جامعـــة أبو القاسم سعـــد الله

الجـــزائـــــــــــــــر 2

كلية العلوم الاجتماعيـــــة

قسم علم الاجتمـاع و الديمغرافيا

تأثير العوامل الديمغرافية و السوسيو- اقتصادية على خصوبة المرأة العاملة بالمناطق الصحراوية:

"دراسة ميدانية لعينة من النساء العاملات بقطاع الوظيف العمومي بولاية أدرار- بلدية أدرار"

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في الديمغرافيا

إعداد الطالبة:

عائشة أم الغيث

إشراف الأستاذة الدكتورة:

جويدة عميرة

الموسم الجامعي: 2020/2019

جامعـــة أبو القاسم سعـــد الله

الجـــزائـــــــــــــــر 2

كلية العلوم الاجتماعيـــــة

قسم علم الاجتمـاع و الديمغرافيا

تأثير العوامل الديمغرافية و السوسيو- اقتصادية على خصوبة المرأة العاملة بالمناطق الصحراوية:

"دراسة ميدانية لعينة من النساء العاملات بقطاع الوظيف العمومي بولاية أدرار- بلدية أدرار"

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في الديمغرافيا

إعداد الطالبة:

عائشة أم الغيث

إشراف الأستاذة الدكتورة:

جويدة عميرة

الموسم الجامعي: 2020/2019

بسم الله الرحمان الرحيم

بسم الله الرحمن الرحيم (1) الْحَمْدُ لِلَّهِ رَبِّ الْعَالَمِينَ (2) الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ (3) مَالِكِ يَوْمِ الدِّينِ (4) إِيَّاكَ نَعْبُدُ وَإِيَّاكَ نَسْتَعِينُ (5) اهْدِنَا الصِّرَاطَ الْمُسْتَقِيمَ (6) صِرَاطَ الَّذِينَ أَنْعَمْتَ عَلَيْهِمْ غَيْرِ الْمَغْضُوبِ عَلَيْهِمْ وَلا الضَّالِّينَ (7)

صَدَق اللَّه العَظِيم

الإهـــــــــــــــداء

إلى سندي في هذه الدنيا.....أمي

إلى رمز الأمان و القوة.....أبي

إلى قرة عيني ابني.....محمد أنيس

إلى عائلتي الصغيرة.....إخوتي

إلى عائلتي الكبيرة .....كل باسمه

إلى طلبتي الأعزاء.....و طلاب جامعة أدرار

إلى كل من حَمَّلَ و قرأ هذه الأطروحة

أهدي هذا العمل لكم جميعاً

أم الغيث عائشة

الشكـــــــــــــــــــر

نشكر الله عز وجل و نحمده على جميل عطائه من صحة و وقت و جهد ... إلى آخره من نعمه التي لا تعد ولا تحصى، كما نتقدم بشكرنا و عرفاننا للأستاذة الدكتورة الفاضلة عميرة جويدة لقبولها الإشراف على هذا العمل، و التي لم تبخل علينا بجميل نصحها و توجيهاتها القيمة التي ساعدتنا و أثّرت في ر صيدنا العلمي المتواضع، بل و حتى في شخصنا، فالبرغم من كل الظروف إلا أنها أبت إلاَّ أن يُواصل العمل ليخرج في حلته التي هو عليها.

كما أتوجه بجزيل شكري و امتناني للأستاذ الدكتور محمد طويل الزميل و الصديق الذي هدانا الله لننال من خبرته و علمه ما كُتب لنا و الذي تبنى العمل روحاً و علماً فجزاه الله عنا خير الجزاء و هو أحسن الجازين.

كما أشكر كل من ساهم في هذا العمل من السيد: رئيس مفتشية الوظيف العمومي بولاية أدرار ، السيدة قوراري إطار بمديرية الصح و السكان لولاية أدرار و كل مدراء و رؤساء مصالح المؤسسات التابعة لقطاع الوظيف العمومي بولاية أدرار كل باسمه ...شكراً لكم جميعاً

فهرس المحتوي ـلت

الباب الأول: الإطار النظري للدراسة

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

المقدمـــــــــــــــة 03

1. أسباب اختيار الموضوع 05
2. أهداف الدراسة 05
3. أهمية الدراسة 06
4. الإشكالية 06
5. الفرضيات 08
6. تحديد المفاهيم 09
7. مجالات الدراسة 19
8. الدراسات السابقة 33

الفصل الثاني : الخصوبة و تطور اتجاهاتها في العالم

المبحث الأول: ماهية الخصوبة : مقاييسها و نظرياتها

تمهيـــــــــــد

1. فزيولوجيا التخصيب 38
2. ماهية الخصوبة 43
3. أنواع الخصوبة 46
4. مقاييس الخصوبة 50
5. ملخص لأهم نظريات الخصوبة 56

المبحث الثاني: تطور اتجاهات الخصوبة في العالم

1. بدايات الانفجار السكاني 70
2. النمو الطبيعي لسكان العالم 74
3. الكثافة السكانية حسب البلدان 77
4. مراحل النمو الديموغرافي لسكان العالم 78
5. ملخص لأهم المؤتمرات العالمية للسكان 82

المبحث الثالث: تطور اتجاهات الخصوبة في دول العالم المتقدم(الاتحاد الأوروبي نموذجا)

1. التاريخ الديموغرافي الأوروبي 86
2. الديموغرافية الأوروبية في القرن الماضي 88
3. وفيات الأطفال الرضع في أوروبا 94
4. التوقع الديموغرافي للإتحاد الأوروبي 95

المبحث الرابع: تطور واتجاهات الخصوبة في البلدان النامية وفي دول العالم العربي

1. الخصوبة في الدول الآسيوية 98
2. الخصوبة في دول أمريكا اللاتينية 101
3. الخصوبة في إفريقيا 102
4. الخصوبة في الوطن العربي 106
5. الولادات والوفيات في الوطن العربي 109

خلاصة الفصـــــــــل

الفصل الثالث : تطور اتجاهات الخصوبة في الجزائر

تمهيـــــــــد

1. تطور النمو الديموغرافي في الجزائر 115
2. تطور الخصوبة في الجزائر 117
3. تطور المؤشر التركيبي للخصوبة العامة في الجزائر 119
4. التحقيقات الكبرى الخاصة بالخصوبة في الجزائر 121
5. الخصوبة في المناطق الصحراوية – ولاية ادرار - 130

خلاصة الفصـــــــــل

الفصل الرابع: العوامل المؤثرة والمحددة للخصوبة

المبحث الأول: المحددات الديمغرافية لخصوبة المرأة العاملة

تمهيـــــــــد

1. المطلب الأول: السن عند أول زواج 142
2. المطلب الثاني: عدد الأطفال المرغوب في إنجابه 148

3. المطلب الثالث: تنظيم الأسرة 150

المبحث الثاني: المحددات السوسيو-اقتصادية لخصوبة المرأة العاملة

1. المطلب الأول: تكلفة الطفل 153
2. المطلب الثاني: أنواع ومستويات المهن 158
3. المطلب الثالث: الدخل 163

المبحث الثالث: المحددات الاجتماعية لخصوبة المرأة العاملة

1. المطلب الأول: عمل المرأة 165
2. المطلب الثاني: نوع الأسرة 174
3. المطلب الثالث: المستوى التعليمي للزوجين 181

المبحث الرابع: العوامل الثقافية المؤثرة في الخصوبة

1. المطلب الأول: جنس المولود 186
2. المطلب الثاني: التدين الشعبي 191

خلاصة الفصـــــــــل

الباب الثاني: الإطار الميداني للدراسة

الفصل الأول : الخصائص الديمغرافية و السوسيو-ثقافية لأفراد العينة

تمهيـــــــــد

المبحث الأول: الخصائص الديمغرافية لأفراد العينة

1. المطلب الأول: أزمنة الخصائص الديمغرافية لأفراد العينة 200
2. المطلب الثاني: الأحبال والولادات لدى أفراد العينة 209
3. المطلب الثالث: وسائل منع الحمل عند أفراد العينة 212

المبحث الثاني: الخصائص الثقافية و السوسيو- اقتصادية لأفراد العينة

1. المطلب الأول: الخصائص الثقافية لأفراد العينة 215
2. المطلب الثاني: الخصائص الاجتماعية لأفراد العينة 220
3. المطلب الثالث: الخصائص الاقتصادية لأفراد العينة 224

خـلاصة الفصـــــــــل

الفصل الثاني: تحليل و تفسير نتائج الفرضية الأولى: الزواج المبكر و تأثيره على مستويات الخصوبة

تمهيـــــــــــــد

المبحث الأول: تأثير السن الحالي على خصوبة المرأة الموظفة بالمناطق الصحراوية

1. المطلب الأول: السن الحالي للنساء الموظفات بالمناطق الصحراوية و فترات الإنجاب 237
2. المطلب الثاني: السن الحالي للنساء الموظفات بالمناطق الصحراوية و وسائل منع الحمل 243
3. المطلب الثالث: السن الحالي للنساء الموظفات بالمناطق الصحراوية و والولادات 252

المبحث الثاني: السن عند أول زواج لدى النساء الموظفات وتأثيره على الخصوبة

1. المطلب الأول: السن عند أول زواج لدى النساء الموظفات بالمناطق الصحراوية و فترات الإنجاب 261
2. المطلب الثاني: السن عند أول زواج لدى النساء الموظفات بالمناطق الصحراوية و وسائل منع الحمل 266
3. المطلب الثالث: السن عند أول زواج لدى النساء الموظفات بالمناطق الصحراوية و الولادات 272

المبحث الثالث: مدة الحياة الزواجية عند النساء الموظفات و تأثيرها الخصوبة

1. المطلب الأول: مدة الحياة الزواجية عند النساء الموظفات بالمناطق الصحراوية و وسائل منع الحمل 277
2. المطلب الثاني: مدة الحياة الزواجية عند النساء الموظفات بالمناطق الصحراوية و والولادات 281

خـلاصة الفصـــــــــل

الفصل الثالث: تحليل و تفسير نتائج الفرضية الثانية: المركز الاجتماعي للمرأة العاملة بالمناطق الصحراوية الجزائرية و تأثيره على مستويات الخصوبة لديها.

تمهيـــــــــــــد

المبحث الأول: مهنة الزوج- الزوجة و تأثيرها على الخصوبة

1. المطلب الأول: مهن المبحوثات و أزواجهن بالمناطق الصحراوية و فترات الإنجاب 292
2. المطلب الثاني: مهن المبحوثات و أزواجهن بالمناطق الصحراوية و وسائل منع الحمل 296
3. المطلب الثالث: مهن المبحوثات و أزواجهن بالمناطق الصحراوية و والولادات 301

المبحث الثاني: المستويات التعليمية للمبحوثات و أزواجهن و تأثيرها على الخصوبة

1. المطلب الأول: المستويات التعليمية للمبحوثات و أزواجهن بالمناطق الصحراوية و فترات الإنجاب 310
2. المطلب الثاني: المستويات التعليمية للمبحوثات و أزواجهن بالمناطق الصحراوية و وسائل منع الحمل 315
3. المطلب الثالث: المستويات التعليمية للمبحوثات و أزواجهن بالمناطق الصحراوية و والولادات 322

المبحث الثالث : سنوات عمل المبحوثات و تأثيرها على الخصوبة

1. المطلب الأول: سنوات عمل المبحوثات بالمناطق الصحراوية و وسائل منع الحمل 235
2. المطلب الثاني: سنوات عمل المبحوثات بالمناطق الصحراوية و والولادات 329

خـلاصة الفصـــــــــل

الفصل الرابع تحليل و تفسير نتائج الفرضية الثالثة: المستوى المعيشي للمرأة العاملة بالمناطق الصحراوية الجزائرية و تأثيره على مستويات الخصوبة لديها.

تمهيـــــــــــــد

المبحث الأول: الدخل الأسري للنساء الموظفات و تأثيره على الخصوبة

1. المطلب الأول: الدخل الأسري للنساء الموظفات بالمناطق الصحراوية و فترات الإنجاب 336
2. المطلب الثاني: الدخل الأسري للنساء الموظفات بالمناطق الصحراوية و وسائل منع الحمل 340
3. المطلب الثالث: الدخل الأسري للنساء الموظفات بالمناطق الصحراوية و والولادات 345

المبحث الثاني: نوع المسكن لدى النساء الموظفات وتأثيره على الخصوبة

1. المطلب الأول: نوع المسكن لدى النساء الموظفات بالمناطق الصحراوية و فترات الإنجاب 354
2. المطلب الثاني: نوع المسكن لدى النساء الموظفات بالمناطق الصحراوية و وسائل منع الحمل 357
3. المطلب الثالث: نوع المسكن لدى النساء الموظفات بالمناطق الصحراوية و الولادات 360

المبحث الثالث: عدد الغرف في المسكن و تأثيره على خصوبة النساء الموظفات

1. المطلب الأول: عدد الغرف و تأثيره على خصوبة النساء من خلال فترات الإنجاب 364
2. المطلب الأول: عدد الغرف و تأثيره على خصوبة النساء من خلال وسائل منع الحمل 365
3. المطلب الثاني: عدد الغرف و تأثيره على خصوبة النساء بالمناطق الصحراوية من خلال الولادات 369

المبحث الثاني: تكلفة الطفل وتأثيرها على خصوبة النساء الموظفات

1. المطلب الأول: تكلفة الطفل وتأثيرها على خصوبة النساء الموظفات بالمناطق الصحراوية و فترات الإنجاب 374
2. المطلب الثاني: تكلفة الطفل وتأثيرها على خصوبة النساء الموظفات بالمناطق الصحراوية و وسائل منع الحمل 378
3. المطلب الثالث: تكلفة الطفل وتأثيرها على خصوبة النساء الموظفات بالمناطق الصحراوية و الولادات 381

خـلاصة الفصـــــــــل

الاستنتاج العام ص386

الخـــــــــــــاتمة ص 393

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	رقم الصفحة
01	توزيع النساء المتزوجات حسب مؤسسات الوظيف العمومي ببلدية أدرار	22
02	تضاعف عدد سكان العالم من 1 م إلى 2010	74
03	توزيع أكبر خمس بلدان مساحة حسب الكثافة السكانية لكل 1 كلم^2	77
04	المعدل الخام للوفيات بأوروبا من 1960 إلى 1999	93
05	توزيع متوسط معدل نمو السكان السنوي في إفريقيا،آسيا و أمريكا اللاتينية	104
06	تطور عدد سكان الوطن العربي (1900 و تقديرات سنة 2040)	108
07	توزيع وفيات الأمهات بمنطقة أدرار حسب الفئات العمرية	134
08	توزيع المستعملات لوسائل منع الحمل بولاية أدرار حسب الفئة العمرية	136
09	مقارنة العمر الوسيطي للزواج (جنس الإناث) بين الجزائر، فرنسا وتونس1966	144
10	وظائف الأسرة قبل و بعد التطور	178
11	تطور العمر الوسيطي للزواج للجنسين وحسب الخصائص السوسيو-اقتصادية بين1992 و2006	183
12	توزيع الخصائص الديمغرافية للعينة	200
13	توزيع أعمار المبحوثات بالنسب المؤية (âge par âge)	201
14	مقاييس النزعة المركزية لمتغير المدة الفاصلة بين أول زواج و أول ولادة للمبحوثات	206
15	توزيع الحالات المنعدمة الأطفال من نساء العينة	210
16	توزيع استعمال وسائل منع الحمل من طرف المبحوثات	212
17	توزيع استعمال المبحوثات لوسائل منع الحمل حسب الفئات العمرية	212
18	توزيع الدخل الأسري لدى أفراد العينة	224
19	توزيع سنوات عمل المبحوثات	225
20	توزيع تطور معدلات النشاط النسوي في الجزائر من 1977 إلى 2015	227
21	توزيع متغير السن الحالي للمبحوثات و المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و أول ولادة	237
22	توزيع متغير السن الحالي للمبحوثات و المدة الفاصلة بين تاريخ الولادة الأولى والولادة الثانية	240

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	رقم الصفحة
23	توزيع متغير السن الحالي للمبحوثات واستخدام وسائل منع الحمل	243
24	توزيع متغير السن الحالي للمبحوثات و نوع وسيلة منع الحمل المستخدمة من طرفهن	246
25	قيمة معامل الارتباط حسب سن المبحوثات ونوع وسيلة منع الحمل	248
26	متغير السن الحالي و سبب عدم استخدام وسيلة منع الحمل من طرف المبحوثات	249
27	توزيع متغير السن الحالي للمبحوثات و عدد الأطفال	252
28	توزيع متغير السن الحالي وعدد الإجهاضات لدى المبحوثات	254
29	توزيع متغير السن الحالي و عدد الولادات الميتة عند المبحوثات	255
30	توزيع متغير السن الحالي للمبحوثات و عدد الوفيات الرضع	257
31	توزيع متغير السن الحالي للمبحوثات و عدد الأبناء المثالي	259
32	متغير سن المبحوثات عند أول زواج والمدة الفاصلة بين تاريخ الزواج الأول و أول ولادة	261
33	توزيع سن المبحوثات عند أول زواج والمدة الفاصلة بين الولادة الأولى و الولادة الثانية	264
34	توزيع متغير السن عند أول زواج واستخدام وسائل منع الحمل من طرف المبحوثات	266
35	توزيع متغير السن عند أول زواج ونوع وسيلة الحمل المستخدمة من طرف المبحوثات	268
36	توزيع متغير السن عند أول زواج و سبب عدم استخدام وسائل منع الحمل	270
37	توزيع متغير سن المبحوثات عند أول زواج عدد الأطفال الأحياء	272
38	توزيع متغير سن المبحوثات عند أول زواج و عدد الإجهاضات	275
39	توزيع متغير مدة الحياة الزواجية واستخدام وسائل منع الحمل	277
40	توزيع متغير مدة الحياة الزواجية و نوع وسيلة منع الحمل المستخدمة	279
41	توزيع متغير مدة الحياة الزواجية وعدد الأبناء الأحياء	281
42	توزيع متغير مدة الحياة الزواجية و عدد الإجهاضات	283

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	رقم الصفحة
43	توزيع متغير مدة الحياة الزواجية و عدد الولادات الميتة	284
44	توزيع متغير مدة الحياة الزواجية و الوفياة الرضع	285
45	توزيع مهنة المبحوثات و المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و تاريخ أول ولادة	292
46	توزيع مهن و وظائف أزواج المبحوثات و المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و تاريخ أول ولادة	293
47	توزيع نوع مهنة الزوجة و المدة الفاصلة بين أول ولادة و ثاني ولادة	295
48	المتوسط الوسيط والمنوال للفترات الفاصلة بين أول زواج و الثلاث ولادات الأولى	297
49	توزيع نوع مهنة الزوجة و عدد الأبناء الأحياء	301
50	توزيع مهن و وظائف أزواج المبحوثات و عدد الأبناء الأحياء	302
51	توزيع المستوى التعليمي للمبحوثات و المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و أول ولادة	310
52	المستوى التعليمي لأزواج المبحوثات و المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و أول ولادة	312
53	توزيع المستوى التعليمي لأزواج المبحوثات و المدة الفاصلة بين تاريخ أول ولادة و ثاني ولادة	313
54	توزيع المستوى التعليمي للمبحوثات و المدة الفاصلة بين تاريخ أول ولادة و ثاني ولادة	313
55	توزيع المستوى التعليمي للمبحوثات و استعمال و سائل منع الحمل	315
56	توزيع المستوى التعليمي لأزواج المبحوثات واستعمال وسائل منع الحمل	315
57	توزيع المستوى التعليمي للمبحوثات و أنواع وسائل منع الحمل	317
58	توزيع المستوى التعليمي لأزواج المبحوثات و أنواع وسائل منع الحمل	318
59	توزيع المستوى التعليمي للمبحوثات و سبب عدم استخدام وسائل منع الحمل	219
60	توزيع المستوى التعليمي لأزواج المبحوثات وسبب عدم استخدام وسائل منع الحمل بالنسب المؤية (%)	321
61	توزيع المستوى التعليمي للمبحوثات و عدد الأبناء الأحياء	322

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	رقم الصفحة
62	توزيع المستوى التعليمي لأزواج المبحوثات و مجموع عدد الأبناء الأحياء	323
63	توزيع المستوى التعليمي للمبحوثات و عدد الإجهاضات	323
64	توزيع المستوى التعليمي للمبحوثات و عدد الأطفال المولودين ميتين	324
65	توزيع سنوات عمل المبحوثة و استعمال وسائل منع الحمل	325
66	توزيع أنواع وسائل منع الحمل و سنوات عمل المبحوثة	327
67	توزيع عدد سنوات عمل المبحوثة و أسباب عدم استخدام وسائل منع الحمل	328
68	توزيع عدد سنوات عمل المبحوثة و عدد الإجهاضات	329
69	توزيع الدخل الأسري و المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و أول ولادة	336
70	توزيع الدخل الأسري و المدة الفاصلة بين تاريخ و أول ولادة و ثاني ولادة	338
71	توزيع الدخل الأسري و استعمال وسائل منع الحمل	240
72	توزيع الدخل الأسري و أنواع وسائل منع الحمل	341
73	توزيع الدخل الأسري وأسباب عدم استخدام وسائل منع الحمل	343
74	توزيع الدخل الأسري و مجموع الأطفال لدى المبحوثات	345
75	توزيع الدخل الأسري و عدد الإجهاضات	347
76	توزيع الدخل الأسري و عدد الأطفال المولودين ميتين	349
77	توزيع الدخل الأسري و عدد الأطفال المتوفين الرضع	350
78	توزيع الدخل الأسري و عدد الأطفال المثالي	352
79	نوع الإقامة (المسكن) و المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و أول ولادة	354
80	نوع الإقامة (المسكن) و المدة الفاصلة بين تاريخ أول ولادة و تاريخ ثاني ولادة	356
81	توزيع نوع الإقامة (المسكن) و استعمال وسائل منع الحمل	357
82	نوع الإقامة (المسكن) و أنواع وسائل منع الحمل	358
83	نوع الإقامة (المسكن) و أسباب عدم استخدام وسائل منع الحمل	359
84	توزيع نوع الإقامة (المسكن) و مجموع الأطفال لدى المبحوثات	360
85	توزيع نوع الإقامة (المسكن) و عدد الأطفال المثالي	361
86	عدد الغرف بالمسكن و المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و تاريخ أول ولادة	364

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	رقم الصفحة
87	توزيع عدد الغرف في المسكن و استعمال وسائل منع الحمل	365
88	توزيع عدد الغرف في المسكن و أنواع وسائل منع الحمل من طرف المبحوثات	366
89	توزيع عدد الغرف في المسكن و أسباب عدم استعمال وسائل منع الحمل من طرف المبحوثات	368
90	توزيع عدد الغرف في المسكن و مجموع الأطفال لدى المبحوثات	369
91	مركب من متغير المسكن و متغير عدد الغرف	370
92	توزيع عدد الغرف في المسكن و عدد الإجهاضات لدى المبحوثات	371
93	توزيع عدد الغرف في المسكن و عدد الأطفال المولودين ميتين لدى المبحوثات	372
94	توزيع عدد الغرف في المسكن و عدد الأطفال المثالي	373
95	توزيع تكلفة الطفل و المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و أول ولادة	374
96	توزيع تكلفة الطفل و المدة الفاصلة بين تاريخ أول ولادة و تاريخ ثاني ولادة	377
97	توزيع تكلفة الطفل و استعمال وسائل منع الحمل عند المبحوثات	378
98	توزيع تكلفة الطفل و نوع وسيلة منع الحمل	379
99	توزيع تكلفة الطفل وسبب عدم استخدام وسائل منع الحمل	380
100	توزيع تكلفة الطفل و عدد الإجهاضات	381
101	توزيع تكلفة الطفل و عدد الأطفال المتوفين الرُّضَّع	382
102	توزيع تكلفة الطفل و عدد الأطفال المثالي	383

فهرس الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	رقم الصفحة
01	حدود ولاية أدرار	28
02	خريطة الأقاليم الأربعة لولاية أدرار	29
03	تكون الحيوان المنوي	39
04	مقطع للأنابيب المنوية	40
05	تكون البويضة	41
06	عملية التخصيب	43
07	نظرية الوضع الاجتماعي	58
08	نظرية الكلفة في الخصوبة	60
09	نظرية تركيب العائلة	61
10	نظرية تدفق الثروة (كالدويل)	62
11	نظرية كاين	63
12	نظرية ديفز وبلاك	67
13	نظرية جون بونغارتس	69
14	تطور عدد سكان العالم من العصر الحجري القديم 40000 سنة إلى غاية يومنا	73
15	تطور عدد سكان العالم	76
16	تطور عدد السكان في أوروبا	87
17	انخفاض عدد سكان الاتحاد الأوروبي في العالم بين 1950 و 2025	89
18	صافي الهجرة والزيادة الطبيعية لبلدان الاتحاد الأوروبي	91
19	صافي الهجرة للاتحاد الأوروبي من 1960 إلى 1999	92
20	معدل وفيات الأطفال الرضع في الاتحاد الأوروبي من 1960 إلى 2000	95
21	نسبة عدد سكان أوروبا مقارنة بسكان العالم	97
22	متوسط معدل نمو السكان السنوي (%) في أمريكا اللاتينية، آسيا و إفريقيا	104
23	خريطة بلدان الوطن العربي	107
24	ترتيب بلدان الوطن العربي حسب عدد السكان	109
25	العلاقة بين العمر المتوسط لأول زواج و المؤشر التركيبي للخصوبة	111

فهرس الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	رقم الصفحة
26	تطور عدد سكان الجزائر من 1966 إلى 2018	115
27	تطور منحنى معدل الزيادة الطبيعية في الجزائر من سنة 1901إلى غاية سنة 2017	116
28	تطور المؤشر التركيبي في الجزائر	120
29	تطور عدد سكان ولاية أدرار من سنة 1966 إلى 2017	131
30	توزيع أسباب وفيات الأمهات بمنطقة ادرار	135
31	توزيع عدد الأطفال الأحياء لكل امرأة لسنتي 2017 و 2018	137
32	توزيع الولادات القيصرية من بين مجموع الولادات في المنطقة لسنتي 2017 – 2018	138
33	متوسط العمر عند أول زواج بين 1948 و 2008	144
34	تطور العمر الوسطي للزواج الأول للجنسين	146
35	تطور العمر الوسيطي للزواج الأول في الجزائر للجنسين حسب التعدادات الخمس	146
36	النموذج الأول: العلاقة الطردية بين المتغيرين	159
37	النموذج الثاني: العلاقة العكسية بين المتغيرين	160
38	النموذج الثالث: العلاقة غير المستقرة بين المتغيرين	162
39	تطور كل من المؤشر التركيبي للخصوبة ومعدل الشغل الخاص بجنس الإناث.	172
40	العوامل التي تتدخل في استعمال أو عدم استعمال وسائل تنظيم النسل والرغبة في الإنجاب	172
41	توزيع نسب العزاب من الذكور والإناث RGPH	180
42	توزيع نسب المتزوجين من الذكور والإناث RGPH	180
43	تطور معدل الزواج في الجزائر من 1966 إلى 2014	180
44	تطور المؤشر التركيبي للخصوبة حسب المستوى التعليمي للمرأة	184
45	ركائز الدين عند المسلمين	192
46	توزيع المبحوثات حسب السن الحالي	202
47	توزيع المبحوثات حسب السن عند الزواج الأول	204
48	توزيع فئات المدة الفاصلة بين أول زواج و أول ولادة	205
49	مخطط توضيحي لمتوسط المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و أول مولود للمبحوثات	207

فهرس الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	رقم الصفحة
50	توزيع فئات المدة الفاصلة بين أول ولادة و ثاني ولادة	208
51	توزيع المبحوثات حسب عدد الأحمال	209
52	توزيع عدد الأطفال الأحياء لدى المبحوثات	210
53	نسبة استعمال المبحوثات لوسائل منع الحمل	213
54	توزيع نوع وسيلة منع الحمل المستعملة من طرف المبحوثات	214
55	توزيع المستوى التعليمي للمبحوثات و أزواجهن	215
56	توزيع أسباب عدم استخدام وسائل منع الحمل من طرف المبحوثات	216
57	توزيع إجابات المبحوثات حول الحمل و الوضع إلى غاية إنجاب الطفل الذكر	217
58	توزيع مبررات الحمل والوضع إلى غاية إنجاب مولود ذكر	218
59	توزيع نسب مشاركة الزوجين قرار الإنجاب	219
60	توزيع إجابات المبحوثات حول رأيهن في مدى مساهمة المستوى التعليمي للمرأة في تحديد عدد أطفالها	220
61	توزيع تفضيل سكان منطقة أدرار إنجاب الكثير من الأطفال	222
62	توزيع عدد الأطفال المثالي عند المبحوثات	223
63	توزيع فئة النساء النشاطات من مجموع سكان الولاية أدرار	227
64	توزيع الفئة العاملة من النساء حسب القطاعات	228
65	مخطط ليكسيس لسنوات عمل الموظفات المبحوثات	230
66	توزيع نوع المسكن لدى المبحوثات	231
67	توزيع عدد الغرف في المسكن	232
68	آراء المبحوثات بشأن تكلفة الطفل كحافز لاستعمال وسائل منع الحمل	233
69	توزيع استخدام و عدم استخدام وسائل منع الحمل حسب الفئات العمرية للمبحوثات	244
70	مقارنة نتائج البحث الميداني الخاصة باستعمال وسائل منع الحمل و التحقيق العنقودي متعدد المؤشرات MICS 4	247
71	مقارنة نتائج البحث الميداني الخاصة بأسباب عدم استعمال وسائل منع الحمل و التحقيق العنقودي متعدد المؤشرات MICS 3	250

فهرس الأشكال

رقم الشكل	عنوان الشكل	رقم الصفحة
72	توزيع حالة الإجهاض الواحد للمبحوثة حسب فئات السن	255
73	توزيع عمر المبحوثات و المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و أول ولادة	262
74	توزيع عمر المبحوثات و المدة الفاصلة بين تاريخ أول ولادة و ثاني ولادة	262
75	توزيع مهن و وظائف أزواج المبحوثات حسب المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و أول مولود	294
76	توزيع نوع مهنة الزوجة و مدى استعمالها لو سائل منع الحمل	296
77	توزيع نوع مهن و وظائف أزواج المبحوثات و استعمال وسائل منع الحمل من طرف المبحوثات	297
78	توزيع نوع مهنة المبحوثات و سبب عدم استخدام وسائل منع الحمل من طرفهن	299
79	توزيع نوع مهنة المبحوثات و عدد الإجهاضات	303
80	توزيع عدد الإجهاضات لدى المبحوثات و متوسط ساعات العمل / يوم	304
81	توزيع عدد الإجهاضات لدى المبحوثات و عدد الأحبال	305
82	توزيع عدد الأطفال المولودين ميتين و عدد أحبال المبحوثات	306
83	توزيع عدد الأطفال الرضع المتوفين حسب مهنة المبحوثة	307
84	توزيع عدد الأطفال المثالي بالنسبة للمبحوثة حسب مهنتها	308
85	توزيع نوع مهنة الزوج و عدد الأطفال المثالي من وجهة نظر المبحوثات	309
86	توزيع المستوى التعليمي للمبحوثات و المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و تاريخ أول ولادة	312
87	توزيع وسائل منع الحمل حسب سنوات عمل المبحوثات	326
88	توزيع عدد الإجهاضات،الأطفال المولودين ميتين و الأطفال المتوفين الرضع حسب نوع المسكن	363

فهرس الملاحق

رقم الملحق	عنوان الملحق
01	الوسائل المحددة للنسل
02	المؤسسات التابعة لقطاع الوظيف العمومي لولاية أدرار
03	النسخة الأصلية باللغة الإنجليزية كنجزلي ديفز ، جوديث بلاك 1956
04	المؤشرات الديمغرافية لولاية أدرار
05	أعداد النساء في سن الإخصاب و النساء في سن الإخصاب المتزوجات بولاية أدرار
06	معدل استعمال وسائل منع الحمل بولاية أدرار
07	تطور مؤشر الخصوبة الكلي بولاية أدرار
08	استمارة البحث
09	معدل الخصوبة الكلي في المناطق والاقاليم الرئيسية من الفترة 1970-1975 الى الفترة 1990-2000
10	تطور عدد سكان ولاية أدرار من 1966 إلى 2017
11	مخطط توضيحي لوفيات الأطفال الرضع
12	ملحق وصفي لتاريخ منطقة توات

فهرس المختصرات

المختصر	التفصيل
I.S.F	**I**ndice **S**ynthétique de **F**écondité
F.A.R	**F**emmes en **A**ge de **R**eproduction
F.M.A.R	**F**emmes **M**arie en **A**ge de **R**eproduction
P.N.M.C.D	**P**rogramme **N**ational de **M**aitrise de la **C**roissance **D**émographique
A.A.R.D.E.S	**A**ssociation **A**lgérienne de la **R**echerche **D**émographique, **E**conomique et **S**ocial

الباب الأول:

الإطار النظري للدراسة

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة:

- المقدمة
- أسباب اختيار الموضوع
- أهداف الدراسة
- أهمية الدراسة
- الإشكالية
- الفرضيات
- تحديد المفاهيم
- منهج الدراسة
- تقنيات الدراسة
- مجالات الدراسة
- الدراسات السابقة

مقدمـــــــــــــة:

شهدت الجزائر ولازالت تشهد تطوراً ملحوظاً منذ الاستقلال وإلى غاية يومنا هذا بزيادة مستمرة في نسب النساء المتعلمات والمشتغلات يقابلها تغير مستمر في معدلات الخصوبة ، وتعتبر سنوات السبعينات المنعرج الحاسم الذي انطلقت منه موجة ولوج النساء سوق الشغل وذلك بعد تغير الأوضاع الاقتصادية في الجزائر و تسريح العديد من عمال القطاع العام، واستناداً إلى مقولة **بوان كاريه** بأن : " الحظ يحالف النفس المهيأة" وجدت النساء الجزائريات أنفسهن مؤهلات – من خلال بلوغهن المستويات التعليمية العالية – لتقلد شتى المناصب والمهن.

بهذا التقلد وبشغلهن لمختلف تلك المناصب واجه المجتمع حركة جديدة يسميها البعض بـــ: "تغير الأدوار" هذه الأخيرة التي لم ينضب ولم يجف قلم المحللين والمفكرين إلى غاية يومنا هذا منقسمين بين مؤيد ومعارض لخروج المرأة لسوق الشغل.

إن ما يثير فضولنا كباحثين هو دراسة تأثير كل تلك المخرجات والنتائج المترتبة عن خروج المرأة لسوق العمل (أو نقول الأم بصورة أدق) على حياتها الإخصابية؛ بمعنى كيف لمختلف العوامل الديمغرافية، الاجتماعية والاقتصاديةأن تؤثر على خصوبة تلك النساء العاملات.

ولما كانت عوامل متعددة تتحكم في مستويات الخصوبة من مجتمع إلى آخر و حتى من منطقة لأخرى، و نظراً لخصوصية بعض المناطق عن غيرها من بالنسبة لحياة المرأة الإخصابية و خاصة في المجتمعات المتنوعة ثقافياً و تقاليدياً و جغرافياً كما هو الحال بالنسبة للمجتمع الجزائري، فمن المهم تناول خصوصية الحياة الإخصابية لدى المرأة العاملة بالمناطق الصحراوية.

ونشير هنا إلى أننا أخذنا المرأة العاملة في منطقة أدرار كنموذج عن المرأة الصحراوية التي تتميز بخصائص فرضتها الطبيعة الصحراوية فكانت عامل من العوامل المشكلة لكيانها البيولوجي، السوسيولوجي، الديموغرافي، الثقافي العقائدي، الديني... إلى آخره.

وتعد ظاهرة الخصوبة من الظواهر المعقدة والمتشابكة في أي مجتمع، حيث تتدخل فيها عوامل عديدة:

- ✓ أولها: أن الخصوبة والولادة ليست ظاهرة ذات احتمال يساوي الواحد.

- ✓ ثانيا: كون الخصوبة تؤدي بالضرورة إلى إنتاج ما يسمى جنين وقد يصل هذا الجنين إلى مرحلة الاكتمال ثم مرحلة الولادة (سواءًا كانت ولادة حية أو ميتة)؛ وعليهتعتبر الخصوبة عامل بيولوجي أكثر تعقيدا وأصعب دراسة من عاملي الوفيات والهجرة.
- ✓ ثالثا: أن الخصوبة ظاهرة تتداخل و تتشارك فيها عدة عوامل تتباين حسب خصوصية كل منها، فنجد العوامل الديمغرافية، الاجتماعية، الثقافية، الدينية، الاقتصادية وحتى السياسية.

وبناءاً على ذلك جاءت دراستنا مقسمة في بابين اثنين أولهما خاص بالبحث النظري والثاني للبحث الميداني.

- ❖ أما الباب النظري فقد قسم إلى ثلاث فصول يتقدمها:
- ✓ **الفصل الأول** وهو فصل قد خصصناه للأطار المنهجي للدراسة.
- ✓ **الفصل الثاني** تناولنا فيه الخصوبة وهو فصل مقسم إلى خمس مباحث:

المبحث الأول يتناول مفهوم الخصوبة نظرياتها و مقاييسها.

المبحث الثاني يتناول تطور اتجاهات الخصوبة في العالم.

المبحث الثالث يتناول تطور اتجاهات الخصوبة في دول العالم المتقدم.

المبحث الرابع يتناول تطور اتجاهات الخصوبة في البلدان النامية وفي دول العالم العربي.

المبحث الخامس يتناول تطور اتجاهات الخصوبة في الجزائر.

- ✓ **الفصل الثالث** تناولنا فيه العوامل المؤثرة والمحددة للخصوبة و قد قسم بدوره إلى ثلاث مباحث مقسمة كما يلي:

المبحث الأول:العوامل الديمغرافية المؤثرة في الخصوبة

المبحث الثاني:العوامل الاجتماعية المؤثرة في الخصوبة

المبحث الثالث:العوامل الاقتصادية المؤثرة في الخصوبة

- ❖ **الباب الثاني:**

تناول الدراسة الميدانية، تحليل المعطيات إحصائياً و استخلاص النتائج من خلال الإجابة على فرضيات الدراسة.

1. أسباب اختيار الموضوع:

ينطلق كل بحث علمي من دافع قد يكون ذاتي أو موضوعي، ويشترك الدافعان في اختيارنا لبحثنا هذا؛ إذ تتمثل الدوافع الذاتية في غاية شخصية و هي:

- ✓ معرفة تأثير العوامل الديمغرافية والسوسيو– اقتصادية – على الخصوبة، هذه العوامل التي عرفت تغيرا كبيرا وتطورا ملحوظا – على خصوبة المرأة العاملة بالمنطقة (من تأخر سن الزواج بشكل كبير ملحوظ، دخول العامل الاقتصادي المتمثل في دخل المرأة كورقة ضاغطة، التغير الاجتماعي الذي يشهده المجتمع الجزائري على العموم و المجتمع المحلي على وجه التحديد و ما يترتب عنه من مسألة تغير الأدوار، العادات والتقاليد... إلى آخره.

أما بالنسبة للدافع الموضوعي فيتمثل في:

- ✓ الأهمية التي تكتسيها المرأة في المجتمع من جهة و كونها عاملة من جهة اخرى.
- ✓ إثراء و زيادة الرصيد المعلوماتي للمنطقة من جانب الخصوبة كمتغير تابع و العوامل الديمغرافية والسوسيو– اقتصادية كمتغيرات مستقلة.

2. أهداف الدراسة:

من بين أهم أهداف هذه الدراسة نذكر:

1/ التعرف على الخصائص الديمغرافية و السوسيو– اقتصادية لمجتمع البحث ومحاولة تقديم توصيات.

2/ تحديد شدة تأثير كُلّ عامل من العوامل ومن خلالها المتغيرات التي لها دور سواءً كان مباشراً أو غير مباشر على خصوبة المرأة العاملة وبالتالي محاولة تفسير وتحليل العلاقة الموجودة بين عمل المرأة وعدد أطفالها و تأثيرها المباشر على النسيج السوسيو– ديمغرافي للمجتمع من جهةٍ أخرى.

3/ محاولة الوصول إلى تقييم لوضعية الخصوبة داخل مجتمع البحث و إعطاء صورة عامة عنه.

4/ نيل شهادة الدكتوراه في التخصص " علم الاجتماع الديمغرافيا ".

3. أهمية الدراسة:

تعتبر الخصوبة المحرك الأساسي والأول لعجلة النمو الديموغرافي فهي التي ترفع من مستوياته أو تقوم بتخفيضها، ونظرا للقفزة النوعية التي شهدها جنس الإناث من خلال التطور الملحوظ والمستمر والسريع لمستواها الدراسي في كافة الأطوار ما أهلها وفتح لها باب تقلد المناصب بمختلف رتبها؛ هذا الأمر الذي تتضارب فيه الآراء ووجهات النظر من مؤيدين ومناقضين؛ ومن خلال مختلف الدراسات العالمية والوطنية التي تناولت موضوع خصوبة المرأة العاملة سنحاول تبيان مكانة خصوبة المرأة العاملة بالمنطقة ومدى تأثير مختلف العوامل الديمغرافية والسوسيو– اقتصادية عليها.

4. الإشكاليــة:

قدر الديوان الوطني للإحصائيات عدد سكان الجزائر بـ: 42.578 مليون نسمة في 1 جويلية 2018 ، بمعدل نمو يقدر بـ: 2,17 % و يقول نفس المصدر أنه في حالة بقاء مستوى الزيادة على حاله فإن عدد سكان الجزائر سيتعدى 43 مليون نسمة بحلول عام 2019 و يعود أساساً تذبذب هذه المعدلات إلى عامل الخصوبة الذي يتحكم في ارتفاع أو انخفاض مستوى السكان لبلدٍ ما.

والمتتبع لتطور معدل الخصوبة الكلي والذي يعبر على عدد الأطفال لكل امرأة يلاحظ تغيره من 4,5 طفل لكل امرأة بداية التسعينات أي في عام 1990 إلى 2,5 سنوات الألفينات ليعاود الارتفاع ويصل 3,1 سنة 2016 ثم 3 أطفال لكل امرأة سنة 2018.

و الجزائر على غرار باقي دول العامل تشهد ارتفاعا ملحوظا في المستوى التعليمي لفئة الإناث ما يترتب عنه دخول هذه الأخيرة سوق العمل وتبني أفكار ومبادئ جديدة تؤثر بشكل مباشر على عاداتها وسلوكياتها اليومية؛ وبشكل غير مباشر على جملة من النتائج التي تمس المجتمع على المستويين الصغير والمتمثل في الأسرة المحيطو بها ثم البلد أو الدولة و على المستوى الك بير و المتمثل في العالم بشكل عام.

وبما أن دراستنا هذه تركز بشكل رئيسي على خصوبة المرأة العاملة الموظفة في المنطقة الصحراوية الجنوبية ولاية أدرار، سنحاول تسليط الضوء على مختلف العوامل الديمغرافية و السوسيو– اقتصادية المؤثرة بشكل مباشر أو غير مباشر على هذه الخصوبة؛ وقياس مدى تباين شدة وقوة المتغيرات المؤثرة على خصوبة النساء في المناطق الصحراوية التي تختلف ثقافياً و اجتماعياً عن

مناطق أخرى داخل الوطن و نذكر هنا مختلف العادات و التقاليد الخاصة بالمنطقة (منطقة توات)، الصبغة الدينية الطاغية على مختلف الجوانب الحياتية لسكان المنطقة، سلوكيات و أنماط المعيشية اليومية و انفتاح المنطقة تاريخياً على الدول الإفريقية الجنوبية و حديثاً من خلال فتح باب الشغل الذي يفرضه التزايد المستمر في الهياكل القاعدية بالمنطقة و منه اختلاط الثقافات و الأفكار و السلوكات التي يمكن من شأنها أن تؤثر في الثقافة الإنجابية للمرأة الصحراوية.

و من خلال ملاحظتنا المستمرة للمجتمع الصحراوي محل الدراسة وجدنا أن هذا المجتمع يتخبط في مشاكل مرتبطة بالخصوبة على وجه التحديد من نقص في الهياكل الطبيةو الطاقموية المختصة في التوليد و طب الأطفال، معانات بالجملة لنساء حوامل أو وضعن حملهن و هن داخل مصلحة التوليد يرجع بعضها أحياناً لقلة وعي المرأة و عدم تتبعها لطبيب مختص منذ أيام الحمل الأولى و قدومها متأخرة للمصلحة و يزيد الأمر سوءً في حالة تعسر حالتها نتيجة وضع الطفل التي قد تكون غير طبيعية، كما يرجع بعضها إلى قلة خبرة الطاقم تارةً و غياب الأطباء المختصين تارةً أخرى.

كما تنتشر بالمنطقة ظاهرة الإجهاض بشكل كبير، وعلى الرغم من احتواء ولاية أدرار لإقليم شهد تاريخياً أبشع التجارب النووية التي خلفت و لازالت تخلف ولادات من تشوهات خلقية كبيرة إلا أن هذا الإقليم يعرف بدوره خصوبة مرتفعه مثله مثل باقي أقاليم الولاية، و كل الوقائع المسردة و الوضع الصحي لهته الفئة لم يحد من النمو الديمغرافي للمنطقة بل على العكس نجد هذا الأخير مستمر في الزيادة والتطور.

كما يشهد الأرشيف التاريخي و الثقافي للمنطقة محطات عديدة تتمثل في جملة من العادات و التقاليد إضافةً إلى الأنماط السلوكية لسكان المنطقة التي نرى أنها مشجعة على الخصوبة كعادات الزواج و الزواج المتعدد و سن الزواج المنخفض عند الجنسين في بعض المناطق، إضافةً إلى طقوس و عادات يومية حياتية داخل الأسرة مشجعة على الخصوبة، وعليه؛ و من خلال ما سبقن طرح الإشكال العام للدراسة بالصيغة التالية:

إلى أي مدى تؤثر العوامل الديمغرافية، الاجتماعية والاقتصادية في خصوبة المرأة العاملة في منطقة توات بلدية أدرار تحديداً ؟

ومنه؛ تتفرع إشكاليات ثانوية أولها:

- ما مدى تأثير العوامل الديمغرافية و المتمثلة في متغير :السن الحالي للمبحوثات، السن عند أول زواج، مدة الحياة الزواجية و استعمال وسائل منع الحمل على خصوبة المرأة العاملة بالمناطق الصحراوية؟
- ما مدى تأثير العواملالاجتماعية والتي تتمثل في: الطبقة الاجتماعية، المستوى التعليمي، نوع المهنة والعامل الدينيعلى خصوبة المرأة العاملة بالمناطق الصحراوية؟
- ما مدى تأثير العوامل الاقتصادية و المتمثلة في متغير : مستوى دخل الأسرة، نوع العمل وكذا المستوى المعيشي بشكل عامعلى خصوبة المرأة العاملة بالمناطق الصحراوية؟

5. الفرضيات:

انطلقت الدراسة من مجموعة من التساؤلات سنحاول من خلال هاالكشف عن مدى تأثير مجموعة من المتغيرات مصنفة حسب خصوصية كل منها (ديمغرافية، اجتماعية و اقتصادية) على خصوبة المرأة العاملة في المناطق الصحراوية و بالضبط في بلدية أدرار، و للإجابة عن تلك التساؤلات و بغرض تسهيل طريقة دراستها و تحليلها قمنا بوضع ثلاث فرضيات موازية لتساؤلات الدراسة تتقدمها فرضية رئيسةسنحاول من خلالها الإجابة على إشكالية الدراسة السابق طرحها:

الفرضية الرئيسية:

تؤثر العوامل الديمغرافية، الاجتماعية و الاقتصادية في توجيه خصوبة النساء العاملات بالمناطق الصحراوية الجزائرية.

الفرضيات الثانوية:

الفرضية الأولى:

- كلما تزوجت المرأة العاملة بالمناطق الصحراوية الجزائرية في سن مبكر كلما ارتفعت خصوبتها.

الفرضية الثانية:

- ارتفاع المركز الاجتماعي للمرأة العاملة بالمناطق الصحراوية الجزائرية يؤدي إلى انخفاض خصوبتها.

- **الفرضية الثالثة:**

- كلما ارتفع المستوى المعيشي للمرأة العاملة بالمناطق الصحراوية الجزائرية كلما انخفضت خصوبتها.

6. تحديد المفاهيم:

سنحاول تقسيم المفاهيم حسب محددات الدارسة التي تنقسم إلى قسمين قسم خاص بالخصوبة وآخر بالعوامل الديمغرافية، الاجتماعية والاقتصادية.

أولاً: المفاهيم الخاصة بالخصوبة

1 - الخصوبة:

دراسةالخصبأو الخصوبةويقال أيضاً المولودية تتناول الظواهر الكمية المتصلة بالتوالد أو التناسل الإنساني. وقد يخصص لفظ المولودية للدلالة على عدد المواليدفي مجموعات من السكان على حين يفيد لفظ الخصب عدد المواليد في مجموعات من السكان هي في سن الإنسال. والمولود هو نتاج ولادةالأم له.

هذا, ويلزم التفريق بين ولادة الأم لمولودها وولادة الولود من أمه. وقد تكون ولادة الأم توأمية أي قد يكون نتاجها أكثر من مولود واحد, كما يلزم التفريق بين المولود الحي أي ولادة الوليد حياًوالمولود الميتحين يولد المولود ميتاً ولا تظهر عليه أمارة من أمارات الحياة, كالاستهلال والبكاء والحركة والتنفس ونبض القلب. ويستعمل لفظ المولودية الفعلية أو الخصب الحقيقي حين يهمل في الحساب المواليد الأموات, ولكن قد يدخل في الحساب المواليد الأحياء والأموات جميعاً فيقال عندئذ المولودية الكلية أو الخصب الكلي ،وإذا لم توصف المولودية ولا الخصب أُريد بها الصفة الفعلية أما تفاوت الخصب فيطلق على فروق فئات السكان في الخصب.

1. الخصوبة مَصْدَرٌ مولد لم يرد في معجمات اللغة و لكنه شاع حديثًا. هذا و لإيضاح معنى الخصب في علم السكان ينظر أيضًا الفقرة. ثم إنه قد يستعمل لفظ المولودية مكان معدل المواليد.
2. توالدوا ولد بعضهم بعضا و تناسلوا بالمعنى نفسه و يقال نسل الوالد أو الوالدة الولدَ و أنسلاه و نسلا به و أنسلا به و نجلاه و نجلا به إذا ولداه. و أما لفظ الإنجاب فمعناه ولادة ولد نجيب أو ولد جبان فهو ضدٌ.
3. يفرق بين الإجهاض و ولادة المولود الميت حسب مدَة الحمل. و تعتبر منظمة الصحة العالمية هذه المدة 28 أسبوعًا للتفريق بينهما, مع أن الحد الأدنى لها يقع إحصائيًا بين الشهر الخامس و السابع.

2 - <u>خصب الزوجين:</u>

متوقف على سلوكهما التناسلي و يفرق في هذا السلوك بين الزوجين المنظمين للنسل و هما المشرفان على نسلهما وفق رغباتهما, و الزوجين غير المنظمين للنسل يتركان أنفسهما على سجيتها. و يتعلق تنظيم الأسرة بعدد الأولاد النهائي لها بحيث لا يتجاوز عدد الأولاد المنشود وثمة ألفاظ تستعمل في هذا المجال مثل تحديد النسل و ضبط النسل و تحديد الذرية و ما يجري مجراها و كلها متقاربة الدلالات.

3 - <u>الوقت الميت: (حسب تسمية لويس هنري)*</u>

وهو الوقت الذي تبقى خلاله المرأة عاقراً بعد الحمل و يتجاوز مدة الحمل بكثير (بمتوسط 9 أشهر إذا أدى الحمل إلى ولادة أو أقل مهلة بكثير إذا كان هناك إجهاض تلقائي) ، و يضاف إلى هذه المدة مهلة تتعلق بتكوين البيوض.

في حالة عدم الإرضاع يبدو أن هذه المهلة تساوي 3 أشهر تقريباً.

في حالة الإرضاع تكون هذه المدة تابعة لمدة الإرضاع الذي يعيق على ما يبدو العودة إلى الإباضة.[1]

[1]Luis henry:**Mesure du temps mort en fécondité naturelle**, Population 1964 numéro 19 -3, editions de l'INED , 23, AV . F.D ROOSEVELT – Paris – VIII.

*Luis Henry 1911- 1991, prof à l'INED – IDUP - EHESS

4 - حقبة النسل أو الإنسال:

تبدأ بالبلوغ و تتعين عند الأنثى بالطمث و ذلك بحصول الحيض و هو ما يسمى العادة الشهرية باللغة الدارجة أو القُرْء في كتب اللغة أحيانًا ، فالحيضة الأولىتبدأ بالبلوغ، و ينتهي الحيض بسن اليأس و يعتبر ابتداء حقبة الإنسال عادة في سن الخامسة عشرة و نهايتها في سن الخمسين.

- يقال حاضت المرأة حَيْضًا ومَحِيضًا. والحَيْضة بفتح الحاء المرة والحِيضة بكسر الحاء الدم نفسه وكذلك يقال طمِثَتْ تَطْمَث وطَمَثَتْ تَطْمِث.

5 - القدرة على التوالد:

أو بالاختصار إمكان التوالد هو القدرة على الإنسال. و ضده العقم و العقرو عدم استطاعة الحبل.

ثانيا: المفاهيم الخاصة بالعوامل الديمغرافية

1 - العمر أو السن:

السن أو العمر ويخصص أحيانا فيقال العمر الزمني، م تغيرأساسي آخر في بنية السكان ويعبر عنه بالسنين مطلقا أو السنين والشهور والأيام و أحياناً بالسنين وكسورها العشرية. وغالباً ما يقرب الإحصائيون العمر فلا يذكرون إلا السنين المكتملة التي عاشها الشخص ويقال لها العمر في آخر عيد ميلاد وهو الفرق بين السنة المعتبرة وتاريخ الميلاد[1].

التعريف الإجرائي للعمر أو السن:

هو عدد السنوات المعاش والمصرح به من طرف المبحوثات وقت التحقيق الميداني

2 - العمر عند الزواج:

يقاس مدى الإقبال على الزواج عامة بين السكان أو في قسم منهم بمعدل الزواجأو معدل الزواجية

1اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا: **المعجم الديموغرافي متعدد اللغات**، السفر العربي، الطبعة الثانية ، بدون سنة، ص 68.

و قد يوصف هذا المعدل فيقال معدل الزواج الأوَّليّأو الخام و أحيانًا معدل الزواج الأوليّ السنوي العام و يقصد منه أن ينسب إلى عدد السكان المتوسطعدد عقود الزواج السنوية. هذا و تُدْرس زواجية الذكور و زواجية الإناث كل على حدة, إذ تقع بينهما فروق واضحة. و يحسب معدل الزواج حسب الجنس بنسبة عدد عقود الزواج إلى عدد الصالحين للزواج من كل جنسو يحسب أيضًا معدل زواج العُزّاب بأن ينسب عدد عقود الزواج الأول إلى عدد العزابالصالحين للزواج كما يحسب معدل زواج الأرامل أو المطلقين فينسب عدد عقود الزواج التاليإلى عدد الأراملأو المطلقين .

و يحسب لهؤلاء معدل الزواج حسب العمر على هذا الغرار لكل عمر من الأعمار أو لكل فئة من فئات الأعمار سواء كان العمر محسوبًا للزوجأو للزوجةو متى كانت عقود الزواج مصنفة حسب العمر عند الزواج لكل واحد من الزوجينيدعي المعدل معدل الزواج حسب العمر .هذا و إن توزع العُرُس و العرائس حسب أعمارهم يمكّن من حساب السن المتوسطة لدى الزواج في سنة مسماة أو في حقبة زمنية مسماة. و لدراسة فرق العمر بين الزوجينللأشخاص المتزوجين يلزم توافر أعمار منسقة مثنى مثنى لهم[1].

التعريف الإجرائي للعمر عند الزواج:

هو العمر المصرح به من طرف الباحثات على السؤال رقم 06 في استمارة البحث المرفقة في الملاحق والذي جاءت صياغته كالتالي:

كم كان عمرك سيدتي عند أول زواج؟

3 - مدة الحياة الزواجية:

إذا توافرت المعلومات الضرورية أمكن حساب احتمال نهاية الزواج أو احتمال انحلاله تبعًا لمدة الزواج وذلك بوفاة أحد الزوجين أو طلاقهما كما يمكن عمل جداول انحلال الزواج. ثم إن دراسة الزواج التالي بعد الترمل أو الطلاق مرتبطة بتكرار الزواج التالي و هو عبارة عن عدد الأرامل و الأشخاص المطلقين الذين يتزوجون. و هو تكرار مُعْطى حسب أعمارهم عند ترملهم أو طلاقهم, أو حسب توزع المدة الزمنية بين الترمل أو الطلاق و الزواج التالي. و هذا التوزع يتيح

[1] المرجع نفسه، ص 108 - 520

حساب متوسط مدة الترمل للأرامل الذكور و الأرامل الإناث و كذلك متوسط الفترة بين الطلاق و الزواج التالي للمطلقين و المطلقات.

التعريف الإجرائي لمدة الحياة الزواجية:

هو عدد السنوات التي عاشتها المرأة مع زوجها دون فترة انقطاع كالطلاق ثم الرجوع، الوفاة أو الانفصال، وجاء كسؤال يحمل الرقم 05 في استمارة البحث بالصياغة التالية: ما هي مدة زواجك؟ مع وضع فرضية صفرية أن احتمال الطلاق أو الانفصال يساوي 0.

4 - منع الحمل:

اتخاذ التدابير التي تقي الجماعمن الحبل. و تدعى تلك التدابير موانع الحبل أو موانع الحملو هي تشتمل حتى على الإجهاض العمدي أماالأُ بُول أي الامتناع عن غشيان الزوجة و لا سيما الأبُول الدوري فيدخل غالبًا في عداد موانع الحمل.

أَبَلَ يَأْبُل أُ بولاً امتنع عن غشيان زوجته و كذلك تأبّل تأبلا [1].

ومع التطور و التقدم المستمر للعلم للتكنولوجيا نجد العديد من الوسائل ذات الهدف الواحد وهو منع حدوث التخصيب ومنه منع حدوث الحمل، ويمكن تقسيم هذه الوسائل* – كما يقول الدكتور فراس عباس البياتي في كتابه الانفجار السكاني والتحديات المجتمعية – يقول بأنه يمكن تقسم هذه الوسائل إلى ثلاثة أنواع وهي كالتالي:

1/ الطرق الميكانيكية وتضم اللولب الرحمي، طريقة العد أو الحساب، الواقي الذكري والأنثوي، الحلقة البلاستيكية، مستحضرات قتل الحيوانات المنوية.

2/ العلاج الهرموني ويشمل حبوب منع الحمل (المُختَرَعَة من طرف الأمريكي غريغوري بينكوس سنة 1956[2]) بأنواعها، حقن البروسجترون، مستحضرات البروجستيرون تحت الجلد.

---

[1] المرجع نفسه، ص 123- 627

* للاطلاع على التعريفات مفصلة انظر الملحق رقم 01

[2] كاترين روليه: **سكان العالم: سبعة مليارات نسمة في وقت قريب، فماذا بعد؟**، الطبعة الأولى، لاروس Larousse ، 2015، ص 76.

3/ الطرق الجراحية و تتمثل في تعقيم المرأة و تعقيم الرجل.

و نجدها مصنفة في المعجم الديمغرافي أيضاً لوسائل مادية و وسائل غير مادية. من الوسائل غير المادية العزل و منها الأبول الدوري يمتنع فيه الرجل عن غشيان زوجته حين تكون أهلاً للحملو لا يأتيها إلا في فترة الأمان في غضون دورة الطمث، و فترة الأمان قد تحسبها الزوجة بطريقة قياس الحرارة عندها.

الوسائل المادية أكثر انتشاراً و هي تعتمد على أدوات تستعمل منفردة أو مجتمعة و هي الرِفال (وهو كل ما شربه الإنسان فلم يولد له)، وهو الصائن البعولي أو الحائل و الصائن النسوي أو الكُمة أو الفرزجة و الحاجب و الإسفنج الرحمي و المهلِّمات أو المراهم و التحاميل و الأقراص الفوارة أو المسحوقات الفوارة أي الذرورات الفوارة و الحقن المهبلية مع مركب قاتل النطفة أو دونه أو العاقمة أي عُدة رحمية مانعة.

الأعقار أو موانع الحمل الفموية أي التي تؤخذ عن طريق الفم تتبع طريقة منع الحمل الهرموني أو منع الحمل بالستيرويد إذ يمتنع البيض بأخذ حب منه أخذاً متواتراً أو بالحقن أو بالغرس.

يتمّ التعقيم بالجراحة و ذلك باستئصال الأسهرو سد الأسهر عند الرجال، و بربط البوق و استئصال البوق و كذلك باستئصال الرحم عند النساء

- **التعريف الإجرائي لمنع الحمل[1]:**

هي جملة من الوسائل والطرق التي يمكن أن تكون متطورة حديثة كالعلاج الهرموني، الشرائح أو مواد كيميائية أخرى، كما يمكن أن تكون تقليدية اكتسبتها المبحوثة بالتجربة أو باقتراح من طرف صديقة، قريبة،...إلخ.

5 - **برنامج تنظيم الأسرة:**

يقصد إلى نشر وسائل منع الحمل في فئة من الناس يدعون مشاركين سانحين في استعمال هذه الوسائل أي سنحت مشاركتهم فيه و قد يُدْعَوْن أيضًا مجتمعًا مُسْتَهْدفًا أي نُصِبَ هدفًا للدراسة. و ثمة فريق الدعاة لاستعمال تلك الوسائل و المحرِّضين عليه و المعبِّئين يسعون جميعًا للحصول على موافقة

[1] المعجم الديموغرافي المتعدد اللغات، مرجع سبق ذكره، ص 123 - 125

الجهات التي يهمها الأمر. و تقاس نتائج البرنامج بنسبة المشاركين أو معدل المشاركة أو معدل الاستجابة ثم يحسب بين المشاركين أو المستجيبين بعد مرور مدة من الزمن معدل المثابرة كما يحسب متممه إلى الواحد و هو معدل النكوصفي تلك المدة الزمنية نفسها. و عدد الولادات المتجنَّبة المخمن دليل على مدى نجوع البرنامج المنظم, كما أن انتشار منع الحمل في مجتمع يقدر بعدد المُمارِسات لهفي مجتمع مناسب للموضوع كالزوجات اللواتي في حقبة الإنسال[1].

وهو تأييد الوسائل الحديثة لمنع الحمل وتسهيل استعمالها من قبل النساء لكي يستطعن بملء اختيارهن تحديد وقت الحمل والولادة.

و نستطيع القول بشكل عام أن تنظيم الأسرة هو استراتيجية يتبناها المعنيان (الزوجان) بالاتفاق على إنجاب عدد معين من الأطفال بفترات متباعدة حسب رغبتهما.

و تتم هذه الاستراتيجية وفق عدة أساليب من بينها استعمال وسائل منع الحمل المختلفة و الطرق أو الأساليب الأخرى التي يقوم بها الزوجان من أجل منع الحمل أو محاولة عدم إحداثه.

- **التعريف الإجرائي لبرنامج تنظيم الأسرة:**

هو متوسط عدد السنوات الفاصلة بين كل ولادة و أخرى، كما يمكن قياسه من خلال معدل استعمال وسائل منع الحمل في المجتمع المدروس.

ثالثا: المفاهيم الخاصة بالعوامل الاجتماعية

1 - المركز الاجتماعي:

المركز هي تلك المكانة التي يحتلها شخص في النظام الاجتماعي مثل المهنة أو العمل، المستوى التعليمي، الجنس أو العمر، إذن هو يحدد الهوية الاجتماعية، الدور الواضح، حقوق و واجبات الفرد، وهو يطرح معيارين: الأول عمودي ويترجم العلاقات الهرمية، والثاني أفقي ويوضح التفاعلات بين الأشخاص المتساوين.

[1] المرجع نفسه ، ص 122- 123- 625

الدور هو المصطلح الأكثر ارتباطا بالمركز[1]

و يعتبر المركز الاجتماعي تلك المكانة التي يشغلها الشخص داخل جماعته كما يعتبر أيضاًبشكل عام خاصية أو مهنة يشترك فيها جماعة من الأفراد داخل مجتمع ما فنقول مهن ذات مركز عالي مهن متدنية إلى آخره من التصنيفات

التعريف الإجرائي للمركز الاجتماعي:

ويمكن تحديده من خلال مهنة الزوجين، المستوى التعليمي لهما أيضاً و عدد سنوات عمل المبحوثة في قطاع الوظيف العمومي إلى غاية وقت البحث الميداني.

2 - الطبقات الاجتماعية:

يؤدي تأمل السكان في الحياة الاجتماعية إلى تمييز فئات اجتماعية بينهم يتفاوت بعضها عن بعض شيئًا من التفاوت أو إلى تمييز فئات اقتصاديةاجتماعية حسب الحرفة و الدخل و الثقافة و ما إلى ذلك من دلالات على الحال الاقتصادية و الاجتماعية. وقد يصنفون في طبقات اجتماعية وهو تصنيف يوحي بوجود بنية اجتماعية واقتصادية تستند إلى العلاقات الاجتماعية الناشئة عن أسلوب الإنتاج والكشف عن شرائح الطبقات الاجتماعية و يدعى الانتقال من طبقة إلى أخرى بالحَراك الاجتماعي فإذا كانت الطبقات ذوات مراتب أمكن التفريق بين الحَراك الصاعد و الحَراك الهابط[2].

وحقيقة يطول الحديث في قضية الطبقات الاجتماعية لما يتخلله من تغيرات –وتناقضات أحيانا–بين المدارس والحقب الزمنية المتعاقبة، ويبدأ الاختلاف من القواميس في حد ذاتها إذ نجد الاختلاف بين القواميس العتيقة والحديثة والتغير الواضح في المفاهيم الأساسية المعرفة للطبقات الاجتماعية.

1Raymond Boudon, Philippe Besnard, Mohamed Cherkaoui, et Bernard-pierre Lécuyer:**Dictionnaire de la sociologie**,, Paris.

[2]المعجم الديمغرافي المتعدد اللغات، مرجع سبق ذكره، ص 163 – 920

فلو أخذنا مثلا قاموس علم الاجتماع dictionnaire de la sociologie Larousse نجد أنه يعرف الطبقة الاجتماعية على أنها مصطلح يطلق بمعنى شامل لمجموع الأشخاص الذين يتشاركون صفات و سلوكيات متماثلة أو قابلة للمقارنة[1].

الطبقة عند ماركس:

" إن الطبقة عند كارل ماركس هي جماعة من الناس تتماثل في علاقتها بوسائل الإنتاج، أي الطرق التي يكسبون بها رزقهم" [2] ،ويتبعه في التيار الفكري كل من ماكس فيبر و إيريك أولن رايت وغيرهم من أنصار المدرسة الماركسية – وما شملته من تعديلات وإضافات متعاقبة بطبيعة الحال–.

نفس الأمر بالنسبة لقاموس Le Littré: يعرف الطبقة الاجتماعية على أنها مجموع الصفات التي تعبر عن الرتبة الاجتماعية ، والسلوكات التي يتقاسمها أفراد المجموعة الواحدة.

أما في القواميس الحديثة الطبقة هي فئة من الأشخاص لديهم عادات متماثلة، أفكار ووظائف.

الطبقة هي فئة لأشخاص قائمة على الجدارة ، القيمة والأهمية[3].

تعريف الطبقة عند وليام لويديوارنر*:

تعرف الطبقة الاجتماعية عند وارنر بالمستوى المعيشي للفرد فقط بمعنى: أن الطبقة في هذه المدرسة تقاس بالنمط الاستهلاكي[4].

---

[1]Raymond Boudon et autres , Op.Cit., p 36

[2]أنتوني غندیز بمساعد كارين بيردسالو ترجمة وتقديم فايز الصياغ: **علم الاجتماع** ، ، المنظمة العربية للترجمة لبنان، الطبعة الأولى 2005 ، ص 347.

[3]Jacques Ellul:**Les classe sociales**, la petite vermillon N° 447, la table Ronde 26, Paris, P : 28.

*William Lloyd Warner 1898 – 1970, sociologue américain, enseignant à Chicago.

4Ibid, P : 30

ويضيف الكاتب " **غنديز** " في مؤلفه علم الاجتماع أن الطبقات بمفهومها الحديث تشمل مجموعة عريضة وواسعة من الناس الذين يشتركون في موارد اقتصادية تؤثر تأثيرا غالبا على طريقة عيشهم وحياتهم، وتمثل ملكية الثروة بالإضافة إلى المستوى المهني الأساس الذي تقوم عليه الطبقات[1].

التعريف الإجرائي للطبقة:

نظرا لتضارب المداخل الباحثة في هذا الشأن سنعتمد على عدة تقنيات لتحيدي الطبقات وهي:

- تصنيف الديوان الوطني للإحصائيات.
- استخدام برنامج SPSS لتحديد الطبقات.
- محاولة تصنيف المجتمع محل الدراسة حسب النظريات من جهة و مكوناته و خصوصياته من جهةٍ أخرى.

- **رابعا: المفاهيم الخاصة بالعوامل الاقتصادية:**

1 - العمل:

تختلف مفاهيم العمل باختلاف الأنظمة والحِقَب التاريخية التي يمر بها المجتمع والأفراد، فالعمل هو نشاط يقوم به الإنسان عن طريق بذل جهد فكري أو عضلي لتحقيق هدف اقتصادي مفيد كما أنه وظيفة اجتماعية تتحقق فيها شخصية الفرد.

ويعرفه ماركس على أنه: "مجموعة أفعال يقوم بها الإنسان قصد تحقيق هدف وذلك بمساعدة فكره ويديه وأدواته أو آلآته والتي تؤثر بدورها على الإنسان وتغيره".

التعريف الإجرائي للعمل:

هو أن يكون الشخص وقت البحث الميداني يشغل عمل معين سواء كان هذا العمل عند شخص معنوي أو شخص حقيقي ويجني من هذا العمل مقابل مادي.

[1] أنتوني غندنز، مرجع سبق ذكره، ص 341

أما الشخص بدون عمل فهو الشخص الذي يصرح بأنه وقت التحقيق الميداني بأنه لا يمارس أي نشاط ولو كان قد ترك عمله اليوم السابق لاستلامه استمارة البحث و لتفادي التعميم أو الجزم وضعنا الصيغة التالية " بدون عمل حالياً ".

2 - تعريف عمل الام:

التعريف الإجرائي:

ونقصد بعمل الأم في هذه الدراسة هي الأم التي تقوم بنشاط فكري أو عقلي مأجور في المجتمع، لكن خارج منزلها أي في مجال اِقتصادي أو مؤسسة اجتماعية وتتلقى مقابل ذلك أجراً مادياً قصدَ رفع المستوى الاقتصادي والاجتماعي لأسرتها ويسمح لها بالاستقلال الاقتصادي عن زوجها.

3 - المشتغل:

هو شخص يعمل وله نشاط مكسبي نقدي أو عيني.

7. مجالات الدراسة:

يعتبر مجال الدراسة ذلك المحور الشامل لمقاييس البحث مكانياً، زمنياً و بشرياً، وسنتناول بالشرح في هذا الفصل كل من المجال البشري، المجال المكاني (الجغرافي)، و المجال الزمني لهذه الدراسة.

و للبحث الميداني في المجال الديمغرافي، الاجتماعي والإنساني الأهمية البالغة بل نستطيع القول أن الدراسة الإمبريقية تعتبر بمثابة المولود الجديد الذي يضفي طابع الحداثة والإبداع لعمل الباحث.

وقد أجمع تقريباً جل الباحثين والمنظرين في العلوم على تعريف هذا البحث الميداني على أنه مجموعة من الخطوات العلمية التي يقوم بها الدارس لظاهرة معينة من خلال مجتمع أصلي كبير يقوم باختيار مجموعة من العناصر المكونة له وتسمى عينة، وهذا إن تعذر على الباحث الإلمام بجميع عناصر هذا المجتمع الكلي أو الأصلي.

ولا يخلو تقريباً أي عمل ميداني من جملة من الصعوبات التي تعترض مسار الباحث خاصةً إذا كان المستوى التعليمي والثقافي للمجتمع المدروس متدني أو ضعيف حيث يصعب التواصل

وبالتالي تتضاعف نسبة هامش مجموع الأخطاء؛ هذه الأخيرة التي قد تكون مقصودة (كالكذب، الامتناع عن الإجابة...) أو غير مقصودة (كالوفاة، تغيير مكان الإقامة أو الرحيل، عدم فهم المطلوب وبالتالي إعطاء إجابات خاطئة...).

وبحثنا هذا كغيره من الأبحاث تعرض لتلك الجملة من العراقيل والصعوبات التي نوجزها في ثلاث نقاط أساسية أولها:

1 -كون أول عائق تعرض الباحث في هذه الدراسة هو عدم توفر قاعدة المعطيات والتي تتمثل في " النساء العاملات المتزوجات بين سن 15 و 49 سنة واللواتي أنجبن طفلاً واحداً على الأقل " وبالتالي كان لزاماً علينا خلق هذه القاعدة المعلوماتية لإتمام الدراسة.

2 -أن حساسية الأسئلة المتعلقة بالبحوث الديمغرافية كتلك الخاصة بالزواج، العزوبة النهائية، العقم، الخصوبة، استعمال وسائل منع الحمل... تجعل تحدي الباحث من أجل الحصول على أكبر قدر من المعلومات الصحيحة والمضبوطة تحدي صعب نوعاً ما يتطلب منه جهداً مضاعفاً.

3 -شح الدراسات الديمغرافية الخاصة بالمجتماعت المحلية و نقصد هنا المجتمع محل الدراسة (مجتمع ولاية أدرار).

إلا أن هذه المعيقات لم تحبط من عزيمة مواصلة البحث في هذا المجال، كما تم استعمال مجموعة من التقنيات الرياضية والإحصائية من أجل التحليل واستخلاص النتائج.

1.المجال البشري للدراسة و كيفية اختيار العينة

من النادر أن نستطيع دراسة جميع عناصر سكان ما، بمعنى أن نسأل كل شخص، فسيكون الأمر طويلاً ومكلفاً، بل مستحيلاً وهو في الحقيقة أمر غير عملي، و استبيان مجموعة محددة من الأشخاص بشرط أن يكونوا مختارين بطريقة صحيحة يمكن أن يعطينا الكثير من المعلومات[1] و تسمى هذه المجموعة المحددة العناصر بالعينة.

[1]Rodolphe Ghiglione , Benjamin Matalon:**les enquêtes sociologiques théories et pratique**,4 edition, ARMAND COLIN, 1985, Paris, p 29.

و العينة من الأدوات التي يستخدمها الباحث عند قيامه بدراسة ميدانية (تطبيقية) على مجتمع كبير نسبياً، وذلك لتوفير الوقت و الجهد والمال على اعتبار أن ما نصل إليه من نتائج بحثية على العينة لا تختلف كثيراً عن النتائج في حالة دراسة مجتمع العينة ككل، وهذا لا يتأتى إلا إذا كانت الإجراءات التي اتبعها الباحث في تحديد العينة و اشتقاقها وسحب مفرداتها طريقة علمية صحيحة[1].

من خلال التعريفات السابقة نستنتج أن للعينة شرطان أساسيان:

1 –أولهما: أن تكون العينة ممثلة للمجتمع الأصلي، أي يتصف أفرادها بنفس الصفات الموجودة في مجتمع الدراسة.

2 –ثانيهما: أن تكون لوحدات المجتمع الأصلي فرصاً متساوية في الاختيار، وهذا يعني أن تتاح الفرص المتكافئة لكل فرد من المجتمع الأصلي بحيث يمكن أن يقع عليها الاختيار فيكون ضمن العينة دون تدخل أو تحيز أو تعصب من الباحث

و قد اشتملت الدراسة على عينة من الموظفات اخترن بطريقة عشوائية، تميزن بأنهن: موظفات، متزوجات، لديهن حالة إخصاب واحدة على الأقل، ينحصر عمرهن بين سن 15 سنة و 49 سنة، وعلى هذا الأساس مرت مرحلة اختيار العينة بعدة محطات نفصلها في النقاط التالية:

– كما أسلفنا الذكر، قاعدة المعطيات الخاصة بهذا البحث غير موجودة وعليه توجب علينا إنشاء هذه القاعدة المعلوماتية الخاصة بـ: " النساء، العملات (الموظفات)، المتزوجات، اللواتي يتراوح عمرهن بين 15 سنة و 49 سنة، لديهن حالة إخصاب واحدة على الأقل " عن طريق حصر كافة المديريات والمؤسسات التابعة لقطاع الوظيف العمومي لولاية أدرار حسب معطيات مصلحة الوظيف العمومي بمقر ولاية أدرار والبالغ عددها 109 مؤسسة* مع إحصاء عدد الموظفين بها من ذكور وإناث.

[1] عادل محمد العدل: **مناهج البحث في العلوم الإنسانية**، دار الشروق للنشر و التوزيع، الطبعة الأولى، الأردن، 2013، ص 401

* انظر الملحق رقم 02

- انتقاء المؤسسات التابعة لبلدية أدرار فقط والواقعة داخل الحيز الجغرافي للمنطقة و البالغ عددها 50 مؤسسة.

- إحصاء إجمالي موظفي قطاع الوظيف العمومي ببلدية أدرار بما فيهم المتعاقدين/ موظفي الإدماج المهني واستخراج نسبة العاملات فقط.

- بداية عملية إنشاء القاعدة المعلوماتية بالاتصال بكل مؤسسة والقيام بعملية انتقاء عناصر المجتمع تمهيداً لمرحلة المعاينة [*]، حيث قمنا على مستوى كل مؤسسة من مديريات، مؤسسات، مراكز تكوين مهني، مدارس و معاهد بسحب سجل الموظفين و تحديد العناصر المرغوبة من أجل الدراسة (النساء المتزوجات للفئة العمرية 15 – 49 سنة).

- إنشاء قاعدة المعلومات التالية و الخاصة ببلدية أدرار:

الجدول رقم 01: توزيع النساء المتزوجات حسب مؤسسات الوظيف العمومي ببلدية أدرار

المؤسسة	عددالعمال المتعاقدين + المثبثين	منهمنساء	المتزوجاتمنهم
مديريةالإدارة المحليةDAL	710	118	31
مديريةالتنقلات الوطنيةDTN	93	20	6
مديرية البرمجة وتسيير الميزانية	37	7	6
مديرية النقل	25	7	4
الموارداالمائية	191	41	9
مديريةالفلاحة	229	31	14
المديريةالولائية للبريد، المواصلات، و التكنولوجيا الرقمية	49	13	10

[*] وهي أصعب مرحلة في الجانب الميداني حيث تم فرز النساء المتزوجات من الفئة العمرية (15 – 49 سنة) من كل مؤسسة، أما شرط الإنجاب فلا يمكن التحقق منه من خلال سجلات العمال بالمؤسسة كون الحضانة منسوبة إلى الأب في الغالب وبالتالي لا يمكن معرفة هل للمرأة أطفال أم لا من السجل وهو الأمر الذي اتخذنا إجراءاً آخر بشأنه نذكره في فقرات لاحقة.

المؤسسة	عددالعمال المتعاقدين + المثبثين	منهمنساء	المتزوجاتمنهم
مديريةالتهيئة العمرانية	149	35	19
مديرية التعمير و البناء	125	27	9
مديريةالضرائب	234	75	41
مديرية أملاكالدولة	189	47	14
مديرية التكوين والتعليم المهنيين	47	14	10
مديريةالتشغيل	31	6	4
مديرية الصحةوالسكان	53	18	16
مديريةالأشغال العمومية	495	37	15
مديريةالتربية	9791	3832	271
مديريةالثقافة	38	12	9
مديرية الطاقة	25	7	5
مديريةالمجاهدين	18	9	4
مديرية النشاط الاجتماعي والتضامن لولايةادرار	39	11	7
مديرية الشؤونالدينية والأوقاف	1423	55	10
مديريةالسياحة و الصناعة التقليدية	36	9	3
مديرية الشبابوالرياضة	392	67	18
حماية الغابات	75	14	7
الحرس البلدي	5	3	2
مديريةالصناعة و المناجم	60	16	3
مديريةالتجارة	202	55	17
مديرية البيئة	20	5	3
مديرية السكن	106	34	17
المؤسسةالاستشفائية العمومية بأدرار	883	453	207

مركز التكوينالمهني إناث – أدرار–	51	22	17
مركز التكوينالمهني رقم 03 – أدرار–	79	16	10
المعهد الوطني المتخصص في التكوين المهني رقم01	83	26	17
المركز الوطني للأطفال المعاقين ذهنيا	56	21	11
مدرسة الصمالبكم – أدرار–	53	13	6
دار الثقافة	65	17	15
المعهد الوطنيللتكوين العالي الشبه طبي بأدرار	64	23	12
ديوان مؤسساتالشباب	167	39	24
جامعة أحمد دراية	1011	268	73
مديريةالخدمات الجامعية	895	162	91
المؤسسةالعمومية للصحة الجوارية بأدرار	677	360	49
المركز الوطني للمخطوطات	68	22	13
المركز المختصفي إعادة التربيةالأحداثبأدرار	24	9	7
المركبالرياضي بأدرار	77	17	14
المكتبة الرئيسية للمطالعة	52	19	7
مركزالتسهيل للمؤسسات الصغيرة و المتوسطة	17	6	4
مدرسة الأطفالالمكفوفين بأدرار	23	8	2
مركز التكوينالمهني رقم 04 – أدرار–	46	14	10
المعهد الوطنيللتكوين المهني بأدرار – 02–	66	14	7
بلديةأدرار	577	69	34
المجموع	19921	6223	1157*

المصدر: من إعداد الطالبة

* ما يعني أننا جمعنا معلومات لـ: 1157 امرأة عاملة بقطاع الوظيف العمومي لبلدية أدرار.

☑ بعد مرحلة إعداد القاعدة المعلوماتية الخاصة بموظفي قطاع الوظيف العمومي لبلدية أدرار(جنس الإناث) تم إدخال المعطيات لبرنامج التحليل الإحصائي SPSS من أجل انتقاء عينة عشوائية بسيطة مختارة على أُسس احتمالية متناسبة حسب حجم كل مؤسسة و ذلك بعد تحديد حجم العينة كما سنوضح في العنصر التالي.

☑ **مرحلة تحديد حجم العينة:**

نظراً للتطور العلمي والتكنولوجي لم يعد من المتعب حالياً – حسب اطلاعنا – استخراج حجم عينة مناسب لمجتمع كلي سواء كان معلوم أو غير معلوم، حيث أن للباحث عديد الطرق والتقنيات سواءاً كانت رياضية إحصائية وفق معادلات، أو تكنولوجية آلية وفق برامج أو تطبيقات.

و العينة بصورة مبسطة هي تلك المجموعة الصغيرة نسبياً مقارنة بالمجتمع الكلي و الممثلة له بصورة جيدة، ولاستخراج حجم العينة في دراستنا هذه قمنا بتطبيق معادلة الباحثين " كرجسي و مورغن " – الخاصة بمجتمع معلوم – التالية:

$$S = \frac{X^2 \, N . P \, (1 - P)}{d^2 \, (N - 1) + \, X^2 . P \, (1 - P)}$$

بحيث:

S: حجم العينة

قيمة X: **Z** (قيمة الدرجة المعيارية عند مستوى ثقة يساوي 95 %)

N: حجم المجتمع

1: قيمة ثابتة

P: نسبة المجتمع ممثلة بالعدد العشري والتي من المفروض تساوي 0،5 أي 50 %.

d: هامش الخطأ والمقدر بـ: 0،05 أي هامش 5 %

وحسب المعطيات المتوفرة لدينا نجد التالي:

S: حجم العينة المطلوب

قيمة X: الدرجة المعيارية عند مجال ثقة يساوي 95 % والمقدرة بـ : 1،96

N: 1157

1: قيمة ثابتة

P: نسبة المجتمع ممثلة بالعدد العشري والتي من المفروض تساوي 0،5 أي 50 %.

d: هامش الخطأ والمقدر بـ: 0،05 أي هامش 5 %

وبالتعويض في المعادلة أعلاه نتحصل على المعادلة الرياضية التالية:

$$S = \frac{(3,8416).(1157.0,5).0,5}{\left((0,05)^2.(1157-1)\right) + ((3,8416.0,5).(0,5))}$$

بحيث:

3,8416 : تمثل قيمة الدرجة المعيارية $Z^2 = ^2$(1,96)عند مجال ثقة يساوي 95%.

1157: يمثل حجم العينة (النساء العاملات المتزوجات).

0,5: يمثل هامش الخطأ (50%) ممثل بالعدد العشري.

0,05: تمثل نسبة المجتمع المدروس إلى المجتمع الكلي الكبير *

ومنه نصل إلى النتيجة 288,58 ≈ S = **289 عنصر**

2. المجال الزمكاني للدراسة الميدانية

أ- المجال الزماني للدراسة:

* المجتمع الكلي يمثل عدد العاملين (ذكور وإناث) = 19921 موظف و موظفة، 0,05=19921/1157

انطلقت الدراسة الميدانية فعلياً يوم الفاتح من رمضان 1439 هـ الموافق لـيوم الخميس 17 ماي 2018، لكن قبل هذا التاريخ قمنا بما يسمى بالمرحلة التمهيدية أو الاستطلاعية وهي تلك المرحلة التي تسبق خطوة نزول الباحث إلى الميدان و دامت المرحلة التمهيدية قرابة شهرين متتالين (مارس و أفريل) حيث تواصلنا أولاً مع مفتشية العمل لولاية أدرار وكان اللقاء عبارة عن بداية خيط الرحلة البحثية في هذا المجال.

وانتهت الدراسة الميدانية يوم 10 جويلية 2018 على الساعة 12.00 زوالاً.

ب- المجال المكاني (الجغرافي)

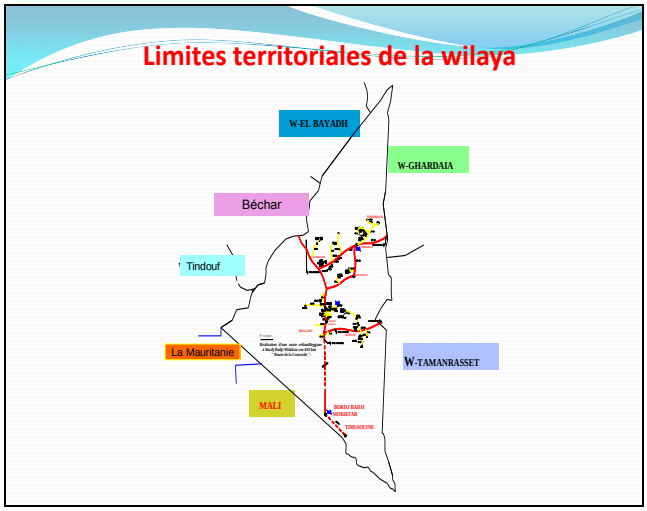
تعتبر الدراسة دراسة محلية ذات طابع ميداني والبحث المحلي، الجهوي، الوطني، الدولي أو العالمي هو نوع من البحث يتم القيام به على مستوى محلي ضيق أو على جزء مهم نسبياً من إقليم ما أو على مستوى وطن، أو على مستوى بلدين أو أكثر أو على مستوى عالمي[1].

وقد تمت الدراسة الميدانية للبحث بمنطقة أدرار الواقعة في الجنوب الغربي للوطن وتتربع على مساحة إجمالية تقدر بأربعمائة و سبعة وعشرون ألف وتسعمائة وستة و ثمانون متر مربع، ما يعادلسبعة عشر فاصل ثمانية وتسعون بالمائة من المساحة الاجمالية للوطن(17,98)ومع عدد سكان يقدر بأربع مائة و اثنان وعشرون ألف وثمان مائة وتسعة وخمسون مقيم في 2010/12/31، و بكثافة سكانية تساوي صفر فاصل تسعة وتسعون شخص للكلومتر المربع.

تحد الولاية ولاية البيض من الشمالو ولاية بشار من الشمال الغربي،ولاية تندوف من الغربومن الجنوب دولة مالي ، من الجنوب الغربي دولة مورتانيا و ولاية تمنراست شرقاً، وولاية غرداية من الشمال الشرقي.

[1] موريس أنجرس، **منهجية البحث في العلوم الإنسانية**، دار القصبة للنشر والتوزيع ، الجزائر، 2004، ص 74

الشكل رقم 01: حدود ولاية أدرار



و تتكون ولاية أدرار من 11 دائرة تضم 28 بلدية و 294 قصر و من أربع مناطق كبيرة تكون الولاية وهي: قورارة: وتمثل منطقة تميمون ، توات: وتمثل منطقة أدرار تديكلت: وتمثل منطقة أولف و تنزروفت: وتمثل منطقة برج باجي مختار.

1 -المنطقة الاولى (شمال) : قـورارة–تيميمون:

و تضم منطقة قورارة 10 بلديات تتمركز على حافة السبخة الكبيرة لتيميمون وهي كالآتي:

تينركوك – قصر قدور – اولاد سعيد – تيميمون – اولاد عيسى –طلمين– شروين–المطارفة – دلدولو أوقروت وقد بلغ عددسكان المنطقة في 2010:129412/12/31 شخص

و تتربع منطقة قورارة على مساحة قدرها 65.203 كيلومتر مربع.

2 -المنطقة الثانية(وسط)تـوات: و تتكون منطقة توات من 12 بلدية وهي كالاتي:

تسابيت،اسبع،بودة،أدرار ،تيمي،تمنطيط،فنوغيل،تامست، زاوية كنتة،انزجمير ،ساليو 12رقان.

و يقدر عدد سكان منطقة توات في 2010/12/31 بـ : 213357وعلى مساحة اجمالية تساوي: 205.650 متر مربع.

المنطقة الثالثة (الجنوب الشرقي) تيديكلت:

وتتكون منطقة تيديكلت من 4 بلديات وهي:اولف، تيمقطن، اقبلي، تيط ، و يقدر عدد سكان منطقة توات في 2010/12/31 بـ: 57437وعلى مساحة اجمالية تساوي: 24536 كيلومتر مربع

المنطقة الرابعة (الجنوب الغربي)تنزروفت:

و تتكون منطقة تنزروفت من بلديتين و هما:

برج باجي مختار و تيمياوين و يقدر عدد سكان منطقة تنزروفت في 2010/12/31 بـ: 22637وعلى مساحة اجمالية تساوي: 132579 كيلومتر مربع

الشكل رقم 02: خريطة الأقاليم الأربعة لولاية أدرار

المصدر: الموقع الرسمي لولاية أدرار www.wilaya-adrar.dz

3. المجال المنهجي و التقني للدراسة

تندرج هذه الدراسة ضمن عائلة البحوث الاستطلاعية، الميدانية، الوصفية و التي تهدف إلى تبيان مجموعة من العلائق المتداخلة والمؤثرة فيما بينها، وبين متغير تابع و مجموعة من المتغيرات المستقلة تضبطها مجموعة من الخصائص الاجتماعية، الديمغرافية والاقتصادية، وتنتهي بجانب تحليلي استنتاجي منتقلةً – (أي الدراسة)– بذلك من الموضوع الوصفي إلى الموضوع التحليلي.

أ- منهج الدراسة

المقصود بمناهج البحث العلمي تلك المجموعة من القواعد والأنظمة العامة التي يتم وضعها من أجل الوصول إلى حقائق مقبولة حول الظواهر موضوع الاهتمام من قبل الباحثين في مختلف مجالات المعرفة الإنسانية، وبناءاً عليه فإنه يمكن القول بأن المناهج التي تصلح للبحث عن حقيقة ظاهرة معينة تختلف باختلاف الموضوعات المطلوب بحثها من قبل الباحثين والذين يمكن أن يتبعوا مناهج علمية مختلفة.

وبشكل عام يمكن تعريف المنهج العلمي بأنه " عبارة عن أسلوب من أساليب التنظيم الفعالة لمجموعة من الأفكار المتنوعة والهادفة للكشف عن حقيقة تشكل هذه الظاهرة أو تلك[1].

والمنهج عامة هو عبارة عن مجموعة من القواعد والإجراءات والأساليب التي تجعل العقل يصل إلى معرفة حقة بجميع الأشياء التي يستطيع الوصول إليها بدون أن يبذل مجهودات غير نافعة[2]

كما تعرفة " مادلين غراويتز " على أنه مجموعة متناسقة من العمليات لبلوغ هدف أو مجموعة من الأهداف، وهو جملة من المبادئ التي توجه كل بحث منظم، وجملة من المعايير التي تتيح اختيار التقنيات و تنسيقها، إنها تشكل بطريقة متفاوتة التجريد أو الحسية، والدقة أو الغموض عبر مخطط عمل تبعاً لهدف محدد[3].

وقد اعتمدنا المنهج الوصفي التحليلي في دراستنا هذه لتناسبه ومتطلبات الدراسة من جانب الوصف ثم التحليل وصولاً إلى النتائج و يعتبر المنهج الوصفي مظلة واسعة ومرنة قد تتضمن عدداً من المناهج والأساليب الفرعية مثل الدراسات المسحية ودراسات الحالة والدراسات التطورية والدراسات الميدانية وغيرها، إذ أن المنهج الوصفي يقوم على أساس تحديد خصائص الظاهرة ووصف طبيعتها

---

[1] محمد عبيدات، محمد أبو نصَّار، عقلة مبيضين: **منهجية البحث العلمي القواعد والمراحل والتطبيقات**، دار وائل للنشر والطباعة، عمان، الطبعة 2، 1999، ص 35.

[2] مروان عبد الحميد إبراهيم:**أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية**، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2000 ،ص 60.

[3] مادلين غراويتز ترجمة سام عمار:**مناهج العلوم الاجتماعية**، الكتاب الثاني، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم ، دمشق، سوريا، 1993، ص10،11.

ونوعية العلاقة بين متغيراتها وأسبابها واتجاهاتها وما إلى غير ذلك من جوانب تدور حول سبر أغوار مشكلة أو ظاهرة معينة والتعرف على حقيقتها في أرض الواقع[1].

بالإضافة إلى المنهج الإحصائي الاستدلالي الذي يُعرَّف على أنه منهج يعتمد على اختيار عينة من مجتمع أكبر و تحليل و تفسير البيانات الرقمية التي تم جمعها و الوصول إلى تعميمات و استدلالات على ما هو أوسع و أكبر من المجتمع محل البحث، كما يقوم المنهج الإحصائي الاستدلالي على أساس التعرف على ما تعنيه الأرقام التي تم جمعها و استقراؤها و معرفة دلالتها أكثر من مجرد وصفها كما هو عليه الحال في المنهج الوصفي[2]

ب- أدوات الدراسة

إن خطوة اختيار الأدوات والتقنيات المستخدمة في البحث الميداني لا تقل أهمية عن سائر الخطوات السابقة، إذ ترتبط قيمة ونوعية النتائج بنوعية الأدوات والأساليب، وبالتالي وللضرورة المنهجية كان لزاماً علينا اختيار وتتبع مجموعة من الأدوات البحثية بغية الوصول إلى نوعية النتائج الجيدة المرغوبة وعليه؛ تم الاعتماد على حزمة من التقنيات نوردها في النقاط التالية:

1 الاستبيان (الاستمارة):

هي تقنية مباشرة لطرح الأسئلة على الأفراد وبطريقة موجهة، ذلك لأن صيغ الإجابات تحدد مسبقاً، هذا ما يسمح بالقيام بمعالجة كمية بهدف اكتشاف علاقات رياضية وإقامة مقارنات كمية[3].

ويرتكز التحقيق بالاستمارة على طرح سلسلة من الأسئلة على مجموعة من المستجوبين تكون في الغالب ممثلة لمجتمع إحصائي معين. تتصل هذه الأسئلة بأوضاع المستجوبين الاجتماعية

[1] عادل محمد العدل،مرجع سبق ذكره، ص 287.

[2] المرجع السابق، ص 401

[3] موريس أنجرس، مرجع سبق ذكره، ص 204.

والمهنية والعائلية، وبآرائهم وبمواقفهم من آراء أو رهانات إنسانية واجتماعية وبتوقعاتهم وبمستوى معرفتهم او وعيهم بالنسبة إلى حدث أو مشكلة أو أي نقطة اخرى تهم الباحثين[1].

وقد اعتمدنا في صياغتنا للاستمارة على جملة من النقاط أهمها:

- ❖ – الدراسات النظرية المتعلقة بمجموع متغيرات الدراسة بأبعادها ومؤشراتها.
- ❖ – خبرة الأستاذة المشرفة.
- ❖ – خبرة مجموعة من الأساتذة المختصين من داخل وخارج الوطن.

وبعد التصميم الأولي ثم النهائي المستند على التصحيحات والتصويبات؛ خرجت الاستمارة في شكلها النهائي بـــ: 34 سؤال قسمت على ستة (06) محاور موزعة كالتالي:

– المحور الأول: بيانات شخصية

وقد ضم هذا المحور ستة (06) أسئلة تتعلق بالمعلومات الشخصية للمبحوثات.

– المحور الثاني: معلومات خاصة بالجانب المهني

وهو محور ضم خمس (05) أسئلة تتعلق بالجانب المهني للمبحوثة.

– المحور الثالث: الطبقة الاجتماعية

وضم أربع (04) أسئلة حاولنا من خلالها لمس مستوى و نوع الطبقة التي تنتمي إليها المبحوثة.

– المحور الرابع: الخصوبة والولادات

وهو محور من اثنى عشر سؤالاً (12) خاصة بالحياة الإخصابية للمبحوثة.

– المحور الخامس: وسائل منع الحمل

محور من أربعة (04) أسئلة تخص جانب استخدام وسائل منع الحمل من طرف المبحوثة.

[1] سعيد سبعون:**الدليل المنهجي في إعداد المذكرات والرسائل الجامعية في علم الاجتماع**، دار القصبة للنشر ، الجزائر، الطبعة الثانية، 2012، ص 156.

- المحور السادس: المجتمع والخصوبة

وهو محور يضم خمس (05) أسئلة خاصة تتعلق بالجانب السوسيولوجي والديني للمبحوثة.

كما ضمت الاستمارة مساحة في الأخير للملاحظات إن وجدت.

الدراسات السابقة

1 – الدراسة الأولى :

و تعود للأستاذة الدكتورة عميرة جويدة بعنوان: " المشروع الإنجابي بين السلوك و الوعي الحقيقي : دراسة ميدانية على عينة من النساء الجزائريات مضى على زواجهن من 50- 10 سنوات " ، أين انطلقت الباحثة من إشكالية تحاول من خلالها توضيح وضع النساء المتبنيات للمشاريع الخاصة بتنظيم أسرهن و الأخريات غير ذلك من خلال عدة نقاط كالتالي:

1 -هل المرأة الجزائرية مع حلول الألفية الحالية هي عضو فاعل و مؤثر في عملية الإنجاب و الخصوبة ، أم هي عامل سلبي متأثر فقط لا يمكنه إلا تحمل مشاريع الآخرين؟

2 -هل السلوك الإنجابي كفعل اجتماعي يخضع للعقلانية أو التقليد أو لعوامل أخرى نجهلها؟

3 -هل العقلانية الجديدة بعد الزواج هي خضوع للطرف الآخر – تغير مشترك –؟ أو هل هو نتاج التكيف مع السلوك التقليدي يفرضه الزوج، العائلة و المحيط الاجتماعي أو أسباب أخرى؟ و ماهو أثر هذا التغير على المجتمع ككل؟

4 -هل يكفي أن ترغب النسوة إنجاب ما بين 3 – 4 أطفال يتحقق ذلك فعلاً رغم المحيط الاجتماعي؟

و قد قامت الباحثة بالتحري عن مدى وجود التخطيط/ المشروع الإنحابي عند المرأة الجزائرية ثم في حالة وجوده تقوم بمحاولة دراسة العوامل الاجتماعية التي تؤثر على المشاريع / الخُطط الإنجابية عند التنفيذ الفعلي.

و تمحور اهتمام الباحثة طيلة البحث حول الأسئلة التالية:

1 -هل يؤدي التغيير في الدور و المكانة الاجتماعية للمرأة إلى تغيير مشروعها الإنجابي من طبيعي إلى عصري؟

2 -ما هي محددات التفاعل الخصوبي للأزواج بعد مضي من 5 – 10 سنوات من الزواج؟

من خلال الإشكال السابق للبحث وضعت الباحثة مجموعة من الفرضيات جاءت كالتالي:

الفرضية الأولى:

إن وعي و اقتناع المرأة بهذا المشروع الإنجابي يكون أكثر احتمالا لدى النساء اللواتي تزوجن زواجاً عصرياً.

الفرضية الثانية:

يكون تطبيق المشروع الإنجابي أكثر سهولةً عندما تكون المرأة تقطن في أسرة نووية و منطقة حضرية ، و أقل سهولةً لما تكون تقيم في أسرة ممتدة و منطقة ريفية.

الفرضية الثالثة:

كلما تمكنت المرأة اقتصادياً و تمتعت أسرتها الصغيرة بسعة يد إلا و ازداد تمسكها بالمشروع الإنجابي.

الفرضية الرابعة: إن اقتناع و وعي المرأة بهذا المشروع الإنجابي وارد أكثر كلما ارتفعت مكانتها الاجتماعية.

و خلصت الدراسة إلى جملة من النقاط أهمها:

- وجود عدد كبير من النساء الجزائريات يتواجدن في مرحلة انتقالية من نمط كثير الولادات إلى نمط إنجابي ذو ولادات منظمة و هو ما صرحت به المبحوثات في العينة.
- وجود ارتباط ضعيف قدره 0.12 بين حهة الولاية التي تقطن بها المبحوثة وقت التحقيق بعدد أطفالها الحقيقي.
- كما تبين من خلال الدراسة أن المكانية الاجتماعية للمرأة من خلال مؤشراتها المستوى التعليمي، و نوع المهنة يؤثران على مدى الاهتمام بصحة الإنجابية و صحة الأبناء، فكلما كان المستوى التعليمي للمرأة مرتفعاً كلما كانت خصوبتها قليلة.
- كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة كلما زادت رغبتها في استعمالب وسائل منع الحمل مباشرةً بعد الزواج بنسبة 55.59%.
- وجود علاقة ضعيفة قدرت بـ: 0.14% بين المهنة و مدى تغيير مشروع الإنجاب المشترك وكذا بعدد الأطفال الحقيقي.

2-الدراسة الثانية:

قام الدكتور مصطفى خلف عبد الجواد بدراسة تحت عنوان : **البناء الأسري و الخصوبة في المجتمع المصري**بجامعة المنيا سنة 1995 .

تحاول هذه الدراسة اختبار صحة النظرية القائلة بأن الأسرة الممتدة تفضى إلى ارتفاع الخصوبة ، كما تهدف إلى دراسة العوامل الديموجرافية والاجتماعية المؤثرة فى الخصوبة حسب نوع الاسرة .

وتسعى هذه الدراسة أيضا اختبار صحة الفروض الثلاثة التالية:

أ – تختلف الخصائص الديموجرافية والاجتماعية للزوجين حسب نوع الأسرة فى المناطق الريفية والحضرية.

ب – ترتفع الخصوبة فى الأسر الممتدة عنها فى الأسر النووية فى المناطق الريفية والحضرية.

ج – يختلف تأثير الخصائص الديموجرافية والاجتماعية على الخصوبة باختلاف نوع الأسرة فى المناطق الريفية والحضرية.

أما عينة البحث فكانت مكونة من 4218 أسرة تم تقسيمها إلى عينات فرعية حسب نوع الأسرة (نووية / ممتدة) ومحلا لإقامة (ريف / حضر).

وقد استعان بتقنية الاستمارة في جمع البيانات ، كما اعتمد على المنهج المقارن في هذه الدراسة من خلال مقارنة مستويات الخصوبة بين الأسر الممتدة والنووية من جهة ومقارنة بين محل الإقامة للأسر ريف أو حضر .

ويمكن تلخيص أبرز نتائج هذا البحث فى النقاط التالية:

أ – اتضح أن الأسرة الممتدة تشجع على ارتفاع الخصوبة مما يؤكد صحة الفرض القائل بأن الخصوبة تختلف باختلاف نوع الأسرة فى المناطق الريفية والحضرية.

ب – وتدلل النتائج على أن التحضر والأسرة النووية يؤديان إلى انخفاض الخصوبة ، إذ تصل الخصوبة إلى أدنى مستوياتها فى الأسر الحضرية النووية .

ج – كشفت النتائج عن اختلاف تأثير العوامل الديموجرافية والاجتماعية فى الخصوبة باختلاف نوع الأسرة فى المناطق الريفية والحضرية . وإذا كانت العوامل الديموجرافية تفسر نسبة كبيرة من التباين فى الخصوبة ، فإن وجود تأثير للتعليم والمهنة يدلل على ضرورة التركيز على العوامل الاجتماعية عند إعداد السياسات السكانية[1].

[1]– مصطفى خلف عبدالجواد : **دراسات في اجتماع السكان**، مصر ، دار المسيرة ، ب ط ، 2009 ، ص :157 – 179 .

الفصل الثاني:

الخصوبة و تطور اتجاهاتها في العالم

- المبحث الأول: ماهية الخصوبة مقاييسها و نظرياتها
- المبحث الثاني: تطور اتجاهات الخصوبة في العالم
- المبحث الثالث: تطور اتجاهات الخصوبة في دول العالم المتقدم (الاتحاد الأوروبي نموذجا)
- المبحث الرابع: تطور واتجاهات الخصوبة في البلدان النامية وفي دول العالم العربي

تمهيـــــــــد:

سنحاول في هذا الفصل تسليط الضوء على دراسة الخصوبة بشكل عام من حيث مفهومها؛ تطورها في بلدان العالم حسب مستوى تطور كل بلد، كما سنتطرق إلى تطور الخصوبة في الجزائر مع محاولة تفسير أو إعطاء نظرة موضحة لأهم العوامل المؤثرة بها وذلك بهدف تحديد المؤشرات الضرورية في الدراسة الميدانية لاحقا.

كما سيوفر لنا هذا ا لفصل أهم أنواع القياسات الخاصة بالخصوبة والتي سنعتمدها في التحليل وذلك فيما يخص الجاني الميداني ، وقبل الخوض في مفاهيم الخصوبة المتباينة والمتعددة سنقوم أولاً بتوضيح ،شرح وتفكيك عناصر العملية التخصيبية من جانبها البيولوجي.

المبحث الأول: ماهية الخصوبة: مقاييسها و نظرياتها

1. فيزيولوجية التخصيب:

يولد الإنسان من خليتين جنسيتين يطلق عليهما اسم " الأمشاج « Gamète » و كل خلية من هذه الخلايا لوحدها لها حياة سريعة الزوال.

يتم انسجام الخليتين مع بعضهما ليشكلا خلية واحدة يطلق عليها اسم: البيضة أو البيضة الملقحة.

Zygote ou bien **Œuf**وهي تحمل إمكانات غير محدودة للحياة، بل وتحمل حتى الصفات الدقيقة للأصول

الأمشاج Les gamètes :

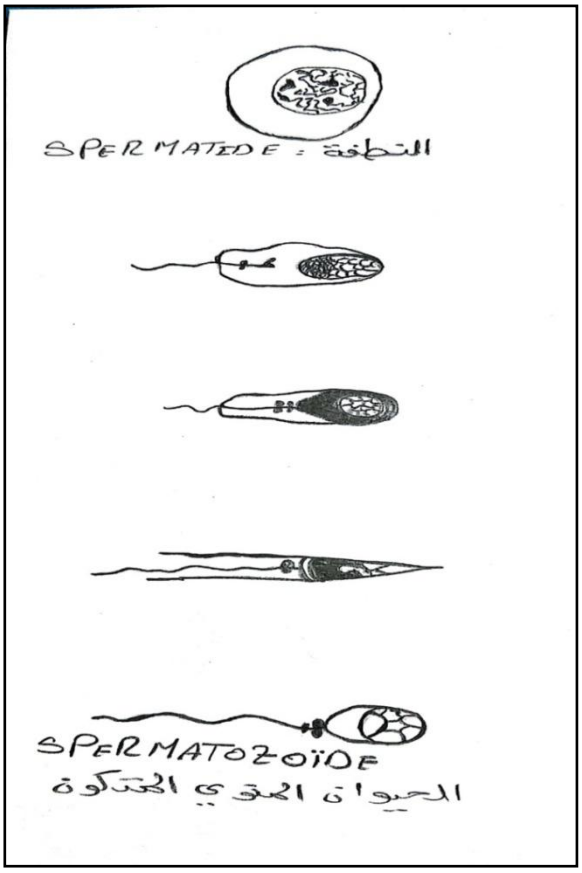
الأمشاج نوعان، نجد مشيج ذكر أو الحيوان المنوي الحي، والمشيج المؤنث أو البويضة.

1/ المشيج الذكر أو الحيوان المنوي الحي:

تتشكل الحيوانات المنوية في الخصيتين، كل حيوان منوي هو عبارة عن نتاج مجموعة أو سلسلة من التغيرات التي تتم في الخلية، هذه التغيرات المتتابعة تحمل اسم

" **Spermatogénèse** " أو الحيوانات المنوية كما يوضح الشكل التالي:

الشكل رقم03 : تكون الحيوان المنوي



Source :RobertMerger, La naissance, Que sais-je ? le point des connaissance actuelles N°663,p10

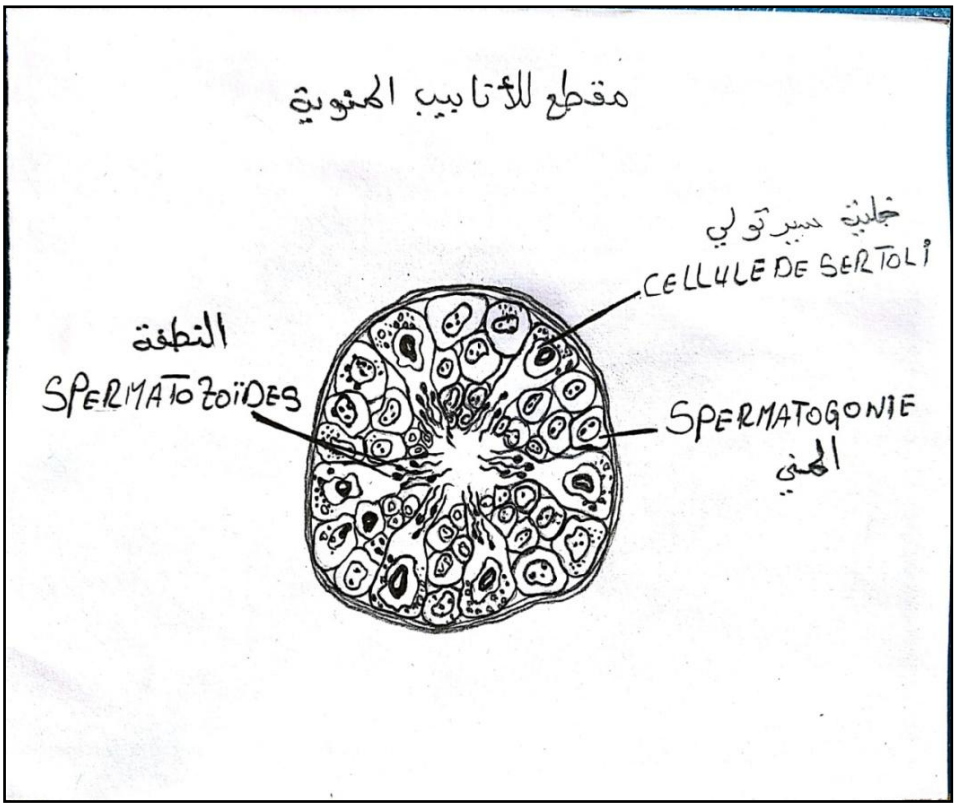
وتتكون **الخصية البالغة** le testicule adulte من عدة أنابيب ونستطيع أن نرى من خلال قطعها أنها تتكون من المجال النسيجي التالي[1]:

- الخلايا العالية أو الفوقية وتسمى خلايا سيرتولي cellule de Sertoli أو الخلية الشمعدان cellule de chandelier وذلك بسبب شكلها.
- التجويف الداخلي: يعمل التجويف وسط القنوات بمثابة دعم لخلايا النسل في كافة مراحل تطورها.

[1]ibid

وهو ما يوضحه الشكل التالي:

الشكل رقم 04: مقطع للأنابيب المنوية



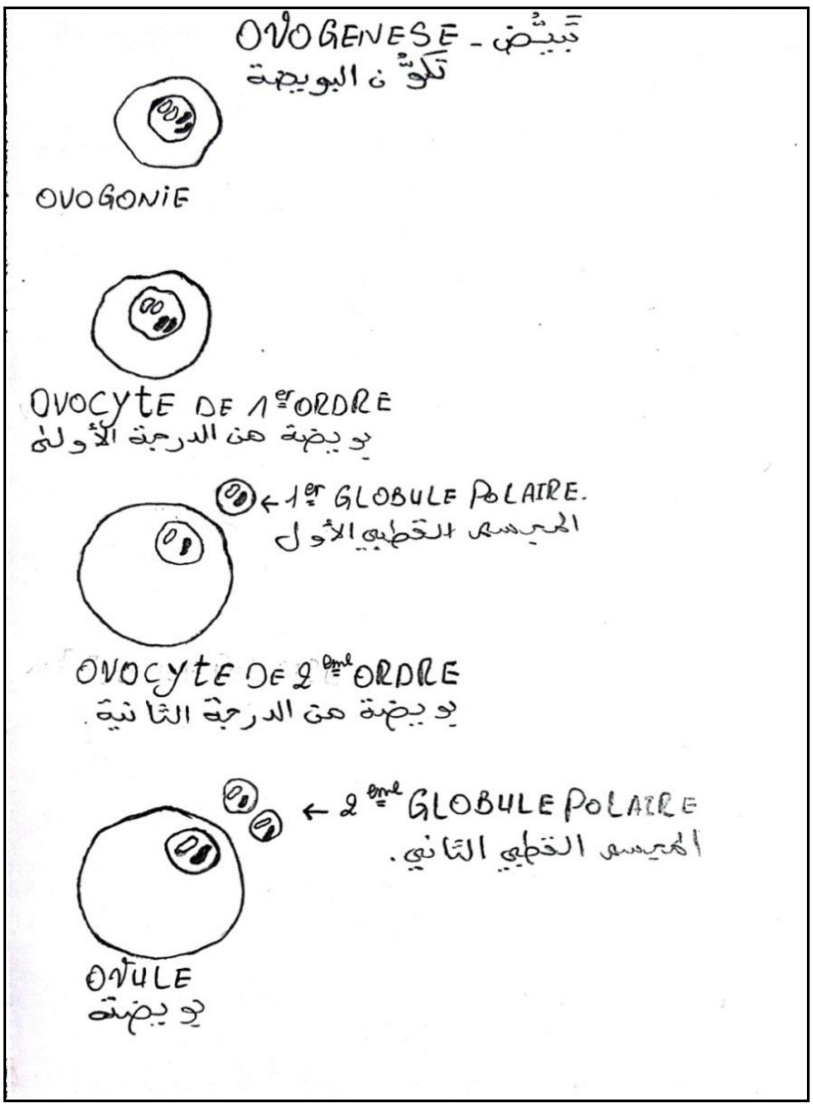
Source :RobertMerger, La naissance, Que sais-je ? le point des connaissance actuelles N°663,p08

2/ البويضة:

تتكون البويضات في المبيض مثلها مثل الحيوانات المنوية.

البويضة هي نتيجة مجموعة من تحولات الخلية والتي تسمى: **Ovogénèse** أو مراحل تكوين البويضات مثلما نلاحظ في الشكل التالي:

الشكل رقم 05: تكون البويضة



Source :RobertMerger, La naissance, Que sais-je ? le point des connaissance actuelles N°663,p11

ولكن على عكس الحيوانات المنوية التي تتجدد بدون توقف وبشكل مستمر؛ تتشكل البويضات منذ الولادة بعدد محدد جدا يقدر من 50 ألف بويضة إلى 100 ألف بويضة لكل مبيض[1]

[1]Robert Merger, La naissance, Que sais-je ? le point des connaissance actuelles N° 663, presses universitaires de France, 108 boulevard saint-Germain, paris , 1961, p 7 et 10

تعريف التخصيب:

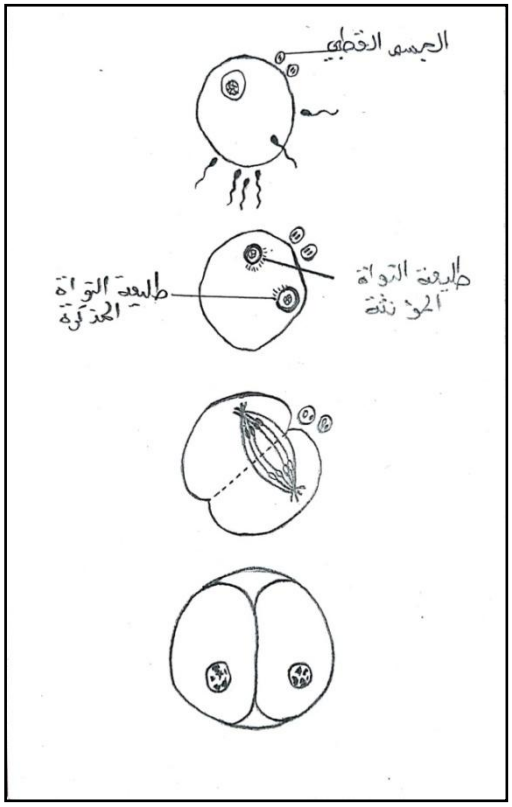
تتم العملية التخصيبية بعد اختراق حيوان منوي واحد نجح في عملية الوصول إلى البويضة من بين العديد من الحيوانات المنوية، حيث يعبر رأس الحيوان المنوي فقط داخل البويضة ليصل إلى النواة التي تكون داخلها، وتتلاشى باقي أجزائه (الذيل أو السوط) بعد بداية العملية الانقسامية للخلية وذلك بعد عبوره المنطقة الشفافة المحيطة بالبويضة، بعد هذه المرحلة تصبح النواة الذكرية (نواة الحيوان المنوي) طليعة النواة المذكرة pronucléus mâle، وعلى العكس من ذلك؛ تتقلص قليلا نواة البويضة وتصبح طليعة النواة المؤنثة مع حجم أقل من طليعة النواة المذكرة.

تنقسم كل طليعة نواة إلى مقابض طويلة متقابلة، 23 مقبض تنبثق من طليعة النواة المذكرة و 23 من المؤنثة وهو ما ينتج العدد الضروري للكروموسومات والتي تساوي 46 كروموزوم.

تسمى هذه الظاهرة باندماج الجنسي le phénomène de l'amphimixies هنا تنتهي العملية الإخصابية.

بعد ذلك، كل 46 كروموسوم ينقسم إلى اثنين وهكذا يستمر كل جزء في الانقسام إلى غاية الانقسام 32 وهي المرحلة التي يستقر بها الجسم المخصب في الرحم.

الشكل رقم 06:عملية التخصيب



Source :RobertMerger, La naissance, Que sais-je ? le point des connaissance actuelles N°663,p14

2. ماهية الخصوبة:

تعريف الخصوبة:

لغة؛ اشتُقت كلمة الخصوبة من لفظ الخِصب – بكسر حرف الخاء- و هي كلمة تدل على كثرة العشب ورفاهية العيش، والرجل الخصيب، وبلد خصيب أي كثير الخير ، والخَصب _ بفتح حرف الخاء- النخيل كثيرة الحمل ، والأرض الخِصبة هي الأرض المنتجة

وتعرف الخصوبة بنسبة عدد الأطفال المولودين إلى عدد النساء ' وتعني كلمة الخصوبة التناسل الإنساني الخاص بالأزواج المنجبين أو النساء اللواتي ينجبن أطفالا، فهي ظاهرة ترتبط بالولادات الحية من حيث علاقتها بالمرأة أو الزوجين[1].

ونقصد بها بشكل عام عدد المواليد الأحياء في مجتمع سكاني محدد [2]؛ وتجدر بنا الإشارة هنا إلى صعوبة دراسة ظاهرة الخصوبة مقارنة بالظواهر الديموغرافية الأخرى كالوفيات والهجرة، كونها تحدد التركيبة الديمغرافية وتؤثر في الوضع الاقتصادي بشكل أو بآخر.

والخصوبة يقول "عاطف غيث" في قاموسه لعلم الاجتماع هي المعدل الفعلي للمواليد، كما أنه يشير أحيانا إلى القدرة على إنجاب الأطفال أو القدرة على التوالد، وتلك الفترة تنحصر بين الخامس عشر والتاسع والأربعون سنة.[3]

وحسب **رولان بريسا** : "الخصوبة هي عبارة عن ظاهرة تبين العلاقة بين الولادات الحية من جهة وبين امرأة في سن الإنجاب أو الزوجين معاأو الرجل كاستثناء من جهة أخرى ، كما يضيف بأن الخصوبة هي تأكيد الإخصاب والذي يعرفه بالقدرة على الإنجاب، وقد تكون الخصوبة طبيعية أو موجهة".

وعموما؛ يتحدد مفهوم الخصوبة في الاستخدامات الديمغرافية على أنه العدد الفعلي للمواليد الذين أنجبتهم المرأة خلال حياتها الإنجابية التي تمتد من 15 إلى 49 سنة ' ويتحدد العدد الفعلي للمواليد المنجبين من طرف المرأة التي ينحصر عمرها بين 15-49 سنة بعدة عوامل حسب الدراسات المعمقة حول الخصوبة من الناحية الاجتماعية في ثلاث مواضيع يمكن تصنيفها كمفاهيم فرعية وهي:

---

1 آسيا شريف، **الظواهر الديموغرافية قراءة نظرية وتمارين تطبيقية**،الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، 2015 ص 87.

2 هاشم نعمة فياض: **العلاقة بين الخصوبة والمتغيرات الاجتماعية- الاقتصادية**: دراسة حالة العراق- المركز العربي للأبحاث ودراسات السياسات، جويلية 2012،

3 محمد عاطف غيث، ،**قاموس علم الاجتماع**، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 1999، ص 186.

1 -عنصر الخيار الشخصي: وهو عدد الأطفال الأحياء المرغوب في إنجابهم من طرف الزوجين.

2 -عنصر تكلفة الأولاد: أو ما يعرف بتنظيم الخصوبة والذي يحدد إمكانية تحقيق خيارات بالنسبة لعدد الأولاد.

3 -عنصر البيولوجيا الإنجابية: ويشير إلى مفهوم الغرض من الأولاد، ويقصد به الخصوبة الطبيعية التي تتأثر بنوعين من المحددات: مباشرة وتسمى بالمتغيرات الوسطية كالرضاعة، الحمل، العلاقات الجنسية، وسائل منع الحمل بمختلف أنواعها، السن عند الزواج الأول... إلى آخره، ومحددات غير مباشرة تتمثل في العوائق الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والتي تؤثر بدورها على العامل المباشر أو الوسطي.

كما يمكننا أيضا تحديد العوامل المؤثرة في الخصوبة بشكل عام في عاملين اثنين وهما عامل مباشر وآخر غير مباشر.

- ✓ أما العامل المباشر فيتمثل في كل من:
  - السن عند الزواج الأول.
  - استعمال وسائل منع الحمل.
- ✓ أما بالنسبة للعامل غير المباشر فيتمثل في:
  - المستوى التعليمي للمرأة.
  - عمل المرأة.
  - التحضر.

ومنه نستنتج أن العلاقة بين العاملين المباشر والمتمثل في العوامل الديمغرافية وغير المباشر والمتمثل في العوامل الاجتماعية والاقتصادية إنما هي علاقة تأثير وتأثر؛ فالعامل الاقتصادي مثلا يلعب دوراً مهما في تحديد عدد الأطفال أو ما سمي سابقاً بعنصر الخيار الشخصي، وهذا الأخير بدوره نجده محكم من طرف العامل الاجتماعي والمتمثل في المستوى التعليمي للمرأة مثلاً الذي يتحكم بدوره في نوع وطبيعة العمل، وهكذا نجد أن كل

المتغيرات تؤثر وتتأثر ببعضها البعض ، وأن العلاقة التي تربطها علاقة متداخلة أين يتم تفسير عنصر بعنصر آخر.

3. أنواع الخصوبة:

كما تقول الدكتورة آسيا شريف في كتابها introduction à l'analyse démographique أن الخصوبة هي واحد من بين العناصر المتداخلة في العملية الإنجابية [1]؛ وعليه نستشف تعقد وتداخل هذه العملية وهو ما أسلفنا ذكره سابقاً، وتجدر بنا الإشارة هنا إلى التفريق بين الخصوبة La fécondité التي تعني عملية التخصيب ، الولادة La natalité التي نقصد بها الولادة الحية بمعنى أن الجنين يولد حي « une naissance vivante »، والقدرة على التخصيب Fertilité والتي تعني الإمكانية أو الخصائص الفيزيولوجية التي توفر الشروط الطبيعية داخل جسم المراة حتى تتمكن هذه المرأة من القيام بعملية تخصيب ناجحة.

ويمكن لنا تقسيم الخصوبة إلى أربعة أنواع:

1 – الخصوبة الطبيعية.
2 – والخصوبة غير الطبيعية.
3 – الخصوبة الموجهة.
4 – الخصوبة التفاضلية.

1-الخصوبة الطبيعية:

وتنقسم الخصوبة الطبيعية بدورها إلى ثلاث حالات:

- **الخصوبة البيولوجية** : وهي القدرة على الإنجاب سواءاً تزوجت المرأة أم لم تتزوج، أي أنها تعبر عن مدى إنتاج المواليد فعليا سواء كان ذلك بالنسبة للفرد أو لمجموعة من الأفراد.

1Assia Cherif, **introduction à l'analyse démographique : théorie et pratique**, Casbah éditions, Alger, 2014, p 95.

والمرأة التي لم تنجب أطفالاً إما بسبب عدم زواجها أو لأنها تمنع الحمل أو تجهضه تختلف عن المرأة العاقم.

- **الخصوبة الفعلية** : ونعني بها العملية الفعلية لإنجاب الأطفال والتي تخص فئة النساء بين سن الخامس عشر والتاسع والأربعين سنة.
- **الخصوبة الموجهة** : وهي تخص المرأة أو الأزواج الذين يستعملون بكل فعالية تنظيم النسل عكس الخصوبة الطبيعية التي تعني السكان الذين لا يستعملون أية وسيلة لتنظيم نسلهم[1]

2- الخصوبة الموجهة:

هي السلوك الإنجابي للمرأة التي تستعمل وسائل منع الحمل بغية تحديد نسلها أو تنظيمه.

3- الخصوبة التفاضلية:

ويقصد بها تلك الفروق الموجودة داخل الخصوبة ذاتها في مختلف المجتمعات المدروسة خلال فترة زمنية، ويعبر عن هذه التفاضلات انطلاقاً من المؤشر التركيبي للخصوبة خلال الفترة المدروسة للمجتمع الأصلي، وتتمثل هذه الفروات في المقاييس التالية: محل الإقامة (ريف أو حضر)، الانتماء الديني والثقافي، مستوى الدخل، المستوى التربوي، النشاط المهني.

الخصوبة غير الطبيعية (الاصطناعية):

ونقصد بها عملية التلقيح الاصطناعي، وهي عملية لعلاج العقم تتنوع حسب الجنس (الرجل والمرأة) كما أنها تختلف باختلاف الحالات المرضية.

1 جويدة عميرة ،**الخصوبة وتنظيم النسل – دراسة ميدانية حول عينة من النساء بمراكز حماية الأمومة والطفولة في بلدية بوزريعة**، رسالة ماجستير في علم الاجتماع، الجزائر، 1995- 1996، ص

ونجد هناك عدة وسائل طبية لمعالجة العقم إذا ما تم تحديد نوع المرض بطريقة دقيقة لكن لكي تتم معالجة العقم عند الرجل والمرأة بواسطة الأدوية فقط لابد من شرطين أساسيين:

1 - أن تكون قناتي فالوب سليمة لدى المرأة.

2 - ألا يظهر في سائل الرجل قلة في عدد الحيوانات المنوية ولا ضعف في حركتها.

العلاج بالنسبة للرجل:

يجب استعراض كل العوامل المسببة وما يمكن علاجه منها، وإن لم ينجح الأمر يلجأ إلى طرق الإخصاب المساعدة التي تتحدد عن طريق عدد الحيوانات المنوية ونشاطها وعليه يتم تحديد تقنية العلاج التي تكون إما:

- ✓ التلقيح الاصطناعي داخل المخبر PMA.
- ✓ الحقن المجهري للنطاف داخل رحم المرأة.
- ✓ أطفال الأنابيب fécondation in vitro[1].

العلاج بالنسبة للمرأة:

ويمكن العلاج إما عن طرق الأدوية (أي العلاج الطبي) أو عن طريق الجراحة أو الحقن.

إذا كانت إفرازات المهبل كثيفة ودرجة حامضيتها كثيرة، فيكمن علاج ذلك بغسل المهبل بماد بيكاربونات الصوديوم، وإذا ما ثبث أن غشاء الرحم قليل الإفراز فيمكن علاج ذلك بإعطاء المرأة عقار البروجسترون لمدة أشهر [2] وذلك من أجل تليين بطانة الرحم وجعلها أكثر تقبلا للحمل.

أو عن طريق التلقيح الاصطناعي ويتم فيه فصل الحيوانات المنوية السريعة عن الحيوانات المنوية البطيئة أو غير المتحركة عن طريق غسل الحيوانات المنوية وتركيزها

1 رشيدة سبتي، **ظاهرة العقم (دراسة نفسية اجتماعية)**، دار التنوير، الجزائر، الطبعة الأولى، 2012، ص 44.
2 نفس المرجع السابق، ص 56

ومن ثم يتم إدخال هذه الحيوانات المنوية السريعة المغسولة والمركزة مباشرة إلى داخل الرحم في اليوم الذي يكون فيه المبيض قد أنتج بويضة واحدة او اكثر ليتم تلقيحها ، وتكون النيجة المرجوة من هذه العملية أن تسبح هذه الحيوانات المنوية إلى داخل قنوات فالوب وأن تقوم بتلقيح البويضة المنتظرة لينتج حمل طبيعي ،هذه العملية قد تأخذ من 15 إلى 20 دقيقة حيث تكون فيها المرأة مستلقية على ظهرها طوال المدة المذكورة وتتم عادة في مكتب عيادة الدكتور.

الجراحة:

وتستخدم تقنية الجراحة لعلاج الالتصاقات التي تصيب المبيضين وقناتي فالوب، والتي تسبب العقم لدى المرأة، فالجراحة في هذه الحالة تقوم بتخليص حوض الرحم من كل هذه الالتصاقات حتى يصبح الطريق سهلا أما مرور البويضة، ويمكن إجراء هذه العملية الجراحية بطريقتين:

1 – جراحة دون فتح البطن وتسمى تنظير جوف البطن.
2 – جراحة مع فتح البطن.

جراحة تنظير البطن:

وهي طريقة تمكن الطبيب من فحص الأعضاء التناسلية الباطنية بواسطة منظار مخصص يدخل من خلال جدار البطن عن طريق شق صغير في منطقة السرة ثم يملأ جوف البطن بغاز حمض الكربون وبعد ذلك يقوم بإدخال المنظار عبر السرة، وأثناء هذه العملية يقوم الطبيب الجراح بإزالة الالتصاقات الموجودة في المبيضين أو في قناتي فالوب.

الجراحة مع فتح البطن:

تتم بفتح البطن عندما يستعصى ويستحيل على الطبيب معالجة المرأة بواسطة التنظير الباطني، وتعتبر عملية صعبة وخطيرة جدا تتراوح حظوظ الفشل فيها ما بين { 50 و 70

%} لأن معظم الإصابات التي تمس قناتي فالوب تعود بعد مدة من الزمن إلى ما كانت عليه قبل إجراء العملية[1].

4. مقاييس الخصوبة:

نظراً لكون ظاهرة الخصوبة ظاهرة متداخلة العناصر والمتغيرات؛ وكونها ظاهرة هامة في الدراسات السكانية تتحكم في التركيبة السكانية ككل، ذلك لأن ارتفاع أو انخفاض مستوى الخصوبة يؤدي إلى تزايد أو تناقص التراكم العددي في قاعدة الهرم السكاني واتساعه أو ضيقه ووجود أو عدم وجود ما يعرف بظاهرة التجديد أو الاضمحلال، كما يؤدي بالتالي إلى انخفاض أو ارتفاع مستوى نسبة كبار السن بالنسبة لمجموع السكان، كما أن هذا الاتساع أو الضيق في قاعدة أو قمة الهرم السكاني يؤدي إلى نتائج اقتصادية واجتماعية تنعكس بدورها على معدلات النمو السكاني في المجتمع.[2]

وعموماً، تهدف مقاييس الخصوبة على اختلاف صيغها إلى معرفة أو تحديد عدد الأطفال المنجبين من طرف امرأة أو من طرف مجموعة من النساء يتراوح سنهن ما بين 15 سنة و49 سنة أي طوال فترتهن الإنجابية.

وتأخذ مقاييس الخصوبة طابعين اثنين:

- ✓ مقاييس الفترة (Période): وهو مقياس يقيس معدلات الخصوبة خلال فترة زمنية معينة، حيث يتم من خلاله رصد الأحداث الحيوية التي تجري خلال هذه الفترة، بحيث يتم حساب معدلات الخصوبة لمجموعة من النساء في سن معينة أو في فترة زمنية محددة.
- ✓ مقياس الفوج (Cohorte): وهو مقياس يعتمد على متابعة الأحداث الحيوية لفوج من النساء خلال عدد من السنوات، وذلك بتتبع سلوك الخصوبة لمجموعة من النساء خلال فترة حياتهن الانجابية

1 نفس المرجع السابق، ص 58

2السيد عبد العاطي السيد، **علم اجتماع السكان**، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2002، ص 229.

وعليه؛ تتنوع تقنيات وأساليب المقاييس الخاصة بظاهرة الخصوبة حسب ترابط المؤشرات المتداخلة، وسنتطرق إلى أهم وأشهر المقاييس الديمغرافية الخاصة بالخصوبة كـــ:

- معدل الخصوبة العام.
- معدل المواليد الخام.
- معدل الخصوبة العمرية النوعية (الخاصة).
- معدل الخصوبة الكلية.
- معدل الخصوبة الشرعية.
- معدل الخصوبة غير الشرعية.
- معدل الخصوبة حسب فئات السن.

معدل الخصوبة العام:Taux de fécondité général

وهو قياس أكثر دقة للخصوبة من معدل المواليد الخام، ويمثل النسبة بين عدد المواليد الأحياء في السنة إلى إجمالي عدد الإناث في سن الحمل في نفس السنة (15 – 49 سنة).[1]

ويعبر أيضا عن خصوبة مجموعة من النساء دون تمييز الحالة العائلية (أرملة، مطلقة، عازبة) [2]، وهو عدد المواليد بالنسبة لكل 1000 امرأة في سن الانجاب ويحسب بالقانون التالي[3]:

$$TFG = \frac{\text{عدد الإناث الحية}}{\text{عدد الإناث في سن}} * 1000$$

1 السيد عبد العاطي السيد، علم اجتماع السكان، مرجع سابق، ص 230.

2 آسيا شريف، مرجع سابق، ص 88.

3 لنتذكر أن معدل الخصوبة العام حسب العمر– لسماحه بحساب الأنسال النهائية للأجيال– يؤدي إلى تحديد المعدل الخام للتكاثر (R)، وإذا رمزنا بـــ D50 إلى هذا النسل النهائي فإن:
R=0,488*D50(رولانبريسا ، ص 253)

معدل المواليد الخام: Taux Brut de naissance

وهو من أبسط مقاييس الخصوبة وأوسعها استخداما، يعبر عن النسبة القائمة بين عدد المواليد الأحياء المسجلين في سنة ما، وبين إجمالي عدد السكان في منتصف هذه السنة.

ويعرف بالمعدل الخام لأنه ينسب هذه الظاهرة الحيوية إلى المجتمع ككل، دون اعتبار لتمايز التركيب السكاني في خصائص العمر أو النوع أو النشاط أو الخصائص الديموغرافية الأخرى.

ويستخرج معدل المواليد الخام من خلال المعادلة التالية[1]

$$TBN = \frac{\text{عدد المواليد الأحياء في السنة}}{\text{عدد السكان في منتصف السنة}} * 100$$

معدل الخصوبة العمرية النوعية الخاصة

وهو مقياس آخر للخصوبة يستخدم لمقارنة السلوك الإنجابي بين جماعات عمرية خاصة [2]، أي بين جملة عدد المواليد الأمهات في أعمار معينة إلى عدد الإناث في كل فئة عمرية وعادة ما تكون خماسية وهو أدق المقاييس لأن عدد المواليد يختلف باختلاف أعمار الأمهات بدرجة كبيرة.

والبيانات اللازمة لحساب هذا المعدل هي عدد المواليد المسجلين المبوبين حسب عمر الأم، وعدد السكان الإناث في كل فئة عمرية في المدى العمري 15-49 سنة مبوبة في نفس فئات عمر الأم وهو بذلك يأخذ الصيغة التالية[3]:

$$\text{م. خ. ع. ن. الخاصة} = \frac{\text{عدد المواليد الأحياء خلال السنة لأمهات في فئة عمرية}}{\text{عدد الإناث في نفس الفئة العمرية منتصف السنة}} * 1000$$

1 السيد عبد العاطي السيد ،مرجع سابق ، علم اجتماع السكان ص 230.

2نفس المرجع و الصفحة سابقاً.

3فتحي محمد أبو عيانة:**دراسات في علم السكان**، دار النهضة العربية، بيروت، الطبعة الثانية، 2000، ص 72.

معدل الخصوبة الكلية

يتطلب حساب معدل الخصوبة الكلية إيجاد معدل الخصوبة العمرية الخاصة لكل النساء خلال سنوات قدرتهن على الإنجاب ثم ضرب المعدل الأخير في طول الفئة العمرية ثم قسمته على 1000[1].

وبتعبير آخر؛ تقول د. آسيا شريف أن معدل الخصوبة الكلية هو مجموع معدلات الخصوبة حسب العمر لجميع الأعمار، أو هو مجموع معدلات الخصوبة حسب العمر لكل فئة عمرية مضروبا في طول الفئة[2].

وعموما؛ يمثل معدل الخصوبة الكلية متوسط عدد الأطفال الذي يُمكن أو يُقدر أن تنجبه المرأة طوال حياتها الإنجابية (شرط أن تكون الولادة ولادة حية).

ويعطى بالمعادلة التالية:

$$\text{معدل الخصوبة الكلية}^{*} = \frac{\text{معدل الخصوبة العمرية النوعية} \times 5}{1000}$$

مقياس Pearl

في سنوات 1930 اقترح "رايموند بارل" حساب معدل حمل لا يأخذ بعين الاعتبار سوى فترات التعرض للحمل.

عندما يحدث حمل تجد المرأة نفسها محمية من كل احتمالات الوقوع في حمل آخر لفترة لا تقل عن فترة الحمل و أحيانا أطول منها بشكل طفيف، وبشكل متناقض تساهم في خفض معدل الحمل الملاحظ للفترة n.

1السيد عبد العاطي السيد ،مرجع سابق، ، ص 231.

2 آسيا شريف ،مرجع سابق ، ص 89.

*ملحوظة: تتغير قيمة طول الفئة حسب عدد السنوات، فلو استخدم معدل الخصوبة حسب العمر لسنة واحد بدلا من خمس سنوات تستبدل القيمة 5 بواحد.

في مؤشر "بارل" نقوم بوضع مجموع Si في المقام في مكان Ni[1]

وباختصار هو مقياس يعطينا نسبة تترجم إمكانية الإنجاب أو احتمال الحمل، ويحسب بالمعادلة التالية:

$$\frac{\sum_{i=1}^{n} Ci}{\sum_{i=1}^{n} Si} * 1200 = 1200 * \frac{\text{العدد الكلي للأحمال}}{\text{عدد أشهر التعرض لاحتمال الحمل}} = Rn$$

إذن هو معدل حمل بمقاسات سنوية (لكل 100 سنة/امرأة)، يجب أولاً التنويه إلى أن القيمة النظرية القصوى لهذا المؤشر ليس 100 ولكن 1200.

لنفرض أن لكل امرأة تحمل بكل بويضة (P=1) في هذه الحالة عدد الأحبالِ Ci يصبح دائماً مساوٍ لـ Si (وهي عدد أشهر التعرض للحمل) ويصبح R في هذه الحالة يساوي 1200.

بالتطبيق الفعلي P لا يساوي 1، وغياب الحمل له ترتيب من 0,2 إلى 0,3 في الحالة المتناسقة نستطيع إثبات أن R=1200.

معناه أن معدل الحبل يُعطى مباشرةً بـ P ما يُنتج تعريف لـ R، مع P=3 «R=360 مع P=0,15 » R=18 .

<u>معدل الخصوبة الشرعية:</u>

وهو يمثل معدل الولادات داخل إطار الزواج أي خصوبة النساء المتزوجات أو عدد المواليد الشرعيين نسبة إلى عدد الإناث غير العازبات أو التي سبق لهن الزواج، ويحسب بالمعادلة التالية:

$$\text{معدل الخصوبة الشرعية} = \frac{\text{عدد المواليد الشرعيين}}{\text{عدد الإناث اللواتي وسبق تزوجن في سن الإخصاب في منتصف}} * 1000$$

[1]HENRI LERIDON, **démographie : analyse et synthèse 2 les déterminants de la fécondité**, INED, PARIS, 2002, P 203

معدل الخصوبة غير الشرعية:

وهو عبارة عن عدد الولادات غير الشرعية نسبة إلى عدد الإناث العازبات لفترة زمنية محددة، وهو يقيس لنا خصوبة النساء غير المتزوجات.

ويمكن حسابه كالتالي:

$$\text{م.خ.غ.ش} = \frac{\text{عدد المواليد غير الشرعيين}}{\text{عدد الإناث العازبات في سن الإخصاب في منتصف السنة}} * 1000$$

معدل الخصوبة حسب فئات السن:

ويمثل نسبة المواليد الأحياء في فئة عمرية معينة على عدد الإناث والذكور لنفس الفئة في منتصف السنة، ويحسب بالمعادلة التالية:

$$\text{م. خ. ف.س} = \frac{\text{عدد المواليد في فئة عمرية معينة}}{\text{عدد الإناث أو الذكور في نفس الفئة في منتصف السنة}} * 1000$$

5.ملخص لأهم نظريات الخصوبة

يمكن أن نعرف النظرية السكانية بأنها مجموعة من القضايا التي تقوم على أساس الملاحظة والتجريب، وتقدم تفسيرا للظواهر السكانية من منظور اجتماعي بحت أو من خلال العلاقات ذات المنظور السكاني والتي يمكن ملاحظتها والتحقق منها. هذا وقد ظهرت نظريات عديدة ومتنوعة تناولت المسألة السكانية من جوانب عدة ومختلفة، وبحيث قامت بتقديم إسهامات كبيرة لفهم مثل هذه الظاهرة، وفيما يلي عرض لأهم النظريات خاصة تلك ذات المداخل الاجتماعية:

1) نظرية انخفاض الوفيات:

ومن أشهر رواد هذه النظرية مي، سميث، وهير (D.A.May,D.O.Smith, D.M. Heer)، حيث عالجت هذه النظرية ظاهرة الخصوبة بالاعتماد على مفهوم انخفاض مستويات الوفيات، والتي ترتب عليها زيادة الرغبة لدى الأزواج في الإبقاء على طفل واحد على الأقل حتى سن شيخوختهم واعتباره صمام أمان في حالة المرض أو الشيخوخة، إضافة إلى اعتبارات اجتماعية اقتصادية ثقافية مختلفة.

يرى رواد هذه النظرية، أن انخفاض الوفيات المؤدية إلى تناقص الخصوبة يقوم على فرضيتين رئيسيتين:

الأولى: تقوم على فرضية مفادها بأنه كلما انخفضت نسبة الوفيات، أدى ذلك إلى انخفاض نسبة الخصوبة, أما في حالة زيادة نسبة الوفيات فان الخصوبة تزداد ودلك بسب ما يسمى بالولادات التعويضية التي تتضمن دوافع ومحركات هامة لاستمرار عملية إنجاب الأطفال لضمان حياة الآباء في سن الشيخوخة.

الثانية: وتقوم هذه الفرضية الثانية على أن انخفاض مستويات الوفيات سيزيد من عدد الأفراد اللذين سيعيشون مدة أطول, وبالتالي سيعملون على زيادة معدل الإعانة في المجتمع.

وبهذا السياق فقد أكد أصحاب هذه النظرية على أنه يجب تنبيه السكان إلى النتائج الايجابية بانخفاض الوفيات مما سوف يدفعهم إلى زيادة الاتجاه نحو استخدام وسائل ضبط

الحمل,كما تنبهوا إلى أهمية توفر المناخ الاجتماعي الملائم للسيطرة على الخصوبة السكانية عن طريق التحكم بعملية الإنجاب، كضرورة لإحداث تغيرات في خفض مستويات خصوبتهم السكانية[1].

2) نظرية الوضع الاجتماعي (الخاصية الشعرية):

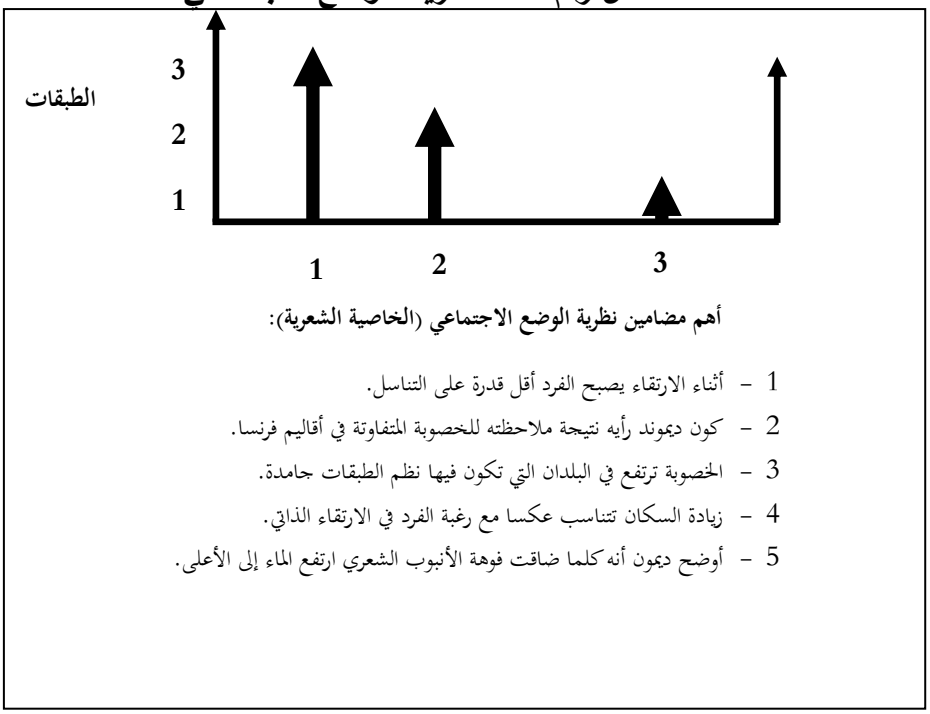
ظهرت الصياغة الأولى لهذه النظرية من قبل العالم الديمغرافي (أرسين ديمون) (Arsene Dumont)، وذلك عام 1890م. حيث تبين هذه النظرية أن محاولة الفرد في الارتقاء الاجتماعي أو ما يسمى بالحراك الاجتماعي يشبه الماء المندفع في الأنابيب الشعرية، فكلما ضاقت فوهة الأنبوب الشعري كلما زاد اندفاع الماء إلى الأعلى، بمعنى أنه كلما قل أو انخفض مستوى خصوبة الفرد زاد ارتقاؤه في السلم الاجتماعي، تماما كالماء الذي يزداد ارتفاعه في الأنابيب ذات الأنصاف القطرية الضيقة، فالعلاقة في هذه الحالة علاقة عكسية.

ويسمي ديمون ظاهرة الارتقاء من طبقة دنيا إلى طبقة أعلى منها بظاهرة الارتقاء الاجتماعي، أو التقدم أو الحراك الاجتماعي الصاعد الذي يعد من أهم المحركات أو الأسباب التي تدفع الأفراد إلى تحديد نمو الأسر. وضمن عملية الارتقاء هذه يصبح الفرد أقل ميلا من الناحية الاجتماعية على التناسل، لأنه يبتعد عن بيئته الطبيعية ويفقد نتيجة لذلك اهتمامه بالأسرة, إذ لا يكون لديه وقت لتكوينها، كما ويركز كل اهتمامه على الارتقاء الاجتماعي التي تعود عليه بالفائدة. وتعد هذه الأفكار والأطروحات مؤيدة تماما للأفكار القائلة بان التقدم الحضري عامل رئيسي في إضعاف الرغبة في الإنجاب والتكاثر، وبأن طموح الأفراد في تحسين أوضاعهم الاجتماعية والاقتصادية مرتبط دائما بتخفيض حجم أسرهم، تماما كالماء الذي يتمكن من الارتفاع إلى أعلى بقوة الخاصية الشعرية للأنابيب الضيقة، ويمكن اختصار مضامين هذه النظرية بالإشارة إلى أن الانسان يستطيع ارتقاء السلم الاجتماعي إذا قلل عدد أبنائه.

[1] منير عبد الله كرادشة:**علم السكان الديموغرافيا الاجتماعية** ، عالم الكتاب الحديث، الطبعة الأولى، 2010 ، ص 54

وقد كون ديمون رأيه نتيجة ملاحظته لمستويات الخصوبة المتفاوتة في أقاليم فرنسا التي تجول فيها، فجعل التقدم الاجتماعي أساس نظريته، وبين فيها بأن الخصوبة ترتفع في البلدان التي يكون فيها نظام الطبقات جامدا بحيث لا يسمح بأن يرتقي الفرد أو يندمج في طبقة أعلى. كما أشار إلى أن الفرد في البلاد ذات الديمقراطيات الحديثة حيث يتمتع الفرد بالمساواة السياسية بينما يحرم من المساواة الاقتصادية، يستطيع أن يصعد كثيرا في السلم الطبقي الاجتماعي خاصة إذا امتلك سمات شخصية مثل: الذكاء والقدرة على المنافسة والانجاز والنشاط، تماما كما يصعد الماء المندفع في فوهة الأنابيب الشعرية، وقد أعطى أمثلة على ذلك كما أسلفنا بالمجتمع الفرنسي حيث تسود الديمقراطية، وما يصاحب ذلك من سهولة الصعود من طبقة إلى أخرى أعلى منها، الأمر الذي قد يؤدي إلى نقص ملحوظ في نسبة المواليد لدى الأفراد. ويرى هذا العالم أن زيادة السكان في المجتمع تتناسب عكسيا مع تطلعات ورغبات الفرد في الارتقاء الاجتماعي وتكوين الذات.

الشكل رقم 07: نظرية الوضع الاجتماعي



المصدر: منير عبد الله كرادشة، علم السكان الديمغرافية الاجتماعية عالم الكتب الحديث، ط1، 2010، ص57

3) نظرية الكلفة في الخصوبة:

أهم رواد هذه النظرية العالم الديموغرافي لبنشاين (H. Leibenstien) الذي يرى أن أفراد المجتمع يتصرفون بحكمة وعقلانية بخصوص سلوكهم الإنجابي وان الناس عادة ما يطبقون حساباتهم الأولية بخصوص الأولاد المرغوب بهم. وهذه الحسابات الأولية تكون موجهة بشكل مباشر نحو تحقيق الرضا والمنفعة المستمدة من انجاب طفل إضافي, كذلك نحو حسابات التكلفة الناتجة عن إنجاب الأطفال.

وبشكل عام فقد أشار لبنستاين إلى أن هناك ثلاث منافع مستمدة من انجاب الطفل الإضافي وهي:

أ- **منفعة نفسية:** حيث أن الطفل الإضافي مصدر سرور لوالديه.

ب- **منفعة اقتصادية:** حيث يعد انجاب الأطفال ووجودهم في الأسرة عامل إنتاج ومصدر دخل جديد، فكل طفل جديد يعني ساعد جديد يضاف إلى قوة العمل في الأسرة.

جـ- **المنفعة المتوقعة من الأبناء:** كخدمة الوالدين عند الشيخوخة أو في حالة المرض أو العجز (فالأولاد كثيرا ما ينظر إليهم ضمن هذه الاعتبارات كمصدر ضمان في حالة عجز ومرض وشيخوخة الوالدين).

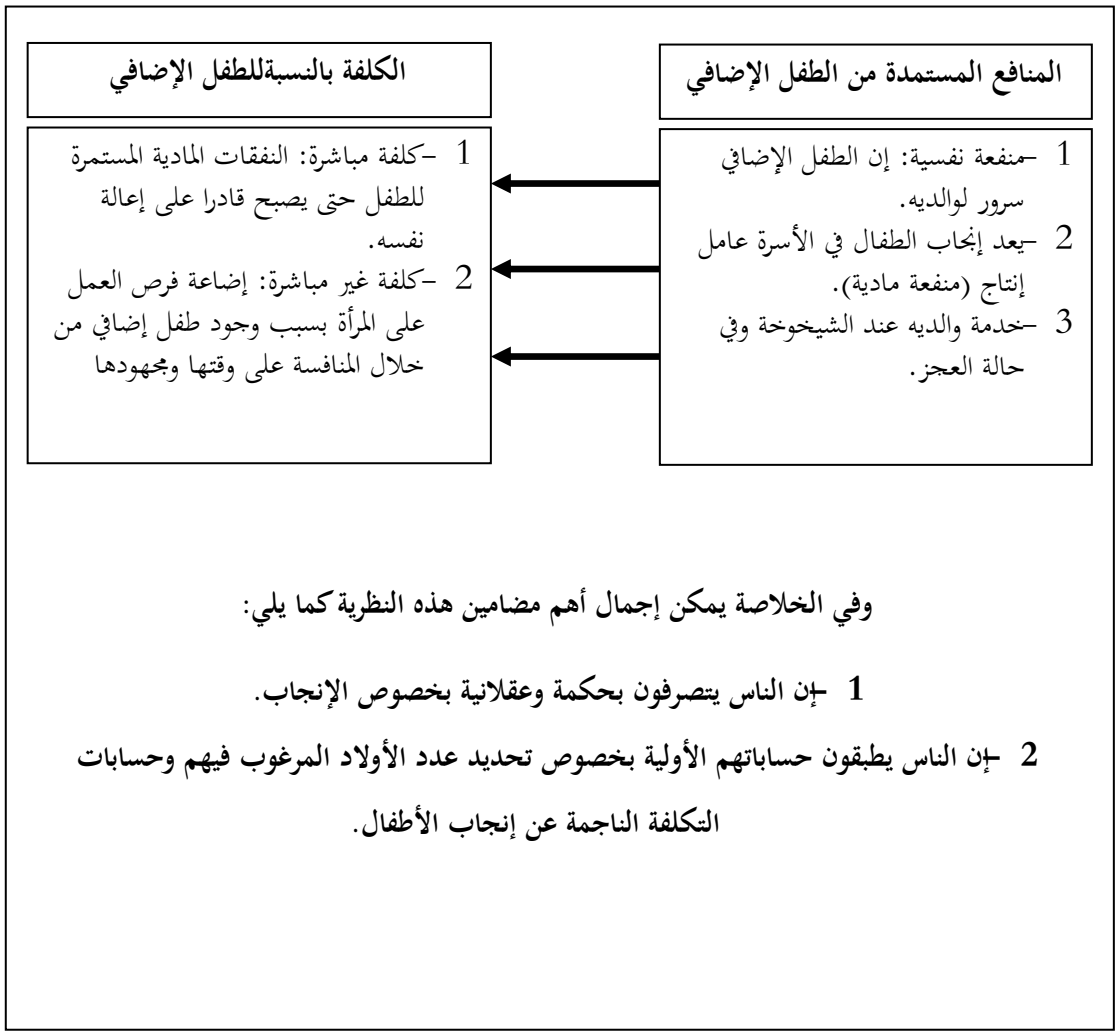
كما أشار لبرشتاين إلى وجود نوعين من التكلفة بالنسبة للطفل الإضافي، وهي:

أ-**كلفة مباشرة:** ويمكن حسابها من خلال النفقات المادية المستمرة لإعالة الأطفال، إلى أن يبلغوا مرحلة القدرة على إعالة أنفسهم.

ب- **كلفة غير مباشرة:** تحسب من خلال إضاعة فرص العمل على المرأة في حالة إنجاب الأطفال، من خلال المنافسة على وقتها، واستهلاك أغلب مجهودها وقدرتها على الإنتاج. حيث أن إنجاب الأطفال من شأنه أن يضع المرأة أمام خيارين لا ثالث لهما، فإما البقاء بسوق العمل وبالتالي تخفيض عدد الأطفال المنوي إنجابهم، أو الخروج نهائيا من سوق العمل، وبالتالي إنجاب العدد المرغوب فيه من الأطفال.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن لبن ش‌تاين قد نوه إلى أن نمط كلفة إنجاب الأطفال تتفاوت بشكل كبير بين الفئات الاقتصادية والاجتماعية وتختلف بشدة، فقد لاحظ أن منفعة إنجاب طفل إضافي قد تختلف بين المزارع والكاتب والبروفيسور والعامل، هذا بالنسبة للكلفة المباشرة، أما بالنسبة للكلفة غير المباشرة فهي حاصلة نتيجة ضياع فرص عمل على المرأة بسبب إنجاب الأطفال وتربيتهم والعناية بهم[1].

الشكل رقم 08:نظرية الكلفة في الخصوبة



المصدر: منير عبد الله كرادشة، علم السكان الديموغرافية الاجتماعية عالم الكتب الحديث، ط1، 2010، ص59

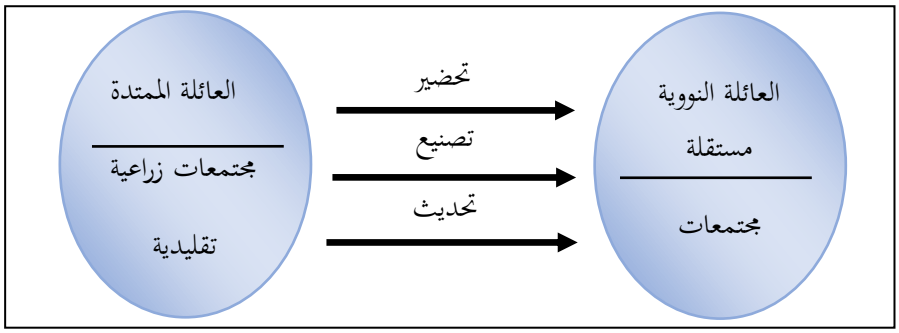
[1] مرجع سابق ، ص 61

4) نظرية تركيب العائلة:

صيغت هذه النظرية من قبل عالم الاجتماع قوود (W.J. Good) وآخرين عام 1963م، وتنص هذه النظرية على أن التصنيع والتحضير عملا على تدمير وتكسير نظام العائلة الممتدة، وهي العائلة التي عادة ما يتم بداخلها صناعة أغلب القرارات ذات العلاقة بالأسرة وعناصرها, حيث يتم ضمن أطرها وضع القرارات والترتيبات بخصوص الزواج، والإنجاب، كما ويتم ضمن نطاقها كافة العمليات الاقتصادية والاجتماعية لأفراد الأسرة. على خلاف ما يجري في العائلة النووية المستقلة، التي تصنع عادة قراراتها من قبل الزوجين نفسهما سواء قبل الزواج أو بعده. وتخضع قراراتهما لمفهوم "الانتقاء والاختيار" خاصة في مواضيع تتعلق بالزواج، اختيار مكان الاقامة والعمل، واختيار منطقة السكن، وقرارات الحمل والإنجاب وغيرها من القرارات.

هذا وقد ذهبت هذه النظرية إلى التصنيع يتلف نظام العائلة التقليدية الممتدة، ويخلق حركة طبقية نشطة ضمن مجموعة القرابة، بحيث يقيم مؤسسات إضافية لمواجهة حاجات الأفراد المتزايدة، ومعالجة المشكلات التي تواجههم، وهذا بدوره يؤدي إلى التقليل من فرص الاعتماد على نسق أو مؤسسة القرابة في قضاء حاجات الأفراد وتسير امورهم. كما يؤدي التصنيع من وجهة نظر قوود إلى التقليل من سلطة ونفوذ الأقارب على الزوجين، ويؤدي كذلك إلى زيادة انتشار نمط الأسرة النووية، ويعمل على رفع سن الزواج، ويزيد من استقلالية وحركة جيل الشباب، مما يزيد من محاولات امساك الزوجين بقراراتهما المختلفة بما فيها قرارات الخصوبة والإنجاب.

الشكل رقم09 : نظرية تركيب العائلة



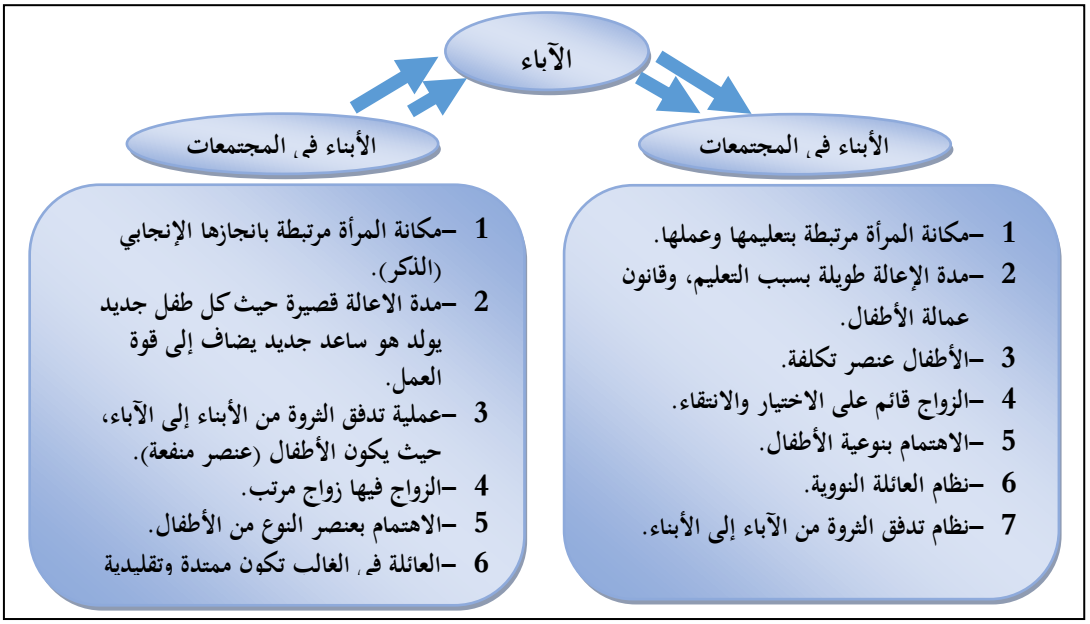
المصدر: منير عبد الله كرادشة، علم السكان الديموغرافية الاجتماعية عالم الكتب الحديث، ط1، 2010، ص62

5)نظرية اتجاه تدفق الثروة (كالدويلCaldwell):

تعتبر هذه النظرية من أهم النظريات التي تناولت موضوع الطلب على إنجابالأولاد ، مستندة في تفسيرها لانحدار مستويات الخصوبة على التغيرات الطارئة على اتجاهات الثروة لبعض المجتمعات الإفريقية. وتعزو هذه النظرية ارتفاع الخصوبة في مثل هذه المجتمعات النامية إلى انتشار نظام العائلة الممتدة، وإلى سيطرة كبار السن وخصوصا الذكور منهم على موارد الأسرة مما يؤدي الى تدفق الثروة المكونة من سلع وأموال ومساعدات من جيل الأبناء إلى جيل الآباء، الأمر الذي من شأنه أن يجعل الخصوبة المرتفعة من مصلحة الذكور كبار السن، بصفتهم أصحاب القرار داخل الأسرة.

وترى هذه النظرية أن انخفاض الخصوبة يظهر عندما تتقلص العلاقات الأسرية نحو الأسرة البيولوجية، وتتراجع سلطة الكبار، وخاصة الذكور منهم. وينتج هذا التحول في نظر كالدويل عن عملية التنمية الاجتماعية – الاقتصادية التي تحول نظام الإنتاج الاقتصادي من نظام عائلي إلى نظام السوق. وهكذا فإن اتجاه تدفق الثروة في هذه المرحلة يصبح عكسيا أي من الآباء إلى الأبناء، مما يترتب عليه أن تزداد تكلفة إنجاب الأطفال، ويصبحوا عنصر تكلفة وليس عنصر منفعة.

الشكل رقم 10: نظرية تدفق الثروة (كالدويل)



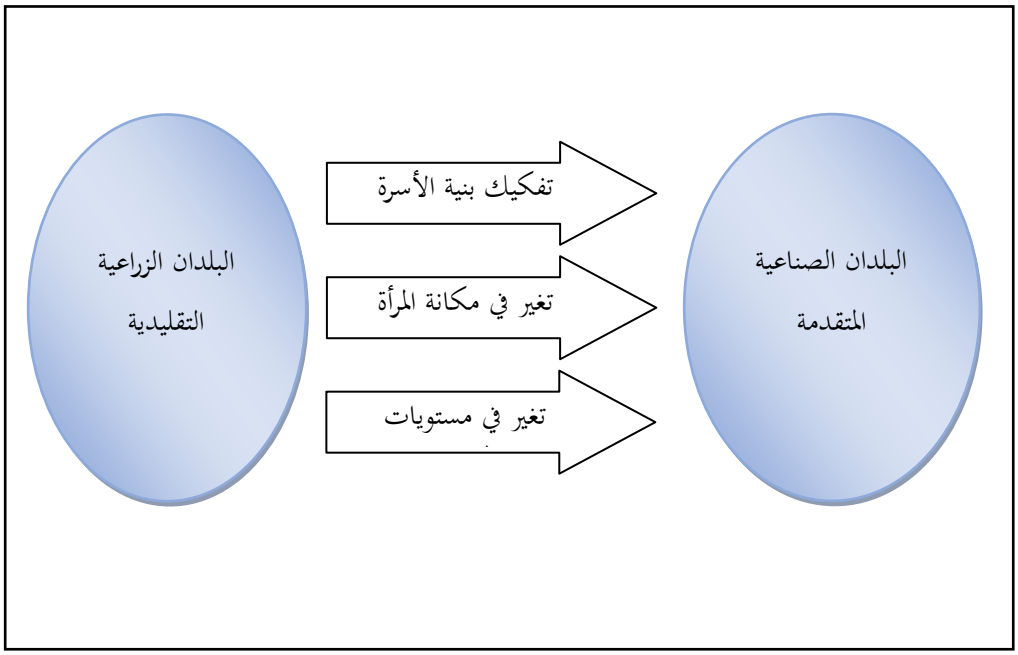
المصدر: منير عبد الله كرادشة، علم السكان الديموغرافية الاجتماعية عالم الكتب الحديث، ط1، 2010، ص64

6) نظرية (كاينCain):

وهي نظرية ذات صيغ ديمغرافية اجتماعية واضحة وقد ركزت على تناول مفهوم الطلب على الأطفال, وقد طور أُسس هذه النظرية (كاين) عبر عدة دراسات. وبصورة عامة فقد ركزت هذه النظرية على **قيمة الأولاد كمصدر ضمان وحماية للأهل في البلدان النامية** . فقد اعتبر (كاين) أن (كادويل) لم يعط اهتماما كافيا لمنفعة الأولاد كضمان في وجه الخطر المعيشي الذي يواجه الأسر في البلدان الفقيرة مثل "الهند وبنغلادش" حيث تواجه المرأة فيها بشكل خاص شتى أنواع القهر والظلم والاستلاب والعنف وشتى المخاطر الاقتصادية أو الصحية أو الاجتماعية.

وقد اعتبر (كاين) أن المرأة المتدنية نتيجة اعتمادها الاقتصادي على الرجل يجعلها أكثر عرضة للخطر في حال الترمل أو الطلاق أو في حالة مرض الزوج، الأمر الذي يؤدي إلى تعزز رغبتها في إنجاب الأولاد بغية تامين العدد الكافي منهم كضمان بوجه المخاطر المفترضة والتي يمكن أن تمر بها مستقبلا.

الشكل رقم11: نظرية كاين



المصدر: منير عبد الله كرادشة، علم السكان الديموغرافية الاجتماعية عالم الكتب الحديث، ط1، 2010، ص65

وقد رأى (كاين) أن العائلة الممتدة تشكل مصدر حماية في حالات الخطر والشيخوخة، واعتبر (خِلافا لكادويل) أن انتشارها قد يكون عامل ضبط لمستوى الخصوبة[1].

7) نظرية ديفز وبلاك (Davis and Black) (المتغيرات الوسطية):

سابقاً؛ قدم كنجزلي ديفز وجوديث بلاك (Kingslydavis and Judith Blake) مساهمة أولية في وضع إطار تحليلي للمحددات الوسيطية للخصوبة التي تأثرت إما بالتعرض لاتصال جنسي، أو إما بالتعرض للحمل ونجاح الولادة (la réussite de la parturition).

حسب الحالات الثلاث السالفة الذكر، قام الباحثان بتحديد إحدى عشر (11) سلوكاً وعامل بيولوجي، والذي من خلاله فقط يمكن لأي متغير سوسيولوجي، اقتصادي ومحيطي (بيئي) أن يؤثر في الخصوبة[2].

طور "بونغارتس" هذا الإطار بإنقاص عدد المتغيرات إلى 8 ثم إلى 7 محددات قريبة للخصوبة كما يلي:

1 – نسبة النساء في سن الإنجاب والمتزوجات.
2 – استخدام وفعالية وسائل منع الحمل.
3 – الإجهاض المتعمد.
4 – عدم التخصيب الذي يلي الولادة والذي تكون فيه مدة وتكرار الرضاعة العامل الأساسي به.
5 – تواتر الجماع.
6 – بداية العقم الدائم.
7 – وفيات عفوية داخل الرحم (Spontaneous).

[1] نفس المرجع السابق، ص 65

*انظر النسخة الأصلية باللغة الإنجليزية في الملحق رقم03

[2] Bongaarts 1993, Bongaarts and Pooter 1983

كل عامل من هذه العوامل يساهم في انخفاض الـــــ: 15 طفلا التي يمكن للمرأة أن تنجبها خلال حياتها الإنجابية.

أثبتت الأدلة التجريبية أن كل من مدة الزواج، استخدام وسائل منع الحمل، الإجهاض، وعدم إمكانية التخصيب التي تلي مرحلة الولادة لديهم تأثير قوي على مستويات وفوارق الخصوبة.

أ- **عوامل تؤثر في التعرض للاتصال الجنسي (** متغيرات الاتصال الجنسي **)**: وهي عوامل مسؤولة عن تشكيل وفسخ الاتحادات الزواجية داخل أو خلال عملية الإنجاب، مثل:

1 - العمر الذي تبدأ عنده الاتحادات الجنسية (المشروعة وغير المشروعة).
2 - العزوبية الدائمة: نسبة النساء اللواتي لا يدخلن في الاتحادات الجنسية أبدا.
3 - مدة الفترة الإنجابية التي تنقضي بعد الاتحادات (الزواج) أو بينها:
   أ - عندما تنتهي الاتحادات بالطلاق أو الانفصال أو الهجر.
   ب -عندما تنتهي الاتحادات بموت الزوج.

ب- **العوامل المسؤولة عن التعرض إلى الجماع الجنسي داخل الاتحادات الزواجية:** وهي متغيرات الحمل.

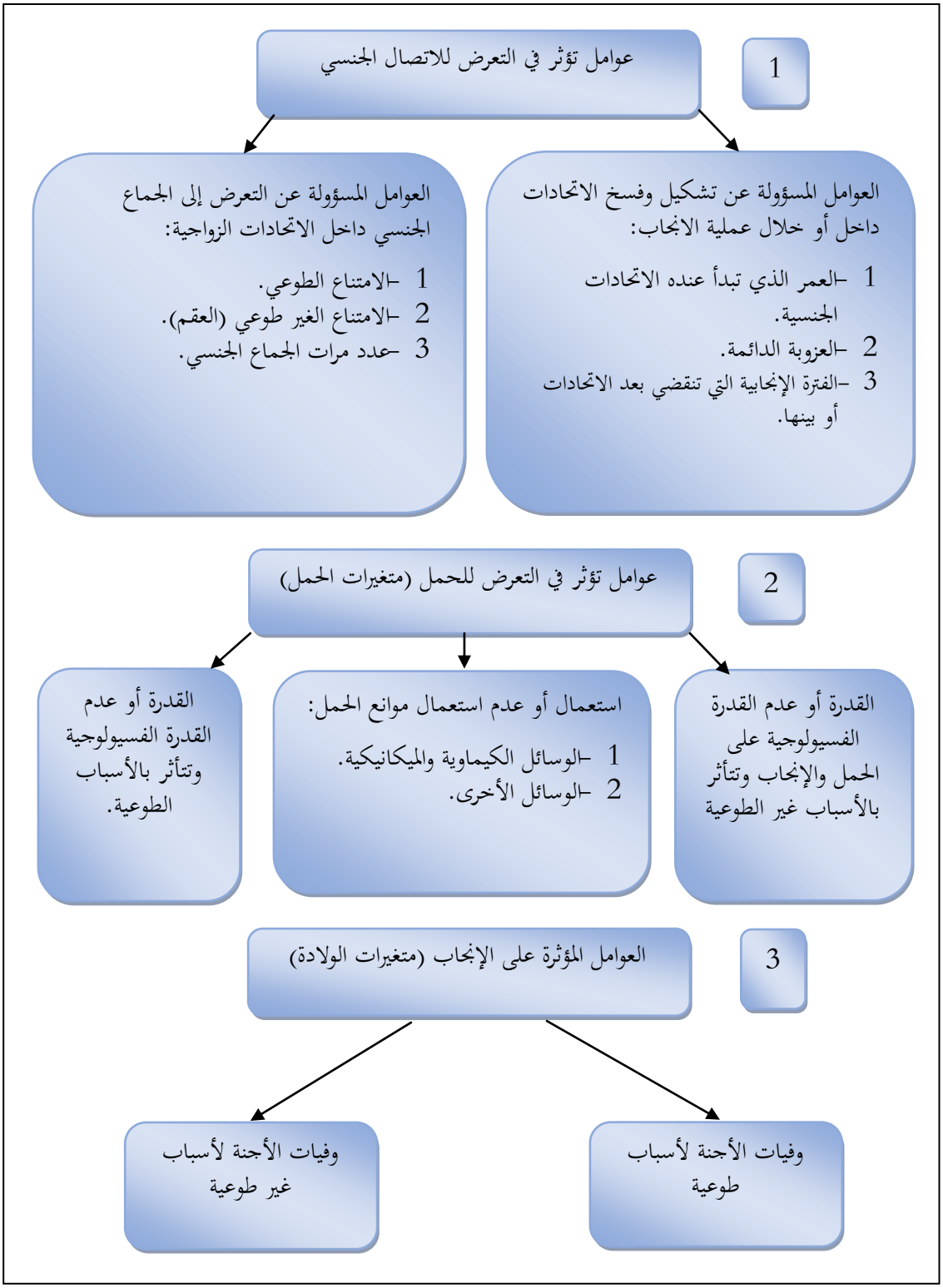
1 - الامتناع الطوعي (الاختياري).
2 - الامتناع غير الطوعي (العقم، المرض، الانفصال المؤقت أو الإجباري).
3 - عدة مرات الجماع الجنسي (باستثناء فترات الامتناع).
4 - عوامل تؤثر في التعرض للحمل.
5 - القدرة أو عدم القدرة الفسيولوجية، التي تتأثر بالأسباب غير الطوعية.
6 - استعمال أو عدم استعمال موانع الحمل.
   - ✓ الوسائل الميكانيكية والكيماوية.
   - ✓ الوسائل الأخرى.
7 - القدرة أو عدم القدرة الفسيولوجية، كما تتأثر بالأساليب الطوعية (التعقيم، العلاج الطبي وغيرها).

جـ- العوامل المؤثرة على الحمل والإنجاب الناجح: وهي متغيرات ذات علاقة بعملية الولادة.

1- وفيات الأجنة لأسباب غير طوعية. مثل (سقوط الجنين، وفاته، الإجهاض التلقائي).

2- وفيات الأجنة لأسباب طوعية. مثل (الإجهاض المتعمد برغبة الأم) وهي طرق شائعة لدى الدول الأكثر سكانا كالصين، الهند، أمريكا، روسيا، واليابان، ويمكن القول أن الهدف الأساسي لدى كل من ديفيز وبلاك كان لفت انتباه الباحثين إلى عدم جواز القفز مباشرة من متغيرات المحيط العريضة إلى متغيرات الخصوبة دون الدخول عبر المتغيرات الوسيطة، والتي تؤثر في مستوى الخصوبة بصورة مباشرة، ومن خلالها يمر أي تأثير لمتغيرات المحيط على مستويات الخصوبة السكانية.

الشكل رقم12 :نظرية ديفز وبلاك



المصدر: منير عبد الله كرادشة، علم السكان الديموغرافية الاجتماعية عالم الكتب الحديث، ط1، 2010، ص 68

8) نظرية جون بونقارتز (John Bongart's):

نشر الديمغرافي جون بونقارتز مقالا في آذار (مارس) 1978م تحت عنوان: "إطار العمل التحليلي للمحددات التقريبية للخصوبة" بين فيه أن دراسة مستوى خصوبة السكان وتفسيراته تتطلب العمل على القياس المباشر للعوامل الاقتصادية والاجتماعية المؤثرة في الخصوبة. وذكر أن العوامل التي تؤثر في الخصوبة ومستوياتها تمر عادة عبر العوامل البيولوجية والسلوكية، وهي ما دعاها **بالمتغيرات التقريبية للخصوبة** . والخاصية الأولى لهذه المتغيرات هي تأثيرها المباشر في الخصوبة السكانية، فإذا تغير عامل تقريبي "كاستخدام منع الحمل"، فإن الخصوبة ستتغير (على افتراض بقاء جميع العوامل التقريبية الأخرى ثابتة). فتعليم المرأة كمتغير اجتماعي اقتصادي مثلا من شأنه أن يعمل على زيادة الوعي لديها ويرفع خبراتها وميلها للرفاه الاجتماعي، ويزيد من تطلعاتها وطموحاتها ويرفع من مستوى ذوقها العام، ورغبتها بالاستفادة من فرص التنمية وما تتيحه من رفاه، ما يزيد من إقبالها على استخدام موانع الحمل، كما يعمل على تأخير سن الزواج، والذي من شأنه أن يسهم في خفض معدل الخصوبة لديها.

وعلى هذا الأساس فقد قدم بونقاز نموذجا واضحا وشاملا لتحليل العلاقة بين متغيرات المحيط والمتغيرات الديموغرافية ذات العلاقة المباشرة بخصوبة المرأة، وقد حددها في بداية الأمر بناء على نموذج ديفز وبلاك. وللتقليل من التعقيد، فقد اختزل بونقارتز متغيرات ديفز وبلاك من أحد عشر متغيرات، إلى ثمانية متغيرات صنفها في ثلاث مجموعات هي:

1 – عوامل التعرض للجماع: نسبة المتزوجات.

2 – عوامل التحكم في الخصوبة:

- ✓ منع الحمل.
- ✓ الإجهاض المتعمد.

3 – عوامل الخصوبة الطبيعية:

- ✓ عدم الإنجاب بسبب الإرضاع.
- ✓ تكرار الجماع.
- ✓ العقم.

- ✓ وفيات الأجنة.
- ✓ مدة فترة الإخصاب.

وفي خطوة لاحقة لتبسيط ما أمكن من التعقيدات وكثرة المتغيرات الداخلة في النموذج، فقد اختزل بوتفارت هذه المتغيرات لتصبح في النهاية أربعة متغيرات فقط، وهي:

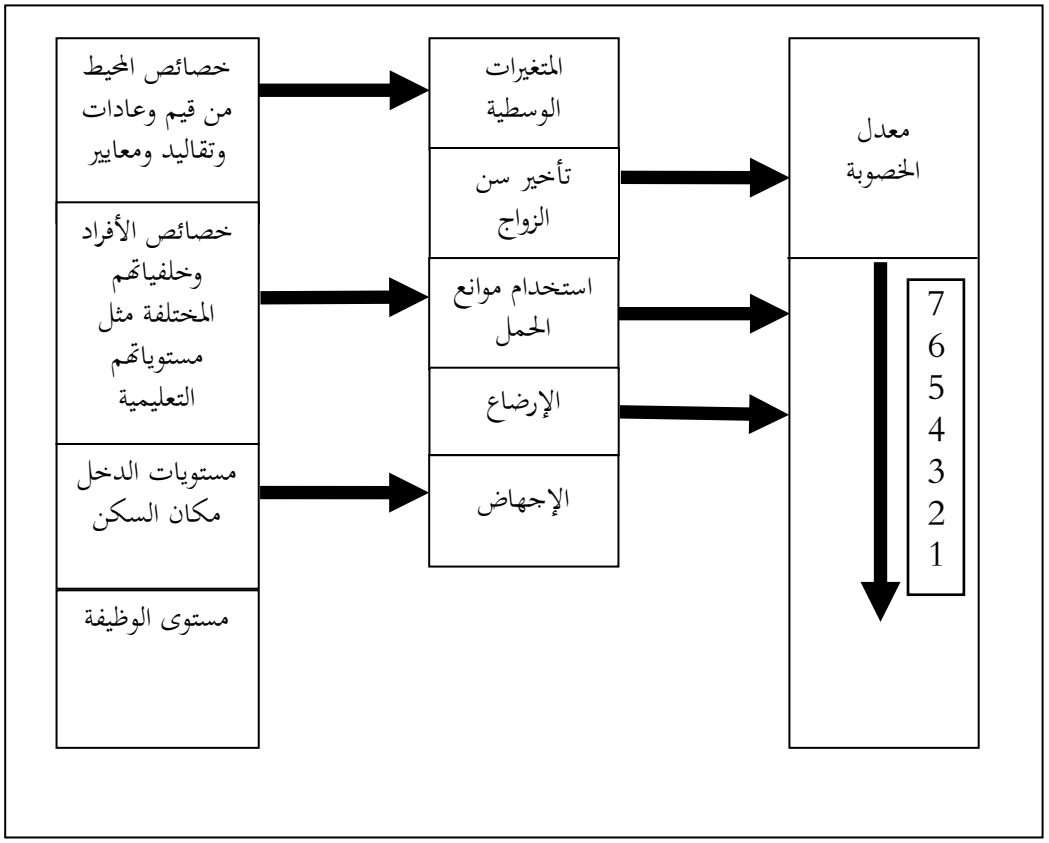
1 – تأخير سن الزواج.

2 – استخدام موانع الحمل.

3 – الإرضاع.

4 – الإجهاض.

الشكل رقم13 : نظرية جون بونغارتس



المصدر: منير عبد الله كرادشة، علم السكان الديموغرافية الاجتماعية عالم الكتب الحديث ، ط1، 2010، ص71

المبحث الثاني: تطور اتجاهات الخصوبة في العالم

1. بدايات الانفجار السكاني:

إن المتتبع لتطور معدلات الخصوبة في العالم أجمع يلاحظ تذبذب هذه الظاهرة الحيوية ليس فقط من ارتفاع وانخفاض بل حتى بين البلدان وعبر العصور، أي أننا نستطيع أن نطلق عليها صفة الظاهرة العالمية، حيث انخفضت الخصوبة من 3.4 طفل/امرأة إلى 2.8 طفل لكل امرأة في الفترة 1990-2000 لتصل إلى معدل 2,5 طفل سنة 2017[1].

أما في المناطق الأكثر تقدما، انخفضت الخصوبة من 1.8 طفل/امرأة في الفترة 1985-1990 إلى مستويات أدنى بكثير من مستوى الإحلال [*]، وبلغت في المتوسط 1.6 طفل /امرأة في الفترة 1995-2000، وانخفض متوسط معدل الخصوبة الكلي في المناطق الأقل تقدما من 3.8 طفل.امرأة في الفترة 1985-1990 إلى 3.1 في الفترة 1995-2000، لكن هذه المتوسطات تخفي في طياتها اختلافات كبيرة بين المناطق وداخلها[2].

ويقول الدكتور " عبد الله عطوي" في كتابه: " جعرافية السكان " – يقول- : رغم أن قلة قليلة جداً من البلدان التي تشهد انخفاضاً في أعداد سكانها، فإن 61 بلداً (تضم 44 % من سكان العالم) تشهد بالفعل معدلات للخصوبة تقل عن المعدلات اللازمة لتعويض البشر الأحياء (أي أقل من 2.1 طفل/ امرأة).

وتتوقع الإسقاطات أن يزيد عدد هذه البلدان بحلول عام 2015 إلى 87 بلداً تضم ثلثي سكان العالم[3]

---

[1]Gilles pison:**Population &societés,tous les payes du monde**, INED, numero 547, septembre 2017, p2, paris

[*]ونقول le remplacement et la reproduction وجاء في القاموس الديمغرافي le dictionnaire de la demographie et de des sciences de la population لدار النشر ARMOND COLIN في الصفحة رقم 407، أنه مع الأخذ بعين الاعتبار الترجيح الرقمي لعدد الذكور على الإناث عند الولادة (105 ولد لكل 100 أنثى) يكون الإحلال مع ظروف الوفيات الحالية 2,08 مقرب إلى 2,1 ولادة لكل امرأة (1 بنت + 1,05 ولد + 0,03 تأثير الوفيات) مع وفيات معدومة تصبح قيمة الإحلال 2,05

2السكان والحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية مع التركيز على وجه الخصوص على فيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الأيدز)، التقرير الموجز ، الأمم المتحدة، 2002، ص: 21 (الجدول مفصل في الملحق رقم 09.

3عبد الله عطوي: **جغرافية السكان**، دار النهضة العربية ، الطبعة الأولى، 2001، ص: 119.

فلو قارننا الكثافة السكانية لسنوات مضت نجدها مثلاً تساوي ما بين 450 إلى 500 مليون نسمة سنة 1650، لتصل 24 نسمة في الكيلومتر المربع الواحد بعدد سكان يقدر بـ: 3325 مليون نسمة سنة 1965 مقسمة على المساحة اليابسة والتي تساوي 135 مليون كيلومتر مربع (باستثناء القارة المتجمدة الجنوبية)[1]، أما في عصرنا هذا وبما أننا بلغنا السبعة بلايير نسمة وتحديدا 7,737,263,745 نسمة على الساعة 48: 21مساءً يوم 15أكتوبر 2019 مع عدد ولادات يساوي 347,952 لليوم ذاته ووفيات تساوي 146,079 لليوم نفسه أيضا[2].

وعليه؛ تصبح الكثافة السكانية مقدرة بـــ: 57,31 نسمة للكيلومتر المربع الواحد، طبعاً هذه القيمة تتفاوت من منطقة إلى أخرى حيث يتراوح معدل المواليد بين 9- 53 في الألف، وتتمركز المعدلات المرتفعة للخصوبة في الدول النامية بصفة عامة مثل دول أمريكا اللاتينية باستثناء الأرجنتين والأروجواي وفي الدول الإفريقية وكذلك في قارة آسيا باستثناء اليابان وتايوان، ومن سوء الحظ فإن الدول ذات الخصوبة العالية تعاني من نقص البيانات الإحصائية الحيوية ومن ثم فإن إجراء تقدير لمعدل المواليد يكون أمراً ضرورياً[3].

و قد بدأ الانفجار الديمغرافي الفعلي أواسط العصر الحجري الحديث الأول، وذلك بفعل انتقال الإنسان من حالة البدو والترحال إلى التحضر والتمدن واكتشاف الفلاحة وتربية المواشي والأبقار والدواجن.

وعليه؛ تضاعف عدد سكان الأرض بعشر مرات ليبلغ حوالي 50 مليون نسمة سنة 3000ق.م، وقد كان أمل الحياة ضعيفا جدا نظرا للكوارث الطبيعية، المجاعات، الأمراض، الحروب...إلى آخره.

مع ذلك؛ حتى وبمعدل 4 إلى 6 أطفال للمرأة الكثير منهم يموتون في أعمار صغيرة.

1عميرة جويدة ، الخصوبة وتنظيم النسل، ص 8.

2 http://www.worldometers.info/world-population consulté le 15 OCT 2019 à 21h :48mn

3فتحي محمد أبو عيانة،مرجع سابق،ص 83

خلال العصور القديمة، ومع ظهور العجلة والأدوات الحديدية استطاع الإنسان تطوير العمل في مجال الأرض ، تطورت الفلاحة وزاد عدد السكان ليقارب 100 مليون نسمة عام 1000ق.م و250 مليون خلال العصر السابق[1].

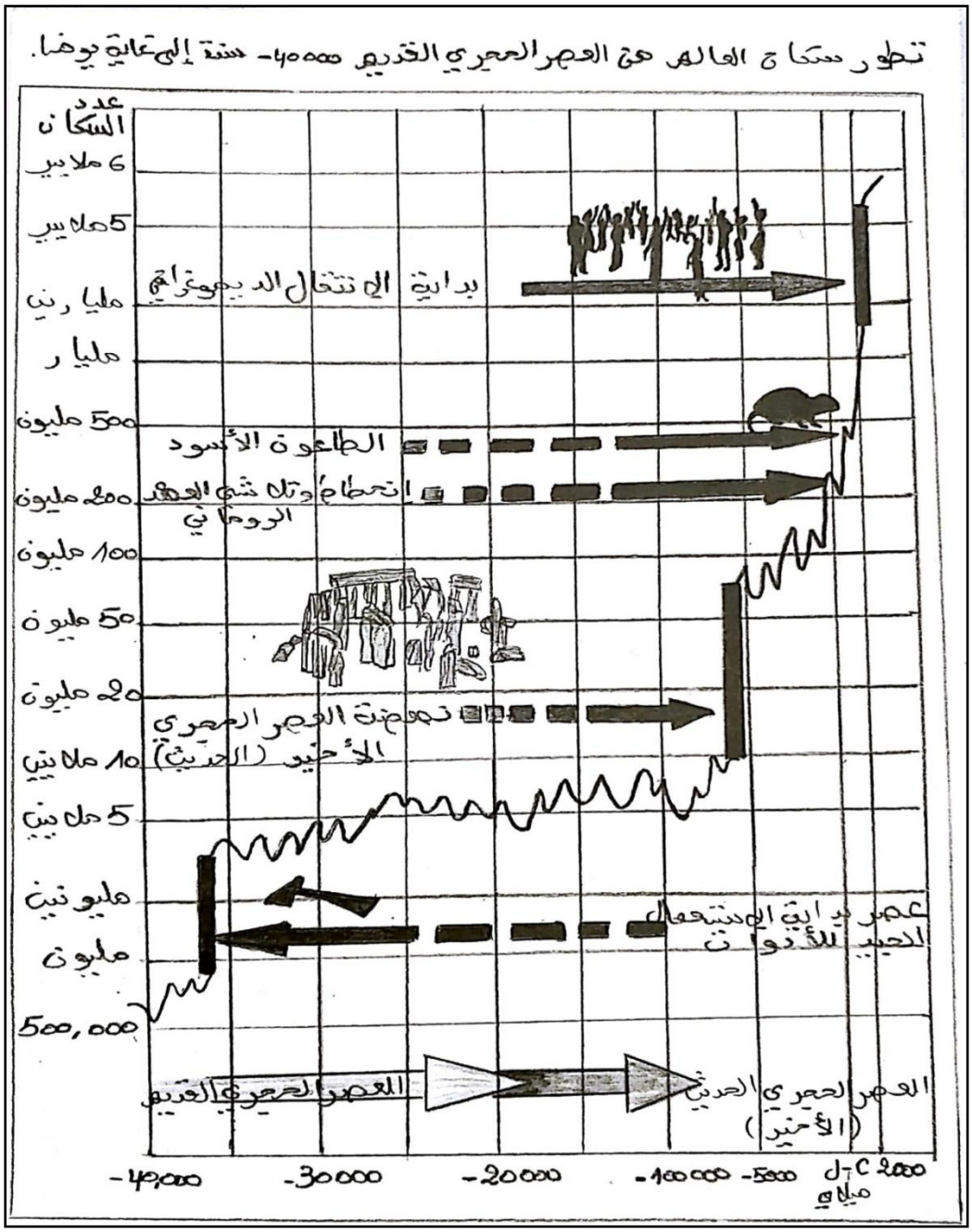
واستمر هذا التزايد لكن بمعدلات مختلفة إلى غاية القرن العشرين أين بلغ عدد سكان المعمورة بليون نسمة في منتصف القرن التاسع عشر، وتزايد العدد ليصل الضعف سنة 1930 نتيجة معدل نمو يساوي 0.5 % في النصف الثاني من القرن الماضي و 0.8 % خلال العقود الثلاث الأولى من هذا القرن.

ويجمع المختصين والديموغرافيين على انخفاض مستوى الخصوبة انخفاضاً ملموساً في جل أقطار الأرض، غير أن هذا الانخفاض وكما سبق وأن ذكرنا يختلف من منطقة إلى أخرى، بل وحتى داخل المنطقة الواحدة نجد تبايناً واضحاً في معدلات الخصوبة، فلو أخذنا منطقة أوروبا مثلا نجد أن معدل الخصوبة غرب المنطقة يقدر بـــ: 12 %، وشمالاً 13 % ، شرقاً بـــــ: 16 % وغرباً بـــــ: 14 %.

أما خارج أوروبا فنسجل 13 % في اليابان و 16 % في أمريكا الشمالية، و 16 % في أستراليا و19 % في الفيديرالية الروسية.

1Denis Michel:**La demographie en europe et dands le monde**, editions de VECCHI S.A, 52 rue Montmarte 75002 PARIS , 2003, P 10

الشكل رقم 14 : تطور عدد سكان العالم من العصر الحجري القديم 40000 سنة إلى غاية يومنا



Source:Dens Michel, la démographie en Europe et dans le monde, éditions de vecchi S.A 75002 Paris p 11

2. النمو الطبيعي لسكان العالم:

إن الزيادة بين سكان العالم أخذت منأى آخر ابتداءاً من القرن الثامن عشر، حيث قدر عدد سكان الأرض سنة 1750 حوالي 750 مليون نسمة ثم ازداد هذا التقدير ليصل إلى حوالي 1100 مليون نسمة سنة 1850، ثم 30000 مليون سنة 1960 وهو رقم يزيد عن ضعف ما كان عليه عدد السكان منذ قرن واحد، بمعنى أن ثلث هذه الزيادة قد حدث منذ سنة 1900[1]فقط وهو ما يعني أن نمو النوع البشري خلال المائة عام الأخيرة قد وصل أعلى مستوياته أي أن الإنسان وصل بعدده حوالي 1100 مليون نسمة بعد فترة طولها 20 ألف سنة بينما وصل بعدده إلى حوالي 3000 مليون نسمة بعد 100 سنة اخرى، وقد قدر عدد سكان العالم بحوالي 6.1 مليار نسمة سنة 2001، إلا أن المتتبع لوتيرة الزيادة ولعدد السنوات اللازمة لتضاعف عدد السكان يلاحظ تناقص فترة التضاعف عما كان سابقاً كما في الجدول التالي[2]:

الجدول رقم 02: تضاعف عدد سكان العالم من 1 م إلى 2010

السنة (ميلادي)	عدد سكان العالم (بالمليون)	عدد السنوات اللازمة للتضاعف	مقدار الزيادة (بالمليون)
1	200	/	
1650	500	1650	300
1830	1000	200	600
1930	2000	45	1000
1976	4000	35	1000
1987	5000	11	1000
1999	6000	12	1300
2002	6500	3	500
2010	8000	20	/

1توبين علي :**النمو الديمغرافي وأثره على التنمية الاقتصادية** ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، 2003-2004، ص: 29.

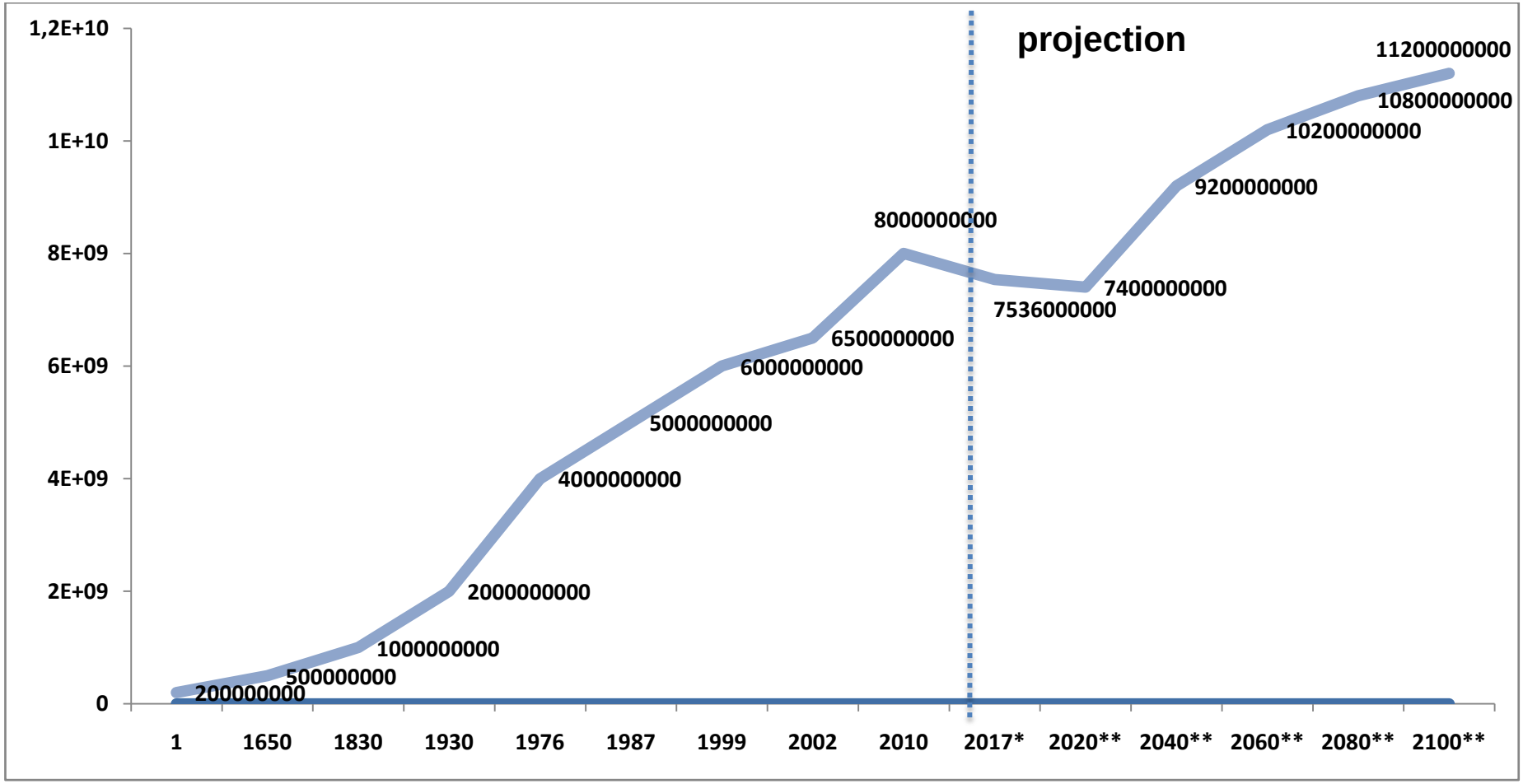
2 فايز محمد العيسوي:**أسس الجغرافيا البشرية**، دار المعرفة الجامعية، 2004، ص: 67.

من الجدول يتضح لنا ان تضاعف السكان أصبح يتناقص أمده من فترة إلى اخرى فمن 200 سنة إلى 45 سنة ثم إلى 20 سنة لكل من السنوات 1650، 1850، 1930 و1975 على التوالي مما يوحي بحقيقة مشكلة النمو الديموغرافي وتشير هذه الزيادة التي شهدها سكان العالم هذه الأيام إلى أن معدل الزيادة الصافية يبلغ 130 ألف طفل رضيع في اليوم الواحد ومن الملاحظ أن الزيادة السكانية لم تحدث بنسب متساوية في مناطق العالم المختلفة وإنما اختلفت المناطق بعضها عن بعض، حيث كان أعلى تزايد بقارة إفريقيا والقارة الأمريكية بمعدل تزايد يساوي 4.5 % لكل منهما، ثم تليهما قارة آسيا بمعدل تزايد يساوي 3 %.

وعن اتجاه نمو السكان في العالم فإن عدد السكان قد اخذ يتجه نحو الزيادة المحدودة في معظم البلاد الأوروبية وأمريكا الشمالية(وهي نفس البلاد التي تميزت بالتقدم الاقتصادي) * بينما نجد أن عدد السكان في أغلب البلاد الأخرى قد أخذ في الازدياد بشكل واضح حيث تشير بيانات تقرير حالة السكان للعالم سنة 1998 إلى أن السنوات الخمس وعشرين القادمة حتى عام 2025 سوف تشهد زيادة عدد السكان إلى نحو 8.5 مليار نسمة، وترى الأمم المتحدة إلى أن أقل من 200 مليون نسمة من هذه الزيادة المتوقعة والبالغة 3.2 مليار نسمة (انطلاقاً من عدد السكان لسنة 1990) سوف يأتي من الدول المتقدمة، وأما ما يزيد على ثلاث مليارات أو 95 % من هذه الزيادات المتزقعة سوف يأتي من الدول الأقل تقدما ونمواً [1] حيث سيشكل سكان قارة آسيا أكثر من 62 % من مجموع سكان المعمورة بمعدل 3811 مليون نسمة، تليها إفريقيا بـــــ: 12.55 % ما يساوي 768 مليون نسمة، ثم أمريكا الجنوبية والوسطى بـــــ: 10.43 % أي 638 مليون نسمة ، ثم أوروبا وأمريكا الشمالية بـــــ: 527 مليون نسمة و 354 مليون نسمة على التوالي، وفي الأخير أستراليا وجزر المحيط بـــــ: 0.36 % بمعدل 22 مليون نسمة.

1توبين علي، مرجع سبق ذكره، ص 35

الشكل رقم 15: تطور عدد سكان العالم[1]



[1]2017* Population &societés,Gillespison,**tous les payes du monde**, INED, numero 547, septembre 2017, p2, paris
2020,2040, 2060, 2080, 2100, Institut MONTAIGNE:**Le défi démographique : mythes et réalités**, juillet 2018

3. الكثافة السكانية حسب البلدان:

يعتبر مفهوم الكثافة مفهوم نسبي، فهو يختلف حتى داخل المساحات القارية (الشاسعة جدا) ، في قارة آسيا مثلا، تمتلك سنغافورة كثافة سكانية تساوي 6830 نسمة / كلم ²، اليابان 336 نسمة/كلم² ، منغوليا بالكاد 2 نسمة / كلم².

في إفريقا؛ الكثافة السكانية لنيجيريا تساوي 137 نسمة / كلم ² وللجزائر تساوي 17,73 نسمة / كلم²[1].

في أمريكا، كثافة الولايات المتحدة تساوي 30 نسمة / كلم ²، المكسيك 51 نسمة / كلم ² وكندا 3 نسمة / كلم²

بالنسبة للاتحاد الأوروبي (3.23 مليون كلم ²) لديها متوسط كثافة سكانية يساوي 116 نسمة / كلم ²، هولندا 392 نسمة / كلم ²، بلجيكا 336، المملكة المتحدة 245، فرنسا 107 ، اسبانيا 79 والسويد 20 نسمة / كلم².

أكبر خمس بلدان مساحة:

أكبر خمس بلدان مساحة (والتي تمثل مساحة أراضيهم أكبر من ثلث اليابسة في العالم) لديهم كثافة سكانية جد متباينة وهي كالتالي2:

الجدول رقم 03: توزيع أكبر خمس بلدان مساحة حسب الكثافة السكانية لكل 1 كلم²

اسم البلد	المساحة (مليون كلم²)	عدد السكان لكل 1 كلم²
روسيا	17.08	8
كندا	9.98	3
الصين	9.59	133
الو.م.أ	9.40	30
البرازيل	9.40	20

[1] انظر الملحق رقم 17.

2Idem

4. مراحل النمو الديموغرافي لسكان العالم :

تميز مسار الحركة السكانية في العالم بمجمله بمروره بمراحل انتقالية تترجم وتلخص العديد من العوامل الباطنية والأسباب وكذا النتائج المترتبة عن هذه الزيادة وذلك حسب كل مرحلة، ويمكننا تقسيم تلك المراحل إلى أربع محطات كالتالي:

- **المرحلة الأولى:**

وتعرف أحيانا بالمرحلة البدائية وتتميز بارتفاع معدل المواليد والوفيات ويتعرض السكان فيها لأوبئة ومجاعات ترفع معدل الوفيات إلى أرقام كبيرة، وكذلك ترتفع فيها معدلات وفيات الأطفال الرضع ارتفاعاً كبيراً قد يصل إلى أكثر من 250 في الألف، كما أن أكثر من نصف الأطفال يموتون قبل وصولهم سن الخامسة عشر [1]، ولقدت مرت كل شعوب العالم بهذه المرحلة التي سادت العالم في كل أجزائه تقريباً حتى القرن السابع عشر ميلادي.

ويردف الكاتب د. فتحي محمد أبو عيانة أن المجتمعات التي تمر بهذه المرحلة في العصر الحديث قليلة وأصبحت مقصورة على بعض الأجزاء وسط إفريقيا وبعض جزر جنوب شرق آسيا وبعض مناطق دول أمريكا اللاتينية حيث يتعدى معدل المواليد والوفيات 20 ‰ وبالتالي لا يزيد معدل النمو السكاني زيادة كبيرة ويظل مرتبطاً بظروف التخلف الصحي والاجتماعي السائدة.

- **المرحلة الثانية:**

وتعرف بمرحلة التزايد السكاني المبكر، أو المرحلة الديموغرافية الشابة وتتميز بالنمو المتزايد والسريع للسكان الناتج عن انخفاض معدل الوفيات مع استمرار ارتفاع معدل المواليد ومن ثم تتسع الهوة بين المواليد والوفيات وترتفع نسبة الزيادة الطبيعية، ويتميز الهرم العمري للسكان باتساع القاعدة أي ارتفاع نسبة الصغار، وقد انتهت بريطانيا من هذه المرحلة في السبعينيات من القرن التاسع عشر أو منذ ما يزيد على مائة وثلاثين سنة، وتعيش معظم دول العالم النامي في هذه المرحلة حيث تسود في دول أمريكا اللاتينية المدارية وكذلك في

1 فتحي أبو عيانة، **دراسات في علم السكان**، دار النهضة العربية، بيروت، 2000، الطبعة 2، ص 44.

معظم الدول الإفريقية والآسيوية، وقد دخل كثير من هذه الدول تلك المرحلة منذ عقدين من الزمن فقط حيث أدى الهبوط المفاجئ في معدل الوفيات بها واستمرار ثبات معدل المواليد إلى تزايد واضح في معدل الزيادة الطبيعية الذي وصل إلى درجة عالية في دول هذه المرحلة كـــــ: كينيا بـــــ: 2.6 % سنوياً، سوريا 3.1 %، الأردن 4.5 % ، بتسوانا 2.3 % ،

زيمبابوي 4 %، ليبيا 3.6 %، أوغندا 2.9 %، تنزانيا 3.1 %، هندوراس 3.5 %.[1]

ودول هذه المجموعة هي التي تحتفظ بأعلى معدلات للنمو السكاني في العالم والذي يكشف عن زيادة كبيرة حالية ومرتقبة في عدد السكان بها الذي يمكن ان يتضاعف في مدى الثلاثين عاماً القادمة، وبمعنى آخر فإن هذه الدول تعيش الآن مرحلة الإنفجار السكاني الذي يعد من أبرز مشكلاتها المعاصرة.

ويعد التطور التكنولوجي الكبير – يقول الكاتب– من أهم العوامل التي مكنت الدول من الدخول إلى المرحلة الثانية (مرحلة الإنفجار السكاني) حيث استطاعت بواسطته ان تسيطر على الأمراض الوبائية وأن تخفض من معدل الوفيات بها في فترة قصيرة مع بقاء معدل المواليد مرتفعاً، ولذلك فإن ديناميكية الانفجار السكاني ترجع في الأساس إلى الهبوط الكبير في معدل الوفيات نتيجة السيطرة على أسبابها.

- **المرحلة الثالثة:**

وتعرف بمرحلة التزايد السكاني المتأخر، وهي المرحلة التي تعيشها الدول ذات الخصوبة المتوسطة (معدل مواليد أكثر قليلا من 20 ‰) ووفيات منخفضة (معدل وفيات حوالي 10 ‰) ، ويتميز النمو السكاني بأنه أقل من مستواه من المرحلة السابقة ذات التزايد المبكر، وتتراوح الزيادة الطبيعية بين 1% إلى 2 % سنوياً مثل سنغافورة 1.3 %، تايلندا 1.3 %، كوريا الشمالية 1.8 %، كوريا الجنوبية 0.9 %، أندونيسيا 1.8 %.

1 نفس المرجع و الصفحة سابقاً

وفي هذه المرحلة توجد دول اخرى مثل الصين 1.5 % ، الأرجنتين 1,3 %، الشيلي 1.7 % بدأت تحدث فيها عوامل التغير الاقتصادي والاجتماعي تأثيرها [1]، أبرز هذه التأثيرات تمثلت في تقليل معدلات الخصوبة وتعد هذه المرحلة أولى المراحل التي تضم سكاناً من العالم المتقدو والعالم النامي معاً، ويشبه معدل النمو لديها معدل النمو العالمي في الوقت الحالي.

المرحلة الرابعة:

وهي المرحلة الأخيرة في الدورة الديموغرافية وتشمل الدول التي وصلت مرحلة الثبات والاستقرار الديموغرافيين حيث انخفض فيها معدل المواليد والوفيات انخفاضاً ملحوظا وبالتالي وصل معدل النمو بها إلى أدنى مستوياته في العالم حيث يصل متوسطه إلى 2 % سنوياً، كما هو الحال في معظم دول شمال وغرب أوروبا.

وأوضح الأمثلة هولندا حيث يصل معدل النمو إلى 0.4 % سنويا، سويسرا والنرويج 0.2 %، المملكة المتحدة 0.1 %، إيطاليا 0.1 %، فرنسا 0.4 %.

وفي أقصى حدود هذه المرحلة فقد يحدث ثباث أو نقص طبيعي للسكان، ففي سنة 1996 كانت هناك خمس عشر دولة وصل معدل النمو السكاني بها إلى ما تحت درجة الصفر أي تعرضت لنقص طبيعي ومنها روسيا ، بيلاروس، بلغاريا، إيطاليا، رومانيا، كرواتيا، أستونيا، أوكرانيا، المجر، لاتفيا، ليتوانيا، البرتغال، مولداقيا، سلوقيناوالتشيك.

وقد وصل معدل النمو بها إلى – 1.2 % سنويا حيث تراوح معدل المواليد بها بين 8 ‰ و10‰.

وتمثل اليابان نوعاً فريداً في العصر الحديث حيث استطاعت أن تمر من المرحلة الثالثة إلى المرحلة الرابعة التي تعيشها حاليا في أقل من عشرين سنة وذلك نتيجة سياسة حازمة لتخفيض معدل النمو السكاني بها حتى وصل إلى 0.3 % سنويا فقط وهي بذلك تعد الدولة الآسيوية الوحيدة التي تعيش المرحلة الرابعة.

1توبين علي:**النمو الديمغرافي وأثره على التنمية الاقتصادية** ، ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، 2003-2004، ص: 56

وقد عرض التقرير العالمي الخاص بالخصوبة لسنة 2003 والذي أعدته شعبة السكان التابعة لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية بالأمانة العامة للأمم المتحدة مجموعة من التقديرات والمؤشرات الرئيسية عن الخصوبة والزواج واستعمال وسائل منع الحمل في 192 بلد أشار في معظمه إلى أن فترتي السبعينات والتسعينات شهدت تغيرات غير مسبوقة في مجالات الزواج والستعمال وسائل منع الحمل والخصوبة منذ فترة السبعينات، وقد خلص التقرير إلى ما يلي:

- هناك تحول مهم في جميع أنحاء العالم في توقيت الزواج، بحيث انتقل إلى مراحل عمرية متأخرة، إذ ارتفع متوسط الأعمار عند الزواج الأول عالمياً من 25.4 سنة إلى 27.2 سنة بين الرجال ، ومن 21.5 سنة غلى 23.2 سنة بين الإناث.

- قضى الرجال والنساء فترات طويلة من حياتهم في حالة عزوبية حيث انخفضت نسبة المتزوجين الذين تتراوح أعمارهم بين 25 و29 سنة انخفضت من 75 % خلال السبعينات إلى 24 % خلال التسعينات بالنسبة للنساء، ومن 68 % إلى 55 % بالنسبة للرجال.

- لا يزال انتشار الزواج أو غيره من أشكال الإقتران الرضائي ويكاد يكون عاماً، ففي السبعينات بلغت نسبة من تزوجوا مرةً واحدةً على الأقل من الرجال والنساء من الفئة العمرية 45–49 سنة 89 % أو أكثر في ثلاثة من كل أربع بلدان، وبحلول التسعينات كانت هذه النسبة لا تزال قريبةً من 89 %.

- زيادة معدلات الطلاق في معظم البلدان المدروسة، حيث ارتفع من 24 حالة طلاق بين كل 100 رجل متزوج و 27 حالة طلاق لكل 100 امرأة، وكل هذا المستوى خلال التسعينات في البلدان المتقدمة وحدد الطلاق في البلدان النامية عند مستوى 12 حالة طلاق بين 100 رجل مقابل 15 حالة طلاق بين كل 100 امرأة، فالأمر لم يقتصر على أعمار الزواج، بل زاد سوء الزواجية أيضاً أي عدم استقرار الروابط الزوجية، وتؤثر الظاهرتين على السلوك الإنجابي.

- سجل التقرير زيادة هائلة في استعمال وسائل تنظيم الأسرة، حيث زاد استعمال وسائل منع الحمل بين النساء المتزوجات أو المقترنات حالياً في تسعة من كل عشر من البلدان شملتها البيانات، وارتفع مستوى استعمال وسائل منع الحمل عالمياً بين المتزوجات والمقترنات خلال السبعينات من 38 % إلى 52 % في التسعينات.

- حدوث انخفاض غير مسبوق في معدلات الخصوبة لسكان العالم سنتي: 1970 و2000، ويرتبط بالتراجع الذي شهدته البلدان النامية[1]

5. <u>ملخص لأهم المؤتمرات العالمية للسكان:</u>

في عام 1972 أعد " البروفيسور دوني ميادوس – Dennis Meadows " تقريراً في معهد "ماساشوستس – Massachusetts " التكنولوجي بناءاً على طلب نادي روما [2] "بعنوان حدود النمو – les limites à la croissance " يبشر بحتمية الكارثة التي قد تحدثها الزيادة الهائلة في عدد السكان بالنسبة للموارد الطبيعية للأرض.

يستند هذا التقرير إلى نموذج رياضي شديد التعقيد يُستنتج منه أن المياه والأراضي الزراعية والموارد ستنضب قريباً وبالتالي أصبح من المُـــــلح تثبيت نمو البلدان عند المستوى الذي بلغته.

كان هذا التقرير بداية لاستراتيجيات متنوعة لضبط عدد السكان في ظل هاجس نفساني لقرب نهاية العالم؛ حتى أن بعض الوكالات الدولية تشترط على الحكومات التي تقرضها اتباع سياسات للحد من زيادة السكان[3].

ومنه؛ توالت المؤتمرات الخاصة بالسكان وبالمسائل السكانية منذ منتصف القرن العشرين محاولةً إيجاد حلول وسبل من أجل التحكم في الزيادة السكانية عبر العالم ، وهو

1محمد زكري :**الخصوبة في الجزائر : مستوياتها، اتجاهاتهاو محدداتها** ، ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير تخصص ديموغرافيا، جامعة سعد دخل البليدة، الجزائر، ص 46.

2Halte à la coissance ? Rapport au club de Rome.

3هيرفهدرميناخ وميشال بيكويه :**السكان والبيئة** ، عويدات للنشر والطباعة ، بيروت، لبنان، الطبعة الأولى، 2003، ص: 11.

الأمر الذي أصبح مصدر قلق على عكس ما كان سائداً في القرون السابقة كون الخصوبة العالية وعدد الولادات المرتفع يعتبر من مظاهر الأمان والقوة.

وعليه؛ تقيم هذه الهيئات ومنها هيئة الأمم المتحدة مؤتمرات عالمية كل عشر سنوات لطرح قضايا السكان والتنمية وبالتالي إعطائها عدة اقتراحات وتوجيهات ومن أهم هذه المؤتمرات: مؤتور بوخارست 1974، مؤتمر المكسيك 1984 ومؤتمر القاهرة سنة 1994[1].

1 - المؤتمر العالمي ببوخارست 1974:

أقينم المؤتمر يوم 30 أوت 1974 بمشاركة 139 دولةو بدعوى من طرف حكومة الجمهورية الاشتراكية الرومانية وتحت إشراف الأمم المتحدة[2]، ومن أهم نقاطه:

- ✓ إعداد مسودة لخطة عمل لمواجهة المشكلة السكانية العالمية مؤداها أن " الزيادة السكانية تمثل إعاقة خطيرة للتنمية الاقتصادية، وأنه يتعين على الحكومات والهيئات الدولية بذل كل الجهود لتنفيذ برامج تنظيم الأسرة والسكان".
- ✓ انتهت توصياته إلى تأكيد الحاجة الماسة إلى دفع عجلة التنمية الاقتصادية وإلى التوزيع العادل للموارد الاقتصادية على المستوى العالمي، بدلاً من تأكيد الحاجة إلى "تنظيم الأسرة"[3].

2 - المؤتمر العالمي للسكان بمكسيكو 1984:

يعتبر مؤتمر ميكسيكو مؤتمر سارعت فيه الدول النامية لطلب العون والحل بعد اصطدامها بالتزايد السريع لسكانها أو ما يعرف بالإنفجار السكاني (والذي تضررت منه دول العالم أجمع ولكن بشكل خصوصي الدول النامية).

خرج المؤتمر بثمانٍ وثمانين (88) وصية ونذكر أهم نقاط الملتقي:

1عميرة جويدة، مرجع سبق ذكره ،ص 19.

2نفس المرجع و الصفحة سابقاً

3السيد عبد العاطي السيد،نفس المرجع ، ص 399.

- ✓ اقتراب أمريكا من مدخل " إعادة التوزيع " الذي يضفي أولوية مطلقة على المدخل التنموي على حساب مدخل تنظيم الأسرة والحد من النمو السكاني[1].
- ✓ التوصية رقم 05: تحث الحكومات بقوة على دمج المرأة بصورة كاملة في جميع مراحل عملية التنمية بما في ذلك التخطيط والسياسة واتخاذ القرارات.
- ✓ التوصية رقم 35: على الحكومات الراغبة في تخفيض معدلات الخصوبة أن تعتمد على سياسة إنمائية معروفة بأثرها في تخفيض الخصوبة كتحسين الصحة، التعليم ودمج المرأة والعدالة الاجتماعية[2]

3 - **المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقاهرة 1994:**

" انعقد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية من 5 – 13 سبتمبر 1994 بالقاهرة تحت ظروف أمنية مشددة 14.000 شرطي وبمشاركة 160 دولة وحضور 600 مشارك منهم عدة شخصيات بارزة كرئيس الأمم المتحدة السيد "بطرس بطرس غالي" والسيدة" بنزار بوتو" وكذا عدد من الوزراء والخبراء كوزير الصحة الجزائري السيد يحي قيدوم ورئيس دولة مصر السيد حسني مبارك.

وقد قامت بتنظيم هذا المؤتمر هيئة الأمم المتحدة وشملت وثيقتها على 117 صفحة منها 112 صفحة خاصة بالسكان وما يتعلق بهم من أخلاقيات وتقاليد و 6 صفحات للتنمية موزعة على 16 فصلا تحتوي جميعها على مشروع برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية"[3]

ومن أهم نقاطه:

- ✓ تعزيز المساواة بين الرجل والمرأة في أخذ قرارات تخص الإنجاب وكذا تحسين الظروف الاجتماعية للمرأة وتوعيتها أكثر بوسائل تنظيم النسل.

1 نفس المرجع السابق والصفحة سابقاً.

2 عميرة جويدة، مرجع سابق، ص: 21.

3عميرة جويدة، مرجع سابق، ص 22

- ✓ لكل فرد الحق في أن يلجأ إلى بلد آخر هارباً من الاضطهاد حسب اتفاقية جونيف في وضع الاجئين.
- ✓ لكل شخص الحق في التمتع بمستوى عالي من الصحة الجسمية والعقلية بإتاحته الفرص للحصول على خدمات الرعاية الصحية بما في ذلك الرعاية الجنسية والتناسلية ويتمتع جميع الأزواج والأفراد بحق أساسي في تحديد عدد أطفالهم والمباعدة بينهم والحصول على معلومات والتثقيف بالوسائل اللازمة لذلك.

المبحث الثالث: تطوراتجاهات الخصوبة في دول العالم المتقدم(الاتحاد الأوروبي نموذجا)

1. التاريخ الديموغرافي الأوروبي

من ولادات ووفيات مرتفعة...

اتسم النظام الديمغرافي القديم بخصوبة عالية (لأن وفيات الأطفال كانت مرتفعة إذ كان يتوجب على المرأة ان ترزق بعدة أطفال من أجل ضمان عيش بعضهم)، إضافة إلى ارتفاع عدد الوفيات بسبب المجاعة وكثرة الأوبئة خاصة.

توافق الحركتين أنتج تعاقب فترتين فترة زيادة بطيئة وفترة ركود مفاجيء : توسع ديمغرافي في القرن 12م و13م.

أزمة القرن 14م والناتجة عن الأوبئة والآفات والمجاعات.

الانتعاش الديموغرافي للقرنين: 15م و16م.

ركود في القرن 17م.

... إلى تغيرات العصر الحديث:

مع التحولات الناتجة عن الثورة الصناعية، سجلت أوروبا في القرن 18 م وللمرة الأولى في تاريخها انخفاضاً طفيفاً وثابتاً للوفيات.

تضاعف عدد سكان أوروبا بين 1700 و1800 وارتفاع أمل الحياة بـــ: 10 سنوات منتقلاً من 25

– 30 سنة إلى 35 – 40 سنة.

يعود تراجع الوفيات أيضاً إلى تطور تقنات الفلاحة وتحسن قنوات الاتصال التي سهلت حركية المواد والسلع الأساسية، خالقة بذلك توازن بين المناطق التي بها فائض والمناطق العاجزة لتضع أخيراً حداً للمجاعات.

سرعة تطور عامل النظافة والطب في القرن التاسع عشر انخفاض الوفيات.

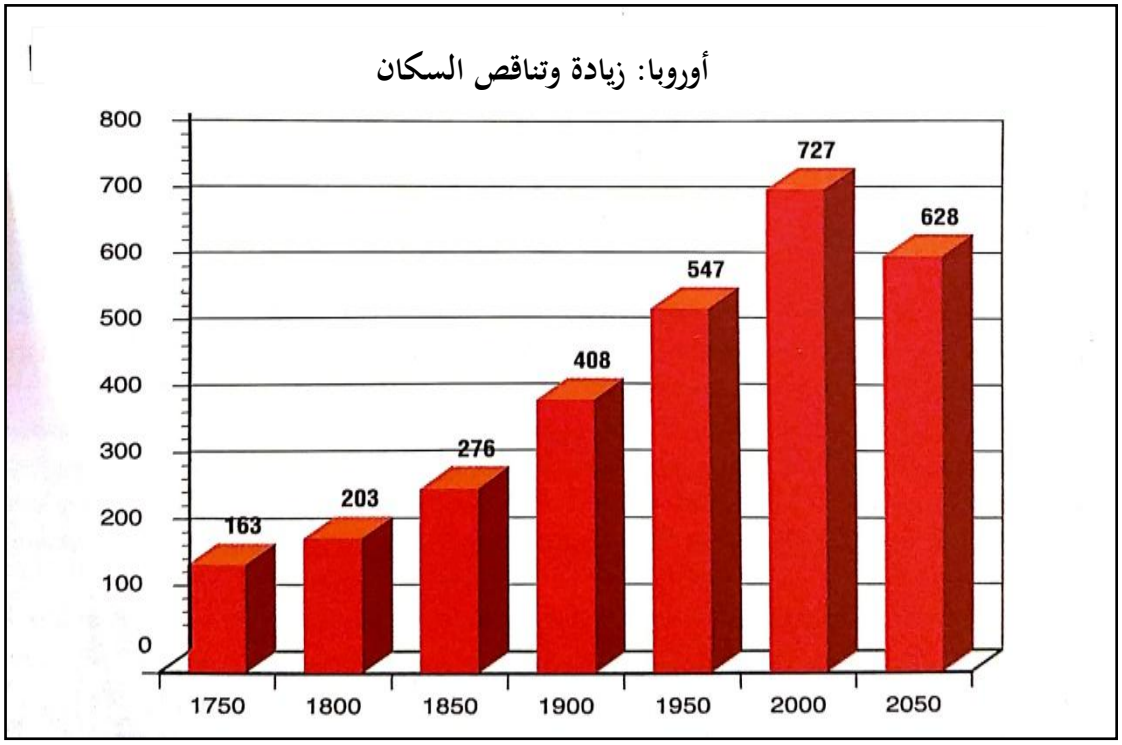
انتشار وصول الماء الصالح للشربو المجاري المائية في المدن الكبيرة، انتشار استعمال الصابون، تعليم النظافة في المدارس وبدأ التلقيحات ضد مرض الجذري على وجه التحديد الذي تسبب في كارثة دموية في القرون السابقة.

هذه الظاهرة تصاحبت مع معدل ولادات لازال مرتفعاً منتجة بذلك زيادة ديموغرافية مهمة؛ ومع ذلك يتضاعف سكان القارة العجوز كل قرن منذ 300 سنة:

- 100 مليون سنة 1700.
- 200 مليون سنة 1800.
- 400 مليون سنة 1900.

ولكن 727 مليون فقط سنة 2000.

الشكل رقم 16: تطور عدد السكان في أوروبا



Source: DenisMichel : **la démographie en Europe et dans le monde**, éditions de vecchi, Paris, 2003 p 39

2. الديموغرافية الأوروبية في القرن الماضي:

الإنخفاض النسبي لأوروبا:

إذا شكلت أوروبا ربع البشرية (24.7 %) سنة 1900، اليوم؛ ومع تقريباً ضعف عدد سكانها إلا أنها تمثل بالكاد الثمن فقط، وسيتناقص خلال العشريات القادمة؛ إلا أنه وحسب الإحصائيات أنه في وقتٍ ما لن تتعدى 5.4 % من بين بعض 10 مليار نسمة التي سيعرفها الكون أو المعمورة.

هذه الوضعية ترجع لكون أوروبا – على عكس إفريقيا، أمريكا اللاتينية، وجزء من آسيا– قد أكملت انتقالها الديموغرافي وبدأ سكانها في الاستقرار مع وفيات وولادات منخفضة.

أزمة داخل الاتحاد الأوروبي: أطفال غير كافيين...

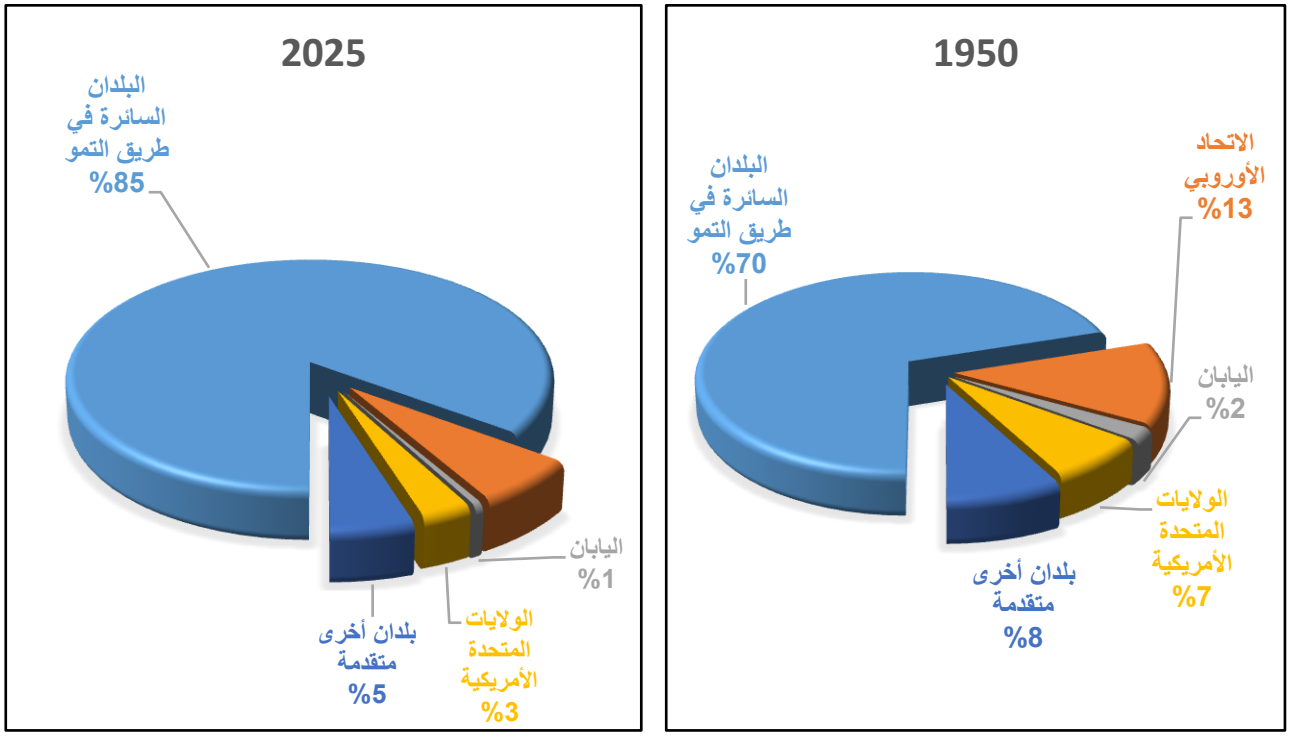
يشمل المجتمع الأوروبي الحالي ما يفوق بقليل 730 مليون نسمة، وهو العدد الذي يمثل مجموع القارة الأوروبية (مع 145 مليون نسمة تابعة للاتحاد الروسي).

سنة 1996؛ وصل معدل الخصوبة الكلي للاتحاد الأوروبي عامة 1.4 طفل لكل امرأة، ويعتبر هذا المعدل الأضعف، ولم تشهد أوروبا مثله أبداً (وهو ما يقارب النصف فقط لمعدل الخصوبة الكلي قبل 30 سنة أي عام 1965 والذي وصل وقتها 2.7 طفل لكل امرأة).

حالياً، تقريباً كل دول الاتحاد الأوروبي لديهم معدل خصوبة كلي أقل من 2 طفل لكل امرأة بحيث نجد:

لدى ألمانيا وإيطاليا معدل خصوبة يقارب 1.3 طفل / امرأة، وتلاحظ الدولتين سير سكانها نحو الانقراض في غياب الهجرة.

الشكل رقم 17: انخفاض عدد سكان الاتحاد الأوروبي في العالم بين 1950 و 2025



Source : Ibid p 43

أوروبا؛ زيادة طبيعية أو عن طريق الهجرة؟

الإنقلاب الإحصائي:

إلى غاية نهاية 1980؛ اعتمد ارتفاع عدد سكان دول أوربا الخمسة عشر (UE 25 :2004و هي دول الاتحاد الأوروبي سنة 1995 – 2004 وهي: ألمانيا، بلجيكا، فرنسا، إيطاليا، لوكسمبورغ، هولندا، الدانمارك، المملكة المتحدة ، اليونان، إسبانيا، البرتغال، النمسا، فلندا والسويد.

) على الزيادة الطبيعية بحيث لم يكن لصافي الهجرة سوى عامل ثانوي.

منذ 1990 وعلى العكس، أصبح صافي الهجرة لعدد من الدول العامل الرئيسي للزيادة الديموغرافية.

خلال العشر سنوات الماضية سجل تزايد الهجرة نحو أوروبا 15 مليون شخص تقريباً آتين من نصف أوروبا الشرقية، الاتحاد السوفياتي السابق ، الباقين من المغرب وإفريقيا، آسيا وما بعدها.

حسب الإحصائيات الأوروبية؛ الزيادة الطبيعية لسكان الاتحاد الأوروبي كانت في 1999 الأضعف مع 266000 شخص.

وكان صافي الهجرة الموجب يتمثل في أكثر من 710000 قادم جديد وهو ما يفسر الزيادة في عدد السكان الكلي (ما يقارب 1 مليون نسمة لنفس السنة).

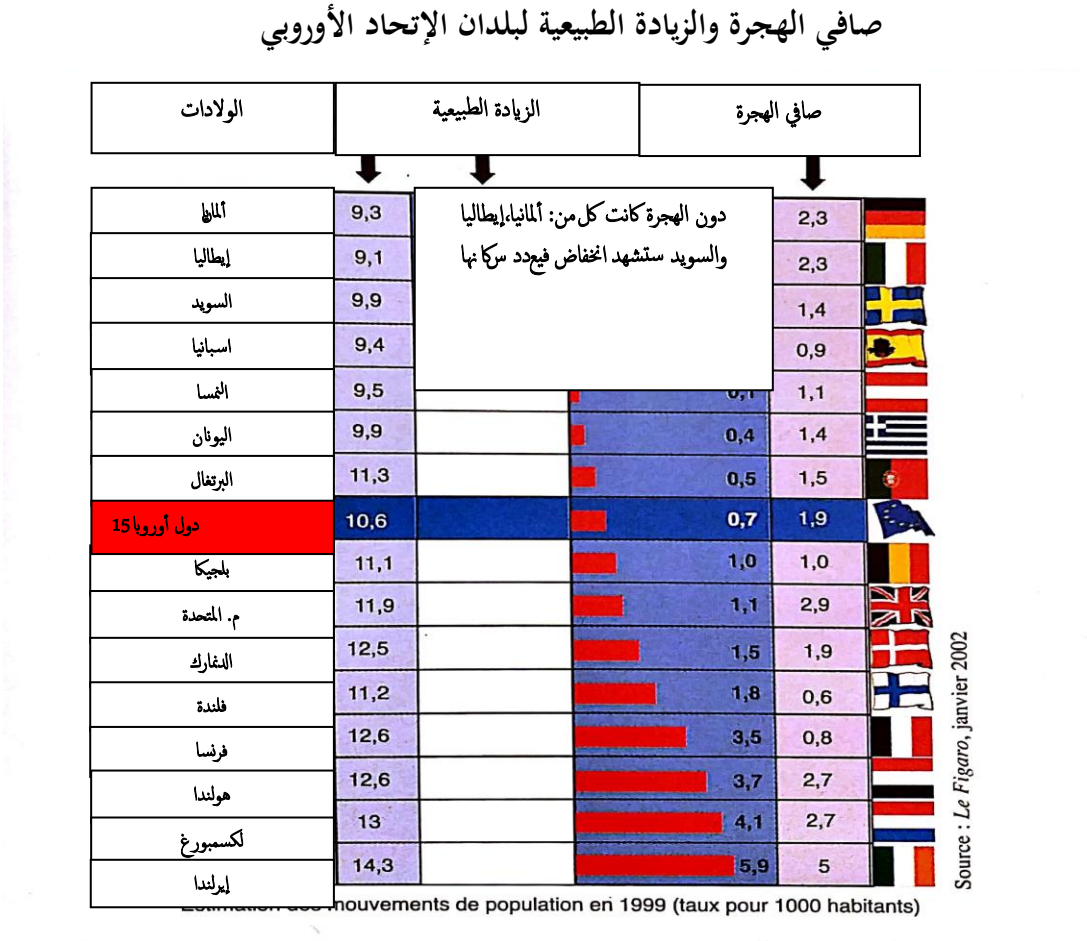
بعض الأرقام الحديثة والكثير من الشكوك:

بين سنتي 1998 و1999 ازدادات الهجرة في سبعة دول من دول الاتحاد، وقد سجلت أعلى الزيادات في النمسا (+ 19 %)، في إيطاليا (+ 14 %) وفي بلجيكا (+ 11 %) وفي المقابل سجل انخفاض طفيف في كل من الدانمارك وهولندا.

في سنة 2001، أين سجل تقريباً 18 مليون أجنبي مقيم في كامل دول أعضاء الاتحاد الخمسة عشر؛ أكثر من 70 % من زيادة سكان الاتحاد الأوروبي ترجع إلى الهجرة.

وفي غياب صافي الهجرة الإيجابي تجد كل من ألمانيا، إيطاليا والسويد أنفسهم أمام انخفاض في عدد سكانهم في حين أن عدد سكان النمسا وإسبانيا يرتع ارتفاعاً طفيفاً.

الشكل رقم 18: صافي الهجرة والزيادة الطبيعية لبلدان الاتحاد الأوروبي



Source : Ibid p 47

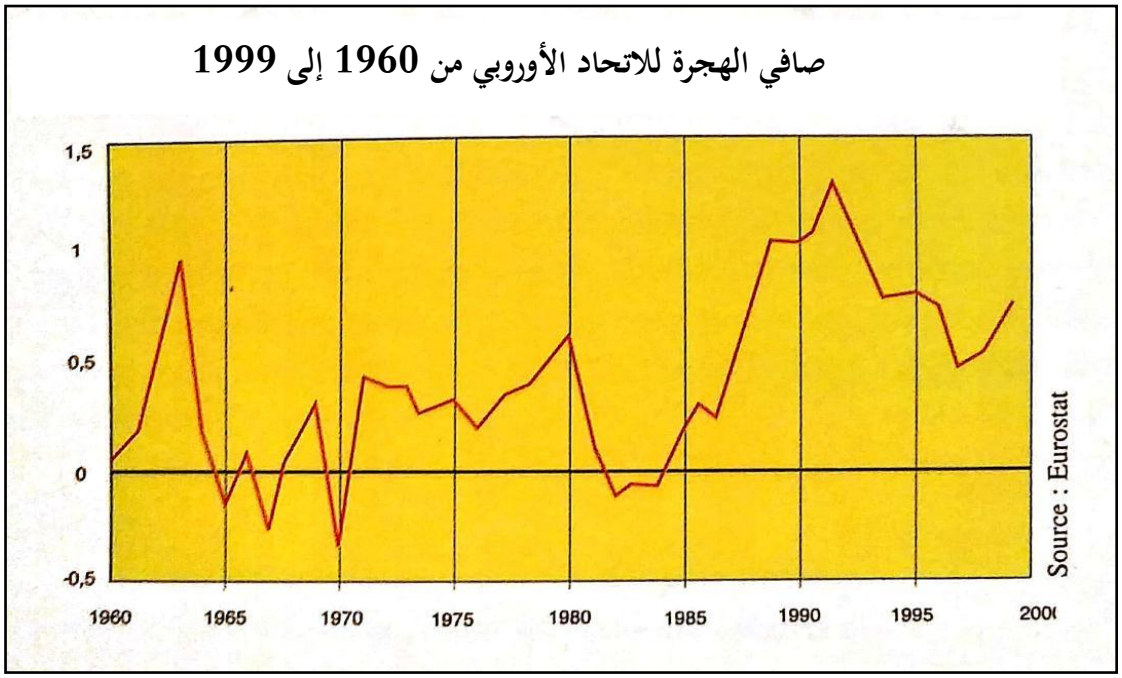
ويضيف الكاتب في نفس السياق أن أوروبا واحدة من أغنى المناطق فالعالم، ما يجعلها أرضاً واعدة بملايين طالبيي الهجرة من مناطق شتى.

ويرى الكاتب أن ظاهرة الهجرة هذه لازالت غامضت أي غير محددة أو واضحة زيادة إلى أن حركات الهجرة السنوية تكون أحيانا غير معروفة المصدر – ويقصد الكاتب (فيما معناه) أن المنطقة القادم منها المهاجر تكون أحيانا غير معروفة لسبب أو لآخر –من جهة اخرى ؛ يصعب المقارنة بين المعطيات المجموعة من خلال التعداد والخاصة بالجنسية مع المعطيات الدولية.

ويقول أن بلد مثل أوروبا فالواقع يستطيع استيعاب عدد أكبر من المهاجرين إلا أن شروط وقوانين الحصول على الجنسية صعبة وبالتالي يصعب إيواؤهم.

ويقول الكاتب دوني ميشال في أخر المدخل أننا نستطيع أن نقول أن تذبذب عدد المهاجرين غير الشرعيين يعود إلى صرامة جهاز التحكم والمراقبة.

الشكل رقم 19: صافي الهجرة للاتحاد الأوروبي من 1960 إلى 1999



Source : Ibid p10,12

كما يتطرق الكاتب إلى عدة عنوانين في نفس المُــؤَلَّـف كالوفيات في أوروبا حيث يقول أن معدل الوفيات بدأ في التراجع والانخفاض مع نهاية القرن الثامن عشر، لكن الانخفاض الأكثر حساسية سجل في النصف الأول من القرن العشرين بعد فترة قصيرة تميزت بالاستقرار أو الاستراحة في السنوات 1960؛ ورجع ذلك إلى الأمراض الناتجة عن استهلاك التبغ.

وقد تواصل تراجع الوفيات لسنوات 1970 في كامل الدول الأوروبية وقد مس كل الفئات العمرية خاصة البالغين والشيوخ.

ويضيف الكاتب أن تباين معدلات الوفيات جغرافياً يعود بقوة إلى التناغم أو التكامل الإقتصادي والاجتماعي، احترام شروط النظافة والصحة، إضافة إلى تطور البحث في المجالات الطبية والدوائية.

قبل خمسة عشر سنة ؛ تميزت الحالة في أوروبا الشرقية بالتدهور وهو ما سجل مقارنة مع باقي أوروبا وبالخصوص الإتحاد الأوروبي وقد تميزت أوروبا الشرقية (الاتحاد السوفياتي سابقا) بمعدل وفيات عالي جدا نتيجة تدهور البنية التحتية والخدمات الاجتماعية (كالصحة، التعليم والسكن)، نقص الطعام ونضوبه أضافة إلى السلوكيات المسببة للأمراض (كـــإدمان الكحول والتدخين) والانتحار.

وعليه؛ أصبح الكثير من الحذر في التعامل مع تفسير معدلات الوفيات لأنه يمكن لبلد ما أن يقدم معدل وفيات أعلى بكثير من بلد آخر ليس لتدهور الحالة الصحية ولكن بسبب الشيخوخة.

وعليه؛ في فرنسا يمثل معدل الوفيات تقريباً 9 في الألف (9 ‰) في حين يمثل 17 في الألف في موناكو (و هي أصغر ثاني دولة بالعالم بعد الفاتيكان، تقع في الجنوب الشرقي لفرنسا على مقربة من الحدود الفرنسية الإيطالية) .

الجدول رقم 04: المعدل الخام للوفيات بأوروبا من 1960 إلى 1999

	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1998	1999
الاتحاد الأوروبي (15)	10.7	10.7	10.8	10.9	10.5	10.5	10.2	10	9.9	9.9
ألمانيا	12	12.2	12.6	12.6	12.2	12.2	11.6	10.8	10.4	10.3
التمسا	12.7	13	13.2	12.7	12.2	11.8	10.7	10.1	9.7	9.7
بلجيكا	12.5	12.2	12.3	12.2	11.5	11.3	10.4	10.5	10.2	10.3
الدنمارك	9.5	10.1	9.8	10.1	10.9	11.4	11.9	12.1	11	11.1
اسبانيا	8.6	8.3	8.3	8.4	7.7	8.1	8.6	8.8	9.1	9.3
فلندا	9	9.7	9.6	9.3	9.3	9.8	10	9.6	9.5	9.6

	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1998	1999
فرنسا	11.4	11.2	10.7	10.6	10.0	10	9.3	9.1	9.2	9.2
اليونان	7.3	7.9	8.4	8.9	9.1	9.4	9.3	9.6	9.7	9.8
ايرلندا	11.5	11.5	11.4	10.4	9.8	9.4	8.9	9	8.3	8.4
إيطاليا	9.6	9.9	9.7	10	9.8	9.7	9.6	9.7	10	9.9
لكسمبورغ	11.8	12.2	12.2	12.2	11.3	11	9.9	9.3	9	8.8
هولندا	7.6	8	8.4	8.3	8.1	8.5	8.6	8.8	8.7	8.9
البرتغال	10.7	10.6	10.7	10.8	9.7	9.7	10.4	10.5	10.7	10.8
المملكة المتحدة	11.5	11.6	11.8	11.8	11.7	11.8	11.1	11	10.6	10.6
السويد	10	10.1	9.9	10.8	11.0	11.3	11.1	10.6	10.5	10.7

Source : Ibid p51

3. وفيات الأطفال الرضع في أوروبا

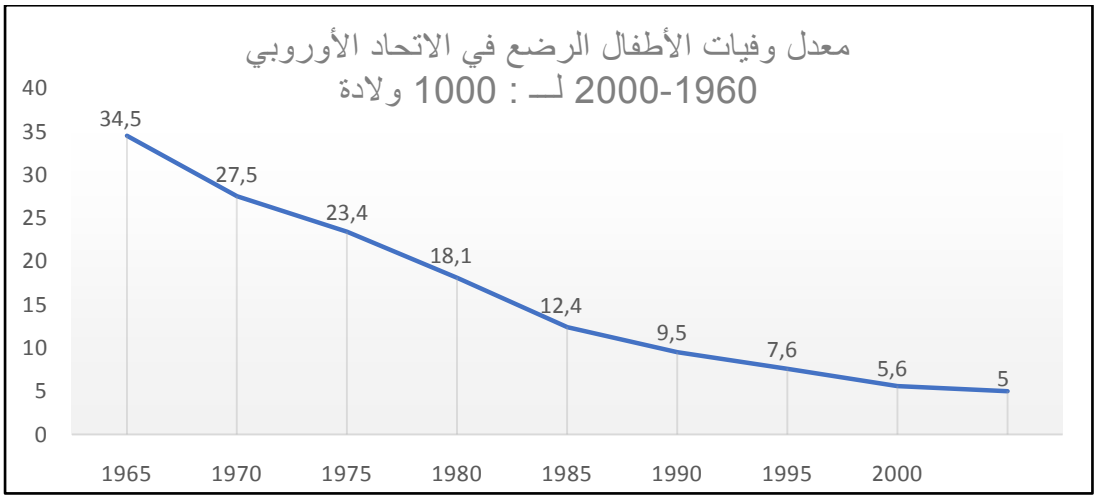
مقارنة بالوفيات العامة؛ تتجه وفيات الأطفال في أوروبا منذ عقود إلى الانخفاض الملموس خاصة في البلدان الأكثر تقدما.

سجلت فرنسا في الفترة 1780– 1789 – وعلى الرغم من كونها أنذاك من بين البلدان المتقدمة في العالم – سجلت معدل وفيات أطفال تقدر بـــــ: 278 في الألف (287/ 1000) ، بحيث كانت 50 /1000 سنة 1950 واليوم تفوق بقليل 1000/4 .

في مجمل دول الإتحاد اليوم، يعتبر الانخفاض في معدل وفيات الأطفال الرضع واحد من بين أهم ظواهر التغيرات الديموغرافية في المنطقة.

خلال عشرين سنة؛ انقسم معدل وفيات الأطفال الرضع إلى اثنين وبعد ذلك إلى 7 خلال 40 سنة منتقلا من 34.5 ‰ سنة 1960 إلى 5 ‰ في 2000.

الشكل رقم 20: معدل وفيات الأطفال الرضع في الاتحاد الأوروبي من 1960 إلى 2000



Source : Ibid p 43

سجلت دول الاتحاد الواقعة في الجنوب تقدم ملحوظ في انخفاض معدلات وفيات أطفالها الرضع ، أين تعدت 40 ‰ في 1960، 77.5 ‰ في البرتغال ، وتناقص ليصل حوالي 15 إلى 20 في الألف (15 – 20 ‰) في 1980، 5 إلى 6 في الألف سنة 2000 (5‰ إلى 6 ‰).

وتنحصر معدلات وفيات الأطفال الرضع في اوروبا اليوم بين 6 ‰ بالنسبة لكل من البرتغال واليونان، وبالكاد 3 ‰ في السويد، و3.3 ‰ لفرنسا.

4. التوقع الديموغرافي للإتحاد الأوروبي:

ستشهد الوضعية الديموغرافية للإتحاد الأوروبي تغيرات جديدة في العشرين أو الثلاثين سنة القادمة.

حيث سيصل عدد سكان الإتحاد إلى ذروته سنة 2015 بحوالي 383 نسمة (ست مرات أكثر مقارنة بسنة 2000)، ثم تستقر قليلا قبل التناقص.

تتوقع لكسمبورغ والسويد زيادة عدد سكانها، فرنسا وبعد مرورها بفترة تميزت فيها مؤشراتها بالانخفاض الشديد، بدأت في استرجاع تطور مستوياتها ولكن بشكل طفيف،

بالمقابل؛ ألمانيا ، إيطاليا وإسبانيا أين لا تزال الولادات ضعيفة ستشهد لاحقا انخفاض في عدد سكانها.

هذه الوضعية جاءت نتيجة أن الأجيال التي ولدت بعد الحرب لا يكفي لا عددهم ولا عدد الأطفال الذين سينجبونهم كي يحلوا محلهم.

هذا؛ ومع تواصل انخفاض معدل الوفيات وازدياد أمل الحياة وشيخوخة السكان ستصل نسبة الأشخاص الذين يفوق سنهم 60 سنة وأكثر في الإتحاد الأوروبي إلى 5 % منتقلةً من 22 % اليوم إلى تقريباً بضع 27 % مع حلول 2020 [1] ، وتحتفظ إيطاليا بالسكان الأكثر شيخوخة في الإتحاد الأوروبي بينما إيرلندا بالسكان الأكثر شباب.

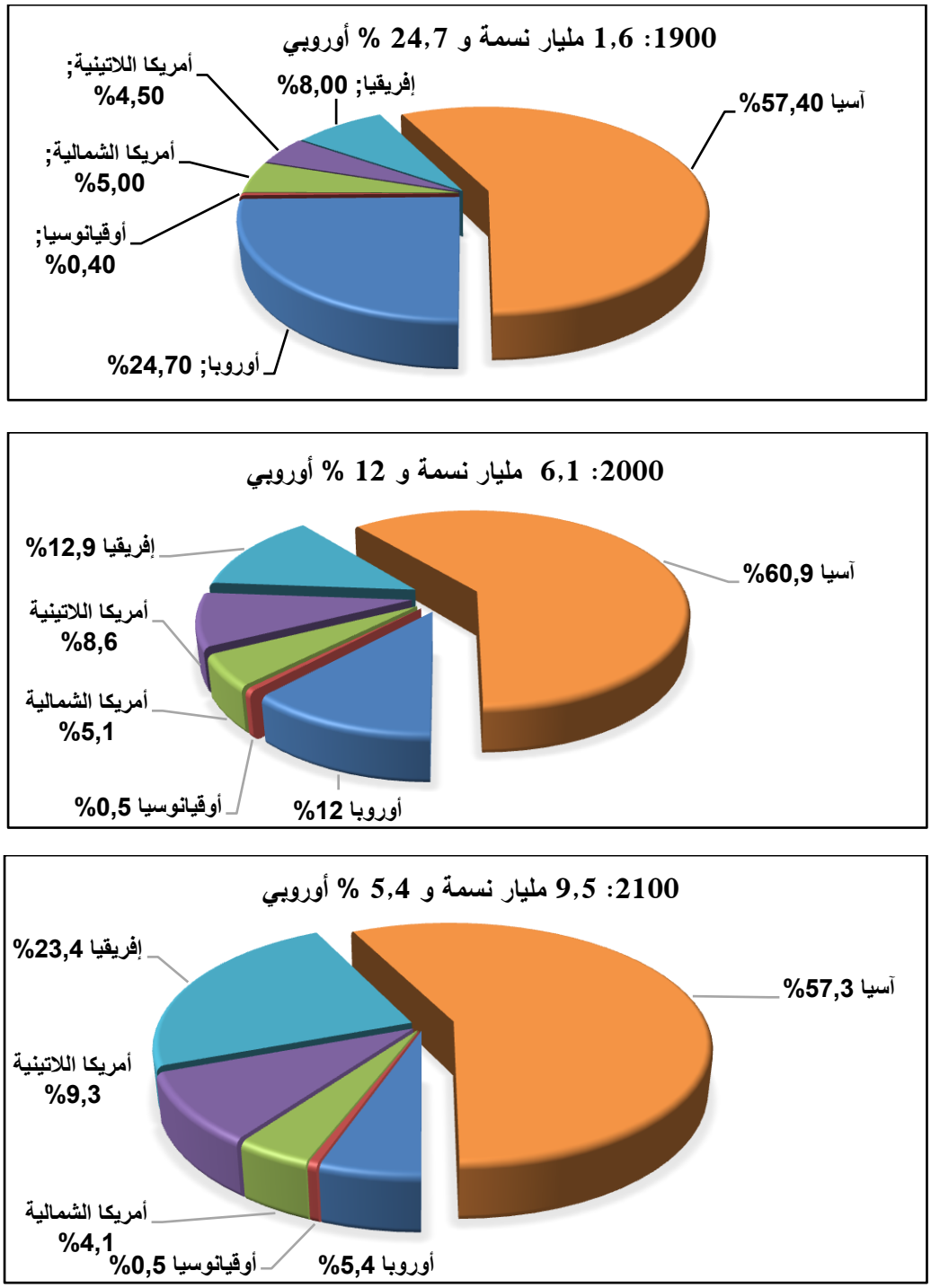
بالمقابل؛ تستمر فئة السكان الأقل من 20 سنة في التناقص لمدة عشر سنوات تقريبا قبل أن تستقر .

من 23 % اليوم في كامل دول الاتحاد الأوروبي من المفترض أن تتناقص إلى غاية 21 %، حيث ستسجل كل من النمسا، ألمانيا وإيطاليا أضعف نسب لهذه الفئة العمرية، وإيرلندا ستسجل أكبر نسب للفئات العمرية الأقل من 20 سنة.

بالنسبة للفئة العمرية الوسطية التي تخص الأشخاص من 20 إلى 50 سنة ستشهد هي الأخرى تغيراً حيث ستنتقل نسبتهم من 45 % (ونقصد بهم السكان النشطون) إلى 55 % سنة 2025.

1Ibid , P 70

الشكل رقم 21: نسبة عدد سكان أوروبا مقارنة بسكان العالم



Source: Ibid p 71

المبحث الرابع: تطور واتجاهات الخصوبة في البلدان النامية وفي دول العالم العربي

1. <u>الخصوبة في الدول الآسيوية:</u>

يشكل سكان الدول النامية حوالي ثلاثة أرباع مجموع سكان العالم، ويتوقع أن يستمر النمو السكاني فيها حتى نهاية القرن، وهذا النمو هو نتيجة معدل مرتفع وقاعدة سكانية كبيرة، فقد نمت الدول النامية خلال الفترة 1750 و1850 بمعدل 0.4 % فقط وارتفع المعدل فيها إلى 0.6 % بين سنتي 1850 و1950 وإلى 2.4 بعد سنة 1950.

يعيش ثلاثة أرباع سكان الدول النامية في آسيا (28 % منهم في الصين و 33 % في جنوب وغرب آسيا و14 % في جنوب شرق آسيا).

أما أمريكا الاتينية فتحتوي على 11 % من مجموع سكان الدول النامية وتحتوي إفريقيا على 14 %.

ازداد الفارق الزمني بين تراجع الوفيات وتراجع الولادات اتساعاً(وعمقا أحياناً في بعض هذه البلدان)، بحيث يظهر أن الولادات مستمرة في ارتفاعها دون أن تظهر بوادر تراجعها.

في ظل الوضعية الاقتصادية السيئة التي تميز بها البلدان النامية تعتبر هذه الأخيرة من أهم العوامل غير المحفزة لتراجع الخصوبة في سنوات الخمسينات والستينات.

لكن في السبعينات بدأت هذه الانتقادات تقل أو تختفي تماماً لما ظهرت مؤشرات تراجع الخصوبة في كل البلدان الأخرى تقريباً، وحينما بدأت هذه البلدان الدخول في المرحلة الثانية من مرحلة الانتقال الديموغرافي.

وفعلا تراجعت مؤشرات الخصوبة في أغلب البلدان النامية حيث انخفضت من 6 أطفال في المتوسط لكل امرأة سنة 1960 إلى 4 أطفال سنة 1995، وشهدت كينيا انخفاضاً 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 طفل عام 1993.

في سنة 1995 أظهرت البلدان النامية مؤشر إخصاب قدر بمعدل 3.3 طفل/ امرأة، وبعبارة اخرى فقد قطع ثلثي المسافة التي تفصل بين العرف (6 أطفال/ امرأة) في الفترة الممتدة من 1960 إلى 1995[1]

وعرفت البلدان الإفريقية أكبر مستويات الخصوبة مقارنة بالبلدان الآسيوية ودول أمريكا اللاتينية، حيث وصل متوسط عدد الأطفال لكل امرأة عام 1995 معدل 5.58 طفل / امرأة مقابل 2.96 طفل/امرأة في أمريكا الاتينية و 3.01 طفل في آسيا.

و يعد اختلاف الدول الآسيوية وتعددها واختلاف أجناسها م قومياتها جعلها قارة تتميز بمعدلات خصوبة جد متباينة فيما بين مناطقها.

وقد اشتملت قارة آسيا في التسعينات على مستويات خصوبة متفاوتة الشدة خاصة بين الدول ذات العدد السكاني الكبير كالصين وبين بعض الدول العربية الأخرى ، فالعدد السكاني الكبير لا يعني بالضرورة معدل الخصوبة المرتفع – وهذا ما سوف نثبته بالأرقام والإحصائيات–.

ففي سنة 1995 شكلت دولة أفغانستان أعلى الدول الآسيوية معدلاً للخصوبة تمثل في 39 ‰ بينما يصل هذا المعدل في اليابان إلى 10 ‰ فقط[2].

ويضيف الكاتب أنه ينبغي الإشارة إلى نقص البيانات الإحصائية خاصة في الدول التي تحتوي على عدد سكان كبير كالصين التي بلغ عدد سكانها 1255 مليون نسمة في سنة 1998 بنسبة وصلت إلى قرابة 35 % من جملة سكان قارة آسيا.

وقد قسم الكاتب منطقة آسيا لقسمين بحيث أطلق على القسم الأول " أعلى الدول" وهي الدول التي تتميز بمعدل مواليد مرتفع وتشمل كل من :

1 عبد القادر رزيقالمخادمي: **الانفجار السكاني في العالم من تحديات العولمة إلى الفجوة الرقمية** ، دار الفجر للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، القاهرة، 2005، ص:40.

2فتحي محمد أبو عيانة،مرجع سابق، ص: 91.

أفغانستان بـــ: 39.7 ‰، اليمن 48.6 ‰، نيبال 39.6 ‰، الأردن 38.8 ‰ وأخيراً العراق بـــ: 38.4 ‰.

وقسم ثاني وقد أطلق عليه " أدنى الدول" وهي الدول التي تتميز بمعدل مواليد منخفض مرتبة كالتالي:

اليابان 9.6 ‰، قبرص 13.5 ‰، أرمينيا 13.7، جورجيا 16.7 وأخيراً الصين بـــ: 18.3 ‰ حسب معطيات سنة 1995.

أما حالياً؛ فتؤكد كل المؤشرات أن الزيادة السكانية العالمية من الأن وحتى سنة 2025 ستحدث في أسيا، ولهذا فإن ما يحدث في هذه المنطقة سوف يحدد الاتجاهات العامة للسكان في العالم [1]، إلا أ، كل التقديرات العامة لآسيا لا تظهر فيها الاختلافات الإقليمية الكبيرة كما أن هناك أرقاماً خاصة بشرق آسيا تدل على أن مستويات الخصوبة بدأت فعلا في الهبوط بشدة عدا منغوليا.

وتعد منطقة شرق آسيا هي المنطقة الفرعية الوحيدة من الأقاليم النامية ذات معدل النمو دون 1 % سنويا (بالتحديد 0.66 %)[2] .

ويرى الدكتور " يونس حمادي علي" أن السبب الرئيسي في انخفاض معدل النمو بالمنطقة هو المعدل المتدني للخصوبة الخاص بالصين، ويضيف في ذات السياق أنه من المحتمل أن تكون شرق آسيا هي المنطقة الوحيدة في البلدان النامية التي ستشهد انخفاضاً في نمو السكان في 2045-2050.

كما تشير الإحصائيات إلى انخفاض معدلات الوفيات بشكل عام في جميع بلدان هذا الإقليم.

1عبد القادر رزيقالمخادمي، مرجع سابق، ص :47.

2يونس حمادي علي:**مبادئ علم الديمغرافية (دراسة السكان)**، دار وائل، الطبعة الأولى ، 2010، ص: 119.

الخصوبة في دول أمريكا اللاتينية:

هناك منطقتان رئيسيتان في أمريكا اللآتينية تتصفان بارتفاع الخصوبة، إحداها في أمريكا الوسط وتشمل جواتيمالا، هندوراس، نيكاراجوا وهاييتي.

أما الأخرى في أمريكا الجنوبية المدارية وتشمل بوليفيا، بيرو، الإكوادور والباراجواي ، ويصل معدل التكاثر الإجمالي في دول هاتين المنطقتين إلى 2 أو أقل قليلاً، وكذلك يلاحظ أن بوليفيا من دول الخصوبة العالية مثل الأقطار المدارية الأخرى في القارة بالرغم من أنها تقع جغرافياً ضمن النطاق شبه المعتدل، وهي تتشابه مع تلك الأقطار في المستوى الاقتصادي والاجتماعي، كذلك فمن الملاحظ أن دولتين فقط من دول نطاق الخصوبة المعتدلة في أمريكا اللآتينية وهي المكسيك والبرازيل يضمان قرابة نصف سكان القارة ويصل معدل المواليد الخام في هاتين الدولتين إلى 27 ‰ و22‰ على الترتيب:

وتتباين معدلات المواليد في دول أمريكا اللآتينية كما يلي:

- ✓ هندوراس 37.1 ‰.
- ✓ جواتيمالا 36.9 ‰.
- ✓ نيكاراجوا 35.8 ‰.
- ✓ بوليفيا 35.7 ‰.
- ✓ هاييتي 35.4 ‰.
- ✓ شيلي 19.7 ‰.
- ✓ الأرجنتين 18.9 ‰.
- ✓ أرجواي 17.8 ‰.
- ✓ المارتينيك 15.6 ‰
- ✓ كوبا 13.5 ‰.

حالياً؛ تتباين معدلات الخصوبة في أمريكا اللآتينية، فإذا كان بعضها قد مر بالمراحل الأولى من التحول الديمغرافي، تتجه معدلات الخصوبة في بعضها وخاصة في منطقة الكاريبي والمنطقة المعتدلة في أمريكا الجنوبية نحو مستوى الإحلال*

الآن هناك فارق بين الموقف في أمريكا اللآتينية والوضع في إفريقيا، فمعدلات الوفيات منخفضة بصفة عامة في جميع بلدان أمريكا اللآتينية عدا بوليفيا، هاييي، بيرو ونيكارغوا.

والجدير بالملاحظة، أنه لا يمكن مقارنة مستويات الخصوبة في أمريكا بمثيلتها في إفريقيا، إلا أنه نظراً للفارق الزمني في تدني معدلات الخصوبة فإن انخفاض معدلات الوفيات في بعض بلدان أمريكا اللآتينية تسبب في رفع معدلات نمو السكان بها.

ولا يوجد إلا الإقليم الأمريكي المتوسط التي يمكن مقارنة معدلات نمو السكان فيه بمثيلته في بعض الأقاليم الإفريقية، ويرجع ذلك إلى معدل نمو السكان المرتفع في المكسيك، فقد يتضاعف تقريباً عدد سكان المكسيك من الآن وحتى سنة 2050[1]

2. الخصوبة في إفريقيا:

بالرغم من أن إفريقيا مازالت ضمن مناطق العالم التي لا تتوفر عنها بيانات ديموغرافية كاملة إلا أنه يمكن رسم صورة تقريبية لمستويات الخصوبة في معظم دولها بفضل التعدادات السكانية المتوفرة لدى بعض دولها أو بفضل العينات التي تمت للسكان في البعض الآخر، وتبدو هذه الصورة في توزيع معدل المواليد في دول القارة حسب أحدث بيانات متاحة عنها.

وفي سنة 1995 كان بالقارة بعض أقطار ذات تسجيل حيوي مكتمل لكل سكانها منها مصر

وتونس، وتعد جمهورية جنوب إفريقيا ضمن الدول التي تتميز باكتمال بياناتها بالنسبة للبيض والملونين والأسيويين فقط فيما عدا البانتو الذين يكونون غالبية السكان، وعلى العموم

1المرجع السابق، ص 50.

*هو مستوى الخصوبة الذي تنجب فيه مجموعة من النساء عدد إناث كافي ليحل محلهن، و يتوازن عدد المواليد تدريجياً مع عدد الوفيات عندما يصل سكان منطقة ما إلى مستوى الإحلال

فإن هناك بيانات متوفرة سواء كانت مكتملة أو غير مكتملة عن 37 دولة إفريقية تكون 85 % من جملة سكان القارة، أما الدول التي تعاني نقصاً كبيراً في بياناتها بطريقة لا تساعد على تقدير مستوى الخصوبة بها فمنها إثيوبيا والصومال وملاوي وغينيا الاستوائية وبتسوانا وناميبيا وسوازيلاندا.

ومن الملاحظ على التقديرات الحيوية المشتقة من التعداد أو المسح بالعينة في الأقطار الإفريقية أنها لا تخلو من الأخطاء ولذلك فإن الاعتماد عليها غير مؤكد تماماً، ومرجع ذلك إلى طبيعة البيانات الأصلية التي تحمل في ثناياها أخطاء التسجيل الحيوي أو التعدادت.

ففي حالة المسح بالعينة الذي يتم في بعض الأقطار كما حدث في الكاميرون والسودان لا تمثل البيانات مستوى الخصوبة في كل أجزاء الدولة، كذلك فمن الشائع في التعدادات الإفريقية عدم انتظام التركيب العمري في معظم الأقطار بسبب الهجرة الخارجة أو الوافدة، ومن ثم فإن إفريقيا تعد أقل قارات العالم قيمة في بياناتها الأحصائية التي يعتمد عليها لاستخراج المقاييس الحيوية[1].

ويعد شمال إفريقيا إقليما ديموغرافيا متجانساً إلى حد كبير ويبدو ذلك في مستوى الخصوبة به وإن كانت ليبيا أعلى أقطاره خصوبة حيث يزيد معدل المواليد بها على 45 ‰ ، وهو يشبه في ذلك بعض دول غرب القارة التي يعلو بها على 40 ‰ كذلك مثل كوتديفوار وغانا والسينيغال، بل إن معدل التكاثر الإجمالي في نيجيريا والذي يتراوح بين 3.6 و3.8 يعد واحداً من أعلى المعدلات في العالم.

وعموماً، فقد انخفضت المعدلات السنوية لنمو السكان في المناطق الرئيسية كافة المناطق الرئيسية باستثناء إفريقيا خلال الفترة ما بين 1950- 1975 و1975- 2005 كما يوضحه الجدول التالي:

1 محمد فتحي أبو عيانة: **دراسات في علم السكان**، دار النهضة العربية، بيروت، الطبعة الثانية، 2000، ص : 86

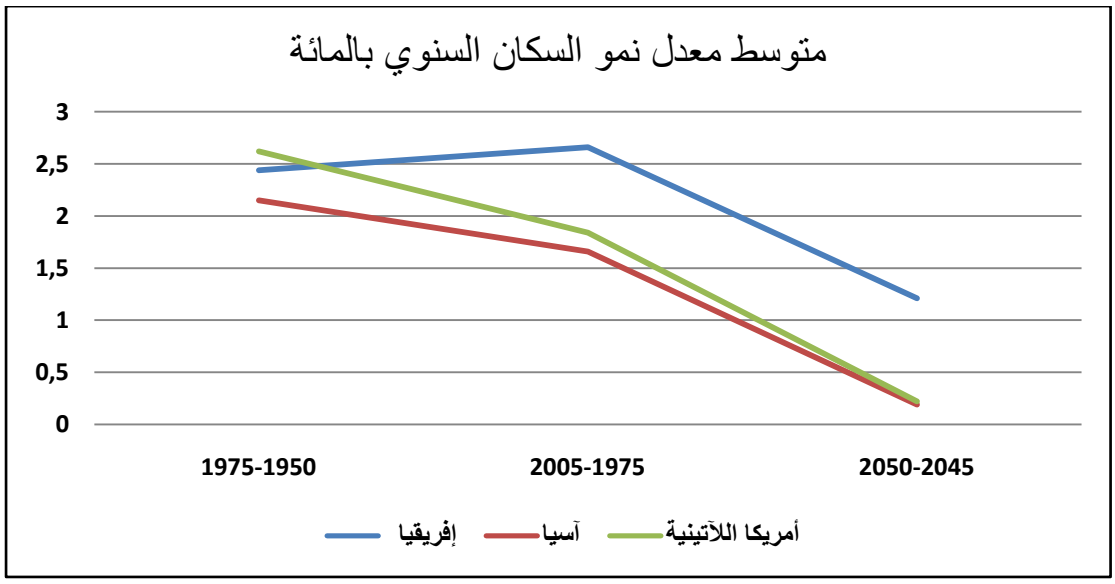
الجدول رقم05 توزيع متوسط معدل نمو السكان السنوي في إفريقيا،آسيا و أمريكا اللاتينية

متوسط معدل نمو السكان السنوي بالمائة			
الفترات الزمنية			المنطقة
2050-2045	2005-1975	1975-1950	
1,21	2,66	2,44	إفريقيا
0,19	1,66	2,15	آسيا
0,22	1,84	2,62	أمريكا اللآتينية

Source : united Nation, world population prospects : the 2004 rivision, table 1 .4 2005, world population prospects : the 2000 rivision table 2,2002

أما بخصوص المستقبل ، فمن المتوقع أن ينخفض معدل نمو السكان في إفريقيا إلى 1.21 % في الفترة 2045-2050 كما يوضحه المنحنى التالي:

الشكل رقم 22: متوسط معدل نمو السكان السنوي (%) في أمريكا اللاتينية، آسيا و إفريقيا



وحسب المقال الصادر عن جريدة **La libre Afrique**[1] أنه بحلول سنة 2030 سيصل عدد الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 18 سنة إلى 750 مليون نسمة وسيتجاوز المليار نسمة في عام 2055 (حسب إحصائيات اليونيسيف).

و تقول الصحفية في المقال نفسه؛ أن نسبة الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 18 سنة يمثلون اليوم تقريباً نصف سكان العالم.

أما بالنسبة للدول الأعضاء الخمسة وخمسين للإتحاد الإفريقي؛ تمثل فئة الشباب الذين تقل أعمارهم عن 18 سنة أكثر من نصف السكان.

وترجع الحالة الديموغرافية التي تعيشها إفريقيا بعدد وفيات أقل ولكن ولادات أكثر إلى الخمس وعشرين سنة الماضية (25 سنة) فيما يخص وفيات الأطفال الرضع حيث يموت عدد أقل من الأطفال قبل سن الخامسة، ولكن معدلات الخصوبة لا تزال مرتفعة بالموازات مع العدد المتزايد للنساء في سن الإنجاب، وبهذه الوتيرة سيتضاعف عدد الأفارقة من 2.1 مليار نسمة سنة 2016 إلى 5.2 مليار نسمة مع حلول سنة 2050.

وقالت " **ليلى باكالا**"[2] المديرة الإقليمية لليونيسيف لشرق وجنوب إفريقيا: " يجب على إفريقيا أن تتخذ من الاستثمار في الصحة، الحماية والتعليم أولوية مطلقة وأساسية بحلول 2030 "[3] .

1Marie-francecros :**Croissance démographique en Afrique chance ou désastre**, La libre Afrique, L'actualitéafricaine libre et indépendante , 26 octobre 2017

2Leila Pakkala :investir dans la santé, la protection et l'éducation doit devenir une priorité absolue pour l'Afrique d'ici 2030

3http // : www.unicef.fr/contenu/espace-medias/generation-2030-rapport-sur-la-croissece-demographique-en-afrique.

3. الخصوبة في الوطن العربي:

يرجع تاريخ التطور السكاني في الوطن العربي إلى العهد العثماني القديم، أين انعكست تلك الحقبة الزمنية على الوضع السكاني كنتيجة تراكمية لسنوات من التدهور المعيشي ونقصد الحالة الاجتماعية ، الاقتصادية والصحية آنذاك.

فقد انتشر الفقر والمرض والجهل وهو ثالوث " مالتوس " الذي يقود إلى توقف الزيادة الطبيعية لأعداد السكان بفعل الارتفاع الكبير لمعدل الوفيات وبفعل قصر متوسط عمر الإنسان[1].

وعموما؛ نستطيع القول بأن للعامل الاقتصادي الأثر الكبير والواضح على التغيرات السكانية في المنطقة وذلك بعد الحملات التي شنتها الدول الأوروبية (فرنسا، بريطانيا وإيطاليا) بعد نهاية إمبراطورية " الرجل المريض" وبعد بلوغها مراحل محددة من الازدهار والتطور سواء على المستوى العلمي، الاقتصادي أو الطبي نتيجة الثورة الصناعية وانقشاع ضبابة عهد الظلام عن القارة العجوز أصبحت هذه الأخيرة تبحث عن مصادر طاقة في البلدان المتخلفة أو النامية كون جلها يحتوي على خيرات وثروات طبيعية تمثل مكسب ثمين.

ونتيجةً لتغير الوضع الاقتصادي بهذه البلدان عن طريق الاستثمار في المصادر الطاقوية نتج تغير واضح على المستوى السوسيولوجي من خلال تركيبة السكان لتلك البلدان.

بحيث تشكلت المدن وازدادت نسبة المقيمين بها مما خلف هو الآخر نتائج على المستوى التعليمي، الزراعي، الصحي...إلى آخره.

و تعد كل من سورية والعراق من الدول التي شهدت تغيراً كبيراً عكس شبه الجزيرة العربية، فقد تطور حجم السكان فيها حيث ازداد سكان القدس من 12 ألف نسمة إلى حوالي 80 ألف نسمة ما بين 1814 و1915[1].

1عبد علي الخفاف : **واقع السكان في الوطن العربي** ،دار الشروق،الأردن، الطبعة الأولى، الإصدار الأول 1998، ص 59.

وازداد عدد سكان دمشق إلى الضعف من 150 ألف نسمة إلى 300 ألف نسمة ما بين 1849 و1915، و ازداد عدد سكان بغداد حوالي سبع (07) مرات إذ تطور من 20 ألف نسمة إلى 145 ألف نسمة ما بين 1831 و1900، كذلك ازداد عدد السكان في مدينة عمان من ألف نسمة واحدة إلى 10 آلاف ما بين 1880 و1900.

وجرى تطور أسرع لحجم السكان في المدن الساحلية بفضل إتصالها المباشر بأسواق التجارة خارج حدود الوطن العربي، فقد ارتفع عدد السكان في حيفا إلى 20 ضعفاً خلال أقل من قرن، كما ارتفع عدد السكان في البصرة من 10 آلاف نسمة أواخر الثلاثينات في القرن 19 إلى حوالي 60 ألف نسمة مع مطلع القرن العشرين ، وتحولت بيروت من قصبة صغيرة – يقول الكاتب– لا يتجاوز عدد سكانها 12 ألف نسمة عام 1848 غلى مدينة كبيرة بلغ تعداد سكانها قبيل الحرب العالمية الثانية حوالي 200 ألف نسمة.

تزيد مساحة الوطن العربي عن 13 مليون كلم ² وتمثل حوالي 10.6 % من مساحة العالم، ويتوسط العالم العربي ثلاث قارات مختلفة هي: آسيا، إفريقيا وأوروبا، إذ نجد أن 28 % من مساحته تقع في آسيا، في حين تقع النسبة الباقية وهي 72 % في قارة إفريقيا ، كذلك يطل العالم العربي على ثلاث بحار وهي: البحر الأبيض المتوسط، البحر الأحمر والخليج العربي كما توضحه البطاقة التالية[2]

الشكل رقم 23: خريطة بلدان الوطن العربي

Source:www.dreamstime.com

1نفس المرجع و الصفحة سابقاً.

2 www.dreamstime.com

وتطور عدد سكان العالم العربي حسب المعطيات التالية:

الجدول رقم 06: تطور عدد سكان الوطن العربي (1900 و تقديرات سنة 2040)

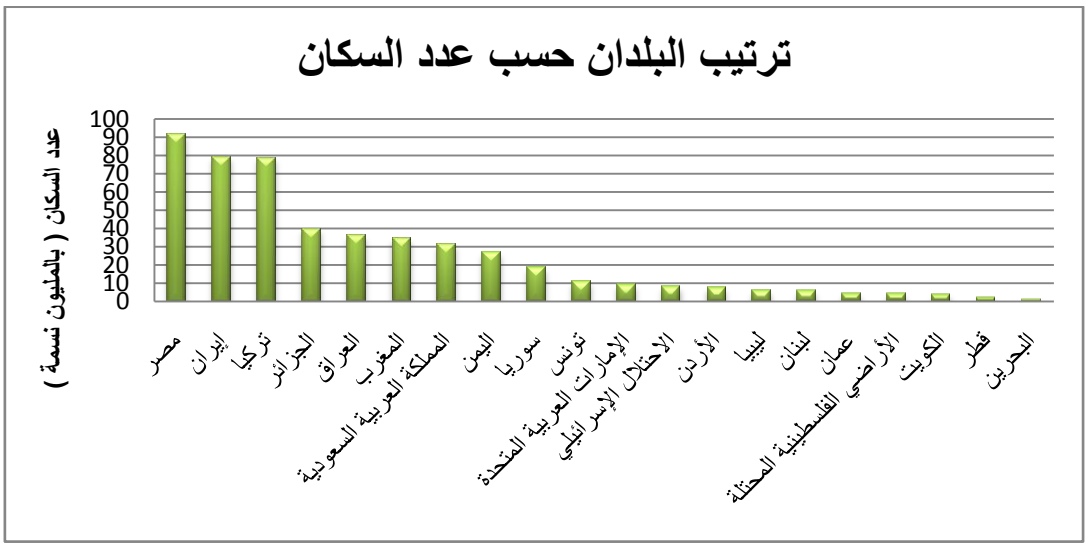
السنة	عدد السكان الإجمالي (بالمليار)
*1900	36459000
*1910	40673941
*1920	45826990
*1930	52800835
*1940	62005740
**1950	103845000
**1970	175082000
**1990	311487000
**2000	384557000
**2005	421393000
**2010	460345000
**2025	574974000
**2040	667101000

المصدر:* واقع السكان في الوطن العربي، مرجع سبق ذكره

** Dominique Tabutin et autres, La démographie du monde arabe et du moyen orient des années 1950 aux année 2000, synthèse des changement et bilan statistique, INED,PARIS, pop 2005/ 5 VOL 60

حاليا، يقارب عدد سكان الوطن العربي 500 مليون نسمة [1] يختلف توزيعها من بلد إلى آخر، وتعد دولة مصر من أشد البلدان العربية اكتظاظاً بالسكان إذ يبلغ تعدادها 91 مليون نسمة في حين تعتبر البحرين من أضعف الدول كثافةً سكانيةً كما يتضح لنا من خلال الرسم البياني:

الشكل رقم 24: ترتيب بلدان الوطن العربي حسب عدد السكان



المصدر: Orianehuchon, la demographiedans le monde árabe

الولادات والوفيات في الوطن العربي:

انخفض إجمالا معدل الولادات في العالم إلى النصف وذلك منذ الخمسينيات من القرن العشرين، إذ انتقل من معدل 5 أطفال / امرأة إلى 2.5 طفل / امرأة.

وحسب المعطيات فإن الدول العربية قد انخفضت خصوبتها عام 2010 وانخفض عدد الأطفال المنجبين بها باستثناء الصومال لقلة المعطيات بسب الصراعات المدنية المستمرة وحالة اللا استقرار واللا أمن الذي تشهده المنطقة.

ويرجع هذا الانخفاض إلى أربعة نقاط:

1Oriane huchon:**la demographie dans le monde árabe**,www.lesclesdumoyenorient.com , article publie le 06 / 02 / 2017.

- أدى تحسن التغذية السكانية في المنطقة إلى تحسن الخصوبة وذلك في الستينات (1960).

- فترة الثمانينات هي فترة تراجع قوي للخصوبة وذلك كون الدول كانت تمر بالمرحلة الثانية من التحول الديموغرافي في تلك السنوات، بحيث تنخفض معدلات المواليد بشكل أسرع من معدل الوفيات.

- هناك فارق كبير بين معدلات الخصوبة في الخمسينات وفي 2010، حيث تراوحت الخصوبة في الفترة الأولى بين 6 و8 أطفال/ امرأة، بينما في بدايات الفترة الثانية (2010) تجاوزت النسبة 3 أطفال / امرأة، تمتد من 1.5 طفل/امرأة بلبنان ، و 4.5 طفل/ امرأة بجزر القمر وموريتانيا، في حين يبقى المعدل مرتفع بالصومال.

- باستثناء الأراضي الفلسطينية؛ ترتبط مستويات الخصوبة بمعدلات وفيات الأطفال الرضع[1].

وخلافاً لكل التوقعات نجد بلدين عربيين وهما لبنان وتونس انخفض فيهما معدل الولادات سنة 1999 إلى ما تحت حد الخطورة بقليل، والذي لم تكن بتلك الخطورة مادام الرقم الذي وصل إليه قدر بـــ: 2.09 للمرأة الواحدة أي المستوى المعروف عنه: ضمانة تجدد الأجيال.

وقد بلغ معدل الولادات في تونس 2.09 طفل/امرأة، لكن باختلاف كبير بحسب المناطق إذ نجد أن هذا المعدل الواقع تحت حد ضمان تجدد الأجيال، ومن البلدان المقبلة على هذه الوضعية بسرعة كبيرة مثل : الجزائر، المغرب وليبيا ، وبسرعة أقل بعض بلدان المشرق العربي كمصر، لتليها من بعيد بلدان أخرى من المنطقة.

هذا، وانتقل معدل الولادات في الجزائر إذ يقدر الآن بـ: 2.67 طفل/ امرأة خلافاً لما كان عليه في السبعينات عندما بلغ ذروته من 7 إلى 8 أطفال / امرأة ، وأصبحت الفتيات

1Gérard – François Dumont :**Pays arabes : une fécondité en baisse ?**, https://halshs.archives-ouvrtes.fr/halshs-00964042.

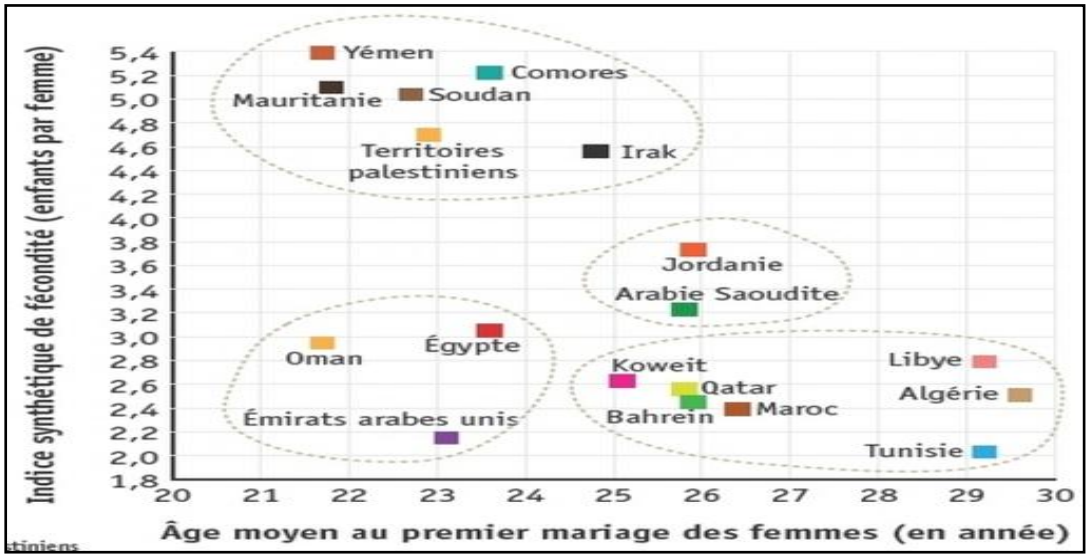
يلدن اليوم أقل من نصف ما كانت تلد أمهاتهن[1].

وهناك عامل تفسيري آخر لفروق الكثافة وانخفاض الخصوبة بين الدول العربية وهو سن أول زواج للمرأة،

وحسب أخر تقدير لسنة 2005 لـــــــ:18 دولة بين 22 المكونة للاتحاد العربي نجد:

- ✓ ستة بلدان وهي: اليمن، موريتانيا، جزر القمر، السودان، الأراضي الفلسطينية والعراق يقل فيها عمر المرأة عند أول زواج 25 سنة، وتحديداً بين 21.7 سنة لليمن، 24.8 سنة للعراق، وبخصوبة عالية تفوق 4 أطفال/ امرأة.
- ✓ سبعة بلدان وهي: الجزائر، البحرين، الكويت، ليبيا، المغرب، قطر وتونس يزيد فيها سن المرأة عند أول زواج 25 سنة ، تحديداً بين 25.1 سنة في الكويت و 29.6 سنة في الجزائر وبخصوبة منخفضة أقل من 2.8 طفل/ امرأة وتقل أكثر بالنسبة لتونس بمعدل 2.03 طفل / امرأة[2].

الشكل رقم 25: العلاقة بين العمر المتوسط لأول زواج و المؤشر التركيبي للخصوبة



Source : Oriane Huchon, la démographie dans le monde arabe

1 عبد القادر رزيق المخادمي، **الإنفجار السكاني في العالم من تحديات العولمة إلى الفجوة الرقمية** ، دار الفجر، 2005، ص124.

2idem

خلاصة الفصل

كخلاصة عامة للفصل نسرد بعض النقاط التي انتهى إليها " ليبنشتين" و الخاصة بتطور الخصوبة عبر المجتمعات المختلفة الزمان و المكان حيث يرى أن هناك اتجاه تنازلي في الخصوبة في معظم المجتمعات كنتيجة أولية لعمليات اجتماعية و اقتصادي، وقد حدد

" هارفي ليبنشتين " بعض أسباب هذا التحول التنازلي فيما يلي[1]:

1. ارتفاع درجة تعليم النساء و التغير الواضح في دورهن و قيمهن.
2. التزايد في المشاركة النسائية في قوة العمل غير الزراعية.
3. التناقض الواضح في وفيات الأطفال.
4. انهيار المعتقدات التقليدية التي تؤيد معايير الخصوبة المرتفعة.
5. الخصوبة و تأثيراتها على أنماط السلوك التقليدية.
6. نمو التعليم الإجباري و الانهيار في استخدام و قيمة عمل الأطفال.
7. تزايد حقوق النساء و التغير في أدوارهن خارج المنزل.
8. ضعف نسق الأسرة الممتدة.
9. إتاحة وسائل منع الحمل الكيماوية و الآليات الفعالة.
10. نمو أنساق رعاية كبار السن خارج المنزل.
11. تزايد فرص التنقل الاجتماعي و المكاني

[1] سناء الخولى: **التغير الاجتماعي و التحديث**، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2003، ص 229.

الفصل الثالث:

تطور اتجاهات الخصوبة في الجزائر

- المبحث الأول: تطور النمو الديموغرافي في الجزائر
- المبحث الثاني: تطور الخصوبة في الجزائر
- المبحث الثالث: تطور المؤشر التركيبي للخصوبة العامة في الجزائر
- المبحث الرابع: التحقيقات الكبرى الخاصة بالخصوبة في الجزائر
- المبحث الخامس: الخصوبة في المناطق الصحراوية – ولاية ادرار -

تمهيد:

إن كون الجزائر من ضمن مجموعة البلدان السَّائِرة في طريق النُّمُو يعني انعكاس خصائص اقتصادية، سياسية، صحية وديموغرافية أيضاً عليها، هذا بالإضافة لكونها مرت بمراحل عديدة كان دخولها فترة الإِستعمار من أبرزها وأكثرها تأثيراً على تاريخها الديموغرافي.

فالجزائر شهدت فترات متباينة الاختلاف من حيث التطور الديموغرافي، نبدأها بفترة الاستعمار فخلال قرن ونصف القرن من الزمن خسرت الجزائر مليون ونصف المليون من أبنائها ما يعادل 14,15% من مجموع سكانها آنذاك (10,6 مليون نسمة) [1] وقد قدر عدد سكان الجزائر سنة 1845 (بداية الاستعمار الفرنسي) بحوالي ثلاثة ملايين نسمة.

و في غياب التعداد فإن تقديرات سكان الجزائر من بداية القرن 19 و خاصة سنة 1830 كانت الشغل الشاغل لعدد من كتاب أمثال سيدي حمدان بن عثمان، Boutin, Bugeaud, Saint-Denis, Valazé, A.Berteuil, Jucheau de و غيرهم إضافةً إلى السلطات المكلفة بإدارة المستعمرة، و تتراوح التقديرات الأولية بين 8 ملايين ساكن و 10 ملايين و الرقم الأخير هو التقدير الوحيد الذي وضعه جزائري و هو حمدان خوجة أستاذ الشريعة الإسلامية في الجزائر، أما تقديرات Bugeaud فقد تراوحت بين 4 ملايين و 8 ملايين شخص[2]

[1] 14,15 % = 10,6 / 150

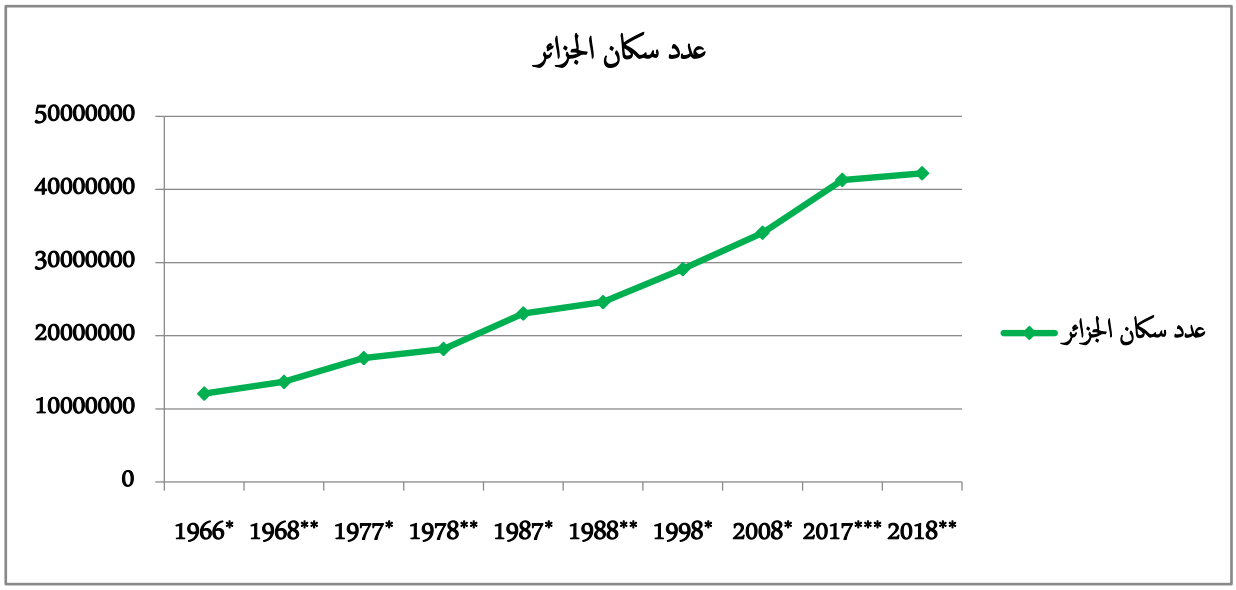
[2] كمال كاتب،أوروبيون أهالي و يهود بالجزائر، دار المعرفة، الجزائر ، 2011، ص 35

1. تطور النمو الديموغرافي في الجزائر :

عرفت الجزائر نمواً ديموغرافياً مرتفعا في الستينات إلى نصف عشرية الثمانينات، فبين 1966 و1987 ارتفع عدد السكان بمعدل أكثر من 3% وهو أكبر معدل شهده التاريخ الديموغرافي للجزائر.

وتعتبر هذه الزيادة طبيعية نظراً لخروج الشعب من فترةٍ استعماريةٍ حصدت أرواح الملايين من السكان ليصل عدد السكان إلى 16.948.000 نسمة سنة 1977 هذا بالإضافة إلى الجهود المبذولة من طرف الدولة لتشجيع الولادات عن طريق تحسين الظروف الصحية والاجتماعية.

الشكل رقم 26: تطور عدد سكان الجزائر من 1966 إلى 2018



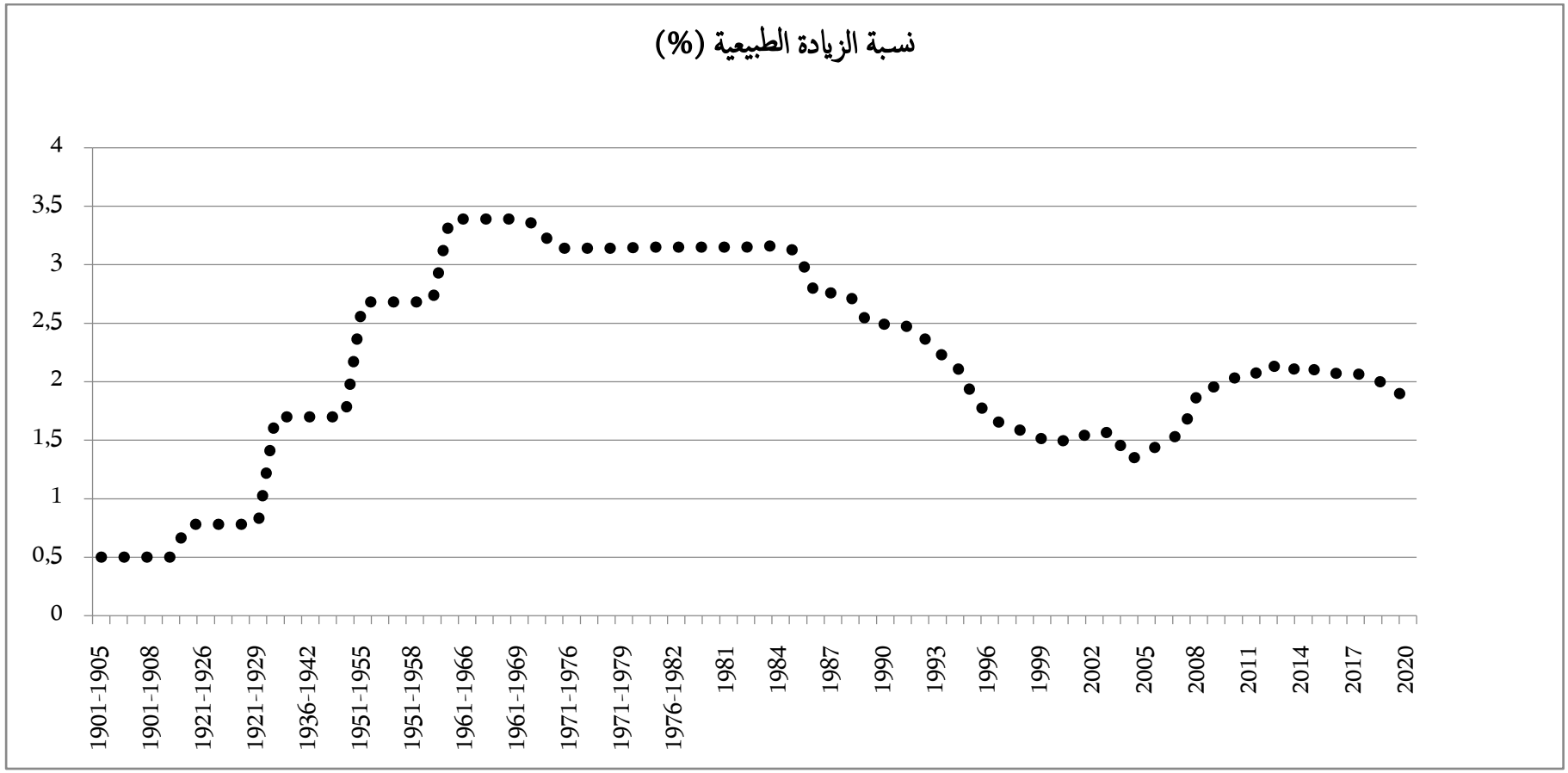
المصدر:

* معطيات التعدادات العامة للسكن والسكان 1966- 1977- 1987- 1998- 2008

** femmes algeriennes en chiffres 2016 , p 5

*** UNFPA حالة سكان العالم 2017، ص 125

الشكل رقم 27: منحنى تطور معدل الزيادة الطبيعية في الجزائر من سنة 1901إلى غاية سنة 2020



المصدر: données statistique ons

www.worldometers.info

وفي بداية القرن العشرين بلغ عدد السكان 4 ملايين ثم وصل إلى 8 ملايين في بداية الخمسينات، وكان معدل النمو الطبيعي منخفضا جدا من سنة 1900 إلى ما قبل الاستقلال (1962)، حيث قدر بحوالي 0.5% في السنة بين 1901 و1910 وبقي مستقرا إلى غاية الحرب العالمية الأولى ليشهد مع سنوات الألفينات نوعاً من الاستقرار حيث بلغ سنة 2014 و 2015 2،15 % ثم 2،17 % سنة 2016 و 2،2 % حسب معطيات سنة 2017.

و تعتبر الخصوبة من العوامل الأساسية التي تؤثر في نمو السكان بالزيادة أو النقصان وتلعب دورا هاما في عملية الانتقال من مرحلة إلى أخرى في اطار عملية التحول الديمغرافي، إذ أنها تعكس أهم جوانب النمو السكاني المتمثل في المواليد، فالانخفاض الذي شهده النمو السكاني في الجزائر في الفترة الأخيرة يعود أساسا إلى التراجع الذي عرفته معدلات المواليد والوفيات معا، تقلص معدلات الخصوبة العامة بين فترتي 1970م و1986م بنسبة 36%، لتستمر في تقلصها بنسبة 8.07% بين سنتي 1986م و2001م

التغيرات التي شهدتها الخصوبة في الآونة الخيرة أثرت على تراجع الخلف النهائي لكل امرأة حيث عرف هذا المؤشر الديمغرافي انخفاض كبير، حيث انتقل سنة 1970م من 8.1 طفل للمرأة إلى 2.8 طفل للمرأة الواحدة سنة 2003م بفرق مقداره 5.3 طفل للمرأة الواحدة

2. تطور الخصوبة في الجزائر:

بالرغم من وجود انخفاض محسوس في المعدل الخام للولادات في السنوات الأخيرة للقرن الماضي، إلا أنَّ الولادات تبقى مرتفعة ، لأن الأجيال التي هي في سن الإنجاب يبقى عددها مرتفع لكونها من مواليد فترة الانفجار الديمغرافي (1966-1978)

وكنتيجة لكل التغيرات المذكورة سابقا؛ نسجل تراجع المستوى العام الخام للولادات الذي كان عبر فترات والتي يمكن تقسيمها إلى 3 مراحل:

المرحلة الأولى الممتدة من 1962 إلى 1970:

عرفت هذه الفترة تقلبات عديدة تميزت بمعدلات عالية جداً ، وهي نتائج لسياسة التعويض لما فقده الشعب أثناء الثورة حيث قدر المعدل الخام للولادات بين سنتي 1961-1966 بـ: 48,5 % وبين 1976- 1970 بـــ: 50,12 %.

المرحلة الثانية الممتدة من 1970-1985:

في بداية السبعينات عرف معدل الولادات الخام تراجعا بـ: 1,72% عن سنة 1970 حيث قدر بـــ: 48,44 % واستمر التراجع لكن بنسب قليلة وغير محسوسة لا تقل عن 45% حتى سنة 1978 ثم بدأت مرحلة الانخفاض المحسوس حيث كان الفارق بين 1978- 1979يقدر بـــ: 2,34% واستمر الانخفاض إلى أن وصل المعدل الخام للولادات في عام 1985 إلى 39,5 %.

المرحلة الثالثة الممتدة من 1986 إلى يومنا:

سُجل بين 1985 و1986 أكبر تراجع لمعدل الولادات الخام بما يعادل 5% تقريبا فقد انتقل من 39,5% سنة 1985 إلى 34,73%سنة 1986.

وفي نفس الفترة وصل معدل النمو الطبيعي للسكان أقل من 3%ب مقدار يساوي 2,74 %, أما في الفترة ما بين 1986 و1990 قدر معدل الولادات الخام بـــ: 33,05% مع استقرار في المعدل بين 1989 و1990 (31 %) ثم عاود التراجع بين سنتي 1992 و1993 بمقدار 1,6% ثم استقر بين 1993 - 1994 بـــ: 28,52%بعدها لوحظ انخفاض محسوس ما بين 1994 و1995 بـ: 2,9% حيث قدر عام 1994 بـــ: 28,22% وفي سنة 1995بـــ: 25,33% وقد وصل عام 1998 إلى 21,02% ليصل عام 2002 إلى 19,68%3 و باختصار؛ يمكن القول من خلال المعطيات السابقة عن الخصوبة في الجزائر أنها عرفت ارتفاعا بعد الاستقلال أي ما بين 1960 و1970.

[3] Ons . demographie Algerienne 2000. Donneées statistiques . N° 326. Alger .2000.P 02

وابتداء من 1970 سجلنا تغيرات على مستوى السلوك الإنجابي خاصة بعد 1986 وهي سنة يمكن اعتبارها كقطيعة أو بداية للنقلة الإنجابية ونهاية المرحلة الانتقالية لمراحل التحول الديمغرافي التي امتدت طول عشرية السبعينات , ثم تلتها مرحلة الاستقرار الديمغرافي التي دامت إلى 1986 والناتجة عن ارتفاع متوسط سن الزواج وانتشار موسع للمخططات العائلية.

ومع نهاية التسعينات دخلت الجزائر المرحلة الثالثة من مراحل النمو الديمغرافي ومن أهم المؤشرات التي ساعدت في تغيير السلوك الإنجابي للأسرة الجزائرية هو الارتفاع المحسوس الذي تعرفه نسب تمدرس الإناث إضافة إلى خروج المرأة للعمل بحثا عن ذاتها ، ولكن وبالرغم من كل هذه التحولات والنَّقلات الديمغرافية التي عرفتها الجزائر بعد الاستقلال في مجال الخصوبة تبقى معرَّضة في العشريات القادمة لمشاكل النمو الديمغرافي لكن بحدّةٍ أقلّ.

3. تطور المؤشر التركيبي للخصوبة العامة في الجزائر:

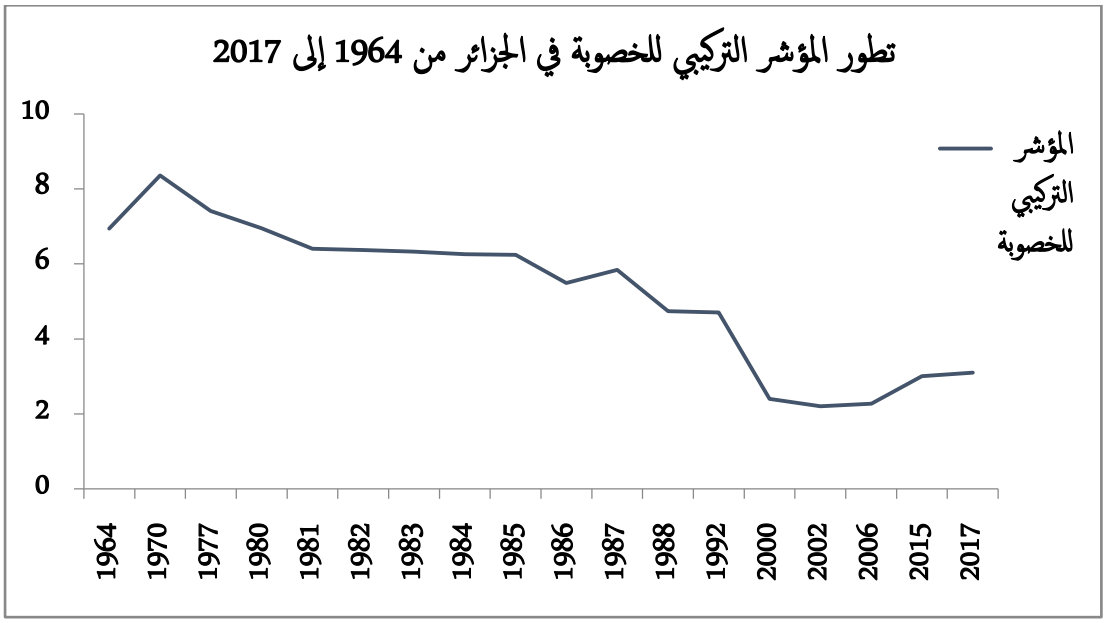
بخلاف معدل المواليد الخام ، لا يحتاج ISF إلى تصحيح التركيب العمري للمجموعة، وعليه يعتبر أقوى مؤشر يعكس ويعبر على مستوى الخصوبة لسكان ما.

وتجدر بنا الإشارة هنا إلى ان المعدل اللازم لتعويض النسل و المعروف بمستوى الإحلال يجب أن يستقر عند 2،1 طفل/امرأة، فإذا نقص على ذلك نقص احتمال التعويض أو الزيادة.

بالنسبة لوضع الجزائر ، شهدت الخصوبة انخفاضاً متأخراً حتى منتصف سنة 1980 أين بدأ الانخفاض السريع في مستويات الخصوبة [4]، هذا ؛ وقد تعدى المؤشر التركيبي للخصوبة 8 أطفال للمرأة الواحدة في 1970، وسنعرض تطور ISF في الجزائر من مرحلة بعيد الاستقلال إلى سنة 2017 من خلال الشكل التالي:

[4] Kamel kateb ,La transition démographique en algerie et marché de travail, www.cairn.info1986

الشكل رقم 28: تطور المؤشر التركيبي في الجزائر



المصدر: الجدول الملحق رقم 14

المؤشر التركيبي للخصوبة العامة في الجزائر من 1964 إلى 2017:

المؤشر التركيبي للخصوبة = total fertility rate = Indice synthétique de fécondité = مجموع معدل الخصوبة الكلي من 15 إلى 49 سنة[5]

ويعرف بأنه: متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء من امرأة واحدة (أو عدد الأطفال المولودين من مجموعة من النساء) خلال حياتها الإنجابية.

[5] Kouaouci Ali, introduction à léanalyse démographique , OPU, 10,2014, p 219.

*ملحوظة: إذا كانت المعطيات خماسية السنوات f(x,x+4) مثل (15 – 19)، (20 – 24) تصبح المعادلة على الشكل التالي :

$5*\Sigma f(x,x+4)$

المؤشر التركيبي للخصوبة لسنة ما هو مجموع معدل الخصوبة حسب العمر لتلك السنة والذي يعبر عنه نسبة إلى 1000 شخص أو نقول 1000 امرأة ويحسب بالمعادلة التالية:

$$ISF = \sum_{15}^{49} f(x)^{*}$$

4. التحقيقات الكبرى الخاصة بالخصوبة في الجزائر[6]:

إن المتتبع للدراسات والتحقيقات الخاصة بالخصوبة في الجزائر، حيث يلاحظ أنها ركزت في البداية على الجانب الوصفي لمستويات واتجاهات معدلات الإنجاب، دون التعمق في التحليل التفسيري لاختلافاتها ومحدداتها في إطار نموذج متكامل لمعرفة طبيعة تأثيرات المتغيرات الفيزيولوجية والاجتماعية والاقتصادية على السلوك الإنجابي للمرأة.

وكان من النتائج التي توصلت إليها تلك الدراسات والتحقيقات هو الحصول على أرقام ونسب ومنحنيات تسمح بالمقارنة والتصنيف، دون إعطاء شروحات حقيقية للظاهرة إلا أنه في الآونة الأخيرة عرفت هذه الدراسات تغيرا كيفيا ملحوظا، حيث أصبح يؤخذ بعين الإعتبار تأثير كل من العوامل الاقتصادية والاجتماعية على السلوك الإنجابي للفرد، وهذا بغرض التعمق في فهم الظاهرة وشرحها في ضوء مؤشراتها المختلفة، لأن الهدف أصبح من وراء هذه الدراسات الحديثة هو الكشف عن الأسباب والمواقف التي يتخذها الأفراد اتجاه الإنجاب والخصوبة، كما أن التحقيقات التي تناولت موضوع محددات الخصوبة في الجزائر قليلة، لكن لا بأس أن نشير إلى ثلاث تحقيقات هامة تطرقت إلى هذا الموضوع ولو بصفة جزئية، فكل تحقيق تزامن مع مرحلة خاصة من المراحل التي عرفتها مستويات الخصوبة، وهذا ما توضحه النسب المتوصل إليها والتي تعكس وضعية الخصوبة.

---

* ملحوظة: إذا كانت المعطيات خماسية السنوات f(x,x+4) مثل (19 – 15)، (24 – 20) تصبح المعادلة على الشكل التالي : 5*Σf(x,x+4)

[6] دودو نعيمة، تأثير عمل المرأة على معدلات الخصوبة دراسة ميدانية بجامعة فرحات عباس بسطيف، مذكرة ماجستير تخصص ديموغرافيا حضرية، جامعة فرحات عباس بسطيف، 2010– 2011، ص: 119.

أ- المدى الأقصى للإنجاب (تحقيق 1970):

عرفت مستويات الخصوبة ارتفاعا مذهلا بعد الاستقلال، وبغرض معرفة أهم الأسباب والعوامل التي كانت وراء ذلك، قامت مديرية الإحصاء بتحقيق وطني حول الإنجاب دام من 25 مارس 1970 إلى غاية 27 مارس 1971[7]، وكان يهدف هذا الأخير إلى المعرفة المعمقة لظاهرة الخصوبة والعوامل المفسرة لها مثل: - تأثير الزواج على الخصوبة – تأثير العوامل الفيزيولوجية كالإجهاض والوفيات الرحمية على الخصوبة – تأثير الوسط الإجتماعي والثقافي على الخصوبة.

ب- تحول الخصوبة (تحقيق 1986):

إن مشكل التزايد السكاني في الجزائر لم يؤخذ بصفة جدية إلى مع بداية الثمانينات، وكان ذلك بعدما فشلت الدولة في تلبية كل الحاجيات الأساسية للسكان، وبهذا أعلنت الهيئات الخاصة أنه من الضروري وضع برنامج وطني للتحكم في النمو الديمغرافي ومن بين أهم أهدافه: - ترقية وضعية المرأة وذلك عن طريق التعليم والعمل فهذين المتغيرين يعطيان للمرأة تصورا جديدا لمفهوم الأسرة القائمة على الكيف لا على الكم، وحتى المخطط الخماسي الثاني (1985-1989) أكد على ضرورة الرفع من المستوى التعليمي للمرأة، وتوسيع مشاركتها في الحياة العملية، وضرورة القيام بأبحاث ودراسات تدور حول محددات التزايد السكاني وعلاقتها بالتنمية الاجتماعية والاقتصادية بهدف وضع برنامج وطني للتحكم في النمو الديمغرافي في البلاد. ومن أجل ذلك أسندت وزارة العمل والشؤون الاجتماعية، مهمة إجراء تلك الدراسات على شكل تحقيق وطني حول الخصوبة (ENAF) إلى المركز الوطني للدراسات والتحليل (CENEAP)، ودامت عملية إجراء هذا التحقيق تقريبا مدة 4 أشهر، بالضبط من شهر سبتمبر إلى غاية ديسمبر. ومن بين الأهداف المسطرة ضمن هذا التحقيق هي:

- قياس مميزات الخصوبة أي مستوياتها واتجاهاتها.

[7]- الديوان الوطني للإحصاء: الديمغرافيا والإحصاءات الاجتماعية، كراس رقم 1، ط 1، 1991 ، ص 51.

- الكشف عن العلاقة الموجودة بين الخصوبة والعوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية.
- قياس مستويات الوفيات التفاضلية، وكشف العلاقة بين وفيات الأطفال والخصوبة.
- دراسة النموذج العائلي حسب تكوينه.
- تحليل العلاقة بين الخصوبة والمدة الفاصلة بين ولادتين، وهذه الأخيرة ترتكز على العناصر التالية:* تأثير بيولوجي – الرضاعة – العقم – وسائل منع الحمل.

غير أن النتائج المتوصل إليها من خلال هذا التحقيق كانت كمية أكثر مما هي كيفية، واعتمد هذا التحقيق على عينة في سن الإنجاب (15–49 سنة) حيث بلغ حجم العينة 8461 من بينهن 3953 امرأة من الوسط الحضري و4508 امرأة من الوسط الريفي[8].

وأهم النتائج التي أسفر عنها التحقيق ما يلي:

- أن الزواج ضرورة اجتماعية لدى المرأة الجزائرية، إذ سجلت نسبة 47.3% من النساء اللواتي تزوجن في سن أقل من 17 سنة، بينما نسبة 2.8% فقط تزوجن في سن يزيد عن 25 سنة.
- أن النساء الجزائريات تعيش تقريبا في نظام شبه طبيعي، بحيث لا يوجد أي أثر لاستعمال وسائل منع الحمل، ولا يعرف إنجابهن عراقيل سوى العقم المؤقت أو الدائم الذي يحدث عادة نتيجة للزواج المبكر.
- مهما كان السن الذي تتزوج فيه المرأة فهناك استمرارية في الإنجاب.

كما توصل هذا التحقيق إلى أن ارتفاع مستوى الخصوبة عند هؤلاء النسوة مرتبط بارتفاع المستوى المعيشي، والحالة الصحية للأسرة الجزائرية.

الإنجاب في السنوات الخمس الأولى منخفض بصورة واضحة مقارنة بالسنوات الموالية، وهذا يكون عادة نتيجة للزواج المبكر بالفعل، فالمرأة المتزوجة في سن مبكرة جدا تكون أقل إنجابا، وهذا يرجع إما لقلة إخصابها أو كثرة الوفيات الرحمية التي تتعرض لها، والنتيجة

[8]– الاتحاد الوطني للنساء الجزائريات: الوثائق الرسمية حول الندوة الوطنية الأولى لتنظيم الأسرة، قصر الأمم، 10 جانفي 1998، ص 24.

العامة من هذا التحقيق، هو أن النسل النهائي للمرأة الجزائرية التي تزوجت قبل 17 سنة وبقيت متزوجة حتى 45-49 سنة هو 9.2 طفل في المتوسط، وهو يقارب الرقم الطبيعي للخصوبة[9].

احتوت عينة الدراسة على 5300 أسرة جزائرية بحيث وجهت ل 4800 امرأة متزوجة يتراوح أعمارهن ما بين (15-49 سنة)، كما احتوت هذه الدراسة على نوعين من الاستمارة، وأهم النتائج المتوصل إليها كما يلي:

- تأخر سن الزواج بالنسبة للمرأة حيث انتقل من 18.3 سنة إلى 24 سنة.
- انخفاض المؤشر التركيبي للخصوبة من 7.8 إلى 5.4 طفل في المتوسط.
- ارتفاع ملحوظ في نسبة استعمال وسائل منع الحمل، حيث إرتفع 3.5% إلى 8.7 من مجموع النساء المتزوجات في سن الإنجاب.
- وجود معرفة واسعة لوسائل منع الحمل حيث نجد 98% من المبحوثات تعرفن على الأقل وسيلة واحدة من تلك الوسائل، ومن بين الوسائل الأكثر استعمالا نجد الحبوب 74.4% العزل 8.7% اللولب 5.9% الوسائل الأخرى 11%.

كما تطرقت هذه الدراسة إلى سبب رفض الأسر لاستعمالها لتلك الوسائل، والتي قدرت نسبتهم بـ 49.2% حيث أن 35.5% لم يستعملن أية وسيلة من تلك الوسائل، وذلك رغبة في إنجاب أطفال آخرين و 11.7% بسبب رفض أزواجهن، 10.3% بسبب التخوف من الأمراض الناجمة عن استعمال تلك الوسائل، 9% صرحن أنهن لا يعرفن طريقة إستعمالها.

نسبة الأميات تمثل 68% أما عن اللواتي تحصلن على مستوى ابتدائي قدرت نسبتهم بـ 22% و10% من اللواتي تحصلن على مستوى ثانوي أو جامعي[10].

[9]- مجلة الجزائر: جانفي 1988، ص 36.

[10]- الديوان الوطني للإحصاء: الجزائر، نشرة 1991، ص 44.

جـ- إستمرارية تراجع الخصوبة (تحقيق 1992):

بمشاركة وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، وجامعة الدول العربية، تم تنفيذ المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل على مستوى التراب الوطني سنة 1992، في إطار المشروع العربي للنهوض بالطفولة [11] تمثلت أهداف المسح في تحسين المستوى الصحي والاجتماعي للأم والطفل وذلك من خلال توفير البيانات التالية:

- دراسة الظواهر الديمغرافية واتجاهاتها من مصدر مستقل غير الإحصاءات الرسمية.
- تقييم المتغيرات المرتبطة بتنظيم الأسرة وإتجاهاتها.
- دراسة العوامل البيئية المحيطة بالأسرة وأثرها على صحة الأم والطفل.

حيث اعتمد البحث على عينة عنقودية متعددة المراحل موزعة بين الريف والحضر، بلغ حجمها 6694 أسرة، شملت 5881 امرأة (متزوجة، مطلقة، أرملة)، ويتراوح سنهن بين 15-49 سنة.

أبرز النتائج المتوصل إليها خلال هذا المسح والتي تخدم موضوع الدراسة الحالي، تكمن في النقاط التالية:

- لوحظ انخفاض في مستويات الخصوبة إذ بلغ المؤشر التركيبي للخصوبة 4.4 طفل في المتوسط لكل امرأة، بعد أن كان 07 أطفال في المتوسط في بداية الثمانينات.

وقد كان المجتمع الحضري أسرع في المساهمة في ذلك الانخفاض على المجتمع الريفي، وذلك بنسبة 41% مقابل 34% على التوالي. وتشير نتائج المسح أنه كلما ارتفع السن عند الزواج كلما انخفض مستوى الخصوبة. حيث بلغ متوسط عدد المواليد الأحياء للمبحوثات اللواتي تزوجن قبل بلوغهن سن 17 سنة 7.6 طفل لكل امرأة لينخفض إلى أن يصل إلى 2.6 طفل في المتوسط لكل المبحوثات اللواتي تزوجن عند الفئة العمرية ما بين 25-29 سنة.

[11]- جريدة الخبر اليومية: العدد 610، 02 نوفمبر 1992، ص 10.

كما تأثرت مستويات الخصوبة بعوامل وسيطة منها:

- الفترة ما بين بداية الزواج والمولود الأول كما لوحظ أن متوسط تلك الفترة بلغت 17 شهرا.
- طول الفترة ما بين المولود الأخير والسابق له مباشرة والتي قدرت ب 30 شهرا.

وأظهرت نتائج المسح أيضا أن هناك إرتفاعا في نسبة المبحوثات اللواتي أجهضن على الأقل مرة واحدة، وذلك بنسبة 22% أي 105 حالة إجهاض لكل 1000 مولود حي.

أما بالنسبة لفقد الأجنة سواء مواليد أموات أو إجهاضات فقد بلغت نسبتهم 10% من مجموع الأحمال. والجدير بالذكر أن نسبة حالات الحمل لم تنتهي بولادة حية، حيث لم تظهر اتجاه في الانخفاض كما هو الحال بالنسبة لوفيات الرضع، أين سجلت هذه الأخيرة انخفاضا ملحوظا خلال هذا المسح، إذ قدرت بنسبة 45% بعدما كانت في بداية السبعينات تصل إلى أكثر من 120%[12].

أما فيما يخص استعمال وسائل منع الحمل قد بينت نتائج المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل أن هناك معرفة واسعة لوسائل منع الحمل، حيث بلغت نسبة درجة المعرفة بتلك الوسائل 99% كما أن نسبة المبحوثات 75% من اللواتي استخدمن على الأقل وسيلة واحدة منها، وأن النسبة الأكثر استخداما تكون للوسائل الحديثة عن الوسائل التقليدية وذلك بنسبة 66% مقابل 27%. حيث اعتبرت الحبوب هي أكثر الوسائل استخداما وذلك بنسبة 64% تليها الرضاعة الطبيعية بنسبة 18% وبلغ متوسط استعمال المبحوثات لهذه الوسيلة 12.5%، والسبب الرئيسي وراء هذا الاستعمال هو تأجيل الحمل وذلك بنسبة 80%[13].

ومن بين النتائج المتوصل إليها خلال هذا المسح، هو وجود تغير في مستوى ونمط الزواج، وكان لذلك تأثير مباشر على مستويات الخصوبة. فمتوسط السن عند الزواج الأول عرف ارتفاعا كبيرا، حيث بلغ 26 سنة عند الإناث و 30 سنة عند الذكور. فيما يتعلق بزواج الأقارب نجد أن أكثر من ثلث المبحوثات تزوجن بأقاربهن، كما لوحظ أن نسبة المبحوثات

[12]– فؤاد بسيوني متولي: المشكلة السكانية، كلية التربية، طنطا، 1998 ، مركز الاسكندرية للكتاب، ص 104.

[13]– وزارة الصحة والسكان: 1999، ص 28.

اللواتي تزوجن من أقاربهن تقل عند المبحوثات المتزوجات حديثا، وتنتشر هذه الظاهرة بكثرة في المناطق الجنوبية، وتنخفض بارتفاع المستوى التعليمي للمبحوثة[14].

أما فيما يخص مواقف المبحوثات اتجاه خصوبتهن وسلوكهن الإنجابي، فقد بينت نتائج المسح أن الرغبة في إنجاب طفل آخر، تقل إذا ما كان التركيب النوعي للأطفال مكونا من ذكور وإناث، حيث نجد نسبة أكثر من 60% من نساء تلك الأسر لا يرغبن في إنجاب أطفال آخرين، أما الأسر التي تتركب من جنس واحد من الأطفال (ذكور فقط أو إناث فقط) فنجد نسبة 29% من اللواتي يرغبن في إنجاب طفل آخر.

وعندما طرح على المبحوثات سؤال حول العدد المرغوب فيه من الأطفال الذي يرينه مناسب، قد بلغ 04 أطفال في المتوسط لكل امرأة، وهو لا يختلف كثيرا عن الخصوبة الفعلية للمبحوثة، الذي بلغ 4.4 طفل في المتوسط [15] جميع هذه المؤشرات تعد إيجابية، تشير إلى توقع استمرار انخفاض مستوى الخصوبة في المستقبل، أي ظهور نموذج إنتقالي جديد للخصوبة يتجه من المستوى المرتفع إلى المستوى المنخفض، ويتضح هذا الاتجاه أكثر عند الأخذ بعين الاعتبار أن هناك رغبة في أن يكون نمط الطفلين هو النموذج المثالي السائد، وتفضيل تأخر سن الزواج وظهور رغبة قوية في استخدام وسائل منع الحمل.

د- المسح الجزائري لصحة الأسرة (EASF) :

أجري المسح الجزائري لصحة الأسرة سنة 2002 من طرف الديوان الوطني للإحصائيات بمساهمة وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، حيث شملت عينة الدراسة أزيد من 20.000 أسرة موزعة عبر التراب الوطني وكانت نتائج المسح فيما يتعلق بمدى معرفة المبحوثين لوسائل منع الحمل ما يلي:

- أغلبية النساء المبحوثات يعرفن أكثر الحبوب واللولب، أما البعض الآخر فيعرفن الواقي الذكري والحقن، وتمثل نسبة 70%، أما ربط قناة فالوب فهي معروفة عند ثلثي من النساء و37% ممن يعرفن طريقة المراهم.

---

[14]- معن خليل عمر: علم اجتماع الأسرة الشروق للنشر والتوزيع، بيروت، ط 1، 1994، ص 217.

[15]- نفس المرجع: ص 221.

– أما بالنسبة للطرق الأخرى لاسيما الواقي الأنثوي والتعقيم الذكري فهي معروفة بنسب قليلة جدا.

– أما بالنسبة لموانع الحمل التقليدية كالرضاعة الممتدة وطريقة الحساب والعزل وهي الطرق الأكثر إستعمالا تمثل 85%، 76% و68% على التوالي. أما بالنسبة لاستخدام موانع الحمل خلال فترة الخصوبة فكانت النتيجة أنه ما يقارب 78% من النساء المتزوجات قد استعملن طريقة واحدة من موانع الحمل، ومنهن 76% قد استعملن موانع حديثة، بينما 24% استعملن موانع حمل تقليدية معروفة، منهن 78% و22% من النساء المتزوجات يستعملن موانع الحمل وقت التحقيق.

– أما نسب استخدام تلك الموانع عند المبحوثات فمنهن 86% ممن يردن استعمالها حاليا ولاحقا ومنهن 12% من يردن إيقاف استعمالها لينجبن، ومنهن 01% لا تصرح، وأخرى تمثل نسبة 01%.

– أما بالنسبة للاستعمال الحالي حسب معطيات التحقيق أن نسبة الاستخدام قدرت ب 57%سنة 2002 مقابل 50.7% سنة 1992، ومن بين الوسائل الأكثر استخداما الحبوب التي تبقى الوسيلة الأنسب للجميع.

– أما بالنسبة للاستعمال حسب الوسط السكني فيشير التحقيق أن نسبة النساء القاطنات في الريف يتقارب مع مستوى القاطنات بالحضر وهما على التوالي 54%، 59% وبين هذا الفارق 5 نقاط، حيث أن هذا الفارق يدل على وجود 13 نقطة في سنة 1992. وأيضا بالنسبة للأميات فقط ارتفعت نسبة استخدامهن لموانع الحمل ب 52.9% سنة 2002 بينما كان 43.9% سنة 1992، ويشير التحقيق أيضا عن إرادة النساء المتزوجات من (15–49 سنة) في رغبتهن في إنجاب المزيد من الأطفال، فتبين أن 48% من يرغبن

التوقف عن الإنجاب و 31% يرغبن في زيادة طفل آخر و 12% يعبرن عن إرادة الله و 7% لا تستطيع أن تحمل و2% مترددة[16].

وأخيراً نقول ، لقد ساهمت عدة ظروف في التطور السريع للنمو الديموغرافي للجزائر عقب الاستقلال، إذ نلاحظ زيادة تفوق 3 % سنويا بين تعدادي 1966 و1987 (تاريخ أول تعداد وثالث تعداد) واستمر الارتفاع على نفس الوتيرة لمدة 21 سنة من 11829000 نسمة إلى 23139000 نسمة ، ولكن ابتداء من 1986 باشر معدل النمو الطبيعي في الانخفاض حيث بلغ ولأول مرة في هذه الفترة أقل من 3 % أي ما يعادل 2.74 % ، ومنذ ذلك الحين والانخفاض متواصل إلى أن بلغ 1.57 سنة 1998 و1.48 سنة 2000 ثم نلاحظ معاودة الارتفاع الطَّفيف للمعدل من 15.5 سنة 2001 إلى أن يصل إلى 20,4 سنة 2011.

كان للاستعمار الفرنسي الأثر البالغ على حركة الانتقال الديموغرافي في الجزائر ، فقد تميزت التركيبة السكانية بمستوى مرتفع للوفيات وكذا الأمر بالنسبة للولادات لعدم وجود وسائل منع الحمل هذه الوضعية سميت من طرف المنظرين للتحول الديمغرافي بالنظام الديمغرافي الطبيعي « le régime démographique naturel »17 ، هذا ما يترجم لنا النافذة الديمغرافية 18 التي تعيشها الجزائر والتي تعد من ايجابيات ظاهرة التحول الديمغرافي.

---

[16]– Enquête Algérienne sur la santé de la famille 2002 Ministère de la santé, office national des statistiques, ligue des Etats Arabes, Rapports principal, Juillet2004, pp 118 – 132.

[17] محمد صالي، **نظرية التحول الديمغرافي في الجزائر**، ص 28 .

[18]ظاهرة سكانية تحدث للمجتمع حينما ينتقل من مرحلة تتسم بارتفاع نسبة إنجاب وإعالة الأطفال إلى مرحلة تنخفض فيها معدلات الإنجاب ونسبة عدد الأطفال ممن تقل أعمارهم عن 15 سنة، وتزداد نسبة السكان في سن العمل الذين تتراوح أعمارهم ما بين 15 سنة و64 سنة مع بقاء نسبة الفئة السكانية في الأعمار المتأخرة التي تبلغ 65 سنة فأكثر منخفضة (بلعجال فوزية ،**العوامل الديمواقتصادية المؤثرة على سوق العمل الجزائرية** ، أُطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في الديمغرافية ، جامعة وهران، 2012– 2013)

الخصوبة في المناطق الصحراوية – ولاية ادرار –

تطور عدد السكان و معدل النمو بولاية أدرار:

ما انفك عدد سكان ولاية أدرار عامةً في الزيادة منذ القديم، فالمتتبع لتاريخ المنطقة يقف على طبيعتها المُستقطبة منذ عهود غابرة لجملة من السكان من مختلف أسقاع الأرض، فمنهم الرحالة التجار اللذين استوطنوا بالمنطقة سواءً انحدر أصلهم من جنوب السودان القديم أو من الشمال أو من بلدان و أقاليم أُخرى، و نجد منهم العلماء و الأدباء، ومنهم رجال الدين و القضاء و منهم أيضاً أصحاب المناطق الشمال صحراوية الشرقية كمنطقة متليلي و غرداية الذين قدموا للمنطقة في العهد الاستعماري معروفين بالمَهَارِي [19] ، كما شهدت المنطقة حركة سكانية إبان العشرية السوداء التي عرفتها الجزائر سنوات التسعينات بقدوم مواطنين من شمال البلاد أقاموا بمنطقة أدرار و بالتحديد بإقليم توات استوطنوا و أصبحوا جزءاً لا يتجزأ من المجتمع الصحراوي التواتي، و تطوراً مع الزمن و الانفتاح الاقتصادي الوطني و العالمي شهدت المنطقة حركة أخرى واسعة تخص الواردين إليها من أجل الشغل، إلا أنه – و حسب اطلاعنا – لازلنا لم نشهد الانعكاسات الديمغرافية لهذه الحركة الأخيرة بحكم حداثتها و هنا نتحدث عن مختلف قواعد الحياة المنشأة في المنطقة والشركات المتعددة الجنسيات و استقطابها لأجناس عدة من مختلف بقاع العالم.

و قد قدر عدد سكان إقليم توات بحوالي 200 ألف نسمة خلال القرن التاسع عشر [20]، لكن هذا الرقم بني على تكهنات و تقديرات فقط، و بعد سيطرت فرنسا على مجموع الواحات التواتية تقريباً اضطرت – يقول الكاتب – أن تقوم بإحصاء جديد، و قد أعطى عدداً لمجموع سكان إقليم توات لا يتجاوز الخمسين ألف نسمة (50000 نسمة)،

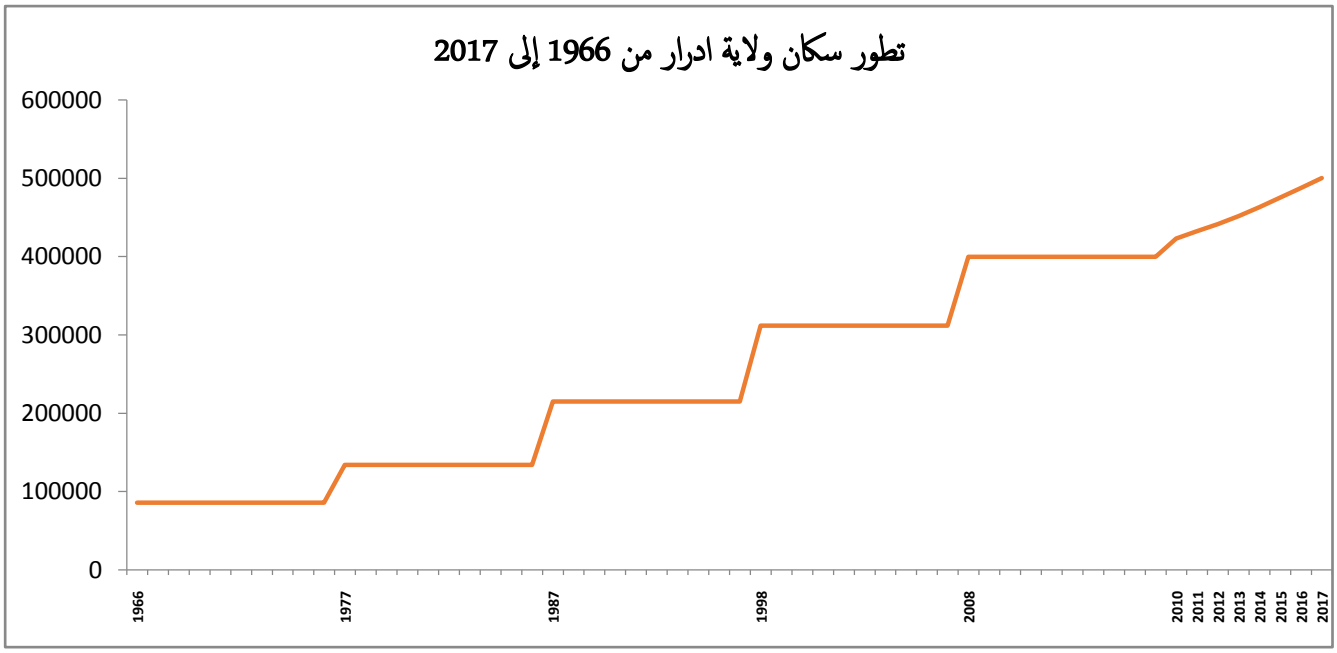
[19] المَهَارِي: بفتح كل من الميم و الهاء و كسر الراء وهم فرقة من الجنود أنشأها الاستعمار الفرنسي بمنطقة توات تتميز بامتطاء الجمال و قد تم انشقاق هذه الفرقة بعدها عن جيش الاستعمار الفرنسي و انضمت إلى الثورة المسلحة ليشارك عناصرها بعدها في حرب التحرير المباركة على الاستعمار الفرنسي.

[20] محمد الصالح حوتية، توات و الأزواد الجزء الأول، دار الكتاب العربي، الجزائر، ص 47.

و نجد عدد هذا الإقليم يتطور تصاعدياً أين انتقل من 85600 نسمة [21]سنة 1966 ليبلغ 500077 نسمة خلال سنة 2017 .

هذا و ازداد عدد السكان في هذه الولاية الجنوبية بشكل تصاعدي ماراً بعدت تغيرات كما يوضح الشكل أدناه:

الشكل رقم 29 تطور عدد سكان ولاية أدرار من سنة 1966 إلى 2017



المصدر: من إعداد الطالبة حسب معطيات الديوان الوطني للإحصائيات و مديرية الصحة و السكان بولاية أدرار

(انظر الملحق رقم 10)

و يلعب عامل معدل النمو الطبيعي إضافةً إلى معدل الوفيات و الولادات دوراً كبيراً في بلورة هذا التطور السكاني حيث تعرف ولاية أدرار معدل نمو طبيعي حالياً يساوي 2,11 % مقابل 1,5 % في أواخر سنوات السبعينات و سنوات الثمانينات (1979 – 1988)، 3,3 % سنوات التسعينات (1989 – 1998) و هو ما أشرنا له سابقاً عن استقطاب المنطقة لمواطنين إبان العشرية الحمراء التي عصفت بالجزائر، ثم عاد للانخفاض ليساوي 2,6 % للفترة الممتدة من 1999 إلى غاية آخر تعداد سكاني سنة 2008، ليتذبذب بعدها

[21] أم الغيث عائشة، رسالة ماجستير، ص 19.

بين 2,16 % سنة 2012، 1,82 % سنة 2013، 2,25 % سنة 2014، 2,38 % سنة 2016 و 2,11 % لسنة 2017 كما سبق و ذكرنا.

الولادات و الوفيات في ولاية أدرار

تتسم منطقة أدرار بأقاليمها الأربعة بنوعٍ من الخصوبة العالية و التي تتداخل في تشكيل نمطها جملة من العناصر الثقافية و الشعبوية كالعادات و التقاليد المنتشرة في الإقليم مثل إقامة الولائم و الوعدات لرموز يرتبط إسمها بالزواج كزيارة " أبا نديلو [22]" التي يقصدها القاصي و الداني من أجل تسهيل الزواج ، وجود منبع مائي بين زاوية سيد البكري و تمنطيط يعرف بساقية الزواج يُقال أنه كل من شرب منها تيسر له الزواج، اغتنام الفرص في المناسبات الموسمية كالزيارات التي تعتبر فرصة لتلاقي شباب و شابات المنطقة المقام بها هذه الزيارة من أجل التعرف و الزواج كزيارة الشيخ مولاي هيبة بإقليم تيديكلت ببلدية أولف ، الوالي المعروف بـ: "سيدي قاضي حاجة" في منطقة بني تامر التي تبعد بحوالي 12 كلم جنوبياً غربياً من مقر الولاية و يقال أن جد البلباليين كان يتعبد فيها قديماً لتصبح بعد مماته منطقة مباركة يقصدها الناس لدعاء ربهم بفرضية طهر المكان، و من الأماكن المشابهة لما سبق الحديث الكثير و نذكر هنا بعضها كزاوية سيدي الشيخ محمد بالكبير و زاوية الشيخ الرقاني و غيرهم رحمهم الله جميعاً.

كما نجد بعض ثقافات و عادات أهل المناطق الصحراوية عامةً و منطقة أدرار خاصة مشجعة على الخصوبة كالاهتمام بصنع و تحضير مختلف العطور بمكونات منها التي تُجلب دول أخرى كالسعودية و أوروبا (المسك و العود)، بل و يتفنون فيها إذ نجد منها ما هو مخصص لتعطير المنزل فقط ، و منها ما هو مخصص لتعطير الجسم، و منها ما هو مخصص لمناسبات معينة وهكذا، إضافة إلى قولبة بعض الجوانب الدينية بشكل يشجع على الخصوبة والإنجاب بشكل كبير، و هو ما يترجمه معدل الولادات الخام المرتفع

[22] أبا نديلو اسم رجل بقصر تيلولين ببلدية أنزجمير ولاية أدرار يقال أنه كان رجل مبروك له من العجائب ما ليس لغيره من بني جيله، و يتم التبرك به عن طريق نذر صدقة معينة إذا تم الطلب المعين إلا أن الشائع ارتباط اسمه بالزواج و إذا ما تم زواج البنت أو الولد يقدم ذلك النذر متى تزوج الشخص، و يردد طالب الزواج عبارة " أباندیلو زوجني و غدو ندیرلك الوعدة " بشكل موسيقي عند إقامة الاحتفال.

مقارنةً بالوطني و المساوي لـ: 29,12 ‰ لسنة 2017 مقابل 25,40 ‰ لنفس السنة و الخاص بالمعدل الوطني و معدل الخصوبة الكلي المساوي لثمانية أطفال (ISF=8,16)، و قد شهد معدل الولادات الخام الخاص بولاية أدرار لسنة 2017 انخفاضاً طفيفاً مقارنةً بالسنة التي قبله تقدر بـ: 0,28 ‰ ما يعطي معدل يساوي 29,40 ‰[23] و بعدد مواليد يساوي 14560 ولادة حية حسب معطيات الحالة المدنية لولاية أدرار ما يساوي في المتوسط أكثر من 39 ولادة حية يومياً [24] و شهد حجم الولادات زيادة بـ 345 ولادة بين سنتي 2016 و 2017.

كما نشهد تقارب العمر الوسطي عند الولادة على المستويين المحلي و الوطني أين يتلاقيان في 31,7 سنة إلا أن العمر الوسطي عند الولادة و الخاص بالمستوى الوطني قد شهد ارتفاعاً طفيفاً ليصبح 31,8 سنة عام 2017.

هذا و يشهد عدد النساء اللواتي هن في سن الإخصاب FAR[25] تطوراً مستمراً أين انتقل العدد من 97104 امرأة سنة 2012 ليصل 110017 امرأة سنة 2017 حسب أخر إحصائيات مديرية الصحة و السكان بالولاية مقابل تزايد مستمر أيضاً في عدد النساء المتزوجات و اللواتي هن في سن الإخصاب FMAR[26] حيث انتقل من 52966 سنة 2012 إلى 60009 امرأة سنة 2017[27]

في سنة 2017 عرف حجم الوفيات بالمنطقة عدد وفيات يساوي 1923 حالة وفاة مقارنةً بسنة 2016 و التي سجلت 1886 حالة وفاة و قبلها سنة 2015 بـ: 1865 حالة وفاة و منه نلحظ ارتفاع متواصل في عدد الوفيات بالمنطقة يترجمه معدل الوفيات الخام و المساوي لـ: 3,85 ‰ ، إلا أنه يجب التنويه إلى ضعف المعدل مقارنةً بالمعدل الخاص بالمستوى الوطني و الذي يساوي 4,55 ‰ و يتشكل العدد الإجمال السنوي للوفيات من وفيات أطفال، نساء و شيوخ أين تمثل نسبة وفيات الأطفال في الولاية معدل يساوي 31,11

[23] للاطلاع أكثر انظر الملحق رقم04

[24] مديرية الصحة و السكان لولاية أدرار

[25] **F**emmes en **A**ge de **R**eproduction

26 **F**emmes **M**arie en **A**ge de **R**eproduction

[27] للاطلاع أكثر انظر الملحق رقم05

‰ لسنة 2017 و 34,46 ‰ لسنة 2016 [28] بحجم وفيات أطفال رضع في ولاية أدرار يساوي 453 حالة وفاة طفل رضع سنة 2017، بزيادة تقدر بـ 1,44 % مقارنةً بالسنة السابقة 2016 أين بلغ عدد حالات وفيات الأطفال الرضع 494 و هو معدل مرتفع جداً مقارنة بالمعدل الوطني لوفيات الأطفال و المساوي لـ: 21 ‰.

و عرف معدل الأطفال المولودين ميتين في الولاية انخفاضاً هاما حيث انتقل من 17,35 ‰ سنة 2012 ليصل 12,84 ‰ سنة 2017 – و هو معدل يكاد يتساوى مع المعدل الوطني المقدر بـ: 12,50 ‰ – بعدد حالات أطفال مولودين ميتين يقدر بـ: 187 حالة.

كما نجد شريحة هامة تمس وفيات الأمهات بالرغم من الانخفاض المحسوس في معدل وفيات الأمهات من 112,21 لكل 100 ألف ولادة حية سنة 2013 إلى 61,03 لكل 100 ألف ولادة حية بفضل تحسين الرعاية الصحية الخاصة بالنساء قبل و بعد الولادة إضافةً إلى زيادة الهياكل الصحية التابعة للدولة بالمنطقة إضافةً إلى فتح المجال للخواص بفتح عيادات في مختلف التخصصات (35 عيادة طب عام، 04 عيادات طب نسائي، و 3 عيادات لقابلات) إلا أن هذا المعدل يظل مرتفعاً نسبياً عن معدل المستوى الوطني المساوي لـ: 60 لكل 100 ألف ولادة حية، و تختلف أسباب وفيات الأمهات بالمنطقة حسب الفئات العمرية للنساء أين تحتل الفئة العمرية 34 – 30 أكبر حصة مقارنةً بأصغر و أكبر فئة كما يوضح الجدول أدناه:

الجدول رقم 07 توزيع وفيات الأمهات بمنطقة أدرار حسب الفئات العمرية

وفيات الأمهات													
الفئة العمرية	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**المجموع**
15 – 19	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	2
20 – 24	1	1	–	–	2	–	–	1	2	2	1	2	11
25 – 29	4	1	4	2	1	2	5	–	4	2	1	–	26
30 – 34	2	2	5	4	1	1	–	4	5	7	2	5	34

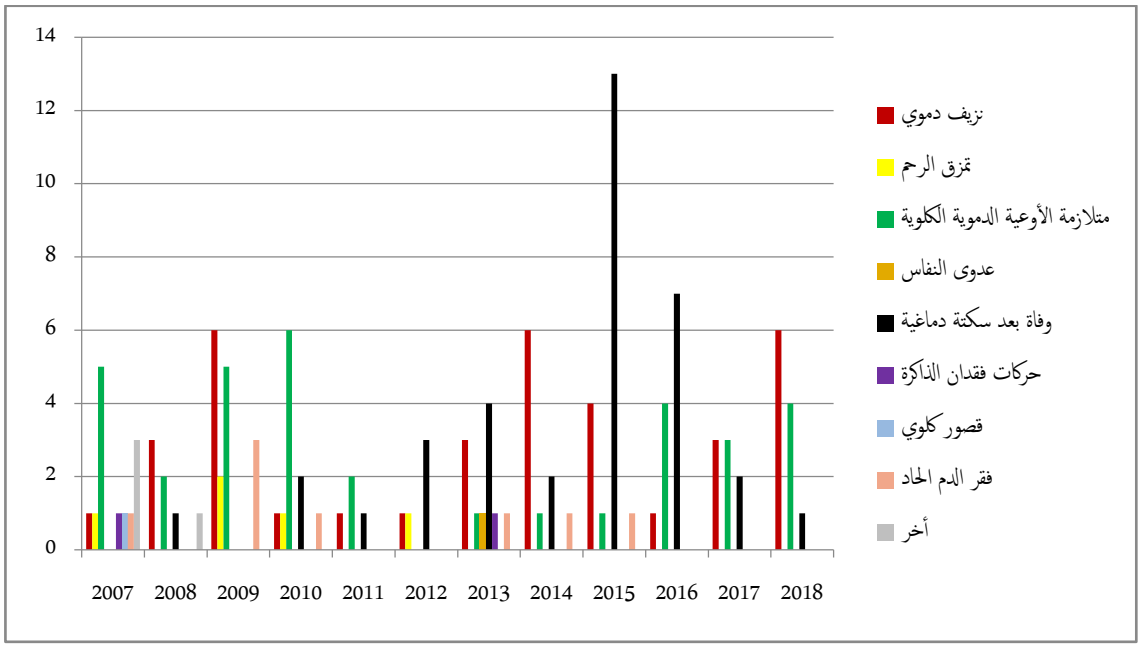
[28] للاطلاع أكثر انظر الملحق رقم04

29	3	4	1	4	2	4	1	-	3	5	1	3	**35 - 39**
12	-	-	-	3	3	2	1	-	1	2	2	1	**40 - 44**
3	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	1	**45 - 49**
117	11	8	12	19	10	11	5	4	11	16	7	13	**المجموع**

المصدر: من إعداد الطالبة وفق معطيات مديرية الصحة بولاية أدرار2018

و تتباين أسباب وفيات الأمهات في المنطقة محل الدراسة بين النزيف الدموي، الوفاة بعد السكتة الدماغية بأكبر تكرار، ثم متلازمة الأوعية الدموية في المرتبة الثانية، فقر الدم الحاد في المرتبة الرابعة، تمزق الرحم في المرتبة الخامسة و تتعدد الأسباب الأخرى و التي من بينها مرض السكري كما يوضح الشكل أدناه:

الشكل رقم 30 توزيع أسباب وفيات الأمهات بمنطقة ادرار



المصدر: من إعداد الطالبة حسب معطيات مديرية الصحة بولاية أدرار

انظر الجدول في الملحق رقم 15

استعمال وسائل منع الحمل

من خلال البرنامج الوطني للتحكم بالزيادة الديمغرافية و المختصر بالرموز التالية: **P**rogramme **N**ational de **M**aitrise de la **C**roissance (P.N.M.C.D) **D**émographique و تستفيد النساء في منطقة أدرار من مختلف الفحوصات و الأدوية و موانع الحمل و قد سجلت مديرية الصحة و السكان بالولاية توزيع 17595 لوحة أقراص موانع الحمل سنة 2017 مقابل 17196 سنة 2018 و 382 واقي ذكري، إضافة إلى اللولب و المبيدات المنوية (les Spermicides) و تتوزع النساء المستخدمات لموانع الحمل وفق معطيات المؤسسات الاستشفائية بالولاية حسب الفئات العمرية كالتالي:

جدول رقم08: توزيع المستعملات لوسائل منع الحمل بولاية أدرار حسب الفئة العمرية

2017	**15-19**	**20-24**	**25-29**	**30-34**	**35-39**	**40 سنة فما فوق**
	30	**312**	**553**	**725**	**658**	**416**
2018	**15-19**	**20-24**	**25-29**	**30-34**	**35-39**	**40 سنة فما فوق**
	47	**761**	**1359**	**1609**	**1528**	**996**

المصدر: من إعداد الطالبة وفق معطيات مديرية الصحة بولاية أدرار 2018

و نلاحظ جلياً تصدر الفئة العمرية الخاصة بالنساء من 30 سنة إلى 34 سنة استعمال وسائل منع الحمل ما يمثل نسبة 26,91 %، بينما تتوزع النسب الأخرى بـ: 24,42 % للنساء من الفئة العمرية 39 – 35 سنة، تليها نسبة 20,53 % لفئة 29 – 25 سنة، ثم 15,44 % لأكبر فئة من 40 سنة فما فوق، 11,58 % لفئة 24 – 20 سنة و أخيراً نسبة 1,11 % لأصغر فئة عمرية 19 – 15 سنة.

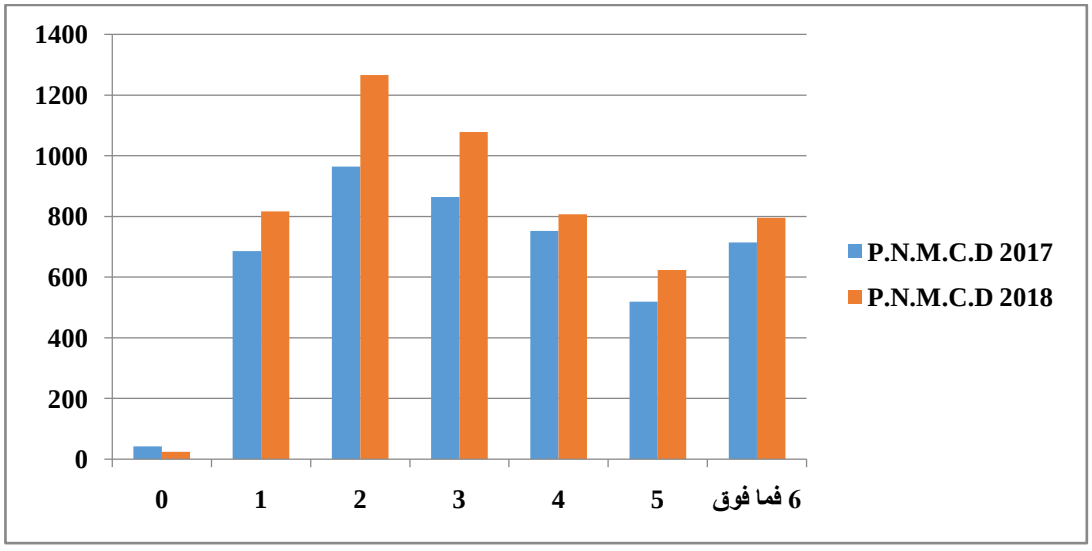
و تتميز الفئة العمرية للنساء بالمنطقة و المنحصرة بين ثلاثين و أربعة وثلاثين سنة باحتواء العمر المتوسط عند الولادة في المنطقة و المساوي لـ: 31,7 سنة و هو ما يدفع بالنساء إلى التقرب من المصالح الاستشفائية من أجل الحصول على المرافقة الطبية عند كل حمل، و يشهد معدل استعمال وسائل منع الحمل في منطقة أدرار عموماً انخفاضاً ملموساً إذ نجد هذا الأخير قد انتقل من 17,12 % سنة 2013 ليبلغ 12,26 % سنة

2017 حسب المعطيات المسجلة في مختلف المؤسسات الاستشفائية [29]، و نشير هنا إلى أن هذه الإحصائيات خاصة بالنساء المستفيدات من البرنامج الوطني للتحكم في الزيادة الديمغرافية P.N.M.C.D و بالتالي لا نستطيع تعميم النسب على كافة نساء المنطقة بل هي تخص اللواتي يقتنين وسائل منع الحمل مجاناً من المستشفيات أو المصحات الجوارية.

توزيع عدد الأطفال و أنواع الولادات

لم يعرف مؤشر الخصوبة الكلي في منطقة أدرار تغيراً مقارنةً بسنة 2015 أين سجل 3,1 طفل لكل امرأة، كما تعرف النساء في المنطقة حالات ولادة طفلين بشكل كبير إلا أن متوسط عدد الأطفال يساوي 3,32 طفل لكل امرأة سنة 2017 و 3,27 طفل لكل امرأة سنة 2018 ، و نلاحظ من خلال الشكل أدناه ارتفاع عدد الولادات الإجمالي لسنة 2018 مقارنة بسنة 2017 حيث سجلت سنة 2018 عدد ولادات يساوي 14633 ولادة حية حسب إحصائيات الحالة المدنية لولاية أدرار مقابل 14560 لسنة 2017 حسب معطيات مديرية الصحة و السكان و 14334 لسنة 2016، 13989 ولادة حية لسنة 2015، 12529 لسنة 2014، 9803 لسنة 2013 و 12217 ولادة حية سنة 2012 حسب نفس المصدر.

شكل رقم 31 توزيع عدد الأطفال الأحياء لكل امرأة لسنتي 2017 و 2018

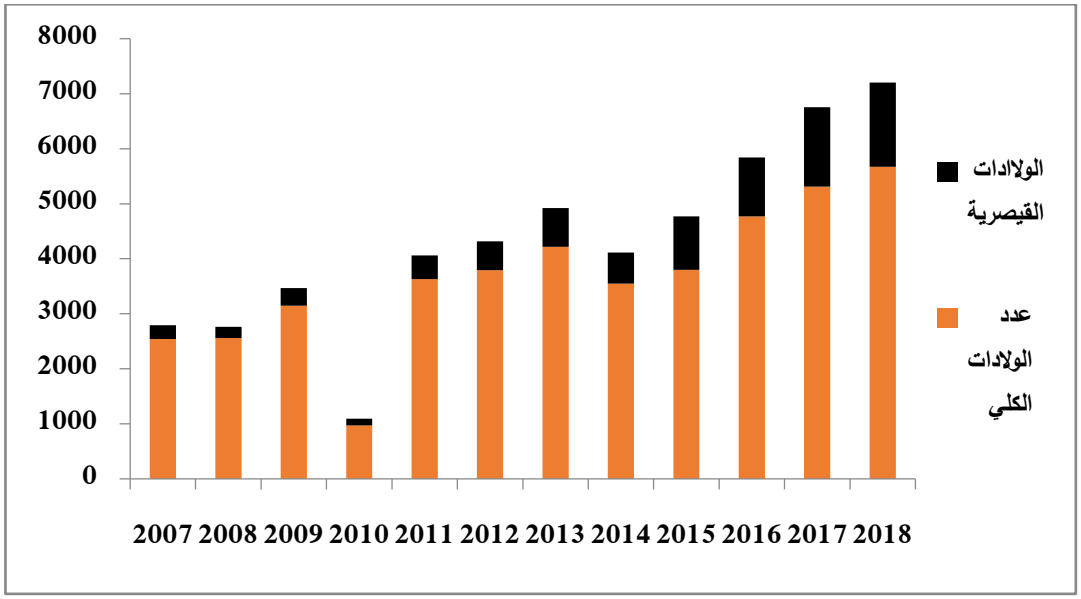


المصدر : من إعداد الطالبة وفق معطيات مديرية الصحة و السكان لولاية أدرار

[29] انظر الملحق رقم 06

و تشغل الولادات القيصرية في المنطقة حيز معتبراً من بين مجموع الولادات إذ نسجل 247 ولادة قيصرية من بين 2545 ولادة ما يقارب نسبة العشرة في المائة (9,71 %) سنة 2007، و 203 من بين 2561 ولادة سنة 2008، 325 من بين 2605 ولادة، لتصل 1529 ولادة قيصرية سنة 2018 من بين 5675 حالة ولادة ما يعادل قرابة 27 % من مجموع الولادات كما يوضح الشكل أدناه:

الشكل رقم 32 توزيع الولادات القيصرية من بين مجموع الولادات في المنطقة



المصدر: من إعداد الطالبة وفق معطيات مديرية الصحة و السكان بولاية أدرار

و تجدر بنا الإشارة هنا إلى لجوء الطاقم الطبي للعملية القيصرية عند تعسر الولادة الطبيعية ولا تعتبر الولادة القيصرية بالمنطقة مؤشر ثراء أو ما شابه لانعدام المراكز الطبية ذات الطابع الخاص التجاري المختصة في توليد النساء و بالتالي فالعملية تتم على مستوى المستشفيات العمومية التابعة للدولة.

خلاصة الفصل

نستطيع القول من خلال ما سبق بان الجزائر عامةً و ولاية أدرار خاصةً يشهدان تحولات ديمغرافية هامة، حيث عرفت الجزائري منذ الاستقلال محطات ديمغرافية عديدة تمثلت في الزيادة السريعة والقوية بادئ الأمر بعيد الاستقلال نهاية سنوات الستينات وبداية سنوات السبعينات ليبدأ في الانخفاض سنوات الثمانينات مع برامج الدولة واستراتيجياتها لتحديد النسل، ليبدأ في مرحلة بعد ذلك تكاد تكون مستقرة.

أما بالنسبة لولاية أدرار فتشهد ديمغرافيا المنطقة تطوراً ملحوظاً أيضاً في عدد سكانها ونكاد نقول أن ولاية أدرار تتبع الوتيرة الوطنية للتطور الديمغرافي في الغالب إلا أنها تتميز عنها بمختلف الخصائص المتعلقة بالمنطقة الصحراوية محل الدراسة

الفصل الرابع:

العوامل المؤثرة والمحددة للخصوبة

- المبحث الأول: المحددات الديمغرافية لخصوبة المرأة العاملة
- المبحث الثاني: المحددات السوسية – اقتصادية لخصوبة المرأة العاملة
- المبحث الثالث: المحددات الاجتماعية لخصوبة المرأة العاملة
- المبحث الرابع: العوامل الثقافية المؤثرة في الخصوبة

المبحث الأول: المحددات الديمغرافية لخصوبة المرأة

تمهيد

تعتبر الولادات من بين أهم أسس و دعائم التركيبة الديمغرافية للسكان من جهة، و من بين أعقد الظواهر الديمغرافية لتداخل عدد كبير من العوامل في هذه الظاهرة من جهةٍ أخرى، و سنحاول في هذا الفصل تبيان دور كل عامل من العوامل الديمغرافية، الاقتصادية، الاجتماعية و الثقافية أيضاً.

أين نستهل الفصل بدراسة العوامل الديمغرافية المؤثرة في الخصوبة كالسن عند أول زواج، عدد الأطفال المرغوب به و مسألة تنظيم الأسرة، ثم العوامل السوسيو– اقتصادية و المتمثلة في تكلفة الطفل، أنواع و مستويات المهن الخاصة بالمبحوثة و زوجها، ثم عامل الدخل الأسري.

كما سنتناول أيضاً كل من العوامل الاجتماعية المحدد لخصوبة المرأة كالعمل أو الشغل، نوع الأسرة و المستوى التعليمي للمبحوثة و زوجها على حد السواء، أما فيما يخص العوامل الثقافية فسنركز على تناول مسألة الطفل الذكر في الأسرة و عامل التدين الشعبي.

المطلب الأول: السن عند أول زواج

إن للوضع الاقتصادي، الاجتماعي و السياسي الدور البارز في تشكيل نمط الحياة عند السكان من خلال التحكم و التأثير في مختلف الجوانب السوسيو– ديمغرافية له.

و يعتبر العمر عند الزواج الأول في الجزائر عنصر من بين العناصر المكونة لنمط الزواج، هذا الأخير الذي عرف محطات مختلفة تباينت حسب الحالة السياسية، الاقتصادية و الاجتماعية للبلاد كما ذكرنا، فالزواج بصفة عامة عند المجتمع الجزائري القديم قبل و خلال الحقبة الاستعمارية تميز بعدة خصائص أهمها:

– صغر عمر الزوجين مع فارق كبير بين سن الإناث و سن الذكور (الزوجين)

" إن فارق السن بين الأزواج يعتبر هاماً، حسب معطيات 1900 – 1905، فإن نساء الأهالي الجزائريين اللائي يتزوجن في سن أقل من 15 سنة يتزوجن برجال يكبروهن بـ: 11 سنة، و هذا الفارق في السن يكون أضعف (9 سنوات) بالنسبة للواتي يتزوجن بين 15 و 19 سنة[1]"

– انخفاض شديد لنسبة العزوبة النهائية عند النساء و عند الرجال بشدة أقل، هذا و قد شكل الزواج العام نسبة من 97%إلى 99% للأشخاص الذين تزوجوا مرة واحدة على الأقل.
– المهر، هذا الأخير الذي كان يسمح للوالدين بشكل واسع التحكم في مصير زواج الإبن بالارتباط بمن اختارها الوالدين بحكم أن المعني بالزواج غير قادر على تحصيل هذا المهر.

و بالتوازي مع التقدم التاريخي و تغير المعطيات السياسية و السوسيو – اقتصادية للبلاد؛ عرف الزواج محددات أخرى له بفضل جملة من العوامل أهمها العامل الاقتصادي المتمثل في دخول الشباب سوق العمل المأجور، و العامل التعليمي من خلال زيادة نسبة النساء المتعلمات، و بالتالي شهد نمط الزواج عند الجزائريين غداة الاستقلال تغيرات متوسطة كالارتفاع الطفيف في سن الزواج الأول، تغير عادات و تقاليد الزواج كاستقلالية الشاب مادياً مما أتاح له بعض المجال

[1] كمال كاتب مقدمة بن يمين ستورا: **أوروبيون أهالي و يهود بالجزائر 1830 – 1962 تمثيل و حقائق السكان**، دار المعرفة، الجزائر، 2011، ص 208.

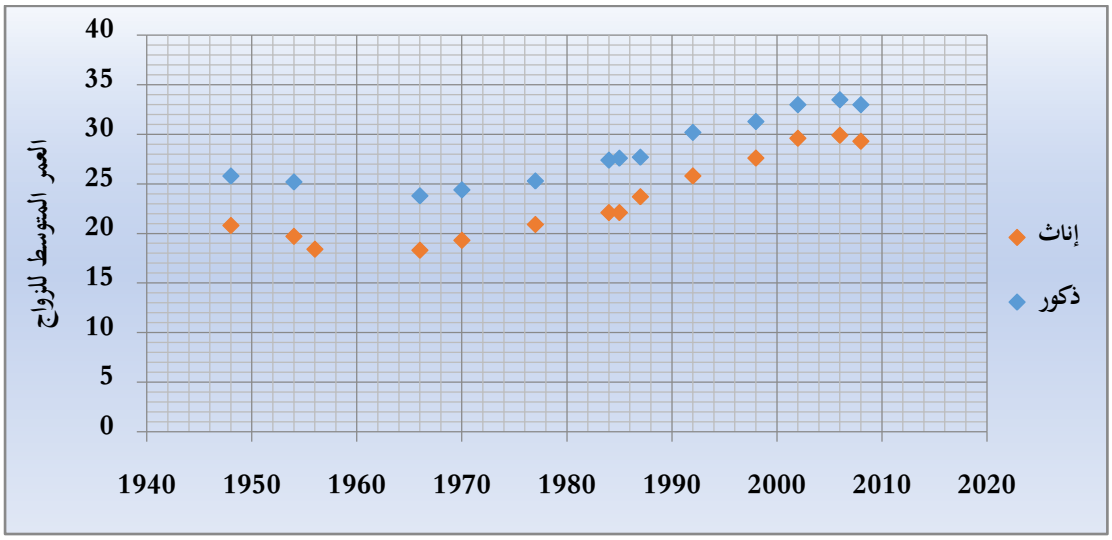
في تقرير حياته الزواجية (ن اختيار الزوجة، استقلالية المسكن، النمط المعيشي و الاستهلاك اليومي... إلى آخره)، ليشهد تغيرات هامة مع خروج القرن العشرين و دخول القرن الواحد و العشرين أبرزها ارتفاع العمر عند الزواج الأول ليُتاخم عتبة الثلاثين سنة (30 سنة) بالنسبة للإناث و يزيد عن ذلك للذكور إضافةً إلى الزيادة الكبيرة في نسب العزاب النهائية.

و منه فإن تطور العمر الوسطي للزواج في الجزائر لا يعود لسبب واحد معين بدقة بل تتداخل فيه الأسباب وتتباين، فمثلاً حدد المشرع الجزائري وفق القانون رقم 11- 84 والصادر بتاريخ 09 جوان 1984 والخاص بقانون الأسرة سن 18 سنة كسن قانوني للزواج بالنسبة للإناث و 21 سنة بالنسبة للذكور، ثم عدل القانون بالأمر رقم 05- 02 بتاريخ 27 فيفري 2005 ليصبح 19 سنة بالنسبة للجنسين، غير أن هذا التعديل لا يعتبر سبب التغير الخاص بتطور العمر الوسطي للزواج بل إن لتزايد نسبة الإناث في التعليم ورغبتهن في مواصلة الدراسة الأثر البليغ على تأخر سن دخولهن في الزواج، فالتعليم يؤخر الزواج و يمدد فترة الدخول في أول زواج وبالتالي يعمل على تقليص فترة الخصوبة الخاصة بالمرأة والتي تتراوح بين 15 و 49 سنة، كما يفتح آفاق جديدة كفرص العمل مثلاً التي تعتبر بديلا عن الدخول في الحياة الزوجية والإنجابية وما إلى ذلك.

وتأثير التعليم على السن المتوسط للدخول في الحياة الزوجية مشترك لدى الإناث والذكور على حد السواء، إلا أن الذكور ونظراً للارتفاع المستمر في غلاء المعيشة ، صعوبات الحصول على وظيفة ومنزل يجعلهم يتأخرون في اتخاذ قرار الزواج إضافةً إلى التكاليف الباهضة المتعلقة بحفل الزفاف و المهر.

وكما يبدو في الشكل أدناه، فقد عرف العمر المتوسط للزواج تذبذباً واضحاً من 1948 إلى غاية 2008، فهو لم يعرف استقراراً أو مجالاً محدداً، فكان يتميز تارةً بالانخفاض وتارةً اخرى بالارتفاع

الشكل رقم 33 متوسط العمر عند أول زواج بين 1948 و 2008



المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، التحقيق الميداني المتعدد المؤشرات.

لكن إجمالا نستطيع القول بأن العمر الوسيطي للزواج في الجزائر تميز بعمر وسيطي منخفض جداً مقارنة بفرنسا أو بتونس على سبيل المثال كما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم 09 مقارنة العمر الوسيطي للزواج (جنس الإناث) بين الجزائر، فرنسا وتونس 1966 [1]

	الجزائر	فرنسا	تونس
العمر الوسيطي للزواج	18,4	23	**21**
نسبة العزاب عند 20 سنة	%18,50	%75	/
العزوبة النهائية (عند 50 سنة)	%1	%10	/

Source : G.Negadi, D.tabutin, J.vallin, la population de l'Algérie, « situation démographique de l'Algérie »

[1] G.Negadi, D.tabutin, J.vallin, la population de l'Algérie: **situation démographique de l'Algérie** , 1974, p : 44

إذ أن ثلاثة أرباع (3/4) النساء في الجزائر يتزوجن قبل بلوغهن 20 سنة (نصفهن قبل 17 سنة) في مقابل ربع (1/4) النساء فقط في فرنسا يتزوجن قبل بلوغهن العشرين سنة.

على العكس في الجزائر انخفض العمر الوسيطي للزواج بعد الحرب العالمية الثانية 1939 – 1945 كالتالي:

1948	**20,1 سنة**
1954	19,7 سنة
1956	18,4 سنة

أما حالياً، فالجزائر تشهد عمراً متوسط للزواج يقدر بـــــــ: 33 سنة بالنسبة للنساء و 35 سنة بالنسبة للرجال[1]،هذه الطفرة في العمر الوسطي للزواج كانت نتيجة عوامل تاريخية، اقتصادية و اجتماعية متباينة عبر مختلف الفترات الزمنية، فالمتتبع لتطور هذا السن يلاحظ أنه عرف قفزة نوعية بعيد الاستقلال أين انتقل من 18,3 بالنسبة للإناث و 23,8 بالنسبة للذكور إلى 30 سنة بالنسبة للذكور و 29 سنة بالنسبة للإناث في التسعينات من القرن العشرين.

ونشير أن للتعليم الدور الفعال والأثر المباشر في تأخر سن الزواج الأول عند الإناث والذكور إذ قدر بـــ: 17,8 سنة عند النساء بدون تعليم مقابل 20,7 للنساء ذوات التعليم الابتدائي أو التعليم عن طريق المدارس القرآنية، و 22 سنة بالنسبة للواتي يرتدن الثانوية أو الجامعة[2]. (حالة الجزائر بعد الاستقلال).

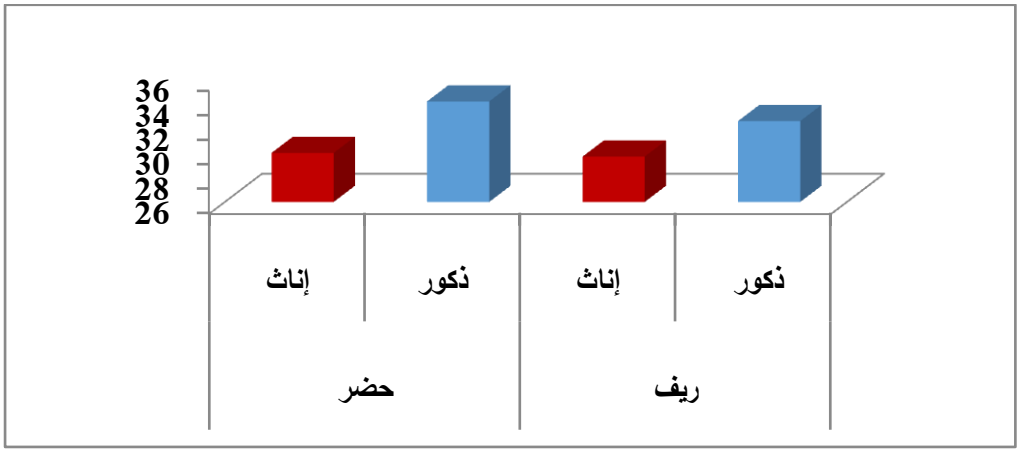
في 1970 النساء المتعلمات يتزوجن متأخرات عن النساء بدون أي مستوى تعليمي بـ: 20 سنة.

في 1992 النساء ذوات المستوى التعليمي الثانوي يتزوجن متاخرات بسبع (07) سنوات عن اللواتي لم يسبق لهن التعلم [3]، واليوم يتأخر سن الزواج بالنسبة للفتيات أكثر فأكثر بحيث نجد فتاة من بين ثلاثة فتيات تتزوج بين 15 و 19 سنة، 41,5% بين 20 و 24 سنة، في حين امرأة من بين خمس

[1]ZahiaOuadah-bedidi:**avoir 30 ans et être encore célibataire : une catégorie émergente en Algérie**, presses de sciences Po (P.F.S.P), N 34, 2005, p : 40.
[2]IbidNegadi et autres , p 45
[3]IbidZahiaOudah , p 39.

تتزوج في سن الخامس والعشرين أو أكثر [1]، كما أن لعامل منطقة السكن الدور الكبير في تعجيل أو تأخير سن الزواج إذ نلاحظ الفارق الكبير بين متوسط أعمار الدخول في أول زواج بين المقيمين في الريف وبين المقيمين في الحضر كما يوضحه الشكل التالي:

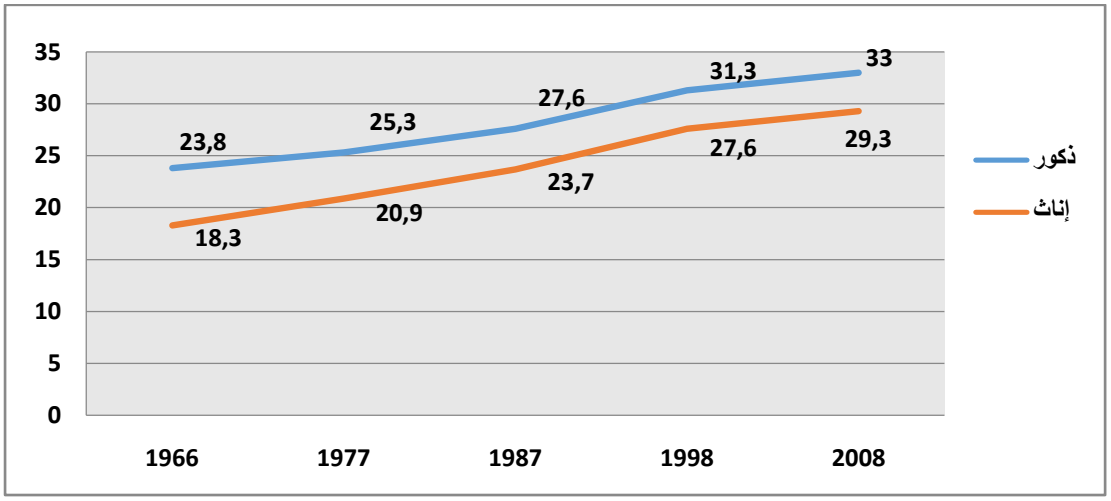
الشكل رقم 34: تطور العمر الوسطي للزواج الأول للجنسين



المصدر: MICS 3 algerie 2006

وحسب المنطقة الجغرافية، تتزوج الفتيات في الصحراء أبكر من الفتيات في الغرب الجزائري بعمر 28,4 سنة و 29,6 سنة على التوالي، على العكس في الوسط والشرق الجزائري أين نجد الفتيات يتزوجن في سن متأخر بكثير (30,2 سنة).

الشكل رقم 35: تطور العمر الوسيطي للزواج الأول في الجزائر للجنسين حسب التعدادات الخمس



المصدر: من إعداد الطالبة وفق معطيات التعدادات الخمس

[1]Enquete nationale à indicateurs multiples, rapport pricipal, decembre 2008, p 104

ويظهر لنا جليا من خلال المنحنى أدناه تطور متوسط العمر عند الزواج في الجزائر حيث شهد انخفاظاً واضحاً في الستينات وهو ما يفسر برغبة الشعب في الإنجاب لتعويض الخسائر البشرية الناجمة عن الحرب، كما يفسر أيضاً بالاستقرار والأمن وهو ما أتاح الفرصة للدخول في الزواج مبكراً.

ونلاحظ بأنه وصل إلى أعلى سن سنة 2006 أين قدر بـــ: 33,5 سنة بالنسبة للذكور و 29,9 سنة بالنسبة للإناث.

و لا يسعنا فهم هذا التطور دون تفسير ظاهرة العزوبة والعزوبة النهائية فهي الوجه الآخر الناتج عن متوسط العمر عند الزواج للجنسين، فالعزوبة تأخذ حيز كبير بين الفئات العمرية للجنسين، بل و يزداد حجم نسبة العزاب في المجتمع يوماً بعد يوم.

وقد شهد تطور الخصوبة في الجزائر حركتين متناقضتين، الأولى تبدأ 1948 إلى غاية 1966 أين انخفضت نسبة العزاب في كامل الفئات العمرية قبل أن تعرف ارتفاعاً دام إلى غاية 2002.

في 1998 أحصينا أكثر من 3 % من النساء المتزوجات والتي تتراوح أعمارهن بين 15 – 19 سنة مقابل تقريباً 50 % في 1966.

اليوم، تمثل نسبة النساء العازبات في الفئة العمرية 20 – 24 سبع (07) مرات ضعف ما كانت عليه سنة 1966، و أكثر من ذلك بالنسبة للفئة العمرية 25 – 29 سنة بمقدار 11 مرة ضعف[1]

بلغت نسبة العزوبة عند الذكور 52,9 % مقابل 44 % للإناث[2] ، والملفت للانتباه أن نسب العزوبة في المناطق الريفية أعلى منه في المناطق الحضرية حيث بلغت في المناطق الريفية 49,2 % مقابل 47,7 % في المناطق الحضرية وبلغت نسبة العزوبة في المناطق الريفية عند الذكور 53,1 % ويقابلها 52,7 % في المناطق الحضرية، أما عند الإناث فوصلت نسبة العزوبة في المناطق الريفية 45,3 % و 42,7 %في المناطق الحضرية حسب 2006 MICS3.

[1]Ibid, ZahiaOuadah-bedidi

[2]بوهراوة عز الدين:**تغير الزواج والخصوبة في الجزائر**، رسالة ماجستير، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2013 – 2014، ص 64.

المطلب الثاني: عدد الأطفال المرغوب في إنجابه

يعد عدد الأطفال المرغوب في إنجابهم في الأسرة –والذي عادة ما يسمى بالأدبيات الديموغرافية– بحجم الخصوبة المفضلة مؤشرا هاما وجيدا للدلالة على الخصوبة الفعلية، خاصة في حالة غياب التعدادات والمسوحات السكانية (شريطة توفر وسائل ضبط الخصوبة المختلفة وخاصة الحديثة منها) في المجتمع قيد الدراسة. كما ويعد التغير في حجم الخصوبة المفضلة والذي يمثل عنصر الخيار الشخصي بالنسبة للأفراد متطلبا مسبقا لتحقيق التغير في حجم الخصوبة الفعلية، كما ويتضمن هذا المفهوم تصريحا علنيا من قبل الأفراد حول عدد الأطفال المرغوبين في الأسرة. وفي هذا السياق لابد من الإشارة إلى كثير من الدراسات التي تعرضت لمفهوم الخصوبة المفضلة في الدول النامية والتي اعتراها الكثير من أوجه القصور بسبب عدم قدرة الأفراد في هذه المجتمعات على تحقيق هذه الرغبات نتيجة لاتجاهاتهم "الدينية القوية" والتي تنظر إلى مثل هذا المفهوم "عدد الأولاد المرغوب في إنجابهم في الأسرة" على أنها قضية قدرية "ترجعإلى مشيئة الله وقدره" أو نتيجة عوامل أخرى تتعلق بخلفية الأفراد أنفسهم.

قراءة الصحف والمجلات والسلوك الإنجابي:

تكمن أهمية متغير قراءة الصحف والمجلات في هذا السياق في أن تعرض الفرد لمثل هذه الوسائل الاتصالية لها دور هام وحاسم في تقديم معلومات عن وسائل تنظيم الأسرة وأنواعها وطرق استخدامها، كما وتؤثر هذه الوسائل الاتصالية بدورها في تعزيز الاتجاهات الإيجابية لدى الفئات المتعرضة لمثل هذه الوسائل، وتعمل على زيادة الحوافز لدى هؤلاء الأفراد لتعديل سلوكهم الإنجابي. كما ويمكن أن تقود وسائل الاتصال هذه إلى تبني مواقف تتناقض مع حجم الاتجاهات والقيم المعززة للحصول على أسرة كبيرة الحجم نسبيا. وكذلك فإن هذه الوسائل الإعلامية يمكن أن تؤدي لتبني الأفراد في المجتمع لأفكار جديدة، وقيم حديثة تدفع الأسر باتجاه تغيير سلوكهم الإنجابي وتعديله كليا.

ويبدو أن العقود الثلاثة الأخيرة من القرن العشرين شهدت بداية محمومة للاهتمام بالرسائل الإعلامية والبرامج الموجهة من قبل وسائل الإعلام الجماهيرية حول السلوك الإنجابي وقضاياه وأبعاده، مما أسهم بصورة كبيرة في بلورة اتجاهات ومواقف أكثر مرونة وإيجابية نحو استخدام موانع الحمل، ووسائل تنظيم الأسرة وقضايا السكان وأبعادها المختلفة في المجتمع.

القرارات الإنجابية داخل الأسرة والسلوك الإنجابي:

ويقصد بها تلك القرارات ذات العلاقة في (النقاش والتفاهم بين الزوجين حول قراراتهم الإنجابية، المشاركة في صنع القرارات الإنجابية داخل الأسرة، موافقة الزوج للزوجة باستخدام إحدى وسائل منع الحمل، تشجيع الزوج للزوجة لتنظيم الأسرة)، وغيرها من القرارات المرتكزة على أطر نظرية للتفاهم والنقاش بين الزوجين (Discussion,Theory)، والتي تعد مقوما رئيسيا ومسبقا لتبني استخدام إحدى وسائل منع الحمل. إذ تنعكس مثل هذا القرارات واتجاهاتها على تسهيل وتحسين العلاقة بين الزوجين في رفع مستوى المعرفة، وتجنب بعض الولادات الخطرة وغير المرغوب فيها. إضافة لذلك فإنها تحسن طرق التفاهم بين الزوجين، والذي من شأنه أن يزيد من عدد مرات الاتصال الجنسي بين الزوجين، كما يزيد من ميول هؤلاء الأزواج لخفض خصوبتهم.

ويتضمن هذا المفهوم:

- الاتفاق والتفاهم بين الزوجين حول عدد الأطفال المرغوبين في الأسرة.
- الاتفاق والتفاهم بين الزوجين حول استخدام إحدى وسائل منع الحمل.

ويتضمن هذا الاتجاه:

- من يقرر مثل هذا الاتجاه.
- مدى تشجيع الزوج لاستخدام إحدى وسائل منع الحمل.
- موافقة الزوج على استخدام إحدى وسائل منع الحمل (HusbandApproval).
- النقاش بين الزوجين حول حجم الأسرة المرغوبة، واستخدام إحدى وسائل منع الحمل.

وتعد مثل هذه المتغيرات مؤشرا هاما على مكانة المرأة الاجتماعية، فزيادة درجة مشاركة المرأة بصنع مثل هذه القرارات الإنجابية داخل أسرتها يزداد احتمال ارتفاع مكانتها في الأسرة[1].

[1] منير كرادشة، مرجع سابق ص 119

المطلب الثالث: تنظيم الأسرة

يرتبط مفهوم الحمل بمفهومي ضبط النسل وتنظيم الأسرة رغم الاختلاف الكبير بين هذه المفهومات، إذ يقصد بضبط النسل وقفه مرحليا لفترة معينة وهو يختلف عن عملية تحديد النسل الذي يعني إيقاف الإنجاب بعد عدد معين من الأطفال.

وبذلك نجد أن ضبط النسل أكثر من مجرد صورة سلوكية لتحديد حجم الأسرة، فهو عملية لتنظيم خصوبة الأسرة ، وهو يتجاوز فكرة إنجاب عدد من الأطفال المرغوب فيهم، ويهتم بالتخطيط الزمني للفترات التي تتوسط بين كل مرة وأخرى من مرات الإنجاب.

ويرتبط مفهوم ضبط النسل بمفهوم منع الحمل مادام أن عملية الضبط تعتمد على وقف النسل مرحلياً باستخدام وسيلة أو أكثر من وسائل منع الحمل.

ولكن مفهوم تنظيم الأسرة – في الواقع– هو مفهوم أوسع كثيراً من مجرد ضبط النسل أو تحديده أو منعه، فهو قد يشمل واحداً منهما أو كليهما معاً حسب ما تقتضي سياسة وهدف استراتيجية الأسرة، لذلك فإن هذا المفهوم ينطوي على مضامين نفسية واجتماعية، وتوزيع المسؤليات، وتحقيق التضامن بين أعضاء الأسرة، والعمل على المواءمة بين أهداف الأسرة ووظائفها الاجتماعية وبين وسائل تحقيق هذه الأهداف وإنجاز تلك الوظائف[1].

ويقصد بتنظيم الأسرة العملية التي يقررها الزوجان من أجل تحديد عدد الأولاد، وتحديد التباعد في الولادات بينهم، وقد عَرَّفَ المؤتمر الإسلامي الذي عقد في الرباط سنة 1971 تنظيم الأسرة بأنه:" قيام الزوجين بالتراضي بينهما وبدون إكراههم باستخدام وسيلة مشروعة ومأمونة لتأجيل الحمل أو تعجيله بما يتناسب مع ظروفهما الصحية، الاقتصادية، والاجتماعية وذلك نطاق المسؤلية نحو أولادهما وأنفسهما"[2].

ويعرف في معجم العلوم الاجتماعية على أنه: تنظيم يشمل الوسائل التي يستعان بها لخفض عدد المواليد بمنع الحمل، وقد تنوعت هذه الوسائل وتطورت، أهمها الإحجام عن الزواج حتى سن

---

[1] مصطفى خلف عبد الجواد:**علم اجتماع السكان**، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن، الطبعة الثانية،ص 162

[2] أحمد عبد الحكيم بن بعطوش:**التخطيط العائلي وتأثيره على القيم الاجتماعية في الأسردالريفية** ، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع العائلي، جامعة الحاج لخضر – باتنة – الجزائر، 2014/2013 ، ص 44.

متقدمة، الامتناع عن الاتصال الجنسي بين الزوجين، والقذف في الخارج وإطالة فترة الرضاعة، ولما تقدمت العلوم الطبية والبيولوجية ابتدعت وسائل سهلة الاستعمال لا تتنافى مع العلاقة الطبيعية بين الزوج والزوجة وهي ألية وكيميائية"[1]

أما المعجم الديموغرافي المتعدد اللغات فيعرف تنظيم الأسرة كالتالي:

" في تنظيم الأسرة تلوح الوالية المسؤولة أو الوالدية المنظّمة وهي أن للأبوين موقفاً واعياً تجاه نسلهما.

وقد يختلف عدد الأولاد الذي يتوقعان مجيئه وينشدانه عن عدد الأولاد الأمثل في رأيهما، وربما يزيد العدد على ما ينشدان لأسباب منها إخفاق منع الحبل، وتكرر هذا الإخفاق متوقف على قلة نجوع منع الحملمن الناحيتين: النجوع السرسري أي النجوع النظري الذي هو مدى وثاقة الطريقة حين تتبع دائماً حسب التوصيات والنجوع العملي أي نجوع الاستعمال الذي هو قياس وثاقة الطريقة حين تستعملها في أيامها طائفة من السكان. ونجوع الاستعمال هذا عند بحث احتمال الحبل الثُمالي يقاس عادة بمعدل إخفاق منع الحبل وهي نسبة حالات الحبل غير المرغوب فيها إلى مدة التعرض لاحتمال الحبل[2]، وفكرة تنظيم النسل أو التخطيط العائلي ليست فكرة حديثة الساعة بل هي قديمة قدم التاريخ إذ نجد المجتمعات البدائية استعملت الإجهاض أو قتل أطفالها لسببٍ أو لآخر، كما نجد أن "أفلاطون" بجمهوريته الخيالية أراد أن يحدد عدد السكان بقتل المولودين الجدد والمحافظة عل النوعية الجيدة وذلك بإبادة المعوقين وحدد زواج الرجال بالنساء من نفس الطبقة وخاصة الطبقة الحاكمة وذلك تحت إشراف الدولة[3].

ولم تكن الجزائر في عهد مضى مهتمة بالقضايا السكانية بشكل عام بل على العكس من ذلك إذ لم تتبنى أي استراتيجية أو سياسة سكانية لاعتبارات تاريخية حربية وهي تلك الفترة الزمنية الحربية الطويلة التي مرت بها بها الجزائر وبالتالي نستطيع القول أن المسار الديموغرافي للشعب الجزائري كان

---

[1] نخبة من الأساتذة العرب: **معجم العلوم الاجتماعية**، مصر، 1975.

[2] اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا :**المعجم الديموغرافي متعدد اللغات** ، السفر العربي، الطبعة الثانية، ص 122

[3] علي عبد الرزاق جلبي: **علم اجتماع السكان**، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1984، ص 47

طبيعياً لا تحكمه أية قواعد أو قوانين إلى أن دُقَّ ناقوس الخطر جراء القنبلة الديموغرافية التي عرفها التاريخ الديموغرافي للجزائر بعيد الاستقلال.

ونجد أول المنظمات التي نبهت الدولة لخطر التزايد المتسارع والرهيب لعدد السكان " الجمعية الجزائرية للبحوث الديموغرافية، الاقتصادية والاجتماعية A.A.R.D.E.S " والتي أنشئت سنة 1964 ونادت إلى ضرورة تبني سياسة التخطيط العائلي لما له من انعكاسات إيجابية على المجتمع وعلى صحة الفرد.

واستمرت المنادات بضرورة تبني هذه السياسة عبر مختلف المؤتمرات العالمية الخاصة بالسكان وبالمسائل السكانية وأولها المؤتمر العالمي بمدينة بوخارست المجرية سنة 1974 أين ندد الوفد الجزائري بالسياسة السكانية وطالب باستراتيجية سكانية تضمن تحقيق التقدم وترفع نوع المعيشة من خلال الاستثمار في تعليم المرأة و تشجيعها للخروج إلى العمل وهي نقطة تقاطعت واشتركت فيها تقريباً كل الدول المشاركة بالمؤتمر.

نذكر أيضاً جهود جبهة التحرير الوطني والاتحاد العام للنساء الجزائريات اللذين أكدا لمرات عدة بضرورة التحكم في الزيادة السكانية من أجل القدرة على ضمان مستوى معيشي جيد للسكان.

وقد ورد في اللائحة الاقتصادية والاجتماعية الصادرة عن المؤتمر الرابع لحزب جبهة التحرير الوطني سنة 1980 ما يلي:

" إنه لمن الضروري وفي إطار سياسة صحية شاملة السهر بصفة خاصة على حماية المرأة والطفولة بهدف التوصل إلى توازن عائلي يتماشى مع نمو ديموغرافي يكون منسجما مع وتيرة نمو اقتصادنا"، أما المؤتمر الاستثنائي للحزب في جوان 1980 فقد الح على " ضرورة ضبط سياسة عائلية عن طريق برامج عمل ملائمة تهدف إلى وضع تخطيط للولادات يقوم على الرضا الفردي والجماعي "[1]

[1] أحمد عبد الحكيم بن بعطوش، مرجع سابق، ص 69.

المبحث الثاني: المحددات السوسيو – اقتصادية لخصوبة المرأة

المطلب الأول: تكلفة الطفل

« Un enfant, ça coûte » تبتدئ الباحثة Olivia Ekert–Jaffé مقالها حول تكلفة الطفل بهذه العبارة والتي تعني: "طفل واحد، يكلف" [1] و تقول أن كل الدراسات قامت على أساس هاته المقولة البسيطة، إلا أنها لم تتوصل إلى مفهوم واحد – وهو ما يجمع عليه كل الباحثين في المسألة – فتقول أن بعضهم يشير إلى مستوى معيشة الأسرة، وبعضهم يسميه بتكلفة الطفل، وآخرون بمقياس الاستهلاك. وتُرجع ذلك إلى كون أن كل باحث قام بتناول المسألة نسبةً إلى تخصصه كالبيولوجيين، الديموغرافيين، الاقتصاديين، وعلماء الاجتماع.

يصعب فهم التكلفة الأسرية للطفل، كيفما كان النهج سواءاً اقتصادي كان ، معياري أو شخصي يبقى تعريف تكلفة الطفل يواجه صعوبات عديدة، وتختلف النتائج حسب نوع العائلات وحسب الفرضيات المبلورة في الدراسات.

ولا يوجد نموذج توصل إلى إجابة نهائية عن الثلاث أسئلة المتداولة الطرح:

1. هل تختلف حصة الطفل (التكلفة) حسب رتبته بين إخوته؟
2. هل تختلف حصة الطفل (التكلفة) حسب سنه؟
3. هل تختلف حصة الطفل (التكلفة) حسب دخل الأسرة؟[2]

[1]Ekert-Jaffé Olivia:**Chiffrer une évolution du coût de l'enfant ? Changement de société**, mise en cause des concepts. In:
Population, 49e année, n°6, 1994. **L'enfant dans la famille, vingt ans de changements**. pp. 1389-1418;
http://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_1994_num_49_6_4142

[2]Andrea caizzi, **faut-il indexer les allocations familiales sur le cout réel des parents en fonction de l'âge ?** caisse nationale des allocations familiales (CNAF), informations sociales, www.cairne.info/revue-informations-sociales-2007-1.htm, p 107

التكلفة المباشرة للطفل:

هناك من يرى أنه يمكن حساب التكلفة المباشرة للأطفال من خلال التحقيقات التي تقام حول الميزانية داخل العائلات والأسر [1]، وذلك من خلال مقارنة مصاريف عائلتين بنفس المستوى المعيشي مع وبدون أطفال.

هذه الطريقة تسمح لنا بحساب الاستهلاك الإضافي بسهولة (لكل نوع من المصاريف: كالسكن، التعليم، ...إلى آخره) الذي يعتبر وجود الطفل العامل الأساسي فيه.

وبالرغم من تعدد المناهج والطرق إلا أنه توجد ثلاث نتائج فقط مستخرجة من الطرح:

- يمتص الطفل الواحد حوالي من 15 % إلى 30 % من الميزانية مقارنة بميزانية زوجين بدون أطفال، وتختلف هذه النسبة حسب عدة عوامل كرتب ميلاد الأطفال، عمرهم، المستوى التعليمي ، ودخل الوالدين... إلى آخره.
- تكلفة الطفل الأول دائماً تكون مرتفعة مقارنةً (نسبةً) إلى الأطفال الأصغر بعده، وذلك بسبب المدخرات الناتجة جراء تقاسم واشتراك البُنَى التحتية (كالغرفة) أو إعادة استعمال الملابس أو أشياء أخرى.
- تكلفة الطفل ترتفع مع العمر ، وترتكز الزيادة عند فترة المراهقة وعند الانتقال إلى سن الرشد، خلال السنوات الأولى تتعلق التكاليف بالمصاريف الغذائية والسكن، بعدها مصاريف الدراسات العليا ومصاريف التنقل والهوايات.

[1]OCDE 2011, tendances de la fécondité : **quels ont été les principaux ressorts ?dans assurer le bien-être des familles** , éditions OCDE, chapitre 03, P 114 - 115

التكلفة غير المباشرة للطفل[1]:

ترتبط التكاليف غير المباشرة للطفل بتكاليف الفرص البديلة التي يتحملها الوالدين عندما ينقصان من نشاطهما المهني من أجل رعاية أطفالهما، وغالباً ما يكون عمل المرأة أقل مكافأة من زوجها لأن الأم هي التي تقلل من ساعات عملها وليس الأب مما ينقص عائدها التقاعدي.

بيكر والاقتصاد الجديد للأسر:

يعتبر النموذج الميكرو– اقتصادي الطفل على أنه أصل طويل الأمد، يحسن القيمة من خلال إنتاج الخدمات المنزلية والدراسية والنشاطات المكلفة بالوقت مثل تلك المكلفة بالمال.

ومن خلال هذا المنطلق يفسر اختيار الخصوبة على أنه تحكيم بين تكلفة الطفل التي تعتمد في الأصل على السياسة الأسرية وعلى أنه استثمار من حيث أنه رأس مال بشري.

صياغة إشكالية كهذه قد تبدو غامضة و مدهشة ، ولكن ببساطة طلب الحصول على طفل يتطلب الوقت والمال، وأن القدرة على الاستثمار في تعليم هؤلاء الأطفال تعتمد على عدد كبير من المتغيرات، عدد منهم اقتصادي (عمل الأم، مستوى دخل الأسرة، تكاليف أجهزة راية الطفل، تكاليف البرنامج الدراسي ... إلى آخره).

و الإيجابي من المواصفات المعتمدة من طرف نظرية "بيكر" أنها تجعلنا نفرق بشكل جيد بين التكاليف المالية الخالصة وبين المنفعة (opportunité)، فالطفل هو المال / أو الوقت، والوقت هو المال، ولكن ليس بنفس القيمة عند الجميع[2].

ويعتبر الأطفال مصدر مباشر للتكاليف بالنسبة لآبائهم: تكاليف مالية مباشرة على شكل مشتريات إضافية من السلع ومن الخدمات، بالإضافة إلى وقت العمل المنزلي غير المدفوع الأجر.

---

[1] يمكن تحميل المرجع من خلال الرابط التالي للاطلاع أكثر حول النظرية https://brunofvieira.files.wordpress.com/2012/12/gary-becker-a-treatise-on-the-family.pdf

[2] caisse nationale des allocations familiales (CNAF), informations sociales, **cout de l'enfant et budget des familles**, www.cairne.info/revue-informations-sociales-2007-1.htm,

مجموع تكاليف الطفل المباشرة هي ذات أهمية كبيرة بالنسبة للأسر ويمكن تقدير النفقات النقدية المنزلية للأطفال بمبلغ 145 مليار يورو سنة 2012، ويمكن تقدير المساهمات في شكل العمل المنزلي غير المدفوع الأجر بنحو 190 مليار يورو أي ما مجموعه أكثر من 330 مليار يورو لنفس السنة (2012) أو حوالي 20000 كمتوسط لكل طفل دون سن العشرين[1]

فكما قد زاد الاهتمام بموضوع قيمة الطفل الاقتصادية، مع التركيز على التمييز بين الذكور والإناث من ناحية العوائد والتكاليف الاقتصادية المتوقعة من إنجابهم، وربط ذلك بمنحنيات العرض والطلب على الأطفال حسب نوعهم الاجتماعي. فالطفل ضمن هذه الرؤى هو سلعة من السلع الكثيرة الكمالية والمتنافس عليها، فزيادة عدد الأطفال الباقين على قيد الحياة من الذكور والإناث يزيد الضغط على الإسكان، واللوازم الضرورية والكمالية، وتطور الحاجات والرغبات الاجتماعية والترفيهية، وزيادة التركيز على الاستثمار في تعليم الأطفال، الذي يكون عادة مكلفا خاصة في المراحل العليا، إضافة إلى تلبية حاجاتهم –خاصة أثناء الطفولة–، بالتالي تزداد تكاليف تنشئة الطفل ويرافق ذلك زيادة الأعباء الزواجية الأخرى، والتي تبدأ بترتيبات الزواج والمهر، والذي من شأنه أن يحد من إنجاب المزيد من الأطفال ويؤخر العمر عند الزواج.

كما أشارت الدراسات ذات العلاقة، إلا أن صافي قيمة الطفل Net Price of Child لها علاقة قوية بالخصوبة، لأن زيادة التكلفة المترتبة على إنجاب الأطفال نتيجة لزيادة الاهتمام بنوعية الطفل، يسهم بصورة فاعلة في خفض درجة الاهتمام بجنسه، وبالعدد المرغوب فيه من الأطفال المرغوب في إنجابهم، وهنا يمكن الإشارة إلى أهم العوامل المحددة لقيمة تكلفة إنجاب الأطفال في الأسرة، هي حسب أهميتها:

1 – تكاليف التعليم.

2 – الفرصة البديلة (الضائعة) لوقت الأم.

3 – تفضيل إنجاب الأطفال الذكور.

4 – طموح المستهلك من السلع الكمالية ومقارنتها بالعوائد والتكاليف، التي تختلف لكل من الذكور والإناث حسب التفضيلات الموجودة. بالتالي فإن الأزواج يفضلون إنجاب الجنس الذي يحقق أعلى عائد مستقبلي بأقل التكاليف المتوقعة، وإن وجود السلع الكمالية المنافسة للأطفال وارتفاع

[1]Antoine math, **une estimation des couts indirect des enfants en terme de pertes de carriére, de salaires et de droits à retaite pour les femmes**, La Revue de l'IRES, 2014/4 , n 83

أسعارها يؤدي لزيادة الطلب على الأطفال، وكلما تحسنت الأذواق اتجاه هذه السلع المنافسة، فإن الطلب على الأطفال ينخفض. وبشكل عام يمكن الإشارة إلى جملة العوامل الرئيسية المؤثرة على عدد الأطفال المرغوبين في الأسرة والتي يمكن تحديدها بما يلي:

أ – عوائد وتكلفة الطفل.

ب –الفرصة البديلة للإنجاب.

ج – الأذواق والتفضيلات الشخصية.

د – الدخل والثروة.

هـ – عدد الأطفال في الأسرة وجنسهم.

وهناك عاملان رئيسان بين هذه العوامل لهما علاقة بتفضيل إنجاب الذكور: الأول تكلفة وعوائد الطفل، حيث أشارت الدراسات إلى أنه لا يوجد مقياس مباشر لهذا المتغير، بالتالي تم اختيار تكلفة تعليم كل من الذكور والإناث كمؤشر لذلك، والعامل الآخر هو الأذواق والتفضيلات الشخصية التي تتأثر بتفضيل إنجاب الذكور على الإناث. فالنساء اللاتي لا يفضلن إنجاب جنس آخر لديهن درجة تحضر أكثر من غيرهن، ويرغبن بعدد أقل من الأطفال. وبهذا الصدد أشارت الدراسات ذات العلاقة إلى أن هناك أربعة عوامل رئيسة تؤثر على عدد الأطفال المرغوب بهم هي عدد الباقين على قيد الحياة، ومكان الإقامة، ومستوى التعليم، وتفضيل الجنس.

وبصورة عامة تعتبر المداخل البيولوجية والاقتصادية والثقافية مداخل ضرورية وهامة لفهم أبعاد ظاهرة تفضيل إنجاب الأطفال الذكور وتقدير انعكاساتها وتأثيراتها المختلفة على السكان ومواقفهم. وتمثل هذه الظاهرة (تفضيل إنجاب الذكور) بمضامينها المختلفة قصوراتسيكلوجية لدى كثير من النساء، بحيث يجعلهن يتصرفن بشكل لا شعوري نتيجة الشعور منذ الصغر بتقدير الذات أقل مما هو لدى الذكور في الأسرة والمجتمع. وهذا المدخل يقود إلى التأكيد على أن مشكلة تفضيل الذكور ترتهن كثيرا بالنوع الاجتماعي للمولود الأول، إلا أن الواقع في معظم المجتمعات يشير إلى أن هذا التفضيل موجود عند جميع مستويات المواليد، حتى بالنسبة للمجتمعات التي لا ينخفض فيها تفضيل الذكور، وذلك من أجل الحفاظ على اسم العائلة. وبصورة عامة يمكن القول بأن تفضيل إنجاب الأطفال الذكور موجود عند جميع المستويات من المواليد مع اختلاف شدته من مولود لآخر، ومن امرأة لأخرى خاصة في المجتمعات النامية، وهذا يدل على أن هناك عوامل نفسية واجتماعية وثقافية مختلفة نابعة سواء

من الفرد ذاته أو من طبيعة البناء الاجتماعي والتقاليد الموروثة التي يعيش ضمن نطاقها الفرد، والتي تجعله يرغب في إنجاب الذكور أكثر من إنجاب الإناث.

وتعتبر المجتمعات الشرقية والمجتمعات العربية على وجه الخصوص من المجتمعات ذات الهياكل الاجتماعية المتوارثة، ورغم مظاهر التقدم والتحديث إلا أن كثيرا من العادات والقيم الموروثة ما زالت موجودة، خاصة فيما يتعلق بتفضيل إنجاب الذكور على الإناث[1].

المطلب الثاني: أنواع ومستويات المهن:

لم تحدث قائمة المهن الشاقة في الجزائر منذ 1980 إلا مؤخراً جراء التطور السريع في المجالات العديدة حيث ظهرت أعمال جديدة في ظروف جديدة أيضاً كالعمل في قطاع المحروقات في الجنوب الكبير مثلاً ، ناهيك عن الأعمال التي أصبحت تتطلب جهداً فكرياً أو ذهنياً كالعمل في قطاع التعليم تحت ضغوطات معينة كالكثافة أو الوقت.و من أجل ذلك تم تعديل قانون التقاعد (م شروع القانون التمهيدي المعدل للقانون 83-12 المتعلق بالتقاعد والذي يلغي الامر 97-13 المؤسس للتقاعد النسبي والتقاعد دون شرط السن)، وقد أعدت اللجان المختصة عن قائمة من ثلاث مستويات جمعت تحت كل مستوى مجموعة من المهن حسب ظروف و شدة خطر العمل، حيث جمعت في المستوى الأول المهن الشديدة أو العالية الخطورة كعمال الموانئ، المناجم، عمال الآبار في سوناطراك وعمال البترو-كيمياء ، أما المستوى الثاني فقد جمع المهن المتوسطة الخطورة كممارسو الصحة العمومية والتمريض، عمال ورشات البناء، عمال التربية وعمال نفطال ، أما المستوى الثالث والأخير فيضم المهن الضعيفة الخطورة كعمال النظافة للبلديات وعمال التطهير وعمال المدابغ وقطاع النسيج وعمال قطاع الفلاحة وأغلب العاملين في ولايات الجنوب في مختلف القطاعات[2].

وبما أن الدراسات أثبتت وجود العلاقة بين المهنة والخصوبة ، فسنحاول من خلال هذا المطلب تبيان شكل هذه العلاقة من خلال مختلف النظريات و من خلال المعطيات الإحصائية أيضاً.

---

[1] منير كرادشة، علم السكان ، مرجع سبق ذكره ص 103

[2] غنية توات :**هذه هي المهن الشاقة التي ستستفيد من تخفيض في "التقاعد "بعد أن قسّمت ل3 مستويات أخطرها شملت عمال المناجم والآبار والدواكرة**،جريدة الفجر اليومية، 06 ديسمبر 2016

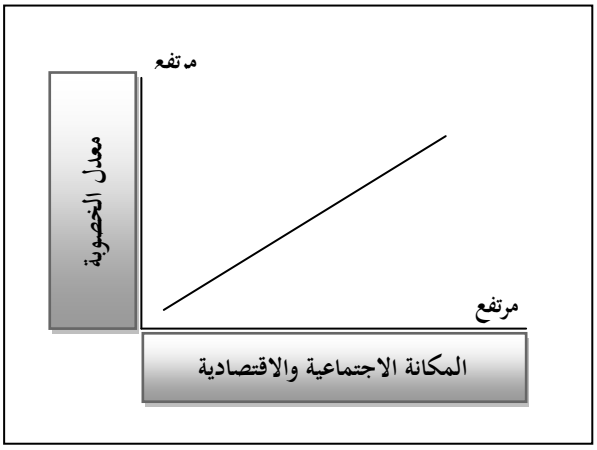
أولا: تتضارب النظريات الدارسة للخصوبة من خلال المهن فنجد منها ما يؤكد وجود العلاقة الطردية بين المتغيرين، أي أنه كلما ارتفع المستوى المهني كلما زاد عدد الأطفال كدراسة " كيسر – Kiser " التي أجراها على جماعة من سكان الولايات المتحدة في الفترة ما بين عامي 1900و 1910 والتي خلص من خلالها إلى نتيجة مفادها أن المستويات العليا لا تنجب أطفالاً بنفس معدل المستويات المهنيد الدنيا، بحيث كان سكان المهن العليا ينجبون أطفالاً بمعدل أكبر من أصحاب المهن الدنيا[1].

وهو ما كشف " هل – Hull " و زملاؤه أيضاً في دراسة قاموا بها في أندونيسيا عن وجود تلك العلاقة الطردية، بحيث وجدو أن نساء الطبقة العليا في أندونيسيا يحصلن على تغذية أفضل كما يتزوجن زيجات مستقرة مما يجعلهن أكثر إنجاباً، على العكس من نساء الطبقة الدنيا الأقل إنجاباً ويعملن كمربيات لأطفال الطبقة العليا[2].

وقد انتهت دراسة مصرية عام 1966 في إحدى القرى "سنديون" والتي حاولت أن تربط أيضاً بين الخصوبة بمفهوم عدد الأفراد الذين تم إنجابهم خلال عام وبين والمستأجرين والتجار وملاك الأرض الزراعية انتهت إلى نفس النتيجة التي انتهت إليها دراسة "كيسر"، والتي مؤداها أن سكان المهن العليا ينجبون بمعدل أكبر من سكان المهن الدينا بحيث كان معدل إنجاب ملاك الأرض 6.6 ومعدل إنجاب العمال الزراعيين 3.9[3].

وهو ما نستطيع أن نمثله بالشكل التالي:

الشكل رقم 36 النموذج الأول: العلاقة الطردية بين المتغيرين



[1] علي عبد الرزاق جلبي، **علم اجتماع السكان**، دار المعرفة الجامعية، الطبعة الرابعة، 2003، ص 240

2 السيد عبد العاطي السيد، **علم اجتماع السكان**، دار المعرفة الجامعية، 2002، ص 248

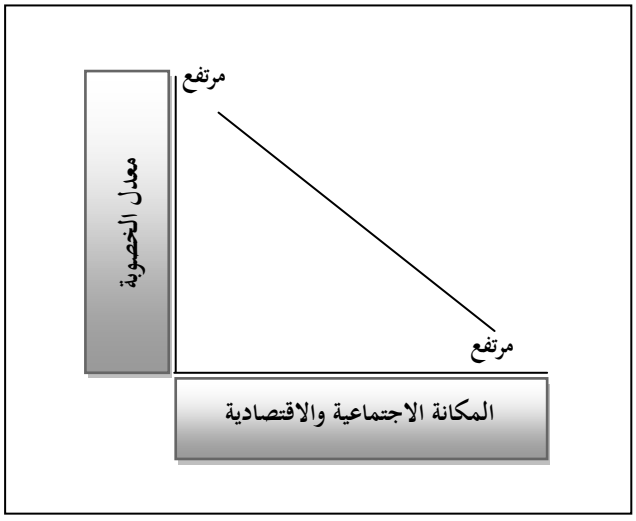
3 علي عبد الرزاق جلبي ،المرجع نفسه

أما التيار الثاني المناقض لنظريات المجموعة الأولى فيرون أنه كلما زاد المستوى المهني كلما قل عدد الأطفال المنجبين كدراسة "لوريمر – loimer" و"أسبورن – osbern" التي أجريت حول الخصوبة بين المستويات المهينة في عام 1928 في الولايات المتحدة أيضاً. والتي حددت الخصوبة بمفهوم عدد الأطفال الذين تنجبهم النساء المتزوجات خلال عام. وحددت المستويات المهنية في الفلاحين والعمال غير المهرة والمهرة ورجال الأعمال والكتابيين وأصحاب المهن الفنية العليا، انتهت إلى نتيجة مضمونها أن عدد الأطفال أو الخصوبة كانت تتناقص كلما ارتفع المستوى الطبقي المهني المشار إليه. أو أن سكان المهن العليا ينجبون بمعدل أقل من سكان المهن الدنيا.

وهو الأمر الذي أشار إليه " دوجلاس" أي انعكاس العلاقة بين المستوى المهني و الخصوبة في بعض المجتمعات بالهند، وقد فسر هذه العلاقة بقوله أن ارتفاع المكانة الاقتصادية وزيادة مستويات الدخل يرتبطان بزيادة الإقبال على التعليم، وبالتالي انخفاض معدل الخصوبة[1].

أي أن العلاقة بين الخصوبة و المستوى المهني تصبح على الشكل التالي:

الشكل رقم 37 النموذج الثاني: العلاقة العكسية بين المتغيرين



ويرى أصحاب التيار الثالث – وهم من يرون بأن هناك حالة من التذبذب بين المتغيرين – أنه هناك عوامل عديدة تتدخل في مستوى الخصوبة كالحروب (الحرب العالمية الأولى والثانية، الأزمة الاقتصادية 1930)، وقد كشفت تجارب في العديد من الدول الأوروبية ، الأسترالية، الكندية و الولايات المتحدة كما سجلها وحللها " رونج – Wrong" 1958 و " هاينز – Haines 1979"

[1] السيد عبد العاطي السيد ،مرجع سابق، ص 231

عن تذبذب واضح في العلاقة بين المكانة الاجتماعية والاقتصادية من ناحية، ومعدلات الخصوبة من ناحية اخرى، حيث كشفت عن علاقة ارتباط طردي تارة وعلاقة ارتباط عكسي تارةً اخرى.

وكان تفسير هذا التذبذب في نظر الباحثين محصوراً في تغير الظروف السياسية والاجتماعية والاقتصادية التي مرت بها هذه الدول، وفي هذا الصدد قسم الباحثان تاريخ هذه العلاقة غلى ثلاث فترات تاريخية من 1850 – 1910، ومن 1919 – 1940، ومن 1940 – 1970.

وباختصار أشار الباحثان إلى أنه إبان الفترة الأولى انخفضت معدلات الخصوبة في انجلترا وويلز مثلاً، ولكن كان هذا الانخفاض أكثر وضوحاً لدى المشتغلين بالمهن الفنية والثقافية العليا عنه بين المشتغلين بالمهن الدنيا والأعمال الزراعية، وكانت معدلات الخصوبة خير شاهد على فروق واختلافات المكانة الاجتماعية والاقتصادية بين سكان هذين البلدين.

وقد سجل نفس الظاهر وساق نفس التفسير " بانكز – Banks " في دراسته حول علاقة رغد العيش بالخصوبة، ولو أنه أضاف عاملاً آخر هو زيادة اقبال الطبقة الوسطى والطبقة العليا على استخدام وسائل منع الحمل بفاعلية أكبر مما أدى إلى انخفاض معدلات الخصوبة في هاتين الشريحتين بصفة خاصة.

أما في الفترة الثانية فقد سجلت الدراسة المذكورة نموذجاً معاكساً لعلاقة الخصوبة بالمكانة الاجتماعية والاقتصادية، حيث سجلت الطبقات الاجتماعية والاقتصادية العليا معدلات للخصوبة تعلو بكثير عن معدلاتها في الطبقة الدنيا والوسطى، حدث ذلك في فرنسا وفي كثير من مدن الولايات المتحدة الأمريكية ما بين عام 1906 و 1930[1].

وهو الأمر ذاته الذي أشار إليه " موريس فباي – Febvay Maurice " حول تحول الخصوبة في فرنسا قبل الحرب وبعد الحرب (الحرب العالمية) حسب الفئات الاجتماعية التي تمارس نشاط معين، إذ أعطت الإحصائيات بيانات تشير إلى وجود تباين كبير في الخصوبة حسب المهن كالتالي:

العمال في التجارة 1.70 ، المزارعون 3.47، و عامة في المجال الزراعي تزيد الخصوبة على العمال ذوي الأجر 3.43، وحتى على أرباب العمل patrons 2.99.

[1] السيد عبد العاطي السيد ،مرجع سابق، ص 250.

عند ذوو الأعمال الحرة وعمال المصانع والتجار نجد الخصوبة أقل من المعدل 2.08 (أي 84 % من المعدل العام)، أكثر عند الصناعيين و الحرفيين 2.20 من التجار 1.96، الصناعيين 2.26 و الحرفيين 2.19.

التجار الكبار 2.08 أكثر من التجار الصغار 1.93.

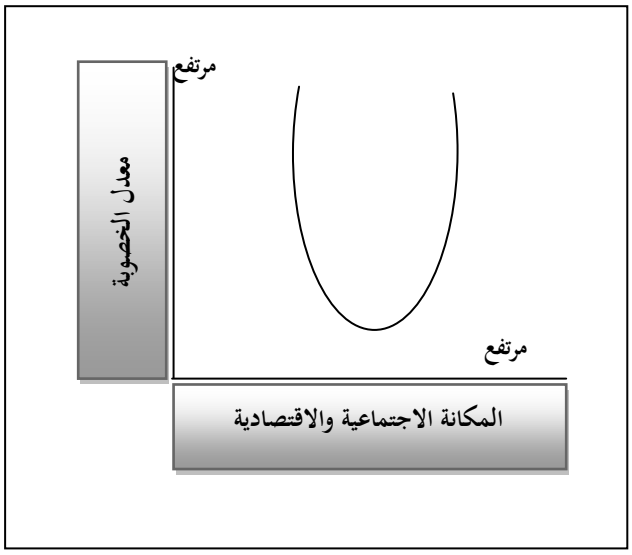
وعلى العموم للعمال معدل خصوبة أقل من المتوسط العام (3 %) ولكن للمجموعات الصغرى الفرعية (العمال المؤهلين، المختصين، مساعد بناء) متوسط عدد الأطفال لديهم يتراوح بين 1.99 و 3.11.

قبل الحرب كانت زيادة حجم العائلات أقوى عند ذوي الأجر من أرباب العمل.

لأرباب العمل من جهة، وللأجراء من جهة أخرى، كانت الزيادة في حجم العائلة أقل حدة و متوسط عدد الأطفال كان مرتفع[1].

وهو النموذج الثالث الذي يفسر العلاقة بين المتغيرين كالتالي:

الشكل رقم 38 النموذج الثالث: العلاقة غير المستقرة بين المتغيرين



[1]Febvay Maurice. **Niveau et évolution de la fécondité par catégorie socio-professionnelle en France**. In: Population, 14e année, n°4, 1959. Pp735

المطلب الثالث: الدخل

تعتبر دراسة "نوتستاين" notestein التي أجراها على سكان المناطق الفقيرة في خمس مدن أميركية في مقدمة الدراسات التي ربطت بين الخصوبة أو عدد الأطفال الذين انجبتهن النساء وبين المستوى الطبقي الذي حدد فقط من خلال الدخل المنخفض وهو ما يقل عن 1200 دولاراً سنوياً والدخل المرتفع وهو ما يزيد على 2000 دولاراً سنوياً والتي انتهت إلى أن سكان الدخل المرتفع ينجبون بمعدل اقل من سكان الدخل المنخفض.

ولكن جاءت دراسة "هاتشنسون" hutchinsen التي أجريت في استكهولم للعلاقة بين الخصوبة والمستوى الطبقي المحدد بناء على الدخل فقط جاءت مغايرة تماماً ومختلفة من نتائج دراسة "نوتستاسن"، لأنها أكدت أن سكان الدخل المرتفع ينجبون بمعدل اكبر من سكان الدخل المنخفض.

وهي نفس النتيجة التي توصلت إليها دراسة "هاجود" hagood في إحدى المناطق الريفية التي أجريت لبحث العلاقة بين الخصوبة وبين المستوى الطبقي المحدد بناء على الدخل فقط. حيث انتهت إلى أن سكان الدخل المرتفع ينجبون بمعدل أكبر من سكان الدخل المنخفض.

هذا مع ملاحظة أن النتيجة التي توصلت إليها إحدى الدارسات المصرية عن الخصوبة وارتباطها بعوامل اجتماعية مثل الدخل، والثروة، تؤكد أن سكان الأسر ذات الدخل والثروة الأكثر، يتميزون بصغر حجم أسرهم، أما السكان ذوي الدخل والثروة الأقل يتميزون بكبر حجم أسرهم، أو بعبارة أخرى أن سكان الدخل الأعلى ينجبون بمعدل أقل من سكان الدخل المنخفض وهي نتيجة تتفق مع نتائج دراسة "نوتستاين" من ناحية، وتختلف عن نتائج دراسة "هاتشنسون" و"هاجؤرون" من ناحية أخرى[1].

وتشير نتائج دراسة قامت بها D. Fredman في تحليلها للخصوبة في تايوان أن تلاقي الأهداف غير التقليدية – خاصة تحقيق مقاييس الاستهلاك الحديث – التي قد تتعارض مع غعالة أسرة كبيرة يؤثر في الزوجين ويولد لديهما رغبة في إنجاب عدد أقل من الأطفال، وأن الدخل المرتفع في تايوان كان يشجع على إنجاب عدد أقل من الأطفال وعوضاً عن ذلك فقد نجمت عن المستويات المرتفعة من

[1] علي عبد الرزاق جلبي، مرجع سابق، ص 241

الدخل حاجات جديدة خصوصاً الحاجة إلى الأنواع الحديثة من السلع والخدمات التي اتاحتها عملية التنمية وهذه الحاجات الجديدة قد شجعت الزوجين على اتخاذ خطوات إيجابية للحد من حجم الأسرة[1]

وعموماً؛ ومع الوضعيات والمفاهيم الجديدة المطروحة على المستوى العالمي تغير مفهوم الإنجاب من اعتبار الأطفال كثروة بشرية وقوة عاملة و مصدر لامتداد اسم ومكانة العائلة إلى مصدر اهتلاكي للأبوين سواءاً من الناحية المادية أو المعنوية (وهو ما قدمناه مفصلاً في المبحث السابق).

فالطفل في الماضي كان مصدر قوة للعائلة ولكن اليوم ومع القوانين الجديدة للأمم المتحدة وحقوق الإنسان والطفل وما إلى ذلك غيرت الموازين التقليدية بحيث أصبحت العائلة تحسب ألف حساب قبل اتخاذ قرار إنجاب طفل.

[1] لجناف عبد الرزاق:**تطبيق نماذج الاقتصاد القياسي في تحديد عوامل الخصوبة في الجزائر** رسالة لنيل شهادة الماجستير في الاقتصاد القياسي، جامعة الجزائر 3، 2011-2012، ص 33.

المبحث الثالث: المحددات الاجتماعية لخصوبة المرأة العاملة

المطلب الأول: المرأة و العمل

إن التزايد المستمر لجنس الإناث في سوق العمل إنما ناتج عن العديد من الظواهر التي نشأت عن الوضع الاقتصادي والمجال السوسيو – ثقافي: كتطور المستوى التعليمي للإناث، تراجع سن الزواج، زيادة الحاجات المنزلية بسبب زيادة المعروضات والخدمات يوما بعد يوم، وبالتالي خلق نوع من التساهل والتسامح من المجتمع في قضية عمل المرأة خاصة عمل النساء المتعلمات.

وحتى وإن كان هناك تقدم، فهو بطيء نوعا ما، أي أننا لا نستطيع أن نطلق عليه تقدم بالمفهوم الصحيح، بحيث يجب أن تكون لدينا معطيات أكثر لحساب التقدم للعشر سنوات الماضية، لأن زيادة أو نقص تواجد النساء المتزوجات في سوق العمل أو بَطَّالات إنما يعطينا مؤشر للتغير الاجتماعي ، و حسب الأمم المتحدة، تقوم النساء بثلثي ($^2/_3$) الأعمال في العالم، من الرضاعة إلى تعليم الأطفال، رعاية المرضى والأشخاص المسنين، فضلا عن الثقافة، تحضير وطهي الطعام (80% من الغذاء المستهلك في إفريقيا يزرع من طرف النساء)، التطوع والعمل في القطاع غير الرسمي كنساء ماكثات في البيت، خياطة، بائعة في الشارع ...الخ[1].

ونجد البحوث العلمية التي تناولت موضوع عمل المرأة وخروجها إلى سوق العمل قديمة العهد منذ الحربين العالميتين الأولى والثانية أين ظهر الدور الكبير والفعال للمرأة في المجتمع والذي لا يمكن للرجل تعويضه، وبهذا الوضع المستجد انطلقت رحلة النساء العاملات عبر العالم بين مؤيد ومعارض بهذا الخروج وبين مؤيد بشروط (كما تفتي بعض التيارات الإسلامية).

ويتحجج المعارضون لخروج المرأة من أجل العمل بعدم قدر تها على التنسيق بين دورها داخل المنزل وبين دورها خارجه.

[1]- NouriaBenghabrit- Remaoun et autres:**Situation de la femme dans la daïra de Charouine**. Wilaya d'Adrar, CRASC, 2012, 22, P 48.

وأن المرأة إن خرجت سايرت ركب الحضارة الغربية، وتخلت عن تلك القيود البالية والعادات العتيقة التي ذهبت مع أصحابها [1]، وأن خروجها واختلاطها بالجنس الآخر مفسدة للمجتمع ويتعارض مع التقاليد الإسلامية وهو رأي المفتي "عبد العزيز بن باز" حيث يقول:

«إن نزول المرأة للعمل إلى جانب الرجل في ميدان الرجال، المؤدي إلى الاختلاط، سواء كان ذلك على جهة التصريح أو التلويح بحجة أن ذلك من مقتضيات العصر ومتطلبات الحضارة أمر خطير جدا، وثمرات عواقبه وخيمة»

واستدل بآيات من القرآن الكريم في قوله تعالى: ﴿وَقَرْنَ فِي بُيُوتِكُنَّ وَلَا تَبَرَّجْنَ تَبَرُّجَ الْجَاهِلِيَّةِ الْأُولَىٰ﴾ وبقوله تعالى: ﴿الرِّجَالُ قَوَّامُونَ عَلَى النِّسَاءِ﴾[2].

كما لقي عمل المر أة خارج المنزل المعارضة من رجال ونساء غير مسلمين ونَوَّهُوا بمساويء الاختلاط والمفاسد والمتاعب التي تلقاها الأسرة والمجتمع من عمل المرأة، وفي هذا الشأن تقول "إديدايلين": "إن سبب الأزمات العائلية في أمريكا وسر كثرة الجرائم في المجتمع هو أن الزوجة تركت بيتها لتضاعف دخل الأسرة، فزاد الدخل، وانخفض مستوى الأخلاق، ثم قالت: إن التجارب أثبتت أن عودة المرأة إلى الحريم هو الطريقة الوحيدة لإنقاذ الجيل الجديد من التدهور الذي يسير فيه"[3].

كما نجد من بين مناصري هذا التيار " تالكوتبارسونز" والذي عبر عن هذا الرفض من خلال نظريت " **التكامل المتبادل** " حيث يرى بان أدوار وأسلوب حياة الجنسين (الرجل والمرأة) ذات طابع دال؛ فالر جل هو رب الأسرة ومعيلها والمسؤول الرئيسي عن النظام المفروض على الأولاد وتربيتهم أما المرأة فهي بطبيعتها عاطفية تضمن وحدة الجماعة

---

[1]– محمد مرغيت: **إشكاليات المرأة الجزائرية في أدبيات صحيفة الشهاب الجزائرية** ، مجلة الحقيقة، العدد 34، جامعة أدرار – الجزائر، ص 21.

[2]– نور الدين تابليت :**المرأة بين العمل خارج البيت والتنشئة الاجتماعية للأبناء** ، مذكرة دكتوراه، رابط التحميل: .drive.google.com/file/d/08/2007

[3]– نور الدين تابليت، مرجع سابق، ص 86.

وتغمرها بالحنان والعاطفة الضروريتين أي أن وظيفة المرأة عاطفية نفسية تتمثل في التكفل المعنوي[1]

كما نجد من خلال كتابات الدكتور عبد الرحمان الوافي أنه يرى أنه من بين العوامل التي أدت إلى تطور الفتاة الجزائرية يذكر ما يلي (باختصار):

- الاتصال بالعالم الغربي والتفتح على ثقافات جديدة.
- بروز وسائل الإعلام وتأثيرها في شخصية أغلب أفراد المجتمع.
- النمو الحضري السريع غير المتحكم فيه و بروز أفراد وأنماط ثقافية حديثة أدت إلى تغير كل من حجم الأسرة و وظائفها.
- حصول الفتاة على منصب عمل و راتب شهري تثبث به مرتبتها ومكانتها في الأسرة والمجتمع.

و يسترسل الكاتب قائلا:

" غير أن الحديث يذهب بنا إلى تناول أهم تغير حدث في شخصية المرأة المتواجدة في المدن الكبرى وبصفة خاصة في مدينة مجتمع الجزائر، التغير الذي أدى بها إلى الاعتقاد على أنها شخص متطور إذ التحاقها بالمدارس و الثانويات و الجامعات والمراكز المهنية والمؤسسات الاقتصادية ترتب عنه أن أتيحت لها فرصة الاتصال بالعالم الخارجي ومشاركتها الرجال في اقتصاديات وثقافة المجتمع الأمر الذي أدى إلى كسر ذلك الحاجز المتين السميك الذي كان سائداً بينهما في عهدٍ مضى، الشيء الذي غير النظر إلى نساء اليوم، حيث أن هناك من ينظر إليهن نظرة التقدم والتفتح والتطور والانسجام و مسايرة الحياة العصرية، وهناك من ينظر غليهن من باب التبرج والانحلال الخلقي والديني" [2]

---

[1] بلقاسم الحاج: **المرأة ومظاهر تغير النظام الأبوي داخل الأسرة الجزائرية**، دار أسامة للطباعة والنشر ، الطبعة الأولى، الجزائر ، ص 41.

[2] عبد الرحمان الوافي: **في سيكولوجية الإنسان والمجتمع**، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، بدون طبعة، الجزائر، ص 125

كما نجد من بين مناصري هذا التيار الفكري الدكتور مصطفى السباعي الذي يرى بأن الحجج الاقتصادية للمنادين بوجوب اشتغال المرأة سهلة الدّحض – يقول– إذا تذكرنا الحقائق التالية:

1 -إن اشتغال المرأة يئثر على الحياة الاقتصادية تأثيراً سيئاً، باعتبار أن اشتغالها فيه مزاحمة للرجل في ميدان نشاطه الطبيعي.

2 -إذا ثبت أن اشتغال المرأة يؤدي إلى بطالة الرجل، كان من المحتمل أن يكون هذا الرجل الذي زاحمته زوجها أو أباها أو أخاها، فأي ربح اقتصادي للأسرة؟

3 -إن مصالح الشعوب لا تقاس دائماً بالمقياس المادي البحت.

4 -ثم أي معني لقول من يقول: إن وجود المرأة في البيت يعودها الكسل ولذلك تسمن نساؤنا أكثر من الغربيين، إن مثل هؤلاء لا يعرفون متاعب البيت وأعماله[1]

وعموما، يرى أصحاب هذا التيار الفكري أن المرأة – تفكك وتضعف ترابط أفراد أسرتها، وتتخلى عن مهمتها الأساسية والتي خلقت من أجلها ألا وهي إنجاب الأبناء وتربيتهم والسهر على راحتهم إضافة إلى خدمة الزوج وتلبية مطالبه – فهي بهذا الخروج للعمل تسبب خللا في أسرتها وفي المجتمع بشكل عام.

أما بالنسبة لمؤيدي خروج المرأة للعمل ومساعدة زوجها والعمل من أجل تحسين المستوى الاقتصادي والثقافي للأسرة فهم كثر تميز جلهم بالتفتح والدعوة إلى تعليم الإناث خاصة.

ونذكر في هذا المقام "كارل ماركس" الذي أعلن سنة 1868 في خطاب أرسله إلى "كوجلمان" أن التقدم الاجتماعي يمكن أن يقاس بدقة الوضع الاجتماعي للجنس النسائي[2].

---

[1] مصطفى السباعي: **المرأة بين الفقه والقانون**، دار السلام للطباعة والنشر والتوزيع والترجمة، الطبعة الرابعة، مصر، 2010، ص 130.

[2]– كاميليا إبراهيم عبد الفتاح:**سيكلوجية المرأة العاملة**، دار النهضة العربية، بيروت، ص 50.

ولا يفوتنا أن ننوه هنا إلى أن الواقع الذي تعيشه المرأة في عصرنا الحالي إنما جاء نتيجة تعاقب فترات زمنية تميزت بظهور عوامل أو ظروف دفعت بالمرأة إلى الخروج للعمل، بدأ من الحربين العالميتين الأولى والثانية (1914-1918) (1939-1945)، والثورة الصناعية في القرنين 18 و19م، كل هذه الأحداث ساهمت في خروج المرأة من بيتها من أجل العمل سواء كان ذلك العمل تطوعي أو إجباري.

ويرى أصحاب التيار الفكري المساند لعمل المرأة بأن العمل واجب وحق على الجنسين الاثنين وليس حكرا على أحدهما وأن الأعمال المشروعة التي أباحها الإسلام للرجال هي ذاتها التي أباحها للنساء، والأعمال الشائنة التي حرمها الله على الرجال هي ذاتها التي حرمها على النساء كما يرى الشيخ الدكتور محمد سعيد رمضان البوطي و يضيف مسترسلا في كتابة "**المرأة بين طغيان النظام الغربي و لطائف التشريع الرباني** " أن الله تعالى ألزم الرجال بآداب سلوكية واجتماعية، فاقتضى ذلك أن تكون 'مالهم التي يمارسونها خاضعة لتلك الضوابط والآداب، وألزم النساء أيضاً بآداب سلوكية واجتماعية، فكان عليهن أن لا يخرجن في أعمالهن التي يمارسنها على شيء من تلك الأحكام والآداب[1]

كما أن لعمل المرأة أثر إيجابي على حياتها وعلى استقلالها المادي بحيث يسمح لها هذا الأخير بالاشتراك في اتخاذ القرارات داخل الأسرة فيما يخص شؤون الأبناء أو غير ذلك.

وهو ما تثبته الدكتورة "سناء الخولى" أن جميع الأزواج الذين يفضلون أن تعمل زوجاتهم تكون الزوجة في نظرهم قادرة على تحمل المسؤولية ومواجهة الصعاب(وهذا تقدير كبير للزوجة العاملة) إلى جانب المشاركة الفعالة في نفقات الأسرة، وحتى لو كان في اماكن

---

*في بدايات سنوات 1960 وبالتحديد في سنة 1962 = 6.5 مليون امرأة عاملة مقابل 13 مليون رجل عامل، بعد 45 سنة بالتحديد أكثر من 13.1 مليون امرأة عاملة مقابل 14.7 مليون رجل عامل (إحصائيات فرنسية).

Marc Montoussé et Gilles Renouard, **100 fiches pour comprendre la sociologie**, Bréal, 2009, P 184.

[1] محمد سعيد رمضان البوطي: **المرأة بين طغيان النظام الغربي ولطائف التشريع الرباني**، دار الفكر – دمشق، الطبعة 15، ص 63

الزوج النهوض بجميع متطلبات أسرته، فإن عمل الزوجة يؤدي إلى رفع مستوى المعيشة ويكون ضمان لمستقبل الأسرة[1].

ونستطيع القول بأن لخروج المرأة إلى سوق العمل عدة دوافع، منها: الدافع الاقتصادي، وهو أهم وأول عامل دفع بالمرأة للخروج من بيتها للعمل (خاصة في ظل التطور الصناعي والتكنولوجي السريع).

"أي أن الحقيقة التي تستطيع البيانات التي جمعتها أن تؤكد بأن العامل المادي هو السبب الرئيسي الذي يدفع الزوجات إلى الالتحاق بالعمل"[2].

كما تتباين أسباب وعوامل خروج المرأة للعمل من عامل اجتماعي (تسعى المرأة من خلاله إلى ابراز مكانتها الاجتماعية).ويرى "سبنسر" بأن "المرأة العاملة يزداد اهتمامها بذاتيتها مما يعرقل تفرغها للإنجاب والتربية، بالإضافة إلى تحكمها أكثر في استعمال وسائل تنظيم النسل رغبة منها في المحافظة على رشاقتها وجمال نضارتها إزاء متاعب الحمل ورعاية الأطفال ورضاعتهم"[3].

أما العامل الثقافي فهو نتيجة التطور المستمر لنسب الإناث ذوات التعليم العالي والمستوى الثقافي المتقدم.

كما أنه للعامل السياسي الدور المهم عبر التاريخ من أجل تمكين المرأة من حقوقها ومطالبها والعمل على مساواتها مع الرجل، وهو الأمر الذي نادت به الحركات النسائية بدأ من أوروبا سنة 1604م على يد "ماري دو قورناي Marie de Gournay" ثم انجلترا فأمريكا.أما على الصعيد الوطني فقد حذت السياسة الجزائرية حذو جميع الدول في تطوير وتحسين كل ما يتعلق بالجانب النسوي ونخص بالذكر هنا الجانب السياسي الذي شهد تطورات عديدة في العشرين سنة الماضية تقريبا.

وحسب ما خطط له علماء السكان من خلال المؤتمرات المختلفة التي أقيمت بهدف كبح التطور السريع للنمو الديمغرافي وتزايد عدد الولادات، من خلال تحسين وضعية المرأة

---

[1]– سناء الخولى:**الأسرة في عالم متغير**، دار المعرفة الجامعية، 2004، ص 185.

[2]– نفس المرجع و الصفحة سابقا

[3]– عبد الهادي الجوهري، :**معجم علم الاجتماع** ، المكتب الجامعي الحديث، الأزاريطة، بدون بلد نشر، 1999، ص 128.

بدفعها إلى التعليم ومن ثم إلى عالم الشغل أسفر عن نتائجه بالانخفاض التدريجي لمعدلات الخصوبة بالموازات مع ارتفاع المستوى التعليمي ومعدل الشغل بالنسبة لفئة الإناث.

ولمحاولة فهم العلاقة السببية بين الخصوبة والعمل يجب علينا إدخال عامل آخر وهو "التعليمي"، فـ"روبرت مالتوس" كان يعتبر أن التعليم أسلوب ناجح لغرس القيم الرامية لتحديد النسل الذي تكون محصلته في الأخير تحقيق الرفاهية الاقتصادية للمجتمع، وبهذا الطرح يكون "مالتوس" قد خالف المنظرين السابقين له كآدم سميث، جون ستيوارت ميل ودافيد هيوم الذين أعطوا للتعليم قيمة اقتصادية مباشرة تتمثل في العائد المادي من التعليم.

فالتعليم في نظر "مالتوس" عامل غير مباشر في النمو الاقتصادي وليس من ضمن العوامل المباشرة التي تدخل في العملية الإنتاجية (مثلما أشار سابقوه)، وله دور إيجابي على الخصوبة واستعمال موانع الحمل حيث أنه هناك علاقة بين المستوى التعليمي للمرأة، ومشاركتها في سوق العمل والخصوبة، فالتعليم يزيدهن تكلفة الفرصة لوقت المرأة من خلال الأثر الإيجابي لفرص الحصول على دخل من سوق العمل، فكلما كان المستوى التعليمي مرتفع كانت فرصتها في العمل أكبر[1].

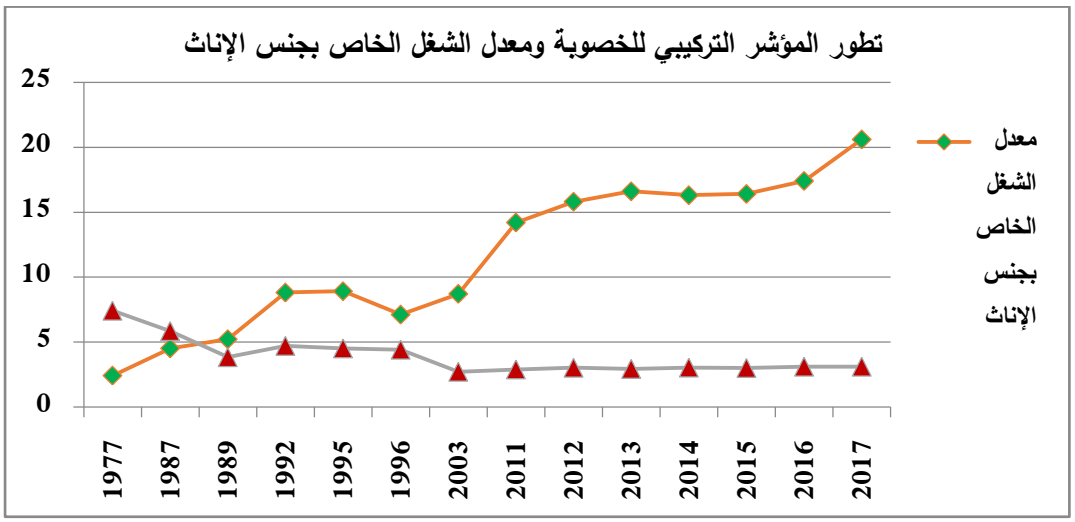
ومن ثم فسيكون ذلك على حساب نشاطاتها عند السوقية أي داخل المنزل بما في ذلك تربية الأولاد[2]، وعليه فالنتيجة المتحصلة هي الإقلال من الإنجاب.

[1]– فيصل بوطيبة: **العائد من التعليم في الجزائر** ، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في الاقتصاد، تخصص اقتصاد التنمية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، ص 35.

[2]– Marc et Gilles: **100 fiches pour comprendre la sociologie**, P 182.

والشكل التالي يبين لنا هذه العلاقة:

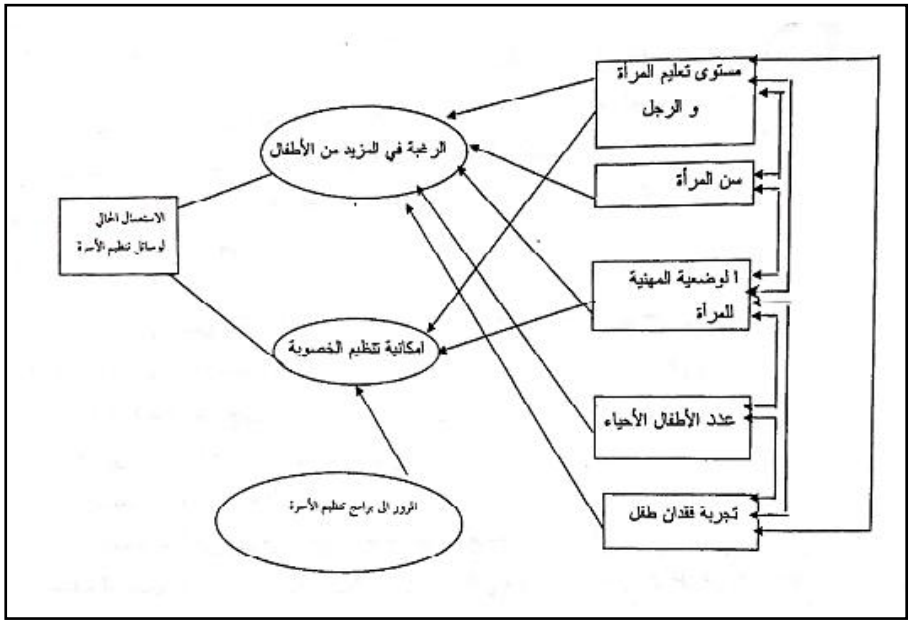
الشكل رقم 39: تطور كل من المؤشر التركيبي للخصوبة ومعدل الشغل الخاص بجنس الإناث.



المصدر: انظر الملحق رقم 13

إن المنحنى أعلاه إنما جاء بالشكل الذي هو عليه نتيجة تداخل عدة عوامل ديمغرافية، اقتصادية واجتماعية يؤثر بعضها على بعض بشكل متداخل.كما يوضح الشكل التالي[1]:

الشكل رقم 40: العوامل التي تتدخل في استعمال أو عدم استعمال وسائل تنظيم النسل والرغبة في الإنجاب



[1] مشتي سامية:**الخصوبة المفضلة وتنظيم الأسرة**، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع تخصص ديمغرافيا (رسالة غير منشورة) جامعة الجزائر، 2003-2004، ص 27.

وتعتبر دراسة "كيسر" kiser التي أجراها على جماعات من سكان الولايات المتحدة في الفترة ما بين عامي 1900-1910 في مقدمة الدراسات التي انتهت إلى أن المستويات المهينة العليا لا تنجب أطفالاً بنفس معدل المستويات المهينة الدنيا، بحيث كان سكان المهن العليا ينجبون بمعدل أكبر من سكان المهن الدينا.

ولكن دراسة "لوريمر" limer و"أسبورن" osbern التي أجريت حول الخصوبة بين المستويات المهينة في عام 1928 في الولايات المتحدة أيضاً. والتي حددت الخصوبة بمفهوم عدد الأطفال الذين تنجبهم النساء المتزوجات خلال عام. وحددت المستويات المهنية في الفلاحين والعمال غير المهرة والمهرة ورجال الأعمال والكتابيين وأصحاب المهن الفنية العليا وقد انتهت إلى نتيجة مغايرة للدراسة السابقة، مضمونها أن عدد الأطفال أو الخصوبة كانت تتناقص كلما ارتفع المستوى الطبقي المهني المشار إليه. أو أن سكان المهن العليا ينجبون بمعدل أقل من سكان المهن الدنيا.

وقد انتهت دراسة مصرية عام 1966 في إحدى القرى "سنديون" والتي حاولت أن تربط أيضاً بين الخصوبة بمفهوم عدد الأفراد الذين تم إنجابهم خلال عام وبين والمستأجرين والتجار وملاك الأرض الزراعية انتهت إلى نفس النتيجة التي انتهت إليها دراسة "كيسر"، والتي مؤداها أن سكان المهن العليا ينجبون بمعدل أكبر من سكان المهن الدينا بحيث كان معدل إنجاب ملاك الأرض 6.6 ومعدل إنجاب العمال الزراعيين 3.9[1].

وهنا نلاحظ كيف أن للوضعية المهنية للمرأة والمستوى التعليمي للزوجين الإمكانية لتنظيم الخصوبة، كما نلاحظ ارتباطهما بشكل مباشر مع بعضهما البعض في النموذج.

فالمستوى التعليمي يلعب دورا أساسيا في تحديد حجم الأسرة، فتعليم المرأة قد يؤدي لتأخير السن عند الزواج، والمرأة المتعلمة تميل لاستخدام وسائل منع الحمل كوسيلة لتباعد الولادات وتحديد النسل.

[1] السيد عبد العاطي السيد، مرجع سبق ذكره.

وكقاعدة عامة، النساء الأكثر تعليما يدخلن بصورة متأخرة في الحياة الإنجابية. إذن، على المستوى الإحصائي العام للعلاقة بين الدخول في الحياة الإنجابية بصورة متأخرة والمزيد من تعليم الإناث مطروح على المستوى العالمي[1].

المطلب الثاني: نوع الأسرة

تعتبر الأسرة نواة المجتمع وهي اللبنة الأولى التي تبنيه وتشيده، فإذا أصلحت صلح المجتمع وإذا فسدت فسد المجتمع، وذلك امتدادا بقول المصطفى (عليه الصلاة والسلام): "ألا وإن في الجسد مضغة إذا صلحت صلح الجسد كله، وإذا فسدت فسد الجسد كله، ألا وهي القلب" (متفق عليه).

والأسرة حالها حال القلب في الجسد فهي التي تمده بالأشخاص الضامنين لبقائه وتطوره، وكما سنرى في المبحث لاحقا أن الأسرة شهدت عدة تغيرات فرضتها أسباب قد تكون اقتصادية أو سياسية منذ القديم، وعليه لم يستطع العلماء تحديد مفهوم واحد شامل وعام للأسرة، بل نجد التعريفات تختلف باختلاف الحقب الزمنية.

فمنهم من يعرفها على أنها مؤسسة اجتماعية تكونت لأسباب اجتماعية ويرتبط أعضاؤها حقوقيا وخلقيا ببعضهم البعض "دور كايم إميل".

كما نجد من يعرفها على أنها وحدة بنائية تتكون من رجل وامرأة يرتبطان بطريقة منظمة اجتماعيا مع أطفالهما، ولأن بعض الأطفال في الأسرة يصبحون أعضاء فيها بالتبني، فلا يلزم إذن أن يكون الأطفال مرتبطين بيولوجيا بها وتسمى هذه الوحدة عادة أسرة[2]. (نورمان وليان بيل، إيزرا. ف. فوجل).

فمفهوم الأسرة يختلف باختلاف الأديان أيضا، إذ نلاحظ أنه في الدين الإسلامي لا وجود لمصطلح الأسرة خارج الإطار الشرعي (ألا وهو الزواج) كما عرفها الدكتور عبد الحميد دليمي [3]: " الأسرة هي جماعة من الأشخاص يتحدون بروابط الزواج أو الدم أو التبني، فينشئون لهم سكناً مستقلاً، ويتفاعلون في تواصل مع بعضهم البعض بأدوارهم

---

[1]– M. Cosio:**Fécondité et statut des femmes dans la famille**،univ de Paris 10, CREDAL–CNRS– Paris III, France claire quetelet 1997, UCL institut de dengasne, P 8.

[2]– عبد القادر القصير: **الأسرة المتغيرة** ، ص 35.

[3] عبد الحميد دليمي:**دراسة في العمران السكن والإسكان**،مخبر الإنسان والمدينة، دار الهدى، 2007، ص 59.

الاجتماعية المختصة كزوج وزوجة، أم وأب، ابن وابنه، أخ وأخت، الأمر الذي يجعل لهم ثقافة مشتركة كجماعة أولية ذات علاقات مواجهة ومساكنه ومعايشه حميمية.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

" وَمِنْ آيَاتِهِ أَنْ خَلَقَ لَكُمْ مِنْ أَنْفُسِكُمْ أَزْوَاجًا لِتَسْكُنُوا إِلَيْهَا وَجَعَلَ بَيْنَكُمْ مَوَدَّةً وَرَحْمَةً إِنَّ فِي ذَلِكَ لَآيَاتٍ لِقَوْمٍ يَتَفَكَّرُونَ (21)" صدق الله العظيم[1]

وهو الأمر الذي يختلف فيه العالم الشرقي والعالم الغربي، هذا الأخير الذي يصنف هذا التجمع بين الأفراد داخل حيز معين إلى صنفية (famille)//(ménage) ولا يشترط في الصنفية العلاقة البيولوجية القرانية كما يقول الباحثان نورمان وليام بيل، وإيزرا فوجل.

أما تعريف الأسرة في اللغة العربية فهي تعني الدرع والحصينة وأهل الرجل وعشيرته[2].

أما علماء الاجتماع فيرون أن الأسرة هي عبارة عن جماعة من الأفراد يرتبطون معا بروابط الزواج، الدم والتبني ويتفاعلون معا، وقد يتم هذا التفاعل بين الزوج والزوجة، وبين الأم والأب، وبين الأم والأب والأبناء، ويتكون منهم جميعا وحدة اجتماعية تتميز بخصائص معينة[3].

أما تعريف الأسرة في المعجم الديمغرافي فنجده كالتالي:

الأسرة أو العائلة وحدة إحصائية يختلف تعريفها باختلاف البلدان، وتوصف في التعداد فيقال الأسرة الاحصائية، وقد يقصر معناها على الأسرة البيولوجية أو يوسع معناها بسبب الاعتبارات الاجتماعية الاقتصادية فتطلق على الأسرة الزواجية أو الأسرة الأساسية أو الحامة (والحامة في اللغة خاصة الرجل من أهله ووالده) وتشمل رب الأسرة وقرينته وأبناءهما غير المتزوجين الذين يعيشون معهما[4].

---

[1] القرآن الكريم، سورة الروم، الآية 21.

[2]– مجموعة مؤلفين، **المعجم الوسيط**، دار إحياء التراث العربي، بيروت، ص 18.

[3]– نفس المرجع و الصفحة سابقا.

[4]– اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا:**المعجم الديمغرافي متعدد اللغات اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا**، الشعر العربي، ط2، ص 27.

والأسرة هي وحدة أخرى يجب العناية بتمييزها من الأسرة المعيشية. إنها تنشأ عن القرابة الرئيسية الحاصلة بالزواج والتوالد اللذين ينظمهما على الأغلب الشرع والقانون[1].

إن الأنماط المتباينة للأسر الموجودة اليوم على المستوى العالمي لم تتكون بالصدفة بل هي نتيجة عدة مراحل من التطور والتقدير. فالأسرة شهدت بوادر التغيير منذ انطلاق الفكر الشيوعي "لكارل ماركس" بدايات (1883-1918) والفكر الدوركايمي (1858-1917) الذي ينادي بتقسيم العمل.

وفي خضم كل من الحربين العالميتين الأولى والثانية والثورة الصناعية والتطور التكنولوجي السريع وجدت الأسرة نفسها في مثل جديدة تكاد تخرج عن المنطق أو الفهم العقلي*، وتعددت النظريات والبحوث التي حاولت إعطاء فهم وتفسير لهذا التفكير كل حسب مرحلته الزمنية:

1) النظرية الدورية: ويعتبر كارل زيمرمان Carle Zimmermann من أهم رواد هذه النظرية وألمع من دعمها في مؤلفه "الأسرة والحضارة"[3]، وقد وجد (زيمرمان) من خلال تتبعه لتاريخ المجتمع الغربي ثلاث نماذج أسرية:

1 -نموذج أسرة الوصاية.

2 -نموذج الأسرة العائلية.

3 -نموذج الأسرة النواة.

أ- أسرة الوصاية:

عبارة عن أسرة يعتبر أفرادها أوصياء على اسمها وأملاكها ونسبها، ولها سلطة كبيرة على أفرادها، فالأب أو الابن يستمد السلطة من الوصاية.

---

[1]- المرجع نفسه، ص 26.

*- نجد الآن في المجتمع الغربي وأخص بالذكر "فرنسا كنموذج" أنماط أسرية تتكون من الزوجين (اللذان ذكرين) أو (فتاتين) مع أبناء متبنين، وللإشارة فلهذا النوع من الأسر أو العوائل قوانين وضوابط كيفت خصيصا لهم، كما أن أطفالهم يدرسون ويقومون بكل النشاطات الاجتماعية بشكل عادي.

[3]- سناء الخولي، مرجع سابق، ص 60.

ب- الأسرة العائلية : هي نوع مشتق ومتطور من أسرة الوصاية أين تقل حدة السلطة فيها على أفرادها.

جـ- الأسرة النواة: هي أسرة يحل فيها الفردين فيها محل الأسرية[1].

2) النظرية التقدمية:

ومن أهم روادها "وليام أوقبرن Ogburn. W*[2] ويرى "أوقبرن" بأنه يوجد اختلاف بين الثقافة المادية والثقافة غير المادية، حيث يرى بأن التغير في الثقافة المادية والمتمثلة في: المصانع، الآلات، تصدير الملابس، ...الخ) يرى بأنه تغير تراكمي بينما في المجموعة الثانية والمتمثلة في الثقافة غير المادية (القيم والعادات، الاتجاهات، النظم، ...الخ) فإنها لا تتميز بأي انتظام.

ويرى أوقبرن بأن التخلف الثقافي يظهر جليا في الأسرة قبل التطور الصناعي وبعده، حيث كانت قبل التطور متوافقة تماما مع ظروفها المعيشية والزراعية (الجان الاقتصادي، التعليم، الدين، الحماية، الترفيه والزواج) وعليه قلة مشاكلها وخاصة الطلاق، أما بعد التطور استقل الإنتاج خارج الأسرة وتغير دور المرأة في الأسرة بحيث اضطرت إلى العمل خارج بيتها وهو ما يترتب عنه مشاكل إدارة المنزل وتربية الأطفال.

ولإثبات صحة نظريته صنف " أوقبرن " وظائف الأسرة وأشار إلى تغير الوظيفة قبل التطور الصناعي (الأسرة الريفية) وبعد التطور (الأسرة الحضرية) كما سنوضحه في الجدول التالي:

[1]- يشدد "تالكوتبارسوتر" على دور الفردية في العائلة النواة.

100 fiches pour comprendre la sociologie, P 177.

*- William Ogburn, "Technology and the changingfamily", 1955, (المرجع نفسه سناء الخولي)

الجدول رقم 10 وظائف الأسرة قبل و بعد التطور

الوظيفة	قبل التطور	بعد التطور
الوظيفة الاقتصادية	إنتاج داخل الأسرة (المنزل).	إنتاج خارج الأسرة (المؤسسة).
وظيفة الحماية	كانت الأسرة تحمي أفرادها وتوفر لهم الأمن الاقتصادي.	أصبحت الدولة والمؤسسات المختصة تقوم بالحماية.
الوظيفة الدينية	كانت الأسرة تنظر إلى الزواج والإنجاب على أنه التزام إلهي.	تحولت قضية الزواج والإنجاب إلى مسألة دنيوية عقلانية.
الوظيفة الترفيهية	كانت الأسرة مسؤولة على الترفيه في صوره الفردية والجماعية.	أنشأت مؤسسات خاصة ومرافق ترفيهية.
الوظيفية التربوية	التعليم يتم داخل الأسرة بمستوى بسيط.	إنشاء المؤسسات التعليمية وتطور التعليم وانتشار التعليم العالي والجامعي.
وظيفة منح المكانة الاجتماعية	ارتبطت مكانة الفرد بمكانة الأسرة (النسب، الحرفة، المسكن، ...).	تغير مقاييس المكانة (دخل الزوج، المستوى التعليمي للأبناء).

Source :WilliamOgburn, "Technology and the changing family", 1955

3) النظرية البنائية الوظيفية:

وهي النظرية التي تتناول بالبحث التكامل القائم بين أفراد الأسرة الواحدة وبين الأسرة والمنظم الأخرى.

ويعتبر "تالكوتبارسونز Talcott" Parsons (1902-1979) من أبرز وأهم المنظرين لهذا الاتجاه الفكري وقد انطلقت أبحاثه وتنظيراته من الأسرة الأمر يكية المعاصرة التي وجدها من النوع القرابي المنعزل عن الجماعات القرابية -جغرافيا واجتماعيا- أي لا يسكن بالجوار منها ولا تخضع لإرشاداتها وتوجيهاتها أو ضغوطها النفسية والاجتماعية وذلك لأنها لا تنحدر من نسق قرابي واحد، بمعنى، أن "الوحدة االقرابية" ليس لها جذور في تحديد وضبط مستلزمات العضوية الأسرية، وهذا يشير إلى أن ولاء الفرد داخل الأسرة يكون للأبناء وللزوج والزوجة[1].

[1]- معن خليل عمر: **علم اجتماع الأسرة**، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، ط1، 2000، ص 35.

وإجمالا، يمكننا القول بأن معظم النظريات الدراسة لتطور الأسرة انتهت إلى حقيقة مؤكدة وهي تغير الدور الوظيفي لأعضاء الأسرة. هذا التغير الذي يعبر عنه بالتحول الذي يحدث في النظام الاجتماعي، سواء كان ذلك تغير في البناء أو في الوظيفة (كما أشرنا سابقا)، إنما تنتج عنه سلسلة من التغيرات الفرعية التي تمس كل جوانب الحياة اليومية.

والأسرة الجزائرية على غرار باقي الأسر في العالم قد شهدت هي الأخرى تحولا انعكس على العديد من جوانبها المعيشية والشكلية، وأخص بالذكر هنا موضوع الخصوبة ، فالتحول الذي شهدته الأسرة الجزائرية عبر مختلف المراحل بانتقالها من المجتمع التقليدي إلى المجتمع المتحضر أثر على بنائها ووظائفها وخصائصها، هذا بالإضافة إلى عوامل عديدة ساهمت هي الأخرى في تغير الأسرة نذكر منها: العامل الاقتصادي، السياسي، التكنولوجي، ...الخ.

فالعامل الاقتصادي على سبيل المثال اعتبر من أهم وألمع مسببات التغير في الأسرة الجزائرية إذ أثبتت معظم الدراسات دور العامل الاقتصادي في:

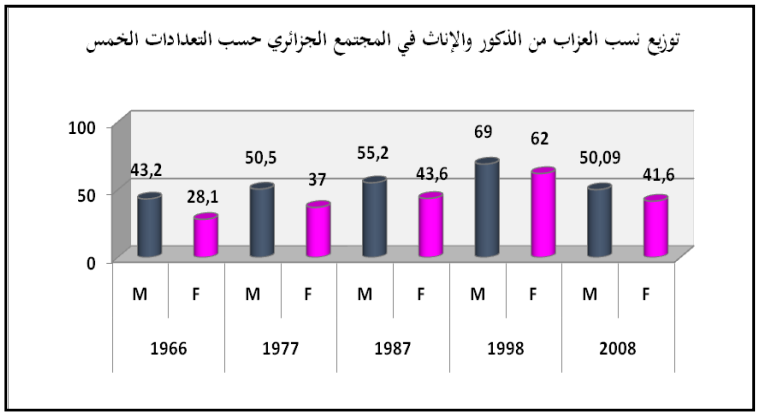
أولا: تأخر سن الزواج.

ثانيا: العزوف عن الزواج.

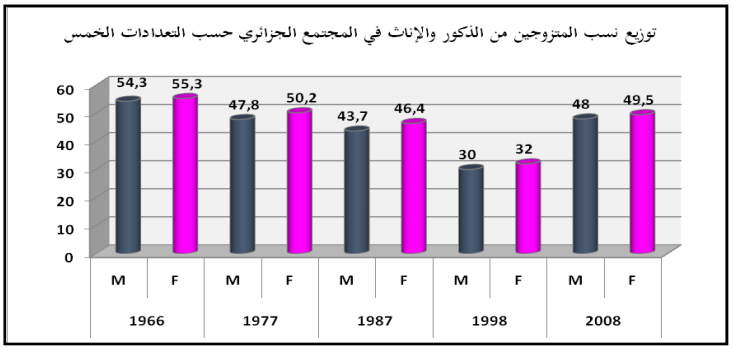
ثالثا: إمكانية اقتناء واستعمال وسائل منع الحمل المختلفة..

هذا، وقد سجلت الجزائر تسجل منذ الاستقلال وإلى غاية يومنا هذا انخفاضا ملموسا في نسب الأفراد المعنين بالزواج (المتزوجون) وهو ما يقابله بالضرورة ارتفاع معدلات العزوبة، إذ انتقلت نسبة المتزوجين من 54.3% سنة 1966 إلى 30% سنة 1998 بالنسبة للذكور، ومن 55.3% إلى 32% خلال نفس الفترة بالنسبة للإناث، ما يقابله ارتفاع في نسبة العزاب من 43.2% سنة 1966 إلى 69% سنة 1998، ومن 28.1% سنة 1966 إلى 62% سنة 1998، وإلى 41.6% كما توضح الأشكال التالية:

الشكل رقم 41: توزيع نسب العزاب من الذكور والإناث RGPH.



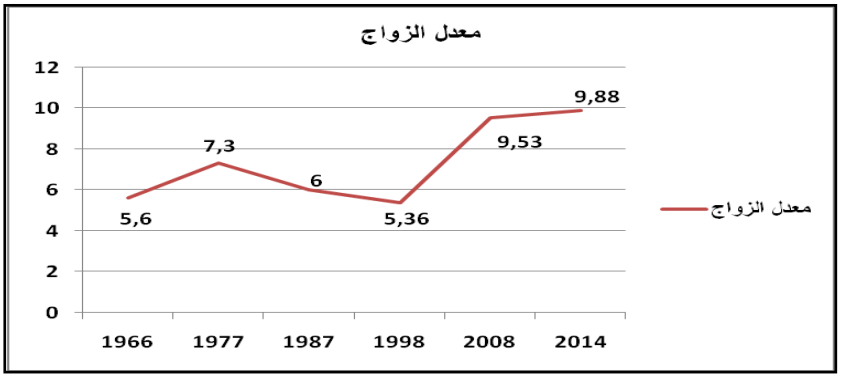
الشكل رقم 42: توزيع نسب المتزوجين من الذكور والإناث RGPH.



المصدر: من إعداد الطالب حسب معطيات التعدادات السكانية الخمس

إضافة إلى تذبذب معدل الزواج الذي يشهد تغيرات تعزى إلى العامل الاقتصادي والتعليم بالدرجة الأولى.

الشكل رقم 43: تطور معدل الزواج في الجزائر من 1966 إلى 2014



المصدر: من إعداد الطالب حسب معطيات الديوان الوطني للإحصائيات

فالحديث عن عدد الزوجات إنما هو حديث عن ميلاد أسر وفق ظروف معيشية تفرض نوع من التكوين الاقتصادي، الثقافي والاجتماعي، الذي ينعكس في صور عديدة.

كما أن للجانب السياسي دوره في تحديد نمط أو نوع الأسرة من خلال مختلف المؤتمرات السكانية ومن خلال سن القوانين التي تخرجها المنظمات الخاصة بالحقوق الأسرية سواء كانت عالمية أو وطنية.

وقد أشارت الجمعية العمومية للأمم المتحدة سنة 1966 إلى أن الخيار في حجم الأسرة هم حق من حقوقها (القرار رقم 2211)، وأشار المؤتمر الدولي لحقوق الإنسان الذي عقد في طهران عام 1968 إلى أن للزوجين حق أساسيا في تقدير عدد الأولاد ، وفترة المباعدة بين حمل وآخر بحرية ومسؤولية، ولهم الحق أيضا في معرفة وسائل تنظيم الأسرة (القرار رقم 18)[1].

المطلب الثالث: المستوى التعليمي للزوجين:

تشير معظم الدراسات إلى أهمية متغير التعليم كمتغير يؤثر في القرارات التي يتخذها الزوجان حول حجم الأسرة، ولاشك أن تعليم المرأة عامل هام في تغيير وجهة نظرها بالنسبة لأدوارها التقليدية في الأسرة –والذي يقوم على إنجاب الأطفال وتربيتهم والعناية بالزوج وخدمته– ويسهم إسهاما فعالا في مشاركتها للرجال، وفي إيجاد فرص العمل.

وتؤكد الأدبيات السكانية بهذا الخصوص بأنه "لا يوجد متغير اجتماعي اقتصادي له ارتباط سلبي واضح وحاسم مع الخصوبة كالتعليم". فالتعليم عملية تربوية عميقة الأثر على سلوك الفرد ومواقفه واتجاهاته و هو ما تؤكده النظريات منذ القديم، فأفلاطون مثلاً أدرج عامل التعليم كمحدد للخصوبة في كتابه " المدينة الفاضلة" و رأى بأن تمديد فترة التعليم إلى 25 سنة و عدم إمكانية الزواج قبل هذا السن الحل الذكي للحد من الاكتظاظ السكاني، كما أشاد منظرو الاتجاه البيولوجي كـ: هنري سبنسر وغيره بأن التعليم العالي للمرأة و اشتغالها بالمجالات التي تتطلب جهداً ذهنياً يؤثر على التركيبة البيويوجية لها ويضعف فرصها للإنجاب.

[1]– عبد القادر القصير : **الأسرة المتغيرة في مجتمع المدينة العربية** ، دار النهضة العربية، بيروت، البعة الأولى، 1995، ص 92.

وهو الأمر الذي تطرقنا إليه في الفصل السابق أين تحدثنا عن المؤتمرات التي أكدت على ضرورة رفع المستوى التعليمي– للإناث خاصة – بالبلدان النامية والتي تعاني كثافة سكانية عالية كحل غير مباشر للتقليل من حدة تلك الكثافة.

وبما أن حظوظ المرأة في إنجاب الأبناء تقل بارتفاع سن دخولها في الحياة الإنجابية، وبارتباط هذا التأخر (من جانب معين) بسنوات الدراسةّ؛ فإننا نستطيع أن نقر بوجود علاقة مباشرة بين عدد الأطفال أو القدرة على الإنجاب بصورة دقيقة وبين عدد سنوات الدراسة (بدون زواج)، فالمرأة التي تتزوج في سن الثالث عشر أمامها 25 سنة من الإنجاب على عكس المرأة ذات التعليم العالي التي تنخفض فيها فترة أنجابها إلى أقل من 13 سنة.

ويرى ديفز و بلاك :" انه كلما كان العمر عند الزواج مبكراً كلما ازداد عدد الأطفال المنجبين، فالمرأة التي تتزوج تحت سن العشرين تنجب ما معدله 10،2 طفل خلال فترة قدرتها على الإنجاب أما المرأة التي تتزوج عند سن العشرين تنجب 9،7 طفل، أما عند سن الخامسة والعشرين فتنجب المرأة 5،6 طفل، والتي تتزوج عند سن الثلاثين تنجب 3،5 طفل والتي تتزوج عند سن الخامسة والثلاثين تنجب ما معدله 1،9 طفل[1]".

وحسب رسالة الماجستير المنشورة والمعنونة بـــ: " العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على خصوبة المرأة في مدينة رام الله " سنة 2004 من جامعة النجاح الوطنية التي أعدها الطالب محمد المجيد حسين يعقوب، يقول فيها:

" كما أشارت دراسة عفاف قنديس عن تعليم الإناث وانخفاض الخصوبة في البلدان النامية إلى أن تعليم أحد الأبوين يؤدي إلى انخفاض في حجم العائلة. وبينت الدراسة أن تعليم الأم يؤدي إلى انخفاض أكبر في حجم العائلة بالمقارنة مع تعليم الأب لأن الأنثى هي التي تنجب وهي أكثر قدرة على التحكم بعملية الحمل، وعند تعليمها يتغير لديها الكثير من المفاهيم المتعلقة بالإنجاب مثل زيادة الاستقرار الأسري من خلال إنجاب العديد من الأطفال وإنجاب الذكور، كما أن تعليم المرأة يزيد من وعيها الصحي حول قضايا الحمل مثل مباعدة فترات الحمل وأهمية الرضاعة الطبيعية واستخدام وسائل تنظيم النسل بالإضافة إلى أن فترة

[11] الأخضر زكور، **دور التعليم العالي في تنظيم الأسرة الجزائرية**، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم اجتماع التنمية، جامعة منتوري قسنطينة، 2007–2008 ، ص 121

الخصوبة عند المرأة محدودة على عكس الرجل فمواصلة تعليمها تكون على حساب مدة الخصوبة لديها" ، وقد أشار BONGAARTS إلى ذلك حيث يعتقد أن التعليم يبقى العامل الرئيسي في تحديد مستويات الخصوبة في الدول الأقل تطوراً[1].

وهو ما سيوضحه لنا الجدول التالي والذي يمثل توزيع العمر الوسيطي للزواج حسب الجنس ، مكان الإقامة وحسب المستوى التعليمي أيضاً.

الجدول رقم11 تطور العمر الوسيطي للزواج للجنسين وحسب الخصائص السوسيو-اقتصادية بين1992 و 2006

	الذكور			الإناث		
	1992	2002	2006	1992	2002	2006
مكان الإقامة						
ريفي	24,5	29,1	27,7	32,6	31,9	28,8
حضري	31,2	33,7	34,2	26,9	30	30
المستوى التعليمي						
أمي	27,4	31	30,4	23,6	28,3	28,7
يقرأ/ أو يكتب	29,7	32,2	–	25,6	28,7	–
ابتدائي	31	33,2	32,9	25,6	29,3	29,6
متوسط	30,9	33,2	33,9	26,9	30,7	29
ثانوي	31,6	35,5	33,8	30,3	33,2	29,6
مستوى عال	–	–	34,8	–	–	33,3
المجموع	30,1	33	33,5	25,9	29,6	29,8

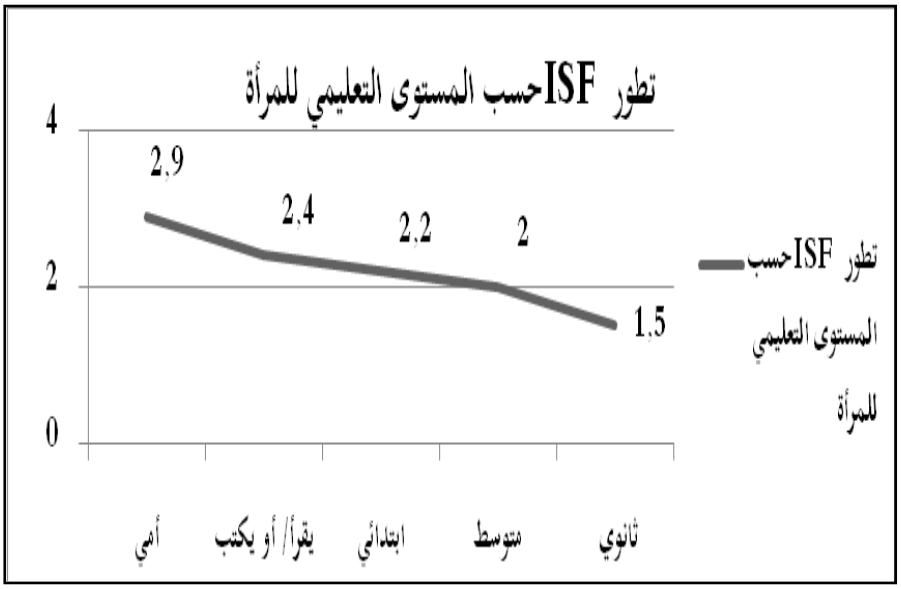
Source :Nacer-eddineHammouda et kahinacherfiferoukhi, la nuptialité en Algerie : quelle transition ?, CREAD,Division Economie Social,Alger

فمن الجدول أعلاه نستطيع إثبات صحة القول القائل بأنه كلما زاد المستوى التعليمي للفرد ارتفع سن دخوله الحياة الزوجية والأمر ينطبق على الجنسين معاً الذكور والإناث، فبالنسبة للذكور مثلاً نلاحظ أنه وفي كل فترة زمنية يزداد العمر الوسيطي للزواج

[1] فضيلة الشعوبي، يمينة قوارح، أ.د. حمزة شريف علي: **تحول الخصوبة في الجزائر**، مجلة العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية، العدد 19، جوان 2015، ص 265.

فانتقل من 31,6 بالنسبة للثانوي سنة 1992 إلى 33,8 سنة 2006، و عليه؛ نجد تطور مؤشر الخصوبة حسب المستوى التعليمي للإناث على الشكل التالي:

الشكل رقم 44 : تطور المؤشر التركيبي للخصوبة حسب المستوى التعليمي للمرأة



المصدر: من إعداد الطالبة وفق معطيات المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002

ومنه يظهر لنا جليا تنقل المؤشر التركيبي للخصوبة من 2,9 طفل / امرأة عند فئة الأميات إلى 1,5 طفل/امرأة عند فئة التعليم الثانوي فما فوق، ونستطيع القول بأن للجانب التعليمي للمرأة عدة نقاط يلعب فيها الدور الحاسم في تحديد خصوبتها، فالمرأة المتعلمة تلم بجميع المعطيات والمعلومات حول ماهية الحمل، كيف يتم ومتى يتم؛ وعليه تكون متحكمة أكثر من غيرها من النساء ذوات المستوى التعليمي المحدود على تحديد خصوبتها.

وبما أن المستوى التعليمي المرتفع للمرأة يفتح لها باب الولوج إلى عالم الشغل وبالتالي تحقيق مكسب مادي يجعلها تشارك الرجل في اختيار عدد الأبناء و اختيار الوقت لإنجابهم أيضاً.

أ) مستوى تعليم الزوجة:

تشير أغلب أدبيات الخصوبة من دراسات سابقة ودراسات ذات صلة إلى اقتران ارتفاع مستوى تعليم الزوجة بارتفاع عمرها عند الزواج، ومما يترتب عليه إبعادها عن تلك الأعمار الصغيرة عند الزواج والتي تكون فيها غير قادرة على الحمل والإنجاب بسبب عدم اكتمال نضوجها بيولوجيا. كما وإن الدراسات ذاتها تؤكد أن السيدات الأكثر تعلما يتسمن عادة

بسرعة انتقالهن لإنجاب الأطفال الثلاثة الأوائل (بدون ترك فترات مباعدة بين المواليد). ويفسر ذلك بمفهوم "سرعة الالتحاق" (Catch Up) (الذي يميز النساء المتعلمات) نتيجة رغبتهن في تعويض ما فاتهن وهن غير متزوجات وليس لديهن أطفال، وبذا تتسم رغباتهن بالالتحاق بنظيراتهن من السيدات اللاتي تزوجن وأنجبن بأعمار صغيرة، بالشدة والوضوح. أي أن فترات المباعدة الأولى لدى النساء الأكثر تعليما تتميز بقصر مسافات المباعدة بين هذه الولادات وعدم الميل لاستخدام أي وسيلة لمنع الحمل. كما قد تسهم مجموعة من العوامل الأخرى في تقصير المسافة بين كل ولادة وأخرى، باعتبار أن النساء الأكثر تعلما يمتزن بانخفاض ميولهن واتجاهاتهن نحو الإرضاع الطبيعي (الذي يعمل كمانع طبيعي ضد حدوث الحمل)، وإن كان يتم تعويضه عن طريق زيادة استخدام هؤلاء الزوجات لموانع الحمل، كما وتقل القوة الدافعة بشكل حاد وملحوظ للحصول على عدد كبير من الأطفال لدى النساء الأكثر تعلما ومن هنا تبرز ضرورة اقتران السياسات الرامية لتعليم النساء بسياسات موازية لزيادة فرص عملهن، حتى تتاح الفرص بتعليم الإناث؛ لإحداث التأثير المطلوب على سلوكهن الإنجابي.

ب) مستوى تعليم الزوج:

تشير الدراسات ذات الصلة إلى وضوح حدة الميول التي يبديها الأزواج الذكور للحصول على أسر كبيرة الحجم. إذ بينت نتائج الدراسات في بعض الدول النامية السابقة أن أغلب الأزواج الذكور يظهرون رغبات واضحة في الحصول على أسر كبيرة الحجم وأن هذه الرغبات عادة ما تكون مغلفة بالرغبة في الحصول على عدد كاف من الأطفال الذكور، أي أن هناك اتجاهات واضحة متحيزة لإنجاب الأطفال الذكور لدى الأزواج مقارنة عما هو لدى الزوجات. كما وإن هؤلاء الأزواج الذكور يظهرون اتجاهات أكثر سلبية نحو استخدام موانع الحمل بسبب اتجاهاتهم القدرية (أي ترك مسألة الإنجاب بيد الله)، وهذا ما يفسر شدة ميول الأزواج الذكور على اختلاف مستوياتهم التعليمية لمواصلة الإنجاب حتى مستويات إنجابية عالية[1].

[1] منير عبد الله كرادشة: **علم السكان الديمغرافية الاجتماعية**، عالم الكتاب الحديث، الطبعة الأولى، 2010، ص 122.

المبحث الرابع: المحددات الثقافية لخصوبة المرأة

المبحث الأول: الطفل الذكر

تعزو أغلب الأدبيات الديمغرافية بقاء مستويات الخصوبة السائدة في مجتمعات الدول النامية ضمن مستوياتها المرتفعة إلى مجموعة مكن العوامل المختلفة ولعل أهمها، ظاهرة تفضيل إنجاب الأطفال الذكور. غير أن تحديد وكشف الآلية التي تعمل من خلالها مثل هذه الظواهر المؤثرة على سلوك المرأة الإنجابي تشوبه في العادة كثير من مظاهر الغموض والتعقيد، بسبب قصور أساليب التحليل السابقة عن قياس وتحديد وفهم مضمون الآلية التي تعمل من خلالها هذه الأبعاد لتؤثر على سلوك الأفراد الإنجابي بصورة دقيقة ومفصلة. حيث تشير الدراسات المحلية السابقة التي ركزت على دراسة مثل هذه الظواهر إلى قصر فترات المباعدة التي تلي إنجاب الطفلة الأنثى، وأن القوة الدافعة لأنجاب الطفل التالي تتسارع بشكل مضطرد أملا في أن يكون الطفل اللاحق ذكرا، ويتم هذا التسريع عبر مجموعة من القنوات أهمها:

- قلة العناية بالطفلة الأنثى.
- قطع فترات الإرضاع وتقصيره قدر الإمكان.
- تكثيف عمليات الجماع الجنسي بين الزوجين.
- قلة اللجوء لوسائل ضبط النسل.

باعتبار أن حصول المرأة على طفل ذكر يمثل حدثا بالغ الأهمية سواء بسبب ارتباط وجوده بارتفاع مكانة المرأة الاجتماعية؛ خصوصا في المناطق الريفية النائية، أو للأهمية المقترنة بإنجابه، إذ يعني ذلك لكثير من الإناث في مثل تلك المناطق الريفية التقليدية إثباتا لانجازهن الإنجابي، فوجود الطفل الذكر في الأسرة يعني استمرار اسم العائلة وامتدادها، كما ويشكل إنجاب الطفل لدى مثل هؤلاء الزوجات مصدرا آمنا وضمانا للأبوين في حالة عجزهم وشيخوختهم، كما وأن الأطفال الذكور خاصة في المناطق الريفية والنائية يمثلون قيمة مضافة إلى مصادر الدخل وقوة العمل في الأسرة هذا ويؤكد الموروث الاجتماعي –متمثلا بالأمثال الشعبية– صدق هذا التوجه، ومن هذه الأمثال:

- ألف ولد مجنون ولا بنت خاتون.
- البنت ولو كانت فاس ما بتشق راس.

- هم البنات للممات.
- البنات مقاليع ابليس.
- لما قالولي ولد اشتد حيلي واستند، ولما قالولي بنية انهدت الحيطة عليه.

كما وتؤكد الأمثال الشعبية الأخرى مظاهر التمييز بين الذكور والإناث في مختلف مجتمعاتنا العربية الشرقية بشكل خاص، فعند ولادة البنت يقال:

- جيبو البنات ولا تقعدوا بطالات.
- اللي بجيب البنت بجيب الولد.
- عقبال الصبي

وكأنه يعزي لولادة البنت، وإذا ماتت المولودة البنت يقال:

- موت البنات أو سترهن.
- ماتت وليتك من صفا نيتك.

وللدلالة على الهم والحزن من وجود البنات في الأسرة، ويقال:

- هم البنات للممات ولو عرايسومجوزات.
- دلل ابنك بيجيك ودلل بنتك بتخزيك.

بينما يقال عند ولادة الذكر:

- ما أحلى نزلتهم، ولو ماتوا بساعتهم.
- الولد فرحة ولو إنه قد القمحة.

وهذا لا ينفي وجود رغبة لدى بعض أفراد هذه المجتمعات في إنجاب الأطفال الإناث، كان يقال "بنت مليحة ولا ولد فضيحة". كما ينظر إلى الإناث بأنهن أقل فائدة في خدمة الأبوين خاصة عند الكبر، لذلك لا غرابة إذا استقبلت ولادة البنت من قبل الزوجين والعائلة بفتور وخيبة أمل، خاصة إذا لم يسبق إنجاب الذكور في الأسرة.

وغالبا ما تكون المرأة التي لم تنجب أطفالا كثرا، مدعاة لشفقة مجتمعها ويطلق عليها مثلا دلالة على التعاطف "أم الولايا" كما يطلق على الرجل الذي لم يرزق إلا بنات "أبو الولايا" دليل أيضا على

تعاطف وشفقة مجتمعة معه. وفيما يلي مزيد من الإيضاح لمثل هذه الظواهر الديموغرافية وانعكاساتها على سلوك الأفراد الإنجابي.

حيث تأخذ ظاهرة تفضيل إنجاب الأطفال الذكور عدة أشكالها لعل أهمها:

- التمييز في استقبال المولود بين الجنسين.
- التمييز في مستويات التغذية.
- التمييز في معدلات الرضاعة الطبيعية.
- التمييز في الرعاية الصحية لكلا الجنسين.
- التمييز في فرص الحياة، من حقوق في التعليم والسفر والعمل وغيره.

هذا وتختلف أسباب ومبررات تفضيل الذكور من حقبة زمنية لأخرى ومن مجتمع لآخر، كما تختلف درجة وقوة هذا التفضيل من ثقافة لأخرى، إلا أنه يمكن اجمال أسباب التفضيل والتمييز في النواحي التالية:

أ- أسباب بيولوجية:

مثل اختلاف التركيب الجسمي والقوة العضلية، والاختلاف الوظيفي والبيولوجي تبعا للنوع الاجتماعي، مثل تميز المرأة بالحمل والإنجاب، واختلاف الوظائف الجنسية حسب النوع الاجتماعي، وعلاقة كل من الذكر والأنثى بمسألة الحمل والإنجاب، والذي ترتب عليه تباين واختلاف كثير من الأدوار والوظائف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية لكلا الجنسين.

ب- أسباب اجتماعية:

والتي ترتهن بالنظرة إلى الذكور عادة بأنهم المحافظون على اسم العائلة واستمرارها وأنهم المدافعون عنها، والورثة الشرعيون لثروة وعزوة الأسرة والعشيرة، وأنهم مصدر للفخر والتباهي داخل نطاق الأسرة. بينما ينظر للمرأة على أنها معيار للشرف، وقد تتعرض المرأة للطلاق والمهانة إذا لم تنجب الذكور وأنجبت إناثا فقط خاصة في المجتمعات الزراعية التقليدية.

جـ- أسباب اقتصادية:

والتي تتمحور طروحاتها حول "أسطورة تقسيم العمل" حيث ينظر إلى الرجل بأنه رب الأسرة ومعليها وصاحب الامتياز في مختلف الأعمال والنشاطات الاقتصادية، وأن الأبناء الذكور خير معين للأب في عمله وخير ضمان للأبوين في حالة العجز أو الشيخوخة، بينما تعتبر الإناث عبئا اقتصاديا "فالبنات استثمار خاسر" ولا تفضل الإناث إلا لمساعدة الأم في أعمال البيت ورعاية الأطفال، أو لتوفير عوائد اقتصادية في بعض الأعمال المنزلية المحددة. بالتالي ينظر إلى الرجل بأنه عنصر الأمان والضمان الاقتصادي للآباء في المستقبل، خاصة في مجتمعات الدول النامية التي لا تتوفر فيها وسائل الضمان والحماية المادية في حالة العجز أو الشيخوخة أو التعطل عن العمل. وفي ظل ارتفاع معدلات وفيات الأطفال فإن رغبات الأزواج في إنجاب المزيد تكون قوية كرد فعل للتعويض عن حدوث وفيات للأطفال في الأسرة، كما وتستمر نوايا الأزواج في إنجاب المزيد من الأطفال للتعويض عن حدوث الوفيات السابقة أو المحتملة في الأسرة، من أجل الإبقاء على أكبر عدد من الذكور على قيد الحياة في الأسرة لتأمين شيخوخة الوالدين.

د- أسباب نفسية وشخصية:

يفتخر الأبوان عادة بأبنائهم الذكور أكثر من افتخارهم بالإناث، كما يفضلون أن يحقق الأبناء الذكور نجاحا أكبر في التعليم والحياة بصورة عامة مقارنة بالبنات، ويشعر الآباء والأمهات بقلة السند إذا لم ينجبوا الذكور، بينما لا يراودهم نفس الشعور في حالة إنجاب الإناث فقط. وتعتبر الإناث مصدرا للقلق النفسي خوفا من الأعباء الاقتصادية أو من الوصمات الاجتماعية كوصمة العار، مما يؤدي إلى الهم والخزن عند إنجاب الإناث، لذلك لا غرابة في وجود أطفال غير مرغوب فيهم لمجرد كونهم من الإناث أحيانا. كما تختلف النظرة إلى كل الأطفال حسب نوعهم الاجتماعي تبعا لمستويات الذكاء والجاذبية، بالتالي فإن مساهمة الذكور في حصول الأبوين على الرضا والسعادة وإشباع غريزة الأمومة والأبوة، ومشاهدة ومتابعة الأبناء وهم يكبرون، أكثر من مساهمة الإناث. كما تزداد الضغوط النفسية التي تتعرض لها الأمهات اللاتي رزقهن الله الإناث فقط خاصة من قبل الأزواج والأهل، ويقترن بذلك من زيادة احتمالات تعرضهن للطلاق أو الزواج عليهن أملا بإنجاب الذكور. كما يقترن بإنجاب الأطفال الإناث كثير من المعتقدات التي تفترض أن المرأة هي المسؤولة عن جنس المولود. الأمر الذي يخالف الحقائق العلمية، التي تفترض أن الرجل هو المسؤول مع المرأة بيولوجيا عن تحديد

جنس المولود. كما ينظر إلى الأنثى في المجتمعات العربية المحافظة على أن مصيرها ينتهي بالزواج وترك الأسرة إلى عائلة أخرى (ابنك الك وبنتك لغيرك).

هـ- أسباب ديمغرافية:

تختلف تفضيلات إنجاب الذكور عن الإناث كما ونوعا من مجتمع لآخر. كما تختلف هذه التفضيلات والرغبات من مرحلة زمنية لأخرى ففي حالة الحروب وما بعدها تزداد الرغبة في إنجاب المزيد من الذكور نتيجة لزيادة احتمال وفاتهم وبصورة أكثر من الإناث. كما يختلف عدد الأطفال المرغوب فيهم من الذكور والإناث باختلاف خلفية الأسرة، واختلاف خصائصها وأنماطها، فإذا كانت الأسرة ممتدة فإنه يتوقع وجود تفضيل قوي لإنجاب الذكور، وفي حالة الأسرة النووية يتوقع وجود توازن بين الجنسين، أو تفضيل بسيط للذكور عن الإناث. هذا وتأخذ تفضيلات إنجاب الذكور صورا كثيرة، منها:

- تفضيل إنجاب الطفل الأول ذكرا.
- إنجاب جميع الأطفال ذكورا.
- إنجاب عدد من الذكور اكبر من عدد الإناث.
- الاستمرار في الإنجاب أملا في إنجاب عدد كاف من الأطفال الذكور بصرف النظر عن عدد الإناث.
- وجود إناث غير مرغوب بهن، أو ارتفاع معدلات الوفيات للإناث نتيجة قلة الاهتمام أو سوء التغذية، أو عدم الحصول على نفس الرعاية الصحية اللازمة، ونفس فترات الرضاعة الطبيعية التي يحصل عليها الذكور[1].

[1] منير عبد الله كرادشة، مرجع سبق ذكره ، ص 103

المطلب الثاني: التدين الشعبي

إن الدارس لموضوع الخصوبة في الوطن العربي، المغرب العربي عامةً أو في الجزائر خاصةً لا يمكن له إغفال الجانب الديني في دراسته نظراً لعدة اعتقادات، طقوس وأفكار ذات طابع إسلامي كونه الدين الرسمي والمصدر الأول و الأصلي لكل ما يحكم شعوب هذه البلدان، إلا أننا نجد أن هذا الطابع الإسلامي قد أخذ عدة منحنيات و تشعبات ليست وليدت الزمن الحاضر بل هي نتاج تاريخي قديم يستند المؤرخون في ظهورها إلى حديث المصطفى صلى الله عليه وسلم: " ستفترق أمتي على ثلاثٍ و سبعين فرقة كلها في النار إلا واحدة...".

والحديث في هذا المجال يطول لكثرة الجدل فيه والتداخل الكبير بين عناصره إلا أننا سنحاول فهمه، توضيح أهم خطوطه العريضة ثم محاولة إسقاط أفكاره على المجتمع محل الدراسة.

وتختلف التعاريف وتتداخل في فهم معنى التدين الشعبي ونقول مبدئياً أن التدين الشعبي هو مجمل الأفكار، العادات، الطقوس، الأعراف والأحكام غير المكتوبة أو المنصوص عليها رسمياً التي كوَّنها أو تكوَّنت من خلال عدة عناصر أهمها الدين والثقافة.

والتدين الشعبي موضوع تمت صياغته في هذه الجزئية من البحث كعنوان يضم محورين اثنين وهما: التدين والشعبي أو الشعبوي.

أما التدين فهو كما يقول الدكتور "**محمود حمدي زقزوق**" في مؤلفة "**العقيدة الدينية و أهميتها في حياة الإنسان**"[1]

"فالإنسان هو الكائن الوحيد الذي ينزع بطبعه إلى التدين عن وعي و إدراك، والتدين مرتبط بالدين، والدين قد يكون حقّاً وقد يكون باطلاً. ولهذا رأينا الحق تبارك وتعالى يقول في

[1] محمود حمدي زقزوقي: **العقيدة الدينية وأهميتها في حياة الإنسان**، هدية مجلة الأزهر المجانية لشهر رجب 1415هـ، الأزهر، مصر، ص 16

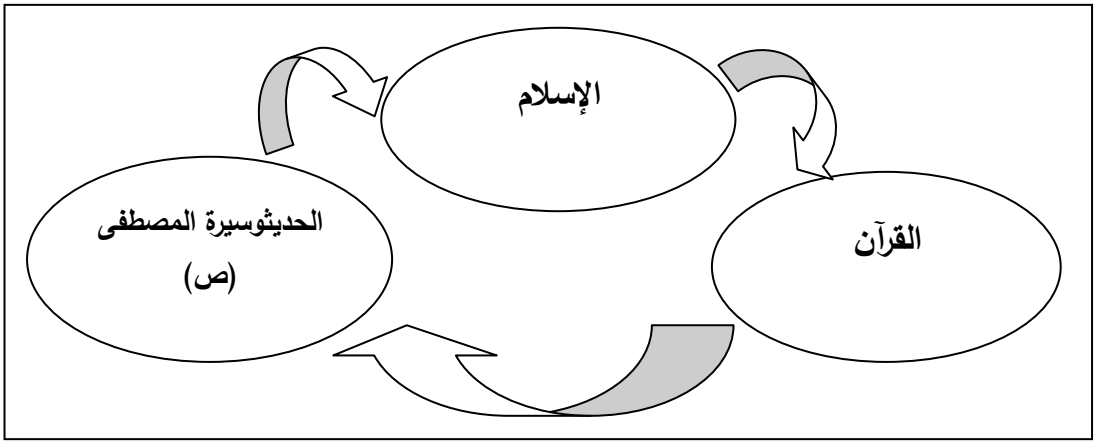
القرآن الكريم على لسان سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم في نقاشه مع المكيين الوثنيين: " لكم دينكم ولي دين[1]"، فوصف معتقدهم الباطل بأنه دين"

فلا يستطيع الإنسان العيش بدون الإيمان بشيء سواءاً كان رمزي أو مادي، فالإيمان فطرة و نزعة أصيلة في نفس الإنسان و ضرورة تحتاج أن تكنَّ النفس البشرية إليها لتشغر بالاطمئنان والتوازن، وفي هذا الصدد يضيف الكاتب في مؤلفة:

" فالغريزة الدينية مشتركة بين كل الأجناس البشرية حتى أشدها همجية وأقربها إلى الحيوانية... وأن الاهتمام بالمعنى الإلهي وبما فوق الطبيعة هو إحدى النزعات العالمية الخالدة للإنسانية[2]"

والدين عند العرب هو الإسلام لكن اختلاف الثقافات والاعتقادات أنشأ ما يسمى بالتدين الشعبي، وبالتالي نجد المرجعية الأصلية عند كل المسلمين تعود إلى ثلاثية تمثل ثلاث ركائز وهي:

الشكل رقم45 ركائز الدين عند المسلمين



المصدر: من إعداد الطالبة

لكن الأحكام التي تسير شؤونهم تختلف اختلافاً قد يكون جذرياً في كثير من الأحيان، ومن هنا يظهر التدين الشعبي ممثلاً في جملة من المفاهيم مُقَولبة بقالب الدين الإسلامي وأولها:

[1] سورة الكافرون، الآية رقم 06

[2] زقزوقي،المرجع السابق، ص 12

1. الثقافة الشعبية:

تظهر في أنماط السلوك، تتميز بالتقليد و تخضع لضوابط غير رسمية، وتركز على النظام الأخلاقي و التراث الشفهي، وهي متماسكة ومتكاملة يرى رادفيلد R. Redfield أن الثقافة الشعبية هي نموذج مثالي، أو بناء عقلي، لا يمكن أن نجده في صورته الخالصة وإنما تقترب منه تلك المجتمعات التي يهتم بدراستها علماء الأنثربولوجيا[1]

2. العرف:

هو نوع من العادات التقليدية، يشبه التقاليد لأنه عريق و تقليدي و متوارث و ملزم " العرف هو ذلك النوع من العادات الواسعة النطاق في انتشارها، التي ليست في مصلحة جماعة بالذات بل في مصلحة الجماعات كلها، متلاقية في وحدة واحدة هي المجتمع أو الأمة[2]"

3. التقاليد:

هي كل ما يرتبط بالماضي و تداولت عليه الأيام و أصبح قديماً، وهي محاكاة للأولين و موروث عنهم فهي " عادات مقتبسة رأسياً أي من الماضي إلى الحاضر، ثم من الحاضر إلى المستقبل فهي تنتقل و تورث من جيل إلى جيل ومن السلف إلى الخلف على مرّ الزمان[3]

ولا يفوتنا أن نذكر هنا مصطلح الإسلام الطرقي الذي هو عبارة عن ذلك الاتجاه الصوفي الذي شهد بدوره عدة تغيرات عبر مر الزمان و نختصّ بالذكر هنا المنطقة محل الدراسة التي عرفت ثلاث مراحل ابتداءاً من القرن السادس عشر ميلادي إلى غاية القرن التاسع عشر ميلادي نذكرها بإيجاز و تلخيص شديدين*:

---

[1] محمد السويدي:**مفاهيم علم الاجتماع الثقافي ومصطلحاته**، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، الدار التونسية للنشر ، تونس، 1991، ص 239

[2] فوزية ذياب: **القيم والعادات الاجتماعية مع بحث ميداني لبعض العادات**، دار النهضة العربية، بيروت، 1980، ص 186.

[3]فوزية ذياب،المرجع السابق، ، ص 122.

*للاطلاع أكثر انظر مؤلف توات والأزواد للدكتور محمد الصالح حوتية بجُزأَيْهِ الأول والثاني

1. **المرحلة الأولى:** (أهم محطاتها) أنها بدأت باعتراف رجال الصوفي بوجود طريق محدد إلى الله سبحانه و تعالىبحيث يتطلب هذا الطريق الصلاة والدعاء و ذكر أسماء الله الحسنى.

وتعد هذه المرحلة بمثابة العصر الذهبي لأنها اقتصرت على الشيخ وتلامذته الذين ينتقلون من مكانٍ إلى آخر دون أن يؤسسواْ نظاماً معيناً.

2. **المرحلة الثانية:** (أهم محطاتها) اتساع نطاق التصوف نظراً لانتشار الإسلام و زيادة نشاط الطرق الصوفيه معه.

ظهور العديد من العلماء البارزين أمثال الشيخ عبد القادر الجيلالي و الشيخ أبو حامد الغزالي.

3. **المرحلة الثالثة** : (أهم محطاتها) توسع المجال الروحي لمشاهير الصوفيه بتنظيماتها الحالية و انتشار الطرق بشكل أوسع.

وباختصار نقول أن الحياة الروحية في منطقة توات (المنطقة محل الدراسة) تقوم على حركة التصوف التي نشرتها الطرق الصوفية و نذكر في هذا المقام أهمها:

- ❖ الطريقة القادرية: و تنسب إلى الشيخ محي الدين عبد القادر بن أبي صالح.
- ❖ الطريقة الموساوية: وتنسب إلى الشيخ أحمد بن موسى بن خليفة.
- ❖ الطريقة الشيخية: و تنسب إلى عبد القادر بن محمد بن سليمان.
- ❖ الطريقة التيجانية: وتنسب إلى الشيخ أبي العباس بن أحمد بن محمد بن مختار التيجاني.

إضافة إلى ما سبق نذكر أيضاً ذلك الجانب المرتبط بالمعتقدات الغيبية والروحية التي يتشارك فيها الإنسان المغاربي حسب رأي الأستاذ بن عبد الله محمد في مؤلفه " **سيكوباتولوجيا الشخصية المغاربية** " حيث يقول:

" ما يلفت الانتباه حينما نغوص في أعماق ما دوِّن من روايات وما أنجز من بحوث ودراسات ذات الصلة بالأنتربولوجيا المغاربية هو اتفاق أصحاب هذه المصادر على

أن الشخصية في المجتمع المغاربي تبدو مشبعة بمجموعة من المعتقدات الغيبية التي يعتبرونها فوقطبيعية ولا عقلانية لأنها ترتبط في تقديرهم بعالم " المقدس المبهم" "[1]

وبالتالي نستطيع القول بأن المجتمع المدروس مجتمع ديني في أصله و تاريخه متدين في حاضره حسب نمط الجماعة المتبوعة، متشبع بجملة من المعتقدات والغيبيات التي ليست حكراً عليه وإنما هي للمجتمع الكلي الذي يشمله إذ يقول الكاتب صلاح الدين شروخ في مؤلفه " **علم الاجتماع الديني العام** " :

"وغالبية المسلمين يعتنقون ما يطلق عليه اسم إسلام العامة، أو الإسلام الشعبي. فهم أرواحيون يؤمنون بالأرواح الشريرة والجن والعفاريت، و يعرفون القليل عن الإسلام الأصيل ، ويؤمن هؤلاء بدرجة كبيرةٍ بالتعاويذ التي – في اعتقادهم – تمدهم بالقوة لمواجهة شرور الحياة[2]"

[1] بن عبد الله محمد: **سيكوباتولوجيا الشخصية المغاربية**، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون، الجزائر، 2010، ص85.

[2] صلاح الدين شروخ: **علم الاجتماع الديني العام**، دار العلوم للنشر و التوزيع، عنابة، الجزائر، 2012، ص 182.

خاتمة الفصـــــل

تتحكم في ظاهرة الخصوبة كما وضحنا في هذا الفصل عدة متغيرات ديمغرافية، اجتماعية، اقتصادية و ثقافية، حيث يتشعب كل متغير إلى عدة مؤشرات تؤثر بدورها في الظاهرة بدءً من مرحلة المرحلة البيولوجية المتمثلة في مرحلة التخصيب إلى غاية مرحلة الولادة أو الوضع.

و قد شاهدنا من خلال ما سبق كيف أن لمختلف العوامل الخارجية و الداخلية، الفزيولوجية أو غير الفزيولوجية المتعلقة بفكر و شعور الفرد أثر على الخصوبة.

الباب الثاني

الإطار الميداني للدارسة

الفصل الأول : الخصائص الديمغرافية و السوسيو – ثقافية لأفراد العينة

- الخصائص الديمغرافية لأفراد العينة
- الخصائص الاجتماعية و الثقافية لأفراد العينة
- الخصائص الاقتصادية لأفراد العينة

1. المبحث الأول: الخصائص الديمغرافية لأفراد العينة

تمهيد:

تم تصميم الاستمارة من أجل جمع أكبر عدد من المعلومات حول عناصر العينة بهدف توظيفها في التحليل و استخلاص النتائج، و سنقوم بترتيبها حسب النوع أين نجد الخصائص الديمغرافية، الاجتماعية والثقافية، و الخصائص الاقتصادية و تشتمل هذه الحصائص على كل المتغيرات التي تعكس الجانب السلوكي و النمطي المعيشي لعينة الدراسة كالمستوى التعليمي للزوجين، نوع المهنة، الاعتقادات الدينية المتعلقة بالخصوبة والأولاد، مستوى الدخل، السكن إلى آخره، و سنقدم بعض الإحصاءات الوصفية أولاً ثم نتناول كل عنصر بالتحليل والتفسير

و سيشمل هذا الفصل الشرح الوصفي لكافة الخصائص من حيث قيمها، توزيعها، تشتتها و تمركزها أيضاً بدأً بـــــ:

I. الخصائص الديمغرافية.

II. الخصائص الاجتماعية والثقافية.

III. الخصائص الاقتصادية.

.

المطلب الأول: أزمنة الخصائص الديغرافية للمبحوثات

تعتبر الخصائص الديمغرافية العمود الفقري للدراسة و بالتالي وجب التعامل معها بشكل حساس و مضبوط من أجل تعزيز قيمة النتائج التحليلية، وقد تم جمع بعض الخصائص كما يظهر في الجدول أدناه.

الجدول رقم 12 توزيع الخصائص الديمغرافية للعينة.

الخصائص الديمغرافية للعينة							
المتغير	المتوسط الحسابي	الوسيط	المنوال	الانحراف المعياري	ألقيمة العليا	القيمة الدنيا	قيمة α معامل الالتواء
السن الحالي للمبحوثات	35,95	35,00	34	5,669	22	49	0,504
مدة الحياة الزواجية	106,56	84,00	120	74,592	10	480	0,907
عمر المبحوثات عند أول زواج	26,92	27,00	25	3,757	17	40	-0,066
عمر المبحوثات عند أول حمل	27,82	27,00	26	3,972	17	40	0,619
مجموع أحبال المبحوثات	2,97	3,00	2	1,651	1	8	-0,057
مجموع الأطفال لدى المبحوثات	2,30	2,00	2	1,209	0	6	0,747
عدد الأطفال المولودين ميتين	0,20	0,00	0	0,520	0	3	1,139
عدد الإجهاضات	0,42	0,00	0	0,795	0	6	1,566
عدد الأطفال المتوفين الرضع	0,06	0,00	0	0,294	0	3	0,636

المصدر: من إعداد الطالبة وفق مخرجات البحث الميداني (Excel)

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن اتجاه جل المتغيرات الديمغرافية المرتبطة بالعمر تميل إلى الاعتدالية و سنقوم بقراءة كل متغير على حدا بالترتيب:

1- السن الحالي للمبحوثات:

الجدول رقم 13 توزيع أعمار المبحوثات بالنسب المؤية (âge par âge)

السن الحالي للمبحوثات	التكرار	النسبة المؤية
22	1	0,35
23	1	0,35
24	1	0,35
27	6	2,08
28	10	3,46
29	13	4,50
30	19	6,57
31	12	4,15
32	25	8,65
33	18	6,23
34	26	9,00
35	22	7,61
36	10	3,46
37	23	7,96
38	21	7,27
39	8	2,77
40	21	7,27
41	4	1,38
42	5	1,73
43	10	3,46
44	5	1,73
45	6	2,08
46	4	1,38
47	2	0,69
48	5	1,73
49	11	3,81
المجموع	**289**	**100**

المصدر: مخرجات التحقيق الميداني و فق برنامج التحليل SPSS 24

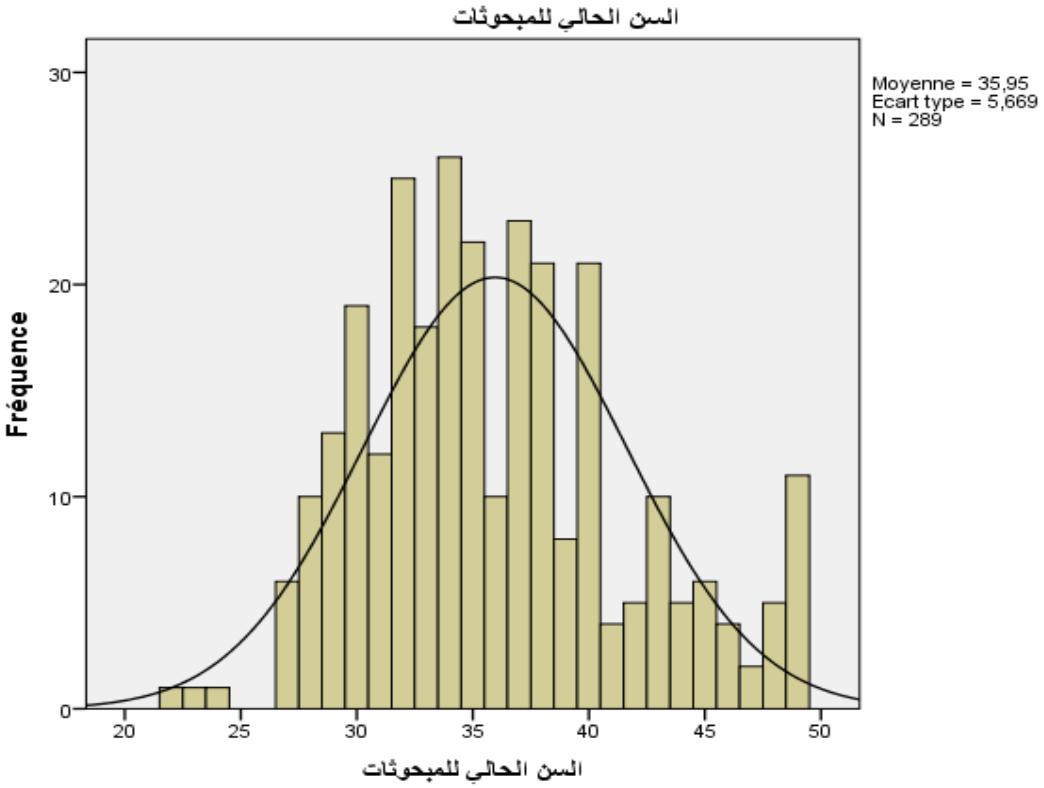
توزيع أعمار المبحوثات بالفئات (par groupe d'age)

الفئات	التكرارات
19 - 15	0
24 - 20	3
29 - 25	29
34 - 30	100
39 - 35	84
40 و أكثر	73
المجموع	289

يبلغ متوسط السن عند المبحوثات 35,95 سنة بانحراف معياري قدره 5,66 و بقيمة وسيطية تساوي 35 سنة، و بلغ سن أصغر مبحوثة 22 سنة في حين كان سن أكبر مبحوثة 49 سنة.

و يتوزع سن المبحوثات توزيعاً ملتوٍ جهة اليمين و يتقرب إلى الاعتدالية بشكل متوسط 0,50 حيث نجد أن قيمة المتوسط الحسابي أكبر من قيمة الوسيط و هو ما يوضحه الشكل التالي:

الشكل رقم46 توزيع المبحوثات حسب السن الحالي



المصدر: مخرجات التحقيق الميداني و فق برنامج التحليل SPSS 24

2- مدة الحياة الزواجية:

تعتبر مدة الحياة الزواجية عدد السنوات التي تعيشها المبحوثة مع زوجها حتى وقت التحقيق الميداني و قد تم التعبير عنها في الاستمارة بعدد السنوات، و لغرض التحليل الدقيق تم تحويلها إلى وحدة (الشهر).

وقد بلغ متوسط مدة الحياة الزواجية عند المبحوثات 8 سنوات و 10 أشهر و نصف الشهر (15 يوماً) بانحراف قدره 74,59 و قيمية وسيطية تساوي 7 سنوات، أما بخصوص أقل قيمة و اكبر قيمة فكانت أصغر مدة زواجية تساوي 10 أشهر بينما قدرت أكبر مدة زواجية عند المبحوثات بـــ: 480 شهر أي ما يعادل 40 سنة.

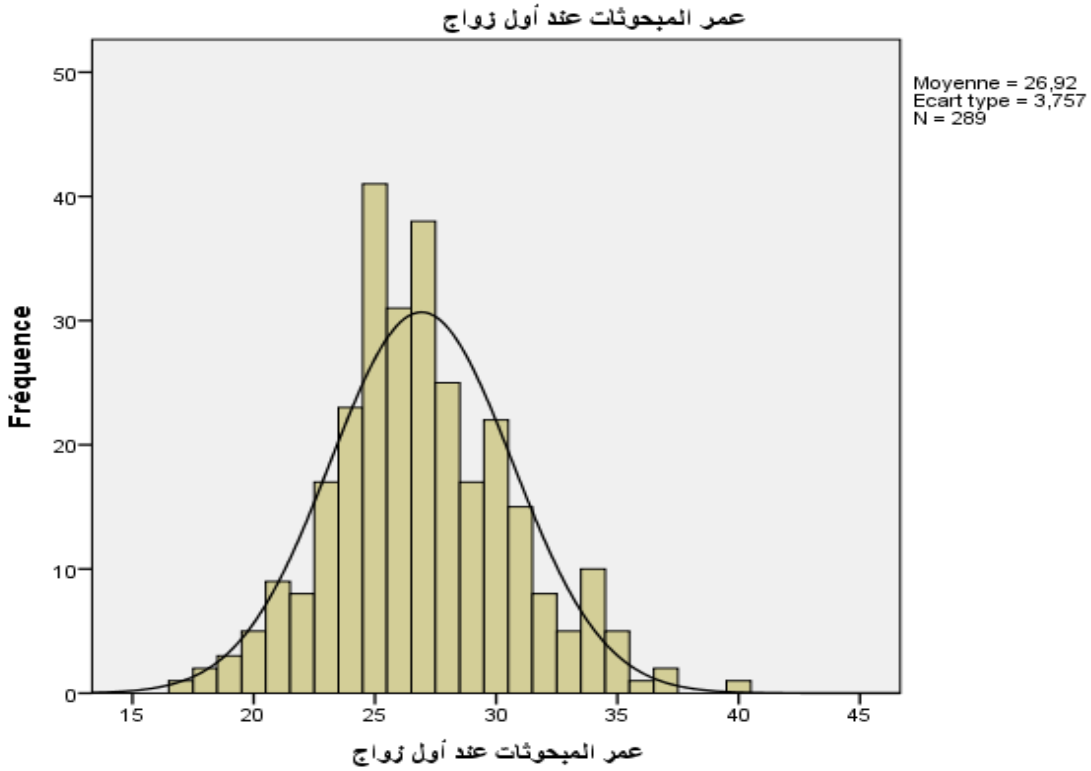
و بمقارنة كل من قيمة المتوسط الحسابي ، الوسيط والمنوال نستنتج الالتواء القوي لتوزيع المتغير و هة ما تعبر عنه قيمة الألفا المحسوبة والتي تساوي 0,90.

3- عمر المبحوثات عند أول زواج:

تعتبر القيمة المتوسطة و الوسيطية على حد السواء لعمر المبحوثات عند أول زواج واللواتي يعبرن عن الموظفات في قطاع الوظيف العمومي بولاية أدرار قيمة صغيرة مقارنةً بالعمر عند الزواج الأول على المستوى الوطني والذي يقدر بـ: 31 سنة تقريباً، حيث أن الجزائر شهدت عمر متوسط يقارب الذي خلصت إليه النتائج وهو 26,92 سنة أي تقريباً 27 سنة و هو العمر المتوسط للزواج على المستوى الوطني سنوات التسعينات و بالتالي نقول بأن المنطقة تعرف نوعاً من الانخفاض في العمر المتوسط عند أول زواج مقارنة بالمعطيات الوطنية.

أما بالنسبة للتوزيع فنلاحظ من خلال قيمة الألفا المحسوبة أنه توبع يقترب إلى الاعتدالية بشكل قوي كما يوضحه الشكل أدناه:

الشكل رقم 47 توزيع المبحوثات حسب السن عند الزواج الأول



المصدر: مخرجات التحقيق الميداني و فق برنامج التحليل SPSS 24

4- عمر المبحوثات عند أول حمل:

في الغالب يتبع متغير العمر عند أول زواج العمر عند أول حمل عند جميع عناصر العينة المختارة عشوائياً، إلا أننا في هذه الحالة نجد التوزيعان يختلفان بحيث أن التوزيع عند هذا المتغير متوسط الالتواء بقيمة تساوي 0,61، إلا أنهما يتشاركان في العمر الأصغر و الأكبر والذي يساوي 17 سنة و 40 سنة على التوالي وفي العمر الوسيطي أيضاً والذي يساوي 27 سنة.

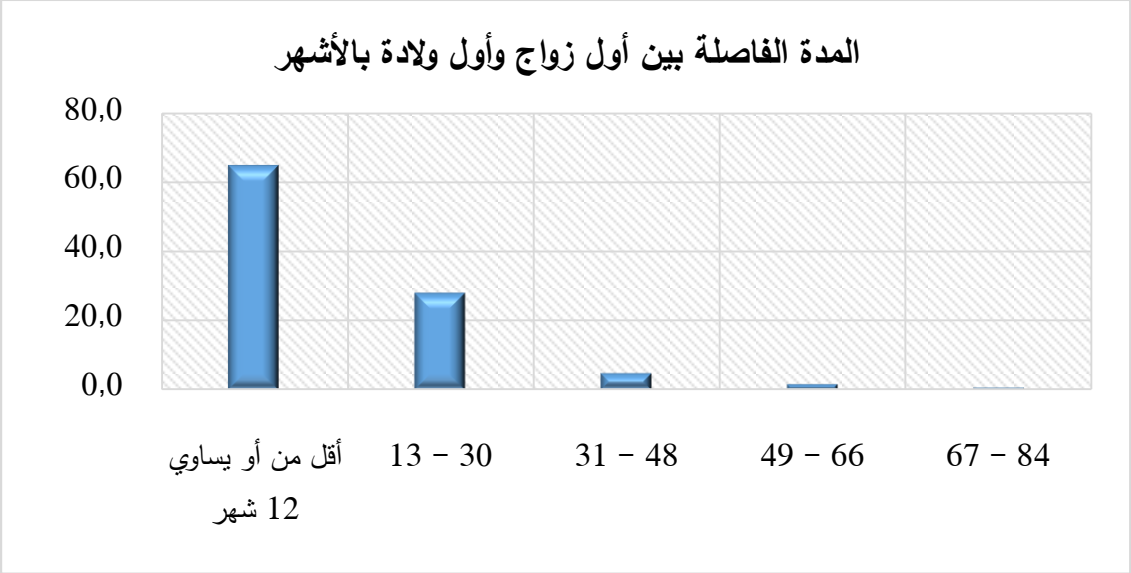
و بلغ متوسط العمر عند أول حمل 27,82 سنة أي بفارق 0,9 سنة ما قيمته 10 أشهر و 8 أيام عن العمر المتوسط عند أول زواج و بالتالي تعطينا القيم صورة مبدئية عن طبيعة وتيرة فترات الولادات و الزواجات.

- المدة الفاصلة بين أول زواج و الولادة الأولى:

نلاحظ من خلال الشكل أدناه أن أكثر من نصف المبحوثات يفصل بين زواجهن وأول ولادة من شهر إلى أقل من أو يساوي سنة، تليها نسبة 28% للواتي يفصل بين أول زواج لهن و أول ولادة من سنة إلى سنتين و نصف (13 – 30 شهراً)، وقد تم اعتماد هذه الفئات لعدة أسباب أهمها:

IV. تسهيل عملية التحليل والبحث خاصة الجانب الإحصائي
V. تركيز القيم من أجل زيادة قوة الاختبارات المستعملة
VI. إظهار شدة مدى التأثير و التأثر بين المتغيرات المختلفة

الشكل رقم48 توزيع فئات المدة الفاصلة بين أول زواج و أول ولادة



المصدر: من إعداد الطالبة وفق برنامج أكسل

لكن بما أننا في جزئية البحث الوصفي وجب تفصيل المتغير جيداً من أجل تسهيل قراءة النتائج لاحقاً وبالتالي نعود إلى التوزيع الأصلي لعناصر العينة أين نجد المؤشرات التالية كما هي موضحة في الجدول أدناه:

الجدول رقم 14 مقاييس النزعة المركزية لمتغير المدة الفاصلة بين أول زواج و أول ولادة للمبحوثات

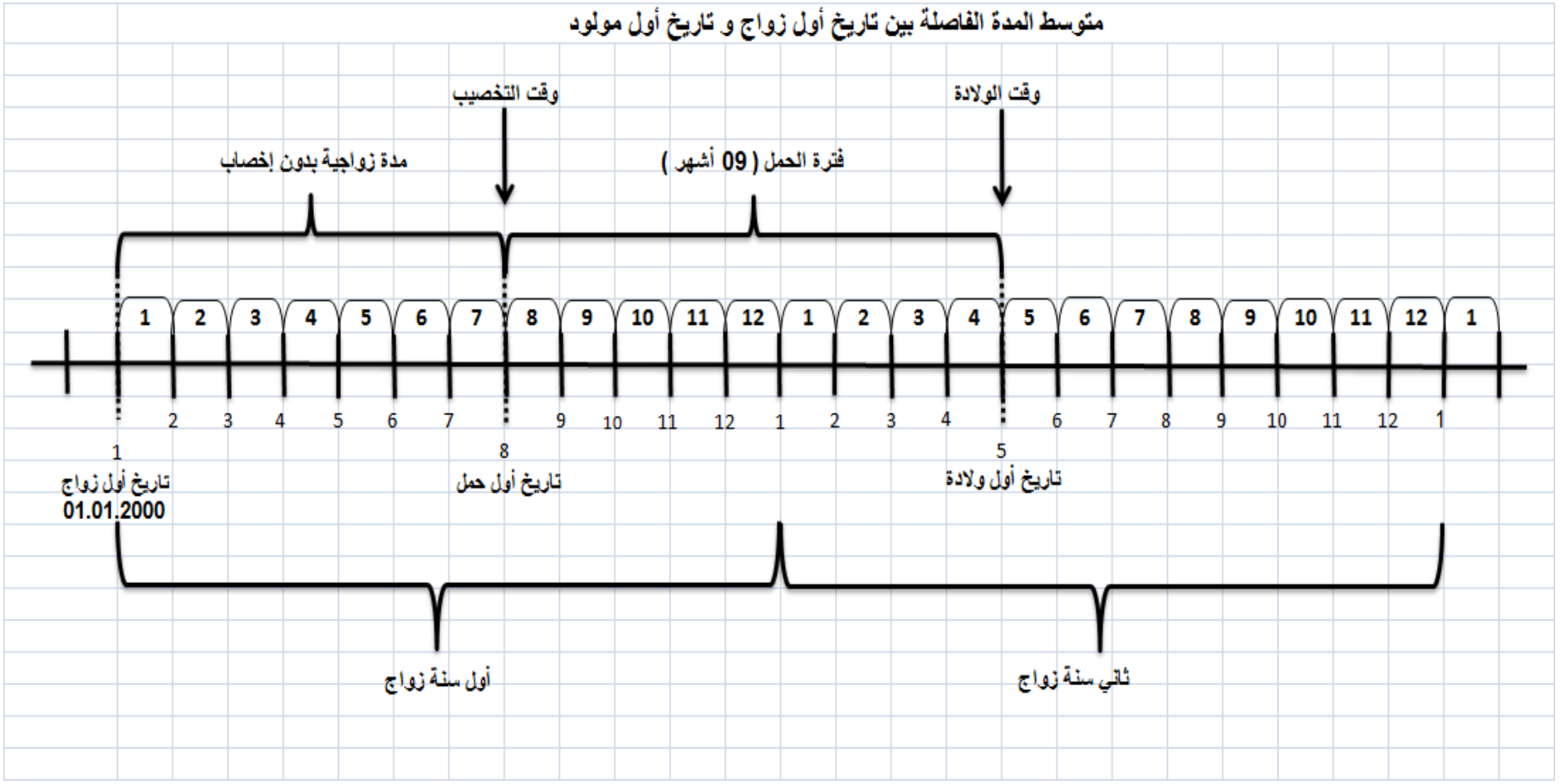
المؤشر	القيمة
المتوسط الحسابي	**16,06**
الوسيط	**12**
المنوال	**12**
القيمة الدنيا	**0**
القيمة العليا	**84**

المصدر: من إعداد الطالبة

من خلال القيم المبينة في الجدول نستطيع القول بأن متوسط المدة الفاصلة بين أول زواج و أول ولادة تساوي 16 شهراً و 6 أيام بمعنى سنة واحدة و 4 أشهر و 1.8 أي 2 يوم ، و نستطيع القول بصورة أخرى أن المبحوثات يفصل بين أول زواج لهن و أول حمل أو أول تخصيب 7 أشهر فقط في المتوسط، في حين تتساوى قيمتي المنوال و الوسيط بـ: 12 سنة لكلٍّ منهما.

وبما أن قيمة المتوسط الحسابي أكبر من قيمة الوسيط نستنتج أن التوزيع توزيع موجب مائل إلى اليمين وهو ما يؤكده الشكل البياني أعلاه رقم48.

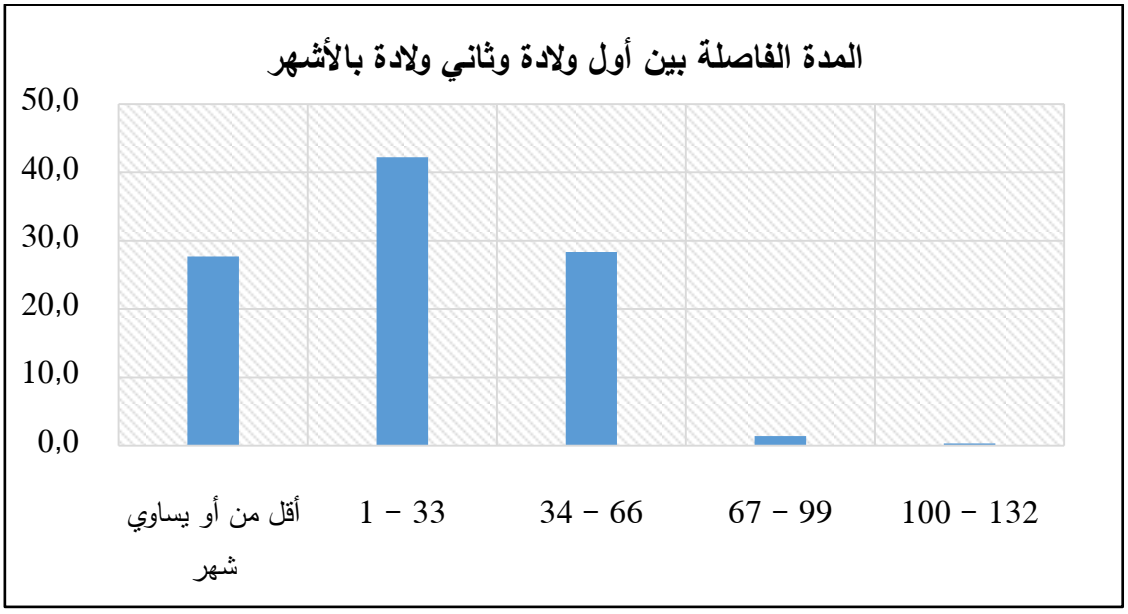
الشكل رقم49 مخطط توضيحي لمتوسط المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و أول مولود للمبحوثات



المصدر: من إعداد الطالبة

11- المدة الفاصلة بين أول ولادة وثاني ولادة:

الشكل رقم 50 توزيع فئات المدة الفاصلة بين أول ولادة و ثاني ولادة



المصدر: من إعداد الطالبة وفق برنامج أكسل

خِلافاً للمتغير السابق يتخذ التوزيع عند المدة الزمنية الفاصلة بين أول ولادة وثاني حمل توزيعاً مغايراً أين تأخذ الفئة الزمنية من شهر إلى 33 شهراً (عامين و 9 أشهر) أكبر نسبة والمقدرة بـ: 42 تليها نسبة 28,4 % للفئة الزمنية 34 – 66 شهراً (من عامين و 10 أشهر إلى خمس سنوات و 5 أشهر) ثم الفئة الزمنية لأقل من أو يساوي شهر بنسة تقدر بـ: 27,7 %.

و تقدر القيمة المتوسطة للمدة الفاصلة بـ سنة و 10 أشهر بالتقريب في حين نجد مدة سنتين تمثل قيمة الوسيط .

بالنسبة للقيمة الدنيا و القيمة العليا فهي تساوي 0 و 11 سنة على التوالي، و تمثل القيمة الدنيا 0 نسبة 27,7 % الموضحة في الشكل البياني أعلاه.

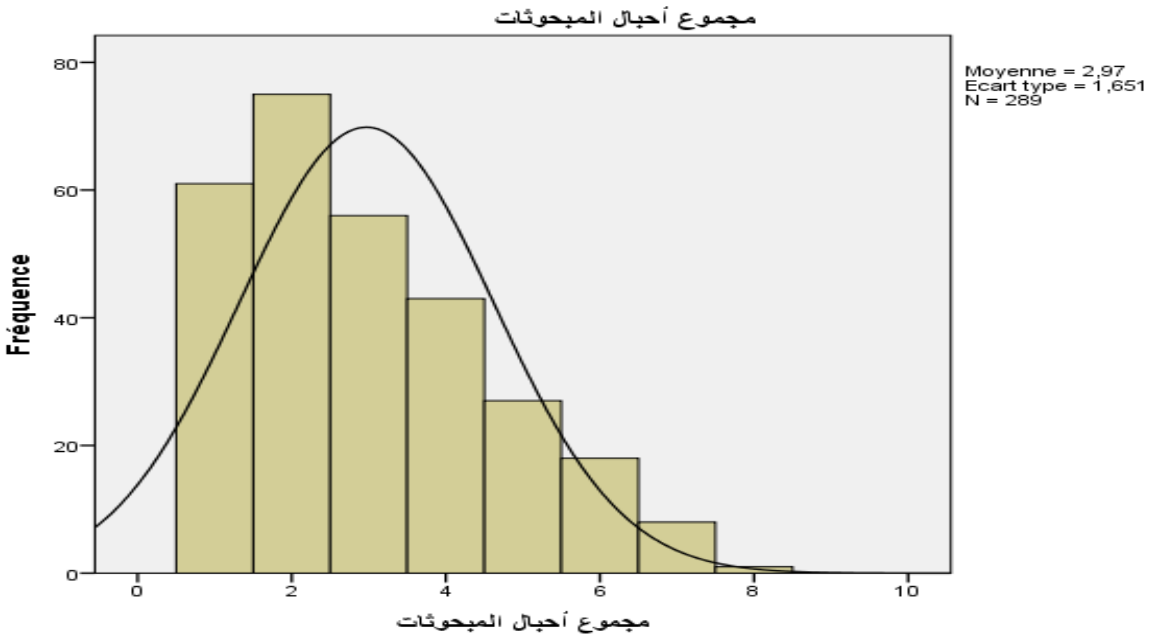
المطلب الثاني: الأحبال و الولادات لدى أفراد العينة:

مجموع أحمال المبحوثات:

تشير قيم الجدول الإحصائي رقم 12 الخاصة بعدد المرات التي حملت فيها المبحوثات إلى متوسط حسابي قدره 2,97 حمل ~ أي تقريباً 3 مرات في المتوسط تحمل المرأة المبحوثة في المنطقة محل الدراسة، بانحراف يساوي 1,65 و قيمة وسيطية مقدرة بـ: 3 أحبال.

و تتوزع قيم عدد أحمال المبحوثات توزيعاً سالباً يقترب إلى التوزيع الاعتدالي بشكل قوي كما تشير قيمة الألفا المحسوبة و كما نلاحظ من خلال الشكل البياني أدناه:

الشكل رقم51 توزيع المبحوثات حسب عدد الأحمال



المصدر: مخرجات التحقيق الميداني و فق برنامج التحليل SPSS 24

كما تشير المعطيات إلى أن كل نساء العينة حملن على الأقل مرة واحدة في حين نجد أكبر مرات حمل تساوي 8 أحمال.

6- مجموع الأطفال الأحياء لدى المبحوثات:

بلغ المتوسط الحسابي لعدد الأطفال الأحياء لدى نساء العينة 2,3 طفل بانحراف معياري قَدْرُهُ 1,2 و بقيمة وسيطية تساوي طفلين (02)، و مقارنةً مع القيمة السابقة لعدد الأحمال والتي تساوي 2,97 طفل نلاحظ أن هناك فارق يقدر بـ: 0,67 يمثل تلك التخصيبات التي لم تنتج ولادة صحيحة

والتي قد تكون قد تعرضت لأحد الأسباب أو الأخطار التي تعيق اكتمال الجنين كالإجهاض، الولادة الميتة، وفيات الأطفال أو غير ذلك، و التي تتوزع كما يلي:

الجدول رقم15 توزيع الحالات المنعدمة الأطفال من نساء العينة

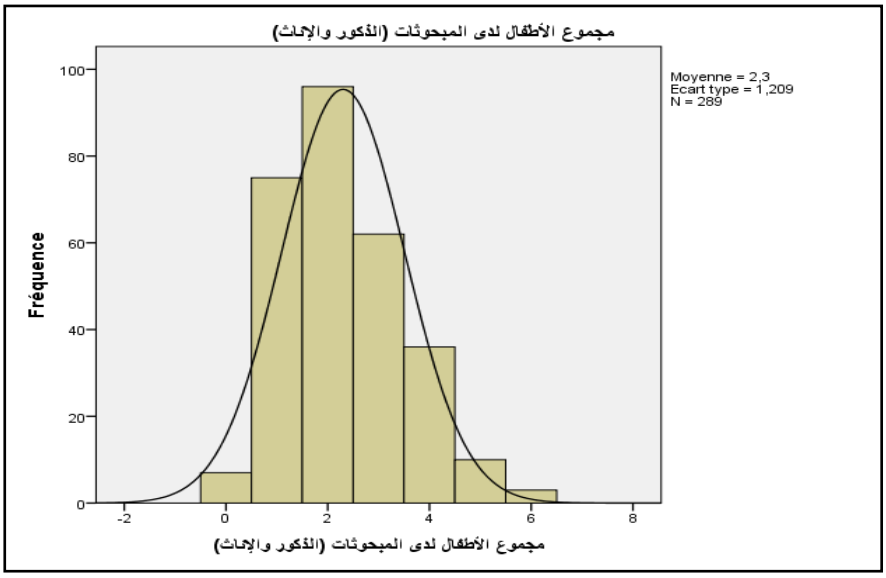
عدد الحالات	1	2	3	6	المجموع
الإجهاض	1	0	2	1	4
الولادات الميتة	2	0	0	0	2
المتوفين الرضع	1	0	0	0	1
المجموع	4	0	2	1	7

المصدر: من إعداد الطالبة وفق معطيات البحث الميداني

كما نشير هنا إلى المستوى العالي للخصوبة الخاص بالنساء في منطقة أدرار و الذي يعرف مؤشر خصوبة كلي ISF[1] يساوي 8,16 طفل لكل امرأة سنة 2016 في حين كان يساوي قبل ذلك بقرابة خمس سنوات 7,82 طفل لكل امرأة[2].

وتتوزع قيم المتغير توزيعاً قوي الالتواء جهة اليمين مثل ما يوضحه الشكل البياني أدناه:

الشكل رقم52 توزيع عدد الأطفال الأحياء لدى المبحوثات



المصدر: مخرجات التحقيق الميداني و فق برنامج التحليل SPSS 24

[1] **Indice Synthétique de Fécondité**

[2] انظر الملحق رقم 07

7- عدد الأطفال المولودين ميتين Mort – né :

بلغ عدد حالات الأطفال المولودين ميتين 45 حالة ما نسبته 15,57 % من مجموع المبحوثات، و بمتوسط يساوي 0,2 و بقيمة عليا تساوي 3 حالات ، بمعنى أن الثلاث حالات هي لمبحوثة واحدة بينما كانت أقل قيمة تساوي 0 لباقي المبحوثات.

8- عدد الإجهاضات:

انطلاقاً من لفرض القائل بشرعية حقل الدراسة و عدم وجود حالات إجهاض مُتَعمَّدة أو مقصودة لتنافيها مع الأسس الدينية للمنطقة، سيتم التعامل مع المعطيات على أنها إجهاض غير عمدي وغير مفتعل من طرف المبحوثة.

وقد بلغ عدد الإجهاضات عند المبحوثات 82 حالة إجهاض ما نسبته 37, 28 % من البحوثات تعرضت لحالة إجهاض واحدة على الأقل و قد بلغت أعلى قيمة عندهن 6 إجهاضات للمبحوثة الواحدة.

إن هذه الأرقام المريبة و المرعبة تستدعي و تتطلب الدراسة الجادة لأسباب ارتفاع هذه النسب، و سنحاول في الفصول اللاحقة تناولها من خلال بعض المتغيرات المستقلة.

9- عدد الأطفال المتوفين الرضع•:

أسفرت الدراسة الميدانية عن 15 حالة وفاة لطفل رضيع ما نسبته 5 % من المبحوثات فقدن طفل رضيع لم يكمل 12 شهراً، بقيمة دنيا تساوي 0 حالة وفاة رضيع و أخرى عليا تساوي 3 حالات.

• هي وفات الطفل قبل اتمامه لاثنى عشر (12) شهراً كاملةً، و يُصنف هذا النوع من الوفيات حسب المدة الزمنية التي عاشها الطفل الرضيع حديث الولادة إلى:

1- وفيات الأطفال حديثي الولادة و هي وفيات الأطفال المولودين أحياء خلال الشهر الأول بعد الولادة و تنقسم بدورها إلى صنفين: وفيات الأطفال حديثي الولادة (المبكرة) و تكون قبل إتمام الأسبوع الأول من الحياة و غالباً ما تعود لأسباب داخلية و فيات الأطفال حديثي الولادة (المتأخرة) و تكون في الثلاث أسابيع الأخيرة من الشهر الأول و عادة ما ترتبط بأسباب خارجية.

2- وفيات الأطفال ما بعد حديثي الولادة و تكون بين ثمانية و عشرون يوماً (28 يوم) و 365 يوماً كاملاً أي بعد الشهر الأول من الولادة إلى غاية الشهر الثاني عشر (انظر الشكل في الملحق رقم11)

المطلب الثالث: وسائل منع الحمل عند أفراد العينة

12- استعمال وسائل منع الحمل من طرف المبحوثات:

الجدول رقم16 توزيع استعمال وسائل منع الحمل من طرف المبحوثات

	التكرارات	النسبة %
تستعمل	184	% 63,7
لا تستعمل	105	% 36,30
المجموع	289	% 100

المصدر: من إعداد الطالبة وفق معطيات البحث الميداني

بلغت نسبة المبحوثات اللواتي يستعملن وسائل منع الحمل 63,7 % ما يعادل 184 مبحوثة مقابل 36,3 % (105 مبحوثة) للواتي أجبن بعد استخدامهن لأية وسيلة لمنع الحمل سواءاً كانت حديثة أم تقليدية، و يتوزع استعمال المبحوثات لوسائل منع الحمل حسب الفئة العمرية بانعدام التكرار عند الفئة العمرية الصغرى 19 – 15، لتتصدر الفئة 29 – 25 سنة التوزيع بأعلى نسبة تساوي 75,90 %، تليها فئة المبحوثات اللواتي تتحصر أعمارهن بين 30 و 34 سنة بنسبة 67 % ثم 61,90 % للفئة العمرية 39 – 35 كما نلاحظ في الجدول أدناه:

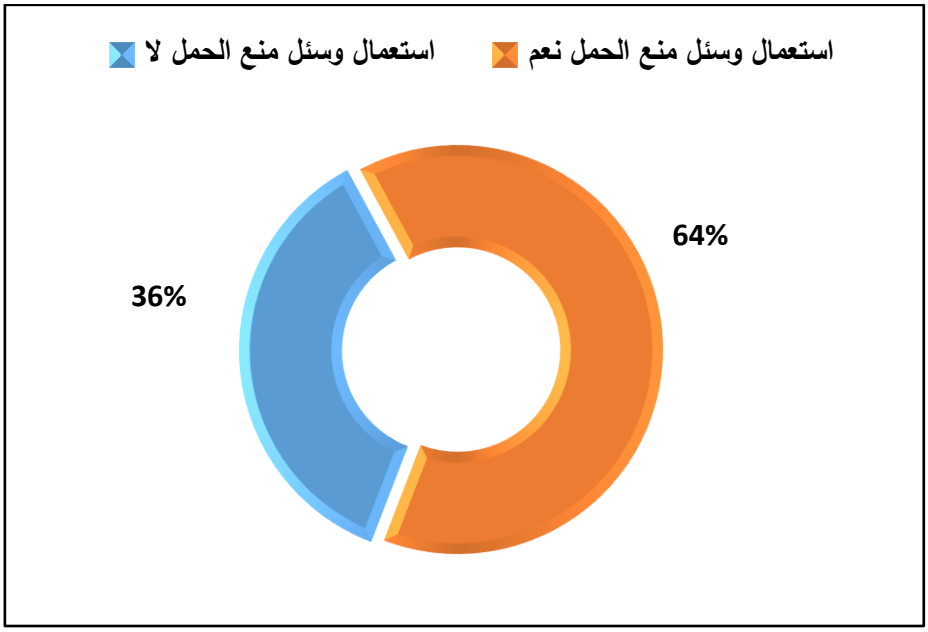
جدول رقم17 توزيع استعمال المبحوثات لوسائل منع الحمل حسب الفئات العمرية

الفئات العمرية	المستعملات	%	غير المستعملات	%	المجموع	%
15-19	-	-	-	-	-	-
20-24	**1**	**% 33,3**	**2**	**% 66,7**	**3**	**% 100**
25-29	**22**	**% 75,9**	**7**	**% 24,1**	**29**	**% 100**
30-34	**67**	**% 67**	**33**	**% 33**	**100**	**% 100**
35-39	**52**	**% 61,9**	**32**	**% 38,1**	**84**	**% 100**
40 و أكثر	**42**	**% 57,5**	**31**	**% 42,5**	**73**	**% 100**
المجموع	**184**	**% 63,7**	**105**	**% 36,3**	**289**	**% 100**

المصدر: من إعداد الطالبة وفق معطيات البحث الميداني

وتعد نسبة النساء المستعملات لوسائل منع الحمل حسب نتائج التحقيق الميداني نسبة معتبرة و مهمة تعكس مدى وعي المبحوثات بعدة أساسيات ثقافية، ديمغرافية، اقتصادية و صحية أيضاً.

الشكل رقم53 نسبة استعمال المبحوثات لوسائل منع الحمل



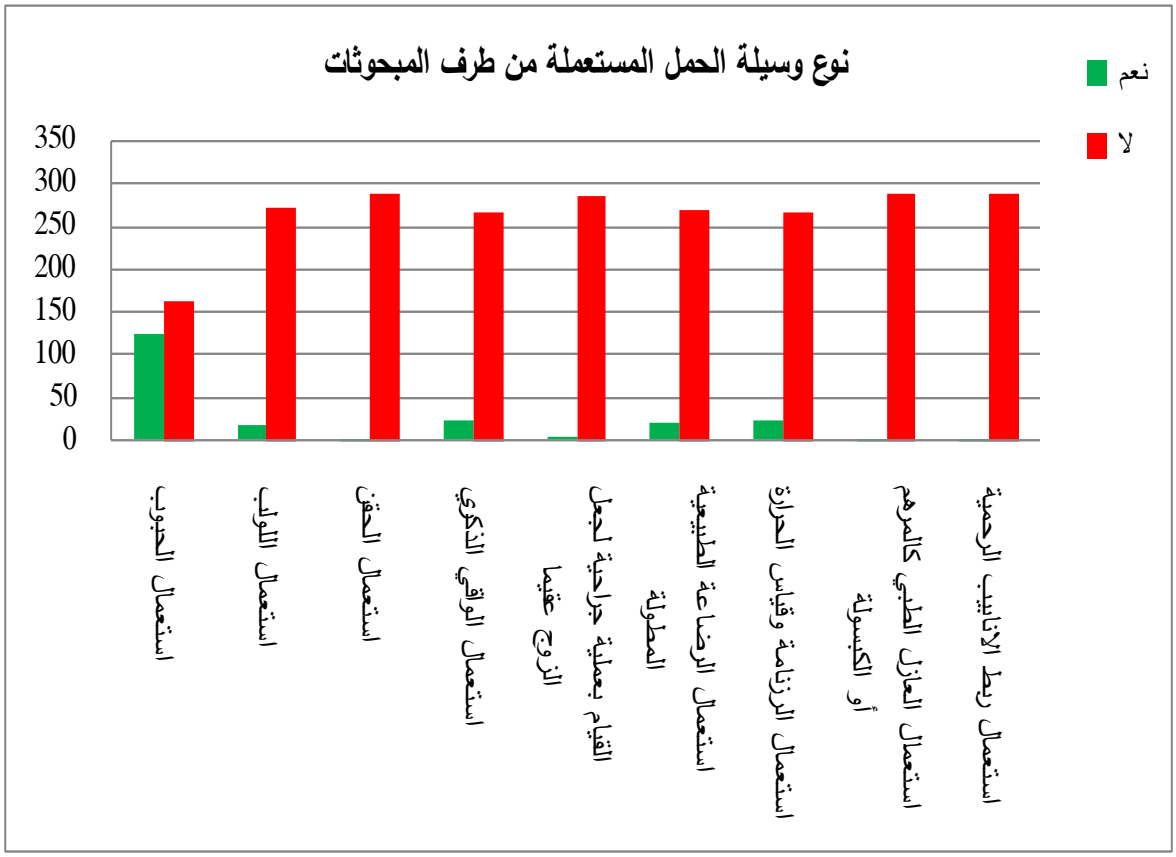
المصدر: من إعداد الطالبة وفق برنامج أكسل

13- توزيع نوع وسيلة منع الحمل المستخدمة من طرف المبحوثات:

تتوزع نسبة المستخدمات لوسائل منع الحمل مثلما هو موضح في الشكل البياني رقم 54 أدناه أين تأخذ الوسيلة الهرمونية المتمثلة في الحبوب أكبر نسبة والمقدرة بـ: 43,3 % في حين تتوزع باقي النسب على النحو التالي: 8,3 % للرزنامة و قياس الحرارة، 8 % للواقي الذكري، 7,3 % للرضاعة الطبيعية المطولة ثم 5,9 % للولب، و هي أهم النسب المسجلة.

ومنه؛ نستطيع القول بأن المبحوثات على غرار كافة نساء الوطن تغلُب عندهن وسيلة منع الحمل المتمثلة الحبوب.

الشكل رقم 54 توزيع نوع وسيلة منع الحمل المستعملة من طرف المبحوثات



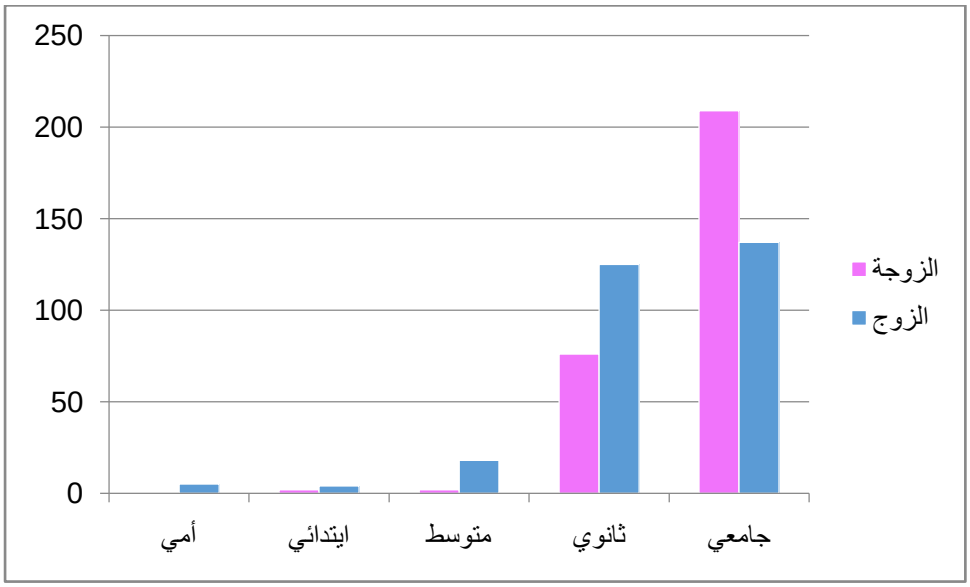
المصدر: من إعداد الطالبة وفق برنامج أكسل

المبحث الثاني: الخصائص الثقافية و السوسيو- اقتصادية لأفراد العينة

المطلب الأول: الخصائص الثقافية لأفراد العينة

1- المستوى التعليمي للمبحوثات و أزواجهن:

الشكل رقم55 توزيع المستوى التعليمي للمبحوثات و أزواجهن

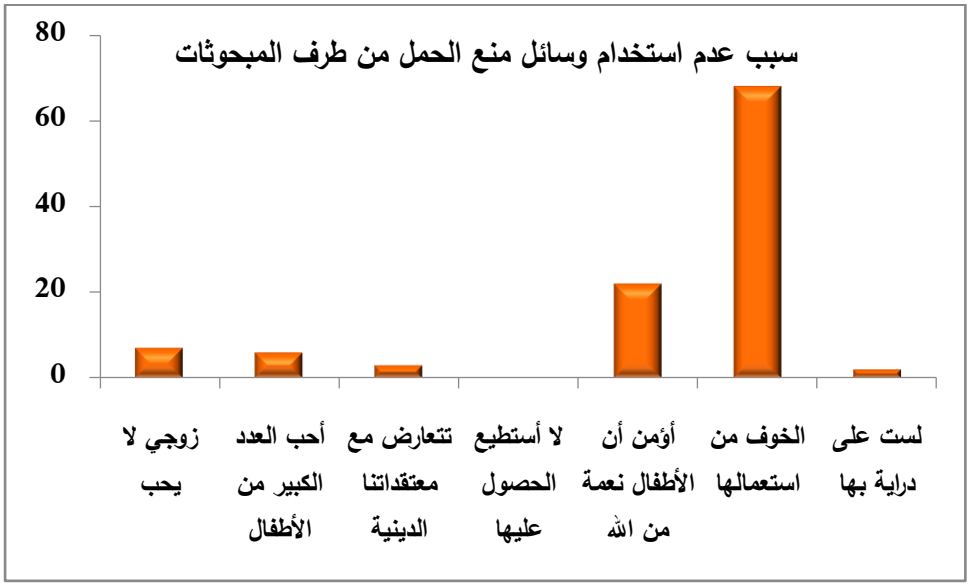


المصدر: من إعداد الطالبة وفق مخرجات برنامج اكسل

تمثل النساء المبحوثات ذات المستوى التعليمي الجامعي 72% مقابل 46,4 % لأزواجهن، في حين نجد العكس بالنسبة لمستوى الثانوي أين يمثل الأزواج نسبة 40,8 % مقابل 22,8 % للزوجات، بينما تنعدم نسبة الأميات بين النساء المبحوثات عكس معطيات أزواجهن أين نجد نسبة 1,73 % أزواج أميين ونستطيع القول هنا بأن هذه النسب إنما تدل على المستوى التعليمي لدى الإناث الذي شهد تطوراً هاماً منذ الاستقلال إلى غاية يومنا هذا، إضافةً إلى طبيعة الدراسة التي ألزمتنا بتحليل مجتمع نسوي نشط يحتكم إلى نوع من الرتب العلمية ولو كانت محتشمة، إضافة لأمور إدارية تسييرية و سياسية.

2 أسباب عدم استخدام وسائل منع الحمل:

الشكل رقم56 : توزيع أسباب عدم استخدام وسائل منع الحمل من طرف المبحوثات



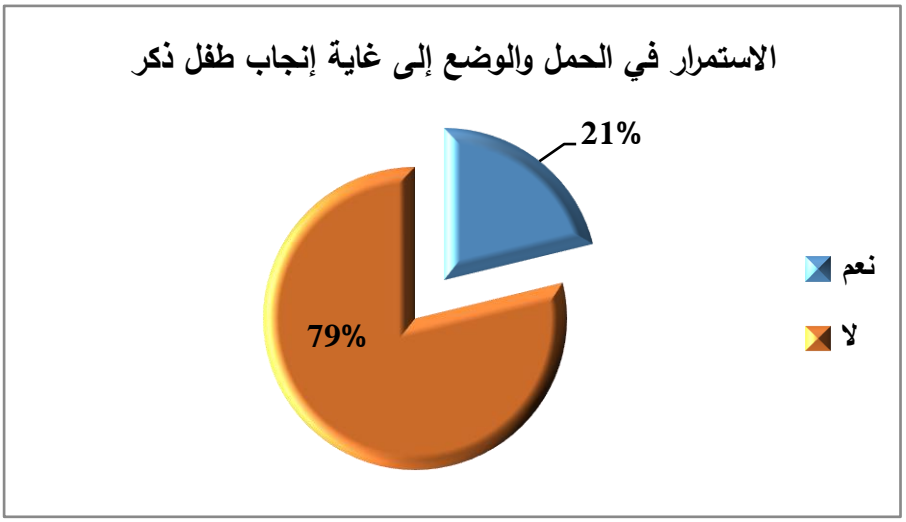
المصدر : من إعداد الطالبة وفق مخرجات برنامج اكسل

65,38 % من النساء المبحوثات اللواتي صرحن بعدم استخدامهن لوسائل منع الحمل بأنهن يخفن من استعمالها و تأثيراتها الجانبية، تليها نسبة 21,15 % من المبحوثات يؤمن بأن الأطفال نعمة من الله، في حين تتوزع باقي النسب بشكل متقارب نسبياً على الأسباب الأخرى.

و تكثر الإشاعات و الفتاوي في الوسط النسوي الجزائري عامة و المحلي خاصةً حول الأعراض الجانبية لوسائل منع الحمل خاصة الحبوب منها فمنهن من تقول أنها تسبب سرطان الرحم، سرطان الثدي، ضغط الدم، الزهايمر و غيره من الأعراض التي نفتها لنا المصالح الصحية و الصيدلانية خاصةً.

أما بالنسبة لثاني أكبر نسبة والخاصة بالنساء اللواتي يؤمن بأن الأطفال نعمة من الله فهذا يمكن إرجاعه إلى الخلفية الثقافية والدينية للمنطقة أين يسود نوع من الجو الديني الروحاني والذي يعتبر جزء لا يتجزأ من تاريخ المنطقة محل الدراسة (توات).

الشكل رقم 57 توزيع إجابات المبحوثات حول الحمل و الوضع إلى غاية إنجاب الطفل الذكر



المصدر: من إعداد الطالبة وفق مخرجات برنامج اكسل

227 امرأة أجابت بالنفي على هذا السؤال ما نسبته 79 بالمئة من مجموع المبحوثات، في حين أجابت 62 امرأة بأنها على استعداد للحمل و الوضع إلى غاية أن ترزق بمولود ذكر ما نسبته 21 بالمائة

إن ارتفاع هذه النسبة الأخيرة إنما هي نتاج العقلية الذكورية التي لازالت مهيمنة و مسيطرة على المجتمع العربي عامةً، الجزائري و التواتي أيضاً، أين نلمس الفرق جلياً بين النساء اللواتي أنجبن إلا أناثاً واللواتي أنجبن ولو ذكراً واحداً على الأقل، فبالتالي عديد الممارسات و الحساسيات المجتمعية المتعلقة بهذا الشأن تدفع بالمرأة إلى التسليم و تبني هكذا منطق.

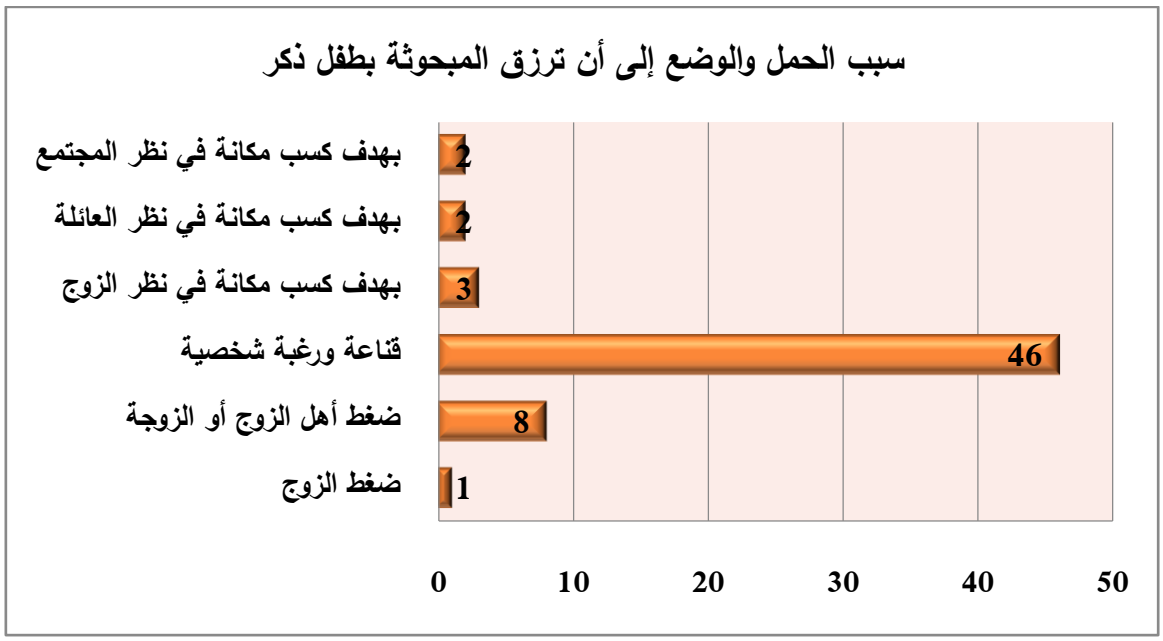
ومن أجل تحديد الأسباب التي تقف وراء تصريح المبحوثات باستعدادهن للقيام بعملية الإنجاب بدون أدنى اعتبار لما يترتب عنه (و نقول هنا مجموع الاعتبارات الصحية، النفسية، الجسدية، التربوية، العملية.....إلى آخره)؛ طلبنا من نسبة الـ: 21 % التي لم تجب بالرفض تبرير موقفها و السبب الذي يدفع بها إلى هذا العمل – الذي نستطيع القول عليه أنه عمل ضار للنفس البشرية لا إنساني ولا أخلاقي– خاصةً و أن خالقنا قال في كتابه الكريم أنه هو الذي يهب الإناث و يهب الذكور لمن يشاء.

و الاستشهاد هنا بالآية رقم 49 من سورة الشورى بعد بسم الله الرحمان الرحيم " **لِّلَّهِ مُلْكُ السَّمَوَاتِ وَالْأَرْضِ يَخْلُقُ مَا يَشَاءُ يَهَبُ لِمَن يَشَاءُ إِنَاثًا وَيَهَبُ لِمَن يَشَاءُ الذُّكُورَ (49)**" [1]

صدق الله العظيم

و كانت دوافعهن موزعة كالتالي:

الشكل رقم58 توزيع مبررات الحمل والوضع إلى غاية إنجاب مولود ذكر



المصدر: من إعداد الطالبة وفق مخرجات برنامج اكسل

نلاحظ من خلال التوزيع أعلاه أن معظم المبحوثات أجبن برغبة شخصية، تليها ضغط الأهل ثم من أجل كسب مكانة في نظر الزوج أو العائلة إلى غيره من الأسباب الواضحة في الشكل البياني أعلاه.

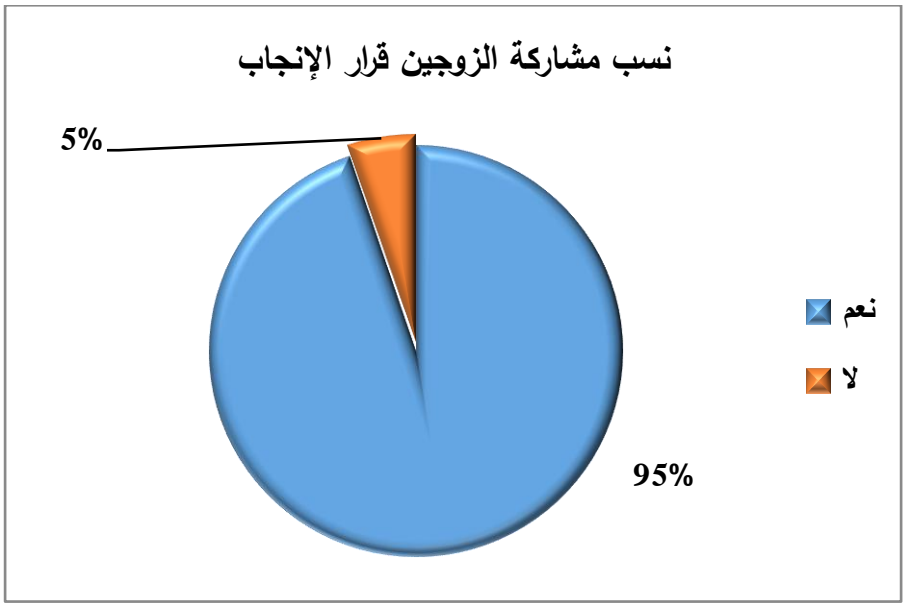
إن هذه الرغبة الشخصية يمكن تفكيك خباياها على ضوء الإجابات الأخرى، إذ نستطيع القول أن الأسباب متقاربة الشدة إلا أنه هناك من النساء التي صرحت بالسبب و حددته ومنهن من تكتمت و لم تفصح عن السبب بدقة، ونقول هذا لأننا لم نسجل ولا حالة أو سبب من غير هذه الأسباب خارج الاختيارات الموضوعة في استمارة البحث.

[1] القرآن الكريم

إن معانات النساء من الفكر الذكوري تقود بهن إلى تحديات عديدة على حساب سلامة صحتهن، وتظهر هذه المعانات بادية للعيان و هي نتاج أعراف اجتماعية لم تستطع أن تتحرر من قيود التراكم الفكري الاعتقادي الذي لا يمت بصلة لا للدين ولا للعلم.

2 مشاركة الزوجين قرار الإنجاب:

الشكل رقم 59 توزيع نسب مشاركة الزوجين قرار الإنجاب



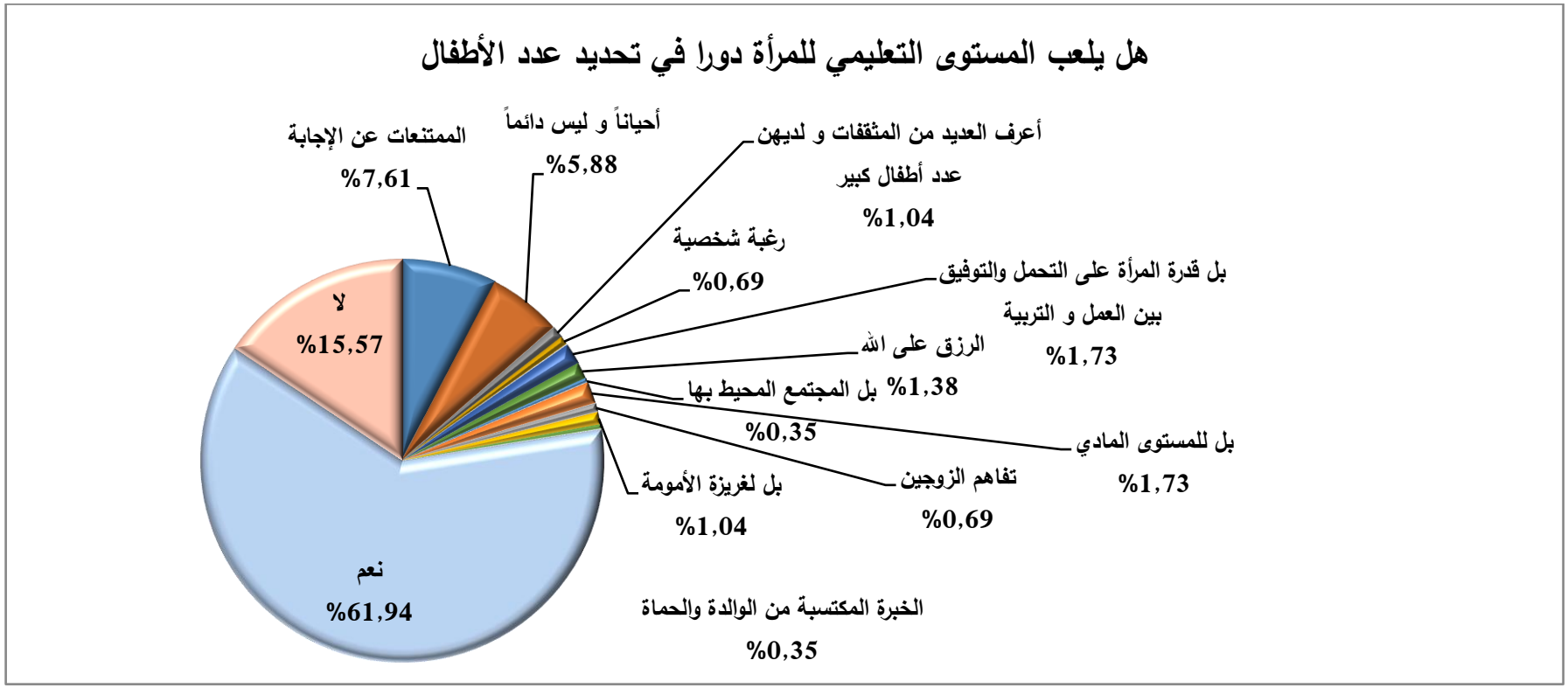
المصدر: من إعداد الطالبة وفق مخرجات برنامج اكسل

يعتبر قرار الإنجاب من الأمور جد المهمة في حياة الزوجين، وهو قرار لا يمكن لطرف أن يتخذ قراراً بخصوصه دون مُشاورة الطرف الآخر وهو ما أسفرت عنه نتائج البحث الميداني أين أجابت جل المبحوثات (95 في المائة) بأن قرار الإنجاب قرار يرجع إلى الزوجين على حد السواء،

لعقدٍ قريب من الزمن لم يكن أمر المولود الجديد أمراً يستدعي دراسة و مشاورات داخل العائلة ؛ بل وحتى في المنطقة محل الدراسة (منطقة توات) لا يزال الأشخاص في بعض المناطق لا يعتبرون زيادة فرد في العائلة أمر له من الضرورة بمكان أن يدرس و يُتشاور فيه أفراد العائلة خاصةً المرأة.

المطلب الثاني: الخصائص الاجتماعية لأفراد العينة

الشكل رقم60 توزيع إجابات المبحوثات حول رأيهن في مدى مساهمة المستوى التعليمي للمرأة في تحديد عدد أطفالها



المصدر: من إعداد الطالبة وفق مخرجات برنامج اكسل

ترى أكثر من نصف المبحوثات أن هناك علاقة قوية بين المستوى التعليمي للمرأة و عدد أطفالها و قد قدرت هذه النسبة بـ: 62 بالمائة، في حين أجابت ما نسبته 15 بالمائة من المبحوثات بالنفي، وامتنعت 22 مبحوثة عن الإجابة عن هذا هذا السؤال ما نسبته 0,07 %.

و ترى 17 امرأة من نساء العينة ما نسبته 0,05 % أن العلاقة بين المتغيرين غير تامة فأجبن بأحياناً وليس دائماً كنايةً على وجود متغيرات أخرى تلعب دور في تحديد عدد الأطفال.

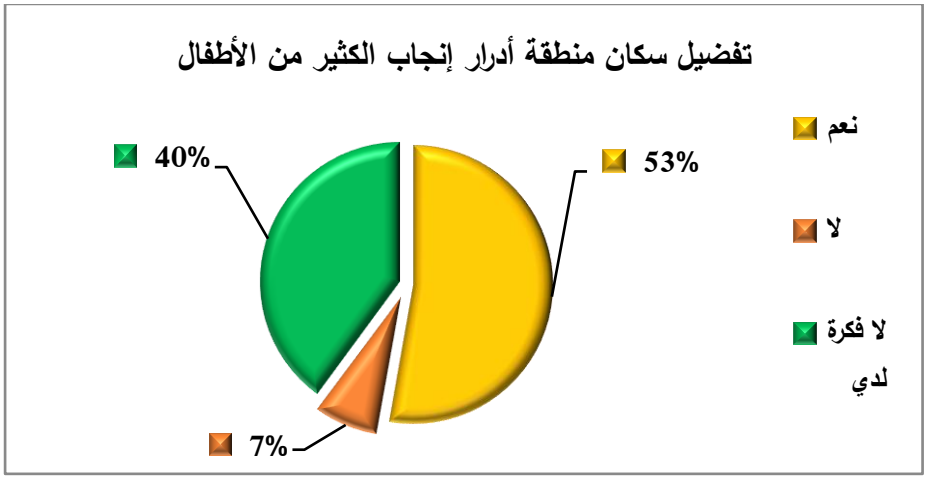
ويتعادل عدد المجيبات بقدرة المرأة على التحمل و التوفيق بين العمل والتربية وبين المجيبات بالمستوى المادي بنسبة 0,017 % أي 5 مبحوثات، والمجيبات بالرزق على الله كن 4 حالات قُدِّرت نسبتهن بـ: 0,014 % من مجموع المبحوثات.

أجابت 3 نساء من العينة بأنهن يعرفن عدد كبير من المثقفات لديهن عدد أطفال كبير و هو نفس العدد للواتي أجبن بعودة عدد الأطفال إلى عامل غريزة الأمومة.

و توزعت باقي النسب على إجابات مختلفة كتفاهم الزوجين، الخبرة المكتسبة من الوالدة والحماة، المجتمع المحيط بالمبحوثة.... إلى آخره.

وبالتالي نلاحظ تنوع في وجهات نظر المبحوثات من زاوية عدد الأطفال و علاقته بالمستوى التعليمي للمرأة، هذا التنوع الذي يعطينا صورة مبدئية عن مختلف المؤشرات التي يمكن أن يكون لها دور سواء كان حقيقي أو غير حقيقي – أي ظاهري فقط– في تحديد عدد الأطفال لدى المرأة و هو الأمر الذي سنحاول في الجانب التحليلي دراسته بشكل معمق و مفصل.

الشكل رقم 61 تفضيل سكان منطقة أدرار إنجاب الكثير من الأطفال



المصدر: من إعداد الطالبة وفق مخرجات برنامج اكسل

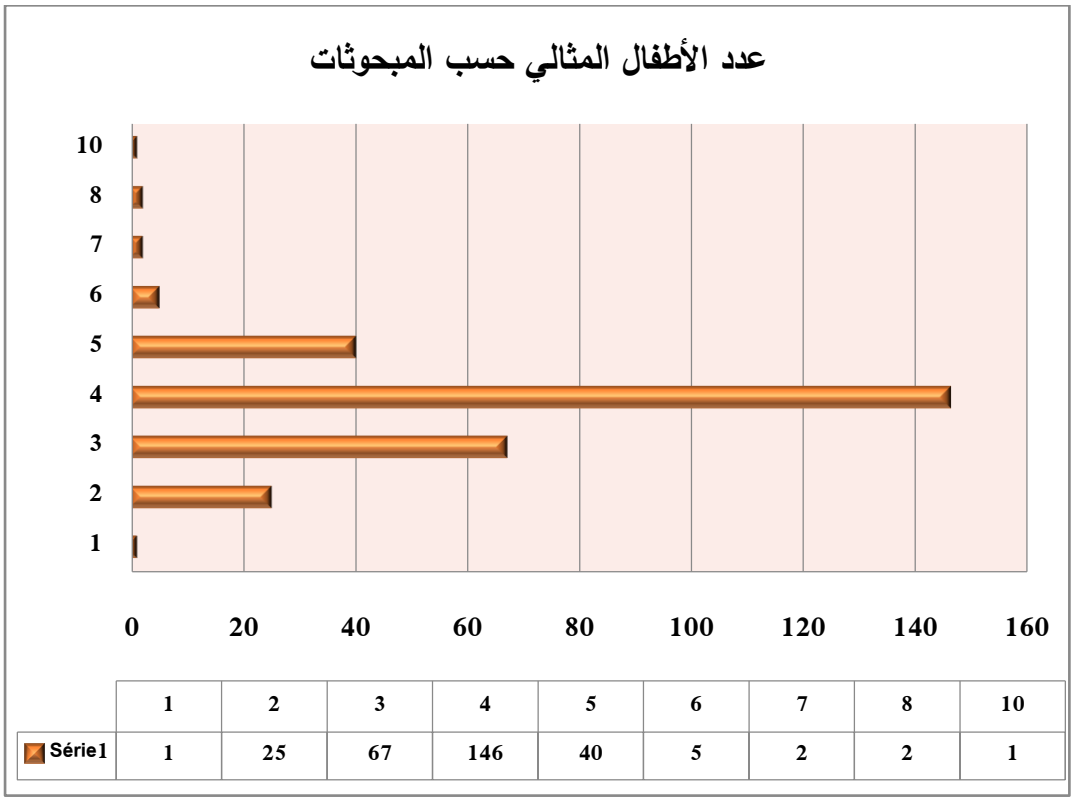
ترى نصف المبحوثات أن سكان المنطقة يفضلون إنجاب الكثير من الأطفال، في حين أجابت 40 % منهن أن لا فكرة لديهن و أجابت 7% بالنفي.

و تعتبر وجهة النظر هذه مؤيدة لمتغير عدد الأطفال المثالي و المقدر في المتوسط بأربع أطفال للمبحوثة الواحدة، إلا أن هذا لا يعني بالضرورة العدد الحقيقي و الواقعي بل هي تمنيات و رغبات صرحت بها المبحوثات، ويمكن إيعاز هذا المنطق أو التفكير إلى الطابع الديني الروحاني للمنطقة، الذي يظهر في بعض مواطنه دين يحث و يبارك الولادات و الزيادات و خير مثال على هذا قول الرسول الكريم: " تناكحوا تناسلوا تكاثروا فإني مباه بكم الأمم يوم القيامة " إضافة إلى عدة آيات قرآنية تصب في نفس السياق.

كما يمكن إيعازها أيضاً إلى العامل السوسيو–اقتصادي الذي يرى في العدد الكبير أمان اقتصادي سواءاً كان آنياً أم مستقبلياً أو وسيلة لكسب مستوى اجتماعي معين و مركز من خلال امتداد حجم العائلة من خلال كثرة عدد أفرادها.

2 عدد الأطفال المثالي:

الشكل رقم 62 توزيع عدد الأطفال المثالي عند المبحوثات



المصدر: من إعداد الطالبة وفق مخرجات برنامج اكسل

50,50 % من المبحوثات يرين بأن العدد المثالي هو 4 أطفال في حين تتقسم الـ 50 بالمئة المتبقية بين 3 أطفال بنسبة 23,2% و خمس أطفال بنسبة 13,80 %، ثم 8,7 % لطفلين.

ولو قارننا عدد الأطفال الحقيقي للمبحوثات مع العدد المثالي في نظرهن للمسنا فارقاً واضحاً بين متوسط عدد الأطفال الذي حدد بطفلين لكل عائلة وبين المثالي الذي يساوي 4 أطفال، بالتالي نقول أن هذا الفارق إنما يمثل مجموع المعيقات التي تواجه الأسرة الجزائرية في توسيع عدد أفرادها بشكل كبير والتي يمكن أن يكون أهمها العامل الاقتصادي المتمثل في تكلفة الطفل.

كما يمكن أن يلعب العامل الثقافي التقليدي دوراً مهما أيضاً في تشكيل فكر المرأة الجزائرية من حيث عدد الأبناء، و يحضرنا هنا مثل شعبي لطالما رددته نساء الجيل الماضي ممن عشن حياة مخضرمة حيث يقول المثل :

" **يمشو أيامات الخديدات و يجو أيامات الوليدات** "

وبالتالي تعتبر المرأة الجزائرية عامةً الأطفال مصدر أمان لمستقبلها سواءاً كان هذا الأمان مادي كأن يتكفل بها الأبناء عند رشدهم ، أو أماناً نفسيا صحياً يتمثل في الاعتناء بها و بصحتها إذا ما مرضت أو أصبحت غير قادرة على القيام بعملها، كما لا يفوتنا التنويه بأن عدد الأطفال المرغوب في إنجابه وقت إجراء البحث الميداني سنة 2018 هو نفسه عدد الأطفال المرغوب به عند النساء الجزائريات عموماً حسب تحقيق 1992.

المطلب الثالث: الخصائص الاقتصادية لأفراد العينة

جول رقم 18 توزيع الدخل الأسري لدى أفراد العينة

الدخل الأسري	التكرارات	النسبة المؤية
15000 دج – 60000 دج	**15**	**% 5,2**
60001 دج – 120000 دج	**61**	**% 21,1**
120001 دج – 180000 دج	**130**	**% 45**
180001 فما فوق	**83**	**% 28,7**
المجموع	**289**	**% 100**

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS V 24

نلاحظ من خلال معطيات الجدول أعلاه انحصار قرابة نصف المبحوثات في فئة الدخل الأسري من 12 مليون سنتيم إلى 18 مليون سنتيم بنسبة 45 %، تليها فئة الدخل الأسري التي تبدأ من 18 مليون سنتيم فما فوق بنسبة 28,7 % و هي تضم كل المبحوثات اللواتي يساوي دخلهن الأسري الشهري 18 مليون سنتيم أو يزيد عنه بحيث توجد في العينة مبحوثات يقارب دخلهن الأسري الشهري 30 مليون سنتيم أو يفوق.

و يرجع هذا التوزيع إلى خاصية ارتفاع الأجور في المناطق الصحراوية (الجنوب الكبير) مقارنةً بالمناطق الأخرى كالمناطق الوسطى من الوطن أو الشمالية إضافةً إلى مختلف المنح التي يستفيد منها موظفو المناطق الصحراوية كمنحة السكن و النقل إضافةً إلى عوامل أخرى.

و يمكن لنا تصنيف طبقات المبحوثات وفق معطى الدخل بهدف تسهيل عملية التحليل و القراءة لاحقاً إلى طبقة فقيرة و هي التي ينحصر دخلها الأسري من مليون و نصف المليون سنتيم إلى 6 ملايين سنتيم، ثم الطبقة المتوسطة من 6 ملايين سنتيم إلى 12 مليون سنتيم، بعدها الطبقة شبه الغنية و التي ينحصر دخلها الأسري بين 12 مليون سنتيم و 18 مليون سنتيم، و أخيراً الطبقة الغنية و التي يساوي دخلها أكثر من 18 مليون سنتيم.

بالرجوع دائماً إلى حقل الدراسة و بمراعات المستوى المعيشي للمنطقة المرتفع نوعاً ما فإن العائلة التي تقل دخلها عن 6 ملايين سنتيم في المناطق الجنوبية تعتبر عائلة فقيرة و معوزة إذ لا تستطيع سد حاجياتها الشهرية من مأكل و ملبس و متطلبات كالنقل و مختلف النفقات الأخرى.

جدول رقم 19 توزيع سنوات عمل المبحوثات

سنوات العمل	التكرارات	النسبة المؤية
<= 5	78	% 27
12 – 6	129	% 44,6
18 – 13	56	% 19,4
25 – 19	17	% 5,9
31 – 26	9	% 3,1
المجموع	289	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS V 24

تتوزع سنوات عمل النساء المبحوثات بنسبة تقارب النصف للواتي تتراوح سنوات عملهن بين 06 سنوات و 12 سنة و تساوي تلك النسبة 44,6 % ما يعادل 129 مبحوثة موظفة، ثم 27 % للواتي تقل سنوات عملهن عن خمس (05) سنوات أو تساويها.

تساوي ثالث نسبة 19,4 % و هي للموظفات اللواتي قضين من 13 إلى 18 سنة عمل في إحدى المؤسسات التابعة لقطاع الوظيف العمومي، تليها نسبة 5,90 % و 3,10 % لكل من المبحوثات الموظفات اللواتي قضين من 19 إلى 25 سنة عمل و من 26 إلى 31 سنة على التوالي.

و يمكن تفسير هكذا توزيع إلى عاملين أساسيين و هما:

- ❖ أولاً: ارتفاع نسب التحصيل العلمي عند الجنسين و عند جنس الإناث على المستوى و الوطني و المحلي المدروس أيضاً، و قد تحسنت معدلات القيد على المستوى الوطني إذ أنها اِنتقلت من 57 % سنة 1971 إلى 93 % سنة 2003 ، ومن حيث الجنس أيضا ، بعدما كان معدل قيد الذكور 70،5 % سنة 1971 قفز سنة 2003 إلى 94،95 % ، ومن 44 % إلى 03 ،91 % بالنسبة للإناث خلال نفس الفترة، وهو تطور مهم يدل على أمرين:

أولهما: توسيع التعليم: تقلص التفاوت بين الجنسين في الالتحاق بمقاعد الدراسة فبعدما كان عدد التلميذات لا يتجاوز 3 آلاف سنة 1963 أصبح يتعدى اليوم المليونين تلميذة [4]، أما بالنسبة للمجتمع المحلي المدروس فقد تعدى أعداد الأطفال المتمدرسين من ذكور و إناث 60 ألف تلميذ و تلميذة.

- ❖ ثانياً: تزايد نسب أعداد النساء العاملات على المستوى الوطني بصفة عامة و المحلي الصحراوي المدروس بصفة خاصة فقد ب لغت زيادة المجتمع النسوي النشيط القوة عدد 534000 شخص ، أي ما يعادل نسبة 29،3 % مقابل 19 % للرجال خلال الفترة الممتدة بين عامي 2001 و 2010.

[4] أم الغيث عائشة، عمل المرأة و تأثيره على النتائج الدراسية لأبنائها: دراسة ميدانية بولاية أدرار، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير غير منشورة، جامعة أحمد بن أحمد 2، وهران، 2015، ص 51.

جدول رقم20 توزيع تطور معدلات النشاط النسوي في الجزائر من 1977 إلى 2015

السنوات	1977*	1987*	1991*	1998**	2003**	2008*	2011*	2015 ***
المعدلات %	2,4	9,3	10,5	10,45	14,2	15	17,7	19,4

المصدر:

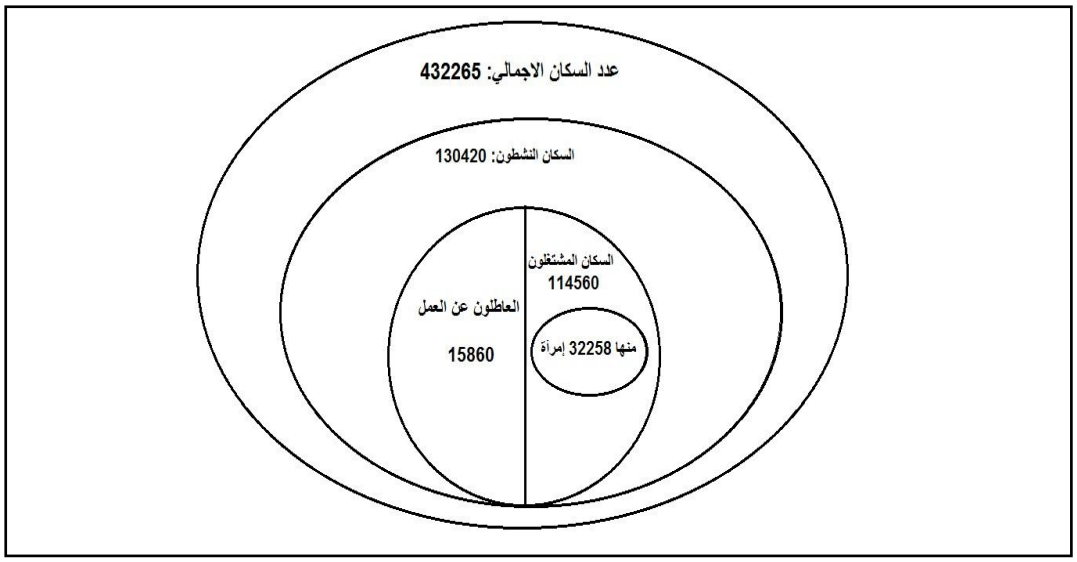
*معطيات الجدول رقم 21 ص:151 ، بلعجال فوزية.

** عدمان رقية محمد،المرأة المقاولة وتحديات النسق الاجتماعي (دراسة ميدانية لعينة من النساء المقاولات)، رسالة لنيل شهادة المجستير في علم الاجتماع تخصص: تنظيم وعمل، 2007-2008 ، ص:54

*** الديوان الوطني للإحصائيات النشرة رقم 726 Activité,emploi & chomage en Septembre 2015 N°

و يمثل العدد الإجمالي للسكان بالمنطقة محل الدراسة 432265 نسمة سنة 2011 و ينقسم هذا العدد إلى 220455 ذكور و 211810 إناث كما هو موضح في الشكل التالي:

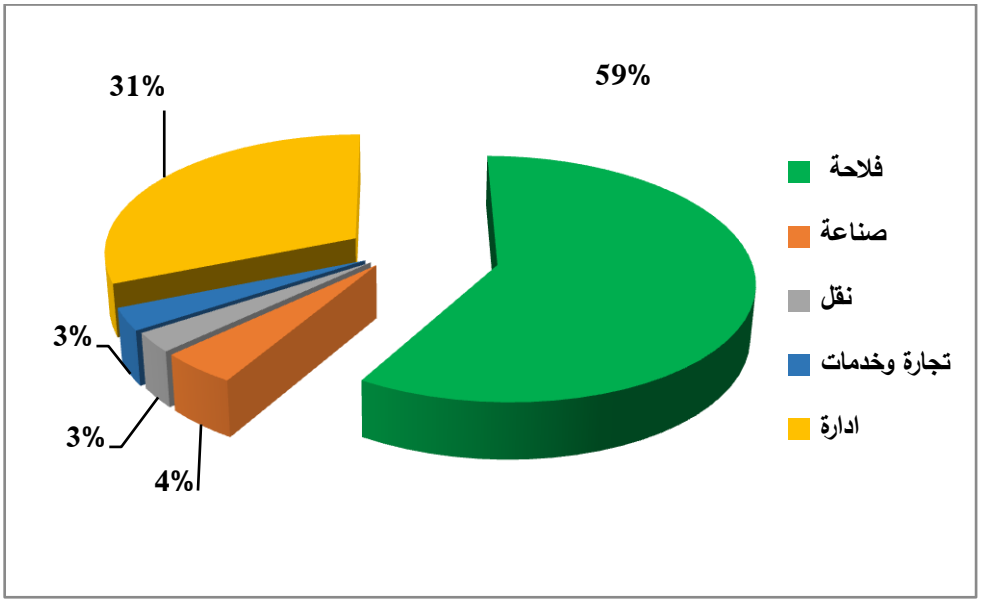
الشكل رقم 63 توزيع فئة النساء النشاطات من مجموع سكان الولاية أدرار



السكان المشتغلون (إناث) 32258 امرأة و 4130 امرأة عاطلة عن العمل ، و تنقسم الفئة العاملة للنساء بالولاية الى التالي:

18924 فلاحة، 1437 صناعة، 862 النقل، 986 تجارة و خدمات و 10049 إدارة.

الشكل رقم 64 توزيع الفئة العاملة من النساء حسب القطاعات



المصدر: أم الغيث عائشة، عمل المرأة و تأثيره على النتائج الدراسية لأبنائها: دراسة ميدانية بولاية أدرار، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير غير منشورة، جامعة أحمد بن احمد، وهران، ص 78

إن نسبة النساء اللواتي يشغلن مناصب إدارية (31 بالمئة) إنما يعكس لنا صورة عن المستوى التعليمي لسكان المنطقة ، كما تشكل فئة النساء العاملات في القطاع الفلاحي والتي تفوق النصف (59 بالمئة) الطابع التقليدي للمنطقة المرتكز بالدرجة الأولى على القطاع الفلاحي والزراعي، هذا و تشكل النساء المشتغلات 32258 امرأة و 4130 امرأة عاطلة عن العمل [5]، و بالحديث عن القطاع الإداري للمنطقة يجب التنويه إلى حداثة نشأة الولاية – سياسياً و إدارياً – فقد اعتبرت ولاية أدرار ولاية مستقلة بذاتها عن محافظة الساورة سنة 1974 م و منذ هذا التاريخ عرفت المنطقة نشاطاً كبيراً فيما يخص المنشآت و البنى التحتية كالمدارس، المستشفيات، الهياكل الإدارية و غيرها مما شجع على خلق مناصب العمل في مختلف المجالات و القطاعات ما ساهم في انفتاح المنطقة على مختلف الأصعدة الاقتصادية و الاجتماعية.

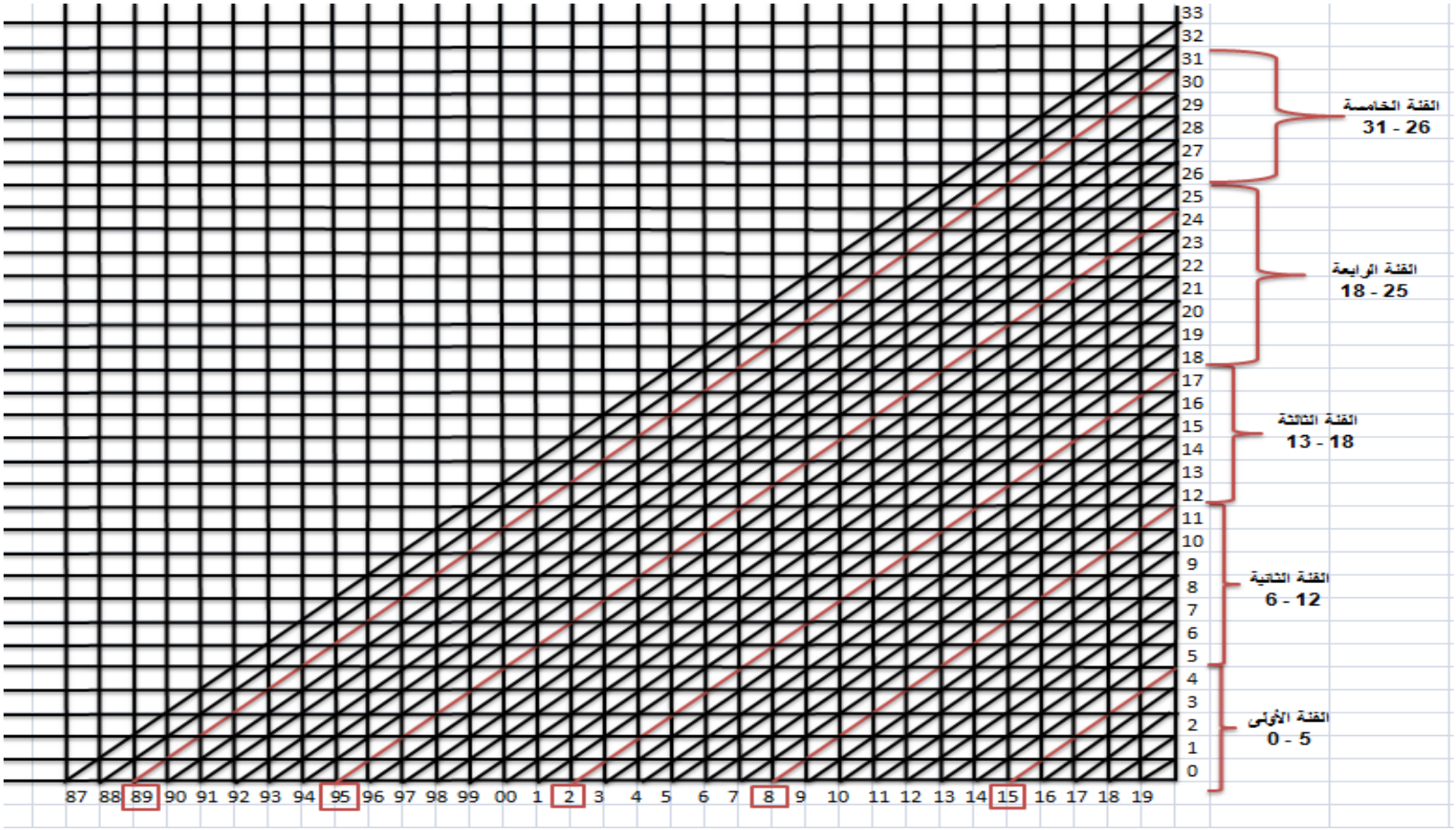
و بالرجوع إلى مخطط ليكسس لسنوات عمل المبحوثات نجد أن أول دخول للمبحوثة سوق العمل يرجع إلى سنة 1989 و هي لآخر فئة (الفئة الخامسة 26 – 31)، ثم سنة 1995 للفئة

[5] أم الغيث عائشة، عمل المرأة و تأثيره على النتائج الدراسية لأبنائها: دراسة ميدانية بولاية أدرار، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير غير منشورة، جامعة أحمد بن احمد 2، وهران، 2015، ص 78.

الرابعة (25 – 18) ، 2002 للفئة الثالثة (18 – 13) ، 2008 للفئة الثانية (12 – 6) و 2015 لأول فئة و هي للواتي توظفن في الخمس سنوات السابقة للمبحث الميداني.

و بالتالي تظهر لنا حداثة الحركة الوظيفية في الإدارات الواقعة في المناطق الصحراوية و التي شهدت ولازالت تشهد نشاطاً مستمراً و متزايداً خاصة في كل من قطاع الصحة و التعليم.

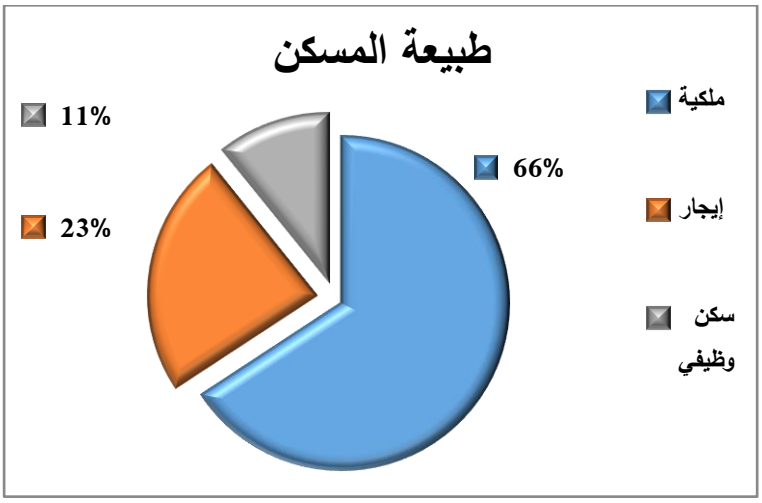
الشكل رقم65 مخطط ليكسيس لسنوات عمل الموظفات المبحوثات



المصدر: من إعداد الطالبة

3 **الإقامة (المسكن):**

الشكل رقم 66 توزيع نوع المسكن لدى المبحوثات



المصدر: من إعداد الطالبة وفق مخرجات برنامج اكسل

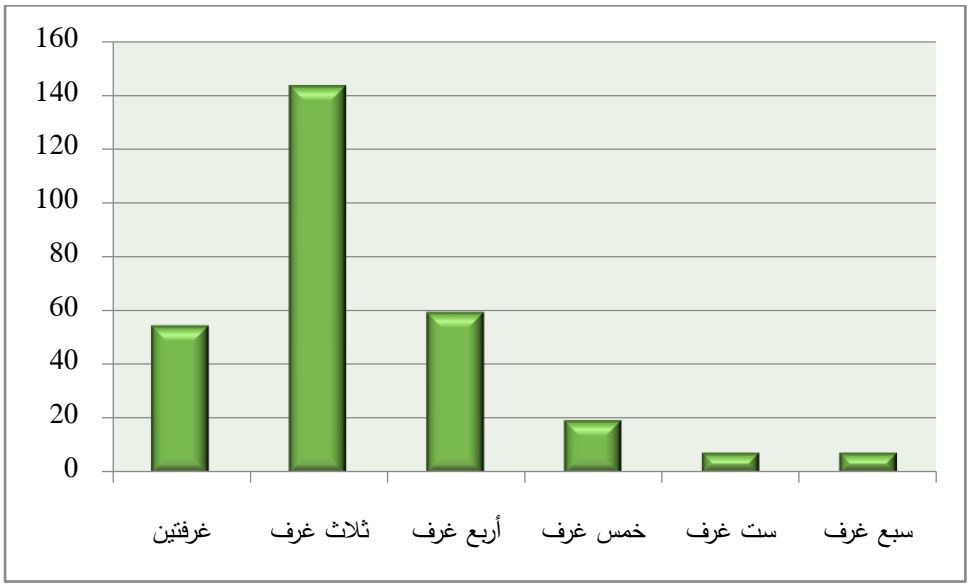
ترجع نسبة الأكثر من النصف والمقدرة بـ: 66% من السكنات ذات صيغة الملكية إلى سببين اثنين، أولهما هو استفادة السكان من السكنات التي توزعها الدولة بالصيغ المتعددة المتعارفة والثاني راجع لطبيعة المنطقة و تقاليدها التي تفرض على الشاب الحصول على منزل حتى يفكر في الزواج.

فالشاب في منطقة توات يجد أنه من العار التحدث عن الزواج أو الحديث في هذا الأمر مع والديه وهو لا يملك سكناً، لأنه يعلم جيداً أن طلبه سيُقابل بالرفض إلا إذا كان سيسكن مع والديه و في هذه الحالة يُعتبر المسكن ذو ملكية أيضاً.

أما بخصوص النسبة الثانية و المقدرة بـ: 23 % فتعود إلى السكنات المأجورة وهي التي يمكن لنا من خلالها أن نقدر بعض الشيء نسبة الموظفين الآتين من خارج الولاية والذين لازالوا لم يتحصلوا على سكن خاص، أما بالنسبة للسكنات الوظيفية فهي تلك الخاصة بالإطارات كالمديرين و المسؤولين في مؤسسات الدولة الذين يشكلون 11 بالمئة من عينة الدراسة.

4 عدد الغرف في المسكن:

الشكل رقم 67 توزيع عدد الغرف في المسكن



المصدر: من إعداد الطالبة وفق مخرجات برنامج اكسل

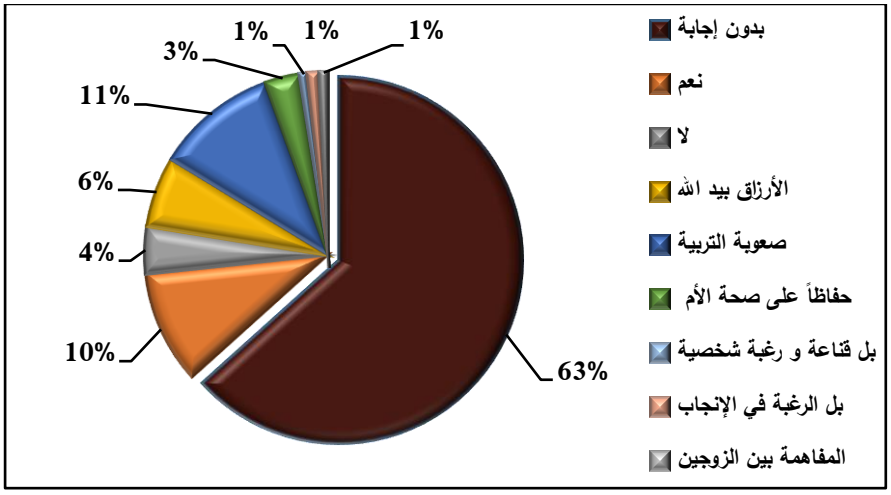
نلاحظ من خلال الشكل أعلاه أن المساكن ذات الثلاث غرف هي التي تمثل أكبر نسبة في العينة بـــ: 49,5 % ما يساوي 143 منزل ، تليها المنازل ذات الأربع غرف بـــ: 20,4 % ثم المنازل ذات الغرفتين بنسبة 18,7 %.

إن ما نستنتجه من هذا التوزيع هو نجاح البرنامج الوطني الإسكاني المعتمد منذ سنوات السبعينات والمتمثل في مختلف البرامج السكنية كعدل ADEL, HLM, ، التساهمي، الترقوي، AFEN POSTE و غيرها التي ومن خلال تصميماتها المغلقة نوعاً ما تجبر الشخص على التعقل فيما يخص عدد الأطفال المنجبين الذين يكونون أفراد الأسرة كأشخاص بالغين فيما بعد.

فبالرغم من تدخلات عدة جهات مسؤولة محلية من أجل تغيير نمط تصميم هذه المساكن لتتلاءم و طبيعة المنطقة الشاسعة إلا أن الإستراتيجية المعتمدة في بنائها لم تتغير إلى الآن و هو الأمر الذي نراه من الزاوية الديمغرافيه على أنه تقنين و تحديد غير مباشر لعدد الأفراد في الأسرة.

إلا أنه وبالرغم من هذا كله نجد المساكن الواسعة ذات عدد الغرف الكبير والمتمثل في خمس، ست و سبع غرف

الشكل رقم68 آراء المبحوثات بشأن تكلفة الطفل كحافز لاستعمال وسائل منع الحمل



المصدر: من إعداد الطالبة وفق مخرجات برنامج اكسل

امتنعت أكثر من نصف المبحوثات عن الإجابة بنسبة 63%، تليها نسبة 11 بالمئة للواتي يرين بأن صعوبة التربية أهم من العامل المادي و المتمثل في تكلفة الطفل، بينما أجابت 10 بالمائة بأنهن يرين بأن تكلفة الطفل تعتبر حافزا قوياً لاستعمال وسائل منع الحمل.

أجابت 4 بالمائة فقط من المبحوثات بالنفي المطلق دون ذكر أسباب بديلة أخرى، تليها 3 بالمائة ترى بأن الحفاظ على صحة الأم أهم من العامل المادي.

إن هذا التنوع الملحوظ من خلال إجابات المبحوثات إنما ينم عن تنوع ثقافي فكري للمجتمع المبحوث ذو الخلفية العلمية، الدينية، الصحية، الصوفية، الاقتصادية... إلى آخره، وتتمثل هذه الخلفيات في طبيعة الإجابات فالمرأة التي تسلم بأن رزق الأطفال على الله و أنهم قبل ذلك رزق من عند الله تعالى هي امرأة تتمتع بنوعٍ من الصوفية الروحانية التي تطبع على غالبية سكان المنطقة (توات)، فلا تحمل هماً لهم ولا لمستقبلهم ففي اعتقادها و قناعاتها أن الأمر مسطر من قِبل الخالق.

بينما المرأة التي تجيب بأن صعوبة تربية الأبناء في وقتنا الحالي أهم من التفكير في تكلفتهم المادية هي امرأة تتسم بنوع من الواقعية في التفكير و التي قد تكون نتجت من تجارب حياتية سابقة في مجال الولادة والتربية.

خلاصة الفصـــــل

حاولنا من خلال هذا الفصل توضيح و تفكيك القاعدة البيانية لمعطيات الدراسة من خلال تناولها من الجانب الإحصائي لتحديد الخصائص الإحصائية للعينة بهدف تبني الطرق الإحصائية اللازمة للدراسة و التحليل، ثم تم تناول المعطيات من جانبها الديمغرافي، الاجتماعي و الثقافي من أجل القراءة و تحديد التصورات و الاتجاهات.

وقد تميزت العينة بشكل عام بمميزات إحصائية كالتوزيع و مختلف المؤشرات الإحصائية الأخرى التي تم توظيفها و الاعتماد عليها في التحليل كالمتوسطات الحسابية، الانحرافات و باقي المؤشرات الأخرى الخاصة بمقاييس النزعة المركزية مقاييس التشتت.

كما تميزت العينة من جهة أخرى بمميزات عكست خصائص الساكنة في المناطق الصحراوية الجزائرية و تمثلت في جملة المتغيرات الديمغرافية، الاجتماعية، الاقتصادية و الثقافية الخاصة بالمنطقة.

الفصل الثاني: تحليل و تفسر نتائج الفرضية الأولى " الزواج المبكر و تأثيره على مستويات الخصوبة "

- المبحث الأول: تأثير السن الحالي على خصوبة المرأة الموظفة بالمناطق الصحراوية.
- المبحث الثاني: السن عند أول زواج لدى النساء الموظفات و تأثيره على الخصوبة.
- المبحث الثالث: مدة الحياة الزواجية عند النساء الموظفات و تأثيرها على الخصوبة

تمهيـد

نحاول من خلال هذا الفصل تبيان دور مختلف المتغيرات المتعلقة بالحياة الزواجية للمرأة الصحراوية من عمرها الحالي، عمرها وقت أول زواج لها و مدة حياتها الزواجية على مستوى و اتجاه خصوبتها من خلال عدة عوامل تم ضمها في محاول كبيرة موزعة كالتالي:

- ❖ يجمع محور فترات الإنجاب المدد الفاصلة بين كلٍّ من:
  - تاريخ أول زواج للمبحوثة و تاريخ أول مولود
  - تاريخ أول ولادة و تاريخ ثاني ولادة
- ❖ يجمع محور وسائل منع الحمل كل ما يتعلق بهذا الجانب من:
  - استعمال وسائل منع الحمل من عدمها.
  - أنواع وهذه الوسائل.
  - مختلف أسباب عدم استخدام وسائل منع الحمل.
- ❖ يجمع المحور الثالث و المتعلق بالولادات كل من:
  - مجموع الأطفال عند المرأة الموظفة بالمناطق الصحراوية.
  - عدد الإجهاضات.
  - عدد الولادات المتوفية.
  - عدد الأطفال المتوفين الرضع.
  - العدد المثالي للأطفال من وجهة نظر المبحوثات الموظفات في المناطق الصحراوية.

المبحث الأول: تأثير السن الحالي على خصوبة المرأة الموظفة بالمناطق الصحراوية

المطلب الأول: السن الحالي للموظفات بالمناطق الصحراوية و فترات الإنجاب

1. الجدول رقم 21 توزيع متغير السن الحالي للمبحوثات و المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و أول ولادة

تأثير متغير السن الحالي للمبحوثات على المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و أول ولادة (بالأشهر)											
فئات السن المدة الفاصلة (بالأشهر)	أقل من أو يساوي 12 شهر		30 - 13		48 - 31		66 - 49		84 - 67		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
22 - 15	-	-	1	% 100	-	-	-	-	-	-	1	% 100
29 - 23	24	% 77,4	7	% 22,60	-	-	-	-	-	-	31	% 100
36 -30	91	% 68,9	35	% 26,50	4	% 3	1	% 0,8	1	% 0,8	132	% 100
43 - 37	59	% 64,1	22	% 23,90	7	% 7,6	3	% 3,30	1	% 1,10	92	% 100
50 - 44	13	% 39,4	16	% 48,50	3	% 9,10	1	% 3	-	-	33	% 100
المجموع	187	% 64,7	81	% 28	14	% 4,8	5	% 1,7	2	% 1,7	289	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS V 25

تشير المعطيات الإحصائية في الجدول أعلاه أن اتجاهه العام يتركز عند النساء اللواتي أنجبن بعد مضي سنة أو أقل ابتداءً من تاريخ زواجهن بمجموع 187 امرأة ما نسبته 64,7 % مقابل 1,7 % ممن أنجبن بعد مضي من 49 شهر حتى 84 شهر أي بعد مضي من 4 إلى 7 سنوات.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل والمتمثل في سن المبحوثات الحالي نلاحظ أن النساء المتزوجات ما بين 23 سنة إلى 43 سنة حافظن على الاتجاه العام للجدول أي أنجبن بعد مضي سنة أو أقل ولكن بنسب متفاوتة أعلاها للفئة العمرية 23 – 29 سنة بنسبة 77,4% تليها الفئة العمرية 30 – 36 سنة ثم الفئة العمرية 37 – 43 سنة بنسبة 64,1 %.

في حين نلاحظ أن النساء في الفئة العمرية ما بين 15– 22 أنجبن بعد مضي 13 – 30 شهراً بنسبة 100% وبنسبة 48,50 % ما بين 44 – 50 سنة.

وبمنطق المقاييس الإحصائية نجد أن سن المرأة الحالي والمدة الفاصلة بين أول زواج وأول ولادة متغيرين غير مستقلين بدلالة قيمة كاي مربع المحسوبة و المساوية لـ: 21,46 عند درجة حرية تساوي 16 و بمستوى دلالة يساوي 0,16 (أكبر من 0,05) ، في حين تساوي قيمة كاي مربع المجدولة عند نفس درجة الحرية (16) = 26,29 عند مستوى الدلالة 5 % .

و بما أن قيمة كاف المجدولة أكبر من قيمة كاف المحسوبة فإننا نقبل الفرضية الصفرية H0 و نرفض الفرضية البديلة H1 ما يعني عدم وجود استقلالية بين المتغير المستقل V1 و المتغير التابع V2 أي أن متغير السن الحالي غير مستقل عن متغير المدة الفاصلة بين أول زواج وأول ولادة و يؤثر فيه عند المبحوثات الموظفات في المناطق الصحراوية.

وتتداخل عدة مؤشرات في تحديد العمر عند أول ولادة أهمها سن الدخول في الحياة الجنسية والتي تختلف من مجتمع إلى آخر إضافة إلى سهولة / صعوبة الوصول واستخدام مختلف وسائل منع الحمل زد إلى ذلك الرقابة الاجتماعية ، الدينية أو الفكرية التي تبني قواعد و أسس مرئية و غير مرئية ومدونة أو غير مدونة بل متعارف عليه.

و يمكن إرجاع تقلُّص الفترة الفاصلة بين أول زواج وأول ولادة حسب التحليل السوسيولوجي إلى طبيعة المنطقة التي نستطيع أن نقول عنها أنها منطقة ريفية بقالب حضري تشهد مرحلة انتقالية

فرضها الطابع الاقتصادي للمدينة، حيث أن ضآلة الفرق بين الفئات العمرية يثب ت لنا عدم تسببها بشكل رئيسي في صغر هذه المدة وإنما لأسباب أخرى سوسيو– ثقافية أكثر منها ديمغرافية.

هذا و تخلص الفقرة الأولى والمعنونة بـ: الدخول في الحياة الجنسية، الدخول في أساليب منع الحمل لـــ:" تيريز لوكوه – THERESE LOCOH*" (الفصل 28) أنه كلما سهل الوصول إلى وسائل منع الحمل كلما انخفض العمر عند أول جماع[1] وباعتبار أنه من مبادئ المجتمع الإسلامي أنه لا يمكن للشخص الدخول في الحياة الجنسية إلا بعد الدخول في الحياة الزوجية، وبما أن القانون الجزائري قد وضع عمر محدد للزواج فلا يمكن لا للفتى ولا للفتاة الدخول في الحياة الجنسية قبل 19 سنة للجنسين[2] وبالتالي ومقارنة مع سن البلوغ والذي يكون عادة بين 12 ، 13 ، 14 سنة – بطبيعة الحال فإن سن البلوغ يختلف حسب التركيبة الفيزيولوجية للفتاة إضافة إلى العامل الوراثي – فإن فارق 6 سنوات لا يتم حسابه أو استغلاله كحياة إنجابية أو للدخول في الحياة الجنسية.

* المعهد الوطني للدراسات الديموغرافية INED ، باريس، فرنسا

[1] Thérèse LOCOH, les facteurs de la formation des couples, les déterminants de la fécondité, INED, France, 2002, p 103

[2] قانون الأسرة الجزائري، المادة رقم 7 (معدلة)، ص 2.

2. الجدول رقم 22 توزيع متغير السن الحالي للمبحوثات و المدة الفاصلة بين تاريخ الولادة الأولى والولادة الثانية

تأثير متغير السن الحالي للمبحوثات و المدة الفاصلة بين الولادة الأولى والولادة الثانية (بالأشهر)											
فئات السن المدة الفاصلة	أقل من أو يساوي شهر		33 - 1		66 - 34		99 - 67		132 - 100		المجموع	
(بالأشهر)	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
22 - 15	-	-	1	% 100	-	-	-	-	-	-	1	% 100
29 - 23	24	% 77,4	6	% 19,4	1	% 3,2	-	-	-	-	31	% 100
36 -30	43	% 32,6	52	% 39,4	36	% 27,3	1	% 0,8	-	-	132	% 100
43 - 37	12	% 13	48	% 52,2	28	% 30,4	3	% 3,3	1	% 1,1	92	% 100
50 - 44	1	% 3	15	% 45,50	17	% 51,5	-	-	-	-	33	% 100
المجموع	80	% 27,7	122	% 42,20	82	% 28,4	4	% 1,4	1	% 0,3	289	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج SPSS 24

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن أعلى قيمة تكمن عند المدة الزمنية الفاصلة بين أول ولادة وثاني ولادة : من شهر إلى 33 شهراً بنسبة 42,20 % ما يعادل 122 من نساء العينة بينما نجد أقل نسبة في معطيات الجدول الإحصائي عند اللواتي يفصل بين أول ولادة لهن وثاني ولادة 100 – 132 سنة أي من 8 إلى 11 سنة.

وبإدخالنا للمتغير المستقل والمتمثل في سن المبحوثات الحالي نجد أن التفاوت في النسب قد حافظ على توزيعه و اتجاهه حيث نجد أعلى نسبة عند الفئة العمرية 15 – 22 سنة والمقدرة بـــ: 100% تليها الفئة العمرية 37 – 43 سنة ثم 44 – 50 سنة بنسبة 52,2 % و 45,50 % على التوالي، وعليه؛ نجد أن النساء في العينة يتوزعن حسب المدة الفاصلة بين أول ولادة و ثا ني ولادة مرتبين كالتالي:

1- من شهر إلى 33 شهراً (42,20 %)

2- من 34 إلى 66 شهراً (28,4 %)

3- أقل من شهر واحد (27,7%)

إن هكذا توزيع يدل على وجود استقلالية بين المتغيرين (المستقل: سن المبحوثات و التابع: المدة الفاصلة بين الولادة الأولى وال ولادة الثانية) وهو ما يثبته اختبار كاف تربيع حيث بلغت قيمة كاف تربيع المحسوبة 69,98 عند درجة حرية تساوي 16، بينما بلغت قيمة كاف المجدولة 26,29 عند نفس درجة الحرية و عند مستوى دلالة 5 % (0,05)، وبما أن قيمة كاف المحسوبة أكبر من قيمة كاف المجدولة فإننا نرفض الفرضية الصفرية H0 و نقبل الفرضية البديلة H1.

و يرجع اختلاف المدة الفاصلة بين أول ولادة و ثاني ولادة إلى عوامل فيزيولوجية تتمثل في :

الوقت الميت، فترة انقطاع الطمث والرضاعة الطبيعية سواءً كانت مطولة أم غير مطولة إضافة إلى بعض العادات و السلوكات الخاصة بالزوجين بعد الولادة كالامتناع عن الجماع بعد الولادة.

كما تلعب الرضاعة الطبيعية – المطولة /غير المطولة – دوراً أساسياً في تحديد المدة بين المواليد بحيث أنه في غياب الرضاعة تتم عملية التبييض في شهرين و تطول بالموازات مع طول فترة الرضاعة.

تتزايد أو تطول فترة انقطاع الطمث بشكل متزايد كالتالي:

- حوالي 4 أشهر إذا أرضعت المرأة 6 أشهر.
- حوالي 6 أشهر إذا أرضعت المرأة 12 شهراً.
- من 10 إلى 12 شهراً إذا أرضعت المرأة 18 شهراً.
- من 14 إلى 16 شهراً إذا أرضعت المرأة 24 شهراً.

بمجرد ما تتجدد البويضة تستطيع المرأة الحمل من جديد لكن الاحتمال بعيد عن 100% كل شهر[1].

كما أن للإجهاض والولادات الميتة دوراً في تحديد مدد ما بين المواليد والتخصيبات.

[1] Henri LERIDON: **les déterminants de la fécondité ,D'une naissance à l'autre : les composantes de l'intervalle intergénésique**, INED, 2002, Paris,France,P 179

المطلب الثاني: السن الحالي للنساء الموظفات بالمناطق الصحراوية و وسائل منع الحمل

1. الجدول رقم 23 توزيع متغير السن الحالي للمبحوثات واستخدام وسائل منع الحمل من طرفهن

فئات السن	نعم		لا		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%
22 - 15	-	-	1	% 100	1	% 100
29 - 23	23	% 74,20	8	% 25,80	31	% 100
36 -30	87	% 65,90	45	% 34,10	132	% 100
43 - 37	54	% 58,70	38	% 41,30	92	% 100
50 - 44	20	% 60,90	13	% 39,40	33	% 100
المجموع	184	% 63,70	105	% 36,30	289	% 100

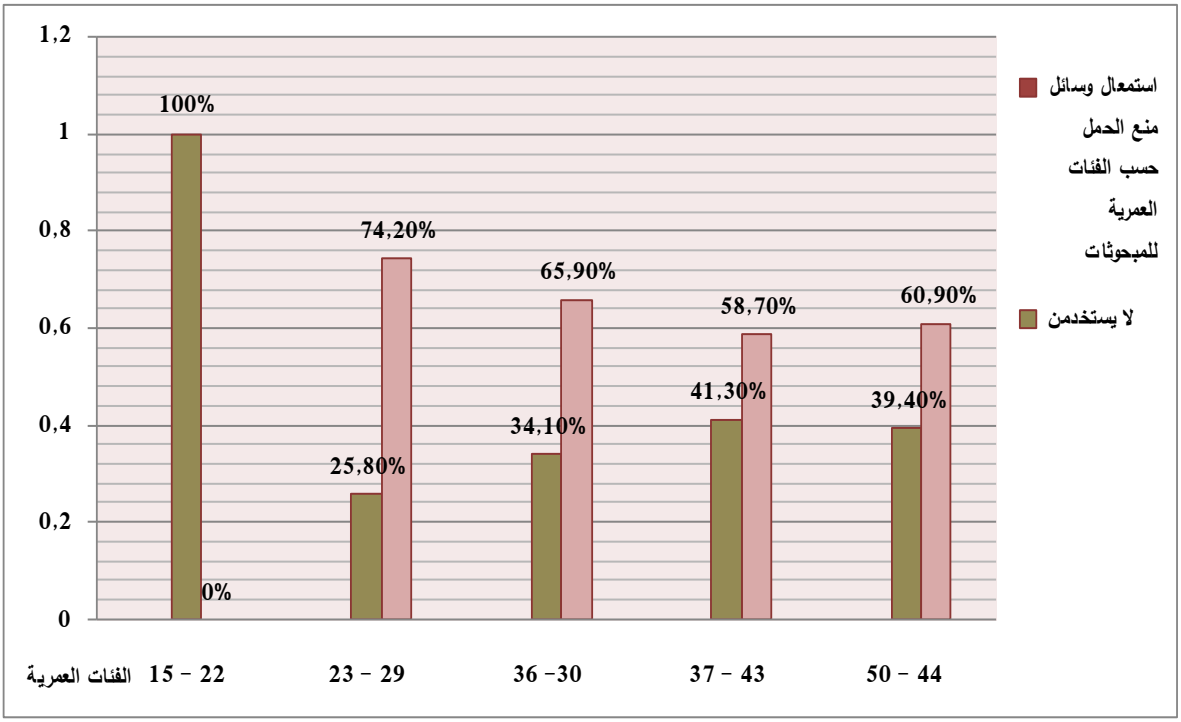
المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج SPSS 24

تشير معطيات الجدول أعلاه إلى أن غالبية المبحوثات قد صرحن باستخدامهن لوسائل منع الحمل بنسبة 63,70 % مقابل 36,30 % من المبحوثات صرحن بعدم استعمالها بمعنى أن نساء المنطقة يحذين حذو باقي نساء الوطن في استعمال وسائل منع الحمل والذي تطور عند المرأة الجزائرية من 7,5% سنوات السبعينات ليصل 57,1% بحلول 2012 وهو معدل قريب من معدل استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر حسب UNFPAحالة سكان العالم 2017 والذي يساوي 63 % و هي نسبة تمثل استعمال استعمال النساء لأي وسيلة منع حمل[1]

ونلاحظ أن المتغير المستقل (عمر المبحوثات) يلعب دوراً في توزيع أفراد العينة حسب استخدام أو عدم استخدام وسائل منع الحمل بحيث أنه عند تفكيكنا للشكل البياني أعلاه نتحصل على التوزيع التالي:

[1] Rapport FNUAP 2017, p 119

الشكل رقم 69 توزيع استخدام و عدم استخدام وسائل منع الحمل حسب الفئات العمرية للمبحوثات



المصدر: من إعداد الطالبة وفق مخرجات برنامج Office Excel 2007

بحيث نلاحظ أن الفئة العمرية 15 – 22 سنة لديها نسبة 0 % في حين تأخذ الفئة العمرية 23 – 29 سنة أكبر نسبة إلا أن هذه القيمة لا تعتبر دالة (القيمة الصفرية) لأن تكرار الفئة يساوي 1 أي ما نسبته 0,0034 % من مجتمع الدراسة في حين تظهر هذه القيمة عند النساء اللواتي لا يستخدمن أي وسيلة من وسائل منع الحمل.

و قد حافظ المتغير المستقل على اتجاه التوزيع التكراري من خلال الفئات العمرية إذ نجد أن الفئة العمرية 29 – 23 تمثل أكبر نسبة عند المبحوثات اللواتي يستخدمن وسائل منع الحمل بنسبة 74,20 % ، تليها الفئة العمرية 36 – 30 سنة بنسبة 65,90 % ثم الفئة العمرية 50 – 44 سنة و 43 – 37 بنسبة 60,90 % و 58,70 % على التوالي، و لتدعيم التحليل قمنا بحساب اختبار كاف مربع حيث بلغت قيمة الاختبار المحسوب 9,24 عند درجة حرية تبلغ 9 في حين أن قيمة كاف تربيع الجدولية تساوي 16,91 عند نفس درجة الحرية و عند مستوى دلالة يساوي 5 % وعليه نقول ب عدم استقلالية المتغيرين أي أن المتغير V2 (استخدام / عدم استخدام وسائل منع الحمل) إحصائيا يتبع المتغير

المستقل V1(سن المبحوثات) أو بصيغة أخرى يؤثر سن المبحوثات في استخدام أو عدم استخدام وسائل منع الحمل.

2. الجدول رقم 24 توزيع متغير السن الحالي للمبحوثات و نوع وسيلة منع الحمل المستخدمة من طرفهن

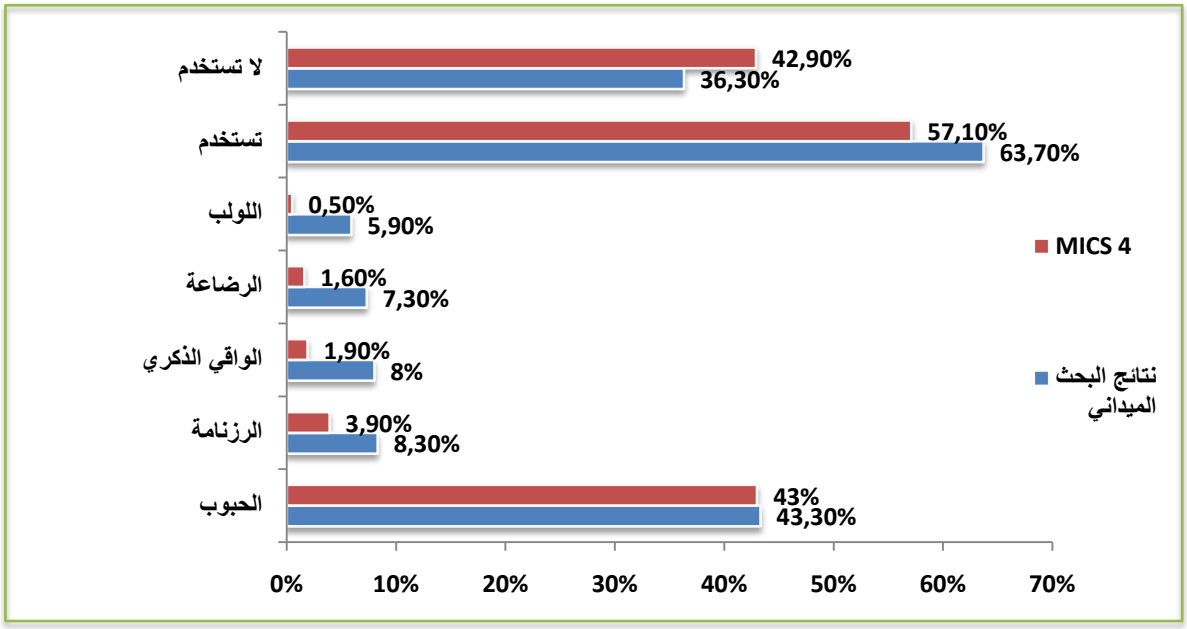
الفئات العمرية	استعمال الحبوب				استعمال اللولب				استعمال الحقن				استعمال الواقي الذكري			
	نعم	%	لا	%	نعم	%	لا	%	نعم	%	لا	%	نعم	%	لا	%
22 – 15	–	–	1	% 100	–	–	1	100	–	–	1	% 100	–	–	1	% 100
29 – 23	18	% 58,10	13	% 41,90	2	% 6,50	29	% 93,50	–	–	31	% 100	4	% 12,90	27	% 87,10
36 –30	51	% 38,60	81	% 61,40	5	% 3,80	127	% 96,20	1	% 0,80	131	% 99,20	16	% 12,10	116	% 87,90
43 – 37	41	% 44,60	51	% 55,40	7	% 7,60	85	% 92,40	–	–	92	% 100	3	% 3,30	89	% 96,70
50 – 44	15	% 45,50	18	% 54,50	3	% 9,10	30	% 90,90	–	–	33	% 100	–	–	33	% 100
المجموع	125	% 43,30	164	% 56,70	17	% 5,90	272	% 94,10	1	% 0,30	299	% 99,70	23	% 8	266	% 92

الفئات العمرية	استعمال العملية الجراحية لجعل الرجل عقيم				استخدام الرضاعة الطبيعية المطولة				استخدام الرزنامة وقياس الحرارة				استخدام العازل الطبي للمرأة				استخدام ربط الأنابيب الرحمية للمرأة			
	نعم	%	لا	%	نعم	%	لا	%	نعم	%	لا	%	نعم	%	لا	%	نعم	%	لا	%
22 – 15	–	–	1	100	–	–	1	100	–	–	1	100	–	–	1	100	–	–	1	100
29 – 23	–	–	31	100	6	19,40	25	80,60	2	6,50	29	93,50	1	3,20	30	96,80	–	–	31	100
36 –30	4	3	128	97	8	6,10	124	93,90	16	12,10	116	87,90	–	–	132	100	1	0,80	131	99,20
43 – 37	–	–	92	100	7	7,60	85	92,40	4	4,30	88	95,70	–	–	92	100	–	–	92	100
50 – 44	–	–	33	100	–	–	33	100	2	6,10	31	93,90	1	3	32	97	–	–	33	100
المجموع	4	1,4	285	98,60	21	7,30	268	92,70	24	8,30	265	91,70	2	0,70	287	99,30	1	0,30	288	99,70

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج SPSS 24

نلاحظ من خلال المعطيات الإحصائية للجدول أعلاه أن اتجاهه العام يتجه نحو النساء اللواتي يستخدمن الحبوب كوسيلة منع حمل بنسبة 43,30 % ونذكر هنا أن النسبة تتطابق مع نسبة النساء المستخدمات لوسيلة منع الحمل المتمثلة في الوسيلة الهرمونية " حبوب منع الحمل " حسب التحقيق العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2013 – 4 MICS ، تليها الرزنامة وقياس الحرارة بنسبة 8,30 % ثم الواقي الذكري بنسبة 8 % بعدها الرضاعة الطبيعية المطولة بنسبة 7,30 % ثم اللولب بنسبة 5,90 % في حين أن أضعف نسبة كانت لوسيلتي الحُقن وربط الأنابيب الرحمية للمرأة بنسبة تساوي 0,3 %.

الشكل رقم 70 مقارنة نتائج البحث الميداني الخاصة باستعمال وسائل منع الحمل و التحقيق العنقودي متعدد المؤشرات MICS 4



المصدر: من إعداد الطالبة وفق مخرجات البحث الميداني ونتائج MICS 4

نلاحظ من خلال الشكل البياني أعلاه تقارب نتائج البحث الميداني و نتائج التحقيق العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2012 – 2013 خاصة بالنسبة للاستخدام أو عدم استخدام وسائل منع الحمل و استعمال وسيلة الحبوب التي تبقى كما أسلفنا الذكر الوسيلة الأكثر شيوعاً بين النساء الجزائريات.

أما بالنسبة للسن وهو المتغير المستقل في هذا الجزء من الدراسة فلا علاقة له باستخدام وسائل منع الحمل بدليل عدم دلالة اختبار كاي مربع لكل نوع من الأنواع

الموجودة في الجدولين، و هو ما يثبته أيضاً معامل الارتباط سبيرمان لكل نوع كما يوضح الجدول التالي:

جدول رقم 25 قيمة معامل الارتباط حسب سن المبحوثات ونوع وسيلة منع الحمل

الوسيلة	قيمة معامل الارتباط r
الحبوب	**0,00**
اللولب	**-0,60**
الحقن	**0,03**
الواقي الذكري	**0,11**
العملية الجراحية للرجل	**0,06**
الرضاعة الطبيعية	**0,12**
الرزنامة	**0,06**
عازل طبي للمرأة	**-0,00**
ربط الأنابيب الرحمية	**0,03**

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج SPSS 24

يظهر معامل الارتباط المحسوب أنه لا توجد علاقة خطية بين كل من: الحبوب، الحقن، العملية الجراحية لجعل الرجل عاقماً، الرزنامة وقياس الحرارة، العازل الطبي للمرأة كالمرهم أو الكبسولات، عملية ربط الأنابيب الرحمية للمرأة و سن المبحوثات، في حين خلُصت المعطيات الرياضية إلى وجود علاقة عكسية معتبرة بين سن المبحوثات و استعمال تقنية منع الحمل المتمثلة في اللولب، أي أنه كلما زاد عمر المرأة كلما تقلص استعمال هاته الوسيلة.

كما بينت المعطيات الرياضية أيضاً أنه توجد علاقة طردية ضعيفة متمثلة في 0,1 بين كل من وسيلة الواقي الذكري والرضاعة الطبيعية المطولة، أي أنه كلما زاد عمر المبحوثة زاد معه استعمال الواقي الذكري و الرضاعة الطبيعية المطولة.

3. جدول رقم 26 متغير السن الحالي و سبب عدم استخدام وسيلة منع الحمل من طرف المبحوثات

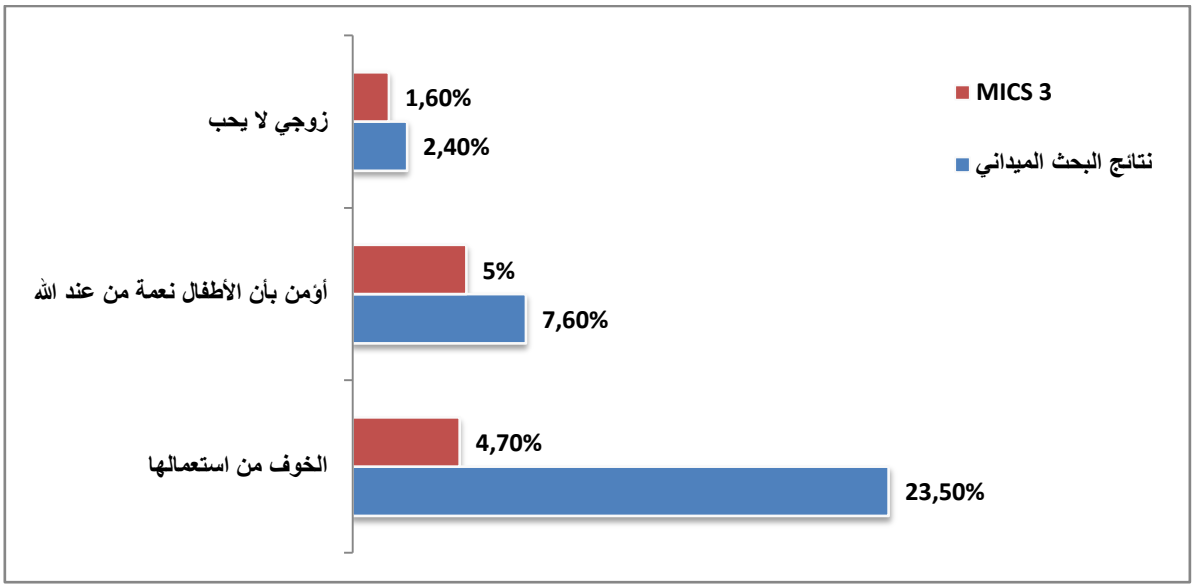
الفئات العمرية	تتعارض مع معتقداتنا الدينية				أحب العدد الكبير من الأطفال				زوجي لا يحب			
	نعم		لا		نعم		لا		نعم		لا	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
22 - 15	-	-	1	100	-	-	1	100	-	-	1	100
29 - 23	-	-	31	100	-	-	31	100	1	3,20	30	96,80
36 -30	-	-	132	100	4	3	128	97	4	3	128	97
43 - 37	3	3,30	89	96,70	1	1,10	91	98,90	1	1,10	91	98,90
50 - 44	-	-	33	100	1	3	32	97	1	3	32	97
المجموع	3	1	286	99	6	2,10	283	97,90	7	2,40	282	97,60

الفئات العمرية	لست على دراية بها				الخوف من استعمالها				أؤمن أن الأطفال نعمة من الله				لا أستطيع الحصول عليها	
	نعم		لا		نعم		لا		نعم		لا		لا	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
22 - 15	-	-	1	100	-	-	1	100	1	100	-	-	1	100
29 - 23	2	6,50	29	93,50	6	19,40	25	80,60	1	3,20	30	96,80	31	100
36 -30	-	-	132	100	24	18,20	108	81,80	11	8,30	121	91,70	132	100
43 - 37	-	-	92	100	29	31,50	63	68,50	4	4,30	88	95,70	92	100
50 - 44	-	-	33	100	9	27,30	24	72,70	5	15,20	28	84,80	33	100
المجموع	2	0,70	287	99,30	68	23,50	221	76,50	22	7,60	267	92,40	289	100

تشير معطيات الجدول أعلاه أن غالبية المبحوثات اللواتي صرحن بعدم استعمال وسائل منع الحمل كان السبب هو الخوف من استعمالها حيث بلغت نسبتهن 23,50 % موزعة حسب الفئات العمرية للمبحوثات، أين أخذت الفئة العمرية 37 – 43 سنة أعلى نسبة بـــ: 31,50 % تليها الفئة العمرية 44 – 50 سنة بنسبة 27,30 %، بينما نجد أنه ولا مبحوثة صرحت بعدم قدرتها على الحصول عليها (وهو السؤال الفرعي رقم 7 في السؤال رقم 30 في الاستمارة : " لا أستطيع الحصول عليها لغلاء ثمنها بالنسبة لي ") ، مقابل نسبة 7,60 % للنساء اللواتي يؤمن بأن الأطفال نعمة من عند الله وبالتالي لا يستعملن أية وسيلة لمنع الحمل، ثم نسبة 2,40 % للواتي أجبن بـ: زوجي لا يحب.

ومقارنةً بنتائج التحقيق العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006 – 3 MICS حسب ما يوضحه الشكل البياني أدناه:

الشكل رقم 71 مقارنة نتائج البحث الميداني الخاصة بأسباب عدم استعمال وسائل منع الحمل و التحقيق العنقودي متعدد المؤشرات MICS 3



المصدر: من إعداد الطالبة وفق نتائج البحث الميداني و التحقيق العنقودي متعدد المؤشرات لسنة MICS 3 2006

نجد أن نسبة النساء اللواتي يخفن من استعمال وسائل منع الحمل مضاعفة بقرابة بخمس مرات على نتائج التحقيق العنقودي المتعدد المؤشرات، في حين تتقارب باقي النسب

وهو ما يعطي صورة واضحة عن مدى الوعي الصحي للمبحوثات من خلال استعمال/ عدم استعمال وسائل منع الحمل، بالرغم من كونهن ينتمين إلى الفئة النشطة في المجتمع و ذات المستوى و المكانة الاجتماعية المعتبرة، و حقيقةً تسود أفكار و خلفيات كثيرة عند النساء الجزائريات عامة و نساء المجتمع الصحراوي المدروس على وجه الخصوص بتأثير وسائل منع الحمل تأثيراً سلبياً على صحة المرأة من خلال خطر إصابتها بالعقم، السرطان، أو أمراض مزمنة كضغط الدم، السمنة إلى غيره من الأعراض غير المرغوب بها.

كما لا يفوتنا أن ننوه إلى عدم دلالية اختبار الاستقلالية (كاي تربيع) إلا في سببين اثنين يمنعان المبحوثة من استخدام وسائل منع الحمل وهي:

1. الخوف من استعمالها.
2. الإيمان بأن الأطفال نعمة من عند الله ، فقد أفضت النتائج الإحصائية لاختبار كاي مربع بقيمة محسوبة بلغت 17,14 عند درجة حرية تساوي 4 و عند مستوى الدلالة 5 % و هي قيمة أكبر من قيمة الاختبار المجدولة والتي تساوي عند نفس مستويات الدلالة والحرية 9,48 ونقول هنا بقبول الفرض البديل الذي ينتهي إلى وجود فروق دالة إحصائيا ، بمعنى استقلالية المتغيرين V1 و V2 .

وبالتالي نقول بـأن عمر المبحوثة لا يؤثر لا على الخوف من استعمال وسائل منع الحمل و لا على ا لإيمان بأن الأطفال نعمة من عند الله فالصغيرة ، الشابة و المتقدمة في العمر تؤمن بأن الأطفال نعمة من عند الله و تخاف من استعمال وسائل منع الحمل و من تأثراتها الجانبية.

المطلب الثالث: السن الحالي للنساء الموظفات بالمناطق الصحراوية و الولادات

جدول رقم 27 توزيع متغير السن الحالي للمبحوثات و عدد الأطفال

فئات السن المدة الفاصلة (بالأشهر)	0		1		2		3		4		5		6		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
22 - 15	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100
29 - 23	3	9,70	23	74,20	5	16,10	-	-	-	-	-	-	-	-	31	100
36 -30	1	0,80	42	31,80	54	40,90	25	18,90	10	7,60	-	-	-	-	132	100
43 - 37	3	3,30	8	8,70	28	30,40	28	30,40	17	18,50	5	5,40	3	3,30	92	100
50 - 44	-	-	1	3	9	27,30	9	27,30	9	27,30	5	15,20	-	-	33	100
المجموع	7	2,40	75	26	96	33,20	62	21,50	36	12,50	10	3,50	3	0,10	289	100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج SPSS 24

نلاحظ من خلال المعطيات الإحصائية للجدول أعلاه أن اتجاهه العام يتمثل في النساء اللواتي لديهن طفلين بنسبة تساوي 33,2 % موزعة على مختلف الفئات العمرية للمبحوثات.

ثاني أكبر نسبة في معطيات الجدول أعلاه نجدها عند النساء اللواتي لديهن طفل واحد بنسبة 26 %، وبعد إدخالنا للمتغير المستقل والمتمثل في عمر المبحوثات نجد أن الاتجاه العام للجدول بقي محافظاً على مستواه عند النساء اللواتي لديهن طفلين اثنين حيث نجد أن أكبر نسبة هي للفئة العمرية 30 – 36 سنة بـ: 40,9 % تليها الفئة العمرية 43 – 37 سنة بنسبة 30,4 % ثم الفئة 50 – 44 سنة بنسبة 27,3 % ، وهو ما يشير إلى وجود علاقة بين المتغيرين الكميين، و من خلال تحليل العلاقة الخطية للمتغيرين التي تساوي:

$$Y = 1{,}73 + 0{,}11 * x$$

نستنتج أن العلاقة تأخذ اتجاه موجب بحيث أنه كلما زاد زاد عمر المبحوثة بسنة واحدة زاد عدد الأطفال بـ: 1,8 طفل أي أنه كلما أعطينا قيمة للأكس x نجد قيمة لـ y حسب ما يوضحه الجدول التالي:

المتغير المستقل x (العمر)	1 سنة	2	3	4	5
المتغير التابع y (عدد الأطفال)	1,84	1,95	2,06	2,17	2,28

ونقول بأنه توجد هناك علاقة بين المتغيرين V1 و V2 وهو ما تثبته قيمة معامل الارتباط والتي تساوي r= 0,52 ، وبالتالي نقول أنه توجد هناك علاقة ارتباطية طردية بين عمر المبحوثة و عدد الأطفال الأحياء لديهن، أي أنه كلما كبر سن المبحوثة كلما زاد عدد الأطفال لديها والعكس بالعكس أي أنه كلما قل عمر المبحوثة كلما قل عدد أطفالها.

والتحليل في هذه الدراسة مبني على فرضيتين اثنتين أولاهما: فرضية انعدام حالات العقم لدى المبحوثات وثانيهما حصر المجال العمري للمبحوثات والذي يبدأ عند سن الخامس عشر (15 سنة) و ينتهي عند سن التاسع والأربعين (49 سنة)، وبالتالي فالمرأة ذات الأربعين سنة – وبافتراض انعدام حالة العقم أو الانفصال – يفترض أن عدد أبنائها أكبر من المرأة ذات العشرين سنة (20 سنة) وذلك راجع إلى مدة الحياة الزواجية بشكل أساسي.

يعتبر المتوسط الحسابي تلك القيمة التي تتوسط مجموع القيم الإحصائية في المجموعة، وقيمته وفق المعطيات الإحصائية في الجدول أعلاه تساوي X = 2,28، بمعنى أن المتوسط الحسابي لعدد الأطفال الأحياء لدى المبحوثات يساوي 2,28 طفل لكل امرأة، وهي قيمة وسطية بدليل أنه توجد نساء في العينة لديهن 6 أطفال كما توجد أخريات لديهن أقل من ذلك وبالتالي فلا يمكن لنا أن نعتبر قيمة المتوسط الحسابي على أنه المؤشر التركيبي للخصوبة ISF ولكن يمكن لنا أن القول بأن متوسط عدد الأبناء الأحياء لدى المبحوثات (موظفات قطاع الوظيف العمومي في ولاية أدرار) يساوي 2,28 طفل لكل امرأة.

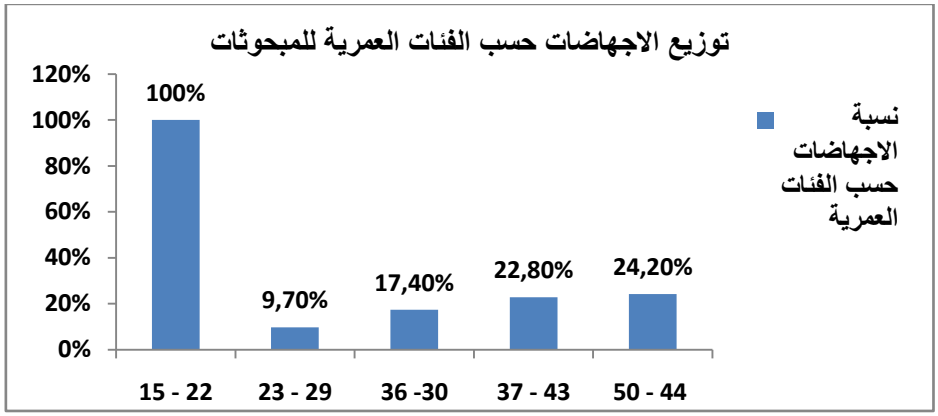
جدول رقم 28 توزيع متغير السن الحالي وعدد الإجهاضات لدى المبحوثات

الفئات العمرية	0		1		2		3		6		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
22 - 15	-	0	1	100	-	-	-	-	-	-	1	100
29 - 23	27	87,10	3	9,70	-	-	1	3,20	-	-	31	100
36 -30	99	75	23	17,40	8	6,10	2	1,50	-	-	132	100
43 - 37	59	64,10	21	22,80	6	6,50	5	5,40	1	1,10	92	100
50 - 44	22	66,70	8	24,20	3	9,10	-	-	-	-	33	100
المجموع	207	71,60	56	19,40	17	5,90	8	2,80	1	0,30	289	100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج SPSS 24

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن اتجاهه العام يتجه نحو النساء اللواتي ليس لديهن ولا حالة إجهاض بنسبة تساوي 71,60 % تليها نسبة 19,40 % للنساء اللواتي لديهن حالة إجهاض واحدة وعند إدخالنا للمتغير المستقل نجد أن اتجاه الجدول العام حافظ على منحاه ذو الطابع التصاعدي إذ أخذت الفئة العمرية 44 – 50 سنة أكبر نسبة والتي تساوي 24,20 % تليها الفئة العمرية الأصغر منها مباشرةً 37 – 43 سنة بنسبة تساوي 22,80 % ثم الفئة العمرية الأصغر من الأخيرة أيضاً (30 – 36 سنة) بنسبة تساوي 17,40 % في حين أن أصغر نسبة تعود لستة (06) إجهاضات بنسبة تساوي 0,30 %، وتتوزع نسبة النساء اللواتي تعرضن لإجهاض واحد كالتالي:

شكل رقم 72 توزيع حالة الإجهاض الواحد للمبحوثة حسب فئات السن



المصدر: من إعداد الطالبة وفق مخرجات برنامج اكسل Office Excel 2007

ونلاحظ من خلال الرسم البياني أن حالة الإجهاض الواحدة تتبع الزيادة في السن و لنتأكد من الملاحظة من عدمها نقوم بحساب معامل الارتباط من أجل قياس شدة الارتباط بين المتغيرين.

وعليه نجد أن 0,53 =r ، وبالتالي نقول أنه هناك حقيقةً علاقة طردية موجبة بين عمر المرأة و الإجهاض فكلما زاد عمر المرأة زاد معه احتمال الإجهاض لديها.

ملحوظة: للفئة العمرية 15 – 22 سنة تكرار واحد ولذلك نجد النسبة تساوي 100 % و هي قيمة تكاد تكود معدومة نسبة إلى مجمل مجتمع الدراسة (289 عنصر).

جدول رقم 29 توزيع متغير السن الحالي و عدد الولادات الميتة عند المبحوثات

الفئات العمرية	0		1		2		3		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
22 - 15	-	-	1	%100	-	-	-	-	1	100%
29 - 23	27	%87,1	4	%12,9	-	-	-	-	31	100%
36 -30	119	%90,2	11	%8,3	2	%1,5	-	-	132	100%
43 - 37	75	%81,5	14	%15,2	1	%1,1	2	%2,2	92	100%
50 - 44	23	%69,7	7	%21,2	1	%3	2	%6,1	33	100%
المجموع	244	%84,4	37	%12,9	4	%1,4	4	%1,4	289	100%

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج SPSS 24

نلاحظ من خلال الجدول الإحصائي أعلاه أن أعلى نسبة والمقدرة بـ: 84,4 % تعود للنساء اللواتي لم ينجبن ولا طفل ميت حتى فترة التحقيق الميداني، إلا أننا نجد نسبة مهمة تساوي 12,9 % تمثل النساء اللواتي لديهن حالة واحدة لولادة طفل ميت وعند إدخالنا للمتغير المستقل والمتمثل في العمر نجد أن التوزيع يحافظ على اتجاهه حيث تأخذ الفئة العمرية الصغرى 15 – 22 سنة أعلى نسبة و المقدرة بـ: 100% تليها الفئة العمرية الكبرى 44 – 50 سنة بنسبة 21,2% ثم الفئة العمرية 37 – 43 سنة بنسبة 15,2% ثم الفئة العمرية 23 – 29 سنة بنسبة 12,9% و آخر نسبة كانت للفئة 30 – 36 سنة بنسبة 8,3% وبالتالي تظهر لنا العلاقة بين العمر وعدد الولادات الميتة عند المبحوثات حيث تكبر النسبة مع عمر المرأة وهو ما يؤكده معامل الارتباط والذي تبلغ قيمته $r = 0,16$.

و تعد الولادة الميتة أو الطفل المولود دون حياة حسب تعريف المنظمة العالمية للصحة على أنه ذلك الموت الناتج عن التخصيب و طرحه من جسم الأم قبل وقته الطبيعي بغض النظر عن مدة الحمل، و تظهر الوفاة بعد هذا الانفصال مباشرةً بعدم تنفس الجنين، ولا يظهر أي علامة أخرى للحياة مثل ضربات القلب أو نبض الحبل السري[5].

هذا وقد سجلت المنظمة العالمية للصحة 2,6 مليون طفل مولود ميت سنة 2009 ثلثيها ناتج من عشر دول خاصة الهند، نيجيريا والصين.

و قد أصدر الديوان الوطني للإحصائيات نشرة سنة 2016 تشير إلى تراجع معدل الولادات الأموات ليبلغ 13,2 ‰ بعدما كان يساوي 14,6 ‰ سنة 2014 و 15,4 ‰ سنة 2015.

ونجد أن العلاقة الارتباطية بين المتغيرين تعود إلى حجم المدد الحياتية مقارنة ببعضها البعض فالمرأة ذات الأربعين أو التي تقارب سن الخمسين لديها خبرات و تجارب إنجابية أكبر من المرأة ذات العشرين أو الثلاثين سنة، وبالتالي نقول بأن هذه العلاقة الطردية إنما هي ناتج امتداد الفترة الزمنية للحياة الزوجية للمبحوثة مقارنة بغيرها من المبحوثات.

إلا أن هذا لا يبسِّطُ الأمر الواقع أو يضع له تبريراً لأنه حقيقةً المشكل جاد فكون قرابة 13 امرأة في المجتمع محل الدراسة من بين 100 امرأة لديها مولود ميت !!! أمر يستدعي الدراسة من

[5] http // : www.passeportsante.net/fr/grossesse

أجل الوقوف على الأسباب و محاولة إيجاد الحلول، كما نفتح قوس لنعيد و نذكر هنا بعديد الظروف التي تعتبر إلى حد ما أفضل من ظروف نساء أخريات في المجتمع المدروس أقل حظاً سواءً من الجانب التعليمي، الصحي، الغذائي... المعيشي بشكل أوسع و بالتالي فإمكانية ارتفاع هذه النسب و الأعداد أمر وارد إلى حد كبير لو تمت الدراسة داخل المجتمع العميق الصحراوي.

جدول رقم 30 توزيع متغير السن الحالي للمبحوثات و عدد الوفيات الرضع

الفئات العمرية	0		1		2		3		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
22 - 15	-	-	-	-	-	-	1	100	1	100
29 - 23	31	100	-	-	-	-	-	-	31	100
36 -30	128	97	3	2,3	1	0,8	-	-	132	100
43 - 37	82	89,1	10	10,9	-	-	-	-	92	100
50 - 44	33	100	-	-	-	-	-	-	33	100
المجموع	274	94,8	13	4,5	1	0,3	1	0,3	289	100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج SPSS 24

يظهر من خلال نتائج الجدول الإحصائي أعلاه أن غالبية المبحوثات صرحن بعدم وفاة رضيعها (و قد حددنا في الاستمارة أن الوفاة يجب أن يكون الطفل قد تعرض لها قبل أن يتم 12 شهراً – س رقم 23) و قد بلغت نسبتهن 94,8% مقابل 4,5% فقط صرحن بوفاة طفل لها قبل أن يتم 12 شهراً موزعة على فئتين عمريتين وهما 37 – 43 سنة و 30 – 36 سنة بنسبة 10,90 % و 2,3 % على التوالي، ونلاحظ أن نسبة مهمة تتمثل في عُشْر المبحوثات (1/10) تتراوح أعمارهن مابين 37 سنة و 43 سنة لديهن حالة واحدة لوفاة طفل رضيع ما يطرح عدة تساؤلات تعبر عن مدى القلق الذي تشكله مثل هاته الأرقام خاصة وأن للمبحوثات كما نُذَكِّر دائما نوع من المستوى العلمي، الثقافي والاجتماعي الملموس والمحسوس داخل المجتمع محل الدراسة.

ولكن من جهةٍ أخرى يجب عدم إغفال عنصر متوسط العمر عند الزواج الأول في هذا التحليل، فلو كنا نقارن هذه النسب بمتوسط العمر عند أول زواج على المستوى الوطني لدققنا ناقوس الخطر كونه عمر كبير نوعاً ما (29,3 سنة حسب RGPH 2008 و 30 سنة حسب INED لنفس الفترة الزمنية) إذ لا يمكن لفارق 7 سنوات فقط أن يؤثر بهذا الشكل على عدد الوفيات الرضع، ولكن

المتوسط الحسابي للعمر عند الزواج الأول بالنسبة للمبحوثات يشير إلى 27,08 سنة وبالتالي نقول أن 3 سنوات محسوبة داخل الحياة الزواجية الإنجابية يمكن أن يكون لها أثر كما أظهرت نتائج التحقيق الميداني.

ولكن هذا التحليل لا يشفع أو يبرر مدى خطر النسبة عند المبحوثات وبالتالي كان لزاماً البحث في أسباب و تقنيات وحلول تخفيض هذه النسبة وغيرها كالإجهاض خاصةً والولادات الميتة ووفيات الأطفال الرضع.

وقد عرف معدل وفيات الأطفال الرضع تراجعاً ملحوظا في الجزائر حسب الديوان الوطني للإحصائيات أين انتقل من 22 ‰ سنة 2013 إلى 20,9 ‰ مسجلاً بذلك فارق يقدر بـ: 1.4 نقطة في حين صرحت 4.5 بالمائة من النساء المبحوثات بوفاة رضيع واحد و تتوزع هذه النسبة على فئتين عمريتين هما فئة 37 – 43 سنة و 30 – 36 سنة بنسبة 10,9% و 2,3% على التوالي.

جدول رقم 31 توزيع متغير السن الحالي للمبحوثات و عدد الأبناء المثالي

الفئات العمرية	1		2		3		4		5		6		7		8		10		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
22 - 15	-	-	-	-	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100
29 - 23	1	3,2	4	12,9	3	9,7	17	54,8	5	16,1	-	-	-	-	1	3,2	-	-	31	100
36 -30	-	-	12	9,1	36	27,3	69	52,3	11	8,3	2	1,5	2	1,5	-	-	-	-	132	100
43 - 37	-	-	7	7,6	21	22,8	44	47,8	16	17,4	3	3,3	-	-	1	1,1	-	-	92	100
50 - 44	-	-	2	6,1	7	21,2	15	45,5	8	24,2	-	-	-	-	-	-	1	0,3	33	100
المجموع	1	0,3	25	8,7	67	23,2	146	50	40	13,8	5	1,7	2	0,7	2	0,7	1	0,3	289	100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج SPSS 2

" تبقى مجموعة واسعة من الأعراف والسلوكيات الإنجابية ، وتبقى الرغبة في الأطفال قوية وصورة العائلة عالية القيمة "

كمال كاتب[6]

[6] http// : www.orientxxi.info/magazine/moins-d-enfants-pour-l-algerie

نستنتج من خلال معطيات الجدول أعلاه أن 50% من المبحوثات يرين بأن العدد المثالي للأطفال يساوي 4 أطفال في حين أجابت 23,2% من المبحوثات بثلاث أطفال ثم 13,8% بخمس أطفال مقابل 0,3% للواتي أجبن بطفل واحد و 10 أطفال، ومنه نلاحظ اتجاه نساء عينة الدراسة إلى عدم تفضيل طفل واحد بل من 4 ، 3 ، و 5 أطفال على التوالي وهو عدد أطفال كبير يعكس الخلفية الثقافية و السوسيولوجية لنساء المنطقة، ويمكن لنا القول بأن عدد الأطفال المرغوب عند الجزائريين عامة عدد كبير نوعاً ما أكبر من أو يساوي متوسط عدد الأبناء والذي يساوي طفلين (أكثر أو أقل)، و هو أمر راجع إلى عدة متغيرات اجتماعية، عقائدية، ثقافية... إلى آخره، ونذكر في هذا المقام مثل شعبي محلي يقول :

" **بيت الرجال خير من بيت المال** "

والمعنى هنا أن عدد الأطفال الكبير أحسن وأفضل من المال حيث أن المرأة المتزوجة لو توفي زوجها و ترك لها ميراث كبير و ليس لديها أبناء فسيأتي من يأخذ ذلك الإرث عاجلاً أم آجلا و لا فائدة لها في الأخير، بينما لو توفي زوجها وترك لها عصبة من الأبناء فهم من سيأتي بالمال لها ولو بعد حين و الفائدة الحقيقية للزوجة حسب المثل الشعبي تكمن هنا.

ومن هذا المنطلق نستشفُّ المكانة الهامة التي يحتلها عدد الأبناء الكبير في العائلة و المثال ليس حصراً بل نموذج من بين مئات النماذج الجزائرية المحلية التي تشجع العدد الكبير للأبناء.

المبحث الثاني: السن عند أول زواج لدى النساء الموظفات و تأثيره على الخصوبة

المطلب الأول: السن عند أول زواج لدى النساء الموظفات و فترات الإنجاب

جدول رقم32 متغير سن المبحوثات عند أول زواج والمدة الفاصلة بين تاريخ الزواج الأول و أول ولادة

المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و أول ولادة (بالأشهر)												
	أقل من أو يساوي 12 شهر		30 – 13		48 – 31		66 – 49		84 – 67		المجموع	
فئات السن	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
17 – 15	–	–	–	–	1	100	–	–	–	–	1	100
23 – 18	25	58,10	14	32,60	2	4,70	–	–	2	4,70	43	100
29 – 24	120	68,20	42	23,90	10	5,70	4	2,30	–	–	176	100
35 – 30	40	61,50	23	35,40	1	1,50	1	1,50	–	–	65	100
41 – 36	2	50	2	50	–	–	–	–	–	–	4	100
المجموع	187	64,70	81	28	5	1,70	5	1,70	2	0,70	289	100

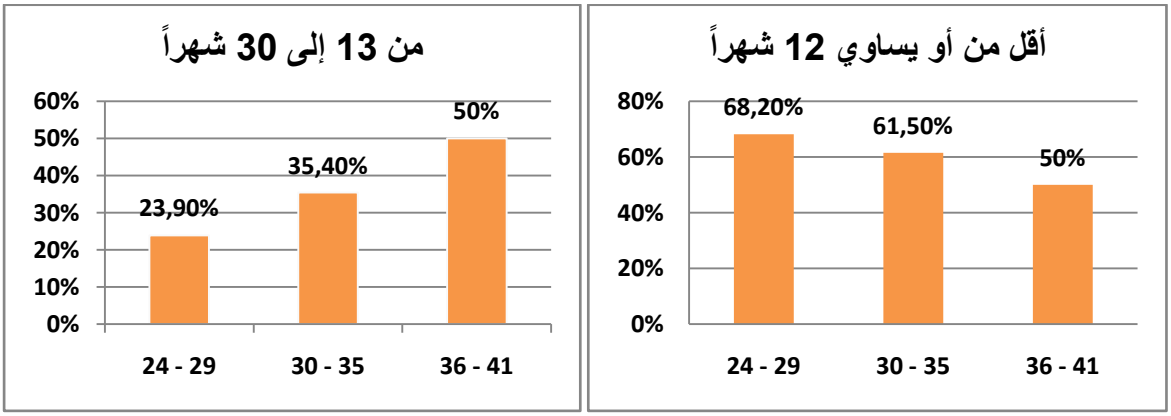
المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج SPSS 24

نلاحظ من خلال الجدول الإحصائي أعلاه أن اتجاهه العام يكمن عند النساء اللواتي يفصل بين زواجهن وأول ولادة لهن أقل من أو يساوي سنةً واحدةً ، وبإدخالنا للمتغير المستقل والمتمثل في السن عند أول زواج نجد أن الجدول قد حافظ على اتجاهه العام ولكن بنسبٍ متفاوتةٍ أعلاها للفئة العمرية 29 – 24 سنة بنسبة 68,20 %، تليها الفئة العمرية 30 – 35 سنة بنسبة 61,50 % ثم الفئة 18 – 23 سنة بنسبة 58,10 % و آخر نسبة لأكبر فئة عمرية 36 – 41 سنة بنسبة 50 %.

في حين نجد أن ثاني أكبر نسبة في الجدول و المساوية لـ: 28 % تخص النساء اللواتي ولدن بعد مضي من 13 إلى 30 شهراً، و تأخذ الفئة العمرية الكبرى 36 – 41 سنة أكبر نسبة والتي تقدر بـ: 50 %، تليها فئة النساء اللواتي تزوجن عند الفئة العمرية 30 – 35 سنة بنسبة 35,40 %، ثم الفئة العمرية 18 – 23 سنة بنسبة 32,60 % وأخيراً الفئة 29 – 24 سنة بنسبة 23,90 %.

ونلاحظ من القراءة السابقة تعاكُس قيم الفترتين : أقل من أو يساوي شهر و من 13 إلى 30 شهراً حيث أنه في الفترة الأولى (1 سنة = >) نجد أنه كلما كبر عمر المبحوثة تناقصت النسبة، والعكس بالنسبة للفترة الثانية (من 1 سنة إلى 2،5 سنة) كلما زاد عمر المبحوثة كلما زادت النسبة مثلما يوضح الشكل أدناه:

الشكل رقم 73عمر المبحوثة و المدة الفاصلة 1 الشكل رقم 74 عمر المبحوثة و المدة الفاصلة 2



المصدر: من إعداد الطالبة وفق مخرجات برنامج Office Excel 2007

ما ينم عن وجود نوع من التأثير بين سن زواج النساء الموظفات في المناطق الصحراوية و المدة الفاصلة بين الولادات إلا أنه و بالاستناد إلى الاختبار الإحصائي نجد أن اختبار كاي مربع

للاستقلالية ينفي ما سبق، حيث نجد أن هذا الأخير دال عند درجة حرية 16 و بقيمة محسوبة تساوي 38,32 بينما تساوي القيمة المجدولة عند نفس مستوى الخطأ (5 %) تساوي 26,29 وبما أن قيمة كاف المجدولة أصغر من قيمة كاف المحسوبة فإننا في هذه الحالة نرفض الفرض الصفري القائل بعدم وجود استقلالية ونأخذ بالفرض البديل الذي يثبث هذه الاستقلالية بين المتغيرين V1 و V2.

بمعنى أن سن الزواج عند الموظفات في المناطق الصحراوية لا يلعب دوراً في تحديد المدة الزمنية بين تاريخ الزواج و تاريخ الولادة ومنه بين تاريخ الزواج و تاريخ الحمل أو حتى قرار الحمل.

جدول رقم33 توزيع سن المبحوثات عند أول زواج والمدة الفاصلة بين الولادة الأولى و الولادة الثانية

المدة الفاصلة بين الولادة الأولى و الولادة الثانية (بالأشهر)											
المدة الفاصلة (بالأشهر)	أقل من أو يساوي شهر		33 - 1		66 - 34		99 - 67		132 - 100		المجموع	
فئات السن	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
17 - 15	-	-	-	-	1	100	-	-	-	-	1	100%
23 - 18	2	4,7	23	53,5	15	34,9	2	4,7	1	2,3	43	100%
29 - 24	49	27,8	66	37,5	59	33,5	2	1,1	-	-	176	100%
35 - 30	26	40	32	49,2	7	10,8	-	-	-	-	65	100%
41 - 36	3	75	1	25	-	-	-	-	-	-	4	100%
المجموع	80	27,7	122	42,2	82	28,4	4	1,4	1	0,3	289	100%

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج SPSS 24

نلاحظ من خلال معطيات الجدول أعلاه أن اتجاهه العام يكمن عند النساء اللواتي يفصل بين الولادة الأولى و الولادة الثانية من شهر إلى سنتين و 9 أشهر (1 – 33 شهراً) بنسبة 42,2 %، وعند إدخالنا للمتغير المستقل والمتمثل في عمر المبحوثة عند أول زواج نجد أن الجدول قد حافظ على اتجاهه حيث أنه أكثر من نصف المبحوثات ما نسبته 53,5 % يفصل بين العمر عند أول زواج لهن و ثاني ولادة بعد الولادة الأولى من شهر واحد إلى سنتين و تسعة أشهر، تليها فئة 30 – 35 سنة بنسبة 49,2 %، ثم فئة 24 – 29 سنة بنسبة 37,5 % وآخر نسبة كانت للفئة العمرية 36 – 41 سنة بنسبة 25 %.

في حين أن ثاني أكبر نسبة كانت للنساء اللواتي يفصل بين الولادة الأولى و الولادة الثانية لهن حسب سنهن عند أول زواج 34 – 66 شهراً (من عامين و 10 أشهر إلى 5 سنوات و 6 أشهر) بنسبة 28,4 % موزعة بشكل تصاعدي من الفئة الصغرى 15 – 17 سنة ، 18 – 23، 24 – 29 و 30 – 35 سنة بنسبة 100% ، 34،9% 33،8% و 10،8 % على التوالي.

أما ثالث أكبر نسبة فكانت للواتي يفصل بين الولادة الأولى و الولادة الثانية أقل من أو يساوي شهر بنسبة 27،7% موزعة توزيعاً تصاعدياً كالتالي:

18 – 23 سنة : 4،7%

24 – 29 سنة : 27،8 %

30 – 35 سنة : 40%

وأخيراً 36 – 41 سنة : 75%.

ومن المعطيات الإحصائية والنسب المئوية نستنتج وجود علاقة عكسية بين عمر المبحوثة عند أول زواج و المدة الفاصلة بين الولادة الأولى و الولادة الثانية ، حيث أنه كلما كبر سن المرأة عند أول زواج كلما تقلصت المدة الفاصلة لثاني ولادة والعكس بالعكس أي أنه كلما صغر عمر المبحوثة عند أول زواج كلما كبرت المدة الفاصلة لحدوث ثاني ولادة.

عند حسابنا لمعامل الارتباط بيرسون وجدنا أنه فعلاً توجد هناك علاقة عكسية قريبة من المتوسط تساوي 0,33 – ، ويمكن لنا إرجاع هذه العلاقة العكسية إلى مدى وعي المرأة بأنه كلما

كبرت في السن كلما قلت فرص الإنجاب لديها، وبحكم المجتمع الجزائري عامة و المحلي خاصةً المُحِبّ للعدد الكبير للأطفال فمن الطبيعي أن تُسابق النساء الزمن من أجل تحصيل أكبر عدد من الأطفال.

المطلب الثاني: السن عند أول زواج لدى النساء الموظفات بالمناطق الصحراوية و وسائل منع الحمل

جدول رقم 34 توزيع متغير السن عند أول زواج واستخدام وسائل منع الحمل من طرف المبحوثات

استخدام وسائل منع الحمل				المجموع	
فئات السن	نعم	%	لا	%	ت	%
17 - 15	-	-	1	100	1	100
23 - 18	32	74,4	11	25,6	43	100
29 - 24	121	68,8	55	31,3	176	100
35 - 30	30	46,2	35	53,8	65	100
41 - 36	1	25	3	75	4	100
المجموع	184	63,7	105	36,3	289	100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج SPSS 24

نلاحظ من خلال معطيات الجدول أعلاه أن أكبر نسبة والمقدرة بـ: 63,7 % هي للواتي أجبن باستخدامهن لوسائل منع الحمل، بينما 36,3 % من المبحوثات صرحن بعدم استخدامهن لها، وعند إدخالنا للمتغير المستقل V1 والمتمثل في عمر المبحوثة عند أول زواج نجد أن التوزيع قد حافظ على اتجاهه بتوزيع متنوع حسب الفئات العمرية لعمر المبحوثات عند أول زواج حيث أخذت الفئة العمرية 18 – 23 سنة أكبر نسبة والمقدرة بـ: 74,4 %، تليها الفئة العمرية 24 – 29 سنة بنسبة 68,8 % ثم الفئة العمرية 30 – 35 سنة بنسبة 46,2 % فالفئة 36 – 41 سنة بنسبة 25 %، وبالتالي نلاحظ من خلال توزيع النسب أن هناك علاقة عكسية بين عمر المبحوثة عند أول زواج واستخدامها لوسائل منع الحمل، وهو ما يثبته معامل الارتباط المحسوب والذي يساوي 0,03 – بمعنى أنه توجد علاقة عكسية ضعيفة بين المتغيرين تقول بأنه كلما كبر عمر المبحوثة عند أول زواج لها لم تستعمل وسائل منع الحمل والعكس بالعكس أي أنه كلما صغر عمر المبحوثة عند أول زواج كلما استعملت وسائل منع الحمل، وهو ما تعكسه النسب عند المجيبات بعدم استخدام وسائل منع الحمل أين تأخذ

أكبر فئة عمرية أكبر نسبة 75% تليها فئة 30 – 35 سنة بنسبة 53,8 % ثم فئة 24 – 29 سنة بنسبة 31,3 % وأخيراً فئة 18 – 23 سنة بنسبة 25,6 % (مع عدم احتساب نسبة أصغر فئة لضعف تكرارها الذي يساوي 1).

وهو ما يُظهر مرة أخرى العلاقة العكسية بين المتغيرين أين ترتفع نسبة عدم استخدام وسائل منع الحمل عند النساء اللواتي يتزوجن في سن متقدم.

جدول رقم 35 توزيع متغير السن عند أول زواج ونوع وسيلة الحمل المستخدمة من طرف المبحوثات

استعمال وسيلة منع الحمل																			
نوع الوسيلة	استعمال الحبوب				استعمال اللولب				استعمال الحقن				استعمال الواقي الذكري				جعل الرجل عاقما عن طريق الجراحة			
فئات السن	نعم	%	لا	%	نعم	%	لا	%	نعم	%	لا	%	نعم	%	لا	%	نعم	%	لا	%
17 - 15	-	-	1	100	-	-	1	100	-	-	1	100	-	-	1	100	-	-	1	100
23 - 18	20	46,5	23	53,5	4	9,3	39	90,7	-	-	43	100	3	7	40	93	1	2,3	42	97,7
24 - 29	86	48,9	90	51,1	9	5,1	167	94,9	1	0,6	175	99,4	17	9,7	159	90,3	3	1,7	173	98,3
35 - 30	18	27,7	47	72,3	4	6,2	61	93,8	-	-	65	100	3	4,6	62	95,4	-	-	65	100
36 - 41	1	25	3	75	-	-	4	100	-	-	4	98,8	-	-	4	100	-	-	4	100
المجموع	125	43,3	164	56,7	17	5,9	272	94,1	1	0,3	288	99,7	23	8	266	92	4	1,4	285	98,6

استعمال وسيلة منع الحمل																
نوع الوسيلة	استعمال الرضاعة الطبيعية المطولة				استعمال الرزنامة وقياس الحرارة				استعمال العازل الطبي للمرأة				استعمال ربط الأنابيب الرحمية للمرأة			
فئات السن	نعم	%	لا	%	نعم	%	لا	%	نعم	%	لا	%	نعم	%	لا	%
17 - 15	-	-	1	100	-	-	1	100	-	-	1	100	-	-	1	100
23 - 18	2	4,7	41	95,3	6	14	37	86	-	-	43	100	1	2,3	42	97,7
24 - 29	15	8,5	161	91,5	12	6,8	164	93,2	2	1,1	174	98,9	-	-	176	100
35 - 30	4	6,2	61	93,8	5	7,7	60	92,3	-	-	65	100	-	-	65	100
36 - 41	-	-	4	100	1	25	3	75	-	-	4	100	-	-	4	100
المجموع	21	7,3	268	92,7	24	8,3	265	91,7	2	0,7	287	99,3	1	0,3	288	99,7

نلاحظ من خلال الجدول الإحصائي أعلاه أن توزيع أنواع وسائل منع الحمل المستعملة من طرف المبحوثات قد حافظ على ترتيب نسب الاستخدام بالرغم من تغير المتغير المستقل من عمر المبحوثة الحالي إلى عمرها عند أول زواج لها، ولكن بنسب متفاوتة، هذا وتبقى حبوب منع الحمل الوسيلة الأكثر رواجاً.

لكن في هذه الجزئية من البحث نجد تغير في النسب حسب الفئة العمرية إذ تأخذ الفئة العمرية 24 – 29 سنة أكبر نسبة والمقدرة بـــ: 48,9 % تليها الفئة 18 – 23 سنة بنسبة 46,5 % في ثم فئة 30 – 36 سنة بنسبة 25%، في حين نجد أن تقنية الرزنامة وقياس الحرارة تأخذ منحى تنازلي أين تأخذ أكبر فئة عمرية 36 – 41 سنة أكبر نسبة والمقدرة بـ: 25 % وتتناقص النسبة بتناقص عمر المبحوثة عند أول زواج وهو الأمر الذي يوضح لنا الوسيلة البديلة للفئات العمرية الكبرى مكان الوسائل الهرمونية كالحبوب مثلاً.

جدول رقم 36 توزيع متغير السن عند أول زواج و سبب عدم استخدام وسائل منع الحمل من طرف المبحوثات

عدم استعمال وسائل منع الحمل من طرف المبحوثات												
السبب	تتعارض مع معتقداتنا الدينية				أحب العدد الكبير من الأطفال				زوجي لا يحب			
فئات السن	نعم		لا		نعم		لا		نعم		لا	
17 - 15	-	-	100	1	-	-	100	1	-	-	100	1
23 - 18	-	-	100	43	-	-	100	43	4,7	2	95,3	41
24 - 29	-	-	100	176	2,8	5	97,2	171	1,1	2	98,9	174
35 - 30	3	4,6	95,4	62	1,5	1	98,5	64	4,6	3	95,4	62
36 - 41	-	-	100	4	-	-	100	4	-	-	100	4
المجموع	3	1	99	286	2,1	6	97,9	283	2,4	7	97,6	282

عدم استعمال وسائل منع الحمل											
لست على دراية بها				الخوف من استعمالها				أؤمن أن الأطفال نعمة من الله				لا أستطيع الحصول عليها لغلاء ثمنها
نعم		لا		نعم		لا		نعم		لا		لا
-	-	1	100	1	100	-	-	-	-	1	100	1
-	-	43	100	6	14	37	86	3	7	40	93	43
1,1	2	174	98,9	38	21,6	138	78,4	10	5,7	166	94,3	176
-	-	65	100	21	32,3	44	67,7	8	12,3	57	87,7	65
-	-	4	100	2	50	2	50	1	25	3	75	4
0,7	2	287	99,3	68	23,5	221	76,5	22	7,6	267	92,4	289

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج SPSS 24

نلاحظ من خلال معطيات الجدول الإحصائي أعلاه أن اتجاهه العام يكمن عند النساء اللواتي صرحن بعدم استعمال وسائل منع الحمل خوفاً من استعمالها أين تمركزت أعلى نسبة عند النساء اللواتي تزوجن في الفئة العمرية الكبرى من 36 سنة إلى 41 سنة ، وتتناقص النسبة تدريجياً بتناقص العمر حتى تبلغ 14 % عند الفئة العمرية 18 – 23 سنة، كما نجد نفس التوزيع التناقصي عند سبب الإيمان بأن الأطفال نعمة من عند الله، أين تكبر النسبة عند الفئة العمرية الكبرى وتتناقص بتناقص عمر المبحوثة عند أول زواج لها حيث تبلغ النسبة 25% عند الفئة العمرية 36 – 41 سنة و تتناقص إلى غاية الفئة العمرية 18 – 23 سنة بنسبة 7%، بينما المجيبات بزوجي لا يحب وهي ثالث أكبر نسبة في الجدول الإحصائي اختلف التوزيع حسيث نجد أن أكبر نسبة كانت للفئة العمرية الصغرى 18 – 23 سنة بنسبة تساوي 4,7 % تليها الفئة العمرية 30 – 35 سنة بنسبة تساوي 4,6 %.

إن هذا التنوع في توزيع المعطيات الخاصة بأسباب امتناع المبحوثات الموظفات بالمنطقة محل الدراسة عن استعمال وسائل منع الحمل يعبر عن ذهنيات النساء بالمنطقة المدروسة بشكل خاص بالرغم من تشارك النساء الجزائريات على المستوى الوطني في تفسير امتناعهن عن استخدام وسائل منع الحمل بالخوف من التأثيرات الجانبية بشكل عام نتيجة مختلف الاعتقادات الرائجة حول موانع الحمل خاصة الهرمونية منها.

المطلب الثالث: السن عند أول زواج لدى النساء الموظفات بالمناطق الصحراوية و الولادات

جدول رقم 37 توزيع متغير سن المبحوثات عند أول زواج وعدد الأطفال الأحياء لديهن

توزيع سن المبحوثات عند أول زواج للمبحوثات و عدد الأطفال الأحياء																
	0		1		2		3		4		5		6		المجموع	
فئات السن	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
17 – 15	–	–	–	–	–	–	1	100	–	–	–	–	–	–	1	% 100
23 – 18	–	–	4	9,3	12	27,9	12	27,9	6	14	6	14	3	7	43	% 100
29 – 24	5	2,8	43	24,4	61	34,7	38	21,6	26	14,8	3	1,7	–	–	176	% 100
35 – 30	1	1,5	26	40	22	33,8	11	16,9	4	6,2	1	1,5	–	–	65	% 100
41 – 36	1	25	2	50	1	25	–	–	–	–	–	–	–	–	4	% 100
المجموع	7	2,4	75	26	96	33,2	62	21,5	36	12,5	10	3,5	3	1	289	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج SPSS 24

من خلال معطيات الجدول الإحصائي أعلاه نجد أن الاتجاه العام للجدول يكمن عند النساء اللواتي لديهن طفلين اثنين بنسبة 33،2 %، وبإدخالنا للمتغير المستقل والمتمثل في عمر المبحوثة عند أول زواج لها نجد أن التوزيع عند المتغير التابع (2 طفل) يأخذ اتجاه سلبي نوعاً ما حسب المؤشرات التالية:

الفئات العمرية	مراكز الفئات	التكرارات	Fi*Xi	Fi*(xi – x)²	Fc+
17 - 15	16	0	0	0	0
23 - 18	20,5	12	246	546,75	12
24 - 29	26,5	61	1616,5	34,31	73
35 - 30	32,5	22	715	606,37	95
36 - 41	38,5	1	38,5	1,56	96
المجموع	/	**96**	**2616**	**1188,99**	/

المصدر: من إعداد الطالبة

✓ حساب قيمة المتوسط الحسابي:

$$X = \frac{2616}{96} => X = 27,25$$

✓ حساب قيمة الوسيط:

$$Me = 24 + \frac{48 - 12}{61} * 6 => Me = 27,54$$

✓ حساب قيمة الانحراف المعياري:

$$S^2 = \frac{1188,99}{96} => S^2 = 12,38 => S = \sqrt{12,38} = 3,51$$

✓ حساب معامل الالتواء:

$$\propto = \frac{3(27,25 - 27,54)}{3,51} = -0,24$$

✓ حساب قيمة المنوال:

$$Mo = 24 + \frac{22}{22 + 12} * 6 = 27,88$$

✓ المقارنة:

$$\boldsymbol{Mo} > Me > X$$

و بما أن قيمة المنوال أكبر من قيمة الوسيط، وقيمة الوسيط أكبر من قيمة المتوسط الحسابي إذن فالتوزيع توزيع سلبي مائل إلى اليسار بنسبة $\propto = -0,2$ وهو ما يشير أيضاً إلى العلاقة العكسية بين المتغيرين.

أما بالنسبة للقيمتين التاليتين الأكبر نسبة في الجدول وهما 26 % و 21,5 % لعدد الأطفال 1 و 3 على التوالي فنجد أن العلاقة العكسية واضحة بشدة حيث يختلف توزيع النسب إذ نجد أنه يأخذ منحى تصاعدي عند طفل واحد حسب فئات عمر المبحوثات عند أول زواج أين تأخذ الفئة الصغرى 15 – 17 سنة أصغر نسبة والتي تساوي 0%، ثم 40 % للفئة 30 – 35 سنة وأخيراً 50 % لأكبر فئة 36 – 41 سنة.

بينما نجد التوزيع عكسي عند عدد الأطفال 3 حيث يأخذ التوزيع منحى تنازلي بـ: 100 % لأصغر فئة 15 – 17 سنة، ثم 27،9 % لفئة 18 – 23 سنة، 21،6 % لفئة 24 – 29 سنة ثم 16،9 % لفئة 30 – 35 سنة.

وعند حسابنا لمعامل الارتباط بيرسون أكد هذه العلاقة العكسية بقيمة تساوي $-0,32$ وبالتالي نقول بأن هناك علاقة عكسية ما بين المتغيرين V1 و V2.

جدول رقم 38 توزيع متغير سن المبحوثات عند أول زواج و عدد الإجهاضات

عدد الإجهاضات	0		1		2		3		6		المجموع	
فئات السن	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
17 – 15	–	–	1	100	–	–	–	–	–	–	1	100
23 – 18	34	79,1	7	16,3	2	4,7	–	–	–	–	43	100
29 – 24	124	70,5	34	19,3	11	6,3	7	4	–	–	176	100
30 – 35	46	70,8	13	20	4	6,2	1	1,5	1	1,5	65	100
41 – 36	3	75	1	25	–	–	–	–	–	–	4	100
المجموع	207	71,6	56	19,4	17	5,9	8	2,8	1	0,3	289	100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج SPSS 24

نلاحظ من خلال معطيات الجدول أعلاه أن نسبه تأخذ منحى تصاعدي بمعنى أنه كلما كبر سن المبحوثة عند أول زواج كلما زاد عدد الإجهاضات، وهو الشأن بالنسبة لإجهاض واحد أو إجهاضين اثنين وهما أكبر نسبتين في الجدول بعد نسبة عدم وجود ولا حالة إجهاض والمقدرة بـ: 71,6 %.

في حين نجد أن في حالة الإجهاض الواحد تتوزع النسب كالتالي:

100% للفئة العمرية الصغرى 15 – 17(دائماً مع التنبيه إلى ضعف التكرار عند هذه الفئة العمرية والتي تساوي تكرار 1 يمثل العمر 17 سنة عند أول زواج)، ثم تبدأ النسب في التصاعد لتنتقل من 3،16 % عند الفئة العمرية 18 – 24 سنة لتصل 25 % عند الفئة العمرية 36 – 41 سنة.

وهو الأمر نفسه في حالة عدد الإجهاضات المساوي لحالتين (02) أين تنتقل النسبة من 7،4 % عند الفئة العمرية 18 – 23 سنة إلى 2،6 % عند الفئة العمرية 30 – 35 سنة، وبالتالي يمكن لنا التنبؤ من خلال المعطيات و استقراء نتيجة تفيد بوجود علاقة طردية بين المتغيرين، أي أنه كلما كبر عمر المبحوثة عند أول زواج لها كلما كبر عدد حالات الإجهاض لديها، ولمعرفة شدة وقوة العلاقة قمنا بحساب معامل الارتباط للحالتين (إجهاض واحد / إجهاضين اثنين) وخلص إلى قيمة تساوي 0,04 للحالتين ومنه نؤكد وجود

العلاقة الطردية الموجبة والضعيفة بين المتغيرين V1 عمر المبحوثة عند أول زواجها و V2 والذي يمثل عدد الإجهاضات.

المبحث الثالث: مدة الحياة الزواجية عند الموظفات في المناطق الصحراوية و تأثيرها على خصوبتهن

جدول رقم39 توزيع متغير مدة الحياة الزواجية واستخدام وسائل منع الحمل من طرف المبحوثات

فئات السن	استخدام وسائل منع الحمل				المجموع	
	نعم	%	لا	%	ت	%
100 - 5	1	%100	-	-	1	%100
196 - 101	101	%61,2	64	%38,8	165	%100
292 - 197	58	%69,9	25	%30,1	83	%100
388 - 293	19	%57,6	14	%42,4	33	%100
484 - 389	5	%71,4	2	%28,6	7	%100
المجموع	184	%63,7	105	%36,3	289	%100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج SPSS 24

نلاحظ من خلال النسب المبينة في الجدول أعلاه أنه قد حافظ على اتجاهه العام والمتمثل في غالبية المبحوثات المستخدمات لوسائل منع الحمل بنسبة تقدر بـــــ: 63,7 %، والأمر نفسه بالنسبة لغير المستخدمات أين نجد نفس النسبة السابقة والمقدرة بـ: 36,3 %.

إلا أنه وعند إدخالنا للمتغير المستقل نجد أن التوزيع داخل فئة المستخدمات لم يحافظ على اتجاهه بحيث تتوزع النسب بشكل لا يتبع أي ترتيب، أين تمثل أكبر نسبة به 100 % وهي للفئة الصغرى (5 – 100 شهر)، تليها نسبة 69,9 % لفئة 197 – 292 شهراً، ثم 61,2 % لفئة 101 – 196 شهراً، بعدها نسبة 57,6 % لفئة مدة الحياة الزواجية 293 – 388 شهراً.

والشأن نفسه لعدم المستخدمات لوسائل منع الحمل أين نجد نسبة 36,3 % تأخذ توزيع لا اتجاه له بحيث أخذت فئة المدة 293 – 388 شهراً نسبة 42,4 %، تليها فئة 101 – 196 شهراً بنسبة 30,1 %، وأكبر فئة للمدة الزواجية 389 – 484 شهراً قُدرت نسبتها بـ: 28,6 %.

وبالتالي نقول بأن مدة الحياة الزواجية واستخدام وسائل منع الحمل – مبدئيا – لا تربط بينهما علاقة تأثير و تأثر، ولاختبار صحة هذا الاستنتاج من عدمه نقوم باختبار الاستقلالية " كا^2" وقد بلغت قيمته 3,09 بدرجة حرية تساوي 4 وعند مجال خطأ مقدر بـ: 0,05 ، في حين بلغت قيمته المجدولة عند نفس مستويات الدلالة 9,48 وبالتالي نقبل بالفرض الصفري القائل بعدم وجود استقلالية بين المتغيرين V1 و V2 بمعنى وجود التأثير بين مدة الحياة الزواجية للمبحوثات الموظفات بالمنطقة محل الدراسة و استخدام وسائل منع الحمل.

جدول رقم 40 توزيع متغير مدة الحياة الزواجية و نوع وسيلة منع الحمل المستخدمة من طرف المبحوثات

مدة الحياة الزواجية و نوع وسيلة منع الحمل																	
نوع الوسيلة	استعمال الحبوب				استعمال اللولب				استعمال الحقن				استعمال الواقي الذكري				جعل الرجل عاقما عن طريق الجراحة			
فئات السن	نعم	%	لا	%	نعم	%	لا	%	نعم	%	لا	%	نعم	%	لا	%	نعم	%	لا	%
5 - 100	–	–	1	100	–	–	1	100	–	–	1	100	1	100	–	–	–	–	1	100
101 - 196	70	42,4	95	57,6	8	4,8	157	95,2	1	0,6	164	99,4	16	9,7	149	90,3	2	1,2	163	98,8
197 - 292	35	42,2	48	57,8	6	7,2	77	92,8	–	–	83	100	5	6	78	94	2	2,4	81	97,6
293 - 388	16	48,5	17	51,5	2	6,1	31	93,9	–	–	33	100	1	3	32	97	–	–	33	100
389 - 484	4	57,1	3	42,9	1	14,3	6	85,7	–	–	7	100	–	–	7	100	–	–	7	100
المجموع	125	43,3	164	56,7	17	5,9	272	94,1	1	0,3	288	99,7	23	8	266	92	4	1,4	285	98,6

	استعمال الرضاعة الطبيعية المطولة				استعمال الرزنامة وقياس الحرارة				استعمال العازل الطبي للمرأة				استعمال ربط الأنابيب الرحمية للمرأة				
فئات السن	نعم	%	لا	%	نعم	%	لا	%	نعم	%	لا	%	نعم	%	لا	%	
5 - 100	1	100	–	–	–	–	1	100	–	–	1	100	–	–	1	100	
101 - 196	14	8,5	151	91,5	12	7,3	153	92,7	1	0,6	164	99,4	–	–	165	100	
197 - 292	4	4,8	79	95,2	10	12	73	88	1	1,2	82	98,8	1	1,2	82	98,8	
293 - 388	2	6,1	31	93,9	2	6,1	31	93,9	–	–	33	100	–	–	33	100	
389 - 484	–	–	7	100	–	–	7	100	–	–	7	100	–	–	7	100	
المجموع	21	7,3	268	92,7	24	8,3	265	91,7	2	0,7	287	99,3	1	0,3	288	99,7	

تبقى الوسيلة الهرمونية والمتمثلة في حبوب منع الحمل الوسيلة المهيمنة عند المبحوثات حيث حافظت على نسبتها 43,3 %، وبإدخالنا للمتغير المستقل والمتمثل في مدة الحياة الزواجية نلاحظ التوزيع المعتدل نسبياً داخل فئات مدد الحياة الزواجية للمبحوثات، وهو ما يثبته اختبار كاف تربيع عن طريق قبول الفرض الصفري القائل بعدم وجود استقلالية بين المتغيرين.

والشأن نفسه بالنسبة لباقي الأنواع، إذ أثبتت الاختبارات المحسوبة لكل نوع باستقلالية العلاقة بينه وبين المتغير المستقل V1، إلا عند نوعين وهما:

- ✓ **أولاً: وسيلة الواقي الذكري**

حيث نجد قيمة اختبار (كا ²) المحسوبة تساوي 14,36 عند مستوى الثقة 95 % وبدرجة حرية تساوي 4، في حين تساوي قيمة نفس الاختبار وعند نفس مستويات الدلالة 9,48 وبالتالي نقول وبما أن قيمة كا ² المحسوبة أكبر من المجدولة فإننا نرفض الفرض الصفري و نقبل بالبديل H1 الذي يوضح عدم استقلالية المتغيرين عن بعضهما البعض، و بالتالي نقول بأن مدة الحياة الزواجية التي تعيشها الموظفات المبحوثات في المناطق الصحراوية يؤثر على استخدامهن لوسيلة منع الحمل المتمثلة في الواقي الذكري.

- ✓ **ثانيا: وسيلة الرضاعة الطبيعية المطولة**

تشير قيمة اختبار كا ² المحسوبة إلى 14,48 عند مستوى دلالة يساوي 0,05 و بدرجة حرية تساوي 4 وهي قيمة أكبر من تلك المجدولة عند نفس مستويات الدلالة وبالتالي نؤكد عدم وجود الاستقلالية بين المتغيرين V1 و V2، و بالتالي فإن مدة الحياة الزواجية تؤثر على وسيلة الرضاعة الطبيعية المطولة.

المطلب الثاني: مدة الحياة الزواجية عند النساء الموظفات بالمناطق الصحراوية و الولادات

جدول رقم 41 توزيع متغير مدة الحياة الزواجية وعدد الأبناء الأحياء لدى المبحوثات

مدة الحياة الزواجية للمبحوثات و عدد الأطفال الأحياء															
عدد الأطفال	0		1		2		3		4		5		6		المجموع	
الفئات	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
5 - 100	-	-	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100
101 - 196	6	3,6	72	43,6	62	37,6	22	13,3	3	1,8	-	-	-	-	165	100
197 - 292	1	1,2	3	3,6	24	28,9	29	34,9	21	25,3	4	4,8	1	1,2	83	100
293 - 388	-	-	-	-	8	24,2	8	24,2	11	33,3	4	12,1	2	6,1	33	100
389 - 484	-	-	-	-	1	14,3	3	42,9	1	14,3	2	28,6	-	-	7	100
المجموع	7	2,4	75	26	96	33,2	62	21,5	36	12,5	10	3,5	3	1	289	100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج SPSS 24

نلاحظ من خلال معطيات الجدول الإحصائي أعلاه أن اتجاهه العام يكمن عند المبحوثات اللواتي لديهن طفلين اثنين بنسبة 33,2 %، وعند إدخالنا للمتغير المستقل والمتمثل في مدة الحياة الزواجية نجد أن التوزيع قد حافظ على اتجاهه العام أين مثّلت فئة المبحوثات اللواتي تنحصر مدة الحياة الزواجية لديهن من 5 أشهر إلى 8 سنوات (5 – 100) بنسبة 100% ، أما أقل نسبة في نفس الاتجاه فكانت لأكبر فئة زمنية 389 – 484 (32 سنة إلى 40 سنة) بنسبة 14,3 % ما يشير إلى تعاكس التوزيع بين حصة الطفلين لكل فئة خاصة بالمدة الزمنية للحياة الزواجية للمبحوثة.

كما نجد أن 43,6 % من المبحوثات اللواتي لديهن طفل واحد – و هي النسبة الغالبة عند توزيع الطفل الواحد– تراوحت مدة حياتهن الزواجية من 8 سنوات إلى 16 سنة – إلى غاية وقت التحقيق–.

أما بالنسبة للواتي لديهن 3 أطفال فنجد التوزيع معاكس تماماً للتوزيع الخاص بالطفلين، حيث مثلت نسبة 42,9 % أعلى نسبة و هي لأكبر فئة زمنية 32– 40 سنة (484 – 389) مقابل 13,30 % لفئة مدة الحياة الزواجية المنحصرة بين 8 سنوات و خمس أشهر و 16 سنة (196 – 101) مع انعدام التوزيع عند الفئة الأصغر منها و المنحصرة بين خمس وأشهر زواج على الأقل و 8 سنوات و الأمر نفسه بالنسبة للخمس أطفال أين نجد أعلى نسبة لأكبر فئة زمنية و تساوي 28,6 % مقابل نسبة 4,80 % لآخر فئة مع انعدام النسب عند الفئات الأصغر من ذلك.

من خلال ما سبق نلاحظ مبدئياً وجود علاقة طردية نوعاً ما تربط بين المتغيرين حيث أنه كلما زادت مدة الحياة الزواجية كلما زاد عدد الأطفال عند الثلاث، الأربع، الخمس و الست أطفال على التوالي، بينما نجد العكس عند عدد الأطفال القليل و المتمثل في الطفل الواحد و الطفلين أين تتناقص نسب التوزيع بزيادة عمر الحياة الزواجية للمبحوثات.

وللتأكد من صحة هذه الملاحظات قمنا بحساب اختبار كاف تربيع أين وجدنا قيمة الاختبار المحسوبة كا² تساوي 140,83 بدرجة حرية تساوي 24 مقابل قيمة مجدولة تساوي 36,41 عند نفس درجة الحرية وبالتالي نقوم برفض الفرض الصفري و الاستناد إلى الفرض البديل و القائل بوجود استقلالية بين المتغيرين V1 و V2 ما يعني أن التوزيع المتعاكس في الجدول أعلاه لا يعني حقيقةً و واقعياً أن هناك تعاكس بين كل من عدد الأطفال لدى المبحوثات في المنطقة محل الدراسة و مدة الحياة الزواجية المقضية حتى وقت التحقيق الميداني

جدول رقم 42 توزيع متغير مدة الحياة الزواجية و عدد إجهاضات المبحوثات

عدد الإجهاضات	0		1		2		3		6		المجموع	
مدة الحياة الزواجية	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
5 - 100	1	100	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100
101 - 196	127	77	26	15,8	8	4,8	3	1,8	1	0,6	165	100
197 - 292	53	63,9	20	24,1	5	6	5	6	-	-	83	100
293 - 388	20	60,6	9	27,3	4	12,1	-	-	-	-	33	100
389 - 484	6	85,7	1	14,3	-	-	-	-	-	-	7	100
المجموع	207	71,6	56	19,4	17	5,9	8	2,8	1	0,3	289	100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج SPSS 24

نلاحظ من خلال معطيات الجدول الإحصائي أعلاه أنه قد حافظ على اتجاهه من خلال النسبة الغالبة والتي تساوي 71,6 % للنساء اللواتي لم يسبق لهن ولا حالة إجهاض، أما ثاني نسبة فهي للواتي لهن حالة إجهاض واحدة بنسبة 19,4 %، تليها حالة الإجهاضين بنسبة 5,9 % ثم 3 إجهاضات بنسبة 2,8 %.

و تتوزع الحالات عند الإجهاض الواحد بنسب متفاوتة أعلاها لفئة المدة الزمنية الزواجية المنحصرة بين 24 سنة و 32 سنة ، تليها نسبة 24,10 % للفئة الأصغر منها و المنحصرة بين 197 و 292 شهراً أي من 16 سنة و 24 سنة ، ثم بنسبة أقل للفئة الزمنية الأصغر من السابقة 196 – 101 و التي تساوي 15,80 %.

و نجد نفس التوزيع التنازلي عند حالة الإجهاضين أين تنتقل نسب التوزيع من 12,10 % لفئة مدة الحياة الزواجية المنحصرة بين 24 سنة و 32 سنة لتبلغ 4,80 % لفئة الحياة الزواجية 101 196 – شهراً أي المنحصرة بين 8 سنوات و 16 سنة.

و للتأكد من التوزيعات السابقة الذكر قمنا بحساب اختبار كاي مربع للاستقلالية وقد أثبت أنه لا توجد استقلالية بين المتغيرين V1 و V2، حيث بلغت قيمة كا ² المحسوبة 14,2 بدرجة حرية تساوي 16 و عند مستوى ثقة 95 %، في حين بلغت قيمة الاختبار المجدولة 26,29 عند نفس مستويات الدلالة وبالتالي نقبل الفرض الصفري بأنه لا استقلالية بين المتغيرين و بالتالي يتبع المتغير

التابع المتغير و المتمثل في عدد الإجهاضات عند المرأة المبحوثة الموظفة في المناطق الصحراوية المتغير المستقل و المتمثل في مدة الحياة الزواجية لهؤلاء المبحوثات، ومنه نستطيع القول بأن للإجهاض عوامل و أسباب تمت لمدة الحياة الزواجية بصلة ترجع إلى المبحوثات اللواتي تنحصر مدة حياتهن الزواجية بين 24 سنة و أقل من 32 سنة وهنا تتداخل في هذا المجال مختلف الأسباب السوسيو – ديموغرافية كعدد مرات الحمل، العمر عند الحمل، ضغط الأهل أو الزوج أو المجتمع حتى ، مدى الوعي الصحي عند المبحوثات (±)، الكفل الصحي و الزيارات الدورية المستمرة للطبيب...إلى آخره من الأسباب التي تدخل ضمن الحياة الزواجية المعاشة من طرف المبحوثات.

جدول رقم 43 توزيع متغير مدة الحياة الزواجية و عدد الولادات الميتة عند المبحوثات

عدد الولادات الميتة	0		1		2		3		المجموع	
مدة الحياة الزواجية	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
5 - 100	1	100	–	–	–	–	–	–	1	100
101 - 196	151	91,5	13	7,9	–	–	1	0,6	43	100
197 - 292	63	75,9	16	19,3	3	3,6	1	1,2	176	100
293 - 388	23	69,7	8	24,2	1	3	1	3	65	100
389 - 484	6	85,7	–	–	–	–	1	14,3	4	100
المجموع	244	84,4	37	12,8	4	1,4	4	1,4	289	100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج SPSS 24

نلاحظ من خلال معطيات الجدول أعلاه أن اتجاهه العام يكمن عند النساء اللواتي لم يسبق لهن ولا حالة ولادة ميتة ما نسبته 84,4 % من المبحوثات، إلا أن نسبة مهمة تتمثل في 12,8 % من المبحوثات لديهن حالة وفاة مولود واحدة موزعة بشكل تصاعدي نسبةً إلى الفئات الزمنية لمدة الحياة الزواجية، وعند إدخالنا للمتغير المستقل نجد أنه كلما زادت مدة الحياة الزواجية كلما زاد عدد وفيات المواليد الجدد.

كما نجد نسبة مهمة تمثل 14,3 % عند الفئة الزمنية 389 – 484 (من 32 سنة إلى 40 سنة) لحالة الثلاث (03) ولادات ميتة.

ومن خلال ذلك نستنتج مبدئياً إمكانية وجود علاقة طردية بين عدد الولادات الميتة و مدة الحياة الزواجية و هو ما يثبته كل من اختبار كاف تربيع للاستقلالية حيث بلغت قيمة كا ² المحسوبة 28,65 بدرجة حرية تساوي 12 وعند مستوى دلالة يساوي 5 %، أما قيمة

الاختبار عند نفس مستويات الدلالة فقد بلغت 21,02 % وبما أن قيمة كا ² المحسوبة أصغر من القيمة المجدولة فإننا نقبل الفرض الصفري القائل بعدم وجود استقلالية بين المتغيرين V1 و V2 بمعنى تأثير متغير مدة الحياة الزواجية عند المبحوثات في عدد الولادات الميتة بأخذه لمنحى تصاعدي وفق عامل الزمن.

جدول رقم 44 توزيع متغير مدة الحياة الزواجية و الوفياة الرضع

عدد الوفيات	0		1		2		3		المجموع	
مدة الحياة الزواجية	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
5 - 100	1	100	-	-	-	-	-	-	1	100
101 - 196	161	97,6	3	1,8	-	-	1	0,6	43	100
197 - 292	76	91,6	6	7,2	1	1,2	-	-	176	100
293 - 388	29	87,9	4	12,1	-	-	-	-	65	100
389 - 484	7	100	-	-	-	-	-	-	4	100
المجموع	274	94,8	13	4,5	1	0,3	1	0,3	289	100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج SPSS 24

نلاحظ من خلال معطيات الجدول الإحصائي أعلاه أن اتجاهه العام يكمن عند النساء اللواتي ليس لديهن ولا حالة وفاة رضيع بنسبة 94,8 %، و باستثناء هذه الأخيرة نجد نسبة 4,5 % من البحوثات اللواتي لديهن حالة وفاة رضيع واحدة وتتوزع هذه النسبة بشكل تصاعدي بحيث أنه كلما كبرت مدة الحياة الزواجية كبرت النسبة وهو ما تعبر عنه النسب التالية: 0% - 1،8% - 7،2% و12،1% للفئات 5 – 100، 101 – 196، 167 – 292 و 293 – 388 شهراً على التوالي إلى غاية انعدام النسبة مرة أخرى عند أكبر فئة مدة حياة زواجية منحصرة بين 389 و 484 شهراً.

بينما نجد حالة واحدة لوفاة رضيع بنسبة 1,2 % عند فئة مدة الحياة الزواجية (16 سنة و 5 أشهر – 24 سنة و 4 أشهر) و نجد حالة أخرى بنسبة 0,6 % لمدة الحياة الزواجية (8 سنوات و 5 أشهر – 16 سنة و 4 أشهر).

و استناداً إلى اختبار كاي مربع للاستقلالية المحسوب الذي أعطى قيمة دالة مساوية لـ: 12,28 عند درجة الحرية 12 و بالمقارنة مع قيمة الاختبار المجدولة نجد هذا الأخير يساوي 21,02 عند نفس درجة الحرية، و بالتالي و بما أن قيمة الاختبار المحسوبة أصغر من قيمته المجدولة فإن ذلك يعني

قبول الفرض الصفري القائل بعدم وجود استقلالية بين المتغيرين بمعنى أن مدة الحياة الزواجية تؤثر فعلا في عدد الأطفال المتوفين الرضع عند المرأة الموظفة في المناطق الصحراوية

خلاصة الفصل

حاولنا في هذا الفصل من خلال تحليل الفرضية الأولى و القائلة بأنه: " كلما تزوجت المرأة في المناطق الصحراوية في سن مبكر كلما ارتفعت خصوبتها " إبراز دور وأهمية كل جزئية فيها بخصوبة المرأة، وقد خَلُصت نتائج هذا التحليل إلى عدة استنتاجات ترتبط بمتغير السن الحالي للمبحوثات، السن عند الزواج الأول ومتغير مدة الحياة الزواجية، وسنقوم بعرض تلك النتائج على شكل نقاط نستهلها بنتائج متغير السن الحالي أين انتهت هذه الجزئية من الدراسة إلى نتيجة مفادها أن متغير السن الحالي غير مستقل عن متغير المدة الفاصلة بين أول زواج وأول ولادة ويؤثر فيه عند المبحوثات الموظفات في المناطق الصحراوية عكس الوضع عند المدة الفاصلة بين أول ولادة و ثاني ولادة أين يستقل متغير سن المبحوثات الحالي عن المدة الفاصلة بين الولادة الأولى و الثانية و وجود علاقة ارتباطية طردية متوسطة الشدة بين عمر المبحوثة و عدد الأطفال الأحياء لديهن، أي أنه كلما كبر سن المبحوثة كلما زاد عدد الأطفال لديها والعكس بالعكس أي أنه كلما قل عمر المبحوثة كلما قل عدد أطفالها.

لاحظنا أيضاً وجود تأثير بين عمر المبحوثة الحالي واستعمال وسائل منع الحمل بحيث أنه كلما كبر عمر المبحوثة قلَّ استعمالها لوسائل منع الحمل، بصيغة أخرى يؤثر سن المبحوثات في استخدام أو عدم استخدام وسائل منع الحمل.

بالنسبة لعدم استخدام وسائل منع الحمل لا يؤثر عمر المبحوثة لا على الخوف من استعمال وسائل منع الحمل و لا على ا لإيمان بأن الأطفال نعمة من عند الله فالصغيرة ، الشابة و المتقدمة في العمر تؤمن بأن الأطفال نعمة من عند الله و تخاف من استعمال وسائل منع الحمل و من تأثيراتها الجانبية.

أما بالنسبة لعدد الإجهاضات نجد أن هناك علاقة طردية دالة بين المتغيرين تقدر بـــ: 0,53 أي أنه كلما كبر عمر المبحوثة كلما زاد معه عدد الإجهاضات.

- تعتبر العلاقة دالة إحصائياً عند المتغيرين سن المبحوثة الحالي و عدد الولادات الميتة بنسبة 13 % تقريباً للواتي لديهن حالة ولادة ميتة واحدة وهو ما دل عليه معامل الارتباط الذي أكد على وجود علاقة طردية بين المتغيرين.

عكس الوفيات الرضع أين لا نجد تأثير بين متغير السن الحالي للمبحوثات و عدد الوفيات الرضع.

بالنسبة لعدد الأطفال المثالي نجد نصف المبحوثات (50 %) يرين بأن العدد المثالي لهن هو 4 أطفال في حين أنه 0,3 % يرين بأن العدد المثالي هو طفل واحد.

أما بخصوص متغير سن أول زواج عند الموظفات في المناطق الصحراوية فنجد أنه لا يلعب دوراً في تحديد المدة الزمنية بين تاريخ الزواج و تاريخ الولادة ومنه بين تاريخ الزواج و تاريخ الحمل أو حتى قرار الحمل و كلما كبر سن المرأة عند أول زواج كلما تقلصت المدة الفاصلة لثاني ولادة والعكس بالعكس أي أنه كلما صغر عمر المبحوثة عند أول زواج كلما كبرت المدة الفاصلة لحدوث ثاني ولادة.

بالنسبة لعدد الأبناء المنجبين وجدنا أنه كلما تزوجت المرأة في سن متقدم (كبير) كلما قل عدد الأبناء المنجبين، و كلما تزوجت المرأة في سن متقدم (كبير) كلما قل استعمالها لوسائل منع الحمل.

نجد أيضاً أنه هناك علاقة عكسية بين نوع وسيلة منع الحمل و عمر المبحوثة عند أول زواج بحيث أنه كلما كبر سن المبحوثة عند أول زواج لم تستعمل الحبوب و نجد العكس في تقنية الرزنامة وقياس الحرارة أين تكبر النسبة بكبر سن المبحوثة عند أول زواج.

النتيجة التي تكمل سابقتها وهي ارتفاع نسبة النساء اللواتي صرحن بالخوف من استعمالها عند الفئات العمرية الكبرى للسن عند أول زواج، تليها سبب الإيمان بأن الأطفال نعمة من الله سبحانه وتعالى.

أيضاً وجود تأثير بين سن المبحوثات عند أول زواج و عدد الإجهاضات مُمَثَّلة في علاقة طردية موجبة بين المتغيرين، و استقلالية متغير السن عند أول زواج و متغير عدد الولادات الميتة من جهة و عدد الوفيات الرضع من جهة أخرى.

أما بالنسبة لآخر متغير مستقل في هذه الجزئية و المتمثل في مدة الحياة الزواجية فنلاحظ وجود استقلالية بين مدة الحياة الزواجية و عدد الأبناء الأحياء، و وجود تأثير بين مدة الحياة الزواجية للمبحوثات الموظفات بالمنطقة محل الدراسة و استخدام وسائل منع الحمل باستثناء وسيلتي الواقي الذكري و الرضاعة الطبيعية المطولة ثم نتيجة أخيرة تفيد بعدم استقلالية متغير مدة الحياة الزواجية و كل من عدد الإجهاضات، عدد الوفيات الرضع و عدد الولادات الميتة على حد السواء.

الفصل الثالث: تحليل و تفسير نتائج الفرضية الثانية " المركز الاجتماعي للمرأة العاملة بالمناطق الصحراوية الجزائرية و تأثيره على مستويات الخصوبة لديها "

- المبحث الأول: مهنة الزوجة / الزوج و تأثيرها على الخصوبة
- المبحث الثاني: المستويات التعليمية للمبحوثات و أزواجهن و تأثيرها على الخصوبة.
- المبحث الثالث: سنوات عمل البحوثات و تأثيرها على الخصوبة.

تمهيـد

سنحاول في هذا الفصل دراسة و تحليل نتائج الفرضية الثانية للدراسة و القائلة بتأثير المركز الاجتماعي للمرأة الموظفة بالمناطق الصحراوية على الخصوبة لديها، و المركز الاجتماعي وضعية اجتماعية يصلها الشخص جراء توفر شروط معينة من شأنها أن تُكسبه مكانة في المجتمع كنوع العمل و المستوى التعليمي.

و منه أردنا دراسة خصوبة النساء العاملات في المنطقة محل الدراسة زاوية المركز الاجتماعي الذي تكتسبه المبحوثة نتيجة نوع عملها، مستواها التعليمي و كذا خبرتها في سوق العمل من خلال عدد السنوات التي قضتها في عملها.

و يمكن للمرأة أن تكتسب مركزا اجتماعياً من خلال المركز الاجتماعي لزوجها و بالتالي حاولنا لمس المركز الاجتماعي لأزواج المبحوثات أيضاً من خلال نفس المؤشرات المتمثلة في نوع العمل أو الوظيفة، المستوى التعليمي.

المبحث الأول: مهنة الزوج و الزوجة و تأثيرها على الخصوبة

المطلب الأول: مهن المبحوثات و أزواجهن بالمناطق الصحراوية و فترات الإنجاب

الجدول رقم 45 توزيع مهنة المبحوثات و المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و تاريخ أول ولادة

نوع المهنة		المدة الزمنية الفاصلة بين تاريخ أول زواج و تاريخ أول ولادة					المجموع
		أقل من أو يساوي 12شهر	13 – 30	31 – 48	49 – 66	67 – 84	
موظفة	التكرارات	157	72	14	5	1	249
	%	% 63,1	% 28,9	% 5,6	% 2	% 0,4	% 100
إطار سامي	التكرارات	4	3	–	–	1	8
	%	% 50	% 37,5	–	–	% 12,5	% 100
مستقلة /عمل حر	التكرارات	1	3	–	–	–	4
	%	% 25	% 75	–	–	–	% 100
إطار متوسط	التكرارات	25	3	–	–	–	28
	%	% 89,3	% 10,7	–	–	–	% 100
المجموع	التكرارات	187	81	14	5	2	289
	%	% 64,7	% 28	% 4,8	% 1,7	% 0,7	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS v 24

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن اتجاهه العام و المساوي لنسبة 64,70 % يمثل فئة النساء الموظفات بإطارات متوسطة اللواتي يفصل بين تاريخ أول زواج لهن و أول ولادة سنة كاملة أو أقل، تليها نسبة 28 % و هي للواتي يفصل بين أول ولادة لهن و ثاني ولادة مدة زمنية أكبر من سنة و أقل من أو يساوي سنتين و نصف، و بإدخالنا للمتغير المستقل و المتمثل في أنواع مهنة المبحوثات و وظائفهن نجد أن الجدول قد حافظ على اتجاهه بنسب متفاوتة أعلاها لفئة الموظفات بنسبة 63,1 %، تليها نسبة 89,3 % و هي للمبحوثات من فئة الإطارات المتوسطة و بنسبة النصف لفئة الموظفات من الإطارات السامية.

و نستطيع أن نستنتج من خلال بحثنا الميداني وملاحظات عناصر العينة القول بأن النساء اللواتي يعملن في وظائف كالمديرة و المحامية إضافةً إلى الموظفات في قطاع

الصحة ينجبن بعد مضي أقل من أو يساوي سنة من بعد زواجهن إضافةً إلى أكثر من نصف المبحوثات من فئة الموظفات و قرابة نصف المبحوثات من فئة الأستاذات.

و لتأكيد أو نفي ما سبق قمنا بحساب اختبار كاي مربع و أسفر عن نتيجة غير دالة تعبر عن استقلالية المتغيرين بمعنى أن نوع عمل أو وظيفة المبحوثة لا يؤثر حقيقةً على المدة الزمنية الفاصلة بين تاريخ الزواج و تاريخ الولادة الأولى، بالرغم من توزيع البيانات الإحصائية توزيعاً متنوعاً يمثل الأغلبية للواتي يلدن بعد مضي عام أو أقل من زواجهن.

الجدول رقم 46 توزيع مهن و وظائف أزواج المبحوثات و المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و تاريخ أول ولادة

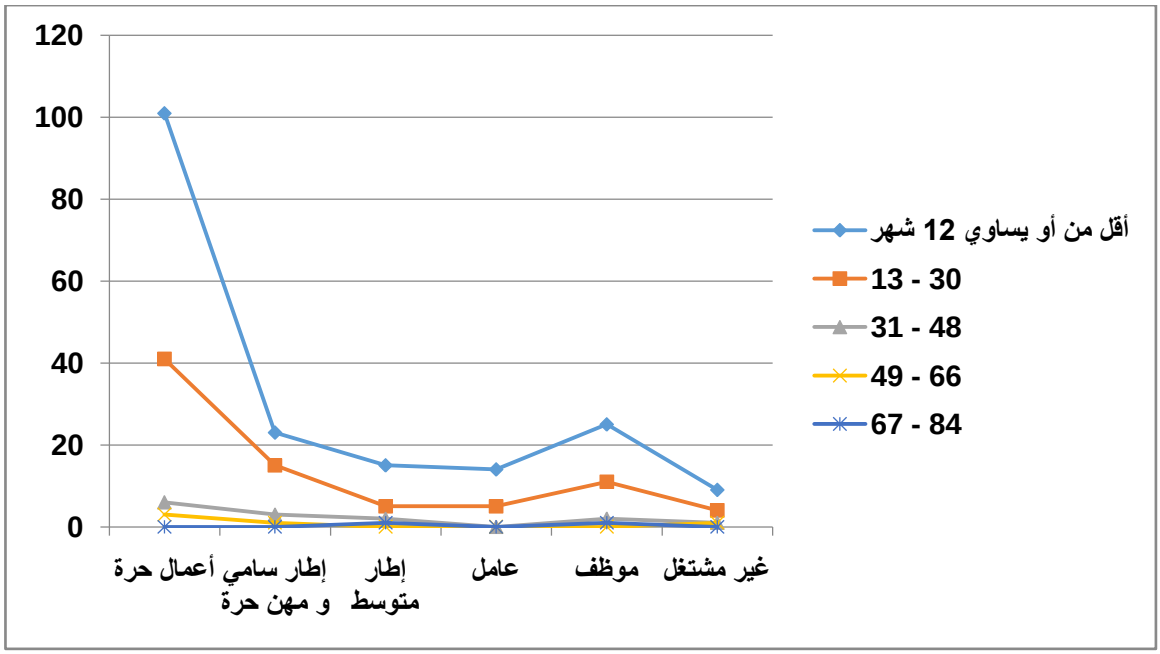
		المدة الزمنية الفاصلة بين تاريخ أول زواج و تاريخ أول ولادة					المجموع
		أقل من أو يساوي 12 شهر	13 - 30	31 - 48	49 - 66	67 - 84	
أعمال حرة	التكرارات	101	41	6	3	-	151
	%	% 66,9	% 27,2	% 4	% 2	-	% 100
إطار سامي و مهن حرة	التكرارات	23	15	3	1	-	42
	%	% 54,8	% 35,7	% 7,1	% 2,4	-	% 100
إطار متوسط	التكرارات	15	5	2	-	1	23
	%	% 65,2	% 21,7	% 8,7	-	% 4,3	% 100
عامل	التكرارات	14	5	-	-	-	19
	%	% 73,7	% 26,3	-	-	-	% 100
موظف	التكرارات	25	11	2	-	1	39
	%	% 64,1	% 28,2	% 5,1	-	% 2,6	% 100
غير مشتغل	التكرارات	9	4	1	1	-	15
	%	% 60,0	% 26,7	% 6,7	% 6,7	-	% 100
المجموع	التكرارات	187	81	14	5	2	289
	%	% 64,7	% 28	% 4,8	% 1,7	% 0,7	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS (v 24)

يتضح من خلال المعطيات الموزعة في الجدول أعلاه أن اتجاهه العام يمثل المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و تاريخ أول ولادة حسب نوع عمل أو وظيفة زوج المبحوثة، و

تتوزع نسبة الاتجاه العام و المساوية لـ: 64,70 % مقارنة بالنسبة الأقل منها مباشرةً و المساوية لـ: 28% و هي للمدة الفاصلة المنحصرة بين سنة و سنتين و نصف بشكل يكاد يكون متقابلاً. كما تتوزع باقي نسب المهن و الوظائف الأخرى توزيعاً متقارب النسب كما يوضح الشكل أدناه:

الشكل رقم 75 توزيع مهن و وظائف أزواج المبحوثات حسب المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و أول مولود



المصدر: من إعداد الطالبة وفق مخرجات برنامج Excel 2007

و بعد استخراج مطابقة أنواع وظائف الزوجات و الأزواج وجدنا أن أكبر نسبة و هي 33,91 % من الأزواج (الزوج و الزوجة) من الموظفين ما يعادل 98 زوج (أسرة)، وبالتالي فالتقارب الواقع في الحالتين هو نتاج الانسجام الذي وجد في مجتمع الدراسة.

ونقول؛ كما أوردنا مسبقاً أن مجال الوظيفة بالنسبة للمرأة يسمح لها بحياة إنجابية أقل ضغطاً و التزاماً من باقي الوظائف لعدة اعتبارات نذكر من بينها:

- سهولة إيجاد من يخلف الغائبة و يقوم بمهامها.
- عدم الاقتطاع من الأجر.
- منح العطلة الطويلة (نسبياً) خاصةً و أن جل إن لم نقل كل النساء يُتبعن عطلة الأمومة بعطلة مرضية تتفاوت مدتها من امرأة لأخرى.

الجدول رقم 47 توزيع نوع مهنة الزوجة و المدة الفاصلة بين أول ولادة و ثاني ولادة

نوع المهنة		المدة الفاصلة بين أول ولادة وثاني ولادة					
		أقل من أو يساوي شهر	1 – 33	34 – 66	67 – 99	100–132	المجموع
موظفة	التكرارات	66	109	71	3	–	249
	%	% 26,5	% 43,8	% 28,5	% 1,2	–	% 100
إطار سامي	التكرارات	3	3	–	1	1	8
	%	% 37,5	% 37,5	–	% 12,5	% 12,5	% 100
مستقلة/ عمل حر	التكرارات	–	2	2	–	–	4
	%	–	% 50	% 50	–	–	% 100
إطار متوسط	التكرارات	11	8	9	–	–	28
	%	% 39,3	% 28,6	% 32,1	–	–	% 100
المجموع	التكرارات	80	122	82	4	1	289
	%	% 27,7	% 42,2	% 28,4	% 1,4	% 0,3	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي (SPSS (v 24

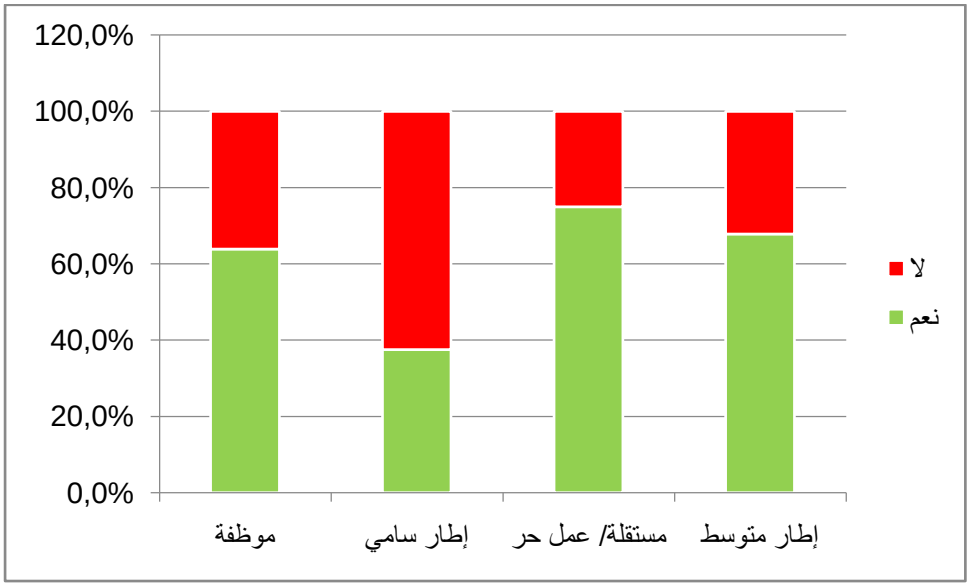
توضح المعطيات الموزعة في الجدول أعلاه أن 39,3 % من المبحوثات الموظفات في مناصب إطارات متوسطة كالتقنيات، أستاذات التعليم الابتدائي وتقنيات القطاع الصحي يفصل بين أول مولود لهن و ثاني مولود أقل من أو يساوي شهر واحد ما يعادل 11 مبحوثة ، تليها نسبة 37,50 % من المبحوثات اللواتي ينتمين إلى فئة الإطارات السامية ما يعادل ثلاث مبحوثات من أصل 08 مبحوثات في الفئة المعنية، ثم الموظفات بنسبة 26,50 % من مجموع المبحوثات ما يعادل 66 من المبحوثات.

نلاحظ أيضاً أن نصف المبحوثات من فئة الأعمال المستقلة يضعن طفلهن الثاني بعد مضي من شهر إلى عامين و 9 أشهر، تليها فئة الموظفات بنسبة 43,80 % و 37,50% لفئة الإطارات السامية، و يمكن اعتبار السنتين مرحلة العقم الطبيعية نتيجة الرضاعة الطبيعية المطولة، وبما أن النسبة هي لفئة المبحوثات الموظفات نستطيع القول بأن الحياة الإنجابية للنساء المبحوثات (و نخص هنا فئة الموظفات) أنهن يتميزن بنوع من التواتر الولادي أو ما يطلق عليه ديموغرافياً "المرأة المتعددة الحمل" بدليل أن أعلى نسبة

لمتغير المدة الفاصلة بين الولادة الأولى و الثانية، والثانية والثالثة قُدرت بـ: 24 شهراً (عامين) لفئة الموظفات.

المطلب الثاني: مهن المبحوثات و أزواجهن بالمناطق الصحراوية و وسائل منع الحمل

الشكل رقم 76 توزيع نوع مهنة الزوجة و مدى استعمالها لوسائل منع الحمل



المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS (v 24)

أكثر من نصف المبحوثات على العموم أجبن باستعمالهن لوسائل منع الحمل بمختلف أنواعها ما نسبته 63,70 %، و تتوزع هذه النسبة توزيعاً متفاوتاً حسب كل مهنة، أين تمثلت أعلى نسبة عند فئة الأعمال المستقلة بـ: 75 % من مجموع المبحوثات من الفئة المعنية، تليها نسبة 67,90 % لفئة الإطارات المتوسطة من مجموع المبحوثات من الفئة المعنية و 63,90 % لفئة الموظفات، ثم أخيراً 37,50 % لفئة الإطارات السامية.

من خلال ما توضح في الرسم البياني نقول بأن الاتجاه العام للمبحوثات بخصوص استعمال وسائل منع الحمل يتجه بشكل كبير إلى الاستعمال بغض النظر على المهنة ومنه نستطيع القول بأن جل المبحوثات يستعملن وسائل منع الحمل على اختلاف المهنة أو الوظيفة المشغولة من طرفهن.

من خلال الجزئية السابقة – و حسب ما استشفَّيناهُ مما سبق تحليله – نستطيع القول بأن استعمال وسائل منع الحمل من طرف مجتمع الدراسة لا يعني تناولها بغرض منع الحمل بشكل مطلق و عدم الإنجاب و إنما بهدف إما إطالة الفترة التي تلي الزواج لسنة أو

لسنتين، أو لتباعد الولادات و تنظيم العملية الإنجابية أين لاحظنا حسب النتائج الميدانية متوسطات للمدد الفاصلة بين تاريخ أول زواج و الولادة الأولى، الولادة الأولى و الولادة الثانية، الولادة الثانية و الولادة الثالثة كالتالي:

- 16،06 شهرا (ما يعادل سنة و أربع أشهر)
- 22،32 شهرا (ما يعادل سنة و 11 أشهراً)
- 17 شهراً (ما يعادل سنة و خمس أشهر)

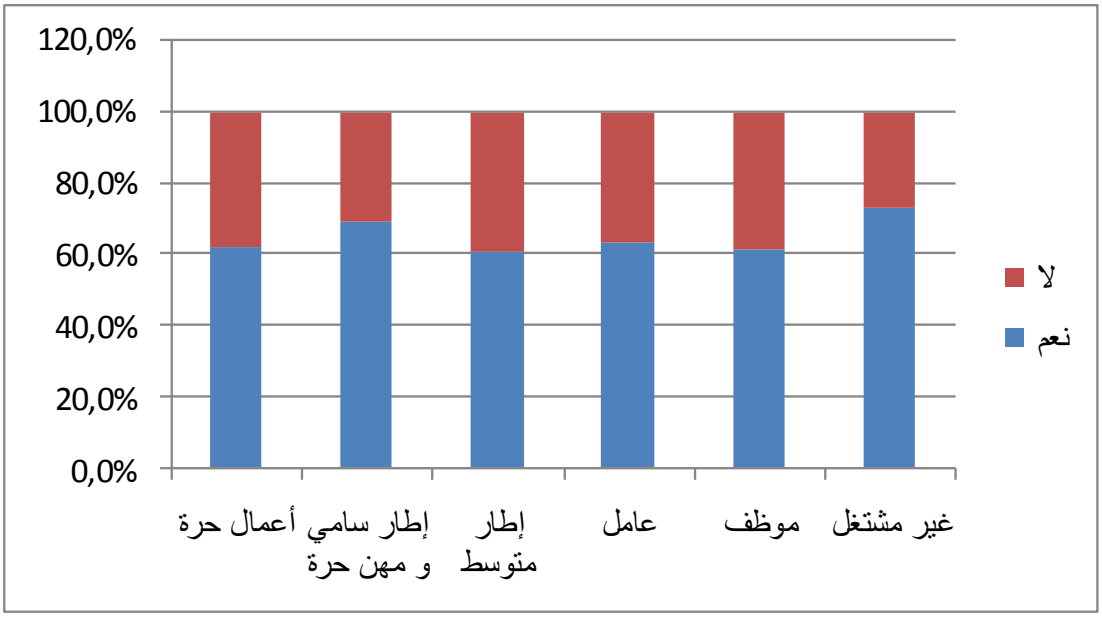
إضافةً إلى قسمة المنوال التي تعكس نوع من التواتر كما أسلفنا الذكر أو نوع من التنظيم الإنجابي كما هو موضح في الجدول أدناه:

الجدول رقم 48 المتوسط الوسيط والمنوال للفترات الفاصلة بين أول زواج و الثلاث ولادات الأولى

المؤشر	المدة الفاصلة بين أول زواج و أول ولادة	المدة الفاصلة بين أول ولادة و ثاني ولادة	المدة الفاصلة بين ثاني ولادة وثالث ولادة
المتوسط الحسابي	16,06	22,32	17,00
الوسيط	12,00	24,00	00
المنوال	12	00	00

المصدر: معطيات البحث الميداني

شكل رقم 77 توزيع نوع مهن و وظائف أزواج المبحوثات و استعمال وسائل منع الحمل



المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج Excel 2007

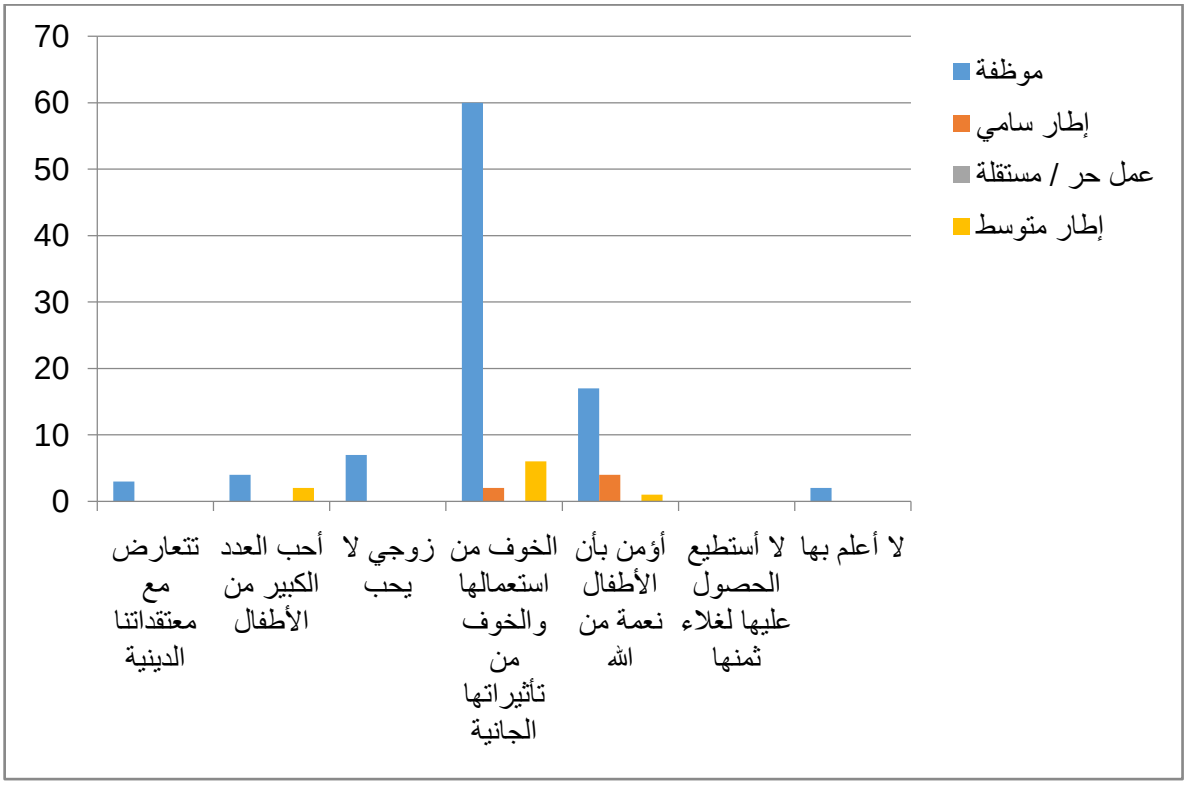
يوضح الشكل البياني أعلاه جلياً تقارب بين النسب الموزعة على مختلف الفئات المهنية سواءً تعلق الأمر باستعمال وسائل منع الحمل أو عمد استعمالها وبالتالي نستطيع أن نلمس عدم وجود فرق بين مختلف المهن من حيث استعمال وسائل منع الحمل من طرف الزوجات و هو ما يثيته اختبار كاي مربع للاستقلالية ذو القيمة غير الدالة المساوية لـ: 12,55 عند درجة الحرية 16 ما يدفعنا إلى رفض الفرض الصفري و الأخذ بالبديل و منه نستنتج عدم تأثير نوع مهنة أزواج المبحوثات على استخدام من عدم استخدام وسائل منع الحمل.

وقد تكون المهن المشتغلة من طرف أزواج المبحوثات انعكاساً لمستوى تعليمي ما، و عليه نرى مبدئياً أنه لا يلعب دوراً في استعمال/ أو عدم استعمال وسائل منع الحمل وهو ما سنتناوله بالتفصيل في جزئيات لاحقة.

تبعاً للجزئية السابقة سنحاول المقارنة بين مهنتين (على أساس انعكاس المستوى التعليمي من خلال المهنة) وهما مهنة الحارس باعتبارها مهنة لا تتطلب مستوى تعليمي عالٍ، ومهنة الطبيب باعتبارها مهنة تتطلب مستوى تعليمي مرتفع.

إن ما نلاحظه هو ابتعاد فئة الأطباء عن الوسائل الهرمونية و تفضيل الوسائل الأخرى الأكثر طبيعية كالرضاعة، الرزنامة و قياس الحرارة و الواقي الذكري في حين أن جل أزواج المبحوثات الحراس تستعمل زوجاتهن الحبوب (7 من 10 حراس).

الشكل رقم 78 توزيع نوع مهنة المبحوثة و سبب عدم استخدام وسائل منع الحمل



المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS (v 24)

تشير المعطيات في هذه الجزئية إلى قضية مدى وعي النساء في المنطقة محل الدراسة بوسائل منع الحمل بدليل أن أكبر نسبة منهن أجبن بالخوف من تأثيراتها الجانبية وهو السبب الذي اشتركت فيه عموماً جل النساء من مختلف المهن اللواتي أجبن على هذا السؤال فالموظفة، الأستاذة، الممرضة، المهندسة، السكرتيرة والطبيبة كلهن أجبن بأنهن يخفن من التأثيرات الجانبية لوسائل منع الحمل، وهو ما يعكس حقيقة التصورات اتجاه الموانع و نربط هنا استعمال جل المبحوثات للمواد الهرمونية المانعة للحمل (و المتمثلة في الحبوب بنسبة 43,30 %) وبالتالي نستطيع القول بأن خوف المبحوثات هو من حبوب منع الحمل لعديد الأفكار المرتبطة بتأثيراتها الجانبية كسرطان الثدي، الرحم، القلق والتوتر، ضغط الدم، السمنة و غيرها.

إن نسبة 23,53 % من مجموع المبحوثات اللواتي يخفن من استعمال وسائل منع الحمل و يخفن من تأثيراتها الجانبية أيضاً تعد نسبة جد مهمة تستوجب التوقف عندها من أجل دراستها و تحليلها بهدف الوقوف على أسبابها و محاولة فهمها، و تتوزع هذه النسبة

على مهن مختلفة أين تأخذ مهنة الموظفات الحصة الأكبر بنسبة 15,57 % تليها فئة الإطارات المتوسطة بنسبة 3,46 % ثم الإطارات السامية: 1,73 %.

إن الطابع الديني، الصوفي و الروحي الذي يُميز المنطقة له انعكاسات عديدة على السكان ولعل من بين هذه الانعكاسات اتجاه النساء بالمنطقة إلى تبني أفكار و مبادئ بخصوص الإنجاب ذات خلفيات أساسها الدين الإسلامي، التصورات العقائدية بل و حتى الإسلام الشعبوي بمختلف أفكاره، هذا ما تعكسه ثاني أكبر نسبة للواتي أجبن بإيمانهن بأن الأطفال نعمة من عند الله (7,61 % من مجموع المبحوثات و تتوزع هذه النسبة كالتالي: 4,15 % للموظفات، 1,38 % للإطارات السامية، 0,35 % للإطارات المتوسطة)، تلي هذه النسبة نسبة 2,42 % من مجموع المبحوثات اللواتي أجبن بـــ: " زوجي لا يحب " وهي تعود لفئة الموظفات.

كما نجد نسبة 2,08 % أجبن بأنهن يحببن العدد الكبير للأطفال و توزعت هذه النسبة على كل من الموظفات بنسبة 1,04 %، و: 0,70 % الإطارات المتوسطة.

و نسترجع هنا مقولة إحدى المبحوثات التي أضافت في نهاية الاستمارة في فقرة الملاحظات الجملة التالية:

" أعرف العديد من الطبيبات و المثقفات لديهن عدد كبير من الأطفال "

وبالتالي نقول بأن الاعتقادات و الأفكار الإنجابية للمرأة – بغض النظر عن مدى وعيها أو تعلمها، مهنتها أو مستواها التعليمي و الدراسي – تدخل فيه عدة أمور، أسباب و دوافع تعود لخلفيات سوسيو_ثقافية.

مهن و وظائف أزواج المبحوثات و سبب عدم استخدام وسيلة منع الحمل من طرف المبحوثات

يتفق المبحوثات و أزواجهن على الخوف من التأثيرات الجانبية لوسائل منع الحمل حيث مثلت النسبة للمبحوثات سابقاً 23,53 % و 23,52 % لأزواجهن، و تشكل فئة الموظفين في هذه الأخيرة 11,41 % تليها نسبة 1,73 % لكل من الإطارات الكتوسطة و ممتهني الأعمال الحرة، ثم 1,38 % لكل من المتقاعدين وبدون عمل ، 0,69 % لكل من المديرين.

ثاني أكبر نسبة لزوجي لا يحب و ثالثها لأحب العدد الكبير من الأطفال و رابعها لسبب تعارضها مع معتقداتنا الدينية بـــ: 2,42 % و 1,03 % على التوالي.

المطلب الثالث: مهن المبحوثات و أزواجهن بالمناطق الصحراوية و الولادات

الجدول رقم 49 توزيع نوع مهنة الزوجة و عدد الأبناء الأحياء

نوع المهنة		توزيع عدد الأطفال الأحياء لدى المبحوثات							المجموع
		0	1	2	3	4	5	6	
موظفة	التكرارات	5	61	86	58	27	9	3	249
	%	% 2	% 24,5	% 34,5	% 23,3	% 10,8	% 3,6	% 1,2	% 100
إطار سامي	التكرارات	–	3	2	–	3	–	–	8
	%	–	% 37,5	% 25	–	% 37,5	–	–	% 100
مستقلة /عمل حر	التكرارات	1	–	–	–	3	–	–	4
	%	% 25	–	–	–	% 75	–	–	% 100
إطار متوسط	التكرارات	1	11	8	4	3	1	–	28
	%	% 3,6	% 39,3	% 28,6	% 14,3	% 10,7	% 3,6	–	% 100
المجموع	التكرارات	7	75	96	62	36	10	3	289
	%	% 2,4	% 26	% 33,2	% 21,5	% 12,5	% 3,5	% 1	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS (v 24)

نلاحظ من خلال الجدول الإحصائي أعلاه أن فئة النساء الموظفات يستحوذن على الحصة الأكبر من المشاهدات إلا أن هذا لا يمنع من القراءة الإحصائية معتمدين على النسب المؤية لمجموع مجتمع البحث، وبالتالي نرى بأن النسب تتوزع كالتالي:

- ✓ **توزيع الطفل الواحد:**

يشكل مجموع النساء اللواتي لديهن طفل واحد مجموع 75 امرأة مبحوثة من أصل 289، ما يعادل 26 % وهي ثاني أكبر نسبة بعد 33,20 % (ما يعادل 96 امرأة مبحوثة) ذوات الطفلين.

- ✓ **توزيع الطفلين:**

تقدر نسبة النساء اللواتي لديهن طفلين بـ: 33,20 % من مجموع المبحوثات و 34,50 % بالنسبة لفئة الموظفات فقط تليها فئة الإطارات المتوسطة بنسبة 28,60 % و 25 % بالنسبة لفئة الإطارات السامية.

✓ **توزيع الثلاث أطفال:**

كما نجد الموظفات اللواتي لديهن 3 أطفال يمثلن نسبة 21,50 % في هذا التوزيع تمثل 23,30 % منها فئة الموظفات و14,30 % للمبحوثات من فئة الإطارات المتوسطة.

إن الاتجاه العام لعدد الأطفال لدى المبحوثات والمتمثل في طفلين اثنين (و هو ما أشرنا إليه سابقاً في جزئية الخصائص الديمغرافية الخاصة بالعينة) تركز عند فئة الموظفات كونهن يمثلن الحصة الأكبر من مجتمع البحث، تليهن الفئات الفرعية التالية بالتحديد فئة الأستاذات، الممرضات، المهندسات و الطبيبات على التوالي، كما نلاحظ أيضاً ارتفاع النسب الخاصة بثلاث ، أربع و خمس أطفال أيضاً وهذا ما يعطينا صورة عامة حول الوضع الإنجابي في المنطقة المتجه نحو الكثرة و الذي لمسناه من خلال تصور المبحوثات للعدد المثالي و الذي بلغ في المتوسط أربع أطفال عند معظمهن، إن هذا الاتجاه الإنجابي إنما هو نتاج ترسبات ثقافية، دينية و اجتماعية تؤدي إلى كثرة النسل و الولادة.

الجدول رقم 50 توزيع مهن و وظائف أزواج المبحوثات و عدد الأبناء الأحياء

مهنة الزوج		عدد الأطفال الأحياء							المجموع
		0	1	2	3	4	5	6	
أعمال حرة	التكرارات	4	40	52	28	20	6	1	151
	%	% 2,6	% 26,5	% 34,4	% 18,5	% 13,2	% 4	% 0,7	% 100
إطار سامي و مهن حرة	التكرارات	1	5	19	13	3	–	1	42
	%	% 2,4	% 11,9	% 45,2	% 31	% 7,1	–	% 2,4	% 100
إطار متوسط	التكرارات	1	12	5	–	4	1	–	23
	%	% 4,3	% 52,2	% 21,7	–	% 17,4	% 4,3	–	% 100
عامل	التكرارات	–	2	5	3	7	2	–	19
	%	–	% 10,5	% 26,3	% 15,8	% 36,8	% 10,5	–	% 100
موظف	التكرارات	–	11	11	13	2	1	1	39
	%	–	% 28,2	% 28,2	% 33,3	% 5,1	% 2,6	% 2,6	% 100
غير مشتغل	التكرارات	1	5	4	5	–	–	–	15
	%	% 6,7	% 33,3	% 26,7	% 33,3	–	–	–	% 100
المجموع	التكرارات	7	75	96	62	36	10	3	289
	%	% 2,4	% 26	% 33,2	% 21,5	% 12,5	% 3,5	% 1,0	% 100

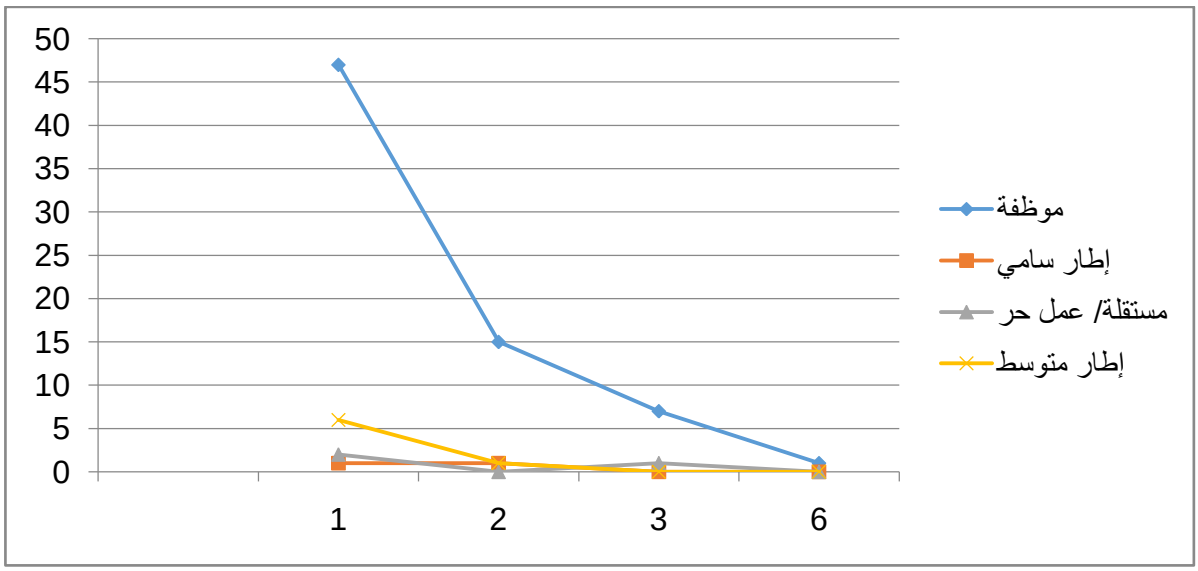
المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي (SPSS (v 24

نلاحظ أن الاتجاه العام للجدول أعلاه عند عدد الأطفال (02) بأكبر نسبة والتي تساوي 33,21 % وهو الاتجاه نفسه لمهنة الزوجات و عدد الأبناء الأحياء أين شكلت فئة الموظفات النسبة الأكبر عند الطفلين الاثنين، و عند إدخالنا للمتغير المستقل و المتمثل في مهن أزواج المبحوثات وجدنا أن فئة الموظفين تمثل 15,57 % من مجموع عينة الدراسة تليها نسبة 25,95 % للطفل الواحد ثم 21,45 % لثلاث أطفال و 12,45 % للأربع أطفال.

نوع مهنة المبحوثات و عدد الإجهاضات

أسفرت نتائج الدراسة الميدانية أن نسبة 71,63 % من النساء المبحوثات لم يتعرضن ولا لحالة إجهاض واحدة (0 إجهاض) وقت الدراسة الميدانية مقابل 28,37 % للنساء اللواتي لديهن حالة أو حالات إجهاض موزعة كما يوضح الرسم البياني أدناه:

الشكل رقم 79 توزيع نوع مهنة المبحوثة و عدد الإجهاضات



يظهر جليا الرسم البياني أن النسبة الكبيرة للنساء اللواتي أجهضن مرة واحدة تكمن عند فئة الموظفات بنسة تساوي 13,50 % من مجموع المبحوثات تليها نسبة 2,43 % لفئة الموظفات من الإطار المتوسط كالممرضات وأستاذات التعليم الأساسي، إضافةً إلى نسبة 0,35 % – (والتي تمثل 1 امرأة لكل 10 نساء من العينة)– لفئة الأعمال الحرة أو المستقلة.

تليها فئة النساء اللواتي لديهن حالتي إجهاض بنسبة 5,89 % من مجموع المبحوثات تمثل فئة الموظفات منها 4,50 % ثم 0,69 % للأستاذات و 0,35 % لكل من الممرضات و المديرات (بتفصيل نوع المهنة).

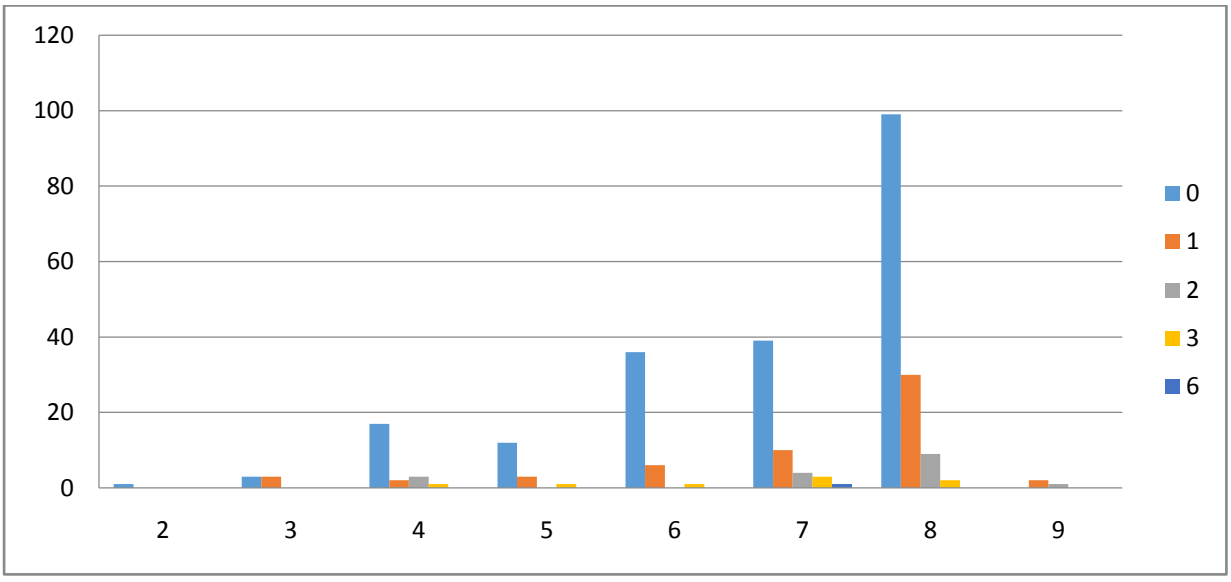
كما تمثل نسبة النساء اللواتي أجهضن حتى وقت التحقيق الميداني 03 إجهاضات بـ: 2,77 % من مجموع المبحوثات ثم 0,35 % للواتي أجهضن 06 مرات وهي حالة واحدة لموظفة.

من خلال ما سبق نستطيع القول بأن هاته النسبة التي تقارب الثلاثين بالمائة (28,37 %) إنما هي مؤشر مخيف يُترجم معانات النساء في المنطقة محل الدراسة و يستلزم دراسة قائمة بذاتها للوقوف على مسبباته و محاولة التخفيف من هذه الظاهرة جراء ما تلحقه من أذى جسدي و نفسي للمرأة.

من خلال نزولنا للميدان و احتكاكنا بالمبحوثات استنتجنا أن الضغط الذي تعاني منه المرأة الموظفة (خاصة إذا كانت تعمل بمؤسسة حيوية بها حركة دائمة أو لديها مسؤوليات وواجبات عائلية تُرهقها) يزيد من احتمال تعرض جنينها للإجهاض.

كما لاحظنا أنه هناك علاقة طردية متوسطة الشدة بين عدد الإجهاضات و عدد ساعات العمل كما يوضح الشكل أدناه:

الشكل رقم 80 توزيع عدد الإجهاضات لدى المبحوثات و متوسط ساعات العمل / يوم

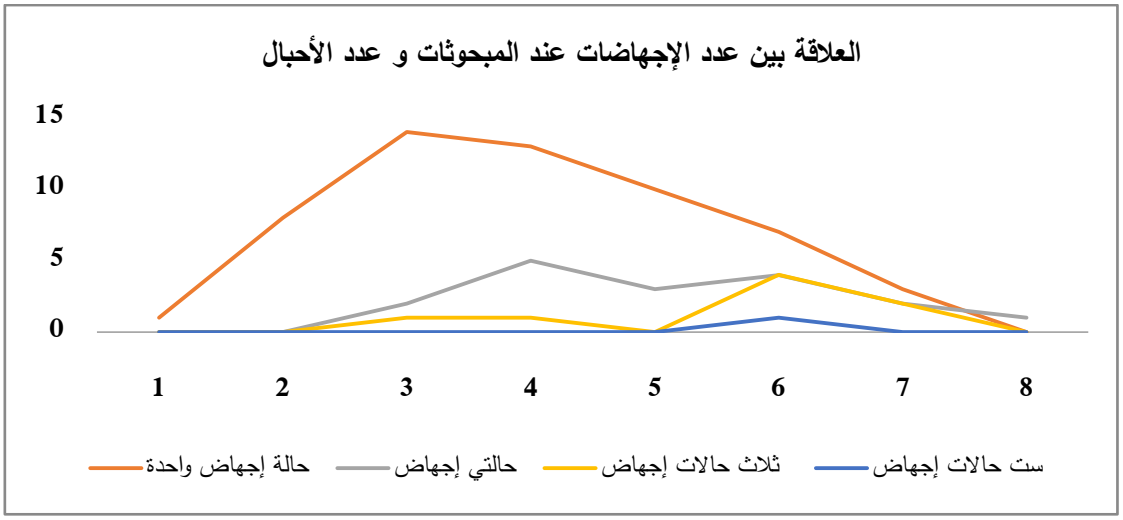


المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS (v 24)

إلا أننا يجب أن لا نُغفل المعدل الكبير لعدد الأحمال و الأطفال لدى هذه الفئة العاملة (الموظفات)، إضافة إلى ضرورة الربط بين عدد الإجهاضات و عدد أحبال المبحوثة، فمن خلال توزيع المعطيات بيانياً يتضح لنا التالي:

- ✓ هناك توزيع يميل إلى الاعتدالية بمعامل التواء يساوي 0,30 لتوزيع الإجهاض الواحد و أعداد أحبال المبحوثات و 0,22 لتوزيع حالة الإجهاضين كما يوضح الرسم البياني التالي:

الشكل رقم 81 توزيع عدد الإجهاضات لدى المبحوثات و عدد الأحبال



المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS (v 24)

- ✓ نلاحظ أنه هناك توزيع ملتو جهة اليسار لحالات الإجهاض ذات العدد ثلاثة، يتوزع تصاعديا و عدد الأحبال كما هو موضح أعلاه.

وبالتلي نقول بأنه هناك علاقة تشبه العلاقة الموجبة بين المتغيرين فكلما زاد عدد الأحبال زاد خطر الإجهاض معه.

نوع مهنة المبحوثات و عدد الولادات الميتة

تعتبر نسبة الولادات الميتة و المقدرة بـ: 15,57 % نسبة مهمة للغاية تتطلب التوقف عندها من أجل الدراسة و التحليل بهدف معرفة الأسباب و بالتالي البحث عن حلول لهاته الأسباب.

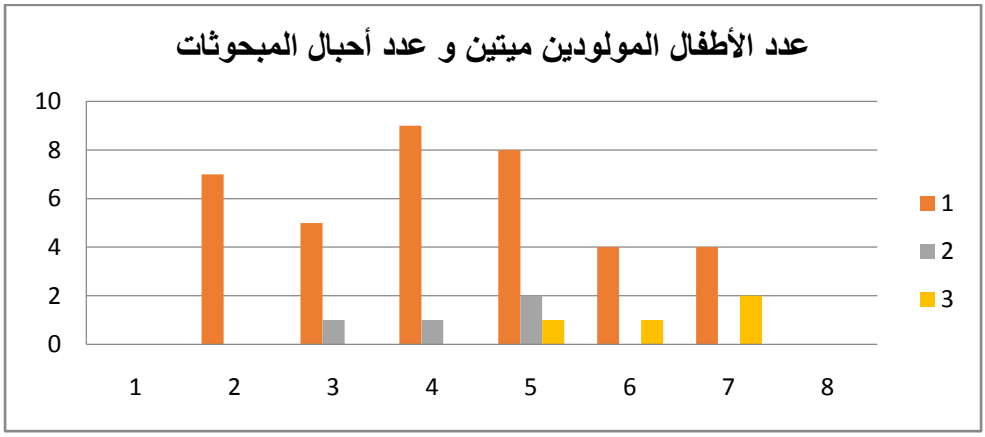
و تتوزع هذه النسبة بشكل متفاوت على مهن المبحوثات أهمها لفئة الموظفات بـ: 9,34 % لمجموع المبحوثات تليها نسبة 2,42 % لفئة الإطارات المتوسطة موزعة حسب نوع المهن الدقيقة.

ويمكن تفسير الولادات الميتة بنفس تفسير حالات الإجهاض السابقة إضافةً إلى إمكانية حدوث تعقيدات قبيل أو أثناء الولادة أو أخطاء طبية أيضاً تؤدي إلى ولادة متوفية.

كما ارتأينا دراسة هذه الولادات الميتة و علاقتها بعدد أحبال المبحوثة فوجدنا التالي:

- عدم وجود حالات ولادات ميتة في حالة أول مولود.
- أكبر نسبة هي لحالة الولادة الميتة الواحدة بمجموع 37 حالة أي ما يعادل 12,80 % من مجموع المبحوثات.
- تتوزع حالات الولادتين الميتتين و 3 حالات ولادات ميتة بالتساوي بـ: 4 حالات ما يعادل 1,38 % من مجموع المبحوثات (كما هو موضح في الرسم البياني أدناه)

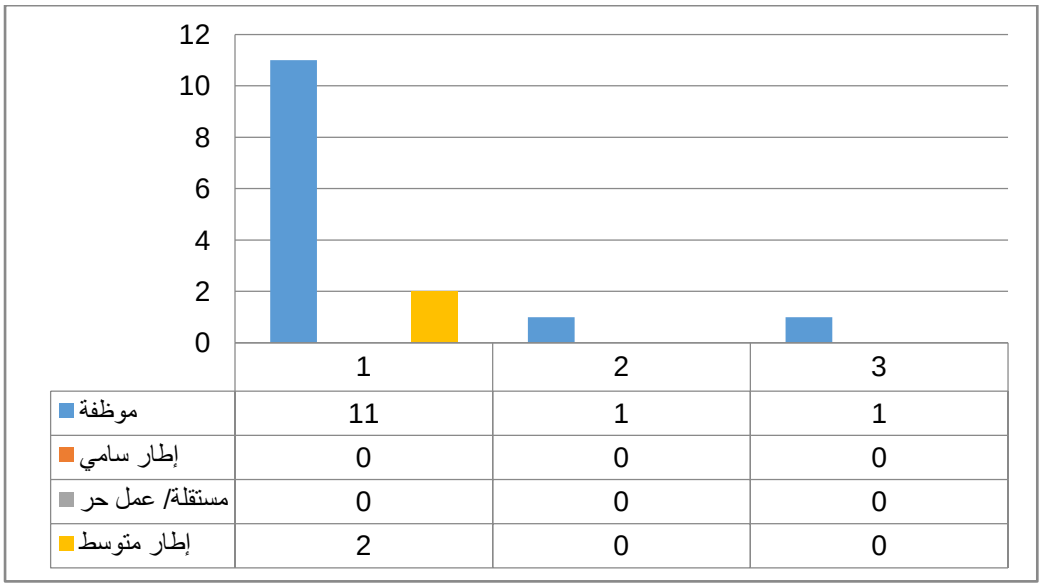
الشكل رقم82: توزيع عدد الأطفال المولودين ميتين و عدد أحبال المبحوثات



المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS (v 24)

و بحساب معامل الارتباط لحالة الثلاث ولادات ميتة أعطت قيمة 0,54 + بمعنى أنه كلما زاد عدد الأحبال لدى المبحوثة كلما زاد خطر حالة الولاة الميتة بشدة متوسطة القوة.

الشكل رقم 83 توزيع عدد الأطفال الرضع المتوفين حسب مهنة المبحوثة



	1	2	3
موظفة	11	1	1
إطار سامي	0	0	0
مستقلة/ عمل حر	0	0	0
إطار متوسط	2	0	0

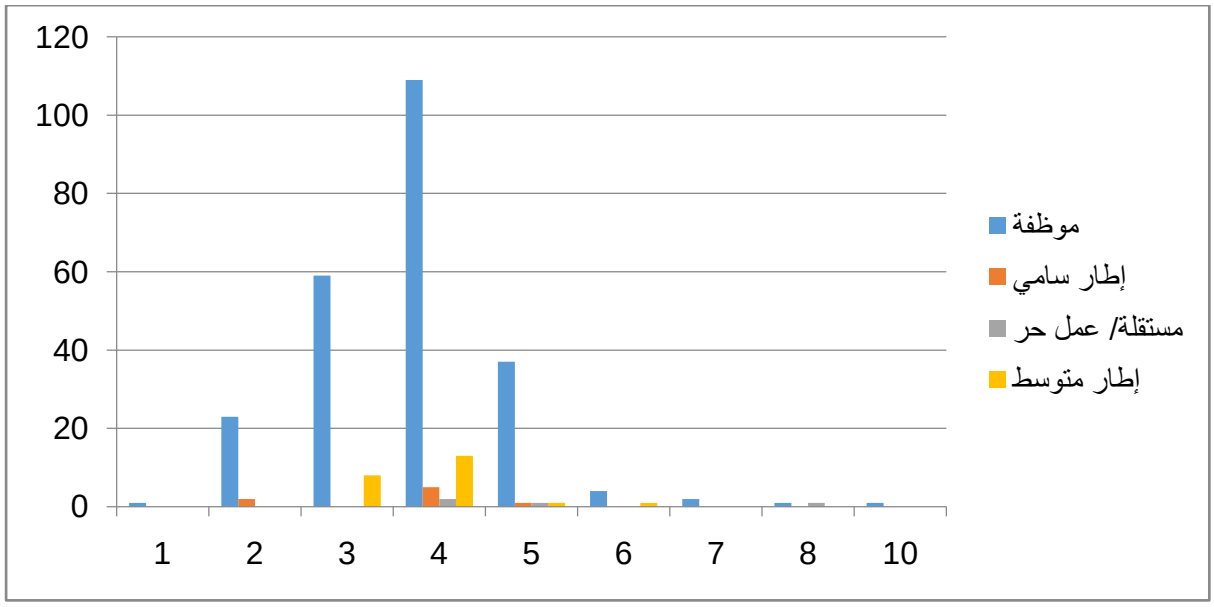
المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS (v 24)

تحافظ فئة الموظفات على تمثيلها لأكبر نسبة دائماً أين بلغت نسبة الموظفات اللواتي لديهن طفل رضيع متوفى ما نسبته 2,76 % من مجموع المبحوثات تليها فئة الأستاذات 1,03 % ثم الممرضات بـ 0,70 %.

أما بالنسبة لحالتي الأطفال المتوفين الرضع و الثلاث حالات فشكلت النسبة بالتساوي 0,35 % لكل منهما عند فئة الموظفات فقط.

إن مؤشر معدل وفيات الأطفال الرضع يعكس الجانب الصحي للمنطقة بالدرجة الأولى، وبالتالي يعود جزءٌ كبير منه إلى الرعاية الصحية داخل المستشفى و مدى تطور هذا القطاع (قطاع الصحة)، و تشهد المنطقة محل الدراسة (منطقة توات خاصة) عجز و مشاكل كبيران خاصة على مستوى مصلحة الأمومة والطفولة تتمثل في جملة من الأسباب نذكر منها: قلة خبرة الطاقم الموظف حديثاً، نقص و أحيانا انعدام الأطباء، نقص الأدوية و غيرها من المشاكل التي يتخبط بها القطاع في المنطقة.

الشكل رقم 84 توزيع عدد الأطفال المثالي بالنسبة للمبحوثة حسب مهنتها



المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS (v 24)

أكثر من 50 % من المبحوثات يرين بأن عدد الأطفال المثالي هو أربع أطفال، و نستطيع القول بصفة عامة أن المبحوثات يتجهن نحو عدد الأطفال الكبير بدليل زيادة النسبة عند الأربع أطفال، الثلاث أطفال، الخمس أطفال، طفلين اثنين، ست أطفال، سبع أطفال و ثماني أطفال على التوالي.

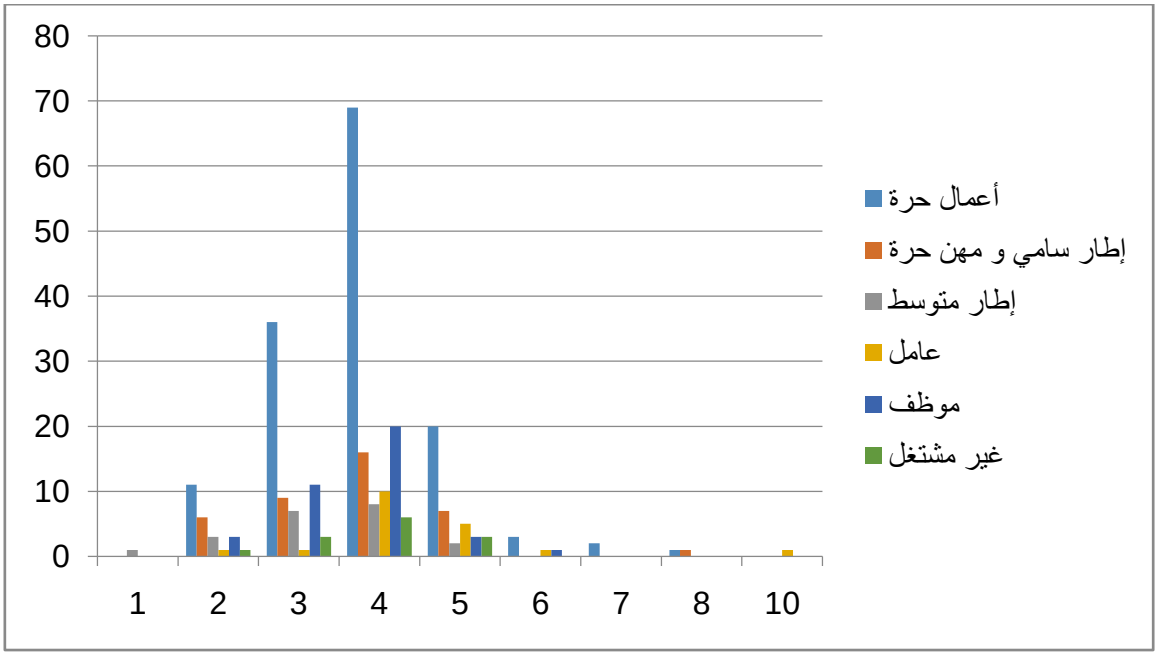
و تحتفظ دوماً فئة الموظفات بأعلى النسب في كل حالة تليها فئة الإطارات المتوسطة كالأستاذات، الممرضات والمهندسات.

و نعود للقول بأن تفضيل عدد الأطفال الكبير لدى النساء في المنقطة يمكن إرجاعه إلى عديد الخلفيات و الذهنيات السائدة الغالب عليها تفضيل عدد الأبناء الكثير الذي يراه الغالبية من زاوية دينية نفسية و شخصية.

أما الدينية فتأتي استناداً لأحاديث نبوية و آيات كريمة عديدة نذكر منها قول المصطفى (ص) :"تزوجوا الودودَ الولودَ فإني مُكاثر بكم الأمم يوم القيامة"، أما فيما يخص ما جاء في كتاب المولى عز و جل و ما تفنن العلماء و الفقهاء في تفسيره أن:

- كان دعاء الناس من قديم الدهر أن يهبهم الله ذرية و الحال هو للأنبياء و المرسلين كقول أبو الأنبياء سيدنا إبراهيم عليه السلام عندما دعا ربه قائلاً: " رب هب لي من الصالحين"[1].
- قول زكرياء عليه السلام " فهب لي من لدنك وليا يرثني و يرث من آل يعقوب" [2] و غيرهم من الأنبياء صلوات الله عليهم أجمعين.
- حب الذرية فطرة جعلها الله في نفوس خلقه لقوله جل شأنه: " المال و البنون زينة الحياة الدنيا"[3]
- يسعى بعض الناس للإنجاب من أجل ذلك الولد الصالح الذي يكفل والديه في كبرهما و يدعي و يتصدق عليهما بعد وفاتهما.

الشكل رقم 85 نوع مهنة الزوج و عدد الأطفال المثالي من وجهة نظر المبحوثات



المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS (v 24)

يأخذ توزيع عدد الأطفال المثالي و نوع مهنة الزوج نفس التوزيع و نوع مهنة المبحوثة بـ: 4 أطفال، 3 أطفال ، 5 أطفال، طفلين اثنين، ست أطفال، 7 و 8 أطفال ثم عشر أطفال و طفل واحد على التوالي.

[1] سورة الصافات الآية 100

[2] سورة مريم الآية 5 – 6

[3] سورة الكهف الآية 46

وبإدخالنا للمتغير المستقل نجد فئة الموظفين من الأزواج يحافظون على الاتجاه العام للجدول ينسب عالية نوعاً ما.

إن العدد المثالي المتمثل في 10 أبناء نجده عند فئة المتقاعدين فقط، و على الرغم من ضآلة التمثيل (حالة واحدة في 289 حالة) لا يقاس عليه و لكنه يعكس صورة الفطرة الإنسانية المجبولة على حب عدد الأبناء الكبير، خاصةً عندما يتقدم العمر بالإنسان فإنه يرى نوع من السند المادي و المعنوي في أبنائه.

المبحث الثاني: المستويات التعليمية للمبحوثات و أزواجهن و تأثيرها على الخصوبة

المطلب الأول: المستويات التعليمية للمبحوثات و أزواجهن بالمناطق الصحراوية و فترات الإنجاب

جدول رقم 51: توزيع المستوى التعليمي للمبحوثات و المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و أول ولادة

المدة الفاصلة / المستوى التعليمي للمبحوثات	أقل من أو يساوي 12 شهر		13 - 30		31 - 48		49 - 66		67 - 84		المجموع	
	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%
ابتدائي	1	50%	1	50%	-	-	-	-	-	-	2	100%
متوسط	-			-	2	100%		-	-		2	100%
ثانوي	39	51,31%	24	31,57%	1	1,31%		-	2	2,63%	76	100%
جامعي	141	67,46%	51	24,40%	11	5,26%	5	2,39%	-		209	100%
المجموع	181	62,62%	76	26,29%	14	4,84%	5	1,73%	2	0,69%	289	100%

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي (S.P.S.S. V 24)

نلاحظ من خلال الجدول الإحصائي أعلاه أن اتجاهه العام يميل نحو قيم المبحوثات اللواتي يفصل بين تاريخ أول زواج لهن و تاريخ أول مولود أقل من أو يساوي سنة، بنسبة تفوق النصف تُمثل 62,62 % تليها فئة اللواتي يمثلن الفترة الزمنية الفاصلة و المقدرة من سنة إلى سنتين ونصف بنسبة 26,29 %، و بعد إدخالنا للمتغير المستقل و المتمثل في المستوى التعليمي للمبحوثات نجد أن فئة الجامعيات مثلن النسبة الأكبر بـ 209 مبحوثة ما يعادل 72,31 % من مجموع المبحوثات، تليها فئة المبحوثات ذوات المستوى التعليمي الثانوي بتكرار 76 ما يعادل 26,29 %.

و تتوزع النسب داخل الجدول بشكل متنوع إذ نجد أن ما يساوي تقريباً 70 % من المبحوثات ذوات المستوى التعليمي الجامعي يفصل بين تاريخ أول زواج لهن و تاريخ أول مولود أقل من أو يساوي سنة واحدة (بمعنى حدوث الحمل بعد الزواج في مدة أقصاها 3 أشهر)، تليها المبحوثات ذوات المستوى الثانوي بنسبة 59 %.

نلاحظ أيضاً تضاؤل نسب المبحوثات ذوات المستوى التعليمي الجامعي كلما زادت المدة الفاصلة بين تاريخ الزواج الأول و المولود الأول لتنتقل من 67,46 % عند أقل من سنة واحدة لتصل 2,39 % عند المدة الفاصلة من 4 سنوات إلى 5 سنوات و نصف و تنعدم عند المدة من 5 سنوات و نصف إلى 7 سنوات، في حين نجد نسبة تساوي 2,63 % لهاته الأخيرة عند فئة المبحوثات ذوات التعليم الثانوي، كما نلحظ بشكل عام تمركز النسب في المدد الفاصلة الأولى الصغيرة (أقل من سنة، من سنة إلى سنتين و نصف) لكل المستويات التعليمية و بالتالي يمكن لنا القول إجمالاً أن النساء في المنطقة يملن إلى عدم إطالة حدوث الحمل بعد تاريخ الزواج على اختلاف مستوياتهن التعليمية و خصوصاً عند ذوات المستوى التعليمي العالي كالجامعي و أكثر وهو الأمر الذي خلصت إليه نتائج دراسات وأبحاث سابقة مفادها أن المرأة ذات التعليم تسارع بعد زواجها إلى الحمل تعويضاً لسنوات خصوبتها الضائعة نتيجة طول السنوات التي قضتها في الدراسة.

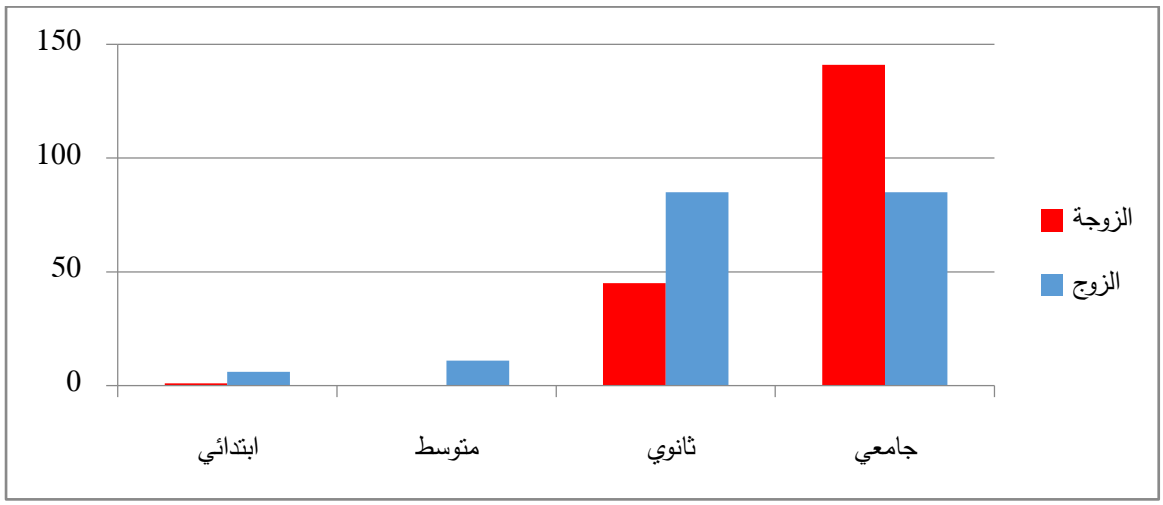
الجدول رقم 52 المستوى التعليمي لأزواج المبحوثات و المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و أول ولادة

المستوى التعليمي لأزواج المبحوثات	المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و أول ولادة					المجموع
	أقل من أو يساوي 12 شهر	13 – 30	31 – 48	49 – 66	67 – 84	
أمي	3	2	–	–	–	5
ابتدائي	3	1	–	–	–	4
متوسط	11	6	–	–	1	18
ثانوي	85	30	6	3	1	125
جامعي	85	42	8	2	–	137
المجموع	187	81	14	5	2	289

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي (S.P.S.S. V 24)

من خلال المعطيات الموزعة داخل الجدول أعلاه نلاحظ أن المستوى التعليمي لأزواج المبحوثات لا يؤثر بشكل كبير على المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و تاريخ أول مولود بدليل تقارب النسب بين الجدول رقم 50 و الخاص بتوزيع المستوى التعليمي للمبحوثات و المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و تاريخ أول ولادة كما يوضح الشكل التالي:

الشكل رقم 86 توزيع المستوى التعليمي للمبحوثات وأزواجهن حسب المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و تاريخ أول ولادة الأقل من 12 شهراً



المصدر: معطيات الجدول أعلاه

جدول رقم 53 توزيع المستوى التعليمي لأزواج المبحوثات و المدة الفاصلة بين تاريخ أول ولادة و ثاني ولادة

المستوى التعليمي للأزواج المبحوثات	المدة الفاصلة بين تاريخ أول ولادة و ثاني ولادة					المجموع
	أو من أقل 12 يساوي شهر	13 - 30	31 - 48	49 - 66	67 - 84	
أمي	3	2	-	-	-	5
ابتدائي	3	1	-	-	-	4
متوسط	11	6	-	-	1	18
ثانوي	85	30	6	3	1	125
جامعي	85	42	8	2	-	137
المجموع	187	81	14	5	2	289

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي (S.P.S.S. V 24)

يؤكد الجدول أعلاه ما سبق ذكره عن عدم تأثير المستوى التعليمي بشكل فعلي على تحديد المدة الفاصلة بين تاريخ أول مولود وثاني مولود، وهذا ما قد يمكن إرجاعه إلى أسباب أخرى و أهمية رأي المرأة فيما يخص الإنجاب بشكل كبير ...

جدول رقم 54 توزيع المستوى التعليمي للمبحوثات و المدة الفاصلة بين تاريخ أول ولادة و ثاني ولادة

المستوى التعليمي للمبحوثات		المدة الفاصلة بين تاريخ أول ولادة و ثاني ولادة					
		أقل من أو يساوي 12 شهر	13 - 30	31 - 48	49 - 66	67 - 84	المجموع
ابتدائي	التكرارات	1	1	-	-	-	2
	%	% 50	% 50	-	-	-	% 100
متوسط	التكرارات	-	-	2	-	-	2
	%	-	-	% 100	-	-	% 100
ثانوي	التكرارات	45	28	1	-	2	76
	%	% 59,2	% 36,8	% 1,3	-	% 2,6	% 100
جامعي	التكرارات	141	52	11	5	-	209
	%	% 67,5	% 24,9	% 5,3	% 2,4	-	% 100
المجموع	التكرارات	187	81	14	5	2	289
	%	% 64,7	% 28	% 4,8	% 1,7	% 0,7	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي (S.P.S.S. V 24)

تعد عملية الحمل و الوضع للمرة الثانية عند المرأة عملية تخضع لضوابط أكثر من عملية الحمل الأولى إذ تدخل في تكوينها عدة عوامل كـــ:

- ✓ مدة الوقت الميت التي تقضيها المرأة بعد الولادة و النفاس و مدة تكوين البويضات التي تليها.
- ✓ الحالة النفسية و الجسمية للمرأة
- ✓ كما يمكن إضافة العامل الاقتصادي، الاجتماعي و الثقافي و غيره من العوامل الأخرى.

و هذا ما نلمسه في الجدول أعلاه أين تحول اتجاهه – مقارنةً بالجدول السابق– من المدة الفاصلة القصيرة إلى الطويلة نوعاً ما و المتمثلة في المدة الفاصلة من شهر إلى قرابة 3 سنوات (عامين و 9 أشهر) بنسبة 42,21 %، تليها مدة (34 – 66) أي من سنتين و 10 أشهر إلى 5 سنوات و نصف بنسبة 28,37 % ثم المدة الفاصلة الأقل من أو تساوي شهر واحد بنسبة 27,68 %.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل و المتمثل في المستوى التعليمي للمبحوثات نجد أن الجدول قد حافظ على اتجاهه بنسب تكاد تكون متساوية عند جميع المستويات التعليمية للفترة الثانية (من شهر إلى سنتين و تسع أشهر)، كما نلاحظ انعدام الفترة الزمنية القصيرة و المتمثلة في أقل من شهر عند ذوات المستوى التعليمي الابتدائي و المتوسط و ارتفاعها بارتفاع المستوى التعليمي و هو ما يعرف محلياً بمصطلح "المغايلة" وهو حمل المرأة بعيد فترة النفاس مباشرةً بعمدٍ أحيانا و بغير عمد أحياناً أخرى لمحاولة كسب أكبر عدد من الأطفال قبل دخولها مرحلة الخطر –(المرحلة المتقدمة من أواخر الحياة الإنجابية للمرأة)– بالنسبة للمرأة وللجنين على حد السواء.

المطلب الثاني: المستويات التعليمية للمبحوثات و أزواجهن بالمناطق الصحراوية و وسائل منع الحمل

الجدول رقم 55 توزيع المستوى التعليمي للمبحوثات و استعمالهن لوسائل منع الحمل

المستوى التعليمي للمبحوثات		استعمال وسائل منع الحمل من طرف المبحوثات		المجموع
		نعم	لا	
ابتدائي	التكرارات	2	-	2
	%	% 100	-	% 100
متوسط	التكرارات	2	-	2
	%	% 100	-	% 100
ثانوي	التكرارات	46	30	76
	%	% 60,5	% 39,5	% 100
جامعي	التكرارات	134	75	209
	%	% 64,1	% 35,9	% 100
المجموع	التكرارات	184	105	289
	%	63,7%	36,3%	100,0%

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي (S.P.S.S. V 24)

تتوزع نسب استعمال المبحوثات لوسائل منع الحمل من عدمه بأغلبية للمستعملات، و تختلف النسب حسب المستوى التعليمي أين نجد أعلى النسب عند فئة المبحوثات ذوات المستوى التعليمي البسيط كالابتدائي و المتوسط، بينما تتقارب عند المستويات الأخرى المستوى التعليمي الجامعي بنسبة 64,10 % و 60،50 % لذوات التعليم الثانوي.

جدول رقم 56 توزيع المستوى التعليمي لأزواج المبحوثات واستعمال وسائل منع الحمل من طرفهن

المستوى التعليمي للأزواج المبحوثات		استعمال وسائل منع الحمل من طرف المبحوثات		المجموع
		نعم	لا	
أمي	التكرارات	2	3	5
	%	% 40	% 60	% 100
ابتدائي	التكرارات	2	2	4
	%	% 50	% 50	% 100
متوسط	التكرارات	15	3	18
	%	% 83,3	% 16,7	% 100
ثانوي	التكرارات	73	52	125

	%	% 58,4	% 41,6	% 100
جامعي	التكرارات	92	45	137
	%	% 67,2	% 32,8	% 100
المجموع	التكرارات	184	105	289
	%	% 63,7	% 36,3	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي (S.P.S.S. V 24)

يعكس استعمال وسيلة منع الحمل مجموعة من الدوافع، الأسباب و الإمكانيات المتاحة سواءاً كان ذلك بالنسبة للزوج أو الزوجة على حد السواء، كما يعبر عن وعي و إدراك لجملة النتائج المترتبة عن قرار إنجاب طفل.

و عكس ما هو متوقع أن الأشخاص ذوو المستوى التعليمي العالي يبادرون إلى استخدام أنواع وسائل منع الحمل قصد تحديد عدد الأطفال المنجبين إضافة إلى تبني استراتيجية المباعدة بين الولادات نجد الجدول أعلاه يعطي صورة عكسية بحيث نجد أن الأزواج ذوو المستويات التعليمية البسيطة مثّلوا أعلى النسب و تصدروا أولى المراتب بنسبة تقارب 86 % و 83 % لكل من المستوى الثانوي، في حين تحتل فئة الجامعيين المركز الثاني بنسبة 67 %

و مقارنةً مع الترتيب الخاص بالمستوى التعليمي للزوجات نجد المستوى البسيط يحتل الصدارة دائماً في استعمال وسائل منع الحمل كما يوضح الجدول أدناه

الرتبة	المستوى التعليمي للزوج	المستوى التعليمي للزوجة
الأول	ثانوي	ابتدائي / متوسط
الثاني	جامعي	جامعي
الثالث	جامعي	ثانوي
الرابع	ثانوي	ثانوي

المصدر: من إعداد الطالبة

الجدول رقم 57 توزيع المستوى التعليمي للمبحوثات و أنواع وسائل منع الحمل المستعملة من طرفهن

المستوى التعليمي للمبحوثات	استعمال الحبوب	استعمال اللولب	استعمال الحقن	استعمال الواقي الذكري	استعمال العملية الجراحية لجعل الزوج عقيما	استعمال الرضاعة الطبيعية المطولة	استعمال الرزنامة وقياس الحرارة	استعمال العازل الطبي كالمرهم أو الكبسولة	استعمال ربط الأنابيب الرحمية	المجموع
ابتدائي	1	–	–	–	–	–	1	–	–	2
متوسط	2	1	–	–	–	–	–	–	–	2
ثانوي	34	3	–	4	–	3	3	–	1	48
جامعي	88	13	1	19	4	18	20	2	–	165
المجموع	125	17	1	23	4	21	24	2	1	217

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي (S.P.S.S. V 24)

تتربع الوسيلة الهرمونية و المتمثلة في حبوب منع الحمل على أنواع الوسائل الأخرى بنسبة تقارب 68 % و بالتحديد 67,90 %، تليها مجموعة الوسائل التقليدية على التوالي:

- ✓ الرزنامة و قياس الحرارة بنسبة 13,04 %، استعمال الواقي الذكري بنسبة 12,50 % ما يعادل 23 مبحوثة، الرضاعة الطبيعية المطولة بنسبة 11,41 % ما يعادل 21 مبحوثة.

إن التزايد التصاعدي في أعداد المبحوثات من ابتدائي، متوسط، ثانوي و جامعي إنما يعبر عن الاستخدام الكبير لمختلف وسائل منع الحمل و هذا ما يدل عليه تزايد العدد الإجمالي من 184 مبحوثة تستخدم وسائل منع الحمل إلى 217 مبحوثة.

هذا التضخم في البيانات الإحصائية جاء نتيجة استعمال المبحوثة لنوعين أو أكثر من وسائل منع الحمل قد يكون هذا الاستعمال في نفس المدة أو في مُدد مختلفة أو مراحل عمرية مختلفة.

ونجد الزيادة عند فئة المبحوثات ذوات المستوى التعليمي الثانوي بمعدل مبحوثتين، و بـ 31 مبحوثة عند فئة المبحوثات ذوات المستوى التعليمي الجامعي.

يثبت هذا التغير في المجاميع نوعاً من الحرص و الحذر المُتخذ من طرف المبحوثات فيما يخص تحديد مواقيت التخصيب و الحبل، كما يعكس تقارب نسب الوسائل التقليدية كالحساب الرزنامة، الرضاعة الطبيعية المطولة و الواقي الذكري نوعاً من التخوف من الوسائل الأخرى كالحبوب، الحُقن، اللواصق و الشرائح و غير ذلك من الوسائل الحديثة المتطورة.

كما يعكس توزيع وسيلة الرضاعة الطبيعية المطولة جانباً من العادات و السلوكات السائدة في المجتمع محل الدراسة و التي تتمثل في العزوف – النسبي – على هذه الوسيلة الطبيعية للأسف و استبدالها بطبيعة الحال بالمنتوج الصناعي الجاهز، كما لا يفوتنا أن نشير إلى انعدام نسب استعمالها عند المستويات التعليمية البسيطة على عكس المبحوثات ذوات المستوى التعليمي الثانوي و الجامعي كما هو موضح في الجدول أعلاه.

وبالتالي نقول بأن هذا التوزيع عند هذه الوسيلة تحديداً يعكس نوعاً من الوعي بأهمية الرضاعة الطبيعية للطفل عند فئة المبحوثات ذوات المستوى التعليمي المتقدم.

جدول رقم 58 توزيع المستوى التعليمي لأزواج المبحوثات و أنواع وسائل منع الحمل

	استعمال الحبوب	استعمال االلولب	استعمال الحقن	استعمال الواقي	استعمال الجراحة	استعمال الرضاعة الطبيعية المطولة	استعمال الرزنامة وقياس الحرارة	استعمال المرهم	استعمال ربط الأنابيب الرحمية للمرأة	المجموع
أمي	2	–	–	–	–	–	–	–	–	2
ابتدائي	2	–	–	–	–	–	–	–	–	2
متوسط	13	1	–	–	–	1	–	–	–	15
ثانوي	54	7	–	8	1	6	8	–	1	85
جامعي	54	9	1	15	3	14	16	2	–	114
المجموع	125	17	1	23	4	21	24	2	1	218

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي (S.P.S.S. V 24)

نلاحظ من خلال التوزيع الموضح في الجدول أعلاه تصدر وسيلة حبوب منع الحمل كأكثر أداة مستعملة بنسبة 57,33 % ما يعادل 125 زوج، تليها الرزنامة و قياس الحرارة ثم استعمال الواقي الذكري و الرضاعة الطبيعية المطولة بنسبة 11 %، 10,55 % و 9,63 % على التوالي، وهو توزيع لا يختلف على التوزيع الخاص بالمستوى التعليمي للمبحوثات إلا أن ما يوضحه الجدول أعلاه هو استعمال الأزواج ذوو المستويات التعليمية المتدنية لحبوب منع الحمل أكثر من باقي المستويات الأخرى بنسبة 72 % من المستوى التعليمي المتوسط، و 50 بالمائة من ذوو المستوى التعليمي الابتدائي، عكس النسب الموزعة على الوسائل التقليدية كالرزنامة و الحساب، الرضاعة الطبيعية المطولة و استعمال الواقي الذكري أين نجد أعلى النسب تتوزع عند الأزواج ذوو المستوى التعليمي المتوسط و العالي.

الجدول رقم 59 توزيع المستوى التعليمي للمبحوثات و سبب عدم استخدامهن لوسائل منع الحمل

المستوى التعليمي للمبحوثات	تتعارض مع معتقداتنا الدينية	أحب العدد الكبير من الأطفال	[illegible]	[illegible]	الخوف من استعمالها والخوف من تأثيراتها الجانبية	أؤمن بأن الأطفال نعمة من الله	لا أستطيع الحصول عليها لغلاء ثمنها	المجموع
ابتدائي	–	–	–	–	–	–	–	–
متوسط	–	–	–	–	–	–	–	–
ثانوي	1	–	4	1	13	9	–	28
جامعي	2	6	3	1	55	13	–	80
المجموع	3	6	7	2	68	22	–	108

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي (S.P.S.S. V 24)

يعتبر الخوف من التأثيرات الجانبية لوسائل منع الحمل من أهم أسباب عُزوف المبحوثات عنها بنسبة 62,96 % من مجموع النساء اللواتي لا يستخدمن أي وسيلة من وسائل منع الحمل و بنسبة 23,52 % من إجمالي عدد المبحوثات.

إن ما يقارب الربع (25 %) من نساء العينة لا يستخدمن أي وسيلة منع حمل خوفاً من تأثيراتها الجانبية لعدد مهم نوعاً ما يستلزم البحث في أسبابه و دوافعه من أجل العمل على رفع نسبة المستعملات برفع مستوى التوعية و التحسيس.

ثاني أهم نسبة في التوزيع أعلاه تعود إلى فكرة الإيمان بأن الأطفال نعمة من عند الله بنسبة 20,37 % وهذا قد أوعزناه في فصول سابقة إلى الطابع الديني و الروحاني للمنطقة محل الدراسة.

على عكس ما هو متوقع و شائع في الأوساط الشعبية بأن النساء ذوات المستوى التعليمي المحدود لا يفقهن شيءً في أساليب و أدوات منع الحمل أو في قضية المباعدة أو التنظيم بين الولادات.

نجد التوزيع في الجدول يعطي صورة واضحة بعد إدخالنا للمتغير المستقل و المتمثل في المستوى التعليمي للمبحوثات عن كون 73,14 % من العازفات عن استعمال وسائل منع الحمل هن من الفئة ذات المستوى التعليمي الجامعي بمعدل 79 مبحوثة، تليها نسبة 24,07 % لذوات التعليم الثانوي، بينما نجد النسب منعدمة عند المبحوثات ذوات المستوى التعليمي الابتدائي و المتوسط.

من خلال هذا التوزيع نستطيع القول بان النساء العاملات في قطاع الوظيف العمومي بالمنطقة محل الدراسة لا يحكم استعمالهن لوسائل منع الحمل مستواهن التعليمي بدليل أن أكبر نسب العزوف موجودة عند فئة المبحوثات ذوات المستوى التعليمي الجامعي و الثانوي على التوالي.

جدول رقم60 توزيع المستوى التعليمي لأزواج المبحوثات وسبب عدم استخدام وسائل منع الحمل بالنسب المؤية (%)

سبب عدم الاستخدام / المستوى التعليمي	تتعارض مع معتقداتنا الدينية	أحب العدد الكبير من الأطفال	زوجي لا يحب	لا أعلم بها	الخوف من استعمالها والخوف من تأثيراتها الجانبية	أؤمن بأن الأطفال نعمة من الله	لا أستطيع الحصول عليها لغلاء ثمنها
ابتدائي	–	–	–	% 20	% 40	% 20	–
متوسط	–	–	–	–	% 17	–	–
ثانوي	% 2	% 2	% 4	–	% 39	% 10	–
جامعي	% 1	% 3	% 1	% 1	% 56	% 6	–

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي (S.P.S.S. V 24)

يُظهر الجدول أعلاه جليا تنوع أسباب رفض المبحوثات لاستعمال وسائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي لأزواجهن أين نجد تنوع الأسباب عند المستويات العلمية كالثانوي و الجامعي بينما تكاد تنعدم عند المستويات الأدنى من ذلك و هذا ما يؤكد ما ذُكر سابقاً حول نقص استعمال وسائل منع الحمل عند الأزواج ذوو المستويات العلمية المتقدمة و زيادتها عند المستويات الأدنى، و يشترك الأزواج مع زوجاتهن في دواعي العزوف عن استعمال مختلف الوسائل في الخوف من استعمالها و التأثيرات الجانبية لها أولاً ثم فكرة الإيمان بأن الأطفال نعمة من عند الله.

المطلب الثالث: المستويات التعليمية للمبحوثات و أزواجهن بالمناطق الصحراوية و الولادات

جدول رقم 61 توزيع المستوى التعليمي للمبحوثات و عدد الأبناء الأحياء

مجموع الأطفال لدى المبحوثات (الذكور والإناث)								
عدد الأطفال / المستوى التعليمي للمبحوثات	0	1	2	3	4	5	6	المجموع
ابتدائي	–	–	2	–	–	–	–	2
متوسط	–	–	–	–	–	1	1	2
ثانوي	3	17	21	17	15	3	–	76
جامعي	4	58	73	45	21	6	2	209
المجموع	7	75	96	62	36	10	3	289

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي (S.P.S.S. V 24)

مثل ما سبق ذكره في الفصول السابقة حول الخصائص الديمغرافية للعينة و نخص بالذكر هنا المتوسط الحسابي، الوسيط و المنوال الخاص بعدد الأبناء الأحياء للمبحوثات و الذي يساوي طفلين (02)، ونجد الجدول أعلاه يترجم ذلك بأكبر نسبة والمقدرة بـــ: 33,21 % ما يعادل 96 مبحوثة لديهن طفلين اثنين، تليها اللواتي لديهن طفل واحد بـ: 75 مبحوثة (25,95 %) ثم 3 أطفال بنسبة 21,45 % ما يعادل 62 مبحوثة، أما بالنسبة للنسب الأقل شدة فتتوزع كالتالي: 12,45 % لأربع أطفال ما يعادل 36 مبحوثة، ثم 3,46 % ما يعادل 10 مبحوثات للخمس أطفال وأخيراً 1,03 % ما يعادل 3 مبحوثات للستة (06) أطفال.

بإدخال المتغير المستقل على الجدول أعلاه نلاحظ صدارة نسب فئة الجامعيات دائماً بـ: 71,97 % ثم الثانوي بـ: 22,83 % كما ترتكز أكبر النسب – لكل مستوى – و الموزعة داخل الجدول على صنف الطفلين، وتتوزع نسب المستويين الأكثر تكراراً (ثانوي – جامعي) داخل الجدول بشكل متناقص غير منقطع من حالة الصفر (0) طفل إلى 6 أطفال، في حين تنعدم عند عدد الأطفال الكبير في المستويات التعليمية الدنيا كالابتدائي ، وهو ما تترجمه نسبة 1,04 % من المبحوثات اللواتي أجبن بأنهن يعرفن العديد من

المثقفات [4] اللواتي لديهن عدد أطفال كبير كإجابة المبحوثة رقم 283 على السؤال رقم 32: " ليس دائماً هناك مثقفات أنجبن الكثير من الأطفال ".

جدول رقم 62 توزيع المستوى التعليمي لأزواج المبحوثات و مجموع عدد الأبناء الأحياء

المستوى التعليمي للأزواج المبحوثات	عدد الأبناء الأحياء							المجموع
	0	1	2	3	4	5	6	
أمي	–	2	–	2	1	–	–	5
ابتدائي	–	–	1	1	1	1	–	4
متوسط	–	2	8	4	3	1	–	18
ثانوي	5	41	36	24	15	3	1	125
جامعي	2	30	51	31	16	5	2	137
المجموع	7	75	96	62	36	10	3	289

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي (S.P.S.S. V 24)

يظهر من التوزيع المبين في الجدول أعلاه أن الجدول قد حافظ على اتجاهه عند الطفلين (02) بنسبة 33 % ، و بالرغم من إدخال المتغير المستقل إلا أن هذا الأخير لا نجده يشكل مرةً أخرى عنصر ذو تأثير مهم على التوزيع، بحيث لا يختلف التوزيعان بين المستوى التعليمي للزوجة و المستوى التعليمي للزوج، إلا أن ما يلفت الانتباه في الجدول هو حصول الفئة ذات المستوى التعليمي المتوسط أكبر نسبة عند اتجاه الجدول دائما (الطفلين) بنسبة 44,44 %.

الجدول رقم 63 توزيع المستوى التعليمي للمبحوثات و عدد الإجهاضات

المستوى التعليمي للمبحوثات	عدد الإجهاضات						
	0	1	2	3	6	المجموع
ابتدائي	–	1	1	–	–	2
متوسط	–	1	1	–	–	2
ثانوي	54	17	3	2	–	76
جامعي	153	37	12	6	1	209
المجموع	207	56	17	8	1	289

4 ترمز كلمة المثقفة عند المبحوثات محل الدراسة إلى النساء ذوات المستوى التعليمي العالي.

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي (S.P.S.S. V 24)

قرابة 20 % من نساء العينة (19,37 %) لديهن حالة إجهاض واحدة على الأقل، و 5,88 % ~ 6 % لحالتي إجهاض، و 2,76 % ~ 3 % لثلاث حالات إجهاض و بالنظر إلى المتغير المستقل و المتمثل في المستوى التعليمي للمبحوثات نجد أكبر النسب عند ذوات المستوى التعليمي الجامعي و الثانوي دائماً، كما نجد حالات موزعة عند مختلف المستويات التعليمية الأخرى ما يعني أن ظاهرة الإجهاض في المجتمع محل الدراسة ظاهرة منتشرة عند جميع النساء بغض النظر عن مستوياتهن التعليمية.

الجدول رقم 64 توزيع المستوى التعليمي للمبحوثات و عدد الأطفال المولودين ميتين

عدد الأطفال المولودين ميتين					
المستوى التعليمي للمبحوثات	**0**	**1**	**2**	**3**	**المجموع**
ابتدائي	2	–	–	–	2
متوسط	1	1	–	–	2
ثانوي	65	8	1	2	76
جامعي	176	28	3	2	209
المجموع	244	37	4	4	289

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي (S.P.S.S. V 24)

أكثر من 15 % من مجموع المبحوثات لديهن حالة مولود ميت واحد على الأقل فيما بلغ أعلى معدل للحالات بـ: 3 ولادات ميتة للمبحوثة الواحدة.

وتتوزع الـ: 45 حالة و التي تعادل 15,57 % بـ: 37 حالة ولادة ميتة واحدة للمبحوثة ما يعادل 82,22 % من مجموع حالات الولادات الميتة و 12,80 % من مجموع مبحوثات العينة، تليها نسبة 8,88 % من الـ: 15,57 % للواتي لديهن حالتي ولادة ميتة و نفس النسبة للثلاث حالات ما يعادل 1,38 % من مجموع المبحوثات في العينة.

و بإدخالنا للمتغير المستقل نجد أن أغلب النسب ترتكز عند النساء ذوات المستوى التعليمي الثانوي و الجامعي و التي يصل فيها المعدل إلى 3 حالات ولادات ميتة للمرأة الواحدة، في حين تنعدم عند المستوى التعليمي المتدني كالابتدائي و بحالة واحدة لمستوى المتوسط.

المبحث الثالث: سنوات عمل المبحوثات و تأثيرها على الخصوبة

المطلب الأول: سنوات عمل المبحوثات بالمناطق الصحراوية و وسائل منع الحمل

جدول رقم 65 توزيع سنوات عمل المبحوثة و استعمال وسائل منع الحمل

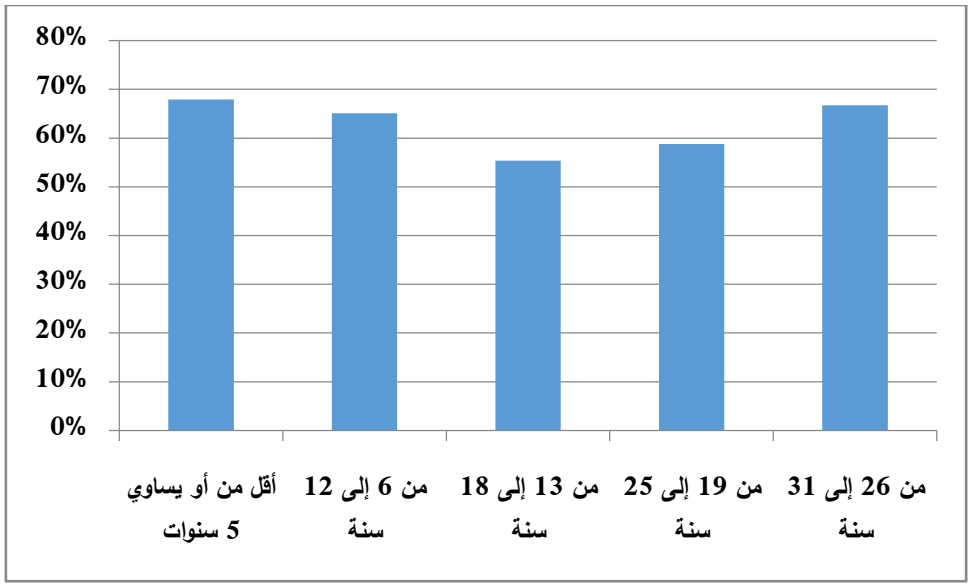
سنوات عمل المبحوثات		استعمال وسائل منع الحمل من طرف المبحوثات		المجموع
		نعم	لا	
<= 5	التكرارات	53	25	78
	%	67,9%	32,1%	% 100
6 - 12	التكرارات	84	45	129
	%	65,1%	34,9%	% 100
13 - 18	التكرارات	31	25	56
	%	55,4%	44,6%	% 100
19 - 25	التكرارات	10	7	17
	%	58,8%	41,2%	% 100
26 - 31	التكرارات	6	3	9
	%	66,7%	33,3%	% 100
المجموع	التكرارات	184	105	289
	%	63,7%	36,3%	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي (SPSS (v 24

تتعدد الأسباب التي تدفع بالمرأة إلى التفكير في التقليل من عدد الأبناء المنجب أو التفكير بترك مدة فاصلة بين كل ولادة و مجموع هذه الدوافع و الأسباب يؤدي بالمرأة إلى استخدام مختلف وسائل منع الحمل، و يظهر من خلال التوزيعات الإحصائية في الجدول أعلاه للوهلة الأولى أن الموظفة في سنوات عملها الأولى تحاول تجنب تعرضها للحمل باستخدامها لوسائل منع الحمل بصورة كبيرة تظهر من خلال نسبة تقارب السبعين بالمائة 67,90 % و هي نسبة تخص الموظفات اللواتي لم يمض على دخولهن سوق العمل أكثر من خمس سنوات مقابل نسبة 31,10 % للمبحوثات اللواتي لا يستخدمن وسائل منع الحمل من نفس الفئة.

ثاني أكبر نسبة تساوي 66,70 % و تعود للمبحوثات اللواتي يستخدمن وسائل منع الحمل و مضى على توظيفهن من 26 إلى 31 سنة أي المبحوثات من آخر فئة، بينما نجد أقل النسب عند الفئة الوسطى لسنوات عمل المبحوثة و التي تنحصر بين 13 و 18 سنة في سوق العمل كما يوضح الشكل أدناه:

شكل رقم 87 توزيع نسب استعمال وسائل منع الحمل حسب سنوات عمل المبحوثات



المصدر: من إعداد الطالبة وفق مخرجات البحث الميداني تصميم برنامج Excel 2007

كما يعطي الشكل صورة أخرى تتمثل في تقارب النسب بين فئات سنوات العمل و من أجل التأكد قمنا بحساب اختبار كاي مربع للاستقلالية أين أعطى قيمة غير دالة إحصائياً ما يعني وجود استقلالية بين المتغيرين و بالتالي نقول بأن عدد سنوات العمل لا يؤثر في استعمال من عدم استعمال وسائل منع الحمل عند الموظفات في المجتمع محل الدراسة.

جدول رقم 66 توزيع أنواع وسائل منع الحمل و سنوات عمل المبحوثة

سنوات عمل المبحوثة		استعمال الحبوب	استعمال اللولب	استعمال الحقن	استعمال الواقي الذكري	العملية الجراحية لجعل الزوج عقيماً	استعمال الرضاعة الطبيعية المطولة	استعمال الرزنامة وقياس الحرارة	استعمال العازل الطبي كالمرهم أو الكبسولة	استعمال ربط الأنابيب الرحمية
5 =<	التكرارات	38	6	–	12	–	7	6	1	–
	%	48,70 %	7,70%	–	15,40%	–	9,00%	7,70%	1,30%	–
6 – 12	التكرارات	55	1	1	10	3	10	11	–	1
	%	42,60 %	0,80%	0,8%	7,80%	2,30%	7,80%	8,50%	–	0,80 %
13 – 18	التكرارات	21	6	–	1	1	4	5	–	–
	%	37,50 %	10,70%	–	1,80%	1,80%	7,10%	8,90%	–	–
19 – 25	التكرارات	7	3	–	–	–	–	1	1	–
	%	41,20 %	17,60%	–	–	–	–	5,90%	5,90%	–
26 – 31	التكرارات	4	1	–	–	–	–	1	–	–
	%	44,40 %	11,10%	–	–	–	–	11,10	–	–
المجموع	التكرارات	125	17	1	23	4	21	24	2	1
	%	43,30 %	5,90%	0,3%	8,00%	1,40%	7,30%	8,30%	0,70%	0,30 %

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي (SPSS (v 24

أسفرت الدراسة التحليلية الإحصائية في هذه الجزئية عن عدم دلالية اختبار كاي مربع عند جميع أنواع وسائل الحمل باستثناء وسيلتي الواقي الذكري و اللولب بقيمة اختبار تساوي 13,59 و 11,04 على التوالي .

و تحتل وسيلة الواقي الذكري المرتبة الثالثة بعد الحبوب ، الرزنامة و قياس الحرارة بنسبة تساوي 43,30 % و تمثل أعلى نسبة فيها 15,40 % و هي للمبحوثات اللواتي

مضى على توظيفهن خمس سنوات أو أقل، في حين تحتل وسيلة اللولب المركز الخامس بنسبة تساوي 5,90 % تمثل فيها المبحوثات اللواتي تنحصر سنوات عملهن بين 19 و 25 سنة أعلى حصة بنسبة 17,60 % .

و تشترك معظم المبحوثات في تفضيلهن للوسيلة الهرمونية واستعمالهن لها بشكل أكبر من باقي الوسائل الأخرى بغض النظر عن عدد السنوات التي تقضيها المبحوثة في الوظيفة.

جدول رقم 67 توزيع عدد سنوات عمل المبحوثة و أسباب عدم استخدام وسائل منع الحمل

سنوات عمل المبحوثة		تتعارض مع معتقداتنا الدينية	أحب العدد الكبير من الأطفال	زوجي لا يحب	لا أعلم بها	الخوف من استعمالها والخوف من تأثيراتها الجانبية	أؤمن بأن الأطفال نعمة من الله
5 =<	التكرارات	-	2	3	2	15	6
	%	-	% 2,60	% 3,80	% 2,60	% 19,20	% 7,70
6 - 12	التكرارات	2	3	3	-	28	9
	%	% 1,60	% 2,30	% 2,30	-	% 21,70	% 7,00
13 - 18	التكرارات	1	-	1	-	18	4
	%	% 1,80	-	% 1,80	-	% 32,10	% 7,10
19 - 25	التكرارات	-	1	-	-	5	2
	%	-	% 5,90	-	-	% 29,40	% 11,80
26 - 31	التكرارات	-	-	-	-	2	1
	%	-	-	-	-	% 22,20	% 11,10
المجموع	التكرارات	3	6	7	2	68	22
	%	% 1,00	% 2,10	% 2,40	% 0,70	% 23,50	% 7,60

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS (v 24)

قرابة ربع المبحوثات الموظفات بررن عدم استخدامهن لوسائل منع الحمل بالخوف من استعمالها و الخوف من تأثيراتها الجانبية أيضاً بغض النظر عن عدد سنوات عملهن، فالمبحوثات اللواتي يعملن لسنوات طويلة أو حديثات التوظيف صرحن بأنهن يخفن من التأثيرات الجانبية لوسائل منع الحمل.

ثاني أهم نسبة تعود للمبحوثات اللواتي صرحن بعد رغبة أزواجهن في استعمالهن لوسائل منع الحمل و مثلت فئة الموظفات اللواتي لم يتعدى دخولهن سوق العمل الأغلبية بنسبة 3,80 % مقابل نسبة 2,60 % لنفس الفئة و اللواتي أدلين بحيهن لعدد الأطفال الكبير، و استناداً إلى الاختبار الإحصائي نجد أن متغير عدد سنوات العمل عند المبحوثات لا يؤثر في توزيع مختلف أسباب رفضهن لاستخدام وسائل منع الحمل بدليل عدم دلالية اختبار كاي مربع عند أي من الأسباب الموضحة في الجدول أعلاه، مع عدم وجود ولا تصريح لمبحوثة بعدم قدرتها على اقتناء وسيلة منع الحمل نظير غلائها.

المطلب الثاني: سنوات عمل المبحوثات بالمناطق الصحراوية و الولادات

جدول رقم 68 توزيع عدد سنوات عمل المبحوثة و عدد الإجهاضات

سنوات عمل المبحوثة		عدد الإجهاضات					المجموع
		0	1	2	3	6	
<= 5	التكرارات	59	16	3	–	–	78
	%	75,6%	20,5%	3,8%	–	–	% 100
6 – 12	التكرارات	97	22	5	4	1	129
	%	75,2%	17,1%	3,9%	3,1%	0,8%	% 100
13 – 18	التكرارات	34	13	6	3	–	56
	%	60,7%	23,2%	10,7%	5,4%	–	% 100
19 – 25	التكرارات	10	4	3	–	–	17
	%	58,8%	23,5%	17,6%	–	–	% 100
26 – 31	التكرارات	7	1	–	1	–	9
	%	77,8%	11,1%	–	11,1%	–	% 100
المجموع	التكرارات	207	56	17	8	1	289
	%	71,6%	19,4%	5,9%	2,8%	0,3%	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS (v 24)

يقدم الجدول الإحصائي أعلاه صورة مبدئية عن توزيع عدد الإجهاضات حسب عدد سنوات العمل للمبحوثة، و تمثل أعلى نسبة به بعد الحالات التي تنعدم فيها الإجهاضات لدى المبحوثات 19,40 % و هي لحال الإجهاض الواحدة حيث تكاد تتقارب النسب عند كل فئة من فئات عدد سنوات عمل المبحوثة ما يشير إلى توزيع ظاهرة الإجهاض على مختلف المبحوثات كل حسب عدد

سنوات عملها، بينما نلاحظ ارتفاع النسب عند الحالتين و الثلاث حالات مع ارتفاع عدد سنوات عمل المبحوثات إلا أن اختبار كاي مربع وضح استقلالية المتغيرين بقيمته غير الدالة و بالتالي نقول بأن عدد سنوات عمل المبحوثات لا يؤثر في عدد الإجهاضات لديهن.

خلاصة الفصل

نستطيع تلخيص أهم النقاط التي خلصت إليها هذه الجزئية من البحث و الخاصة بتحليل الفرضية الثانية و القائلة بأن: " ارتفاع المركز الاجتماعي للمرأة العاملة بالمناطق الصحراوية الجزائرية يؤدي إلى انخفاض خصوبتها " و التي حاولنا من خلالها تبيان دور مختلف متغيرات المركز الاجتماعي للمرأة العاملة كالمستوى التعليمي للزوجين، نوع مهنة الزوجة المبحوثة و زوجها، و سنوات العمل التي قضتها المبحوثة في وظيفتها حتى وقت الدراسة الميدانية على الخصوبة، و قد توصلنا في هذه الجزئية إلى عدة نتائج من بينها تميز المبحوثات بنوع من التواتر الولادي أو ما يطلق عليه ديموغرافياً "المرأة المتعددة الحمل"، كما تميزت العينة بارتفاع النسب الخاصة بالثلاث، الأربع و الخمس أطفال إضافة إلى الاتجاه العام لعدد الأطفال المساوي لطفلين اثنين عند المبحوثات.

توصلنا أيضاً إلى استعمال جل المبحوثات لوسائل منع الحمل على اختلاف الوظائف و المهن المشغولة من طرفهن، و نستطيع القول بأنه إجمالا لا يؤثر نوع وظيفة المبحوثة في استعمالها لوسائل منع الحمل، و أن السبب الأول لعزوف المبحوثات و أزواجهن اللذين لا يستخدمون أي وسيلة من وسائل منع الحمل هو الخوف من التأثيرات الجانبية لها، السبب الثاني هو الإيمان بأن الأطفال نعمة من عند الله.

وجود أيضاً علاقة طردية متوسطة الشدة بين عدد الإجهاضات و عدد ساعات العمل اليومية للمرأة، كما لاحظنا أيضاً عدم وجود حالات ولادات ميتة عند أول ولادة للمبحوثة، و أنه كلما زاد عدد أحبال المبحوثة كلما زاد خطر حالة الولادة الميتة بشدة متوسط القوة تساوي 0,54 + .

إن أكثر من 50 % من المبحوثات يرين بأن العدد المثالي للأطفال لدى المرأة الواحدة يساوي 4 أطفال.

بالنسبة للمدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و تاريخ أول ولادة و بين تاريخ أول ولادة و ثاني ولادة وجدنا أنه ما ينطبق على المبحوثات حسب وظائفهن و مهنهنَّ ينطبق على أزواجهن أيضاً إضافةً إلى عدم وجود تأثير بين وظائف و مهن الأزواج و بين استعمال

وسائل منع الحمل بمعنى أن نوع الوظيفة أو المهنة لا يؤثر بشكل واضح في استعمال/ عدم استعمال وسائل منع الحمل.

ملاحظة ابتعاد فئة الأطباء عن الوسائل الهرمونية و تفضيل الوسائل الأخرى الأكثر طبيعية كالرضاعة، الرزنامة و قياس الحرارة و الواقي الذكري في حين أن جل أزواج المبحوثات الحراس تستعمل زوجاتهن الحبوب.

ويمكن القول أن النساء العاملات في المنطقة إجمالاً يملن إلى عدم إطالة حدوث الحمل بعد تاريخ الزواج على اختلاف مستوياتهن العلمية، و انعدام نسب المدة الفاصلة بين تاريخ أول ولادة وثاني ولادة عند فئة المبحوثات ذوات المستوى التعليمي الابتدائي و المتوسط و ارتفاعها بارتفاع المستوى التعليمي للمبحوثة.

وتكمن أعلى نسب استعمال وسائل منع الحمل عند المبحوثات ذوات المستوى التعليمي الابتدائي و المتوسط و تقارب الستينات (60 %) عند المستويات الأخرى و تستخدم المبحوثات ذوات التعليم الثانوي و الجامعي في المجتمع محل الدراسة وسيلتين لمنع الحمل أو أكثر لمنع الحمل و ملاحظة عدم استخدام المبحوثات ذوات المستوى التعليمي البسيط كالابتدائي و المتوسط للرضاعة الطبيعية المطولة عكس المبحوثات ذوات المستوى التعليمي الثانوي و الجامعي.

تشكل النساء ذوات المستوى التعليمي الثانوي و الجامعي النسب الأكبر لعدد الإجهاضات، و تتوزع عند باقي الفئات ما يعني أن ظاهرة الإجهاض في المجتمع محل الدراسة ظاهرة متفشية عند جميع النساء العاملات بالمنطقة.

و أن أغلب نسب الأطفال المولودين ميتين ترتكز عند النساء ذوات المستوى التعليمي الثانوي و الجامعي و تنعدم عند المستوى التعليمي البسيط كالابتدائي و بحالة واحدة للمستوى التعليمي المتوسط.

خلصت الدراسة في هذه الجزئية أيضاً إلى وجود استقلالية بين المتغيرين بمعنى أن عدد سنوات العمل لا يؤثر في استعمال من عدم استعمال وسائل منع الحمل عند الموظفات في المجتمع محل الدراسة هذا و تشترك معظم المبحوثات في تفضيلهن للوسيلة الهرمونية

واستعمالهن لها بشكل أكبر من باقي الوسائل الأخرى بغض النظر عن عدد السنوات التي تقضيها المبحوثة في الوظيفة و عدم تأثير متغير عدد سنوات العمل عند المبحوثات في توزيع مختلف أسباب رفضهن لاستخدام وسائل منع الحمل، إضافةً إلى عدم تأثير عدد سنوات عمل المبحوثات على عدد الإجهاضات.

الفصل الرابع: تحليل و تفسير نتائج الفرضية الثالثة " المستوى المعيشي للمرأة العاملة بالمناطق الصحراوية الجزائرية و تأثيره على مستويات الخصوبة لديها "

- المبحث الأول: الدخل الأسري و تأثيره على الخصوبة.
- المبحث الثاني: نوع المسكن لدى النساء الموظفات و تأثيره على الخصوبة.
- المبحث الثالث: عدد الغرف في المسكن و تأثيره على خصوبة النساء الموظفات.
- المبحث الرابع: تكلفة الطفل و تأثيرها على خصوبة النساء الموظفات.

تمهيـد

تشهد المرأة على المستوى العالمي نقلة نوعية مست جل جوانب حياتها من طبيعية وجودية المرأة منذ القدم إلى الدور الكبير المتعلق بعناصر خارجية أخرى كالمجتمع القريب أو البعيد عنها.

والمرأة في المجتمع الجزائري عموماً أو في المجتمعات المحلية و الصحراوية خاصة تشهد هي الأخرى تغيرات عديدة انتقلت بمفهوم المرأة ككل من زمن مضى إلى زمنِ حاضر يلعب فيه التحضر، التكنولوجيا، العلم، الثقافة و الدخل الدور البارز في الرفع من مستوى معيشة الأفراد و المجتمعات و المرأة بالخصوص.

وسنحاول في هذا الفصل تبيان مدى تأثير كل تلك المتغيرات على مستوى خصوبة النساء الموظفات في المناطق الصحراوية من خلال تحليل و تفكيك الفرضية الأخيرة لهذه الدراسة و المعنونة بـ: " كلما ارتفع المستوى المعيشي للمرأة العاملة بالمناطق الصحراوية الجزائرية كلما انخفضت خصوبتها".

المبحث الأول: الدخل الأسري للنساء الموظفات و تأثيره على الخصوبة

المطلب الأول: الدخل الأسري للنساء الموظفات بالمناطق الصحراوية و فترات الإنجاب

جدول رقم 69 توزيع الدخل الأسري و المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و أول ولادة

دخل الأسرة		المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و أول ولادة					المجموع
		أقل من أو يساوي 12شهر	13 – 30	31 – 48	49 – 66	67 – 84	
75000دج – 45001 دج	التكرارات	11	4	1	–	–	16
	%	% 68,8	% 25	% 6,3	–	–	% 100
105000دج – 75001 دج	التكرارات	41	12	4	–	1	58
	%	% 70,7	% 20,7	% 6,9	–	% 1,7	% 100
145000دج – 105001 دج	التكرارات	62	36	4	5	1	108
	%	% 57,4	% 33,3	% 3,7	% 4,6	% 0,9	% 100
175000 دج – 145001 دج	التكرارات	16	8	–	–	–	24
	%	% 66,7	% 33,3	–	–	–	% 100
أكثر من 175001	التكرارات	57	21	5	–	–	83
	%	% 68,7	% 25,3	% 6	–	–	% 100
المجموع	التكرارات	187	81	14	5	2	289
	%	% 64,7	% 28	% 4,8	% 1,7	% 0,7	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS (v 24)

يوضح الجدول الإحصائي أعلاه توزيع معطيات الدخل الأسري لعينة الدراسة و المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و أول مولود، وقد غلب على توزيع العينة المدة الفاصلة المقدرة من شهر واحد إلى سنة، أين نلاحظ قيمته المرتفعة عند كل فئات الدخل، تليها المدة الفاصلة من سنة إلى سنتين، ثم من سنتين إلى ثلاث سنوات بالنسب التالية: 64,7 %، 28 % و 4,8 % على التوالي.

و بعد إدخالنا للمتغير المستقل نجد أن الجدول قد حافظ على اتجاهه ما يعني أنه على اختلاف مستوى الدخل الأسري للمبحوثات تبقى الفترة الفاصلة الغالبة بين تاريخ أول زواج و أول مولود تقدر بـ: من شهر إلى سنة واحدة.

ثاني أكبر نسبة ترجع لتوزيع الدخل و المدة الفاصلة المقدرة من سنة إلى سنتين و التي تتوزع هي الأخرى توزيعاً يكاد يكون اعتدالياً على جميع أصناف الدخل الأسري للمبحوثات، تليها بنسبة أقل المدة الفاصلة من سنتين إلى 3 سنوات ثم بصورة أقل للواتي يفصل بين تاريخ أول زواج لهن و تاريخ أول مولود أقل من أو يساوي شهراً واحداً.

إن هذا التوزيع الذي لا يظهر له اتجاه واضح في الجدول المحسوب استناداً إلى قيمة اختبار كاي المربع غير الدالة و المساوية لـ: 16,64 بدرجة حرية 16 و مستوى دلالية أكبر من 0,05 (Sig=0,40) يعطي عدة دلالات لمنطق الإنجاب في المنطقة محل الدراسة يمكن توضيح بعض جوابه في النقاط التالية:

- بالنسبة للمدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و تاريخ إنجاب أول مولود و المقدرة بـأقل من أو يساوي سنة واحدة و الموزعة عند صنف المبحوثات ذوي الدخل الأسري الشهري المرتفع والمنخفض على حد السواء (من 7 ملايين سنتيم ونصف إلى 10 ملايين سنتيم ونصف) و عند ذوي الدخل الأسري الشهري المرتفع نسبيا و المعدودات من الطبقة الشبه غنية (من 10 مليون سنتيم إلى 14 مليون سنتيم) و عند أكثر من ذلك ، إنما تعكس عدة جوانب أخرى سوسيو- قافية باعتبار أن الفرد و مجموعة قيمه و أفكاره إنما هي جزء من ذلك الكل الذي يسمى المجتمع.
- كما يمكن تفسير و ربط توزيع الحالة عند فئات ذوي الدخل المرتفع (الطبقة شبه الغنية و الغنية) بكبر السن عند الزواج الأول و تسريع عملية الحمل لتدارك فُرص سنوات الإنجاب التي ضُيِّعت بسبب طول فترات الدراسة أو التكوين، إضافةً إلى ارتفاع السن عند أول زواج على المستوى الوطني و على مستوى الجنسين على حد السواء.
- بالنسبة للمدة الفاصلة المقدرة من شهر إلى سنة واحدة: إن طول فترات الدراسة و تأخر سن الزواج عند الجزائريين كما أسلفنا الذكر يعتبر من أهم أسباب محاولة تدارك ما فات من سنوات الإخصاب بتسريع عملية الحمل من أجل إنجاب العدد المرغوب به من الأبناء (مع التذكير باتجاه الرأي العام الجزائري و المحلي إلى تفضيل كثرة الأبناء و هو ما نجده في الجدول عند الطبقة الفقرة

ذات الدخل الضعيف) مع محاولة ترك فترة بين كل عملية إنجابية و التي قُدِّرت في دراستنا هذه بعامين اثنين في المتوسط.

جدول رقم 70 توزيع الدخل الأسري و المدة الفاصلة بين تاريخ و أول ولادة و ثاني ولادة

دخل الأسرة		المدة الفاصلة بين تاريخ و أول ولادة و ثاني ولادة					المجموع
		أقل من أو يساوي شهر	1 – 33	34 – 66	67 – 99	100 – 132	
45001 – 75000دج	التكرارات	5	8	3	–	–	16
	%	% 31,3	% 50	% 18,8	–	–	% 100
75001 – 105000دج	التكرارات	17	24	15	2	–	58
	%	% 29,3	% 41,4	% 25,9	% 3,4	–	% 100
105001 – 145000دج	التكرارات	27	45	34	1	1	108
	%	% 25	% 41,7	% 31,5	% 0,9	% 0,9	% 100
145001 – 175000 دج	التكرارات	6	10	8	–	–	24
	%	% 25	% 41,7	% 33,3	–	–	% 100
أكثر من 175001	التكرارات	25	35	22	1	–	83
	%	% 30,1	% 42,2	% 26,5	% 1,2	–	% 100
المجموع	التكرارات	80	122	82	4	1	289
	%	% 27,7	% 42,2	% 28,4	% 1,4	% 0,3	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS (v 24)

مثل ما حُلل في محطات سابقة عن المدة الفاصلة بين تاريخ أول ولادة و تاريخ ثاني ولادة أن اتجاهها العام يتجه نحو المدة الفاصلة المقدرة بـ: من شهر واحد إلى سنتين و تسعة أشهر ؛ إلا أنه و في هذه الجزئية سنحاول قراءة التوزيع الموضح بالجدول أعلاه بعد إدخالنا للمتغير المستقل عليه و المتمثل في الدخل الأسري للمبحوثة، وبعد إدخالنا لهذا الأخير نجد أن التوزيع قد حافظ على اتجاهه بتوزيع يكاد يكون متساوٍ لدى جميع فئات الدخل؛ إلا أن ما يلاحظ على الجدول هو:

– أولاً: تقريباً انعدام القيم عند المدة الفاصلة المقدرة بـ: من 8 إلى 11 سنة و وجود حالة واحدة من بين 289 حالة و التي قد تكون حالة مرضية خاصة كما قد تكون بدافع إرادي من أحد الزوجين أو من كلامها.

- ثانياً : توزيع نسبة 28,4 % الخاصة بالمدة الفاصلة المقدرة من سنتين إلى خمس سنوات على كامل فئات الدخل الأسري للمبحوثات الموضحة في الجدول أعلاه.
- من خلال ما سبق نستطيع الوصول إلى نتيجة مفادها أن النساء المبحوثات عموماً يفصل بين تاريخ أول ولادة لهن وتاريخ ثاني ولادة من شهر إلى سنتين و تسعة أشهر بمعنى آخر أن المدة الفاصلة بين أول مولود و ثاني حمل عند المبحوثة تنحصر مدتها من شهر إلى 15 شهراً بعد الولادة الأولى على أكثر تقدير.
- كما نلاحظ أيضاً من خلال توزيع المعطيات أن المبحوثات ذوات الدخل الأسري المرتفع يملن إلى أطالة عمر المدة الفاصلة نوعاً ما و التي تتراوح بين سنتين إلى ثلاث سنوات.
- إن الاستقلال الواضح في توزيع المعطيات الإحصائية داخل الجدول أعلاه بين المتغيرين تترجمه قيمة اختبار كاي مربع غير الدالة المساوية لـ: 6,42 عند درجة الحرية 16، و منه قمنا برفض الفرض الصفري و أخذنا البديل القائل بعد وجود تأثير بين المتغيرين أو استقلالية المتغيرين عن بعضهما البعض، وبالتالي نتوصل غلى نتيجة استقلالية عامل الدخل الأسري عن المدة الفاصلة بين تاريخ أول ولادة وثاني ولادة عند المبحوثات الموظفات في قطاع الوظيف العمومي بالمنطقة محل الدراسة.

المطلب الثاني: الدخل الأسري للنساء الموظفات بالمناطق الصحراوية و وسائل منع الحمل

جدول رقم 71 توزيع الدخل الأسري و استعمال وسائل منع الحمل

دخل الأسرة		استعمال وسائل منع الحمل من طرف المبحوثات		المجموع
		نعم	لا	
75000دج - 45001 دج	التكرارات	10	6	16
	%	% 62,5	% 37,5	% 100
105000دج - 75001 دج	التكرارات	33	25	58
	%	% 56,9	% 43,1	% 100
145000دج - 105001 دج	التكرارات	72	36	108
	%	% 66,7	% 33,3	% 100
175000 دج - 145001 دج	التكرارات	18	6	24
	%	% 75	% 25	% 100
أكثر من 175001	التكرارات	51	32	83
	%	% 61,4	% 38,6	% 100
المجموع	التكرارات	184	105	289
	%	% 63,7	% 36,3	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS (v 24)

يظهر من الجدول الإحصائي أعلاه توزيع نسبة استعمال وسائل منع الحمل التي تعادل 63,70 % على جميع فئات الدخل من أدنى فئة إلى أعلى فئة ، بنسب غالبة للاستعمال من عدم الاستعمال عند كل فئة دخل مقابل 36,30 % لعدم الاستعمال والموزعة أيضاً على كافة فئات الدخل بشكل متفاوت.

إن هذا التوزيع يشير إلى الانتشار الواسع لثقافة استعمال وسائل منع الحمل عند جميع النساء الموظفات على اختلاف طبقاتهن، و هو ما يؤكده اختبار الاستقلالية غير الدال الذي أعطى قيمة تساوي 3,08عند درجة حرية تساوي 4 و بمستوى دلالة أكبر من 0,05 يساوي 0,54 و بالتالي نقول باستقلالية المتغيرين فئة الدخل و استعمال من عدم استعمال وسائل منع الحمل، كما نشير هنا إلى استفادة النساء بالمنطقة محل الدراسة من برامج الدولة المسطرة للتحكم بالزيادة الديمغرافية و المعروف ببرنامج PNMCD (البرنامج الوطني للتحكم في الزيادة الديمرافية).

جدول رقم 72 توزيع الدخل الأسري و أنواع وسائل منع الحمل

دخل الأسرة		استعمل الحبوب	استعمال اللولب	استعمال الحقن	استعمال الواقي الذكري	العملية الجراحية لجعل الزوج عقيم	الرضاعة الطبيعية المطولة	استعمال الرزنامة وقياس الحرارة	العازل الطبي كالمرهم أو الكبسولة	ربط الأنابيب الرحمية
45001 – 75000دج دج	التكرارات	7	–	–	1	–	1	3	–	–
	%	% 34,8	–	–	% 6,3	–	6,3%	% 18,8	–	–
75001 – 105000دج دج	التكرارات	25	2	–	2	1	4	1	–	–
	%	% 43,1	% 3,4	–	% 3,4	% 1,7	% 6,9	% 1,7	–	–
105001 – 145000دج دج	التكرارات	45	6	–	11	2	9	14	–	–
	%	% 41,7	% 5,6	–	% 10,2	% 1,9	% 8,3	% 13	–	–
145001 – 175000 دج	التكرارات	13	2	–	2	–	1	2	1	1
	%	% 54,2	% 8,3	–	% 8,3	–	% 4,2	% 8,3	4,2%	4,2%
أكثر من 175001	التكرارات	35	7	1	7	1	6	4	1	–
	%	% 42,2	% 8,4	% 1,2	% 8,4	% 1,2	% 7,2	4,8%	1,2%	–
المجموع	التكرارات	125	17	1	23	4	21	24	2	1
	%	43,3%	5,9%	0,3%	8%	1,4%	7,3%	8,3	0,7	0,3%

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS (v 24)

يظهر جلياً من خلال توزيع معطيات معطيات الجدول أعلاه استعمال المبحوثات ذوات الدخل الأسري لمختلف الفئات استعمالهن للوسيلة الهرمونية المتمثلة في حبوب منع الحمل في المركز الأول بنسبة 43,3 % بنسب تكاد تكون متساوية عند جميع فئات الدخل أو نقول جميع الطبقات، تليها الرزنامة و قياس الحرارة بنسبة 8,3 % أين أخذت فئة الدخل الأضعف و المنحصرة بين 4 مليون و نصف و سبع ملايين سنتيم ونصف الحصة الأكبر بـ: 18,80 % تليها الفئة الأكثر تكرار في العينة ذات الدخل من 10 مليون ونصف إلى 14 مليون سنتيم ونصف المليون بنسبة 13 % ثم بنسب أقل للفئتين الباقيتين.

استعمال الواقي الذكري بنسبة 8 % بنسبة غالبة للفئة الأكثر تكراراً في العينة والمساوية لـ: 10,20 % ، ثم الرضاعة الطبيعية المطولة بنسبة 7,30 % موزعة بنسب تكاد تكون متساوية بين جميع فئات الدخل باستثناء فئة الدخل المنحصرة بين 145000 دج و 175000دج بنسبة 4,20 %، و يؤكد هذه الاستقلالية اختبار كاي مربع المحسوب عند كل نوع و الذي أعطى قيم غير دالة تثبت استقلالية المتغيرين باستثناء الرزنامة وقياس الحرارة أين أعطى الاختبار قيمة دالة تساوي 9,99 أصغر من 0,05 (0,04) عند درجة حرية تساوي 4 ما يعنى وجود علاقة تأثيرية بين المتغير المستقل و المتمثل في الدخل الأسري و التابع و المتمثل في نوع وسيلة منع الحمل.

جدول رقم 73 توزيع الدخل الأسري وأسباب عدم استخدام وسائل منع الحمل

دخل الأسرة		تتعارض مع معتقداتنا الدينية	أطلب العدد الكثير من الأطفال	زوجي لا يريد	لا أعلم بها	الخوف من استعمالها والخوف من تأثيراتها الجانبية	أؤمن بأن الأطفال نعمة من الله
75000دج - 45001 دج	التكرارات	-	-	1	-	4	2
	%	-	-	6,3%	-	25%	12,5%
105000دج - 75001 دج	التكرارات	1	2	3	1	12	5
	%	1,7 %	3,4%	5,2%	1,7%	20,7%	8,6%
145000دج - 105001 دج	التكرارات	1	1	2	-	27	5
	%	0,9%	0,9%	1,9%	-	25%	4,6%
175000 دج - 145001 دج	التكرارات	-	2	-	-	2	2
	%	-	8,3%	-	-	8,3%	8,3%
أكثر من 175001	التكرارات	1	1	1	1	23	8
	%	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%	27,7%	9,6%
المجموع	التكرارات	3	6	7	2	68	22
	%	1%	2,1%	2,4%	0,7%	23,5	7,6%

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي (SPSS (v 24

نلاحظ من خلال معطيات الجدول أعلاه الذي يعرض مختلف أسباب ودواعي عزوف النساء محل الدراسة عن استخدام وسائل منع الحمل أن 23,50 % منهنَّ صرحن بالخوف من استعمالها والخوف من تأثيراتها الجانبية أيضاً، وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في الدخل الأسري نلاحظ توزيع تلك النسب بشكل متفاوت لا يشير إلى معنى واضح وغير ذي دلالة أين مثلت أكبر فئة دخل والتي تتعدى 17 مليون سنتيم ونصف المليون أكبر نسبة بـ: 27,70 %، تليها فئة الدخل للأسر الشبه غنية والمنحصرة بين 10 ملايين سنتيم و نصف المليون و 14 مليون سنتيم ونصف بنسبة 25 % وتتساوى تلك

النسبة عند أضعف فئة دخل والتي لا يتعدى دخلها الأسري السبع ملايين سنتيم ونصف المليون (75000 دج).

إن ما يلاحظ أيضاً على السبب المدروس تفاوت نسب المجيبات بعدم خوفهن من استعمالها وعدم خوفهن من التأثيرات الجانبية أيضاً لوسائل منع الحمل والمساوية لـ: 76,50 % والموزعة بشكل يكاد يكون متقارب عند جميع فئات الدخل الأسري الأمر الذي يؤكد فرضية استقلالية المتغيرين وهو ما أثبته الاختبار بقيمته المساوية لـ: 4,29 عند درجو الحرية المساوية لـ: 4 وعند مستوى الدلالة المساوي لـ: 0,36.

يقابل هذا التوزيع توزيع تنازلي لثاني أهم نسبة في التوزيع أعلاه و الخاصة بالمجيبات بزوجي لا يحب أين تتناقص النسب بتزايد الدخل الأسري إذ تمثل أدنى طبقة والتي لا يتعدى دخلها الأسري 7 ملايين سنتيم ونصف أعلى نسبة 6,30 %، تليها الطبقة التي ينحصر دخلها بين 7 ملايين سنتيم ونصف و 10 ملايين سنتيم ونصف بنسبة 5,20 % ، ثم الطبقة الشبه غنية(105001 دج – 145000 دج) بنسبة 1,90 % لتنعدم النسب عند الفئة الموالية والتي ينحصر دخلها بين 145001 دج و 175000 دج ثم بتكرار واحد عند الفئة الموالية بنسبة 1,20 %.

بافتراض ارتباط الدخل الأسري بالمستوى التعليمي للزوجين بحيث كلما ارتفع المستوى التعليمي للزوجين كلما ارتفع الدخل الأسري نجد أن النساء المتضمنات من الطبقة الفقيرة صرحت غالبيتهن بعد قبول الزوج لاستعمال زوجته لوسائل منع الحمل و بالتالي نقول بأن للمستوى التعليمي دور كبير في تقدير و وعي الشخص بوسائل منع الحمل.

إلا أن الاختبار المحسوب للاستقلالية (كاي مربع) أعطى قيم غير دالة عند جميع أسباب عدم الاستخدام و منه نستنتج استقلالية المتغيرين المتمثلين في الدخل و أسباب عدم استخدام وسائل منع الحمل.

المبحث الثالث: الدخل الأسري للنساء الموظفات بالمناطق الصحراوية و الولادات

جدول رقم 74 توزيع الدخل الأسري و مجموع الأطفال لدى المبحوثات

دخل الأسرة		مجموع الأطفال لدى المبحوثات							المجموع
		0	1	2	3	4	5	6	
75000دج - 45001 دج	التكرارات	1	4	3	6	2	-	-	16
	%	% 6,3	% 25	% 18,8	% 37,5	% 12,5	-	-	% 100
105000دج - 75001 دج	التكرارات	2	14	20	12	8	2	-	58
	%	% 3,4	% 24,1	% 34,5	% 20,7	% 13,8	% 3,4	-	% 100
145000دج - 105001 دج	التكرارات	1	29	36	20	15	5	2	108
	%	% 0,9	% 26,9	% 33,3	% 18,5	% 13,9	% 4,6	% 1,9	% 100
175000 دج - 145001دج	التكرارات	-	6	10	5	3	-	-	24
	%	-	% 25	% 41,7	% 20,8	% 12,5	-	-	% 100
أكثر من 175001	التكرارات	3	22	27	19	8	3	1	83
	%	% 3,6	% 26,5	% 32,5	% 22,9	% 9,6	% 3,6	% 1,2	% 100
المجموع	التكرارات	7	75	96	62	36	10	3	289
	%	4% 2,	% 26	% 33,2	% 21,5	% 12,5	% 3,5	% 1	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي (SPSS (v 24

قبل قراءة معطيات الجدول نود التنويه أولاً إلى توزيع السبع حالات التي لا تملك فيها المبحوثة أطفالاً أحياء و التي فصلناها في محطات سابقة بتقديم توضيح لكل حالة إخصاب لم تكتمل لتعطي مولود جديد، و بملاحظة توزيع الدخل الذي يعبر من جهةٍ أخرى على المستوى الطبقي للمبحوثات نجد أن السبع حالات موزعة على مختلف فئات الدخل من أدناها إلى أعلاها كما يوضحه الجدول أعلاه، وهو ما يدعم تحليلنا السابق لهذه الظاهرة بتقديم أسباب جُمعت بالملاحظة المستمرة و التي أرجعناها إلى مجموع الأخطار و الأسباب التي تُعيق اكتمال نمو الجنين كالإجهاض، الولادة الميتة، وفيات الأطفال إلى غير ذلك.

- بالنسبة لتوزيع الأبناء الأحياء لدى المبحوثة الذي يمثل طفلين في المتوسط وهو ما يوضحه الاتجاه العام للجدول و مستوى الدخل الأسري للمبحوثات نجد أن التوزيع لا يعكس أي نظرية من النظريات التي تناولت الدخل كمفهوم للمستوى الطبقي و عدد الأبناء والتي تم التطرق إليها سابقاً في المحطات النظرية لهذا العمل ، فمن القراءة الأولية للمعطيات أعلاه نجد أنه وبعد إدخالنا المتغير المستقل والمتمثل في الدخل الأسري يتوزع التوزيع بشكل متساوٍ في أغلبه وبالتحديد عند عمود الطفل الواحد، الأربع، الخمس والست اطفال بنسب محصورة بين (24 % و 26 %)، (12 % و 13 %)، (3 % و 4 %) وأخيراً (1,2 % و 1,9 %) وبالتالي لا نلمس مبدئياً لعامل الدخل أي تأثير على عدد الأطفال المنجبين لدى المبحوثات.
- على خلاف ذلك؛ نجد النسب تتباين عند عمود الطفلين والثلاث أطفال بأكبر نسبة والممثلة 41,70 % عند الطفلين لصالح فئة الدخل الأسري المنحصرة بين (14,5 مليون سنتيم و 17,5 مليون سنتيم) مقابل ادنى نسبة لصالح فئة الدخل الدنيا والتي لا تتعدى 7,5 مليون سنتيم بنسبة 18,8 %.
- أما بالنسبة لفئة الثلاث أطفال فنجد أكبر نسبة عند أقل فئة دخل (والتي لا تتعدى 7،5 مليون سنتيم) والمساوية لـ: 37,50 % مقابل أعلى نسبة 18,50 % لفئة الدخل المنحصرة بين 10،5 مليون سنتيم و 14،5 مليون سنتيم.

– كل هذه التوزيعات إنما تعكس استقلالية المتغيرين عن بعضهما وهو ما يؤكده الاختبار غير الدال لكاي مربع والمساوي لـ: 11،77 عند درجة حرية 24 وبمستوى دلالة أكبر من 0،05 مقدر بـ: 0،98.

جدول رقم 75 توزيع الدخل الأسري و عدد الإجهاضات

دخل الأسرة		عدد الإجهاضات					المجموع
		0	1	2	3	6	
45001 – 75000دج	التكرارات	11	2	2	1	–	16
	%	% 68,8	% 12,5	% 12,5	% 6,3	–	% 100
75001 – 105000دج	التكرارات	35	14	6	3	–	58
	%	% 60,3	% 24,1	% 10,3	% 5,2	–	% 100
105001 – 145000دج	التكرارات	82	20	3	2	1	108
	%	% 75,9	% 18,5	% 2,8	% 1,9	% 0,9	% 100
145001 – 175000 دج	التكرارات	19	3	2	–	–	24
	%	% 79,2	% 12,5	% 8,3	–	–	% 100
أكثر من 175001	التكرارات	60	17	4	2	–	83
	%	% 72,3	% 20,5	% 4,8	% 2,4	–	% 100
المجموع	التكرارات	207	56	17	8	1	289
	%	% 71,6	% 19,4	% 5,9	% 2,8	% 0,3	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS (v 24)

بحذف حصة النساء المبحوثات اللواتي لم يسبق لهن التعرض لأي حالة إجهاض و المقدرة بنسبة الأغلبية 71,6 % ما يعادل 207 مبحوثة، نجد أن نسبة مهمة تمثل المبحوثات اللواتي لديهن حالة إجهاض واحدة و المقدرة بـ: 19,40 % أي ما يعادل 56 مبحوثة، تليها نسبة 5,9 % لحالتي إجهاض و 2,8 % للثلاث حالات، و 0,3 % فقط للست حالات و هي تعادل امرأة واحدة لكل 289 امرأة.

وسنقوم بقراءة الجدول على حالتي الأولى إجمالية والثانية بعد حذفنا للعمودين الأخيرين واللذان يمثلان فئة الثلاث إجهاضات والست إجهاضات أيضاً.

في الحالة الأولى الإجمالية نقول بأن الجدول لا يشكل اتجاه محدد نظراً لتوزيع النسب توزيعاً متبايناً حسب فئات الدخل المختلفة؛ إذ نجد أقل نسبة عند حالتي الإجهاض

تعود للطبقة الدنيا و هي فئة الدخل الأولى و التي تضم المبحوثات اللواتي يقل دخلهن الأسري الشهري عن 7،5 مليون سنتيم.

الشأن نفسه بالنسبة لحالة الإجهاض المساوية للثلاث حالات أين نجد توزيع النسب يأخذ منحى تنازلي بأكبر نسبة للطبقة الدنيا تساوي 6،30 % إلى أن يصل إلى 2,4 % لآخر طبقة و هي الطبقة الغنية، و استناداً إلى عدم دلالية الاختبار الإحصائي (كاي مربع) نستطيع القول بأن حالات الإجهاض عند المبحوثات لا تعود إلى عامل الدخل و إنما إلى عوامل أخرى و التي من بينها كما أثبتنا سابقاً العدد المرتفع لمرات الحمل عند المبحوثة في المجتمع محل الدراسة ، كما نعيد و نذكر بأن نسبة تقارب الـــ: 30 % و تحديداً 28,40 % من مجموع المبحوثات لديها على الأقل حالة إجهاض واحدة وهو رقم مرتفع نسبياً و تجب دراسته دراسة حقيقية معمقة لمعرفة الأسباب و محاولة الوقوف على حلولها من طرف كل المعنيين بهذه الظاهرة.

أما بالنسبة للقراءة الثانية فقد قمنا بإعادة حساب الاختبار بعد حذف العمودين الأخيرين لضعف نسبهما في الجدول ووجدنا التالي:

- بالنسبة للمعطيات الأولية الموضحة في الجدول نلاحظ بان أضعف النسب عند حالة الإجهاض الواحدة تمثل فئات الدخل التي لا يتعدى دخلها الأسري 7،5 مليون سنتيم بينما تشكل نفس الفئة السابقة النسب الاعلى عند حالتي الإجهاض والثلاث حالات، وعند حسابنا للاختبار (كاي مربع) وجدنا أن الاختبار يعطي دلالة إحصائية بقيمة اختبار محسوبة تساوي 2،08 وهي قيمة أكبر من القيمة المجدولة والتي تساوي 15،50 عند مستوى الدلالة 5 % وبالتالي نقبل الفرض الصفري في هذه الحالة ونقول بأنه يوجد هناك تطابق بين التكرارات المشاهدة والتكرارات المتوقعة ومنه نخلُص بأنه فعلاً لا يمثل الدخل الأسري أي مصدر تأثير على ظاهرة الإجهاض عند النساء الموظفات في المنطقة محل الدراسة.

جدول رقم 76 توزيع الدخل الأسري و عدد الأطفال المولودين ميتين

دخل الأسرة		عدد الأطفال المولودين ميتين				المجموع
		0	1	2	3	
45001 دج – 75000 دج	التكرارات	14	2	–	–	16
	%	% 87,5	% 12,5	–	–	% 100
75001 دج – 105000دج	التكرارات	47	9	–	2	58
	%	% 81	% 15,5	–	% 3,4	% 100
105001 دج – 145000دج	التكرارات	91	13	2	2	108
	%	% 84,3	% 12	% 1,9	% 1,9	% 100
145001 دج – 175000 دج	التكرارات	19	3	2	–	24
	%	% 79,2	% 12,5	% 8,3	–	% 100
أكثر من 175001	التكرارات	73	10	–	–	83
	%	% 88	% 12	–	–	% 100
المجموع	التكرارات	244	37	4	4	289
	%	% 84,4	% 12,8	% 1,4	% 1,4	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي (SPSS (v 24

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن اتجاهه العام يمثل 84,40 % و هي لحالات النساء المبحوثات اللواتي ليس لديهن ولا حالة طفل مولود ميت، تليها نسبة تقارب الـ : 13 % و بالضبط 12,80 % تمثل نسبة النساء المبحوثات اللواتي لديهن حالة طفل مولود ميت مرة واحدة، و عند إدخالنا للمتغير المستقل نجد أن أكبر حصة عند حالة الولادة الميتة عند المبحوثة تعود إلى فئة ذوي الدخل الأسري المنحصر بين 10،5 مليون سنتيم و 7،5 مليون سنتيم بنسبة 15,50 %، تليها نسبة 12,50 % و هي للمبحوثات من الطبقة الدنيا والتي لا يتعدى دخلها 7،5 مليون سنتيم ، ثم نسبة نفسها للبمحوثات من الطبقة التي ينحصر دخلها الأسري بين 14،5 مليون سنتيم و 17،5 مليون سنتيم وأخيراً نسبة 12 % الخاصة بالنساء من الطبقة التي تيراوح دخلها الأسري بين 10،5 مليون سنتيم و 14،5 مليون سنتيم، ومنه نلاحظ عدم أخذ التوزيع لمنحى واضح.

و بالتالي و بحكم عدم دلالية اختبار كاي مربع المساوية لـ: 15،09 عند درجة الحرية 12 و الأكبر من 0,05 (0،23) نستنتج أنه لا يوجد تأثير واضح للدخل في

قضية الأطفال المولودين ميتين و هو ما يمكن إرجاعه إلى أسباب و عوامل أخرى قد تكون ثقافية سلوكية نمطية أو هيكيلية طبية كما أوردنا في محطات سابقة.

هذا و تشهد الولاية محل الدراسة انخفاضاً كبيراً في عدد الأطفال المولودين ميتين حيث انتقل من 212 حالة سنة 2012 ليصل إلى 187 حالة سنة 2017 حسب آخر إحصائيات مديرية الصحة و السكان للولاية، و منه فقد شهد معدل وفيات الأطفال بدوره انخفاضاً هاماً حيث انتقل من 17,35 ‰ سنة 2012 ليصل 12,84 ‰ نهاية سنة 2017[1]، و هي نسبة تزيد بقليل عن نسبة وفيات الأطفال المولودين ميتين عامةً في الجزائر و المساوية لـ: 12,50 ‰.

جدول رقم 77 توزيع الدخل الأسري و عدد الأطفال المتوفين الرضع

دخل الأسرة		عدد الأطفال المتوفين الرضع				المجموع
		0	1	2	3	
45001 دج – 75000 دج	التكرارات	16	–	–	–	16
	%	% 100	–	–	–	% 100
75001 – 105000دج	التكرارات	54	4	–	–	58
	%	% 93,1	% 6,9	–	–	% 100
105001 – 145000دج	التكرارات	103	4	–	1	108
	%	% 95,4	% 3,7	–	% 0,9	% 100
145001 – 175000 دج	التكرارات	22	1	1	–	24
	%	% 91,7	% 4,2	% 4,2	–	% 100
أكثر من 175001	التكرارات	79	4	–	–	83
	%	% 95,2	% 4,8	–	–	% 100
المجموع	التكرارات	274	13	1	1	289
	%	% 94,8	% 4,5	% 0,3	% 0,3	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS (v 24)

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن اتجاهه العام يكمن عند المبحوثات اللواتي ليس لديهن ولا حالة طفل رضيع متوفي بأغلبية ساحقة تمثل 94,80 % ما يقارب 95 % بينما تمثل النسبة المتبقية 5% حالات المبحوثات اللواتي لديهن على الأقل طفل رضيع متوفي

[1] انظر الملحق رقم 04

واحد و هي نسبة تعادل 15 مبحوثة تنقسم كالتالي: 4,5 % للطفل الرضيع المتيت الواحد، و 0,30 % للحالتين و للثلاث حالات للأطفال الرضع الميتين.

و بإدخالنا للمتغير المستقل و المتمثل في فئة الدخل الأسري للمبحوثات نلاحظ أن أكبر نسبة في القيم الموزعة داخل الجدول تعود لطبقة الدخل المنحصرة بين 7،5 مليون سنتيم و 10،5 مليون سنتيم بنسبة 6,90 % تليها نسبة 4,80% لفئة النساء المبحوثات من الطبقة العليا للدخل في التوزيع والتي يفوق دخلها الأسري 17 مليون سنتيم ونصف.

و تعرف الولاية محل الدراسة زيادةً في في عدد الأطفال المتوفين الرضع إذ انتقل عددهم من 396 طفل رضيع متوفى ليصل 453 حالة نهاية سنة 2017، كما شهد معدل وفيات الأطفال الرضع بدوره ارتفاعاً إذ انتقل من 22,60 ‰ سنة 2012 ليبلغ نسبة 31,11 ‰ سنة 2017، و تعتبر هذه النسبة نسبة مرتفعة مقارنةً بنسبة وفيات الأطفال الرضع لسنتي 2016 و 2017 المساوية لـ: 20,90 ‰ و 21 ‰ على التوالي.

جدول رقم 78 توزيع الدخل الأسري و عدد الأطفال المثالي

دخل الأسرة		العدد المثالي للأطفال بالنسبة للمبحوثات									المجموع
		1	2	3	4	5	6	7	8	10	
45001 دج – 75000 دج	التكرارات	–	1	3	9	1	1	1	–	–	16
	%	–	% 6,3	% 18,8	% 56,3	% 6,3	% 6,3	% 6,3	–	–	% 100
75001 دج – 105000دج	التكرارات	–	4	14	24	10	3	–	1	–	56
	%	–	% 7,1	% 25	% 42,9	% 17,9	% 5,4	–	% 1,8	–	% 100
105001 دج – 145000دج	التكرارات	1	12	27	44	15	1	–	–	–	100
	%	% 1	% 12	% 27	% 44	% 15	% 1	–	–	–	% 100
145001 دج – 175000 دج	التكرارات	–	3	4	11	2	–	–	–	–	20
	%	–	% 15	% 20	% 55	% 10	–	–	–	–	% 100
أكثر من 175001	التكرارات	–	5	19	41	12	–	1	1	1	80
	%	–	% 6,3	% 23,8	% 51,3	% 15	–	% 1,3	% 1,3	% 1,3	% 100
المجموع	التكرارات	1	25	67	129	40	5	2	2	1	272
	%	% 0,4	% 9,2	% 24,6	% 47,4	% 14,7	% 1,8	% 0,7	% 0,7	% 0,4	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي (SPSS (v 24

نلاحظ من خلال المعطيات الموزعة في الجدول أعلاه أن اتجاهه العام يمثل نسبة 50,50 % ما يعادل 146 مبحوثة و هي قيم تعود إلى المبحوثات اللواتي يرين بأن عدد الأطفال المثالي يساوي 4 أطفال ، أما ثاني أكبر نسبة تعود للواتي يرين بأن عدد الأطفال المثالي يجب أن لا يزيد على 3 أطفال بنسبة 23,20 % ما يعادل 67 مبحوثة.

أما ثالث أكبر نسبة والمساوية لـ: 13,80 % فللواتي يرين بأن عدد الأطفال المثالي يساوي 5 أطفال، و بإدخالنا للمتغير المستقل و المتمثل في فئة الدخل الأسري للمبحوثات نجد أن الجدول قد حافظ على اتجاهه أين تتوزع نسبة 50,50 % الخاصة بالأربع أطفال على كامل فئات الدخل من أدناها إلى أعلاها، و نجد أكبر نسبة لأكبر فئة دخل أسري عند حالة الخمس أطفال أين تمثل فئة الدخل المتوسط من 75000 دج إلى 105000 دج أكبر نسبة عند الحالة و هي 17,20 %.

عند حالة السبع أطفال نلاحظ أن المبحوثات ذوي الدخل الأسري المنخفض و المنتميات للطبقة الدنيا (والتي لا يتعدى دخلها الأسري الشهري السبع ملايين سنتيم ونصف) يرين بأن عدد الأطفال المثالي هو سبع (07) أطفال و هو الحال نفسه عند المبحوثات ذوات الدخل المرتفع و المعدودات من الطبقة الغنية التي يتعدى دخلها 17 مليون سنتيم ونصف المليون إذ لا تختلف نسب الطبقتين في عدد الأطفال المثالي بالنسبة للمبحوثات و بذلك نجد تساوي توزيع النسب نوعاً ما بين الطبقتين، فلو أخذنا حالة العدد المثالي للأطفال المساوي لطفلين نجد أن 6,70 % تمثل الطبقة الدنيا و 6 % تمثل الطبقة العليا.

نجد أيضاً عند عند حالة عدد الأطفال المثالي المساوي لثلاث أطفال نسبة 18,80 % للطبقة الدنيا و 22,90 % للطبقة العليا أو الفئة المحسوبة من الطبقة الغنية، و هو الحال ذاته بالنسبة لعدد الأطفال المثالي المساوي لأربع أطفال أين تمثل الطبقة الدنيا 56,30 % و الطبقة العليا 53% .

إن هذا التوزيع يعطي لمحة على تشابه أو تقارب وجهات نظر المبحوثات حول عدد الأطفال المثالي في نظرهن، و هو ما يؤكده اختبار كاي مربع للاستقلالية المساوي لـ: 29,27 بدرجة حرية تساوي 32 و مستوى دلالية أكبر من 5 % يساوي 0,60.

و تعتبر المرأة الصحراوية بشكل عام مرأة مُخصبة ولودة بدليل معدل الخصوبة الكلي الحالي المرتفع جداً و المساوي لـ: 8,16 طفل لكل امرأة.

المبحث الثاني: نوع المسكن لدى النساء الموظفات بالمناطق الصحراوية و تأثيره على الخصوبة

المطلب الأول: نوع المسكن لدى النساء الموظفات بالمناطق الصحراوية و فترات الإنجاب

جدول رقم 79 نوع الإقامة (المسكن) و المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و أول ولادة

نوع الإقامة (المسكن)		المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و أول ولادة					المجموع
		أقل من أو يساوي 12 شهر	13 - 30	31 - 48	49 - 66	67 - 84	
ملكية	التكرارات	123	53	9	5	-	190
	%	64,7%	27,9%	4,7%	2,6%	-	% 100
إيجار	التكرارات	48	16	2	-	2	68
	%	70,6%	23,5%	2,9%	-	2,9%	% 100
سكن وظيفي	التكرارات	16	12	3	-	-	31
	%	51,6%	38,7%	9,7%	-	-	% 100
المجموع	التكرارات	187	81	14	5	2	289
	%	64,7%	28,0%	4,8%	1,7%	0,7%	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS (v 24)

نلاحظ من خلال معطيات الجدول أعلاه أن اتجاهه العام يمثل مجموع المبحوثات اللواتي يفصل ما بين تاريخ أول زواج لهن و تاريخ أول ولادة أقل من أو يساوي 12 شهراً بنسبة 64,70 %، تليها نسبة 28 % للواتي يفصل بين تاريخ أول زواج لهن و تاريخ أول ولادة من سنة إلى سنتين و نصف.

و بإدخالنا للتمغير المستقل و المتمثل في نوع المسكن نجد أن الجدول قد حافظ على اتجاهه عند المدة الفاصلة الأولى و المقدرة بأقل من أو يساوي سنة واحدة كاملة بأغلبية لنوع المسكن ذو الطابع الإيجاري بنسبة 70,60 %، تليها نسبة 64,70 % لنوع المسكن ذو الطابع الملكي و أخيراً نسبة 51,60 % للسكن الوظيفي.

ثاني أكبر نسبة بعد نسبة الاتجاه العام للجدول تمثل المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و تاريخ أول ولادة بنسبة 28% تتوزع حسب طابع المسكن بـــ: 38,70 % للسكن الوظيفي، 27,90 % للسكن ذو الطابع الملكي و 23,50 % للمسكن ذو الطابع الإيجاري.

من خلال ما سبق نستنتج أن أغلب المبحوثات اللواتي يمتلكن سكن بالإيجار يفصل بين تاريخ أول زواج لهن و تاريخ أول مولود أقل من أو يساوي سنة واحدة كاملة مقابل أضعف نسبة في المدة الفاصلة التي تليها و المقدرة من سنة إلى سنتين و نصف و هو الحال للمُدد الفاصلة الأكبر من ذلك عند نفس نوع المسكن.

و يمكن إرجاع سبب هذا الترتيب كون العملية الإنجابية عملية يمكن أن تنتج عند الشعور بعدم الاستقرار و البحث عن الإحساس بالسكينة و التي يمكن للمرأة أن تبحث عنها بإنجابها للأطفال بصورة سريعة بعد الزواج، كما قد يكون سبب هذا الترتيب الضغط من أجل الحصول على سكن ذو طابع ملكي، فبوجود الأطفال تزيد حظوظ الزوجين في الحصول على سكن.

ثاني أكبر نسبة لنفس المدة الفاصلة (أقل من أو يساوي 12 شهراً) تخص النساء المبحوثات اللواتي يسكُنَّ في منزل ذو طابع ملكي و هي تساوي 64,70 %، كما نلاحظ أيضاً احتلال المسكن من النوع الأخير المرتبة الثانية في كل المُدد الفاصلة تقريباً، في حين نجد أن المبحوثات اللواتي يسكن منزل وظيفي شغلن المركز الثالث في أول مدةٍ زمنية بنسبة 51,60 %، والمركز الأول عند الفئات الأطول ما ينمُّ عن تأجيل موعد الحمل بعد أول زواج، إلا أنه و بحسابنا لاختبار كاي مربع أسفرت نتائجه عن عدم وجود فروق حقيقية بين أنواع المساكن و الممد الفاصلة بين تاريخ أول زواج و تاريخ أول مولود و بالتالي نقول بأنه فعلياً لا يلعب نوع المسكن دوراً حقيقياً في تحديد الفترات بين الزواج و المولود الأول.

جدول رقم 80 نوع الإقامة (المسكن) و المدة الفاصلة بين تاريخ أول ولادة و تاريخ ثاني ولادة

نوع الإقامة (المسكن)		تاريخ أول ولادة و تاريخ ثاني ولادة					المجموع
		أقل من أو يساوي شهر	1 - 33	34 - 66	67 - 99	100 - 132	
ملكية	التكرارات	51	79	58	2	-	190
	%	% 26,8	% 41,6	% 30,5	% 1,1	-	% 100
إيجار	التكرارات	23	30	12	2	1	68
	%	% 33,8	% 44,1	% 17,6	% 2,9	% 1,5	% 100
سكن وظيفي	التكرارات	6	13	12	-	-	31
	%	% 19,4	% 41,9	% 38,7	-	-	% 100
المجموع	التكرارات	80	122	82	4	1	289
	%	% 27,7	% 42,2	% 28,4	% 1,4	% 0,3	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي (SPSS (v 24

نلاحظ من خلال المعطيات الموزعة في الجدول أعلاه أن اتجاه العام و المتمثل في نسبة 42,20 % تعود إلى المدة الفاصلة بين تاريخ أول ولادة و تاريخ ثاني ولادة و المحصورة بين شهر و 33 شهراً (من شهر إلى سنتين و تسعة أشهر)، تليها المدة الفاصلة من سنتين و 10 أشهر إلى 5 سنوات و ثلاثة أشهر بنسبة 28,40 % و27,70 % للمدة الفاصلة المقدرة بأقل من أو يساوي شهراً واحداً.

و بإدخالنا للمتغير المستقل نجد أن المبحوثات اللواتي يمتلكن سكن ذو طابع إيجاري يفصل بين أول ولادة لهن و ثاني ولادة مدة زمنية فاصلة تنحصر بين شهر – عامين و تسع أشهر بنسبة تساوي 44,50 % تليها نسبة 41,90 % و 41,60 % لكل من المبحوثات ذوات المسكن ذو الطابع الوظيفي و الملكي على التوالي.

أكبر نسبة لثاني مدة فاصلة في الجدول و المنحصرة بين 34 شهراً و 66 شهراً (من عامين و 10 أشهر إلى 5 سنوات و 3 أشهر) تعود إلى المبحوثات اللواتي يقطن بمسكن وظيفي، و تقدر نسبتهن بـ: 38,70 %، أما أكبر نسبة عند ثالث مدة فاصلة و الأقل من شهر تعود إلى المبحوثات القاطنات بمسكن ذو طابع إيجاري بنسبة 33,80 %.

من خلال كل هذه البيانات و المعطيات نستطيع الخروج بنتيجة مفادها أن المبحوثات القاطنات بمسكن ذو طابع إقامي إيجاري يفصل بين أول ولادة لهن و ثاني ولادة سنتين و تسعة أشهر في حين أن المبحوثات الممتلكات لسكن وظيفي يفصل بين أول ولادة لهن و ثاني ولادة مدة أطول تنحصر بين 34 شهراً و 66 شهراً (أي من عامين و 10 أشهر إلى 5 سنوات و 4 أشهر).

ثالث أكبر نسبة داخل الجدول تعود أيضاً إلى المبحوثات القاطنات بمسكن ذو طابع إيجاري و تقدر هذه النسبة بـــ: 33,80 % و هي تمثل المدة الفاصلة الأقل من أو تساوي شهراً واحداً.

من خلال ما سبق و استناداً إلى عدم دلالية اختبار كاي مربع بقيمته المساوية لـــ: $X^2 = 11,08$ و مقارنةً بالقيمة المجدولة لنفس الاختبار نستنتج أنه لا يوجد اختلاف حقيقي بين المدة الفاصلة بين ولادة المبحوثة الأولى و الثانية و نوع مكان الإقامة أو المسكن.

المطلب الثاني: نوع الإقامة (المسكن) لدى الموظفات بالمناطق الصحراوية و وسائل منع الحمل

جدول رقم 81 توزيع نوع الإقامة (المسكن) و استعمال وسائل منع الحمل

نوع الإقامة (المسكن)		استعمال وسائل منع الحمل من طرف المبحوثات		المجموع
		نعم	لا	
ملكية	التكرارات	123	67	190
	%	64,7%	35,3%	% 100
إيجار	التكرارات	38	30	68
	%	55,9%	44,1%	% 100
سكن وظيفي	التكرارات	23	8	31
	%	74,2%	25,8%	% 100
المجموع	التكرارات	184	105	289
	%	63,7%	36,3%	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS (v 24)

يوضح لنا الجدول أعلاه توزيع نسبة الـ: 63,70 % من المبحوثات اللواتي صرَّحن باستخدامهن لمختلف وسائل منع الحمل حسب نوع المسكن، فنجد أغلبية المبحوثات اللواتي يسكُنَّ في منزل ذو طابع سكني وظيفي يستخدمن وسائل منع الحمل بنسبة 74,20 % ، ثاني نسبة تعود إلى النساء القاطنات بمسكن ذو طابع ملكي و تقدر نسبتهن بـ: 64,70 %، أما آخر نسبة فهي للمبحوثات القاطنات بمنزل ذو طابع إيجاري بأقل نسبة و المساوية لـ: 55,90 %.

إن هذا التوزيع يُكَمِّلُ التوزيع الموضح في الجدول السابق و المتعلق بعدد الأطفال لدى المبحوثات و نوع المسكن أين وجدنا أكبر نسبة به تعود إلى المبحوثات من ذوي فئة المسكن ذو الطابع الإيجاري.

جدول رقم 82 نوع الإقامة (المسكن) و أنواع وسائل منع الحمل

نوع الإقامة (المسكن)		استعمال الحبوب	استعمال اللولب	استعمال الحقن	استعمال الواقي الذكري	القيام بعملية جراحية لجعل الزوج عقيما	استعمال الرضاعة الطبيعية المطولة	استعمال الرزنامة وقياس الحرارة	استعمال العازل الطبي كالمرهم أو الكبسولة	استعمال ربط الأنابيب الرحمية
ملكية	التكرارات	83	13	1	17	3	15	16	-	1
	%	% 43,70	% 6,80	% 0,50	% 8,90	% 1,60	% 7,90	% 8,40	-	% 0,50
إيجار	التكرارات	25	3	-	4	-	5	5	1	-
	%	% 36,80	% 4,40	-	% 5,90	-	% 7,40	% 7,40	% 1,50	-
سكن وظيفي	التكرارات	17	1	-	2	1	1	3	1	-
	%	% 54,80	% 3,20	-	% 6,50	% 3,20	% 3,20	% 9,70	% 3,20	-
المجموع	التكرارات	125	17	1	23	4	21	24	2	1
	%	% 43,30	5,90%	0,30%	8,00%	1,40%	7,30%	8,30%	0,70%	0,30%

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي (SPSS (v 24

نلاحظ من خلال المعطيات الموضحة في الجدول أعلاه تصدُّر نسبة المبحوثات القاطنات بمسكن ذو طابع ملكي لأغلب أنواع وسائل منع الحمل من اللولب، الواقي الذكري، الحقن، الرضاعة الطبيعية المطولة (رغم ضآلة النسبة بشكل عام) ، الرزنامة و قياس الحرارة و أخيراً تقنية ربط الأنابيب الرحمية للمرأة، تليها بعد ذلك النساء المبحوثات اللواتي يقطن بمسكن ذو طابع وظيفي في كل من وسيلة منع الحمل المتمثلة في الحبوب، العملية الجراحية، و العازل الطبي كالمرهم أو الكبسولة، إلا أن هذه التوزيعات لا تمثل فروق حقيقية بين أنواع المساكن.

جدول رقم 83 نوع الإقامة (المسكن) و أسباب عدم استخدام وسائل منع الحمل

نوع الإقامة (المسكن)		تتعارض مع معتقداتنا الدينية	أحب العدد الكبير من الأطفال	زوجي لا يحب	لا أعلم بها	الخوف من استعمالها والخوف من تأثيراتها الجانبية	أؤمن بأن الأطفال نعمة من الله
ملكية	التكرارات	2	2	5	–	44	18
	%	%1,10	%1,10	%2,60	–	%23,20	%9,50
إيجار	التكرارات	1	3	2	2	19	2
	%	%1,50	%4,40	%2,90	%2,90	%27,90	%2,90
سكن وظيفي	التكرارات	–	1	–	–	5	2
	%	–	%3,20	–	–	%16,10	%6,50
المجموع	التكرارات	3	6	7	2	68	22
	%	%1,00	%2,10	%2,40	%0,70	%23,50	%7,60

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي (SPSS (v 24

نلاحظ من خلال المعطيات أعلاه أن فئة المبحوثات القاطنات بمساكن ذات طابع إيجاري تصدرت نسب عدم الاستخدام الموزعة عند كل سبب عدم استخدام و هو ما يزيد من تأكيد التوزيعين في الجدولين السابقين الخاصين باستعمال/ عدم استعمال وسائل منع الحمل و نوع الوسائل، و يعد تصدر فئة المبحوثات القاطنات بمساكن ذات طابع إيجاري هنا أمراً منطقياً كونهن مثَّلن أقل النسب في الجداول السابقة، إلا أن هذا الترتيب لا يُعتبر

ترتيباً حقيقياً بدلالة عدم تحقق أي اختبار عند أي نوع و بالتالي نقول بأنه لا يوجد فرق حقيقي أيضاً بين أنواع المساكن و أسباب عدم الاستخدام إلا عند سبب واحد و هو عدم علم المبحوثة بوسائل منع الحمل أين تساوي قيمة اختبار كاي مربع 6,54 و هي قيمة دالة إحصائياً عند 0,05 و هي الحالة الوحيدة التي نجد فيها اختلاف بين المبحوثات القاطنات بسكن ذو طابع إيجاري عن غيرهن من المبحوثات.

فنساء العينة كلهن يخفن من استعمال وسائل منع الحمل و من تأثيراتها الجانبية بأغلبية و غن كانت صورية بدون دلالة للسكن ذو الطابع الإيجاري ، كما أنهن يرين بأن استعمال وسائل منع الحمل يتعارض مع المعتقدات الدينية، يُحبِّبن العدد الكبير للأطفال (إيجار ثم سكن وظيفي على التوالي)، و تشترك المبحوثات أيضاً في إجابتهن بزوجي لا يحب بغض النظر عن نوع المسكن و يؤمِنَّ كذلك بأن الأطفال نعمة من عند الله.

المطلب الثالث: الإقامة (المسكن) لدى النساء الموظفات بالمناطق الصحراوية و الولادات

جدول رقم 84 توزيع نوع الإقامة (المسكن) و مجموع الأطفال لدى المبحوثات

نوع الإقامة (المسكن)		مجموع الأطفال لدى المبحوثات							المجموع
		0	1	2	3	4	5	6	
ملكية	التكرارات	5	50	51	45	26	10	3	190
	%	% 2,6	% 26,3	% 26,8	% 23,7	% 13,7	% 5,3	% 1,6	% 100
إيجار	التكرارات	2	19	31	10	6	-	-	68
	%	% 2,9	% 27,9	% 45,6	% 14,7	% 8,8	-	-	% 100
سكن وظيفي	التكرارات	-	6	14	7	4	-	-	31
	%	-	% 19,4	% 45,2	% 22,6	% 12,9	-	-	% 100
المجموع	التكرارات	7	75	96	62	36	10	3	289
	%	% 2,4	% 26	% 33,2	% 21,5	% 12,5	% 3,5	% 1	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS (v 24)

يمثل عدد الأطفال المقدر بطفلين في المتوسط لكل مبحوثة الاتجاه العام للعينة إجمالي، و عند إدخال المتغير المستقل في الجدول أعلاه نلاحظ جلياً أن المبحوثات

القاطنات بمساكن ذات الطابع الملكي يمثلن أكبر النسب تصاعدياً حسب عدد الأطفال في الأسرة ابتداءً من عدد الأطفال المساوي لثلاث أطفال للمبحوثة فما فوق ، وهو ما تعبر عنه قيمة معامل الارتباط الرتبي سبيرمان ذات الاتجاه العكسي و القيمة الضعيفة جداً المساوية لـ: 0,09 − = r ، بينا نجد أكبر النسب في معطيات الجدول تمثل 45,60 % خاصة بالمبحوثات ذوات المسكن ذو الطابع الإيجاري و اللواتي لديهن طفلين اثنين و طفل واحد بنسبة أقل تساوي 27,90 % ، و بالتالي نستنتج وجود علاقة عكسية ضعيفة جداً بين نوع المسكن و عدد الأطفال عند المبحوثات.

جدول رقم 85 توزيع نوع الإقامة (المسكن) و عدد الأطفال المثالي

نوع الإقامة (المسكن)		عدد الأطفال المثالي									المجموع
		1	2	3	4	5	6	7	8	10	
ملكية	التكرارات	1	13	38	97	32	5	1	2	1	190
	%	% 0,5	% 6,8	% 20,0	% 51,1	% 16,8	% 2,6	% 0,5	% 1,1	% 0,5	% 100
إيجار	التكرارات	−	9	18	34	6	−	1	−	−	68
	%	−	% 13,2	% 26,5	% 50	% 8,8	−	% 1,5	−	−	% 100
سكن وظيفي	التكرارات	−	3	11	15	2	−	−	−	−	31
	%	−	% 9,7	% 35,5	% 48,4	% 6,5	−	−	−	−	% 100
المجموع	التكرارات	1	25	67	146	40	5	2	2	1	289
	%	% 0,3	% 8,7	% 23,2	% 50,5	% 13,8	% 1,7	% 0,7	% 0,7	% 0,3	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS (v 24)

عبَّرت النساء المبحوثات المختارات بطريقة عشوائية عن رؤيتهن لعدد الأطفال المثالي لكل أسرة بـ: 4 أطفال، و تختلف التفضيلات حسب نوع المتغير المستقل المؤثر على هذا العدد؛ فنجد في الجدول أعلاه بعد إدخالنا لهذا المتغير الأخير أن النساء القاطنات في مسكن ذو طابع ملكي مثلن أكبر نسبة عند اتجاه الجدول المتمثل في 4 أطفال بنسبة 51,10 %، تليها نسبة 50 % للإيجار و 48,40 % للسكن الوظيفي، لكن بمجرد تغيير صنف الخيارات في الجدول (عدد الأطفال) نلاحظ أخْذَ التوزيع لمنحى مغاير أين يبدأ

بالانخفاض تنازلياً من المسكن ذو الطابع السكني الوظيفي بنسبة 35,50 % عند الثلاث أطفال ثم 13,20 % للسكن ذو الطابع الإيجاري عند الطفلين، بينما يكاد التوزيع يستقر عند فئة المبحوثات ذوات السكن ذو الطابع المكلي عندما يتعلق الامر بأربع أطفال و أكثر من ذلك.

و بالتالي؛ نستطيع الاستنتاج بأن المبحوثات القاطنات بمساكن ذات طابع ملكي يملن إلى تفضيل عدد أطفال كبير يصل حتى 10 أطفال للمبحوثة الواحدة، في حين تنعدم النسب عند أنواع السكن الأخرى تقريباً.

إن هذه العلاقة العكسية بين نوع السكن مرتب بملكية، إيجار ثم سكن و ظيفي بالترتيب – كما جاء في استمارة الأسئلة – و بين عدد الأطفال المثالي في نظر المبحوثات تترجمه قيمة معامل الارتباط الدالة و المساوية لـ: $r = -0,16$ ، و على الرغم من ضعف هذه القيمة إلا أنها تعطي صورة على ضعف شدتها عن تفضيل النساء المبحوثات القاطنات بمسكن ذو طابع ملكي لعدد الأطفال الكبير، فنوعٌ من الراحة الداخلية و انعدام الإحساس بالخوف و القلق على مستقبل عيش الأبناء يمكن له أن يُكَرِّس هذه الرؤية المفَضِّلة لعدد الأطفال الكبير.

الشكل رقم 88 توزيع عدد الإجهاضات،الأطفال المولودين ميتين و الأطفال المتوفين الرضع حسب نوع المسكن

المصدر: من إعداد الطالبة وفق مخرجات البحث الميداني و بتصميم برنامج EXCEL 2007

بصورة عامة نستطيع القول بأن نوع المسكن سواءً كان ذو طابع ملكي، إيجاري أو سكن وظيفي لا يوجد فرق حقيقي بين أنواع المساكن على كل من الإجهاضات، الولادات الميتة و الأطفال المتوفين الرضع بعنى آخر أن نوع السكن لا يؤثر بشكل حقيقي في الحالات الثلاث السابقة الذكر.

المبحث الثالث: عدد الغرف في المسكن و تأثيره على خصوبة النساء الموظفات

المطلب الأول: عدد الغرف في المسكن و تأثيره على خصوبة النساء الموظفات بالمناطق الصحراوية من خلال فترات الإنجاب

الجدول رقم 86 عدد الغرف بالمسكن و المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و تاريخ أول ولادة

عدد الغرف في المسكن		المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و تاريخ أول ولادة					المجموع
		أقل من أو يساوي 12 شهر	13 – 30	31 – 48	49 – 66	67 – 84	
2 – 3	التكرارات	129	58	8	–	2	197
	%	% 65,5	% 29,4	% 4,1	–	% 1	% 100
4 – 5	التكرارات	49	19	6	4	–	78
	%	% 62,8	% 24,4	% 7,7	% 5,1	–	% 100
6+	التكرارات	9	4	–	1	–	14
	%	% 64,3	% 28,6	–	% 7,1	–	% 100
المجموع	التكرارات	187	81	14	5	2	289
	%	% 64,7	% 28	% 4,8	% 1,7	% 0,7	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS (v 24)

نلاحظ من خلال المعطيات الموزعة في الجدول أعلاه أن اتجاهه العام يكمن عند النساء المبحوثات اللواتي يفصل بين تاريخ أول زواج لهن و تاريخ أول ولادة أقل من أو يساوي 12 شهر بنسبة 64,70 % تليها نسبة 28 % للواتي يفصل بين تاريخ أول زواج و تاريخ أول ولادة من سنة إلى سنتين و نصف ثم نسبة 4,80 % للمدة الزمنية الفاصلة المقدرة من سنتين و نصف السنة إلى أربع سنوات.

و بعد إدخالنا للمتغير المستقل و المتمثل في عدد الغرف في المسكن نجد مبدئياً أن البيانات تأخذ توزيع بأهم النسب للمساكن ذات الغرفتين و الثلاث غرف تليها النسب الأقل مباشرةً للمساكن ذات الست غرف فما فوق ثم النسب الأقل أهمية للمساكن من الأربع و الخمس غرف، ونجد هذا التوزيع يخص المدة الفاصلة المقدرة بأقل من أو يساوي سنة و من

سنة إلى سنتين و نصف على التوالي، كما نلاحظ أيضاً تقارب النسب الموزعة في المدد الفاصلة بين المساكن حسب عدد غرفها، إذ تتوزع النسب عند المدة الفاصلة الأقل من أو تساوي سنة واحدة حسب عدد الغرف بنسبة 65,50 % للمنزل من الغرفتين و الثلاث غرف، ثم 64,30 % للمنزل ذو عدد الغرف الأكثر من أو يساوي ست غرف و أخيراً نسبة 62,80 % للمنزل ذو الأربع أو الخمس غرف.

نفس الملاحظة عند المدة الفاصلة من سنة إلى سنتين و نصف أذ نجد النسب تتقارب من بعضها البعض بنسبة 29,40 %، 28,60 %، 24,40 % على التوالي حسب توزيع عدد الغرف السابق عند المدة الفاصلة الأولى، و بحساب اختبار كاي مربع للاستقلالية بين المتغيرين نجد أن هذا الاختبار يعطي قيمة غير دالة أكبر من 0,05 تساوي 14,73 عند درجة حرية تساوي 8، و منه نقول باستقلالية المتغيرين و بالتالي فإن عدد الغرف في المسكن لا دور له في تحديد المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و تاريخ أول ولادة.

المطلب الثاني: عدد الغرف في المسكن و تأثيره على خصوبة النساء الموظفات بالمناطق الصحراوية من خلال استعمال وسائل منع الحمل

جدول رقم 87 توزيع عدد الغرف في المسكن و استعمال وسائل منع الحمل

عدد الغرف في المسكن		استعمال وسائل منع الحمل من طرف المبحوثات		المجموع
		نعم	لا	
2 – 3	التكرارات	123	74	197
	%	% 62,4	% 37,6	% 100
4 – 5	التكرارات	52	26	78
	%	% 66,7	% 33,3	% 100
6+	التكرارات	9	5	14
	%	% 64,3	% 35,7	% 100
المجموع	التكرارات	184	105	289
	%	% 63,7	% 36,3	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS (v 24)

إن عدم دلالية اختبار كاي مربع تعطي صورة عن عدم وجود اختلافات بين عدد الغرف في المسكن و استعمال وسائل منع الحمل بالرغم من توزيع قيمة الـ: 63,70 % لمستعملات موانع الحمل بشكل متفاوت نسبياً أين يأخذ المسكن ذو عدد الغرف المتمثل في أربع و خمس غرف أكبر نسبة و المقدرة بـ: 66,70 % تليها نسبة 64,30 % للست غرف فما فوق ، و أخيراً نسبة 62,40 % للمسكن ذو الغرفتين أو الثلاث غرف، و بالتالي نلاحظ جلياً عدم وجود اتجاه واضح للنسب الموزعة في الجدول أعلاه ما يعني أن النساء المبحوثات يستعملن وسائل منع الحمل بغض النظر عن عدد الغرف في المساكن القاطنين بها، و بالحديث عن أنواع تلك الوسائل نلاحظ دائماً استحواذ الوسيلة الهرمونية على أكبر معدلات استعمال عند النساء المبحوثات بنسبة 54,20 %، تليها الرزنامة و قياس الحرارة بنسبة 28,60 %، ثم الرضاعة الطبيعية المطولة بنسبة 21,10 % عند جميع أصناف المتغير المستقل (عدد الغرف في المسكن).

جدول رقم 88 توزيع عدد الغرف في المسكن و أنواع وسائل منع الحمل من طرف المبحوثات

عدد الغرف في المسكن		استعمال الحبوب	استعمال اللولب	استعمال الحقن	استعمال الواقي الذكري	القيام بعملية جراحية لجعل الزوج عقيماً	استعمال الرضاعة الطبيعية المطولة	استعمال الرزنامة وقياس الحرارة	استعمال العازل الطبي كالمرهم أو الكبسولة	استعمال ربط الأنابيب الرحمية
2 – 3	التكرارات	82	8	–	15	2	11	18	2	1
	%	% 41,6	% 4,1	–	% 7,6	% 1	% 5,6	% 9,1	% 1	0,5%
4 – 5	التكرارات	38	8	1	8	1	10	3	–	–
	%	% 48,7	% 10,3	% 1,3	% 10,3	% 1,3	% 12,8	% 3,8	–	–
6+	التكرارات	5	1	–	–	1	–	3	–	–
	%	% 35,7	% 7,1	–	–	% 7,1	–	% 21,4	–	–
المجموع	التكرارات	125	17	1	23	4	21	24	2	1
	%	% 43,3	% 5,9	0% ,3	% 8	% 1,4	% 7,3	% 8,3	0% ,7	0,3%

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS (v 24)

نلاحظ من خلال البيانات الموزعة في الجدول اتجاه النساء نحو استخدام وسائل منع الحمل المتمثلة في الوسائل الهرمونية بشكل واسع، تليها الرزنامة و قياس الحرارة ثم الواقي الذكري.

و تتميز النساء المبحوثات من الفئة التي يفوق عدد غرف مسكنها الست غرف حسب المعطيات المبينة أعلاه بعزوفهن عن الوسائل الهرمونية و استعمالهن للموانع التقليدية كالرزنامة و قياس الحراراة بأهم نسبة تمثل فارق كبير جداً بينها و بين باقي الفئات الأخرى عند نفس نوع الوسيلة المانعة للحمل و تساوي النسبة هنا 21,40 % مقابل 3,80 % و 9,10 % للمسكن المتكون من أربع أو خمس غرف و للمسكن المتكون من غرفتين أو ثلاث غرف على التوالي، بينما تنعدم النسب عند باقي الأنواع الأخرى لنفس الفئة المعنية (المبحوثات ذوات المسكن المتكون من ست غرف فما فوق) باستثناء اللولب و العملية الجراحية لجعل الزوج عقيماً بتكرارات ضعيفة جداً تمثل حالة واحدة لكل نوع وسيلة.

و بالتالي نستنتج مبدئياً قلة استخدام المبحوثات من المساكن الكبيرة لوسائل منع الحمل مقارنةً بالقاطنات بمساكن أصغر يقدر عدد غرفها بخمس على الأكثر.

كما تتميز المبحوثات من فئة المساكن ذات الأربع و الخمس غرف بتصدرهن تقريباً استعمال كل أنواع الوسائل، أين تمثل أعلى نسبة عند الوسيلة الهرمونية و المساوية لنسبة تقارب النصف بـ: 48,70 % ، الشيء نفسه عند الوسيلة المتمثلة في اللولب بأعلى نسبة تساوي 10,30 %، الواقي الذكري لها أعلى نسبة بـ 10,30 % أيضاً و الرضاعة الطبيعية المطولة بنسبة 12,80 %.

إلا أنه و بحسابنا لاختبار كاي مربع للاستقلالية وجدنا أن المتغيرين مستقلين عن بعضهما البعض عند جميع أنواع الوسائل بدون استثناء و بالتالي نقول بعدم تأثير عدد الغرف في المسكن على استخدام النساء الموظفات لأنواع وسائل منع الحمل.

جدول رقم 89 توزيع عدد الغرف في المسكن و أسباب عدم استعمال وسائل منع الحمل من طرف المبحوثات

عدد الغرف في المسكن		تتعارض مع معتقداتنا الدينية	أحب العدد الكبير من الأطفال	زوجي لا يحب	لا أعلم بها	الخوف من استعمالها والخوف من تأثيراتها الجانبية	أؤمن بأن الأطفال نعمة من الله
2 – 3	التكرارات	2	4	6	2	47	15
	%	% 1	% 2	% 3	% 1	% 23,9	% 7,6
4 – 5	التكرارات	1	1	1	–	18	5
	%	% 1,3	% 1,3	% 1,3	–	% 23,1	% 6,4
6+	التكرارات	–	1	–	–	3	2
	%	–	% 7,1	–	–	% 21,4	% 14,3
المجموع	التكرارات	3	6	7	2	68	22
	%	% 1	% 2,1	% 2,4	0% ,7	% 23,5	% 7,6

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS (v 24)

تتشارك النساء المبحوثات في مجمل المبررات التي تمنعهن من استعمال وسائل منع الحمل، كالخوف من استعمالها و الخوف من تأثيراتها الجانبية أيضاً بنسبة % 23,50 تتوزع بشكل تنازلي متقارب النسب بأعلى قيمة لفئة المبحوثات القاطنات بمساكن متكونة من غرفتين و ثلاث غرف ثم للمنازل ذات الأربع و الخمس غرف و أخيراً بنسبة أضعف للمساكن المتكونة من ستة غرف فما فوق، الشيء نفسه بالنسبة لمبرر عدم استخدام وسائل منع الحمل و المتمثل في الإجابة بزوجي لا يحب أين يأخذ التوزيع منحى تنازلي مقابل أهم نسبة عند سبب الامتناع عن استخدام وسائل منع الحمل المتمثل في حب المبحوثة لعدد الأطفال الكبير و نجدها عند فئة المساكن ذات الست غرف فما فوق.

و بالتالي و من خلال هذه التوزيعات نلمس نوع من تقاسم النسب بين أسباب عدم الاستخدام و عدد الغرف في المنزل، وهو ما تؤكده عدم دلالية اختبار كاي مربع غير الدالة و التي تعني بأنه لا يوجد اختلاف بين مبررات عدم استخدام وسائل منع الحمل و عدد الغرف في المنزل.

المطلب الثالث: عدد الغرف و تأثيره على خصوبة النساء بالمناطق الصحراوية من خلال الولادات

جدول رقم 90 توزيع عدد الغرف في المسكن و مجموع الأطفال لدى المبحوثات

عدد الغرف في المسكن		مجموع الأطفال لدى المبحوثات							المجموع
		0	1	2	3	4	5	6	
2 – 3	التكرارات	6	57	71	37	23	2	1	197
	%	% 3	% 28,9	% 36	% 18,8	% 11,7	% 1	% 0,5	% 100
4 – 5	التكرارات	1	16	24	19	10	6	2	78
	%	% 1,3	% 20,5	% 30,8	% 24,4	% 12,8	% 7,7	% 2,6	% 100
6+	التكرارات	–	2	1	6	3	2	–	14
	%	–	% 14,3	% 7,1	% 42,9	% 21,4	% 14,3	–	% 100
المجموع	التكرارات	7	75	96	62	36	10	3	289
	%	% 2,4	% 26	% 33,2	% 21,5	% 12,5	% 3,5	% 1	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS (v 24)

نلاحظ من خلال معطيات الجدول أعلاه أنه هناك نوع من العلاقة العكسية بين نسب المبحوثات حسب كل من فئة المساكن بعدد الغرف المختلف و عدد الأطفال عندهن المتمثل في طفل واحد و طفلين اثنين ، بدءاً بأكبر نسبة والمقدرة بـ: 28,90 % عند مجموع الأطفال المساوي لواحد لفئة المساكن ذات الغرفتين و الثلاث غرف، تليها نسبة 20,50% لعدد الغرف المساوي لأربع و خمس غرف بالمسكن، ثم ست غرف فأكثر بـنسبة 14,30 %.

و نفس النسبة لعدد الأطفال المساوي لاثنين بنسبة عالية للمبحوثات القاطنات بمساكن ذات غرفتين و ثلاث غرف تساوي 36 % ، تليها نسبة 30,80 % للمساكن ذات الأربع و الخمس غرف، ثن آخر نسبة 7,10 % للمساكن ذات الست غرف فما فوق، وبالتالي و مدئياً نلاحظ وجود صبغة تنازلية لتوزيع المعطيات بحيث أنه كلما زاد عدد الغرف في المسكن كلما قلت نسبة الأطفال عند المبحوثة.

يقابل التوزيع السابع توزيع تصاعدي ابتداءً من عدد الأطفال المساوي لثلاثة أطفال فما فوق، أين تأخذ النسب في أخذ توزيع تصاعدي حسب عدد الغرف بحيث انه كلما انتقلنا

إلى مسكن بعدد غرف أكبر إلا و زادت معه نسبة الأطفال لدى المبحوثة، و هو ما يؤكده اختبار كاي مربع الذي أعطى قيمة دالة تساوي 26,42 عند درجة حرية 12 و بالتالي نستطيع القول بأن عدد الغرف في المسكن يؤثر على عدد الأبناء عند المبحوثة.

إن ميزة المنطقة بأغلب المساكن ذات الطابع الملكي ما يمكن إرجاعه إلى عدة أسباب منها التاريخية، الديمغرافية و السياسية يمكن أن يلعب دوراً في زيادة عدد الأطفال المنجبين في العائلة الواحدة و للتأكد من صحة هذه الفرضية قمنا بوضع جدول مركب من نوع الإقامة (المسكن و عدد الغرف) لمعرفة إذا كانت ملكية المنزل تلعب دوراً حقيقياً في تحديد عدد الأبناء و وجدنا التالي:

جدول رقم 91 مركب من متغير المسكن و متغير عدد الغرف

عدد الغرف / نوع المسكن	غرفتين	ثلاث غرف	أربع غرف	خمس غرف	ست غرف	سبع غرف	المجموع
ملكية	19	92	48	18	7	6	190
إيجار	30	35	2	1	0	0	68
سكن وظيفي	5	16	9	0	0	1	31
المجموع	54	143	59	19	7	7	289

المصدر: من إعداد الطالبة

وفعلاً؛ تعتبر المنطقة الصحراوية من الزاوية الجغرافية منطقة تمتاز بالشساعة مما يتيح فرص بناء المنازل الكبيرة، إضافةً إلى تجنب بناء المنازل بعدة طوابق و الاكتفاء بطابق أرضي و آخر أول إن لزم الأمر تفادياً لقوة حرارة الشمس التي تجعل السكن في الطابق الأول أو الثاني بعد الدور الأرضي شبه مستحيل ، إلا أن الجدول يوضح أنه يمكن لطبيعة المنزل أن تكون سبباً في تحديد عدد الأطفال في العائلة، فحتى المنازل ذات الطابع السكني الوظيفي تتميز بنفس مميزات قواعد البناء في البيئة الصحراوية الخاصة بالمنطقة،

وهو ما تؤكده قيمة اختبار كاي مربع الدالة الموضحة في الجدول أدناه

مستوى الدلالة	قيمة الاختبار	درجة الحرية
0,00	**57,89**	**10**

جدول رقم 92 توزيع عدد الغرف في المسكن و عدد الإجهاضات لدى المبحوثات

عدد الغرف في المسكن		عدد الإجهاضات					المجموع
		0	1	2	3	6	
2 – 3	التكرارات	147	34	8	7	1	197
	%	% 74,6	% 17,3	% 4,1	% 3,6	% 0,5	% 100
4 – 5	التكرارات	47	21	9	1	–	78
	%	% 60,3	% 26,9	% 11,5	% 1,3	–	% 100
6+	التكرارات	13	1	–	–	–	14
	%	% 92,9	% 7,1	–	–	–	% 100
المجموع	التكرارات	207	56	17	8	1	289
	%	% 71,6	% 19,4	% 5,9	% 2,8	% 0,3	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS (v 24)

نلاحظ من خلال المعطيات الموزعة بالجدول أعلاه أن أهم نسبة عند اتجاهة العام و المتمثل في حالة الإجهاض الواحدة تكمن عند المبحوثات القاطنات بمساكن متكونة من أربعة و خمس غرف و هو الأمر نفسه عند حالة الإجهاضين بنسبة 26,90 % و 11,50 % على التوالي، بينما تأخذ المساكن المتكونة من غرفتين و ثلاث غرف النسب الأهم عند حالات الإجهاض المساوية لثلاث و ست حالات، إلا أن هذا التوزيع لا يقدم حقيقة علاقة عدد الغرف بالمسكن بعدد الإجهاضات؛ من أجل ذلك استعنا باختبار كاي مربع و أعطى هذا الأخير قيمة غير دالة تشير إلى عدم دلالية هذه الفروق و هذا التوزيع، وبالتالي نقول بأن عدد الغرف في المنزل لا يشكل عنصراً مؤثراً في عدد الإجهاضات عند المبحوثة.

جدول رقم 93 توزيع عدد الغرف في المسكن و عدد الأطفال المولودين ميتين لدى المبحوثات

عدد الغرف في المسكن		عدد الأطفال المولودين ميتين				المجموع
		0	1	2	3	
2 - 3	التكرارات	171	21	3	2	197
	%	% 86,8	% 10,7	% 1,5	% 1	% 100
4 - 5	التكرارات	62	14	1	1	78
	%	% 79,5	% 17,9	% 1,3	% 1,3	% 100
6+	التكرارات	11	2	-	1	14
	%	% 78,6	% 14,3	-	% 7,1	% 100
المجموع	التكرارات	244	37	4	4	289
	%	% 84,4	% 12,8	% 1,4	% 1,4	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي (SPSS (v 24

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن اتجاهه العام – بعد استثناء الحالة الأولى لعدم وجود ولادات ميتة – أنه يتخذ حالات النساء المبحوثات اللواتي لديهن طفل مولود ميت واحد اتجاهاً له بنسبة 12,80 %، و بإدخالنا للمتغير المستقل و المتمثل في عدد الغرف في المسكن نلاحظ أن المبحوثات القاطنات بمساكن كبيرة متكونة من أربع غرف فما فوق مثلت أعلى النسب عند حالة الأطفال المولودين ميتين الواحدة و الثلاث حالات بنسبة تقدر بـ: 17,90 % و 14,30 % للحالة الواحدة على التوالي و 7,10% و 1,30 % للثلاث حالات، و بالتالي تشير القراءة الأولية للمعطيات الإحصائية إلى وجود صبغة طردية نوعاً ما بين عدد الغرف في المسكن و عدد الأطفال المولودين ميتين إلا أن اختبار كاي مربع أعطى نتيجة غير دالة إحصائياً تساوي 6,53 بدرجة حرية 6 و بالتالي نقول بعد تأثير عدد الغرف بالمسكن على خصوبة النساء العاملات بالمنطقة محل الدراسة.

جدول رقم 94 توزيع عدد الغرف في المسكن و عدد الأطفال المثالي

عدد الغرف في المسكن		عدد الأطفال المثالي									المجموع
		1	2	3	4	5	6	7	8	10	
2 - 3	التكرارات	1	20	47	98	25	3	2	1	-	197
	%	% 0,5	% 10,2	% 23,9	% 49,7	% 12,7	% 1,5	% 1	% 0,5	-	% 100
4 - 5	التكرارات	-	3	17	42	13	2	-	1	-	78
	%	-	% 3,8	% 21,8	% 53,8	% 16,7	% 2,6	-	% 1,3	-	% 100
6+	التكرارات	-	2	3	6	2	-	-	-	1	14
	%	-	% 14,3	% 21,4	% 42,9	% 14,3	-	-	-	% 7,1	% 100
المجموع	التكرارات	1	25	67	146	40	5	2	2	1	289
	%	% 0,3	% 8,7	% 23,2	% 50,5	% 13,8	% 1,7	% 0,7	% 0,7	% 0,3	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي (SPSS (v 24

يمكن أن تكون مساحة الحيز المحيط بالزوجين و المتمثلة في مساحة المسكن أن تلعب دوراً على المستوى الذهني و الفكري للزوجين، فلو كان المنزل ضيقاً يكاد يسعهما مع أو بدون أطفال فمن المنطقي أن يعزفا عن فكرة الأسرة الكبيرة العدد و إنجاب عدد أطفال كثير، في حين لو كان المسكن متسعاً يكفيهما و يزيد فيمكن للزوجين التفكير في إنجاب عدد أطفال لملء البيت.

من هذا المنطلق الفكري سنحاول اكتشاف هل فعلاً يلعب عدد الغرف في المنزل دوراً في التفكير في عدد الأبناء المرغوب في إنجابه، فمن خلال المعطيات الموزعة في الجدول أعلاه نلاحظ عند اتجاهه العام المتمثل في أربعة أطفال (04) أن أكبر نسبة عند هذا الاتجاه تعود للمبحوثات القاطنات بمسكن متكون من أربع و خمس غرف كما تشمل هذه الفئة أهم نسبة عند عدد الأطفال المثالي المساوي لخمس أطفال.

ثاني أكبر نسبة تمثل فئة المبحوثات اللواتي يرين بأن عدد الأطفال المثالي يساوي ثلاث أطفال (03) و هن من فئة المبحوثات القاطنات بمسكن متكون من غرفتين و ثلاث غرف، أما ثالث نسبة فتعود

وبتتبعنا لأهم نسب الحالات في الجدول نلاحظ نوع من التباين في توزيع القيم حسب كل فئة، و استناداً إلى اختبار كاي مربع الذي أعطى قيمة دالة تساوي 26,46 بدرجة حرية تساوي 16 و Sig أصغر من 0,05 تساوي 0,048 نقول بأنه فعلا لا توجد استقلالية بين المتغيرين و بالتالي فإن عدد الغرف بالمسكن يلعب دوراً في تحديد عدد الأطفال المثالي لدى المبحوثات الموظفات بالمنطقة مجل الدراسة، و منه تصح الفرضية المُسردة في بداية الفقرة أن الحيز الجغرافي المحيط بالأسرة يلعب دوراً في تكوين التصور المتعلق بتحديد عدد الأطفال المثالي في نظر كل زوجين.

المبحث الثالث: تكلفة الطفل و تأثيرها على خصوبة النساء الموظفات

المطلب الأول: تكلفة الطفل و تأثيرها على خصوبة النساء الموظفات بالمناطق الصحراوية و فترات الإنجاب

جدول رقم 95 توزيع تكلفة الطفل و المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و أول ولادة

اعتبار تكلفة الطفل حافزا لاستعمال وسائل منع الحمل		المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و تاريخ أول ولادة					المجموع
		أقل من أو يساوي 12 شهر	13 – 30	31 – 48	49 – 66	67 – 84	
نعم	التكرارات	90	31	8	4	1	134
	%	% 67,2	% 23,1	% 6	% 3	% 0,7	% 100
لا	التكرارات	93	50	6	1	1	151
	%	% 61,6	% 33,1	% 4	% 0,7	% 0,7	% 100
المجموع	التكرارات	183	81	14	5	2	285
	%	% 64,2	% 28,4	% 4,9	% 1,8	% 0,7	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS (v 24)

تتغير الأفكار و أنماط الحياة المُعاشة بتغير العصور و المجتمعات، و يشهد عصرنا الحالي عديد السلوكات و الأفكار التي لم تكن واردة عند أجيالٍ سبقت، ومثال ذلك

التفكير في تكلفة الطفل حتى قبل أن يُولد حيث سالت أقلام الباحثين و المهتمين كثيراً في هذا الصدد مثل ما ذكرنا في مباحث سابقة.

وتلعب عوامل كثيرة دوراً في تغيير أنماط التفكير عند البشر كالعامل التكنولوجي، الاقتصادي، الحضاري، السياسي و ما إلى ذلك من العوامل الأخرى، فالعالم يشهد على مر العصور تقلبات سوسيو–ثقافية تتبع غالباً التغير الاقتصادي و التكنولوجي للبشر وبالتالي نرى ظواهر اجتماعية و ثقافية في المجتمعات المتقدمة قبل غيرها، و بوصول التكنولوجيا للمجتمعات الأخرى أصبحت تشهد هذه الأخيرة كذلك تلك الظواهر التي انتشرت عند نظيرتها المتقدمة – (و نذكر هنا طيب الظواهر و أسوأها) – و التي لم تكن سابقة عند أجدادهم و لا معروفة عنده أو متعارفة عليه.

فالمجتمع الجزائري باعتباره جزء من المجتمع العالمي السائر في طريق النمو شهد بدوره عدة ظواهر جديدة لم يعرفها مجتمعه القديم كتقدير تكلفة الطفل قبل إنجابه، و المجتمع الصحراوي كجزء من المجتمع الجزائري يشهد هو الآخر بوادر التغير الاجتماعي و الوظيفي الأسري على سبيل المثال لا الحصر، لكنه لازال متمسكاً بعادات و أنماط سلوكية قديمة معروفة عنه.

والمجتمع الصحراوي التواتي مجتمعٌ قديمٌ محافظٌ، يمتاز بغلبة الطابع الديني و التربوي على جُلِّ أنماطه السلوكية، و على عكس ما يظهر بشكل عام من عولمة طاغية على جميع أصعدة المجتمع إلا أن نتائج الجدول الإحصائي أعلاه لا تثبت ذلك، فأكثر من نصف المبحوثات 52,24 % نفين بأن تكون تكلفة الطفل حافزاً لاستعمال وسائل منع الحمل مقابل 46,36 % للمؤيدات و أربع (04) ممتنعات عن الإجابة.

هذه النسب تعكس صورة مبدئية عن المجتمع المدروس الذي ترى فيه غالبية المبحوثات أن تكلفة الطفل لا تُعتبر عندهن حافزاً لاستعمال وسائل منع الحمل كما يُظهر الجدول، وعند إدخال هذا المتغير على المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و تاريخ أول ولادة نلاحظ – و قد أثبتنا مرات سابقة أن اتجاهه العام يمثل النساء اللواتي يفصل بين تاريخ أول زواج لهن و أول مولود مدة زمنية أكبر من شهر و أقل من سنة كاملة – نلاحظ أن أهم نسبة ترجع للنساء المبحوثات اللواتي أجبن بانهن يرين بأن تكلفة الطفل تعتبر حافزاً

لاستخدام وسائل منع الحمل و اللواتي يفصل بين تاريخ أول زواج لهن و أول ولادة أقل من أو يساوي شهر.

ثاني أهم نسبة في الجدول تعود للنساء اللواتي يفصل بين تاريخ أول زواج لهن و تاريخ أول ولادة مدة زمنية من سنة إلى سنتين و نصف (13 شهراً – 30 شهراً) و اللواتي لا يرين بأن تكلفة الطفل تعتبر حافزاً لاستخدام وسائل منع الحمل.

ثالث أهم نسبة في الجدول تساوي 6 % و هي تمثل المبحوثات المؤيدات للكلفة و اللواتي يفصل بين تاريخ أول زواج لهن و أول ولادة من سنتين و نصف إلى أربع سنوات (31 شهراً – 48 شهراً) و 3 % لفس الفئة عند المدة الزمنية الفاصلة المساوية لـ: 49 شهراً – 66 شهراً أي من 4 سنوات إلى خمس سنوات و نصف السنة.

منطقياً يمكن اعتبار النسب الموزعة نسب غير دالة لتضادها، فكيف لأغلبية النساء اللواتي يفكرن في اعتبار أن التكلفة تشكل حافزاً لاستعمال وسائل منع الحمل و هن يتصدرن أصغر المدد الزمنية الفاصلة بين تاريخ الزواج و الولادة الأولى، هذا ما يثبته اختبار كاي مربع للاستقلالية ذو القيمة غير الدالة ما يعني عدم وجود تأثير بين المتغيرين و بالتالي نقول بأن اعتبار تكلفة الطفل حافز لاستخدام وسائل منع الحمل متغير غير مؤثر في المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و تاريخ أول ولادة.

جدول رقم 96 توزيع تكلفة الطفل و المدة الفاصلة بين تاريخ أول ولادة و تاريخ ثاني ولادة

اعتبار تكلفة الطفل حافزا لاستعمال وسائل منع الحمل		المدة الفاصلة بين تاريخ أول ولادة و تاريخ ثاني ولادة					المجموع
		أقل من أو يساوي شهر	1 – 33	34 – 66	67 – 99	100 – 132	
نعم	التكرارات	32	55	45	1	1	134
	%	% 23,9	% 41	% 33,6	% 0,7	% 0,7	% 100
لا	التكرارات	48	64	37	2	–	151
	%	% 31,8	% 42,4	% 24,5	% 1,3	–	% 100
المجموع	التكرارات	80	119	82	3	1	285
	%	% 28,1	% 41,8	% 28,8	% 1,1	% 0,4	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي (SPSS (v 24

على عكس توزيعات الجدول السابق، يُظهر الجدول أعلاه مبدئياً نوع من الانسجام و التوافق المنطقي بين إجابات المبحوثات و الملاحظات المجموعة ميدانياً أين تمثل أكبر نسبة عند اتجاهه العام و المتمثل في النساء اللواتي يفصل بين أول ولادة لهن و ثاني ولادة مدة زمنية تنحصر بين شهر واحد و عامين و تسعة (09) أشهر كاملةً بنسبة تمثل 42,40 %، وهي نسبة تعود للمبحوثات اللواتي لا يعتبرن تكلفة الطفل حافز لاستعمال وسائل منع الحمل.

ثاني أهم نسبةتساوي 31,80 % و هي ترجع للنساء المبحوثات اللواتي لا يرين بأن تكلفة الطفل تعتبر حافزاً لاستعمال وسائل منع الحمل و يفصل بين تاريخ أول ولادة لهن و ثاني ولادة مدة زمنية أقل من شهر واحد أو تساويه.

أما ثالث أكبر نسبة فهي للنساء اللواتي أجبن بنعم و يرين بأن تكلفة الطفل تعتبر حافزاً لاستعمال وسائل منع الحمل و يفصل بين تاريخ أول مولود لهن و ثاني مولود مدة زمنية تنحصر بين 34 و 66 شهراً أي من عامين و 10 أشهر إلى 5 سنوات و نصف السنة.

إن هذا التوزيع المتذبذب لا يُظهر اتجاه واضح للمتغيرين و بالتالي قمنا بحساب اختبار كاي مربع للاستقلالية و أعطى قيمة غير دالة إحصائياً تساوي 4,99 بدرجة حرية تساوي 4 و هو ما يشير إلى استقلالية المتغيرين و بالتالي نقول بأن تكلفة الطفل عند المبحوثات لا تؤثر على المُدد الزمنية الفاصلة بين تاريخ أول ولادة و ثاني ولادة.

المطلب الثاني: تكلفة الطفل و تأثيرها على خصوبة النساء الموظفات بالمناطق الصحراوية و وسائل منع الحمل

جدول رقم 97 توزيع تكلفة الطفل و استعمال وسائل منع الحمل عند المبحوثات

اعتبار تكلفة الطفل حافزا لاستعمال وسائل منع الحمل		استعمال وسائل منع الحمل من طرف المبحوثات		المجموع
		نعم	لا	
نعم	التكرارات	95	39	134
	%	% 70,9	% 29,1	% 100
لا	التكرارات	86	65	151
	%	% 57	% 43	% 100
المجموع	التكرارات	181	104	285
	%	% 63,5	% 36,5	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS (v 24)

يُظهر الجدول أن نسبة غالبة من المبحوثات اللواتي أجبن بأنهن يعتبرن تكلفة الطفل حافز لاستعمال وسائل منع الحمل فعلاً يستعملن وسائل منع الحمل بنسبة تساوي 70,90 % منهن مقابل 29,10 % من نفس الفئة و لكن لا يستخدمن وسائل منع الحمل.

بينما نجد نسبة 43 % للمبحوثات اللواتي لا يستخدمن وسائل منع الحمل و لا يعتبرن تكلفة الطفل حافز لاستعمالها مقابل 57 % للواتي يستعملنها و لا يشاركنهن في عدم اعتبار التكلفة حافز لاستعمالها.

واستناداً إلى اختبار كاي مربع للاستقلالية نجده يثبت التوزيع أعلاه بقيمة دالة تساوي 5,95 بمعنى أنه لا توجد استقلالية ما بين المتغيرين و بالتالي وجود تأثير بينهما،

فاعتبار تكلفة الطفل كحافز لاستعمال وسائل منع الحمل تؤثر في استعمال / من عدم استعمال المبحوثات لوسائل منع الحمل في في المجتمع محل الدراسة.

جدول رقم 98 توزيع تكلفة الطفل و نوع وسيلة منع الحمل

اعتبار تكلفة الطفل حافزا لاستعمال وسائل منع الحمل		استعمال الحبوب	استعمال اللولب	استعمال الحقن	استعمال الواقي الذكري	القيام بعملية جراحية لجعل الزوج عقيماً	استعمال الرضاعة الطبيعية المطولة	استعمال الرزنامة وقياس الحرارة	استعمال العازل الطبي كالمرهم أو الكبسولة	استعمال ربط الأنابيب الرحمية
نعم	التكرارات	65	11	–	12	1	9	9	1	1
	%	% 48,50	% 8,20	–	% 9	% 0,70	% 6,70	% 6,70	% 0,70	% 0,70
لا	التكرارات	57	6	1	11	3	12	15	1	–
	%	% 37,70	% 4	% 0,70	% 7,30	% 2	% 7,90	% 9,90	% 0,70	–
المجموع	التكرارات	122	17	1	23	4	21	24	2	1
	%	% 42,80	% 6	% 0,40	% 8,10	% 1,40	% 7,40	% 8,40	% 0,70	% 0,40

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي (SPSS (v 24

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن النساء اللواتي يعتبرن تكلفة الطفل حافز لاستعمال وسائل منع الحمل يتنوع استعمالهن لتلك الوسائل بنسب تنازلية من حبوب منع الحمل (48,50 %)، استعمال الواقي الذكري (9 %)، استعمال اللولب (8,80 %) و ربط الأنابيب الرحمة للمرأة بنسبة (0,70 %) على التوالي.

أما فيما يتعلق باللواتي لا يعتبرن بأن تكلفة الطفل تشكل حافزاً لاستعمال وسائل منع الحمل فتنوعت استخداماتهن على الرزنامة وقياس الحرارة بنسبة 7,90 % ، القيام بعملية جراحية لجعل الزوج عقيماً بنسبة 2 % و الحقن بنسبة 0,70 %،

و أسفرت نتائج اختبار كاي مربع لكل وسيلة منع حمل عن عدم دلالية أي منها ما بعني أن عامل تكلفة الطفل عند المبحوثات في المجتمع حمل الدراسة لا يؤثر في اختيارهن لوسيلة منع الحمل.

جدول رقم 99 توزيع تكلفة الطفل وسبب عدم استخدام وسائل منع الحمل

اعتبار تكلفة الطفل حافزا لاستعمال وسائل منع الحمل		تتعارض مع معتقداتنا الدينية	أحب العدد الكبير من الأطفال	زوجي لا يحب	لا أعلم بها	الخوف من استعمالها والخوف من تأثيراتها الجانبية	أؤمن بأن الأطفال نعمة من الله
نعم	التكرارات	2	-	3	1	27	6
	%	% 1,50	-	% 2,20	% 0,70	% 20,10	% 4,50
لا	التكرارات	1	6	4	1	39	16
	%	% 0,70	% 4	% 2,60	% 0,70	% 25,80	% 10,60
المجموع	التكرارات	3	6	7	2	66	22
	%	% 1,10	% 2,10	% 2,50	% 0,70	% 23,20	% 7,70

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS (v 24)

ترى نسبة 1,50 % من المبحوثات المجيبات باعتبارهن لتكلفة الطفل حافز لاستعمال وسائل منع الحمل بأنها تتعارض مع المعتقدات الدينية، في حين تفاوتت النسب عند المجيبات بعد اعتبارهن للتكلفة كوسيلة محفزة لاستخدام موانع الحمل أين كان للخوف من استعمالها و الخوف من تأثيراتها الجانبية أيضاً الحصة الأكبر بنسبة 25,80 %، ثم لسبب الإيمان بأن الأطفال نعمة من عند الله تعالى بنسبة 10,60 %.

4% ما يعادل ست مبحوثات (06) لفئة المجيبات بـعدم اعتبارهن لتكلفة الطفل حافز لاستعمال وسائل منع الحمل صرحن بحبهن لعدد الاطفال الكبير و هي القيمة الدالة الوحيدة عند اخبار كاي مربع بقيمة تساوي 5,43 عند مستوى دلالة يساوي Sig = 0,03.

وعليه؛ نستطيع القول بأنه لا توجد استقلالية بين المتغيرين (المستقل مُمثلاً في اعتبار تكلفة الطفل حافز لاستعمال وسائل منع الحمل و التابع مثمثلاً في مختلف أسباب عدم استخدام وسائل منع الحمل)، بمعنى آخر أن المتغير التابع و المتمثل في حب عدد الأطفال الكبير من طرف المبحوثة يتبع حقيقةً اعتبار تكلفة الطفل حافز لاستعمال وسائل منع الحمل.

المطلب الثالث: تكلفة الطفل و تأثيرها على خصوبة النساء الموظفات بالمناطق الصحراوية و الولادات

جدول رقم 100 توزيع تكلفة الطفل و عدد الإجهاضات

اعتبار تكلفة الطفل حافزا لاستعمال وسائل منع الحمل		عدد الإجهاضات					المجموع
		0	1	2	3	6	
نعم	التكرارات	99	22	9	4	-	134
	%	% 73,9	% 16,4	% 6,7	% 3	-	% 100
لا	التكرارات	107	32	7	4	1	151
	%	% 70,9	% 21,2	% 4,6	% 2,6	% 0,7	% 100
المجموع	التكرارات	206	54	16	8	1	285
	%	% 72,3	% 18,9	% 5,6	% 2,8	% 0,4	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS (v 24)

بغض النظر عن نسبة المبحوثات اللواتي ليست لديهن ولا حالة إجهاض و هن يمثلن الغالبية بنسبة تفوق السبعين في المائة 72,30 %، إلا أن نسبة مهمة و هي ثاني أكبر نسبة في الجدول تمثل النساء المبخوثات اللواتي لديهن حالة إجهاض واحدة بنسبة تساوي 18,90 %، و بإدخال المتغير المستقل نجد أن نسبة 21,20 % تمثل نسبة المبحوثات اللواتي لا يعتبرن تكلفة الطفل حافزاً لاستعمال وسائل منع الحمل.

و بحذف نسبة النساء ليست لديهن ولا حالة إجهاض ترتفع النسبة لتبلغ 72,72 % من مجموع المبحوثات اللواتي لديهن حالة إجهاض واحدة على الأقل لنفس الفئة من المبحوثات,

إن عدم اعتبار المبحوثة لتكلفة الطفل كدافع لاستعمال وسائل منع الحمل يعني أن فكرة إنجاب طفل عندها فكرة لا يُعرقلها الجانب الاقتصادي للحياة المعيشية، و هنا سَتَتَّسِم عملية الإنجاب بالاستمرارية في حالة عدم وجود مانع لذلك، و بالتالي و كما أثبتنا سابقاً

وجود العلاقة الطردية بين ارتفاع عدد الأحبال عند المبحوثة و ارتفاع خطر حدوث الإجهاض.

جدول رقم 101 توزيع تكلفة الطفل و عدد الأطفال المتوفين الرُضَّع

اعتبار تكلفة الطفل حافزا لاستعمال وسائل منع الحمل		عدد الأطفال المتوفين الرضع				المجموع
		0	1	2	3	
نعم	التكرارات	127	7	–	–	134
	%	% 94,8	% 5,2	–	–	% 100
لا	التكرارات	144	5	1	1	151
	%	% 95,4	% 3,3	% 0,7	% 0,7	% 100
المجموع	التكرارات	271	12	1	1	285
	%	% 95,1	% 4,2	% 0,4	% 0,4	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS (v 24)

تعتبر وفيات الأطفال الرضع ظاهرة من بين الظواهر التي لازالت تؤرق و تنغص حال السكان بالمجتمعات المتخلفة و السائرة في طريق النمو، و قد تعددت الدراسات مُحاولةً الوقوف على أهم أسباب هذه الظاهرة و كشف أدق تفاصيلها من أجل تنبيه المعنيين للحد منها.

و باعتبار أيضاً أن ظاهرة الأطفال المتوفين الرضع ظاهرة تمس الطفل بعد حدوث الولادة و انتقاله للحياة الخارجية (خارج جسم الأم) فإن أسبابها أكثر ما تكون خارجية أكثر من كونها أسباب داخلية، و تعود غالباً كما أشارت عدة دراسات في مختلف مناطق الوطن إلى إرجاع أسباب هذه الوفيات إلى أسباب خارجية كمختلف الأمراض التي تصيب الطفل في هذه المرحلة من حياته كالحصبة، السعال الديكي، الكوليرا، الإسهال... و غيرها.

و النساء في المجتمع الصحراوي المدروس شأنهن شأن النساء في باقي الوطن يشهدن مختلف الظواهر المنتشرة في هذا الأخير و نخص هنا بالذكر وفيات الأطفال الرضع حيث أسفرت النتائج الميدانية عن قرابة 5 % من النساء المبحوثات لديهن حالة

طفل رضيع متوفى واحدة، و تنقسم هذه النسبة بحصة الأغلبية لحالة الطفل الرضيع المتوفي الواحدة و بحصص أقل متساوية عند كل من الحالتين و الثلاث حالاث كما وضحنا في محطات سابقة.

و من خلال متغير تكلفة الطفل، نلاحظ أن المبحوثات اللواتي يعتبرن أنها حافز لاستعمال وسائل منع الحمل شكَّلن الأغلبية عند حالة اتجاه الجدول العام و المتمثل في حالة الطفل المتوفي الرضيع الواحد بنسبة تساوي 5,20 % مقابل 3,30 % للواتي لا يعتبرن تكلفة الطفل حافز لاستعمال وسائل منع الحمل، و استناداً إلى نتيجة اختبار كاي مربع غير الدالة نقول بأنه لا يوجد تأثير بين المتغيرين، بمعنى أنه هناك استقلالية تامة بين تكلفة الطفل و اعتبارها محفز لاستعمال وسائل منع الحمل و عدد الأطفال المتوفين الرضع.

جدول رقم 102 توزيع تكلفة الطفل و عدد الأطفال المثالي

اعتبار تكلفة الطفل حافزا لاستعمال وسائل منع الحمل		عدد الأطفال المثالي									المجموع
		1	2	3	4	5	6	7	8	10	
نعم	التكرارات	-	15	32	67	17	1	1	1	-	134
	%	-	% 11,2	% 23,9	% 50	% 12,7	% 0,7	% 0,7	% 0,7	-	% 100
لا	التكرارات	1	10	34	78	21	4	1	1	1	151
	%	% 0,7	% 6,6	% 22,5	% 51,7	% 13,9	% 2,6	% 0,7	% 0,7	% 0,7	% 100
المجموع	التكرارات	1	25	66	145	38	5	2	2	1	285
	%	% 0,4	% 8,8	% 23,2	% 50,9	% 13,3	% 1,8	% 0,7	% 0,7	% 0,4	% 100

المصدر: مخرجات البحث الميداني وفق برنامج التحليل الإحصائي SPSS (v 24)

نلاحظ من خلال التوزيع المبين في الجدول أعلاه تصدر فئة النساء المبحوثات اللواتي يعتبرن تكلفة الطفل حافزاً لاستعمال وسائل منع الحمل ترتيب القيم عند اتجاه الجدول المتمثل في عدد الأطفال المثالي المساوي لأربع أطفال عند المبحوثة بنسبة 51,7 %، تليها

نسبة تساوي 23,9 % للمبحوثات الواتي يرين بأن تكلفة الطفل تعتبر حافزاً لاستعمال وسائل منع الحمل و يمثل عدد الأطفال المثالي عندهن 3 أطفال.

ثالث أعلى نسبة ترجع للنساء المؤيدات لفكرة تكلفة الطفل و يرين بأن عدد الأطفال المثالي للمرأة يساوي 5 أطفال، أما رابع نسبة فتساوي 23,9 % وهي لنفس الفئة من النساء و لكن للواتي يرين بأن عدد الأطفال المثالي يساوي طفلين اثنين.

من خلال ما سبق يظهر لنا أن النساء اللواتي لا يعتبرن تكلفة الطفل حافز لاستعمال وسائل منع الحمل يرين بأن عدد الأطفال المثالي عند المرأة يبدأ من أربعة أطفال (04) فما فوق، بينما يمثل عدد الأطفال المثالي عند المعتبرات تكلفة الطفل حافز لاستعمال وسائل منع الحمل طفلين و ثلاثة أطفال، و يُتصور لنا للوهلة الأولى و من خلال هكذا توزيع بأن هناك علاقة تأثيرية بين المتغيرين و للتأكد من ذلك تم حساب اختبار كاي مربع و قد أسفر هذا الأخير عن قيمة غير دالة تساوي 5,12 بدرجة حرية تساوي 8 و مستوى دلالة أصغر من 5 % يساوي Sig = 0,74.

ومنه نقول بأنه هناك استقلالية تامة بين اعتبار تكلفة الطفل عند المبحوثة حافز لاستعمال وسائل منع الحمل و عدد الأطفال المثالي، فالمرأة المبحوثة في المجتمع المدروس تفضل عدد الأطفال الكبير أكثر من عدد الأطفال القليل لاعتبارات عديدة تتنوع بين الثقافية، الاجتماعية و الدينية.

خلاصة الفصل

تناول الفصل الرابع من هذه الدراسة تحليل و تفسير نتائج الفرضية الثالثة والأخيرة القائلة بأنه : " كلما ارتفع المستوى المعيشي للمرأة العاملة بالمناطق الصحراوية الجزائرية كلما انخفضت خصوبتها".

و قد حاولنا تحليل و دراسة الفرضية من خلال متغيرات تتمثل الدخل الأسري، نوع المسكن و عدد الغرف به إضافةً غلى تكلفة الطفل و تأثيرها على خصوبة المرأة العاملة، و خلصت هذه الجزئية من الدراسة إلى عدة نتائج تتمثل في استقلالية متغير دخل الأسرة لدى المبحوثات و كل من المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و تاريخ أول ولادة إضافةً إلى ميول المبحوثات ذوات الدخل الأسري المرتفع إلى إطالة عمر المدة الزمنية الفاصلة بين تاريخ أول مولود و تاريخ ثاني مولود و التي تتراوح من سنتين إلى ثلاث سنوات.

لاحظنا أيضاً ارتفاع نسب استخدام وسائل منع الحمل عند فئة الدخل الأسري المنحصر بين 14،5 و 17،5 مليون سنتيم عن باقي فئات الدخل الأخرى مع التنبيه بتقارب النسب نوعاً ما أي عدم تشتتها تشتتاً كبيراً.

وجود استقلالية بين متغير الدخل و عدد الإجهاضات و عدد الأطفال المولودين ميتين أيضاً **و** استقلالية متغير نوع السكن و المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و تاريخ أول ولادة و تاريخ أول ولادة و ثاني ولادة بالإضافة إلى استقلالية متغير نوع السكن و أنواع وسائل منع الحمل المستعملة من طرف المبحوثات و استقلالية متغير نوع السكن و أسباب عدم استخدام وسائل منع الحمل من طرف المبحوثات باستثناء سبب عدم العلم بها لفائدة فئة القاطنات بمسكن ذو طابع إيجاري.

استقلالية اعتبار التكلفة كحافز لاستخدام وسائل منع الحمل و المدة الفاصلة بين الولادات و أنه يؤثر (أي متغير التكلفة) في استخدام وسائل منع الحمل و استقلاليتة و نوع وسائل منع الحمل المستخدمة من طرف المبحوثات و عدد الأطفال المثالي كما تؤثر التكلفة في حب عدد الأطفال الكبير.

الاستنتاج العام

تعلب عديد العوامل الوراثية، الجغرافية، الثقافية، العقائدية وغيرها دوراً هاما في بلورة المجتمعات البشرية وتكوين ذاتها وتراثها أين يتميز بعضهم عن بعض من خلال صفات فزيولوجية، ثقافية، سلوكية... إلى آخره، كل ذلك وغيره يؤثر في الظواهر التي تمس تلك التجمعات البشرية كالهجرة، الزواج، الولادات والوفيات وغيرها من الظواهر الأخرى.

والظاهرة المدروسة في هذا العمل – ألا وهي ظاهرة الخصوبة – لا تختلف عن غيرها من الظواهر الديمغرافية – الاجتماعية، وقد لمسنا من خلال دراستنا التحليلية لجملة العوامل المستقلة وكيف تؤثر على الخصوبة في المنطقة محل الدراسة توصلنا إلى نتائج نعتقد أنها تميز الظاهرة في المنطقة وعند مجموعة العناصر المبحوثة عن غيرها نظراً لتباين العوامل المكونة للمجتمعات البشرية كما أسلفنا الذكر.

وللتذكير؛ فإن الدراسة قد قامت على أساس ثلاث فرضيات فرعية أو ثانوية تتقدمها فرضية رئيسة مفادها أنه "تؤثر العوامل الديمغرافية، الاجتماعية والاقتصادية في توجيه خصوبة النساء العاملات بالمناطق الصحراوية"، أما بالنسبة للفرضيات الثلاث الجزئية فقد جاءت بالصيغ التالية:

H1: "كلما تزوجت المرأة العاملة بالمناطق الصحراوية في سنّ مبكر كلما ارتفعت خصوبتها".

H2: "ارتفاع المركز الاجتماعي للمرأة العاملة بالمناطق الصحراوية يؤدي إلى انخفاض خصوبتها"

H3: "كلما ارتفع المستوى المعيشي للمرأة العاملة بالمناطق الصحراوية كلما انخفضت خصوبتها"

وقبل تقديم أهم استنتاجات الدراسة نود التَّنويه إلى أن الخصوبة ظاهرة بيولوجية طبيعية في أصلها–(وقد تكون اصطناعية داخل مختبرات أيضاً في ظروف أخرى)–.

وتشهد الظاهرة بداية التكوين عند تلقيح البويضة داخل رحم المرأة كما قدمنا في الفصل الثاني من الباب الأول، إلا أن هذه العملية البيولوجية الطبيعية تتأثر بعدة عوامل كثيرة وكثيرة جداً نستهل ذكر بعضها بالعامل السياسي والذي يفرض في مناطق عديدة عبر دول العالم استراتيجيات لتنظيم وتقيني ظاهرة الخصوبة من خلال سَنَّ قوانين وإنشاء مشاريع تكوينية، تحسيسية بأهمية التباعد الولادي، أخذ واستعمال وسائل منع الحمل بمختلف أنواعها وغيره، كما تعتمد السياسات طرق أخرى للحد من النمو الديمغرافي كتعليم المرأة وتشجيع دخولها سوق العمل أو الساحة السياسية وهذا ما تم استنتاجه من خلال قراءة نتائج وتوصيات مختلف المؤتمرات السكانية المنعقدة والتي كان شغلها الشاغل وهدفها إيجاد سبل للحد من الزيادة الديمغرافية للبشرية على وجه المعمورة.

لقد اختلفت المذاهب والمدارس أيضاً بين المفكرين الديمغرافيين بين مؤيد ومعارض للتشجيع على الخصوبة والولادات فمنهم من يرى الظاهرة بالمنظار الإيجابي المتفائل ومنهم من يراها بالمنظار السلبي المتشائم، مثال ذلك نجد أن العالم الديمغرافي "**أرسين ديمون** " في نظريته المسمات بنظرية الوضع الاجتماعي أو نظرية الخاصية الشعرية يرى بأنه كلما قل أو انخفض مستوى خصوبة الفرد كلما زاد ارتقاؤه في السلم الاجتماعي، على عكسه نجد المفكر الديمغرافي " **ليبنشتاين** " يشير في نظريته الكلفة انه توجد ثلاث منافع مستمدة من إنجاب الأطفال ممثلة في المنفعة النفسية، الاقتصادية والمنفعة المتوقعة من الابناء والنموذجين قُدِّما على سبيل المثال لا الحصر.

أما بالنسبة لأهم استنتاجات الدراسة الميدانية فقد خلصت إلى جملة من النتائج نستهلها بما جاء في الفصل الثاني و الخاص بتحليل و تفسير نتائج الفرضية الأولى و القائلة بأنه: " كلما تزوجت المرأة في المناطق الصحراوية في سن مبكر كلما ارتفعت خصوبتها " فقد حاولنا من خلال هذا الفصل إبراز دور و أهمية كل جزئية فيها بخصوبة المرأة و قد خَلُصت نتائج هذا التحليل إلى عدة استنتاجات ترتبط بمتغير السن الحالي للمبحوثات، السن عند الزواج الأول و متغير مدة الحياة الزواجية، وانتهت هذه الجزئية من الدراسة إلى نتيجة مفادها أن متغير السن الحالي غير مستقل عن متغير المدة الفاصلة بين أول زواج وأول ولادة و يؤثر فيه عند المبحوثات الموظفات في

المناطق الصحراوية عكس الوضع عند المدة الفاصلة بين أول ولادة و ثاني ولادة أين يستقل متغير سن المبحوثات الحالي عن المدة الفاصلة بين الولادة الأولى و الثانية و وجود علاقة ارتباطية طردية متوسطة الشدة بين عمر المبحوثة و عدد الأطفال الأحياء لديهن، أي أنه كلما كبر سن المبحوثة كلما زاد عدد الأطفال لديها والعكس بالعكس أي أنه كلما قل عمر المبحوثة كلما قل عدد أطفالها.

لاحظنا أيضاً وجود تأثير بين عمر المبحوثة الحالي واستعمال وسائل منع الحمل بحيث أنه كلما كبر عمر المبحوثة قلَّ استعمالها لوسائل منع الحمل، بصيغة أخرى يؤثر سن المبحوثات في استخدام أو عدم استخدام وسائل منع الحمل.

بالنسبة لعدم استخدام وسائل منع الحمل لا يؤثر عمر المبحوثة لا على الخوف من استعمال وسائل منع الحمل و لا على ا لإيمان بأن الأطفال نعمة من عند الله فالصغيرة ، الشابة و المتقدمة في العمر تؤمن بأن الأطفال نعمة من عند الله و تخاف من استعمال وسائل منع الحمل و من تأثيراتها الجانبية.

أما بالنسبة لعدد الإجهاضات نجد أن هناك علاقة طردية دالة بين المتغيرين تقدر بـــ: 0,53 أي أنه كلما كبر عمر المبحوثة كلما زاد معه عدد الإجهاضات.

- تعتبر العلاقة دالة إحصائياً عند المتغيرين سن المبحوثة الحالي و عدد الولادات الميتة بنسبة 13 % تقريباً للواتي لديهن حالة ولادة ميتة واحدة وهو ما دل عليه معامل الارتباط الذي أكد على وجود علاقة طردية بين المتغيرين.

عكس الوفيات الرضع أين لا نجد تأثير بين متغير السن الحالي للمبحوثات و عدد الوفيات الرضع.

بالنسبة لعدد الأطفال المثالي نجد نصف المبحوثات (50 %) يرين بأن العدد المثالي لهن هو 4 أطفال مقابل 0,3 % فقط يرين بأن العدد المثالي هو طفل واحد وهذا ما يعكس ذهنية المرأة الموظفة المحبة لعدد الأطفال الكبير نوعاً ما.

أما بخصوص متغير سن أول زواج عند الموظفات في المناطق الصحراوية فنجد أنه لا يلعب دوراً في تحديد المدة الزمنية بين تاريخ الزواج و تاريخ الولادة ومنه

بين تاريخ الزواج و تاريخ الحمل أو حتى قرار الحمل و كلما كبر سن المرأة عند أول زواج كلما تقلصت المدة الفاصلة لثاني ولادة والعكس بالعكس أي أنه كلما صغر عمر المبحوثة عند أول زواج كلما كبرت المدة الفاصلة لحدوث ثاني ولادة.

بالنسبة لعدد الأبناء المنجبين وجدنا أنه كلما تزوجت المرأة في سن متقدم (كبير) كلما قل عدد الأبناء المنجبين، و كلما تزوجت المرأة في سن متقدم (كبير) كلما قل استعمالها لوسائل منع الحمل.

نجد أيضاً أنه هناك علاقة عكسية بين نوع وسيلة منع الحمل و عمر المبحوثة عند أول زواج بحيث أنه كلما كبر سن المبحوثة عند أول زواج لم تستعمل الحبوب و نجد العكس في تقنية الرزنامة وقياس الحرارة أين تكبر النسبة بكبر سن المبحوثة عند أول زواج.

النتيجة التي تكمل سابقتها وهي ارتفاع نسبة النساء اللواتي صرحن بالخوف من استعمالها عند الفئات العمرية الكبرى للسن عند أول زواج، تليها سبب الإيمان بأن الأطفال نعمة من الله سبحانه وتعالى.

أيضاً وجود تأثير بين سن المبحوثات عند أول زواج و عدد الإجهاضات مُمَثَّلة في علاقة طردية موجبة بين المتغيرين، و استقلالية متغير السن عند أول زواج و متغير عدد الولادات الميتة من جهة و عدد الوفيات الرضع من جهة أخرى.

أما بالنسبة لآخر متغير مستقل في هذه الجزئية و المتمثل في مدة الحياة الزواجية فنلاحظ وجود استقلالية بين مدة الحياة الزواجية و عدد الأبناء الأحياء، و وجود تأثير بين مدة الحياة الزواجية للمبحوثات الموظفات بالمنطقة محل الدراسة و استخدام وسائل منع الحمل باستثناء وسيلتي الواقي الذكري و الرضاعة الطبيعية المطولة ثم نتيجة أخيرة تفيد بعدم استقلالية متغير مدة الحياة الزواجية و كل من عدد الإجهاضات، عدد الوفيات الرضع و عدد الولادات الميتة على حد السواء.

بالنسبة للفصل الثالث و الخاص بتحليل و تفسير نتائج الفرضية الثانية و القائلة بأن: " ارتفاع المركز الاجتماعي للمرأة العاملة بالمناطق الصحراوية الجزائرية

يؤدي إلى انخفاض خصوبتها " و التي حاولنا من خلالها تبيان دور مختلف متغيرات المركز الاجتماعي للمرأة العاملة كالمستوى التعليمي للزوجين، نوع مهنة الزوجة المبحوثة و زوجها، و سنوات العمل التي قضتها المبحوثة في وظيفتها حتى وقت الدراسة الميدانية على الخصوبة، و قد توصلنا في هذه الجزئية إلى عدة نتائج من بينها تميز المبحوثات بنوع من التواتر الولادي أو ما يطلق عليه ديمغرافياً "المرأة المتعددة الحمل"، كما تميزت العينة بارتفاع النسب الخاصة بالثلاث، الأربع و الخمس أطفال إضافة إلى الاتجاه العام للعدد الأطفال المساوي لطفلين اثنين.

توصلنا أيضاً إلى استعمال جل المبحوثات لوسائل منع الحمل على اختلاف الوظائف و المهن المشغولة من طرفهن، و نستطيع القول بأنه إجمالا لا يؤثر نوع وظيفة المبحوثة في استعمالها لوسائل منع الحمل، و أن السبب الأول لعزوف المبحوثات و أزواجهن اللذين لا يستخدمون أي وسيلة من وسائل منع الحمل هو الخوف من التأثيرات الجانبية لها وتترتب المبحوثات حسب المهنة بالتفصيل إلى: موظفات، أستاذات، ممرضات، مهندسات و طبيبات على التوالي أما السبب الثاني فهو الإيمان بأن الأطفال نعمة من عند الله.

وجود أيضاً علاقة طردية متوسطة الشدة بين عدد الإجهاضات و عدد ساعات العمل اليومية للمرأة، كما لاحظنا أيضاً عدم وجود حالات ولادات ميتة عند أول ولادة للمبحوثة، و أنه كلما زاد عدد أحبال المبحوثة كلما زاد خطر حالة الولادة الميتة بشدة متوسط القوة تساوي 0,54 + .

بالنسبة للمدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و تاريخ أول ولادة و بين تاريخ أول ولادة و ثاني ولادة وجدنا أنه ما ينطبق على المبحوثات حسب وظائفهن و مهنهنَّ ينطبق على أزواجهن أيضاً إضافةً إلى عدم وجود تأثير بين وظائف و مهن الأزواج و بين استعمال وسائل منع الحمل بمعنى أن نوع الوظيفة أو المهنة لا يؤثر بشكل واضح في استعمال/ عدم استعمال وسائل منع الحمل.

ملاحظة ابتعاد فئة الأطباء عن الوسائل الهرمونية و تفضيل الوسائل الأخرى الأكثر طبيعية كالرضاعة، الرزنامة و قياس الحرارة و الواقي الذكري في حين أن جل أزواج المبحوثات الحراس تستعمل زوجاتهن الحبوب.

و يمكن القول أن النساء العاملات في المنطقة إجمالاً يملن إلى عدم إطالة حدوث الحمل بعد تاريخ الزواج على اختلاف مستوياتهن العلمية، و انعدام نسب المدة الفاصلة بين تاريخ أول ولادة وثاني ولادة عند فئة المبحوثات ذوات المستوى التعليمي الابتدائي و المتوسط و ارتفاعها بارتفاع المستوى التعليمي للمبحوثة.

و تكمن أعلى نسب استعمال وسائل منع الحمل عند المبحوثات ذوات المستوى التعليمي الابتدائي و المتوسط و تقارب الستينات (60 %) عند المستويات الأخرى و تستخدم المبحوثات ذوات التعليم الثانوي و الجامعي في المجتمع محل الدراسة وسيلتين لمنع الحمل أو أكثر لمنع الحمل و ملاحظة عدم استخدام المبحوثات ذوات المستوى التعليمي البسيط كالابتدائي و المتوسط للرضاعة الطبيعية المطولة عكس المبحوثات ذوات المستوى التعليمي الثانوي و الجامعي.

تشكل النساء ذوات المستوى التعليمي الثانوي و الجامعي النسب الأكبر لعدد الإجهاضات، و تتوزع عند باقي الفئات ما يعني أن ظاهرة الإجهاض في المجتمع محل الدراسة ظاهرة متفشية عند جميع النساء العاملات بالمنطقة، وأن أغلب نسب الأطفال المولودين ميتين ترتكز عند النساء ذوات المستوى التعليمي الثانوي و الجامعي و تنعدم عند المستوى التعليمي البسيط كالابتدائي و بحالة واحدة للمستوى التعليمي المتوسط.

استنتجنا في هذه الجزئية أيضاً وجود استقلالية بين المتغيرين بمعنى أن عدد سنوات العمل لا يؤثر في استعمال من عدم استعمال وسائل منع الحمل عند الموظفات في المجتمع محل الدراسة هذا و تشترك معظم المبحوثات في تفضيلهن للوسيلة الهرمونية واستعمالهن لها بشكل أكبر من باقي الوسائل الأخرى بغض النظر عن عدد السنوات التي تقضيها المبحوثة في الوظيفة و عدم تأثير متغير عدد سنوات العمل عند

المبحوثات في توزيع مختلف أسباب رفضهن لاستخدام وسائل منع الحمل، إضافةً إلى عدم تأثير عدد سنوات عمل المبحوثات على عدد الإجهاضات.

تناول الفصل الرابع من هذه الدراسة تحليل و تفسير نتائج الفرضية الثالثة والأخيرة القائلة بأنه : " كلما ارتفع المستوى المعيشي للمرأة العاملة بالمناطق الصحراوية الجزائرية كلما انخفضت خصوبتها".

و قد حاولنا تحليل و دراسة الفرضية من خلال متغيرات تتمثل الدخل الأسري، نوع المسكن و عدد الغرف به إضافةً غلى تكلفة الطفل و تأثيرها على خصوبة المرأة العاملة، و خلصت هذه الجزئية من الدراسة إلى عدة نتائج تتمثل في استقلالية متغير دخل الأسرة لدى المبحوثات و كل من المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و تاريخ أول ولادة إضافةً إلى ميول المبحوثات ذوات الدخل الأسري المرتفع إلى إطالة عمر المدة الزمنية الفاصلة بين تاريخ أول مولود و تاريخ ثاني مولود و التي تتراوح من سنتين إلى ثلاث سنوات.

وجود استقلالية بين متغير الدخل و عدد الإجهاضات و عدد الأطفال المولودين ميتين أيضاً **و** استقلالية متغير نوع السكن و المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج و تاريخ أول ولادة و تاريخ أول ولادة و ثاني ولادة بالإضافة إلى استقلالية متغير نوع السكن و أنواع وسائل منع الحمل المستعملة من طرف المبحوثات و استقلالية متغير نوع السكن و أسباب عدم استخدام وسائل منع الحمل من طرف المبحوثات باستثناء سبب عدم العلم بها لفائدة فئة القاطنات بمسكن ذو طابع إيجاري.

استقلالية اعتبار التكلفة كحافز لاستخدام وسائل منع الحمل و المدة الفاصلة بين الولادات و أنه يؤثر (أي متغير التكلفة) في استخدام وسائل منع الحمل و استقلاليتة و نوع وسائل منع الحمل المستخدمة من طرف المبحوثات و عدد الأطفال المثالي كما تؤثر التكلفة في حب عدد الأطفال الكبير.

خاتمة الدراسة

تتميز النساء في المنطقة محل الدراسة بجملة من الخصائص الثقافية والاجتماعية والتي تتباين بدورها بين المناطق المختلفة للولاية فبلديات شمال الولاية تختلف عن البلديات الواقعة جنوبها، كما تختلف بلديات الشرق عن بلديات الغرب فلكل منطقة طابعها الجغرافي وتاريخها الثقافي، وبما أن الدراسة تمت في وسط ولاية أدرار وهي المنطقة الجاذبة للسكان على مر الأزمنة والعصور ما شكل خليطاً متمازجاً بين سكانها تنوعت نوعاً ما الخلفيات الذهنية والثقافية لعناصر العينة ما شكل قاعدة بيانات دسمة تم توظيفها من أجل محاولة الوصول إلى إجابات وتحليلات لفرضيات الدراسة، ومن خلال ذلك توصلت الدراسة في الأخير فيما يخص الفرضية الأولى والتي تقول بأنه " كلما تزوجت المرأة العاملة بالمناطق الصحراوية في سنّ مبكر كلما ارتفعت خصوبتها" بأن هناك علاقة بين متغير السن الحالي للمبحوثات والمدة التي تفصل تاريخ أول زواج لهن وتاريخ أول مولود أين أسفرت الدراسة أن في هذه الجزئية أن 64,70 % أنجبن بعد مضي سنة أو أقل وقد مثلت الفئة العمرية (23 – 29) سنة أكبر نسبة والتي قدرت بـ: 77,40 % مقابل نسبة 42,20 % للنساء اللتواتي يلدن طفلهن الثاني بعد مضي من شهر إلى 33 شهراً أي من شهر واحد إلى سنتين ونصف.

وتستخدم نسبة 63,70 % من المبحوثات وسائل منع الحمل بمختلف أنواعها تتقدمها الوسيلة الهرمونية ممثلة في حبوب منع الحمل بنسبة 43,30 % تعود أكبر نسبة للفئة العمرية (29 – 23) وأن 23,50 % يخفن من استعمالها وأنه لا يؤثر عمر المبحوثات لا على الخوف من استعمال وسائل منع الحمل و لا على ا لإيمان بأن الأطفال نعمة من عند الله فالصغيرة ، الشابة و المتقدمة في العمر تؤمن بأن الأطفال نعمة من عند الله و تخاف من استعمال وسائل منع الحمل و من تأثراتها الجانبية.

أفضت الدراسة في هذه الجزئية أيضاً إلى وجود نسبة مقدرة بـ: 19,40 % من المبحوثات لديهن حالة إجهاض واحدة وقد مثلت الفئة العمرية الكبرى لأعمار المبحوثات أكبر نسبة ممثلة بـ: 24,20 %.

68,20 % من المتزوجات بين سن 24 – 29 سنة ينجبن بعد مضي سنة أو أقل مقابل 42,20 % يضعن مولودهن الثاني بعد مضي من شهر إلى سنتين ونصف وبالتالي نستنتج أنه كلما كبر سن المرأة عند أول زواج كلما تقلصت المدة الفاصلة لثاني ولادة والعكس بالعكس، وأن المتزوجات في سن مبكرة 18 – 23 سنة ستخدمن وسائل منع الحمل بنسبة 74,40 %.

من خلال ما سبق ذكره نستنتج أن الفرضية الجزئية الأولى القائلة بأنه "كلما تزوجت المرأة العاملة بالمناطق الصحراوية في سنّ مبكر كلما ارتفعت خصوبتها" لم تتحقق بشكل كبير فمتوسط سن زواج المرأة العاملة في قطاع الوظيف العمومي بولاية أدرار يساوي 26,92 سنة بقيمة وسيطية تساوي 27 سنة ومنوال يساوي 25 سنة، أما بالنسبة لاستخدام وسائل منع الحمل فقد لاحظنا أن الفئات العمرية الصغرى تستعمل وسائل منع الحمل على عكس الفئات العمرية الكبرى اللتواتي يتجهن إلى الوسائل أو الطرق الطبيعية كالرزنامة وقياس الحرارة.

بالنسبة للفرضية الثانية للدراسة والقائلة بأن " ارتفاع المركز الاجتماعي للمرأة العاملة بالمناطق الصحراوية يؤدي إلى انخفاض خصوبتها" فقد أفضت الدراسة إلى عكس الافتراض بشكل مطلق أين توصلنا إلى النتائج التالية:

أن الموظفات في الإطارات المتوسطة يضعن مولودهن الأول بعد مضي أقل من أو يساوي سنة واحدة بنسبة تساوي 89,30 %، تليها فئة الموظفات بنسبة 63,10 % أن استعمال وسائل منع الحمل يختلف كالتالي 75 % لفئة الأعمال المستقلة، 67,90 % لفئة الإطارات المتوسطة و63,90 % للموظفات كما احتلت هذه الأخيرة النسبة الأكبر في حالات الإجهاض والمقدرة بـ: 13,50 % تليها فئة الإطارات المتوسطة بنسبة 2,43 %.

توصلنا أيضاً إلى وجود علاقة عكسية بين المدة الفاصلة بين تاريخ أول زواج وتاريخ أول ولادة وبين تاريخ أول ولادة وثاني ولادة أين احتلت فئة الجامعيات المركز الأول عند المدة الزمنية الفاصلة الأولى بنسبة 67,46 % مقابل أدنى نسبة لنفس الفئة عند المدة الفاصلة الثانية والمقدرة بـ: 24,80 %، كما أن استعمال وسائل منع الحمل كان أكبر عند المبحوثات من الفئات التعليمية الدنيا على عكس المبحوثات من فئة المستوى التعليمي العالي.

النتيجة نفسها بالنسبة للفرضية الجزئية الأخيرة في هذه الدراسة والقائلة بأنه: "كلما ارتفع المستوى المعيشي للمرأة العاملة بالمناطق الصحراوية كلما انخفضت خصوبتها" فقد خلصت الدراسة التحليلية لهذه الجزئية بعدم تحقق الفرض المطروح وذلك من خلال النتائج التالية:

استقلالية المتغير المستقل والمتمثل في الدخل و كل من: المدة الفاصلة الأولى بين تاريخ أول زواج وتاريخ أول مولود، المدة الفاصلة الثانية بين تاريخ أول مولود وتاريخ ثاني مولود، عدد الأطفال الأحياء وعدد الأطفال المولودين ميتين.

بخلاف ذلك نجد أن التغير المدروس يؤثر بشكل طفيف في نوع وسيلة منع الحمل المستخدمة أين تنخفض نسبة استعمال حبوب منع الحمل عند فئات الدخل الدنيا وتزيد عندها وسيلة الرزنامة وقياس الحرارة، إلا أنه وجب علينا التنويه إلى عدم دلالية تلك التأثيرات إحصائياً.

كما توصلنا أيضاً إلى استقلالية نوع المسكن عن المدة الفاصلة الأولى والثانية بين تاريخ أول زواج وأول ولادة وبين تاريخ أول ولادة وثاني ولادة، واستقلاله أيضاً عن استخدام وسائل منع الحمل، إلا أن نوع المسكن ذو طابع الملكية يلعب دوراً في تحديد عدد الأطفال المرغوب به ، والنساء من فئة المساكن ذات عدد الغرف الكبير الأكثر من 05 غرف مثلن النسب الأضعف في استخدام وسائل منع الحمل عكس وسيلة الرزنامة وقياس الحرارة أين مثلت أكبر النسب.

وجود علاقة طردية بين عدد الغرف في المسكن وعدد الأبناء المنجب وأن عدد الغرف في المسكن يلعب دوراً في تحديد عدد الأطفال المثالي، وأن ما نسبته 52,24 % أي أكثر من نصف المبحوثات نفين بأن تكون التكلفة حافز لاستعمال وسائل منع الحمل.

الملاحـــــق

الوسائل المحددة للنسل:

إن التنامي السريع للدول وازدياد الوعي والثقافة العامة للعوائل والرغبة في تنظيم الأسر بطريقة تتناسب مع دخل الفرد وتوفير تعليم وخدمات متقدمة لأفراد الأسرة جعل الحاجة إلى اللجوء لتنظيم الأسرة وتحديد النسل حاجة ملحة وضرورية وهذا التنظيم يحتاج إلى وعي كامل بكل الطرق الحديثة المتوفرة لتحديد الحمل والإنجاب، وهنا سنحاول التطرق إلى هذه الطرق بصورة مختصرة وبما لا يعرض السيدة للوقوع في أي خطأ من شأنه أن يعيق التباعد بين فترات الحمل لو رغبت هي وزوجها بذلك.

تنوعت الوسائل المستخدمة في تحديد النسل بتقدم العلم، وسنقسمها إلى ثلاثة أنواع وهي على النحو التالي:

1 – الطرق الميكانيكية.
2 – العلاج الهرموني.
3 – الطرق الجراحية.

نتكلم بالتفصيل عن كل واحدة منها.

أولا: الطرق الميكانيكية: وهي على أنواع متعددة أهمها:

1) اللولب الرحمي:

طريقة شائعة جدا وفعالة ويتم خلالها زرع اللولب وهو عبارة عن آلة بسيطة مصنوعة من البلاستيك وقطع نحاسية صغيرة داخل الرحم لمنع انغراز الأجنة وكذلك يقوم بتفاعلات داخل الرحم تقلل من نشاط الحيوان المنوي ووصوله إلى قناة فالوب وهناك أيضا اللولب الهرموني الذي يحتوي على هرمون البروجيسترون الذي يساعد في علاج الدورة المصحوبة بآلام شديدة ويقلل كمية الدم النازف أثناء الدورة الشهرية[1].

1- سبير فاخوري، وسائل منع الحمل الحديثة، بدون عنوان مطبعة، بيروت، 1973، ص 159.

2) طريقة العد أو الحساب:

عملية حسابية دقيقة تهدف إلى تحديد موعد الإباضة، وأن عملية منع الجماع خلال هذه الأيام يمكن منع الحمل ويمكن تطبيق هذه الطريقة مع النساء اللواتي تكون الدورة لديهن منتظمة كل 28–30 يوم ويتم تحديد موعد الإباضة بعدة طرق.

- ارتفاع درجة حرارة الجسم بيوم الإباضة نصف درجة عن درجة الحرارة المعتادة.
- تغيرات في لون وسماكة إفرازات عنق الرحم.
- استخدام بعض طرق الفحص (Kits) بأخذ عينة من البول وفحص نسبة هرمون (LH) الذي يكون مرتفعا في يوم الإباضة.

ويتم الامتناع عن الجماع ثلاثة أيام قبل وثلاثة أيام بعد الإباضة وهذه الطريقة لا تنطبق على السيدات المرضعات أو اللواتي دورتهن غير منتظمة.

3) الواقي الذكري والأنثوي:

أكثر الطرق المتوفرة والرخيصة نسبيا لمنع الحمل، وهو عامل مهم في عملية تقليل من انتقال بعض الأمراض الجنسية وكذلك يتوفر الواقي الأنثوي الذي يكون محتويا على حلقة مطاطية من إحدى جهاته توضع داخل المهبل قبل الجماع.

4) الحلقة البلاستيكية:

عبارة عن حلقة بلاستيكية تربط في رحم المرأة، تقوم بمنع وصول الحيوانات المنوية خلال عنق الرحم ويتم تركيبها وتحديد قياسها من قبل الطبيب المختص، ويفضل استخدام بعض المستحضرات التي تقتل الحيوانات المنوية معها لزيادة فعاليتها.

5) مستحضرات قتل الحيوانات المنوية:

وهي مستحضرات تكون بعدة أشكال منها (الكريمات، والجل، والبخاخ، وكذلك التحاميل المهبلية) تستعملها المرأة قبل الجماع لمنع حدوث الحمل، إلا أنها ليست فعالة

كباقي الموانع السابقة الذكر، وينصح بعدم استخدامها بمفردها ويفضل استخدامها مع الطرق الأخرى لمنع الحمل لزيادة الفعالية[1].

ثانيا: العلاج الهرموني:

1) حبوب منع الحمل:

عبارة عن مركبات هرمونية تأخذها المرأة عن طريق الفم، تعمل هذه الحبوب على إيقاف عملية الإباضة عن طريق إعطاء هرمونات الاستروجين والبروجيسترون بكميات وجرع بسيطة تساعد على تثبيط هرمونات الغدة النخامية وبذلك يتم إيقاف عملية نمو البويضات ويتوفر العديد من أنواع حبوب منع الحمل يختلف فيها تركيز هرموني الاستروجين والبروجيسترون وتقسم إلى نوعين:

أ- الحبوب المختلطة:

وتحتوي على الاستروجين (اثينيل استرايدول) وهرمون البروجيسترون بتفاوت جرعة الاستروجين بين 20-50 مايكرو غرام، حيث تعتبر الحبوب التي تحتوي على تراكيز قليلة من هذا الهرمون أكثر أمانا، حيث أن أكثر الأعراض الجانبية التي تؤثر على الشرايين والقلب تكون مرتبطة بهذا الهرمون وهناك تحضيرات مختلفة لهذه الأنواع منها اللونين والثلاثة ألوان ومنها ذات اللون الواحد، وهذا يعني أن جرعة هذه الهرمونات تتغير خلال الشهر الواحد لتكون مشابهة إلى حد كبير لتراكيز الجسم بالصورة الطبيعية وبهذا ينظم الدورة الشهرية بصورة أفضل.

- فوائد حبوب منع الحمل المختلطة:

1 - تنظيم الدورة الشهرية.
2 - تقليل الآلام المصاحبة للدورة.
3 - تقليل كمية الدم وفترة الدورة.

1- انظر: يونس علي حمادي، مبادئ علم الديموغرافيا، مصدر سابق، ص 136. وسائل منع الحمل، مصدر سابق، ص 159.

4 – التقليل من احتمالات الإصابة ببعض أورام الثدي الحميدة وكذلك أكياس المبايض وظهور مرض البطانة الرحمية الهاجرة وحب الشباب وأحيانا بعض التهابات الحوض.

وهناك بعض الدراسات التي تشير إلى أن هذه الحبوب تقلل نسبة الإصابة بالأورام السرطانية لعنق الرحم والرحم.

– المضار الجانبية:

1 – زيادة الوزن.
2 – اضطراب الجهاز الهضمي مثل التقيؤ.
3 – تغييرات في الحالة النفسية.
4 – ازدياد حجم الثدي واحتقانه وكذلك آلام الثدي.
5 – ازدياد قابلية الدم للتخثر مثل تخثر الأوردة العميقة DVT.
6 – الجلطة القلبية خاصة إذا تصاحب استخدام حبوب منع الحمل مع التدخين.

ب– الحبوب المفردة:

وهذه الحبوب تحتوي على هرمون البروجيسترون فقط، ولذلك تستعمل لتجنب الأضرار الجانبية للحبوب المختلطة، وتعمل هذه الحبوب على منع الحمل وذلك بمنع عملية التبويض وكذلك تغيير إفرازات عنق الرحم وكذلك تؤثر على بطانة الرحم وبالتالي تؤثر على دخول الحيوانات المنوية إلى رحم المرأة وعلى انغراز الأجنة.

2) حقن البروجيسترون:

تحتوي هذه الحقن على هرمون (البروجيسترون) طويل المفعول وهو مدروكسي بروجيستون استيت ومادة نوراثيستيرون انانثيت، وتعطى هذه الحقن بالعضل بجرعة 150 ملغم كل 12 أسبوع وتقوم بمنع عملية الإباضة.

- **الأعراض الجانبية:**

1 - قد تعمل هذه الإبر على تثبيط عملية الإباضة لمدة سنة واحدة بعد استخدامها ولهذا لا ينصح باستخدامها لمنع الحمل لفترات قصيرة إذا كانت السيدة ترغب بالحمل بعد مدة ليست بالطويلة.

2 - ازدياد الوزن وكذلك ازدياد نسبة هشاشة العظام.

3 - انقطاع الدورة لفترات طويلة وأحيانا ضعف الدورة الشهرية وعدم انتظامها.

3) مستحضرات البروجيسترون تحت الجلد:

كبسولات خاصة تحتوي على عبوات خاصة تفرز هرمون البروجيسترون بصورة بطيئة ولفترة محدودة تتكون من 6 كبسولات تحتوي على هرمون Lecenorgestril يفرز بجرعة 30-35 مايكرو غرام خلال 24 ساعة ولمدة 18 شهر أي سنة ونصف و يتم زرع هذه الكبسولات تحت التخدير الموضعي في منطقة الساعد ويتم إزالتها أيضا تحت التخدير الموضعي ولا تتطلب تداخل جراحي كبير، تظل هذه الكبسولات تعمل لمدة 5 سنوات وتعود الخصوبة الطبيعية كسابق وضعها بإزالتها مباشرة وهي طريقة آمنة وبنسب فشل ضعيفة جدا ، ومن الطرق الحديثة لمنع الحمل هي استخدام كبسولات أو أشرطة خاصة تزرع تحت الجلد عند الرجل تحت التخدير الموضعي في أعلى اليد تقوم بإفراز نوعين من الهرمونات هما هرمون التيستوستيرون والبروجيستين أي هرمون ذكري وأنثوي، يعمل الهرمون الأول على تثبيط إنتاج الحيوانات المنوية وذلك بتأثيره على الغدة النخامية، أما الهرمون الثاني فهو يعمل على الخصية مباشرة لتقليل الإنتاج ويستعيد الجسم قابليته على الإنتاج بعد إزالتها بحوالي 12 أسبوع[1].

1- وسائل منع الحمل .. من القديم إلى الحديث، جريدة الشرق الأوسط، الخميس 25 ذو الحجة 1428هـ الموافق 03 يناير 2008م، العدد 10628.

ثالثا: الطرق الجراحية:

1) تعقيم المرأة:

تعتمد هذه العملية على قطع الطريق الموصل بين الحيوان المنوي والبويضة مع الاحتفاظ بالدورة الشهرية وانتظامها إذا أن البويضة التي يكون حجمها بحجم نقطة القلم لا زالت تنزل من المبايض في موعدها المحدد كل شهر لذلك لن تحس المرأة أي تغيير و تتم العملية بثلاث طرق:

1 – عملية فتح بطن مصغرة عن طريق فتحة صغيرة في البطن تحت التخدير العام ويتم إغلاق قناتي فالوب بعدة وسائل منها: (الخياطة، القطع باستئصال قطعة صغيرة من الأنبوب وربط الطرفين، والكي وإغلاق الأنبوب، واستعمال الحلقات البلاستيكية أو الكلابسات).

2 – التنظير البطني وهذه الطريقة أقل إيذاء للمريضة وتغلق الأنابيب بنفس الطريقة السابقة.

3 – في حالات قليلة تعمل هذه العمليات عن طريق المهبل إما بالمستشفى أو بعض العيادات المختصة.

2) تعقيم الرجل:

تتم هذه العملية بقطع القناة الناقلة وبذلك يقطع الطريق الذي يؤدي إلى خروج الحيوانات المنوية من الخصيتين إلى السائل المنوي، ويمكن إجراء ذلك تحت التخدير الموضعي او العام، ومن الممكن الوصول إلى القناة الناقلة بسهولة حيث تقع تحت الجلد مباشرة، ويتم استئصال قطعة من الأنبوب، ولا تستغرق هذه العملية سوى 15 دقيقة. ويمكن التأكد من نتائج العملية بإجراء فحص للسائل المنوي بينهما 4 أسابيع، ونتيجة الفحص خلوهما من الحيوانات المنوية وهذا عادة يستغرق حوالي 16–18 أسبوعا[1].

1– فراس عباس فاضل البياتي، الانفجار السكاني والتحديات المجتمعية، دار غيداء للنشر والتوزيع، عمان، ط 1، 1432هـ–2011م.

الرقم	المؤسسة	عدد العمال	الكلي
1	مديرية الإدارة المحلية DAL	555	155
2	مديرية التنقلات الوطنية DTN	87	6
3	مديرية البرمجة وتسيير الميزانية D	33	4
4	D de transport	22	3
5	مديرية الموارد المائية	155	36
6	مديرية الفلاحة	207	22
7	مديرية البريد والمواصلات	40	9
8	D des equipements public	126	23
9	D de l'urbanisme de l'architecture et de la construction	108	17
10	impots	179	55
11	domaines	142	47
12	مديرية d de formation et de l'ensignement professionnels التكوين والتعليم المهنيين	34	13
13	emlpoi	25	6
14	santé et de la population	42	11
15	des travaux public	206	289
16	l'education	8516	1275
17	de la culture	30	8
18	l'energie	21	4
19	modjahidines	15	3
20	مديرية النشاط الاجتماعي de l'action sociale et de la solidarité والتضامن لولاية ادرار	31	8
21	des affaire religieuses e des awkfs	1393	30
22	tourisme et de l'artisanat	29	7
23	de la jeunesse et des sports	358	34
24	conservation des forets	64	11
25	delegation de la grande communal	5	0
26	l'industrie et des mines	44	16
27	commerce	180	22
28	l'environnement	13	7

الرقم	المؤسسة	عدد العمال	الكلي
29	logement	75	31
30	deleguée de l'energie de la circonscription administrative BBM	6	2
31	deleguée de l'energie de la circonscription administrativetimimoune	6	2
32	deleguée de l'action sociale de vla circonscription administrative BBM	4	3
33	deleguée de l'action sociale de vla circonscription administrative timimoune	6	3
34	etablissement public hospitalier d'adrar	693	190
35	etablissement public hospitalier timimoune	405	83
36	etablissement public hospitalier reggane	374	156
37	CFPA aoulef	35	37
38	CFPA reggane	39	25
39	CFPA zaouit konta	36	15
40	CFPA fenoughil	36	28
41	CFPA adrar feminin	29	22
42	CFPA N 3 adrar	56	23
43	CFPA tsabit	22	22
44	CFPA aougrout	30	26
45	CFPA timimoune	45	44
46	institu national spécialisé de formation professionnelle	56	27
47	centre psycho-pédagogique pour enfants handicapes mentaux	30	26
48	ecole pour enfants handicapes auditifs d'adrar	32	21
49	maison de la culture	37	28
50	institut national de formation superieure paramédicale d'adrar	44	20
51	office des etablissement de la jeunesse	66	101
52	institu de technologie moyenne agricole - timimoune	38	31
53	université colonel ahmed draya جامعة أحمد دراية	704	307

الرقم	المؤسسة	عدد العمال	الكلي
54	d des œuvres universitaire	485	410
55	etablissement public de sante de proximité timimoune	596	72
56	etablissement public de sante de proximité d'adrar	574	103
57	etablissement public de sante de proximité reggane	376	190
58	etablissement public de sante de proximité aoulef	245	71
59	etablissement public de sante de proximité tinerkouk	116	32
60	etablissement public de sante de proximité BBM	128	39
61	centre national des manuscrits المركز الوطني للمخطوطات	35	33
62	centre spécialisée de reeducationa'adrar	12	12
63	office du parc omnisport	27	50
64	CFPABOUDA	24	14
65	OFFICE NATIONAL DU PARC CULTURELLE TOUAT GOURARA TIDIKELT	61	12
66	BIBIOTH2QUE PRINCIPALES DE LA LECTURE PUBLIQUE D ADRAR المكتبة الرئيسية للمطالعة	34	18
67	CENTRE DE FACILITATION DES PETITES ET MOYENNES ENTREPRISES	11	6
68	ECOLE POUR ENFANTS HANDICAPES VISUELS D ADRAR	21	2
69	CFPA ADRAR4	29	17
70	CFPA timimoune 2	31	17
71	CFPA Sali	25	18
72	CFPA BBM	30	16
73	CFPA charouine	25	13
74	institu national spécialisé de formation professionnelle d'adrar 2	45	21
75	centre psycho-pédagogique pour enfants handicapes mentaux - timimoune	17	3
76	centre algerien du patrimoine cultuel bati en terre	39	21
77	centre de repos des modjahidine timimoune	3	12
78	CFPA AOUGROUT 2	8	8

الرقم	المؤسسة	عدد العمال	الكلي
79	CFPA TIMIAOUINE	7	8
80	institut national de formation superieure paramédicale TIMIMOUN	13	7
81	CFPA de tinerkouk	8	8
82	APC adrar	311	266
83	APC BOUDA	35	38
84	APC ouled ahmed timmi	62	60
85	APC fenoughil	48	32
86	APC tamentit	41	49
87	APC tamest	47	35
88	APC zaouit konta	62	37
89	APC ain zeghmir	56	62
90	APC reggane	75	28
91	APC Sali	59	82
92	APC aoulef	80	24
93	APC akebli	47	19
94	APC timokten	55	38
95	APC tit	38	21
96	APC B B M	45	45
97	APC timiaouine	28	27
98	APC tsabit	49	51
99	APC sbaa	36	25
100	APC aougrout	47	49
101	APC deldoul	41	40
102	APC metarefa	32	26
103	APC charouine	35	36
104	APC talmine	28	27
105	APC ouled aissa	29	29
106	APC timimoune	121	89
107	APC ouled saide	27	21

الرقم	المؤسسة	عدد العمال	الكلي
108	APC tinerkouk	41	37
109	APC kser kadour	36	28

"النسخة الأصلية باللغة الإنجليزية كنجزلي ديفز ، جوديث بلاك 1956"

I. Factors Affecting Exposure to Intercourse ("Intercourse Variables").

A. Those governing the formation and dissolution of unions in the reproductive period.[2]

1. Age of entry into sexual unions.

2. Permanent celibacy: proportion of women never entering sexual unions.

3. Amount of reproductive period spent after or between unions.

a. When unions are broken by divorce, separation, or desertion.

b. When unions are broken by death of husband.

B. Those governing the exposure to intercourse within unions.

4. Voluntary abstinence.

5. Involuntary abstinence (from impotence, illness, unavoidable but temporary separations).

6. Coital frequency (excluding periods of abstinence).

II. Factors Affecting Exposure to Conception ("Conception Variables").

7. Fecundity or infecundity, as affected by involuntary causes.

8. Use or non-use of contraception.

a. By mechanical and chemical means.

b. By other means.[3]

9. Fecundity or infecundity, as affected by voluntary causes (sterilization, subincision, medical treatment, etc.).

III. Factors Affecting Gestation and Successful Parturition ("Gestation Variables").

10. Foetal mortality from involuntary causes.

11. Foetal mortality from voluntary causes.

---

(2) Since sexual intercourse is not confined to wedlock, the term "sexual union" seems preferable to "marriage". A union is here defined as any heterosexual relationship in which either actual intercourse occurs or orgasm is produced for at least the male partner. Every society has a type of union (marriage) in which reproduction is expected, approved, and even enjoined. At the same time every society runs the risk of unions in which reproduction is condemned, either because they lack the legal form of marriage or because they violate one or more institutional taboos (adultery, incest, caste, or class endogamy, etc.--see K. Davis, "The Forms of Illegitimacy", Social Forces, Vol. 18, October 1939, pp. 77-89). Between the fully approved and the strongly proscribed unions, there may be other types which have a lesser grade than marriage but in which reproduction normally occurs. Such unions may be frequent, in some cases representing the majority of reproductive unions. Any satisfactory sociological analysis of reproduction must keep straight the different types of unions.

(3) Means of contraception other than mechanical and chemical include the "rhythm" method (which can also be classed as voluntary abstinence), withdrawal, simulated intercourse without penetration, various "perversions", etc.

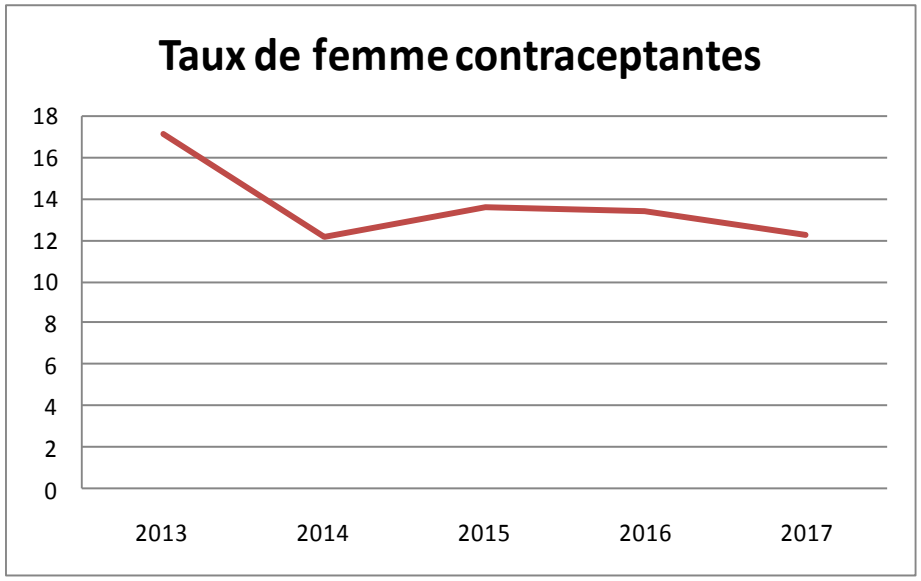
Années	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Population						
Population de l'année	441382	451625	463174	474974	487440	500077
Accroissement naturel	10404	8439	10806	12124	12448	12637
Taux d'Accroissement Naturel (en %)	2,16	1.82	2.25	2.38	2.23	2.11
Natalité- Fécondité						
Nombre de Naissances	12217	9803	12529	13989	14334	14560
Taux Brut de Natalité (en ‰)	27.68	21.70	27.06	29.43	29.40	29.12
Indice synthétique de Fécondité (enfants/femme)	6.67	5.22	6.38	6.96	6.96	6.96
Mortalité générale						
Nombre de Décès	1813	1364	1723	1865	1886	1923
Taux Brut de Mortalité (en ‰)		3.7	3.9	3.9	4.1	3.85
Mortalité infantile et infanto-juvénile						
Nombre de Décès Infantiles		396	433	462	494	453
Taux de Mortalité Infantile Ensemble (en ‰)	22,6	22,4	34.55	33.02	34.46	31.11
Quotient de mortalité infanto-juvénile Ensemble (en ‰)	26,1	26,1	25,6	25,7	25,4	22.12
Mortinatalité						
Nombre de Mort-nés	212	250	222	235	265	187
Taux de mortinatalité (en ‰)	17.35	25.50	17.71	16.79	18.48	12.84

Année	*2012*	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*	*2017*
FAR	*97104*	*99358*	*101845*	*104566*	*107237*	*110017*
FMAR	*52966*	*54195*	*55552*	*57036*	*58493*	*60009*

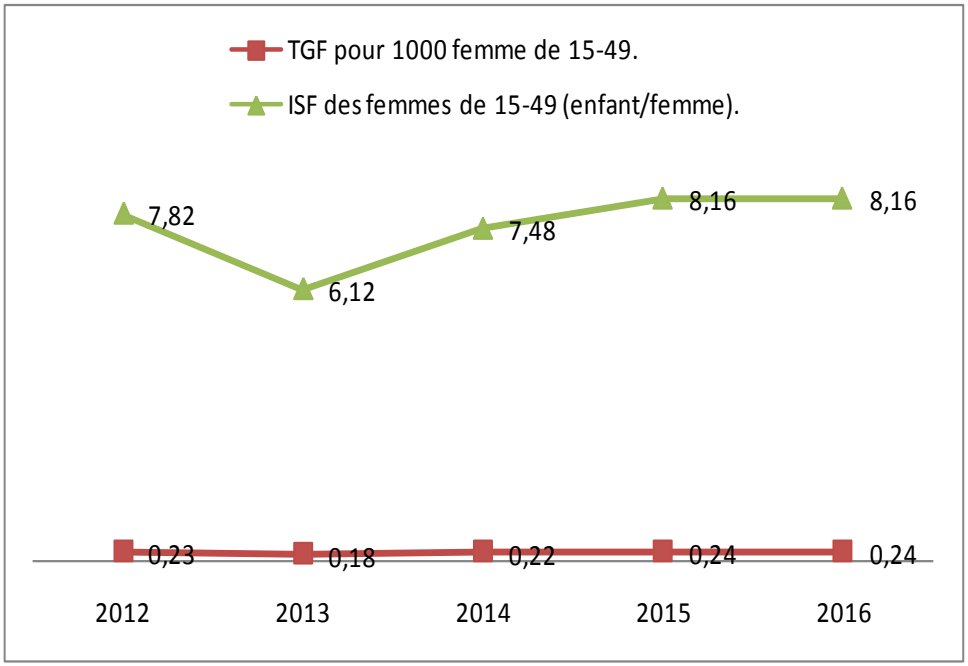
TAUX D'UTILISATION DES PRODUITS CONTRACEPTIFS

Nombre des femmes mariées pratique une méthode contraceptive /nombres des femmes mariées en âge de reproduction * 100.

Année	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*	*2017*
Taux de femme contraceptantes	*17.12 %*	*12.18 %*	*13.65%*	*13.42 %*	*12.26 %*



Année	2012	2013	2014	2015	2016
TGF pour 1000 femme de 15-49.	0,23	0,18	0,22	0,24	0,24
ISF des femmes de 15-49 (enfant/femme).	7,82	6,12	7,48	8,16	8,16



ة الدراسة

م الاجتماع والديمغرافيق بعنوان:

وبة المرأة العاملة بالمناطق الصحراوية:"

العمومي بولاية ادرار" بلدية أدرار"

أثير– مجموعة من المتغيرات الاجتماعية

سادية لـلدخل و طبيعة المسكن، و المتغيرات

ول و مدة الحياة الزواجية على خصوبة المرأة

ث العلمية الرامية إلى تطوير و إثراء الرصيد

م ولو بعض المعطيات حول تركيبة مجتمعنا،

صه.

ة للبحث مع عدم كتابة أي معلومة شخصية

ف الرامية إلى تشخيص الحالة الكلية للمجتمع

خصصنا مجالاً لكي سيدتي لوضع ملاحظات

لاستمارة.

المحور الأول: بيانات شخصية

الرقم	الأسئلة	الإجابة	ملاحظات
1	ما هو عمرك الحالي؟	.....سنة	
2	ما هو مستواك التعليمي؟	.....	
3	ما هو المستوى التعليمي للزوج؟	.....	
4	ماهي مهنة الزوج؟	.....	
5	ما هي مدة زواجك؟	.....سنة	
6	كم كان عمرك سيدتي عند أول زواج؟	سنة ☐☐	

المحور الثاني: معلومات خاصة بالجانب المهني

الرقم	الأسئلة	الاختبارات	ملاحظات
7	ما نو ع المهنة التي تمتهنينها؟	.....	
8	ماهو عدد سنوات العمل؟	.....	
9	هل كان دخولك سوق العمل قبل الزواج أو بعده؟	قبل الزواج ☐ بعد الزواج ☐	

	1500 دج ☐ 1800 دج ☐ 2100 دج ☐ 2500 دج ☐ 3000 دج ☐	

ماعية

	☐ ☐	إضافة إلى الدخل الشهري
	☐ ☐ ☐	ملكك الخاص
	☐ ☐ ☐	فقي

المحور الرابع: الخصوبة والولادات

16	في أي سنة حملت لأول مرة وكم كان عمرك عندئذ؟	حملت سنة ☐☐☐☐ كان عمري ☐☐ سنة	
17	كم حملت من مرة سيدتي (مجموع الأحبال إلى غاية يومنا هذا)	حملت ☐☐ مرة	
18	كم من طفل لديك؟ (ذكور وإناث)	عدد الإناث ☐☐ عدد الذكور ☐☐	الأطفال على قيد الحياة فقط
19	هل حدث أن أنجبت طفلاً طفلا ميتاً	نعم ☐ لا ☐	
20	إذا كانت الإجابة على السؤال السابق (19) بنعم. ما هو عددهم	..... طفل	
21	هل حدث وأن تعرضت لجهاض؟	نعم ☐ لا ☐	
22	إذا كانت الإجابة على السؤال السابق رقم 21 بنعم، ما هو عدد	.....	

		ربط الأنابيب الرحمية (للمرأة) ☐ أخرى:	للملاحظات في آخر الاستمارة.
30	في حالة الإجابة بـ "لا": ما هو تبريرك سيدتي لرفضك استعمال تلك الموانع؟	تتعارض مع معتقداتنا الدينية ☐ أحب العدد الكبير من الأطفال ☐ زوجي لا يحب ☐ لست على دراية بها ☐ الخوف من استعمالها (التأثيرات الجانبية) ☐ أؤمن بأن الأطفال نعمة من عند الله ☐ لا أستطيع الحصول عليها لغلاء ثمنها بالنسبة لي ☐ أخرى: ..... ☐	
31	نظرا للتطور السريع في حياتنا اليومية يرى البعض أنه من الضروري وضع ألف حساب قبل اتخاذ قرار إنجاب الأطفال.	نعم ☐ لا ☐ رأي آخر:	

.....	
☐ نعم ☐ لا	
.....	إذا زاد عدد الأطفال عن ذلك يكتب رجاءا في الملاحظات آخر الاستمارة
.....	
.....	

الحمل

☐ ☐	

الخصوبة	
.....	أرجو كتابة وجهة
.....	نظرك مفصلة
.....	

المنطقة أو الإقليم أو المجموعة الرئيسية	1975-1970	1990-1985	1995-1990	2000-1995
غرب إفريقيا	7.0	6.7	6.4	5.9
البلدان الواقعة في إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	6.7	6.4	6.1	5.8
أسيا	5.1	3.4	2.9	2.7
شرق أسيا	4.5	2.4	1.9	1.8
جنوب وسط أسيا	5.6	4.4	4.0	3.6
غرب أسيا	5.6	4.7	4.2	3.9
أوروبا	2.1	1.8	1.7	1.4
أوروبا الشرقية	2.2	2.1	1.6	1.3
شمال أوروبا	2.1	1.8	1.8	1.7
جنوب أوروبا	2.5	1.6	1.4	1.3
أوروبا الغربية	1.9	1.6	1.6	1.5
أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي	5.0	3.4	3.0	2.7
منطقة البحر الكاريبي	4.4	3.1	2.7	2.5
أمريكا الوسطى	6.4	3.9	3.4	3.0
أمريكا الجنوبية	4.7	3.2	2.8	2.6
أمريكا الشمالية	2.0	1.9	2.0	2.0
أوقيانوسيا	3.2	2.5	2.5	2.4
استراليا /نيوزلندا	2.6	1.9	1.9	1.8
ميلانيزيا	5.8	4.9	4.8	4.4
ميكرونيزيا	4.8	3.8	4.1	4.3
بولينزيا	5.5	4.1	3.7	3.2

المصدر : التوقعات السكانية العالمية : تنقيح عام 2000 المجلد الأول الجداول الشاملة (منشورات الأمم المتحدة E.01.X111.8)

معدل الخصوبة الكلي في المناطق والاقاليم الرئيسية من الفترة 1970-1975 إلى الفترة 1990-2000

المنطقة أو الإقليم أو المجموعة الرئيسية	1975-1970	1990-1985	1995-1990	2000-1995
العالم	4.5	3.4	3.0	2.7
المناطق الاكثر تقدما	2.1	1.8	1.7	1.6
المناطق الاقل تقدما	5.4	3.8	3.4	3.1
اقل البلدان نموا	4.5	2.4	1.9	1.8
افريقيا	6.6	6.0	5.7	5.5
غرب أسيا	6.7	6.0	5.6	5.3
شرق افريقيا	7.0	6.7	6.3	6.1
وسط افريقيا	6.3	6.6	6.5	6.4
شمال افريقيا	6.3	4.8	4.1	3.6
الجنوب الإفريقي	5.5	4.1	3.5	3.3

تطور عدد سكان ولاية أدرار من 1966 إلى 2017

السنة	سكان ولاية ادرار
1966	85600
1977	133855
1987	214796
1998	311615
2008	399714
2010	422859
2011	432265
2012	441382
2013	451625
2014	462929
2015	475298
2016	487440
2017	500077

المصدر: من إعداد الطالبة

تـــــــــــــــــــــــــــوات

التسمية:

تتعدد الروايات المفسرة لمصطلح "توات" فمنهم من يرى بأنه اسم لأحد قبائل الصحراء بالجنوب، و منهم من يقول بأن أصل التسمية جاء نسبةً إلى مواتات المكان و هنا نجد روايتين الأولى تقول بمواتات أرضها لنفي المجرمين من عصاة المغرب و يرجع هذا القول إلى الروائي المحلي بن عومر بن محمد بن أحمد بن الحبيب بن المبروك البداوي، أما الرواية الثانية فتقول بمواتات أرضها للعبادة و هي لمولاي أحمد الإدريسي الطاهري في كتابه نسيم النفحات[1].

كما نجد من الروائيين من يرجع أصل التسمية إلى مرضٍ أصاب حاشية السلطان – و منهم من يقول السلطان نفسه – سلطان مالي **كنان موسى** أثناء رحلته إلى الحج بمرضٍ، و نجد رواية أخرى ترجع الاسم إلى الأتاوات زاعمين أن القائد علي بن الطيب و الطاهر بن عبد المؤمن كانا يقبضان الأتاوات على أهل توات سنة 565 هـ و هي رواية للمؤرخ المحلي محمد بن عبد الكريم بن عبد الحق البكراوي التمنطيطي[2] .

و هناك من يعيده إلى الأصل الأمازيغي البربري و الذي يعني الواحة، وهو أقرب التفسيرات قرباً للمنطق نظراً لتسمية جل قصور المنطقة بأسماء أمازيغية إضافةً إلى أسماء الأشياء كالأواني و الأدوات المختلفة و غيره و نقول و الله أعلم أن هذا التفسير لأصل التسمية يمكن له أن ينطبق على شمال المنطقة لكثرة الواحات بها الظاهرة للعيان و المتداخلة فيما بينها عكس وسط و جنوب المنطقة أين نجد الواحات مبعثرة التوزيع حسب أماكن القصور.

إضافةً إلى رواية مولاي أحمد الإدريسي الطاهري الذي يقول أنها سميت بتوات نظير مواتات أرضها للعبادة و هو ما نجد تفسيره عند ابن خلون في كتابة "ديوان المبتدأ و

---

[1] مولاي أحمد الإدريسي، نسيم النفحات في ذكر جوانب من أخبار توات، مخطوط خزانة الشاري الطيب، كوسام.

[2] الصديق حاج أحمد آل المغيلي، التاريخ الثقافي لإقليم توات، منشورات الحبر، الجزائر، الطبعة الثانية، 2011، ص 29.

الخبر في تاريخ العرب و البربر و من عاصرهم من ذوي الشأن الأكبر" المعروف بمقدمة ابن خلون حين يتحدث و يصف أحوال أهل الأقاليم الحارة و يقول: " ... و فيها الأرض الحرة التي لا تُنبت زرعاً ولا عشباً بالجملة، فسكانها في شظف من العيش مثل أهل الحجاز و جنوب اليمن و مثل المُلثمين من صنهاجة الساكنين بصحراء المغرب و أطراف الرمال فيما بين البربر و السودان [3] – و هنا تقع منطقة توات – "، و يسترسل الؤلف في وصفه لحال هذه الأقاليم فيقول: " ... و تجد مع ذلك هؤلاء الفاقدين للحبوب و الأُدم من أهل القفار أحسن حالاً في جُسومهم و أخلاقهم من أهل التُلول المنغمسين في العيش...و اعلم أن أَثَرَ هذا الخِصب في البلدان و أحواله يظهر حتى في حال الدين و العبادة. فنجد المتقشفين من أهل البادية أو الحاضرة ممن يأخذ نفسه بالجوع و التجافي عن الملاذ أحسن ديناً و إقبالا على العبادة..."

و بلاد توات هي اليوم إقليم كبير بالصحراء الجزائرية الغربية يتضمنه اليوم الإقليم الإداري الكبير المسمى " ولاية ادرار " و موقعه بين هضبة تادمايت شرقاً و عرق شاش من الجهة الجنوبية الغربية، و يضم الإقليم عدة قصور بحيث لا يقل عددها عن 135 قصراً حالياً بينما كان عددها قديماً أكثر من هذا[4].

و بالحديث عن سكان هذا الإقليم و تركيبتهم البشرية التواتية يقول د. الصديق حاج أحمد آل المغيلي في كتابه " التاريخ الثقافي لإقليم توات " أن السكان في منطقة توات يتكونون من خمسة أصناف و هم بالترتيب الشرفاء، المرابطون، عرب الأخلاط، الحراثين و العبيد [5]، و عُرف المجتمع التواتي منذ القديم بمتانة نسيجه الاجتماعي، و غلبة الطابع الديني على جل جوانب حياته، كما عُرف هذا المجتمع بكرمه و حسن ضيافته للأجانب، و قد ذكر سيدي محمد القاضي أن أهل توات عملوا على تنمية نظام الضيافة بتوات و ذلك من بجعل

---

[3] ابن خلدون، ديوان المبتدأ و الخبر في تاريخ العرب و البربر و من عاصرهم من ذوي الشأن الأ:بر، دار الفكر، لبنان، 2007، ص 103.

[4] عبد الله حمادي الإدريسي، الفوات من تاريخ توات و صحاري الجهات الجزء الأول، دار الكتاب الملكي الطبعة الأولى، الجزائر، 2013، ص 8.

[5] الصديق حاج أحمد آل المغيلي ،مرجع سبق ذكره ، ص 54.

بيوت مقصورة على الضيوف و المسافرين [6] ، كما جاء في أكثر من موضع إشارات لطيبة و حسن سلوك سكان المنطقة كما وصفهم الرحالة الألماني جيرهارد روهلفس Gerhardt rohlfs بالمسالمين و أنهم يحبون الغرباء و جال الدين [7] و يسترسل الكاتب في مقاله : " و في هذا الصدد يقول الحسن الوزان ...و كثيراً ما يتقاتلون بينهم و يتناحرون إلا أنهم لا يمسون الغرباء بسوء..."

و تميز المجتمع التواتي عامةً بجملة من الظواهر كالزواج المبكر للفتيات أين كان يتم تزويجهن أحياناً حتى قبل أن يبلغن، كما جرت الأعراف في المنطقة بعدم تزويج البنت لمن هو أقل منها شأناً طبقاً عكس الرجل الذي لا حرج عليه إن تزوج من طبقة أقل من طبقته حتى و إن بقيت عانساً أو يزوجنها لأحد أقاربها رغم رفضها له، ما يدل على وجود نوع من الاهتمام و الخوف على مستقبل الفتاة في المجتمع التواتي و هي ظاهرة في عدة كتابات مثل ما ذكره د. حوتية في الجزء الأول من مؤلفه توات و الأزواد في الصفحة رقم 367 حيث يقول: إن وضعية المرأة في مجتمع توات و الأزواد تتميز بالاحتشام و التأثير على زوجها رغم أن هذا الأخير هو المسؤول الأول و الأخير، و النساء في أغلبهن غير مطالبات بالتحجب عند الخروج من المنزل و كذلك ليس من الطبيعي ضربهن في المنطقة

[6] عبد الحميد بكري، النبذة في تاريخ توات و أعلامها، دار الطباعة العصرية، الجزائر، 2010، ص 20.

[7] مبارك جعفري، جوانب من الحياة الاجتماية في منطقة توات من خلال المصادر المحلية (ق 12 هـ/18 م)أعمال الملتقة الوطني الثاني حول الحياة الاجتماعية و الاقتصادية في الجنوب الجزائري خلال القرنين 12- 13 هـ/ 18 – 19 م من خلال المصادر المحلية، المركز الجامعي بالوادي، الجزائر، 2012، ص 128.

تطور المؤشر التركيبي للخصوبة و معدل الشغل الخاص بجنس الإناث من سنة 1977 إلى 2017

السنة	معدل الشغل الخاص بالنساء	المؤشر التركيبي للخصوبة
1977	2,4	7,41
1987	4,5	5,84
1989	5,2	3,83
1992	8,8	4,7
1995	8,9	4,51
1996	7,1	4,41
2003	8,7	2,71
2011	14,2	2,89
2012	15,8	3,02
2013	16,6	2,93
2014	16,3	3,03
2015	16,4	3
2016	17,4	3,1
2017	20,6	3,1

تطور المؤشر التركيبي للخصوبة في الجزائر من 1964 إلى 2017

السنة	المؤشر التركيبي للخصوبة ISF	السنة	المؤشر التركيبي للخصوبة ISF
1964*	6,94	1986**	5,49
1970*	8,36	1987**	5,84
1977*	7,41	1988**	4,74
1980*	6,95	1992***	4,7
1981**	6,40	2000**	2,4
1982**	6,37	2002****	2,2
1983**	6,33	2006***	2,27
1984**	6,26	2015****	3
1985**	6,24	2017****	3,1

المصدر:

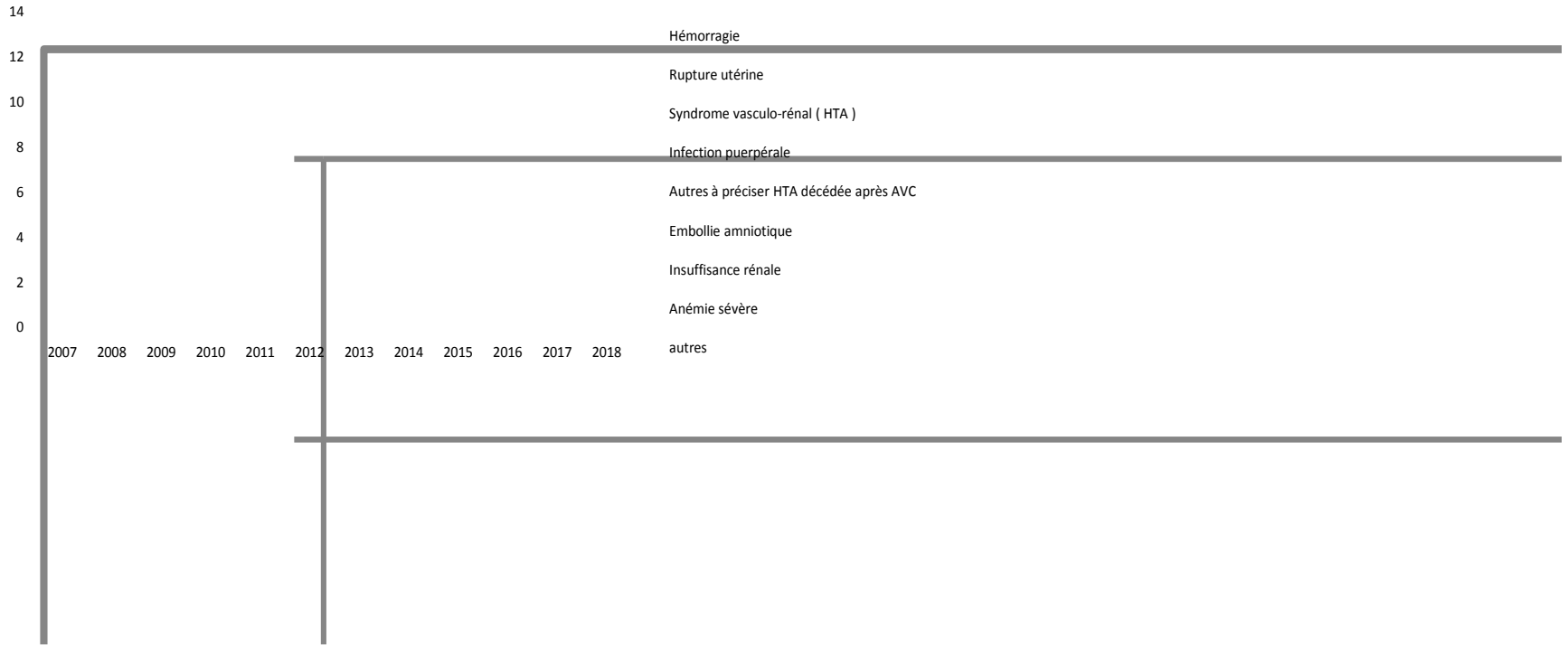
** آسيا شريف.الظواهر الديموغرافية قراءات نظرية وتمارين تطبيقية

*** عميرة جويدة. إحصاءات السكان في الجزائر

****population et société, tous les pays du monde 2015, Gilles pison, INED

***2006 : résultats de l'enquête MICS3 Algérie 2006,Rapport préliminaire 2007 p 57

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Hémorragie	1	3	6	1	1	1	3	6	4	1	3	6
Rupture utérine	1	-	2	1	-	1	-	-	-	-	-	-
Syndrome vasculo-rénal (HTA)	5	2	5	6	2	-	1	1	1	4	3	4
Infection puerpérale	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Autres à préciser HTA décédée après AVC	-	1	-	2	1	3	4	2	13	7	2	1
Embollie amniotique	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Insuffisance rénale	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Anémie sévère	1	-	3	1	-	-	1	1	1	-	-	-
autres	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-



السنة	نسبة الزيادة الطبيعية(%)
1901-1905	0,5
1901-1906	0,5
1901-1907	0,5
1901-1908	0,5
1901-1909	0,5
1921-1925	0,78
1921-1926	0,78
1921-1927	0,78
1921-1928	0,78
1921-1929	0,78
1936-1940	1,7
1936-1941	1,7
1936-1942	1,7
1936-1943	1,7
1936-1944	1,7
1951-1955	2,68
1951-1956	2,68
1951-1957	2,68
1951-1958	2,68
1951-1959	2,68
1961-1965	3,39
1961-1966	3,39
1961-1967	3,39
1961-1968	3,39
1961-1969	3,39
1969-1970	3,34
1971-1975	3,14

السنة	نسبة الزيادة الطبيعية(%)
1971-1976	3,14
1971-1977	3,14
1971-1978	3,14
1971-1979	3,14
1976-1980	3,15
1976-1981	3,15
1976-1982	3,15
1976-1983	3,15
1976-1984	3,15
1981	3,15
1982	3,15
1983	3,16
1984	3,16
1985	3,11
1986	2,74
1987	2,76
1988	2,73
1989	2,5
1990	2,49
1991	2,49
1992	2,41
1993	2,25
1994	2,16
1995	1,89
1996	1,68
1997	1,63
1998	1,57
1999	1,51

السنة	نسبة الزيادة الطبيعية(%)
2000	1,48
2001	1,55
2002	1,53
2003	1,58
2004	1,33
2005	1,4
2006	1,48
2007	1,56
2008	1,92
2009	1,96
2010	2,03
2011	2,04
2012	2,16
2013	2,07
2014	2,15
2015	2,07
2016	2,07
2017	2,07
2018	2,03
2019	1,95
2020	1,85

المصدر:

معطيات الديوان الوطني للإحصائيات ONS

معطيات الموقع الإلكتروني :

https://www.worldometers.info/world-population/algeria-population/

تطور الكثافة السكانية في الجزائر

السنة	الكثافة
1961	4,76
1971	6,24
1981	8,32
1991	11,08
1999	12,86
2000	13,03
2001	13,21
2002	13,37
2003	13,55
2004	13,73
2005	13,92
2006	14,12
2007	14,35
2008	14,58
2009	14,84
2010	15,11
2011	15,39
2012	15,70
2013	16,01
2014	16,34
2015	16,68
2016	17,03
2017	17,38
2018	17,73

Source: https://perspective.usherbrooke.ca

قوائم المصادر و المراجع

القرآن الكريم

I. الكتب:

- ابن خلدون، ديوان المبتدأ و الخبر في تاريخ العرب و البربر و من عاصرهم من ذوي الشأن الأ:بر، دار الفكر، لبنان، 2007
- آسيا شريف،2015، الظواهر الديموغرافية قراءة نظرية وتمارين تطبيقية،الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية
- أنتوني غنديز بمساعد كارين بيردسال ، علم الاجتماع ، ترجمة وتقديم فايز الصياغ، المنظمة العربية للترجمة لبنان، الطبعة الأولى أكتوبر 2005
- بلقاسم الحاج، المرأة ومظاهر تغير النظام الأبوي داخل الأسرة الجزائرية، دار أسامة للطباعة والنشر ، الطبعة الأولى، الجزائر
- بن عبد الله محمد، سيكوباتولوجيا الشخصية المغاربية، ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون، الجزائر، 2010
- رشيدة سبتي، ظاهرة العقم (دراسة نفسية اجتماعية)، دار التنوير/ الجزائر، الطبعة الأولى، 2012
- سبير فاخوري، وسائل منع الحمل الحديثة، بدون عنوان مطبعة، بيروت، 1973
- سعيد سبعون، الدليل المنهجي في إعداد المذكرات والرسائل الجامعية في علم الاجتماع، دار القصبة للنشر ، الجزائر، الطبعة الثانية، 2012
- سناء الخولى، "الأسرة في عالم متغير"، دار المعرفة الجامعية، 2004
- سناء الخولى، التغير الاجتماعي و التحديث، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2003
- السيد عبد العاطي السيد، علم اجتماع السكان، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2002

- الصديق حاج أحمد آل المغيلي، التاريخ الثقافي لإقليم توات، منشورات الحبر، الجزائر، الطبعة الثانية، 2011، ص 29.

- صلاح الدين شروخ، علم الاجتماع الديني العام، دار العلوم للنشر و التوزيع، عنابة، الجزائر، 2012

- عادل محمد العدل، مناهج البحث في العلوم الإنسانية، الطبعة الأولى، الإصدار الأول، 2014، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان – الأردن، 2013

- عبد الحميد بكري، النبذة في تاريخ توات و أعلامها، دار الطباعة العصرية، الجزائر، 2010

- عبد الحميد دليمي، دراسة في العمران السكن والإسكان،مخبر الإنسان والمدينة، دار الهدى، 2007

- عبد الرحمان الوافي، في سيكولوجية الإنسان والمجتمع، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، بدون طبعة، الجزائر

- عبد القادر القصير، الأسرة المتغيرة في مجتمع المدينة العربية، دار النهضة العربية، بيروت، البعة الأولى، 1995

- عبد القادر رزيق المخادمي، الانفجار السكاني في العالم من تحديات العولمة إلى الفجوة الرقمية، دار الفجر للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، القاهرة، 2005

- عبد الله حمادي الإدريسي، الفوات من تاريخ توات و صحاري الجهات الجزء الأول، دار الكتاب الملكي الطبعة الأولى، الجزائر

- عبد الله عطوي، جغرافية السكان، دار النهضة العربية ، الطبعة الأولى، 2001

- عبد الهادي الجوهري، معجم علم الاجتماع، المكتب الجامعي الحديث، الأزاريطة، بدون بلد نشر، 1999

- عبد علي الخفاف، واقع السكان في الوطن العربي،دار الشروق،الأردن، الطبعة الأولى، الإصدار الأول 1998

- العقبي الأزهر، القيم الاجتماعية والثقافية المحلية وأثرها على السلوك التنظيمي للعاملين – دراسة ميدانية–، جامعة الإخوة منتوري قسنطينة، 2009/2008

- علي عبد الرزاق جلبي، علم اجتماع السكان، دار المعرفة الجامعية، الطبعة الرابعة، 2003،

- علي عبد الرزاق جلبي، علم اجتماع السكان، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، 1984

- فاطمة عوض صابر، ميرفت علي خفاجة، أسس ومباديء البحث العلمي، مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية، مصر، الطبعة1، 2002

- فايز محمد العيسوي، أسس الجغرافيا البشرية، دار المعرفة الجامعية، 2004

- فتحي محمد أبو عيانة، دراسات في علم السكان، دار النهضة العربية، بيروت، الطبعة الثانية، 2000

- فراس عباس فاضل البياتي، الانفجار السكاني والتحديات المجتمعية، دار غيداء للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 1432هـ–2011م.

- فؤاد بسيوني متولي: المشكلة السكانية، كلية التربية، طنطا، 1998 ، مركز الاسكندرية للكتاب

- فوزية ذياب، القيم والعادات الاجتماعية مع بحث ميداني لبعض العادات، دار النهضة العربية، بيروت، 1980

- كاترين روليه، سكان العالم: سبعة مليارات نسمة في وقت قريب، فماذا بعد؟، الطبعة الأولى، لاروس Larousse ، 2015

- كاميليا إبراهيم عبد الفتاح، سيكلوجية المرأة العاملة، دار النهضة العربية، بيروت
- كمال كاتب، مقدمة بن يمين ستورا: أوروبيون أهالي و يهود بالجزائر 1830 – 1962 تمثيل و حقائق السكان، دار المعرفة، الجزائر، 2011
- مادلين غراويتز، ترجمة سام عمار، مناهج العلوم الاجتماعية، الكتاب الثاني، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم ، دمشق، سوريا، 1993
- محمد السويدي، مفاهيم علم الاجتماع الثقافي ومصطلحاته، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر، الدار التونسية للنشر ، تونس، 1991
- محمد الصالح حوتية، توات و الأزواد الجزء الأول، دار الكتاب العربي، الجزائر
- محمد سعيد رمضان البوطي، المرأة بين طغيان النظام الغربي ولطائف التشريع الرباني، دار الفكر – دمشق، الطبعة 15
- محمد عاطف غيث، 1999، قاموس علم الاجتماع، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة
- محمد عبيدات وآخرون، منهجية البحث العلمي القواعد والمراحل التطبيقية، دار وائل، عمان، 1999
- محمد عبيدات، محمد أبو نصَّار، عقلة مبيضين، منهجية البحث العلمي القواعد والمراحل والتطبيقات، دار وائل للنشر والطباعة، عمان، الطبعة 2، 1999
- محمد فتحي أبو عيانة، دراسات في علم السكان، دار النهضة العربية، بيروت، الطبعة الثانية، 2000
- محمود حمدي زقزوقي، العقيدة الدينية وأهميتها في حياة الإنسان، هدية مجلة الأزهر المجانية لشهر رجب 1415هـ، الأزهر، مصر

- مروان عبد المجيد ابراهيم، أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2000

- مصطفى السباعي، المرأة بين الفقه والقانون، دار السلام للطباعة والنشر والتوزيع والترجمة، الطبعة الرابعة، مصر، 2010

- مصطفى خلف عبد الجواد، علم اجتماع السكان، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن، الطبعة الثانية

- معن خليل عمر، علم اجتماع الأسرة، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، ط1، 2000

- منير عبد الله كرادشة، علم السكان الديمغرافية الاجتماعية، عالم الكتاب الحديث، الطبعة الأولى، 2010

- موريس أنجرس، منهجية البحث في العلوم الإنسانية، دار القصبة للنشر والتوزيع ، الجزائر، بدون طبعة، 2004

- مولاي أحمد الإدريسي، نسيم النفحات في ذكر جوانب من أخبار توات، مخطوط خزانة الشاري الطيب، كوسام.

- هاشم نعمة فياض، العلاقة بين الخصوبة والمتغيرات الاجتماعية- الاقتصادية – دراسة حالة العراق- المركز العربي للأبحاث ودراسات السياسات، جويلية 2012،

- هيرفه درميناخ وميشال بيكويه، السكان والبيئة، عويدات للنشر والطباعة ، بيروت، لبنان، الطبعة الأولى، 2003

- يونس حمادي علي، مبادئ علم الديمغرافية (دراسة السكان)، دار وائل، الطبعة الأولى ، 2010

II. المعاجم والقواميس

- اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، المعجم الديموغرافي متعدد اللغات، السفر العربي، الطبعة الثانية.

- مجموعة مؤلفين، "المعجم الوسيط"، دار إحياء التراث العربي، بيروت

- المعجم الديموغرافي متعدد اللغات، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، السفر العربي، الطبعة الثانية

- نخبة من الأساتذة العرب، معجم العلوم الاجتماعية، مصر، 1975.

III. الرسائل والأطروحات

- أحمد عبد الحكيم بن بعطوش، التخطيط العائلي وتأثيره على القيم الاجتماعية في الأسرد الريفية – دراسة ميدانية بقرية تيفران بلدية سفيان ولاية باتنة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم الاجتماع العائلي، جامعة الحاج لخضر – باتنة – الجزائر، 2014/2013

- الأخضر زكور، دور التعليم العالي في تنظيم الأسرة الجزائرية، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم اجتماع التنمية، جامعة منتوري قسنطينة، 2007-2008

- أسباب انخفاض الخصوبة في الجزائر، بركي محمد، رسالة لنيل شهادة الماجستير، جامعة الجزائر، 2005-2006

- أم الغيث عائشة، عمل المرأة و تأثيره على النتائج الدراسية لأبنائها: دراسة ميدانية بولاية أدرار، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير غير منشورة، جامعة أحمد بن أحمد 2، وهران، 2015

- بركي محمد، أسباب انخفاض الخصوبة في الجزائر- دراسة ميدانية في مستشفى بني مسوس قسم الولادات.

- بن ساري مفيدة والشعوبي سمية، الخصوبة لدى النساء العاملات في قطاع التربية – دراسة ميدانية لمدينة توقرت–، رسالة مكملة لنيل شهادة ليسانس تخصص ديموغرافيا، جامعة قاصدي مرباح ، ورقلة، 2014/2013.

- بوهراوة عز الدين، تغير الزواج والخصوبة في الجزائر، رسالة ماجستير، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2013 – 2014

- تطور عمل المرأة وأثره على الخصوبة في الجزائر، ميداق أنيسة وآخرون، مذكرة لنيل شهادة الليسانس في علم الاجتماع الديمغرافي، جامعة البليدة، الجزائر، 1998–1999

- الخصوبة في الجزائر : مستوياتها، اتجاهاتهاو محدداتها، محمد زكري، مذكرة لنيل شهادة الماجستير تخصص ديموغرافيا، جامعة سعد دخل البليدة، الجزائر

- الخصوبة وتنظيم النسل، عميرة جويدة، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، 1995–1996

- دودو نعيمة، تأثير عمل المرأة على معدلات الخصوبة دراسة ميدانية بجامعة فرحات عباس بسطيف، مذكرة ماجستير تخصص ديموغرافيا حضرية، جامعة فرحات عباس بسطيف، 2010– 2011

- عميرة جويدة، الخصوبة وتنظيم النسل – دراسة ميدانية حول عينة من النساء بمراكز حماية الأمومة والطفولة في بلدية بوزريعة، رسالة ماجستير في علم الاجتماع، الجزائر، 1996/1995

- فيصل بوطيبة، العائد من التعليم في الجزائر، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في الاقتصاد، تخصص اقتصاد التنمية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية

- لجناف عبد الرزاق، تطبيق نماذج الاقتصاد القياسي في تحديد عوامل الخصوبة في الجزائر – دراسة ميدانية – رسالة لنيل شهادة الماجستير في الاقتصاد القياسي، جامعة الجزائر 3، 2011–2012

- محمد زكري، الخصوبة في الجزائر: مستوياتها، اتجاهاتها ومحدداتها (1970- 2002)، جامعة سعد دحلب ، البليدة، الجزائر ، 2001

- مشتي سامية،الخصوبة المفضلة وتنظيم الأسرة دراسة ميدانية، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع تخصص ديموغرافيا،جامعة الجزائر، معهد علم الاجتماع،2003-2004

- النمو الديمغرافي وأثره على التنمية الاقتصادية، توبين علي، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، 2003-2004

- نور الدين تابليت، المرأة بين العمل خارج البيت والتنشئة الاجتماعية للأبناء -دراسة ميدانية-، مذكرة دكتوراه، رابط التحميل: drive.google.com/file/d/08/2007.

IV. المقالات والجرائد

- جريدة الخبر اليومية: العدد 610، 02 نوفمبر 1992

- جريدة الفجر اليومية، غنية توات، "هذه هي المهن الشاقة التي ستستفيد من تخفيض في "التقاعد "بعد أن قسّمت ل3 مستويات أخطرها شملت عمال المناجم والآبار والدواكرة"، 06 ديسمبر 2016

- فضيلة الشعوبي، يمينة قوارح، أ.د. حمزة شريف علي، تحول الخصوبة في الجزائر، مجلة العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية، العدد 19، جوان 2015

- مبارك جعفري، جوانب من الحياة الاجتماية في منطقة توات من خلال المصادر المحلية (ق 12 هـ/18 م)أعمال الملتقة الوطني الثاني حول الحياة الاجتماعية و الاقتصادية في الجنوب الجزائري خلال القرنين 12- 13 هـ/ 18 - 19 م من خلال المصادر المحلية، المركز الجامعي بالوادي، الجزائر، 2012.

- مجلة الجزائر: جانفي 1988

- محمد صالي، نظرية التحول الديمغرافي في الجزائر

- محمد مرغيت، إشكاليات المرأة الجزائرية في أدبيات صحيفة الشهاب الجزائرية، مجلة الحقيقة، العدد 34، جامعة أدرار – الجزائر

- وسائل منع الحمل .. من القديم إلى الحديث، جريدة الشرق الأوسط، الخميس 25 ذو الحجة 1428هـ الموافق 03 يناير 2008م، العدد 10628.

V. التقارير

- UNFPA حالة سكان العالم 2017

- الاتحاد الوطني للنساء الجزائريات: الوثائق الرسمية حول الندوة الوطنية الأولى لتنظيم الأسرة، قصر الأمم، 10 جانفي 1998

- الديوان الوطني للإحصاء: الديمغرافيا والإحصاءات الاجتماعية، كراس رقم 1، ط 1، 1991

- السكان والحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية مع التركيز على وجه الخصوص على فيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الأيدز)، التقرير الموجز ، الأمم المتحدة، 2002

- وزارة الصحة والسكان: 1999

1. « investir dans la santé, la protection et l'éducation doit devenir une priorité absolue pour l'Afrique d'ici 2030 » Leila Pakkala .
2. Andrea caizzi, faut-il indexer les allocations familiales sur le cout réel des parents en fonction de l'âge ? caisse nationale des allocations familiales (CNAF), informations sociales, www.cairne.info/revue-informations-sociales-2007-1.htm
3. Antoine math, une estimation des couts indirect des enfants en terme de pertes de carriére, de salaires et de droits à retaite pour les femmes, La Revue de l'IRES, 2014/4 , n 83
4. Assia Cherif, introduction à l'analyse démographique – théorie et pratique, Casbah éditions, Alger, 2014.
5. caisse nationale des allocations familiales (CNAF), informations sociales, cout de l'enfant et budget des familles, www.cairne.info/revue-informations-sociales-2007-1.htm,
6. Croissance démographique en afrique chance ou desastre, La libre afrique,L'actualité africaine libre et indépendante, Marie-france cros, 26 octobre 2017
7. Denis Michel, La demographie en europe et dands le monde, editions de VECCHI S.A, 52 rue Montmarte 75002 PARIS
8. Dictionnaire de la sociologie sous la direction de Raymond Boudon, Philippe Besnard, Mohamed Cherkaoui, et Bernard-pierre Lécuyer, 1989, 17 rue du Montparnasse 75298 Paris cedex 06
9. Ekert-Jaffé Olivia. Chiffrer une évolution du coût de l'enfant ? Changement de société, mise en cause des concepts.

10. Enquête Algérienne sur la santé de la famille 2002 Ministère de la santé, office national des statistiques, ligue des Etats Arabes, Rapports principal, Juillet2004

11. Enquete nationale à indicateurs multiples, rapport pricipal, decembre 2008

12. Febvay Maurice. Niveau et évolution de la fécondité par catégorie socio-professionnelle en France. In: Population, 14e année, n°4, 1959

13. femmes algeriennes en chiffres 2016

14. G.Negadi, D.tabutin, J.vallin, la population de l'Algérie, « situation démographique de l'Algérie », 1974

15. Gérard – François Dumont , Pays arabes : une fécondité en baisse ?, https://halshs.archives-ouvrtes.fr/halshs-00964042.

16. Graziella Caselli, Jaques Vallin et Guillaume Wunsch, démographie : analyse et synthèse 2 les déterminants de la fécondité, INED , 2002, PARIS

17. Halte à la coissance ? Rapport au club de Rome.

18. Henri LERIDON, les déterminants de la fécondité ,D'une naissance à l'autre : les composantes de l'intervalle intergénésique, INED, 2002, Paris,France

19. http://www.worldometers.info/world-population

20. Institut MONTAIGNE, Le défi démographique : mythes et réalités, juillet 2018

21. Jacques Ellul, Les classe sociales, la petite vermillon N° 447, la table Ronde 26, rue Condé, Paris 6e

22. Kamel kateb ,La transition démographique en algerie et marché de travail, www.cairn.info1986

23. Kouaouci Ali, introduction à léanalyse démographique , OPU, 10,2014.

24. la démographie du monde arabe et du Moyen-Orient des années 1950 aux années 2000 , synthése des changements et bilan statistique, Dominique Tabutin, bruno Schomaker,ined, pop 2005/5 vol.60

25. Luis henry, Mesure du temps mort en fécondité naturelle, Population 1964 numéro 19 -3, editions de l'INED , 23, AV . F.D ROOSEVELT – Paris – VIII.

26. M. Cosio, Fécondité et statut des femmes dans la famille univ de Paris 10, CREDAL-CNRS- Paris III, France claire quetelet 1997, UCL institut de dengasne

27. Marc Montoussé et Gilles Renouard, "100 fiches pour comprendre la sociologie, Bréal, 2009

28. Nouria Benghabrit- Remaoun et autres, Situation de la femme dans la daïra de Charouine. Wilaya d'Adrar, CRASC, 2012

29. OCDE 2011, tendances de la fécondité : quels ont été les principaux ressorts ?dans assurer le bien-être des familles , éditions OCDE, chapitre 03

30. Ons . demographie Algerienne 2000. Donneées statistiques . N° 326. Alger .2000

31. Oriane huchon, la demographie dans le monde árabe,www.lesclesdumoyenorient.com , article publie le 06 / 02 / 2017.

32. Population & societés,Gilles pison,tous les payes du monde, INED, numero 547, septembre 2017, paris

33. Population & societés,Gilles pison,tous les payes du monde, INED, numero 547, septembre 2017, paris

34. Population, 49e année, n°6, 1994. L'enfant dans la famille, vingt ans de changements. pp. 1389-1418;

35. **P**rocréation **M**édicalement **A**ssistée, est un ensemble de techniques médicales encadrées par la Loi n°2004-800 du 6 août 2004

36. Rapport FNUAP 2017

37. Robert Merger, La naissance, Que sais-je ? le point des connaissance actuelles N° 663, presses universitaires de France, 108 boulevard saint-Germain, paris , 1961

38. Rodolphe Ghiglione , Benjamin Matalon, les enquetes sociologiques theories et pratique, quatrieme edition, ARMAND COLIN, 1985, Paris

39. Thérèse LOCOH, les facteurs de la formation des couples, les déterminants de la fécondité, INED, France, 2002

40. William Lloyd Warner 1898 – 1970, sociologue américain, enseignant à Chicago.

41. William Ogburn, "Technology and the changing family", 1955

42. Zahia Ouadah-bedidi, avoir 30 ans et être encore célibataire : une catégorie émergente en Algérie, presses de sciences Po (P.F.S.P), N 34, 2005.

1. .www.cba.edu.kw/elsakka/chap003_312.doc
2. https://brunofvieira.files.wordpress.com/2012/12/gary-becker-a-treatise-on-the-family.pdf
3. www.cairne.info/revue-informations-sociales-2007-1.htm
4. http://www.worldometers.info/world-population
5. www.dreamstime.com
6. www.unicef.fr/contenu/espace-medias/generation-2030-rapport-sur-la-croissece-demographique-en-afrique.
7. http://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_1994_num_49_6_4142
8. orientxxi.info/magazine/moins-d-enfants-pour-l-algerie
9. www.passeportsante.net/fr/grossesse
10. drive.google.com/file/d/08/2007.

تَمَّت بِحمدِ اللّه