

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة سعد دحلب - البليدة
كلية الآداب والعلوم الاجتماعية
قسم علم الاجتماع والديموغرافيا

مذكرة ماجستير

تخصص الديموغرافيا

تحت عنوان:

الخصوبة في الجزائر:
مستوياتها، اتجاهاتها ومحدداتها
(1970-2002)

تحت إشراف الأستاذ:
د/ رابح سعدي

من إعداد الطالب:
محمد زكري

أمام اللجنة المشكلة من:

رئيسا
مشرفا ومقررا
عضوا مناقشا
عضوا مناقشا
عضوا مناقشا

أستاذ التعليم العالي، جامعة سعد دحلب
أستاذ محاضر، جامعة سعد دحلب
أستاذ محاضر، جامعة سعد دحلب
أستاذ محاضر، جامعة سعد دحلب
أستاذ محاضر، جامعة سعد دحلب

- الأستاذ د/ جمال معتوق
- الأستاذ د/ رابح سعدي
- الأستاذ د/ رابح درواش
- الأستاذ د/ الفضيل ريمي
- الأستاذ د/ محمد بدروني

البليدة ، جوان 2008

شكر

بسم الله الرحمن الرحيم والحمد لله مالك الكون وخالق العباد، عالم الغيب والشهادة، به نستعين وعليه نتوكل، وصلى الله على نبيه المصطفى وسلم.

الشكر لله أولا وأخيرا، فله الحمد والمنة، ألا بفضل الله تتم الصالحات.

في البداية أتقدم بأخلص معاني الشكر والتقدير للأستاذ المشرف على هذا العمل "الأستاذ رابح سعدي" ، على قبوله الإشراف على مذكرتي ، وعلى مساندته لي خلال إنجاز هذه الدراسة وحرصه على توجيهي، كما أشكره على صبره وعلى تشجيعاته المستمرة التي منحني القدرة على مواصلة البحث والانتهاه منه، فكان نعم الأستاذ و الأخ في ذات الوقت.

اشكر أعضاء لجنة المناقشة مسبقا على تفضلهم باستقراء محتويات هذا العمل والذي يساعد في إثراءه.

أشكر الأساتذة الأفاضل يونس معزاري ، والي عمر ، فوزي أمقران على كل ما بذلوه من مساعدة ، فلم يبخلو علي بالنصح والتوجيه طيلة إنجاز هذا البحث.

كما أشكر كل الزملاء والزميلات بقسم علم الاجتماع والديموغرافيا خاصة دفعات الماجستير في الديموغرافيا.

وفي الأخير أتقدم بشكري إلى كل من ساعدني - ولو بكلمة طيبة مشجعة - من قريب أو بعيد لإنجاز هذا العمل.

العبد الضعيف إلى الله،
محمد زكري

إهداء

إلى روح أبي الطاهرة... أسكنه الله فسيح جنانه.

إلى والدتي العزيزة، التي صبرت وضحت وانتظرت بشوق لرؤية هذه المذكرة تكتمل. أطال الله في عمرها وأدام عليها الصحة والعافية.

إلى زوجتي العزيزة و الغالية... التي ساعدتني كثيراً على إتمام هذا البحث، والتي ما كان ليتم هذا العمل لولا التضحية والدعم والمؤازرة التي لقيتها منها.

إلى أبنائي الأعراف: رهام، وائل، وألاء، أعز وأغلى هبة من الخالق جلّ وعلا.

إلى كل الأهل والأقارب دون استثناء.

إلى جميع زملائي وأصدقائي تقديراً.

إلى كل هؤلاء أهدي ثمرة هذا الجهد المتواضع.

قائمة الجداول

رقم	عنوان الجدول	صفحة
1-2	معدلات الخصوبة في أقاليم العالم الرئيسية خلال سنوات 1960 - 1980 - 1993 ..	47
2-2	تطور المؤشر التركيبي للخصوبة لبعض البلدان المتقدمة	50
3-2	تطور المؤشر التركيبي للخصوبة في البلدان النامية حسب القارات ما بين 1965 - 1995	51
4-2	معدلات المواليد والوفيات والنمو الطبيعي للسكان في الوطن العربي من 1950 إلى 2004	53
5-2	المؤشر التركيبي للخصوبة ISF لبعض البلدان العربية خلال سنوات 1995-2002	57
1-3	تطور المؤشرات الديموغرافية من 1900 إلى 1962	65
2-3	تطور المؤشرات الديموغرافية من سنة 1962 إلى 1985 (%o)	67
3-3	تطور المعدل الكلي للخصوبة ومؤشر الشامل للخصوبة خلال الفترة	68
4-3	تطور معدل سن الزواج	68
5-3	المؤشرات الديموغرافية من سنة 1986 إلى 2003	70
6-3	تطور المعدل الكلي للخصوبة والمؤشر التركيبي للخصوبة خلال فترة 1986 - 1996	72
7-3	تطور معدلات الخصوبة لمختلف أجزاء الأعمار ما بين 1980 و 1992 (%o)	73
8-3	تطور الخصوبة العامة حسب وسط الإقامة ومستوى التعليم	76
1-4	حصة النساء في سن الإنجاب، النساء المتزوجات، ومعدلات الخصوبة الشرعية (1970-1986)	80
2-4	معدل الخصوبة العام ما بين سنة 1970 و 1984 (%o)	82
3-4	معدل الخصوبة العام خلال سنة 1985 و 1986 (%o)	82
4-4	معدل الخصوبة الشرعية خلال سنة 1970 و 1986 (%o)	83

87	تطور متوسط العمر عند الزواج الأول	5-4
89	مؤشر الحالة للخصوبة التراكمية (سنة 1970)	6-4
90	معدل الخصوبة الشرعية حسب مدة الزواج والأعمار عند تاريخ الملاحظة، خاصة إذا ما تعلق الأمر بأجيال قريبة من التاريخ المرجعي (1970)	7-4
92	متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء حسب عمر الأم وفئة النسوة (1970)	8-4
94	تطور الخصوبة الشرعية حسب مدة الزواج (الزواج الأول) و الفترات التي سبقت ENAF	9-4
95	تطور الخصوبة التراكمية حسب مدة الزواج (عدد أطفال نهائي)	10-4
96	الخلف المنتظر لدى النساء المتزوجات حسب أعمارهن والسن عند الزواج (1986)	11-4
97	المماثلة الإنجابية (Parité) المحققة لدى النساء المتزوجات اعتمادا على معطيات ENAF (1986) وتعداد 1987	12-4
98	معدل الخصوبة العامة حسب الفترات الأكثر حداثة وحسب مختلف المصادر (ONS و ENAF)	13-4
100	معدل الخصوبة العامة حسب أعمار الأمهات سنة 1986 والأعمار عند الوضع (%o)	14-4
101	تطور اتجاه الخصوبة العامة خلال بعض الفترات السابقة للمسح وأعمار النسوة عند نهاية الفترة	15-4
102	معدل الخصوبة العام حسب العمر وخلال بعض الفترات	16-4
103	تطور معدلات الخصوبة خلال الفترات السابقة لمسح 2002	17-4
104	تطور الخصوبة العامة حسب المصدر	18-4
105	معدلات الخصوبة الشرعية حسب السن والفترات الخمسية (قبل الملاحظة) (%o)	19-4
106	معدل الخصوبة الشرعية (الزواجية) من 1970 إلى 2002 (%o)	20-4
108	معدل الخصوبة العام حسب مكان الإقامة، المناطق، السن (5 سنوات السابقة للمسح) %o	21-4
109	الخصوبة العامة حسب مكان الإقامة وحسب بعض الفترات	22-4
111	معدل الخصوبة العامة حسب مستوى التعليم (2002)	23-4
112	نسب النساء الحوامل حسب العمر ومكان الإقامة (%)	24-4

113	..... نسبة الحوامل حسب مستوى التعليم (%)	25-4
	تطور الخصوبة النهائية لدى النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 45 و49 سنة	
115	..... حسب الأعمار عند الزواج ومكان الإقامة خلال سنتي 1992 و2002	26-4
	تطور الخصوبة النهائية لدى الفئة 45-49 سنة حسب الأعمار عند الزواج	
115	..... والمستوى التعليمي	27-4
116	..... تطور الولادات الحية لدى غير العازبات حسب أعمار ومدد الزواج	28-4
	عدد الأطفال المولودين أحياء لدى النساء غير العازبات والمتزوجات (زواج أول)	
120	..... حسب مكان الإقامة (1970).	1-5
	تطور متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء لدى النساء المتزوجات حسب	
121	..... الأعمار عند الملاحظة وعند الزواج ومكان الإقامة.	2-5
	تطور متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء لدى النساء المتزوجات حسب	
123	..... الأعمار عند الملاحظة وعند الزواج ومكان الإقامة.	3-5
124	..... متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء حسب مستوى تعليم الزوج (1970).....	4-5
	عدد الأطفال المولودين أحياء لدى النساء أعمارهن ووضعيتهن الفردية سنة	
126	..... 1970	5-5
	متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء لدى النساء حسب سنهن سنة 1970	
127	..... ومهنة الزوج	6-5
	متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء لدى النساء حسب أعمارهن سنة	
128	..... 1970 ومؤهل الزوج	7-5
	متوسط الولادات الحية لدى النساء (أول ارتباط) وحسب السن ومنطقة السكن	
129	..... سنة 1986	8-5
	متوسط المواليد الأحياء للنساء المتزوجات (أول إقتران) حسب العمر ومكان	
130	..... الإقامة بين 1970 و1986	9-5
131	..... متوسط الولادات الحية لدى النساء حسب مكان الإقامة سنة 1986	10-5
	متوسط المواليد الأحياء لدى النساء حسب العمر وحسب المستوى التعليمي سنة	
133	..... 1986	11-5
	فوارق المواليد الأحياء لدى النساء حسب المستوى التعليمي وسن المرأة سنة	
133	..... 1986	12-5

134	متوسط المواليد الأحياء حسب السن ومستوى تعليم النسوة خلال الفترتين 1986-1970	13-5
136	متوسط المواليد الأحياء لدى النساء حسب حالتهم الفردية سنة 1986.	14-5
137	المواليد الأحياء لدى النساء حسب نشاط الزوج	15-5
143	عدد الأطفال المولودين أحياء لدى النساء حسب الأعمار عند الزواج والأعمار خلال سنة 1970.	1-6
144	نسب العازبات حسب الأعمار بين سنة 1970 و2002 (%)	2-6
144	معدل النساء المتزوجات بين 1970 و2002 (%)	3-6
145	تطور متوسط الأعمار عند الزواج الأول منذ سنة 1966	4-6
146	تطور متوسط أعمار الإناث عند الزواج الأول حسب وسط الإقامة بين 1970 و2002	5-6
148	تطور متوسط الأعمار عند الزواج الأول حسب المستوى التعليمي وعمر المرأة من سنة 1970 إلى 2002.	6-6
150	نسبة النساء اللواتي على دراية بطرق منع الحمل	7-6
150	تطور معدل النساء اللواتي يعرفن طرق منع الحمل حسب مستوى التعليم في مختلف المسوح (%)	8-6
152	نسبة النساء المتزوجات (حاليا) المستعملات (حاليا) لوسائل منع الحمل حسب عدد الأطفال المولودين أحياء والأعمار خلال سنوات 1986 و1992 و2002.	9-6
153	نسبة النساء المتزوجات (حاليا) المستعملات لموانع الحمل حسب عدد الأطفال الأحياء وحسب بعض المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية، (1986 و1992) (%)	10-6
154	نسبة النساء المتزوجات اللواتي لم يستعملن طرق منع الحمل وحسب نية الاستعمال مستقبلا وعدد الأطفال (%)	11-6
155	معدل النساء المتزوجات اللواتي يستعملن موانع الحمل حسب عدد الأطفال وحسب بعض المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية (%)	12-6

قائمة الأشكال

رقم	عنوان الشكل	صفحة
1-2	معدلات الخصوبة في أقاليم العالم الرئيسية خلال سنوات 1960-1980-1993	47
1-3	تطور المؤشرات الديموغرافية خلال الفترة 1900-1962 (%)	66
2-3	تطور معدل الزواج تبعا للجنس	69
3-3	تطور المؤشرات الديموغرافية من سنة 1986-2003	71
أ.4.3	تطور معدلات الخصوبة لفئات الأعمار، ما بين 1980-1985	74
ب.4.3	تطور معدلات الخصوبة لمختلف الأعمار ما بين 1986-1992	74
ج.4.3	تطور معدلات الخصوبة لمختلف الأعمار ما بين 1970-1986-1992	74
1-4	مستوى الخصوبة الشرعية لدى النساء خلال سنتي 1970 و1986 للمناطق	83
2-4	مستوى الخصوبة الشرعية لدى النساء سنة 1970 و1986 للمناطق الريفية	84
3-4	مستوى الخصوبة الشرعية لدى النساء سنة 1970 و1986 للجزائر (إجمالي)	84
4-4	تطور متوسط الأعمار عند الزواج الأول	85
أ-5-4	معدل الخصوبة حسب الأعمار، والأجيال و سن الزواج أقل من 17 سنة (‰)	87
ب-5-4	معدل الخصوبة حسب الأعمار، والأجيال و سن الزواج بين 17-19 سنة (‰)	88
ج-5-4	معدل الخصوبة حسب الأعمار، والأجيال و سن الزواج بين 20-24 سنة (‰)	88
أ-6-4	معدل الخصوبة الشرعية تبعا لمدد الزواج وحسب الأجيال والسن عند الزواج (‰) (قبل 17 سنة)	90
ب-6-4	معدل الخصوبة الشرعية تبعا لمدد الزواج والأجيال والأعمار عند الزواج بين 17-19 سنة (‰)	91
ج-6-4	معدل الخصوبة الشرعية تبعا لمدد الزواج والأجيال والأعمار عند الزواج بين 20-24 سنة (‰)	91
أ-7-4	متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء لدى النساء غير العازبات حسب عمر الأم	92

	..... (1970)	
93	متوسط الخلف لدى النساء المتزوجات (أول إقتران) حسب عمر الأم (1970)	ب-7-4
93	متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء حسب أعمار الأمهات (1970)	ج-7-4
94	الخصوبة الشرعية حسب الفترات السابقة لمسح سنة 1986	8-4
95	تطور الخصوبة التراكمية حسب مدد الزواج (ENAF سنة 1986)	9-4
96	الخصوبة النهائية للمتزوجات حسب الأعمار والأعمار عند الزواج (1986)	10-4
	المماثلة الإنجابية لدى النساء المتزوجات حسب معطيات ENAF (1986) وتعداد	11-4
98	..... 1987	
99	تطور الخصوبة العامة لفترات قبل مسح ENAF.	12-4
	المؤشر التركيبي للخصوبة خلال عدة فترات سابقة لمسح ENAF (1986) وحسب	13-4
99	..... ONS	
102	الخصوبة حسب معطيات سنة 1992	14-4
104	تطور معدل الخصوبة حسب السن خلال الفترات السابقة للمصدر المشار إليه	15-4
104	معدل الخصوبة حسب السن، حسب مختلف المصادر	16-4
105	معدل الخصوبة الشرعية حسب السن خلال الفترات السابقة لتواريخ الملاحظة	17-4
106	معدل الخصوبة الشرعية (الزواجية) خلال الزمن	18-4
108	معدل الخصوبة العمرية حسب مكان الإقامة خلال مسحي 1992 و2002	أ-19-4
108	معدل الخصوبة العمرية حسب المناطق خلال مسحي 1992 و2002	ب-19-4
108	المؤشر التركيبي للخصوبة (I.S.F) حسب مناطق الإقامة خلال مسحي 1992 و2002	20-4
109	معدل الخصوبة العامة من سنة 1970 إلى سنة 2002 في المناطق الحضرية	أ-21-4
110	معدل الخصوبة العامة من سنة 1970 إلى سنة 2002 في المناطق الريفية	ب-21-4
111	المؤشر التركيبي للخصوبة حسب مستوى تعليم النسوة (2002).	22-4
112	نسبة النساء الحوامل سنتي 1992 و2002 (%)	23-4
	متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء لدى السيدات غير العازبات حسب الفئات العمرية	أ-1-5
120	سنة 1970 ومكان الإقامة	
	متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء للسيدات المتزوجات عند تاريخ الملاحظة (زواج	ب-1-5
120	أول) والفئات العمرية سنة 1970 ومكان الإقامة	
122	تطور متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء لدى المتزوجات حسب الأعمار عند	2-5

	الملاحظة والزواج ومكان الإقامة	
124	متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء حسب مستوى تعليم الزوجة	أ-3-5
125	متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء حسب مستوى تعليم الزوج	ب-3-5
126	عدد الأطفال المولودين أحياء لدى النساء حسب العمر والوضعية الفردية (النشاط المهني)	4-5
128	متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء لدى النساء حسب أعمارهن وحسب مهن أزواجهن سنة 1970	5-5
128	تطور المواليد الأحياء النساء حسب مؤهلات الزوج (1986)	6-5
129	متوسط المواليد الأحياء لدى النساء حسب منطقة السكن (1986)	7-5
131	تطور المواليد الأحياء للنساء /السّن/مناطق حضرية وريفية سنة 1970 و1986	أ-8-5
131	تطور المواليد الأحياء للنساء/السّن/الجزائر سنة 1970 و 1986	ب-8-5
132	تفاضل الولادات الحية لدى النساء حسب مكان الإقامة سنة 1986	9-5
133	تطور المواليد الأحياء لدى النساء حسب المستوى التعليمي (1986)	10-5
135	تطور متوسط المواليد الأحياء لدى غير المتعلّقات سنتي 1970 و1986	أ-11-5
135	تطور متوسط مواليد النساء ذوات المستوى الابتدائي سنتي 1970 و1986	ب-11-5
135	تطور متوسط مواليد الأحياء لدى النساء الأكثر تعليما سنتي 1970 و 1986	ج-11-5
136	تطور المواليد الأحياء لدى النساء حسب نشاط (شغل) المرأة (1986)	12-5
137	متوسط المواليد الأحياء لدى النساء غير العازبات حسب سنهن ونشاط أزواجهن سنة 1986	13-5
144	نسب العازبات حسب الأعمار بين 1970 و2002 (%)	1-6
145	معدل النساء المتزوجات بين 1970 و2002 (%)	2-6
145	تطور نسب العزوبة (حتى تاريخ أول زواج) حسب الجنس	3-6
146	متوسط أعمار الإناث عند الزواج الأول حسب وسط الإقامة بين 1970 و2002	4-6

الفهرس

	- الإهداء
	- الشكر
	- الفهرس
	- قائمة الجداول
	- قائمة الأشكال
13	- مقدمة عامة
16	الفصل 01: الإطار المنهجي والنظري للدراسة
16	1-1- الإشكالية
17	2-1- الفرضيات
18	3-1- أهداف الدراسة
19	4-1- صعوبات البحث
19	5-1- منهجية البحث
20	6-1- مصادر ونوعية المعطيات
20	1-6-1- مصادر المعطيات
22	2-6-1- نوعية المعطيات
23	7-1- الإطار النظري للدراسة
23	1-7-1- أهم المفاهيم والمصطلحات
25	2-7-1- نظريات دراسة محددات الخصوبة
37	3-7-1- الإطار النظري للمتغيرات الوسيطة للخصوبة
38	8-1- دراسات سابقة عن الخصوبة
38	1-8-1- في العالم
39	2-8-1- في الوطن العربي
40	3-8-1- في الجزائر
45	الفصل 02: وضعية وسياسات الخصوبة في العالم:
45	1-2- وضعية الخصوبة في العالم :
48	1-1-2- الخصوبة في الدول المتقدمة
50	2-1-2- الخصوبة في البلدان النامية
53	3-1-2- الخصوبة في البلدان العربية
58	2-2- سياسات الخصوبة في العالم:
59	1-2-2- سياسة الخصوبة في الدول المتقدمة
60	2-2-2- سياسة الخصوبة في الدول النامية
61	3-2-2- سياسة الخصوبة في الدول العربية

63	..... الفصل 03: تطور السكان في الجزائر
65	..... 1-3- الخصائص الديموغرافية للسكان في الجزائر قبل الاستقلال.
66	..... 2-3- فترة الزيادة السكانية 1970-1986
69	..... 3-3- تباطؤ النمو الديموغرافي في الفترة 1986-1992.
75	..... 4-3- تسارع انخفاض الخصوبة في الفترة 1992-2002.
78	..... الفصل 04: تحليل مستويات واتجاهات الخصوبة (1970-2002)
78	..... 1-4- تحليل مستويات واتجاهات الخصوبة (1970-1986).
78	..... 1-1-4- مستويات الخصوبة خلال الفترة 1970-1986.
79	..... 1-1-1-4- تطور الولادات خلال الفترة 1970-1986.
81	..... 2-1-1-4- تطور الخصوبة خلال الفترة 1970-1986.
82	..... 1-2-1-1-4- مستوى الخصوبة العامة.
83	..... 2-2-1-1-4- مستوى الخصوبة الشرعية.
85	..... 2-1-4- اتجاهات الخصوبة من سنة 1970 إلى 1986.
85	..... 1-2-1-4- اتجاهات الخصوبة الشرعية في سنة 1970.
91	..... 2-2-1-4- اتجاهات الخصوبة العامة في سنة 1970.
93	..... 3-2-1-4- اتجاهات الخصوبة الشرعية في سنة 1986.
97	..... 4-2-1-4- اتجاهات الخصوبة العامة في سنة 1986.
102	..... 2-4- تحليل مستويات واتجاهات الخصوبة (1992-2002)
102	..... 1-2-4- تطور الخصوبة حتى سنة 1992.
104	..... 2-2-4- تطور الخصوبة الشرعية سنة 1992.
105	..... 1-2-2-4- تطور الخصوبة الشرعية خلال الزمن.
107	..... 3-2-4- الخصوبة التفاضلية: 1992-2002
107	..... 1-3-2-4- علاقة الخصوبة بوسط الإقامة.
	..... 1-1-3-2-4- تطور الخصوبة في الجزائر من 1970 إلى 1992 حسب
109	..... أماكن الإقامة
110	..... 2-3-2-4- علاقة الخصوبة بتعليم المرأة
111	..... 3-3-2-4- نسب غير العازبات الحوامل حسب المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية.
111	..... 1-3-3-2-4- نسبة النساء الحوامل حسب مكان الإقامة.
112	..... 2-3-3-2-4- نسبة النساء الحوامل حسب مستوى التعليم.
113	..... 4-3-2-4- تطور الخصوبة النهائية (1992-2002)
	..... 1-4-3-2-4- تطور الخصوبة النهائية حسب الأعمار عند الزواج ومكان
114	..... الإقامة.
114	..... 2-4-3-2-4- تطور خصوبة نسوة الفئة 45-49 حسب مستوى التعليم.
115	..... 3-4-3-2-4- تطور الولادات الحية حسب الأعمار عند الزواج ومدد الزواج.
119	..... الفصل 05: تطور الخصوبة من خلال الخصائص الاجتماعية والديموغرافية والاقتصادية
119	..... 1-5- خصوبة النساء سنة 1970 حسب الخصائص الاجتماعية والديموغرافية.
119	..... 1-1-5- العلاقة بين الخصوبة ومكان الإقامة في سنة 1970.
	..... 1-1-5-1-5- تطور الخصوبة التفاضلية حسب عمر النساء في 1970
121	..... والسن عند الزواج.

- 123 2-1-5- العلاقة بين الخصوبة ومستوى التعليم في سنة 1970.
- 123 1-2-1-5- متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء لدى النساء حسب مستوى التعليم
- 124 2-2-1-5- متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء حسب مستوى تعليم الزوج.
- 125 3-1-5- العلاقة بين الخصوبة والنشاط الاقتصادي.
- 126 1-3-1-5- متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء لدى المتزوجات (أول ارتباط)، حسب أعمارهن (سنة 1970) ووضعيتهن الفردية.
- 127 2-3-1-5- الخصوبة وأنشطة الزوج.
- 127 1-2-3-1-5- متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء لدى المتزوجات حسب مهنة الزوج.
- 128 2-2-3-1-5- متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء لدى النساء المتزوجات (أول ارتباط) حسب اعمارهن وموئل أزواجهن
- 129 2-5- الخصوبة في سنة 1986 حسب الخصائص الاجتماعية والاقتصادية
- 129 1-2-5- خصوبة النساء حسب قطاع السكن سنة 1986.
- 129 1-1-2-5- خصوبة النساء المتزوجات (أول ارتباط) حسب مكان الإقامة.
- 131 2-1-2-5- خصوبة النساء غير العازبات حسب مكان الإقامة.
- 132 2-2-5- خصوبة النساء غير العازبات حسب المستوى التعليمي سنة 1986.
- 136 3-5- العلاقة بين الخصوبة والنشاط النسوي في سنة 1986.
- 137 1-3-5- العلاقة بين الخصوبة ونشاط الزوج.
- 142 **الفصل 06: محددات الخصوبة في الجزائر**
- 142 1-6- الزواجية في الجزائر من سنة 1970 إلى سنة 2002.
- 143 1-1-6- أثر الزواجية على الخصوبة سنة 1970
- 143 2-1-6- تطور الزواجية من سنة 1970 إلى سنة 2002.
- 146 1-2-1-6- تطور الزواجية سنة 1970 إلى سنة 2002 حسب مكان الإقامة.
- 147 2-2-1-6- الزواجية والتعليم.
- 149 2-6- التخطيط العائلي والخصوبة.
- 149 1-2-6- درجة المعرفة بموضوع التخطيط العائلي.
- 151 2-2-6- تطور تطبيق وسائل منع الحمل سنة 1970 إلى سنة 2002.
- 158 - خاتمة عامة.
- 160 - قائمة المراجع

مقدمة

لعل سبب الاهتمام بالإنجاب يعود إلى عاطفة الأمومة والأبوة التي جبل عليها الإنسان، لكن هذه العاطفة قد تتحقق بولد أو ولدين. لكن الرغبة في كثرة الأولاد يمكن أن تعود إلى أسباب عديدة أهمها تعويض النقص الحاصل في عدد الأولاد نتيجة لارتفاع معدلات الوفيات، ولهذا ضمان شيخوخة الأبوين في ظل نظام العائلة الكبيرة (الممتدة)، الذي يركز على دور الفرد الاقتصادي، والاعتزاز والتفاخر والشعور بالقوة لتأمين مركز اجتماعي مرموق وموهوب وغيرها.

تحول هذا الاهتمام أول ما تحول في أوروبا الغربية مع حدوث التقدم الاقتصادي والاجتماعي الذي أعقب قيام الثورة الزراعية والصناعية [2]، إذ ازداد الإنتاج الزراعي واتسع الإنتاج الصناعي وأصبح الاتصال بين القارات سهلاً، وتوفرت فرص العمل وشرع الحرفيون يلتحقون بالمصانع المختلفة، وما لبث أن حدث تقدم في الطب واكتشفت الأدوية الفعالة. ونتيجة لذلك ازداد الدخل وارتفع مستوى التعليم وتحسنت الأحوال الصحية وانخفضت الوفيات فازداد عدد السكان ليتراجع دور الأسرة الاقتصادي مع ظهور الأسرة النووية. في ظل هذا التحول، فاضلت الأسرة بين عدد الأولاد والرغد والرفاهية التي تطمح إليه. لم تعد تخش على شيخوختها بسبب الضمان الاجتماعي، فضلاً عما كانت تجده المرأة العاملة من عناء وشقاء في التوفيق بين العمل وعدد الأولاد. يضاف إلى ذلك، دور التعليم وأثره في رفع متوسط السن عند الزواج، مما أدى - تحت هذه الظروف - إلى تحديد الإنجاب فانخفض معدل المواليد. ومن الملاحظ أن معدلات الخصوبة لم تهبط هبوطاً سريعاً بل استغرق ذلك مدة طويلة من الزمن.

استفادت الدول النامية من التقدم العلمي والتقني الذي حدث؛ وخاصة في مجال الطب والأدوية. فكان تأثيره تحسيناً صحياً كبيراً بين السكان. انخفضت بذلك الوفيات، لكن بقيت الخصوبة مرتفعة وهذا أدى إلى زيادة كبيرة في عدد السكان.

كان "مالتس" العالم الانجليزي من أهم الذين بينوا أهمية الخصوبة ودورها في تحديد عدد السكان وأثر الزيادة السكانية على الموارد منذ أن نشر مقالته في نهاية القرن الثامن عشر، فقال أن السكان يتزايدون بمتواليه هندسية في حين أن الغذاء يتزايد بمتواليه حسابية وسوف يأتي اليوم الذي يقتصر فيه الغذاء عن تأمين حاجة السكان. آنذاك قام بوضع طريقتين لتجنب الكارثة المتوقعة حسبما

يقول. أكد في الطريقة الثانية على الحد من التنازل بالامتناع عن الزواج والتزام العفة أو ما دعاه "بالعزوبة المتعفة" وفي هذا إشارة واضحة وصريحة إلى بيان أهمية الخصوبة في تحديد عدد السكان وبالتالي بيان أثر الزيادة السكانية على الموارد.

وبغض النظر عن أفكار "مالتس" ومعارضيه ومؤيديه، بينت أبحاث كبار الاقتصاديين والديموغرافين أثر الزيادة السكانية في الدخل القومي؛ وبالتالي في الاستثمار. ولا يؤثر ارتفاع معدلات الخصوبة فقط في زيادة حجم السكان بل يؤثر أيضا في تركيبهم العمري وكثافتهم وتوزيعهم الجغرافي. وتعد الخصوبة المحدد الأول والرئيسي للتركيب العمري، ففي البلدان ذات الخصوبة المرتفعة ترتفع نسبة صغار السن الذين تقل أعمارهم عن خمسة عشر عاما إلى أكثر من 40% وتتنخفض نسبة الذين تقع أعمارهم بين 15-64 سنة إلى أقل من 55% تنخفض كذلك نسبة كبار السن (65 سنة وأكثر) إلى أقل من 5%. في حين يلاحظ العكس في البلدان ذات الخصوبة المنخفضة [4].

وينعكس التركيب العمري على مختلف المجالات السكانية كالتعليم والتركيب الجنسي والتركيب الزواجي وتوزيعات القوة العاملة والتوزيع حسب الريف والحضر، كما أن معدلات النمو قد تؤدي إلى قيام الهجرة وزيادة الكثافة.

في الدول النامية شكل هذا النمو المرتفع للسكان عقبات كثيرة بسبب قصور النمو الاقتصادي لأغلب هذه الدول، بحيث لا يمكن مجابهة الزيادة السكانية مما جعلها تهتم اهتماما بالغا بالخصوبة. ساعد صندوق الأمم المتحدة للسكان في التعرف على مستويات الخصوبة ومعرفة الأسباب التي أدت إلى ذلك وأثرها في بقية القطاعات وقد تبين أن ارتفاع الخصوبة يعود إلى أسباب اقتصادية واجتماعية وديموغرافية، كما أنه يؤثر أيضا في هذه الجوانب بشكل تناظري.

ولمعالجة ذلك والتخفيف من وطأته، لجأت بعض الدول إلى اتخاذ تدابير اقتصادية واجتماعية وديموغرافية. ذهبت الدول في معالجة ذلك مذاهب مختلفة، فبعضها اعتمد على التحكم في الخصوبة كسياسة لتحديد حجم السكان في حين قامت دول أخرى كالجزائر باتخاذ تدابير اقتصادية واجتماعية ادمجت في مخططاتها الإنمائية، حيث ربط الرئيس الراحل هواري بومدين التنمية الاقتصادية بقوى التعليم والتشغيل والخدمات الاجتماعية والصحية. طرحت السياسة الجزائرية جدلا خلال المؤتمر العالمي حول السكان الذي أقيم عام 1974 ببوخارست أين أيدت فيه الاتجاه القائل بان التنمية العامة والتصنيع تكفيان لوقف النمو السكاني وبالتالي لخفض الخصوبة على المدى الطويل، كما فضل فريق

ثالث اعتماد الطريقتين أي التحكم في الخصوبة واتخاذ تدابير اقتصادية واجتماعية معينة تلحظ في مخططاتها الإنمائية [5].

ساهمت السياسة الاجتماعية والصحية بشكل فعال في خفض الولادات والوفيات في الجزائر بين سنتي 1970 و1987 بشكل فعال، خاصة من جانب الصحة والوفيات. من بين نتائج هذه السياسة بقاء معدل النمو عاليا ولزمن طويل. لقد كان الالتزام في المرحلة الثانية للانتقال الديموغرافي يتمثل في الوصول إلى مستويات معتدلة للولادات والوفيات وكذلك الحال بالنسبة إلى النمو الطبيعي. ولصياغة مثل هذه السياسات يجب مراعاة الآتي:

- الهدف الأساسي للسياسات السكانية هو رفع المستوى المعيشي للمجتمع بمختلف فئاته.
- تراجع الخصوبة يخفف بالضرورة من عبئ التبعية.
- تجميع متطلبات التطور في بعض القطاعات كالتربية، السكن ومصالح الحماية الاجتماعية من فوائد بطئ النمو الديموغرافي.
- ترقية الكرامة الإنسانية والصحة والعافية للعائلة من خلال الرعاية الصحية للأمهات والأطفال.

الفصل 1 الإطار المنهجي والنظري للدراسة

1-1- الإشكالية:

الخصوبة السكانية نتاج التراكم السكانية داخل المجتمعات كما أنها في نفس الوقت تؤثر في هذه التراكم، لذا اهتمت الحكومات كثيرا بالزيادة السكانية وما تستدعيه هذه الزيادة من خطط مستقبلية لمواجهة كافة المشكلات المتوقعة، إذ اعتمدت السلطات المختصة بوضع برامج للتنمية لمواكبة هذه الزيادة والتوقعات، خاصة إذا علمنا أن السياسة الموجهة للدولة الجزائرية خلال سنوات السبعينيات ركزت على الجانب التنموي الاقتصادي وتغاضت نوعا ما عن تبني سياسة سكانية ناجعة تساير وتيرة النمو السكاني، مما أدى إلى حدوث خلل واضح في التوازن.

قلصت التحولات الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية التي شهدتها البلاد في السنوات الأخيرة، وبشكل ملموس من مستوى معدلات الخصوبة فإذا كان المؤشر التركيبي للخصوبة يتجاوز 8 أطفال في المتوسط لكل امرأة في بداية الستينات، فإنه انخفض سنة 1980 إلى 6,4 طفل ليصل إلى 4,1 طفل سنة 1998 ثم نزل إلى غاية 2,4 طفل/للمرأة سنة 2007 [33] ص 3. ترى ما هي الأسباب و العوامل التي يمكن بواسطتها تفسير هذا الانتقال؟

إن تراجع معدلات و مؤشرات الخصوبة لم يكن تلقائيا، بل تزامن مع عدة تغيرات وتحولات، عرفها المجتمع الجزائري. منها انخفاض نسبة وفيات الأطفال خاصة الرضع منهم، وانتشار وسائل منع الحمل، الذي تزايد تداولها بشكل ملحوظ في السنوات الأخيرة. فإن لم يكن يتعد عدد مستعمليها في الستينيات 7%، ارتفعت نسبتهم إلى 56.9% سنة 1995، كما ساهم هذا التراجع في تأخر سن الزواج عند الإناث نتيجة لدخول المرأة سوق العمل، وكذا ارتفاع نسبة التمدرس؛ يعتبر ارتفاع مستوى التعليم لدى النسوة عاملا فعالا في تزويد الفتيات بالقدرة على القراءة و التفكير والتفتح على اختيارات سلوكية لا تنحصر بالضرورة في الأدوار التقليدية للمرأة. كما تزامن هذا الانخفاض في معدلات الخصوبة مع الأزمة الاقتصادية التي عايشتها البلاد. وما أنجر عنها من مشاكل، انعكست سلبا على الأسرة. وهذا ما يمكن ملاحظته في غلاء المعيشة وصعوبة الحصول على السكن، وكذا

تدني قيمة متوسط الدخل الأسري.

في ظل هذه التغيرات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية وانطلاقاً من المحددات الوسيطة، التي تلعب دوراً أساسياً في تحديد مستويات واتجاهات واختلافات الخصوبة، حاولنا قياس بعض المتغيرات ذات التأثير المباشر على الخصوبة.

إن كانت مجموعة من العوامل المتداخلة و المتفاعلة فيما بينها، وراء تراجع معدلات الخصوبة في الآونة الأخيرة. الشيء الذي جعلنا نتساءل ونبحث عن اتجاهات و مستويات الخصوبة، و محدداتها الفعالة في تحقيق أنماط الإنجاب، معتمدين في ذلك على واقع البيئة الثقافية والاجتماعية والاقتصادية للمجتمع الجزائري.

ومن هذا المنطلق نطرح الأسئلة التالية:

ماهي أنماط الخصوبة التي عرفتها الجزائر خلال الثلاثة عقود الماضية (1970-2002) ؟
ما هو مستوى الخصوبة ؟

ما هو الاتجاه العام لمستوى الخصوبة في الجزائر ؟ وما هي أهم العوامل المؤثرة فيه ؟

من خلال المراحل الديموغرافية التي مرت بها الجزائر، في أي مرحلة يمكن أن ندرج المرحلة الأخيرة في إطار التحول (الانتقال) الديموغرافي الخاص بالخصوبة ؟

ماهي العوامل (المحددات) الرئيسية المؤثرة في الخصوبة، وأيها أكثر أهمية وتأثيراً ؟

2-1- الفرضيات

عرف المجتمع الجزائري في البداية، نمط الخصوبة الطبيعية، نتيجة لعدم الانتشار الواسع لوسائل منع الحمل وانخفاض المستوى التعليمي لتركز أغلبية السكان خارج المدن الكبرى، أين تسود سلوكات تشجع على الخصوبة والإنجاب.

لقد انتقل الاتجاه في المرحلة الموالية (بعد 1986) نحو الانخفاض بوتيرة بطيئة لأن السلطات أدرجت برامج من أجل التحكم - بقدر الإمكان - في النمو الديموغرافي، ولمواجهة عدم التوازن بين المداخيل والسكان.

ساهم انتشار التمدرس وبشكل فعال في تأخر سن الزواج، وإقبال المرأة على الشغل، مما زاد

في تحسين الظروف المعيشية للأسر؛ واضطرت النساء لتنظيم أسرهن، من خلال تباعد الولادات حيث أصبحت المرأة تتميز بمكانة مرموقة.

تدرج المرحلة الأخيرة المتميزة بسرعة انخفاض الخصوبة مقاربا لنمط عدم الإحلال السكاني، الموازي لنمط الخصوبة في الدول المتقدمة.

إن سن الزواج له دور كبير في توجيه مستويات الخصوبة، نظرا لتباينه في المناطق الريفية وبين الأميين مقارنة بالمناطق الحضرية و المتعلمين، حيث عرف متوسط سن الزواج ارتفاعا مستمرا بداية من سنوات الثمانينيات.

ويعتبر تنظيم الأسرة هو الآخر عاملا مهما في تحديد مستوى الخصوبة، وذلك لانتشاره الكبير بالمناطق الحضرية وخاصة بالنسبة للمتعلّمات مقارنة بالمناطق الريفية وخاصة بالنسبة للأميات. كما يفترض أن مستوى الخصوبة لدى المرأة المتعلّمة منخفضا مقارنة بنظيرتها المتعلّمة المتزوجة من زوج متعلم.

إن عمل المرأة يؤثر في الخصوبة فالنساء اللواتي يعملن خارج البيت لا يمكن أن يعتندين بأطفالهن بسهولة. فتكلفة الوقت لديهن عالية، فعادة ما ترغبن في تكوين عائلات صغيرة الحجم، لذلك فإنه من المتوقع أن تحاول تلك النساء تخفيض خصوبتهن باستعمال وسائل منع (تنظيم) الحمل، فالنساء اللواتي يعملن يعيشن مستوى اقتصاديا واجتماعيا أعلى من مستوى معيشة النساء اللواتي لا يعملن.

3-1- أهداف الدراسة:

تشكل أهداف البحث البنية الأساسية لتحديد الإطار العام للدراسة، وعلى هذا الأساس حددنا أهداف بحثنا في جملة من العناصر:

- إبراز تطور الخصوبة في الجزائر و أهم المراحل التاريخية التي مرت بها.
- تسليط بعض الضوء على أشكال ومستويات الخصوبة في الجزائر لدى النساء خلال الفترة التي سبقت التبني الرسمي لبرنامج التخطيط العائلي من طرف السلطات.
- البحث عن محددات وتباينات الخصوبة.
- إعطاء صورة عن استعمال وسائل منع الحمل والبحث عن محدداتها.
- دراسة اتجاهات و مستويات الخصوبة في الجزائر مع تفسير الأسباب المؤثرة في الانخفاض أو

- الارتفاع حسب المتغيرات الاجتماعية و الاقتصادية والديموغرافية.
- الكشف عن أهم المحددات المؤثرة في السلوك الإيجابي للمرأة الجزائرية و التي ساهمت في خفض خصوبتها وهذا حسب المتغيرات الاجتماعية و الاقتصادية والديموغرافية.

4-1- صعوبات البحث

- تمثل أكبر عائق في صعوبة الحصول على معطيات مسح (1970) ومعطيات المسح الأخير (2002)، حد من دراسة الظاهرة بشكل جيد، لهذا ركزنا على توظيف المعطيات الموجودة في التقارير الرئيسية، إلا أننا وظفنا نتائج ودراسات الباحثين السابقين.
- كما عانينا من مشكلة عدم تجانس المتغيرات المعتمدة في المسوح الأربعة موضوع البحث، أي أن هناك صعوبة في مقارنة المعطيات الممتلئة لمختلف الفترات الزمنية، وهو ما يصعب من إمكانية تتبع تطور الظاهرة والعوامل المؤثرة فيها.

5-1- منهجية البحث

- إن طبيعة الموضوع المتناول قادتنا إلى الاستعانة ببعض الحقائق التاريخية؛ كان لابد علينا أن نرجع إلى الماضي لتعقب الظاهرة محل الدراسة منذ الاستقلال و الوقوف على عوامل تغيراتها.
- تمثلت الدراسة التاريخية لهذا الموضوع في الإطلاع على المراجع التي لها صلة مباشرة أو غير مباشرة بالموضوع بمختلف أنواعها، من أجل فحص معلوماتها وتحليلها، و استخلاص نتائجها، بحيث لم تقف فائدتها على فهم أحداث الماضي فحسب، بل ساعدت في تفسير الظواهر الحالية.
- لما كان هذا النوع من الدراسات يحتاج إلى الحقائق الراهنة المتعلقة بطبيعة الموضوع أي ظاهرة الخصوبة، مستوياتها، اتجاهاتها، محدداتها، كان علينا جمع المعطيات و تحليلها كما و كيفاً لمعرفة خصائص هذه الظاهرة و حجمها وتطورها وكذا ارتباطها بالظواهر الأخرى كالسن الوسطي للزواج... الخ.
- كما استعملنا في هذه الدراسة المنهج الإحصائي إذ ساعدنا في جمع البيانات و ترتيبها و كذا تبويبها في جداول بسيطة ومركبة ثم تحليلها و تفسيرها و هذا وفقاً للمعطيات الإحصائية المتحصل عليها من مختلف المسوح و التقارير الإحصائية.

6-1- مصادر ونوعية المعطيات :

1-6-1- مصادر المعطيات:

في البلدان المتقدمة غالبا ما يعتمد في الدراسات السكانية والديموغرافية على معطيات محصلة من مصادر التعدادات العامة للسكان بالدرجة الأولى ومصادر بيانات الحالة المدنية بالدرجة الثانية و المسوح الوطنية بالدرجة الثالثة لأن نوعية، دقة ومصداقية بياناتها كبيرة جدا؛ للتحكم الكبير في عمليات جمع البيانات (بنسبة خطأ تقل عن 5%)، في حين نعتد في الدراسات الخاصة بالبلدان النامية - والجزائر واحدة منها - أساسا على المسوح الوطنية.

لذلك اعتمدنا أساسا على بيانات ومعطيات المسوح الوطنية المنجزة خلال السنوات 1970، 1986، 1992 و 2002، إضافة إلى بيانات بعض التعدادات الوطنية المنجزة خلال السنوات 1987 و 1998 وأيضا بعض معطيات الديوان الوطني للإحصائيات (ONS).

1.1.6.1- الدراسة الإحصائية الوطنية الخاصة بالسكان "E.S.N.P" (سنة 1970):

نعتمد في بحثنا هذا على معطيات المسح الوطني الخاص بالخصوبة الذي تمّ إجراؤه سنة 1970، والذي يعتبر أحد مكونات الدراسة الإحصائية الوطنية الخاصة بالسكان، مثلت عينة هذا المسح جزء من عينة المسح الديموغرافي السابق ذكره وهو عبارة عن مسح أحادي الزيارة (مسح أحادي الملاحظة كلاسيكي).

هدف هذا المسح إلى دراسة فترة خصوبة المبحوثات، وتطلع إلى تحديد مستويات الخصوبة وتطوراتها، كما هدف إلى إبراز أثر أهم المحددات الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية المؤثرة في الخصوبة.

شملت عينة المسح 8566 امرأة في سن الإنجاب (15-49 سنة)، من بينهن 105 أجنبيات، من بين الجزائريات البالغ عددهن 8461 تنتمي 3953 امرأة إلى القطاع الحضري، ومثل القطاع الريفي بما يصل إلى 4508 امرأة.

2.1.6.1- المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة "E.N.A.F" (سنة 1986):

تمّ إنجاز المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (ENAF) من طرف المركز الوطني للدراسات والتحليل الخاصة بالسكان (CENEAP)، وكان ذلك في التاسع من فيفري 1987. بدأت الأعمال فيه يوم 7 سبتمبر 1986، اعتمد هذا المسح على معطيات التعداد العام للسكان لسنة 1977

في تقسيم المقاطعات واقتصر على ولايات الشمال الجزائري فقط. تمّ تمويل هذا المسح من طرف الحكومة الجزائرية وبعض مساعدات صندوق الأمم المتحدة للسكان (FNUAP) لأنه كان امتدادا للمسح العالمي للخصوبة (EMF). وكانت للمسح عدة أهداف من بينها دراسة الخصوبة والعوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية التي تحدها، دراسة الزوجية، وخصوبة الأزواج، واستعمال موانع الحمل. تمّ تقسيم استمارة المسح إلى قسمين: قسم متعلق بالأسرة حيث شملت عينة البحث 5386 أسرة. أما القسم الثاني فمتعلق بالمرأة، حيث بلغ عدد نساء العينة 4804 امرأة غير عزباء تقل أعمارهن عن خمسين سنة.

3.1.6.1- المسح الوطني الجزائري حول صحة الأم والطفل سنة 1992:

كان لمبادرة الجامعة العربية من خلال المشروع العربي للنهوض بالطفولة أثرًا إيجابيًا بالنسبة لقضايا السكان التي كانت تشغل بال السلطات الجزائرية. في هذا الخصوص قامت وزارة الصحة في شهر جانفي 1992 بتوقيع وثيقة مشروع المسح، كان للمساهمة المالية التي قدمها برنامج الخليج العربي بدعم من منظمات الأمم المتحدة الإنمائية، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومنظمة الأمم المتحدة للأطفال، وجامعة الدول العربية دورا في إنجاز هذا المسح.

هدف هذا المسح إلى توفير بيانات تفصيلية عن العوامل البيولوجية والديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية والبيئية التي تؤثر على صحة الأم والطفل، ونذكر بأن العمل كان جزء من المشروع العربي للنهوض بالطفولة، وذلك بناء على قرارات وتوجيهات مجلس وزارة الصحة العرب.

شملت عينة هذا المسح 6694 أسرة تمركز 53.1% منها في الوسط الحضري. وشمل كل ولايات الشمال الجزائري، بما في ذلك ولايات الجنوب. واعتمد على بيانات التعداد العام للسكان والسكن لسنة 1987.

وشملت عينة هذا المسح بدورها 5881 امرأة مؤهلة متزوجة أو سبق لها الزواج وعمرها دون الخامسة والخمسين. كما شملت هذه العينة 5288 طفلا مؤهلين عن خمس سنوات.

4.1.6.1- المسح الوطني الجزائري حول صحة الأم والطفل (PAPFAM) سنة 2002:

هدف هذا المسح إلى تمكين السلطات العمومية من الحصول على المعلومات الأساسية التي يمكن تجنيدها في تطبيق ومتابعة وتقييم سياسات الصحة والسكان، تحديث وإثراء قاعدة البيانات

المتوفرة والممثلة لأهم المؤشرات على المستوى الإقليمي، والتي من شأنها تمكين المقارنة مع البلدان العربية.

شمل المسح 19233 أسرة معيشية (60 % في الحضر و40 % في الريف). تشير نتائج المسح أن عدد النساء السابق لهن الزواج البالغات بين 15 و49 سنة بلغ 7399 امرأة (58,16 % في الحضر و41,84 % في الريف). شكلت الفئة العمرية 35-39 سنة الذ نسبة الغالبة (22,5%). أما نسبة المتزوجات زمن المسح فقدرت عند المستوى 92,9% من مجموع السيدات السابق لهن الزواج.

2-6-1- نوعية المعطيات

في هذا الجانب سوف نتكلم فقط عن نوعية المصادر التي نستعمل معطياتها بشكل رئيسي في البحث، لهذا لن نتكلم عن المعطيات المستقاة من الحالة المدنية أو التعدادات العامة للسكان لأن البلاد في حادثة عهدها بالاستقلال لأنها لم تتوفر بعد على الإمكانيات المادية والبشرية والخبرة اللازمة للحصول على معطيات دقيقة.

فيما بعد، ورغم توفر الإمكانيات والعناصر اللازمة لتنظيم تعدادات ومسوح جيدة النوعية، إلا أن العمليات على غرار دول العالم الثالث تنظم بشكل إرتجالي دون صرامة ومتابعة لازمتين، لاحظنا - كمثل - عدم الإفصاح عن الحقيقة في الإجابة عن الأسئلة من طرف المستجوبين وفي نفس الوقت لاحظنا لامبالاة في تدوين المعلومات من طرف المحققين. لهذا كثيرا ما يلجأ الباحثون والأخصائيون إلى محاولة تعديل وتصحيح تلك المعطيات من أجل الإستدلال بها في دراساتهم وبحوثهم.

إضافة إلى ما سبق، تباعد الفترة الفاصل بين تعدادين يقلل من الاعتماد على المعطيات لإطلاق حقائق علمية، هذا من جهة، ومن جهة ثانية صعب عدم تجانس المتغيرات المدروسة في التعدادات السكانية من عملية إجراء المقارنات المختلفة.

7-1- الإطار النظري للدراسة:

1-7-1- أهم المفاهيم والمصطلحات

• الخصوبة – (Fécondité)

هي نتاج النشاط الإنجابي لشخص، لزوجين، لفوج أو سكان. نستعمل مصطلح خصوبة بدلا من ولادات حينما تكون هناك علاقة مع عدد النساء في سن الإخصاب. فخصوبة جيل ما يمكن تلخيصه بواسطة الخلف النهائي (النسل المحصل) ومتوسط العمر عند الولادة، بينما المؤشر الظرفي للخصوبة يقيس الخصوبة خلال سنة. عندما نميز رتبة الولادات فإننا نتكلم عن الخصوبة للرتبة الأولى أو الرتبة الثانية. [52]

حسب رولان بريسا "ROLAND PRESSAT": الخصوبة هي عبارة عن ظاهرة تبين العلاقة بين الولادات الحية من جهة وبين امرأة في سن الإنجاب أو الزوجين معا أو الرجل كاستثناء من جهة أخرى. كما يضيف بأن الخصوبة هي تأكيد الإخصاب والذي يعرفه بالقدرة على الإنجاب، وقد تكون الخصوبة طبيعية أو موجهة. [6] ص 75

الخصوبة هي مقياس للمستوى الفعلي للإنجاب في مجتمع سكاني ويعبر عنه بعدد المواليد الأحياء التي أنجبت أي محسوبا من إحصاءات المواليد الأحياء (خالد زهدي خواجه).

• الخصوبة الطبيعية - Fécondité naturelle

الخصوبة الطبيعية هي خصوبة المرأة المتزوجة في غياب استعمال وسائل منع الحمل أو الإجهاض العمدي، أي بمعنى آخر هي سلوك المرأة الإنجابي دون اللجوء إلى أية وسيلة غير طبيعية تحاول من خلالها تباعد ولادتها أو الحد من نسلها.

• الخصوبة الموجهة - Fécondité dirigée

الخصوبة الموجهة هي السلوك الإنجابي للمرأة التي تستعمل وسائل منع الحمل بغية تحديد نسلها أو تنظيمه. [56] ص 80.

• الخصوبة التفاضلية - Fécondité différentielle

يقصد بالخصوبة التفاضلية تلك الفروقات الموجودة داخل الخصوبة ذاتها في مختلف المجتمعات المدروسة خلال فترة زمنية، ويعبر عن هذه التفاضلات انطلاقا من المؤشر التركيبي

للخصوبة خلال الفترة المدروسة للمجتمعات التابعة للمجتمع الأصلي، وتتمثل هذه الفروقات في المقاييس التالية: محل الإقامة (ريف أو حضر)، الانتماء الديني والثقافي، مستوى الدخل، المستوى التربوي، النشاط المهني.

• معدل الخصوبة — Taux de fécondité

هو عدد الولادات لكل 1000 سيدة في سن الإنجاب، ويعبر عنه خلال سنة.

• معدل الخصوبة الاجمالي:

يعرف على أنه نسبة المواليد الأحياء إلى عدد الاناث في السن 15 إلى 49 سنة (رولان بريس، 1985).

• الولادات - Natalité

الولادات هي مقومة لتطور السكان. لذلك فإن ولادات البلد الواحد مرتبطة بخصوبة السيدات وعددهن.

• معدل الولادات — Taux de natalité

هو عدد الولادات الحية خلال سنة على متوسط عدد السكان (الكلي) خلال نفس السنة ويعبر عنه عادة بالألف.

• الانفجار السكاني — Baby boom

الارتفاع السريع والمفاجئ لمعدل الولادات.

• ظرف ديموغرافي — Conjoncture démographique

أحدث التغيرات لظواهر ديموغرافية تدرس من زاوية الاتجاهات التي تحتويها. ومتابعة الظرف الديموغرافي تعني متابعة تطور مجتمع سكاني محدد عن كثب، مع السعي إلى أفضل تحليل ممكن لدلالة التغيرات التي قد تبرز.

• نمو ديموغرافي — Croissance Démographique

هو ارتفاع عدد السكان خلال فترة زمنية معينة، والنمو الديموغرافي يوافق مجموع الرصيد الصافي للهجرة المحسوب عادة خلال سنة. يرتفع عدد السكان عندما يزداد عدد المواليد على عدد الوفيات (رصيد طبيعي) والداخلين من الهجرة على الخارجين (رصيد الهجرة).

• فوج – Cohorte

مجموعة أشد خاص أو أزواج عاشدوا نفس الحدث الديموغرافي (مولاد، زواج، إزدباد أول طفل ...) خلال نفس السنة أو نفس الفترة. نتكلم مثلا عن فوج مدرسي (أشخاص أمضوا امتحان البكالوريا سنة 2006). تشكل الأفواج ركيزة التحليل الطولي (Logitudinale).

• خلف نهائي (نسل محصل) – Descendance finale

هو متوسط عدد الأطفال المولودين من نساء تنتمين لنفس الجيل عند وصولهن نهاية حياة الإنجاب (غالبا عند سن الخمسين). فهو مجموع معدلات الخصوبة حسب العمر لجيل معين. وهو مؤشر طولي.

• خصوبية – Fécondabilité

احتمال حدوث حمل خلال دورة شهرية لإمرأة في غياب منع الحمل وخارج الازمنة الميتة. يدل عليه بنسبة مئوية. يطلق عليه أيضا الاحتمال الشهري للحمل.

• القدرة على الإنجاب – Fertilité

هي القدرة البيولوجية للمرأة أو الرجل أو الزوجين لإنجاب طفل حي. والعقم هو نقيض للقدرة على التوالد، والخصوبة هي برهانها على القدرة على الإنجاب. القدرة على التوالد تتغير كثيرا من فرد ومن زوج إلى آخر، لذلك فالتغيرات فردية. فالقدرة على الإنجاب تكون أقصى ما تكون خلال الأعمار 20-35 سنة، ثم تنخفض سريعا بعد 35 سنة لتصبح منعومة نحو 45 أو 50 سنة.

• خصوبة الإحلال – Fécondité de remplacement

هو مدى ضمان تجدد النساء لجيلهن تجدد جيلهن خلال فترة زمنية كافية (ISF=2,1). من المعروف أن أي مجتمع سكاني قد يتضاعف عدده خلال فترة من الزمن، وقد يبقى هذا العدد ثابتا عند حجم معين، بل وقد يتناقص هذا العدد بتعاقب الأجيال. والإحلال الذي نحن بصدده هو مقدرة المجتمع السكاني على تجديد الأجيال وتعاقبها؛ وبالتالي التكاثر والنمو. ودراسة الإحلال تعنى معرفة درجة إحلال المجتمع لنفسه بالطرق الطبيعية.

هناك عدد من المعادلات التي تقيس الإحلال للنساء فقط على خلاف معدل الخصوبة الكلية الذي يتضمن النوعين معا. ومن أهم المعادلات، معدل التكاثر الإجمالي ومعدل التكاثر الصافي.

• معدل التكاثر الإجمالي - Taux de reproduction global

هو حالة خاصة لمعدل الخصوبة الكلية، فبينما يقيس معدل الخصوبة الكلية مجموع المواليد من النوعين لجيل من النساء، يقيس معدل التكاثر الاجمالي مجموع المواليد الإناث فقط لجيل من النساء. وهكذا فمن السهل الحصول على معدل التكاثر الاجمالي من معدل الخصوبة الكلية وذلك بضرب الأخير في نسبة المواليد الإناث لمجموع المواليد، ولكن هذا الأسلوب يعطي معدلا تقريبا للمعدل الحقيقي الذي يتم الحصول عليه من معدلات المواليد الإناث التفصيلية.

يفترض هذا المعدل بقاء كل الإناث على قيد الحياة حتى نهاية سن الإنجاب. وهكذا فمعدل التكاثر الإجمالي يمثل عدد المواليد الإناث لجيل من النساء لامتوت خلال فترة الإنجاب وتخضع لمعدلات المواليد التفصيلية الحالية. [53] ص 20

• مؤشر ظرفي - Indice conjoncturel أو مؤشر تركيبى - indice synthétique

قياس ظاهرة يعتمد على معطيات سنة فقط أو فترة محددة. والمؤشر الظرفي هو مؤشر قطعي يمكننا أن نحسب أيضا المؤشر التركيبى للطلاق، المؤشر التركيبى للزواجية، المؤشر التركيبى للخصوبة.

• لاخصوبة - Infécondité

هي نسبة النساء غير القابلات للإخصاب أو نسبة النساء جيل ينتظرن نهاية حياتهن الانجابية دون الولادات الحية. فهي قد تشكل نتيجة للعقم إراديا نتيجة للجوء إلى موانع الحمل والإجهاض وحتى التعفف.

• العقر - Infertilité

هو عدم القدرة البيولوجية للمرأة أو الرجل أو الزوجين على إنجاب طفل حي.

• المجال الفاصل بين ولادتين - Intervalle génésique

الزمن الفاصل بين الزواج والولادة الأولى، أو بين ولادتين متتاليتين في الزواج الحالي.

• معدل الزواجية - Taux de Nuptialité

هو عدد زيجات سنة بالنسبة إلى متوسط السكان خلال نفس السنة (%). يمكننا حساب معدل الزواجية حسب العمر أو حسب الجنس وفئة سكان محددة.

• مماثلة إنجابية - Parité

هي عدد الأطفال المولودين أحياء لمرأة، سيدة ثنائية أي لها طفلين وسيدة عاقر أي ليس لها أطفال.

• تخطيط عائلي – Planification familiale

هي طرق يستعملها الأزواج للتحكم في الإنجاب بفضل وسائل منع الحمل الطبيعية أو الاصطناعية.

• سياسة الخصوبة – Politique de fécondité

هي مجموع المقاييس الموجهة للتأثير المباشر على مستوى الخصوبة، قد تكون مشجعة أو مضادة للولادات.

• رتبة المواليد – Rang de naissances

هو ترتيب متسلسل تاريخيا للمواليد الأحياء لسيدة أو زوجين. فالمواليد من الرتبة الاولى يمثلون أبنكار العائلات.

• نسبة أطفال/نساء – Rapport enfants /femmes

عدد الاطفال الأقل من 5 سنوات لألف امرأة تتراوح أعمارهن بين 15 و49 سنة .

• معدل التكاثر – Taux de reproduction

هو مؤشر يقيس الظروف التي يحصل فيها إحلال الأجيال، ويمكن دراسة هذا الإحلال في عمر معين.

معدل التكاثر الخام هو نسبة البنات المولودات لسيدة عدد كل عمر خلال حياتها الخصوبية (جيل من الإناث) في ظروف الخصوبة الملاحظة خلال سنة معينة، إلى عدد هذا الجيل عدد الولادة. يقابل هذا المعدل المؤشر الظرفي للخصوبة مضروب في نسبة المواليد الإناث. [53] ص21

• انتقال الخصوبة – Transition de la fécondité

يمثل تطور وتيرة الخصوبة المسماة "طبيعية" (غير موجهة من طرف الأزواج) نحو وتيرة الخصوبة "الموجهة"، عندما يريد الأزواج تنظيم الولادات بواسطة وسائل منع الحمل.

• انتقال ديموغرافي – Transition démographique

الانتقال الديموغرافي هو المرور من نظام تقليدي أين نجد الخصوبة والوفيات مرتفعتين ومتوازنتين نوعا ما إلى نظام يتميز بضعف الولادات والوفيات. يفوق انخفاض الوفيات عموما انخفاض الخصوبة، الذي يؤدي أيضا إلى نمو سريع للسكان خلال فترة الانتقال.

• الخصوبة العامة:

الخصوبة العامة هي خصوبة كل النساء في سن الإنجاب دون التمييز بين النساء المتزوجات وغير المتزوجات، وتشمل كل من الخصوبة الشرعية وغير الشرعية.

• الخصوبة الشرعية:

يقصد بالخصوبة الشرعية خصوبة النساء المتزوجات فقط.

• سن الإنجاب:

سن الإنجاب هو الفترة التي تكون فيها المرأة قادرة على الإنجاب، تبدأ هذه الفترة عموماً من سن الخامسة عشر إلى غاية سن التاسعة والأربعين (15-49 سنة).

وتبدأ هذه الفترة أصلاً من سن البلوغ الذي يكون فيه سن المرأة بين الحادي عشر والخامس عشر، وذلك حسب طبيعة كل امرأة وطبيعة التضاريس والمناخ، وتنتهي هذه الفترة عند سن اليأس الذي يكون عادة في سن الخامسة والأربعين على الأقل، وقد يمتد إلى سن الرابع والخمسين على الأكثر، وذلك حسب طبيعة كل امرأة، وحسب نمط معيشتها.

• مدة الزواج:

مدة الزواج هي المدة التي تقضيها المرأة بداية من زواجها إلى غاية نهاية فترة الزواج، وتسمى أيضاً بمدة الاقتران.

• محل الإقامة:

وهو الوسط الذي تنتمي إليه المرأة سواء كان ذلك الوسط ريفياً أو حضرياً.

• المستوى التعليمي:

يقصد بالمستوى التعليمي مستوى تعليم المرأة أو الرجل (وعدم تعليمهما)، وينقسم إلى ما يلي: (غير متعلم، ابتدائي، متوسط، ثانوي وما فوق، و مستوى عالي).

• النشاط المهني:

يقصد بالنشاط المهني عمل المرأة خارج البيت وتتقاضى أجراً معيناً، وتتدخل ضمن الطبقة الشغيلة، ويقصد بالنشاط المهني إذا ما تعلق الأمر بالرجل الوظيفي حسب القطاعات الاقتصادية (فلاحة، تجارة وصناعة، مهن حرة،...).

• **الولادة الحية:**

تعرف المنظمة العالمية للصحة OMS الولادة الحية بأنه الاستخراج التام والكامل للمولود من جسم أمه بعد عملية الانفصال عن طريق قطع الحبل السري، ويعطى هذا المولود إشارات توحى بالحياة كنبضات القلب أو تحرك أحد العضلات [34] ص 268.

• **معدل الخصوبة:**

معدل الخصوبة هو العلاقة بين عدد الولادات الحية وفئة النسوة في سن الإنجاب، خلال فترة زمنية عادة ما تكون سنة (Pressat, 1979).

• **معدل الخصوبة العام حسب مدد الزواج:**

يقصد بهذا المعدل العلاقة بين عدد الولادات الحية من نسوة متزوجات بلغن قدرة زواج معينة وفئة المتزوجات ذوات نفس فترة الزواج خلال سنة.

• **المؤشر التركيبي للخصوبة (I.S.F.):**

يعبر عن المؤشر التركيبي للخصوبة (ISF) بمجموع معدلات الخصوبة العامة حسب السن خلال فترة زمنية.

2-7-1- نظريات دراسة محددات الخصوبة:

لقد ظهرت نظريات عديدة قبل ظهور الإطار التحليلي للمتغيرات الوسيطة للخصوبة، غرضها تفسير الخصوبة، بحيث عملت على بيان الأسباب التي تؤثر فيها ارتفاعا وانخفاضاً. وذهبت هذه النظريات مذاهب متباينة في التفسير.

وحتى يمكن الوقوف على التفسيرات المختلفة لهذه النظريات ومناقشتها وبيات مدى كشفها عن المتغيرات الوسيطة ذات الأثر المباشر لابد من التعرض إلى أهم النظريات تعرضا موجزا بمقدار ما يساعد على كشف هذا الجانب.

سوف نتعرض بإيجاز فيما يلي إلى أهم النظريات بغرض مناقشتها وإبراز قصورها في الكشف عن المتغيرات ذات الأثر المباشر.

1-2-7-1- نظريات دراسة محددات الخصوبة:

إذا كان تعريف الخصوبة الكلية يعني متوسط عدد الأطفال الأحياء الذين تنجبهم المرأة خلال حياتها الإنجابية، فإن التساؤل الذي يرد في هذا المجال هو لماذا تكون الخصوبة في مجتمع معين مرتفعة ومنخفضة في مجتمع آخر؟ أو لماذا انخفضت في بعض المجتمعات ولم تنخفض في

مجتمعات أخرى؟ لاشك في أن هذه الأسئلة شغلت العلماء والباحثين منذ قرون وحظيت بنصيب كبير من الاهتمام، لما لهذه الظاهرة من صلة بالغريزة الإنسانية من جهة ولما يترتب عليها من نتائج اقتصادية واجتماعية وديموغرافية من جهة ثانية ولما ظهر من تخوفات على مستقبل الإنسان وموارده من جهة ثالثة.

وتراكم الرصيد العلمي في هذا المجال مع مرور الزمن وخاصة عندما اتضحت أهمية الخصوبة وصلتها بالنواحي الاقتصادية والاجتماعية. ويمكن أن نجمع اهم النظريات التي تناولت ظاهرة الخصوبة. ونقسمها إلى مجموعتين: نظريات على مستوى المؤسسة ونظريات على مستوى المجتمع.

أولاً- نظريات التحليل على المستوى الجزئي: (théories Micro-analytique)

هناك نماذج من النظريات بحثت في ربط القرارات الشخصية للخصوبة والتصرف باتجاه انخفاض الوفيات، ونظريات بحثت في ربط الخصوبة في حفظ وتعزيز الحالة الاجتماعية، وأما الثالثة فتعالج اعتبارات استخدام الكلفة بالتعبير الاقتصادي.

• نظرية انخفاض الوفيات:

لقد أسهم في هذه النظرية ثلاثة من الرواد هم D. O. Smith و D. M. Heer و D. A. May. فنظرية انخفاض الوفيات المؤدية إلى تناقص الخصوبة تعتمد على جانبين رئيسيين يقوم الأول على كون انخفاض الوفيات يؤدي إلى تقليل الرغبة في الإنجاب، ويفترض أن حجم العائلة المرغوب فيه أو عدد الأطفال المرغوب في إنجابهم يتحدد برغبة آبائهم بدافع استمرار حياتهم حتى سن شيوخوتهم ضماناً لهم. وكانت هذه الرغبة في إنجاب أكبر عدد ممكن من الأطفال في ظل معدلات الوفيات المرتفعة، ولكن في ظل انخفاض الوفيات لم يعد هذا التخوف قائماً وتضاءلت حاجة الآباء إلى العائلة الكبيرة بسبب ضعف الدافع.

وتقوم الحجة الثانية على تناقص الوفيات عملياً يحمل صعوبات للعائلة بسبب نفقات التعليم، الناتجة عن زيادة عدد الأحياء من الأطفال. وببساطة فهناك عدد من الذسل سيعيش مدة أطول وهذا يعني كثرة الأفواه التي تأكل مع مقدار محدود من الدخل. لذلك فقد تنبه السكان وأدركوا نتائج انخفاض الوفيات فان دفع منهم من له معرفة زائدة بوسائل ضبط الحمل بالإضافة إلى الوضع الاجتماعي الملائم للسيطرة على الخصوبة عن طريق التحكم بالإنجاب.

والجدير بالذكر، أن هذه النظرية قد عالجت ظاهرة الخصوبة ضمن مستويات معينة من الوفيات من خلال رغبة الأزواج في الإبقاء على أطفال يعيشون حتى سن شيخوخة آبائهم (الإعالة). فمستوى ظروف الوفيات المرتفعة، تحدث هذه الحالة عندما لا يزيد متوسط توقع الحياة عن عشرين عاماً، يتطلب هذا عددا كبيرا من المواليد. أما عند مستوى الوفيات المعتدلة أي أن انخفاضاً هاماً بمعدلات الوفيات قد حصل؛ وبالتالي فإن جل النساء قادرات على إنجاب عدد ملائم من الأطفال لضمان أن طفل واحد على الأقل سوف يعيش حتى شيخوخة أبويه.

ولكن ينخفض الإنجاب في هذه الظروف أو يؤخر، كما أن زيادة السكان الطبيعية تبلغ معدلاً أعلى، وتكون فترة التضاعف الزمني للسكان أقل (حوالي 25 سنة).

أما في الحالة الثالثة والأخيرة، وهي حالة ظروف الوفيات المنخفضة، فإن المولود الذكر غالباً ما يعيش حتى شيخوخة والديه، ولهذا فإن تحقيق الهدف المرغوب يستدعي أن تكون وقائع الحمل خلال فترة إنجابية أقصر. ولا تظهر في هذا الوضع زيادة جوهرية، ولكن سوف يتحقق من معدلات الخصوبة وضع إحلال السكان لأنفسهم. وبالتالي فليس هناك سبب لارتفاع الخصوبة عندما يصبح مستوى الوفيات منخفضاً.

• نظرية الوضع الاجتماعي:

ظهرت الصياغة الأولى لهذه النظرية عام 1890 من طرف الديموغرافي الفرنسي أرسين ديمون (Arsene Dumont)، فقد شبه هذا العالم الفرد في المجتمع بالزيت في شريط المصباح، فهو يميل إلى الصعود إلى مستويات أعلى من بيئته الاجتماعية عن الإنسان، ذلك لأنه يبتعد عن بيئته الطبيعية ويفقد نتيجة لذلك اهتمامه بالأسرة، ويتركز كل اهتمامه في عملية الارتقاء التي تعود عليه شخصياً بالفائدة.

ويسمى "ديمون" ظاهرة الارتقاء من طبقة دنيا إلى طبقة أعلى منها بالتقدم الاجتماعي؛ الذي يعد من أهم الأسباب في تحديد الأسرة. وهو يرى أن زيادة السكان في المجتمع تتناسب تناسباً عكسياً مع تكوين الفرد لنفسه.

لقد وضعت الصياغة الحديثة من قبل العالم بانكس (J. Banks) عام 1954 عندما قام بحساب الانخفاض الحاد للخصوبة الحاصل في إنجلترا بين عامي 1870 و 1900 من خلال اعتماده على عدة حجج مرتبطة بالتقدم الصناعي والاقتصادي والاجتماعي الثقافي؛ الذي صاحب نزول حاد في مستويات الخصوبة.

• نظرية الكلفة في الخصوبة:

وُضعت فكرة هذه النظرية من طرف H. Leibenstein عام 1959؛ والتي لقت اهتماما كبيرا لدى الدارسين حديثا. يقوم الافتراض الأول على أن الناس يتصرفون عقلانيا بخصوص إنجابهم، ويعني أنهم يطبقون حساباتهم الأولية بخصوص تحديد عدد الأطفال المرغوب فيهم. والافتراض الثاني لهذه النظرية يقوم بشكل مباشر، على توازن الرضا أو المنفعة المستمدة من الطفل الإضافي مع الكلفة المبذولة عليه والتي تشمل كلا الجانبين المالي والنفسي. ويميز بين ثلاثة أنواع من المنفعة:

• فهو يشكل من الناحية النفسية مصدرا للسرور.

• كعامل إنتاج يساهم في دخل العائلة.

• كمصدر من مصادر التأمين لأبويه عند الشيخوخة.

أما بالنسبة لكلفة الطفل الإضافي فيفرق بين نوعين: كلفة مباشرة وكلفة غير مباشرة:

• تتمثل الأولى تلك النفقات العادية والمستمرة على الطفل حتى يبلغ مرحلة الإعالة الذاتية.

• وتحصل الثانية عندما تضيع فرص عمل المرأة بسبب وجود الطفل.

إن تفسيرات الكلفة مختلفة حسب الطبقات بسبب اختلاف الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية، كذلك فإن نمط الكلفة يختلف أيضا حسب الفئات الاقتصادية والاجتماعية ومثال على ذلك فإن منفعة الطفل الإضافي قد تختلف بين الفلاح والطبيب. كما تختلف الكلفة المباشرة بين الأستاذ والعامل. أما الكلفة غير المباشرة فتظهر كما قلنا عندما تضيع فرص عمل المرأة بسبب وجود الطفل.

ثانيا- نظريات تحليل الخصوبة على المستوى الكلي: (théories Macro analytique)

• نظرية مالتس:

ظهرت هذه النظرية من المقال الذي كتبه مالتس عن السكان في نهاية القرن الثامن عشر حيث تقوم هذه النظرية على العلاقة بين إنتاج الغذاء والدخل ونمو السكان أي بين السكان والتغير الاقتصادي والاجتماعي. وخلاصة هذه النظرية أن السكان يتزايدون وفق متوالية هندسية في حين ان موارد العيش تتزايد وفق متوالية عددية، وفقها يأتي يوم تقصر فيه الموارد الغذائية عن تلبية حاجة السكان ولتجنب ذلك لجأ لوضع حلولاً مناسبة. ويمكن استخلاص ثلاثة أفكار رئيسية من هذه النظرية:

- بما أن السكان يتزايدون بوتيرة أعلى من الموارد فهناك صراع دائم بين السكان ووسائل العيش.
- حل هذا الصراع - في الماضي - عن طريق ما يسمى بالموانع القائمة التي تؤدي إلى الوفاة وهي الكوارث والأوبئة والحروب وغيرها.
- يمكن الوصول إلى التوازن السكاني بالإضافة إلى الوفاة بالموانع الأخلاقي وهو تأخير الزواج والعزوبة المتعفة.
- وبين "مالتس" أن عددا من الإصلاحات الاجتماعية المعتمدة سوف ينتج عنها زيادة في السكان وارتفاع مستوى الفقر والبؤس والأمراض، كما أشار إلى أن قلة الدخل يعبر عن التزايد السريع للسكان.
- إن أحداث أداء هذه النظرية في المجتمعات هو الاعتماد على الأسباب المانعة فقط إلى أن جاء "المالتسيون الجدد" الذين أيدوا تحديد النمو السكاني باستخدام وسائل منع الحمل مع العلم أن "مالتس" لم يؤيد منع النسل كوسيلة لكبح النمو السكاني المتسارع.

● نظرية تغير نمط تركيب العائلة:

كانوا أول من صاغ هذه النظرية عام 1963، W. J. Cood وآخرون. وتعتمد هذه النظرية على القول بأن التحضير والتصنيع يصاحبان دائما بتدمير وتغيير نظام العائلة الكبيرة، ويعنى بالعائلة الكبيرة العائلة التي ليس لها حرية القرار الخاص بالسلوك الإنجابي من قبل الزوجين وإنما يصنع فيها القرار بالنظر إلى عوامل عدة، مثل الزواج واختياره والعمل وغيرها من قبل أعضاء الأسرة الكبيرة الأكثر خبرة.

هذا خلاف ما يجري في العائلة النووية؛ التي تتميز بالاستقلال في اتخاذ القرارات؛ سواء قبل الزواج أو بعده. وركزت هذه النظرية على أن التصنيع والنمو الاقتصادي بصفة عامة يتلف نظام العائلة القديمة وبالتالي تتوسع الهوية بين العائلة الممتدة (الموسعة) والنظام القرابي الذي يعتمد على المساعدات والتدخل في شؤون وقرارات الزوجين في شتى نواحي الحياة وحتى الشخصية منها. كل هذا يزيد من محاولات التحكم في الخصوبة.

● نظرية التوازن السكاني:

وضعت معالم هذه النظرية من طرف بعض علماء الاجتماع منهم أميل دوركايم وهاولي Hewly عام 1950 ودونكان Duncan عام 1959. وتقوم هذه النظرية على أساس أن جميع المجتمعات تجابه ضغوطا ناتجة من جراء زيادة السكان، كانت هذه الزيادة مناسبة لبعض المجتمعات وأنها تسبب مصاعب أو كوارث في مجتمعات أخرى. وازدياد الضغوط السكانية يعمل على حدوث

تغيرات في التنظيم الاجتماعي والتشكيلات الاقتصادية والتكنولوجية للسكان وبالتالي يسبب عقبات مؤسسية على الزواج والإنجاب.

عندما يوجد فائض سكاني يلجأ إلى طرق أخرى لامتناس الضغوط الجديد سواء بالاستغلال العمودي للوسائل المتاحة أو بالتوسع الأفقي عن طريق التوسع في الأراضي، فالمجتمع الذي لا يستطيع التكيف بإحدى الطرق أو كليهما فلا بد أن يعمل على ضبط نموه وإلا سوف يعاني من تندي المستوى المعيشي لأفراده، وقد كانت الوفيات قديما سببا في إحداث التوازن في هذا المجال.

• نظرية كورادوجيني:

ظهرت هذه النظرية في الربع الأول من القرن العشرين (عام 1912) على يد "كورادوجيني Corado Gini". أساس هذه النظرية أنها أرجعت سبب إنقاص الخصوبة إلى العامل البيولوجي كعنصر أساسي وأنه يختفي وراء العوامل الاقتصادية والاجتماعية، التي تبدوا وكأنها هي التي تحدد الأنسال أي يرى أن نقص الخصوبة هو نفسه انخفاض القدرة على التناسل. [54] ص24

1-2-2-7-2- نقد النظريات السابقة

لقد تم التطرق إلى أهم نظريات الخصوبة تطرقا موجزا، ولاحظنا أنها ذهبت مذاهب مختلفة في الخصوبة، فبعضها اعتمد على الجانب الديموغرافي مثل انخفاض الوفيات وبعضها الآخر اعتمد على الجانب الاجتماعي مثل الوضع الاجتماعي الذي يسعى إليه الشخص أو تحطيم نمط العائلة الموسعة، وثالثها على الجانب الاقتصادي مثل كلفة الطفل الإضافي، ثم الجانب البيئي والبيولوجي. كما اتضح أن جل هذه النظريات قديمة تم التأكيد على أفكارها الأساسية وتبنيها وإثرائها وظهور صياغات جديدة لبعضها.

والشيء الملاحظ، هو أن تفسير هذه النظريات لارتفاع وانخفاض الخصوبة أصاب في أشياء وأخفقت في أشياء أخرى، لأنها اعتمدت على خلفيات الذين نادوا بها أي مرتبطة بالحقل العلمي الذي يعملون فيه. وفوق هذا وذاك فإن ظاهرة الخصوبة هي ظاهرة معقدة وتعود إلى أسباب عديدة تتنوع بتنوعها. إضافة إلى ذلك ركز أغلب هذه النظريات على جانب أو عامل معين في حين أنها أهملت جوانب أخرى كثيرة، رغم ذلك فقد وفقت تفسيراتها إلى حد ما باعتبار أن أحد العوامل الذي تطرقت إليه يؤثر في الخصوبة سواء ارتفاعا أو انخفاضاً، وباعتبار كذلك أن هذا العامل أو ذلك يؤثر في أسباب أخرى مباشرة لها صلة وثيقة بالخصوبة. المهم أن التسلسل المنطقي للمنهج يقتضي التعرض إلى الفروض التي اعتمدها تلك النظريات.

يلاحظ أن قصور النظريات السابقة ناتج لأسباب عديدة منها الأسباب العامة المشتركة بينها كلها وهناك أسباب خاصة بكل نظرية.

أولاً- الأسباب العامة:

- انعدام ونقص البيانات (وسائل الاستدلال) حيث يصعب دراسة الظاهرة واستخلاص النتائج، ولا يكفي الاعتماد على بيانات مجتمع ما نظراً لاختلاف المجتمعات فيما بينها. كذلك فالسلوك التناسلي مختلف من بلد إلى آخر ولا يتبع نفس النمط ونفس الجدول الزمني.
- تربط النظريات ظاهرة ارتفاع الخصوبة وانخفاضها بوجود أو غياب أسباب معينة اقتصادية أو اجتماعية... في حين أن تفسيرها أمر معقد ومتشابه فهي محصلة تفاعل عدة متغيرات فيما بينها، فمن المستحيل تفسير ظاهرة الخصوبة بسبب واحد من الأسباب.
- أغلب المقاييس المستخدمة في قياس الخصوبة في الدراسات الديموغرافية المختلفة هي مقاييس تلخيصية بمعنى أنها تقيس مستويات الخصوبة من خلال محصلة تفاعل عدة متغيرات ولا تتعمق وراء ذلك.

ثانياً- الأسباب الخاصة:

كما قلنا في السابق، فبعد أن تم التطرق إلى بعض الأسباب العامة التي تشترك فيها النظريات، نأتي الآن إلى مناقشة الخصائص التي قامت عليها كل نظرية وبشكل موجز.

● نظرية انخفاض الوفيات:

إن هذه النظرية تعتمد على عامل ديموغرافي كأساس وهو الوفيات لتفسير تغير السلوك الإنجابي، بالإضافة إلى أن انخفاض الوفيات يؤدي بالعائلة إلى تحمل أعباء إضافية أخرى، كل هذه المعطيات جاءت من خلال مراحل تطور المجتمع الغربي الذي شهد تقدم اقتصادي واجتماعي كبيرين واللدان أديا بدورهما إلى هبوط الوفيات والخصوبة. هذه المعطيات لم تتكرر في المجتمعات النامية بحذافيرها حيث لوحظ انخفاض كبير في الوفيات نتيجة نقل التكنولوجيا والتقدم الصحي الغربي، في حين بقيت الخصوبة مرتفعة بسبب بقاء المستوى الفكري والاجتماعي على حاله، الشيء الذي لم يؤثر في تغير السلوك الإنجابي. لذلك يلاحظ أن هذه النظرية تنطبق فقط على حالة الدول المتقدمة، ويؤخذ عليها أنها لم تتعرض إلى باقي المتغيرات الأخرى التي تؤثر في الخصوبة.

● نظرية الوضع الاجتماعي:

تقوم هذه النظرية على مبدأ النزعة الفردية، بمعنى أن إنجاب الأطفال يعوق الفرد على التقدم والاستمتاع بالحياة كما يحب، أي أن الإنجاب يشكل حمل إضافي يعطل الفرد عن تحقيق ذاته من خلال الوصول إلى وضع اجتماعي مرموق في المجتمع.

وهكذا فإن كان هذا التفسير صحيحا في بعض البلدان الغربية، انه بالضرورة ينطبق على مجتمعات أخرى (كونتز وهسندي، 1967). بالإضافة إلى أن هذه النظرية أغفلت التطرق إلى العوامل المباشرة الأخرى التي تؤثر في الخصوبة.

• نظرية الكلفة في الخصوبة:

تعتمد هذه النظرية على الترويج بين المنفعة المستمدة من الطفل الإضافي مع الكلفة المبدولة عليه، بحيث اعتبرت هذه النظرية أن الإنسان (الطفل الإضافي) سلعة وهذا يمس بإنسانية الإنسان، فالعملية شبيهة بمشروع يدخل في الاعتبار الربح والخسارة.

كما أنها لم تتعرض إلى العوامل المباشرة التي تؤثر في الخصوبة.

• نظرية مالتس:

اعتمدت هذه النظرية على الجانب الاقتصادي، وجوبت بانتقادات كثيرة، منها ما يتعلق بجانب بحثنا؛ لأنها ركزت على العزوبة المتعفة وأثرها في انخفاض الخصوبة. بالإضافة إلى اهماله لعدة عوامل تؤثر في تزايد السكان وأبرزها عامل الهجرة وكذلك التقدم العلمي والتكنولوجي. [54] ص 23 ، والعوامل الاجتماعية التي تتحكم في الإنجاب مثل الرهينة والزهد والعامل الثقافي وزيادة طموحات الفرد. [55] ص 65.

• نظرية تغير تركيب العائلة:

اهتمت هذه النظرية فقط بتأثير ظاهرة التصنيع والتحضير على نمط العائلة من خلال تدمير نمط العائلة الموسعة (الممتدة) والانتقال إلى نمط العائلة النواة وما يصاحبه من استقلالية في اتخاذ القرارات داخل العائلة وبالتالي إمكانية التحكم في الخصوبة. ويلاحظ أنها أهملت العديد من العوامل الأخرى سواء المباشرة أو غير المباشرة.

• نظرية كورادو جيني:

اعتبرت هذه النظرية من أهم النظريات التي تعرضت إلى عوامل اقتصادية واجتماعية، وركزت أساسا على العامل البيولوجي الذي يعني عامل القدرة على الإنجاب في حين أهملت المتغيرات الأخرى كالمجاعات والوفيات والاجهاض، ولكن تعتبر من أوائل النظريات التي مهدت إلى الوصول إلى المتغيرات الوسيطة. [54] ص 24

خلاصة القول تبين مما سبق أن الخصوبة ظاهرة معقدة تتفاعل العناصر المؤثرة فيها، وتختلف من مجتمع إلى آخر.

1-7-3- الإطار النظري للمتغيرات الوسيطة (المحددات التقريبية للخصوبة)

تطرقنا فيما سبق إلى مختلف النظريات التي أعطت تفسيرات مختلفة لتغير الخصوبة، فمنها من اعتمدت على العامل الديموغرافي أو العامل الاجتماعي والاقتصادي أو على العامل البيولوجي وغيرها. وأتضح مدى قصورها لما ركزت بعض العوامل المهمة. هذا ما دفع بعض الباحثين للبحث بطرق أخرى عن متغيرات أخرى تؤثر في الخصوبة وتوجد في كل المجتمعات. فوصلوا إلى نتيجة مفادها أنه توجد هناك عوامل تؤثر في الخصوبة بشكل مباشر وهناك عوامل أخرى غير مباشرة لكنها تؤثر في العوامل المباشرة نفسها. فالظروف الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لا تؤثر مباشرة في الخصوبة، ولكن تؤثر على بعض العوامل المباشرة الأخرى التي تؤثر بدورها على الخصوبة مباشرة.

من أوائل الرواد الذين بحثوا في هذا المجال نجد الأبحاث التي قام بها كل من ديفز وبلاك (Davis K., Blake J.) عام 1956، تم تسمية هذه العوامل "المتغيرات الوسيطة للخصوبة"؛ والتي تتضمن الأسباب المباشرة التي تؤثر في الخصوبة سواء بالسلب أو بالإيجاب بمعنى أنها تزيد في ارتفاع الخصوبة أو تحد من مستواها. وللوقوف على أهمية هذه الأسباب والكشف عنها، لابد من التعرض إلى الحالة العامة الافتراضية للخصوبة من أجل الكشف عن تأثير كل عامل على حد وما هي طبيعة هذا التغير هل هو نحو الارتفاع أم نحو الانخفاض.

وفيما يلي نورد مقالة جون واين (John Wyun) تحت عنوان الخصوبة الطبيعية (Natural Fertility)، الذي عرّف من خلالها الحد الأعظم للخصوبة في حالة بقاء كل الظروف المؤثرة ثابتة، فالخصوبة الطبيعية لمجتمع ما هي الخصوبة في حالة بقاء كل الظروف المؤثرة ثابتة، فالخصوبة الطبيعية لمجتمع ما هي الخصوبة التي لا يعيقها محدد ما حتى بعض العوامل غير ظاهرة مثل الأمراض الوراثية أو المكتسبة التي تسبب العقم، ومثل التغذية الكافية وعدم وجود العادات والتقاليد التي تسبب فترات الانفصال أو الغياب.

إن مثل هذا المجتمع يتعذر وجوده في الواقع، ولكن يجب طرح السؤال لماذا لا تتحقق هذه الحالة؟ وما هي العوامل أو الأسباب المباشرة التي تحول دون تحقق هذه الحالة؟

في كل الأحوال إذا كانت المرأة في المتوسط تتجب عددا معينا من الأولاد كحد أعلى في أفضل وضع يقترب من 12 طفل، وإذا كانت الخصوبة من مجتمع ما تقل عن هذا العدد بشكل جوهري فإن أسبابا تقع وراء ذلك.

أجاب "ديفز وبلاك" على هذا السؤال من خلال إطار يتضمن المتغيرات ذات الصلة المباشرة بالخصوبة والتي تقع خلف انخفاض أو ارتفاع هذه الظاهرة. فقد بلغت هذه المتغيرات إحدى عشرة (11) متغيرا أطلقا عليها اسم المتغيرات الوسيطة للخصوبة ووضعها ضمن إطار يبين أن هذه المتغيرات هي العوامل المباشرة والتي تقوم بتحديد الخصوبة وهذه المتغيرات تؤثر وتتأثر بمتغيرات أخرى فهي سبب يؤثر بشكل مباشر، ولكنه يتأثر بعوامل أخرى. وأكد على أن كل المجتمعات تتأثر بهذه العوامل، فلا يمكن القول أن بعض هذه العوامل يؤثر في خصوبة بعض المجتمعات دون الأخرى، فهي موجودة في جميع المجتمعات، وكل واحد منها يعمل إما باتجاه رفع الخصوبة أو باتجاه خفضها.

8-1- دراسات سابقة عن الخصوبة:

1-8-1- دراسات في العالم:

1.1.8.1- دراسة الأمم المتحدة سنة 1983:

تتمثل دراسة الأمم المتحدة هذه حول العوامل الاقتصادية والاجتماعية وأثرها على الخصوبة في بعض البلدان المتقدمة.

قامت الأمم المتحدة بالتعاون مع السوق الأوروبي المشتركة والهيئة العالمية المتخصصة في دراسة الخصوبة (W.F.S) بدراسة الخصوبة التفاضلية ومدى تأثيرها بالعوامل الاقتصادية والاجتماعية في بعض البلدان المتقدمة منها الأوروبية ودول شمال أمريكا.

كان الهدف من هذه الدراسة هو معرفة مدى أثر العوامل الاقتصادية والاجتماعية في تخفيض الخصوبة في تلك البلدان وحددت المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية بالمستوى التعليمي للمرأة محل الإقامة (ريف أو حضر)، المستوى التعليمي للزوج، وظيفة الزوج ومنصبه في الوظيفة.

بينت الدراسة أن هناك علاقة عكسية بين الخصوبة والمستوى التعليمي للمرأة خاصة في كل من تشكوسلوفاكيا، هولندا، النرويج، بولونيا، الولايات المتحدة الأمريكية، فعلى سبيل المثال إذا أخذنا هذا البلد الأخير، نجد أن معامل الارتباط بين مستوى الخصوبة والمستوى التعليمي ينخفض حسب المستويات التالية للمرأة على الترتيب: ما قبل الابتدائي، ابتدائي، ثانوي، ثانوي فما فوق (2,70)،

2,77، 1,99 و 1,75)، أي كلما كان المستوى التعليمي للمرأة عالياً كلما كانت خصوبتها منخفضة، كما بيّنت الدراسة أنّ مستوى الخصوبة في الريف مرتفع بنسبة كبيرة عن مستوى الخصوبة في الحضر، وأنّ خصوبة المرأة التي تشتغل ولم تتقطع عن العمل منخفضة إذا ما قورنت بخصوبة المرأة التي لم تشتغل أبداً قبل سن الزواج أو أثناء مدة الزواج.

2.1.8.1- تقرير الأمم المتحدة العالمي عن الخصوبة (2003):

انخفضت عموماً منذ السبعينيات مستويات الخصوبة في البلدان المتقدمة، حتى وإن شهد العديد منها "طفرة إنجابية" خلال فترتي الخمسينيات والستينيات. بلغ الانخفاض الوسيط في الخصوبة الكلية للبلدان المتقدمة النمو 0,8 طفل للمرأة الواحدة بين السبعينيات والتسعينيات، وبحلول أواخر التسعينيات، لم يتجاوز عدد البلدان المتقدمة؛ التي أفادت بأن خصوبتها الكلية بلغت 2 طفل أو أكثر للمرأة أربعة بلدان (ألبانيا، إيسلاندا، نيوزيلندا والولايات المتحدة الأمريكية)، وعلاوة على ذلك، كان مستوى الخصوبة في 14 بلداً متقدماً أدنى من 1,3 طفل/للمرأة، وهو مستوى غير مسبوق (الانخفاض) في التاريخ المسجل للكتل السكانية الكبيرة [16] ص xvi.

2-8-1- دراسات في الوطن العربي:

من الدراسات التي تناولت موضوع الخصوبة في الوطن العربي ما يلي:

بيّنت دراسة أقامها الباحثون لويد، سنثيا وكارول كوفمان (1999)، وجد الباحثون عدد مقارنة بيانات الخصوبة ببيانات الالتحاق بالتعليم (الابتدائي) في البلدان الأفريقية جنوب الصحراء، علاقة إحصائية قوية بين نسبة التعليم لمن هم في الفئة 15-19 سنة، ومرحلة الانتقال في معدلات الخصوبة. في حين أن بعض البلدان التي بدأت تنتقل إلى الانخفاض في الخصوبة، مثل الكويت ديفوار والسنغال، تمثل استثناء على الرغم من غياب الانتشار الواسع للتعليم. فربما يلعب ارتفاع سن الزواج، وتنامي الانتقال إلى الحياة الحضرية، دوراً هاماً فيما يتعلق بهذا الانخفاض في الخصوبة.

إن أهم نتائج المؤتمر العربي السكاني (1993)، أن اختلافات الأنماط الديموغرافية والصحية في البلدان العربية، متصلة باختلافات التعليم وتوزيع الدخل وتوفر المرافق الصحية وخدمات تنظيم الأسرة، وبيّنت أن التناقض بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية حيث تلعب القوى التقليدية في المناطق الحضرية دوراً أقل سيطرة وأن العوامل الاجتماعية والاقتصادية لها وزن أكبر [10].

نكرت حليلة سلام (1992)، أن المرأة العربية تعاني من التخلف الاجتماعي والاقتصادي، وهذا انعكس على معدلات الخصوبة، ولذا تدعو الباحثة إلى إجراء تغييرات جذرية في وضع المرأة العربية، من أجل خفض الخصوبة، منها إلغاء مبدأ تقسيم العمل حسب الجنس ورفع قيمة المرأة الاقتصادية للأسرة، كما أن على الحكومات العربية العمل على تغيير القوانين التي تكرر دونية المرأة [11].

وقد قدمت إميليا ديل هورن (1992)، دراسة أوضحت أن الخصوبة السكانية في بعض الدول العربية قد انخفضت مثل لبنان وقطر والسودان وسوريا، تونس، مصر واليمن بسبب استخدام وسائل منع الحمل وانخفاض عدد المتزوجات [12].

دراسة شجاع الأسد وعاطف خليفة (1977) حول تقديرات الخصوبة وتباينها في الأردن (1972-1976)، حيث بينت الدراسة أن هناك تباين في الخصوبة في الأردن بين الريف والمدن بشكل طفيف مع وجود علاقة عكسية حسب مكان الإقامة، كما أن التباين العميق في الخصوبة يتوقف على مستوى الثقافي للزوجة [7].

وفي دراسة مماثلة حديثة، عن التباين في سلوك الخصوبة حسب مكان نشأة الزوجة، بين الباحثان عز الدين بكر وعبد القادر قاسم (1995)؛ أن انخفاض مستويات الخصوبة في الأردن، يعود إلى ارتفاع مستوى تعليم المرأة ومشاركتها في النشاط الاقتصادي، وانتشار أساليب تنظيم الأسرة، وازدياد المشاكل الاجتماعية والاقتصادية؛ التي أدت إلى العزوف عن الزواج أو تأجيله لدى معظم شباب المجتمع الأردني، [9].

وفي دراسة قام بها فؤاد إسماعيل (1995)، عن أثر العوامل الاقتصادية والاجتماعية في الخصوبة السكانية في سوريا، بين العوامل المؤثرة على الخصوبة بشكل عام، كما أكدت الدراسة لتركيب العائلة في سوريا صحة العلاقة العكسية بين درجة التعليم وكثرة الإنجاب، كما تبين أن تشدد الأسر الريفية على الزواج المبكر للفتيات بسبب قناعتهم بضرورة ستر البنات كان سببا رئيسيا في ارتفاع معدلات الخصوبة السكانية [8] ص 193.

1-8-3- دراسات في الجزائر:

- دراسة جاك فالان سنة 1973 بعنوان: "تأثير مختلف العوامل الاقتصادية والاجتماعية على الخصوبة في الجزائر" [28]:

أنجز هذا العمل جاك فالان (J. Vallin) سنة 1973، وخلص إلى أن عامل النشاط

الاقتصادي لم تكن له دلالة كبيرة في تحديد المستوى العام للخصوبة على المستوى الوطني في تلك الفترة، لأنّ عدد النساء المشتغلات لم يكن معتبراً، ورغم ذلك فقد لاحظتباينا في مستوى الخصوبة بين النساء المشتغلات واللائي يقدر معدل خصوبتهن عند مستوى 3.9 طفل لكل امرأة بينما غير المشتغلات عرفن معدلا مرتفعا قدره 6,4 طفل لكل امرأة.

نكر جاك فالان (Valin J.) في دراسته هذه أنّ النشاط المهني للرجل لا يؤثر بنسبة كبيرة على مستوى الخصوبة.

لوحظ فرق طفيف بين المدن والريف، لكن لأسباب متداخلة، بحيث خص العمل إلى أن النساء الأقل خصوبة (غالبا الحضرية واللائي يشكلن قلة) متعلمات، متزوجات من إيطارات عليا أو متوسطة، ويشغلن أحيانا. لكن حتى بين هؤلاء النسوة لم تتضح علامات خصوبة منخفضة. اتسمت فترة ما بعد الاستقلال عموما بالارتقاء العام للخصوبة.

استنتج جاك فالان (Valin J.) في الأخير أنّ العامل الذي يؤثر بنسبة كبيرة في تخفيض الخصوبة هو المستوى التعليمي للمرأة.

- دراسة نجادي سنة 1975 بعنوان: "الخصوبة في الجزائر، مستويات، اتجاهات وعوامل" [29]:

قام نجادي (NEGADI) بدراسة الخصوبة في الجزائر سنة 1975 من حيث مستوياتها وتوجهاتها والعوامل المؤثرة فيها.

درس الباحث مستويات واتجاهات الخصوبة في الجزائر بداية من سنة 1900 إلى غاية سنة 1975، وحاول دراسة تطورها من خلال العوامل المؤثرة فيها اعتمادا على معطيات المسح الوطني الخاص بالإحصاء والسكان (E.N.S.P-1970).

من بين العوامل المؤثرة في الخصوبة؛ والتي قام بدراستها؛ العوامل الاقتصادية والاجتماعية حيث نكر في بحثه ما يلي: " رغم أنّ الجزائر تمتاز بخصوبة مرتفعة، فهناك فروقات وتفاضلات في مستوياتها حسب المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والمتمثلة في محل الإقامة، والمستوى التعليمي لكل من المرأة والرجل والنشاط المهني لكل من المرأة والرجل ".

لاحظ الباحث أنّ خصوبة النساء الحضرية اللائي تتراوح أعمارهن بين 15 و34 سنة منخفضة بنسبة طفيفة عما هي عليه في نفس الفئة العمرية بين نسوة الريف. قدر معدل الخصوبة

الإجمالي للحضريات عند مستوى 2.90، بينما قدّر بحوالي 6.87 لدى الريفيات.

اعتبر نجادي أثر المستوى التعليمي للمرأة على الخصوبة العامة غير فعال، لأنّ نسبة النساء المتعلّقات في تلك الفترة كانت ضعيفة، حيث قدّرت نسبة النساء غير المتعلّقات عند حدود 80.6% من مجموع النساء.

استخلص الباحث علاقة عكسية بين مستوى تعليم المرأة ومعدل خصوبتها، وسجل عدم تأثر مستوى تعليم الرجل على مستوى الخصوبة العامة في الجزائر، غير أنّه لاحظ أنّ هناك تباين بسيط في القطاع الحضري فقط.

خلص أخيرا إلى أنّ خصوبة النساء المقيمات بالحضر منخفضة بنسبة كبيرة عن خصوبة النساء الريفيات، حيث قدّر معدل الخصوبة العام عند المستوى 172.6 (الحضر) و274.8 (الريف).

وذكر أنّ "دخول المرأة عالم الشغل يقلل بنسبة كبيرة من خصوبتها، لكن هذه الظاهرة غير موجودة في الجزائر، وإن وجدت فهي بنسبة ضئيلة. واستخلص أنّ عدد المواليد منخفض عند النساء العاملات مقارنة بغيرهن، ولكن هذا لم يؤثر على المستوى العام للخصوبة على المستوى الوطني [29].

- دراسة كواوسي سنة 1993 "اتجاهات وعوامل الولادات الجزائرية بين سنتي 1970 و1986": [30]

في دراسة عن اتجاهات وعوامل الولادات في الجزائر بين 1970 و1986، عرف معدل نمو طبيعي وصل إلى 3% في السنة، وتواصل، خلال أكثر من عشرين سنة، بين 1966 و1987، الشيء الذي ضاعف تقريبا حجم السكان من 12 إلى 23 مليون نسمة. خلال هذه الفترة، بداية من سنة 1970، انخفضت الولادات بوتيرة أقل سرعة مقارنة بالوفيات. بينما عرف النمو بداية من 1985-1986 إشارات تباطؤ ملحوظة.

أظهرت هذه الدراسة أثر عوامل الولادات (البنية، نسبة المتزوجات والخصوبة الشرعية) والمتغيرات الوسيطة للخصوبة (الرضاعة، وسائل تنظيم النسل، الاجهاض والعقم) على اختلافات مستويات واتجاهات الملاحظة بين قطاعات السكن وبين 1970 و1986.

- أطروحة دكتوراه بدروني، 2007 "الديموغرافيا الجهوية في الجزائر،

دراسة مقارنة": [49]

عالجت هذه الأطروحة في الفصل الرابع المستويات الحديثة والاتجاهات الجهوية للخصوبة في الجزائر، خلال الفترة (1970-2002)، وتطرق الباحث إلى تحليل انخفاض الخصوبة، وإلى المکانیزمات والعوامل المفسرة لضبط الخصوبة، إضافة إلى العوامل المحتملة المكرسة للتباينات في الحيز والزمن (Spatio-temporel). خلص الباحث إلى تأثير متغيرين ديموغرافيين فقط من بين ستة متغيرات مستقلة، وهما الزوجية ومتوسط حجم الأسرة، فالأول ساهم بشكل قوي في التغيرات الطرفية، في حين عبر الثاني عن التحولات البنيوية.

إجمالاً، إن تأثير الزوجية على الخصوبة أمر موثق بعدة مكنيزمات، حيث سمحت بتفسير هذا التأثير كما يعتبر متوسط حجم الأسرة محددًا أساسيًا للذرية، أكثر من ذلك فهو عامل مهم لمراقبة الخصوبة. ومن جهة أخرى، فإن التباين ريف/ حضر لم تعد له دلالة في ضوء العولمة وتضائل المسافات.

في الأخير، أشار إلى تأثير مؤشرين أو عاملين: عامل التنمية الصحية هو الأكثر وضوحاً في المستويات الحديثة للخصوبة وتطورها، والثاني عدم المساواة بين الجنسين في التعليم وهو العامل الرئيسي المفسر للتغيرات المكانية والزمنية في الخصوبة.

جدول رقم 2-2: تطور المؤشر التركيبي للخصوبة في بعض البلدان المتقدمة

الولايات المتحدة الامريكية		إيطاليا		فرنسا		ألمانيا		اليابان		البلد السنة
1995	1965	1995	1965	1995	1965	1995	1965	1995	1965	المؤشر التركيبي للخصوبة
2,03	2,93	1,27	2,52	1,6	2,73	1,3	2,4	1,50	2,00	

المصدر: [14] ص38.

يرجع انخفاض الخصوبة في الدول المتقدمة إلى عدة عوامل منها [16] ص9:

- تأخر سن الزواج، حيث ارتفع متوسط أعمار العزوبة من 25,2 إلى 28,8 سنوات بالنسبة للرجال ومن 22,0 إلى 26,1 سنة بالنسبة للنسوة.
- انخفاض متوسط الأشخاص الذين سبق لهم الزواج ضمن الذين تتراوح أعمارهم بين 25 و29 من 85% إلى 62% بالنسبة للرجال ومن 74% إلى 43% بالنسبة للنساء.
- ارتفاع معدلات الطلاق كما أشرنا إليه سابقا.
- زيادة استعمال وسائل منع الحمل.
- تباين مستويات عدم الإنجاب تباينا كبيرا بين المناطق الرئيسية؛ حيث ارتفعت نسب النساء اللاتي لم ينجبن من بين اللاتي تتراوح أعمارهن بين 45 و49 سنة في البلدان المتقدمة وبلدان منطقة البحر الكاريبي. بلغت النسبة 7% في أربعة من كل خمسة من بلدان متقدمة متحصل على معطياتها.

مع ظهور الثورة التكنولوجية التي أحدثت تغييرات أصبح الأزواج يرغبون في التقليل من عدد الأطفال حتى تتاح لهم فرص أفضل للصحة والتعليم، وأصبحت ممارسة تنظيم النسل أوسع وأشد فعالية، خاصة مع زيادة البطالة وارتفاع متطلبات الطفل وتكلفته؛ حيث أصبح الأزواج في المجتمعات الغربية لا يرغبون سوى في طفل واحد لاستمرار نسبهم. وهذا ما قد يؤدي إلى عدم تجديد الأجيال أو ربما إلى انقراض سكاني إذا ما استمرت المستويات في الانخفاض. [36] ص8

2-1-2- الخصوبة في البلدان النامية:

يشكل سكان الدول النامية حوالي ثلاثة أرباع مجموع سكان العالم ويتوقع أن يستمر النمو السكاني فيها حتى نهاية القرن، وهذا النمو هو نتيجة معدل نمو مرتفع وقاعدة سكانية كبيرة، فقد نمت

الدول النامية خلال الفترة 1750 و 1850 بمعدل 0,4% فقط وارتفع المعدل فيها إلى 0,6% بين سنتي 1850 و 1950 وإلى 2,4% بعد سنة 1950.

يعيش ثلاثة أرباع سكان الدول النامية في آسيا (28% منهم في الصين و33% في جنوب وغرب آسيا و 14% في جنوب شرق آسيا). أما أمريكا اللاتينية فتحتوي على 11% من مجموع سكان الدول النامية، وتحتوي إفريقيا على 14%. [19] ص 40.

ازداد الفارق الزمني بين تراجع الوفيات وتراجع الولادات اتساعا (وعمقا أحيانا في بعض هذه البلدان)، بحيث يظهر أن الولادات مستمرة في ارتفاعها دون أن تظهر بوادر تراجعها. في ظل هذه الوضعية الوضعية الاقتصادية السيئة؛ التي تميزت بها البلدان النامية من أهم العوامل غير المحفزة لتراجع الخصوبة، في سنوات الخمسينيات والستينيات.

لكن في السبعينيات بدأت هذه الانتقادات تقل أو تختفي تماما لما ظهرت مؤشرات تراجع الخصوبة في كل البلدان الأخرى تقريبا؛ وحينما بدأت هذه البلدان الدخول في المرحلة الثانية من مراحل الانتقال الديموغرافي. [58] ص 35

وفعلا تراجعت مؤشرات الخصوبة في أغلب البلدان النامية حيث انخفضت من 06 أطفال في المتوسط لكل امرأة سنة 1960 إلى 04 أطفال سنة 1995. وشهدت كينيا انخفاضا يشد الانتباه بحيث تراجع المؤشر التركيبي للخصوبة من 8,1 طفل خلال الفترة 1960-1980 (وهو أكبر مستوى سجل في العالم خلال تلك الفترة) إلى 5,4 أطفال عام 1993. وعرفت البلدان الإفريقية أكبر مستويات الخصوبة، مقارنة بالدول الآسيوية ودول أمريكا اللاتينية؛ حيث وصل متوسط عدد أطفال كل امرأة عام 1995 إلى 5,58 مقابل 2,96 طفل في أمريكا اللاتينية و3,01 طفل في آسيا. [59] ص 16.

جدول رقم 2-3: تطور المؤشر التركيبي للخصوبة في البلدان النامية حسب القارات خلال بعض

سنوات الفترة 1965-1995

المؤشر التركيبي للخصوبة (ISF)			السكان بالمليون	المنطقة
التغير %	1995	1965		
47,4 -	3,01	5,72	3333	آسيا ما عدا اليابان
16,8 -	5,58	6,71	728	إفريقيا
48,4 -	2,96	5,74	482	أمريكا اللاتينية
43,3 -	3,83	5,96	4550	إجمالي البلدان

المصدر: [14] ص 41.

عرفت بعض البلدان السمات الأولى من انتقالية الخصوبة مع بداية الخمسينيات، وبلدان أخرى لم تدخل في هذه الانتقالية إلا مع بداية التسعينيات، وهذا بفضل توفير المعلومات في مجال تنظيم النسل ووسائله، والتقدم الصحي الذي قضى على بعض الأمراض المعدية وانتشار المضادات الحيوية وتعميم النظافة [15] ص14، فمعدل الخصوبة لا يزال يتجاوز 05 أطفال للمرأة الواحدة في عدد من البلدان الأقل نمواً، ولكنه وصل إلى ما دون مستويات الإحلال في حوالي عشرين بلداً نامياً.

نوجز فيما يلي بعض الخلاصات ذات الصلة بمستويات واتجاهات الخصوبة:

- ارتفاع المعدل الوسيط لاستعمال الطرق الحديثة لتنظيم النسل من 18 إلى 30% بين فترتي السبعينيات والتسعينيات، رغم أن استعمال الطرق الحديثة لتنظيم النسل لا يزال ضعيفاً بنسبة تصل إلى الربع من مجموع البلدان النامية، أين لا تزال مستويات الاستعمال تقل عن 12%.
- تباين مستويات عدم الإنجاب تبايناً كبيراً فيما بين المناطق الرئيسية، حيث كانت منخفضة نسبياً في التسعينيات في إفريقيا وآسيا ومعتدلة في أمريكا اللاتينية. وتراجعت بين السبعينيات والتسعينيات هبطت مستويات عدم الإنسال في إفريقيا؛ حيث تناقصت حالات العقم الناتجة عن الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي خلال السبعينيات والثمانينيات.
- بلغ معدل انتشار الزواج أعلى قيمة له في بلدان آسيا ولا يزال مرتفعاً حالياً، وإن كانت هناك بعض حالات حدثت فيها انخفاض ملموس في نسب من سبق لهم الزواج، لاسيما في حالة الرجال في اليابان وحالة النساء في سنغافورة، الأراضي الفلسطينية المحتلة، ماليزيا وميانمار.
- تتسم بلدان إفريقيا هي الأخرى عموماً بارتفاع معدل الزواج أو الاقتران الرضائي، حيث أفادت ثلاثة أرباعها، أنه بحلول التسعينيات بلغت نسبة من سبق لهم الزواج أو الاقتران 98% على الأقل بالنسبة للنساء وسجل انخفاض هام في نسب من سبق لهم الزواج من النساء والرجال من الفئة العمرية 45-49 في بوتسوانا وجنوب أفريقيا.
- عرف الزواج انتشاراً محدوداً في بلدان أمريكا اللاتينية وخاصة منطقة البحر الكاريبي وبربادوس وجامايكا وجزر الأنتيل الهولندية.
- زيادة المعدل الوسيط للطلاق من 7% إلى 12% بين الرجال ومن 5% إلى 15% بين النساء.
- بلغ معدل انتشار منع الحمل في السبعينيات أقل بقدر ملحوظ، مما أصبح عليه في التسعينيات، حيث ارتفع المعدل المتوسط لانتشار موانع الحمل من 27% إلى 40% بين الفترتين 1970 و1990. وبحلول التسعينيات، بلغ معدل انتشار موانع الحمل في ربع مجموع البلدان النامية 62% وأكثر، في حين في ربع آخر، من هذه البلدان، ظل معدل انتشار وسائل منع الحمل أدنى

من 24% (جميع النساء المتزوجات أو المقترنات حالياً)، بل وكانت معدلات استعمال الطرق الحديثة أدنى من ذلك، وعلى الرغم من أن المعدل المتوسط لاستعمال الطرق الحديثة من وسائل منع الحمل في البلدان النامية ارتفع من 18% إلى 30% ما بين السبعينيات والتسعينيات لا يزال استعمال الطرق الحديث ضعيفاً في الكثير منها، حيث يقل معدل انتشار هذه الطرق في ربع هذه البلدان عن 12% وتشمل هذه الفئة الأخيرة أفغانستان واليمن وآسيا وخمسة وعشرين بلداً في إفريقيا. بحلول التسعينيات بلغ معدل انتشار الطرق الحديثة لمنع الحمل مستويات مرتفعة في عدد من البلدان النامية (20% أو أكثر)، إلا أنه لا تزال معدلات استعمال الطرق الحديثة لمنع الحمل منخفضة في كثير من البلدان الإفريقية وفي بعض بلدان آسيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة بحر الكاريبي [23] ص 13.

3-1-2- الخصوبة في الدول العربية:

قدر عدد سكان العالم العربي عام 1985 بحوالي 192 مليون (عدا فلسطين وغزة والمقيمين خارج وطنهم) [25] ص 85، وقدر عام 1994 بحوالي 245 مليون نسمة، موزعين بين قارتي آسيا وإفريقيا، حيث يصل عدد السكان العرب في إفريقيا حوالي 165.9 مليون نسمة، أي ما يقارب 67.7% من مجموع سكان الوطن العربي، بينما تنتمي النسبة الباقية (32.3%) إلى قارة آسيا، كما أن الفروق في حجم سكان هذه البلدان كبيرة للغاية، إذ تجاوز عدد سكان جمهورية مصر العربية عام 1994 المقدار 57.8 مليون نسمة، بينما لم يتجاوز هذا الحجم حدود 540 ألف نسمة في دولة قطر خلال نفس السنة [60] ص 344.

إن معدل النمو الطبيعي في العالم العربي مرتفع جداً، نظراً لانخفاض معدل الوفيات وارتفاع معدل الولادات الذي يقدر عند المستوى 41,4%، ولكن مع انخفاض الخصوبة بدأ معدل النمو الطبيعي في الانخفاض حيث انتقل من 30% خلال الفترة 1980-1984 إلى 28,7% خلال الفترة 1990-1994. ويتوقع أن يستمر هذا الانخفاض في السنوات العشر المقبلة وأن يبلغ معدل النمو الطبيعي في بلدان العالم العربي 24,9% في بداية القرن المقبل [15] ص 16.

تؤكد الإحصائيات أن مستويات الخصوبة في العالم العربي مازالت مرتفعة بالمقارنة مع مستويات الخصوبة في البلدان المتقدمة وكذلك مع المستويات التي حققتها بعض البلدان النامية في العقد الماضي.

إضافة إلى ذلك نجد أن البلدان العربية ليست متجانسة إن بالنسبة لمستويات معدلات الخصوبة ومقدار انخفاضها، وإن بالنسبة للمواقف التي تتخذها اتجاه هذه المستويات [14] ص45.

يبين الجدول الآتي بعض هذه الفروقات:

جدول رقم 2-4: معدلات المواليد والوفيات والنمو الطبيعي للسكان في الوطن العربي من 1950 إلى 2004.

المعدل السنوي المتوسط للنمو الطبيعي %						معدل الوفيات في الألف (‰)						معدل الولادات في الألف (‰)						الأقاليم والبلدان
2000	1990	1980	1970	1960	1950	2000	1990	1980	1970	1960	1950	2000	1990	1980	1970	1960	1950	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2004	1994	1984	1974	1964	1954	2004	1994	1984	1974	1964	1954	2004	1994	1984	1974	1964	1954	
1,8	2,1	2,7	2,8	2,8	2,5	5,6	7,1	11,2	15,2	19,8	24,2	23,7	28,1	38,6	42,7	47,5	49,3	إفريقيا الشمالية
1,6	2,3	3,1	3,3	3,1	2,7	5,0	6,1	9,9	15,4	19,4	23,9	20,8	28,8	41,2	48,0	50,4	51,0	الجزائر
2,0	2,1	2,6	2,5	2,5	2,5	6,0	7,9	12,3	15,3	20,4	24,0	26,3	28,9	38,4	39,8	45,4	48,6	مصر
1,1	1,8	2,6	2,5	2,9	2,4	5,4	6,0	8,0	12,3	17,9	22,6	16,8	24,1	33,8	37,1	46,5	46,4	تونس
1,8	2,0	2,6	3,0	3,1	2,5	5,8	7,1	10,9	15,7	19,6	25,7	23,3	27,3	36,9	45,6	50,1	50,4	المغرب
1,9	2,0	3,5	3,4	3,1	2,6	4,0	4,5	10,9	14,8	18,3	22,5	23,3	24,8	45,6	49,0	49,0	48,0	ليبيا
1,7	2,3	2,9	2,9	2,8	2,6	6,2	7,0	9,4	11,9	16,5	22,3	23,3	29,5	38,6	40,7	44,5	48,7	الشرق الأوسط
2,6	2,9	3,2	3,4	3,2	3,2	9,7	9,6	8,3	11,5	15,3	20,7	35,7	39,0	39,8	45,4	46,9	52,6	العراق
2,4	2,9	3,3	3,7	3,1	2,1	4,2	5,8	8,9	13,0	22,0	26,0	27,8	34,4	42,3	50,0	52,5	46,7	الأردن
1,2	1,7	2,2	2,4	2,7	2,2	6,7	7,3	7,8	7,7	10,8	18,7	19,0	24,7	30,0	31,3	37,9	41,0	لبنان
3,5	3,9	3,6	3,0	3,1	2,1	4,2	6,9	9,1	16,8	22,0	26,0	38,8	45,6	44,6	46,6	52,5	46,7	فلسطين
2,5	2,8	3,9	3,6	3,2	2,8	3,5	4,6	7,2	11,3	16,6	20,5	28,7	32,7	46,2	46,8	48,5	48,1	سوريا
2,5	3,1	3,5	3,1	2,6	2,2	5,3	6,7	10,5	19,3	25,2	29,8	31,5	37,5	45,9	50,1	51,6	52,0	الخليج العربي
2,5	3,0	3,3	3,1	2,8	2,3	3,9	4,6	7,6	16,9	21,3	25,9	28,5	34,6	41,0	47,6	48,9	49,0	العربية السعودية
1,6	2,3	2,8	2,9	3,3	2,9	3,2	3,6	4,5	7,5	13,8	16,4	18,8	26,4	32,8	36,0	47,0	45,1	البحرين
1,5	2,1	2,6	2,3	2,6	2,5	1,3	2,3	4,0	9,9	17,3	22,8	16,3	23,4	29,5	33,0	43,6	47,8	الإمارات العربية المتحدة
1,8	1,9	3,1	3,9	3,6	3,4	1,8	2,1	3,2	5,0	9,0	11,2	19,5	20,7	34,6	44,4	44,5	45,2	الكويت
2,3	3,1	3,8	3,5	2,9	2,4	2,8	3,6	7,7	14,6	21,7	27,1	25,6	34,4	46,0	49,5	50,4	51,4	عمان
1,6	1,8	2,4	2,0	2,4	2,4	3,2	3,4	4,9	11,6	16,7	22,2	19,1	21,2	28,7	31,3	40,8	46,3	قطر
3,2	3,6	4,0	3,0	2,5	2,1	8,7	11,8	17,0	24,6	30,0	34,2	41,0	48,2	56,7	54,5	54,6	54,8	اليمن

المصدر: - الأمم المتحدة (2005)

-Tabutin D. et Schoumaker B., (2005), p.611-724

على الرغم من نقص بيانات المواليد وعدم دقتها في الوطن العربي، إلا أن هناك بعض المؤشرات التي يمكن ملاحظتها في الجدول أعلاه:

• ارتفاع معدل المواليد الخام في الوطن العربي حيث بلغ 40,32‰ خلال الفترة بين 1980 و1985 مقارنة بمعدل المواليد الخام في العالم البالغ 28‰ خلال تلك السنوات، لأن غالبية السكان خاصة المجتمع الريفي لا يزالون تنظيماً للأسرة.

• اختلاف معدلات المواليد الخام بين الدول العربية؛ حيث يمكن تقسيمها إلى:

- دول يقل معدل المواليد الخام فيها عن 30‰ وتقتصر على الإمارات العربية، لبنان وفلسطين المحتلة.

- دول يتراوح معدل المواليد الخام فيها بين 30 و 40‰، وتضم مصر، تونس، الكويت، البحرين وقطر.

- دول يزيد معدل المواليد الخام فيها عن 40‰، وتضم غالبية المغرب، الجزائر، السودان، العراق، سوريا، السعودية، اليمن، الصومال، ليبيا، الأردن، موريتانيا، عمان وجيبوتي. [21] ص 271.

- انخفاض قوي في وفيات الأطفال وخاصة بالمناطق الحضرية بالمغرب مثلاً [37] ص 8.

يشير الخبراء الديموغرافيون إلى عاملين لتفسير هذه الفوارق، ففي خضم العشرين سنة الماضية شهدت هذه الدول تقدماً في مجال الخدمات الصحية، إذ قدر عدد الأطباء بحوالي 82 طبيب لكل 100000 ساكن، وارتفاع نسبي للمستوى المعيشي، الشيء الذي أدى إلى انخفاض معدلات الوفيات خاصة وفيات الأطفال الرضع والتي تعتبر مقياساً للتنمية. يبلغ هذا المعدل في العالم العربي 68%، في حين حافظ معدل الولادات على مستواه تقريباً إذ يبلغ 37,4%. [15] ص 16. بالإضافة إلى ذلك نجد أن خصوبة المسلمين كانت أعلى من خصوبة المسيحيين وعلى سبيل المثال لبنان سنة 1971. [24] ص 53.

جدول رقم 2-5: المؤشر التركيبي للخصوبة ISF لبعض البلدان العربية خلال سنوات 1995-2002.

المؤشر التركيبي للخصوبة (I.S.F)	تاريخ آخر مسح	الأقاليم والبلدان
2,4	PAPFAM 2002	إفريقيا الشمالية
3,5	EDS 2000	الجزائر
3,1	PAPCHILD 1995	مصر
2,5	EDS 2003	تونس
4,1	PAPCHILD 1995	المغرب
		ليبيا
5,2	GCHS 1989	الشرق الأوسط
3,7	EDS 2002	العراق
2,5	PAPCHILD 1996	الأردن
6,1	Enquête 1995	لبنان
3,8	PAPFAM 2001	فلسطين
		سوريا
5,7	GFHS 1996	الخليج العربي
6,5	EDS 1997	العربية السعودية
4,9	GFHS 1995	اليمن
		الإمارات العربية

المصدر: [40] ص 611-724

يرجع انخفاض الخصوبة في الدول العربية إلى تمدد المرأة، تأخر سن الزواج، واستعمال وسائل منع الحمل [38] ص 68.

ترتبط العوامل الاجتماعية والاقتصادية في هذه البلدان بقاعدة ثقافية واحدة ولكي يتحقق التحكم في الولادات، لابد من تطوير وضعية المرأة في حياتها الزوجية والاجتماعية عامة، وهذا ما تسعى إليه بعض دول العالم العربي بإقامة محاضرات وملتقيات "كالأمومة السليمة" المنعقدة سنة 1991، لأن مستوى الخصوبة عامة لا يحدد بتنظيم النسل فقط، بل هناك عوامل أخرى اجتماعية واقتصادية تتحكم فيها كتحسين المستوى الاجتماعي للمرأة من تعليم وشغل وصحة... الخ. [15] ص 16.

2-2- سياسات الخصوبة في العالم:

تعقد ومنذ أواخر القرن التاسع عشر الاجتماعات الدولية لدراسة قضية السكان، وطوال هذه الفترة، طرأت على علم السكان والأحكام السكانية العديد من التغيرات، فقبل خمسينيات القرن السابق لم يكن حقل الديموغرافيا قد تأسس تماما، كما لم تكن المعلومات حول ديناميكيات السكان قد عرفت على نطاق واسع، ولذلك فإن الاجتماعات الدولية التي عقدت لدراسة موضوع السكان تناولت التعدادات والإحصائيات، حيث كان المسؤولون الحكوميون والجمهور غير ملمين إلى حد كبير باتجاهات النمو السكاني.

وابتداءً من خمسينيات القرن العشرين، ازداد اهتمام ووعي العلماء وصناع القرار بارتباط النمو السكاني والتنمية. وفي سنة 1952 تأسست أكبر منظمة تنتمي إلى القطاع الخاص للاهتمام بتنظيم الأسرة، وهي الاتجاه الدولي للتخطيط للوالدية (IPPIF).

وفي منتصف الستينيات، بدأت كل من السويد والولايات المتحدة وغيرها من البلاد المتقدمة، برامج للمساعدات السكانية على نطاق واسع، وبدأت الوكالات الأمريكية للتنمية الدولية (M.S.A.I.D) تمويل الأنشطة المتعلقة بالسكان ابتداءً من سنة 1965، كما أسست في عام 1969 الأمم المتحدة "صندوق الأمم المتحدة لتمويل الأنشطة السكانية (UNFPA)". [22] ص 23.

حدثت تغيرات كبرى في الآراء التي تعتقها الحكومات والإجراءات التي تتخذها فيما يتعلق بمستويات الخصوبة واتجاهاتها. في عام 1976 أفاد 52% من مجموع الحكومات، بأنه لا توجد لديها أي مبادرات لتعديل مستويات خصوبة بلدانها، و انخفضت هذه النسبة بحلول عام 2001 إلى 32%. ومع مرور الزمن أخذ الدعم الحكومي لتنظيم الأسرة يزداد ازديادا مطردا منذ السبعينيات. وبحلول سنة 2001 أصبح 92% من مجموع الحكومات يدعم برامج تنظيم الأسرة، وتوزيع وسائل منع الحمل، إما بصورة مباشرة (75%) عن طريق مرافق حكومية أو بصورة غير مباشرة (17%) عن طريق دعم أنشطة المنظمات غير الحكومية، مثل رابطات تنظيم الأسرة. وتغيرت تغيرا ملموسا أيضا آراء الحكومات بشأن مدى مناسبة مستويات الخصوبة. فإذا مثلت سنة 1976 نسبة الحكومات التي تريد خفض الخصوبة 27% من مجموع الحكومات فإن هذه النسبة ارتفعت بحلول سنة 2001 إلى 45%.

كانت نسبة البلدان النامية التي تريد خفض الخصوبة عالية، ففي سنة 2001، بلغت 58%، مع زيادة أيضا في نسبة الحكومات التي تريد رفع مستوى الخصوبة (من 9% سنة 1976 إلى 13% سنة 2001). ونتيجة لذلك انخفض التمثيل النسبي للحكومات التي تريد الإبقاء على مستويات الخصوبة الراهنة من 13% إلى 10% وهذا يعني أنه يوجد حاليا عدد أكبر من الحكومات التي تريد

تغيير مستويات خصوبة سكانها ويوجد لديها استعداد لتصميم مبادرات مناسبة لتحقيق هذه الأهداف [16] ص13-14، وهذا ما نوضحه في النقاط التالية:

2-2-1- سياسة للخصوبة في الدول المتقدمة:

إن أغلبية الدول المتقدمة تمر بأزمة ديموغرافية حادة، بسبب انخفاض معدل الولادات وارتفاع نسبة الشيخوخة فيها. [14] ص49. لهذا تبنت هذه الدول سياسة مشجعة للإنجاب، و تقوم على إستراتيجيتين أساسيتين، الأولى؛ وضع قيود تبعد الزوجين من الوصول إلى استعمال طرق تحديد السن، والثانية؛ محاولة أكثر ايجابية في المواقف المؤثرة في إنجاب الأطفال من خلال الحوافز المالية لخلق مناخ أخلاقي يتقبل قيام الأسرة الكبيرة.

وكمثال كان برنامج النازية في ألمانيا يقوم على عناصر أساسية منها، اعتبار الإجهاض جريمة ومحاكمة من يزاوله، حضر الإعلام الخاص بطرق منع الحمل وفرض ضريبة على غير المتزوجين من البالغين، وتقديم قروض للأزواج الجدد، وإعانات مالية للأسرة، وإلغاء الضرائب وأولوية السكن للأسر الكبيرة، وبث شائعة مكثفة حول بناء العرق المهيمن، الأمر الذي ترتب عليه زيادة عدد حالات الزواج والأطفال بصورة جوهرية.

كما أدخلت الحكومة الفاشية في ايطاليا إجراءات لتشجيع المواليد منذ، 1926، كما ناقشت الدول الأوروبية الأخرى سياسة تشجيع النسل على نطاق واسع، وبصيغ مختلفة استجابة إلى انخفاض المواليد في الثلاثينات ومنها بلجيكا والمملكة المتحدة البريطانية والسويد وفرنسا. [21] ص 389-390.

وبالنسبة لتشيكوسلوفاكيا اتخذت إجراءات تمثلت في شهر مدفوع الأجر للأمر كجائزة لطفل أول، رفع المنح العائلية بارتفاع عدد الأطفال، إعطاء المرأة 90% من دخلها أثناء عطلة الأمومة والتي تصل الى 26 أسبوع أي 06 أشهر، كما وضعت الحكومة قرارات بمنح ربات البيوت واللواتي لديهن، أكثر منحة شهرية [39] ص28.

وأولت فرنسا اهتماما كبيرا لظاهرة انخفاض المواليد، الذي سجل منذ بداية القرن التاسع عشر، إضافة إلى فقدان مليون نسمة في الحرب العالمية الأولى، وهكذا شرعت سنة 1920 قانونا حرمت بموجبه الإجهاض العمدي وبيع مواد منع الحمل، ونشر أية شائعات بصدد تحديد النسل، كما تأسست لجان خاصة بالمواليد في كل المناطق، وأدخلت نظام الحوافز المالية (للأسر والأطفال) بلغت ذروتها سنة 1939 ومنحت الإعانات المالية، ودفع رواتب للأمهات من ربات البيوت أكثر من باقي

الدول الأوروبية على الإطلاق وقد اتسع نطاق ذلك في الخمسينيات بدفع رواتب أعلى من الأجر الحقيقي للأسر التي لديها ثلاثة أطفال.

قل تشجيع النسل خلال الخمسينيات والستينيات ، عندما قفزت معدلات المواليد فوق مستويات إحلال التوالد في الدول المتقدمة، وإنما تنامت في الدول الغربية فكرة ضغط نمو السكان على الموارد المحدودة، وقد أشارت لجنة نمو السكان ومستقبل الأمريكيين في تقرير لها سنة 1977 "حان الوقت لتغيير التقاليد القائم على الرغبة في نمو السكان فما كان غير مقصودا ربما ينقلب إلى شيء مرغوب منه في المجتمع والأسرة على حد سواء"، [21] ص 390-392.

2-2-2- سياسة الخصوبة في الدول النامية:

تزايد التزام الدول النامية بالمشاركة والتدخل في كل ما يتصل بالسكان منذ مؤتمر المكسيك 1984، أكثر من نصف الدول النامية الآن سياسات سكانية قومية شاملة، وهذه السياسات تغطي نطاقا كبيرا من القضايا والتي تشمل الاهتمام بصحة الأم والطفل وتنظيم الأسرة، كما تدعم حوالي 130 دولة خدمات تنظيم الأسرة في الوقت الحالي وهذا يتضمن 65 دولة نامية تحرص بصفة خاصة على تخفيض النمو السكاني.

بدأت هذه السياسات القومية في التسعينيات وخاصة في الدول الإفريقية. ومن الدول التي أبلغت الأمم المتحدة بأنه ليس لديها سياسات سكانية (سنة 1994) ، وذكر 91% عزمها تبني سياسات سكانية في القريب العاجل، وهو مؤشر واضح للالتزام الحكومي المتصاعد بالمشكلة السكانية [22] ص 27.

وتعد الهند أول دولة تبنت برنامج تنظيم الأسرة بقصد تقليص معدل المواليد القومية منذ سنة 1952، و في سنة 1964 تأسست برامج قومية مماثلة في باكستان، كوريا الجنوبية، فيجي والصين فقط، حتى إذا حل منتصف الستينيات أضحى علامة بارزة في سياسة تنظيم الأسرة استجابة لعدة عوامل منها كشف نتائج التعدادات العامة للسكان خلال سنوات الستينيات. أن معدلات النمو السكان الفعلية أعلى من المتوقعة، ولاسيما في أمريكا الشمالية، نقص المحاصيل الزراعية في الهند، التطور في استعمال موانع الحمل [21] ص 399-400.

ورغم اختلاف وجهات النظر هذه الدول في مجال تنظيم الولادات، شعر بعضها بضرورة تبني سياسة سكانية، منذ أول ندوة للسكان ببوخارست سنة 1974، خاصة اعتمادا على تنظيم الولادات، الوقت الذي رأى البعض أن العامل الوحيد والجاد لخفض مستويات النمو هو التطور

الاقتصادي والاجتماعي المسبق، الشيء العاجل الذي لا بد من تحقيقه فوراً ثم يتبعه انخفاض الولادات وحده [15] ص 26.

2-2-3- سياسة الخصوبة في الدول العربية:

رغم تعدد الروابط الاجتماعية المشتركة بين الدول العربية توجد تباعدات سكانية واقتصادية واجتماعية لها انعكاسات هامة على السياسة السكانية أو بالأخص على سياسة الخصوبة، فكل دولة لها نظرة خاصة اتجاه مستويات الخصوبة فيها، وكذا في المواقف والإجراءات التي تتخذها اتجاه هذه المستويات.

إن أغلبية البلدان العربية لا تعتبر النمو السريع لسكانها مشكلاً حيث نلاحظ أن حوالي 62% من هذه الدول (13 دولة من بين 21 دولة) ترى أن مستويات الخصوبة فيها مقبولة وعلى هذا الأساس يمكن تقسيم البلدان إلى ثلاث مجموعات حسب رغبة حكومتها في التأثير على مستويات الخصوبة.

- تتكون المجموعة الأولى من البلدان التي تعمل على تخفيض معدلات الخصوبة، فهي ترى أن مستويات الخصوبة فيها مرتفعة وبالتالي فهي غير مقبولة.
- تتكون المجموعة الثانية من البلدان التي ترى أن مستويات الخصوبة فيها مقبولة، وهي تتخذ ما يلزم من الإجراءات للحفاظ على هذه المستويات.

أما المجموعة الثالثة فهي تتكون من البلدان التي تتدخل لرفع مستويات خصوبتها، فهي تسعى إلى تنمية وتدعيم المعايير والقيم المشجعة للإنجاب.

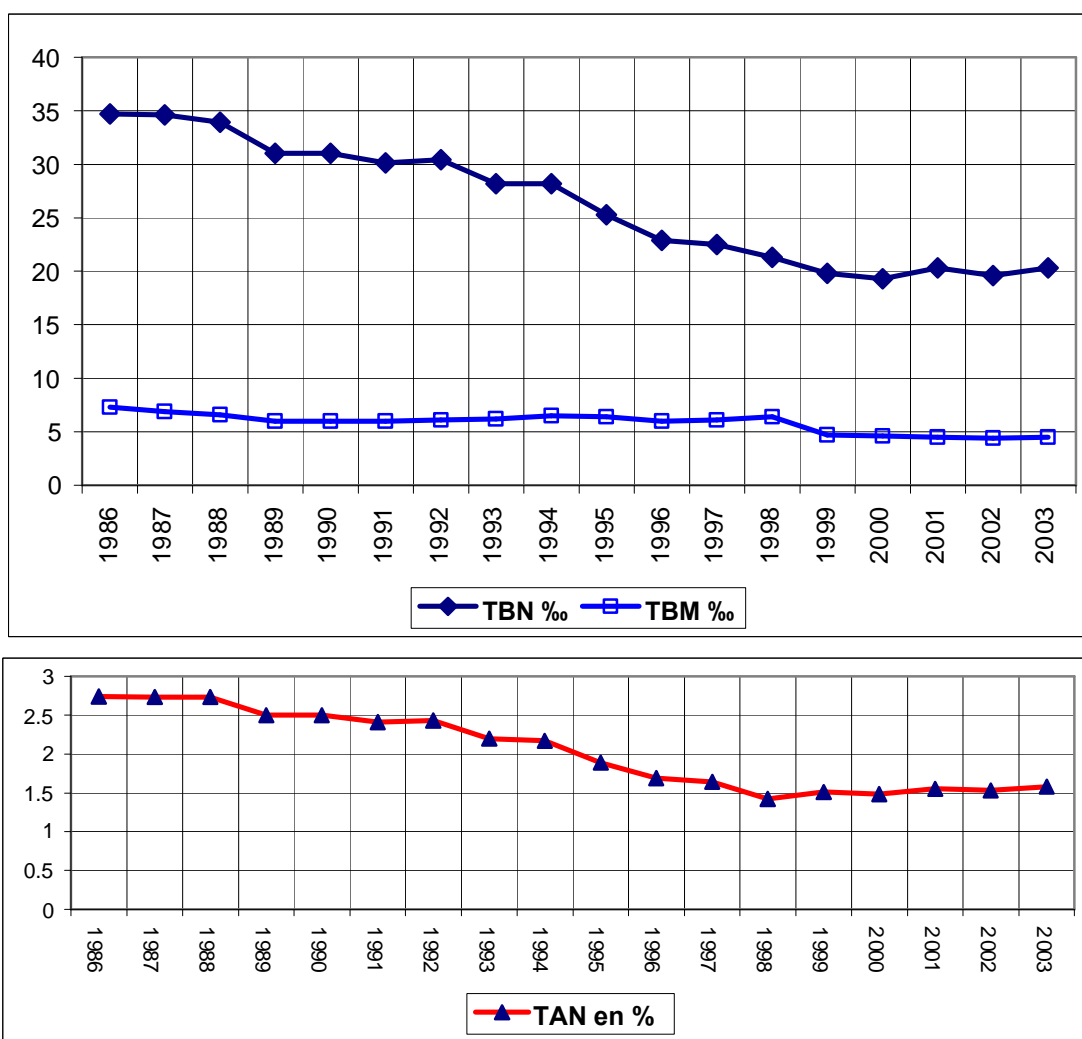
اتخذت البلدان العربية وسائل وإجراءات متعددة ومختلفة للتأثير على هذه المستويات ومن بين هذه الإجراءات ما يؤثر مباشرة على الخصوبة وبعضها يعمل بشكل غير مباشر؛ وتتمثل هذه الإجراءات في برامج تنظيم الأسرة، وجملة من الإجراءات القانونية المتعلقة بوسائل منع الحمل والتعقيم والإجهاض. وتتميز النصوص القانونية المتعلقة بالإجهاض في البلدان العربية بطابعها الديني، ما عدا تونس التي أباحت الإجهاض عند الطلب منذ سنة 1973، غير أن هذه القوانين واجهت جملة من الصعوبات في مرحلة تطبيقها بسبب القيم والتقاليد والمعتقدات الدينية السائدة، خاصة فيما يخص الزواج المبكر للإناث.

ومن بين الإجراءات الاقتصادية، قامت الحكومات والجمعيات التطوعية لتنظيم الأسرة في البلدان العربية بإرساء حواجز وحواجز اقتصادية بغرض التأثير على الخصوبة كتوفير وسائل منع

الحمل بدون مقابل أو بأسعار منخفضة، في كل من لبنان وتونس. ومن بين الإجراءات الاجتماعية المتخذة قصد التأثير على مستويات الخصوبة، خلق أكبر ما يمكن من فرص التعليم [14] ص 52 و55.

وأخيرا يمكن القول بأن سكان الدول النامية عامة هم ورثة لثقافة مشجعة ومحبة لخصوبة مرتفعة، فأغلبية الأزواج يريدون إنجاب عدد كبير من الأطفال، وهذا سواء لأسباب اقتصادية أو اجتماعية أو سياسية، فوضع سياسة خصوبة محكمة، يتطلب دائما مراعاة الجذور التاريخية والثقافية لهذه البلدان، كما أن نجاح البرامج السكانية وبلوغها الأهداف المرجوة، لا يتحقق إلا بتحسين وضعية المرأة بإتاحتها فرص العمل ، وتعريفها بكيفية تنظيم الأسرة من أجل تسيير حياتها الإنجابية.

شكل رقم 3-3: تطور المؤشرات الديموغرافية من سنة 1986-2003



خلال هذه المرحلة، انتقل معدل الولادات من 39,5 % سنة 1985 إلى 30,4 % سنة 1992 مترجما انخفاضاً في معدل النمو الطبيعي من 3,1 % سنة 1985 إلى 2,4 % سنة 1992، وحافظ على نفس وتيرة التراجع بين سنة 1998 وسنة 2003 بحيث عند المستوى 1,42 % سنة 1998 و 1,48 % سنة 2000 ثم 1,58 % سنة 2003. أما الوفيات العامة خلال هذه الفترة، سجلت انخفاضاً، حيث قدر معدله الاجمالي عام 1992 بحوالي 6,1 % و 4,6 % سنة 2000 ثم 4,5 % سنة 2003.

كانت وفيات الاطفال أحد الأسباب الأساسية لانخفاض الوفيات العامة، التي سجلت تراجعاً معتبراً في أواسط سنوات الثمانينيات، وهذا راجع لتطبيق برنامج مكافحة وفيات الأطفال (سنة 1984). انتقل معدل وفيات الأطفال من 84,7 % سنة 1985 إلى 55,4 % سنة 1992 ليصل إلى 31,2 % سنة 2002.

شكلت سنة 1986 قطيعة كلية للنمو الديموغرافي، انطلاقاً من التغيرات الحساسة التي تدل على تغير سلوك الإنجاب العائلي الظاهر، مما زاد في تدعيم انتقال بارز للخصوبة. تتمثل التفسيرات المعطاة لتراجع المؤشرات الديموغرافية، بعد فترة طويلة من الجمود (الشلل) الديموغرافي في ثلاث مستويات:

- تغيرات بطيئة، نتجت عن آثار التنمية (التمدرس، التحضر والعمل).
 - ارتفاع متوسط سن الزواج، الذي انتقل بالنسبة للنساء من 18,3 سنة خلال عام 1966 إلى سنة 25 خلال 1991.
 - الانتشار الواسع للتخطيط العائلي، المرتبط بإنطلاق البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديموغرافي (PNMCD) سنة 1983. فمنذ انطلاق البرنامج، ارتفع استعمال وسائل تنظيم النسل من 25% سنة 1984 إلى 50,8% سنة 1992.
- انخفض المؤشر التركيبي للخصوبة من 7,4 طفل للمرأة إلى حوالي 5,3 أطفال سنة 1987، ليصل إلى 4,4 أطفال للمرأة خلال سنة 1992، كما يبينه الجدول رقم 3-6.

جدول رقم 3-6: تطور المعدل الكلي للخصوبة والمؤشر التركيبي للخصوبة خلال فترة 1986-1996.

السنوات	المعدل الكلي للخصوبة (% ∞) (TGF)	المؤشر التركيبي للخصوبة (ISF)
1986	156,4	5,50
1987	154,8	5,29
1988	151,8	6,21
1989	136,4	4,61
1990	134,0	4,50
1991	130,0	4,36
1992	130,0	4,26
1993	120,2	4,06
1994	117,3	3,97
1995	103,9	3,51
1996	92,98	3,14

المصدر: [61] "Données Statistiques", No157, Années 1996, ONS.

بين سنتي 1986 و1996، انتقل معدل الخصوبة من 156,4 ∞ إلى 92,98 ∞ ، يرتبط هذا الانخفاض خاصة بانخفاض خصوبة النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 20 و39 سنة في مختلف هذه الفترات (أنظر جدول رقم 3-7).

جدول رقم 3-7: تطور معدلات الخصوبة بين 1980 و 1999 (في الألف).

السنوات	19-15	24-20	29-25	34-30	39-35	44-40	49-45
1980	69	288	331	286	265	126	25
1981	60	256	334	274	216	115	24
1982	51	247	326	287	220	119	23
1983	47	242	326	297	230	105	20
1984	47	239	322	293	227	104	20
1985	43	240	298	308	236	101	22
1986	35	213	263	273	212	86	17
1987	32	190	260	254	200	101	20
1988	33	175	260	250	202	104	18
1989	29	154	228	221	184	89	17
1990	23	143	222	223	186	86	17
1991	26	149	210	214	175	82	17
1992	26	151	208	214	174	81	18
1993	24	141	194	200	162	76	17
1994	24	137	189	195	159	74	16
1995	21	122	167	172	140	65	15
1996	19	109	150	154	125	58	13
*1998	16	97	137	141	112	49	11
*1999	16	92	130	133	105	46	10

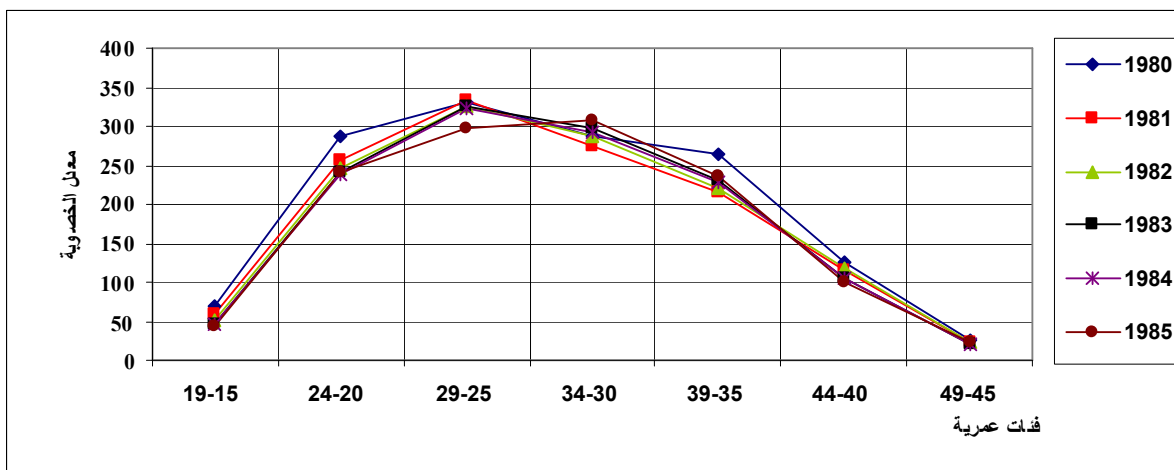
المصدر: [61] ONS , "Données statistiques", Années 1996
*تقديرات مديرية السكان، وزارة الصحة والسكان [69]ص22

إلا أنه في بعض الأحيان، يمكن تسجيل معدل خصوبة شرعية مرتفع، إذ قدر سنة 1992 بحوالي 7,7 أطفال مقابل 9 أطفال سنة 1986 مترجما خصوبة شرعية مرتفعة لكن تتسارع بانخفاض ملحوظ.

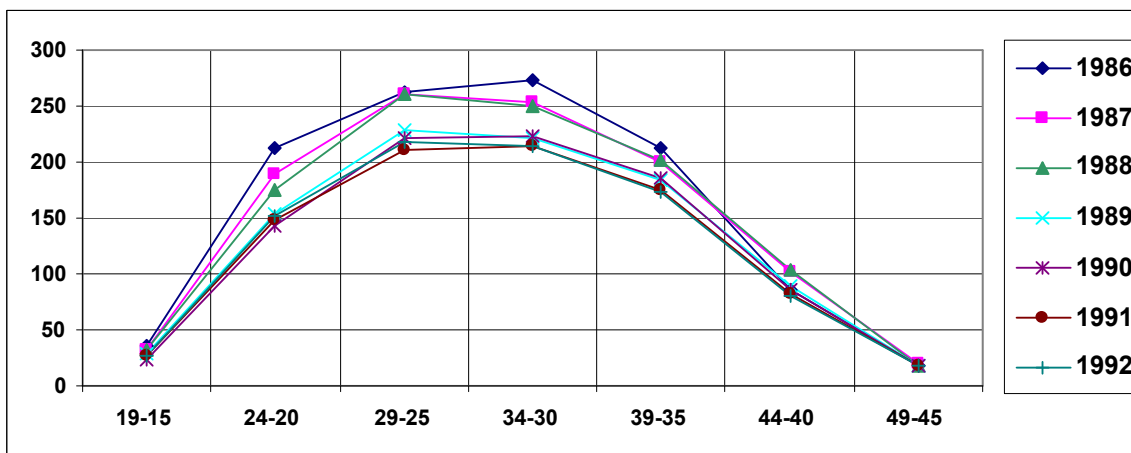
كان تراجع المؤشر التركيبي للخصوبة عام 1986 حقيقيا ومنتظما، ومنذ أواسط سنوات الثمانينيات، إذ أن الفترة تمثل لحظة قطيعة بالنسبة لحركة إجمالية سابقة. هذا الجانب سيكون موضوع تحليل مفصل من خلال الجزء الذي سيخصص له لاحقا.

في الواقع، إن المؤشرات الديموغرافية، خاصة منذ 1970 حتى سنة 1986 أي خلال 16 سنة تبين أن المؤشر التركيبي للخصوبة عرف انخفاضا (36%) قدره 2,8% في السنة، مع تسارع بين 1977 و 1986 [62]. ومنذ ذلك الحين استمر المؤشر في الانخفاض حتى وصل سنة 1992 إلى مستوى 4,4 أطفال للمرأة.

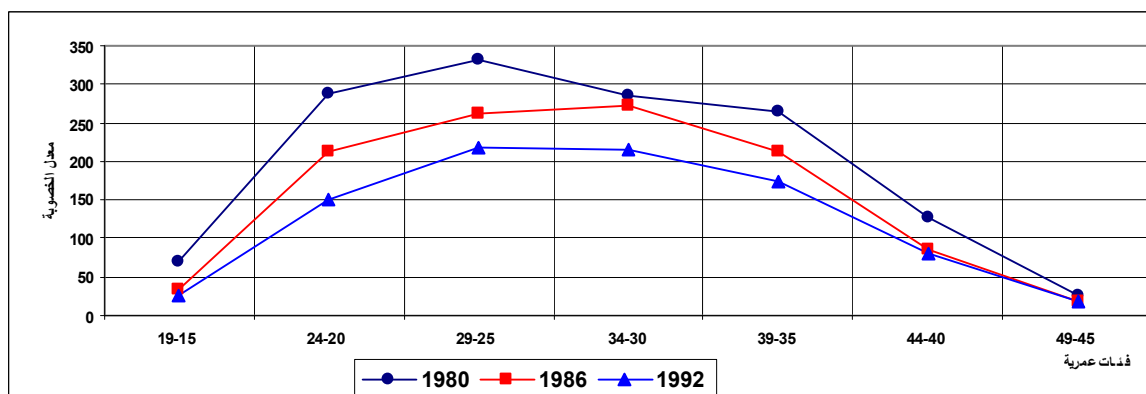
شكل رقم 3-4-أ: تطور معدلات الخصوبة لفئات الأعمار، ما بين 1980-1985



شكل رقم 3-4-ب: تطور معدلات الخصوبة لمختلف الأعمار ما بين 1986-1992



شكل 3-4-ج: تطور معدلات الخصوبة لمختلف الأعمار ما بين 1970-1986-1992



بلغت الولادات مستوى أعلى بعد الحرب التحريرية، ولأكثر من سبع سنوات، وهذا أمر عادي ومعروف وملاحظ في دول أخرى خرجت من الحروب. لكن الزيادة السكانية استغرقت مدة

أطول في بلادنا. بين كواوسي أن انخفاض الخصوبة بين سنتي 1970 و1986 بفعل تأخر الزواج قدر بحوالي 65%، والانخفاض من خلال الزواج قدر بحوالي 40% وتأثير البنية حسب العمر ذات التوجه نحو الارتفاع بحوالي 5%. [30] ص 327-351.

ومنذ عام 1986، عرفت الجزائر اضطراب كبير في السلوك الديموغرافي، ارتبط أهم أسباب هذا التغير بالأزمة الاقتصادية والاجتماعية التي عاشتها البلاد منذ سنة 1970. في الواقع، هذه الأزمة المتعددة الأشكال تميزت بما يلي:

- انخفاض القدرة الشرائية.
 - عدم المساواة في توزيع المداخل.
 - ارتفاع معدل البطالة.
 - انخفاض توزيع السكنات ... إلخ
 - وأدى ذلك ربما إلى:
 - ♦ انهيار معدل الزواجية.
 - ♦ تراجع سن الزواج.
 - ♦ الإكثار من استعمال طرق منع الحمل العصرية أو التقليدية.
- ويعتقد بأن الأزمة الاقتصادية والاجتماعية التي تعيشها البلاد هي العامل الجديد لكبح ارتفاع الخصوبة وإلا ما هو العامل الذي يشرح تحول المؤشر التركيبي للخصوبة حتى بلغ 4,4 أطفال للمرأة؟
- فالحديث الآن، هو عن معرفة كيفية العمل ليبلغ هذا المؤشر (I.S.F) حدود 2,1 طفل للمرأة؟ وما هو نمط السياسة السكانية المتبناة للعشرية القادمة.

1-3- تسارع انخفاض الخصوبة في الفترة 1992-2002:

أظهرت نتائج المسحين (1986 و1992) الانخفاض السريع لمستوى الخصوبة في الجزائر، حيث انخفضت بحوالي 18,5 % بين هاذين التاريخين، أين وصل معدل النمو الديموغرافي إلى 3 % ، هذه النتائج هي بمثابة ثمرة لتطبيق البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديموغرافي سنة 1983.

لقد ظهر جليا التسارع الشديد في الانخفاض خلال الفترة (1992 – 2002)، حيث قفز انخفاض معدل النمو بشكل مذهل إلى حدود 45,5 % في مجال 10 سنوات، الشيء الذي يعني انخفاض سنوي قدره 5%.

الشيء الملفت للانتباه، هو الانخفاض الكبير الذي ميز خاصة فئتي الأعمار (15-19 سنة و20-24 سنة)، أما بالنسبة للفئات الثلاث الوسطى (من 25 إلى 39 سنة) فلها أفضلية الانخفاض بواسطة استعمال موانع الحمل. مقارنة فيما يخص وسط الإقامة، فإننا نلاحظ فارق بين الحضر والريف، قدر سنة 1992 بحوالي طفلين 1,7 أطفال مقابل 0,5 أطفال سنة 2002 [49] ص189.

أكدت المعطيات الحديثة لمسح سنة 2002 (PAPFAM) تقارب السلوكيات الإيجابية للنسوة مهما كان مستواهن التعليمي.

جدول رقم 3-8: تطور الخصوبة العامة حسب وسط الإقامة ومستوى التعليم

المتغيرات	EASME 1992	PAPFAM 2002
<u>وسط الإقامة</u>		
- حضر	3,6	2,0
- ريف	5,3	2,5
الفرق	1,7	0,5
<u>مستوى التعليم</u>		
- بدون تعليم (1)	5,6	2,6
- ابتدائي	3,3	2,1
- متوسط	3,3	2,0
- ثانوي وجامعي (2)	3,0	1,4
الفرق (1) - (2)	2,6	1,2
المجموع	4,4	2,4
المصدر: [49] ص 189		

ميزت فترة التسارع في انخفاض الخصوبة (1992-2002) دخول المرأة في العمل بشكل كبير مما عزز تواجدها في الحياة الاقتصادية ليس في الجزائر فقط لكن في العالم كله، حيث أعطيت لها حرية أكبر وبالتالي أصبحت تتحكم نوعا ما في سلوكها الإيجابي.

اظهر مسح سنة 1992 (EASME) وجود فارق قدر بحوالي طفلين بين العاملات وغير العاملات لنفس فئة الأعمار (45-49 سنة).

قارب الانخفاض المتسارع الذي ميز العشرية بين المسحين (EASME و PAFAM) معدل الإحلال (2,1 طفل/للمرأة)، لفترة الانتقال الديموغرافي هذه ليست بالضرورة مشابهة لفترة الانتقال الديموغرافي في البلدان المتقدمة. نجد الخصوبة في الجزائر في السبعينيات كانت مرتفعة مقارنة بالدول الأوروبية [66] ص250.

يعد تأخر الزواج من أهم العوامل التي ساهمت في هذا الانخفاض السريع للخصوبة في الجزائر، ثم نجد في المرتبة الثانية عامل الانتشار الكبير لإستعمال وسائل منع الحمل، حيث انتقلت المستعملات من 8 % سنة 1970 إلى 50,8 % سنة 1992 ثم إلى 56,2 % سنة 2002.

2.4- مستويات واتجاهات الخصوبة خلال الفترة 1992-2002

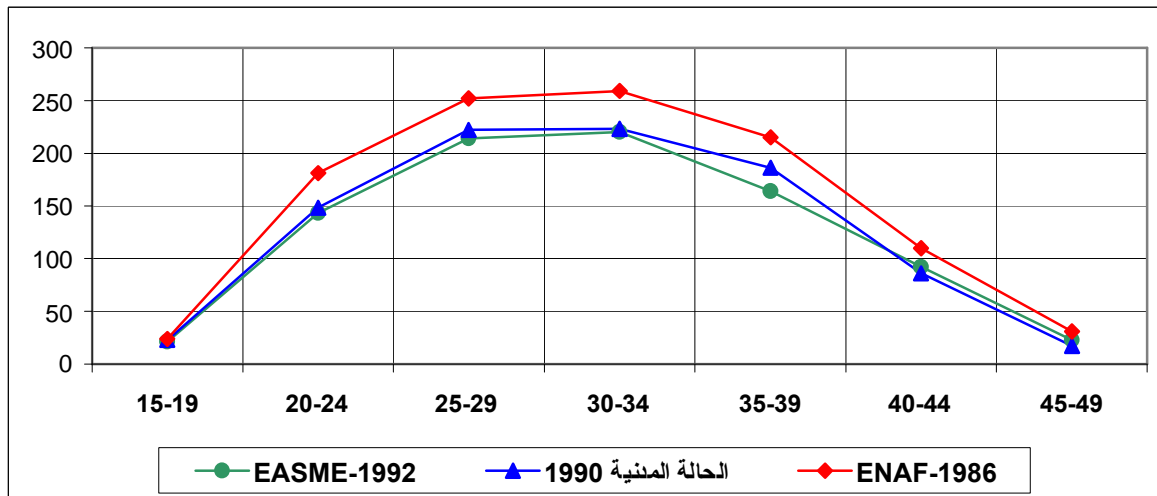
1-2-4- تطوّر الخصوبة حتى سنة 1992 :

جدول رقم 4-16 : معدل الخصوبة العام حسب العمر وخلال بعض الفترات

الحالة المدنية في 1990	ENAF - 1986 12 شهر قبل	EASME 0-4 قبل 1990*	فئات الأعمار
23	24	21	19-15
148	181	143	24-20
222	252	214	29-25
223	259	220	34-30
186	215	164	39-35
86	110	92	44-40
17	31	23	49-45
4,53	5,36	4,39	(49-15) I.S.F

المصدر: ONS، EASME-1992، ENAF-1986 et l'état civil-1990،

شكل رقم 4-14 : الخصوبة حسب معطيات سنة 1992



تبيّن نتائج مختلف المصادر، ارتفاع معدلات الخصوبة حسب السن إلى غاية الفئة 30-34 سنة. مقابل هذا يسجل انخفاض المؤشر التركيبي للخصوبة انخفاضا كبيرا ابتداء من سنوات الثمانينيات.

أكدت معطيات الحالة المدنية نتائج معطيات مسح صحة الأم والطفل (EASME)، كما لوحظ توافق المصدرين في كلّ الفئات العمرية، باستثناء الفئة العمرية 35-39 سنة، التي اظهرت فرقا بينهما (أعطى المسح معدلا قدره 164% مقابل 168% بالنسبة لمعطيات الحالة المدنية).

وكما ذكرنا في الفصل السابق، تعتبر سنة 1986 سنة قطيعة بفعل عدة عوامل، خاصة بتنظيم الولادات وتراجع سن الزواج. فدراسة تطوّر معدلات الخصوبة في مختلف الفترات السابقة لمسح 2002 أعطت النتائج التالية:

جدول رقم 4-17 : تطوّر معدلات الخصوبة خلال الفترات السابقة لمسح 2002

I.S.F	49-45	44-40	39-35	34-30	29-25	24-20	19-15	
7.80	42	152	281	355	388	338	114	1970
6.90	25	126	265	286	331	288	69	1980
6.24	22	101	236	308	298	240	43	1985
4.50	17	86	186	223	222	148	23	1990
3.51	15	65	140	172	167	122	21	1995
2.70	15	59	115	142	129	67	7	*1998
2.40	9	43	105	134	119	59	6	**2002

المصدر: PAFAM-02 (**), RGPH-98, (*) ONS,

أكدت معدلات خصوبة الفترتين 0-4 سنة و 10-14 سنة السابقتين للمسح "EASME" النتائج المحصلة من طرف مسح سنة 1986 (ENAF). فمعطيات الجدول السابق، تظهر انخفاض معدلات الخصوبة حسب السن وخلال مختلف الفترات المرجعية السابقة لتاريخ الملاحظة.

عرفت خصوبة الفئة 15-19 سنة انخفاضا مهماً كان سببه تراجع زواجية الفتيات، حيث قدر متوسط الأعمار عند الزواج سنة 1992 بحوالي 22,1 سنة. وجاءت في الدرجة الثانية الشريحة العمرية 20-24 سنة (288 % سنة 1980 مقابل 148 % سنة 1990). عرفت هذه الفئة انخفاضا وصل إلى 50 % تقريبا. لم يكن في هذه الحالة تراجع سن الزواج المؤثر الوحيد، بل سامت موانع الحمل كذلك في رسم هذه الظاهرة (شكل 4-15).

وهكذا اعتمادا على هذه المعدلات، يمكن مقارنة المصادر بغية الإحاطة بمختلف تطورات الخصوبة في الجزائر (شكل 4-16).

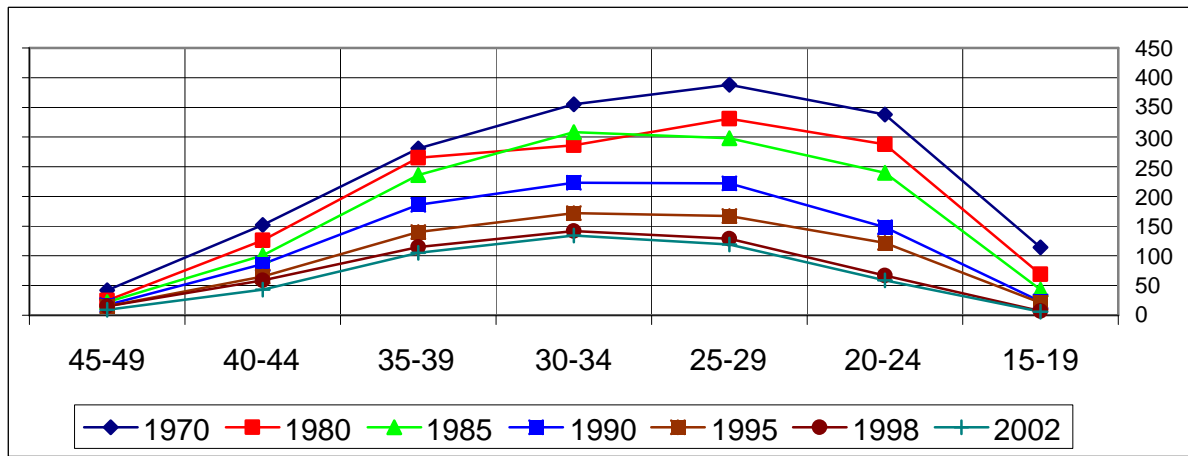
بين سنتي 1990 و 1970، كان الفرق مهماً، بين مختلف الشرائح العمرية. سنة 1970 كنا أمام خصوبة شبه طبيعية، إذ لم تمثل نسبة استعمال موانع الحمل سوى 8 %. تغيرت الاتجاهات بجدية خلال سنة 1990، بحيث وصلت نسبة استعمال موانع الحمل إلى 50,7 % من مجموع النسوة غير العازبات، مما سبب تغيير تركيبة حجم الأسر مقارنة بما كانت عليه في سنوات السبعينيات، خاصة في المناطق الحضرية.

جدول رقم 4-18: تطوّر الخصوبة العامّة حسب المصدر

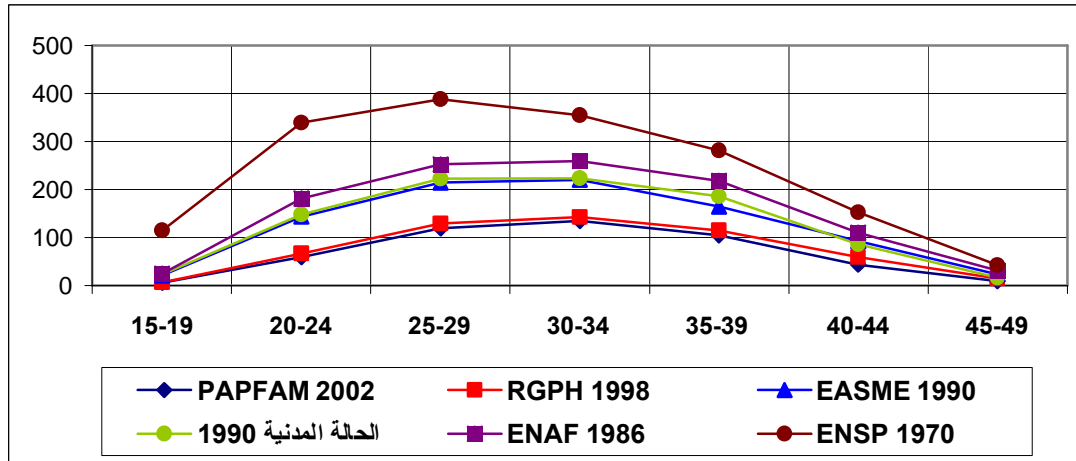
ENSP 1970	ENAF 1986	الحالة المدنية 1990	EASME 1990	RGPH 1998	PAPFAM 2002	العمر
114,1	24	23	21	7	6	19-15
338,5	181	148	143	67	59	24-20
388,1	252	222	214	129	119	29-25
354,8	259	223	220	142	134	34-30
281,5	218	186	164	115	105	39-35
152,5	110	86	92	59	43	44-40
42,2	31	17	23	15	9	49-45
8,4	5,36	4,53	4,4	2,70	2,40	I.S.F

المصدر: EASME-1992, ONS-1992, ENAF-1986, ENSP-1970, RGPH-1998, PAPFAM-2002

شكل رقم 4-15: تطوّر معدل الخصوبة حسب السنّ خلال الفترات السابقة للمصدر المشار إليه



شكل رقم 4-16: معدل الخصوبة حسب السنّ، حسب مختلف المصادر



2-2-4- تطوّر الخصوبة الشرعية سنة 1992 :

عرفت معدلات الخصوبة الشرعية بين 1980 و 1985 ركوداً، لكن معدلات الخصوبة الشرعية
عرفت تغييراً. كانت التغييرات الملاحظة بسبب ارتفاع نسب المتزوجات.

بين سنتي 1985 و1990، اختلف الوضع، إذ انخفضت الخصوبة الشرعية (المؤشر التركيبي في حدود 9,3 سنة 1985 وتراجع إلى 8,3 سنة 1990). تمثل الاختلاف في طفل بين التاريخين، وكان الأمر كذلك بالنسبة لمعدلات الخصوبة العامة.

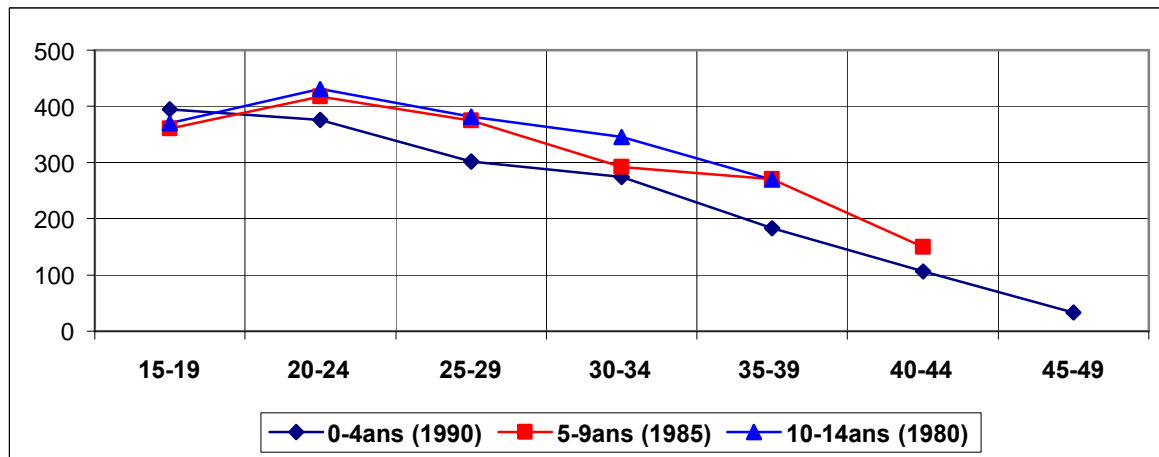
ارتبط انخفاض الخصوبة الشرعية حسب السن خاصة بالشرائح العمرية 25-29 سنة و 35-39 سنة، حيث تراجعت من 375 ‰ سنة 1985 إلى 302 ‰ سنة 1990، لما ميزنا الفئة العمرية 29-25 سنة، ومن 270 ‰ إلى 183 ‰ لما تعلق الأمر بالفئة العمرية 35-39 سنة (جدول رقم 19-4).

جدول رقم 19-4: معدلات الخصوبة الشرعية حسب السن والفترات الخمسية (قبل الملاحظة) (%).

فترات قبل المسح			فئات العمر
14-10 سنة (1980)	9-5 سنوات (1985)	4-0 سنوات (1990)	
370	361	395	19-15
431	417	376	24-20
381	375	302	29-25
345	292	274	34-30
269	270	183	39-35
-	150	106	44-40
-	-	33	49-45
9,0	9,3	8,3	(49-15) I.S.F

المصدر: EASME, ONS, 1992

شكل 17-4: معدل الخصوبة الشرعية حسب السن خلال الفترات السابقة لتواريخ الملاحظة



1-2-2-4- تطور الخصوبة الشرعية خلال الزمن:

انخفض المؤشر التركيبي للخصوبة بين سنتي 1970 و1992 بقدر ملموس، فكان الفرق بين التاريخين جد معتبر (2,2 طفل خلال 22 سنة)، (انظر الشكل 18-4).

كان تغير الخصوبة طفيفا إذا ميزنا الفئات العمرية 30-34 سنة و35-39 سنة، بالملاحظة، وكان الاختلاف قويا بين بين النسوة الأصغر سنا (حتى السن 29 سنة)، الشيء الذي يمكننا من القول بأن تشكيل العائلات بدأ يتباطأ انطلاقا من سن الثلاثين.

جدول رقم 4-20: معدل الخصوبة الشرعية (الزواجية) من 1970 إلى 2002 (%)

فئات العمر	*1970	1986	1992	2002
19-15	412,8	308	395	290
24-20	455	416	376	296
29-25	430,4	353	302	237
34-30	385	312	274	183
39-35	316,4	251	183	123
44-40	176,8	129	106	47
49-45	48,4	39	33	10
ISF	11,1	9,0	8,3	5,9

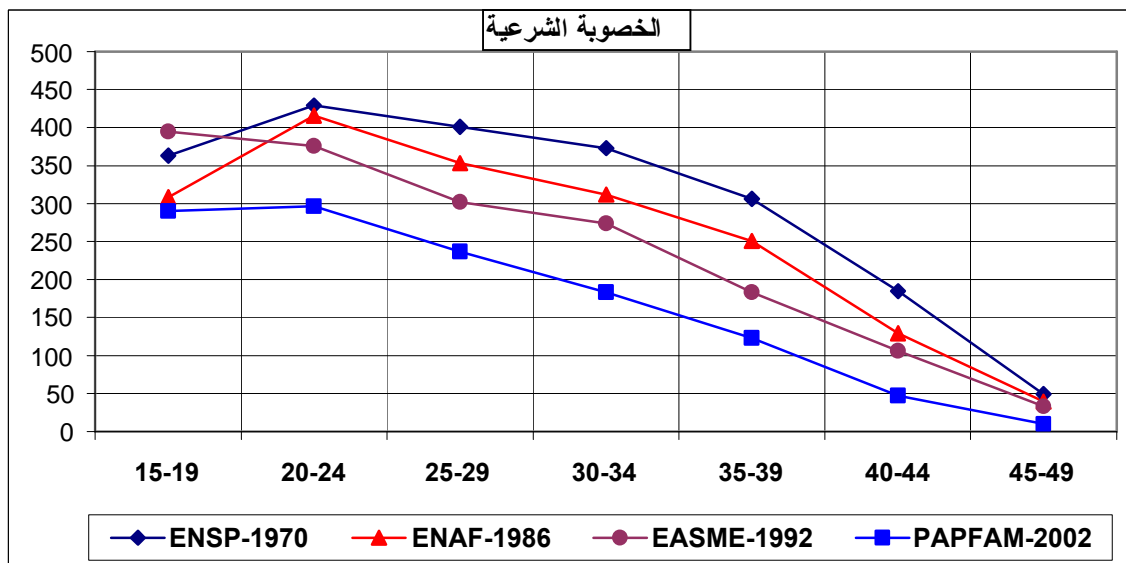
PAPFAM-2002, EASME-1992, ENAF-1986

المصدر:

(*) OUADAH-BEDIDI Z., Le rôle de l'age au mariage dans la baisse de la fécondité en Algérie, 5eme conférence africaine de la population, Arusha, Tanzanie, 2007

بدأت حركة التراجع خلال سنوات الثمانينيات، خاصة منذ تطبيق البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديموغرافي. في ظل هذا التراجع كان إنتشار موانع الحمل في حده الأدنى بين نسوة الفئة 15-19 سنة، ووصل إلى حده الأقصى اعتبارا من سن الثلاثين. ونذكر بأن تطبيق موانع الحمل، ليس العامل الوحيد المؤثر على الخصوبة في الجزائر، بل كان لتراجع الأعمار عند الزواج أثرا مهما، وساهم في رسم تغيرات مهمة.

شكل رقم 4-18: معدل الخصوبة الشرعية (الزواجية) خلال الزمن



3-2-4- الخصوبة التفاضلية 1992-2002:

1-3-2-4- علاقة الخصوبة بوسط الإقامة:

لم يحدد مسح EASME دراسة الخصوبة حسب المناطق الحضرية والمناطق الريفية فقط، بل وسعت حقل الدراسة لتشمل متغيرات تحكم أخرى (الساحل، الهضاب العليا والجنوب). وأبقى على مكان الإقامة (حضر - ريف) حتى تعطى إمكانية المقارنة قائمة (حسب مكان الإقامة). يبين الجدول رقم 4-21 والشكلين 4-19 و 4-20 أنّ الخصوبة في المناطق الحضرية أكثر انخفاضاً مقارنة بالمناطق الريفية حسب نتائج المسحين. تمثل أكبر اختلاف في المتوسطين 3,6 طفل/إمرأة (208) مقابل 5,6 طفل/إمرأة (1992). وعموماً يمكننا القول بأن الخصوبة انخفضت بحوالي النصف بين المسحين (من 4,4 أطفال إلى 2,4 أطفال).

حسب المناطق، كانت خصوبة نسوة الجنوب جد مرتفعة (6 أطفال) مقارنة بنفس الظاهرة لدى نسوة المناطق المرتفعة (5,2 أطفال)، ونسوة السواحل الأضعف خصوبة (3,9 أطفال).

يمكن تفسير هذا التباين باختلافات اجتماعية، اقتصادية، ثقافية وعرفية، بحيث تعمق الفجوة أزمت مختلفة كالسكن والبطالة، والأعراف والعادات البالية كالملكية الجماعية للأرض، وتسيير شؤون الأسر من طرف رب العائلات الأكبر سناً.

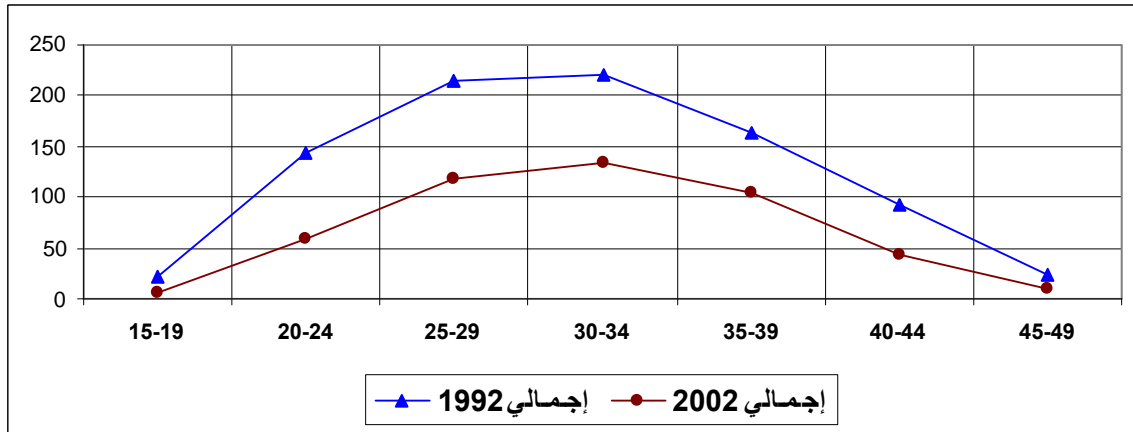
ويمكن تفسير ارتفاع الخصوبة بالنسبة لنساء الريف بسن الزواج المبكر، وعدم تطبيقهن لاستعمال موانع الحمل، إضافة لتأثير الدين من جهة وغياب المعلومات عن وسائل منع الحمل من جهة أخرى.

جدول رقم 4-21: معدل الخصوبة العام حسب مكان الإقامة، المناطق، السن (5 سنوات السابقة للمسح) ‰.

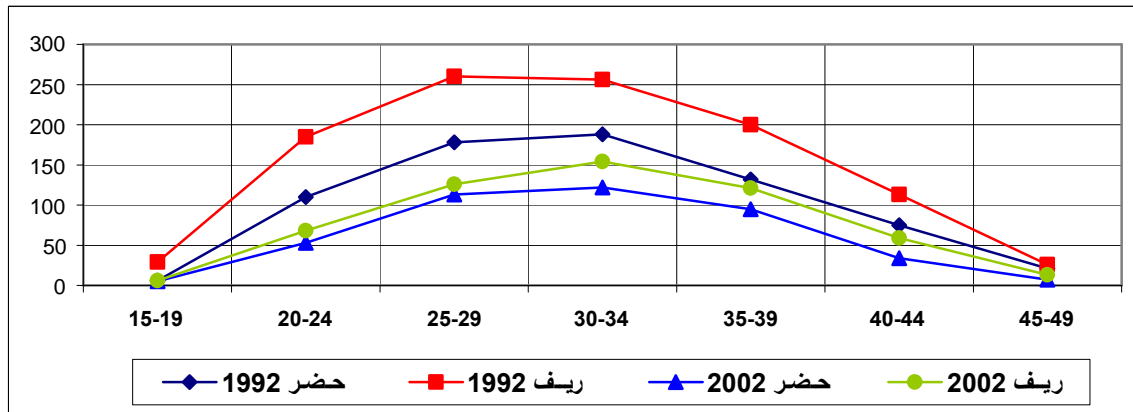
I.S.F	49-45	44-40	39-35	34-30	29-25	24-20	19-15	الوسط	
								فئات	مسح
3,6	21	75	132	188	178	110	6	حضر	1992
5,3	26	113	200	256	260	185	29	ريف	
3,9	22	77	145	198	192	212	20	ساحل	
5,2	23	121	196	253	239	175	29	هضاب	
6,0	32	135	217	274	290	212	31	جنوب	
4,4	23	92	164	220	214	143	21	إجمالي	2002
2,0	7	34	95	122	113	53	5	حضر	
2,5	13	59	121	154	126	68	6	ريف	
2,4	9	43	105	134	119	59	6	إجمالي	

المصدر: EASME-1992, PAPFAM-2002, ONS

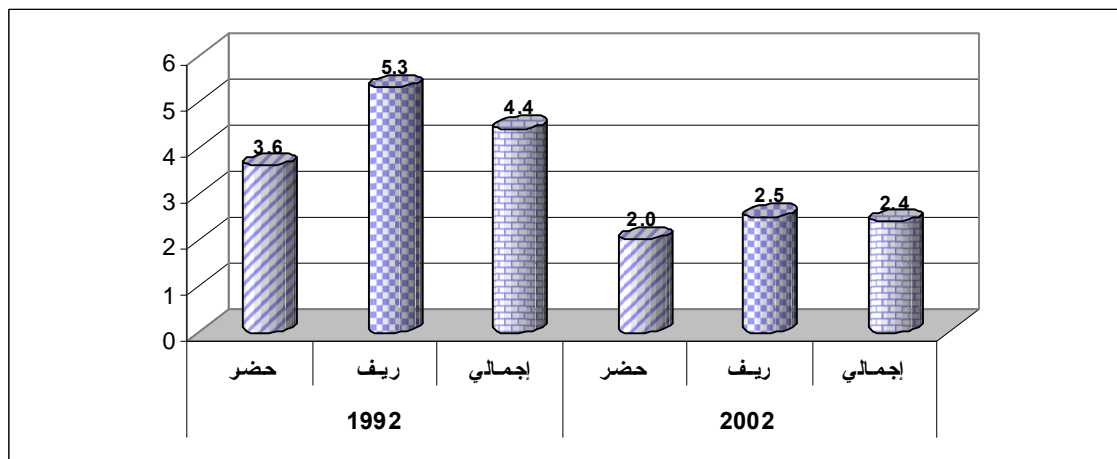
شكل رقم 4-19-أ: معدل الخصوبة العمرية حسب مكان الإقامة خلال مسحي 1992 و 2002



شكل رقم 4-19-ب: معدل الخصوبة العمرية حسب المناطق خلال مسحي 1992 و 2002



شكل رقم 4-20: المؤشر التركيبي للخصوبة (I.S.F) حسب مناطق الإقامة خلال مسحي 1992 و 2002



4-2-3-1-1- تطور الخصوبة في الجزائر من 1970 إلى 2002 حسب مكان الإقامة:

جدول رقم 4-22: الخصوبة العامة حسب مكان الإقامة وحسب بعض الفترات

PAPFAM-2002		EASME-1992		ENAF-1986		ENSP-1970		فئات العمر
ريف	حضر	ريف	حضر	ريف	حضر	ريف	حضر	
6	5	29	6	25	15	125,9	77,4	19-15
68	53	185	110	161	82	350,9	290,6	24-20
126	113	260	187	329	203	387,5	360,7	29-25
154	122	256	188	332	231	358,3	321,0	34-30
121	95	200	132	290	209	283	251,0	39-35
59	34	113	75	197	123	153,3	124,6	44-40
13	7	26	21	89	41	42,7	25,6	49-45
2,4		4,4		5,4		8,08		I.S.F

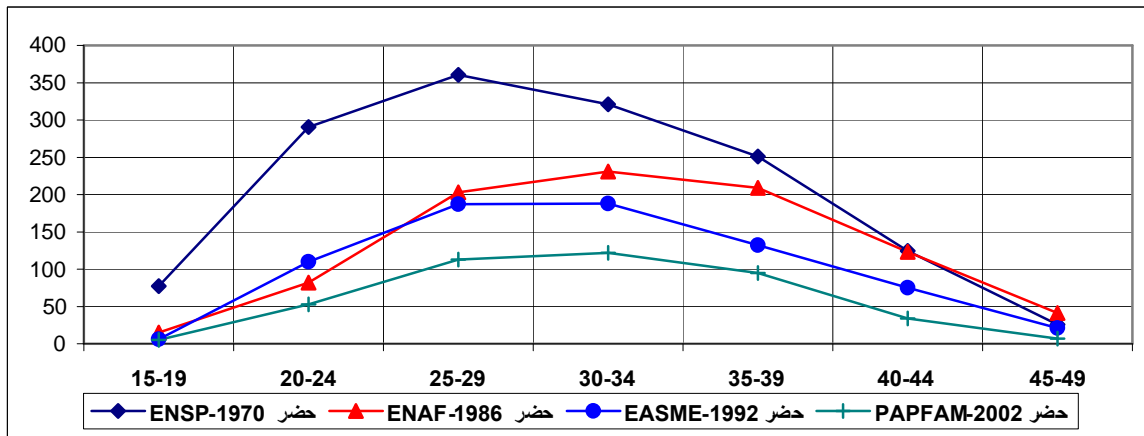
المصدر: ENSP (1970), ENAF (1986), EASME (1992) et PAPFAM (2002)

تميزت مناطق الأرياف لدى كل الأعمار وخلال الفترات الأربع بمعدلات خصوبة مرتفعة، بفعل العوامل السابقة والزواجية المبكرة. مقابل هذا نلاحظ تراجع معدلات الخصوبة في الحضر، خاصة بين أجيال الفئة العمرية 15-24 سنة، والتي تفسر على الأقل في معظمها بتراجع سن الزواج والتمدرس. نسجل نسوة الفئة 30-34 سنة انخفاضا معتبرا بين 1970 و2002، خاصة بالمناطق الحضرية (321 % سنة 1970 مقابل 122 % سنة 2002).

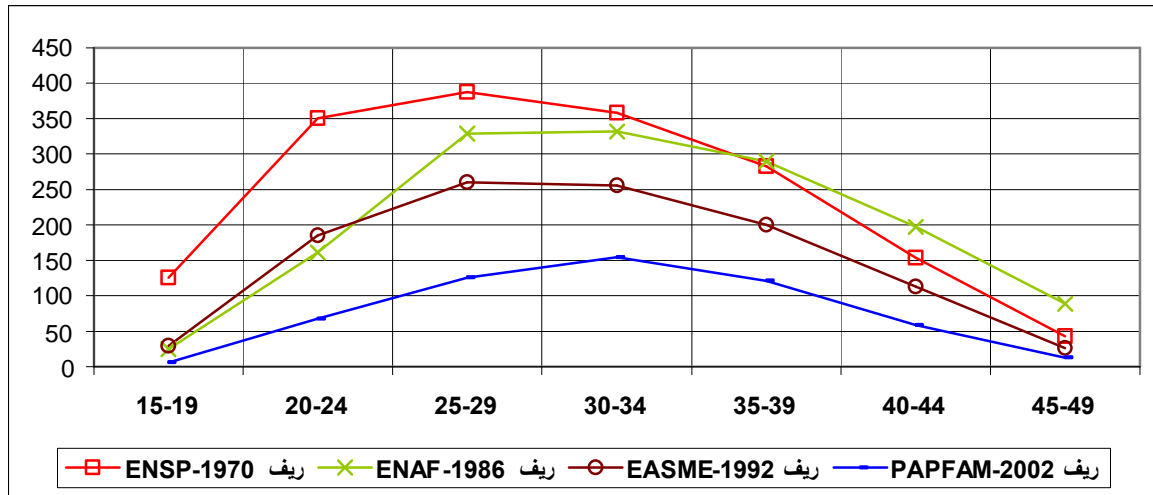
هذه النتائج تسمح بالقول، أنّ انتشار وسائل منع الحمل بشكل معتبر - عموما - وخصوصا بالمناطق الحضرية، كانت أسباب تراجع الخصوبة المتعددة التي ذكرناها سابقا، لكننا نثمن مساهمة ارتفاع نسب التمدرس والتحضر في رسم الواقع الجديد.

بين سنة 1970 و2002 كان انخفاض الخصوبة في المناطق الريفية بطيئا. (شكل 4-21: أ-ب).

شكل رقم 4-21-أ: معدل الخصوبة العامة من سنة 1970 إلى سنة 2002 في المناطق الحضرية



شكل رقم 4-21-ب: معدل الخصوبة العامة من سنة 1970 إلى 2002 في المناطق الريفية



2-3-2-4- علاقة الخصوبة بتعليم المرأة :

يبين أيضاً مسح "PAPFAM" العلاقة الموجودة بين الخصوبة وتعليم النساء. حسب نتائج المسح كانت خصوبة غير المتعلمات جد مرتفعة مقارنة بخصوبة نسوة المستوى الابتدائي من التعليم (2,9 أطفال مقارنة 2,2 أطفال). وكان الفارق الأهم بين هذه الفئة والفئة الأكثر تعليماً (2,9 أطفال مقابل 1,5 أطفال، جدول رقم 4-23).

وكاستخلاص، يمكننا القول بأن الخصوبة كانت سوف تنخفض حتى وإن كان مجموع المتعلمات في المستوى الابتدائي فقط.

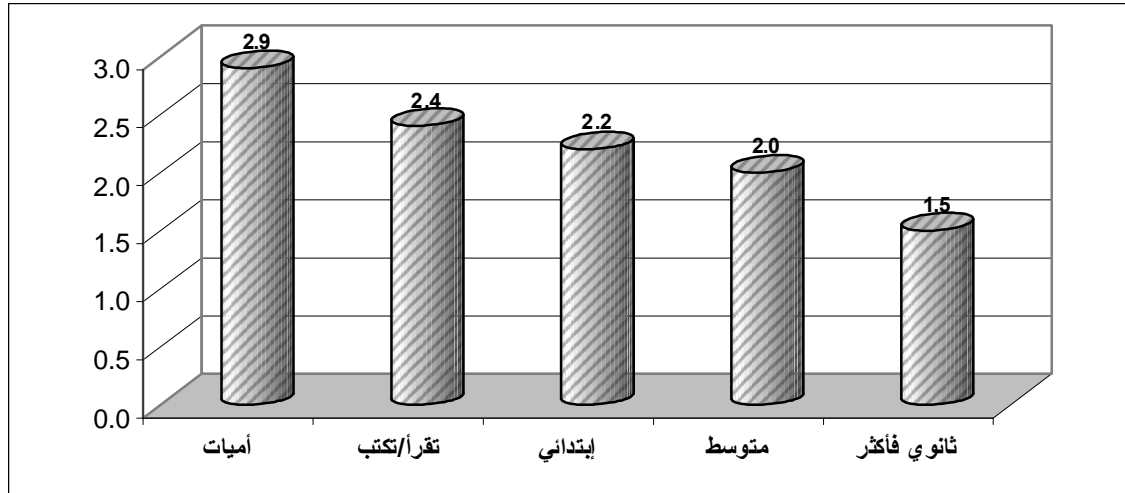
جدول رقم 4-23: معدل الخصوبة العامة حسب مستوى التعليم (2002).

I.S.F	فئة الأعمار							مستوى تعليم المرأة
	49-45	44-40	39-35	34-30	29-25	24-20	19-15	
2,9	10	51	118	157	145	8	12	غير متعلمات
2,4	11	35	101	131	128	66	10	تقرأ/تكتب
2,2	7	30	90	115	112	73	6	إبتدائي
2,0	7	33	87	119	107	50	2	متوسط
1,5	-	15	104	108	61	7	-	ثانوي وجامعي
2,4	9	43	105	134	119	59	6	إجمالي

المصدر: PAPFAM, ONS, 2002

حسب الفئات العمرية تبين النتائج، أنه مهما كان لمستوى تعليم النساء فإن معدلات الخصوبة مرتفعة جداً بالنسبة للفئة 30-34 سنة. عملياً، انخفضت المعدلات ابتداءً من الشريحة العمرية 35-39 سنة. وكانت ذروة التراجع ممثلة في الأعمار الأكثر ارتفاعاً وصل المعدل سنة 2002 إلى 15% لما تعلق الأمر بالنسوة الأكثر تعليماً. (الشكل رقم 4-22).

شكل 4-22: المؤشر التركيبي للخصوبة حسب مستوى تعليم النسوة (2002).



تبعاً لتطور الخصوبة في الجزائر الملاحظ من سنة 1970 إلى سنة 2002، يمكننا القول بأن التحول الديموغرافي جاء بفعل عوامل متعددة، من بينها الزواجية المتأخرة، انتشار استعمال وسائل منع الحمل، التعليم وعمل المرأة.

3-3-2-4- تطور النساء الغير عازبات الحوامل حسب المتغيرات الاجتماعية الاقتصادية:

1-3-3-2-4- نسبة النساء الحوامل حسب مكان الإقامة:

جدول رقم 4-24: نسب النساء الحوامل حسب العمر ومكان الإقامة (%)

PAPFAM-2002			EASME-1992			فئات العمر
إجمالي	ريف	حضر	إجمالي	ريف	حضر	
17.7	18.2	17.3	33.5	39.3	23.7	19-15
18.7	17.9	19.3	27.2	38.6	25.3	24-20
17.5	16.9	17.9	19.5	19.6	19.3	29-25
13.3	14.0	12.8	11.9	11.9	12.0	34-30
8.0	7.7	8.2	10.2	11.2	9.2	39-35
3.7	4.4	3.3	4.3	5.2	3.5	44-40
0.9	0.8	1.0	0.4	0.9	0.0	49-45
9.4	9.6	9.3	12.9	14	11.6	إجمالي

المصدر: EASME -1992, PAPFAM-2002, ONS

تظهر المقارنة حسب أماكن الإقامة أنّ معدلات (نسب) النساء الحوامل جد مرتفع بالمناطق الريفية (14 % مقابل 11,6 % في المناطق الحضرية سنة 1992، و 9,6 % مقابل 9,3 % سنة 2002)،

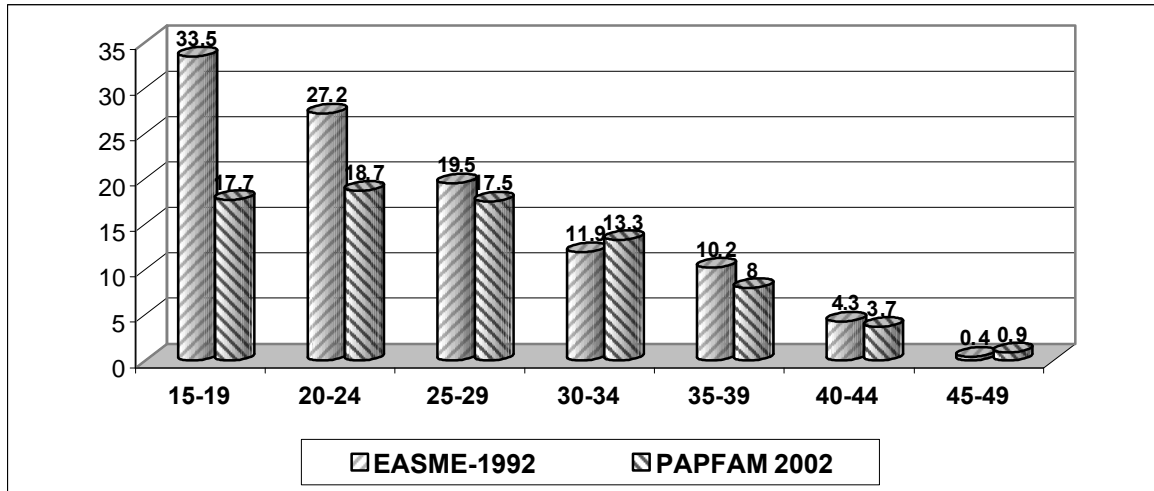
علما أنه من بين المستجوبات سنة 2002 مثلت الحوامل فقط النسبة 9,4 %.

خصت المعدلات المرتفعة النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 20 و 24 سنة (18,7%) وخصت المنخفضة النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 45 و 49 سنة، (شكل رقم 4-23).

وإجمالاً يمكننا الإشارة إلى ما يلي:

- كلما ارتفع السن كلما قلّ معدل الحوامل، وهناك انخفاض في عدد الحوامل بين السنتين 1992 و 2002 فاق 3%. مثلت الفئة 30-34 سنة استثناء، حيث زاد عدد الحوامل بين تاريخي الملاحظة بالمقدار 1%، علماً أن هذه الفئة كانت دائماً الأكثر إنجاباً.
- في المناطق الحضرية كان معدل النساء الحوامل بالنسبة للفئة العمرية 15-19 سنة أقل ارتفاعاً إذا ما قورن بمستوى الفئة العمرية 20-24 سنة (17,7% مقابل 18,7%). في المناطق الريفية لاحظنا نفس السلوك، لكن بفارق أكبر (17,3% مقابل 19,3%).
- حدد معدل الحوامل بين النسوة غير العازبات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 40 و 44 سنة عند المستوى 3,7%، رغم خطورة الحمل عند هذه الأعمار.

شكل رقم 4-23: نسبة النساء الحوامل سنتي 1992 و 2002 (%)



4-2-3-3-2-4- نسبة الحوامل حسب مستوى التعليم:

نسبة النساء غير العازبات الحوامل كبيرة بين متعلّقات المستوى الابتدائي، مهما كانت فئات الأعمار. (جدول رقم 4-25).

جدول رقم 4-25: نسبة الحوامل حسب مستوى التعليم (%)

EASME - 1992								المستوى الدراسي
المجموع	49-45	44-40	39-35	34-30	29-25	24-20	19-15	
11,9	0,5	5,7	11,4	12,7	21,5	27,8	21,4	غير متعلّقات
12,4	-	2,2	9,4	12,3	14,3	25,8	37,2	تقرأ/تكتب
16,3	-	-	9,0	11,8	20,7	32,4	53,3	إبتدائي
15,8	-	-	6,9	4,4	25,2	18,0	71,4	متوسط
16,0	-	-	3,0	12,8	15,5	36,8	25,0	ثانوي وجامعي
12,9	0,4	4,3	10,2	11,9	19,5	27,2	33,5	المجموع

PAPFAM - 2002 *								المستوى الدراسي
المجموع	49-45	44-40	39-35	34-30	29-25	24-20	19-15	
7,8	0,2	04,2	09,1	13,5	17,7	18,5	22,8	غير متعلّقات
7,5	0,0	02,5	09,2	09,4	13,1	21,3	05,4	إبتدائي
11,3	0,8	01,1	04,3	13,7	20,0	20,5	05,9	متوسط
11,6	0,0	01,0	06,8	14,4	17,1	20,0	09,6	ثانوي وجامعي
9,0	0,2	3,1	07,9	12,8	17,4	20,1	10,1	المجموع

المصدر: Résultats du rapport principal de l'EASME-1992, ONS
* معدلات محسوبة من معطيات مسح سنة 2002 (PAPFAM)

كما ذكرنا سابقاً، تخص النسبة الأكبر صغيرات السن التي تتراوح أعمارهن بين 15 و 19 سنة، خاصة بين ذوات التعليم الابتدائي (53,3%)، والمتوسط (71,4%) واللائي لم يكملن التعليم الابتدائي (تقرأ و/أو تكتب 37,2%).

4-3-2-4 تطور الخصوبة النهائية (1992-2002):

يمكن قياس الخصوبة النهائية بمتوسط عدد الأطفال النهائي المولودين أحياء لدى النسوة اللواتي تتراوح أعمارهن بين 45 و 49 سنة، إذا ما افترضنا نهاية الحياة الإنجابية تنتهي عند 50 سنة.

بيّنت معطيات مسح سنة 1992 (EASME) ارتفاع خصوبة النساء في السابق. على سبيل المثال، كل امرأة يتراوح عمرها بين 45 و 49 سنة، وكانت قد تزوجت قبل 15 سنة سوف يكون عدد أطفالها عند آخر حياتها الإنجابية يقدر 8,4 أطفال، مقابل 4,4 أطفال لو تزوجت بين 25 و 29 سنة. يقدر فرق الخصوبة النهائية بين هذين الفوجين من النساء بحوالي 4 أطفال.

تمثل سيدات الفئة 45-49 سنة والحاصلات على ما بين 8 و 9 أطفال 41,7% وتمثل اللائي خصوبتهن النهائية تتراوح بين 3 إلى 4 أطفال 9,4% (جدول رقم 4-26).

1-4-3-2-4- تطور الخصوبة النهائية حسب الأعمار عند الزواج ومكان الإقامة:

سنة 1992 تبين المقارنة حسب مكان الإقامة أنّ عدد ولادات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 45 و49 سنة بالمناطق الريفية يرتفع ببطء مقارنة بفئة المناطق الحضرية (7,7 أطفال مقابل 6,9 أطفال). وكانت الخصوبة النهائية الأكثر ارتفاعاً مرتبطة خاصة بالنسوة المتزوجات (أول زواج) قبل 20 سنة (جدول رقم 4-26).

خلال سنة 2002، أوضحت اختلاف الظاهرة حسب الفئات، حيث بلغ متوسط عدد أطفال السيدات اللاتي تزوجن قبل سن العشرين 7 أطفال، وكان المتوسط عند اللاتي تزوجن 6 أطفال إذا ما تعلق الأمر باللاتي بين 20 و21 سنة.

وبهذا نقول أن الخصوبة النهائية مرتبطة وبدرجة كبيرة بالأعمار عند الزواج الأول، وعموماً نسجل انخفاض مستوى الخصوبة المكتملة بين سنتي 1992 و2002.

جدول رقم 4-26: تطور الخصوبة النهائية لدى النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 45 و49 سنة حسب الأعمار عند الزواج ومكان الإقامة خلال سنتي 1992 و2002.

EASME - 1992								
الأعمار عند الزواج للسيدات من الفئة 45-49 سنة								وسط الإقامة
إجمالي	30 فأكثر	29-25	24-22	21-20	19-18	17-15	أقل من 15	
6,9	2,1	4,4	5,0	6,5	7,1	8,0	8,0	حضر
7,7	2,6	4,4	5,8	7,7	7,6	8,2	8,6	ريف
7,3	2,3	4,4	5,2	6,9	7,4	8,1	8,4	إجمالي

PAPFAM - 2002 *								
الأعمار عند الزواج للسيدات من الفئة 45-49 سنة								وسط الإقامة
إجمالي	30 فأكثر	29-25	24-22	21-20	19-18	17-15	أقل من 15	
6,1	2,6	4,0	4,8	5,6	5,8	6,2	7,3	حضر
7,5	3,9	5,6	5,8	5,9	7,3	8,2	7,6	ريف
6,7	3,0	4,2	5,0	5,7	6,1	7,0	7,5	إجمالي

المصدر: Résultats du rapport principal de l'EASME-1992, ONS
* معدلات محسوبة من معطيات مسح سنة 2002 (PAPFAM)

2.4.3.2.4- تطور خصوبة نسوة الفئة 45-49 حسب مستوى التعليم:

بينت معطيات مسح 1992 (EASME) ارتفاع الخصوبة النهائية لدى غير المتعلمات، مهما كانت الأعمار عند الزواج. وسجل أكبر فارق بين النسوة الأكثر تعليماً وغير المتعلمات (4,1 طفل)، (جدول رقم 4-27).

جدول رقم 4-27: تطوّر الخصوبة النهائية لدى الفئة 45-49 سنة
حسب الأعمار عند الزواج والمستوى التعليمي

EASME - 1992								المستوى الدراسي
سن الزواج الأول								
إجمالي	+ 30	29-25	24-22	21-20	19-18	17-15	15 >	
7,8	2,8	4,8	4,5	7,7	8,7	8,3	8,4	غير متعلمات
6,4	1,2	4,6	5,4	6,5	6,0	7	7,7	تقرأ/تكتب
5,5	2,5	3,8	5,0	4,5	6,1	6,6	6,0	ابتدائي
5,2	1,0	4,3	4,8	4,8	5,5	5,5	0	متوسط
3,7	3,0	3,1	2,8	4,2	5,3	6,0	0	ثانوي فأعلى
7,3	2,3	4,4	5,2	6,9	7,4	8,1	8,4	إجمالي

PAPFAM - 2002 *								المستوى الدراسي
سن الزواج الأول								
إجمالي	+ 30	29-25	24-22	21-20	19-18	17-15	15 >	
7,0	1,5	4,6	5,9	6,7	7,7	7,6	8,3	غير متعلمات
5,6	1,6	4,5	5,0	5,2	6,3	6,8	7,6	ابتدائي
4,6	2,4	3,4	5,3	5,5	4,6	5,5	0,0	متوسط
3,5	2,0	2,9	3,9	3,9	0,0	6,5	0,0	ثانوي فأعلى
6,2	1,8	4,1	5,3	6,0	7,1	7,3	8,2	إجمالي

المصدر: Résultats du rapport principal de l'EASME-1992, ONS
* معدلات محسوبة من معطيات مسح سنة 2002 (PAPFAM)

يجب الإشارة إلى العلاقة الوثيقة بين سن الزواج ومستوى التمدرس، فغير المتعلمات يتزوجن عند أعمار مبكرة، مقارنة بالأكثر تعليماً. وعموماً بينت المسوح ارتباطاً الظاهريتين فعلى سبيل المثال المتمدرسات لمدد نقل عن 5 سنوات (لم يكملن المستوى الابتدائي) كانت خصوبتهن أقل. إلا أننا نشير إلى أن تأخر الزواجية يرتبط كذلك بالوضعية الاجتماعية، الثقافية والاقتصادية، وكل هذه العوامل ساهمت في خفض مستوى الخصوبة.

4-2-3-4-3- تطور الولادات الحية حسب الأعمار عند الزواج ومدد الزواج:

عرفنا أن سن الزواج عامل مهم، بحيث يحدّد - في غياب تطبيق وسائل منع الحمل - مدّة التعرض لخطر الحمل، وبالتالي عدد الولادات (حجم العائلات). حددت معطيات مسح 92 (EASME) عدد الأطفال بالمتوسط 7,6 أطفال لدى المتزوجات نفس الفترة قبل 15 سنة، وبالمتوسط 6,2 أطفال لدى اللواتي تزوجن بين 15 و 17 سنة وبالمتوسط 2,6 أطفال بالنسبة لدى من تزوجن بين 25 و 29 سنة.

ولارتباط مدد الزواج بالأعمار عند الزواج، فإنّ لمدّة الزواج نفس التأثير على الخصوبة (عدد الولادات)، إذ كلما ارتفعت مدّة الزواج كلما زاد عدد الولادات (جدول رقم 4-28). بينت معطيات مسح 92 (EASME) أنّ المتوسط هو 1 طفل إذا ما تعلق بالمدد خمس سنوات ويرتفع إلى 8 أطفال؛ إذا كانت المدد 30 سنة أو أكثر.

جدول رقم 28-4: تطوّر الولادات الحيّة لدى غير العازبات حسب أعمار ومدد الزّواج

مدة الزّواج	سنّ الزّواج							
	إجمالي	30 <	29-25	24-22	21-20	19-18	17-15	15 >
EASME - 1992								
5 >	1,00	0,84	0,88	1,07	1,00	1,05	1,11	1,00
9 - 5	2,59	2,53	2,54	2,68	2,70	2,75	2,78	2,70
14-10	4,18	3,35	4,00	4,14	4,12	4,57	4,58	4,13
19-15	5,67	6,67	4,70	5,29	5,68	5,82	6,14	5,84
24-20	6,84	-	5,37	5,80	7,12	7,04	7,30	6,74
25-29	7,88	-	-	6,70	7,63	7,77	8,34	8,21
30 <	8,54	-	-	-	-	8,16	8,65	9,19
إجمالي	4,66	1,86	2,58	2,99	3,84	4,54	6,20	7,57
PAPFAM - 2002								
مدة الزّواج	إجمالي	30 <	29-25	24-22	21-20	19-18	17-15	15 >
5 >	0.7	0.6	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8	1.4
9 - 5	2.1	1.6	2.2	2.1	2.0	2.2	2.2	1.5
14-10	3.2	2.2	2.9	3.2	3.3	3.5	3.4	3.0
19-15	4.4	3.0	3.7	4.0	4.4	4.6	4.9	4.9
24-20	5.5	-	4.2	4.9	5.4	5.7	6.1	5.3
25-29	6.6	-	-	5.8	6.0	6.6	7.1	6.4
30 <	7.4	-	-	-	-	7.0	7.6	7.4
إجمالي	3.9	1.4	2.2	2.9	3.6	4.3	5.6	6.1

المصدر: ONS، Enquête EASME-1992، Enquête PAPFAM-2002

خلاصة:

عرفت الخصوبة في الجزائر منذ 1986 انخفاضا مهمًا. انتقل متوسط الأطفال من 5,4 أطفال إلى 4,6 أطفال سنة 1992 ثم إلى 3,9 أطفال سنة 2002. هذا الانخفاض كان سريعًا بالمناطق الحضرية.

لقد تأثرت مستويات الخصوبة بعوامل عديدة، منها سنّ الزّواج، المستوى التعليمي، تطبيق وسائل منع الحمل وأيضًا بالأزمة الاقتصادية والاجتماعية.

وعرف النمو السكاني بعض الديناميكية، فتراوح مستوى النمو الديموغرافي خلال الثمانينيات حوالي 3% كمتوسط سنوي. يعتبر هذا المستوى من بين المستويات الأكثر ارتفاعًا في العالم خلال تلك الفترة، مع ذلك يمكن القول أنّ التغيرات الأهم على مستوى الخصوبة بدأت خلال سنوات الثمانينيات، حيث أكدت مسح 1986 (ENAF)، 1992 (EASME) و 2002 (PAPFAM) أن التغيرات ليست فقط في سلوكيات النسوة اتجاه الإنجاب، لكن أيضًا اتجهت الخصوبة نحو الانخفاض. تراجع المعدل العام للخصوبة العامة بين سنة 1986 وسنة 1992 من 156,5% إلى 130% ثم إلى % سنة 2002.

بعد سنوات الاستقلال (السبعينيات)، كان مستوى الولادات مرتفعا إذ قارب 50 ولادة لكل 1000 ساكن (1970)، مما حدد الخصوبة خلال تلك الفترة وفق نظام طبيعي، بحيث كانت الزواجية مبكرة لسجلات تطورات مهمة فيما بعد.

ارتبط انخفاض الخصوبة خلال الثمانينيات أساساً بفعل تراجع سن الزواج وارتفاع معدل تطبيق وسائل منع الحمل. في ظل هذه الظروف عرف الجزائريون انتقالاً ديموغرافياً، وتؤكد ذلك من خلال معطيات مسحي 1992 (EASME)، و 2002 (PAPFAM). يتطلب هذا التحول مراجعة عميقة للتنبؤات الديموغرافية المستقبلية.

تعكس معطيات الجدول رقم 5-5 والشكل 4-5 عن علاقة سببية بين الخصوبة والنشاط الاقتصادي، فالنشاط النسوي يعتبر حقيقة كمكبج للخصوبة خاصة لدى صغيرات الأعمار النشيطات (العاملات)؛ وتتجلى هذه العلاقة تقريبا مهما كانت أعمار المشتغلات.

في النقطة الموالية نحاول اختبار علاقة الخصوبة بالنشاط الاقتصادي للزّوج حسب المهنة ومؤهل هذا الأخير (الزّوج).

2.3.1.5- الخصوبة وأنشطة الزّوج :

1.2.3.1.5- متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء لدى المتزوجات حسب مهنة الزّوج :

جدول رقم 5-6: متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء لدى النساء حسب سنهن سنة 1970 ومهنة الزّوج

فئات العمر							مهنة الزوج
49-45	44-40	39-35	34-30	29-25	24-20	19-15	
8,0	7,5	6,8	5,4	3,5	1,5	0,5	غير عامل
8,1	7,4	6,3	4,5	3,9	1,9	0,4	مهنة حرة/إطار عالي
8,1	8,4	7,9	5,4	4,0	2,2	0,5	موظف
7,7	7,5	7,0	5,9	4,4	2,3	0,7	بانع
8,7	8,2	7,1	5,8	4,0	2,1	0,6	زراعي
-	7,9	7,1	5,5	3,9	2,2	0,6	نقل
8,7	7,9	6,9	5,6	4,1	2,1	0,6	عامل بسيط
8,8	8,0	7,3	5,5	4,3	2,3	0,6	خدمات
8,5	8,0	7,1	5,6	4,1	2,1	0,6	إجمالي

المصدر: O.N.S., "Résultats de l'enquête nationale des statistiques et de la population",

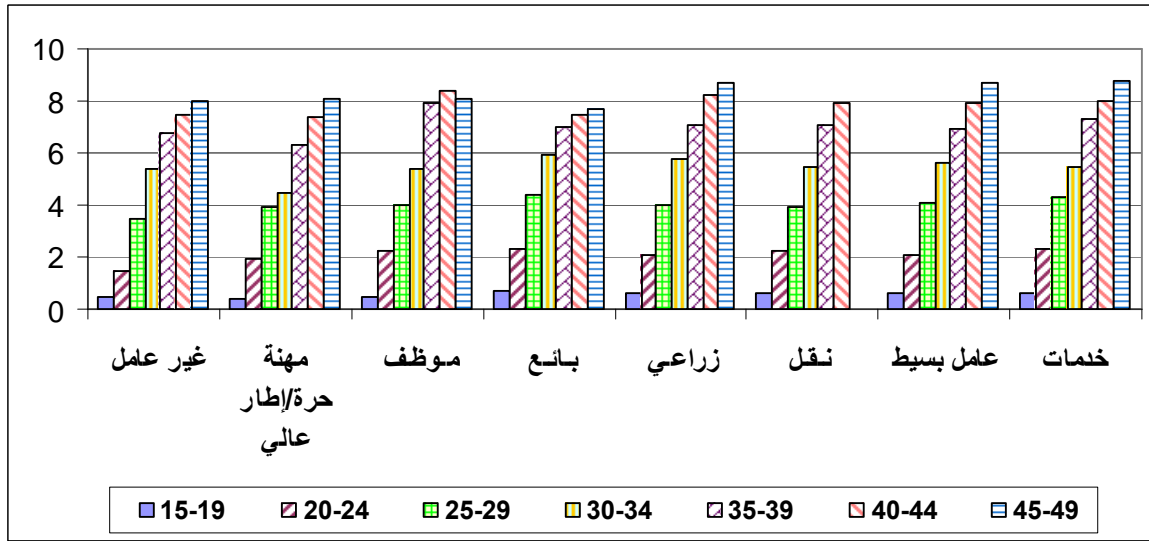
1970

لمهنة الزّوج أثر كبير على خصوبة النساء، خاصة إذا كانت من الفئة "مهنة حرة أو إطار سامي". هذه الفئة من النساء تختلف عن الأخريات بخصوبة اقل ارتفاعاً، خاصة ابتداءً من السن 30 سنة.

يمكننا اقراض كون هؤلاء النسوة يتميزن بموقع اجتماعي متميز. إذ يتميزن ليس فقط بمستوى تعليمي مرتفع، ولكن أيضاً بدخل مرتفع وبحمائية صحية جيّدة.

لا يوجد اختلاف يذكر بالنسبة لباقي المهن، إذ لا تختلف خصوبة نساء العمال كثيراً عن نساء الفلاحين، انطلاقاً من سن الثلاثين، فالمنحنيات تتشابه ولا يظهر أي فارق حقيقي باستثناء نساء العمال اللائي تتراوح أعمارهن بين 35 و45 سنة إذ عرفن خصوبة مرتفعة.

شكل رقم 5-5: متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء لدى النساء حسب أعمارهن وحسب مهن أزواجهن سنة 1970



2.2.3.1.5 - متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء لدى النساء المتزوجات (أول ارتباط) حسب أعمارهن ومؤهل أزواجهن:

جدول رقم 5-7: متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء لدى النساء حسب أعمارهن سنة 1970 ومؤهل الزوج

C.S و P.L*	مؤهل	غير مؤهل	فئات العمر
-	0,6	0,7	19-15
1,9	2,2	2,2	24-20
3,6	4,1	4	29-25
4,0	5,3	5,7	34-30
6,3	7,1	7,2	39-35
7,9	8	8	44-40
-	8,6	8,9	49-45

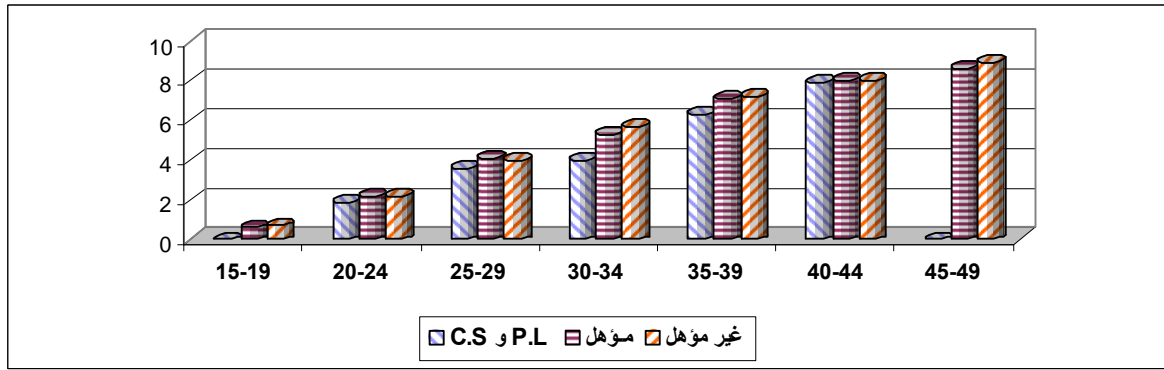
المصدر: ONS, Enquête ENSP, 1970

* CS : Cadres Supérieurs - اطارات عليا

* PL : Professions libérales - مهن حرّة

عموما يؤثر الموقع الاجتماعي بشكل عكسي على الخصوبة، فكلما تصادف ما يعاكس هذا السلوك العام.

شكل 5-6: تطوّر المواليد الأحياء النساء حسب مؤهلات الزوج (1986).



2.5- الخصوبة سنة 1986 حسب الخصائص الاجتماعية والاقتصادية:

1.2.5- خصوبة النساء حسب قطاع السكن:

1.1.2.5- خصوبة النساء المتزوجات (أول ارتباط) حسب مكان الإقامة :

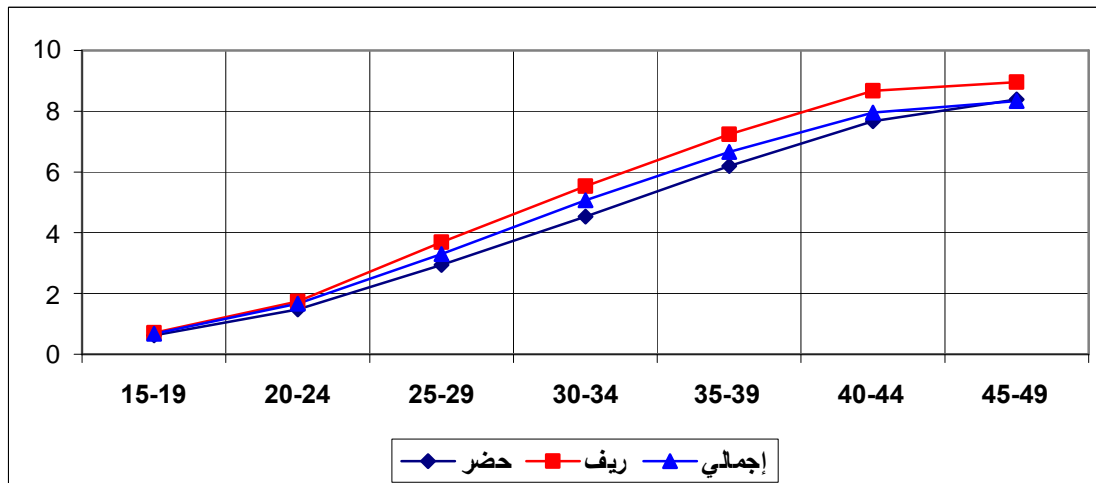
عرفت الخصوبة الجزائرية خلال سنة 1986، اتجاه نحو الانخفاض، خاصة بالمناطق الحضرية (جدول رقم 5-8). ارتبط هذا الانخفاض بتراجع سن الزواج، وتطبيق موانع الحمل، ولمستوى تعليم النسوة.

جدول رقم 5-8: متوسط الولادات الحية لدى النساء (أول ارتباط) وحسب السن ومنطقة السكن سنة 1986.

المجموع	ريف	حضر	فئات العمر
0,67	0,71	0,62	19-15
1,66	1,74	1,48	24-20
3,30	3,69	2,94	29-25
5,07	5,53	4,53	34-30
6,66	7,24	6,20	39-35
7,96	8,67	7,67	44-40
8,34	8,96	8,39	49-45

المصدر: Enquête Nationale Algérienne sur la Fécondité (ENAF, 1986)

شكل 5-7: متوسط المواليد الأحياء لدى النساء حسب منطقة السكن (1986).



تبين قراءة المنحنى الفرق بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية، هذا الاختلاف يفسر بتباين مستويات استعمال موانع الحمل.

فعلا تبين قراءة المنحنيات لسنتي 1970 و1986 والشكل 5-8، انخفاض خصوبة النساء المتزوجات وطنيا، وأن وسط الإقامة أدخل فرقا صافيا.

في الوسط الحضري، انخفضت خصوبة المتزوجات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 20 و24 سنة، بشكل منتظم منذ 1970 وحتى عشرية الثمانينيات. في الوسط الريفي لم تنخفض خصوبة النساء المتزوجات (أول إرتباط) بين 1970 و1986 انخفاضا محسوسا، خص الانخفاض البسيط المسجل أفواج الأعمار 20-24 سنة و 30-34 سنة خلال سنة 1986.

خلال فترة الملاحظة (1970-1986) نلاحظ تشابه خصوبة المنتميات إلى الفئة العمرية 35-39 سنة، وابتداءً من 40 سنة ارتفعت الخصوبة لكن ببطء سنة 1986 مقارنة بسنة 1970.

زاد الاتجاه نحو الانخفاض في الأماكن الحضرية مقارنة بالمناطق الريفية بين الفترتين. يمكن تفسير هذه الاختلافات بمستوى استعمال النساء موانع الحمل.

في الواقع، وصل معدل انتشار تطبيق موانع الحمل إلى 36 % (46 % بالمناطق الحضرية و 29 % بالمناطق الريفية) سنة 1986 مقابل 8 % (17 % بالمناطق الحضرية و 4 % بالمناطق الريفية) سنة 1970.

كما يفسر هذا الانخفاض بتراجع أعمار النسوة عند الزواج. كان متوسط الأعمار عند الزواج سنة 1970 عند المستوى 19,3 سنوات، وتراجع إلى 23,7 سنوات بين 1986 و1987، وهو ما يمثل فرقا قدره 4,4 سنوات.

وقتنذ أشارت معطيات مسح الخصوبة سنة 1986، أن أكثر من 90 % من النساء بقين عازبات حتى العمر 24 سنة تقريبا. في واقع الأمر، لوحظ تراجع الزواج المبكر اعتبارا من السبعينيات، وكان مستوى التعليم والنشاط النسائي (العمل النسائي) من العوامل التي اثرت أيضا على الخصوبة.

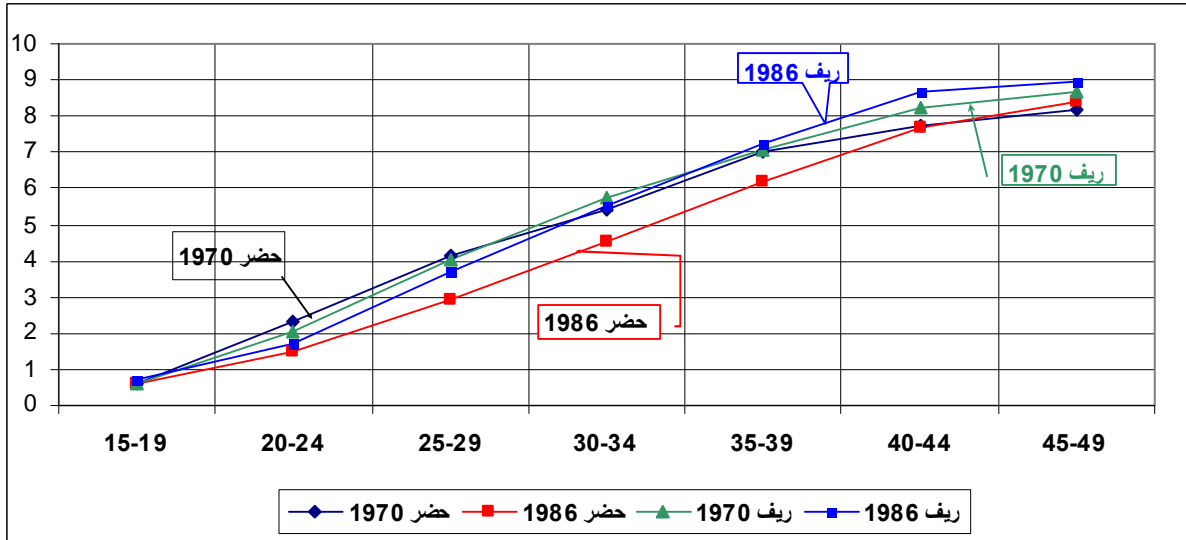
جدول رقم 5-9: متوسط المواليد الأحياء للنساء المتزوجات (أول إقتران) حسب العمر ومكان الإقامة بين 1970 و1986.

فئات الأعمار	حضر 1970	حضر 1986	ريف 1970	ريف 1986	إجمالي 1970	إجمالي 1986
19-15	0,60	0,62	0,6	0,71	0,68	0,67

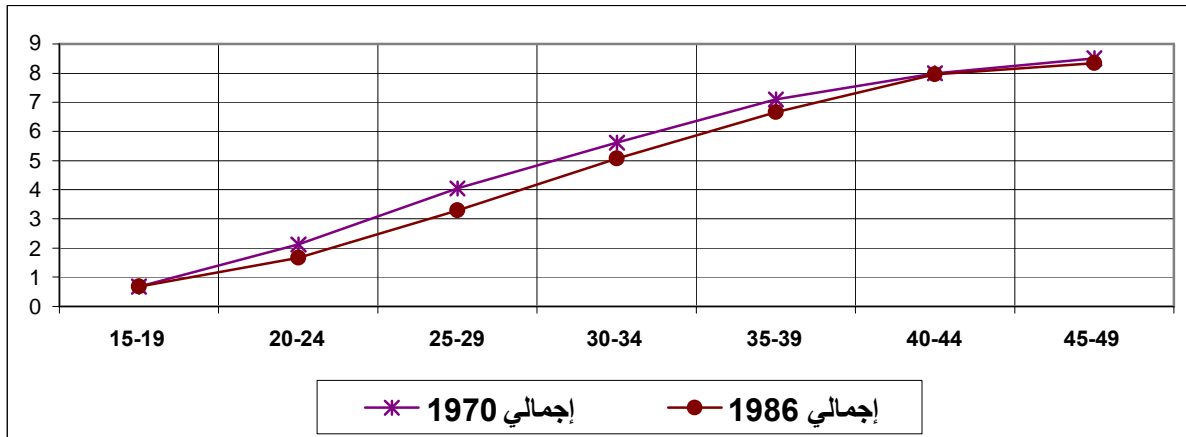
1,66	2,12	1,74	2,03	1,48	2,32	24-20
3,30	4,05	3,69	4,01	2,94	4,14	29-25
5,07	5,61	5,53	5,72	4,53	5,40	34-30
6,66	7,09	7,24	7,09	6,20	7	39-35
7,96	8,00	8,67	8,25	7,67	7,73	44-40
8,34	8,50	8,96	8,66	8,39	8,18	49-45

المصدر: النتائج من استطلاع 1970 (ONS) و من استطلاع 1986 (CENEAP)

شكل رقم 5-8-أ: تطوّر المواليد الأحياء للنساء/السّن/مناطق حضرية وريفية سنة 1970 و 1986 .



شكل رقم 5-8-ب: تطوّر المواليد الأحياء للنساء/السّن/الجزائر سنة 1970 و 1986.



2.1.2.5- خصوبة النساء غير العازبات حسب مكان الإقامة:

لم يعطنا مكان الإقامة سوى فرقا قل عن طفل بين المدن الكبرى والمناطق الريفية والمناطق الحضرية (جدول رقم 5-10).

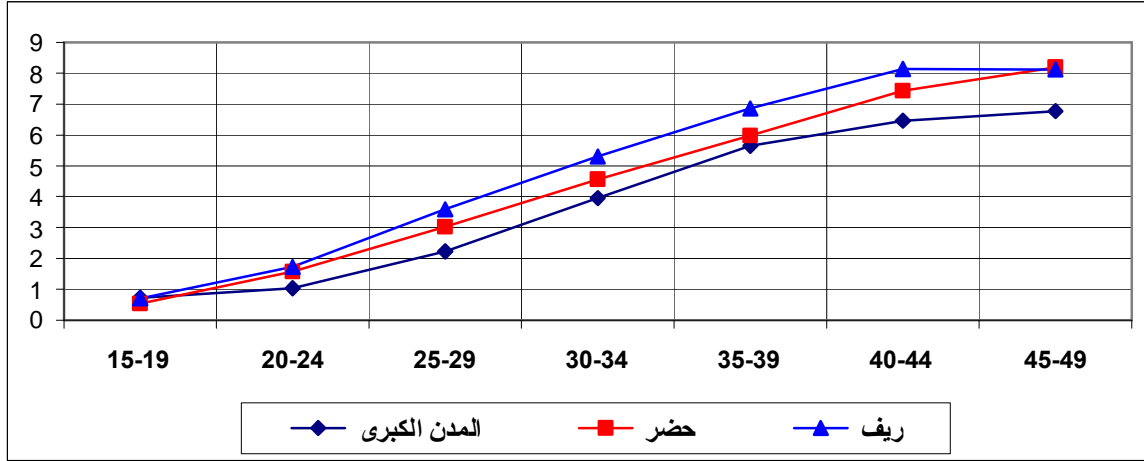
جدول رقم 5-10: متوسط الولادات الحية لدى النساء حسب مكان الإقامة سنة 1986

فئات العمر	المدن الكبرى	حضر	ريف	إجمالي
19-15	0,73	0,54	0,71	0,66

1,62	1,73	1,58	1,04	24-20
3,30	3,59	3,02	2,23	29-25
4,93	5,31	4,56	3,96	34-30
6,45	6,85	5,98	5,65	39-35
7,12	8,13	7,42	6,46	44-40
7,88	8,12	8,18	6,78	49-45
4,80	5,00	4,54	4,30	49-15

المصدر: ENAF, CENEAP, 1986

شكل 5-9: تفاضل الولادات الحية لدى النساء حسب مكان الإقامة سنة 1986



وعموما تبيّن قراءة المنحنيات، أنّ خصوبة النساء غير العازبات القاطنات بالمدن الكبرى، كانت ضعيفة مقارنة بالمناطق الريفية والمناطق الحضرية:

- بين المناطق الحضرية والمدن الكبرى، الفروق كانت ضعيفة (20-24 سنة، 25-29 سنة، 30-34 سنة و 35-39 سنة)، لكن الظاهرة اصبحت أكثر تباينا، اعتبارا من 40 سنة. وصل فارق الولادات بالنسبة العمرية 45-49 سنة (6,78 أطفال مقابل 8,18 طفلا) إلى 1,4 أطفال.

- بين الوسط الريفي والمدن الكبرى، عرفت خصوبة غير العازبات فارقا ظاهرا مهما كانت فئة الأعمار تقريبا: بالنسبة للفئة العمرية 25-39 سنة (فارق 1,36 أطفال)، و 30-40 سنة (فارق 0,75 طفل)، و 35-39 سنة (فارق 1,21 طفل)، و 40-44 سنة (فارق 1,67 طفل) و 45-49 سنة (فارق 1,34 طفل). بلغ الفارق بالنسبة لمجموع النسوة غير العازبات (15-49 سنة) مؤشرا قدره 0,7 أطفال.

2.2.5- خصوبة النساء غير العازبات حسب المستوى التعليمي سنة 1986:

من سنة 1966 إلى غاية 1986 سجلت الجزائر تقدما كبيرا بالنسبة لتمدرس النساء، حيث انتقل معدل تمدرس البنات من 32,9 % سنة 1966 إلى 73,5 % سنة 1986. حسب الأعمار،

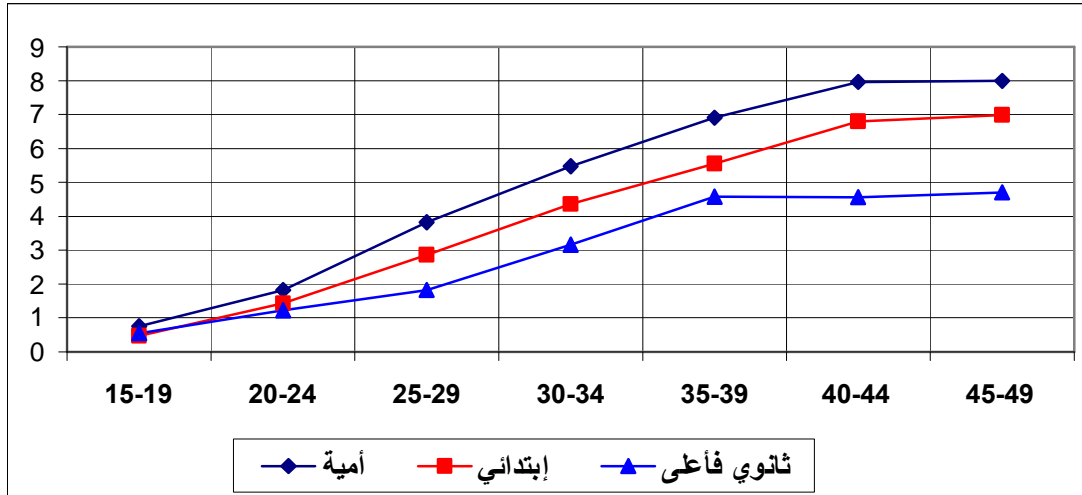
وصل معدل التمدرس سنة 1986 إلى 64,84 % بالنسبة للفئة 6-11 سنة، و 48,15 % بالنسبة للفئة 12-15 سنة و إلى 25 % بالنسبة لفئة 18 سنة.

جدول رقم 5-11: متوسط المواليد الأحياء لدى النساء حسب العمر وحسب المستوى التعليمي سنة 1986

فئات العمر	أمية	إبتدائي	ثانوي فأعلى	إجمالي
19-15	0,76	0,47	0,55	0,66
24-20	1,83	1,43	1,22	1,62
29-25	3,82	2,87	1,83	3,30
34-30	5,48	4,36	3,17	4,93
39-35	6,90	5,56	4,58	6,45
44-40	7,96	6,79	4,57	7,23
49-45	8,00	6,98	4,71	7,88
49-15	5,49	3,75	2,25	4,80

المصدر: ENAF, CENEAP, 1986

شكل 5-10: تطوّر المواليد الأحياء لدى النساء حسب المستوى التعليمي (1986)



تظهر قراءة المنحنيات أعلاه، أن النساء الأكثر تعليماً يتميزن بخصوبة ضعيفة، بحيث فارقا كبيراً مقارنة بمستوى خصوبة الأقل تعليماً وغير المتعلّقات (جدول رقم 5-12).

جدول رقم 5-12: فوارق المواليد الأحياء لدى النساء حسب المستوى التعليمي وسن المرأة سنة 1986

49-15	49-45	44-40	39-35	34-30	29-25	24-20	19-15	المستوى الدراسي
1937-1971	1937-1941	1942-1946	1947-1951	1956-1952	1957-1961	1962-1966	1967-1971	

1,74	1,02	1,17	1,44	1,12	0,95	0,40	0,29	غير متعلمة/إبتدائي
1,40	2,27	2,22	0,98	1,19	1,04	0,21	0,13	إبتدائي/ثانوي فأعلى
3,24	3,29	2,39	1,32	2,31	0,99	0,61	0,21	ثانوي فأعلى/أمية

المصدر: ENAF, CENEAP, 1986

يخلق تعليم المرأة حقيقة فارقا في مستوى الخصوبة، حيث ينتقل متوسط المواليد الأحياء من البسيط إلى الضعف، لما يميز ذوات المستويات التعليمية المرتفعة عن غير المتعلمات. وصل الفرق بين هاذين الصنفين من النساء إلى 3,24 طفلا.

بينت مقارنة متوسط المواليد الأحياء بين سنتي 1970 و 1986، أثر أحد العوامل المحددة - التعليم - على الخصوبة، فإذا أخذنا كمثال، النساء اللواتي تتراوح أعمارهن سنة 1986 بين 30 و 34 سنة، وكانت أعمارهن سنة 1970 بين 15 و 19 سنة؛ فوجدنا متوسط المواليد الأحياء لديهن قدره 0,6 أطفال حي سنة 1970، و 4,93 طفل سنة 1986.

عموما، نلاحظ أن المتوسط الأكثر ارتفاعاً خص غير متعلمات (5,48 طفل مولود حي)، في المرتبة الثانية ذوات المستوى التعليمي الإبتدائي (4,36 طفل مولود حي)، وفي الأخير الأكثر تعلمًا (3,17 طفل مولود حي).

لم يترجم مستوى الخصوبة لدى النساء الأكثر تعلمًا اختلافا كبيرا بين التاريخين (1970 و 1986)، وهذا يعني أن انتقال الخصوبة بدأ فعلاً قبل سنوات 1970 باستثناء النساء غير المتعلمات.

لهذا نلاحظ أن تطور متوسط المواليد الأحياء بين الفترتين (1970-1986) لما نتابع نفس الشريحة العمرية من المتعلمات متشابه إلى حد كبير (جدول رقم 5-13).

فإذا وجد ارتباط بين مستويات الخصوبة ودرجة تعلم المرأة، فإن هذا الارتباط يكون عميقا بالنسبة للزيجات غير المبكرة والتي تخص المتعلمين.

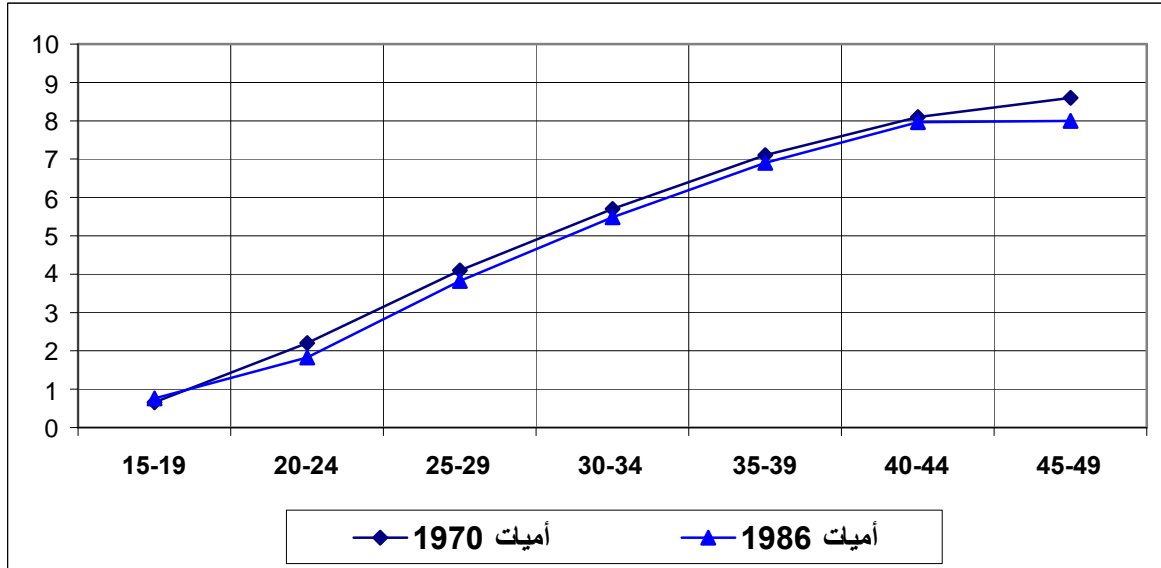
جدول رقم 5-13: متوسط المواليد الأحياء حسب السن ومستوى تعليم النسوة خلال الفترتين 1970-1986.

إجمالي			ثانوي وجامعي			م. إبتدائي			غير متعلمات			فئات عمرية
1992	1986	1970	1992	1986	1970	1992	1986	1970	1992	1986	1970	
0,7	0,66	0,58	0,3	0,55	0,6	0,2	0,47	0,5	0,9	0,76	0,66	19-15
1,4	1,62	2,02	0,7	1,22	1,5	1,2	1,43	2,0	1,6	1,83	2,2	24-20
2,6	3,30	3,82	1,4	1,83	2,7	2,2	2,87	4,1	3,1	3,82	4,1	29-25
4,3	4,93	5,21	2,4	3,17	3,5	3,4	4,36	4,7	5,0	5,48	5,7	34-30
5,7	6,45	6,27	3,6	4,58	-	4,1	5,56	6,1	6,5	6,90	7,1	39-35

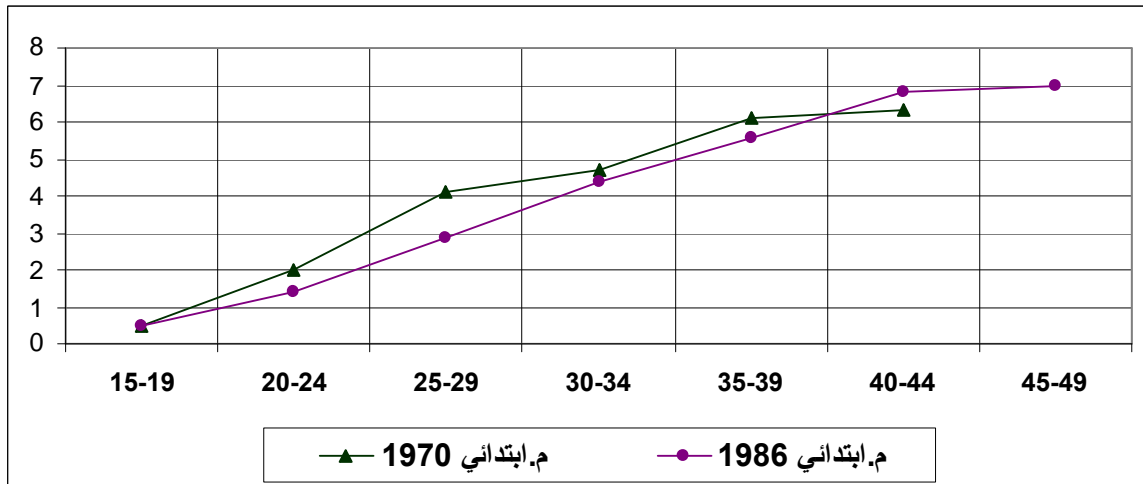
7,0	7,23	7,24	3,5	4,57	-	5,3	6,79	6,3	7,6	7,96	8,1	44-40
7,8	7,88	7,50	4,4	4,71	-	6,2	6,98	-	8,0	8,00	8,6	49-45
4,7	4,8	8,4	1,9	2,25	3,7	3,1	3,75	5,7	5,7	5,49	8,5	49-15

المصدر: ENSP-1970 , ENAF-1986 et EASME-1992

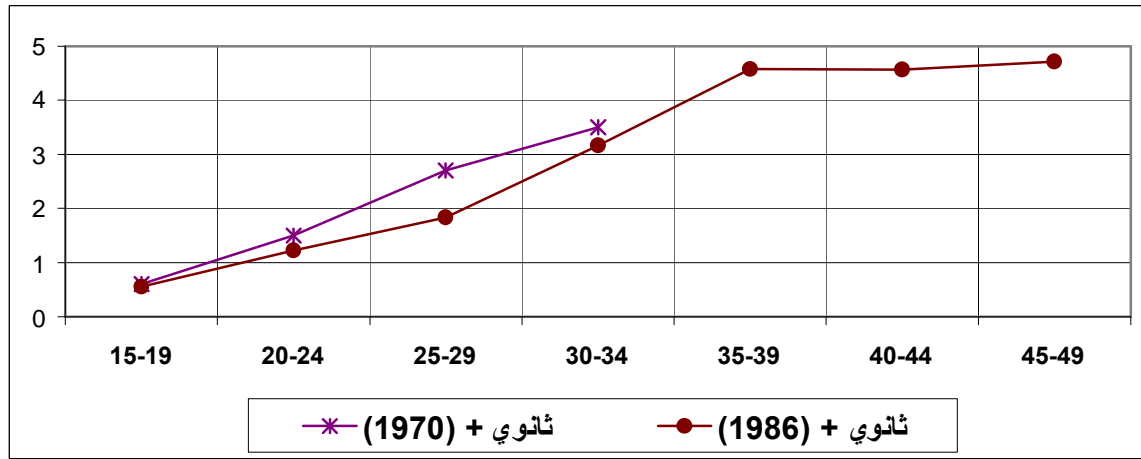
شكل 5-11-أ: تطوّر متوسط المواليد الأحياء لدى غير المتعلّقات سنتي 1970 و 1986



شكل 5-11-ب: تطوّر متوسط مواليد النساء ذوات المستوى الإبتدائي سنتي 1970 و 1986



شكل 5-11-ج: تطوّر متوسط مواليد الأحياء لدى النساء الأكثر تعليماً سنتي 1970 و 1986



3.5- العلاقة بين الخصوبة والنشاط النسائي سنة 1986:

يعتبر النشاط النسائي معيارا كثير الاستعمال لوصف حالة أو وضعية المرأة، لأن لعمل المرأة مكانة وتأثير مباشر على الخصوبة. انتقل عدد النساء العاملات (المشتغلات) من سنة 1966 إلى 1986، من 94511 إلى 365095 امرأة (خلال 20 سنة)، بتطور قدره 286 % (أي ما يمثل 10 % من مجموع السكان النشيطين). رغم هذا بقي النشاط النسائي ضعيفا وبقيت هذه النسبة على حالها إلى غاية 1990. [64].

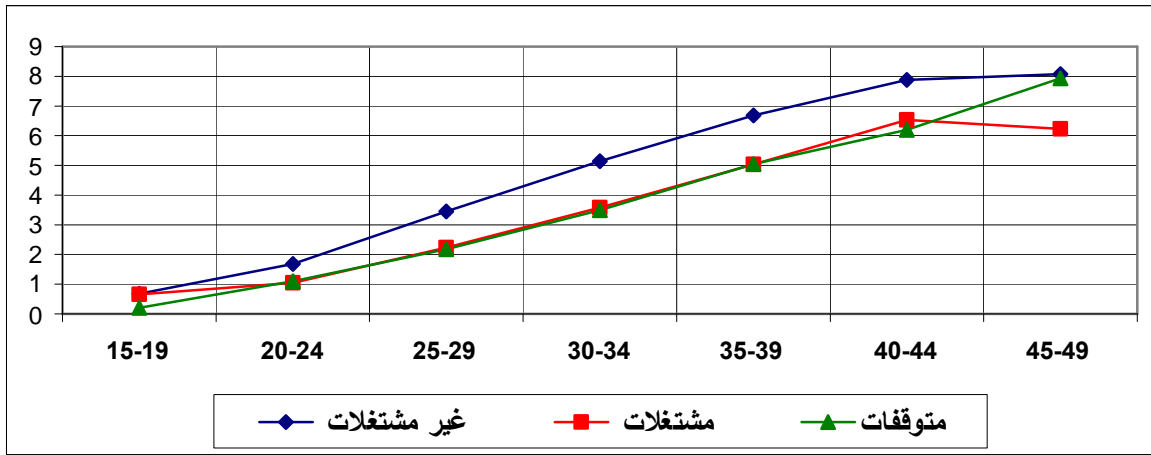
تمثل النساء المتزوجات المشتغلات 30 % من مجموع النساء العاملات، في حين مثلت العازبات 54 % ، هذا يعني ارتباط مشاركة المرأة في الحياة الاقتصادية بوضعيتها المدنية (متزوجة أو عازبة).

جدول رقم 5-14: متوسط المواليد الأحياء لدى النساء حسب حالتهم الفردية سنة 1986.

الوضعية الشخصية	عمر المرأة سنة 1986							
	إجمالي	49-45	44-40	39-35	34-30	29-25	24-20	19-15
غير مشتغلات	4,92	8,07	7,88	6,68	5,14	3,45	1,68	0,68
مشتغلات	3,93	6,23	6,53	5,03	3,58	2,23	1,05	0,66
متوقفات عن العمل	3,83	7,93	6,20	5,04	3,49	2,18	1,10	0,20
إجمالي	4,80	7,88	7,72	6,45	4,93	3,30	1,62	0,66

المصدر: ENAF, Rapport final, CENEAP, 1989

شكل 5-12: تطور المواليد الأحياء لدى النساء حسب نشاط (شغل) المرأة (1986)



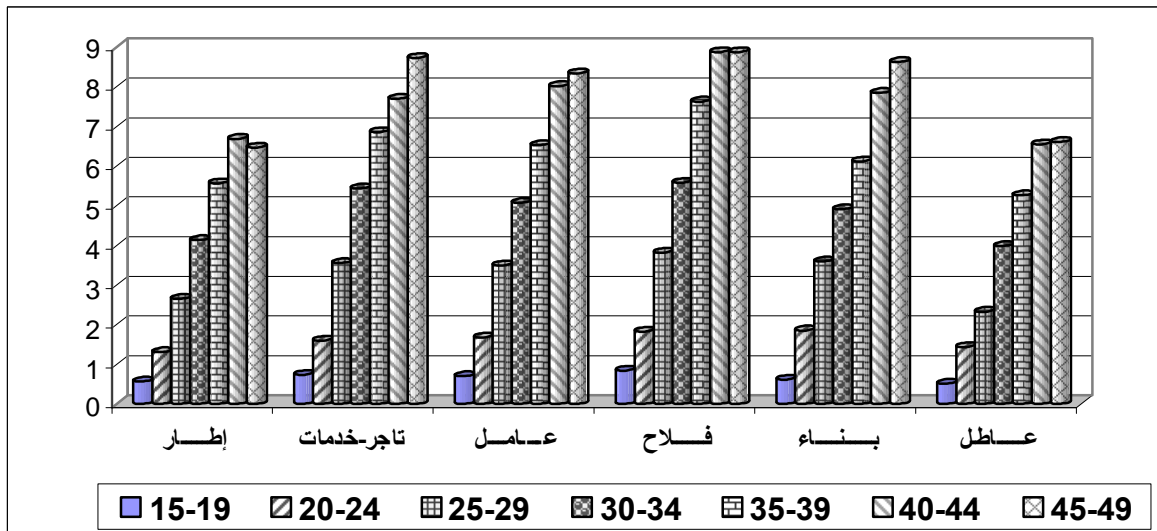
1.3.5- العلاقة بين الخصوبة ونشاط الزوج :

جدول رقم 5-15: المواليد الأحياء لدى النساء حسب نشاط الزوج.

عمر المرأة في سنة 1986								نشاط الزوج
إجمالي	49-45	44-40	39-35	34-30	29-25	24-20	19-15	
3,43	6,46	6,68	5,56	4,13	2,65	1,30	0,56	إطار
5,26	8,72	7,69	6,85	5,43	3,55	1,59	0,73	تاجر-خدمات
4,83	8,33	8,01	6,52	5,07	3,49	1,67	0,70	عامل
5,67	8,87	8,87	7,62	5,57	3,81	1,82	0,84	فلاح
4,72	8,62	7,84	6,11	4,91	3,59	1,85	0,61	بناء
4,49	6,60	6,54	5,26	3,98	2,32	1,43	0,51	عاطل
4,80	7,88	7,72	6,44	4,93	3,30	1,62	0,66	المجموع

المصدر: ENAF, Rapport final, GENEAP, 1989

شكل رقم 5-13: متوسط المواليد الأحياء لدى النساء غير العازبات حسب سنهن ونشاط أزواجهن سنة 1986



تبيّن معطيات الجدول رقم 5-15 وشكل المدرج 5-13، وجود توجّهين حددا اللواتي أزواجهن إطارات (3,43 طفلا مولودا حيا) وفئة زوجات الفلاحين (5,67 طفلا مولودا حيا). هذه الوضعية تشبه تلك التي لاحظناها خلال سنوات السبعينيات، فالوسط الاجتماعي لهاته النسوة يلعب دورا مهمّا على مستوى الخصوبة. حسب الوسط الاجتماعي الثقافي، ترتبط الخصوبة ايجابيا بالقيم، العادات والتقاليد، (أثر العوامل الديّنية في رغبة إنجاب الأطفال) كما قد ينظر إلى الأطفال كمصدر مهمّ للثراء، فهذا السلوك قد يتبنى حتى من طرف الأسر المنتمية لسلم اجتماعي وثقافي مرموق.

علق نقادي (Negadi) سنة 1970، بما يلي: " كلّ المجتمعات التقليدية تتميز في معظمها بالرغبة - كمعتقد - في خلفّة كثيرة العدد، فالذرية الكثيرة العدد، والمفضلة أن تكون ذكور، تشكل بالتأكيد دليل قوة السلطة الرجالية في المجتمعات العربية والإسلامية... " [29] ص46.

قد تتعرض - عكس هذا - العاملات وزوجات الإطارات لضغوط تجبرهن على تطبيق تنظيم الولادات، وتتبنى سلوكا لا نجده عند النساء أزواج التجار والزراعيين على سبيل المثال.

خلاصة

كشفت نتائج المسحّين ENSP (1970) و ENAF (1986) اختلافات أو تفضلات كبيرة. حيث اتبعت خصوبة النساء الجزائريات سنة 1970 وتيرة طبيعية. فالكواج الوحيدة للخصوبة كانت ممثلة في القيود الفيزيولوجية.

ارتفعت الخصوبة بعد الاستقلال حتّى وصلت إلى حدها الأقصى (8,5 أطفال). بعد هذا التاريخ، انخفضت خصوبة النساء؛ خاصة في المناطق الحضرية. من هنا، نستنتج أنّ تحسين الظروف الاجتماعية الاقتصادية خلال تلك الفترة اللاحقة للاستقلال، خاصة في الجانب الصحيّ شجع ارتفاع القدرة على الإنجاب، لكن إستمرار تراجع سنّ الزّواج، وإتساع وانتشار التمدرس النسائي، والنشاط الاقتصادي للمرأة ساعد على تراجعها فيما بعد.

خلال عشرية السبعينيات، أعطت قراءة معدلات الخصوبة العامّة الكثير من الملاحظات منها:

- ♦ عرفت الجزائر خصوبة شبه طبيعية مرتفعة جدا.
- ♦ عرفت الظاهرة انخفاضا بعد سنوات السبعينيات، خاصة بالنسبة للشرائح العمرية 15-19 سنة و45-49 سنة. فسر هذا الانخفاض للخصوبة بتراجع سنّ الزّواج وارتفاع مستوى تعليم للنسوة؛ خاصة في المناطق الحضرية، مما أدخل تغييرات في سلوكات النساء.

وفي الأخير أشار مسح ENAF (سنة 1986) إلى أن - ومنذ 1970 - عرف المؤشر التركيبي للخصوبة انخفاضا قدر بحوالي 36 % ، حيث بلغ 2,8 % كمتوسط سنوي، مع تميز جلي سنّي 1977 و 1986. وجد هذا التغيير في إتجاه الخصوبة تفسيراً في عدم إشباع الحاجات الاجتماعية، ممّا زاد مستوى الوعي بعوامل الضغط الديموغرافي.

وفعلاً، تمحورت سنة 1983 السياسة السكانية حول تباعد الولادات وتبنت تنفيذ البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديموغرافي، وهو ما سجل تحولاً فعلياً في الموقع السياسي، بالنظر إلى سياسة السبعينيات؛ التي تعكس توجهها قاله الرئيس هواري بومدين "أحسن حل هو التنمية".

أكد المسح الجزائري لصحة الأم والطفل (EASME) المنجز من طرف الديوان الوطني للإحصاء (O.N.S) سنة 1992، نجاعة هذا الاتجاه، بمعنى تراجع مؤشرات الخصوبة خلال سنة الملاحظة هذه، إلا أن الانخفاض بدأ قبل الثمانينيات.

الفصل 6 محددات الخصوبة في الجزائر

1-6- الزواجية في الجزائر من سنة 1970 إلى سنة 2002:

تعتبر الزواجية من أهم العوامل المفسرة لإنخفاض الخصوبة في الجزائر، إذ تساهم في تضيق مدة تعرض المرأة للحمل. فهي بذلك متغير جد مهم لتحليل مستوى الخصوبة، التي يمكن عن طريق دراستها جمع معلومات عن النظام الزواجي والنظام الاجتماعي [51] ص52.

إن دراسة الزواجية، تسمح لنا بإيضاح وتبيان دور الشدة والسن الذي فيه يتم الزواج والعوامل الاجتماعية الثقافية المؤثرة عليهما.

للزواج نظام خاص في المجتمع العربي الإسلامي، إذ هو شرط الإنجاب، وبه يرتبط مستوى الخصوبة. ويمتد ارتباط الظاهرتين ليؤثر على السيرورة الديموغرافية، إضافة إلى ذلك، يشكل الزواج مرحلة مهمة في حياة المرأة.

أظهر مسح سنة 1970 (ENSP)، أن مرجعية السكان في الجزائر، كانت مستمدة من القيم التقليدية المتميزة بالتحفيز الأنجابي، بعد ذلك بعض التغيير في عادات وسلوكيات بعض الفئات السكانية، مع اعتماد تطبيق وسائل منع الحمل. ارتبطت كل هذه الآراء والأفكار بالوسط الاجتماعي والثقافي الذي يعيش فيه الزوجان.

هدف البرنامج الجزائري لتباعد الولادات المعتمد منذ سنة 1970- في إطار حماية ووقاية صحة الأم والطفل (P.M.I)- إلى تحفيز تباعد للولادات. وهكذا انطلقا من سنة 1983، وُضع البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديموغرافي قيد التنفيذ وهدف إلى إنشاء 2000 مركزا لتباعد الولادات. علما أن تراجع الخصوبة قليلا، ولو حدث قبل اعتماد هذا البرنامج (بين سنتي 1970 و1980)، هذا يعني أن سياسة تباعد الولادات في الجزائر كانت رغبة إرادية شبه عامة.

بعد هذه الفترة، تبين أن تبني استعمال موانع الحمل كان مهما في المناطق الحضرية. ومن بين الأسباب المعلنة المؤدية للاختلاف حسب منطقة السكن، سوء توزيع مراكز الأمومة والطفولة

والتنظيم العائلي. بقي هذا الوضع قائماً إلى اليوم، مما قد يفسر انخفاض نسبة الاستعمال في المناطق الريفية.

6-1-1- أثر الزواجية على الخصوبة سنة 1970:

بالنسبة للمجموعة البالغة سنة 1970 الأعمار 45-49 سنة، انتقل عدد الأطفال المولودين أحياء من 9,2 أطفال/للمرأة إلى 5,6 أطفال/للمرأة عندما ارتفع سن الزواج الأول من أقل من 17 سنة إلى 25 سنة. في هذا المجال نشير إلى أن تراجع عدد ولادات المتزوجات عند العمر 20 سنة، لا يفسر فقط بقصر مدة التعرض للحمل، وإنما يفسر كذلك بتطبيق وسائل منع الحمل خاصة بالمدن.

جدول رقم 6-1: عدد الأطفال المولودين أحياء لدى النساء حسب الأعمار عند الزواج والأعمار خلال سنة 1970.

المجموع	العمر عند الزواج				العمر في 1970
	25 ≤	24-20	19-17	17 ≥ سنة	
0,6	-	-	0,3	0,7	19-15
2,1	-	1,1	1,7	2,7	24-20
4,1	0,7	2,8	3,9	4,7	29-25
5,6	2,2	4,3	5,6	6,6	34-30
7,1	3,7	5,5	7,5	7,6	39-35
8,0	4,2	7,4	7,9	8,9	44-40
8,5	5,6	7,6	8,7	9,2	49-45

المصدر: Enquête ENSP, 1970

ولتداخل ظاهرتي الزواجية واستعمال موانع الحمل نلاحظ أن اختلاف شدة الخصوبة لا يتجاوز عتبة الطفل الواحد بين النساء المتزوجات قبل السن 17 سنة وبين 17-19 سنة، إلا أن الفارق كان كبيراً لدى الفئات العمرية بين المتزوجات عند 20 سنة وأكثر. بهذا نقول أن الاستنتاج الأول المستخلص يتمثل في تراجع سن الزواج بعد 20 سنة، وهذا يعني تقليص مدد التعرض لمخاطر الحمل.

6-1-2- تطور الزواجية من سنة 1970 إلى سنة 2002:

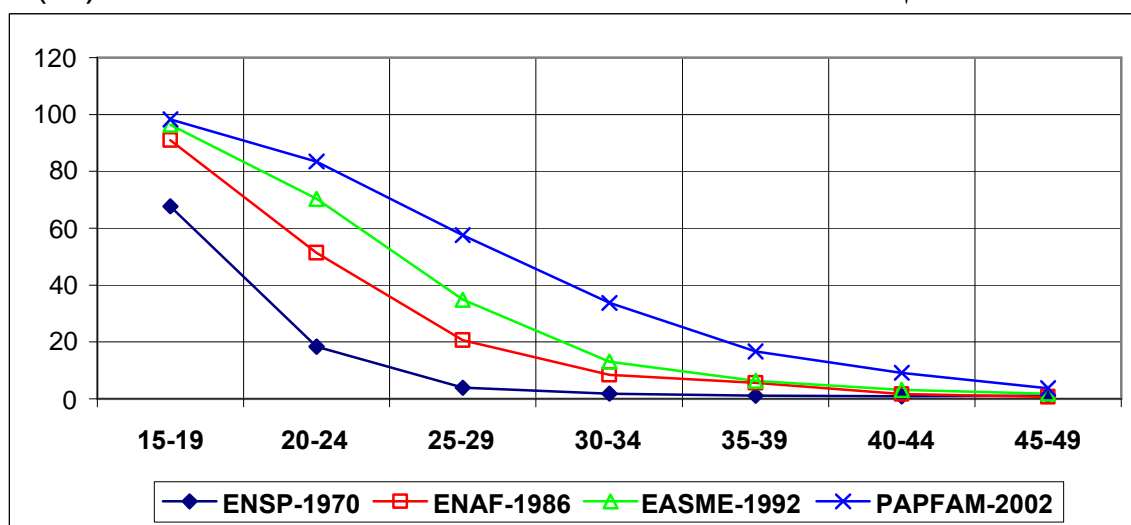
أظهرت مقارنة معطيات مختلف المسوح (ENSP سنة 1970، ENAF سنة 1986، EASME سنة 1992 و PAFAM سنة 2002) تغيراً مهماً في كثافة ورتزامة الزواجية حيث ارتفعت نسب العازبات ضمن مجموع نسوة الأعمار من 15 إلى 19 سنة بقوة بين سنة 1970 وسنة 2002.

جدول رقم 2-6: نسب العازبات حسب الأعمار بين سنة 1970 و 2002 (%)

فئات العمر	ENSP-1970	ENAF-1986	EASME-1992	PAPFAM-2002
19-15	67,6	91	96,4	98,1
24-20	18,3	51,4	70,4	83,4
29-25	4,00	20,6	34,8	57,5
34-30	1,9	8,5	13,2	33,7
39-35	1,2	5,6	6,4	16,6
44-40	1,0	1,6	3,1	9,1
49-45	1,2	0,8	1,9	3,8

المصدر: ENSP 1970, ENAF 1986, EASME 1992 et PAPFAM 2002

شكل رقم 1-6 : نسب العازبات حسب الأعمار بين 1970 و 2002 (%)



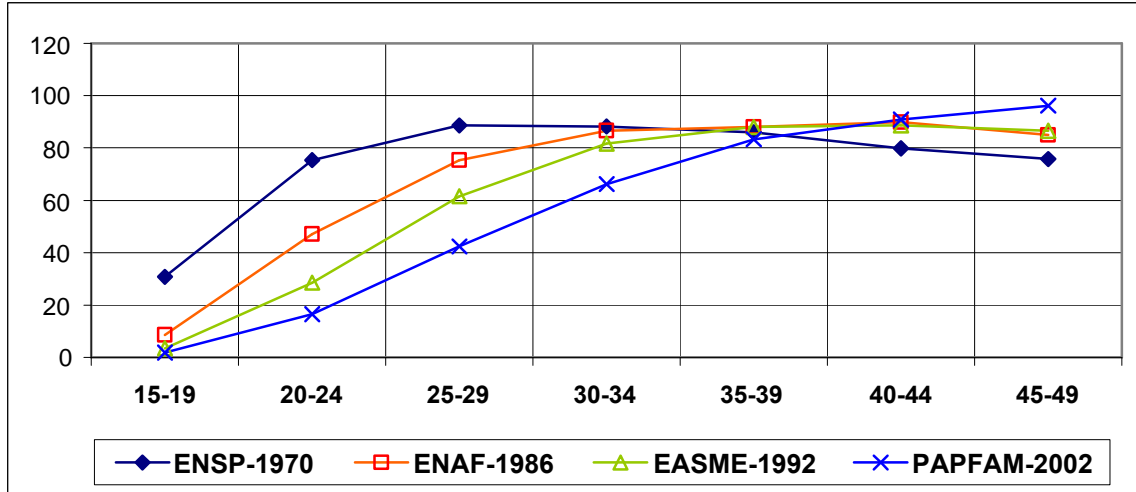
عرف نموذج الزواجية تغيرا مهما في الجزائر منذ سنة 1970 لدى الجنسين، تمثل التغير الكبير في تراجع نسب المتزوجات خلال الزمن، خاصة إذا تعلق الأمر بالفئات الأقل من 25 سنة (جدول رقم 3-6).

جدول رقم 3-6: معدل النساء المتزوجات بين 1970 و 2002 (%)

فئات العمر	ENSP-1970	ENAF-1986	EASME-1992	PAPFAM-2002
19-15	30,7	8,5	3,5	1,8
24-20	75,3	47	28,5	16,6
29-25	88,7	75,3	61,5	42,4
34-30	88,3	86,5	81,7	66,2
39-35	85,9	88,1	88,0	83,4
44-40	79,9	89,9	88,7	90,8
49-45	75,8	85,0	86,5	96,2

المصدر: ENSP 1970, ENAF 1986, EASME 1992 et PAPFAM 2002, ONS

شكل رقم 2-6 : معدل النساء المتزوجات بين 1970 و 2002 (%)



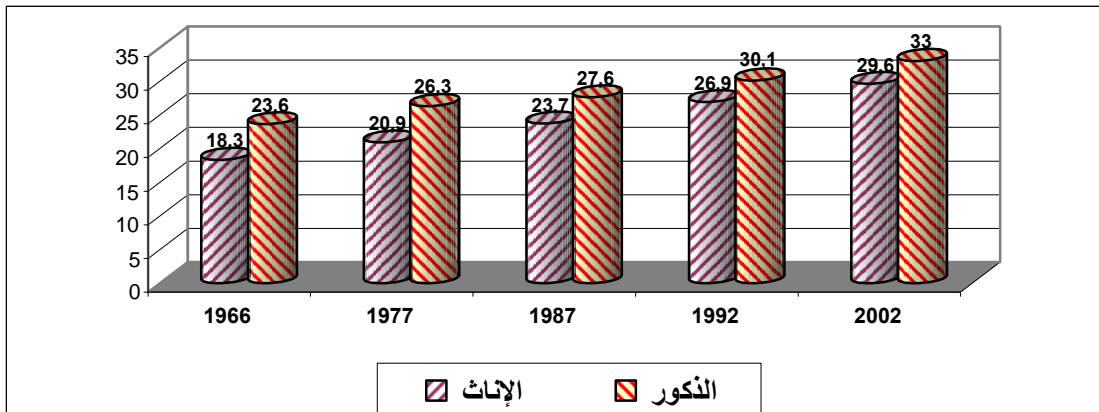
جاء هذا التغيير بفعل عوامل كثيرة، منها تحسن ظروف المعيشة والتعليم، خاصة بالنسبة للنساء. أكدت معطيات مسحي سنة 1992 و 2002 هذا التوجه بشكل واضح. ظهر تأثير هذه العوامل في تراجع سن الزواج منذ أول إحصاء سنة 1966 (جدول رقم 4-6)، إذ ارتفع متوسط الأعمار عند الزواج بين الإناث من 18 إلى 29 سنة وبين الذكور من 24 إلى 33 سنة. كما كان للآزمة الاقتصادية ومشكلة البطالة دور كبير في هذا التغيير الكبير.

جدول رقم 4-6: تطور متوسط الأعمار عند الزواج الأول منذ سنة 1966

الفرق	الذكور	الإناث	السنوات
5,5	23,6	18,3	1966
4,4	26,3	20,9	1977
3,9	27,6	23,7	1987
4,2	30,1	26,9	1992
3,5	33,0	29,6	2002

المصدر: BEDROUNI Mohamed; Revue Algérienne d'études Sociologiques; Université de Jijel; 2007

شكل رقم 6-3: تطور نسب العزوبة (حتى تاريخ أول زواج) حسب الجنس



1.2.1.6- تطور الزوجية من سنة 1970 إلى 2002 حسب مكان الإقامة:

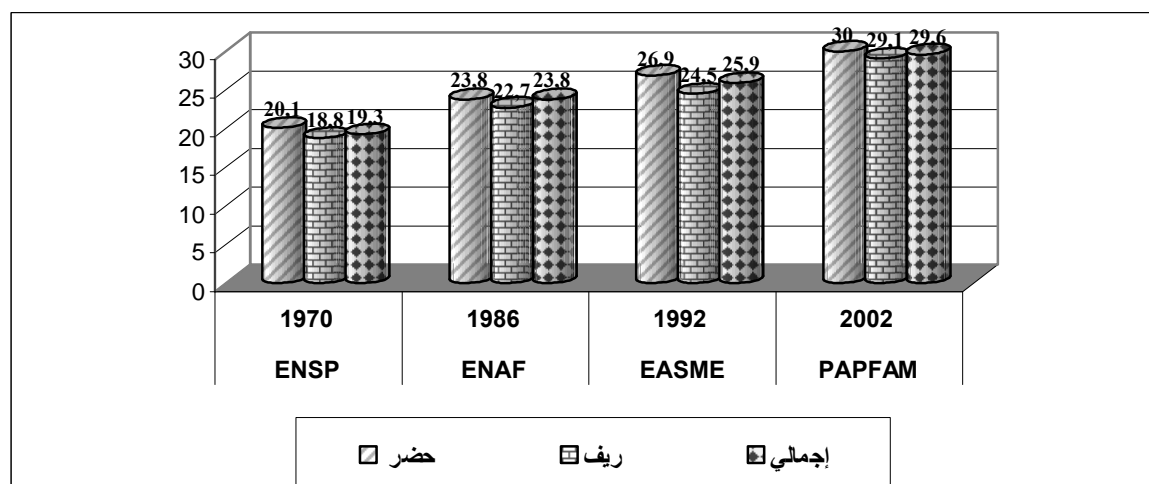
تختلف الأعمار عند الزواج حسب درجة التحضر ومنطقة الإقامة مهما كان تاريخ الملاحظة،
(الجدول رقم 5-6).

جدول رقم 5-6: تطور متوسط أعمار الإناث عند الزواج الأول حسب وسط الإقامة
بين 1970 و 2002

السنوات	وسط الإقامة			
	PAPFAM 2002	EASME 1992	ENAF 1986	ENSP 1970
مدن كبرى	-	-	27,2	21,0
حضر	30,0	26,9	23,8	20,1
ريف	29,1	24,5	22,7	18,8
إجمالي	29,6	25,9	23,8	19,3

المصدر: التقارير الرئيسية لمختلف المسوح المذكورة.

شكل رقم 4-6: متوسط أعمار الإناث عند الزواج الأول حسب وسط الإقامة
بين 1970 و 2002



لعامل "وسط الإقامة" دور مميز ومهم في تحديد سلوكيات الأشخاص، فالمناطق الحضرية توفر إمكانيات أكبر لدخول لعالم الشغل والتعليم إذا ما قورنت بالمناطق الريفية. وهكذا فإن ظروف الحياة في الوسط الحضري تغير من سلوكيات السكان (مهما كان الجنس) إتجاه الزواج والخصوبة. ونقول كذلك أن عوامل عديدة جاءت لتضاعف من وتيرة التحول الديموغرافي.

تاريخيا ورغم الاختلاف حسب وسط الإقامة أظهرت معطيات سنة 1970 زواج امرأة من كل إثنين على المستوى الوطني قبل بلوغ 18 سنة. ارتفعت النسبة إلى ثلاثة أرباع (4/3) بين المتزوجات قبل السن 21 سنة وإلى أكثر من تسعة أعشار (10/9) عندما يتعلق الأمر بالأعمار 25-

30 سنة، واحتمالا نقول أن الزواج المبكر زاد من شدة الزوجية، حيث لا تمثل نسبة النساء العازبات سوى 1 % بالنسبة لبالغات الاعمار 40 سنة.

كخلاصة عامة نقول أن متوسط الأعمار عند الزواج الأول ارتفع في المناطق الحضرية مقارنة بالمناطق الريفية، بغض النظر عن أعمار النسوة. جاء هذا التغير تحت تأثير ظروف الحياة التي ترجمت عادات جديدة غيرت نمط الحياة. على نقيض هذا عملت الظروف الاقتصادية والاجتماعية السيئة في المناطق الريفية على بقاء الزواج المبكر وبالتالي على ارتفاع شدة الخصوبة.

أكدت معطيات سنة 1992 تأثير أماكن الإقامة على الزوجية، بحيث كان متوسط الأعمار عند الزواج الأول مرتفعا في المناطق الحضرية 26,9 سنة مقارنة بالمناطق الريفية 24,5 سنة. وبمقارنة معطيات ونتائج مختلف المسوح، حسب أماكن الإقامة، سوف نلاحظ تراجع الزواج المبكر في المناطق الحضرية. كان متوسط الأعمار عند الزواج الأول سنة 1986 حوالي 23,8 سنة وانتقل سنة 1992 إلى 26,9 بفارق قدره 3,1 سنوات. كما أن الفارق وصل إلى 1,8 سنوات في المناطق الريفية (أي 24,5 سنة خلال سنة 1992 مقابل 22,7 سنة خلال سنة 1986).

بين سنتي 1992 و2002 ارتفع الفارق إلى حوالي 3,1 سنة في الحضر وإلى 4,6 سنوات في الريف، ما يعكس الظروف الصعبة التي عايشتها البلاد خلال العشرية التي تسببت في تكريس تأخير متوسط الأعمار عند أول زواج. فهناك عوامل أخرى تفسر هذا التراجع، منها أزمة السكن والبطالة.

ترجمت مختلف العوامل بمؤشر خصوبي تركيبي ضعيف (4,7 أطفال سنة 1992 مقابل 3,9 أطفال سنة 2002).

2.2.1.6- الزواجية والتعليم:

كما ذكرنا سابقا، لارتفاع مستوى التعليم أثر مهم على الزوجية، وبالتالي على الخصوبة. سنة 1970 ، بينت ذلك معطيات مسح (ENSP)، بحيث لوحظت فروقات مهمة بين مختلف فئات النساء المبحوثات. بلغ متوسط الأعمار عند الزواج الأول بالنسبة لغير المتعلمات 18,5 سنة مقابل 23,8 سنة بالنسبة للأكثر تعليما (جدول رقم 6-6).

جدول رقم 6-6: تطور متوسط الأعمار عند الزواج الأول حسب المستوى التعليمي وعمر المرأة من سنة 1970 إلى 2002.

المستوى التعليمي	أمية	إبتدائي	متوسط	ثانوي فأكثر	إجمالي
------------------	------	---------	-------	-------------	--------

-	23,8	-	20,9	18,5	ENSP - 1970
19,2	21,6	20,0	-	18,6	ENAF - 1986
25,9	30,3	26,9	25,6	23,6	EASME - 1992
29,6	33,2	30,7	29,3	28,3	PAPFAM - 2002
المصدر: ENSP 1970, ENAF 1986, EASME 1992 et PAPFAM 2002, ONS					

خلال سنة 1986 ومهما كانت فئة الاعمار، ارتفع متوسط الأعمار عند أول زواج كلما تدرجنا في مستويات التعليم.

سجلت معطيات سنة 1992 نفس نموذج سنة 1986 وكشفت عن فارق قدره حوالي 7 سنوات بين غير المتعلمات والأكثر تعليما (ثانوي وجامعي)، بين سنتي 1986 و 1992 وصل تقلص الأعمار عند الزواج إلى متوسط قدره 29,6 عام 2002.

2-6- التخطيط العائلي والخصوبة:

يحتل التخطيط العائلي مكانة كبيرة في السياسة العائلية في الجزائر. أصبح جاري التطبيق منذ انطلاق البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديموغرافي (PNMCP)، خاصة بالمناطق الحضرية. عرف الجزائريون بكثرة التعلق بالقيم التقليدية، لكن انطلاقا من الثمانينيات تغيرت سلوكياتهم بتبني عادات محفزة لتباعد الولادات، إذ قلما ما نجد تطبيق وسائل منع الحمل خلال السبعينيات. خلال تلك الفترة تمحور برنامج تباعد الولادات بالخصوص على حماية صحة الأم والطفل.

كشف المسح الجزائري للإحصاء والسكان سنة 1970 (ENSP) عن استعمال امرأة من بين خمسة عشر لوسيلة ما من وسائل منع الحمل، وكانت في الغالب طريقة تقليدية، كان يقارب 45% من مجموع النساء على دراية بموضوع التخطيط العائلي.

انطلاقاً من سنوات الثمانينيات، ظهرت المسألة الديموغرافية لأول مرة في مخططات التنمية. خلال هذه الفترة إُعتمد البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديموغرافي (PNMCP)، وبدأ بالضبط في فيفري 1983.

صاحبت البرنامج المذكور تغيرات في العادات وخاصة لدى المؤسسات على مستوى مراكز القرار. بالرغم بعض النقائص عرف التخطيط العائلي انتشاراً واسعاً، خلال الفترة 1970-1992.

بينت مختلف التحقيقات زيادة كبيرة في معدل استعمال موانع الحمل. اظهر التحقيق الذي قام به المركز الوطني للدراسات والتحليل الخاص بالسكان (CENEAP) سنة 1984، حول سلوك وعادات الأزواج في تطبيق وسائل منع الحمل - خلال فترة 1970 - وجود فقط 8% من المطبقات فقط ضمن النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 45 سنة.

وكشف مسح سنة 1986 (ENAF) أن أكثر من ثلث النساء المتزوجات يستعملن وسائل منع الحمل (قبل وأثناء التحقيق). وصل - حسب مسح سنة 1992 (EASME) - معدل انتشار وسائل منع الحمل - كل الطرق - إلى 51% بين النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 سنة.

يعتبر التخطيط العائلي حالياً حقيقة، لما عرف من انتشاراً واسعاً في أوساط السكان.

1-2-6- درجة المعرفة لموضوع التخطيط العائلي:

بينت نتائج مسح سنة 1970 أن النساء اللواتي يعشن في وسط اجتماعي مميز (غالباً المدن) أكثر معرفة بموضوع التخطيط العائلي. كما اظهر أن معرفة طريقة أو عدة طرق من موانع الحمل جد مرتفعة بين الرجال مقارنة مع مستوى المعرفة لدى النساء (خاصة الطرق العصرية)، إذ صرح حوالي 45% من مجموع الرجال بمعرفتهم للطرق العصرية مقابل 24% فقط بين مجموع النساء، هذا يعني أن رجل من بين اثنين يجهلون وجود موانع الحمل مقابل ثلاث نساء من بين كل أربعة (جدول رقم 6-7).

جدول رقم 6-7: نسبة النساء اللواتي على دراية بطرق منع الحمل.

مسح	نوع الوسيلة المعروفة	معرفة ثنائية	معرفة بعد الوصف	المجموع
1986 ENAF	أي وسيلة	98,0		
	وسائل حديثة	97,7		
	وسائل تقليدية	45,8		

		4804	العدد الإجمالي	1992 EASME
99,2	4,0	95,2	أي وسيلة	
98,5	4,6	93,9	وسائل حديثة	
84,6	35,0	49,6	وسائل تقليدية	
5024	5024	5024	العدد الإجمالي	

المصدر: التقارير الرئيسية للمسح (ENAF et PAPCHILD)

مثل التعليم عاملا محددًا للمعرفة لموانع الحمل، فكلما ارتفع مستوى تعليم المرأة كلما ارتفعت نسبة اللواتي كن على معرفة بطرق منع الحمل.

وصلت نسبة المعرفة بين مجموع النساء غير المتعلمات إلى 21% فقط (طريقة حديثة)، ووصل المعدل إلى 74% بين المتعلمات (جدول رقم 6-8).

جدول رقم 6-8: تطور معدل النساء اللواتي يعرفن طرق منع الحمل

حسب مستوى التعليم في مختلف المسوح (%)

وسيلة حديثة	وسيلة تقليدية	ولا وسيلة		
21	2,5	76,5	غير متعلمات	1970
74	2,5	24,5	متعلمات	
24	2,5	73,6	مجموع	
98	46,5	1,7	مجموع	1986
99	85	-	مجموع	1992
100,0	43,9	0,0	غير متعلمات	2002*
100,0	100,0	0,0	إبتدائي	
100,0	100,0	0,0	متوسط	
100,0	100,0	0,0	ثانوي وجامعي	
100,0	76,8	0,0	مجموع	

المصدر: التقارير الرئيسية للمسوح (ENSP, ENAF et PAPCHILD)
* معدلات محسوبة من معطيات مسح سنة 2002 (PAPFAM)

خلال سنة 1986، كان مستوى المعرفة لموضوع موانع الحمل مرتفع جدًا، حيث وصل إلى 98% بين النساء المبحوثات. تمثلت الظاهرة في معرفة طريقة على الأقل من الطرق الفعالة (حبوب، DIU، ...)، حيث وصل معدل المعرفة إلى 46,5% بالنسبة للطريقة التقليدية. خلال هذا التاريخ اقتصر اللواتي لا يعرفن ولا طريقة على النسبة 1,7%.

خلال سنة 1992، كان مستوى المعرفة بطرق منع الحمل أيضًا جد مرتفع، حسب المعطيات (EASME) وصل إلى 99% بين ذوات الأعمار من 15-49 سنة يعرفن طريقة عصرية واحدة على الأقل، و85% بالنسبة للطريقة التقليدية أو الطبيعية (جدول رقم 6-8). كانت الطرق العصرية هي الأكثر الطرق معرفة، وهذا لا يعني استعمالها بفعالية.

نلاحظ خلال مسح سنة 2002 (PAPFAM) أن مستوى معرفة وسائل منع الحمل الحديثة لدى غير المتعلمات أكبر مقارنة بالوسائل التقليدية (100% مقابل 43,9%).

2-2-6- تطور تطبيق وسائل منع الحمل من سنة 1970 إلى 2002:

لم معدل انتشار استعمال وسائل منع الحمل سوى 8% سنة 1970، لكنه قفز إلى 50,9% سنة 1992. ارتبط استعمال وسائل منع الحمل بالنساء الأكثر تعليما وبالطرق العصرية كما ارتبطت الظاهرة بالمناطق الحضرية.

ظهر تنظيم المواليد كعامل تغيير اجتماعي واقتصادي إذن أولا في المناطق الحضرية، وعم بعد ذلك باقي مناطق الوطن. لما ندقق البحث في موضوع استعمال موانع الحمل سوف نكتشف ارتباط موانع الحمل في الجزائر بالنساء فقط، عكس مما هي عليه في مجتمعات أخرى.

خلال سنة 1986، تباين انتشار استعمال وسائل منع الحمل أقل وضوحا (حالة ونصف مقابل حالة واحدة). خلال هذا المسح، تبين أيضا أن معدلات انتشار استعمال وسائل منع الحمل كان مرتفعا بين النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 35 و39 سنة والأكثر ولادات (51,2%)، أي أن مستوى الاستعمال يزيد بزيادة عدد الولادات (جدول رقم 6-9).

جدول رقم 6-9: نسبة النساء المتزوجات (حاليا) المستعملات (حاليا) لوسائل منع الحمل حسب عدد الأطفال المولودين أحياء والأعمار خلال سنوات 1986 و1992 و2002.

العمر	عدد الأطفال المولودين أحياء										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	+9	المجموع
ENAF 1986											
19-15	2,1	42,8	33,3	100	50	-	-	-	-	-	24,8
24-20	7,1	33,1	49,4	37,7	64	20	-	-	-	-	35,5
29-25	6,2	43,3	50,3	56	52,2	39,4	31,2	31,2	50	-	46,1
34-30	5,9	31,2	40	58,1	51,4	56	44,9	44,9	41,2	50	48,6
39-35	-	21,4	37,1	44,2	56,9	56,1	54,4	54,4	53,2	53,2	51,2
44-40	25	-	43,7	41,2	48,6	48,1	51,2	51,2	58,3	47,3	48,3
45 ≤	-	-	7,1	23,5	9,1	29,9	35,8	35,8	52,8	33,1	31
المجموع	5,7	33,9	45,2	49,8	50,9	49,5	45	47,4	52,9	43,4	43,8
PAPCHILD 1992											
المجموع	0	1	2	3	4	5	6	7	8	+9	المجموع

26,4	-	-				-	-	57,1	51,8	7	19-15
39,5	-	-			70	56	46,1	61,4	43,6	3,9	24-20
52,7			25	47	52,8	57,3	60,5	61,6	46,5	6,5	29-25
56,1	45,2	46,9	71,7	24,8	55,7	68	58	63,0	30,8	-	34-30
56,4	50,8	53	63,1	62,2	61,3	69,2	54,2	42,8	11,5	6,4	39-35
52,2	50,1	59,4	60,4	62,8	52,4	55,7	29,2	34,5	19,0	-	44-40
38,9	36,5	45,2	51,5	37,5	43,0	42,6	32,0	16,5	7,8	-	45 ≤
50,7	44,8	52,8	61,6	56,5	55,5	62,6	54,2	58,1	39,9	4,3	المجموع
PAPFAM 2002											
	المجموع	+ 5	4	3	2	1	0				
26,8	-	-	-	-	1,4	49,8	48,9	19-15			
39,1	-	0,1	-	-	5,2	77,3	17,4	24-20			
54,8	0,2	0,7	0,3	12,7	76,2	6,9	29-25				
60,5	0,5	1,9	7,2	18,9	66,4	3,9	34-30				
66,3	0,2	4,5	11,2	23,2	50,5	3,4	39-35				
59,3	0,3	9,6	13,3	21,5	36,1	2,4	44-40				
44,2	0,6	12,8	11,9	19,0	27,3	1,6	49-45				
56,2	2,0	5,6	9,2	18,9	52,0	4,4	المجموع				

المصدر: Rappports d'enquêtes: ENAF-1986, PAPCHILD-1992 et PAPFAM-2002, ONS:

يختلف استعمال موانع الحمل حسب الخصائص الاجتماعية والديموغرافية، فانتشارها يرتفع مع المستوى التعليمي للنساء، ويختلف كثيرا حسب مناطق السكن (على سبيل المثال 64,3 % بالمدن الكبرى مقابل 37,2 % بالمناطق الريفية).

كان الاختلاف هاما حسب الجهات الجغرافية: المنطقة الغربية اظهرت معدلا مرتفعا (52 %) مقارنة بمنطقة الوسط (48,5 %) والمنطقة الشرقية (31,6 %). خص الاستعمال الأقصى للنساء الأكثر تعليما (59,8 % مقابل النسبة 33,2 % بين غير المتعلقات (جدول رقم 6-10)).

جدول رقم 6-10: نسبة النساء المتزوجات (حاليا) المستعملات لموانع الحمل حسب عدد الأطفال الأحياء وحسب بعض المتغيرات الاجتماعية الاقتصادية، (1986 و 1992) (%)

ENAF-1986							
المجموع	+ 5	4	3	2	1	0	
							تعليم النساء
35,2	40,8	38,3	38,0	28,0	15,7	2,6	غير متعلقات
61,8	72,9	74,6	64,7	59,7	49,4	6,1	ابتدائي/متوسط
62,7	81,6	75,7	72,1	73,7	57,8	12,5	ثانوي وجامعي
							مكان الإقامة
64,3	73,9	75	66,6	67,2	49,2	15,2	مدن كبرى
48,3	50,9	55,2	49,2	49,2	43,9	3,7	حضر
37,2	40,2	44,2	42,8	38,2	24,4	3,1	ريف
EASME-1992							
متوسط عدد	+ 5	4	3	2	1	0	

الأحياء الأطفال	تعليم النساء						
	3,40	30,4	10,3	10,6	15,1	30,7	2,7	غير متعلقات
1,79	5,9	4,5	7,7	23,9	52,3	5,8	إبتدائي
1,49	3,3	4,1	5,7	17,5	58,6	10,2	متوسط
1,16	0,9	1,8	5,1	16,9	54,8	20,4	ثانوي وجامعي
مكان الإقامة							
2,42	15,9	7,8	9,7	17,5	43,5	5,3	حضر
3,11	25,8	9,2	10,7	17,1	33,2	3,7	ريف
2,74	20,5	8,5	10,2	17,3	38,8	4,6	الاجمالي
المصدر: التقارير الوطنية النهائية: سنة 1989 (ENAF) و سنة 1992 (EASME)							

يعكس استعمال موانع الحمل العلاقة الموجودة بين المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والتحكم في الخصوبة، لذلك كان الإنتشار مرتفعاً خلال عشرية الثمانينيات إذ خص أكثر من 51 % من مجموع النساء المتزوجات.

يرتبط استعمال موانع الحمل مع عدد الأطفال، خاصة ابتداءً من طفلين.

وصل سنة 1992 استعمال موانع الحمل إلى 56 % بين النساء اللواتي أعمارهن بين 30 و39 سنة، وسقط إلى 26 % إذا ما تعلق الأمر بالأعمار 15-19 سنة، لينتقل إلى 39 % بين نسوة الفئة 45-49 سنة (جدول رقم 6-9).

مستقبلاً وحسب معطيات سنة 2002 ، سوف يرتبط معدل الاستعمال (12 شهراً المقبلة) خاصة الحاصلات على 5 أطفال وأكثر (13 % من النساء المتزوجات)، وبالنسوة اللاتي لم يتحصلن بعد على طفل (7,6 %) الجدول 6-11.

جدول رقم 6-11: نسبة النساء المتزوجات اللواتي لم يستعملن طرق منع الحمل وحسب نية الاستعمال مستقبلاً وعدد الاطفال (%).

المجموع	عدد الأطفال أحياء (متضمن الحمل الحالي)						نية الاستخدام في المستقبل	المسح
	+ 5	4	3	2	1	0		
50,5	32,9	43,3	44,1	45,1	75,3	38,1	تنوي الاستخدام:	PAPCHILD-1992
33,0	21,2	27,2	25,5	24,4	56,1	7,9	في الـ12 شهر المقبلة	
8,8	4,7	6,6	9,7	8,7	12,1	11,8	بعد فترة لاحقة	
8,7	7,0	9,5	8,9	12	7,1	18,4	لا تدري متى	
49,4	66,8	56,7	55,9	54,9	24,6	61,9	لا تنوي الاستخدام	
0,1	0,3	-	-	-	0,1	-	غير مبين	
%100	%100	%100	%100	%100	%100	%100	المجموع	AM-2002
2314	796	151	188	172	797	210	عدد السيدات	
	+ 5	4	3	2	1	0		
40,1	23,1	36,4	46	52,8	60,9	44,7	تنوي الاستخدام:	AM-2002
21,6	13,0	22,0	26,7	34,0	34,4	15,0	في الـ12 شهر المقبلة	
6,0	3,3	4,0	8,6	7,2	9,1	7,6	بعد فترة لاحقة	

12,5	6,8	10,4	10,7	11,6	17,4	22,1	لا تدري متى
58,5	75,4	63,2	53,0	45,9	38,6	52,5	لا تنوي الاستخدام
1,4	1,5	0,4	1,0	1,4	0,5	2,7	غير مبين
%100	%100	%100	%100	%100	%100	%100	المجموع
2944	964	325	363	348	427	516	عدد السيدات

المصدر: Rappports Principales d'enquêtes PAPCHILD-1992 et PAPFAM-2002, ONS

ارتفع مستوى استعمال موانع الحمل تبعا لارتفاع مستوى تعليم المرأة كما سوف نلاحظ لاحقا، إذ كلما انخفض مستوى التعليم كلما انخفض مستوى استعمال موانع الحمل، هذا ما بينته معطيات مسحي PAPCHILD و PAPFAM. في الجدول رقم 6-12، عرف معدل الانتشار - حسب عدد الأطفال - تطورا منذ سنة 1986. إن دل هذا على شيء فإنما يدل على تبني استخدام استعمال موانع الحمل مبكرا، خاصة بين النساء الحضريات.

جدول رقم 6-12: معدل النساء المتزوجات اللواتي يستعملن موانع الحمل حسب عدد الأطفال وحسب بعض المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية (%).

متغيرات اجتماعية واقتصادية	عدد الأطفال				إجمالي
	3-	3	4	+ 5	
ENAF-1986	وسط الإقامة				
	حضر	57,4	55,2	50,9	48,3
	ريف	42,8	44,2	40,2	37,2
	مستوى التعليم				
	غير متعلمات	38,0	38,3	40,8	35,2
	ابتدائي	64,7	74,6	72,9	61,8
	متوسط	-	-	-	-
	ثانوي وجامعي	72,1	75,7	81,6	62,7
	إجمالي				
	PAPCHILD-1992	متغيرات اجتماعية واقتصادية			
عدد الأطفال					
3-		3	4	+ 5	إجمالي
وسط الإقامة					
حضر		44,8	61,6	68,9	57,5
ريف		35,6	45,7	55,5	44,1

مستوى التعليم						غير متعلمات ابتدائي متوسط ثانوي وجامعي إجمالي
43,9	48,8	50,9	41,2	28		
59,8	72,3	70,7	69,9	41,6		
62,4	71,4	84	63,8	55,1		
55,8	75,8	83,9	67	48		
50,7	54,7	62,6	54,2	38,9		
عدد الأطفال					متغيرات اجتماعية واقتصادية	
إجمالي	+ 5	4	3	3-		
وسط الإقامة						PAPFAM-2002*
51,7	53,8	65,4	62,8	39,6	حضر	
48,4	50,4	61,8	56,4	37,5	ريف	
مستوى التعليم						
44,3	47,5	54,0	48,2	27,5	غير متعلمات	
53,3	59,5	64,4	61,1	35,6	ابتدائي	
55,0	62,1	72,7	66,5	42,5	متوسط	
57,8	75,0	78,7	71,6	47,9	ثانوي وجامعي	
50,4	52,2	64,1	60,4	38,8	إجمالي	
المصدر:						
Rapports Principales des enquêtes (ENAF-86, PAPCHILD-92), ONS						
* معدلات محسوبة من معطيات سنة (PAPFAM) 2002						

خلاصة

على ضوء مختلف المسوح (PAPFAM - EASME - ENAF - ENSP) يظهر جليا تراجع متوسط الأعمار عند الزواج الأول من سنة 1970 إلى سنة 2002، بحيث انتقل من 19,3 سنة إلى 29,6 سنة بفعل عوامل كثيرة اجتماعية، اقتصادية وثقافية.

لا تؤثر عوامل وسط الإقامة، مستوى التعليم، وعمل المرأة فقط على الزوجية، ولكن تؤثر أيضا على خصوبة الجزائريات. في هذا المجال نخص بالذكر عامل تدرّس النساء؛ الذي أحدث تغيرات عميقة في الزوجية والخصوبة.

والملاحظ أنه رغم التقلص الكبير للأعمار عند الزواج، إلا أن شدة الظاهرة ما زالت قريبة من الواحد، وهذا يعني ارتباط المجتمع بثقافة لا تعترف بالخصوبة إلا بأطرها الشرعية.

عرف انتشار تطبيق موانع الحمل من سنة 1970 إلى 2002 زيادة كبيرة، وخاصة منذ سنة 1986، حيث شكل سنة 1992 حوالي 50% من النساء المبحوثات. وصل مستوى المعرفة بموانع الحمل إلى 75% من مجموع النساء المتزوجات.

وعموما ارتفع معدل استعمال موانع الحمل بشكل كبير، بحيث انتقل من 8% سنة 1970 إلى 36% سنة 1986، و 50,7% في سنة 1992 ثم إلى 56,2% سنة 2002.

كان انتشار استعمال وسائل منع الحمل جد مهما في المناطق الحضرية وارتفع كذلك حسب عدد الأطفال وحسب مستوى التعليم، ويمكننا بهذا القول بأن استعمال موانع الحمل لخص سيرورة التحول الديموغرافي.

الخاتمة

عانت الجزائر كثيرا من نمو ديموغرافي شديد بعد الاستقلال، ويمكن وصف الخصوبة من سنة 1962 إلى سنة 1970 بخصوبة طبيعية؛ فهناك سلوك مضاد للمالتوسية يمكن تفسيره بارتباط السكان الجزائريون بالقيم العربية والإسلامية، والحياة التقليدية.

وانطلاقا من سنوات السبعينيات، لمسنا تدريجيا تغيرات في السلوكيات القديمة، بالمقابل انخفاض الولادات والخصوبة، الملاحظ منذ سنة 1986 إحداث مرحلة جديدة للتحول الديموغرافي.

المقارنات التي وضعت في إطار هذا البحث، أظهرت الاتجاه نحو الانخفاض للخصوبة من عشرية لأخرى، هذه الظاهرة وجدت تفسيراً لها في سلوكيات الأجيال ما بعد سنة 1962 التي تختلف عنها بالنسبة لأجدادهم؛ هذا السلوك الولادي، كان جوابا على معدلات الوفيات الحاصلة خلال هذه الفترة.

إضافة لذلك، خلال سنة 1970 وسنة 1980، الدولة الجزائرية لم تباشر بتنفيذ برنامج لتباعد الولادات بل بذلت مجهودات كبيرة من أجل وضع سياسة تنموية، بدون أخذ في الحسبان الضغط الذي يستطيع أن يسببه النمو الديموغرافي على التنمية الاقتصادية.

عرفت هذه الفترة تحسن في مداخل العائلات، وانخفاض معدل وفيات الأطفال وارتفاع معدل الإنجاب وهذا ابتداء من سنة 1986، أين بدأ التحكم في النمو الديموغرافي مفروض بفعل انخفاض مداخل صادرات البترول، بدأت الجزائر منذ 1996 تحولها الديموغرافي (المرحلة الثانية)، أين نجد أن عمل المرأة يعتبر عامل محدد في التغيرات التي مست السلوكيات القديمة، وهو المؤشر الأكثر استعمالا للحكم على مكانة المرأة والذي هو في تطور مستمر.

يعتبر مؤشر التعليم كثير الأهمية، وليس هو وحده الذي يضمن المرور إلى نظام الخصوبة العصرية الحديثة. فبعد فترة طويلة من النمو الديموغرافي المستمر سجلت عشرية الثمانينيات دخول مرحلة جديدة في التاريخ الديموغرافي للجزائر؛ حيث شكلت سنة 1986 قطيعة التي ميزت نهاية التحول في الخصوبة الذي كان سائدا خلال سنوات السبعينيات. هذا التحول بعد فترة الشلل الديموغرافي الذي كان من آثار ارتفاع سن الزواج والانتشار الواسع للتخطيط العائلي.

رغم هذا التحول الديموغرافي، تبقى الجزائر تواجه في العشرية المقبلة، مشاكل النمو الديموغرافي. إن تحليل مستويات واتجاهات الخصوبة والتغيرات في السلوكيات المتداخلة هي إذن أساسية.

لكن غياب المعطيات المهمة أرجعت معرفة الأثر الحقيقي للمحددات الاجتماعية الاقتصادية على مستويات الخصوبة أمر جد صعب، في حين الخصوبة الجزائرية حسب نتائج مسحي سنة 1992 (PAPCHILD) وسنة 2002 (PAPFAM) أصبحت تعرف انخفاضا جد سريع مقارنة بالعشرية السابقة.

قائمة المراجع

1. ساعاتي حسن، لطفي عبد الحميد، دراسات في علم السكان، دار المعارف، الطبعة الثانية، القاهرة، (1971).
2. نامق صلاح الدين، اقتصاديات السكان، دار المعارف، دون طبعة، القاهرة، (1970).
3. دهمان فؤاد، الوجود في الاقتصاد السياسي، جزء 1، مطبعة العروبة، دمشق، بدون سنة النشر.
4. العلواني مصطفى، خصوبة السكان ومحدداتها الوسيطة، دراسات اجتماعية رقم 17، منشورات وزارة الثقافة، دمشق، سوريا، (1994).
5. سالاس رافائيل، الاختيار معالجة دولية للمسألة السكانية، ترجمة المركز الديموغرافي في القاهرة، (1977).
6. رولان بريس، التحليل السكاني: المفاهيم والطرق والنتائج، ترجمة محمد رياض ربيع، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، (1985).
7. شجاع الأسد وعاطف خليفة، تقديرات الخصوبة وتباينها في الأردن (1972-1976)، النشرة السكانية، اللجنة الاقتصادية لغرب آسيا، العدد 12، ص 25-32، (1977).
8. فؤاد اسماعيل، أثر العوامل الاقتصادية والاجتماعية في الخصوبة السكانية في سوريا، رسالة ماجستير، جامعة حلب، (1995).
9. عز الدين بكر وعبد القادر قاسم، التباين في سلوك الخصوبة حسب مكان نشأة الزوجة في الأردن وفق بيانات مسح عام 1990، رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية، (1995).
10. اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا بالتعاون مع جامعة الدول العربية والأمم المتحدة للسكان، (1993)، وقائع المؤتمر العربي للسكان، عمان، الأردن.
11. حليلة محمد عبد الهادي سلام، تغير دور المرأة ومكانتها كأحد الاجراءات السياسية السكانية للتأثير على الخصوبة، رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية، (1992).
12. إمبليا ديل هورن، مؤشرات ضبط الخصب في العالم العربي، النشرة السكانية، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، العدد 40، (1992).
13. التعليم والخصوبة: هل الانتشار الجماهيري للتعليم أساسي حتى تبدأ الخصوبة في الانخفاض؟، مختصرات سكانية، المجلد 5، العدد 3، مجلس السكان، نيويورك، (1999).
14. عمارة سامية، الخصوبة في الجزائر، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، (2000).
15. عميرة جويده، الخصوبة وتنظيم النسل، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، (1996).
16. تقرير الخصوبة العالمي، قسم السكان (D.E.S.A)، الأمم المتحدة، نيويورك، (2003).
17. خالد زهدي خواجه، إحصاءات الخصوبة، المعهد العربي للتدريب والبحوث الإحصائية، بغداد (بدون تاريخ).

18. كوننز وهسندي، النظريات السكانية وتفسيرها الاقتصادي، ترجمة أحمد إبراهيم عيسى، وزارة الثقافة المصرية، دار الكاتب للطباعة والنشر، (1967).
19. فوزي سهاونة، مبادئ الديموغرافيا، الطبعة الأولى، الجامعة الأردنية، الأردن، (1982).
20. عبد الفتاح محمد وهيبية، جغرافيا السكان، منشأة المعارف بالإسكندرية، الإسكندرية، (1976).
21. طه حمادي الحديثي، جغرافيا السكان، دار الكتاب للطبع والنشر، الموصل، العراق، (1988).
22. لوري بين أشفورد، أضواء جديدة عن السكان، دروس من القاهرة، مجلة النشرة السكانية، مركز ابن خلدون للدراسات الأنمائية بالقاهرة، بدون عدد وسنة النشر.
23. التقرير العالمي للخصوبة ، الأمم المتحدة، (2004).
24. جون ويكس، ديموغرافية الدول الإسلامية، ترجمة فوزي سهاونة، حسن عبد القادر صالح، دار البشير للنشر والتوزيع، بدون سنة وبلد النشر.
25. خليفة إبراهيم، علم الاجتماع والسكان، المكتب الجامعي الحديث للطباعة والنشر، الإسكندرية، (1984).
26. معطيات إحصائية ، الديموغرافية الجزائرية ، الديوان الوطني للإحصائيات، (1980).
27. المسح الوطني الجزائري للخصوبة (ENAF)، التقرير الوطني النهائي، مارس (1989).
28. VALLIN Jacques, Influence de divers facteurs économiques et sociaux sur la fécondité de l'Algérie, Population, Année 1973, Volume 28, Numéro 4, p. 817 – 842 (1973).
29. NEGADI Gourari; la fécondité en Algérie : niveaux, tendances et facteurs » (1975).
30. KOUAOUCCI Ali; Tendances et facteurs de la natalité algérienne entre 1970 et 1986, INED, Population, Volume 47, Numéro 2, p. 327–351 (1992).
31. KOUAOUCCI Ali, Familles femmes et contraception: contribution à une sociologie de la famille algérienne, CENEAP (Centre National d'Etudes et d'Analyses pour la Planification), Avec le concours du Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), Alger, (1992).
32. International conference in population, «Fertility and Family» New Delhi J-11 January 1983, United nations, port two chapter II, Socio economic determinant in some developed countries, (1984).
33. PISON Gilles, Tous les pays du monde (2007), Population et Société, No 436, Juillet-Août, (2007).
34. GENDEREAU F., La population de l'Afrique, khartala ed, ceped, 1993, (1993).
35. LEIBENSTEIN H., Population and development review, economic decision theory and Fertility behavior, population council, Vol. 7, (1981).
36. Bulletin Démographique des nations unies, fécondité en dessous du niveau de remplacement, (1999).

37. Les troisièmes journées scientifiques du réseau démographie de l'AUF: les transitions démographiques des puys du sud, , rabat, maroc, 9 au 12 décembre (1998).
38. FARGUES Philippe, La baisse de la fécondité arabe, Collection Huit questions de population, Institut Supérieur de l'Education et de la Formation Continue, Cérés productions, Tunisie; PP.68-100, (1991).
39. SOUVY Français, démographie politique, édition LARRD, paris, (1982).
40. TABUTIN D. et SCHOUMAKER B., La démographie du monde arabe et du Moyen-Orient des années 1950 aux années 2000: Synthèse des changements et bilan statistique, Revue Population, 60 (5-6), (2005).
41. O.N.S. (Office National des Statistiques), Etude sur la population algérienne, Février (1986).
42. DEKKAR N. et autres, La démographie Algérienne face aux grandes questions de société, CENEAP (Centre National d'Etudes et d'Analyses pour la Planification), Alger, (1999).
43. Kouaouci Ali, Tendances et facteurs de la natalité algérienne entre 1970 et 1986, Population, Année 1992, Volume 47, Numéro 2, p. 327-351, (1992).
44. O.N.S. (Office National des Statistiques), Résultats de l'enquête de fécondité , (1970).
45. NEGADI G., Influence de l'instruction sur la fécondité en Algérie. Actes du deuxième colloque de démographie maghrébine, P.129-154, (1975).
46. O.N.S., (Office National des Statistiques), Enquête main-d'œuvre, (1990).
47. HROUCH Naima, L'effet de l'activité féminine sur la fécondité au Maroc, Mémoire 3eme cycle, S/D. YAACOUBD Abdel-ilah, INSEA, Maroc, (1994).
48. Vallin J. et Negadi G., La fécondité des Algériennes: Niveau et tendances; INED, Revue Population n° 4-5 ; (1973).
49. BEDROUNI Mohamed; La démographie régionale en Algérie: Analyses comparatives, Thèse de doctorat, Université Saad Dahleb, Blida, Novembre (2007).
50. BEDROUNI Mohamed; Le model algérien de nuptialité: Quelques traits saillants; Revue Algérienne d'études Sociologiques; Université de Jijel; Algérie; N° 3; Juin (2007).
51. AMOKRANE F. et BOUMGHAR A.; Nuptialité et fécondité en Algérie; Etude 2; Analyses Approfondies; Enquête Algérienne sur la santé de la famille; Ministère de la santé; Volume 1; (2005).
52. Lexique de l'INED, Site web.

53. الطرزي عبد الله، مبادئ في علم السكان، دار الفرقان، عمان، الأردن، (1990).

54. الفضيل رمضان، الاتجاهات الجديدة للخصوبة في الجزائر، رسالة ماجستير، جامعة سعد دحلب، البليدة، الجزائر، (2001).

55. عبد الحي عبد المنعم، علم السكان (الأسس النظرية والأبعاد الاجتماعية)، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر، (1985).
56. KOUAOUCI Ali, Eléments d'analyse démographique, Office des publications universitaires, Alger, (1994).
57. BOUCHER Marguerite, Tous les pays du monde, Population et société, No 326, Juillet - Août, (1997).
58. زيدان محمد، الانتقال الديموغرافي والآفاق الديموغرافيا: دراسة حالة الجزائر، رسالة ماجستير، جامعة سعد حطب، البليدة، (2001).
59. CHESNAIS Jean-claude, La transition démographique: Trente ans de bouleversement (1965-1998), Paris, CEPED, (1995).
60. Annuaire Statistique de l'Algérie, 1998
61. ONS, Données Statistiques, No157, Années 1996.
62. Enquête Nationale sur la Fécondité (ENAF), Rapport National Final, Centre National d'Etudes et d'Analyses pour la Planification (CENEAP), Mars (1989).
63. O.N.S, Données Statistiques, No35, Années 1991.
64. O.N.S., Enquête main-d'œuvre, 1990
65. Enquête Nationale des Statistiques et de la Population (ENSP), O.N.S., (1970).
66. OUADAH-BEDIDI Z. et VALLIN J., Maghreb: la chute irrésistible de la fécondité, Médecine/Sciences, No 2, Vol.17, Février (2001).
67. المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992، التقرير الرئيسي، الديوان الوطني للإحصائيات - وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات - جامعة الدول العربية، جويلية (1994).
68. المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، التقرير الرئيسي، الديوان الوطني للإحصائيات - وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات - جامعة الدول العربية، جويلية (2004).
69. وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2010، تقرير اللجنة الوطنية للسكان، ديسمبر (2001).