

توسعه اجتماعی کشورهای آسیای مرکزی؛ یک مقایسه آماری

دکتر داود رضائی اسکندری*

دکترای روابط بین الملل از دانشگاه تهران

(تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۴/۱۵ - تاریخ تصویب ۸۹/۱/۲۲)

چکیده

توزیع متناسب منابع بین بخش‌های مختلف جامعه و توجه به توسعه اجتماعی به معنی فراهم آوردن امکانات اولیه آموزشی و بهداشتی جوامع، در درازمدت تأثیر زیادی در توسعه کشورها دارد. بیشتر کشورهای در حال توسعه که به مراحل بالای توسعه اقتصادی رسیده‌اند نیز در مراحل اولیه توسعه خود به توسعه اجتماعی توجه ویژه‌ای داشته‌اند. در این مقاله تلاش شده است تا ساختار اجتماعی پنج کشور آسیای مرکزی به صورت تطبیقی مورد بررسی قرار گیرد. با این هدف رشد و توسعه بخش‌های بهداشت، آموزش و درصد هزینه‌هایی را که دولت در این حوزه‌ها داشته و همچنین برابری جنسیتی به‌طور تطبیقی بررسی شده است. شاخص‌های توسعه اجتماعی کشورهای منطقه در دو بخش آموزش و بهداشت مورد تحلیل قرار گرفته‌اند. از نظر آموزشی، شاخص‌هایی چون وضعیت سواد، ثبت‌نام در دوره‌های مختلف ابتدایی، متوسطه و پایانی و برابری جنسیتی در جامعه مورد بررسی قرار گرفته است. از نظر ساختار بهداشتی نیز مقایسه جایگاه این کشورها با استفاده از شاخص‌هایی چون امید به زندگی، میزان مرگ و میر کودکان، مادران، دسترسی به آب بهداشتی سالم و دسترسی به تسهیلات بهداشتی صورت گرفته است.

کلید واژه‌ها

آسیای مرکزی، آموزش، بهداشت، سواد، ازبکستان، تاجیکستان، ترکمنستان، قرقیزستان، قزاقستان

* Email: d.rezaee@yahoo.com

مقدمه

پس از چندین دهه بحث در خصوص اولویتهای توسعه، امروزه تقریباً این اتفاق نظر در بین اندیشمندان علوم اجتماعی به وجود آمده است که برای دستیابی به توسعه پایدار توجه به همه ابعاد توسعه از جمله توسعه اجتماعی و سیاسی در کنار توجه به توسعه اقتصادی ضروری است. توجه به توسعه اجتماعی در درازمدت تأثیر زیادی در توسعه کشورها دارد. بیشتر کشورهای در حال توسعه که به مراحل بالای توسعه اقتصادی رسیده‌اند نیز در مراحل اولیه توسعه خود به توسعه اجتماعی به معنی فراهم آوردن امکانات اولیه آموزشی و بهداشتی توجه ویژه‌ای داشته‌اند.

امروزه نیروی انسانی، و نه منابع و ذخایر طبیعی و معدنی، سرمایه واقعی و اصلی هر کشوری است و انسان به‌عنوان زیربنای توسعه در نظر گرفته می‌شود. بدیهی است که داشتن مردمی سالم از نظر روحی، جسمی و توانمند از نظر آموزشی، سطح بهره‌وری، کارایی و توانمندی نیروی کار کشور را افزایش می‌دهد و به توسعه سریع‌تر اقتصاد کشور کمک می‌کند. این موضوع در روند تاریخی تغییرات راهبردهای توسعه نیز مورد تأیید قرار گرفته است. از جمله رهیافت توسعه انسانی که از اوایل دهه ۱۹۹۰ در سازمان ملل و برنامه عمران ملل متحد مورد پذیرش قرار گرفت، توجه ویژه‌ای به توسعه اجتماعی داشته است. برنامه عمران ملل متحد، توسعه انسانی را "فرایند گسترش انتخاب‌های افراد" تعریف می‌کند که مهم‌ترین آنها رسیدن به یک زندگی طولانی سالم، آموزش دیده و بهره‌مندی از استانداردهای شایسته زندگی است. اگر این انتخاب اساسی فراهم نباشد بسیاری از فرصت‌های دیگر نیز غیرقابل دسترس می‌مانند" (UNDP, 1990, p. 10). توجه به توسعه اجتماعی در شاخص توسعه انسانی (شامل سه شاخص آموزش، امید به زندگی و رشد اقتصادی) نیز قابل مشاهده است. دو شاخص از سه شاخص تعیین شده مربوط به توسعه اجتماعی است.

در این مقاله تلاش خواهد شد تا وضعیت توسعه اجتماعی کشورهای آسیای مرکزی به صورت مقایسه‌ای مورد بررسی قرار گیرد و به این سؤال که وضعیت توسعه اجتماعی در هر یک از کشورهای منطقه به چه صورت است و کدام کشور موقعیت بهتری در سطح منطقه دارد، پاسخ داده شود. آنچه که از توسعه اجتماعی در این مقاله مورد نظر است توسعه بخش‌های

۲۰۰۰ نیز مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. ضمن اینکه آمار مربوط به سال ۱۹۹۱ به‌عنوان اولین سال استقلال این کشورها نیز ذکر شده است تا سیر تحول تاریخی توسعه اجتماعی این کشورها در این مدت بهتر نشان داده شود.

شاخص‌های توسعه آموزشی

آموزش به‌عنوان یکی از ابعاد مهم توسعه اجتماعی در هر کشور از اهمیت قابل توجهی برخوردار است. تجربه نشان داده است، کشورهایی که سرمایه‌گذاری بیشتری در آموزش داشته‌اند در درازمدت بازگشت این سرمایه‌گذاری چندین برابر بوده و بر دیگر ابعاد توسعه از جمله توسعه اقتصادی اثرات مثبت بسیاری داشته است. به همین دلیل در این بخش به شاخص‌های آموزشی کشورهای مورد نظر از جمله نسبت باسوادی بزرگسالان، نسبت دانش آموز به معلم در دوره ابتدایی، میزان خالص ثبت‌نام در مدرسه برای کل پسران و دختران مورد بررسی قرار می‌گیرند.

الف- هزینه‌های عمومی در بخش آموزش

میزان هزینه‌های دولت در بخش آموزش می‌تواند نشان دهنده نگاه دولت به آموزش و اولویت آن برای هر کشور باشد. جدول شماره ۱ میزان هزینه‌های دولت‌های آسیای مرکزی در بخش آموزش را به‌عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی، درصدی از کل هزینه‌های دولتی و همچنین توزیع این هزینه در دوره‌های مختلف آموزشی را نشان می‌دهد. جدول نشان می‌دهد که قرقیزستان و تاجیکستان در دوره ۲۰۰۲-۲۰۰۵ بیشترین هزینه‌های عمومی در آموزش را در سطح منطقه داشته و از نظر سهم آموزش از کل هزینه‌های دولتی نیز این دو کشور بیشترین

جدول شماره ۱: هزینه های عمومی در بخش آموزش^۱

هزینه های عمومی در بخش آموزش		هزینه عمومی در بخش آموزش طبق سطح (به عنوان % از کل هزینه های عمومی در آموزش)								
% از GDP		% از کل هزینه های دولت		پایانی		راهنمایی		ابتدایی و پیش دبستانی		
۲۰۰۲	۱۹۹۱	۲۰۰۲	۱۹۹۱	۲۰۰۲	۱۹۹۱	۲۰۰۲	۱۹۹۱	۲۰۰۲	۱۹۹۱	سال
-۲۰۰۵		-۲۰۰۵		-۲۰۰۵		-۲۰۰۵		-۲۰۰۵		کشور
...	۹,۴	...	۱۷,۸	...	...	...	...	...	...	ازبکستان
۳,۵	۹,۱	۱۸,۰	۲۴,۴	۲۰	...	۵۴	...	۳۱	...	تاجیکستان
...	۳,۹	..	۱۹,۷	...	...	...	...	...	...	ترکمنستان
۴,۴	۶,۰	۱۸,۶	۲۲,۷	۱۹	...	۴۶	...	۲۳	...	قرقیزستان
۲,۳	۳,۹	۱۲,۱	۱۹,۱	...	...	...	...	...	...	قزاقستان

Source: World Bank, 2009.

ب- وضعیت سواد

سواد از جمله شاخص های مهم توسعه اجتماعی است. در گزارش های توسعه انسانی سازمان ملل، باسوادی به عنوان یکی از سه شاخص ارزیابی سطح توسعه هر کشور در نظر گرفته شده است. تضمین این نکته که کودکان در هر کجا، پسر و دختر به طور یکسان تا سال

۱. آمار و ارقام استفاده شده در جداول ۱-۳ و ۶ از گزارش برنامه عمران ملل متحد اخذ شده است و ارقام استفاده شده در تمامی جداول دیگر این مقاله از وب سایت بانک جهانی گرفته شده اند. این آمار از طریق آدرس اینترنتی ذیل نیز قابل دسترسی می باشند:
<http://ddp-ext.worldbank.org/ext/DDPQQ/member.do?method=getMembers> (12 February 2009).

را بگذرانند یکی از "اهداف توسعه هزاره"^۱ سازمان ملل هم هست^۲. همان‌طور که جدول زیر نشان می‌دهد اطلاعات ثبت نام دوره راهنمایی در این مدت فقط برای قزاقستان ۹۲ درصد و قرقیزستان ۸۰ درصد بوده است. با این وجود درصد باسوادی جوانان در سن ۱۵-۲۴ که یکی از اهداف توسعه هزاره نیز بوده است در همه کشورهای منطقه بیش از ۹۹/۵ درصد بوده است که تقریباً به سطح سواد کامل دست یافته‌اند. میانگین سواد بزرگسالان نیز تقریباً بیش از ۹۹ درصد بوده است. هر چند که آمار ازبکستان در دسترس نیست.

جدول شماره ۲: وضعیت سواد و ثبت نام در دوره های آموزشی

ثبت نام راهنمایی (%)	باسوادی جوانان (% از جمعیت در سن ۱۵-۲۴)		باسوادی بزرگسالان (% از جمعیت داری سن ۱۵ سال و بالاتر)		شاخص	
	۱۹۹۱	۲۰۰۵	۱۹۹۵	۱۹۹۵-۱۹۸۵		
۲۰۰۵	۱۹۹۱	۱۹۹۵	۱۹۸۵	۱۹۹۵-۱۹۸۵	سال کشور	
...	ازبکستان	
...	...	۹۹,۸	۹۹,۷	۹۹,۵	۹۷,۷	تاجیکستان
...	...	۹۹,۸	...	۹۸,۸	...	ترکمنستان
۸۰	...	۹۹,۷	...	۹۸,۷	...	قرقیزستان
۹۲	...	۹۹,۸	۹۹,۷	۹۹,۵	۹۷,۵	قزاقستان

1. Millennium Development Goals

۲. "اهداف توسعه هزاره" مجموعه‌ای از اهداف توسعه بین المللی هستند که از "اعلامیه هزاره" مصوب مجمع عمومی سازمان ملل متحد در اجلاس هزاره در سپتامبر سال ۲۰۰۰ استخراج شده‌اند. این اهداف شامل هشت هدف یا آرمان کلی (Goal) و ۲۱ هدف عملیاتی (Target) و جزئی‌تر (با در نظر گرفتن چهار هدف اضافه شده در بازبینی اهداف در سال ۲۰۰۷) هستند که همه کشورها متعهد شده‌اند تا سال ۲۰۱۵ به آنها دست پیدا کنند. برای دسترسی به فهرست کامل "اهداف توسعه هزاره"، شاخص‌های مربوطه و همچنین اطلاعات تکمیلی در این خصوص می‌توانید به یکی از وب سایت‌های زیر مراجعه کنید:

<http://www.un.org/millenniumgoals/>
<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Default.aspx>
<http://www.undp.org/mdg/>
<http://www.mdgmonitor.org/>

Source: UNDP, 2007, pp. 270-271.

همان‌طور که جدول نشان می‌دهد، هرچند که آمار ازبکستان و ترکمنستان در دسترس نیست ولی آموزش در منطقه آسیای مرکزی از وضعیت مناسبی برخوردار است و حدود ۹۰ درصد دانش‌آموزان در دوره ابتدایی ثبت‌نام می‌کنند. در سال ۲۰۰۶ این وضعیت در قزاقستان به ۹۰ درصد، در تاجیکستان و قرقیزستان ۹۷ درصد و ۸۶ درصد بوده است که نسبت به سال ۲۰۰۰ در کشور قرقیزستان ۱ درصد کاهش داشته و در تاجیکستان و قزاقستان اندکی بهبود یافته است.

ج- برابری جنسیتی

فراهم کردن برابری جنسیتی به معنی امکان استفاده از توان و نیروی نیمی از جمعیت هر کشور است که می‌تواند تأثیر زیادی در رشد و توسعه کشور داشته باشد. ارتقای برابری جنسیتی و توانمندسازی زنان عنوان سومین هدف توسعه هزاره ملل متحد است که مورد توجه سازمان ملل و کشورهای جهان قرار گرفته و همه کشورهای جهان متعهد شده‌اند که تا سال ۲۰۱۵ به اهداف و شاخص‌های مربوط به آن دست پیدا کنند. در این بخش وضعیت برابری جنسیتی بین کشورهای منطقه در شاخص‌های مختلف آموزشی و امید به زندگی و همچنین درصد کرسی‌های پارلمان‌های ملی در اختیار زنان مورد بررسی قرار می‌گیرند.

همان‌طور که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد برابری جنسیتی در میزان امید به زندگی در کشورهای آسیای مرکزی به نفع زنان است یعنی در همه کشورهای منطقه امید به زندگی زنان بالاتر از مردان است. این میزان در قزاقستان، قرقیزستان و ترکمنستان تقریباً ۱۰ سال بیشتر از مردان و در ازبکستان و تاجیکستان حدود ۷ سال است. از نظر برابری در سواد بزرگسالان همان‌طور که جدول نشان می‌دهد تقریباً در همه کشورهای منطقه این برابری وجود دارد و پایین‌تر بودن باسوادی زنان نسبت به مردان کمتر از یک درصد است. از نظر میزان ترکیبی ثبت‌نام در دوره‌های ابتدایی تا پایانی آموزشی در قزاقستان و قرقیزستان وضعیت زنان بهتر از مردان است. آمار ترکمنستان در دسترس نیست ولی در مورد دو کشور دیگر نابرابری آموزشی نسبت به زنان وجود دارد که در تاجیکستان اندکی بیشتر است. ولی

جدول شماره ۳: شاخص توسعه جنسیتی^۱

کشور	رتبه	امتیاز	امید به زندگی (۲۰۰۵)		میزان سواد بزرگسالان (%) جمعیت با سن ۱۵ سال و بالاتر (۱۹۹۵-۲۰۰۵)		% ترکیبی ثبت نام ابتدایی-متوسطه و پایانی (۲۰۰۵)		میزان درآمد برآورد شده (\$PPP) (۲۰۰۵)		درآمد زنان نسبت به مردان
			مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	
ازبکستان	۹۸	۰,۶۹۹	۷۰,۰	۶۳,۶	۹۹,۶	۹۹,۶	۷۲	۷۵	۱,۵۴۷	۲,۵۸۵	۰,۶۰
تاجیکستان	۱۰۶	۰,۶۶۹	۶۹,۰	۶۳,۸	۹۹,۲	۹۹,۷	۶۴	۷۷	۹۹۲	۱,۷۲۵	۰,۵۷
ترکمنستان	...	...	۶۷,۰	۵۸,۵	۹۸,۳	۹۹,۳	...	...	۶,۱۰۸	۹,۵۹۶	۰,۶۴
قرقیزستان	۱۰۲	۰,۶۹۲	۶۹,۶	۶۱,۷	۹۸,۱	۹۹,۳	۸۰	۷۶	۱,۴۱۴	۲,۴۵۵	۰,۵۸
قزاقستان	۶۵	۰,۷۹۲	۷۱,۵	۶۰,۵	۹۹,۳	۹۹,۸	۹۷	۹۱	۶,۱۴۱	۹,۷۲۳	۰,۶۳

Source: UNDP, 2007, pp. 327-328.

بحث برابری جنسیتی در آموزش از جمله شاخص‌هایی است که در اهداف توسعه هزاره سازمان ملل متحد مورد توجه قرار گرفته و ایجاد این توازن به‌عنوان یکی از شاخص‌های توانمندسازی زنان در جامعه در نظر گرفته شده است. آمار موجود از جمله آمار بانک جهانی نشان‌دهنده این موضوع است که نسبت دختران به پسران در دوره‌های ابتدایی، متوسطه و پایانی در آسیای مرکزی- به جز در ترکمنستان که آمار مربوط به این شاخص در دسترس

1. Gender-Related Development Index-GDI

جدول زیر نشان می‌دهد که وضعیت تاجیکستان از نظر برابری جنسیتی در دوره پایانی به‌مراتب بدتر از دوره‌های قبلی تحصیلی است به‌شکلی که در سال ۲۰۰۶ تنها ۳۷ درصد دختران به نسبت پسران در دوره‌های پایانی تحصیلی ثبت نام کرده‌اند. بر عکس در قزاقستان و قرقیزستان نسبت ثبت‌نام دختران به مراتب بیش از پسران است. به‌طورکلی وضعیت برابری جنسیتی در این کشورها مشکل جدی نبوده است. هر چند که در کشوری چون تاجیکستان به نسبت قرقیزستان دختران ۱۲ درصد کمتر از پسران در دوران ابتدایی و راهنمایی شرکت می‌کنند. نابرابری در دوره پایانی به‌مراتب شدیدتر است.

جدول شماره ۴: نسبت ثبت نام دختران به پسران در دوره پایانی

سال	۱۹۹۱	۲۰۰۰	۲۰۰۱	۲۰۰۲	۲۰۰۳	۲۰۰۴	۲۰۰۵	۲۰۰۶	۲۰۰۷
کشور	...	۸۳	۸۱	۸۰	۷۷	۷۹	۷۰	۷۱	۷۱
ازبکستان	...	۳۴	۳۲	۳۳	۳۴	۳۳	۳۵	۳۷	...
تاجیکستان
ترکمنستان	..	۱۰۱	۱۰۴	۱۱۴	۱۱۹	۱۱۹	۱۲۵	۱۲۷	...
قرقیزستان	...	۱۱۸	۱۲۰	۱۲۵	۱۳۳	۱۳۸	۱۴۳	۱۴۳	۱۴۴
قزاقستان									

Source: World Bank, 2009.

بررسی درصد کرسی‌های مجلس‌های ملی در اختیار زنان در آسیای مرکزی به‌عنوان یکی از شاخص‌های نشان دهنده برابری جنسیتی، بیانگر این است که در سال ۲۰۰۸ وضعیت کشورهای منطقه تقریباً یکسان و نزدیک به هم بوده است و به‌جز قرقیزستان که حدود یک

به‌عنوان مثال در ترکمنستان در سال ۲۰۰۰ کمی بیش از یک چهارم همه کرسی‌های مجلس در اختیار زنان بوده (۲۶ درصد) است ولی در سال ۲۰۰۸ به ۱۶ درصد کاهش یافته است. از سوی دیگر بیشترین گسترش در تاجیکستان بوده که از ۳ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۱۸ درصد در ۲۰۰۸ افزایش داشته است. قرقیزستان نیز بیشترین افزایش را در سطح منطقه داشته است که از ۱ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۱۰ درصد در فاصله ۲۰۰۲-۲۰۰۴ و به ۲۵ درصد در سال ۲۰۰۸ رسیده است. در ازبکستان نیز از ۷ درصد به ۱۸ درصد در فاصله ۲۰۰۸ تا ۲۰۰۰ افزایش داشته است.

شاخص‌های توسعه بخش بهداشت

وضعیت بهداشت و به‌ویژه بهداشت پایه در هر کشور از جمله مهم‌ترین شاخص‌های توسعه اجتماعی در نظر گرفته می‌شود که در برآیند کلی وضعیت توسعه کشور از جمله در امید به زندگی و سلامت جامعه تأثیر زیادی دارد. این امر در اهداف توسعه هزاره نیز مورد توجه بوده است. در سند اهداف توسعه هزاره سازمان ملل متحد کاهش مرگ و میر کودکان (هدف چهارم)، ارتقای سلامت مادران (هدف پنجم) و مبارزه با بیماری‌های ایدز و دیگر بیماری‌های مهم (هدف ششم) به‌عنوان اهدافی برای توسعه اجتماعی جوامع و به‌ویژه کشورهای در حال توسعه در نظر گرفته شده و همه کشورها متعهد شده‌اند تا به این اهداف و شاخص‌های مربوطه تا سال ۲۰۱۵ دست یابند.

در این بخش به مقایسه شاخص‌های بهداشتی کشورها از جمله هزینه‌های بهداشتی دولت‌ها، میزان مرگ و میر نوزادان و کودکان و مادران، امید به زندگی و تعداد پزشکان پرداخته می‌شود.

الف- هزینه‌های عمومی و خصوصی در بخش بهداشت

هزینه‌های دولتی در بخش بهداشت یکی از شاخص‌های مهمی است که توجه دولت به توسعه اجتماعی و فراهم کردن امکانات اولیه بهداشتی برای جامعه را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۵: تعهد به بهداشت: منابع، دسترسی و خدمات

تعداد پزشک (در هر ۱۰۰۰۰ نفر) ۲۰۰۰-۲۰۰۴	هزینه‌های بهداشتی			شاخص کشور
	سرانه (PPP) ۲۰۰۴	خصوصی (% از GDP) ۲۰۰۴	عمومی (% از GDP) ۲۰۰۴	
۲۷۴	۱۶۰	۲,۷	۲,۴	ازبکستان
۲۰۳	۵۴	۳,۴	۱,۰	تاجیکستان
۴۱۸	۲۴۵	۱,۵	۳,۳	ترکمنستان
۲۵۱	۱۰۲	۳,۳	۲,۳	قرقیزستان
۳۵۴	۲۶۴	۱,۵	۲,۳	قزاقستان

Source: UNDP, 2007, pp. 248-249.

همان‌طور که از جدول بالا پیداست از نظر نسبت هزینه‌های عمومی در بخش بهداشت به کل تولید ناخالص داخلی در آسیای مرکزی در سال ۲۰۰۴ ترکمنستان بیشترین هزینه (۳/۳ درصد) را در این بخش داشته است و ازبکستان (۲/۴ درصد) در جایگاه دوم قرار دارد. قزاقستان و قرقیزستان به صورت مشترک (۲/۳ درصد) در جایگاه سوم منطقه و تاجیکستان نیز تنها با ۱ درصد کمترین هزینه را داشته است. البته با توجه به حجم اقتصاد قزاقستان، ترکمنستان و ازبکستان که بسیار بزرگتر از دو کشور دیگر است حجم کلی هزینه‌های این بخش در سه کشور اول باید بسیار بیشتر باشد.

همچنان که این موضوع در سرانه هزینه‌های بهداشتی نشان داده شده است که به ترتیب قزاقستان (۲۶۴ دلار)، ترکمنستان (۲۴۵ دلار)، ازبکستان (۱۶۰ دلار)، قرقیزستان (۱۰۲ دلار) و تاجیکستان (۵۴ دلار) قرار می‌گیرند.

بنابراین با وجود اینکه درصد تولید ناخالص داخلی اختصاص یافته به بهداشت در قزاقستان و قرقیزستان در سال ۲۰۰۴ برابر بوده است ولی با توجه به حجم بزرگتر اقتصاد

ازبکستان نیز موقعیت تقریباً متوسطی دارد. نکته قابل توجه دیگر در این جدول، هزینه‌های بخش خصوصی بابت بهداشت است که ترتیب قرار گرفتن کشورها کاملاً بر عکس هزینه‌های بهداشتی دولتی در این بخش است. از نظر نسبت هزینه‌های بخش خصوصی در بخش بهداشت به تولید ناخالص داخلی به ترتیب تاجیکستان (۳/۴ درصد)، قرقیزستان (۳/۳ درصد)، ازبکستان (۲/۷ درصد)، ترکمنستان و قزاقستان (۱/۵ درصد) قرار می‌گیرند. که نشان‌دهنده بالاتر بودن هزینه‌های بخش بهداشتی بخش خصوصی در این کشورها و هزینه کمتر دولت‌ها در این حوزه است. از نظر تعداد پزشکان به جمعیت نیز همان‌طور که جدول نشان می‌دهد به ترتیب سه کشور ترکمنستان (۴۱۸ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت)، قزاقستان (۳۵۴)، ازبکستان (۲۷۴)، قرقیزستان (۲۵۱) و تاجیکستان (۲۰۳) قرار دارند که در این بخش نیز تاجیکستان و قرقیزستان در منطقه در پایین‌ترین جایگاه هستند. ازبکستان نیز جایگاه متوسطی در سطح منطقه دارد.

ب- میزان مرگ و میر (نوزادان، کودکان و مادران)

میزان مرگ و میر به‌ویژه مرگ و میر نوزادان و کودکان بیشتر به‌عنوان یکی از شاخص‌های مهم توسعه بخش بهداشت و فراهم بودن یا نبودن امکانات بهداشتی برای مردم هر کشور در نظر گرفته می‌شود. همان‌طور که از جدول زیر پیداست در همه کشورهای آسیای مرکزی وضعیت بهداشتی از نظر کاهش مرگ و میر نوزادان بهبود یافته است. در مقایسه تطبیقی این وضعیت در سال ۲۰۰۰ تاجیکستان با مرگ ۷۵ نفر در هر هزار تولد زنده، بالاترین میزان مرگ و میر نوزادان را داشته است.

در حالی که بهترین وضعیت از آن قزاقستان بوده که تقریباً نصف تعداد مرگ و میر در تاجیکستان است یعنی فقط ۳۷ در هر هزار تولد زنده. قرقیزستان (۴۴ در هزار)، ازبکستان (۵۲ در هزار) و ترکمنستان (۵۹ در هزار) نیز در مراحل بعدی قرار می‌گیرند. پس از هفت سال در سال

جدول شماره ۶: میزان مرگ و میر نوزادان (در هر هزار تولد زنده)

سال	کشور	۱۹۹۰	۱۹۹۱	۲۰۰۰	۲۰۰۲	۲۰۰۳	۲۰۰۴	۲۰۰۵	۲۰۰۶
		ازبکستان	۶۱	...	۵۲
تاجیکستان	۹۱	...	۷۵	...	...	...	...	۵۹	۵۶
ترکمنستان	۸۱	...	۵۹	...	...	...	...	۴۷	۴۵
قرقیزستان	۶۳	...	۴۴	...	...	...	...	۳۷	۳۶
قزاقستان	۵۰	...	۳۷	...	...	...	...	۲۷	۲۶

Source: UNDP, 2007, pp. 250-251.

میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال نیز از دیگر شاخص‌های بهداشتی است که علاوه بر اینکه نشان دهنده وضعیت توسعه اجتماعی هر کشور است میزان هزینه دولت در بخش بهداشت و تأثیر آن را نیز به نمایش می‌گذارد. کاهش دو سوم مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در سال ۲۰۱۵ نسبت به سال ۱۹۹۰ از جمله اهداف دیگر توسعه هزاره است. آن‌گونه که جدول نشان می‌دهد این وضعیت در همه کشورهای منطقه نسبت به آخرین سال‌های حیات حکومت شوروی بهتر شده است. در سال ۲۰۰۰ بیشترین آمار مرگ و میر کودکان زیر پنج سال را تاجیکستان داشته (۹۳ در هزار تولد زنده) و ترکمنستان (۷۱ در هزار) و ازبکستان (۶۲ در هزار) در مراحل بعدی قرار می‌گیرند. قرقیزستان با ۵۱ در هزار و قزاقستان با

جدول شماره ۷: میزان مرگ و میر کودکان کمتر از پنج سال (در هر هزار تولد زنده)

سال	کشور	۱۹۹۰	۱۹۹۱	۲۰۰۰	۲۰۰۲	۲۰۰۳	۲۰۰۴	۲۰۰۵	۲۰۰۶
ازبکستان	۷۴	...	۶۲	...	...	...	...	۴۶	۴۳
تاجیکستان	۱۱۵	...	۹۳	...	...	...	...	۷۱	۶۸
ترکمنستان	۹۹	...	۷۱	...	...	...	...	۵۴	۵۱
قرقیزستان	۷۵	...	۵۱	...	...	...	...	۴۲	۴۱
قزاقستان	۶۰	...	۴۳	...	...	...	...	۳۱	۲۹

Source: UNDP, 2007, pp. 250-251.

جدول بالا نشان می‌دهد که در سال ۲۰۰۷ از نظر تعداد قطعی مرگ و میر همان ترتیب سال ۲۰۰۰ حفظ شده و به ترتیب تاجیکستان، ترکمنستان و ازبکستان بیشترین تعداد مرگ و میر را ثبت کرده‌اند. در حالی که قزاقستان و قرقیزستان کمترین تعداد را داشته‌اند. از نظر درصد تغییر و کاهش نیز قزاقستان با ۳۳ درصد کاهش مرگ و میر (کاهش از ۴۳ به ۲۹) و ازبکستان (کاهش از ۶۲ به ۴۳) بهترین عملکرد را داشته‌اند. در حالی که ترکمنستان با ۲۸ درصد کاهش، تاجیکستان با ۲۷ درصد کاهش و قرقیزستان با ۲۰ درصد کاهش در رتبه‌های بعدی قرار می‌گیرند.

ج- زایمان‌های با حضور متخصص بهداشت

حضور متخصصین بهداشتی و پزشک در هنگام زایمان به معنی فراهم بودن امکانات و تسهیلات بهداشتی برای جامعه است. تأثیر زیادی در کاهش مرگ و میر در جامعه داشته و در پی آن بر امید به زندگی نیز تأثیر می‌گذارد. این موضوع به عنوان یکی از شاخصه‌های اندازه‌گیری ارتقای سلامت مادران در سند اهداف توسعه هزاره است. نگاهی به آمار کشورها در جدول زیر نشان‌دهنده این است که در سال ۱۹۹۱ به عنوان آخرین سال پیش از استقلال این کشورها، به جز تاجیکستان (۷۷ درصد) در سه کشور قرقیزستان، ترکمنستان و ازبکستان بیش

جدول شماره ۸: درصد زایمان های سالیانه با حضور متخصص بهداشت

سال	۱۹۹۱	۲۰۰۰	۲۰۰۲	۲۰۰۳	۲۰۰۴	۲۰۰۵	۲۰۰۶
کشور	۹۶	...	...	...	...	۹۶	۱۰۰
ازبکستان	۹۶	...	...	...	...	۹۶	۱۰۰
تاجیکستان	۷۱	...	...	...	...	۸۳	...
ترکمنستان	۹۷	...	...	...	...	۹۷	۱۰۰
قرقیزستان	۹۹	۹۹	۹۹	...	...	۹۸	۹۸
قزاقستان	...	...	...	...	...	۹۹	۱۰۰

Source: UNDP, 2007, pp. 255-257.

البته آمار مرگ و میر مادران در هنگام زایمان در هر یکصد هزار زایمان در سال ۲۰۰۵ نشان‌دهنده این است که ازبکستان با تنها ۲۴ مورد کمترین مرگ و میر مادران را داشته و تاجیکستان با ۱۷۰ مورد بیشترین مرگ و میر را ثبت کرده و بدترین موقعیت را در منطقه داشته است. این آمار با وضعیت حضور متخصص هنگام زایمان در این کشور نیز همخوانی دارد. قرقیزستان (۱۵۰ مورد)، قزاقستان (۱۴ مورد) و ترکمنستان (۱۳۰ مورد) در رتبه‌های بعدی قرار دارند.

د- امید به زندگی

امید به زندگی یکی از مهم‌ترین شاخصه‌های نشان‌دهنده توسعه انسانی و بهداشتی کشورهاست. بدیهی است که هر چه امکانات بهداشتی برای افراد در کشوری بیشتر فراهم باشد و از نظر اقتصادی نیز مردم امکان استفاده از امکانات رفاهی بهتری را داشته باشند این وضعیت در شاخص امید به زندگی خود را نشان خواهد داد. به همین دلیل است که در

جدول شماره ۹: امید به زندگی (در بدو تولد)

سال	کشور	۱۹۹۱	۲۰۰۰	۲۰۰۲	۲۰۰۳	۲۰۰۴	۲۰۰۵	۲۰۰۶	۲۰۰۷
		ازبکستان	...	۶۸	۶۷	۶۷
تاجیکستان	...	۶۵	۶۶	۶۶	...	...	۶۶	۶۷	...
ترکمنستان	...	۶۳	۶۲	۶۲	...	...	۶۳	۶۳	...
قرقیزستان	۶۹	۶۹	۶۸	۶۸	۶۸	۶۸	۶۸	۶۸	...
قزاقستان	۶۸	۶۸	۶۶	۶۶	۶۶	۶۶	۶۶	۶۶	...

Source: UNDP, 2007, pp. 255-257.

در کشورهای آسیای مرکزی این شاخص با فروپاشی شوروی تقریباً در همه کشورها سقوط کرد، ولی به مرور با بهتر شدن وضعیت و ثبات کشورهای تازه مستقل شده دوباره رو به صعود گذاشت. به شکلی که تا سال ۲۰۰۰، که در اینجا مورد بررسی قرار گرفته‌اند، اکثر شاخص‌ها دوباره تقریباً به همان وضعیت دوران پیش از استقلال بازگشته است. ولی با گذشت حدود هفت سال در حال حاضر تقریباً به همان وضعیت قبل از دوران فروپاشی ثابت مانده و یا در مواردی کمی کاهش نیز داشته است. تنها مورد تاجیکستان بوده که در سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۰۰ به ترتیب این رقم ۶۳ و ۶۵ سال بوده و در سال ۲۰۰۷ به ۶۷ سال افزایش یافته است. کمترین امید به زندگی در منطقه در ترکمنستان بوده است که در همه این مدت در همان ۶۳ سال ثابت مانده و هیچ بهبودی نداشته است. بالاترین امید به زندگی در سال ۲۰۰۷ متعلق به قرقیزستان با ۶۸ سال است. در دیگر کشورها نیز در همان میزان ۶۸-۶۶ سال قرار دارند. در مقایسه با دوران قبل از استقلال و همچنین نسبت به سال ۲۰۰۰ در دو کشور قزاقستان و ازبکستان این شاخص به میزان دو سال کاهش داشته است. در ترکمنستان و قرقیزستان نیز ثابت بوده است.

۵- دسترسی به آب سالم و فاضلاب بهداشتی

مقایسه شاخص جمعیت با امکان دسترسی به امکانات دفع فاضلاب در آسیای مرکزی در سال‌های ۱۹۹۱ و ۲۰۰۶ نشان دهنده این حقیقت است که وضعیت کشورها در این مدت تقریباً ثابت بوده و تغییر زیادی نداشته است. در این بین فقط وضعیت در تاجیکستان از ۸۶ درصد به ۹۲ درصد و در ازبکستان نیز از ۹۴ درصد به ۹۶ درصد افزایش یافته است. در این مدت وضعیت قزاقستان و قرقیزستان نیز به ترتیب در همان سطح ۹۷ درصد و ۹۳ درصد ثابت مانده است. این بدین معنی است که کشورهای منطقه سرمایه‌گذاری در این خصوص را افزایش نداده‌اند. هر چند که با توجه به زیرساخت‌های بهداشتی موجود از دوران پیش از استقلال، در حال حاضر تقریباً در همه کشورها به استثنای ترکمنستان که آمار آن موجود نیست، بیش از ۹۰ درصد جمعیت به این امکانات دسترسی دارند.

دسترسی به آب آشامیدنی سالم نیز از جمله اهداف توسعه هزاره است و سرمایه‌گذاری کشورها در این امر می‌تواند تأثیر قابل توجهی در ارتقای سلامت جامعه داشته و تأثیر مثبتی بر کاهش بیماری‌ها و مرگ و میر ناشی از امراضی که از آب ناسالم منتقل می‌شوند، داشته باشد. در این خصوص نیز در دوران شوروی سرمایه‌گذاری‌های قابل توجهی برای تضمین این امر و فراهم کردن خدمات اولیه بهداشتی زندگی برای مردم صورت می‌گرفت و کشورهای منطقه وضعیت مناسبی داشتند. در حالی که در دوران پس از استقلال در اکثر کشورهای عضو بلوک شرق با فرسوده شدن و یا آسیب دیدن این امکانات، وضعیت کشورها از این نظر افت کرد. ولی به مرور زمان کشورهای عضو تلاش کردند تا موقعیت خود را ارتقا دهند.

در بین کشورهای آسیای مرکزی پایین‌ترین درصد دسترسی به آب آشامیدنی سالم در سال ۲۰۰۰ را تاجیکستان (۵۹ درصد) داشته و بهترین وضعیت را نیز قزاقستان با ۹۶ درصد دسترسی به آب آشامیدنی سالم داشته است. در ازبکستان و قرقیزستان نیز این رقم به ترتیب ۸۹ درصد و ۸۲ درصد بوده است. در سال ۲۰۰۶ نسبت به سال ۲۰۰۰، تاجیکستان با ۱۳/۵ درصد بیشترین بهبود وضعیت و ارتقا را داشته که دسترسی مردم به آب سالم را به ۶۷ درصد

جالب توجه است که تاجیکستان به‌طور کلی بیشترین آب‌های منطقه آسیای مرکزی را در اختیار دارد. قرقیزستان نیز با وجود اینکه در سال ۲۰۰۰ با ۸۲ درصد دسترسی عقب‌تر از ازبکستان (با ۸۹ درصد) قرار داشت ولی در سال ۲۰۰۶ با ۸/۵ درصد ارتقای وضعیت خود به ۸۹ درصد دسترسی مردم به آب سالم رسید که در موقعیتی کمی بالاتر از ازبکستان (۸۸ درصد) قرار گرفت که در این مدت وضعیتش حدود یک درصد بدتر شده بود. وضعیت قزاقستان نیز تغییری نکرده است.

ز- جمعیت و رشد آن

میزان جمعیت هر کشور و به‌ویژه میزان رشد جمعیت تأثیر مستقیم بر رشد و توسعه آن کشور دارد. به‌عنوان مثال چنانچه جمعیت کشوری به‌مقدار دو درصد رشد سالیانه داشته باشد، این بدین معنی است که در واقع دو درصد از رشد اقتصادی کشور در هر سال فقط به افزایش جمعیت جدید اختصاص خواهد یافت و صرف ارتقای موقعیت کل جمعیت نمی‌شود. البته داشتن جمعیت زیاد مزیت‌های خودش را نیز دارد از جمله با فراهم آوردن نیروی کار زیاد برای بهره‌برداری از منابع کشور و یا ایجاد بازاری بزرگ و جذاب برای تولیدات داخلی و یا جذب سرمایه‌گذاری خارجی.

نگاهی به کشورهای آسیای مرکزی نشان می‌دهد که در بین کشورهای منطقه ازبکستان با حدود ۲۷ میلیون نفر جمعیت در سال ۲۰۰۷ بیشترین جمعیت را در منطقه دارد و قزاقستان با ۱۵/۵ میلیون نفر در رتبه بعدی قرار می‌گیرد. جمعیت این دو کشور بیانگر پتانسیل بالای آنها برای تولید و بهره‌برداری از منابع و همچنین ایجاد بازاری بزرگ برای اقتصاد است. البته بدیهی است که فراهم کردن امکانات اولیه آموزشی و بهداشتی مناسب برای آنها می‌تواند از چالش‌های عمده هر کشوری باشد. بعد از این دو کشور پر جمعیت منطقه، تاجیکستان با ۶/۷ میلیون نفر و ترکمنستان و قرقیزستان با حدود ۵ میلیون نفر جمعیت در رتبه‌های بعدی قرار دارند.

نکته قابل توجه اینکه جمعیت قزاقستان نسبت به سال ۱۹۹۱ (به دلیل مهاجرت) حدود یک میلیون نفر کاهش داشته است. از نظر رشد جمعیت نیز با وجود اینکه در آخرین سال‌های حیات شوروی (۱۹۹۱) این کشورها رشد بسیار بالای ۳-۲ درصد داشته‌اند (ازبکستان، تاجیکستان و قرقیزستان ۲ درصد، قزاقستان ۱ درصد و ترکمنستان ۳ درصد) ولی در دوره ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۷ جمعیت همه این کشورها رقم رشد یک درصد را تجربه کرده‌اند و از نظر میزان رشد تفاوت چندانی بین این کشورها وجود ندارد.

با توجه به آنچه که پیشتر بیان شد در این قسمت جمع بندی از موقعیت کشورهای منطقه در زمینه توسعه اجتماعی و مقایسه نهایی بین این کشورها انجام می‌شود. از نظر جمعیتی در دوره مورد بررسی در آسیای مرکزی در سال ۲۰۰۷ ازبکستان (۲۶/۹ میلیون نفر) و قزاقستان (۱۵/۵ میلیون نفر) بیشترین جمعیت را داشته و تاجیکستان (۶/۷ میلیون نفر)، قرقیزستان (۵/۲ میلیون نفر) و ترکمنستان (۵ میلیون نفر) به ترتیب در رتبه‌های بعدی قرار داشته‌اند. در تمام این مدت بیشترین افزایش جمعیت را نیز ترکمنستان و ازبکستان داشته، تاجیکستان و قرقیزستان در حالت متوسط منطقه‌ای و قزاقستان کمترین افزایش جمعیت را داشته است.

نتیجه

به طور کلی می‌توان عنوان کرد که میزان باسوادی از جمله شاخص‌های مهم توسعه اجتماعی کشورها است. با توجه سیاست‌های عمومی شوروی در فراهم کردن زیربنای آموزش اولیه برای همه مردم، درصد باسوادی در کلیه کشورهای عضو اتحاد شوروی بالا است. این امر در این منطقه خاص نیز به همین صورت بوده و میانگین نرخ باسوادی حتی از میانگین جهانی نیز بالاتر است. به عنوان مثال بنابر آخرین گزارش توسعه انسانی سازمان ملل متحد در حالی که میانگین باسوادی بزرگسالان در کشورهای در حال توسعه و کل جهان در سال‌های اخیر به ترتیب ۷۷ و ۸۲ درصد بوده است ولی در همین مدت میانگین باسوادی بزرگسالان در همه کشورهای منطقه آسیای مرکزی بیش از ۹۸ درصد بوده است. میزان باسوادی جوانان نیز تقریباً به ۱۰۰ درصد رسیده است.

از نظر برابری جنسیتی در آموزش، موقعیت کشورهای آسیای مرکزی بسیار خوب است در اکثر شاخص‌ها، برابری جنسیتی کامل در آموزش پایه وجود داشته و حتی در مواردی درصد زنان و دختران به نسبت پسران بیشتر است. از نظر نسبت دختران به پسران در دوره ابتدایی و راهنمایی تقریباً همه کشورها بالای ۹۰ درصد برابری جنسیتی داشته‌اند ضمن اینکه در برخی موارد این شاخص ۱۰۰ درصد یا حتی بیشتر است و به ترتیب قزاقستان، قرقیزستان و ازبکستان قرار دارند. پایین‌ترین درصد برابری جنسیتی در آموزش در سطح منطقه را تاجیکستان دارد. البته این نابرابری در دوره ابتدایی کمتر و در دوره پایانی بسیار شدیدتر است. از نظر برابری جنسیتی در دوره پایانی، دو کشور تاجیکستان و ازبکستان بدترین وضعیت را دارند.

از نظر رسیدن به پست‌های بالا همچون اشتغال درصدی از کرسی‌های مجلس‌های ملی توسط زنان و همچنین نسبت درآمد زنان به مردان در کشورهای آسیای مرکزی نابرابری نسبتاً زیادی وجود دارد. زنان به‌طور متوسط بین ۳۰ تا ۵۰ درصد کمتر از مردان درآمد دارند و در بهترین موارد کمتر از یک چهارم کرسی‌های مجلس کشورها در اختیار زنان بوده است. در مجموع می‌توان گفت که در دوره مورد بررسی (۲۰۰۷-۲۰۰۰) از نظر ترتیب قرار گرفتن کشورها در شاخص‌های آموزشی به ترتیب قزاقستان، قرقیزستان، ازبکستان، ترکمنستان و تاجیکستان قرار می‌گیرند.

وضعیت بهداشت به طور کلی در کشورهای آسیای مرکزی نسبت به میانگین جهانی پایین‌تر است و نسبت مرگ و میر کودکان، نوزادان و مادران زیاد است. با این وجود وضعیت همه کشورهای منطقه شبیه هم نیست. به‌عنوان مثال از نظر مرگ و میر نوزادان و کودکان زیر پنج سال ترتیب قرار گرفتن کشورها در دوره مورد بررسی (۲۰۰۷-۲۰۰۰) تغییری صورت نگرفته است و تقریباً مشابه همان وضعیت و ترتیب کشورها در شاخص‌های آموزش است. به‌ترتیب قزاقستان، قرقیزستان، ازبکستان، ترکمنستان و تاجیکستان قرار می‌گیرند.

از نظر میزان بهبود وضعیت و ارتقای شاخص‌های بهداشتی که در کاهش تعداد مرگ و میر نیز نشان داده می‌شود به همان ترتیب جایگاه کشورها از نظر تعداد مرگ و میر است، با این تفاوت که در مورد همه این شاخص‌ها در سال‌های اخیر بنا به دلایل مشکلات داخلی موقعیت

در سال ۲۰۰۶ تقریباً در همه کشورهای منطقه بین ۹۸-۱۰۰ درصد زایمانها با حضور متخصص بهداشتی صورت گرفته است که وضعیت بسیار مناسبی است. ولی از نظر دیگر شاخصهای بهداشتی همچون نسبت جمعیت دارای دسترسی به آب سالم، وضعیت کشورها بین ۶۰-۱۰۰ درصد متغیر بوده است که در تمام این مدت تاجیکستان پایینترین میزان دسترسی را داشته است. هرچند در این مدت بیشترین رشد (۱۳/۵ درصد) در افزایش دسترسی مردم به آب بهداشتی را داشته است. مردم قزاقستان بالاترین دسترسی (۹۶ درصد) را داشته و قرقیزستان (۸۹ درصد) و ازبکستان (۸۸ درصد) نیز در جایگاههای بعدی قرار میگیرند. البته وضعیت قرقیزستان نیز نسبت به سال ۲۰۰۰، ۸/۵ درصد بهبود یافته است. همچنین از نظر فراهم بودن فاضلاب بهداشتی برای مردم نیز قزاقستان (۹۷ درصد) و ازبکستان (۹۶ درصد) در سال ۲۰۰۶ بالاترین جایگاه را داشته و قرقیزستان (۹۳ درصد) و تاجیکستان (۹۲ درصد) در جایگاههای پایینتر قرار میگیرند.

امید به زندگی از شاخصهای بهداشتی مهم است که انعکاسی از کل وضعیت بهداشتی کشورها است. امید به زندگی کشورهای منطقه بین ۶۹-۶۳ درصد متغیر بوده است. در دوره مورد بررسی به جز تاجیکستان که با دو سال افزایش امید به زندگی بهبود موقعیت داشته است، ترکمنستان وضعیتش ثابت مانده است. دیگر کشورهای منطقه نیز با کاهش امید به زندگی مواجه بودهاند. در سطح منطقه مردم ترکمنستان پایینترین امید به زندگی را دارند.

به طور کلی مقایسه ساختار اجتماعی کشورهای آسیای مرکزی نشان می دهد که قزاقستان از نظر توسعه اجتماعی از اکثر کشورهای منطقه جلوتر بوده است و در مدت بررسی شده نیز رشد قابل توجهی داشته است. کمترین افزایش جمعیت در منطقه، باسوادی به نسبت بالا، برابری جنسیتی تقریباً کامل در آموزش و برابری نسبی جنسیتی از نظر نسبت درآمد زنان به نسبت مردان در بین دیگر کشورهای منطقه، کمترین مرگ و میر کودکان و نوزادان از جمله ویژگیهای این کشور بوده است.

قرقیزستان یکی از کوچک‌ترین کشورهای آسیای مرکزی از نظر وسعت، جمعیت و یکی از ضعیف‌ترین اقتصادهای منطقه است. با این وجود توسعه اجتماعی در این کشور با توجه به شاخص‌های اجتماعی که در این مقاله مورد بررسی قرار گرفتند، بسیار بهتر از موقعیت اقتصادی آن کشور و بهتر از بیشتر کشورهای دیگر منطقه است. قرقیزستان یکی از بالاترین درصدهای سواد و ثبت‌نام در دوره‌های مختلف آموزشی را داشته است.

از نظر برابری جنسیتی در آموزش نیز بالاترین جایگاه منطقه را داشته به‌شکلی که در همه موارد یا به برابری کامل رسیده و یا وضعیت زنان بهتر از مردان بوده است. این کشور بالاترین درصد زنان در پارلمان را در آسیای مرکزی دارد. در بیشتر شاخص‌های بهداشتی از جمله مرگ و میر کودکان و نوزادان در جایگاه دوم بعد از قزاقستان قرار داشته است.

ازبکستان با داشتن بیشترین جمعیت منطقه، از نظر توسعه اجتماعی از جمله آموزش، برابری جنسیتی زنان در آموزش و دیگر موارد جایگاه متوسط منطقه‌ای را داشته است. بررسی شاخص‌های بهداشتی ازبکستان از جمله مرگ و میر کودکان و نوزادان و دسترسی به آب آشامیدنی سالم نیز نشان می‌دهد که این کشور پس از قزاقستان و قرقیزستان قرار می‌گیرد. به‌عبارتی دیگر ازبکستان نسبت به دیگر کشورها در این منطقه موقعیت متوسطی دارد یعنی نه همچون قزاقستان (و تا حدی قرقیزستان) بهترین شاخص‌های اجتماعی را دارد و نه همچون دو کشور دیگر این منطقه موقعیت ضعیف و پایینی دارد.

ترکمنستان بعد از قزاقستان دومین کشور منطقه از نظر وسعت است که کمترین جمعیت را دارد. موقعیت توسعه اجتماعی ترکمنستان به نسبت بدتر از وضع اقتصادی این کشور است به‌شکلی که از نظر شاخص‌های بهداشتی از جمله مرگ و میر کودکان و نوزادان و همچنین دسترسی به آب آشامیدنی سالم در جایگاه چهارم منطقه و تنها قبل از تاجیکستان قرار دارد. پایین‌ترین امید به زندگی در منطقه نیز متعلق به ترکمنستان است.

تاجیکستان یکی از ضعیف‌ترین اقتصادهای منطقه را از نظر حجم اقتصاد و سرانه درآمد ملی داشته است. هرچند در سال‌های اخیر رشد بالای اقتصادی را تجربه کرده است. از نظر توسعه اجتماعی تنها وضعیت سواد این کشور مطلوب است و یکی از بالاترین درصدهای باسوادی را در کل منطقه دارد. ولی از نظر همه شاخص‌های بهداشتی و دسترسی به آب آشامیدنی سالم دارای پایین‌ترین پوشش در سطح منطقه بوده است.

منابع و ماخذ

1. **UNDP**, "Human Development Report 1990 (1990)", New York: Oxford University Press.
2. **UNDP**, Human Development Report 2007/2008(2009), New York, Palgrave Macmillan.
3. **UNDP**, "Human Development Report (2007)", <http://hdr.undp.org/en/reports/global>, (accessed on: 27 August 2009).
4. **World Bank**, "Quick Query on Millennium Development Goals" (12 February 2009), <http://ddp-ext.worldbank.org/ext/DDPQQ/member.do?method=getMembers>, (accessed on: 12 June 2009).

Archive of SID