

บทที่ 8 นโยบายประชากร (Population Policy)

1. ความหมาย

นโยบายประชากร หมายถึง "กฎหมายหรือมาตรการใด ๆ ก็ตามที่องค์กรหรือหน่วยงานของรัฐบาลออกมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางเพิ่มหรือลดลงของขนาด องค์ประกอบ หรือการกระจายตัวของประชากรภายในประเทศ นโยบายประชากรมีทั้งที่เป็นนโยบายทางตรงและนโยบายทางอ้อม ลักษณะนโยบายประชากรอาจเป็นนโยบายเฉพาะพื้นที่หรือของประเทศและนโยบายประชากรระหว่างประเทศที่ประเทศสมาชิกขององค์การสหประชาชาติประชุมเพื่อกำหนดนโยบายประชากรอย่างกว้าง ๆ ร่วมกัน" (นพวรรณ จงวัฒนา, 2541 : 81) จากพจนานุกรมศัพท์ประชากรศาสตร์ข้างต้นนี้ สรุปได้ว่านโยบายประชากรหมายถึง

1. กฎหมายหรือมาตรการที่ออกมาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในขนาด องค์ประกอบ และการกระจายตัวของประชากร
2. นโยบายอาจจะเป็นนโยบายโดยตรงหรือโดยอ้อม
3. นโยบายอาจจะมีขอบเขตครอบคลุมกว้างขวาง หรือเฉพาะที่ หรือระหว่างประเทศได้

ซึ่งเป็นความหมายที่กว้างมาก เพราะเป็นนโยบายที่เกี่ยวข้องกับคนทั้งชาติหรือทั้งโลกก็ได้ โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อปรับปรุงสวัสดิการและความเป็นอยู่ของประชาชนในชาติหรือในสังคมโลกให้อยู่ดีกินดีนั่นเอง

นโยบายประชากร ถ้าดูจากวัตถุประสงค์แล้วจำแนกได้อย่างคร่าว ๆ เป็น 2 ประเภทด้วยกัน ได้แก่

(บุญเลิศ เลี้ยวประไพ, 2540)

- 1.1 นโยบายที่สนองต่อการเปลี่ยนแปลงของประชากร (population responsive policies) ซึ่งมุ่งจะปรับปรุงหรือเอาชนะผลของการเพิ่มในขนาดและความหนาแน่นของประชากร และผลของอัตราการเกิดที่สูง เช่น การเพิ่มของประชากรในส่วนที่มีอัตราการเกิดสูง ย่อมทำให้สัดส่วนของประชากรวัยเด็กที่เข้า

ผู้วัยศึกษาเพิ่มสูงตามไปด้วย รัฐจึงต้องมีนโยบายการศึกษาเพื่อจะได้ขยายการศึกษาไปรองรับเด็กที่เพิ่มขึ้น ดังนั้น นโยบายการศึกษา จึงถือได้ว่าเป็นนโยบายที่สนองต่อการเปลี่ยนแปลงทางประชากร ในทำนองเดียวกันอัตราเพิ่มของประชากรที่เข้าสู่วัยแรงงานย่อมมีมากตามไปด้วย ดังนั้น รัฐจะต้องขยายกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่ต้องใช้แรงงานมาก เช่น อุตสาหกรรมเกษตรฯ แทนการใช้เครื่องจักรซึ่งใช้แรงงานน้อย เป็นต้น ซึ่งนโยบายประเภทนี้ การเปลี่ยนแปลงของประชากรจะเป็นผู้กำหนดนโยบาย

- 1.2 นโยบายที่มุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในขนาด องค์ประกอบและการกระจายตัวของประชากร (population influencing policies) เช่น นโยบายการลดอัตราเพิ่มของประชากรด้วยการลดระดับการเกิด (หรือ เพิ่มระดับการตาย ซึ่งไม่เป็นที่นิยม) การส่งเสริมให้ประชากรวางแผนครอบครัว หรืออาศัยมาตรการกฎหมาย เช่น เก็บภาษี รวมทั้งประเพณีต่าง ๆ เช่น การกำหนดอายุเมื่อแรกสมรสให้สูง ห้ามหญิงมีอายุสมรสใหม่ นโยบายสาธารณสุข นโยบายโภชนาการ เพื่อลดระดับการตาย นอกจากนี้ นโยบายเกี่ยวกับการคมนาคมขนส่ง พัฒนาอุตสาหกรรม หรือเมืองตามภูมิภาคก็เป็นนโยบายที่มุ่งให้เกิดการกระจายตัวของประชากรไปในทิศทางที่ต้องการ

จะเห็นได้ว่า บางนโยบายจัดเข้าได้ทั้ง 2 ประเภท เช่น นโยบายการศึกษา ซึ่งถูกกำหนดโดยจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นและระดับการศึกษาของประชากรก็เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อ การสมรสและภาวะเจริญพันธุ์ เป็นต้น

2. นโยบายประชากรที่ส่งผลกระทบต่อขนาด องค์ประกอบและการกระจายตัวของประชากร ได้แก่

- 2.1 นโยบายเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์ ซึ่งมีทั้งส่งเสริมและควบคุมอัตราเกิด ในสังคมที่มีอัตราเพิ่มของประชากรต่ำหรือไม่เพิ่มเลย รัฐบาลจะพยายามวางนโยบายทั้งทางตรงและทางอ้อมให้ประชากรมีลูกเพิ่มขึ้น โดยใช้มาตรการภาษี ตลอดจนสวัสดิการต่าง ๆ ส่วนในสังคมที่มีอัตราเพิ่มของประชากรสูง คือมีอัตราการ

เกิดสูง รัฐบาลจะวางนโยบายในการควบคุมการเกิดหรือสนับสนุนให้ประชากรวางแผนครอบครัว

- 2.2 นโยบายเกี่ยวกับภาวะการตาย ทุกประเทศไม่ว่าประเทศนั้นจะมีอัตราเพิ่มสูงหรือต่ำ รัฐบาลจะมีนโยบายด้านสาธารณสุขในการดูแลรักษาสุขภาพของประชากรให้แข็งแรง อายุยืน ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ทำให้อัตราการตายของประชากรในทุกประเทศลดต่ำลงกว่าอดีตทั้งสิ้น
- 2.3 นโยบายเกี่ยวกับการกระจายตัวของประชากร ในแต่ละประเทศจะมีการวางนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาเมืองและชนบท เพื่อให้ประชากรกระจายไปอยู่ในพื้นที่ที่ไม่แออัดหนาแน่นเกินไป เป็นต้น

3. ความจำเป็นที่ต้องมีนโยบายประชากร

ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้นว่า นโยบายประชากรเป็นนโยบายที่จัดทำขึ้นเพื่อปรับปรุงสวัสดิการ รวมทั้งการกินดีอยู่ดีของประชากร ดังนั้นทุกประเทศจึงควรมีนโยบายที่เหมาะสมสำหรับสังคมตัวเอง เพื่อที่ว่า รัฐบาลจะได้จัดสวัสดิการต่าง ๆ ที่จำเป็นให้กับประชากรได้โดยทั่วถึง ทั้งนี้เพราะบางประเทศมีประชากรเพิ่มมากเกินไปจนรัฐบาลไม่สามารถจัดสวัสดิการให้แก่ประชากรได้ทั่วถึง ทำให้เกิดปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสังคม ความยากจนต่าง ๆ ตามมา และบางประเทศมีอัตราเพิ่มน้อยเกินไปจนกระทบต่อความมั่นคงของประเทศ เพราะอัตราเกิดของคนต่ำกว่าอัตราตาย ถ้าไม่วางแผนนโยบายที่เหมาะสมในอนาคตประเทศนั้นอาจจะสูญพันธุ์ หรือมีคนต่างชาติเข้ามาอาศัยอยู่มากกว่าเจ้าของประเทศก็ได้ เพราะปัจจุบันหลายประเทศมีแรงงานไม่พอเพียงกับการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ จึงจำเป็นต้องอาศัยแรงงานต่างชาติเข้ามาช่วย ซึ่งแรงงานต่างชาติบางเชื้อชาติมีภาวะเจริญพันธุ์สูงกว่าเจ้าของประเทศ (เจ้าของประเทศนิยมอยู่เป็นโสด และไม่ยอมมีลูก) ได้แก่ ประเทศ แอบยูโรปเหนือ เยอรมันนี่ เป็นต้น ดังนั้นนโยบายประชากรจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับประเทศต่าง ๆ ไม่ว่าจะเพิ่มอัตราเพิ่มของประชากรมากหรือน้อย เพื่อจะได้มีจำนวนประชากรที่พอเหมาะกับสภาพเศรษฐกิจ สังคม และเพื่อความมั่นคงของประเทศด้วย

4. นโยบายเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธ์

4.1 นโยบายในประเทศแถบภูมิภาคที่พัฒนาแล้ว ปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะส่งเสริมอัตราเพิ่มของประชากรโดยการสนับสนุนให้ประชากรมีลูกมากขึ้น สืบเนื่องมาจากปลายศตวรรษที่ 19 ประชากรในประเทศต่าง ๆ ของภูมิภาคที่พัฒนาแล้วได้เปลี่ยนทัศนคติจากความนิยมครอบครัวใหญ่มาสู่ความนิยมการมีครอบครัวขนาดเล็ก หรือมีลูกน้อยนั่นเอง ดังได้กล่าวแล้วในเรื่องภาวะเจริญพันธ์หรือการเกิด ดังนั้นในช่วงต้นของศตวรรษที่ 19 การมีเจริญพันธ์ของประชากรในยุโรปส่วนใหญ่จึงเข้าสู่ระดับทดแทนตนเอง หลายประเทศในยุโรปตะวันตก ได้แก่ไชและออกกฎหมายควบคุมการเข้าถึงตลอดจนห้ามการโฆษณาวิธีการคุมกำเนิด เช่น ฝรั่งเศส ในปี 1920 ได้ทยอยกฎหมายห้ามการทำแท้ง โฆษณา ยุยง ส่งเสริม รวมทั้งมีบทลงโทษผู้ทำแท้งแก่สตรีด้วย เนเธอร์แลนด์ได้แก้ไขกฎหมายในปี 1911 เพื่อเป็นการส่งเสริมการเกิด แต่ไม่ปรากฏผลอย่างชัดเจนต่อภาวะเจริญพันธ์ของประชากร เพราะอัตราการเกิดเพิ่มสูงขึ้นในระยะสั้นและก็ลดลงเหมือนเดิม หลังปี 1960 รัฐบาลหลายประเทศได้มีการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายเกี่ยวกับการทำแท้งใหม่ ให้สามารถทำได้โดยไม่ผิดกฎหมาย แต่ความเข้มงวดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับแต่ละประเทศรวมทั้งได้เผยแพร่วิธีการคุมกำเนิดวิธีอื่นควบคู่ไปด้วย บางประเทศได้ใช้นโยบายจูงใจในการมีลูกโดยการให้เงินค่าใช้จ้างต่าง ๆ โอกาสในการได้ที่อยู่อาศัย สิทธิในการใช้อุปกรณ์สิ่งของเครื่องใช้ของรัฐบาล และที่สำคัญคือสถานภาพการทำงานของสตรีได้รับการปรับปรุงดีขึ้น เช่น ลาคลอดได้นานขึ้น โดยรัฐค้ำประกันในเรื่องตำแหน่งหน้าที่การทำงาน และรายได้ เป็นต้น เพื่อส่งเสริมให้ประชากรมีลูกเพิ่มขึ้น ยกตัวอย่างเช่น ฝรั่งเศสซึ่งเป็นประเทศแรกที่มีอัตราเกิดลดลง ต้นศตวรรษที่ 20 รัฐบาลได้ออกกฎหมายต่อต้านการทำแท้ง เพื่อส่งเสริมการเกิดแต่ไม่สำเร็จ หลังปี 1960 จึงมีนโยบายส่งเสริมการเพิ่มประชากร โดยรัฐออกค่าใช้จ้างต่าง ๆ ให้ สตรีสามารถเลี้ยงดูได้ ค่าประกันรายได้ขั้นต่ำของแม่ที่ไม่ได้แต่งงาน และสตรีสามารถลาหยุดเลี้ยงลูกได้ถึง 2 ปี และในบางกรณี เด็กหนุ่มที่เป็นบิดาก็ได้รับเงินจำนวนไม่ต้องไปเกณฑ์ทหารด้วย

ประเทศในแถบยุโรปเหนือก็เช่นเดียวกัน รัฐบาลหลายประเทศได้พยายามสนับสนุนให้ประชากรมีลูกเพิ่มขึ้นโดยการให้สวัสดิการแก่ครอบครัวอย่าง มาก โดยเด็กจะได้รับเงินค่าเลี้ยงดูจากรัฐตั้งแต่เกิดจนกระทั่งอายุประมาณ 18 ปี หรือจบชั้นมัธยมศึกษา ส่วนแม่ก็ลาคลอดและลามาเลี้ยงลูกได้เป็นเวลายาวนาน 2 - 3 ปี โดยสามารถกลับไปทำงานในตำแหน่งเดิมได้ แต่อย่างไรก็ตามประชากรยุโรป ก็เคยชินกับการมีลูกน้อยหรือไม่มีเลย และในประเทศต่าง ๆ เหล่านี้ก็มีกฎหมายทำ แท้งได้ และไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ดังนั้น อัตราการเกิดจึงมีแนวโน้มต่ำลงไปเรื่อย ๆ และอัตราเพิ่มก็มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน โดยเฉพาะในประเทศแถบยุโรปตะวันออก ในปี 1997 อัตราเพิ่มของประชากรยุโรปประมาณ -0.1 โดยมี CBR ประมาณ 10 CDR ประมาณ 12 ยุโรปตะวันออกมีอัตราเพิ่มต่ำสุด ประมาณ -0.4 ยุโรปเหนือ ยุโรปตะวันตก และยุโรปใต้ มีอัตราเพิ่มประมาณ 0.1 (UN : 1997) และอัตราเกิด ส่วนใหญ่เกิดจากผู้อพยพเข้าประเทศ ดังนั้นหลายประเทศ เช่น เบลเยียม เยอรมัน จึงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนกฎหมายเกี่ยวกับผู้อพยพ โดยยอมรับลูก ของผู้อพยพที่เกิดในประเทศตนเองและผู้อพยพที่หลบหนีเข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย ก่อนปี 2540 รวมเข้าเป็นประชากรของตนเอง

4.2 นโยบายประชากรของประเทศต่าง ๆ ในภูมิภาคที่กำลังพัฒนา

ภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ประเทศต่าง ๆ ในภูมิภาคที่กำลังพัฒนา มีอัตราเพิ่ม ของประชากรสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องมาจากการมีอัตราการเกิดสูง และอัตราการ ตายลดลง จนส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ของประชากร เพราะภูมิภาคนี้มีประชากร กระจายอยู่อย่างกว้าง ดังนั้นเกือบทุกประเทศจึงจำเป็นต้องมีนโยบาย โดยมีจุดมุ่ง หมายเพื่อลดอัตราเพิ่มของประชากร ที่เน้นการส่งเสริมการวางแผนครอบครัว เพื่อ ให้ประชากรมีลูกน้อยลง ซึ่งบางประเทศรัฐฯ ก็มีนโยบายประชากรสนับสนุนโครงการวางแผนครอบครัวโดยตรง แต่บางประเทศก็เป็นโครงการที่รัฐสนับสนุนโดยอ้อม (ดูตารางที่ 22) ทั้งนี้เนื่องมาจาก ความเชื่อทางด้านศาสนา และประเพณี ที่มี ความเชื่อว่าการวางแผนครอบครัวโดยใช้วิธีการควบคุมการเกิดเป็นการขัดต่อหลัก ศาสนา และประเพณีจากตารางข้อมูลจะเห็นได้ว่า ก่อนปี 1960 มีเพียงอินเดีย ประเทศเดียวเท่านั้นที่ประกาศนโยบายสนับสนุนโครงการวางแผนครอบครัว โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราเพิ่มของประชากร ซึ่งประกาศในปี 1952

ตารางที่ 22 ประเทศต่างๆ ในภูมิภาคกำลังพัฒนาที่สนับสนุนโครงการวางแผนครอบครัวเพื่อลด
อัตราเพิ่มและด้วยเหตุผลอื่น จำแนกตามขนาดของประชากรในปี 1974

นโยบายสนับสนุนการลดอัตราเพิ่มของประชากร

ประเทศ	จำนวนคน (ล้าน)	ปีที่เริ่มนโยบาย
จีน	800	1962
อินเดีย	587	1952
อินโดนีเซีย	129	1968
บังคลาเทศ	73	1967
ปากีสถาน	67	1960
เม็กซิโก	58	1973
ฟิลิปปินส์	42	1970
ไทย	41	1970
เดอร์กี	39	1965
อียิปต์	36	1965
อิหร่าน	33	1967
เกาหลีใต้	33	1961
ไต้หวัน	16	1968
เคนยา	13	1966
มาเลเซีย	11	1966
ตูนิเซีย	5.6	1964
กานา	9.6	1969
ฮ่องกง	4.3	1973
ลาว	3.2	1972
เปอร์โตริโก	3	1970
สิงคโปร์	2.3	1965

รัฐสนับสนุนโครงการด้วยวัตถุประสงค์อื่น

ประเทศ	จำนวนประชากร (ล้าน)	ปีที่เริ่มโครงการ
บราซิล	105	1974
ไนจีเรีย	79	1970
แอฟริกาใต้	24	1966
แซร์	23.5	1973
เวียดนามเหนือ	23	1962
เวียดนามใต้	20	1971
อาฟกานิสถาน	18.5	1970
อิรัก	11	1972
ชิลี	10	1966
คิวบา	9	1960
เขมร	7	1972
อิตาลี	7	1968
กัวเตมาลา	6	1971
โบลิเวีย	5.4	1968
เอกซัลวาดอร์	4	1968
ฮอนดูรัส	2.9	1966
ปารากวัย	2.8	1972
นิคารากัว	2.1	1967
คอสตาริกา	2	1968
ปานามา	1.6	1969

ที่มา : ตารางที่ 1, Mauldin W, Parker. 1975. "Assessment of National Family Planning Programs in Developing Countries." Studies in Family Planning 6, No. 2 (February) 30 - 36

พร้อม ๆ กับประเทศญี่ปุ่น หลังจากนั้นประเทศอื่น ๆ ก็ได้ทยอยประกาศนโยบาย ประชากรตามมา ข้อสังเกต จะเห็นได้ว่าประเทศที่รัฐสนับสนุนนโยบายประชากร โดยมีวัตถุประสงค์อื่นนั้น ส่วนใหญ่จะเป็นประเทศแถบละตินอเมริกา ซึ่งนับถือ ศาสนาคริสต์นิกายคatholic และประเทศแถบอาฟริกาตลอดจนเอเชีย ซึ่งนับถือ ศาสนาอิสลาม เนื่องจากศาสนาคริสต์นิกายคatholicและศาสนาอิสลามมีบทบัญญัติห้ามการคุมกำเนิดโดยใช้อุปกรณ์ในการควบคุม แต่เพราะประชากรส่วน ใหญ่มีลูกมาก ยากจน แม่และเด็กเสียชีวิตเนื่องจากการคลอด ภายหลังคลอดสูง รัฐบาลจึงจำเป็นต้องมีนโยบายโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อรักษาสุขภาพอนามัยของแม่ และเด็ก และเพื่อความอยู่ดีกินดีของประชากร เป็นหลัก

5. ความก้าวหน้าของนโยบายประชากร ในด้านภาวะเจริญพันธุ์ในภูมิภาคพัฒนาแล้ว และกำลังพัฒนา

- 5.1 ในประเทศพัฒนาแล้ว นโยบายส่งเสริมภาวะเจริญพันธุ์อาจถือได้ว่าไม่ประสบผล สำเร็จ เพราะอัตราเกิดของประชากรสูงขึ้นเล็กน้อยภายหลังการส่งเสริม และ ดำรงอยู่ในระยะสั้นก็ลดลงอีก ทำให้แนวโน้มอัตราเกิดปัจจุบันลดลงไปเรื่อย ๆ รัฐบาลแต่ละประเทศได้พยายามหันมาส่งเสริมการอพยพเข้าของประชากรต่างชาติ แต่ก็มีปัญหาชนต่างวัฒนธรรมตามมา และประชากรของตนเองก็นิยมอยู่เป็นโสด เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ
- 5.2 ในประเทศพัฒนาแล้ว นโยบายในการควบคุมภาวะเจริญพันธุ์หรืออัตราการเกิด ประสบผลสำเร็จอย่างมากในบางประเทศ จนต้องปรับเปลี่ยนนโยบายเป็นส่งเสริม การเกิดแทน เช่น ประเทศมาเลเซีย สิงคโปร์ เป็นต้น ส่วนบางประเทศประสบ ผลสำเร็จในนโยบาย แต่ก็ยังคงนโยบายในการควบคุมการเกิดอยู่ ก็มีเป็นจำนวน มาก บางประเทศก็ประสบผลสำเร็จน้อย ทั้งนี้เนื่องมาจาก
 - ลักษณะของประชากร ซึ่งส่วนใหญ่ยากจน ไม่รู้หนังสือ
 - สถานภาพทางเพศของสตรีในบางประเทศต่ำมาก
 - งบประมาณที่ใช้ในโครงการมีไม่มาก เพราะประเทศยากจนมีรายได้น้อยต้อง อาศัยงบประมาณช่วยเหลือจากต่างชาติ โดยเฉพาะปัจจุบัน เกือบทุก

ประเทศกำลังประสบกับปัญหาวิกฤตทางด้านเศรษฐกิจ ทำให้งบประมาณที่สนับสนุนโครงการลดต่ำลงไปอีก

- การดำเนินโครงการยังไม่ทั่วถึงทั่วประเทศ เพราะบางประเทศมีพื้นที่กว้าง ทำให้การดำเนินโครงการจำกัดอยู่เฉพาะบางพื้นที่เท่านั้น
- วิธีการหรืออุปกรณ์ที่ใช้ในการคุมกำเนิดที่เหมาะสมในแต่ละประเทศมีจำกัด
- การทำแท้งเป็นวิธีการควบคุมการเกิดที่ยังไม่ได้รับการยอมรับมากนัก เพราะขัดกับระบบความเชื่อทางด้านศาสนาของประชากร

6. ผลที่เกิดจากการดำเนินนโยบาย เกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์ ได้แก่

- 6.1 อัตราการเจริญพันธุ์รวมของประชากรลดลงส่วนใหญ่ เช่น ประเทศไทย สามารถลดอัตราการเจริญพันธุ์รวม จากการที่สตรีแต่ละคนมีลูกประมาณ 6 คน ในอดีต มาสู่ประมาณ 2 คน ในปัจจุบัน นอกจากนี้ยังปรากฏในประเทศอื่น ๆ ด้วย เช่น จีน เกาหลี ไต้หวัน อินเดีย เป็นต้น ซึ่งบางประเทศก็ลดลงมาก บางประเทศก็ลดลงน้อย ขึ้นอยู่กับโครงสร้างทางสังคม ระดับการศึกษา และการยอมรับวิธีการวางแผนครอบครัวของประชากร
- 6.2 เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างทางประชากร ทำให้ผู้เป็นภาระวัยเด็กลดลง แต่วัยสูงอายุเพิ่มขึ้น
- 6.3 เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมตามมา

7. นโยบายประชากรในประเทศต่าง ๆ

7.1 ญี่ปุ่น (Japan)

ญี่ปุ่น เป็นประเทศแรกที่ประกาศนโยบายในการควบคุม ภาวะเจริญพันธุ์ ทั้งนี้ เพราะ ญี่ปุ่นมีประชากรเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในศตวรรษที่ 20 ในขณะที่พื้นที่ของประเทศมีขนาดเล็ก ทำให้ความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่สูงมาก ญี่ปุ่นจึงประสบกับปัญหาการเพิ่มขึ้นของประชากรอย่างมาก มาตั้งแต่ก่อนสงครามโลกครั้งที่ 2 ทอมลินสัน (1965) ได้รายงานไว้ว่า ในปี ค.ศ. 1872 ญี่ปุ่นมีประชากรเพียงแค่ 35 ล้านคน และได้เพิ่มขึ้นเป็น 70 ล้าน หรือเท่าตัวในปี

1935 และหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 คือ ปี 1958 ประชากรญี่ปุ่นได้เพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 92 ล้านคน

จากการศึกษาการเปลี่ยนแปลงทางประชากรในอดีต ภายใต้การปกครองของโซกุน ชาวญี่ปุ่นได้มีการควบคุมการเพิ่มของประชากรโดยการทำแท้ง และฆ่าเด็กทารก แม้ว่าจะขัดแย้งกับระบบความเชื่อในศาสนาชินโตและศาสนาพุทธ ที่ประชากรนับถืออยู่ก็ตาม จนกระทั่งปี 1940 ญี่ปุ่นจึงได้ออกกฎหมายเรียกว่า "National Eugenic Law" โดยมีจุดมุ่งหมายห้ามการทำแท้ง แต่ภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ประชากรญี่ปุ่นได้เพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 90 ล้านคน ในขณะที่ญี่ปุ่นแพ้สงคราม ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ประชากรยากจนลง ขาดแคลนเครื่องอุปโภคบริโภคต่าง ๆ ดังนั้นในปี 1948 ญี่ปุ่นจึงได้ออกกฎหมายใหม่เพื่อลบล้างกฎหมายเดิม โดยใช้ชื่อว่า Eugenic Protection Law ด้วยเหตุผลที่ว่า เป็นการป้องกันชาติพันธุ์ของมนุษย์ กฎหมายใหม่นี้อนุญาตให้ประชาชนทำแท้งได้โดยถูกต้องตามกฎหมาย ในกรณีที่เป็นการคุมครองชาติพันธุ์ และเพื่อสุขภาพของแม่ โดยให้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์

ต่อมาในปี 1952 กระทรวงสาธารณสุข และสวัสดิการของประเทศญี่ปุ่นจึงได้ประกาศโครงการการวางแผนประชากรของรัฐอย่างเป็นทางการ โดยรัฐบาลสนับสนุนการคุมกำเนิดรวมทั้งการทำแท้งอย่างเปิดเผย ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้กระทำให้โดยถูกกฎหมาย ในปี 1953 ปรากฏว่ามีสตรีญี่ปุ่นประมาณกว่าล้านคนทำแท้ง ซึ่งเป็นวิธีการที่เสี่ยงอันตราย และทำลายสุขภาพของสตรีอย่างมาก ในปี 1955 รัฐบาลจึงต้องเสนอให้แพทย์แนะนำวิธีการควบคุมการเกิดวิธีอื่น เพื่อลดอัตราการทำแท้ง นอกจากนี้รัฐยังได้ดำเนินนโยบายเกี่ยวกับค่าจ้าง และการเก็บภาษีเพิ่มสำหรับครอบครัวที่มีขนาดใหญ่มีลูกหลายคน

ภายหลังจากการประกาศนโยบาย อัตราการเกิดของประชากรญี่ปุ่นได้ลดลงอย่างรวดเร็ว จาก CBR 34/1,000 ในปี 1947 ลดลงเหลือ 28.1 ในปี 1950 และเหลือ 17.2 ในปี 1957 และมีแนวโน้มลดต่ำลงเรื่อย ๆ ทั้งนี้เพราะอัตราการเจริญพันธุ์รวมของสตรีได้ลดลงจากประมาณ 2.14 ในปี 1965 เป็น 1.89 ในปี 1975 1.73 ในปี 1980 และ 1.81 ในปี 1984 (เตียง ผาดโรสง ; 2539 : 286) ในปี 1998 อัตราอยู่ที่ประมาณ 1.4 ซึ่งต่ำกว่าอัตราการเกิดทดแทน ทั้งนี้เพราะสตรีมีการศึกษาสูงขึ้นและอยู่เป็นโสดมากขึ้น อัตราเพิ่มของประชากรอยู่ในระดับที่ต่ำเท่าเทียมกับประเทศที่พัฒนาแล้ว ในปี 1998 ญี่ปุ่นมีประชากรทั้งสิ้น 126.3 ล้านคน มีอัตราเพิ่ม 0.2% CBR 10/1,000, CDR 8/1,000 ประชากรส่วนใหญ่อายุยืน ทำให้ผู้สูงอายุมีเป็นจำนวนมาก และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่อัตราเพิ่มของประชากรวัยเด็กลดลงอย่าง

มาก และถ้าอัตราเพิ่มของประชากรยังคงที่ นักประชากรศาสตร์คาดว่าในอนาคตญี่ปุ่นจะเผชิญกับปัญหาจำนวนประชากรลดลงจากจำนวนที่มีอยู่ในปัจจุบัน

7.2 ไทย

ประเทศไทยในอดีตมีประชากรไม่มากนัก พระมหากษัตริย์และผู้นำประเทศในแต่ละยุคจึงพยายามออกมาตรการในการเพิ่มประชากรให้มากขึ้น เพราะจำนวนประชากรเป็นฐานของอำนาจทางการเมืองของกษัตริย์ เจ้านาย และขุนนางมาโดยตลอด เนื่องจากยุคนั้นยังขาดอาวุธที่ทันสมัยและยังไม่มีทหารประจำการ (ชียยนต์ ประดิษฐ์ศิลป์, 2534 : 3) จะเห็นได้จากในสมัยกรุงศรีอยุธยา มีกฎหมายตราสามดวงที่มีการอนุญาตให้ชายมีภรรยาตามกฎหมายได้หลายคนไม่จำกัดและในสมัยรัชกาลที่ 1 ก็ได้นำกฎหมายนี้มาประกาศใช้อีกครั้ง เพื่อให้ประชากรมีลูกมาก ๆ จะได้มีแรงงานมาก ๆ เพื่อเป็นทหารและเพื่อทำงานเชิงเศรษฐกิจด้วย แต่อัตราเพิ่มของประชากรไทยก็ยังเพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ จนกระทั่งหลังการเปลี่ยนแปลงการปกครองในปี พ.ศ. 2475 รัฐจึงได้หันมาใช้มาตรการต่าง ๆ เร่งรัดให้ประชากรมีลูกมากขึ้น นอกจากนี้การแพร่กระจายความเจริญก้าวหน้าด้านการแพทย์ สาธารณสุข มาจากประเทศอุตสาหกรรม ภายหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ทำให้อัตราการตายลดลง ประชากรจึงได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในยุคจอมพล ป. พิบูลสงคราม ได้มีการออกมาตรการส่งเสริมการเพิ่มประชากร ทั้งส่งเสริมการเกิดและลดอัตราตาย ต่อด้านการคุมกำเนิดและห้ามการทำแท้งในด้านส่งเสริมการเกิด มีการส่งเสริมการสมรส โดยมีคำกล่าวที่ว่า "สมรสเมื่อวัยหนุ่มสาวทำให้ชาติเจริญ" จัดตั้งสำนักงานสื่อสมรส เพื่อให้หนุ่มสาวได้มีโอกาสสังสรรค์กัน เพื่อนำไปสู่การสมรสขึ้นทุกจังหวัดทั่วประเทศ จัดเก็บภาษีชายโสดเพิ่มจากบุคคลธรรมดาในอัตรา 10% ของภาษีเงินได้ที่ต้องเสีย ในปี พ.ศ. 2487 เพื่อกระตุ้นให้คนโสดแต่งงาน ส่งเสริมความเป็นแม่ ประกวดแม่ลูกดก ประกวดอนามัยลูกสงเคราะห์ผู้มีบุตรมาก ซึ่งกระบวนการส่งเสริมการมีลูกมากนี้ดำเนินอยู่ในช่วงนโยบายสร้างชาติ พ.ศ. 2481 - 2487 หลังจากนั้นมีการเปลี่ยนผู้นำใหม่จากจอมพล ป. พิบูลสงคราม เป็นนายควง อภัยวงศ์ ซึ่งได้มีมติยุบองค์การการส่งเสริมการสมรส ภายหลังจอมพล ป. ได้กลับมาใช้อำนาจใหม่ ได้รับเทคโนโลยีด้านการแพทย์และสาธารณสุข จากประเทศตะวันตก และได้ขยายงานควบคุมโรคติดต่อออกไป ทำให้สามารถลดตายของประชากรเนื่องจากโรคติดต่อ เช่น มาเลเรีย วัณโรค อหิวาตกโรค ลงได้อย่างรวดเร็วในระยะเวลาแค่ 10 ปีเศษ ๆ เท่านั้น นอกจากนี้ รัฐบาลได้ต่อด้านวิธีการคุมกำเนิดแบบใหม่ที่แพร่เข้ามาพร้อมกับวิทยาการต่าง ๆ ตลอดจนการทำแท้ง ประชากรไทยจึงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากจำนวน 10 ล้านคนในปี พ.ศ. 2470 เป็น 20 ล้าน

ในปี 2495 และ 30 ล้านในปี 2508 เพิ่มเป็น 40 ล้านในปี 2519 และเพิ่มเป็น 50 ล้าน ในปี 2527 (ปราโมทย์ ประสาทกุล : สถานการณ์ประชากรไทย 60 ล้านคน) จะเห็นว่าการเพิ่มขึ้นของประชากรไทยเป็นไปอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2501 มีคณะผู้เชี่ยวชาญของธนาคารโลกได้เข้ามาสำรวจภาวะเศรษฐกิจในประเทศไทยและได้บันทึกความเห็นเกี่ยวกับการเพิ่มของประชากรไทย แก่รัฐบาลว่า "การเพิ่มจำนวนของประชากรไทยในอัตราสูงก่อให้เกิดปัญหานานาวิตถกานานาประการ... อนึ่งเมื่อพิจารณาถึงอัตราเพิ่มอย่างรวดเร็วของจำนวนประชากรไทย เห็นว่าควรส่งเสริมให้ประชากรรู้จักวิธีจำกัดขนาดของครอบครัว..." (เตียง ผาดโรตง, 2539 : 25) จากข้อเสนอแนะของธนาคารโลกครั้งนี้นำไปสู่การตื่นตัวของรัฐบาล และได้มีคำสั่งไปยังกระทรวงสาธารณสุข สภาวิจัยแห่งชาติ สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ให้ศึกษา ในที่สุดเดือนมีนาคม 2513 รัฐบาลก็ได้ประกาศนโยบายออกมาความว่า "รัฐบาลไทยมีนโยบายที่จะสนับสนุนการวางแผนครอบครัว ด้วยระบบใจสมัครเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว เกี่ยวกับอัตราเพิ่มของประชากรที่สูงมาก ซึ่งจะเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ"

ในการดำเนินงานเพื่อให้เป็นไปตามนโยบาย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 เป็นต้นมา รัฐบาลได้นำเอาวิธีการวางแผนครอบครัวมาใช้ในการลดอัตราเพิ่มของประชากรโดยตลอด โดยตั้งเป้าหมายที่จะลดอัตราเพิ่มทางธรรมชาติของประชากร จากร้อยละ 3 เศษ ๆ ให้เหลือ 2.5 % ในปี 2519 2.1 % ในปี 2524 1.6 % ในปี 2529 1.3 % ในปี 2534 และ 1.1 % ในปี 2539

ลักษณะสำคัญของนโยบายประชากรของไทย แตกต่างจากประเทศอื่น ๆ ก็คือ เน้นความสมัครใจของประชากร และได้มีการจัดตั้งโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ ที่กระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งได้กำหนดเป้าหมายด้านประชากรไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 3 (2515 - 2519) เป็นต้นมา จนกระทั่งถึงแผนฯ ฉบับที่ 6 (2530 - 2534) จึงได้มีการเปลี่ยนแปลงแนวทางพัฒนาสังคมโดยส่วนรวมที่เน้นเฉพาะบริการพื้นฐานทางสังคม มาเน้นความสำคัญของการพัฒนาสังคม ในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน แทนโดยเน้นว่า ประชากรเป็นปัจจัยพื้นฐานและมีอิทธิพลต่อการพัฒนาประเด็นสำคัญของแผน 6 คือ รัฐไม่ควรให้ความสนใจเฉพาะปริมาณหรือคุณภาพของประชากรเท่านั้น แต่ควรสนใจในโครงสร้างของประชากรด้วย โดยเฉพาะโครงสร้างด้านอายุซึ่งมีอิทธิพลต่อการพัฒนาด้านเศรษฐกิจสูง

จนกระทั่งถึงแผนที่ 8 (2540 - 2544) วัตถุประสงค์หลักของนโยบายได้เปลี่ยนไปจากการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุขไป เป็นการพัฒนาศักยภาพมนุษย์โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานว่าการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในประเทศไทย ในอนาคตนั้นขึ้นอยู่กับความ

สามารถในการปรับปรุงสมรรถภาพของประชากร ทั้งนี้เพราะภาวะเจริญพันธุ์และอัตราการเกิดของประชากรไทยได้ลดลงมาจากอดีตอย่างมาก จะเห็นได้จากค่าอัตราเจริญพันธุ์รวม ในปี พ.ศ. 2542 ประมาณ 1.98 อัตราเพิ่ม 1.1 % ต่อปี CBR 18/1,000 CDR 6.7/1,000 อัตราการคุมกำเนิดของสตรี 72.2 %

สรุป นโยบายประชากรในการลดอัตราการเพิ่มของประชากรตั้งแต่ปี พ.ศ. 2513 เป็นต้น ประสบผลสำเร็จอย่างมาก สามารถลดอัตราเพิ่มจาก 3 % เศษ ลงมาเป็น 1 % เศษ ในช่วงระยะเวลาแค่ 30 ปี

7.3 จีน (China)

จีนเป็นประเทศที่มีประชากรมากที่สุดในโลก ในปี 1998 (2541) จีนมีประชากรประมาณ 1,242.5 ล้านคน โดยมีอัตราการเจริญพันธุ์รวม 1.8 จีนประกาศนโยบายประชากรตั้งแต่ปี 1962 (2505) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อควบคุมอัตราเพิ่มของประชากร โดยระบุว่าในปี ค.ศ. 2000 (2543) จีนจะต้องมีประชากรของประเทศทั้งหมด 1,200 ล้านคน

ในอดีตก่อนที่จีนจะอยู่ภายใต้การปกครองของคอมมิวนิสต์ จีนเป็นสังคมประเพณีนิยม ที่ชายมีสถานภาพสูง สามารถมีภรรยากี่คนก็ได้ และเพศชายเป็นเพศที่สืบเผ่าพันธุ์ของตระกูลเป็นคนดูแลพ่อแม่เมื่อแก่เฒ่า และประกอบพิธีกรรมเมื่อพ่อแม่สิ้นชีวิตไปแล้ว ดังนั้น คนจีนจึงนิยมการมีครอบครัวใหญ่และมีลูกชายหลาย ๆ คน จึงมีผลทำให้ประชากรจีนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จนกระทั่งรัฐบาลจีนคอมมิวนิสต์ได้เริ่มตระหนักถึงปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมตามมา และเห็นพ้องกันว่า การวางแผนชะลอการเพิ่มของประชากรมีความสำคัญยิ่งต่อการพัฒนาประเทศ ดังนั้น ในปี 1962 รัฐบาลจึงได้มีประกาศนโยบายของสภาประชาชนแห่งชาติฉบับที่ 51 ความตอนหนึ่งว่า

"...การเกิดที่มีการวางแผนเป็นสิ่งสำคัญ ต้องสอดแทรกความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวเข้าไปในการศึกษาต่าง ๆ ให้ประชาชนทั้งในเมือง และชนบท ปฏิบัติจนเป็นนิสัยเกี่ยวกับการแต่งงานเมื่ออายุมาก และวางแผนที่จะมีลูกเมื่อแต่งงานแล้ว"

การดำเนินโครงการเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยการสนับสนุนโครงการวางแผนครอบครัว โดยเน้นการส่งเสริมให้ประชาชนแต่งงานช้า มีลูกช้า และมีลูกให้น้อยคน แต่เนื่องจากจีนมีประชากรมากมาแต่อดีต โครงสร้างของประชากรจึงมีประชากรในวันหนุ่มสาวมาก ทำให้อัตราเกิดลดลงได้น้อย ดังนั้นในปี 1980 (2523) จีนจึงมีการเปลี่ยนแปลงนโยบายโดยเน้นการสนับสนุนให้ประชากรมีลูกครอบครัวละ 1 คน (One Child family) โดยมีเป้าหมาย

1. จะคงจำนวนประชากรของประเทศทั้งหมดให้อยู่ในระดับ 1,200 ล้านคนในปี ค.ศ. 2,000 (2543)
2. จะให้แต่ละครอบครัวมีลูกเพียง 1 คน ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายแรก
3. จะให้รางวัลแก่ครอบครัวที่มีลูกคนเดียว
4. จะให้สิ่งที่เป็นความต้องการพื้นฐาน 5 ประการ คือ อาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่ อาศัย ยารักษาโรค และหลุมฝังศพบรรพบุรุษแก่สตรีที่เป็นแม่ คนที่ไม่มีลูก คนชรา และเด็กกำพร้า

(Asian - Pacific : Population Programme News, Vol 12. No. 1, 1983)

รัฐบาลได้เข้มงวดอย่างมากในนโยบาย ผู้ที่หลบหนีการวางแผนครอบครัวจะโดนปรับเป็นเงิน และถ้าไม่มีเงินจ่ายทางการจะริบทรัพย์สินส่วนตัวทันที แต่เนื่องจากจีนเป็นสังคมที่ยกย่องเพศชาย ดังนั้นครอบครัวที่มีลูกคนแรกเป็นหญิงจึงมีการแอบทำแท้งหรือฆ่าเด็กทารกมากขึ้น ในที่สุดรัฐบาลจึงได้ยืดหยุ่นให้ประชากรในชนบทสามารถมีลูกคนที่ 2 ได้ในกรณีที่ลูกคนแรกเป็นหญิงหรือพิการ แต่ก็มีประกาศว่า หญิงที่มีลูกคนเดียวควรใช้ห่วงอนามัยคุมกำเนิดและในสตรีที่มีลูก 2 คน ควรทำหมัน และคนที่ไม่ได้รับอนุญาตจะต้องทำแท้งเมื่อท้อง การทำแท้งทำได้ในกรณีที่การคุมกำเนิดล้มเหลว

ปัจจุบันจีนจึงไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ เพราะปี 1998 มีประชากรเกือบ 1,300 ล้านคนแล้ว และประชากรในชนบทก็ยังคงต้องการมีลูกเกิน 1 คน โดยเฉพาะลูกชาย

7.4 อินเดีย (India)

อินเดียเป็นประเทศที่มีประชากรมากเป็นอันดับ 2 ของโลก และมีพื้นที่กว้างใหญ่ไพศาล มีทรัพยากรทางธรรมชาติมากมายที่รอการพัฒนา ประชากรส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบท ยากจนและยึดมั่นในประเพณี ในปี 1998 (2541) อินเดียมีประชากรประมาณ 988.7 ล้านคน อัตราการเจริญพันธุ์รวม 3.4 มีประชากรอายุต่ำกว่า 15 ปีประมาณ 36 % ดังนั้นในปี 2543 หรือปัจจุบัน อินเดียน่าจะมีประชากรถึง 1,000 ล้านคน อินเดียประกาศนโยบายประชากรมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1952

เนื่องจากอินเดียเป็นประเทศที่มีประชากรมากมาตั้งแต่อดีต เพราะประชากรนิยมแต่งงานเมื่ออายุน้อย ๆ ดังนั้น ปัญหาการเพิ่มของประชากรจึงได้รับการกล่าวขวัญมาตั้งแต่ปี 1916 โดยประชาชนและนักปกครองบางคนในจำนวนนักปกครองมีท่านมหาตมา คานธี ได้เข้า

ใจปัญหามาตั้งแต่ปี 1925 ว่าอินเดียมีความจำเป็นที่จะต้องมีการควบคุมการเพิ่มของประชากร แต่เขาก็มีความเชื่อว่า การงดเว้นการมีความสัมพันธ์ทางเพศเท่านั้น ที่จะควบคุมอัตราเกิดได้จึงมิได้มีการกระทำใด ๆ เกิดขึ้น จนกระทั่งหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ในปี 1947 (2490) อินเดียได้รับเอกราชคืนจากอังกฤษ จึงได้มีการหยิบยกปัญหาขึ้นมาพูดกันอีกครั้งหนึ่ง และในปี 1952 (2495) อินเดียจึงได้ประกาศนโยบายประชากรโดยกำหนดเป็นแผน 5 ปี รวมอยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจของชาติ (1951 - 1960) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อรักษาระดับเศรษฐกิจของประเทศ โดยการแนะนำวิธีการในการจำกัดขนาดครอบครัว การดำเนินนโยบายไม่ค่อยจริงจังมาก เป้าหมายที่วางไว้ก็ไม่ค่อยบรรลุผล เนื่องจากปัญหาด้านเงินทุน การบริหารงานที่ยังไม่ดีนัก ตลอดจนขาดแคลนเจ้าหน้าที่ที่จะดำเนินการ ดังนั้นในช่วง 5 ปีแรก และ 5 ปีที่ 2 จึงเป็นเพียงโครงการศึกษาวิจัยเท่านั้น หลังจากนั้นจึงได้เริ่มดำเนินการให้บริการอุปกรณในการคุมกำเนิด โดยไม่คิดมูลค่า รวมทั้งวิธีการทำหมัน แต่ก็พบว่าการดำเนินการแพร่อยู่ในบางพื้นที่เท่านั้น ไม่ครอบคลุมทั่วประเทศ จนกระทั่งกลางปี 1970 นางอินทรีรา คานธี นายกรัฐมนตรีได้มีการรณรงค์ต่อต้านให้ประชาชนมีลูกน้อยลง เป็นครอบครัวละประมาณ 3 คน ในการโฆษณาจึงจะเน้นให้ประชากรเข้ารับการทำหมันโดยจะให้เงินเป็นรางวัลพิเศษ 2 ประการ คือ ถ้าผู้หญิงจะได้ลดดอกเบี้ยลงร้อยละ 0.5 จากที่ควรจะต้องจ่ายหรือจะได้รับเงินพิเศษอีกจำนวนหนึ่ง นอกจากนี้ยังให้โอกาสในการมีงานทำสำหรับคนที่เข้าโครงการ ซึ่งเป็นความพยายามในการที่จะสร้างบรรทัดฐานให้ชาวอินเดียนิยมการมีครอบครัวเล็ก แต่การดำเนินนโยบายตั้งเครียดจริงจังมาก โดยนายสัญญาชัย คานธี บุตรชายของนางอินทรีรา คานธี ซึ่งเป็นหัวหน้าโครงการวางแผนครอบครัวได้จัดการนำชายทุกคนที่พบไม่ว่าที่ใดก็ตามไปทำหมันสร้างความไม่พอใจให้กับประชาชนอย่างมาก เพราะบางคนแก่ บางคนโสด บางคนยังไม่มีลูก ในปี 1977 รัฐบาลนางอินทรีรา จึงถูกล้มล้างลง และนายเดชาชาย ได้ขึ้นมาแทนที่ ซึ่งเขาไม่ได้สนใจนโยบายเท่าที่ควร แม้ว่ารัฐบาลจะตระหนักถึงปัญหาก็ตาม ในปี 1980 นางอินทรีรา ได้ขึ้นมาใช้อำนาจใหม่ และได้เริ่มเปิดโครงการวางแผนครอบครัวทันทีและเข้มงวด แต่นายสัญญาชัย ได้ถูกฆ่าตาย การดำเนินการจึงค่อยเป็นค่อยไป จนถึงปัจจุบัน จะเห็นได้ว่าจากปี 1952 รัฐต้องใช้เวลาเป็น 10 ปี คือ 1962 ประชากรถึงได้รับรู้ซึ่งขณะนั้น CBR อยู่ที่ 43/1,000 รัฐตั้งเป้าหมายว่า ในปี 1973 จะลดเหลือ 25/1,000 ในปี 1978 จะลดลงเหลือ 30/1,000 แต่ในความเป็นจริง ค่า CBR ไม่เคยบรรลุเป้าหมายเลย เพราะประชากรส่วนใหญ่ยากจน ไม่รู้หนังสือ และประเพณีวัฒนธรรมยังมีอิทธิพลอยู่มาก โดยเฉพาะประชากรในชนบท ในปี 1998 ค่า CBR ของอินเดียจึงอยู่ที่ 27/1,000 สตรี 1 คน ยังคงมีลูกประมาณ 3 คนเศษ

ในปี 2000 นี้ อินเดียจึงมีประชากรประมาณ 1,000 ล้านคน ซึ่งเท่ากับจำนวนประชากรโลกในกลางศตวรรษที่ 19

7.5 สิงคโปร์ (Singapore)

สิงคโปร์เป็นประเทศเกาะเล็ก ๆ มีประชากรมาถน 3.5 ล้านคน อัตราเพิ่ม 1.4 % และมีอัตราเจริญพันธุ์รวมประมาณ 1.7 (UN : 1998)

เมื่อหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 อัตราเพิ่มของประชากรสิงคโปร์สูงมากระหว่างปี 1947 - 1957 อัตราเพิ่มสูงขึ้น 4.4 % ในปี 1965 รัฐบาลจึงได้ประกาศนโยบายโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราเกิดของประชากร และตั้งเป้าหมายให้ประชากรมีลูกครอบครัวละ 2 คน โดยใช้มาตรการต่าง ๆ ทั้งจูงใจแก่ครอบครัวผู้มีบุตรน้อยและตัดสิทธิ์ครอบครัวผู้มีบุตรมาก ได้แก่

- ค่าบริการทำคลอด ฟรีเฉพาะลูก 2 คนแรก
- สิทธิในการลาคลอดของสตรีได้เฉพาะลูก 2 คนแรก
- สิทธิในการเคหะที่รัฐบาลจัดขึ้น
- โอกาสในการศึกษาชั้นมัธยมเป็นพิเศษเฉพาะบุตร 2 คนแรก

ซึ่งโครงการวางแผนครอบครัวของสิงคโปร์ประสบผลสำเร็จมาก เมื่อได้มีการประเมินโครงการในปี 1980 ต่อมาปี 1986 สิงคโปร์จึงได้ปิดโครงการลงเนื่องจากอัตราการเจริญพันธุ์รวมต่ำกว่าอัตราการเกิดทดแทน และนักประชากรศาสตร์คาดว่าในปี 2020 ประชากรสิงคโปร์จะลดลง ดังนั้น ในปี 1987 รัฐบาลจึงได้เปลี่ยนนโยบายหันมาสนับสนุนการเพิ่มประชากร ด้วยการส่งเสริมการเกิด และเปลี่ยนคำขวัญจาก "girl or boy two is enough" มาเป็น "Have three or more if you can afford it" และได้ใช้มาตรการด้านต่าง ๆ สนับสนุนอย่างเต็มที่ อาทิเช่น ลดภาษีให้สำหรับครอบครัวที่มีลูกคนที่ 3 และได้รับการชดเชยค่าคลอดบุตรและค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในโรงพยาบาลเนื่องจากการคลอดบุตร และบุตรทุกคนจะได้รับเงิน 100 เหรียญ สิงคโปร์ สำหรับเป็นค่าเลี้ยงดูในศูนย์เด็กเล็ก และสวัสดิการสำหรับแม่ที่หยุดได้ 5 วัน เมื่อลูกเจ็บป่วย โดยไม่ต้องเป็นวันลา ในกรณีที่ลูกอายุ 6 ปี นอกจากนี้ยังจัดบริการสื่อให้หนุ่มสาวที่มีการศึกษาได้พบปะศึกษาท่องเที่ยวพูดคุยกัน อันจะนำไปสู่การสมรส เป็นต้น แต่ก็ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร