

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



جامعة الجزائر
معهد العلوم الإنسانية
مذكورة لأجل شهادة الماجستير
فرع: ديهوغرافيا

موضوع البحث

إنتشار استخدام وسائل منع الحمل و أثره على الخصوبة في الجزائر

إعداد الطالب: دريش أحمد

لجنة المناقشة:

جامعة الجزائر	أستاذ محاضر	رئيسا	السيدة: بلخير بلحسن
جامعة الجزائر	أستاذ محاضر	عضو مناقش	السيد: الخالدي مادي
جامعة الجزائر	أستاذ محاضر	عضو مناقش	السيد: العباس بلقاسم
جامعة البليدة	أستاذة مكلفة بالدروس	عضو مناقش	السيدة: ميلاس رشيدة
جامعة البليدة	أستاذ مكلف بالدروس	مترقا	السيد: سعدي رابح

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي



جامعة البليدة
معهد العلوم الإجتماعية
مذكرة لنيل شهادة الماجستير
ترم: ديموغرافيا

موضوع البحث

انتشار استخدام وسائل منع الحمل و أثره على الخصوبة في الجزائر

إعداد الطالب: درديش أحمد

لجنة المناقشة:

جامعة الجزائر	رئيسا	السيد: بلخير بلحسن
جامعة الجزائر	عضو مناقش	السيد: الخالدي هادي
جامعة الجزائر	عضو مناقش	السيد: العباس بلقاسم
جامعة البليدة	عضو مناقش	السيدة: ميلاس رشيدة
جامعة البليدة	مشرفا	السيد: سعدي راجح



إهداء:

إلى الوالدين الكريمين
إلى إخوتي وأخواتي
إلى زوجتي ورفيقة دربي
إلى جميع الأصدقاء والزملاء
إلى الأستاذ الفاضل رابح سعدي

إليكم جميعاً أهدي هذا العمل المتواضع.

كلمة شكر وتقدير:

قال تعالى: "ولئن شكرتم لأزيدنكم"

أخص بالشكر جميع من ساهم في إنجاز هذا العمل

سواء من قريب أو من بعيد وأخص بالذكر السادة:

- الأستاذ المشرف رابع سعدي على إهتمامه بالموضوع

وتتبعه لمراحل إنجازة

- رحماني محمد زيان "CENEAP"

- كل طلبة الماجستير فرع الديموغرافيا بجامعة البليدة

1..... تمهيد

1..... الفصل الأول : الإطار المنهجي للبحث

4..... 1.1 - أسباب إختيار الموضوع

4..... 2.1 - الإشكالية

8..... 3.1 - الفرضيات

8..... 4.1 - الهدف من البحث

9..... 5.1 - تحديد المفاهيم العامة

14..... 6.1 - المناهج المستخدمة

14..... 7.1 - مجال الدراسة

15..... 8.1 - المصادر الإحصائية

15..... 1.8.1 - المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986)

15..... 2.8.1 - المسح الجزائري الخاص بصحة الأم و الطفل (سنة 1992)

18..... الفصل الثاني : إستعمال وسائل منع الحمل وإتجاهات الخصوبة في الجزائر

18..... 1.2 - إستعمال وسائل منع الحمل

18..... 1.1.2 - لمحة تاريخية عن التخطيط العائلي في الجزائر

22..... 2.1.2 - نسبة الوعي بأساليب وأنواع وسائل منع الحمل

24..... 3.1.2 - طرق منع الحمل المستخدمة

28..... 4.1.2 - معدل إستعمال وسائل منع الحمل

30..... 5.1.2 - مدى إنتشار إستعمال وسائل منع الحمل في الجزائر

32..... 6.1.2 - مصادر الحصول على وسائل منع الحمل الحديثة

37..... 2.2 - إتجاهات ومستويات الخصوبة في الجزائر

37..... 1.2.2 - تطور معدل الولادات في الجزائر من سنة 1900 إلى 1992

43..... 2.2.2 - إتجاه ومستوى معدل الخصوبة العامة حسب السن

48..... 3.2.2 - المؤشر التركيبي للخصوبة العامة

51..... 4.2.2 - معدلي التكاثر الخام والصالفي

الفصل الثالث: العوامل المؤثرة في استعمال أساليب ووسائل منع الحمل وأسباب عدم الإنقطاع

- 53..... عن استعمالها
- 53..... 1.3 - العوامل المؤثرة في استعمال أساليب ووسائل منع الحمل
- 54..... 1.1.3 - استعمال موانع الحمل ووجهة الهجرة
- 60..... 1.1.1.3 - مستوى الإستعمال
- 63..... 2.1.1.3 - هدف الإستعمال
- 64..... 3.1.1.3 - الطرق المستخدمة
- 2.1.3 - استعمال وسائل منع الحمل حسب وجهة الهجرة وبعض المتغيرات الإجتماعية
- 66..... والديمغرافية
- 66..... 1.2.1.3 - عدد الأطفال الأحياء
- 67..... 2.2.1.3 - سن المرأة عند تاريخ المسح
- 69..... 3.2.1.3 - مدة الإقامة
- 3.1.3 - استعمال وسائل منع الحمل حسب وجهة الهجرة وبعض المتغيرات الإجتماعية
- 71..... والثقافية
- 71..... 1.3.1.3 - المستوى التعليمي
- 73..... 2.3.1.3 - المنطقة الجغرافية
- 4.1.3 - استعمال وسائل منع الحمل حسب عدد الأطفال الأحياء والتركيبية العائلية حسب
- 74..... جنس الأطفال وبعض المتغيرات الإجتماعية والديمغرافية والثقافية
- 76..... 1.4.1.3 - جنس الأطفال
- 80..... 2.4.1.3 - جنس الأطفال ورغبة المرأة في إنجاب آخرين
- 82..... 3.4.1.3 - تأثير جنس الأطفال ومكان الإقامة على مستوى استعمال وسائل منع الحمل
- 84..... 4.4.1.3 - موانع الحمل حسب جنس الأطفال والمستوى التعليمي
- 89..... 5.4.1.3 - جنس الأطفال والمنطقة الجغرافية
- 89..... 2.3 - أسباب عدم استعمال وسائل منع الحمل أو التخلي عن إستخدامها
- 90..... 1.2.3 - أسباب الإنقطاع أو التخلي عن الإستخدام
- 91..... 2.2.3 - أسباب عدم الإستعمال

الفصل الرابع: تقدير أثر المتغيرات الوسيطة على الخصوبة خلال الفترة 1986 - 1992 (تطبيق نموذج BONGAARTS) 95.....

- 95..... 1.4- عرض نظري لنموذج BONGAARTS
- 98..... 2.4- التأثير النظري لكل من نسبة الزواج (C_m) واستعمال موانع الحمل (C_c) والإجهاض العمدي (C_a) ومدة عدم الإخصاب (C_i)
- 101..... 3.4- تأثير موانع الحمل (C_c) ونسبة الزواج (C_m) والإجهاض العمدي (C_a) ومدة عدم الإخصاب (C_i) على معدلات الخصوبة من خلال نموذج BONGAARTS حسب مكان الإقامة
- 101..... 1.3.4- حساب مؤشر الزواج (C_m)
- 103..... 2.3.4- حساب مؤشر موانع الحمل (C_c)
- 105..... 3.3.4- حساب مؤشر الإجهاض العمدي (C_a)
- 106..... 4.3.4- حساب مؤشر عدم الإخصاب (C_i)
- 107..... 5.3.4- حساب المؤشر التركيبي للخصوبة العامة (TFR) المقدر وفق نموذج BONGAARTS حسب مكان الإقامة
- 109..... 4.4- تقدير أثر موانع الحمل (C_c) و عدم الإخصاب (C_i) والعقم ($TF.C_a$) في تغيرات الخصوبة الشرعية المجمعة (TM) خلال سنتي 1986 و 1992
- 113..... 5.4- تقدير معدل استعمال وسائل منع الحمل اللازم للوصول إلى معدل خصوبة معين
- 118..... الإستنتاجات
- 120..... المراجع
- 121..... الملاحق
- 129..... ملحق رقم 1 : التعريف بوسائل منع الحمل
- 138..... ملحق رقم 2 : الجداول
- 156..... ملحق رقم 3 : المخططات

- تمهيد

إن موضوع تنظيم الأسرة في الجزائر لم يعرف التطور والاهتمام الذي أولته المجتمعات الأخرى لهذه القضية، وهذا يعود إلى الأزمات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية التي تعرض لها المجتمع الجزائري بسبب الإستعمار. وتدرج الجزائر ضمن البلدان (كالمغرب ولبنان) التي بها إحساس واضح بالنمو السكاني السريع، ولا توجد بها سياسات معلنة ذات أهداف محددة لتنظيم الأسرة، ولا تعتمد على برامج وطنية مستقلة لتنظيم الأسرة، لكن لها نشاطات فعالة وملموسة موجهة لتخفيض الخصوبة مدرجة في برامج رعاية الأمومة والطفولة أو الجمعيات الأهلية لتنظيم الأسرة.

بلغ معدل الزيادة الطبيعية السنوي 1.7 % في الفترة 1936-1940 ثم ارتفع إلى 3.25 % في الفترة 1967-1971 ليعرف بعد ذلك إنخفاضا تدريجيا حيث قدر في الفترة 1982 - 1986 بـ 3.06 % ثم بـ 2.47 % سنة 1989¹، وبالتالي تضاعف عدد سكان الجزائر خلال الفترة 1936-1966 من 6.2 مليون نسمة إلى 12 مليون نسمة ثم ارتفع إلى 22.6 مليون نسمة سنة 1987 وأخيرا قدر بـ 25.5 مليون نسمة سنة 1990.

ترجع هذه الزيادة السريعة في عدد السكان إلى ارتفاع معدلات الولادات وإنخفاض معدلات الوفيات، حيث بلغ معدل المواليد الخام خلال الفترة 1936 - 1940 حوالي 42.1 في الألف ثم ارتفع ليصل إلى أقصاه (49.2 في الألف) في الفترة 1967 - 1971 و ليعرف بعد ذلك إنخفاضا تدريجيا حيث بلغ 39.1 في الألف في الفترة 1982 - 1986 ثم 30.7 في الألف سنة 1989. وبالمقابل عرف معدل الوفيات ارتفاعا كبيرا في الفترة 1936-1947 حيث قدر بـ 25.1 في الألف في الفترة 1936-1940 وارتفع إلى 43.1 في الألف في الفترة 1941 - 1947 ليعرف بعد ذلك إنخفاضا تدريجيا وبوتيرة متسارعة حيث قدر بـ 16.7 في الألف في الفترة 1967 - 1971 لينخفض إلى 6.0 في الألف سنة 1989²، وبذلك فإن الجزائر تعد في المرحلة الثانية من نظرية الانتقال الديمغرافي والتي نعني بها الانتقال من نظام تقليدي يتميز بإرتفاع كبير في معدلات الولادات ومعدلات الوفيات

¹ KOUAOUCI, A., Familles, femmes et contraception, Alger, FNUAP, CENEAP, 1992, p.41.

² Ibid. p. 41.

إلى نظام حديث يتميز بمعدل ولادات ومعدل وفيات منخفضين. تحوي نظرية الانتقال الديمغرافي على ثلاث مراحل: -

المرحلة الأولى: تتميز بمعدل مرتفع للولادات ومعدل وفيات أخذ في الإنخفاض بوتيرة سريعة وبالتالي يكون معدل التزايد الطبيعي مرتفعا.

المرحلة الثانية: يبقى معدل الوفيات في إنخفاض مستمر ويبدأ معدل الولادات في الإنخفاض بوتيرة سريعة وبالتالي يكون معدل التزايد الطبيعي مرتفعا لكن أقل عما كان عليه في المرحلة السابقة.

المرحلة الثالثة: تتميز بتوازن في معدلات الولادات ومعدلات الوفيات عند مستويات منخفضة فيكون معدل التزايد الطبيعي ضعيفا.

حسب هذه النظرية تجاوزت الجزائر المرحلة الأولى وهي الآن في المرحلة الثانية حيث عرفت معدلات الولادات ومعدلات الوفيات إنخفاضا مستمرا، لكن وتيرة إنخفاض معدل المؤشر الأول أسرع من وتيرة إنخفاض معدل المؤشر الثاني. والتقديرات الحديثة تشير كذلك إلى إتجاه الخصوبة نحو الإنخفاض مع بداية السبعينات، وأكد ذلك المسح الوطني الجزائري حول الخصوبة الذي أنجز سنة 1986.

إنخفض المؤشر التركيبي للخصوبة العامة من 8.36 طفلا لكل امرأة سنة 1970 إلى 5.37 لطفال لكل امرأة سنة 1986 ليصل إلى 4.4 أطفال لكل امرأة سنة 1992 حسب نتائج المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل. يرجع إنخفاض معدلات الخصوبة إلى عدة عوامل نذكر منها إرتفاع السن عند الزواج الأول عند الذكور والإناث على حد سواء وإلى إنتشار إستخدام وسائل منع الحمل.

وسنتناول في هذه الدراسة إنتشار إستخدام وسائل منع الحمل وأثره على الخصوبة في الجزائر، وفي هذا المجال تم تقسيم هذا البحث إلى أربعة فصول أساسية.

نقدم في الفصل الأول إطار البحث المنهجي وفيه نتطرق إلى دراسة وتحديد المشكل الذي يدور حوله الموضوع مع تحديد فرضياته والأهداف التي نريد التوصل إليها وتقديم المفاهيم العامة والمصادر الإحصائية إضافة إلى تحديد مجال الدراسة والمنهج المتبع.

ونتطرق في الفصل الثاني إلى إنتشار إستخدام وسائل منع الحمل وإتجاهات الخصوبة العامة، فنعطي لمحة تاريخية عن التخطيط العائلي في الجزائر ونتناول كذلك نسبة الوعي بأنواع وأساليب منع الحمل والطرق المستخدمة وتقدير معدل إستعمالها وتحديد مصدر الحصول عليها ومدى إنتشارها. نتطرق بعد ذلك لدراسة مستويات وإتجاهات معدلات الخصوبة في الجزائر خلال الفترة 1970 - 1992 إعتقادا على بعض المؤشرات الديمغرافية كمعدل الولادات الخام ومعدل الخصوبة العامة حسب فئات السن والمؤشر التركيبي للخصوبة العامة وبعض المؤشرات الأخرى كالمعدل الخام والمعدل الصافي للتكاثر.

نخصص الفصل الثالث لدراسة أثر بعض العوامل الإجتماعية والديمغرافية على إستعمال وسائل منع الحمل كالأصل الجغرافي للمرأة والتركيبة العائلية حسب جنس الأطفال وفق بعض المتغيرات الأخرى كمكان الإقامة ومنطقة السكن وعدد الأطفال الأحياء، وسن المرأة عند إجراء المسح ومستواها التعليمي ورغبتها في إنجاب طفل آخر، وبعد ذلك نحدد الأسباب الرئيسية التي أدت بالمرأة الى عدم إستعمال أية وسيلة من وسائل منع الحمل أو التخلي عن إستخدامها. وسنتناول في الفصل الرابع والأخير، أثر إستعمال وسائل منع الحمل على الخصوبة وذلك بتطبيق نموذج (BONGAARTS) ثم نحدد حصة إستخدام هذه الوسائل في تخفيض معدلات الخصوبة مقدرا بعدد أطفال كل امرأة، ثم نطبق نموذج الهدف (TARGET) قصد تقدير معدل وسائل منع الحمل اللازم إستعماله للوصول إلى معدل خصوبة معين مقدرا بعدد أطفال كل امرأة.

الفصل الأول : الإطار المنهجي للبحث

سنحاول من خلال هذا الفصل تحديد أسباب إختيار الموضوع وإشكالية البحث وفرضياته وأهدافه، وتحديد المفاهيم العامة والمنهج المتبع ومجال الدراسة والمصادر الإحصائية المستخدمة.

1.1 - أسباب إختيار الموضوع:

إن الأبحاث المخصصة للتخطيط العائلي في الجزائر قليلة، لأن إهتمام علماء الاجتماع والديمغرافيين كان مركزا بصفة خاصة على الولادات و الوفيات والهجرة، وأهملوا جانب تنظيم الأسرة (إستخدام وسائل منع الحمل) الذي يعتبر من العوامل الأساسية التي تتحكم في تحقيق التوازن بين النمو الإقتصادي والنمو السكاني للمجتمع، وتحافظ على صحة الأم والطفل.

2.1 - الإشكالية :

عرفت الجزائر خلال الفترة الإستعمارية إضطرابات سياسية وإقتصادية عديدة وخرجت من الحرب مدمرة، فكان همها الوحيد بعد الإستقلال إعادة بناء البلاد، فلجأت إلى رسم سياسة إقتصادية تهدف من ورائها تطوير الهياكل الإقتصادية، أي بناء قاعدة إقتصادية قوية إلى جانب توسيع الخدمات العامة خاصة في ميدان الصحة والتعليم (أي سياسة التنمية الإقتصادية والإجتماعية).

أدت التنمية الإقتصادية (خصوصا التصنيع) إلى إرتفاع معدل التمدن حيث عرفت الجزائر معدلا من بين المعدلات المرتفعة في إفريقيا، فبين السنوات 1960-1970 إزداد سكان الحضر بحوالي 267000 نسمة في السنة أي بمعدل سنوي متوسط يساوي 6.1 %³ وحسب تعداد 1977 يعيش 40.6 % من سكان الجزائر في مناطق حضرية وإرتفعت هذه النسبة إلى 50 % خلال تعداد سنة 1987.

أدت التحولات الإقتصادية إلى جلب نسبة كبيرة من اليد العاملة للعمل في المصانع والقطاعات الأخرى غير الزراعية. فنسبة المشتغلين في الأعمال غير الزراعية سنة 1960 بلغت 33 % من السكان

³ BENNOUNE, M., EL-AKBIA: Un siècle d'histoire algérienne 1957-1975, 1986, Alger, O.P.U., p.330.

العاملين وارتفعت إلى 44 % سنة 1970، فبلغ معدل الزيادة السنوي المتوسط 3.4 % خلال هذه الفترة⁴.

كان للتحول من العمل الزراعي إلى العمل الصناعي والأعمال الأخرى غير الزراعية أثرا على سلوك المرأة الإنجابي، فمع ظهور الصناعة وانتشار التعليم المجاني لم يبق للأطفال تلك القيمة الاقتصادية التي كانوا يمثلونها نظرا لما يحققونه من إيرادات في العمل الزراعي. وفي هذا الإطار يرجع كالدوال (CALDWELL) إنجاب العديد من الأطفال في نظريته "تنفق الثروة" إلى البنية الاقتصادية القائمة على الزراعة أين كان للأطفال دورا في هذا الميدان، ويرى بأن انخفاض الخصوبة يتم عندما يحدث تحول في اتجاه تنفقات الثروة الاقتصادية، بحيث تصبح التنفقات من الأطفال إلى الأباء بدرجات أقل في كمها ونوعها، وبدرجات أكبر من الأباء إلى الأطفال⁵ أي تزداد تكلفة الطفل عن إيراده.

تحدث التنمية الاجتماعية في رأي بعض الباحثين تغييرات في السلوكات والمعاملات الاجتماعية والروابط الأسرية، مثل الأسرة الحديثة أي الأسرة النووية التي تتكون من الأب والأم والأطفال المباشرين، فالسلطة مثلا في هذا النوع من الأسر غير محددة، بل هناك نوع من التعاون والتكامل بين الزوج والزوجة. فغالبا ما كانت مكانة المرأة في العديد من الدول العربية ومن بينها الجزائر تتوقف على عدد الأطفال الذين تتجبههم، وغالبا ما تعرضت المرأة العقيمة إلى الطلاق، أو يلجأ زوجها إلى الارتباط بامرأة ثانية وهذا ما يقلل من قيمتها بين أفراد العائلة. ويعتبر هذا السلوك من أسباب ارتفاع معدلات الخصوبة. لهذا عرفت معدلات الخصوبة إتجاها آخر بعد دخول المرأة في الحياة العامة ودمجها في ميدان الشغل والتعليم، وأدى تحسين المستوى الصحي إلى تقليص مستوى الوفيات.

إن التنمية الاجتماعية والإقتصادية أثرا كبيرا في تغيير سلوكات الزوجين (المرأة خاصة) إتجاه الإنجاب، وهذا ما يؤكد عليه المخطط العالمي حول السكان في الفقرة 31، حيث يوصي البلدان التي ترغب في تعديل مستويات الخصوبة بإعطاء الأولوية إلى تطبيق برامج التنمية وإستراتيجيات الصحة والتعليم. وفي هذا المجال يقول طبارة "أنه لا يمكن أن يحدث إنخفاض ملحوظ

⁴ BENNOUNE, M., op.cit., 1986, p.330.

⁵ أنظر الحسن محمد نور (عثمان)، "المحددات الاقتصادية والاجتماعية للخصوبة"، المؤتمر العربي حول السياسات السكانية، 1977، ص.10.

في مستويات الخصوبة البشرية إلا إذا تحقق حد أدنى من النمو الاقتصادي والاجتماعي⁶ ويضيف قائلا : "أن المطلوب في هذا المجال هو تحديد جوانب النمو التي تؤثر على الخصوبة والتأكيد عليها في خطط الإنماء إذا ما كان إنخفاض الخصوبة أمر مرغوب فيه".

عرفت الجزائر بفعل هذه التغيرات إنخفاضا محسوسا في معدلات الخصوبة مع بداية السبعينات وذلك بسبب إنخفاض معدل المواليد حيث دخلت في المرحلة الثانية من نظرية التحول الديمغرافي (إنخفاض مستمر في معدل الوفيات مع إنخفاض معدل الولادات بوتيرة أسرع من معدل الوفيات)، فالمؤشر التركيبي للخصوبة العامة حسب معطيات الحالة المدنية لسنة 1964 قدر بـ 6.9 أطفال لكل امرأة ثم ارتفع إلى 8.36 طفلا حسب معطيات الدراسة الوطنية الإحصائية للسكان (سنة 1970) لينخفض إلى 7.4 و 6.96 طفلا حسب معطيات الحالة المدنية لسنتي 1977 و 1980 على التوالي. وبلغ المؤشر التركيبي للخصوبة العامة سنة 1986 من خلال معطيات المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (ENAF) 5.37 طفلا لكل امرأة لينخفض إلى 4.4 أطفال حسب تقدير معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (EASME) الذي أجري سنة 1992. تزامن هذا الإنخفاض في معدلات الخصوبة مع إتساع ظاهرة إستخدام طرق منع الحمل. فماذا يقصد بطرق منع الحمل ؟ وما هي الطرق المتبعة والمستخدمة لذلك ؟.

وسائل منع الحمل هي مجموعة طرق أو تقنيات تستخدم أو تتبع من طرف الزوجين بهدف تجنب أي حمل، بما في ذلك التعقيم ويستثنى الإجهاض العمدي. تستعمل بصفة مؤقتة ويقصد من ذلك تباعد الولادات، أو بصفة دائمة ويقصد من وراء ذلك تحديد الولادات.

يعرف رولان بريسا بأنه إستعمال لوسائل أو تقنيات تمنع العلاقات الجنسية من أن تؤدي إلى الحمل⁷. تقسم طرق منع الحمل المتبعة أو المستخدمة إلى طرق حديثة (وتسمى أيضا بالطرق الفعالة) وطرق تقليدية (وتسمى بالطرق غير الفعالة). فالطرق الحديثة (الفعالة) هي عبارة عن تقنيات حديثة تستدعي إستخدام أدوات أو وسائل وتشمل الحبوب، اللولب، الحقن، الواقي، التعقيم النسوي وغيرها من الطرق الأخرى الحديثة (أنظر الملحق). والطرق التقليدية (غير الفعالة) عبارة

⁶ الحسن محمد نور (عثمان)، مرجع سابق، 1977، ص. 20.

⁷ Voir PRESSAT, R., Dictionnaire de démographie, Paris, PUF, 1979, p.31.

عن تقنيات تقليدية وتتمثل في العزل والإمتناع عن العلاقات الجنسية في فترات معينة ومحددة إضافة إلى طرق أخرى تقليدية (أنظر الملحق).

عرف إستعمال وسائل منع الحمل تطورا كبيرا، فإنتشار إستخدام هذه الوسائل بدأ مع نهاية الستينات حيث قدرت نسبة النساء اللاتي في سن الإنجاب (15-49 سنة) ويستعملن طريقة من طرق منع الحمل بـ 8 % على المستوى الوطني حسب الجمعية الجزائرية للأبحاث الديمغرافية والإقتصادية والإجتماعية (AARDES) خلال سنة 1968 وكانت هذه النسبة 17.4 % في المناطق الحضرية مقابل 4 % فقط في الريف⁸. قدر الديوان الوطني للإحصاء من خلال معطيات مسح اليد العاملة والديمغرافيا (MOD) الذي أجري سنة 1984 نسبة النساء المستعملات بـ 25 % على المستوى الوطني وارتفعت إلى 35.5 % سنة 1986 حسب معطيات المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (ENAF) وفي سنة 1992 - حسب معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (EASME) - بلغت نسبة النساء المستعملات لوسائل منع الحمل 50.7 % على المستوى الوطني (هذه النسبة تشمل نسبة النساء المستعملات للرضاعة الممددة كوسيلة لمنع الحمل حيث قدرت بـ 4.1 %) وهذه النسبة مرتفعة أكثر في الحضر 57.5 % (3.1 % منها تمثل النساء المستعملات للرضاعة كوسيلة لمنع الحمل) مقابل 44.1 % في الريف (4.9 % منها يستعمل الرضاعة الممددة كوسيلة لمنع الحمل). هذا الإنتشار السريع لوسائل منع الحمل الذي شمل المدن ثم الأرياف صاحبه إنخفاض محسوس في معدلات الخصوبة مع بداية السبعينات.

هذه الملاحظات دفعتنا إلى طرح التساؤلات التالية: ما هي العوامل التي ساعدت على إنتشار إستخدام وسائل منع الحمل ؟ وما هي العوامل المحددة لإستعمالها ؟ وما هو أثر وحصّة إستعمال وسائل منع الحمل في إنخفاض الخصوبة؟. للإجابة على التساؤلات السابقة يمكننا طرح ثلاث فرضيات أساسية :

⁸ Association Algérienne pour la Recherche Démographique, Economique et Sociale (AARDES), "La régulation des naissances", enquête socio-démographique, Vol 5. 1970, P.82.

3.1 - الفرضيات :

الفرضية الأولى : تؤثر التركيبة العائلية حسب جنس الأطفال على سلوك المرأة إتجاه إستخدام وسائل منع الحمل. ومن هذه الفرضية العامة يمكن طرح فرضيتين جزئيتين:

أ - يكون لظاهرة تفضيل المواليد الذكور على المواليد الإناث من قبل أحد الزوجين أو الإثنتين معا تأثيرا على إستعمال وسائل منع الحمل.

ب - يؤثر إنجاب أطفال من جنس واحد فقط على سلوك المرأة إتجاه إستخدام وسائل منع الحمل. الفرضية الثانية: يتأثر مستوى إستخدام وسائل منع الحمل بالوسط الإجتماعي الذي قضت فيه المرأة طفولتها.

الفرضية الثالثة: يمثل إنتشار إستخدام وسائل منع الحمل العامل الأساسي الذي ساهم بشكل واضح في تخفيض معدلات الخصوبة.

4.1 - الهدف من البحث :

نهدف من وراء هذا البحث إلى تحقيق ثلاثة أهداف رئيسية وهي : -

أ - معرفة الوعي بوسائل منع الحمل ومدى إنتشار إستخدامها في الجزائر، والدور الذي لعبته المؤسسات الطبية العامة والخاصة والهيئات الأخرى في توزيع هذه الوسائل وبالتالي تطوير إستعمالها.

ب - تحديد العوامل المؤثرة في إستخدام وسائل منع الحمل، حيث يساعد تحديد هذه العوامل السلطات المسؤولة على تنظيم الأسرة في وضع معالم السياسة التي يجب إتباعها بهدف وضع البرنامج الفعال والهادف إلى التحكم في النمو السكاني السريع.

ج - معرفة مستويات وإتجاهات معدلات الخصوبة في الجزائر من سنة 1970 إلى سنة 1992 ثم قياس حصة وأثر إستخدام وسائل منع الحمل وبعض المتغيرات الوسيطة الأخرى كالزواج وعدم الإخصاب (الرضاة والإمتناع عن العلاقات الجنسية) على الخصوبة من خلال تطبيق نموذج

5.1 - تحديد المفاهيم العامة :

فيما يلي نحاول تحديد بعض المفاهيم العامة التي يشملها البحث : -

1.5.1 - الخصوبة (Fécondité) :

الخصوبة في الإستخدام الديمغرافي الحديث تتعلق بالمعدل الفعلي للمواليد، فخصوبة امرأة ما تعني عدد الأطفال المولودين من قبل هذه الأخيرة. وعند تعريفنا للخصوبة (Fécondité) يجب التطرف إلى تعريف الإخصاب (Fertilité) ، فالخصوبة هي تأكيد الإخصاب. ويعرف رولان بريسا الإخصاب (Fertilité) بالقدرة على الإنجاب كما تطلق كلمة مخصبة على المرأة (أو الرجل أو الزوجين معا) التي أنجبت أطفالا وتطلق كلمة إخصاب على المرأة (أو الرجل أو الزوجين معا) القادرة على الإنجاب.⁹ كما يجب التمييز بين مفهومي الخصوبة الطبيعية والخصوبة الموجهة.

1.1.5.1 - الخصوبة الطبيعية (Fécondité naturelle) :

الخصوبة الطبيعية تعني السلوك الإنجابي دون اللجوء إلى إستعمال وسائل منع الحمل أو إلى الإجهاض المتعمد ولا أية وسيلة من وسائل تنظيم المواليد الإرادي¹⁰. فالخصوبة الطبيعية إذن هي خصوبة المرأة التي لا تلجأ إلى إستعمال أية وسيلة من وسائل منع الحمل التي تمارس بصفة إرادية سواء بهدف تحديد أو تباعد الولادات. ويعرف رولان بريسا الخصوبة الطبيعية بأنها خصوبة المرأة المتزوجة في غياب إستعمال وسائل منع الحمل والإجهاض العمدي¹¹. فهذا التعريف يبعد حالات الخصوبة التي تتدخل فيها الرغبة في تباعد الولادات أو تحديدها، وذلك باللجوء إلى إستعمال وسائل منع الحمل لكن لا يبعد إستعمال الرضاعة الطبيعية الممددة.

⁹ Voir PRESSAT, R., op. cit., 1979, p. 72.

¹⁰ Nations-unies, Après la contraception : dissiper les rumeurs sur la fécondité ultérieure, Population Report, Série j, n° 28, ed. anglaise, 1985, p.8.

¹¹ Voir PRESSAT, R., op. cit., 1979, p. 78.

2.1.5.1 - الخصوبة الموجهة (Fécondité dirigée) :

تعني الخصوبة الموجهة السلوك الإنجابي في مجتمع يمارس بصفة فعالة وسائل منع الحمل¹²، فالخصوبة الموجهة إذن تعني بها الخصوبة التي تتحكم فيها المرأة أو الزوجين معا وذلك باللجوء إلى استعمال وسائل منع الحمل، ويعرفها رولان بريساً بأنها خصوبة المرأة (أو الزوجيين) التي تستعمل وسائل منع الحمل بهدف تحديد أو تنظيم الولادات¹³.

2.5.1 - إنعدام الخصوبة (Infécondité) :

يطلق المفهوم على إنعدام الذرية الناتج عن عدم إمكانية الحمل، وإنعدام الخصوبة تسمى من الناحية الطبيعية بالعقم (Stérilité) والذي يعني حسب رولان بريساً عدم الأهلية للإنجاب¹⁴. ويطلق هذا المفهوم على المرأة أو الرجل أو الزوجيين معا. يمكننا التمييز بين حالتين لإنعدام الخصوبة: -

1.2.5.1 - إنعدام الخصوبة الأولي (Infécondité primaire) :

المقصود هنا عدم قدرة المرأة على ولادة طفل حي، وذلك نتيجة لعدم إمكانيةها من الحمل، أو إنتهاء حملها بإسقاط مبكر، وتكرر هذه الحالة عدة مرات. فالمرأة في هذه الحالة تكون غير قادرة على الإنجاب كلية.

2.2.5.1 - إنعدام الخصوبة الثانوي (Infécondité secondaire) :

ويعنى به عدم إمكانية المرأة على الحمل بالرغم من أنها في سن الإنجاب (15-49 سنة) وسبق لها أن أنجبت طفلاً حياً أو أكثر، ولا تزال في علاقة زوجية وترغب في ولادة ثانية أو أكثر. فالمرأة في هذه الحالة تكون غير قادرة على الإنجاب بعد ما أنجبت طفلاً حياً أو أكثر .

¹² LERIDON, H., La démographie: Analyse et modèles, Paris, 1972, p.121.

¹³ Voir PRESSAT, R., op. cit., 1979, p.77.

¹⁴ Ibid., p.102.

3.5.1 - الخصوبة الفيزيولوجية (Fécondité physiologique) :

الخصوبة الفيزيولوجية هي ما يمكن أن تصل إليه الخصوبة في أي مجتمع لذلك يجب¹⁵ : أن يكون سن الزواج بعد البلوغ مباشرة، وأن يستمر الإنجاب إلى سن اليأس دون إستعمال أية وسيلة من وسائل منع الحمل أو الإجهاض العمدي. وأن يكون مستوى الصحة في هذا المجتمع عاليا، بحيث يعيش معظم الأزواج حتى سن اليأس عند المرأة .

يمكن نظريا في هذه الحالة أن يبلغ معدل الخصوبة الكلية إثني عشر طفلا أو أكثر لكل امرأة، أقرب المجتمعات إلى هذا النمط هو مجتمع الهاتريت "Hutterites" وهو مجتمع داخل الولايات المتحدة الأمريكية، حيث لا يتبع برامج تنظيم الأسرة، بينما يتمتع بصحة جيدة، ولا يقف بين هذا المجتمع وبين الخصوبة القصوى سوى عاملين: تأخر سن الزواج عند سن البلوغ وتأثر مستوى الصحة بالحمل المتكرر.

4.5.1 - سن الإنجاب (Age de reproduction) :

سن الإنجاب هو فترة من حياة المرأة تكون فيها قادرة على الإنجاب عندما تكون خارج الوقت الميت (الفترة التي تأتي بعد الحمل) تبدأ هذه الفترة عادة من سن الخامسة عشر وتمتد حتى السن التاسعة والأربعين (15 - 49 سنة)، وتشمل أحيانا المجال (15 - 44 سنة)¹⁶. تبدأ هذه الفترة من سن البلوغ الذي يكون عادة بعد سن الثانية عشرة أو أكثر وذلك حسب طبيعة البلد (كالمناخ مثلا) ويمتد إلى غاية سن اليأس الذي يبدأ عادة بعد الخامسة والأربعين .

5.5.1 - الوسط الاجتماعي (Milieu social) :

يقصد بالوسط الاجتماعي، الوسط أو المجال الحياتي الذي تنتمي إليه الأسرة وتعيش فيه . وهو مصطلح يوحى بالإنتماء إلى الريف أو المدينة ، طبقة الأثرياء ، الفقراء أو المتوسطين¹⁷. ونقصد بالوسط الاجتماعي في بحثنا هذا إنتماء المرأة إلى الريف أو الحضر (المدينة) خاصة.

¹⁵ أنظر عمران (عبد الرحيم)، سكان العالم العربي، حاضرا ومستقبلا، صندوق الامم المتحدة للانشطة السكانية، نيويورك، 1988، ص. 183.

¹⁶ Voir PRESSAT, R., op. cit., 1979, p. 3.

¹⁷ الديوان القومي للأسرة والعمران البشري، "الخصوبة في تونس: واقعها وآفاقها"، أعمال الملتقى القومي، تونس، 29/ 30 أبريل 1985،

6.5.1 - الأصل الجغرافي للمرأة :

هو الوسط الاجتماعي (الريف ، الحضر) الذي قضت فيه المرأة طفولتها (حتى سن الثانية عشرة). ولتحديد الأصل الجغرافي للمرأة يجب التطرق إلى تعريف كل من الحضر والريف، حسب تعداد سنة 1977 وتعداد سنة 1987. يمكن التفريق بين المناطق الريفية والمناطق الحضرية بناء على بعض المؤشرات الإحصائية والاقتصادية، كالعدد الأدنى للسكان والنشاط الاقتصادي. فحسب هذين التعدادين يعرف الحضر (المدن) كل تجمع يتوفر فيه المؤشران التاليان¹⁸: حد أدنى للسكان يقدر بـ 5000 نسمة، وألا تتجاوز نسبة الذين يمارسون نشاطات زراعية ويقطنون في هذا التجمع 25 % من مجموع المشتغلين.

كل تجمع لا يتوفر فيه هذان الشرطان يعتبر تجمعا ريفيا (قرية) بإستثناء المناطق التي تحوي على مقر الولاية أو الدائرة، وكذلك المناطق التي تتوفر فيها الخدمات ذات المنفعة العامة كالمستشفيات والمؤسسات التعليمية ومراكز الترفيه (المسرح، السينما...) وغيرها. إعتد كل من المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986) والمسح الوطني الذي يعنى بصحة الأم والطفل (سنة 1992) على تعاريف التعدادين (تعداد 1977 و تعداد 1987) المتعلقة بالريف والحضر.

7.5.1 - مفاهيم منع الحمل وضبط النسل وتنظيم الأسرة :

يرتبط مفهوم منع الحمل بمفهوم ضبط النسل وتنظيم الأسرة، فرغم الإختلاف الكبير الموجود بين هذه المفاهيم، وهو الأمر الذي غاب عن ذهن الكثيرين مما أدى إلى الخلط بينها. فمنع الحمل يعرفه رولان بريسا بأنه إستعمال وسائل أو تقنيات تمنع العلاقات الجنسية من أن تؤدي إلى الحمل. وحسب ما ورد في المجلة التونسية (العائلة والسكان)¹⁹، فإن منع الحمل هو إستعمال مختلف الطرق والأساليب من طرف الزوجين الموجهة إلى تجنب الحمل بما فيها التعقيم بإستثناء الإجهاض العمدي. فهذا التعريف ينطبق على التعريف المعمول به في الجزائر حيث أن الإجهاض غير مسموح به ولا يندرج ضمن وسائل منع الحمل المستخدمة والمتبعة. ويقصد بضبط النسل توقيفه مرحليا لفترة

¹⁸ Office National des Statistiques (O.N.S.), Population urbaine et rurale par commune, R.G.P.H., 1987, p. 31.

¹⁹ Office national de la famille et de la population, Famille et population, nouvelle série n°5.6, Tunisie, 1987, p. 66.

معينة، وهو يختلف عن عملية تحديد النسل الذي يعني إيقاف الإنجاب بعد عدد معين من الأطفال.

فضبط النسل أكثر من مجرد صورة سلوكية لتحديد حجم الأسرة وإنما هو عملية تنظيم خصوبة الأسرة، وهو يتجاوز فكرة إنجاب عدد من الأطفال مرغوب فيهم، ويهتم بالتخطيط الزمني للفترات التي تفصل كل مرة وأخرى من مرات الإنجاب، ويرتبط مفهوم ضبط النسل بمفهوم منع الحمل طالما كانت عملية الضبط تعتمد في توقيف النسل مرحليا على وسيلة أو أكثر من وسائل منع الحمل. ومفهوم تنظيم الأسرة أوسع كثيرا من مجرد ضبط النسل أو تحديده أو منعه، فقد يشمل واحدا منهما أو كلاهما معا حسب ما تقتضيه سياسة وهدف أو إستراتيجية الأسرة²⁰. ومنع الحمل قد يقصد منه تحقيق هدفين أساسيين هما : منع الحمل لتباعد الولادات، وهو أسلوب يهدف إلى تباعد الولادات. أو منع الحمل لتحديد الولادات، وهو أسلوب يهدف إلى منع أي حمل إضافي. ويقصد بتباعد الولادات ترك فترة معينة بين ولادات الأطفال . كأن يباعد الزوجان بين تاريخ زواجهما وتاريخ إنجاب أول ولادة .

8.5.1 - الولادة الحية (Naissance vivante) :

كثيرا ما يحدث خلط بين الولادات الحية والولادات الميتة، وللتمييز بين هذه الولادات حددت عدة مؤشرات : تعتبر المنظمة العالمية للصحة (OMS) ولادة حية كل ولادة تتم بطريقة عادية أو غير عادية (يقصد بالطريقة غير العادية تقديم مساعدات لإخراج المولود من رحم أمه) مهما كانت فترة الحمل، شريطة أن يظهر المولود أحد مظاهر الحياة بعد فصله عن أمه²¹ (يتنفس أو يمارس بعض الحركات الدالة على الحياة كنبضان القلب، ونبضان الحبل السري، أو أي حركة عضلية تتم بفعل إرادي سواء أكان ذلك بعد أو قبل قطع الحبل السري).

ففي معظم البلدان - من بينها الجزائر- يعتبر الحدث ولادة حية إذا أظهر عند ولادته إشارة تدل على الحياة كالتنفس أو نبضان القلب والصراخ أو أي حركة أخرى. وفي بلدان أخرى كفرنسا مثلا تعتبر ولادة حية كل مولود يقوم بعملية التنفس. وفي بولندا يشترط توفر أحد المؤشرات التي حددتها المنظمة العالمية للصحة (O.M.S.) المذكور سابقا، كالتنفس ونبضان القلب أو الحبل السري أو أي حركة

²⁰ حلي (علي عبد الرزاق)، علم اجتماع السكان، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 1987، ص. 250.

²¹ Voir l'organisation mondiale de la santé (O.M.S.), Manuel d'analyse de la mortalité, Paris, INED, 1985, p. 57.

عضلية تتم بفعل إرادي ويضاف إلى ذلك الوزن بحيث يجب أن يفوق وزن المولود 1000 غرام أو يتراوح وزنه بين 600 إلى 1000 غرام شريطة الحياة²². ويعتبر ولادة حية في مويسرا - حسب القرار 46 من القانون المدني - كل مولود يقوم بعملية التنفس بعد ولادته، كما يلاحظ فيه نبضان القلب وأن تتجاوز قامته 30 سنتيمتر²³.

6.1 - المناهج المستخدمة :

إعتمد هذا البحث على منهجين: المنهج الوصفي المقارن والمنهج التحليلي. أستخدم المنهج الأول في وصف الظواهر المدروسة من خلال معطيات المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة الذي أنجز سنة 1986 والمسح الوطني الخاص بصحة الأم والطفل الذي أجري سنة 1992، ومقارنة بيانات المسحين قصد معرفة التغير الذي حدث على هذه الظواهر ومعرفة تطورها. في حين أستخدم المنهج الثاني في تحليل تغيرات الظواهر المدروسة الناتجة عن تأثير المتغيرات المتعلقة بها.

7.1 - مجال الدراسة:

مس المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة الذي أنجز سنة 1986 كل النسوة غير العازبات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 سنة أما المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل الذي أجري سنة 1992 فقد مد مجال الملاحظة حتى إلى النسوة اللاتي تتراوح أعمارهن بين 50 و 54 سنة. تقتصر هذه الدراسة على النساء المتزوجات فقط وقت إجراء المسح وفي سن الإنجاب (15-49 سنة)، وتم إبعاد المطلقات والأرامل. قدرت هذه الفئة من النسوة بـ 4490 امرأة متزوجة وفي سن الإنجاب (15-49 سنة) خلال سنة 1986، موزعة على مختلف المناطق الجغرافية (الوسط، الشرق والغرب) وبلغت هذه الفئة من النسوة 4715 امرأة سنة 1992. وخلال هذه السنة أضيفت منطقة الجنوب كمطقة جغرافية رابعة.

²² Voir O.M.S., op.cit.,1985, p.57.

²³ Ibid., p.57.

8.1 - المصادر الإحصائية :

1.8.1 - المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986) :

أسند أمر إجراء المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (ENAF) إلى المركز الوطني للدراسات والتحليل الخاصة بالسكان (CENEAP)، حيث بدأ العمل يوم 7 سبتمبر 1986، وإستفاد هذا العمل من المسح العالمي الخاص بالخصوبة. وأرتكز كذلك على معطيات التعداد العام للسكان لسنة 1977 في تحديد وتقسيم المقاطعات. تم تمويل هذا المسح من طرف الحكومة الجزائرية إضافة إلى مساعدات من صندوق الأمم المتحدة للسكان (FNUAP) الذي مول عدة بعثات للخبراء وقدم كذلك بعض المساعدات في ميدان الإعلام الألي . وللمسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة عدة أهداف من بينها دراسة الخصوبة والعوامل الإجتماعية والإقتصادية والديمغرافية التي تتحكم فيها: دراسة ظاهرة الزواجية وإستخدام موانع الحمل ... وبالتالي تم تقسيم الإستمارة إلى قسمين: إستمارة تتعلق بالأسرة وأخرى تخص المرأة. تم المسح في شمال الجزائر فقط، ولم يأخذ بعين الإعتبار ولايات الجنوب الجزائري. شملت عينة البحث 5368 أسرة، أما عدد النساء اللاتي شملهن البحث فبلغ 4804 امرأة مؤهلة (متزوجة أو سبق لها أن تزوجت وعمرها أقل من خمسين سنة)، وتم إنجاز هذا المسح في 9 فيفري 1987 م.

ومن نقائص معطيات هذا المسح عدم تمكيننا من تحديد أسباب الهجرة، ومن معرفة مستوى إستعمال وسائل منع الحمل قبل الهجرة، إضافة إلى ذلك لا تمكننا من تحديد هدف ومدة إستعمال هذه الوسائل وبالتالي إستمرارية إستعمال كل طريقة من طرق منع الحمل.

2.8.1 - المسح الجزائري الخاص بصحة الأم و الطفل (سنة 1992) :

لقد قامت وزارة الصحة في شهر جانفي 1992 بتوقيع وثيقة مشروع المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل ، وعهد بتنفيذه إلى الديوان الوطني للإحصاء (ONS). وقد ساهم في تمويل هذا المشروع كل من برنامج الخليج العربي لدعم منظمات الأمم المتحدة الإنمائية وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومنظمة الأمم المتحدة للأطفال وجامعة الدول العربية. ولعبت هذه المساهمات دورا كبيرا في إجراء هذا المسح القومي الذي يهدف إلى تحديد الوضعية الصحية للأم والطفل. كما يرجع

الفضل أيضا في إنجاح هذا المسح إلى المساعدات التي قدمتها وزارة الصحة والسكان (خصوصا إدارة الصحة الوقائية وأقسامها) إلى الديوان الوطني للإحصاء، كما وضعت الوزارة تحت تصرف الديوان كافة الإمكانيات البشرية والمادية اللازمة.

والمشروع الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل هو جزء من المشروع العربي للنهوض بالطفولة الذي يهدف إلى توفير بيانات تفصيلية عن العوامل البيولوجية والديمغرافية والاجتماعية والإقتصادية والبيئية التي تؤثر على صحة الأم والطفل، وذلك بناء على قرارات وتوصيات مجلس وزراء الصحة العرب، ومجلس وزراء الشؤون الاجتماعية والعمل العرب . قد تفيد هذه البيانات في بناء قاعدة أساسية تستخدم في تخطيط وتقييم البرامج الوقائية بشكل عام وما يتعلق منها بصحة الأم والطفل بشكل خاص .

تم تنفيذ هذا المشروع بناء على عينة ممثلة تشمل 6694 أسرة منها 53.1 % في الوسط الحضري. وأستخدمت في سحب عينة هذا المسح بيانات التعداد العام للسكان (سنة 1987). وتم تقسيم المجتمع إلى أربع مقاطعات وهي :-

1- المدن التي يزيد عدد سكانها عن 100000 نسمة .

2- المدن التي يتراوح عدد سكانها ما بين 50000 و 100000 نسمة .

3- التجمعات الحضرية الأخرى .

4- المناطق الريفية .

وتضمنت عينة المسح 5881 امرأة مؤهلة (متزوجة أو سبق لها أن تزوجت وعمرها دون 55 سنة) و 5288 طفلا مؤهلا (يقل عمره عن خمس سنوات). كما تم تقسيم إستمارة المسح إلى خمسة إستبيانات وهي :

1- إستبيان يتعلق بالأسرة.

2- إستبيان خصائص المسكن.

3- إستبيان صحة الأم.

4- إستبيان صحة الطفل.

5- إستبيان خاص بالبيئة التي تعيش فيها الأسرة.

وقد أتمت الإستبيانات عند 91.7% من الأمر ونسبة 88.7% في الوسط الحضري و95.1% في الوسط الريفي. أما بالنسبة لإستمارة صحة الأم، فبلغت نسبة الإستبيانات المستكملة 93.8% و96.2% بالنسبة لإستمارة صحة الطفل.

إن معطيات هذا المسح لا تمكننا هي الأخرى من تحديد مستوى إستعمال وسائل منع الحمل قبل الهجرة، إضافة إلى ذلك لم يتطرق هذا المسح إلى تحديد أصل الزوج الجغرافي وأسباب الإنقطاع عن إستخدام وسائل منع الحمل.

الفصل الثاني : إستعمال وسائل منع الحمل وإتجاهات الخصوبة في الجزائر .

سنحاول من خلال هذا الفصل إعطاء لمحة تاريخية عن التخطيط العائلي، وتحديد مدى إنتشار إستخدام وسائل منع الحمل في الجزائر والمؤسسات التي ساهمت في توزيعها وبالتالي تطوير إستخدامها، ثم نتطرق بصفة وجيزة إلى دراسة إتجاهات ومستويات الخصوبة في الجزائر وفق بعض المؤشرات الديمغرافية.

1.2 - إستعمال وسائل منع الحمل

1.1.2 - لمحة تاريخية عن التخطيط العائلي في الجزائر :

بدأت عملية إنتشار وسائل منع الحمل في الجزائر في أواخر الستينات أي بعد تشييد أول مركز لتباعد الولادات في مستشفى مصطفى الجامعي بالجزائر العاصمة سنة 1967 بحضور وزير الصحة العمومية والتربية الوطنية. وفي سنة 1968 قامت الجمعية الجزائرية للبحث الديمغرافي والإقتصادي والاجتماعي (AARDES) بإنجاز مسح في مجال التخطيط العائلي. ومن النتائج التي توصلت إليها هذه الجمعية هي أن 44.5% من نساء المدن المتزوجات وفي سن الإنجاب (15 - 49 سنة) يعرفن على الأقل وسيلة واحدة من وسائل منع الحمل. حددت هذه النسبة في الأرياف بـ 15% فقط. فالرغبة في التخطيط العائلي ظهرت مع إرتفاع مستوى المعيشة والمستوى التعليمي للزوجين.

وفي سنة 1969 فتحت مراكز أخرى أبوابها في كل من وهران وقسنطينة لكن سرعان ما توقفت بعد سنتين من العمل. كانت الحكومة الجزائرية في الستينات مهتمة بإعادة بناء البلاد وذلك بإنشاء قاعدة إقتصادية قوية قصد تحسين ظروف السكان الإجتماعية والإقتصادية ولم تهتم بمشكلة النمو السكاني السريع، فلم يسطر أي برنامج حكومي في هذا المجال، وعند إنعقاد المؤتمر العالمي حول السكان في بوخارست (BUCAREST) سنة 1974 صرح رئيس الوفد الجزائري وكاتب الدولة للتخطيط بما يلي : "..... الجزائر تهدف في سنة 1980 إلى بناء إقتصاد قوي وكامل قصد الإستجابة الكاملة لحاجيات السكان في ميدان الشغل والتربية والصحة والسكن....."².

¹ AARDES, Enquête socio-démographique, la régulation des naissances, Vol. n°5, 1970, p. 81.

² KOUAOUCI, A., La question de la population en Algérie, FNUAP, Alger, 1991, p. 41.

أحست الجزائر سنة 1980 بمشكلة النمو السكاني السريع وبدأت تفكر في وضع برنامج وطني، لأن البرامج والمشاريع المسطرة سابقا لم تعط النتائج المرجوة، وتبين في التقرير العام للمخطط الخماسي بأن 'عملية التخفيض الفعلي لمعدل الولادات أصبح شرطا ضروريا لتحسين فعالية بناء إقتصادنا، قصد الإستجابة لكل الرغبات والإحتياجات الإجتماعية للسكان بصفة مرضية ومستمرة'³.

تم تطبيق البرنامج الوطني بإشراف الدائرة المركزية لرعاية الأمومة والطفولة (BC PME/EN) من خلال 260 مركزا لحماية الأمومة والطفولة. تنتشر عبر كل القطر الجزائري، وأسند الدور الأساسي إلى القابلات (Sages femmes) وذلك بعد فترة معينة من التربص. وفي سنة 1983 سطرت الوزارة الأولى برنامجا علميا يحتوي على ثلاثة محاور أساسية هي :-

- 1- تطوير كل المنشآت الأساسية والتنظيم المادي والمساعدة على إنجاح هذا البرنامج .
- 2- التربية والتوعية ليكون هناك إستعمالا إراديا لوسائل منع الحمل من قبل السكان والعمل على نشر هذه الوسائل في الأرياف بهدف التحكم في الخصوبة.
- 3- إجراء دراسات وبحوث خاصة لمعرفة الأسباب التي أدت إلى النمو السكاني السريع والعلاقة الموجودة بين هذا النمو ومستوى التطور الإقتصادي-الإجتماعي.

شهدت مراكز حماية الأمومة والطفولة تطورا ملحوظا ومستمرا سواء من حيث المنشآت أو من حيث تأطير وتحسين مستوى العمال والمستخدمين بهذه المراكز مثل القابلات. بلغ عدد مراكز رعاية الأمومة والطفولة سنة 1984 حوالي 444 مركزا ثم ارتفع هذا العدد سنة 1985 إلى 749 مركزا، تضمن 426 مؤسسة معظم الخدمات الصحية للمرأة وتوفر لها مختلف وسائل منع الحمل مثل الحبوب واللولب، وإختص 323 مركزا في تقديم وسائل تنظيم النسل المختلفة الأشكال والأنواع.

إن عرف عدد المراكز التي توزع وسائل منع الحمل وبإستمرار تطورا كبيرا فخلال الفترة 1984 - 1985 أي خلال سنة سجلنا 305 مركزا جديدا، إختص 205 منها في توزيع الحبوب فقط وتقدم المائة الباقية مختلف الوسائل الأخرى⁴. قدر تعداد سنة 1987 عدد النساء اللاتي في سن الإنجاب (15 - 49 سنة) بـ 5.178 مليون امرأة يمارس 1.2 مليون منهن إحدى وسائل منع الحمل

³ KOUAOUCI, A., La question de la population en Algérie, op. cit., 1991., p. 41.

⁴ عتوت (نادية)، "تطبيق ورفض تنظيم النسل من طرف النساء المتزوجات"، رسالة لنيل شهادة الماجستير، الجزائر

بفضل خدمات هذه المراكز، بمعنى أن 23.17% من النساء اللاتي في سن الإنجاب (15 - 49 سنة) يستعملن وسيلة من وسائل منع الحمل ولهن علاقة بهذه المراكز والباقي أي 76.82% يلجأن إلى مراكز صحية أخرى، علما أن هذه المراكز المختصة في التخطيط العائلي تستطيع تلبية حاجيات 2.649 مليون امرأة من نسوة سنة 1987⁵. إرتفع عدد هذه المراكز سنة 1988 إلى 1955 مركزا ويقدر حاليا هذا العدد بحوالي 2000 مؤسسة. قدر المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986) نسبة المستعملات لوسائل منع الحمل بـ 36% من مجموع النساء المتزوجات واللاتي في سن الإنجاب (15 - 49 سنة). تلجأ 59% منهن إلى مراكز صحية خاصة للحصول على وسائل منع الحمل ويلجأ الباقي أي 41% إلى القطاع العام، (24.4% تلجأن إلى مراكز الأمومة والطفولة)⁶. إضافة إلى مراكز حماية الأمومة والطفولة يلعب المعهد الوطني للصحة العمومية (INSP) دورا كبيرا في تقديم خدمات تباعد الولادات إلى جانب جمعيات غير حكومية كالجمعية الجزائرية للتخطيط العائلي التي أسست سنة 1987 علما أن هذه الجمعية تتلقى مساعدات من طرف صندوق الأمم المتحدة للسكان . (FNUAP)

يشكل إن البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديمغرافي السريع (PNMCD) وكذلك البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال اللذان أنشأنا سنة 1983 الركيزتين الأساسيتين للتدخل الحكومي في ميدان معالجة العوامل الديمغرافية التي سببت الزيادة السريعة للسكان.

وتم في 20 سبتمبر 1992 نشر برنامج حكومي يبين وبوضوح بأن النمو الديمغرافي السريع يشكل عائقا كبيرا للتنمية الاقتصادية والاجتماعية، فهذا التزايد السريع في عدد السكان لا يتماشى مع الطلب الاجتماعي (السكن، الصحة، التربية، التغذية والشغل.....). وفي جويليا 1992 تم إنشاء وزارة الصحة والسكان وهذا ما يؤكد درجة إهتمام الحكومة الجزائرية بمشكلة النمو السكاني السريع. يبين تقرير صندوق الأمم المتحدة للسكان لعام 1992 أن الجزائر فكرت في إنجاز عدة مشاريع هامة في مجال السكان بالتعاون معه، ومن بين هذه المشاريع نذكر: مشروع إنتاج وسائل منع الحمل (الحبوب) محليا سنة 1991 بمساعدة صندوق الأمم المتحدة للسكان (FNUAP). أنجزت الأعمال التحضيرية بالتعاون مع وزارتي الصناعة والمناجم والصحة والسكان وبعض الصيدليات بهدف إنجاز مخبر ينتج 360 مليون قرص من حبوب منع الحمل في السنة. ومشروع تحسين خدمات مراكز حماية الأمومة

⁵ OUSSEDIK, F., *Femmes et fécondité en milieu urbain*, Alger, FNUAP, CREAD, (N.D.), P. 171.

⁶ Centre National d'Etudes et d'Analyse pour la Planification (CENEAP), *Enquête Nationale Algérienne sur la Fécondité (ENAF)*, rapport national final, Alger, 1989, p. 209.

والطفولة، مدته عشرة شهور - ابتداء من جويلية 1992 - بمساعدة صندوق الأمم المتحدة للسكان (FNUAP). يهدف هذا المشروع إلى تحسين خدمات المراكز المختصة بالتخطيط العائلي وتسهيل الحصول على وسائل منع الحمل وذلك بفتح مراكز أخرى جديدة في 12 ولاية، كما يشمل المجالات التالية: تكوين 60 طبيبا و288 قابلة لتنفيذ برامج مراكز حماية الأمومة والطفولة على مستوى الولايات، تحسين نظام تقديم المعلومات اللازمة المتعلقة بالتخطيط العائلي، تجهيز كافة المراكز الجديدة بالآلات اللازمة. وصل جزء من هذه التجهيزات سنة 1992 وتمثل في أدوات وأجهزة طبية ووسائل منع الحمل، منظم آلي، آلة للكتابة، جاءت الإرسالية الأولى من جامعة بروكسل. وبفضل هذه المساعدات يتم إعداد برنامج التكوين الذي يتم محليا أي في الجزائر.

إضافة إلى هذين المشروعين الهامين، مول صندوق الأمم المتحدة عدة مشاريع أخرى كمشروع خلق وحدة للاتصال والسكان داخل الوكالة الوطنية للأحداث المصورة حيث إنطلق في ماي 1990 وينتهي في مدة ثلاثة سنوات. يهدف هذا المشروع إلى تجهيز الوكالة بأدوات حديثة تجعلها ذات قدرة كبيرة في مجال الإتصال الإجتماعي. ومشروع لتدعيم أعمال ونشاطات الجمعية الجزائرية للتخطيط العائلي (AAPF) فيما يتعلق بالمعلومات والتربية والإتصال في مجال التخطيط العائلي. صودق على هذا المشروع في ديسمبر 1992 ومدة إنجازه سنتين. يهدف إلى تحسيس 100000 شاب بالتخطيط العائلي. إضافة إلى ذلك هناك مشروع تدعيم وحدة الإتصال الإجتماعي للمعهد الوطني للصحة العمومية (INSP) صودق عليه في ديسمبر 1992 بعد أن حددت مدة إنجازه بسنة واحدة، يهدف هذا المشروع إلى تعزيز أعمال وأبحاث هذه المؤسسة. ومشروعين لتدعيم وتطوير الأبحاث والتكوين في مجال التنمية والسكان من خلال دعم تكوين ما بعد التدرج في هذا المجال. يطبق المشروع الأول في المعهد الوطني للإحصاء والتخطيط (INPS) ومدة إنجازه سنتين ابتداء من شهر ماي من سنة 1992 بمساهمة من صندوق الأمم المتحدة للسكان. كما ينفذ المشروع الثاني في المعهد الديمغرافي بجامعة وهران ومدة إنجازه 28 شهرا ابتداء من سنة 1992 إضافة إلى صندوق الأمم المتحدة للسكان ساهمت في هذا المشروع الجامعة الكاثوليكية (LOUVAIN) ببلجيكا. يهدف هذان المشروعان إلى تجهيز المعهد الوطني للإحصاء والتخطيط وتعزيز قدراته التقنية لتكوين مختصين في مجال السكان والتنمية ودعم البحوث والتكوين في مجال الديمغرافيا. كما قدم صندوق الأمم المتحدة للسكان مساعدة للديوان الوطني للإحصاءات (ONS) بهدف تدعيم مديرية السكان في مجال التكوين والبحث. بدأ العمل سنة 1992 ولمدة أولية تمتد لثلاث سنوات ونصف.

2.1.2 - نسبة الوعي بأساليب وأنواع وسائل منع الحمل .

يمكن قياس نسبة وعي النساء اللاتي مسهن المسح بوسائل منع الحمل بطريقتين: في الطريقة الأولى نطلب من النسوة تسمية وعد كل طرق منع الحمل التي تعرفنها دون مساعدة. وفي الطريقة الثانية نذكر للمستجوبة كل طرق منع الحمل ثم نطلب منها تحديد الطرق التي تعرفها. تعد الطريقة الثانية أفضل من الأولى لأنها تقضي على عامل النسيان حيث بينت الدراسات الحديثة أن عدم تقديم أو ذكر طرق منع الحمل للمستجوبة لا تمكننا من تقدير المستوى الحقيقي للوعي بهذه الطرق وكذلك تطبيقها. وتم جمع معطيات هذا المجال بواسطة الطريقة الثانية، ونعرض في الجدول رقم (2-1) نسبة النساء غير العازبات اللاتي يعرفن طريقة واحدة على الأقل من طرق منع الحمل.

ففي سنة 1986 وحسب المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة نجد أن 98 % من النساء المستجوبات يعرفن على الأقل وسيلة حديثة من وسائل منع الحمل، ونجد في مقدمة هذه الطرق الحبوب بنسبة 97.7 % ثم اللولب (84.5 %) ثم الحقن (77.7 %) ثم التعقيم النسوي (68.5 %) أما نسبة النساء اللاتي يعرفن على الأقل طريقة تقليدية بقدرت بـ 53 % ، يأتي العزل في مقدمة هذه الطرق بنسبة 52.5 % ثم الإمتناع الدوري بنسبة 45.9 % .

وسجلنا سنة 1992 - حسب معطيات المسح الوطني الخاص بصحة الأم والطفل - من بين النساء المستجوبات نسبة 98.5 % من يعرفن على الأقل وسيلة حديثة من وسائل منع الحمل، تأتي الحبوب في مقدمة هذه الوسائل بنسبة 98.3 % ثم اللولب (86.1 %) ثم الحقن (67.5 %) أما نسبة النساء اللاتي يعرفن على الأقل طريقة تقليدية فبلغت 84.6 % . يرجع هذا الإرتفاع في نسبة الوعي بالطرق التقليدية خلال سنة الملاحظة الأخيرة (1992) إلى إدخال الرضاعة ضمن هذه الطرق حيث أن 80 % من النساء المستجوبات يعتبرن الرضاعة وسيلة لتأخير الحمل، مع العلم أن هذه الأخيرة لم تدرج ضمن باقي الوسائل في المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة لسنة 1986. يأتي بعد الرضاعة الإمتناع الدوري بنسبة 49.7 % ، ثم العزل بنسبة 44.1 % . فإذا لم نأخذ بعين الإعتبار الرضاعة لا تتجاوز نسبة الوعي بالوسائل التقليدية سنة 1992 نسبة 50 % من النساء المستجوبات. تجدر الإشارة في هذا المجال إلى أن النساء اللاتي لا يعرفن إلا الطرق التقليدية فقط سنة 1986 مثلن 0.3 % وارتفعت هذه النسبة إلى 0.7 % سنة 1992 .

جدول رقم: (1-2) : توزيع النساء غير العازبات وفي سن الإنجاب (15-49 سنة) حسب الوعي بطرق منع الحمل حسب معطيات ENAF 1986 و EASME 1992.

نسبة الوعي				الوسيلة المعروفة
EASME 1992 (2)		ENAF 1986 (1)		
التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	
(4984)	99.2	(4722)	98.3	تعرفن وسيلة ما من وسائل منع الحمل :
(4949)	98.5	(4708)	98.0	1- تعرفن على الأقل وسيلة حديثة
(4939)	98.3	(4694)	97.7	الحبوب
(4326)	86.1	(4059)	84.5	اللولب
(3039)	60.5	(3291)	68.5	التعقيم النسوي
(2502)	49.8	(2426)	50.5	الواقى
(3391)	67.5	(3733)	77.7	الحقن
(2748)	54.7	(1787)	37.2	طرق أخرى حديثة
(35)	0.7	(14)	0.3	2- لا تعرفن إلا الوسائل التقليدية فقط
(4250)	84.6	(2524)	53.0	3- تعرفن على الأقل وسيلة تقليدية
(2216)	44.1	(2522)	52.5	العزل
(2497)	49.7	(2205)	45.9	الإمتناع الدوري (فترة الأمان)
(4019)	80.0	-	-	الرضاعة
(402)	8.0	(1753)	36.4	طرق أخرى تقليدية
(40)	0.8	(82)	1.7	لا تعرفن أية وسيلة من وسائل منع الحمل :
(5024)	100	(4804)	100	المجموع

المصدر : (1) المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986) .
(2) المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (سنة 1992) .

فالوعي بطرق منع الحمل عرف إرتفاعا كبيرا مع بداية السبعينات، حيث لم تتجاوز نسبة الوعي بهذه الطرق 26.5 % سنة 1968، حسب معطيات المسح الديمغرافي - الإجتماعي، الذي أنجزته الجمعية الجزائرية للأبحاث الديمغرافية والإقتصادية والإجتماعية (AARDES)، ثم إرتفعت إلى 98.3 % سنة 1986 حسب المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة لتصل إلى 99.2 % سنة 1992، حسب معطيات المسح الوطني الخاص بصحة الأم والطفل.

3.1.2 - طرق منع الحمل المستخدمة :

يقصد بإستخدام أو إستعمال وسائل منع الحمل، إستعمال النساء المتزوجات السابق أو الحالي لوسيلة من وسائل منع الحمل وقتا معيناً خلال فترة الإنجاب. إن الإستعمال الحالي لأحد وسائل منع الحمل من أهم المحددات المباشرة لمستويات وتباينات الخصوبة. يمكن الحصول على تقدير نسب الإستعمال الحالي من خلال معرفة عدد مستخدمات إحدى هذه الوسائل عند إجراء المسح أو خلال الشهر السابق له ضمن نسوة سن الإنجاب المتزوجات عند تاريخ الملاحظة.

يبين الجدول رقم (2-2) توزيع النساء المتزوجات (15-49 سنة) عند إجراء المسح والمستعملات لوسائل منع الحمل حسب الطريقة المستخدمة خلال سنتي 1986 - 1992، والملاحظ أن معظم النسوة يستعملن الطرق الحديثة، حيث بلغت نسبة المستعملات 87.6 % سنة 1986 و 84.6 % سنة 1992، بينما تستعمل الطرق التقليدية بنسب ضعيفة (12.4 % سنة 1986 و 15.4 % سنة 1992). فخلال الفترة 1986 - 1992 سجلنا إنخفاضا في إستعمال الطرق الحديثة وإرتفاعا في إستعمال الطرق التقليدية، ويرجع ذلك إلى إدراج الرضاغة ضمن وسائل منع الحمل التقليدية. ويبرز هذا الجدول الحبوب على أنها أكثر الطرق إنتشارا، ففي سنة 1986 بلغت نسبة أخذاتها 74.4 % أي ما يعادل تقريبا ثلاثة أرباع مجموع المستعملات، ونجد طريقة العزل في المرتبة الثانية بنسبة 8.7 % والولب في المرتبة الثالثة بنسبة 5.9 %، ثم التعقيم النسوي والإمتناع الدوري (فترة الأمان) بنسبة 3.6 % و 2.8 % على التوالي.

جدول رقم: (2-2): توزيع النساء المتزوجات (15-49 سنة) عند تاريخ المسح حسب طرق منع الحمل المستخدمة من خلال ENAF 1986 و EASME 1992.

EASME 1992 (2)		ENAF 1986 (1)		طرق منع الحمل المستخدمة
التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	
(2025)	84.6	(1397)	87.6	<u>طرق حديثة</u>
(1824)	76.2	(1187)	74.4	الحبوب
(112)	4.7	(94)	5.9	اللؤلؤ
(50)	2.1	(57)	3.6	التعقيم النسوي
(22)	0.9	(24)	1.5	الواقى
(7)	0.3	(27)	1.7	الحقن
(10)	0.4	(8)	0.5	طرق أخرى حديثة
(369)	15.4	(198)	12.4	<u>طرق تقليدية</u>
(81)	3.4	(139)	8.7	العزل
(81)	3.4	(45)	2.8	الإمتناع الدوري (فترة الأمان)
(191)	8.0	-	-	الرضاعة الطبيعية (3)
(16)	0.6	(14)	0.9	طرق أخرى تقليدية
(2394)	100	(1595)	100	المجموع

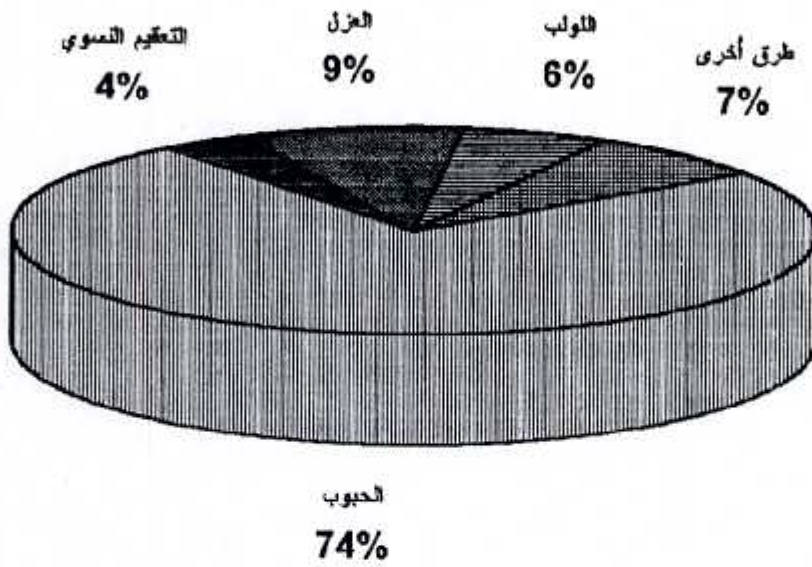
المصدر: (1) المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986) .
(2) المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (سنة 1992) .
(3) لقد تم إعتبار الرضاعة الطبيعية الممددة كوسيلة لمنع الحمل من قبل المسح الوطني الخاص بصحة الأم والطفل (سنة 1992) ، ولم تدرج ضمن وسائل منع الحمل في المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986) .

بقيت الحبوب خلال سنة 1992 الطريقة الأكثر إستعمالا بنسبة 76.2 % أي أكثر من ثلاثة أرباع مجموع المستعملات وتأتي الرضاعة الطبيعية الممددة في المرتبة الثانية بـ 8 % ثم نجد اللولب بنسبة 4.7 % ثم الإمتناع الدوري (فترة الأمان) ثم التعقيم النسوي بنسبة 3.4 % و 2.1 % على التوالي. ويبقى إستعمال الطرق الأخرى الحديثة أو التقليدية عند نسب ضعيفة (أنظر المخطط رقم 1-2).

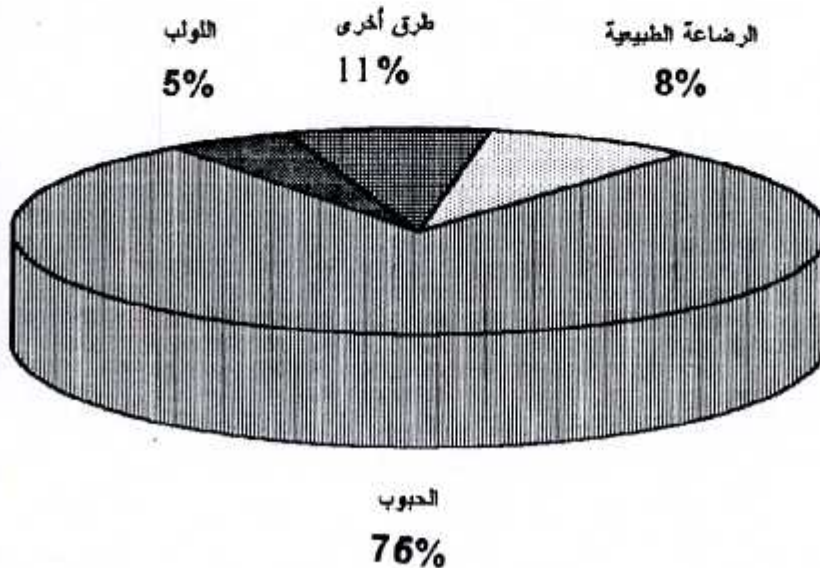
كانت الحبوب وبقيت الطريقة المفضلة لدى النساء وهي الأكثر إنتشارا وإستعمالا نظرا لوفرتها وسهولة إستعمالها، ففي الفترة 1986 - 1992 عرفت نسبة مستعملاتها إرتفاعا طفيفا أما نسبة مستعملات الطرق الأخرى الحديثة أو التقليدية (باستثناء فترة الأمان) فعرفت بعض التراجع وبصفة أخص مستعملات العزل.

مخطط رقم (1-2): توزيع النساء المتزوجات (15-49 سنة)
حسب طرق منع الحمل المستخدمة

ENAF 1986



EASME 1992



4.1.2 - معدل استعمال وسائل منع الحمل

يمثل معدل استعمال وسائل منع الحمل نسبة النساء المستعملات لإحدى الطرق عند إجراء المسح. وتختلف طريقة حساب هذا المعدل من بلد إلى آخر ومن مسح إلى آخر، قد يكون هذا الاختلاف في البسط أو في المقام، فهناك بلدان تدرج ضمن المستعملات لوسائل منع الحمل التعقيم النسوي والرضاعة الطبيعية الممددة في حين لا تعتبر وسيلتين لمنع الحمل في بلدان أخرى. وقد يشمل المقام إحدى الفئات التالية: النساء المتزوجات عند إجراء المسح، النساء غير العازبات، النساء المتزوجات عند إجراء المسح المخصبات وغير الحاملات، وقد يأخذ سن الإنجاب أحد المجالين : 15 - 49 سنة و 15 - 45 سنة.

وفي بحثنا هذا تم حساب معدل استعمال وسائل منع الحمل بقسمة عدد النساء المتزوجات عند إجراء المسح وفي سن الإنجاب (15-49 سنة) المستعملات لوسائل منع الحمل (بما فيها التعقيم النسوي) على عدد النساء المتزوجات وفي سن الإنجاب (15-49 سنة). سبق وأن ذكرنا الاختلاف الموجود في حساب هذا المعدل بين سنتي 1986 و 1992 والمتمثل في أن الرضاعة الطبيعية الممددة أدرجت ضمن وسائل منع الحمل من وجهة نظر المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل سنة 1992 بينما لم تعتبر كوسيلة لمنع الحمل خلال مسح سنة 1986.

قدر المسح الوطني الخاص بالخصوبة سنة 1986 معدل الإستعمال الوطني بـ 35.5 % ، ثم إرتفع إلى 50.7 % سنة 1992، وتمثل الرضاعة الممددة 4.1 % في هذه النسبة الأخيرة. قدرت نسبة الزيادة في استعمال وسائل منع الحمل بين سنتي 1968 و 1986 بـ 27.5 نقطة (344 %) بعد 18 سنة أي بمعدل سنوي متوسط قدره 8.6 % أما الزيادة بين سنتي 1986 و 1992 فقدت بـ 15.2 نقطة (42.8 %) بعد ستة سنوات أي بمعدل سنوي متوسط قدره 6.1 % .

يظهر الجدول رقم (2-3) معدل استعمال وسائل منع الحمل حسب الطريقة ونسبة

تطورها خلال الفترة 1986 - 1992.

جدول رقم: (2-3) : معدل إستعمال وسائل منع الحمل من قبل النساء المتزوجات (15-49 سنة)
عند تاريخ المسح حسب الطرق المستخدمة وقياس نسبة التغير من خلال
معطيات ENAF 1986 و EASME 1992.

الوسيلة المستخدمة	ENAF 1986 (1)	EASME 1992(2)	نسبة الزيادة أو التراجع
<u>طرق حديثة</u>	<u>31.1</u>	<u>42.9</u>	<u>+37.9</u>
الحبوب	26.4	38.7	+46.6
اللولب	2.1	2.4	+14.3
التعقيم النسوي	1.3	1.0	-23.1
الواقي	0.5	0.5	0
الحقن	0.6	0.1	-83.3
طرق أخرى حديثة	0.2	0.2	0
<u>طرق تقليدية</u>	<u>4.4</u>	<u>7.8</u>	<u>+77.3</u>
العزل	3.1	1.7	-45.2
الإمتناع الدوري	1.0	1.6	+60.0
الرضاعة الطبيعية	-	4.1	+100
طرق أخرى تقليدية	0.3	0.4	+33.3
المجموع	(1595) 35.5	(2394) 50.7	(2394) 100
المصدر: تم حساب معدل إستعمال وسائل منع الحمل من معطيات الجدول رقم (2-2) وذلك كمائلي: معدل إستعمال الحبوب مثلا يمثل النسبة بين عدد مستعملات هذه الوسيلة (1187 مستعملة) وعدد النسوة الإجمالي (4490 امرأة متزوجة).			

كانت نسبة الزيادة في معدل الإستعمال أكثر في الطرق التقليدية حيث بلغت 77.3 % في حين بلغت زيادة إستعمال الطرق الحديثة 37.9 % فقط. والطرق التي عرفت نسب إستعمالها إرتفاعا كبيرا هي الإمتناع الدوري (فترة الأمان) والحبوب واللولب، حيث بلغت الزيادة في نسب إستعمالها 60 % و46.6 و14.3 % على التوالي، في حين كانت نسبة زيادة إستعمال الطرق التقليدية الأخرى 33.3 % ، أما نسب إستعمال الحقن والعزل والتعقيم النسوي فعرفت إنخفاضا فكانت مؤشراتها 83.3 % و45.2 و23.1 % على التوالي. أما الواقي والطرق الحديثة الأخرى فعرفت نوعا من الإستقرار. كانت إذن الزيادة في معدل إستعمال وسائل منع الحمل خلال الفترة 1986 - 1992 راجعة أساسا إلى الزيادة في عدد مستعملات الحبوب حيث إرتفع معدل اللجوء إلى هذه الوسيلة من 26.4 % سنة 1986 إلى 38.7 % سنة 1992 أي بزيادة قدرها 12.3 نقطة (46.6%).

5.1.2 - مدى إنتشار إستعمال وسائل منع الحمل في الجزائر .

إن مجهودات تنظيم الأسرة كانت من بين العوامل الأساسية التي أدت إلى إنخفاض معدلات الإنجاب في العديد من الدول الصناعية. وخلال القرن الحالي إنتشر إستعمال وسائل منع الحمل في الأقطار الأوروبية إلى الحد الذي أصبحت فيه زيادة المواليد على الوفيات طفيفة جدا مما أدى إلى إنخفاض معدلات الزيادة الطبيعية للسكان كما تشهد حاليا فرنسا وبولندا ورومانيا وغيرها من الدول الصناعية الأخرى، حيث إنخفضت معدلات الإنجاب إلى أدنى مستوياتها بسبب إستعمال وسائل منع الحمل الحديثة والفعالة.

أستعملت وسائل منع الحمل في الجزائر منذ الستينات لكن عند بنسب ضعيفة، ففي سنة 1968 وحسب المسح الديمغرافي - الإجتماعي الذي أنجزته الجمعية الجزائرية للأبحاث الديمغرافية والإقتصادية والإجتماعية (AARDES) بلغت النسبة الوطنية لمستعملات وسائل منع الحمل 8 % من مجموع متزوجات سن الإنجاب (15-49 سنة)، وتختلف هذه النسبة حسب مكان الإقامة إذ قدرت بـ 17.5 % في الحضر مقابل 4 % فقط في الريف⁷. فالنسبة المسجلة في الريف أقل بأربع مرات من

⁷ AARDES, L., La régulation des naissances, op. cit., 1970, p. 81.

تلك المسجلة في المناطق الحضرية. وحسب تقديرات علي قواوسي العينية على معطيات المسح الوطني الخاص بالخصوبة (سنة 1986) ورجوعا إلى السنوات السابقة (5 سنوات كل مرة) حسب أعمار النساء عند إجراء المسح، بلغت النسبة الوطنية للنساء المتزوجات والمستعملات لوسائل منع الحمل سنة 1962 من 2 إلى 3 % (حوالي 4 % في الحضر مقابل 1 % فقط في الريف) وارتفعت خلال الفترة 1967 - 1972 إلى 9 % لكنها تختلف حسب مكان الإقامة، حيث قدرت في المدن بـ 14 % مقابل 6 % في الريف⁸. وخلال الفترة 1972 - 1977 وحسب نفس التقديرات، تضاعف استعمال وسائل منع الحمل على المستوى الوطني حيث وصل إلى 14 % و قدرت هذه النسبة بـ 24 % في الحضر مقابل 9 % في الريف. ومن خلال هذا التباين في نسب الإستعمال بين المدن والأرياف نستطيع القول بأن عملية إنتشار إستخدام وسائل منع الحمل لم تكن منتظمة ولم تنتشر بنفس الوتيرة حيث بدأت أولا في المدن لتعمم بعد ذلك في الأرياف. وفي الفترة 1977 - 1982 عرف إستعمال وسائل منع الحمل إرتفاعا سريعا حيث تضاعفت نسبة النساء المستعملات في الريف لتصل إلى 18 % مقابل 40 % في الحضر، وبلغت هذه النسبة 25 % كمعدل وطني⁹. وفي سنة 1984 وحسب تقديرات الديوان الوطني للإحصاء من خلال مسح اليد العاملة والديمغرافيا (MOD) بلغت النسبة الوطنية للمستعملات 25 %¹⁰، لترتفع إلى 35.5 % سنة 1986 (46 % في الحضر مقابل 29 % في الريف) ثم إلى 50.7 % سنة 1992 (57.5 % في الحضر مقابل 44.1 % في الريف). وتجدر الإشارة إلى أنه خلال هذه السنة (1992)، بلغت نسبة مستعملات الرضاعة الطبيعية الممددة كوسيلة لمنع الحمل 3 % من مجمل المستعملات في الحضر مقابل 5 % في الريف. وبلغت هذه الفئة نسبة وطنية قدرت بـ 4.1 % من مجمل المستعملات. تعكس هذه المؤشرات إنتشار إستخدام وسائل منع الحمل بعد سنة 1986 وخاصة في الأرياف. فنسبة الإستعمال تضاعفت بين سنتي 1984 و 1992 وبلغ معدل الزيادة السنوي المتوسط بين سنتي 1986 و 1992 حوالي 3.8 % في الحضر مقابل 7.2 % في الريف. ومحاولة لتفسير التطور السريع لهذه الظاهرة سنتناول فيما بعد العوامل التي ساهمت في توزيع وإنتشار وإستخدام هذه الوسائل.

⁸ KOUAOUICI, A., " Essai de reconstitution de la pratique contraceptive en Algérie durant la période 1967-1987 ", *Population*, n°4, 1993, p. 870.

⁹ Ibid., p. 870.

¹⁰ O.N.S., *Démographie Algérienne*, 1984, p. 30.

6.1.2 - مصادر الحصول على وسائل منع الحمل الحديثة

إن التعريف بمصادر الحصول على وسائل منع الحمل الحديثة، يهدف إلى تقييم وإظهار الدور الذي يلعبه كل من القطاع العام والعيادات الطبية الخاصة والصيدليات ومختلف المصادر الأخرى في توزيع وسائل منع الحمل وبالتالي تحديد مساهمتها في إنتشار إستعمالها في الجزائر.

فمن خلال قراءتنا لمحتوى الجدول رقم (2-4) الذي يعكس توزيع النساء المتزوجات (15-49 سنة) والمستعملات لوسائل منع الحمل الحديثة حسب مصدر الحصول عليها، نلاحظ سنة 1986 أن 46.4% من النساء يتحصلن على وسائل منع الحمل من القطاع العام، وتتوزع هذه النسبة على النحو التالي: 28.2% يتوجهن إلى مراكز حماية الأمومة والطفولة و18.2% يتوجهن إلى عيادات الولادة ومراكز صحية عامة بما فيها المستشفيات. إن ساهم القطاع العام بنسبة كبيرة في توزيع الوسائل وخاصة تلك التي تتطلب تدخلا طبيا كاللولب والتعقيم النسوي، حيث سجلنا طلبات 82.5% من النساء اللاتي لجأن إلى التعقيم و68.1% من مستعملات اللولب. إضافة إلى ذلك سجلنا في مراكز حماية الأمومة والطفولة طلبات 29% من مستعملات الحبوب و8.3% من مستعملات الواقي و50% من مستعملات الطرق الحديثة الأخرى. أما المستشفيات والمراكز الصحية العامة فبلغت نسبة مساهمتها في توزيع الحبوب 15.3% (أنظر المخطط رقم 2-2).

وفي سنة 1992، بلغت نسبة المستعملات للمتوجهات إلى القطاع العام للحصول على وسائل منع الحمل 45.9% وتتوزع على النحو التالي: 23.8% تتوجهن إلى مراكز حماية الأمومة والطفولة و22.1% تتوجهن إلى المستشفيات ومراكز صحية عامة أخرى، وتم تسجيل نسبة 79.9% من مستعملات التعقيم و73% من مستعملات اللولب. وبقيت مراكز حماية الأمومة والطفولة وكذلك المستشفيات والمراكز الصحية العامة تساهم في توزيع الحبوب بنسبة 23.9% و20% على التوالي.

جدول رقم (2-4): توزيع النساء المتزوجات (15-49 سنة) عند تاريخ المسح والمستعملات لوسائل

منع الحمل الحديثة حسب مصدر الوسيلة أو الخدمة، حسب ENAF 1986 و EASME

. 1992

ENAF 1986 (1)							مصدر الحصول على الوسيلة أو الخدمة
نوع الوسيلة أو الخدمة							
المجموع	ط. أخرى	التعقيم	الحقن	الوآلي	اللولب	الحيوب	
46.4	62.5	82.5	14.8	8.3	68.1	44.3	قطاع عام :
18.2	12.5	72.0	7.4	0.0	34.1	15.3	- مستشفى فيات ومراكز صحية عامة
28.2	50.0	10.5	7.4	8.3	34.0	29.0	- مراكز حماية الأمومة والطفولة
48.5	12.5	12.3	77.8	20.9	27.7	53.1	قطاع خاص :
45.8	12.5	12.3	77.8	4.2	27.7	49.2	- عيادات ومصحات طبية
2.7	0.0	0.0	0.0	16.7	0.0	2.9	- صيدليات
4.6	25.0	5.2	3.7	70.8	4.2	3.7	مصادر أخرى
0.5	0.0	0.0	3.7	0.0	0.0	0.5	معطيات ناقصة
100	100	100	100	100	100	100	المجموع
(1397)	(8)	(57)	(27)	(24)	(94)	(1187)	
EASME 1992 (2)							
45.9	11.1	79.9	16.7	18.1	73.0	43.9	قطاع عام :
22.1	0.0	76.2	16.7	4.6	38.7	20.0	- مستشفى فيات ومراكز صحية عامة
23.8	11.1	3.7	0.0	13.5	34.3	23.9	- مراكز حماية الأمومة والطفولة
52.9	88.9	4.0	83.3	77.4	27.0	55.2	قطاع خاص :
4.5	11.1	4.0	66.7	0.0	27.0	2.9	- عيادات ومصحات طبية
48.4	77.8	0.0	16.7	77.4	0.0	52.3	- صيدليات
0.4	0.0	4.0	0.0	0.0	0.0	0.3	مصادر أخرى
0.8	0.0	12.1	0.0	4.5	0.0	0.6	معطيات ناقصة
100	100	100	100	100	100	100	المجموع
(2022)	(9)	(50)	(8)	(22)	(112)	(1823)	
المصدر: (1) المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986) .							
(2) المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (سنة 1992) .							

لعبت العيادات الطبية الخاصة هي الأخرى دورا رئيسيا في توزيع وسائل منع الحمل وبصفة أخص الوسائل التي لا تستدعي تدخل الطبيب. فنسبة المتوجهات إلى هذا القطاع بلغت 45.8 % سنة 1986 إلا أن دورها ضعف سنة 1992 حيث لم تساهم إلا بنسبة 4.5 %. عرفت الصيدليات عكس هذا تماما إذ لعبت دورا محدودا سنة 1986 بنسبة لا تتجاوز 2.7 % لكن مساهمتها قفزت إلى 48.4 % سنة 1992. أما خدمات إستعمال الحقن تعود أساسا إلى العيادات والمصحات الطبية الخاصة حيث بلغت نسبة نسوة هذه الفئة 77.8 % سنة 1986 وإنخفضت إلى 66.7 % سنة 1992.

كما وصلت نسبة اللاتي تحصلن على حبوبون من هذه المراكز سنة 1986 إلى 49.2 % ومنذ سنة 1992 أصبحت الصيدليات تلعب الدور الرئيسي في توزيع وسائل منع الحمل حيث تجد نسبة 52.3 % من مستعملات الحبوب و 77.4 % من مستعملي الواقي و 77.8 % من مستعملات الطرق الحديثة الأخرى تجد في هذا القطاع إشباعا لرغبتها.

ويبين الجدول رقم (5-1) - ملحق رقم 2 - وسائل منع الحمل المستخدمة والمفضلة حسب مصدر الحصول عليها . فمعظم المستعملات تفضلن الحبوب لذلك بلغت نسبة مستخدميها 85 % سنة 1986، وارتفعت إلى 90.2 % سنة 1992 ويأتي في المرتبة الثانية اللولب، وتعتبر الصيدليات ومراكز حماية الأمومة والطفولة المصدر الرئيسي للحبوب.

يمكننا من معطيات الجدول رقم (5-2) - ملحق رقم 2 - دراسة التغيرات الحاصلة في حصة كل قطاع صحي (عام أو خاص) في توزيع وسائل منع الحمل الحديثة بين سنتي 1986 و 1992 حيث نلاحظ: -

- إنخفاض نسبة النساء المتوجهات إلى العيادات والمصحات الطبية الخاصة من أجل الحصول على وسائل منع الحمل الحديثة مهما كان نوعها ونذكر على الأخص الحبوب (94.1 - %) والتعقيم النسوي (67.5 - %) كما أصبحت لا تساهم في توزيع الأوقية.

- في حين إرتفعت مساهمة الصيدليات في توزيع وسائل منع الحمل التي لا تتطلب تدخلا طبيا وبالأخص الحبوب (1703.4 + %) والواقي (363.5 + %) كما ساهمت في توزيع الحقن والطرق الحديثة الأخرى.

يفسر هذا التغيير في سلوك النسوة المستعملات لهذه الوسائل بسرعة وسهولة الحصول عليها، في حين لا يستطيع القطاع العام تقديم الخدمات على مستوى جميع المناطق الحضرية والريفية بسبب ارتفاع التكلفة المالية من جهة ولعدم إنتشار المراكز الصحية العامة في كافة المناطق خصوصا الريفية منها فأسند أمر توزيع هذه الوسائل إلى الصيدليات.

– أما حصة المستشفيات والمراكز الصحية فلقد عرفت ارتفاعا خصوصا في توزيع الحقن (125.7 %) والواقي (100 % +) والحبوب (30.7 %+)، لكنها أصبحت لا تساهم في توزيع الطرق الحديثة الأخرى.

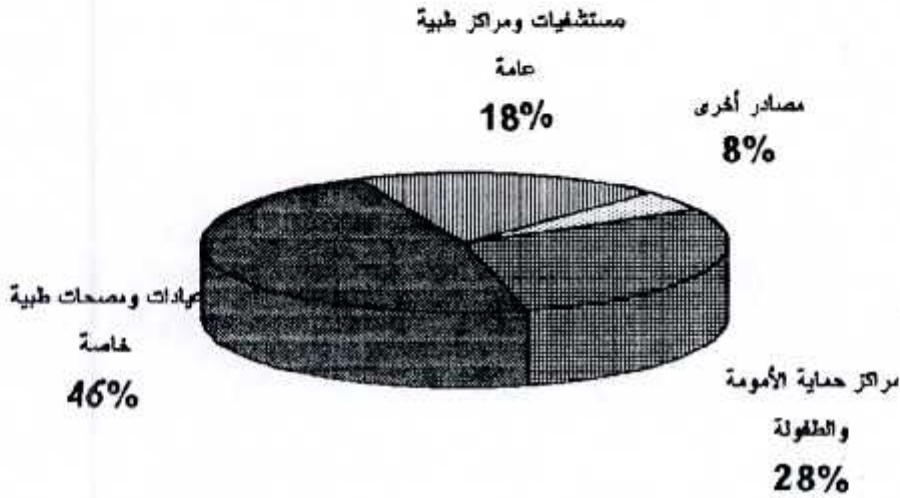
– كما عرفت حصص مراكز حماية الأمومة والطفولة من الحقن والتعقيم النسوي والحبوب إنخفاضاً بنسبة 100 % و64.8 % و17.6 % على التوالي، لكن عرفت حصتها في توزيع الواقي ارتفاعاً بنسبة 62.6 % .

خلاصة، نستطيع القول أن وفرة الوسائل وسهولة الحصول عليها كانت من بين العوامل التي ساعدت على إنتشار إستخدامها، ويعود الفضل في ذلك إلى إنتشار مراكز حماية الأمومة والطفولة والمستشفيات والمراكز الصحية العامة التي لعبت دوراً رئيسياً في توزيع الطرق التي تتطلب تدخلاً طبياً عند إستعمالها كاللولب والتعقيم النسوي إلى جانب توزيع الحبوب التي تعتبر الوسيلة الأكثر إستعمالاً.

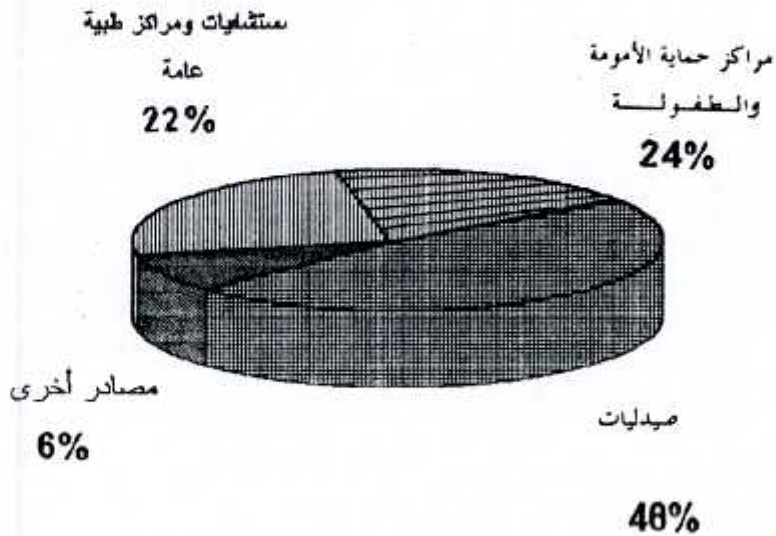
أصبحت الصيدليات منذ سنة 1992 المصدر الأساسي للتموين بالحبوب حيث ساهمت بنسبة تقارب 50 % كما ساهمت في توزيع الأوقية والطرق الحديثة الأخرى.

مخطط رقم (2-2) : توزيع النساء المتزوجات (15-49 سنة) والمستعملات
لوسائل منع الحمل حسب مصدر الحصول على الوسيلة أو الخدمة.

ENAF 1986



EASME 1992



2.2 - إتجاهات ومستويات الخصوبة في الجزائر

سنحاول من خلال هذه الفقرة دراسة إتجاهات ومستويات الخصوبة في الجزائر التي كانت ومازالت من أهم العناصر الديمغرافية التي تلعب دورا أساسيا في تحديد معدلات النمو السكاني والتركييب العمري والنوعي للسكان، وفق بعض المؤشرات كالمعدل الخام للمواليد والمؤشر التركيبي للخصوبة العامة والمعدل الخام والصافي للذكائر.

1.2.2 - تطور معدل الولادات في الجزائر من سنة 1900 إلى 1992

لدراسة تطور وإتجاهات معدلات الخصوبة في الجزائر لابد من دراسة تطور المعدل الخام للولادات التي تعتبر من أهم مكونات النمو السكاني. ويعرف معدل المواليد العام بحاصل قسمة المواليد الأحياء في السنة على متوسط عدد السكان في منتصف نفس السنة، وتضرب هذه النسبة في 1000 لكي نحصل على معدل المواليد لكل ألف ساكن .

يعتبر المختصون عاليا كل معدل مواليد يزيد عن 30 في الألف، فإذا زاد عن 40 في الألف فهو غاية في الإرتفاع، أما إذا نقص عن 20 في الألف فهو منخفض. بينما توصف المعدلات التي تتراوح بين 20 في الألف و 30 في الألف على أنها متوسطة الإرتفاع¹¹.

تملك الجزائر إحصاءات قديمة عن المواليد، مصدرها إما التعدادات أو الحالة المدنية. فأول هذه السلاسل الإحصائية يرجع إلى معطيات الحالة المدنية خلال سنة 1891 إلا أن تسجيل الولادات لم يشمل كل التراب الوطني إلا بعد سنة 1914، حيث كانت التسجيلات مقتصرة على بعض مناطق البلاد وتعمم النتائج على كامل التراب الوطني بعد أن تصحح.

ولقد عمل BIRABEN, J.N على إعادة تشكيل سلسلة إحصائية لمواليد السكان الجزائريين وتكميلها من خلال إعادة أعمال BRAIL, J.، وقد إعتمد في دراسته هذه على مؤشر نقص تسجيل المواليد الذكور من جهة (Sous - enregistrement) وعلى نسبة الذكورة عند الولادة التي تقدر بـ 104 أو بـ 105 من جهة أخرى¹².

¹¹ عمران (عبد الرحيم)، سكان العالم العربي حاضرا ومستقبلا، مرجع سابق، 1988، ص. 176.

¹² TABUTIN, D., VALLIN, J., " L'état civil en Algérie ", (Note technique présentée au colloque de Rabat, Octobre, 1972), Oran, Juillet 1972, p. 9.

فتسجيل الولادات في الجزائر كان يواجه صعوبات كبيرة، حيث إستبعدت أجزاء هامة من المجتمع نتيجة عدم تعميم عملية التسجيل، وكذلك هناك تراخ في تنفيذ قوانين وتعليمات التسجيل فحذفت بعضها، وتختلف البيانات المحذوفة باختلاف نوع الوقائع. وقد يكون التسجيل كذلك عرضة لأخطاء التصنيف، فتحسب بعض الولادات الحية ولادات ميتة، كما يتعرض لأخطاء في تحديد الأحداث حسب زمان ومكان وقوعها، أو بتأخر فترة زمنية نتيجة للإهمال في التبليغ، كما يتعرض لكثير من الصعوبات الموضوعية والذاتية كالخدمة العسكرية والمنح العائلية وغيرها.

يبين الجدول رقم (2-5) تطور المعدل العام للمواليد الذي حسبته BIRABEN, J.N حسب تقدير إجمالي ولادات الفترة 1900-1965 اعتمادا على الأحداث التي تم تسجيلها في المناطق التي تغطيها مصالح الحالة المدنية آنذاك. وتغطي معطيات الديوان الوطني للإحصاءات الفترة اللاحقة (1966-1992).

تميزت معدلات الولادات بارتفاع قليل في السنوات الأولى كما شهدت تذبذبا كبيرا، فابتداء من سنة 1924 عرفت ارتفاعا كبيرا يفوق 40 في الألف وبلغت أقصى حدا لها سنة 1970 (أكثر من 50 في الألف) ثم أخذت تنخفض تدريجيا بعد هذا التاريخ فبلغت 42.7 في الألف سنة 1980 ثم 35.7 في الألف سنة 1986 و 30.1 في الألف سنة 1991.

ويمكن تقسيم تطور هذا المؤشر في الجزائر إلى أربعة مراحل حسب اتجاهات المعدلات كما هو موضح في المخطط رقم (2-3) .

المرحلة الأولى (1900 - 1921) :

عرف معدل الولادات خلال هذه الفترة مستويات منخفضة نسبيا حيث قدر سنة 1900 بـ 37.1 في الألف لينخفض إلى 31.5 في الألف سنة 1921، فالفرق بلغ 5.6 نقطة. وعموما نستطيع القول بأن معدل الولادات في هذه الفترة عرف تذبذبا (تارة يرتفع وتارة ينخفض) تبرره الظروف والحوادث التي عاشتها البلاد (القحط والمجاعات والأزمات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية).

جدول رقم (2-5) : تطور معدل المواليد الخام (TBN) في الجزائر من سنة 1900 إلى 1992
(في الألف)

TBN	السنة	TBN	السنة	TBN	السنة	TBN	السنة
48.2	1969	38.2	1946	39.3	1923	37.1	1900
50.16	1970	42.0	1947	40.9	1924	35.2	1901
50.0	1971	44.2	1948	41.0	1925	39.7	1902
49.2	1972	40.0	1949	42.9	1926	40.5	1903
49.3	1973	45.0	1950	38.9	1927	37.9	1904
49.4	1974	45.9	1951	40.2	1928	35.6	1905
49.5	1975	46.9	1952	43.1	1929	35.6	1906
46.8	1976	46.2	1953	45.3	1930	35.9	1907
46.7	1977	47.5	1954	45.4	1931	37.3	1908
46.4	1978	49.9	1955	43.0	1932	34.1	1909
46.1	1979	47.1	1956	44.0	1933	35.0	1910
42.7	1980	42.6	1957	41.9	1934	36.7	1911
41.0	1981	43.6	1958	41.4	1935	38.6	1912
40.6	1982	46.4	1959	45.0	1936	37.7	1913
40.4	1983	48.2	1960	40.6	1937	33.6	1914
40.2	1984	47.6	1961	41.0	1938	30.5	1915
39.5	1985	45.9	1962	42.1	1939	29.3	1916
35.7	1986	52.1	1963	42.4	1940	34.5	1917
34.6	1987	50.1	1964	43.2	1941	37.9	1918
34.0	1988	47.0	1965	43.7	1942	35.0	1919
31.0	1989	47.8	1966	42.6	1943	37.4	1920
31.0	1990	46.1	1967	45.6	1944	31.5	1921
30.10	1991	47.5	1968	38.9	1945	32.3	1922

المصدر :

1900-1965 : TABUTIN, D. et VALLIN, J. 1' Etat civil en Algérie , note technique présentée au colloque de Rabat , Octobre 1972 , Oron , Juillet 1972 , pp 10-11 .

1966-1992 : Démographie algérienne , collection statistique N° 17 , O.N.S , 1989 .

Spécial population , publication trimestrielle , N° 15 , O.N.S , 1990 .

المرحلة الثانية (1921 - 1949) :

تميزت هذه الفترة بمعدلات ولادات مرتفعة فبعد أن كان معدل المواليد 31.5 في الألف سنة 1921 ارتفع إلى 45.4 في الألف سنة 1931 ثم إلى 45.6 في الألف سنة 1944 لينخفض إلى 40 في الألف سنة 1949. وبصفة عامة عرفت هذه المرحلة معدل ولادات يفوق مؤشرات المرحلة السابقة، فالزيادة في معدل الولادات خلال الفترة 1921 - 1949 قدرت بـ 8.5 نقاط. يرجع هذا الارتفاع في معدل الولادات إلى الإنجاب المكثف قصد تعويض وفيات الأطفال التي نتجت عن الأزمة الاقتصادية العالمية التي مست معظم بلدان العالم سنة 1929 ولانتشار الأوبئة والأمراض والمجاعات في الثلاثينات التي أدت بالعديد من الجزائريين إلى الهلاك إضافة إلى التدهور الصحي ونقص الأدوية. ونقيضا لكل هذا، كان التحسن في مستوى تسجيل الولادات سببا آخر في ارتفاع معدلات الولادات من خلال ملاحظة جل الحوادث.

المرحلة الثالثة (1949 - 1975) :

عرفت هذه الفترة معدل ولادات جد مرتفع، فبعد أن كان في حدود 40 في الألف سنة 1949 ارتفع إلى 49.9 في الألف سنة 1955 ووصل إلى أقصاه 52.1 في الألف سنة 1963 وتراجع قليلا سنة 1970 (50.16 في الألف) ثم إنخفض إلى 49.5 في الألف سنة 1975. فالزيادة في معدل المواليد خلال الفترة 1949-1975 قدرت بـ 9.5 نقاط.

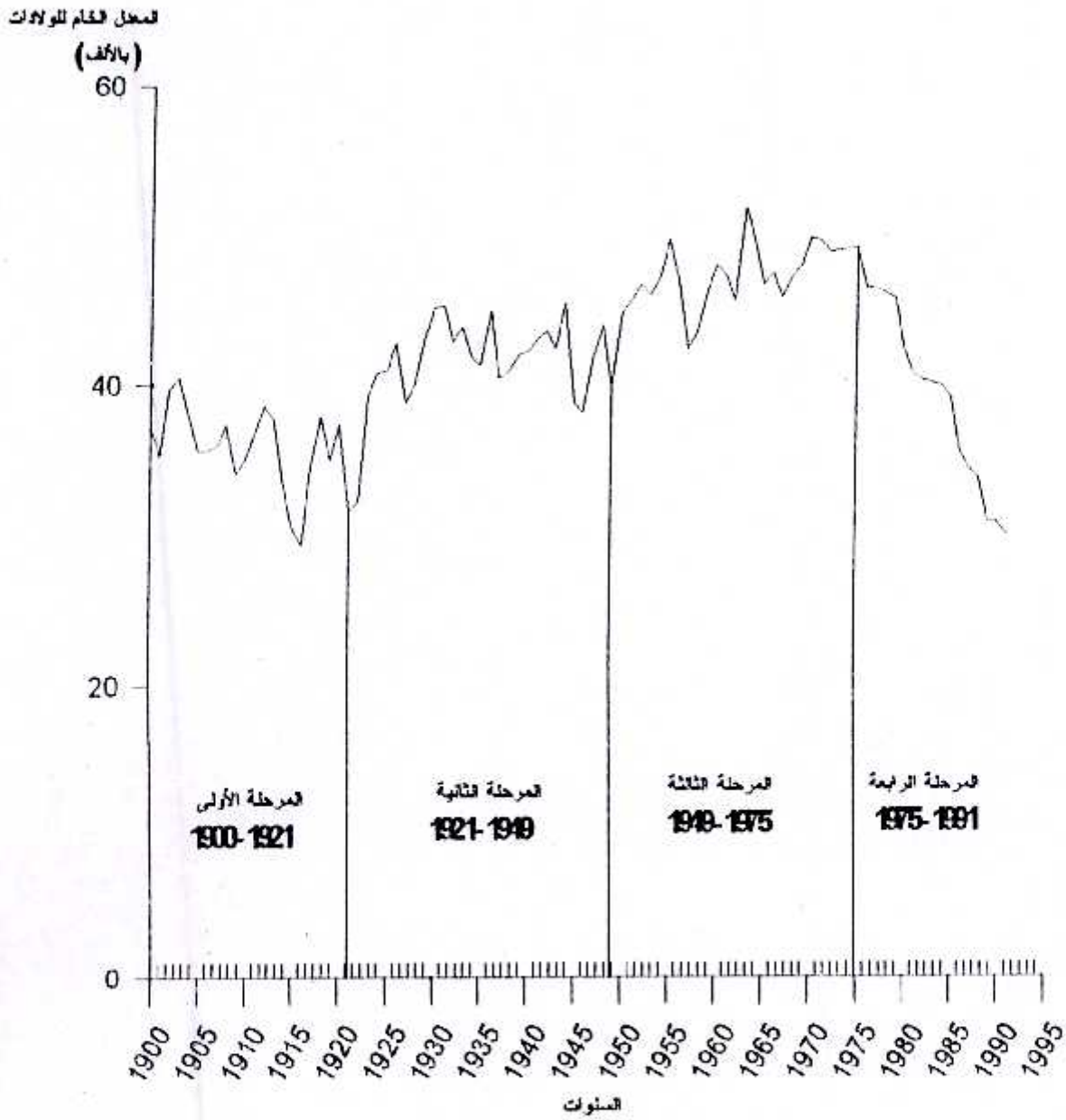
يفسر الارتفاع الكبير في هذه المعدلات خلال الفترة 1949-1975 بزيادة الولادات لتعويض وفيات الحرب التحريرية، وإلى تحسن الظروف الصحية وتحسن ظروف معيشة السكان مما شجع على الإنجاب خاصة إذا عرفنا سن الزواج الذي حدد بعد الإستقلال بـ 16 سنة عند النساء و 18 سنة عند الرجال. كما لعب التقدم الكبير الذي أحرز في تسجيل الولادات دورا هاما في ارتفاع هذا المؤشر.

المرحلة الرابعة (1975 - 1991) :

سجلت معدلات الولادات في هذه الفترة إنخفاضا محسوسا لكن تدريجيا. ففي سنة 1975 قدر معدل المواليد بـ 49.5 في الألف ثم إنخفض إلى 42.7 في الألف سنة 1980 ثم إلى 35.7 في الألف سنة 1986 وإلى 30.1 في الألف سنة 1991. قدر إنخفاض هذا المؤشر خلال الفترة 1975 - 1991 بـ 19.4 نقاط. يرجع هذا الإنخفاض إلى السياسة السكانية التي تبنتها الدولة والمتمثلة في الإهتمام الرسمي والشامل بمسألة توجيه النمو الديمغرافي، والذي يركز في أساسه على مراكز توجيه المواطنين والإهتمام بالأمومة والطفولة، حيث عملت الحكومة على إنشاء هياكل لتقديم خدمات تباعد الولادات. ويرجع هذا الإنخفاض كذلك إلى تأخير سن الزواج بسبب التمدرس إلى سن متأخرة وإلى أزمة السكن التي تعاني منها البلاد .

مخطط رقم (2-3) : تطور المعدل الخام للمواليد في الجزائر من سنة 1900 إلى سنة

.1992



2.2.2 - اتجاه ومستوى معدل الخصوبة العامة حسب السن :

تدل معطيات الخصوبة حسب العمر الموجودة في البلاد العربية على إرتفاعها الشديد ومن خصائصها هو أن منحنياتها تأخذ شكل الجرس، تبدأ بالفئة العمرية 15-19 سنة ثم يرتفع معدلها إلى أن يصل القمة بين 20 و 35 سنة وبعدها يبدأ في الهبوط التدريجي قرب سن اليأس.

وتتدرج الجزائر ضمن البلدان التي تتميز بمعدلات خصوبة مرتفعة، حيث قدرت معطيات البحث الوطني الإحصائي حول السكان الذي أجري سنة 1970 متوسط عدد الأطفال الذين تتجهم المرأة خلال فترة حياتها الإيجابية بـ 8.36 طفل لكل امرأة.

ويتم حساب معدل الخصوبة العام بقسمة عدد المواليد الأحياء في السنة على عدد النساء في سن الإنجاب (15-49 سنة) مضروباً في الألف. ولقد أثبتت الدراسات السكانية أن النساء لسن في درجة واحدة من حيث القدرة على الإنجاب في فئات السن المختلفة، حيث كانت المرأة دون العشرين من عمرها أقل إنجاباً من المرأة بين السن العشرين والثلاثين، ثم تقل قدرة المرأة على الإنجاب تدريجياً لذلك كان لا بد من إيجاد نسبة أو معدل خصوبة خاص أو نوعي.

فمعدل الخصوبة الخاص (حسب العمر) هو معدل مقسم حسب شرائح عمر المرأة، فالمعدل في السن 20-24 سنة يساوي عدد المواليد الأحياء لدى نسوة هذه الفئة (20-24 سنة) مقسوماً على عدد نسوة هذه الشريحة من العمر مضروباً في الألف. وهذا المعدل أكثر دقة وحساسية للتغيرات الحاصلة في الخصوبة من معدل المواليد الخام، ولكن هذا المعدل يحتاج إلى بيانات مفصلة عن الولادات حسب العمر وعن عمر السيدات. ومن هذا المعدل يحسب المؤشر التركيبي للخصوبة العامة. فمعدل الخصوبة حسب العمر يساوي عدد المواليد الأحياء لدى أمهات فئة السن (س) مقسوماً على عدد نسوة نفس فئة السن (س) مضروباً في الألف.

لم تجر دراسات حول الخصوبة في الجزائر قبل الإستقلال بسبب عدم وفرة بعض المعطيات، ومعارفنا حول هذه الظاهرة بدأت مع إحتياجاتنا للمعلومات الديمغرافية التي بدأنا نحس بها عند إنطلاق مختلف مخططات التنمية.

الجدول رقم (2-6) يبين تطور معدلات الخصوبة العامة حسب العمر من سنة 1964 (حسب تقديرات الحالة المدنية) إلى سنة 1992 التي توافقت آخر مسح وطني والذي يتعلق بصحة الأم والطفل.

عموما عرفت الخصوبة في الجزائر ارتفاعا كبيرا في السنوات 1964-1970 عند جميع فئات السن تقريبا ثم إنخفضت تدريجيا لتصل إلى أدنى معدل لها سنة 1992. يبين المخطط رقم (2-4) المنحنى الذي سلكته هذه المعدلات في السنوات 1970، 1986 و1992، حيث يبدأ منحنى سنة 1970 بالارتفاع التدريجي حتى يصل إلى أقصى حد له عند فئة السن 25-29 سنة ثم يأخذ في الانخفاض ليصل إلى أدنى مستوى له عند الفئة 45-49 سنة. أما مسار منحنى السنوات الأخرى (1986 و1992) فيختلف بعض الشيء، حيث يصل إلى ذروته عند الفئة العمرية 30-34 سنة، أي أن الإنجاب يتواصل إلى ما قبل سن اليأس الذي يصيب معظم النساء بعد سن الأربعين. يمكننا التطرق إلى اتجاهات الخصوبة العامة حسب العمر عند السيدات التي تقل أعمارهن عن 25 سنة والسيدات التي تتراوح أعمارهن بين 25 و34 سنة والسيدات التي تفوق أعمارهن 35 سنة. يوافق هذا التقسيم مختلف النماذج (أي اختلاف فترات الإنجاب).

عرفت معدلات الخصوبة العامة عند السيدات الأقل من 25 سنة إنخفاضا ملحوظا يفوق ذلك الذي حدث عند نسوة فئات السن الأخرى. فمعدل خصوبة نسوة فئة السن الدنيا (15-19 سنة) بلغ 114.1 في الألف سنة 1970 وإنخفض إلى 21 في الألف سنة 1992 أي بفارق يقدر بـ 93.1 نقطة خلال 22 سنة، ومن 338.5 في الألف إلى 143 في الألف بالنسبة لفئة السن 20-24 سنة، أي إنخفض بفارق يقدر بـ 195.5 نقطة خلال الفترة نفسها.

ويرجع هذا الإنخفاض في معدلات الخصوبة العامة إلى التأخر في سن الزواج الذي أدى إلى إنخفاض مدة تعرض النسوة إلى احتمالات الحمل وبالتالي إلى إنخفاض عدد الولادات فبعد أن كان السن المتوسط للزواج الأول عند النساء 19.3 سنة في سنة 1970 ارتفع إلى 20.8 سنة في سنة 1980 ثم إلى 22.2 سنة في سنة 1986. وبالمقابل سجلنا ارتفاعا كبيرا في نسبة النسوة العازبات عند فئة

السن 20-24 سنة، فبلغت هذه النسبة 18.3 % سنة 1969 لترتفع إلى 31 % سنة 1977 ثم إلى 53.4 % سنة 1984¹³ (أنظر جدول رقم 3-5 و 4-5 في الملحق رقم 2).

كما عرفت معدلات الخصوبة العامة عند نسوة فئات السن 25-29 سنة و 30-34 سنة إنخفاضا محسوسا، لكن بوتيرة أقل من تلك التي سجلت عند نسوة فئات المن الدنيا، فمعدلات الخصوبة العامة عند هاتين الفئتين مرتفعة مقارنة بالفئات الأخرى، ويرجع ذلك إلى ارتفاع عدد المواليد بسبب ارتفاع عدد النسوة المتزوجات فالمواليد التي كانت تسجل في الفئات العمرية الدنيا إنتقلت إلى فئات العمر المواليد بسبب تأخر سن الزواج.

عرفت معدلات الخصوبة العامة عند نسوة فئة السن 35 سنة وما فوق هي الأخرى إنخفاضا لكن بوتيرة تقل عن تلك التي سجلت عند نسوة بقية الفئات الأخرى. وتتميز خصوبة هذه الفئة من النساء بالإنخفاض وذلك بسبب سن اليأس الذي يصيب معظم النسوة بعد سن الأربعين .

إن تأخر سن الزواج يساهم بقدر كبير في تفسير إنخفاض معدلات الخصوبة العامة الذي مس جميع فئات السن وبصفة أخص النسوة الأقل من 25 سنة، وبسببه قفز معدل الخصوبة الأكثر ارتفاعا الذي كان يسجل عند فئة السن 25-29 سنة إلى فئة السن 30-34 سنة¹⁴.

وأخيرا نستطيع القول بأن معدلات الخصوبة العامة عرفت ارتفاعا كبيرا في السنوات 1964-1970، ويرجع ذلك إلى معدلات المواليد المرتفعة بسبب البرامج الصحية وكذلك الزواج المبكر الذي ساهم هو الآخر في رفع معدل المواليد وبالتالي معدلات الخصوبة. وعرفت بعد سنة 1970 إنخفاضا محسوسا لتسجل أدنى مستويات لها سنة 1992 ويرجع ذلك إلى تأخر سن الزواج بسبب الأزمات الاقتصادية والاجتماعية كالمسكن وكذلك إلى مواصلة التعليم إلى سن متأخرة (عند النسوة خاصة).

وتجدر الإشارة كذلك إلى أن هذه الفترة عرفت إستخداما كبيرا لوسائل منع الحمل التي بدون شك لعبت دورا في خفض معدلات الخصوبة. وسنتطرق في الفصل الأخير إلى قياس أثر إستخدام هذه الوسائل على الخصوبة ونقدر قسطها في الإنخفاض الذي حصل في معدلات الخصوبة الإجمالية خلال الفترة 1986-1992.

¹³ الديوان الوطني للإحصاء، "نتائج التحقيق حول اليد العاملة والديموغرافية: الزواجية الجزئية، الأسر والسكن"، إحصاءات رقم 1983/4/1،

ص: 6.

¹⁴ KOUAOUCL, A., " Femmes, familles et contraception ", op. cit., 1992, p. 49.

جدول رقم (2-6) : تطور معدل الخصوبة حسب العمر في الجزائر (في الألف)

السنة	19-15	24-20	29-25	34-30	39-35	44-40	49-45
1964	114	317	316	272	207	125	37
1970	114.1	338.5	388.1	354.8	281.5	152.5	42.2
1977	97.0	284.6	341.6	336.3	266.8	128.7	27.3
1978	83.9	289.1	321.5	301.0	244.8	188.9	23.9
1979	59.0	286.4	348.9	306.4	255.2	125.0	28.1
1980	69.2	288.4	330.8	286.0	264.8	125.9	25.1
1981	60.3	255.7	334.2	274.1	215.8	114.5	24.1
1982	51.2	247.4	326.5	287.5	219.8	118.8	22.9
1983	48.0	242.0	325.0	296.5	230.0	104.9	20.0
1984	47.3	224.0	322.0	293.4	227.4	103.7	20.2
1985	35.0	213.0	263.0	273.0	212.0	86.0	17.0
1986	24.0	181.0	252.0	259.0	215.0	110.0	31.0
1987	32.4	190.2	260.0	255.0	200.0	101.0	20.0
1988	33.0	175.0	260.0	250.0	202.0	104.0	18.0
1992	21.0	143.0	214.0	220.0	164.0	92.0	23.0

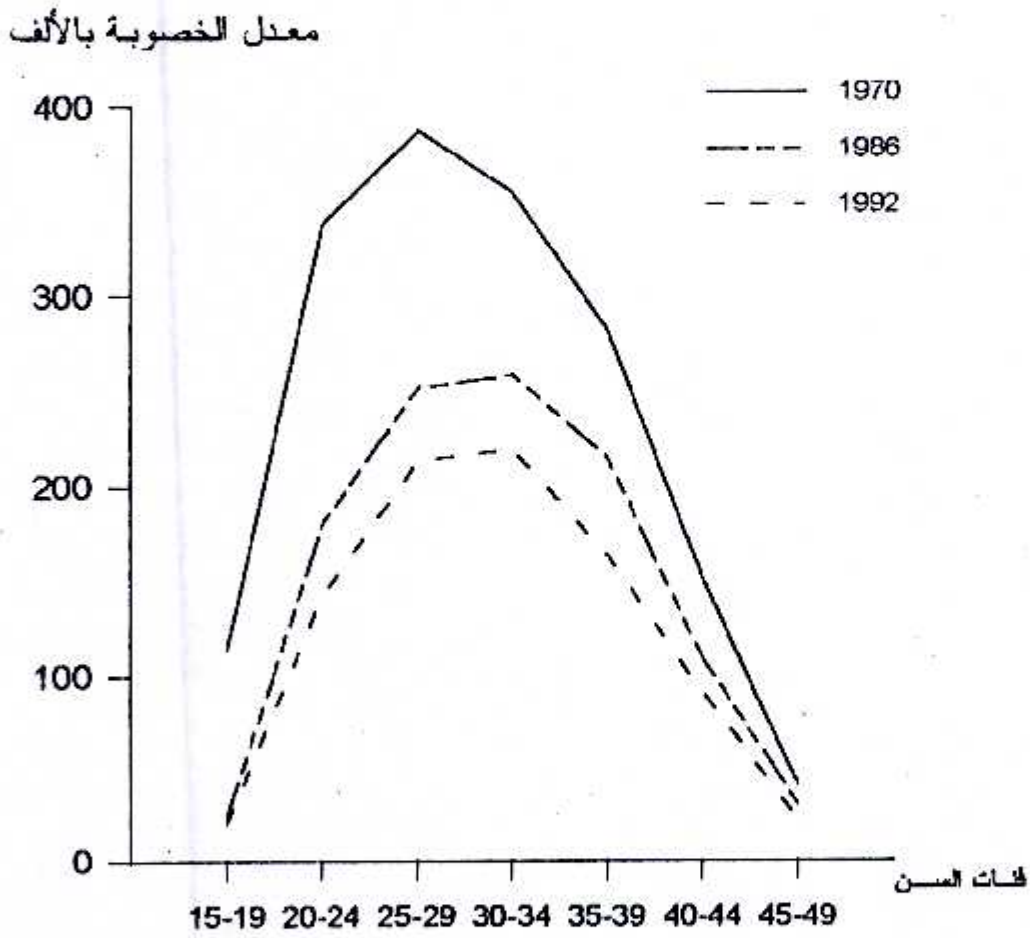
المصادر : 1970 : البحث الوطني الإحصائي حول السكان السلسلة رقم 6 .

1986 : المسح الوطني الجزائري حول الخصوبة (1986) .

1992 : المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (1992) .

باقي السنوات : معطيات الحالة المدنية . سلسلة إحصاءات رقم 15 و17 و18 .

مخطط رقم (4-2) : منحني معدل الخصوبة العامة حسب فئات الأعمار في السنوات 1970، 1986 و 1992.





3.2.2 - المؤشر التركيبي للخصوبة العامة :

إن أفضل وأسهل طريقة لدراسة إتجاه ومستوى معدلات الخصوبة هو إتباع تغيرات المؤشر التركيبي للخصوبة العامة. يعرف هذا المؤشر بأنه عدد ولادات المرأة أثناء فترة الإنجاب (15-49 سنة) بإفتراض بقائها على قيد الحياة طول هذه الفترة وتعرضها لمعدلات الخصوبة حسب العمر.

فهذا المؤشر أقوى تعبيراً عن مستوى الخصوبة من معدل المواليد الخام، ولا يحتاج إلى تصحيح التركيب العمري للمجموعة كما يحتاجه المعدل الخام عند مقارنته بين مجموعات تختلف تركيباتها العمرية. والمفروض أن المعدل 2.1 طفلاً لكل امرأة إبي حوالي طفلين هو المعدل اللازم لثبات نمو السكان. فإذا زاد عن ذلك زاد عدد السكان وإذا قل عن ذلك نقص عدد السكان¹⁵.

عرفت معظم البلدان النامية معدلات خصوبة من أعلى المعدلات في العالم، والتي هي الآن في إنخفاض متدرج ومستمر حيث بلغ المؤشر التركيبي للخصوبة العامة في الجزائر سنة 1970 حوالي 8.36 طفلاً لكل امرأة بعد أن كان 6.94 طفلاً لكل امرأة سنة 1964. وبعد سنة 1970 عرف هذا الأخير إنخفاضاً مستمراً حيث سجلنا 7.41 و 5.36 و 4.4 طفلاً لكل امرأة في السنوات 1977 و 1986 و 1992 على التوالي والجدول رقم (2-7) يعكس تطور المؤشر التركيبي للخصوبة العامة من سنة 1964 إلى سنة 1992.

جدول رقم (2-7) : تطور المؤشر التركيبي للخصوبة العامة (ISF) في الجزائر.

السنة	1964	1970	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1992
ISF	6.94	8.36	7.41	7.26	7.05	6.95	6.40	6.37	6.33	6.26	5.49	5.36	5.30	5.21	4.4

المصدر : 1970 : البحث الوطني الإحصائي حول السكان المسئلة رقم 6 .
1986 : المسح الوطني الخاص بالخصوبة (سنة 1986) .
1992 : المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل (سنة 1992) .
باقي السنوات : معطيات الحالة المدنية سلسلة إحصاءات رقم 15 و 17 و 18 (الديوان الوطني لإحصاءات) .

فمن خلال هذا الجدول يمكن أن نلاحظ ما يلي: -

1- إرتفاع في المؤشر التركيبي للخصوبة العامة خلال السنتين 1964 و 1970 حيث سجلنا 6.94 ثم 8.36 طفلا لكل امرأة على التوالي.

2- إنخفاض تدريجي في المؤشر التركيبي للخصوبة العامة إبتداء من سنة 1970، ففي الفترة 1970-1986 أي بعد 16 سنة إنخفض هذه المؤشر بـ 3 نقاط (36 %) أي بمعدل سنوي متوسط قدر بـ 2.8 % (8.36 طفلا لكل امرأة سنة 1970 ثم 5.36 طفل لكل امرأة سنة 1986) وسجل إنخفاضا واضحا بعد سنة 1977. أما نسبة الإنخفاض في تونس بين سنتي 1964-1965 و 1985 أي بعد 20 سنة فقدت بـ 31 % وتعتبر سنة 1964 هي بداية فترة السياسة السكانية في تونس التي إعتمدت برنامجا واسعا مدعما من الخارج¹⁶.

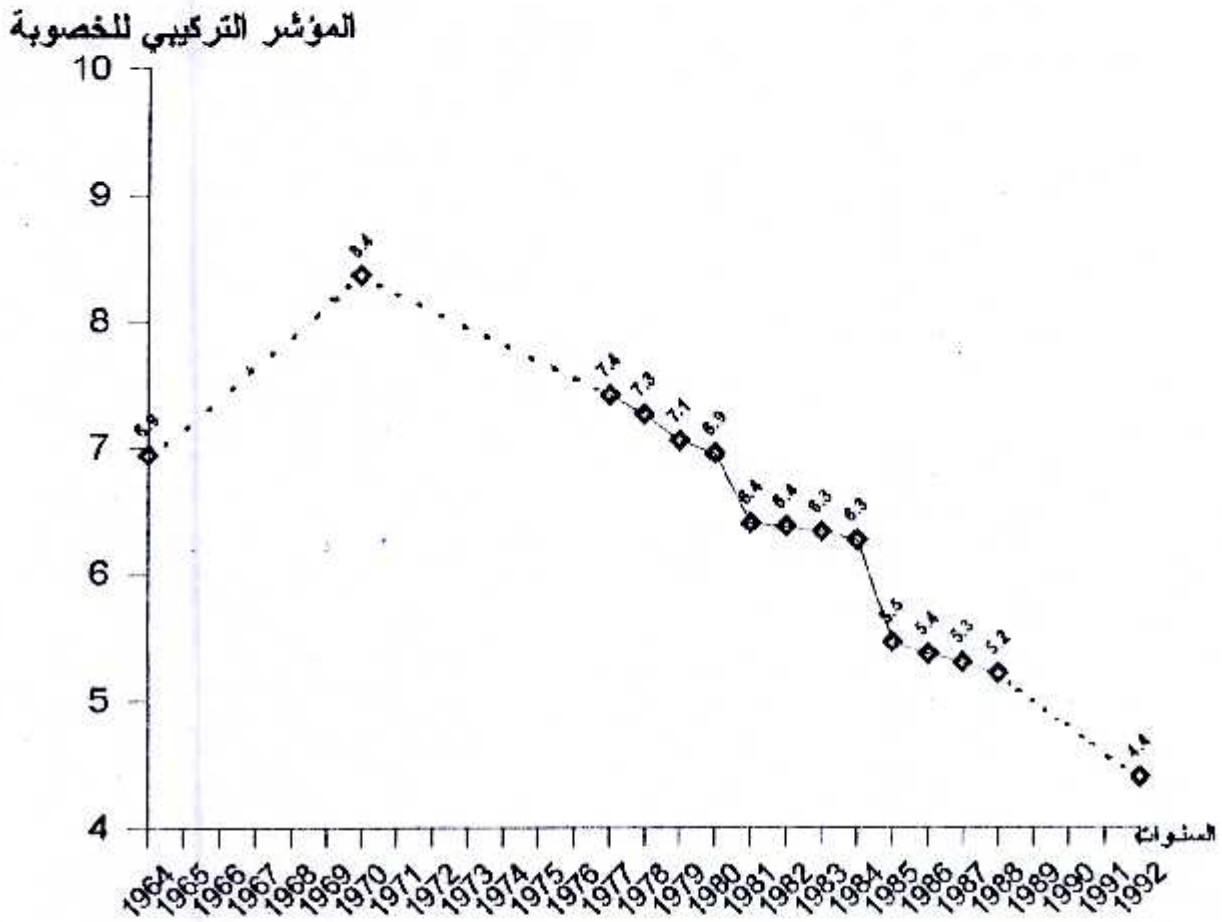
إستمر المؤشر التركيبي للخصوبة العامة في الإنخفاض خلال الفترة اللاحقة لسنة 1986، فبعد 6 سنوات أي خلال الفترة 1986 و1992 بلغ الفرق 0.96 نقطة (أي إنخفضت بنسبة 18 %).

خلاصة، نستطيع القول أن المؤشر التركيبي للخصوبة العامة في الجزائر عرف إنخفاضا محسوسا مع بداية السبعينات، و كانت نسبة الإنخفاض أكبر من نظيرتها في تونس (36 % خلال 16 سنة مقابل 31 % خلال 20 سنة في تونس) بالرغم من أن سياسة التخطيط العائلي ظهرت في تونس سنة 1964-1965 في حين لم تكن في الجزائر أية سياسة لتنظيم الأسرة في هذه الفترة.

يبين المخطط رقم (2-5) بوضوح الإرتفاع الكبير في المؤشر التركيبي للخصوبة العامة في سنتي 1964-1970 والإنخفاض التدريجي مع بداية السبعينات وبالخصوص خلال الفترة 1977-1981 والذي قدر بمعدل طفل لكل امرأة خلال 4 سنوات.

¹⁶ KOUAOUCL, A., " La dimension strategique de la croissance démographique ", in revue de l'université de Constantine, 1 juin 1990, p. 41.

مخطط رقم (2-5): منحنى المؤشر التركيبي للخصوبة العالمية (ISF)



4.2.2 - معدلي التكاثر الخام والصابي:

يعرف معدل التكاثر بأنه يمثل عدد البنات اللاني تلهن كل أم خلال فترة الإنجاب (15- 49 سنة) أي متوسط عدد البنات اللاني تعوضن الأم، وحسابه معقدا نوعا ما ، ومنه المعدل الخام والصابي. فإذا زاد أحدهما عن الواحد أي إذا حلت محل الأم أكثر من بنت واحدة دل ذلك على ارتفاع الخصوبة.

إن معدل التكاثر الخام عبارة عن جداء عدد أطفال كل إمراة خلال فترة الإنجاب (15- 49 سنة) ونسبة الأنوثة والذي تساوي 100 مقسوما على 205 بمعنى أن كل 100 إمراة يقابلها 105 رجالا. ويتم حساب معدل التكاثر الخام كما يلي: -

$$TBR = \Delta \cdot \frac{100}{205}$$

$$TBR = 0.488 \cdot \Delta$$

$$TBR = 0.488 \left[\sum_{15}^{45} f(x, x+4) \right] \cdot 5$$

حيث :

Δ = عدد أطفال كل إمراة خلال فترة الإنجاب (15- 49 سنة) .

TBR = معدل التكاثر الخام .

$f(x, x+4)$ = معدل الخصوبة العام لفئة العمر (x, x+4) .

معدل التكاثر الصافي هو عبارة عن جداء معدل التكاثر الخام (TBR) في إحتمال الحياة حتى

السن المتوسط للأومة (m) .

$$TNR = TBR \cdot \frac{l_m}{l_0}$$

$$TNR = 0.488 \left[\sum_{15}^{45} f(x, x+4) \right] \cdot 5 \cdot \frac{l_m}{l_0}$$

TNR = معدل التكاثر الصافي

$$= \frac{I_m}{I_0} = \text{إحتمال الحياة حتى السن المتوسط للأمومة (m)}$$

m = السن المتوسط للأمومة وعادة ينحصر بين 27 و30 سنة

إن معدل التكاثر الصافي يعتمد على معدلات الخصوبة والوفيات . ويمكن حساب المعدل

$$\text{المتوسط للتكاثر وفق العلاقة التالية : } TMR = TBR \cdot \frac{I_2}{I_0}$$

حيث :

TMR = المعدل المتوسط للتكاثر

TBR = المعدل العام للتكاثر

$$= \frac{I_2}{I_0} = \text{إحتمال الحياة حتى السنة الثانية.}$$

فالمعدل المتوسط للتكاثر عبارة عن جداء عدد إناث كل امرأة خلال فترة الإنجاب (15- 49 سنة) وإحتمال الحياة لمدة سنتين. فإذا زاد معدل التكاثر أو قل عن الواحد يكون عدد جيل الأطفال أقل أو أكثر من عدد جيل الآباء. والجدول رقم (2-8) يبين تطور كل من معدل التكاثر الخام ومعدل التكاثر الصافي من سنة 1970 إلى سنة 1988.

كان المعدل الخام للتكاثر جد مرتفعا سنة 1970 حيث بلغ 3.94 بنتا لكل امرأة وهذا يعني أن عدد البنات اللاتي تعوضن أم واحدة يساوي أربع بنات تقريبا كما بلغ المعدل الصافي للتكاثر أقصاه سنة 1970 بـ 2.82 أي ما يقارب 3 بنات لكل امرأة فهذه الأرقام تدل على معدلات خصوبة مرتفعة جدا. بعد سنة 1970 أخذ كل من المعدل الخام والمعدل الصافي للتكاثر في الانخفاض التدريجي إلى غاية سنة 1978 ليعرفا ارتفاعا قليلا سنة 1979 وبعد ذلك بدأ كل منهما ينخفض تدريجيا إلى غاية سنة 1988 حيث بلغ المعدل الخام للتكاثر 2.32 بنتا لكل امرأة بمعنى أن أكثر من بنتين تعوضن أما واحدة. أما المعدل الصافي للتكاثر فبلغ 2.08 بنتا لكل امرأة أي كل أم تعوضها بنتين وهذه الأرقام تدل على معدلات خصوبة منخفضة نوعا ما. وهذه النتائج تبين أن عدد جيل بنات سنة 1988 هو ضعف جيل الأمهات .

إن عرفت الجزائر سنة 1970 معدل خام للتكاثر من أعلى المؤشرات حيث بلغ 3.94 بنتا لكل امرأة وفي نفس الفترة عرفت البلدان المتطورة معدلات جد منخفضة فمثلا المعدل الخام للتكاثر في الدانمارك قدر بـ 0.95 بنتا فقط لكل امرأة¹⁷.

جدول رقم (2-8): تطور المعدل الخام (TBR) والمعدل الصافي (TNR) للتكاثر في الجزائر (ب %).

السنة	1970	1971	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1992
TBR	3.94	3.83	3.60	3.38	3.46	3.40	3.13	3.12	3.10	3.08	3.07	2.70	2.37	2.32	2.02
TNR	2.82	2.74	2.70	2.65	2.68	2.70	2.70	2.65	2.65	2.65	2.66	2.42	2.13	2.08	—

المصدر: منشورات الديوان الوطني للإحصاء، معطيات إحصائية رقم 15 سنة 1990 ورقم 17 سنة 1989.

يقيس المعدل الصافي للتكاثر (TNR) معدلات الخصوبة أخذا بعين الاعتبار الوفيات. وقد سجل أكبر معدل صافي للتكاثر سنة 1970 أين بلغ 2.82 بنتا لكل امرأة والفرق بينه وبين المعدل الخام للتكاثر (TBR) في نفس السنة بلغ 1.12 نقطة (هذا الفرق يمثل الوفيات) أي أن المعدل الخام للتكاثر عرف إنخفاضا يقدر بـ 28.4 % بسبب الوفيات، وقدّر الفرق سنة 1986 بـ 0.28 نقطة أي إنخفاض بنسبة 10.37 % فقط، ويعود ذلك إلى تحسن البرامج الصحية. بينما في الكامرون في الفترة 1964-1965 بلغ المعدل الخام للتكاثر 3.06 بنتا لكل امرأة ثم إنخفض بفعل الوفيات إلى 1.82 بنتا لكل امرأة (TNR) فبلغ الفرق 1.24 نقطة أي إنخفاض بنسبة 40.5 % بينما إنخفض في فرنسا - كباد متطور - المعدل الخام للتكاثر (TBR) من 1.29 بنتا لكل امرأة بفعل الوفيات إلى 1.25 بنتا لكل امرأة (TNR) سنة 1967 فالفرق قدر بـ 0.04 أي إنخفاض بنسبة 3.1 % فقط. فالفرق بين المعدل الخام للتكاثر (TBR) والمعدل الصافي للتكاثر (TNR) لا يتعدى 5 % من الولادات في البلدان المتطورة عكس البلدان المتخافة أين نجد معدلات وفيات مرتفعة¹⁸. فالإنخفاض الحاصل في المعدل الخام والمعدل الصافي للتكاثر بعكس أو يثبت الإنخفاض الكبير المسجل في معدلات الخصوبة بعد سنة 1970 وإنخفاض الفرق بين المعدلين يؤكد الإنخفاض الحاصل في الوفيات.

¹⁷ NEGADI, G., " La fécondité en Algérie: niveaux-tendances et facteurs ", thèse de doctorat de 3ème cycle, Paris, 1975, P. 127.

¹⁸ NEGADI, G., op. cit., 1975, p. 128.

الفصل الثالث: العوامل المؤثرة في استعمال أساليب ووسائل منع الحمل

وأسباب إنقطاع أو عدم استعمالها

بعد أن تطرقنا إلى دراسة إنتشار إستخدام وسائل منع الحمل وإتجاهات الخصوبة، سنحاول من خلال هذا الفصل إبراز بعض العوامل المؤثرة على إستعمال هذه الوسائل كأصل المرأة الجغرافي والتركيبة العائلية حسب جنس الأطفال، وكذلك تحديد أسباب التخلي أو الإنقطاع عن إستخدام موانع الحمل وأسباب عدم إستعمالها.

1.3 - العوامل المؤثرة في إستعمال أساليب ووسائل منع الحمل:

بينت نتائج المسح الوطني الخاص بالخصوبة (سنة 1986) والمسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (سنة 1992) أن إستخدام وسائل منع الحمل من قبل النساء المتزوجات - عند تاريخ المسح - اللاتي في سن الإنجاب (15-49 سنة) يتأثر ببعض العوامل الإجتماعية والديمغرافية، فنسب الإستخدام تختلف باختلاف مكان الإقامة ومستوى المرأة التعليمي. بلغت نسب الإستخدام 45.6 % في الحضر مقابل 29.5 % في الريف سنة 1986 و 57.5 % مقابل 44.1 % على التوالي سنة 1992. كما أن نسب الإستخدام ارتفعت كلما ارتفع مستوى المرأة التعليمي سنة 1986، فبلغت 28.1 % عند النساء الأميات و 51.7 % عند ذوات المستوى الإبتدائي والمتوسط والقرآني و 53.3 % عند نسوة المستوى الثانوي وما فوق.

ومن نتائج مسح سنة 1992، أن النساء ذوات المستوى الإبتدائي أو الإعدادي لهن نسبة إستخدام تفوق نسبة إستعمال الأميات، بلغ هذا المؤشر 61 % مقابل 43.9 % على التوالي. أما النساء ذوات المستوى الثانوي وما فوق فيستعملن وسائل منع الحمل بنسبة 53 % وهو حد يقل عن نسبة الإستخدام عند نسوة المستوى الإبتدائي أو الإعدادي (61 %). قد يرجع ذلك إلى تأثير بعض المتغيرات الأخرى كالسن وعدد الأطفال الأحياء وخاصة تاريخ الزواج. إضافة إلى هذا، هناك عوامل أخرى قد تؤثر على مستوى إستخدام وسائل منع الحمل، وسنحاول من خلال هذا الفصل إبراز أثر التركيبة العائلية حسب جنس الأطفال، وأصل المرأة الجغرافي، على سلوك المرأة إتجاه الظاهرة.

1.1.3 - استعمال مواعيد الحمل ووجهة الهجرة

تظهر الدراسات في الميدان الاجتماعي والديمقراطي إختلافات في سلوكيات المرأة إتجاه الإنجاب وذلك بإختلاف المنطقة السكنية وأصل المرأة الجغرافي (المكان الذي عاشت فيه المرأة حتى الثانية عشر من عمرها)، ويرجع ذلك إلى قيم وعادات وتقاليد كل منطقة.

فأصل المرأة الجغرافي يمثل أول حلقة من سلسلة حياة الأفراد لأنه يعتبر نقطة بداية تأثير النماذج والبنى الاجتماعية، فالذين يختلفون في منطقة السكن (ريفية أو حضرية) قد يختلفون في فرص وإمكانية التكوين وتطوير المعارف والأفكار والمواقف وحرية الحركة والإتصال الاجتماعي.

تم طرح سؤالين أساسيين لتحديد أصل المرأة الجغرافي، خلال المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986) والمسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (سنة 1992) يمكن تلخيصهما على النحو التالي: هل قضيت طفولتك هنا (يقصد بها الريف أو الحضر)؟ إذا كان الجواب "لا" فيطرح السؤال التالي: أين قضيت طفولتك؟ في المدينة أو في الريف؟

نعتبر الفئة الأولى أي النساء اللاتي كانت إجابتهن "نعم" مستقرات أي لم يقمن بأية هجرة داخلية ومكان إقامتهن عند تاريخ المسح هو نفس المكان الذي قضين فيه طفولتهن. تقسم هذه الفئة إلى قسمين: النساء المستقرات في الحضر، وهن اللاتي قضين طفولتهن في مناطق حضرية ويقين فيها إلى غاية إجراء المسح، والنساء المستقرات في الريف وهن اللاتي قضين طفولتهن في مناطق ريفية ويقين بها إلى غاية إجراء المسح.

وتعتبر الفئة الثانية أي اللاتي كانت إجابتهن "لا" النساء اللاتي قمن خلال فترة حياتهن بهجرة داخلية. تحدد الهجرة الداخلية في هذه الحالة بمقارنة مكان الإقامة عند تاريخ المسح (ريفي أو حضري) والمكان الذي عاشت فيه المرأة طفولتها حتى الثانية عشر من عمرها. ونستطيع بناء على ما تقدم تمييز أربع حالات من الهجرة: -

1- المهاجرات من الريف إلى المدينة، وهن النساء اللاتي قضين طفولتهن في الريف ويقمن حاليا (عند تاريخ المسح) في مكان حضري.

2- المهاجرات من الريف إلى الريف، وهن النساء اللاتي قضين طفولتهن في الريف ويقمن حاليا (عند تاريخ المسح) في مكان ريفي.

3- المهاجرات من الحضر إلى الحضر، وهن النساء اللاتي قضين طفولتهن في الحضر ويقمن حالياً في مكان حضري

4- المهاجرات من الحضر إلى الريف، وهن النساء اللاتي قضين طفولتهن في الحضر ويقمن حالياً في مكان ريفي.

من خلال قراءتنا للجدول رقم (3-1) الذي يشمل توزيع النساء المتزوجات (15-49 سنة)

حسب وجهة الهجرة نلاحظ ما يلي: -

خلال سنة 1986، بلغت نسبة النساء اللاتي قمن بهجرة داخلية 52.6 % ويمثل الباقي 47.4 % النساء المستقرات أي اللاتي لم يقمن بأية هجرة خلال فترة حياتهن حتى تاريخ إجراء المسح. يمكن توزيع فئة المستقرات هذه إلى قسمين: النساء المستقرات في الريف ونسبتهن 30% والمستقرات في الحضر وتمثلن 17.4 % ، كما تتوزع النساء اللاتي قمن بهجرة داخلية على النحو التالي: -

25.1 % أصلهن ريفي ويقمن حالياً (عند تاريخ المسح) في وسط ريفي (مهاجرات من الريف إلى الريف)، 10.8 % أصلهن ريفي ويقمن حالياً في وسط حضري (مهاجرات من الريف إلى الحضر) و 9.4 % أصلهن حضري ويقمن حالياً في وسط حضري (مهاجرات من الحضر إلى الحضر) و 7.3 % أصلهن حضري ويقمن حالياً في وسط ريفي (مهاجرات من الحضر إلى الريف).

وعكس ما سبق فاقت نسبة المستقرات سنة 1992 نسبة المهاجرات فكان المؤشر على النحو التالي: - 57 % مستقرات و 43 % قمن بهجرة داخلية، من جهة ثانية، نلاحظ أن نسبة المستقرات في الأرياف تفوق مثيلاتها في المدن، بلغت هاتان النسبتان 31.1 % و 25.9 % على التوالي، وتتوزع نسبة المهاجرات على النحو التالي: -

13.9 % مهاجرات من الريف إلى الريف و 12.4 % مهاجرات من الحضر إلى الحضر و 10.4 % مهاجرات من الريف إلى الحضر و 6.3 % مهاجرات من الحضر إلى الريف.

سجلنا خلال الفترة الممتدة من 1986 إلى 1992 والمتمثلة في ملاحظتين: إرتفاعاً في نسبة النساء المستقرات في الحضر من 17.4 % إلى 25.9 % وإنخفاضاً في نسبة النساء المهاجرات من الريف إلى الريف من 25.1 % إلى 13.9 % . قد يرجع ذلك إلى تفضيل الإستقرار في المناطق الحضرية

أين تتوفر كل المرافق الضرورية للحياة (مستشفيات، كهرباء، مياه صالحة للشرب...) عكس المناطق الريفية التي ما تزال تعاني من نقصها الكبير أو غيابها تماما.

جدول رقم (3-1) : توزيع النساء المتزوجات وفي سن الإنجاب (15-49 سنة) حسب وجهة الهجرة من خلال ENAF 1986 و EASME 1992.

EASME 1992 (2)		ENAF 1986 (1)		وجهة الهجرة
				النساء المستقرات :
(2691)	57.0	(2124)	47.4	1- المستقرات في الحضر
(1223)	25.9	(780)	17.4	2- المستقرات في الريف
(1468)	31.1	(1344)	30.0	
				النساء المهاجرات داخليا :
(2030)	43.0	(2354)	52.6	1- من الريف إلى الريف
(656)	13.9	(1124)	25.1	2- من الريف إلى الحضر
(491)	10.4	(482)	10.8	3- من الحضر إلى الريف
(297)	6.3	(326)	7.3	4- من الحضر إلى الحضر
(586)	12.4	(422)	9.4	
(4722)	100	(4478)	100	المجموع
المصدر : (1) المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986) .				
(2) المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (سنة 1992) .				

نريد من خلال هذه الدراسة معرفة هل قيم وعادات وتقاليد المنطقة التي عاشت فيها المرأة حتى الثانية عشر من عمرها تبقى تؤثر على سلوكها إتجاه إستخدام وسائل منع الحمل بعد هجرتها إلى مكان إقامة آخر يختلف من حيث السلوكات عن مكان الإقامة الأصلي؟

لتحقيق ذلك نقوم بمقارنة نسبة إستعمال وسائل منع الحمل من قبل النساء المهاجرات من الريف إلى الحضر بنسبة الإستعمال عند النساء المستقرات في الريف من جهة ونقارن نسبة الإستعمال عند النساء المهاجرات من الحضر إلى الريف بنسبة الإستعمال عند النساء المستقرات في الحضر من جهة أخرى. ولا ندرج في هذه المقارنة مستوى إستعمال هذه الوسائل من طرف المهاجرات داخل نفس القطاع السكني (المهاجرات من الريف إلى الريف والمهاجرات من الحضر إلى الحضر) لأن المرأة في هذه الحالات لا تتعرض لظروف جد مخالفة للظروف التي كانت تعرفها.

إضافة إلى هذا، نوزع هذه الفئات من النساء حسب متوسط السن ومتوسط عدد الأطفال الأحياء عند تاريخ المسحين والمستوى التعليمي لمعرفة أثر هذه المتغيرات على سلوك المرأة إتجاه استعمال وسائل منع الحمل.

بشير الجدول رقم (5-5) - ملحق رقم 2 - إلى أن 80.9 % من النساء المستقرات في الريف أميات سنة 1986 إلا أن هذه النسبة إنخفضت إلى 77.3 % سنة 1992. في حين كانت نسبة الأميات المهاجرات من الريف إلى الحضر 74.5 % سنة 1986 وإنخفضت إلى 52.6 % سنة 1992. أما النساء المستقرات في الحضر والمهاجرات من الحضر إلى الريف فمعظمهن ذوات مستوى ابتدائي أو متوسط أو قرآني، حيث بلغت نسبة هذه الفئة (المستقرات في الحضر ذات المستوى الابتدائي أو المتوسط أو القرآني) 43.5 % سنة 1986 وارتفعت إلى 48.1 % سنة 1992.

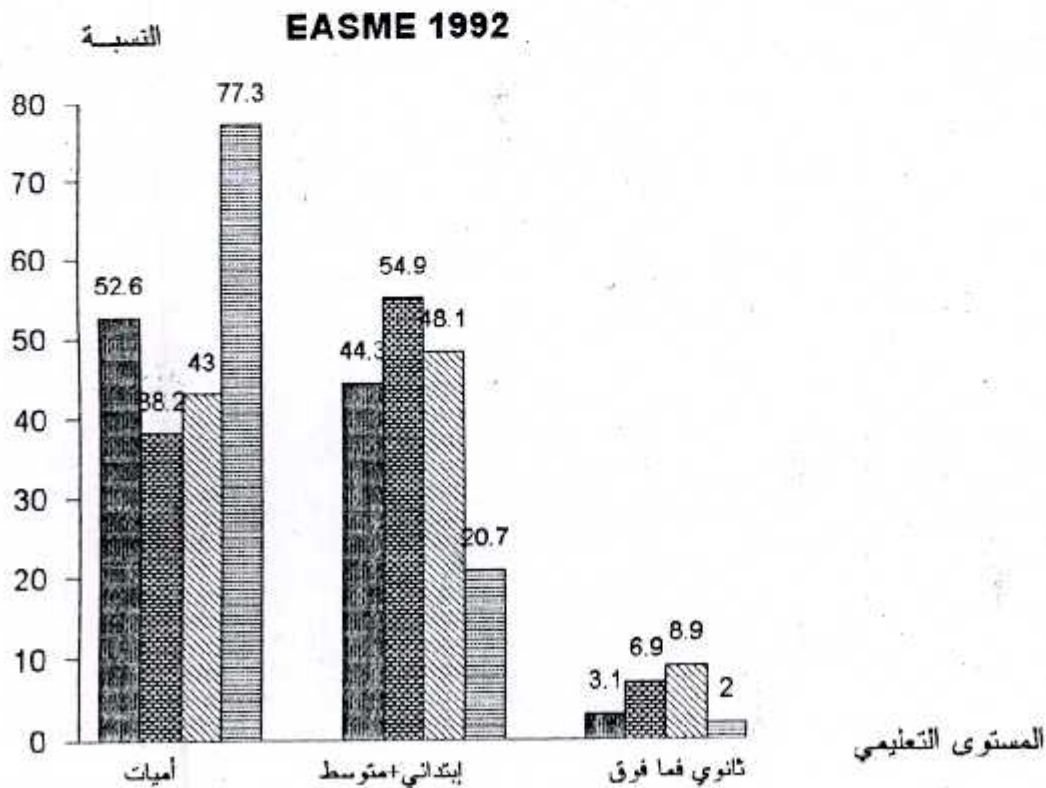
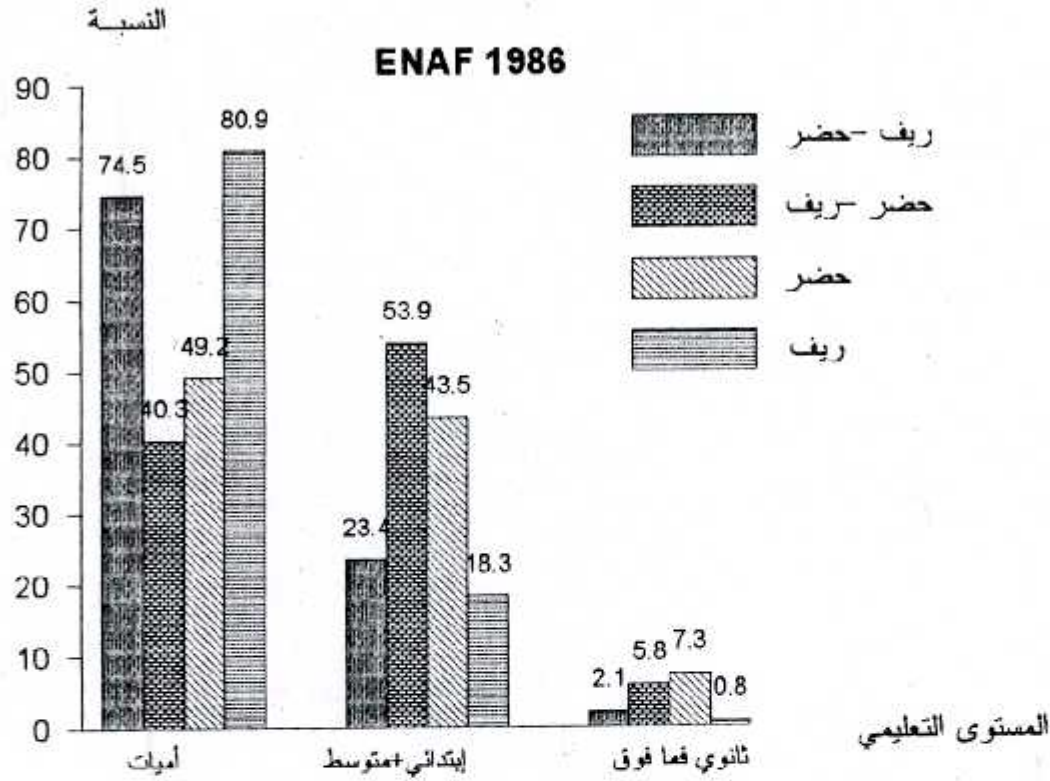
وبلغت هذه الأخيرة 53.9 % و 54.9 % عند النساء المهاجرات من الحضر إلى الريف في سنتي 1986 و 1992 على التوالي. فيما كانت نسبة النساء اللاتي لهن مستوى ثانوي وما فوق ضعيفة، بلغت هذه الأخيرة 5.8 % و 6.9 % عند المهاجرات من الحضر إلى الريف سنتي 1986 و 1992 على التوالي و 7.3 و 8.9 % عند المستقرات في الحضر خلال سنتي الملاحظة. سجلت أضعف نسبة عند المستقرات في الريف حيث بلغت 0.8 % سنة 1986 لكنها ارتفعت إلى 2 % سنة 1992، والمخطط رقم (3-1) يبين ذلك بوضوح.

فيما يخص المتغير الثاني (متوسط عدد الأطفال الأحياء)، يشير الجدول رقم (5-6) - ملحق رقم 2 - إلى أن متوسط عدد الأطفال الأحياء مرتفع لدى المستقرات في الريف حيث بلغ 5.36 طفلا لكل امرأة سنة 1986 وإنخفض إلى 4.8 أطفال سنة 1992. بلغ هذا المؤشر 5.06 أطفالا لكل امرأة عند النساء المهاجرات من الريف إلى الحضر سنة 1986 وإنخفض إلى 4.5 أطفالا سنة 1992. كما بلغ متوسط عدد أطفال كل امرأة مستقرة في الحضر 4.6 أطفالا وإنخفض إلى 4.3 % أطفال في سنتي 1986 و 1992 على التوالي و 4.0 أطفال لدى المهاجرات من الحضر إلى الريف سنة 1986 وإنخفض إلى 3.8 أطفال سنة 1992. يتقارب فرق مؤشر المهاجرات من الريف إلى الحضر والمستقرات في الريف، والمهاجرات من الحضر إلى الريف والمستقرات في الحضر حيث لم يتجاوز 0.6 أطفالا لكل امرأة.

أما عن متوسط سن المرأة عند تاريخ المسح، فنلاحظ من خلال معطيات نفس الجدول أن هذا المؤشر يقارب بين النساء المهاجرات من الريف إلى الحضر والمستقرات في الريف، فالفرق لم يتجاوز 0.9 نقاط (33.8 سنة مقابل 32.9 سنة) سنة 1986 وإنخفض إلى 0.8 نقاط (34.9 سنة مقابل 34.1 سنة) سنة 1992. بلغ فارق السن بين المهاجرات من الحضر إلى الريف والمستقرات في الحضر 2.1 نقطة (31 سنة مقابل 33.1 سنة) سنة 1986 وإنخفض إلى 1.8 نقاط (32.7 سنة مقابل 34.5 سنة) سنة 1992.

خلاصة القول، يمكننا التحدث عن فرق في المستوى التعليمي بين المهاجرات من الريف إلى الحضر والمستقرات في الريف والمهاجرات من الحضر إلى الريف والمستقرات في الحضر، أما فروق متوسط عدد الأطفال الأحياء ومتوسط سن المرأة عند تاريخ المسح بين كل فئتين (المهاجرات والمستقرات) فكانت ضئيلة.

مخطط رقم (3-1) : توزيع النساء المتزوجات (15-49 سنة) حسب مستوى التعليمي
ووجهة الهجرة من خلال ENAF 1986 و EASME 1992



1.1.1.3 - مستوى الإستعمال

تشير معطيات الجدول رقم (3-4) إلى وجود تناقص في نسبة إستعمال وسائل منع الحمل كلما كان إتجاه الهجرة من المدن إلى الأرياف. سجلت أكبر نسبة عند المهاجرات من الحضر إلى الحضر (51.2 % سنة 1986 و 66.5 % سنة 1992)، فيما سجلت أضعف نسبة عند المهاجرات من الريف إلى الريف (23.5 % سنة 1986 وعند المستقرات في الريف (40.4 % سنة 1992). وأهم ما نلاحظه هو أن المهاجرات من الحضر إلى الريف تستعملن وسائل منع الحمل بنسب (50.3 % سنة 1986 و 57 % سنة 1992) تفوق نسب إستعمال المستقرات في الحضر (45.5 % سنة 1986 و 55.8 % سنة 1992). ويرجع ذلك إلى الفرق في المستوى التعليمي بين هاتين الفئتين (أنظر جدول رقم (5-5) - ملحق رقم 2 -)، حيث بلغت نسبة النساء الأميات المستقرات في الحضر 49.2 % سنة 1986 و إنخفضت إلى 43 % سنة 1992 في حين بلغت هذه النسبة 40.3 % سنة 1986 و إنخفضت إلى 38.2 % سنة 1992 عند المهاجرات من الحضر إلى الريف. وتجدر الإشارة أيضا إلى أن نسب إستعمال وسائل منع الحمل من طرف المهاجرات من الريف إلى الحضر (40.9 % سنة 1986 و 55.9 % سنة 1992) أكبر من نسب إستعمال مستقرات الريف (29.4 % سنة 1986 و 40.4 % سنة 1992) بالرغم من أن نسبة الأميات في الفئة الأولى تفوق مثيلاتها في الفئة الثانية. ومتوسط عدد أطفال كل امرأة - عند تاريخ المسح - يقارب بين هاتين الفئتين (5.06 مقابل 5.36 طفلا لكل امرأة سنة 1986 و 4.5 مقابل 4.8 أطفالا لكل امرأة سنة 1992) والمخطط رقم (3-2) يؤكد ذلك.

تبنت إذن النساء المهاجرات من الريف إلى الحضر قيم وسلوك نسوة المنطقة التي هاجرن إليها، يرجع ذلك إلى إنقطاع تأثير مكان الإقامة الأصلي أي الوسط الذي قضين فيه طفولتهن، فهذا الأخير لم يعد يؤثر على سلوكهن إتجاه إستخدام وسائل منع الحمل وبالمقابل فإن المكان الذي هاجرن إليه يسهل إنتشارها وإستخدامها نظرا لوفرة الهياكل المختصة وبصفة عامة يقل تقل البنيات الإجتماعية التقليدية في المدن بالمقارنة مع الأرياف.

جدول رقم: (2-3): نسبة النساء المتزوجات عند تاريخ المسح (15-49 سنة) والمستعملات

لوسائل منع الحمل حسب وجهة الهجرة ضمن مجموع نسوة كل فئة

(ب %) من خلال معطيات ENAF 1986 و EASME 1992 .

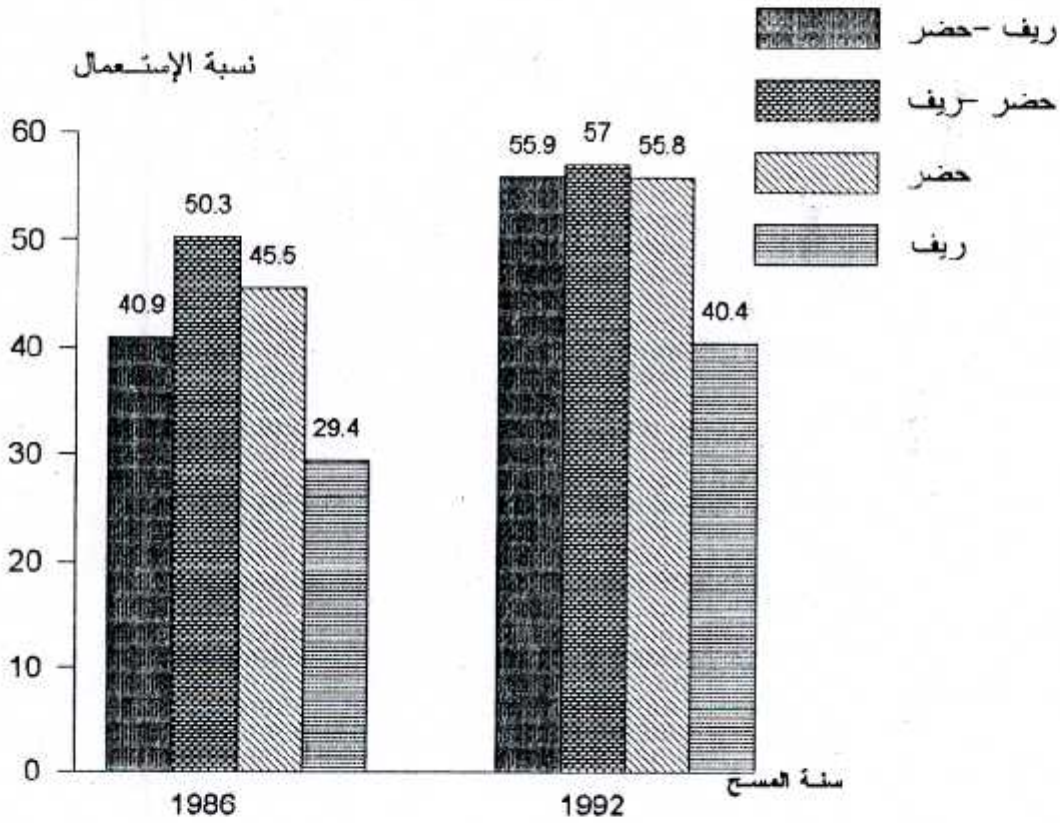
EASME 1992 (2)		ENAF 1986 (1)		وجهة الهجرة
المستعملات				
العدد	النسبة	العدد	النسبة *	
النساء المستقرات :				
(667)	55.8	(355)	45.5	1- المستقرات في الحضر
(578)	40.4	(395)	29.4	2- المستقرات في الريف
النساء المهاجرات داخليا :				
(366)	66.5	(216)	51.2	1- من الحضر إلى الحضر
(163)	57.0	(164)	50.3	2- من الحضر إلى الريف
(266)	55.9	(197)	40.9	3- من الريف إلى الحضر
(285)	45.6	(264)	23.5	4- من الريف إلى الريف
(2325)	50.7	(1591)	35.5	المجموع
المصدر: (1) المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986) .				
(2) المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (سنة 1992) .				

خلاصة، يمكننا القول أن النساء المهاجرات من الحضر إلى الريف يقين متمسكات بعادات وتقاليد المنطقة التي قضين فيها طفولتهن، في حين النساء المهاجرات من الريف إلى الحضر تبين سلوك المرأة الحضرية إتجاه إستخدام وسائل منع الحمل. فالفرق في نسب الإستعمال بين المهاجرات من الريف إلى الحضر والمستقرات في الريف يرجع أساسا إلى تأثير الهجرة أي مكان الإقامة بعد الهجرة (المدن) الذي تتوفر فيه كل شروط إستعمال وسائل منع الحمل (مراكز حماية الأمومة والطفولة، المستشفيات، الصيدليات...) والتي ساهمت بشكل كبير في توزيع وسائل منع الحمل على عكس الأرياف التي تعاني من نقص أو ندرة هذه الهياكل.

(*) تم حساب نسبة المستعملات لوسائل منع الحمل بقسمة عدد المستعملات في فئة معينة على عدد النساء الإجمالي لنفس الفئة. مثلا نسبة المستعملات والمستقرات في الحضر (45.5%) هي حاصل قسمة عدد المستعملات عند هذه الفئة (355 مستعملة) على إجمالي نساء الفئة (780 امرأة) وبنفس الطريقة حسبت نسب الجداول اللاحقة.

مخطط رقم (2-3) : إستعمال وسائل منع الحمل حسب وجهة الهجرة من خلال ENAF

1986 و 1992 EASME



2.1.1.3 - هدف الإستعمال:

يقصد من إستعمال وسائل منع الحمل تحقيق هدفين أساسيين: تباعد الولادات أو تحديدها تماما. فمعطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (سنة 1992) تسمح لنا بتحديد هدف الإستعمال في حين المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986) لم يتطرق إلى هذا المجال.

تشير معطيات الجدول رقم (3-3) إلى أن معظم النساء يستعملن وسائل منع الحمل بهدف مباحة الولادات وذلك مهما كانت وجهة الهجرة. سجلت أعلى نسبة إستعمال لهذا الهدف 87.5 % عند المهاجرات من الريف إلى الحضر يليها مؤشر المهاجرات من الحضر إلى الحضر بنسبة 82 % ثم المستقرات في الحضر بنسبة 81.2 %. كما بلغت هذه النسبة 80.7 % عند النساء المهاجرات من الحضر إلى الريف و 75 % عند المستقرات في الريف.

جدول رقم (3-3) : توزيع النساء المتزوجات عند تاريخ المسح (15-49 سنة) والمستعملات لوسائل منع الحمل حسب هدف الإستعمال ووجهة الهجرة من خلال معطيات

. 1992 EASME

المجموع	المستقرات		المهاجرات				هدف الإستعمال
	ريف	حضر	ريف - ريف	حضر - ريف	ريف - حضر	حضر - حضر	
79.7	75.0	81.2	74.6	80.7	87.5	82.0	- تباعد الولادات
(1827)	(427)	(535)	(208)	(130)	(230)	(297)	
20.3	25.0	18.8	25.4	19.3	12.5	18.0	- تحديد الولادات
(466)	(142)	(124)	(71)	(31)	(33)	(65)	
100	100	100	100	100	100	100	المجموع
(2293)	(569)	(659)	(279)	(161)	(263)	(362)	

المصدر : المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (1992) .

في حين كانت نسبة المستعملات بهدف تحديد الولادات ضعيفة، بلغت هذه الأخيرة 25 % عند النساء المستقرات في الريف و 19.3 % عند المهاجرات من الحضر إلى الريف و 18.8 % عند المستقرات في الحضر. وسجلت أضعف نسبة عند النساء المهاجرات من الريف إلى الحضر حيث بلغت 12.5 %. إذن يمكننا القول - من خلال معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (سنة 1992) - بأن الهدف الرئيسي من إستعمال وسائل منع الحمل هو المباحة بين الولادات.

3.1.1.3 - الطرق المستخدمة:

تبين معطيات الجدول رقم (3-4) وبوضوح بأن الطرق الحديثة هي المفضلة عند معظم النساء وذلك مهما كانت وجهة الهجرة. تأتي الحبوب في مقدمة هذه الطرق خلال سنة 1986، حيث بلغت نسبة مستعملات هذه الوسيلة 86.4 % بين المهاجرات من الريف إلى الريف و 79 % لدى المستقرات في الريف، و 75 % عند المهاجرات من الحضر إلى الريف و 71.1 % عند المهاجرات من الريف إلى الحضر و 69.6 % عند المستقرات في الحضر.

تأتي طريقة العزل في المرتبة الثانية، فهذه الأخيرة منتشرة أكثر بين النساء المهاجرات من الريف إلى الحضر والمستقرات في الحضر، حيث بلغت نسبة من تتعرض لها 13.7 % و 11.8 % على التوالي. يأتي إستعمال اللولب في المرتبة الثالثة، وتنتشر هذه الوسيلة بكثرة في المدن أين تتوفر العيادات والمستشفيات والمراكز الطبية الأخرى التي تقدم خدمات إستعمالها على غرار التعقيم، حيث بلغت نسبة إستعماله 10.6 % بين المهاجرات من الحضر إلى الحضر و 9 % لدى المستقرات فيه.

بقيت الحبوب خلال سنة 1992، الوسيلة الأكثر إستعمالاً، خصوصاً عند النساء ذوات الأصل الريفي. بلغت نسبة تناولها 80.4 % بين المهاجرات من الريف إلى الريف و 77.7 % لدى المستقرات في الريف. تأتي الرضاعة الممددة (المستعملة كوسيلة لمنع الحمل) في المرتبة الثانية، فهذه الأخيرة منتشرة أكثر في الأوساط الريفية، بلغت نسبة مستعملاتها 13.8 % عند المستقرات في الريف و 9.5 % عند المهاجرات من الريف إلى الريف. ويأتي اللولب في المرتبة الثالثة حيث بلغت نسبة إستعماله 8.5 % لدى المهاجرات من الحضر إلى الحضر و 6.3 % عند المستقرات في الحضر و 6.1 % عند المهاجرات من الحضر إلى الريف، ويبقى إستعمال الطرق الأخرى الحديثة والتقليدية ضعيفاً.

عموماً يمكن القول بأنه لا يوجد إختلاف كبير في طرق منع الحمل المستخدمة من طرف النساء المهاجرات والمستقرات، فمعظمهن يتناولن الحبوب خصوصاً النساء ذوات الأصل الريفي نظراً لوفرته وسهولة إستعمالها والحصول عليها.

جدول رقم (3-4) : توزيع النساء المتزوجات عند تاريخ المسح (15-49 سنة) المستعملات لوسائل منع الحمل حسب الطرق المستخدمة ووجهة الهجرة من خلال ENAF 1986 و EASME 1992.

المجموع	ENAF 1986 (1)						الطرق المستخدمة
	المستقرات		المهاجرات				
	ريف	حضر	ريف - ريف	حضر - ريف	ريف - حضر	حضر - حضر	
87.6	91.4	85.0	94.4	87.2	83.3	81.0	1- طرق حديثة
74.5	79.0	69.6	86.4	75.0	71.1	62.5	للحبوب
5.8	3.5	9.0	1.5	4.3	6.6	10.6	لللولب
3.6	5.1	3.1	3.4	2.4	3.1	3.2	للتعقيم النسوي
1.5	0.1	2.5	-	3.7	0.5	1.9	الوطني
1.7	2.5	0.8	3.1	1.2	1.0	0.9	الحقن
0.5	0.3	-	-	0.6	1.0	1.9	طرق أخرى ح
12.4	8.6	15.0	5.6	12.8	16.7	19.0	2- طرق تقليدية
8.7	5.3	11.8	3.4	8.5	13.7	11.6	العزل
2.8	1.5	2.6	1.1	4.3	2.5	6.9	الإمتناع الدوري
0.9	1.8	0.6	1.1	-	0.5	0.5	طرق أخرى
(1591) 100	(395) 100	(355) 100	(528) 100	(164) 100	(197) 100	(216) 100	المجموع
EASME 1992 (2)							
84.7	82.5	84.7	86.0	83.4	89.1	84.4	1- طرق حديثة
75.8	77.7	73.5	80.4	73.6	81.9	70.2	للحبوب
4.7	2.2	6.3	2.1	6.1	3.0	8.5	لللولب
2.5	1.7	3.1	1.8	2.5	1.9	3.6	للتعقيم النسوي
0.9	0.4	0.9	1.1	0.6	1.5	1.6	الوطني
0.3	0.5	0.3	0.3	-	0.4	-	الحقن
0.4	-	0.6	0.3	0.6	0.4	0.5	طرق أخرى
15.3	17.5	15.3	14.0	16.6	10.9	15.6	2- طرق تقليدية
3.4	1.7	2.9	3.1	6.7	3.8	5.7	العزل
3.4	1.6	5.2	1.1	3.7	1.1	6.6	الإمتناع الدوري
7.9	13.8	6.6	9.5	6.2	4.9	2.5	الرضاعة
0.6	0.4	0.6	0.3	-	1.1	0.8	طرق أخرى
(2325) 100	(578) 100	(667) 100	(285) 100	(163) 100	(266) 100	(366) 100	المجموع

المصدر : (1) المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (1986) .

(2) المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (1992) .

2.1.3 - استعمال وسائل منع الحمل حسب وجهة الهجرة وبعض المتغيرات الإجتماعية والديمغرافية

1.2.1.3 - عدد الأطفال الأحياء

إن أهم ما نلاحظه من خلال معطيات الجدول (5-7) - ملحق رقم 2 - يتمثل في الارتباط بين عدد الأطفال الأحياء وإستعمال وسائل منع الحمل. فخلال سنة 1986 لاحظنا إرتفاع نسبة الإستعمال كلما إرتفع عدد الأطفال الأحياء. وفي سنة 1992، لاحظنا بأن النساء اللاتي يتراوح عدد أطفالهن بين 4 و6 أطفال يستعملن وسائل منع الحمل بنسبة تفوق مثيلاتها (59.1%) عند النساء اللاتي لهن على الأقل 7 أطفال (53%). قد يرجع ذلك إلى أن أعمار الفئة الثانية تقارب سن اليأس وبالتالي لا ترى ضرورة لإستعمال وسائل منع الحمل. كما أن مقارنة نسب الإستعمال بين المهاجرات من الحضر إلى الريف والمستقرات في الحضر من جهة والمهاجرات من الريف إلى الحضر والمستقرات في الريف من جهة أخرى - عند تثبيت نفس عدد الأطفال الأحياء - أكدت النتيجة المتوصل إليها سابقا.

إن نسب لجوء المهاجرات من الحضر إلى الريف لوسائل منع الحمل تفوق مؤشرات المستقرات في الحضر مهما كان عدد الأطفال الأحياء. بينما نسب الإستعمال عند المهاجرات من الريف إلى الحضر تفوق مثيلاتها عند المستقرات في الريف مهما كان عدد الأطفال الأحياء خلال سنتي المسحين (1986 و1992). بلغ الفرق في نسبة الإستعمال بين المهاجرات من الريف إلى الحضر والمستقرات في الريف 7.2 نقطة عند مقارنة مؤشرات النساء اللاتي لا يزيد عدد أطفالهن عن ثلاثة (30.3% مقابل 23.1%) سنة 1986 وإرتفع إلى 18.2 نقطة (47.9% مقابل 29.7%) سنة 1992 و18.5 نقاط عند النساء اللاتي يتراوح عدد أطفالهن بين 4 و6 أطفال (46.2% مقابل 27.7%) سنة 1986 ثم إنخفض إلى 14.6 نقاط (61.9% مقابل 47.3%) سنة 1992 و12.3 نقاط عند النساء اللاتي لا يقل عدد أطفالهن عن سبعة أطفال (48.7% مقابل 36.4%) سنة 1986 وإرتفع إلى 15.3 نقاط (61% مقابل 45.7%) سنة 1992.

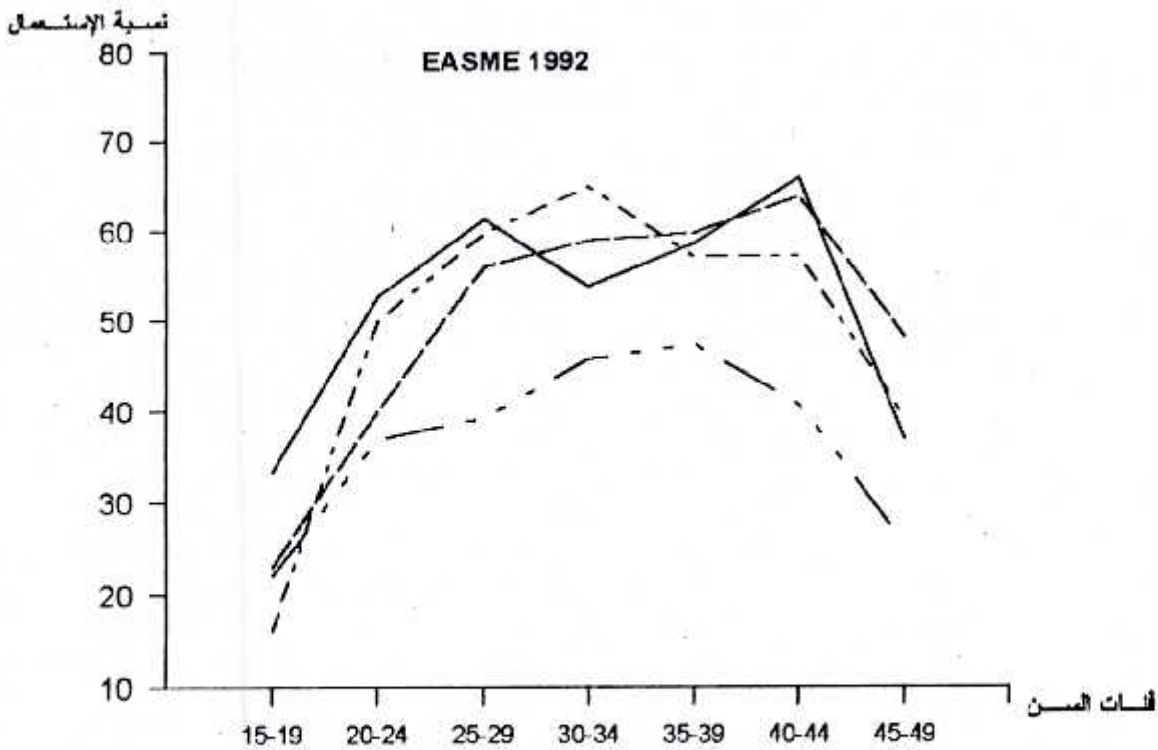
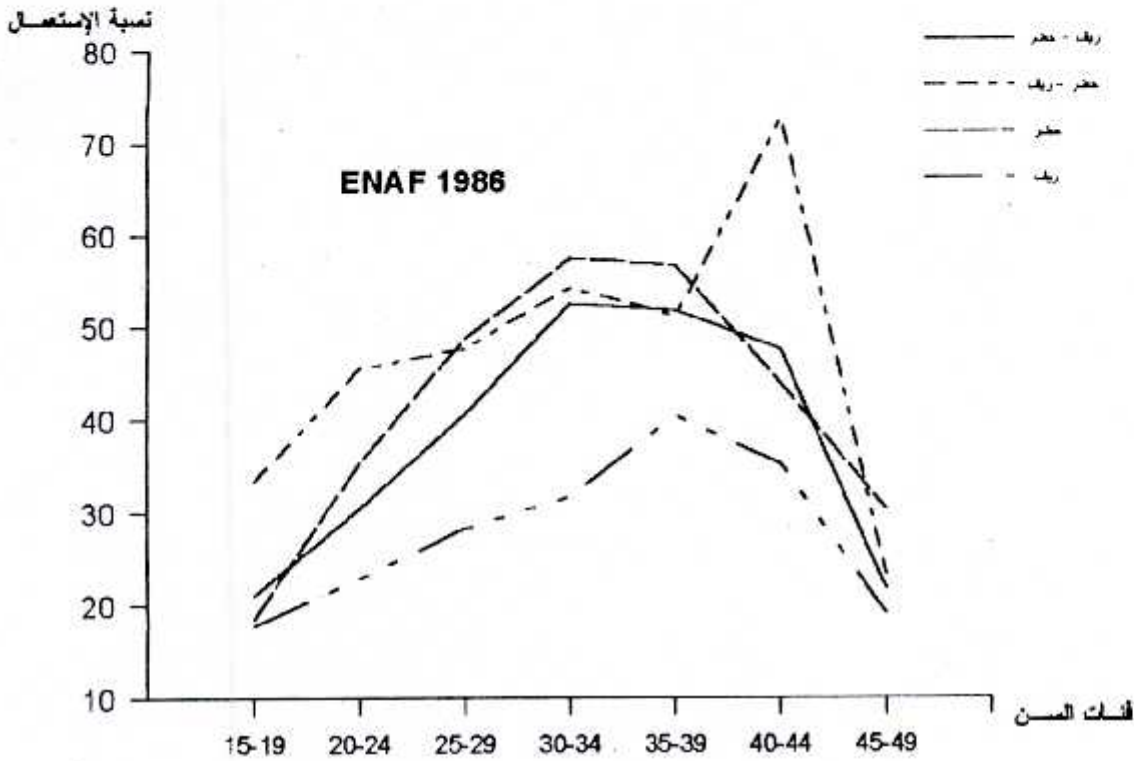
2.2.1.3 - سن المرأة عند تاريخ المسح:

يختلف مستوى استعمال وسائل منع الحمل حسب أعمار النسوة، حيث تبين معطيات الجدول رقم (5-8) - ملحق رقم 2 - أن نسبة الإستعمال تقل عند نسوة فئة السن (15-19 سنة) وترتفع عند النساء المتوسطات سناً (25-40 سنة) وتنخفض عند النساء الأكبر سناً (45-49 سنة) وذلك مهما كانت وجهة الهجرة. فالمرأة في السنوات الأولى من حياتها الزوجية ترغب في تشكيل عائلة أي في إنجاب طفلها الأول، ولتبرهن كذلك على قدرة الإنجاب وهذا ما يفسر استعمال وسائل منع الحمل عند مستوى منخفض بين نسوة فئة الأعمار الأولى. كما أن إنخفاض نسبة الإستعمال بين النسوة المتقدمات في السن (45-49 سنة) مقارنة بفئات السن الأخرى (25-44 سنة) راجع إلى القرب من سن اليأس الذي يصيب النسوة بعد هذه الأعمار.

إضافة إلى هذا أكدت مقارنة نسبة الإستعمال حسب وجهة الهجرة عند نفس الأعمار ونفس المرجع (تاريخ المسح) أن المهاجرات من الريف إلى الحضر تستعملن وسائل منع الحمل بنسبة تفوق مؤشر المستقرات في الريف مهما كانت فئات الأعمار وذلك ما يبيئه بوضوح المخطط رقم (3-3).

مخطط رقم (3-3) : إستعمال وسائل منع الحمل حسب وجهة الهجرة وسن المرأة عند تاريخ

المسح من خلال 1986 ENAF و 1992 EASME



3.2.1.3 - مدة الإقامة:

لاحظنا سابقا أن النساء المهاجرات من الريف إلى الحضر يتبنين سلوك المرأة الحضرية إتجاه استخدام وسائل منع الحمل. والسؤال الجدير بالذكر هو: هل هذا التبني تم بعد الهجرة مباشرة أو بصفة تدريجية أي بعد قضاء فترة معينة في مكان الإقامة الجديد؟

يقصد بمدة الإقامة الفترة التي قضتها المرأة في المنطقة التي هاجرت إليها، وتبدأ من تاريخ أول إنتقال. تبين بيانات الجدول رقم (3-5) العلاقة الموجودة بين مدة الإقامة في منطقة الإستقطاب وإستعمال وسائل منع الحمل. فكلما إزدادت المدة كلما إرتفعت نسبة الإستعمال لأن هناك علاقة طردية بين طول فترة الزواج والخصوبة. وإنخفاض نسبة الإستعمال بين المهاجرات اللاتي إنتقلن منذ أكثر من خمسة عشرة سنة مرتبط أصلا بالنسوة اللاتي قاربن سن اليأس.

عموما إن نسبة الإستعمال عند المهاجرات اللاتي نقل مدة إقامتهن عن خمس سنوات تقل عن نسبة إستعمال النسوة اللاتي هاجرن منذ أكثر من هذه المدة مهما كان مصدر الهجرة. وتجدر الإشارة إلى أن النساء المهاجرات من الريف إلى الحضر يتبنين سلوك المرأة الحضرية فيما يخص إستعمال وسائل منع الحمل بصفة تدريجية، فالفرق في نسبة الإستعمال بين هذه الفئة والمستقرات في الريف يزداد كلما إزدادت مدة الإقامة. بلغ هذا الأخير 2.7 نقاط عند النساء اللاتي نقل مدة إقامتهن عن خمس سنوات سنة 1986 و9.6 نقاط سنة 1992 ثم إرتفع إلى 17 نقطة عند النساء اللاتي تفوق مدة إقامتهن خمس عشرة سنة خلال سنة 1986 وإلى 17.7 نقاط عند النساء اللاتي تتراوح مدة إقامتهن بين عشر وأربع عشرة سنة خلال سنة 1992.

جدول رقم (3-5): نسبة النساء المتزوجات عند تاريخ المسح (15-49 سنة) المستعملات لوسائل منع الحمل حسب وجهة الهجرة ومدة الإقامة ضمن مجموع نسوة كل فئة (بـ %) من خلال ENAF 1986 و EASME 1992 .

ENAF 1986 (1)						مدة الإقامة
المستقرات		للمهاجرات				
ريف	حضر	ريف - ريف	حضر - ريف	ريف - حضر	حضر - حضر	
		(48) 15.1	(52) 41.9	(42) 32.1	(60) 40.5	أقل من 5 سنوات
		(78) 25.7	(53) 54.6	(36) 43.4	(56) 62.2	من 5-9 سنوات
		(47) 26.6	(32) 61.5	(36) 41.4	(39) 54.9	من 10-14 سنة
(395) 29.4	(355) 45.5	(88) 28.3	(27) 50.0	(84) 46.4	(60) 54.0	15 سنة فما فوق
(395) 29.4	(355) 45.5	(265) 23.5	(164) 50.3	(198) 40.9	(216) 51.2	المجموع
EASME 1992 (2)						
		(62) 36.5	(44) 47.3	(61) 50.0	(105) 58.3	أقل من 5 سنوات
		(67) 53.6	(40) 67.8	(43) 57.3	(61) 64.9	من 5-9 سنوات
		(57) 50.0	(34) 63.0	(54) 58.1	(97) 78.2	من 10-14 سنة
(553) 40.4	(632) 55.8	(91) 46.7	(34) 54.8	(90) 57.0	(90) 68.2	15 سنة فما فوق
(553) 40.4	(632) 55.8	(277) 45.9	(152) 56.7	(248) 55.3	(353) 66.6	المجموع
المصدر: (1) المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986).						
(2) المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (سنة 1992).						

3.1.3 - استعمال وسائل منع الحمل حسب وجهة الهجرة وبعض المتغيرات الإجتماعية

والثقافية :

1.3.1.3 - المستوى التعليمي:

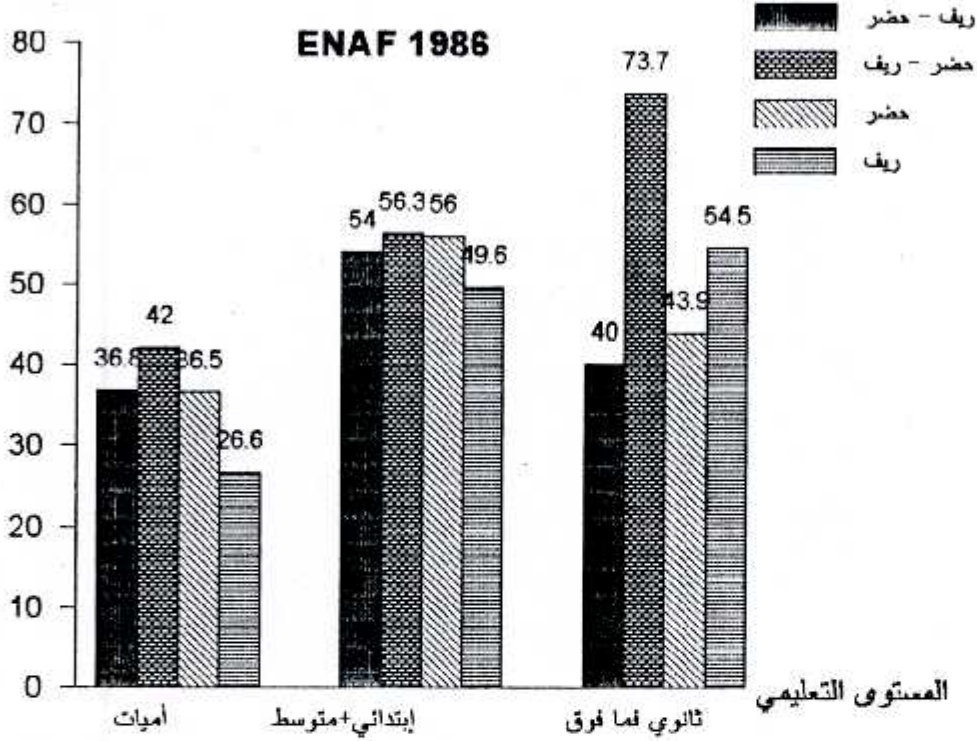
بينت معظم الدراسات السابقة¹ وجود علاقة طردية بين المستوى التعليمي للمرأة وإستعمالها لوسائل منع الحمل، فكلما ارتفع المستوى التعليمي كلما ازداد اللجوء إلى إستخدام موانع الحمل. فمعطيات الجدول رقم (5-9) - ملحق رقم 2 - تعكس جليا هذه العلاقة مهما كانت وجهة الهجرة، بإستثناء النساء ذات المستوى الثانوي فما فوق، حيث أن نسب إستعمال هذه الفئة نقل عن نسب إستعمال النساء ذات المستوى الإبتدائي أو المتوسط سنة 1992. يمكن أن نفسر هذا بعوامل أخرى يختلف باختلافها تأثير مستوى التعليم (السن عند المسح، مدة الزواج ...)، إضافة إلى ذلك هذه الفئة من النسوة تتميز بخصوبة منخفضة نظرا لتأخير سن زواجها (تقليص فترة التعرض للإنجاب).

عندما قارنا نسب إستعمال وسائل منع الحمل حسب وجهة الهجرة ومستوى تعليم المرأة، لاحظنا أن المهاجرة من الحضر إلى الريف بقيت محافظة على سلوكها الأول إتجاه إستخدام وسائل منع الحمل مهما كان مستواها التعليمي عكس المرأة المهاجرة من الريف إلى الحضر، هذه الأخيرة تبنت سلوك المنطقة التي هاجرت إليها. أنظر مخطط رقم (3-4).

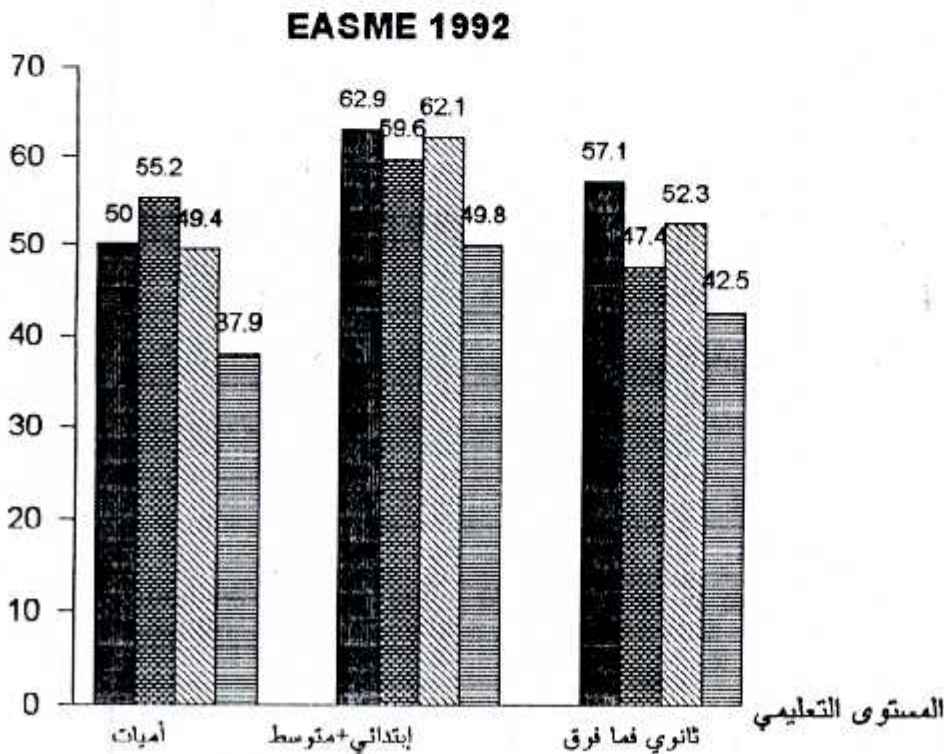
¹ أنظر مثلا نتائج المسح العالمي للخصوبة.

مخطط رقم (3-4) : إستعمال وسائل منع الحمل حسب وجهة الهجرة ومستوى التعليمي من خلال ENAF 1986 و EASME 1992

نسبة الإستعمال



نسبة الإستعمال



2.3.1.3 . المنطقة الجغرافية:

خلال سنة 1986، بينت معطيات الجدول رقم (5-10) - ملحق رقم 2- تناقص نسبة إستعمال وسائل منع الحمل كما إنتقلنا من الغرب إلى الشرق مرورا بالوسط. بلغت هذه النسب 46.9 % في الغرب و 44.4 % في الوسط و 33.3 % في الشرق. وكذلك سجلت أكبر نسبة في منطقة الغرب خلال سنة 1992، حيث بلغت 56.9 % تليها منطقة الوسط بنسبة 49.3 % ثم الجنوب 48.6 % وأخيرا الشرق بنسبة 47.1 %.

قد يرجع هذا الإختلاف في نسب الإستعمال إلى الإختلاف في العادات والتقاليد التي تميز كل منطقة جغرافية. وتجدر الإشارة إلى أن نسب إستعمال وسائل منع الحمل عند المهاجرات من الريف إلى الحضر تفوق مثيلاتها عند المستقرات في الريف مهما كانت المنطقة الجغرافية. فأكبر فرق في نسب الإستعمال خلال سنة 1986، سجل في منطقة الغرب حيث بلغ 26.1 نقطة (59.6 % مقابل 33.5 %) في حين كان 5.3 نقاط في منطقة الشرق (25.2 % مقابل 19.9 %) و 3.5 نقاط في منطقة الوسط (39.4 % مقابل 35.9 %).

بلغ الفرق في نسب إستعمال هاتين الفئتين - خلال سنة 1992- ب 22.6 نقاط في منطقة الجنوب (55.5 % مقابل 32.9 %) و 17.7 نقاط في منطقة الغرب (61.9 % مقابل 44.2 %) و 10.5 نقاط في منطقة الشرق (49.5 % مقابل 39 %) وأخيرا 8.8 نقاط في منطقة الوسط (49 % مقابل 40.2 %).

وأخيرا نستطيع القول أن النساء المهاجرات من الحضر إلى الريف لم يتأثرن بعادات وتقاليد المنطقة التي هاجرن إليها، بل بقين تحت تأثير عادات وتقاليد المنطقة التي قضين فيها طفولتهن. في حين تبنت المهاجرات من الريف إلى الحضر عادات وتقاليد المنطقة التي هاجرن إليها وسلكن سلوك المرأة الحضرية إتجاه الظاهرة المدروسة بصفة تدريجية مهما كان مستواهن التعليمي وسنهن وعدد أطفالهن الأحياء عند تاريخ المسح. برزت هذه الظاهرة بجملاء خاصة في منطقتي الغرب والجنوب مقارنة مع بقية المناطق الجغرافية الأخرى.

4.1.3 - إستعمال وسائل منع الحمل حسب عدد الأطفال الأحياء والتركيبية العائلية حسب

جنس الأطفال وبعض المتغيرات الإجتماعية والديمغرافية والثقافية

تتميز الأسرة في البلاد العربية بتمسكها بمجموعة من القيم والعادات والتقاليد والمعتقدات التي لها تأثيراتها على سلوك المرأة الإنجابي. ويعتبر تفضيل الذكور على الإناث في هذه المجتمعات من بين العوامل التي تؤثر على معدلات الخصوبة مما يؤدي بها للإرتفاع عندما تعمد المرأة الحصول على ذكر مهما كان عدد بناتها.

أكدت نتائج مسح الخصوبة الذي أجري في عدد من الدول العربية وجود ظاهرة تفضيل الذكور على الإناث، وكنموذج على هذا السلوك في السودان، لوحظ أن المرأة تفضل أن يكون طفلها الأول ذكراً، والثاني أنثى والثالث ذكراً والرابع ذكراً أو أنثى. وبديل هذا التكوين النوعي للأسرة على مدى درجة تفضيل المواليد الذكور على المواليد الإناث. ويشير الدكتور السباعي من خلال دراسة بمنطقة الطائف بالمملكة العربية السعودية، أن تفضيل الذكور على الإناث يظهر حتى في الرضاعة وتغذية الطفل. ففي السنة الثانية يطم الأطفال من الجنسين، وقد تطول فترة رضاعة الذكور في المناطق الريفية لتصل إلى ثلاث سنوات، والذكور من الأبناء يعتبرون تخليداً وتمجيذاً لأبائهم².

وفي هذا المجال تقول FELLOUS MICHELLE 'عدد الأيدي المذكرة هي التي تكون ثروة العائلة، وتسود هذه الذهنيات في الأماكن الريفية أكثر من الأماكن الحضرية'². فالذكور هم الضمان الأكبر للأباء وهم من يقوم بمساعدة الأسرة مستقبلاً.

وعموماً وحسب تحليل JOHN CLELAND المبني على معطيات المسح العالمي للخصوبة الذي أجري في 28 دولة، وجد أن التركيبة العائلية حسب جنس الأطفال، لا تؤثر بوضوح في احتمال إستعمال وسائل منع الحمل في 21 دولة من الدول التي شملها المسح، أما في البلدان الباقية - سبعة - فإن جنس الأطفال له تأثير على وسائل منع الحمل.

ففي كوريا الجنوبية مثلاً، وجد أن حوالي 60% من النساء اللاتي لهن ذكيران يستعملن وسائل منع الحمل مقابل 40% من النساء اللاتي لهن ذكر واحد و30% من النساء اللاتي ليس لهن ذكورا، مهما

² FELLOUS, M., contraception et migration, planification familiale, ed. syros, 1982, p. 21.

كان عدد الأطفال إجمالاً. ولاحظ في سريلانكا والمكسيك والفلبين إتجاه النساء اللاتي تركبتهن الأسرية - حسب جنس الأطفال - غير متوازنة نحو إستعمال وسائل منع الحمل عند نسب تقل عن نسب إستعمال النساء اللاتي حصلن على عدد متعادل من الأطفال من حيث الجنس³.

وحسب نتائج المسح (موانع الحمل، آراء وإستعمال) اللذين أجريا في كوريا سنة 1971 والفلبين سنة 1973 واللذين يتناولان معرفة وموقف النساء من وسائل منع الحمل وإستعمالها، وجد أن عدد الذكور الأحياء يؤثر بشكل إيجابي على إستعمال وسائل منع الحمل، في مدن وأرياف هذين البلدين، وفي كوريا تتبع العلاقة بين عدد الذكور الأحياء ونسب الإستعمال منحني خطياً دقيقاً جداً، بمعنى أنه كلما ازداد عدد الذكور الأحياء، كلما ارتفعت نسبة إستعمال وسائل منع الحمل.

وعلى نفس المنوال مازالت العائلة الجزائرية تميل للذكور رغم التغيرات الإجتماعية العديدة التي عرفتها الجزائر، خاصة في ما يتعلق بوضع المرأة. ففي سنة 1986 - حسب بيانات المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة - وجدنا بين النساء اللاتي لهن أقل من خمسة أطفال نسبة تقدر بـ 46.5% من الراغبات في إنجاب عدد متوازن من الأطفال حسب الجنس و 9.5% يرغبن في عدد من الذكور يفوق عدد الإناث، و 4.7% فقط يفضلن الإناث⁴، والجدول رقم (5-11) - ملحق رقم 2 - يبين أن حوالي 60% من النساء يرغبن في عدد متوازن من الأطفال حسب الجنس، و 25% يرغبن في عدد أكبر من الذكور و 11.2% يرغبن في عدد من الإناث يفوق عدد الذكور. والجدول رقم (5-12) - ملحق رقم 2 - يوضح ذلك بجلاء.

أما خلال سنة 1992 فيمكننا تصنيف - حسب بيانات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل - السيدات اللاتي أعلنن القدرة والرغبة في الإنجاب حسب النسب التالية: 33% يفضلن مولوداً ذكراً و 24% يفضلن أنثى. كما أنه من بين السيدات اللاتي أعلن قدرتهن ورغبتهم في الإنجاب وليس لديهن أطفال أحياء، نجد أن 21% يفضلن مولوداً ذكراً و 8% يفضلن أنثى. أي أن تفضيل الذكور أمر واضح⁵.

³ Voir Nations-Unies: Enquête sur la fécondité et sur le planning familial, Population Report, élément nouveau, série M, n°8, 1985.

⁴ CENEAP, Enquête Nationale sur la Fécondité, rapport national final, Alger, 1989, p. 191.

⁵ ONS, Enquête Nationale sur la Santé de l'enfant et la mère, rapport national final, Alger, 1994, p. 267.

سنحاول من خلال هذه الدراسة إبراز العلاقة التي قد تربط بين التركيبة العائلية حسب جنس الأطفال وإستعمال وسائل منع الحمل ، وفق بعض المتغيرات الأخرى، كالمستوى التعليمي للمرأة ومكان إقامتها ورغبتها في إنجاب طفل آخر ومنطقة سكنها.

ولتحقيق هذا تم تقسيم النساء المتزوجات عند إجراء المسح (15-49 سنة) اللاتي لهن طفل واحد على الأقل، حسب متغيرين أساسيين وهما: التركيبة العائلية حسب جنس الأطفال وعدد الأطفال الأحياء إلى الفئات التالية: -

- 1- النساء اللاتي عدد ذكورهن يفوق عدد إناثهن
- 2- النساء اللاتي عدد ذكورهن يقل عن عدد إناثهن
- 3- النساء اللاتي عدد ذكورهن يساوي عدد إناثهن
- 4- النساء اللاتي أنجبن الذكور فقط
- 5- النساء اللاتي أنجبن الإناث فقط

1.4.1.3 - جنس الأطفال

إن ظاهرة تفضيل أطفال من جنس معين، لا يعني أن الزوجين لا يرغبان في أطفال من الجنس الآخر. فالأزواج الذين يفضلون الذكور على الإناث قد يواصلون الإنجاب حتى ولو كان لديهم عدد كبير من الذكور قصد الحصول على بنت واحدة على الأقل والعكس صحيح.

وفي المجتمع الجزائري نجد أن ظاهرة تفضيل الذكور على الإناث هي القاعدة السائدة، وبالتالي فإن وضع الزوجين اللذين لم يحصلوا على أطفال من الجنس المفضل لديهما، ينعكس على سلوكهما الإنجابي مما يؤثر على سلوك المرأة إتجاه وسائل منع الحمل بدرجة تفوق تأثير الأزواج الذين لم يحصلوا على أطفال من الجنس الآخر (غير المفضل).

يبين الجدول رقم (3-6) وبوضوح العلاقة الموجودة بين إستعمال وسائل منع الحمل والتركيبة العائلية حسب جنس الأطفال. فالنساء اللاتي عدد ذكورهن يفوق عدد إناثهن يستعملن وسائل منع الحمل أكثر من النساء اللاتي عدد بناتهن يفوق عدد ذكورهن مهما كان عدد الأطفال الأحياء. فإذا

أخذنا مثلا، النساء اللاتي لديهن أربعة أطفال سنة 1986، نلاحظ أن نسبة إستعمال وسائل منع الحمل تكبر كلما زاد عدد الذكور. بلغت هذه النسبة 52.6 % عندما كان كل الأطفال ذكورا وإنخفضت إلى 45.6 % عندما نقص عدد الذكور (ثلاثة ذكور وبنت واحدة) ، ثم إلى 41.5 % عندما تساوى عدد الذكور وعدد الإناث (ذكرين وبنيتين) ثم إلى 37.2 % عندما فاق عدد البنات عدد الذكور (ثلاثة بنات وذكر واحد) وأخيرا إلى 36.4 % لما كان كل الأطفال بناتا.

لاحظنا نفس الظاهرة خلال سنة 1992، فمثلا تكون نسبة إستعمال موانع الحمل من طرف النساء اللاتي لديهن ثلاثة أطفال عالية إذا ما كان الأطفال جميعا ذكورا، ففي هذه الحالة كانت النسبة 58.3 % وإنخفضت إلى 56 % عندما كان إثنان من بينهم ذكورا وإلى 53.8 % عند وجود ذكر واحد لتصل إلى 42.5 % عندما كان كل الأطفال إناثا. وبصفة عامة، إن الفرق بين نسبتي الإستعمال لدى النساء اللاتي عدد ذكورهن يفوق عدد الإناث (42.8 %) والنساء اللاتي عدد إناثهن أكبر من عدد ذكورهن (38.8 %) بلغ أربعة نقاط سنة 1986 وإنخفض إلى 2.9 نقاط (57.4 % مقابل 54.5 %) سنة 1992. والمخطط رقم (3-5) يبين ذلك بوضوح.

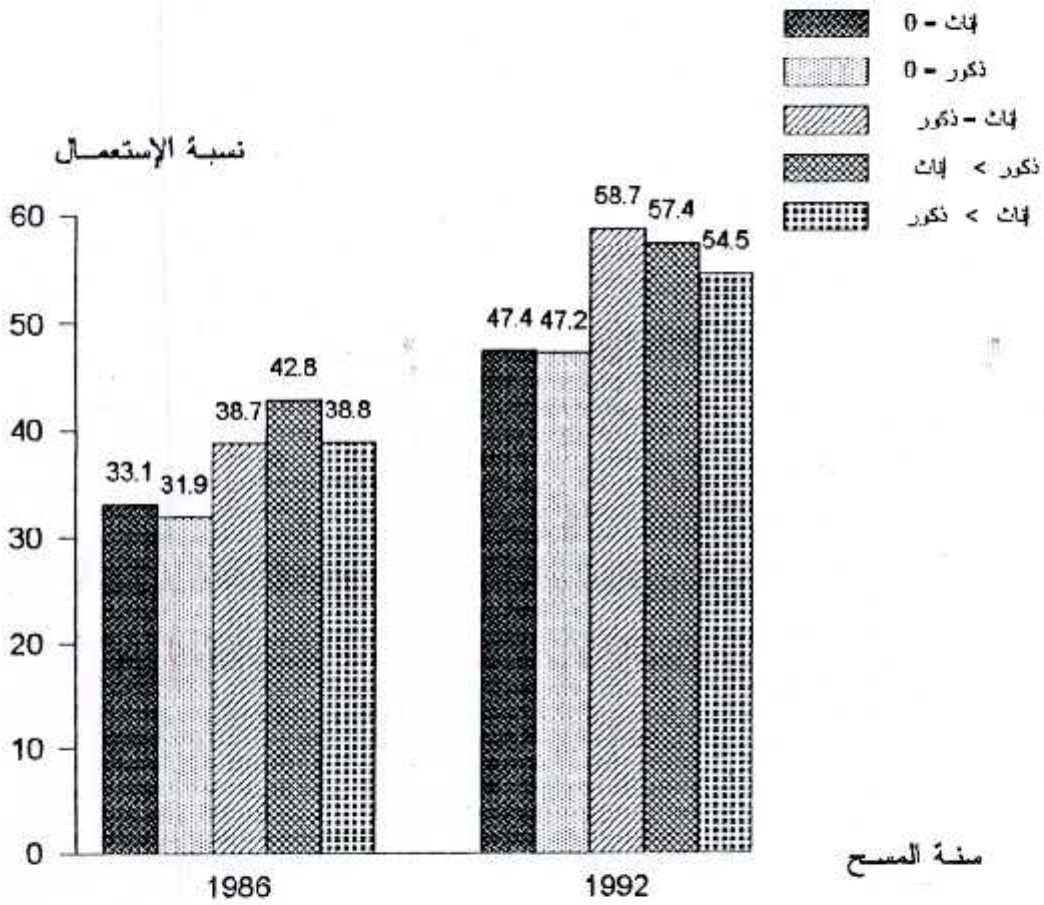
أما مستوى الإستخدام عند النساء اللاتي ولدن لأطفالا من جنس واحد فقط فكان منخفضا مقارنة مع نسبة الإستخدام عند النساء اللاتي حصلن على أطفال من الجنسين. فمثلا الفرق في نسبة الإستعمال بين النساء اللاتي لهن ذكور فقط (33.1 %) والنساء اللاتي عدد ذكورهن يفوق عدد إناثهن (42.8 %) بلغ 9.7 نقاط سنة 1986 وارتفع إلى 10 نقاط سنة 1992 (47.4 % مقابل 57.4 %) ذلك لأن المرأة التي تجد نفسها وحيدة في محيط أو عائلة مكونة من رجال فقط، أي لم تحصل على بنت تعينها في أعمال البيت ترغب في إنجاب واحدة على الأقل. وكذلك الضغط الذي يولده المجتمع يدفع المرأة إلى إنجاب ذكور عندما يكون أولادها الأحياء بناتا فقط والعكس صحيح.

جدول رقم (3-6) : نسبة النساء المتزوجات عند إجراء المسح (15-49 سنة) المستعملات لوسيلة من وسائل منع الحمل حسب جنس التركيبة العائلية وعدد الأطفال الأحياء ضمن مجموع نسوة كل فئة (ب %) من خلال ENAF 1986 و EASME 1992. (فقط النساء اللاتي لهن على الأقل طفل واحد).

المجموع	ENAF 1986 (1)					عدد الأطفال الأحياء*
	التركيبة العائلية حسب جنس الأطفال					
	ذ > إ	ذ < إ	إ = ذ	ذ = 0	إ = 0	
(124) 26.0	- -	- -	- -	(64) 27.9	(60) 24.3	1
(210) 36.3	- -	- -	(110) 36.1	(40) 33.3	(60) 39.5	2
(225) 41.0	(75) 34.4	(100) 46.5	- -	(20) 44.4	(30) 42.9	3
(229) 42.1	(48) 37.2	(68) 45.6	(81) 41.5	(12) 36.4	(20) 52.6	4
(793) 41.0	(312) 40.4	(356) 41.4	(107) 39.8	(8) 40.0	(10) 31.2	5 وأكثر
(1581) 38.5	(435) 38.8	(524) 42.8	(298) 38.7	(144) 31.9	(180) 33.1	المجموع
EASME 1992 (2)						
(187) 39.8	- -	- -	- -	(92) 40.8	(96) 39.0	1
(333) 58.4	- -	- -	(182) 60.5	(75) 61.4	(76) 50.5	2
(299) 54.8	(98) 53.8	(132) 56.0	- -	(24) 42.5	(45) 58.3	3
(330) 62.5	(73) 57.7	(86) 68.5	(130) 62.0	(12) 55.4	(29) 64.7	4
(1072) 55.1	(418) 53.7	(477) 57.2	(155) 55.2	(7) 39.1	(15) 45.5	5 وأكثر
(2221) 54.7	(589) 54.5	(695) 57.4	(467) 58.7	(211) 47.2	(259) 47.4	المجموع
المصدر : (1) المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986).						
(2) المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (سنة 1992).						
* إ = إناث ، ذ = ذكور .						

من خلال هذه الملاحظات يمكن ان نستنتج ما يلي: الميل إلى تفضيل أطفال من جنس معين وخاصة عندما يتعلق الأمر بالذكور، يؤثر على سلوك المرأة إتجاه إستعمال وسائل منع الحمل. فالنساء اللاتي عدد ذكورهن يفوق عدد إناثهن يعرفن نسبة إستخدام أعلى كلما مال خلال التوازن لصالح الذكور، غير أن هذا الفرق قلّ مع مرور الزمن وقد يرجع ذلك إلى المكانة الهامة التي أصبحت تتمتع بها المرأة بعد دخولها إلى ميدان التعليم والشغل. والنساء اللاتي ولدن أطفالا من جنس واحد فقط لهن نسبة إستعمال أقل من النساء اللاتي حصلن على أطفال من الجنسين.

مخطط رقم (3-5) : مستوى إستعمال وسائل منع الحمل حسب التركيبة العائلية حسب
جنس الأطفال من خلال 1986 ENAF و 1992 EASME



2.4.1.3 - جنس الأطفال ورغبة المرأة في إنجاب آخرين

يقصد من استعمال وسائل منع الحمل تحقيق هدفين أساسيين: إما التباعد بين الولادات، وإما تحديدها تماما. فالمرأة التي تستعمل وسائل منع الحمل وترغب في إنجاب طفل آخر قد تقصد من وراء ذلك المباشرة، والمرأة التي تلجأ لوسائل منع الحمل ولا ترغب في إنجاب طفل آخر قد تقصد من وراء ذلك تحديد الولادات. ومن بين الأسئلة المطروحة في المسح الوطني (الخصوبة سنة 1986، صحة الأم والطفل سنة 1992) لتحديد الرغبة في المزيد من الأطفال مايلي: هل ترغبين في إنجاب طفل آخر ؟

تظهر بيانات الجدول رقم (3-7) أن معظم النساء اللاتي لهن طفل واحد على الأقل والراغبات في الحصول على آخر حصلن على ولادات من جنس واحد فقط، أو عدد إنائهن يفوق عدد ذكورهن. فنسبة النساء اللاتي حصلن على أطفال من جنس واحد فقط (ذكور أو إناث) بلغت على التوالي 23.1% و 20.1% خلال سنة 1986 وارتفعت إلى 25.4% و 24.6% سنة 1992. وعلى عكس هذا تظهر نسب غير الراغبات في المزيد من الولادات بين فئة النسوة اللاتي لديهن ذكور أو إناث فقط ضعيفة جدا، حيث بلغت على التوالي 4.4% و 2.8% سنة 1986 وارتفعت إلى 5.9% و 3.4% سنة 1992. كما يشير الجدول إلى أن معظم النساء المستعملات لوسائل منع الحمل وغير الراغبات في أطفال آخرين حصلن على عدد ذكور يفوق عدد الإناث، 41.4% سنة 1986 و 39.8% سنة 1992. وسجلت أضعف نسبة عند النساء اللاتي لديهن مواليد إناث أو ذكور فقط حيث كانت على التوالي 3.9% و 2.9% خلال سنة 1986 و 5% و 2.6% سنة 1992. إضافة إلى ذلك، فإن معظم النساء اللاتي لا يستعملن وسائل منع الحمل ويرغبين في إنجاب طفل آخر، لديهن ولادات إما ذكورا فقط (23.3%) أو إناثا فقط (21%) سنة 1986 وارتفعت هذه النسبة إلى 26.6% و 24.9% على التوالي سنة 1992 .

تشير بيانات الجدول رقم (5-13) - ملحق رقم 2 - إلى أنه مهما كانت رغبة المرأة في إنجاب طفل آخر، فإن النساء اللاتي لهن أطفال من جنس واحد فقط يستعملن وسائل منع الحمل بنسبة تقل عن مؤشرات النساء اللاتي ولدن أطفالا من الجنسين. وسجلت أكبر نسبة استعمال عند النساء اللاتي يفوق عدد ذكورهن عدد إنائهن. وتؤكد بيانات الجدول رقم (5-14) - ملحق رقم 2 - النتيجة السابقة والمتمثلة في أن معظم المستعملات لوسائل منع الحمل حصلن على ولادات من الجنسين، لذلك لا يرغبن في إنجاب أطفال آخرين.

جدول رقم (3-7): توزيع النساء المتزوجات عند إجراء المسح (15-49 سنة) اللاتي لهن طفل واحد على الأقل حسب جنس التركيبة العائلية (الأطفال) وإستعمال موانع الحمل والرغبة في إنجاب طفل آخر من خلال ENAF 1986 و EASME 1992.

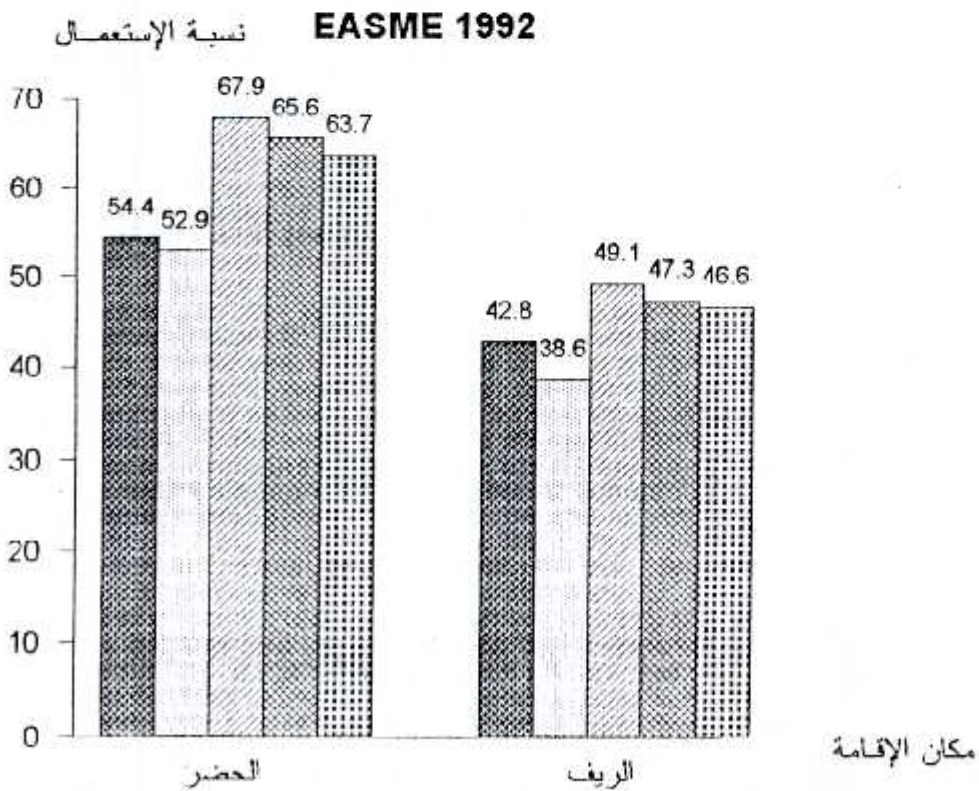
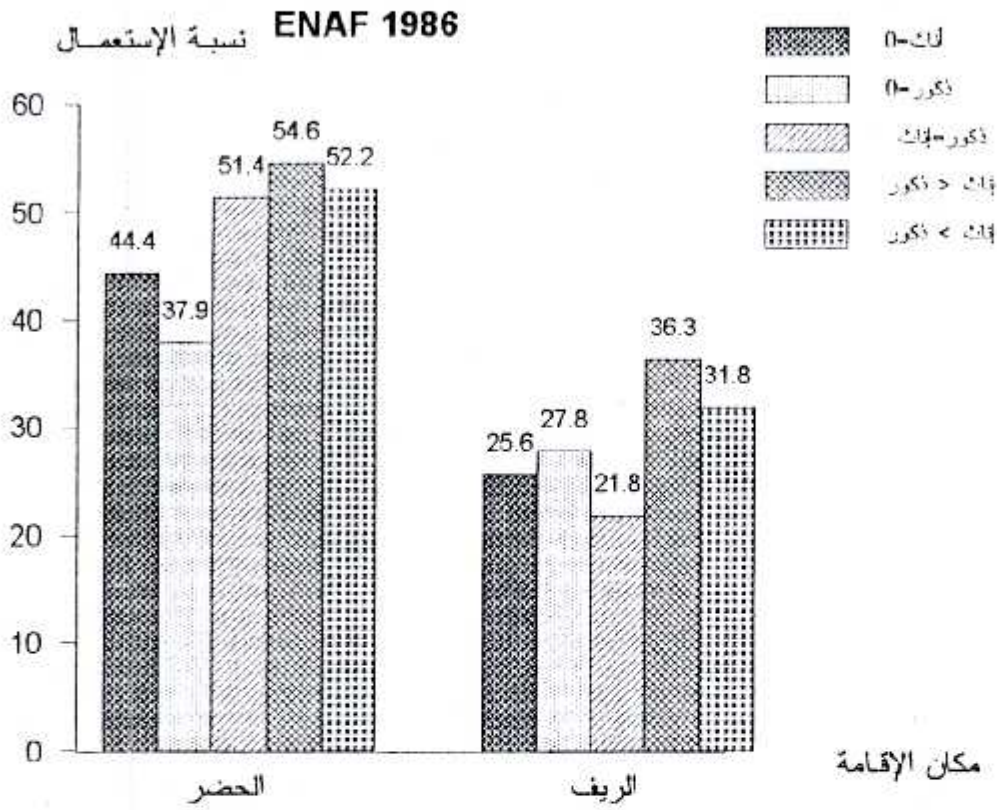
المجموع	ENAF 1986 (1)					المتغيرات
	للتريكية العائلية حسب جنس الأطفال					
	! > ذ	! < ذ	ذ = !	0 = ذ	0 = !	
(1898) 100	20.4	17.6	18.8	20.1	23.1	1- ترغبن في إنجاب طفل آخر.
(621) 100	19.2	20.6	19.2	18.3	22.7	- تستعمل موانع الحمل
(1277) 100	21.1	16.0	18.6	21.0	23.3	- لا تستعمل موانع الحمل
(2045) 100	33.3	40.3	19.2	2.8	4.4	2- لا ترغبن في إنجاب طفل آخر
(925) 100	33.1	41.4	18.7	2.9	3.9	- تستعمل موانع الحمل
(1120) 100	33.4	39.5	19.5	2.8	4.8	- لا تستعمل موانع الحمل
100 (3943)	27.1	29.4	19.0	11.1	13.4	المجموع
EASME 1992 (2)						
(1480) 100	17.8	15.2	17.0	24.6	25.4	1- ترغبن في إنجاب طفل آخر .
(798) 100	17.1	15.3	19.0	24.2	24.4	- تستعمل موانع الحمل
(682) 100	18.8	15.1	14.6	24.9	26.6	- لا تستعمل موانع الحمل
(2352) 100	31.5	39.0	20.2	3.4	5.9	2- لا ترغبن في إنجاب طفل آخر.
(1430) 100	30.5	39.8	22.1	2.6	5.0	- تستعمل موانع الحمل
(922) 100	31.9	37.6	17.9	4.7	7.9	- لا تستعمل موانع الحمل
(3998) 100	26.2	29.8	19.0	11.6	13.4	المجموع
المصدر : (1) المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986) .						
(2) المسح الجزائري الخاص بصحة الطفل والأم (سنة 1992) .						

3.4.1.3 - تأثير جنس الأطفال ومكان الإقامة على مستوى استعمال وسائل منع الحمل:

نريد من خلال هذه الفقرة معرفة أثر التركيبة العائلية حسب جنس الأطفال على سلوك المرأة الحضرية والمرأة الريفية إتجاه استخدام وسائل منع الحمل. فمن خلال قراءتنا لمعطيات الجدول رقم (5-15) - ملحق رقم 2 - نلاحظ أن النساء الحضريات اللاتي يفوق عدد ذكورهن عدد إناثهن يستعملن وسائل منع الحمل عند نسب أعلى من نسب مثيلاتها اللاتي يفوق عدد إناثهن عدد ذكورهن. قدرت هذه النسبة بـ 54.6 % سنة 1986 وارتفعت إلى 65.6 % سنة 1992 عند الفئة الأولى وبـ 52.2 % سنة 1986 وارتفعت إلى 63.7 % سنة 1992 عند الفئة الثانية. بلغ الفرق 2.4 نقاط سنة 1986 وإنخفض إلى 1.9 نقاط سنة 1992. أما فئة النساء اللاتي لهن ذكور فقط فيستعملن وسائل منع الحمل عند نسب تفوق نسب المستعملات اللاتي أنجبن إناثا فقط (44.4 % سنة 1986 و 54.4 % سنة 1992 عند الفئة الأولى و 37.9 % سنة 1986 و 52.9 % سنة 1992 عند الفئة الثانية) وتقل عن نسب المستعملات اللاتي لهن أطفال من الجنسين، وهو ما يؤكد المخطط رقم (3-6). نجد نفس الظاهرة في المناطق الريفية، فالفرق في نسبة الإستعمال بين فئة النساء اللاتي يفوق عدد ذكورهن عدد إناثهن وفئة اللاتي عدد إناثهن يفوق عدد ذكورهن بلغ 4.5 نقاط (36.3 % مقابل 31.8 %) سنة 1986 وإنخفض إلى 0.7 نقاط (47.3 % مقابل 46.6 %) سنة 1992.

أما نسبة الإستعمال عند النساء اللاتي أنجبن ذكورا فقط فبلغت 42.8 % وهي أكبر من نسبة الإستعمال عند النساء اللاتي لهن إناث فقط والتي قدرت بـ 38.6 % سنة 1992، حيث بلغ الفرق 4.2 نقاط. بينما لوحظ عكس هذا سنة 1986 أي أن النساء اللاتي لهن الإناث فقط كن يستعملن وسائل منع الحمل عند نسب تكبير مؤشرات اللاتي أنجبن ذكورا فقط (27.8 % مقابل 25.6 %). قد يرجع ذلك إلى أثر قلة عدد النساء الريفيات اللاتي لهن أطفال من جنس واحد فقط (ذكورا أو إناثا).

مخطط رقم (3-7) : استعمال وسائل منع الحمل حسب جنس التركيبة العائلية (الأطفال)
ومكان الإقامة من خلال ENAF 1986 و EASME 1992



4.4.1.3 - مواعيد الحمل حسب جنس الأطفال والمستوى التعليمي:

إن العلاقة الموجودة بين مستوى تعليم المرأة وإستعمال وسائل منع الحمل علاقة طردية، بمعنى أنه كلما ارتفع مستوى المرأة التعليمي كلما ارتفعت نسبة إستعمالها لوسائل منع الحمل. فهل أثر التركيبة العائلية حسب جنس الأطفال على إستعمال وسائل منع الحمل يتغير بتغير مستوى المرأة التعليمي؟

نلاحظ من خلال قراءتنا للجدول رقم (3-8) أن النساء الأميات اللاتي عدد ذكورهن يفوق عدد إناثهن، يستعملن وسائل منع الحمل عند نسب تفوق نسب النساء اللاتي لهن تقيض التركيبة السابقة (عدد الإناث أكبر من عدد الذكور) مهما كان عدد الأطفال الأحياء، كما هو مبين في المخطط رقم (3-7). بلغ الفرق بين نسبي الإستعمال عند هاتين الفئتين 4.1 نقطة (35.7 % مقابل 31.6 %) سنة 1986 وارتفع إلى 5.1 نقطة (50.6 % مقابل 45.5 %) سنة 1992. أما النساء اللاتي ولدن ذكورا فقط لهن نسبة إستعمال (20.5 % سنة 1986 وارتفعت إلى 39.2 % سنة 1992) تفوق مثيلاتها عند النساء اللاتي أنجبين الإناث فقط (18.8 % سنة 1986 وارتفعت إلى 32.3 % سنة 1992) حيث بلغ الفرق 1.7 نقاط سنة 1986 وارتفع إلى 6.9 نقاط سنة 1992.

نلاحظ تراجع أثر تفضيل الذكور على الإناث فيما يخص إستعمال وسائل منع الحمل عند نسوة المستوى الابتدائي أو المتوسط مقارنة مع ما سبق. فالفرق بين نسبي الإستعمال عند النساء اللاتي عدد ذكورهن أكبر من عدد إناثهن وتلك اللاتي عدد إناثهن يفوق عدد ذكورهن بلغ 7.1 نقطة (66.9 % مقابل 59.8 %) سنة 1986 وانخفض إلى 1.7 نقاط (72.9 % مقابل 71.2 %) سنة 1992. أما الفرق بين نسبي الإستعمال عند اللاتي ولدن ذكورا فقط واللاتي أنجبين إناثا فقط قدر بـ 4 نقاط (56.6 % مقابل 52.6 %) سنة 1992 ، في حين لم يسجل فرق سنة 1986 .

إن أهم ما نلاحظه عند ذوات المستوى الثانوي فما فوق هو إنعدام أثر تفضيل الذكور في التركيبة الأسرية على إستعمال وسائل منع الحمل، بل وجدنا عكس هذا، أي أن النساء اللاتي حصلن على تركيبة أسرية عدد البنات فيها يفوق عدد الذكور يستعملن وسائل منع الحمل عند نسب تكبير نسب إستعمال تقيضاتها من النسوة (70 % مقابل 82.6 % سنة 1986 و 73.3 % مقابل 76.9 % سنة 1992). كما أن النساء اللاتي أنجبين إناثا فقط يستعملن هذه الوسائل عند نسب تفوق نسب اللاتي

أنجبن ذكورا فقط (59.2% مقابل 55.8% سنة 1986 و66% مقابل 52.6% سنة 1992). وقد يرجع ذلك إلى أثر نقص عدد النساء ذوات المستوى الثانوي فما فوق، بمعنى أن عينة هذه الفئة من النساء غير كافية إحصائيا.

وأخيرا نستطيع القول أنه كلما يرتفع مستوى المرأة التعليمي كلما قلَّ عندها أثر تفضيل الذكور على إستعمال وسائل منع الحمل، وينعدم هذا الأثر تماما عند النساء ذوات المستوى الثانوي وما فوق. وعموما تعرف النساء اللاتي أنجبن أطفالا من جنس واحد فقط نسبة إستعمال تقل عن نسبة الإستعمال عند النساء اللاتي أنجبن أطفالا من الجنسين مهما كان مستوى المرأة التعليمي .

جدول رقم (3-8): نسبة النساء المتزوجات عند إجراء المسح (15-49 سنة) اللاتي لهن طفل واحد على الأقل ويستعملن وسائل منع الحمل حسب عدد الأطفال الأحياء وبنسب التركيبة العائلية (الأطفال) والمستوى التعليمي ضمن مجموع نسوة كل فئة (بـ %) حسب ENAF 1986 و EASME 1992.

1- ENAF سنة 1986

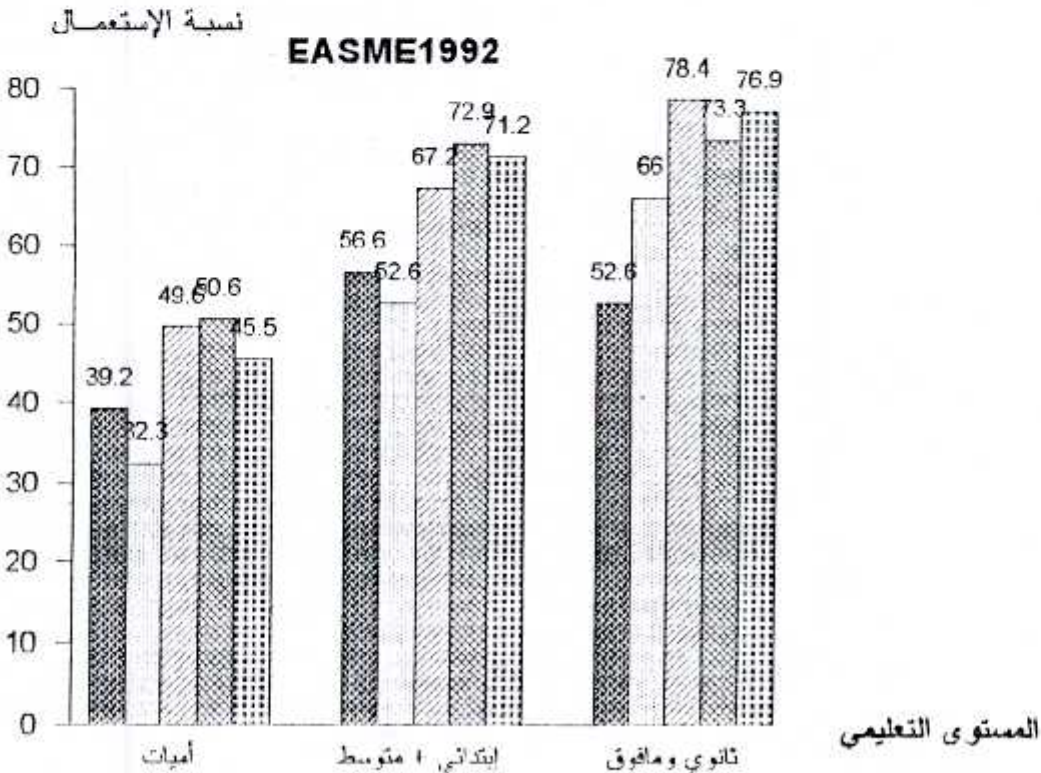
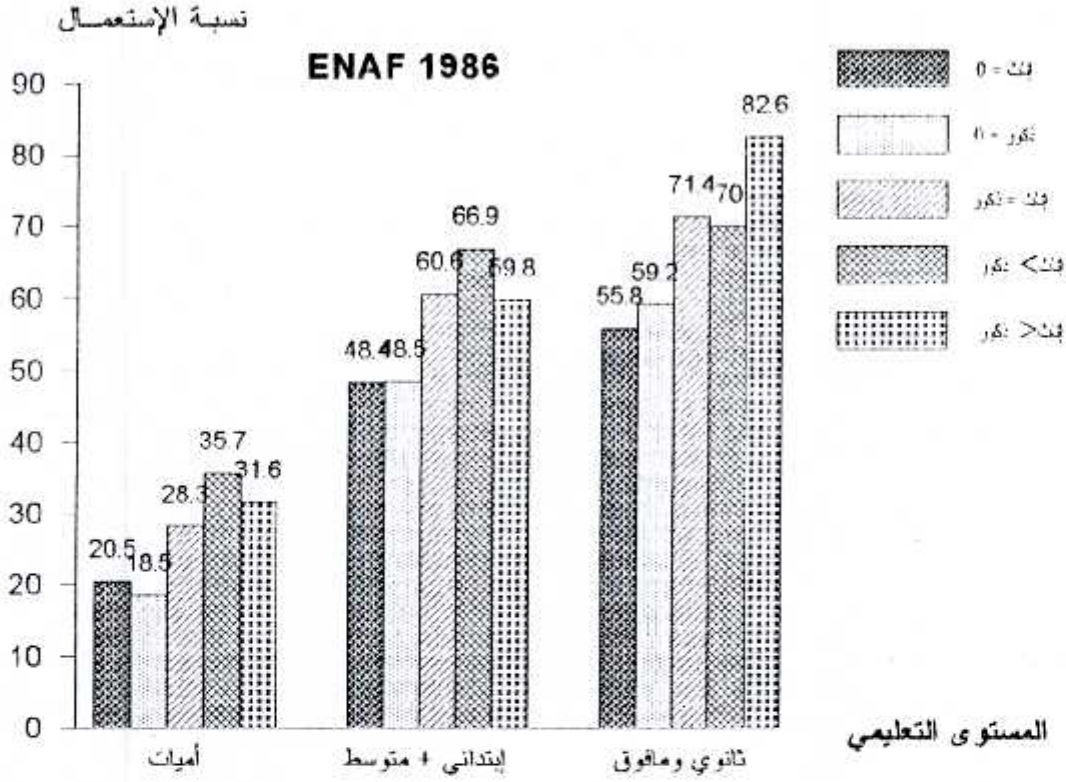
المجموع	النساء غير المتعلمات (أميات)										عدد الأطفال الأحياء
	التركيبة العائلية حسب جنس الأطفال										
	ذ > إ		ذ < إ		ذ = إ		ذ = 0		إ = 0		
(25) 11.5	—	—	—	—	—	—	(16) 12.4	(13) 10.5			1
(68) 21.2	—	—	—	—	(30) 17.7	(18) 26.1	(20) 24.1			2	
(103) 30.2	(35) 24.5	(52) 38.8	—	—	(5) 23.8	(11) 25.6			3		
(113) 30.4	(23) 25.3	(34) 33.7	(39) 30.7	(4) 17.4	(13) 44.8			4			
(551) 34.6	(212) 34.2	(249) 35.4	(80) 34.6	(5) 38.5	(5) 20.8			5 وأكثر			
(864) 30.0	(270) 31.6	(335) 35.7	(149) 28.3	(48) 18.8	(62) 20.5			المجموع			
المستوى الابتدائي + المتوسط + الفرأني											
(71) 40.6	—	—	—	—	(38) 47.5	(33) 35.5			1		
(123) 53.9	—	—	—	—	(70) 58.3	(21) 42.8	(32) 55.2			2	
(98) 55.7	(31) 48.4	(40) 21.2	—	—	(10) 55.5	(17) 68.0			3		
(107) 66.9	(23) 67.6	(33) 71.7	(37) 59.7	(8) 80.0	(6) 75.0			4			
(228) 66.5	(92) 63.0	(101) 69.6	(27) 71.0	(3) 50.0	(5) 62.5			5 وأكثر			
(627) 57.9	(146) 59.8	(174) 66.9	(134) 60.6	(80) 48.5	(93) 48.8			المجموع			
المستوى الثانوي فما فوق											
(24) 50.0	—	—	—	—	(10) 55.5	(14) 46.7			1		
(19) 67.8	—	—	—	—	(10) 66.7	(1) 50.0	(8) 72.7			2	
(22) 75.9	(9) 81.8	(7) 63.6	—	—	(5) 83.3	(1) 100.0			3		
(9) 69.2	(2) 50.0	(1) 50.0	(5) 83.3	—	—	(1) 100.0			4		
(14) 85.7	(8) 100.0	(6) 85.7	—	—	(0) 0.0	—	—			5 وأكثر	
(88) 65.7	(19) 82.6	(14) 70.0	(15) 71.4	(16) 59.2	(24) 55.8			المجموع			
المصدر : المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986) .											

جدول رقم (8-3) (تابع) :

2- EASME سنة 1992

المجموع	النساء غير المتعلمات (أميات)										عدد الأطفال الأحياء
	التركيبة العائلية حسب جنس الأطفال										
	ذ > إ		ذ < إ		إ = ذ		ذ = 0		إ = 0		
(38) 23.4	-	-	-	-	-	-	(15) 19.7	(23) 27.2			1
(100) 46.1	-	-	-	-	(57) 50.3	(21) 45.3	(22) 38.6				2
(106) 41.2	(29) 35.6	(47) 42.7	-	-	(11) 37.1	(19) 49.8					3
(180) 49.6	(26) 44.0	(32) 56.0	(43) 46.6	(5) 56.2	(14) 57.0						4
(705) 49.4	(266) 47.0	(322) 51.5	(105) 51.0	(3) 34.3	(9) 47.8						5 وأكثر
(1069) 46.4	(321) 45.5	(401) 50.6	(205) 49.6	(55) 32.3	(87) 39.2						المجموع
المستوى الابتدائي و المتوسط و ابتدائي غير كامل											
(117) 48.1	-	-	-	-	-	-	(60) 48.0	(57) 48.3			1
(178) 63.3	-	-	-	-	(95) 64.6	(40) 65.0	(43) 58.1				2
(173) 67.8	(60) 63.8	(79) 71.8	-	-	(12) 50.0	(22) 75.8					3
(183) 72.3	(44) 75.8	(44) 73.3	(77) 70.6	(5) 50.0	(13) 81.2						4
(353) 71.2	(148) 74.4	(146) 72.3	(49) 67.1	(4) 33.3	(6) 60.0						5 وأكثر
(1005) 65.5	(252) 71.2	(269) 72.9	(221) 67.2	(122) 52.6	(141) 56.6						المجموع
المستوى الثانوي فما فوق											
(31) 46.3	-	-	-	-	-	-	(16) 51.6	(15) 44.3			1
(56) 80.0	-	-	-	-	(31) 74.6	(15) 93.7	(10) 76.9				2
(21) 67.7	(9) 81.1	(7) 57.0	-	-	(2) 100.0	(3) 50.0					3
(26) 86.7	(4) 80.0	(9) 81.8	(9) 90.1	(2) 66.7	(2) 100.0						4
(13) 72.2	(7) 70.0	(6) 85.7	-	-	-	-	(0) 0.0				5 وأكثر
(147) 68.0	(20) 76.9	(22) 73.3	(40) 78.4	(35) 66.0	(30) 52.6						المجموع
المصدر : المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (سنة 1992) .											

مخطط رقم (3-8) : إستعمال وسائل منع الحمل حسب جنس التركيبة العائلية (الأطفال) ومستوى المرأة التعليمي من خلال ENAF 1986 و EASME 1992



5.4.1.3 - جنس الأطفال والمنطقة الجغرافية:

وكما لاحظنا سابقا نجد من خلال قراءتنا للجدول رقم (5-16) - ملحق رقم 2 - أن إستعمال وسائل منع الحمل منتشر أكثر في الغرب ثم الوسط وبدرجة أقل في الشرق والجنوب. وبنفس الصيغة يتفاوت أثر تفضيل الذكور على إستعمال وسائل منع الحمل بين مختلف مناطق البلاد. فأكبر فرق في نسبة الإستعمال بين النساء اللاتي عدد ذكورهن يفوق عدد إناثهن والنساء اللاتي عدد إناثهن يفوق عدد ذكورهن، سجل في منطقة الجنوب حيث بلغ 13.8 نقاط (61.1 % مقابل 47.3 %) سنة 1992 وتليها منطقة الوسط بـ 6.7 نقاط (46.8 % مقابل 40.1 %) سنة 1986 و 6.8 نقاط (57.4 % مقابل 50.6 %) سنة 1992، ثم منطقة الشرق بـ 3.1 نقطة (31.4 % مقابل 28.3 %) سنة 1986 وارتفع إلى 5.8 نقاط (48.3 % مقابل 42.5 %) سنة 1992، وتأتي في الأخير منطقة الغرب بـ 4.8 نقاط (67.7 % مقابل 62.9 %) سنة 1992. ونسبة الإستعمال عند النساء اللاتي أنجبن أطفالا من جنس واحد فقط (ذكور أو إناث) أقل من نسبة الإستعمال عند النساء اللاتي ولدن أطفالا من الجنسين.

إن أثر تفضيل الذكور على إستعمال وسائل منع الحمل يتفاوت حسب المناطق السكنية، فهو أكبر في منطقة الجنوب ثم تليها منطقة الوسط والشرق وتأتي في الأخير منطقة الغرب. وقد يرجع ذلك إلى العادات والتقاليد التي تميز كل منطقة وإلى مميزات النساء في هذه المناطق (مستوى التعليم، إمكانية العمل...) وكذلك إلى وفرة الهياكل التي تقدم خدمات تباعد الولادات.

2.3 - أسباب عدم إستعمال وسائل منع الحمل أو التخلي عن إستخدامها :

بعد أن تطرقنا إلى دراسة أثر التركيبة العائلية حسب جنس الأطفال وأصل المرأة الجغرافي أي الوسط الإجتماعي الذي قضت فيه طفولتها (حتى سن 12 سنة) على سلوكها إتجاه إستخدام وسائل منع الحمل، فمن الضروري أن ندرس العوامل أو الأسباب الرئيسية التي منعت المرأة أو جعلتها تتخلى عن إستعمال هذه الوسائل، حتى نلم بجميع جوانب هذا الموضوع وتكتمل لدينا الصورة.

1.2.3 - أسباب الإنقطاع أو التخلي عن الإستخدام:

لقد بلغت نسبة النساء المتزوجات عند إجراء المسح واللائي في سن الإنجاب (15-49 سنة) وسبق لهن إستعمال وسيلة من وسائل منع الحمل ثم تخلين عن إستعمالها عند إجراء المسح 17.9 % سنة 1986، وهي مرتفعة أكثر في الحضر 22.3 % مقابل 15.2 % في الريف. لم يتطرق المسح الوطني الخاص بصحة الأم والطفل (سنة 1992) لدراسة أسباب الإنقطاع أو التخلي عن الإستخدام.

تشير بيانات الجدول رقم (3-9) أن 34 % من النساء إنقطعن أو تخلين عن إستعمال وسائل منع الحمل بهدف الحصول على ولادة، وهذه النسبة مرتفعة أكثر في الحضر حيث بلغت 37.2 % مقابل 31.1 % في الريف، وهذا يبين هدف هذه الفئة من النساء التي كانت تستعمل موانع الحمل للمباعدة بين الولادات.

جدول رقم (3-9): توزيع النساء المتزوجات عند إجراء المسح (15-49 سنة) حسب أسباب التخلي أو الإنقطاع عن إستعمال وسائل منع الحمل ومكان الإقامة حسب

ENAF 1986 .

الجزائر	الريف	الحضر	أسباب الإنقطاع عن إستخدام وسائل منع الحمل
34.0	31.1	37.2	1- الحصول على ولادة
11.0	12.9	8.8	2- الخوف من الآثار الجانبية
23.4	21.3	25.8	3- أسباب صحية
4.2	2.6	6.1	4- انفصال الزوجين
4.2	5.4	2.9	5- ضغط الزوج
9.6	10.2	8.2	6- الإخفاق في إستعمال الطريقة
2.5	3.3	1.6	7- إنقطاع مخزون وسائل منع الحمل
11.1	12.6	9.4	8- أسباب أخرى
100	100	100	المجموع
803	427	376	عدد النساء المتزوجات اللائي إنقطعن عن إستخدام الوسيلة
4490	2803	1687	عدد المتزوجات

المصدر : المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986).

تأتي الأسباب الصحية في المرتبة الثانية بنسبة 23.4 % (25.8 % في الحضر مقابل 21.3 % في الريف) ويليهما التخوف من الآثار الجانبية بنسبة 11 % (12.9 % في الريف مقابل

8.8 % في الحضر)، ثم الإخفاق أي الفشل في إستعمال الطريقة المتبعة بنسبة 9.6 % . أما تأثيرات انفصال الزوجين، ضغط الزوج ونفاذ مخزون وسائل منع الحمل فكانت ضعيفة (4.2 % ، 4.2 % و 2.5 %)، فيما بلغت مساهمة الأسباب الأخرى 11.1 % كمرض المرأة والسبب الديني وغيرها.

2.2.3 - أسباب عدم الإستعمال

من خلال معطيات الجدول رقم (3-10) نلاحظ أن النساء اللاتي لم يستعملن أية وسيلة من وسائل منع الحمل، قبل وعند إجراء مسح سنة 1986 مثلن نسبة 52.3 % من مجموع المتزوجات واللاتي في سن الإنجاب (15 - 49 سنة) وإنخفضت إلى 24.2 % سنة 1992. تختلف هذه النسبة حسب مكان الإقامة حيث سجلنا 29.9 % في الريف و 18.4 % في الحضر سنة 1992 بعدما كانت 60.1 % في الريف و 39.3 % في الحضر سنة 1986.

جدول رقم (3-10): أسباب عدم إستعمال موانع الحمل (أثناء وقبل إجراء المسح) عند النساء المتزوجات حسب مكان الإقامة

EASME 1992 (2)		ENAF 1986 (1)		أسباب عدم الإستعمال		
الجزائر	الريف	الحضر	الجزائر	الريف	الحضر	
9.3	9.2	4.9	35.7	35.0	37.6	1- الرغبة في إنجاب الطفل الأول أو طفل آخر
7.1	8.4	5.1	5.4	6.0	3.9	2- أسباب دينية
11.4	12.7	11.0	11.8	13.9	6.5	3- عدم موافقة الزوج
15.7	13.5	19.1	10.3	10.6	9.6	4- آثار جانبية
4.9	7.2	1.2	-	-	-	5- صعوبة للحصول عليها
22.7	19.4	28.0	12.1	10.3	12.2	6- إنقطاع الدورة / التعم
4.0	5.2	2.1	8.5	9.1	7.1	7- نقص الإعلام
20.2	18.2	16.4	13.1	12.4	14.9	8- أسباب أخرى
4.8	4.3	5.8	3.0	2.7	3.6	9- غير مصرحات
100	100	100	100	100	100	المجموع
1143	714	429	2348	1685	663	عدد النساء المتزوجات اللاتي لم يستعملن أية وسيلة لمنع الحمل
4715	2384	2331	4490	2803	1687	عدد النساء المتزوجات
المصدر : (1) المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986).						
(2) المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (سنة 1992).						

يمكن ترتيب الأسباب الرئيسية التي منعت المرأة من استخدام وسائل منع الحمل سنة 1986 كما يلي:
كانت الرغبة في إنجاب الطفل الأول أو طفل آخر هي السبب الرئيسي بنسبة تقدر بـ 35.7% وهي مرتفعة أكثر في الحضر حيث بلغت 37.6% مقابل 35% في الريف. ينتشر هذا السلوك الطبيعي أكثر بين النساء الصغيرات السن اللاتي لم يحصلن على حجم الأسرة المرغوب فيه. يحتل عدم موافقة الزوج المرتبة الثانية بنسبة 11.8%. تختلف هذه النسبة حسب مكان الإقامة، فهي مرتفعة في الريف 13.9% مقابل 6.5% في الحضر، ذلك لأن الرجل في المناطق الريفية هو صاحب السلطة والقرار. تأتي عدم القدرة على الإنجاب في المرتبة الثالثة بسبب إنقطاع الدورة (الطمث) أو العقم بنسبة 12.1%، يليه التخوف من الآثار الجانبية التي تنجم عن استخدام وسائل منع الحمل بنسبة 10.3% ويساهم نقص الإعلام بوسائل منع الحمل بنسبة 8.5% .

والشيء الملفت للنظر هو أن الدين لا يعتبر عائقاً أساسياً لإستعمال وسائل منع الحمل حيث بلغت نسبة النساء غير المستعملات لأسباب دينية 5.4% فكانت هذه النسبة 6% في الريف مقابل 3.9% في الحضر. وتساهم الأسباب الأخرى كإنفصال الزوجين وعقم الزوج ومرض المرأة وغيرها بنسبة 13.1% .

أصبح عدم القدرة على الإنجاب - خلال سنة 1992 - بسبب إنقطاع الدورة (الطمث) أو العقم يمثل السبب الرئيسي لعدم استعمال وسائل منع الحمل حيث مثلت نسبة 22.7% وهي مرتفعة أكثر في الحضر 28% مقابل 19.4% في الريف. يأتي التخوف من الآثار الجانبية التي تنتج عن استعمال هذه الوسائل في المرتبة الثانية بنسبة 15.7% كمعدل وطني، بينما ترتفع في الحضر 19.1% مقارنة مع 13.5% في الريف. يحتل عدم موافقة الزوج المرتبة الثالثة بنسبة 11.4%. أما نسبة النساء غير المستعملات بسبب الرغبة في إنجاب الطفل الأول أو طفل آخر فإنخفضت إلى 9.3% بينما بقي تأثير الدين بسيطاً حيث مثل نسبة 7.1% أما صعوبة الحصول على وسائل منع الحمل ونقص الإعلام فيساهمان بنسبة 8.9% . ونجد نسبة لا بأس بها (20.2%) من النساء غير المستخدمات لأسباب أخرى كعدم موافقة الأهل أو التكلفة المالية أو صعوبة الإستخدام وغيرها.

خلاصة، نستطيع القول أن عدم القدرة على الإنجاب بسبب إنقطاع الدورة (الطمث) أو العقم والرغبة في إنجاب الطفل الأول أو طفل آخر وعدم موافقة الزوج والخوف من الآثار الجانبية (الثانوية) تمثل الأسباب الرئيسية التي تمنع المرأة من استخدام وسائل منع الحمل، في حين لا يشكل الدين عائقا كبيرا لإستعمالها.

الفصل الرابع: تقدير أثر المتغيرات الوسيطة على الخصوبة خلال الفترة 1986 - 1992 (تطبيق نموذج BONGAARTS)

بعد أن تطرقنا في الفصول السابقة إلى إنتشار إستخدام وسائل منع الحمل والعوامل المحددة لإستعمالها، وإلى مستوى وإتجاه معدلات الخصوبة العامة ، سنحاول من خلال هذا الفصل تقدير أثر وحصّة استعمال وسائل منع الحمل وبعض المتغيرات الوسيطة الأخرى كالزواج والعقم وعدم الإخصاب - بتطبيق نموذج BONGAARTS - في تخفيض الخصوبة.

سنحاول الإعتماد بشكل مركز على مقالين في توضيح هذا النموذج، الأول يعود إلى قواوسي (تحليل الخصوبة المقارن) والثاني إلى BONGAARTS (Les effets inhibiteurs des variables intermédiaires de la fécondité). إضافة إلى ذلك سنعمد إلى تقدير معدل إستعمال وسائل منع الحمل اللازم لبلوغ معدل خصوبة معين في سنتي 2000 و 2005 م.

1.4 - عرض نظري لنموذج BONGAARTS¹

إن مستويات واتجاهات الخصوبة تتأثر بعدة عوامل منها الإجتماعية كمكان الإقامة (الريف أو الحضر) والإقتصادية كمستوى المعيشة والثقافية كالمستوى التعليمي للزوجين. تؤثر هذه العوامل بطريقة غير مباشرة على الخصوبة ، فإذا أخذنا مستوى المرأة التعليمي ، فهذا المتغير سوف يؤثر بطريقة سلبية على الخصوبة ولكن أثره على هذه الظاهرة غير مباشر. بمعنى هناك عوامل أخرى تؤثر من خلالها المتغيرات الإجتماعية والإقتصادية والثقافية على معدل الإنجاب. سميت هذه العوامل بـ "المتغيرات الوسيطة للخصوبة" وتعود هذه العبارة إلى الباحثين JUDITH BLAKE و KINGSLEY DAVIS اللذين عدا إحدى عشر متغيراً مصنفة في ثلاثة أقسام :

¹ BONGAARTS, J., les effets inhibiteurs des variables intermédiaires de la fécondité, Population Council, New York, 1982, p.64

أ- متغيرات خاصة بالعلاقات الجنسية: السن عند بداية ممارسة العلاقات الجنسية، تكرارات الزوجات، الإنفصال، إعادة الزواج، النكرارات في ممارسة العلاقات الجنسية، فترة الإمتناع عن العلاقات الجنسية سواء أكان إراديا أو لا إراديا.

ب- متغيرات خاصة بالحمل: خصوبة الأزواج، إستعمال وسائل منع الحمل، طول فترة الرضاعة الطبيعية والطمث.

ج- متغيرات تؤثر على الحمل: الإجهاض العمدي أو العفوي، وفيات الرضع الأقل من شهر. فالإطار الذي طوره BLAKE و DAVIS مفيد جدا في التحليل المقارنة لأنه يرتب المتغيرات التي بواسطتها يتم التأثير على كل سلوك مرتبط بالخصوبة.

رغم جودة الإطار النظري إلا أن عمل هذين الباحثين لا يمكن دمجهم في برامج تدرّس وتقيس الآثار المتباينة لكل متغير من المتغيرات المدرجة في النموذج، فمثلا لا نستطيع قياس التعويض الحاصل بين آثار هذه المتغيرات على الخصوبة، فالترجع الذي يحصل في مدة الرضاعة قد يعوّض بإستخدام وسائل منع الحمل في نفس الفترة. وكذلك من غير الممكن توضيح نتائج التعويض الحاصل بين هذه المتغيرات .

جاء عدة باحثين بنماذج مختلفة لكن جميعها مبني على أساس الإطار والمتغيرات المقترحة من طرف DAVIS و BLAKE . كان BONGAARTS من بين هؤلاء الباحثين حيث أعد نموذجا مبنيًا على أربع متغيرات وسيطة أساسية هي: إستعمال وسائل منع الحمل (C_0) ، الإجهاض العمدي (C_1) ، نسبة الزواج (C_m) ومدة عدم الإخصاب (C_2). تفسر هذه المتغيرات الأربعة وحدها 96 % من التباين في مجموع المواليد المخفضة، والمعبر عنها بالمؤشر التركيبي للخصوبة العامة، وهذا بعد ما جرب النموذج على عينة تتكون من واحد وأربعين مجتمعا، تشمل البلدان المتقدمة والبلدان النامية وكذلك المجتمعات القديمة (التاريخية).

وغالبا ما تدرج المتغيرات الوسيطة للخصوبة عند تطبيق نماذج إعادة تجديد السكان (Reproduction de la population) في سبعة متغيرات هي: نسبة النساء المتزوجات، إستعمال وفعالية

² مدة عدم الاعصاب تشمل كل من مدة الرضاعة الطبيعية والإمتناع عن العلاقات الجنسية.

وسائل منع الحمل، معدل الإجهاض العمدي، مدة عدم الإخصاب، تكرار العمليات الجنسية (الإخصاب)، وفيات الأطفال الرحمية ومعدل العقم الدائم.

يؤثر كل متغير من هذه المتغيرات الوسيطة على الخصوبة مباشرة. يقيس العامل الأول احتمال وقوع عمليات جنسية منتظمة داخل المجتمع النسوي ويقاس العاملان الثاني والثالث معدل تنظيم الخصوبة الشرعية، وتشكل العوامل الباقية عناصر خصوبة النساء المتزوجات الطبيعية.

هذه المتغيرات ليست لها نفس الأهمية في دراسة مستويات وتباينات الخصوبة، لذلك تم اختيار متغيرات نموذج BONGAARTS الأربعة بناء على معيارين :

المعيار الأول: حساسية الخصوبة لتغيرات مختلف العوامل الوسيطة، فإذا كان أثر التغيرات الهامة في قيمة مؤشر متغير ما على الخصوبة ضئيلاً، فهذا يعني أن أثر هذا المؤشر على الخصوبة يكون قليل الأهمية.

المعيار الثاني: مجال تغير عامل ما داخل المجتمع، فثبات قيمة مؤشر متغير ما خلال الزمن يعني أن أثره على الخصوبة قليل الأهمية من وجهة نظر التحليل التفاضلي للظاهرة.

تم إعداد نموذج BONGAARTS بناء على الفرضية التالية: العدد الأقصى للولادات في غياب كل المتغيرات التي تعمل على تنظيم الخصوبة بتغير قليلاً من مجتمع لآخر. تُستشف هذه الفرضية من ملاحظة الظواهر الديمغرافية في معظم المجتمعات الإنسانية. فبإمكاننا إذن ترتيب ونسب الفرق الموجود بين الخصوبة الملاحظة المعرفة بالمؤشر التركيبي للخصوبة العامة والخصوبة الطبيعية لكل متغير من المتغيرات الوسيطة الأربعة المذكورة، لأن هذا النموذج يمكننا من دراسة وتحليل العلاقة الموجودة بين الخصوبة العامة (المؤشر التركيبي للخصوبة العامة) والمتغيرات الوسيطة الأربعة، ومن قياس تأثير كل منها على الظاهرة (الخصوبة) وكذا قياس التعويض الحاصل بين مختلف المتغيرات (الأربعة)، إلا أن للنموذج بعض النقائص أهمها: -

1- لا يمكننا من تقدير مستوى الخصوبة بل يكفي بتحليل وقياس أثر كل متغير من المتغيرات الوسيطة المذكورة على الخصوبة.

2- لا يقدر هذا النموذج الخصوبة بدقة، أي لا يعطي قيمة الخصوبة الحقيقية المقدرة بسبب إهماله لباقي المتغيرات.

3- يربط هذا النموذج الإستعمال الحالي لموانع الحمل (وقت إجراء المسح) بالخصوبة الحالية، علما أن هذه الأخيرة تحسب على أساس ولادات السنتين أو الخمس سنوات السابقة للمسح.

2.4- التأثير النظري لكل من نسبة الزواج (c_m) واستعمال موانع الحمل (c_c) والإجهاض العمدي (c_a) ومدة عدم الإخصاب (c_i)

تصنف المتغيرات الوسيطة الأربعة المدرجة في نموذج BONGAARTS ضمن العوامل المخففة للخصوبة. تبلغ هذه الظاهرة قيمة أقل عن قيمتها القصوى تحت تأثير سن الزواج واستعمال وسائل منع الحمل واللجوء إلى الإجهاض العمدي وتمديد فترة عدم الإخصاب. يوضح الشكل التالي التأثير النظري لهذه المتغيرات الأربعة على الخصوبة



نذكر أولاً بأن جميع مؤشرات الخصوبة المستعملة في هذا النموذج محسوبة على أساس المواليد الشرعية فقط.

عندما تكون الخصوبة تحت تأثير المتغيرات الوسيطة الأربعة (تأثير كلي) فإن الخصوبة الملاحظة في هذا المجتمع تقاس بالمؤشر التركيبي للخصوبة العامة (TFR). إذا تزوجت كل النسوة اللاتي في سن الإنجاب (أي أبعدنا تأثير العزوبة) تقاس الظاهرة بالمؤشر (TM) المعبر عنه بالمؤشر

التركيبى للخصوبة الشرعية. وإذا أبعدها تأثير إستعمال وسائل منع الحمل والإجهاض العمدي فإن الظاهرة تصل إلى المستوى (TN) المقاس بالمؤشر التركيبى للخصوبة الشرعية الطبيعية. وأخيرا يقيس إبعاد تأثير عدم الإخصاب مستوى الخصوبة الكلية (TF).

تتغير المؤشرات TN ، TM ، TFR من مجتمع إلى آخر بينما يظل معدل الخصوبة الكلي (TF) ثابتا عموما، فقيمه تتغير من 13 إلى 17 مولودا لكل امرأة في معظم المجتمعات وتأخذ القيمة المتوسطة 15.3 مولودا لكل امرأة³.

يقاس تأثير المتغيرات الوسيطة الأربعة المدرجة في نموذج BONGAARTS بأربعة مؤشرات، تتغير قيمها بين الصفر والواحد (من 0 إلى 1). فعندما يكون تأثير المتغير الوسيطى معدوما فإن المؤشر يأخذ القيمة واحد، وعندما يصل التأثير أقصاه فإن المؤشر يأخذ القيمة صفر. يمكن تحديد قيمة كل مؤشر (أو مجموعة مؤشرات) باللجوء إلى المخطط السابق الذي يوضح نوعية الخصوبة، أي إبعاد أو إدماج المتغير. فمؤشر الزواج (C_m) يمكن التعبير عنه بقسمة المؤشر التركيبى للخصوبة العامة ومؤشر الخصوبة الشرعية، فالمؤشر التركيبى الأول يوظف كل المتغيرات الوسيطة التي تعمل على خفض الخصوبة بينما يبعد الثاني عامل العزوبة (كل النسوة متزوجات) لذلك :

$$(1) \quad TFR = C_m \cdot TM \quad \text{ومنها} \quad C_m = \frac{TFR}{TM}$$

يمكن التعبير عن الأثر الملاحظ على الخصوبة داخل الزواج بواسطة المؤشر المركب الذي يعكس دور موانع الحمل والإجهاض العمدي من خلال المؤشر التركيبى للخصوبة الشرعية (أي كل النسوة متزوجات) والمؤشر التركيبى للخصوبة الشرعية الطبيعية (أي إبعاد موانع الحمل والإجهاض العمدي)، لذلك يمكن كتابة مؤشر تناول منع الحمل والإجهاض العمدي على النحو التالي: -

$$(2) \quad TM = C_c \cdot C_o \cdot TN \quad \text{ومنها} \quad C_c \cdot C_o = \frac{TM}{TN}$$

وبمكنا التعبير عن مؤشر عدم الإخصاب بواسطة المؤشر التركيبى للخصوبة الشرعية الطبيعية (TN) ومعدل الخصوبة الكلية النظري (TF)، فالمؤشر النظري يستبعد تأثير المتغيرات الأربعة بينما يبقى المؤشر الأول على تأثير عدم الإخصاب، لذلك قسمة الأول على الثاني يعطي أثر مؤشر عدم الإخصاب على الخصوبة.

³ BONGAARTS, J., op. cit., 1982, p. 68.

$$(3) \quad TN = C_i \cdot TF \quad \text{ومنها} \quad C_i = \frac{TN}{TF}$$

نصل في النهاية إلى تركيبة النموذج الذي يوضح العلاقة بين مؤشر الخصوبة الكلية النظري (TF) والمؤشر التركيبي للخصوبة العامة (TFR) من خلال مؤشرات المتغيرات الوسيطة.

$$(4) \quad TFR = C_m \cdot C_c \cdot C_o \cdot C_i \cdot TF$$

حيث :

TFR = المؤشر التركيبي للخصوبة العامة.

TF = معدل الخصوبة الكلية النظري.

C_m = مؤشر الزواج (يأخذ القيمة واحد إذا كانت كل النسوة في سن الإنجاب متزوجات والقيمة صفر في غياب الزواج أي كل النساء عازبات).

C_c = مؤشر منع الحمل (يأخذ القيمة واحد في غياب إستعمال موانع الحمل والقيمة صفر إذا إستعملت كل النسوة غير العقيمات إحدى الطرق الفعالة بنسبة 100 %).

C_o = مؤشر الإجهاض العمدي (يأخذ القيمة واحد في غياب الإجهاض العمدي والقيمة صفر إذا أوقف كل حمل).

C_i = مؤشر عدم الإخصاب (يأخذ القيمة واحد في غياب الرضاعة والإمتناع عن العلاقات الجنسية والقيمة صفر إذا تواصلت مدة الإمتناع والرضاعة).

بما أن معدل الخصوبة الكلية (TF) لا يتغير كثيرا فهو يتراوح بين 13 و 17 طفلا لكل امرأة ويأخذ كمعدل القيمة 15.3 طفلا لكل امرأة. وبالتعويض (TF) بقيمته يمكن كتابة المعادلة (4) على

$$(5) \quad TFR = 15.3 \cdot C_m \cdot C_c \cdot C_o \cdot C_i \quad \text{النحو التالي: -}$$

تيسر المعادلات 1 و 2 و 3 حساب قيم مختلف المدليل في حالة إمكانية حساب مختلف مؤشرات

الخصوبة إلا أنها عمليا تقدر بناء على المؤشرات التالية: -

$m(x)$ = التوزيع النسبي للنساء المتزوجات عند السن x .

u = معدل إستعمال وسائل منع الحمل من قبل النساء المتزوجات.

c = الفعالية الوسطى لطرق منع الحمل المستعملة.

i = المدة المتوسطة لفترة الرضاعة والإمتناع عن العلاقات الجنسية (تقاس بالأشهر).
TA = متوسط عدد الإجهاضات لكل امرأة.

3.4- تأثير موانع الحمل (C_c) ونسبة الزواج (C_m) والإجهاض العمدي (C_a) و مدة عدم الإخصاب (C_i) على معدلات الخصوبة من خلال نموذج BONGAARTS حسب مكان الإقامة

1.3.4- حساب مؤشر الزواج (C_m)

يمكن حساب مؤشر الزواج (C_m) وفق المعادلة التالية: -

$$C_m = \frac{\sum F(x)}{\sum \frac{F(x)}{m(x)}} = \frac{\sum F(x)}{\sum g(x)} = \frac{TFR}{TM}$$

حيث :

$F(x)$ = معدل الخصوبة العامة عند فئة السن x .

$g(x)$ = معدل الخصوبة الزوجية (الشرعية) عند فئة السن x .

$m(x)$ = نسبة النساء المتزوجات عند السن x .

TFR = المؤشر التركيبي للخصوبة العامة.

TM = المؤشر التركيبي للخصوبة الزوجية (الشرعية).

مؤشر الزواج (C_m) هو حاصل قسمة المؤشر التركيبي للخصوبة العامة (TFR) على المؤشر التركيبي للخصوبة الزوجية (TM)، (أنظر تقديم النموذج).

جدول رقم (1-4) : معدلات الخصوبة العامة والزواجية (الشرعية) حسب مكان الإقامة خلال 5 سنوات سابقة للمسح.

EASME 1992 (2)						ENAF 1986 (1)						فئات السن
الجزائر		الريف		الحضر		الجزائر		الريف		الحضر		
g(x)	F(x)	g(x)	F(x)	g(x)	F(x)	g(x)	F(x)	g(x)	F(x)	g(x)	F(x)	
0.282	0.021	0.294	0.029	0.250	0.006	0.220	0.021	0.233	0.025	0.189	0.015	19-15
0.376	0.143	0.392	0.185	0.334	0.110	0.293	0.130	0.310	0.161	0.252	0.082	24-20
0.302	0.214	0.330	0.260	0.291	0.178	0.388	0.282	0.412	0.329	0.336	0.203	29-25
0.274	0.220	0.296	0.256	0.250	0.188	0.349	0.293	0.376	0.332	0.301	0.231	34-30
0.183	0.164	0.221	0.200	0.157	0.132	0.294	0.259	0.324	0.290	0.244	0.209	39-35
0.106	0.092	0.124	0.113	0.089	0.075	0.197	0.169	0.224	0.197	0.149	0.123	44-40
0.033	0.023	0.029	0.026	0.025	0.021	0.085	0.069	0.108	0.089	0.051	0.041	49-45
-	4.39	-	5.3	-	3.55	-	6.11	-	7.11	-	4.52	TFR
7.78	-	8.43	-	6.98	-	9.13	-	9.93	-	7.61	-	TM

المصدر: (1) المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة سنة 1986. التقرير النهائي جدول رقم (4-4) ص. 161، جدول رقم (4-15)، ص. 165.
(2) المسح الوطني الخاص بصحة الأم والطفل سنة 1992، التقرير النهائي جدول رقم (12-4) ص. 217، جدول رقم (12-5)، ص. 218.

يتم حساب المؤشر التركيبي للخصوبة العامة (TFR) بجمع معدلات الخصوبة العامة (جميع فئات السن) ويضرب هذا الناتج في طول الفئة العمرية (5 سنوات) ويحسب المؤشر التركيبي للخصوبة الزواجية (الشرعية) بنفس الطريقة مع تعديل طفيف على معدل الخصوبة عند فئة السن 19-15 سنة، حيث تم حسابه بضرب معدل الخصوبة الزواجية لفئة السن 20-24 سنة بالعدد 0.75، ذلك لأن التقدير المباشر بالعلاقة $\frac{F(15-19)}{m(15-19)}$ (أي بقسمة معدل الخصوبة العامة عند فئة السن 19-15 سنة) غير دقيق، خاصة في المجتمعات التي تتميز بنسب زواج منخفضة عند فئة العمر 19-15 سنة.

جدول رقم (4-2): مؤشر الزواج (C_m) حسب مكان الإقامة

EASME 1992			ENAF 1986			مكان الإقامة
الجزائر	الريف	الحضر	الجزائر	الريف	الحضر	C_m
0.564	0.629	0.509	0.669	0.716	0.594	

عرف أثر الزواج (C_m) تطورا كبيرا خلال الفترة 1986-1992 فبعدما كانت قيمته 0.669 سنة 1986 إنخفضت إلى 0.564 سنة 1992 حيث قدر الفرق بـ 0.105 نقطة على المستوى الوطني، علما أنه كلما اقتربت قيمة (C_m) من الصفر كلما كان أثره كبيرا في خفض الخصوبة. ومقارنة بين الحضر والريف، نلاحظ أن أثر الزواج على الخصوبة في المناطق الحضرية كان أكبر، ومن جهة أخرى، فبعدما كانت قيمة (C_m) 0.594 في الحضر و 0.716 في الريف سنة 1986 إنخفضت قيمته (C_m) بـ 0.085 نقطة في الحضر مقابل 0.087 نقطة في الريف، بمعنى أن أثر الزواج (العزوبة) على الخصوبة إزداد سنة 1992 في كلتا المنطقتين السكنتين، وهذا ما يعكس إنخفاض نسب الزواج المستمر.

2.3.4- حساب مؤشر مواع الحمل (C_e)

لحساب أثر مواع الحمل (C_e) كميا على الخصوبة نستخدم المعادلة البسيطة التالية: -

$$C_e = 1 - 1.08 \cdot u \cdot e$$

حيث:

u = مستوى استعمال وسائل منع الحمل من طرف المتزوجات (15-49 سنة).

e = فعالية الإستعمال الوسطى لوسائل منع الحمل.

1.08 = معامل تصحيح معطيات العقم.

يمكننا حساب فعالية الإستعمال الوسطى لوسائل منع الحمل (e) بإستخدام المعادلة التالية: -

$$e = \frac{\sum e(m) \cdot u(m)}{u}$$

e(m) = فعالية الإستعمال النظرية لكل طريقة من طرق منع الحمل.

u(m) = نسبة النساء المتزوجات اللاتي يستعملن طريقة معينة من طرق منع الحمل.

جدول رقم (4-3): فعالية الإستعمال الوسطى لوسائل منع الحمل (e) والمعطيات اللازمة لذلك حسب مكان الإقامة خلال سنتي الملاحظة (1986 و 1992).

نسبة النساء المتزوجات اللاتي في سن الإنجاب (15-49 سنة)						فعالية الإستعمال ⁴ النظرية e(m)	طرق منع الحمل المستخدمة
EASME 1992			ENAF 1986				
الجزائر	الريف	الحضر	الجزائر	الريف	الحضر		
82.8	88.0	78.9	74.4	80.5	67.9	0.90	الحيوب
5.1	3.1	6.4	5.9	3.0	9.0	0.95	اللولاب
2.3	1.8	2.6	3.6	4.0	3.1	1.00	التعقيم النسوي
9.8	7.1	12.1	16.1	12.4	20.0	0.70	طرق أخرى
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0		المجموع
(2203)	(932)	(1272)	(1595)	(826)	(769)		
0.885	0.889	0.882	0.874	0.80	⁶ 0.868		فعالية الإستعمال الوسطى (e) حسب مكان الإقامة

وتطبيقاً للمعادلة السابقة $C_c = 1 - 1.08u \cdot e$ يعطي الجدول رقم (4-4) مؤشر موانع الحمل (C_c) حسب مكان الإقامة خلال سنتي الملاحظة 1986 و 1992.

جدول رقم (4-4): مؤشر موانع الحمل (C_c) حسب مكان الإقامة

EASME 1992			ENAF 1986			بعض المؤشرات المتعلقة بموانع الحمل
الجزائر	الريف	الحضر	الجزائر	الريف	الحضر	
46.7	39.1	54.5	35.5	29.4	45.6	معدل إستعمال منع الحمل (u) - %
0.885	0.889	0.882	0.874	0.880	0.868	فعالية الإستعمال الوسطى (e)
0.554	0.624	0.481	0.665	0.720	⁷ 0.572	مؤشر منع الحمل (C_c)

⁴ يوظف النموذج هذه القيم التي حصلت من خلال معطيات الفلبينيين لتقدير فعالية الإستعمال الوسطى لوسائل منع الحمل (e) في الدول النامية.

⁵ أم تدرج الرضاة ضمن وسائل منع الحمل كما هو الحال في السابق حسب المسح الوطني الخاص بصحة الأم والطفل سنة 1992.

$$e(86) = \frac{(0.70 \cdot 20) + (1 \cdot 3.1) + (0.95 \cdot 9) + (0.90 \cdot 67.9)}{100} = 0.868$$

⁷ مثال لحساب قيمة C_c خلال سنة 1986 في الحضر: $C_c = 1 - 1.08 \cdot 0.456 \cdot 0.868 = 0.572$

تترواح فعالية موانع الحمل - مهما كان الوسط السكني - بين 87 % و 89 % ورغم ضئالة الفرق في هذا المؤشر - حسب الوسط السكني - إلا أنه كان لصالح المناطق الحضرية (لم يتجاوز الفرق 0.02 نقطة). يمكننا تفسير هذه الظاهرة (ضئالة الفرق حسب منطقة السكن) بفعالية موانع الحمل كما هو مبين في الجدول رقم (4-4).

ومن خلال قراءتنا لقيم مؤشر استعمال موانع الحمل (C_c) نلاحظ أن أثره على الخصوبة كان أكبر في الوسط الحضري حيث بلغ 0.572 مقابل 0.720 في الوسط الريفي سنة 1986 (علما أنه كلما إقتربت قيمة (C_c) من الصفر كلما كان أثرها على الخصوبة كبيرا) وهذا يرجع إلى الفرق في معدلي إستعمال موانع الحمل في الوسطين.

إزداد أثر استعمال وسائل منع الحمل على الخصوبة سنة 1992 حيث قدر الفرق في قيمتي (C_c) خلال الفترة 1986-1992 ب 0.091 نقطة في الحضر وب 0.096 نقطة في الريف وب 0.111 نقطة على المستوى الوطني، ويرجع ذلك إلى انتشار إستخدام وسائل منع الحمل.

3.3.4 - حساب مؤشر الإجهاض العمدي (C_a)

يمكن حساب مؤشر الإجهاض العمدي (C_a) وفق المعادلة التالية:

$$C_a = \frac{TFR}{TFR + 0.4(1+u)TA}$$

حيث :

C_a = مؤشر الإجهاض العمدي.

TFR = المؤشر التركيبي للخصوبة العامة.

u = معدل إستعمال وسائل منع الحمل من قبل النساء المتزوجات اللاتي في سن الإنجاب (15-49 سنة).

TA = المؤشر التركيبي للإجهاض العمدي (يخص النسوة المتزوجات فقط) ولإنعدام المعطيات اللازمة لحساب هذا المؤشر (C_a) نسلم بعدم وجود هذه الظاهرة علما أن الإجهاض العمدي غير مسموح به في الجزائر، وبالتالي يأخذ قيمة ثابتة هي الواحد ($C_a=1$) أي ينعدم تأثيره على الخصوبة بشكل تام.

4.3.4 - حساب مؤشر عدم الإخصاب (C_i)

يتم حساب مؤشر عدم الإخصاب (C_i) وفق المعادلة التالية : $C_i = \frac{20}{18.5 + i}$

حيث :

i = متوسط مدة الرضاعة والإمتناع عن العلاقات الجنسية.

ويتم حساب قيمة (i) اعتمادا على متوسط مدة الرضاعة بتطبيق المعادلة التالية: -

$$i = 1.753 \cdot \exp(0.1396 \cdot B - 0.001872 \cdot B^2)$$

تمثل B متوسط مدة الرضاعة بالأشهر.

يمثل الثابت 20 المجال المتوسط بين الولادات الحية في غياب الرضاعة الطبيعية والإمتناع عن العلاقات الجنسية.

تمثل القيمة 18.5 مجموع مكونات المجال بين الولادات في غياب مدة الطمث الفيزيولوجي والإمتناع عن العلاقات الجنسية [أي الفترة اللازمة لحملين متتاليين (18 شهرا)، ويضاف إليها الفترة التي يتم خلالها التبويض (15 يوما)].

جدول رقم (4-5) : متوسط مدة الرضاعة بالأشهر (B)، متوسط مدة عدم الإخصاب (i) ومؤشر مدة عدم الإخصاب (C_i) حسب مكان الإقامة خلال سنتي الملاحظة 1986 و 1992.

EASME 1992			ENAF 1986			بعض المؤشرات المتعلقة بالرضاعة الطبيعية
الجزائر	الريف	الحضر	الجزائر	الريف	الحضر	
12.5	14.01	10.58	14.2	15.6	11.3	متوسط مدة الرضاعة (B) ⁸
7.49	8.58	6.23	8.72	9.81	6.68	متوسط مدة عدم الإخصاب ⁹
0.769	0.738	0.809	0.735	0.706	0.794	مؤشر عدم الإخصاب (C_i) ¹⁰

⁸ معطيات المسح الوطني الخاص بصحة الطفل والأم، التقرير النهائي، جدول رقم (8-5) ص. 118.

⁹ مثال يظهر كيفية حساب متوسط مدة عدم الإخصاب في الحضر سنة 1986 :

$$i(86) = 1.753 \exp(0.1396 \cdot 11.3 - 0.001872 \cdot 11.3^2) = 6.68$$

¹⁰ مثال يظهر كيفية حساب مؤشر عدم الإخصاب (C_i) في الحضر خلال سنة 1986 : $C_i = \frac{20}{18.5 + 6.68} = 0.794$

تؤثر الرضاعة سلباً على مستوى الخصوبة حيث تعمل على توقيف عملية التبويض وبالتالي تؤخر عودة العادة الشهرية بعد الولادة لمدة معينة. يزيد تأخر عودة العادة الشهرية كلما تمت الرضاعة بصفة كاملة، أي: إعطاء الثدي بصفة دائمة ومتكررة. وأهم ما نلاحظه هو أن متوسط مدة الرضاعة الطبيعية كان أطولاً في المناطق الريفية لذلك كان تأثيرها على الخصوبة أكبر في هذا الوسط السكني. ومن خلال مقارنة بيانات متوسط مدة الرضاعة خلال سنتي الملاحظة 1986 و 1992 نلاحظ أن هذا المؤشر عرف بعض التراجع حيث قدر بـ 11.3 شهراً في الوسط الحضري و بـ 15.6 شهراً في الوسط الريفي سنة 1986 ثم إنخفض إلى 10.58 شهراً في الوسط الحضري وإلى 14.01 شهراً في الوسط الريفي سنة 1992. لذلك تراجع أثر عدم الإخصاب، فبعد أن كان 0.794 و 0.706 في الوسطين الحضري والريفي على التوالي سنة 1986 أصبح 0.809 و 0.738 سنة 1992. إلا أن هذا التراجع كان أكبراً في المناطق الريفية.

5.3.4 - حساب المؤشر التركيبي للخصوبة العامة (TFR) المقدر وفق نموذج BONGAARTS

حسب مكان الإقامة

نقدر هذا المؤشر من خلال المعادلة التالية: $TFR = 15.3 \cdot C_m \cdot C_c \cdot C_g \cdot C_i$

15.3 = يمثل معدل الخصوبة الكلية.

C_m = مؤشر الزواج.

C_c = مؤشر استخدام موانع الحمل.

C_g = مؤشر الإجهاض العمدي.

C_i = مؤشر عدم الإخصاب.

جدول رقم (4-6): المؤشر التركيبي للخصوبة العامة المقدرة (TFR) والمؤشر التركيبي للخصوبة الملاحظة حسب مكان الإقامة خلال سنتي الملاحظة 1986 و1992.

EASME 1992			ENAF 1986			مختلف المؤشرات
الجزائر	الريف	الحضر	الجزائر	الريف	الحضر	
0.554	0.624	0.481	0.665	0.720	0.572	مؤشر مواعع الحمل (C_c)
0.564	0.629	0.509	0.669	0.716	0.594	مؤشر الزواج (C_m)
0.769	0.738	0.804	0.735	0.606	0.794	مؤشر عدم الإخصاب (C_i)
1	1	1	1	1	1	مؤشر الإجهاض العمدي (C_e)
3.68	4.43	3.0	5.0	5.57	4.13	المؤشر التركيبي للخصوبة العامة المقدرة (TFR)
4.39	5.30	3.55	6.11	7.11	4.52	المؤشر التركيبي للخصوبة الملاحظة
0.71	0.87	0.55	1.11	1.54	0.39	الفرق بين (TFR) و المؤشر التركيبي للخصوبة الملاحظة

يمثل الجداء $C_c \cdot C_m \cdot C_i$ الأثر المركب لإستعمال وسائل منع الحمل والزواج وعدم الإخصاب على الخصوبة، أما أثر الإجهاض العمدي فأعتبر منعذما ($C_e=1$) في كل أمكنة الإقامة.

يرجع إنخفاض مستوى الخصوبة الذي سجل خلال الفترة 1986-1992 إلى انتشار إستخدام وسائل منع الحمل (C_c) وبالأخص في المناطق الريفية وإلى تراجع نسب الزواج (C_m)، أما الرضاة فعرفت تراجعا سواء في المناطق الحضرية أو الريفية وبالتالي كان أثرها في خفض الخصوبة ضعيفا خلال الفترة 1986-1992 مقارنة مع أثر المتغيرات الأخرى.

وتجدر الإشارة إلى أن قيم المؤشر التركيبي للخصوبة العامة المقدرة (TFR) لا تمثل القيم الحقيقية ويتجلى ذلك في الفرق الموجود بين قيم هذا المؤشر (TFR) والمؤشر التركيبي للخصوبة العامة الملاحظة. فبالرغم من إهمال أثر الإجهاض العمدي (C_e) وكذا أثر بعض المتغيرات الوسيطة الأخرى كالوفيات الرحمية ومعدل العقم الدائم، فإن قيم المؤشر الثاني (الخصوبة الملاحظة) أكبر من قيم المؤشر الأول (الخصوبة المقدرة). يرجع ذلك إلى معدل الخصوبة الكلية النظرية (TF) المفترضة بـ 15.3 طفلا لكل إمراة، فهذا الأخير لا يعكس واقع الجزائر. فرغم ذلك فإن نموذج BONGAARTS يمكننا من تقدير أثر إستعمال مواعع الحمل (C_c)، الزواج (C_m) وعدم الإخصاب (C_i).



4.4- تقدير أثر مواعع الحمل (C_c) و عدم الإخصاب (C_i) والعقم ($TF \cdot C_e$) في تغيرات الخصوبة الشخصية المبررة (TM) خلال سنتي 1986 و 1992.

ذكرنا سابقا أن قيمة المؤشر التركيبي للخصوبة العامة (TFR) المقدر بتطبيق نموذج BONGAARTS لا تمثل القيمة الحقيقية للظاهرة لأننا إفتراضنا ثبات بعض المتغيرات كالأجهزة العمدي (C_c) لعدم توفر المعطيات اللازمة لحسابه من جهة ولأنه غير مسموح به في الجزائر من جهة أخرى، إضافة إلى ذلك لم تدرج المتغيرات الأخرى كالعقم في معادلة التقدير.

بإمكاننا تقدير أثر الأجهزة العمدي على الخصوبة القصوى المعبر عنه بالجداء ($TF \cdot C_e$) من خلال المنهجية المقترحة من قبل مركز الدراسات الإقتصادية والديموغرافية لدول أمريكا اللاتينية (CELADE). يتم ذلك بطريقة غير مباشرة بعد حساب أثر العوامل الأخرى وهي إستعمال وسائل منع الحمل (C_c) وعدم الإخصاب (C_i).

عندما نعزل النسوة المتزوجات عن باقي النسوة العازبات اللاتي في سن الإنجاب (15-49 سنة) نكون بصدد دراسة الخصوبة الشرعية (TM) لذلك نستطيع تقدير مساهمة إستعمال وسائل منع الحمل (C_c) وعدم الإخصاب (C_i) والأجهزة ($TF \cdot C_e$) في تغيرات الخصوبة خلال الفترة 1986-1992 دون التعرض إلى ظاهرة الزواجية (C_m).

يعبر قواوسي¹¹ عن الجداء ($TF \cdot C_e$) بأثر الأجهزة والعقم على الخصوبة القصوى لكن عندما نفترض إنعدام أثر الأجهزة على الخصوبة في الجزائر ($C_e = 1$) فإن الجداء ($TF \cdot C_e$) سوف يمثل أثر العقم على الخصوبة القصوى. نهدف من خلال هذا إلى تقدير حصة كل من إستعمال وسائل منع الحمل (C_c) وعدم الإخصاب (C_i) والعقم ($TF \cdot C_e$) في إنخفاض الخصوبة الشرعية وفق الطريقة التالية:

$$TM_1 = (TF \cdot C_e)_1 \cdot C_{i1} \cdot C_{c1}$$

$$TM_2 = (TF \cdot C_e)_2 \cdot C_{i2} \cdot C_{c2}$$

إعتمادا على اللوغاريتمات بإمكاننا كتابة الفرق بين TM_1 و TM_2 كما يلي :-

$$\log \frac{TM_1}{TM_2} = \log \frac{(TF \cdot C_e)_1}{(TF \cdot C_e)_2} + \log \frac{C_{i1}}{C_{i2}} + \log \frac{C_{c1}}{C_{c2}}$$

¹¹ KOUAOUCI, A., "Tendances et facteurs de la natalité algérienne entre 1970 et 1986", op. cit., p 341.

وبذلك يتم تقدير حصة كل من موانع الحمل (C_e) ومدة عدم الإخصاب (C_i) والعقم ($TF \cdot C_o$) في تغيرات الخصوبة على النحو التالي: -

$$\frac{\log \frac{C_{e1}}{C_{e2}}}{\log \frac{TM_1}{TM_2}} : \text{تقدير حصة منع الحمل } (C_e)$$

$$\frac{\log \frac{C_{i1}}{C_{i2}}}{\log \frac{TM_1}{TM_2}} : \text{تقدير حصة عدم الإخصاب } (C_i)$$

$$\frac{\log \frac{(TF \cdot C_o)_1}{(TF \cdot C_o)_2}}{\log \frac{TM_1}{TM_2}} : \text{تقدير حصة العقم } (TF \cdot C_o)$$

تم فيما سبق حساب قيم مؤشري منع الحمل (C_e) وعدم الإخصاب (C_i) وبقي أن نحسب الآن قيمة ($TF \cdot C_o$) وفق العلاقة التالية¹²: $TM = (TF \cdot C_o) \cdot C_e \cdot C_i$ ومنه $(TF \cdot C_o) = \frac{TM}{C_e \cdot C_i}$

جدول رقم (4-7): المؤشر التركيبي للخصوبة الزوجية (TM) وأثر كل من إستعمال موانع الحمل (C_e) وعدم الإخصاب (C_i) والعقم ($TF \cdot C_o$) حسب مكان الإقامة خلال سنتي 1986 و1992.

EASME 1992				ENAF 1986				مكان الإقامة
(TF · C _o)	TM	C _i	C _e	¹³ (F · C _o)	TM	C _i	C _e	
18.05	6.98	0.804	0.481	16.75	7.61	0.794	0.572	الحضر
18.31	8.43	0.738	0.624	19.53	9.93	0.706	0.720	الريف
18.26	7.78	0.769	0.554	18.68	9.13	0.735	0.665	الجزائر

¹² يمكن نموذج Bongaarts من تقدير المؤشر التركيبي للخصوبة العامة بناء على إخضاع الخصوبة النظرية الكلية لتأثير المتغيرات الأربعة، فإذا عزلنا النسوة العازبات نكون بصدد دراسة الخصوبة الشرعية لذلك نصيغ العلاقة:

$$(TF \cdot C_o) = \frac{TM}{C_e \cdot C_i} \text{ ومنها } TM = C_e \cdot C_i \cdot C_o \cdot TF$$

¹³ مثال يوضح كيفية حساب (TF · C_o) في الحضر سنة 1986. $(TF \cdot C_o) = \frac{7.61}{0.572 \cdot 0.794} = 16.75$

تبين بيانات الجدول رقم (4-7) أن الخصوبة الزوجية (الشرعية) في الوسط الحضري أقل من الوسط الريفي. ففي سنة 1986 بلغ المؤشر التركيبي للخصوبة الزوجية (TM) 7.61 طفلا لكل امرأة في الحضر و 9.93 طفلا لكل امرأة في الريف. بلغ هذا المؤشر 6.98 طفلا لكل امرأة في الحضر و 8.43 طفلا لكل امرأة في الريف سنة 1992. يرجع الفرق في هذا المؤشر بين الحضر والريف إلى انتشار وسائل منع الحمل في الوسط الحضري أكثر من الوسط الريفي. إنخفاض المؤشر التركيبي للخصوبة الزوجية (TM) خلال الفترة 1986-1992 من 9.93 طفلا لكل امرأة سنة 1986 إلى 8.43 طفلا لكل امرأة سنة 1992 في الريف و من 7.61 طفلا لكل امرأة سنة 1986 إلى 6.98 طفلا لكل امرأة سنة 1992 في الحضر. يرجع هذا الإنخفاض إلى انتشار إستخدام موانع الحمل (C_c)، فهذا العامل عوض التراجع الذي حصل في الرضاة والإمتناع عن العلاقات الجنسية (C_i) وساهم بشكل محسوس في تخفيض الخصوبة الزوجية (TM). بإمكاننا تقديم حصة كل من إستعمال موانع الحمل (C_c)، عدم الإخصاب (C_i) والعقم (TF. C_e) في تغيرات الخصوبة الزوجية (الشرعية) خلال الفترة 1986-1992.

جدول رقم (4-8) : حصة كل من إستعمال موانع الحمل (C_c) و عدم الإخصاب (C_i) والعقم (TF. C_e) في تغيرات الخصوبة (TM) خلال سنتي 1986 و 1992 حسب مكان الإقامة.

المجموع	حصة المتغيرات في (TM) ب %			مكان الإقامة
	(TF.C _e)	C _i	C _c ¹⁴	
100.0	-86.5	-14.5	+201	الحضر
100.0	+39.5	-27.0	+87.5	الريف
100.0	+14.2	-28.2	+114	الجزائر

إنطلاقا من معطيات الجدول رقم (4-8) يمكننا تقديم حصة المتغيرات المذكورة في تغيرات الخصوبة الزوجية (TM) مقدرا بعدد الأطفال لكل امرأة.

¹⁴ مثال يبين كيفية حساب حصة منع الحمل (C_c) في تغيرات (TM) على المستوى الوطني (الجزائر):

$$\frac{\log\left(\frac{C_c 86}{C_c 92}\right)}{\log\left(\frac{TM_{86}}{TM_{92}}\right)} = \frac{\log\left(\frac{0.665}{0.554}\right)}{\log\left(\frac{9.13}{7.78}\right)} = 1.141 = 114\%$$

جدول رقم (4-9): حصة استعمال موانع الحمل (C_c)، عدم الإخصاب (C_i) العقم (C_e) (TF. C_e) في تغيرات الخصوبة الزواجة (TM) مقمرا بعدد الأطفال لكل امرأة خلال سنتي 1992-1986 حسب مكان الإقامة.

المجموع	مستوى تأثير المتغيرات على (TM) ب %			مكان الإقامة
	(TF. C_e)	C_i	C_e^{15}	
-0.63	+0.55	+0.09	-1.27	الحضر
-1.5	-0.59	+0.4	-1.31	الريف
-1.35	-0.19	+0.38	-1.54	الجزائر

إن التراجع الذي حصل في مؤشر عدم الإخصاب (C_i) أدى إلى رفع الخصوبة الزواجية بـ 0.09 طفلا لكل امرأة في الحضر و 0.4 طفلا لكل امرأة في الريف. في حين ساهم استعمال موانع الحمل (C_c) في تخفيض الخصوبة الزواجية بـ 1.27 طفلا لكل امرأة في الحضر و 1.31 طفلا لكل امرأة في الريف. أما العقم (C_e) (أي تراجع العقم نتيجة لتحسن الصحي) فأدى إلى رفع الخصوبة الزواجة بـ 0.55 طفلا لكل امرأة في الوسط الحضري وإلى تخفيضها بـ 0.59 طفلا لكل امرأة في الوسط الريفي. فإنتشار استخدام موانع الحمل عوض التراجع الذي حصل في مؤشر عدم الإخصاب وساهم بشكل واضح في تخفيض الخصوبة الزواجية (TM).

¹⁵ مثال يبين كيفية حساب حصة منع الحمل (C_c) في تغيرات (TM) على المستوى الوطني (الجزائر) مقمرا بعدد أطفال كل امرأة :

فرق TM92 و TM86 هو : 7.78-9.13-(-1.35) طفلا لكل امرأة
حصة C_c : (1.54) = (-1.35) · 1.14 طفلا لكل امرأة

5.5- تقدير معدل إستعمال وسائل منع الحمل اللازم للوصول إلى معدل خصوبة معين

هناك عدة طرق موجهة إلى تقدير معدل إستعمال وسائل منع الحمل لبلوغ معدل خصوبة معين، ومن بينها طريقة الهدف (TARGET) المبنية أساسا على نموذج BONGAARTS الذي سبق وأن تطرقنا إليه والمعروف بالعلاقة التالية: (1)

$$TFR = C_m \cdot C_c \cdot C_o \cdot C_i \cdot TF$$

إذا أخذنا فترتين مختلفتين: الفترة الأولى تمثل سنة المرجع (الوقت الحالي)، ويرمز لها بالسنة (0) والفترة الثانية تمثل السنة التي نود الوصول خلالها إلى الهدف المرغوب فيه، ويرمز لها بالسنة (t). سيكون لدينا مؤشران تركيبان للخصوبة العامة $TFR(0)$ و $TFR(t)$ ، فإذا أخذنا النسبة بينهما نحصل

$$(2) \quad \frac{TFR(t)}{TFR(0)} = \frac{C_m(t) \cdot C_c(t) \cdot C_o(t) \cdot C_i(t) \cdot TF(t)}{C_m(0) \cdot C_c(0) \cdot C_o(0) \cdot C_i(0) \cdot TF(0)} \quad \text{على:}$$

تعكس هذه المعادلة التغير الحاصل في معدلات الخصوبة العامة بين السنة (0) والسنة (t) الناتج عن التغيرات الحاصلة في جميع المؤشرات، وتعبير آخر: إن أي تغيير يحصل في جميع المؤشرات، سوف يؤدي إلى تغيير في ميدان الخصوبة. ويمكن تبسيط المعادلة رقم (2) وفق ثلاث فرضيات وهي¹⁶:-

1- ثبات معدل الخصوبة العامة أي $TFR(t) = TFR(0)$ وهذا يعني أن كل المتغيرات التي تؤثر على TF (التكرارات في ممارسة العلاقات الجنسية، الإجهاض العمدي، معدل العقم) بقيت ثابتة.

2- تأثير الإجهاض العمدي معدوم أو ضعيف إلى حد الإهمال أي أن $C_o(t) = C_o(0) = 1$ وهذا يعني إفتراض ثبات مؤشر الإجهاض.

3- تعادل أثر تطور مؤشر الزواج والرضاعة أي أن أثر الواحد يبطل مفعول الآخر.

$$(3) \quad \frac{TFR(t)}{TFR(0)} = \frac{C_c(t)}{C_c(0)} \quad \text{كما يلي:}$$

ومن هذه المعادلة يمكن حساب نسبة إنخفاض الخصوبة بين السنة (t) والسنة (0) وفق المعادلة:-

$$(4) \quad PRF = 1 - \frac{TFR(t)}{TFR(0)} = 1 - \frac{C_c(t)}{C_c(0)}$$

وبما أن معادلة تناول موانع الحمل أخذت الشكل: $C_c = 1 - 1.08 \cdot u \cdot e$

$$(5) \quad PRF = 1 - \frac{1 - 1.08 \cdot u(t) \cdot e(t)}{1 - 1.08 \cdot u(0) \cdot e(0)} \quad \text{فيمكننا الوصول إلى:}$$

¹⁶BONGAARTS, J., op. cit., 1982, p102.

حيث:

PRF = نسبة إنخفاض الخصوبة.

$u(t)$ = معدل إستعمال وسائل منع الحمل في بداية السنة (t).

$u(0)$ = معدل إستعمال وسائل منع الحمل في بداية السنة (0).

$e(t)$ = فعالية الإستعمال الوسطى لوسائل منع الحمل في بداية السنة (t).

$e(0)$ = فعالية الإستعمال الوسطى لوسائل منع الحمل في بداية السنة (0).

يمكننا إعتقادا على المعادلة (5) حساب معدل إستعمال وسائل منع الحمل اللازم لبلوغ معدل خصوبة معين في السنة (t).

$$PRF = 1 - \frac{1 - 1.08 \cdot u(t) \cdot e(t)}{1 - 1.08 \cdot u(0) \cdot e(0)} \quad \text{ومنها:}$$
$$u(t) = \frac{1 - (1 - PRF)(1 - 1.08 \cdot u(0) \cdot e(0))}{1.08 \cdot e(t)}$$

لقد حسبنا قبل هذا الفعالية الوسطى لوسائل منع الحمل $e(m)$ ولدينا البيانات اللازمة لحساب نسبة إنخفاض الخصوبة (معدل إستعمال وسائل منع الحمل (u) والمؤشر التركيبي للخصوبة العامة (TFR) لسنة 1992).

جدول رقم (4-10): الفعالية الوسطى لوسائل منع الحمل $e(m)$ ومعدل إستعمال وسائل منع الحمل (u) والمؤشر التركيبي للخصوبة العامة (TFR) حسب مكان الإقامة لسنة 1992.

مكان الإقامة			المتغيرات
الجزائر	الريف	الحضر	
0.885	0.889	0.882	$e(m)$
46.7	39.1	54.5	u
4.39	5.30	3.55	TFR

الهدف المنشود هو الوصول خلال سنتي 2000 و 2005 إلى المؤشرات التركيبية للخصوبة العامة (TFR) المبينة في الجدول رقم (4-11).

جدول رقم (4-11): المؤشر التركيبي للخصوبة العامة (TFR) المرغوب فيه خلال سنتي 2000 و2005 حسب مكان الإقامة.

السنة						المؤشر التركيبي للخصوبة العامة
2005			2000			
الجزائر	الريف	الحضر	الجزائر	الريف	الحضر	TFR
3.0	4.0	2.5	4.0	5.0	3.0	

لكن لتقدير معدل إستعمال وسائل منع الحمل (\hat{u}) اللازم لوصول الهدف (تحقيق المؤشر التركيبي للخصوبة العامة (TFR) المرغوب فيه سنتي 2000 و2005)، يجب حساب نسبة إنخفاض الخصوبة

$$PRF = 1 - \frac{TFR(t)}{TFR(0)} \quad \text{المعرف بالمعادلة:}$$

نلخص النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم (4-12).

جدول رقم (4-12): نسبة إنخفاض الخصوبة (PRF) حسب مكان الإقامة سنتي 2000 و2005.

السنة						نسبة إنخفاض الخصوبة
2005			2000			
الجزائر	الريف	الحضر	الجزائر	الريف	الحضر	PRF
0.317	0.245	0.254	0.089	0.057	0.104	

ومن خلال هذه المعطيات يمكننا حساب معدل إستعمال وسائل منع الحمل (\hat{u}) اللازم لوصول الهدف

المرغوب فيه، بافتراض ثبات الفعالية الوسطى لوسائل منع الحمل أي $e(0)=e(t)$ بإمكاننا كتابة:

$$u(t) = \frac{1 - (1 - PRF) \cdot [1 - 1.08 \cdot u(0) \cdot e(0)]}{1.08 \cdot e(t)}$$

ونلخص النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم (4-13).

جدول رقم (4-13): معدل إستعمال وسائل منع الحمل اللازم للوصول إلى الخصوبة المرغوب فيها حسب مكان الإقامة لسنتي 2000 و 2005 (بـ%).

السنة						نسبة إستعمال وسائل منع الحمل اللازمة
2005			2000			
الجزائر	الريف	الحضر	الجزائر	الريف	الحضر	$\hat{u}(t)$ ¹⁷
65.1	55.0	67.3	50.7	42.8	59.7	

إذا للوصول إلى معدل خصوبة يتلخص في 3 أطفال لكل امرأة حضرية و 5 أطفال لكل امرأة ريفية سنة 2000، يجب أن يرتفع معدل إستعمال وسائل منع الحمل إلى 50.7 % كمعدل وطني وإلى 42.8 % و 59.7 % في الريف والحضر على التوالي خلال نفس السنة.

وللوصول إلى معدل خصوبة يتلخص في 2.5 أطفال لكل امرأة في الحضر و 4 أطفال لكل امرأة في الريف سنة 2005 يجب أن يرتفع معدل إستعمال وسائل منع الحمل إلى 65.1 % كمعدل وطني وإلى 67.3 % و 55 % في الحضر والريف على التوالي خلال نفس السنة. ويمكن تلخيص النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم (4-14).

جدول رقم (4-14): المؤشر التركيبي للخصوبة العامة المرغوب فيه ومعدل إستعمال وسائل منع الحمل اللازم لذلك في سنتي 2000 و 2005 حسب مكان الإقامة.

مكان الإقامة			المتغيرات	السنة
الجزائر	الريف	الحضر		
4.39	5.3	3.55	المؤشر التركيبي للخصوبة العامة	1992
46.7	39.1	54.5	معدل إستعمال وسائل منع الحمل اللازم (u)	
4.0	5.0	3.0	المؤشر التركيبي للخصوبة العامة المرغوب فيه.	2000
50.7	42.8	59.7	معدل إستعمال وسائل منع الحمل اللازم (U)	
3.0	4.0	2.5	المؤشر التركيبي للخصوبة العامة المرغوب فيه.	2005
65.1	55.0	67.3	معدل إستعمال وسائل منع الحمل اللازم (U)	

¹⁷ مثال يظهر كيفية حساب $\hat{U}(2000)$ في الحضر:

$$\hat{U}(2000) = \frac{1 - (1 - 0,104) \cdot (1 - 1,08 \cdot 0,545 \cdot 0,882)}{1,08 \cdot 0,882}$$

ولتحقيق هذه الأهداف يجب على السلطات المعنية بتنظيم الأسرة القيام بالإجراءات التالية: -

- 1- توعية السكان المعنيين بتنظيم الأسرة، وخاصة الأقل إطلاعا على وسائل منع الحمل من خلال عرض تنظيم النسل (الذي هو في صالح الأم والطفل معا). وتعريفهم بعيوب ومزايا كل طريقة من طرق منع الحمل حتى يتسنى لهم إختيار الطريقة الملائمة.
- 2- توفير المستحضرات المانعة للحمل وبيعها بأسعار معقولة وتوزيعها بشكل منتظم يسمح الحصول عليها بسهولة، وإيصالها إلى المناطق الريفية التي لا تتوفر فيها العيادات المسؤولة عن تقديم الخدمات العامة في مجال تنظيم الأسرة.
- 3- العمل على نشر الوعي بمفاهيم تنظيم الأسرة ووسائلها، وتوعية الرأي العام بالمشكلات السكانية، وتوجيه المتزوجين لممارسة تنظيم الأسرة.
- 4- نشر البحوث العلمية وإصدار النشرات في الموضوعات المتعلقة بتنظيم الأسرة ومشكلات السكان.
- 5- إقامة الندوات والحلقات الدراسية والمؤتمرات الوطنية الخاصة بالمواضيع المتعلقة بترقية المرأة وتنظيم الأسرة.

الإستنتاجات :

عرفت الجزائر إنتشارا كبيرا لظاهرة إستخدام وسائل منع الحمل في العشرية الأخيرة، فنسبة الوعي بهذه الوسائل تجاوزت 98 % من النساء المستجوبات سنة 1986 و 99 % سنة 1992، وبلغت نسبة إستعمالها 8 % سنة 1968 ثم إرتفعت إلى 35.5 % و 50.7 % سني 1986 و 1992. وخلال الفترة 1986 - 1992 إرتفعت نسبة الإستعمال بمعدل متوسط سنوي قدر بـ 6.1 % . هذا الإنتشار الكبير في إستعمال وسائل منع الحمل يرجع إلى عدة عوامل أهمها إنتشار مراكز الأمومة والطفولة والمستشفيات والمراكز الصحية الأخرى التي ساهمت بشكل كبير في توزيع وسائل منع الحمل وبصفة أخص الوسائل التي تتطلب تدخلا طبيا لإستخدامها كاللولب والحقن والتعقيم النسوي. إلى جانب الصيدليات التي أصبحت تمثل المصدر الرئيسي للحبوب حيث ساهمت بنسبة 50 % تقريبا في توزيع هذه الأخيرة.

يعتبر الأصل الجغرافي للمرأة (ريفية أو حضرية) والتركيبية العائلية حسب جنس الأطفال من بين العوامل التي تؤثر على إستخدام وسائل منع الحمل. فالنساء الحضرية لهن نسبة إستخدام أكبر من النساء الريفيات وذلك لأن الفئة الأولى لها مقاومة أقل من الفئة الثانية إتجاه ظاهرة إستخدام وسائل منع الحمل. فالحضرية تعشن إستقلالية نسبية، بمعنى أن ثقل البنات الإجتماعية التقليدية أقل تأثيرا مقارنة مع المناطق الريفية أين تكون المرأة خاضعة للعادات والتقاليد ومنها أوامر الزوج وأهله. فعادات وتقاليد وقيم المنطقة التي قضت فيها المرأة طفولتها (حتى سن 12 سنة) بقيت تؤثر على سلوكها إتجاه إستخدام وسائل منع الحمل بإستثناء النساء المهاجرات من الريف إلى الحضر، فهذه الفئة من النساء تبنت وبصفة تدريجية عادات وتقاليد المنطقة التي هاجرت إليها (الحضر) وإتبعت سلوك المرأة الحضرية إتجاه إستعمال موانع الحمل مهما كان السن وعدد أطفال كل إمراة ومهما كان مستواها التعليمي ومنطقة سكنها. كما أن التركيبية العائلية حسب جنس الأطفال ذات تأثير مباشر على إستعمال وسائل منع الحمل، حيث أن معظم النساء يملن إلى تفضيل الذكور على الإناث. وأغلب النساء القادرات على الإنجاب اللاتي يرغبن في إنجاب طفل آخر حصلن على أطفال من جنس واحد فقط وبصفة أخص النساء اللاتي لهن الإناث فقط. ومعظم النساء اللاتي لا يرغبن في إنجاب طفل آخر وقادرات على الإنجاب تحصلن على الأطفال من الجنسين ونخص بالذكر النساء اللاتي عدد ذكورهن

يفوق عدد إناثهن أو اللاتي يتساوى عندهن الجنسان. وأثر تفضيل الذكور على الإناث على ظاهرة استعمال وسائل منع الحمل واضح حيث أن النساء اللاتي عدد ذكورهن أكبر من عدد إناثهن عرفن نسبة استعمال أكبر من النساء اللاتي عدد إناثهن يفوق عدد ذكورهن (42.8 % مقابل 38.8 % سنة 1986 و 57.4 % مقابل 54.5 % سنة 1992)، غير أن التأثير يقل كلما ارتفع مستوى المرأة التعليمي. أما نسبة الإستخدام عند النساء اللاتي لهن أطفال من جنس واحد فقط (ذكور فقط) أقل من مثيلتها عند النساء اللاتي لهن أطفال من الجنسين وذلك مهما كان مستوى المرأة التعليمي ومكان إقامتها.

فأثر التركيبة العائلية حسب جنس الأطفال على ظاهرة تناول وسائل منع الحمل واضح، غير أن هذا الأخير عرف بعض التراجع سنة 1992 وقد يفسر ذلك بالمكانة التي أصبحت تتمتع بها المرأة الجزائرية بعد دخولها إلى سوق العمل والتعليم .

عرفت معدلات الخصوبة العامة إنخفاضا محسوسا حيث بلغ المؤشر التركيبي للخصوبة العامة 8.36 % طفلا لكل امرأة سنة 1970 ثم إنخفض إلى 5.37 طفلا لكل امرأة سنة 1986 ثم إلى 4.4 طفلا لكل امرأة سنة 1992. فالإنخفاض الحاصل في الخصوبة العامة خلال الفترة 1986 - 1992 يرجع أساسا إلى إنتشار إستخدام وسائل منع الحمل ثم يليها تراجع الزواجية. أما الرضاة فعرفت تراجعا في المناطق الحضرية والريفية على السواء. وبلغت حصة إستعمال وسائل منع الحمل في خفض معدلات الخصوبة الزواجية 1.54 طفلا لكل امرأة، وكانت حصة العقم بـ 0.19 طفلا لكل امرأة، بينما عرف عدم الإخصاب تراجعا (أثر تراجع الرضاة) وساهم في رفع الخصوبة الزواجية بـ 0.38 طفلا لكل امرأة خلال الفترة 1986 - 1992 .

- المراجع باللغة العربية

I- الكتب

- 1- عمران (عبد الرحيم)، سكان العالم العربي حاضرا ومستقبلا، صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية، نيويورك، 1988.
- 2- جابري (علي عبد الرزاق)، علم إجتماع السكان، دار المعرفة الجامعية، 40 شارع سوتير الإسكندرية، 1987.

II - الأعمال الجامعية

- عتوت (نادية)، "تطبيق ورفض تنظيم النسل من طرف النساء المتزوجات"، رسالة لنيل شهادة الماجستير، الجزائر، 1989 - 1990.

III - دراسات ووثائق ومجلات

- 1- الحسن محمد نور (عثمان)، "المحددات الاقتصادية والاجتماعية للخصوبة"، المؤتمر العربي حول السياسات السكانية، تونس، 1987.
- 2- الأمم المتحدة، حبوب منع الحمل عن طريق الفم في الثمانينات، تقارير السكان، السلسلة رقم 6، دار النشر الإنكليزية، 1985.
- 3- الديوان القومي للأسرة والعمران البشري، "الخصوبة في تونس: واقعها وآفاقها"، أعمال الملتقى القومي، تونس 29 - 30 أفريل 1985.

IV- المعالج

- غيث (عاطف)، قاموس علم الاجتماع، الهيئة العامة المصرية للكتاب، القاهرة، 1979.

I- Ouvrages :

- 1- BENNOUNE, M., EL-Akbia : Un siècle d'histoire algérienne 1957,1975 . Alger, O.P.U. 1986.
- 2-CHARBIT, Y., HENRY, L., COLOMBE, P., SARDON, J.P. et TOULEMON, L., La seconde révolution contraceptive : la régulation des naissances en France de 1950 à 1985.Travaux et documents, cahier n° 117, INED, Paris, PUF, 1987.
- 3.CHARBIT. Y. et LERIDON, H., Transition démographique et modernisation en Guadeloupe et en Martinique.Travaux et documents, cahier n° 89, Paris, PU, 1980.
- 4-COLLOMB, P. et ZUCKER,E., Aspects culturels et socio-psychologiques de la fécondité française. Travaux et documents, cahier n° 802, INED, Paris, P.U.F,1977.
- 5-FELLOUS, M., Contraception et migration . Planification familiale, ed., syros, Paris 1982.
- 6- GODEAU,P., CARLES, P.J. et HERSEN, S., Traité de médecine. 2ème ed. tome 2, Paris, 1987.
- 7- KOUAOUCI, A., Familles, femmes et contraception . Alger, CENEAP, 1992.
- 8- KOUAOUCI,A., La question de la Population en Algérie. Alger,FNUAP,1991.
- 9- LADJALI, M., L'espacement des naissances en Algérie. Fédération Nationale pour la Population Familiale, série monde arabe, France, 1980.
- 10-LERIDON, H., Démographie: Analyse et modèles. Paris, 1972.
- 11- OUSSEDIK, F., Femmes et fécondité en milieu urbain. Alger, FNUAP-CEREA, (N. D).
- 12- PASSINI, W., Désir d'enfant et contraception . Collection "Orientation / VIA",Vie effective et sexuelle, Paris, 1994.
- 13- PRESSAT,R., Manuel d'analyse de la mortalité . Paris , O.M.S., INED, 1985.
- 14- ROSS, J.A., RICH,M. et MCLZAN, J.P., Stratégies de gestion de programmes de planification familiale. Center of population and family health school of population health, Columbia university, 1989.

II- THESES ET MEMOIRES:

1- AISSAOUI, Y., "La régulation des naissances en Algérie". Thèse de Doctorat de 3ème cycle, Ecole de Hautes Etudes en Sciences Sociales (E.H.E.S.S), Paris, 1988.

2- AZOUZ, J., "Association marocaine de planification familiale". Etude de faisabilité du marketing social de la contraception, étude du consommateur, Tome 1, mémoire de D.E.A, Institut de démographie, Paris, 1987/1988.

3- CONAN, C., "De l'espacement traditionnel des naissances à la fécondité maîtrisée". Une étude de cas du l'esotho-puthing, mémoire de D.E.A, Institut de démographie, Paris, 1986/1987.

4- CONGOURDEAU, A., "Etude sur la fréquentation des centres de planification familiale". Mémoire de D.E.A, Institut de démographie, Paris, 1978.

5- GUESSAN, N.K., "Facteurs de fécondité dans une société en mutation". Le cas de Memni-MONTEZO, en milieu rural forestier, Thèse de Doctorat de 3ème cycle, Paris, 1990.

6- NBURAAND, R., "Déterminants de la fécondité des mariages selon le milieu d'habitat au benum, examen par les variables intermédiaires". Mémoire de D.E.A, Institut de démographie, Paris, 1992.

7- NEGADI, G., "La fécondité en Algérie : Niveau, tendance et facteurs". Thèse de Doctorat de 3ème cycle, Paris, 1975.

8- TOUNYOBA, T., " La politique de planification familiale au Burkina-Faso, les facteurs favorables et les possibilités". Mémoire de D.E.A, Institut de démographie, Paris, 1992/1993.

III- Articles, revues et documents:

1- ANDREE, M., "Sur l'usage des méthodes contraceptives dans la population algérienne à Paris". Population, 26ème année, n°1, 1971, pp. 149-151.

2- BEGHIN, D., "L'intérêt de la panification familiale dans les pays en développement: relation entre planification familiale, fécondité et santé". In WOLLAST,E. et WEKEMANS, M., (ed.), Pratique et gestion de la planification familiale dans les pays en voie de développement, Paris, (N.D.), PP 47-55.

3- BONGAARTS, J., "Les effets inhibiteurs des variables intermédiaires de la fécondité" Population Council, New York, 1982, PP. 60-118.

- 4- CHANTAL, B., "Avortement, fécondité et contraception". Population, 46ème année, n°3, 1993, pp. 537-543.
- 5- CHARBIT, Y., "L'opinion sur la politique démographique, la nuptialité et les nouvelles techniques de procréation en mai 1987". Population, n° 6, 1989, PP. 1159-1187.
- 6- CHARDIT, Y., "La contraception après l'accouchement dans 11 pays en développement". Population, 32ème année, n° 4-5, 1977, PP. 988-990.
- 7- DELVOYE, P. et VEKEMANS, M., "Les méthodes de planification familiale traditionnelles". In WOLLAST, E. et VEKEMANS, M., (ed.), Pratique et gestion de la planification familiale dans les pays en voie de développement, Paris, (N.D.), pp. 98-106.
- 8- DELVOYE, P., "Les méthodes anticonceptionnelles". In: WOLLAST, E. et VEKEMANS, M., (ed.), Pratique et gestion de la planification familiale dans les pays en voie de développement, Paris, (N.D.), pp. 199-209.
- 9- DELVOYE, P., "La contraception pour les sous groupes particuliers". In WOLLAST, E. et VEKEMANS, M., (ed.), Pratique et gestion de la planification Familiales dans les pays en voie de développement. Paris, (N.D.), pp.294-304.
- 10- FARGUE, P., "La baisse de la fécondité arabe". Population, 43ème année, n° 4-5, 1988, pp. 975-1004.
- 11- GEORGE, M. et LEFORT, J., "Les règles et leurs anomalies". Ouverture médicale, ed. n° 6066, 2ème trimestre, Paris, 1987.
- 12- HERUET, E., "Régulation des naissances". La revue du praticien, tome XXV, n° 57, Paris, 11 Décembre 1980.
- 13- JORAY, P.V. et ALINEN, M., "Articles concernant la taille de la famille et la régulation des naissances". Présentation et essai d'interprétation des résultats préliminaires de l'enquête socio-démographique algérienne, Population, n° spécial, 1971, pp. 47-48.
- 14- JOURDAIN, A., "Une enquête sur la contraception à Rennes". Population, 32ème année, n° 4-5, 1977, pp. 1301-1304.
- 15- KOUAOUCI, A., "Tendances et facteurs de la natalité algérienne entre 1970 -1986". Population, n° 2, 1992, pp. 327-352.
- 16- KOUAOUCI, A., "Essai de reconstitution de la pratique contraceptive en Algérie durant la période 1967-1987". Population, 48ème année, n° 4, 1993, pp. 859-883.

- 17- KOUAOUCI, A., "La dimension stratégique de la croissance démographique". In revue de l'université de Constantine, 1990. pp. 9-43.
- 18- KOUAOUCI, A., "Analyse comparative de la fécondité : Un modèle". Série II, O.N.S, 1983, pp. 31-44.
- 19- LANTOINE, C.G., "Révolution contraceptive au Canada". Population, 45ème année, n°2, 1990, pp. 361-395.
- 20- LAPHAM, R., "Modernisation et contraception au Maroc central". Illustration de l'analyse de données d'une enquête C.A.P., Population, 26ème année, n° 1, 1971, pp. 79-104.
- 21- LERIDON, H., MAYEN. M. et LEVAILLANT, J.P., "La diffusion des méthodes modernes de contraception: une étude dans une consultation hospitalière". Population, 32ème année, n° 4-5, 1977, pp. 776-805.
- 22- LERIDON, H., "Le rôle des méthodes modernes de contraception dans l'évolution de la fécondité". In régulation de la fécondité, INED, ed. INSERM, Paris, Vol. 83, 1979, pp. 225-246.
- 23- NAG, M., "Certains facteurs culturels influant sur les coûts de la régulation de la fécondité". In bulletin démographique des Nations-Unies, New York, n° 17, 1986, pp. 17-20.
- 24- Nations-Unies, Enquêtes sur la fécondité et sur le planning : Eléments nouveaux. Population Reports, série m, n° 8. ed. anglaise, 1985.
- 25- Nations-Unies, Nouveau regard sur Les dispositifs intra-utérins (D.I.U.). Population Reports, série b, n° 5, ed. anglaise, 1988.
- 26- Nations-Unies, Après la contraception : Dissiper des rumeurs sur la fécondité ultérieure. Population Reports, série J, n°28, ed. anglaise, 1985.
- 27- Nations-Unies, Lois et politiques affectant la fécondité : Une décennie de changements. Population Reports, série E, n° 7, ed. anglaise, 1985.
- 28- Nations-Unies, Enquête sur la prévalence de la contraception, source nouvelle de données sur le planning familial. Population Reports, série M, n°5, ed. anglaise, 1981.
- 29- Nations-Unies, Les dispositifs intra-utérins. Population Reports, série B, n°4, ed. anglaise, 1982.
- 30- Nations-Unies, Les barrières mécaniques et chimiques : La contraception vaginale, éléments nouveaux. Population Reports, série H, n°7, ed. anglaise 1984.

- 31- Nations-Unies, Stérilisation M/F, stérilisation volontaire, principales méthodes mondiales de contraception. Population Reports, topique spécial, n°2, ed. anglaise 1979.
- 32- Nations-Unies, Les modules de l'E.M.F. : Avortements, facteurs autres que la contraception, mortalité générale. Institut international des statistiques, E.M.F, n°19, Août 1979.
- 33- Office National de la Famille et de la Population, Famille et population. Nouvelle série, n° 5-6, Tunisie, 1987.
- 34- Office National des Statistiques, Démographie algérienne. Alger, 1984.
- 35- OUSSEDIK, F., "Crise économique et politique de population : Approche de la stratégie algérienne de limitation des naissances". In congrès africain de population, CREAD, Dakar, 1988, pp. 2.4.3 - 2.4.49.
- 36- PEREZ, F.M., "La contraception des couples aux Etats Unis: Evolution récente". Population, 32ème année, n°3, 1977, pp. 698-706.
- 37- SAMMAN, M.L., "Dimension de la famille et attitude des femmes syriennes à l'égard de la contraception". Population, 32ème année, n° 4-5, 1977, pp. 1267-1276.
- 38- SIVING, I., "Contraception et évolution de la fécondité dans le programme post-council". New York, 1975, pp. 85-116.
- 39- SLABLA, A., BELLOUMI, A., SEKLANI, M. et MORELAND, S., "Les déterminants de la fécondité en Tunisie, 1966, 1975, 1984, 1988 ". In revue, Office National de la Famille et de la Population, Direction des Etudes et de Planification. Tunisie 1990, pp. 65-93
- 40- SUTTER, J., "Sur la diffusion des méthodes contraceptives". In prévention des naissances dans la famille. Travaux et documents, cahier n° 35, INED, Paris, P.U.F, 1960, pp. 341-359.
- 41- SZYKMAN, M., Problèmes de la planification de la famille : La planification de la famille dans le cadre des sous-systèmes, de la société et les problèmes des secteurs sociaux. Document pédagogique, Louvain -La Neuve, Belgique, CIDEP, 1990.
- 42- SZYKMAN, M., Problèmes de la planification familiale Module 1.2.5., Division de la population, Nations-Unies, Centre International de Formation et de Recherche en Population et Développement en association avec les N.U., Document pédagogique, Louvain - la Neuve, Belgique, 1990-91.
- 43- TOULEMON, L. et LERIDON, H., "Vingt années de contraception, en France 1668-1988". Population, n°4, 1991, pp. 777-812.

- 44- TOULEMON, L. et LERIDON, H., "Maîtrise de la fécondité et appartenance sociale : contraception, grossesses accidentelles et avortement". Population 1992, n°1, pp. 1-46.
- 45- VALLIN, J., "La tunisienne et la Contraception". Population, 31ème année, n°3, 1976, pp. 707-716.
- 46- VANDENBUSSCHE, P., "Le coût de la contraception". In WOLLAST, E. et VEKEMANS, M., (ed.), Pratique et gestion de la planification familiale dans les pays en voie de développement, Paris, (N.D.), pp. 436-443.

IV- Etudes et colloques:

- 1- A A R D.E.S, Enquête socio-démographique, la régulation des naissances. Direction générale du plan et des études économiques, vol. 5, Alger, 1970.
- 2- BLAYO, C., Contraception et avortement en France. Deuxième séminaire soviéto-français de démographie, 3ème séance, 13-21 Septembre 1986. Paris, INED, 1986.
- 3- C.E.N.E.A.P, Enquête nationale sur la fécondité. Rapport national final. Alger, 1989.
- 4- C.E.N.E.A.P, Opinions et pratiques des couples en matière de régulation des naissances. Etude sur la planification familiale, Alger, 1985.
- 5- CHARLET, S., Impact du programme de planification familiale sur les mutations démographiques en Tunisie. Population research unit, social affaires département, league arabe states, Egypte, 1986.
- 6- I.N.E.A.P, Attitudes et opinions des couples sur la contraception, étude sur la planification familiale : Cas d'Alger. Direction des études et analyses sociales et démographie, Alger, 1983.
- 7- Nations-Unies, Facteurs qui exercent une influence sur l'emploi et le non-emploi de méthodes de contraception. Résultats d'une analyse comparée de certaines enquêtes C.A.P., étude démographique n° 69, New York, 1950.
- 8- Nations-Unies, La fécondité et la planification familiale en Europe aux environs de 1970 : étude comparative de douze enquêtes nationales. Département des Affaires Economiques et Sociales, étude démographique n°58, New York, 1977.
- 9- TABUTIN, D. et VALLIN, J., L'état civil en Algérie. Note technique présentée au colloque de Rabat, Octobre, 1972, Oran, Juillet 1972.

V- Dictionnaire:

- PRESSAT, R., Dictionnaire de démographie. 1er ed., 3ème trimestre, n° 26495.

- الملاحق -

- ملحق رقم 1: التعريف بوسائل منع الحمل -

يمكننا تقسيم طرق منع الحمل إلى قسمين: طرق حديثة وتسمى كذلك بالطرق الفعالة، وطرق تقليدية وتسمى بالطرق غير الفعالة.

1 - الطرق الحديثة (الفعالة):

1.1- الأقراص (الحبوب) : تمنع الأقراص الحمل وذلك بمجرد تناولها يوميا. فهي مكونة من تركيب نوعين من الهرمونات "Progesterone" و "Oestrogène" أو من "Progesterone" وحده بفعالية ضعيفة أو قوية¹. وتم إكتشافها من طرف البيولوجي PINCUS عن طريق تركيب مشتقات "Progesterone" المشع عن طريق الفم، أستعملت أولا لمعالجة العقم الهرموني ثم جربت كوسيلة لمنع الحمل في بورتوريكو (PORTO-RICO). فحبوب منع الحمل هي وسيلة منع هرمونية تتناولها المرأة يوميا عن طريق الفم ابتداء من اليوم الخامس للدورة الشهرية للمحافظة على انتظامها ويبطل تناولها بانتظام عملية التبويض بصفة مؤقتة وتعود قدرة الحمل في ظرف أربعة أيام على الأكثر بعد التوقف عن تناولها.

أستعملت الحبوب أول مرة في الولايات المتحدة الأمريكية (سنة 1960) ثم فرنسا خاصة بعد قانون New-wirth (سنة 1967) الذي سمح باستعمال وسائل منع الحمل بدون التعرض إلى أية عوائق قانونية. والحبوب هي وسيلة علمية مفضلة ولها فعالية كبيرة وإستعمالها بسيط، وبحكم كونها وسيلة فعالة للغاية في تنظيم النسل فهي تتيح للنساء فرصة تجنب الحمل غير المرغوب فيه، كما يمكن إستخدامها لمباعدة الفترات الزمنية الفاصلة بين الولادات والإقلال من المخاطر المصاحبة للحمل والولادة إلى أدنى حد، إضافة إلى ذلك فإن تناولها يعطي منافع صحية تناسلية قد لا توفرها الوسائل الأخرى. قدر المسح العالمي للخصوبة الفعالية النظرية لحبوب منع الحمل بنسبة 99%². ونقل النسبة الفعلية عن الحد المذكور لأن بعض النساء لا يتناولن الحبوب بصفة منتظمة.

أما عن أخطار تناولها التي قد تتعرض لها المرأة فتختلف حسب محتوى هذه الحبوب لاختلاف ميكانيزم عمل مختلف المواد المكونة لها. فهذه الأخطار تأتي خاصة بعد السن الخامسة والثلاثين ومنها

¹ Voir GEORGES, M., et LEFORT, J., " Les règles et leurs anomalie ", Ouvertures Médicales, ed. n°6066, 2ème trimestre, Paris, 1987, p. 72.

² الأمم المتحدة، حبوب منع الحمل عن طريق الفم في الثمانينات، تقارير السكان، السلسلة رقم 6، منشورات إنجليزية، 1985، ص. 1.

ارتفاع ضغط الدم، أمراض أوعية المخ الدموي، الأمراض المتعلقة بقلة تدفق الدم في شرايين القلب بما في ذلك الذبحة القلبية وغيرها³.

2.1- اللولب (Stérilet) :

اللولب عبارة عن جهاز صغير على شكل حلقة، له حجم وطول متغير، مصنوع من البلاستيك ومغلف إما من الجلد أو من الجلد والفضة معا. يوضع في رحم المرأة من طرف الطبيب، ليعمل على منع تعشيش البويضة إذا ما تم وضعه بشكل صحيح⁴، وله عدة نماذج:

- اللولب الساكن (Stérilet inerte): يتم تبديله كل خمس أو ست سنوات.

- اللولب المصنوع من الجلد (Stérilet au cuir) : الجلد يسمح بزيادة فعالية منع الحمل، ويفضله كذلك يمكن إنقاص حجم اللولب وتخفيف الآثار المترتبة عن استعماله، ويتم تبديله كل سنتين.
- اللولب المصنوع من الجلد والفضة: فالمزج بين الجلد والفضة يسمح بزيادة مدة حياة الجلد ولذلك يتم تبديل اللولب كل أربع سنوات.

- اللولب المصنوع من البروجيستيرون (Progestérone) : ويتم تبديله كل سنة.

أظهر أحدث مسح خاص بفعالية وسائل منع الحمل أنجز في الولايات المتحدة الأمريكية معدل إخفاق إستعمال اللولب. قدر هذا المؤشر بـ 4.8% في سنة الإستخدام الأولى. يمكن قياس معدل الإخفاق بمعدلات الحمل أو معايير أخرى كمعدلات الدفع، النزاع بسبب الألم والنزيف والنزاع لأسباب طبية أخرى. بلغت معدلات الإستمرار في إستخدام اللولب نسبة تتراوح بين 50 و 85% خلال السنة⁵.

اللولب هو وسيلة فعالة لمنع الحمل ، فهو لا يتطلب إهتماما يوميا مثل تناول حبوب منع الحمل بانتظام، أو الترقب ومتابعة مظاهر الخصوبة، كما أن الأدوات الضمرحية النحاسية وغيرها المزودة بالمواد الطبيعية لا تؤثر في حجم أو في تكوين لبن الرضاعة بالنسبة للنساء اللاتي يرضعن أطفالهن، على أن الأدوات الضمرحية غير ملائمة لكل النساء فعلى المستخدمة للأدوات الضمرحية معرفة ما يلي: -

³ الأمم المتحدة، حبوب منع الحمل عن طريق الفم في الثمانينات، مرجع سابق، ص. 2.

⁴ Voir GEORGES, M., et LEFORT, J., " Les règles et leurs anomalies ", op. cit. p. 73

⁵ Nations-Unies, Les dispositifs intra-utérins, Population Report, Série B, n°4, ed. anglaise, 1982, p. 12.

- أ - تحديد مكان الخيوط والرجوع إلى المركز الطبي للمراقبة في حالة عدم إستطاعتها تحديد مكان الخيوط أو إذا ما اجتازت دورة الطمث.
- ب - تصاحب إستخدام الأدوات الضمرحية أعراض جانبية عادية مثل الزيادة في النزيف.
- ج - الحاجة إلى طلب الرعاية الطبية إذا ظهرت أية علامات أو أعراض للتلوث، الألم الحوضي ، النزيف الغزير الغير عادي ، الإقراز الغزير
- د - حقيقة الأمر أن الحمل في حالة وجود الأدوات الضمرحية في مكانها قد يكون منتبذا ولذلك فالم البطن وغياب الطمث قد يكون من علامات الحمل المنتبذ.
- هـ - نوع الأدوات الضمرحية.
- و - الموعد الموصى به لإستبدال الأدوات الضمرحية المزودة بالمواد الطبية.
- هـ - إذا وقع حمل وكانت الأدوات الضمرحية في مكانها يجب على المرأة أن تعرض نفسها على الطبيب حتى ولو كانت راغبة في إستمرار الحمل.

3.1- الواقي الذكري (Condom) :

عبارة عن غلاف رقيق من المطاط متين بدرجة كبيرة وشفاف. يتراوح طوله بين 15 و20 سم وقطره بين 3 و4 سم. وهو مخصص لتغطية عضو الرجل التناسلي قبل عملية الإتصال الجنسي، حيث يتجمع السائل المنوي في قمته وبالتالي يمنع وصول النطفة إلى الرحم. تباع مختلف الأوعية المتاحة ملتفة حول نفسها، ويوضع كل واق في علبة محكمة السد من ورق بلاستيكي أو من الألمنيوم، تكون بعض الأوعية مزينة بالسيليكون وبطلى الحديد منها بمواد تعمل على إبطال عمل السائل المنوي. ويكون كل نوع من هذه الأوعية مزودا في النهاية بخزان صغير يتجمع فيه السائل المنوي .

4.1- الحاجب الحاجز (Diaphragme) :

عبارة عن حجاب أو ستار سميك مطاطي يأخذ شكل القبة مرصوص بنايظ بلاستيكي، يوضع في فرج المرأة قبل كل عملية جنسية فهو يمنع دخول السائل المنوي وبالتالي يمنع إنتقاء النطفة بالبويضة. بما أن الأعضاء التناسلية للمرأة لا تتمتع بإمساكية جيدة للسائل المنوي، فكان من الضروري إضافة مواد تعمل على إبطال عمل السائل المنوي (دهن، مجمد، زبدة...).

يستعمل الحاجب الحاجز مباشرة قبل كل عملية أو إتصال جنسي أو ساعتين على الأكثر قبل الإتصال الجنسي، ومن الضروري تركه في مكانه ما بين ست وثمان ساعات بعد آخر عملية جنسية⁶. يأخذ الحاجب الحاجز أشكالاً وأبعادا مختلفة ويمكننا تمييز ثلاثة أنواع رئيسية: حاجب ذو نايبض وحاجب مقوس وحاجب ذو سفرة.

تتطلب كل هذه الأنواع شرطين أساسيين عند إستعمالها.

أ - يجب أن يوضع بعناية في موضعه اللازم وكذلك يجب نزعها بطريقة جيدة.

ب - يجب مراعاة الوقت الكافي و اللازم لنجاح هذا الإستعمال من طرف كل مستعملة .

5.1- مجمدات الحيوان المنوي (Spermicides) :

هي نوع من الدهن تستعمله المرأة في جهازها التناسلي (الفرج) قبل أية عملية جنسية ، له فعالية كبيرة وسريعة حيث يعمل على تجميد وتهديم الحيوانات المنوية، ونتيجة للتطور الحديث والكبير في هذا الميدان، فإن فعالية مجمدات الحيوان المنوي تساوي فعالية الحاجب الحاجز (Diaphragme) وتفوقها أحيانا⁷.

⁶ FRIBOURG, A., "La Régulation des naissances", in revue du praticien, tome XXV, n° 57, Paris, 1980, p. 4007.

⁷ Ibid., p. 4008.

6.1- الحقن (Injections) :

هي وسيلة تستعمل مرة كل شهر أو ستة أشهر، وظيفتها منع نزول الدورة الدموية، فهي تعتبر وسيلة مضمونة، حيث تلغي عامل النسيان لأنها لا تشبه الوسائل الأخرى التي يسهل نسيانها، ولكن قد تنجم عن استعمالها أمراض ثانوية بنسب مرتفعة إذا ما قورنت بالوسائل الأخرى التي يمكن التوقف عن استعمالها في كل وقت، أما الحقن فلا يمكن توقيف مفعولها إلا بإنتهاء المدة المخصصة لها.

7.1- التعقيم (Stérilisation) :

هو عبارة عن عملية جراحية تجرى للرجل أو المرأة بغرض عدم إنجاب طفل أو أطفال آخرين⁸. تستعمل هذه الطريقة بكثرة من طرف الأزواج الذين لا يرغبون في مزيد من الأطفال. أعيد النظر في هذه التقنية للمرة الأولى عند نهاية القرن التاسع عشر وأستعملت كوسيلة لمنع الحمل مع بداية الثلاثينيات. كان التعقيم الجراحي الإرادي مستعملا بصفة قليلة قبل الستينيات، والملاحظ أن هذه الوسيلة منتشرة في البلدان المتطورة أكثر من البلدان السائرة في طريق النمو⁹.

2- الطرق التقليدية (غير الفعالة) :

1.2- الإمتناع عن العلاقات الجنسية (Abstinence périodique) :

حسب الأطباء تكون المرأة غير مخصبة (Infécondable) خلال بضعة أيام من كل شهر، وهي الأيام التي تحيط بمرحلة التبويض التي تصاحب كل دورة شهرية. إن البويضة لا تخصب إلا خلال فترة تتراوح بين 24 و 48 ساعة، وبعد هذه الفترة لا تكون المرأة عرضة للحمل، وبالمقابل تستطيع الحيوانات المنوية الموجودة في المجاري التناسلية - بعد كل عملية جنسية - أن تعيش لمدة ثلاثة أيام وأكثر¹⁰. الأمر إذن يتعلق بتحديد وقت التبويض بقياس درجة حرارة المرأة أو بطريقة الحساب أو العد. فطريقة العد تحدد فترة الخصوبة حسابيا وتسمح درجة الحرارة بتحديد وقت التبويض.

⁸ Nations- Unies, Avortement, facteurs autres que la contraception, affectant la fécondité, planification familiale, mortalité générale, les modules de l'EMF, n° 19, Institut International des Statistiques, 1979, p. 55.

⁹ Voir Nations-Unies, Stérilisation M/F : Stérilisation Volontaire, Principale méthode mondiale de contraception, Population Reports, Topiques Spéciaux, n° 2, ed. anglaise 1979, p.3.

¹⁰ FIBOURG, A., "La régulation des naissances", op. cit., 1980, p. 4005.

1.1.2- طريقة العد (Ogino) :

يمكن إتباع طريقة العد من قبل النساء اللاتي لهن عادة شهرية منتظمة، لأن هذه الأخيرة تأتي دائما بعد 12 إلى 16 يوما من التبويض. تعتمد هذه الطريقة أساسا على الحساب الذي يسمح بتحديد الفترة التي يجب الإمتناع فيها عن أي اتصال جنسي. إذن المرأة التي تعيش عادة منتظمة تستطيع أن تتنبأ بعملية التبويض التي بإمكانها الحدوث بصفة مبكرة (16 يوما) أو متأخرة (12 يوما) قبل التاريخ المتوقع للعادة الشهرية القادمة.

يبدأ الإمتناع عن العلاقات الجنسية ثلاثة أيام قبل التاريخ المحدد أو المحتمل أن يتم خلاله التبويض مع أخذ مدة حياة الحيوانات المنوية في الحسبان فتصبح المدة تسعة عشر يوما ($16 + 3 = 19$ يوما) قبل التاريخ المعتاد للعادة الشهرية الذي قد يتأخر حتى إثنا عشر يوما قبل الدورة ويضاف يوم واحد لحياة البويضة وبالتالي يمدد الإمتناع عن العلاقات الجنسية إلى اليوم الحادي عشر المتضمن العادة الشهرية السابقة¹¹. إن هذه الطريقة غير فعالة لأن خطورة الحمل تزداد مع عدم إنتظام الدورة الشهرية ومع أخطاء الحسابات. إذن هذه الطريقة حسابية لها علاقة بالدورة الشهرية، يرجع لها كمانع للحمل عوض الوسائل الكيميائية والصناعية، تعد موفرة إقتصاديًا إلا أنه لا يمكن أن نستعمل من طرف كل النساء لأنها تحتاج إلى مستوى من التعليم حتى تتجنب أخطاء الحساب، كما أنها وسيلة غير مضمونة لا سيما إذا كان هناك تذبذبًا في دورة المرأة الشهرية.

2.1.2- طريقة الحرارة (Méthode des températures) :

المبدأ الأساسي لهذه الطريقة هو أخذ الحرارة يوميًا في كل صباح قبل نهوض المرأة من الفراش، فدرجة الحرارة تكون أقل من 37° درجة خلال العادة الشهرية إلى غاية التبويض، ثم ترتفع فورًا ببعض العشرات من الدرجة لتصل إلى أقصى حد لها أثناء فترة التبويض (حوالي 37.5 درجة) ثم تنخفض قليلًا وتبقى أكبر من 37 درجة إلى غاية الدورة الشهرية القادمة¹². هذه الطريقة غير فعالة، ولا تناسب إلا النساء اللاتي لديهن توازن هرموني وصحة جيدة .

¹¹ FIBOURG,A, "La régulation des naissances", op. cit. , 1980, p. 4005.

¹² Ibid., p. 4006.

2.2- الغسل المهبلي (La douche vaginale) :

وهي الطريقة الوحيدة لمنع الحمل "Post-coïtale" ومبدأها الأساسي هو القضاء أو إبطال فعالية الحيوانات المنوية خلال العمليات الجنسية في مهبل المرأة عن طريق الغسل بالماء الصافي أو الماء المركب أو الخل أو عصير الليمون (الشب). نستطيع إستعمال قمع أو أنبوب على شكل إجاصة ويجب أن يكون ضغط الماء الداخلي خفيفا. يكون الغسل نافعا إذا كانت هناك نظافة تامة، لكن هذه الطريقة غير مضمونة للخطورة المتمثلة في تأخير عملية غسل كل الحيوانات المنوية.

3.2- السحب (Retrait) :

وهي أقدم طريقة ومنتشرة بكثرة في العالم، وهي مانع غير مجد، وإن أمكن التحكم تماما في وقت القذف أي ابتعاد الرجل عن المرأة حتى لا تستقر مادته التناسلية في رحمها. تستعمل هذه الطريقة بإرادة الرجل، إضافة إلى كونها غير مضمونة تؤدي إلى اضطراب نفسي خطير ناتج عن عدم إشباع اللقاح الجنسي.

ومن حيث الفعالية، سجل عدد كبير من الإخفاقات (الفشل) لعدة أسباب نذكر منها: وجود حيوانات منوية في العضو التناسلي للرجل مع بداية العلاقات الجنسية والتأخر في نزع عضو الرجل التناسلي من فرج المرأة عند قرب عملية القذف¹³.

4.2- الرضاعة (L'allaitement) :

كشفت الدراسات الفزيولوجية أن الرضاعة الطبيعية، تؤخر حدوث الطمث وتمنع ظهور البويضة ومن ثم تقلل من احتمال الحمل، مما يتسبب في علاقة عكسية بين طول فترة الرضاعة ومعدلات الإنجاب. وتشير نتائج الدراسات الطبية أن هرمون البرولاكتين الذي يفرز نتيجة لإرضاع الطفل ينشط إنتاج اللبن ويؤخر ظهور البويضة. تبلغ مستويات البرولاكتين عند المرأة أعلى قدرا لها خلال فترة إنقطاع الطمث، وتزيد فترة عدم الإباضة عندما يرضع الطفل بصورة متكررة نهارا وليلا، وينخفض مستوى البرولاكتين مع تناقص تكرار الرضاعة مما يؤدي إلى إستئناف الإباضة¹⁴. وتجدر الإشارة إلى أن طول فترة إنقطاع الطمث ربما تتأثر بعوامل بيولوجية أخرى

¹³ Voir FIBOURG, A., "La régulation des naissances", op. cit., 1980, p. 4007.

¹⁴ أنظر الحسن محمد نور (عثمان)، مرجع سابق، 1977، ص. 17.

غير الرضاعة، كتغذية الأم والمستوى الصحي، وقد يكون لتدني الخدمات الصحية أثرا في زيادة إنقطاع الطمث. وتعتبر الرضاعة الطبيعية الأسلوب المائد في تغذية الطفل في كثير من الدول العربية فقد حث الإسلام على أهمية الرضاعة بالنسبة لصحة الأم والطفل لقوله تعالى: "والوالدات يرضعن أولادهن حولين كاملين لمن أراد أن يتم الرضاعة". الآية رقم 233 من سورة البقرة.

ملحق رقم 2 : الجداول

جدول رقم (5-1): التغيرات الحاصلة في توزيع وسائل منع الحمل الحديثة في كل من القطاع العام والقطاع الخاص بين سنتي 1986 و1992 حسب الوسيلة المستعملة (ب %).

المصدر						الوسيلة المستخدمة
القطاع العام						
الزيادة أو النقصان	مراكز حماية الأمومة الطفولة		الزيادة أو النقصان	مراكز ومستشفيات عامة		
(b/a)-1	1992 b	1986 a	(b/a)-1	1992 b	1986 a	
-17.6	23.9	29.0	+30.7	20.0	15.3	الحبوب
+0.9	34.3	34.0	+13.5	38.7	34.1	اللولب
+62.6	13.5	8.3	+100.0	4.6	0.0	السواقي
-100.0	0.0	7.4	+125.7	16.7	7.4	الحقن
-64.8	3.7	10.5	+5.8	76.2	72.0	التعقيم النسوي
-77.8	11.1	50.0	-100.0	0.0	12.5	طرق أخرى حديثة
-15.3	23.8	28.1	+21.4	22.1	18.2	المجموع
—	(481)	(391)	—	(447)	(257)	التكرارات
القطاع الخاص						الوسيلة المستخدمة
الزيادة أو النقصان	صيدليات		الزيادة أو النقصان	عيادات ومصحات طبية خاصة		
(b/a)-1	1992 b	1986 a	(b/a)-1	1992 b	1986 a	
+1703.4	52.3	2.9	-94.1	2.9	49.2	الحبوب
0.0	0.0	0.0	-2.5	27.0	27.7	اللولب
-363.5	77.4	16.7	-100.0	0.0	4.2	السواقي
+100.0	16.7	0.0	-14.3	66.7	77.8	الحقن
0.0	0.0	0.0	-67.5	4.0	12.3	التعقيم النسوي
+100.0	77.8	0.0	-11.2	11.5	12.5	طرق أخرى حديثة
+1692.6	48.4	2.7	-90.2	4.5	45.8	المجموع
—	(979)	(38)	—	(91)	(640)	التكرارات

المصدر: تم حساب التغير من معطيات الجدول رقم (2-4).

جدول رقم (5-2) : توزيع النساء المتزوجات (15-49 سنة) عند تاريخ المسح والمستعملات لوسائل منع الحمل الحديثة حسب الوسيلة المستعملة ومصدر الحصول عليها.

المجموع	ENAF 1986 (1)						مصدر الحصول على الوسيلة أو الخدمة
	نوع الوسيلة أو الخدمة						
	طرق أخرى	التعقيم النسوي	الحقن	الوفاي	الأولاد	الحيوب	
18.2	0.07	2.9	0.1	0.0	2.3	13.0	- مستشفيات ومراكز صحية عامة
28.2	0.3	0.4	0.1	0.1	2.3	24.6	- مراكز حماية الأمومة والطفولة
46.0	0.05	0.6	1.6	0.05	1.9	41.8	- عيادات ومصحات طبية خاصة
2.6	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	2.3	- صيدليات
4.5	0.2	0.2	0.06	1.3	0.3	2.6	مصادر أخرى
0.66	0.0	0.0	0.06	0.0	0.0	0.6	معطيات ناقصة
100	0.6	4.1	1.9	1.7	6.7	85.0	المجموع
(1397)	(8)	(57)	(27)	(24)	(94)	(1187)	
EASME 1992 (2)							
22.1	0.0	2.0	0.05	0.05	2.1	18.2	- مستشفيات ومراكز صحية عامة
23.8	0.05	0.1	0.0	0.1	2.0	21.5	- مراكز حماية الأمومة والطفولة
4.4	0.05	0.09	0.2	0.0	1.4	2.6	- عيادات ومصحات طبية خاصة
48.4	0.5	0.0	0.05	0.9	0.0	47.0	- صيدليات
0.5	0.0	0.09	0.0	0.0	0.0	0.5	مصادر أخرى
0.9	0.0	0.3	0.0	0.05	0.0	0.6	معطيات ناقصة
100	0.5	2.5	0.3	1.1	5.4	90.2	المجموع
(2025)	(10)	(50)	(7)	(22)	(112)	(1824)	

المصدر : (1) المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986) .

(2) المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (سنة 1992) .

جدول رقم (3-5): السن المتوسط عند الزواج الأول لدى الرجال والنساء

السنة											
1987*	1980	1979	1978	1977*	1976	1970	1969	1966*	1954*	1948*	الجنس
27.8	26.3	26.1	26.1	26.3	25.9	24.4	24.4	23.8	25.2	25.8	ذكور
22.1	20.8	20.9	20.8	20.7	21.0	19.3	19.3	18.3	19.6	20.8	إناث
5.7	5.5	5.2	5.3	5.6	4.9	5.1	5.1	5.5	5.6	5.0	الفرق

المصدر: نتائج التحقيق حول اليد العاملة والديموغرافيا الزوجية الجزائرية/الأسر والسكن.
إحصاءات رقم 1983/4/1، ص.15.
* التعدادات

جدول رقم (4-5): نسبة العزاب ما بين 20 و 24 سنة

(بـ %)

السنة					
1977	1969	1966	1954	1948	الجنس
71.0	66.8	54.5	65.4	68.2	الرجال
31.0	18.3	11.2	20.9	23.0	النساء

المصدر: نتائج التحقيق حول اليد العاملة والديموغرافيا الزوجية الجزائرية/الأسر والسكن.
إحصاءات رقم 1983/4/1، ص.15.

جدول رقم (5-5): توزيع النساء المتزوجات عند تاريخ المسح (15-49 سنة) حسب المستوى التعليمي ووجهة الهجرة من خلال معطيات ENAF 1986 و EASME 1992.

المجموع	ENAF 1986 (1)						المستوى التعليمي
	المستقرات		المهاجرات				
	ريف	حضر	ريف - ريف	ريف - حضر	حضر - ريف	حضر - حضر	
68.8 (3080)	80.9 (1087)	49.2 (384)	87.5 (984)	74.5 (359)	40.3 (131)	32.1 (135)	أميات
27.4 (1228)	18.3 (246)	43.5 (339)	12.0 (135)	23.4 (113)	53.9 (175)	52.2 (220)	إبتدائي + متوسط
3.8 (168)	0.8 (11)	7.3 (57)	0.5 (5)	2.1 (10)	5.8 (19)	15.7 (66)	ثانوي فما فوق
100 4476	100 (1344)	100 (780)	100 (1124)	100 (482)	100 (325)	100 (421)	المجموع
EASME 1992 (2)							
55.6 (2625)	77.3 (1135)	43.0 (526)	69.2 (454)	52.6 (258)	38.2 (113)	23.2 (136)	أميات
38.2 (1804)	20.7 (304)	48.1 (588)	28.6 (188)	44.3 (218)	54.9 (163)	59.1 (346)	إبتدائي + متوسط
6.2 (293)	2.0 (29)	8.9 (109)	2.2 (14)	3.1 (15)	6.9 (20)	17.7 (104)	ثانوي فما فوق
100 (4722)	100 (1468)	100 (1223)	100 (656)	100 (491)	100 (297)	100 (586)	المجموع
المصدر : (1) المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986) . (2) المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (سنة 1992) .							

جدول رقم (5-6) : متوسط سن النسوة المتزوجات عند تاريخ المسح (15-49 سنة) ومتوسط عدد أطفالهن الأحياء (لكل امرأة متزوجة) حسب وجهة الهجرة من خلال معطيات ENAF 1986 و EASME 1992.

EASME 1992 (2)		ENAF 1986 (1)		وجهة الهجرة
متوسط سن المرأة عند تاريخ المسح	متوسط عدد الأطفال (لكل امرأة)	متوسط سن المرأة عند تاريخ المسح	متوسط عدد الأطفال (لكل امرأة)	
<u>النساء المستقرات :</u>				
34.5	4.3	33.1	4.6	1- المستقرات في الحضر
34.1	4.8	32.9	5.36	2- المستقرات في الريف
<u>النساء المهاجرات داخليا :</u>				
33.6	4.4	32.2	5.08	1- من الريف إلى الريف
34.9	4.5	33.8	5.06	2- من الريف إلى الحضر
32.7	3.8	31.0	4.0	3- من الحضر إلى الريف
34.4	3.8	27.8	4.04	4- من الحضر إلى الحضر
المصدر : (1) المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986) .				
(2) المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (سنة 1992) .				

جدول رقم (5-7) : نسبة النساء المتزوجات عند تاريخ المسح (15-49 سنة) والمستعملات لوسائل منع الحمل حسب وجهة الهجرة وعدد الأطفال الأحياء ضمن مجموع نسوة كل فئة (ب %) من خلال ENAF 1986 و EASME 1992.

المجموع	ENAF 1986 (1)						عدد الأطفال الأحياء
	المستقرات		المهاجرات				
	ريف	حضر	ريف - ريف	حضر- ريف	ريف - حضر	حضر- حضر	
28.7 (509)	23.1 (103)	36.6 (122)	14.2 (60)	43.0 (74)	30.3 (56)	43.3 (94)	3 - 0
40.0 (525)	27.7 (112)	55.1 (129)	28.4 (93)	57.3 (51)	46.2 (67)	63.5 (73)	6 - 4
40.1 (556)	36.4 (180)	48.4 (103)	29.5 (111)	63.9 (39)	48.7 (74)	54.4 (49)	7 وأكثر
35.5 (1591)	29.4 (395)	45.5 (355)	23.5 (264)	50.3 (164)	40.9 (197)	51.2 (216)	المجموع
EASME 1992 (2)							
43.4 (833)	29.7 (152)	47.0 (244)	38.2 (100)	52.3 (78)	47.9 (90)	53.8 (168)	3 - 0
59.1 (895)	47.3 (225)	64.7 (259)	53.4 (102)	66.7 (60)	61.9 (104)	76.3 (142)	6 - 4
53.0 (507)	45.7 (174)	59.1 (127)	48.7 (74)	55.6 (20)	61.0 (61)	70.4 (50)	7 وأكثر
50.7 (2236)	40.3 (551)	55.5 (630)	45.6 (276)	57.2 (158)	55.9 (255)	66.3 (360)	المجموع
المصدر : (1) المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986) . (2) المسح الجزائري الخاص بصحة الأم و الطفل (سنة 1992) .							

جدول رقم (5-8) : نسبة النساء المتزوجات عند تاريخ المسح (15-49 سنة) المستعملات لوسائل منع الحمل حسب وجهة الهجرة والسن عند تاريخ المسح ضمن مجموع نسوة كل فئة (بـ %) من خلال ENAF 1986 و EASME 1992.

1 - ENAF 1986 :

المجموع	المستقرات		المهاجرات				فئة السن
	ريف	حضر	ريف - ريف	حضر - ريف	ريف - حضر	حضر - حضر	
17.0 (27)	17.8 (8)	18.5 (5)	7.5 (3)	33.3 (5)	21.0 (4)	15.4 (2)	19 - 15
26.8 (203)	22.9 (52)	35.4 (45)	17.4 (37)	45.5 (25)	30.5 (22)	35.5 (22)	24 - 20
36.7 (354)	28.3 (81)	48.8 (81)	26.3 (66)	47.7 (42)	40.7 (33)	55.4 (51)	29 - 25
40.3 (370)	31.7 (83)	57.5 (86)	22.0 (50)	54.3 (44)	52.5 (53)	55.1 (54)	34 - 30
44.7 (310)	40.4 (86)	56.7 (68)	30.4 (51)	51.2 (21)	51.8 (42)	60.0 (42)	39 - 35
42.2 (211)	35.2 (56)	43.9 (40)	31.0 (36)	72.7 (24)	47.5 (28)	64.3 (27)	44 - 40
23.9 (116)	19.1 (29)	30.3 (30)	19.4 (21)	23.3 (3)	21.7 (15)	40.0 (18)	49 - 45
35.5 (1591)	29.4 (395)	45.5 (355)	23.5 (264)	50.3 (164)	40.9 (197)	51.2 (216)	المجموع

المصدر : المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986) .

جدول رقم (5-8) تابع :

1992 EASME - 2

المجموع	المستقرات		المهاجرات				فئة السن
	ريف	حضر	ريف - ريف	حضر - ريف	ريف - حضر	حضر - حضر	
23.4 (18)	22.1 (8)	23.1 (3)	28.6 (2)	16.7 (1)	33.3 (3)	16.1 (1)	19 - 15
39.5 (197)	36.8 (62)	38.9 (43)	31.5 (28)	50.0 (16)	52.7 (29)	48.7 (19)	24 - 20
53.8 (491)	39.2 (100)	56.0 (132)	57.5 (77)	59.7 (43)	61.3 (46)	65.9 (93)	29 - 25
55.6 (492)	47.7 (128)	58.9 (141)	46.4 (52)	64.9 (48)	53.7 (44)	71.8 (79)	34 - 50
56.5 (491)	47.4 (132)	59.7 (143)	49.1 (54)	57.1 (24)	58.5 (55)	78.3 (83)	39 - 35
53.6 (367)	40.6 (82)	63.7 (112)	42.6 (46)	57.1 (16)	65.9 (56)	63.2 (55)	44 - 40
38.5 (179)	25.5 (41)	48.1 (59)	40.4 (19)	39.1 (9)	36.8 (21)	55.5 (30)	49 - 45
50.7 (2236)	40.4 (553)	55.7 (633)	45.8 (278)	56.7 (157)	55.8 (255)	66.3 (360)	المجموع

المصدر : المسح الجزائري الخاص بصحة الأم و الطفل (سنة 1992) .

جدول رقم (5-9): نسبة النساء المتزوجات عند تاريخ المسح (15-49 سنة) المستعملات لوسائل منع الحمل حسب وجهة الهجرة والمستوى التعليمي ضمن مجموع نسوة كل فئة (ب. %) من خلال ENAF 1986 و EASME 1992.

المجموع	ENAF 1986 (1)						المستوى التعليمي
	المستقرات		المهاجرات				
	ريف	حضر	ريف - ريف	حضر - ريف	ريف - حضر	حضر - حضر	
28.0 (863)	26.6 (267)	36.5 (140)	21.5 (212)	42.0 (55)	36.8 (132)	42.2 (57)	أميات
19.5 (637)	49.6 (122)	56.0 (190)	37.8 (51)	56.3 (94)	54.0 (61)	54.1 (119)	ابتدائي ومتوسط وقرآني
53.0 (89)	54.5 (6)	43.9 (25)	20.0 (1)	73.7 (14)	40.0 (4)	59.1 (39)	ثانوي وما فوق
35.5 (1591)	29.4 (395)	45.5 (355)	23.5 (264)	50.3 (163)	40.9 (197)	51.2 (215)	المجموع
EASME 1992 (2)							
44.0 (1071)	37.9 (401)	49.4 (241)	41.8 (175)	55.2 (58)	50.0 (120)	60.3 (76)	أميات
60.3 (1012)	49.8 (141)	62.1 (339)	55.5 (96)	59.6 (90)	62.9 (127)	68.5 (220)	ابتدائي ومتوسط وإعدادي
56.1 (151)	42.5 (11)	52.3 (53)	53.8 (7)	47.4 (9)	57.1 (8)	65.6 (63)	ثانوي وما فوق
50.7 (2234)	40.4 (553)	55.8 (633)	45.9 (278)	57.1 (157)	55.9 (255)	66.1 (359)	المجموع
المصدر: (1) المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986). (2) المسح الجزائري الخاص بصحة الأم و الطفل (سنة 1992).							

جدول رقم (5-10): نسبة النساء المتزوجات عند تاريخ المسح (15-49 سنة) المستعملات لوسائل منع الحمل حسب وجهة الهجرة والمنطقة الجغرافية ضمن مجموع نسوة كل فئة (بـ %) من خلال ENAF 1986 و EASME 1992 .

المجموع	ENAF 1986 (1)						منطقة السكن
	المستقرات		المهاجرات				
	ريف	حضر	ريف - ريف	حضر - ريف	ريف - حضر	حضر - حضر	
44.4 (993)	35.9 (192)	45.6 (125)	26.2 (106)	52.1 (85)	39.4 (82)	50.5 (103)	- الوسط
33.3 (380)	19.9 (100)	34.9 (91)	18.6 (80)	38.5 (30)	25.2 (35)	48.3 (44)	- الشرق
46.9 (519)	33.5 (103)	56.7 (139)	27.3 (78)	57.0 (49)	59.6 (81)	54.3 (69)	- الغرب
35.5 (1592)	29.4 (395)	45.5 (355)	23.5 (264)	50.3 (164)	40.9 (197)	51.2 (216)	المجموع
EASME 1992 (2)							
49.3 (776)	40.2 (222)	56.8 (157)	40.3 (118)	60.3 (102)	49.0 (48)	66.5 (129)	- الوسط
47.1 (569)	39.0 (163)	49.3 (188)	41.3 (45)	50.0 (23)	49.5 (52)	67.1 (98)	- الشرق
56.9 (751)	44.2 (145)	60.4 (218)	57.0 (110)	50.0 (22)	61.9 (140)	69.0 (116)	- الغرب
48.6 (140)	32.9 (23)	55.2 (69)	35.7 (5)	58.8 (10)	55.5 (15)	51.4 (18)	- الجنوب*
50.7 (2236)	40.4 (553)	55.7 (632)	45.6 (278)	56.9 (157)	55.9 (255)	66.5 (361)	المجموع
<p>المصدر : (1) المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986).</p> <p>(2) المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (سنة 1992).</p> <p>* لم يمس المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة منطقة الجنوب.</p>							

جدول رقم (5-11): توزيع النساء المتزوجات (15-49 سنة) حسب جنس التركيبة العائلية والرغبة

في الأطفال من حيث الجنس حسب ENAF 1986 .

التركيبة العائلية حسب جنس الأطفال	الرغبة في الأطفال حسب الجنس
عدد الأطفال معدوم	0.4
عدد الذكور = 0	1.5
عدد الإناث = 0	1.8
عدد الذكور < الإناث	25.2
عدد الذكور > الإناث	11.4
عدد الذكور = الإناث	59.7

المصدر : المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986).

جدول رقم (5-12): توزيع النساء المتزوجات (15-49 سنة) حسب عدد الأطفال الكلي المرغوب فيه

من الجنسين حسب ENAF 1986

المجموع	الذكور						الجنس
	5	4	3	2	1	0	
2.2	0.4	0.1	0.4	0.5	0.4	0.4	0
19.2	0.8	1.5	2.3	5.8	8.1	0.5	1
52.4	1.3	3.6	6.5	37.4	3.3	0.3	2
3.6	0.8	1.7	7.8	2.3	0.8	0.1	3
5.9	0.7	2.7	0.7	1.3	0.4	0.1	4
6.7	3.7	0.5	0.7	0.9	0.6	0.3	5
100.0	7.7	10.2	18.7	48.1	13.6	1.7	المجموع
(2751)	(211)	(280)	(515)	(1324)	(373)	(48)	

المصدر : المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986).

جدول رقم (5-13): نسبة النساء المتزوجات (15-49 سنة) عند إجراء المسح اللاتني لهن طفل واحد على الأقل ويستعملن وسائل منع الحمل حسب التركيبة العائلية وعدد الأطفال الأحياء ودرجة الرغبة المرأة في إنجاب طفل آخر (بـ % حسب ENAF 1986 و EASME 1992).

1986 ENAF -1

المجموع	1- ترغبن في إنجاب طفل آخر										عدد الأطفال الأحياء
	التركيبة العائلية حسب جنس الأطفال										
	! < ذ		! > ذ		! = ذ		0 = ذ		0 = !		
(119) 26.4	-	-	-	-	-	-	(62) 27.8	(57) 25.0			1
(161) 34.2	-	-	-	-	(82) 33.2	(32) 32.6	(47) 37.3			2	
(143) 38.9	(46) 30.9	(66) 46.5	-	-	(12) 41.4	(19) 40.4			3		
(110) 41.7	(28) 39.4	(33) 44.6	(30) 41.4	(4) 19.0	(15) 60.0			4			
(88) 25.5	(45) 26.8	(29) 24.8	(7) 19.4	(4) 36.4	(3) 23.1			5 وأكثر			
(621) 32.7	(119) 30.7	(128) 38.4	(119) 33.4	(114) 29.8	(141) 32.1			المجموع			
2 - لا ترغبن في إنجاب طفل آخر											
(5) 26.3	-	-	-	-	-	-	(2) 40.1	(3) 21.4			1
(45) 45.9	-	-	-	-	(26) 48.1	(7) 35.0	(12) 50.0			2	
(77) 45.0	(29) 43.9	(33) 45.8	-	-	(6) 50.0	(9) 42.9			3		
(117) 43.6	(20) 37.0	(34) 47.2	(50) 42.4	(8) 66.7	(5) 41.7			4			
(681) 45.7	(257) 45.9	(316) 46.4	(97) 44.1	(4) 44.4	(7) 36.8			5 وأكثر			
(925) 45.2	(306) 45.0	(383) 46.4	(173) 44.1	(27) 46.5	(36) 40.0			المجموع			

المصدر: المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986).

جدول رقم (5-13) تابع:

1992 EASME -2

المجموع	1- ترغبن في إنجاب طفل آخر										عدد الأطفال الأحياء
	التركيبة العائلية حسب جنس الأطفال										
	< ذ		> ذ		= ذ		0 = ذ		0 =		
(172) 44.5	-	-	-	-	-	-	(88) 45.2	(84) 43.7			1
(237) 61.4	-	-	-	-	(111) 62.6	(64) 62.8	(62) 57.8			2	
(139) 51.8	(49) 52.4	(47) 50.2	-	-	(18) 45.4	(25) 60.3			3		
(71) 51.8	(22) 52.7	(18) 70.4	(20) 43.3	(5) 64.4	(6) 42.4			4			
(118) 48.2	(55) 48.2	(48) 52.7	(9) 39.1	(3) 34.4	(3) 36.8			5 وأكثر			
(798) 51.8	(136) 50.4	(122) 53.5	(151) 56.9	(193) 50.4	(195) 49.7			المجموع			
2- لا ترغبن في إنجاب طفل آخر											
(13) 25.5	-	-	-	-	-	-	(4) 18.9	(9) 31.4			1
(76) 58.0	-	-	-	-	(55) 64.3	(10) 60.8	(11) 39.9			2	
(139) 63.2	(39) 58.0	(76) 64.3	-	-	(5) 47.8	(19) 60.9			3		
(229) 68.1	(45) 70.0	(60) 64.7	(98) 70.8	(7) 70.0	(19) 75.6			4			
(876) 60.3	(328) 59.7	(395) 61.9	(141) 63.8	(3) 29.9	(9) 46.7			5 وأكثر			
(1430) 61.3	(412) 60.5	(569) 62.6	(316) 66.1	(31) 42.0	(72) 50.4			المجموع			
المصدر: المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (سنة 1986).											

جدول رقم (5-14): توزيع النساء المتزوجات (15-49 سنة) عند إجراء المسح اللاتني لهن طفل واحد على الأقل ويستعملن وسائل منع الحمل حسب جنس التركيبة العائلية (الأطفال) ورغبة المرأة في إنجاب طفل آخر حسب ENAF 1986 و EASME 1992.

المجموع	ENAF 1986 (1)					عدد الأطفال الأحياء
	التركيبة العائلية حسب جنس الأطفال					
	إ < ذ	إ > ذ	إ = ذ	ذ = 0	إ = 0	
(621) 40.2	(119) 7.7	(128) 8.3	(119) 7.7	(114) 7.4	(141) 9.1	ترغبن في إنجاب طفل آخر
(925) 59.8	(198) 19.8	(383) 24.8	(173) 11.2	(27) 1.7	(36) 2.3	لا ترغبن في إنجاب طفل آخر
(1546) 100	(425) 27.5	(511) 33.1	(292) 18.9	(141) 9.1	(177) 11.4	المجموع
EASME 1992 (2)						
(798) 35.6	(136) 6.1	(122) 5.4	(151) 6.8	(193) 8.6	(195) 8.7	ترغبن في إنجاب طفل آخر
(1430) 64.4	(442) 19.9	(569) 25.7	(569) 14.2	(316) 1.4	(72) 3.2	لا ترغبن في إنجاب طفل آخر
(2228) 100	(578) 26.0	(691) 31.1	(467) 21.0	(224) 10.0	(287) 11.9	المجموع
المصدر: (1) المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986).						
(2) المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (سنة 1992).						

جدول رقم (5-15): نسبة النساء المتزوجات عند إجراء المسح (15-49 سنة) واللاتي لهن طفل واحد على الأقل ويستعملن وسائل منع الحمل حسب عدد الأطفال الأحياء و جنس لتركيبة العائلية (الأطفال) ومكان الإقامة ضمن مجموع نسوة كل فئة (ب %) من خلال ENAF 1986 و EASME 1992.

1- ENAF سنة 1986:

المجموع	الحضر										عدد الأطفال الأحياء
	التركيبة العائلية حسب جنس الأطفال										
	ذ > إ		ذ < إ		ذ = إ		0 = ذ		0 = إ		
(74) 34.9	-	-	-	-	-	-	(38) 35.8	(36) 34.0			1
(108) 46.9	-	-	-	-	(59) 51.3	(16) 34.8	(33) 47.8			2	
(106) 52.5	(39) 51.3	(40) 49.4	-	-	(12) 57.1	(15) 62.5			3		
(106) 55.2	(24) 55.8	(28) 58.3	(39) 52.0	(6) 37.5	(9) 90.0			4			
(365) 53.0	(138) 51.9	(171) 55.2	(48) 51.1	(2) 33.3	(6) 42.9			5 وأكثر			
(759) 49.7	(201) 52.2	(239) 54.6	(146) 51.4	(74) 37.9	(99) 44.4			المجموع			
الريف											
(50) 18.4	-	-	-	-	-	-	(26) 21.1	(24) 17.0			1
(102) 29.4	-	-	-	-	(51) 26.8	(24) 32.4	(27) 32.5			2	
(119) 34.4	(36) 25.3	(60) 44.8	-	-	(8) 33.3	(15) 32.6			3		
(123) 34.9	(24) 27.9	(40) 39.6	(42) 35.0	(6) 35.3	(11) 39.3			4			
(428) 33.9	(174) 34.3	(185) 33.7	(53) 33.7	(6) 42.9	(4) 22.2			5 وأكثر			
(822) 31.9	(234) 31.8	(285) 36.3	(156) 21.8	(70) 27.8	(81) 25.6			المجموع			

المصدر : المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986) .

جدول رقم (5-15) تابع :

2- EASME سنة 1992 :

المجموع	الحضر					عدد الأطفال الأحياء
	التركيبية العائلية حسب جنس الأطفال					
	ذ > إ	ذ < إ	إ = ذ	ذ = 0	إ = 0	
(112) 44.8	- -	- -	- -	(60) 46.3	(52) 43.5	1
(192) 64.9	- -	- -	(101) 66.8	(43) 63.5	(48) 63.0	2
(185) 63.1	(60) 59.7	(81) 63.7	- -	(18) 61.0	(26) 69.5	3
(194) 69.8	(41) 72.9	(51) 74.8	(81) 67.2	(8) 58.4	(13) 68.4	4
(551) 64.0	(218) 63.2	(224) 64.4	(95) 69.8	(6) 38.9	(8) 46.7	5 وأكثر
(1234) 62.3	(319) 63.7	(356) 65.6	(277) 67.9	(136) 52.9	(147) 54.4	المجموع
الريف						
(76) 34.4	- -	- -	- -	(33) 30.6	(43) 37.0	1
(139) 50.7	- -	- -	(81) 53.9	(32) 58.6	(26) 38.2	2
(115) 45.6	(38) 44.4	(52) 49.2	- -	(6) 27.2	(19) 50.4	3
(137) 54.8	(34) 49.8	(35) 57.3	(49) 52.8	(4) 50.0	(15) 65.6	4
(519) 48.1	(200) 46.3	(251) 51.8	(60) 41.7	(1) 20.9	(7) 53.8	5 وأكثر
(987) 47.5	(272) 46.6	(308) 47.3	(190) 49.1	(76) 38.6	(111) 42.8	المجموع
المصدر : المسح الجزائري الخاص بصحة الأم و الطفل (سنة 1992) .						

جدول رقم (5-16): نسبة النساء المتزوجات عند إجراء المسح (15-49 سنة) واللاتي لهن طفل واحد على الأقل ويستعملن وسائل منع الحمل حسب عدد الأطفال الأحياء وبنسب التركيبة العائلية (الأطفال) ومنطقة السكن ضمن مجموع نسوة كل فئة (ب %) حسب ENAF 1986 و EASME 1992.

1986 سنة ENAF - I

المجموع	التركيبة العائلية حسب جنس الأطفال										عدد الأطفال الأحياء
	منطقة الوسط										
	ذ > إ		ذ < إ		ذ = إ		ذ = 0		إ = 0		
(63) 30.0	-	-	-	-	-	-	(34) 32.1	(29) 27.9			1
(92) 40.9	-	-	-	-	(43) 38.4	(15) 31.9	(34) 51.5			2	
(87) 41.2	(24) 29.6	(44) 48.3	-	-	(7) 43.7	(12) 52.2			3		
(89) 42.0	(20) 39.2	(26) 46.4	(26) 37.1	(8) 50.0	(9) 47.4			4			
(353) 45.4	(130) 43.0	(161) 46.5	(58) 48.3	(1) 50.0	(3) 42.9			5 وأكثر			
(684) 41.8	(174) 40.1	(231) 46.8	(127) 42.0	(65) 34.8	(87) 39.7			المجموع			
منطقة الشرق											
(19) 13.2	-	-	-	-	-	-	(8) 12.7	(11) 13.6			1
(49) 24.9	-	-	-	-	(24) 22.4	(11) 26.2	(14) 29.2			2	
(62) 32.8	(19) 25.3	(28) 40.6	-	-	(5) 33.3	(10) 33.3			3		
(60) 33.3	(10) 26.3	(16) 33.3	(29) 37.7	(1) 11.1	(4) 50.0			4			
(189) 28.2	(80) 29.4	(84) 28.9	(20) 24.4	(2) 22.2	(3) 20.0			5+			
(379) 27.5	(109) 28.3	(128) 31.4	(73) 27.4	(27) 19.6	(42) 23.1			المجموع			
منطقة الغرب											
(42) 34.4	-	-	-	-	-	-	(22) 36.7	(20) 32.3			1
(69) 44.5	-	-	-	-	(43) 50.0	(14) 45.2	(12) 31.6			2	
(76) 51.3	(32) 51.6	(28) 50.9	-	-	(8) 57.1	(8) 47.1			3		
(80) 52.6	(18) 45.0	(26) 57.8	(26) 54.2	(3) 37.5	(7) 63.6			4			
(251) 49.5	(102) 51.2	(111) 50.0	(29) 43.3	(5) 55.6	(4) 40.0			5 وأكثر			
(518) 47.8	(152) 50.5	(165) 51.2	(98) 48.7	(52) 42.6	(51) 37.0			المجموع			

المصدر : المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986) .

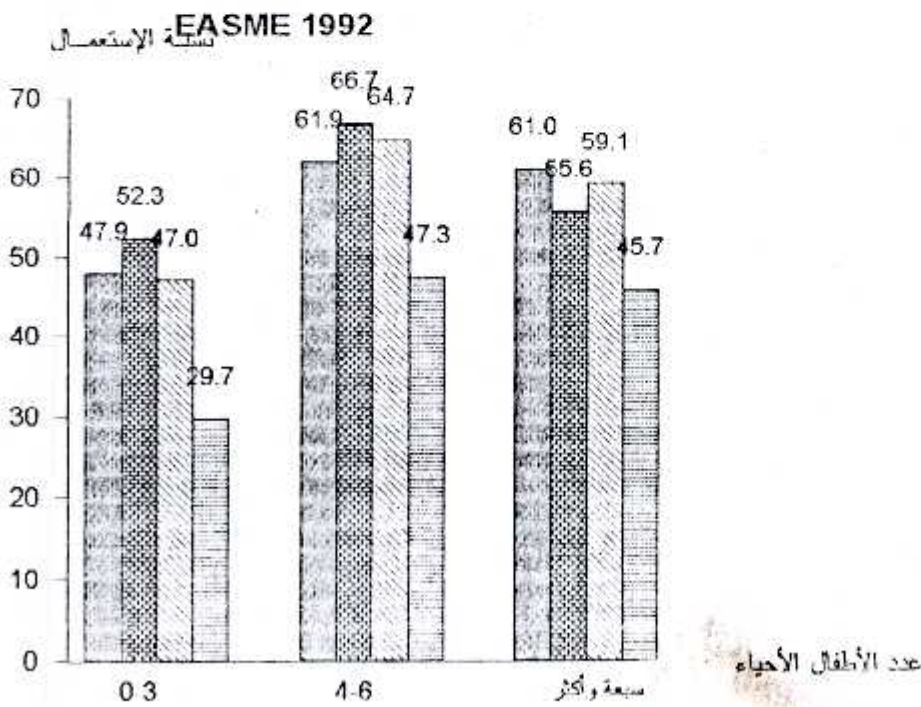
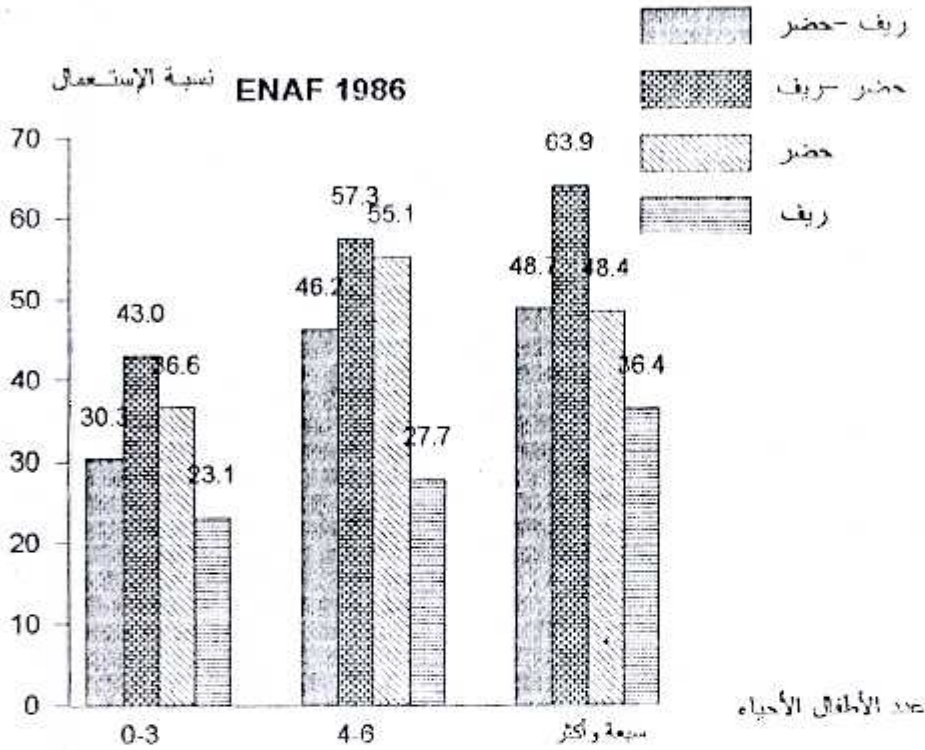
جدول رقم (5-16) (تابع) :

2- EASME سنة 1992

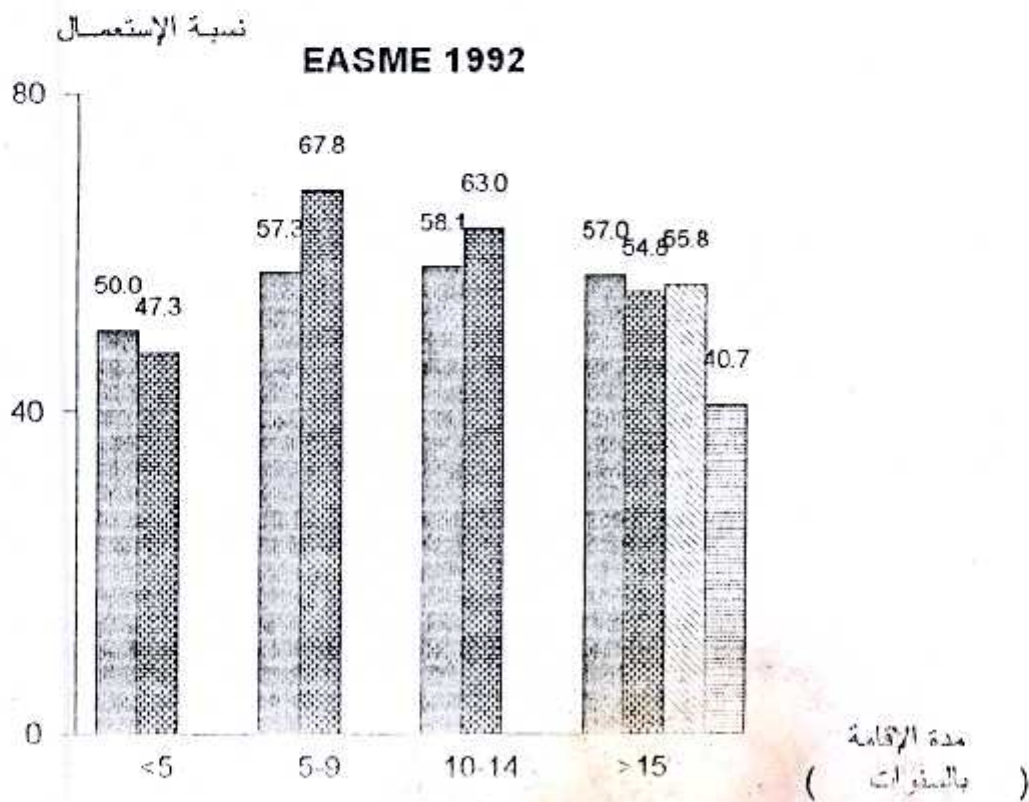
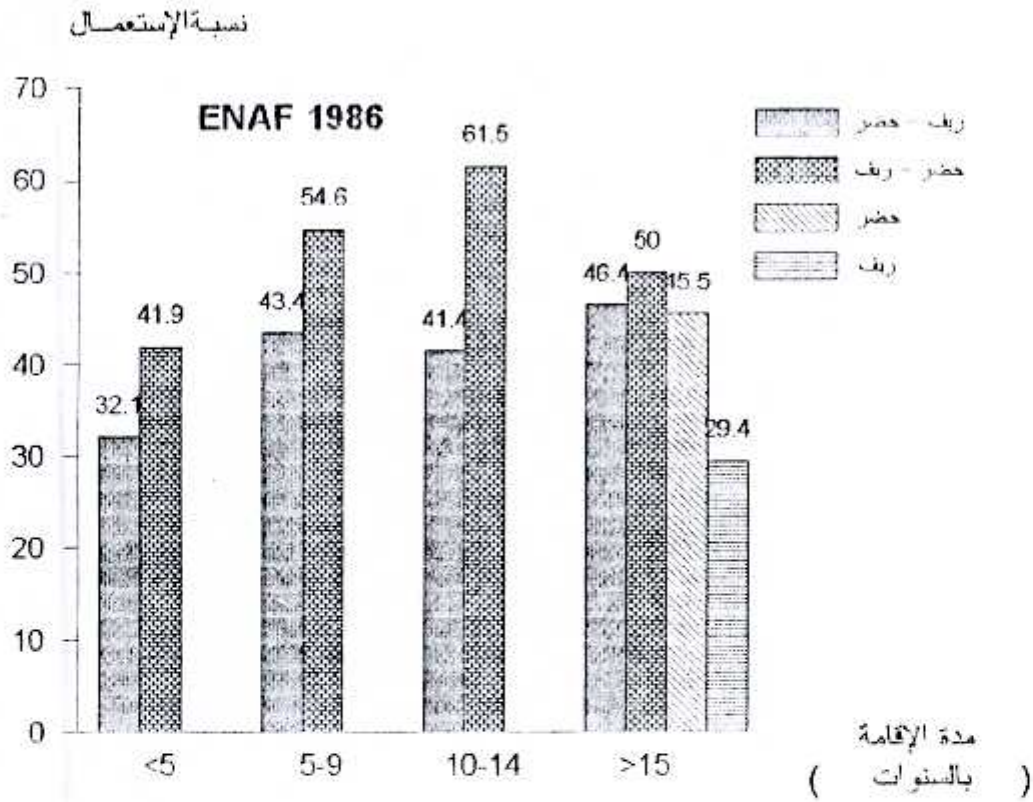
المجموع	التركيبية العائلية حسب جنس الأطفال										عدد الأطفال الأحياء
	منطقة الوسط										
	ذ > إ		ذ < إ		إ = ذ		ذ = 0		إ = 0		
(63) 39.6	-	-	-	-	-	-	(28) 40.0	(35) 39.3			1
(119) 57.5	-	-	-	-	(67) 59.8	(30) 66.7	(22) 44.0				2
(90) 52.6	(36) 58.1	(39) 54.2	-	-	(4) 30.8	(11) 45.8					3
(98) 60.1	(13) 43.3	(31) 67.4	(46) 64.8	(1) 33.3	(7) 53.8						4
(401) 53.4	(148) 49.8	(179) 56.6	(65) 55.5	(1) 16.7	(8) 53.3						5 وأكثر
(771) 53.1	(197) 50.6	(249) 57.4	(178) 59.3	(64) 46.7	(83) 43.4						المجموع
منطقة الشرق											
(46) 37.1	-	-	-	-	-	-	(18) 29.9	(28) 43.1			1
(85) 58.6	-	-	-	-	(55) 67.5	(10) 47.4	(20) 47.7				2
(74) 47.7	(22) 43.8	(28) 45.2	-	-	(11) 57.3	(13) 62.9					3
(96) 59.2	(29) 66.3	(16) 50.9	(36) 53.5	(5) 64.4	(10) 81.7						4
(267) 43.5	(114) 38.9	(114) 48.9	(33) 46.5	(2) 28.1	(4) 40.0						5 وأكثر
(568) 50.4	(165) 42.5	(158) 48.3	(124) 56.4	(46) 40.0	(75) 50.0						المجموع
منطقة الغرب											
(71) 44.9	-	-	-	-	-	-	(41) 48.2	(30) 41.1			1
(105) 59.0	-	-	-	-	(49) 59.0	(29) 60.4	(27) 57.4				2
(113) 62.8	(35) 55.6	(56) 69.1	-	-	(8) 50.0	(14) 70.0					3
(119) 68.4	(28) 65.1	(33) 75.0	(43) 70.5	(5) 50.0	(10) 62.5						4
(339) 64.8	(129) 64.8	(156) 65.8	(48) 65.7	(3) 33.3	(9) 60.0						5 وأكثر
(747) 61.6	(192) 62.9	(245) 67.7	(140) 64.5	(86) 51.2	(84) 52.2						المجموع
منطقة الجنوب											
(8) 27.6	-	-	-	-	-	-	(5) 26.3	(3) 30.0			1
(23) 57.5	-	-	-	-	(11) 44.0	(6) 75.0	(6) 85.7				2
(21) 52.5	(5) 45.5	(9) 56.2	-	-	(1) 50.0	(6) 66.7					3
(17) 58.6	(3) 75.0	(6) 75.0	(5) 35.7	(1) 100.0	(2) 100.0						4
(66) 51.2	(27) 45.8	(29) 60.4	(8) 40.0	(2) 100.0	-	-					5 وأكثر
(135) 50.6	(35) 47.3	(44) 61.1	(24) 40.7	(15) 44.1	(17) 60.7						المجموع
المصدر : المسح الجزائري الخاص بصحة الأم و الطفل (سنة 1992) .											

ملحق رقم 3 : المخططات

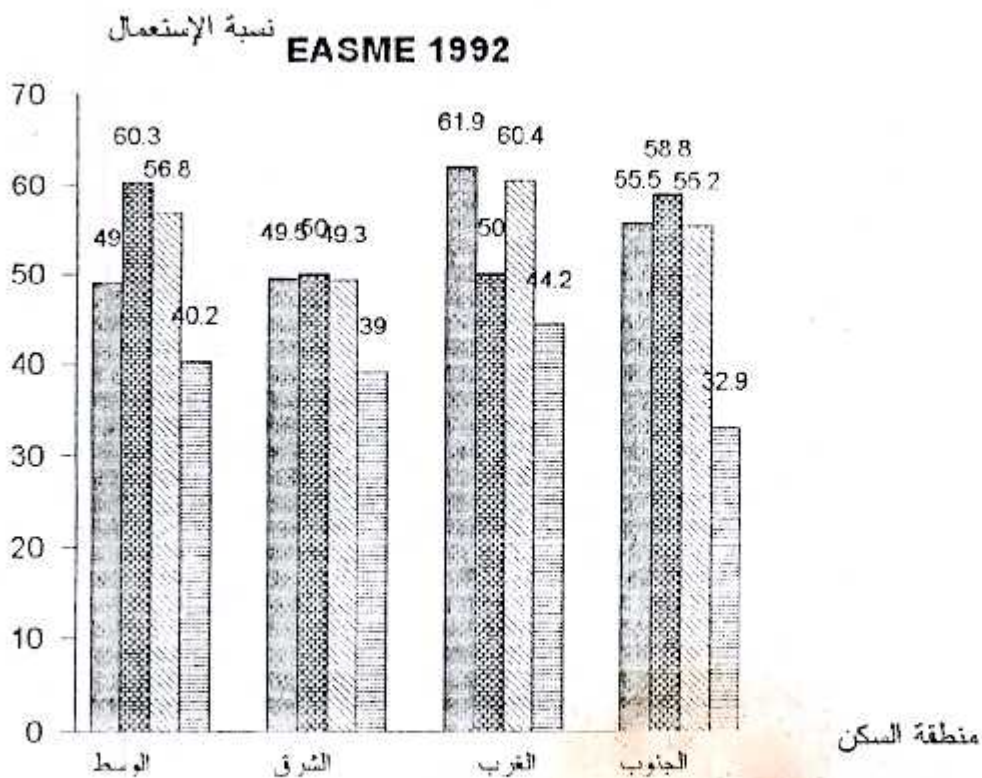
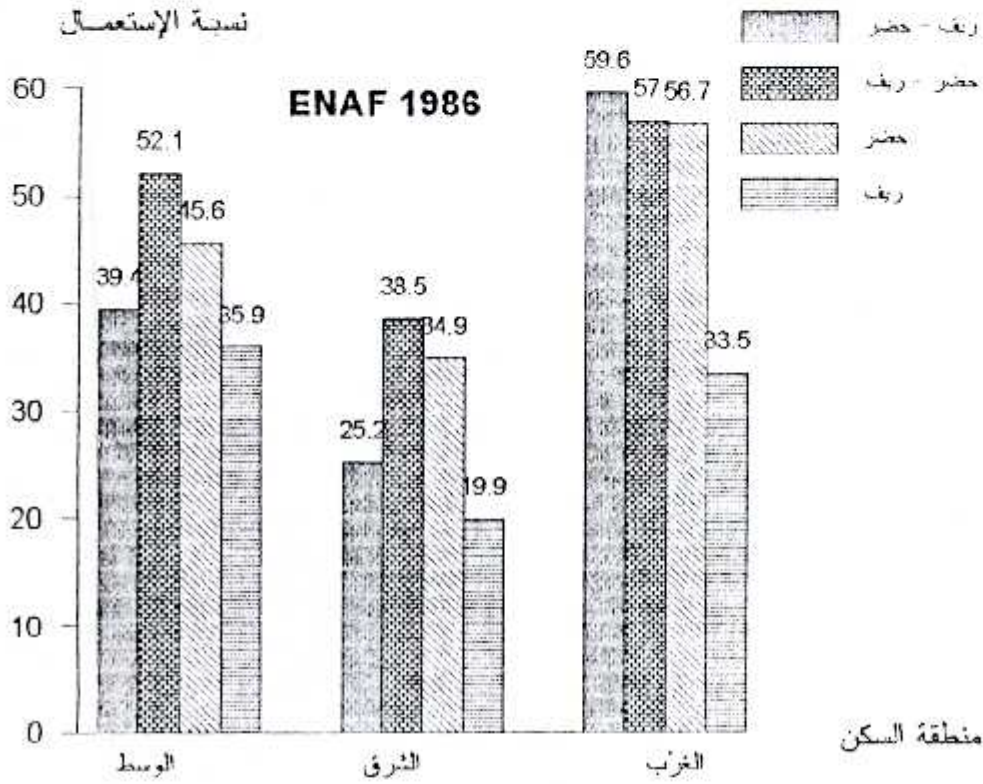
مخطط رقم (5-1): إستعمال وسائل منع الحمل حسب وجهة الهجرة وعدد الأطفال الأحياء من خلال ENAF 1986 و EASME 1992.



مخطط رقم (2-5): إستعمال وسائل منع الحمل حسب وجهة الهجرة ومدة الإقامة
من خلال ENAF 1986 و EASME 1992.



مخطط رقم (3-5): إستعمال وسائل منع الحمل حسب وجهة الهجرة ومنطقة السكن من خلال ENAF 1986 و EASME 1992.



مخطط رقم (4-5): إستعمال وسائل منع الحمل حسب جنس التركيبة العائلية (الأطفال) ومنطقة السكن من خلال ENAF 1986 و EASME 1992.

