

برابری جنسیتی و همگرایی باروری در کشورهای با اکثریت مسلمان

حاتم حسینی*، زهرا جلیلیان**

(تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۴/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۵/۳۱)

چکیده

باروری در کشورهای با اکثریت مسلمان در چند دهه گذشته کاهش قابل ملاحظه‌ای یافته است. امروزه، شمار قابل توجهی از این کشورها باروری زیر سطح جایگزینی را تجربه می‌کنند. هدف این بررسی، تبیین همگرایی ۴۷ کشور با اکثریت مسلمان با سطوح و روندهای باروری در کشورهای توسعه‌یافته است. داده‌ها از پایگاه داده‌های بخش جمعیت سازمان ملل، پایگاه داده‌های بانک جهانی و گزارش توسعه انسانی سازمان ملل اقتباس شد. نتایج نشان داد گذار باروری در کشورهای مسلمان که به سال‌های دهه ۱۳۵۰ بر می‌گردد، از نیمه دهه ۱۳۷۰ سرعت بیشتری یافته است. تا نیمه هزاره سوم، بیش از ۷۶ درصد از این کشورها در وضعیت باروری کنترل شده خواهند بود. اگرچه تجربه همگرایی باروری، شدت و زمان‌بندی آن در کشورهای مختلف متفاوت است، اما تحلیل‌های مقطعی نشان داد که همگرایی با افزایش برابری جنسیتی و گسترش استفاده از روش‌های پیشگیری از حاملگی در کشورهای مسلمان همراه بوده است. در نتیجه، هرگونه سیاست‌گذاری برای افزایش باروری و جلوگیری از تداوم باروری زیر سطح جایگزینی در این گروه از کشورها، باید با توجه به جایگاه و موقعیت زنان در جامعه و خانواده صورت بگیرد. اتخاذ سیاست‌های همسو و موافق با خواسته‌ها و تمایلات زنان، احتمال موفقیت دولت‌های کشورهای مسلمان برای افزایش باروری را بیشتر می‌کند.

کلیدواژه‌ها: برابری جنسیتی؛ همگرایی باروری؛ گذار باروری؛ باروری زیر سطح جایگزینی؛ کشورهای با اکثریت مسلمان، سیاست‌گذاری جمعیت.

* دانشیار جمعیت‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا؛ استاد وابسته گروه جامعه‌شناسی و انسان‌شناسی، دانشگاه نیپسینگ، کانادا (نویسنده مسئول).

E.mail: h-hosseini@basu.ac.ir

** کارشناس ارشد جمعیت‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا.

E.mail: z.jalilian73@gmail.com

مقدمه

بیش از نیم قرن است که میزان باروری در جهان به‌طور قابل‌توجهی کاهش یافته است. میزان باروری کل^۱ دنیا از حدود پنج توکد زنده برای هر مادر در نیمه دهه ۱۹۵۰ به ۲/۵ فرزند در دوره ۱۳۹۴-۲۰۲۰ کاهش یافته است. میزان متناظر در کشورهای توسعه‌یافته ۱/۶ فرزند است (بخش جمعیت سازمان ملل^۲، ۲۰۱۹). بر اساس گزارش اداره مدارک جمعیت ایالات متحده^۳ (۲۰۱۸)، میزان باروری کل در ۴۹/۵ درصد کشورهای جهان در سال ۱۳۹۷، کم‌تر از سطح لازم برای تداوم نسل بوده است. در واقع، می‌توان گفت امروزه باروری زیر سطح جایگزینی^۴ در دنیا عمومیت یافته است.

کشورهای مسلمان، ۱/۵ میلیارد نفر جمعیت را در خود جای داده‌اند. سهم آنها از جمعیت جهان بیش از ۲۰ درصد است. پیش‌بینی‌ها نشان می‌دهد که در طول زمان، این سهم افزایش خواهد یافت، به‌طوری‌که در سال ۱۴۰۴ به ۲۳ درصد خواهد رسید (حسینی الف، ۱۳۸۹: ۴). حجم زیادی از این جمعیت در کشورهای با اکثریت مسلمان* زندگی می‌کنند. این گروه از کشورها موقعیت جغرافیایی پراکنده‌ای دارند. در مناطق گرمسیری و نیمه‌گرمسیری در سرتاسر آفریقا و آسیا از ساحل اقیانوس اطلس و موریتانی تا مراکش و جزایر اقیانوس آرام، اندونزی و فیلیپین گسترش یافته‌اند (ابرسات^۵ و شاه^۶، ۲۰۱۲). وضعیت آنها از لحاظ اجتماعی، سیاسی، اقتصادی، فرهنگی، جغرافیایی و ترکیب قومی و مذهبی کاملاً متفاوت است. تنها وجه مشترک آنها باورشان به دین اسلام است. با این وجود، از نظر جمعیت‌شناختی ویژگی‌های مشترک بسیاری دارند. برای مثال، نرخ رشد سالانه جمعیت در این کشورها بیش‌تر از رشد متناظر در سایر مناطق

1. Total Fertility Rate (TFR)
2. United Nations Population Division (UNPD)
3. Population Reference Bureau (PRB)
4. Below-Replacement Level Fertility

میزان باروری کل کم‌تر از ۲/۱ فرزند برای هر مادر

* به‌کشورهایی گفته می‌شود که بیش از ۵۰ درصد جمعیت آنها مسلمان است. از این پس، در این مقاله این گروه از کشورها را به اختصار کشورهای مسلمان می‌گوییم.

۵. Eberstadt
6. Shah

دنیاست. جونز^۱ (۲۰۰۶: ۲۴۶) و عباسی شوازی و جونز (۲۰۰۱: ۶) نشان دادند که در دست کم ۸۰ درصد کشورهای مسلمان، نرخ رشد سالانه جمعیت در دوره ۱۳۷۹-۱۳۷۴ بالاتر از رشد متناظر در مقیاس جهانی و کشورهای در حال توسعه بوده است. این نسبت در سال ۱۳۹۷ به ۷۴/۵ درصد کاهش یافت (اداره مدارک جمعیت، ۲۰۱۸).

از سوی دیگر، میزان باروری در کشورهای مسلمان در حال کاهش است. این کاهش در دهه‌های اخیر گسترده و چشم‌گیر بوده است. امروزه، برخی از این کشورها باروری زیر سطح جایگزینی را تجربه می‌کنند. در سال ۱۳۹۴ باروری حدود ۳۰ درصد کشورهای مسلمان کم‌تر از سطح جایگزینی بود (بخش جمعیت سازمان ملل، ۲۰۱۹). تداوم این سطح از باروری، تأثیر جمعیت‌زدایی^۲ بسیار قوی دارد و سبب می‌شود بازتولید جمعیت در آینده با مشکل مواجه شود (حسینی، ۱۳۹۷). رولاند^۳ (۱۳۹۶: ۵۳) می‌گوید تجربه باروری در سطح پایین، سبب می‌شود تا حجم جمعیت پس از ۵۰ سال کاهش بیابد.

با وجود شرایط متفاوت اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی، جغرافیایی و جمعیت‌شناختی کشورهای مسلمان در مقایسه با کشورهای توسعه‌یافته و ناهمسانی این دو گروه از کشورها در تجربه نوسازی و توسعه اقتصادی و اجتماعی، سطح و روند باروری در کشورهای مسلمان، هر روز بیش‌تر از پیش، شبیه کشورهای توسعه‌یافته می‌شود. آیا می‌توان گفت نوعی همگرایی باروری^۴ بین کشورهای مسلمان و کشورهای توسعه‌یافته در حال شکل‌گیری است. این وضعیت، پرسش‌هایی درباره نقش تعالیم دینی، توسعه اقتصادی اجتماعی، برابری جنسیتی^۵، شهرنشینی، مرگ‌ومیر کودکان و اطفال و برنامه تنظیم خانواده در گذار باروری پیش می‌کشد. بنابراین، تبیین این همگرایی چشم‌انداز آینده باروری در کشورهای مسلمان و تغییرات جمعیتی آینده آنها را تا حدود زیادی روشن خواهد ساخت.

هدف از این مطالعه، بررسی تجربه گذار باروری در کشورهای مسلمان و مقایسه آن با سطوح و روندهای باروری در کشورهای توسعه‌یافته، محاسبه شاخص همگرایی باروری

-
1. Jones
 2. Depopulation
 3. Rowland
 4. Fertility Convergence
 5. Gender Equality

کشورهای مسلمان با کشورهای توسعه یافته، بررسی تأثیر برابری جنسیتی در همگرایی باروری با کنترل اثر میزان مرگ و میر اطفال، شهرنشینی و استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی است. نویسندگان مقاله بر این باورند که روندهای باروری در کشورهای مسلمان، تحت تأثیر کاهش نابرابری جنسیتی و افزایش برابری جنسیتی در این کشورها به همگرایی باروری با کشورهای توسعه یافته، حتی با کنترل اثر مشخصه‌های اقتصادی اجتماعی و جمعیتی، منجر شده است. این مطالعه در جست‌وجوی پاسخ به پرسش‌های زیر است:

- تجربه گذار باروری در کشورهای با مسلمان چگونه بوده است؟
- آیا در سطح و روند باروری کشورهای مسلمان و کشورهای توسعه یافته همگرایی به وجود آمده است؟
- وضعیت برابری جنسیتی در کشورهای مسلمان چگونه است؟ نقش این متغیر در همگرایی باروری این کشورها چیست؟
- با کنترل اثر میزان استفاده از روش‌های پیشگیری از حاملگی و سایر مشخصه‌های اقتصادی اجتماعی و جمعیتی، نقش برابری جنسیتی در همگرایی باروری کشورهای مسلمان و توسعه یافته چگونه خواهد بود؟

زمینه‌های نظری و تجربی

نظریه‌های گوناگونی در زمینه تغییرات باروری ارائه شده است. جامع‌ترین تبیین در قالب نظریه گذار جمعیت‌شناختی توسط نوتستاین^۱ ارائه شد. در چارچوب این نظریه، آهنگ سریع کاهش باروری تنها در اثر تغییرات اقتصادی و اجتماعی معنی‌دار رخ می‌دهد. کاهش باروری وقتی صورت می‌گیرد که فرآیندی از نوسازی در اثر صنعتی‌شدن، شهرنشینی، تحصیلات، آزادی زنان و توسعه اقتصادی اجتماعی آغاز شود (حسینی، ۱۳۹۲: ۱۲۲). بکر^۲ (۱۹۶۰) بر این باور است که تصمیم‌گیری در مورد شمار فرزندان تحت تأثیر وضعیت اقتصادی خانواده است. او می‌گوید خانواده‌های ثروتمند به دنبال کیفیت فرزندان هستند، مخارج بیش‌تری برای آنان در نظر گرفته‌اند و از وسایل پیشگیری از حاملگی بیش‌تر استفاده می‌کنند. کالدول^۳ (۱۹۸۲) علت کاهش باروری

1. Notestein
2. Becker
3. Caldwell

را مربوط به هسته‌ای شدن خانواده و معکوس شدن جریان انتقال ثروت بین نسلی می‌داند. ایسترلین^۱ (۱۹۷۵) بر این باور است که تعیین‌کننده‌های باروری از طریق عرضه‌ی فرزندان، تقاضا برای بچه و هزینه‌های مادّی و ذهنی تنظیم باروری عمل می‌کنند (گوباجو^۲ ۲۰۰۷). چنانچه در اثر بالا بودن مرگ‌ومیر، نوعی موازنه بین عرضه و تقاضای بچه به وجود بیاید نیازی به کنترل موالید نخواهد بود. به باور ویکس^۳ (۱۳۹۵: ۲۳۲) تصمیم در مورد کنترل موالید بر اساس برداشت زن و شوهر از هزینه‌های مالی و اجتماعی اتخاذ می‌شود.

مک‌دونالد^۴ (۲۰۰۰) استدلال می‌کند که گذار باروری از سطوح بالا به پایین، همراه با بهبود برابری جنسیتی در درون نهادهای اجتماعی خانواده - محور^۵ بوده است. باروری وقتی کاهش یافت که زنان توانستند به حقوق خود در خانواده دست بیابند. او می‌گوید در طول قرن بیستم در کشورهای پیشرفته، انقلابی در سطوح برابری جنسیتی به وقوع پیوست. این تحوّل از نقطه‌ای شروع شد که زنان موقعیت‌های جزئی در نهادهایی همچون آموزش و اشتغال به دست آوردند. بنابراین، به تدریج نگرش‌ها و رفتارهایی که پیش‌تر در جامعه وجود نداشت یا بسیار کم بود، شیوع پیدا کرد و از یک گروه به گروه دیگر گسترش یافت (کاسترلین^۶، ۲۰۰۱). زنانی که به مشارکت در نهادهای اجتماعی فرد - محور^۷ ارزش می‌گذارند، چنانچه نقش‌های خانوادگی بالقوه آینده آنها با انتظارات‌شان به‌عنوان یک فرد ناهماهنگ باشد با مشکل مواجه خواهند شد. در چنین شرایطی، برخی از زنان برای حفظ نقش‌های فردی‌شان از نقش‌های خانوادگی‌شان پرهیز می‌کنند. آنها یا بچه‌ای نخواهند داشت یا شمار فرزندان‌شان کم‌تر از آنچه آرزو می‌کنند خواهد بود (مک‌دونالد، ۲۰۰۰).

در خصوص روندها و تعیین‌کننده‌های باروری در میان پیروان مذاهب مختلف نیز دیدگاه‌های گوناگونی وجود دارد. شاید گلدشاید^۸ (۱۹۶۹) نخستین کسی بود که به بیان نقش مذهب در تحلیل‌های کلاسیک پرداخت. او تلاش کرد تا از دو زاویه، تأثیر مذهب بر رفتارهای

-
1. Easterlin
 2. Gubhaju
 3. Weeks
 4. McDonald
 5. Family-oriented Social Institutions
 6. Casterline
 7. Individual-Oriented Social Institutions
 8. Goldscheider

جمعیت‌شناختی را تبیین کند. وی بر مبنای رویکرد مشخصه‌ها^۱، استدلال می‌کند که ارتباط میان وابستگی مذهبی و باروری، اغلب یک رابطه کاذب است. در این رویکرد، باروری بالای گروه‌های مذهبی خاص ناشی از ویژگی‌های اقتصادی اجتماعی آنها است. بنابراین، با کنترل متغیرهایی مانند تحصیلات، درآمد و محل سکونت معلوم خواهد شد که نقش مذهب بیش‌تر ظاهری است تا واقعی. بر اساس این دیدگاه، تفاوت باروری گروه‌های قومی و مذهبی، پدیده‌ای موقت است. به باور عبّاسی‌شوازی و صادقی (۱۳۸۵) در بستر توسعه اقتصادی اجتماعی و با فراگیر شدن مدرنیزاسیون، تفاوت‌های باروری از بین می‌رود و همگرایی به‌وجود می‌آید. با این‌حال، گلدشایدر می‌گوید اگر همبستگی میان وابستگی مذهبی و باروری، حتی بعد از کنترل ویژگی‌های اقتصادی اجتماعی، همچنان باقی بماند باید در چارچوب فرضیه الهیات ویژه^۲ به تبیین باروری پرداخت.

در رویکرد الهیات ویژه، باروری بالاتر گروه‌های مذهبی، تقریباً به‌طور ثابت، می‌تواند ناشی از آموزه‌های مذهبی مرتبط با فرزندآوری باشد. وجود یا فقدان باورهای خاص مذهبی و فرهنگی درباره پیشگیری از حاملگی، سقط جنین و بُعد خانوار، نگرش‌ها و رفتارهای باروری افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (لوکاس^۳ و میر^۴؛ ۱۳۹۳؛ چمی^۵ ۱۹۸۱). ایدئولوژی‌ها و دکترین‌های مذهبی، نظامی از ارزش‌ها و هنجارها را در زمینه ازدواج، بُعد خانوار، نقش‌های جنسیتی، کنترل موالید، سقط جنین و ... به‌وجود می‌آورد که ترجیحات فرزندآوری و انتخاب روش‌های پیشگیری از حاملگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مذهب همچنین می‌تواند به‌طور غیرمستقیم از طریق تأثیر بر باورهایی که نقش‌های اجتماعی یا خانوادگی زنان و یا گرایش به ترجیح جنسی را تحت تأثیر قرار می‌دهند، رفتار باروری را تغییر دهد (حسینی، ۱۳۹۲: ۱۴۰). مک‌کوئیلان^۶ (۲۰۰۴) در زمینه تأثیر مذهب بر رفتارهای باروری می‌گوید: مذهب باید آشکارا هنجارهای رفتاری مرتبط با باروری را بیان کند. این هنجارها می‌تواند شامل دستورالعمل‌های معین مرتبط با مسائلی مانند پیشگیری از حاملگی یا آموزه‌های کلی‌تر مرتبط با نقش‌های جنسیتی و زندگی خانوادگی باشد.

-
1. Characteristic Approach
 2. Particularized theology
 3. Lucas
 4. Meyer
 5. Chamie
 6. McQuillan

یک سازمان مذهبی، در شرایطی که هنجارها اجباری‌اند، باید با استفاده از قدرت قهری خود و از طریق فشارهای اجتماعی غیررسمی، اعضایی را که با آموزه‌های مذهبی هم‌نویی می‌کنند، پاداش دهد و آنهایی را که این‌گونه نیستند، مجازات کند. در نهایت، گروه‌های مذهبی رفتارهای جمعیت‌شناختی پیروان‌شان را بیش‌تر هنگامی تحت تأثیر قرار می‌دهند که اعضا احساس می‌کنند یک حس قوی از وابستگی به اجتماع مذهبی دارند.

پژوهش‌های بسیاری در زمینه برابری جنسیتی در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه انجام شده است. بیش‌تر این پژوهش‌ها در زمینه اشتغال، تحصیلات، مشارکت مردان در تقسیم کار در خانواده، بهبود شاخص‌های توسعه انسانی و... صورت گرفته‌اند. حسینی (الف، ۱۳۸۹) نشان داد که همگرایی باروری در کشورهای مسلمان، پدیده جدیدی است که در آستانه هزاره سوم تجربه شده و ناشی از بهبود شاخص‌های توسعه انسانی و گسترش استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی است. در بررسی دیگری (حسینی ب، ۱۳۸۹)، در بیش از ۸۵ درصد کشورهای آسیایی مورد بررسی، معلوم شد که گرایش به همگرایی با سطوح و روندهای جهانی باروری پدیده‌ای است که از سال ۱۳۶۹ به بعد پدیدار شده است. این پژوهش نشان داد سرمایه انسانی زنان، به‌طور مستقیم و غیرمستقیم، از طریق تأثیر بر میزان استفاده از وسایل مدرن پیشگیری از حاملگی بر همگرایی باروری تأثیر گذاشته است.

افشاری (۱۳۹۴) می‌گوید: در ایران گذار باروری همراه با برابری سریع در نهادهای فردگرا (مانند آموزش) و نهاد خانواده و برابری کم‌تر در دیگر نهادهای فردگرا و خانواده‌گرا، یعنی مشارکت در بازار کار و توسعه سیاست‌های حمایتی مناسب در دوره باروری و فرزندآوری، و توسعه ترتیبات کاری انعطاف‌پذیر محیط کار بوده است. قدرتی و همکاران (۱۳۹۲) نشان دادند که برابری جنسیتی، رابطه مستقیم و معناداری با شمار فرزندان که زن قصد دارد به دنیا بیاورد، دارد. آنها در تأیید نظریه برابری جنسیتی مک‌دونالد می‌گویند: زنانی که تحت تأثیر عقاید جدید برابری‌خواهانه در نهادهای فرد - محور هستند، در صورتی که در نهاد خانواده برابری جنسیتی را تجربه نکنند، برای رسیدن به هدف‌های‌شان از باروری‌شان می‌کاهند. میلز^۱ (۲۰۱۰) در بررسی مقایسه‌ای باروری در ۲۶ کشور اروپایی، نشان داد در جوامعی با میزان بالایی از برابری جنسیتی

نیت باروری زنان بیش تر است. وو^۱ و همکاران (۲۰۱۴) می گویند: زنان چینی، به ویژه آنهایی که سطح تحصیلات پایین تری دارند، ۷۷/۸ درصد کارهای خانه را انجام می دهند و از وضعیت خود در خانواده راضی اند، احتمال تولد فرزند دوم در آنها بیش تر است. بر پایه بررسی آنها، افزایش برابری جنسیتی، بهبود موقعیت زنان و ارتقاء جایگاه آنها در زمان پس از اجرای سیاست تک فرزندی، نقش تعیین کننده ای در کاهش باروری داشته است. به باور هاناپی^۲ و همکاران (۲۰۱۷)، بهبود موقعیت زنان، در قصد باروری آنها مؤثر است. زنانی که امنیت شغلی ندارند، قصد و نیت باروری شان را کاهش می دهند. مایرسکایلا^۳ و همکاران (۲۰۱۱) نیز نشان دادند که بهبود شاخص های توسعه انسانی در میان زنان کم تر و بیش تر از ۳۰ سال به ترتیب موجب کاهش و افزایش باروری شده است. بررسی آنها نشان داد: کشورهای دارای رتبه بالا در شاخص توسعه انسانی و رتبه پایین در شاخص برابری جنسیتی، هم چنان کاهش باروری را تجربه می کنند. پژوهش های انجام شده در زمینه باروری و برابری جنسیتی را می توان در دو سطح خرد و کلان گروه بندی کرد. در بررسی های در سطح کلان دو خلاء اصلی مشاهده شد: (۱) موضوع همگرایی باروری در بسترهای مختلف اقتصادی اجتماعی و قومی مذهبی به ندرت مورد توجه قرار گرفته است. (۲) بررسی تأثیر برابری جنسیتی در همگرایی باروری مسلمانان با جمعیت های غیر مسلمان، موضوعی است که در هیچ یک از پژوهش های انجام شده به آن پرداخته نشده است. این بررسی با تمرکز بر همگرایی باروری کشورهای مسلمان با کشورهای توسعه یافته، درصدد است نقش برابری جنسیتی در نهادهای اجتماعی فرد - محور را در این همگرایی توضیح دهد و به این ترتیب، در امتداد پژوهش های پیشین قرار بگیرد.

روش تحقیق و داده ها

روش پژوهش این مطالعه علی - مقایسه ای^۴ (پس - رویدادی) است و برای تحلیل داده ها از رویکرد مقطعی^۵ استفاده شده است. جمعیت آماری، ۴۷ کشور با بیش از ۵۰ درصد جمعیت مسلمان است که به آنها کشورهای با اکثریت مسلمان می گوئیم. این کشورها، همان طور که در

-
1. Wu
 2. Hanappi
 3. Myrskylä
 4. Causal-Comparative
 5. Cross-sectional approach

جدول ۱ می‌بینید، در مناطق مختلف دنیا از آفریقای شمالی تا اروپای جنوبی پراکنده‌اند. بر اساس اطلاعات مندرج در جدول ۱، ۵۵/۳ درصد کشورهای مسلمان مورد بررسی در آسیا، ۴۰/۴ درصد در آفریقا و ۴/۳ درصد در اروپای جنوبی واقع شده‌اند.

این مطالعه، دو دوره زمانی را پوشش می‌دهد. بررسی گذار باروری و همگرایی باروری متمرکز بر دوره زمانی ۱۳۲۹-۱۴۲۹ است. به‌خاطر فقدان داده‌های شاخص برابری جنسیتی برای همه کشورهای مورد بررسی، تحلیل تأثیر برابری جنسیتی و همگرایی باروری محدود به ۳۰ کشور در دو بُرش زمانی ۱۳۸۴ و ۱۳۹۴ است. داده‌ها از پایگاه داده‌های بخش جمعیت سازمان ملل متحد (سازمان ملل، ۲۰۱۹)، پایگاه داده‌های بانک جهانی و گزارش توسعه انسانی سازمان ملل (۲۰۱۱، ۲۰۱۶) اقتباس شد. در گروه‌بندی کشورها بر حسب میزان باروری، کشورهای با میزان باروری کل شش فرزند و بیش‌تر در وضعیت باروری طبیعی، بین سه تا ۵/۹ فرزند در حال گذار باروری و با میزان باروری کل کم‌تر از سه فرزند در شرایط باروری کنترل‌شده گروه‌بندی شدند.

متغیر وابسته، همگرایی باروری است. منظور از آن، کاهش تدریجی اختلاف نسبی باروری میان جمعیت مینا و جمعیت‌های مورد بررسی است. به باور ویلسون^۱ (۲۰۱۱: ۴) هر تعریفی از همگرایی باروری شامل سه جزء است: (۱) تعریف گروه‌های جمعیتی، (۲) محاسبه میزان باروری و (۳) مقایسه گروه‌های جمعیتی. گروه‌های جمعیتی در این مقاله دربرگیرنده دو بلوک جمعیتی کشورهای مسلمان (جمعیت مورد بررسی) و کشورهای توسعه‌یافته (جمعیت مینا) است. بنابراین، مفهوم همگرایی بیانگر اختلاف نسبی باروری میان این دو بلوک جمعیتی است. شاخص همگرایی باروری^۲ بر اساس مقدار میزان باروری کل و با استفاده از رابطه ۱ که از حسینی (الف ۱۳۸۹) اقتباس شده، عملیاتی شد.

$$FCI_{MMC} = \frac{(TFR_{DC,t} - TFR_{MMC,t})}{TFR_{DC,t}} \times 100 \dots\dots\dots (1)$$

که در آن: FCI_{MMC} شاخص همگرایی باروری کشورهای مسلمان، $TFR_{DC,t}$ میزان

1. Wilson
2. Fertility convergence index (FCI)

باروری کل کشورهای توسعه یافته در بُرش زمانی t و $TFR_{MMC,t}$ میزان باروری کل یک کشور مسلمان در بُرش زمانی t می باشد.

جدول ۱. توزیع کشورهای مسلمان مورد بررسی بر حسب مناطق عمده جمعیتی

منطقه	کشور	جمع
آفریقای شمالی	الجزایر، مصر، لیبی، مراکش، سودان، تونس	۶
آفریقای غربی	بورکینافاسو، گامبیا، گینه، مالی، موریتانی، نیجر، نیجریه، سنگال، سیرالئون	۹
آفریقای شرقی	کامرون، جیبوتی، سومالی	۳
آفریقای میانه	چاد	۱
آسیای غربی	آذربایجان، بحرین، عراق، اردن، کویت، لبنان، عمان، قطر، عربستان سعودی، سوریه، ترکیه، امارات متّحده عربی، یمن	۱۳
آسیای مرکزی	قزاقستان، قرقیزستان، تاجیکستان، ترکمنستان، ازبکستان	۵
آسیای جنوبی	افغانستان، بنگلادش، ایران، مالدیو، پاکستان	۵
آسیای جنوب شرقی	اندونزی، مالزی، برونی دارالسلام	۳
اروپای جنوبی	آلبانی، بوسنی هرزگوین	۲
جمع		۴۷

شاخص FCI_{MMC} در ۱۰۰ بیان می شود. در مقایسه هر کشور مورد بررسی با جمعیت مبنا، مقادیر مثبت بیانگر آن است که در هر بُرش زمانی سطح باروری جمعیت مبنا بالاتر از سطح باروری کشور مورد بررسی می باشد. در مقابل، مقادیر منفی نشان می دهد که هر یک از کشورهای مورد بررسی باروری بالاتری در مقایسه با جمعیت مبنا تجربه کرده اند. بنابراین، افزایش درصدهای منفی نشان از واگرایی تغییرات باروری در کشورهای مورد بررسی با سطوح و روندهای باروری در جمعیت مبنا دارد. هرچه تفاوت ها به سمت صفر میل کند نشان از کاهش اختلاف نسبی و همگرایی بیش تر کشورهای مسلمان با کشورهای توسعه یافته است.

متغیر مستقل، برابری جنسیتی است و آن دو نوع است: برابری جنسیتی در نهادهای فرد - محور و برابری جنسیتی در نهادهای خانواده - محور* . تمرکز این مقاله بر برابری جنسیتی در

* برابری جنسیتی در نهادهای خانواده - محور، به تقسیم مساوی کارهای خانه، مراقبت و نگهداری از فرزندان توسط زن و شوهر و حمایت سیستم های اجتماعی برای ایجاد انعطاف پذیری بین محیط کار و خانواده اشاره می کند.

نهادهای فرد - محور است. منظور از آن، فرصت‌هایی است که زنان در زمینه آموزش، اشتغال و بهداشت بارداری، همانند مردان و بدون هیچ‌گونه محدودیت جنسیتی در جامعه کسب می‌کنند. برای محاسبه برابری جنسیتی در کشورهای مورد بررسی، از داده‌های شاخص نابرابری جنسیتی^۱ در گزارش توسعه انسانی سازمان ملل (۲۰۱۱، ۲۰۱۶) استفاده شد.

شاخص نابرابری جنسیتی، که مفهوم مخالف آن برابری جنسیتی است، بر اساس روش ارائه‌شده در گزارش توسعه انسانی سازمان ملل (۲۰۱۱) عملیاتی شد. این شاخص نشان‌دهنده وضعیت نامساعد جنسیتی در سه بُعد سلامت، توانمندسازی (آموزش) و مشارکت در بازار کار است. بُعد سلامت دارای شاخص‌هایی چون نسبت مرگ‌ومیرهای مادری^۲ و میزان باروری نوجوانان^۳ است که در نهایت، شاخص بهداشت بارداری زنان را می‌سازد. در بُعد توانمندسازی، از شاخص‌هایی چون موفقیت در سطوح تحصیلات متوسطه و عالی^۴ و سهم زنان و مردان در تصدی گرسی‌های پارلمان^۵ و در بُعد مشارکت در بازار کار نیز از میزان مشارکت مردان و زنان در نیروی کار استفاده شد. در نهایت، با ترکیب این سه بُعد، شاخص نابرابری جنسیتی از طریق رابطه ۲ محاسبه شد:

$$GII = 1 - \frac{HARM(G_F, G_M)}{G_{\bar{F}, \bar{M}}} \dots\dots\dots (2)$$

که در آن؛ GII شاخص نابرابری جنسیتی، $HARM(G_F, G_M)$ میانگین هارمونیک شاخص‌های مردان و زنان و $G_{\bar{F}, \bar{M}}$ میانگین هندسی میانگین‌های حسابی هر یک از شاخص‌ها برای مردان و زنان است.

مقدار GII در دامنه‌ای بین صفر و یک در نوسان است. هرچه مقدار شاخص به یک نزدیک‌تر باشد نابرابری جنسیتی بیش‌تر و هرچه به صفر نزدیک‌تر باشد نابرابری جنسیتی کم‌تر است.

-
1. Gender inequality index (GII)
 2. Maternal mortality ratio (MMR)
 3. Adolescent fertility rate (AFR)
 4. Attainment at secondary and higher education (SE) levels
 5. Share of parliamentary seats held by each sex (PR)

این اساس، شاخص برابری جنسیتی^۱ (GEI) از طریق رابطه ۳ عملیاتی شد:

$$GEI = 1 - GII \dots\dots\dots (۳)$$

مقدار شاخص در دامنه‌ای بین صفر و یک در نوسان است. مقدار صفر برای هر کشور نشان می‌دهد که در آن کشور به طور مطلق برابری جنسیتی وجود ندارد. در مقابل، مقدار یک، از برابری کامل جنسیتی در کشور مورد نظر حکایت دارد. بنابراین، هرچه مقدار شاخص به یک نزدیک‌تر برابری جنسیتی بیش‌تر و برعکس، مقادیر نزدیک به صفر گویای آن است که برابری جنسیتی کم‌تر است.

متغیرهای کنترل در این بررسی عبارتند از: میزان مرگ‌ومیر اطفال^۲، درصد شهرنشینی و میزان استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی. میزان مرگ‌ومیر اطفال، بیان‌گر شمار اطفالی است که به ازای هر ۱۰۰۰ تولد زنده به دنیا آمده در طول یک سال معین در یک کشور معین قبل از اولین سالگرد تولدشان می‌میرند. هرچه مقدار این شاخص به ۱۰۰۰ نزدیک‌تر باشد، بیانگر وضعیتی نامناسب بهداشت و سلامت و نیز توسعه اقتصادی اجتماعی در آن کشور است. شهرنشینی نشان‌دهنده شمار افرادی است که به ازای هر ۱۰۰ نفر از جمعیت کشور در مناطق شهری زندگی می‌کنند. متغیر بلافصل استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی، عمومیت استفاده از روش‌های پیشگیری را بر حسب درصد در میان زنان ۱۵-۴۹ ساله در یک بُرش زمانی خاص نشان می‌دهد. این اندازه‌گیری شامل روش‌های پیشگیری از حاملگی، اعم از مدرن و سنتی، برای زنان ازدواج‌کرده‌ای است که در یک وصلت جنسی می‌باشند.

یافته‌ها

گذار باروری در کشورهای با اکثریت مسلمان: وضعیت گذشته و چشم‌انداز آینده
نتایج (جدول ۲) نشان می‌دهد کشورهای توسعه‌یافته از نیمه قرن بیستم در وضعیت باروری

1. Gender equality index (GEI)
2. infant mortality rate (IMR)

کنترل شده بوده‌اند. اگرچه میزان باروری در این کشورها در طول ربع قرن از ۱۳۲۹ تا ۱۳۵۴ روند نزولی داشته، ولی همواره بالاتر از سطح جایگزینی بوده است. از سال ۱۳۵۴ میزان باروری به پایین‌تر از سطح جایگزینی سقوط کرد. برآوردها نشان می‌دهد با وجود تداوم باروری زیر سطح جایگزینی تا نیمه قرن ۲۱، از سال ۱۳۹۹ به بعد میزان باروری کل در کشورهای توسعه‌یافته به‌طور نامحسوس افزایش خواهد یافت.

بر اساس اطلاعات مندرج در جدول ۲، از نظر وضعیت باروری در کشورهای مسلمان، چهار دوره متمایز را می‌توان از هم تفکیک کرد. توالی دوره‌ها به‌گونه‌ای است که با ورود از هر دوره به دوره دیگر، تغییری اساسی از نظر وضعیت باروری در کشورهای با اکثریت مسلمان رخ می‌دهد.

دوره ۱۳۲۹-۱۳۴۴: در طول این دوره، حدود ۸۵ درصد کشورهای مسلمان در وضعیت باروری طبیعی و ۱۵ درصد آنها در حال گذار باروری بوده‌اند. در طول دوره، از شمار کشورهای در حال گذار کاسته شده و بر شمار کشورهای در وضعیت باروری طبیعی اضافه شده است. هیچ یک از کشورهای مسلمان در وضعیت باروری کنترل‌شده نبوده‌اند.

دوره ۱۳۷۴-۱۳۴۴: در طول این دوره، پیوسته از شمار کشورهای در وضعیت باروری طبیعی کاسته شد. شمار این کشورها با بیش از ۵۹ درصد کاهش از ۳۷ کشور در دوره ۱۳۴۹-۱۳۴۴ به ۱۵ کشور در دوره ۱۳۷۴-۱۳۶۹ رسید. در نتیجه، شمار کشورهای در حال گذار باروری با ۱۴۰ درصد افزایش از ۱۰ کشور در ابتدای این دوره به ۲۴ کشور در انتهای دوره رسید.

دوره ۱۴۰۹-۱۳۷۴: گذار از وضعیت باروری طبیعی به باروری در حال گذار و کنترل‌شده که از نیمه دهه ۱۳۴۹ آغاز شده بود، تداوم یافت. پیوسته، از شمار کشورهای در وضعیت باروری طبیعی کاسته شد و شمار کشورهای در وضعیت باروری کنترل‌شده با ۱۰۰ درصد افزایش از ۱۵ کشور در آغاز هزاره سوم به ۳۰ کشور در ربع اول قرن ۲۱ خواهد رسید.

دوره ۱۴۲۹-۱۴۰۹: بر اساس پیش‌بینی‌های بخش جمعیت سازمان ملل متحد (۲۰۱۹)، در این دوره، هیچ یک از کشورهای مسلمان در وضعیت باروری طبیعی نخواهند بود. گذار باروری که از نیمه قرن بیستم در شمار معدودی از کشورهای مسلمان آغاز شده بود، در ابتدای دهه سوم هزاره سوم و با قرارگرفتن ۶۸ درصد این کشورها در وضعیت باروری کنترل‌شده، سیر خود را ادامه خواهد داد.

جدول ۲. توزیع فراوانی کشورهای مسلمان بر حسب وضعیت باروری و میزان باروری کل

در کشورهای توسعه یافته: ۱۴۲۹-۱۳۲۹

دوره زمانی	TFR کشورهای توسعه یافته	وضعیت باروری در کشورهای با اکثریت مسلمان			جمع
		طبیعی	در حال گذار	کنترل شده	
۱۳۲۹-۱۳۳۴	۲/۸۲	۳۸	۹	-	۴۷
۱۳۳۴-۱۳۳۹	۲/۷۹	۴۰	۷	-	۴۷
۱۳۳۹-۱۳۴۴	۲/۶۶	۴۲	۵	-	۴۷
۱۳۴۴-۱۳۴۹	۲/۳۸	۳۷	۱۰	-	۴۷
۱۳۴۹-۱۳۵۴	۲/۱۶	۳۶	۱۰	۱	۴۷
۱۳۵۴-۱۳۵۹	۱/۹۲	۲۸	۱۸	۱	۴۷
۱۳۵۹-۱۳۶۴	۱/۸۴	۲۶	۲۰	۱	۴۷
۱۳۶۴-۱۳۶۹	۱/۸۱	۲۲	۲۴	۱	۴۷
۱۳۶۹-۱۳۷۴	۱/۶۷	۱۵	۲۴	۸	۴۷
۱۳۷۴-۱۳۷۹	۱/۵۷	۱۰	۲۲	۱۵	۴۷
۱۳۷۹-۱۳۸۴	۱/۵۸	۸	۱۶	۲۳	۴۷
۱۳۸۴-۱۳۸۹	۱/۶۸	۶	۱۷	۲۴	۴۷
۱۳۸۹-۱۳۹۴	۱/۶۷	۴	۲۰	۲۳	۴۷
۱۳۹۴-۱۳۹۹	۱/۶۴	۲	۱۹	۲۶	۴۷
۱۳۹۹-۱۴۰۴	۱/۶۵	۱	۱۸	۲۸	۴۷
۱۴۰۴-۱۴۰۹	۱/۶۷	۱	۱۶	۳۰	۴۷
۱۴۰۹-۱۴۱۴	۱/۶۹	-	۱۵	۳۲	۴۷
۱۴۱۴-۱۴۱۹	۱/۷۱	-	۱۲	۳۵	۴۷
۱۴۱۹-۱۴۲۴	۱/۷۲	-	۱۲	۳۵	۴۷
۱۴۲۴-۱۴۲۹	۱/۷۳	-	۱۱	۳۶	۴۷

منبع: پردازش بر مبنای برآوردهای بخش جمعیت سازمان ملل متحد ۲۰۱۹.

بر اساس این نتایج، می توان گفت گذار از وضعیت باروری طبیعی به باروری کنترل شده که از نیمه دهه ۱۳۵۰ در کشورهای مسلمان آغاز شده از نیمه دهه ۱۳۷۰ سرعت بیش تری به خود گرفته است. این روند تا نیمه قرن ۲۱ ادامه خواهد یافت. در نیمه هزاره سوم، بیش از ۷۶ درصد کشورهای مسلمان، مانند کشورهای توسعه یافته، در وضعیت باروری کنترل شده خواهند بود. پرسش این است: آیا گذار باروری در کشورهای مسلمان، به کاهش اختلاف نسبی باروری آنها با کشورهای توسعه یافته منجر شده است؟ محاسبه شاخص همگرایی پاسخ این پرسش را روشن می سازد.

تغییر وضعیت باروری، برابری جنسیتی و همگرایی باروری: ۱۳۸۴-۱۳۹۴

بر پایه این بررسی، در طول ۶۵ سال، از ۱۳۲۹ تا ۱۳۹۴، شمار کشورهای مسلمان در وضعیت باروری طبیعی با ۹۴/۷ درصد کاهش، از ۳۸ کشور در نیمه قرن بیستم به دو کشور نیجر و سومالی در سال ۱۳۹۴ تقلیل یافت. خروج کشورها از وضعیت باروری طبیعی به افزایش شمار کشورهای در وضعیت باروری در حال گذار و کنترل شده منجر شد. جدول ۳، گذار در وضعیت باروری کشورهای مورد بررسی را در فاصله ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۴ نشان می‌دهد.

جدول ۳. گذار در وضعیت باروری کشورهای مسلمان از ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۴ بر حسب فراوانی و نام کشورها

وضعیت باروری (۱۳۹۴)				
کل	طبیعی	در حال گذار	کنترل شده	
۶	نیجر، سومالی	افغانستان، بورکینافاسو، چاد، مالی	-	
		کامرون، مصر، گامبیا، گینه، عراق، موریتانی، نیجریه، پاکستان، جیبوتی، اردن، عربستان سعودی، ۱۷		
	-	سنگال، سیرالئون، سودان، سوریه، تاجیکستان، یمن		وضعیت باروری (۲۰۰۵)
	-	الجزایر، قرقیزستان		وضعیت باروری (۲۰۰۵)
۲۴	کنترل شده	آلبانی، آذربایجان، بحرین، بنگلادش، بو سنی هرزگوین، برونی دارالسلام، اندونزی، ایران، قزاقستان، کویت، لبنان، لیبی، مالزی، مالدیو، مراکش، عمان، قطر، تونس، ترکیه، امارات عربی متحده، ترکمنستان، ازبکستان		
۴۷	۲	۱۹	۲۶	کل

همان‌طور که ملاحظه می‌شود، در طول یک دهه، از شمار کشورهای در وضعیت باروری طبیعی، ۶۶/۷ درصد کاسته شده و در مقابل، بر شمار کشورهای در وضعیت باروری در حال گذار و کنترل شده افزوده شده است. از مجموع ۱۰ کشوری که وضعیت باروری‌شان در دوره ۱۳۸۴-۱۳۹۴ تغییر کرده، کشورهای اردن، عربستان سعودی، جیبوتی و سوریه از مرحله گذار باروری عبور نموده و به باروری کنترل شده در سال ۱۳۹۴ دست یافته‌اند. در همین زمان،

افغانستان، بورکینافاسو، چاد و مالی نیز از شرایط باروری طبیعی خارج و گذار باروری را آغاز کرده‌اند. بر پایه این بررسی، تغییرات باروری در قرقیزستان و الجزایر برخلاف روند باروری در کشورهای یادشده است. در دهه ۱۳۸۴-۱۳۹۴، برخلاف روند نزولی باروری در کشورهای توسعه‌یافته، سطح باروری در این دو کشور افزایش یافت. در نتیجه، از وضعیت باروری کنترل‌شده در سال ۱۳۸۴ به باروری در حال گذار در سال ۱۳۹۴ سقوط کردند.

جدول ۴، کشورهایی را که در دوره ۱۳۸۴-۱۳۹۴ از نظر باروری، تغییر وضعیت داده‌اند، بر حسب شاخص همگرایی باروری با کشورهای توسعه‌یافته، برابری جنسیتی و درصد تغییرات در شاخص‌های یادشده نشان می‌دهد. همان‌طور که می‌بینید، تکمیل فرآیند گذار باروری، تجربه باروری کنترل‌شده و همگرایی باروری کشورهای مسلمان، به استثنای سوریه، با کشورهای توسعه‌یافته در دوره ۱۳۸۴-۱۳۹۴ با بهبود برابری جنسیتی در این کشورها همراه بوده است. برای مثال، در افغانستان و مالی شاخص برابری جنسیتی به ترتیب ۱۴/۴ درصد و ۱۱/۹ درصد بهبود یافته است. در عربستان سعودی و اردن که فرآیند گذار باروری را تکمیل و به باروری کنترل‌شده تغییر وضعیت داده‌اند، شاخص برابری جنسیتی به ترتیب ۱۳۳/۶ درصد و ۷/۲ درصد افزایش یافته است.

همان‌طور که می‌بینید، ارقام جدول ۴ حاکی از این است که تنها در سوریه و الجزایر تغییر وضعیت باروری برخلاف روند مشاهده‌شده در سایر کشورهای مندرج در جدول است. در الجزایر، اگرچه شاخص برابری جنسیتی به اندازه ۵/۲ درصد بهبود یافته، اما این کشور از وضعیت باروری کنترل‌شده به باروری در حال گذار تغییر وضعیت داده است. در سوریه نیز هرچند روند تغییر در شاخص برابری جنسیتی نزولی بوده و این کشور در سال ۱۳۹۴ نمره پایین‌تری نسبت به سال ۱۳۸۴ کسب کرده، اما از مرحله گذار باروری عبور کرده و به باروری کنترل‌شده دست یافته است.

جدول ۴. کشورهایی که از نظر باروری تغییر وضعیت داده بر حسب شاخص همگرایی باروری، برابری جنسیتی و درصد تغییرات در شاخص همگرایی باروری و برابری جنسیتی: ۱۳۸۴-۱۳۹۴

کشور	۱۳۸۴		۱۳۹۴		وضعیت باروری	درصد تغییرات ۱۳۸۴-۱۳۹۴	
	GEI	FCI	GEI	FCI		GEI	FCI
اردن	۰/۴۸۷	-۱۲۶/۱۹	۰/۵۲۲	-۶۸/۹۰	کنترل شده	۷/۲	-۴۵/۴
افغانستان	۰/۲۹۱	-۲۸۵/۷۱	۰/۳۳۳	-۱۷۸/۰۵	در حال گذار	۱۴/۴	-۳۷/۷
الجزایر	۰/۵۴۳	-۶۱/۹۰	۰/۵۷۱	-۸۵/۹۸	در حال گذار	۵/۲	+۳۸/۹
بورکینافاسو	*	-۲۶۱/۹۰	*	-۲۱۸/۹۰	در حال گذار	**	-۱۶/۴
عربستان سعودی	۰/۳۱۸	-۹۱/۶۷	۰/۷۴۳	-۴۲/۶۸	کنترل شده	۱۳۳/۶	-۵۳/۴
قرقیزستان	*	-۶۵/۴۸	*	-۸۲/۹۳	در حال گذار	**	+۲۶/۶
جیبوتی	*	-۱۱۱/۳۱	*	-۶۸/۲۹	کنترل شده	**	-۳۸/۶
چاد	*	-۳۰۷/۷۴	*	-۲۵۳/۶۶	در حال گذار	**	-۱۷/۶
سوریه	۰/۵۰۳	-۱۲۰/۲۴	۰/۴۴۶	-۷۳/۱۷	کنترل شده	-۱۱/۳	-۳۹/۱
مالی	۰/۲۷۸	-۲۹۸/۸۱	۰/۳۱۱	-۲۶۰/۹۸	در حال گذار	۱۱/۹	-۱۲/۷

توجه:

* داده‌های شاخص نابرابری جنسیتی در دسترس نیست. در نتیجه، امکان محاسبه شاخص برابری جنسیتی با استفاده از رابطه‌ی ۳ وجود ندارد. ** به خاطر فقدان داده‌های شاخص نابرابری جنسیتی در دو برش زمانی ۱۳۸۴ و ۱۳۹۴، امکان محاسبه درصد تغییرات شاخص برابری جنسیتی در دوره‌ی ۱۳۸۴-۱۳۹۴ وجود ندارد.

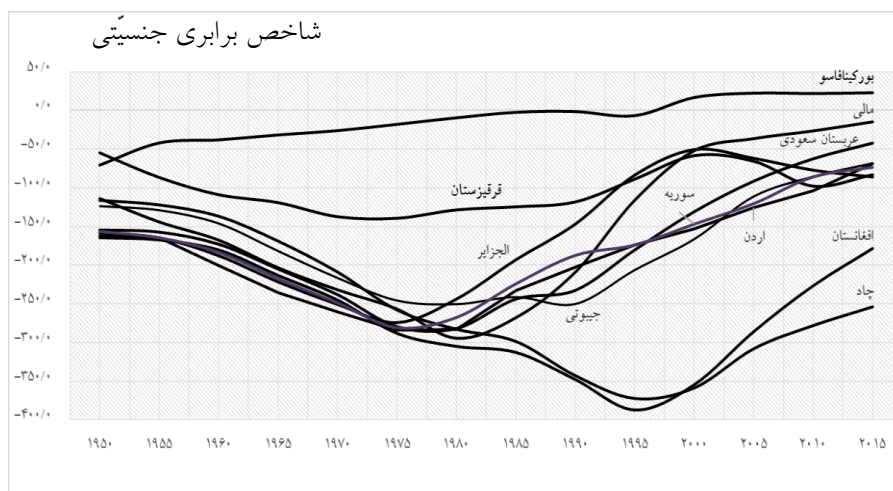
نمودار ۱، شاخص همگرایی باروری را برای کشورهای ۱۳۸۴-۱۳۹۴ از نظر باروری تغییر وضعیت داده‌اند، نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، شاخص همگرایی از حدود ۵۰- در بورکینافاسو و قرقیزستان در نیمه قرن بیستم تا حدود ۴۰۰- در افغانستان و چاد در نیمه دهه ۱۳۷۰ در نوسان است. بیش‌تر کشورهای مورد بحث، به استثنای بورکینافاسو، تا سال‌های دهه ۱۳۶۰ نوعی واگرایی باروری با کشورهای توسعه‌یافته را تجربه کرده‌اند. این وضعیت در افغانستان تا آغاز هزاره سوم ادامه یافت. از میانه دهه ۱۳۶۰، از اختلاف نسبی سطح باروری کشورهای مسلمان با کشورهای توسعه‌یافته کاسته شد و بیش‌تر کشورها با سرعت، همگرایی باروری را تجربه کردند. شاخص همگرایی از حدود ۳۰۰- در میانه دهه ۱۳۶۰ به کم‌تر از ۱۰۰- در سال ۱۳۹۴ رسید. نتایج نشان می‌دهد که تجربه همگرایی، شدت و زمان‌بندی آن در

کشورهای مختلف متفاوت است. برخی کشورهای مسلمان زودتر و با سرعت بیشتری به سمت همگرایی باروری با کشورهای توسعه یافته رفته‌اند.

پرسش این است: آیا همگرایی باروری کشورهای مسلمان با کشورهای توسعه یافته، به‌خاطر دستیابی مسلمانان به الگوهای همگن‌تری از برابری جنسیتی است؟ برای پاسخ به این پرسش ابتدا به تحلیل همبستگی بین شاخص برابری جنسیتی و همگرایی باروری می‌پردازیم.* بر پایه این بررسی، میانگین برابری جنسیتی در ۳۰ کشور با اکثریت مسلمان در سال ۱۳۸۴ معادل ۰/۴۷۳ و مقدار شاخص در دامنه‌ای بین دست‌کم ۰/۲۰۹ در یمن تا ۰/۶۹۵ در مالزی در نوسان بوده است. پس از ۱۰ سال، میانگین شاخص با ۱۶/۱ درصد افزایش به ۰/۵۴۹ در سال ۱۳۹۴ افزایش یافت. با این وجود، یمن با نمره ۰/۲۳۳ همچنان وضعیت نامناسب‌تری در میان ۳۰ کشور مسلمان داشته است. در مقابل، لیبی با نمره ۰/۸۳۳ از برابری جنسیتی بالاتری در مقایسه با سایر کشورها برخوردار بوده است.

نمودار ۱. همگرایی باروری چند کشور مسلمان در وضعیت‌های مختلف باروری

با کشورهای توسعه یافته: ۱۳۲۹-۱۳۹۴



* با در نظر گرفتن محدودیت دسترسی به داده‌های برابری جنسیتی، تحلیل‌ها متمرکز بر ۳۰ کشور با اکثریت مسلمان در دو بُرش زمانی ۱۳۸۴ و ۱۳۹۴ است.

نتیجه تحلیل همبستگی نشان داد که در دوره ۱۳۸۴-۱۳۹۴، شدت همبستگی بین برابری جنسیتی و همگرایی باروری با $6/9$ درصد افزایش از $0/735$ در سال ۱۳۸۴ به $0/786$ در سال ۱۳۹۴ افزایش یافته است. اکنون این پرسش مطرح است: با کنترل اثر میزان مرگ و میر اطفال، شهرنشینی و میزان استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی، تأثیر برابری جنسیتی در همگرایی باروری مسلمانان با سطوح و روندهای باروری در کشورهای توسعه یافته چیست؟ آیا از شدت همبستگی بین برابری جنسیتی و همگرایی باروری کاسته می‌شود؟

نتایج همبستگی تفکیکی^۱ نشان داد که در سال ۱۳۸۴ همبستگی مرتبه صفر بین برابری جنسیتی و همگرایی باروری، پس از کنترل اثر میزان مرگ و میر اطفال، شهرنشینی و میزان استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی، با 81 درصد کاهش به $0/140$ رسیده و غیرمعنادار است. در نتیجه، می‌توان گفت همبستگی مشاهده شده ($0/735$) بین برابری جنسیتی و همگرایی باروری در سال ۱۳۸۴ واقعی نبوده و وجود چنین رابطه‌ای به خاطر وجود رابطه‌ای است که بین برابری جنسیتی، همگرایی باروری و متغیرهای کنترل وجود دارد. پس از گذشت ۱۰ سال، اگرچه با کنترل اثر میزان مرگ و میر اطفال، شهرنشینی و میزان استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی حدود 50 درصد از همبستگی مرتبه صفر بین برابری جنسیتی و همگرایی باروری کاسته شده، ولی همبستگی مشاهده شده ($r = 0/373$) معنادار ($P = 0/05$) است. بر این اساس، می‌توان گفت با افزایش برابری جنسیتی در طول زمان، نقش مشخصه‌های اقتصادی اجتماعی و جمعیتی در همگرایی باروری کم‌تر شده و همبستگی مشاهده شده بین برابری جنسیتی و همگرایی باروری واقعی‌تر شده است.

تحلیل چندمتغیره

اکنون می‌خواهیم نشان دهیم که برابری جنسیتی به چه میزان می‌تواند تغییرات همگرایی باروری در کشورهای مسلمان را توضیح دهد. برای این منظور، از رگرسیون خطی و چندمتغیره استفاده شد (جدول ۵). نتایج مدل ۱ نشان از یک همبستگی قوی ($0/735$) بین برابری جنسیتی و همگرایی باروری در سال ۱۳۸۴ دارد. مقدار ضریب تعیین تعدیل یافته ($0/523$) گویای آن است که برابری جنسیتی حدود 52 درصد تغییرات همگرایی باروری در کشورهای مسلمان را توضیح

می‌دهد. با توجه به مقدار آماره F در سطح خطای کم‌تر از ۰/۰۱ نتیجه می‌گیریم که برابری جنسیتی قادر است تغییرات همگرایی باروری در کشورهای مسلمان را تبیین کند. اما آیا این تأثیر در حضور متغیرهای دیگر همچنان معنادار است؟

جدول ۵. تحلیل رگرسیون دو متغیره و چندمتغیره عوامل مؤثر بر همگرایی باروری کشورهای مسلمان: ۱۳۸۴

مدل ۲				مدل ۱				عناصر رگرسیون و
Sig	t	β	B	Sig	t	β	B	متغیرها
۰/۰۰۶	-۲/۹۷۷	-	-۱۹۶/۰۶	۰/۰۰۰	-۸/۰۸۴	-	-۳۵۱/۵۰۱	مقدار ثابت
۰/۴۸۷	۰/۷۰۵	۰/۱۰۲	۷۰/۴۰۷	۰/۰۰۰	۵/۷۳۰	۰/۷۳۵	۵۰۵/۹۲۵	برابری جنسیتی
۰/۰۱۵	-۲/۶۱۰	-۰/۴۰۶	-۱/۳۴۲					میزان مرگ‌ومیر اطفال
۰/۳۰۵	۱/۰۴۷	۰/۱۴۲	۰/۶۳۰					شهرنشینی
۰/۰۰۴	۳/۱۳۹	۰/۴۲۲	۱/۷۴۱					میزان استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی
	۰/۸۹۵		۰/۷۳۵					ضریب همبستگی چندگانه (R)
	۰/۸۰۱				۰/۵۴۰			ضریب تعیین (R^2)
	۰/۷۶۹				۰/۵۲۳			ضریب تعیین تعدیل‌یافته (R^2 . Adj)
	۴۶/۶۴				۶۶/۹۴			خطای برآورد معیار
	۲۵/۰۸ (۰/۰۰۰)		۳۲/۸۴ (۰/۰۰۰)					آماره F و سطح معناداری (Sig.)

برای پاسخ به پرسش فوق، سه متغیر میزان مرگ‌ومیر اطفال، شهرنشینی و میزان استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی را در تحلیل وارد کردیم (مدل ۲). با ورود متغیرهای کنترل، به معادله مقدار بتا برای شاخص برابری جنسیتی با ۸۶ درصد کاهش از ۰/۷۳۵ در مدل ۱ به ۰/۱۰۲ در مدل ۲ رسید. آماره t در سطح معناداری ۰/۴۸۷ گویای آن است که برابری جنسیتی، در کنار متغیرهای کنترل، تأثیر معناداری بر همگرایی باروری کشورهای مسلمان ندارد. به‌طور کلی، از مجموع متغیرهای وارد در معادله در مدل ۲ تنها میزان استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی و میزان مرگ‌ومیر اطفال تأثیر معناداری بر همگرایی باروری کشورهای مسلمان دارند. افزایش میزان مرگ‌ومیر اطفال باعث کاهش همگرایی باروری کشورهای مسلمان با کشورهای توسعه‌یافته می‌شود. در مقابل، تأثیر استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی مثبت است. با گسترش استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی در کشورهای مسلمان همگرایی باروری آنها با

۲۷ برابری جنسیتی و همگرایی باروری در کشورهای با اکثریت مسلمان

کشورهای توسعه‌یافته بیش‌تر می‌شود. ضریب تعیین تعدیل‌یافته (۰/۷۶۹) بیانگر آن است که حدود ۷۷ درصد تغییرات همگرایی باروری در کشورهای مسلمان توسط متغیرهای موجود در مدل توضیح داده می‌شود. آماره F در سطح خطای کم‌تر از ۰/۰۱ نشان می‌دهد که متغیرهای موجود در مدل می‌توانند تغییرات همگرایی باروری در این کشورها را تبیین کنند.

جدول ۶، نتایج رگرسیون دو متغیره و چندمتغیره عوامل مؤثر بر همگرایی باروری کشورهای مسلمان را در سال ۱۳۹۴ نشان می‌دهد. بر اساس خروجی رگرسیون در مدل ۱، حضور شاخص برابری جنسیتی در معادله معنادار است و این متغیر به تنهایی حدود ۵۵ درصد تغییرات همگرایی باروری در کشورهای مسلمان را تبیین می‌کند. مقدار ضریب همبستگی چندگانه (۰/۷۵۴) نشان می‌دهد که در فاصله ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۴ بر شدت همبستگی بین برابری جنسیتی و همگرایی باروری مسلمانان با کشورهای توسعه‌یافته افزوده شده است. آماره F در سطح خطای کم‌تر از ۰/۰۱ گویای آن است که این تأثیر از نظر آماری معنادار است.

جدول ۶. تحلیل رگرسیون دو متغیره و چندمتغیره عوامل مؤثر بر همگرایی باروری کشورهای

مسلمان: ۱۳۹۴

مدل ۲				مدل ۱				عناصر رگرسیون و
Sig	t	β	B	Sig	t	β	B	متغیرها
۰/۰۰۱	-۳/۶۵۲	-	-۲۵۶/۹۵۲	۰/۰۰۰	-۸/۴۶۵	-	-۲۹۲/۹۰۶	مقدار ثابت
۰/۰۵۵	۲/۰۰۹	۰/۳۱۱	۱۵۰/۸۶۰	۰/۰۰۰	۶/۰۷۵	۰/۷۵۴	۳۶۶/۳۰۴	برابری جنسیتی
۰/۲۳۷	-۱/۲۱۲	-۰/۲۲۵	-۰/۸۶۶					میزان مرگ‌ومیر اطفال
۰/۱۸۹	۱/۳۵۱	۰/۱۹۷	۰/۷۶۶					شهرنشینی
۰/۰۱۲	۲/۷۰۱	۰/۳۲۶	۱/۳۳۷					میزان استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی
	۰/۸۷۱			۰/۷۵۴				ضریب همبستگی چندگانه (R)
	۰/۷۵۹			۰/۵۶۹				ضریب تعیین (R ²)
	۰/۷۲۰			۰/۵۵۳				ضریب تعیین تعدیلافته (R ² . Adj)
	۴۳/۵۷			۵۵/۰۷				خطای برآورد معیار
	۱۹/۶۷			۳۶/۹۰				آماره F
	۰/۰۰۰			۰/۰۰۰				سطح معناداری (Sig.)

نتایج مدل ۲ بیانگر آن است که وقتی تأثیر میزان مرگ‌ومیر اطفال، شهرنشینی و میزان استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی کنترل می‌شود، برخلاف سال ۱۳۸۴، برابری جنسیتی همچنان تأثیر معناداری بر همگرایی باروری کشورهای مسلمان دارد. با این وجود، از مجموع متغیرهای مدل ۲، میزان مرگ‌ومیر اطفال و شهرنشینی از سطح معناداری لازم برای حضور در معادله برخوردار نیستند. به این ترتیب، برابری جنسیتی و میزان استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی با بتای ۰/۳۲۶ و ۰/۳۱۱ به ترتیب، بیش‌ترین تأثیر را بر همگرایی باروری کشورهای مسلمان با کشورهای توسعه‌یافته دارند. جهت تأثیر هر دو متغیر مثبت است؛ یعنی گسترش استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی و افزایش برابری جنسیتی بر سطح و روند باروری در کشورهای مسلمان و همگرایی آنها با سطوح و روندهای مشاهده‌شده باروری در کشورهای توسعه‌یافته تأثیر می‌گذارد. آماره $F(19/67)$ در سطح خطای کم‌تر از ۰/۰۱ نشان می‌دهد که این تأثیر از نظر آماری معنادار است.

نتیجه‌گیری

گذار باروری پدیده‌ای جهانی است که ابتدا در کشورهای توسعه‌یافته آغاز شد. امروزه، بسیاری از این کشورها باروری زیر سطح جایگزینی را تجربه می‌کنند. در کشورهای درحال توسعه نیز تغییرات باروری گسترده‌ای در طول چند دهه گذشته صورت گرفته است. کشورهای مسلمان نیز از این تغییرات در امان نبوده‌اند. باروری طبیعی که مشخصه جمعیت‌های مسلمان در چند دهه گذشته بود در حال از بین رفتن است. امروزه، شمار قابل‌توجهی از کشورهای مسلمان باروری زیر سطح جایگزینی را تجربه می‌کنند. شواهد نشان می‌دهد که نوعی همگرایی باروری در بسترهای گوناگون اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، فرهنگی، قومی و مذهبی در حال شکل‌گیری است. تبیین این همگرایی، چشم‌انداز آینده باروری در کشورهای مسلمان و تغییرات جمعیتی آینده آنها را تا حدود زیادی روشن خواهد ساخت. همچنین، کمک مؤثری در تبیین گذار باروری و نیز سیاست‌گذاری‌های جمعیتی در جمعیت‌های مسلمان خواهد بود.

جمعیت آماری این بررسی، ۴۷ کشور با اکثریت مسلمان بود که در مناطق مختلف دنیا از آفریقا تا آسیا و اروپای جنوبی پراکنده‌اند. داده‌های موردنیاز از پایگاه داده‌های بخش جمعیت سازمان ملل (۲۰۱۹)، پایگاه داده‌های بانک جهانی و گزارش توسعه انسانی سازمان ملل (۲۰۱۱)،

(۲۰۱۶) اقتباس شد. برای بررسی روندهای گذشته و چشم‌انداز آینده باروری و نیز همگرایی باروری در کشورهای یادشده، تحلیل‌ها متمرکز بر یک دوره زمانی ۱۰۰ ساله از ۱۳۲۹ تا ۱۴۲۹ بود. با توجه به فقدان داده برابری جنسیتی برای همه کشورهای مورد بررسی، تبیین همگرایی باروری مسلمانان با جمعیت مبنا محدود به ۳۰ کشور و متمرکز بر برش‌های زمانی ۱۳۸۴ و ۱۳۹۴ بود.

بر پایه این بررسی، گذار باروری در کشورهای مسلمان که به سال‌های نیمه دهه ۱۹۷۰ بر می‌گردد در نیمه دهه ۱۳۷۰ سرعت بیش‌تری یافته است. در نتیجه، همگرایی باروری در کشورهای مسلمان از دهه ۱۳۷۰ در سطح گسترده‌ای عمومیت یافت. تداوم گذار باروری سبب شد تا در دوره ۱۳۹۴-۱۳۸۴ از شمار کشورهای در وضعیت باروری طبیعی کاسته و بر شمار کشورهای در وضعیت باروری در حال گذار و کنترل‌شده افزوده شود. نتایج نشان داد که بیش از سه چهارم کشورهای با اکثریت مسلمان در میانه هزاره سوم فرآیند گذار باروری را کامل و به باروری کنترل‌شده دست خواهند یافت. بر این اساس می‌توان گفت در کشورهای مسلمان رژیم جمعیت‌شناختی جدیدی در حال شکل‌گیری است که در آن همگرایی باروری با کشورهای توسعه‌یافته ویژگی جمعیت‌شناختی مسلط در آینده نزدیک خواهد بود. به باور نویسندگان مقاله، زنان نیروی اصلی نهفته در پس این رژیم جمعیت‌شناختی جدید خواهند بود.

نتایج این بررسی تأیید کرد که باروری بالا مشخصه پایدار جمعیت‌های مسلمان نیست. روندهای آینده باروری در کشورهای مسلمان به‌گونه‌ای است که پس از آلبانی و بوسنی هرزگوین که شاخص همگرایی آنها در سال ۱۳۹۴ مثبت بود، در برخی از این کشورها مانند بحرین، بنگلادش، بروئی دارلسلام، مالدیو، قطر، عربستان سعودی و امارات عربی متحده شاخص همگرایی از سال ۲۰۳۰ به بعد مثبت خواهد شد. در واقع، سطح باروری کشورهای یادشده، پایین‌تر از سطح باروری کشورهای توسعه‌یافته خواهد بود.

اکنون به پرسش اصلی مقاله برمی‌گردیم: آیا همگرایی باروری جمعیت‌های مسلمان با کشورهای توسعه‌یافته، ناشی از گذار به الگوهای همگن‌تری از برابری جنسیتی در کشورهای مسلمان است؟ نتایج نشان داد که در ۲۷ کشور (۹۰ درصد) از مجموع ۳۰ کشور مسلمان، برابری جنسیتی در دوره ۱۳۹۴-۱۳۸۴ افزایش یافته است. نتایج از افزایش شدت همبستگی بین برابری جنسیتی و همگرایی باروری در دوره یادشده حکایت دارد. میانگین شاخص همگرایی در

کشورهایی که در سطوح بالایی از برابری جنسیتی بودند بیش تر از میانگین متناظر در کشورهای بود که سطوح متوسط و پایینی از برابری جنسیتی را تجربه کرده بودند. تحلیل های چندمتغیره نشان داد که با کنترل اثر استفاده از روش های پیشگیری از حاملگی، شهرنشینی و میزان مرگ و میر اطفال، تأثیر برابری جنسیتی بر همگرایی باروری در سال ۱۳۸۴ غیر معنادار اما در سال ۱۳۹۴ معنادار است. بر این اساس، نتیجه می گیریم که افزایش برابری جنسیتی در طول زمان سبب خواهد شد تا زنان در بسترهای مختلف اقتصادی اجتماعی، سیاسی، فرهنگی، قومی و مذهبی به نیروهای اصلی نهفته در پس تصمیم گیری های فرزندآوری تبدیل شوند. حضور معنادار برابری جنسیتی در کنار میزان استفاده از روش های پیشگیری از حاملگی در سال ۱۳۹۴ این ادعا را تأیید می کند.

نتایج این بررسی همسو با نتایج پژوهش هایی است که پیش تر توسط میلز (۲۰۱۰)، نیر^۱ و همکاران (۲۰۱۳)، مایرسکایلا و همکاران (۲۰۱۱)، هانایی (۲۰۱۶) و و همکاران (۲۰۱۴)، حسینی (الف؛ ۱۳۸۹؛ ب؛ ۱۳۸۹)، موسایی و همکاران (۱۳۸۹)، اسحاقی و همکاران (۱۳۹۳) و افشاری (۱۳۹۳) انجام شده است. آنها نشان دادند که با بهبود شاخص های توسعه انسانی و موقعیت زنان در جامعه، آنها دچار تعارض نقش می شوند و در نتیجه باروری شان را کاهش می دهند. امروزه، دگرگونی های اساسی در سازمان های اقتصادی اجتماعی، فرهنگی و سیاسی جوامع سبب توجه به نقش و جایگاه زنان در جامعه، گسترش حضور آنها در بازار کار، ارتقاء سطح تحصیلات، افزایش هزینه فرصت فرزندآوری، تغییر ساختار خانواده و در نهایت تغییر ایستارها، ایده آل ها و تمایلات فرزندآوری شده است. در اقتصادهای امروزی زنان مانند مردان قادر به رقابت در بازار کارند اما به دلیل تعارض بین نقش های شغلی و خانوادگی، برای تحقق خواسته های خود از طریق استفاده از روش های پیشگیری از حاملگی یا فرزندی به دنیا نمی آورند یا شمار فرزندان را محدود و به مدت طولانی فرزندآوری نمی کنند. بنابراین، افزایش برابری جنسیتی در کشورهای مسلمان به گسترش استفاده از وسایل پیشگیری از حاملگی، کاهش بیش تر باروری و در نتیجه همگرایی بیش تر جمعیت های مسلمان با سطوح و روند باروری در کشورهای توسعه یافته خواهد شد.

یافته های این بررسی در تأیید فرضیه مشخصه ها و نظریه برابری جنسیتی مک دونالد است،

اما رویکرد الهیات ویژه را پشتیبانی نمی‌کند. از طرفی، با افزایش برابری جنسیتی در نهادهای فرد - محوری مانند آموزش، اشتغال و سلامت جایگاه زنان در کشورهای مسلمان بهبود یافته است. از سوی دیگر، به نظر می‌رسد به خاطر نابرابری جنسیتی در نهادهای خانواده - محور، زنان در کنار ایفای نقش‌های شغلی همچنان باید نقش‌های مادری و خانوادگی را نیز مطابق انتظارات اجتماعی و فرهنگی به انجام برسانند. در چنین موقعیتی، فرزندآوری در تعارض با نقش‌های مادری قرار می‌گیرد. در نتیجه، زنان ناگزیر تصمیم می‌گیرند یا فرزند نداشتن باشند یا شمار فرزندان‌شان را به کم‌تر از ایده‌آل‌های فرزندآوری‌شان تقلیل دهند. البته، تحلیل دقیق‌تر این روابط مستلزم دسترسی به داده‌های برابری جنسیتی در نهادهای خانواده - محور در مقیاس بین‌المللی است.

با توجه به روندهای گذشته و چشم‌انداز آینده باروری در کشورهای مسلمان، هرگونه سیاست‌گذاری برای افزایش باروری و جلوگیری از تداوم باروری زیر سطح جایگزینی باید با توجه به جایگاه و موقعیت زنان در جامعه و خانواده صورت بگیرد. اتخاذ سیاست‌های همسو و موافق با خواسته‌ها و تمایلات زنان (سرایي ۱۳۹۴: ۱۰) احتمال موفقیت دولت‌های کشورهای مسلمان برای افزایش باروری را بیش‌تر می‌کند. تحصیل و اشتغال زن در فعالیت‌های خارج از منزل، به‌عنوان مؤلفه‌های برابری جنسیتی در نهادهای فرد - محور، در تعارض جدی با نقش فرزندآوری زنان است. سرایی (۱۳۹۴) می‌گوید این تعارض و ناسازگاری در اواخر دوره حاملگی و پس از زایمان به اوج خود می‌رسد. در این دوره، زنان دانشجو و شاغل نیازمند بیش‌ترین کمک‌ها از سوی همسر، خویشاوندان و نهادهایی هستند که در آن‌ها مشغول به کار یا تحصیل‌اند. بنابراین، گسترش برابری جنسیتی در نهادهای اجتماعی خانواده - محور و افزایش مشارکت همسر در فعالیت‌های داخل منزل، از جمله نگهداری از کودکان خردسال، بسیار تعیین‌کننده خواهد بود. نقش دولت‌ها در اتخاذ تدابیری برای نگهداری از کودکان خردسال، انعطاف‌پذیری در تحصیل و کار و مرخصی زایمان نیز تعیین‌کننده است. دولت می‌تواند مراکز ارزان و با کیفیت برای نگهداری کودکان زنان شاغل یا دانشجو در محل و یا نزدیک به محل کار و تحصیل آن‌ها فراهم سازد. انعطاف‌پذیری تحصیل و کار برای زنانی که پس از مرخصی کوتاه‌مدت زایمان ناگزیر باید کار و تحصیل را از سر بگیرند کمک مؤثری خواهد بود.

در این مقاله، نویسندگان به دلیل عدم دسترسی به داده‌های برابری جنسیتی در نهادهای

اجتماعی خانواده - محور در مقیاس بین‌المللی تنها به تحلیل و تبیین تأثیر برابری جنسیتی در نهادهای اجتماعی فرد - محور بر همگرایی باروری در کشورهای مسلمان پرداختند. بی‌تردید، تحلیل دقیق‌تر تأثیر ابعاد دوگانه برابری جنسیتی بر همگرایی باروری در سطوح خرد و کلان مستلزم دسترسی به داده‌های لازم برای اندازه‌گیری این دو بعد از برابری جنسیتی است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های میدانی و پیمایش‌ها، اندازه‌گیری هر دو بعد برابری جنسیتی در دستور کار قرار بگیرد. در این صورت، این امکان فراهم می‌شود تا نظریه برابری جنسیتی دقیق‌تر آزمون شود و کارایی آن در تبیین باروری پایین در بسترهای گوناگون اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی ارزیابی شود.

منابع

- اسحاقی، محمد؛ سیده‌فاطمه محبی؛ شهربانو پاپی‌نژاد؛ زینب جهاندار (۱۳۹۳). چالش‌های فرزندآوری زنان شاغل در یک مطالعه کیفی، زن در توسعه و سیاست، دوره ۱۲، شماره ۱۱، صص ۱۳۴-۱۱۱.
- افشاری، زهرا (۱۳۹۴). برابری جنسیتی و باروری در ایران، زن در توسعه و سیاست، دوره ۱۳، شماره ۲، صص ۲۶۲-۲۴۵.
- سرای، حسن (۱۳۹۴). بازتولید جمعیت ایران: وضع موجود و ملاحظات دربار سیاست‌گذاری، فصلنامه علوم اجتماعی، شماره ۶۸، صص ۱-۳۴.
- حسینی، حاتم (الف) (۱۳۸۹). پویایی توسعه و همگرایی باروری در کشورهای مسلمان، مجله جامعه‌شناسی ایران، دوره یازدهم، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۹، صص ۲۸-۳.
- حسینی، حاتم (ب) (۱۳۸۹). سرمایه انسانی زنان و همگرایی باروری در کشورهای آسیایی، زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)، دوره ۸، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۹، صص ۱۸۸-۱۶۳.
- حسینی، حاتم (۱۳۹۲). جمعیت‌شناسی اقتصادی اجتماعی و تنظیم خانواده، چاپ پنجم، همدان، انتشارات دانشگاه بوعلی سینا.
- حسینی، حاتم (۱۳۹۷). وضعیت‌های متعارض و مسأله سیاست‌گذاری جمعیت در ایران، فصلنامه جمعیت، شماره ۹۳ و ۹۴، ۱۳۹۷.
- رونالد، دونالد (۱۳۹۶). سالخوردگی جمعیت، ترجمه یعقوب فروتن، تهران، موسسه مطالعات و مدیریت جامع و تخصصی جمعیت کشور.
- عبّاسی‌شوازی، محمدجلال و رسول صادقی (۱۳۸۵). قومیت و باروری: تحلیل رفتار باروری گروه‌های قومی در ایران، نامه علوم اجتماعی، شماره ۲۹، صص ۵۸-۲۹.

قدرتی، حسین، داریوش بوستانی، اکرم قدرتی و سیداحمد کلالی (۱۳۹۲). بررسی رابطه برابری جنسیتی در خانواده و باروری زنان مطالعه موردی: زنان متأهل ۲۰ تا ۴۰ ساله شهر سبزوار، فصلنامه مطالعات جغرافیایی مناطق خشک، دوره ۳، شماره ۱۱، صص ۷۵-۹۱.

لوکاس، دیوید؛ میر، پاول (۱۳۹۳). درآمدی بر مطالعات جمعیتی، ترجمه حسین محمودیان، چاپ چهارم، تهران: مؤسسه انتشارات دانشگاه تهران.

موسایی، میثم، نادر مهرگان و روح‌الله رضایی (۱۳۸۹). نرخ باروری و میزان مشارکت زنان در نیروی کار، مطالعه موردی کشورهای خاورمیانه و شمال آفریقا، زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)، دوره ۸، شماره ۲، صص ۶۸-۵۵.

ویکس، جان (۱۳۹۵). جمعیت: مقدمه‌ای بر مفاهیم و موضوعات، ترجمه الهه میرزایی، چاپ اول، تهران: انتشارات مؤسسه مطالعات و مدیریت جامع و تخصصی جمعیت کشور.

Abbasi-Shavazi M. J., Jones G. W (2001). Socio-Economic and Demographic Setting of Muslim Populations, Working Papers in Demography, No. 86 .

Becker, G. S (1960). An Economic Analysis of Fertility. In Demographic and Economic Change in Developed Countries, Columbia University Press, 209-240.

Casterline, J. B (2001). Diffusion Processes and Fertility Transition: Introduction. National Research Council (US) Committee on Population.

Caldwell, J. C (1982). *Theory of Fertility Decline*. London: Academic Press.

Chamie, J (1981). *Religion and Fertility: Arab Christian-Muslim Differentials*, Cambridge: Cambridge University Press.

Easterlin, Richard. A. (1975). An Economic Framework for Fertility Analysis, *Studies in Family Planning*, 6(3): 54-63.

Eberstadt, N., Apoorva, SH (2012). Fertility Decline in the Muslim World. In Population Dynamics in Muslim Countries, Springer, Berlin, Heidelberg, 11-27.

Goldscheider, G., P.R, Uhlenberg (1969). Minority Group Status and Fertility, *The American Journal of Sociology*, 79: 361-372.

Gubhaju, B (2007). Fertility Decline in Asia: Opportunities and Challenges, *The Japanese Journal of Population*, 5(1): 19-42.

Hanappi, D., Valerie-Anne Ryser., Laura Bernardi., Jean-Marie Le Goff (2017). Changes in Employment Uncertainty and the Fertility Intention-Realization Link: An Analysis Based on the Swiss Household Panel, *European Journal of Population*, 33(3): 381-407.

Jones G. W (2006). A Demographic Perspective on the Muslim World, *Journal of Population Research*, 23(2): 243-265.

McDonald, P (2000). Gender Equity in Theories of Fertility Transition, *Population*

and Development Review, 26(3): 427-439.

McQuillan, Kevin (2004). When Dose Religion Influence Fertility? *Population and Development Review*, 30(1): 25-56.

Mills, M (2010). Gender Roles, Gender (In) Equality and Fertility: An Empirical Test of Five Gender Equity Indices, *Canadian Studies in Population*, 37(3-4): 445-474.

Myrskylä, M., H.P, Kohler., Francesco Billari (2011). High Development and Fertility: Fertility at Older Reproductive Ages and Gender Equality Explain the Positive Link, PSC Working Paper Series 30, https://repositoryupenn.edu/psc_working_papers/30.

Neyer, G., Trude Lappegård., D, Vignoli (2013). Gender Equality and Fertility: Which Equality Matters? *European Journal of Population*, 29(3): 245-272.

Population Reference Bureau (2018). World Population Data Sheet with a Special Focus on Changing Age Structure, <https://www.prb.org/2018-world-population-data-sheet-with-focus-on-changing-age-structures>.

United Nations (2011). Human Development Reports: Technical Notes, <http://hdr.undp.org>.

United Nations (2012). World Contraceptive Use 2012, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York, (POP/DB/CP/Rev2012).

United Nations (2016). Human Development Report, <http://hdr.undp.org>.

United Nations (2019). World Population Prospects: The 2019 Revision, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York.

Wilson, B (2011). Migrant fertility in England and Wales: Measuring Fertility Convergence, Masters Dissertation, London School of Economics and Political Science.

Wu, Xiaogang., Hua, Ye., Gloria Guangye He (2014). Fertility Decline and Women's Status Improvement in China, *Chinese Sociological Review*, 46(3): 3-25.