸ سال قرار داشتند، در صورتی که این رقم در بین مهاجران معادل ۲۶/۲ درصد بوده یعنی میزان مهاجرت این گروه کمتر از جمعیت بالای ۱۸ سال و اکثراً مهاجرت‌های تبعی یعنی به تبعیت از خانواده است. در سال ۱۳۸۵، ۴۸/۸ درصد از جمعیت واقع در سنین زیر ۱۸ سال زن بوده‌اند و رقمی در همین حد (۴۸/۰ درصد) به مهاجران زن اختصاص دارد، بنابراین می‌توان گفت که تفاوت عمده‌ای بین دو جنس در مهاجران زیر ۱۸ سال مشاهده نمی‌شود. در عوض، سهم مهاجران در میان جمعیت ۳۵-۱۸ ساله (۵۴/۸ درصد) تفاوت



(۶/۵۵ درصد)، انتقال شغلی (۵/۱۳ درصد)، جست‌وجوی کار بهتر (۵/۰۲ درصد)، انجام خدمت وظیفه (۳/۷۵ درصد)، پایان تحصیل (۱/۳۱ درصد) و سایر موارد یا اظهارنشده (۱۴/۹۲ درصد).

چنانکه ملاحظه می‌شود، پس از پیروی از خانوار که خود یک عامل تبعی است، جست‌وجوی کار، تحصیل، پایان خدمت وظیفه، انتقال شغلی و جست‌وجوی کار بهتر از مهم‌ترین دلایل جابه‌جایی‌های جمعیتی در ایران است.

مقایسه علل مهاجرت مهاجران با جنس آنها نشان می‌دهد که اکثر مردان به دلایل مربوط به کار و تحصیل مهاجرت می‌کنند در صورتی که اکثر زنان مهاجر تبعی به تبعیت از همسر مهاجرت می‌نمایند. البته در سال‌های اخیر، به دلیل توسعه مشارکت زنان در آموزش عالی، نقش ادامه تحصیل پررنگ‌تر شده است.

مطالعات نشان می‌دهد که بین درآمد سرانه کل خانوارهای روستایی و میزان مهاجرت رابطه معکوس وجود دارد و درآمد سرانه نیز تابعی از عوامل مختلف از جمله ترکیب فعالیت، میزان بهره‌وری در واحد هکتار، سطح زیر کشت، نوع کشت، قطعات زراعی و ویژگی‌های نیروی انسانی است (میکانیکی و تاج‌ریزی، ۱۳۸۸: ۲۴۱).

پایین بودن سطح توسعه اقتصادی و اجتماعی در مناطق روستایی کشور موجب دفع و رانش جمعیت از این مناطق و جذب و کشش آن به مناطق شهری شده است (کاظمی‌پور، ۱۳۸۸: ۲۴۵).

در بین استان‌های کشور، استان‌های کهگیلویه و بویراحمد (۱۷/۶۶ درصد)، کردستان (۱۳ درصد) و خراسان جنوبی (۱۲/۷۲ درصد) بیشترین و استان‌های قم (۲/۲۹ درصد)، همدان (۷/۴۸ درصد) و سیستان و بلوچستان (۷/۷۷ درصد) کمترین سهم مهاجران درون‌استانی را دارا بوده‌اند.

بیشترین سهم مهاجران بین‌استانی نسبت به کل جمعیت هر استان به استان‌های قم (۱۳/۴۳ درصد)، سمنان (۱۲/۶۲ درصد) و تهران (۱۲/۰۱ درصد) و کمترین سهم به استان‌های سیستان و بلوچستان (۳/۲۳ درصد)، کرمان (۳/۷۳ درصد)، خوزستان (۴/۱۴ درصد) و آذربایجان غربی (۴/۲۷ درصد) اختصاص داشته است. این ارقام نشان می‌دهد که استان‌های قم، سمنان و تهران بیشترین درصد مهاجران بین‌استانی را در مقایسه با کل جمعیت استان خود جذب کرده و، در مقابل، استان‌های سیستان و بلوچستان، کرمان، خوزستان و آذربایجان غربی در حد بسیار کمی جاذب جمعیت مهاجر از سایر استان‌ها بوده‌اند.

٣.٤. علل و عوامل مؤثر بر مهاجرت

علل مهاجرت‌های داخلی در ایران براساس ارزیابی نتایج سرشماری سال ۱۳۸۵ عبارت‌اند از: پیروی از خانوار (۴۶ درصد)، جست‌وجوی کار (۸/۷۵ درصد)، تحصیل (۸/۵۷ درصد)، پایان خدمت وظیفه

۱۳۸۰، جمعاً ۲,۷۹۲,۷۱۰ ایرانی در کشورهای امریکایی (۱,۷۰۴,۹۵۹ نفر)، اروپایی (۷۱۴,۵۶۰ نفر)، آسیایی (۳۰۸,۰۸۱ نفر)، اقیانوسیه (۵۹,۰۰۰ نفر) و آفریقایی (۶۱۳۰ نفر) ساکن بودند. به عبارت دیگر، ۶۱ درصد از مهاجران ایرانی در کشورهای قاره امریکا استقرار داشتند که از این گروه، ۸۸ درصد در ایالات متحده، ۱۱/۷ درصد در کانادا و بقیه در سایر کشورهای این قاره ساکن بودند.

گزارش صندوق بین‌المللی پول حاکی از آن است که، در بین ۹۱ کشور در حال توسعه و توسعه‌نیافته جهان، ایران از نظر مهاجرت رتبه نخست را داراست به نحوی که سالیانه ۱۵۰ تا ۱۸۰ هزار تحصیل کرده از ایران خارج می‌شوند (خبرگزاری مهر، ۱۳۸۶). در رده‌بندی فرار مغزها (مهاجرت متخصصان به کشورهای توسعه‌یافته) در آسیا نیز ایران بالاترین مکان را داراست (یگانگی، ۱۳۸۱: ۴۷۶).

گزارش صندوق بین‌المللی پول نشان می‌دهد که ایران، با ۱۰۵ هزار نفر مرد و زن تحصیل کرده در میان نخبگان دانشگاهی مهاجر در امریکا، رتبه سوم را دارد. چین با ۲۶۵ هزار نفر و هند با ۲۲۸ هزار نفر در رتبه اول و دوم هستند (همان). طبق سرشماری سال ۲۰۰۲، ایرانی‌های مقیم امریکا تحصیل کرده‌ترین اقلیت در امریکا هستند که ۶۹ درصد لیسانس یا بالاتر و ۲۸ درصد مدرک فارغ‌التحصیلی دارند (ایمان، ۱۳۸۲: ۲۹).

علاوه بر کشورهای غربی، امارات متحده عربی نیز در جذب جوانان تحصیل کرده ایرانی سهم چشمگیری دارد. براساس آخرین آمارها، نزدیک به ۳ هزار دانشجوی ایرانی در دانشگاه‌های امارات در مقاطع مختلف تحصیل می‌کنند. اگر متوسط هزینه سالانه تحصیل و اقامت و سایر هزینه‌های جانبی برای هر دانشجو ۲۰ هزار دلار در نظر گرفته شود، سالیانه حدود ۶۰ میلیون دلار ارز صرفاً برای ادامه تحصیل دانشجویان ایرانی در امارات متحده عربی از کشور خارج می‌شود.

در مورد نیروهای کار ایرانی شاغل در خارج از کشور آمارهای متعددی وجود دارد. حدود ۲۰۰ هزار ایرانی در کشورهای عربی حاشیه خلیج فارس، ۳۵ هزار نفر در ژاپن، ۴ هزار نفر در کره شمالی و ۶۷ هزار نفر در استرالیا مشغول به کار هستند. در مورد ایرانیان شاغل در سایر کشورهای منطقه آمار دقیقی وجود ندارد (علاءالدینی و امامی، ۱۳۸۳: ۱۰).

صندوق بین‌المللی توسعه کشاورزی اعلام کرد ایران، در سال ۲۰۰۶، بیش از دو میلیارد دلار از محل صادرات نیروی کار درآمد

آمارها و اطلاعات مربوط به رشد جمعیت شهری و روستایی و حجم مهاجرت‌های روستایی و روستاهای خالی از سکنه نه تنها حاکی از توان و پتانسیل بالاتر شهرهای بزرگ نسبت به مناطق روستایی برای جذب و نگهداری جمعیت بلکه نشان‌دهنده توزیع نامطلوب و نامتوازن جمعیت در ایران است. ادامه روند فعلی موجب کاهش روزافزون جمعیت مناطق روستایی و خالی از سکنه شدن بسیاری از روستاها و نیز بروز بسیاری از مسائل و مشکلات در جامعه شهری می‌شود (مشفق، ۱۳۸۱: ۲۹۴).

تغییرات ناهمگون جمعیت در کشور ما از یک سو به علت رشد چشمگیر جمعیت و از سوی دیگر ناشی از تحولات بدون برنامه و نامتعادل اقتصادی است. ادامه این روند به کاهش هرچه بیشتر جمعیت روستایی و افزایش سکنه شهرهای بزرگ می‌انجامد که مشکلات فراوانی را برای مناطق شهری و روستایی در پی دارد.

افزایش سریع و بیمارگونه جمعیت کلان‌شهرها، فقدان امکانات شهری مطلوب، افزایش بیکاری پنهان شهری، حاشیه‌نشینی، آلودگی‌های زیست‌محیطی، از بین رفتن امکانات روستاهای خالی از سکنه، کاهش پتانسیل تولید، و برهم خوردن ساختار سنی جمعیت روستایی از جمله عواقب ناخوشایند مهاجرت‌های روستا-شهری است. برشمردن این مشکلات به معنای محکومیت مهاجران روستایی نیست بلکه واقعیت این است که مهاجرت فرد واکنشی است در مقابل منظومه‌ای از محرک‌های محیطی و اجتماعی (همان، ۲۹۶).

در کشور ما، در بین استان‌ها و حتی در داخل یک استان، توسعه نابرابر اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی وجود دارد. می‌توان گفت که روند مهاجرت در ایران بیشتر مبتنی بر نظریه وابستگی و توسعه نابرابر است.

۵. بحث و نتیجه‌گیری

۵.۱. مقایسه یافته‌ها در ایران و جمع‌بندی

مهاجرت ایرانیان به خارج از کشور به دو شکل صورت می‌پذیرد. اول، مهاجرت افراد تحصیل کرده و دارای مهارت و تخصص بالا به کشورهای توسعه‌یافته به منظور برخورداری از رفاه و امکانات بیشتر و دوم، مهاجرت نیروی کار به کشورهای مختلف از جمله ژاپن، کره، برخی کشورهای اروپایی و کشورهای حوزه خلیج فارس. براساس آمار سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، در سال

مقایسه وضعیت مهاجرت‌های داخلی در ایران با سایر کشورهای منطقه نشان می‌دهد که میزان جابه‌جایی‌های جمعیتی در داخل مرزهای کشور در ایران خیلی بیشتر از کشورهای منطقه است. گستره وسیع جغرافیایی، یکنواخت نبودن شرایط آب و هوایی، توسعه نابرابر، اعمال سیاست‌های غیرمستقیم جابه‌جایی جمعیت (مانند سیاست‌های جذب دانشجویان یا سرباز)، و عدم نظارت بر جابه‌جایی‌های جمعیت از جمله مهم‌ترین عوامل مؤثر در این نوع مهاجرت‌ها هستند.

۲.۵. مقایسه یافته‌های ایران و دیگر کشورها

پس از ورود آریایی‌ها به ایران و جابه‌جایی‌های مقطعی بر اثر جنگ و گریزها و تهاجمات بیگانه، این کشور تا قرن اخیر با مهاجرت‌های عظیم بین‌المللی روبه‌رو نبوده است حال آنکه مهاجرت‌های عظیم اروپاییان به آمریکا و استرالیا از اوایل قرن نوزدهم آغاز شد و می‌توان گفت که ساختار اصلی جمعیتی آمریکا و استرالیا با مهاجرت اروپاییان شکل گرفته است. روند مهاجرت‌پذیری آمریکا و استرالیا و اکثر کشورهای غربی تا به امروز نیز ادامه دارد و اکثر مهاجران به این کشورها افراد تحصیل کرده و دارای تخصص‌اند.

عمده‌ترین مهاجرت به ایران در دهه اول انقلاب اسلامی صورت گرفت و در طی آن، عده کثیری از مهاجران افغان و معادین عراقی وارد کشور شدند که اکثر آنها به دلیل طولانی شدن مدت اقامتشان در ایران حاضر به ترک کشور نیستند. اکثر مهاجران افغان کم‌سواد و فاقد هرگونه مهارت و تخصص و جزو افراد کم‌درآمد جامعه مبدأ بوده‌اند که با مهاجرت خود به ایران موجب تقلیل میزان‌های باسوادی، مهارت و درآمد در کشور شده‌اند. به عبارت دیگر، از آنجایی که این افراد به دلیل دافعه‌های مبدأ (جنگ و ناامنی‌های داخلی) مهاجرت کرده‌اند، عمدتاً دارای انتخاب‌های منفی هستند. در مقابل، مهاجران به کشورهای توسعه‌یافته که اکثراً به دلیل جاذبه‌های مقصد مهاجرت می‌کنند، بیشتر از انتخاب‌های مثبت (سواد و تحصیل، تخصص بالاتر، سلامت بیشتر و دارایی کافی) برخوردارند.

مهاجرت‌های خارجی در ایران (مهاجرت از ایران به سایر کشورها) از سال ۱۳۰۰ با بروز تحولات اقتصادی و اجتماعی در داخل و پیدایش بازارهای جدید کار در دیگر کشورها آغاز شد که عمدتاً شامل مهاجرت افراد تحصیل کرده و به اصطلاح فرار مغزها

کسب کرد و در میان کشورهای خاورمیانه (پس از لبنان، عراق و اردن) در رتبه چهارم قرار دارد. این مبلغ معادل یک درصد تولید ناخالص داخلی کشور است (آزادی کناری، ۱۳۸۸: ۴۰۲).

در مورد مهاجران خارجی در ایران، تخمین‌های شورای هماهنگی اشتغال اتباع خارجی حاکی از آن است که، در سال ۱۳۸۳، حدود ۱۱۲۰۰ نفر نیروی کار خارجی به طور رسمی در ایران ساکن بودند، شامل کره‌ای‌ها (در پروژه‌های مختلف گاز)، تایلندی‌ها (در پروژه گاز پارس جنوبی)، و سیک‌های هندی (در ساخت قطعات خودروی ایران). همچنین ۸۰ هزار نیروی کار غیرمستعارف، به استثنای پناهندگان افغان بدون مجوز کار، در کشور شاغل هستند که عمدتاً از عراق، پاکستان و بنگلادش آمده‌اند.

براساس نتایج حاصل از اجرای طرح شناسایی افغان‌های ساکن در ایران (۱۳۸۰-۱۳۷۹)، حدود ۲ میلیون و ۳۵۰ هزار نفر افغان در ایران زندگی می‌کنند که از میان آنان، حدود ۸۹۰ هزار نفر در بازار کار ایران حضور دارند. ولی برخی از دست‌اندرکاران بازار کار ایران معتقدند که آمار طرح فوق دقیق نیست و با احتساب کودکان و زنان افغان شاغل در ایران، تعداد کارگران افغانی به بیش از یک میلیون نفر می‌رسد. همچنین براساس نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال ۱۳۸۵، حدود ۶۲۰ هزار نفر غیرایرانی در جمع شاغلین کشور به کار اشتغال داشته‌اند.

آمارهای رسمی منتشرشده از سوی مرکز آمار ایران نشان می‌دهد برای ایجاد هر فرصت شغلی در کشور باید ۲۰ میلیون تومان هزینه کرد. بر این اساس و با توجه به اشتغال بیش از یک میلیون کارگر غیرمجاز افغان در کشور، می‌توان نتیجه گرفت که اشتغال غیرقانونی افراد سالانه ۲۰ هزار میلیارد تومان به اقتصاد کشور زیان می‌رساند.

در طی سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۷۵، بیش از ۱۲ میلیون نفر یا ۱۷ درصد از جمعیت کشور حداقل یک بار محل اقامت خود را تغییر داده و عمدتاً در شهرها و شهرهای بزرگ ساکن شده‌اند که ۵۵/۶ درصد از مهاجران مرد و ۴۴/۴ درصد زن بودند.

جمعیت ۳۵-۱۸ ساله بخش عمده مهاجران (۵۶/۸ درصد) را در این دهه تشکیل داده‌اند. در بین استان‌های کشور، استان‌های قم، سمنان و تهران بیشترین سهم مهاجرت‌پذیری و استان‌های سیستان و بلوچستان، کرمان، خوزستان و آذربایجان غربی کمترین سهم را داشته‌اند.

جهان: تحلیل موضوعی ایران»، مجموعه مقالات پنجمین همایش انجمن جمعیت‌شناسی ایران، تهران، مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه.

خبرگزاری مهر. (۱۳۸۶)، «چرا بلیط رفت نخبگان ایرانی برگشت ندارد»، قابل دسترسی در:

www.topiranian.com/maghalat/archives/.../49.html

زنجانی، حبیب‌اله. (۱۳۸۰)، مهاجرت، تهران، سمت.
سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور. (۱۳۸۴)، *قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران* (۱۳۸۴)، تهران.

طاهرخانی، مهدی. (۱۳۸۰)، «تحلیلی بر عوامل مؤثر بر مهاجرت‌های روستا-شهری»، *تحقیقات جغرافیایی*، س ۱۶، ش ۳.
علاءالدینی، پویا و یحیی امامی. (۱۳۸۳)، *گزارش ملی مهاجرت نیروی کار در ایران*، تهران، سازمان بین‌المللی مهاجرت و وزارت کار و امور اجتماعی.

کاظمی‌پور، شهلا. (۱۳۸۴)، «آثار و پیامدهای اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی مهاجرت جوانان»، *مجموعه مقالات دومین همایش انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، تهران، مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه.

_____. (۱۳۸۶)، *مسائل مرتبط با مهاجرت جوانان*، تهران، سازمان ملی جوانان و مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه.

_____. (۱۳۸۸)، «سنجش میزان مهاجرت‌های روستایی، روستاهای استان آذربایجان غربی طی دهه ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵ و شناخت عوامل اقتصادی-اجتماعی و جمعیتی مؤثر بر آن»، *مجموعه مقالات همایش مهاجرت در ایران*، تهران، مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه.

لوکاس، دیوید و پاول میر. (۱۳۸۱)، *درآمدی بر مطالعات جمعیتی*، ترجمه حسین محمودیان، تهران، دانشگاه تهران.

لهسایی‌زاده، عبدالعلی. (۱۳۸۶)، *مهاجرت*، شیراز، نوید.
مارتین، فیلیپ. (۱۳۸۳)، *مهاجرت نیروی کار*، ترجمه سید حسن هفده‌تن، تهران، مؤسسه کار و تأمین اجتماعی.

متانی، محمدعلی. (۱۳۸۶)، *مجموعه قوانین برنامه اول، دوم، سوم و چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران*، تهران، انتشارات جنگل.

محمودوند، رحیم، مهناز محمدی و علی محمد محمودوند. (۱۳۸۸)، «بررسی مهاجرت در شهرستان تویسرکان»، *مجموعه مقالات پنجمین همایش انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، تهران، مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه.

مرکز آمار ایران. (۱۳۷۵)، *سرشماری عمومی نفوس و مسکن*، تهران.

به خارج از کشور است. مهاجرت افراد متخصص از کشور طی سال‌های اخیر افزایش نیز یافته است. با توجه به این نتایج می‌توان چنین قضاوت کرد که مهاجرت ایرانیان به خارج از کشور که اکثراً به دلیل جاذبه مقصد صورت می‌گیرد عمدتاً با انتخاب‌های مثبت توأم است و همواره افراد تحصیل‌کرده، متخصص و صاحب دارایی‌های زیاد دست به مهاجرت می‌زنند که این امر به تقلیل شاخص‌های فوق در مبدأ منجر می‌گردد. بنابراین می‌توان گفت که مهاجرت‌های خارجی در ایران از هر دو جهت، هم مهاجری‌پذیری و هم مهاجرفرستی، به تضعیف شاخص‌های توسعه در کشور می‌انجامد.

مهاجرت‌های روستا-شهری که بعد از انقلاب صنعتی در اروپا آغاز گردید و با ایجاد کارخانجات در شهرها و روانه شدن سرریز جمعیت روستایی (به دلیل انقلاب پزشکی، کاهش مرگ و میر و افزایش سریع جمعیت) همراه شد، به توسعه صنعتی شهرها و نیز پیشرفت تدریجی روستاها انجامید. اما مهاجرت‌های روستا-شهری در کشور ما به جذب صحیح مهاجران در شهرها منجر نشده و علاوه بر تخلیه روستاها و تضعیف بخش کشاورزی، موجب بروز مسائل و مشکلات متعدد در شهرها نیز شده است؛ و اساساً این نوع مهاجرت‌ها به توسعه نابرابر در کشور دامن زده است.

منابع

آزادی کناری، شعبان. (۱۳۸۸)، «بررسی اثرات قانونمند کردن مهاجرت (اعزام) نیروی کار به خارج از کشور بر بازار کار ایران»، *مجموعه مقالات همایش مهاجرت در ایران*، تهران، مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه.

اوبرای، اس. (۱۳۷۰)، *مهاجرت، شهرنشینی و توسعه*، ترجمه فرهنگ ارشاد، تهران، مؤسسه کار و تأمین اجتماعی.

ایمان، مریم. (۱۳۸۲)، «مشکل زبان: ایرانیان مقیم واشنگتن»، خلاصه مقالات همایش گفتمان جوانان اندیشمند ایرانی داخل و خارج کشور، تهران، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.

پورطاهری، مهدی و سمیرا محمودی. (۱۳۸۸)، «اقدامات راهبردی مقابله با مهاجرت‌های روستا-شهری با استفاده از مدل SWOT. مطالعه موردی: بخش مانه، شهرستان مانه و سملقان»، *مجموعه مقالات پنجمین همایش انجمن جمعیت‌شناسی ایران*، تهران، مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه.

تودارو، مایکل. (۱۳۶۸)، *توسعه اقتصادی در جهان سوم*، ترجمه غلامعلی فرجادی، تهران، سازمان برنامه و بودجه، چ ۴.

حسینی جلی، سید سعید. (۱۳۸۸)، «بررسی مهاجرت در مناطق مختلف

- _____ . (۱۳۸۵)، سرشماری عمومی نفوس و مسکن، تهران.
- مشفق، محمود. (۱۳۸۱)، «برآورد شاخص‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی و جمعیتی مناطق روستایی استان‌های ایران و بررسی تأثیر آنها بر مهاجرت‌های روستایی در دهه ۷۵-۱۳۶۵»، مجموعه مقالات نخستین همایش انجمن جمعیت‌شناسی/ایران، تهران، مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه.
- میکانیکی، جواد و الهام تاج‌ریزی. (۱۳۸۸)، «ساختار اقتصادی خانوارهای روستایی و مهاجرت شغلی»، مجموعه مقالات همایش مهاجرت در ایران، تهران، مرکز مطالعات و پژوهش‌های جمعیتی آسیا و اقیانوسیه.
- نظری تاج‌آبادی، حمید. (۱۳۶۹)، بررسی جنبه‌های مختلف حقوقی مسئله پناهندگی، تهران، دفتر مطالعات سیاسی و بین‌المللی وزارت امور خارجه.
- ویکس، جان. (۱۳۸۵)، جمعیت، ترجمه الهه میرزایی، تهران، مؤسسه عالی آموزشی و پژوهشی مدیریت و برنامه‌ریزی.
- یگانگی، اسماعیل. (۱۳۸۱)، مهاجرت بزرگ/ایرانیان، تهران، نشر علم.
- Goldscheider, Calvin. (1971), *Population, Modernization, and Social Structure*, Boston: Little, Brown.
- Population Division of the United Nations Secretariat. (2006), *Trends in Total Migrant Stock: The 2005 Revision* (POP/ DB/ MIG/ REV. 2005), database in digital form.
- Sanchez-Albornoz, N. (1988), *Espanoles Hacia America: La Emigracion en Mass. 1880-1930*, Madrid: Ahanza Editorial.
- Skeldon, Ronald. (2008), "International Migration as a Tool in Development Policy", *Population and Development Review* 14/1:1-18.

گرسنگی و سوء تغذیه

محمد رضا واعظ مهدوی*

مقدمه

غذا و تغذیه از جمله نیازهای بنیادی جامعه بشری است و در قاعده هرم نیازهای فیزیولوژیکی انسان قرار دارد (Maslow, 1998). تأمین نیازهای تغذیه‌ای مستلزم وجود امنیت غذایی است (استادرحیمی و دیگران، ۱۳۸۵). رفع گرسنگی، که حادثترین و خشن‌ترین صورت فقر است، نخستین حوزه‌ای است که در سیاست‌های فقرزدایی و تأمین عدالت اجتماعی مد نظر قرار می‌گیرد (دومین گزارش اهداف توسعه هزاره جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۷). آرمان نخست توسعه هزاره بر فقر درآمدی و گرسنگی متمرکز است (The First Millennium Development Goals Report, 2004).

آموزه‌های اسلامی و قرآنی به وضوح مردمان را به تلاش برای از بین بردن گرسنگی دعوت می‌کند:

... فکلوا منها واطعموا البائس الفقیر (قرآن کریم، سوره حج، آیه

۲۸): ... از آنها (گوشت‌های قربانی) خود بخورید و بینوایان را اطعام کنید.

... فکلوا منها واطعموا القانع والمعتر... (حج/۳۶): ... از آنها (گوشت شتران قربانی) بخورید و نیازمند سائل را اطعام کنید...

اوطعام فی یوم ذی مسغبه * یتیم‌ها ذی مقربه * اومسکینا ذی متربه (بلد/۱۶-۱۴): یا (برای رهایی از گذرگاه سخت) خوراک رساندن در روز گرسنگی * به یتیمی خویشاوند * یا مستمندی خاک‌نشین.

... وعلی الذین یطیفونه فدیة طعام مسکین... (بقره/۱۸۴): ... آنان که توان روزه داشتن ندارند، باید برای هر روز مسکینی را خوراک دهند...
... فمّن لم یستطع فاطعام ستین مسکینا... (مجادله/۴): ...

هرکس نتواند (دو ماه روزه کفاره بگیرد) باید شصت نیازمند را خوراک دهد...

ویطعمون الطعام علی حبه مسکینا ویتیم‌ها واسیرا (انسان/۸): یا اینکه خوراک را که دوست دارند (و خود می‌خواهند) به مسکین و یتیم و اسیر می‌دهند.

* دکترای فیزیولوژی، عضو هیئت علمی دانشگاه شاهد

تغذیه‌ای بدن برخوردار نیست. عموماً در این زمینه دو نوع گرسنگی مطرح می‌شود، گرسنگی عیان شامل سیر نشدن شکم و گرسنگی پنهان به معنی سیر نشدن در سطح سلولی (Maslow, 1998).

۲.۱. امنیت غذایی

طبق تعریف فائو، امنیت غذایی عبارت است از دسترسی همه مردم در تمام اوقات به غذای کافی به منظور برخورداری از زندگی سالم و فعال. امنیت غذایی شامل دو بعد است: فراهم بودن غذای سالم و کافی از نظر کیفی و کمی، و توانایی و اطمینان در به دست آوردن غذای مورد قبول از طریق مورد پذیرش جامعه (Gill et al., 2003).

۳.۱. سوءتغذیه

سازمان خواربار و کشاورزی سوءتغذیه را دریافت ناکافی مواد مغذی مورد نیاز بدن برای انجام دادن اعمال طبیعی تعریف کرده است. این عدم کفایت می‌تواند هم به صورت کمبود دریافت مواد مغذی باشد و هم به صورت دریافت مواد مغذی بیش از نیاز بدن (ibid.).

۴.۱. هزینه‌های خوراک خانوار

به مجموعه هزینه‌هایی اطلاق می‌شود که هر خانوار، در طی یک دوره معین، از کل هزینه‌های مصرفی خود، برای تهیه مواد غذایی صرف می‌کند.

۵.۱. نابرابری درآمدی

نابرابری درآمدی یکی از مباحث مهم اقتصادی-اجتماعی و به معنای تفاوت سطح درآمد مردم یک جامعه است که از موقعیت شغلی آنان در فرایندهای تولید و توزیع کالاها و خدمات ناشی می‌شود (بخشی و دیگران، ۱۳۸۷). برخی از اندیشمندان نابرابری درآمدی را مربوط به دوره خاصی از توسعه اقتصادی می‌دانند. چنانکه گفته شد، امروزه این موضوع یکی از مسائل مهم در بسیاری از کشورهای در حال توسعه به شمار می‌رود.

۲. رویکرد نظری

۱.۲. اهمیت موضوع

تأمین کافی و به موقع مواد غذایی، به سبب تأثیری که در پیشگیری از عوارضی مانند گرسنگی و سوءتغذیه دارد، همواره برای برنامه‌ریزان

ولایحض علی طعام المسکین (حاقه/ ۳۴): (آن کس که ایمان نداشت و مردم را) به خوراک دادن به مستمند تشویق نمی‌کرد. ولاتحاضون علی طعام المسکین (فجر/ ۱۸): مردمان را به طعام دادن به مستمند بر نمی‌انگیزید.

النبی(ص): لیس بمؤمن من بات شعبان وجاره جائعا (مکارم/الاخلاق، ۱۵۷ به نقل از محمدرضا حکیمی، ۱۳۸۴: ج ۵، ص ۳۰۳) — پیامبر اکرم(ص): آن کس که سیر به خواب رود در حالی که همسایه‌اش گرسنه است، مؤمن نیست.

النبی(ص): من افضل الاعمال عندالله ابراد الاکباد الحاره واشباع الکباد الجائعه. والذی نفس محمد بیده، لایؤمن بی عبد یبیت شعبان واخوه المسلم جائع (سفینه البحار، ۱/۱۹۶ به نقل از همان: ۳۰۴) — پیامبر(ص): از بهترین اعمال در نزد خدا خنک کردن دل‌های سوخته و سیر کردن شکم‌های گرسنه است. سوگند به آن کس که جان محمد در دست اوست، آن بنده که سیر بخوابد و برادر مسلمان‌ش گرسنه باشد به من ایمان نیاورده است.

النبی(ص): اخذ رجل بلجام دابه رسول الله(ص) فقال: یا رسول الله! ای الاعمال افضل؟ فقال: اطعام الطعام، واطیاب الکلام (سفینه البحار، ۸۳/۲ به نقل از همان: ۳۰۴) — پیامبر(ص): مردی مهار مرکب پیامبر را گرفت و گفت: ای رسول خدا! کدام یک از اعمال از همه بهتر است؟ فرمود: اطعام کردن و خوش‌زبان بودن.

الامام السجاد(ع): من اطعم مؤمنا من جوع، اطعمه الله من ثمار الجنة (اصول کافی، ۲۸۸/۳) — امام سجاد(ع): کسی که به مؤمن گرسنه چیزی بخوراند، خدا به او از میوه‌های بهشت خواهد خوراند. الامام الصادق(ع): من اطعم ثلاثه من المسلمین، غفرالله له (سفینه البحار، ۱۸۳/۲ به نقل از همان: ۳۰۷) — امام صادق(ع): هر کس سه نفر از مسلمانان را اطعام کند، خداوند او را می‌آمرزد.

این آموزه‌ها مبارزه با گرسنگی را یکی از مهم‌ترین اهداف اخلاقی و انسان‌ساز اسلامی قرار می‌دهد و بی‌اعتنایی نسبت به گرسنگی مردمان را مغایر با دیانت و مسلمانی انسان‌ها می‌شمارد.

۱. تعاریف

۱.۱. گرسنگی

طبق تعریف سازمان خواربار و کشاورزی (فائو)، گرسنگی به پدیده‌ای اطلاق می‌شود که در آن، فرد به میزان کافی مواد غذایی دریافت نمی‌کند یا برنامه غذایی او از تنوع لازم برای تأمین نیازهای

اجتماعی و سازمان‌ها و بنیادهای مهم ملی و بین‌المللی اولیویته اساسی بوده است. هدف اصلی یا دست‌کم یکی از اهداف اصلی نظام‌های رفاه اجتماعی، مبارزه با فقر و گرسنگی و سوء تغذیه در آحاد بشر یا گروه خاصی از آنهاست (جزایری، ۱۳۷۵). حرکت‌ها و اقدامات نمادین سازمان‌های مختلف و تأثیرگذار بین‌المللی در این زمینه به نوعی نشان‌دهنده وضعیت بحرانی و نابسامان تغذیه در کشورهای مختلف به‌ویژه کشورهای فقیر و در حال توسعه است. برای مثال، نامگذاری یکی از روزهای سال به عنوان «روز جهانی غذا» که هر ساله شعاری نیز برای آن برگزیده می‌شود مبین اهمیت موضوع غذا و نقش آن در پیشگیری از سوء تغذیه و گرسنگی است. البته به طور معمول، در کنار این حرکت‌های نمادین، اقدامات عینی و عملی نیز انجام می‌گیرد که بیانگر وفاق بین‌المللی در مبارزه با گرسنگی و سوء تغذیه و فراهم آوردن غذاست. قوانین و مصوباتی نیز در این حوزه وجود دارد، از جمله در بند اول ماده ۱۱ پیمان بین‌المللی حقوق اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی قید شده است که هر فرد و هریک از اعضای خانوار حق برخورداری از استانداردهای لازم زندگی از جمله غذا، پوشاک و مسکن مناسب را دارد. به عبارت دیگر، براساس این ماده می‌توان گفت که گرسنگی مصداق نقض حقوق بشر است و این وظیفه دولت‌هاست که اقدامات لازم را در جهت احقاق کامل این حق به عمل آورند (ابراهیم‌گل، ۱۳۸۷). همچنین اولین هدف از اهداف هشت‌گانه توسعه هزاره، که در سال ۲۰۰۰ به تصویب سران کشورهای جهان رسید، کاهش گرسنگی و فقر غذایی به میزان ۵۰ درصد تا سال ۲۰۱۵ است (The First Millennium..., 2004). در سطح ملی نیز، به استناد اصول ۳ و ۴۳ قانون اساسی، تأمین نیازهای اساسی و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه تغذیه و رفاه فردی و اجتماعی ضروری شمرده شده است.

به رغم تمامی این اقدامات و تأکیدات، هنوز هم فقر و متعاقب آن گرسنگی و مشکلات مربوط به تغذیه یکی از اصلی‌ترین چالش‌های پیش روی جامعه بشری در دنیای امروز و آینده، حتی در کشورهای توسعه‌یافته، است (Gil et al., 1995). برآوردهای بین‌المللی نشان‌دهنده افزایش فقر و گرسنگی و سوء تغذیه در همه کشورهای دنیا به‌ویژه کشورهای فقیر و در حال توسعه در مناطق آسیب‌پذیر مانند افریقا و بخش‌هایی از آسیاست (ibid.). براساس ارزیابی آخرین گزارش توسعه انسانی، در چهل سال اخیر، درآمد سرانه کشورهای توسعه‌یافته

سالیانه به طور متوسط ۲/۳ درصد رشد داشته است در حالی که این رقم در کشورهای در حال توسعه ۱/۵ درصد بوده است که به معنای افزایش فاصله درآمدی و شکاف طبقاتی بین کشورهای ثروتمند و فقیر است. همین گزارش تصریح می‌کند که اگر کشورهای جهان را از نظر درآمدی به چهار گروه تقسیم کنیم، در سال ۱۹۷۰، متوسط درآمد کشورهای ثروتمندترین گروه ۲۳ برابر کشورهای فقیرترین گروه بوده است. این نسبت در سال ۲۰۱۰ به ۲۹ برابر رسیده است (UNDP, 2010). افزایش فاصله طبقاتی و شکاف بین کشورهای ثروتمند و فقیر موجب شده است که روزانه هزاران نفر از مردم کشورهای افریقایی به‌خصوص زنان و کودکان و سالمندان به علت گرسنگی و عوارض سوء تغذیه به کام مرگ کشیده شوند (سیف، ۱۳۸۶). این بحران زاینده عوامل چندی است که از آن جمله می‌توان به افزایش بی‌رویه جمعیت در قرن جاری، افزایش قیمت مواد غذایی، استمرار ظلم و بی‌عدالتی‌های اقتصادی و اجتماعی به‌ویژه در مورد زنان و کودکان، جنگ‌ها و حوادث و بلایای طبیعی مانند سیل و زلزله، و بحران‌های مالی و اقتصادی جهانی اشاره کرد. برای مثال، جنگ و کشمکش‌های طولانی‌مدت در افغانستان موجب حذف گوشت از سبد مصرفی خانوارهای افغان و جایگزینی دیگر مواد غذایی مانند شلغم شده است. یا کاهش قیمت نفت باعث شد که کارگران تاجیکی مشغول به کار در روسیه، که بیش از یک‌سوم درآمد ملی این کشور را تولید می‌کردند، اخراج شوند (همان). طبق گزارش سازمان خواربار و کشاورزی، این شرایط برای سه کشور قرقیزستان، هائیتی و اردن نیز مصداق یافت که پیامد آن افزایش فقر و گرسنگی در این کشورها بود. در زامبیا، به علت کاهش قیمت مس، بیکاری افزایش یافت و همین امر موجب کاهش شدید درآمد خانوارها و کاهش کمی و کیفی سبد تغذیه‌ای آنها شد. طبق برآوردهای سازمان‌های بین‌المللی، در طی سی سال اخیر، حدود ۸۲۶ میلیون نفر گرسنه در جهان وجود داشته که، به استناد گزارش سازمان خواربار و کشاورزی، حدود ۷۲۹ میلیون نفر از آنها در کشورهای فقیر و در حال توسعه به سر می‌برند و فقط ۲۴ میلیون نفر از آنها در کشورهای توسعه‌یافته زندگی می‌کنند (گزارش جهانی توسعه انسانی سال ۲۰۰۳). از طرف دیگر، اگرچه در طول دهه‌های اخیر حدود ۱۰۰ میلیون نفر از تعداد گرسنگان کاسته شده، هنوز در کاهش تعداد افراد مبتلا به سوء تغذیه پیشرفت مهمی صورت نپذیرفته است (UNDP, 2010).

متذکر می‌شود که رشد جمعیت در همه کشورهای بیشتر از رشد میزان غلات در دسترس است؛ بنابراین، رقابت سختی بین مردم در دستیابی به این منابع محدود وجود دارد. وی نتیجه می‌گیرد که نباید به جمعیت اضافی فقیران اجازه داد که مواد غذایی را، که طبقه مالک می‌تواند از آن منتفع شود و زندگی بهتری داشته باشد، ببلعد. مالتوس همچنین به نکاتی اشاره می‌کند که روابط حاکم بر جهان امروز را روشن می‌سازد. او از هموطنانش می‌خواهد که جنگ، قحطی و گرسنگی، طاعون، قتل‌عام و امثالهم را روش‌های منصفانه‌ای برای مهار رشد لجام‌گسیخته جمعیت و تنبیه فقرا به دلیل متوقف نساختن زاد و ولد تلقی کنند. با چنین دیدگاهی، مالتوس با هر نوع اصلاحات اجتماعی از قبیل اجرای «قانون حمایت از فقرا» در انگلستان مخالف می‌کرد و معتقد بود از آنجا که پیوسته میزان جمعیت از وسایل معیشت پیشی می‌گیرد، دستگیری از فقرا عملی جاهلانه و به نوعی عامل تشویق آنهاست. بنابراین، دولت کاری جز رها کردن آنان به دست سرنوشت خویش ندارد و حداکثر می‌تواند مرگ را برای آنها آسان‌تر سازد (دلالتی و اسماعیل‌زاده، ۱۳۸۶).

اهمیت نیاز به غذا به حدی است که شاید یک انسان بتواند بدون آموزش یا مسکن و پوشاک دوام بیاورد، همچنان که مطالعه حیات انسان‌های اولیه نیز مؤید این موضوع است، اما بدون غذا بی‌شک هیچ انسانی توانایی بقا و ادامه حیات نخواهد داشت. سیر کردن شکم و رفع گرسنگی اولین علت حرکت و جنب‌وجوش انسان‌ها در دوران‌های مختلف و به انحای گوناگون بوده است. بنابراین، نیاز به غذا «اساسی‌ترین» نیاز انسان‌هاست که برآوردن آن نخستین ضرورت ادامه حیات به شمار می‌رود.

محققان فراوانی، در حوزه‌های متعدد و متنوع علمی، ارتباط میان فقر و محرومیت و شرایط زندگی اجتماعی را با طول عمر و سلامت و رفتارهای متعادل اجتماعی و حالات و شرایط روان‌تنی انسان‌ها نشان داده‌اند (Goldman, 2001). پرواضح است که انسان گرسنه به اختلالات گوناگون جسمی نظیر لاغری، ضعف عضلانی، کم‌خونی و عوارض ناشی از کمبود پروتئین و ویتامین دچار می‌شود. کاهش میزان پروتئین بدن منجر به اختلالات ایمنی، کلیوی، کبدی و گوارشی می‌گردد. در نهایت، آسیب‌پذیری چنین انسانی در برابر بیماری‌ها به تحمیل هزینه‌های مضاعف به خانوار یا نظام سلامت کشور می‌انجامد. در نتیجه، امکان سرمایه‌گذاری در

بدون تردید فقر مهم‌ترین عامل سوءتغذیه در جهان است. یک‌چهارم جمعیت جهان از فقر شدید رنج می‌برند که حدود سه‌چهارم آنها در مناطق روستایی زندگی می‌کنند.

۲.۲. نیازهای اولیه انسان و جایگاه غذا در میان این نیازها

در جوامع بشری، همواره تلاش و کوشش انسان در جهت رفع نیازهای متنوعی بوده است که خداوند در وجود او به ودیعه گذاشته است. رفع این نیازها، علاوه بر ارضای خواسته‌های مادی انسان‌ها، موجبات رشد روحی و روانی و اجتماعی آنان را نیز فراهم می‌آورد. در یک طبقه‌بندی کلی می‌توان گفت انسان‌ها دارای نیازهای مادی یا از منظر ارزشی و اخلاقی «نیازهای اولیه» و نیازهای معنوی یا «نیازهای ثانویه» هستند (Goble, 1970). اما آنچه باید همواره مد نظر قرار گیرد، وابستگی متقابل این دو سطح نیاز به یکدیگر است. بدین معنی که در بسیاری از انسان‌ها، اگر نیازهای اساسی و اولیه برآورده نشده باشند، تأمین نیازهای سطوح بالاتر که موجب خودشکوفایی و پرورش روحی و روانی و اجتماعی انسان‌ها می‌شود بسیار سخت خواهد بود. از بعد مادی یا فیزیولوژیکی، نیازهای آدمی شامل موارد زیادی است که مهم‌ترین و ملموس‌ترین آنها خوراک، پوشاک، مسکن، سلامت و آموزش است (Maslow, 1998). اهمیت تأمین نیازهای فیزیولوژیکی مانند غذا به حدی است که دولت‌ها و حکومت‌ها هزینه‌های هنگفتی صرف آن می‌کنند. بسیاری از انقلاب‌ها و تحولات جهانی با انگیزه مبارزه با فقر و گرسنگی رخ داده است. نظریه‌پردازان بسیاری به‌ویژه در دهه‌های اخیر به ارائه دیدگاه‌هایی در زمینه تأمین نیازهای اولیه خصوصاً غذا و امنیت آن پرداخته‌اند. در دنیای معاصر، به دلیل افزایش بی‌رویه جمعیت و توسعه اقتصادی همراه با افزایش نابرابری و شکاف طبقاتی، تأمین نیازهای اساسی مانند غذا به چالش بزرگی پیش روی سیاست‌گذاران رفاه اجتماعی تبدیل شده و آنها را به ارائه طرح‌ها و برنامه‌های کارا تر و اثربخش‌تر در جهت تأمین این نیازها وادار ساخته است. نظریه توماس مالتوس در کتاب گفتار درباره منشأ جمعیت به نوعی نشان‌دهنده میزان اهمیت غذا به عنوان اساسی‌ترین نیاز بشری نسبت به سایر نیازهاست، نیازی که تحولات اقتصادی کشورها را رقم می‌زند. با توجه به چنین اهمیتی است که مالتوس، در قالبی از داروین‌یسم اقتصادی به عنوان نظریه محوری اقتصاد سرمایه‌داری،

- احادیث نبوی در تشویق مردمان به احسان کردن به همهٔ بندگان خدا به صورت عام؛
- حدیث نبوی: هیچ مسلمانی درختی نمی‌کارد یا کشتی به بار نمی‌آورد که انسان یا پرندۀ یا چارپایی از آن بخورد مگر اینکه برای او صدقه به شمار آید.

۲. سیر کردن گرسنگان، عامل تلاش بندگان: آشکار است که سیر کردن شکم گرسنگان به دست خداوند و با فرستادن مائده‌های آسمانی صورت نمی‌گیرد چرا که این جهان، جهان اسباب است. پس این کار به دست اطعام‌کنندگان و با نعمت و برکتی که خداوند ارزانی می‌دارد تحقق می‌یابد. هدفی که اسلام در نظر دارد به آن برسد، سیر کردن هر گرسنه‌ای بر روی زمین است بدان‌گونه که هیچ شکمی — نه در شب و نه در روز — گرسنه نماند.

۳. سیر کردن گرسنگان، احیای فضیلت: این عمل نیکو گاه فضیلتی مضاعف پیدا می‌کند، از جمله در مورد اطعام مؤمن گرسنه، عالم، دانشجو، سرباز، مرزدار و نظایر اینها، یعنی کسانی که با سرمایه‌های روحی یا مادی خویش به اجتماع فایده می‌رسانند و برای جامعه سودمندند. نیز چنین است در مواردی که رهانیدن حق‌باوران از چنگال گرسنگی و نیازمندی موجب عزت طرفداران حق می‌شود و آنان را از اظهار نیازمندی و ذلت‌پذیری مصون می‌دارد.

۴. سیر کردن گرسنگان، استحکام پیوندهای اجتماعی: فراخوانی گرسنگان به سفره‌های خوراک و میزهای غذا، تا بخورند و سیر شوند، موجب محکم شدن پیوندهای مردمی و شیوع برخوردهای برادرانه و آگاهی از احوال دیگران و نزدیک شدن قشرهای اجتماعی به یکدیگر، و این همه اسباب تقویت روابط و پاکیزگی جان‌ها و نزدیکی دل‌ها می‌شود و ریشه‌های خودبرتربینی و کبر را می‌خشکاند. همچنان که پیامبر(ص) می‌فرماید: غذا چون چهار خصوصیت در آن جمع آمده باشد کامل است: از حلال فراهم آمده باشد؛ دست‌های فراوانی به سوی آن دراز گردد؛ با نام خداوند متعال آغاز شود؛ با حمد و شکر خدا پایان پذیرد.

همچنین در حدیث دیگری می‌فرمایند: همه با هم غذا بخورید نه جدا از هم، که برکت با جماعت است.

۵. سیر کردن گرسنگان، حفظ حیثیت سیاسی: آشکار است که حیثیت سیاسی هیچ کشور یا مکتب فکری یا دین یا نظام برقرار نمی‌ماند مگر آنکه دست‌اندرکاران آن به صورتی قابل قبول امور را

امر آموزش و اشتغال‌زایی محدودتر و خروج افراد و دولت‌ها از چرخهٔ فقر دشوارتر و گاه ناممکن می‌شود (WHO, 2000).

استرس گرسنگی و دغدغه و نگرانی یافتن غذا، علاوه بر وارد آوردن آسیب روانی بر افراد، مجموعه‌ای از علایم بیماری‌های روان‌تنی را به همراه می‌آورد. شدت استرس گرسنگی به حدی است که از فرد گرسنه رعایت هنجارهای اجتماعی انتظار نمی‌رود و گاه حتی دیانت و ایمان فرد را نیز سلب می‌کند. فساد و بزهکاری و ارتکاب جرایم اجتماعی در شرایط گرسنگی بیشتر می‌شود و امنیت فردی و اجتماعی و فضای امن برای سرمایه‌گذاری و رشد و بالندگی به مخاطره می‌افتد و، در نهایت، توسعه و پیشرفت کشور متوقف می‌شود. مطالعات مختلف نشان می‌دهد که این وضعیت به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه مصداق دارد (Gill et al., 2003; Goldman, 2001; WHO, 2000).

۳.۲. راهبردهای برخورداری همگانی از غذا در ادبیات اسلامی

شرع مقدس اسلام همواره به بسط و ترویج آموزه‌هایی پرداخته است که ناظر بر زدودن فقر و گرسنگی از جامعهٔ اسلامی و محرک تحقق برابری و عدالت بنیادی در ممالک اسلامی است. آموزه‌هایی مانند زکات، خمس، انفاق، فیه، صدقه و وقف نشان‌دهندهٔ اهتمام خاص دین مبین اسلام به دخالت در اقتصاد جامعه به منظور تنظیم آن و با هدف کاهش پدیده‌هایی مانند فقر، گرسنگی، نابرابری و فساد است. توجه و التفات منطقی و درست به این آموزه‌ها و به‌کارگیری و ترویج آنها ضامن شکل‌گیری جامعه‌ای عدالت‌محور، توسعه‌یافته و پیشرو خواهد بود. مجموع آموزه‌های دین مبین اسلام برای زدودن فقر و گرسنگی از چهرهٔ جوامع اسلامی در قالب ده اصل مهم زیر جای می‌گیرد:

۱. سیر کردن گرسنگان، اصل عمومی: دلایل مهمی ما را بر آن می‌دارد که اخبار واردشده دربارهٔ سیر کردن شکم گرسنگان را ناظر بر عموم بندگان خدا بدانیم، هرچند در بسیاری از آنها الفاظ مؤمن و مسلمان آمده باشد. شماری از این دلایل عبارت‌اند از:

- عمومیات قرآنی در خصوص عدل و احسان و قسط و اجرای آنها؛
- عمومیات مربوط به نهی از ظلم و تجاوز؛

دیگران را اطعام کنند باید حتماً آنها را مراعات کنند. امام علی(ع) می‌فرمایند: به هنگام غذا خوردن خوش خلق باش و همنشین خود را به خوردن وادار و با خدمتگزارت تندی مکن. همچنین ایشان می‌فرمایند: ای کمیل، غذا خوردن را طول بده تا کسانی که با تو غذا می‌خورند خوب سیر شوند و دیگران نیز از آن بهره‌مند گردند.

۱۰. سیر کردن گرسنگان، همه‌گیر و همه‌جانبه: هدف از سیر کردن گرسنگان این نیست که چنین کاری به صورت فردی یا محدود و مقطعی صورت گیرد بلکه لازمه این کار اجتماعی بزرگ وجود منابع اساسی درآمدی و برنامه‌های عملی و هماهنگ با موازین عام اقتصادی است تا در نتیجه آن، گرسنگی از همه عرصه‌های اجتماع رخت بربندد.

۴.۲. غذا و توسعه

دسترسی به غذای کافی و مطلوب و برخورداری از سلامت تغذیه‌ای یکی از محورهای اصلی توسعه هر جامعه است. نقش تغذیه در افزایش سطح سلامت، کارایی و توان یادگیری انسان‌ها و ارتباط آن با توسعه اقتصادی در تحقیقات گسترده جهانی به اثبات رسیده است. امنیت غذایی نخستین شرط حفظ سلامت افراد جامعه است تا بتوانند نقش خود را به عنوان عناصر اصلی نیل به توسعه سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ایفا کنند. امروزه بیشتر کشورها، به‌ویژه کشورهای دارای حکومت‌های مردم‌سالار، اهمیت ویژه‌ای برای ایجاد، حفظ و پایداری امنیت غذایی قایل‌اند و نبود آن را تهدیدی جدی علیه توسعه همه‌جانبه به شمار می‌آورند (ابراهیم گل، ۱۳۸۷: UNDP, 2010).

۳. وضعیت تغذیه در دیگر کشورها

یکی از روش‌های سنجش وضعیت جاری هر کشور برحسب متغیری خاص به منظور اخذ تصمیمات مناسب و برنامه‌ریزی‌های کشوری، مقایسه یا تطابق وضعیت آن کشور با دیگر کشورها برحسب متغیر مورد نظر است. این دست مطالعات که به مطالعات تطبیقی شهرت دارند، علاوه بر اینکه نقاط ضعف و قوت سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های هر کشور را در یک حوزه خاص نشان می‌دهند، می‌توانند راهنمایی برای الگوبرداری از کشورهای موفق و پیشرو در آن حوزه باشند.

در این بخش، به بررسی وضعیت تغذیه‌ای چند کشور برحسب

سامان دهند و بتوانند زندگی مردمان را به نحوی شایسته اداره کنند. این ممکن نیست مگر آنکه حقوق مردم چنانکه بایسته است ادا شود و نیازی نداشته باشند که در امور و مسائل زندگی خویش به عاملی جز خود نظام بیندیشند و پناه برند. در پرتو این نگرش روشن می‌شود که گرسنگی عامل پراکندگی و تشتت در میان مردم است و روح نومیدی را در جان‌های ایشان می‌دمد و گرسنگان را بر آن می‌دارد تا برای رفع نیازمندی‌های ضروری خویش به این و آن پناه برند. همین خود برای متلاشی کردن محور اصلی قدرت و سقوط گرسنگان به دامن دیگران بسنده است. امام صادق(ع) در همین زمینه می‌فرمایند: اطعام مؤمنی را دوست‌تر از آن دارم که ده بنده آزاد کنم و ده حج به جای آورم.

۶. سیر کردن گرسنگان، واجبی بزرگ: از برخی تعالیم اسلامی چنین برمی‌آید که رساندن غذا به ملت‌هایی که زیر فشار گرسنگی هستند از مهم‌ترین تکالیفی است که بر دوش مسلمانان قرار دارد چرا که ممکن است بلای گرسنگی آن ملت‌ها را وادارد که به استکبار جهانی اعتماد و با اندک چیزی که دریافت کنند زیر سلطه و نفوذ آن قرار گیرند. این بلا، اگر بر سر مسلمانان آید، آنان را به سستی در اعتقاد و عمل به دین می‌کشاند، و اگر بر سر غیرمسلمانان آید، آنان را به مستکبران نزدیک و زیر پای آنان له می‌کند؛ این واقعیتی است روشن. بنابراین لازم است که مسلمانان و علما و ثروتمندان ایشان از این وظیفه بزرگ و مهم غافل نشوند و به آن اهتمام ورزند.

۷. سیر کردن گرسنگان، سازنده روح انسان: هیچ عاقلی در این امر شک نمی‌کند که اهتمام نسبت به امور دیگران و برنتافتن رنج انسان‌ها و نیازمندی آنان، به‌ویژه گرسنگی، از انسانیستی نیرومند و احساسی لطیف و تعهدی دینی حکایت می‌کند.

۸. سیر کردن گرسنگان، کمک به تدین جامعه: امام هادی(ع) می‌فرمایند: اگر نان نبود نه می‌توانستیم نماز بخوانیم، نه روزه بگیریم و نه واجبات خدا را انجام دهیم. همچنین از امام هادی(ع) روایت شده است: نان دارای برکت است. خداوند برای آن از آسمان باران پربار می‌فرستد و کشتزار می‌رویانند. و با نان است که نماز می‌خوانید، روزه می‌گیرید و به حج می‌روید. تمامی اینها بدین معنی است که برپا داشتن دین مستلزم سیر بودن شکم و گرسنه نبودن است.

۹. سیر کردن گرسنگان، رعایت آداب و اخلاق: آدابی ارجمند وجود دارد که کسانی که می‌خواهند به گرسنگان خوراک بدهند و

شیلی: این کشور دارای حدود ۱۷ میلیون نفر جمعیت و ساختار حکومتی جمهوری است. در سال ۲۰۰۸، درآمد سرانه تعدیل شده براساس قدرت خرید برابر در این کشور ۱۳۵۶۱ دلار، امید به زندگی در بدو تولد ۷۹ سال، میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال ۹ نفر به ازای هر هزار تولد زنده، شاخص توسعه انسانی ۰/۷۸۳، و میزان شیوع فقر طبق پیمایش سال ۱۹۹۸ معادل ۴ درصد بوده است.

شاخص های تغذیه ای: در دوره زمانی ۲۰۰۳-۲۰۰۵، در هر روز به ازای هر فرد، میزان کالری دریافتی ۲۹۷۶، میزان پروتئین مصرفی ۸۵ گرم، میزان چربی دریافتی ۹۶ گرم، و نسبت افراد دچار سوء تغذیه کمتر از ۵ درصد بوده است. همچنین شاخص بهای مصرف کننده برابر با ۱۲۲/۷ و شاخص بهای خوراکی ۱۲۰/۵ بوده است.

۲.۳. کشورهای اروپایی

سوئد: این کشور دارای ۹ میلیون نفر جمعیت و ساختار حکومتی پادشاهی مشروطه است. در سال ۲۰۰۸، سرانه درآمد ملی تعدیل شده براساس قدرت خرید یکسان در این کشور معادل ۳۸۶۶۸ دلار، امید به زندگی در بدو تولد برابر با ۸۱/۳ سال، مرگ و میر کودکان زیر پنج سال ۳ نفر به ازای هر هزار تولد زنده، و شاخص توسعه انسانی ۰/۸۸۵ بوده است.

شاخص های تغذیه ای: در دوره زمانی ۲۰۰۳-۲۰۰۵، در هر روز به ازای هر فرد، میزان کالری دریافتی معادل ۳۱۲۰، میزان پروتئین مصرفی ۱۰۷ گرم، میزان چربی دریافتی ۱۲۳ گرم، نسبت افراد مبتلا به سوء تغذیه کمتر از ۵ درصد، شاخص بهای مصرف کننده برابر با ۱۱۱/۴ و شاخص بهای خوراکی ۱۰۸ بوده است.

آلمان: جمعیت این کشور ۸۱ میلیون نفر و ساختار حکومتی آن جمهوری فدرال است. در سال ۲۰۰۸، در این کشور، سرانه درآمد ملی تعدیل شده براساس قدرت خرید یکسان ۳۵۳۰۸ دلار، امید به زندگی در بدو تولد ۸۰/۲ سال، میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال ۴ نفر به ازای هر هزار تولد زنده، و شاخص توسعه انسانی ۰/۸۸۵ بوده است.

شاخص های تغذیه ای: در دوره زمانی ۲۰۰۳-۲۰۰۵، در هر روز به ازای هر فرد، میزان کالری دریافتی معادل ۳۴۹۱، میزان پروتئین مصرفی ۹۹ گرم، میزان چربی دریافتی ۱۴۲ گرم، نسبت افراد دچار

شاخص هایی مانند میزان کالری دریافتی، میزان چربی دریافتی، میزان قند دریافتی، میزان شیوع سوء تغذیه، میزان فقر، سهم کشاورزی از تولید ناخالص داخلی، سهم هزینه های مربوط به غذا از بودجه خانوار، میزان درآمد سرانه، و شاخص توسعه انسانی می پردازیم. منبع کلیه آمار و اطلاعات این بخش سازمان جهانی خواربار و کشاورزی و گزارش توسعه انسانی سازمان ملل متحد (UNDP, 2010) است.

۱.۳. کشورهای آمریکایی

ایالات متحده آمریکا: این کشور دارای ۴۸ ایالت و ۳۰۷ میلیون نفر جمعیت و نوع حکومت آن جمهوری فدرال است. در این کشور، در سال ۲۰۰۸، درآمد سرانه تعدیل شده براساس برابری قدرت خرید دلار (PPP) معادل ۴۷۰۹۴ دلار، میزان امید به زندگی در بدو تولد ۷۹/۶ سال، میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال ۵ نفر به ازای هر هزار تولد زنده، و شاخص توسعه انسانی در سال ۲۰۰۷ برابر با ۰/۹۰۲ بوده است.

شاخص های تغذیه ای: در دوره زمانی ۲۰۰۳-۲۰۰۵، در هر روز به ازای هر فرد، میزان کالری دریافتی ۳۸۲۶، میزان پروتئین مصرفی ۱۱۶ گرم، میزان چربی مصرفی ۱۶۴ گرم، و نسبت افراد دچار سوء تغذیه کمتر از ۵ درصد بوده است. همچنین، در سال ۲۰۰۹، شاخص بهای مصرف کننده برای خوراک برابر با ۱۲۰/۹ و شاخص بهای کل مصرفی ۱۲۰/۴ بوده است.

مکزیک: این کشور دارای ۱۰۶ میلیون نفر جمعیت و نوع حکومت آن جمهوری فدرال است. در این کشور، در سال ۲۰۰۸، درآمد سرانه تعدیل شده براساس قدرت خرید برابر معادل ۱۳۹۷۱ دلار، سرانه تعدیل شده تولید ناخالص کشاورزان ۱۲۱۰ دلار، امید به زندگی در بدو تولد ۷۶/۷ سال، مرگ و میر کودکان زیر پنج سال ۱۷ نفر به ازای هر هزار تولد زنده، شاخص توسعه انسانی ۰/۷۵۰، و براساس نتایج پیمایش سال ۲۰۰۲، میزان شیوع فقر در این کشور معادل ۲۰ درصد بوده است.

شاخص های تغذیه ای: در دوره زمانی ۲۰۰۳-۲۰۰۵، در هر روز به ازای هر فرد، میزان کالری دریافتی ۳۲۶۵، میزان پروتئین مصرفی ۹۲ گرم، میزان چربی دریافتی ۹۴ گرم، و نسبت افراد مبتلا به سوء تغذیه کمتر از ۵ درصد بوده است.

به ازای هر فرد، میزان کالری دریافتی معادل ۳۰۲۹، میزان پروتئین مصرفی ۸۶ گرم، میزان چربی دریافتی ۸۳ گرم، نسبت افراد مبتلا به سوءتغذیه کمتر از ۵ درصد، شاخص بهای مصرف‌کننده ۱۲۳/۵ و شاخص بهای خوراکی ۱۳۲/۴ بوده است.

چین: جمعیت این کشور یک میلیارد و ۳۰۰ میلیون نفر و حکومت آن از نوع جمهوری سوسیالیستی است. در سال ۲۰۰۸، سرانه درآمد ملی براساس قدرت خرید یکسان در این کشور ۷۲۵۸ دلار، امید به زندگی در بدو تولد ۷۳/۵ سال، میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال ۲۱ نفر به ازای هر هزار تولد زنده، و شاخص توسعه انسانی ۰/۶۶۳ بوده است.

شاخص‌های تغذیه‌ای: در دوره زمانی ۲۰۰۳-۲۰۰۵، در هر روز به ازای هر فرد، میزان کالری دریافتی ۲۹۴۰، میزان پروتئین مصرفی ۸۸ گرم، میزان چربی دریافتی ۸۶ گرم، نسبت افراد دچار سوءتغذیه معادل ۹ درصد، شاخص بهای مصرف‌کننده ۱۱۳/۷ و شاخص بهای خوراکی ۱۳۳/۵ بوده است.

عربستان سعودی: جمعیت این کشور ۲۷ میلیون نفر و حکومت آن سلطنت مطلقه است. در سال ۲۰۰۸، در این کشور، سرانه درآمد ملی تعدیل‌شده براساس قدرت خرید یکسان ۲۴۷۲۶ دلار، امید به زندگی در بدو تولد ۷۳ سال، میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال ۲۱ نفر به ازای هر هزار تولد زنده، و شاخص توسعه انسانی ۰/۷۵۲ بوده است.

شاخص‌های تغذیه‌ای: در دوره زمانی ۲۰۰۳-۲۰۰۵، در هر روز به ازای هر فرد، میزان کالری دریافتی ۳۰۵۹، میزان پروتئین مصرفی ۸۴ گرم، میزان چربی دریافتی ۸۵ گرم، نسبت افراد دچار سوءتغذیه کمتر از ۵ درصد، شاخص بهای مصرف‌کننده ۱۰۶/۷ و شاخص بهای خوراکی ۱۲۱/۲ بوده است.

کویت: جمعیت این کشور ۳ میلیون نفر و حکومت آن امیرنشین است. در سال ۲۰۰۸، در این کشور، سرانه درآمد ملی تعدیل‌شده براساس قدرت خرید یکسان معادل ۵۵۷۱۹ دلار، امید به زندگی در بدو تولد ۷۸ سال، میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال ۱۱ نفر به ازای هر هزار تولد زنده، و شاخص توسعه انسانی ۰/۷۷۱ بوده است.

شاخص‌های تغذیه‌ای: در دوره زمانی ۲۰۰۳-۲۰۰۵، در هر روز

سوءتغذیه کمتر از ۵ درصد، شاخص بهای مصرف‌کننده ۱۱۲/۵ و شاخص بهای خوراکی ۱۱۱/۵ بوده است.

روسیه: جمعیت این کشور ۱۴۲ میلیون نفر و نوع حکومت آن جمهوری چندحزبی فدرال است. در سال ۲۰۰۸، سرانه درآمد ملی تعدیل‌شده براساس قدرت خرید یکسان در این کشور برابر با ۱۵۲۵۸ دلار، امید به زندگی در بدو تولد ۶۷/۲ سال، میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال ۱۳ نفر به ازای هر هزار تولد زنده، شاخص توسعه انسانی برابر با ۰/۷۱۹، و میزان شیوع فقر براساس پیمایش سال ۲۰۰۲ برابر با ۲۴ درصد بوده است.

شاخص‌های تغذیه‌ای: در دوره زمانی ۲۰۰۳-۲۰۰۵، در هر روز به ازای هر فرد، میزان کالری دریافتی ۳۱۰۰، میزان پروتئین مصرفی ۹۲ گرم، میزان چربی دریافتی ۸۷ گرم، و نسبت افراد دچار سوءتغذیه کمتر از ۵ درصد بوده است. همچنین شاخص بهای مصرف‌کننده ۲۳۸/۸ و شاخص بهای خوراکی ۲۲۷/۲ بوده است.

۳.۳. آسیا

ژاپن: این کشور دارای ۱۲۷ میلیون نفر جمعیت و حکومت آن مشروطه سلطنتی است. در سال ۲۰۰۸، سرانه درآمد ملی تعدیل‌شده براساس قدرت خرید یکسان در این کشور برابر با ۳۵۳۰۸ دلار، امید به زندگی در بدو تولد ۸۳/۲ سال، میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال ۴ نفر به ازای هر هزار تولد زنده، و شاخص توسعه انسانی ۰/۸۸۴ بوده است.

شاخص‌های تغذیه‌ای: در دوره زمانی ۲۰۰۳-۲۰۰۵، در هر روز به ازای هر فرد، میزان کالری دریافتی معادل ۲۷۵۳، میزان پروتئین مصرفی ۹۰ گرم، میزان چربی دریافتی ۸۵ گرم، نسبت افراد دچار سوءتغذیه کمتر از ۵ درصد، و شاخص بهای مصرف‌کننده ۹۸/۱ و شاخص بهای خوراکی ۹۹/۲ بوده است.

کره جنوبی: جمعیت این کشور ۴۹ میلیون نفر و حکومت آن جمهوری است. در سال ۲۰۰۸، در این کشور، سرانه درآمد ملی براساس قدرت خرید یکسان ۲۹۵۱۸ دلار، امید به زندگی در بدو تولد ۷۹/۸ سال، میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال ۵ نفر به ازای هر هزار تولد زنده، و شاخص توسعه انسانی ۰/۸۸۷ بوده است.

شاخص‌های تغذیه‌ای: در دوره زمانی ۲۰۰۳-۲۰۰۵، در هر روز

سال، میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال ۳۶ نفر به ازای هر هزار تولد زنده، شاخص توسعه انسانی ۰/۶۲، و میزان شیوع فقر براساس پیمایش سال ۲۰۰۰ معادل ۱۷ درصد بوده است.

شاخص‌های تغذیه‌ای: در دوره زمانی ۲۰۰۳-۲۰۰۵، در هر روز به ازای هر فرد، میزان کالری دریافتی ۳۳۱۷، میزان پروتئین مصرفی ۸۷ گرم، میزان چربی دریافتی ۶۳ گرم، نسبت افراد دچار سوءتغذیه کمتر از ۵ درصد، شاخص بهای مصرف‌کننده ۱۵۷/۶ و شاخص قیمت خوراکی ۱۳۰/۶ بوده است.

ایران: بر مبنای سرشماری سال ۱۳۸۵، جمعیت کشور ۷۰ میلیون نفر و حکومت از نوع جمهوری اسلامی است. در سال ۲۰۰۸، سرانه درآمد ملی براساس قدرت خرید یکسان در کشور ۱۱۷۶۴ دلار، امید به زندگی در بدو تولد ۷۱/۹ سال، میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال ۳۲ نفر به ازای هر هزار تولد زنده، و شاخص توسعه انسانی ۰/۷۰۲ بوده است.

شاخص‌های تغذیه‌ای: در دوره زمانی ۲۰۰۳-۲۰۰۵، در هر روز به ازای هر فرد، میزان کالری دریافتی معادل ۳۱۰۲، میزان پروتئین مصرفی ۸۷ گرم، میزان چربی دریافتی ۶۳ گرم، نسبت افراد دچار سوءتغذیه کمتر از ۵ درصد، شاخص بهای مصرف‌کننده ۲۴۶/۱ و شاخص بهای خوراکی ۱۰۰ بوده است.

رئوس آمار فوق به شرح زیر است:

به ازای هر فرد، میزان کالری دریافتی ۳۰۷۳، میزان پروتئین مصرفی ۸۷ گرم، میزان چربی دریافتی ۱۱۱ گرم، نسبت افراد مبتلا به سوءتغذیه کمتر از ۵ درصد، شاخص بهای مصرف‌کننده ۱۱۸/۳ و شاخص بهای خوراکی ۱۲۹/۹ بوده است.

۴.۳. سایر کشورها

ترکیه: جمعیت این کشور ۷۱ میلیون نفر و حکومت آن جمهوری است. در سال ۲۰۰۸، سرانه درآمد ملی براساس قدرت خرید یکسان در این کشور ۱۳۳۵۹ دلار، امید به زندگی در بدو تولد ۷۲/۲ سال، میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال ۲۲ نفر به ازای هر هزار تولد زنده، شاخص توسعه انسانی ۰/۶۷۹، و میزان شیوع فقر براساس پیمایش سال ۲۰۰۱ معادل ۲۷ درصد بوده است.

شاخص‌های تغذیه‌ای: در دوره زمانی ۲۰۰۳-۲۰۰۵، در هر روز به ازای هر فرد، میزان کالری دریافتی معادل ۳۳۹۹، میزان پروتئین مصرفی ۹۶ گرم، میزان چربی دریافتی ۹۵ گرم، نسبت افراد مبتلا به سوءتغذیه کمتر از ۵ درصد، شاخص بهای مصرف‌کننده ۳۹۲/۷ و شاخص بهای خوراکی ۱۳۸/۲ بوده است.

مصر: جمعیت این کشور ۷۲ میلیون نفر و حکومت آن جمهوری عربی است. در سال ۲۰۰۸، سرانه درآمد ملی براساس قدرت خرید یکسان در این کشور ۵۸۸۹ دلار، امید به زندگی در بدو تولد ۷۰/۵

نام کشور	ضریب جینی بین سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۱۰	سرانه درآمد ملی براساس برابری قدرت خرید دلار (PPP) در ۲۰۰۸	امید به زندگی در بدو تولد	میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال	شاخص توسعه انسانی	شاخص بهای مصرف‌کننده	شاخص بهای خوراکی	میزان انرژی دریافتی	میزان پروتئین دریافتی
ایالات متحده آمریکا	۴۰/۸	۴۷,۰۹۴	۷۹/۶	۵	۰/۹۰	۱۲۰/۹	۱۲۰/۴	۳۸۲۶	۱۱۶
مکزیک	۵۱/۶	۱۳,۹۷۱	۷۶/۷	۱۷	۰/۷۵	-	-	۳۲۶۵	۹۲
شیلی	۵۲	۱۳,۵۶۱	۷۹	۹	۰/۷۸	۱۲۲/۷	۱۲۰/۵	۲۹۷۶	۸۵
سوئد	۲۵	۳۸,۶۶۸	۸۱/۳	۳	۰/۸۸	۱۱۱/۴	۱۰۸	۳۱۲۰	۱۰۷
آلمان	۲۸/۳	۳۵,۳۰۸	۸۰/۲	۴	۰/۸۸	۱۱۲/۵	۱۱۱/۵	۳۴۹۱	۹۹
روسیه	۴۳/۷	۱۵,۲۵۸	۶۷/۲	۱۳	۰/۷۲	۲۳۸/۸	۲۳۷/۲	۳۱۰۰	۹۲
ژاپن	۲۴/۹	۳۵,۳۰۸	۸۳/۲	۴	۰/۸۸	۹۸/۱	۹۹/۲	۲۷۵۳	۹۰
کره جنوبی	۳۱/۶	۲۹,۵۱۸	۷۹/۸	۵	۰/۸۹	۱۲۳/۵	۱۳۲/۴	۳۰۲۹	۸۶
چین	۴۱/۵	۷,۲۵۸	۷۳/۵	۲۱	۰/۶۶	۱۱۳/۷	۱۳۳/۵	۲۹۴۰	۸۸
عربستان سعودی	-	۲۴,۷۲۶	۷۳	۲۱	۰/۷۵	۱۰۶/۷	۱۲۱/۲	۳۰۵۹	۸۴
کویت	-	۵۵,۷۱۹	۷۸	۱۱	۰/۷۷	۱۱۸/۳	۱۲۹/۹	۳۰۷۳	۸۷
ترکیه	۴۱/۲	۱۳,۳۵۹	۷۲/۲	۲۲	۰/۶۸	۳۹۲/۷	۱۳۸/۲	۳۳۹۹	۹۶
مصر	۳۲/۱	۵,۸۸۹	۷۰/۵	۳۶	۰/۶۲	۱۵۷/۶	۱۳۰/۶	۳۳۱۷	۸۷
ایران	۳۸/۳	۱۱,۷۶۴	۷۱/۹	۳۲	۰/۷۰	۲۴۶/۱	۱۰۰	۳۱۰۲	۸۷

۴. وضعیت تغذیه در ایران

۱.۴. سیاست‌ها و برنامه‌ها

در سند چشم‌انداز و بند ۳۸ سیاست‌های کلی برنامه چهارم توسعه کشور «تأمین امنیت غذایی در کشور با تکیه بر تولید از منابع داخلی و تأکید بر خودکفایی در تولید محصولات اساسی کشاورزی» مد نظر قرار گرفته است.^۱ این سیاست کلی با اتخاذ سیاست‌های زیر در ماده ۸۴ قانون برنامه چهارم توسعه کشور در بخش سلامت پیگیری شده است (سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، ۱۳۸۴):

- توجه به امنیت غذایی و سلامت تغذیه‌ای جامعه در سیاست‌های کلان اقتصادی کشور؛
- افزایش کمی و ارتقای کیفی تولیدات کشاورزی به منظور تأمین سبد مطلوب غذایی در راستای توسعه پایدار؛
- هدفمند نمودن یارانه‌ها به منظور دستیابی به سبد مطلوب غذایی و رفع سوءتغذیه در خانوارهای کم‌درآمد؛
- ارتقای سلامت و ایمنی مواد غذایی در کلیه مراحل از تولید تا مصرف؛
- حفاظت از منابع آب و خاک و بهره‌برداری مناسب از آنها در جهت تأمین مواد غذایی؛
- ارتقای فرهنگ و دانش غذا و تغذیه در کشور؛
- تأمین و کنترل ریزمغذی‌ها؛
- پایش مستمر امنیت غذا و تغذیه در کشور؛
- تدوین نظام جامع کاهش ضایعات مواد غذایی (تولید، فراوری، توزیع و بازیافت)؛
- ارتقای بهداشت دام، فراورده‌های دامی، و اماکن عمومی؛
- تولید، نگهداری، حمل و مصرف مناسب کود، سموم و آلاینده‌های محیطی در جهت مراقبت از سلامت آب آشامیدنی و غذا.

سیاست‌های مذکور در سند جامع بخش سلامت کشور با سیاست‌های اجرایی زیر توأم شده‌اند (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۴):

- تأمین ریزمغذی‌ها به منظور پیشگیری و کنترل کمبود آهن، روی، کلسیم، و ویتامین‌ها در گروه‌های هدف؛
- کاهش شیوع کم‌خونی و فقر آهن در کودکان و نوجوانان و زنان باردار؛
- ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه‌ای؛
- بهبود وضعیت تغذیه در بیمارستان‌های کشور؛
- راه‌اندازی سیستم پایش غذا و تغذیه در کشور؛
- حفظ و ارتقای پوشش مصرف نمک یددار؛
- کاهش سوءتغذیه پروتئین و انرژی در کودکان زیر پنج سال؛
- اتخاذ سیاست‌های مناسب در صنعت غذا؛
- اتخاذ سیاست‌های مناسب در مکان‌های عمومی عرضه غذا؛
- اجرای طرح‌های پیلوت غنی‌سازی مواد غذایی با ریزمغذی‌ها؛
- اجرای برنامه ارتقای سواد و آگاهی‌های تغذیه‌ای؛
- تدوین راهنمای جدید غذایی کشور؛
- برنامه حذف اسید چرب ترانس از روغن‌های خوراکی و جایگزین نمودن مصرف روغن مایع به جای روغن جامد؛
- طراحی و اجرای برنامه‌های مشارکتی بین بخشی برای مدیریت ویژه حمایت از افراد در معرض خطر تغذیه‌ای.

به منظور تحقق سیاست‌های مذکور، طبق ماده ۸۴ قانون برنامه چهارم توسعه کشور، تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور با ادغام شورای غذا و تغذیه و شورای عالی سلامت کشور پیش‌بینی شده بود که متأسفانه عملی نشد و در لایحه برنامه پنجم توسعه کشور نیز از طرف دولت حذف گردید. اما در جریان اصلاحات به عمل آمده در مجلس شورای اسلامی، تشکیل این شورا مجدداً طی ماده ۳۶ این برنامه احیا و در قانون پیش‌بینی شد. به طور کلی، سازمان‌ها و نهادهای متعددی در کشورمان با حوزه تغذیه مرتبط‌اند که هرکدام بسته به نوع ارتباطشان به ایفای نقش در این حوزه مهم می‌پردازند. این نهادها برنامه‌های مختلفی را در دست اجرا دارند که به طور خلاصه عبارت‌اند از:

الف) برنامه‌های بهبود رشد و تغذیه کودکان

- برنامه گسترش دانش تغذیه‌ای پزشکان؛
- برنامه مشارکتی برای بهبود تغذیه و کاهش سوءتغذیه کودکان؛
- گسترش استفاده مؤثر از کارت پایش رشد کودک؛

۱. ر.ک. سایت مجمع تشخیص مصلحت نظام (www.maslehat.ir)

- طرح حمایتی تغذیه کودکان مبتلا به اختلال رشد در خانواده‌های نیازمند.

پیشگیری از بیماری‌های متابولیک، اقدامات زیر با همکاری صنایع غذایی کشور صورت گرفت:

ب) برنامه‌های پیشگیری و کنترل کمبود ریز مغذی‌ها

- برنامه پیشگیری و کنترل اختلالات ناشی از کمبود ید؛
- برنامه پیشگیری و کنترل کمبود آهن؛
- تدوین برنامه جامع پیشگیری و کنترل کم‌خونی ناشی از فقر آهن، با تأکید بر آهن‌یاری روزانه زنان باردار و کودکان زیر دو سال تحت پوشش شبکه‌های بهداشتی- درمانی کشور؛
- برنامه ارتقای سلامت دختران دانش‌آموز دبیرستانی از طریق آموزش تغذیه و آهن‌یاری هفتگی؛
- برنامه‌های غنی‌سازی مواد غذایی.

- بهبود کیفیت روغن با تشویق صنایع تولید روغن به کاهش اسید چرب ترانس و اسیدهای چرب اشباع؛
- غنی‌سازی روغن‌های خوراکی با ویتامین‌های A و D؛
- تأکید بر غنی‌سازی مارگارین با ویتامین‌های A و D؛
- غنی‌سازی آرد با آهن و اسید فولیک در استان‌های بوشهر و فارس و اقدام به غنی‌سازی آرد در استان‌های سیستان و بلوچستان، گلستان و هرمزگان؛
- حمایت از غنی‌سازی ماکارونی با آهن و ویتامین‌های گروه B؛
- غنی‌سازی شیر با ویتامین D؛
- تولید کیک و کلوچه غنی‌شده با ویتامین A و آهن؛
- تشویق صنایع غذایی به تولید محصولات کم‌چرب و کم‌نمک؛
- حمایت از تولید تخم‌مرغ غنی از امگا ۳؛
- حمایت از تولید محصولات پروبیوتیک.

پ) برنامه‌های ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه‌ای

- برنامه بهبود شیوه زندگی؛
- برنامه تهیه راهنمای غذایی کشور؛
- برنامه شیر در مدرسه؛
- برنامه‌های آموزش همگانی (اجرای بسیج ملی همراهی برای بهبود تغذیه و رشد کودکان، برگزاری همایش آبریان و نقش آنها در سلامت، برگزاری همایش تخم‌مرغ و نقش آن در برنامه غذایی، آموزش همگانی کاهش ضایعات نان، طراحی برنامه آموزش همگانی شیوه صحیح مصرف روغن با همکاری وزارت بازرگانی و...).

متأسفانه گزارش مشخصی از میزان و نحوه اجرای سیاست‌های مذکور و پایش نتایج سیاست‌های مصوب در دست نیست.

۲.۴. شاخص‌های تغذیه و سوء تغذیه

سهم غذا از سبد مصرفی خانوارهای ایرانی

از جمله شاخص‌های بیانگر میزان اهمیت یک کالا یا خدمت در نزد شهروندان هر کشور، سهم مصرف آن کالا یا خدمت از بودجه خانوار است. یکی از کالاهایی که همواره در سبد مصرفی خانوارها جایگاه ویژه‌ای دارد خوراک است. بررسی سهم این کالا در سبد مصرفی خانوار، به‌ویژه در روند زمانی، می‌تواند بیانگر وضعیت تغذیه خانوارها و نیز عوامل مؤثر بر تغییرات آن در طی زمان باشد. در ادامه، سهم هزینه‌های خوراک از هزینه‌های مصرفی در قالب جدول و نمودار به تفکیک خانوارهای شهری و روستایی بررسی می‌شود. سهم هزینه‌های خانوار از تقسیم متوسط هزینه‌های سالیانه خانوار برای غذا بر مجموع هزینه‌های مصرفی خالص خانوار (هزینه پس از کسر مالیات و سایر کسورات مانند عوارض و...) محاسبه شده است (جدول ۱).

ت) برنامه‌های بهبود وضعیت تغذیه بالینی در بیمارستان‌های کشور

- بازنگری شرح وظایف کارشناسان تغذیه در بیمارستان‌ها؛
- اصلاح ساختار تشکیلاتی بخش تغذیه در بیمارستان‌ها؛
- طراحی دوره آموزش بالینی فارغ‌التحصیلان رشته تغذیه (RD).

ث) برنامه‌های بهبود وضعیت تغذیه در اماکن عمومی

ج) اقدامات پیشگیرانه

به منظور طراحی و تولید غذاهای همخوان با توصیه‌های علمی و

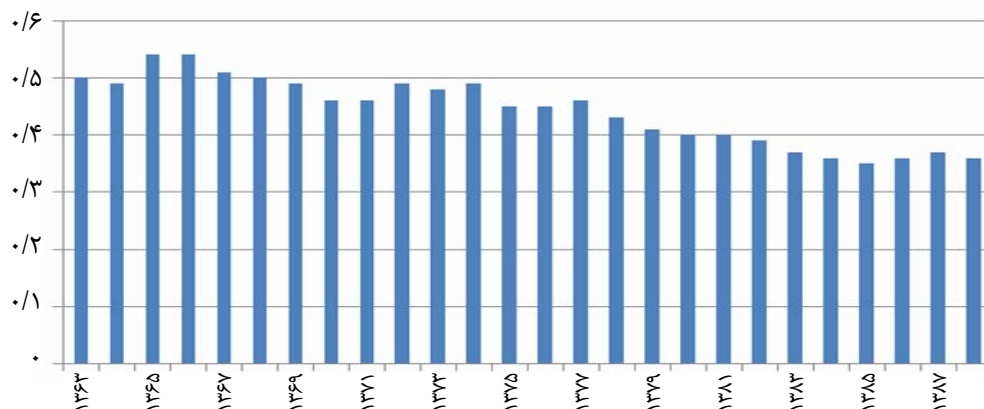
چنانکه مشاهده می‌شود، سهم هزینه‌های خوراک در بودجه خانوارهای شهری از ۳۹ درصد در سال ۱۳۶۳ به ۲۲ درصد در سال ۱۳۸۸ کاهش یافته است. این نسبت در خانوارهای روستایی نیز از ۵۰ درصد در سال ۱۳۶۳ به ۳۶ درصد در سال ۱۳۸۸ رسیده است. به لحاظ نظری، این کاهش نشان‌دهنده بهبود نسبی شرایط اقتصادی خانوارهای ایرانی در دوره مورد مطالعه است.

نمایش داده‌های فوق در قالب نمودار به تحلیل رفتار خانوارهای شهری و روستایی در زمینه غذا کمک بیشتری می‌کند. نمودار ۱ بیانگر آن است که سهم هزینه‌های خوراک در خانوارهای روستایی در طی دوره مورد مطالعه بین ۵۰ تا ۴۰ درصد در نوسان بوده است. کاهش این نسبت در طول زمان نشان‌دهنده بهبود نسبی وضعیت معیشتی خانوارهای روستایی است اما هنوز میزان این سهم بسیار بالاست. صرف سهم زیادی از هزینه‌های خانوار تنها برای یک کالا خانوار را در بهره‌گیری از سایر کالاها و خدمات با مشکل مواجه می‌سازد و این امر در نهایت موجب کاهش رفاه خانوار می‌شود. خانوارهای روستایی در ایران، در طی دوره مورد مطالعه، تقریباً نیمی از بودجه سالیانه خود را صرف سیر کردن شکم خود کرده‌اند. این مسئله آستانه تحمل درآمدی آنها را در برابر مخاطراتی مانند بیماری یا حوادث و سوانح پایین می‌آورد ضمن اینکه مقوله آموزش نیز، که از جمله بنیان‌های ضروری برای توسعه هر کشور است، ممکن است به واسطه عدم استطاعت مالی خانوارها با نقصان مواجه شود. این روند در خانوارهای شهری تقریباً متعادل‌تر است. بررسی نمودار ۲ نشان می‌دهد که سهم هزینه‌های خوراک در خانوارهای شهری در سال‌های مورد مطالعه بین ۴۰ تا ۳۰ درصد در نوسان بوده است. این میزان هزینه نیز تقریباً زیاد است و ممکن است آثار سوئی نظیر آنچه در مورد خانوارهای روستایی گفته شد به دنبال داشته باشد. نمودار ۳ روند تغییرات متوسط سهم هزینه‌های خوراک از کل هزینه‌های خالص مصرفی خانوارهای روستایی و شهری را به صورت مقایسه‌ای نشان می‌دهد.

جدول ۱. مقایسه سهم هزینه‌های خوراک به قیمت‌های جاری از سبد هزینه خانوارهای شهری و روستایی (۱۳۶۳-۱۳۸۸)

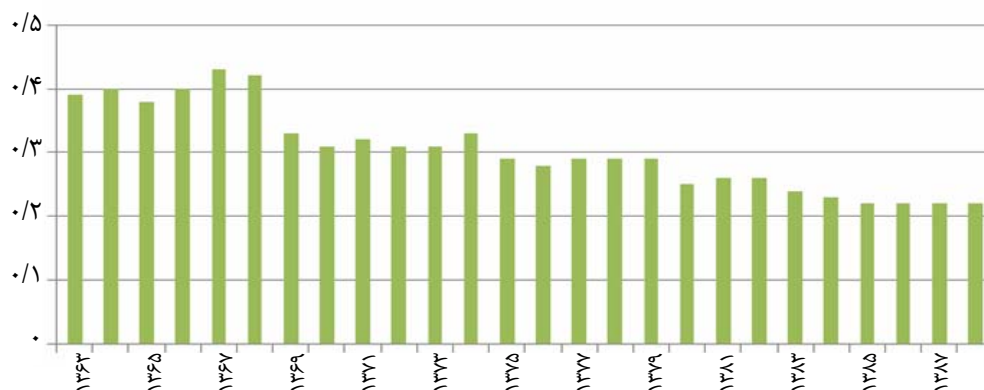
سال	متوسط سهم هزینه غذا از بودجه خانوارهای روستایی	متوسط سهم هزینه غذا از بودجه خانوارهای شهری
۱۳۶۳	۰/۵	۰/۳۹
۱۳۶۴	۰/۴۹	۰/۴
۱۳۶۵	۰/۵۴	۰/۳۸
۱۳۶۶	۰/۵۴	۰/۴
۱۳۶۷	۰/۵۱	۰/۴۳
۱۳۶۸	۰/۵	۰/۴۲
۱۳۶۹	۰/۴۹	۰/۳۳
۱۳۷۰	۰/۴۶	۰/۳۱
۱۳۷۱	۰/۴۶	۰/۳۲
۱۳۷۲	۰/۴۹	۰/۳۱
۱۳۷۳	۰/۴۸	۰/۳۱
۱۳۷۴	۰/۴۹	۰/۳۳
۱۳۷۵	۰/۴۵	۰/۲۹
۱۳۷۶	۰/۴۵	۰/۲۸
۱۳۷۷	۰/۴۶	۰/۲۹
۱۳۷۸	۰/۴۳	۰/۲۹
۱۳۷۹	۰/۴۱	۰/۲۹
۱۳۸۰	۰/۴	۰/۲۵
۱۳۸۱	۰/۴	۰/۲۶
۱۳۸۲	۰/۳۹	۰/۲۶
۱۳۸۳	۰/۳۷	۰/۲۴
۱۳۸۴	۰/۳۶	۰/۲۳
۱۳۸۵	۰/۳۵	۰/۲۲
۱۳۸۶	۰/۳۶	۰/۲۲
۱۳۸۷	۰/۳۷	۰/۲۲
۱۳۸۸	۰/۳۶	۰/۲۲

منبع: مرکز آمار ایران، ۱۳۸۸-۱۳۶۳



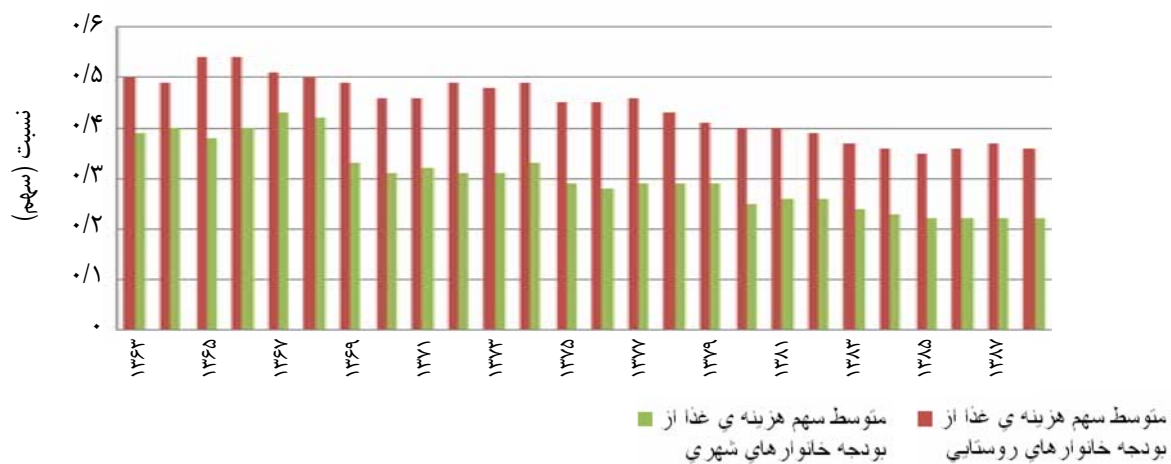
نمودار ۱. مقایسه سهم هزینه‌های خوراکی در سبد هزینه خانوارهای روستایی به قیمت‌های جاری (۱۳۶۳-۱۳۸۸)

منبع: مرکز آمار ایران، ۱۳۶۳-۱۳۸۸



نمودار ۲. مقایسه سهم هزینه‌های خوراکی در سبد هزینه خانوارهای شهری به قیمت‌های جاری (۱۳۶۳-۱۳۸۸)

منبع: مرکز آمار ایران، ۱۳۶۳-۱۳۸۸



نمودار ۳. مقایسه سهم هزینه‌های خوراکی در سبد هزینه خانوارهای شهری و روستایی به قیمت‌های جاری (۱۳۶۳-۱۳۸۸)

منبع: مرکز آمار ایران، ۱۳۶۳-۱۳۸۸

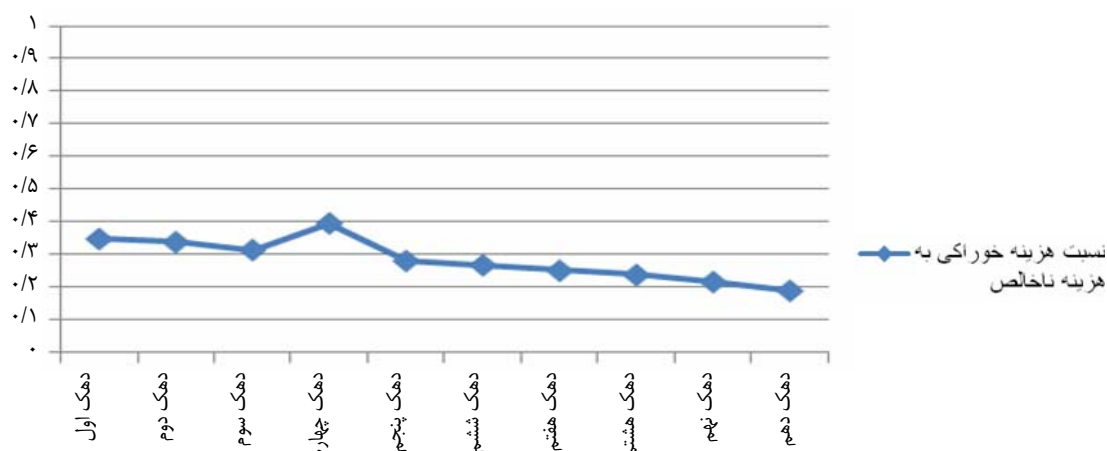
در هر کشور از علایم هشداردهنده برای سیاست‌گذاران است تا، با اعمال سیاست‌های مناسب و به‌هنگام، شکاف طبقاتی را کاهش دهند و، از این طریق، پیشرفت و توسعه کشور را تضمین کنند. در جدول ۲ نسبت هزینه خوراکی به کل هزینه‌های مصرفی به تفکیک دهک‌های مختلف هزینه‌ای برای سال ۱۳۸۶ آورده شده است.

جدول ۲. سهم هزینه‌های خوراکی از سبد هزینه‌های خانوارهای شهری به قیمت‌های جاری به تفکیک دهک‌های درآمدی (۱۳۸۶)

سهم هزینه غذا از خالص هزینه‌های مصرفی	دهک هزینه‌ای
۰/۳۴۸	دهک اول (فقرترین)
۰/۳۴۱	دهک دوم
۰/۳۱۸	دهک سوم
۰/۲۹۶	دهک چهارم
۰/۲۸۲	دهک پنجم
۰/۲۹۵	دهک ششم
۰/۲۶۹	دهک هفتم
۰/۲۴۷	دهک هشتم
۰/۲۱۸	دهک نهم
۰/۱۳۱	دهک دهم

منبع: مرکز آمار ایران، ۱۳۸۸-۱۳۶۳

توصیف نموداری داده‌های فوق به قرار زیر است:



نمودار ۴. مقایسه سهم هزینه‌های خوراکی از کل هزینه‌های خانوارهای شهری به قیمت‌های جاری به تفکیک دهک‌های درآمدی (۱۳۸۶)

مشاهده می‌شود که، در دوره مورد مطالعه، متوسط سهم هزینه‌های خوراکی در بودجه خانوارهای شهری و روستایی روندی کاهش‌یابنده داشته است. این امر بیانگر بهبود نسبی شرایط معیشتی خانوارهای شهری و روستایی در ۲۵ سال گذشته است. در عین حال، باید به این واقعیت مهم توجه داشت که متوسط این هزینه‌ها نسبت به بودجه خانوار همچنان بسیار زیاد است و میزان آن نشان‌دهنده آسیب‌پذیری بیشتر خانوارهای روستایی در برابر نوسانات قیمت مواد غذایی نسبت به خانوارهای شهری است زیرا، در تمام سال‌های مورد مطالعه، سهم هزینه‌های خوراک در بودجه خانوارهای روستایی همواره از این نسبت در بودجه خانوارهای شهری بیشتر بوده است. به عبارت دیگر، خانوارهای روستایی همیشه قدرت پرداخت کمتری در حوزه‌های غیرخوراکی نظیر آموزش، بهداشت و درمان، و تفریحات و نیز انباشت مازاد درآمد خود به صورت پس‌انداز داشته‌اند. این امر نشان‌دهنده وجود نابرابری و بی‌عدالتی به زیان روستاییان است (واعظ مهدوی و واعظ مهدوی، ۱۳۸۹).

سهم غذا از هزینه‌های مصرفی دهک‌های مختلف درآمدی

شکل دیگری از بررسی وضعیت توزیع غذای مصرفی در بین شهروندان هر کشور مقایسه سهم هزینه‌های غذای خانوار از کل هزینه‌های مصرفی در دهک‌های مختلف درآمدی یا هزینه‌ای است. وجود تفاوت فاحش در میزان هزینه‌های مصرفی برای غذا

مهدوی، ۱۳۸۶؛ حیدری، ۱۳۸۶)، درست عکس آن را طی کرده است. این امر می‌تواند به معنای برآورده نشدن یا ناقص برآورده شدن سایر نیازها در آینده باشد، به‌ویژه در حوزه سلامت و آموزش که ارکان اساسی توسعه انسانی‌اند.

بررسی مقایسه‌ای شاخص قیمت کالاها و خدمات در فاصله سال‌های ۱۳۶۹ تا ۱۳۸۸ (جدول ۳) نشان می‌دهد که شاخص مواد غذایی و خوراکی از عدد ۶/۱ در سال ۱۳۶۹ به عدد ۲۱۸/۶ در سال ۱۳۸۸ افزایش یافته و رشدی معادل ۳۵/۸ برابر را تجربه کرده است. اگرچه این میزان رشد از رشد برخی دیگر از شاخص‌ها مثل بهداشت و درمان (۷۱ برابر) و آموزش (۵۷ برابر) کمتر است، از رشد شاخص کل (۲۹/۴ برابر) بیشتر بوده است که نشان می‌دهد تورم و افزایش قیمت مواد غذایی از میانگین رشد تورم در طی سال‌های فوق بیشتر بوده و سیاست‌گذاری مؤثری برای تأمین «غذای ارزان» در دستور کار نبوده است (واعظ مهدوی و واعظ مهدوی، ۱۳۸۹).

از جدول و نمودار فوق به خوبی می‌توان دریافت که سهم غذا در دهک‌های هزینه‌ای بالاتر تفاوت قابل ملاحظه‌ای با همین نسبت در دهک‌های هزینه‌ای پایین‌تر دارد. این امر مبین وجود نابرابری قابل ملاحظه‌ای در هزینه‌های خوراک بین خانوارهای دهک‌های مختلف درآمدی در کشور است. دهک‌های درآمدی پایین‌تر، نسبت به دهک‌های پردرآمد، از هزینه‌های خالص مصرفی یا ظرفیت اقتصادی خود، ۲/۶۵ برابر بیشتر صرف غذا کرده‌اند. به واقع می‌توان گفت که دهک‌های پایین‌تر بخش قابل ملاحظه‌ای از درآمدهای خود را صرف سیر کردن شکم کرده‌اند. داده‌های فوق همچنین نشان می‌دهند که سه دهک کم‌درآمد کشور بیش از ۳۰ درصد هزینه‌های خود را به غذا اختصاص می‌دهند که این امر مبین ضرورت توجه بیشتر به اختصاص یارانه برای «غذای ارزان» برای سه دهک مزبور است. مسیری که سیاست‌های اخیر هدفمندی یارانه‌ها، همان‌طور که قبلاً پیش‌بینی شده بود (واعظ

جدول ۳. مقایسه شاخص کالاها و خدمات مصرفی در گروه‌های منتخب در مناطق شهری ایران (۱۳۶۹-۱۳۸۸)

سال	۱۳۶۹	۱۳۷۵	۱۳۸۰	۱۳۸۳	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸
شاخص کل	۶/۹	۳۱	۶۴/۸	۱۰۰	۱۲۳/۵	۱۴۶/۲	۱۸۳/۳	۲۰۳
خوراکی‌ها	۶/۱	۳۱/۳	۶۳/۶	۱۰۰	۱۲۵/۶	۱۵۲/۸	۱۹۸/۹	۲۱۸/۶
بهداشت و درمان	۳/۲	۲۳/۴	۶۲/۷	۱۰۰	۱۳۱/۷	۱۵۴/۱	۱۹۰	۲۲۶
ارتباطات	۹/۲	۴۷/۵	۷۵/۵	۱۰۰	۹۷/۳	۹۷/۱	۹۶/۹	۹۷/۳
آموزش و تحصیلات	۳/۸	۲۳/۴	۵۴/۶	۱۰۰	۱۴۳/۴	۱۶۳/۵	۱۸۷/۵	۲۱۷/۴

منبع: بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۶۹-۱۳۸۸

سال دچار کم‌وزنی را نشان می‌دهد. اطلاعات موجود حاکی از آن است که این شاخص از ۱۵/۸ درصد در سال ۱۳۷۰ به ۵ درصد در سال ۱۳۸۳ کاهش یافته است. شیب نزولی این شاخص از سال ۱۳۷۴ آغاز شده و تا ۱۳۸۳ ادامه داشته است (دومین‌گزارش /هدف توسعه هزاره...، ۱۳۸۷). به رغم بهبود نسبی این شاخص در سطح ملی، توزیع پراکندگی کم‌وزنی کودکان در مناطق مختلف کشور نیز اهمیت دارد چنانکه ممکن است همه مناطق کشور به یک میزان از ارتقای این شاخص بهره‌مند نشده باشند. از این رو، بررسی مقایسه‌ای میزان شیوع کم‌وزنی کودکان در استان‌های مختلف کشور ارزیابی مطلوب‌تر عدالت تغذیه‌ای را در کشور میسر می‌سازد.

براساس جدول فوق، رشد ۱۱۸ درصدی شاخص مواد غذایی را نسبت به سال پایه ۱۳۸۳ شاهد هستیم. با توجه به اینکه خوراکی‌ها کماکان سهم اصلی کالاها و خدمات مصرفی را در سبد هزینه خانوار به خود اختصاص می‌دهند، روند افزایش قیمت آنها، که حتی از شاخص کل نیز پیشی گرفته است، آسیب‌پذیری خانواده‌ها در حیطه هزینه مواد خوراکی و آشامیدنی مورد نیاز خود و لزوم توجه بیشتر در سیاست‌گذاری‌های یارانه‌ای را نشان می‌دهد.

شاخص‌های تغذیه زنان و کودکان

شاخص‌های تن‌سنجی از مهم‌ترین معیارهای رشد کودکان است. در سال‌های گذشته، این شاخص‌ها در نقاط گوناگون کشور به طور پراکنده اندازه‌گیری شده است. جدول ۴ نسبت کودکان زیر پنج

جدول ۴. درصد شیوع کم‌وزنی در کودکان زیر پنج سال (۱۳۷۰-۱۳۸۳)

۱۳۷۰	۱۳۷۴	۱۳۷۷	۱۳۸۳
۱۵/۸	۱۵/۷	۱۰/۹	۵

منبع: مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵ به نقل از دومین گزارش اهداف توسعه هزاره...، ۱۳۸۷

قدرت خرید به دلار PPP در روز) در سال ۲۰۰۲ رسیده است. شکاف فقر غذایی نیز از ۴/۱۱۵ درصد در سال ۱۹۹۵ به ۲/۲۳۸ درصد در سال ۲۰۰۲ کاهش یافته است. افزایش سهم مصرفی فقیرترین چارک جمعیتی از ۶/۸ درصد در سال ۱۹۹۵ به ۷/۴۰ درصد در سال ۲۰۰۲ نیز مؤید همین واقعیت است (The First Millennium Development Goals Report, 2004). استمرار کاهش درصد خانوارهای زیر خط فقر تغذیه‌ای و کاهش شکاف فقر غذایی طی سال‌های بعد نیز بیانگر ارتقای وضعیت این گروه از خانوارها و حفظ آن یکی از چالش‌های پیش روی سیاست‌گذاران در مبارزه با گرسنگی و فقرزدایی در کشور است (جدول ۵).

جدول ۵. درصد خانوارهای زیر خط فقر غذایی و شکاف فقر غذایی (۱۳۷۸-۱۳۸۴)

سال	۱۳۷۸	۱۳۸۰	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴
درصد خانوارهای زیر خط فقر غذایی	۱۳/۵	۱۱/۹	۱۱/۶	۱۱/۵	۸/۸	۷
نسبت شکاف فقر غذایی	۳/۹	۳/۵	۳/۲	۳	۲/۲	۱/۹

منبع: مرکز آمار ایران، ۱۳۸۵ به نقل از دومین گزارش اهداف توسعه هزاره...، ۱۳۸۷

در عین حال باید توجه داشت که در هر حال ۷ درصد از جمعیت کشور روزانه کمتر از ۲۱۰۰ کالری انرژی دریافت می‌کنند و، به بیان دیگر، همواره گرسنه هستند.

شواهد بیانگر آن است که جامعه ایرانی، در یک گذار شتاب‌زده تغذیه‌ای، به سرعت به طرف یک مشکل مضاعف پیش می‌رود. سوءتغذیه پروتئین و انرژی در کودکان زیر ۵ سال کشور و کمبود ریزمغذی‌ها (آهن، ید، کلسیم، ویتامین A و D) در سهم بزرگی از جمعیت کشور مشاهده می‌شود. بررسی ANIS^۱ در سال ۱۳۷۷ نشان داد که، به طور کلی، ۸۰۰ هزار کودک زیر ۵ سال (۱۵/۴ درصد) دچار کوتاه‌قدی تغذیه‌ای متوسط و شدید هستند که نشانگر سوءتغذیه مزمن و طولانی است و ۵۴۰ هزار کودک (۱۰/۹ درصد) به کم‌وزنی متوسط و شدید دچارند. کمبود ریزمغذی‌ها به‌ویژه آهن، روی، و ویتامین‌های A و D از دیگر مشکلات تغذیه‌ای شایع در

در سال ۱۳۷۷، نخستین بار، وضعیت رشد کودکان در تمام نقاط کشور بررسی شد (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۷). بر پایه این بررسی، ۴/۷ درصد دختران زیر ۵ سال کشور به لاغری، ۱۳/۹ درصد به کوتاه‌قدی تغذیه‌ای، و ۱۰/۹ درصد به کم‌وزنی مبتلا بودند. در بررسی دیگری در سال ۱۳۸۰، نخستین بار، وضعیت کمبود ریزمغذی‌ها در گروه‌های سنی مختلف در سراسر کشور سنجیده شد. نتایج این بررسی نشان داد که ۳۱/۳ درصد دختران ۶ ساله در سراسر کشور به کمبود روی و ۳۲/۷ درصد به کم‌خونی مبتلا هستند. این ارقام در مورد دختران جوان به ترتیب ۲۹/۳ و ۱۸/۴ درصد بوده است. همچنین ۱۹ درصد زنان میانسال به کم‌خونی دچار بوده‌اند. به علاوه، ۴۲/۸ درصد زنان باردار ۵ ماهه و بیشتر در شهرها و ۳۰/۳ درصد در روستاها به کمبود شدید و خفیف ویتامین D، ۳۸/۵ درصد در شهرها و ۴۲ درصد در روستاها به کمبود روی، و ۱۵ درصد در شهرها و ۱۳/۶ درصد در روستاها به کمبود شدید و خفیف ویتامین A مبتلا بوده‌اند.

متأسفانه اطلاعاتی از وضعیت تغذیه زنان و دختران در سال‌های پیش از انقلاب اسلامی وجود ندارد. اطلاعات مربوط به پس از انقلاب در مورد برخی از شاخص‌ها بیانگر آن است که، برای مثال، شیوع کم‌خونی در دختران نوجوان ۱۹-۱۵ ساله در سال ۱۳۷۴ در حدود ۳۱ درصد بوده که در سال ۱۳۸۰ به حدود ۱۸ درصد کاهش یافته، اما همچنان کم‌خونی و کمبود آهن به عنوان یک مشکل عمده مطرح است.

درصد جمعیتی که میزان انرژی مورد نیاز روزانه (۲۱۰۰ کالری) را دریافت نمی‌کنند شاخص خوبی برای ارزیابی فقر تغذیه‌ای کشورهاست. در ایران، این نسبت از ۱۳/۵ درصد در سال ۱۳۷۸ به ۷ درصد در سال ۱۳۸۴ کاهش یافته است که بهبود قابل ملاحظه‌ای را نشان می‌دهد (دومین گزارش اهداف توسعه هزاره...، ۱۳۸۷). به علاوه، شکاف فقر نیز طی دهه‌های اخیر همواره کاهش یافته است و از ۵۵۸/۰ در سال ۱۹۹۵ به ۱۱۳/۰ (برحسب برابری

1. Anthropometry and Nutrition Indicators Survey

کشور به شمار می‌رود (Mahboob et al., 2006). مطالعه کشوری سال ۱۳۶۸ نیز نشان داده بود که کمبود ید به صورت آندمیک در تمام نقاط کشور وجود دارد. شیوع گواتر در این سال در حدود ۶۸ درصد بوده است. بررسی کشوری سال ۱۳۸۰ نشان داد که، با اقدامات انجام یافته (نظیر افزودن ید به نمک و مواد غذایی)، این میزان به ۱۰ درصد کاهش یافته است.

۳.۴. علل و عوامل سوء تغذیه

آخرین بررسی مصرف مواد غذایی که طی سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۷۸ از جانب انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور انجام شد نشان داد که کمبود دریافت ویتامین‌های A و B_۲ و کلسیم و آهن کماکان در کل کشور وجود دارد.

همچنین، بر پایه آمار، حدود ۳۶ درصد افراد جامعه دچار پرخوری و دریافت بیشتر از مقدار مورد نیاز انرژی هستند. از طرف دیگر، ۲۳ درصد مردم قادر به تأمین انرژی مورد نیاز روزانه خود نیستند. از نظر پروتئین نیز ۱۴ درصد خانوارهای کشور کمبود و ۵۴ درصد اضافه دریافت پروتئین دارند. اختصاص یارانه به مواد غذایی انرژی‌زا و فاقد ریز مغذی‌ها موجب کمبود دریافت این مواد و گرسنگی سلولی درصد بالایی از جمعیت کشور شده است.

بررسی انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور در مورد مصرف مواد غذایی در سال ۱۳۸۰ بیانگر کمبود دریافت کلسیم در حدود ۹۰ درصد خانوارهای کشور است. فقر کلسیم افراد جامعه را در معرض خطر پوکی استخوان قرار می‌دهد. علاوه بر مصرف ناکافی شیر و لبنیات، افزایش مصرف نوشابه‌های گازدار، که به علت دارا بودن املاح فسفات مانع از جذب کلسیم می‌شوند، از عوامل مؤثر در بروز پوکی استخوان است. به منظور حفظ سلامت استخوان و کاهش خطر پوکی استخوان (استئوپوروز)، لازم است که دریافت مقادیر کافی کلسیم از رژیم غذایی، جایگزینی نوشابه‌های گازدار با نوشابه‌های سالم مثل دوغ و نوشابه‌های پروبیوتیک، و تحرک بدنی و ورزش منظم مورد توجه قرار گیرد. همچنین کمبود دریافت ویتامین B_۲ و آهن در حداقل ۷۵ درصد خانوارهای کشور وجود دارد.

علاوه بر سوء تغذیه ناشی از فقر، نشانه‌های هشداردهنده گسترش بیماری‌های متابولیک نظیر بیماری‌های قلب و عروق، دیابت، انواع سرطان‌ها و چاقی در شهرها به‌خصوص شهرهای

بزرگ دیده می‌شود. براساس آمار، از ۸۰۰ مورد مرگ روزانه، ۳۰۰ مورد ناشی از بیماری‌های قلبی و عروقی است که یکی از علل عمده آن تغییر الگوی مصرف غذا و افزایش مصرف چربی و روغن و کیفیت نامطلوب روغن‌های مصرفی در کشور است. متأسفانه ۸۰ تا ۹۰ درصد روغن مصرفی در کشور از نوع روغن نباتی جامد است که، به دلیل بالا بودن میزان اسیدهای چرب اشباع و ترانس در آن، خطر بروز بیماری‌های قلبی و عروقی را افزایش می‌دهد. مجموع اطلاعات موجود بیانگر آن است که سوء تغذیه و ناامنی غذایی در سطحی قابل توجه در کشور مشاهده می‌شود.

۵. بحث و نتیجه‌گیری

غذا و مباحث مرتبط با آن مانند امنیت غذایی و محرومیت غذایی از جمله مؤلفه‌های اجتماعی و اقتصادی توسعه در تمامی کشورها به شمار می‌آید که بی‌توجهی به آن می‌تواند عواقب سوئی برای هر کشور به دنبال داشته باشد (Fighting Food Inflation through Sustainable Investment, 2008). چنانکه در گزارش اشاره شد، گرچه در طی سالیان اخیر بهبودهایی در شاخص‌هایی مانند سهم غذا در بودجه خانوار، میزان کالری دریافتی، میزان سوء تغذیه، میزان مصرف پروتئین و چربی، و شاخص‌نمایی توده بدن داشته‌ایم، مقایسه این شاخص‌ها با بسیاری از کشورها به‌ویژه کشورهای منطقه نشان می‌دهد که وضعیت تغذیه‌ای در ایران چندان مطلوب نیست و تدوین برنامه‌های استراتژیک منطقی بر پایه اهداف کمی قابل سنجش و قابل دسترس ضرورت دارد. در برنامه پنجم توسعه و به‌خصوص در سند چشم‌انداز بیست‌ساله کشور، به طور مفصل‌تر و همراه با تدوین شاخص‌هایی عملیاتی، توجه ویژه‌ای به مقوله غذا و اهمیت آن شده است. باید توجه داشت که جهت‌گیری سیاست‌های دولتی باید به سمت توسعه برنامه‌ها و راهکارهایی باشد که همواره جنبه زیرساختی در تأمین غذا و امنیت غذایی دارند. بازنگری در سیاست‌های دولتی در قبال بخش کشاورزی و دامپروری، که هر ساله بخش قابل ملاحظه‌ای از درآمد ملی کشور را به خود اختصاص می‌دهند، در قالب سیاست‌های تنظیم بازار و حمایت از کشاورزان و دامداران می‌تواند تحول قابل ملاحظه‌ای در وضعیت تغذیه‌ای کشور به وجود آورد.

منابع

- مرکز آمار ایران. (۱۳۸۸-۱۳۶۳)، *آمارنامه هزینه و درآمد خانوارهای شهری و روستایی*، تهران.
- واعظ مهدوی، م. ر. (۱۳۸۶)، «هدفمند کردن یارانه‌ها: فایده‌ها و هزینه‌ها»، مجموعه مقالات همایش اقتصاد یارانه، تهران، دانشگاه امام صادق(ع).
- واعظ مهدوی، م. ر. و ز. واعظ مهدوی. (۱۳۸۹)، «برنامه‌ریزی برای عدالت: با تأکید بر عدالت در سلامت»، *اقتصاد و جامعه*، ش ۲۳ و ۲۴.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۷۷)، *بررسی شاخص‌های تغذیه‌ای آنتروپومتریک*، تهران.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (۱۳۸۴)، *سند ملی توسعه بخش بهداشت و درمان در برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور*، تهران.
- Fighting Food Inflation through Sustainable Investment. (2008), European Bank for Reconstruction and Development, FAO Investment Centre / EBRD Cooperation Programme for debates, London.
- Gil, J. M., A. Gracia and L. Pérez y Pérez. (1995), "Food Consumption and Economic Development in the European Union", *Ur. Rev. Agr. Econ.* 22(3): 385-399.
- Gill, G. J., J. Farrington, E. Anderson, C. Luttrell, T. Conway, N. C. Saxena and R. Slater. (2003), *Food Security and the Millennium Development Goal on Hunger in Asia*, London, Overseas Development Institute.
- Goble, F. (1970), *The Third Force: The Psychology of Abraham Maslow*, Maurice Bassett Publishing.
- Goldman, N. (2001), "Social Inequalities in Health: Disentangling the Underlying Mechanisms", *Annals New York Academy of Sciences*.
- Mahboob, S. A., Z. Abdollahi and H. Pouraram. (2006), *A National Plan on Iran Malnutrition and Flour / Food Fortification in Iran*, Tehran, Ministry of Health and Medical Education.
- Maslow, A. (1998), *Towards a Psychology of Being*, Wiley, 3rd edition.
- The First Millennium Development Goals Report, Islamic Republic of Iran. (2004), Management and Planning
- ابراهیم گل، ع. (۱۳۸۷)، «حق بر غذا: پیش‌شرط تحقق سایر حقوق»، نشریه مرکز امور حقوق بین‌المللی معاونت حقوقی و امور مجلس ریاست جمهوری، ش ۳۹.
- استادرحیمی، ع. س. محبوب، ه. توتونچی، س. دستگیری و ل. دادگر. (۱۳۸۵)، «میزان شیوع و گستردگی ناامنی غذایی از دو بعد گرسنگی عیان و گرسنگی پنهان در منطقه اسدآبادی تبریز»، یافته (فصلنامه علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان)، دوره ۸، ش ۱.
- بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران. (۱۳۸۸-۱۳۶۹)، گزارش شاخص بهای کالاها و خدمات مصرفی در مناطق شهری و روستایی ایران، تهران.
- بخشی، م. م. صمدی و م. برادران نصیری. (۱۳۸۷)، «ترازایی جمهوری اسلامی ایران در منطقه آسیای جنوب غربی براساس شاخص‌های تبیین گر آسیب‌پذیری و امنیت غذایی»، *اقتصاد کشاورزی و توسعه*، ش ۶۳.
- جزایری، ا. (۱۳۷۵)، «برنامه اجرایی غذا و تغذیه کشور، گامی در جهت فقرزدایی تغذیه‌ای»، *برنامه و بودجه*، س ۱، ش ۲.
- حکیمی، محمدرضا. (۱۳۸۴)، *الحیاء*، ترجمه احمد آرام، ج ۵، تهران، انتشارات دلیل ما، چ ۴.
- حیدری، خ. (۱۳۸۶)، «نقدی کردن یارانه‌ها: ملاحظات تغذیه‌ای و امنیت غذایی»، مجموعه مقالات همایش اقتصاد یارانه، تهران، دانشگاه امام صادق(ع).
- دلایلی اصفهانی، رحیم و رضا اسماعیل‌زاده. (۱۳۸۶)، *نظریه جمعیت: با نگرش نهادی محدود، قابل دسترسی در: www.olumensani.com*
- دومین گزارش اهداف توسعه هزاره جمهوری اسلامی ایران. (۱۳۸۷)، معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس‌جمهور با همکاری دفتر سازمان ملل متحد در ایران، تهران، معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس‌جمهور.
- سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور. (۱۳۸۴)، *قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران*، تهران. (۱۳۸۱-۱۳۸۴)
- سیف، ا. (۱۳۸۶)، «نگاهی به اقتصاد گرسنگی»، *اطلاعات سیاسی-اقتصادی*، ش ۲۳۶-۲۳۵.
- گزارش جهانی توسعه انسانی سال ۲۰۰۳. (۱۳۸۲)، ترجمه و ویرایش ج. غفرانی، ا. فتاح‌زاده، ی. مالی، ف. مؤمنی و م. واعظ مهدوی، تهران، مؤسسه ابن‌سینای بزرگ با همکاری معاونت اجتماعی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور.

World Health Organization. (2000), *World Health Report 2000: Health Systems*, Geneva.

www.FAO.org/countries, country profiles of Food and Agricultural Organization.

Organization, in cooperation with Institute for Management and Planning Studies and United Nations Office in Iran, Tehran.

UNDP. (2010), *Human Development Report 2010*, New York.

فهرست اشخاص

آبرکرامبی، نیکلاس ۱۷۸	احمدی، فخری ۱۹۲	اکبری زردخانه، سعید ۱۴۲	ایساکس ۲۰۵
آبل، جکی ۲۰۸	ادموندز، ژان ۲۰۷	۳۴۵، ۳۴۳	ایمان، مریم ۴۱۲
آتکینسن، ای. ۳۳	ادیب، محسن ۱۵۶	اکرمی، زهره ۳۰۴، ۲۹۰	اینانلو، علی ۱۹۱
آخوندی، عباس ۱۴۲-۱۴۴	اردبیلی، محمدعلی ۳۳۴	اگرادی، رون ۳۵۹	باباخانی، محمد ۱۳۷
۱۵۷، ۱۵۹	ارضرومچیلر، نسرين ۴۶	البرزی، شهلا ۱۵۳، ۱۵۴	باپیری، امیدعلی ۳۴۵
آراسته‌خو، محمد ۱۶۵	اریکسون ۱۴۲	البرزی، محبوبه ۱۵۳، ۱۵۴	باتگلیا ۳۵۵
آرمسترانگ ۲۰۶	ازکیا، مصطفی ۳۲۹، ۳۳۰، ۳۵۵	السرگ ۲۹۶	باران، پل ۳۲
آرون، ریمون ۳۲۸	اژدری، محمدحسین ۷۶	الله‌یاری، ایراندخت ۱۵۶	باردهان، پراناپ ۸۵
آزادمهر ۳۰۶	اسپینگ-اندرسن، گوستا ۵، ۶	امامی، حسن ۳۳۴	باریکانی، آمنه ۱۵۴، ۱۵۵
آزادی کناری، شعبان ۴۰۹، ۴۱۳	استادرحیمی، ع. ۴۱۷	امامی، یحیی ۴۱۲	باش ۱۱۱
آشوری، محمد ۳۲۱	استالین، ژوزف ۲۰۶	امامی‌پور، سوزان ۲۷۹، ۲۸۹	باقری، فریده ۱۳۷
آقاجانی، مریم ۱۱۷	استور، انتونی ۳۱۳	۳۰۴	باقری یزدی، ع. ۱۱۱
آقاخانی، کامران ۳۰۴	استیگلنیز، جوزف ۳۲، ۳۳، ۸۶	امانتی، لوتیز ۱۵۳، ۱۵۵، ۱۵۶	بختیاری، افسانه ۳۰۴
آقامحمدیان، حمیدرضا ۲۷۹	۱۴۵	امانی، محمدهادی ۳۳۷	بخشانی ۱۱۱
۲۸۹، ۲۹۰، ۲۹۱، ۳۰۵	اسحاقیان، آزاده ۲۸۹، ۳۰۴	۳۴۱-۳۴۴، ۳۴۶	بخشی، م. ۴۱۸
آقایی، بهمن ۳۱۳	اسداللهی، عبدالرحیم ۳۲۲	امیدبخش، نادیا ۳۰۴	بداغ‌آبادی، مهین ۲۸۹، ۳۰۵
آقایی، محمدعلی ۳۳۳	اسکندری، زهرا ۱۹۰	امیدی، رضا ۱۴۵، ۱۵۱، ۱۵۲	بداغی، فاطمه ۳۶۲
آگبرن، دبلیو. ۲۳۹	اسلامی‌نسب، علی ۳۲۸، ۳۲۹	۱۵۹	بذرافشان، محمدرفیع ۱۵۵، ۱۵۶
آلب‌واکس، موریس ۳۲۹	اسماعیل‌زاده، رضا ۴۲۰	امیرارجمند، اردشیر ۱۲۴	۳۴۵
آبوکردی، مصطفی ۱۵۴-۱۵۶	اسماعیلی، رضا ۱۸۶، ۱۸۷	امیری، الهام ۹۳	برانت، کریستینا ۳۳
آهلوالیا، ام. ۳۲	اسمیت، آدام ۴۶	امیری، محسن ۳۴۶	براون، ای. ۳۷۰
آهنگری، مهناز ۱۵۳-۱۵۵	اسمیت، آنتونی ۲۰۵-۲۰۷، ۲۱۰	امین شکروی، فرخنده ۱۵۶	برومر ۲۰۶
ابراهیم‌زاده، عیسی ۲۷۴	اشتاپس ۲۰۶	امینی، آرش ۳۰۷	بلالی مبینی، فاطمه ۲۸۹، ۲۹۰
ابراهیم‌گل، ع. ۴۱۹، ۴۲۲	اشکانی، حمید ۳۴۴، ۳۴۶	انتظامی ۳۶۳	۳۰۶
ابوالحسنی، رحیم ۲۱۲-۲۱۵	اشنایدمن، ادوین ۳۲۸	انجل، ویلیام ۴۶، ۴۷	بلوچ، بی. ۳۵۴
۲۱۷-۲۱۹	اطهاری، کمال ۶۷، ۷۵	اندرسون ۲۰۶	بلیک‌مور، کن ۲، ۴
ابوت، پاملا ۳۲۱	اعتصام، مامک ۱۱۷	انصاری، حسین ۳۰۶	بن-بست، ای. ۱۸۵
ابهری، مجید ۳۲۲	افتخار، حسن ۱۵۳، ۱۵۵، ۲۹۲	انگلس، فریدریش ۶۹	بنداد، ریحانه ۱۵۵
احسان‌منش، مجتبی ۱۱۶	۳۰۴	اوبرای، اس. ۴۰۲	بوئر، اگزویه ۳۱۱
احمدزاده، خالد ۱۸	افتخاری، علی ۳۱۹	اوسیتالو ۱۴۲	بوالهری، جعفر ۳۳۸
احمدلو، حبیب ۲۲۰	افتخاری‌راد، زهرا ۲۷۳	ایدی، صالح ۳۴۵	بورگرهوف مولدر، ام. ۳۸۲
احمدی، امیرمسعود ۳۲۷، ۳۳۹	افشاری منفرد ۱۱۱	ایدی‌زاده، مجتبی ۳۳۸	بوشهری، بهزاد ۲۹۲، ۳۰۶
احمدی، بتول ۱۲۵، ۲۸۹-۲۹۱	افلاطونیان، محمدرضا ۳۳۸	۳۴۱-۳۴۳، ۳۴۵	بولین ۲۰۶
۳۰۵، ۳۰۶	۳۴۱، ۳۴۳	ایروانی، مسعود ۱۶۴	بومن ۴۶
احمدی، حبیب ۳۱۲، ۳۱۳، ۳۲۰	اکبرزاده، نسرين ۳۰۵	ایزنانلو، محمد ۱۹۳	بونولی، جولیانو ۳۳

دل آذر، ربابه ۳۴۵	حسن زاده، علی ۱۲۵	تقوی، محمدرضا ۱۱۶	بهادرخان ۱۱۱
دلای، رحیم ۴۲۰	حسینی، مهدی ۲۸۹، ۲۹۰، ۳۰۶	تقوی نسب، مجتبی ۲۱۸، ۲۱۹	بهار، رقیه ۲۹۴، ۳۰۷
دنيسون ۴۶	حسینی، حسین ۳۳۸، ۳۴۱-۳۴۳	تقی خانی، شیدا ۲۹۳، ۳۰۷	بهرام، مهدیه ۳۴۳
دورکیم، امیل ۲۲۴، ۲۶۶، ۳۲۸	۳۴۵	توچمان ۲۰۶	بهرامی، افسانه ۱۳۶
۳۲۹	حسینی جبلی، سعید ۴۰۲، ۴۰۳	تودارو، مایکل ۴۰۴	بهریزی فرد، فاطمه ۳۳۸، ۳۴۱
دوگرف ۳۵۵	۴۰۹	توراتی ۳۵۵	۳۴۵، ۳۴۲
دولتیان، ماهرخ ۲۸۹-۲۹۱، ۳۰۴	حقانی پور، فرنوش ۳۴۵	تورس، اماری لیس ۳۵۴، ۳۵۵	بهشتی، اکرم ۱۵۴، ۱۵۵
۳۰۶	حکیمی، محمدرضا ۴۱۸	تورستن ۲۰۷	بهشتی، محمدباقر ۱۸
دومونت ۲۰۶	حیدری، خ. ۴۳۱	توریکیان، هوریکیان ۳۷۳	بهمنی، بهمن ۱۵۳-۱۵۵
دهخدا، علی اکبر ۳۱۰	حیدری، مهری ۱۵۶	توسلی، غلامعباس ۱۸۸، ۲۰۶	بیابانگرد، اسماعیل ۱۱۴
دهقان نیری، ناهید ۱۵۶	حیدری پهلویان، احمد ۳۴۳	توکل زاده، جهانشیر ۱۱۶	بیسمارک، اتو ۱۶۵
دیل، مایکل ۲۰۸	۳۴۶	تیراکیان، ادوارد ۲۰۶، ۲۰۸	بیگلریان، اکبر ۱۵۴، ۱۵۵
دین، هارتلی ۲	خادمی، علی ۱۱۶، ۳۲۸، ۳۳۷	ثقة الاسلام، طاهره ۳۳۸	پارسا، سعید ۲۷۹
دیویدسون، آلیستر ۱۸۱	۳۳۹، ۳۴۲، ۳۴۴-۳۴۶	جانسون، گلن ۴۶	پارسونز، تالکوت ۱۷۹، ۲۰۷
ذکایی، محمدسعید ۱۷۹، ۱۹۲	خاقانی فرد، میترا ۳۰۴، ۳۴۴	جاویدی ۱۱۱	پارک، کی. ۱۲۴، ۱۲۵
۲۵۶، ۳۷۰	۳۴۵	جزایری، ا. ۴۱۹	پارمتر، لین ۲۰۹
رئیس دانا، فریبرز ۳۱، ۳۲، ۳۷	خانجانی، محمدسعید ۱۵۶	جعفرنژاد، فرزانه ۲۸۹، ۲۹۳	پاکولسکی، یان ۲۰۹
رابرتسون، جیمز ۹۵	خداداد کاشی، فرهاد ۱۳۷	۳۰۶	پالاهنگ ۱۱۱
راپلی ۱۴۳	خدمتی مرصع، اسماعیل ۱۰۳	جعفری، ناهید ۱۳۲، ۱۳۸	پتروس ۲۰۶
راتنر ۲۹۶	خرازی ۱۱۱	جعفری آزاد، نادر ۱۹۵	پرفیت، آلن ۳۳۳
راجرز، دانیل ۴۶	خراطها، سعید ۲۷۴	جلالی، داریوش ۳۰۵	پرکینز، اچ. ۱۲۵
راچلین، هرش ۴۶	خزایی، حبیب الله ۱۱۶	جلالی فر، صدیق ۲۹۳، ۳۰۸	پرویزی، سرور ۱۳۷
راغفر، حسین ۳۷۹، ۳۸۸-۳۹۷	خسروی، اردشیر ۱۲۳، ۱۲۸	جمشیدزاده، فرخ لقا ۳۴۰، ۳۴۲	پرویزی فرد، علی اکبر ۱۱۶
رالز، جان ۶۹، ۳۸۴	۱۳۲، ۱۳۶، ۱۳۸	۳۴۵	پری ۱۴۲
راونشتاین ۴۰۳	خسروی، زهره ۳۰۴، ۳۰۶، ۳۴۴	جنکینز، ریچارد ۲۰۴	پناهی، بهرام ۱۶۶
راه چمنی، محمدرضا ۳۶۴	۳۴۵	جوادی، فاطمه ۱۱۴	پناهی، قنبر ۱۴۱، ۱۴۴
ربانی، رسول ۲۹۲، ۳۰۵	خسروی، فرنگیس ۲۷۹، ۲۸۹	جوادیان، رضا ۲۹۲، ۳۰۵	پورطاهری، مهدی ۴۰۲
ربانی، علی ۱۵۳	۲۹۰، ۲۹۳، ۳۰۶	جوافشانی ۱۱۱	پورعزت، علی اصغر ۱۸۱
رحیمی موقر، آفرین ۲۶۵، ۲۷۰	خسروی زادگان، فاطمه ۳۰۵	جوانمرد، غلامحسین ۲۹۳، ۲۹۴	پورمند، دیبا ۳۴۳
۲۷۱-۲۷۶	خالصه زاده، گلرسته ۲۹۴، ۳۰۸	۳۰۸	پورنقاش تهرانی، سعید ۳۰۵
رزاقی، عمران محمد ۲۷۱، ۲۷۵	خلخال، حمیدرضا ۱۳۴	جواهری، جلوه ۳۲۷	۳۰۶
۲۹۴، ۳۰۷	خلخال، محمدرسلول ۳۴۳، ۳۴۵	جورج، سوزان ۳۳	پیترسون ۴۰۴
رستمی، آرین ۱۵۶	دادی پور، اعظم ۳۴۱-۳۴۵، ۳۴۷	جوکار، اعظم ۲۷۹، ۲۸۹، ۲۹۰	پیران، پرویز ۱۸۰، ۱۹۶
رضایی، احمد ۲۲۰	دارندروف، آر. ۱۷۹	۳۰۵	پیری، ولی ۳۴۵
رضایی، امیدوار ۳۳۸	داودوندی، طاهره ۱۷۷، ۱۹۱	جهانی، محمود ۷۴	پینه‌رو، پائولو ۳۱۹
رضایی ارجرودی، عبدالرضا ۱۳۶	داونز، دی. ۲۴۶	چگینی ۱۱۱	پیو، ام. ۱۱۹
رضوانی، محمدرضا ۱۵۳، ۱۵۵	داویدیان، لئون ۳۴۳	چلبی، مسعود ۲۱۲-۲۱۴	تاج ریزی، الهام ۴۱۱
۱۵۶	داویدیان، ه. ۱۱۱	چنری، اچ. ۳۲	تاری، فتح الله ۴۶
رضوی، معاون ۱۳۷	داهان، ام. ۱۸۵	حاجی احمدی، محمود ۳۲۷	تاسیگ، مارک ۱۱۴، ۱۱۵
رفعتی، نرگس ۱۵۴، ۱۵۵	درگاه، حسن ۷۴	حاجیان، ابراهیم ۲۰۳	تاشک، آناهیتا ۳۰۶
رفیعی، حسین ۱۰، ۱۵۱	درنوفسکی ۱۴۲	۲۱۲-۲۲۰	تافلر، الوین ۴۵
رفیعی فر، شهرام ۲۷۹	دژمان، معصومه ۱۲۳	حبیب زاده، محمدجعفر ۳۱۰	ترانتر، بروس ۲۰۹
رنان، ارنست ۲۰۶	دستجردی، قاسم ۲۸۰، ۲۹۱	حبیبی، الهام ۱۲۳	ترشل، ای. ۲۰۸
روبین، ریچارد ۲۱۰	۳۰۷	حبیبی سولا، عقیل ۱۵۴-۱۵۶	ترنر، برایان ۱۷۹، ۱۸۱، ۲۰۷

روتی، ام. ۲۰۷	سوری، داود ۷۵	صابری، زهرا ۳۶۴-۳۶۸، ۳۷۰، ۳۷۱، ۳۷۳، ۳۷۴	عظیمی، مکائیل ۱۷۲
روزاریو، روزاریودل ۳۵۵، ۳۵۴	سهیمی ایزدیان، الهه ۲۷۱	صابریان، معصومه ۲۹۰، ۳۰۴	عظیمی هاشمی، مژگان، ۱۷۸، ۱۹۲
روستا، مجید ۷۶، ۷۴	سیاری، علی اکبر ۳۰۷	صابری زفرقندی، محمدباقر ۳۳۸	عقیلی، فریده ۳۲۹
روشن فکر، پریسا ۲۳۵	سیف، ا. ۴۱۹	صادقی، حسین ۳۳۰	علاءالدینی، پویا ۴۱۲
روشن فکر، پیام ۱۹۱، ۱۹۵، ۲۳۵، ۳۷۴، ۳۵۳	سیف ربیعی، محمدعلی ۲۷۹	صادقی، رسول ۱۸، ۲۱، ۲۸، ۱۱۱، ۲۷۴	علامی، مه‌لقا ۱۵۳، ۱۵۶
رولز، جان ۳	سیگل، لاری ۳۱۳	صالح آبادی، ابراهیم ۳۴۱، ۳۴۵	علیا، زهرا ۱۱۷
رومر، مایکل ۱۸	شادی طلب، ژاله ۲۸۵، ۳۵۴، ۳۵۵	صالح خو، قاسم ۱۶۵	علیایی زند، شهین ۳۶۶-۳۶۹
ریترز، جان‌تانان ۲۰۶	شارع‌پور، محمود ۹۵	صالحی، شهریار ۲۷۹	۳۷۱، ۳۷۳، ۳۷۴
ریف کین، جرمی ۹۵	شاه‌رکنی، نازنین ۱۹۲	۲۸۹-۲۹۱، ۲۹۳، ۳۰۵	علی‌وردی‌نیا، اکبر ۲۷۳
زارعی، جواد ۳۴۵	شایسته مجد، عالیه ۱۹۴	صحبائی، فائزه ۲۹۳، ۲۹۴، ۳۰۸	عمادزاده، مصطفی ۴۶
زاهد، فاطمه ۱۳۶	شجاعی زند، علی‌رضا ۳۱۰	صدری افشار، غلامحسین ۱۷۸	عنبری، موسی ۱۴۵، ۱۴۹، ۱۵۸
زاهدی، محمدجواد ۱۷۸	شرافتی‌پور، جعفر ۳۶۴-۳۶۷	صدیق سروستانی، رحمت‌الله ۳۷۱، ۳۷۳	غفاری، غلامرضا ۱۴۵، ۱۵۱، ۱۵۲، ۱۵۹
زرگر، فاطمه ۲۸۰، ۲۹۱، ۲۹۲، ۳۰۸، ۲۹۴	۳۶۹-۳۷۱، ۳۷۳، ۳۷۴	صدیقی، گیتا ۱۱۷	غیاثوند، الهه ۱۹۰
زلینسکی، ویبر ۴۰۳، ۴۰۴	شریعت، مهدی ۳۳۷، ۳۳۹، ۳۴۵	صرافی، مظفر ۱۷۸، ۱۸۹	فارلی، ام. ۳۵۴، ۳۵۶
زمانی فرد، مراد ۲۹۱-۲۹۴، ۳۰۷	شریف، فرخنده ۱۱۶	صفاری، یوسف ۱۹۰	فاضل، حسام‌الدین ۱۹۳
زنجانی، حبیب‌الله ۴۰۲، ۴۰۳	شریف‌باقری، محمدجواد ۲۲۶	صنعتی، مهدی ۱۸۶	فاطمی‌نیا، سیاوش ۱۹۱، ۱۹۴
۴۰۵، ۴۰۶	شریف‌زادگان، محمدحسین ۱۱	صولتی، کمال ۳۴۴، ۳۴۶	فالر ۲۳
زنتیدو ۲۰۸	شریفی خضارتی، امیر ۳۳۳	طائی، حسن ۸۹، ۹۳، ۹۸	فاوا ۶۵
زوبریک، اس. ۱۱۵	شعاع کاظمی، مهرانگیر ۳۲۸	طارمیان، فرهاد ۲۷۱	فتاحی، علی ۲۵۰
زیتالی، صادق ۱۲۵	شعبانی بهار، غلامرضا ۱۵۶	طباطبایی، محمدحسین ۳۳۳	فتحی، الهام ۲۰
زینالی ۲۸۶	شعبانی، سعید ۲۹۲، ۲۹۳، ۳۰۶	طبعی، شهناز ۱۱۶	فخیم علی‌زاد، سعیده ۱۲۵
ژانوسکی، تی. ۱۷۹	شکتر، اس. ۲۸۰	ظهور، علیرضا ۳۳۸، ۳۴۱، ۳۴۳	فراسخواه، مقصود ۴۵، ۴۶
ساکی‌پور، سارا ۳۴۵	شمس، علی ۳۲۰، ۳۲۱	ظهورالدین، علیرضا ۱۱۷	فرجادی، غلامعلی ۱۸، ۲۱، ۲۸
سالار، علیرضا ۱۵۶	شمس اسفندآباد، حسن ۲۷۹	عابدزاده، معصومه ۱۵۴-۱۵۶	فرخ اسلاملو، حمیدرضا ۲۹۲
سایمون ۱۸	۳۰۴، ۲۸۹	عارفی، مرضیه ۲۹۰، ۳۰۴	۳۰۶
ستاری، بهزاد ۲۷۳	شمس خرم‌آبادی، منوچهر ۳۴۴	عاطف وحید، محمدکاظم ۱۰۸	فرمانفرمایان، ستاره ۳۶۴-۳۶۹
سجادی، حمیرا ۱۱۷، ۱۴۱، ۱۵۴	۳۴۵	عامری سیاهویی، حمیدرضا ۳۰۹، ۳۳۹	۳۷۱، ۳۷۳، ۳۷۴
۱۵۵، ۲۷۲، ۲۸۵، ۲۸۶	شمس علیزاده ۱۱۱	عاملی، سعیدرضا ۲۱۸	فروزان، آمنه ستاره ۱۰۳
سحابی، جلیل ۱۹۱	شوشتریان، آشنال ۱۳۷، ۱۳۸	عباچی‌زاده، کامبیز ۱۵۵	فروهری، صدیقه ۱۵۶
سخوکی ۲۱۰	شهاب، آذرمیدخت ۲۹۳، ۲۹۴، ۳۰۷	عباس‌زاده، فاطمه ۱۵۳-۱۵۶	فروید، زیگموند ۳۲۸
سراج‌زاده، حسن ۲۷۳	شهریاری‌منش، مروارید ۳۵۳	عبداللهی، مجید ۱۷۸، ۱۸۹	فرهی، حسن ۳۴۵
سرای، حسن ۱۶	شهنی بیلاق، منیجه ۲۷۹	عبدی، عباس ۲۲۳، ۲۲۵، ۲۲۹	فری ۱۷۸
سعیدی، علی‌اصغر ۱	۲۹۱-۲۹۴، ۳۰۸	۳۱۳، ۳۲۲	فریدمن، رز ۳۲
سکولیک ۲۰۶	شیانی، ملیحه ۱۷۷، ۱۸۵، ۱۸۶	عربی بلاغی، نادر ۷۴	فریدمن، میتون ۳۲، ۴۶
سلگی، محمد ۲۱۲-۲۱۵	۱۹۲، ۱۹۴-۱۹۷، ۳۲۹	عزیززاده، فاطمه ۲۹۳، ۲۹۴، ۳۰۸	فشن‌باخ ۲۰۷
۲۱۸-۲۲۰	شیخ‌الاسلامی، همایون ۳۴۳	عزیزی، فریدون ۱۲۸	فضلی، شادی ۱۹۳
سلیم‌زاده، حمیده ۱۵۵	شیخاوندی، داور ۳۲۹	عزیزیان، رویا ۳۰۴	فلاح‌گر اطمینانی، میلاد ۱۹۶
سمعی، حسین ۴۵	شیخ‌زاده، حسین ۱۹۸	عسگری، حسین ۱۵۶	فلاح‌زاده، حسین ۳۳۰
سن، آمارتیا ۳۳، ۸۹	شیخی، محمدتقی ۳۱۱، ۳۱۲	عطاران، حمید ۳۳۷، ۳۴۵	فلاح‌زاده، محمد ۳۴۳
سنگری مهدب، کبری ۳۹۰	شیکور، دی. ۲۳۹	عظیمی، غلامرضا ۱۹۴	فلاحی، سارا ۳۴۱
سوتیل، کیت ۳۲۰	شیلز ۲۰۶		فلان، جی. ۱۱۴
سوری، حمید ۱۵۵	شیه، سی. ۱۱۹		فلسه ۱۴۲

معینی ۳۶۳	مارشال، تی. ۶، ۱۷۹، ۱۸۱، ۱۸۵، ۲۰۷	کمنی، جیم ۷۰	فیتزپتریک، تونی ۲
معینی، نفیسه ۳۶۴-۳۶۶، ۳۷۱	مارکس، کارل ۱۷۸، ۱۷۹	کنتمن، سیگدم ۲۰۹	فیشر ۳۶۸
مقدم، حسین ۳۴۴، ۳۴۶	ماسی ۲۰۶	کوزر، لوئیس ۲۰۶	فیض‌اللهی، علی ۳۳۹
مقدم اصیل، مریم ۸۹	مافی، مهوش ۳۰۵	کوزنتس، سایمون ۳۲، ۳۳	فینکلهر ۳۷۰
مقصودی ۲۱۲	مالتوس، توماس ۱۷، ۴۲۰	کوکبه ۱۱۱	قائد امینی، غلامرضا ۱۲۳
مکارم شیرازی، ناصر ۳۳۳	مامسن، جنت ۳۱۲	کولایی، الهه ۳۵۴، ۳۵۵	قائمی، علی ۳۲۸
مک‌ماهون، و. ۴۶	متانی، محمدعلی ۴۰۶	کولی ۲۰۶	قارون، معصومه ۶۱
ملکوتی، کاظم ۳۳۸، ۳۴۲، ۳۴۳، ۳۴۵	متقی‌پور، یاسمن ۱۱۲	کومار، کریشنا ۳۲۹	قاسم‌زاده، فاطمه ۲۹۱، ۲۹۳
ملک‌افضلی، حسین ۳۰۴	مجیدی، عبدالمجید ۸	کوندور، سوزان ۲۰۸	۲۹۴، ۳۰۷
ملک‌ملکان، لیلا ۱۵۳	محمدخانی، پروانه ۲۹۱-۲۹۴، ۳۰۵-۳۰۷	کونور ۲۰۶	قاسمی، راضیه ۱۱۱، ۳۱۰
ملکی، حسین ۳۴۳، ۳۴۶	محمدی، ابوالحسن ۳۳۳	کوهپایه‌زاده، جلیل ۱۵۳، ۱۵۵	قاضی طباطبائی، محمود ۲۷۹
ملیکی، زهرا ۳۳۹، ۳۴۱-۳۴۳، ۳۴۵	محمدی، غلامرضا ۱۱۶	کیان‌پور، مسعود ۱۵۳	۲۸۹، ۲۹۰، ۲۹۲، ۳۰۵
ممقانی، جعفر ۲۹۳، ۲۹۴، ۳۰۸	محمدی، محمدعلی ۱۱۰، ۱۱۱، ۱۱۳، ۱۱۷، ۱۹۲، ۳۲۷، ۳۲۹	کینز، جان ۹۵	قالیباف، احمد ۳۶۴
منتخب مدنی، مریم ۱۹۲	محمدی قره‌قانی، محمدعلی ۲۱۲-۲۱۴	کینگ، سی. ۱۴۴	قرایی مقدم، احمد ۳۶۳
منتظری، علی ۱۵۲، ۱۵۳	محمودوند، رحیم ۴۰۲	کی‌نیا، مهدی ۳۵۵	قریشی، ابوالفضل ۳۴۲، ۳۴۳، ۳۴۵
مؤدب، گلبرگ ۱۱۷	محمودی، سمیرا ۴۰۲	کیویستو، پیتر ۱۷۹	قریشی، فردین ۲۱۸
مودیگیلیانی، فرانکو ۱۸	مدرانو ۲۰۶	گازماراریان ۲۹۵	قلعه‌ایها، علی ۳۳۸، ۳۴۱، ۳۴۲، ۳۴۵
مور ۲۰۶	مدنی قهفرخی، سعید ۱۰، ۱۱، ۱۵۱، ۱۷۲، ۲۵۵، ۲۵۶، ۲۹۱، ۳۲۷، ۳۵۳، ۳۵۴، ۳۶۴-۳۷۱، ۳۷۳، ۳۷۴	گانلی، ای. ۲۸۰	قلی‌پور، سهراب ۳۴۵
موسایی، میثم ۱۹۴	مدیانوس، ام. ۱۱۸	گر، تد ۲۱۹	قلی‌پور، سیاوش ۳۴۵
موسوی، سکیه ۳۲۱	مرادی، سعداله ۱۱۶، ۳۲۸، ۳۳۷	گرت، استیفانی ۳۵۶	قمبوانی، عباس ۱۹۶
موسوی، فریبا ۳۳۸، ۳۴۲، ۳۴۳، ۳۴۵	مرتق ۲۶۶	گرتیز ۲۰۶	قهاری، شهرانو ۲۸۹-۲۹۱، ۳۰۵
موسوی، محسن ۲۸۹، ۳۰۴	مرتوس، جولی ۳۵۵	گرچی، ابوالقاسم ۳۳۴	کاتوزیان، ناصر ۲۲۴
موسوی، میرطاهر ۱۹۳، ۲۱۳	مریدی، سیاوش ۱۶۴	گرنیزیان، آلیاندرو ۳۴	کارشناس، مسعود ۸
موسوی، یعقوب ۱۹۰	مریدی، گلرخ ۱۵۶	گرنفیلد ۲۰۶	کارلا، هاف ۸۶
موسوی‌نسب، محمدحسین ۱۱۶	مسعودزاده، عباس ۱۱۴، ۱۱۶، ۱۱۷	گسن، ریمون ۳۱۳	کاستلز، استفان ۱۸۱
موسوی‌نسب، نورالدین ۳۴۲، ۳۴۳، ۳۴۴	مشفق، محمود ۴۱۲	گلدوزیان، ایرج ۳۱۳، ۳۳۴	کاستلز، مانوئل ۴۵، ۲۰۴
۳۴۵، ۳۴۳	مصطفوی، حمید ۱۱۷	گلنر ۲۰۶	کاظمی، محمود ۱۹۳
موسی‌نژاد، علی ۳۴۵	مطلق، محمداسماعیل ۱۲۷، ۱۳۶	گودرزی، ساناز ۳۳۹، ۳۴۱-۳۴۳، ۳۴۵	کاظمی‌پور، شهلا ۱۷، ۴۰۱، ۴۰۹، ۴۱۱
مولوی نجومی، مرضیه ۳۳۸	مظاهری، حسین ۳۳۳	گودیکانست، ویلیام ۲۰۴	کامرانی فکور، شهرانو ۳۵۴، ۳۶۴، ۳۶۵، ۳۶۸، ۳۷۱، ۳۷۳
۳۴۱، ۳۴۳، ۳۴۴، ۳۴۶	مظفری، کاوه ۳۲۷	گیبسون، استفن ۲۰۸	کان ۲۱۸
مهاجر، فیروزه ۳۵۴	مظلومان، رضا ۳۵۵	گیدنز، آنتونی ۲۰۴، ۲۰۶، ۲۱۸، ۳۵۴	کایرت ۱۴۲
مهبودی، مسعود ۳۷۳	معتمدی، حمید ۳۶۳	گیرتز ۲۱۶	کرباسیان، مهدی ۱۶۴
مهدوی، جواد ۲۱۸	معتمدی، مهدی ۱۹۳	لایتسیو ۲۰۶	کرد زنگنه، جعفر ۱۵
مهرعلیان، حسینعلی ۲۷۹	معظمی، شهلا ۲۵۶، ۳۰۹، ۳۱۲، ۳۱۹	لاینز، ای. ۲۰۷	گری، سیم ۲۱۰
۲۸۹-۲۹۱، ۲۹۳، ۳۰۵	۳۲۱، ۳۱۹	لفت‌ویک، آدرین ۲۰۷	گریستن، جی. ۲۰۸
میجلی، جیمز ۲		لنسکی، گرهارد ۲۲۴	کریستو ۲۰۶
مید ۲۰۶		لوئیس، آرتور ۴۰۴	کریسوچو، ایکس. ۲۰۷
میر، پاول ۴۰۳، ۴۰۴		لوریا ۳۵۵	کلدر، مایکل ۳۱۳
میرباقری، ندا ۱۵۶		لوکاس، دیوید ۴۰۳، ۴۰۴	کلهر، سمیرا ۲۲۵، ۲۲۹، ۲۳۲، ۳۱۳
میرزائی، محمد ۱۵، ۱۶، ۲۸		لهستانی‌زاده، عبدالعلی ۴۰۴	
		لینک، بی. ۱۱۴	
		مارتین، فیلیپ ۴۰۱، ۴۰۵	

- میرزایی، حسینعلی ۲۱۲-۲۱۵،
۲۱۷-۲۲۰
میرمحمدعلی‌ئی، ماندانا ۱۵۳،
۱۵۵
میری، سکینه ۲۷۹، ۲۹۱-۲۹۴،
۳۰۷
میری آشتیانی، الهام ۳۱۲
میری دلماس، مارتی ۲۲۷
میزانودین، ام. ۲۳۹
میکانیکی، جواد ۴۱۱
میلر، دیوید ۲۰۵، ۲۰۶
میمندی، منظومه ۲۷۳
نارنجی‌ها، هومان ۲۶۹، ۲۷۱،
۲۷۵
ناصری، آراز امین ۷۵
نامداری، پریسا ۲۷۹، ۲۹۱-۲۹۴،
۳۰۷
نجات، سحرناز ۱۵۲
نجاتی حسینی، محمود ۱۸۸،
۱۹۰
نجف‌آبادی، نازنین ۱۹۰
نجفی، بهاء‌الدین ۱۳۷، ۱۳۸
نجفی، فرید ۱۲۳، ۱۲۸، ۱۳۲،
۱۳۶، ۱۳۸
نجفی ابرندآبادی، علی حسین
۲۳۵، ۲۵۷، ۲۸۶، ۳۱۰، ۳۵۴،
۳۵۶
نجمی، مرضیه ۲۹۰، ۳۰۴
نخعی، مریم ۱۱۶
نریمانی، محمد ۲۷۹، ۲۸۹-۲۹۱،
۳۰۵
نشاط‌دوست، حمیدظاهر ۲۸۰،
۲۹۱، ۲۹۲، ۲۹۴، ۳۰۸
نصیری، معصومه ۲۷۳
نظری تاج‌آبادی، حمید ۴۰۸
نقدی، اسدالله ۲۷۴
نقوی، محسن ۱۰۹، ۱۳۲، ۱۳۸
نواح، عبدالرضا ۲۱۸، ۲۱۹
نورالهی، طه ۲۰
نوربالا، ا. ۱۱۱، ۱۱۶
نورشاهی، نسرین ۴۵، ۶۰-۶۴
نوری، رویا ۲۷۲
نوزیک، رابرت ۳
نول ۱۴۲، ۱۴۴
- نولان، پاتریک ۲۲۴
نیکبخت، علیرضا ۱۵۳
واحد چوکده، سکینه ۱۹۶
واعظ موسوی، محمدکاظم ۱۵۶
واعظ مهدوی، ز. ۴۳۰، ۴۳۱
واعظ مهدوی، محمدرضا ۴۱۷،
۴۳۰، ۴۳۱
والاس، کلر ۳۲۱
والدمار، لیلی ۲۰۸
وامقی، مروثه ۲۶۵، ۲۷۹
وایسمن، ام. ۱۱۸
واینریش، پی. ۲۱۶
ویر، مارکس ۱۷۹، ۲۰۶
وحدانی‌نیا، مریم ۱۵۴-۱۵۶
وروایی، اکبر ۳۵۵، ۳۶۲،
۳۶۴-۳۷۱، ۳۷۳، ۳۷۴
ولیدی، محمدصالح ۲۳۷، ۳۳۳،
۳۳۴
ون‌وزن‌بیک، آی. ۳۵۷
وودهال، ام. ۴۶
ویزه، اورزولا ۱۵۴، ۱۵۵، ۲۷۹،
۲۹۱-۲۹۴، ۳۰۸
ویکس، جان ۴۰۱، ۴۰۲، ۴۰۴
ویل ۱۸
ویلیکینسون، آر. ۱۱۸
ویلیامسن، جی. ۳۳
وینهوفن ۱۴۴
هابرماس، یورگن ۱۷۸، ۱۷۹،
۲۰۶
هاتچینسون، جان ۲۰۶
هادی، نگین ۱۵۳
هادیان، الهام ۳۳۰
هاربرگر، آرنولد ۳۲
هارتنگل، تی. ۲۳۹
هاردمن ۳۵۵
هاروی، دیوید ۶۹
هاشم‌بیگی ۲۸۶
هاشمی، سهیلا ۱۹۶
هاشمی رفسنجانی، اکبر ۳۳۳
هاشمی‌نسب، لیلا ۲۹۰، ۲۹۳،
۳۰۵
هاک، آمبر ۲۰۹
هال، آنتونی ۲
هانتینگتون، ساموئل ۲۰۷
- هدایتی، علی‌اصغر ۱۲۵
هزاوه‌ای، محمدرضا ۳۱۱
همتی، رضا ۲۹۰، ۳۰۴، ۳۰۵
هنسن، کی. ۲۴۶
هودسن ۲۰۶
هیندس، پی. ۱۴۴
یاسمی، محمدتقی ۱۰۷، ۱۰۸،
۲۶۹-۲۷۱
یانگ ۳۵۴
یزدانی، فردین ۷۵
یزدانی، فرشید ۱۶۳
یعقوبی ۱۱۱
یگانگی، اسماعیل ۴۱۲
یگانه، روح‌الله ۳۳۸
یوسف‌زاده، محسن ۳۳۸،
۳۴۱-۳۴۳، ۳۴۵
یوسفی، علی ۱۷۸، ۱۹۲،
۲۱۲-۲۱۴، ۲۲۰
یونگ، کارل گوستاو ۳۲۸

فهرست موضوعی

- آموزش
- ~ ابتدایی همگانی ۶۴
 - ~ برای همه ۴۷، ۵۰، ۶۵
 - ~ بزرگسالان ۵۰
 - ~ زبان مادری ۶۵
 - ~ علوم انسانی و اجتماعی ۶۵
 - آموزش‌های پایه ۴۶، ۵۰
 - پیشرفت بین‌المللی ~ سواد خواندن ۵۰
 - تبعیض در ~ ۴۶
 - سرمایه‌گذاری آموزشی ۶۱
 - شاخص‌های کیفی ~ ۶۵
 - کادر آموزشی ۵۶، ۵۹، ۶۲، ۶۵
 - کیفیت ~ ۵۰
 - آموزش عالی
 - ~ دولتی ۵۰
 - ~ غیردولتی ۵۰، ۶۲
 - ~ نیمه‌حضوری ۵۶
 - تنوع و انعطاف‌پذیری ~ ۵۵
 - درصد مخارج ~ از کل تولید ناخالص داخلی ۶۱
 - درصد مخارج ~ از کل مخارج عمومی آموزش ۶۱
 - دولت‌گرایی در ~ ۵۴
 - رشد کمی ~ ۵۱
 - شاخص‌های ~ ۶۰، ۶۳
 - شاخص‌های برون‌دادی نظام ~ ۶۰
 - شاخص‌های توسعه کمی ~ ۶۰
 - گرایش حرفه‌ای و کاربردی در ~ ۵۵
 - لیسانس‌گرایی در ~ ۵۵
 - مشارکت عمومی در ~ ۶۰
 - نرخ فراغت از تحصیل در ~ ۶۲
 - نرخ ناخالص ثبت‌نام در ~ ۶۰
 - نرخ ناخالص ثبت‌نام زنان در ~ ۶۰
 - آیین دادرسی کیفری ۲۲۸
 - اجتماع ملی ۲۰۵، ۲۰۶، ۲۱۳
 - احساس تعلق اجتماعی ۱۷۸، ۱۷۹، ۱۸۱، ۱۹۱-۱۹۳، ۱۹۵
 - احساس تعلق ملی ۲۰۴-۲۰۶، ۲۱۰
 - احساس تعهد ملی ۲۰۵، ۲۰۶
- احساس محرومیت نسبی ۲۱۹
- اختلالات روانی ۱۰۶، ۱۰۸-۱۱۰، ۱۱۲، ۱۱۴، ۱۱۶، ۱۱۸، ۱۳۶
- شیوع ~ برحسب جنس ۱۱۲
- عوامل خطر زمینه‌ساز ~ ۱۱۴
- میزان شیوع ~ ۱۰۹، ۱۱۰، ۱۱۲، ۱۱۶، ۱۱۸
- هزینه بار بیماری‌های روانی ۱۱۸
- همه‌گیری‌شناسی ~ ۱۰۵، ۱۰۹-۱۱۲، ۱۱۵، ۱۱۸
- اسکان غیررسمی ۶۸، ۷۱، ۷۳، ۷۵، ۷۹، ۸۲، ۸۳، ۸۶
- اشتغال ۸۹، ۹۰، ۹۳، ۹۸-۱۰۰
- رشد بدون ~ ۹۶
- میزان ~ ۱۷، ۲۶، ۳۶، ۹۱، ۹۲، ۹۸، ۹۹
- نسبت شاغلان به جمعیت ۹۳، ۱۰۱
- اشتغال‌زایی ۹۵
- اعتیاد ۲۶۶
- بار ~ ۲۶۶، ۲۶۹
- تعیین‌کننده‌های اجتماعی ~ ۲۷۳، ۲۷۴
- عوامل بروز ~ ۲۶۵
- معتادان
- میانگین سنی ~ ۲۷۱
- نسبت ~ زن ۲۷۱
- وضعیت ~ ۲۷۱
- مواد اعتیادآور ۲۶۵
- الگوی مصرف مواد اعتیادآور ۲۶۵، ۲۶۷، ۲۷۰-۲۷۲
- پیشگیری از مصرف مواد اعتیادآور ۲۶۷، ۲۶۹
- تعداد مصرف‌کنندگان مواد اعتیادآور ۲۶۶
- تولید مواد اعتیادآور ۲۶۵
- تولیدکنندگان مواد اعتیادآور ۲۷۲
- چگونگی شیوع مصرف مواد اعتیادآور ۲۷۱
- دستگیری‌های مرتبط با مواد اعتیادآور ۲۷۲
- روش مصرف مواد اعتیادآور ۲۷۱
- روند کشف مواد اعتیادآور ۲۷۲
- سوءمصرف مواد اعتیادآور ۲۶۶، ۳۲۲
- شروع مصرف مواد اعتیادآور ۲۷۴، ۲۷۵
- عوارض مصرف مواد اعتیادآور ۲۷۵
- قیمت مواد اعتیادآور ۲۷۲
- مصرف مواد اعتیادآور ۲۶۶

بهزیستی ۲، ۱۲۵، ۱۴۲-۱۴۵	میزان بروز مصرف مواد اعتیادآور ۲۷۰
بیکاری ۸۹، ۹۵، ۹۶	میزان شیوع مصرف مواد اعتیادآور ۲۶۹، ۲۷۰
~ اصطکاک ۹۵	مهار ~ ۲۶۷-۲۶۹
~ پنهان ۲۶	وسعت ~ ۲۶۶
~ تکنولوژیک ۹۵	اقتصاد خوب مدیریت شده ۱۰۱
~ ساختاری ۹۵	امید به زندگی در بدو تولد ۲۰، ۱۲۸، ۱۳۲، ۱۳۶، ۱۳۹، ۱۶۶
~ ناشی از کمبود تقاضای مؤثر ۹۵	انتقال اپیدمیولوژیکی ۱۶، ۱۱۵
میزان ~ ۱۷، ۲۶، ۲۸، ۳۶، ۹۱، ۹۳، ۹۶، ۹۸، ۹۹	انتقال ساختار سنی ۱۶
بیمه	انحراف اجتماعی ۳۰۹
~ زنان ۱۷۱	بار بیماری‌ها ۱۰۵، ۱۰۶، ۱۱۰، ۱۲۶-۱۲۸، ۱۳۱، ۱۳۵، ۱۳۶، ۱۳۸، ۲۶۶، ۲۶۹
بیمه‌های اجتماعی ۱۲، ۱۶۳-۱۶۹، ۱۷۲	بار معیشت (تکفل) ۲۵، ۹۲، ۹۳، ۱۰۱
پوشش بیمه‌ای ۱۶۳، ۱۶۶-۱۶۸، ۱۷۰، ۱۷۱، ۱۸۸	بازار کار ۸۹-۹۳، ۹۵، ۹۶، ۹۸-۱۰۱
صندوق ~ روستاییان ۱۶۷، ۱۶۸، ۱۷۱	الگوی ذخیره-جریان ~ ۹۰، ۹۱، ۹۵
صندوق‌های بیمه‌ای ۱۶۴، ۱۶۶، ۱۶۷، ۱۷۲، ۱۷۳	تقاضای ~ ۹۰، ۹۳
نرخ‌های حق ~ ۱۶۷-۱۷۳، ۱۷۵	ناپایداری ~ ۱۰۱
نظام بیمه‌ای ۱۶۵-۱۶۷، ۱۷۲	بازنشستگی ۱۶۳، ۱۶۴، ۱۶۶، ۱۶۸، ۱۷۱-۱۷۳، ۱۷۵
پرونده‌های کیفری ۲۲۳-۲۲۸، ۲۳۱، ۲۳۲، ۲۴۹-۲۵۱	سازمان ~ کشوری ۱۶۸، ۱۷۰، ۱۷۱
پوشش تحصیلی ۵۶	بافت فرسوده شهری ۶۸، ۷۳، ۸۲
پوشش واکسیناسیون ۱۳۵، ۱۳۸	برنامه‌های توسعه
تأمین اجتماعی	برنامه اول توسعه ۹، ۱۰، ۸۱، ۱۵۱، ۱۸۸، ۴۰۶، ۴۰۸، ۴۰۹
سازمان ~ ۱۶۷-۱۷۱	برنامه دوم توسعه ۹، ۱۰، ۸۱، ۱۵۱، ۱۸۸، ۴۰۷-۴۰۹
شاخص‌های ~ ۱۷۴	برنامه سوم توسعه ۹-۱۱، ۳۴، ۸۲-۸۴، ۱۵۱، ۱۵۲، ۲۲۶، ۲۴۷
تراکم‌فروشی ۸۱، ۸۳، ۸۶	۳۱۷، ۴۰۷، ۴۰۸
تربیت معلم ۵۶	برنامه چهارم توسعه ۹، ۱۰، ۳۵، ۵۴-۵۶، ۶۵، ۸۳، ۸۴، ۹۶، ۹۷
تضاد انتشاری ۳۱۲	۱۳۵، ۱۵۱، ۱۵۲، ۱۶۳، ۱۶۷، ۱۷۱، ۱۷۲، ۱۸۱، ۱۸۶، ۱۸۸
تن‌فروشی (روسیگری) ۳۵۳، ۳۵۴، ۳۷۲	۱۹۷، ۲۴۷، ۲۴۸، ۲۶۸، ۲۸۷، ۲۸۸، ۳۱۷، ۳۲۳، ۳۳۴، ۳۳۵
~ اجباری ۳۵۶	۳۶۲، ۴۰۷، ۴۰۹، ۴۲۶
~ در ایران	برنامه پنجم توسعه ۸۵، ۹۸، ۱۰۱، ۱۳۱، ۳۳۴، ۴۲۶، ۴۳۳
ابعاد حقوقی ۳۶۲	برنامه‌های عمرانی
ابعاد غیرحقوقی ۳۶۲، ۳۶۳	برنامه اول عمرانی ۸، ۶۷، ۷۶، ۷۷، ۱۵۰
تن‌فروشی کودکان ۳۶۹-۳۷۱	برنامه دوم عمرانی ۸، ۷۶، ۷۷، ۱۵۰
ظرفیت‌های مواجهه با تن‌فروشی ۳۷۴	برنامه سوم عمرانی ۸، ۷۷، ۷۸، ۱۵۰، ۱۵۲
علل و عوامل تن‌فروشی ۳۷۱، ۳۷۴	برنامه چهارم عمرانی ۸، ۷۸، ۷۹، ۱۵۰، ۱۵۲
ویژگی‌های زنان تن‌فروش	برنامه پنجم عمرانی ۸، ۷۹، ۸۰، ۱۵۰
الگوهای تن‌فروشی ۳۶۷-۳۶۹	برنامه ششم عمرانی ۸، ۱۵۱، ۱۵۲
ویژگی‌های خانوادگی ۳۶۵-۳۶۷	بزه ۲۲۷
ویژگی‌های فردی ۳۶۴، ۳۶۵	بزه‌دیدگی ۲۸۶
همه‌گیری (شیوع) ۳۶۳، ۳۶۴	بزه‌دیده ۲۳۰، ۲۳۱، ۲۳۷، ۲۴۹
روسی ۳۵۳، ۳۵۴	بزهکاری جوانان ۲۵۶
روش برخورد با پدیده ~ ۳۷۲، ۳۷۳	بزهکاری زنان ۲۵۶، ۲۵۷
سیاست دولت‌ها در برابر ~	بزهکاری نوجوانان ۳۱۹، ۳۲۱
آسیا ۳۵۹، ۳۶۰	بهداشت روان ۱۰۷-۱۰۹، ۱۱۱
کشورهای اروپایی ۳۵۸، ۳۵۹	بهره‌وری ۹۳، ۹۶، ۹۷، ۱۰۱
کشورهای آمریکایی ۳۵۷، ۳۵۸	

- کشورهای منطقه ۳۶۰، ۳۶۱
شباهت و تفاوت‌های الگوی ~ در ایران با الگوی متوسط
جهانی ۳۷۳، ۳۷۴
گسترش ابعاد ~ ۳۷۲
ویژگی‌های ~ در سطح جهان ۳۵۶، ۳۵۷
تنوع فرهنگی ۲۱۱
توزیع درآمد ۳۱-۳۳، ۳۵، ۴۲، ۴۳
توسعه
~ اقتصادی ۳۲
~ انسانی ۱۳۹، ۳۳۰، ۳۴۶، ۳۵۵
~ انسانی آرمانگرا ۹
~ پایدار ۱، ۱۲، ۱۲۵، ۱۲۶، ۱۵۸، ۱۶۵، ۱۸۸، ۳۰۹، ۳۱۰، ۳۲۲
~ تجویزی ۱۷۸
~ طبیعی ۱۷۸
~ قضایی ۲۴۸
~ و آموزش ۴۵، ۴۶
~ و اعتیاد ۲۶۶
~ و تن‌فروشی ۳۵۴-۳۵۶، ۳۷۲
~ و توزیع درآمد ۳۲
~ و جرم ۲۲۴، ۲۳۷
~ و جمعیت ۱۷
~ و جنسیت ۳۵۵
~ و خشونت ۳۱۲، ۳۲۲، ۳۲۳
~ و خشونت خانوادگی ۲۸۱
~ و سلامت جسمی ۱۲۵
~ و سلامت روان ۱۰۴
~ و سیاست اجتماعی ۳، ۳۷۲
~ و شهروندی ۱۷۸، ۱۷۹
~ و غذا ۴۲۲
~ و فقر و نابرابری ۳۸۰
~ و کیفیت زندگی ۱۴۴
~ و مهاجرت ۴۰۳، ۴۰۴، ۴۰۸
~ و مرگ و مدرنیته ۳۲۹، ۳۳۰
~ و مسکن ۶۹
~ و نظام تأمین اجتماعی ۱۶۵
~ و هویت ۲۰۶
زن در ~ ۳۵۴، ۳۵۵
تهدید ارزیابی اجتماعی ۳۸۱
جرم و جرایم
ارتکاب جرم ۲۳۱
هزینه و فایده ارتکاب جرم ۲۳۲
پیشگیری از جرم ۲۳۹، ۲۵۹
تعریف جرم ۲۲۳، ۲۳۵-۲۳۷
تعریف حقوقی جرم ۲۳۶
- تعریف هنجاری جرم ۲۳۶
جرایم ۲۴۰
آدم‌ربایی ۲۴۲، ۲۴۳
تجاوز ۲۴۱، ۲۶۰
تهاجم (تعرض) ۲۴۰، ۲۵۹، ۲۶۱
جنایت ۲۴۱
جنگه ۲۴۱
خلاف ۲۴۱
دزدی ۲۴۱
سرقت ۲۴۱، ۲۴۲، ۲۶۰، ۲۶۱
سرقت مشدد ۲۴۱
سرقت وسایل نقلیه ۲۴۲، ۲۶۰، ۲۶۱
قتل ۲۴۳، ۲۴۴، ۲۶۰، ۲۶۱، ۳۱۲
ورود غیرقانونی ۲۴۱، ۲۴۲، ۲۶۰، ۲۶۱
هتک حرمت ۲۴۰
جرایم اطفال ۲۵۵
جرایم جوانان ۲۵۶
جرایم زنان ۲۵۶، ۲۵۷
موقعیت کیفری زنان ۲۳۰
نرخ دستگیری زنان ۲۵۷، ۲۵۸
جرایم سایبری ۲۵۹
جرایم فراملی ۲۵۹
جرایم منزلتی ۲۵۶
جرم: پیامد توسعه ۲۳۸
جرم: مانع توسعه ۲۳۷
جرم‌انگاری ۲۳۶، ۲۴۰
جرم در برنامه‌های توسعه ۲۴۷-۲۴۹
عوامل بروز جرم ۲۲۵، ۲۲۷
مبنای تعیین جرم ۲۳۱
نرخ جرایم ۲۵۱-۲۵۴
نسبت مجرمان و جرایم ۲۴۳
وقوع جرم ۲۲۸، ۲۳۲، ۲۵۹
هزینه جرایم ۳۱۲
جمعیت
انتقال جمعیتی ۱۵، ۱۶، ۲۸
بحران‌های جمعیتی ۴۰۲
تغییرات جمعیتی ۴۰۱، ۴۱۲
~ بیکار ۱۷، ۲۴، ۳۶، ۹۰، ۹۶، ۱۰۱
~ پنهان ۳۵۳، ۳۶۳
~ جوان ۲۲، ۴۵
~ سالخورده ۱۶
~ شاغل ۱۷، ۲۴، ۲۶، ۹۰، ۹۳، ۹۵، ۱۰۱
~ فعال ۱۷، ۲۴، ۳۶، ۹۰، ۹۲
~ غیرفعال ۱۷، ۲۴، ۹۰

- پنجره جمعیتی ۱۷-۲۱، ۲۳، ۲۷، ۲۸
سیاست جمعیتی ۱۶، ۴۰۸
گذار جمعیتی ۲۱
هرم سنی ~ ۲۲
حق به شهر ۶۷، ۷۳، ۷۵
حق دانستن ۴۵، ۴۶
حقوق اجتماعی ۳، ۶، ۱۱-۱۳
حق یادگیری ۴۷
خانوار
تراکم ~ در واحد مسکونی ۷۳
~ روستایی ۳۲، ۳۶، ۴۰-۴۲، ۴۲۷-۴۳۰
~ شهری ۳۲، ۳۵-۴۲، ۴۲۷-۴۳۰
درآمد ~ ۳۷، ۴۱، ۴۲
هزینه ~ ۳۲، ۳۵-۴۲
خدمات اجتماعی ۱، ۲، ۴، ۷
خشونت
انواع ~
خشونت اقتصادی ۳۱۱
خشونت بین فردی ۳۱۰
خشونت سیاسی ۳۱۱
خشونت علیه خود ۳۱۰
خشونت گروهی ۳۱۰
بازتولید ~ ۳۲۳
پیامدهای ~ ۳۱۱، ۳۱۲
تعریف ~ ۲۸۰، ۳۰۹، ۳۱۰
~ اجتماعی ۳۰۹-۳۱۲
خشونت اجتماعی و قتل ۳۱۳، ۳۲۳، ۳۲۴
وضعیت جوانان ۳۲۰
وضعیت زنان ۳۲۱
وضعیت کودکان و نوجوانان ۳۱۹، ۳۲۰
شاخص‌های خشونت اجتماعی ۳۱۸
روند قتل در ایران ۳۱۸، ۳۱۹
~ خانگی (خانوادگی) ۲۷۹، ۲۸۰
انواع خشونت خانگی
اقتصادی ۲۸۰
جسمی ۲۸۰
جنسی ۲۸۰
روانی ۲۸۰
~ خانگی علیه زنان ۲۷۹، ۲۸۱-۲۸۳، ۲۹۲، ۲۹۳
شاخص‌های وضعیت خشونت علیه زنان
شیوع انواع آزار ۲۸۹، ۲۹۰، ۲۹۵، ۲۹۶
شیوع و انواع آزار جسمی ۲۹۰
شیوع و انواع آزار جنسی ۲۹۱
شیوع و انواع آزار روانی ۲۹۰
شیوع در زیرگروه‌های جمعیتی ۲۹۴، ۲۹۵
شیوع کلی خشونت ۲۹۴
عوامل مرتبط با خشونت علیه زنان ۲۹۲، ۲۹۳، ۲۹۶، ۲۹۷
قوانین مرتبط با خشونت علیه زنان ۲۸۴-۲۸۶
مطالعات مربوط به خشونت علیه زنان ۳۰۴-۳۰۶
~ خانگی علیه کودکان (کودک‌آزاری) ۲۷۹، ۲۸۱-۲۸۴
انواع خشونت علیه کودکان
آزار جسمی ۲۸۱
آزار جنسی ۲۸۱
آزار عاطفی ۲۸۱
بهره‌کشی ۲۸۱
سهل‌انگاری ۲۸۱
شاخص‌های وضعیت خشونت علیه کودکان
جنسیت کودکان آزاردیده ۲۹۲
شیوع آزار جسمی ۲۹۱، ۲۹۲
شیوع آزار جنسی ۲۹۲
شیوع آزار روانی ۲۹۲
شیوع انواع آزار ۲۹۱، ۲۹۷، ۲۹۸
شیوع سهل‌انگاری ۲۹۲
هویت فرد آزارگر ۲۹۲
عوامل مرتبط با خشونت علیه کودکان ۲۹۳، ۲۹۴، ۲۹۸
۲۹۹
قوانین مرتبط با خشونت علیه کودکان ۲۸۶، ۲۸۷
مطالعات مربوط به خشونت علیه کودکان ۳۰۷، ۳۰۸
درصد مرگ‌های ناشی از ~ ۳۱۳-۳۱۷
سیاست‌ها و برنامه‌های مرتبط با ~ خانگی علیه زنان و کودکان
۲۸۷-۲۸۹
خصوصی‌سازی ۸۱
خودکشی
انواع ~ ۳۲۹
تعاریف ~ ۳۲۸
~ در شرع اسلام و قوانین جزایی و برنامه‌های توسعه
۳۳۳-۳۳۶
~ و شاخص توسعه انسانی ۳۴۶، ۳۴۷
رتبه ~ ۳۲۷
عوامل مؤثر در بروز ~
تأهل ۳۴۳
تحصیلات ۳۴۲
جنسیت ۳۴۱، ۳۴۲، ۳۴۵
درآمد ۳۴۲
در دسترس بودن وسایل خودکشی ۳۴۴
سابقه اقدام به خودکشی ۳۴۴
سابقه بیماری روانی ۳۴۳

- سن ۳۴۵، ۳۴۱
 سوء مصرف مواد ۳۴۴
 عوامل خانوادگی ۳۴۴، ۳۴۳
 مذهب ۳۴۵، ۳۴۴
 نوع فعالیت ۳۴۲
 نرخ ~ ۳۲۷، ۳۲۸، ۳۳۰، ۳۳۱، ۳۴۵
 نرخ ~ زنان ۳۳۱-۳۳۳، ۳۴۰، ۳۴۱، ۳۴۵
 نرخ ~ مردان ۳۳۱-۳۳۳، ۳۴۰، ۳۴۱، ۳۴۵
 نرخ ~ موفق و ناموفق ۳۳۱
 نرخ ~ و سن ۳۳۱
 همه گیری شناسی ~ در ایران
 روند عمومی ۳۳۶، ۳۳۷
 وضعیت جوانان ۳۳۸
 وضعیت زنان ۳۳۸-۳۴۱
 وضعیت کودکان ۳۳۷، ۳۳۸
 همه گیری شناسی ~ در جهان ۳۳۰-۳۳۳
 مقایسه یافته ها ۳۴۷، ۳۴۸
 دانشجو
 درصد دانشجویان بخش خصوصی ۶۲
 درصد دانشجویان دختر ۶۱
 جذب ~ ۵۱، ۵۴، ۵۵، ۵۷، ۵۸
 دولت سازی ۶، ۸
 دهک ها ۳۲، ۳۶، ۳۷، ۴۰-۴۲، ۷۴، ۸۴، ۸۵، ۴۳۰، ۴۳۱
 رفاه ۲، ۳، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۴۲، ۱۵۰
 دولت ~ ۱، ۲، ۷، ۱۰-۱۲، ۷۰، ۸۰، ۱۷۸
 ~ اجتماعی ۱۶۳، ۱۶۴، ۱۶۶
 نظام های رفاهی ۵، ۶
 روسپیگری ← تن فروشی
 روند بین المللی تحصیلات ریاضیات و علوم ۵۰
 زندان ۲۲۴، ۲۲۸-۲۳۰
 زندان زدایی ۲۲۹
 سازمان زندان ها ۲۲۸، ۲۴۷، ۲۴۸
 سطح تراکم زندان ها ۲۴۵، ۲۴۶
 منافع رفاهی و جمعیت زندان ها ۲۴۶
 وضعیت زندان ها ۲۴۷، ۲۴۸
 زندانیان
 جمعیت ~ ۲۲۹، ۲۳۱-۲۳۳، ۲۴۴-۲۴۶، ۲۵۸، ۲۶۰، ۲۶۱
 نسبت ~ ۲۳۴، ۲۶۰، ۲۶۱، ۳۱۹-۳۲۱
 زیان (لطمه) اجتماعی ۲۳۶
 سال های عمر توأم با ناتوانی ← بار بیماری ها
 سرمایه انسانی ۱۸، ۶۱
 سلامت ۱۰۳-۱۰۵، ۱۲۳، ۱۲۴
 ارتقای ~ ۱۲۳-۱۲۶، ۱۲۹، ۱۳۱، ۱۳۷، ۱۳۹
 تأمین ~ ۱۲۳، ۱۲۵، ۱۲۶
 توزیع اجتماعی وضعیت ~ و بیماری ۱۱۵
 عوامل اجتماعی مؤثر بر ~ ۱۰۴، ۱۳۷، ۱۳۸
 منابع انسانی بخش ~ ۱۳۰، ۱۳۵، ۱۳۹
 نظام ~ ۱۲۳، ۱۲۵، ۱۳۱
 نقشه جامع علمی ~ ۱۳۱
 نگرش های درمان محور در عرصه ~ ۱۲۶
 هزینه های بخش ~ ۱۳۰، ۱۳۵، ۳۸۹، ۳۹۰
 سلامت روان
 آموزش و ~ ۱۱۹
 برنامه ~ ۱۰۷
 برنامه کشوری ~ ۱۰۸
 تحصیلات و ~ ۱۱۷
 توزیع ~ ۱۱۸
 جنسیت و ~ ۱۱۶
 حمایت اجتماعی و ~ ۱۱۷
 خدمات ~ ۱۰۶، ۱۰۸، ۱۰۹
 درآمد و ~ ۱۱۷، ۱۱۸
 عوامل اجتماعی تعیین کننده ~ ۱۰۴، ۱۱۴
 نابرابری اقتصادی- اجتماعی و ~ ۱۱۹
 سن مسئولیت کیفری ۲۲۹، ۲۵۵
 سیاست اجتماعی ۵۱-۷۱، ۷۰، ۸۱، ۱۶۳
 سیاست تعدیل ساختاری ۳۲، ۳۳، ۴۲
 سیاست کیفری ۲۲۳، ۲۳۴
 سیاست گذاری اجتماعی ۵، ۱۱-۱۳، ۱۶۷
 شاخص کامکاری لگاتیوم ۴۷
 شوراهای حل اختلاف ۲۲۶، ۲۲۷، ۲۴۷، ۲۴۹، ۲۵۰، ۲۵۵
 شهروند زدایی ۶۸، ۷۵، ۸۴
 شهروندی
 اخلاق ~ ۱۹۳، ۱۹۷
 الگوی ~ ۱۷۷
 تحقق ~ ۱۷۷، ۱۸۰، ۱۹۵، ۱۹۷، ۱۹۸
 تکالیف ~ ۱۹۱-۱۹۷
 جایگاه ~ ۱۷۸، ۱۹۰
 حقوق ~ ۱۷۹، ۱۸۶-۱۸۸، ۱۹۰-۱۹۸، ۲۰۷
 سنت های ~ ۱۸۱
 شاخص های حقوقی ~
 حقوق مدنی ۱۸۱-۱۸۳
 حقوق سیاسی ۱۸۳-۱۸۵
 حقوق اجتماعی ۱۸۵
 حقوق جنسیتی ۱۸۵
 ~ اتحادیه اروپا ۱۸۱
 ~ در برنامه های توسعه ۱۸۷، ۱۸۸
 ~ در قانون اساسی ۱۸۶
 ~ در قوانین و آیین نامه ها ۱۸۹، ۱۹۰

- کار شایسته ۹۳
 کودک آزاری ← خشونت
 کیفیت زندگی
 ابعاد ~ ۱۴۴
 ارتقای ~ ۱۸۸، ۱۵۹، ۱۵۸، ۱۲۵
 تعریف ~ ۱۵۸، ۱۴۳، ۱۴۲
 سنجش ~ ۱۴۳
 شاخص ~ ۱۴۸-۱۴۵
 نشانگرهای شاخص کیفیت زندگی ۱۴۷-۱۴۹، ۱۵۷، ۱۵۸
 ~ جوانان ۱۵۳
 ~ در برنامه‌های توسعه ۱۵۰-۱۵۲
 ~ زنان ۱۵۳
 ~ سالمندان ۱۵۴
 ~ کودکان ۱۵۳
 ~ و آموزش ۱۵۶
 ~ و ابتلا به بیماری ۱۵۵
 ~ وابسته به سلامت ۱۵۲
 ~ و اشتغال ۱۵۵
 ~ و بارداری و باروری ۱۵۶
 ~ و جنسیت ۱۵۴
 ~ و سطح تحصیلات ۱۵۵
 ~ و سن ۱۵۵
 ~ و ورزش ۱۵۶
 ~ و وضعیت اقتصادی ۱۵۵
 ~ و وضعیت تأهل ۱۵۵
 مطالعات مربوط به ~ ۱۵۲ به بعد
 کینزگرایی ۳۳
 نوکینزگرایی ۳۳
 گرسنگی و سوء تغذیه
 اختلالات ناشی از گرسنگی ۴۲۱، ۴۲۰
 استرس گرسنگی ۴۲۱
 افزایش گرسنگی ۴۱۹
 امنیت غذایی ۴۱۷، ۴۱۸، ۴۲۲، ۴۲۶، ۴۳۳
 تعریف گرسنگی و سوء تغذیه ۴۱۸
 شکاف فقر غذایی ۴۳۲
 مبارزه با گرسنگی ۴۱۹، ۴۲۰، ۴۳۲
 مبارزه با گرسنگی در آموزه‌های اسلامی ۴۱۷، ۴۱۸، ۴۲۱، ۴۲۲
 محرومیت غذایی ۳۷
 وضعیت تغذیه‌ای
 آسیا ۲۴۲
 کشورهای اروپایی ۴۲۳، ۴۲۴
 کشورهای آمریکایی ۴۲۳
 کشورهای دیگر ۴۲۵
 وضعیت تغذیه در ایران ۴۲۵ به بعد
- ~ فعال ۱۸۱، ۱۹۱، ۱۹۵
 ~ منفعل ۱۸۱، ۱۹۵
 مطالعات مبتنی بر شاخص‌های ~ ۱۹۰ به بعد
 مفهوم ~ ۱۷۷، ۱۷۸، ۱۸۱، ۱۹۷
 منشور ~ ۱۸۰، ۱۸۸، ۱۹۷
 موقعیت ~ ۱۷۷، ۱۷۹
 مهارت‌های ~ ۱۹۶
 هویت ~ ۱۷۸، ۱۸۱، ۱۹۱، ۱۹۷، ۱۹۸
 غرور ملی ۲۰۵، ۲۱۰، ۲۱۱
 فرصت شغلی ۹۱، ۹۳، ۹۵، ۹۶، ۹۸، ۱۰۱
 فضای سرمایه‌گذاری ۸۹-۹۱، ۹۷، ۱۰۰
 فعالیت
 چرخه فعالیت‌های اقتصادی ۹۱
 میزان عمومی ~ اقتصادی ۱۷، ۲۵
 میزان ویژه ~ اقتصادی ۱۷، ۲۵
 نرخ عدم ~ ۹۹
 فقر
 ابعاد ~ ۳۸۳
 تحلیل اخلاقی ~ ۳۸۴
 تعریف ~ ۳۸۰
 ~ در ایران ۳۸۷
 فقر درآمدی ۳۹۱، ۳۹۲
 فقر زنان ۳۹۶، ۳۹۷
 فقر شدید ۳۹۲، ۳۹۳
 فقر کودکان ۳۹۴، ۳۹۵
 فقرزدایی ۷، ۳۴، ۳۵، ۴۲، ۳۹۷، ۳۹۸
 ~ شدید ۳۸۴، ۳۸۶، ۴۲۰
 ~ مطلق ۳۸۰، ۳۹۱، ۳۹۲
 ~ نسبی ۳۸۰، ۳۸۴
 ~ و آزادی ۳۸۳
 فناوری اطلاعات و ارتباطات (فاوا) ۶۵
 قتل
 روند ~ در ایران ۳۱۸، ۳۱۹
 الگوهای ~
 قتل‌های خانوادگی ۳۲۱، ۳۲۲
 قتل‌های ناموسی ۳۲۲
 همسرکشی ۳۲۱
 قضا
 رسیدگی قضایی ۲۲۸، ۲۳۴
 سازمان قضایی ۲۴۶
 قوه قضاییه ۲۲۵، ۲۲۸، ۲۴۸-۲۴۶، ۲۸۸
 لوایح قضایی ۲۲۶-۲۲۸، ۲۴۸، ۲۴۹
 نظام قضایی ۲۴۷-۲۴۹
 کار جنسی ۳۵۴، ۳۶۱

- سوء تغذیه ۴۳۳
 سهم غذا از هزینه‌های مصرفی ۴۳۰، ۴۳۱
 سهم غذا در سبد خانوارها ۴۲۷-۴۳۰
 سیاست‌ها و برنامه‌های مرتبط با تغذیه ۴۲۶، ۴۲۷
 شاخص‌های تغذیه زنان و کودکان ۴۳۱، ۴۳۲
 مجازات ۲۲۳، ۲۲۴، ۲۲۸، ۲۳۲، ۲۳۳، ۲۵۹
 ~ ثابت ۲۲۷
 ~ رسمی ۲۲۴، ۲۲۷
 ~ غیررسمی ۲۲۴
 نوع ~ ۲۲۹، ۲۳۱
 محیط کسب و کار ۹۰، ۹۱، ۱۰۰
 مدرسه‌محوری ۶۵
 مدرنیت ۱۷۸، ۱۷۹
 مراقبت‌های بهداشتی اولیه ۱۰۷، ۱۲۳، ۱۲۶، ۱۳۹
 مرگ و میر
 علل ~ ۱۲۷، ۱۳۲، ۱۳۶، ۱۳۸
 ~ بر اثر عوارض بارداری و زایمان ۱۳۶، ۱۳۷
 ~ بزرگسالان ۱۲۹، ۱۳۴، ۱۳۸
 ~ کودکان زیر پنج سال ۱۲۹، ۱۳۲-۱۳۴، ۱۳۸
 ~ کودکان زیر یک سال ۱۳۴، ۱۳۸
 میزان ~ ۲۰
 مسکن
 انبوه‌سازی ~ ۸۱-۸۳
 خط فقر ~ ۷۵
 سیاست ~ ۷۶، ۸۵
 شاخص‌های ~ ۷۰، ۷۱، ۸۷
 مسئله ~ ۶۹، ۷۲، ۷۸، ۸۰
 ~ آزاد ۸۲
 ~ اجتماعی ۷۰، ۷۲، ۸۲
 ~ حمایت‌شده ۸۲
 ~ متعارف ۷۱، ۸۲، ۸۳
 ~ مناسب ۶۷، ۶۹، ۷۱، ۷۳
 ~ مهر ۸۴، ۸۶
 نظام مالی ~ ۷۱، ۸۶
 وام ~ ۷۴، ۷۵، ۷۸-۸۴
 وضعیت عمومی ~ ۷۱
 هزینه ~ ۳۶، ۷۴، ۷۸
 یارانه بخش ~ ۷۵، ۸۵
 مصالح ساختمانی ۷۳-۷۵، ۷۸، ۸۰، ۸۱
 ملت‌سازی ۸۶
 ملی‌گرایی ۲۰۷
 ملی‌گرایی جهان‌وطنی ۲۰۸
 ممنوعیت تحصیلی ۶۵
 موالد
- میزان خام موالد ۱۳۵
 مهاجرت
 انواع ~
 از نظر تعداد ۴۰۲
 از نظر مدت‌زمان ۴۰۳
 از نظر مرزهای سیاسی ۴۰۲
 از نظر نوع تصمیم‌گیری ۴۰۲، ۴۰۳
 تعریف ~ ۴۰۱، ۴۰۲
 شیوه‌های ~
 مهاجرت چرخشی ۴۰۳
 اقامت دومحلی ۴۰۳
 مهاجرت زنجیره‌ای ۴۰۳
 مهاجرت مرحله‌ای ۴۰۳
 ~ بی‌رویه ۴۰۲
 ~ در ایران ۴۰۶ به بعد
 رشد جمعیت مهاجر ۴۰۹، ۴۱۰
 علل مهاجرت‌های داخلی ۴۱۱
 گروه سنی جمعیت مهاجر ۴۱۰، ۴۱۳
 مهاجران بین‌استانی ۴۱۰، ۴۱۱
 مهاجران درون‌استانی ۴۱۰، ۴۱۱
 مهاجرپذیری استان‌ها ۴۱۰، ۴۱۳
 مهاجرت به ایران ۴۰۸، ۴۱۳، ۴۱۴
 مهاجرت به خارج ۴۰۸، ۴۱۳، ۴۱۴
 مهاجرت داخلی ۴۰۹
 مهاجرت روستا-شهری ۴۰۹، ۴۱۲
 مهاجرت متخصصان ۴۰۸، ۴۱۲
 میزان ~ ۴۰۹
 ~ متخصصان ۴۰۲
 ~ نیروی کار ۴۰۲، ۴۱۲
 وضعیت ~
 آسیا ۴۰۵
 کشورهای اروپایی ۴۰۴، ۴۰۵
 کشورهای آمریکایی ۴۰۴
 کشورهای منطقه ۴۰۵
 مطالعه تطبیقی وضعیت مهاجرت در قاره‌های مختلف ۴۰۵،
 ۴۰۶
 میهن‌پرستی ۲۰۵، ۲۱۰
 نابرابری
 آثار و تبعات ~ ۳۸۰-۳۸۲
 تأثیرات ~ ۳۹۷
 تعریف ~ ۳۷۹
 ساختار قدرت و ~ ۳۸۲
 ~ در ایران ۳۸۷
 نابرابری آموزشی ۳۸۹

- نابرابری درآمدی ۳۸۹-۳۸۷
 نابرابری در تأمین هزینه‌های سلامت ۳۸۹، ۳۹۰
 ~ درآمدی ۴۱۸
 ~ در جهان مدرن ۳۸۷-۳۸۵
 نرخ مشارکت اقتصادی ← اشتغال
 نسبت اجاره‌نشینی ۷۴
 نسبت بستگی ۱۷، ۲۱، ۲۳، ۲۸
 نظارت رسمی ۲۳۱، ۲۳۲
 نظارت غیررسمی ۲۳۱، ۲۳۲
 نیازهای اولیه ۴۲۰
 نیازهای ثانویه ۴۲۰
 نیروی کار
 تقاضای ~ ۹۱، ۹۶، ۹۸، ۱۰۱
 عرضه ~ ۹۰-۹۲، ۹۶، ۹۸، ۹۹، ۱۰۱
 وفاداری ملی ۲۰۶، ۲۰۷
 هدفمند کردن یارانه‌ها ۳۴، ۳۵، ۸۵، ۴۳۱
 هزینه خوراک ۳۷، ۴۲۸-۴۳۱
 همسرآزاری ۲۹۲، ۲۹۳
 همسرکشی ۳۲۱
 هویت
 نظریه‌های ~ ۲۰۶
 ~ آسیایی ۲۰۹
 ~ اروپایی ۲۱۰
 ~ امتی ۲۱۸
 ~ امریکایی ۲۰۷
 ~ ایرانی-اسلامی ۲۱۱
 ~ باز ۲۰۸
 ~ بین‌المللی ۲۱۹
 ~ تاریخی ۲۰۵
 ~ جمعی ۲۰۳، ۲۰۴، ۲۰۶، ۲۱۹
 انواع هویت جمعی ۲۰۴
 ~ جنسی ۲۰۴
 ~ جهان‌زی (جهان‌وطن‌گرایی) ۲۱۹
 ~ دینی ۲۱۸
 ~ فراملی ۲۱۰، ۲۱۹
 ~ فردی ۲۰۳
 ~ فرهنگی ۲۰۴، ۲۰۵، ۲۱۰، ۲۱۱
 ~ قومی ۲۰۴، ۲۱۲، ۲۱۶، ۲۱۷، ۲۱۹
 ~ مدرن (جهانی) ۲۱۸
 ~ مدنی ۲۰۷، ۲۱۰
 ~ مذهبی ۲۱۲
 هویت ملی
 ابعاد ~ ۲۱۲
 بعد فرهنگی ۲۱۲، ۲۱۳
 بعد اجتماعی ۲۱۳
 بعد سیاسی ۲۱۳، ۲۱۴
 ترکیب ابعاد ۲۱۴
 شاخص‌های ~ ۲۰۵
 متغیرهای مؤثر بر ~ ۲۱۹، ۲۲۰
 مفهوم ~ ۲۰۴
 میزان گرایش به ~ ۲۰۲
 ~ در جوانان ۲۱۵، ۲۱۶
 ~ در زنان ۲۱۶
 ~ و اتحادیه اروپایی ۲۱۰