

## نظریه انتقالی جمعیت در کشورهای اسلامی

علی اصغر مهاجرانی  
عضو هیأت علمی - دانشگاه اصفهان

چکیده

مقایسه سطح باروری با شاخصهای توسعه اقتصادی صرف، دارای رابطه گویایی نیستند، ولی شاخصهای فرهنگی و بهداشتی توسعه، همبستگی معنی داری را نشان می دهند. در این میان سیاستهای دراز مدت دولتی و برنامه ریزی تنظیم خانواده نقش مؤثری در کاهش باروری برخی کشورهای اسلامی داشته است، ولی به دلیل تنوع قومی و فرهنگی تفاوتی در سطح باروری کشورهای اسلامی که دارای سیاستهای جمعیتی یکسان بوده اند نیز دیده می شود. نتیجه کلی اینکه به دلیل اشتراک مذهبی نمی توان کشورهای اسلامی را گروهی کاملاً متمایز، متفاوت و مجزا از سایر کشورهای در حال توسعه، از نظر ساخت و حرکات جمعیتی، دانست.

واژگان کلیدی: انتقال جمعیتی، باروری، مرگ و میر، رشد جمعیت، باورهای مذهبی، توسعه اجتماعی، اقتصادی، سیاست جمعیتی، تفاوتی اجتماعی، فرهنگی

## مقدمه

در دو دهه اخیر به دلیل گسترش اسلام‌گرایی، انقلاب اسلامی ایران و فروپاشی اتحاد شوروی سابق که به اضافه شدن شش کشور به جمع کشورهای اسلامی انجامید، همچنین حجم قابل ملاحظه جمعیت و گستردگی جغرافیایی جهان اسلام، که از غرب آفریقا تا جنوب شرقی آسیا کشیده شده، کشورهای اسلامی کانون مطالعات اجتماعی، به ویژه مطالعات جمعیتی، شده‌اند. در دهه ۱۹۸۰ در مطالعات جمعیتی بیشتر به حرکت کندوبطی انتقال جمعیتی در این کشورها تأکید شده و برای آن دلایل مذهبی، اقتصادی - اجتماعی و جمعیت شناختی ارائه داده‌اند.

شاید جامع‌ترین مقاله در این زمینه را پروفسور جان کلارک استاد سابق دپارتمان جغرافیا در دانشگاه دارام انگلستان، بر مبنای داده‌های جمعیتی سال ۱۹۸۳، نوشته باشد که در نشریه جغرافیا<sup>۱</sup> در سال ۱۹۸۵ به چاپ رسیده است (کلارک، ۱۹۸۵). تحقیقات جدیدتر به جنبه‌های محدودتری پرداخته، گروهی از کشورهای اسلامی (یک یا چند کشور) را مورد مطالعه قرار داده‌اند. هدف این مقاله ارائه تصویر روشنتر، دقیقتر و تازه‌تری از ویژگیهای جمعیتی در کشورهای اسلامی است و نیز بررسی و تجزیه و تحلیل دیدگاههای مطرح شده در مورد علل حرکت کند انتقالی و بالا بودن رشد جمعیت و سطح باروری در کشورهای اسلامی. نظرگاههای ابراز شده در این مورد را می‌توان به سه دسته تقسیم کرد:

۱- آنها که قوانین اسلامی و یا محیط اسلامی را عامل اصلی می‌دانند. این دیدگاهها به توجه بیش از حد اسلام به نهاد خانواده، به ازدواج و تولیدمثل در کشورهای اسلامی تأکید می‌کنند (فیندلی<sup>۲</sup>، 1987، 35).

۲- آنها که علت بالا بودن رشد جمعیت و سطح باروری را ابعاد گوناگون توسعه نیافتگی اقتصادی - اجتماعی می‌دانند و از این نظر تفاوتی بین کشورهای اسلامی و سایر کشورهای در حال توسعه قایل نیستند. این گروه بر پایین بودن سطح درآمد، ناچیز بودن رشد اقتصادی، نابرابری و فقر گسترده، بی‌سوادی، سوء تغذیه و عدم دسترسی به امکانات بهداشتی توجه می‌کنند. (تودارو، ۱۳۶۶، ۳۲۴).

۳- دیدگاههای جدیدتری که به نقش و اهمیت سیاستهای دولتی در مورد مسایل جمعیتی توجه می‌کنند و همین طور به اهمیت نقش دولت در برنامه‌های تنظیم خانواده و کنترل موالید. این گروه علل تفاوتهای رشد جمعیت و سطح باروری در کشورهای اسلامی را به موضع‌گیریها و سیاستهای درازمدت دولتهای کشورهای اسلامی ارتباط می‌دهند (اوبرمایر، 1991، 44).

مبنای نظری این مقاله مبتنی بر دیدگاههای دسته دوم و سوم است. اعتقاد نگارنده بر این

است که حتی اگر همبستگی کاملی بین حرکت کند انتقالی، رشد زیاد و سطح بالای باروری در کشورهای اسلامی با یکایک شاخصهای توسعه اقتصادی - اجتماعی وجود نداشته باشد، در هر صورت عوامل اقتصادی - اجتماعی به صورت مستقیم و یا غیر مستقیم بر روندهای جمعیتی تأثیر می‌گذارند، ولی دلیل پایین بودن و یا بالا بودن رشد جمعیت در همه کشورهای اسلامی لزوماً عوامل یکسان نیستند. تنوع رشد جمعیت و سطوح باروری متفاوت در کشورهای اسلامی به خودی خود می‌تواند نظر دسته اول را درباره تأثیر قوانین و یا محیط اسلامی بر پدیده‌های جمعیت مورد سؤال قرار دهد. با این حال به نظر می‌رسد که در آن گروه کشورهای اسلامی، که دولتها بر اجرای قوانین اسلامی و یا ایجاد محیط فرهنگی خاص پافشاری کرده‌اند، تأثیر قوانین اسلامی بر سطح باروری تا حدودی آشکار است. افزایش سطح باروری در ایران در آغاز انقلاب اسلامی و کاهش قابل ملاحظه آن در چند سال اخیر، اهمیت فضای فرهنگی و سیاستهای دولتی و از سوی دیگر نقش این عوامل را به خوبی نشان می‌دهند. در این تحقیق طبق نظر گردهمایی جمعیت شناسی کشورهای اسلامی که در سال ۱۳۶۶ برگزار شد، کشورهایی که حداقل نیمی از جمعیت آنها مسلمان بودند، به عنوان کشور اسلامی در نظر گرفته شدند. تعداد این کشورها در حال حاضر ۴۳ کشور مستقل است. مورد استثنا کشور نیجریه است که با ۴۷ درصد جمعیت مسلمان جزء کشورهای اسلامی به حساب آمده است. در گردهمایی مذکور ایالت سین کیانگ یا سرزمین ایغور در شمال غربی چین نیز جزء ممالک اسلامی به حساب آمده است که به دلیل نبودن اطلاعات جمعیتی و اقتصادی - اجتماعی جداگانه درباره آن، از فهرست کشورهای اسلامی حذف شد.

آمارهای این مقاله اغلب از نشریات مختلف سازمان ملل متحد استخراج شده است. نویسندگان در برخی موارد مانند توزیع درآمد، درصد جمعیت زیر خط فقر، موقعیت زنان و وضعیت ازدواج در کشورهای اسلامی، همچنین در مورد کشورهای تازه استقلال یافته شوروی سابق و کشورهای کوچک کم جمعیت دچار محدودیت آماری بوده است. لذا تا آنجا که امکان پذیر بوده نقایص آماری را از سایر منابع جبران کرده است.

### نظریه انتقالی جمعیت

نظریه انتقالی جمعیت را نخستین بار وارن تامسون<sup>۱</sup> در سال ۱۹۲۹ ارائه داد که در سال ۱۹۴۵ فرانک نوشتاین<sup>۲</sup> و در سال ۱۹۴۷ بلاکر<sup>۳</sup> آن را تکمیل کرد. خلاصه نظریه چنین

1- Waren Thomson

2- Notestein

3- Blacker



است: «در طی چندین مرحله، یک جمعیت از حالتی که مرگ و میر و باروری هر دو در سطح بالایی هستند به حالتی که مرگ و میر و باروری هر دو پایین هستند، انتقال می‌یابد. قبل و بعد از انتقال، رشد جمعیت بسیار کند است. در این میان، یعنی در طی مرحله انتقالی، رشد جمعیت بسیار سریع است، زیرا کاهش مرگ و میر قبل از کاهش باروری به وقوع می‌پیوندد.»

بر مبنای نظریه فوق کشورهای توسعه یافته امروز سه مرحله جمعیتی را پشت سر گذاشته‌اند: مرحله اول با اقتصاد کشاورزی و سطح موالید بالا که نرخهای مرگ و میر نیز بالا و دارای نوسان بوده است. در مرحله دوم به علت وقوع انقلاب صنعتی، بهتر شدن وضع کشاورزی و تغذیه و توسعه بهداشت، مرگ و میر کاهش یافته ولی موالید در سطح بالا باقی مانده است. در مرحله سوم موالید نیز در اثر تغییرات اجتماعی - فرهنگی ناشی از انقلاب صنعتی و تأثیر آن بر رفتار باروری کاهش یافته است. به عقیده نوشتن‌تین الگوهای کاهش باروری و مرگ و میر در این نظریه می‌تواند به عنوان یک الگوی اجتماعی - زیستی در نظر گرفته شود و می‌توان پیدا شدن چنین الگویی را در کشورهای در حال توسعه نیز انتظار داشت.

بر نظریه نوشتن‌تین انتقادات زیادی وارد آمده است، زیرا مراحل انتقالی جمعیت در کشورهای توسعه یافته نمی‌تواند دقیقاً منطبق بر مراحل توسعه آنها باشد. گذشته از آن تعمیم این نظریه بر کشورهای در حال توسعه امکان پذیر نیست. در واقع نظریه انتقالی جمعیت نتیجه یک تجربه تاریخی است که کشورهای صنعتی طی کرده‌اند. نرخهای باروری در مرحله اول در کشورهای در حال توسعه، به علت ازدواجهای درون‌گروهی و پایین‌تر بودن سن ازدواج، بالاتر از نرخهای باروری در کشورهای توسعه یافته بوده است. به نظر کول<sup>۱</sup> جمعیت شناس آمریکایی (۱۹۷۳) در قسمتهای بسیاری از اروپا کاهش باروری قبل و یا همزمان با کاهش مرگ و میر صورت گرفته است. بهترین نمونه فرانسه است، جایی که باروری قبل از هرگونه کاهش اساسی در مرگ و میر به سطح پایین سقوط کرد. در مرحله دوم، کاهش نرخهای مرگ و میر در کشورهای در حال توسعه بسیار سریعتر از کشورهای توسعه یافته بوده که این به سبب ورود داروها و امکانات پزشکی غرب به کشورهای در حال توسعه خارج از محدوده توسعه اقتصادی آنها بوده است. اما درباره مرحله سوم به علت فراهم نیامدن شرایط اجتماعی - فرهنگی لازم هنوز نرخهای باروری در کشورهای در حال توسعه در سطح بالایی باقی مانده است. اگر تغییرات جمعیتی روندهای نوسازی را منعکس کنند، کشورهای در حال توسعه با کشورهای اروپایی نه تنها از نظر زمانی و سرعت توسعه، بلکه از نظر ویژگیهای دوره‌های اقتصادی تفاوت اساسی دارند. ایراد دیگری که به نظریه انتقالی جمعیت گرفته می‌شود نادیده گرفتن عامل مهاجرت به عنوان جزء

فعال جمعیت شناسی است. زلینسکی<sup>۱</sup> در دهه ۱۹۷۰ خاطر نشان ساخت که می توان مهاجرت را به عنوان متغیری به حساب آورد که در مجموعه مراحل انتقالی جمعیت دارای نقش است. به نظر او مهاجرت باعث افزایش توسعه و نوسازی می شود. در مرحله اول مهاجرت کمی وجود دارد، مردم افق دید کوتاهی دارند، حمل و نقل مشکل است و مردم در نزدیک جایی که به دنیا آمده اند، زندگی می کنند و می میرند. با ظهور نوسازی و دگرگونی تولیدات کشاورزی و صنعتی، پیشرفت حمل و نقل و ارتباطات و رشد اقتصاد بازار، وسعت افق دیدها و فاصله مهاجرتها افزایش می یابد. مرحله دوم دوره شهرنشینی سریع و مهاجرتها داخلی در مقیاس وسیع است. مرحله سوم هنگام کاهش رشد شهرنشینی و رشد جمعیت روستایی است. مهاجرتها کمتر می شود ولی جابه جاییهای کوتاه مدت افزایش می یابد و حالت یکنواخت جدیدی پدید می آید که هر چند جابه جاییها زیاد است ولی خالص توزیع جمعیت بسیار کم است. در نظریه مهاجرت زلینسکی نیز این انتقاد وارد آمده که منعکس کننده واقعیت در همه کشورها نیست و در سطح بسیار کلی تنظیم شده و بر تجربه کشورهای غربی متکی است، با این حال نظریه زلینسکی دیدگاه پویایی از عامل مهاجرت به دست می دهد.

### ویژگیهای جمعیتی در کشورهای اسلامی

آمارهای جمعیت معمولاً در محدوده واحدهای سیاسی گردآوری می شوند، ولی جمعیتهای اسلامی حاکی از آن است که نیروهای اجتماعی، مذهبی و فرهنگی که اثر زیادی بر روندهای جمعیتی دارند، ممکن است ماورای مرزهای سیاسی قرار گیرند. تقریباً یک پنجم جمعیت بشری در کشورهای اسلامی زندگی می کنند و بیش از نیمی از جمعیت ۴۳ کشور مستقل، مسلمان هستند و در ۱۸ کشور دیگر نسبت مسلمانان بین ۱۰ تا ۴۰ درصد است. (زنجانی، ۱۳۷۰، ص ۴۴). این کشورها از نظر جمعیت، ویژگیها و درصد جمعیت مسلمان با یکدیگر متفاوت اند. به علاوه کشورهای اسلامی یک منطقه از جهت فرهنگی هماهنگ نیستند. ویکیز<sup>۲</sup> جغرافی دان انگلیسی در سال ۱۹۷۸ کشورهای اسلامی را در ۹ منطقه فرهنگی طبقه بندی کرد که هر چند زندگی اقتصادی و اجتماعی و نظامهای سیاسی این مناطق فرهنگی متفاوت است، ولی برخی مشخصه های اجتماعی - مذهبی وجود دارند که بر ویژگیهای جمعیتی آنها عمیقاً تأثیر می گذارند. به نظر پروفیسور جان کلارک<sup>۳</sup> این طرز فکر اشتباه خواهد بود که این مشخصه ها نفوذ انحصاری دارند، ولی آنها به پیدایش جوامع متمایز از نظر جمعیت

1- Zelinsky

2- Weekes

3- John Clark



شناختی کمک می‌کنند (کلارک، ۱۹۸۵، ص ۱۲۲).

در سال ۱۹۹۲ از ۴۳ کشور اسلامی، جمعیت ۴ کشور بیش از صد میلیون نفر و سه کشور بیش از ۵۰ میلیون نفر بوده است. مجموع جمعیت این هفت کشور ۷۱۲/۷ میلیون نفر می‌شده است (جدول شماره ۱). از میان ۴۳ کشور، در فاصله سالهای ۹۲ - ۱۹۶۰ رشد جمعیت ۱۴ کشور بیش از ۳ درصد و ۲۴ کشور بین ۲ تا ۳ درصد و تنها ۳ کشور، از جمله افغانستان (به دلیل جنگ و مهاجرت)، کمتر از ۲ درصد بوده است. در سال ۱۹۹۲ در ۱۶ کشور درصد شهرنشینی بیش از ۵۰ درصد بوده، ولی علی‌رغم پایین بودن درصد شهرنشینی در برخی کشورهای اسلامی، رشد جمعیت شهری آنها بسیار بالا بوده است. در فاصله سالهای ۹۲ - ۱۹۶۰ از ۴۰ کشور اسلامی که رشد جمعیت شهری آنها در دسترس بوده، ۳۱ کشور نرخ رشد بیش از ۴ درصد داشته‌اند.

در سال ۱۹۹۲، نرخ باروری کل (یا تعداد فرزندان که یک زن به طور متوسط در طول دوره باروری خود به دنیا می‌آورد) در ۲۷ کشور از ۴۳ کشور بیش از ۴ و در ۲۱ کشور بیش از ۵ و در ۱۲ کشور بیش از ۶ فرزند بوده است (جدول شماره ۲). بر مبنای تحقیق انجام شده مقایسه باروری کل و تعداد فرزندان مطلوب در ۱۴ کشور اسلامی نشان می‌دهد که در ۴ کشور موریتانی، سنگال، سودان و مالزی تعداد فرزندان بیش از نرخ باروری کل بوده و در ۸ کشور اسلامی از ۱۶ کشور اسلامی زنان با داشتن ۴ فرزند، خواهان تعداد فرزندان بیشتری بوده‌اند (جدول شماره ۴). نرخ مرگ و میر خام در سال ۱۹۹۲ در کشورهای افغانستان، مالی، گینه، سومالی، سنگال، نیجر و چاد بیش از ۱۵ در هزار و در ۲۹ کشور کمتر از ۱۰ در هزار بوده است. علی‌رغم کاهش شدید نرخ مرگ و میر عمومی در اغلب کشورهای اسلامی، میزان مرگ و میر نوزادان و کودکان هنوز در سطح نسبتاً بالایی است. از ۴۳ کشور، ۱۴ کشور دارای میزان مرگ و میر نوزادان بیش از ۱۰۰ در هزار و ۱۵ کشور بین ۵۰ تا ۱۰۰ در هزار هستند. امید به زندگی در هنگام تولد در سال ۱۹۹۱ در ۱۰ کشور کمتر از ۵۰ سال و در ۲۵ کشور بیش از ۶۰ سال است. به علت بالا بودن سطح باروری و کاهش نسبی مرگ و میر نوزادان و کودکان در سالهای اخیر، درصد جمعیت زیر ۱۵ سال در اغلب کشورهای اسلامی بیش از ۴۰ درصد کل جمعیت است (جدول شماره ۱).

### انتقال جمعیتی محدود در کشورهای اسلامی

شکل شماره ۱، که بر مبنای داده‌های میزان موالید خام و مرگ و میر خام در سال ۱۹۹۲ و نظریه نوتشتاین فراهم و تهیه شده، نشان می‌دهد که کشورهای اسلامی انتقال جمعیتی نسبتاً کندی را طی کرده‌اند. از مجموع کشورهای اسلامی ۱۴ کشور هنوز در مرحله اول انتقالی و بقیه در مرحله دوم به سر می‌برند و تنها قزاقستان و آلبانی و قطر و امارات متحده عربی به مرحله سوم نزدیک شده‌اند. چنان که می‌دانیم شاخص میزان موالید از تقسیم تعداد موالید سالانه به کل

جمعیت به دست می‌آید. در کشورهایی که مهاجرپذیر نیروی انسانی هستند این شاخص نمی‌تواند سطح باروری را به خوبی نشان دهد، زیرا قسمتی از مخارج را مردان مجرد یا مهاجران نیروی کار تشکیل می‌دهد که در باروری دخالتی ندارند. اگر به جای میزان موالید خام، شاخص میزان باروری کل را به کار بریم متوجه می‌شویم که امارات متحده عربی و قطر نیز در اواسط مرحله دوم قرار دارند زیرا باروری کل در این دو کشور  $4/2$  و  $4/3$  می‌باشد که از ۱۴ کشور اسلامی دیگر بالاتر است.

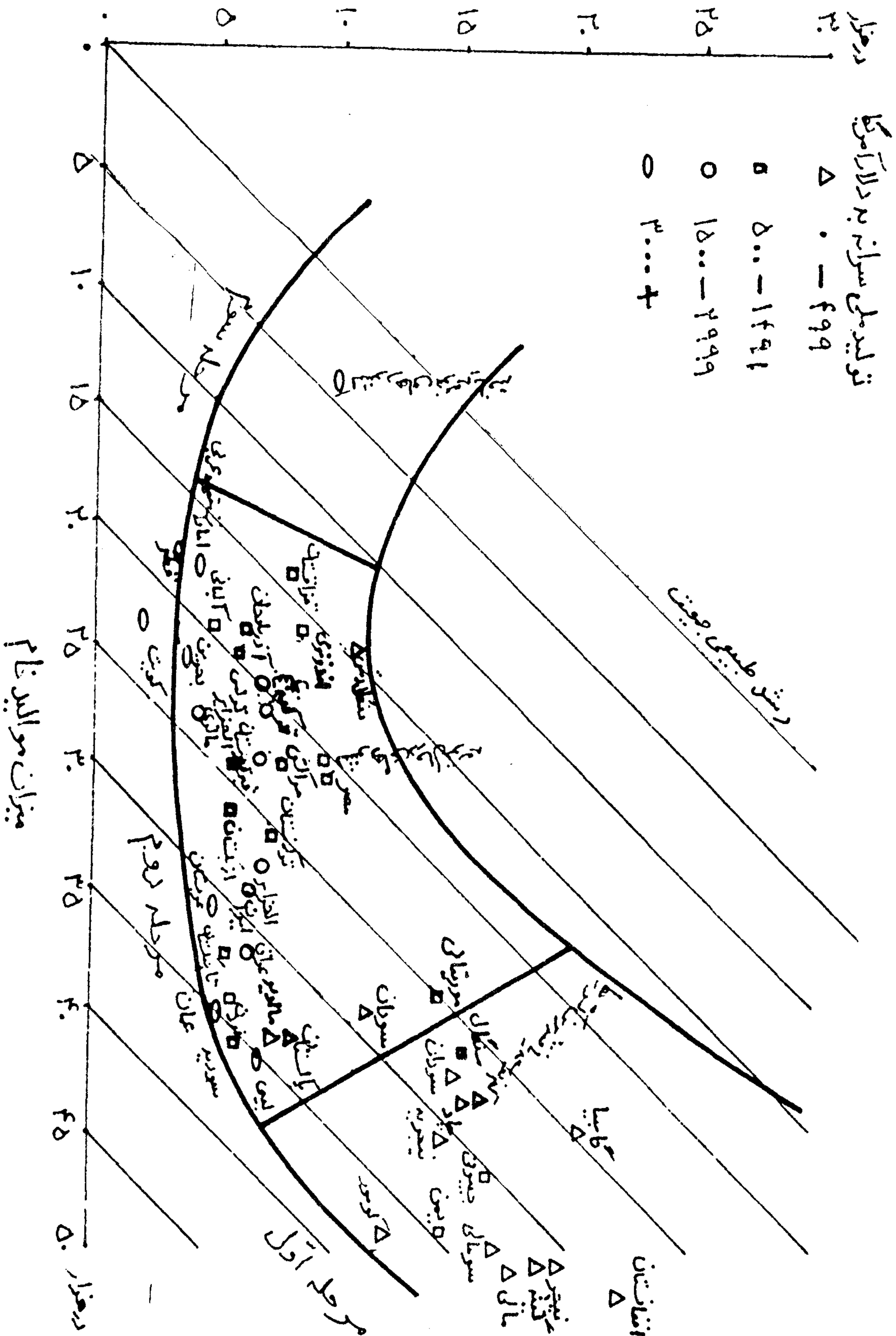
اغلب کشورهای اسلامی در مدت سی و دو سال (۹۲ - ۱۹۶۰) کاهش اساسی در مرگ و میر خام داشته‌اند. کاهش مرگ و میر از ۸۲ درصد در عمان،  $78/9$  درصد در امارات متحده عربی،  $78/3$  درصد در عربستان، تا حداقل ۳۱ درصد در مالی،  $32/1$  درصد در سومالی و  $32/3$  درصد در گینه مشاهده می‌شود. میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال نیز که شاخصی گویاتر از مرگ و میر خام برای نشان دادن سطح واقعی مرگ و میر است، از  $87/9$  درصد در امارات متحده عربی،  $86/7$  درصد در قطر و  $85/3$  درصد عربستان تا حداقل  $11/3$  درصد در نیجریه و نیجر،  $16/4$  درصد عراق و  $30/6$  درصد گینه کاهش داشته است. بالاترین میزان مرگ و میر خام و مرگ و میر کودکان اکنون در کشورهای افغانستان، گینه، گامبیا، نیجر، موریتانی، مالی، چاد و سنگال دیده می‌شود. از نظر سطح باروری بالاترین کاهش میزان موالید خام در فاصله سالهای ۹۲ - ۱۹۶۰ به ترتیب در امارات متحده عربی، بحرین و آلبانی رخ داده، در حالی که از نظر شاخص باروری کل بالاترین کاهش به ترتیب در آلبانی، تونس و لبنان مشاهده شده است. متأسفانه اطلاعات ما درباره میزان باروری کل کشورهای تازه استقلال یافته شوروی سابق در گذشته ناقص است. برخی از این کشورها اکنون دارای میزان باروری کل بسیار پایین هستند. (میزان باروری کل در سال ۱۹۹۲ در قزاقستان و آذربایجان  $2/5$  بوده است) در سال ۱۹۹۲ بالاترین سطح باروری در کشورهای اسلامی متعلق به کشور افغانستان با میزان موالید  $50/2$  در هزار و باروری کل  $6/9$ ، مالی  $50/8$  در هزار و  $7/1$ ، نیجر  $52/5$  در هزار و  $7/4$  بوده است (جدول شماره ۱).

### سطح توسعه و مراحل انتقالی جمعیت در کشورهای اسلامی

معیار متعارف سنجش رابطه جمعیت و توسعه، نسبت تولید ناخالص ملی به جمعیت یا در اصطلاح تولید سرانه ناخالص ملی<sup>۱</sup> است، ولی واقعیت این است که اصطلاحات توسعه و ثروت (تولید ملی) مترادف یکدیگر نیستند. برای مثال کشورهای عربی صادرکننده نفت دارای

۱- مراحل انتقالی جمعیت در کشورهای اسلامی - ۱۹۹۲

میزان مرگ و میر خام



شکل ۱- مراحل انتقالی جمعیت در کشورهای اسلامی - ۱۹۹۲



تولید سرانه ناخالص ملی بسیار بالایی هستند، ولی بسیاری ویژگیهای توسعه یافتگی را دارا نمی‌باشند. شاخص تولید سرانه ملی این معنی را می‌دهد که تولید ملی میان تمام افراد جامعه به طور مساوی تقسیم شده است. این شاخص بسیاری از جنبه‌های اجتماعی توسعه از قبیل تغذیه، آموزش، بهداشت را نادیده می‌گیرد و در نشان دادن توزیع درآمد ناتوان است، ولی معیار جالبی برای اندازه‌گیری حجم فعالیت‌های اقتصادی است. رشد جمعیت با عوامل پیچیده اجتماعی و فرهنگی در ارتباط است و این شاخص به تنهایی نمی‌تواند تفاوت‌های رشد جمعیت را توضیح دهد. لذا در بررسی روابط بین مراحل انتقالی جمعیت و یا رشد جمعیت و سطح باروری با توسعه، سعی خواهد شد از شاخصهای دیگری که بتواند سطح زندگی را از نظر کمی و کیفی نشان بدهد نیز استفاده شود.

در کشورهای اسلامی رابطه گویایی بین نرخ رشد جمعیت و تولید سرانه ناخالص ملی دیده نمی‌شود، برای نشان دادن این رابطه، کشورهای اسلامی را از نظر تولید ناخالص ملی به چهار دسته دارای تولید سرانه بیش از ۳۰۰۰ دلار، ۲۹۹۹ - ۱۵۰۰ دلار، ۱۴۹۹ - ۵۰۰ دلار و کمتر از ۵۰۰ دلار تقسیم کرده‌ایم. برخی کشورهای دارای رشد جمعیت بالا مانند لیبی، دارای تولید ملی سرانه بالایی نیز هستند (۵۳۱۰ دلار) و برخی دیگر مانند پاکستان با رشد جمعیت بالا، دارای تولید سرانه کمی می‌باشند (۴۲۰ دلار). اما بین تولید سرانه ناخالص ملی با مرگ و میر نوعی همبستگی مشاهده می‌شود. تقریباً تمام کشورهای که دارای سطح تولید سرانه بسیار پایین هستند دارای سطح مرگ و میر بالا می‌باشند و این نشان می‌دهد که سطح مرگ و میر می‌تواند رابطه مشخصی با عوامل اقتصادی داشته باشد. این رابطه در مورد باروری صادق نیست. به همین دلیل ضریب همبستگی باروری و تولید ملی سرانه بسیار ضعیف می‌باشد (جدول شماره ۷). از نظر مراحل انتقالی جمعیت از ۱۴ کشور اسلامی که در مراحل اول انتقالی هستند، ۱۱ کشور دارای درآمد ملی سرانه کمتر از ۵۰۰ دلار هستند و تنها درآمد دو کشور یمن و سنگال بین ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ و جیبوتی ۱۲۱۰ دلار می‌باشد. اما در مرحله دوم رابطه بین انتقال جمعیتی با درآمد سرانه ضعیف می‌شود، زیرا کشورهایمانند تونس و اندونزی و آلبانی با تولید سرانه ۱۵۰۰ - ۵۰۰ دلار توانسته‌اند خود را به نزدیک خط پایان مرحله دوم برسانند. در حالی که کشورهایمانند عربستان و لیبی با بیش از ۳۰۰۰ دلار تولید سرانه هنوز در ابتدای مرحله دوم به سر می‌برند. به همین دلیل برای موفقیت برخی کشورهای اسلامی و عدم موفقیت برخی دیگر ظاهراً باید دلایلی غیراقتصادی جستجو کرد.

### باروری و توسعه در کشورهای اسلامی

چنان که مشاهده کردیم علت بالا ماندن رشد جمعیت و حرکت کند انتقالی در کشورهای اسلامی بالا بودن سطح باروری است و سطح مرگ و میر در اکثر این کشورها کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است. بررسی رابطه بین سطح باروری با متغیرهای توسعه می‌تواند به درک علل رشد جمعیت و حرکت کند انتقالی کمک کند. همچنان که بین تولید ملی سرانه و نرخ رشد جمعیت رابطه گویایی وجود ندارد، بین تولید ملی سرانه و سطح باروری (میزان باروری کل) نیز همبستگی مشاهده نمی‌شود. در پاکستان تولید ملی سرانه ۴۲۰ دلار و میزان باروری کل ۶/۲ است، در حالی که در بنگلادش ۲۲۰ دلار و ۴/۴ و در لیبی ۵۳۱۰ دلار و ۶/۴ می‌باشد. ولی وجود ۱۴ کشور اسلامی با تولید ملی سرانه کمتر از ۱۰۰۰ دلار و میزان باروری کل حدود یا بیشتر از ۶، همبستگی بین فقر و میزان باروری بالا را تأیید می‌کند. در مورد نرخ رشد اقتصادی آمار ۲۶ کشور در دسترس است که نشان می‌دهد همبستگی بین سطح باروری و رشد اقتصادی در کشورهای اسلامی نیز بسیار ضعیف است (جدول شماره ۷).

از شاخصهایی که اغلب به عنوان عامل مهم بالا ماندن سطح باروری و دلیل تمایز آن در کشورهای در حال توسعه نام برده می‌شود، نسبت جمعیت زیر خط فقر و نسبت درآمد ۲۰ درصد بالای جامعه، به ۴۰ درصد پایین است. گفته شده که خانواده‌های فقیر که فاقد درآمد، اشتغال، بهداشت و تعلیم و تربیت و خدمات اجتماعی کافی هستند به غیر از اتکا به فرزندان راه دیگری برای تأمین آینده خود سراغ ندارند. فقر گسترده، نرخ زاد و ولد را در سطح بالا نگاه می‌دارد، لذا در کشورهایی که نابرابری درآمد زیاد و فقر مطلق گسترده‌تری دارد، سطح باروری بالاتر است (تودارو، ۱۳۶۶، صص ۲۸۴ و ۲۸۵). متأسفانه آمار موجود در مورد توزیع درآمد و خط زیر فقر در کشورهای اسلامی دچار محدودیت شدید است و تنها از ۱۵ کشور اسلامی اطلاعاتی در مورد درصد جمعیت زیر خط فقر و از ۷ کشور، آمار نسبت درآمد ۲۰ درصد بالا به ۴۰ درصد پایین در دسترس است (جدول شماره ۵). در سه کشور تونس، اندونزی و مالزی، درصد جمعیت زیر خط فقر پایین و توزیع درآمد نسبتاً متعادل و سطح باروری پایین است. ولی در بنگلادش با این که ۸۶ درصد جمعیت زیر خط فقر به سر می‌برند، سطح باروری از پاکستان که  $\frac{1}{3}$  جمعیت آن زیر خط فقر هستند، پایینتر است و در اردن علی‌رغم پایین بودن نسبت جمعیت زیر خط فقر، سطح باروری بالاست. لذا همبستگی کاملی بین این شاخصها و سطح باروری در این چند کشور اسلامی نیز مشاهده نمی‌شود.

در اینجا دو شاخص عمده توسعه فرهنگی یعنی درصد باسوادی بزرگسالان ۱۵ سال



به بالا و درصد ثبت نام شدگان در مدارس ابتدایی و رابطه آنها با باروری را مورد بررسی قرار می دهیم. مقایسه سطح باروری و نرخ سواد در کشورهای اسلامی حاکی از رابطه مشخص بین این دو متغیر است. البته استثناهایی وجود دارد. برای مثال در حالی که نرخ باسوادی در مصر کمتر از ایران می باشد سطح باروری پایینتر است. با این حال بین سطح سواد بالا و کاهش باروری همبستگی معنی داری مشاهده می شود. در کشورهایی که درصد باسوادی بزرگسالان بیش از ۶۰ درصد است سطح باروری با میزان باسوادی رابطه معکوس پیدا می کند. دلیل این امر شاید این باشد که سطح سواد بسیار بالا معمولاً همراه با افزایش سطح تحصیلات و درصد شهرنشینی است. بین شاخص درصد ثبت نام شدگان در مدارس ابتدایی و سطح باروری نیز رابطه معنی داری وجود دارد (جدول شماره ۷).

برخی از جمعیت شناسان علت باروری زیاد در کشورهای اسلامی را موقعیت زنان می دانند. شاخصهای چندی برای اندازه گیری موقعیت زنان وجود دارد که از آن جمله می توان نرخ سواد زنان نسبت به مردان، نرخ ثبت نام دختران نسبت به پسران در دوره ابتدایی، میزان مشارکت زنان در نیروی کار، درصد نیروی کار زنان در فعالیتهای غیر کشاورزی، درصد زنان در پارلمان، امید به زندگی و میزان مرگ و میر مادران را نام برد. متأسفانه آمارهای در دسترس فقط شامل نرخ سواد زنان نسبت به مردان، درصد ثبت نام دختران و درصد زنان در نیروی کار و نوع مشاغل زنان است که به ترتیب شامل ۲۹، ۳۹، ۴۳ در ۱۶ کشور اسلامی می شود. از نظر درصد باسوادی زنان نسبت به مردان، علی رغم بهتر بودن موقعیت زنان ایران نسبت به مصر، سطح باروری در ایران حدود  $\frac{1}{4}$  بالاتر از مصر است. ولی در اینجا نیز همانند شاخص باسوادی کل جمعیت، در کشورهایی که سطح سواد زنان بیش از ۶۰ درصد است رابطه بین سطح سواد و میزان باروری کاملاً معکوس و گویا می باشد که دلیل آن افزایش تحصیلات و اشتغال زنان در کشورهایی است که درصد باسوادی زنان بالاست (جدول شماره ۱). شاخص درصد ثبت نام شدگان دختر نسبت به پسر در مدارس ابتدایی نیز همانند شاخص باسوادی در توجیه تفاوت سطح باروری در کشورهای اسلامی گویا است. اما در مورد درصد زنان در نیروی کار، در برخی از کشورهای اسلامی که نرخ مشارکت زنان در نیروی کار نسبت به مردان نسبتاً بالاست، دارای باروری بالایی نیز می باشند. برای مثال در گینه این نسبت ۶۱ درصد و نرخ باروری کل نیز ۷ و در سنگال با باروری ۶/۱، نرخ مشارکت زنان در نیروی کار ۶۰ می باشد. ولی از آنجا که شرکت زنان در فعالیتهای کشاورزی هیچ گونه تضادی با باروری بالا ندارد، ضریب همبستگی بین نرخ مشارکت

زنان و سطح باروری نشان دهنده رابطه ضعیف بین دو متغیر است. احتمالاً شرکت نیروی کار زنان در فعالیتهای غیر کشاورزی، که با داشتن فرزند زیاد منافات دارد، می تواند رابطه معکوسی با سطح باروری داشته باشد. اشتغال زنان در مشاغل غیر کشاورزی مشخص کننده موقعیت زنان در جامعه نیز می باشد. از جمله مشاغلی که معمولاً به عنوان شاخص اندازه گیری موقعیت زنان در نظر گرفته می شود، مشاغل علمی، فنی و حرفه ای است. متأسفانه اطلاعات آماری درباره نوع شغل زنان در کشورهای اسلامی ناقص است. در ۱۶ کشور اسلامی که آمارهای شاغلان زن در مشاغل علمی، فنی و حرفه ای در دسترس است، همبستگی بین سطح باروری و درصد شاغلان زن در این نوع مشاغل گویای رابطه معکوس ولی نه چندان قوی است (جدول شماره ۷).

درصد شهرنشینی اغلب به عنوان شاخص تغییرات اجتماعی و پدیده ای که بر باروری تأثیر دارد، در نظر گرفته می شود. استدلال شده که در شهر، خانواده دارای بافت درشت تری است و نقش کمتری می پذیرد و هزینه فرزندان در شهر زیاد و درآمد از راه فرزند بسیار ناچیز است، لذا افزایش شهرنشینی می تواند باعث کاهش باروری شود. بررسی رابطه بین درصد شهرنشینی و سطح باروری در کشورهای اسلامی حاکی از همبستگی معکوس با شدت متوسط بین این دو پدیده است.

آخرین شاخص توسعه ای که رابطه آن با باروری مورد بررسی قرار می گیرد، میزان مرگ و میر کودکان در پنج سال اول زندگی است. کاهش مرگ و میر کودکان به عنوان یکی از نتایج توسعه بهداشت و تغذیه می تواند در کاهش باروری نقش مؤثری داشته باشد. زیرا یکی از دلایل باروری زیاد، مرگ و میر کودکان است. کاهش مرگ و میر کودکان، پدر و مادر را مطمئن می سازد که همه فرزندان آنها باقی می مانند. بررسی رابطه بین سطح باروری و میزان مرگ و میر کودکان حاکی از همبستگی نسبتاً قوی بین آنهاست (جدول شماره ۷).

نتیجه ای که می توان از بررسی روابط باروری با متغیرهای توسعه اقتصادی - اجتماعی گرفت این است که اولاً علت بالا ماندن و یا پایین آمدن سطح باروری در همه کشورهای اسلامی یکسان نیست. ثانیاً برخلاف دیدگاههایی که علت کاهش باروری را تنها بهبود شرایط اقتصادی می دانند و در این مورد شاخص تولید سرانه ملی و یا نرخ رشد اقتصادی را به کار می گیرند، هیچگونه همبستگی گویایی بین سطح باروری و عوامل اقتصادی نیست، بلکه تغییرات اجتماعی (رشد شهرنشینی) و عوامل فرهنگی در این باره نقش تعیین کننده دارند. به علاوه



برخی از کشورهای اسلامی برای کاهش سطح باروری خود سیاست مستقیم کاهش باروری یعنی تنظیم خانواده را برگزیده‌اند که موفقیت آن ممکن است ارتباط چندانی با توسعه اقتصادی - اجتماعی نداشته باشد. برای مثال در کشورهایی با سطح توسعه متفاوت ولی دارای سطح باروری پایین مانند ترکیه، اندونزی، تونس، لبنان و مالزی درصد زنانی که از وسایل جلوگیری استفاده می‌کنند حدود یا بیش از ۵۰ درصد است (ترکیه ۶۳ درصد، اندونزی ۵۰ درصد، تونس ۵۰ درصد، لبنان ۵۵ درصد)، ولی در اغلب کشورهای با سطح توسعه پایین و باروری بالا، درصد زنان استفاده کننده از وسایل جلوگیری بسیار پایین و گاه کمتر از ۲۰ درصد بوده است. (پاکستان ۱۲ درصد، نیجریه ۶ درصد، مالی ۵ درصد، موریتانی ۳ درصد و سومالی ۱ درصد). حداقل در مورد ۳۶ کشور اسلامی که آمار درصد زنانی که از وسایل جلوگیری استفاده می‌کنند وجود دارد، بین درصد زنان استفاده کننده از وسایل جلوگیری و سطح باروری همبستگی گویا و معکوس وجود دارد (جدول شماره ۷). ولی این پرسش پیش می‌آید که علت اینکه در برخی از کشورهای اسلامی درصد زنان استفاده کننده از وسایل جلوگیری زیاد و در بعضی دیگر کم است چه عامل و یا عواملی است. بین درصد استفاده کنندگان و عوامل توسعه رابطه چندانی وجود ندارد که بتوان دلیل استفاده بیشتر از وسایل جلوگیری را توسعه یافتگی بیشتر دانست، ولی شرایط مساعد اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در پذیرش این برنامه‌ها مؤثر بوده‌اند. طبق تحقیقی که پژوهشگران شورای جمعیت سازمان ملل متحد در زمینه باروری و تنظیم خانواده انجام داده‌اند، کاهش عمده باروری در کشورهایی با برنامه تنظیم خانواده قوی و وضعیت اجتماعی - اقتصادی نسبتاً مطلوب رخ داده است. برای مثال در تونس و اندونزی که از نظر سطح توسعه انسانی سازمان ملل متوسط بالا و دارای برنامه‌های قوی تنظیم خانواده بوده‌اند، میزان باروری کل طی سی و یک سال (۱۹۹۱ - ۱۹۶۰) به ترتیب  $\frac{49}{3}$  و  $\frac{41}{8}$  درصد کاهش داشته است. در این مورد، بنگلادش یک استثنا است که با سطح توسعه پایین و برنامه‌های تنظیم خانواده قوی در مدت مذکور  $\frac{28}{3}$  درصد از میزان باروری کل آن کشور کاسته شده است (جدول شماره ۶). در نتیجه می‌توان گفت که این موضوع گذشته از توسعه اقتصادی - اجتماعی با سیاستهای دولتی ارتباط دارد. در آن دسته از کشورها که دولتها به دلایل مختلف از جمله فشار رشد جمعیت، سیاستهای تنظیم خانواده را اعمال کرده‌اند، سطح باروری کاهش اساسی داشته است. برای مثال دولتهای تونس، اندونزی، ترکیه و مالزی سیاستهای تنظیم خانواده گسترده‌ای اجرا کرده‌اند. در بنگلادش با داشتن سیاستهای تنظیم خانواده که ۴۰ درصد زنان از وسایل جلوگیری استفاده می‌کنند، سطح باروری  $\frac{1}{3}$  کمتر از پاکستان است که تنظیم خانواده گسترش

نیافته و تنها ۱۲ درصد از زنان از وسایل جلوگیری استفاده می‌کنند. با این حال استثناهایی وجود دارد، مثلاً مقایسه سطح باروری در جمهوریهای سابق شوروی، که ظاهراً سیاستهای دولتی در مورد همه آنها یکسان بوده و دارای هیچگونه برنامه تنظیم خانواده رسمی نبوده‌اند، با یکدیگر متفاوت و از میزان باروری کل ۲/۵ در قزاقستان و آذربایجان تا ۴/۹ در تاجیکستان در نوسان است و یا میزان باروری کل در کشور آلبانی بدون داشتن سیاست تنظیم خانواده ۲/۹ می‌باشد. لذا باید اذعان کرد که برنامه‌های دولتی تنظیم خانواده به تنهایی نمی‌توانند علت این تفاوتها باشند، بلکه تفاوتهای فرهنگی و قومی نیز می‌توانند در بالا و یا پایین بودن سطح باروری مؤثر باشند.

خانم کارلا مخلوف اوبرمایر<sup>۱</sup> استادیار دانشگاه هاروارد در یک مقاله تحقیقی که در شماره ۱ فوریه ۱۹۹۴ نشریه مطالعات تنظیم خانواده<sup>۲</sup> چاپ شده ضمن مقایسه سطح باروری، وضعیت زنان و سیاستهای دولتی در کشورهای خاور میانه، با تأکید بر دو کشور ایران و تونس، چنین نتیجه‌گیری می‌کند که تفاوتها در شاخص تولید مثل در کشورهای خاور میانه متناقض با نظریه تأثیر یکنواخت دین اسلام بر باروری می‌باشد. مطالعه موردی تونس و ایران نشان می‌دهد که شرایطی که بر زنان در انتخاب تعداد فرزند تأثیر می‌گذارد، اجرای مقررات مذهبی نیست، بلکه سیاستهای دراز مدت دولتی است. دولتها مقررات مذهبی را به سیاستها و خط مشی‌هایی که خود تحت تأثیر تغییرات شرایط اقتصادی، سیاسی و اجتماعی هستند، تبدیل کرده‌اند. یکی از عللی که زنان مرکز توجه اسلام‌گرایان هستند این است که در گذشته در حمله حساب شده استعمار بر فرهنگ اسلامی از آنان استفاده شده است. این وضعیت موضوع باروری در کشورهای اسلامی را به یک موضوع سیاسی، محلی و بین‌المللی تبدیل کرده و بحث در این زمینه حالت رو در رویی و تهاجمی به خود گرفته است. مطالعه موردی ایران نشان می‌دهد که طرز تفکر و دید اصول‌گرایان اسلامی نسبت به واقعیهایی که با آن مواجه می‌شوند، تغییر می‌کند. بنابراین نباید این فرض را پذیرفت که تمام گروههایی که برچسب اصول‌گرایان اسلامی خورده‌اند، محدودیت آزادی زنان را اشاعه می‌دهند. همان طور که نوسازی را نمی‌توان بدون ابهام به انتخاب اولاد (باروری) ارتباط داد. در تمام فرهنگها زن تصویر و نقش دوگانه و متفاوت دارد و سیاستهای دولتها در مورد زنان و مردان در پاره‌ای موارد یکنواخت نیستند.



جدول شماره ۱ - شاخصهای پایه و جمعیتی در کشورهای اسلامی

ردیف	نام کشور	مساحت هزار کیلومتر مربع	تعداد جمعیت میلیون نفر ۱۹۹۲	درصد جمعیت مسلمان	نرخ رشد سالانه جمعیت ۱۹۶۲-۹۲	درصد جمعیت شهرنشین ۱۹۹۲	نرخ رشد جمعیت شهری ۱۹۶۰-۹۲	نرخ مشارکت زنان در نیروی کار نسبت به مردان-۱۹۹۳	درصد زنان شاغل در مشاغل فنی و حرفه‌ای
۱	اندونزی	۱۹۰۴	۱۸۸/۷	۹۰	۲/۱	۳۰	۴/۷	۴۴	۶۹
۲	پاکستان	۸۰۴	۱۲۹/۳	۹۷	۳	۲۳	۴/۳	۱۶	۲۲
۳	بنگلادش	۱۴۴	۱۱۶/۶	۸۵	۲/۵	۱۸	۶/۸	۷۳	۴۰
۴	نیجریه	۹۳۳	۱۰۲/۱	۴۷	۲/۸	۲۷	۶/۳	۵۱	۳۵
۵	ایران	۱۶۴۸	۶۲/۵	۹۸	۳/۴	۵۸	۵	۲۴	۴۸
۶	ترکیه	۷۸۰	۵۸/۴	۹۸	۲/۴	۶۴	۴/۹	۵۴	۴۷
۷	مصر	۱۰۰۱	۵۹	۹۰	۲/۴	۴۴	۳/۱	۱۲	۳۹
۸	سودان	۲۵۰۵	۲۵/۹	۷۰	۲/۷	۲۳	۵/۴	۳۰	-
۹	مراکش	۴۶۴	۲۵/۴	۹۸	۲/۵	۴۷	۴/۳	۲۶	-
۱۰	الجزایر	۲۳۸۱	۲۶/۱	۹۸	۲/۸	۵۳	۴/۷	۱۱	۳۸
۱۱	ازبکستان	۴۴۹/۶	۲۱/۴	۸۵	۲/۹	۴۰	۰/۳	۷۸	-
۱۲	عراق	۴۲۵	۱۹	۹۵	۳/۲	۷۳	۵/۲	۲۹	۷۸
۱۳	مالزی	۳۳۰	۱۸/۸	۵۱	۲/۶	۴۵	۴/۵	۵۵	-
۱۴	افغانستان	۶۴۷	۱۶/۶	۱۰۰	۱/۴	۱۹	۴/۳	۱۱	-
۱۵	قزاقستان	۲۷۱/۵	۱۶/۹	۶۰	۱/۷	۵۸	-	۶۷	-
۱۶	عربستان سعودی	۲۱۴۹	۱۶/۸	۹۵	۴/۵	۷۴	۷/۶	۱۱	-
۱۷	سوریه	۱۸۵	۱۳/۲	۹۵	۳/۴	۵۱	۴/۵	۲۱	-
۱۸	یمن	۵۲۸	۱۲/۵	۹۷	۲/۸	۳۱	۵/۸	۱۳	-
۱۹	مالی	۱۲۴۰	۹/۸	۹۰	۲/۶	۲۵	۴/۴	۱۷	۲۳
۲۰	سومالی	۶۲۷	۸/۹	۹۹	۲/۷	۳۵	۵/۸	۵۹	-
۲۱	تونس	۱۶۴	۸/۴	۹۸	۲/۲	۵۷	۳/۶	۳۳	-
۲۲	نیجر	۱۲۶۶	۸/۳	۸۵	۳/۲	۱۹	۷/۴	۸۳	-
۲۳	سنگال	۱۹۶	۷/۷	۸۵	۲/۸	۴۱	۳/۵	۶۰	-
۲۴	آذربایجان	۸۶/۶	۷/۳	۷۵	۲	۵۳	۰/۴	۷۰	-
۲۵	گینه	۲۴۶	۶/۱	۷۵	۲/۱	۲۷	۵/۳	۶۱	-
۲۶	چاد	۱۲۸۴	۵/۸	۵۰	۲	۳۴	۷/۱	۲۵	-
۲۷	تاجیکستان	۱۴۳/۱	۵/۶	۹۵	۳/۱	۳۱	-	۷۳	-
۲۸	لیبی	۱۷۵۹	۴/۹	۹۷	۴/۱	۸۴	۸/۱	۱۲	-
۲۹	قبرقیزستان	۱۹۸/۱	۴/۵	۸۵	۲/۳	۳۸	-	۷۴	-
۳۰	اردن	۹۸	۴/۷	۹۵	۳/۳	۶۹	۴/۵	۱۳	-
۳۱	ترکمنستان	۴۲۸/۱	۳/۸	۹۰	۲/۸	۴۵	-	۷۴	-
۳۲	آلبانی	۲۹	۳/۴	۷۰	۲/۳	۳۶	۲/۸	۶۹	-
۳۳	لبنان	۱۰	۲/۷	۵۱	۱/۲	۸۵	۳/۸	۳۴	-
۳۴	موریتانی	۱۰۳۰	۲/۱	۱۰۰	۲/۴	۵۰	۹/۸	۲۹	۲۶
۳۵	کویت	۱۸	۱/۹	۹۵	۶/۳	۹۶	۷/۹	۳۳	۵۸
۳۶	لبریا	۸۴	۱/۸	۹۰	۹/۸	۸۲	۱۲/۵	۲۳	۳۴
۳۷	عمان	۲۱۲	۱/۹	۱۰۰	۳/۹	۱۱	۷/۵	۱۱	-
۳۸	گامبیا	۱۱	۱	۸۵	۳/۳	۲۴	۵/۲	۶۲	-
۳۹	بحرین	۱	۰/۵	۱۰۰	۳/۸	۸۳	۴/۱	۲۰	-
۴۰	کومور	۱۸	۰/۶	۸۶	۳/۲	۲۹	۶/۸	۶۳	-
۴۱	قطر	۱۱	۰/۵	۹۸	۷/۹	۷۹	۸	۲۰	۳۷
۴۲	جیبوتی	۲۲	۰/۵	۹۴	۶/۱	۸۶	۷/۳	۶۴	۲۴
۴۳	مالدیو	۰/۳	۰/۲	۱۰۰	۲/۷	۳۱	-	۲۰	۵۳

نگاه کنید به مآخذ.  
- آمار در دسترس نبوده است

جدول شماره ۲ - میزانهای باروری کل، موالید خام، مرگومیر خام و مرگومیر  
مرگ و میر کودکان در کشورهای اسلامی، ۱۹۶۰، ۱۹۹۱، ۱۹۹۲

ردیف	نام کشور	میزان باروری کل		میزان موالید خام		میزان مرگومیر خام		مرگومیر کودکان
		۱۹۶۰	۱۹۹۲	۱۹۶۰	۱۹۹۲	۱۹۶۰	۱۹۹۱	
۱	اندونزی	۵/۵	۲/۹	۴۴	۲۴/۷	۲۳	۸/۴	۲۱۵
۲	پاکستان	۶/۹	۶/۲	۴۹	۴۰/۸	۲۳	۹/۳	۲۱۱
۳	بنگلادش	۶/۷	۴/۴	۴۷	۲۵/۵	۲۲	۱۱/۷	۲۴۷
۴	نیجریه	۶/۸	۶/۵	۵۲	۴۵/۴	۲۴	۱۵/۴	۲۱۲
۵	ایران	۷/۲	۵	۴۷	۳۵/۵	۲۱	۶/۷	۲۳۳
۶	ترکیه	۶/۳	۳/۴	۴۵	۲۷/۳	۱۸	۷/۴	۲۱۶
۷	مصر	۷	۳/۹	۴۵	۲۹/۳	۲۱	۸/۱	۲۶۰
۸	سودان	۶/۷	۵/۷	۴۷	۳۹/۸	۲۵	۱۳/۱	۲۹۲
۹	مراکش	۷/۲	۳/۸	۵۰	۲۹/۱	۲۱	۸/۱	۲۶۵
۱۰	الجزایر	۷/۳	۳/۹	۵۱	۲۹/۱	۲۰	۶/۴	۲۴۳
۱۱	ازبکستان	-	۳/۹	-	۳۱/۹	-	۶/۱	-
۱۲	عراق	۷/۲	۵/۷	۴۹	۳۸/۱	۲۰	۶/۷	۱۷۱
۱۳	مالزی	۶/۸	۳/۶	۴۴	۲۸/۸	۱۵	۵/۱	۱۰۵
۱۴	افغانستان	۶/۹	۶/۹	۵۲	۵۰/۲	۳۰	۲۱/۸	۳۶۰
۱۵	قزاقستان	-	۲/۵	-	۲۱/۹	-	۷/۷	-
۱۶	عربستان سعودی	۷/۲	۶/۴	۴۹	۳۵/۱	۲۷	۴/۷	۲۹۲
۱۷	سوریه	۷/۳	۵/۶	۴۷	۴۱/۱	۱۸	۵/۸	۲۱۷
۱۸	یمن	۷/۵	۷/۶	۵۳	۴۹/۴	۲۸	۱۵/۵	۳۷۸
۱۹	مالی	۷/۱	۷/۱	۵۲	۵۰/۸	۲۹	۱۹/۱	۴۰۰
۲۰	سومالی	۷	۷	۵۰	۵۰/۲	۲۸	۱۸/۵	۲۹۴
۲۱	تونس	۷/۱	۳/۲	۴۷	۲۵/۶	۱۹	۶/۴	۲۵۴
۲۲	نیجر	۷/۱	۷/۴	۵۳	۵۲/۵	۲۹	۱۸/۹	۲۱۲
۲۳	سنگال	۷	۶/۱	۵۰	۴۳	۲۷	۱۶	۲۹۹
۲۴	آذربایجان	-	۲/۵	-	۲۴/۶	-	۶/۳	-
۲۵	گینه	۷	۷	۵۳	۵۰/۶	۳۱	۲۰/۳	۳۳۷
۲۶	چاد	۶	۵/۹	۴۶	۴۳/۷	۳۰	۱۸	۳۲/۵
۲۷	تاجیکستان	-	۴/۹	-	۳۷/۴	-	۶/۳	-
۲۸	لیبی	۷/۱	۶/۴	۴۹	۴۱/۹	۱۹	۸/۱	۲۶۹
۲۹	قیرقیزستان	-	۳/۷	-	۲۹/۱	-	۷/۱	-
۳۰	اردن	۷/۷	۵/۶	۵۰	۳۸/۹	۲۳	۵/۵	۱۸۰
۳۱	ترکمنستان	-	۴	-	۳۳/۲	-	۷/۴	-
۳۲	آلبانی	۵/۹	۲/۹	۴۱	۲۴	-	۵	۱۵۱
۳۳	لبنان	۶/۳	۳/۱	۴۳	۲۶/۹	۱۴	۷/۱	۹۱
۳۴	موریتانی	۶/۵	۵/۴	۴۸	۳۹/۸	۲۸	۱۴/۴	۳۲۱
۳۵	کویت	۷/۳	۳/۱	۴۴	۲۴/۲	۱۰	۲/۱	۱۲۸
۳۶	لوزان نخله عربی	۶/۹	۴/۲	۴۶	۲۳/۲	۱۹	۴/۷	۲۳۹
۳۷	عمان	۷/۲	۷/۲	۵۱	۴۳/۶	۲۸	۴/۸	۲۷۸
۳۸	گامبیا	-	۵/۶	۵۰/۵	۴۳/۷	۳۱/۲	۱۸/۸	۳۷۵
۳۹	بحرین	-	۳/۸	۴۷	۲۶/۴	۱۳/۸	۴	۲۰/۸
۴۰	کومور	-	۷/۱	-	۴۸/۵	-	۱۱/۷	۲۴۸
۴۱	قطر	-	۴/۳	-	۲۰/۹	-	۳/۴	۲۳۹
۴۲	جیبوتی	-	۵/۸	۴۹/۶	۳۸/۱	۲۶/۷	۱۶/۱	-
۴۳	مالدیو	-	۶/۸	-	۴۱/۶	-	۸/۶	-

نگاه کنید به مآخذ.  
آمار در دسترس نبوده است



جدول شماره ۳ - شاخصهای عمده توسعه و تنظیم خانواده در کشورهای اسلامی

ردیف	نام کشور	تولید سرانه ناخالص ملی به دلار آمریکا	رشد سالانه تولید سرانه ملی درصد	امید به زندگی در هنگام تولد ۱۹۹۱	زرخ کلی سواد ۱۵ سال به بالا ۱۹۹۰	درصد ثبت نام شدگان در مدارس ابتدایی ۱۹۸۶-۱۹۹۰	زرخ سواد زنان به نسبت مردان ۱۹۹۰	زرخ ثبت نام دختران به نسبت پسران ۱۹۹۰	درصد زنان استفاده کننده وسایل جلوگیری
		۱۹۹۲	۱۹۸۰-۱۹۹۰				مردان=۱۰۰	پسران=۱۰۰	۱۹۸۶-۹۳
۱	اندوزی	۶۸۰	۴/۱	۶۲	۷۷	۱۱۸	۷۴	۹۶	۵۰
۲	پاکستان	۴۲۰	۲/۹	۵۸	۲۵	۳۸	۴۵	۵۵	۱۲
۳	بنگلادش	۲۲۰	۱	۵۲	۲۵	۷۰	۴۷	۸۴	۴۰
۴	بجریه	۳۳۰	-۳	۵۲	۵۱	۷۰	۶۵	۸۲	۶
۵	ایران	۲۲۳۰	-/۸	۷۶	۵۴	۱۰۸	۶۶	۸۸	۶۵
۶	ترکیه	۲۰۳۰	۳	۶۲	۸۱	۱۱۳	۷۹	۹۲	۶۳
۷	مصر	۶۵۰	۲/۱	۶۱	۴۸	۹۷	۵۴	۸۶	۴۶
۸	سودان	۴۲۰	۱/۸	۵۱	۲۷	۵۰	۲۸	۷۱	۹
۹	مراکش	۱۰۵۰	۱/۶	۶۳	۵۰	۶۸	۶۲	۶۸	۴۲
۱۰	الجزایر	۱۸۵۰	-/۳	۶۶	۵۷	۹۶	۶۶	۸۵	۴۷
۱۱	ازبکستان	۱۰۰۰	-	۶۹	-	-	-	-	۱۹
۱۲	عراق	۲۳۴۰*	-	۶۶	۶۰	۹۶	۷۰	۸۴	۱۴
۱۳	مالزی	۲۸۳۰	۲/۵	۷۰	۷۸	۹۷	۸۰	۹۹	۴۷
۱۴	افغانستان	۲۸۰*	-	۴۳	۲۹	۲۴	۲۲	۵۲	۲
۱۵	ترانستان	۱۸۸۰	-	۶۹	-	۸۳/۸	-	-	۲۲
۱۶	عربستان سعودی	۷۷۸۰	-۵/۶	۶۹	۶۲	۷۶	۶۶	۸۶	-
۱۷	سوریه	۹۹۰	-۲/۱	۶۶	۶۵	۱۰۸	۶۵	۸۹	۵۲
۱۸	یمن	۶۵۰*	-	۵۲	۳۹	۸۶	۴۹	۳۰	۷
۱۹	مالی	۳۱۰	۱/۳	۴۵	۳۲	۲۳	۵۹	۵۹	۵
۲۰	سومالی	۱۵۰*	-۱/۸	۴۶	۲۴	۱۵	۳۹	۵۰	۱
۲۱	نوس	۱۷۶۰	/۱	۶۷	۶۵	۱۱۵	۷۶	۸۷	۵۰
۲۲	نیجر	۲۹۰	-۴/۵	۴۶	۲۸	۲۸	۴۳	۵۶	۴
۲۳	سنگال	۷۸۰	-	۴۹	۳۸	۵۸	۸	۷۳	۷
۲۴	آذربایجان	۸۸۰	-	۴۹	۳۸	۵۸	۸	۷۳	۷
۲۵	گینه	۴۹۰	-	۴۴	۲۴	۳۴	۳۷	۴۶	۱
۲۶	چاد	۲۲۰	۳/۳	۴۷	۳۰	۵۷	۴۳	۴۴	۱
۲۷	تاجیکستان	۶۰۰	-	۷۰	۸۳/۷	-	-	-	۱۵
۲۸	لیبی	۵۳۱۰*	-۹/۹	۶۲	۶۴	-	۶۷	-	-
۲۹	قبرقستان	۱۰۲۰	-	۶۸	۸۴/۲	-	-	-	۱۵
۳۰	اردن	۱۱۳۰	-۳/۹	۶۷	۸۰	۹۹	۷۹	۱۰۱	۳۵
۳۱	ترکمنستان	۱۳۸۰	-	۶۵	۸۶/۴	-	-	-	۱۲
۳۲	آلبانی	۷۹۰*	-	۷۳	-	۹۹	-	۹۹	-
۳۳	لبنان	۲۱۵۰	-	۷۸	۸۰	۱۰۰	۸۳	۹۰	۵۵
۳۴	موریتانی	۵۴۰	-۱/۸	۲۷	۳۴	۵۱	۴۵	۷۰	۳
۳۵	کویت	۱۸۳۸	-۳	۷۵	۷۳	۱۰۰	۸۷	۹۸	۳۵
۳۶	امارات متحده عربی	۲۲۶۴۰	-۷/۲	۷۱	۴۸	۱۱۱	۶۶	۹۹	-
۳۷	عمان	۶۸۳۰	۷/۱	۶۹	-	۱۰۲	-	۹۲	۹
۳۸	گامبیا	۳۷۰	-	۴۴	۲۷	۶۴	-	-	۱۲
۳۹	بحرین	۷۹۴۰	-	۷۱	۷۷	۱۱۰	-	-	۵۳
۴۰	کومور	۵۳۰	۳/۱	۵۵	۴۸	۷۵	-	-	-
۴۱	قطر	۱۵۷۶۰	-	۷۰	۷۶	۷۳	-	-	-
۴۲	جیبوتی	۱۲۱۰*	-	۴۸	۱۲	۴۷	-	-	-
۴۳	مالدیو	۷۰۰	۹/۵	۶۲	۹۵	۸۷	-	-	-

نگاه کنید به مأخذ

- آمار در دسترس نبوده است.

# - سال ۱۹۹۰

جدول شماره ۴- مقایسه نرخ باروری کل و تعداد بچه‌های ایده‌آل در ۱۶ کشور اسلامی

نام کشور	سال آمارگیری	نرخ باروری	میانگین تعداد ایده‌آل بچه	درصد زنانی که با داشتن چهار فرزند زنده خواهان فرزند بیشتری هستند
۱ مالی	۱۹۸۷	۷	۶/۹	۲۶/۳
۲ موریتانی	۱۹۷۴	۷/۵	۸/۸	۲۶/۳
۳ نیجریه	۱۹۹۰	۶	۵/۸	۱۶/۷
۴ سنگال	۱۹۸۶	۶/۶	۶/۸	۱۸/۸
۵ سودان	۱۹۹۰	۴/۶	۵/۸	۲۳/۳
۶ بنگلادش	۱۹۷۶	۵/۴	۴/۱	۷۶/۶
۷ اندونزی	۱۹۸۷	۳/۳	۳/۲	۷۹/۲
۸ مالزی	۱۹۷۴	۴/۲	۴/۴	۵۱/۹
۹ پاکستان	۱۹۹۱	۶/۳	۴/۱	۵۱/۶
۱۰ مصر	۱۹۸۸	۴/۴	۲/۹	۸۲/۱
۱۱ اردن	۱۹۷۶	۷/۳	۶/۳	۳۸/۳
۱۲ مراکش	۱۹۸۷	۴/۶	۳/۷	۵۸/۸
۱۳ سوریه	۱۹۷۸	۷/۵	۶/۱	۴۴/۵
۱۴ تونس	۱۹۸۸	۴/۱	۳/۵	۷۸
۱۵ ترکیه	۱۹۸۷	۴/۳	۳	۸۲/۶
۱۶ یمن شمالی	۱۹۷۹	۸/۵	۵/۵	۲۴/۷

نگاه کنید به مأخذ



جدول شماره ۵ - درصد جمعیت زیر فقر و نسبت درآمد ۲۰ درصد بالا به ۴۰ درصد پایین در برخی کشورهای اسلامی

ردیف	نام کشور کل ۱۹۹۱	میزان باروری ۱۹۸۰-۸۹	درصد جمعیت زیر خط فقر ۱۹۸۰-۸۸		نسبت درآمد ۲۰ درصد بالا به ۴۰ درصد پایین
			مناطق شهری		مناطق روستایی
۱	افغانستان	۶/۹	۱۸	-۳۶	-
۲	مالی	۷/۱	۲۷	-۴۸	-
۳	نیجر	۷/۱	-	۳۵	-
۴	چاد	۵/۹	۳۰	۵۶	-
۵	سومالی	۷	۴۰	۷۰	-
۶	سودان	۶/۲	-	۸۵	-
۷	پاکستان	۶/۳	۳۲	۲۹	۲/۴
۸	بنگلادش	۴/۸	۸۶	۸۶	۱/۵
۹	مراکش	۴/۵	۲۸	۴۵	۱/۷
۱۰	ترکیه	۳/۶	-	-	۵
۱۱	اندونزی	۳/۲	۲۰	۱۶	۱/۹
۱۲	مصر	۴/۲	۳۴	۳۴	۱/۹
۱۳	الجزایر	۵	۲۰	-	-
۱۴	تونس	۳/۶	۲	۱۵	-
۱۵	اردن	۵/۸	۱۶	۱۷	-
۱۶	مالزی	۳/۷	۱۳	۳۸	۳/۶

ماخذ: وضعیت کودکان جهان - یونیسف، تهران ۱۳۷۲.

- آمار در دسترس نبوده است

جدول شماره ۶ - رابطه میزان باروری کل (۱۹۹۰) با برنامه‌های تنظیم خانواده (۱۹۸۹) و پایگاه اجتماعی در ۲۷ کشور اسلامی

شدت برنامه‌های تنظیم خانواده و میزان باروری کل						سطح توسعه انسانی	
خیلی ضعیف یابدون برنامه		ضعیف		متوسط		شدید	
۶/۱۵	عراق	۵/۸۴	اردن	۳/۵۹	لبنان		
۴/۵۶	امارات						بالا
۳/۶۵	کویت						
۷/۱۲	عربستان	۶/۵۱	سوریه	۴/۹۶	ایران	۳/۷۴	تونس
۶/۷۶	لیبی	۵/۱۴	الجزایر	۴/۲۶	مصر	۳/۲۹	اندونزی
		۳/۴۹	ترکیه	۳/۷۵	مالزی		متوسط به بالا
۷/۱۲	عمان	۷/۴۹	یمن	۶/۲۲	پاکستان		متوسط پایین
		۶/۷۵	نیجریه	۴/۵۱	مراکش		
۶/۳۶	سودان	۷/۱۱	مالی			۵/۳۳	بنگلادش
۵/۸۴	چاد	۷/۱۱	نیجر				پایین
		۷	گینه				
		۶/۵۸	افغانستان				

نگاه کنید به مأخذ.

جدول شماره ۷ - ضرایب همبستگی شاخصهای توسعه و تنظیم خانواده با سطح باروری در کشورهای اسلامی

ردیف	شرح به ترتیب شدت همبستگی	ضریب همبستگی R	ضریب تعیین R <sup>2</sup>
۱	میزان سواد جمعیت ۱۵ سال به بالا - ۴۰ کشور	-/۶۹۹۳	/۴۸۸۹
۲	میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال ۳۷ کشور	/۶۵۰۹	/۴۲۳۷
۳	درصد زنان استفاده کننده از وسایل جلوگیری - ۳۵ کشور	-/۶۴۱۶	/۴۱۱۶
۴	میزان سواد زنان نسبت به مردان (=۱۰۰) ۲۹ کشور	-/۶۳۴۵	/۴۰۲۶
۵	نرخ ثبت نام زنان نسبت به مردان (=۱۰۰) ۳۰ کشور	-/۶۱۷۷	/۳۸۱۵
۶	درصد ثبت نام شدگان در مدارس ابتدایی - ۳۶ کشور	-/۶۰۰۵	/۳۶۰۶
۷	درصد شهرنشینی - همه کشور	-/۴۴۶۶	/۱۹۷۷
۸	درصد زنان شاغل در مشاغل فنی و حرفه‌ای - ۱۶ کشور	-/۳۸۶۶	/۱۴۹۴
۹	نرخ مشارکت زنان در نیروی کار نسبت به مردان (=۱۰۰) - همه کشورها	-/۱۹۵۸	/۰۳۸۳
۱۰	تولید سرانه ناخالص ملی - همه کشورها	-/۱۶۴۹	/۰۲۷۱



## مآخذ:

- John I. Clark, *Islamic Population: Limited Demographic Transition*, Geography, 1985.
  - Carla Makhoul Obermeyer, *Islam, Women and Politics: The Demography of Arab Countries*. Population and Development Review, volume 18, Number 1, March 1992.
  - Carla Makhoul Obermeyer, *Reproductive Choice in islam: Gender and state in Iran and Tunisia*, Studies in Family Planning, Volum 25, Number 1, Jan-Feb 1994.
  - A. Aghajanian, *Population Change in Iran, 1966-86: A Stalled Demographic Transition*, Population and Development Review, Volume 17, Number 4, 8December 1991.
  - Tashakkori, Abbas, Tomson, Vaida, *Cultural Change and Attitude Change*, Population Research and Policy Review, Vol 7, No1, 1988, Netherland.
  - Tashakkori, Abbas, Tomson, Vaida, *Iranian Adolescents, Intended age of Marriage and Desired Family Size*, Journal of Marriand, and Family, Vol.49, No 4, 1987, U.S.A.
  - *Human Development Report 1995*, United Nations, 1995.
  - *World Population Data Sheet 1992*, United Nations, Population Division, 1993.
  - *World Population Prospects 1990*, United Nations 1991.
  - PC Globe, 1993.
- وضعیت کودکان جهان، ۱۹۹۳، صندوق سازمان ملل متحد (یونیسف) تهران، ۱۳۷۲.
- اطلاعات پایه‌ای درباره جمهوریهای شوروی سابق، گزیده مطالب آماری، شماره ۳۶، اسفند ۱۳۷۲، مرکز آمار ایران.
- گزارش توسعه انسانی ۱۹۹۴، سازمان برنامه و بودجه، ۱۳۷۴.
- زنجان، دکتر حبیب‌الله. جمعیت و شهرنشینی در ایران، جلد اول: جمعیت، مرکز مطالعات و تحقیقات شهرسازی و معماری، ۱۳۷۰.

- Cloin Newell, *Methods and Models in Demography*, Belhaven Press, London 1988, P.10 - 11.
- Allan & Anne Findly, *Population and Development in third World*, Methuen Press, London 1987, P.29 -30.
- Lant H. Pritchett, *Desired Fertility and the impact of Population Policies*, Population and Development Review, Vol 20 ,No 1, March 1994.
- تودارو، مایکل، توسعه اقتصادی در جهان سوم، جلد اول، ترجمه دکتر غلامعلی فرجادی، سازمان برنامه و بودجه، ۱۳۶۶.
- John Q. Ross Elizabeth Frankenberg, *Findings from Tow Decades of Family Planning Research*, the Population Council, Newyork, 1993.
- Carla Makhlof Obermeyer, *Reproductive Choice in Islam: Gender and State in iran and Tunesia*, Studies in Family Plannig, Vol 25 , No 1, Jan -feb 1994.

\*\*\*