



جامعة محمد بن أحمد وهران 2

كلية العلوم الإجتماعية

قسم الديموغرافيا

أطروحة

للحصول على شهادة الدكتوراه الطور الثالث

في الديموغرافيا

عنوان الأطروحة

السياسات السكانية وتطور إستعمال موانع الحمل في الجزائر
(دراسة ميدانية في مدينة وهران)

تحت إشراف: الأستاذ الوادي طيب

من إعداد: بلحاجي يمينة

مقدمة ومناقشة علنا أمام اللجنة المكونة من

الإسم واللقب	الرتبة	الصفة	مؤسسة الإلتناء
داودي نور الدين	أستاذ التعليم العالي	رئيسا	جامعة وهران 2
الوادي طيب	أستاذ التعليم العالي	مقررا	جامعة وهران 2
بختاوي آسيا	أستاذة محاضرة أ	مناقشة	جامعة وهران 2
صالي محمد	أستاذ محاضر أ	مناقشا	جامعة ورقلة
صديق خوجة خالد	أستاذ التعليم العالي	مناقش	جامعة مستغانم

السنة الجامعية 2024/2023

شكر وتقدير

أتقدم بالشكر والتقدير لأستاذي الدكتور الوادي طيب على كل ما قدمه لي طوال هذه الفترة من

نصائح وإرشادات وصبره وتوافره، لتقديم التوجيهات اللازمة من أجل إنجاز هذا العمل.

كما أتقدم بالشكر والعرفان إلى رئيس مشروع التكوين في الدكتوراه الأستاذ دلندا عيسى على كل

مجهود ودعم ونصائح، كما أتقدم بالشكر إلى كل أساتذة قسم الديموغرافيا لجامعة وهران وكل

الطاقم الإداري للقسم.

وأتقدم بالشكر إلى عائلتي الكريمة.

فهرس المحتويات

شكر

فهرس

الفصل التمهيدي

02.....	مقدمة عامة
06.....	إشكالية الدراسة
08.....	فرضيات الدراسة
10.....	أهداف الدراسة
10.....	أسباب اختيار الموضوع
11.....	المنهج المستخدم
11.....	محتوى الدراسة
12.....	صعوبات البحث.....
12.....	الدراسات السابقة.....
19.....	مصادر المعطيات
36.....	تحديد المفاهيم

39..... خلاصة الفصل التمهيدي

الفصل الأول: السياسات السكانية

40..... مقدمة

41..... مفهوم السياسات السكانية

45..... أهمية السياسات السكانية

48..... أنواع السياسات السكانية

48..... من حيث الحوافز والقيود

49..... من حيث التفاؤل والتشاؤم

51..... من حيث الاجل الزمني

53..... السياسات السكانية في الجزائر

55..... اهداف السياسات السكانية

56..... مراحل السياسات السكانية في الجزائر

56..... المرحلة الأولى (1962-1979)

58..... المرحلة الثانية (1980-1988)

58..... المرحلة الثالثة (1989 الى يومنا هذا)

59..... التطور البطيء للسياسات السكانية في الجزائر

60..... خلاصة الفصل الأول

الفصل الثاني: تاريخ موانع الحمل ورأي بعض العلماء فيها

61..... تمهيد

61..... تطور استعمال موانع الحمل عبر العصور

63..... النظرية المالتوسية

66..... موانع الحمل ورأي العلماء

66..... نظرة الفرد صوفي

71..... رؤية الدكتور يوسف القرضاوي

73..... رأي الامام محمد أبو زهرة

74..... موقف الأستاذ صلاح سعد الدين

77..... أنواع موانع الحمل

77..... موانع الحمل الغير هرمونية

79..... موانع الحمل الهرمونية

80..... ذات الهرمون الواحد

82..... ذات الهرمونيين

85.....موانع الحمل الطبيعية

88.....خلاصة الفصل الثاني

الفصل الثالث: الانتقالية الديموغرافية وتوجهات الخصوبة

89.....مقدمة

89.....خصوصيات التحول الديموغرافي وبروز مشكلة السكانية في العالم الثالث

91.....اثر الاستعمار في بروز المشكلة السكانية

96.....انخفاض معدلات الوفيات وعلاقتها بالزيادة السكانية

98.....العلاقة بين النمو الديموغرافي والنمو الاقتصادي

98.....نظرية التحول الديموغرافي

102.....مفهوم التحول الديموغرافي

102.....نظرية الانتقالية الديموغرافي

103.....محددات التحول الديموغرافي

103.....نمو السكان في الجزائر

105.....تطور السكان

105.....تطور معدل المواليد

107.....الخصوبة حسب العمر في الجزائر

108	الوفيات
111	امل الحياة.....
112	دراسة المؤشرات الخاصة بالخصوبة
112	عدد المواليد
115	نظرية انتقالية الخصوبة
117	معدل العام للخصوبة
119	المؤشر التركيبي للخصوبة
120	محددات الخصوبة
120	استعمال موانع الحمل
122	المستوى التعليمي
124	النشاط الاقتصادي وخروج المرأة للعمل
125	ارتفاع سن الزواج
126	التحضر
130	خلاصة الفصل الثالث

الفصل الرابع: دراسة وصفية تحليلية لتطور إستعمال وسائل منع الحمل

131	مقدمة.....
-----	------------

- 131 نسبة الإستعمال في الماضي لوسائل منع الحمل
- 132 تطور إستعمال الحالي لنسب إستعمال وسائل منع الحمل
- 135 إستعمال موانع الحمل حسب الإقامة.....
- 136 إستخدام موانع الحمل حسب منطقة الإقامة
- 137 إستعمال موانع الحمل حسب المستوى التعليمي ونوع الوسيلة
- 138 إستخدام وسائل منع الحمل وعدد الأطفال
- 140 إستخدام وسائل منع الحمل حسب العمر
- 141 إستخدام وسائل منع الحمل حسب الوسيلة
- 141 أسباب عدم إستخدام وسائل منع الحمل
- 143 خلاصة الفصل الرابع.....

الفصل الخامس: توصيف العينة

- 144 تمهيد
- 144 منهجية البحث الميداني
- 144 أسباب إجراء البحث الميداني
- 145 الدراسة الإستطلاعية
- 145 نتائج الدراسة الإستطلاعية

146	وسائل جمع معلومات الدراسة
146	الإستمارة
146	فترة الإنجاز
147	مميزات الإستمارة
147	البرنامج المستعمل لتحليل النتائج
147	توصيف العينة
176	خلاصة الفصل الخامس

الفصل السادس تحليل نتائج الدراسة الميدانية

178	تمهيد
178	تحليل نتائج الدراسة الميدانية
200	خلاصة الفصل السادس
201	تطابق نتائج الدراسة الميدانية مع فرضيات الدراسة
203	الخاتمة العامة
205	قائمة المراجع

الملاحق

الهوامش

ملخص

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	تطور المواليد في الجزائر بين (1962-2016)	113
02	تطور معدلات المواليد (1962-2015)	114
03	تطور معدل الخصوبة العام للجزائر حسب العمر بين 1970-2019	118
04	تطور المؤشر التركيبي للخصوبة للجزائر ما بين 1960-2019	120
05	تطور نسب استعمال وسائل منع الحمل من 1986 الى 2019	122
06	المؤشر التركيبي للخصوبة والمستوى التعليمي (1969-2012)	123
07	تطور معدل الخصوبة في الجزائر حسب العمر ووسط الإقامة (1970-2019)	129
08	تطور المؤشر التركيبي للخصوبة في الجزائر حسب وسط الإقامة (1970-2019)	129
09	الاستعمال في الماضي لوسائل منع الحمل حسب الوسيلة	131
10	تطور استعمال الحالي لوسائل منع الحمل في الجزائر (1968-2019)	133
11	تطور استعمال الحالي لمنع الحمل حسب الوسيلة في الجزائر (1986-2019)	134
12	استعمال موانع الحمل حسب مكان الإقامة في الجزائر (1968-2019)	135
13	استعمال موانع الحمل حسب منطقة الإقامة في الجزائر (1986-2019)	136
14	استعمال وسائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي في الجزائر (1992-2019)	138
15	نسب استعمال وسائل منع الحمل حسب عدد الأطفال في الجزائر (1992-2019)	139
16	تطور استعمال موانع الحمل حسب عمر المرأة في الجزائر (1986-2019)	140
17	المستوى التعليمي لدى النساء المبحوثات	148
18	الحالة الفردية للنساء المبحوثات.	149
19	نوع المسكن حسب رأي المبحوثات	150
20	الوضعية داخل المنزل حسب رأي المبحوثات	151
21	مع من تسكنين حسب رأي المبحوثات؟	152
22	عدد الأشخاص في المنزل حسب رأي المبحوثات	152
23	السن عند الزواج الأول حسب رأي المبحوثات	154
24	عدد الحمل لدى النساء	155
25	عدد الأطفال الاحياء	155
26	الحالة الصحية للنساء المبحوثات.	156
27	الأمراض التي تعاني منها النساء المبحوثات	157

159	المعرفة بوسائل منع الحمل لدى النساء المبحوثات	28
160	الإستعمال الحالي لوسائل منع الحمل لدى النساء المبحوثات	29
161	منذ متى تستعملين وسائل منع الحمل بالنسبة للنساء	30
162	أسباب إختيار الوسيلة بالنسبة للنساء المبحوثات	31
163	من اين تحصلين عليها حسب راي النساء المبحوثات	32
164	أسباب المباعده بين الولادات حسب راي النساء المبحوثات	33
165	أسباب امتناع الزوج عن استعمال موانع الحمل	34
166	أسباب الامتناع عن إستعمال موانع الحمل بالنسبة للنساء المبحوثات	35
167	حدوث الحمل مع استعمال موانع الحمل بالنسبة للنساء المبحوثات	36
168	أسباب الامتناع عن إستعمال موانع الحمل بالنسبة للنساء المبحوثات	37
169	إستعمال موانع الحمل في المستقبل بالنسبة للنساء المبحوثات	38
170	الوسيلة التي ستعتمد عليها النساء في المستقبل	39
171	مضار موانع الحمل على المرأة حسب راي المبحوثات.	40
172	مجال التباعد بين الولادات لدى النساء حسب رأي المبحوثات	41
173	أسباب الإمتناع عن الإنجاب بعد الزواج مباشرة حسب رأي النساء المبحوثات	42
174	عدد الأطفال المثالي في رأي النساء المبحوثات	43
174	السن المثالي للتوقف عن الإنجاب للمرأة حسب رأي النساء المبحوثات	44
175	السن المثالي للتوقف عن الانجاب بالنسبة للرجال حسب رأي النساء	45
178	المستوى التعليمي والعمر للنساء المبحوثات	46
179	إستعمال موانع الحمل حسب الوسيلة والفئات العمرية لدى النساء المبحوثات	47
182	إستعمال موانع الحمل حسب الوسيلة والمستوى التعليمي لدى النساء المبحوثات	48
182	نسبة المعرفة بوسائل منع الحمل حسب راي النساء المبحوثات	49
184	بداية إستعمال موانع الحمل حسب رأي النساء المبحوثات	50
185	أسباب تغيير وسيلة منع الحمل حسب رأي المبحوثات	51
186	إستعمال موانع الحمل حسب الحالة الفردية وذلك حسب رأي النساء المبحوثات	52
186	استعمال موانع الحمل حسب الوسيلة المستعملة والحالة الفردية وذلك حسب رأي النساء المبحوثات.	53
187	إستعمال وسائل منع الحمل حسب الوسيلة وعدد الأطفال الأحياء وذلك حسب رأي النساء المبحوثات	54

189	نسب إستعمال وسائل منع الحمل حسب الوسيلة و سن الزواج الأول حسب رأي النساء المبحوثات	55
190	إستعمال موانع الحمل حسب الوسيلة والسن الزواج الأول حسب رأي النساء المبحوثات	56
191	إستعمال موانع الحمل حسب الوسيلة والسن الزواج الأول حسب رأي النساء المبحوثات	57
193	إستعمال وسائل منع الحمل حسب الوسيلة ونوع المسكن حسب رأي النساء المبحوثات	58
194	أسباب الإمتناع عن إستعمال وسائل منع الحمل حسب رأي النساء المبحوثات	59
195	قرار إستعمال موانع الحمل حسب رأي النساء المبحوثات	60
197	حدوث الحمل مع إستعمال موانع الحمل حسب رأي النساء المبحوثات	61

قائمة الأشكال البيانية

رقم الشكل	عنوان الاشكال البيانية	الصفحة
01	تطور معدل النمو السكاني في الجزائر (1963-2016)	105
02	تطور معدل المواليد في الجزائر	106
03	المؤشر التركيبي للخصوبة	107
04	تطور معدل الوفيات في الجزائر (1966-2016)	108
05	تطور معدل وفيات الأطفال الرضع في الجزائر (1970-2015)	110
06	معدل وفيات الأطفال دون الخامسة في الجزائر (1990-2016)	110
07	امل الحياة عند الولادة للجنسين (اناث وذكور) في الجزائر (1979-2016)	112
08	تطور المواليد في الجزائر (1962-2016)	113
09	تطور معدلات المواليد (1966-2016)	115
10	تطور معدل الخصوبة في الجزائر حسب العمر ووسط الإقامة (1970-2019)	119
11	المؤشر التركيبي للخصوبة (1960-2019)	120
12	تطور المؤشر التركيبي للخصوبة في الجزائر حسب وسط الإقامة (1970-2019)	129
13	الاستعمال في الماضي لوسائل منع الحمل حسب الوسيلة	132
14	تطور استعمال الحالي لوسائل منع الحمل في الجزائر (1968-2019)	133
15	تطور نسب استعمال الحالي لمنع الحمل حسب الوسيلة في الجزائر (1986-2019)	134
16	استعمال موانع الحمل حسب مكان الإقامة في الجزائر (1968-2019)	135
17	استعمال موانع الحمل حسب منطقة الإقامة في الجزائر (1986-2019)	136
18	استعمال وسائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي في الجزائر (1992-2019)	138
19	نسب استعمال وسائل منع الحمل حسب عدد الأطفال في الجزائر (1992-2019)	139
20	تطور استعمال موانع الحمل حسب عمر المرأة في الجزائر (1986-2019)	140
21	العمر الحالي للنساء للمبحوثات	147
22	المستوى التعليمي لدى النساء المبحوثات	148
23	الحالة الفردية للنساء المبحوثات.	149
24	نوع المسكن حسب رأي المبحوثات	150
25	الوضعية داخل المنزل حسب رأي المبحوثات	151
26	مع من تسكنين حسب رأي المبحوثات؟	152
27	عدد الأشخاص في المنزل حسب رأي المبحوثات	153

154	السن عند الزواج الأول حسب رأي المبحوثات	28
156	عدد الأطفال الاحياء	29
157	تقييم الحالة الصحية للنساء	30
158	الأمراض التي تعاني منها النساء المبحوثات	31
159	المعرفة بوسائل منع الحمل لدى النساء المبحوثات	32
160	الإستعمال الحالي لوسائل منع الحمل حسب الوسيلة	33
161	بداية إستعمال موانع الحمل بالنسبة للنساء	34
162	أسباب اختيار وسيلة منع الحمل حسب رأي النساء المبحوثات.	35
163	من اين تحصلين عليها حسب رأي النساء المبحوثات	36
164	أسباب المباعدة بين الولادات حسب رأي النساء المبحوثات	37
165	نسب استعمال الزوج لموانع الحمل	38
166	أسباب امتناع الزوج عن استعمال موانع الحمل	39
167	حدوث الحمل مع استعمال موانع الحمل بالنسبة للنساء المبحوثات	40
168	أسباب الامتناع عن إستعمال موانع الحمل بالنسبة للنساء المبحوثات	41
169	إستعمال موانع الحمل في المستقبل بالنسبة للنساء المبحوثات	42
170	الوسيلة التي ستعتمد عليها النساء في المستقبل	43
171	المضار التي تلحق بالمرأة من جراء استعمالها موانع الحمل	44
172	مجال التباعد بين الولادات لدى النساء حسب رأي المبحوثات	45
173	أسباب الامتناع عن الانجاب بعد الزواج مباشرة حسب رأي النساء المبحوثات	46
174	عدد الأطفال المثالي في رأي النساء المبحوثات	47
175	السن المثالي للتوقف عن الإنجاب للمرأة حسب رأي النساء المبحوثات	48
179	المستوى التعليمي والعمر للنساء المبحوثات	49
180	إستعمال موانع الحمل حسب الوسيلة والفئات العمرية لدى النساء المبحوثات	50
181	إستعمال موانع الحمل حسب الوسيلة والمستوى التعليمي لدى النساء المبحوثات	51
182	نسبة المعرفة بوسائل منع الحمل حسب رأي النساء المبحوثات	52
184	المعرفة بوسائل منع الحمل حسب رأي النساء المبحوثات	53
184	بداية إستعمال موانع الحمل حسب رأي النساء المبحوثات	54
185	أسباب تغيير وسيلة منع الحمل حسب رأي المبحوثات	55
186	إستعمال موانع الحمل حسب الحالة الفردية وذلك حسب رأي النساء المبحوثات	56

187	استعمال موانع الحمل حسب الوسيلة المستعملة والحالة الفردية وذلك حسب رأي النساء المبحوثات.	57
188	إستعمال وسائل منع الحمل حسب الوسيلة وعدد الأطفال الأحياء وذلك حسب رأي النساء المبحوثات	58
189	نسب إستعمال وسائل منع الحمل حسب الوسيلة وسن الزواج الأول حسب رأي النساء المبحوثات	59
191	إستعمال وسائل منع الحمل حسب نوع المسكن وذلك حسب رأي النساء المبحوثات	60
191	نسب إستعمال وسائل منع الحمل حسب نوع المسكن وذلك حسب رأي النساء المبحوثات	61
193	إستعمال وسائل منع الحمل حسب الوسيلة ونوع المسكن حسب رأي النساء المبحوثات	62
194	أسباب الإمتناع عن إستعمال وسائل منع الحمل حسب رأي النساء المبحوثات	63
196	قرار إستعمال موانع الحمل حسب رأي النساء المبحوثات	64
197	أسباب المباعدة بين الولادات حسب رأي النساء المبحوثات	65
198	حدوث الحمل مع إستعمال موانع الحمل حسب رأي النساء المبحوثات	66
198	إستعمال موانع الحمل في المستقبل حسب رأي النساء المبحوثات	67

مقدمة عامة

يعد الإهتمام بالعملية الإنجابية وما يلزمها من ميول ورغبات بإنجاب أكبر عدد من الأطفال لم يعد مرغوب، إذ بدأت الرغبة في إنجاب الأطفال بالتناقص، وأول ما ظهر هذا التناقص في أوروبا الغربية في أواخر القرن التاسع عشر نتيجة للتقدم الإقتصادي والإجتماعي الذي أعقب الثورة الصناعية.

حيث زادت وفرة الإنتاج الزراعي وتوسع الإنتاجي الصناعي توسعا كبيرا، وأصبح الإتصال بين القارات سهلا، وتوفرت فرص العمل وإلتحق الأفراد بالمؤسسات والمصانع على إختلافها، إضافة لما حدث من تقدم ملحوظ في التكنولوجيا الطبية.

ونتيجة للعوامل السابقة فقد إزداد الدخل، وإرتفع مستوى التعليم، وتحسنت الأحوال الصحية وانخفضت معدلات الوفيات وإرتفع معدل أمل الحياة.

وكل هذه العوامل أدت إلى زيادة عمليات تفكيك وتحطيم دور الأسرة الممتدة وبروزها كوحدة إقتصادية وإجتماعية مستقلة ومنعزلة، هذا مما مهد لزيادة تحولها إلى أسرة نووية صغيرة الحجم.

قد عملت جملة التغيرات هذه على زيادة وتيرة الإتجاهات نحو الموازنة بين عدد أولادها من جهة وبين مواردها المتاحة من جهة أخرى أملا في الحصول على مستوى أعلى من الرخاء والرفاه الإجتماعي، والذي تطمح إليه الأسرة خاصة بعد إنتشار وتوافر مضلة الضمان الإجتماعي للسكان، فضلا عن تنامي ظاهرة خروج المرأة إلى سوق العمل.

والذي أدى إلى إزدياد حدة الإحتدام والصراع بين أدوار المرأة التقليدية وأدوارها الجديدة كعامله وما يترتب عليه من مضاعفة جهودها من أجل التوفيق بين العمل وإنجاب الأطفال.

هذا وقد إنخفض معدل المواليد بشكل متسارع في بداية القرن العشرين، خاصة في نهاية فترة الستينات من القرن، وقد رافق هذا الإنخفاض إنخفاض آخر على معدلات الوفاة.

أما بالنسبة للدول النامية فإنه على الرغم من هذا الإنخفاض في معدل الوفيات إلا أن معدلات الخصوبة لا زالت مرتفعة مما أدى إلى موجة أخرى من الزيادة في أعداد السكان، وتشير الوقائع إلى أن معدلات الوفيات بدأت في الإنخفاض في فترة ما بعد الحرب العالمية الثانية.

في حين لم تتخف معدلات المواليد إلا بمقدار طفيف، لهذا فقد تسارعت معدلات النمو السكاني في هذه الدول وهي فترة شهدت ما يسمى بمرحلة الإنفجار السكاني (منظمة العمل الدولي، وصندوق الأمم المتحدة لنشاطات السكانية).

كما لم تكن هنالك ضرورة لمنع الحمل ولم تكن كذلك فكرة تنظيم النسل واردة، فمعظم النساء الجزائريات ماكثات في البيت مهمتهن الوحيدة هي الإنجاب وتربية الأولاد وكذا مجموعة من الأعمال المنزلية، وفي هذه الفترة لم تطرح قضية الإنفجار السكاني بل بالعكس كان معدل الوفيات الأطفال الأقل من سنة 142 سنة 1970 المعدل جد مرتفع فكان من الضروري إنجاب عدد من الولادات لتعويض الوفيات.

فالجزائر لتغيير الفكرة دخلت منذ سنوات الستينات من القرن الماضي في سياسة لمنع الحمل وذلك بممارستها لطرق تقليدية منذ القديم إلى يومنا هذا مثل العزل وطريقة الحواجز وأقراص منع الحمل التي كانت تقتصر على المناطق الحضرية فقط.

وطرحت مشكلة تنظيم العائلي في منتصف سنوات الستينات وذلك إعتقادا على نتائج التعداد العام للسكان والسكن لسنة 1966.

وعرفت الجزائر أكبر معدلات نمو السكان من الفترة الممتدة من سنة 1962 إلى 1979 حيث وصل مؤشر الخصوبة إلى 8 طفل لكل امرأة وإضافة إلى الزواج المبكر عند الإناث (19 سنة).

وأمام هذه المعطيات ظهر ولأول مرة فكرة التنظيم العائلي سنة 1966 حين جاءت به الإتحادية الوطنية للنساء الجزائريات في مؤتمرها الأول، حيث طلبت من الحكومة آنذاك إعطاء موافقتها لإستعمال موانع الحمل لحماية صحة الأم والطفل ولكن بقي هذا الطلب دون رد لمعارضة الرئيس هواري بومدين ، وما يلاحظ أن إنشغال الحكومة الجزائرية بالتنمية لم يسمح بالتفكير في مشكل النمو الديموغرافي وذلك ما يبدو في تصريحها في مؤتمر بوخارست حول السكان سنة 1974 حين عبرت عن سعيها لبناء إقتصاد قوي ومندمج قادر على الإستجابة لمتطلبات السكان والمتمثلة في الشغل والتعليم والصحة والسكن وهم في نمو سريع.

وفي سنة 1967 أجريت أول دراسة سوسيوديموغرافية بإسم الجمعية الجزائرية للأبحاث الديموغرافية الإقتصادية والإجتماعية (AARDES) تهدف إلى معرفة مستوى الخصوبة في الجزائر، فكانت هذه الدراسة بمثابة مصدر أساسي للمعطيات يعتمد عليها في وضع برنامج وطني للحد من تزايد السكان ولتطور إقتناء وسائل منع الحمل.

وفي نفس سنة تم إنشاء أول مركز لتباعد الولادات في مستشفى مصطفى باشا بالجزائر العاصمة، وفي سنة 1969 أنشئ مركزين آخرين في كل من وهران وقسنطينة.

وفي سنة 1974 تم تبني سياسة تباعد الولادات بحيث تم إفتتاح مجموعة من المراكز لرعاية الأمومة والطفولة.

وإنطلقت المهمة بمركز واحد لتباعد الولادات في الجزائر العاصمة خلال نفس السنة، وبعد خمس سنوات إرتفع عدد المراكز إلى 260 مركز رعاية الأمومة والطفولة وتباعد الولادات.

ويعتبر موضوع السياسات السكانية وتطور إستعمال موانع الحمل من المواضيع التي لها علاقة بالخصوبة ولها تأثير على معدل تزايد السكان وهيكله وتوزيعه المجالي، بحيث عرفت الخصوبة في الجزائر إرتفاعا ملحوظا في معدل الولادات حيث أظهرت نتائج مسح الخصوبة الذي أقيم في سنة 1970 أن معدل الولادات

وصل إلى 49,8 في الألف هذا ما أدى إلى ظهور مؤشرات مرتفعة والمتمثلة في تدهور الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية وحتى الصحية نتيجة للزيادة السكانية.

ويعد عام 1974 أول تاريخ للبرنامج الوطني للأسرة في الجزائر والذي تم تطبيقه في سنة 1983 البرنامج الوطني لإتقان التطور الديموغرافي (PNMCD).

وهذه النظرة الجديدة للقضية السكانية جاءت بعد أن كانت الجزائر قد رفضت إعطاء الأولوية لشكل النمو الديموغرافي في المؤتمر العالمي للسكان ببوخارست سنة 1974، ظنا منها أن التنمية هي أفضل وسيلة لخفض النمو السكاني.

أما في مؤتمر مكسيكو سنة 1984 فإنها اتخذت موقفا مختلفا تماما كما كانت عليه سابقا، وجاء ذلك حين لاحظت إهتمام حكومات دول الجنوب مثل دول الشمال بمشكل النمو الديموغرافي الذي يشكل عائق أساسيا للتنمية وخلال طول هذه الفترة كانت السياسات المتخذة من قبل الجزائر ضمنية، وأن التغيير الذي حدث في المواقف يرجع أساسيا إلى تجدد الشخصيات السياسية في الحكومة من جهة وإلى الوضعية الاقتصادية والسياسية التي آلت إليها الجزائر من جهة أخرى.

ويدخل هذا التصريح في إطار مشروعها الإجتماعي الذي يرمي إلى مبدأ الشغل والتعليم للجميع ومجانية العلاج والحق في السكن للجميع، ولهذا رفضت ما أسمته بالحلول الخاطئة والتي كانت تقصد به مراقبة الولادات وأول سياسة سكانية إعتمدت من قبل الجزائر كانت سنة 1983 وكان هدفها تباعد الولادات والتوعية بمجال التنظيم العائلي.

الإطار المنهجي للدراسة

1. الإشكالية

كانت الولادات في الجزائر وحتى أواخر السبعينات تتميز بالغياب التام لأي شكل من أشكال المراقبة، مما ولد بشكل طبيعي معدل مواليد خام من بين أعلى المعدلات في العالم وصل إلى أكثر من 50% عام 1970.

ومن جهة أخرى كانت الوفيات خلال الفترة ذاتها تمر بتراجع نسبي وتدرجي بسبب تحسن ظروف العيش وتقدم التعليم والتطور الطبي ونشر اللقاحات، هذه الوضعية نتج عنها معدل نمو سكاني مرتفع ووصل إلى أكثر من 3%.

وعند تتبع المسار التاريخي لكل من معدلي المواليد والوفيات في الجزائر يبدو أن إنخفاض الوفيات كان أسرع بكثير من إنخفاض المواليد، فلقد حصل التراجع في هذه المعدلات قبل بداية السبعينات، لذلك شهدت الجزائر في هذه الفترة فجوة كبيرة بين المعدلين ومع مرور الزمن، وهذا راجع إلى وما خسرت من مواليد ولكي تعوض الخسارة إضافة إلى تأجيل ظاهرة الزواج وتحسن الرعاية الطبية.

كما عرفت الخصوبة في الجزائر أعلى معدلاتها بعد خروج البلاد من الإستعمار حيث سجلت حوالي 8 أطفال لكل امرأة في السبعينات والسبب في ذلك كانت رغبة الجزائر في تعويض ما خسرت في الحرب التحريرية.

لكن الجزائر إعتمدت فكرة أن الدولة يمكنها أن تلبي إحتياجات كل سكانها بالإعتماد على كل من الزراعة والصناعة ، و لكن غيرت فكرتها هذه في بداية الثمانينات والسبب تراجع الوفيات وزيادة المواليد أدى بأصحاب القرارات إلى إتخاذ إجراءات تنص على أن النمو الإقتصادي هو أحسن وسيلة لخفض نسبة الخصوبة المرتفعة ، بحيث كلما إنخفض معدل المواليد يؤدي بالضرورة إلى خفض معدل النمو الطبيعي ونتيجة لإنتهاج سياسة تنظيم الولادات حسب برنامج (PNMCD) سنة 1983 نتج عنها انخفاض تدريجي

بحيث لو تتبعنا تطور المؤشر التركيبي للخصوبة بعدها نجد أن متوسط عدد الأطفال تراجع إلى أقل من 3 طفل لكل امرأة، لذا يعد موضوع السياسات السكانية وتطور إستعمال موانع الحمل من المواضيع التي لها علاقة بالخصوبة والصحة الإنجابية خاصة.

ولذلك فإن إستعمال موانع الحمل حسب ما تضمنته السياسة السكانية التي إنتهجتها الجزائر سوف يؤثر على حجم السكان من حيث النقصان وإنخفاض في معدلات الخصوبة والمواليد وهو هدفها في الحد من التزايد السكاني، إضافة إلى تحقيق أهداف التنمية القومية والإهتمام بصحة الأم والطفل.

وترتبط المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة إرتباطا وثيقا بالسياسات الصحية التي تسعى لترشيد السلوك الإنجابي و لتجنب الحمل الخطر، وتلك التي تستهدف خفض معدلات وفيات الأمهات والأطفال الرضع كما ترتبط مؤشرات تنظيم الأسرة بالسياسات التي تسعى إلى تحسين نوعية الحياة ورفع مستوى المعيشة، وبالتالي فإرتفاع نسبة إستعمال موانع الحمل يجد تفسيره جزئيا في السياسة السكانية التي إنتهجتها الجزائر والمتعلقة بخفض الخصوبة من خلال برامج تنظيم الأسرة التي شرعت فيها الدولة عام 1983، كما كان للتحويلات الإجتماعية والثقافية والإقتصادية التي طرأت على المجتمع الجزائري عموما وعلى المرأة الجزائرية خصوصا، دورا كبيرا في رفع نسب الإستعمال من أجل التقليل من عدد الولادات وإطالة مدة المباشرة بينهم.

وتهدف هذه السياسات إلى تحديد حجم الأسرة المرغوب فيها وكذلك تهدف إلى تقديم خدمات صحية جيدة للأم والطفل، والهدف منها هو تحسين وضع المرأة مما يؤثر بصفة غير مباشرة على إتخاذ قرارها في الإنجاب مما سيؤدي بها إلى تحسين مستواها الإجتماعي والإقتصادي والرفع بالتنمية.

وهو ما أكده المؤتمر الدولي المعني بالسكان والمنعقد بمكسيكو في أوت 1983 حيث أعلنت 147 حكومة بالإجماع على تأسيسها لبرامج الإختيارية الهادفة إلى مساعدة الأفراد على التحكم في الخصوبة ومن خلال هذه السياسات وأهدافها يتبادر إلى الأذهان التساؤل الرئيسي:

هل للسياسات السكانية دور في تطور إستعمال موانع الحمل في الجزائر؟

التساؤلات الفرعية:

هل السياسات السكانية لها تأثير في إستعمال موانع الحمل؟

- هل عرفت وسائل منع الحمل تطورا منذ الإستقلال إلى يومنا هذا؟

- ما هي العوامل المؤثرة في تطور إستعمال موانع الحمل؟

- ما هي موانع الحمل الأكثر إستعمالا؟

- ما هي العوامل السوسيو إجتماعية التي تؤثر على إستعمال موانع الحمل؟

- ما هي الأسباب التي لا تمنع بإستعمال موانع الحمل؟

2. فرضيات الدراسة

الفرضية هي عبارة عن إجابة مؤقتة لتساؤلات حول موضوع دراستنا هذه، وتفترض، هذه الدراسة ان

سياسة المباحة بين الولادات وإستعمال موانع الحمل من المواضيع التي تعاني منها الجزائر والتي تعرف زيادة مرتفعة في عدد المواليد مما يؤدي به إلى إرتفاع المؤشر التركيبي للخصوبة بحيث عرف أعلى معدلاته في سنة 1970 ب 8,4 طفل لكل امرأة.

وبعد مشاركة الجزائر في مؤتمر بوخارست سنة 1974 لم تعتمد سياسة منع الحمل بل كانت تعتبر أفضل وسيلة لمنع الحمل هو التطور، لذلك لم يلقى إستعمال موانع الحمل إستجابة كبيرة وكان إنتشاره بطيء جدا وإستعماله بطيء.

لكن بعد سنة 1980 تغير الموقف من تشجيع وتطوير الإنتاج إلى تخفيض من الزيادة

السكانية السريعة، حيث إعتمدت الجزائر على البرنامج الوطني للسيطرة على النمو الديموغرافي بحيث لقي منع الحمل إستجابة واسعة في بلادنا إذ سجلت معدلات الزيادة الطبيعية للسكان إنخفاض، والذي كان مرتبطا بإنخفاض في معدل الخصوبة، وهذا راجع إلى إنتشار إستعمال وسائل منع الحمل لدى العائلات الجزائرية.

وفي سنة 1990 عرفت موانع الحمل إستعمال واسع الإنتشار في المجتمع الجزائري حيث سجلت نسبة 50,7 بالمائة من مستعملي وسيلة من وسائل منع الحمل وذلك سنة 1992. وسنة 2002 عرف معدل نسبة 57,1٪، وفي سنة 2006 بلغ معدل إستعمال وسائل منع الحمل 61,4٪ وسنة 2012 بلغ 57,1٪.

وإلى يومنا هذا أصبح إستعمال موانع الحمل ضرورة لكل الأسر الجزائرية خاصة مع التطور في المستوى الدراسي لدى المرأة والذي أدى بها للخروج والبحث عن عمل من أجل تحسين وضعها الإجتماعي والإقتصادي ومساعدة الزوج في أعباء المعيشة ومواكبة الحياة المعاصرة التي تتطلب وفرة في الأموال. وهذا ما أجبر الزوجين للجوء إلى إستعمال موانع الحمل، لما يتطلبه التكفل بالأولاد ورعايتهم وتنشئتهم وقت وجهد كبيرين لذلك توجب على الزوجين التقليل من الإنجاب وتباعد الولادات أو الحد منها بالإضافة إلى الحفاظ على صحة الأم والطفل.

لذا يتوضح لدينا نتائج السياسات المتبعة للحد من الزيادة المرتفعة للسكان، ومن خلال هذه النتائج فإن دراستنا تركز على عدة فرضيات وذلك ليكون لدينا تناسق بين إشكالية الدراسة ومضمون البحث وتحدد الفرضيات كما يلي:

إستعمال وسائل منع الحمل راجع إلى السياسات السكانية التي إنتهجتها الجزائر.

المستوى التعليمي للمرأة سبب في تطور إستعمال وسائل منع الحمل.

عمل المرأة أجبرها على إستعمال موانع الحمل.

عدد الأطفال الأحياء للمرأة أجبرها على إستعمال موانع الحمل.

3. أهداف الدراسة

بما أن موضوع دراستنا هذه السياسات السكانية وتطور إستعمال موانع الحمل في الجزائر فإن وجود عدة دراسات متنوعة تناولت موضوع منع الحمل والسياسات السكانية التي إنتهجتها الجزائر، إلا أن كان لها أهداف مختلفة وأبعاد متعددة في زمن آخر ومكان مختلف، الهدف الأساسي من الدراسة هو معرفة مدى تطور إستعمال وسائل منع الحمل في الجزائر، ومعرفة أهم الوسائل التي عرفت تطور عبر الزمن ومعرفة الأسباب والعوامل التي أدت إلى تطورها ودراسة تطور موانع الحمل من خلال العوامل المؤثرة على الخصوبة (المستوى الدراسي ، المهنة ، العمر ، المستوى الاجتماعي، البيئة(الحضر، الريف).

4. أسباب إختيار الموضوع

الأسباب التي أدت بنا إلى إختيار الموضوع هي أنه منذ الإستقلال إلى يومنا هذا الجزائر إنتهجت عدة سياسات سكانية ومن بين هذه السياسات سياسات ديموغرافية مست تنظيم الأسرة عبر عدة مراحل ومع التطور الحاصل في الجزائر منذ الإستقلال إلى يومنا هذا وفي إطار تغير ذهنيات وسلوكيات المرأة وكل ما يمسه من تطور في التعليم والتكنولوجيا وتغير في نمط الحياة.

أردنا التطرق إلى إستعمال موانع الحمل بموازات مع السياسات السكانية ومعرفة مدى تطورها منذ بداية السياسة الأولى بعد الإستقلال حتى آخر سياسة منتهجة في الجزائر.

5. المنهج المستخدم في الدراسة

من خلال دراستنا هذه تم إنتهاج عدة مناهج علمية للتمكن من الإجابة على التساؤلات المطروحة، لذا إعتدنا على المنهج التاريخي في سرد تاريخ وسائل منع الحمل والمنهج الوصفي التحليلي الذي يعتمد على جمع المعطيات حول وسائل منع الحمل والخصوبة في الجزائر، والمنهج الإستنتاجي للتحقق من صحة الفرضيات التي تم طرحها في إشكالية الدراسة وعلى ضوء نتائج الدراسة يمكن للباحث أن يتحقق من صحة الفرضيات أو عدمها.

6. محتوى الدراسة

تحتوي هذه الدراسة على ستة فصول:

الفصل الأول الذي نتناول فيه السياسات السكانية مفهومها وأهميتها بالإضافة إلى أنواع السياسات السكانية من حيث الحوافز والقيود، وكذلك من حيث التفاؤل والتشاؤم وفي الأخير من حيث الأجل الزمني إضافة إلى السياسات السكانية في الجزائر، تطرقنا إلى مراحل السياسات السكانية وفيها ثلاث مراحل إضافة إلى التطور البطيء للسياسات السكانية في الجزائر.

أما الفصل الثاني تاريخ موانع الحمل، أنواع موانع الحمل، ورأي العلماء في موانع الحمل.

الفصل الثالث الإنتقالية الديموغرافية وتوجهات الخصوبة في الجزائر.

الفصل الرابع دراسة وصفية تحليلية لتطور إستعمال وسائل منع الحمل في الجزائر حسب المسوح.

الفصل الخامس توصيف عينة الدراسة.

الفصل السادس تحليل نتائج الدراسة الميدانية.

7. صعوبة البحث

-نقص الإحصائيات.

-عدم السماح باقتناء المذكرات من المكتبة وإجبارية الجلوس والقراءة، وهذا مما يؤدي إلى تضييع الوقت.

وعدم السماح بإنجاز التحقيق الميداني نظرا للوضع الصحي الذي الت اليه البلاد كوفيد 19.

8. الدراسات السابقة

تمهيد

للدراسات السابقة أهميتها العلمية والمنهجية لأنها تساعد الباحث العلمي على إلقاء الضوء على الموضوع المطروح للبحث، وتمكنه من التعرف على أهم المناهج والوسائل والفرضيات التي إستعملها الباحثون في دراستهم والتعرف على النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسات، وسنتناول في هذا الفصل مجموعة من الدراسات التي طرقت إلى موضوع إستعمال موانع الحمل وتتمثل في عدد من الدراسات في المجتمعات الغربية والعربية والمسوح الوطنية التي قامت بها الجزائر منذ الإستقلال إلى يومنا هذا.

1. الدراسات في المجتمعات الغربية

1.1. الولايات المتحدة الأمريكية

قام بهذا البحث كل من فريدمان وولبتون وكامبل عام 1962 والذي أجري في الولايات المتحدة الأمريكية لحوالي 2713 امرأة أمريكية، كان الموضوع يدور حول الإنتاج (الإجهاض، عقم، إستعمال وسائل منع

الحمل) وكذلك آرائهن ومواقفهن حول التخطيط العائلي، وقد إعتد هذا البحث في الدراسة على التقنيات التالية: (العينة القصدية، إستجابات، طريقة تصنيف النساء حسب إجابهن وحساب الإحتمالات).

أما أهداف الدراسة فكانت كالتالي:

- دراسة الحجم المستقبلي للأسر على أمل التنبؤ بأفاق السكان على أسس صلبة.
- وصف الفوارق في السلوك بين مختلف الجماعات الإجتماعية والثقافية والإقتصادية.
- التحقق من الفرضيات حول العلاقات بين مختلف الجماعات المتغيرات الإجتماعية والسلوك الإيجابي.
- فيما يخص إستعمال وسائل منع الحمل، كشف البحث بأن أغلبية الأزواج يلجئون على الأقل إلى طريقة واحدة، ولكن هناك بعض التغيرات فيما يخص القرارات حول الحجم المرغوب فيه، والأغلبية الساحقة من العينة في عدد الأطفال، يقع بين 2 إلى 4 طفل.
- حجم الأسرة يتغير مع المركز الإجتماعي والظروف الإقتصادية والإجتماعية والدين.
- هنالك عدد قليل من العينة ترغب في زيادة أطفال أكثر مما عندها.

2.1. إنجلترا

هي دراسة للباحث الإنجليزي روانتري، هدفها دراسة سلوك ومواقف الأفراد إتجاه التخطيط العائلي في إنجلترا، وقد تقرر إجراؤه من طرف منظمة تدعى بلجنة البحوث السكانية (OPPNITALU)، وقد شملت هذه الدراسة حوالي 3000 شخص من الجنسين تتراوح أعمارهم من 16 إلى 59 سنة منهم 650 شخص غير متزوج، و2350 شخص متزوج، وكانت فترة هذه الدراسة ممتدة من ديسمبر 1979 إلى مارس 1980، وقد إستعانت الدراسة بطريقة سبر الآراء لإجراء العملية، كما أن التحليل المطبق على هذه الفئات قد تم بدلالة الجنس، الطبقة الاجتماعية والدين... الخ.

قد أظهرت نتائج البحث أن تطبيق وسائل منع الحمل مستوعب بسهولة أكبر عند الأجيال الحديثة والموافقة بدون تردد عند الرجال أكثر من النساء.

كما أن الباحث يرى أن نتائج هذه الدراسة تساعده في إختيار فرضيات البحث خاصة وموقف الأسرة من التخطيط العائلي بالإضافة إلى أنها تفيده في معالجة قضية وسائل التخطيط العائلي.

2. دراسات في المجتمعات العربية

1.2. المغرب

قام كل من الباحثين المغربيين في علم الاجتماع مختار الهراس وإدريس بن سعيد بدراسة عنوانها "الثقافة والخصوبة، دراسة في السلوك الإنجابي بالمغرب" سنة 1993 بمدينة الرباط والريف المغربي بالمملكة المغربية، وهي دراسة مسحية ميدانية.

2.2. أهداف الدراسة

- محاولة الإجابة عن إهتمام وتساؤلات الباحثين لما لاحظوا تحول في وضعية المرأة والعائلة ونزوح الريفيين إلى الحضر، إذ كانت نسبة الحضريين في بداية الستينات تمثل (30%) وفي منتصف التسعينات (91%).

- معرفة أثر النزوح على وضع المرأة وعملها وقيمتها، وأثر ذلك على النمو الديموغرافي وفي خصوبة المرأة.

3.2. إشكالية الدراسة

هل السلوك الإنجابي تفاعل مجموعة عوامل إقتصادية وأسرية وعقائدية ودينية وثقافية ضمن مسار تاريخي يحدد خلالها موقفه من السلوك الإنجابي؟

4.2. الفرضية الرئيسية

تتفاعل المكونات السوسيوثقافية لتؤثر على السلوك الإيجابي بالمغرب.

لم يحدد الباحثان مفاهيم الدراسة سواء ما تعلق بمعنى تنظيم الأسرة أو بمفهوم الصحة الإنجابية، أما عينة البحث فقدرت ب 400 أسرة نصفها من مدينة الرباط والنصف الثاني من الريف المغربي من الذكور والإناث التي تتراوح أعمارهن بين (16-49) سنة، وكانت العينة مقصودة، فقد تم إختيار الفئات الأقل من دخلا والأكثر فقرا من الشرائح الدنيا من الطبقة الوسطى لتأثرها بالخطاب الديني حسب إعتقاد الباحثين.

أما نوع المنهج المستخدم فهو المنهج الوصفي بالإعتماد على المسح الميداني بالعينة المقصودة، أما الأدوات المستخدمة فهي الإستبيان بالمقابلة الفردية.

5.2. أهم نتائج البحث

متوسط الأطفال في الأسرة الحضرية مرتفع فالعدد المرغوب فيه لم يتم بلوغه بعد، فمتوسط الإنجاب هو 5,3 طفل للأسرة، والمرغوب فيه عند الأمهات هو 8,79 طفل، والمرغوب فيه عند الآباء هو 10,24 طفل، أما الأسرة الريفية فمتوسط إنجابها 6,38 طفل، والمرغوب فيه عند الأمهات هو 11,77 طفل، أما عند الآباء فالمرغوب فيه 12,69 طفل.

نصف أفراد العينة لا يتعدى الفارق بين الطفل الأخير والسابق له 24 شهرا أي أن المرأة تحمل في عامها الأول بعد الوضع.

مازال طابع الأسرة الممتدة سائدا، فالأسرة الريفية التي تضم الأجداد نسبتها 63% وفي عينة الحضريين نسبتها 43,8%.

عمل المرأة يعارضه أكثرية الريفيين فنسبة من يؤيده منهم 41,70%، ونسبة من يؤيده من الحضريين 57,8%.

التعليم العالي بالنسبة للمرأة غير مهم فنسبة 43% من الذكور يرغبون أن يقتصر تعليمها على محو الأمية لا على العمل، ونسبة من يرى ذلك من الإناث 34,9%، ويعتبر الآباء الذكور سنداً لأبائهم في الشيخوخة، فنسبة من يرى ذلك من الرجال 75,4%، ومن النساء 60,5%، وهذا ما يشجع على إنجاب الذكور.

هناك جهل أو عدم إهتمام بوسائل تنظيم الأسرة، فنسبة من يجهل الوسائل المفضلة عند الريفيين 81,6% من النساء، ونسبة من يجهلها عند الرجال 62,6%، وعند النساء من الحضريين 18,40%، وعند الرجال 14,1%.

يعتقد أفراد العينة أن تنظيم الأسرة يهيم السلطة وهذا يفشل سياسته.

حاولت الدراسة أن تجيب على التساؤلات المطروحة وفرضيتها عن طريق المقارنة بين الريف و الحضر، ولا شك أن إجراء الدراسة في الريف والمناطق الجبلية وظروفها الصعبة يوحي بأن الهدف العلمي ومعرفة الحقيقة حاضراً، وعند إستقراءنا لنتائج الدراسة التي أجريت بالمغرب نرى بأنها تفيدنا وتساعدنا في معالجة عدة قضايا وعناصر أساسية في هذا البحث، كموقف الأسرة من التخطيط العائلي ودرجة معرفة الأسرة لوسائله، ومدى تطبيقه ووعيه بمبادئه، بالإضافة إلى المحددات الاجتماعية والإقتصادية والثقافية المؤثرة في السلوك الإنجابي، هذا من الجانب المعرفي، أما من الجانب المنهجي فنوع المنهج المستخدم المنهج الوصفي بالإعتماد على المسح الميداني بالعينة المقصودة سيساعد الباحث في إعتماد نوع المنهج المناسب للموضوع وكذا إختيار نوع العينة التي سيطبقها الباحث في الدراسة الميدانية.

3. تباعد الولادات في العالم الثالث لمليكة لعجالي ما بين 1975-1978

كشفت من خلالها عن علاقة إرتباطيه عكسية بين مستوى تعليم الزوج ومتوسط عدد الأطفال، إذ كلما كان تعليم الزوج أعلى كلما تقلص هذا المتوسط والعكس صحيح، فقد قدر متوسط عدد أطفال الأزواج الذين ليس لهم مستوى 5,8 أطفال مقابل 2,7 أطفال للذين لهم مستوى جامعي.

كما تبين أن الزوجات القاطنات في الوسط الحضري أكثر إقبالا على إستعمال وسائل منع الحمل 48,7% منه في الوسط الريفي 2,20%، وترجع الباحثة إنخفاض نسبة إستعمال وسائل منع الحمل في أوساط المبحوثات إلى عوامل مختلفة أهمها العوامل الثقافية والدينية، إن تصادم المضمون الثقافي لموانع الحمل مع التمثيلات الدينية للأفراد، ومعتقداتهم، وممارستهم العميقة تجدر في الثقافة والمجتمع، يؤدي في الأوساط الريفية على وجه الخصوص، أما إلى رفضها رفضا تاما، أو قبولها مع نوع من التشكك والحيرة والتكتم.

عموما يظل إشكال مشروعية إستعمالها أو عدم إستعمالها مطروحا بقوة، خصوصا في الوسط الريفي، وبدرجة أقل في الأحياء الحضرية الهامشية التي مازالت تواجه من جهتها عقبات على سبيل الإندماج الثقافي في المدينة.

4. الدراسة بعنوان (familles ,femme ,et contraception a un sociologie de familles algériennes)

ل على قواوسي سنة 1992 التي كشف من خلالها التغيرات التي طرأت على مستوى الخصوبة خلال الفترة الممتدة ما بين (1970- 1986) من بين النتائج التي توصل إليها الباحث نذكر أهمها:

تأخر السن عند الزواج الأول الذي إنتقل بالنسبة للإناث من 18,3 سنة في سنة 1970 إلى 24 سنة في سنة 1986.

إنخفاض مؤشر الخصوبة من 7,8 إلى 5,4 أطفال لكل امرأة.

إرتفاع نسبة إستعمال وسائل منع الحمل من 7% إلى 35% بين النساء المتزوجات في سن الإخصاب (15-49).

إنخفاض معدل الولادات من 48,3% إلى 32,4%، وهذا الإنخفاض راجع إلى تأخر سن الزواج بنسبة 60% إلى 40% إنخفاض الخصوبة الشرعية.

إرتباط عدد الأطفال المفضل إنجابهم بالحالة التعليمية للمرأة، فهذا العدد يرتفع بإنخفاض مستواها التعليمي وينخفض بإرتفاعه، إذ نجد أغلبية النساء اللاتي ليس لهن مستوى يفضلن أن تضم أسرهن 6 أطفال فما فوق، بينما لم يتجاوز هذا العدد 4 أطفال عند المستويات التعليمية المختلفة.

كما توصل أيضا إلى أن الأسرة النووية في الجزائر تتميز بإرتفاع خصوبتها، والأسرة الممتدة بإنخفاضها، وقد أرجع ذلك إلى ضيق أو إتساع المسكن مما ينجر عنه بعض المشاكل الإجتماعية ومن ثم التأثير على السلوك الإنجابي.

9. مصادر المعطيات

1.9. التحقيقات والمسوح الميدانية

ترتكز الديموغرافيا على مجموعتين رئيسيتين من المعطيات: أولها يهتم بدراسة حالة السكان في لحظة معينة ومعرفة حجمهم وهيكلهم بشكل خاص (التوزيع حسب الجنس والعمر، التوزيع حسب مكان الإقامة، التوزيع حسب النشاط ...) مثل التحقيقات، المسوح، التقارير، التعدادات العامة للسكان والسكن، أما المجموعة الثانية تركز على ملاحظة تحركات السكان عن طريق التسجيل المستمر للمواليد، الوفيات، الزواج، الطلاق والهجرة، ويطلق عليها السجلات الحيوية أو الحالة المدنية.

تأتي أهمية البيانات الديموغرافية في إستخداماتها المتعددة، كمعرفة توزيع السكان على المناطق المختلفة في بلد معين وكثافتهم السكانية ودرجات تركيزهم وتذبذبات معدلات النمو والحركات السكانية من منطقة إلى أخرى ومستويات الخصوبة والوفاء والزواجية، تستخدم البيانات الإحصائية الديموغرافية في مجالات متعددة كتنظيم القوى العاملة، الصحة العامة، سياسات الهجرة والتهجير، تنظيم الأسرة وإنشاء المدارس والمستشفيات، بإختصار لوضع مخطط تنمية شامل في مختلف المجالات، سنحاول من خلال هذا الفصل تعريف مختلف مصادر المعطيات الخاصة بالجزائر.

3.9. التحقيقات والمسوح

1.3.9. المسح السوسيوديموغرافي الجزائري 1968

منذ الاستقلال إلى يومنا هذا أجريت مجموعة من الدراسات حول موضوع تنظيم الأسرة، فكانت أول دراسة سوسيوديموغرافية أجريت عام 1967 من طرف الجمعية الجزائرية من أجل البحث الديموغرافي والإقتصادي والإجتماعي (AARDES) وذلك مباشرة بعد التعداد العام للسكان والسكن سنة 1966، وكان الغرض من هذه الدراسة هو معرفة مستوى الخصوبة في الجزائر وموقف الزوجين ومدى إستعداد السكان لإستعمال موانع الحمل .

إعتمدت هذه الجمعية (AARDES) في دراستها على المنهج الكمي إذ قامت بمسح شمل 13 منطقة (département) حضرية وريفية من شمال الجزائر خلال الفترة الممتدة ما بين جوان 1967 و أبريل 1968، وكانت عينة البحث مكونة من 2140 زوج موزعة على (158 districtsمقاطعة).

كان الهدف من هذا المسح هو دراسة الخصوبة ومستوياتها ومحدداتها، وكذلك دراسة المواقف حول حجم الأسرة وتقليص المواليد وأيضا دراسة إستعمال موانع الحمل.

نشرت النتائج الأولية لهذا المسح خلال سنة 1968 أما الدراسة المعمقة فقد صدرت في سبعة أجزاء في عام 1971.

توصلت هذه الدراسة إلى مجموعة من النتائج حيث تبين أن 73,5% من العينة أفرت بأنها لا تعرف أي وسيلة من وسائل منع الحمل، بينما 24% صرحت بأنها تعرف الوسائل الحديثة، أما معرفتهن للوسائل الطبيعية أو التقليدية فكانت النسبة 2,5% أما نسبة المعرفة لوسائل منع الحمل حسب عمر المرأة فنجدها لا تختلف كثيرا فيما بينها بل متقاربة جدا.

فيما يخص الإستعمال لهذه الوسائل في الماضي فقد قدرت بـ 50,9% موزعة إلى 47,4% من النساء يستعملن الوسائل الحديثة و 3,4% يلجأن إلى الوسائل التقليدية، وقدّر الإستعمال الحالي أي أثناء إجراء المسح بـ 8% من عينة البحث، موزعة على التوالي 1,5% يستعملن الوسائل الحديثة و 6,5% فيلجأن إلى الوسائل التقليدية.

وأوضحت الدراسة أن الإستعمال لوسائل منع الحمل يبدأ بعد أن تثبت المرأة خصوبتها أي بعد أن تتجب الطفل الأول، فكانت النسبة موزعة على النحو التالي 6% من الأمهات يلجأن إلى وسائل منع الحمل بعد الطفل الأول أما 7,5% فبعد الطفل الثاني 8% بعد الطفل الخامس و 2,5% بعد الطفل الثامن، ونرى من خلال هذه النسب بأن كلما ارتفع عدد المواليد ارتفعت نسبة اللجوء إلى إستعمال وسائل منع الحمل.

بالنسبة للمستوى التعليمي للمرأة أكدت الدراسة أن إستعمال وسائل منع الحمل يزداد تدريجيا بارتفاع مستواها الدراسي، أما بالنسبة لمكان الإقامة تبين أن هنالك فرق شاسع بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية حيث أن هذه الأخيرة كان الإستعمال فيها لوسائل منع الحمل شبه منعدم إذ قدرت بـ 4% وخصوصا بالنسبة للوسائل الحديثة إذ كان منعدم.

ومما يمكن إستخلاصه أن في فترة 1968، المرأة التي تلجأ إلى إستعمال وسائل منع الحمل كان متوسط عمرها 32 سنة، وتوطن في المناطق الحضرية، والوسيلة المستعملة كانت تقليدية ولديها 5 أطفال فأكثر وغالبا أمية.

2.3.9. المسح الجزائري حول الخصوبة 1986 (ENAF)

إن المسح الجزائري حول الخصوبة (ENAF) سمح بوضع برنامج وطني للتحكم في النمو الديموغرافي يركز على قاعدة علمية متطورة، من أجل توضيح خصائص تنظيم الأسرة في الجزائر، وإعداد نقطة إنطلاق في هذا البرنامج تسمح بتقسيم كل ما يتعلق بذلك.

-أهداف المسح

إن المسح الجزائري حول الخصوبة يعطينا نظرة حول ظاهرة الخصوبة ويبرز إتجاهاتها وتطورها والتأثير الذي تقوم به بعض المتغيرات عليها، وعلاقتها مع الظواهر الأخرى وعليه تكون أهدافه كالتالي:

قياس مميزات الخصوبة، إستغلال العلاقة بين وفيات الأطفال الرضع والخصوبة، إظهار مميزات النموذج العائلي، تحليل المدة الفاصلة للتناسل وذلك بقياس المؤشرات التالية (الرضاعة، موانع الحمل، التعقيم).

-نتائج المسح

سمحت هذه الدراسة الإطلاع على الممارسات لموانع الحمل خلال فترات مختلفة قبل إجراء المسح، بحيث طلب من كل إمراة المعلومات حول فترة الرضاعة، أنواع الوسائل المستعملة وكذلك فترات الإستعمال والتغيرات بين الوسائل والإقلاع عنها.

نتائج هذه الدراسة بينت أن نسبة اللواتي صرحن أنهن يعرفن على الأقل وسيلة واحدة من وسائل منع الحمل الحديثة كانت 98% و 17% تقرر بأنهن لا يعرفن أي وسيلة، هذا يعني مدى توفر الخدمات الصحية عبر

الوطن من تعميم الإستعمال وتوعية السكان، الأغلبية الساحقة من المبحوثات تقر بأنها تعرف حبوب منع الحمل بنسبة 97,7% ثم يليها اللولب بنسبة 84,3% والحقن ب 77,3%، أن هذا المستوى من المعرفة لوسائل منع الحمل لدى المرأة الجزائرية مرتبط بصورة جيدة بمستواها التعليمي.

فيما يخص الإستعمال لوسائل منع الحمل في الماضي فقد بينت نتائج الدراسة أن 47,4% من الأمهات صرحن بأنهن إستعملن على الأقل وسيلة حديثة بينما 3,5% إستعملن وسيلة تقليدية، وتتصدر حبوب منع الحمل المرتبة الأولى بنسبة 45,1%، أما باقي الوسائل فكانت نسبة الإستعمال فيها ضعيف جدا.

أما بالنسبة لإستعمال وسائل منع الحمل أثناء المسح فقد قدرت النسبة ب 36% موزعة إلى 31,1% الوسائل الحديثة و 4,4% فهي للوسائل التقليدية. وتمثل الفئة العمرية 35-39 سنة الأكثر إستعمالا لوسائل منع الحمل لدي السيدات بنسبة تقدر ب 45%، وأضعف نسبة كانت لدى الفئة العمرية 15-19 سنة ب 17%.

إن إستعمال وسائل منع الحمل ليس ظاهرة جديدة في المجتمع الجزائري، وهذا ما توضحه نتائج المسح، حيث نجد أن نسبة النساء المتزوجات اللواتي لم يسبق لهن إستعمال موانع الحمل قدر ب 78% وأعمارهن ما بين 15-19 سنة مقابل 42% منهن في الفئة العمرية 40-44 سنة و 56% لدى الفئة العمرية 45-49 سنة هذا ما يفسران الإستعمال كان ضعيفا لدى النساء الأكثر من 45 سنة.

ولكن مقابل ذلك يمكننا القول أن إستعمال وسائل منع الحمل بدأ مبكرا في الجزائر قبل إنتهاج السياسة الرسمية لتنظيم الأسرة، حيث نجد نسبة إستعمال لوسائل منع الحمل في السابق لدى النساء في الفئة العمرية 45-49 سنة قد بلغت 20%.

أثبتت الدراسة أن السيدات اللواتي لديهن عدد كبير من الأطفال يستعملن وسائل منع الحمل للتوقف عن الإنجاب وهن في نفس الوقت الأكبر سنا حيث إن أعلى نسبة سجلت كانت لدى النساء اللواتي لم ينجبن ب 3,3%.

يلعب المستوى التعليمي للمرأة دورا هاما في إستعمال وسائل منع الحمل حيث أن كلما كانت المرأة متعلمة كلما كان الإستعمال مرتفعا، وهذا ما تبينه نتائج الدراسة إذ قدرت نسبة الإستعمال لدى الأمهات المتعلمات ب 50,4% أما غير المتعلمات فكانت النسبة 28,5%.

كما أن مكان الإقامة بدوره يؤثر على نسبة الإستعمال لوسائل منع الحمل، إذ سجلت 38,6% كأعلى نسبة في المناطق الحضرية و 29,6% في المناطق الريفية.

إن اللجوء إلى وسائل منع الحمل له تأثير مباشر على تباعد الولادات حيث سجل أن الفترة المتوسطة الممتدة بين ولادتين هي 32,6 شهر.

3.3.9. المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992

تم إنجاز هذا المسح في إطار المشروع العربي حول الطفولة الذي حققته الأمانة العامة لجامعة الدول العربية بدعم مادي من صندوق الأمم المتحدة للسكان، ومنظمة الصحة العالمية، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، ومديرية الإحصائيات التابعة لهيئة الأمم المتحدة وتم تحقيقه من طرف الديوان الوطني للإحصائيات بمساهمة وزارة الصحة والسكان.

-أهداف المسح-

تم إنجاز هذا المسح من خلال قاعدة معطيات مفصلة لمتابعة السياسات والإستراتيجيات التي تسمح برفع المستوى الإجتماعي والصحي للأم والطفل وذلك من خلال:

-دراسة الظواهر الديموغرافية وإتجاهاتها.

❖ تقييم المتغيرات المرتبطة بالتخطيط العائلي ومتابعة إتجاهاتها.

❖ دراسة العلاقة بين الخصوبة وصحة الطفل.

❖ دراسة العوامل البيئية وتأثيرها على صحة الأم والطفل.

تشير بيانات المسح أن معرفة السيدات السابق لهن الزواج بأي وسيلة من وسائل منع الحمل تصل إلى أكثر من 99% و98,5% صرحن بأنهن يعرفن على الأقل وسيلة حديثة و84,5% يعرفن على الأقل وسيلة تقليدية، كما يلاحظ أن نسبة المعرفة بالحبوب تمثل أعلى نسبة 88% يليها المعرفة باللولب 86%، وفيما يتعلق بالوسائل التقليدية نلاحظ أن المعرفة بالرضاعة الطبيعية على أنها وسيلة لتأخير الحمل أعلى نسبة حيث بلغت 80%، ثم فترة الأمان ب 50%.

أن نسبة استخدام الحالي لموانع الحمل يعبر عنه في هذا المسح بنسبة الممارسة، ويمكن الحصول على تقدير هذه النسبة بسؤال السيدات المتزوجات حاليا في الفئة العمري 15-49 سنة عن استخدامهن لوسيلة من وسائل منع الحمل خلال الشهر السابق للمسح، وتشير النتائج المتحصل عليها أن 51% من العينة يمارسن حاليا وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة وأن 43% يستخدمن وسيلة حديثة، كما تشير البيانات أن حبوب منع الحمل هي الأكثر استعمالا، حيث بلغت نسبة الإستعمال إلى حوالي 39%.

أما الإستخدام لوسائل منع الحمل حسب العمر فنجد أن أعلى نسبة كانت لدى النساء ذوات الفئة العمرية 35-39 سنة بنسبة 56,4% وأخفض نسبة كانت لدى اللواتي لديهن عمر ما بين 15-19 سنة بنسبة 26,4%.

عدد الأطفال الأحياء له تأثير على نسبة استخدام الوسائل، حيث أن النسبة لا تتعدى 5% من النساء اللاتي ليس لديهن أي طفل حي، ثم تصل نسبة الاستخدام إلى 54% و63% للأمهات اللاتي لديهن ثلاث أو أربع أطفال ، ولقد أثبتت الدراسة أنه حتى النساء الصغيرات في السن أي الأقل من 30 سنة بدأت في وقت مبكر من حياتهن الإنجابية ، إذ تصل نسبة الممارسة عند وجود طفل واحد إلى 46% للسيدات في الفئة العمرية

29-25 سنة وتقل نسبة الإستخدام في الفئة العمرية الأعلى 45-49 سنة مع وجود طفل واحد أو اثنين إلى 8% و 17% على التوالي .

4.3.9. المسح الوطني حول اهداف لنهاية العشرية صحة الأم والطفل 2000

بمساعدة الديوان الوطني للإحصائيات وبمبادرة من وزارة الصحة لقد أنجز هذا المسح من طرف المعهد الوطني للصحة العمومية.

والسكان وبدعم من **يونسيف** والمنظمة العالمية للصحة، وكان ذلك في نهاية العشرية سنة 2000 وهذا بعد 5 سنوات من المسح النصف العشرية الذي أنجز خلال سنة 1995.

كان الغرض من هذا المسح هو مقارنة بين نتائجه ونتائج مسح منتصف العشرية للتحقق من إستمرارية في التقدم وتحسين الوضعية الصحية للسكان وبالأخص صحة الطفل والأم.

و لقد إهتم هذا المسح بجوانب عدة حيث تناول مجموعة من المشاكل الصحية التي يعاني منها على الخصوص الأطفال والأمهات في جميع أنحاء الوطن، كما أنه تطرق إلى جانب الصحة الإنجابية لدى المرأة الجزائرية الذي أخذ قسطا وافرا من البحث، قصد معرفة ما مدى ممارسة المرأة لمنع الحمل و ما هي مختلف الوسائل المستعملة وذلك حسب العمر ومكان الإقامة الحضري أو الريفي، وكذلك التقدير الحالي لممارسة موانع الحمل، وتحديد المدة الزمنية المتوسطة للإستعمال لموانع الحمل الحديثة وسبب الإمتناع.

- نتائج الدراسة 2000

لقد أسفرت نتائج هذه الدراسة على أن الأغلبية الساحقة من النساء إستعملن في الماضي على الأقل وسيلة واحدة من وسائل منع الحمل إذ قدرت النسبة ب 79,1%، موزعة إلى 70,4% وسائل حديثة ب 8,6% تقليدية ، وقد تصدرت حبوب منع الحمل القائمة بنسبة 66,3% ثم تلتها الرضاعة بنسبة ضعيفة 3,8% ، ثم اللولب بنسبة قدرت ب 3,3% ، أما الوسائل التقليدية الأخرى فلم تتعدى 2,6%، على العموم فإن الوسائل

الحديثة هي أكثر إستعمالا مقارنة بالوسائل التقليدية، وهذا راجع إلى أن أقرص منع الحمل هي التي أدت إلى إرتفاع النسبة لأنها تعتبر أسهل الوسائل وأكثر ثقة عند المرأة الجزائرية.

أما عن الإستعمال حسب العمر فنلاحظ أن النسب تختلف بإختلاف عمر المرأة فتكون منخفضة في الأعمار الأولى والأعمار الأخيرة وتكون مرتفعة ما بين العمر 30 و 44 سنة حيث تتراوح النسبة بين 82% و 84%، ولقد أثبتت الدراسة أن متوسط العمر للمرأة المستعملة لوسائل منع الحمل قد بلغ 35,3 سنة.

نسبة الإستعمال لوسائل منع الحمل لا تختلف كثيرا بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية إذ أن الفارق لا يتجاوز 1% هذا بالنسبة لكل الوسائل، أما بالنسبة لوسائل الحديثة فكانت مرتفعة في المناطق الريفية بفارق 3,4% مقارنة بالمناطق الحضرية، وكذلك بالنسبة لأقرص منع الحمل بلغت نسبة الإستعمال في المناطق الريفية 64,1% مقابل 69,6%.

بينما إستعمال اللولب كان مرتفعا في الحضر بنسبة 4,2% أما في الريف فقد بلغت نسبة الإستعمال 1,9%.

قد بلغت نسبة الإستعمال الحالي لوسائل منع الحمل 64% من النساء، موزعة إلى 50,1% وسائل حديثة و 13,9% وسائل تقليدية، أما الإستعمال حسب العمر فنجد المعدل يتزايد تدريجيا بتزايد العمر إلى أن تبلغ عند الفئة العمرية 30-34 سنة بنسبة تصل إلى 72,9% ثم يبدأ بالتناقص في الأعمار الأخيرة حيث بلغت 38,6% عند الفئة العمرية 45-49 سنة.

تعتبر الوسائل الحديثة أكثر إستعمالا في المناطق الحضرية مقارنة بالريفية حيث كانت المعدلات على التوالي 53,3% و 48,3% ، بينما الوسائل التقليدية فبالعكس هي أكثر إستعمالا في المناطق الريفية من المناطق الحضرية ولكن بفرق ضعيف حيث سجلت النسب 14,5% و 13,4% على التوالي ، من بين الوسائل الحديثة المستعملة حاليا نجد حبوب منع الحمل في المرتبة الأولى بنسبة 44,3% ، ثم يليها اللولب

بنسبة 4,3% ، ومن بين الوسائل التقليدية فنجد الرضاعة الطبيعية في المرتبة الأولى مع طريقة الحساب (فترة الأمان) بمعدل 4,9% ، ثم العزل بنسبة 3,5% .

لقد تطرقت هذه الدراسة إلى الأسباب الأساسية التي أدت بالمرأة عن العزوف لإستعمال موانع الحمل وبينت النتائج أن 31% يرغبون في الإنجاب وهي أعلى نسبة ثم تليها المشاكل الصحية بنسبة 18,6%، وأخفض نسبة تمثلت في اللواتي يعتقدن منع الحمل حرام حيث قدرت ب 0,9%.

5.3.9. المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002

المشروع العربي حول صحة الأسرة سمح لأصحاب القرار في الدول العربية بإعداد معلومات ضرورية من أجل متابعة وتقييم سياسات الصحة والسكان، ويرتكز هذا المشروع على فكرة بناء تسمح بتوجيه السياسات الصحية وتحليل وتقييم المعطيات، كذلك وضع مخطط لمتابعة البرامج ومختلف السياسات الصحية. هذا المشروع وضع لتكملة مشروع من طرف جامعة الدول العربية، إن تحقيق هذا المسح سمح للدول العربية بإعداد معطيات ضرورية لتقييم الحالة الصحية للسكان، ووضع سياسة وبرامج صحية فعالة، الجزائر هي الدولة العربية الرابعة التي شاركت في إنجاز هذا المشروع وتم تكليف الديوان الوطني للإحصائيات بإعداده.

- أهداف المسح

يهدف هذا المسح حول صحة الأسرة إلى ما يلي:

- ✓ السماح للسلطات بإعداد معلومات أساسية لمتابعة وتقييم سياسات الصحة السكانية.
- ✓ تحسين وضبط البرامج الصحية وخاصة الصحة الإنجابية، عن طريق تحديث وإثراء قاعدة المعطيات المتوفرة.
- ✓ إعداد وسائل ضرورية لوضع سياسة إقليمية للسكان فمخطط العينة يتضمن تمثيلا على المستوى الإقليمي لأغلب المتغيرات والمستوى المحلي لبعضها.

✓ إعداد مؤشرات للمقارنة مع الدول العربية الأخرى، وتقييم المجهودات المتعلقة بمجال الصحة

السكانية.

-نتائج الدراسة 2002

وبينت النتائج التي توصل إليها هذا البحث أن معظم النساء صرحن عفويا أنهن يعرفن الأفراس واللولب كوسائل لمنع الحمل حيث كانت النسب على التوالي 99,9% و 94,2%، ونسبة معرفتهن للحقن والواقي الذكري تقارب 70%، أما الوسائل الأخرى وخاصة طريقة الواقي الأنثوي والتعقيم الذكري (L'implant) الغرس، فنسبة المعرفة كانت جد ضعيفة.

وفيما يخص الوسائل التقليدية مثل الرضاعة المطولة وطريقة فترة الأمان أو الرزنامة

(méthode de calendrier) والعزل فكانت معروفة بصورة جيدة حيث كانت نسبة معرفتهن لهذه الوسائل 85% و 67% و 68% على التوالي.

لا يوجد فروق كبيرة بين النساء القاطنات في الريف وفي المدينة في نسب المعرفة بموانع الحمل حيث وجدناها متقاربة وفي بعض الأحيان متساوية مثل حبوب منع الحمل، يمكننا القول أنه لا يوجد امرأة جزائرية لا تعرف على الأقل طريقة من طرق منع الحمل.

كما بينت الدراسة أن الإستعمال لإحدى وسائل منع الحمل في الماضي كانت النسبة تقارب 78% من مجموع النساء اللواتي إستعملن على الأقل طريقة ما وأن 76% إستعملن في السابق طريقة حديثة بينما 24% فلقد لجان إلى طريقة تقليدية.

أما نسبة الإستعمال لدى النساء حديثات الزواج فقدت النسب ب 80% موزعة إلى 78%منهن لجأن إلى الوسائل الحديثة و 22% إلى الوسائل التقليدية.

ولقد أوضحت الدراسة أن الإستعمال لوسائل منع الحمل يتغير بتغير عمر المرأة، فمستوى الإستخدام يرتفع بارتفاع السن إلى غاية الفئة العمرية 35-39 سنة وبعدها يبدأ في الإنخفاض.

كما أسفرت النتائج أن نسبة الإستعمال في المناطق الحضرية كانت تفوق بقليل في المناطق الريفية حيث سجلت 80% و 75% على التوالي.

أما عن الوسيلة الأكثر إستعمالا تمثلت في الحبوب بنسبة ما يقارب 75% من مجموع النساء وفيما يخص اللولب فكانت النسبة ضعيفة قدرت ب 9,2%، والوسائل الأخرى فكانت نسبة إستعمالها جد محدودة.

بالنسبة للوسائل التقليدية فقد تبين أن 10% من النساء يلجأن إلى الرضاعة الطبيعية المطولة و 9% ويستعملن طريقة فترة الأمان و 7% يستعملن طريقة العزل.

مستوى إستعمال اللولب كان مرتفعا لدى النساء اللواتي يفوق عمرهن 35 سنة وإعتبرت الرضاعة الطبيعية المطولة من بين الوسائل التقليدية الأكثر إستعمالا لدى الأمهات من العمر 35 سنة فما فوق.

وعن عدد الأطفال الأحياء والإستعمال الأول لوسائل منع الحمل فلقد وضحت الدراسة أن 52% من النساء سبق لهن الزواج لأول مرة يستعملن ولديهن طفل واحد ب 19% لديهن طفلين، وتبين أن 9,7% منهن يستعملن لأول مرة ولديهن 5 أطفال أكثر، كما تبين أن 86% من النساء يستعملن لأول مرة وسائل منع الحمل لأنهن يرغبن في الإنجاب في المستقبل أي من أجل التباعد بين الولادات، وأن 12% منهن يرغبن في التوقف عن الإنجاب نهائيا.

فيما يخص الإستعمال الحالي لوسائل منع الحمل فلقد أوضحت الدراسة أن النسبة وصلت إلى 57% من العينة وأن 52% يلجأن إلى الوسائل الحديثة، وتعتبر الحبوب في المرتبة الأولى بنسبة 47%.

أما عن سن المرأة فقد وجد أن معدل الإستعمال يرتفع كلما كان سنها أكبر حيث بلغ معدل ب 66,4% عند الفئة العمرية 35-39 سنة وبنسبة لمدة الزواج حيث أن نسبة الإستعمال ترتفع إلى غاية السنة العشرون من الزواج بمعدل 65,6% وبعدها يبدأ في الإنخفاض.

ولو أردنا أن نفصل في المعطيات لوجدنا إستعمال الحبوب يبقى دائما مرتفعا مهما كان السن مقارنة مع الوسائل الأخرى ولكنه يرتفع أكثر في الفترة العمرية 25-44 سنة إذ تفوق النسبة 48%، غير أن إستعمال اللولب جد ضعيف ولكن ترتفع نسبة إستعماله ما بعد 30 سنة.

بالنسبة للطرق التقليدية نجد طريقة الرزنامة أو فترة الأمان الأكثر إنتشارا بالنسبة للطرق الأخرى، وترتفع نسبة الإستعمال لدى السيدات اللواتي يتراوح سنهن ما بين 35-49 سنة.

أما الرضاة الطبيعية المطولة فنسبة إستعمالها ضعيفة غير أنها ترتفع في الفئات العمرية 25-29 سنة و30-34 سنة و35-39 سنة بنسب متقاربة، وتكاد تنعدم عند باقي الأعمار.

طريقة العزل هي أيضا قليلة الإستعمال وبنسب متفاوتة بالنسبة لجميع الأعمار وهي أكثر إستعمالا لدى الكبار في السن أي ما بين 45 سنة و49 سنة ونقل لدى الشباب أي عند الفئتين العمريتين 15-19 سنة و20-24 سنة.

وحسب مكان الإقامة يبلغ معدل الإستعمال لدى النساء المقيمت في الريف 54% مقابل 59% لدى المقيمت في المدن، بفارق ضعيف بينهما، ولا يوجد فرق بين القطاعين بالنسبة لإستعمال الحبوب فالنسب تقارب 47%، وكذلك بالنسبة لإستعمال اللولب فنلاحظ هناك إختلاف ضئيل من 4%، وكذلك بالنسبة لإستعمال اللولب فنلاحظ هناك إختلاف ضئيل من 4% في المدن إلى 1,9% في الريف.

أما حسب المستوى التعليمي فلقد بلغ المعدل لدى النساء الأميات حوالي 53% من العينة، لكن هذه النسبة ليست بعيدة عن المستويات الأخرى فكل النسب تتراوح بين 52,9% من العينة، لكن هذه النسبة ليست بعيدة

عن المستويات الأخرى فكل النسب تتراوح بين 52,9% و 62,9%، هذا ما يفسر أن المستوى التعليمي لا يؤثر على اللجوء إلى موانع الحمل.

لا نجد بالنسبة لإستعمال الحبوب فوارق كبيرة، بينما إستعمال اللولب فإن النسبة ترتفع بالإرتفاع المستوى التعليمي هذا بالنسبة للوسائل الحديثة، أما عن الوسائل التقليدية فنجد أن طريقة الرزنامة أكثر إستعمالا عند النساء ذوات المستوى المتوسط فما فوق.

الإستعمال الحالي لوسائل منع الحمل حسب عدد الأطفال سجل ما يقارب 66% للأمهات اللواتي لديهن طفلين، ويرتفع هذا المعدل لدى الأمهات اللواتي لديهن 3 و 4 أطفال ليقارب 70% ثم ينخفض لدى اللواتي لديهن 5 أطفال فما فوق.

يعود سبب إختيار وسيلة من وسائل منع الحمل إلى عدة عوامل من بينها نجاعة الوسيلة المستعملة حيث كانت النسبة المصرح بها تصل إلى 43% من النساء إذ يعتبر السبب الرئيسي للإختيار، و30% منهن صرحن بأن السبب هو سهولة إستعمال الوسيلة المختارة، و11% ذكرن بأنهن إتبعن نصائح الطبيب أو القابلة.

ولقد بييت الدراسة أن الإختلافات الموجودة بين النساء فيما يخص مكان الإقامة والمستوى التعليمي لم تأثر على النسب فهي متقاربة وقد تكون متساوية فيما بينها.

6.3.9. المسح الوطني متعدد المؤشرات (MICS 3 2006)

أن المسح الجزائري متعدد المؤشرات (MICS3) هو مسح خاص بالأسرة قامت اليونيسيف بتطبيقه في منتصف سنوات التسعينات، من أجل تقييم التطورات المنجزة المتعلقة بالتبليغ حول الأطفال في العالم وقد تم العمل به في نيويورك في سبتمبر 1990، حيث أن 171 رئيس دولة أو حكومة وكذلك 88 من المسؤولين الكبار في مختلف الدول شاركت وإلتزمت بتحقيق الأهداف المحددة.

في مخطط العمل كل دولة مدعومة لوضع الميكانيزمات الضرورية من أجل جمع، تحليل ونشر بانتظام وفي وقت المحدد المعطيات التي تسمح بمتابعة المؤشرات الإجتماعية المتعلقة بالأطفال، من بين الدول كثيرة نجد أن الجزائر أخذت في برنامجها الوطني للعمل، جمع و إستغلال و معالجة وتحليل المعطيات الإحصائية لمتابعة المؤشرات، تقييم وضعية الأطفال والعمل الميداني المتعلق بسياسات التطوير وتحسين الظروف المعيشية لهذه الفئة من السكان.

تم إنجازها من طرف الحكومة الجزائرية سنة (MICS1)، (MICS2) أن أول مسحين وطنيين، 1995 و 2000، اما الثالث تم تحقيقه سنة 2006 مع دعم تقني ومادي لليونيسيف، ومنظمة هيئة الأمم المتحدة للجزائر، وصندوق هيئة الأمم المتحدة للسكان والمنظمة العالمية للإيدز (ONUSIDA).

- أهداف المسح

- إعداد معلومات ضرورية للعمل بها ومتابعة وتقييم السياسات المتعلقة بالأطفال والنساء.
- تحديث وإثراء قاعدة المعطيات المتوفرة، وتخصيص مؤشرات من أجل المقارنة مع الدول الأخرى وتقييم المجهودات المبذولة لتحسين وضعية هاتين الشريحتين من السكان.
- متابعة تحقيق الأهداف من أجل التطوير، حيث أن 20 على 48 مؤشر يضمن أن هذه الأهداف محققة.
- أن لهذا المسح أهمية خاصة بالنسبة للجزائر، حيث يحتوي على مصدر معلومات كامل ومتنوع من حيث إرتباطه بصحة النساء والأطفال.

هو ذو أهمية لأنه يزودنا بمعلومات إحصائية حول الأطفال والنساء، وهي ضرورية لتقييم ومتابعة التغيرات التي تنتجها سياسة الإنفتاح وخاصة الصورة الإقتصادية والإجتماعية للدولة، مع مراعاة سرعة التغيرات التي تم فحصها، وتوفر معلومات إحصائية ونهائية لتقييم مختلف برامج التنمية بشكل منتظم.

في إطار بروتوكول تم توقيعه بين الحكومة الجزائرية ومكتب الـ (UNICEF) ومثلته وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات تم تحقيق المسح (MICS3) في الجزائر، ان تحقيق وتقديم اعداد هذا المسح تم من طرف الديوان الوطني للإحصائيات.

- نتائج الدراسة 2006

بينت هذه الدراسة أن التنظيم الأسري هو العامل الأساسي في تخفيض مستوى الخصوبة، إذ تظهر النتائج أن الأغلبية الساحقة من النساء الجزائريات لهن معرفة بوسائل منع الحمل الأكثر إستعمالا، سواء في المناطق الحضرية أو الريفية، تراوحت نسبة المعرفة بالأقراص إلى حوالي 99% من السيدات وما يقارب 89% صرحن أنهن يعرفن اللولب.

أما عن الإستعمال لهذه الوسائل من طرف النساء التي تتراوح أعمارهن من 15 إلى 49 سنة فقدت النسبة ب 61,4% موزعة إلى 62,5% لدى نساء الحضر و 59,9% لدى الريفيات، و 52% من النساء يستعملن الوسائل الحديثة و 9,4% يستعملن الوسائل التقليدية.

ولقد بينت الدراسة أن هنالك إختلافات دالة حسب عدد الأطفال الأحياء للمستعملات لوسائل منع الحمل فكانت المعدلات مقدرة ب 2,9% لدى النساء بدون أطفال أحياء و 55,2% لدى اللواتي لديهن طفل واحد بينما 73,9% لدى اللواتي لديهن ثلاث أطفال، هذا ما يدل أن كلما إرتفع عدد الأطفال الأحياء في الأسرة الجزائرية كلما كانت نسبة الإستعمال مرتفعة، الأقراص هي الوسيلة الأكثر إستعمالا حيث وصلت نسبتها إلى 45,9% من مجموع النساء المتزوجات في سن الإنجاب أما اللولب فكانت نسبة إستعماله هو 2,3%.

7.3.9. المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS4 2012-2013)

تم تحقيق هذا المسح من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بدعم تقني ومادي من طرف اليونيسيف (UNICEF) إنطلاقا من ماي 2012، وهو مسح عنقودي متعدد المؤشرات من أجل تقديم

إحصائيات دقيقة حول وضعية الأطفال والنساء والأسر على المستوى الوطني حسب وسط الإقامة (حضر وريف) وحسب المميزات السوسيوديموغرافية والسوسيو إقتصادية.

- أهداف المسح

له أهداف أساسية كالتالي:

على المستوى الدولي

- تحديث الأهداف الإنمائية للألفية (أكبر مصدر بالنسبة لبيانات الأهداف الإنمائية للألفية فإن أكثر من 20 من مؤشرات الأهداف الإنمائية ال 53 مستمدة من المسح العنقودي متعدد المؤشرات.
- تحديث أهداف "عالم صالح للأطفال" (الدورة الإستثنائية للجمعية العامة للأمم المتحدة 5 في عامي 2007 و 2011).

- المساهمة في تقييم المبادرة العالمية "العد التنازلي حتى عام 2015" على وجه الخصوص.
- بالنسبة للأهداف الإنمائية للألفية 4 و 5 وبالتحديد تخفيض وفيات الأطفال دون سن الخامسة وتحسين صحة الأم.

- تحديث الأهداف الرئيسية الأخرى، بما في ذلك تحديث أهداف الدورة الإستثنائية (الجمعية العامة للأمم المتحدة) الخاص بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وأهداف أبوجا على الملايا.

على المستوى الوطني

- تحديث قاعدة بيانات مؤشرات التنمية على وجه الخصوص تلك المتعلقة بالأطفال والنساء.
- توفير برامج لتنمية القطاعات مع قائمة من المؤشرات الموثوقة.
- رصد تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية.
- جمع مؤشرات خاصة بالمقارنة الدولية.

8.3.9. المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS6 2019)

تم إجراء هذا المسح العنقودي في الجزائر سنة 2019 من قبل مديرية الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بدعم مالي وتقني من قبل منظمة الأمم المتحدة للطفولة اليونيسيف (UNICEF) وتمويل من صندوق الأمم المتحدة للسكان.

المسح هو عبارة عن برنامج أسري عالمي طورته اليونيسيف في التسعينات وهذا المسح تم إجراءه في الجزائر سنة 2019 كجزء من الإصدار العالمي السادس لمسوح (MICS6) الذي تم إطلاقه في نوفمبر 2016.

- أهدافه

التنمية المستدامة وغيرها من الإلتزامات المتفق عليها دوليا كما يسمح هذا المسح على المستوى الوطني بتقييم النقص في مجالات التنمية البشرية والاجتماعية وتزويد برامج التنمية الوطنية وقطاعات الإحصاء عن حالة الأطفال والنساء والأطفال.

ويوفر المسح معلومات غنية ومتنوعة في العديد من المجالات التنموية ولاسيما التنمية المستدامة بحلول عام 2030، كما تم إجراء المسح عشية ظهور (Covid19) ، وهي أزمة صحية عالمية يشكل بإمتياز معيارا تاريخيا لقياس تأثير هذا الوباء على تنمية بلدنا لتقديم جهود للحاق بالركب التي يتعين تطويرها وقبل كل شيء للمساهمة في وضع خطط طوارئ قياسية ليتم تنفيذها في مواجهة الأوبئة المحتملة.

10. تحديد المفاهيم

1.10. السياسات السكانية

السياسات السكانية على أنها جميع الإجراءات القانونية أو الإدارية التي تؤخذ من طرف الدولة للسيطرة على العوامل والمواقف الديموغرافية في إطار غرض معين يكون أما لتزايد السكان أو لتخفيضه أو تحسين توزيعه،

وبصفة عامة وبعبارة أخرى تعرف السياسات السكانية بمجموعة الإجراءات التي تهدف إلى التأثير على معدل تزايد السكان وهيكله وتوزيعه المجالي.

2.10.تنظيم الأسرة

هي إرادة الزوجين في المباشرة بين ولادتهما، بإستخدام وسيلة مشروعة ومأمونة لتأجيل الحمل ، بما يناسب ظروفهما الصحية والاجتماعية والإقتصادية وذلك في نطاق المسؤولية نحو أولادها وأنفسهم (هذا التعريف وقع الإتفاق عليه بالإجماع) في مؤتمر الرباط المغرب سنة 1971.

3.10.وسائل منع الحمل

وتعني مجموعة الطرق التي تؤدي إلى توقيف الولادات وهذه الوسائل تنقسم إلى وسائل مادية وغير مادية وأن هذا المفهوم إقتبس من الإنجليزية حوالي سنة 1960 وهو طريقة لمنع الحمل لتعيين مجموعة الوسائل التي تعمل على تجنب الحمل

4.10.منع الحمل(Contraception):

يعرفه رولان بريساً بأنه إستعمال وسائل أو تقنيات تمنع العلاقات الجنسية من أن تؤدي إلى الحمل . وحسب ما ورد في المجلة التونسية (العائلة والسكان)، فإن منع الحمل هو إستعمال مختلف الطرق والأساليب من طرف الزوجين الموجهة إلى تجنب الحمل بها بما فيها التعقيم بإستثناء الإجهاض العمدي فهذا التعريف ينطبق على التعريف المعمول به في الجزائر حيث أن الإجهاض غير مسموح به ولا يندرج ضمن وسائل منع الحمل المستخدمة والمتبعة .

5.10.سن الإنجاب(Age de reproduction):

سن الإنجاب هو فترة من حياة المرأة تكون فيها قادرة على الإنجاب تبدأ هذه الفترة عادة من (15-49 سنة) تبدأ هذه الفترة من سن البلوغ الذي يكون عادة بعد سن الثانية عشرة أو أكثر وذلك حسب طبيعة البلد (المناخ) ويمتد إلى غاية سن اليأس الذي يبدأ بعد الخامسة والأربعين.

6.10. الخصوبة (Fécondité):

الخصوبة في الإستخدام الديموغرافي الحديث تتعلق بالمعدل الفعلي للمواليد فخصوبة المرأة ما تعني عدد لأطفال المولودين من قبل هذه الاخيرة، وعند تعريفنا للخصوبة (Fécondité).

7.10. الخصوبة الطبيعية

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

8.10. الخصوبة الموجهة

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

9.10. المؤشر التركيبي للخصوبة

هو متوسط عدد المواليد الذين يمكن أن تنجبهم المرأة الواحدة طوال سنوات قدرتها على الإنجاب.

خلاصة الفصل التمهيدي

لقد تناولنا في هذا الفصل مجموعة من العناصر، ولقد تضمنت مقدمة عامة كانت عبارة عن تقديم لموضوع دراستنا وتطرق الى كل ما له صلة بموضوع الرسالة، ولنتنقل الى إشكالية الدراسة ويليهما السؤال الرئيسي لموضوع دراستنا، بعدها فرضيات الدراسة وهي من أولويات البحث العلمي، ولا يفوتنا الامر من الاطلاع على مجموعة من الدراسات السابقة سواء الغربية او العربية، وحتى مجموعة من المسوح التي هي ضرورة من ضروريات البحث الديموغرافي لما يحتاجه من احصائيات تثري البحث والرسالة، وكانت هذه الدراسات السابقة التي تناولت مجموعة من المسوح الوطنية بمثابة المصادر الضرورية لمعرفة مدى تطور إستعمال وسائل منع الحمل في الجزائر، ومدى علاقتها بالمتغيرات والخصوصيات السوسيوديموغرافية للمجتمع الجزائري.

توجد دراسات أخرى لم يسعنا تناولها ليس لجهلنا بها ولكن ما ذكر كان كافيا لإيضاح الظاهرة وتباينها.

الفصل الأول

السياسات السكانية

مقدمة

تعد السياسات السكانية بأنها مشكلة العلاقة بين السكان والموارد الاقتصادية فإذا أسفرت هذه العلاقة عن زيادة سكانية بمعدل يفوق زيادة الموارد الاقتصادية تصبح المشكلة السكانية بمثابة الندرة النسبية للموارد بالنسبة لإحتياجات السكان وعجز هذه الموارد محدودة النمو عن إشباع كافة الإحتياجات الإنسانية المتعددة والمتزايدة والمتجددة ، وفي هذه الحالة تصبح المشكلة السكانية والإقتصادية مترادفين أو وجهين لعملة واحدة وتكون المعضلة هنا كيفية التعامل مع هذه المشكلة في ظل صعوبة منع أو إيقاف معدل النمو السكاني أو جعله ثابتا على الأقل في ظل الفائض السكاني عن إحتياجات إستغلال الموارد الاقتصادية أو عجز السكان عن إتمام الإستفادة من الموارد المتاحة .

وفي موضوع هذه الرسالة يتمحور البحث حول السياسات التي يجب تطبيقها لمواجهة المشكلة السكانية سواء من حيث محاولة ضبط معدل نمو السكان أو محاولة رفع مستوى الخصائص السكانية أو تغيير هيكل القوى العاملة وتنظيم الهجرة وتدفق العمالة للخارج ، وعلى العكس مما سبق نجد أن بعض الدول تعاني من مشكلة عجز سكاني بمعنى ندرة السكان بالنسبة للموارد مما يؤدي إلى وجود موارد معطلة وإنخفاض معدل النمو في الدخل القومي الأمر الذي يفرض على السلطات المختصة في مثل هذه الدول تطبيق سياسات سكانية تؤدي إلى زيادة معدل النمو السكان وتغيير هيكل القوى العاملة وإستقدام العمالة الأجنبية الوافدة للتغلب على النقص عدد السكان اللازم لإستغلال الموارد الاقتصادية المتاحة مع الإستمرار في الإرتقاء بمستوى الخصائص السكانية ورفع مستوى التنمية البشرية في نفس الوقت .

وتكون السياسات السكانية في هذه الحالة سياسات توسعية وإذا نظرنا إلى المنطقة العربية على سبيل المثال نجد أن هنالك بعض الدول التي تعاني من زيادة السكان بمعدل يفوق معدل زيادة الموارد الاقتصادية وتقوم بتطبيق سياسة سكانية إنكماشية (مصر ، المغرب ، تونس ، لبنان ، الجزائر) وذلك لتخفيض معدل النمو

السكاني بالوسائل الطبية والنوعية وتغير الخصائص السكانية التي يترتب عليها ضبط ذاتي للنمو السكاني مثل القضاء على الأمية بصفة عامة ولدى الإناث بصفة خاصة والتوسع في التعليم في كافة مراحلها وزيادة مستوى الخدمات الصحية والتحضر وتشغيل النساء وزيادة خدمات الثقافة والإعلام ومياه الشرب النقية والصرف الصحي والكهرباء وغيرها، وذلك بالإضافة إلى تشجيع الهجرة والأيدي العاملة إلى الدول التي تعاني من ندرة السكان بالنسبة للموارد المتاحة والعمل على تغيير هيكل توزيع القوى العاملة والتركيز على الإستثمار في المشروعات كثيفة العمل وليس كثيفة رأس المال وهناك بعض الدول العربية الأخرى التي تعاني من ندرة السكان بالنسبة للموارد الإقتصادية المتاحة مثل السعودية والكويت وقطر والبحرين والإمارات وليبيا وهي دول منتجة ومصدرة للنفط ولديها فوائض مالية كبيرة ترغب في إستثمارها في مشروعات أو أنشطة إقتصادية متعددة فتضطر إلى إستيراد الأيدي العاملة من الدول المزدهمة بالسكان وتقوم بتشجيع الشباب على الزواج والإنجاب لعدد كبير من الأبناء والحصول على مزايا مادية تبعاً لذلك، وتلجأ كذلك إلى تكنولوجيا كثيفة رأس المال وليس العمل مع الإستمرار في رفع مستوى التنمية البشرية إلى درجة تسمح بالتعامل والاندماج مع الإقتصاد الدولي وللاستفادة من ثروة المعلومات والإتصالات وقد تكون مثل هذه السياسات ضمنية وليس سياسة معلنة رسمياً.

(الحكيم و ليلي الجبالي ، 1996 ، الصفحات 40-41)

1. مفهوم السياسات السكانية

يقصد بالسياسات السكانية الإجراءات والأدوات التي تعلنها السلطات الرسمية في الدولة حيال المشكلة السكانية سواء في حالة الفائض السكاني أو في حالة العجز السكاني ولم تعد السياسات السكانية يقتصر مفهومها على المفهوم التقليدي المتعلق بالزيادة أو النقص السكاني، ولكن مفهومها إتسع أكثر من ذلك ليشمل

مكونات أخرى تتعلق بإعادة النظر إلى التوزيع السكاني بين الريف والحضر والعمل على رفع مستوى الخصائص السكانية، وهيكل القوى العاملة وتنظيم الهجرة وتدفق العمالة خارج أو داخل البلاد حسب الأحوال وقد تنطوي السياسات السكانية على أدوات إنكماشية يترتب عليها تخفيض معدل النمو السكاني ورفع مستوى الخصائص السكانية وتنظيم سياسات الهجرة الداخلية والهجرة الخارجية.

و استخدام أساليب العقاب لضبط النمو السكاني بما يتناسب مع الموارد المتاحة وتعتمد المفاهيم التقليدية للسياسات السكانية على أدوات إنكماشية تنحو نحو العقاب الفردي والجماعي تأثيرا بالفكر المالتوسي ، وهم دعاة المالتسية الجديدة والذين يشيرون إلى ضرورة تطبيق سياسات تجبر المواطنين على تقليل الإنجاب وعدم الزواج ، ومنع الدعم أو المعونة عن الفقراء، وهو ما عبر عنه مفكر مالتوسي يدعى (وليم فوجت) حيث يقول : "طالما أن الدول الفقيرة لم تضع لنفسها سياسات سكانية رشيدة فإنها ليس لها الحق في أن تنتظر المعونة من دول العالم الأخرى". (زكي، 1984، الصفحات 333-335)

ومن ما ينادي به دعاة المالتوسية الجديدة ما يلي:

1- ضرورة تعقيم الرجال والنساء وإبتكار حقن إجبارية ضد الخصوبة، أو تقديم مكافأة لمن يقدمون على التعقيم كما حدث في الهند.

2- استخدام مواد كيميائية للتعقيم الجماعي بحيث توضع المادة الكيماوية في الطعام أو الماء لكي تصبح بمثابة فيروس مضاد للخصوبة.

3- إباحة الإجهاض قانونيا وإجهاض الجنين غير المرغوب فيه خاصة في الدول المتخلفة التي يفضل الأبوين فيها الذكور على الإناث.

4-إلغاء قوانين إغاثة الفقراء، وأن يكون التعليم المجاني للطفلين الأولين فقط لكل أسرة، ومنع الدعم السلعي عن الأطفال الذين يزيد عددهم عن إثنين.

5-وضع قانون لمنع الزواج بالنسبة لمن لا يكون لديهم دخل كاف للإنفاق على الأسرة.

6-تعديل قانون الضرائب لكي يكون الإعفاء الضريبي للطفل الأول أكبر من الإعفاء الضريبي للطفل الثاني وهكذا حتى الطفل الثالث فقط ثم لا يكون هناك أي إعفاءات ضريبية بعد ذلك.

7-العمل على زيادة تكاليف الزواج وأعباء تربية الأطفال عن طريق فرض رسوم كبيرة على شهادات الزواج والحد من توزيع المساكن التي تبنيها الدولة على أساس حجم الأسرة، وفرض ضرائب مرتفعة على ألعاب الأطفال ومستلزماتهم من ملابس وأدوية وغذاء... إلخ وذلك بالإضافة إلى فرض ضرائب رؤوس على الأطفال.

8-منح حوافز للذين لا يتزوجون من الرجال والنساء والذين يتجاوزون سنا معينة ولمن لا ينجبون أطفال، وتقرير منحة إنعدام الأطفال للنساء بعد إنتهاء سن الإنجاب وتقرير تأمين إجتماعي لمن لا ينجبون لمساعدتهم في شيخوختهم، ومنح إعفاءات ضريبية لمن يتبنون أطفال بدلا من الإنجاب.

وهذا نجد أن المفهوم التقليدي القديم والحديث ينظر إلى المشكلة السكانية بإعتبارها ذات جانب واحد يتمثل في أن السكان عبئ إستهلاكي وليس عنصر إنتاج ومن ثم ينصحون بإستخدام وسائل عقابية وممانعة لزيادة المواليد دون النظر إلى خصائص السكان أو إلى توزيعهم الجغرافي أو إلى سياسات الهجرة إلى الخارج وغيرها.

كما يلاحظ أن جوهر هذه السياسات ينطوي على عقوبات فردية وجماعية للفقراء مثل منع المعونات عنهم حتى لا يترتب عليها زيادة معدلات الزواج والمواليد ، وهو نفس ما قال به مالتوس عندما تحدث عن الموانع

الإيجابية والموانع السلبية للزيادة السكانية ، ولا يخفي تصادم معظم السياسات السكانية المقترحة من جانب دعاة المالتوسية الجديدة مع العادات والقيم والتقاليد والدين مما يجعلها مرفوضة من جانب المسؤولين عن السياسات السكانية في معظم الدول النامية المزدهمة بالسكان ، وعلى النقيض مما سبق نجد أن دول العجز السكاني تتجه إلى تطبيق سياسات سكانية توسعية معلنة في بعض الدول، وضمنية غير معلنة في بعض الدول الأخرى ولعل من أمثلة هذه السياسات مايلي :

تقديم منح مالية أو مكافئة كبيرة مالية لمن يقبلون على الزواج، وذلك على النحو المعمول به في بعض دول الخليج العربي التي تعاني من ندرة السكان بالنسبة للموارد المتاحة، مثال ذلك دولة الإمارات العربية المتحدة حيث كان الشيخ زايد أول حاكم عربي يقرر مكافئات مالية سخية لمن يتزوج من الشباب ولمن ينجبون من أبناء، وتقوم بعض البنوك الإسلامية حالياً بالتبرع لصندوق الزواج في الإمارات حيث يتبرع بنك دبي الإسلامي عام 2005 بمبلغ مليون درهم إماراتي لصندوق الزواج لمساعدة الشباب المقبلين على الزواج في الإمارات ويعتمد صندوق الزواج في الإمارات على الدعم الخزانة العامة وعلى دعم تبرعات البنوك ورجال الأعمال والمستثمرين من القطاع الخاص للتضامن والتكافل مع المؤسسة صندوق الزواج من أجل تحقيق أهدافه . (الاسلامي، 2005)

تقديم معونات للمواليد في شكل عيني ونقدي مع زيادة قيمة المعونة كلما زاد عدد المواليد لدى الأسرة الواحدة، وتقديم إعفاءات ضريبية ومالية وخدمات صحية وتعليمية مجانية من أجل العناية بالأمومة والطفولة.

الإهتمام بالتنوعية بأهمية التعامل مع مكاتب تنظيم الأسرة والسكان وللتعرف على أساليب تربية وتنشئة الأطفال ووقايتهم من الأمراض والتطعيم ضد المرض لكي يرتفع معدل إحتتمالات الحياة عند ميلاد الأطفال والمحافظة على صحة الأم بعد الولادة وقبلها مع توفير الدواء المجاني والرعاية الصحية الراقية والتأمين الصحي الملائم .

ولا تتوقف السياسات السكانية عند حد الأدوات الطبية والصحية والدعم المادي ولكنها تذهب إلى أبعد من ذلك إلى إعلان سياسة هجرة لجذب العمالة الوافدة وتشجيع التوطن السكاني في المناطق قليلة السكان وذلك بالإضافة إلى رفع مستوى الخصائص السكانية بحيث إنعكس بشكل إيجابي في مؤشرات التنمية البشرية، وهو ما يعني عدم وجود تعارض بين رغبة هذه الدول في زيادة معدل نمو السكان بما يتناسب مع حجم الموارد المتاحة لديها والإرتقاء بالخصائص السكانية للمواطنين.

ولا يقتصر ذلك على الدول النامية قليلة السكان فقط بل يحدث ذلك في الدول الصناعية المتقدمة أيضا حيث أوضح تقرير اللجنة العلمية للبيئة والتنمية أن كثيرا من الدول الصناعية المتقدمة يتجه معدل النمو السنوي لعدد السكان فيها إلى نقطة الصفر وأن الجزء الأكبر من الزيادة السكانية على مستوى العالم ككل سيحدث في الدول النامية حيث يتوقع أن يصل عدد السكان في هذه الدول سنة 2025 إلى نحو 7,6 مليار نسمة يمثلون 85% من سكان العالم منذ سنة 1950 حتى الآن. (عارف و د.علي حسن حجاج ، 1989)

2. أهمية السياسات السكانية

1- السياسات السكانية أداة فعالة للتغلب على المشكلة الإقتصادية التي ترتبط بعدم وجود نوع من التناسب بين زيادة السكان وزيادة الموارد الإقتصادية ومن ثم فإن إستخدام السياسات السكانية يؤدي إلى تقليل معدل نمو السكان بما يتناسب مع معدل نمو الدخل القومي والتصدي للمشكلة الإقتصادية المعيرة عن ندرة الموارد بالمقارنة بتعدد الحاجات الإنسانية وزيادتها بمعدلات تفوق معدل زيادة الموارد الإقتصادية سنويا.

2- تحرص السياسات السكانية على القضاء على المصيدة السكانية والتي تعني وقوع الإقتصاد القومي في مصيدة التوازن عند مستوى دخل منخفض نتيجة زيادة سكانية بمعدل أكبر من معدلات تراكم رأس المال، زيادة الدخل فيعود مستوى الدخل الفردي إلى إنخفاض مرة أخرى إلى مستوى الكفاف، وهي النظرية التي توصل إليها ريتشارد عام 1975.

3- وتوسعى السياسات السكانية إلى الوصول إلى الحجم الأمثل للسكان، وهو الحجم الذي يقوم بإنتاج أعلى متوسط للعتاد بالنسبة للفرد الواحد في ظل ظروف بيئية معينة ودرجة مهارة العمالة، وعادات وتقاليد وغيرها، وهذا الحد ليس مطلقاً أو ثابتاً ولكن يتغير باستمرار كلما تغيرت العوامل المشار إليها.

ويحاول صانعو السياسة السكانية الوصول إلى هذا الحجم من السكان الذي يضمن تحقيق مستوى معين من المعيشة مع المحافظة على هذا المستوى الذي حل محل اجر الكفاف أو الاجر الحديدي الذي كان شائع الاستخدام قبل عام 1914 عندما أصدر (ادوين) كتاب الثورة والذي يحتوي على فصل كامل بعنوان (حول الحجم الأمثل أو الممكن للسكان).

4- تؤدي السياسات السكانية الرشيدة إلى العمل على رفع مستوى الخصائص السكانية والتي تؤدي بدورها إلى ارتفاع درجة التحضر ومستوى المعيشة مما يؤدي إلى إقبال الأفراد على تنظيم أو ضبط النسل تلقائياً عن قناعة دون عقوبات أو إكراه .

وفي هذا المعنى يقول (سير روى كالن): "لا شك أن الوسيلة الأكثر تقبلاً لإفراز تنظيم حجم الأسرة يمكن أن تحقق من خلال التعليم والضغط الإقتصادي، وليس من المحتمل أن يكون لدى الدول المتقدمة أي رغبة قوية في التضحية بمستوى حياتها الذي تتمتع فيه بأعلى مستوى معيشي لكي توفر الطعام والسكن والعطف للجماعات التي عملت على زيادة تعداد سكانها بطريقة تتسم بالإستهتار (كالن، 1996، صفحة 243) ويقول في موضع آخر من كتاب (عالم يفيض بسكانه) ما يلي:

(وخلص القول، أننا إذا لم ندرك الأخطار التي تهدد طريقنا الراهن، ونطبق الوسائل العلمية للسيطرة على النمو السكاني، فلن نستطيع الإنسان أن ينغمس في الحياة المتحضرة وقد لا يستطيع البقاء حياً على الإطلاق). (كالن، عالم يفيض بسكانه، 1996، صفحة 263)

5- تؤدي السياسات السكانية إلى حسن توزيع السكان جغرافيا من خلال تنظيم سياسات الهجرة الداخلية من الريف إلى الحضر، ومن المناطق كثيفة السكان إلى المناطق قليلة السكان، ومن الداخل إلى الخارج البلاد بحثا عن حياة أفضل أو دخل مرتفع.

6- تعديل السياسات السكانية على تغيير الهيكل النوعي للسكان من خلال التأثير على معدلات الخصوبة العالية و أحداث تباعد بين المواليد بحيث تقل نسبة الإعالة في المجتمع لعدد كبير من صغار السن أو الأطفال دون سن العمل، وهي الظاهرة التي تعاني منها الدول النامية المزدهمة بالسكان ومن بينها مصر الأمر الذي عبر عنه البعض بأن الهرم السكاني في مصر مقلوب ، أي أن نسبة كبيرة من السكان من الأطفال وكان ذلك في بداية حقبة التسعينات من القرن الماضي عندما أنشئت وزارة مستقلة للسكان ووجهت عناية كبيرة لتعديل الهرم السكاني وحققت بعض النجاح في هذا الشأن ، غير أن نسبة الإعالة رغم ذلك لا تزال مرتفعة.

وهو ما يفرض على السلطات المسؤولية على السياسات السكانية بذل المزيد من الجهود اللازمة لتعديل الهيكل العمري للسكان بما يتفق مع الحاجة إلى زيادة الانتاج والإنتاجية وليس زيادة معدل النمو في الإستهلاك ونقص المخدرات والإستثمار تبعا لما سبق في مثل هذه الدول.

7- تحرص السياسات السكانية على توفير كافة خدمات الصحة الإنجابية كجزء من إستراتيجيات أكبر لرفع مستوى معيشة الأفراد وتشمل ما يلي:

أ- إعداد ما يلزم من خدمات تنظيم الأسرة المناسبة مع تنوع لإختيارات وسائل تنظيم الحمل المأمونة بصرف النظر عن قدرة الفرد على دفع ثمن الوسيلة المطلوبة .

ب- تخفيف والقضاء على عدم المساواة القائمة على التفرقة الجنسية في الحياة الجنسية والإجتماعية والإقتصادية.

ج-تشجيع الوسائل التطوعية كمدخل إلى تنظيم الأسرة وإستبعاد الممارسات غير المأمونة والقهرية.

د-تطور السياسات التي تنظم تقديم الإحتياجات الأساسية مثل مياه الشرب النقية والصرف الصحي وإجراءات الرعاية الصحية الأساسية واسعة النطاق والتعليم وكافة ما يؤدي إلى رعاية حقوق الفقراء والنساء في المجتمع.

3.أنواع السياسات السكانية

يمكن التمييز بين السياسات السكانية المتبعة لمواجهة الزيادة السكانية غير المتكافئة مع الموارد المحدودة من حيث التحفيز أو القيود، كما يمكن التمييز بينها كذلك من حيث التفاؤل والتشاؤم، زمن حيث الأجل القصير، والأجل الطويل.

وهي كالتالي:

1.3.من حيث الحوافز والقيود

تعتمد بعض السياسات السكانية على تقديم الحوافز المشجعة على تنظيم السكان مثل تقديم إعفاءات ضريبية أو دعم للأسرة محدودة العدد فقط حيث تقدم بعض الدول الخدمات المجانية أو المدعمة للأسرة لطفلين فقط أو ثلاثة أطفال فقط وتحمل الأسرة أعباء بقية الأطفال بدون دعم للخدمات أو للسلع الغذائية أو التنموية أو غيرها .

كما تقدم بعض الحكومات معونات إقتصادية وغذائية للأسرة التي تهتم بتنظيم الحمل وتتعامل مع مراكز ووحدات تنظيم الأسرة، ويرى البعض أن من يملك خمسة (هكتارات) ويمضي على زواجه خمس سنوات ولا ينجب خلالها أكثر من طفلين يعفى من ضريبة فدان (هكتار) مما يملك أو 20% من الضريبة المفروضة

على ما يملك من أراضي ويستمر الإعفاء بهذه النسبة طالما هو محافظ على عدد أبنائه، على أن يحرم من هذا الإمتياز إذا عاد للإنجاب في أي وقت. (1982)

وفي إعادة صياغة لما سبق تم إقتراح منح رب الأسرة الذي يعمل في جهة عمل عامة أو حكومية علاوة إستثنائية إذا مضى على زواجه خمس سنوات ولم ينجب أكثر من طفلين على أن تتكرر هذه العلاوة كل خمس سنوات إذا وقف عن حد الطفلين ولم يتجاوزه. (1982)

ويذهب البعض الآخر إلى إقتراح تخصيص جوائز مالية وشهادات تقدير للأسرة المثالية من حيث عدد الأبناء والذين لا يتجاوز عددهم إثنين فقط من الذكور أو الإناث أو كليهما حيث تبين أن هناك بعض الأسر التي تكرر عملية الإنجاب عدة مرات حتى إنجاب طفل ذكر أو معاودة الإنجاب عدة مرات بعد إنجاب ذكور رغبة في إنجاب أنثى، وهي أنماط وتوجيهات سلوكية ذات أبعاد إجتماعية عادة ما تكون قوية في الدول النامية.

ويرى البعض أن بعض الدول مثل الصين حاليا تحرص على إنجاب الذكور بشكل مفرط مما يؤدي إلى نقص نسبي في عدد الإناث، ومن ثم إنخفاض في المجموع الكلي للمواليد مما قد يساعد على إحتواء الانفجار السكاني، ويعتمد ذلك على إجراء عمليات الإجهاض للتخلص من الجنين غير المرغوب فيه بعد أن نجح العلم الحديث في تحديد جنس الطفل قبل ولادته. (قواوسي)

وتلجأ بعض الدول إلى منع تعدد الزوجات رغبة في تقليل عدد الأبناء وما يرتبط به من مشاكل الفقر وسوء مستوى المعيشة والبيئة العشوائية.

2.3. من حيث التفاؤل والتشاؤم

تنتهج بعض الدول سياسات سكانية تفاؤلية على حين ينتهج البعض الآخر سياسات سكانية تشاؤمية.

وفيما يتعلق بالسياسات التفاضلية نجد أنها تكاد لا توجد سوى في الدول ذات القلة سكانية (ذات كثافة سكانية ضعيفة) والتي تقدم المزايا والحوافز والمعونات المالية للأسر ذات الأعداد الكبيرة من الأبناء فضلا عن إعانات الزواج وتشجيع تعدد الزوجات لإنجاب المزيد من الأطفال.

أما الدول التي تعاني من زيادة سكانية فإنها تلجأ الى اتباع سياسة سكانية تفاؤلية في بعض الحالات عندما تعتمد على تحسين مستوى معيشة الفقراء والاهتمام برفع مستوى التوعية بتنظيم الأسرة والنسل، والإستعانة في ذلك برجال الدين والإعلام والمناهج الدراسية وجمعيات العمل الأهلي والتطوعي غير الحكومية.

أما السياسات السكانية التشاركية فتعتمد على العقوبات وعلى إستخدام الأساليب الطبية في تعقيم النساء على سواء قائم على أساس أن يحمل المصل أجسام مضادة تمنع قدرة الحيوان المنوي على تخصيب البويضة، ويرى البعض أن هذه الوسيلة العلمية هي أكثر الوسائل الواعدة للمستقبل. (كالن س.، عالم يفيض بسكانه،

1996، صفحة 196)

يرى البعض ان تقديم الخدمات لتنظيم الأسرة بشكل إختياري هو أفضل المداخل للتعامل مع المشكلة السكانية بطريقة حضارية (Rosenfield, 1990, pp. 1227-1231) وتشمل هذه الخدمات ما يلي:

1- توفير وسائل منع الحمل في أماكن عديدة.

2- بيع وسائل منع الحمل بأسعار معقولة.

3- التعريف بوسائل منع الحمل شفويا دون وصفة طبية.

4- توفير التعقيم للإناث والذكور دون التقيد بعمر أو تكافؤ.

5- الحرص على طول فترة الرضاعة الطبيعية.

6- التعامل مع مشاكل الصحة العامة المصاحبة لعمليات الإجهاض المعرضة للخطر.

3.3. من حيث الأجل الزمني

هناك سياسات سكانية طويلة الأجل وأخرى قصيرة الأجل.

وفيما يتعلق بالسياسات طويلة الأجل فإنها تعتمد على تحسين الخصائص السكانية للمواطنين في المجتمع ورفع مستوى معيشتهم وتوفير خدمات الصحة والتعليم ومياه الشرب النقية والكهرباء ووسائل التنقيف والتوعية وزيادة مشاركة المرأة في العمل والنشاط الإقتصادي والإجتماعي، حيث يرى البعض أن التعليم والضغط الإقتصادي أكثر الوسائل تقبلا لتنظيم حجم الأسرة إذا ارتبط إرتفاع معدلات الخصوبة إرتباطا قويا بالفقر وإرتفاع معدلات وفيات الأطفال وهبوط مستوى المرأة الإجتماعي والتعليمي.

وعجز خدمات الصحة التناسلية، وإرتفاع معدل الأمية وإنخفاض مستوى المعيشة بصفة عامة وغياب البيئة الحضرية، وعدم الوعي السكاني، وضعف التركيبة السكانية للمجتمع.

وتعتبر سياسات الهجرة الداخلية والهجرة الخارجية من السياسات السكانية طويلة الأجل حيث تؤدي الهجرة إلى تخفيض معدل الكثافة السكانية للكيلو متر مربع فضلا عن إكتساب سلوكيات متحضرة إيجابية في تعاملها مع القضية السكانية سواء داخل البلاد أو خارجها في حالة الهجرة لخارج الوطن.

إذ أن الهجرة الداخلية غالبا ما تكون من المناطق غير متحضرة أو أقل تحضرا أو من الريف إلى المدن الحضرية الأمر الذي يساهم في تغيير أنماط السلوك والمفاهيم ودرجة الوعي السكاني.

ويحدث نفس الآثار بالنسبة للهجرة إلى الخارج إلى مجتمعات حضرية تسعى إلى زيادة درجة التنمية والعمران والتحضر، ولعل ذلك يوضح أهمية عدم ترك الهجرة لأهواء ورغبات الأفراد وبدون تخطيط بل يجب أن تكون الهجرة في إطار الخطة العامة للتنمية الإقتصادية الإجتماعية، وذلك بحيث لا تؤدي الهجرة العشوائية إلى

نتائج عكسية مثل تريفيف المدن بدلا من تمدن الريف والمناطق الأقل تحضرا وهو ما يعني أهمية تحقيق التنمية المتوازنة قطاعيا وجغرافيا في نفس الوقت.

ولا يقتصر ذلك على الهجرة الداخلية فقط بل يمتد ليشمل الهجرة الخارجية أيضا حيث من المتوقع أن يحدث إندفاع قوى نحو الهجرة من شرك الفقر الإجتماعية المخيفة إلى مناطق أكثر ازدهارا سوف يصحبه خطر صراعات سكانية تجعل الدول المتقدمة تغلق حدودها أمام هجرة أبناء الدول الفقيرة المكتظة بالسكان، وهو ما يتطلب تنظيم عملية الهجرة الخارجية ضمن الخطة العامة القومية ومن خلال المفاوضات ولإتفاقيات الرسمية بين الحكومات في الدول الطاردة للسكان والدول التي تحتاج إلى نوعية معينة من السكان يمكنهم الإدماج في مجتمعات تلك الدول دون أية عوائق أو دون أن يترتب على ذلك اضطرابات إجتماعية أو صراع إجتماعي داخل دولة المهجر.

وتسعى السياسات السكانية طويلة الأجل إلى جعل السكان عنصر إنتاج هام للتنمية المستدامة.

ويطلب ذلك إستخدام تكنولوجيا كثيفة الأيدي العاملة في الأنشطة الإقتصادية المتعددة دون زيادة درجة الميكنة أو تكنولوجيا كثيفة رأس المال التي لا تستوعب الزيادة الكبيرة في حجم السكان سنويا.

وقد يتعلّق بالسياسات السكانية قصيرة الأجل فلا شك أنها تهتم بالوسائل الطبية السريعة مثل توفير حقن تحت الجلد للنساء بغرض التعقيم وعدم الإنجاب لمدة خمس سنوات، بالإضافة إلى إجراءات منع الدعم والحوافز عن الأسر التي يزيد عدد أطفالها عن طفلين في بعض الدول، أو ثلاثة أطفال في البعض الآخر.

وقد إتجهت أندونيسيا إلى تطبيق هذا النوع من السياسات مما أدى إلى حدوث إنخفاض في معدل النمو السكاني الأمر الذي جعل منظمة الصحة العالمية تمنح الحكومة الإندونيسية جائزة في هذا المجال.

(قواوسي، صفحة 197)

وهناك بعض الدول التي تتيح عمليات الإجهاض لتقليل معدل النمو السكاني مثل الولايات المتحدة الأمريكية التي بلغت جملة التعليمات الجراحية للإجهاض فيها حوالي نصف عملية سنويا. (كالن س.، 1996، صفحة 196)

4. السياسات السكانية في الجزائر

المسألة السكانية وباعتبارها جزءا لا يتجزأ من السياسة الوطنية من قبل الدولة والتي تهدف إلى التنمية الاقتصادية والاجتماعية تعرف السياسات السكانية على أنها جميع الإجراءات القانونية أو الإدارية التي تؤخذ من طرف الدولة للسيطرة على العوامل والمواقف الديموغرافية في إطار غرض معين، يكون إما لتزايد السكان أو لتخفيضه أو تحسين توزيعه.

هي عبارة عن مجموعة من المقاييس أو الإجراءات التي تتخذها السلطات المحلية التي تندمج ضمن السياسة العامة للتنمية التي تهدف إليها الدولة من أجل مواجهة النمو السكاني ومحاولة ربطه بالواقع الاقتصادي والاجتماعي، كما أن السياسة السكانية تتعلق أساسا بالمسألة الديموغرافية وأهم الظواهر أو العوامل التي تتدخل في تحديد الزيادة السكانية والتي تتمثل في الولادات، الوفيات، الخصوبة، الزواج، الهجرة عن طريق وضع برامج من أجل تحكم في الديمغرافي كتنظيم الأسرة، تباعد الولادات، وتنظيم النسل (قواوسي)

وبصفة عامة وبعبارة أخرى تعرف السياسات السكانية بمجموعة الإجراءات التي تهدف إلى التأثير على معدل تزايد السكان وهيكله وتوزيعه المجالي، ويعتبر الرئيس هواري بومدين من الأوائل الذين دعوا إلى تبني سياسة سكانية في الجزائر حيث صرح في خطاب موجه إلى منظمة النساء بقوله "... إننا ندعو النساء إلى الترشح في البلديات لتتمكن من الإهتمام بقضايا الزواج، الطلاق والتنظيم العائلي ..." (علي قواوسي، 1996:ص16).

ويتجلى من خلال هذا تعاقب الندوات والمؤتمرات العالمية، وبهذا فقد تم تنظيم عدة مؤتمرات دولية، وكان النقاش فيها حول القضايا السكانية في العالم هي:

❖ مؤتمر روما سنة 1954.

❖ مؤتمر بلغراد سنة 1965.

❖ مؤتمر بوخارست سنة 1974.

❖ مؤتمر مكسيكو سنة 1984.

❖ مؤتمر القاهرة سنة 1994.

ولقد ظهرت سياسة التسييس الديموغرافي في مؤتمر بوخارست سنة 1974 أين برز جدال ونقاش حاد بين المؤيدين والمعارضين لفكرة تحديد النسل، وقد تبنت الجزائر آنذاك الفكرة التي نادى بها المؤتمر بإعتبارها مبدأ وأساس لإرسال قواعد التنمية الإجتماعية والإقتصادية للبلاد.

وبعد هذا المؤتمر مباشرة إعتمدت الجزائر سنة 1974 سياسة العلاج المجاني ورفعت من ميزانية الصحة وأقرت أن "كل المواطنين لهم الحق في حماية صحتهم، هذا الحق مضمون عن طريق الخدمة الصحية العامة والمجانية، توسيع الطب الوقائي، التحسن المستمر لظروف العيش والعمل.

بعد عشر سنوات إنعقدت الندوة العالمية حول السكان سنة 1984 بمكسيكو وفي هاته الندوة بدأت تبني سياسة تحديد النسل تزول شيء فشيء، من خلال تصريح ممثلوا دول العالم الثالث بعكس ما كانوا يؤكدون عليه في مؤتمر بوخارست 1974.

أما فيما يخص المؤتمر الدولي للسكان في سنة 1994 التي حث برنامج عملها أنه يجب على المجتمع الدولي تبني جملة من السياسات السكانية والتنمية ومن ضمنها ما يلي:

- الدفع بعجلة النمو الإقتصادي والعمل على إرساء قواعد التنمية المستدامة.
- الحق في التعليم وخاصة للإناث.
- الإنصاف والمساواة بين الجنسين في شتى المجالات.
- بذل الجهد وكل الجهد للدول من أجل خفض معدلات وفيات الأطفال الرضع وكذا وفيات الأمهات بإعتبار هذين المعدلين من أهم المؤشرات التي تثبت تقدم الدول.
- توفير فرصة الإنتفاع بخدمات الصحة الإنجابية للجميع بما فيها تنظيم الأسرة.
- وقد تبنت الحكومة الجزائرية سياسة صحية عمومية، وأكدت كل مخططات التنمية على الإهتمام بهذا العنصر الهام، وتجلى ذلك من خلال مضاعفة المنشآت والهيكل الصحية، تحسين تكوين الفريق الطبي، تدعيم سياسة النظافة وضمان تغطية طبية عن طريق توزيع مراكز الخدمات الصحية في كامل التراب الوطني.

5. أهداف السياسات السكانية في الجزائر

غالبا ما تتمثل الأهداف الشاملة أو العامة في التحسن في الرخاء الإجتماعي والتكافؤ الأمثل بين عدد السكان والموارد أو في التحسن في نوعية المعيشة، والكثير من السياسات تتجاوز هذه الغايات العامة إلى غايات أو أهداف أكثر خصوصية مثل التخفيض في معدلات نفشي الأمراض أو الوفيات وتحسين الوضع الصحي العام وخلق فرص العمل والزيادة من المساهمة المرأة في التنمية وتحقيق توازن أفضل في التنمية الإقليمية الجهوية وتوفير فرص التمتع بخدمات أفضل في ميدان تنظيم الأسرة والتخفيض من حالات الحمل العريضية وغير المرغوبة.

إن أغلب خطط التنمية والسياسات السكانية قد إتخذت من تنظيم الأسرة الوسيلة الرئيسية التي تعتمد عليها الحكومة في تخفيض الخصوبة بحيث تخصص الدولة أهدافا محددة لبرنامج تنظيم الأسرة في خططها التنموية وغيرها من السياسات حددت أهدافا خاصة بانتشار إستخدام وسائل منع الحمل.

يمثل تنظيم الأسرة منذ أمد بعيد جزءا من الخدمات الصحية إلا أن الإتجاه الحالي في السياسات السكانية هو دمج تنظيم الأسرة في بقية أنشطة التنمية الإجتماعية الأخرى. تعتبر خدمات تنظيم الأسرة أهم نشاط حكومي لتأثير على الخصوبة.

6. مراحل السياسة السكانية في الجزائر

1.6. المرحلة الأولى (1962-1979)

عرف النمو السكاني في هذه الفترة نمو سكان الجزائر أكبر المعدلات، حيث وصل سنة 1970 إلى 3,4%، وتميزت الوضعية الديموغرافية بخصوبة مرتفعة ومؤشر الخصوبة وصل إلى 8 أطفال/إمرأة وزواج مبكر عند الإناث (19سنة).

وأمام هذه الوضعية ظهرت فكرة التنظيم العائلي سنة 1966 حيث جاءت به الإتحادية الوطنية للنساء الجزائريات في مؤتمرها الأول، حيث طلبت من الحكومة آنذاك إعطاء موافقتها لإستعمال منع الحمل لحماية الأم والطفل، ولكن بقي هذا الطلب دون رد لمعارضة الرئيس هواري بومدين الذي إعتمد سياسة سكانية خاصة تبدو من خطابه المشجعة للنسل.

ونلتمس ذلك في الخطاب الذي ألقاه بمناسبة تدشين مركب الحجار حين قال "هدفنا هو تأمين لشعبنا مستوى معيشي مساوي للمستوى الذي تعرفه الأمم الأكثر تقدما من عالم الغد ولا تقبل الحلول الخاطئة، مثل مراقبة الولادات الذي يعني القضاء على الصعوبات عوض البحث عن الحلول المناسبة، نحن نفضل الحلول

الإيجابية والفعالة كخلق مناصب شغل للشباب وبناء المدارس للأطفال وتوفير أفضل التجهيزات الاجتماعية للجميع.

إضافة إلى هذا الخطاب الذي ينطوي على نظرة الجزائر الراضية لمناقشة المسألة الديموغرافية، كان من المستحيل تبني سياسة سكانية تنادي بها الدول الغربية ويرجع ذلك إلى إختلاف إيديولوجي قائم بين كل من الجزائر والدول الإمبريالية.

خلال هذه الفترة إقتصرت الأعمال على تحرير تقارير حول المشاكل الديموغرافية وتقديمها للحكومة التي كلفت كتابة الدولة للتخطيط بتحديد سياسة سكانية للجزائر وإدماجها في مخطط التنمية الرباعي 70-73.

وتوصلت الأعمال إلى وفاق وليس إلى سياسة سكانية يسمح بالتنظيم العائلي لأسباب تتعلق بصحة المرأة وحققها في ذلك، وعندها فتحت مصالح لهذا الغرض على مستوى المصحات العمومية.

وما هو ملاحظ في هذه الفترة إنشغال الحكومة الجزائرية بالتنمية الذي لم يسمح بالتفكير في مشكل النمو الديموغرافي، وذلك ما يبدو من تصريحها في مؤتمر بوخارست حول السكان سنة 1974 حين عبرت عن سعيها لبناء إقتصاد قوي ومندمج قادر على الإستجابة لمتطلبات السكان، والمتمثلة في الشغل والتعليم والصحة والسكن وهم في نمو سريع.

ويدخل هذا التصريح في إطار مشروعها الإجماعي الذي يرمي إلى مبدأ الشغل التام والتعليم للجميع ومجانية العلاج والحق في السكن للجميع، ولهذا رفضت ما أسمته بالحلول الخاطئة والتي كانت تقصد به مراقبة الولادات.

وهذه الرغبة في التطور تعتمد أساسا على تحريك الموارد البشرية والمادية التي تمكن من الحصول على إشباع الرغبات المتزايدة للسكان وإحتياجاتهم، والقضاء على عراقيل التنمية التي تتمثل في التخلف وأن النمو الديموغرافي الذي يبدو كضغط يصبح وسيلة للتطور.

2.6. المرحلة الثانية: (1980-1988)

أول سياسة سكانية إعتمدتها الجزائر كانت في سنة 1983 وإرتكزت على ثلاثة محاور أساسية هي:

1- تطوير النشاطات المتعلقة بتباعد الولادات.

2- تطوير الدراسات والأبحاث حول الخصوبة ومحدداتها.

3- تطوير النشاطات المتعلقة بالإعلام والتحسيس والتوعية في مجال التنظيم العائلي.

وما يمكن قوله عن هذه الفترة إن الأهداف التي سطرت لتحقيقها في بداية هذه المرحلة لم تتحقق، ولهذا أعيد إعتبار السياسة السكانية كما يتضح في المخطط الرباعي 80-84.

وأصبح العمل على خفض معدلات الولادات شرطا لا بد منه لبناء إقتصاد فعال قادر على الإستجابة للمتطلبات الإجتماعية للسكان بصفة حسنة ودائمة، وأمام هذه الرغبة نلاحظ إقبال الجزائر على المخطط العالمي حول السكان بمكسيكو سنة 1984 بالموافقة، وتحولت بذلك النظرة حول التنظيم العائلي الذي قبلته الجزائر كحق للمرأة في حفظ صحتها إلى سبب ديموغرافي، وعنده تم تطبيق البرنامج الوطني لتباعد الولادات لحفظ صحة الأم والطفل.

3.6. المرحلة الثالثة: (1989 إلى يومنا هذا)

تصادف هذه المرحلة فترة عدم الإستقرار الإجتماعي والسياسي للجزائر، بعد مظاهرات 5 أكتوبر 1988 أقبلت الجزائر على مجموعة من الإصلاحات السياسية والإجتماعية والإقتصادية التي فرضتها الحقيقة

المتدهورة لمؤسسات الدولة، وفي خضم هذه الوضعية أهملت السياسة السكانية وأبعدت من خطابات الحكومات التي توالى، ويتأكد هذا الإهمال بالتحاق الإطار المسؤول عن برنامج السياسة السكانية بوزارة الصحة ضمن إدارة الأسرة التي لم تنشأ إطلاقاً بعد أن كانوا ينتمون إلى وزارة الشؤون الإجتماعية، ما بين 89-92، أمام هذا الوضع التي آلت إليه.

7. التطور البطيء للسياسات في الجزائر

لا يجب المبالغة في إعتبار الإصلاحات السياسية أمراً سهلاً فالأفكار الجديدة بطيئة التقبل كما أن الأولويات غالباً ما تتغير بتطور الحاجيات القومية، وغالباً ما يجب تغيير الأفكار والتصرفات قبل إحداث تعديلات على سياسة أو قانون ما أو قبل وضعها موضع التنفيذ.

ففي العديد من البلدان يصطدم المسؤولون السياسيون بالعادات والتقاليد التي تجعل من الإصلاح أمراً صعباً. وتخص هذه الحقيقة الحالات التي تدرج فيها القوانين والسياسات في سياق تطور إجتماعي متواصل كان يتمثل الأمر في تحسين وضع المرأة أو في تسهيل بلوغ الخدمات والمعلومات في شأن تنظيم الأسرة للجميع.

خلاصة الفصل الأول

تناولنا في الفصل السياسات السكانية من حيث المفهوم واهمية السياسات السكانية وانواعها، من حيث الحوافز والقيود ومن حيث التفاؤل والتشاؤم ومن حيث الاجل الزمني، بالإضافة الى السياسات السكانية في الجزائر وأهدافها وكل المراحل التي مرت بها السياسات السكانية في الجزائر، منذ سنة (1962-1979) كمرحلة أولى وتلتها المرحلة الثانية (1980-1988) التي كانت فيها اول سياسة اعتمدها الجزائر سنة 1983، وكآخر مرحلة سنة 1989 الى يومنا هذا والسياسات السكانية لها علاقة مباشرة بذهنيات وسلوكيات الأشخاص، لذا فالتحكم في معدلات الزيادة الطبيعية وتوافقها مع ما هو متاح من موارد يتطلب على الجهات المعنية، إتخاذ سياسة سكانية تتوافق والبنية السكانية للبلاد مثل ما هو في دول العالم والجزائر على سبيل المثال، يجب إتخاذ سياسة لضبط النمو السكاني مثل القضاء على الأمية وتوسيع التعليم في كافة مراحلها بالنسبة للجنسين وزيادة مستوى الخدمات الصحية وزيادة خدمات الإعلام الصحي لدى النساء.

الفصل الثاني

تاريخ موانع الحمل ورأي بعض العلماء فيها

تمهيد

يشمل التنظيم الأسري جميع الأنشطة التعليمية الطبية أو الإجتماعية التي تسمح للأفراد بتحديد عدد الأطفال المرغوب بإنجابهم وتحديد الطرق التي يمكن أن يحدث بها ذلك، كما من الممكن أن يشمل التنظيم الأسري الخيار بعدم إنجاب الأطفال بالإضافة إلى إختيار العمر المناسب لإنجابهم.

1. تطور إستعمال موانع الحمل عبر العصور

إن قضية منع الحمل كفكرة هي قديمة و راودت الفكر البشري منذ العصور القديمة ، إلا أن الاختلاف بين مرحلة وأخرى التي عرفها تطور الإنسان هو الإختلاف في إستخدام الوسائل المطلوبة ، لذلك كانت الوسائل المستخدمة بسيطة وبدائية ، ورغم نتائجها لكنها كانت تعتبر مرحلة من مراحل تطور الفكر الإنساني ، وإحساس الفرد بالأخطار الإجتماعية والإقتصادية والصحية والديموغرافية الناتجة عن إفرازات الزيادة السكانية التي لا تتوافق مع الإمكانيات الإقتصادية ، إذ كانت هناك محاولات لتنظيم الأسرة في الماضي حين وجدت وصفة مانعة للحمل يرجع تاريخها إلى عام 1850 قبل الميلاد" والرغبة في تجنب الحمل وجدت منذ القديم حسب تقارير أبحاث الأنثروبولوجيين التي أجريتها في المجتمعات البدائية، وفي هذا يقول نورمان هيمس " أن معرفة الإهتمام بشؤون الحمل يرجع إلى زمن غابر بحيث يصعب علينا معرفة أصله بدقة "، وبهذا و منذ أن وجد الإنسان وهو في صراع مع بيئته وموارد الأرض المتاحة ، وللوصول إلى هذا التوازن إستخدم طرقا عديدة منها :

وأد البنات وقتل الأطفال والإجهاض... إلخ، ومن هنا يمكن الإنتقال إلى كيفية تطور هذه الفكرة عبر العصور وتحولها إلى فكرة إجتماعية.

ففي المجتمعات البدائية إستعمل الإجهاض وقتل الأطفال ووآد البنات كوسائل لإنقاص عدد الأطفال، فقد أكد المؤرخون والباحثون الانثروبولوجيين أن القتل عادة قديمة جدا في أنحاء العالم، وأن السبب في إنتشارها يعود إلى صعوبة إعالة جميع المواليد الجدد، "وأما وآد البنات فكانت ظاهرة شائعة عند الكثير من الشعوب مثل ما كان عند العرب في الجاهلية"، وبالنسبة للإجهاض فكان يتم بإستعمال السوائل والأعشاب الضارة ثم شربها بإعتبارها أكثر نفعا.

ومهما كانت أسباب القتل والوآد فإن الهدف كان هو إنقاص عدد الأطفال مثلما كان في اليونان عندما نادوا بثبات وإستقرار نسلهم، حيث "أن أفلاطون بجمهوريته الخيالية أراد أن يحدد عدد السكان بقتل المولودين الجدد والمحافظة علو النوعية الجيدة وذلك تحت إشراف الدولة، حيث تهدف فكرة أفلاطون إلى المحافظة على نوع معين وعدد محدد من الأولاد لضمان الحياة الفاضلة لهم.

أما أرسطو فقد حذر من نمو السكان إذا كان غير مناسب بين طبقات المدينة، فهو يشبه المدينة بالجسم الإنساني ويرى أنه مثلما ينمو الجسم الإنساني بالتناسب ، فكذلك يجب أن ينمو السكان بتناسب مماثل بحيث لا يطغى عدد السكان في طبقة ما على العدد في طبقة أخرى لأن هذا النمو الغير مناسب يؤدي إلى قيام الثورات، ولذلك يرى أرسطو بأنه لكي تتحقق الرفاهية الإجتماعية يجب أن يتناسب عدد السكان مع مساحة الأرض ومدى قدرتها على الثروات الطبيعية التي تلبي حاجات الأفراد كما كان أرسطو من المؤيدين لتحديد سن الزواج وتحسين النسل وذلك بالإجهاض والقتل إذا زاد النسل.

وفي العصور القديمة سجل المصريون والرومانيون واليونانيون تقدما ملحوظا في مجال منع الحمل فتعددت الوسائل وكثرت الوصفات لهذا العرض.

في الواقع أن الأسرة قبل العصور الحديثة كانت تعتمد على نفسها وتحدد مصيرها وكانت هذه المجتمعات تمارس فعلا سيطرة على الإنجاب عند الضرورة بإدراك وتعهد وليست بعملية بيولوجية تلقائية، "حيث كانت

وسائل الحد من الحمل لديهم ولا تزال في بعض المجتمعات تمارس من طرف النساء في المجتمعات الغربية لفترة عام أو عامين من أجل التطهر، كما كان يتحتم تحريم المخالطة الجنسية في أوقات معينة من الشهر أو العام وفي بعض المجتمعات كان الإجهاض الإجباري موضوع ممارسة".

بعد تطور المجتمعات والأفكار وانتشار اتجاهات جديدة وظهور إيديولوجيات وأراء مختلفة حول تنظيم النسل «نجد انه مع بداية القرن السابع عشر ظهرت فكرة تحديد الولادات عند نساء الطبقة البرجوازية وذلك حفاظا على جمالهن ورشاقتهن وحفاظا على ثروتهن من التقسيم والضياع، ويتبين ذلك في رسائل السيدة تنصح فيها ابنتها باتخاذ الإحتياطات لتجنب الحمل".

2. النظرية المالتوسية

تعد النظرية المالتوسية (مالتس، 1766) حول السكان من النظريات التي أثارت ضجة وجدلا خلال عصره، في أواخر القرن الثامن عشر ميلادي (1789)، وإلى يومنا هذا، ويعتبر مالتس أول من تقدم بفكرة حركة تحديد النسل، وتعتمد نظريته على مبدأ مفاده أن عدد السكان في زيادة مستمرة حسب متتالية هندسية، بينما الغذاء ووسائل العيش فهي تتزايد حسب متتالية حسابية، أي أن هناك فرق شاسع بين زيادة إنتاج المواد الغذائية التي هي جد بطيئة وبين زيادة السكان التي هي سريعة.

ويوضح مالتس ذلك في مقولته: "أن قوة السكان في التزايد أعظم من قوة الأرض في إنتاج القوت للإنسان... والسكان، إذا لم يعق نموهم عائق، يتزايدون حسب متتالية هندسية في الوقت الذي يتزايد فيه القوت حسب متتالية حسابية فقط." (سعاتي و لظفي، 1981، صفحة 40)

ولقد ألف مالتس كتابا بعنوان مبادئ السكان، فصل فيه نظريته ضاربا مجموعة من الأمثلة حول عدم التوازن بين عدد السكان المتزايد باستمرار وبين إنتاج الغذاء الذي لا يلبي حاجات السكان، مبينا ذلك في المثال التالي: "إذا أخذنا الأرض كلها وفرضنا أن السكان الحاليين يعادلون ألف مليون، فإن الأنواع البشرية سوف

تزايد حسب الأرقام: 1،2،3،4،5،6،7،8،9 وعلى ذلك فخلال قرنين عدد السكان بالنسبة للمواد الغذائية كنسبة 256 إلى 9، و بعد ثلاثة قرون نسبة 4096 إلى 13". (سعاتي و لطفى، 1981، صفحة 44)

فلكي يكون هناك توازن بين عدد السكان ووسائل العيش قد أشار مالتس إلى نوعين من الموانع أو العوائق التي تحول دون إزدياد عدد السكان بنسبة هندسية، فأولى وصفها بالموانع الإيجابية التي تزيد في نسبة الوفيات كالصناعات غير الصحية والأمراض و الأوبئة والمجاعات والحروب التي كانت منتشرة في عصره، أما الثانية فهي الموانع الوقائية أو التحفظية التي تلعب دورا في خفض نسب المواليد وقسمها إلى قسمين الرذيلة والضبط الأخلاقي، فتشمل الرذيلة الإختلاط الجنسي الفوضوي، والميول الجنسية غير الطبيعية وإنتهاك الحرمة الزوجية، والوسائل المختلفة لإخفاء نتائج العلاقات غير المشروعة ، أما الضبط الأخلاقي فتتمثل في تأخير سن الزواج مع العفة وكبح النفس أثناء الزواج أي التقليل من العلاقات الجنسية، فإعتبر مالتس هذه العوامل هي التي تضبط أو تعيق من التزايد السريع للسكان.

إذن يمكننا القول أن مالتس يلح على عدم الإكتثار من الولادات باللجوء إلى أي طريقة من الطرق التي تمتثلت في عصره الإبتعاد عن العلاقات الجنسية وتأجيل الزواج.

وبعد مالتس خلال القرن التاسع عشر، ظهر في فرنسا "فرانسيس بلاس" الذي نادى بالحد من تزايد السكان، وذلك بإستعمال الآلات والعقاقير لمنع الحمل دون الوسائل الخلقية المجردة، وفي أمريكا في سنة 1833 ألف الطبيب "تشارلس نورتون" كتاب "ثمرات الفلسفة" مؤيدا لفكرة "فرانسيس بلاس" ولقد جاء فيه شرح تفصيلي للتدابير الطبية لمنع الحمل ، في أواخر القرن التاسع عشر ظهرت حركة جديدة لتحديد النسل تدعى بالحركة النيوماتوسية وهذا في سنة 1877 من طرف الأستاذ "تشارلس بريدلا" مع سيدة تعرف ب"إيني بيسانت" اللذان قام بنشر كتاب "ثمرات الفلسفة" في إنجلترا، في السنة الموالية تأسست جمعية برئاسة الطبيب "دريسدل" لتأييد حركة تحديد النسل، وبعد ذلك بسنتين ظهر كتاب "قانون عدد السكان" لمؤلفة "بيسانت"، و

في سنة 1881 وصلت هذه الحركة إلى هولندا وبلجيكا وفرنسا وألمانيا، ثم تعمدت إلى البلدان المتحضرة من أوروبا و أمريكا.

وقد سجنّت الممرضة "مارغريت سونغر" في مطلع القرن الماضي، خلال سنة 1916، في الولايات المتحدة الأمريكية، بسبب موقفها الداعي إلى الحد من حجم الأسرة، وذلك بمساعدتها النساء اللواتي يبحثن عن وسائل لوقف الإنجاب أو المباحدة بين الولادات.

وبعد الحرب العالمية الثانية أخذت برامج تنظيم الأسرة تتزايد، حيث إنتقلت عدد الدول التي تدعم تنظيم الأسرة من 21 دولة عام 1965 إلى 127 دولة في عام 1983 حتى إنتشرت في جميع أنحاء العالم.

في هذا الظرف الزمني نشر المفكر المتهم بالمسألة السكانية وقضاياها توماس روبرت مالتوس (MALTUS.R.T) مقالة "تزايد السكان وتأثيره في تقدم المجتمع في المستقبل" الذي كان يرمي من ورائه إلى منع الحمل بالوسائل الأخلاقية كالرهينة و تأخر الزواج ، لأن المشكلات الإجتماعية والإقتصادية في نظره تعود أساسا إلى الطبيعة البشرية ذاتها ، التي تتسم بخصوصية عالية لا تتناسب مع الموارد الطبيعية ، ويرى أن الولادات تراقب وتقاس بالمعاش والقوت ،هذا يعني أن البؤس والشقاء لا يرجعان إلى سوء تنظيم المؤسسات الحكومية والتنظيمات الإجتماعية وإنما يعودان إلى نمو السكان حسب متتالية هندسية ونمو الموارد الغذائية عن طريق متتالية حسابية أو عددية" إلا أن وسائل التي نصح بها لم تكن مقبولة من طرف الناس، وكان لإتباعه الفكرة في إبتكار وسائل أخرى للوصول إلى نفس النهاية ألا وهي الأدوية والتقنيات الطبية، وكان من هؤلاء الأتباع فرانسيس بلاس (PECALA.F) في فرنسا بإعتبارها مصلح إجتماعي والطبيب نولتن (OWKNOTLW) في أمريكا الذي نشر كتابا سنة 1833 تحت عنوان "ثمرات الفلسفة" شرح فيه الوسائل الطبية وبين منافعها الصحية والإقتصادية المرجوة منها.

لما في الربع الأخير من القرن التاسع عشر ظهرت حركة جديدة أطلقت على نفسها "حركة مالتوس الجديدة"، تدعو إلى تنظيم النسل وتشكلت بعدها جمعيات أخرى لهذا الغرض أهمها الجمعية التي ترأسها دريسدل (DSYRDALE) في بريطانيا سنة 1877 حيث بادرت هذه الجمعية بنشر الرسائل تشجيعا لحركة تحديد النسل وبعدها إنتشرت هذه الفكرة في العديد من الدول الأوروبية والأمريكية.

"وفي سنة 1878 نشأت جبهة مالتوسية جديدة أخرى نادى بتنظيم النسل باعتبارها علاجاً لكل الأمراض الناتجة عن الزيادة السكانية، وقد حاول مسؤولو هذه الجبهة نشر هذه الأفكار خارج الإطار المحلي أي في إنجلترا، فكلل مسعاهم بالنجاح وظهرت عدة منظمات في أوروبا وقد إستمرت هذه الحركة في نشاطها إلى أن فرقتها الحرب العالمية الأولى، إلا أن ستوبريس (STOPPRS) عملت على إحيائها بإفتتاح أول عيادة تهتم بطرق منع الحمل .

- موانع الحمل ورأي العلماء

3. نظرة الفرد صوفي (Alfred Sauvy)

لقد تطرق الباحث الفرنسي "الفرد صوفي" الى مسألة منع الحمل في كتابه تحت عنوان (La prévention des

naissances) الذي صدر في عام 1967، وبين أن هذه المسألة طرحت إشكالية في الإصلاح

(des contrôles des naissances) قد اشتقت من اللغة الإنجليزية (Birth control) غير ان كلمة (contrôle)

ليس لها نفس المعنى في اللغتين. فهي باللغة الفرنسية تعني القيادة او السلطة فالأنسب هو إستعمال

المصطلح (la prévention des naissances) الذي يعني اللجوء إلى جميع الوسائل لتجنب الإنجاب.

يرى صوفي ان ما ذهب اليه مالتس كان مستوحى من الواقع الاجتماعي الذي عايشه ففكر في ان للقضاء على الوضع السائد من الفقر والبؤس فعلى الطبقة العاملة ان تقلل من نسلها، بينما الاشتراكيون لتلك الفترة يعارضون هذه الفكرة، ويصرحون انه إذا لم تصبح كل الأراضي حدائق وبساتين فلا يمكننا القول بانه هناك تضخم في عدد السكان، فماركس يرى ان سبب الفقر والبؤس هو الملكية الخاصة.

توسع موقف الماركسية بعد ذلك فأصبح الماركسيون يرجعون انخفاض في المواليد الى انها ظاهرة خاصة بالطبقة البورجوازية، اما المجتمع الاشتراكي فلا يمكن ان تطرح المشكلة السكانية بتاتا مكذبين بذلك النظرية المالتوسية، اذ نجد في الموسوعة السوفياتية في فصل خاص باكتظاظ السكان: "لا يمكن ان يكون هناك اكتظاظ في السكان في النظام الاشتراكي، رغم التزايد الديموغرافي (A., 1967, p. 81) السريع "

رغم تبني الاشتراكيين هذه الفكرة المضادة لمالتس الا اننا نجد تناقض بين بلدين اشتراكيين وهما بولونيا وهنغاريا، ففي هنغاريا انخفض مستوى الخصوبة الى أدنى مستوى بسبب تسهيل اللجوء الى الإجهاض، بينما بولونيا فعكس ذلك تميزت بتضخم في السكان، فهذا التطور الذي حدث في هذين البلدين بين ان لا انخفاض المفرط في مستوى الخصوبة ولا الاكتظاظ في السكان تسببا في تحسين المستوى المعيشي للبلدين.

فالفكر السوفياتي الذي تبنى النظام الاشتراكي لا يرى بان تنظيم النسل هو علاج الفقر والبؤس، وانما الجهد والتطور الاقتصادي هو الذي يقضي على الفقر داخل هذا النظام.

ولكن مواقف الاشتراكيين والمركسيين في بعض الأحيان متذبذبة وهذا نظرا لسوء التفاهم الذي يمكن ان ينجم عن الواقع الاجتماعي والسياسي للدول، فهم يحاربون الفكر الراسمالي الغربي ولا يولون لاثر الزيادة السكانية أهمية في الدول النامية.

ولقد بين الفرد صوفي مجموعة من العوامل والمواقف التي تاتر في استعمال وسائل منع الحمل، فمن الأزواج من يرغب في ولادة طفل من جنس مخالف مثل الرغبة في إنجاب ذكر بعد عدد من الاناث او العكس، وقد

يكون السبب هو الافتخار بكثرة الولد او توثيق الرابطة الزوجية، هذا ما يجعل بعض العائلات تعزف عن استعمال وسائل منع الحمل.

اما ممن يمارسن منع الحمل فهناك عوامل كثيرة تجبرهم على ذلك من بينها الدخل والمسكن والعمل، فغالبية الأمهات العاملات يفضلن تربية ولد واحد فقط من اجل الارتقاء الاجتماعي، وكذلك من توزيع الإرث العائلي الذي هو في تقلص داخل المدن، وأيضا الوقت الذي يستغرقه الابوين من اجل الحياة العائلية يلعب دورا هاما في الامتناع عن الانجاب.

قد يكون من بين العوامل التأثير بالطبقات الاجتماعية، فتحديد النسل يظهر جليا في الطبقات الاجتماعية العالية وخصوصا في المدن، ثم تنتقل الى الطبقات المتوسطة، ثم الى العمال و الفلاحين وهذا ظهر في الكثير من الدول وبالأخص في الهند. يمكن الجانب الاقتصادي والجانب الثقافي للازواج ان يؤثر على اللجوء الى وسائل منع الحمل للتقليل من عدد الأطفال ولكن يبقى الثقافي هو الذي يتصدر.

اما في كتاب اخر تحت عنوان (Malthus et les deux Marx) الذي نشره في سنة 1963 فلقد بين فيه وجه الخلاف بين مالتس وكل من ماركس وانجلس في قضية الزيادة السكانية ومطابقتها مع وسائل العيش .

ولقد بين صوفي (Sauvy) في هذا الكتاب مجموعة من الأفكار المتعلقة بالنظام الماركسي الذي يرفض تماما الفكر المالتوسي، فماركس وانجلس لا يختلفان عن بعضهما في ان الطبقة المالكة المتمثلة في النظام الراسمالي تسعى دائما الى استغلال الشعوب والطبقة الكادحة، ويعتبر ان التوزيع غير العادل للثروات هو المشكلة الأساسية للسكان وليس ما يدعيه مالتوس بان الأرض لا تكفي للعدد السكان المتزايد.

فحسب ماركس فان الطبقة المالكة تستحق الكادحة، ليس فقط بالتوزيع غير العادل للثروة وانما بالنظام المالتوسي، فهو لا يستعمل هذا المصطلح وإنما يقرب إلى نفس المعنى بإستعماله عبارة النظام الذي يحد من السكان وسوء إستغلال للثروات، ويؤكد ماركس أنه بالإمكان أن يعيش كل العالم بدون تخزين.

أما في فرنسا فقد قطعت الحركة بها شوطا معتبرا، ذلك أن العالم الفرنسي بول روبان (PUAL-ROBIN) الذي كان أكبر داعية هناك ، فقد إفتتح سنة 1985 عيادة لتعليم طرق منع الحمل ، ثم تكونت جبهة (البعث الإنسانية) في السنة الموالية ، ومنذ ذلك الحين والمحاضرات تلقى بصفة مستمرة والدعاية تبث بطريقة متواصلة بهدف تنظيم النسل، وقد عقدت عدة مؤتمرات لبحث مشكلة تزايد وتضخم السكان أولها في "باريس سنة 1900 وثانيها في لاهاي سنة 1910 والثالث في لندن عام 1922 ونيويورك عام 1925 والسويد سنة 1953، ثم روما سنة 1954 والقاهرة عام 1962، وقد أجمعت الآراء في هذه المؤتمرات على ضرورة تحديد النسل لتحقيق الرخاء العالمي والسلام بين الدول ، ولقد كانت هولندا اسبق الدول بالأخذ لسياسة تحديد النسل عن طريق جمعية غايتها فتح عيادات لتقديم الإرشادات والوسائل اللازمة لمنع الحمل ثم تلتها "انجلترا حيث نتج عن ذلك انخفاض في نسبة المواليد من 40 في الألف الى ما يقارب 10 في الألف ، ثم حذف في نفس الطريق باقي الدول الأوروبية والأمريكية والإفريقية". حيث أصبح موضوع تحديد حجم الأسرة محورا للنقاشات العامة على نطاق واسع، وهكذا سلك موضوع تحديد النسل خطوات واسعة لأول مرة فأنشئت فروع للرابطة المالتوسية في كثير من المدن البريطانية، وأخذت تتلقى من مختلف أنحاء البلاد طلبات من نقابات العمال وغيرها من الهيئات تطلب فيها إلقاء المحاضرات والحصول على المؤلفات المتعلقة بالموضوع، حيث قفزت مبيعات كتاب **نولتون** في بريطانيا من 1000 نسخة في السنة إلى 200 ألف نسخة خلال ثلاث سنوات.

ومما هو جدير بالذكر أن "الكتاب الامركيين الذين كتبوا عن الموضوع تحديد النسل قد واجهوا عقبات قضائية خاصة سنة 1873 أين صدر القانون الفدرالي المسمى بقانون كومستوك الذي يحظر توزيع المعلومات المتعلقة بمنع الحمل عن طريق الخدمات البريدية ".وبالرغم من ذلك فان المعلومات المتعلقة بتحديد النسل استمرت في الانتشار بأمريكا وبخطى وطيدة حتى سنة 1912 أين قامت "مارغريت سانجر بفرض شخصيتها على الحركة، ذلك أن العمل الذي كانت تقوم به كمرضة في الأحياء الفقيرة في المنطقة

"يسداند" بنيويورك، أفنعتها بوجوب عمل شئ وإيصال المعلومات المتعلقة بمنع الحمل إلى الأمهات المعسرات فكتبت نشرية أطلقت عليها عنوان " تحديد حجم الأسرة " مما سهل عليها فتح عيادة لتحديد النسل سنة 1916 بقطاع "براونسفيل" في بروكلين ولكن الشرطة أغلقت هذه العيادة معتبرة إياها إخلال بالنظام العام للعمل ، لكن حدث بعد ذلك أن أصدرت محكمة الاستئناف قرارها في القضية ، ففتح هذا القرار المجال لإنشاء عيادات ذات أطباء وممرضين ومسؤولين في قطاع الصحة بان يقوموا بصورة مشروعة بمنح المشورة لمن يشاء عن موضوع منع الحمل.

ما يمكن الإشارة إليه هو أن النيومالتوسية تهدف إلى معنيين واسعين فهي من جهة تجمع المذاهب والتي تعتبر ضارة للنمو الاقتصادي والنمو السكاني، أما من جهة أخرى فهي تؤهل السياسات أو التطبيقات التي لها هدف بالنسبة لتحديد الولادات.

أما السياق التاريخي للتخطيط العائلي في شرق آسيا فكان التناول على أساس مجموعة بسبب تشابه بعض الثقافات التي تربط الهند والصين واليابان وأيضاً بفعل الطبيعة الجزئية للنصوص المقبولة ، علماً بان هذه الثقافات الشرقية توصي بوقاية الولادات والتي تعتبر قديمة"، كما بدأت في الهند معالجة موضوع تنظيم النسل في بلادها عام 1935 و انشأت لجنة للتخطيط لتنظيم النسل عام 1950، حيث قامت بإنشاء 300 عيادة في المدن و5000 عيادة في القرى لتنفيذ برنامج تنظيم النسل ، كما زاد عدد هذه الوحدات إلى 7000 وحدة، وذلك نابع من إيمان الدولة بتنظيم نسلها ، أما الصين فلقد بدأت في علاج مشكلة التضخم السكاني الذي كانت تعاني منه في بلادها منذ 1959 ووفرت كل الإمكانيات الثقافية للتوعية لتنظيم النسل ورصدت الأموال اللازمة لإنشاء العيادات المتخصصة في هذا المجال.

4. رؤية الدكتور يوسف القرضاوي

يعارض الشيخ يوسف القرضاوي الفكرة التثاؤمية لمالتس ويرفضها لان في رايه الفكر الإسلامي يختلف عن الفكر الأوروبي المتمثل في مشكلة الندرة، وان الموارد محدودة ونادرة، بل بالعكس فالموارد غير نادرة بل موجودة، ولقد استدل بالقران الكريم في قوله تعالى " الله الذي خلق السماوات والأرض وانزل من السماء ماء فاخرج به من الثمرات رزقا لكم وسخر لكم الفلك لتجري في البحر بامرهم، وسخر لكم الأنهار، وسخر الشمس والقمر واتاكم من كل ما سألتموه وان تعدوا نعمة الله لا تحصوها ان الانسان لظلوم كفار".

فالمشكلة ليست في الندرة وانما في ظلم الانسان وكفرانه، لذلك يرفض الإسلام الفلسفة العامة التي تقول ان الرزق ضيق، فالإنسان لم يستكشف بعد المواد التي يستهلكها، وكلما تقدم العلم استطاع الانسان ان يكتشف أشياء يجد فيها وسائل المعيشة، فبواسطة العلم أيضا يمكن ان يضاعف من الإنتاج الزراعي وتحسين السلالات وإيجاد أنواع من المواد التي تعين على الحياة.

ولقد أشار الى ان هناك من لا يريد للمسلمين ان يتزايدوا وهم يخافون من تزايدهم خصوصا في الغرب لان عددهم يتناقص بينما المسلمين يتزايدون وهذا معناه انه بعد 20 او 30 سنة سيصبح المسلمون الأغلبية. ولقد تخوف الاتحاد السوفياتي سابقا من تزايد المسلمين عن السوفييات وبعد مدة لا تطول سيحكمون الاتحاد السوفياتي.

وهو يرى ان في بعض الأحيان يكون النسل مطلوبا لأنه من الأهداف الأساسية للزواج في الإسلام هو النسل، والمطلوب من الانسان ان يسعى في طلب الرزق لأنه موجود وان يحاول تحسينه كما ونوعا.

ويرى الشيخ القرضاوي في مسألة العزل ان النبي صلى الله عليه وسلم نهي عن ذلك للحرمة الا بإذنها فهذا يدل على ان الحياة الزوجية مبنية على التفاهم بين الطرفين قد يريدان الاستمتاع فيما بينهما فترة من الزمن دون أولاد، وخاصة اذا كانا صغيرين وهذا ما يشجعه الاسلام بدلا من تأخير سن الزواج، ويذكر حسب ما

ورد في كتاب الاحياء للإمام الغزالي ان العزل ليس بحرام ولا مكروه كراهية تحريمية ولا تنزيهية، وذلك حسب نية المرأة فاذا كانت نيتها ان تحافظ على رشاقتها وجمالها فلا مانع من ذلك، فهي نية حسنة ومقبولة، والدين الإسلامي لا يمنع ذلك.

ومن الأسباب ان الانسان لا يريد ان يرهق نفسه في طلب الرزق بحيث يفني نفسه وجسده ويعيش في كرب والم طوال حياته، فهذا لا يمنعه من اتخاذ التدابير من تنظيم نسله.

يعتبر الشيخ القرضاوي ان تنظيم النسل هو ضروري وذلك لإنشاء ذرية على أحسن وجه لان العبرة ليست بالكثرة وانما بالنوع واستدل بحديث الرسول صلى الله عليه وسلم "يوشك ان تتداعى عليكم الأمم كما تتداعى الاكلة على قصعتها، قالوا امن قلة نحن يومئذ يا رسول الله قال بل أنتم يومئذ كثير ولكنكم غثاء السيل". فمن الضروري على الأبويين ببذلا جهدهما في تربية اولادهما تربية متكاملة، جسميا وروحيا وعقليا وخلقيا واجتماعيا وحتى عسكريا وسياسيا، فلإنسان الذي كثرت أولاده لا يستطيع ان يقوم بهذا.

كما ان مسألة تنظيم النسل بينها النبي صلى الله عليه وسلم في حديث قال «لا تقتلوا اولادكم سرا فانه يدرك الفارس فيدعثره ولقد جاء في بعض الاحاديث النهي عن الوطء والغيل، وهو الجماع مع المرأة المرضعة، فاعتبر كانه يغتال الرضيع الصغير، فهذا يعني ان الشخص سوف يترك زوجته لمدة الرضاعة وقد تستمر حولين كاملين لكن في ذلك مشقة، لكن في عصرنا هذا يمكن الاستمتاع دون الحمل باللجوء الى مجموعة من وسائل منع الحمل المختلفة والتي تناسب حسي حالة المرأة و بالاستعانة بالطبيب المختص، دون اللجوء الى التعقيم الدائم مثل ربط الانابيب لان ذلك محرم، الا في الحالات التي تسبب خطرا على المرأة، كما ان قد يرغب المرء في الانجاب اذا حدث له وفاة لاحد اطفاله فيتعذر ذلك.

غير ان الشيخ القرضاوي يعارض الذين لا يرغبون في الانجاب بنية فاسدة مثل الخوف على الرزق وحده او الخوف من البنات، استنادا الى ما ذكره الغزالي في احياء في مسألة العزل الذي يعتبر من وسائل منع

الحمل، ولكن ان كان يخاف ان يرهق نفسه او يدخل مداخل السوء او ضيق الرزق يؤدي به ان يتساهل في أمور دينه من اجل الأولاد فلا مانع من تنظيم نسله.

فالإسلام لم يحدد عدد معين من الأطفال الذين ينبغي ان ينجبهم، انما الانسان هو الذي ينظم حياته بما يريحه وما يتوافق مع ظروفه، فهذه الظروف تتغير مع الزمن الى اخر زمن شخص الى اخر، فضيق المسكن وخروج المرأة الى العمل وانتقال الاسرة من الممتدة الى النووية وكذلك غياب الأدوار التي تلعبها الاسرة الكبيرة في العناية بالأطفال وتربيتهم كلها ظروف تفرض على الزوجين من إنجاب عدد معقول من الأطفال.

5. رأي الامام محمد أبو زهرة

ألف الامام محمد أبو زهرة كتابا تحت عنوان "تنظيم الاسرة وتنظيم النسل"، مبينا فيه ان حركة تحديد النسل ظهرت في الدول الإسلامية من مصادر أوروبية وأمريكية، ولقد ربط انتشار هذه الحركة باحتلال إسرائيل لفلسطين، فهو يرى ان كثرة عدد المسلمين في البلاد العربية جد خطير على دولة إسرائيل المحتلة للأراضي الفلسطينية، فروج الغرب لهذه الفكرة للحد من نسل المسلمين.

ولقد تناول القضية من الناحية الفقهية وبين رأي الدين الإسلامي في هذه القضية واستدل بمجموعة من الأحاديث التي تحث على الاكثار من النسل والآيات القرآنية التي تحرم قتل النسل خوفا من الرزق، فهو يرى ان المقصد الأول من الزواج هو النسل والاكثار منه.

كما بين حكم العزل الذي وردت في صدده أحاديث نبوية، وبين اختلاف العلماء في اباحية او عدم جوازه، وانتهى الى ان من بين مبادئ الدين الإسلامي هو حفظ النسل وبالتالي نظرية منع النسل معارضة لهذا المبدأ.

ويرى ان المنع الفردي للنسل ترك للأفضل او المكروه، ويعبر ان الرخصة الفردية في الفقه الإسلامي لا تعني الرخصة الجماعية لامة من الأمم او الإقليم من الأقاليم. وانه إذا ابيح لرخصة، فانه يباح لذلك الشخص الذي كانت عنده الرخصة، ولا يباح كقاعدة تعم الناس في إقليم او امة.

ان أبو زهرة بعد ان أصدر حكم الدين في هذه المسألة، لا يتفق مع الراي بان الأرض لا تسع عدد السكان المرتفع بل بالعكس فان الأراضي الصالحة للزراعة حالياً في معظم الدول العربية في حاجة ماسة الى من يخدمها، كما يضيف ان في راي بعض الاقتصاديين يقررون ان النسل في حد ذاته ثروة، و"ان اعلى مصادر الثروة هو القوى البشرية". (الشرياصي، 2008، صفحة 101)

ويضرب الأمثلة عن البلدان العربية التي غالبيتها شاسعة وتحتاج الى ايدي عاملة، مثل السودان وليبيا التي تعتبرها في خطر اجتماعي لان سكانها قليلون، وكذلك الجزائر التي تتسع لعدد من السكان يفوق ما هو عليه اليوم (أي خلال الثمانينات من القرن الماضي)، ولديها ثروات لا تحصى ولا تعد.

كما يتساءل هل نقل نسلنا اليوم ثم نحاول ان نحيا مماته عندما نحتاج اليه بعد ان تذهب لذة النسل والولادة؟

6. موقف الأستاذ صلاح سعد الدين

السيد صالح سعد الدين وهو أستاذ العقيدة والفلسفة بجامعة الأزهر، الف كتابا بعنوان "احذروا الأساليب الحديثة في مواجهة الإسلام"، ناقش فيه فكرة تحديد النسل، في فصل تحت عنوان وقف المد البشري في العالم الإسلامي، من جوانبها الدينية والاقتصادية والاجتماعية والصحية.

يذكر المؤلف ان فكرة تحديد النسل معارضة لأساس العقيدة الإسلامية من جهة معارضة لمقاصد الإسلام وأهدافه من جهة أخرى، مستدلاً بذلك بالآيات التي تحرم قتل الأولاد خشية الفقر، وان الأولاد هم هبة من الله

ونعمة من نعمه تعالى، وإن الرزق بيد الله هو المتكفل به وهو الذي يتولى زيادة النسل ونقصانه تبعاً لحاجة الكون إليه، ومستدلاً أيضاً بالأحاديث النبوية الشريفة التي تحت على الزواج والتناسل.

ولقد أشار أن تزايد سكان المسلمين قد اقلق العالم الغربي الذي هو في تناقص مقارنة بالعالم الإسلامي، هذا دفعهم إلى وضع خطة لوقف المد البشري الإسلامي، وذلك بنشر فكرة تحديد النسل داخل هذه الأوطان وإنفاق الأموال من أجل ذلك في صورة تبرعات خاصة بجهاز تنظيم الأسرة، بدعوة الانفجار السكاني وإن الأرض محدودة وإن السكان في تزايد مستمر مما يؤكد حدوث مجاعات في المستقبل إن لم تقم الدول بتحديد النسل.

وأشار الكاتب أنه لم تكن الدعوة إلى تحديد النسل في العالم الإسلامي بهدف الخوف من الانفجار السكاني كما يدعون، والدليل على ذلك أن حركة امتدت إلى البلدان الأقل سكاناً مقارنة بما لديها من الأراضي الصالحة للزراعة والموارد الطاقوية، وبالأخص الدول المحيطة بإسرائيل لأنها تهدد الكيان الصهيوني في المنطقة.

كما ناقش فكرة تحديد النسل من جانب الديني وبين ما اتفق عليها العلماء والفقهاء أن تحديد النسل رخصة رخصها الشارع للزوجين إذا دعت إليها الضرورة وهي محصورة في الخوف على حياة الأم من الهلاك إذا حملت، أو تخاف على ولدها الرضيع ضرراً غير عادي إذا وقع الحمل، ففي هذه الظروف إذا استخدمت الأم طرق منع الحمل فلا بأس ولكن بعد مشورة طبيب مسلم، لكن هذه الرخصة هي ليس على عامة الناس وإنما هي فردية وفي ظروف شخصية، لأن ما يجوز للفرد لا يجوز للجماعة.

وناقش المسألة من الجانب الاقتصادي وبين أن الأرض أوسع بكثير من عدد السكان الموجودين فالإنسان لم يستغل سوى عشرة بالمائة من الكرة الأرضية وبالتالي تحديد النسل هي خسارة اقتصادية على العالم، وكذلك

الامر بالنسبة للثروات والموارد الطبيعية لان ما أثبتته العلم ان الانسان لم يستغل الا الشيء اليسير من هذه الموارد الموجودة تحت سطح الأرض وفي قاع البحار .

بل ان المشكلة التي يعاني منها بعض دول اوربا اليوم هي زيادة الإنتاج والموارد و محاولة إيجاد الطرق للاستهلاك، فليست هناك مشكلة الندرة في الموارد وانما هناك مشكلة في عدالة التوزيع، والانانية التي يتحلى بها الانسان الغربي، الذي يتخلص من الفائض في البحار او يخزنها ولا يفكر في الشعوب التي تموت جوعا. وبالتالي ليس لمسالة تحديد أي أساس من الناحية الاقتصادية بل عكس أدت الى كثير من الخسائر الاقتصادية، حيث فقدت الإنسانية عنصرا أساسيا من عناصر الاقتصاد الا وهو الانسان المبدع الخلاق الذي يستطيع ان يتعامل مع موارده حتى لو كانت محدودة ويزيد منها ويتفاعل معها.

اما الجانب الصحي لمسالة تحديد النسل فانه يرى انه ضررها أكثر من نفعها اذ ان كل وسائل منع الحمل لا تخلوا من اخطار على صحة المرأة بالخصوص.

2. أنواع وسائل منع الحمل

تعتبر معظم وسائل منع الحمل آمنة جدا ولكن لكي تعمل هذه الوسائل بشكل صحيح يجب استخدامها بعناية وعلى النحو الصحيح، وخطر حدوث الحمل غير المتوقع يرتبط إلى حد كبير بمدى قدرتك على تذكر وسيلة منع الحمل الخاصة بك، سواء كان ذلك يتمثل في تناول أقراص منع الحمل يوميا أو تغيير اللصقة أو الحلقة المهبلية المستعملة بأخرى جديدة في الوقت المحدد.

وتناول أدوية أخرى مثل الأدوية المضادة للصرع قد يقلل من فعالية وسيلة منع الحمل الخاصة بك، وبالنسبة للسيدات اللاتي يتناولن أقراص منع الحمل، فان هناك أمور أخرى قد تؤثر أيضا على فعاليتها مثل القيء والإسهال .

وأسهل وسائل منع الحمل هي تلك التي يستحيل معها نسيان أي شيء أو القيام بأي شيء خطأ، ويتالي يقلل احتمال حدوث الحمل غير المتوقع لأدنى حد، مع وسائل منع الحمل طويلة المفعول مثل الغرسات واللولب الرحمي .

1.2. وسائل منع الحمل غير الهرمونية

1.1.2. اللولب الرحمي النحاسي

اللولب الرحمي النحاسي ويسمى أيضا الحلزون، الواقي الرحمي النحاسي هو أداة بلاستيكية على شكل حرف T، مع سلك نحاسي صغير جدا يلتف حول الإطار البلاستيكي، تمنع اللولب النحاسية حدوث الحمل دون استخدام الهرمونات، ويبلغ طول اللولب النحاسي حوالي 3 سم تقريبا، تظل دورة الإباضة مستمرة بشكل طبيعي، فقط يعمل النحاس الموجود في اللولب على قتل الحيوانات المنوية ومنعها من تخصيب البويضة، وبمجرد تركيب اللولب فلن تصبح المرأة بحاجة لتذكره كي يعمل بشكل صحيح.

وإذا استخدمت اللولب النحاسي فإن نمط الحيض لدى المرأة سيظل كما هو دون تغي، بعض السيدات تنزفن بصورة أكثر إلى حد ما ولمدة أطول قليلا من الطبيعي من دون استخدام اللولب.

واستخدام اللولب النحاسي لا يضعف من قدرة المرأة على إنجاب الأطفال بغض النظر عن المدة التي تستخدمه طيلتها.

اللوالب النحاسية تعد واحدة من ضمن وسائل منع الحمل، ستوفر عليك اللوالب النحاسية الكثير من المتاعب، لن تضطري للتفكير في منع الحمل سوى مرة واحدة كل خمس سنوات. معظم النساء يمكنهن استخدام اللولب النحاسي حتى أولئك اللاتي لم يسبق لهن الإنجاب. لا تسبب اللوالب النحاسية آثار جانبية الهرمونية أو الآثار الجانبية الضارة على حد سواء.

قد تجدين أن النزيف وتقلصات الحيض لديك أصبحت اشد وطأة إلى حد ما، وتستمر لفترة أطول من الطبيعي لديك، ربما لا يكون هذا الأمر مناسباً لا سيما إذا كنت تعانين بالفعل من آلام الحيض أو النزيف.

2.1.2. الواقي الذكري

تصنع معظم الواقيات الذكرية من مادة اللاتكس وهو نوع من المطاط ، يتوفر الواقي الذكري في مقاسات واللوان ونكهات مختلفة ، يتم وضع الواقي الذكري على القضيب المنتصب قبل الجماع ولا يتم نزعه الا بعد الانتهاء من الجماع يمكن لاي شخص استخدام الواقي الذكري، وتتوفر كذلك واقيات ذكورية خالية من المطاط بحيث يمكن للاشخاص الذين يعانون من حساسية من مادة اللاتكس استخدام الواقي الذكري .

الواقي الذكري هو وسيلة منع الحمل الوحيدة التي تحمي من الحمل والامراض المنقولة جنسيا ايضا.

يعتبر الواقي الذكري وسيلة اكيده وفعالة للحماية من الحمل والامراض المنقولة جنسيا ، شريطة ان يتم استخدامه بشكل صحيح .

إذا اعتمدت على استخدام الواقي الذكري في كل مرة فإنه يصبح بمثابة وسيلة فعالة جدا لمنع الحمل ، الواقي الذكري لا يحتوي على اية هرمونات لذا فإنه قد يكون وسيلة فعالة لاطالة فترة الجماع اكثر و معظم الواقيات الذكورية مغطاة بمادة زلقة مما يجعل الجماع اكثر راحة و متعة .

يعتبر البعض أن تقليل الواقي الذكري للإحساس عيبا وليس ميزة، كما أن اضطرارهم إلى إيقاف ما يقومون به لوضع الواقي الذكري قبل الجماع قد يكون أمرا مزعجا كذلك.

2.2. وسائل منع الحمل الهرمونية المحتوية على البروجيستيرون فقط

1.2.2. اللولب الرحمي الهرموني

اللولب الرحمي الهرموني أو الحلزوني هو أداة مصنوعة من البلاستيك اللين ويبلغ طوله حوالي 3 سم ، ويعتبر اللولب الهرموني فعالا لمدة ثلاث إلى خمس سنوات ، ولكن يمكن إزالته قبل ذلك ،مثلا إذا كنت ترغبين في الحمل .

يمكن شراء اللولب الهرموني من الصيدليات ويمكن وصف وتركيب اللولب بواسطة الطبيب أو القابلة، وبمجرد تركيب اللولب داخل الرحم فلن تشعري به أنت ولا زوجك.

يحتوي اللولب الهرموني على سلكيين رقيقين يتدليان للأسفل عبر عنق الرحم، ويمكنك أن تشعري بهما في الجزء الخلفي من المهبل إذا وضعت اثنين من أصابعك فيه مباشرة.

قبل تركيب اللولب الهرموني يجب إجراء اختبار الحمل فرما هنالك احتمال أن تكوني حاملا وإجراء اختبار الأمراض المنقولة جنسيا قبل أو في وقت تركيب اللولب كذلك يجب إجراء فحص للجهاز التناسلي عند تركيب اللولب.

بمجرد تركيب اللولب فلن تصبجي بحاجة لتذكره كي يعمل بشكل صحيح، ينقطع الحيض لدى معظم السيدات اللاتي يستخدمن اللولب الهرموني بعد حين، وبعضهن يحتفظن بنمط الحيض الطبيعي، بينما البعض الآخر قد يعاني من نزيف غير منتظم أو البقيع (نزول قطرات من الدم)، وعلى الرغم من أن ذلك قد يبدو مزعجا إلا انه ليس مؤذيا.

عند التوقف عن استخدام اللولب الهرموني فسوف تستعدين نمط الحيض الطبيعي لديك بسرعة، واستخدام اللولب الهرموني لا يضعف من قدرتك على إنجاب الأطفال بغض النظر عن المدة التي تستخدمينه طيلتها. ستوفر عليك اللولب الهرموني الكثير من المتاعب لن تضطري للتفكير في منع الحمل سوى مرة واحدة كل خمس أو ثلاث سنوات، معظم النساء يمكنهن استخدام اللولب الهرموني حتى أولئك اللاتي لم يسبق لهن الإنجاب، فهذه الوسيلة ليس لها أية آثار جانبية ضارة.

لا يمكن التنبؤ بما سيبدو عليه نمط الحيض لديك بعد ذلك.

3.2 وسائل منع الحمل الهرمونية المحتوية على البروجيستيرون فقط

1.3.2 غرسات منع الحمل

غرسات منع الحمل أو غرسات تنظيم النسل هي عود بلاستيكي صغير يبلغ طوله 4 سم وقطره 2 مم، تحتوي غرسات منع الحمل على هرمون البروجيستيرون فقط، وتستمر فعالية الغرسة لمدة تصل إلى ثلاث سنوات ومع ذلك يمكن إزالتها قبل مرور تلك المدة.

بمجرد تركيب الغرسة فلن تصبجي بحاجة لتذكرها كي تعمل بشكل صحيح، معظم السيدات يستخدمن غرسة منع الحمل إما أن ينقطع الحيض تماما أو يظل الحيض على نفس نمطه الطبيعي، بعض السيدات قد يعاني من نزيف غير منتظم أو التبقيع (نزول قطرات من الدم) وعلى الرغم من أن ذلك قد يبدو مزعجا إلا

انه ليس مؤذيا وبمجرد إزالة الغرسة سرعان ما تحدث عملية الإباضة مرة أخرى، لا تؤثر الغرسة على خصوبتك مهما طال فترة استخدامك لها.

يمكن شراء غرسات منع الحمل من الصيدليات ويمكن وصفها من قبل الطبيب أو القابلة، يتم تركيب الغرسة تحت الجلد مباشرة في الجزء العلوي من الذراع وهذا يعني أنه بإمكانك الشعور بها وليس رؤيتها، ستكون لديك ندبة صغيرة طولها حوالي 3 مم في موضع تركيب الغرسة، ستحصلين على مخدر موضعي قبل تركيب الغرسة وبالتالي فان هذا الإجراء ليس ضارا على الإطلاق وقبل تركيب غرسة منع الحمل يجب إجراء اختبار الحمل فربما هناك احتمال أن تكون حاملا.

وستوفر عليك غرسات منع الحمل الكثير من المتاعب ولن تضطري للتفكير في منع الحمل سوى مرة واحدة كل ثلاث سنوات، معظم السيدات يمكنهن استخدام الغرسات فهذه الوسيلة ليست لها أية آثار جانبية ضارة، ولا يمكنك التنبؤ بما سيبدو عليه نمط الحيض لديك بعد ذلك.

2.3.2. حقن منع الحمل

تحتوي حقن منع الحمل أو حقن تنظيم النسل على هرمون البروجيستيرون فقط، لكي تكون حقن منع الحمل فعالة من المهم بالنسبة لكي أن تحسلي على الحقنة الجديدة بعد فترة لا تتجاوز 12 أسبوعا من سابقتها، ينقطع الحيض لدى معظم السيدات اللاتي يستخدمن حقن منع الحمل بعد حين، والبعض قد يعانين من نزيف غير منتظم أو التبقيع (نزول قطرات من الدم) وعلى الرغم من أن ذلك قد يبدو مزعجا، إلا انه ليس مؤذيا.

ولمجرد التوقف عن تعاطي حقن منع الحمل، غالبا ما يمر وقت طويل قبل أن تعود دورة الاباضة إلى طبيعتها مرة أخرى، لذلك قد تجدين أنك استعدت نمط الحيض الطبيعي لديك بعد مرور 6 الى 12 شهرا، ورغم ذلك فان حقن منع الحمل لا تؤثر بتاتا على الخصوبة بعد تلك الفترة، بغض النظر عن طول المدة

التي كنت تتعاطين خلالها هذه الحقن، وستوفر عليك حقن منع الحمل الكثير من المتاعب ولن تضطري للتفكير في منع الحمل إلا أربع مرات في السنة، معظم السيدات يمكنهن استخدام حقن منع الحمل وليست لها أية آثار جانبية.

استخدام حقن منع الحمل مع الفتيات اللاتي لم يبلغن بشكل كامل وهشاشة العظام التي تصيبهن في سنوات لاحقة، والبعض أيضا يجدن أن اخذ مساوئها تلك الفترة الطويلة التي قد تمر قبل استعادتهن لنمط الطمث والاباضة الطبيعي بعد التوقف عن تعاطي حقن منع الحمل.

3.3.2. أقراص البروجسترون

تحتوي أقراص البروجسترون على هرمون البروجسترون فقط، لكي تكون أقراص البروجسترون فعالة من المهم بالنسبة لكي أن تتناولها في نفس الوقت كل يوم ودون أي انقطاع، بين عبوات الأقراص ينقطع الحيض لدى العديد من السيدات اللاتي يستخدمن أقراص البروجسترون بعد حين، وبعضهن يحتفظن بنمط الحيض الطبيعي ، بينما البعض الآخر قد يعانين من نزيف غير منتظم أو التبقيع (نزول قطرات من الدم)، وعلى الرغم من أن ذلك قد يبدو مزعجا إلا انه ليس مؤذيا ، وبمجرد التوقف عن تناول أقراص البروجيسترون سرعان ما تحدث عملية الاباضة مرة أخرى ، لا تؤثر أقراص البروجيسترون على خصوبتك مهما طالت فترة استخدامها ، و معظم السيدات يمكنهن استخدام أقراص البروجيسترون ، فهذه الأقراص ليست لها أية آثار جانبية ، يجب أن تتذكري تناول القرص كل يوم ولا يمكنك التنبؤ بما سيبدو عليه نمط الحيض لديك بعد ذلك.

4.3.2. حلقات منع الحمل المهبليّة

وسائل منع الحمل الهرمونية المحتوية على الاستروجين والبروجستيرون

تحتوي الحلقات المهبليّة على اثنين من الهرمونات، هما الاستروجين والبروجستيرون، الحلقات المهبليّة عبارة عن حلقة لينة من المطاط، يمكنك الضغط على الحلقة بين السبابة والابهام وادخالها في مهبلك، طالما تم إدخال الحلقة المهبليّة بشكل صحيح فإنك لن تلاحظيها أبدا ولن تشعري بها أثناء الجماع أيضا، وبمجرد التوقف عن استخدام الحلقة المهبليّة، سرعان ما تحدث عملية الإباضة مرة أخرى، لا تؤثر الحلقات المهبليّة على خصوبتك مهما طالّت فترة استخدامك لها.

معظم السيدات يمكنهن استخدام الحلقات المهبليّة، ونظرا لان هناك خطر طفيف من حدوث آثار جانبية ضارة، تتصح بعض السيدات بعدم استخدام الحلقات المهبليّة أو وسائل منع الحمل الأخرى المحتوية على الاستروجين، يمكن وصف هذه الحلقات بواسطة طبيب أو القابلة وتتوفر حلقات منع الحمل المهبليّة في الصيدليات فقط.

يجب التحقق قبل استخدام الحلقات المهبليّة من قياس ضغط الدم وإجراء اختبار الحمل فربما هناك احتمال أن تكون حاملا، وتتمثل ميزة الحلقات المهبليّة في كونها تتيح لك التحكم وبشكل جيد في نمط الحيض لذلك، يمكنك اختيار تجاوز دورات الحيض، إذا وصلت استخدام الحلقات بدون انقطاع بينها فسيحدث الحيض لديك في نهاية المطاف، بعد ذلك خذي فترة راحة لمدة 4-7 أيام ثم ادخلي الحلقة التالية.

يجب أن تتذكري تغيير الحلقات بشكل منتظم، إذا كنت تعانين من التهاب المهبل البكتيري فسيكون من الصعب علاجك منه بينما تستخدمين الحلقة المهبليّة.

5.3.2. لصقات منع الحمل

لصقات منع الحمل أو لصقات تنظيم النسل هي لصقات جلدية 4.5*4.5 سم وتحتوي على اثنين من الهرمونات هما الاستروجين والبروجيستيرون، لكي تكون لصقة منع الحمل فعالة من المهم بالنسبة لكي أن تقومي باستبدالها كل أسبوع، وبمجرد التوقف عن استخدام لصقات منع الحمل سرعان ما تحدث عملية الإباضة مرة أخرى لا تؤثر لصقات منع الحمل على خصوبتك مهما طال فترة استخدامك لها.

معظم السيدات يمكنهن استخدام لصقات منع الحمل، ونظرا لان هناك خطر طفيف من حدوث آثار جانبية ضارة تتصح بعض السيدات لعدم استخدام اللصقات أو وسائل منع الحمل الأخرى المحتوية على الاستروجين، يجب قياس ضغط الدم قبل استخدامها مع إجراء اختبار الحمل فرما هناك احتمال الحمل.

تتمثل ميزة اللصقات في كونها تتيح لكي التحكم بشكل جيد في نمط الحيض لديك، يمكنك اختيار تجاوز دورات الحيض عن طريق تجاوز أسابيع الراحة التي لا يتم استخدام اللصقة خلالها، وإذا واصلت تجاوز أسابيع الراحة تلك، فسيحدث الحيض لديك في نهاية المطاف وعندما يحدث الحيض يمكنك بعد ذلك اخذ فترة راحة لمدة 4-7 أيام قبل بدئ اللصقات الثلاث التالية، يجب أن تتذكري وضع لصقه جديدة كل أسبوع.

6.3.2. أقراص منع الحمل

تحتوي اقراص منع الحمل على اثنين من الهرمونات هما الاستروجين والبروجيستيرون، لكي تكون أقراص منع الحمل فعالة من المهم بالنسبة لكي أن تتناولوها في نفس الوقت كل يوم وبمجرد التوقف عن تناول أقراص منع الحمل سرعان ما تحدث عملية الإباضة مرة أخرى، لا تؤثر أقراص منع الحمل على خصوبتك مهما طال فترة استخدامك لها.

معظم السيدات يمكنهن استخدام أقراص منع الحمل، ونظرا لان هناك خطر خفيف من حدوث آثار جانبية ضارة، ننصح بعض السيدات بعدم استخدام أقراص منع الحمل أو وسائل منع الحمل الأخرى المحتوية على الاستروجين، قبل استخدام أقراص منع الحمل يجب التحقق من قياس ضغط الدم وإجراء اختبار الحمل، وربما هناك احتمال أن تكوني حاملا.

تتمثل ميزة أقراص منع الحمل في كونها تتيح لكي التحكم بشكل جيد في نمط الحيض لديك، يمكنك اختيار تجاوز دورات الحيض عن طريق تناول العبوة الجديدة من الأقراص وتجاوز فترة الراحة بين العبوات أو بتجاوز الأقراص عديمة الفعالية "أو ما يعرف بالأقراص الوهمية" إذا وصلت تجاوز فترة الراحة تلك فسيحدث الحيض، يمكنك بعد ذلك اخذ فترة راحة لمدة 4-7 أيام قبل بدء تناول العبوة الجديدة - يجب أن تتذكري تناول القرص كل يوم.

4.2 طرق منع الحمل الطبيعية

1.4.2 فترة الأمان أو الرزنامة

وتدعى أيضا بطريقة العد أو الحساب حيث يتم الاعتماد على تحديد موعد الاباضة، تتمثل هذه الطريقة في الامتناع عن الجماع خلال فترة الإخصاب، أي خلال بضعة أيام قبل منتصف الدورة الشهرية، أو خلال ثلاثة أيام قبل وثلاثة أيام بعد الاباضة، ويمكن تطبيق هذه الطريقة مع النساء اللواتي تكون الدورة لديهن منتظمة كل 28 أو 30 يوم، ولا تنطبق هذه الطريقة على السيدات المرضعات أو اللواتي دورتهن غير منتظمة، وعرفت هذه التقنية خلال الثلاثينات من القرن الماضي من طرف الباحثان **اوجينو وكنوس** اللذان اكتشفا أن وقوع الحمل لا يكون إلا في فترة قصيرة في منتصف الدورة الشهرية حيث تقع بين اليوم العاشر والسابع عشر من الدورة ، وبمعرفة ذلك يتم اختيار الوقت المناسب للجماع بحيث لا يتم فيه الإخصاب .

ويتم تحديد موعد الإباضة بعدة طرق:

ارتفاع درجة حرارة الجسم بيوم الإباضة بنصف درجة الحرارة المعتادة.

تغيرات في لون وسماكة إفرازات عنق الرحم.

استخدام بعض طرق الفحص (stik) بأخذ عينة من البول وفحص نسبة هرمون (HL) الذي يكون

مرتفعاً في يوم الإباضة.

2.4.2. الرضاعة الطبيعية

تلعب الرضاعة الطبيعية والتمتلة في رضاعة الأم لابنها عن طريق الثدي خلال الأشهر الأولى دوراً هاماً في تغذية الرضيع وكذلك حماية الأم من وقوع الحمل والمباعدة بين الولادات، وذلك بآلية جد معقدة في الوظيفة الهرمونية عند المرأة، فمص الثدي يؤدي إلى تنبيه الغدة النخامية الخلفية لتفرز هرمون البرولاكتين الذي يدر اللبن من الثدي، وفي نفس الوقت يضبط الغدة النخامية الأمامية التي تفرز الهرمونات المنمية للغدة التناسلية، فلا تفرز البويضة ولا يحدث الحمل.

فالرضاعة المستمرة توقف عملية الحيض وبالتالي تكون هناك حماية طبيعية من الحمل لمدة على الأقل 6 أشهر الأولى بعد الإنجاب وقد تصل هذه المدة إلى 9 أو 12 شهراً، كما تساعد على حفظ صحة الرضيع والأم، وهذه الطريقة ليست مضمونة كلياً بل يضاف إليها استعمال وسائل منع الحمل الأخرى.

قال الله تعالى: "والوالدات يرضعن أولادهن حولين كاملين لمن أراد أن يتم الرضاعة" (البقرة)

بهذه الطريقة تكون المدة الفاصلة بين الحملين تتراوح حوالي بثلاث سنوات حيث أن مدة الرضاعة تكون سنتين مع مدة الحمل تقدر بتسعة أشهر فإننا نكون قد باعدنا بين الولادات بالقدر الكافي.

فالرضاعة الطبيعية لا تباعد بين الولادات فقط بل تساعد على حفظ صحة الرضيع والأم ويحمي المرأة من مضاعفات الحمل المتقاربة والمتكررة، وتشير الدراسات إلى أن الإرضاع من الأم مازال يجنب نساء العالم النامي عددا من الحمل يفوق ما يمكن التوصل اليه بواسطة أية وسيلة من وسائل منع الحمل المستعملة حاليا. (وحيدة، 1990)

3.4.2. العزل

ويدعى أيضا بالجماع المبتور أو القذف خارج المهبل، ويعتبر من أقدم الطرق وتتمثل في قذف المنى خارج الرحم عند الجماع، أو إلقاء النطفة في غير مقرها من الأرحام لكيلا يكون إنتاج. (زهرة، 2005، صفحة 77)

وفي تعريف آخر العزل هو "منع التقاء المادة التناسلية مع الزوج بالمادة التناسلية من الزوجة عند الإحساس بنزولها (الشرباصي، 2008، صفحة 196) ، ويعرف أيضا انه قذف النطفة خارج الرحم عند الإحساس بالنزول. (القرضاوي، 190، صفحة 191)

خلاصة

في هذا الفصل تناولنا تاريخ موانع الحمل عبر العصور، وتطرقنا الى النظرية الماتوسية حول السكان من النظريات التي اثارت ضجة وجدلا في عصره والى يومنا هذا، ويعتبر مالتس اول من تقدم بفكرة تحديد النسل، ويوضح مالتس في مقولته: ان قوة السكان في التزايد أعظم من قوة الأرض في انتاج القوت للإنسان...والسكان، إذا لم يعق نموهم عائق، يتزايدون حسب متتالية هندسية في الوقت الذي يتزايد فيه القوت حسب متتالية حسابية فقط، هكذا فقد شهد موضوع التخطيط العائلي تغيرا في دعواه، بحيث تحول عن الأغراض الاقتصادية فالصحية والسياسية ووضع في إطار نوعي كيفي، وأصبح أكثر إنسانية مبدأه الطفل والمرأة أي صحة المرأة والطفل، وقد لقي رواجاً كبيراً في البلدان الغربية.

الفصل الثالث

الانتقالية الديموغرافية

وتوجهات الخصوبة في الجزائر

1. خصوصيات التحول الديموغرافي وبروز مشكلة السكانية في العالم الثالث

مقدمة

لقد شهد النمو السكاني على الصعيد العالمي زيادة كبيرة منذ نهاية الحرب العالمية الثانية وخاصة في البلدان العالم الثالث ومن بين ذلك المنطقة العربية، حيث تشير دراسات صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية ان جزءا من العالم العربي، على غرار جهات أخرى من العالم يشهد معدلات مرتفعة عالمية في النمو السكاني في العالم للمنطقة العربية عند مقارنتها ببقية العالم التي تعرف تطورا سكانيا معتدلا.

فحسب دراسة اليونيسف لسنة 1987، بلغ معدل النمو السكاني في ليبيا سنة 1985، 1.4% وبلغ بالمغرب 4.2% وفي الجزائر 1.3% وفي تونس بلغ 2.4% وهي معدلات جد مرتفعة اذا ما قارناها ببعض الدول الغربية التي بلغت مرحلة متقدمة في تحولها الديموغرافي والذي يوصف من قبل الديموغرافيين بمرحلة النضج الديموغرافي (سيوت، صفحة 18)

فقد بلغ النمو بالولايات المتحدة الامريكية 1.0% مقابل 0.5% بفرنسا وحوالي 0.1% ببريطانيا، يبلغ باليابان 0.9%، التي عرفت التحول الديموغرافي متأخرا مقارنة بالدول الغربية وذلك في عقد الخمسينات، سنة 1985 (الطفولة، 1987) .

والملاحظ ان نسبة 1.0% كمعدل نمو سنوي للسكان بالولايات المتحدة الامريكية، لا يعود الى الزيادة الطبيعية للسكان فحسب بل ان العامل الكبير يرجع بالأساس الى حركة الهجرة المقننة التي تنظمها الحكومة الامريكية، يضاف اليها صافي الزيادة السكانية.

فبعض البلدان المغاربية تشهد اليوم معدلات مرتفعة في النمو السكاني، وما يصح على هذه البلدان يصح كذلك على دول عربية أخرى، حيث ان معدل النمو السكاني بالكويت خلال سنة 1985 بلغ 8.5%، وبلغ بالإمارات العربية المتحدة 10.7% وبلغ بالمملكة العربية السعودية 4.9% وبلغ بعمان 4.5% ونشير هنا

ان السبب الرئيسي للنمو السكاني في هذه البلدان في هذه الفترة يكمن في الهجرة الأجنبية إليها وان المسألة السكانية بدول الخليج العربي لا تمثل معضلة اقتصادية واجتماعية بالنسبة لحكومات المنطقة، على الأقل في هذه المرحلة من تاريخها الديموغرافي، حيث ان دول الخليج العربي لم تبلغ بعد مرحلة الاشباع الديموغرافي وهي لا تزال تحتاج الى حقبة من النمو السكاني، حتى تبلغ هذه المرحلة، فالكثافة السكانية بهذه المنطقة من الوطن العربي لا تزال ضعيفة . ((سيوت)، صفحة 18)

في حين ان الحكومات المغاربية باستثناء ليبيا، قد دخلت في سياسة سكانية تحد من النمو الطبيعي للسكان ، بعضها منذ الخمسينات كتونس، عقب حصولها على الاستقلال السياسي، والمغرب الأقصى في الستينات بينما الجزائر وموريتانيا في بداية الثمانينات، وكان من نتائج السياسة السكانية على مستوى بلدان المغرب العربي ان انتقلت المنطقة من المرحلة الديموغرافية البدائية المتميزة بتوازن طبيعي بين نسبة ولادات جد مرتفعة، مع نسبة وفيات جد مرتفعة مما يجعل صافي الزيادة السكاني بسيط جدا ويكاد يسمح بعملية تجديد الأجيال، وفي صلب هذه المرحلة البدائية تلعب الأوبئة والجوائح الطبيعية دورا سلبيا في الزيادة السكانية بالمنطقة.

وقد تحسنت مؤشرات التنمية البشرية، بإدخال الطب الوقائي الى المنطقة المغاربية ابان الحقبة الاستعمارية وما بعدها ابان بناء الدولة الوطنية حيث اختل التوازن التقليدي بين ظاهرتي الولادات والوفيات الذي كان سائدا، وكان من نتائج ذلك ارتفاع معدل النمو السكاني بسبب تراجع الوفيات فيما بقت الولادات مرتفعة وتعرف هذه الحقبة بالتحول الديموغرافي وتعمل الحكومات المغاربية اليوم على التقليل من الولادات قدر الممكن تمهيدا لدخولها مرحلة النضج الديموغرافي وهي المرحلة الثانية من مراحل هذا التحول.

ان ما عرفته المنطقة المغاربية والعالم الثالث من تحول ديموغرافي لم تصاحبه تنمية اقتصادية بشكل تناسبي، بحيث ان الزيادة السكانية ظلت تنمو بنسق يفوق النمو الاقتصادي لهذه الدول.

وهذا الاختلال بين السكان وموارد الدول خلف وضعا ديموغرافيا متفردا، لم تعرفه اوربا ابان تحولها الديمغرافي.

2. أثر الاستعمار في بروز المشكلة السكانية

خلال الحقبة الاستعمارية التي عرفها العالم الثالث، تراجعت نسبة الوفيات لديها نتيجة لتحسن أوضاعها الصحية العامة من خلال ادخال الطب الحديث وخصوصا الطب الوقائي، في حين ظلت نسبة الولادات مرتفعة.

فلقد كانت نسبة الولادات في هذه المنطقة في العالم في حدود 40 او 45%، وكانت نسبة الوفيات لديها أيضا مرتفعة بين 35 و40%. والفارق بين الولادات والوفيات هو حاصل الزيادة السنوية وهو حاصل ضعيف، جعلت الزيادة الطبيعية تكاد تنعدم في بعض الفترات التي يمر بها المجتمع بأزمة غذائية او كارثة طبيعية تجعل من الزيادة حاصلها صفر بل انها في غالب الأحيان تقضي على غالبية السكان كالمجاعات والفيضانات والابوئة وغيرها من الجوائح الطبيعية. (زكي د، الصفحات 50-68)

فعندما دخل الاستعمار العالم الثالث وجد به العديد من الامراض والابوئة التي كانت تمثل بالنسبة للمستعمر عدوا وظهيرا للمقاومة المسلحة للاستعمار، مثل حالة الجزائر مع الاستعمار الفرنسي سنوات 1830 وحتى 1845، حيث لم تفلح الحملات الفرنسية العسكرية للسيطرة على الجزائر الا بعد وضع برنامج لمقاومة الامراض والابوئة التي فتكت بجندها، حيث مات من الامراض حوالي 14.032 الف جندي فرنسي خلال ثلاث سنوات من 1840 الى 1843، في حين قتل في المعارك في نفس الفترة حوالي 311 جندي فقط، فكان لابد من القضاء على هذه الامراض في اسرع وقت، فاختارت الإدارة الاستعمارية الطريقة الأسرع في النتائج وهي ما يسميها الفرد صوفي التقنية المناهضة للموت، وهي تقنية جماهيرية تتمثل خاصة في التلاقيح

وتوفير الماء الصالح للشرب في المدن، وهي طريقة غير مكلفة وغير مجهدة باعتبار انها لا تستوجب تعاون الشعوب او مستوى من التأهيل المرتفع للسكان.

ونتيجة لهذه السياسة الاستعمارية تراجعت الوفيات بصفة كبيرة وملحوظة، في حين ظلت نسب الولادات جد مرتفعة في ظل بقاء البنية التقليدية للمجتمعات المستعمرة، وهي تقاليد تمجد الكثرة، حيث ان اقتصادها يقوم على الزراعة أساسا.

ففي المجتمع الزراعي يعتبر الأطفال قوة عمل منتجة ولا يشكلون عبئا اقتصاديا على العائلة، بل بالعكس من ذلك فالأسرة تمثل بالنسبة لهم المدرسة التي يعملون فيها المهارات بسيطة تؤهلهم في زمن قصير الى العمل داخل العائلة، وبالتالي لا تصرف العائلة على تعليم أبنائها، فهم يتعلمون ان يكونوا مفيدون منذ نعومة اظفارهم. كما ان كثرة الوفيات في صفوف الأطفال تجعل العائلة تفكر في تعويض المفقود بمزيد من الانجاب. (نفيسة، صفحة 17)

والمجتمع الزراعي ينظر الى العائلة الكبيرة والممتدة بعين الهيبة والاحترام، عكس نظيرتهم للعائلة القليلة العدد. وهكذا فان استمرار البنية العائلية التقليدية مع تراجع نسب الوفيات في الحقبة الاستعمارية وما تلتها من مرحلة بناء الدولة الوطنية التي واصلت برامج التنقيف الصحي للسكان وحسنت اكثر من أوضاعهم الصحية، جعلت العالم الثالث يعرف نمو ديموغرافيا لا مثيل له في تاريخ الإنسانية، لم تعرفها حتى اوربا خلال فترة نموها الديموغرافي الكبير ابان القرن التاسع عشر، حيث ان الزيادة الطبيعية التي عرفتها البلدان المتخلفة كانت من 2 الى 3% سنويا، أي من ضعفين الى ثلاث اضعاف دول العالم الثالث مع حصول هذه الأخيرة على استقلالها ، وان كانت قد بدأت تعرف الظاهرة منذ الحقبة الاستعمارية، وقد سارعت الكثير من الدول اثر استقلالها الى تطبيق سياسة تنظيم النسل، مثل المغرب وتونس غير ان هذه السياسات الوطنية المدعومة من قبل منظمات دولية، مثل صندوق الأمم المتحدة للسكان، قد واجهت صعوبات جعلت نتائجها تبقى محدودة رغم الجهود المبذولة ومن أسباب ذلك ان غالبية هذه الشعوب تطغى عليها ظاهرة الامية، يعيش

معظمها في الأرياف النائية والمنعزلة وهي مجتمعات لا تزال فيها عادات وتقاليد المجتمع الزراعي الذي يرغب في الكثرة ويعتبر العدد نعمة وليس نقمة.

كل هذه العوامل لا تجعل من السهل تطبيق البرامج الوطنية لتنظيم النسل امرا سهلا وممكنا، وفي ظل هذه الظروف فان الوصول الى هدف طفلين لكل امرأة في العالم الثالث يمكن ان يمر عليه 80 سنة قبل تحقيقه أي حوالي ثلاثة أجيال، هذا باعتبار انه توجد بعض الدول التي يمكن لها ان تستغرق وقتا أطول من ذلك

مثل بلدان عربية كما يذكر ذلك **الفرد صوفي** في كتابه *démographie de élément.*

(Alfred S ،، opcite ،، صفحة 365)

هذه احدى خصوصيات التحول الديموغرافي في العالم الثالث حيث ان السكان في هذه المنطقة من العالم عرفوا تراجعاً كبيراً للوفيات لديهم نتيجة للأسباب التي ذكرت سالفاً، دون ان يصاحب هذا التراجع تغيراً في ثقافة المجتمع التي يمكن ان تنعكس على السلوك الانجابي، حيث بقيت البنية التقليدية للمجتمع على حالها لم يمسه أي تغيير، كما ان البنية الاقتصادية للمجتمع لم تتغير في مراحلها الأولى ولا تزال، حيث ظل المجتمع الزراعي يعتمد أساساً على اليد العاملة العائلية ولم يدخل مفهوم الاجر بعد في النشاط الزراعي بالصفة التي تعرفها الصناعة.

وحتى عند بناء الدولة الوطنية في العالم الثالث عموماً ظلت قيم المجتمع التقليدي هي نفسها لم تتغير ولم تفلح سياسات الإصلاح الزراعي في تغيير بنية المجتمع التقليدية وبقيت للأبناء قيمهم الاقتصادية حتى بعد ظهور العمل المأجور في المؤسسات الفلاحية الحكومية او المؤسسات الصناعية، فالعائلة كبيرة العدد، تتوفر على إمكانية الحصول على موارد مالية متعددة، وبالتالي فان العائلة التي لها عديد الأبناء المشتغلون تتوفر على مدخل محترم قد يساعدها على الارتقاء الاجتماعي ويرفع من مستوى معيشتها ووضعها الاقتصادي.

وخلال وقت وجيز استطاعت بلدان العالم الثالث ان تحقق تراجعا كبيرا في معدلات الوفيات لديها منذ الحقبة الاستعمارية تدعمت مع مرحلة بناء الدولة الوطنية وانتهاء الاستعمار، وبالتالي فان التوازن التقليدي الذي كان حاصلًا بين معدل الولادات ومعدل الوفيات اختل لصالح الزيادة السكانية، فيما تواصلت معدلات الوفيات في التراجع، وهي معدلات مرشحة للاقترب من النسب التي حققتها البلدان المتقدمة، مثال ذلك المنطقة المغاربية التي حققت نتائج جيدة فيما يخص الصحة العامة للسكان، في حين ظلت الزيادة السكانية في المنطقة جد مرتفعة مقارنة بمثيلاتها في العالم او في اوربا خاصة بمعدل يزيد عن الضعفين او ثلاث في بعض الحالات.

ولعل هذه الوضعية هي التي دفعت الحكومات في المنطقة المغاربية مدعومة بأفكار المالتوسية الى انجاز برامج تنظيم النسل، وذلك بالاعتماد على اقل المبادئ المالتوسية تطرفا والمتمثلة خاصة في تنظيم الاسرة وتأمين موانع الحمل الفعالة بوسائلها المختلفة ومدعومة ببعض التشريعات كإجازة الإجهاض في المؤسسات العامة الاستشفائية.

ملاحظة ثانية مفادها ان التراجع الذي حققته اوربا في نسب الزيادة الطبيعية للسكان التي تصل الى اقل من واحدة بالمائة في كثير من الأحيان والى حدود 1% في أحيان أخرى، انما كان نتيجة لصيرورة تاريخية طبيعية حصلت خلال عقود من التطور الاقتصادي والاجتماعي التي عرفتها العائلة الأوروبية، فكان تحول المجتمع بعد الثورة الصناعية في القرن التاسع عشر الى مجتمع صناعي وما رافق ذلك التحول الاقتصادي من تحول اجتماعي، تمثل خاصة في خروج التعليم من اطار العائلة الى بروز مؤسسة المدرسة كآطار جديد للتعليم وللرقي والصعود الطبقي، فبرزت ثقافة وقيم ومفاهيم جديدة واصبح تعليم الأبناء يستوجب وقتا أطول وامكانيات اكبر، نظرا لتعدد النشاط الاقتصادي في ظل هذا المجتمع عبئا اقتصاديا على العائلة ومحددا لطموحاتها المشروعة وبالتالي وقع تحول على مستوى السلوك الانجابي للعائلة الأوروبية التي بدأت تحبذ العائلة قليلة العدد.

كما ان ارتفاع مستوى معيشة المجتمع الأوروبي ودخل العائلات فيها، كل ذلك شجع على بروز ثقافة جديدة وعزز الطموحات داخل العائلة وجعل من الأبناء مشروعا مؤجلا.

اما في المنطقة المغاربية والعالم الثالث عامة فان تراجع في نسب الوفيات لم يكن نتيجة للتطور العلمي بل كان نتيجة التدخل الاستعماري وخاصة الطبي منه، وحتى في زمن الدولة الوطنية تدعمت نتائج الحقبة الاستعمارية في المجال الصحي، في حين لم يحصل تحول اقتصادي كبير فقد ظلت اقتصاديات العالم الثالث اقتصاديات زراعية متخلفة وراكدة، رغم التحسن الطفيف على المستوى الاقتصادي عامة فان دخل العائلات لم يكن في مستوى طموحات العائلة المغاربية، التي تأمل في تحسين أوضاعها والتمتع بملاذ الحياة، فالدخل الضعيف للعائلة لا يشجع على تغيير العقلية الزراعية للسكان فالأطفال الذين كانوا سند العائلة في اعمال الحقل اصبحوا سندا لها حتى عندما اشتغلوا خارج العائلة وساهموا بمداخيهم المتنوعة في تحسين ظروف المعيشة. ورغم بروز المدرسة في المنطقة المغاربية فانها لم تحقق نتائج باهرة فيما يخص التحكم في الزيادة الطبيعية للسكان، فقد ظلت الزيادة مرتفعة رغم ارتفاع نسب التمدرس منذ الاستقلال وذلك نظرا لكونه لم يرافقه تحسنا كبيرا في مستوى معيشة ودخل العائلة. لقد كان للبعد الاقتصادي دور كبير في التحول الديموغرافي الذي عرفته أوروبا في حين ان التحول الديموغرافي في المنطقة المغاربية ظل في مراحله الأولى.

ولمواجهة تواصل الزيادة الطبيعية المرتفعة للسكان في المنطقة المغاربية التجأت الحكومات الى التدخل بسياستها في مجال تنظيم الاسرة. ففي الوقت الذي كان تراجع الولادات ونسب الزيادة الطبيعية للسكان في اوربا نتيجة لتحولات اقتصادية وثقافية في المجتمع، كان تراجع الولادات في المغرب العربي بنسب متواضعة نتيجة لتدخل الدولة من خلال برامج تنظيم النسل وليس نتيجة لقناعة جماهيرية وعمل تلقائي.

ولكن هذا لا يفني مطلقا كون تراجع المواليد في المنطقة هو نتيجة لتدخل الدول، فمعدل المواليد لا يتأثر فقط بالعوامل البيولوجية مثل نسب المواليد وموانع الحمل ولكنه يتأثر أيضا بالعوامل والأوضاع الاجتماعية والاقتصادية وهو ما يذهب اليه الديموغرافيون. (كوموني، صفحة 164)

3. إنخفاض معدلات الوفيات وعلاقته بالزيادة السكانية في العالم

في المجتمع الزراعي تستجيب الاسر إيجابيا لارتفاع وفيات اطفالها وذلك بمزيد الانجاب كشكل من اشكال التعويض عن الأطفال المفقودين، اما إذا تحسن معدل وفيات الأطفال نحو الانخفاض وازداد امل العائلة في الحصول على مواليد احياء، فان الرغبة في الحصول على المزيد من الأطفال تقل.

وهذا الراي هو الذي كانت تعول عليه الحكومات المغاربية أكثر من غيره وذلك نظرا لانخفاض كلفته الاقتصادية مقارنة بما يتطلبه الرفع في دخل العائلة من إمكانيات جبارة وموارد اقتصادية كبيرة ليس من السهل توفيرها وبالتالي فان اجراء التخفيض في معدل الوفيات في المنطقة المغاربية من رسم الديموغرافيون، ومن الحكومات في تحقيق نتائجها العاجلة.

ويمكن تلخيص هذه بالقول ان تحسن مستوى معيشة العائلة الى درجة الرفاهية تقنها في المستقبل، كل ذلك يدفع الناس بصفة ارادية نحو تنظيم الولادات، هذه النتيجة هي التي حصلت في التجربة الاوروبية بصفة تدريجية، وعلى مراحل تاريخية طبيعية، فالتحول الديموغرافي الذي حصل في أوروبا كان نتيجة طبيعية لسلسلة من التحولات السياسية والاقتصادية انعكست على الواقع الاجتماعي لشعوب أوروبا الغربية.

ففي اوربا الغربية التي عرفت أولا الثورة الصناعية ثم التحول الديموغرافي، بدا معدل الوفيات ينخفض فيها في القرن التاسع عشر نتيجة لتطور الطب وقد بلغ المعدل 30% سنة 1850 ليصل بعد ذلك الى حوالي 24% في مطلع القرن العشرين 1900. ليصل بعد ذلك الى معدل 9% وعرفت أوروبا الانفجار السكاني خلال القرن التاسع عشر كنتيجة لتحسن مؤشر الزيادة الطبيعية الذي هو حاصل التراجع الكبير في نسب

الوفيات ثم انخفض معدل الزيادة السكانية ليلبغ حوالي 0,4% في أوروبا كنتيجة للتطورات الطبيعية داخل السلسلة الديموغرافية التي كنا بصدد بيان مختلف مراحلها. (كوموني، اقامة السلام مع كوكب الارض، صفحة 166)

اما في البلدان النامية فلقد كان متوسط الوفيات عندها مرتفعا وذلك قبل المرحلة الاستعمارية، يقابله متوسط مواليد مرتفعة أيضا، مما جعل هذه البلدان تعرف ثباتا في عدد سكانها، في مرحلتها الديموغرافية البدائية التي كانت تحكمها الطبيعة، ومع دخول الاستعمار للعالم الثالث بادر بتحسين معيشية مستوى السكان.

ولقد كان المستعمر يعمل من خلال تحسين ظروف المعيشية للشعوب المستعمرة من خلال بناء الطرقات ومد شبكات الاتصال والهندسة وتحسين الخدمات الصحية والزراعية، كان يرمي من وراء ذلك الى زيادة قوة العمل المطلوبة للسكان لاستغلال الموارد الطبيعية للبلدان المستعمرة، فتقنية مناهضة الموت كما يسميها (Alfred Sauvy) كانت وسيلة المستعمر للسيطرة واستغلال المستعمرات.

فلقد كان متوسط الوفيات في البلدان النامية حوالي 38% سنة 1850 ليصل الى حوالي 23% سنة 1950، وقد بقيت نسب الولادات مرتفعة لم تسجل تراجعا كما حصل في أوروبا وذلك لتواصل العقلية الزراعية لدى سكان العالم الثالث وما تحويه هذه العقلية من تصورات وقيم ومبادئ في ظل تواصل الأوضاع المتردية للسكان المعيشية من انخفاض في مستوى المعيشة والمداخيل سواء في الحقبة الاستعمارية او في مرحلة بناء الدولة مما استوجب من الحكومات التدخل باستعمال الوسائل المانعة للحمل وتنظيم المواليد، رغم كل هذه المجهودات فقد ظل متوسط النمو السكاني في البلدان النامية عموما في حدود 2% سنويا، في حين ان هذه النسبة تصل الى حوالي 0,4% في البلدان المتقدمة وهو ما يعكس عمق الفارق في الإنجازات على الصعيد السكاني في كلا المنطقتين من العالم، وهي من أسباب الانفجار السكاني في العالم الثالث .

وهذه أيضا من خصوصيات التحول الديموغرافي في بلدان العالم الثالث التي ليس لها نظيرا في التجربة الأوروبية، هذه الأوضاع الديموغرافية في المنطقة المغاربية خاصة والعالم الثالث المتميزة بالانخفاض الكبير

في معدل الوفيات مع بقاء نسب الولادات مرتفعة، خلق وضعاً ديموغرافياً متميزاً لبلدان العالم الثالث التي أصبحت تتمتع بقاعدة سكانية عريضة من الشباب وقلة من الشيخوخة، فهي مجتمعات أصبح هرمها السكاني يتميز بكونها غير نشيطة اقتصادياً ويتحمل السكان النشطين والذين يمثلون أقل من 30% من السكان عبئاً عالياً. هذه خصوصية سكان العالم الثالث سوف تحيلنا إلى قضية هامة عند الديموغرافيين والمتعلقة بأثر الديموغرافي على الاقتصادي.

4. العلاقة بين النمو الديموغرافي والنمو الاقتصادي

هذه المعادلة الصعبة حاول بعض الديموغرافيين البرهنة عليها باحتساب جملة من التغيرات التي كانوا يعتبرونها هامة في قياس الأثر الديموغرافي على الاقتصادي، ومن هذه المتغيرات أو المؤشرات الاقتصادية يذكرون نسبة السكان والقدرة على الادخار من نسبة الإنتاج والاستثمار الصافي والاستثمار الديموغرافي والاستثمار الاقتصادي وحاصل نمو الدخل السنوي، فلاحظوا أن البلدان التي ينمو سكانها بمعدل 2,3% سنوياً وهو حاصل نمو المنطقة المغاربية.

لقد حققت البلدان المتخلفة المرحلة الأولى من التحول الديموغرافي والمتمثل خاصة في التراجع الكبير لنسب الوفيات لديها واقتربها من المعدلات الأوروبية، ولكن المرحلة الثانية من هذا التحول الديموغرافي لم تحقق حيث الزيادة الطبيعية للسكان ظلت مرتفعة جداً مقارنة بالمنطقة الأوروبية وغيرها من الدول المتقدمة، في حدود 2% كمتوسط سنوي للنمو مقابل 0,4% في البلدان المتقدمة.

5. نظرية التحول الديموغرافي

تعتبر نظرية الانتقالية الديموغرافية من أكثر النظريات شيوعاً خاصة في الدراسات الديموغرافية وهي نظرية حاولت تفسير الاتجاهات والسلوكيات الديموغرافية التي شهدتها أوروبا منذ القرن الثامن عشر، وبداية من (Landry. A 1934) الذي درس أساسيات تحت مسمى 'الثورة الديموغرافية'، تطورت هذه النظرية أن كل

المجتمعات السكانية تشهد تحولا ديموغرافيا من مستوى عال تقليدي يتميز بوفيات ولادات مرتفعة الى مستوى منخفض حديث يتميز بولادات ووفيات منخفضة حيث تعرف معدلات نمو السكان انخفاضا مستمرا ثم استقرارا في النهاية ويحدث هذا التحول الديموغرافي في اطار اجتماعي، ثقافي واقتصادي متحول ان نظريتنا التحول الديموغرافي والاسري تحدثان كلاهما في اطار نظرية التحديث وكلاهما ترتكزان على الاطار التطوري .

والملاحظ ان هذه النظرية ارتكزت على مبدا 'التحديث' كسبب مباشر لهذا التحول وإذا كان التطور الاقتصادي الذي شهدته أوروبا عقب الثورة الصناعية هو العامل الرئيسي الذي بنيت على أساسه النظرية بالإضافة الى التحضر سببا لهذا التحول الديموغرافي فان الامر مختلف بالنسبة لبقية خاص الدول النامية.

وتبقى هذه النظرية أكثر تداولاً في الفكر الديموغرافي التفسيري لآلية التحول الديموغرافي التي يشهدها سكان العالم ككل ومكمن قوة هذه النظرية في كونها لازالت صالحة وقابلة للتعميم على كل المجتمعات مهما اختلفت ثقافتهم واطوارهم الاجتماعية والاقتصادية من جهة وتبقى النظرية الوحيدة التي تعطي شكلا تفسيريا لهذا التحول من جهة أخرى.

وطبقا لهذه النظرية فانه بعد استقرار طويل للمستوى القديم الذي تميز بولادات ووفيات جد مرتفعة ونتيجة لتحسن وتطور ظروف الحياة وخاصة عن طريق النظافة والوقاية والطب، فان التحول يبدأ بانخفاض الوفيات في الوقت الذي تحافظ فيه الولادات التحول يبدأ بانخفاض الوفيات في الوقت الذي تحافظ فيه الولادات على مستويات مرتفعة مما يجعل معدل النمو يرتفع. ومع انخفاض الولادات بسبب استعمال موانع الحمل وتأخر سن الزواج والانجاب تنتهي المرحلة الاولى لهذا الانتقال وتبدأ المرحلة الثانية حيث تواصل الوفيات انخفاضها ويصل معدل الزيادة الى قمته وهي فترة بين المرحلتين.

ومع تواصل انخفاض كلا من الولادات والوفيات ووصولها الى مستويات جد منخفضة يبدأ معدل الزيادة في التراجع ويسرعة وهنا يكون الانتقال قد انتهى حسب هذه النظرية

وأكثر ما يميز هذا الانتقال هو تغير بنية السكان والذي يبدأ ببنية شابة (تراجع الوفيات وارتفاع المواليد) وينتهي ببنية هرمية (نتيجة تراجع الولادات والوفيات معا)، وفي هذه الحالة تبدأ الوفيات في الارتفاع من جديد نتيجة الشيخوخة وهي مرحلة لا تذكرها نظرية التحول الديموغرافي التي لا تأخذ في الحسبان لا ماضي ولا مستقبل السكان في هذا التحول.

وهذا هو الشكل العالمي (Chesnais J.C 1986) للتحول الديموغرافي الذي حدث ويحدث في كل دول العالم والاختلاف يكمن في المدة الكلية لهذا التحول، مدة وبداية كل مرحلة ومستوى انخفاض الوفيات والولادات.

ان المنطق الذي ارتكزت عليه هذه النظرية في تفسير هذا التحول الديموغرافي هو التحديث فان الأسباب الحقيقية لذلك في أوروبا كانت أسباب داخلية تعلقة بالتنوع الاقتصادي وتحسن المستوى المعيشي والصحي اما باقي دول العالم وعلى الأخص دول العالم الثالث فقد كانت أسباب خارجية تمثلت في استيراد الوسائل والطرق الصحية والوقائية وهذا ما يفسر سرعة التحول الديموغرافي في هذه المناطق مقارنة بالدول الأوروبية. ورغم الانتقادات الموجهة لهذه النظرية كإغفالها لعوامل هامة في هذا التحول كالهجرة والسياسات السكانية المباشرة وغير المباشرة وعدم الدقة في تحديد بداية كل مرحلة الا انها تبقى كإطار معرفي مفيدا لتحليل الظواهر الديموغرافية وتطورها وكل ما يتعلق بها من تحولات مع إمكانيات تكيفها مع الواقع الاجتماعي والاقتصادي لكل مجتمع.

وفي نظرية الانتقال الديموغرافي تفسر التغيرات الحادثة للسكان في إطار اجتماعي، ثقافي واقتصادي وفي هذا السياق يحدث الانتقال الاسري الذي يعني تحول الاسرة من النموذج التقليدي الممتد الى النموذج الحديث المنقلص.

تعد ظاهرة التحول الديموغرافي من المواضيع التي تشمل كل الظواهر السكانية من معدل النمو الطبيعي ومعدلات المواليد والوفيات والخصوبة وحتى ظاهرة الهجرة.

وتعد نظرية الانتقال الديموغرافي للسكان معالجة علمية منطقية للتغيرات وتحولات السكان على امتداد الزمن وذلك ضمن نطاق جغرافي وزمني محددين، وتشير النظرية إلى أن مؤشرات الخصوبة والوفاة تبدوان بمستويات مرتفعة وتتجهان للانحدار إلى مستويات منخفضة نتيجة نمو وتطور الفعاليات الاقتصادية والاجتماعية والتنمية، بما تشمله من تطور الخدمات التعليمية والصحية والبيئية ومختلف الخدمات الاجتماعية الأخرى للسكان.

وغالبا ما وصفت نظرية الانتقال الديموغرافية بأنها تنتظم في ثلاث مراحل رئيسية، حيث تبدأ بمعدلات منخفضة نسبيا للنمو السكاني نتيجة لارتفاع معدلات المواليد والوفيات معا.

تتبعها مرحلة الانفجار السكاني التي تنجم عن انخفاض في معدلات الوفيات، وبقاء معدلات المواليد مرتفعة وتنتهي بالعودة مرة أخرى إلى معدلات منخفضة للنمو السكاني، بسبب انخفاض مستويات المواليد والوفيات.

إن الانتقالية الديموغرافية لأي مجتمع بشري ترتبط بالتغيرات السكانية وفقا لمفاهيم ونماذج نظرية الانتقالية الديموغرافية للمجتمعات البشرية، كما أن التغيرات الديموغرافية يصاحبها تطورات اقتصادية واجتماعية لها نتائجها على المجتمع ككل ويأتي هذا البحث المستوحى من دراستنا لتتبع مراحل الانتقالية الديموغرافية في الجزائر في ظل السياسة السكانية.

6. مفهوم التحول الديموغرافي

يعرف حسب القاموس السويسري للسياسات الاجتماعية:

" بأنه نظام ديموغرافي مميز بولادات ووفيات عاليتين متبوعا بعد ذلك بانخفاض الوفيات مما يؤدي إلى زيادة في السكان والتي لا يمكن امتصاصها إلا بانخفاض الكافي لمواليد للحصول على توازن بين المواليد والوفيات

7. نظرية الانتقالية الديموغرافية في الجزائر

تعتبر نظرية الانتقالية الديموغرافية من أكثر النظريات شيوعا خاصة في الدراسات الديموغرافية وملخص هذه النظرية أن كل المجتمعات تشهد تحولا ديموغرافيا يتميز بوفيات وولادات مرتفعة إلى مستوى منخفض يتميز بولادات ووفيات منخفضة حيث تعرف معدلات نمو السكان انخفاضا مستمرا ثم استقرار في النهاية ويحدث هذا التحول الديموغرافي في إطار اجتماعي وثقافي واقتصادي متحول.

شهدت الجزائر كباقي دول العالم تحولا ديموغرافيا سريع منذ 1966 حيث انتقل السكان من مستوى عالي من المواليد والوفيات إلى مستوى منخفض، وتبدأ أول مرحلة من 1966 إلى 1985 وبقي هذا المعدل في مستويات مرتفعة في تلك الفترة والتي فاقت 3% حيث نلاحظ فرق كبير بين مستويات الولادات والوفيات، ففي الوقت الذي بدأت فيه الوفيات في الانخفاض خاصة بعد تطبيق مجانية العلاج سنة 1974 بالضبط ابتداء من 1977 بحيث تراوحت بين 15% و 17%، حافظت الولادات على مستوى جد مرتفع فاق في بعض السنوات 50% وهي فترة الانفجار الديموغرافي.

لتبدأ المرحلة الثانية من 1985 إلى غاية 2000 وفيها بدأت تظهر نتائج البرنامج الوطني في التحكم في النمو السكاني وانخفاض معدل النمو السكاني في معدلات الولادات من 39,5% إلى 36,19% في الوقت الذي انخفضت فيه الوفيات إلى مستويات أدنى من 4,8% إلى 4,59%. إلى أن وصلت إلى المرحلة الثالثة من 2001 إلى 2010 طيلة هذه الفترة استمر في الارتفاع ليقف فوق 2% سنة 2010 لأول مرة منذ 1994 في حين ظلت الوفيات بين الاستقرار وتذبذب طفيف في حدود 4%.

8. محددات التحول الديموغرافي

1.8. نمو السكان في الجزائر

عرفت الفترة الممتدة منذ الاستقلال إلى منتصف الثمانينات في الجزائر نمو ديموغرافيا كبيرا، تجاوز 3% في السنة، مما أدى إلى مضاعفة عدد السكان خلال أكثر من عشرين، بحيث انتقل خلالها عدد السكان من 11 مليون إلى أكثر من 25 مليون نسمة.

و كان معدل النمو الطبيعي بعد الاستقلال يعادل 3,39% لينتقل بعدها في الفترة الممتدة من 1966-1969 إلى 3,29% وهذه الزيادة السكانية التي شهدتها الجزائر راجعة إلى خفض سن الزواج الذي كان يقدر ب 19 سنة، ولاستدراك الزيجات التي لم تتحقق في الفترة الاستعمارية و بغية تعويض الوفيات ، مما أدى إلى انفجار سكاني بحيث كانت زيادة في معدلات المواليد وانخفاض لمعدلات الوفيات ، وهذا راجع إلى تحسن قطاع الصحة مما ولد مشكلة بداية السبعينات وصاحب هذا الارتفاع انخفاض في الوفيات والذي تسبب في مشكلة الانفجار السكاني سنوات ثمانينات، بحيث بقي معدل النمو ب 3% الى غاية نهاية الثمانينات.

والارتفاع الذي شهده معدل النمو الطبيعي راجع لعدة أسباب:

1- عدم تدخل الدولة في السلوك الإنجابي للعائلات من أجل زيادة المواليد ولتعويض النقص الذي شهدته البلاد من جراء الحرب التحريرية وما خسرتة.

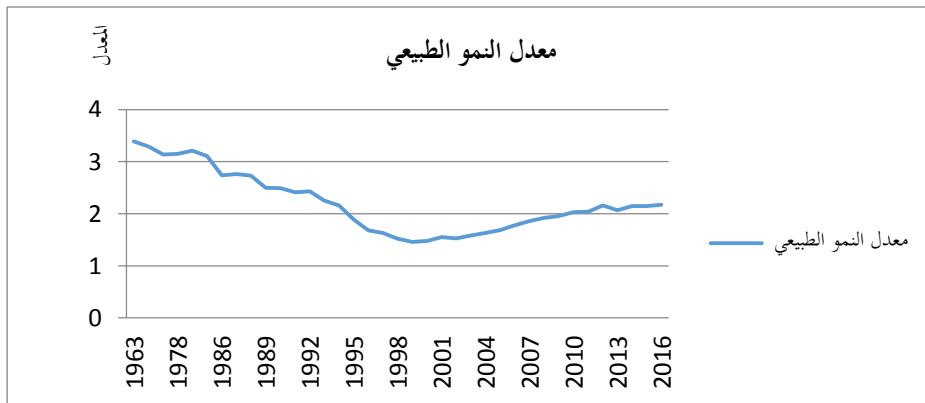
2- الحاجة الماسة إلى اليد العاملة وخاصة بعد خروج المستعمر منها وما خلفه من دمار لكل الهياكل القاعدية التي دمرت خلال الثورة التحريرية، إضافة إلى طبيعة العمل الأساسي للعائلات الجزائرية والتي هي الزراعة التقليدية التي تتطلب اليد العاملة.

3- العادات والتقاليد داخل العائلات المحافظة التي تشجع على الإنجاب.

عرفت هذه المرحلة وفي نهاية الثمانينات تطور ملحوظ لإستعمال موانع الحمل في المجتمع الجزائري وتراجع سن الزواج المبكر، الشيء الذي نتج عنه إنخفاض ملحوظ وتدرجي في نمو السكان، بحيث شهد معدل النمو الطبيعي إنخفاض إلى غاية بداية التسعينات ليصل إلى 1,68% سنة 1996 ثم 1,52% سنة 1998 وتراجع إلى أن وصل إلى 1,48% سنة 2000 مقارنة بالمعدل الذي لوحظ سنة 1990 والذي قدر ب 2,49% أي انخفاض ملحوظ خلال هذه الفترة التي عرفت عدم الاستقرار الأمني والذي أدى إلى ارتفاع في عدد الوفيات.

إضافة إلى الأزمة الاقتصادية التي مرت بها بسبب إنهيار أسعار البترول مع تطور نسب البطالة، وقلة الاستثمار العمومي في مجال السكنات إضافة إلى المستوى المعيشي والاقتصادي وضعف القدرة الشرائية للعائلات الذي أدى إلى تراجع عن الزواج مما أدى إلى إرتفاع سن الزواج الأول وإنخفاض معدلات المواليد.

الشكل 01: تطور معدل النمو السكاني في الجزائر (1963-2016)



من إعداد الطالبة: من خلال اعتمادها على معطيات الديوان الوطني للإحصائيات

La source : ONS données statistiques démographie n° 623 ,2012 ; n°658 ,2013 ; 2014 ; 2016.

2.8. تطور السكان في الجزائر

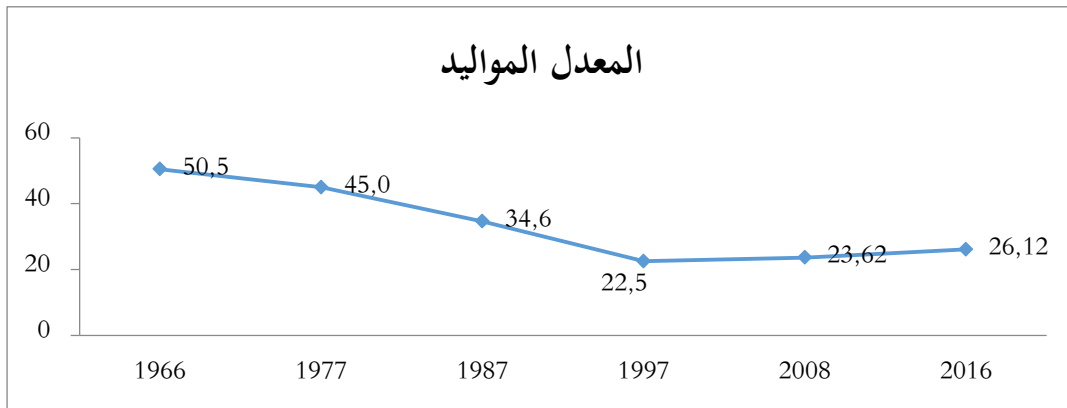
كانت البنية السكانية الجزائرية منذ الاستقلال ولمدة طويلة محافظة على شبابها أي الهرم السكاني بقاعدة عريضة والتي تمثل فئة الشباب التي تحتل أعلى النسب وبقمة ضيقة والتي كانت تمثل فئة المسنين من السكان، لكن في منتصف الثمانينات بدأ شكل الهرم السكاني في التغير بحيث أصبحت القاعدة تتقلص عما كانت عليه لينتقل هذا التغير إلى الفئات العمرية الأكبر سناً ، بقمة تزداد في التوسع وهذا نظراً إلى زيادة نسبة الشيوخ كنتيجة إلى تحسن المستوى الصحي ومجانية العلاج وتغير نمط المعيشة وذهنيات وسلوكيات المجتمع الجزائري وارتفاع أمل الحياة.

3.8. الولادات في الجزائر

عرفت الجزائر بعد الاستقلال إرتفاعاً في نسب الولادات وهذا راجع إلى تحسن المستوى المعيشي للسكان بسبب التغيرات الاقتصادية والاجتماعية، يعني تغير نمط الحياة عما كانت عليه في الماضي والذي كان يركز على التلاحم والترابط العائلي والاجتماعي وحتى الديني والثقافي، بحيث لم يساهم بتغير الذهنيات ونظرتة للسلوك الإنجابي، إضافة إلى انتشار المراكز الصحية وتقديم الرعاية الطبية.

ولهذه الأسباب كانت هناك سياسة سكانية تسعى لتنظيم الأسرة وطبقت هذه السياسة لأسباب صحية تخص صحة الأم والطفل ومن هذا المنطلق أسس أول مركز جزائري لتباعد الولادات في سنة 1967 بالجزائر العاصمة.

الشكل 02: تطور معدل المواليد في الجزائر



من إعداد الطالبة: من خلال اعتمادها على معطيات الديوان الوطني للإحصائيات

La source : ONS données statistiques démographie 2016.

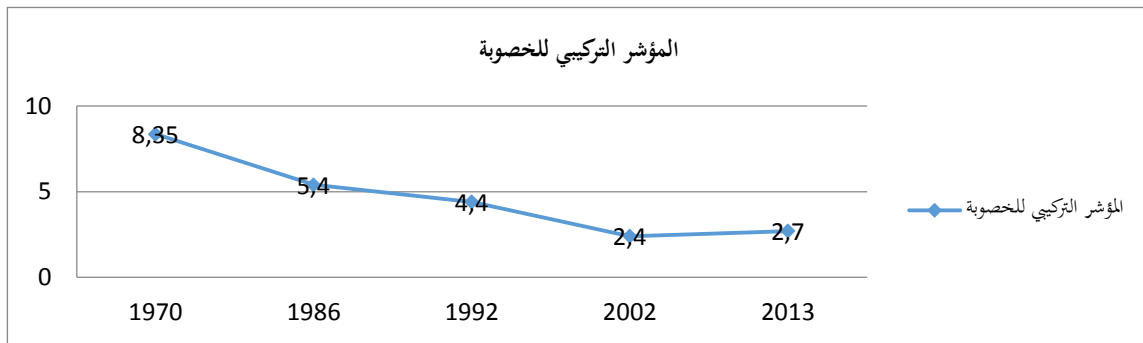
ومن خلال الشكل البياني رقم 02 يتضح لنا أن معدل الولادات في الجزائر كان في حالة تذبذب، بين الفترات الممتدة منذ الاستقلال إلى سنوات السبعينات وقدر سنة 1966 بـ 50,5% لينخفض إلى 45,0% سنة 1977، وهذا الانخفاض راجع لعدة أسباب منها تأخر سن الزواج وإنخفاض الخصوبة نتيجة إستعمال وسائل منع الحمل.

وحسب السياسة السكانية المتبعة من قبل الجزائر خاصة بعد انتهاجها لبرنامج تنظيم العائلي (PNMCD) والمتبع سنة 1983، شهدت معدلات الولادات إنخفاضا ملحوظا بحيث وصل سنة 1990 إلى 30,94% ليصل إلى 19,36% سنة 2000، وما يلاحظ أن معدل المواليد يبدأ في الإرتفاع لكن بشكل بطيء بحيث وصل 24,68% سنة 2010 ليصل بعدها إلى 26,12% سنة 2016 وهذا راجع إلى تراجع عن إستعمال موانع الحمل بالإضافة إلى إرتفاع في معدلات الزواج.

4.8. الخصوبة حسب العمر في الجزائر

تعد الخصوبة في الجزائر من أهم محددات التحول والانتقالية الديموغرافية لسكان ويعد العمر من أهم العوامل الأساسية والمتحكمة في مستويات الخصوبة وتوجهاتها لما لديه من تأثير مباشر على الصحة الإنجابية ولما لها تحديد لعدد الأطفال لدى المرأة.

الشكل 03: المؤشر التركيبي للخصوبة



من إعداد الطالبة: من خلال اعتمادها على معطيات الديوان الوطني للإحصائيات ومديرية الصحة.

عرف مؤشر الخصوبة التركيبي في سنوات السبعينات أعلى معدلاته بحيث قدر ب أكثر من 8 طفل لكل امرأة وهذا راجع إلى خروج البلاد من الحرب التحريرية وتحسن الأوضاع الأمنية والزواج المبكر والاستعمال المحتشم لوسائل منع الحمل لينتقل بعدها إلى 4,4 طفل لكل امرأة أي بانخفاض 50% سنوات التسعينات وهذا التراجع في المؤشر راجع إلى عدة أسباب منها إرتفاع سن الزواج الأول وبالتالي تقلص الفترة الإنجابية لدى المرأة وهذا في الفترة الممتدة من السبعينات إلى القرن العشرين.

ليصل بعدها إلى 2,4 طفل لكل امرأة وهذا راجع إلى الزواج المبكر والإستعمال المحتشم لوسائل منع الحمل ليصل سنة 2013 إلى إرتفاع طفيف قدر ب 2,7 طفل لكل امرأة وهذا الإنخفاض في المعدلات راجع إلى عدة أسباب منها ما هو إقتصادي وإجتماعي وثقافي وحتى صحي والمتمثل في إرتفاع المستوى الدراسي

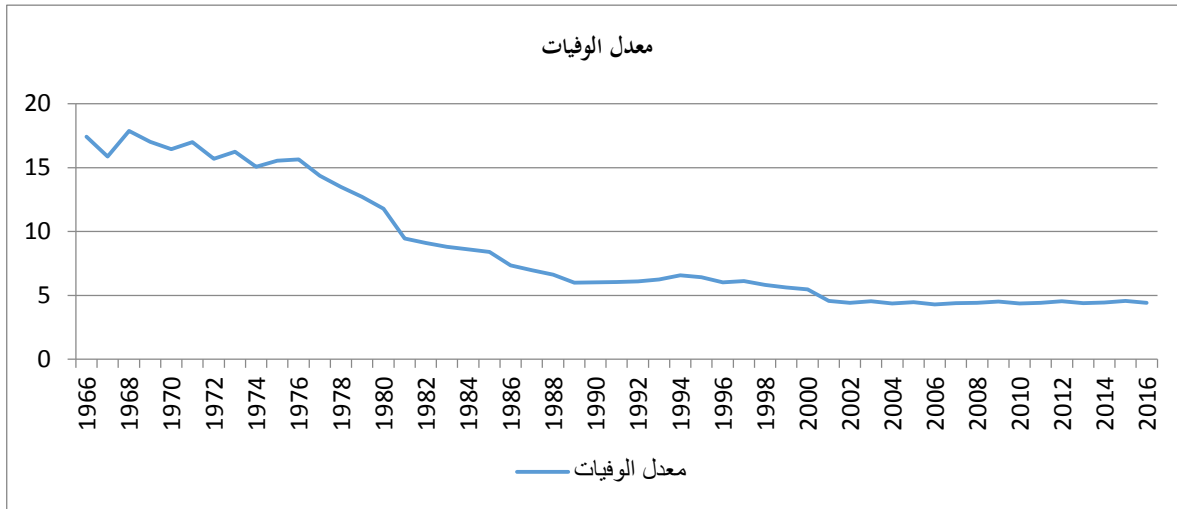
للمرأة وخروجها إلى سوق العمل وتغير ذهنيات المجتمع الجزائري والرغبة في تباعد الولادات وحتى تحديد عدد الأطفال المرغوب في إنجابهم مما أدى بالأزواج إلى إستعمال موانع الحمل.

5.8. الوفيات

تعد الوفيات من بين الظواهر الديموغرافية التي تركز عليها حركية السكان في الماضي وإسقاطها في المستقبل.

فمن خلال معدلات الوفيات يقاس مدى تطور وتحضر المجتمع ومدى تطور قطاعها الصحي والاقتصادي والثقافي، ولمعرفة أهمية الوفيات في آلية الانتقالية الديموغرافية في الجزائر يجب التطرق لأهم المراحل التي مرت بها معدلات الوفيات.

الشكل 04: تطور معدل الوفيات في الجزائر (1966-2016)



من إعداد الطالبة: من خلال اعتمادها على معطيات الديوان الوطني للإحصائيات

La source : ONS données statistiques démographie 2014.

1.5.8. معدل الوفيات

عرفت معدلات الوفيات في الجزائر إرتفاعا خلال الفترة الإستعمارية لكن بعد الإستقلال بدأت بالإنخفاض نتيجة لتحسن القطاع الصحي والتكفل الصحي ومجانبة العلاج وبرامج التلقيحات الإجبارية، مما ساهم في إنخفاض معدلات الوفيات خاصة وفيات الأطفال الرضع مما أثر على معدل العام للوفيات.

قدر معدل الوفيات ب 17,41% سنة 1966 لينخفض بشكل بطيء سنة 1970 إلى مستوى 16,45% وواصل في الانخفاض ليصل سنة 1980 إلى 11,77%.

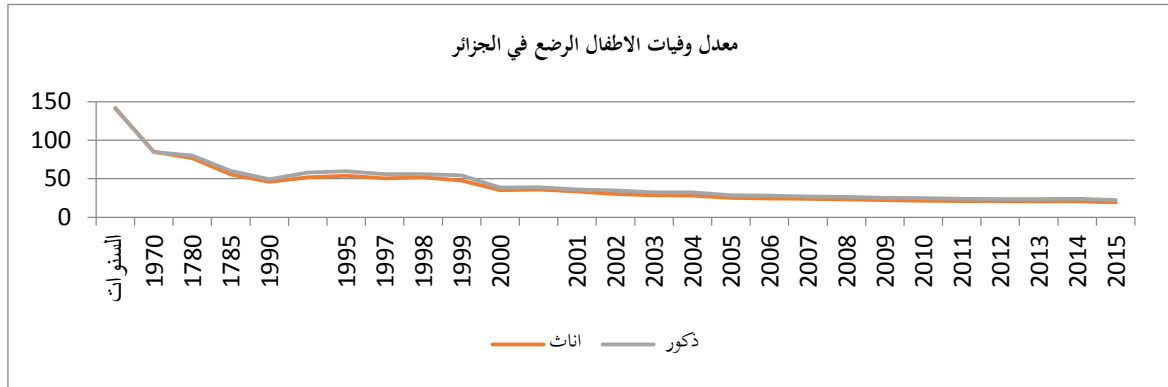
في فترة 10 سنوات انخفض بنصف المعدل ليصل سنة 1990 إلى 6,03% ثم 4,56% سنة 2001 ويواصل بإنخفاض لكن ببطء جدا وبنسب متقاربة وقدر سنة 2016 ب 4,42%.

2.5.8. معدل وفيات الأطفال الرضع

حسب الشكل البياني رقم 05 يتضح لنا أن وفيات الرضع في الجزائر كانت مرتفعة بحيث قدرت ب 142% سنة 1970 وهذا راجع إلى نقص الرعاية الصحية وحالة الجهل والفقر وانعدام الثقافة الصحية في أوساط العائلات الجزائرية.

بعدها بدأت نسبة وفيات الرضع بالإنخفاض بحيث وصلت سنة 1990 إلى 60% لتنتقل بعدها إلى 38,9% سنة 2001 وإستمرت في الإنخفاض لتصل سنة 2016 إلى 22,4% وهذا راجع إلى تحسن قطاع الصحة وإنتشار الوعي الصحي في العائلات الجزائرية ويمكن تفسير هذا التراجع إلى حملة البرامج التحسيسية والتوعية التي قامت بها الجزائر مثل برامج التلقيحات الإجبارية إضافة إلى إرتفاع المستوى التعليمي للمرأة.

الشكل 05: تطور معدل وفيات الأطفال الرضع في الجزائر (1970-2015)



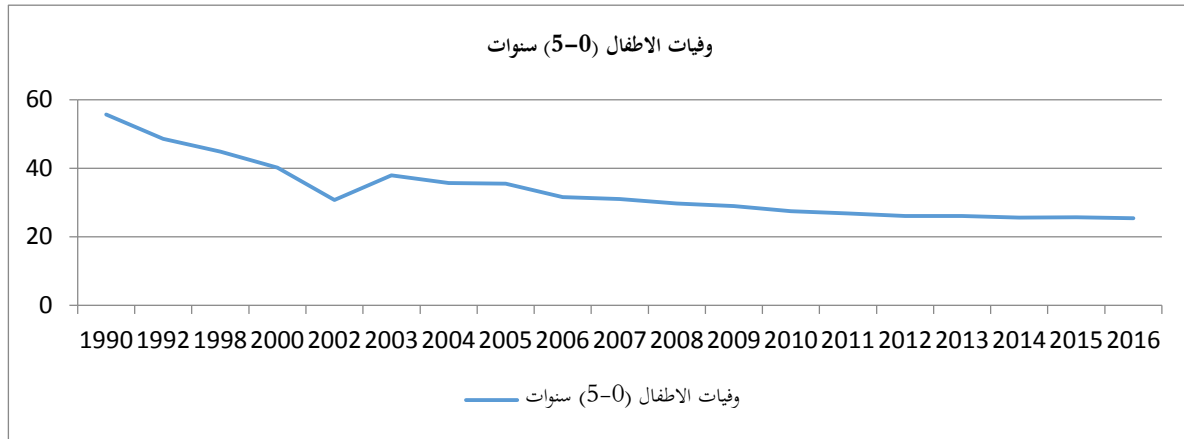
من إعداد الطالبة: من خلال اعتمادها على معطيات الديوان الوطني للإحصائيات

La source :ONS données statistiques démographie 2014 ;2016.

3.5.8. وفيات الأطفال دون الخامسة

يعتبر معدل الوفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات هي كل وفات وقعت دون الوصول إلى عيد ميلاد الخامس للطفل، فهي معيار لتطور أو تخلف الدول ومدى النهوض بالاقتصاد الدولة والسعي وراء تنمية مستدامة.

الشكل 06: معدل وفيات الأطفال دون الخامسة في الجزائر (1990-2016)



من إعداد الطالبة: من خلال اعتمادها على معطيات الديوان الوطني للإحصائيات

La source : ONS données statistiques démographie 2014 ; 2016.

بحيث ما يلاحظ على الرسم البياني لمعدلات للوفيات انه في سنة 1990 عرف المعدل ارتفاع ملحوظ بحيث قدرت ب 55,7% ليبدأ بتناقص التدريجي بحيث قدر سنة 1998 ب 44,9% لينتقل بعدها إلى 29,7% سنة لينتقل بعدها إلى 26,1% 2008 وقدر ب 25,4% سنة 2016.

4.5.8. وفيات الأمهات

كانت معدلات وفيات الأمهات خلال الحمل والولادة والأربعين يوما التي تلي الولادة عالية سنوات السبعينات، بعدها تراجعت حسب المسح أجري سنة 1999 أن وفيات الأمهات عند النفاس بلغ 117,4%.

عرفت وفيات الأمهات تراجعا ب 153 نقطة خلال 22 سنة وهذا ما يفسر إن معدل وفيات الأمهات هو مؤشر يستعمل في مجال التقدم الاجتماعي لأي بلد، فالجزائر من البلدان التي إهتمت بصحة الأمهات عبر البرامج الوقائية التي تهتم بصحة الأم والطفل منذ الإستقلال، وقد خصص قسط من هذا البرنامج لتخفيف من الوفيات ومن بين التوصيات التي أوصت بها وزارة الصحة والسكان عبر قراراتها وأنشطتها هي الحث والتوجيه على الولادة في وسط طبي يكون مهياً بالوسائل المادية منها والبشرية المؤهلة، كل هذه الإجراءات أدت إلى خفض معدل وفيات الأمهات.

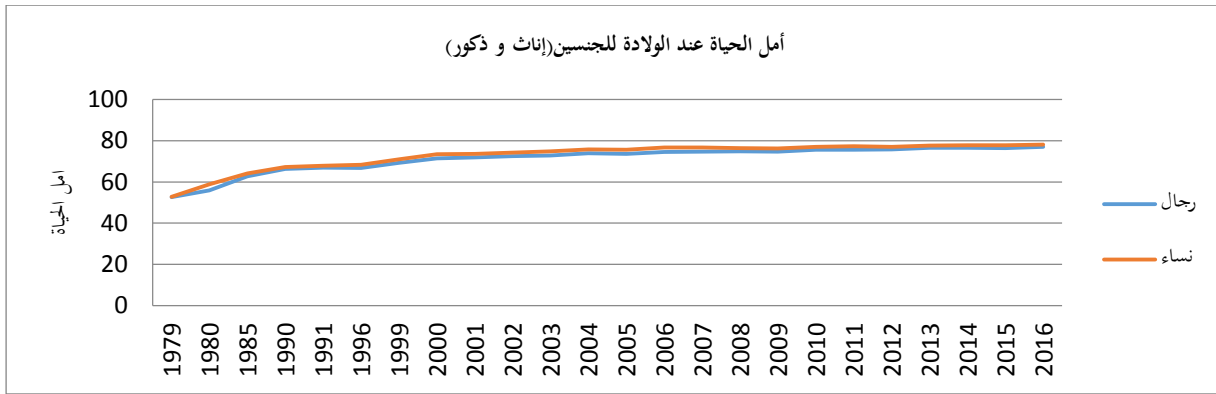
5.5.8. أمل الحياة عند الولادة

أمل الحياة هو العمر عند الولادة ومتوقع إلى عدد السنوات التي قد يعيشها الوليد حديث الولادة، أمل الحياة الذي يشمل متوسط عدد السنين التي يمكن أن يعيشها جيل من نفس الأشخاص المعرضين لنفس الظروف المعيشية.

ومن خلال التمثيل البياني عرفت الجزائر معدلات جد منخفضة لأمل الحياة بعد الاستقلال بحيث قدر ب 50,34 سنة للجنسين وهذا بعد مرور عشرية بعد الاستقلال لينتقل بعدها إلى 62,43 سنة عام 1983

وذلك من خلال المجهودات المبذولة من طرف الدولة ومتمثلة في تحسين أوضاع السكان من خلال تحسين قطاع الصحة ليصل بعدها إلى 66,3 سنة عام 1990، بعدها انتقل إلى 71,5 سنة عام 2000 وليصل في سنة 2017 إلى 77,1 سنة.

الشكل 07: أمل الحياة عند الولادة للجنسين (إناث وذكور) في الجزائر (1979-2016)



من إعداد الطالبة: من خلال اعتمادها على معطيات الديوان الوطني للإحصائيات

La source : ONS données statistiques démographie 2014 ; 2016.

9. دراسة المؤشرات الخاصة بالخصوبة

1.9. عدد المواليد

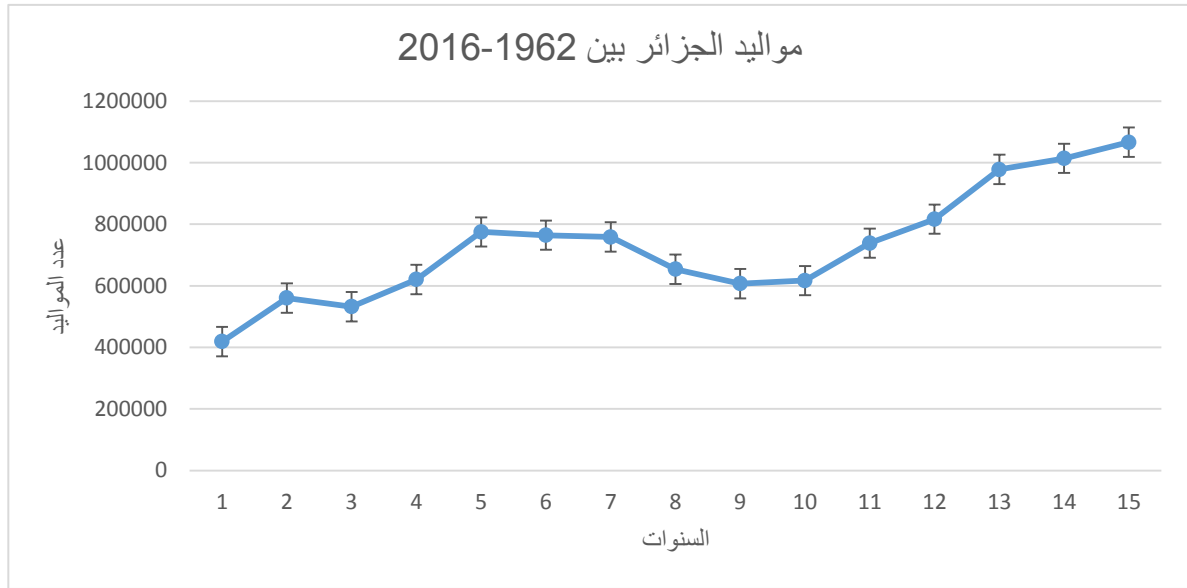
ان اتجاهات المواليد هي صورة عكسية للتركيبية العمرية للسكان، وعدد الأطفال لكل امرأة، يمكن وصف تطور عدد المواليد من خلال المعطيات المتحصل عليها منذ الاستقلال الى يومنا هذا، لقد عرفت مرحلة الستينات ارتفاعا لعدد المواليد في الجزائر حيث قدرت ب 419000 سنة 1962 الى 764531 سنة 1986، وهي مرحلة البيبي بوم او انفجار المواليد بالنسبة للجزائر لتعاود الانخفاض خلال سنوات التسعينات ويرجع ذلك للازمة السياسية والمعروفة بالعشرية السوداء وهي مرحلة حرب أخرى مرت بها البلاد، ويطلق على هذا الانخفاض بظاهرة هبوط المواليد، وبعد انتهاء هذه المرحلة وعودة الاستقرار الأمني يلاحظ ارتفاع في عدد المواليد من 616963 سنة 2002 الى 1066559 سنة 2016.

جدول 01: تطور عدد المواليد في الجزائر بين 1962-2016

السنة	عدد المواليد	السنة	عدد المواليد
1962	419000	1998	607000
1966	560177	2002	616963
1968	532177	2006	738698
1972	620646	2008	816469
1981	774973	2012	977992
1986	764531	2014	1013997
1990	758533	2016	1066559
1996	654000		

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات 1966-2016

الشكل 08: تطور المواليد في الجزائر من 1962-2016



المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات

من اعداد الطالبة من خلال اعتمادها على معطيات الديوان الوطني للإحصائيات

2.9. تطور المعدل الخام للمواليد

بما ان الجزائر بلاد حديثة الاستقلال فمن المنطقي ان تكون معدلات المواليد مرتفعة هذا لأنها تعيش مرحلة انتقالية، بعدها عرفت البلاد مرحلة الركود والاستقرار في معدلات المواليد، اذ يعمل السكان عادة بعد الخروج من الحرب على تعويض الخسائر البشرية لهذا فانه خلال السنوات الأولى التي عقت الاستقلال كانت معدلات المواليد مرتفعة، فقد سجلت الجزائر معدل 48.5% بين سنتي 1961-1965.

وسجل معدل المواليد 47.70% سنة 1968 ثم اتجه الى الانخفاض السريع الى غاية سنة 2000 وصل الى معدل قدر ب 19.76% ليعاود الارتفاع سنة 2008 وسجل معدل 23.5% وواصل الارتفاع، ففي سنة 2012 قدر ب 26% مع انخفاض طفيف سنة 2014 حيث بلغ 25.93% ثم 26.12% سنة 2016 ويرجع هذا الارتفاع الى الاستقرار الأمني الذي عرفته البلاد.

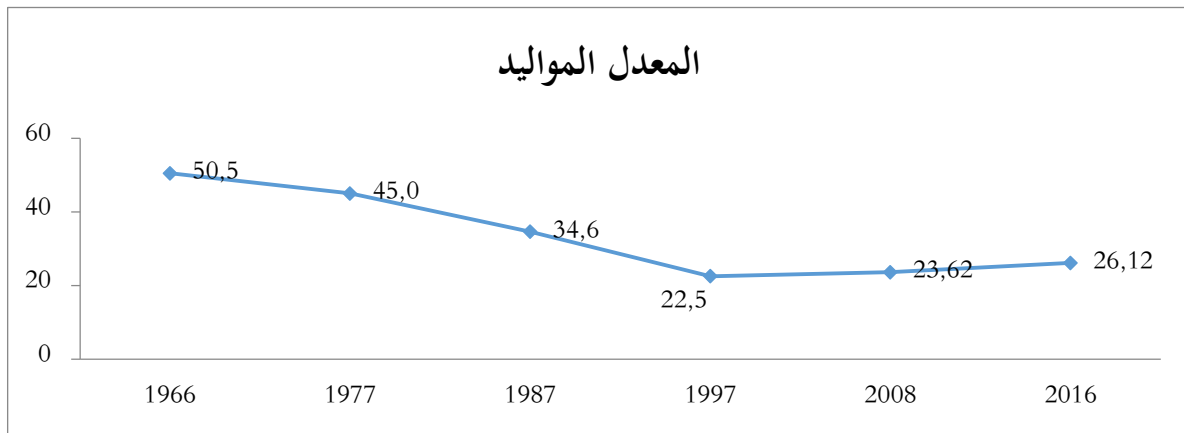
بعد تحليل معدلات المواليد للجزائر والتي مرت بمرحلة بيبي يوم والتي تميزت بارتفاع سريع لهذه المعدلات، الى غاية سنوات التسعينات وهي مرحلة شهدت فيها الجزائر الإرهاب أدت الى انخفاض معدلات الزواج التي قابلها تذبذب في المعدل الخام للمواليد وسجلت الجزائر اقل معدل خلال هذه الفترة في سنة 2000 حوالي 19.7% ليستمر في الارتفاع التدريجي بعد ذلك.

جدول 02: تطور المعدل الخام للمواليد ما بين 1962-2015

السنة	المعدل الخام للولادات	السنة	المعدل الخام للولادات
1962	45,9	2008	23,5
1966	50,5	2009	24,07
1970	45	2010	24,68
1980	43,9	2011	24,78
1987	34,64	2012	26,06
1990	30,94	2013	25,14
1998	21,3	2014	25,93
2000	19,76	2015	26,03
2004	20,67		

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات

الشكل 09: تطور المعدل الخام للمواليد في الجزائر (1966-2016)



المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات 1966-2016

10. نظرية إنتقالية الخصوبة

غاربي بيكر (1960) هو إقتصادي امريكي وواحد من الأوائل الرواد الذين ساهموا في تحليل الخصوبة في

بيئة اقتصادية مصغرة، حيث يحاول من خلال نظريته تحدي الافتراض التالي: بعد زيادة الدخل فان

الخصوبة تميل الى التكتيف، لكن يلاحظ العكس في البلدان الصناعية.

أولا يرى بيكر ان الأطفال عبارة عن سلع استهلاكية دائمة، ثم ينظر إليهم أيضا على انهم تكاليف في المجتمعات الحديثة، في الواقع يتطلب وجود الأطفال نفقات، بالتالي يمكن ان يقل عدد الأطفال عندما يزيد الدخل. النمو الاقتصادي لا يؤدي فقط الى زيادة المدخول، ولكن أيضا يؤدي الى ارتفاع نفقات الأطفال.

من ناحية أخرى فنظرية جون كالدويل حول انتقال الخصوبة (1982)، على أساس تدفقات الثروة بين الأجيال، تفسر التباين بين مستويات الخصوبة في سكان العصر المعاصر، ويوضح التميز بين تدفق الثروة، هذا الديموغرافي الأسترالي واحد من الرواد في دراسة انتقال الخصوبة خلال نهاية القرن التاسع عشر، ومستويات الخصوبة عرفت انخفاضا في العديد من الدول الغربية حيث ستستقر عند مستويات منخفضة يشرح لنا كالدويل ان مستويات الخصوبة قبل القرن العشرين كانت تحت زيادة تأثير الاستبداد، العقائد الدينية والتعليم والأعراف الاجتماعية والعادات المحيطة بالزواج وتنظيم الاسرة.

كانت الخصوبة مرتفعة في ذلك الوقت ضرورية لاستمرارية حياة السكان، نظرا لارتفاع معدل الوفيات. عندما بدأت معدلات الوفيات بالانخفاض تزامنا مع انهيار وضعف السلطة "الاجتماعية" ظهرت الفردية حيث فسحت المجال للطموحات الشخصية للأفراد، وهذا ولد فرصا جديدة بعد سقوط المؤسسات التي كانت تملكها الكنيسة بشكل أساسي، تعكس هذه المرحلة انخفاضا في مستويات الخصوبة. لدى السكان الذين يعيشون حياة بسيطة، لا تزال معدلات الخصوبة مرتفعة وهذا راجع لارتفاع معدلات الوفيات، كما ان الفرصة محدودة لتقدم الافراد والطفل بالنسبة لهم يمثل قيمة اقتصادية عالية.

ان التغيرات التي ظهرت حاليا والناجمة عن التحضر والتقدم، تجعل الافراد يتماشون مع الأيديولوجيات الجديدة الموجهة بشكل أساسي نحوهن سيتم تخفيض عدد المواليد بالإضافة الى ذلك وفقا لكالدويل فان الاتجاهات نحو خصوبة عالية تقررها العائلات، بينما الاتجاه نحو تخفيض الخصوبة سيكون لصالح الأطفال، وهو تغير في القيم يمكن المجتمع او الفرد الانتقال من نظام الى اخر.

اينستراين 1985 يوجه نظرية انتقال الخصوبة، والتي يطلق عليها "ثورة الخصوبة" نحو مبدا العرض والطلب، طلب الأطفال ويلخصه بالنظرية الاقتصادية للخصوبة، ويمثل نتيجة قصوى للوالدين الذين تقيدهم ميزانيتهم.

عرض الأطفال يتميز بالقيود المالتوسي نحو عدد من الأطفال على قيد الحياة، مضيفا قيودا إضافية تركيز على استهلاك ونوعية الأطفال. كما ذكر سابقا بيكر قيمة للوقت المكرس للطفل او أي أنشطة أخرى، لديها نمط مشابه ولكن يركز اينستراين على الدخل المتعلق بهم.

هذا الاقتصادي الأمريكي يؤكد ان ظهور ثورة الخصوبة هي جزء كبير من تغير طرا على السكان ولده التقدم الحضاري، وينعكس الأثر الأول لهذا الأخير في تأثيره على مستوى السلوك التناسلي للأفراد، مما أدى الى التحكم(انخفاض) في خصوبتهم اما الثاني وهو على المدى الطويل كتتنظيم الخصوبة.

يشير الباحث هنا الى جميع القرارات الواعية التي اتخذها الافراد فيما يتعلق بتحديد عائلاتهم خلافا للرأي الشعبي، هذه النظرية لا تعبر الا عن محدد واحد فقط.

تقدم نظرية اينستراين شرحا للعلاقة بين الدخل والخصوبة الصافية، بينما يركز على قيمة الوقت الذي يتم تكريسه للطفل.

هذه الشخصيات الثلاثة في العالم الاقتصادي والديموغرافي الذين تميز بهم عصرهم من خلال ادخال الأسس الأيديولوجية لنظرية انتقال الخصوبة المناسبة لمبادئهم، يوفر نهجهم اطارا نظريا لهذا الانتقال

(Joubert ,2013,p9-12)

1.10. المعدل العام للخصوبة

في بداية السبعينات لوحظ تطور سريع لمعدلات الخصوبة في الجزائر وفي جميع الفئات العمرية وقدر ب 388.1 مولود لكل 1000 امرأة في لفئة العمرية 25-29 وبدا بالانخفاض الى 252 مولود لكل 1000 امرأة سنة 1986 في نفس الفئة العمرية (25-29)، المحللون لم يفسروا هذا الانخفاض ببداية انتقال الخصوبة ولكن فضلوا ان تكون نتيجة لتغير التركيبة العمرية للخصوبة (انخفاض الخصوبة في الفئات العمرية: 15-19 و 45-49، وارتفاعها في الفئات العمرية 20-24). من 1970 و 1986 انخفضت خصوبة النساء البالغات بين 20 و 30 سنة ب 45% وبين 1970 و 2006 فان أكبر انخفاض تم تسجيله في الفئات 15-19 متبوعة ب 20-24، هذا ناتج عن تأخر سن الزواج الأول (والذي تجاوز 18 سنة خلال منتصف سنوات الستينات الى 30 سنة في الوقت الحالي)، مع هذا فقد شهدت ارتفاعا طفيفا خلال سنة 2017.

خصوبة النساء في الفئات العمرية الوسيطة (25-39 سنة) تأثرت بموانع الحمل حيث انها انخفضت بأكثر من 60%.

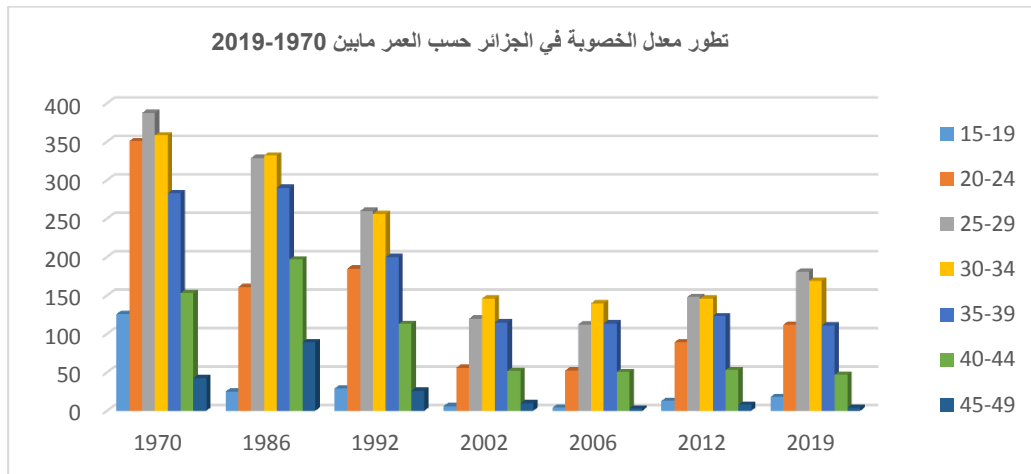
بلغ معدل الخصوبة العامة خلال سنة 2017 لدى النساء في نهاية سن العشرينات 25-29 حوالي 158.6 مولود لكل 1000 امرأة في حين بلغ لدى النساء البالغات 30-34 سنة 151.9 مولود لكل 1000 امرأة، اما الفئة العمرية 35-39 فقدرت ب 169.4 مولود لكل 1000 امرأة، عموما معدلات الخصوبة شهدت ارتفاعا في هذه الفئات، اما في يخص سنة 2019 شهدت فيها معدلات الخصوبة تراجع بالنسبة لسنة 2017 فقد قدر المعدل في العشرينات ب 81 مولود لكل 1000 امرأة وفي الثلاثينات 30-34 ب 150 مولود لكل 1000 امرأة وفي اخر فئة 45-49 ب 5 مولود لكل 1000 امرأة.

جدول 03: تطور معدل الخصوبة العام للجزائر حسب العمر بين 1970-2019

السنوات							الفئات العمرية
2019	2017	2006	1992	1986	1977	1970	
12	9,8	4,4	21	24	97	114,1	15-19
81	88	51,3	143	181	285	338,5	20-24
161	158,6	111,1	214	252	342	388,5	25-29
150	169,4	129,2	220	259	336	354,8	30-34
107	127,8	108,9	164	218	267	281,5	35-39
43	62,9	47,7	92	110	129	152,5	40-44
5	9	2,3	23	31	17	42,2	45-49

المصدر: الديوان الوطني للإحصاء (MICS6 2019).

الشكل 10: تطور معدل الخصوبة في الجزائر حسب العمر (1970-2019)



المصدر: الديوان الوطني للإحصاء، (MICS6 2019).

2.10. المؤشر التركيبي للخصوبة

بعد الاستقلال كانت الخصوبة العامة في الجزائر مرتفعة جدا وهذا بسبب سن الزواج المبكر في تلك الفترة،

وتعويض زواج الشباب الذين فرقت الثورة التحريرية. بالتركيز على معطيات الحالة المدنية و تعداد 1966

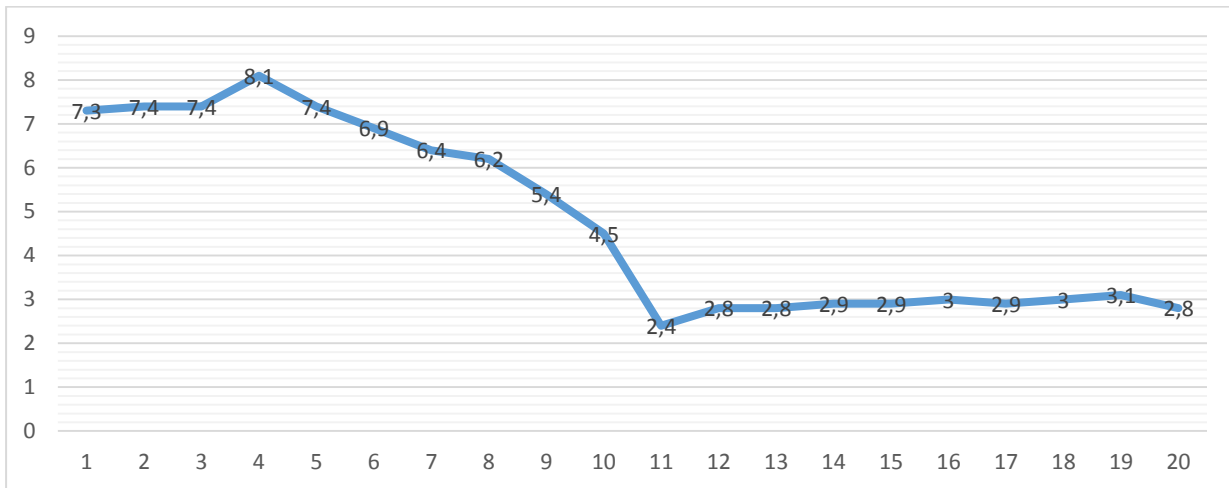
فالمؤشر التركيبي للخصوبة تجاوز 7.1 طفل لكل امرأة سنة 1964 الى 7.4 سنة 1966 ثم 8.1 سنة 1970، وقد سجلت مرحلة نهاية الستينات و منتصف السبعينات تزايد سريع للمواليد الذي سمي بظاهرة انفجار المواليد (البببي بوم)، بعدها عرف انخفاضا بطيئا ثم استمر بوتيرة متسارعة خلال سنوات الثمانينات، وقد تسارعت هذه الوتيرة في سنوات التسعينات بانخفاض قدر ب50% بين التحقيق الوطني حول صحة الام والطفل ب 4.4 سنة 1992 والتحقيق حول صحة الاسرة ب2.5 سنة 2002، بعد المرحلة السابقة وصلت وتيرة انخفاض الخصوبة الحد الأدنى بين سنتي 1998 و 2006 اين استقرت على 2.8 و 2.3 على التوالي لتعاود الارتفاع الى 3.3 سنة 2014 و 3.1 سنة 2016، وبعدها وفي سنة 2019 قدرت ب 2.8 حسب التحقيق متعدد المؤشرات (MICS6).

الجدول 04: المؤشر التركيبي للخصوبة للجزائر ما بين 1960-2019.

السنوات	1960	1962	1966	1970	1977	1980	1982	1985	1986	1990
معدل	7,3	7,4	7,4	8,1	7,4	6,9	6,4	6,2	5,4	4,5
السنوات	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2019
معدل	2,4	2,8	2,8	2,9	2,9	3	2,9	3	3,1	2,8

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات (MICS3 2006)، (MICS4 2012)، (MICS6 2019)

الشكل 11: المؤشر التركيبي للخصوبة (1960-2019)



المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات (MICS3 2006)، (MICS4 2012)، (MICS6 2019)

3.10. محددات الخصوبة

1.3.10. استعمال موانع الحمل

قد عرفت موانع الحمل مع بداية السبعينات انطلاقة حقيقية ومن أسباب انتشار موانع الحمل كان فتح مختلف مراكز حماية الامومة والطفولة سنة 1974، وقد فاق عددها 7 مراكز الى 2000 مركز مع

(الجمعية الجزائرية للبحث الديموغرافي والاجتماعي) (AARDES) بداية التسعينات، حسب تحقيق قام به

مع نهاية سنوات الستينات التي قدرت حالات استعمال موانع الحمل ب 8% بين النساء المتزوجات في سن الانجاب، بعدها قدر الديوان الوطني للإحصائيات هذه النسبة ب 25% خلال عام 1984 على المستوى الوطني، وقد تجاوزت هذه النسبة 35% سنة 1986 حسب التحقيق الوطني للخصوبة الذي اجري خلال نفس السنة، وحوالي 51% خلال سنة 1992 (كل امرأة تلجا الى نوعين من موانع الحمل).

من خلال معطيات التحقيق الميداني الوطني حول صحة الاسرة قدرت نسبة استعمال موانع الحمل ب 57% خلال 2002 وحسب الجمعية الجزائرية للتخطيط العائلي فان نسبة الأزواج الذين يلجؤون لموانع الحمل قد فاق 60%، حسب نتائج التحقيق الوطني للخصوبة 1986 فان حالات استعمال موانع الحمل كانت مرتفعة مرتين في المدن الكبرى (العاصمة، وهران، قسنطينة، عنابة) عن الوسط الريفي، الفرق بين الوسطين الريفي والحضري انخفض منذ التحقيق الجزائري حول صحة الام والطفل 1992 حوالي 57% في الوسط الحضري 44% في الوسط الريفي، بعد ان كان يقدر ب 46% و 29% على التوالي سنة 1986. خلال سنة 2002 أصبحت النسب متقاربة في الوسطين الحضري والريفي وتمثل 59% و 54% على التوالي بفرق 5 نقاط بعد ان كان الفرق خلال سنة 1992 حوالي 13 نقطة.

ان تطور استعمال موانع الحمل (حبوب منع الحمل والعقيم) خلال المسحين 1992 و2002 تظهر نسبة معتبرة 43% الى 52% من بين جميع الطرق الحديثة، وحسب توزيع النساء اللواتي يتبعن مختلف الطرق يظهر ان موانع الحمل عن طريق الفم او الحبوب هي الأكثر شيوعا والتي تفضلها النساء.

ان تطور استعمال موانع الحمل المأخوذة عن طريق الفم منتشرة بين النساء بشكل واسع وتقدر نسبة النساء اللواتي يستعملن حبوب منع الحمل ب 39% الى 47% بين 1992 و2002 على التوالي، فيما يخص اللولب الرحمي او التعقيم فان استعماله محدود جدا وقد تراجع.

البرنامج الوطني لتباعد المواليد قد منح امتيازاً للتعقيم، فصحة النساء اللواتي يلجان الى التعقيم انخفض الى النصف بين 1986 و2002 حيث انخفضت النسبة من 6% الى 3.1%، بدون شك التعقيم كان مستعملا بكثرة في الماضي، ومع نهاية سنوات السبعينات قدرت نسبة استعمال جهاز التعقيم حوالي 21% وهي تقارن بعدة دول حول العالم مثل السويد 19% سنة 1977 وفرنلندا 20% بين 1975 و1978 (الوادي طيب، 2012، ص 9-10).

جدول 05: تطور نسب استعمال وسائل منع الحمل من 1986 الى 2019

السنوات												وسائل منع الحمل
2019	2012	2010	2006	2002	2000	1995	1992	1986	1984	1980	1968	
44,9	47,9	_	52	51,1	50	49	43,1	31,1	_	_	1,5	الوسائل الحديثة
8,1	9,2	_	9,4	5,2	14	7,5	6	4,4	_	_	6,5	الوسائل التقليدية
_	،42	_	38,6	43	_	43,1	49,3	64	75	_	92	بدون أي طريقة
53,6	57,1	64,4	61	57	64	56,9	50,8	35,5	25	11	8	جميع الوسائل

الديوان الوطني للإحصائيات

2.3.10. المستوى التعليمي

يعتبر التعليم من ضمن العوامل المباشرة في خفض مستويات الخصوبة، إذ أنه كلما زاد تعليم المرأة انخفضت مستويات الخصوبة، لذلك يطلق البنك الدولي على تعليم المرأة بأنه " الاستثمار الأوسع الأكثر تأثيراً في العالم النامي " مجلس السكان الدولي فارتفاع المستوى التعليمي للمرأة يؤخر زواجها وهناك علاقة عكسية بين التعليم والخصوبة، أغلبية النظريات حول الخصوبة في الدول المتقدمة أخذت في الحسبان هذه الملاحظة وهذه العلاقة العكسية تم ملاحظتها في مسح الخصوبة لسنة 1970 فتعليم النساء هو متغير مباشر لمستوى الخصوبة.

معدلات الخصوبة حسب العمر كانت مرتفعة جداً بشكل منتظم لدى النساء بدون تعليم أكثر من المتعلقات، منذ أن انخفضت معدلات الخصوبة حسب العمر ومهما كان المستوى التعليمي ولكن بوتيرة مختلفة، النساء بمستوى الابتدائي تكون لديهن وتيرة تسارع انخفاض الخصوبة بطيء ثم تكون أكثر سرعة لدى النساء بمستوى متوسط.

أظهر تعداد 1998 أن العلاقة العكسية بين الخصوبة وتعليم النساء تبقى قوية، فمعدلات الخصوبة حسب العمر الأكثر ارتفاعاً تم ملاحظتها لدى النساء بدون تعليم في حين أن الخصوبة الضعيفة تميز بها النساء الأكثر تعليماً.

في الحقيقة تعليم النساء هو عامل لارتفاع سن الزواج ونسب العازبات اللواتي هن في سن الزواج، فمن خلال الجدول يتبين لدينا أن عدد الأطفال لكل امرأة بعد الاستقلال تجاوز 8 طفل من النساء بدون مستوى في مقابل مستوى المتوسط والثانوي 3.7 طفل لكل امرأة يليه في سنة 1987 ارتفاع في المستوى الأول ب 5.6 طفل ويبدأ بالانخفاض لأن يصل إلى أدنى حد 3 طفل لكل امرأة وهذه العلاقة العكسية واضحة في كل السنوات التي تليها حتى 2012 هناك تقارب في الإحصائيات من 3.4 طفل لكل امرأة إلى 2.4 طفل لكل امرأة.

الجدول 06: المؤشر التركيبي للخصوبة بالنسبة للمستوى التعليمي في الجزائر (1969-2012)

المؤشر التركيبي للخصوبة ISF (عدد الأطفال لكل امرأة)					المستوى التعليمي
2012	1999	1997	1987	1969	
3,4	2,6	3,4	5,6	8,5	بدون تعليم
2,9	2,1	2,5	3,3	5,7	ابتدائي
2,9	2	2,4	3,3	3,7	متوسط
2,4	1,4	2,3	3	3,7	ثانوي

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات

3.3.10. النشاط الاقتصادي وخروج المرأة للعمل

ان النمو الاقتصادي والاجتماعي الذي شهدته المجتمعات أثر على النساء ونظرتهم وتصوراتهم للإنجاب وهذا تطور دفعهم للدخول الى سوق العمل وسمح لهن بالدخول بالحصول على وظائف مع التأهيل حيث أصبحت النساء الأكثر تعليما هن الأكثر حظا في الحصول على مراكز جيدة، وفي هذه الحالة نتوقع ان تتخفف الخصوبة مع التعليم والتحضر الذي تعرفه المرأة، وتكمن الصعوبة لدى النساء في تنظيم دورهن كأمهات وعملهن في الخارج وحياتهن العملية التي تصطدم مع حياتهن الاسرية وتقلل فرصهن في إنجاب الأطفال.

في حالة الجزائر نجد ان الصعوبة التي تواجه النساء هي بين الدورين وهذا فعلا سبب أساسي لضعف تواجد النساء المتزوجات في سوق العمل. لقد تحققنا من ذلك انطلاقا من بعض الاعداد، فنشاط المرأة منخفض، وهذا لغياب الحضانات التي ترعى الأطفال الذين هم في اعمار صغيرة مثل ما نجده في الدول الغربية وهذا لا يسمح للنساء بالحصول على مهنة تكون موازية لدورهن كأمهات.

النصوص الاجتماعية والثقافية تجعل المرأة تختار بين دورها كام وعملها، عموما عليها ان تضحى بعملها من جانب اخر فالنظرية الاقتصادية لغاري بيكر 1981 اثبتت ان هناك ثمنا مقابل فرصة الحصول على

أبناء، هذه النظرية تركز في الأساس على ما تتحمله الاسر تجاه مصاريف الأطفال، يعتبر الأطفال مستهلكين وكلما كانت فرصة وجودهم كبيرة ارتفع الثمن واتجهت المرأة لتخفيض خصوبتها.

ان نتائج تعدادي 1987 و 1998 تبقى فقيرة من ناحية النشاط الاقتصادي للنساء ومن الصعب عرض هذه التطورات من مسح لأخر لان الفئات الملاحظ تتغير وتجعل المقاربة صعبة جدا، أيضا بين تعداد 1998.

ان النساء الماكثات بالبيت تكون خصوبتهن مرتفعة و معدل الخصوبة الكلي خلال 12 شهرا السابقة لتعداد 1998 يقدر ب 3.3 طفل لكل امرأة، على العكس قدر معدل خصوبة النساء العاملات ب 1.9 طفل للمرأة أي اقل بمرتين من النساء الماكثات بالبيت، بالنسبة للنساء اللواتي صرحن انهن بطالات اثناء التعداد فمعدل الخصوبة قدر ب 1.2 اقل بثلاث مرات من النساء الماكثات بالبيت حقيقة العاطلات عن العمل في اغلبهن شابات (80% اقل من 30 سنة) حيث ان معدلات الخصوبة تكون تقريبا مهمة احصائيا في التعداد كذلك هن الأكثر عزوبة يعني بدون أطفال .

4.3.10. ارتفاع سن الزواج

بدأت الخصوبة بالانخفاض منذ سنوات السبعينات وتزايد هذا الانخفاض بالارتفاع في منتصف الثمانينات، وقد تراجع معدل النمو الطبيعي للسكان الى 3.1% خلال سنة 1985 الى 1.5% سنة 2001، كما ان متوسط عدد الأطفال للمرأة انقسم الى النصف من 4.4 طفل الى 2.2 ويفسر هذا الانخفاض بان النساء الجزائريات اخرن سن الزواج ب 3 اشهر في المتوسط خلال السنة، وقد شهد نظام الزواج التقليدي تغييرا الى نظام يتميز بالعزوبة الى سن الثلاثين في المتوسط حاليا، العزوبة ارتفعت في جميع الاعمار وقد بدا ذلك في فئات الشباب البالغين وهذا نظرا لتحسن مكانة المرأة (عن طريق التعليم) و ضغط الظروف المادية (ازمة السكن ، بطالة الرجال، مصاريف الزواج...الخ).

منذ بداية سنوات 2000 حوالي 2% من النساء البالغات من 15-24 سنة كن متزوجات مقابل حوالي 1 على 2 خلال سنة 1966، ومعدلات العزوبة كانت سبع مرات مرتفعة مقارنة بسنة 1966 لدى النساء البالغات من 20-24 سنة، و14 مرة لدى البالغين من 25-29 سنة، فتأخير الزواج قلل من إنجاب النساء للكثير من الأطفال.

في ظل غياب معطيات سنوية عن الزيجات، لا يمكن قياس متوسط سن الزواج الا بطريقة غير مباشرة من خلال نسب العازبين المسجلة في لحظة معينة، وهو ما من شأنه ان ينتج مؤشرات تعكس ما كان عليه سن الزواج في فترة سابقة، في هذه الظروف من الصعب ان نقيم التحولات التي طرأت على التوجهات، لكن برغم ذلك فان كل المؤشرات تدل على ان سن الزواج الأول قد توقف عن الارتفاع في التسعينات، وانه بدا في الانخفاض. كما ان هناك عدة معطيات تدعم هذه الفرضية: لقد ارتفعت اعداد الزواج السنوية كثيرا، وفي ظل تضاعفت معدلات الزواج في جميع الفئات العمرية بين عامي 2000-2010 فمن المرجح ان يكون هذا اول محرك للارتفاع الخصوبة.

وقد اكد ذلك مسح العنقودي متعدد المؤشرات (2012-2013) اذ ان نسب العازبات في الفئات العمرية 20-24 و 25-29، قد انخفضت على التوالي بنسبة 11% و 18% بين عامي 2002 و 2012، حيث تم تسجيل ثلاث نساء عازبات من اصل أربعة في عمر 20-24 بين 2012 و 2013 مقابل اكثر من ثمانية من اصل عشرة سنة 2002.

10.3.5. التحضر

المسح الديموغرافي 1969-1970 سمح بوضع تقدير دقيق للخصوبة المتباينة اثناء المسح وقد ظهر فرق أكثر من 1 طفل للمرأة، بين مؤشر التركيبي 7.3 في المدينة و8.5 في الريف، إن إختلاف النسل النهائي كان اقل من (0.5 طفل للمرأة)، وهذا يعني ان الخصوبة انخفضت في الوسط الحضري أولا.

خلال سنة 1970 الاختلاف بين الحضر والريف اظهر بداية انخفاض الخصوبة في المدينة، وهذا الانخفاض يتعلق في الأساس بالأجيال الشابة، حيث الفرق ضعيف بين النسل النهائي في الحضر والريف.

ان وزن الأجيال الشابة في الخصوبة اثناء المسح جعل هناك فرقا مهما بين المؤشر التركيبي الحضر والريف منذ انخفاض الخصوبة تم تعميم هذا الانخفاض والفنيات الريفيات تقريبا التحقن بالحضرية، منذ ذلك الوقت أصبح الفرق في الخصوبة اثناء المسح جعل هناك فرقا مهما بين المؤشر التركيبي الحضر والريف، منذ ذلك الوقت أصبح الفرق في الخصوبة اثناء المسح منخفضا كثيرا كذلك النساء الريفيات الكبيرات في السن شاركن بشكل جزئي في هذه التغيرات، الفروق في النسل النهائي هي على العكس مرتفعة جدا اكثر من ما كانت عليه خلال سنة 1970 ، كخطوة أولى بدأت الخصوبة في الانخفاض بشكل كبير في الوسط الحضري في المقابل استقرت في الوسط الريفي، كذلك من 1970 الى 1986 انخفضت الخصوبة الحضرية ب 40% والفرق بين الوسطين الحضري والريفي كبير، خلال سنة 1986 بلغ المؤشر التركيبي 4.5 طفل في الوسط الحضري و 7.1 في الوسط الريفي والفرق في الخصوبة اثناء المسح بلغ 2.6 طفل في حين بلغ 1.2 في سنة 1970. على مستوى معدل الخصوبة حسب العمر نلاحظ ان هناك تراجعا في الوسطين بين 1970 و 1986 وخاصة في الفئات 20-24 سنة و 25-29 سنة حيث تم تسجيل انخفاض ب 72% و 44% على التوالي في الوسط الحضري، وهو مرتبط بشكل كبير بتأخر سن الزواج في المدينة.

لقد سجلت الخصوبة انخفاضا في الوسط الريفي بالتأكيد في الفئات الشابة، ويعتبر ضعيفا مقارنة بالوسط الحضري ولكنها توازنت بارتفاع في معدل الخصوبة في الاعمار المتقدمة، على الأرجح ذلك راجع الى تحسين الظروف الصحية من خلال مجانية العلاج والإجراءات المتعلقة بالعناية بالصحة الإنجابية والأطفال. كخطوة ثانية من 1986 الى 1992 أصبح انخفاض الخصوبة الريفية متسارعا والخصوبة الحضرية والريفية انخفضتا بوتيرة متقاربة نوعا ما، مع وجود تقدم طفيف في الوسط الريفي، انخفاض ب 21% في الوسط الحضري و 25% في الوسط الريفي.

المؤشر التركيبي للخصوبة تراجع من 7.1 الى 5.3 طفل للمرأة في الوسط الريفي ومن 4.5 الى 3.6 طفل للمرأة في الوسط الحضري خلال نفس الفترة، الفرق بين وسطي الإقامة بدا في الثلاثي 1.8 طفل معدل الخصوبة حسب العمر انخفض في الوسط الحضري كما في الوسط الريفي في جميع الاعمار لكن هذه المرة في الاعمار المتقدمة وهو سريع جدا، في الوسط الحضري للنساء الأكبر من 35 سنة خفضن خصوبتهن بأكثر من الثلث، اما من 40-44 سنة بحوالي 40% اما النساء في الفئة 45-49 سنة بحوالي النصف في الوسط الريفي التغيرات الملاحظة في هذه الفئات نفسها هي مرتفعة، ويرجع ذلك الى اللجوء للتخطيط العائلي في هذه المرحلة وهو الذي اخر سن الزواج على نطاق واسع.

المرحلة الثالثة 1992-1998 تسارع انخفاض الخصوبة في الوسط الريفي أيضا حيث اصبح ذلك اسرع من الوسط الحضري بحوالي 44% مقابل 31% في الوسط الحضري، تراجع المؤشر الى 3 طفل للمرأة في الوسط الريفي و 2.1 في الوسط الحضري، هذا الانخفاض السريع للخصوبة الريفية خلال التسعينات هو واضح في جميع الفئات العمرية، هذا التراجع هو اقصى لدى الفئة العمرية الثانية وفئة 20-24 سنة ب 74% و 60% على التوالي وقد تأثر بارتفاع سن الزواج والمرحلة الصعبة التي عاشتها الجزائر خلال العشرية السوداء. اما في اعمار الثلاثينات فهي بداية مرحلة اللجوء الى موانع الحمل وهو عامل أساسي لانخفاض الخصوبة .

اظهر المسح الجزائري حول صحة الاسرة 2002 ان انخفاض الخصوبة وصل الى وتيرة متطابقة تقريبا في كلا الوسطين، أي بين 1999-2002 بلغ المؤشر التركيبي للخصوبة 2 طفل للمرأة في الوسط الحضري و 2.5 طفل للمرأة في الوسط الريفي، وقد استمرت الخصوبة في الانخفاض في جميع الاعمار، لدى النساء البالغات من 20-29 سنة انخفاض الخصوبة هو اكثر ارتفاعا نوعا ما في الوسط الريفي، لدى النساء في الفئة العمرية 30-34 سنة معدلات الخصوبة لديهن انخفضت بشكل كبير في الوسط الحضري وذلك بسبب الاستعمال المبكر لموانع الحمل ولكن بشكل متأخر لدى النساء الريفيات في الفئة العمرية 35-39 سنة .

من خلال المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006 بقي المؤشر التركيبي للخصوبة ثابتا في الوسط الريفي مقارنة بسنة 2002 حيث بلغ 2.04 طفل لكل امرأة وقد ارتفع بشكل طفيف في الوسط الحضري حوالي 2.2 طفل لكل امرأة، كما ان معدلات الخصوبة عرفت عدم الاستقرار في جميع الفئات العمرية تقريبا.

اما المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2012 2013 يبين ان هناك ارتفاعا في المؤشر التركيبي للخصوبة في كلا الوسطين الحضري والريفي 2.6 مقابل 2.9 طفل للمرأة الواحدة على التوالي هذا الاتجاه شهدته جميع الفئات العمرية ، اما اخر المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019 يبين ان هناك ارتفاعا في المؤشر التركيبي للخصوبة في كلا الوسطين الحضري والريفي 2.6 مقابل 3.2 على التوالي طفل لكل امرأة هذا الارتفاع شهدته كل الفئات العمرية ، وهذا الارتفاع راجع الى تحسن الظروف الاقتصادية كتوفر السكن وارتفاع سن الزواج الذي أدى الى الرغبة في الانجاب لتدارك ما بقي من سنوات الانجاب .

جدول 07: تطور معدل الخصوبة في الجزائر حسب العمر ووسط الإقامة بين 1970-2019

السنوات														الفئات العمرية
2019***		2012-2013**		2006*		2002		1992		1986		1970		
ر	ح	ر	ح	ر	ح	ر	ح	ر	ح	ر	ح	ر	ح	
18	9	13	9	4,1	4,7	6	4	29	6	25	15	125,9	77,4	15-19
112	64	89	74	52,6	50,3	56	48	185	110	161	82	350,9	291	20-24
181	148	148	132	112,3	110	120	106	260	178	329	203	387,5	361	25-29
169	138	146	143	139,8	121	146	114	256	188	332	231	358,3	321	30-34
111	105	123	109	113,8	106	115	94	200	132	290	209	283	251	35-39
47	41	53	40	50,5	45,9	52	33	113	75	197	123	153,3	124	40-44
4	5	8	6	3	1,9	10	7	26	21	89	41	42,7	25,6	45-49
3,2	2,6	2,9	2,6	2,4	2,2	2,5	2	5,3	3,6	7,1	4,5	8,5	7,3	ISF

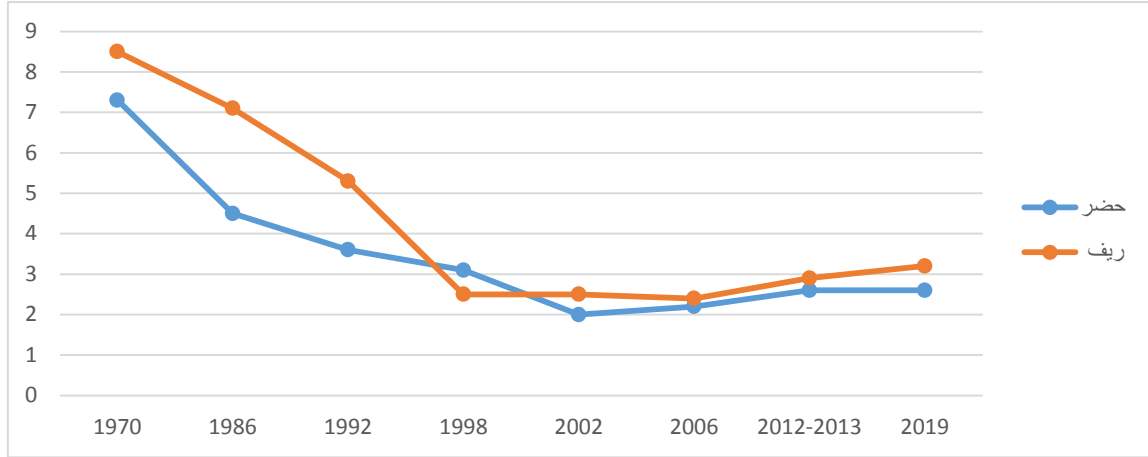
المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات،* (MICS3 p110)،** (MICS4 p127)،*** (MICS6 p127)

جدول 08: تطور المؤشر التركيبي للخصوبة في الجزائر حسب وسط الإقامة بين 1970-2019

السنوات								وسط الإقامة
2019	2012-2013	2006	2002	1998	1992	1986	1970	
2,6	2,6	2,2	2	3,1	3,6	4,5	7,3	حضر
3,2	2,9	2,4	2,5	2,5	5,3	7,1	8,5	ريف

الديوان الوطني للإحصائيات

الشكل 12: تطور المؤشر التركيبي للخصوبة في الجزائر حسب وسط الإقامة (1970-2019)



الديوان الوطني للإحصائيات

خلاصة الفصل الثالث

ما يمكن استخلاصه من خلال مسار حركية الانتقال الديموغرافية في الجزائر، انها تميزت بمستويات معدلات مرتفعة للمواليد والوفيات أي انها انتهجت مسار الانتقال الديموغرافي في مرحلتها الأولى وهذا الارتفاع في المعدلات نتيجة الحرب التحريرية التي شهدتها البلاد.

شهدت المرحلة الثانية من النظرية والتي بدأت بعد الفترة الاستعمارية، في منتصف الثمانينات وما صاحبها من انتهاج وتطبيق لبرامج الصحية التي تخدم صحة الام والطفل، والتي ساهمت في خفض معدلات المواليد من خلال تطبيق البرامج الصحية الخاصة باستعمال موانع الحمل وارتفاع المستوى التعليمي للمرأة وخروجها الى العمل إضافة الى ارتفاع سن الزواج الأول، كلها عوامل ساهمت في خفض معدلات المواليد.

شهدت اخر مرحلة من نظرية الانتقال الديموغرافي انخفاض في كلتا معدلات الوفيات والمواليد ولكن معدلات المواليد عرفت ارتفاع نتيجة لعدة عوامل سوسيوديموغرافية وثقافية ساهمت في تغيير مسار الانتقالية وذلك لاستدراك الزيجات والمواليد.

الفصل الرابع

دراسة وصفية تحليلية لتطور

إستعمال موانع الحمل في الجزائر

مقدمة

عرف موضوع تنظيم الولادات في الجزائر اهتماما كبيرا في الثمانينات بحيث قامت الجزائر بعدة إجراءات هدفها تخفيض معدلات الخصوبة من خلال برامج تنظيم العائلي، ففي سنة 1983 تبنت الجزائر برنامجا للتحكم في النمو السكاني السريع، وكان هدفه توعية السكان بأهمية استعمال وسائل منع الحمل خصوصا في المناطق الريفية، واعتمد تنظيم الولادات كأساس للصحة الإنجابية، لان استعمال موانع الحمل يحافظ على الأمهات من خلال الوقاية من الحمل غير مرغوب فيه الذي قد يؤدي الى الإجهاض، مما يعرض الام الى الوفاة، كما ان خفض عدد حالات الحمل والمباعدة بين الولادات يؤديان الى خفض وفيات الأمهات من خلال إطالة الفترات الفاصلة بين كل حملين متتالين .

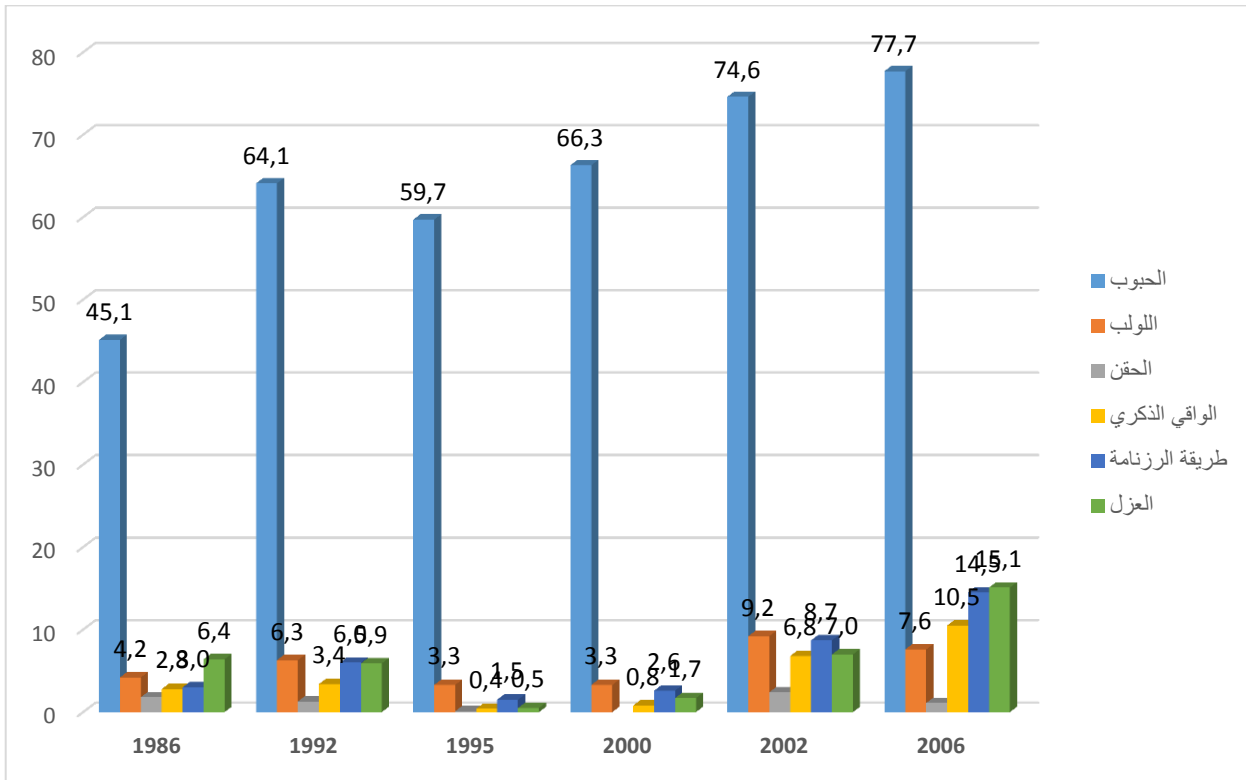
1. نسبة الإستعمال في الماضي لوسائل منع الحمل

يعتبر استخدام وسائل منع الحمل احد محددات للإنجاب واحد المقاييس الأساسية لتقييم نجاح برامج تنظيم الأسرة، وتختلف نسب الاستخدام من مسح لآخر وحسب مسح 1986 كانت نسب الاستعمال لوسائل منع الحمل تسجل اعلى نسبها في الحبوب ب 45,1% .

الجدول 09: الاستعمال في الماضي لوسائل منع الحمل حسب الوسيلة

السنوات						
2006	2002	2000	1995	1992	1986	وسائل منع الحمل
77,7	74,6	66,3	59,7	64,1	45,1	الحبوب
7,6	9,2	3,3	3,3	6,3	4,2	اللولب
1,1	2,4		0,1	1,3	1,8	الحقن
10,5	6,8	0,8	0,4	3,4	2,8	الواقي الذكري
18,3	10,1	3,8	4,2	18,1		الرضاعة المطولة
14,5	8,7	2,6	1,5	6	3	طريقة الرزنامة
15,1	7	1,7	0,5	5,9	6,4	العزل

الشكل 13: الاستعمال في الماضي لوسائل منع الحمل حسب الوسيلة



المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات

2. تطور إستعمال نسب إستعمال وسائل منع الحمل

وفقا للإحصائيات (EASF) المسح الجزائري لصحة الاسرة فان نسبة استعمال موانع الحمل قدرت ب 57% سنة 2002 لترتفع حسب احصائيات المسح الوطني متعدد المؤشرات (MICS3) الذي نفذ سنة 2006 و قدرت النسبة ب 61,4% من مجموع جميع أنواع وسائل منع الحمل وتنقسم الى وسائل حديثة قدرت نسبتها ب 52% ووسائل تقليدية قدرت نسبة الاستعمال ب 9,4% ويشير المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS4) 2012-2013 الى نسبة 57% من مجموع وسائل منع الحمل الحديثة قدرت ب نسبة 47,9% والوسائل التقليدية قدرت نسبتها ب 9,2% اما اخر مسح عنقودي الذي أصدرت نتائجه سنة 2019 قدرت النسب بجميع الوسائل ب 53,6% مقسمة الى 44,9% وسائل حديثة و 8,1% تقليدية .

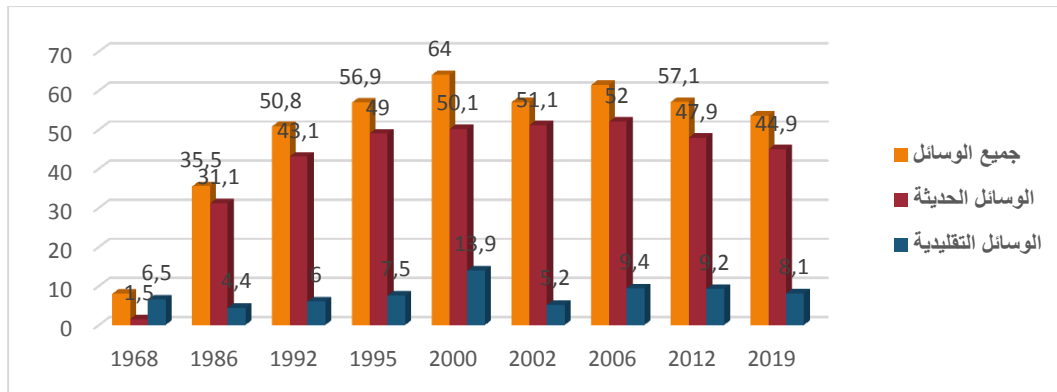
وهذا الاستعمال لموانع الحمل هو نتيجة لعدد من التدابير والإجراءات من بينها البرنامج الوطني للتحكم في النمو السكاني (PNMCD) الذي تم تطبيقه او اعلان عنه في فيفري 1983 والذي يهدف الى تنظيم الاسرة او التنظيم العائلي وتشجيع الأزواج عن طريق الاعلام الى الانضمام الى هذا البرنامج وذلك من خلال مراكز حماية الامومة والطفولة (PMI) والهدف من هذه المراكز التعريف بوسائل منع الحمل وتوزيعها بحيث شهدت هذه المراكز زيادة كبيرة من 7مراكز سنة 1974 الى 2000 سنة 1994

الجدول 10: تطور الاستعمال الحالي لنسب استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر (1968-2019)

السنوات									
2019	2012	2006	2002	2000	1995	1992	1986	1968	وسائل منع الحمل
44,9	47,9	52	51,1	50,1	49	43,1	31,1	1,5	الوسائل الحديثة
8,1	9,2	9,4	5,2	13,9	7,5	6	4,4	6,5	الوسائل التقليدية
53,6	57,1	61,4	57	64	56,9	50,8	35,5	8	جميع الوسائل

الديوان الوطني للإحصائيات

الشكل 14: تطور الاستعمال الحالي لوسائل منع الحمل في الجزائر (1968-2019)



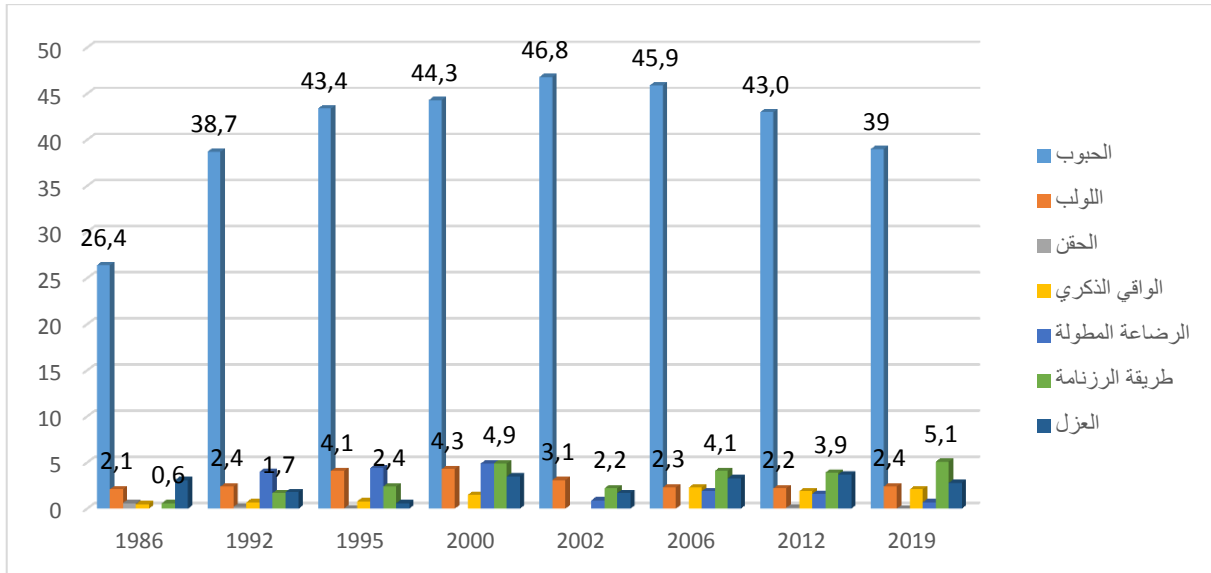
المصدر الديوان الوطني للإحصائيات

جدول 11: تطور نسب الاستعمال الحالي لوسائل منع الحمل حسب الوسيلة في الجزائر (1986-2019)

السنوات								وسائل منع الحمل
2019	2012	2006	2002	2000	1995	1992	1986	
39	43	45,9	46,8	44,3	43,4	38,7	26,4	الحبوب
2,4	2,2	2,3	3,1	4,3	4,1	2,4	2,1	اللولب
0	0,1	–	–	–	0,04	0,2	0,6	الحقن
2,1	1,9	2,3	–	1,5	0,8	0,7	0,5	الواقى الذكري
0,7	1,6	1,9	0,9	4,9	4,4	4	–	الرضاعة المطولة
5,1	3,9	4,1	2,2	4,9	2,4	1,7	0,6	طريقة الرزنامة
2,8	3,7	3,3	1,7	3,5	0,6	1,8	3,1	العزل

الديوان الوطني للإحصائيات

الشكل 15: تطور نسب الاستعمال لموانع الحمل حسب الوسيلة في الجزائر (1986-2019)



الديوان الوطني للإحصائيات

3. تطور استعمال وسائل منع الحمل حسب مكان الإقامة

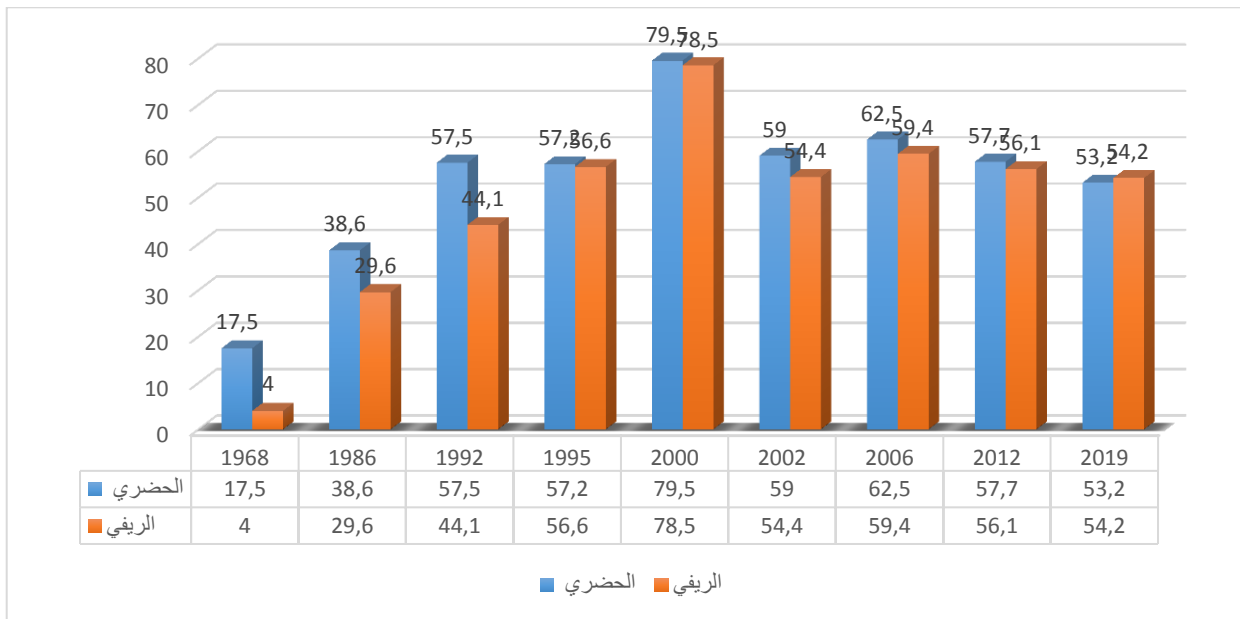
البيانات واضحة بين المناطق الحضرية والريفية وتستمر شروط انتشار موانع الحمل في التلاشي بمرور الوقت بحيث كلما مر الوقت أي الزمن زادت نسبة استعمال لموانع الحمل في المناطق الريفية حتى أصبحت نفسها النتائج (نسب الاستعمال) في اخر مسح عنقودي (MICS6) لسنة 2019 والتي قدرت النسب وب 2,53% في المناطق الحضرية و 2,54% في المناطق الريفية مقارنة بسنة 1968 والتي قدرت النسبة ب 17,5 للمناطق الحضرية و 4 في المناطق الريفية.

جدول 12: استعمال موانع الحمل حسب مكان الإقامة في الجزائر (1968-2019)

السنوات									مكان الإقامة
2019	2012	2006	2002	2000	1995	1992	1986	1968	
53,2	57,7	62,5	59	79,5	57,2	57,5	38,6	17,5	الحضري
54,2	56,1	59,4	54,4	78,5	56,6	44,1	29,6	4	الريفي

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات

الشكل 16: استعمال موانع الحمل حسب مكان الإقامة في الجزائر (1968-2019)



الديوان الوطني للإحصائيات

4. تطور استعمال موانع الحمل حسب منطقة الإقامة

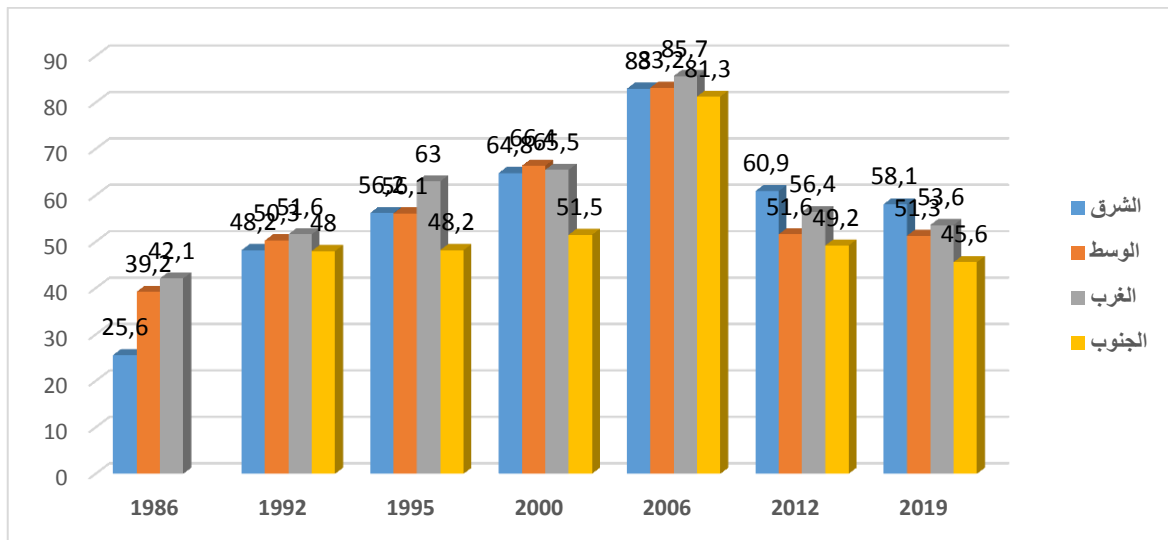
وفقا ل (MICS)(كلهم) المناطق التي ينتشر فيها موانع الحمل (جميع الطرق) هي الأعلى في الغرب و64,9% وفي الوسط 63,6% من البلاد، بينما الجنوب لديه أدنى معدل 52,5% وان كان قليلا أكثر من نصف عدد النساء المعنيات يستخدمن وسيلة منع الحمل ومن الواضح ان استخدام موانع الحمل التقليدية او ما يسمى بالطبيعية هي الأدنى 4,3%، بينما تظهر المناطق الأخرى انتشارا تقريبا تبلغ حوالي 11%.

جدول 13: استعمال موانع الحمل حسب الأقاليم الجغرافية في الجزائر (1986-2019)

السنوات							منطقة الإقامة
2019	2012	2006	2000	1995	1992	1986	
58,1	60,9	83	64,8	56,2	48,2	25,6	الشرق
51,3	51,6	83,2	66,4	56,1	50,3	39,2	الوسط
53,6	56,4	85,7	65,5	63	51,6	42,1	الغرب
45,6	49,2	81,3	51,5	48,2	48	-	الجنوب

المصدر الديوان الوطني للإحصائيات

الشكل 17: استعمال موانع الحمل حسب الأقاليم الجغرافية في الجزائر (1986-2019)



الديوان الوطني للإحصائيات

5. استعمال موانع الحمل حسب المستوى التعليمي ونوع الوسيلة

الاستعمال لسنة 1992 حسب المستويات التعليمية كانت النسب متقاربة من 43,9% للأمي حتى 55,8% للمستوى الثانوي اما سنة 2002 قدرت النسب ما بين 52,9% للمستوى الامي حتى 58,2% للمستوى الثانوي ، اما المسح العنقودي لسنة 2006 من 57,2% الى 62,9% بالنسبة للمستوى التعليمي لدى المرأة واستعمالها لموانع الحمل لا يوجد فارق كبير بين النسب والمستويات لكن هناك تفاوت بين نوعية الوسيلة المستعملة والمستوى التعليمي لدى المرأة والملاحظ انه حسب المسوح العنقودية ان حبوب منع الحمل او وسائل منع الحمل عن طريق الفم هي الطريقة الأكثر استخداما في جميع مستويات التعليمية لدى المرأة .

فيما يتعلق باللولب الرحمي كان استخدامه قليل في عام 2006 من بين النساء الغير متعلقات وهذا راجع الى المفاهيم الخاطئة حول خطورة استخدام هذه الوسيلة لمنع الحمل على عكس المستويات الأكثر تعليما ينتشر استخدام اللولب الرحمي بنسبة 45%

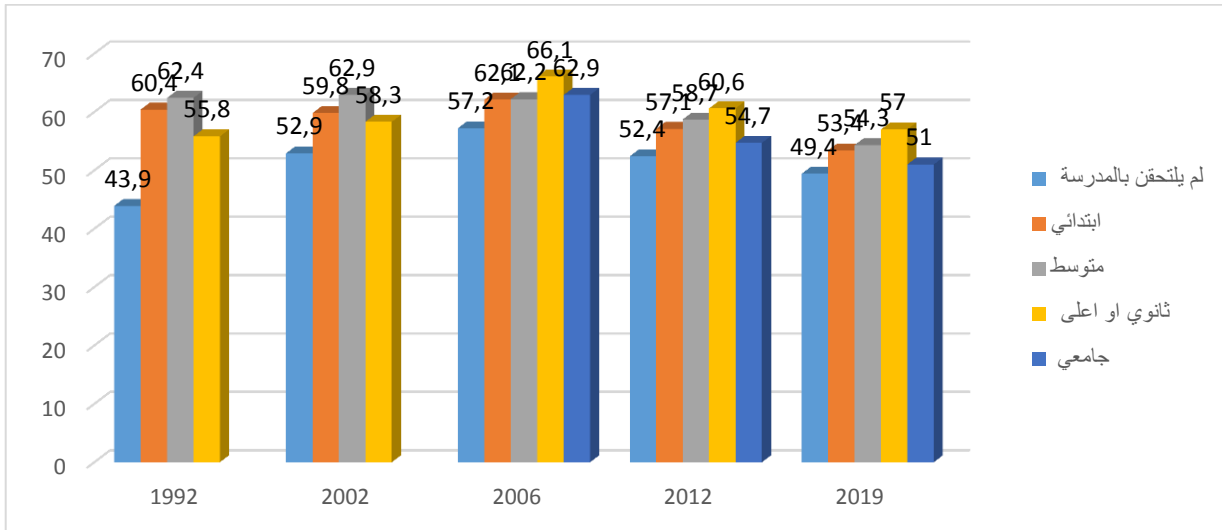
على عكس (MICS4) سجلت انخفاض طفيف في استخدام اللولب. كما هو ملاحظ كلما ارتفع المستوى التعليمي زاد الاقبال على استخدام الأساليب الحديثة كما يبدو ان هناك تناقض بحيث رجح الاقبال على استعمال الوسائل التقليدية وعلى وجه الخصوص الرزنامة والعزل وشكل كبير من قبل النساء المتعلقات وخاصة المستوى الجامعي، وهذا راجع الى العناية بصحة الام لما لها الوسائل الهرمونية من مخاطر واثار جانبية، لذلك تلجا الأمهات ذوات مستوى تعليمي عالي الى اتباع وسائل منع الحمل الأقل خطر مثل الوسائل التقليدية.

جدول 14: استعمال وسائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي في الجزائر (1992-2019)

السنوات					
2019	2012	2006	2002	1992	المستوى التعليمي
49,4	52,4	57,2	52,9	43,9	لم يلتحقن بالمدرسة
-	-	-	59,3	59,3	لم تكمل الابتدائي
53,4	57,1	62,1	59,8	60,4	ابتدائي
54,3	58,7	62,2	62,9	62,4	متوسط
57	60,6	66,1	58,3	55,8	ثانوي او اعلى
51	54,7	62,9	-	-	جامعي

المصدر الديوان الوطني للإحصائيات

الشكل 18: استعمال وسائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي (1992-2019)



المصدر الديوان الوطني للإحصائيات

6. استخدام وسائل منع الحمل وعدد الأطفال

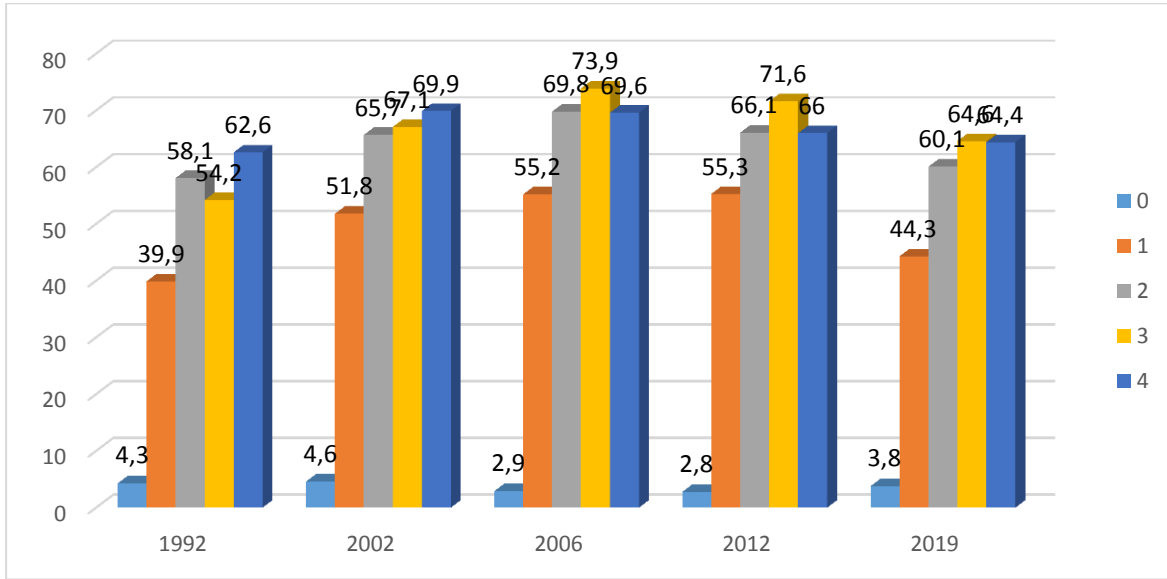
الأزواج الذين ليس لديهم أطفال نسب الاستعمال ضعيفة جدا وهذا راجع الى رغبتهم في الانجاب.

نسبة استعمال موانع الحمل يبدأ بعد الطفل الثالث والرابع، تبدأ نسبة استعمال في التراجع وهذا لعدة أسباب

منها وهو سن المرأة يبدأ يقترب من سن الياس ويصبح احتمال الحمل ضئيل (انقطاع الطمث، ضعف

الخصوبة) ويصبح استخدام وسائل منع الحمل غير ضروري بشكل عام في كثير من الحالات مما يؤدي الى انخفاض كبير بالإضافة الى ذلك فان وسائل منع الحمل الكيماوي (الهرمونية) تكون غير منصوح بها بالنسبة للنساء المصابات بأمراض مزمنة (السكر، القلب الضغط الدموي...).

الشكل 19: نسب استعمال وسائل منع الحمل حسب عدد الأطفال في الجزائر (1992-2019)



المصدر الديوان الوطني للإحصائيات

جدول 15: نسب استعمال لوسائل منع الحمل حسب عدد الأطفال في الجزائر (1992-2019)

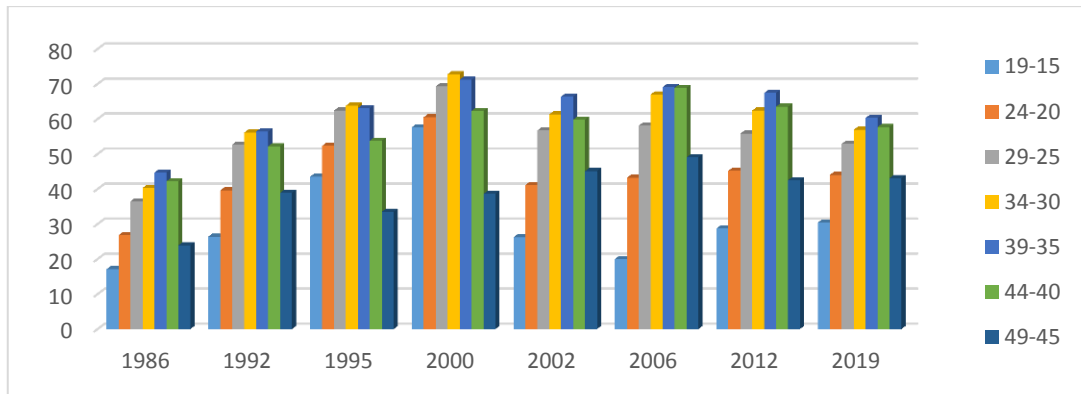
السنوات					عدد الاطفال
2019	2012	2006	2002	1992	
3,8	2,8	2,9	4,6	4,3	0
44,3	55,3	55,2	51,8	39,9	1
60,1	66,1	69,8	65,7	58,1	2
64,6	71,6	73,9	67,1	54,2	3
64,4	66	69,6	69,9	62,6	4
-	-	-	59,1	54,7	فاكثر 5

المصدر الديوان الوطني للإحصائيات

7. استخدام موانع الحمل حسب العمر

حسب الاحصائيات فان استعمال موانع الحمل منتشر في كل الفئات العمرية ما عدا الفئة الاولى ضعيف وذلك لرغبتها في الانجاب، إضافة الى اخر فئة عمرية من 40-45 تبدأ نسب في الانخفاض وذلك راجع الى عدم رغبتها في الانجاب وإلى الحالة الصحية التي تكون عليها هذه الفئات العمرية بشكل مستمر وبسرعة حتى سن الأربعين الفئة 40-45 يبدأ المنحنى بالانخفاض والذي يتسارع ليصل الى أدنى مستوى له بين 45 و50.

الشكل 20: تطور استعمال موانع الحمل حسب عمر المرأة في الجزائر (1986-2019)



المصدر الديوان الوطني للإحصائيات

جدول 16: تطور استعمال موانع الحمل حسب عمر المرأة في الجزائر (1986-2019)

السنوات								عمر المرأة
2019	2012	2006	2002	2000	1995	1992	1986	
30,4	28,7	20	26,2	57,6	43,5	26,4	17,1	19-15
44	45,2	43,2	41,1	60,5	52,3	39,6	26,8	24-20
52,9	55,8	58,1	56,7	69,3	62,4	52,7	36,5	29-25
56,9	62,4	67	61,3	72,8	63,8	56,1	40,3	34-30
60,3	67,4	69,1	66,4	71,2	63,1	56,4	44,7	39-35
57,7	63,5	68,9	59,8	62,3	53,8	52,2	42,2	44-40
43,1	42,5	49	45,1	38,6	33,5	38,9	23,9	49-45

المصدر الديوان الوطني للإحصائيات

8. تطور استعمال وسائل منع الحمل حسب الوسيلة

ان المعرفة بوسائل منع الحمل هو الأساس في عملية اتخاذ القرار اتجاه استخدام وسائل منع الحمل وتحديد نوع الوسيلة التي سيتم استخدامها، ويتم تحديد مستوى او نسبة المعرفة بأساليب ووسائل منع الحمل من قبل النساء.

الوسيلة الأكثر استعمالا هي الحبوب 48% من النساء يستخدمونها وتبقى هي الطريقة المفضلة لدى النساء، وشهدت زيادة استخدامها كبير حتى سنة 2006، ثم انخفاض في 2012-2013.

اللولب الرحمي على الرغم من فعاليته المثبتة الا انه يسبب اثار جانبية اقل من موانع الحمل الفموية ولا يستخدمها الا عدد قليل جدا من النساء 2% بينما ينتشر في دول الجوار مثل المغرب، على العكس من ذلك وما يسمى بالطرق التقليدية، بعد ان سجلت انخفاض طفيف بين عامي 1992 و 2002 كانت هناك زيادة كبيرة الى حد ما في الرزنامة والعزل 4% من النساء اللواتي إستجوابناهن قلن انهن استخدمن كل من الطريقتين اعتمادا على نتائج المسح (MICS4).

9. أسباب عدم استخدام وسائل منع الحمل

تعتبر أسباب عدم استخدام وسائل منع الحمل من الاهتمامات الرئيسية لبرامج تنظيم الولادات ، وتختلف هذه الأسباب بين الأزواج لاختلاف الاوضاع الاجتماعية والاقتصادية وأماكن اقامتهم .واغلبية السيدات اللاتي لا ترغبن في عدم استعمال موانع الحمل وهذا راجع الى رغبتهن في الانجاب الأطفال او انقطاع الدورة او انعدام الخصوبة .بالإضافة الى ذلك الأسباب المرتبطة بالأعراض الجانبية الناتجة عن الاستخدام او عدم الارتياح للوسيلة المتوفرة .وكذا الإشارة الى معارضة الزوج او الاهل لم يقف عائق امام استعمال وسائل منع الحمل ، وقد يرجع ذلك الى وعي الأزواج بأهمية تنظيم الاسرة وفوائدها بالنسبة لصحة الام والطفل من جهة

والى الظروف الاجتماعية والاقتصادية التي تعيشها الاسرة) ازمة السكن وتدهور مستوى المعيشة وانتشار البطالة وغيرها) من جهة أخرى،

احوالي 15.6% من غير المستخدمين يتخلون عنها بسبب المخاطر التي يتعرضون لها. غالبا ما يتعلق بالخطأ لاستخدام وسائل منع الحمل، السبب الثاني طرحه 11% من النساء معارضة الزوج لاستخدام الأسلوب الحديث لموانع الحمل.

نقص المعلومات (ثقافة صحية كافية)، صعوبة الوصول الى مراكز الامومة والطفولة، ارتفاع تكلفة وسائل منع الحمل وخاصة الهرمونية، العامل الديني يتم الاستشهاد به غالبا كعائق امام استخدام منع الحمل، فقد تم تطويره بنسبة 7% فقط من النساء اللاتي لا يستخدمن وسائل منع الحمل في عام 1992.

خلاصة الفصل الرابع

تطرقنا في ها الفصل الى دراسة وصفية تحليلية لتطور استعمال موانع الحمل حسب المسوح التي شهدتها الجزائر، واعتمادا على الاحصائيات لدى الديوان الوطني للإحصائيات، واشتمل ها الفصل على العناصر التالية:

تطور نسب استعمال موانع الحمل حسب الوسيلة، تطور نسب استعمال موانع الحمل حسب مكان الإقامة، تطور نسب استعمال موانع الحمل حسب منطقة الإقامة، تطور نسب استعمال موانع الحمل حسب المستوى التعليمي ونوع الوسيلة، تطور نسب استعمال موانع الحمل حسب عدد الأطفال، تطور نسب استعمال موانع الحمل حسب عمر المرأة، أسباب عدم استخدام وسائل منع الحمل، وعملت الجزائر منذ الثمانينات على تخفيض النمو السكاني وذلك من خلال خفض معدلات الولادات لذا وسعت استخدام وسائل منع الحمل، وحسب نتائج المسوح التي تطرقنا اليها اتضح لنا مدى تطور استخدام وسائل منع الحمل.

الفصل الخامس

خصائص العينة

تمهيد

تعتبر هذه الدراسة الميدانية امتداد للدراسات السابقة وخصوصا الوطنية واطافة توضيحية لما جاء فيه الجانب النظري الذي اوليناه اهتماما في موضوع دراستنا هذه، رغم وجود كم هائل من الدراسات المسحية التي تناولت موضوع منع الحمل سواء داخل الوطن او خارجه، الا انها كثيرا ما تطمح العديد من الجوانب وتكون متشعبة المواضيع ومتعددة الاهتمامات وقد تكون لها ابعاد مختلفة، كما انها غالبا ما تكون ذات فترات دورية عشرية او خماسية.

لذا لم نكتف بقدر المعلومات التي جمعت من مختلف المصادر والمراجع بل هذا لا يمنعنا من اجراء بحث ميداني لتثمين العمل النظري للتقرب أكثر من الواقع المعاش في فترة زمنية محددة وبمس منطقة جغرافية محددة.

وبما ان البحث الميداني يتطلب جهدا ووفرة مادية ومدة زمنية لإجرائه اقتصر بحثنا الميداني على بلدية وهران لتكلفة البحث الميداني والظروف المحيطة به.

1. منهجية البحث الميداني**1.1. أسباب اجراء البحث الميداني**

من خلال دراستنا هذه سوف نحاول الإجابة بالقدر المستطاع على جميع الفرضيات التي تم طرحها وكما هو معروف في تخصصنا الديموغرافيا التي تعتمد على معطيات أكثر حداثة، وهذه الدراسة عبارة عن إجابة على مجموعة من التساؤلات.

تم الاعتماد على المنهج الكمي كأسلوب علمي يعتمد على جمع البيانات الكمية عن طريق الاستمارة موزعة على عينة متكونة من 1000 امرأة في غالب الأحيان تمثل المجتمع المراد دراسته، غير ان عينتنا هذه لا يمكن القول عنها انها تمثل المجتمع الجزائري بصفة عامة.

2.1. الدراسة الاستطلاعية

تعتبر الدراسة الاستطلاعية مرحلة مهمة لكشف الواقع في البحث العلمي، نظرا لارتباطها بالميدان فمن خلالها يتأكد الباحث من وجود عينة الدراسة ومعرفة بعض حيثيات الميدان بالتركيز على إمكانية إجراء البحث بشكل سهل يخلو من المشاكل، ويعمل على اخذ كل الاحتياطات في حال وجود صعوبات ليتمكن من إتمام بحثه.

تمت الدراسة الاستطلاعية التي أجريت على عينة مكونة من 10 نساء على مستوى مركز حماية الطفولة والأمومة لمدينة وهران (واجهة البحر).

3.1. نتائج الدراسة الاستطلاعية

ان نتائج الدراسة الاستطلاعية خطوة مهمة نحو دراسة ميدانية أكثر دقة، لان الدراسة الاستطلاعية تعمل على التقليل من أخطاء البحث الميداني من خلال تجربة الميدان لمن لم يسبق لهم الخرجات الميدانية حتى يتمكنوا من اخذ فكرة عن ميدان العمل.

كما تفيد الباحث الذي سبق له العمل في الميدان من اكتشاف ميدان الدراسة واختيار الاستمارة ومعرفة مدى تجاوب المبحوثات وفهمهم للأسئلة المطروحة في الاستمارة حتى يتم تصحيح بعض الأسئلة بإعادة صياغتها او الغائها نهائيا وربما إضافة أسئلة أخرى حتى لا يتلقى الباحث صعوبات وعراقيل قصد انهاء البحث في الوقت المحدد وتوفير الجهد.

4.1. وسائل جمع معلومات الدراسة

4.1.1 الاستثمار

استمارة البحث طرحت فيها كل الأسئلة المتعلقة بموضوع الدراسة (البحث) كما تم تحكيم الاستمارة من قبل مجموعة من الأساتذة الباحثين واهل الاختصاص ليتم الاطلاع عليها وابداء الراي، وبعد التحكيم تمت عملية نسخ الاستمارات.

وتحتوي الاستثمار على ثلاثة محاور:

-المحور الأول خاص بالمعلومات الشخصية للمرأة.

-المحور الثاني خاص بالوضعية الصحية للمرأة.

-المحور الثالث خاص باستعمال موانع الحمل.

وإعتمدت في غالبية الإستمارة الأسئلة المغلقة وتعتمد الاجابات بنعم او لا وأسئلة مغلقة تعتمد على إجابات متعددة، حتى تتمكن المرأة من الإجابة او السماح لها باختيار الإجابة المناسبة، وحتى يتسنى لنا تحليلها بشكل جيد وواضح يخدم اهداف الدراسة.

6.1. فترة الإنجاز

تم انجاء هذا التحقيق الميداني وذلك بمساعدة القابلات وعمال قطاع الصحي، وكانت فترة الانجاز من أفريل 2021 الى غاية جويلية 2021.

7.1. مميزات الاستثمار

8.1. البرنامج المستعمل لتحليل النتائج

من الصعب القيام بتحليل نتائج دراسة ميدانية ذات العدد الكبير بطريقة العد اليدوي، فكان لا بد من اختيار البرنامج الذي يساعد على تحليل نتائج الدراسة الميدانية بأكثر دقة وأكثر سرعة، لذا كان

البرنامج الاحصائي المعروف بالحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية في طبعته العشرين الأداة المختارة لتحليل نتائج البحث الميداني (SPSS).

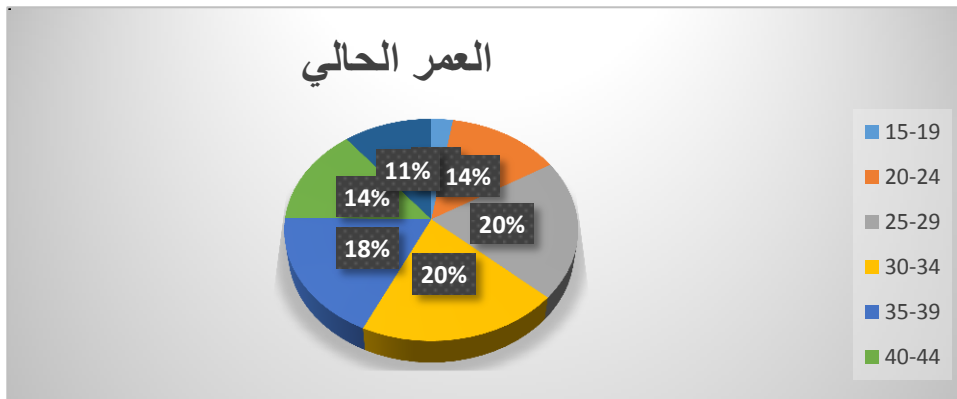
2. توصيف العينة

1. العمر الحالي

يعتبر عمر المرأة احدى المميزات المهم لدى دراستنا وهنا لدينا العمر الحالي للمرأة والعمر عند الزواج الأول وقد العمر الحالي للمرأة ب الفئة العمرية الأكثر هي 25-29 والفئة العمرية الأكثر كذلك 30-34 هما الفئتين التي تحتوي على أعلى نسبة لنساء

بعدها تليها الفئة 35-39 التي إحتلت أعلى نسبة للمبحوثات ويقدر متوسط العمر الحالي ب بحيث قدرت أغلبية المبحوثات من الفئة العمرية 25 حتى 34.

الشكل 21: العمر الحالي



من اعداد الباحثة بناء على معطيات المسح

2. المستوى التعليمي

يعتبر المستوى التعليمي من أهم محددات حجم الأسرة وهو مرتبط باستخدام وسائل منع الحمل وتحديد الوسيلة الملائمة.

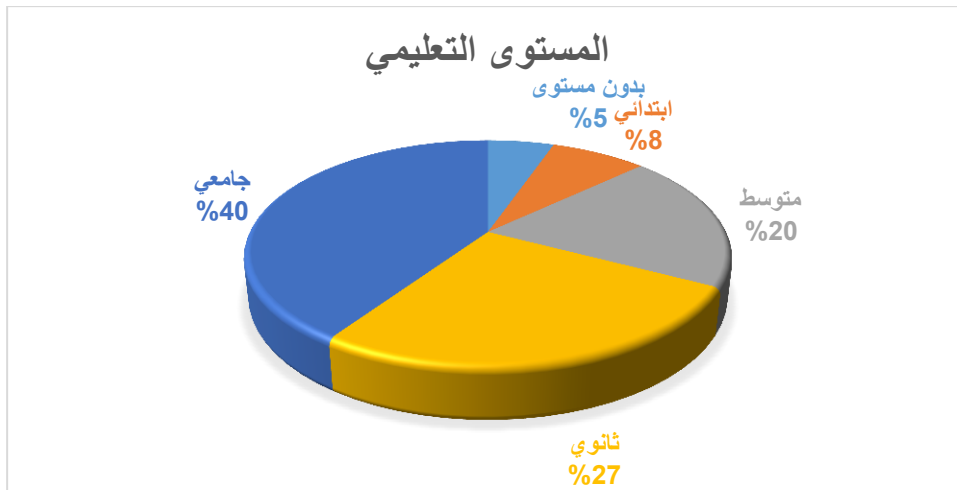
التوزيع حسب المستوى التعليمي بين أن التي ليس لديهن مستوى قدرت النسبة ب ما يقارب 6%، والابتدائي ب ما يقارب 8%، وما يقارب 20% بالنسبة للمستوى المتوسط، أما المستوى الثانوي فقد ب 27% في مقابل المستوى الجامعي ب 41%.

الجدول 17: المستوى التعليمي لدى النساء المبحوثات

النسب	تكرارات	المستوى التعليمي
5,3	53	بدون مستوى
7,7	77	ابتدائي
19,7	197	متوسط
26,8	268	ثانوي
40,5	405	جامعي
100	1000	المجموع

المصدر: نتائج التحقيق الميداني

الشكل 22: المستوى التعليمي لدى النساء



من اعداد الباحثة بناء على معطيات المسح

3. الحالة الفردية

يعتبر عمل المرأة من أهم محددات تنظيم الأسرة مما يؤدي بها إلى إستعمال موانع الحمل، ومما هو ملاحظ عكس ذلك وحسب النسب التي توصلنا إليها يلاحظ أن النساء الماكثات في البيت نسب إستعمالهن لموانع

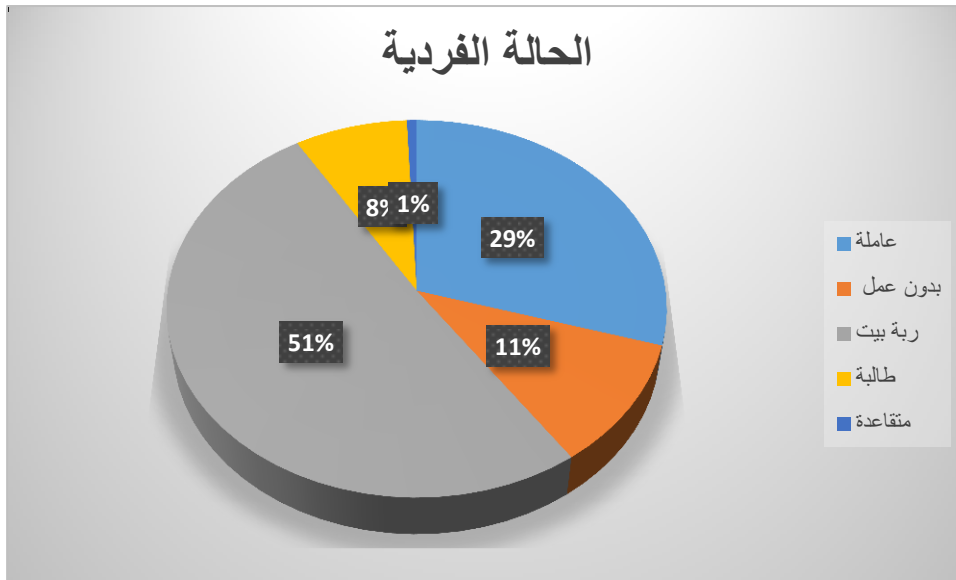
الحمل مرتفعة مقارنة بالفئات الأخرى بحيث قدرت ب 51% وهي أعلى نسبة تليها المرأة العاملة التي قدرت النسبة ب 30% بتقريب، وتليها بدون عمل بنسبة 11%، وبعدها الطالبة بنسبة 8% وفي الأخير المتقاعدة بنسبة 0.7% وهذا في المعقول بحكم العمر ووصولها مرحلة التقاعد وعدم الرغبة في الإنجاب.

الجدول 18: الحالة الفردية للنساء المبحوثات.

النسب	التكرارات	الحالة الفردية
29,6	296	عاملة
10,7	107	بدون عمل
51	510	ربة بيت
8	80	طالبة
0,7	7	متقاعدة
100	1000	المجموع

المصدر نتائج التحقيق الميداني

الشكل 23: الحالة الفردية للنساء للمبحوثات



من اعداد الباحثة بناء على معطيات المسح

4. ظروف السكن

1.4. نوع المسكن

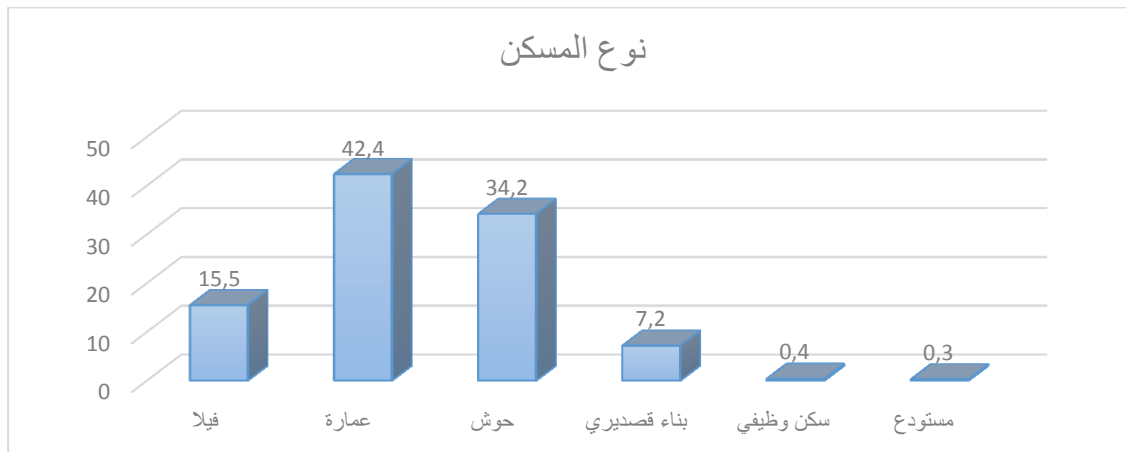
حسب البيانات الموضحة في الجدول يتبين لنا ان اغلبية المقيمت في العمارات بنسبة 43% تليها المقيمت في المنازل التقليدية بنسبة 34% وفي المرتبة الثالثة بنسبة 16% المقيمت في الفيلات منازل فردية، ويليهما البناء القصدي بنسبة 7.2% بعدها السكن الوظيفي بنسبة 1%، اما المستودعات بنسبة 3% حسب ما صرحت بهن المبحوثات.

الجدول 19: نوع المسكن حسب إجابة المبحوثات

النسب	التكررات	نوع المسكن
15,5	155	فيلا
42,4	424	عمارة
34,2	342	حوش
7,2	72	بناء قصديري
0,4	4	سكن وظيفي
0,3	3	مستودع
100	1000	المجموع

المصدر نتائج التحقيق الميداني

الشكل 24: نوع المسكن حسب إجابة المبحوثات



من اعداد الباحثة بناء على معطيات المسح

2.4. الوضعية داخل المسكن

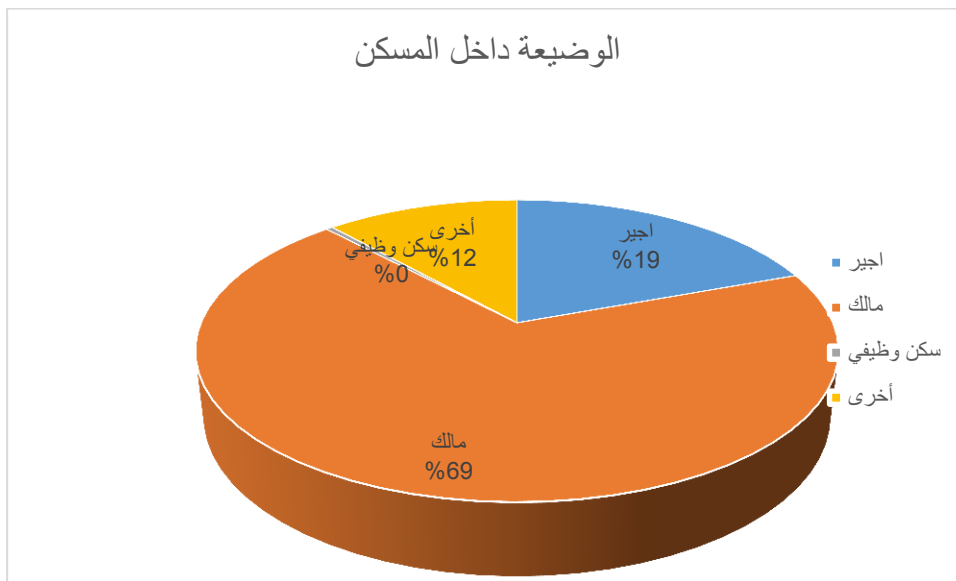
أما الوضعية داخل المنزل فنسبة 69% هي أعلى نسبة للمالكين وتليها نسبة 29% للأجراء بعدها 0.4% للسكن الوظيفي، يعني أغلبية أفراد العينة لديهم ملكية خاصة للمساكن ونسبة 20% منهم هم أجراء.

الجدول 20: الوضعية داخل المنزل حسب رأي المبحوثات

الوضعية	التكرارات	النسب
اجير	194	19,4
مالك	686	68,6
سكن وظيفي	4	0,4
أخرى	116	11,6
المجموع	1000	100

المصدر نتائج التحقيق الميداني

الشكل 25: الوضعية داخل المسكن حسب رأي المبحوثات



من اعداد الباحثة بناء على معطيات المسح

3.4. مع من تسكنين

أما مع من تسكنين وحسب نمط الحياة الذي تغير أصبحت الأسرة نووية، وهذا ما هو واضح من خلال نتائج البحث الميداني فنسبة 65% من الأسرة تعيش مع الأزواج وتليها السكن مع الزوج وعائلته بنسبة 29% وفي الأخير السكن مع أهل الزوجة بنسبة 7%.

الجدول 21: مع من تسكنين حسب إجابة المبحوثات ؟

النسب	التكرارات	مع من تسكنين
64,8	648	الزوج
28,7	287	مع الزوج وعائلته
6,5	65	مع الاهل
100	1000	المجموع

المصدر نتائج التحقيق الميداني

الشكل 26: مع من تسكنين حسب إجابة المبحوثات



من اعداد الباحثة بناء على معطيات المسح

4.4. عدد الأشخاص في المنزل

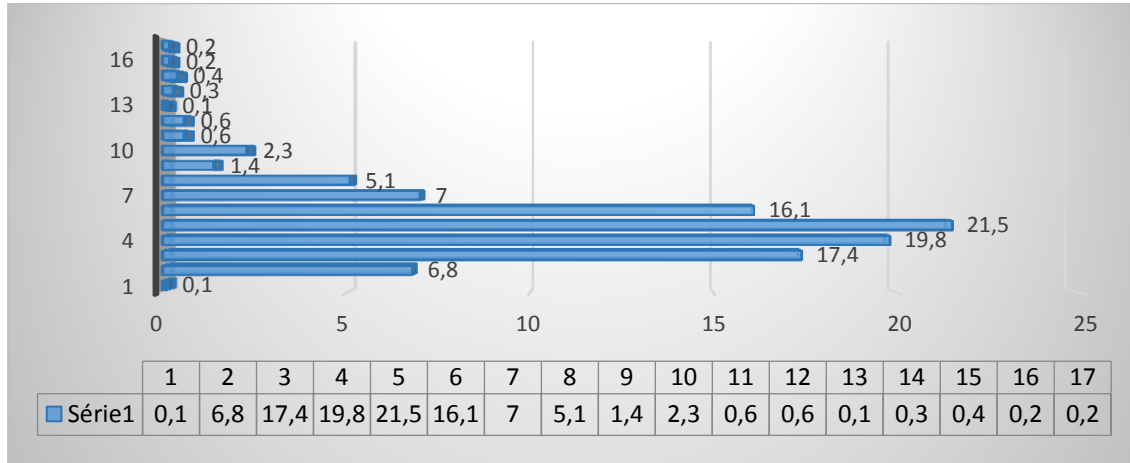
الجدول 22: عدد الأشخاص في المنزل حسب إجابة المبحوثات

النسب	التكرارات	عدد الأشخاص
6,9	69	3-1
37,2	372	5-3

44,6	446	8-5
11,3	113	+8
100	1000	المجموع

المصدر نتائج التحقيق الميداني

شكل 27: عدد الأشخاص في المنزل حسب إجابة المبحوثات



من اعداد الباحثة بناء على معطيات المسح

5. معلومات حول الزواج والحمل

1.5. سن الزواج الأول

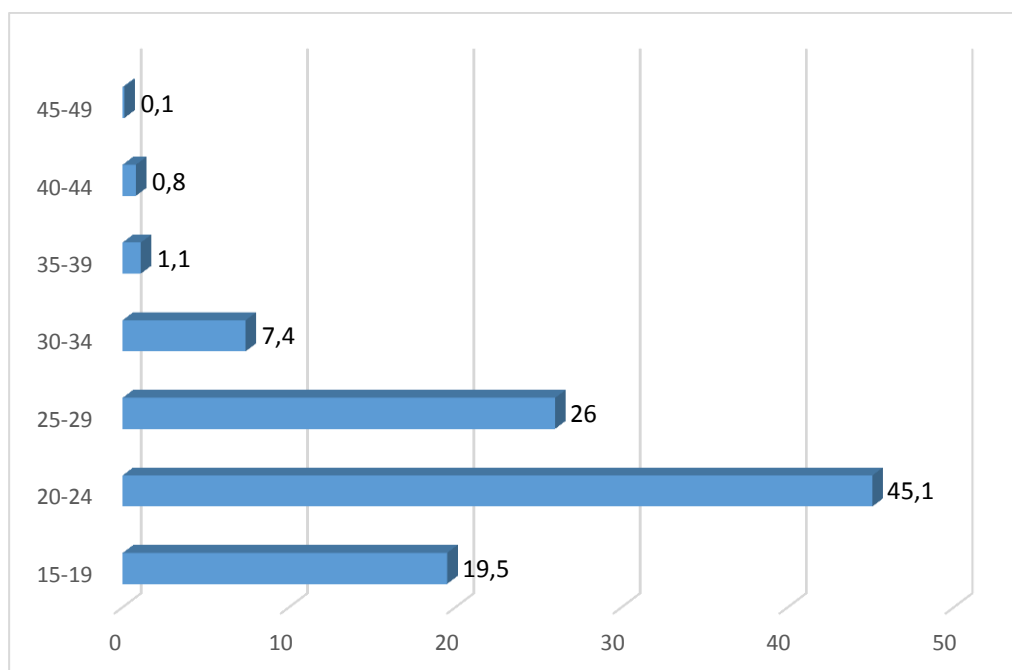
يعتبر الزواج في سن مبكر من أهم العوامل التي تساعد المرأة على إنجاب أكبر عدد ممكن من الأطفال وكذا يؤدي بها إلى إستعمال موانع الحمل للمباعدة بين الولادات وأخذ قسط من الراحة وما هو ملاحظ حسب نتائج البحث أن الفئة العمرية ما بين 20-24 هي الأكثر نسب إرتفاعا وقدرت ب 45% وتليها الفئة الثانية 25-29 بنسبة 27% وبعدها الفئة الأولى 15-19 بنسبة 20% ، وما يلاحظ أن معظم المبحوثات تزوجن في سن مبكر وتلتها الفئة 30-34 التي قدرت نسبتها ب 7.4% و الفئة 35-39 بنسبة 1.1% والفئات الأخيرة لم تصل حتى إلى نسبة 1% وهي 40-49 سنة .

الجدول 23: السن عند الزواج الأول حسب إجابة المبحوثات

النسب	التكرارات	الفئات العمرية
19,5	195	15-19
45,1	451	20-24
26	260	25-29
7,4	74	30-34
1,1	11	35-39
0,8	8	40-44
0,1	1	45-49
100	1000	المجموع

المصدر نتائج التحقيق الميداني

الشكل 28: السن عند الزواج الأول حسب إجابة المبحوثات



من اعداد الباحثة بناء على معطيات المسح

6. الخصوبة

الخصوبة هي محور دراستنا فإرتفاعها أو إنخفاضها له علاقة مباشرة بإستعمال موانع الحمل أو عدمه، ولقد أثبتت نتائج الدراسة أن نسبة 23% من النساء حملن بطفلين تليها النساء اللواتي حملن بطفل واحد بنسبة 22%، فهي نتائج متقاربة وكذلك التي حملن 3 أطفال بنسبة 22%، وتليها النساء التي حملن ب 4 أطفال بنسبة 11%، ويعدّها بخمس أطفال بنسبة 8%.

1.6. عدد الحمل

الجدول 24: عدد الحمل لدى النساء

النسب	التكرارات	العدد
9,1	91	0
21,8	218	1
22,7	227	2
21,5	215	3
10,8	108	4
8	80	5
2,8	28	6
2	20	7
0,5	5	8
0,2	2	9
0,4	4	10
0,1	1	13
0,1	1	15
100	1000	المجموع

من اعداد الباحثة بناء على معطيات المسح

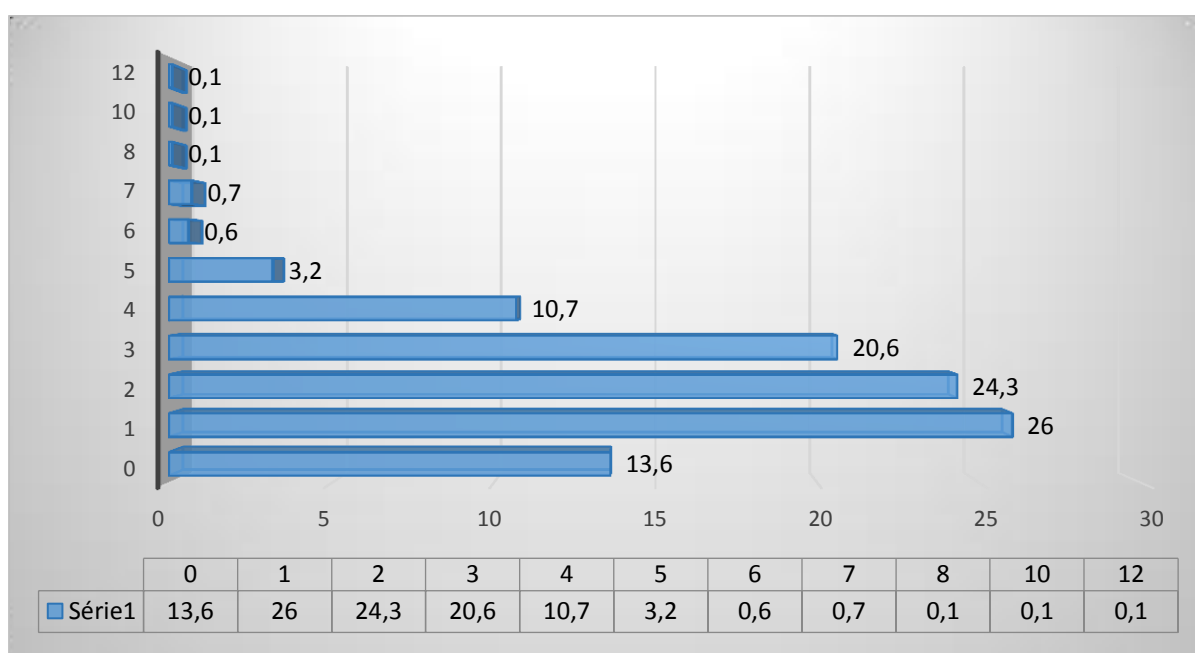
2.6. عدد الأطفال الأحياء

الجدول 25: عدد الأطفال الأحياء

النسب	التكرارات	العدد
13,6	136	0
26	260	1
24,3	243	2
20,6	206	3
10,7	107	4
4,8	48	5 فما فوق
100	1000	المجموع

المصدر نتائج التحقيق الميداني

الشكل 29: عدد الأطفال الأحياء



من اعداد الباحثة بناء على معطيات المسح

7. الوضعية الصحية

1.7. تقييم الحالة الصحية

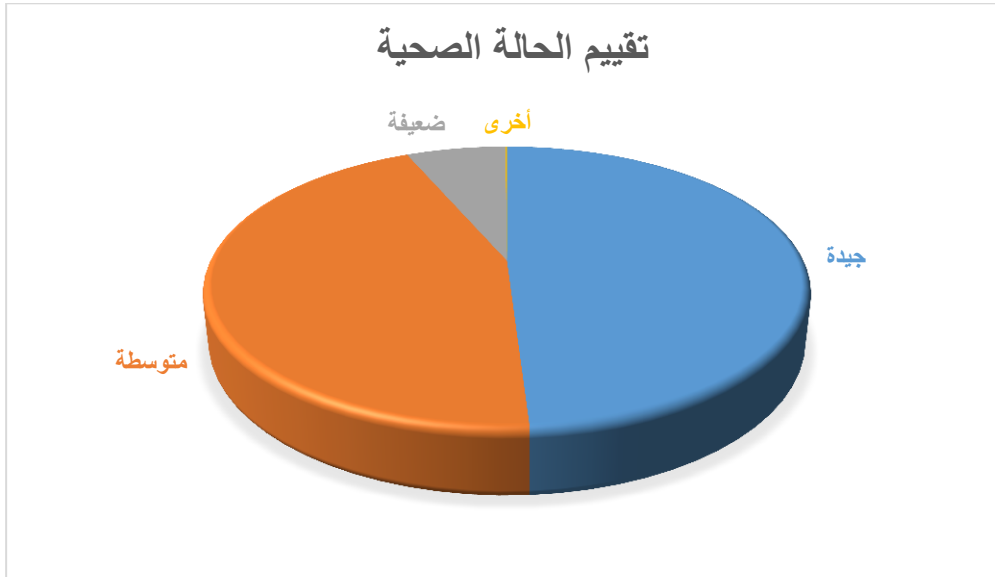
تعتبر الحالة الصحية لأي بلد المؤشر الأول لتحسن أوضاع البلد ومدى تطوره لذا وحسب رأي المبحوثات حول وضعيتهن الصحية، صرحن كالتالي بنسبة 49% هن في حالة صحية جيدة، ونسبة 45% هن في حالة متوسطة من الصحة ونسبة 7% بالتقريب صرحن أنهن لسن في صحة جيدة ويعتبرنه ضعيفة.

الجدول 26: الحالة الصحية للنساء المبحوثات

النسب	التكرارات	الحالة
49,0	490	جيدة
44,5	445	متوسطة
6,4	64	ضعيفة
0,1	1	أخرى
100	1000	المجموع

المصدر نتائج التحقيق الميداني

الشكل 30: تقييم الحالة الصحية للنساء



من اعداد الباحثة بناء على معطيات المسح

2.7. هل تعانيين من مرض

أما حسب نتائج الدراسة والنساء اللواتي يعانين من مرض بنسبة 32% صرحن أنهن يعانين من أمراض، أما 68% لا يعانين من أي مرض.

3.7. المرض الذي تعانيين منه

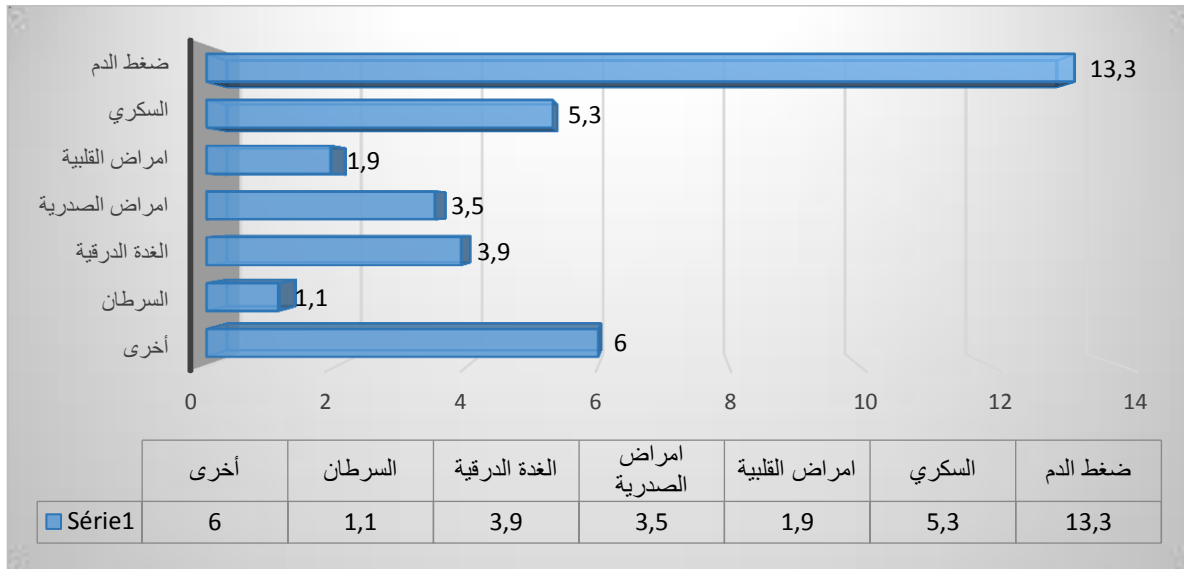
وحسب نتائج البحث فنسب الأمراض موزعة كالتالي أعلى نسبة لأصحاب أمراض ضغط الدم بنسبة 13.3% تليها أمراض السكر بنسبة 5.3% وبعدها أمراض الغدة الدرقية بنسبة 4% بعدها الأمراض الصدرية بنسبة 3.5% والأمراض القلبية 2% بعدها الأمراض السرطانية بنسبة 1.1% حسب رأي المبحوثات.

الجدول 27: الأمراض التي تعاني منها النساء المبحوثات

الأمراض	ضغط الدم	السكري	أمراض القلبية	أمراض الصدرية	الغدة الدرقية	السرطان	أخرى
النسب	13,3	5,3	1,9	3,5	3,9	1,1	6

المصدر نتائج التحقيق الميداني

الشكل 31: الأمراض التي تعاني منها النساء المبحوثات



من اعداد الباحثة بناء على معطيات المسح

8. إستعمال وسائل منع الحمل

حسب رأي المبحوثات نسب إستعمال موانع الحمل قدرت ب 63 % يستعملن وسائل منع الحمل أما 37% لا يستعملن وسائل منع الحمل.

1.8. الوسيلة التي تعرفينها

توزيع وسائل منع الحمل حسب الوسيلة والمعرفة بها والنسب، فلقد إحتلت الحبوب المرتبة الأولى 79% يليها الواقي الذكري بنسبة 25% بعدها اللولب بنسبة 22% وإرتفاع ملحوظ في إستعمال الرزنامة بنسبة 13% وكذلك نسبة اللاصقة ب 11% والرجوع إلى الوسائل التقليدية مثل العزلة 10% والرضاعة بنسبة 10% تقريبا، وكذا الوسائل الحديثة في تطور وحسب القدرة الشرائية والثقافة الصحية قدرت نسبة إستعمال الحقن ب 6% والغرس ب 5.2%.

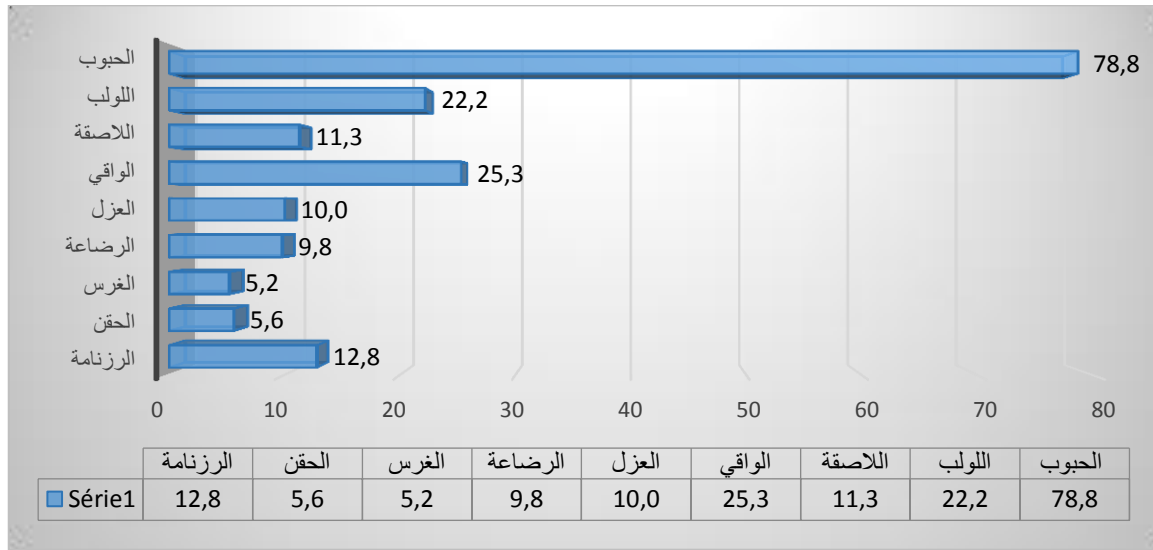
2.8. المعرفة بوسائل منع الحمل

الجدول 28: المعرفة بوسائل منع الحمل لدى النساء المبحوثات

التكرارات	الحبوب	اللولب	اللاصقة	الواقي	العزل	الرضاعة	الغرس	الحقن	الرزنامة	المجموع
	788	222	113	253	100	98	52	56	128	1810
النسب	78,8	22,2	11,3	25,3	10,0	9,8	5,2	5,6	12,8	

المصدر نتائج التحقيق الميداني

الشكل 32: المعرفة بوسائل منع الحمل لدى النساء المبحوثات



من اعداد الباحثة بناء على معطيات المسح

3.8.3 الإستعمال الحالي حسب الوسيلة

الإستعمال الحالي تصدرت الحبوب الأكثر إستعمالا بنسبة 44% بعدها اللولب ب 5% والرزنامة بنسبة 4.1%، وفي المرتبة الرابعة اللاصقة والواقي الذكري بنسبة 3% وتلتهم العزل والرضاعة وهي وسائل تقليدية بنسبة 2%، بعدها الوسائل الحديثة مثل الغرس والحقن بنسبة تقارب 2%.

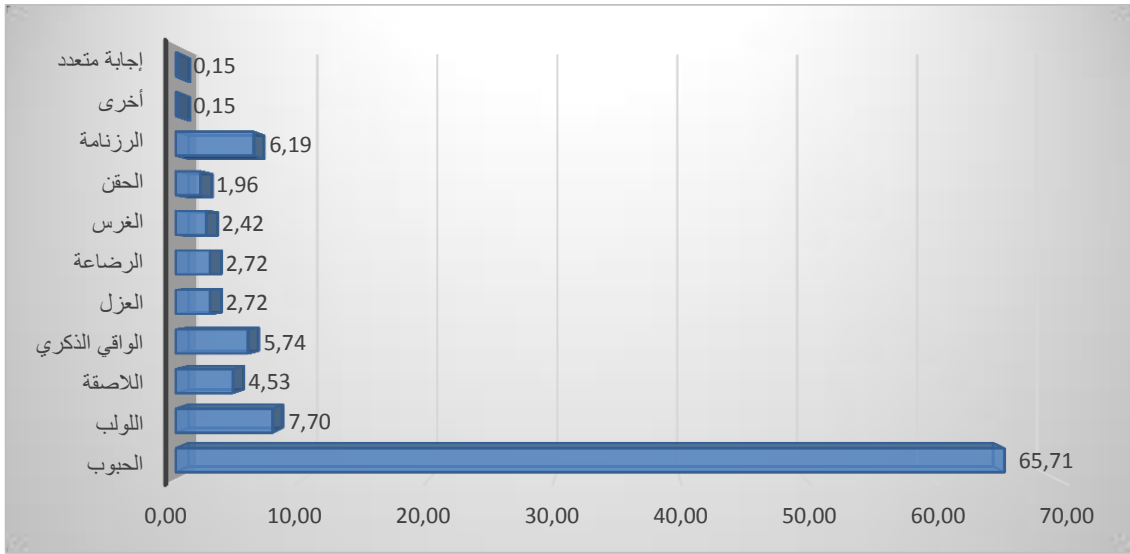
الجدول 29: الإستعمال الحالي لوسائل منع الحمل لدى النساء المبحوثات

النسب	التكرارات	الوسائل المستعملة
65.70%	435	الحبوب
7.70%	51	اللؤلؤ
4.53%	30	اللاصقة
5.74%	38	الواقي الذكري
2.72%	18	العزل
2.72%	18	الرضاعة
2.42%	16	الغرس
1.96%	13	الحقن

6.19%	41	الرزنامة
0.15%	1	أخرى
0.15%	1	إجابة متعدد
100%	662	المجموع

المصدر نتائج التحقيق الميداني

الشكل 33: الإستعمال الحالي لوسائل منع الحمل حسب الوسيلة



من اعداد الباحثة بناء على معطيات المسح

4.8. منذ متى تستعملينها

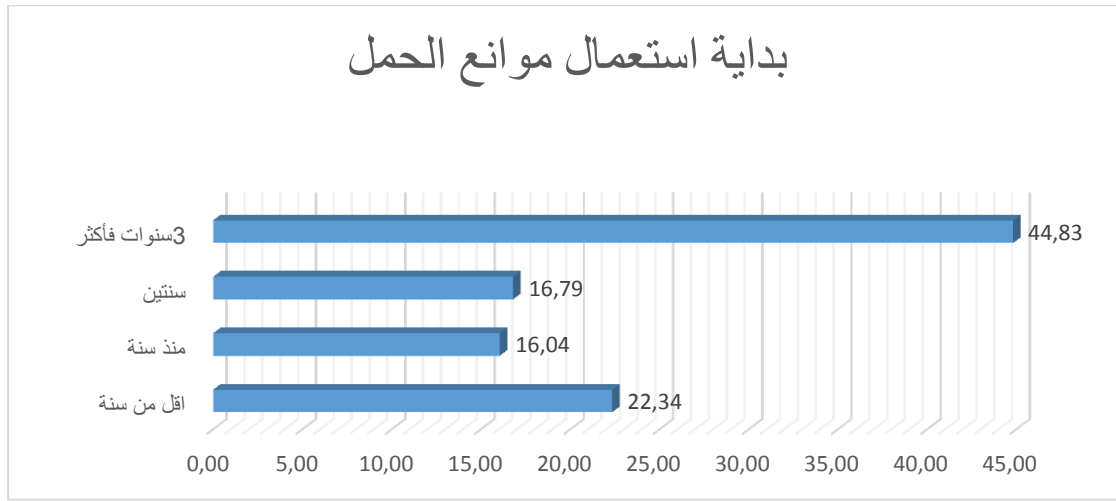
الجدول 30: منذ متى تستعملين وسائل منع الحمل بالنسبة للنساء

النسب	التكرارات	منذ متى تستعملين وسائل منع الحمل
22.33%	149	اقل من سنة
16.04%	107	منذ سنة
16.79%	112	سنتين
44.79%	299	3سنوات فأكثر
100%	667	المجموع

المصدر نتائج التحقيق الميداني

مدة إستعمال موانع الحمل 30% صرحن بأنهن منذ أكثر من 3 سنوات يستعملن موانع الحمل تليها نسبة 15% التي صار لديهن أقل من سنة يستعملن وسائل منع الحمل ، بعدها التي تجاوزن سنتين وهن يستعملن وسائل منع الحمل قدرت النسبة ب 11% وفي الأخير 10.7% أي ما يقارب 11% التي صار لديهن سنة منذ إستعمالهن لموانع الحمل .

الشكل 34: بداية إستعمال موانع الحمل بالنسبة للنساء



من اعداد الباحثة بناء على معطيات المسح

5.8. أسباب اختيار الوسيلة

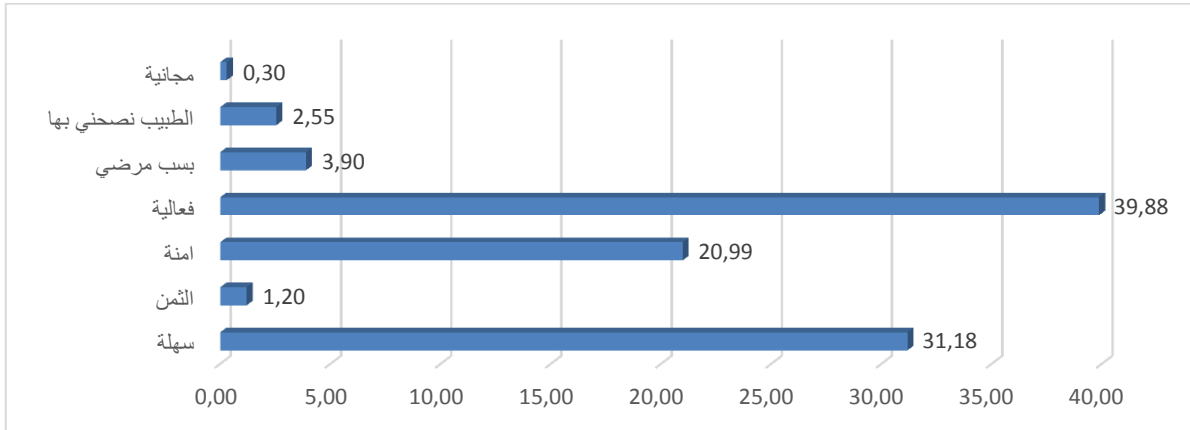
الجدول 31: أسباب إختيار الوسيلة بالنسبة للنساء المبحوثات

النسب	التكرارات	
31.18%	208	سهولة
1.19%	8	الثمن
20.98%	140	امنة
39.88%	266	فعالية
3.98%	26	بسبب مرضي
2.54%	17	الطبيب نصحني بها
0.29%	2	مجانية
100%	667	المجموع

المصدر نتائج التحقيق الميداني

من الأسباب التي أدت بالمبحوثات إلى إستعمال موانع الحمل متعددة وأهمها، صرحن به هي أول أسباب فعالية الوسيلة بنسبة 27% وتليها سهولة الوسيلة بنسبة 21% وبعدها الوسيلة آمنة بنسبة 14%، ونسبة 3% لأسباب مرضية، والطبيب من نصحتها بإستعمالها 2%، أما لمجانيتها فلم تتعدى نسبة 1%.

الشكل 35: أسباب اختيار وسيلة منع الحمل حسب رأي النساء المبحوثات.



من اعداد الباحثة بناء على معطيات المسح

6.8. من نصحك بإستعمالها

النصيحة التي إعتمدت عليها النساء لإستعمالهن وسائل منع الحمل كانت وبنسبة كبيرة نصيحة الطبيب بنسبة 27% وتليها القرار المشترك بين الزوجين أي النصح بينهما بنسبة 18% وتليها بعدها 15% قرار شخصي، ونسبة 6% نصيحة القابلة.

7.8. من أين تحصلين عليها

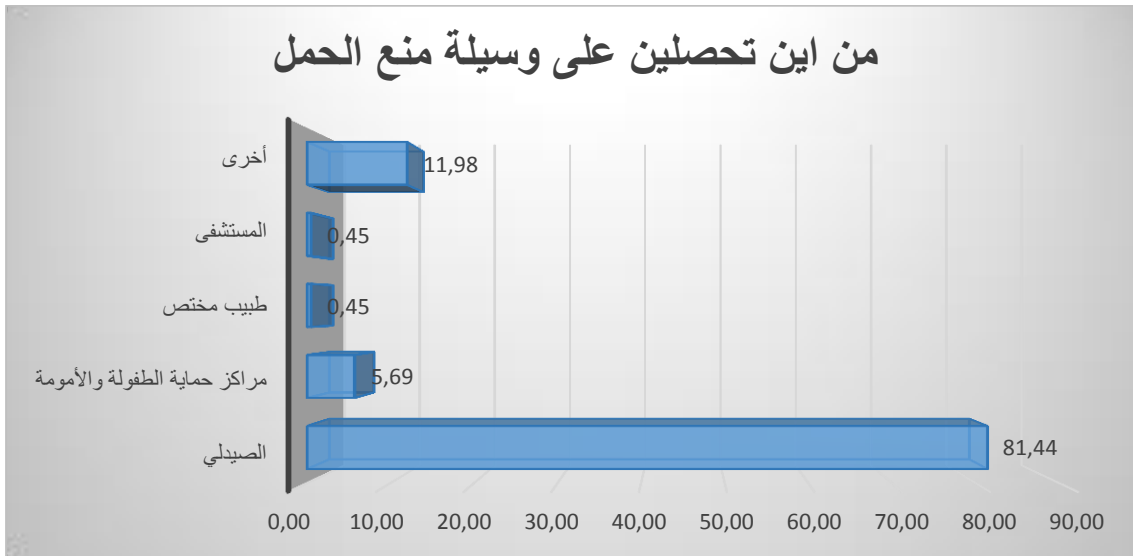
الجدول 32: من أين تحصلين على وسيلة منع الحمل حسب إجابة النساء المبحوثات

النسب	التكرارات	من أين تحصلين عليها
81.43%	544	الصيدلي
5.68%	38	مراكز حماية الطفولة والأمومة
0.45%	3	طبيب مختص
0.45%	3	المستشفى
11.2%	80	أخرى
100%	668	المجموع

المصدر نتائج التحقيق الميداني

بالنسبة من أين تحصلين عليها أغلبية المبحوثات إعتدن على الصيدلية بنسبة 55% في المرتبة الأولى وتليها مراكز حماية الطفولة والأمومة في المرتبة الثانية بنسبة 4% ومن أماكن مختلفة بنسبة 8%.

الشكل 36: من أين تحصلين على وسيلة منع الحمل حسب إجابة النساء المبحوثات



من اعداد الباحثة اعتماد على المسح

8.8. اسباب المباعدة بين الولادات

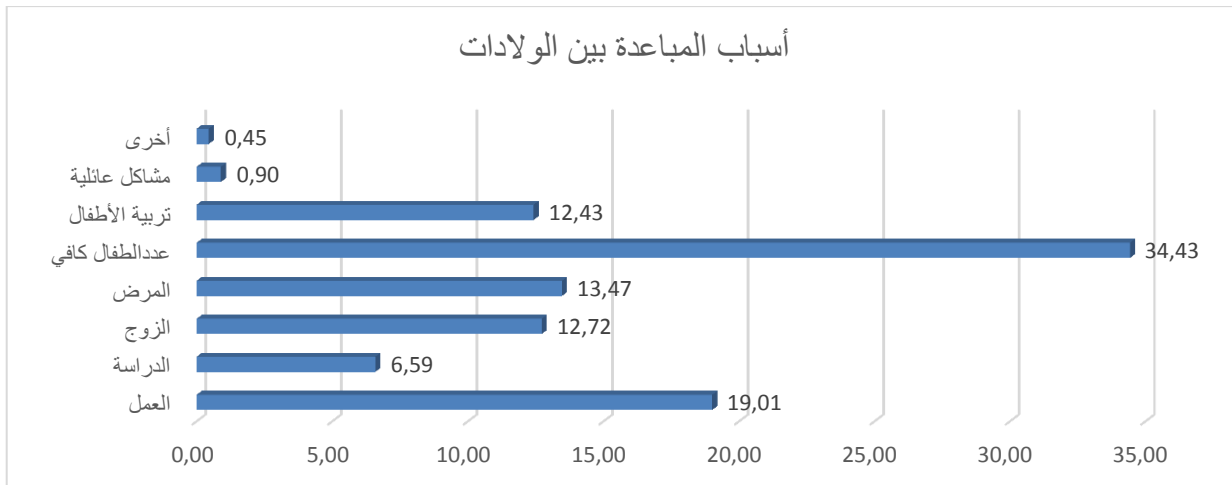
الجدول 33: أسباب المباعدة بين الولادات حسب رأي النساء المبحوثات

الأسباب	العمل	الدراسة	الزوج	المرض	عدد الأطفال كافي	تربية الأطفال	مشاكل عائلية	أخرى	المجموع
التكررات	127	44	85	90	230	83	6	3	668
النسب	19.0%	6.58%	12.72%	13.47%	34.43%	12.42%	0.89%	0.04%	100%

المصدر نتائج التحقيق الميداني

أسباب المباعدة بين الولادات هنالك عدة أسباب حسب رأي المبحوثات أهمها: عدد الأطفال كافي بنسبة 23% وبعدها بسبب العمل بنسبة 13% ولأسباب مرضية بنسبة 9%، ويسبب تربية الأطفال بنسبة 8%، ومعارضة الزوج بنسبة 4% ولأسباب عائلية بنسبة تقل عن 1%.

الشكل 37: أسباب المباعدة بين الولادات حسب رأي النساء المبحوثات

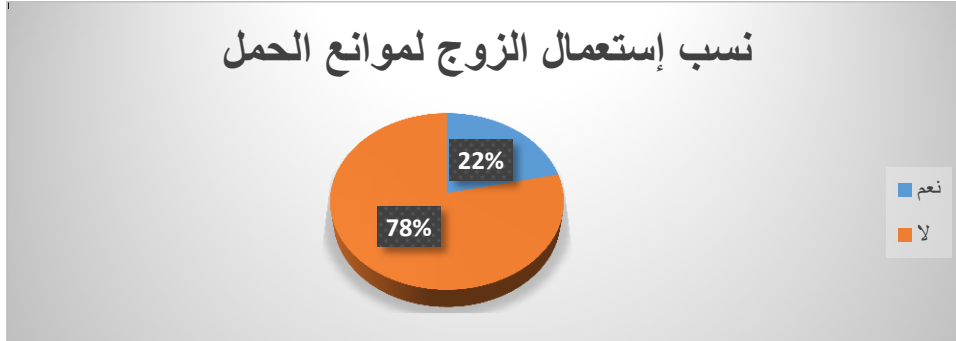


من اعداد الباحثة اعتماد على المسح

9.8. نسب إستعمال الزوج لموانع الحمل

لقد صرحن النساء أن نسبة 22% من الرجال يستعملن الواقي الذكري أما 78% لا يستعملنه.

الشكل 38: نسب استعمال الزوج لموانع الحمل



من اعداد الباحثة اعتماد على المسح

10.8. إستشارة الزوج في إستعمال موانع الحمل

وبالنسبة لإستشارة الزوج فنسبة 52% من النساء يستشرن أزواجهن لإستعمالهن وسائل منع الحمل في مقابل

15% لا يستشرن أزواجهن حين إستعمالهن لوسائل منع الحمل.

ومن أسباب إمتناع الزوج عن إستعمال موانع الحمل، إستعمال الزوجة لوسائل منع الحمل بنسبة 27% وعدم

الرغبة في الإنجاب بنسبة 21%، والرغبة في الإنجاب بنسبة 18% وبدون أي سبب بنسبة 8%.

11.8. أسباب امتناع الزوج عن إستعمال موانع الحمل

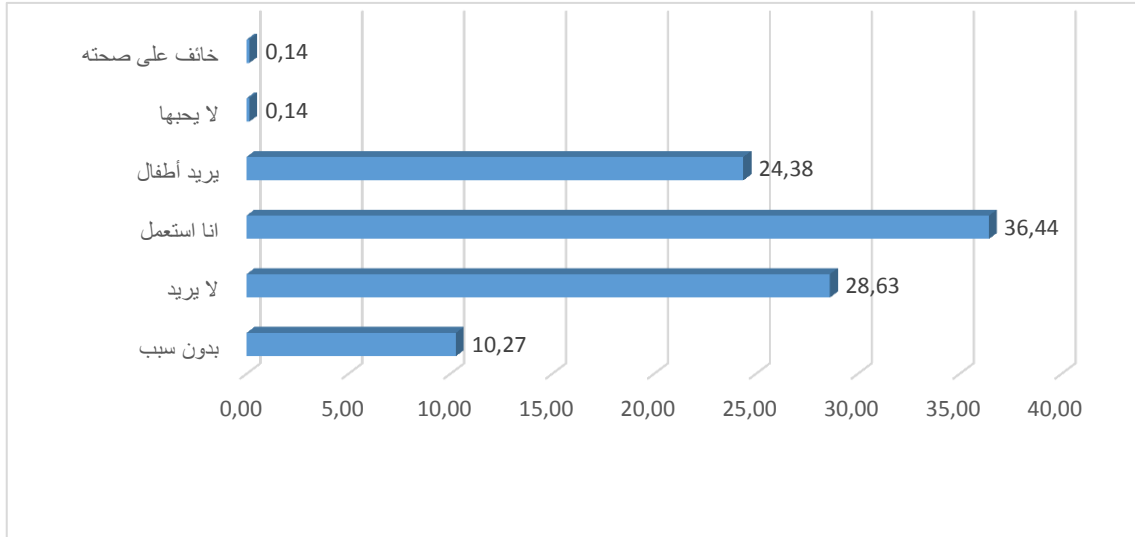
الجدول 34: أسباب امتناع الزوج عن استعمال موانع الحمل

النسب	التكرارات	
10.27%	75	بدون سبب
28.63%	209	لا يريد
36.44%	266	انا استعمل
24.38%	178	يريد أطفال
0.14%	1	لا يحبها
0.14%	1	خائف على صحته

100%	730	المجموع
------	-----	---------

المصدر نتائج التحقيق الميداني

الشكل 39: أسباب امتناع الزوج عن استعمال موانع الحمل



من اعداد الباحثة اعتماد على المسح

12.8. إستعمال موانع الحمل في المستقبل

نسب النساء اللاتي صرحن أنهن سوف يستعملن وسائل منع الحمل في المستقبل قدرت ب 30% وعدم الرغبة في إستعمالهن وسائل منع الحمل في المستقبل قدرت ب 38% والأسباب التي أدت بهن إلى الإمتناع عن إستعمال موانع الحمل الرغبة في الإنجاب بنسبة 21.1% وأسباب صحية وبأنها مضرّة بصحة المرأة بنسبة 11%.

13.8. أسباب الامتناع عن استعمال موانع الحمل

الجدول 35: أسباب الامتناع عن إستعمال موانع الحمل بالنسبة للنساء المبحوثات

النسب	التكرارات	
52.15	121	من أجل الإنجاب
47.85	111	مضرّة بالصحة
%100	232	المجموع

المصدر نتائج التحقيق الميداني

14.8. حدوث الحمل مع إستعمال موانع الحمل

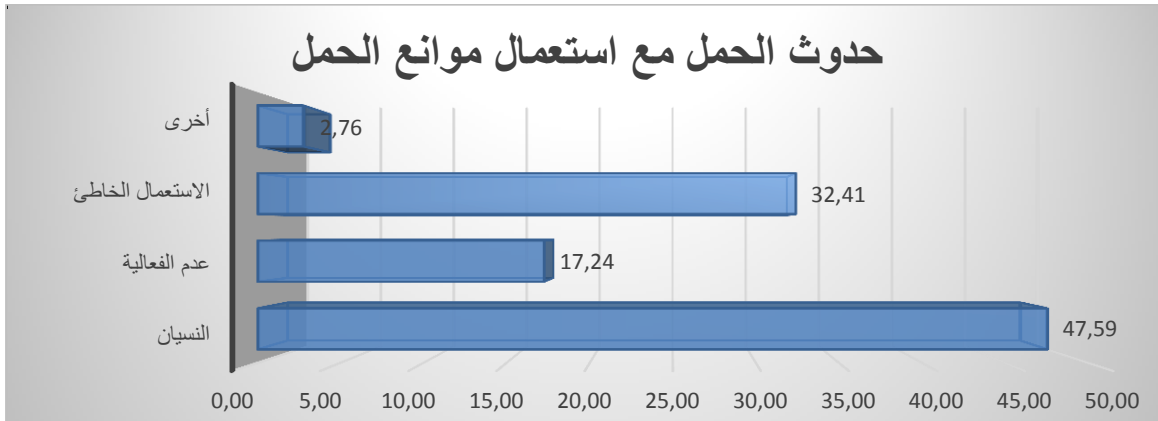
الجدول 36: حدوث الحمل مع استعمال موانع الحمل بالنسبة للنساء المبحوثات

النسب	التكررات	
47.59%	69	النسيان
17.24%	25	عدم الفعالية
32.41%	47	الإستعمال الخاطئ
2.76%	4	أخرى
100%	145	المجموع

المصدر نتائج التحقيق الميداني

الأسباب التي أدت إلى حدوث الحمل مع إستعمال موانع الحمل متعددة أهمها وحسب رأي المبحوثات النسيان بنسبة 7% ، والسبب الثاني الإستعمال الخاطئ بنسبة 5% ، وعدم فعالية الوسيلة بنسبة 3% وأسباب أخرى لم تتعدى نسبة 1%.

الشكل 40: حدوث الحمل مع استعمال موانع الحمل بالنسبة للنساء المبحوثات.



من اعداد الباحثة اعتماد على المسح

15.8. الرغبة في إستعمال موانع الحمل في المستقبل

16.8. أسباب الإمتناع عن إستعمال موانع الحمل

لقد صرحت النساء برغبتهن في إستعمال موانع الحمل في المستقبل بنسبة 18.1% وأخريات صرحن بعدم رغبتهن في إستعمال موانع الحمل بنسبة 21%.

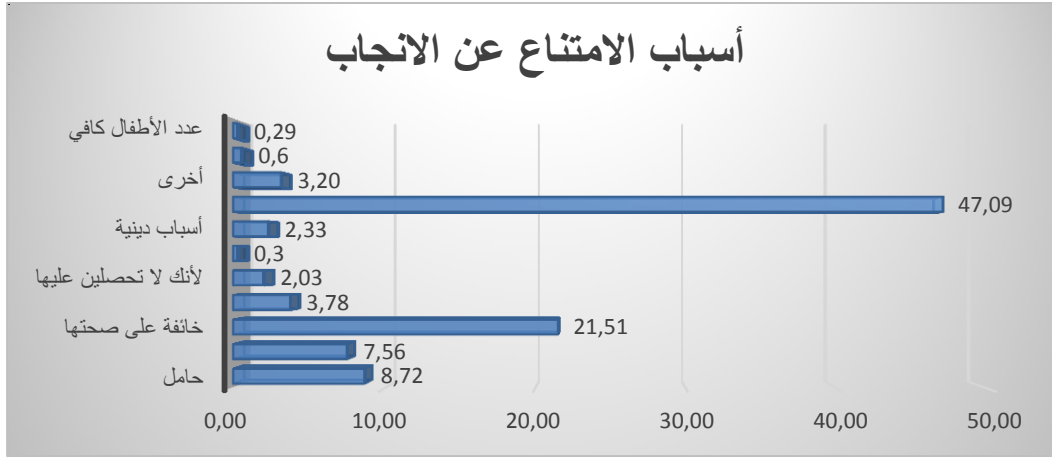
ومن أسباب الإمتناع عن إستعمال وسائل منع الحمل هي الرغبة في الإنجاب وكذا الخوف على صحتها من الأعراض الجانبية لموانع الحمل، إضافة إلى كونها حامل فمن المستحيل إستعمال موانع الحمل وهي في حالة حمل، إضافة إلى الرضاة ومعارضة الزوج لإستعمالها موانع الحمل، وأسباب أخرى وهي أسباب دينية، وهناك من تجهل وسائل منع الحمل لا تعرفها.

الجدول 37: أسباب الامتناع عن إستعمال موانع الحمل بالنسبة للنساء المبحوثات

النسب	التكرارات	أسباب الامتناع عن استعمال وسائل منع الحمل
8.72%	30	حامل
7.56%	26	ترضع
21.51%	74	خائفة على صحتها
3.78%	13	الزوج يعارض
2.03%	7	لأنك لا تحصلين عليها
0.3%	1	لا تعرفها
2.33%	8	أسباب دينية
47.09%	162	تريد الانجاب
3.20%	11	أخرى
0.6%	2	مشاكل عائلية
2.91%	10	عدد الأطفال كافي
100%	344	المجموع

المصدر نتائج التحقيق الميداني

الشكل 41: أسباب الامتناع عن إستعمال موانع الحمل بالنسبة للنساء المبحوثات



من اعداد الباحثة اعتماد على المسح

17.8. إستعمال موانع الحمل بعد الإنجاب

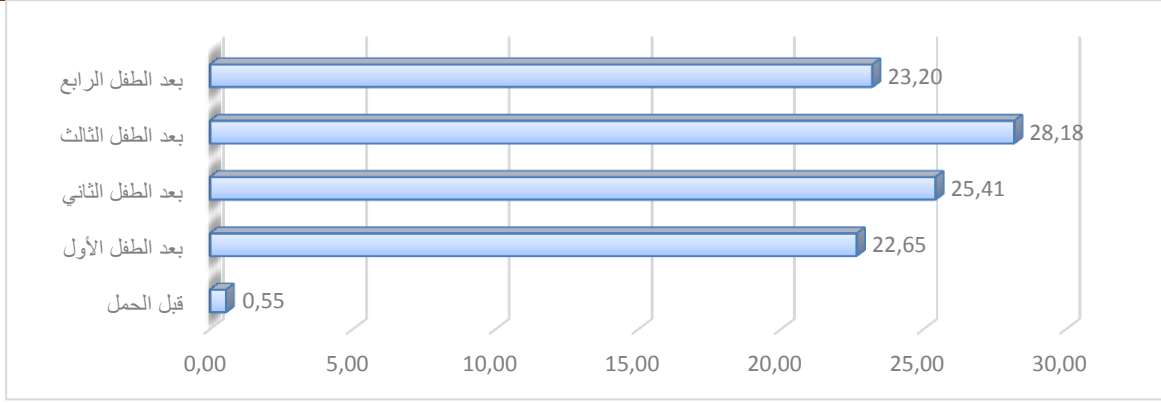
لقد تفاوتت نسب إستعمال موانع الحمل بعد الإنجاب بسبب العدد الكافي من الأطفال فأعلى النسب للإستعمال كانت بعد إنجاب المرأة لطفلها الأول والتفرغ لتربية، بعدها الطفل الثاني تستعمل موانع الحمل ويليها بعد الطفل الرابع والتي تكون قد إكتفت من الإنجاب وتفرغ لتربيتهم والإهتمام بنفسها.

الجدول 38: إستعمال موانع الحمل في المستقبل بالنسبة للنساء المبحوثات

النسب	التكرارات	
0.55%	1	قبل الحمل
22.65%	41	بعد الطفل الأول
25.41%	46	بعد الطفل الثاني
28.18%	51	بعد الطفل الثالث
23.20%	42	بعد الطفل الرابع
100%	181	المجموع

المصدر نتائج التحقيق الميداني

الشكل 42: إستعمال موانع الحمل في المستقبل بالنسبة للنساء المبحوثات



من اعداد الباحثة اعتماد على المسح

18.8. الوسيلة التي ستعتمد عليها في المستقبل

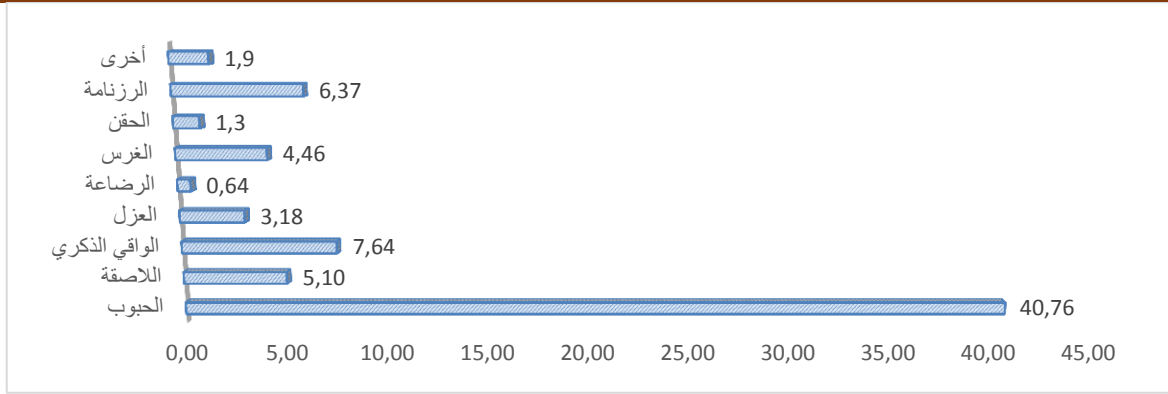
الوسيلة التي ستعتمد عليها النساء في المستقبل عند إستعمالها لوسائل منع الحمل هي الحبوب في المرتبة الأولى يليها اللولب في المرتبة الثانية، وبعدها الواقي الذكري وكذلك الرزنامة بإعتبارها وسيلة تقليدية وتم الرجوع إليها بشكل كبير وواضح.

الجدول 39: الوسيلة التي ستعتمد عليها النساء في المستقبل

النسب	التكرارات	
40.76%	64	الحبوب
28.66%	45	اللولب
5.10%	8	اللاصقة
7.64%	12	الواقي الذكري
3.18%	5	العزل
0.64%	1	الرضاعة
4.46%	7	الغرس
1.3%	2	الحقن
6.37%	10	الرزنامة
1.9%	3	أخرى
100%	157	المجموع

المصدر نتائج التحقيق الميداني

الشكل 43: الوسيلة التي ستعتمد عليها النساء في المستقبل



من اعداد الباحثة اعتماد على المسح

19.8. رأي المبحوثات في تأثير موانع الحمل على صحة المرأة

ومما هو ملاحظ من رأي النساء في تأثير موانع الحمل على صحة المرأة فلقد كانت نسبة 65% ممن صرحن بأنها تؤثر على صحة المرأة، و35% صرحن بأن إستعمال موانع الحمل تؤثر على صحة المرأة.

20.8. في حالة نعم كيف تضر بصحة المرأة

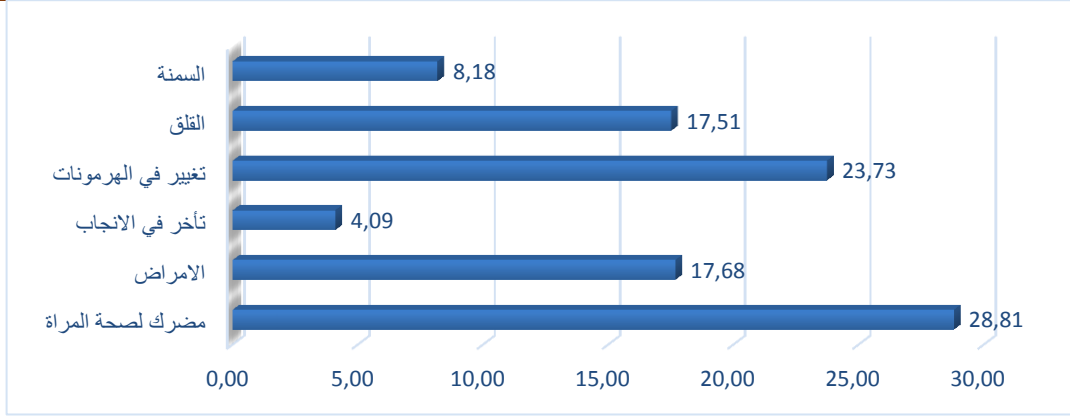
كيفية تأثير موانع الحمل على صحة المرأة من حيث النسب الكبيرة وفي المرتبة الأولى مضرّة بصحة المرأة وتسبب لها أمراض وتليها تغيير في هرمونات المرأة وكذا القلق الذي تسببه موانع الحمل والسمنة الغير مرغوب فيها، إضافة وفي حالة الرغبة في الإنجاب مرة أخرى يحدث تأخير في الإنجاب.

الجدول 40: مضار موانع الحمل على المرأة حسب رأي المبحوثات.

النسب	التكرارات	
28.81	176	مضرك لصحة المرأة
17.68	108	الامراض
4.09	25	تأخر في الانجاب
23.73	145	تغيير في الهرمونات
17.51	107	القلق
8.18	50	السمنة
100	611	المجموع

المصدر نتائج التحقيق الميداني

الشكل 44: المضار التي تلحق بالمرأة من جراء استعمالها لموانع الحمل



من اعداد الباحثة اعتماد على المسح

21.8. مجال التباعد بين الولادات

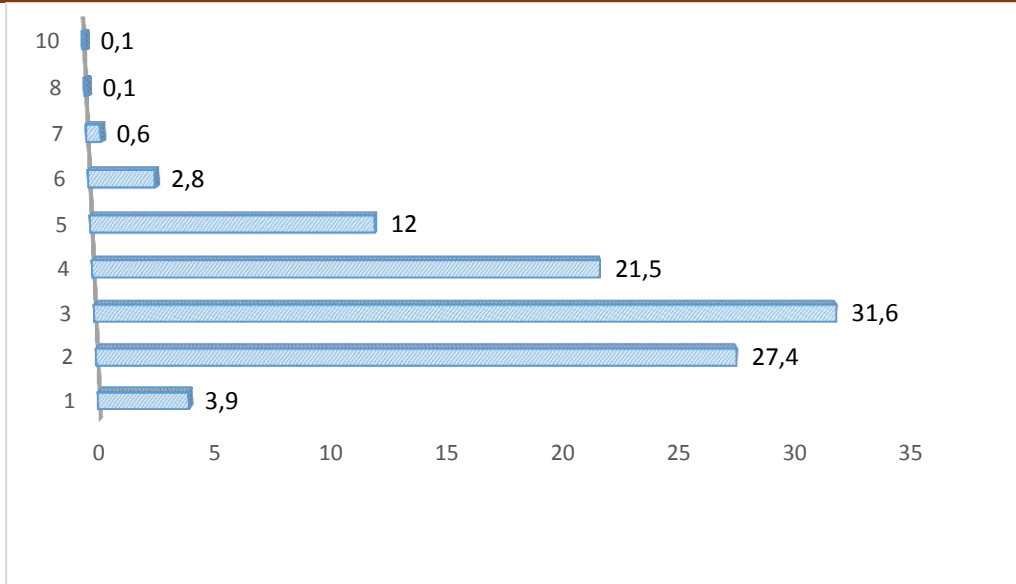
الفترة المفضلة للمباعدة بين الولادات وحسب رأي النساء بأن أغليبتهن يفضلن 3 سنوات كمجال للمباعدة بين الولادات لسنتين وأربع سنوات وهو عدد السنين الذي يسمح لهن بتربية ورعاية أولادهم وأسرههم.

الجدول 41: مجال التباعد بين الولادات لدى النساء حسب رأي المبحوثات

النسب	التكرارات	
3,9%	39	1
27,4%	274	2
31,6%	316	3
21,5%	215	4
12%	120	5
2,8%	28	6
0,6%	6	7
0,1%	1	8
0,1%	1	10
100%	1000	المجموع

المصدر نتائج التحقيق الميداني

الشكل 45: مجال التباعد بين الولادات لدى النساء حسب رأي المبحوثات



من اعداد الباحثة اعتماد على المسح

22.8. فكرة عدم الإنجاب بعد الزواج مباشرة

عدم الرغبة في الإنجاب بعد الزواج مباشرة قدرت النسبة ب 31.3% والرغبة في الإنجاب قدرت ب 69% والأسباب ترجع لعدم الرغبة، أولاً معرفة وضعية الأسرة قبل الإنجاب وفي السبب الثاني أن المرأة غير مستعدة للمسؤولية والإنجاب.

23.8. في حالة نعم للأسباب التالية

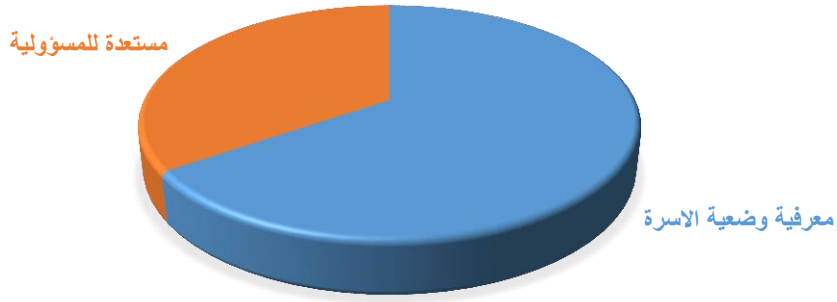
الجدول 42: أسباب الإمتناع عن الإنجاب بعد الزواج مباشرة حسب رأي النساء المبحوثات

النسب	التكرارات	الأسباب
65.38%	153	معرفة وضعية الأسرة
34.62%	81	مستعدة للمسؤولية
100%	234	المجموع

المصدر نتائج التحقيق الميداني

الشكل 46: أسباب الامتناع عن الانجاب بعد الزواج مباشرة حسب رأي النساء المبحوثات

أسباب الامتناع عن الانجاب بعد الزواج مباشرة



من اعداد الطالبة اعتماد على المسح

24.8. عدد الأطفال المثالي في رأي المبحوثات

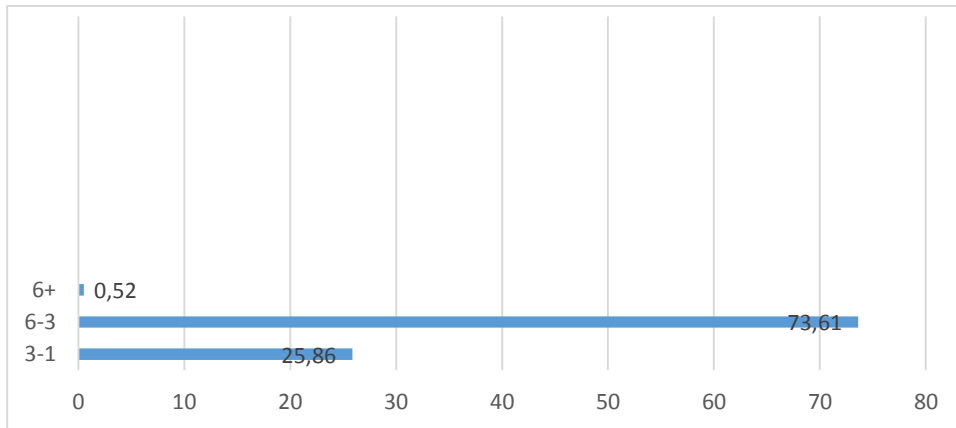
الجدول 43: عدد الأطفال المثالي في رأي النساء المبحوثات

العدد	التكرارات	النسب
3-1	247	25.86%
6-3	703	73.61%
+6	5	0.52%
المجموع	955	100%

المصدر نتائج التحقيق الميداني

العدد الأطفال المثالي بالنسبة للنساء ما بين 2 طفلين وأربعة أطفال كحد أقصى.

الشكل 47: عدد الأطفال المثالي في رأي النساء المبحوثات



من اعداد الباحثة لعتما على المسح

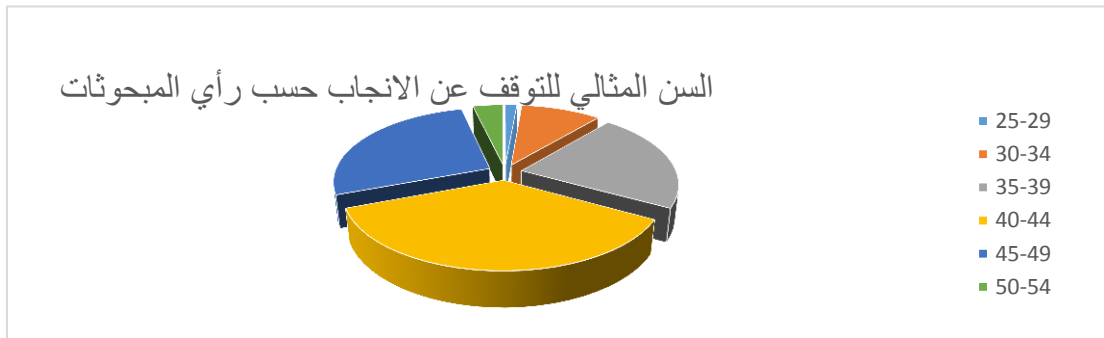
25.8. السن المثالي للتوقف عن الإنجاب حسب رأي المبحوثات

الجدول 44: السن المثالي للتوقف عن الإنجاب للمرأة حسب رأي النساء المبحوثات

النسب	التكرارات	
1.4	14	25-29
9.8	98	30-34
21.8	218	35-39
36.3	363	40-44
27	270	45-49
3.7	37	50-54
100	1000	المجموع

المصدر نتائج التحقيق الميداني

الشكل 48: السن المثالي للتوقف عن الإنجاب للمرأة حسب رأي النساء المبحوثات



المصدر نتائج التحقيق الميداني

السن المثالي للتوقف عن الإنجاب بالنسبة للرجال

الجدول 45: السن المثالي للتوقف عن الإنجاب بالنسبة للرجال حسب رأي النساء

النسب	التكرارات	
0.09	9	35-39
2.2	22	40-44
8.9	89	45-49
9.9	99	50-54
18.2	182	55-64
30.7	307	65-74
14.9	149	75-84
14.3	143	85-100
100	1000	المجموع

المصدر نتائج التحقيق الميداني

بالنسبة للنساء كحد أقصى من 40-49، لكن بالنسبة للرجال لا يوجد سن معين للتوقف عن الإنجاب.

خلاصة الفصل الخامس:

ما يمكن استخلاصه من دراستنا الميدانية التي تمت بمراكز حماية الأمومة والطفولة لمدينة وهران، أن النساء اللاتي يستعملن وسائل منع الحمل هن من مختلف الفئات العمرية، وتتقارب النسب في هذه الفئات بالإضافة الى تأثير العوامل السوسيوديمغرافية والثقافية والاجتماعية على استعمال موانع الحمل لدى النساء بشكل مباشر، إضافة الى الثقافة الصحية المكتسبة في السنوات الأخيرة من قبل الزوجين أثرت وبشكل مباشر على كيفية اختيار الطريقة المناسبة للزوجين، بحث تراعي فيه صحة المرأة وتأثير موانع الحمل على صحتها.

الفصل السادس

تحليل نتائج الدراسة الميدانية

تمهيد

في هذا الفصل تعرضنا الى مجموعة من المتغيرات التي من خلالها نتعرض الى نتائج الدراسة الميدانية التي أجريت في مختلف المراكز رعاية الطفولة والأمومة لمدينة وهران.

ولقد تعرضنا الى المعرفة بوسائل منع الحمل وبعدها استعمال موانع الحمل حسب المستوى التعليمي، استعمال موانع الحمل حسب الوسيلة والمستوى تعليمي، بداية استعمال وسيلة منع الحمل، استعمال موانع الحمل حسب الحالة الفردية، استعمال موانع الحمل وعدد الأطفال، استعمال موانع الحمل حسب الوسيلة و سن الزواج الأول، استعمال موانع الحمل ونوع المسكن، أسباب الامتناع عن استعمال موانع الحمل، قرار استعمال موانع الحمل، استعمال موانع الحمل في المستقبل.

1. المستوى التعليمي والعمر

أغلبية النساء المبحوثات ذات مستوى تعليمي عالي، يأتي في المرتبة الأولى المستوى الجامعي بمجموع مرتفع 405 امرأة و أكبر تكرار كان في الفئة العمرية [25-29] يليها الثانوي بمجموع 268 وأكبر تكرار في الفئة العمرية [25-29]، والمتوسط بمجموع 197 ويتكرر في الفئة العمرية [35-39] [وإبتدائي بمجموع 77 ويتكرر في الفئة العمرية [35-39] وفي الأخير النساء من دون مستوى بمجموع 53 ويتكرر الكبير في الفئة العمرية [40-49] بترتيب تنازلي من أعلى مستوى إلى أدنى مستوى .

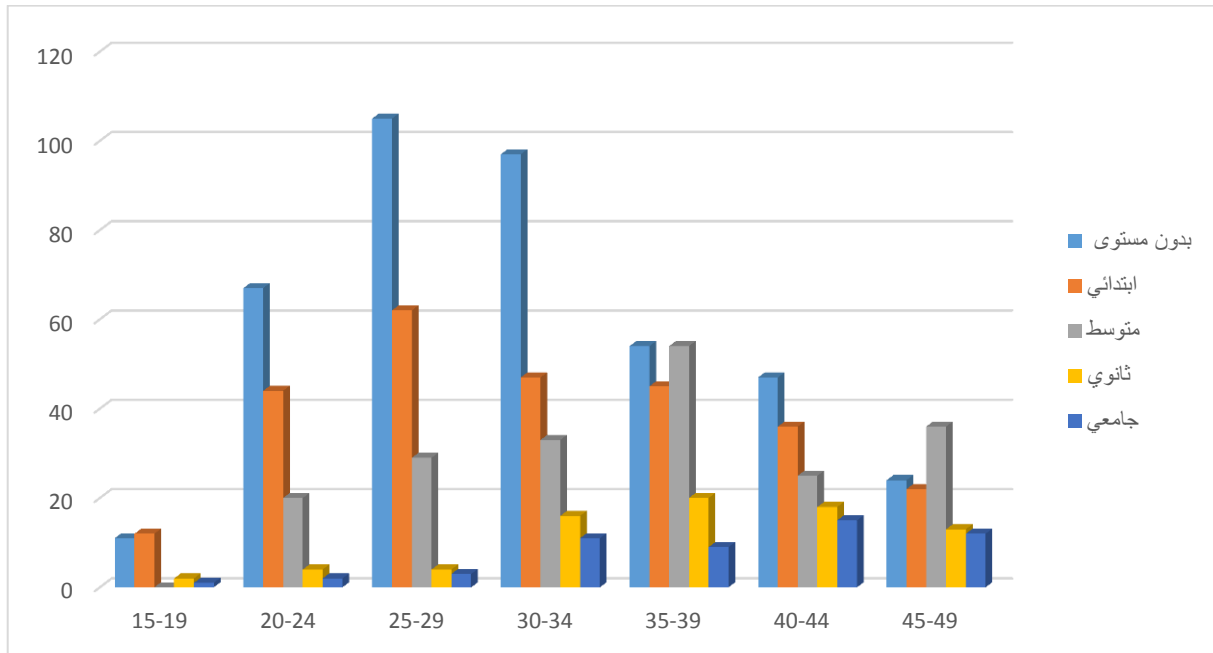
1- المستوى التعليمي والعمر

الجدول 46: المستوى التعليمي والعمر للنساء المبحوثات

المجموع	التعليمي المستوى					الفئات العمرية
	جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	بدون مستوى	
26	11	12	0	2	1	15-19
137	67	44	20	4	2	20-24
203	105	62	29	4	3	25-29
204	97	47	33	16	11	30-34
182	54	45	54	20	9	35-39
141	47	36	25	18	15	40-44
107	24	22	36	13	12	45-49
1000	405	268	197	77	53	المجموع

المصدر نتائج البحث الميداني

الشكل 49: المستوى التعليمي والعمر للنساء المبحوثات



من اعداد الباحثة اعتماد على المسح

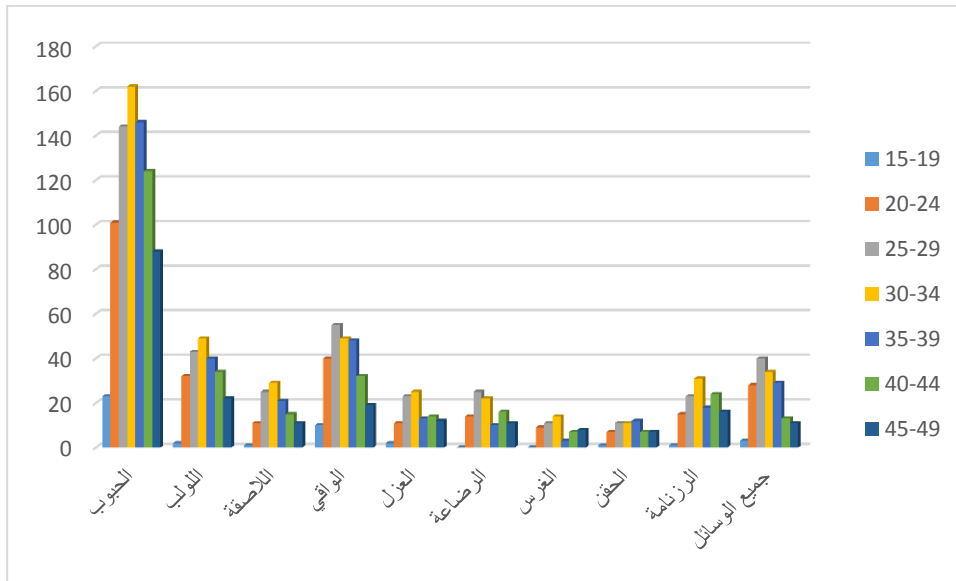
2. استعمال وسائل منع الحمل حسب الوسيلة وحسب الفئات العمرية

الجدول 47: استعمال موانع الحمل حسب الوسيلة والفئات العمرية لدى النساء المبحوثات

العمر	الحمل منع وسائل أنواع									
	الحبوب	اللولب	اللاصقة	الواقى	العزل	الرضاعة	الغرس	الحقن	الرزنامة	جميع الوسائل
15-19	23	2	1	10	2	0	0	1	1	3
20-24	101	32	11	40	11	14	9	7	15	28
25-29	144	43	25	55	23	25	11	11	23	40
30-34	162	49	29	49	25	22	14	11	31	34
35-39	146	40	21	48	13	10	3	12	18	29
40-44	124	34	15	32	14	16	7	7	24	13
45-49	88	22	11	19	12	11	8	7	16	11
المجموع	788	222	113	253	100	98	52	56	128	158

المصدر نتائج البحث الميداني

الشكل 50: إستعمال موانع الحمل حسب الوسيلة والفئات العمرية لدى النساء المبحوثات



من اعداد الباحثة اعتماد على المسح

وحسب ما يلاحظ من خلال نتائج المسجلة في الجدول فان الفئات العمرية التي تستعمل الحبوب وبأعلى نسبة هي فئة 30-34 وتليها الفئة العمرية 35-39 وهذا الاستعمال في جميع الوسائل، لتنتقل بعدها للفئة 25-29 التي تحتل المرتبة الثالثة في استعمال موانع الحمل والتي يمكن تفسير ذلك بان النساء في هذه المرحلة تكون قد انجبت طفل او طفلين وهي في مرحلة التربية ، لتليها بعد ذلك الفئة 40-44 وهذه الفئة في

اغليبيتها تكون قد انجبت العدد الكافي من الأطفال وهي في بداية مرحلة الراحة وعدم التفكير نهائيا في الانجاب الا نسبة قليلة التي ترغب في الانجاب من اللواتي كان زواجهن متأخر او انجابهن متأخر فقط.

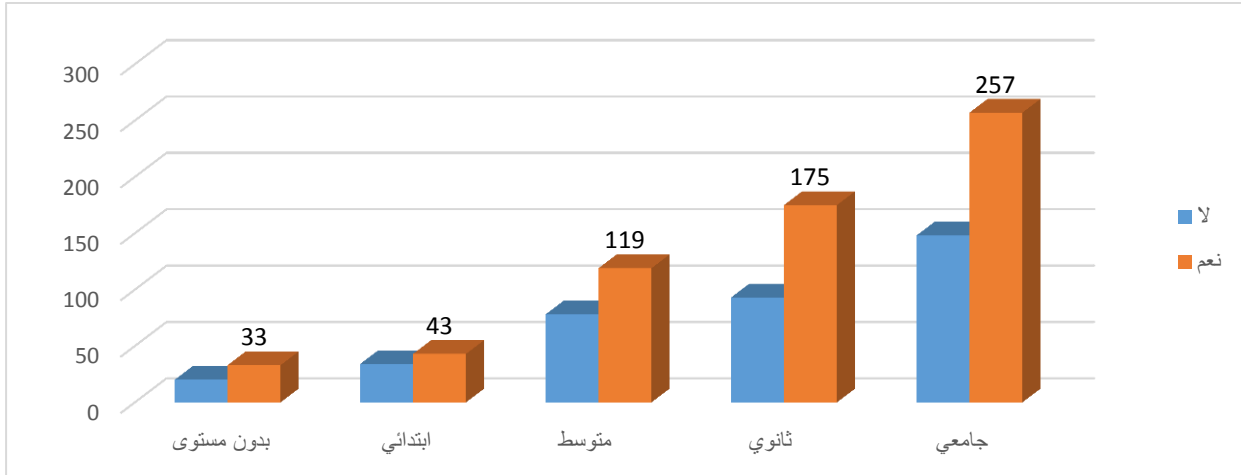
اما المرتبة الخامسة فكانت للفئة العمرية 20-24 وهي الفئة الأكثر شبابا واغليبيتها في مرحلة التكوين الجامعي والتي لا ترغب في الانجاب في هذه المرحلة حتى إتمام دراستها الجامعية على الأقل لنيل شهادة ليسانس لكي تنفرغ للإنجاب والتربية، والمرتبة السادسة كانت لآخر فئة عمرية وهي 45-49 التي اغليبيتها ليست لديها الرغبة في الانجاب ، وبسبب العمر وخاصة اذا كان لديها عدد الأطفال الكافي ، وكأخر فئة هي الفئة 15-19 و كانت فيها نسبة استعمال موانع الحمل ضعيفة وذلك راجع الى صغر سن وقلة حالات الزواج فيها ورغبتهم في الانجاب .

3. المستوى التعليمي ووسائل منع الحمل

المستوى التعليمي لدى المرأة هو من اهم محددات الخصوبة فهو يعتبر متغير مباشر في تغيير مستويات الخصوبة، لذا ما يلاحظ على نتائج دراستنا ان النساء ذوات المستوى التعليمي العالي هن أكثر استعمالا لوسائل منع الحمل، وهذا راجع لعدة عوامل وهي العمل والوعي الصحي واكتسابهن ثقافة صحية إضافة الى خوفهن على صحتهم يتجنبن إنجاب عدد كبير من الأطفال.

وبليها المستوى الثانوي الذي يحتل نسبة عالية من استعمال موانع الحمل وخاصة الحبوب، وبليها الوافي الذكري بعدها اللولب والرزنامة التي عرفت ارتفاعا في نسب الاستعمال، ضف اليها اللاصقة والعزل، وفي اغليبيتها وسائل غير هرمونية التي عرفت اقبال كبير في الاستعمال وبعدها تأتي الحقن والرضاعة والغرس بنفس النسب.

الشكل 51: المستوى التعليمي واستخدام وسائل منع الحمل



من اعداد الباحثة اعتماد على البحث

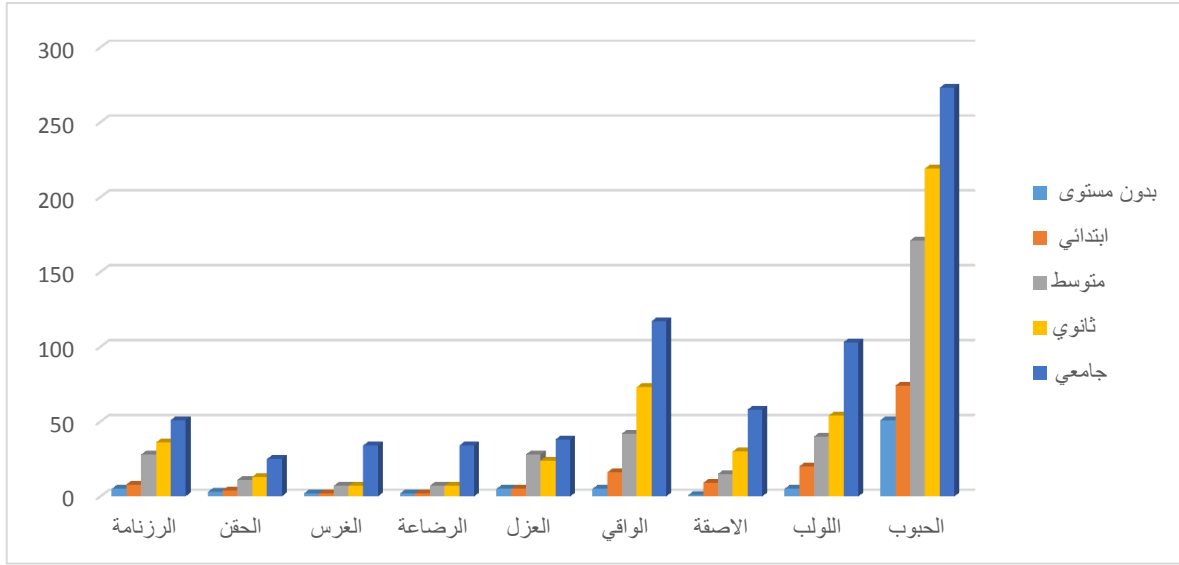
4. استعمال موانع الحمل حسب الوسيلة والمستوى التعليمي

الجدول 48: إستعمال موانع الحمل حسب الوسيلة والمستوى التعليمي لدى النساء المبحوثات

المجموع	الحمل منع وسائل أنواع									المستوى التعليمي
	الرزنامة	الحقن	الغرس	الرضاعة	العزل	الواقى	الاصقة	اللؤلؤ	الحبوب	
79	5	3	2	2	5	5	1	5	51	بدون مستوى
140	8	4	2	2	5	16	9	20	74	ابتدائي
349	28	11	7	7	28	42	15	40	171	متوسط
463	36	13	7	7	24	73	30	54	219	ثانوي
733	51	25	34	34	38	117	58	103	273	جامعي
1764	128	56	52	52	100	253	113	222	788	المجموع

المصدر نتائج البحث الميداني

الشكل 52: إستعمال موانع الحمل حسب الوسيلة والمستوى التعليمي لدى النساء المبحوثات



من اعداد الباحثة اعتماد على المسح

5. نسب المعرفة بوسائل منع الحمل

الجدول 49: نسبة المعرفة بوسائل منع الحمل حسب راي النساء المبحوثات

المجموع	كل الوسائل	الرزنامة	الحقن	الغرس	الرضاعة	العزل	الواقي	اللاصقة	اللولب	الحبوب	وسائل منع الحمل
1968	158	128	56	52	98	100	253	113	222	788	التكرارات
	15.8	12.8	5.6	5.2	9.8	10	25.3	11.3	22.2	78.8	النسب %

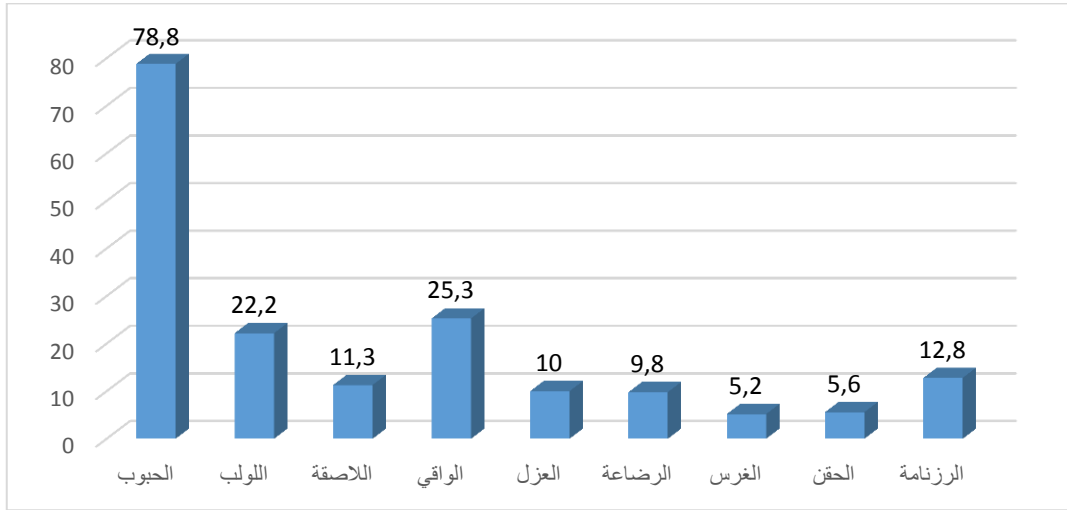
المصدر نتائج البحث الميداني

ان استعمال موانع الحمل يتطلب على الأقل المعرفة بواحد من هذه الوسائل، وفي الاستمارة قمنا بإدراج أسئلة تخص المعرفة بوسائل منع الحمل تم ذكرها للمبحوثات وتتمثل في جميع الوسائل على العموم وهي الحبوب، اللولب، الواقي الذكري، الغرس، الحقن، الرزنامة، العزل، اللاصقة، الرضاعة، وازافة خانة خاصة بإضافة فيما يكون هناك وسيلة أخرى لم نقم بذكرها ضمن سؤال أخرى، كما قمنا بشرح بسيط او توضيح بالعامية للنساء ذوات مستوى ثقافي وتعليمي محدود ويكون المصطلح مبهم لديهن.

لقد بينت الدراسة ان اغلبية المبحوثات يعرفن على اقل وسيلة واحد ومتمثلة في الحبوب حيث قدرت ب 78% ثم تلاها الواقي بنسبة 25% وبعدها اللولب 22.2%، كذلك لوحظ ارتفاع في نسبة معرفة استعمال وسيلة الرزنامة الى 12.8% واللاصقة كذلك تم معرفتها بشكل ملحوظ 11.3%، وتلتها الرضاعة بنسبة 9.8% وهي بالنسبة لبعض السيدات ليست وسيلة منع الحمل بطريقة مباشرة لكن مع الشرح للمبحوثات واقناعهن بها كوسيلة طبيعية تقليدية مثل العزل الذي قدر ب 10%، والذي اعتبرته بعض السيدات ليست وسيلة منع الحمل في اعتقادهم ولكن البعد عن العلاقة الزوجية في فترة معينة لا غير لتجنب الحمل، إضافة الى الغرس الذي قدر ب 5.2% وهي وسيلة جديدة على المجتمع الجزائري وتتطلب إمكانيات مادية ومستوى ثقافي صحي مميز وخاص، الحقن كذلك قدرت ب 5.6% وهي نسبة خست فئة معينة من نساء المجتمع الجزائري التي لديهن مستوى ثقافي صحي لا باس به.

ويرجع هذا التفاوت بمعرفة وسائل منع الحمل الى عدة عوامل منها العوامل السوسيوثقافية والثقافة الصحية للمرأة والمجتمع الجزائري ، فأغلبية المجتمع الجزائري تسود عنده فكرة وسائل منع الحمل هي الحبوب و فقط لذا كانت نسب المعرفة بالوسائل متفاوتة وواضحة ، وفيما يخص بقية الوسائل وخاصة الحديثة منها مثل الغرس والحقن لم تكن معروفة لعدة أسباب ، وهي غياب الوعي الصحي والاعلام لدى مصالح رعاية الامومة والطفولة وحتى وسائل الاعلام التي تروج الى هذه المنتوجات ، لذا لاحظنا مجموعة قليلة من النساء التي تستعملها وهن المثقفات منهن .

الشكل 53: المعرفة بوسائل منع الحمل حسب رأي النساء المبحوثات



من اعداد الباحثة اعتماد على المسح

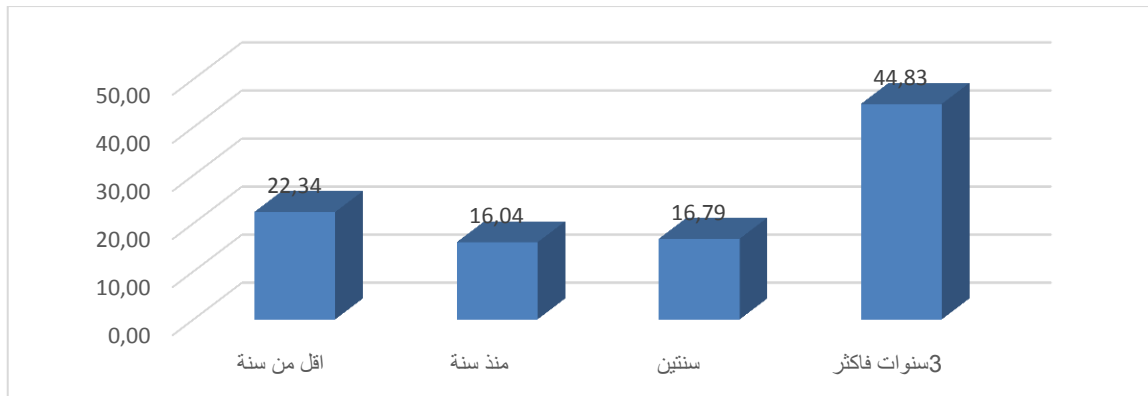
6. بداية استعمال موانع الحمل

الجدول 50: بداية استعمال موانع الحمل حسب رأي النساء المبحوثات

النسب	التكرارات	منذ متى تستعملين وسائل منع الحمل
22.34%	149	اقل من سنة
16.04%	107	منذ سنة
16.79%	112	سنتين
44.83%	299	3سنوات فأكثر
100%	667	المجموع

المصدر نتائج البحث الميداني

الشكل 54: بداية استعمال موانع الحمل حسب رأي النساء المبحوثات



من اعداد الباحثة اعتماد على المسح

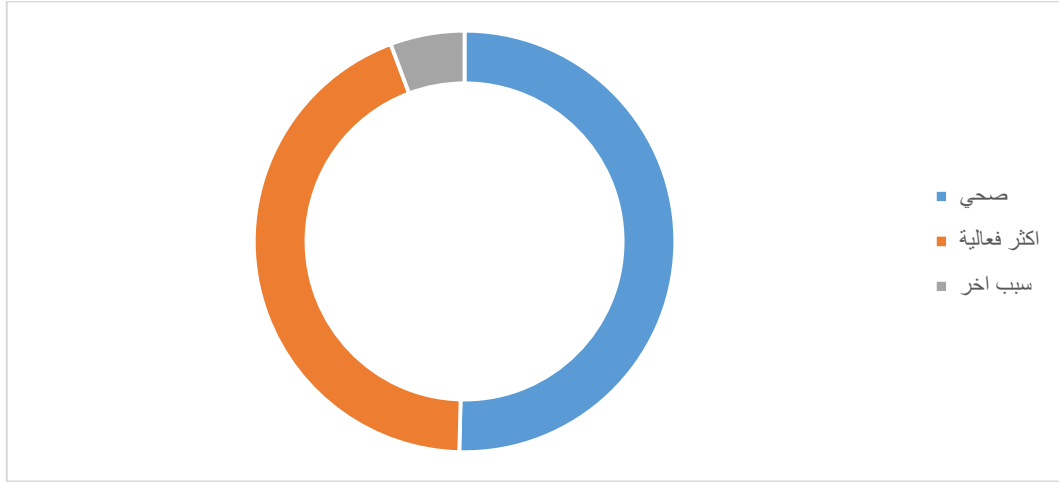
7. أسباب تغيير الوسيلة

الجدول 51: أسباب تغيير وسيلة منع الحمل حسب رأي المبحوثات

النسب %	التكرارات	الأسباب
50,4	504	صحي
43,9	439	أكثر فعالية
5,7	57	سبب اخر
100	1000	المجموع

المصدر نتائج البحث الميداني

الشكل 55: أسباب تغيير وسيلة منع الحمل حسب رأي المبحوثات



من اعداد الباحثة اعتماد على المسح

8. إستعمال موانع الحمل حسب الحالة الفردية

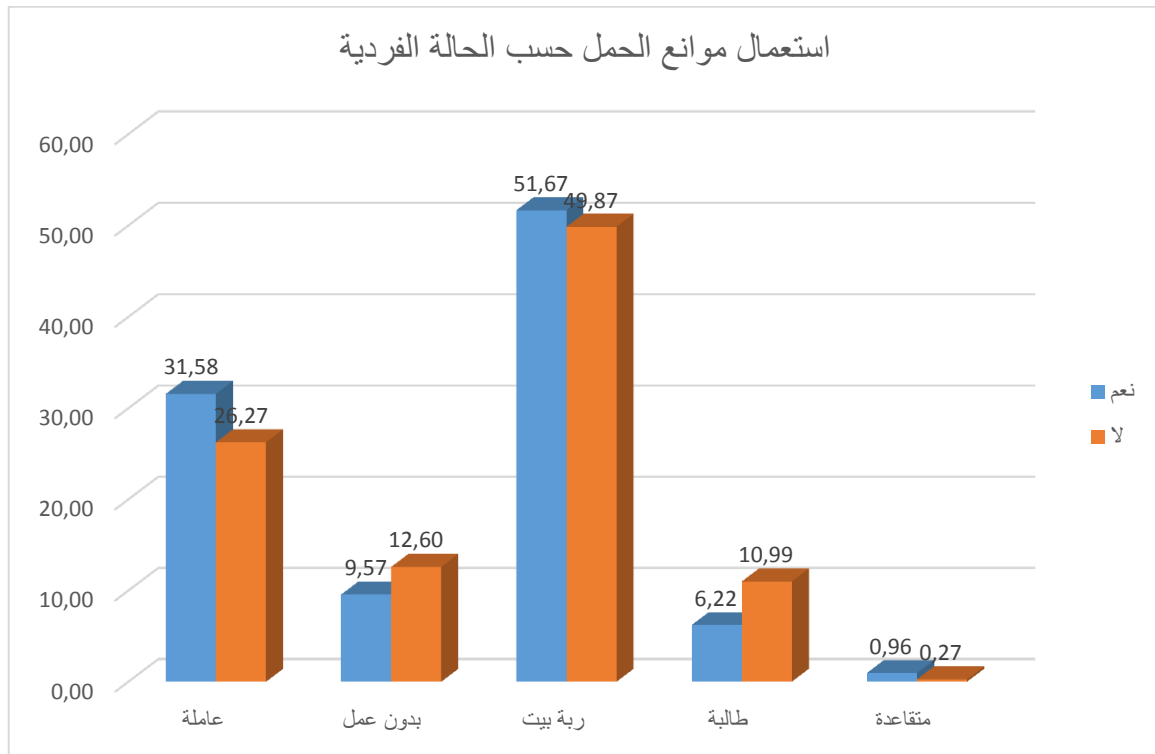
تعتبر الحالة الفردية من اهم محددات الخصوبة لدى المرأة وما يلاحظ على نتائج دراستنا ان اكثر من 51% من نساء العينة هن نساء ماكثات في البيت و 26.6% منهن نساء عاملات و 10.7% منهن عاطلات عن العمل (بصدد البحث عن عمل) و 8% هن نسبة الطالبات و 0.7% نسبة المتقاعدات ، لذا نرى ان هناك اختلاف في الذهنيات والمستوى الثقافي لكل فئة منهن ، فما هو ملاحظ ان استعمال الحبوب كان بنسب مرتفعة لدى النساء الماكثات بالبيت، وتليها النساء العاملات في استعمال الحبوب و النساء بدون عمل التي تستعملن الحبوب وهي الوسيلة الأكثر إستعمالا، وبعدها الطالبات يستعملن الحبوب بكثرة من الوسائل الأخرى لسهولة توفرها .

الجدول 52: إستعمال موانع الحمل حسب الحالة الفردية وذلك حسب رأي النساء المبحوثات

نعم	لا	الحالة الفردية
31.58%	26.27%	عاملة
9.57%	12.60%	بدون عمل
51.67%	49.87%	ربة بيت
6.22%	10.99%	طالبة
0.96%	0.27%	متقاعدة
100%	100%	المجموع

المصدر نتائج البحث الميداني

الشكل 56: إستعمال موانع الحمل حسب الحالة الفردية وذلك حسب رأي النساء المبحوثات



من اعداد الباحثة اعتماد على المسح

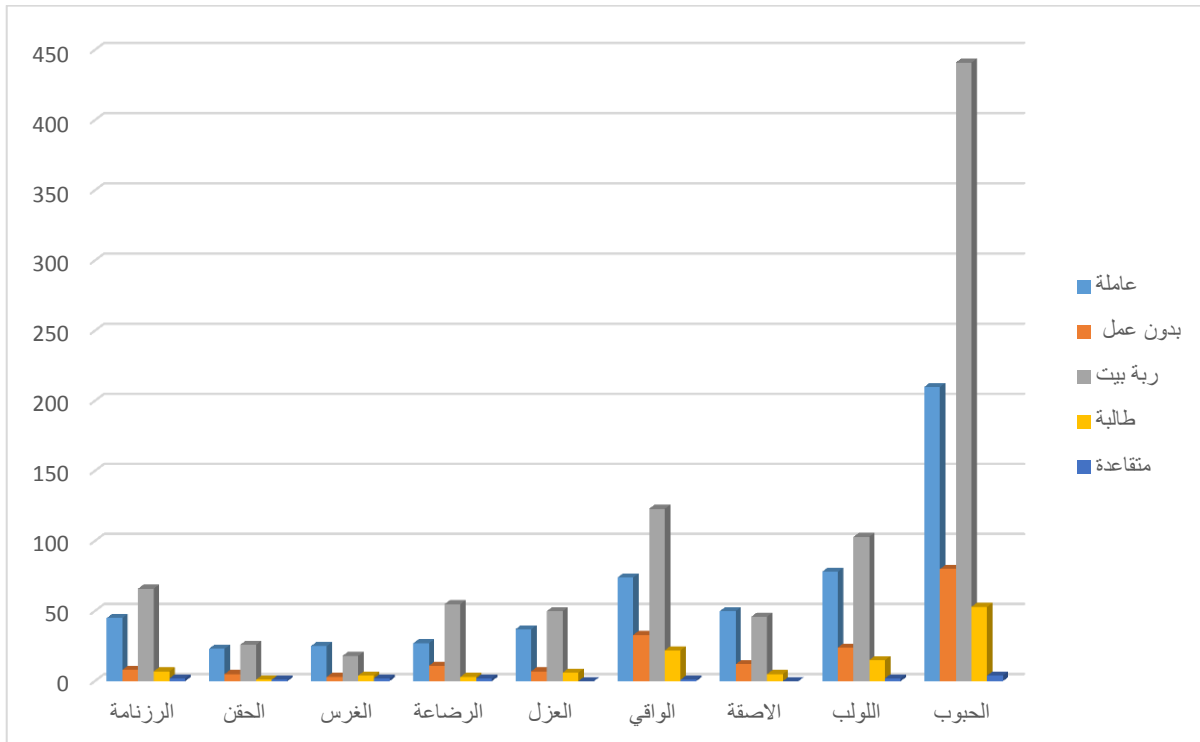
9. استعمال موانع الحمل حسب الوسيلة المستعملة والحالة الفردية

الجدول 53: إستعمال موانع الحمل حسب الوسيلة المستعملة والحالة الفردية وذلك حسب رأي النساء المبحوثات.

المجموع	الحمل منع وسائل أنواع									
	الربوابة	الحقن	الغرس	الرضاعة	العزل	الواقي	اللاصقة	اللؤلؤ	الحبوب	
569	45	23	25	27	37	74	50	78	210	عاملة
183	8	5	3	11	7	33	12	24	80	بدون عمل
928	66	26	18	55	50	123	46	103	441	ربة بيت
116	7	1	4	3	6	22	5	15	53	طالبة
14	2	1	2	2	0	1	0	2	4	متقاعدة
1810	128	56	52	98	100	253	113	222	788	المجموع

المصدر نتائج البحث الميداني

الشكل 57: إستعمال موانع الحمل حسب الوسيلة المستعملة والحالة الفردية وذلك حسب رأي النساء المبحوثات.



من اعداد الباحثة اعتماد على المسح

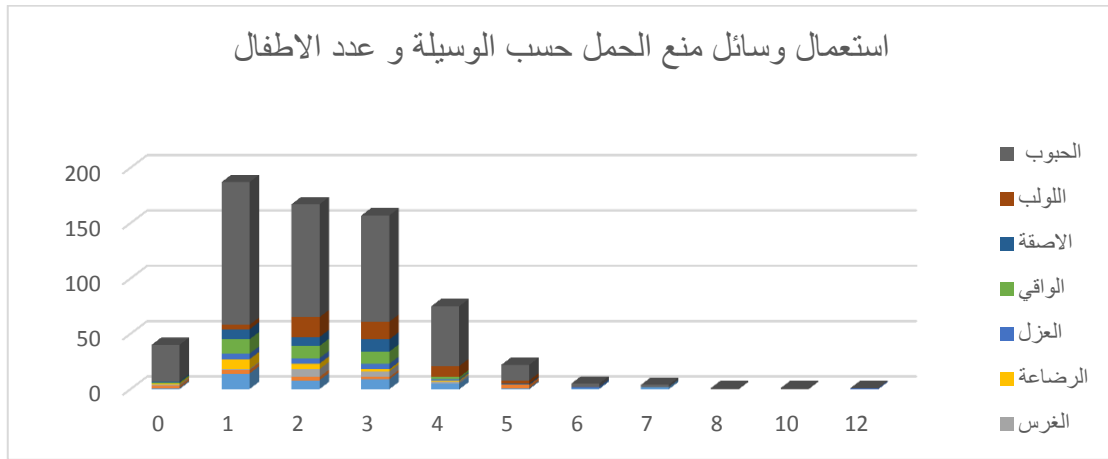
10. وسائل منع الحمل حسب الوسيلة وعدد الأطفال الأحياء

الجدول 54: إستعمال وسائل منع الحمل حسب الوسيلة وعدد الأطفال الأحياء وذلك حسب رأي النساء المبحوثات

أنواع وسائل منع الحمل									عدد الأطفال
الربوامة	الحقن	الغرس	الرضاعة	العزل	الواقى	اللاصقة	اللولب	الحبوب	
1	2	1	1	0	1	1	0	33	0
31	8	13	17	15	35	28	38	327	3-1
7	3	2	1	2	2	1	13	71	4-6
2	0	0	0	1	0	0	0	4	7-12
41	13	16	18	18	38	30	51	435	المجموع

المصدر نتائج البحث الميداني

الشكل 58: إستعمال وسائل منع الحمل حسب الوسيلة وعدد الأطفال الأحياء وذلك حسب رأي النساء المبحوثات



من اعداد الباحثة اعتماد على المسح

يعتبر عدد الأطفال من العوامل الأكثر تأثيراً على إستعمال وسائل منع الحمل فكثرت حالات الحمل والولادات المتكررة تؤثر وبصفة مباشرة على صحة المرأة، ولذا ومن خلال ملاحظتنا لنتائج الجدول يتضح لنا ان كثرة استعمال موانع الحمل تكون لدى النساء التي لديهن طفل واحد وتليها النساء التي لديهن طفلين وكما

زاد عدد الأطفال تقل نسبة استعمال موانع الحمل وهذا راجع الى ارتفاع عمر المرأة وخوفها على صحتها من المضاعفات التي تسببها وسائل منع الحمل.

والوسيلة الأكثر من بين كل الوسائل هي الحبوب بعدها يأتي اللولب كوسيلة غير هرمونية ولها نتائج جد إيجابية حسب رأي المبحوثات وتجربتهم الشخصية، وبعدها الرزنامة التي عرفت اقبال في الاستعمال لنجاحتها و إيجابياتها وعدم تأثيرها على صحة المرأة.

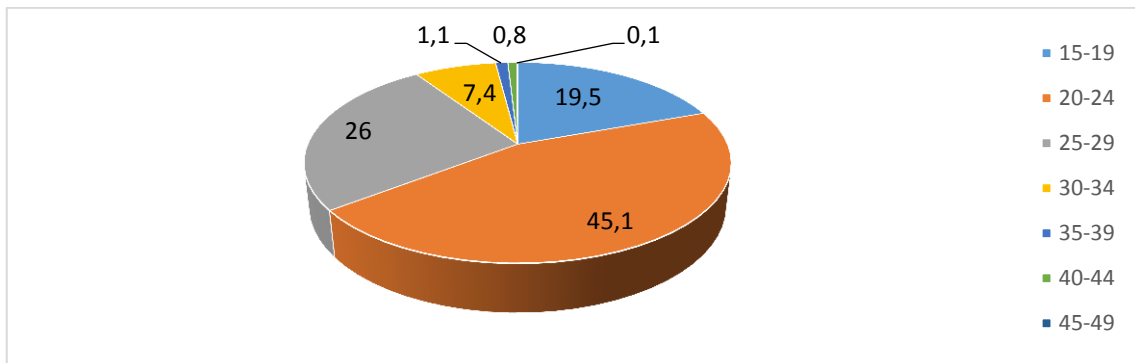
11. استعمال وسائل منع الحمل حسب الوسيلة وسن الزواج الأول

الجدول 55: نسب استعمال وسائل منع الحمل حسب الوسيلة وسن الزواج الأول حسب رأي النساء المبحوثات

النسب	التكرارات	الفئات العمرية
19,5	195	15-19
45,1	451	20-24
26	260	25-29
7,4	74	30-34
1,1	11	35-39
0,8	8	40-44
0,1	1	45-49
100	1000	المجموع

المصدر نتائج البحث الميداني

الشكل 59: نسب استعمال وسائل منع الحمل حسب الوسيلة وسن الزواج الأول حسب رأي النساء المبحوثات



من اعداد الباحثة اعتماد على المسح

من خلال نتائج دراستنا يتضح لنا ان استعمال موانع الحمل حسب سن الزواج كان مرتفع في الفئة العمرية 20-24 وهذا راجع الى عدة عوامل، كونها الفئة الأكثر شباب وهي في فترة الدراسة الجامعية على العموم، إضافة الى الذهنيات النساء في هذه الفترة العمرية لمعرفة الوضعية الاجتماعية للأسرة قبل الانجاب وحتى في حالة إنجاب طفلها الأول فهي في مرحلة التربية التي تأخذ منها وقت طويل.

وتليها الفئة العمرية 25-29 التي تقل فيها نسب استعمال وسائل منع الحمل وذلك راجع الى عمر المرأة الذي يؤول الى الثلاثينات وإضافة الى اغلبية النساء في هذا السن يكن لقد أكملن مرحلة الدراسة الجامعية.

اما الفئة العمرية 15-19 تكون فيها نسبة استعمال وسائل منع الحمل ضعيفة وكذلك الفئة العمرية 30-34 التي تسعى فيها النساء للإنجاب دون اللجوء الى استعمال موانع الحمل ، وكذلك الفئة العمرية 35-39 التي تستدرك ما فاتها من سنوات الانجاب فهي تبتعد كل البعد عن استعمال اية وسيلة منع الحمل وخاصة الفئة العمرية الأخيرة وما قبلها 44-49 و الفئة 40-44 ، فهتتين الفئتين لا تستعملن اية وسلة منع الحمل نهائيا املا منها في حصول الحمل وانجاب اكبر عدد ممكن من الأطفال لاحتتمالية الضعيفة لحصولها على أطفال في هذا السن المتأخر الذي حصل فيه الزواج.

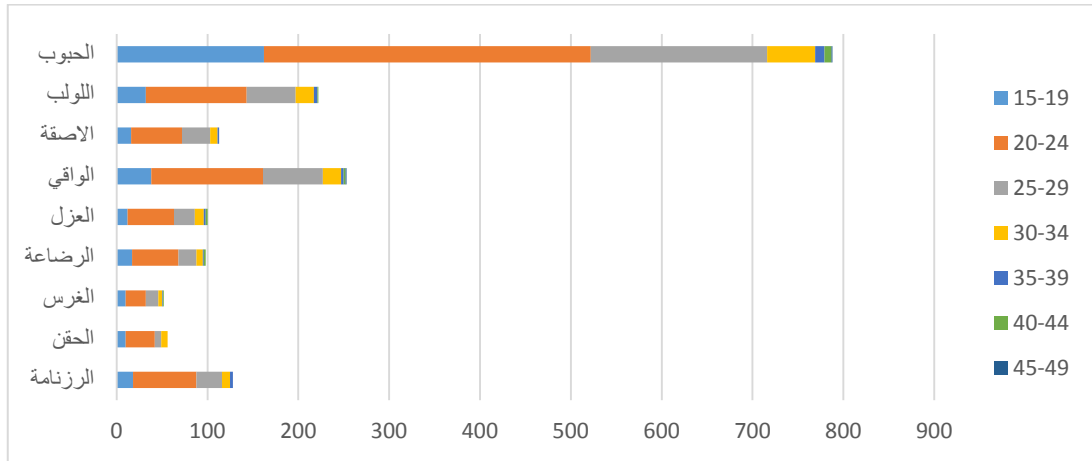
12. إستعمال موانع الحمل حسب الوسيلة والسن عند الزواج الأول

الجدول 56: إستعمال موانع الحمل حسب الوسيلة والسن الزواج الأول حسب رأي النساء المبحوثات

المجموع	أنواع وسائل منع الحمل									الفئات العمرية
	الرزنامة	الحقن	الغرس	الرضاعة	العزل	الواقى	اللاصقة	اللولب	الحبوب	
315	18	10	10	17	12	38	16	32	162	15-19
876	70	32	22	51	51	123	56	111	360	20-24
437	28	7	14	20	23	66	31	54	194	25-29
138	9	7	4	7	10	20	8	20	53	30-34
26	3	0	1	1	2	3	2	4	10	35-39
16	0	0	1	2	2	2	0	1	8	40-44
2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	45-49
1810	128	56	52	98	100	253	113	222	788	المجموع

المصدر نتائج البحث الميداني

الشكل 60: إستعمال موانع الحمل حسب الوسيلة والسن الزواج الأول حسب رأي النساء المبحوثات



من اعداد الباحثة اعتماد على المسح

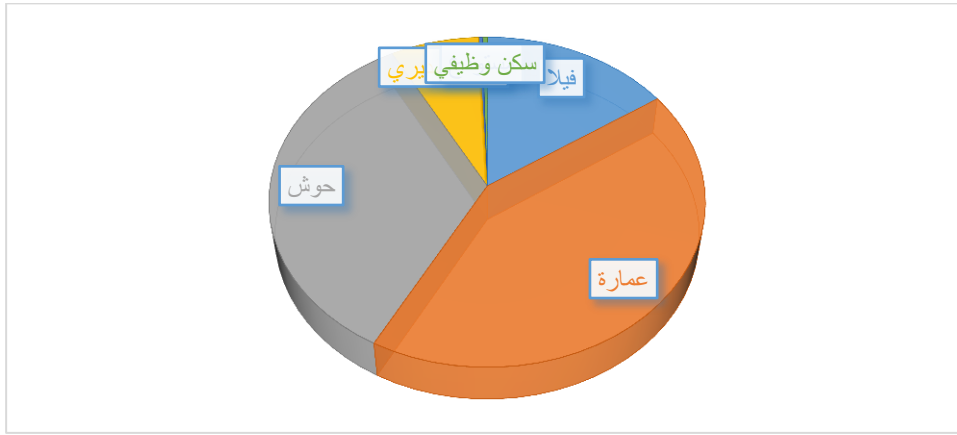
13. نوع المسكن وإستعمال وسائل منع الحمل حسب الوسيلة

الجدول 57: إستعمال وسائل منع الحمل حسب نوع المسكن وذلك حسب رأي النساء المبحوثات

نوع المسكن	تكرارات	النسب
فيلا	155	15,5
عمارة	424	42,4
حوش	342	34,2
بناء قصديري	72	7,2
مستودع	3	0,3
سكن وظيفي	4	0,4
المجموع	1000	100

المصدر نتائج البحث الميداني

الشكل 61: نسب إستعمال وسائل منع الحمل حسب نوع المسكن وذلك حسب رأي النساء المبحوثات



من اعداد الباحثة اعتماد على المسح

14. نوع المسكن واستعمال وسائل منع الحمل حسب الوسيلة

يعتبر المسكن ضرورة من ضروريات العيش الكريم والاستقرار العائلي والاسري لذا ومن خلال نتائج دراستنا الميدانية، نلاحظ ان اكبر نسبة لاستعمال موانع الحمل كانت لدى النساء المقيمات في العمارات لما لها من تأثير الغير مباشر لإجبار النساء على استعمال موانع الحمل، وكانت النسب مرتفعة في جميع وسائل منع الحمل مقارنة بأماكن الإقامة الأخرى ، فالحبوب كانت تتصدر قائمة الموانع ويليهما اللولب وبعدها الواقي والرضاعة ، التي عرفت ارتفاع في الاستعمال مقارنة بالسنوات الماضية، إضافة الى العزل واللاصقة بنسب متقاربة والغرس والحقن كذلك بنسب متقاربة.

لنأتي في المرتبة الثانية مكان الإقامة الحوش أو البيوت التقليدية نسبة الاستعمال كانت مرتفعة في جميع وسائل منع الحمل، ويرجع هذا الارتفاع الى كون النساء معظمهن ساكنات مع عائلات الزوج أو مع أهلهم، لذا فهن يعانين من أزمة السكن وضيق في المسكن وعدم الإحساس بالاستقرار الاسري كون الاسرة تحس انها في غير ملكيتها الخاصة لذا تضع مخططها العائلي لتجنب الحمل والولادات المتكررة بسبب ضيق المسكن.

ولكن أصحاب البناء القصديري لديهم تفكير مختلف بحيث تقل نسب استعمال موانع الحمل لديهم، وذلك قصد إنجاب أكبر عدد ممكن من الأطفال من أجل الحصول على سكن اجتماعي.

اما النساء القاطنات في الفيلات فكانت نسب الاستعمال لموانع الحمل في معدل المتوسط فهن لا يعانين من أزمة في السكن لكن فكرة الانجاب لديهن تكون بطريقة محسوبة ومخطط لها، فمعظم المقيمات في الفيلات ذوات مستوى اجتماعي وثقافي ودراسي لباس به، إضافة الى ان معظمهن ذوات مناصب عالية لذا عملية الانجاب لديهن تكون ضمن مخطط مسبق حتى لا تتصادم مع حياتهم اليومية والعلمية.

اما أصحاب السكنات الوظيفية فأغلبيتهن يستعملن حبوب منع الحمل واللولب وحتى اللاصقة والواقي والرضاعة والغرس، وكانت نسبتهن ضعيفة وهذا راجع لقلتهن في عينة الدراسة.

من خلال دراستنا تصادفنا بأسر مقيمة في مستودعات وكان العدد قليل، واغلبيتهن يستعملن حبوب منع الحمل واللولب والواقي وحتى الرضاعة وهذا بسبب أزمة السكن.

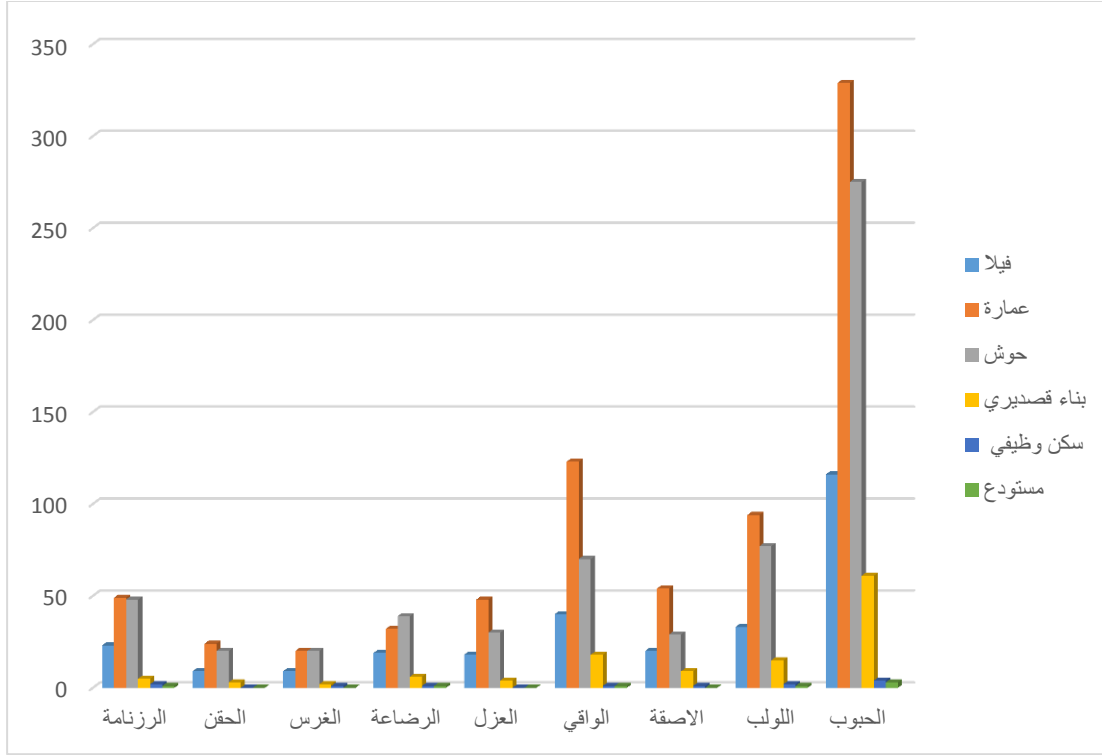
الجدول 58: إستعمال وسائل منع الحمل حسب الوسيلة ونوع المسكن حسب رأي النساء المبحوثات

نوع المسكن	الحيوب	اللولب	الاصقة	الواقي	العزل	الرضاعة	الغرس	الحقن	الرزنامة	المجموع
فيلا	116	33	20	40	18	19	9	9	23	287
عمارة	329	94	54	123	48	32	20	24	49	773
حوش	275	77	29	70	30	39	20	20	48	608
بناء قصديري	61	15	9	18	4	6	2	3	5	123

12	2	0	1	1	0	1	1	2	4	سكن وظيفي
7	1	0	0	1	0	1	0	1	3	مستودع
1810	128	56	52	98	100	253	113	222	788	المجموع

المصدر نتائج البحث الميداني

الشكل 62: إستعمال وسائل منع الحمل حسب الوسيلة ونوع المسكن حسب رأي النساء المبحوثات



من اعداد الباحثة اعتماد على المسح

15. أسباب الامتناع عن استعمال وسائل منع الحمل

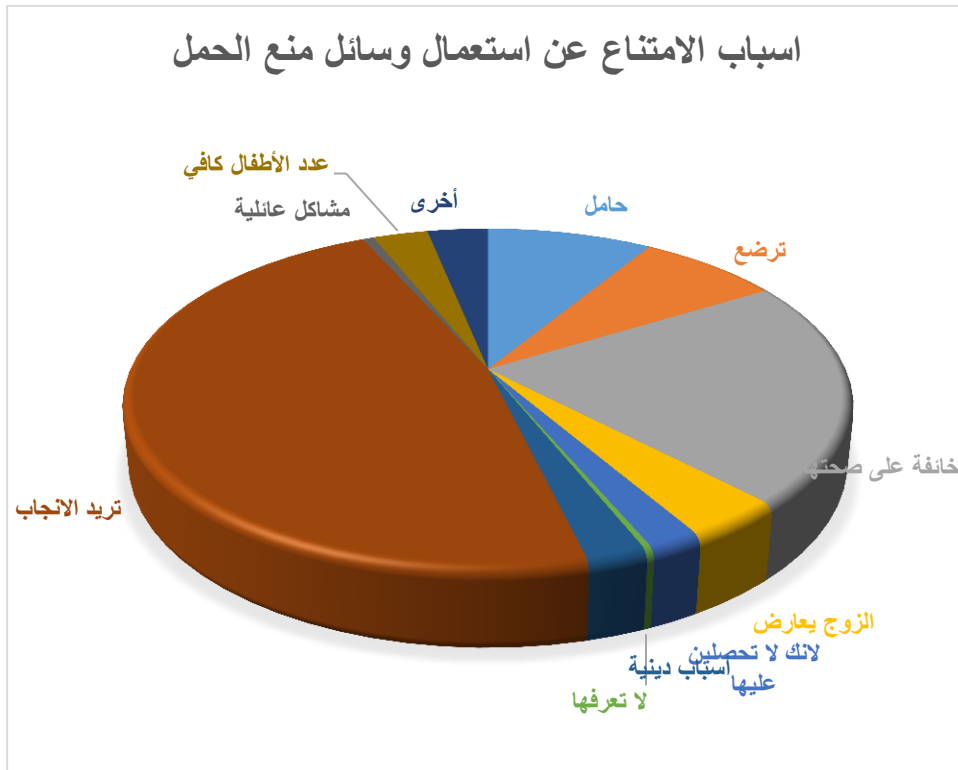
الجدول 59: أسباب الإمتناع عن إستعمال وسائل منع الحمل حسب رأي النساء المبحوثات

النسب	التكرارات	أسباب الامتناع عن استعمال وسائل منع الحمل
8.72%	30	حامل
7.56%	26	ترضع
21.51%	74	خائفة على صحتها
3.78%	13	الزوج يعارض
2.03%	7	لأنك لا تحصلين عليها

0.29%	1	لا تعرفها
2.33%	8	أسباب دينية
47.09%	162	تريد الانجاب
0.58%	2	مشاكل عائلية
2.91%	10	عدد الأطفال كافي
3.20%	11	أخرى
100%	344	المجموع

المصدر نتائج البحث الميداني

الشكل 63: أسباب الإمتناع عن إستعمال وسائل منع الحمل حسب رأي النساء المبحوثات



من اعداد الباحثة اعتماد على المسح

حسب نتائج دراستنا يتضح لدينا ان نسبة لا يستهان بها من النساء لا يستعملن وسائل منع الحمل وهذا راجع لعدة أسباب ،ومنها من تريد الانجاب بنسبة 47.09% من اصل عينة مكونة من 1000 امرأة 344 منهن لا يستعملن وسائل منع الحمل ، بالإضافة الى النساء اللاتي تردن الانجاب، وهناك منهن من تخاف على صحتها فتمتنع عن استعمال موانع الحمل ، إضافة الى النساء الحاملات لا يمكن لهن استعمال اية وسيلة

منع الحمل وهي بنسبة 8.72% ، كذلك النساء المرضعات التي لا تستعملن اية وسيلة منع الحمل الهرمونية وتكتفي بالوسيلة الطبيعية والتي هي الرضاعة (التي لا تعتبرها وسيلة من حمل).

إضافة الى معارضة الزوج لاستعمال موانع الحمل بنسبة 3.78% ممكن في هذه الحالة الزوج يستعمل وسيلة منع الحمل لكنه يمنع زوجته من الاستعمال ، وضم الى ذلك من يلجا الى الأسباب الدينية التي تعارض استعمال موانع الحمل، ولقد صرحن النساء بذلك بنسبة 2.33% ، ومنهن من لا يحصلن على اية وسيلة هرمونية وهذا بسبب نقص التوعية الصحية والاعلام وذلك بنسبة 2.03% وهي نسبة ضعيفة مقارنة بمكان الإقامة وهران فهو مجتمع حضري، ضم الى ذلك المشاكل العائلية بنسبة 0.58% و سبب اخر صرحن بهن النساء المبحوثات هو ان لديهن العدد الكافي من الأطفال أي انجنين ما يرينه كافي ولسن بحاجة الى انجاب المزيد بنسبة 2.91%.

16. استعمال موانع الحمل

الجدول 60: قرار إستعمال موانع الحمل حسب رأي النساء المبحوثات

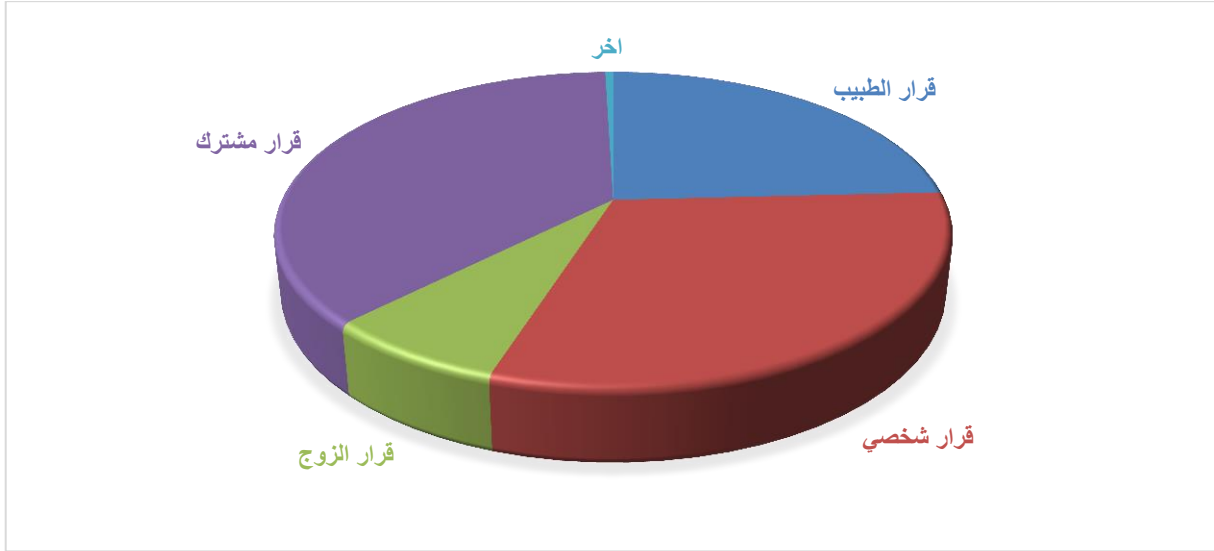
صاحب القرار	تكرارات	النسب
قرار الطبيب	158	24.20%
قرار شخصي	201	30.78%
قرار الزوج	49	7.50%
قرار مشترك	242	37.06%
اخر	3	0.46%
المجموع	653	100%

المصدر نتائج البحث الميداني

يرجع القرار في غالب الامر لاستعمال موانع الحمل للزوجين لذا كانت نسبة استعمال موانع الحمل بالنسبة للقرار المشترك للزوجين بنسبة 24.2%، بعدها قرار الزوجة والذي يعتبر قرار شخصي بنسبة 20.1%، يليها قرار الطبيب بنسبة 15.8%، ويليقي قرار الزوج وحده بنسبة جد ضعيف مقارنة بقرار الشخصي للزوجة

لاستعمال موانع الحمل حيث قدر بنسبة 4.9%، و آخر قرار هو قرار مختلط بين الأقارب ووالدة الزوجة ووالدة الزوج وحتى مساهمة القابلة في اتخاذ قرار استعمال موانع الحمل بنسبة 0.3%.

الشكل 64: قرار إستعمال موانع الحمل حسب رأي النساء المبحوثات



من اعداد الباحثة اعتماد على المسح

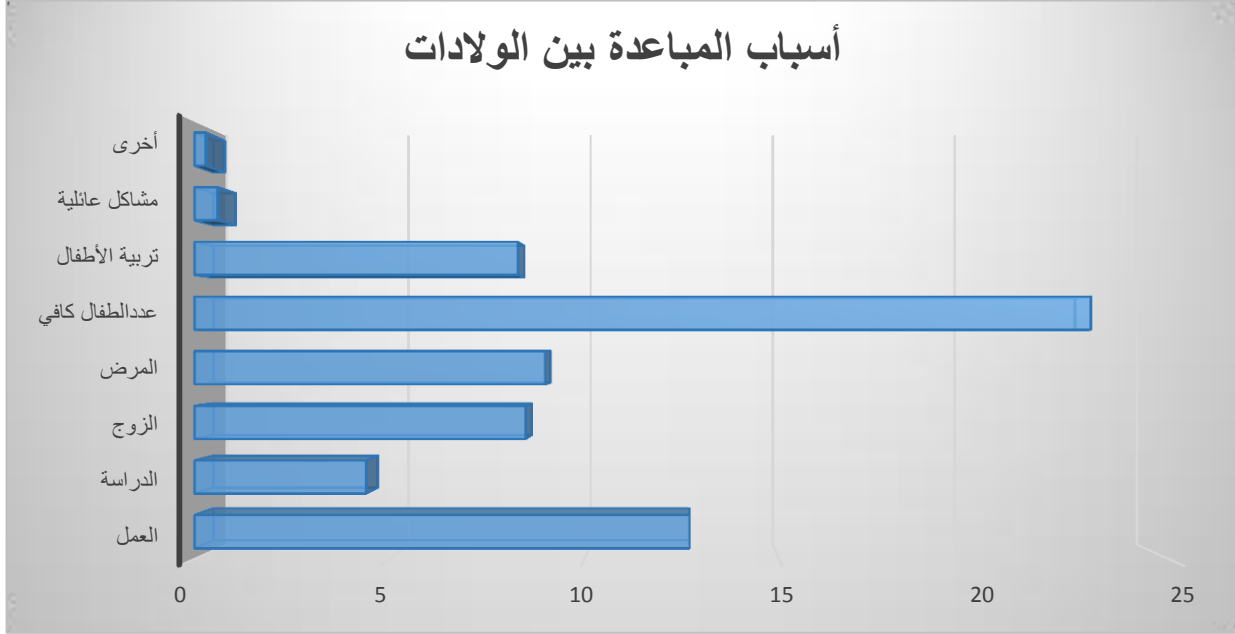
17. أسباب المباشرة بين الولادات

هناك عدة أسباب التي تؤدي الى المباشرة بين الولادات وفي مقدمتهم عدد الأطفال الكافي لذا ليست لديهم الرغبة في انجاب عدد إضافي من الأطفال، العمل الذي يصعب عملية الحمل والانجاب وتربية الأولاد وبذل جهد ووقت لرعاية المولود الجديد لذا فنسبة كبيرة من النساء اللاتي تستعملن وسائل منع الحمل.

ونساء اخريات صرحن بان مرضهن يمنعهن من استعمال وسائل منع الحمل، واخريات تصرحن بان تربية الأطفال تمنعن من الانجاب وهن في مرحلة التفرغ لرعاية وتربية أطفالهم وخوف منهن على تدهور حالتهم الصحية لما فيه الحمل والوضع من مخاطر على صحة المرأة.

هناك الزوج من يعارض في إنجاب المزيد من الأطفال ويحثها على استعمال وسائل منع الحمل لتجنب المزيد من الأطفال، ضافة الى الدراسة التي تمنع او تعيق النساء لما يتطلبه الحمل من راحة وتفرغ الى تربية المولود والسهر عليه لذا تعتبر الدراسة مانع لما تتطلبه من تفرغ تام لها.

الشكل 65: أسباب المباشرة بين الولادات حسب رأي النساء المبحوثات



المصدر نتائج البحث الميداني

18. حدوث الحمل مع استعمال موانع الحمل

الجدول 61: حدوث الحمل مع استعمال موانع الحمل حسب رأي النساء المبحوثات

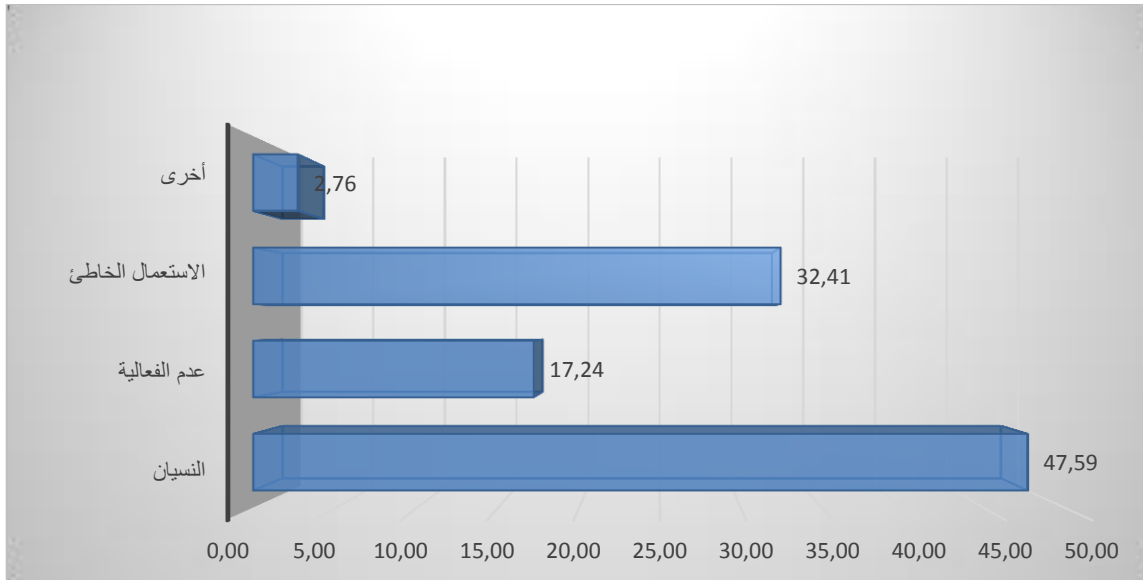
النسب	التكرارات	أسباب حدوث الحمل
47.58	69	النسيان
17.24	25	عدم الفعالية
32.41	47	الاستعمال الخاطئ
2.7	4	أخرى
100	145	المجموع

المصدر نتائج البحث الميداني

خلال دراستنا تطرقنا الى أسباب حدوث الحمل مع استعمال موانع الحمل وقد اتضح لنا ما يلي، حسب رأي المبحوثات في المرتبة الأولى النسيان وذلك بنسيان اغلب الأحيان حبوب منع الحمل التي تحتل اعلى النسب

في جميع وسائل منع الحمل ، فالمرأة وبحكم مشاغلها المنزلية وحتى خارج المنزل في حالة ما كانت عاملة فإنها ستتعرض لكثرة النسيان لذا فهي تنسى حبة منع الحمل وهذا ما يوقعها في الحمل الغير متوقع ، إضافة الى الاستعمال الخاطئ فصرحن النساء انهن في بعض الحالات يجهلن كيفية استعمال موانع الحمل لذا يقعن في الخطأ مما يؤدي بهن الى وقوع الحمل ، ومن الأسباب الأخرى عدم فعالية الوسيلة فهناك من النساء من يستعملن وسائل منع الحمل لكنها غير فعالة وتوقعهن في الحمل الغير متوقع ويرجع هذا الى عدم فعالية المنتج من الحبوب او اللولب وحتى الواقي الذكري وحتى الوسائل التقليدية مثل الرضاعة ، الرزنامة ، العزل التي تكون فيها احتمالية عدم الفعالية .

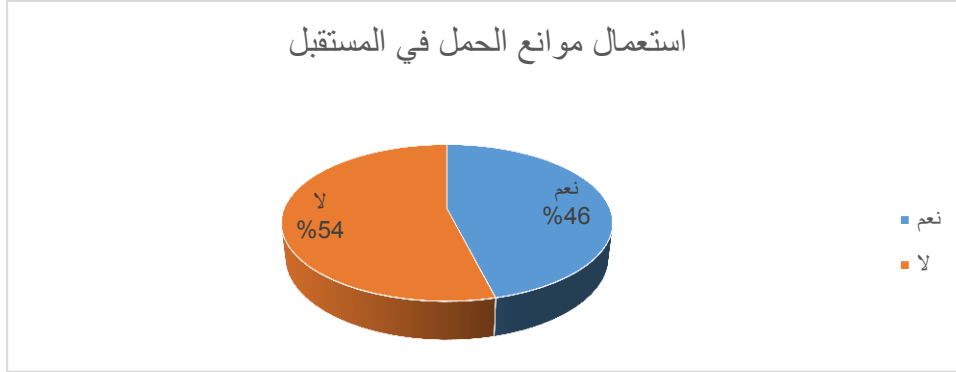
الشكل 66: حدوث الحمل مع إستعمال موانع الحمل حسب رأي النساء المبحوثات



من اعداد الباحثة اعتماد على المسح

19. استعمال موانع الحمل في المستقبل

الشكل 67: استعمال موانع الحمل في المستقبل حسب رأي النساء المبحوثات



من اعداد الباحثة اعتماد على المسح

قرار استعمال موانع الحمل في المستقبل كان بالإجابة بنعم او لا فأغلبية المبحوثات صرحن بعدم استعمال موانع الحمل في المستقبل بنسب 21.2 % من أصل 393 مبحوثة صرحت بتفكير في وسائل منع الحمل، و18.1% من النساء صرحن بأنه سوف يستعملن وسائل منع الحمل في المستقبل.

خلاصة الفصل السادس:

يرجع هذا التفاوت بمعرفة وسائل منع الحمل الى عدة عوامل منها العوامل السوسيوثقافية والثقافة الصحية للمرأة والمجتمع الجزائري ، فأغلبية المجتمع الجزائري تسود عنده فكرة وسائل منع الحمل هي الحبوب فقط لذا كانت نسب المعرفة بالوسائل متفاوتة وواضحة ، وفيما يخص بقية الوسائل وخاصة الحديثة منها مثل الغرس والحقن لم تكن معروفة لعدة أسباب ، وهي غياب الوعي الصحي والاعلام لدى مصالح رعاية الامومة والطفولة وحتى وسائل الاعلام التي تروج الى هذه المنتجات ، لذا لاحظنا مجموعة قليلة من النساء التي تستعملها وهن المثقفات منهن .

تطابق نتائج البحث الميداني مع فرضيات الدراسة

مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

من خلال ما قدمناه في الجزء النظري وما تم التوصل اليه من خلال نتائج الدراسة الميدانية فان:

الفرضية الأولى "استعمال راجع الى السياسات السكانية التي انتهجتها الجزائر " فقد تم تأكيد هذه الفرضية، بان السياسات السكانية ساهمت ونسبة كبيرة في الحث على استعمال موانع الحمل، وذلك من خلال عدة برامج لتنظيم العائلي التي انتهجتها الجزائر.

الفرضية الثانية " المستوى التعليمي للمرأة سبب في تطور استعمال وسائل منع الحمل " نعم لقد تم تأكيد هذه الفرضية فكلما زاد مستوى تعليم المرأة، كلما لجأت الى وسائل أكثر حداثة وتطور.

الفرضية الثالثة "عمل المرأة اجبرها على استعمال موانع الحمل "نعم تم تأكيد هذه الفرضية، المرأة العاملة تلجا الى استعمال موانع الحمل خوفا منها على صحتها بسبب تعب وارهاق العمل وعدم قدرتها على التربية والإنجاب، والعمل في نفس الوقت مما يجبرها على استعمال موانع الحمل للمباعدة بين الولادات وحفاظا منها على صحتها.

الفرضية الرابعة " عدد الأطفال الاحياء اجبرها على استعمال موانع الحمل " نعم لقد تم تأكيد هذه الفرضية ، فالامهات التي انجبن 2 حتى 3 أطفال لجان الى استعمال موانع الحمل لاكتفائهن بهذا العدد من الأطفال الاحياء ، وتفرغهن لتربية أطفالهم وتنشاتهم في ظروف جيدة.

خاتمة عامة

خاتمة

إن عملية الانجاب التي كانت تسعى اليها المجتمعات منذ القديم لكي يكون لديها أكبر عدد ممكن من المواليد وخاصة الذكور، والتي تعتبر قوة وثروة بالنسبة للدولة لم تعد سائدة في الوقت الحالي وهذا نتيجة للتقدم الاقتصادي والاجتماعي الذي نتج عن الثورة الصناعية.

بحيث كانت قبل ذلك الاسرة والعائلات ذات العدد الكبير للأفراد لكن في عصرنا أصبحت الاسرة النووية ذات العدد القليل من الافراد، وهذا راجع لعدة عوامل اجتماعية ثقافية وصحية، ولما تلجا اليه هذه العائلات لاتباع التخطيط العائلي لعدم الاكثار من عملية الانجاب وتقليص حالات الحمل لدى النساء وهذا باتخاذ تدابير تمنعها من حصول الحمل وهي وسائل منع الحمل التي عرفت اقبال كبير لدى العائلات والاسرة لتجنب الحمل المتكرر.

ومن خلال دراستنا تطرقنا الى عدة متغيرات لها علاقة مباشرة او غير مباشرة لاستعمال موانع الحمل والتمثلة في العمر، المستوى التعليمي، الحالة الفردية، المهنة، نوع المسكن، سن الزواج الأول، عدد الأطفال الاحياء، وكل من المتغيرات توضح درجة قوتها واتجاهاتها.

يعتبر المستوى الدراسي للمرأة من اهم محددات مستويات الخصوبة لما له من تاثير مباشر ، وكذا عمل المرأة الذي يجبرها على استعمال موانع الحمل لتفادي الحمل المتكرر وخاصة اذا كان لديها عدد أطفال احياء كافي مما يزيد من احتمالية استعمال موانع الحمل اكثر .

وفي دراستنا الميدانية التي قمنا بها اتضح لدينا كثير من الغموض وتفسير أكثر لمفاهيمنا المسبقة بحيث ان استعمال موانع الحمل لم يقتصر على المرأة العاملة فقط بل كانت نسب استعمال موانع الحمل لدى النساء الماكثات في البيت مرتفعة وبشكل ملحوظ.

إضافة الا ان المستوى الدراسي لم يكن هناك اختلاف كبير في استعمال موانع الحمل فكل المستويات التعليمية لها نفس التفكير من حيث الاستعمال والامتناع عن الانجاب خوفا منهن على صحتهن ومحافظتهن على استقرار الاسرة وتربية الطفل في أحسن الظروف وتوفير له كل متطلبات العيش الكريم.

الخاتمة العامة

ولقد ساهمت مجموعة من المتغيرات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية في تغيير ذهنيات المرأة والاسرة الجزائرية وتغيير طريقة التفكير في عملية الانجاب والتخطيط العائلي، وعبر الزمن تغير نمط العائلة الجزائرية من عائلة موسعة الى عائلة نوية التي تكتفي بإنجاب طفل او طفلين وإذا كانت محظوظة بذكر وانثى فإنها سوف تنسى فكرة الانجاب والحمل نهائيا وهذا النموذج هو نموذج أوروبي بعيد كل البعد عن ذهنيات العائلات الجزائرية في مراحل سابقة.

من خلال دراستنا اتضح لنا ان استعمال موانع الحمل بدا في اعمار مبكرة وليس كما كان معتاد في السن المتأخر للمرأة بعدما تكون قد أكملت مرحلة إنجاب عدد كافي من الأطفال، ولكن وبسبب تغير ذهنيات المرأة الجزائرية أصبحت تستعمل موانع الحمل في سن مبكر بسبب مواصلة دراستها والتفرغ للعمل وخوفا منها على صحتها واكتسابها ثقافة صحية انجابية اكثر من امهاتنا وجداتنا هذه الثقافة المكتسبة اهلتها الى وضع مخطط لحياتها العائلية وتحديد او اخذ القرار متى يمكن لها او متى يكون لها الرغبة في الانجاب او المباشرة بين الولادات.

قائمة المصادر والمراجع

مراجع اللغة العربية

- 1- أبو مالك (محمد بن عبد الوهاب)، فتاوى المرأة المسلمة، دار البصائر الإسكندرية، 2002.
- 2- إبراهيم عبد الله، المسألة السكانية وقضية تنظيم الاسرة في البلدان العربية، دراسة في المنهج، المركز العربي، الطبعة الأولى، بيروت والدار البيضاء 1994.
- 3- امرور جورج و مايرانطوان، حجم الاسرة المفضل ومنع الحمل، النشرة السكانية، العدد 28.
- 4- انجرس موريس، ترجمة صحراوي بوزيد وبوشرف كمال وسبعون مصطفى، منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، تدريبات علمية طبعة ثانية منقحة، دار القصبية للنشر، الجزائر.
- 5- بيسوني محمد صلاح ،تنظيم الاسرة والقيادات الإسلامية المعارضة، مجلة دراسات سكانية، أكتوبر 1983 العدد 67.
- 6- الحسنية سليم، تنظيم الاسرة فكرا وواقعا وطموحا، منشورات وزارة الثقافة، دراسات اجتماعية.
- 7- خوري سميح نجيب، دليل المرأة في حملها وامراضها، دار الافاق المؤسسة الوطنية للفنون المطبعية، الجزائر 1990.
- 8- الزهري غسان ناظم، دليل العائلة الصحي، دليل العائلة الصحي، المؤسسة العربية للدراسات والنشر بيروت، 1984.
- 9- السيد أبو نيل محمود، دراسة تحليلية نقدية لبعض بحوث تنظيم الاسرة في مصر، المجلس الأعلى لتنظيم الاسرة والسكان جهاز تنظيم الاسرة والسكان مكتب البحوث، 1981.
- 10- القرضاوي يوسف، الحلال والحرام في الإسلام، مكتب الإسلامي بيروت الطبعة 13، 1980.
- 11- القرضاوي يوسف، قضايا إسلامية بسيطة في بساط البحث، مكتبة رحاب الجزائر، 1990.
- 12- مارستون بيتس، الانفجار السكاني دراسات في انتشار الشعوب وتأثيرها، المكتبة العصرية، صيدا بيروت، 1966.
- 13- منيسي سمية، المرأة وتنظيم الاسرة في الإسلام، دار الفكر العربي طبعة 1 القاهرة، 1966.

قائمة المصادر والمراجع

- 14- المودودي أبو الأعلى، حركة تحديد النسل، دار الشهاب للطباعة والنشر، باتنة، 1988.
- 15- فالنتي ترجمة سهام مقداد، أسس نظرية السكان، طبع في الاتحاد السوفياتي المدرسة العليا، الترجمة الى اللغة العربية مع التصحيحات والاضافات دار التقدم، 1980.
- 16- مربي السعيد، التغيرات السكانية في الجزائر، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر 1984.
- 17- احمد زكي بدوي، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، بيروت لبنان.
- 18- سناء الخولي، الاسرة والحياة العائلية ، دار النهضة العربية ، بيروت

أطروحة الدكتوراه

- 19- صديق خوجة خالد، منع الحمل في الجزائر (دراسة سوسيوديموغرافية بمدينة وهران)، أطروحة دكتوراه في علم الاجتماع.(2012-2013).
- 20- طعبه عمر، البنى الاسرية الجزائرية وتراكيبها العائلية من خلال معطيات مسح 2006 (MICS3)، تطورها، خصائصها وعلاقتها بالخصوبة، أطروحة دكتوراه في الديموغرافيا.(2016-2017).

المجلات

- 21- عبد المجيد ليلي، تقرير حول معالجة الصحف المصرية للقضايا المتعلقة بالمشكلة السكانية، دراسات سكانية العدد 67 أكتوبر 1983.
- 22- قاسمي عمارة، تطور فكرة تنظيم الاسرة خلال القرون الثلاثة الأخيرة الديموغرافية والتنمية الاقتصادية، المجلة الجزائرية للعلوم القانونية والاقتصادية والسياسية رقم 2، سنة 1994.

المسوح :

23. المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002
- 24 .المسح الجزائر حول صحة الأم و الطفل 1992 ،التقرير الرئيسي 1994
- 25.المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS3 2006).

26. المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS4 2012).

27. المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS6 2019).

المراجع باللغة الفرنسية

28. ATTOUT.N et BENKHELIL, L'espace des naissances causes de refus ou d'abondance de la contraception, CENEAP, Alger 1998.

29. BACCAINI.B , les contrastes géographiques des comportements de contraception, in population ,n° :2 1995.

30. RAJOS.N et autres, la contraception en France, nouveau contexte, nouvelles pratiques ?, in population et Sociétés n° :492, 2012.

31. BAJOS.N et BOZON. M, De la contraception à la prévention : des enjeux de la négociation aux différentes étapes des trajectoires affectives et sexuelles, in : Enquête sur la sexualité en France, La Découverte, Paris ,2008.

32. BAJOS.N et FERRAND.M, Contraception et avortement, in : Femmes, genre et sociétés L'état des savoirs, La Découverte, 2005.

33. BAJOS .N et FERRAND .M, la contraception levier réel ou symbolique de la domination masculine, in : Sciences Sociales et Santé, n° : 3, 2001.

34. BAJOS. N FERRAND. M l'équipe GINE, De la contraception à l'avortement, Sociologie des grossesses non prévues, INSERM, 2002.

35. BAKASS. F, Fécondité et santé reproductive au Maroc, approche offre demande de dynamique de la pratique contraceptive, BRUYLANT ACCADIMIA, Louvain-la neuve, 2003.

36. BAUDOT.P et BELEY. D, la contraception en milieu rural marocain : bilan d'enquêtes de terrain ,in : Conception , naissance et petite enfance au Maghreb ; les Cahiers de L'IREMAM, n° 9/10 , 1997.

37. BELKACEMI. F, Accès des femmes Kabyles à la contraception : échec d'une politique démographique et résistances socioculturelles, in : migration santé, n° 86, 1996.

38. BEST.K , la contraception chez les personnes handicapées , in : Network en France, n° : 2, 1999.

39. BERGUES.E , la prévention des naissances dans la famille ses origines 1960.

- 40.BEST.K, Qu'est-ce qui pousse les gens à changer de méthode ? in : Network en France, n° 4, 1999.
- 41.BLAND .B, la contraception par stérile en France et dans le monde, ARNETT, Paris 1986.
- 42.BLAYO.C, Fécondité, contraception et avortement en Europe de l'est, in : population n° :4,1970.
- 43.BOUKHARIS, Succès sur le front du planning familial, in : Alternatives Internationales, 2006.
- 44.BOURAYOU.M et BELHADI.R, Islam, législation et démographie en Algérie, CENEAP, Algérie, 1997.
- 45.BOURQUI.R, Femmes et fécondité, Afrique orient, Casablanca, 1996.
- 46.BUEKENS.P et KAMINSKI .M, Méthode contraception et avortement, des progrès importants mais des questions encore non résolues, in : La santé des femmes, Médecine –Sciences Flammarion, Paris ,1996.
- 47.CHABEB.T, Niveaux, tendances et déterminants de la fécondité en Algérie de 1970 à 1992, CENEAP, Alger ,1999 .
- 48.DELEND.A, Enquête sur la fécondité et la planification familiale auprès des enseignants du cycle fondamental (1^{er} et 2^{ème} paliers), URASC, université d'Oran, 1992.
- 49.DELEND.A, Politique de population et contraception en Algérie, in : revue des sciences et humaines , université de Batna,n°12 , 2005.

Thèse de doctorat

- 50.DELEND.A, rôle du développement social et économique dans le changement des comportements démographiques en Algérie, thèse de doctorat d'état en démographie ,2004.
- 51.HAMZA.C.A, population et besoins sociaux essentiels en Algérie à l'horizon 2038, thèse de doctorat en démographie.
- 52.SAHRAOUI.T, mariage et fécondité dans les pays arabes, cas de l'Algérie, Lodz, Pologne 1993.

Les articles

53. HEMEL .A et HAFFAD.T, la transition de la fécondité et politique en les déterminations de la fécondité, revue des sciences humaines, université Mohamed Khider Biskra, Mars 2012.

54. LOUADI.T, les déterminants de la fécondité, revue des sciences humaines, université Mohamed Khider Biskra, 2012

استمارة خاصة لنيل شهادة الدكتوراه حول موضوع "السياسات السكانية وتطور استعمال

موانع الحمل في الجزائر"

جامعة احمد بن احمد /كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم الديموغرافيا وهران 2

الرقم الاستمارة: [] [] []

تاريخ التحقيق : [] [] []

مكان التحقيق:

المعلومات الشخصية للمرأة

07 ما هي وضعيتك بالمنزل

01- ما هو عمرك ؟ [] []

أجيرة [] مالكة [] أخرى []

02 مكان الإقامة

08- مع من تسكنين ؟

03- ما هو مستواك الدراسي ؟

مع الزوج [] مع الزوج وعائلة الزوج [] مع

ابتدائي []

بدون مستوى []

اهلك []

09- كم عدد الغرف في البيت عدا المطبخ ؟

متوسط [] ثانوي [] جامعي []

10- كم عدد

04- ما هي حالتك الفردية ؟

الأشخاص في المنزل ؟ []

عاملة [] بدون عمل [] ربة بيت []

11- ما هو سنك عند الزواج الأول؟.....

12- عدد الحمل

13- هل لديك أطفال ؟

. نعم [] لا []

طالبة [] متقاعدة [] أخرى

14- إذا كان نعم العدد [] الأحياء [] الأموات

05- إذا كنت عاملة أو متقاعدة حددي المهنة ؟

[]

15 هل تعرضت للإجهاد؟

06- ما نوع المسكن الذي تقيمين فيه ؟

نعم [] لا []

فيلا [] عمارة [] حوش []

قائمة الملاحق

بناء قصديري [] أخرى

16- إذا كان نعم كم من مرة

2- الوضعية الصحية :

ما هو السبب

هل تعرضت لفقدان الجنين ؟

17 كيف تقيمين حالتك الصحية حسب رأيك ؟

نعم لا

جيدة [] متوسطة [] ضعيفة [] أخرى []

في حالة نعم كم من مرة ؟

18- هل

ومتى؟

تعانين من مرض

نعم [] لا []

19- في حالة نعم ما هو المرض الذي تعانين منه ؟

20- هل تعتقدين أن مرضك يؤثر على صحتك من

حيث :

ضغط الدم [] مرض السكري [] أمراض قلبية []

الإنجاب [] تربية الأطفال والعناية بهم []

الربو [] أخرى

الحياة الزوجية [] الحياة اليومية []

21- في حالة لا هل هذا المرض يمنعك من استعمال موانع الحمل ؟

نعم [] لا []

ما هي الوسيلة التي تعرفينها ؟

3- استعمال موانع الحمل

.....

23- ما هي الوسيلة التي تستعملينها

حاليا؟

الحبوب [] اللولب [] اللاصقة []

22- هل تستعملين وسائل منع الحمل حاليا ؟

الواقي [] العزل []

الرضاعة [] الغرس [] الحقن []

نعم [] لا []

الرزنامة [] أخرى

25- لماذا اخترت هذه الوسيلة ؟

24- منذ متى تستعملينها ؟

اقل من سنة [] منذ سنة [] سنتين [] 3 سنوات فأكثر []

.....

27- من أين تحصلين عليها ؟

26- من نصحك باستعمالها ؟

الطبيب [] القابلة [] الصيدلي [] شخصي [] قرار مشترك مع الزوج [] -الصيدلية [] مراكز حماية الطفولة والأمومة [] أخرى

.....

قائمة الملاحق

- 29- هل غيرت هذه الوسيلة ؟
مراكز حماية الطفولة والأمومة [] أخرى
- 28- لماذا تريدان إيقاف الإنجاب أو المباشرة بين الولادات ؟
نعم [] لا []
- 30- في حالة نعم هل هذا التغيير كان بسبب ؟
العمل [] الدراسة [] الزوج [] المرض []
- عدد الأطفال كافي [] أخرى.....
سبب آخر [] صحي [] أكثر فعالية []
- 31- في حالة نعم هل هذا التغيير كان بسبب ؟
32- وبماذا غيرتها ؟
- صحي [] أكثر فعالية [] سبب آخر
- الواقي [] العزل [] 33- هل استشرت زوجك في استعمالك موانع الحمل ؟
الغرس [] الحقن [] الرزنامة [] أخرى
- نعم [] لا [] 34- هل استعمالك موانع الحمل راجع إلى :
- 35- هل يستعمل زوجك وسيلة منع الحمل ؟
قرار الطبيب [] قرار شخصي [] قرار الزوج
- نعم [] لا [] 36- في حالة لا لماذا ؟
قرار مشترك [] آخر
- 37- في حالة نعم ما هي الوسيلة المستعملة ؟
الواقي [] أخرى
- 38 - هل تريدان التوقف عن استعمال موانع الحمل في المستقبل ؟
لموانع الحمل ؟
- 39- هل حدثت وكنت حامل ولم ترغبين فيه مع استعمالك
نعم [] لا []
- 40- إذا كان الجواب بنعم فهل السبب في
رأيك ؟
- 41- في حالة لا
الاستعمال غير الصحيح []
- إذا كنت لا تستعملين أية وسيلة منع الحمل فهل السبب هو :
سبب آخر

قائمة الملاحق

- لأنك حامل لأنك ترضعين لأنك خائفة على صحتك **42-** هل تفكرين في استعمال أية وسيلة منع الحمل في المستقبل ؟
- لان زوجك يعارض ذلك لأنك لا تعرفينها نعم لا
- لأنك لا تحصلين عليها أسباب دينية أو عقائدية **43-** إذا كانت الإجابة بنعم متى ستستعملينها ؟
- تريدين الإنجاب لسبب آخر قبل الحمل بعد الطفل الأول
- بعد الطفل الثاني
- 44-** ما هي الطريقة التي ستعتمدن عليها ولماذا ؟
- الرابع
- الحبوب اللولب اللاصقة الواقي العزل **45-** في رأيك هل وسائل منع الحمل تؤثر على صحة المرأة ؟
- الرضاعة الغرس الحقن الرزنامة أخرى..... نعم لا
- 47-** في رأيك ما هو أفضل مجال للتباعد بين الولادات ؟
- ؟؟؟.....؟؟؟
- العدد بالسنوات **48-** هل أنت مع فكرة عدم الإنجاب بعد الزواج مباشرة ؟
- 49-** ما هو عدد الأطفال المثالي في رأيك ؟
- إذا كان نعم لماذا (حسب رأي المستجوبات؟).....
- نعم لا
- 50-** ما هو السن المثالي لأول إنجاب في رأيك؟
- 51-** ما هو آخر سن للتوقف عن الإنجاب في رأيك
- للمرأة للرجل

(سيوت, ع. ا. (s.d.). *النمو السكاني والتنمية الاقتصادية والاجتماعية العربية*. تونس: مركز البحث و الدراسات الاقتصادية والاجتماعية .

.A., S. (1967). *La prevention des naissances*. Paris: PUF.

(1982)مجلة الدراسات الاعلامية للسكان والتغيير. 68 ,

(1982)مجلة الدراسات الاعلامية للسكان والتعمير. 67 ,

AARDES. (s.d.). Association a'Igerienne pour la recherche demographique et sociale .

Alfred, S. (s.d.). opcite.

Alfred, S. (s.d.). opcite.

Alfred, S. (s.d.). opcite.

Alfred, S. (s.d.). opcite.

Alfred, S. (s.d.). opcite.

Alfred, S. (s.d.). opcite.

Rosenfield, P. a. (1990). *the fifth free dom Revisited*. the lancer.

الاسلامي م. ا. (2005). نوفمبر. (بنك دبي الاسلامي). p. 395 .

البقرة, س. (s.d.).

الحكيم, ص. ع. &, ليلى الجبالي. (1996). *تقديم كتاب فيفيض بسكانه*. الكويت: سلسلة عالم المعرفة.

الشرباصي, ا. (2008). *فتوى النساء*. قسنطينة: نوميديا للطباعة والنشر والتوزيع .

القرضاوي, ي. (190). *الحلال والحرام في الاسلام*. بيروت: مكتب الاسلامي .

زكي, د. (1984). *المشكلة السكانية وخرافة الماتسوية الجديدة*. الكويت: سلسلة عالم المعرفة .

زكي, د. ر. (s.d.). *المشكلة السكانية وخرافة المالتوسية الجديدة* .

زهرة, م. ا. (2005). *تنظيم الاسرة وتنظيم النسل*. القاهرة: دار الفكر العربي .

سعاتي, ح. &, لطفي, ع. ا. (1981). *دراسات في علم السكان*. بيروت: دار النهضة .

عارف, م. ك. &, د. علي حسن حجاج, (1989). اكتوبر. (مستقبلنا المشترك تقرير اللجنة العالمية للبيئة والتنمية. pp. 99-154 ,

قواوسي, ع. (s.d.). *السياسة السكانية في الجزائر نشاتها وتطورها*. الجزائر.

كالن, س. ر. (1996). *عالم فيفيض بسكانه*. الكويت: سلسلة عالم المعرفة.

الهوامش

كالن, س. ر. (1996). *عالم بفيض بسكانه*. الكويت: سلسلة عالم المعرفة .

كالن, س. ر. (1996). *عالم بفيض بسكانه*. الكويت: سلسلة عالم المعرفة.

كوموني, ب. (s.d.). *اقامة السلام مع كوكب الارض* .

كوموني, ب. (s.d.). *اقامة السلام مع كوكب الارض* .

للطفولة, م. ا. (1987). *تقري حول وضع الاطفال*. UNICEF .

مالنس, ت. ر. (1766) .

نفيسه, ص. (s.d.). *تقرير FNLAI صندوق الامم المتحدة للسكان*.

نفيسه, ص. (s.d.). *تقرير صندوق الامم المتحدة للسكان / FNLAI*

وحيدة, ا. (1990). *الاعلام ودوره في الاستفادة من تقدم العلمي والتقني في مجال تنظيم الاسرة في المنظمة العربية بسلسلة علم النفس* . تونس.

"السياسات السكانية وتطور استعمال موانع الحمل في الجزائر "

المخلص

تم التطرق الى موضوع السياسات السكانية وتطور استعمال موانع الحمل الذي يعتبر من المواضيع التي لها علاقة بالخصوبة و بالصحة الإنجابية في المجتمع الجزائري، ومجموعة من العوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية التي تحدد مستويات الخصوبة وهي العمر، المستوى التعليمي، عمل المرأة، عدد الأطفال الاحياء، نوع المسكن، وهذه المتغيرات تؤثر بطريقة مباشرة او غير مباشرة على التخطيط العائلي للأسر والتفكير في المبادعة بين الولادات حسب أولويات الحياة وتوفير ظروف جيدة للطفل من اجل تنشئته في احسن ظروف العيش الكريم لما تتطلبه الحياة التي هي في التطور في جميع الميادين .

الكلمات المفتاحية: السياسات السكانية، موانع الحمل، التخطيط العائلي، المستوى التعليمي، الخصوبة، التحول الديموغرافي، الثقافة الإنجابية.

Politiques démographiques et développement de l'utilisation de contraceptifs en Algérie

Résumé:

Le thème des politiques démographiques et du développement de l'utilisation des contraceptifs, qui est l'un des sujets liés à la fertilité et à la santé génésique dans la société algérienne, et un ensemble de facteurs sociaux, culturels et économiques qui déterminent les niveaux de fécondité, à savoir l'âge, le niveau d'éducation, le travail des femmes, le nombre d'enfants vivants, le type de logement.

ces variables affectent directement ou indirectement la planification familiale et la réflexion sur l'espacement des naissances en fonction des priorités de la vie et la fourniture de bonnes conditions à l'enfant pour l'élever. Dans les meilleures conditions de vie décente pour ce que la vie exige,

c'est-à-dire dans le développement dans tous les domaines.

Les mots clés : Politiques démographiques, contraceptifs, planification familiale, niveau d'éducation, fécondité, Chang démographique, culture de la reproduction.

Population policie and the development of contraceptive use in Algeria

Abstract :

The topic of population policies and the development of contraceptive use, which is one of the topics related to fertility and reproductive health in Algerian society, and a set of social, cultural and economic factors that determine fertility levels, namely age, educational level, women's work, number of living children, type of housing, these variables directly or indirectly affect family planning and thinking about spacing births according to life priorities and providing good conditions for the child to raise him or her. In the best conditions of decent living for what life requires that is in development in all fields.

Keywords : Population policies, contraceptives, family planning, educational level, fertility, demographic transformation, reproductive culture.