



جامعة وهران 2

كلية العلوم الاجتماعية

قسم الديموغرافيا

أطروحة

للحصول على شهادة دكتوراه علوم

في الديموغرافيا

الفقر وتأثيره على السلوك الانجابي في الجزائر
دراسة حالة ولاية غليزان

تحت إشراف أ.د : فضيل عبد الكريم

من إعداد الطالب: تمزوت بلحول

أعضاء لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة	المؤسسة الأصلية	الصفة
لوادي طيب	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران 2	رئيسا
فضيل عبد الكريم	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران 2	مقررا
راشدي خضرة	أستاذة محاضرة - أ -	جامعة وهران 2	مناقشا
حمزة شريف علي	أستاذ التعليم العالي	جامعة تلمسان	مناقشا
زرهوني أسعد فايزة	أستاذة محاضرة - أ -	جامعة مستغانم	مناقشا
قاضي نجاة	أستاذة محاضرة - أ -	جامعة خميس مليانة	مناقشا

السنة الجامعية: 2020/2019

الإهداء

إلى من كلفه الله الصيبة والوفار .. من علمني العطاء دون انتظار .. من أحمل اسمه
بافتخار أرجو أن يدخله الله
الجنة بغير حساب، وستبقي كلماتك نجوماً اهتدي بها اليوم وفي الغد إلى روعي والدي
رحمه الله..

إلى من علمتني في الحياة .. معنى الحب والحنان والتفاني .. بسمة الحياة وسر الوجود ..
من حملتني في بطنها تسعة أشهر.. من كان دعاؤها وعطاؤها واهتمامها ومتابعتها وحنانها
بلسم جراحي وسر نجاحي
أمي الغالية شفاها الله وأطال في عمرها..

إلى من رافقتني في السراء والضراء وساعدتني وصبرت عليّ من أجل إكمال هذا العمل ...
وحسنة الدنيا التي أنعم الله بها عليّ ... إلى زوجتي العزيزة

إلى اخوتي و أخواتي

إلى كل الأهل و الأصدقاء

أهدي هذا العمل المتواضع مع كل المحبة و التقدير.

الشكر و التقدير

الحمد و الشكر لله سبحانه و تعالى أولا و أخيرا على توفيقه ، فبمشيئته سبحانه تم انجاز هذا العمل المتواضع ، فإن كان فيه نقص فمن نفسي و من الشيطان وان كان فيه من توفيق فبتوفيق من الله عز و جل.

كما أتوجه بخالص شكري و عظيم تقديري إلى أستاذي الفاضل الاستاذ الدكتور فضيل عبد الكريم على تفضله بقبول الاشراف على هذا البحث و إعطائي الكثير من وقته الثمين من أجل التوجيه و النصح و الارشاد ، فكان له الفضل الكبير في انجاز هذه الدراسة و اخراجها إلى النور.

و كذلك أتقدم بالشكر الجزيل إلى السادة الاساتذة أعضاء لجنة المناقشة بقبولهم مناقشة هذه الدراسة و تطوعهم بخدمهم و عملهم لخدمة البحث العلمي.

كما أتقدم بالشكر إلى زملائي و أصدقائي و كل من ساعدني من بعيد أو من قريب في اتمام هذه الدراسة.

و في الأخير أقول لكم شكرا لكم جميعا و جزاكم الله خيرا

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
أ	الاهداء
ب	الشكر والتقدير
ج	فهرس المحتويات
الفصل الأول: الدراسة المنهجية	
2	مقدمة
5	أهمية البحث ودوافع اختياره
6	إشكالية البحث
8	فرضيات البحث
8	أهداف البحث
9	تحديد المفاهيم الدراسة
11	منهج الدراسة
11	الخلفية النظرية
27	الدراسات السابقة
34	التعقيب على الدراسات السابقة
35	صعوبات البحث

الفصل الثاني: قياس الفقر في الجزائر

37	تمهيد
37	المفاهيم الأساسية للفقر
37	مفهوم الفقر
38	مفهوم الفقر الاقتصادي
38	مفهوم الفقر الاجتماعي
39	مفهوم الفقر النفسي
39	مفهوم الفقر من منظور التنمية البشرية
39	مفهوم الحرمان
40	مفهوم الفقر في ظل الشريعة الإسلامية
43	مفهوم الفقر عند أبو حامد الغزالي
43	أنواع الفقر
43	الفقر المطلق
44	الفقر النسبي
44	الفقر المدقع
44	الفقر الاجتهادي
44	مؤشرات قياس الفقر

45	المؤشرات النقدية
46	المؤشرات غير النقدية
48	مؤشر الفقر متعدد الأبعاد
49	مؤشر الفوارق بين الجنسين
49	أنواع خطوط الفقر
51	مؤشرات أخرى لقياس الفقر
51	مؤشر نسبة الفقر
52	مؤشر فجوة الفقر
52	مؤشر شدة الفقر
52	محددات الفقر
53	أسباب الفقر
55	تطور ظاهرة الفقر في الجزائر
56	علاقة الفقر بالمتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية
56	علاقة الفقر ببعض المتغيرات الاقتصادية
60	علاقة الفقر ببعض المتغيرات الديموغرافية
61	علاقة الفقر ببعض المتغيرات الاجتماعية
62	الحلول المقترحة للحد من الفقر في الجزائر

63	خلاصة
الفصل الثالث: السلوك الانجابي في الجزائر	
65	تمهيد
65	الخصوبة وعلاقتها بالسلوك الانجابي لدى المرأة
67	السلوك الانجابي والبناء الاجتماعي
68	سوسيولوجية الثقافة الإيجابية للمرأة
69	السلوك الانجابي والتخطيط العائلي
71	محددات السلوك الانجابي
72	المحددات المباشرة
73	السن عند الزواج الأول
74	تطور سن الزواج الأول
74	استخدام وسائل تنظيم الأسرة
76	المحددات غير المباشرة
77	المستوى التعليمي للمرأة
79	عمل المرأة
81	الدخل الشهري
82	المهنة

82	التحضر
83	الدين
84	العادات والتقاليد
86	عدد الأولاد المرغوب انجابهم
86	خلاصة
الفصل الرابع: الصحة الانجابية	
88	تمهيد
88	نشأة مفهوم الصحة الانجابية
90	أهداف الصحة الإنجابية
91	الفئات المستهدفة للصحة الاجابية
91	مكونات الصحة الانجابية
92	الأمومة الآمنة
93	صحة الأم والطفل
98	تنظيم الأسرة
98	تعريف تنظيم الأسرة
99	وسائل تنظيم الأسرة
99	فوائد تنظيم الأسرة

100	الاجهاض
100	تعريف الاجهاض
100	أنواع الاجهاض
101	أسباب الاجهاض
101	مضاعفات الاجهاض
102	الرضاعة الطبيعية
103	الرضاعة الاصطناعية
104	التغذية
104	تعريف التغذية
104	التغذية والفئات المستهدفة
105	العقم
105	تعريف العقم
106	أسباب العقم
108	المراهقة
108	تعريف المراهقة
109	التهابات الجهاز التناسلي والأمراض المنقولة جنسيا
110	تعريف الأمراض المنقولة جنسيا

115	خلاصة
	الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية
117	تمهيد
117	حدود الدراسة
118	مجتمع الدراسة
118	عينة الدراسة
120	أدوات جمع البيانات
121	الاستبيان
122	المقابلة
122	الملاحظة
123	الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة
123	متغيرات الدراسة
124	خصائص ومميزات منطقة الدراسة
125	الخصائص الجغرافية
125	الخصائص التاريخية
130	الخصائص الديموغرافية
131	التركيب العمري

132	الهرم السكاني
134	تطور بعض مؤشرات الخصوبة في ولاية غليزان
137	خلاصة
الفصل السادس: عرض وتحليل نتائج الدراسة	
139	تمهيد
139	مؤشرات السكن
139	نوع المسكن
140	حالة المسكن
141	شغل المسكن
141	خصائص المسكن
142	تجهيزات الأسرة
143	متوسط عدد الغرف
144	خصائص الأسرة
144	السن الحالي للزوجة
145	السن الحالي للزوج
146	الحالة العائلية للزوجة
146	السن عند أول زواج

148	المستوى التعليمي
150	الحالة المهنية
150	مجالات العمل للمرأة العاملة
151	مجالات العمل للأزواج العاملين
151	الدخل الشهري للأسرة
152	بيانات خاصة بالسلوك الانجابي
156	بيانات خاصة بالصحة الانجابية
160	بيانات خاصة بالفقر
161	محددات السلوك الانجابي ومتوسط مجموع عدد المواليد الأحياء للمرأة
161	المحددات المباشرة ومتوسط مجموع عدد المواليد الأحياء للمرأة
162	المحددات غير المباشرة ومتوسط عدد المواليد الأحياء للمرأة
169	المتوسطات الحسابية لبعض متغيرات الدراسة المؤثرة في السلوك الانجابي للمرأة
170	اختبار فرضيات الدراسة
178	النتائج والتوصيات
183	الخاتمة العامة
186	المراجع

195	فهرس الجداول
197	فهرس الأشكال
198	فهرس الخرائط
	الملاحق
	ملخص الدراسة

الفصل الأول

الدراسة المنهجية

- 1- مقدمة.
- 2- أهمية البحث ودوافع اختياره.
- 3- إشكالية البحث.
- 4- فرضيات البحث.
- 5- أهداف البحث.
- 6- تحديد ماهيم الدراسة.
- 7- منهج البحث.
- 8- الخلفية النظرية
- 9- الدراسات السابقة.

1- مقدمة:

من المعروف بين علماء السكان أن الفقراء يتميزون بخصوبة مرتفعة حيث كانت الطبقات الاجتماعية العليا تنسم بالرشد في تحديد عدد الأطفال، فإن الطبقة الفقيرة تتصرف بنوع من اللارشد من خلال انجاب لأسرة كبيرة الحجم لا تقدر على اعالتها.

وكانت التفسيرات العامة لهذه الظاهرة تركز في الماضي على أن الطبقة الفقيرة تفتقد الذكاء أو الإحساس بالمسؤولية مما لا يجعلها تبالي بالسلوك الرشيد، ولم تعد هذه التفسيرات مقبولة في الوقت الحاضر على أساس أن أفراد الطبقة الفقيرة لديهم دوافع أو مفاهيم عقلانية مختلفة عن أراء الطبقات الأخرى ، وعلى الرغم من اهتمام الباحثين بظاهرة الخصوبة حيث لا يزال البحث محدودا في مجال ارتفاع الخصوبة بين الطبقات الفقيرة.

وهذا ما أشار إليه كثير من الفلاسفة والمفكرين القدامى منذ عهد الاغريق والرومان الى هذه الحقائق دون محاولة تفسيرها ، ثم مع تطور كافة العلوم الإنسانية بدأت تظهر تفسيرات مختلفة فهناك من العلماء من رأى أن الجوع هو الذي يؤدي إلى زيادة النسل وأن الجوع يظهر نتيجة لاستغلال الأغنياء للموارد المتاحة وحرمان الفقراء منها.

و يعد الفقر ظاهرة متعددة الجوانب عميقة الجذور تختلف مفاهيمه باختلاف الشعوب والثقافات، ومع ذلك فإنه يعني شيئا واحدا للذين يعانون منه وهو الحرمان سواء كان حرمانا ماديا أم حرمانا من فرص العيش بحرية وكرامة ، كما يعزى ظهور الفقر وتفشي البطالة واستمرارهما إلى عوامل ديموغرافية واقتصادية وسياسية وثقافية وبيئية ، بحيث تتضمن تلك العوامل بعض العناصر التي كان لها دور في اتساع رقعة الفقر ، والخصوبة المرتفعة ، وسوء توزيع الدخل ، وسوء استغلال الموارد ، والتدهور البيئي وغيرها من العناصر الأخرى.

وتشير الدراسات الدولية التي قام بها (الصندوق الدولي للتنمية الزراعية: 2007) أن الفقر في العالم يتركز في الأرياف حيث يعيش 70% أي ما يعادل 1.4 مليار نسمة من فقراء العالم النامي المدقعين في المناطق الريفية وفقا لما جاء في تقرير صدر عن الصندوق الدولي للتنمية الزراعية . وقد تفاوتت نسبة الفقراء في منطقة الشرق الأوسط وشمال افريقيا ، حيث ارتفعت نسبة الذين يحصلون على أقل من 2 دولار أمريكي للفرد في اليوم من 16.1% عام 1988 إلى 25.3% عام 1998 ثم عاد للانخفاض إلى 17.2% عام 2008 ، أما نسبتها في الريف كانت دائما مرتفعة إلا أنها انخفضت نسبيا من 32.7% عام 1988 إلى 30.7% عام 1998 ثم انخفضت بشدة إلى 11.7% عام 2008 .

ويرتبط الفقر بالديموغرافيا ارتباطا وثيقا ، فالخصوبة المنخفضة تعمل على تخفيض معدلات الزيادة الطبيعية للسكان ، وفي الوقت ذاته تعمل على تحسين توزيع الدخل والذي بشأنه يرفع الأجر الحقيقية خاصة بالنسبة للأسر الفقيرة.

كما تفيد احدي الدراسات التي أجراها (البنك الدولي:2001) في افريقيا بأن تناقص معدل الخصوبة الكلي (4) لكل امرأة يعمل على تخفيض حدوث فقر الدخل بنسبة تتجاوز (7%) ، وعليه فإن دخل الأسرة الفقيرة يعتمد على تناقص الخصوبة بين أفرادها.

ونظرا للافتقار الشديد في البيانات الخاصة بدراسة الفقر وتأثيره على السلوك الانجابي لدى المرأة ، وكذلك معرفة الأوضاع الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية بالنسبة للأسر الفقيرة وغير الفقيرة في الجزائر وخاصة في ولاية غليزان.

وعليه ارتأينا أن نقسم هذا البحث إلى ستة فصول وهي كما يلي:

الفصل الأول : يشمل الجانب المنهجي والمتمثل في التعريف بمشكلة البحث وكذلك معرفة الأهداف المرجوة من هذا البحث إلى جانب أهميته ودوافع اختياره وتحديد الفرضيات والمفاهيم والحدود الزمنية والمكانية الخاصة بهذا البحث ، وكذلك اختيار المنهج المناسب والدراسات السابقة التي لها علاقة وثيقة تخدم هذا البحث ، كما تطرقنا النظريات التي لها علاقة بموضع البحث.

الفصل الثاني : يمثل قياس الفقر في الجزائر بحيث نتناول فيه أهم المفاهيم المتعلقة بالفقر وطرق قياسه إلى جانب العوامل المسببة في تفشي ظاهرة الفقر في الجزائر وكذلك طرق مكافحته من أجل التقليل من حدته.

الفصل الثالث : يمثل السلوك الانجابي في الجزائر بحيث سنتناول فيه مظاهر هذا السلوك الانجابي ومحدداته لدى المرأة، بالإضافة إلى معرفة أهم العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية المؤثرة فيه.

الفصل الرابع : يمثل الصحة الإنجابية في الجزائر حيث سندرس فيه واقع الصحة الإنجابية في الجزائر وتحديد أهم المحددات التي تستخدم في الصحة الإنجابية.

الفصل الخامس : يمثل الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية حول الفقر وعلاقته بالسلوك الانجابي في ولاية غليزان.

الفصل السادس : يمثل اختبار الفرضيات وعرض وتحليل النتائج الخاصة بالدراسة.

2- أهمية البحث ودوافع اختياره:

تعد دراسة الفقر في تفسير السلوك الانجابي وخاصة في الدول النامية هامة جدا ، ولاسيما اذا أخذنا بالنتائج و التوصيات التي توصل اليها صندوق الامم المتحدة للأنشطة السكانية و المؤتمرات السكانية فيما يتعلق بتطبيق السياسة السكانية وإتباع سبل التخطيط العائلي للتقليل من النمو السكاني المتزايد في البلدان النامية ، وانطلاق من ذلك فإننا نسلط الضوء في بحثنا هذا على الدور الأساسي لتقليل مستوى الفقر و علاقته بالتخطيط العائلي لتخفيض النمو السكاني ، وذلك من خلال بعض المؤشرات المرتبطة بالفقر مثل متوسط الدخل الفردي و المستوى التعليمي لما لها من تأثير مباشر و غير مباشر على السلوك الإنجابي لدى المرأة ، حيث سنقوم بتحليل أهم المؤشرات ذات الصلة بالفقر و الدالة على شروط الحياة الاقتصادية والاجتماعية في المجتمع الجزائري.

كما ترجع أهمية الدراسة إلى ما يلي:

- تناول مشكلة الفقر من منظور ديموغرافي من خلال معرفة علاقة الفقر بمستوى السلوك الإنجابي للأسر محل الدراسة وكيفية تأثير هذه العلاقة على السلوك الإنجابي لدى المرأة.
- تقديم عرض شامل لمختلف مفاهيم الفقر وأساليبه وطرق قياسه، لما له من أهمية في تحديد مفهوم الفقر والمتمثل في فقر الدخل بالنسبة للأسرة وبما يتناسب مع الموضوع محل الدراسة.
- معرفة اتجاهات السلوك الإنجابي للمجتمعات الفقيرة وغير الفقيرة من وجهة نظر ثقافة كل مجتمع.

- مساعدة واضعي السياسات والخطط السكانية وتزويدهم بالبيانات والمعطيات الخاصة حول منطقة الدراسة.

3- اشكالية البحث:

أصبحت ظاهرة الفقر تشكل هاجسا كبيرا لدى الدول في العالم بدرجات متفاوتة غير أن دول العام الثالث هي الأكثر فقرا في العالم ، حيث بلغ معدل الفقر في تقرير مؤشر التنمية البشرية لبرنامج الأمم المتحدة لسنة 2001 والذي أشار أن 1.2 مليار شخص في العالم يعيشون بدولار واحد في اليوم و2.5 مليار شخص يحصلون على دولارين في اليوم ، كما لاحظنا وجود فروق بين الدول وبعضها البعض من حيث حجم مشكلة الفقر وبرامج مكافحتها وكذلك الحد من انتشارها ، مما جعلها ظاهرة يصعب التحكم فيها ، حيث لا يستطيع أن يخلو أي مجتمع منها خاصة بالنسبة للدول النامية التي أصبحت هذه الظاهرة تتفاقم وتنتشر بسرعة كبيرة مما جعل نموها الاقتصادي يتآكل نتيجة ارتفاع وتزايد عدد السكان فيها ، الأمر الذي جعل أغلب الدول النامية تدق ناقوس خطر مشكلة الفقر وتزايد حجم عدد السكان ، وعلى غرار هذه الدول النامية عانت الجزائر من انتشار ظاهرة الفقر حيث بلغ معدل الفقر حسب تقرير برنامج الأمم المتحدة للزراعة في سنة 2002 حوالي 21.9% وهذا الارتفاع في المعدل راجع الى عدت أسباب من بينها تباطؤ النمو الاقتصادي نتيجة ارتفاع المديونية الخارجية وكذلك تغيير نظام الدولة الاشتراكي إلى نظام اقتصاد السوق ، مما جعل الدولة تتخل عن معظم الشركات والمؤسسات المفلسة مما أدى إلى إغلاقها وتسريح أغلب العمال فيها وهذا ما جعل معدلات البطالة تعرف أرقام قياسية نهيك عن الفساد والبيروقراطية ، وكذلك التوزيع غير العادل للثروات مما جعل الهوة بين الفقراء والأغنياء ، حيث أن الفقراء يزدون فقرا والأغنياء يزدون ثراء ، وزيادة على هذه الأسباب النمو السريع لعدد السكان ، بحيث حجم عدد أفراد

الأسرة يلعب دور كبير في فقرها الأمر الذي جعلني أتعرف على العلاقة الموجودة بين الفقر والسلوك الانجابي في الجزائر ، بحيث انطلقت مشكلة البحث من خلال التعرف على محددات السلوك الانجابي ومدى تأثير الفقر عليه ، وكذلك معرفة أنماط هذا السلوك بالنسبة للأسر الفقيرة والأسر غير الفقيرة.

رغم الدراسات الكثيرة التي تناولت الفقر وعلاقته بالسلوك الانجابي بالنسبة للدراسات الأجنبية أو الدراسات العربية وكذلك الدراسات المحلية والتي عالجت الموضوع من اتجاه واحد وهو تأثير السلوك الانجابي على زيادة أو نقصان في مستوى الفقر ، مما جعلني أفكر في دراسة العلاقة بين الفقر والسلوك الانجابي في اتجاه معاكس ومتبادل ، كما حاولت أن أقيس مستوى الفقر بالنسبة للأسر بالاعتماد على خط الفقر الاجتهادي الذي يعتمد على آراء الأسر في تحديد الحد الأدنى من الدخل الذي يكفيهم للعيش والتي تتناسب و أداة البحث التي استخدمتها في معالجة هذا البحث وهو الاستبيان ، وهذا يغنيني عن مشاكل وقصور مستوى الدخل.

ولمعالجة مشكلة البحث نقوم بطرح السؤال الجوهري والمتمثل في مايلي:

ما مدى تأثير مستوى الفقر على السلوك الإنجابي لدى المرأة في الجزائر؟

لتسهيل حل الإشكالية يمكن تجزئتها إلى أسئلة فرعية وهي كالآتي:

- ما هي المعايير والمؤشرات المتبعة لقياس ظاهرة الفقر؟

- ما هي مستويات الخصوبة في المجتمع الجزائري؟

- ما هي طبيعة العلاقة الموجودة بين الفقر والسلوك الانجابي في منطقة الدراسة؟

- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية لأنماط السلوك الإنجابي بين الأسر الفقيرة وغير الفقيرة؟

- هل تؤثر العوامل الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية على أنماط السلوك الانجابي لكل من الأسر الفقيرة وغير فقيرة؟

4- فرضيات البحث:

من أجل معالجة البحث نقوم بطرح الفرضيات التالية:

- توجد هناك علاقة بين الفقر والسلوك الانجابي للمرأة في منطقة الدراسة.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية لأنماط السلوك الإنجابي بين الأسر الفقيرة وغير الفقيرة.
- يوجد هناك تأثير للعوامل الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية على أنماط السلوك الانجابي لكل من الأسر الفقيرة وغير الفقيرة.

5- أهداف البحث:

إن الاهداف المرجوة من هذا البحث تتمثل فيما يلي:

- معرفة أهم المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية المؤثرة في انخفاض الولادات لدى الاسر الفقيرة.
- ايجاد الطرق والسبل الناجعة للتقليل من مستوى الفقر والذي من شأنه يقلل من النمو السكاني المتسارع.
- الاستخدام الامثل لوسائل الحمل الحديثة بالنسبة للأسر الفقيرة يؤدي إلى التقليل في عدد الولادات غير المرغوب فيهم.

- وضع نظام تأميني للمجموعات السكانية الفقيرة بسبب تزايد عدد الأطفال وعدم القدرة على تأمينهم ضد جميع أخطار الحياة.

- الخروج بتوصيات يمكن أن تساهم في حل مشكلة الدراسة.

6- تحديد مفاهيم الدراسة:

1) **السلوك الانجابي:** يُعرف السلوك الإنجابي على أنه عملية الانجاب الفعلية وهي القدرة الفعلية على الانجاب وتختلف عن الخصوبة التي تشير الى القابلية على الإنجاب ، ويُطلق على الشخص عديم القدرة على الإنسال بالعقيم.¹

وعليه فإن السلوك الانجابي يُشير هنا إلى اتجاهات أفراد المجتمع من المتزوجين الذين يتمتعون بالقابلية على الخصوبة والرغبة في زيادة عدد الاطفال او التقليل منهم (تنظيم الاسرة)، ويتأثر هذا السلوك بالعوامل الثقافية السائدة في المجتمع.

2) **الفقر:** يصف رئيس البنك الدولي روبرت مكنمارا (Rebert McNamara) عام (1978) الفقر بأنه تلك الأحوال المعيشية التي تكون نتيجة سوء التغذية والجهل والمرض والقذارة وارتفاع وفيات الأطفال وقصر العمر الافتراضي مما يجعله أدنى من المستوى المعهود للحياة اللائقة².

أما منظمة الأمم المتحدة تعرف الفقر بأنه حالة من الحرمان المادي التي تظهر في انخفاض الاستهلاك نوعا وكما وتدني الأحوال الصحية والمستوى التعليمي والوضع السكني والحرمان من تملك السلع والأحوال المادية الأخرى وفقدان الاحتياطي لمواجهة الحالات الصعبة مثل المرض والإعاقة والكوارث وغيرها³.

¹ يونس حمادي علي: مبادئ علم الديموغرافية، المكتبة الوطنية، بغداد، 1985، ص 127.
² الأمم المتحدة، قياس الفقر في دول اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا ، سلسلة مكافحة الفقر ، العدد 3 ، نيويورك، 1996، ص 11
³ دنج ، ب ألن ، الفقر والبيئة الحد من دوامة الفقر، ترجمة صابر، محمد، معهد مراقبة البيئة العالمية، الطبعة الأولى، الدار الدولية للنشر، القاهرة/مصر، 1991 ، ص 10.

(3) **الخصوبة** : خصوبة السكان لفظ يطلق للدلالة على ظاهرة الانجاب في أي مجتمع سكاني والتي يعبر عنها بعدد المواليد الاحياء (**Fécondité**)، وينبغي هنا التمييز بينها وبين لفظ القدرة على التوالد (**Fertilité**)، والتي يقصد بها القدرة الفسيولوجية على الانجاب والتي لا يوجد لها قياس مباشر¹.

(4) **الصحة الإنجابية** : لقد تم في مؤتمر القاهرة للسكان عام 1994، تحديد تعريف للصحة الإنجابية على أنها: حالة الرفاهية الكاملة بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته ، وليس مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة.

وعليه فالصحة الإنجابية هي حالة من السلامة والصحة الجسدية والنفسية للأم والطفل في مرحلة الحمل والولادة وما بعد الولادة. ولتحقيق ذلك لابد من إمام الأم بالتربية الجنسية والتعليم الكافي الذي يمكنها من معرفة جميع المعلومات والواجبات المتعلقة بالحياة الزوجية.

(5) **خط الفقر الاجتهادي**: يعتمد على اجتهاد رجال السياسة وعلماء الاجتماع أو أفراد مجتمع ما من خلال تقدير الحد الأدنى لمستوى المعيشة الذي يعتبر مقبولا اجتماعيا ضمن الحدود المعقولة للمجتمع².

وعليه فإن خط الفقر الاجتهادي أو الموضوعي يمكن تحديده من خلال سؤال عينة من الأفراد الذين يعيشون عند ذلك الخط بالإدلاء عن ارائهم الاجتهادية حول مستوى الدخل أو الاستهلاك الذي يعتقدون أنه يمثل الحد الأدنى المقبول اجتماعيا.

¹ مصطفى عمر حمادة، الانثروبولوجية، دراسات في علم السكان، دار المكتبة الجامعية، القاهرة، 2009، ص145.

² Josh, P.D. Conceptual Measurement and Dimensional aspects of Poverty in India Seminar on Poverty statistics: (1997). p21

7- منهج الدراسة:

للوصول إلى النتائج المرجوة من هذه الدراسة تم استخدام منهجين:

المهج الوصفي: من المناهج التي تقدم وصفا للظواهر والأحداث موضع البحث دون أن تسعى لتفسير الأحداث أو تحليلها ، كما استخدم الباحث هذا المنهج في دراسة البيئة الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية لسكان منطقة الدراسة.

المنهج التحليلي الإحصائي : يمد المنهج التحليلي الإحصائي الباحث بوسيلة فعالة لوصف البيانات الرقمية والمعلومات التي جمعت أثناء الدراسة فهي أداة أساسية للقياس والبحث والتعرف على درجة دقة البيانات والمعلومات والنتائج التي توصل إليها الباحث ، كما تستخدم الطرق الإحصائية في بحوث المسح أو العينة¹. وعليه استخدم الباحث هذا المنهج في تحليل البيانات التي جمعت من الدراسة الميدانية وذلك لدراسة الفقر في منطقة الدراسة وتأثيرها على السلوك الانجابي ، وكذلك تبيان العلاقة الموجودة بين العوامل الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية و مستويات الخصوبة في منطقة الدراسة.

8- الخلفية النظرية :

على الرغم من أن عددا قليلا من الفلاسفة أعطوا اهتماما لمواضيع السكان ، ربما لأنهم عاشوا في عالم غير مزدحم كثيرا مثلما هو الحال في الوقت الحاضر. كما أن معظم وجهات النظر الأولى حول السكان و العوامل التي تؤثر على الخصوبة نشأت على شكل أساطير شعبية.

¹ (دويدي ، رجاء وحيد ، البحث العلمي (أساسياته النظرية وممارساته العلمية) ، دار الفكر ، دمشق، 2002، ص56.

وربما كان أكثر المعتقدات شيوعا حول السكان قبل مجيء مالتوس هو أن تزايد نمو السكان شيء جيد وأن انخفاض نموهم شيء سيء. إن الثروة والتقدم المادي كانا يعتمدان بشكل رئيسي على العمل اليدوي ، وكانت النظرة إلى القوى العاملة على أنها الوسيلة للازدهار والتطور، وبارتفاع معدلات الوفيات التي سادت خلال التاريخ البشري ، فقد كان من الضروري تعويض ذلك النقص بزيادة عدد الأطفال.

نظرية مالتوس:

لقد كان لدى توماس روبرت مالتوس، كاقصادي وقسيس (أكثر المنظرين في السكان) كان لديه تأثير واضح على الاتجاهات والأفكار المتعلقة بالنمو السكاني ومازال اسمه حاضرا في معظم المناقشات التي تدور حول الاتجاهات السكانية، ويبدو أن اسمه ارتبط بموضوع السكان . ومع أن الديمغرافيين لا يوافقون جميعا على أن مالتوس قد قدم إضافة علمية مهمة إلى الدراسة السكانية ، فإنه على الأقل رفع موضوع السكان إلى أعلى مستوى للمناقشة الجادة.

وظهرت أول مقالات مالتوس في عام 1798م بعنوان حول قانون السكان كما يؤثر على التطور المستقبلي للمجتمع مع ملاحظات على توقعات السيد جودوين والسيد كوندرسيه وكتاب آخرون. ولقد كتب ذلك المقال على أنه ليس مرجعا في الديمغرافيا ولا كونه كقانون جديد للنمو السكاني.

ولقد كان أول مقالات مالتوس بسيطة ، فقانون السكان الذي وضعه كان نتيجة لأمرين بديهيين وافترض واحد وكانت البديهية الأولى: أن الغذاء ضروري لوجود الإنسان. وكانت الثانية: أن

العلاقة الجنسية بين الجنسين ضرورية وستبقى بشكلها. أما افتراضه فهو: أن عدد السكان سوف يتزايد على شكل متوالية هندسية بينما يتزايد إنتاج الغذاء على شكل متوالية حسابية.¹

ورغم الجدل الكثير و المعارضة التي ظهرت بعد أن نشر مالتوس كتابه 1798 ، إلا أن نظريته فقدت مصداقيتها بفضل الثورة الصناعية التي شقت طريقها منذ منتصف القرن التاسع عشر و عملت على تخفيض الضغط السكاني على الموارد وتخفيض الهجرة إلى العالم الجديد وعملت على رفع أجور العمال ومع ذلك فإن الزيادة السكانية السريعة خلال القرن العشرين والتي تزامنت سوء التغذية في مناطق كثيرة، قد أعيد الاهتمام بأفكار مالتوس من جديد . إن كثيرا من المالتوسيين الجدد ما زالوا يشعرون أن النمو السكاني سيتجاوز إنتاج الغذاء وأن العالم لن يكون قادرا على تحمل مزيد من السكان.

الاقتصادية بوسروب: (Ester Boserup) :

لقد وضعت الاقتصادية الدنماركية بوسروب في عام 1965 الجدل القائم للعلاقة بين النمو السكاني وإنتاج الغذاء بصورة مخالفة تماما لمالتوس. فقد بدأت بحثها بالقول أن النمو السكاني يعتبر هنا كمتغير مستقل والذي بدوره يعتبر عاملا رئيسا في ضبط التطورات الزراعية وقد ذكرت أن النمو السكاني والكثافات السكانية العالية يمكن أن تحفز الابتكار و التغيير في الزراعة. وكنقطة بداية فقد اقترحت أن يحل مصطلح التذبذب في الإنتاج بدلا من الأرض المزروعة والأرض غير المزروعة وإذا ما أخذنا بالاعتبار مصطلحات استخدام الأراضي وأنماط استخدام الآلات في المجتمعات الكثيفة بطرق حديثة ويمكن تسمية ذلك بالتغيير التدريجي

¹ د. فوزي سهاونة وآخرون، مدخل إلى الجغرافيا، ط3، دار وائل للطبع والنشر، عمان، 2009، ص 75.

تجاه أنماط من استخدام الأرض تجعل من الممكن استغلال محاصيل متعددة من مساحة محدودة من الأرض لأكثر من مرة.¹

ومع أن بوسروب قد زودتنا ببعض الملاحظات حول معالجة النمو السكاني على أنه متغير مستقل و الذي بدوره حرك الاستغلال الزراعي الكثيف والابتكارات التكنولوجية إلا أن ملاحظاتها لا تخلو من النقد. والتساؤل الذي يفرض نفسه هنا: لماذا يبدأ السكان بالنمو (إذا كان الغذاء قليلا) خاصة وأن النمو السكاني كان بطيئا وكان هو النمط السائد في أكثر فترات التاريخ البشري. وانتقاد آخر يمكن ذكره وهو أن بوسروب قد تعاملت مع مجتمعات زراعية مغلقة أي دون تأثير للهجرة ، والواقع أن الهجرة قد تلعب دور صمام الأمان للنمو السكاني في كثير من الحالات مع أن هذا الدور أصبح محدودا مع النمو السكاني السريع في القرن العشرين.

لقد تم تقديم مساهمات مهمة ونظريات عديدة تناولت موضوع الخصوبة ومحدداتها والعوامل المؤثرة فيها. منها مساهمات كل من (1973 Becker) و(1979 Easterlin).

كما أن دراسة موضوع الخصوبة هو أبرز المجالات السكانية تعرضا للدراسة والتقصي والتحري فقرار الإنجاب عند (Becker) هو قرار اقتصادي راشد يحقق أكبر منفعة ممكنة ضمن الأسعار والدخل والفروق وكذلك نظر إلى الأطفال على أنهم سلعة تنافس مع باقي السلع ضمن سلة السلع التي يختارها الفرد ضمن إمكانياته المادية وذوقه الذي يتحدد الدين والعرق ، وأعطى أهمية لنوعية الأطفال حيث قسمها إلى:

أ- نوعية متوقعة ، كالطاعة والتعليم والقدرة على اتخاذ القرار.

ب- نوعية غير متوقعة كالجنس والصفات الجسمية الموروثة.

¹ د. فوزي سهاونة مرجع سابق ص 77 .

وخلص (Becker) في نموذجه إلى أن الخصوبة تتحدد بالدخل، تكاليف الأطفال، الذوق والنوعية غير المتوقعة للأطفال.

أما استرلين (Easterlin) فقد بنى نظريته على شكل بيكر إلا أنه رأى ضرورة أخذ الدخل المتوقع عبر الزمن بعين الاعتبار بالإضافة إلى الدخل الفردي الحالي، وركز على أهمية التكاليف غير المباشرة للأطفال مثل الدخل المتوقع يقوم بالعناية بالطفل سواء كانت الأم أم غيرها من أفراد الأسرة.

وقد فسّر استرلين علاقة التنمية والتحضر بالخصوبة فقال أن التنمية تعني تحسن صحة الأم وانخفاض وفيات الأطفال، مما ينقل الأسرة من وضع يكون فيه الزيادة في الطلب على الأطفال إلى زيادة في الإنتاج المحتمل و في الوقت نفسه يتغير الذوق فتتميل الأسرة إلى زيادة في الاستهلاك من السلع والخدمات ضمن ميزانية محدودة، مما يؤدي إلى وجود حافز لضبط الخصوبة و إنجاب من الأطفال وبمرور الوقت سيصبح حجم الأسرة هو الحجم المرغوب فيه بشرط توفير وسائل منع الحمل، وخفض كلفتها المادية والنفسية.¹

ومن ثم تطورت هذه الأبحاث حتى برزت النظرية الاقتصادية في الخصوبة التي تفترض وتعتمد على أن الأسرة تتمتع بمنهج عقلاني ومنفعي تقارن به عملية الإنجاب مع الاحتياجات والضروريات الأخرى من الحياة، وقد تم التوصل إلى مثل هذا الافتراض اعتماداً على الدراسات و الأبحاث الكثيرة التي ساهم فيها علماء وباحثوا الاقتصاد والاجتماع معا حيث أن الاقتصاديين وخاصة أصحاب "مدرسة شيكاغو" الذين طبقوا الاقتصاد الكلاسيكي الحديث على الأسرة بحيث اعتبروا أن الأسرة هي نوع من أنواع المؤسسات الإنتاجية في الاقتصاد كما استخدموا أيضا مفهوم رأس المال البشري ومفهوم وظيفة الإنتاج العائلي أي أن الأسرة هي الزوج والزوجة ، تم

¹ N amboobdiri ; N , « Some observation on the Economic Framework for fertility analysis ”; population studies , Vol . 26, No. 2, 1972 , p. 185-206.

اعتبارها مؤسسة مهمة في اتخاذ قرارات حيوية من حيث كيفية استثمار هذه الموارد واستغلالها في إنجاب الأطفال.

ويمكن دراسة الخصوبة ضمن أطر ثلاث يشار إليها ضمن:

(1) مدرسة التنمية والمتمثلة في التحول الديموغرافي (فرانك نوكشتاين 1945): والتي افترضت بأن ارتفاع معدلات التنمية الاقتصادية والاجتماعية داخل مجتمع سكاني معين سوف يعمل على ارتفاع معدل النمو السكاني وبالتالي العمل على إيجاد توازن بين السكان والموارد ، ومن خلال تطبيق ذلك على كل من الدول النامية والمتقدمة ظهر تباين كبير في النتائج بين مجموعتي الدول ، حيث وجدت النظرية أن فرص الدول النامية في إنجاح التنمية ضئيلة بسبب أن معدلات النمو فيها مرتفعة مما يترك أثرا سلبيا على النمو الاقتصادي وسيادة حالة من البطالة بعكس الدول المتقدمة التي لها القدرة على إحداث تراكمات كبيرة في رأسمالها وبنفس الوقت معدلات النمو السكاني لديها منخفضة أحيانا في مستوى النمو الصفري ، وبالتالي نجد أن الدول النامية لن تنجح فيها التنمية إلا بعد خفض معدلات النمو السكاني لديها إلى مستوى دون معدل النمو الاقتصادي.

(2) نموذج المتغيرات الوسيطة للخصوبة لكل من ديفيس و بليك عام 1956 م :

والتي تقوم على مجموعة من المتغيرات التي تؤثر مباشرة على الخصوبة والإنجاب لدى المرأة وأثرها على معدلات النمو السكاني وإبراز مفهوم العرض من الأطفال لدى الأسرة وخاصة المواليد الباقين على قيد الحياة في الأسرة ، وكذلك مفهوم الخصوبة الطبيعية في المجتمع وإبراز علاقتها مع المتغيرات الأخرى ،ولهذا يعتبر كل من العالمان هما أول من أشار إلى القدرة البيولوجية على الإنجاب لدى المرأة وأول من حاول كشف المتغيرات والعوامل المؤثرة فيها من خلال ما أسماه نموذج المتغيرات الوسيطة للخصوبة حيث أوضح أن المتغيرات تتوسط بين

الخصوبة والمتغيرات الاقتصادية والاجتماعية وما يسمى بمستوى الخصوبة ، وقد قسموا هذه المتغيرات الوسيطة إلى إحدى عشر متغيراً هي:¹

1) العوامل المؤثرة على التعرض إلى العمليات الجنسية (متغيرات الجماع الجنسي).

أ- العوامل المسؤولة عن تشكيل وفسخ الاتحادات داخل فترة الإنجاب.

1. العمر التي تبدأ عنده الاتحادات الجنسية (المشروعة وغير المشروعة).
2. العزوبية الدائمة وهي نسب النساء اللواتي لا يدخلن في الاتحادات الجنسية أبداً.
3. طول الفترة الإنجابية التي تنقضي بعد الاتحادات أو بينها (بالطلاق، الانفصال ، الهجر ، موت الزوج).

ب- العوامل المسؤولة عن التعرض إلى الجماع الجنسي داخل الاتحادات:

1. الامتناع الطوعي
2. الامتناع غير الطوعي (العقم، المرض، الانفصال المؤقت الإجباري).
3. عدد مرات الجماع الجنسي (باستثناء فترات الامتناع).

2) العوامل المؤثرة على التعرض إلى الحمل (متغيرات الحمل):

1. القدرة أو عدم القدرة الفسيولوجية كما تتأثر بالأسباب غير الطوعية.
2. استعمال أو عدم استعمال موانع الحمل (الوسائل الميكانيكية والكيميائية ووسائل أخرى).

¹ مصطفى خلف عبد الجواد أستاذ علم الاجتماع في كلية الآداب - جامعة المنيا , " دراسات في علم اجتماع السكان " . دار المسيرة 2009 . ص30-

3. القدرة أو عدم القدرة الفسيولوجية والتي تتأثر بالأسباب الطوعية (التعقيم، العلاج الطبي، وغير ذلك).

(3) العوامل المؤثرة على الحمل والإنجاب الناجح:

1. وفيات الأجنة من الأسباب غير الطوعية.

2. وفيات الأجنة من أسباب طوعية.

النظريات البيولوجية :

وهي التي حاولت دراسة وتفسير اختلاف الخصوبة من خلال العوامل البيولوجية ، حيث اعتبرت هذه النظريات أن نمط الزواج ومدى استعمال وانتشار موانع الحمل والإجهاض و الرضاعة الطبيعية هي المتغيرات المهمة التي تلعب دورا مميزا في إحداث ثغرة بين العرض والطلب على الأطفال حيث أن نمط الزواج يشير إلى نسبة من دخلن الزواج ومن ثمة الدخول في العلاقة الجنسية ، بينما موانع الحمل تشير إلى ضوابط في مسار الخصوبة الطبيعية مثل الرضاعة الطبيعية كمانع للحمل عند الزوجة ولو بشكل مؤقت وكذلك الإجهاض وبهذا يتأثر العرض من الأطفال.¹

وبهذا المفهوم فإن الخصوبة الطبيعية تعكس مستوى أدنى من طاقة المجتمع التناسلية بسبب المعوقات الثقافية و البيولوجية مما يخفض من حجم العائلة ولو عن غير قصد وخاصة مع ازدياد نسبة بقاء الأطفال على قيد الحياة.

لقد ظهر الخلاف بين العلماء والدارسين في مجال علم السكان حول مدى أهمية موارد الخصوبة البشرية، فبينما يرى بعضهم مثل أسترلين و بيكر وليبنشتين، أن عوامل التنمية

¹ <http://bu.umc.edu.dz/opacar/theses/sociologie/AMAN1861.pdf> 22/04/2017.

الاقتصادية والتصنيع هي مولد لدوافع خفض الخصوبة المرتفعة. ليرى الآخرون مثل ديفز وبلاك ويونجرتس أن توفر خدمات الأسرة بشكل منظم هو الذي يشجع على تخفيض معدلات الخصوبة.

وقد ظهر هذا الخلاف بصورة واضحة خلال "مؤتمر بوخارست" للسكان عام 1974 فبينما يرى الاشتراكيون أن التنمية بشقيها الاجتماعي هي الوحيدة لتنظيم الأسرة والحد من مستويات الخصوبة المرتفعة، كما أن الرأسماليون يشرون إلى برامج تنظيم الأسرة تلعب دورا هاما في الحد من ارتفاع معدلات الخصوبة. حيث أشارت خطة العمل المنبثقة عن مؤتمر بوخارست "إلى العلاقة بين المتغيرات السكانية ومتغيرات التنمية علاقة تبادلية".

نظرية اللامساواة والخصوبة:

تطورت هذه النظرية على يد مجموعة من الباحثين نذكر منهم جيمس كوشير، ريببتو، وبهتاشاريا، وفليج، وراو. وتشارك هذه النظرية في ملامحها العامة مع ما يسمى بالفرض الابتدائي، ومؤداه أنه حين تكون الخصوبة مرتفعة في البداية يكون لتحسين الأحوال الاقتصادية والاجتماعية تأثير ضئيل في الخصوبة حتى يتم الوصول إلى مستوى اقتصادي واجتماعي معين عنده تبدأ الخصوبة في الانخفاض، وتستمر في الانخفاض حتى تستقر في مرة ثانية عند مستوى أكثر انخفاضا.

فالنظرية تركز بصفة خاصة على الجوانب التوزيعية للتنمية الاجتماعية والاقتصادية وآثارها على الخصوبة، إلى جانب بعض المؤشرات مثل (معدلات التعليم، ومعدلات وفيات الأطفال، ومتوسط العمر المتوقع).

ويذهب كوشير¹ إلى أن المساواة في توزيع عملية التنمية وثمارها سوف يؤدي في الإسراع في عملية التحديث بين نسبة كبيرة من الأسر، والذي يؤدي بدوره إلى انتشار الرغبة في أسر صغيرة الحجم، وبالتالي يؤدي إلى انخفاض مبكر وسريع ومستمر في الخصوبة. ويخلص كوشير إلى أن هدف التنمية هو تحقيق نمو سريع في الإنتاج يتميز بعدالة التوزيع، وعندما تتحسن الأحوال المعيشية لغالبية السكان يمكن أن تتخفف الخصوبة.

ويؤكد ريبينو² على آراء كوشير، ويرى أنها تصدق على الفقراء و الأغنياء في داخل أية دولة، وعلى الدول الغنية والفقيرة. وكلما اتسم توزيع الدخل بالمساواة انخفض المعدل العام للمواليد، لأن اللامساواة الاقتصادية تعمل على ارتفاع الخصوبة والنمو السكاني السريع.

وقد استخدم بهتاشاريا³ عينة ضمت 52 دولة متقدمة ومتخلفة، لاختبار العلاقة بين اللامساواة والخصوبة. وخلص من ذلك إلى أن انخفاض درجة اللامساواة يؤدي إلى انخفاض الخصوبة.

ويوجه فليج انتقادات عديدة إلى كل من ريبينو وبهتاشاريا. إذ يرى نتائج بهتاشاريا عن أثر اللامساواة في الخصوبة تجاهلت محددات أخرى للخصوبة، وكذلك ريبينو اهتم بالآثار غير المباشرة للمساواة من خلال تأثيرها في المحددات المتعددة للخصوبة.

وقد تحاشى فليج⁴ الانتقادات السابقة وقام بدراسة ضمت 60 دولة. وانتهى في الأخير إلى أن انخفاض درجة اللامساواة في الدخل يؤدي إلى انخفاض الخصوبة، كما رأى أن الانتقال

¹ cochre, J.E. Rural Development, Income Distribution and Fertility Decline, New York: the Population Council, 1973, pp. 57 & 74-89.

² Repetto, R. Economic Equality and Fertility in Developing Countries Baltimore: Johns Hopkins Univ. Press, 1979, pp. 1-3, 12, 67, 151 & 156.

³ Bhattacharyya, A.K, Income Inequality and Fertility: A Comparative View: Population Studies, Vol. 29, 1975, pp. 5-19.

⁴ Flegg, A.T. The Role of Inequality of Income in the Determination of Birth Rates, Population Studies, 33(3), 1979, pp. 457-477.

الديموغرافي في الدول المتخلفة سوف يكون سريعاً شريطة أن يكون مصحوباً بعدالة أكبر في توزيع الدخل.

ويؤكد راول¹ أن وجود شواهد على العلاقة المباشرة بين اللامساواة في الدخل والخصوبة ليس مدعاة للقول بأن ارتفاع الدخل الفردي في دولة ما يخفض من معدل المواليد ، لأن بعض الدول النامية مثل الكويت نجد فيها دخول فردية مرتفعة ومعدلات مواليد مرتفعة. كما أن هناك مستويات حرجة معينة من التحضر، والتحديث، والتعليم، وتحسين الأحوال الصحية و المعيشية تؤدي إلى الانتقال من خصوبة مرتفعة إلى خصوبة منخفضة. ولتحقيق ذلك الانتقال يجب أن تسعى السياسات السكانية إلى تحسين المستوى الاقتصادي للجماعات ذات الدخل المنخفض ، وإلى إعادة توزيع النسبة الزائدة من إجمالي الدخل القومي للفقراء.

نظرية ثقافة الفقر:

تحاول هذه النظرية تفسير الخصوبة المرتفعة للطبقة الفقيرة في ضوء ثلاثة أبعاد هي:

(أ) القيم والمعايير داخل الثقافة الفرعية التي تؤثر في تفضيل الأفراد لحجم معين للأسرة ، وفي الأهمية التي تعطي لدور المرأة والرجل كأبوين.

(ب) المعايير والمعتقدات التي تؤثر في الاتجاهات نحو تنظيم الأسرة بصفة عامة ، وفي الوسائل المتعلقة بتنظيم النسل بصفة خاصة.

(ج) الأنماط السلوكية الخاصة السائدة بين الزوجين داخل الثقافة الفرعية للطبقة الفقيرة.

¹ Rao, S.S. Battrens of Income Distribution and Fertility Levels With Special Reference to India, The Journal of family Welfare. 23(2), 1976, pp. 63-84.

ونجد رنيووتر¹ على الرغم من تسليمه بأهمية العوامل البنائية فإنه يفسر كبر حجم الأسرة بين الطبقات الفقيرة في ضوء الاستخدام غير الفعال لوسائل تنظيم الأسرة ، أو عدم استخدامها ، والذي يرجعه بدوره إلى عوامل مثل: نقص التوجيه نحو المستقبل ، والعلاقات المنعزلة للأدوار الزوجية ، والاعتقاد بأن إنجاب الأولاد هو الدور الرئيسي للمرأة ، ووجود أنماط معينة للسلوك الجنسي ، والفهم المحدود لفاعلية الوسائل المتعددة لتنظيم النسل وللجوانب البدنية لمنع الحمل. ولذلك يرى رنيووتر أن الطبقة الاجتماعية تمارس تأثيرها أساسا من خلال خاصيتين من خصائص الأسرة وهما اللتان تختلفان من ثقافة فرعية طبقية إلى أخرى ، فالأولى تنظم الأدوار الزوجية والقيم والممارسات التي تميز مختلف الطبقات الاجتماعية. والثانية المفاهيم المتصلة بالأدوار والقيم والممارسات المصاحبة لها ، والتي تعد ملائمة للنساء والرجال في مختلف الطبقات الاجتماعية.

وتشترك نظرية فيبر - بانكس في ملامحها العامة مع نظرية ثقافة الفقر في تفسير السلوك الانجابي بين الفقراء. وتشير هذه النظرية إلى أن محاولة التأثير في أرباب الأسر لاتخاذ قرار بتنظيم الاسرة أسهل من الأسر الغنية عنها مع الأسر الفقيرة ، حيث تقترح هذه النظرية أن الأسر الغنية تميل من تلقاء نفسها إلى السلوك الرشيد ومن ثم إلى تنظيم الأسرة. لذلك فإن هذه العملية السوسيوولوجية التلقائية تخدم غرض تنظيم الأسرة ، وبالتالي لا توجد حاجة إلى تدخل مهني من جانب الخدمة الاجتماعية مع هذه الأسرة. أما الأسر الفقيرة فلا تلجأ من تلقاء نفسها إلى تنظيم الأسرة ، وهي بحاجة إلى تدخل مهني لمساعدتها على الاقتناع بفوائد تنظيم الأسرة.

¹ Askham, J. Fertility and Deprivation, A Study of Differential Fertility Amongst Working-Class Families in Aberdeem Cambridge: Cambridge Univ. Press, PP. 11-12.

وعلى هذا الأساس فمثل هذه الأسر هي ف حقيقة الأمر نسق الهدف لطريقة تنظيم المجتمع¹.

والواقع ان أصحاب نظرية ثقافة الفقر لا يدركون الموقف الذي يعيش فيه الفقراء من حيث انخفاض المستويات التعليمية والمهنية , و عزلة الفقراء في احياء متخلفة ريفية كانت ام حضرية . فالزواج المبكر وحجم الاسرة الكبيرة يرتبطان بعوامل موقفية مثل انخفاض المكانة الاجتماعية والدخل ومستوى التعليم وعدم توافر خدمات منع الحمل . ولاشك في ان كبر حجم الاسرة هو احد نتائج موقف الفقر . وهذا الموقف يؤدي الى أساليب معيشية -أي ثقافة - تدعم الاتجاهات والممارسات التي لا تلائم السلوك الفعال المتصل بمنع الحمل.

نظرية موقف الفقر:

اشرنا في معرض الحديث عن موقف نظرية ثقافة الفقر من السلوك الانجابي عند الفقراء الى الملامح العامة التي تميز نظرية موقف الفقر في هذا الصدد . ونزيد الامر توضيحا فنقول : ان نظرية موقف الفقر كنموذج من نماذج التفسيرات البنائية تفسر ارتفاع الخصوبة بين الفقراء في ضوء عدم قدرتهم على الحصول على الوسائل الفعالة لمنع الحمل , اما لأنهم لا يستطيعون شراءها , و اما لان هذه الوسائل غير متاحة للفقراء في اماكن تجمعهم.

وفي رأي رايسمان² ان نقص الاستخدام الفعال لوسائل تنظيم الاسرة بين الفقراء لا يعود الى ثقافة الفقر , انما يعود الى السياسة العامة لتنظيم النسل التي تتميز بعدم اتاحة وسائل هذا التنظيم في اماكن يسهل على الفقراء الوصول اليها . اصف الى ذلك المعوقات البيروقراطية في

¹ عبد الحليم رضا عبد العالي ، استراتيجيات تنظيم المجتمع واتخاذ القرار بتنظيم الأسرة الفقيرة ، مجلة دراسات سكانية ، العدد 38 ، 1976 ، ص 5-4.

² Reisman, C.K , Birth Control, Cultural and the Poor, American Journal of Orthopsychologie, Vol, 38, 1968, PP.663-699.

إدارة وحدات تنظيم الأسرة. لذلك نجد ان اتاحة خدمات تنظيم النسل بين الجماعات الفقيرة تزيد من سرعة افادتها من هذه الخدمات .

وتشير الدراسات الحديثة الى ان توفير حد ادنى من الامن الاجتماعي - الاقتصادي للقطاعات الفقيرة في المجتمع ليس ضرورة فحسب , بل شرطا أساسيا لتحقيق تقدم في اية برامج للتغير الاجتماعي , و منها برنامج التحكم في الخصوبة . وتذهب بعض الآراء الى ان ترسيخ البناء التحتي للتنمية الاجتماعية - الاقتصادية يساعد على نجاح برامج تنظيم الأسرة بين الفقراء.

ونلمح تفسيرات بنائية للسلوك الانجابي عند الفقراء في دراسة وداد مرقص¹. فقد كشفت هذه الدراسة ان الطبقة العليا اكثر ممارسة لتنظيم الأسرة من الطبقة الدنيا . و ترى الباحثة ان الطبقة المحرومة من السيطرة على وسائل الإنتاج هي أيضا الطبقة المحرومة من السيطرة على وسائل الانجاب . كما ترى انه من العبث الاعتقاد بإمكانية انتشار تنظيم الأسرة في الريف ما دام المستوى الاقتصادي للعمال الزراعيين يؤدي الى معاناتهم النقص في التغذية الذي يجعل بدوره وسائل منع الحمل غير محتملة لدى النساء . وتضيف الباحثة ان طبقة المعدمين لم تتغير اتجاهاتها ولا سلوكها الانجابي كثيرا ، وهو ما ترجعه الى عوامل منها :

(1) ان معدل وفيات الرضع لا يزال مرتفعا في هذه الطبقة عنه في الطبقات الأخرى ، وهذا العامل له أهمية في تشكيل الاتجاه نحو الانجاب .

(2) ان الطبقة الدنيا محرومة من جميع صور الضمان الاجتماعي ، ولذلك يكون الاعتماد على الأبناء هو الضمان الاجتماعي الوحيد في حالة الكوارث .

¹ وداد سليمان مرقص ، المدخل الديموغرافي لدراسة التدرج الاجتماعي ، دراسة ميدانية في قريتين مصريتين ، رسالة دكتوراه ، آداب القاهرة ، 1978، ص ص 230-241، 313-318.

(3) ان طبقة العمال الزراعيين تعاني نقصا في التغذية ، مما يجعل استخدام وسائل منع الحمل مضرّة بصحة الزوجات .

وتخلص الباحثة الى ان كل هذه الظروف تجعلنا نؤكد انه لا يمكن انتظار انخفاض الخصوبة لدى طبقة المعدمين وشبه المعدمين في الريف ما دامت ظروفهم الاقتصادية والاجتماعية باقية على حالها.

نظرية التكيف مع الفقر :

هذه النظرية عبارة عن مزيج من نظريتي ثقافة الفقر و موقف الفقر ، وتطوير هذه النظرية مطلب يدعو اليه جمع من علماء الاجتماع نذكر منهم ميللر ، و لي رينووتر، ولويس كرايسبرج ، و هريبرت جانز .

وتعرف هذه النظرية بان سلوك الطبقة الفقيرة هو بمثابة تكيف مع موقف الحرمان ، تعززه مجموعة من القيم و المعايير والمعتقدات الناشئة عن ذلك الموقف ، ويتشابه بعض هذه القيم مع قيم الطبقات الأخرى ، وتوجه السلوك وبعضها يكمن في الوعي ولا يتم اتباعه في الواقع ، وبعضها يختلف عن قيم الطبقات الأخرى من حيث انها استجابة او تكيف مع موقف معين .

وتعد هذه النظرية كبر حجم الاسرة بين الفقراء نتيجة من نتائج تكيف الطبقة الدنيا مع موقف الحرمان وعدم الأمان وقلة الحيلة ، و تضم عملية التكيف هذه :

(1) بعض المجموعات العامة من المعايير الناتجة عن الموقف العام والتنشئة الاجتماعية داخل الطبقة الدنيا.

(2) بعض المجموعات الأكثر خصوصية من المعايير التي تتغير سريعا مع تغير المواقف .

(3) بعض المعايير التي تشترك مع الطبقات الأخرى و لو لم تتم ممارستها في الواقع.

وقد اتخذت جانيت اسكاهام¹ من نظرية التكيف مع الفقر منطلقا لدراستها عن الفقر و الخصوبة بمدينة ابيردين بالمملكة المتحدة ، وخلصت اسكاهام من دراستها الى استنتاجين هامين :

(1) كلما زاد تأثير العوامل الموقفية مثل الحرمان الاقتصادي و الاجتماعي و عدم الأمان و قلة الحيلة ، زادت الحاجة الى التكيف مع المعايير و الأنماط السلوكية التي تشمل عدم التخطيط للمستقبل ، و عدم القدرة على التحكم في البيئة التي يعيش فيها الفرد ، و كلما زادت الحاجة الى هذا النوع من التكيف ، اصبح لدى الزوجين اسرة كبيرة الحجم ، ما دام هذا التكيف يعوق كلا من الواقع لاسرة صغيرة الحجم ، و القدرة على التحكم في حجم الاسرة الفعلي وتحديده .

(2) ان مجرد تقديم وسائل منع الحمل ليس هو المعيار الوحيد الذي يؤدي الى انخفاض الخصوبة بين افراد الطبقة الفقيرة ، اذ ان البيئة الاجتماعية برمتها التي يعيش فيها هؤلاء الافراد (و التي تؤدي فيها مواقف الحرمان الى قبول سلبي لمنع الحمل ، وعدم القدرة على التخطيط و التطلع للمستقبل ... الخ) يجب ان تؤخذ في الاعتبار . ولذلك فان تحسين الوضع الاجتماعي و الاقتصادي للطبقة الفقيرة هو بالتأكيد الحل الوحيد لمشكلة تخفيض حجم بين الأزواج في هذه الطبقة الذين ينجبون أطفال اكثر مما يرغبون.

نموذج الشخصية غير المتكاملة:

يقدم هذا النموذج تفسيراً للسلوك الانجابي عند الفقراء في ضوء نقص القدرة أو الاستقرار الشخصي اللازم لفهم تنظيم النسل والسعي من أجل ممارسته بفعالية ، أو قد يبحث عن تفسير من خلال الأطفال بوصفهم عن الشخصية. ويرتكز هذا النموذج على مهاجمة نقص القدرة على

¹ Askham,J. OP. Cit, PP. 8-14& 182.

الضبط واللامبالاة ، وعدم القدرة على تحمل المسؤولية بين الفقراء ، كما يركز على خصائص الشخصية كمحددات للخصوبة.

وقد حاول ويستوف وزملاؤه¹ اختيار متغير أشار إليه أوسكار لويس في تناوله للخصائص النفسية للفقراء ، وهو القدرة على تأجيل إشباع الدوافع، الذي يرتبط بنوع من التوازن النفسي الموجود بين الدافع وضبط النفس. ويبدو ان التوازن له صلة بممارسة منه الحمل. وترى أسكهام ان هؤلاء الباحثين لم يفترضوا على سبيل المثال أن هذا التوازن يمكن أن يكون ناقصا بين الطبقات الفقيرة ، وتضيف أن استخدامهم لمثل هذا المتغير لا يمكن أن يؤخذ على أنه تطبيق مباشر لنموذج الشخصية غير المتكاملة.

ويرى كيسر وويلبتون أن مقياسهما للخصائص النفسية ربما تكون تقريبية إلى حد كبير لدرجة أنها لا تقدم أدلة قوية ، ومن ثم فلا عجب أن تكون الدراسة قد فشلت في الإشارة إلى العلاقات القوية والمتسقة بين السلوك الانجابي والخصائص النفسية. والنتيجة الأساسية التي يمكن استخلاصها من هذه الدراسة أن الخصوبة بصفة عامة مرتبطة بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية أكثر مما هي مرتبطة بالعوامل النفسية. فتتظيم الأسرة والخصوبة الفعلية يرتبطان بصورة واضحة بالمكانة الاجتماعية والاقتصادية ، ولكن عند تثبيت هذا المتغير نجد أن العلاقة الملحوظة بين السلوك الانجابي ومعظم الخصائص النفسية أقل اتساقا ووضوحا².

9- الدراسات السابقة:

دراسة (حيدر حسن صالح، 2005) : تناولت هذه الدراسة موضوع أثر الخصوبة البشرية على الفقر والبطالة دراسة عينة من بؤر الفقر في الأردن، حيث هدفت هذه الدراسة إلى توضيح

¹ Askham, J. OP., cit., P.13.

² Kiser, C. & P.Whelpton Summary of Chief Findings and Implications for Future Studies, Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 36, 1958, PP. 282-329.

مفهوم كل من الفقر والبطالة والخصوبة ، وتحليل الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية لسكان بؤر الفقر ، واستخلاص دور الخصوبة في انتشار ظاهرتي الفقر والبطالة في هذه البؤر ، وتحليل التباين المكاني لظاهرة الفقر ، في المنطقة المدروسة ، وفي الأخير اقتراح استراتيجيات مناسبة للحد من ظاهرتي الفقر والبطالة في الأردن في ضوء نتائج الدراسة. وتم تطبيق بعض الأساليب الإحصائية لفهم العلاقة بين الخصوبة وكلا من الفقر والبطالة وإظهار مدى تفاوت مستويات الفقر في منطقة الدراسة. ومن هذه الأساليب: أسلوب كل من الانحدار البسيط و المتعدد لقياس أثر المتغيرات المستقلة على تباين المتغير التابع ن وأسلوب التحليل العنقودي الذي يهدف إلى تصنيف مستويات الفقر إلى فئات متفاوتة في منطقة الدراسة.

وقد كشفت هذه الدراسة عن كبر حجم الأسر الناجم عن ارتفاع الخصوبة الكلية التي تصل في إلى (5.2) مولود خلال الفترة الإيجابية للمرأة ، كما كشف عن تدني مستوى الدخل لدى غالبية الأسر بفعل تدني الأجر ومحدودية مصادر الدخل ، إضافة إلى انخفاض مستو التعليمي وارتفاع نسبة الأمية في المناطق الريفية من بؤر الفقر.

وتبين من خلال تحليل الارتباط الأحادي أن هناك علاقة ارتباطية قوية بين الخصوبة والفقر ، إذ بلغت قيمة معامل الارتباط (0.82) ، كما بلغ معمل التفسير (0.673) عند مستوى الدلالة (0.05). كما تبين من خلال تطبيق أسلوب الانحدار المتعدد على المنطقة لمدروسة وجود أرية متغيرات مستقلة ذات دلالة إحصائية قوية عند مستوى الدلالة (0.05) ، وقد فسرت هذه المتغيرات مجتمعة (0.84) من تباين المتغير التابع ، وكانت هذه المتغيرات هي معدل الخصوبة ، وحالة القادرين عن العمل ، والمستوى التعليمي ، والحالة الزوجية. وقد فسر متغير معدل الخصوبة نحو (0.7) من التباين في قيمة الدخل بين الأسر في بؤر الفقر.

وأوضح التحليل العنقودي وجود ثلاث طبقات بين سكان بؤر الفقر ، وهي : طبقة الفقراء الميسورين وتوجد في أم الجمال والجفر ، وطبقة الفقراء المدبرين وتوجد في الضليل والحسينية وبيرين والمريغة والأزرق والرويشد ، وطبقة الفقراء المعدمين وتوجد في سما السرحان وحوشا ودير علا وأم الرصاص والهاشمية والجيزة والصالحية ودير الكهف والشونة الجنوبية والقويرة وغورال.

وفي ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة تم تصميم خطتين لمكافحة الفقر والبدء بتنفيذهما عمليا ، احدهما خطة علاجية لمقاومة الفقر على المدى القصير ، والثانية خطة وقائية على المدى البعيد. وقد أطلق على الخطة الأولى خطة السيطرة على الخصوبة البشرية ، بينما أطلق على الخطة الثانية خطة التنمية البشرية المستدامة.

دراسة (مصطفى خلف عبد الجواد، 1983): تناولت هذه الدراسة موضوع الفقر والسلوك الانجابي ، دراسة ميدانية مقارنة ، رسالة ماجستير ، كلية الآداب جامعة المينا ، مصر. بحيث هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مفهوم الفقر والسلوك الانجابي من منظور سوسولوجي كما بينت العوامل الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية التي تؤثر في الفقر بالنسبة للريف والحضر ، وقد تم اجراء هذه الدراسة في قرية أبوان بمحافظة المينا التي نشأ فيها عينة فقراء الريف ، ومنطقة عشش محفوظ بمدينة المينا التي أخذ منها فقراء الحضر خلال الفترة من شهر يونيو إلى نهاية شهر أغسطس عام 1982.

وتم استخدام عدة أساليب إحصائية لتبيان العلاقة بين الفقر و الخصوبة البشرية في كل من الريف والحضر ، ومن بين هذه الأساليب المستخدمة أسلوب معامل الارتباط لبيرسون وكذلك أسلوب الانحدار البسيط والمتعدد ، إضافة إلى أسلوب التباين المشترك لمعرفة تباين مستويات الفقر في الحضر والريف.

وقد خلصت هذه الدراسة إلى صحة الفرض القائل بوجود علاقة طردية بين المؤشر العام للفقر والإنجاب ، حيث لوحظ أن متوسط عدد المواليد الأحياء يزيد بشكل مطرد مع تزايد درجة الفقر ، بحيث يخص كل من الريف والحضر ، وهذا يعني أن الفقراء ليسوا جماعة متجانسة على نحو تام ، بدليل اختلاف الخصوبة باختلاف درجة الفقر .

دراسة (مطانيوس مخول ، 2001): تناولت هذه الدراسة عنوان الفقر ودوره في تفسير النمو السكاني المتسارع ، بحيث اعتمد في دراسته على النتائج و التوصيات التي توصل إليها صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية والمؤتمرات السكانية فيما يتعلق بتطبيق السياسات السكانية واتباع سبل التخطيط العائلي لدرء النمو السكاني المتزايد في البلدان النامية ، وانطلاقاً من ذلك فإننا نسلط الضوء في بحثنا هذا على الدور الأساسي لتقليل مستوى الفقر وعلاقته بالتخطيط العائلي لتخفيض النمو السكاني وذلك من خلال بعض المؤشرات المرتبطة بالفقر مثل : متوسط الدخل الفردي ، والأجل المتوقع ومعرفة القراءة والكتابة ، لما لهذه المؤشرات من قوة تأثير مباشرة وغير مباشرة في النمو السكاني من خلال تأثيرها في معدلات المواليد الخام ومعدلات الخصوبة الكلية ، مع الإشارة إلى ما تؤديه المعتقدات الدينية والعادات والتقاليد من دور في توضيح العلاقة بين الفقر والولادات ، لذا تطرقنا بشرح الأبعاد للفقر من خلال توضيح اختلاف طبيعة تلك بين المناطق وبين مجموعة البلدان وتحليلها ، حيث قمنا بتحليل لأهم المؤشرات ذات الصلة بالفقر والدالة على شروط الحياة الاقتصادية والاجتماعية في تلك البلدان ، كما تناولنا تحليل الارتباط والانحدار الخطي البسيط والمتعدد لمجموعة من 78 بلداً من البلدان النامية ، ثم أسقطنا ذلك على بيانات للجمهورية السورية ، وبتطبيق معادلة الانحدار الخطي المتعدد بالنسبة لمؤشرات الفقر الثلاثة والمتمثلة في متوسط الدخل الفردي ، والأجل المتوقع للحياة ، والإلمام بالقراءة والكتابة ، أنه توجد علاقة ارتباطية عكسية وقوية بين معدل المواليد الخام ومعدلات الخصوبة الكلية.

وخلصت الدراسة إلى النتائج لتالية والمتمثلة في التوازي في تقليل مستوى الفقر واستخدام وسائل منع الحمل مما يجعل السياسة السكانية نجاحا في تخفيض معدل النمو السكاني ، كما أن معدلات المواليد المرتفعة لمعظم البلدان النامية ليس بسبب كثرة الولادات المرتفعة للمرأة في حياتها الإيجابية وإنما بسبب كثرة عدد الاناث في عمرها الانجابي.

إن الجزء الظاهر من معدلات النمو السكاني المرتفعة زمنيا في البلدان النامية لا يعود فقط إلى الخصوبة المرتفعة وإنما أيضا إلى الدينامكية الذاتية التي سببتها كل من الخصوبة والوفيات المتناقصة في السنوات الثلاثين الماضية.

وقد توصلت الدراسة إلى اقتراح استراتيجي ثنائية لتخفيض النمو السكاني والمتمثلين في الاهتمام بالتخطيط العائلي لتخفيض الولادات غير المرغوب فيهم ، وكذلك الاهتمام بتقليل الفقر لتخفيض الولادات المرغوب فيها.

دراسة (فؤاد عبد العاطي محمد قرطام ، 2007): تناولت هذه الدراسة عنوان دور المتغيرات الديموغرافية في التخفيف من حدة الفقر في بعض البلدان العربية ، حيث أن معظم الدول العربية تعاني من الفقر كما هو موجود في الدول النامية ، لذا كان من الضروري البحث عن كيفية التخفيف من حدة هذه المشكلة التي تؤرق الغالبية العظمى من دول العالم العربي من منظور العلاقة بين العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية وتأثير هذه العلاقة على الفقر.

ونظرا لصعوبة تطبيق الدراسة على كل الدول العربية واقتصارها على بعض الدول فق تم اختيار كل من مصر وتونس واليمن حيث تشكل هذه البلدان الثلاثة حسب تقرير التنمية ل بشرية الصادر عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي لعام 2004 حوالي 33% من سكان العالم العربي.

كما أن اختلاف الظروف والأوضاع الديموغرافية بين هذه البلدان الثلاثة والذي تبلور في مدى تقدم هذه البلدان نحو التحول الديموغرافي ، فنجد تونس في مرحلة متقدمة حيث بلغ معدل الخصوبة الإجمالي 2 طفل لكل امرأة عام 2002 ، بينما تعتبر مصر في مرحلة متوسطة حيث بلغ معدل الخصوبة 3.2 طفل لكل امرأة عام 2002 ، أما اليمن فلا يزال في المراحل الأولى من التحول الديموغرافي حيث بلغ معدل الخصوبة الإجمالي 5.9 طفل لكل امرأة عام 2002. كما استخدم منهج التحليل الوصفي للتعرف على المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية وخصائص هذه المتغيرات واتجاهاتها، وكذلك استخدم بعض الأساليب الإحصائية الخاصة بالقياس والتنبؤ وبيان التأثيرات المباشرة وغير المباشرة ، واستخدم أسلوب الانحدار اللوجستي في حالة البيانات القطاعية.

وخلصت الدراسة أن اليمن تأتي في المرتبة الأولى من حيث مستوى الفقر تليها مصر أما تونس ففي وضع أفضل من اليمن ومصر .

بتطبيق كل من أسلوب التحليل العاملي ، وتحليل المسارات لتحديد أثر العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية على مستوى الفقر في كل من تونس ومصر واليمن على المستوى الكلي ، بحيث تلعب العوامل الاجتماعية ممثلة في القوى العاملة والصحة والتعليم دورا كبيرا في التخفيف من حدة الفقر ثم تليها في المرتبة الثانية العوامل الديموغرافية لتأتي في الأخير العوامل الاقتصادية ، كما بين أسلوب معادلة الانحدار اللوجستي على مجموعة من المتغيرات ذات تأثير طردي على الفقر مثل محل إقامة الأسرة وعدم ملكية الأسرة للحيوانات ، وكذلك حجم الأسرة. ومجموعة أخرى ذات تأثير عكسي والمتمثلة في الحالة التعليمية والحالة الزوجية والعمر الحالي لرب الأسرة ، وعدد غرف المنزل ، وملكية المسكن.

وأوصت الدراسة إلى أهمية وضع سياسات وبرامج سكانية موجهة للمناطق الأكثر فقرا ، بما يحقق التوازن بين المناطق الجغرافية المختلفة ، كمدخل للحد من ظاهرة الفقر تعمل على الحد من الزيادة السكانية وتحسين الرعاية الصحية بالنسبة للسكان وخاصة الأطفال الرضع والأمهات أثناء الحمل والولادة ، وكذلك الاهتمام بالموارد البشرية وتحسين نوعية القوى لديها.

دراسة (عبد الباسط عبد المعطي، 2004 م) : التي تناولت عنوان السكان والصحة الإنجابية والفقر ، هدفت الدراسة الى توضيح ان الارتقاء بالصحة الإنجابية و دعم حقوقها يمثل مقارنة تنموية مهمة في مواجهة الفقر من ناحية و الارتقاء بخصائص السكان العرب من ناحية أخرى ، وقد توصلت الدراسة الى حدوث تغيرات ملموسة نسبيا في مؤشرات الصحة الإنجابية في معظم البلدان العربية، وانخفاض معدلات الخصوبة الكلية للمرأة في كل البلدان العربية ما بين 1999-2002 م إلا انه كان محدودا في عدد غير قليل منها باستثناء تونس و الجزائر و البحرين و لبنان و التي يتراوح معدل الخصوبة بها ما بين 2-3 ولادات و هنالك تسع بلدان يتراوح المعدل بها ما بين 3-5 و يزيد المعدل ليصل الى 7 ولادات حية في الصومال واليمن ويرتبط هذا بانخفاض سن زواج الاناث وخاصة في الأرياف.

لم توضح الدراسة أسباب انخفاض معدلات الخصوبة الكلية للمرأة العربية ، الى جانب انها لم تتعرض للتغيرات التي حدثت للصحة الإنجابية في البلدان العربية .

دراسة (نجاه قاضي، 2013 م) : التي تناولت عنوان الصحة الإنجابية والفقر في الجزائر، حيث هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الصحة الإنجابية للمرأة ومستوى الفقر لدى الأسرة ، حيث عرفت مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر تحسنا ملحوظا وذلك راجع للاستراتيجيات التي طبقتها الدولة في المجال الصحي، كما عرف الفقر انخفاضا واضحا وهذا راجع إلى تحسين مستوى المعيشة وذلك بتطبيق استراتيجيات وبرامج هامة في المجالات الاجتماعية

والاقتصادية، وهذا ما يتماشى وتحقيق أهداف الألفية والتي تسعى إلى مكافحة الفقر في العالم، إضافة إلى ذلك الاهتمام بالصحة الإيجابية تساعد أساسا على مكافحة الفقر والحد منه.

كما خلصت الدراسة بأنه يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصحة الإيجابية للمرأة والفقر غير النقدي للأسرة في الجزائر.

10- التعقيب على الدراسات السابقة:

لقد تناولت جل هذه الدراسات العلاقة بين الفقر والسلوك الانجابي ولكن من منظور اقتصادي. حيث اعتمدت في قياس الفقر على خط الفقر أو متوسط الدخل السنوي للفرد وعلاقته بزيادة عدد المواليد بالنسبة للأسرة ، مما أدى إلى وجود تضارب في النتائج بالنسبة لهذه الدراسات، فهناك من توصل إلى وجود علاقة طردية بين الفقر والسلوك الانجابي على عكس بعض الدراسات التي توصلت إلى وجود علاقة عكسية بين الفقر والسلوك الانجابي.

كما يرجع التضارب في النتائج بالنسبة للدراسات السابقة إلى عدت أسباب منها ما يلي:

(1) نقص في البيانات الخاصة بالسلوك الانجابي وعدم دقة المؤشرات التي تدخل في قياس الفقر .

(2) اعتمدت جل الدراسات السابقة تحديد تأثير المتغيرات الديموغرافية للدخل (كمؤشر على الفقر) وإغفالهم عن دراسة المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والتي قد تكون هامة في تفسير الخصوبة وارتباطها بالدخل، كما أن إذا لم يتم تحديد هذه المتغيرات وقياسها إلى جانب تحديد آثارها، وهذا ما يجعلهم غير قادرين على تحديد الأثر الصافي للدخل مهما كانت دقة قياسه.

وعليه قمت بدراسة الفقر وتأثيره على السلوك الانجابي، كما اختلفت هذه الدراسة عن الدراسات السابقة بمعالجتها للموضوع من منظور ديموغرافي، كما اعتمدت في قياس الفقر على أسلوب خط الفقر الاجتهادي والذي يتناسب مع تحديد الأسر الفقيرة وغير الفقيرة عن طريق أداة البحث و المتمثلة في الاستبيان، وهذا يغنينا عن قصور الدخل في قياس مؤشر الفقر.

11- صعوبات البحث:

الصعوبات التي وجهتها أثناء انجاز هذا البحث لا تختلف عن تلك التي هي مألوفة لدى بقية الباحثين والتي نوجزها في ما يلي:

1) نقص الدراسات السابقة حول الموضوع من منظور ديموغرافي وخاصة الدراسات المحلية من أجل مقارنة النتائج.

2) قلة المراجع والإحصائيات حول الموضوع حيث اعتمدنا في جمع البيانات على التعدادات السكانية وبعض النشرات الإحصائية فقط.

3) نقص الاحصائيات حول الفقر والسلوك الانجابي خاصة بالنسبة للولايات أدى بنا إلى بناء استبيان لجمع البيانات والمعطيات الخاصة بالموضوع للإجابة عن الإشكالية المطروحة واختبار الفرضيات المتعلقة بالموضوع لمعرفة صحتها من عدمها.

الفصل الثاني

قياس الفقر في الجزائر

- تمهيد

1- المفاهيم الأساسية للفقر.

2- أنواع الفقر.

3- مؤشرات قياس الفقر.

4- أنواع خطوط الفقر.

5- مؤشرات أخرى لقياس الفقر.

6- محددات الفقر.

7- أسباب الفقر.

8- تطور ظاهرة الفقر في الجزائر.

9- علاقة الفقر بالمتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية.

10- الحلول المقترحة للحد من الفقر في الجزائر.

تمهيد:

يعتبر الفقر ظاهرة متعددة الأبعاد حيث نالت اهتماما كبيرا من القادة السياسيين والمخططين، وعلماء الاجتماع والاقتصاد و مقرري السياسات الاقتصادية والاجتماعية والسكانية، والهيئات الدولية والمنظمات غير الحكومية، لما لهذه الظاهرة من نتائج سلبية على الفرد والأسر والمجتمعات المحلية بشكل خاص، كما أن ظاهرة الفقر موجودة في معظم المجتمعات الإنسانية بغض النظر عن مستوى تقدمها أو تخلفها، بحيث تختلف درجة انتشارها وحدتها ومدى خطورتها على الفقراء من منطقة إلى أخرى، كما تكمن خطورتها بارتباطها بمشكلات اجتماعية واقتصادية مثل المشكلات التعليمية والأسرية والصحية وتدني مستوى المعيشة، لذا كان من الضروري البحث عن كيفية التخفيف من حدة هذه المشكلة التي تؤرق الغالبية الكبرى من سكان الجزائر، كما تكمن أهمية هذا البحث في تحديد مختلف مفاهيم الفقر وطرق قياسه وكذلك أهم أسبابه، بالإضافة إلى فحص وتبيان العلاقة بين العوامل الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية وتأثيرها على مستوى الفقر.

1- المفاهيم الأساسية للفقر:

1-1- مفهوم الفقر: يختلف تعريف الفقر باختلاف المجتمعات و المناطق والفترات الزمنية، بالإضافة إلى طرق قياسه والخلفية الفكرية والأخلاقية لدارسيها¹، بحيث جميع تعريفات الفقر تدور حول وجود أوضاع وظروف معيشية لفئات اجتماعية تتسم بالحرمان على مستويات مختلفة.

¹ فار س عبد الرزاق، الفقر وتوزيع الدخل في الوطن العربي، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، 2002، ص5.

فتعدد التعريفات بالنسبة للفقر مرتبطة بالمقاربات المعتمدة لدى المختصين، فالاقتصاديون يركزون على العوامل الاقتصادية من خلال مؤشرات مرتبطة بالاستهلاك والدخل الفردي، أما علماء الاجتماع فيركزون على المؤشرات الاجتماعية المتعلقة بالظروف المعيشية من سكن وصحة وغيرها، أما المنظمات الدولية المتعلقة بالتنمية البشرية التابعة لمنظمة الأمم المتحدة تحاول أن تجد تركيباً بينهما ، وهذا ما يدل على التطور الملاحظ والاهتمام المتزايد الذي حازه مفهوم الفقر من خلال تقرير التنمية البشرية الصادر عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي الذي أعد دليلاً لقياسه يجمع بين ثلاث مؤشرات أساسية للحرمان (PNUD, 2003) هي:

- مؤشر الحرمان لحياة طويلة وصحة جيدة.

- مؤشر تعليمي معرفي.

- مؤشر الحرمان لمستوى معيشي لائق.

1-2- مفهوم الفقر الاقتصادي: يضع هذا المفهوم الاقتصادي لتحديد مستوى الفقر للترقية بين الفقراء وغير الفقراء بناء على مستوى محدد من الدخل ونفقات الاستهلاك، بحيث يصف من هم دون المستوى بالفقراء ومن هم فوق المستوى بغير الفقراء¹، كما أنه يقع الفقر دون خط الفقر المحدد و الذي يضمن توفير الغذاء الضروري واستهلاك السلع الأساسية للفرد².

1-3- مفهوم الفقر الاجتماعي: هم الأفراد الحاصلين على مساعدات من الدولة و التي اعترفت الدولة بفرهم ، بحيث هذا المفهوم يتطابق مع المفهوم الإداري للفقر المسند إلى برامج

¹ Glewwe, P. Confronting Poverty in developing countries : Definition in formation and policies, world bank, working paper, Washington, D.C, PP, 3-4.

² زكي رمزي ، السياسات التصحيحية والتنمية في الوطن العربي ، المعهد العربي للتخطيط بالكويت، 1988، ص 264.

الضمان الاجتماعي ومشروعات الإسكان خاصة وأن المستفيدين من هذه البرامج والمشروعات يوصفون بالفقراء¹.

1-4- مفهوم الفقر النفسي: يعبر عن شعور الأفراد بانخفاض مستوى معيشتهم والتي تقل بالمقارنة مع مستويات معيشية لأفراد آخرين داخل الدولة أو في دول أخرى، بحيث هو مفهوم ذاتي ونسبي تختلف من وقت لآخر حسب المعايير التي يضعها الأفراد لتحديد مستوى معيشتهم ومدى حاجاتهم وأولوياتهم الضرورية²، ومن ثم يشخص الأفراد الفقير دون الاستناد للمفاهيم الاقتصادية له.

1-5- مفهوم الفقر من منظور التنمية البشرية: عرف تقرير التنمية البشرية لعام 2000، التنمية البشرية بأنها عملية توسيع الخيارات أمام الناس. وأهم هذه الخيارات هي العيش حياة طويلة في صحة جيدة، والتمتع بمستوى معيشي لائق، إضافة إلى خيارات أخرى تشمل الحرية السياسية، وحقوق الإنسان الأخرى. بحيث إذا كانت التنمية البشرية هي أمر يتعلق بنطاق توسيع الخيارات، فإن الفقر يعني انعدام الفرص والخيارات ذات الأهمية الأساسية للتنمية البشرية، وهي العيش في صحة وإبداع، والتمتع بمستوى معيشي لائق، وبالحرية والكرامة واحترام الذات وكذلك احترام الآخرين³.

1-6- مفهوم الحرمان: يعتبر الحرمان حالة من حالات الاختلاف الكبير عن الغير. وكذلك يعرف على أنه حالة من الضرر المادي أو الاجتماعي التي تصيب الفرد أو الأسرة أو المجتمع، ويمكن مشاهدتها أو ملاحظتها بالمقارنة مع خصائص المجتمع أو الأمة التي تعيش

¹ كريم كريمة، الفقر وتوزيع الدخل في مصر منتدى العالم الثالث، مكتب الشرق الأوسط، القاهرة، 1994، ص11.

² J . Propper, C . Robinson & R . Legrand, The economics of Social problems 3rd edition Mc-Millan published,1990, pp. 184-186.

³ اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، الفقر وطرق قياسه في منطقة الاسكوا : محاولة لبناء بيانات لمؤشرات الفقر، الأمم المتحدة، نيويورك، 2003، ص11.

فيها ، وهناك علاقة بين الفقر والحرمان، حيث يعرف الحرمان بأنه حالة من الفقر الشديد تتمثل مظاهرها في انخفاض مستوى استهلاك الغذاء وتدني الحالة الصحية والمستوى التعليمي والوضع السكني بالنسبة للفرد أو الأسرة¹.

1-7- مفهوم الفقر في ظل الشريعة الإسلامية:

أ- تعريف الفقر لغة:

الفقر في اللغة ضد الغنى، وهو عند العرب الحاجة، والفقير على وزن فعيل بمعنى: فاعل، يقال فقر ، أغنى الله مفاقره أي وجوه فقره، وسد الله مفاقره أي أغناه وسد وجوه فقره ، والفقير معناه: المفقور ، وهو الذي نزعت فقاره من ظهره فانقطع سلبه من شدة الفقر² ، الواضح أن الدلالة اللغوية لمعنى الفقر هي الحاجة والعوز والتي هي الركيزة الأساسية في تحديد هذا المفهوم.

ب- تعريف الفقر اصطلاحا:

لا شك أن تعريف الفقر شرعا عند علماء المسلمين يتوقف على آرائهم في موضوع الصدقات، وتوزيعها على مستحقيها بدليل قوله تعالى ﴿ إِنَّمَا الصَّدَقَاتُ لِلْفُقَرَاءِ وَالْمَسْكِينِ وَالْعَامِلِينَ عَلَيْهَا وَالْمَوْلَاتِ قُلُوبَهُمْ، وَفِي الرِّقَابِ وَالْغَارِمِينَ وَفِي سَبِيلِ اللَّهِ وَابْنِ السَّبِيلِ فَرِيضَةً مِّنَ اللَّهِ وَاللَّهُ عَلِيمٌ حَكِيمٌ ﴾³.

¹ مصطفى أحمد حامد رضوان، الفقر في ظل العولمة، الدار الجامعية للكتاب ط1 ، 2012، ص35.

² - لسان العرب ، الجزء الخامس، ص 3444 ، القاموس المحيط، الجزء الثاني، ص 111 ، المصباح المنير ، الجزء الثاني ، بدون سنة نشر ، ص 134.

³ - القرآن الكريم ، سورة التوبة ، الآية 60.

لقد اختلف آراء الفقهاء في بيان حد الفقر فحسب رأي الحنفية الفقير من له أدنى شيء ، أي دون نصاب ، أو قدر نصاب غير تام وظل مستغرق في الحاجة¹.

فالفقير حسبهم هو من يملك أقل من نصاب الزكاة ، أو قدر النصاب ولكنه مال ثابت لا يستقر أو ينمو ، أما رأي الشافعية فالفقير من لا مال له ولا كسب² ، أما رأي الحنابلة فقالوا " الفقير هو الذي لا يجد ما يقع موقعا من كفايته³ ، وقد تنازع العلماء هل الفقير أشد حاجة أم المسكين، وهل الفقير من يتعفف والمسكين من يسأل ، وقد رجح رأي ابن تيمية لاتفاقه مع مقاصد الشريعة فالفقير هو الذي لا يجد ما يكفيه أو ليس له حد الكفاية ، وهذا الحد يختلف باختلاف ظروف المجتمعات واختلاف الأزمات والمكان.

إن الفقر في المفهوم الإسلامي يتمحور حول بعدين رئيسيين هما:

- بعد نسبي: وبمعنى التفاوت فالشيء الأقل يعد فقيرا بالنسبة للأكثر في مختلف المجالات، لقوله تعالى: ﴿ وَاللَّهُ فَضَّلَ بَعْضَهُمْ عَلَىٰ بَعْضٍ فِي الرِّزْقِ ﴾⁴ ، ومعنى ذلك أن الفقر قد يعكس التفاوت الشديد في مستو المعيشة.

- بعد مطلق: وهو مدى إمكانية الفرد إشباع حاجاته بغض النظر عن موقف الغير.

1-7-2 مفهوم الفقر عند أبو حامد الغزالي⁵:

لقد تطرق الغزالي إلى مفهوم الفقر في "كتابه الزاهد والفقر" حيث عرف الفقر بأنه انعدام وسائل تلبية الحاجات الأساسية وقال " أعلم أن الفقر عبارة عن فقد ما هو محتاج إليه"¹.

¹- الدار المخطار ، بهامش حاشية ابن عابدين المساواة رد المختار على الدار المختار ، دار احياء التراث العربي ، ط2 ، لبنان ، 1987 ، ص 85.

²- ابن رشد القرطبي ، بداية المجتهد ونهاية المجتهد ، دار ابن حزم ، ط1 ، بيروت ، 1981 ، ص 276.

³- ابن مفلح الخبلي ، المبدع في شرح المقنع ، دار الكتب العلمي ، ط1 ، بيروت ، 1994 ، ص 413.

⁴- سورة الأنعام ، الآية 168.

⁵*) أبو حامد محمد بن محمد الغزالي ، هو أحد أئمة المذهب الشافعي ولد في مدينة طوس إحدى مدن خراسان عام 450 هـ - 1058 م.

إن الغزالي عند تحليله لمشكلة الفقر لم يعط توصيات أو اقتراحات محددة لاستئصال هذه الآفة ومحاربتها، وإنما حث على العمل الذي من شأنه أن يدفع ويبعد هذا الشبح والذي يؤدي بدوره إلى التسول والتبعية اتجاه الآخرين كما أنه قد تناول الظاهرة بطابع عقائدي صوفي من خلال اعتقاده على الزهد في تحليلها ، كما حاول الغزالي تحديد المستوى الأنسب لحياة الأفراد من خلال عرضه لأدلة ومفاهيم تتعلق بمستوى الكفاية والذي يمثل وضعاً معيشياً متوازياً بين حاجات الإنسان وأهدافه في الحياة. وهو يمثل بذلك المستوى الذي يقع ما بين الفقر والغنى ، وقد استدل في ذلك على أن نظام الدين لا ينتظم إلا بنظام الدنيا، هذه الأخيرة لا ينتظم حالها إلا بضمان الحاجات الأساسية للأفراد ومن ثم يصبح تأمين القدر الكافي من هذه الحاجات ضرورة دينية ودنيوية على حد سواء وقد وضع الغزالي ثلاث مراتب في تصنيفه للحاجات.

1) مستوى سد الرمق أو الضرورة (حد الكفاف):

يطلق على مفهوم الكفاف عامة على الحد الأدنى من متطلبات الحياة المعيشية وهي حاجات ضرورية ، وقد عبر عنها بمستوى " سد الرمق " وهو المستوى الفاصل بين بقاء الإنسان من عدمه ، بدونه تختل مصالح الدنيا وتتعطل معيشة الإنسان وتتعذر فرص الحياة².

2) مستوى الكفاية:

وهو الحد الذي يتوسط مستوى الكفاف (سد الرمق) مستوى النعيم ، ويدخل هذا المفهوم في نطاق المستوى الذي يسمح بتوفير سبل المعيشة اللائقة والكريمة، وهو يقع في مرتبة أعلى

³ - إبراهيم عبد الحميد ، العدالة الاجتماعية والتنمية في الاقتصاد الإسلامي ، مركز دار دراسات الوحدة العربية ، الطبعة الأولى ، بيروت ، 1998 ، ص 58.

² الحوراني ياسر عبد الكريم ، الفكر الاقتصادي عند الإمام الغزالي ، عمان، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، 2006، ص382..

من مستوى الضروريات والكفاف المعني بدفع الحرج والهلاك ، إذ يمثل هذا المستوى الدخل النقدي الذي يمكن صاحبه من تحقيق قدر أعلى من الاشباع على عكس مستوى الكفاف¹.

3) مستوى حاجات النعيم (حد التنعم):

وهو المستوى الذي يلي حد الكفاية وهو زائد عن الحاجة ، لكن الثابت شرعا أن هناك متشابهات عند هذا مستوى ، فالتنعم بما فضل الله على عباده شيء مشروع بحيث يقول صلى الله عليه وسلم « إن الله جميل ويحب الجمال، ويحب أن يرى أثر نعمته على عبده ويبغض البؤس والتباؤس »² (صححه الألباني في صحيح الجامع 359/1 ح 1742) ، ولن في المقابل سوف يسأل العبد عن هذا التنعم لقوله سبحانه وتعالى ﴿ **لَسْأَلَن يَوْمَئِذٍ عَنِ النَّعِيمِ** ﴾ (سورة التكاثر، الآية 08)³.

2- أنواع الفقر:

2-1- الفقر المطلق:

قد عرفته الأمم المتحدة في عام 1995 بأنه حالة تتسم بالحرمان الشديد من الاحتياجات الأساسية، بما في ذلك الغذاء ومياه الشرب والمأمونة ومرافق الصرف الصحي والصحة والمأوى والتعليم والمعلومات، بحيث يعتمد ليس فقط على الدخل ولكن أيضا على الحصول على الخدمات⁴.

¹ الحوراني ياسر عبد الكريم , 2006 , مرجع سابق، ص363.

²-الحديث النبوي الشريف، صححه الألباني في صحيح الجامع، 359/1 ح 1742.

³- القرآن الكريم، سورة التكاثر، الآية 8.

⁴ United Nations, Rapport of the world summit for Social Development, 1995.

2-2- الفقر النسبي:

يعبر عن مقدار نسبي يحدد عادة بمتوسط الدخل القومي، بحيث يشير إلى موقع الفرد أو الأسرة مقارنة بمستوى متوسط الدخل في المجتمع المعني، كما يتحدد عادة بالحد العلى للدخل (10%) من السكان الأدنى دخلا، وهذا ما يعني أن الفقر النسبي يتغير بتغير الدخل من بلد لآخر أو من وقت لآخر¹.

2-3- الفقر المدقع:

يعبر الفقر المدقع عن الحالة التي لا يستطيع الفرد بواسطة دخله الوصول إلى حاجة إشباع الحاجات الغذائية، المتمثلة في عدد معين من السعرات الحرارية التي تمكنه من مواصلة حياته عند حدود معينة².

2-4- الفقر الاجتهادي:

يعتمد على ما يجتهد به الأفراد في مجتمع ما، من تقدير للحد الأدنى لمستوى المعيشة الذي يعد مقبولا اجتماعيا ضمن ذلك المجتمع، وبذلك فإن خط الفقر لا يتغير بتغير الزمان والمكان فحسب³، ولكن يختلف باختلاف الأفراد ضمن المجتمع نفسه وفي الزمان نفسه، فيلاحظ تقدير الأفراد لمقدار الحد الأدنى المقبول للمعيشة يميل عادة إلى ارتفاع دخولهم⁴.

3- مؤشرات قياس الفقر:

¹ عدنان داود محمد العذاري، هدى زوير مخلف الدعي، قياس مؤشرات ظاهرة الفقر في الوطن العربي، دار جديد للنشر والتوزيع، ط1، 2010، ص49.

² محمد كاظم المهاجر، الاقتصاد الكلي (تحليل نظري وتطبيقي)، دار المستقبل للنشر والتوزيع، عمان، 2000، ص26.

³ منصور أحمد إبراهيم، عدالة التوزيع والتنمية الاقتصادية: رؤية إسلامية مقارنة، سلسلة أطروحات دكتوراه 66، دراسات الوحدة العربية، بيروت، ط1، 2007، ص133.

⁴ محمد حسن باقر، قياس الفقر في دول اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، الأمم المتحدة، نيويورك، 1996، ص6.

3-1- المؤشرات النقدية:

3-1-1- مؤشر متوسط نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي:

جرت أولى المحاولات في قياس الفقر على قياس مستوى المعيشة، بحيث يعتمد على دخل الفرد أو الأسرة باعتباره يعبر عن القدرة في الحصول على السلع والخدمات الاستهلاكية التي تعد المحدد الأساسي للمعيشة، كما كان في وقت غير بعيد يستخدم للمقارنة بين مستوى المعيشة في البلدان المختلفة، حيث أن حصة الفرد من الدخل القومي تعكس مستوى معيشتة¹.

3-1-2- مؤشر استهلاك الأسرة:

يستخدم هذا المؤشر لمعرفة حجم إنفاق الأسر على المواد الغذائية أو غير الغذائية، كما نرى من وجهة نظر أخرى أن كلما ارتفعت نسبة الإنفاق على المواد الغذائية، انخفضت النسبة التي توجهها الأسرة من إنفاقها على السلع غير الضرورية، وهذا ما يعني انخفاض مستوى معيشتها².

3-1-3- مؤشر خط الفقر:

يعبر خط الفقر هو عتبة الفقر، بحيث يستند إلى معيار واضح ومحدد مسبقا للتفرقة ما بين الفقراء وغير الفقراء، وعلى هذا الأساس قامت الأدبية والتطبيقية المعنية بقياس الفقر بتحديد مستوى أدنى للمعيشة يعتبر من لا يحصل عليه فقيرا وبذلك يعرف خط الفقر بأنه قيمة الإنفاق التي يجب الوصول إليها حتى لا يعد الفرد فقيرا³.

¹ محمد حسن باقر، مرجع سابق، ص 13.

² البنك الدولي، تشخيص الفقر في الأردن، نيويورك، 2001، ص ص 4-6.

³ المعهد العربي للتدريب والبحوث الإحصائية، مفاهيم وطرق قياس المعيشة في الأقطار العربية، وقائع الندوة الدولية في بيروت، 2002، ص 94.

3-1-4- مؤشر الحاجات الأساسية:

تمثل الحاجات الأساسية في القيمة الإجمالية للحد الأدنى الذي ينبغي تحقيقه، من أجل استمرار الحياة الإنسانية للفرد بطريقة مقبولة، وتشكل الحد الأدنى الاجتماعي (خط الفقر)، وعليه فإن فئات السكان التي يقل استهلاكها عن هذا المستوى تقع ضمن حدود الفقراء¹.

3-2- المؤشرات غير النقدية:

3-2-1- مؤشر قياس الفقر من منظور التنمية البشرية:

عندما أشاعت أدبيات التنمية البشرية مفهوم جديد للفقر يدعى بالفقر البشري والذي استخدمته الأمم المتحدة لقياس الفقر غير المادي، بحيث جرى التركيز فيه على النظرة الشاملة للفقر والتي تعبر في حد ذاتها أساسا لمشكلة التنمية البشرية برمتها²، ومنه قياس من منظور التنمية البشرية وفق ما يلي:

هناك مؤشرين لقياس الفقر البشري هما مؤشر الفقر البشري (IPH-1) للدول النامية، ومؤشر الفقر البشري (IPH-2) لمعظم الدول الصناعية من خلال ما يلي:

أ) دليل الفقر البشري للبلدان النامية (IPH-1):

يركز دليل الفقر البشري للبلدان النامية على نواحي الحرمان من ثلاث أبعاد هي³:

¹ عدنان داود محمد، هدى زوبر مخلف الدعيمي، مرجع سابق، ص 50.

² أحمد إبراهيم العلي، في سبيل إزالة الفقر " مفاهيم وآراء " ورقة مقدمة بمناسبة الأسبوع العالمي للتخفيف من الفقر، بغداد، 1988، ص 2.

³ Nicolas, S. *la pauvreté à la vulnérabilité, pauvreté et stratégie de survie. Belgique: monde en développement, N° 4, Tome 35.2007, p. 11.*

- مدة الحياة ومستوى الصحة: والتي تتمثل في المخاطر التي تحول دون العيش لعمر معين أي التعرض للموت في سن مبكرة نسبيا.
- المعرفة: وهي الاستبعاد من عالم القراءة والدراسة.
- مستوى المعيشة اللائق: يتمثل بالإمداد الاقتصادي العام.

ب) دليل الفقر البشري للبلدان الصناعية (IPH-2):

يركز دليل الفقر البشري للبلدان الصناعية على نواحي الحرمان من حيث أربعة أبعاد لحياة الإنسان، مماثلة إلى حد كبير للأبعاد التي تنعكس في دليل الفقر البشري-1 وهي: طول العمر، المعرفة، مستوى المعيشة اللائق، مضافا إليه الاستبعاد الاجتماعي (عدم المشاركة أو التهميش)¹.

الجدول رقم(1): ملخص مؤشر الفقر البشري للدول النامية والدول المتقدمة.

مؤشر الفقر البشري (IPH-1) للدول النامية	مؤشر الفقر البشري (IPH-2) للدول المتقدمة
- نسبة السكان الذي يقل عمرهم المتوقع عند الولادة عن 40 سنة.	- نسبة السكان الذي يقل عمرهم المتوقع عند الولادة عن 60 سنة.
- معدل الأمية للبالغين (نسبة السكان عن عمر 10 سنوات أو أكثر).	- نسبة الأمية الوظيفية (نسبة من السكان من عمر 16 سنة إلى 65 سنة).
- مؤشر مركب من:	- نسبة السكان تحت خط الفقر.
- نسبة السكان التي لا تتوفر لها مياه نقية.	- نسبة البطالة الطويلة (12 شهرا أو أكثر) من القوى العاملة.

¹ - CNES, Rapport national sur le développement humain 2007 et 2008, Dynamique démographique et incidence sur la demande social, mars 2009.

<p>- نسبة السكان التي لا تتوفر لها خدمات صحية.</p> <p>- نسبة الأطفال دون الوزن الناقص (تحت الخمس سنوات).</p>

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي للدول العربية، 2008.

الجدول رقم (2): تطور دليل التنمية البشرية في الجزائر من 1990 إلى 2017.

السنوات	1990	2000	2010	2012	2014	2015	2016	2017
مؤشر دليل التنمية البشرية	0.577	0.644	0.729	0.740	0.747	0.749	0.752	0.754

المصدر: برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، أدلة التنمية البشرية ومؤشراتها: التحديث الإحصائي لعام 2018

http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update_ar.pdf

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ ان مؤشر دليل التنمية البشرية بلغ 0.577 في سنة 1990 ليرتفع في سنة 2017 إلى 0.754، حيث احتلت المرتبة 85 في الترتيب العالمي وهذا ما يدل التطور الملحوظ في التنمية الاجتماعية والاقتصادية للبلاد.

3-2-2- مؤشر الفقر متعدد الأبعاد:

إن ظاهرة الفقر ليست ظاهرة نقدية بحتة بل هي ظاهرة متعددة الأبعاد والجوانب، وهذا ما يتجلى من خلال الانتقال من النموذج الفسيولوجي للحرمان، والذي يعني الافتقار على الدخل والغذاء والملبس والمأوى إلى النموذج الاجتماعي للحرمان، والذي يتمثل في عدم قدرة الفقراء على الاستفادة الكاملة من المواد المتدفقة، كما يحدد المؤشر الوجه المتعددة للحرمان التي تعاني

منها الأسر في مجال الصحة والتعليم، ومستويات المعيشة بشكل أفضل تفصيلا من مقياس الفقر البشري، ولهذا تكمن أهميته في توجيه السياسات العامة وفق الأهداف الإنمائية للألفية¹.

3-2-3- مؤشر الفوارق بين الجنسين:

يقيس هذا المؤشر العوائق التي تواجهها المرأة في ثلاثة أبعاد هي: الصحة الإنجابية والمتمثلة في وفيات الأمهات وخصوبة المراهقات، تمكين المرأة ونجدها في التمثيل البرلماني والمستوى العلمي الثانوي فما فوق، سوق العمل ويمثل مشاركة المرأة في القوى العاملة، كما يمكن أن تتراوح قيمة هذا المؤشر بين الصفر عندما يكون هناك مساواة بين المرأة والرجل والواحد عندما لا تكون هناك مساواة بين المرأة والرجل في الأبعاد الثلاثة موضع القياس².

4- أنواع خطوط الفقر:

4-1- خط الفقر المطلق:

هو الخط الذي لا يتغير بتغير الزمان والمكان ، إنما يستند إلى معيار الحد الأدنى المطلوب من مستويات الاستهلاك لسد الاحتياجات الأساسية ، والذي يساوي إجمالي تكلفة السلع المطلوبة لسد الاحتياجات ، يستخدم خط الفقر المطلق للمقارنات الدولية ومثال على ذلك اعتماد دولار واحد، أو دولارين للفرد الواحد في اليوم³، وبناءا على تلك المفاهيم النظرية لخط الفقر المطلق يتم احتساب خط الفقر بالاعتماد على الصيغ الاستهلاكية الأساسية من مواد غذائية ، وملابس ومسكن وتعليم وصحة ، بالإضافة إلى الاحتياجات الأساسية الأخرى⁴.

¹ إبراهيم العيسوي ، مناهج قياس التنمية ، رسالة ماجستير في الاقتصاد ، معهد التخطيط القومي ، القاهرة ، 1997، ص ص 1-16.

² Nations unise, Rapport mondial sur developpement humaine, 2006, pp56- 60.

³ أحمد إبراهيم العلى ، في سبيل ازاللت الفقر ، مفاهيم وأراء ورقة مقدمة بمناسبة الأسبوع العالمي للتخفيف من الفقر ، بغداد، 1988، ص3.

⁴ Lorenzo Giovanni Bellu, Paolo liberté, L impact des politiques de la pauvreté ,Définition de la Pauvreté, Organisation des Nations Unies pour L alimentation et l'agriculture (FAO), 2007,P.04.

4-2- خط الفقر النسبي:

إن الفقر بمعناه النسبي يشير إلى موقع الأسرة أو الفرد، بالمقارنة مع متوسط الدخل في المجتمع المعني، فهو معيار نسبي يحدد عادة بجزء من متوسط الدخل القومي، وطبقا لهذا يتحدد خط الفقر النسبي بنسبة معينة من الدخل المتوسط، كأن يحدد بنصف الدخل المتوسط ، أو بالحد الأعلى لدخل (10%) من السكان الأدنى دخلا ، وهذا يعني أن خط الفقر النسبي يتغير بتغير الدخل من بلد لآخر أو من وقت لآخر¹.

4-3- الفرق بين خط الفقر المطلق والنسبي:

إن خط الفقر المطلق يستخدم أثناء الأزمات الاقتصادية، لأن هذا الخط يسمح بتحديد عدد الأفراد الذين وقعوا تحت هذا خط، ويصبح هذا الخط كمنبئ للفقر ، بينما أثناء النمو تدرس ظاهرة الفقر بناء على تحديد خط نسبي للفقر ، لأن هذا النمو يسمح لها بتحديد شريحة السكان التي تعيش تحت المستويات المقبولة دون مواجهة صعوبات ، كون أن هذا النمو يسمح بتوفر الحد الأدنى من التعليم والغذاء لكل فئات المجتمع، وبالتالي يصبح خط الفقر المطلق ليس له معنى هنا².

4-4- خط الفقر المدقع:

يعبر الفقر المدقع عن الحالة التي لا يستطيع الفرد بواسطة دخله الوصول إلى حالة إشباع الحاجة الغذائية،لمتمثلة في عدد معين من السعرات الحرارية التي تمكنه من مواصلة حياته عند

¹ Martin Ravaillon, *comparaison de la pauvreté : concepts et méthode, étude sur la mesure des niveaux de vie, document de travail, n°22, banque mondiale, Washington, 1996, p3*

² - شاهر محمد سعيد، مشكلة الفقر والتنمية البشرية في اليمن، رسالة ماجستير، كلية الاقتصاد والإدارة، جامعة عدن، اليمن، 2000، ص68.

حدود معينة ، ووفقا لهذا التعريف يمكن حساب خط الفقر المدقع بطريقة تكلفة السرعات الحرارية التي تعتبر أفضل طريقة لقياس الفقر المدقع¹.

4-5- خط الفقر الاجتهادي:

تستند هذه الطريقة على أن تحديد خط الفقر تعتمد على ما يجتهد به الأفراد في مجتمع ما ، من تقدير للحد الأدنى لمستوى المعيشة الذي يعد مقبولا اجتماعيا ضمن ذلك المجتمع ، وبذلك فإن خط الفقر الاجتهادي لا يتغير بتغير الزمان والمكان فحسب، ولكن يختلف أيضا باختلاف الافراد ضمن المجتمع نفسه وفي الزمان نفسه، فيلاحظ أن تقدير الأفراد لمقدار الحد الأدنى المقبول للمعيشة يميل إلى الارتفاع عادة بارتفاع دخولهم².

5- مؤشرات أخرى لقياس الفقر:

لقياس الفقر توجد العديد من المؤشرات التي يمكن استخلاصها اعتمادا على خط الفقر، فيتم تحديد هذا الأخير بالاعتماد على العملة المحلية وبالأسعار الجارية، ولذلك نجد لا يصلح لأغراض المقارنة المباشرة بين الدول المختلفة، وذلك لاختلاف العملات المحلية ولتباين الأسعار فيها، ومن أهم هذه المؤشرات كمايلي:

5-1- مؤشر نسبة الفقر:

وهو أبسط هذه المقاييس وأكثرها شيوعا ، ويحاول قياس ظاهرة نقشي الفقر، وهذا المؤشر يعبر عن عدد الأفراد أو الأسر في المجتمع الذين يقعون تحت خط الفقر، كما يقيس هذا

-السفاري، أحلام يوسف، ظاهرة الفقر ودور المؤسسات الاجتماعية الوطنية في معالجتها في الأردن (1987- 1996)، رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية، عمان، 1998، ص59.

² -Narayan Deepa, silence et impuissance : le lot des pauvres, finance et développement, vol37, n°4, p34.

المؤشر مدى انتشار الفقر أو نطاق الفقر ، ويقاس بعدد السكان الذين يعيشون بدخل تحت خط الفقر كنسبة من مجموع السكان.

5-2- مؤشر فجوة الفقر:

يعبر مؤشر فجوة الفقر عن مقدار الدخل اللازم للخروج من حالة الفقر إلى مستوى خط الفقر المحدد (المطلق أو المدقع أو غيرها...) ، بحيث يقيس هذا المؤشر الفقر بين إجمالي دخل أو انفاق الفقراء.

5-3- مؤشر شدة الفقر:

يعكس هذا المؤشر إضافة إلى فجوة الفقر مدى التفاوت الموجود بين الفقراء، باعتباره الوسط الحسابي لمجموع مربعات فجوات الفقر النسبية للفقراء.

6- محددات الفقر:

6-1- العوامل الاقتصادية:

تلعب العوامل الاقتصادية دورا كبيرا في زيادة شدة الفقر، وهذا راجع إلى التباينات الكبيرة في توزيع الدخل بين الفقراء والأغنياء، وكذلك ارتفاع الإنفاق في المدن على حساب الريف مما أدى إلى تعميق فجوة الفقر، ومن جهة أخرى يؤدي تدني الإنتاجية إلى بطء معدلات النمو وقلّة كميات الإنتاج وسوء نوعيته، وعليه فإن مناصب الشغل تتناقص مما يؤدي بالضرورة إلى ارتفاع معدلات البطالة والتي تمس الفئات الفقيرة وخاصة في الريف أكثر منه في المدن.

6-2- العوامل الديموغرافية:

يرتبط الفقر ارتباطا كبيرا بالعوامل الديموغرافية، فالنمو السكاني المتسارع يؤدي إلى إعاقة عملية التنمية الاقتصادية مما يحافظ على تدني الدخل فيها.

وقد سادت هذه الحقيقة منذ الخمسينيات ولم تفقد معناها حتى الآن¹ ، كما أن الخصوبة المنخفضة تعمل على تخفيض معدلات الزيادة الطبيعية للسكان وفي نفس الوقت تعمل على تحسين توزيع الدخل، بحيث تشير دراسات قام بها البنك العالمي في هذا الصدد بأن تتناقص معدل الخصوبة الكلي إلى (4) طفل لكل امرأة يساهم في تخفيض فقر الدخل إلى 7%، وعليه فإن دخل الأسرة يتناقص كلما ارتفع معدل الخصوبة بين أفرادها، وكذلك معدل الإعاقة يعبر عن العبء الذي يلقيه السكان في فئات معينة من العمر على باقي فئات المجتمع، فبالنسبة للأفراد ذوي الأسر الكبيرة يكون العبء واضحا على الأفراد في سن العمل بالنسبة للأسرة، وهذا ما يجعل الأفراد العاملين سيدخرون بشكل أقل، لحاجاتهم إلى الإنفاق على الأسرة.

6-3- العوامل الاجتماعية:

تلعب العوامل الاجتماعية دورا بارزا في التعميق من حدة الفقر، حيث أن تدني الخدمات التعليمية يؤدي إلى انتشار الأمية في أوساط الفقراء، وكذلك ضعف التدريب والتأهيل يقلل من الحصول على فرص العمل، وعليه تصبح الأسر الفقيرة غير قادرة على تلبية حاجاتها الأساسية بسبب ضعف الدخل، كما أن تدني الخدمات الصحية وضعف شبكات الضمان الاجتماعي يؤدي إلى سوء التغذية وانتشار الأمراض التي تفتك بهم وهذا ما يزيد الأسر الفقيرة أكثر فقرا ونقصد به الفقر المدقع².

7- أسباب الفقر:

الأسباب التي أدت إلى تفاقم ظاهرة الفقر في الجزائر نذكر منها³:

¹ - Nelson, R. A Theory of the Low-Level Equilibrium Trap, in : American Economic Review, Band 46, 1956, pp.67-71.

² ياسين مصطفى عدنان ، الفقر والمشكلات الاجتماعية ، بحث مقدم في ندوة الفقر والغنى في الوطن العربي ، بيت الحكمة ، بغداد ، 2002 ، ص162..

³ عيسى بن ناصر ، مشكلة الفقر في الجزائر ، مجلة الاقتصاد والمناجمنت ، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير ، جامعة تلمسان ، العدد 2 ، 2003 ، ص

- تعتبر برامج التصحيح الهيكلي التي قامت بها الدولة من أهم الأسباب التي زادت في معدلات الفقر، وهذا نظرا للأوضاع الاجتماعية الصعبة التي كانت تمر بها معظم الدول النامية في ذلك الوقت.
- زيادة كبر حجم الأسرة أدى إلى ارتفاع معدلات الإعالة فيها، مما يؤدي إلى زيادة الأعباء على نفقات الأسرة، وهذا ما يجعلها غير قادرة على تلبية أدنى متطلبات المعيشة، مما يزيد مستوى فقرها.
- ارتفاع معدلات التضخم يؤدي بالضرورة إلى ارتفاع السلع والخدمات، وهذا ما يؤدي إلى تدهور القدرة الشرائية والمتمثلة في عدم تلبية أبسط متطلبات الحياة، بحيث معظم الأسر تدخل في دائرة الفقر.
- تؤدي الحروب و النزاعات الداخلية والخارجية إلى عدم استقرار الدول، مما ينتج عنه ضياع فرص العمل وضياع الممتلكات وهذا ما يؤدي إلى الفقر.
- التوزيع الغير العادل للدخل والثروات يؤدي إلى غناء البعض وإفقار البعض الآخر، مما يزيد في توسيع دائرة الفقر.
- ارتفاع معدلات البطالة خاصة في أوساط الشباب يؤدي إلى ركود في الاقتصاد الوطني، مما يقلص فرص الاستثمار مما يزيد من حدة الفقر في المجتمع وخاصة في الأسرة.
- انتشار الفساد والبيروقراطية يؤدي إلى تأخر وتقلص الإنفاق الاستثماري على البنية التحتية، وهذا ما يحرم الفقراء من الاستفادة منها.

8- تطور ظاهرة الفقر في الجزائر:

منذ الاستقلال عرفت الجزائر تطور في ظاهرة الفقر حيث ورثها لنا الاستعمار، حيث غالبية الشعب كان فقيرا، مما أوجب على الدولة وضع سياسات للتقليل أو التخلص من ظاهرة الفقر، ولكن مع ظهور بؤادر الأزمة الاقتصادية أدى بمعدلات الفقر في الارتفاع، حيث سجل في سنة 1995 حوالي 23.2% ، لينخفض في سنة 2005 إلى 16.6% ثم يواصل انخفاضه ليستقر عند 5% في سنة 2013، وهذا ما يوضحه الجدول الموالي:

الجدول رقم (3): تطور معدل الفقر في الجزائر من (1995-2013).

السنوات	1995	2000	2005	2008	2009
معدل الفقر%	23.2	21.9	16.6	11.1	9.8
السنوات	2010	2011	2012	2013	
معدل الفقر%	6.2	5.5	5.2	5	

المصدر: المجلس الاقتصادي والاجتماعي، الوضعية الاقتصادية والاجتماعية 2005 ص30

- الفقر في الجزائر بين التصريحات الرسمية وغير الرسمية رابط الالكتروني:

<http://islamfin.go-forum.net/t5333-topic#10411> Consulté le 29/12/2017

من خلال هذا التطور لمعدلات الفقر يلاحظ أنها كانت مرتفعة خلال أوائل التسعينيات وهذا راجع إلى آثار الأزمة الاقتصادية التي مرت بها الجزائر جراء انخفاض أسعار البترول وكذلك العشرية السوداء، لتعرف بعد ذلك تراجع في السنوات الموالية وهذا بسبب تحسن الوضعية الاقتصادية والمالية للجزائر من جهة بالإضافة إلى برامج الإنعاش الاقتصادي والبرامج التكميلية لدعم النمو ضمن سياسات مكافحة الفقر¹.

¹ أمال بن ناصر ، وداد برصاص ، مشكلة الفقر في الجزائر وآليات محاربتها ، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير ، جامعة قلمة ، الملتقى الوطني حول الفقر بين إشكالية التنظير وتحديات الواقع - رؤية اقتصادية إسلامية - ، 2013 ، ص 10.

9- علاقة الفقر بالمتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية:

9-1- علاقة الفقر ببعض المتغيرات الاقتصادية:

9-1-1- الفقر وعلاقته بمتوسط نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي:

يمثل نصيب الفرد من الناتج الإجمالي المحلي القدرة على التمتع بمستوى معيشة لائق، بحيث عرفت الجزائر ارتفاعا في متوسط الدخل الفرد من 1444.91 دولار أمريكي في سنة 1995 إلى 5471.87 دولار أمريكي في سنة 2013، وعلى الرغم من هذا التطور الإيجابي إلا أن هذا المتوسط يبقى متواضعا إذا ما قورن بعض الدول المتقدمة أو حتى الدول العربية مثل دول الخليج.

الجدول رقم (4): تطور متوسط نصيب الفرد من الناتج الإجمالي المحلي خلال الفترة الممتدة من (1995-2013).

السنوات	1995	2000	2005	2008	2009
القيمة (دولار أمريكي)	1444.9	1757.1	3100.2	4905.6	3868.9
السنوات	2010	2011	2012	2013	
القيمة (دولار أمريكي)	4463.4	5432.3	5564.9	5471.9	

المصدر: بيانات الحسابات القومية للبنك الدولي، وبيانات القومية لمنظمة التعاون والتنمية في

الميدان الاقتصادي على الرابط الإلكتروني:

<https://data.albankaldawli.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>

وأوضحت الهيئة العامة للإحصاء في تقريرها السنوي بأن هذا المؤشر يعبر عن قدرة الفرد حصوله على السلع والخدمات الاستهلاكية، وأن المنظمات الدولية تستخدمه كأحد مقاييس التنمية الاقتصادية لدول العالم، ويستخدم عادة للمقارنة بين بلد وآخر، فالارتفاع في نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي يشير إلى اتجاه النمو الاقتصادي¹، ولكن رغم هذه الزيادة إلى أن الأجر الأدنى يبقى ضعيف، والجدول التالي يبين لنا تطور الأجر الوطني الأدنى.

الجدول رقم (5): تطور الأجر الوطني الأدنى في الجزائر للفترة 1991-2012.

السنة	1991	1992	1994	1998	2001	2004	2007	2010	2012
الأجر	1500	2000	4000	6000	8000	10000	12000	15000	18000

Source: www.ons.dz / Messe- salaire pdf, mise a jour 15/12/2017

عرف الأجر الوطني ارتفاعا من 1500 دج سنة 1991 إلى 12000 دج سنة 2007، حيث تضاعف 12 مرة خلال هذه الفترة، كما ارتفع إلى 18000 دج سنة 2012، لكن هذه الزيادة تبقى ضعيفة عن تلبية الحاجات الأساسية للفرد الجزائري.

9-1-2- الفقر وعلاقته بالتضخم:

يعتبر التضخم من الظواهر التي تزيد من حدة الفقر في دول العالم لما له من علاقة بالقدرة الشرائية للأفراد، فكلما زادت نسبة التضخم انخفضت القدرة الشرائية للأفراد بسبب ارتفاع الأسعار، ورغم الجهود المبذولة من طرف الجزائر للتخفيض من معدل التضخم وزيادة الأجور

¹ Todaro, M. p. economic development. New York & London: 5th edition, Longman, 1994,p.153.

في السنوات الأخيرة إلا أن معدل الفقر مرتفعا¹، والجدول التالي يبين تطور معدل التضخم في الجزائر خلال الفترة (1995-2013) .

الجدول رقم(6): تطور معدل التضخم في الجزائر من (1995-2013).

السنوات	1995	2000	2005	2008	2009
معدل التضخم %	5.8	0.34	1.64	4.8	5.7
السنوات	2010	2011	2012	2013	
معدل التضخم %	3.9	4.53	8.84	8.36	

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات 2013.

من خلال الجدول نلاحظ أن أعلى معدل للتضخم سجل في سنة 1995 حيث بلغ 5.8 % وهذا راجع إلى ارتفاع نسبة المديونية والظروف الاقتصادية والسياسية والأمنية الصعبة التي كانت تمر بها الجزائر في هذه الفترة مما أدى إلى تدني المستوى المعيشي وتدهور القدرة الشرائية، أما في سنة 2000 سجل أدنى معدل للتضخم ليصل إلى 0.34% وهذا راجع إلى عدة أسباب منها أن برنامج التصحيح الهيكلي أصبح يعطي ثماره بخصوص التحكم في التضخم، زيادة على ذلك تحرير الأسعار ورفع الدعم على المنتجات الطاقوية والمواد الاستهلاكية² ، ليواصل ارتفاعه حيث بلغ معدل التضخم في سنة 2013 حوالي 8.26% ، بحيث هذا الارتفاع المستمر أثر مباشر على معدل الفقر من خلال التأثير على القدرة الشرائية للفرد رغم سياسة الأجور التي قامت بها الدولة في سنة 2008.

¹ -PONTY N., (1998), Mesurer la pauvreté dans un pays en développement, StatecoN°90-91, éd :INSEE, Paris, pp : 56-58.

² طارق قندوز ، السعيد قاسمي ، إبراهيم بلحمير ، المخططات الخماسية التنموية في الجزائر 2001-2014 لمواجهة الفقر، البطالة والتضخم ، جامعة وهران 1 ، العدد 7 : مجلة دراسات اجتماعية وإنسانية ، جانفي 2017 ، ص 211.

9-1-3- الفقر وعلاقته بالبطالة:

هناك علاقة وطيدة بين الفقر والبطالة حيث تعتبر البطالة المكون الرئيسي للفقر، إن الكثير من الاقتصاديين يشرون إلى أن إزالة البطالة سوف تزيل الفقر حيث البطالة تؤدي بكل أنواعها إلى انخفاض الدخل أو انعدامه مما يؤدي إلى زيادة حدة الفقر، وهذا ما نجد أن معظم الدول تحاول التأكيد في برامجها على الحد من الفقر والبطالة معا نظرا للترابط الوثيق بينهما كما تؤكد على إطلاق برامج للتنمية وتمويل المشروعات الصغيرة وبرامج دعم التدريب والتشغيل لكي يتم الحد من البطالة والتقليل من مستوياتها ومن ثم يؤدي إلى دعم برامج الحد من الفقر¹ ، الجدول التالي يبين تطور معدل البطالة في الجزائر خلال الفترة (1995-2013).

الجدول رقم(7): تطور معدل البطالة في الجزائر من (1995-2013).

السنوات	1995	2000	2005	2008	2009
معدل البطالة %	28.1	29.5	15.3	11.5	10.2
السنوات	2010	2011	2012	2013	
معدل البطالة %	9.96	9.97	11.0	9.89	

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات 2013.

نلاحظ من خلال الجدول أن أعلى معدل للبطالة سجل في سنة 2000 حيث بلغ حوالي 29.5%، وهذا راجع إلى عدة أسباب من بينها الوضع الاقتصادي الصعب الذي مرت به الجزائر في فترة التسعينات والمتمثل في انخفاض أسعار البترول وارتفاع نسبة المديونية وسياسة تسريح العمال، ولكن من سنة 2005 بدأت معدلات البطالة في الانخفاض لتسجل أدنى قيمة

¹ حاج قويدر قورين ، ظاهرة الفقر في الجزائر وأثارها على النسيج الاجتماعي في ظل الطفرة المالية - البطالة والتضخم - الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية ، قسم العلوم الاقتصادية والقانونية ، جامعة الشلف ، العدد 12 ، 2014 ، ص 20.

لها في سنة 2013 والتي قدرت بحوالي 9.83% وهذا بسبب سياسة التوظيف في القطاع العمومي واستحداث وكالات وطنية للتشغيل، على غرار الأموال الضخمة التي ضختها الدولة للنهوض بالنمو الاقتصادي بسبب البحبوحة المالية، ولكن غياب القطاع الاقتصادي الذي يعتبر المستوعب الأكبر للبطالة في أي بلد، مما خلق نوع من البطالة المقنعة للقطاع العمومي.

9-2- علاقة الفقر ببعض المتغيرات الديموغرافية:

يعتبر النمو السكاني المتسارع محددًا أساسيًا للفقر بالإضافة إلى العوامل الديموغرافية الأخرى والمتمثلة في زيادة عدد الولادات المرغوب فيها وغير المرغوب فيها، كما أن ارتفاع الوفيات وخاصة وفيات الأطفال في أوساط العائلات الفقيرة يؤدي حتماً إلى الرغبة في زيادة الأطفال، بالإضافة إلى زيادة حجم الأسرة وارتفاع معدل الإعاقة الديموغرافي يساعدان على تعميق وتوسيع الفقر والبطالة في أوساط المجتمع، والجدول الموالي يوضح تطور أهم المؤشرات الديموغرافية من (1995-2013).

من خلال الملحق رقم (6) نلاحظ أن ارتفاع عدد السكان يساعد على انتشار الفقر ويزيد من عدد الفقراء، بحيث بلغ عدد السكان في سنة 1995 حوالي 28.46 مليون نسمة ليرتفع في سنة 2013 إلى 38.3 مليون نسمة، بالإضافة إلى معدل النمو الذي سجلت أقل نسبة له في سنة 2000 حيث بلغ 1.48% وهذا راجع إلى انخفاض المواليد، أما فيما يخص معدل الخصوبة قد ارتفع ليسجل أعلى قيمة له في سنة 2013 ليصل إلى 3.93 طفل/امرأة، وهذا راجع إلى زيادة عدد المواليد وانخفاض عدد الوفيات، كما نلاحظ ارتفاع أمل الحياة من سنة إلى أخرى، بحيث بلغ في سنة 2013 حوالي 77.0 سنة وذلك بسبب تحسن الظروف المعيشية والصحية، وهذا ما يؤدي إلى ارتفاع معدل الإعاقة الديموغرافي الذي يزيد العبء على المجتمع

مما يساعد على زيادة عدد الفقراء، وكذلك على مستوى الأسرة مما يزيد في ارتفاع التكاليف وضعف الدخل لديها وهذا ما يؤدي إلى انتشار الفقر والبطالة في أوساطها.

9-3- علاقة الفقر ببعض المتغيرات الاجتماعية:

9-3-1- علاقة الفقر بالتعليم:

إن التعليم هو الوسيلة الوحيدة التي يمكن من خلالها مواجهة الفقر؛ على اعتبار أن التعليم هو نفس السلاح الذي يحارب به فقر المجتمعات، فمن خلال التعليم يمكن للفقراء أن يتعايشوا مع المجتمع بشكل كبير، ويجعلهم يساعدون في تقدم مجتمعهم، الأمر الذي يؤدي بدوره إلى انخفاض نسبة البطالة في هذا المجتمع، مشيراً إلى أن المواطن يجب أن ينظر إلى التعليم على اعتبار أنه حق من الحقوق الأساسية الواجبة له في المجتمع، ولا بد من النظر إليه من هذا المنطلق في جميع الحالات؛ وذلك لأن أسرع الطرق التي تساعد على التخلص من الفقر هي التعليم للصغار، ومحو الأمية للكبار.

الجدول رقم (8): تطور نسبة التمدرس في الجزائر من (1995-2013)

السنة	ذكور %	إناث %	المجموع %
1995-1994	92.8	82.73	87.87
2001-2000	93.04	88.16	90.65
2006-2005	95.02	92.33	93.70
2009-2008	95.84	93.80	94.83
2010-2009	95.11	93.35	94.23
2011-2010	95.66	94.94	95.30

93.85	94.12	93.58	2012-2011
92.64	93.22	92.06	2013-2012

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات 2013.

من خلال الجدول نلاحظ أن نسب التمدرس قد ارتفعت من 87.87% في سنة 1995 إلى 95.30% في سنة 2011، بحيث يرجع هذا الارتفاع إلى إلزامية التعليم للصغار خاصة عند الفتيات وتحسين ظروف التعليم من خلال توفير الهياكل التعليمية والمرافق الملحقة بها، مما ساعد على التقليل من نسبة الأمية في المجتمع وخاصة في الريف.

10- الحلول المقترحة للحد من الفقر في الجزائر:

لوضع سياسة ناجحة للحد من مشكلة الفقر في الجزائر لابد من تضافر الجهود من أجل إيجاد صيغة تكاملية بين كل القطاعات لتحقيق تنمية شاملة ومستدامة، وعليه يمكن أن نلخص بعض الحلول المقترحة للحد من الفقر و المتمثلة في ما يلي :

- تبني سياسة ناجحة للنهوض بالاقتصاد الوطني، وذلك بفتح فرص الاستثمار للخوادم وتشجيعهم والابتعاد عن الاقتصاد الريعي.
- القضاء على مشكلة البطالة وفتح فرص الشغل للشباب، بحث تعتبر فئة الشباب المحرك الأساسي لخلق الثروة و الرقي بالمجتمع إلى مصاف الدول المتقدمة.
- تحويل المجتمع الجزائري من مجتمع مستهلك إلى مجتمع منتج، وذلك من أجل دعم المشاريع الصغيرة التي لا تحتاج إلى أموال كثيرة للاستثمار، ولكن تحتاج إلى يد عاملة كبيرة لكثرة هذه المشاريع وتعددتها.

- زيادة الوعي بتنظيم النسل وخفض نسب الخصوبة العامة، وذلك من أجل التقليل من معدل النمو السكاني، حيث يؤدي بدوره إلى إنقاص من حجم الأسرة.
- إعطاء أهمية كبرى للتنمية الريفية بتعليم وتأهيل المرأة.
- محاربة كل أشكال البيروقراطية من أجل تسهيل دراسة الملفات ومنح القروض المصغرة في أقل مدة، وذلك لتجسيد المشاريع المنتجة وتدعيمها.

خلاصة:

تعتبر ظاهرة الفقر من أهم المشاكل التي تواجه الشعوب والمجتمعات، حيث باتت الكثير من فئات المجتمع تحت خط الفقر بسبب الظروف الاجتماعية والاقتصادية الصعبة التي مرت بها الجزائر جراء الأزمة الاقتصادية الأخيرة والمتمثلة في العشرية السوداء، وعليه لا بد من وضع سياسة ناجعة من أجل النهوض وتحقيق تنمية شاملة تخلصنا من مشكلة الفقر، وذلك من أجل معالجة مسبباته و التخفيف من حدة آثاره المدمرة، كما لا بد على المتخصصين والدارسين لموضوع الفقر من إيجاد العلاقة بين متغيرات الفقر والمتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية والصحية من أجل إيجاد رؤية واضحة وشاملة للحد من ظاهرة الفقر.

الفصل الثالث

السلوك الانجابي في الجزائر

- مقدمة

1- الخصوبة وعلاقتها بالسلوك الانجابي لدى المرأة.

2- السلوك الانجابي والبناء الاجتماعي.

3- سوسيولوجية الثقافة الإنجابية للمرأة.

4- السلوك الانجابي والتخطيط العائلي.

5- محددات السلوك الانجابي.

5-1- المحددات المباشرة.

5-2- المحددات غير المباشرة.

- خلاصة

تمهيد:

يعد السلوك الانجابي عامل من عوامل التغيير في النمو السكاني، لما له من أهمية كبرى في إظهار العلاقة المتبادلة بين المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والصحية في المجتمع. بحيث تؤثر بصورة مباشرة على برامج التنمية من خلال الزيادة السكانية التي تحول دون تحقيق نمو اقتصادي حقيقي، وقد أثبتت الدراسات السكانية والاقتصادية أنه لا يمكن الوصول إلى نمو اقتصادي حقيقي يفوق معدل النمو السكاني إلا في المجتمعات التي تكون فيه مستويات الخصوبة منخفضة. ومن ناحية أخرى تتأثر مستويات الخصوبة بعناصر التنمية في المجتمع، حيث تلعب عوامل التنمية المختلفة كالتعليم والمستوى الصحي دورا كبيرا في تحديد مستويات الخصوبة.

1- الخصوبة وعلاقتها بالسلوك الانجابي لدى المرأة:

تعتبر الخصوبة عنصر من أهم العناصر الرئيسية في الدراسات السكانية نظرا لكونها تفوق في أهميتها عاملي الهجرة والوفيات وهي بهذا تعد المحدد الرئيس لنمو السكان فضلا عن ذلك فهي الأكثر صعوبة من مفهوم الوفيات ففي الوقت الذي يعد فيه عنصر الوفيات حتمية ضرورية لا يمكن تجنبها فان الخصوبة ليست كذلك وبذلك فهي تعد اقل ثباتا من الوفيات كما يمكن التنبؤ عنها والتحكم بها وتتأثر الخصوبة بالعديد من العوامل أهمها (الاقتصادية والاجتماعية و السياسية) وان الفكرة الأساسية لمفهوم الخصوبة تتحدد بالمستوى الفعلي للإنجاب في أي مجتمع سكاني ويعبر عن هذا المستوى بعدد المواليد الأحياء الذين أنجبوا بالفعل ولهذا ينبغي التمييز بينها وبين القدرة على التوالد أو القدرة على حمل الأجنة وهو ما يطلق عليه بالخصوبة الفسيولوجية⁽¹⁾. لذلك عند دراستها يجب التمييز بين مصطلحي الخصوبة والإنجاب

(1) محمد عبد الرحمن الشر نوبي، جغرافيه السكان، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، 1986، ص92

فالخصوبة هي مقياس لكفاءة إنجاب المراه ويحصل عليها من إحصاءات المواليد الأحياء أما الإنجاب فهو درجة إحلال أفراد محل آخرين من العمر نفسه في الجيل التالي⁽²⁾. ويعبر عن المعدل الفعلي للمواليد بالقدرة على إنجاب الأطفال وينحصر ذلك بعمر بين (15-49) فالخصوبة تشتمل على جميع النساء اللواتي في سن الحمل أي اللواتي تتراوح أعمارهن بين (15-49) وبذلك يكون المجتمع الذي يضم عدد من النساء في سن الحمل أكثر قدره على الانجاب من المجتمع الذي يكون اغلب نساؤه بعمر اقل من 15 سنة أو أكثر من 49 سنة فالخصوبة هي اشارة إلى عدد الأطفال الذين تلدهم المرأة ، والنساء التي تتجب عددا كبيرا من الأطفال في أي مجتمع يكون ذلك المجتمع ذا خصوبة عالية وبالعكس فالمجتمع الذي فيه النساء عددا قليلا من الأطفال يسمى مجتمع ذا خصوبة منخفضة⁽³⁾.

ولاشك في أن المجتمع وظروفه هما اللذان يحددان معدلات الخصوبة والإنجاب في الوقت الذي تؤثر فيه الخصوبة على تركيب السكان لان ارتفاع معدلاتها في أي مجتمع يجعل من تلك المجتمعات شابه فتيه تطفى عليها فئة صغار السن وبالتالي تهبط نسبة كبار السن إلى مجموع سكان ذلك المجتمع مما يؤثر على ارتفاع معدلات نمو السكان في ذلك المجمع، وقد يرى بعض العلماء أن معدلات الخصوبة قد تناقصت قد تناقصت في المجتمعات الحديثة بسبب انتشار العقم⁽¹⁾. كما لا يمكن اعتبارها متغيرا مستقلا لكونها ترتبط بالضرورة الاقتصادية والأحوال العلمية والتقاليد الحضارية الموروثة فهي تتسحب ارتفاعا وانخفاضا للالزمات الاقتصادية والحروب.

(2) فوزي عبد سهاونه وموسى عبده سمحة، جغرافيه السكان، ط2، دار وائل للنشر، عمان، 2007، ص117

(3) عبد المنعم عبد الحي، علم السكان، ط1، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1985، ص112

(1) محمد عبد الرحمن الشر نوبي، مصدر سابق، ص92

2- السلوك الانجابي والبناء الاجتماعي:

في الواقع أنّ دراسة العلاقة بين السلوك الإنجابي والطبقات الاجتماعية قد نبعت من المناقشات التي تناولت العلاقة بين حجم الأسرة والتقدم الاقتصادي والاجتماعي، والتي ربط فيها الباحثون بين اختفاء الأشكال الممتدة للأسرة وبين زيادة معدلات التصنيع والتحضر.

كما أن موضوع الاختلاف بين الناس إلى مستويات اجتماعية واقتصادية من أكثر موضوعات البحث في علم الاجتماع إثارة للجدل والخلاف بين الباحثين في هذا الميدان، سواء من حيث التسليم بعدم المساواة بين الناس في هذه المستويات أم في تحديد الأسس التي يقوم عليها الاختلاف وبالتالي كل مستوى طبقي وإمكانية الانتقال بين هذه المستويات¹.

يمكن أن نميز بين محاولتين بذلها علماء الاجتماع من أجل فهم وتفسير الاختلافات في السلوك الإنجابي على ضوء الاختلافات في المستويات الاجتماعية والاقتصادية والتركيبة الطبقي في المجتمع. تربط المحاولة الأولى بين السلوك الإنجابي وبين الوضع الطبقي داخل المجتمع وتربط المحاولة الثانية بين السلوك الإنجابي وإمكانية تنقل الأفراد بين الأوضاع الطبقيّة داخل المجتمع².

المحاولة الأولى:

نتجت المحاولة الأولى في تفسير السلوك الإنجابي على ضوء الوضع الطبقي للأفراد داخل المجتمع عن مختلف نظريات السكان التي تربط بين السلوك الإنجابي وبين المستوى الاقتصادي الاجتماعي للأفراد في المجتمع أو الوضع الطبقي لهم من خلال التعبير عنه بمفهوم الدخل أو المهنة وطبيعة العمل أو التعليم أو الثروة أو غيرها من الأسس التي يتميز بناءً عليها

¹ - فتحي محمد أبو عيانه، جغرافية السكان، ط2، دار النهضة العربية، بيروت، 1980، ص137

² - محمد عبد الرحمن الشر نوبي، جغرافية السكان، مصدر سابق، ص93.

الأفراد والجماعات في المجتمع فقد انطلق الباحثون يجرون الدراسات الواقعية التي تدعم أو تؤكد ضرورة إعادة النظر في هذه العلاقة. (مثل: سبنسر، جيني، كارسو ندور وغيرهم)

المحاولة الثانية:

وننتجت هذه المحاولة في تفسير السلوك الإنجابي على ضوء إمكانية تنقل الأفراد اجتماعياً بين الأوضاع الطبقة داخل المجتمع من نظريات السكان أيضاً وكان في مقدمتها القضايا النظرية التي أضافها (أرسين ديمون) التي أشارت إلى أن نمو السكان يسير في اتجاه الزيادة في الأقاليم التي يتسم بناؤها الطبقي بالجمود ويسير في اتجاه النقصان في الأقاليم التي يسهل فيها انتقال أعضائها في السلم الاجتماعي.

3- سوسيولوجية الثقافة الانجابية للمرأة:

تجد سوسيولوجيا الثقافة الانجابية للمرأة ذاتها في ذلك الفضاء الاجتماعي، بحيث الذات السوسيولوجية « ليست هي الأنا المفرد بل الأثر الفردي المتميز لتاريخ جمعي »¹، هذا التاريخ التراكمي يولد لدى الأفراد جملة استعدادات متصلة ومستمرة في بناهم الذهنية، حيث يبدو دور المؤسسة (العائلة، المجتمع) بالبحث عن كيفية تحويل الرأسمال الاقتصادي (اقتصاد التربية، الصحة، سوسيولوجيا التعليم) إلى رأسمال اجتماعي، عبر هذه الآلية من التأثير في الصلات والعلاقات الاجتماعية يتم تغذية ثقافة الخصوبة للمرأة، لجهة تبلورها بيولوجيا في ظل اقتصاد ريعي استهلاكي، أو لجهة استثمارها انتاجيا (تعليم وعمل ودخل) في ظل اقتصادي انتاجي بعيدا عن إحالة ممارسة المرأة إلى اختزال أفعالها إلى منظومة الرأسمال الرمزي، حيث تدار من قبل المؤسسة العائلية أو السلطوية².

وعليه فإن القراءة السوسيولوجية لسلوك المرأة الانجابي تبدأ بمعرفة أنظمة التصورات المدركة والمتوافقة مع البنى الموضوعية اجتماعيا. في سياق كهذا يصبح البحث عن تحليل الشرط

¹ - بورديو، بير ، أسئلة علم الاجتماع حول الثقافة والسلطة والعنف الرمزي، ترجمة إبراهيم فتحي، دار العالم الثالث، القاهرة، 1995 ، ص13 .

² - نفس المرجع، ص130.

التاريخي للمرأة كينونيا وموضوعيا، غير مكتمل عبر النسق المادي المدعوم بذلك النوع من التفسير لقوة العامل الاقتصادي وانتظام الانسان بوصفه قوة عمل في سياق العلاقات الاجتماعية، إذ يحتاج التحليل أيضا إلى فهم قابلية الأفراد في المجتمعات للبقاء والتطور عبر البنى الثقافية والذهنية أيضا¹. إن نمط الحياة أو الممارسات الفردية هو محصلة تفاعل العلاقات الاجتماعية مع المكونات الثقافية، وبذلك تصبح مفاهيم مثل القيم والمعتقدات، العادات والتقاليد، الرموز والإشارات، والمنتجات العقلانية الأخرى، ضرورة لا غنى عنها للإحاطة بمحددات ومتغيرات الثقافة الانجابية للمرأة.

وفي محاولة للتعرف على ثقافة الخصوبة يرى ايسترلين (Esterlin) أن محددات السلوك الانجابي للمرأة هي ثلاث: الطلب على الأطفال، إمكانية انتاج الأطفال، ثم تكاليف ضبط الخصوبة. وعليه يبدو الرؤية هنا تظل مسكونة بالاقتصادي الديموغرافي زمن ثم الافتقار إلى الرؤية الإنجابية باعتبارها نتاجا معرفيا وقيماً تاريخياً ينتظم في السلوك الاجتماعي العام، فالتاريخ الشخصي في أكثر جوانبه تفردا، وحتى في بعده الجنسي محدد اجتماعيا².

4- السلوك الانجابي والتخطيط العائلي:

تتأثر الأسرة منذ البداية بطبيعة الظروف الاجتماعية المحيطة بها، فهي ترتبط بالواقع المجتمعي للجوانب الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية والدينية والبيئية.

والملاحظ أن المؤسسات المتخصصة الحديثة تستطيع أداء معظم الوظائف التي كانت تؤديها الأسرة في الماضي وبنفس الكفاءة إن لم يكن بشكل أحسن، ولكن هل يعتبر دور هذه المؤسسات يمثل تقلصا لدور الأسرة الحديثة خاصة الحضرية منها وتخليها عن بعض وظائفها، ولكن الحقيقة تؤكد أن دور الأسرة لا يمثل تقلصا حقيقيا بل إن للأسرة دورها وأهميتها الحقيقية

¹ - عدنان سليمان ، سوسولوجيا الثقافة السكانية: دراسة تحليلية لثقافة الخصوبة النسائية في سوريا، مجلة جامعة دمشق، المجلد 12 ، العدد 2 ، 2000 ، ص248.

² - بورديو، بير ، مرجع سابق ، ص91.

في المجتمع المعاصر في تحقيق وظائفها نحو بناء وتنمية شخصية الفرد وتزويده بالمشاعر والأحاسيس التي تمكن الفرد من مواجهة مشكلاته وأزماته¹.

فالإنجاب كان ولا يزال يعتبر من أهم الوظائف الأساسية للأسرة، حيث كان الإنجاب في الماضي عبارة عن عملية بيولوجية تتم دون تخطيط، بحيث أن الظروف الاجتماعية والاقتصادية تساهم في ضمان المستقبل سواء للكبار أو الصغار، وزيادة على هذا كانت العوامل الثقافية لها علاقة كبيرة في زيادة عدد الأطفال حيث أن الأمهات يتفاخرن بكثرة عدد أطفالهن، وكذلك كان الأولاد رمزا للعزة والفخر للرجال².

ونظرا للتغيرات التي حدثت في المجتمع الانساني و التحول من الزراعة إلى الصناعة والهجرة من الريف إلى المدينة، كل هذا أدى إلى تغيير شكل الأسرة من الشكل الممتد إلى الأسرة النووية، فالأبناء أصبحوا عبئا اقتصاديا كبيرا لا يتحمله كثيرا من الآباء، وأصبح الانجاب موضوعا للاختيار الارادي وليس للصدفة، وتتدخل كثير من المجتمعات لتحديد العدد الأفضل لكثير من الأسر ولهذا اخترعت الكثير من الوسائل العلمية للتحكم في عملية الانجاب.

حيث يستخدم مصطلح تنظيم الأسرة على انجاب الأطفال بطريقة منظمة ومتسقة على فترات متباعدة لاعتبارات صحية تتعلق بالأم والأطفال ويستخدم مصطلح التخطيط العائلي ليس لاختيار وسيلة من وسائل ضبط النسل، بل هي انتهاج طريقة معينة في الحياة يشعر فيها الفرد بأنه مسؤول مسؤولية كاملة عن نسله³.

ومن ناحية أخرى تلعب الكثير من العادات والمفاهيم والقيم تأثيرات مباشرة على سلوك الأفراد بما في ذلك السلوك الانجابي وتنظيم الأسرة مثل الزواج المبكر خاصة في الريف والرغبة في

¹ - خيرى خليل الجميلي، بدر الدين كمال عيده، المدخل في الممارسة المهنية في مجال الأسرة والطفولة، المكتب العلمي للكمبيوتر للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 1997، ص43.

² - محمد أحمد محمد بيومي، علم الاجتماع العائلي، دراسة التغيرات في الأسرة العربية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2003، ص248.

³ - سناء الخولي، مبادئ علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1986، ص222.

كثرة انجاب الأطفال كمصدر للقوة وكعامل لتأمين حياة الزوجة مع زوجها، كل هذه القيم وغيرها تشير إلى غياب الوعي والتفكير السلبي والتفسير الخاطئ للدين وعدم النظر إلى السلوك الانجابي بطريقة موضوعية، وقد يكون للتكنولوجيا الحديثة دورا بارزا في تغيير هذه القيم السلبية. حيث أن الكثير من الدارسين والمتطوعين عن قرب على هذه الاكتشافات والمنتبئين لنتائجها يعتقدون أن التخلف الثقافي الذي يظهر في تقبلها اجتماعيا سوف يتضاءل تدريجيا خلال فترة قصيرة من الزمن¹.

في الأخير نقول أن المجتمعات التي تواجه مشكلة الزيادة السكانية بصورة تفوق زيادة الامكانيات المتاحة لها فإن عليها أن تتجهج سياسة متوازنة في هذا الميدان، وليس هناك في الوقت الراهن من حل ممكن وفعال غير التخطيط العائلي كنوع من السيطرة على ارتفاع معدلات الزيادة السكانية متمثلة في تشجيع الأسر على تنظيم وضبط نسلها وتنظيم السلوك الانجابي في الحدود المعقولة، التي تتناسب وإمكانياتها المادية وتطلعاتها المشروعة لمستويات معيشية ملائمة.

5- محددات السلوك الانجابي:

تلعب محددات السلوك الانجابي دورا هاما في تحديد العلاقة بين العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، حيث أن بعض العوامل تؤدي دورها في كل مراحل عملية التكاثر، بينما تلعب عوامل أخرى أدوارا في مراحل معينة فقط، كما أن تأثير هذه العوامل قد يكون مباشرا أو غير مباشر عن طريق عوامل أخرى.

¹ - طارق كمال، الأسرة ومشاكل الحياة العائلية، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 2005، ص49.

5-1- المحددات المباشرة:

هي التي تساهم بشكل مباشر في تحديد عدد الأطفال المنجبين لدى المرأة طول حياتها الإنجابية، بحيث تلعب كل من السن عن الزواج الأول بالنسبة للمرأة واستعمال وسائل الحمل وكذلك الرضاعة الطبيعية عوامل أساسية في خفض الخصوبة والتقليل من عدد الأطفال¹.

1) السن عند الزواج الأول:

يعد السن عند الزواج الأول من العوامل المقررة للخصوبة كما يؤدي دورا كبيرا في تحديد مستوياتها. فالزواج المبكر من المتوقع ان يسمح بحياة زوجية طويلة وفرصة إنجاب عدد كبير من الأطفال، كم ينصب الاهتمام في دراسة السن عند الزواج الأول للزوجة فقط لارتباطها المباشر بعملية الحمل، ولان القدرة على الإنجاب للمرأة محدودة بسنوات معينة في حين يمكن ان تستمر قابلية الرجل على الإنجاب إلى سنوات أطول، وتعكس معدلات الإنجاب المرتفعة في الريف الزواج المبكر وطول مدة الحياة الزوجية. إذ إن القيم الريفية تشجع على الزواج المبكر بعكس المناطق الحضرية التي تزداد فيها نسب المتعلمات والتي غالبا ما تؤدي إلى ارتفاع سن الزواج ومن ثم قصر مدة الحياة الزوجية وانخفاض الإنجاب².

وعليه نقول أن معظم الدراسات التي أجريت في هذا الميدان أجمعت على وجود علاقة عكسية بين السن عند الزواج الأول للزوجة ومتوسط عدد الأطفال.

¹-BAKASS F., 'Fécondité et santé reproductive au Maroc, Approche offre-demande de la dynamique de la pratique contraceptive', éd : ACADEMIABRUYLANT, l'HARMATTAN, UCL (Institut de Démographie/département des sciences de la population et du développement), 2006.

² - ONS (2007a), Démographie algérienne 2007, données statistiques n°499, ONS,Algérie, 2007.

(2) تطور سن الزواج الأول السن عند أول زواج يمكن أن يكون مختلفا بين الواقع وبين مصادر البيانات السكانية، وهذا يرجع إلى النقص في المعطيات المتعلقة بهذا المؤشر وعدم دقتها.

بحيث يبقى هذا النقص في المعطيات والدراسات الخاصة بسن الزواج الأول دافعا لكل الباحثين للبحث بشكل جيد ومعمق في هذا المجال انطلاقا من معطيات التعدادات السكانية والمسوح الميدانية والتحقيقات الديموغرافية.

الجدول رقم (9): تطور سن الزواج الأول في الجزائر وفارق السن بين الجنسين.

2008	2006	2002	1998	1987	1977	1966	
29.3	29.8	29.6	27.8	23.7	20.9	18.3	النساء
33	33.5	33	31.3	27.6	25.3	23.2	الرجال
3.7	3.7	3.4	3.7	2.3	4.4	5.5	الفارق

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات(ONS).

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ سن الزواج الأول بعد الاستقلال كان 18.3 سنة بالنسبة للنساء و23.2 سنة بالنسبة للرجال.

وفي سنة 1977 عرف سن الزواج الأول ارتفاعا بسنتين تقريبا لكلا الجنسين، كما يستمر في الارتفاع ليصل سنة 1987 إلى 23.7 سنة بالنسبة للنساء و 27.6 سنة بالنسبة للرجال، ليرتفع بأربعة سنوات تقريبا لكلا الجنسين في سنة 1998 وفي هذه الفترة ظهرت أزمات

اقتصادية، وشهدت المجالات الاجتماعية والسياسية والأمنية صعوبات كبيرة أثرت على الشباب كأزمة السكن والبطالة والهجرة.

أما في تعداد 2008 فقد ارتفع سن الزواج الأول تقريبا بسنتين، حيث قدر عند الرجال بـ 33 سنة وعند النساء بـ 29.3 سنة.

أما فرق السن بين الجنسين فكان في أول إحصاء أجرته الجزائر سنة 1966 يقدر بـ 5.5 سنوات ويأخذ في الانخفاض عبر التعدادات ليصل إلى 3.7 سنوات في تعداد 2008.

3) استخدام وسائل تنظيم الأسرة:

تتبقى أهمية استخدام وسائل تنظيم الأسرة الحديثة من النظرة الشمولية للتنمية التي ترى أن توافق معدل الخصوبة المرتفع مع انخفاض وفيات الأطفال، وارتفاع متوسط العمر المتوقع عند الولادة يعني دخول أعداد متزايدة من السكان في سن الإنجاب، ولقد أكدت التجربة العالمية أن الوصول إلى خدمات متميزة في الصحة الإنجابية، وضمها برامج تنظيم الأسرة عنصر أساسي في إبطاء النمو السكاني¹.

كما يمثل معدل استخدام وسائل منع الحمل نسبة النساء المستعملات لإحدى الطرق عند إجراء المسح، بحيث تختلف طريقة حساب هذا المعدل من بلد إلى آخر ومن مسح إلى آخر قد يكون هذا الاختلاف في البسط أو المقام، فهناك بلدان تدرج ضمن المستعملات لوسائل منع الحمل التعقيم النسوي والرضاعة الطبيعية في حين لا تعتبر وسيلتين لمنع الحمل في بلدان أخرى. وقد يشمل المقام إحدى الفئات التالية: النساء المتزوجات عند إجراء المسح، النساء غير

¹ - الهيئة السورية لشؤون الأسرة في سوريا ووزارة التعليم العالي ووزارة الصحة، مواقف ومعتقدات السيدات السوريات المتعلقة بتنظيم الأسرة، دمشق، كانون الأول، 2006، ص49.

العازبات، المتزوجات عند إجراء المسح المخصبات وغير الحاملات، وقد يأخذ سن الانجاب أحد المجالين: 15-49 سنة و 15-45 سنة¹.

الجدول رقم(10): تطور استعمال وسائل منع الحمل خلال المسوح الميدانية.

2012	2006	2002	1992	1986	الوسيلة
MICS4	MICS3	PAPFAM	PAPCHILD	ENAF	
43	45.9	45.5	38.7	26.4	الحبوب
2.2	2.3	3.0	2.4	2.1	اللولب
1.9	2.3	1.2	0.7	0.5	الواقى
0.1	1.4	1.8	0.1	0.6	الحقن
0.7	1.4	1.1	1.3	2.1	وسائل أخرى
47.9	52	50.8	43.1	31.1	مجموع الوسائل الحديثة
1.6	3.3	1.7	1.7	3.2	العزل
3.9	1.9	0.9	4.1	-	الرضاعة
3.7	4.1	2.2	1.6	1	فترة الأمان
0.1	0.1	0.6	0.3	0.3	وسائل أخرى
9.3	9.4	5.4	7.7	4.4	مجموع الوسائل التقليدية
57.2	61.4	56.2	50.8	35.5	المجموع

المصدر: ENAF 1986, PAPCHILD 1992, PAPFAM 2002, MICS3 2006, MICS4 2012

من خلال الجدول رقم (10) قدر المسح الوطني الخاص بالخصوبة سنة 1986 معدل الاستعمال الوطني لوسائل منع الحمل 35.3 % لترتفع إلى 50.8% في سنة 1992 حيث

¹ - سهام عبد العزيز، وسائل منع الحمل وأثرها على الخصوبة في الجزائر- دراسة ميدانية في مراكز حماية الأمومة والطفولة لمدينة باتنة - رسالة ماجستير في الديموغرافيا، جامعة الحاج لخضر باتنة، 2013-2014، ص 29-30.

كانت نسبة الزيادة تقدر بـ 15.5 نقطة، ليواصل ارتفاعه في سنة 2006 حيث سجل أعلى معدل له يقدر بـ 61.4% وهذا الارتفاع في وسائل منع الحمل انعكس على معدل الخصوبة الفعلية للنساء المتزوجات. ليعود إلى الانخفاض حسب المسح الأخير لسنة 2012 حيث سجل نسبة 57.2%.

كانت نسبة استعمال الطرق الحديثة 52% في سنة 2006 في حين بلغ معدل استعمال الطرق التقليدية 9.6% في نفس السنة مقارنة بسنة 1986 حيث قدرة النسبة 26.4% بالنسبة للطرق الحديثة في حين قدرت نسبة استعمال الوسائل التقليدية 4.4%. والطرق التي عرفت نسبة استعمالها ارتفاعا هي الحبوب واللولب، وفترة الأمان والعزل حيث 45.9% و 2.3%، و 4.1% و 3.3% على التوالي سنة 2006 أما الطرق الأخرى عرفت بعض الاستقرار. كما ترجع هذه الزيادة في وسائل الحمل الحديثة إلى الزيادة في عدد مستعملات الحبوب بصفة كبيرة.

أما في المسح الأخير نلاحظ تراجع في استعمال الطرق الحديثة لوسائل منع الحمل حيث بلغت في سنة 2012 حوالي 47.9% بينما استقر استعمال الطرق التقليدية لوسائل منع الحمل في حدود 9.3% مقارنة بالمسح الميداني في سنة 2006، وهذا التراجع في استعمال موانع الحمل ينعكس على زيادة معدل الخصوبة الكلي الذي بدوره يؤدي إلى الزيادة في عدد المواليد.

5-2- المحددات غير المباشرة:

يمكن تقسيم المحددات غير المباشرة إلى عوامل اجتماعية وأخرى اقتصادية تؤثر كما أسلفنا في العوامل المباشرة التي تؤثر بالتالي جوانب السلوك الانجابي.

1) المستوى التعليمي للمرأة:

لقد تناولت العديد من الدراسات مسألة الانجاب لها علاقة عكسي مع المستوى التعليمي للمرأة، ووفقا لدراسة أجرتها الأمم المتحدة " إن المرأة التي لم تستكمل سبع سنوات من التعليم المدرسي تنجب في المتوسط ثلاثة أطفال أقل من نظيراتها التي لم تلتحقن بالمدرسة ويرجع السبب في هذه الحالة إلى تأخر سن الزواج وإلى التنظيم الفعال للنسل...¹.

كما يعتبر التعليم من أهم العوامل المؤثرة في الانجاب، خاصة في البلدان التي لها نمو ديموغرافي مرتفع، فالمرأة التي لها مستوى تعليمي عالي تساهم في انخفاض مستوى الإنجاب بثلاث طرق على الأقل هي²:

- تأخر سن الزواج.

- انخفاض عدد الأطفال المرغوب فيه في الأسرة الواحدة وهذا آت من الوالدين وأبنائهم قد أصبح عندهم طموح لحياة أفضل واهتمام بنشاطات أخرى.

- اطلاع المرأة على المعرفة والاتجاهات المرتبطة بتنظيم الولادات يساعدها على التفاهم مع زوجها وإقناعه بضرورة التحكم في سلوكها الانجابي.

¹ - نوري أن مازور، ما وراء الأرقام، قراءة في السكان والاستهلاك والبيئة، ترجمة، هدره سيد رمضان، خير حافظ نادية، الجمعية المصرية لنشر المعرفة والثقافة العالمية، القاهرة، 1994، ص141.

² - Diyon, R. Les Droits de la femme et Fécondité, Population, n°17, Paris, Juin, 1975, P11.

الجدول رقم (11): تطور معدل الخصوبة الكلي بالنسبة للمستوى التعليمي خلال المسوح الميدانية

MICS4 2012/2013	EASF 2002	EASME 1992	المستوى التعليمي
3.4	2.9	7.8	أمي
-	2.4	6.4	يقرأ ويكتب
2.9	2.2	5.5	ابتدائي
2.9	2.0	5.2	متوسط
2.4	1.5	3.7	ثانوي فما فوق
2.7	2.4	4.4	مجموع

المصدر: EASME 1992، EASF 2002، MICS4 2012/2013.

من خلال الجدول نلاحظ أن معدل الخصوبة الكلي قد بلغ 7.8 طفل لكل امرأة بالنسبة للأميين في سنة 1992 لينخفض إلى 2.9 طفل لكل امرأة في سنة 2002 ثم يعود من جديد في الارتفاع في المسح الأخير 2013/2012 ليصل إلى 3.4 طفل لكل امرأة ، كما أن معدل الخصوبة الكلي يبدأ في الانخفاض من مستوى تعليمي إلى آخر، حيث نجد أقل معدل عند المستوى الثانوي ليلبلغ في سنة 1992 حوالي 3.7 طفل لكل امرأة ثم ينخفض إلى أدنى مستوى له ليصل إلى 1.5 طفل لكل امرأة في سنة 2002، ثم يعود للارتفاع ليلبلغ 2.4 في المسح الأخير 2013/2012. ومن هنا نستنتج أن المستوى التعليمي له دور في تحديد السلوك الانجابي للمرأة حيث كلما زاد المستوى التعليمي للمرأة يرتفع سن الزواج الأول وتقل فترة الانجاب لدى المرأة مما يؤدي إلى انخفاض عدد المواليد لديها.

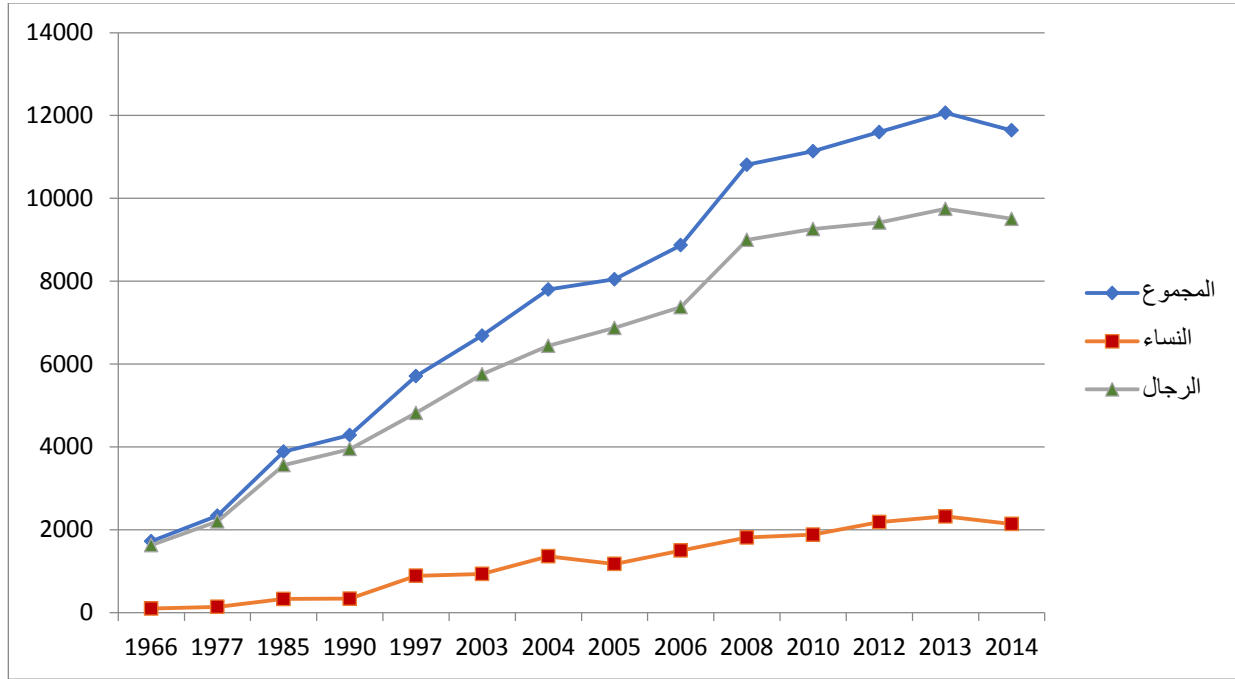
(2) عمل المرأة:

لقد خلصت معظم الدراسات إلى أن هناك علاقة عكسية بين الخصوبة وعمل المرأة، حيث اعتبر هذا الأخير أكثر المصادر احتمالاً لتوليد الرغبة في الأسرة الصغيرة، إذ أن عمل المرأة يوفرها اشباعاً بديلاً لذلك الذي تستمدّه من انجاب عدد كبير من الأطفال سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة.

كما يؤكد الاقتصاديون وعلماء الاجتماع أن ثمة علاقة سلبية تربط بين عمل المرأة ومعدلات الخصوبة في المجتمع، حيث أن الظرف الاقتصادية المعقدة تجعل من الصعب الدمج بين العمل ورعاية الأطفال. ناهيك أن الأسرة تجري مقارنة بين دخل المرأة الضائع نتيجة انشغالها برعاية الأسرة وإنجاب الأطفال وبين المنافع الناشئة عن انجاب طفل إضافي عند اتخاذ قرار الإنجاب لذا فإن اشتراك النساء في قوة العمل سيفضي إلى تخفيض معدلات الخصوبة. وإذا كان عمل المرأة وحصولها على الدخل أو زيادة دخلها من العمل يتقاطع مع تكوين الأسرة الكبيرة في المناطق الحضرية وفي الوظائف العامة، إلا أن هذا التعارض بين العمل والأسرة الكبيرة قد لا يكون موجوداً في المناطق الريفية أو إذا كانت المرأة تعمل بحرف يدوية داخل المنزل، إذ يمكنها لجمع بين وظيفة رعاية الأسرة الكبيرة والعمل والحصول على الدخل خاصة ما إذا كان لدى الأسرة أولاد أكبر سناً يتولون رعاية إخوانهم الصغار في ساعات عمل الأم¹.

¹ - مفيد زنن بونس، اقتصاديات السكان، الأكاديمية للنشر والتوزيع، المنهل، جامعة الموصل، 2011، ص116.

الشكل رقم (1): تطور عدد العمال بالآلاف حسب الجنس في الجزائر من 1966 إلى 2014.



المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات (ONS) 2014.

من خلال المنحنى نلاحظ ارتفاع عدد العمال بشكل ملحوظ ومستمر حيث كان يقارب مليون و700 ألف في سنة 1966 ليبلغ في سنة 2013 أعلى قيمة حوالي 12 مليون و65 ألف إلا ان بالنسبة للنساء فكان التطور ملحوظ غير أنه يبقى غير كافي مقارنة بالرجال حيث أنه لم يتعدى مليونين و313 ألف في سنة 2013 وهذا التباين في نسبة عدد النساء العاملات مقارنة بنسبة عدد الرجال راجع إلى عدة اعتبارات اجتماعية مختلفة كتفضيل وجود المرأة في البيت لتربية الأطفال ، وإلى العادات و التقاليد التي لا تسمح للمرأة الخروج إلى سوق العمل والاختلاط بالرجال وكذلك انخفاض المستوى التعليمي للنساء مقارنة

بالرجال ، بالإضافة إلى أن مساهمة النساء في القطاع الاقتصادي تبقى قليلة.

3) الدخل الشهري للأسرة:

يعتبر الدخل محددًا أساسيًا في تحديد السلوك الانجابي لدى الأسر، فالعلاقة بين مستوى خصوبة المرأة والدخل علاقة عكسية فالأسر ذات الدخل المرتفع تقل مواليدها بصورة واضحة وعلى المستوى الدولي لوحظ أن الفقير الذي يملك قليلا من الدخل والذي لا يستطيع تحقيق معظم طموحاته هو أكثر الناس انجابا، والفرد من الطبقة الوسطى الذي يملك رغبة عارمة في تحقيق طموحاته ودخله لا يسعفه ذو مستوى متوسط من الخصوبة¹، أما الفرد الغني والذي يمتلك أعلى تتخفص خصوبته إلى مستويات متدنية ومن ثم سادت المقولة أن الدول الغنية تزداد ثروة والفقيرة تزداد أطفالا².

وبما أن العديد من الدراسات السكانية والاجتماعية التي أجريت في مناطق متعددة من العالم لا سيما في الدول النامية أظهرت أن الخصوبة ترتفع لدى الطبقات ذات المردود الاقتصادي المنخفض وتتنخفض لدى الطبقات ذات المردود الاقتصادي المرتفع، لذا من المهم أن تجدر الإشارة إلى المفاهيم التي لها صلة بالسلوك الانجابي من ممارسات واتجاهات وتفصيلات كضرورة الانجاب المبكر وضرورة انجاب الطفل الذكر وانخفاض العمر عند الزواج الأول وضرورة استمرار الانجاب لإثبات الهوية الأنثوية لدى هؤلاء النساء ولإثبات قدرتهن على التناسل وقصر فترات المباحة بين المواليد وعدم اللجوء لاستخدام أي وسيلة لمنع الحمل وزيادة الاتجاه للحصول على أسرة كبيرة الحجم تعد من أهم العوامل المؤثرة في تشكيل وتحديد نمط

¹ -BRUNE Schoumaker 'Pauvreté et fécondité : un aperçu de la littérature des 25 dernières années, chapitre 6, pp.99-116. In: Crise, pauvreté et changements démographiques dans les pays de sud. Sous la direction de François GENDREAU.Ed : ESTEM, 1998

² - فايز محمد العيسوي، المحددات الاقتصادية والاجتماعية وتأثيرها على تفاوت مستويات الخصوبة عند المرأة الامارتية، الجمعية الجغرافية الكويتية (رسائل جغرافية)، العدد 308، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، كلية الآداب، جامعة الكويت، 2006، ص21.

وملامح الخصوبة السكانية القائمة في كثير من المجتمعات النامية والتي يمكن أن ترتبط بصورة وبأخرى بأنماط العوامل الثقافية والاجتماعية السائدة¹.

4) المهنة:

تعتبر المهنة بأنها الحرفة أو نوع العمل الذي يباشره الفرد إذا كان عاملا أو الذي يباشره سابقا أو إذا كان متعطلا سبق له العمل بغض النظر عن المنشأة الذي يعمل فيها وبغض النظر عن مجال الدراسة أو التكوين الذي تلقاه الفرد، لذلك تتنوع المهن تنوعا كبيرا في سوق العمل، وقد تختلف من نشاط اقتصادي لآخر تبعا لطبيعة ذلك النشاط.

فقد كشفت العديد من الدراسات أن الخصوبة العالية غالبا ما تلازم الحرف اليدوية والزراعية، بينما تنخفض الخصوبة عند أصحاب المهن الحضرية والفنية والصناعية في المدن، كما كشفت الدراسات أن هناك ترابط بين حجم الأسرة وبين المهنة التي تزاولها المرأة، وعليه فإن عمل النساء يتمركز في القطاعات الرئيسية رغم ضعفها فإنها تقتصر على فروع الخدمات في فئة المستخدمين والتعليم والصحة والنسيج، وما تبقى فهي فروع من اختصاص العمل الرجالي والنساء تمثل فيه نسب ضئيلة جدا.

5) التحضر:

إن معدلات الخصوبة تكون مرتفعة في المجتمعات الريفية في حين تنخفض تلك المعدلات في المجتمعات المتحضرة. ومن ثم فإن المجتمعات التي تزداد فيها نسبة السكان الريفيين تنسم بارتفاع معدلات الخصوبة فيها وذلك يعود بصفة أساس إلى²:

- انخفاض كلفة الأطفال في الريف مقارنة بالحضر.

¹ - فوزي منير كرادشة، علم السكان (الديموغرافيا الاجتماعية)، وزارة الثقافة، الأردن، 2009، ص126.

² - مفيد ذنون بونس، نفس المرجع، ص119.

- إن التكامل الأسري في الريف يوفر الفرصة لتربية الأطفال بما لا يؤثر في عمل الأبوين.
- انخفاض المستوى التعليمي في الريف لا سيما بيت النساء مقارنة بالمدن.
- نوعية الأطفال المطلوبين في المدينة يختلفون كثيرا عن النوعية المطلوبة في الريف.
- انخفاض سن الزواج في الريف يزيد معدل الخصوبة مقارنة بسن الزواج السائد في المدينة.
- إن الأطفال يعدون مصدرا للدخل في الريف كونهم يساعدون في الأعمال الأسرية وفي القيام ببعض الأعمال البسيطة في الحقل بينما لا يعدون كذلك في المدينة إذ ينشغل بالدراسة وبشكل أساس.

(6) الدين:

إن اختلاف الخصوبة بين الطوائف الدينية ظاهرة واسعة الانتشار، فالمسلمون والهندوس والبوذيون والكنفشيوسيون يتمتعون جميعا بخصوبة عالية ومع ذلك لا يمكننا أن نحدد مقدار تفاوت الخصوبة الذي يعزى إلى الدين بحد ذاته، فقد أظهرت الكثير من الدراسات في مختلف الأقطار الأوربية والولايات المتحدة وكندا إن الخصوبة بين الكاثوليك أعلى من نظيرتها لدى البروتستانت واليهود، إلا أن التفاوت أخذ بالانحصار في معظم هذه الأقطار باستثناء الولايات المتحدة التي مالت فيها الفجوة إلى الاتساع، ولوحظت اختلافات في الخصوبة بين الطوائف الدينية في الأقطار النامية، فقد دلت نتائج الدراسات التي أجريت في كل من مصر ولبنان على أن المسلمون يتميزون بارتفاع الخصوبة عن غيرهم من الطوائف الدينية الأخرى لا سيما في المناطق الحضرية¹.

¹ - هناك محسن الهيكلي، أثر السياسات السكانية المؤدية للانجاب على المرأة العربية، الأمم المتحدة اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، اجتماع خبراء حول السياسة السكانية، بحوث الاجتماع، بغداد، 1989، ص75.

وقد أكد الإسلام في أكثر من آية قرآنية وحديث نبوي على أهمية الزواج والاتصال الجنسي والإنجاب، وحث على اعتماد هذه السبل لتقوية المجتمع الإسلامي كماً وكيفاً، كما أضفى طابعا قدسيا واضحا على الزواج والإنجاب، وأكد أن الإرادة الإلهية هي التي تتصرف أولا وأخيرا في أمر الولادة والخصوبة، ورغب المسلمون في الحياة الأسرية التي يشكل الأطفال زينتها، غير أن موقف الإسلام هذا لم يكن يعني مع ذلك أنه يتوجب على المسلم أن ينجب كيفما كانت الظروف، فليس في القرآن آية واحدة تعارض تقنين الخصوبة، والمذاهب الدينية بمختلف اتجاهاتها عمدت إلى قبول تنظيم النسل، بل وإلى تشجيع هذا التنظيم في سياق ظروف اقتصادية أمنية أو صحية قاهرة، واعتماد العزل كوسيلة لتلافي الحمل غير المرغوب فيه كان معمولا به عبر قرون، وانطلاقا من السنة النبوية نفسها، بمختلف أشكال التبرير والتقنين والعقلنة¹.

7) العادات والتقاليد:

إن الممارسات الثقافية الشعبية سواء تعلق الأمر بزيارة الأضرحة أو اللجوء إلى المشعوذات والسحرة، أو التعاويذ، تتميز باحتلال المرأة لمكان متميز داخلها، ومادامت وضعيتها، وخصوصا مستواها التعليمي وتبعيتها الاقتصادية شبه الكلية للزوج فإن الانجاب المبكر وخصوصا انجاب الذكور، يتحول إلى استراتيجية أساسية للمحافظة على الزوج وبالتالي فإن ممارستها على مستوى التدين الشعبي تتمحور حول الدفاع عن نفسها ضد الأخطار التي تهدد خصوبتها واستقرار أسرتها².

¹ - المختار الهراس، ادريس بن سعيد، الثقافة والخصوبة دراسة في السلوك الانجابي بالمغرب، ط1، الطليعة للطباعة والنشر، بيروت، لبنان، 1996، ص14.

² - نفس المصدر، ص18.

إن التمثلات الدينية للأفراد، سواء كانت تتدرج ضمن الخطاب الديني الإسلامي أو آخر، أم ترتبط بالوسط الحضري أو الريفي، فإنها تنعكس بدرجة أو بأخرى على ثقافتهم، وتتأثر بأوضاعهم وروابطهم الاجتماعية، لتؤثر عبر ذلك في علاقاتهم بالخصوبة موقفا وممارسة، كما أن النتائج السيكولوجية والثقافة والاجتماعية التي يستخلصها الأفراد من قيمهم لعلاقة الإسلام بالسلوك الانجابي للأسرة تؤثر بلا شك في مجمل اختياراتها، ومختلف مجالات حياتهم الشخصية والعائلية. فسواء تعلق الأمر بنمط البنية الأسرية، أو بوضعية المرأة والطفل أو بالموقف المتخذ تجاه مسألة التخطيط العائلي، وعليه نلمس من وراء ذلك تأويلات وتبريرات تترجم علاقة الأفراد بالقيم الإسلامية والمبادئ الثقافية المتمخضة عنها¹.

وقد قام العديد من الباحثين بدراسة العلاقات بين الأسر الممتدة والخصوبة، بحيث رغم الاختلافات التي ظهرت بينهم، عند التأكيد على تأثير البيئة الأسرية الممتدة في التحفيز على الخصوبة المرتفعة، وذلك عبر تشجيع الزواج المبكر، وتقليص المسافة الزمنية بين الولادات وتقوية التنافس الرمزي والاقتصادي والسياسي بين الأسر، وتخفيض كلفة الطفل نتيجة اقتسام المسؤوليات الاقتصادية والتربية، بحيث إنه حتى الأم العاملة نفسها، تجد في الأسرة من يقوم مقامها عند غيابها، فإنها لا تعيش التناقض بين العمل والانجاب، ولا تشعر بالتالي الحاجة إلى الحد من المواليد. وكذلك فإن تنشئة الأنثى تتجه منذ الطفولة المبكرة إلى تلقينها الفكرة المتمثلة في كون المرأة المتزوجة أفضل من العازبة وكون المرأة التي لديها أطفال، بالمقارنة مع المرأة العاقر تحظى باحترام أكبر وإن التي تتجب عدد من الذكور تنعم بأعلى قدر من السعادة والحماية وبل أبعد من ذلك وتوجيهها منذ نعومة اظافرها إلى الشعور بإشباع حقيقي كلما أهملت بشؤون البيت، وبالذنب وتأنيب الضمير كلما حاولت الانخراط في التعليم أو العمل².

¹ - المختار الهراس، ادريس بنسعيد، نفس المرجع، ص23.

² - نفس المرجع، ص24.

(8) عدد الأولاد المرغوب انجابهم:

إن الكثير من الأسر في مجتمعنا يفضلون الابن الذكر على الأنثى لأسباب اقتصادية واجتماعية مثل أن الابن الذكر يحمل اسم العائلة وينجب الأطفال الذين يحملون اسم العائلة في المستقبل، إضافة إلى أن الابن الذكر يعتبر الضمان الاقتصادي للعائلة عند شيخوخة الأبوين، كما أن لعدد الأولاد المرغوب انجابهم علاقة وطيدة بين مختلف العوامل الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية والصحية والثقافية¹.

خلاصة:

وفي الأخير يتضح لنا أن السلوك الانجابي لدى المرأة تحدده مجموعة من العوامل التي تؤثر في خصوبتها، بحيث تلعب هذه العوامل دورا كبيرا في معرفة رغبة الأسر في انجاب عدد كبير من الأطفال أو التقليل منهم، وهذا راجع إلى عدة عوامل والمتمثلة في العوامل الاجتماعية كالمستوى التعليمي وسن الزواج الأول واستخدام وسائل منع الحمل، إلى جانب العوامل الاقتصادية كعمل المرأة والدخل والمهنة، إضافة إلى عوامل أخرى مثل العوامل الثقافية والصحية.

¹ - الجندي، خزامي، العلاقة التبادلية بين الخصوبة والمتغيرات الاقتصادية في الجمهورية العربية السورية، جامعة، دمشق، 1999، ص19.

الفصل الرابع

الصحة الإيجابية

- تمهيد

1- نشأة مفهوم الصحة الإيجابية.

2- أهداف الصحة الإيجابية.

3- الفئات المستهدفة للصحة الإيجابية.

4- مكونات الصحة الإيجابية

- خلاص

تمهيد:

الصحة الإنجابية تعني مقدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة وقدرتهم على الانجاب، وحريرتهم في اختيار أساليب تنظيم الخصوبة، والحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة، وبمعنى أشمل بالمُنجب والمنجب، فالاهتمام بصحة الانجاب يبدأ من الاهتمام بصحة الأم منذ الصغر خاصة في النواحي المتعلقة بالنمو الجسماني من خلال التغذية الجيدة وخلوها من الأمراض إضافة للنمو الفكري بالتربية الصحيحة والتعليم حتى تتحمل الأم مسؤولياتها مستقبلا لخلق أجيال معافاة بدنيا وعقليا واجتماعيا، كما أن الصحة الإنجابية مكون أساسي في حياة الرجل والمرأة على حد سواء، بحيث تتأثر بكل جوانب الحياة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والقانونية، كما تتأثر بالدخل والعادات والتقاليد المفيدة منها والضارة، كما أن الأمراض الموجودة في المجتمع وفرص علاجها أو الوقاية منها تؤثر في الصحة الإنجابية (المجلس القومي للسكان 1998). حيث سجلت الجزائر تحولات ملحوظة في سياساتها الصحية خلال الأربعة عقود الماضية، حيث استخدمت برامج صحية جديدة للتطعيم والتحصين، واستخدام وسائل تنظيم الأسرة، وخدمات الأمومة والطفولة والقيام بحملات مكافحة الأمراض المعدية، إضافة إلى إعداد برامج التنقيف الصحي وتأهيل الكوادر الطبية، وهذا ما أدى انخفاض معدل وفيات الأطفال والأمهات.

1- نشأة مفهوم الصحة الإنجابية:

بدأت الخدمات الصحية التي تهتم بالمرأة بسن الانجاب (وفق مبادرات المنظمات الدولية) في بداية الثمانينات تحت ايطار صحة الطفولة وتنظيم الأسرة، حي قامت معظم الدول بإنشاء

برامج نوعية لتنظيم الأسرة وخاصة في الدول ذات النمو السكاني المرتفع بالإضافة إلى تأسيس أقسام وإدارات خاصة في وزارات الصحة لصحة الطفولة والأمومة¹.

وبعد أن تم عقد المؤتمر السكاني العالمي عام 1984 ازداد الدعم العالمي لبرامج تنظيم الأسرة وأصبحت برامج مستقلة إداريا وماديا وأخذت تهتم بالبعد السكاني لتنظيم الأسرة لأول مرة نظرا لمشاكل الدول النامية خاصة في هذا الإطار.

أما بمؤتمر نيروبي للأمم المتحدة عام 1987 فقد خرج هذا المؤتمر بمبادرة نوعية حول الأمومة الآمنة هدف إلى خفض معدلات وفيات الأمهات التي وصلت إلى معدلات مرتفعة جدا بحيث لا يمكن السكوت إزاء هذا الارتفاع في معظم الدول النامية حيث قرر المؤتمر حث الدول النامية على العمل على خفض وفيات الأمهات بنسبة 50% بحلول عام 2000 من خلال اعتماد الاستراتيجية التالية:

(1) إنشاء لجان وطنية للأمومة الآمنة متعددة الأطراف.

(2) وضع سياسات وطنية لتفعيل برامج الأمومة الآمنة.

(3) العناية بالتدريب الخاص بالكوادر الطبية.

(4) تقوية الدم السياسي والمادي لمشاريع الأمومة.

بعد ذلك برز إلى الوجود مفهوم شامل يتعلق بصحة المرأة وذلك في بداية التسعينات ليكون إطارا فاعلا للتدخلات المتعلقة بصحة المرأة بشكل عام إلا أن هذا الإطار لم يجد الدعم اللازم بسبب تشعب الموضوع ودخول تخصصات متعددة في خدماته. أما المحور الأساسي في تاريخ

¹ - Jennifer G. Clarke, MD, MPH, et. Al. Reproductive health care and family planning (1)needs among incarcerated, Women American Public Health Association, May 2006, 96 (5): 834-839

الصحة الإيجابية فهو انعقاد المؤتمر العالمي للسكان والتنمية عام 1994 حيث أكد على ما يلي:

- ضرورة الاهتمام بصحة المرأة وتمكين دورها بالمجتمع.

- اطلاق مفهوم الصحة الإيجابية كأحد إنجازات المؤتمر الرائدة.

تعريف الصحة الإيجابية: عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة الإيجابية بأنها الوصول إلى حالة من اكتمال السلامة البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية في الأمور ذات العلاقة بوظائف الجهاز التناسلي وعملياته وليس فقط الخلو من الأمراض والإعاقة وهي تعد جزءاً أساسياً من الصحة العامة تعكس المستوى الصحي للرجل والمرأة في سن الانجاب.

2- أهداف الصحة الإيجابية:

هناك العديد من الأهداف الخاصة بالصحة الإيجابية، ومن بين الدراسات التي وضعت أهدافاً للصحة الإيجابية دراسة الجندي 2003 حيث ذكرت أهدافاً للصحة الإيجابية كما يلي¹:

1- اكتساب المعلومات المرتبطة بالصحة والغذاء والحمل والأمومة الآمنة وكذلك الأمراض التي تصيب الأجهزة التناسلية.

2- تكوين الاتجاهات المناسبة نحو القضايا والمشكلات الصحية الإيجابية.

3- ممارسة العادات الصحية السليمة التي تساعد المرأة على حياتها وحياتها ووليدها ورضيعها الصحية.

4- اتباع السلوك الصحي والبعد عن السلوك الذي ينطوي على مخاطر تضر بالآخرين.

¹ الجندي أمينة، فعاليات برنامج مقترح قائم على التعلم الذاتي لتنمية الوعي بالصحة الإيجابية وأبعادها لدى الطالبة المعلمة في كلية البنات، الجمعية المصرية للتربية العلمية، المؤتمر العالمي السابع، نحو تربية علمية أفضل، عين شمس، المجلد (1) ص1-51، القاهرة، 2003، ص9.

- 5- اتخاذ القرارات الصحية الملائمة للحفاظ على الحياة والوقاية من الأمراض.
- 6- اختيار نوع السلوك الذي يساعد على تجنب الإصابة بالأمراض قبل الزواج وأثناء الحمل وبعد الولادة.

3- الفئات المستهدفة للصحة الإنجابية¹:

- 1 - الرجل والمرأة في سن الانجاب لرفع المستوى الصحي لهما.
- 2 - المراهقين والشباب لتجنبهم السلوكيات الضارة التي قد تؤدي إلى انتشار الأمراض المنقولة جنسيا ليحموا أنفسهم وتحمل مسؤولياتهم تجاه صحتهم.
- 3 - النساء ما بعد سن الانجاب (سن اليأس) للوقاية من الأمراض التي تتعلق بالجهاز التناسلي وتدريبها.
- 4 - الطفل بعد الولادة للحفاظ على صحته وبقائه وحمايته ونمائه.

4- مكونات الصحة الإنجابية:

لا بد أن نعترف في البداية بصعوبة تحديد مكونات كاملة للصحة الإنجابية تتفق مع كل المجتمعات وذلك نظرا للتباينات العقائدية والدينية والثقافية بين تلك المجتمعات. فحساسية بعض المؤشرات وعدم انطباقها على مجتمعات بعينها دون الأخرى مثل مكون الصحة الجنسية الذي لا يشمل فقط ضمن مؤشرات الأمراض المنقولة جنسيا، بل يتعداها إلى الجنس الآمن، والثقافة

¹ - أحمد عبد القاهر، وثائق مؤتمر القاهرة الدولي للسكان والتنمية، 1994، صادرة عن الأمم المتحدة.

الجنسية وغيرها، لذا تبرز الحاجة إلى ضرورة وجود مؤشرات صالحة وقابلة لقياس ما يراد قياسه وتتماشى مع القيم الدينية والأخلاقية والخلفيات الثقافية لكل مجتمع.

وعليه يمكن استخلاص مكونات الصحة الإنجابية في ما يلي:

- الأمومة الآمنة
- صحة الأم والطفل.
- تنظيم الأسرة.
- الإجهاض
- الرضاعة الطبيعية
- التغذية
- العقم
- المراهقة
- التهابات الجهاز التناسلي والأمراض المنقولة جنسيا.

4-1- الأمومة الآمنة:

نعني بها اهتمام المرأة ووعيها بالرعاية الصحية السليمة لها، أثناء الحمل وعند الولادة وبعدها، وهي إحدى المكونات الأساسية للصحة الإنجابية وتشمل الأمومة الآمنة ما يلي¹:

¹ - منظمة الصحة العالمية، الجهاز المركزي للإحصاء وصندوق الأمم المتحدة للسكان، مسح الأمومة الآمنة التقرير القومي، 1999، ص56.

- المتابعة أثناء الحمل وتقديم الرعاية الصحية الوقائية مثل التطعيم ضد التيتانوس وسوء التغذية.
- التأكد من أي ولادة يجب أن تتم بإشراف كادر مؤهل.
- المتابعة اللصيقة في فترة ما بعد الولادة (النفاس).
- العناية بالوليد.
- تقوية خدمات تحسين الأسرة بهدف المباشرة بين كل حمل وآخر لتحسين صحة الأم والطفل.
- تأخير الحمل الأول لتجنب المخاطر الصحية الناجمة عن الحمل المبكر.

4-2- صحتة الأم والطفل:

هناك عدة مؤشرات تخص صحة الأم والطفل وهي كما يلي:

4-2-1- معدل وفيات الأطفال الرضع:

يعتبر معدل وفيات الأطفال الرضع مؤشرا للرعاية التي توليها الدولة للأم والأطفال لحمايتهم والمحافظة عليهم وإبقائهم أصحاء.

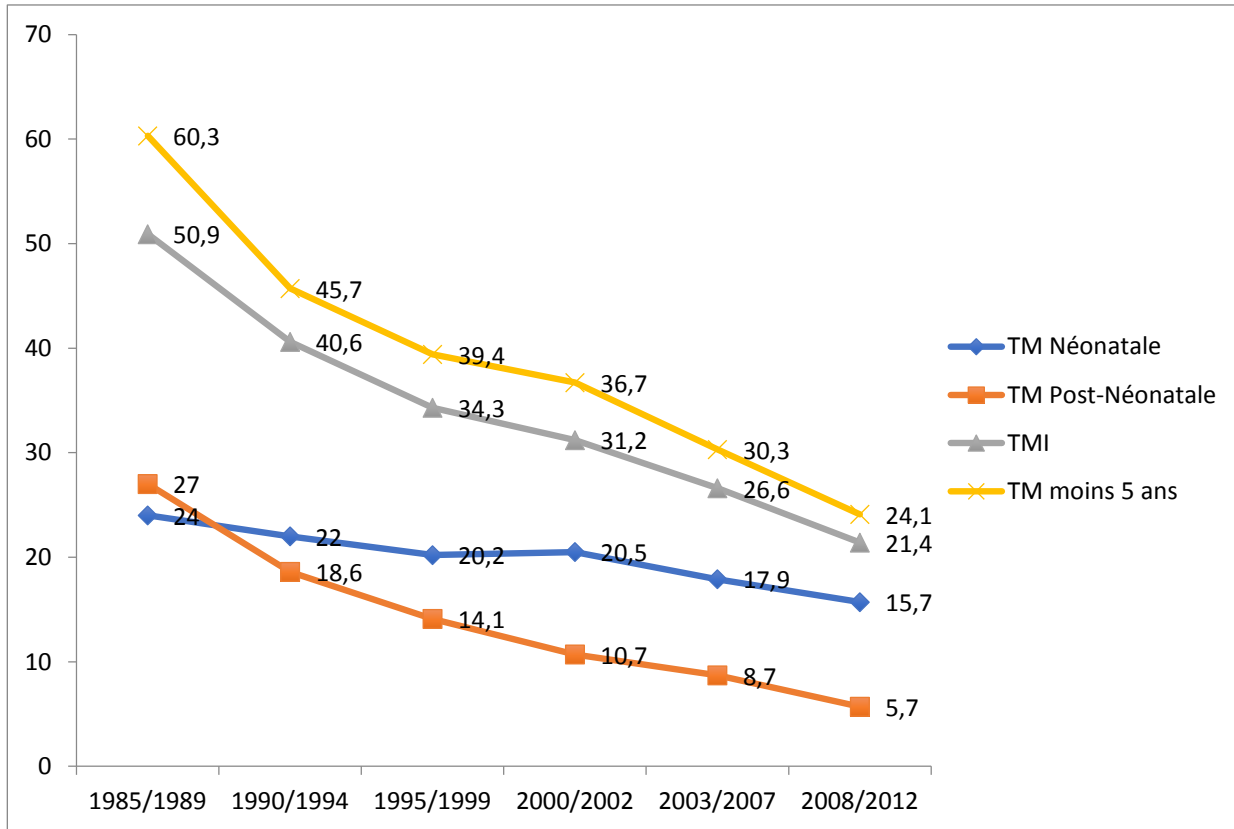
ويمكن القول أن معدل وفيات الأطفال الرضع انخفاض انخفاض ملحوظا في معظم الدول المتقدمة والنامية وقد تفاوت هذا الانخفاض بين الدول المتقدمة والدول النامية بسبب الفقر وسوء التغذية والاضطرابات المدنية والحروب الأهلية¹. كما تسهم عوامل الانجاب غير المرغوب فيه وإيذاء الأطفال في ارتفاع معدل وفيات الأطفال الرضع في بعض الدول، كما أن إصابة الأم

¹ ONU (2010c), 'objectif 4 : réduire la mortalité infantile', MDG rapport, 2010, section site : www.un.org/millenniumgoals, date de consultation : mai 2011. pp : 26-29-

بفيروس نقص المناعة يمكن انتقاله منها إلى الطفل أثناء الحمل أو أثناء الولادة (المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، 1994).

كما يحسب معدل وفيات الأطفال الرضع بقسمة عدد وفيات الأطفال الأقل من سنة في سنة معينة على عدد المواليد الأحياء خلال نفس السنة.

الشكل رقم(2): تطور معدلات وفيات الأطفال في الجزائر من 1985/1989 إلى 2012/2008.



من خلال الشكل الموضح أعلاه والذي يمثل تطور معدل وفيات الأطفال بالألف في الجزائر من 1989/1985 إلى 2012/2008 نلاحظ هناك انخفاض ملحوظ لكل أنواع وفيات الأطفال، بحيث كان معدل وفيات الأطفال الرضع الأقل من سنة في سنة 1989/1985 50.9% لينخفض في سنة 2012/2008 إلى 21.4% وكذلك وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات قد بلغ حوالي 60.3% في سنة 1989/1985 لينخفض في سنة 2012/2008 إلى 24.1%. ويرجع هذا الانخفاض في وفيات الأطفال إلى تحسين المستوى الصحي وتوفير الهياكل الصحية بالإضافة إلى انخفاض الولادات في البيت وكذلك استعمال وسائل الحمل التي قللت من وفيات الأطفال بشكل كبير.

4-2-2- معدل وفيات الأمهات:

يعبر عن وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة وحتى النفاس وكذلك متضمنة حالات الوفيات بسبب الإجهاض، بحيث يمثل عدد وفيات الأمهات بسبب الحمل والولادة في سن الانجاب (15- 49) سنة لكل 100000 مولود حي.

وتعد مضاعفات الحمل والولادة من الأسباب الرئيسية لوفاة السيدات في سن الانجاب في كثير من الدول النامية. وكذلك نجد أن كثرة عدد مرات الحمل خلال الحياة الإنجابية للزوجة وقصر الفترات بين الولادات والسن عند الانجاب والظروف الاجتماعية والاقتصادية والمعيشية التي تعيش فيها الأم كلها عوامل تؤثر على مدى تعرض الأم للأمراض والوفاة.

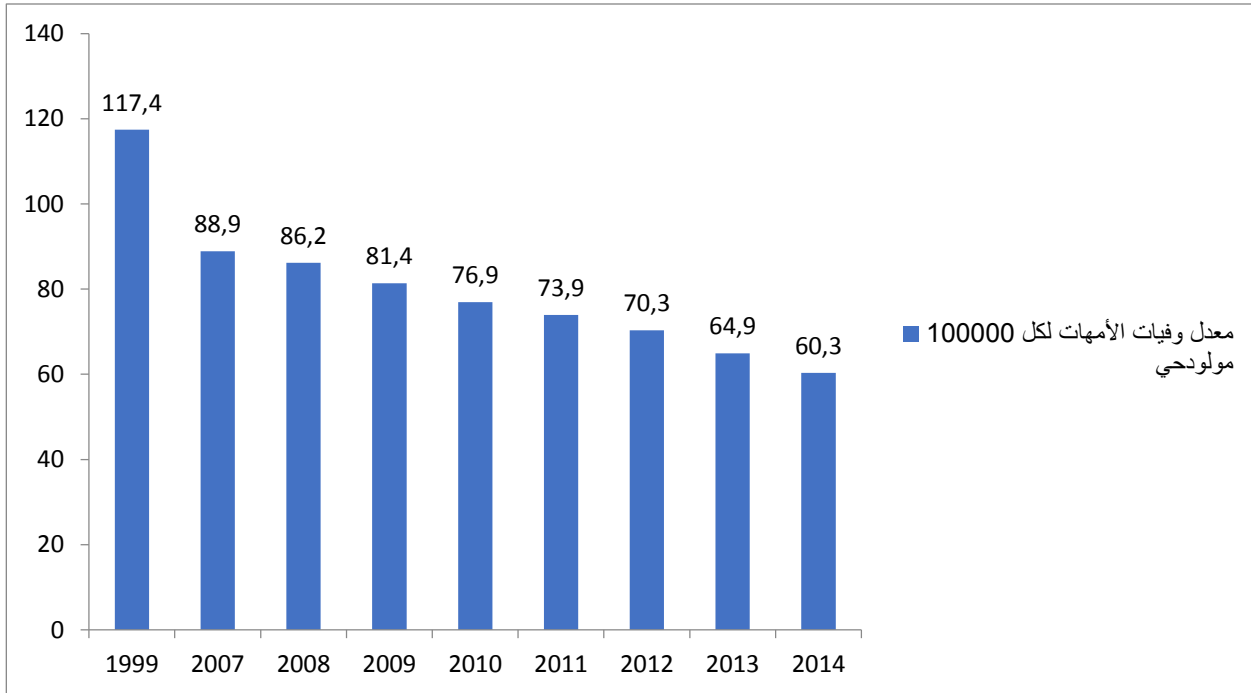
الجدول رقم (12): تطور معدل وفيات الأمهات لكل 100000 مولود حي في الجزائر من 1999 إلى 2014.

السنوات	1999	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
معدل وفيات الأمهات	117	88.9	86.2	81.4	76.9	73.9	70.3	69.9	60.3

المصدر: - وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الوضع الديموغرافي الصحي 2014/1999.

- المعهد الوطني للصحة العمومية 2015.

الشكل رقم (3): تطور معدل وفيات الأمهات لكل 100000 مولود حي في الجزائر من 1999 إلى 2014.



تظهر هذه الأرقام الاحصائية للجهود المبذولة من أجل الاستثمار في الأوضاع المادية للإدارة الصحية للأمهات والأطفال، ومع ذلك فإن معدل وفيات الأمهات الذي يعكس جودة نظام الصحة لا تزال مرتفعة بشكل غير طبيعي وفقا لأحدث التقديرات الصادرة عن وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، حيث تمثل وفيات الأمهات حوالي 60.3 لكل 100000 ولادة حية في عام 2014 ويبلغ ذروته بـ 117.4 لكل ولادة حية في سنة 1999.

4-2-3- معدل الاستشارة قبل وبعد الولادة:

تعد المضاعفات أثناء الحمل هي السبب الرئيسي للوفاة والعجز بالنسبة للأطفال والنساء في سن الانجاب، وفي هذا الصدد رصد للمرأة من خلال المشاورات قبل وبعد الولادة قد تحسنت وخاصة بالنسبة للمشاورات ما بعد الولادة.

الجدول رقم(13): تطور معدلات الاستشارة قبل وبعد الولادة في الجزائر خلال المسوح العنقودية متعددة المؤشرات.

MICS4- 2012/2013	MICS3- 2006	PAPFAM 2002	MICS2- 2000	
36.5	30.6	30.1	32	معدل الاستشارة بعد الولادة (%)
93	90.3	81	79	معدل الاستشارة قبل الولادة (%)
97	95.3	90.2	92	معدل الولادة في بيئة مساعدة (%)

المصدر: المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS4-2012/2013).

من خلال الجدول نلاحظ أن معدل الاستشارة بعد الولادة قد سجل 32% في سنة 2000 ليرتفع في سنة 2012 إلى 36.5%. أما فيما يخص معدل الاستشارة قبل الولادة والتي تمثل النساء

اللاتي يقمن بزيارة واحد على الأقل خلال حملهن الأخير قد بلغ 79% في عام 2000 ليرتفع بنسبة 93% في سنة 2012 مسجلا نموا قدره 14% ، أما بالنسبة إلى معدل الولادة في بيئة مساعدة قد بلغ نسبة 92% في سنة 2000 ليرتفع إلى 97% في سنة 2012 مسجلا بذلك نموا قدره 5%.

4-3- تنظيم الأسرة:

يعتبر تنظيم الأسرة من مكونات الصحة الإنجابية الأساسية الواجب أن يلم بها الفرد بتعريفها ووسائلها ومبررات استخدامها.

4-3-1- تعريف تنظيم الأسرة:

هو التخطيط لتوقيت الانجاب بحيث يكون هناك فترة زمنية مناسبة بين كل حمل وآخر، وذلك باستخدام وسائل منع الحمل¹.

ومن المبررات التي تشجع على تنظيم الأسرة نذكر منها في ما يلي²:

1- الزيادة الكبيرة والسريعة في عدد السكان، حيث أعلن المؤتمر الدولي للتخطيط العائلي أن سكان العالم يتزايدون بمعدل يزيد عن ثمانين مليون شخص سنويا.

2- تكاليف الحياة أصبحت صعبة في ظل العلم والتكنولوجيا، مقارنة مع تكاليف الحياة قبل عقدين.

3- من الناحية التربوية يمكن العناية بطفل أو طفلين بصورة أفضل من الاعتناء بعدة أطفال.

4- اتجاه المرأة نحو العمل، ومشاركتها للرجل بشتى الأعمال والوظائف.

¹ - مزاهرة أيمن، موسوعة رعاية الأمومة والطفولة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2002، ص18.
² - زيتوني عايش، علم حياة الانسان بيولوجيا الانسان، ط1 دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2005، ص463-464.

5- اعتبار الناحية الصحية للمرأة إذ أن كثرة الحمل والولادة وعملها في الخارج وفي البيت يرهق صحة المرأة.

4-3-2- وسائل تنظيم الأسرة:

يوجد وسائل طبيعية لتنظيم النسل مثل الرضاعة الطبيعية وطريقة حساب أيام التبويض أو الاخصاب، والعزل والامتناع الطوعي عن الجماع. كما يوجد هناك وسائل اصطناعية مثل حبوب منع الحمل، حقن طويلة الأمد وغرسات تحت الجلد، بالإضافة الواقي الذكري واللولب.

4-3-3- فوائد تنظيم الأسرة:

هناك عدة فوائد تساعد الأسرة على تنظيمها نذكر من بينها:

- خفض إصابة النساء بفقر الدم.
- خفض معدل نمو الأسرة وهذا يساعد على تحسين مستوى الحياة والصحة لديها.
- الحد من الصعوبات الاقتصادية المصاحبة لكثرة الأولاد.
- حماية الشابات أو النساء المريضات من أخطار الولادة.
- الحد من الإصابة من سوء التغذية للأم والطفل.
- التقليل من احتمال لجوء السيدات إلى الإجهاض غير المشروع الذي يكون خطراً عليهن.

وعليه يرى الباحث أنه يجب نشر الوعي بأهمية تنظيم الأسرة، ووسائل تنظيم الأسرة التي يحلها الشرع، والتوعية هنا مسؤولية مشتركة ما بين الرجل والمرأة وكذلك المؤسسات الصحية

والمنظمات غير الحكومية لها دور كبير فمن خلالها يمكن عقد ندوات تثقيفية حول تنظيم الأسرة وكذلك تساعد في اختيار أفضل وسائل تنظيم الأسرة المناسبة لها¹.

4-4- الإجهاض:

في بعض الحالات قد لا يكتمل الحمل لدى المرأة ويموت الجنين وتتعرض المرأة لعملية تسمى الإجهاض.

4-4-1- تعريف الإجهاض:

يعرف الإجهاض بأنه إلقاء المرأة جنينها قبل اكتمال مدة الحمل، سواء كان حيا ثم مات، أو وضعته ميتاً دون يعيش، وسواء كان ذلك الإلقاء بفعل منها أو من غيرها².

4-4-2- أنواع الإجهاض:

هناك أنواع متعددة من الإجهاض وهي كما يلي³:

1- الإجهاض التلقائي : ويكون عندما يتم طرد الرحم للجنين الذي لا يمكن أن تكتمل له عناصر الحياة بسبب تشوه يصيب أمه مثل السكري أو الحصبة الألمانية.

2- الإجهاض المفتعل: ويكون نتيجة للاعتداء على الجنين من قبل الأم أو الآخرين.

3- الإجهاض المتكرر: قد يكون راجع إلى اتساع الرحم أو أمراض الجنين الوراثية.

¹ - GOUMEZIANE S. *Le mal algérien : économie politique d'une transition inachevée 1962-1994*, Editions Fayard, Paris, 1994.

² - خطاب مني، وأبو جريبان محمد، الإجهاض مضاعفاته الطبية وأحكامه الشرعية، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع، رام الله، 2007، ص65.

³ - اليازجي صبحي، الزواج والصحة الإنجابية في ضوء القرآن الكريم، رسالة ماجستير، برنامج الدراسات العليا بين جامعة عين شمس وجامعة الأقصى ، غزة، 2007، ص417-418.

4- الإجهاض الاجتماعي (الجنائي): ويكون سببه الرغبة في عدم الإنجاب، أو المحافظة على الرشاقة والمظهر، أو التستر على فاحشة أو قتل الإناث دون الذكور بعد معرفة جنس المولود.

4-4-3- أسباب الإجهاض:

هناك عدة أسباب للإجهاض وهي كما يلي¹:

- * فساد الجنين.
- * فساد في طبيعة الأم.
- * فساد يتعرض له الجنين من الخارج.
- * المحافظة على حياة الأم.
- * الرغبة في عدم الإنجاب.
- * إنجاب الذكور دون الإناث.
- * التستر من الفاحشة.

4-4-4- مضاعفات الإجهاض:

ينتج عن الإجهاض العديد من المضاعفات منها سريعة الحدوث مثل تمزق جدار الرحم، وإصابة أو ثقب جدار الرحم، والنزف، ومن هذه المضاعفات بطيئة الحدوث مثل التهابات عنق الرحم، وتقرحات عنق الرحم، بالإضافة إلى التهابات باطن العنق¹.

¹ - اليازجي صبحي، مرجع سابق، ص419.

4-5- الرضاعة الطبيعية:

هي الرضاعة التي يعتمد عليها الطفل في تغذيته على حليب الأم. كما تتميز بالعديد من المميزات التي جعلت منه أفضل غذاء للطفل خصوصا في الأشهر الأولى من حياته، ومن هذه المميزات وهي كالاتي²:

1- يحتوي لبن الأم على المواد الغذائية بالكميات والتراكيب التي يحتاجها الرضيع خلال الأشهر الأربعة أو السنة الأولى.

2- لبن الأم يقي الرضيع من الإصابة بالأمراض، فهو نظيف وخالي من البكتيريا ويحتوي كذلك على أجسام مضادة للكثير من أنواع العدوى الشائعة، ويحتوي لبن الأم على خلايا الدم البيضاء الحية التي تساعد على محاربة الأمراض.

3- يحتوي لبن الأم على أنزيم الليباز الذي يساعد على هضم الدهون، كذلك فهو يسرع عملية الهضم مما قد يجعل الطفل يرغب في الرضاعة مرة أخرى.

4- لبن الم لا يفسد مطلقا في ثدي الأم، حتى لو لم يرضع الطفل لعدة أيام.

5- تساعد الرضاعة على وقف النزيف بعد الولادة.

6- لبن الأم لا يمكن تعويضه في الطبيعة ولا يشتري بالمال.

¹ - خطاب وأبو جريبان، مرجع سابق، ص105-108.

² - رضا وفاء، الرضاعة لطفلك، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2005، ص177-178.

7- تشير الدلائل إلى أن سرطان الثدي هو أقل حدوث في المجتمعات التي تنتشر فيها الرضاعة الطبيعية.

7- يحتوي لبن الأم على كميات كافية من الماء تقي الطفل من مخاطر الجفاف.

4-5-1- الآثار النفسية والسلوكية المترتبة على الرضاعة الطبيعية:

بالإضافة لجميع الفوائد والمميزات التي تم ذكرها فإن للرضاعة آثار نفسية على الطفل والأم، كما أن علماء النفس قالوا أن الأطفال الذين ينعمون بالرضاعة يكونوا أكثر هدوءاً وأقل توتراً، فالرضاعة السليمة تجعل الطفل يتسم بالتفاؤل وبالاجتماعية والتوافق مع الآخرين.

يعتبر حليب الأم أساسياً في توليد النمو الانفعالي للرضيع، كما له دور فعال في الارتباط بين الطفل وأمه، بحيث تكون العلاقة الارتباطية أسهل عندما تبدأ الرضاعة الطبيعية بعد الولادة مباشرة¹.

5-5-2- الرضاعة الاصطناعية:

بالرغم من فوائد الرضاعة الطبيعية إلا أنه في بعض الحالات يباح فيها استخدام الرضاعة الاصطناعية، ومن بين هذه الحالات نذكر ما يلي²:

- قلة حليب الأم.

- المرأة العاملة.

- الطفل الخداج.

¹- رضا وفاء، مرجع سابق، ص180.

²- نفس المرجع، ص119.

- الأم المريضة.

- المولود اليتيم.

كما للرضاعة الاصطناعية الكثير من الآثار السلبية فقد تتسبب في سوء التغذية لأن الحليب قد يحتوي على زيادة في نسبة الكالسيوم والفوسفات، ودهون غير ملائمة للطفل بالإضافة إلى التهامها جزءاً لا يستهان به من دخل الأسرة.

4-6- التغذية:

الغذاء له أهمية كبيرة للإنسان في أي مرحلة من عمره سواء كان طفلاً أو شاباً، أو في مرحلة متقدمة من العمر، ولكننا نولي الطفل والأم اهتماماً خاصاً بتغذيتهم، فتغذية الطفل السليمة تبني منه شاباً سليماً وتغذية الأم المتوازنة تساعد في انجاب طفل سليم وبالتالي يمكن أن تحقق الصحة الإيجابية.

4-6-1- تعريف التغذية:

التغذية هي مجموع العمليات التي بواسطتها يحصل خلالها الكائن الحي على المواد الضرورية لنموه وحفظ حياته، وتجديد أنسجته، وتوليد الطاقة اللازمة للاستمرار في حياته¹.

4-6-2- التغذية والفئات المستهدفة:

تعتبر التغذية ضرورية للفئات المستهدفة بالنسبة للصحة الإيجابية، لما لها من أهمية كبرى في نمو الفرد نمواً سليماً، ونذكر فيما يلي²:

¹ - عبد الله وآخرون، صحة الإنسان وسلامة الغذاء، دار اليازوري، عمان، 2007، ص11.
² - البابا محمد، التغذية الصحيحة صحة جيدة وعمر مديد، دار ابن النفيس، دمشق، (د.ت)، ص111-123.

* **تغذية الطفل:** في البداية يفضل أن يكون الاعتماد على حليب الأم لأنه يلبي للطفل كافة احتياجاته الغذائية منذ الولادة. وبعد ذلك يمكن الاعتماد تدريجياً على الأطعمة المختلفة إلى أن يتم الفطام، والاعتماد الكلي على الأغذية المختلفة مع مراعاة التوازن الغذائي.

* **تغذية المراهق:** ينمو المراهق بسرعة لذا فهو بحاجة إلى كميات كبيرة من الحليب لتأمين نمو البدن والأسنان وصلابة العظام، ويحتاج إلى مزيد من الفواكه والخضار والبيض، كذلك يجب تأمين احتياجاته من الحديد، ولا ضرر من تناول كميات قليلة من الحلويات.

* **تغذية الحامل:** تحتاج الحامل إلى تغذية خاصة، فيجب أن يؤمن للحامل العناصر الغذائية الضرورية لها في مقدمتها الكلس والفسفور والحديد، كذلك يجب أن تتناول الحامل القدر الكافي من الفيتامينات، كما يجب أن تنظم الوجبات الغذائية بصورة تتلاءم مع الحاجة والعمل، وحالة أنبوب الهضم.

* **تغذية المرضعة:** تزداد حاجة الأم المرضع إلى الغذاء، وذلك حفاظاً على إفراز الحليب الضروري للوليد، وتزداد حاجة المرضعة من البروتينات بمقدار الثلث يومياً، ويجب أن تتناول مختلف أنواع الفيتامينات، ويجب الأخذ بعين الاعتبار أن التغذية الجيدة تكفي الأم حاجتها، وتؤمن للرضيع ما يحتاجه.

4-7- العقم:

يعتبر العقم حالة من الحالات التي تخص المرأة والرجل، بحيث يؤثر على صحتهم الإنجابية.

4-7-1- تعريف العقم:

يعرف العقم بأنه " العجز عن الانجاب لوجود علة أو عيب في الزوجين معاً أو بأحدهم، في سن يمكنها الإنجاب فيها عادة "¹.

4-7-2- أسباب العقم:

أ- أسباب العقم عند الرجل:

يعاني الرجل من العقم لأسباب عديدة نذكر منها كما يلي²:

1- خلل محور التآزر الهرموني والعصبي بين الهيبوثالامس والغدة النخامية.

2- خلل الخصي في تكوين الحيوانات المنوية.

3- عدم قدرة الحيوانات المنوية على الخروج من الإحليل.

4- خلل في آلية الانتصاب والقذف.

5- عيب في السائل المنوي.

ب- أسباب العقم عند النساء:

تنقسم أسباب العقم عند النساء إلى نوعين، فإما أن يكون عقم يصيب المرأة منذ بداية حياتها الجنسية أو زواجها، وإما أن يصيب المرأة بعد انجابها طفلاً أو طفلين، أو بعد إجراء عملية إجهاض³.

1- ضيق المهبل.

¹ - اليازجي، مرجع سابق، ص440.

² - نفس المرجع، ص445.

³ - منصور محمد، الأحكام الطبية المتعلقة بالنساء في الفقه الإسلامي، ط1، دار النفساء للنشر والتوزيع، عمان، 2004، ص74-76.

2- حموضة المهبل.

3- انقطاع التبويض.

4- التهاب عنق الرحم وتقرحاته.

5- أورام المبيض.

6- الممارسات الجنسية في فترة الحيض.

4-7-3 طرق علاج العقم عند الرجل:

يوجد عدة طرق لعلاج العقم عند الرجل نذكر منها ما يلي¹:

1- العلاج بالعقاقير وتتمثل في الهرمونات وبعض الفيتامينات.

2- العلاج بالجراحة مثل علاج عيوب العضو الذكري الخلقية وكذلك علاج انسداد الأنابيب المنوية.

3- التلقيح الصناعي الداخلي ويتم ذلك في حال ضعف قدرة الرجل الجنسية وقلة الحيوانات المنوية، وقلة السائل المنوي.

4- التلقيح الخارجي (أطفال الأنابيب).

4-7-4 طرق علاج العقم عند المرأة:

يوجد عدة طرق لعلاج العقم عند المرأة نذكر منها ما يلي²:

¹ - اليازجي، مرجع سابق، ص446

² - نفس المرجع، ص447.

1- العقاقير وتكون تحتوي على الهرمونات المناسبة.

2- العلاج بالجراحة مثل استئصال الأورام الليفية الخبيثة من الرحم، وكذلك استئصال أورام المبيض.

3- التلقيح الصناعي الداخلي.

4-8- المراقبة:

تعتبر المراقبة من المراحل حساسية ي التعامل مع الأبناء، والتي يجب اتباع الأساليب التربوية خلالها، خاصة فيما يتعلق بالصحة الإيجابية، لأن المراهق يبدأ في هذه المرحلة بالاهتمام ببعض قضايا الصحة الإيجابية.

4-8-1- تعريف المراقبة:

تعرف المراقبة بأنها فترة انتقال تدريجي من مرحلة الطفولة إلى مرحلة جديدة يحس فيها الفتى أو الفتاة أن هذه المرحلة مختلفة بسبب التغيرات التي تنشأ على تكوينه الجسدي، وقد يصعب ملاحظة هذا التغير، إلا أنه شيئاً فشيئاً تتضح التغيرات الجسمية والانفعالية والنفسية¹. ومن خلال استعراض التعريف السابق نجد أن الفرد في فترة المراقبة يشهد العديد من التغيرات ومن ضمن هذه التغيرات ما يلي²:

أ- التغيرات الجسدية في مرحلة المراقبة: ونقصد بها علامات البلوغ الجسدية عند الذكور والإناث، بحيث يستطيع أن يكتشفها المراهق ويلاحظها تدريجياً.

ب- التغيرات النفسية والاجتماعية والعقلية في مرحلة المراقبة:

¹ - منور عادل، رعاية وتوجيه المراهق في الإسلام، ط1، مطبعة جراء، مكة المكرمة، 1998، ص11.
² - وزارة التربية والتعليم، دليل تدريبي في صحة المراقبة، ط3، الإدارة العامة للإرشاد والتربية الخاصة، غزة، 2008، ص54-61.

يتعرض الفرد في مرحلة المراهقة للعديد من التغيرات، ومن هذه التغيرات نذكر منها ما يلي:

- 1- الحساسية الزائدة وسرعة التأثر، وذلك نتيجة للتغير في توازن إفرازات الغدد.
- 2- البحث عن الذات، ففي هذه المرحلة من الحياة يبحث المراهق عن هويته ويشعر بعدم الوضوح، وكثيراً ما يتساءل: ماذا أريد؟ لمن أنتمي؟ من أنا؟
- 3- التقلب في المزاج مما يجعل من الصعب التفاهم معه.
- 4- صراع دائم مع الاتجاهات والقيم والمثل، فكثيراً ما تكون ممارسات الكبار في الحياة اليومية متناقضة مع القيم والمثل مما يؤدي إلى الحيرة والشك.
- 5- القلق والاكتئاب والتوتر وعدم الاستقرار النفسي.
- 6- الاهتمام كثيراً بالمظهر الخارجي.
- 7- اليقظة الدينية، حيث تسود روح التأمل والنشاط الديني.
- 8- الغضب والثورة والتمرد على مصادر السلطة في الأسرة والمدرسة.
- 9- بدء الميل و الاهتمام بالجنس الآخر.
- 4-9- التهابات الجهاز التناسلي والأمراض المنقولة جنسياً:

ارتفعت نسبة الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً على مستوى العالم وازدادت بشكل كبير مع ظهور مرض فيروس نقص المناعة البشرية (الايذز) نتيجة نقص الوعي بوسائل انتشاره و الإصابة بهذه الأمراض. وتعتبر بعض الظروف الاجتماعية والاقتصادية السيئة التي قد تحيط بالمرأة في بعض المجتمعات تجعلها عرضة للإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً.

4-9-1- تعريف الأمراض المنقولة جنسيا¹:

تعرف الأمراض المنقولة جنسيا بأنها عدوى يمكن أن تنتقل إلى شخص آخر عند اتصاله جنسيا أو ممارسة الاتصال الجنسي لشخص حامل لهذه العدوى.

كما أن بعض الأمراض المنقولة جنسيا يكون سببها إما فيروسات أو بكتيريا، ومن الأمراض التي تسببها الفيروسات التهاب الكبد الوبائي والايذز أما التي تسببها البكتيريا الزهري والكلاميديا والسيلان.

أ) التهاب الكبد الوبائي:

هو وباء يؤدي إلى ظهور ضمور في خلايا الكبد، مما يؤدي إلى عدة تغيرات في وظيفة تلك الخلايا، بحيث تم اكتشاف خمس أنواع منه سميت E,D,C,B,A ، ومن الأعراض العامة له التهاب بسيط في الجهاز التنفسي وفقدان الشهية، وظهور اليرقان (الاصفرار على الجلد)، وظهور اضطرابات معوية مثل التقىء والغثيان، بالإضافة إلى تجمع غازات في البطن وضعف عام. بحيث ينتقل هذا الفيروس عن طريق العلاقات الجنسية غير الشرعية وكذلك عن طريق الدم، كما يمكن الوقاية منه ببعض الأساليب المتبعة مثل التطعيم ضد هذا الوباء خصوصا للعاملين ومراعاة الصحة العامة على مستوى الشخصية والبيئة².

ب) الايدز (AIDS):

يسمى بمرض متلازمة عوز المناعة المكتسب يسببه فيروس نقص المناعة البشري، وبمجرد العدوى بالفيروس فإن الشخص يصبح حاملا للفيروس مدى الحياة والشخص المصاب من الممكن أن يعيش حاملا للفيروس لسنوات عديدة حتى حوالي عقد من الزمن أو أكثر قبل أن

¹ - الجبالي حمزة، الصحة العامة، دار أسامة للنشر والتوزيع ودار المشرق الثقافي، عمان، 2006، ص218.

² - الصفدي، وآخرون، الأمراض والعناية التمريضية حراة وباطني، ط1 دار السيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2009، ص122-123.

يصبح مريضا ويموت نتيجة للإصابة¹. وفيرس نقص المناعة البشري ينتقل عن طريق الدم والسائل المنوي والافرازات المهبلية ولبن الثدي وتبادل الحقن الملوثة وأكثر الأسباب شيوعيا للانتقال هو العلاقات الجنسية غير الشرعية أو الجنس غير الآمن. كما أن الفيروس يمكن أن ينتقل من الأم إلى الطفل خلال الولادة أو عن طريق الرضاعة. ومن الأعراض التي تصاحب الايدز ارتفاع حرارة مع العرق الليلي ولمدة أسابيع وتضخم الغدد الليمفاوية وخاصة الموجودة في العنق، وسعال حاد لمدة أسابيع وإسهال ليس له سبب والتعب العام والقلق².

الجدول رقم (14): القيم التقديرية للمتعايشين مع فيروس فقدان المناعة المكتسبة (HIV) في الشرق الأوسط وشمال افريقيا.

نسبة البالغين (15-49 سنة) المتعايشين مع HIV 2005	عدد البالغين والأطفال المتعايشين مع HIV 2005	عدد البالغين والأطفال المتعايشين مع HIV 2003	
0.1	19000	9800	الجزائر
0.1	5300	4300	مصر
0.2	66000	37000	ايران
0.1	2900	1600	لبنان
0.1	19000	17000	المغرب
0.1	8700	4400	تونس

المصدر : UNAIDS, 2006 Report on the Global QIDS Epidemic, annex 2

¹ - PNUD en Algérie 'Les Objectifs du Millénaire pour le Développement'. Dernière mise à jour : Mars 2010. www.dz.undp.org/hiv-aids/PgVIHSIDA.pdf).

² - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), AIDS Epidemic, 2007. www.unaids.org

من خلال الجدول أن الأعداد التقديرية للمتعايشين مع فيروس نقص المناعة من 87000 عام 2003 إلى 152000 في عام 2005 في المنطقة طبقا لتقديرات الأمم المتحدة وبينما تبدو هذه الأعداد قليلة بالمقارنة بالمناطق الأخرى من العالم فإن عدد الإصابات يتزايد في كل من بلاد المنطقة ومن الأهمية بمكان أن ندرك أن الأعداد القليلة للإصابة لا تعني أن خطر الانتشار قليل. كما أن معدل الإصابة بفيروس فقدان المناعة المكتسبة المنخفض نسبيا في المنطقة والذي يقدر بحوالي 0.1% إلى 0.2% من البالغين 15-49 سنة من الممكن أن يفسر جزئيا بسبب الطبيعة المختلفة والقيم الثقافية للمنطقة والتي لا تسمح بالعلاقات الجنسية قبل الزواج وتشجع الإخلاص أثناء الزواج.

الجدول رقم (15): تطور الحالات الجديدة المكتشفة للإيدز في الجزائر حسب الفئات العمرية في الفترة (2010-2014).

2014	2013	2012	2011	2010	الفئات العمرية
2	3	8	4	2	9-0
0	1	1	0	2	19-10
12	17	11	24	26	29-20
67	74	73	74	112	+ 30
81	95	93	102	142	مجموع السكان

المصدر: معهد باستور الجزائر في 30 سبتمبر 2014.

كشفت الاحصائيات الأخيرة عن الايدز في الجزائر التي كشف عنها معهد باستور 81 حالة جديدة في عام 2014 من بينها 14 حالة من 0-29 سنة ما يقرب 17% و 67 حالة في سن 30 فما فوق أي بنسبة 83%. حيث سجلت انخفاضا مقارنة بسنة 2010 التي بلغت 30

حالة مكتشفة حديثا بالنسب للفئة 0-29 سنة و 112 حالة جديدة بالنسبة لـ 30 سنة فما فوق. وقد لوحظ هذا الاتجاه بالنسبة لجميع المرض من 142 حالة جديدة في عام 2010 إلى 81 حالة في عام 2014.

(ج) السيلان:

هو مرض معدٍ بكتيري يصيب الأعضاء التناسلية والمسالك البولية عند الرجال والنساء، ينتقل عن طريق الاتصال الجنسي، واستعمال أدوات وملابس المصابين، وكذلك من الأم إلى الجنين وأثناء الولادة، ومن الأعراض التي يسببها للنساء التهاب في مجرى البول وعنق الرحم، وقد يصل إلى الرحم والمبيضين وفتحة الشرج وعسر التبول، أما عند الرجل فيسبب الألم وعسر التبول، وإذا حملت المرأة المصابة فإن جنينها يصاب ببرد صديدي وسيلان في العين عند ولادته. ويمكن علاج مرض السيلان باستخدام مضاد حيوي ذات تأثير فعال مثل البنسيلين وتتراسايكين¹.

(د) الزهري:

هو مرض حبيبي يصيب الأغشية المخاطية للجهاز التناسلي، ويسبب التهاب موضعي ثم يخترق الأوعية اللمفاوية، يسبب تضخمها والتهابها، ثم بعدها يصل إلى الدم، ويسببه جرثومة بكتيرية تدعى الليبات الشاحبة، وينتشر عن طريق الاتصال الجنسي المباشر، أو عن طريق استعمال الحمامات أو المناشف، في البداية يظهر المرض على شكل قرحة غير مؤلمة على الأعضاء التناسلية أو الفم، ثم يعاني المريض من صداع وارتفاع في الحرارة، وألم في المفاصل

¹ - الجبالي، مرجع سابق، ص223.

وتضخم في الغدة الدرقية، ومن الأجهزة التي تتأثر بها الجهاز القلبي والتنفسي والعصبي، ويمكن علاجه بواسطة مركبات الزرنيخ ومركبات البيزموت¹.

هـ) الهريس التناسلي:

هو مرض شديد العدوى ينتقل عن طريق العلاقات الجنسية من شخص مصاب بقروح وثآليل والتي قد تكون أو لا تكون مرئية، بحيث يوجد واحدة من كل أربع نساء وواحد من خمس ذكور مصاب بالفيروس في الولايات المتحدة الأمريكية، كما يمكن أن ينتقل من الأم إلى الجنين².

و) الكلاميديا:

هو مرض ينتقل جنسيا ويسببه ميكروب الكلاميديا وغالبا ما يسبب نزف منقطع وآلام أثناء العملية الجنسية للنساء وحرقانا أثناء التبول بالنسبة للرجل وافرازات للنساء والرجال، وإذا تركت بدون علاج فإنه قد يؤدي إلى التهاب الحوض³.

س) الفيروس البابلوسي البشري (HPV):

هو فيروس شديد العدوى ينتقل عن طريق الجنس وبعدي عنق الرحم مما يؤدي إلى تغيرات في الخلايا والتي يمكن أن تؤدي إلى السرطان، كما تؤدي العدوى المنقولة جنسيا إلى العديد من الأمراض منها ما يؤدي إلى سرطان عنق الرحم إذا لم يتم اكتشاف التغيرات الخلوية وعلاجها مبكرا⁴.

¹ - الصدفى وآخرون، مرجع سابق، ص122-123.

² - الصحة الإنجابية والجنسية في الشرق الأوسط وشمال افريقيا ، دليل الإعلاميين على الموقع: (www.prb.org).

³ - مرجع سابق، على الموقع: WWW.prb.org

⁴ - نفس المرجع.

ش) الناسور: هو فتحة بين المهبل والمستقيم أو المثانة تحدث في أغلب الأحيان نتيجة عسر الولادة أثناء نزول الطفل من المهبل، وينتج عنها إما نزول البول أو البراز من المهبل والتي تؤدي إلى الإحساس بالخجل والوصمة للنساء المصابات بها¹.

خلاصة:

من خلال هذا الفصل الذي عرضنا فيه مفاهيم الصحة الإنجابية بالإضافة الفئات المستهدفة فيها، إلى جانب أهميتها بالنسبة للرجال والمراهقين والأمهات والأطفال. كما تطرقنا إلى مكونات الصحة الإنجابية التي لها دور فعال في رفع صحتهم بصفة عامة وتكوين صورة واضحة اتجاه هذه المفاهيم التي تقيهم من الأمراض وخاص الأمراض المنقولة جنسيا وتحسن من مستوى صحتهم. بالإضافة إلى ذلك يتبين أن التوعية بالصحة الإنجابية هي عملية شاملة ومستمرة ومشاركة بين فئات المجتمع المختلفة من أسرة ومن مؤسسات صحية ومؤسسات المجتمع المدني والمدارس. ولتحقيق التوعية بالصحة الإنجابية يجب مراعاة التوعية بجميع المفاهيم الرئيسية الخاصة بالصحة الإنجابية والمفاهيم المشتقة منها، ولأن الجهل بأي من المفاهيم سيؤدي إلى الإخلال بالصحة الإنجابية. بحيث تكون التوعية ممنهجة ومواكبة للتقدم العلمي والتكنولوجي.

¹ - الصدفى وآخرون، مرجع سابق.

الفصل الخامس

الإجراءات المنهجية

- تمهيد

1- منهج الدراسة.

2- حدود الدراسة.

3- مجتمع العينة.

4- عينة الدراسة.

5- أدوات جمع البيانات.

6- الأساليب المستخدمة في الدراسة.

7- متغيرات الدراسة.

8- خصائص ومميزات منطقة الدراسة.

- خلاص

تمهيد:

تعتبر الجزائر من الدول النامية التي انتهجت التخطيط التنموي وحققت تقدما ملموسا في المجالات التنموية المختلفة، حيث اهتمت الخطط التنموية المتعاقبة ذات الصلة بالسكان من أجل التقليل من النمو السريع للسكان وخفض معدلات الخصوبة الكلية التي شهدت ارتفاعا في فترة السبعينات. بالإضافة إلى الاعتماد على سياسة المخططات الاقتصادية التنموية وذلك من أجل وضع استراتيجية وطنية للحد من مستوى الفقر أو التقليل من حدته، وهذا ما شكل مجالا رحبا للدراسات السكانية وعلاقتها بمستوى الفقر لدى السكان.

ونظرا لأهمية دراسة العلاقة بين الفقر والسلوك الانجابي لدى المرأة وضرورة دراستها بتوسع وتعمق، وكذلك لندرة الدراسات التطبيقية لهذا الموضوع في ولاية غليزان، كما تأتي هذه الدراسة لمعرفة السلوك الانجابي هل تغير بالنسبة للمنطقة أم بقي على حاله وخاصة في المناطق الفقيرة لهذه الولاية.

1- حدود الدراسة:

يتضمن مجال التحقيق الميداني حدوده الجغرافية والبشرية والزمنية، بحيث يعتبر تحديد تلك المجالات ضرورة تستوجبها محلية التصميم وارتباط النتائج بالإطار الجغرافي والزمني للظاهرة محل الدراسة.

1-1- الحدود الجغرافية:

حددنا مجال الدراسة ضمن ولاية غليزان والتي سنأخذ فيها بعض البلديات النائية الفقيرة وغيرالفقيرة، وذلك لمعرفة هل تغير سلوكها الإنجابي في فترة التحقيق ؟ أم بقي على حاله أي في تعداد 2008.

1-2- الحدود الزمانية:

تم جمع البيانات المتعلقة بموضوع الدراسة وإعداد الاستمارة واختبارها وإجراء التعديلات عليها وإجراء المقابلات مع النساء المتزوجات من سن 15-49 سنة للعينة المختارة في الفترة من 1 مارس إلى غاية 31 من نفس الشهر، ثم تم تفرغ البيانات وتبويبها خلال عام 2017.

2- مجتمع الدراسة:

تم تعيين مجتمع الدراسة بتحديد جميع الأسر التي تسكن في ولاية غليزان بالاعتماد على الإحصاء العام للسكان الأخير لسنة 2008، حيث بلغ مجموع عدد الأسر 115044 أسرة موزعة على عدد البلديات بالنسبة للولاية وللتفصيل أنظر إلى الملحق رقم (4).

3- عينة الدراسة:

من المتعذر علينا بل من المستحيل القيام بالتحقيق الميداني واختيار جميع الأسر بالنسبة لبلديات ولاية غليزان، بحيث تعمدنا في اختيار البلديات الفقيرة والتي بقي فيها حجم الأسرة مرتفع مقارنة بمتوسط حجم الأسرة للولاية وللجزائر عامة في تعداد 2008، وهذا ما جعلنا نأخذ البيانات التي تخص موضوع دراستنا من عينة تمثل أسر البلديات الفقيرة لولاية غليزان تمثيلا صحيحا.

3-1- تحديد وحدة العينة:

في نطاق الدراسة اخترنا الأسرة الزوجية النووية لتكون وحدة العينة أو وحدة التحليل التي نصب اهتمامنا عليها حيث تجمع البيانات منها، ثم نقوم بالتحليل على أساسها وهي تتألف من أفراد تربطهم صلات القرابة، يعيشون معا، ويشتركون في المأكل والمشرب.

3-2- تحديد حجم العينة:

يقصد بحجم العينة عدد الأفراد أو الأسر الذين سيختارون في العينة، بحيث كلما زاد حجم العينة تزيد دقة البحث وتصدق نتائجه. وبالاعتماد على طرق حساب العينات تم تحديد حجم العينة بـ 376 أسرة. وهذه العينة من الأسر يعتبر من الناحية التمثيلية والإحصائية كافية لتحقيق أهداف البحث، وعليه تكون طريقة حساب العينة وفقا للمعادلة التالية:

$$n = \frac{pq}{\frac{pq}{N} + \frac{E^2}{Z_{\frac{\alpha}{2}}^2}}$$

حيث أن:

n : حجم العينة المطلوبة.

p : نسبة احتمال الخاصية لمتغير ما وهي هنا 50%.

q : المكمل للنسبة p وتساوي 50%.

Z : القيمة المعيارية التي تحدد المناطق الحرجة على طرفي التوزيع الطبيعي الاحتمالي والتي تقابل معامل ثقة معينة، وهي هنا 1.96 المقابلة لمعامل الثقة 95%.

E : الخطأ المسموح به ويساوي في دراستنا 5%.

N : حجم المجتمع ويساوي في دراستنا 20173 أسرة.

بالتعويض في المعادلة أعلاه، نجد أن حجم العينة المناسب لدراستنا يساوي 376 أسرة:

$$n = \frac{0.25}{\frac{0.25}{20173} + \frac{0.0025^2}{1.96^2}}$$

3-3- أسلوب سحب عينة الدراسة:

قمنا بتحديد البلديات الفقيرة بالنسبة لولاية غليزان عن طريق متوسط حجم الأسر المرتفع مقارنة مع متوسط حجم الأسرة بالنسبة للولاية، حيث تم حساب جميع الأسر بالنسبة للبلديات الثلاثة عشر بالاعتماد على تعداد 2008 ، ثم قمنا بتحديد عدد الأسر من كل بلدية لحجم العينة المناسبة للدراسة، وذلك بتطبيق أسلوب العينة الحصصية وهو موضح في الجدول التالي، كما أن جميع الأسر في الاطار لها نفس نسبة الاحتمال للظهور في العينة و عليه طبقنا كذلك أسلوب العينة العشوائية المنتظمة من أجل سحب العينة المناسبة للدراسة.

الجدول رقم (16): توزيع عدد البلديات وعدد الأسر وحجم العينة المسحوبة منهم.

النسبة %	عدد أسر العينة	عدد الأسر	البلديات
22%	84	4497	مديونة
13%	48	2582	سيدي سعادة
10%	37	1966	سدي خطاب
9%	34	1815	عين طارق
9%	33	1785	عين الرحمة
8%	29	1545	بني زنطيس
7%	25	1362	الحمري
6%	24	1290	أولاد يعيش
5%	19	1037	أولاد سدي ميهوب
4%	17	901	حد الشكالة
4%	13	713	الرمكة
2%	8	415	سوق الحد
1%	5	265	العلجة
100%	376	20173	المجموع

المصدر: حساب شخصي بالاعتماد على بيانات الإحصاء العام للسكان 2008.

4- أدوات جمع البيانات:

اعتمد الباحث في جمع البيانات التي تعالج مشكلة البحث، وذلك بالنسبة للعينة المختارة من مجتمع الدراسة على مجموعة من الأدوات وهي كالاتي:

4-1- الاستبانة:

وهي عبارة استمارة تضم مجموعة من الأسئلة معدة بدقة، وترسل أو توزع على عدد من أفراد المجتمع، الذين يكونون العينة الخاصة بالدراسة. كما تعد الاستبانة إحدى الوسائل التي يعتمد عليها الباحث في جمع البيانات والمعلومات من مصادرها، ولا يمكنها أن تمثل الموضوع ولا المبحوثين ولكنها تمثل توقعات الموضوع، حيث يؤدي الاستبيان بدوره في إنجاح البحث الميداني من خلال المرحلتين التاليتين:

أ- مرحلة جمع البيانات وذلك من أجل الحصول هلى معلومات واضحة ومحددة ودقيقة.

ب- مرحلة استخلاص النتائج وتحليلها وذلك من أجل تسهيل عمليتي الفرز والتحليل.

كما نشير إلى أن الاستبيان قد احتوى على 57 سؤالاً توزعت على ثمانية محاور وهي كما يلي:

- المحور الأول: يتضمن معلومات خاصة بالإقامة.

- المحور الثاني: يتناول أسئلة حول خصائص المسكن.

- المحور الثالث: معرفة التجهيزات الخاصة بالأسرة.

- المحور الرابع: يضم بيانات حول خصائص الأسرة

- المحور الخامس: يتناول أسئلة حول الزوجية.
- المحور السادس: يضم معلومات حول السلوك الانجابي للأسرة.
- المحور السابع: يتناول أسئلة حول الحالة العملية للأسرة.
- المحور الثامن: يتناول متغيرات حول الفقر الاجتهادي.

4-2- المقابلة:

توجد نوعين من المقابلة حيث أن المقابلة الفردية تتم بين القائم بالمقابلة و بين شخص واحد من المبحوثين ، أما المقابلة المقننة فتكون محددة تحديدا دقيقا أي تهتم بجميع أفراد الاسرة.

كما اعتمدنا في بحثنا الميداني على المقابلات الفردية المقننة مع النساء المتزوجات أو التي سبق لهن الزواج و التي تتراوح أعمارهن من 15- 49 سنة بحضور أزواجهم و أولادهم ان أمكن ذلك في سبيل الحصول على البيانات التي تهمننا.

وكانت طريقة مقابلة هذه الاسر تتم بالطريقة التالية:

أ - اعلان الزيارة إلى رب الاسرة.

ب- عند استجابته لطلبنا كنا نشرح له ولأفراد أسرته الغرض من المقابلة والأهداف المرجوة منها.

ج - حرصنا على طرح الاسئلة باللغة العامية في بعض الأحيان.

4-3- الملاحظة:

هي طريقة رؤية الظاهرة ومتابعة تغيراتها وبحثها وفهمها، وقد يكون ذلك من خلال فترة العمل الميداني في منطقة الدراسة، وقد اعتمد عليها الباحث باعتبارها أداة من أدوات جمع البيانات عن نوعية المسكن ومواد البناء ، الصرف الصحي ، التزود بالماء... إلخ.

5- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والنسب المئوية والتكرارات لوصف المتغيرات البحثية المختلفة، والدرجات المعيارية لبناء المتغيرات المركبة والمختلفة في وحدات قياسها، وأسلوب اختبار كاي تربيع لدراسة طبيعة ودرجة قوة العلاقة بين الفقر والسلوك الانجابي وكذلك لمعرفة معنوية الفروق بين محددات السلوك الانجابي لكل من الأسر الفقيرة وغير الفقيرة وكما تم استخدام اختبار تحليل التباين من أجل معرفة حجم الأثر بين السلوك الانجابي والمتغيرات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية وكذلك متغيرات الفقر. ومقدار ما يشرحه كل متغير مستقل معنوي في جزء من التباين المفسر في المتغير التابع، واتخذ الباحث مستوى المعنوية 0.05 كأساس للحكم على معنوية العلاقات المحسوبة، كما تمت المعالجة الإحصائية بالاستعانة ببرنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS (V.20).

6- متغيرات الدراسة:

لأغراض تتعلق بمنهجية الدراسة تم اختيار وتحديد متغيرات الدراسة التابعة والمستقلة على النحو التالي:

6-1- المتغير التابع:

قياس السلوك الانجابي والمتمثل في عدد المواليد الأحياء طيلة فترة حياتها الإنجابية والمحددة من سن 15-49 سنة.

6-2- المتغيرات المستقلة:

تشمل المتغيرات المستقلة على خمسة مجموعات وهي كالتالي:

- 1- مجموعة متغيرات الإقامة: نوع المسكن ، حالة المسكن ، شغل المسكن.
- 2- مجموعة المتغيرات الديموغرافية: السن الحالي للزوج والزوجة ، السن عند أول زواج للزوجة والزوج ، عدد الوفيات للزوجة ، استعمال موانع الحمل ، عدد مرات الزواج ، عدد الأولاد الذكور المفضلين.
- 3- مجموعة المتغيرات الاجتماعية: المستوى التعليمي للزوجة ، المستوى التعليمي للزوج ، مكان السكن قبل الزواج للزوجة.
- 4- مجموعة المتغيرات الاقتصادية: الحالة المهنية للزوجة ، مهنة الزوجة ، مهنة الزوج ، الدخل الشهري للأسرة.
- 5- مجموعة المتغيرات للفقر الاجتهادي: حالة فقر الأسرة ، خط الفقر المدقع الاجتهادي ، خط الفقر المطلق الاجتهادي.
- 7 - خصائص ومميزات منطقة الدراسة:

تتميز ولاية غليزان بعدة خصائص جغرافية وتاريخية وديموغرافية وهي كما يلي:

7-1- الخصائص الجغرافية¹:

تقع ولاية غليزان على الخط الوطني رقم 04 الرابط بين الجزائر العاصمة وهران مما أهلها أن تكون همزة وصل بين الغرب و الوسط وما بين الشمال و الجنوب فهي بذلك تحتل موقع

¹- موقع مدينة غليزان: www.relizane48.org

إستراتيجي ممتاز اقتصاديا وتجاريا إذ يحدها من الشرق ولاية الشلف ومن الغرب ولاية معسكر ومن الشمال ولاية مستغانم ومن الجنوب كل من ولايتي تيارت وتسمسيلت تبعد عن الجزائر العاصمة بحوالي 330 كلم وعن مدينة وهران 100 كلم تمتد على رقعة جغرافية مساحتها 4851 كلم² معظم أراضيها أراضي فلاحية خصبة وبذلك تعتبر ولاية فلاحية.

كما تتوفر على عدت مؤهلات طبيعية وتضاريس هامة فهي محاطة بسلسلتين جبليتين ففي الشمال نجد جبال الظهرة أما في الجنوب فنجد جبال الونشريس التي تمتد من الشرق إلى الغرب ، كما نجد في الجزء الأوسط أي الأسفل سهول مينا والشلف وكل هذه المناطق يكسوها غطاء نباتي من مختلف أنواع الأشجار والنباتات في حين يوجد بالولاية مجموعة من الأودية والمستنقعات كوادي إرهيو، وادي مينا حوض الشلف الأسفل ومرجة سيدي عابد المتميزة بملوحتها.

كما يسود ولاية غليزان مناخ قاري بارد وممطر شتاءا وحار صيفا مع سقوط الثلوج ببعض المناطق التي تبلغ علوها عن سطح البحر 800 متر وذلك في جبال الونشريس وبالضبط في أعالي جبال بوركبة وكذلك بجبال بني شقران، منداس، زمورة، والظهرة كما تجدر بنا الإشارة إلى أن متوسط كمية الأمطار المتساقطة هي في حدود 300 مم

الخريطة رقم(1): تمثل موقع ولاية غليزان على خريطة الجزائر.



المصدر: الموقع الإلكتروني Wikipedia

8-2- الخصائص التاريخية:

يمتد تاريخ هذه الولاية إلى العصور الحجرية إذ أن سكانها من أصل أمازيغي حسب ابن خلدون، وقد عرفت تحت اسم " مينا " نظرا لوجود وادي مينا بالمنطقة القديمة (و قد اتخذ الإنسان ما قبل التاريخ هذه المنطقة مسكنا ومستوطنا له واستعمل لصناعة أدواته الصيوان والصخر الرملي وبلور الصخر، وسكن المغارات ويتضح ذلك جليا في مقابر الدولوميت (DOLIMITE) والكهوف التي تحمل صور صخرية نيوليتية بكل من جبل بومنجل بالقلعة، وادي تامدة بمازونة، جبل سيدي السعيد بسيدي امحمد بن علي ومغارة الرتايمية بوادي إرهيو، ومغارة مصراتة بالقلعة).

كما يتفق المؤرخون على أن تاريخ غليزان يعود إلى مرحلة المملكة النوميديّة ما بين سنتي 203 و 213 قبل الميلاد، واشتق اسمها آنذاك من واد مينا التي تقع على ضفافه وكان سكانها بربر (BERBERES) وهو اسم أطلقه البزنطيين على سكان شمال إفريقيا، ويقال أن تسمية غليزان تعني الهضبة الحارة (CRETE CHAUUDE) وجاء في كتاب ابن خلدون " العبر " إن قبيلة بربرية حطت وسكنت بمنطقة مينا سنة 40 ق.م سميت بالعلوميين، وعرفت هذه الفترة مقاومة الاستعمار الروماني الذي دام خمسة قرون وتوسع ليمتد من سهول الشلف ومينا حتى الأطلس حيث أقيمت " خيم " بسهل " بروسدان " يلل حاليا ثم غير اسم مينا إلى " إغيل إيزان " الذي يرمز إلى السهل المحروق " PLAINE BRULEE " وشهدت المنطقة في هذه الفترة انتعاشا فلاحيا وتجاريا نظرا لخصوبة أراضيها حتى ظهور الفتوحات الإسلامية سنة 681 م.

اعتنقت قبائل غليزان الدين الإسلامي بمجيئ موسى بن نصير سنة 719م-720م إلى أن نزلت بالمنطقة قبيلة الهوارة سنة 761 م، وحسب المؤرخين يعقوب بن صالح والشيخ عبد الرحمن الجيلالي أنه بعد سقوط تلمسان حلت بعض القبائل الإدريسية بغليزان التي شهدت مجيئ قبائل

أخرى تتحدر من كتامة بنواحي سطيف وبمجيئ الفاطميين نشبت حروب بين الدويلات الإسلامية العديدة التي ظهرت بعد ذلك وهذا حسب المؤرخين ابن خلدون و " بوراس المعسكري.

بقيت الأمور على هذا الحال وعرفت غليزان في هذه الفترة بالمدينة الجميلة المحاطة بالبساتين يعبرها ممر إلزامي للذهاب لمدينة تيهرت حسب ما ذكر في كتاب " المسالك والممالك " للمؤرخ أبو عبيد البكري حتى حلول الأتراك بالمنطقة وذلك سنة 1517 بقيادة بابا عروج واحتلالها وإتخاذ مدينة مازونة عاصمة الغرب آنذاك إذ تعتبر من أقدم المدن الجزائرية، وقد شارك أهل غليزان في العديد من المعارك ضد الأسباب بقيادة الشيخ الولي الصالح سيدي امحمد بن عودة.

في عهد الباي محمد الكبير، أي ما بين 1602م-1752م، شارك سكان غليزان العثمانيين في احتلال المغرب وباقي شمال إفريقيا وحوض البحر الأبيض المتوسط ، وبقيت على هذا الحال حتى سقوطها في يد الفرنسيين سنة 1843م وفي 04 فبراير من نفس السنة تشكلت المقاومة الشعبية وازدادت تنظيمًا وأعلن سكان غليزان مبايعتهم للأمير عبد القادر وفي نفس السنة عينت القوات الفرنسية الملازم الأول "بوليفاس" قائدًا لهذه المنطقة وقد نصب ثلاثة فيالق حربية و 4 أسراب من الجيش وسماهم بالخط 88(88 ligne). في سنة 1853م وصلت أول دفعة من المعمرين إلى غليزان منهم 1845 معمر فرنسي و 1000 من جنسيات إسبانية ويهودية وقضوا أول ليلة " بساحة كولونيل درونوا " ساحة المقاومة حاليا وقد استولوا على قسط كبير من الأراضي الخصبة منها أكثر من 20 مزرعة وقد عرفت هذه الفترة مقاومة وانتفاضة شعبية أبرزها انتفاضة الظهرة ومقاومة فليطة بزعامة سيدي لزرق بلحاج المدعو بوحمامة سنة 1864 وتلتها عدة انتفاضات أخرى الشيء الذي استدعى اهتماما بالغا لهذه القضية من طرف فرنسا، فزار زعيمها نابليون الثالث غليزان عام 1865م للإطلاع على الوضع واصطدم بمظاهرات عنيفة مما صعب عليه الخروج منها أمام غضب وسخط السكان الذين تعرضوا لحوادث دموية

وذلك باعتراف المعمرين أنفسهم في كتاب " غليزان كيان الصغرى " للمؤلف الفرنسي " فانسون إسكلاباس " عام 1957م.

في 1873م قام المستعمر بوضع تنظيمه الإداري الخاص وجرت أول انتخابات بلدية، وعين أول رئيس لبلدية غليزان المدعو " أغارة " (AGARA) المعروف بشدة كراهيته للعرب. ما بين سنتي 1871 و 1956 تم استصلاح أزيد من 85% من الأراضي الفلاحية وقد أطلق اسم " كاليفورنيا الجزائر " على غليزان في هذه الفترة وهذا نظرا لخصوبة أراضيها وكان لها شرف احتضان فكرة إنشاء حزب نجم شمال إفريقيا بزعامة مصالي الحاج والحاج علي القلعي الغليزاني الذي ترأس هذه الحركة السياسية.

و مع اندلاع ثورة التحرير الكبرى 1954م هب أبناء هذه الولاية للمواجهة المسلحة كغيرها من الولايات الأخرى وشاركوا في عدة هجومات وانتفاضات ضد المستعمر إذ كانت كل من شرابة والونشريس مقر لقيادة المنطقة الرابعة وبهذا التسلسل التاريخي تكون غليزان قد ساهمت في استرجاع السيادة الوطنية².

²- موقع علوم غليزان: www.relizane48.org

الخريطة رقم (2): الخريطة الإدارية لولاية غليزان.



المصدر: الموقع الالكتروني Wikipedia

8-3- الخصائص الديموغرافية:

تلعب الخصائص الديموغرافية دورا كبيرا في تحديد الوضعية السكانية لمنطقة الدراسة وإبراز أهم المميزات التي تحدد التركيب السكاني لها.

8-3-1- التركيب العمري:

دراسة التركيب العمري السكان في أي مجتمع لها أهمية كبيرة في تفسير وتوضيح تأثير بعض العمليات الديمغرافية الحيوية على فئات السن المختلفة وعلى نسبة النوع في المجتمع.

الجدول رقم(17): توزيع فئات السن الرئيسية بالنسبة لولاية غليزان خلال التعدادات السكانية 1987 - 1998 - 2008 .

فئات السن	1987	1998	2008
14 - 0	47.2	38.25	27.79
64 - 15	49.17	57.54	67.2
65 فأكثر	3.63	4.21	5.01
المجموع	100	100	100

المصدر: حساب شخصي اعتمادا على الجداول في الملاحق رقم (1) و (2) و(3).

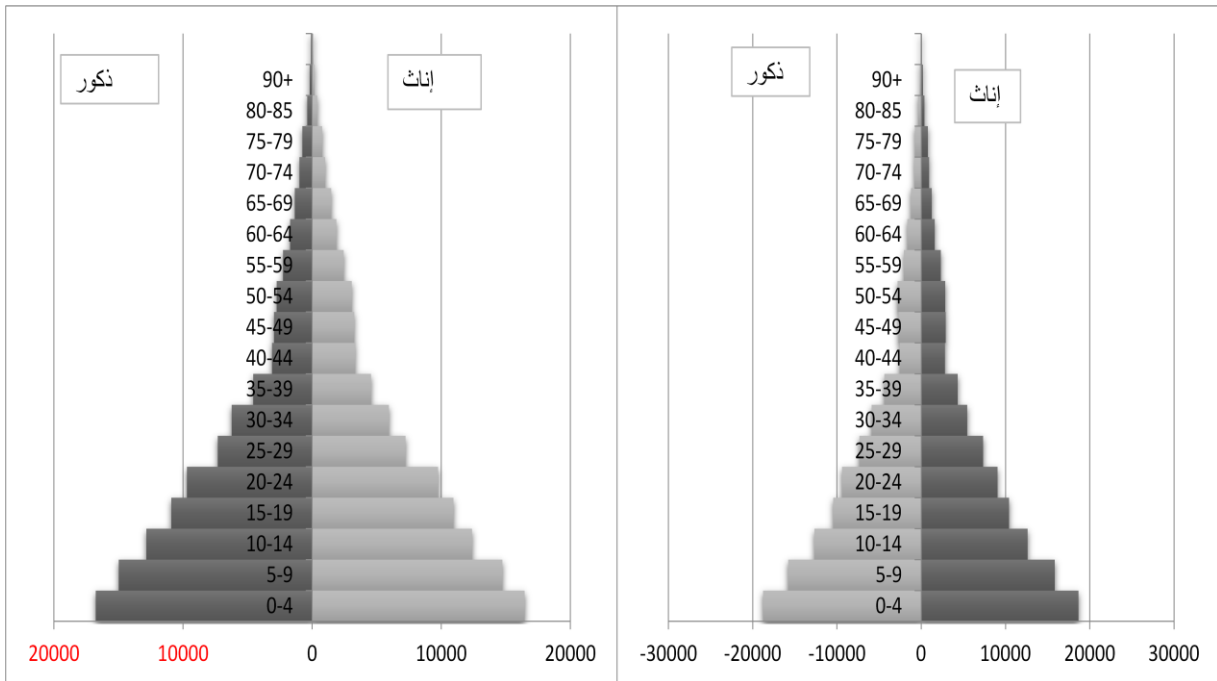
نلاحظ من خلال الجدول أن فئة صغار السن (0-14) كانت مرتفعة بالنسبة لمجموع عدد السكان في ولاية غليزان حيث بلغ 47.2% وهذا راجع إلى ارتفاع المواليد في تلك الفترة، وهذا ما يبين أن قاعدة الهرم السكاني تكون كبيرة، أما فيما يخص فئة كبار السن (65 فأكثر) فهي قليلة حيث بلغت 3.63% وهذا راجع إلى كبر فئة صغار السن وفئة الشباب. أما في تعداد 1998 فقد انخفضت فئة صغار السن لتسجل 38.25% وتترفع كل من فئتي متوسطي السن وكبر السن حيث بلغت على التوالي 57.54% و 4.21%. أما في تعداد 2008 نلاحظ قد تقلصت فئة صغار السن لتبلغ حوالي 27.79% وهذا راجع إلى تحسن الوضع الصحي بالنسبة للمواليد والأمهات مما أدى إلى انخفاض معدل المواليد. كما أن نسبة فئة متوسطي السن قد

سجلت ارتفاعا ملحوظا لتصل إلى 67.2% هذا يعني أن المجتمع أصبح أكثره شباب، بحيث يعتبر عامل قوي للنهوض بالدولة وتطورها. أما بالنسبة لفئة كبار السن فقد ارتفعت نسبتها لتبلغ حوالي 5.02% وهذا راجع إلى انخفاض فئة صغار السن وارتفاع أمل الحياة ولكن على الرغم من هذه الزيادة يبقى المجتمع لم يصل إلى مرحلة الشيخوخة.

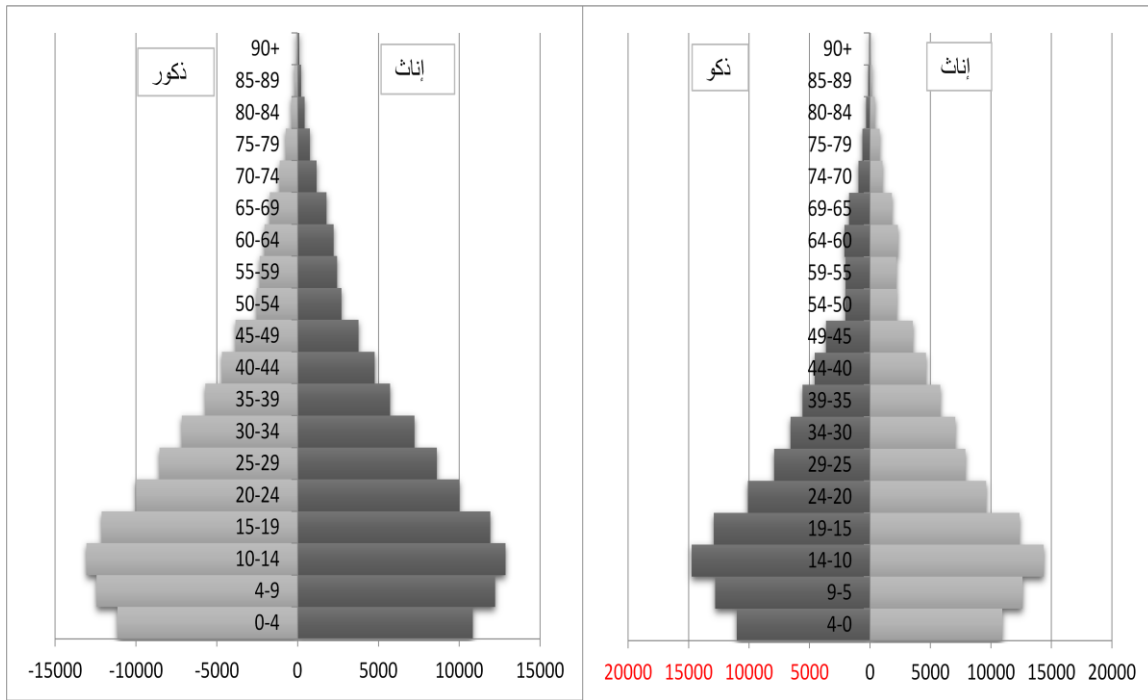
8-3-2- الهرم السكاني:

يعتبر الهرم السكاني هو رسم بياني يمثل التوزيع السكاني حسب العمر والنوع ويسمى بالهرم لأنه الصورة الكلاسيكية للمجتمع ذي الخصوبة العالية والوفيات العالية أيضا والتي انصف بها معظم العالم حتى عقود خلت، ويمتاز هذا الهرم السكاني بقاعدة عريضة بسبب العدد الكبير من المواليد، وتتحد انحدارا تدريجيا إلى الأعلى (حتى الأعمار الكبيرة) وذلك للارتفاع الكبير للوفيات المرافق لارتفاع معدل المواليد .

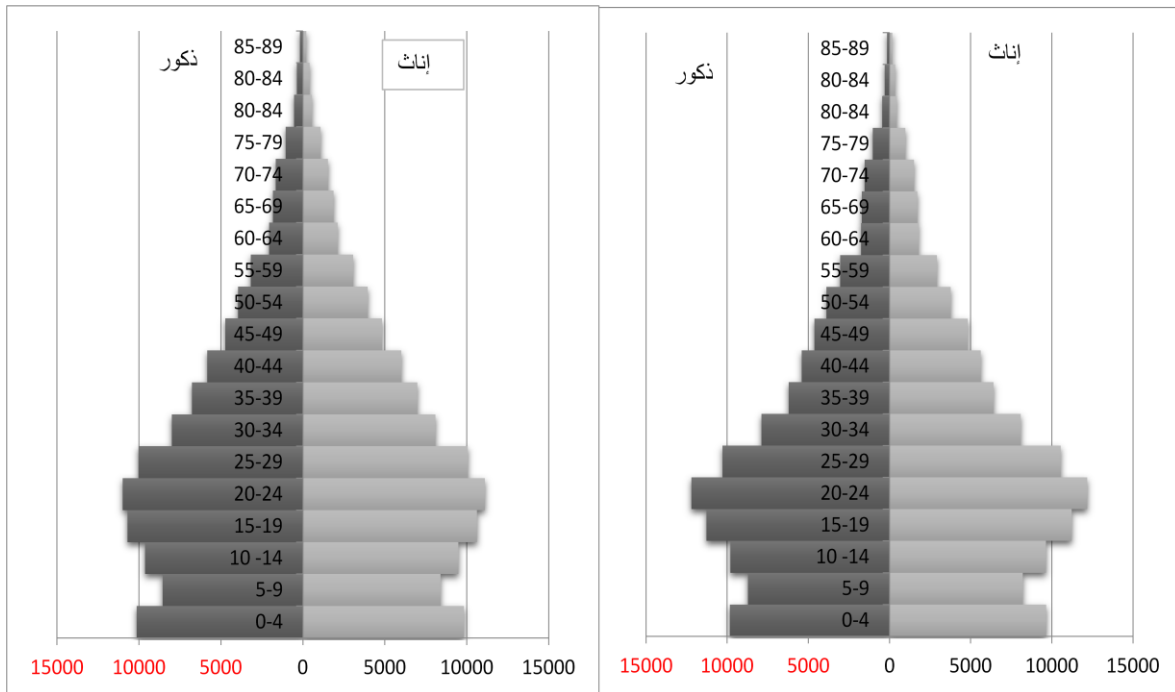
الشكل رقم (4): الهرم السكاني لكل من الجزائر عامة وولاية غليزان لتعداد 1987.



الشكل رقم (5): الهرم السكاني لكل من الجزائر عامة وولاية غليزان لتعداد 1998.



الشكل رقم (6): الهرم السكاني لكل من الجزائر عامة وولاية غليزان لتعداد 2008.



نلاحظ أن في تعداد 1987 أن الهرم السكاني لكل من ولاية غليزان و الجزائر عامة له قاعدة كبيرة وهذا يدل على ارتفاع معدل المواليد أي زيادة نسبة الخصوبة وانخفاض معدل وفيات الأطفال الرضع بسبب تحسن الرعاية الصحية وارتفاع المستوى المعيشي للسكان.

أما في تعداد 1998 نلاحظ أن الهرم السكاني لكل من ولاية غليزان و الجزائر عامة قد تغير شكله خاصة في القاعدة حيث انخفضت نسبة فئة صغار السن وهذا راجع إلى نقص عدد المواليد وذلك بتوفير وسائل منع الحمل و تأخر سن الزواج الأول بالنسبة للجنسين وهناك من يقول أنه راجع إلى الظروف الاجتماعية مثل البطالة وأزمة السكن. كما أن اتسعت حجم الفئة المتوسطة وهذا راجع إلى أن فئة صغار السن التي كانت تشكل القاعدة الكبرى في للهرم السكاني في تعداد 1987 أصبحوا الآن داخل فئة الشباب.

أما في تعداد 2008 الأخير عاد اتساع قاعدة الهرم السكاني لكل من ولاية غليزان والجزائر عامة وخاصة الفئة العمرية (0-4) هناك من يرجعه إلى الفئة التي كانت تمثل قاعدة الهرم السكاني في تعداد 1987 أصبحوا الآن في سن الزواج الأمر الذي جعل زيادة عدد المواليد.

لا بد علينا هنا أن نطرح السؤال: هل هذه العودة في قاعدة الهرم السكاني راجعة إلى الزيادة في نسبة الزواج بسبب تحسن الظروف الاجتماعية (تقلص نسبة البطالة وتوفر السكن) أم هناك أسباب أخرى لهذه العودة ؟

8-3-3- تطور بعض مؤشرات الخصوبة في ولاية غليزان خلال التعدادات 1987-

1998 - 2008:

تعتبر الخصوبة من أهم المصادر الرئيسية في دراسة السكان باعتبارها المحور الرئيسي لنمو السكان وما يترتب عليه في مختلف مجالات الحياة. وتتفاوت مستويات الخصوبة من

مجتمع لآخر وذلك بتأثرها بالعديد من المتغيرات الديمغرافية والاجتماعية، والاقتصادية والسياسية السائدة في كل مجتمع.

ولقياس ظاهرة الخصوبة هناك عدة مقاييس حسابية تختلف فيما بينها تبعا للعمليات الإحصائية المتبعة للحصول عليها، كما أن لكل منها مزاياه وعيوبه سواء من حيث سهولة الحصول عليها أو من حيث الدلالة التي يبرزها.

الجدول رقم (18): تطور بعض مؤشرات الخصوبة في ولاية غليزان خلال التعدادات 1987-1998-2008.

السنوات	1987	1998	2008
معدل المواليد الخام بالألف	38.44	19.19	23
معدل الخصوبة العام بالألف	158.2	75.6	78.9
معدل الخصوبة الإجمالي (بنت لكل امرأة)	2.67	1.3	1.31
معدل الخصوبة الكلي (طفل لكل امرأة)	5.49	2.66	2.68
متوسط سن الزواج الأول للزوجة (بالسنوات)	22.2	26.9	28.7

المصدر: RGPH 1987- 1998 -2008

من خلال الجدول نلاحظ أن معدل المواليد الخام في ولاية غليزان قد بلغ في تعداد 1987 حوالي 38.44% وهذا راجع إلى تحسن الظروف الصحية، لينخفض إلى 19.19% في تعداد 1998 بسبب استخدام وسائل منع الحمل الحديثة وارتفاع سن الزواج الأول للمرأة، أما في تعداد 2008 قد ارتفع من جديد ليبلغ حوالي 23%.

أما بالنسبة لمعدل الخصوبة العام لولاية غليزان خلال تعداد 1998 قد بلغ حوالي 158.2% وهذا الارتفاع راجع إلى كثرة عدد المواليد بسبب نقص الوعي تجاه سياسة تنظيم النسل. أما في تعداد 1998 قد انخفض ليصل إلى 75.6%، وهذا الانخفاض راجع إلى ارتفاع سن الزواج الأول عند المرأة وتقلص الفترة الإنجابية، وكذلك ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة ودخولها سوق العمل. وفي تعداد 2008 نلاحظ هنالك عودة في ارتفاع معدل الخصوبة العام ولكن بنسبة قليلة ليبلغ حوالي 78.9%.

أما بالنسبة لمعدل الخصوبة الإجمالي قد بلغ 2.67 بنت لكل امرأة في تعداد 1987، بحيث كان مرتفعا في تلك الفترة وذلك ارتفاع معدل المواليد الخام، لينخفض في تعدادي 1998 و 2008 حيث بلغ 1.3 بنت لكل امرأة وهذا الانخفاض راجع إلى نقص عدد المواليد بسبب تأخر سن الزواج الأول للمرأة وارتفاع المستوى التعليمي لديها ودخولها سوق العمل، وعلى هذا نتوقع في المستقبل أن تتخفف معدلات النمو السكاني نتيجة لانخفاض أعداد الإناث اللواتي سيشاركن في عملية الانجاب.

أما بالنسبة لمعدل الخصوبة الكلي قد بلغ في تعداد 1987 في ولاية غليزان حوالي 5.45 مولود لكل امرأة، بحيث يعتبر هذا المعدل مرتفعا في تلك الفترة وهذا راجع إلى عدت أسباب من بينها العادات والتقاليد لكل منطقة والمتمثلة في الزواج المبكر بالنسبة للنساء وتعدد الزوجات، كما أن اعتبار انجاب الكثير من الذكور حماية للأسرة ولاسم العائلة وممتلكاتها. لينخفض في تعداد 1998 ليلينغ 2.66 مولود لكل امرأة وهذا الانخفاض مرده إلى عدت أسباب والمتمثلة في ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة وكذلك تأخر سن الزواج الأول عند المرأة يؤدي إلى تقلص الفترة الإنجابية لها بالإضافة إلى دخول المرأة سوق العمل، كما يوجد عامل أساسي أدى إلى نقص عدد المواليد ألا وهو توفير وسائل منع الحمل الحديثة. أما في تعداد 2008 ارتفع معدل

الخصوبة الكلي ليلبغ 2.68 مولود لكل امرأة ويرجع هذا الارتفاع إلى عودة زيادة المواليد من جديد.

أما بالنسبة إلى متوسط سن الزواج الأول للمرأة في ولاية غليزان قد ارتفع من تعداد إلى آخر حيث بلغ في تعداد 1987 حوالي 22.2 سنة ليرتفع في تعداد 2008 حيث بلغ 28.7 سنة، ويعود ذلك الارتفاع إلى ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة وكذلك زيادة الوعي الديموغرافي للمرأة بالإضافة إلى أسباب أخرى من بينها مواصلة المرأة تعليمها ودخولها سوق العمل وكذلك العادات والتقاليد في الأعراس أي تكاليف الزواج وأزمة البطالة والسكن التي يعاني منها الشباب.

خلاصة:

لقد تطرقنا في هذا الفصل إلى الإجراءات المنهجية للدراسة والمتمثلة في تحديد مجتمع الدراسة وكذلك معرفة طرق سحب عينة الدراسة بدقة والتي تعتبر شرط أساسي في صحة وصدق النتائج المتوصل إليها، بالإضافة تحديد متغيرات الدراسة والتي لها علاقة وطيدة مع الفرضيات المطروحة، كما تطرقنا إلى الخصائص الجغرافية والتاريخية والديموغرافية التي تميز منطقة الدراسة، وكذلك معرفة تطور بعض المؤشرات المتعلقة بالخصوبة خلال التعدادات الأخيرة لتحديد خصائص مجتمع الدراسة في الماضي ومقارنته مع خصائص العينة المدروسة في فترة اجراء الدراسة الميدانية.

الفصل السادس

عرض وتحليل نتائج الدراسة

- تمهيد

1- مؤشرات المسكن.

2- خصائص الأسرة.

3- بيانات خاصة بالسلوك الانجابي.

4- بيانات خاصة بالصحة الإنجابية.

5- البيانات الخاصة بالفقر.

6- محددات السلوك الانجابي ومتوسط مجموع عدد المواليد الأحياء للمرأة.

7- إختبار فرضيات الدراسة.

8- النتائج والتوصيات.

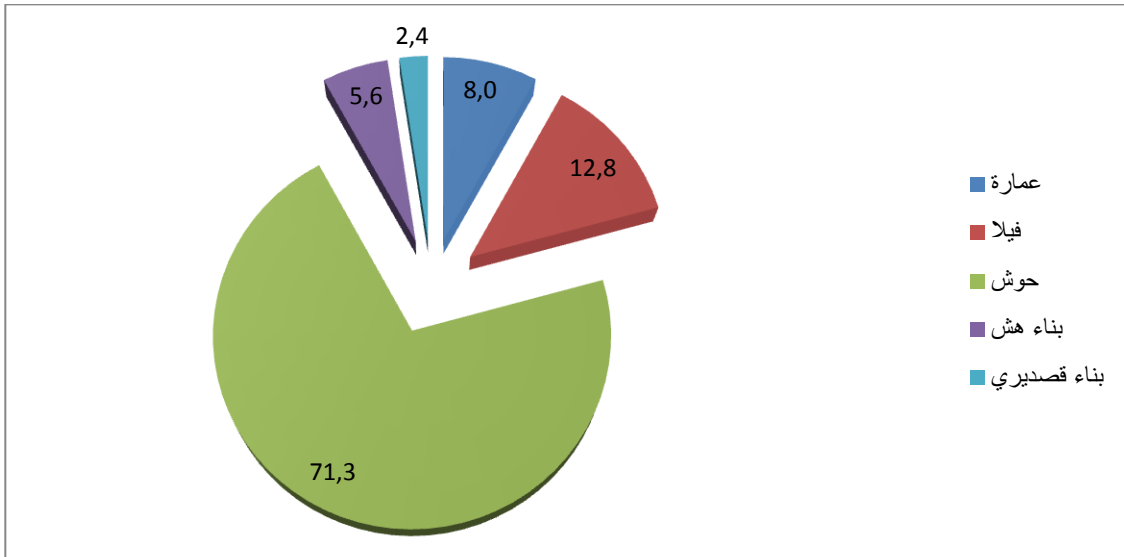
تمهيد:

نظرا لنقص المعطيات حول العلاقة بين الفقر والسلوك الانجابي ومعرفة درجة التأثير بينهما في منطقة الدراسة، ارتقى الباحث إلى استخدام أداة الاستبيان من أجل جمع البيانات من عينة الدراسة لمعرفة خصائص مجتمع الدراسة والمتمثلة في تحديد خصائص المسكن وخصائص الأسر، من أجل معرفة السلوك الانجابي لهذه الأسر، وكذلك معرفة المستوى التعليمي لها والحالة العملية والمهنية لها، ومستوى دخل هذه الأسر، إلى جانب تحديد الأسر الفقيرة وغير الفقيرة، ومعرفة درجة الفقر الاجتهادي لهذه الأسر إما فقراء فقرا مذقعا أو فقراء فقرا مطلقا.

1- مؤشرات السكن:

1-1- نوع المسكن:

الشكل رقم (7): توزيع نسب نوع المسكن لعينة الدراسة.



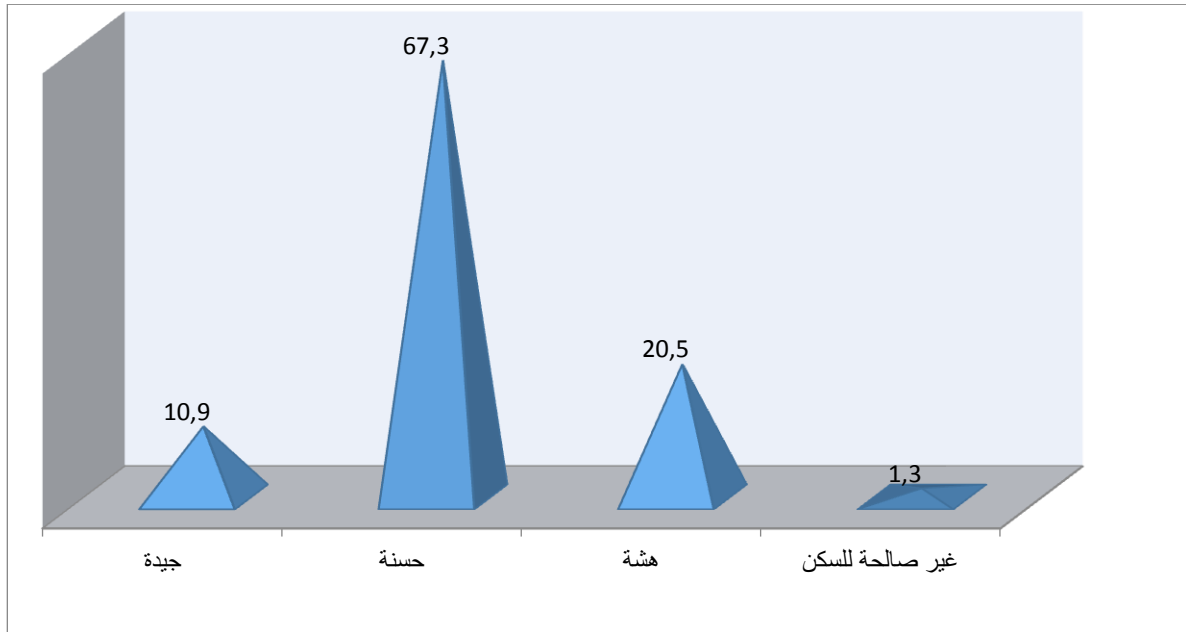
المصدر: التحقيق الميداني 2017.

من خلال الشكل نلاحظ أن نوع المسكن بالنسبة لعينة الدراسة تمثل أعلى قيمة بالنسبة للحوش بـ 71.3%، ثم تليها الفيلا بنسبة 12.8%، أما في ما يخص العمارات فتأتي في المرتبة الثالثة بنسبة 8%، يليها البناء الهش بنسبة 5.6%، ويأتي في المرتبة الأخيرة البناء القصديري بنسبة 2.4%.

1-2- حالة المسكن:

من خلال الشكل الذي يمثل حالة المسكن لعينة الدراسة نلاحظ أن المسكن ذو الحالة الحسنة يأتي في المرتبة الأولى بنسبة 67.3% ثم يليها المساكن الهشة بنسبة 20.5%، أما فيما يخص المساكن الجيدة تأتي في المرتبة الثالثة بنسبة 10.9%، ثم تأتي في المرتبة الأخيرة المساكن غير صالحة للسكن بأدنى نسبة 1.3%.

الشكل رقم (8): توزيع نسب حالة المسكن بالنسبة لعينة الدراسة.

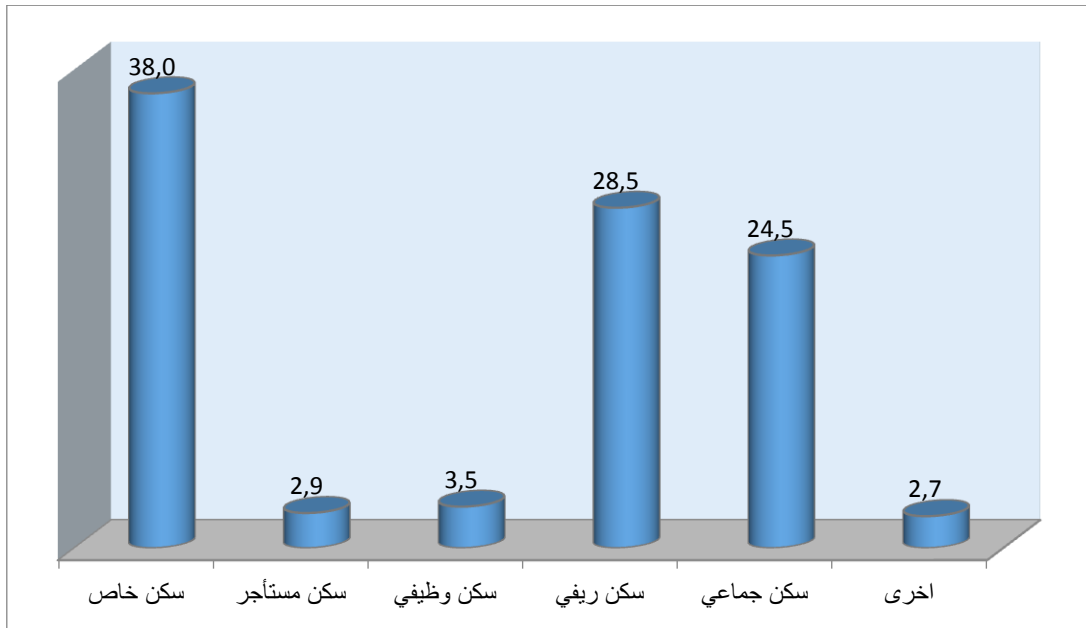


المصدر: التحقيق الميداني 2017.

1-3- شغل المسكن:

من خلال الشكل رقم (9) أسفرت بيانات عينة الدراسة المتعلقة بحالة شغل المسكن أن السكن الخاص يأتي في المرتبة الأولى بنسبة 38% ثم يليها السكن الريفي بنسبة 28.5%، أما فيما يخص السكن الجماعي فيأتي في المرتبة الثالثة بنسبة 24.5% ثم يليها السكن الوظيفي بنسبة 3.5%، ليأتي بعده السكن المستأجر بنسبة 2.9%، ثم الحالات الأخرى بنسبة 2.7%.

الشكل رقم (9) توزيع نسب حالة شغل المسكن بالنسبة لعينة الدراسة.



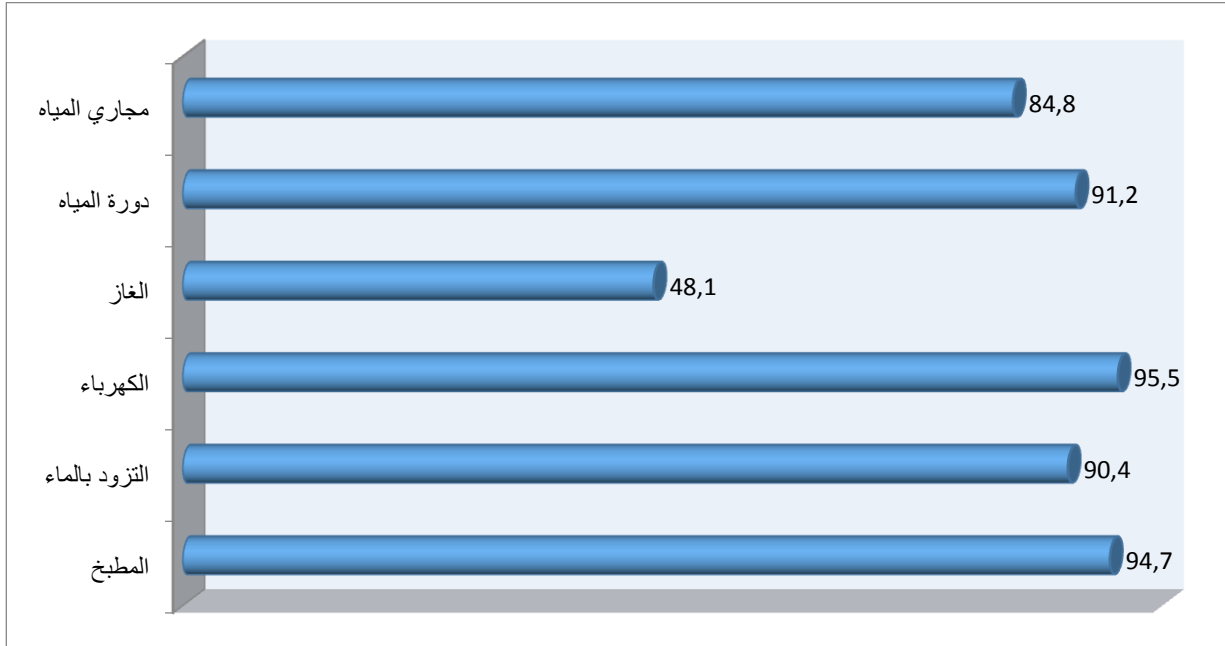
المصدر: التحقيق الميداني 2017.

1-4- خصائص المسكن:

تغطي المعطيات الموجودة في الشكل رقم (10) أن التهيئة العمرانية تعطي صورة إضافية للمستوى المعيشة للعينة المدروسة، بحث أن الربط بالشبكات تبقى مقبولة مقارنة بما سجلناه على المستوى الولائي والوطني، حيث بلغ نسبة الربط بمجاري المياه حوالي 84.8% أما فيما

يخص الربط بالغاز والكهرباء فبلغت نسبتها على التوالي 48.1% و 95.5%، كما أن التزود بالماء فبلغ نسبة 90.4%، أم بالنسبة لوجود دورة المياه والمطبخ فبلغت نسبة وجودهما على التوالي 91.2% و 94.7%.

الشكل رقم (10): خصائص المسكن بالنسبة لعينة الدراسة.



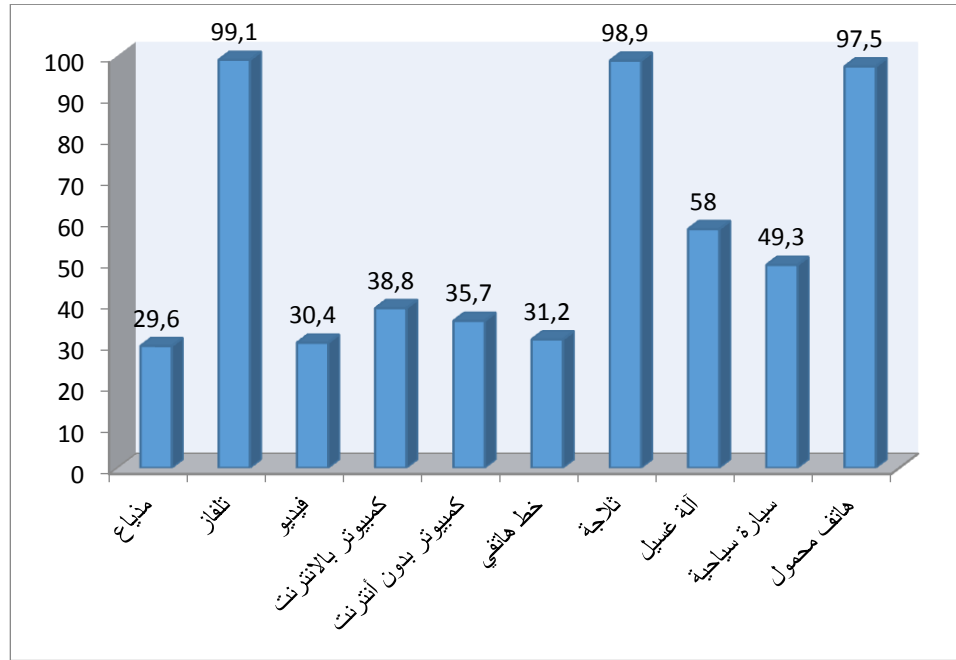
المصدر: التحقيق الميداني 2017.

5-1 تجهيزات الأسرة:

من خلال الشكل رقم (11) الذي يخص حيازة التجهيزات المنزلية للأسرة نلاحظ أن امتلاك أغلب الأسر المبحوثة للتلفز والثلاجة والهاتف المحمول بحيث سجلت نسب امتلاك هذه الأجهزة على التوالي 99.1% و 98.9% و 97.5%، ثم تليها الأجهزة التالية آلة الغسيل والسيارة السياحية والكمبيوتر بالإنترنت والتي تعتبر أجهزة تمثل مدى رفاهية الأسر المبحوثة حيث سجلت نسب امتلاك هذه الأجهزة على التوالي 58% و 49.3% و 38.8%، أما فيما يخص أجهزة

الفيديو والمذياع مكانت نسبة امتلاكهما قليلة مقارنة بالأجهزة الأخرى حيث بلغت على التوالي 30.4% و 29.6%.

الشكل رقم (11): يمثل نسبة امتلاك الأسر للتجهيزات المنزلية.



المصدر: التحقيق الميداني 2017.

1-6- متوسط عدد الغرف:

بناء على الجدول التالي فإن متوسط عدد الغرف بالنسبة للمسكن الواحد هو 4.45 غرفة وهو متوسط مقبول مقارنة بالمستوى الولائي والوطني، حيث سجل أعلى قيمة من نسبة الأسر للمسكن ذات 4 غرف حوالي 29.3%، ثم يليها المسكن ذات 3 غرف بنسبة 21.8%، أما بالنسبة للمسكن المكون من 7 غرف فأكثر أتى في المرتبة الثالثة بنسبة 13.5%، ليأتي في المرتبة الأخيرة المسكن ذات الغرفة الواحدة بنسبة 1.6%، بحيث جاءت المعطيات وفق الجدول التالي:

الجدول رقم (19): يمثل نسبة عدد الغرف بالنسبة لعدد أسر العينة المدروسة.

النسبة %	عدد الأسر	عدد الغرف
1,6	6	1
8,8	33	2
21,8	82	3
29,3	110	4
12,0	45	5
13,0	49	6
13,5	51	7 فأكثر
100,0	376	المجموع

المصدر: التحقيق الميداني 2017.

2- خصائص الأسرة:

من خلال التحقيق الميداني الذي قمنا به للأسر المبحوثة من أجل التعرف على الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية للأسرة.

2-1- السن الحالي للزوجة:

الجدول رقم (20): نسب السن الحالي للزوجة بالنسبة لكل فئة عمرية.

النسبة %	عدد الأسر	الفئات العمرية
0	0	19-15
1,9	7	24-20
14,1	53	29-25
32,7	123	34-30
23,6	89	39-35
11,2	42	44-40
16,5	62	49-45
100,0	376	المجموع

من خلال الجدول رقم (20) نلاحظ أن أكبر نسبة لعدد الأسر تقع في الفئة العمرية (30-34) حيث بلغت 32.7%، ثم تأتي الفئة العمرية (35-39) بنسبة 23.6%، لتأتي في المرتبة ما قبل الأخيرة الفئة العمرية (20-24) بنسبة تقدر بـ 1.9% وهذا راجع إلى ارتفاع سن أول زواج للزوجة، أما بالنسبة للفئة العمرية (15-19) والتي لا تحتوي على عدد الأسر وهذا راجع إلى أن معظم النساء لم تكن قد تزوجت في هذه الفترة.

2-2- السن الحالي للزوج:

الجدول رقم (21): نسب السن الحالي للزوج بالنسبة لكل فئة عمرية.

النسبة %	عدد الأسر	فئة العمر
2,6	9	29-25
7,2	25	34-30
27,9	97	39-35
23,9	83	44-40
16,1	56	49-45
22,4	78	50
100	348	المجموع

المصدر: التحقيق الميداني 2017.

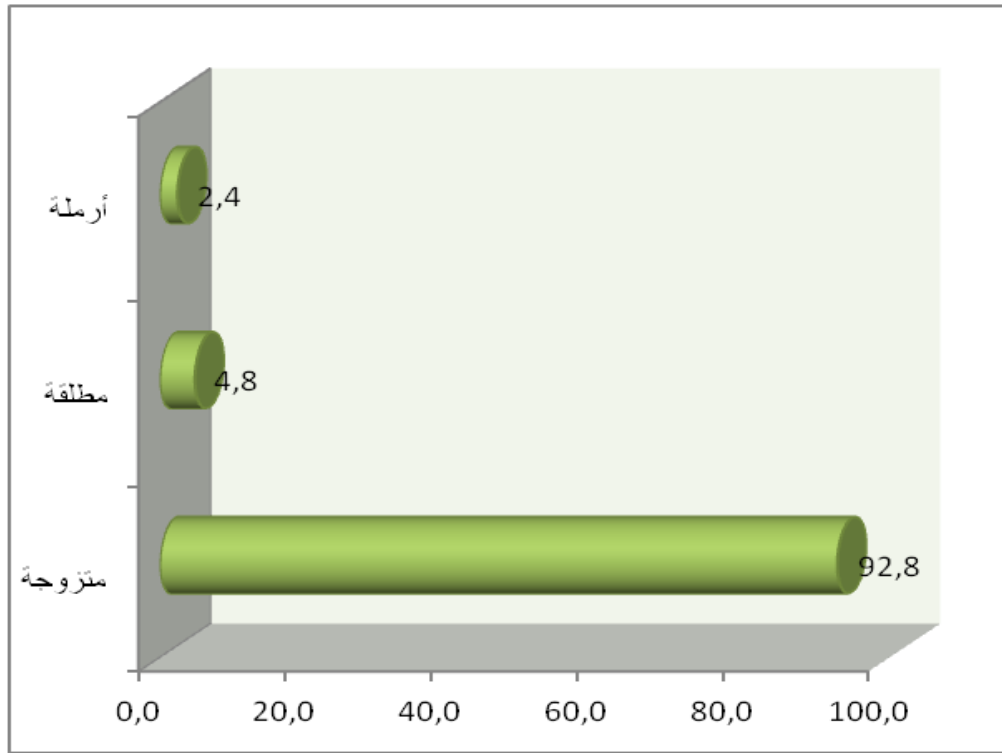
من خلال الجدول رقم (20) نلاحظ أن أكبر عدد للأزواج يقع في الفئة العمرية (35-39) بنسبة 27.9% ثم تليها الفئة العمرية (40-44) بنسبة تقدر بـ 23.9%، أما أقل عدد للأزواج يقع في الفئة العمرية (25-29) بنسبة تبلغ حوالي 2.9% وهذا العدد القليل من الأزواج مرده إلى ارتفاع سن الزواج الأول للرجال. أما بالنسبة للمجموع تفاوت بين حجم العينة المدروسة الذي يبلغ 376 أسرة ومجموع الأزواج بالنسبة للسن الحالي للزوج والذي يبلغ 348 ، وهذا التفاوت

والذي يبلغ 28 أسرة راجع إلى عدم تصريح الزوجات وخاصة بالنسبة للأرامل و بعض المطلقات.

2-3- الحالة العائلية للزوجة:

الحالة العائلية تعبر عن المميزات الهامة في تحديد خصائص العينة المدروسة بالنسبة للزوجة، حيث تقدر نسبة المتزوجات بحوالي 92.8% ثم تليها نسبة المطلقات بـ 4.8%، أما بالنسبة للأرامل فبلغت نسبتها حوالي 2.4%، وللتوضيح أكثر أنظر إلى الشكل التالي:

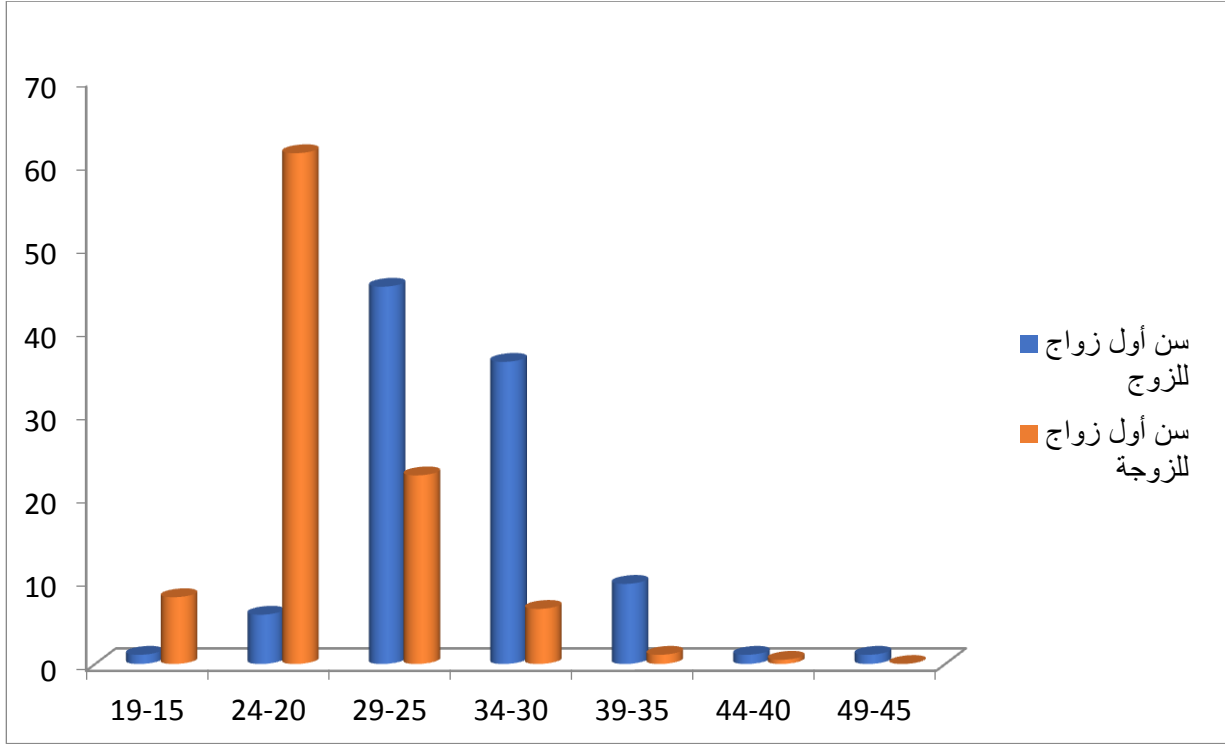
الشكل رقم (12): يمثل توزيع نسب الحالة العائلية للزوجة بالنسبة لعينة الدراسة.



المصدر: التحقيق الميداني 2017.

2-4- السن عند أول زواج:

الشكل رقم (13): نسب سن أول زواج للزوجة والزوج بالنسبة لعينة الدراسة.



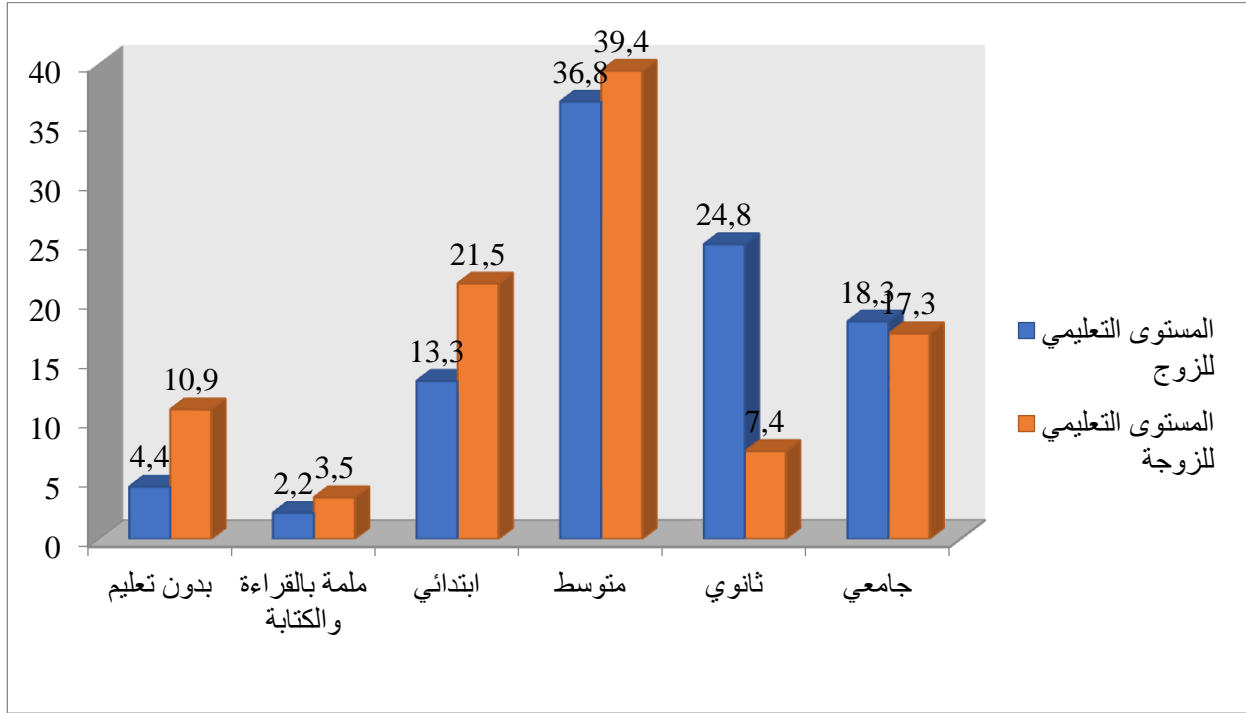
المصدر: التحقيق الميداني 2017.

من خلال الشكل رقم (13) نلاحظ أن نسبة سن الزواج بالنسبة للزوجات في الفئة العمرية (19-15) بلغت 8% وهي أكبر من نسبة الأزواج حيث بلغت 0.8%، أما بالنسبة للفئة العمرية (24-20) فقد بلغت أعلى قيمة للزوجات بنسبة قدرها 61.2% بالمقارنة مع أعلى قيمة بالنسبة للأزواج سجلت في الفئة العمرية (29-25) بنسبة 45.2%، وهذا التفاوت راجع إلى تزوج النساء في وقت مبكر مقابل الرجال الذين لديهم وقت طويل في تكوين أنفسهم من أجل البحث عن عمل وتوفير المال لتكوين أسرة، أما فيما يخص الفئات العمرية الأخرى فنلاحظ أن نسب الأزواج تفوق نسبة الزوجات.

2-5- المستوى التعليمي:

المستوى التعليمي له دور فعال في رفع ثقافة كل من الأزواج والزوجات اتجاه عملية تنظيم النسل، وتحسين المستوى المعيشي والصحي لديهم.

الشكل رقم (14): نسب توزيع الأسر المبحوثة بالنسبة للمستوى التعليمي.



المصدر: التحقيق الميداني 2017.

من خلال الشكل أعلاه نلاحظ أن المستوى التعليمي للزوج والزوجة متفاوت من مستوى إلى آخر حيث بلغت نسبة بدون تعليم عند الزوجة والزوج على التوالي 10.9% و 4.4%، وهذا التفاوت يرجع إلى أن معظم الزوجات اللواتي في سن الأربعين لم يدخلنا المدرسة بسبب تفضيل تعليم الرجال عليهن، كما أن بالنسبة لأعلى نسبة للزوجات والأزواج موجودة عند مستوى المتوسط، حيث بلغت على التوالي 39.4% و 36.3%. أما بالنسبة للمستويات الأخرى للتعليم

فهي متقاربة النسب وهذا راجع سياسة التعليم التي انتهجتها الدولة وحق تعليم المرأة، كما حققت أشواط كبيرة في التعليم خاصة في المستوى الجامعي.

2-6- الحالة المهنية:

2-6-1- الحالة المهنية للزوجة:

الجدول رقم (22): توزيع نسب الحالة المهنية للزوجة.

النسبة %	العدد	الحالة المهنية للزوجة
76,9	289	ماكنة في البيت
10,3	39	تبحث عن عمل
12,8	48	عاملة
100	376	المجموع

المصدر: التحقيق الميداني 2017.

من خلال الجدول نلاحظ أن نسبة الماكينات في البيت تقدر بحوالي 76.9% حيث تمثل أعلى نسبة للزوجات المبحوثات وهذا راجع إلى ثقافة منطقة الدراسة. ثم تليها العاملات بنسبة 12.8%، أما بالنسبة للزوجات التي تبحث عن عمل فبلغت نسبتها 10.3%.

2-6-2- الحالة المهنية للزوج:

الجدول رقم (23): توزيع نسب الحالة المهنية للزوج.

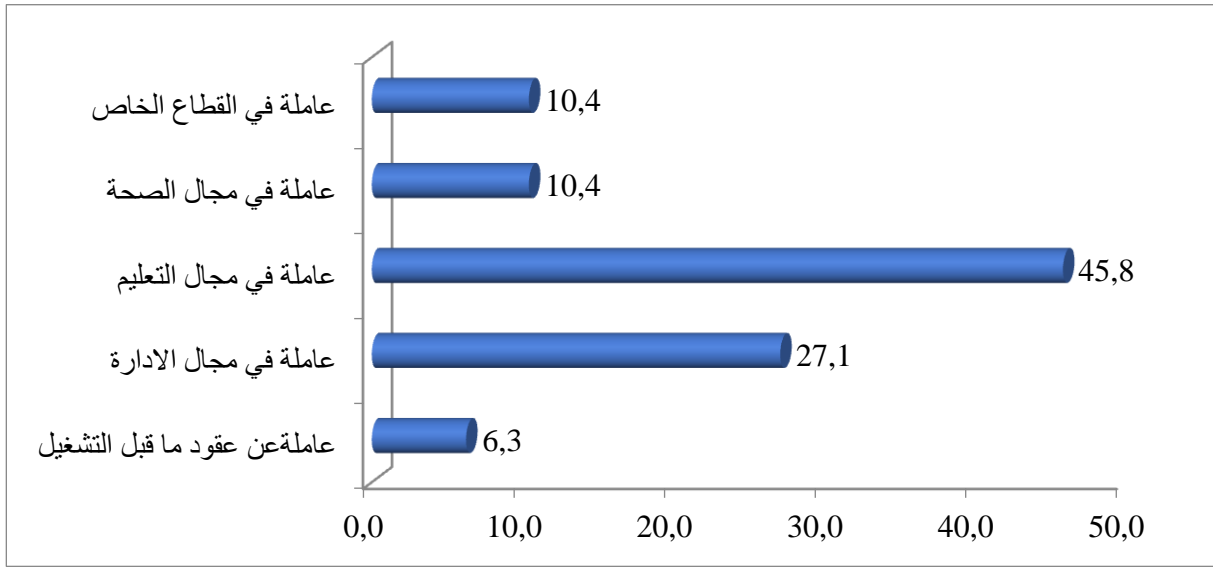
النسبة %	العدد	الحالة المهنية للزوج
6	21	بطل
32,4	113	يبحث عن عمل
58,2	203	عامل
3,4	12	متقاعد
100	349	المجموع

المصدر: التحقيق الميداني 2017.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن نسبة الأزواج العاملين تقدر بـ 58.2% ثم تليها نسبة الأزواج الذين يبحثون عن عمل بـ 32.4%، أما فيما يخص البطالين فبلغت نسبتهم حوالي 6%، أم في المرتبة الأخيرة فتأتي نسبة المتقاعدين والتي بلغت 3.4%.

2-7- مجالات العمل للمرأة العاملة:

الشكل رقم (15): توزيع نسب الزوجات العاملات بالنسبة إلى مجالات العمل.

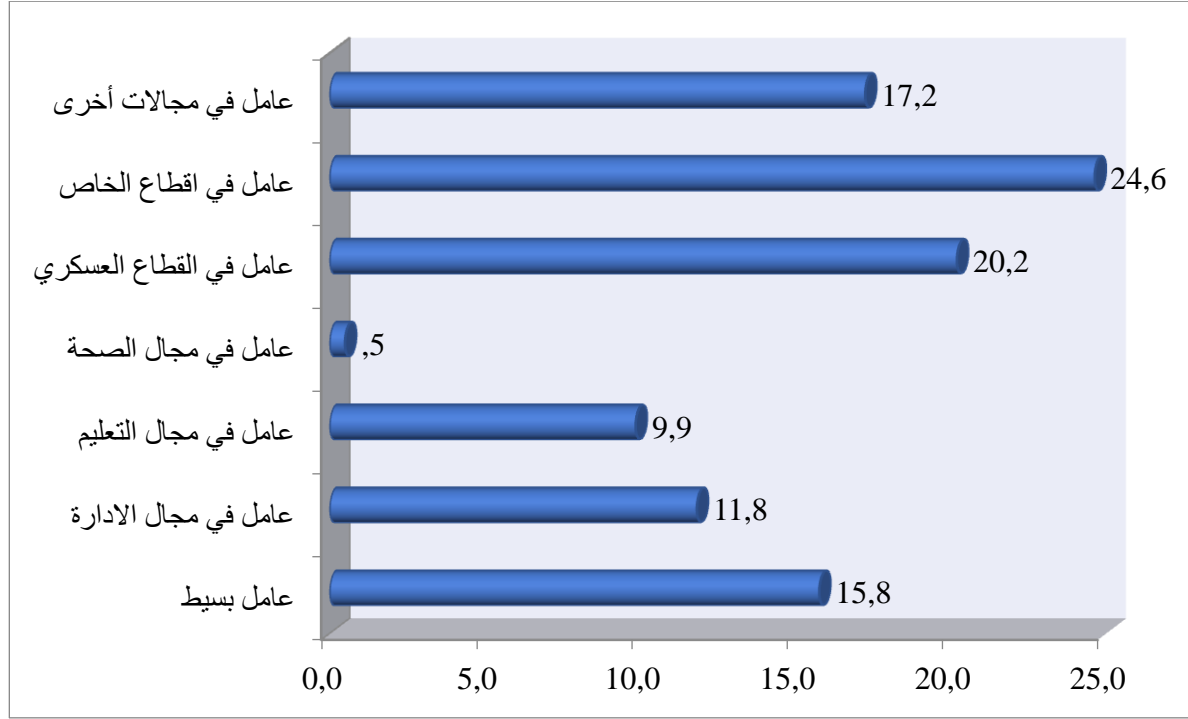


المصدر: التحقيق الميداني 2017.

من خلال الشكل أعلاه نلاحظ أن أعلى قيمة بالنسبة للزوجات العاملات في مجال التعليم بنسبة 45.8% ثم تليها العاملات في مجال الإدارة بنسبة 27.1%، أما بالنسبة للعاملات عن طريق عقود ما قبل التشغيل فتأتي في المرتبة الأخيرة بنسبة تقدر بـ 6.3%.

2-8- مجالات العمل للأزواج العاملين:

الشكل رقم (16): توزيع نسب الأزواج العاملين بالنسبة لمجالات العمل.



المصدر: التحقيق الميداني 2017.

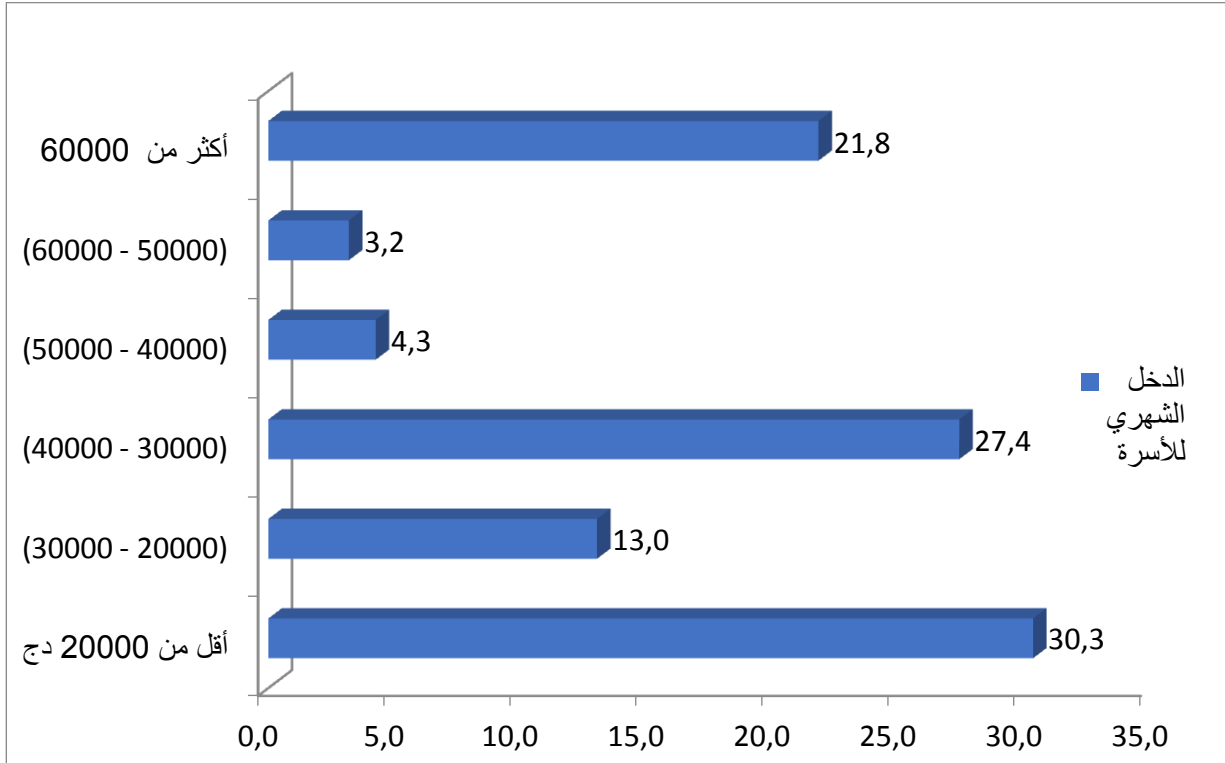
من خلال الشكل أعلاه نلاحظ أن أعلى نسبة للأزواج العاملين هي في القطاع الخاص بحيث تبلغ نسبتها 24.6%، لتليها نسبة العاملين في القطاع الخاص حيث تمثل نسبتها 20.2%، كما أن أقل نسبة نجدها في مجال الصحة بنسبة تقدر بـ 0.5%.

2-8- الدخل الشهري للأسرة:

الدخل الشهري للأسرة له أهمية كبرى في تحديد مستوى معيشة الأسر وكذلك قياس مستوى الفقر لديهم كما يلعب دور هام في تحديد حجم الأسرة. وعليه نلاحظ من خلال الشكل أسفله أن أعلى نسبة للأسر تدخل في الفئة التي تمثل أقل من 20000 دج حيث بلغت 30.3%، لتليها

نسبة الأسر التي تمثل الفئة للدخل الشهري (30000-40000) دج حبت تقدر نسبتها بـ 27.4%، أما فيمل يخص أقل نسبة للأسر تقع في الفئة (40000-50000) دج بنسبة تقدر بـ 4.3%.

الشكل رقم (17): توزيع نسب الأسر بالنسبة للدخل الشهري للأسرة.



المصدر: التحقيق الميداني 2017.

3- بيانات خاصة بالسلوك الانجابي:

3-1- مجموع عدد المواليد الاحياء:

الجدول رقم (24): توزيع مجموع عدد المواليد الاحياء بالنسبة للفئات العمرية للزوجات

النسبة %	المجموع	عدد المواليد اناث	عدد المواليد ذكور	عدد الزوجات	الفئات العمرية للزوجات
----------	---------	----------------------	----------------------	-------------	---------------------------

0.1	1	0	1	1	19-15
0.8	8	3	5	8	24-20
8	84	36	48	51	29-25
28	295	139	156	123	34-30
26.2	276	139	137	89	39-35
13.3	140	54	86	42	44-40
23.6	249	116	133	62	49-45
100	1053	487	566	376	المجموع

المصدر: التحقيق الميداني 2017.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن الفئة العمرية (30-35) تظم أكبر نسبة من عدد المواليد الأحياء بنسبة تقدر بـ 28% وهذا راجع إلى أن هذه الفئة فيها أكبر عدد للزوجات. ثم تليها الفئة (35-39) بنسبة قدرها 26.2%، أما فيما يخص أقل نسبة نجدها في الفئة العمرية (15-19) والتي تقدر نسبتها بـ 0.1% وهذا يرجع إلى أغلب النساء لا يكن متزوجين في هذا العمر. كما نلاحظ أن عدد المواليد الأحياء الذكور يفوق بقليل عدد المواليد الأحياء الإناث.

3-2- مجموع المواليد الأحياء والأموات:

الجدول رقم (25): توزيع عدد المواليد الأحياء والأموات بالنسبة للفئات العمرية للزوجات.

النسبة %	المجموع	المواليد الأحياء والأموات إناث	المواليد الأحياء والأموات ذكور	عدد الزوجات	الفئات العمرية
0,1	1	0	1	1	19-15
0,8	9	4	5	8	24-20
8,4	92	39	53	51	29-25
28,2	310	149	161	123	34-30
25,5	281	140	141	89	39-35
13,7	151	62	89	42	44-40
23,3	257	117	140	62	49-45
100	1101	511	590	376	المجموع

المصدر: التحقيق الميداني 2017.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن هناك تفاوت طفيف بين عدد الذكور وعدد الإناث. كما أن الفئة العمرية (30-34) تمثل أكبر نسبة لعدد المواليد الأحياء والأموات حيث تقدر بحوالي 28.2%، لتليها الفئة العمرية (35-39) بنسبة قدرها 25.5%، ثم تأتي أقل نسبة لعدد المواليد الأحياء والأموات في الفئة العمرية (15-19) حيث بلغت 0.1%.

3-3- الرضاعة الطبيعية:

الجدول رقم (26): توزيع نسب نوع الرضاعة التي تستعملها الأمهات بعد الولادة.

النسبة %	عدد الأمهات	نوع الرضاعة
87,6	324	طبيعية
12,4	46	اصطناعية
100	370	المجموع

المصدر: التحقيق الميداني 2017.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن 87.6% من الأمهات يستعملن بعد الولادة مباشرة الرضاعة الطبيعية، أما بالنسبة للرضاعة الاصطناعية فتقدر نسبتها بـ 12.4%.

الجدول رقم (27): توزيع نسب مدة الرضاعة الطبيعية للأمهات بعد الولادة مباشرة.

النسبة %	عدد الأمهات	فئات أشهر الرضاعة الطبيعية
1,9	6	4-0
49,4	160	9-4
34,3	111	14-10
0,9	3	19-15
13,6	44	24-20
100	324	المجموع

المصدر: التحقيق الميداني 2017.

من خلال الجدول أعلاه أن أغلب الأمهات يقعن في الفئة (4-9) أشهر حيث بلغت نسبتها 49.4%، أما بالنسبة لأقل نسبة تقع في الفئة (15-19) شهر حيث تبلغ 0.9%.

3-4- استخدام وسائل منع الحمل:

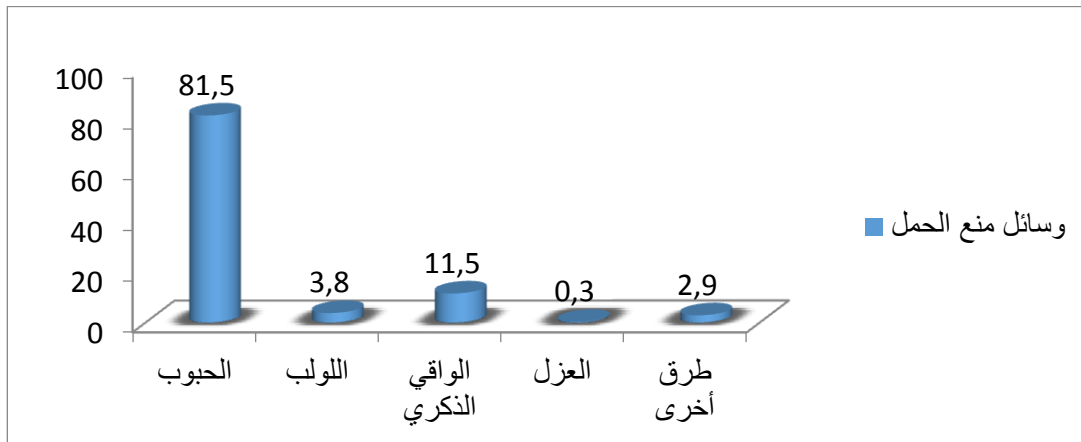
الجدول رقم (28): توزيع نسب استعمال موانع الحمل بالنسبة لعدد الزوجات.

النسبة %	عدد الزوجات	استعمال موانع الحمل
83,2	313	نعم
9,3	35	لا
7,4	28	لا توجد إجابة
100	376	المجموع

المصدر: التحقيق الميداني 2017.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن نسبة الذين يستعملون وسائل منع الحمل تقدر بـ 83.2%، أما بالنسبة إلى الذين لا يستعملون وسائل منع الحمل تقدر بـ 9.3%، كما أن نسبة 7.4% لم يدلوا بتصريحهم.

الشكل رقم (18): توزيع نسب طرق وسائل منع الحمل بالنسبة لعينة الدراسة.



من خلال الشكل أعلاه نلاحظ أن أكبر عدد للزوجات يستخدمنا وسيلة حبوب منع الحمل بنسبة قدرها 81.5% ثم يليها الواقي الذكري بنسبة تقدر بـ 11.5%، أما فيما يخص طريق اللولب فتأتي في المرتبة الثالثة بنسبة تقدر بحوالي 3.8%، وأقل نسبة تسجلها طريقة العزل بنسبة 0.3%.

4- بيانات خاصة بالصحة الإنجابية:

تعتبر الصحة الإنجابية عاملاً أساسياً في وقاية الأزواج من مخاطر الأمراض المتنتقلة جنسياً وكذلك حماية الأمهات وأطفالهم من صعوبة ومضاعفات الولادة وقبل الولادة وبعدها.

4-1- مكان الولادة:

الجدول رقم (29): توزيع نسب الأمهات بالنسبة لمكان الولادة.

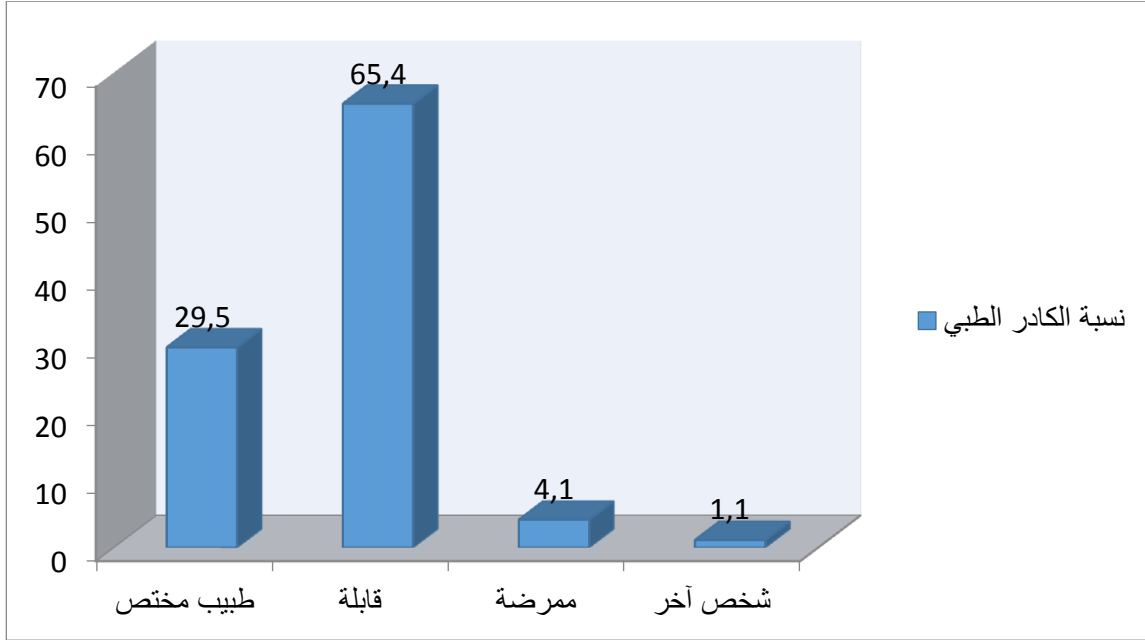
النسبة %	عدد الأمهات	مكان الولادة
76,5	283	المستشفى
23	85	عيادة خاصة
0,5	2	في البيت
100	370	المجموع

المصدر: التحقيق الميداني 2017.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن نسبة 76.5% من الأمهات قمن بالولادة في المستشفى، أما بالنسبة للعيادة الخاصة فقدرت النسبة بـ 23%، كما أن الولادة في البيت قد تقلصت وبلغت نسبة قليلة قدرت بحوالي 0.5%.

4-2- الكادر الطبي:

الشكل رقم (19): توزيع نسب الأمهات أثناء الولادة بالنسبة للكادر الطبي:

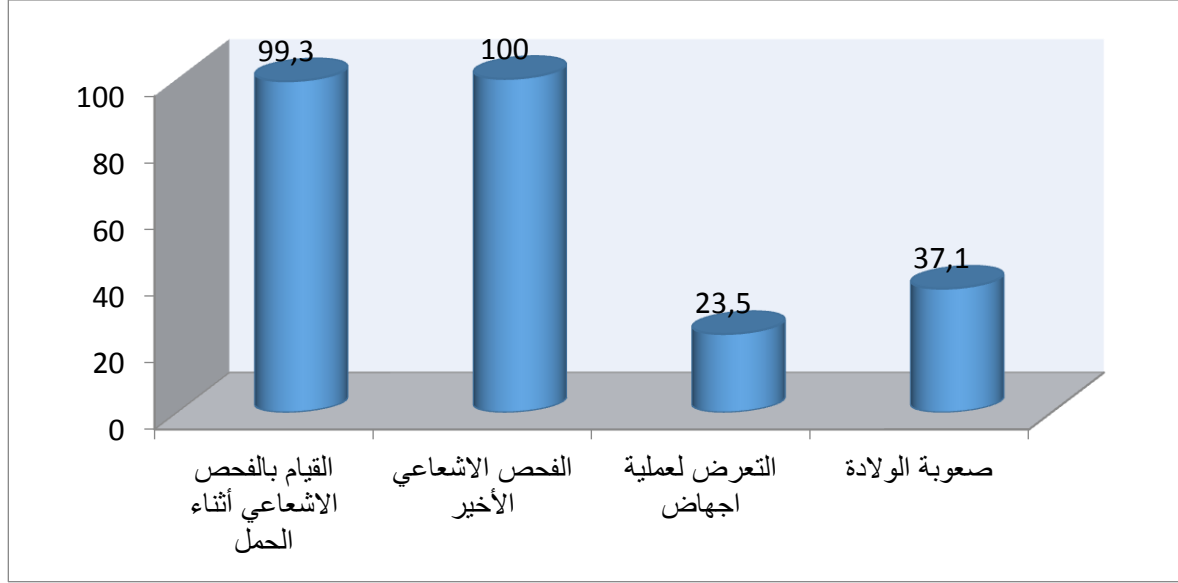


المصدر: التحقيق الميداني 2017.

من خلال الشكل أعلاه نلاحظ أن الكادر الطبي الذي أشرف على الولادة والذي أتى في المرتبة الأولى هو القابلة بنسبة قدرها 65.4%، ثم يأتي في المرتبة الثانية الطبيب المختص بنسبة بلغت 29.5%، أما فيما يخص الممرضة فقد بلغت نسبتها 4.1%. وهذا ما يعكس تراجع الولادة في البيت خاصة.

4-3- الرعاية الطبية:

الشكل رقم (20): توزيع نسب الرعاية الطبية والمضاعفات أثناء الحمل والولادة.



المصدر: التحقيق الميداني 2017.

من خلال الشكل أعلاه نلاحظ أن نسبة الفحص الاشعاعي الأخير قد بلغت 100% أما فيما يخص الفحص الاشعاعي أثناء الحمل فبلغت نسبتها حوالي 99.3%، كما أن نسبة 23.5% تعرضنا لعملية اجهاض وكذلك 37.1% من الأمهات عانين من صعوبات أثناء الحمل.

4-4- وفيات الرضع والأطفال:

الجدول رقم (30): توزيع نسب وفيات الأطفال الرضع في وقت الوفاة لعينة الدراسة.

النسبة %	عدد وفيات الأطفال	وقت الوفاة
35,6	16	قبل الولادة
33,3	15	ساعات بعد الولادة
11,1	5	الأسبوع الأول بعد الولادة
11,1	5	شهر بعد الولادة
8,9	4	سنة بعد الولادة
100	45	المجموع

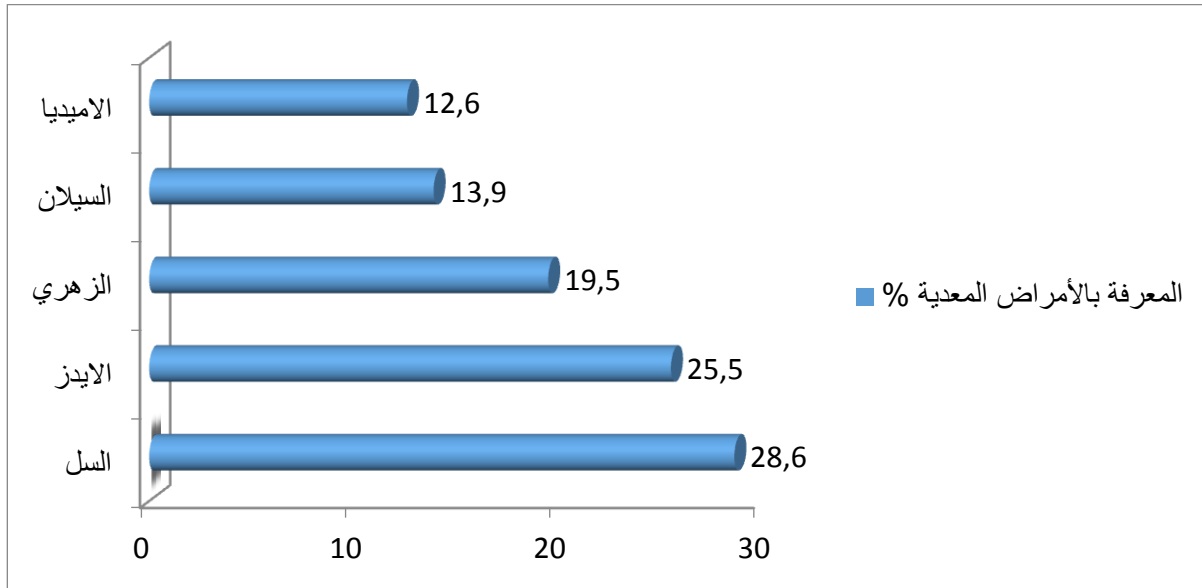
المصدر: التحقيق الميداني 2017.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن نسبة 35.6% من وفيات الأطفال كانت قبل الولادة، ثم تليها الوفيات في الساعات الأولى بعد الولادة بنسبة قدرها 33.3%، أما فيما يخص لكل من الوفيات في الأسبوع الأول والشهر الأول بعد الولادة بلغت حوالي 11.1%، أما بالنسبة للوفيات في السنة الأولى بعد الولادة قدرت نسبتها بحوالي 8.9%.

4-5- الأمراض المعدية والمنقولة جنسيا:

المعرفة بالأمراض المعدية والمنقولة جنسيا لها أهمية كبرى في تحديد الصحة الإنجابية للنساء والرجال على حد سواء والحفاض على سلامة صحتهم.

الشكل رقم (21): توزيع نسب المعرفة بالأمراض المعدية والمنقولة جنسيا لعينة الدراسة.



المصدر: التحقيق الميداني 2017.

من خلال الشكل أعلاه نلاحظ أن نسبة 28.6% لديهم معرفة بمرض السل وطرق انتقاله ثم يليها مرض الايدز بـ 25.5%، أما بالنسبة للأمراض الأخرى مثل الزهري والسيلان والاميديا

فكانت نسبها على التوالي 19.5% و 13.9% و 12.6%. أما بالنسبة لمجمل الزوجات التي لديهم معرفة بالأمراض المعدية وطرق انتقالها فقدرت بـ 61.4% من عينة الدراسة.

أما بالنسبة للنساء المصابات أو اللواتي أصبن من قبل بالمرض ثم شفين قد بلغت نسبتها 29.5% من مجموع النساء الذين يمثلون عينة الدراسة، حيث يمثل مرض الزهري أكثر النساء المصابات ليبلغ 40.5%، ثم يليه مرض السيلان بنسبة قدرها 28.8%، كما سجلنا إصابة واحدة بالايذز حسب تصريحات النساء المستجوبات بحيث تمثل 0.9%، وهذا ما نجده في الجدول الموالي:

الجدول رقم (31): توزيع نسب النساء المصابات أو اللواتي أصبن من قبل بالأمراض المعدية.

النسبة %	عدد النساء المصابات	نوع المرض
10,8	12	السل
18,9	21	الأميديا
28,8	32	السيلان
40,5	45	الزهري
0,9	1	الايذز
100	111	المجموع

المصدر: التحقيق الميداني 2017.

5- البيانات الخاصة بالفقر:

لمعرفة حالة الفقر بالنسبة لأسر العينة المدروسة قمنا بطرح سؤال وهو هل تجد الأسرة نفسها فقيرة أم غير فقيرة؟ أما بالنسبة لقياس الفقر اعتمد على أسلوب خط الفقر الاجتهادي واعتمد الباحث على نوعين هما خط الفقر المذقع الاجتهادي وخط الفقر المطلق الاجتهادي وتكون قيمتهما بالدينار الجزائري.

الجدول رقم (32) توزيع نسب حالة الفقر بالنسبة للأسر ومتوسط كل من خط الفقر المذقع والمطلق الاجتهادي لعينة الدراسة.

حالة الأسرة	عدد الأسر	النسبة %	متوسط خط الفقر المذقع الاجتهادي بدج	متوسط خط الفقر المطلق الاجتهادي بدج
أسر فقيرة	278	73,9	34262,59	63201,44
أسر غير فقيرة	98	26,1	44489,8	83469,39
المجموع	376	100	36928,19	68484,04

المصدر: التحقيق الميداني 2017.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن نسبة الأسر الفقيرة تقدر بـ 73.9% أما بالنسبة للأسر غير الفقيرة فتبلغ نسبتها 26.1%، أما فيما يخص متوسط خط الفقر المذقع الاجتهادي لمجموع الاسر الفقيرة وغير الفقيرة فهو 36928.19 دج و متوسط خط الفقر المطلق الجتهادي قد بلغ 68484.04 دج.

6- محددات السلوك الانجابي ومتوسط مجموع عدد المواليد الأحياء للمرأة:

6-1- المحددات المباشرة ومتوسط مجموع عدد المواليد الاحياء للمرأة:

6-1-1- السن عند أول زواج للزوجة ومتوسط مجموع عدد المواليد الأحياء:

الجدول رقم (33): متوسط عدد المواليد الأحياء بالنسبة للسن عند أول زواج للزوجة.

الفئات العمرية للزوجة	عدد النساء	عدد المواليد الأحياء	متوسط عدد المواليد الأحياء
19-15	31	103	3,32
24-20	229	700	3,05
29-25	85	189	2,22
34-30	25	51	2,04

2	8	4	39-35
1	2	2	44-40
0	0	0	49-45
2,8	1053	376	المجموع

المصدر: التحقيق الميداني 2017.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن كلما زاد السن عند أول زواج قل متوسط عدد المواليد الأحياء والعكس صحيح، حيث بلغ متوسط عدد المواليد الأحياء 3.32 مولود لكل امرأة في الفئة العمرية (15-19)، أما فيما يخص الفئة العمرية (40-44) فقد بلغ متوسط عدد المواليد الأحياء 1 مولود لكل امرأة.

6-1-2- استخدام وسائل منع الحمل ومتوسط مجموع عدد المواليد الأحياء:

الجدول رقم (34): متوسط عدد المواليد الأحياء بالنسبة إلى استخدام وسائل منع الحمل.

متوسط عدد المواليد الأحياء	عدد المواليد الأحياء	عدد النساء	استخدام وسائل منع الحمل
2,94	921	313	نعم
2,02	71	35	لا
2,17	61	28	لا توجد إجابة
2,8	1053	376	المجموع

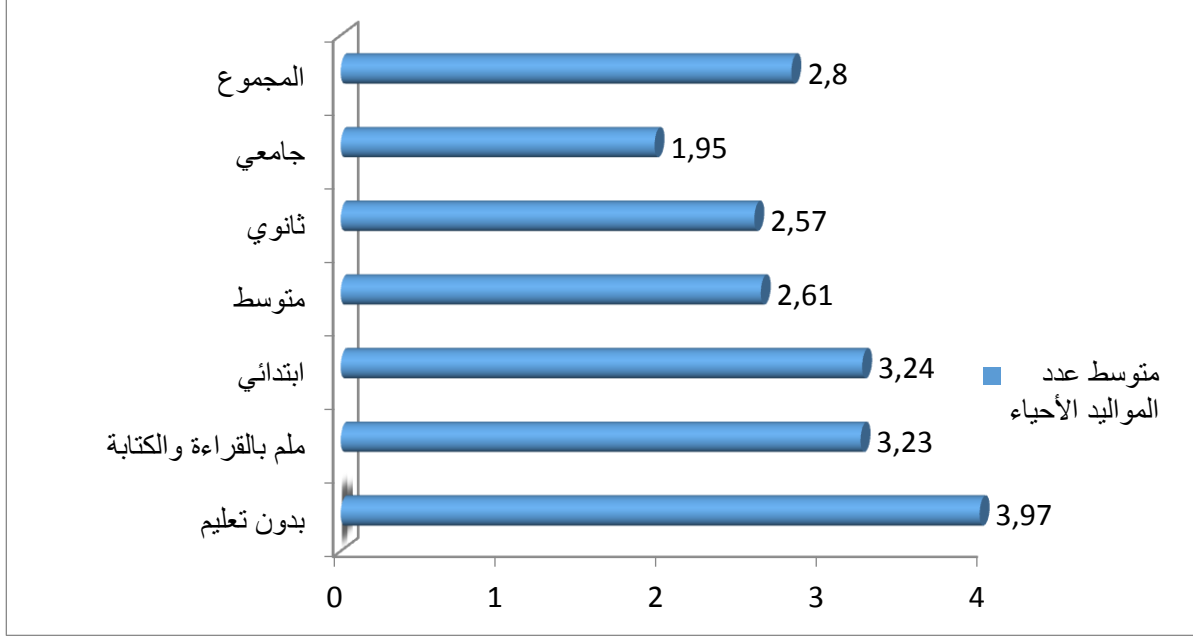
المصدر: التحقيق الميداني 2017.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن النساء اللاتي يستعملن وسائل منع الحمل كان متوسط عدد المواليد لديهن 2.94 مولود لكل امرأة، أما بالنسبة للنساء اللواتي لا يستعملن وسائل منع الحمل فبلغ متوسط عدد الأطفال لديهن حوالي 2.02 مولود لكل امرأة.

6-2- المحددات غير المباشرة ومتوسط عدد المواليد الأحياء للمرأة:

6-2-1- المستوى التعليمي للزوجة ومتوسط عدد المواليد الأحياء:

الشكل رقم (22): متوسط عدد المواليد الأحياء بالنسبة للمستوى التعليمي للزوجة.



المصدر: التحقيق الميداني 2017.

من خلال الشكل أعلاه يتبين لنا أنه كلما انخفض المستوى التعليمي للزوجة كلما زاد متوسط عدد المواليد لديها والعكس صحيح. فالزوجات اللواتي بدون تعليم لديهن متوسط عدد المواليد الأحياء مرتفع وقد بلغ 3.97 مولود لكل امرأة، أما بالنسبة للمستوى الجامعي فقد بلغ متوسط عدد المواليد الأحياء لديهن 1.95 مولود لكل امرأة. وهذا ما يفسر أن المستوى التعليمي المرتفع للنساء يقلل من عدد المواليد الأحياء طيلة حياتهن الإنجابية.

6-2-2- الحالة المهنية للزوجة ومتوسط عدد المواليد الأحياء:

الجدول رقم (35): متوسط عدد المواليد الأحياء بالنسبة للحالة المهنية للزوجة.

الحالة المهنية للزوجة	عدد النساء	عدد المواليد الأحياء	متوسط عدد المواليد الأحياء

3,05	884	290	ماكنة في البيت
1,9	72	38	تبحث عن عمل
2,02	97	48	عاملة
2,8	1053	376	المجموع

المصدر: التحقيق الميداني 2017.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن الزوجات الماكثات في البيت لديهن أكبر متوسط عدد المواليد الأحياء حيث بلغ حوالي 3.05 مولود لكل امرأة ، ثم تأتي الزوجات العاملات بمتوسط عدد المواليد الأحياء قدره 2.02 مولود لكل امرأة، أما بالنسبة للزوجات اللواتي يبحثن عن عمل قد بلغ متوسط عدد المواليد الأحياء 1.9 مولود لكل امرأة. وهذا مايتبن لنا أن الزوجة غير العاملة لها متوسط عدد المواليد الأحياء أكثر من الزوجة العاملة أو التي تبحث عن عمل.

6-2-3- مجالات عمل الزوجة ومتوسط عدد المواليد الأحياء لديها:

الشكل رقم (23): متوسط عدد المواليد الأحياء بالنسبة لمجالات عمل الزوجة.



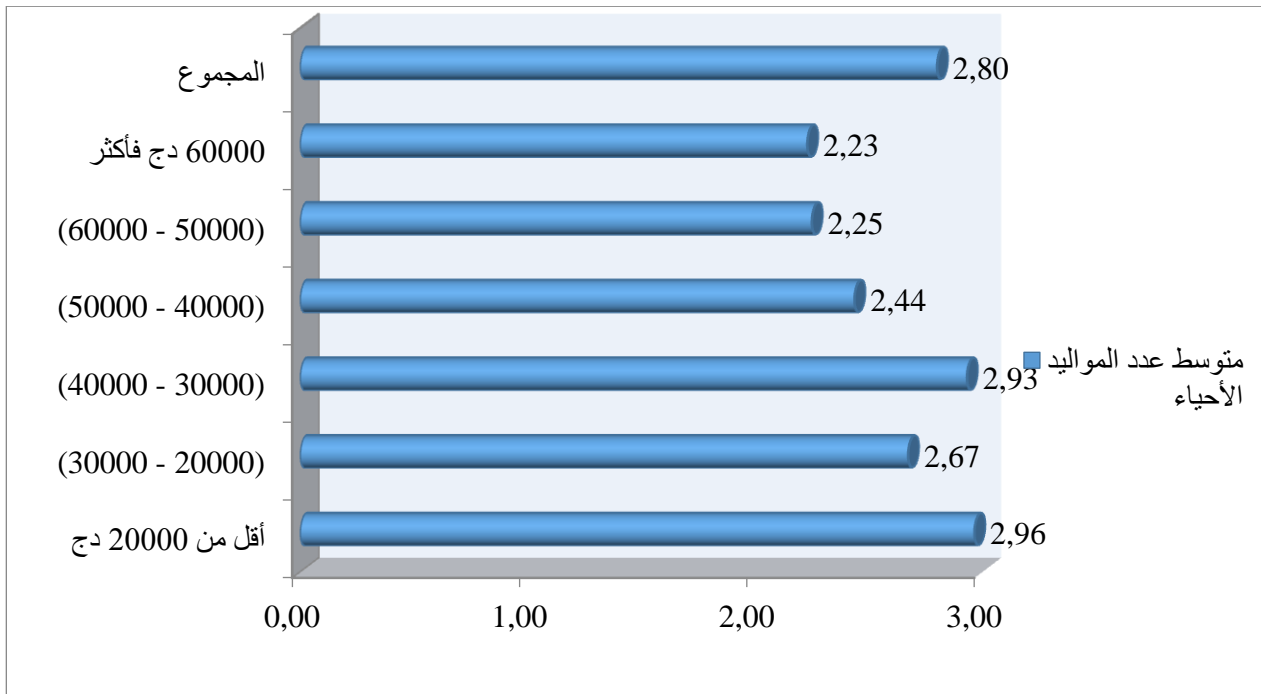
المصدر: التحقيق الميداني 2017.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن الزوجة العاملة في مجال الإدارة لديها أكبر متوسط عدد المواليد الأحياء حيث بلغ 2.38 مولود لكل امرأة ثم تليها العاملة في مجال التعليم بمتوسط قدره 2.05 مولود لكل امرأة، أما فيما يخص أقل متوسط لعدد المواليد الأحياء فكان للعاملة عن طريق عقود ما قبل التشغيل حيث بلغ 0.67 مولود لكل امرأة.

6-2-4- الدخل الشهري للأسرة ومتوسط عدد المواليد الأحياء:

من خلال الشكل أسفله نلاحظ أن كلما قل الدخل الشهري للأسرة ارتفع متوسط عدد المواليد الأحياء والعكس صحيح حيث بلغ متوسط عدد المواليد الأحياء للأسر ذوي الدخل الشهري أقل من 20000 دج حوالي 2.96 مولود لكل امرأة، أما بالنسبة للأسر ذات الدخل الشهري 60000 دج فأكثر قد بلغ متوسط عدد المواليد الأحياء 2.23 مولود لكل امرأة.

الشكل رقم (24): متوسط عدد المواليد الأحياء بالنسبة للدخل الشهري للأسرة.



المصدر: التحقيق الميداني 2017.

6-2-5- مكان الإقامة قبل الزواج للزوجة ومتوسط عدد المواليد الأحياء:

الجدول رقم (36): متوسط عدد المواليد الأحياء بالنسبة لمكان الإقامة للزوجة قبل الزواج.

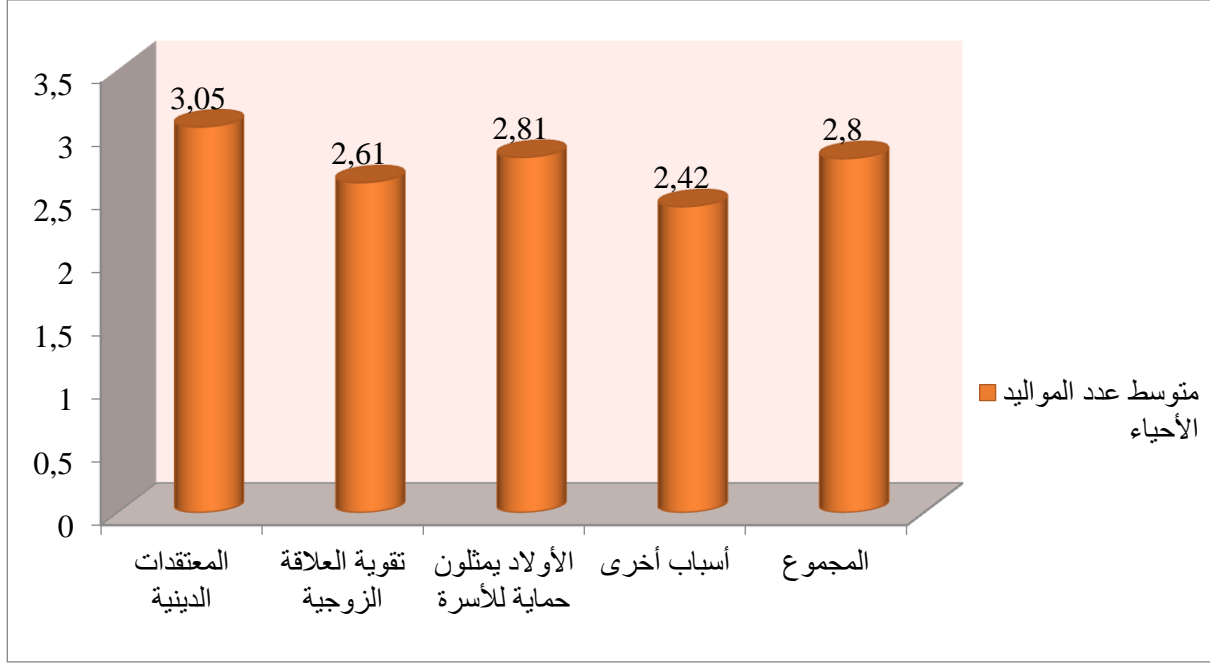
متوسط عدد المواليد الأحياء	عدد المواليد الأحياء	عدد النساء	السكن قبل الزواج للزوجة
2,19	68	31	مدينة كبيرة
2,57	366	133	مدينة صغيرة
2,92	919	212	الريف
2,8	1053	376	المجموع

المصدر: التحقيق الميداني 2017.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن أكبر متوسط لعدد المواليد الأحياء كان بالنسبة للزوجات اللواتي كن يسكن في الريف بحيث بلغ متوسط عدد المواليد الأحياء 2.92 مولود لكل امرأة ، ثم يليها الزوجات اللواتي كن يسكن في المدينة الصغيرة بمتوسط يقدر بـ 2.57 مولود لكل امرأة، أما فيما يخص الزوجات اللواتي كن يسكن في المدينة الكبيرة فكان لديهن أقل متوسط لعدد المواليد الأحياء ليبلغ 2.19 مولود لكل امرأة. وعليه يرى الباحث أن مكان إقامة الزوجة قبل الزواج يلعب دور كبير في تغيير السلوك الانجابي للمرأة.

6-2-6- الدين والعادات والتقاليد ومتوسط عدد المواليد الأحياء:

الشكل رقم (25): متوسط عدد المواليد الأحياء بالنسبة لأسباب انجاب أكبر عدد من الأولاد حسب آراء عينة الدراسة.



المصدر: التحقيق الميداني 2017.

من خلال الشكل أعلاه نلاحظ أن المعتقدات الدينية تعتبر من الأسباب الأكثر تأثيراً في انجاب عدد أكبر من الأولاد حيث بلغ متوسط عدد المواليد الأحياء لها 3.05 مولود لكل امرأة، ثم يليها الأولاد يمثلون حماية للأسرة بمتوسط عدد المواليد الأحياء قدره 2.81 مولود لكل امرأة. وعليه يرى الباحث أن الدين والعادات والتقاليد لها تأثير كبير في تغيير السلوك الانجابي للمرأة.

6-2-7- تفضيل انجاب الذكور ومتوسط عدد المواليد الأحياء:

الجدول رقم (37): متوسط عدد المواليد الأحياء بالنسبة لتفضيل انجاب الذكور.

تفضيل انجاب الذكور	عدد النساء	عدد المواليد الأحياء	متوسط عدد المواليد الأحياء
1	118	256	2,16
2 فأكثر	258	797	3,09
المجموع	376	1053	2,8

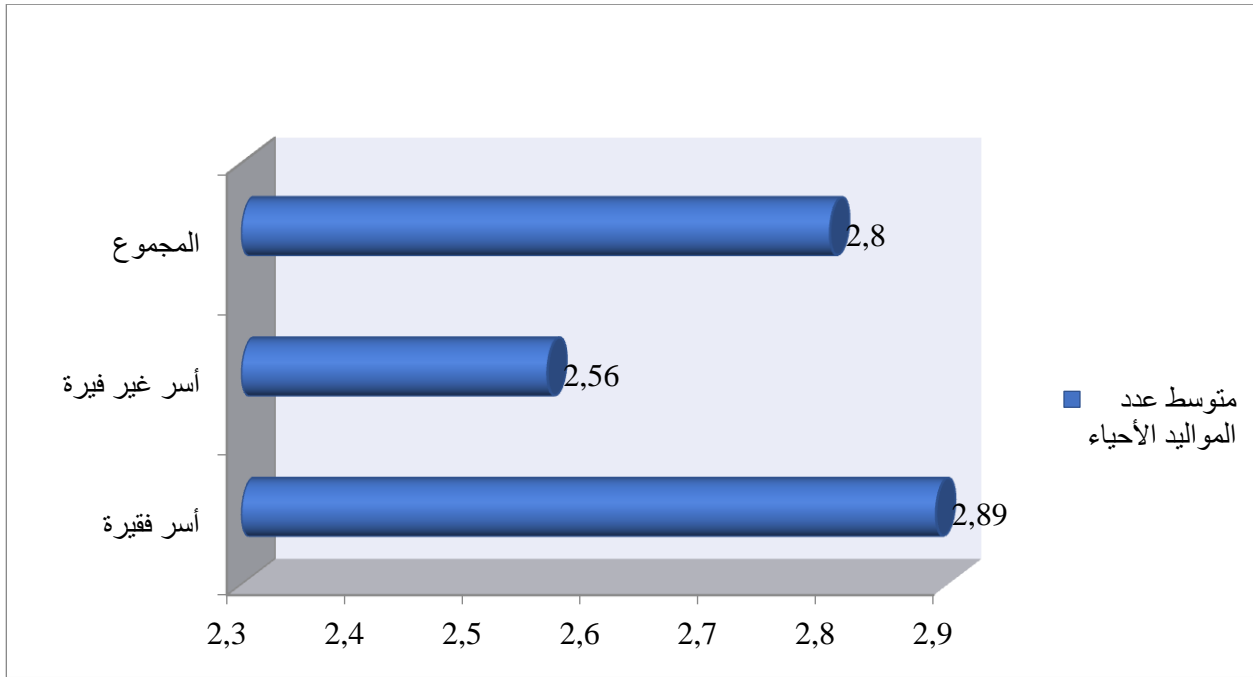
المصدر: التحقيق الميداني 2017.

من خلال الجدول أعلاه أن متوسط عدد المواليد الأحياء لتفضيل 2 فأكثر من المواليد الذكور قد بلغ 3.09 مولود لكل امرأة، أما بالنسبة لتفضيل مولود ذكر واحد فقط، قد بلغ متوسط عدد المواليد الأحياء 2.16 مولود لكل امرأة. وعليه يرى الباحث أن تفضيل انجاب الذكور له دور كبير في زيادة عدد الأولاد للمرأة وهذا ما يجعلها تغير من سلوكها الانجابي.

6-2-8- مستوى الفقر لدى الأسرة ومتوسط عدد المواليد الأحياء:

من خلال الشكل أسفله نلاحظ أن الأسر الفقيرة تميل إلى انجاب عدد أكبر من الأولاد، بحيث بلغ متوسط عدد المواليد الأحياء لها 2.89 مولود لكل امرأة، أما بالنسبة للأسر غير الفقيرة فهي تميل إلى انجاب عدد أقل من الأولاد حيث بلغ متوسط عدد المواليد الأحياء لديها 2.56 مولود لكل امرأة. وعليه يرى الباحث أن الفقر يغير من السلوك الانجابي للمرأة.

الشكل رقم (26): متوسط عدد المواليد الأحياء بالنسبة لمستوى الفقر لدى الأسرة.

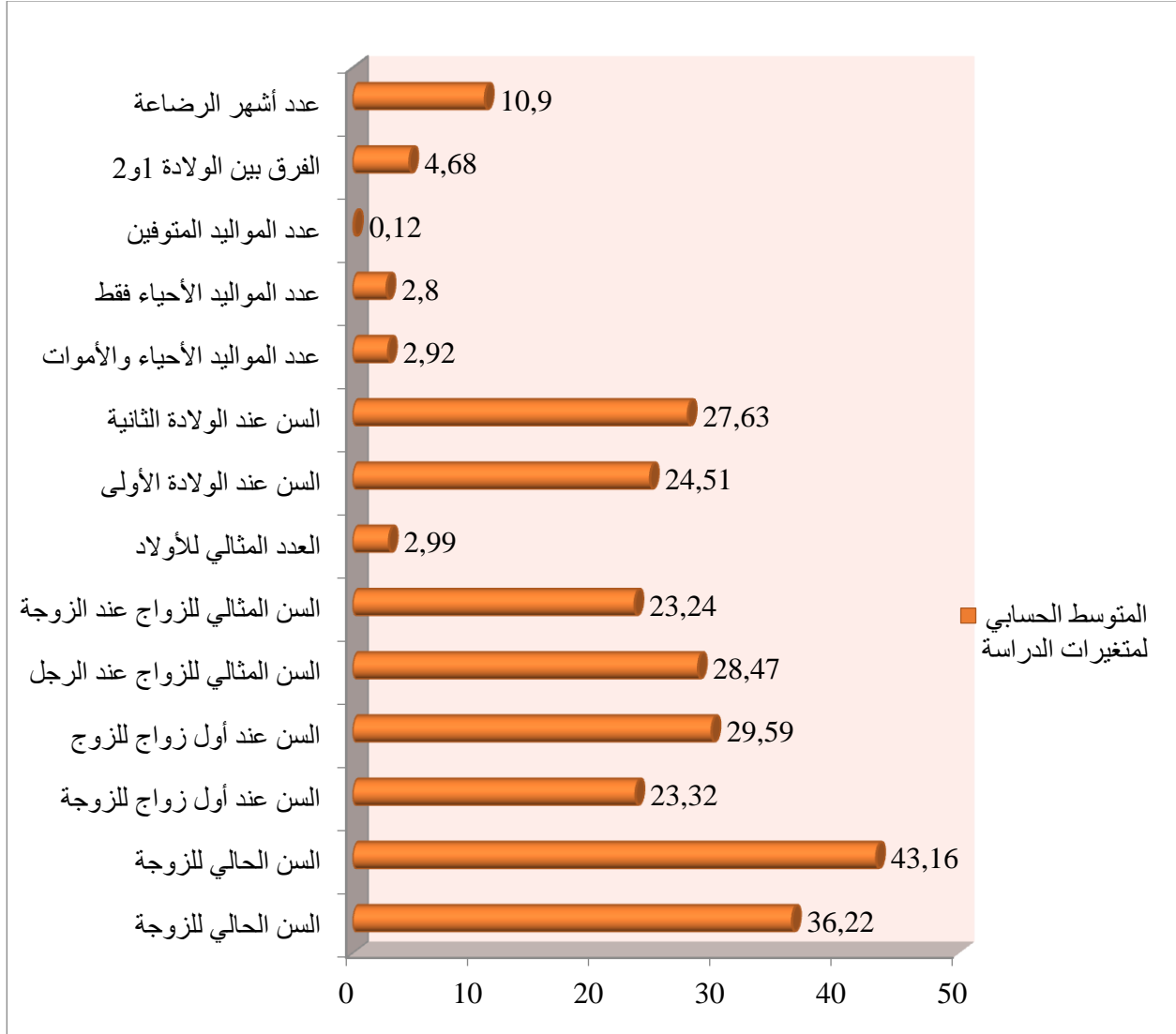


المصدر: التحقيق الميداني 2017.

6-2-9- المتوسطات الحسابية لبعض متغيرات الدراسة المؤثرة في السلوك الانجابي للمرأة:

من خلال الشكل أسفله نلاحظ أن متوسط السن عند الزواج الأول للزوجة والزوج حسب نتائج الاستبيان قد بلغ على التوالي 23.32 و 29.59 سنة، وهذا لا يختلف كثيرا بالنسبة لمتوسط السن المثالي للزواج عند المرأة والرجل حيث بلغ المتوسط الحسابي لهما على التوالي 23.24 و 28.47 سنة. أما بالنسبة لمتوسط العدد المثالي للأولاد فبلغ 2.99 مولود لكل امرأة حسب آراء المبحوثات، بحيث يفوق متوسط عدد المواليد الأحياء حيث بلغ 2.8 مولود لكل امرأة. أما فيما يخص الفرق بين الولادة الأولى والثانية فقد بلغ 3.12 سنة وهو أقل من آراء الزوجات المبحوثات حول فرق السنوات المناسبة بين الولادة الأولى والثانية حيث بلغ متوسط السنوات 4.68 سنة. وعليه يرى الباحث أن انجاب الزوجة للأولاد ليس بإرادتها لوحدها وهذا ما تعكسه آراؤها لسلوك الانجابي.

الشكل رقم (27): المتوسطات الحسابية بالنسبة لعض متغيرات السلوك الانجابي.



المصدر: التحقيق الميداني 2017.

7- اختبار فرضيات الدراسة:

1- مناقشة الفرضية الأولى: توجد علاقة بين الفقر والسلوك الانجابي للمرأة في منطقة الدراسة.

اعتمدنا في اختبار العلاقة بين حالة فقر الأسرة وعدد المواليد الأحياء على مخرجات برنامج ssps والموجود في الملحق رقم (5) حيث لخصنا مخرجات الجداول في الجدول التالي:

الجدول رقم (38): اختبار مربع كاي لدراسة العلاقة بين عدد المواليد الأحياء وحالة فقر الأسرة (فقيرة وغير فقيرة):

قيمة معامل ايتا	قيمة الاحتمال (sig)	قيمة كاي تربيع χ^2		درجة الحرية	حجم العينة	حالة فقر الأسرة
		الجدولية	المحسوبة			
0.218	0.013	4.138	17.826	7	98	فقيرة
					278	غير فقيرة
					376	المجموع

مستوى الدلالة عند (0.05) .

لقد أظهرت نتائج الجدول رقم (38) أن قيمة كاي تربيع (χ^2) المحسوبة بلغت (17.826) وهي أكبر من قيمة كاي تربيع (χ^2) الجدولية البالغة (4.138) وكذلك قيمة الاحتمال (sig) قد بلغت (0.013) وهي أصغر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه نستنتج أنه توجد علاقة بين حالة فقر الأسرة وعدد المواليد الأحياء ، كما أن من خلال قيمة معامل ايتا والتي بلغت (0.218) نستنتج أن طبيعة العلاقة بين حالة فقر الأسرة وعدد المواليد الأحياء هي علاقة طردية ضعيفة.

7-2- مناقشة الفرضية الثانية: والتي تقول أنه يوجد فروق ذات دلالة بين حالة فقر الأسرة ومجموعة المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية المؤثرة في السلوك الانجابي.

لمناقشة هذه الفرضية والمتمثلة في وجود فروق معنوية بين متوسط عينة الأسر الفقيرة ومتوسط عينة الأسر غير الفقيرة بالنسبة لمجموعة المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية عند مستوى الدلالة 0.05 ولاختبار هذه الفرضية طبقنا اختبار مربع كاي (χ^2) للاستقلالية.

الجدول رقم (39): اختبار مربع كاي (χ^2) بين حالة فقر الأسر (فقيرة وغير فقيرة) ومجموعة المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية.

قيمة الاحتمال (sig)	درجة الحرية (df)	قيمة (χ^2) الجدولية	قيمة (χ^2) المحسوبة	حالة فقر الأسر	مجموعة المتغيرات
0.000	4	37.103	43.042	فقيرة	نوع المسكن
				غير فقيرة	
0.449	6	1.551	5.778	فقيرة	السن الحالي للزوجة
				غير فقيرة	
0.014	5	2.429	7.235	فقيرة	السن عند أول زواج للزوجة
				غير فقيرة	
0.048	2	3.911	4.097	فقيرة	استعمال احدى وسائل منع الحمل
				غير فقيرة	
0.000	5	43.180	81.237	فقيرة	المستوى التعليمي للزوجة
				غير فقيرة	
0.000	5	43.493	57.379	فقيرة	المستوى التعليمي للزوج
				غير فقيرة	
0.000	2	14.889	18.760	فقيرة	السكن قبل الزواج

				غير فقيرة	
0.402	1	0.659	0.703	فقيرة	تكرار الزواج للزوجة
				غير فقيرة	
0.006	2	9.013	10.254	فقيرة	الحالة العائلية للزوجة
				غير فقيرة	
0.005	5	4.997	16.913	فقيرة	الإصابة بالأمراض
				غير فقيرة	المعدية والمنتقلة جنسيا
0.000	3	79.317	90.373	فقيرة	مهنة الزوج
				غير فقيرة	
0.000	2	40.925	47.123	فقيرة	مهنة الزوجة
				غير فقيرة	
0.000	5	273.220	336.218	فقيرة	الدخل الشهري للأسرة
				غير فقيرة	

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن أغلب المتغيرات دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0.05 ما عدى متغير السن الحالي للزوجة ومتغير تكرار الزواج للزوجة واللذان هما غير دالان احصائيا عند مستوى الدلالة 0.05 ، وبما أن معظم المتغيرات دالة احصائيا وعليه الفرضية الثانية محققة والتي تقول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأسر الفقيرة وغير الفقيرة ومجموعة المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية.

7-3- مناقشة الفرضية الثالثة: والتي تقول يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية للعوامل الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية لأنماط السلوك الانجابي لدى المرأة في منطقة الدراسة.

7-3-1- العوامل الديموغرافية وتأثيرها على عدد المواليد الأحياء لدى المرأة في منطقة الدراسة:

لمعرفة مدى تأثير العوامل الديموغرافية على عدد المواليد للمرأة في منطقة الدراسة استخدمنا أسلوب تحليل التباين لقياس حجم التأثير بين المتغيرات الديموغرافية وعدد المواليد الأحياء للمرأة في منطقة الدراسة.

الجدول رقم (40): تحليل التباين بالنسبة للمتغيرات الديموغرافية وعدد المواليد الأحياء.

قيمة الاحتمال (sig)	قيمة (F) المحسوبة	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين المتغيرات الديموغرافية
0.000	41.015	49.475	6	296.849	السن الحالي للزوجة
0.000	13.469	16.247	5	81.237	السن عند أول زواج للزوجة
0.000	25.253	30.463	2	60.925	استعمال موانع الحمل
		1.206	362	436.672	الخطأ
			375	843.061	الاجمالي

المتغير التابع: عدد المواليد الأحياء.

معامل التحديد ($R^2 = 0.782$)

مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن المتغيرات الديموغرافية والمتمثلة في (السن الحالي للزوجة ، السن عند أول زواج للزوجة ، استعمال موانع الحمل) لها تأثير معنوي بحيث قيمة الاحتمال تساوي (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) كما أن معامل التحديد ($R^2 = 0.782$)

وعليه نقول أنه يوجد تأثير قوي بين المتغيرات الديموغرافية وعدد المواليد الأحياء للمرأة في منطقة الدراسة.

7-3-2- العوامل الاجتماعية وتأثيرها على عدد المواليد الأحياء للمرأة في منطقة الدراسة:

لمعرفة مدى تأثير العوامل الاجتماعية على عدد المواليد للمرأة في منطقة الدراسة استخدمنا كذلك أسلوب تحليل التباين لقياس حجم التأثير بين المتغيرات الاجتماعية وعدد المواليد الأحياء للمرأة في منطقة الدراسة.

الجدول رقم (41): تحليل التباين للمتغيرات الاجتماعية وعدد المواليد الأحياء.

مصدر التباين للمتغيرات الاجتماعية	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (F) المحسوبة	قيمة الاحتمال (sig)
مستوى تعليم الزوج	20.470	5	4.094	2.440	0.034
مستوى تعليم الزوجة	91.657	5	18.331	10.927	0.000
الحالة العائلية للزوجة	42.865	2	21.433	12.775	0.000
السكن قبل الزواج	5.484	2	2.742	1.634	0.049
الخطأ	590.539	352	1.678		
الإجمالي	805.599	366			

المتغير التابع: عدد المواليد الأحياء

معامل التحديد ($R^2 = 0.567$)

مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن المتغيرات الاجتماعية والمتمثلة في (مستوى تعليم الزوج ، مستوى تعليم الزوجة ، الحالة العائلية للزوجة ، السكن قبل الزواج) لها تأثير معنوي بحيث

قيمة الاحتمال تساوي على التوالي (0.034 ، 0.000 ، 0.000 ، 0.049) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) كما أن معامل التحديد ($R^2= 0.567$) وعليه نقول أنه يوجد تأثير متوسط بين المتغيرات الاجتماعية وعدد المواليد الأحياء للمرأة في منطقة الدراسة.

7-3-3- العوامل الاقتصادية وتأثيرها على عدد المواليد الأحياء في منطقة الدراسة:

لمعرفة مدى تأثير العوامل الاقتصادية على عدد المواليد للمرأة في منطقة الدراسة استخدمنا كذلك أسلوب تحليل التباين لقياس حجم التأثير بين المتغيرات الاقتصادية وعدد المواليد الأحياء للمرأة في منطقة الدراسة.

الجدول رقم (42): تحليل التباين للمتغيرات الاقتصادية وعدد المواليد الأحياء.

مصدر التباين المتغيرات الديموغرافية	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (F) المحسوبة	قيمة الاحتمال (sig)
مهنة الزوج	70.236	3	23.412	12.897	0.000
مهنة الزوجة	61.111	2	30.555	16.832	0.000
الدخل الشهري للأسرة	53.824	5	10.765	5.930	0.000
الخطأ	611.763	337	1.815		
الاجمالي	763.897	347			

المتغير التابع: عدد المواليد الأحياء.

معامل التحديد ($R^2= 0.399$)

مستوى الدلالة $\alpha=0.05$

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن المتغيرات الاقتصادية والمتمثلة في (مهنة الزوج ، مهنة الزوجة ، الدخل الشهري للأسرة) لها تأثير معنوي بحيث قيمة الاحتمال تساوي (0.000) وهي

أقل من مستوى الدلالة (0.05) كما أن معامل التحديد ($R^2= 0.399$) وعليه نقول أنه يوجد تأثير ضعيف بين المتغيرات الاقتصادية وعدد المواليد الأحياء للمرأة في منطقة الدراسة.

7-3-4- محددات الفقر وتأثيره على عدد المواليد الأحياء للمرأة في منطقة الدراسة:

لمعرفة مدى تأثير محددات الفقر على عدد المواليد للمرأة في منطقة الدراسة استخدمنا كذلك أسلوب تحليل التباين لقياس حجم التأثير بين محددات الفقر وعدد المواليد الأحياء للمرأة في منطقة الدراسة.

الجدول رقم (43): تحليل التباين لمتغيرات الفقر وعدد المواليد الأحياء.

مصدر التباين المتغيرات الديموغرافية	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (F) المحسوبة	قيمة الاحتمال (sig)
خط الفقر المطلق الاجتهادي	50.656	7	7.237	3.500	0.009
خط الفقر المدقع الاجتهادي	15.429	5	3.086	1.492	0.01
حالة فقر الأسر	14.433	1	14.433	6.981	0.000
الخطأ	748.480	362	2.068		
الاجمالي	843.061	375			

المتغير التابع: عدد المواليد الأحياء.

معامل التحديد ($R^2= 0.218$)

مستوى الدلالة $\alpha=0.05$

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن المتغيرات المحددة للفقر والمتمثلة في (خط الفقر المطلق الاجتهادي ، خط الفقر المدقع الاجتهادي ، حالة فقر الأسر) لها تأثير معنوي بحيث قيمة الاحتمال تساوي على التوالي (0.009 ، 0.01 ، 0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة

(0.05) كما أن معامل التحديد ($R^2= 0.218$) وعليه نقول أنه يوجد تأثير ضعيف بين المتغيرات المحددة للفقر وعدد المواليد الأحياء للمرأة في منطقة الدراسة.

8-النتائج والتوصيات:

من خلال الدراسة التي قمنا حول الفقر وتأثيره على السلوك الانجابي في الجزائر مع تحديد أهم العوامل الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية والصحية المؤثرة في هذا السلوك الانجابي خلاصنا إلى عدة نتائج وتوصيات منها:

8-1- النتائج:

توصلت هذه الدراسة إلى مجموعة من النتائج وهي كالتالي:

- إن معظم الأسر بالنسبة لعينة الدراسة تعتبر أسر فقيرة حيث بلغت نسبتهم 73.9%، كما أن متوسط عدد المواليد الأحياء المنجبين للأسر الفقيرة قد بلغ 2.89 مولود لكل امرأة، وهذا ما يجعل أن الأسر الفقيرة أكثر ميلا لإنجاب عدد أكبر من الأولاد، إلى جانب ذلك أن الأسر الفقيرة ترغب في تفضيل انجاب الذكور أكثر من الاناث وذلك لأن الذكور يساهمون في نفقات الأسر الفقيرة ويمثلون حماية للأسرة في المستقبل.

- كما أظهرت نتائج الدراسة حول آراء المبحوثين حول خط الفقر الاجتهادي أن متوسط خط الفقر المذقع الاجتهادي بلغ حوالي (36926.19 دج)، أما بالنسبة لخط الفقر المطلق الاجتهادي فقدر بـ (68484.04 دج).

- لا شك أن هناك علاقة موجودة بين الفقر و السلوك الانجابي حيث أسفرت نتائج الدراسة على وجود علاقة بينهما، بحيث بلغت قيمة الاحتمال ($SIG= 0.013$) وهي أصغر من

مستوى الدلالة (0.05) ، كما أن معامل ايتا قد بلغ (0.218) وهذا ما يدل على أنه توجد علاقة طردية ضعيفة بين حالة فقر الأسر وعدد المواليد الأحياء.

- كما وجدنا في دراسة الفروق بين حالة الفقر للأسر (أسر فقيرة ، أسر غير فقيرة) ومجموعة من المتغيرات المؤثرة في السلوك الانجابي للمرأة في منطقة الدراسة، وبتطبيق أسلوب اختبار كاي تربيع (χ^2) للإستقلالية توصلنا إلى أن كل من مهنة الزوج ، الحالة العملية للزوج، الحالة العملية للزوجة، والدخل الشهري للأسرة، المستوى التعليمي للزوج، المستوى التعليمي للزوجة، نوع السكن، المعرفة بالأمراض المعدية والمنقولة جنسيا، استخدام إحدى وسائل منع الحمل ، السكن قبل الزواج للزوجة، دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0.05 أي توجد فروق إحصائية بين هذه المتغيرات ومتغير حالة فقر الأسر، أما بالنسبة للمتغيرات الأخرى والمتمثلة في تكرار الزواج للزوجة، السن الحالي للزوجة، وجدناها غير دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0.05 أي أنه لا يوجد فروق إحصائية بينهم ومستوى الفقر.

- أما عند تطبيقنا لاختبار تحليل التباين من أجل معرفة حجم تأثير مجموعة المتغيرات المدروسة في المتغير التابع والمتمثل في عدد المواليد الأحياء للمرأة في منطقة الدراسة، وبتطبيق هذا الأسلوب وجدنا أن قيمة الاحتمال (sig) أصغر من مستوى الدلالة (0.05) للمتغيرات الديموغرافية والسلوك الانجابي والمتمثل في عدد المواليد الأحياء للمرأة في منطقة الدراسة، كما بلغ معامل التحديد R^2 حوالي (0.782)، وهذا ما يفسر على أن المتغيرات الديموغرافية لها تأثير قوي على السلوك الانجابي للمرأة.

- أما فيما يخص المتغيرات الاجتماعية فوجدنا أن قيمة الاحتمال (sig) أصغر من مستوى الدلالة (0.05) ، كما أن معامل التحديد R^2 يساوي (0.567) ، وهذا ما يدل على أن

المتغيرات الاجتماعية لها تأثير متوسط على السلوك الانجابي والمتمثل في عدد المواليد الأحياء للمرأة محل الدراسة.

- أما بالنسبة للمتغيرات الاقتصادية فوجدنا كذلك أن قيمة الاحتمال (sig) أصغر من مستوى الدلالة (0.05) ، كما أن معامل التحديد R^2 يساوي (0.399) ، وهذا ما يدل على أن المتغيرات الاقتصادية لها تأثير ضعيف على السلوك الانجابي للمرأة.

- أما بالنسبة لمتغيرات الفقر فإن قيمة الاحتمال (sig) أصغر من مستوى الدلالة (0.05) ، كما أن معامل التحديد R^2 يساوي (0.218) ، وهذا ما يبين أن متغيرات الفقر لها تأثير ضعيف كذلك على السلوك الانجابي للمرأة محل الدراسة.

وفي الأخير نقول أن عامل الفقر له علاقة مع السلوك الانجابي للمرأة في منطقة الدراسة ، بحيث هذه العلاقة تعتبر علاقة ضعيفة و ذو أثر ايجابي بينهما ، وهذا ما يتضح لنا أن متغير الفقر لا يستطيع أن يؤثر لوحده في السلوك الانجابي للمرأة والمتمثل في عدد المواليد الأحياء المنجبين لها إلا بتدخل عدة عوامل أخرى والمتمثلة في العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية، بحيث أن المتغيرات الديموغرافية هي الأكثر تأثير في السلوك الانجابي، ثم تأتي بعدها المتغيرات الاجتماعية بتأثير متوسط، لتأتي المتغيرات الاقتصادية بتأثير منخفض.

8-2- التوصيات:

من خلال النتائج التي توصلت إليها الدراسة فإن من المناسب أن نوصي بعدة توصيات أهمها:

- ينبغي أن نحدد سياسة اقتصادية ناجعة تستند إلى القضاء على الفقر في منطقة الدراسة من أجل التحكم في السلوك الانجابي من خلال توفير المناخ المناسب لتنظيم الأسرة بالتوعية والتثقيف والإرشاد والتوجيه.
- الاهتمام بالتنمية البشرية المستدامة لأنها جزء لا يتجزأ من التنمية الاقتصادية والاجتماعية المستدامة في منطقة الدراسة.
- دعم برامج تنظيم الاسرة وتوسيع مجال عملها ، وتشجيع الاستفادة من خدماتها ، وتوسيع الخدمات الصحية الاولية و خاصة فيما يخص صحة الام و الطفل و البيئة و التغذية ، وتوفير احتياجاتها من عناصر طبيعية و أدوية وتعميق التعاون مع المنظمات الدولية المتخصصة في هذه المجالات .
- تطوير برامج الصحة الإنجابية والجنسية بناء على دراسات معمقة حول احتياجات الشباب على أن تستهدف هذه البرامج فئة الشباب في المدارس والجامعات وخارجها لتقديم المشورة والتثقيف.
- التوعية في مجال الصحة الإنجابية لدى النساء وبمخاطر الزواج المبكر وتكرار الحمل، بالإضافة إلى الاهتمام بالرضاعة الطبيعية.
- نشر الثقافة السكانية وذلك بإقامة الندوات والمؤتمرات حول السكان بمشاركة الاتحادات والروابط والمنظمات الشعبية بمنطقة الدراسة من أجل تشكيل قناعة لدى مختلف شرائح المجتمع بضرورة تخفيض حجم الأسرة، بالإضافة إلى دور وسائل الإعلام.

- العمل على تكثيف الجهود للحد من الأمية بين جميع أفراد المجتمع وخاصة الاناث ، وذلك عن طريق دعم مراكز محو الأمية ونشر مراكز التدريب و التنقيف ، وبناء المعاهد و الجامعات ، وتشجيع النساء على المشاركة في الانشطة الاقتصادية .
- أن تتجه الدراسات اللاحقة لموضوع الفقر والسلوك الانجابي نحو دراسة المنظومة الاجتماعية والاقتصادية من أجل محاولة قياس ما أمكن قياسه من متغيرات و ظواهر للتحكم فيها.
- توفير بيانات تفصيلية عن الفقر والسلوك الانجابي حسب المناطق من أجل اجراء دراسات مقارنة تفيد الدولة في بناء استراتيجية من أجل الحد من الفقر والتحكم في الخصوبة البشرية المرتفعة.
- اجراء مزيد من البحوث المماثلة في مناطق جغرافية أخرى للتأكد من هذه النتائج.
- الاهتمام بدور رجل الدين ودعمه حتى يتمكن من القيام بدوره في قضية تنظيم الأسرة لإزالة الفهم الخاطئ لموقف الدين منها، ودراسة السلوك الانجابي مع ما يتفق من أحكام الدين.

خاتمة:

يحتل الفقر حيزا كبيرا في مجتمعنا وخاصة المجتمعات الريفية لما له من أثر على السلوك الانجابي لدى المرأة في منطقة الدراسة، ولا سيما عندما يتطلب الأمر بمعرفة حتمية قوانين إعادة التكاثر السكاني والقيم المقدرة لنمو السكان وتركيبهم في المستقبل بهدف وضع برنامج ناجع للنمو الاقتصادي والاجتماعي من أجل الحد من الفقر والتحكم في السلوك الانجابي. حيث تطرقنا إلى أهم طرق قياس الفقر في الجزائر والمفاهيم المتعلقة به وارتباطه بأهم العوامل الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية ، إلى جانب دراسة مستويات الخصوبة والعوامل المباشرة وغير المباشرة المؤثرة فيها، كما تطرقنا إلى أهم مفاهيم الصحة الإنجابية وخاصة بالنسبة إلى صحة الأم والطفل والتعرف على أهم الأمراض المعدية والمنقولة جنسيا.

كما نلاحظ أن هناك تشابه أو تطابق جوهري لدى مقارنة نتائج التحليل في التركيب السكاني من حيث الفئات العمرية و الهرم السكاني و الحالة التعليمية ، وكذلك في معدل المواليد الخام و المعدلات المتعلقة بالخصوبة في ولاية غليزان معها في الجزائر ككل.

حيث بلغ معدل المواليد الخام في التعداد الاخير 2008 في كل من ولاية غليزان والجزائر عامة على التوالي 23.0 % و 23.2 %، أما فيما يخص معدل الخصوبة العام في كل من ولاية غليزان والجزائر عامة بلغ على التوالي 78.9 % و 81.5 % ، كما أن مؤشر الخصوبة الكلي (ISF) قد بلغ في ولاية غليزان 2.68 طفل لكل امرأة أما في الجزائر عامة 2.74 طفل لكل امرأة.

كما توصلنا من نتائج الدراسة الميدانية التي قمنا بها في ولاية غليزان على أن هناك علاقة بين الفقر و السلوك الانجابي حيث أسفرت نتائج الدراسة على وجود علاقة ارتباطية بينها، بحيث بلغ معامل ايتا لديهم حوالي (0.218)، وكذلك قيمة الاحتمال (SIG= 0.029) وهي أصغر

مستوى الدلالة (0.05) وهذا ما يدل على أنه توجد علاقة طردية ضعيفة بين حالة فقر الأسر وعدد المواليد الأحياء لدى المرأة في منطقة الدراسة.

كما وجدنا في دراسة الفروق بين حالة الفقر للأسر (أسر فقيرة ، أسر غير فقيرة) ومجموعة من المتغيرات المؤثرة في السلوك الانجابي للمرأة في منطقة الدراسة، وبتطبيق أسلوب اختبار كاي تربيع (χ^2) للإستقلالية توصلنا إلى أن كل من مهنة الزوج ، الحالة العملية للزوج، الحالة العملية للزوجة، والدخل الشهري للأسرة، المستوى التعليمي للزوج، السن عند أول زواج للزوجة، المستوى التعليمي للزوجة، نوع السكن، المعرفة بالأمراض المعدية والمنقولة جنسيا، استخدام إحدى وسائل منع الحمل، السكن قبل الزواج للزوجة، دالة احصائية عند مستوى الدلالة 0.05 أي توجد فروق إحصائية بين هذه المتغيرات ومتغير حالة فقر الأسر، أما بالنسبة للمتغيرات الأخرى والمتمثلة تكرار الزواج للزوجة، السن الحالي للزوجة، وجدناها غير دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0.05 أي أنه لا يوجد فروق إحصائية بينهم ومستوى الفقر.

وبتطبيق أسلوب تحليل التباين بين المتغيرات الديموغرافية والسلوك الانجابي والمتمثل في عدد المواليد الأحياء للمرأة في منطقة الدراسة، وبحساب معامل التحديد R^2 ، بحيث يقدر معامل الارتباط بين المتغيرات الديموغرافية والسلوك الانجابي حوالي (0.782)، وهذا يعني أن يوجد تأثير قوي بين المتغيرات الديموغرافية والسلوك الانجابي، أما فيما يخص المتغيرات الاجتماعية فوجدنا ومعامل التحديد R^2 يساوي (0.567) وعليه نقول أن يوجد تأثير متوسط بين المتغيرات الاجتماعية وعدد المواليد الأحياء للمرأة في منطقة الدراسة، أما بالنسبة للمتغيرات الاقتصادية فوجدنا معامل التحديد R^2 يساوي (0.399) وهذا ما يدل على وجود تأثير متوسط بين المتغيرات الاقتصادية وعدد المواليد الأحياء للمرأة في منطقة الدراسة.

وعليه فإن المتغيرات الديموغرافية هي الأكثر تأثير في السلوك الانجابي، ثم تأتي بعدها المتغيرات الاجتماعية بتأثير متوسط، لتأتي المتغيرات الاقتصادية بتأثير منخفض.

وفي الأخير نقول أن متغير الفقر لا يستطيع أن يؤثر لوحده في السلوك الانجابي للمرأة والمتمثل في عدد المواليد الأحياء المنجيين لها إلا بتدخل عدة عوامل أخرى والمتمثلة في العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية.

المراجع

المراجع باللغة العربية:

- (1) إبراهيم العيسوي، مناهج قياس التنمية، رسالة ماجستير في الاقتصاد، معهد التخطيط القومي، القاهرة، 1997.
- (2) إبراهيم عبد الحميد، العدالة الاجتماعية والتنمية في الاقتصاد الإسلامي، مركز دار دراسات الوحدة العربية، الطبعة الأولى، بيروت، 1998.
- (3) ابن رشد القرطبي، بداية المجتهد ونهاية المجتهد، بيروت، دار ابن حزم، ط1، 1981.
- (4) ابن مفلح الخبلي، المبدع في شرح المقنع، بيروت، دار الكتب العلمي، ط1، 1994.
- (5) أثر الخصوبة البشرية في البطالة والفقر دراسة عينة من بؤر الفقر في الأردن، مجلة التنمية والسكان، الجامعة الأردنية، العدد الحادي عشر، 2005.
- (6) اجلال عوض الله، اتجاهات الخصوبة البشرية بولاية شمال دارفور -دراسة حالة محلية الفاشر في الفترة ما بين 1993-2005-، أطروحة دكتوراه في الجغرافيا، جامعة الخرطوم، يوليو 2007.
- (7) أحمد إبراهيم العلى، في سبيل إزالة الفقر " مفاهيم وآراء " ورقة مقدمة بمناسبة الأسبوع العالمي للتخفيف من الفقر، بغداد، 1988.
- (8) أحمد إبراهيم العلى، في سبيل ازالته الفقر، مفاهيم وآراء ورقة مقدمة بمناسبة الأسبوع العالمي للتخفيف من الفقر، بغداد، 1988.
- (9) أحمد عبد القاهر، وثائق مؤتمر القاهرة الدولي للسكان والتنمية، 1994، صادرة عن الأمم المتحدة.
- (10) أمير بوزيد أحمد، نمذجة ظاهرة الفقر في الجزائر -دراسة حالة خميس مليانة-، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة تلمسان، 2011/2012.
- (11) الأمم المتحدة، قياس الفقر في دول اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، سلسلة مكافحة الفقر، العدد 3، نيويورك، 1996.
- (12) البابا محمد، التغذية الصحيحة صحة جيدة وعمر مديد، دار ابن النفيس، دمشق، (د. ت)،
- (13) البنك الدولي، تشخيص الفقر في الأردن، نيويورك، 2001.

- (14) الجبالي حمزة، الصحة العامة، دار أسامة للنشر والتوزيع ودار المشرق الثقافي، عمان، 2006.
- (15) الجندي أمينة، فعاليات برنامج مقترح قائم على التعلم الذاتي لتنمية الوعي بالصحة الإنجابية وأبعادها لدى الطالبة المعلمة في كلية البنات، الجمعية
- (16) الجندي، خزamy، العلاقة التبادلية بين الخصوبة والمتغيرات الاقتصادية في الجمهورية العربية السورية، جامعة، دمشق، 1999
- (17) الحديث النبوي الشريف، صححه الألباني في صحيح الجامع، 359/1 ح 1742.
- (18) الحوراني ياسر عبد الكريم ، الفكر الاقتصادي عند الإمام الغزالي ، عمان، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، 2006.
- (19) الدار المخطار ، بهامش حاشية ابن عابدين المساواة رد المختار على الدار المختار ، دار احياء التراث العربي ، ط2 ، لبنان ، 1987
- (20) السفاريني، أحلام يوسف، ظاهرة الفقر ودور المؤسسات الاجتماعية الوطنية في معالجتها في الأردن (1987-1996)، رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية، عمان، 1998.
- (21) السلوك الانجابي للمرأة الريفية تحت بعض الثقافات الفرعية في مركز مطوبس في محافظة كفر الشيخ: طبيعته ومحدداته، مجلة الدراسات الاقتصادية والاجتماعية، جامعة المنصورة، المجلد الثالث، العدد الأول، جوان 2012.
- (22) الصفدوي، وآخرون، الأمراض والعناية التمريضية حراحة وباطني، عمان، دار السيرة للنشر والتوزيع والطباعة، ط1، 2009.
- (23) القرآن الكريم ، سورة التوبة ، الآية 60
- (24) القرآن الكريم سورة الأنعام ، الآية 168.
- (25) القرآن الكريم، سورة التكاثر، الآية 8،
- (26) اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا ، الفقر وطرق قياسه في منطقة الاسكيا : محاولة لبناء بيانات لمؤشرات الفقر، الأمم المتحدة ، نيويورك ، 2003
- (27) المختار الهراس، ادريس بن سعيد، الثقافة والخصوبة دراسة في السلوك الانجابي بالمغرب، عمان، الاردن، الطليعة للطباعة والنشر، ط1، 1996.

- (28) المعهد العربي للتدريب والبحوث الإحصائية ، مفاهيم وطرق قياس المعيشة في الأقطار العربية ، وقائع الندوة الدولية في بيروت ، 2002
- (29) الهيئة السورية لشؤون الأسرة في سوريا ووزارة التعليم العالي ووزارة الصحة، مواقف ومعتقدات السيدات السوريات المتعلقة بتنظيم الأسرة، دمشق، كانون الأول، 2006
- (30) اليازجي صبحي، الزواج والصحة الإنجابية في ضوء القرآن الكريم، رسالة ماجستير، برنامج الدراسات العليا بين جامعة عين شمس وجامعة الأقصى ، غزة، 2007
- (31) أمال بن ناصر ، وداد برصاص ، مشكلة الفقر في الجزائر وآليات محاربتها ، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير ، جامعة قلمة ، الملتقى الوطني حول الفقر بين إشكالية التنظير وتحديات الواقع - رؤية اقتصادية إسلامية - ، 2013.
- (32) أمل الطيب، عبدالله سعدوك، أثر العوامل الاقتصادية والاجتماعية على وفيات الأمهات ووفيات الأطفال الرضعمدينة كسلا في الفترة من 2000-2005، ماجستير في الجغرافيا، جامعة الخرطوم، أكتوبر 2008.
- (33) بورديو، بير ، أسئلة علم الاجتماع حول الثقافة والسلطة والعنف الرمزي، ترجمة إبراهيم فتحي، دار العالم الثالث، القاهرة، 1995.
- (34) حاج قويدر قورين ، ظاهرة الفقر في الجزائر وأثارها على النسيج الاجتماعي في ظل الطفرة المالية - البطالة والتضخم - الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية ، قسم العلوم الاقتصادية والقانونية ، جامعة الشلف ، العدد 12 ، 2014 .
- (35) حاجي فطيمة، إشكالية الفقر في الجزائر في ظل البرامج التنموية للجزائر للفترة 2005-2014، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2013/2014.
- (36) حصروري نادية، تحليل وقياس الفقر في الجزائر (دراسة تطبيقية في ولاية سطيف)، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة منتوري قسنطينة، 2008/2009.
- (37) خطاب منى، وأبو جريبان محمد، الإجهاض مضاعفاته الطبية وأحكامه الشرعية، رام الله، دار الشروق للنشر والتوزيع، ط1، 2007.
- (38) خيرى خليل الجميلي، بدر الدين كمال عبده، المدخل في الممارسة المهنية في مجال الأسرة

- والطفولة، المكتب العلمي للكمبيوتر للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 1997
- (39) دنج ، ب ألن ، الفقر والبيئة الحد من دوامة الفقر، ترجمة صابر، محمد، معهد مراقبة البيئة العالمية، الطبعة الأولى، الدار الدولية للنشر، القاهرة/مصر، 1991 ،
- (40) دوخة عبد الرحمن الحنيطي، وآخرون، محددات الفقر في الريف الأردني وعلاقته بالجنس لرب الأسرة (دراسة مسحية لمنثقي صندوق المعونة الوطنية في لوا الأغوار الجنوبي)، المجلة الأردنية في العلوم الزراعية، الجامعة الأردنية، المجلد 8، العدد 2، 2012،
- (41) دوخي الحنيطي، وآخرون، تمييز الأسر الفقيرة من غير الفقيرة في المناطق النائية التابعة لإقليم جنوب الأردن، مجلة التنمية والسياسات الاقتصادية، المجلد السابع، العدد الأول، ديسمبر 2004،
- (42) دويدي ، رجاء وحيد ، البحث العلمي (أساسياته النظرية وممارساته العلمية)، دمشق دار الفكر، 2002.
- (43) رضا وفاء، الرضاعة لطفلك، عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع، ط1، 2005
- (44) زكي رمزي ، السياسات التصحيحية والتنمية في الوطن العربي ، المعهد العربي للتخطيط بالكويت، 1988
- (45) سناء الخولي ، مبادئ علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1986
- (46) سهام عبد العزيز، وسائل منع الحمل وأثرها على الخصوبة في الجزائر - دراسة ميدانية في مراكز حماية الأمومة والطفولة لمدينة باتنة - رسالة ماجستير في الديموغرافيا، جامعة الحاج لخضر باتنة، 2013-2044
- (47) شاهر محمد سعيد، مشكلة الفقر والتنمية البشرية في اليمن، رسالة ماجستير، كلية الاقتصاد والإدارة، جامعة عدن، اليمن، 2000
- (48) طارق قندوز ، السعيد قاسمي ، إبراهيم بلحمير ، المخططات الخماسية التنموية في الجزائر 2001-2014 لمواجهة الفقر، البطالة والتضخم ، جامعة وهران 1 ، العدد 7 : مجلة دراسات اجتماعية وإنسانية ، جانفي 2017
- (49) طارق كمال، الأسرة ومشاكل الحياة العائلية، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، 2005
- (50) عامر قنديلجي، البحث العلمي واستخدام مصادر المعلومات التقليدية والالكترونية (أسسه -

- أساليبه- مفاهيمه- أدواته)، عمان، دار الميسرة للنشر والتوزيع، ط2، 2010،
- (51) عبد الحليم رضا عبد العالي ، استراتيجيات تنظيم المجتمع واتخاذ القرار بتنظيم الأسرة الفقيرة ، مجلة دراسات سكانية ، العدد 38، 1976.
- (52) عبد الحليم فضل الله، أثر النمو الاقتصادي على معدلات الفقر وعدالة توزيع الدخل القومي (حالة لبنان 1992-2012)، أطروحة دكتوراه في الاقتصاد، جامعة دمشق، 2015.
- (53) عبد الله وآخرون، صحة الانسان وسلامة الغذاء، عمان، دار اليازوري، 2007.
- (54) عبد المجيد البلداوي، أساليب البحث العلمي والتحليل الاحصائي (التخطيط للبحث وجمع وتحليل البيانات يدويا وباستخدام برنامج spss، عمان، دار الشروق، ط1، 2007.
- (55) عبد المنعم عبد الحي، علم السكان، ط1، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، 1985،
- (56) عدنان داود محمد العذاري ، هدى زوير مخلف الدعي ، قياس مؤشرات ظاهرة الفقر في الوطن العربي ، دار جديد للنشر والتوزيع ، ط1 ، 2010.
- (57) عدنان سليمان ، سوسولوجيا الثقافة السكانية: دراسة تحليلية لثقافة الخصوبة النسائية في سوريا، مجلة جامعة دمشق، المجلد 12، العدد 2 ، 2000،،
- (58) عيسى بن ناصر ، مشكلة الفقر في الجزائر ، مجلة الاقتصاد والمناجمنت ، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير ، جامعة تلمسان ، العدد 2 ، 2003
- (59) فارس عبد الرزاق، الفقر وتوزيع الدخل في الوطن العربي ، مركز دراسات الوحدة العربية ، بيروت ، 2002.
- (60) فايز محمد العيسوي، المحددات الاقتصادية والاجتماعية وتأثيرها على تفاوت مستويات الخصوبة عند المرأة الامارتية، الجمعية الجغرافية الكويتية (رسائل جغرافية)، العدد 308، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، كلية الآداب، جامعة الكويت، 2006.
- (61) فتحي محمد أبو عيانه، جغرافية السكان، بيروت، دار النهضة العربية، ط2، 1980.
- (62) فوزي عيد سهاونه وموسى عبدوه سمحة، جغرافيه السكان، ط2، دار وائل للنشر، عمان، 2007
- (63) فوزي منير كرادشة، علم السكان (الديموغرافيا الاجتماعية)، وزارة الثقافة، الأردن، 2009
- (64) كريم كريمة ، الفقر وتوزيع الدخل في مصر منتدى العالم الثالث ، مكتب الشرق الأوسط، القاهرة

،1994.

(65) لسان العرب ، الجزء الخامس، ص 3444 ، القاموس المحيط ،الجزء الثاني، ص 111، المصباح المنير، الجزء الثاني، بدون سنة نشر .

(66) محمد أحمد محمد بيومي، علم الاجتماع العائلي ،دراسة التغيرات في الأسرة العربية، لإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 2003.

(67) محمد حسن باقر، قياس الفقر في دول اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، الأمم المتحدة، نيويورك، 1996.

(68) محمد عبد الرحمن الشر نوبي، جغرافيه السكان،مكتبه الانجلو المصرية، القاهرة، 1986.

(69) محمد كاظم المهاجر، الاقتصاد الكلي (تحليل نظري وتطبيقي)، دار المستقبل للنشر والتوزيع، عمان، 2000.

(70) مريبعي سوسن، التنمية في الجزائر- الواقع والآفاق - رسالة ماجستير، جامعة منتوري 2 قسنطينة، 2013/2012.

(71) مزاهرة أيمن، موسوعة رعاية الأمومة والطفولة، عمان، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2002.

(72) مصطفى أحمد حامد رضوان، الفقر في ظل العولمة، الدار الجامعية للكتاب ط1، 2012.

(73) مصطفى خلف عبد الجواد أستاذ علم الاجتماع في كلية الآداب - جامعة المنيا , " دراسات غي علم اجتماع السكان " . دار المسيرة، 2009 .

(74) مصطفى عمر حمادة، الانثروبولوجية، دراسات في علم السكان، دار المكتبة الجامعية، القاهرة، 2009.

(75) مفيد زنن يونس، اقتصاديات السكان، الأكاديمية للنشر والتوزيع،المنهل، جامعة الموصل، 2011.

(76) منصور أحمد إبراهيم ، عدالة التوزيع والتنمية الاقتصادية: رؤية إسلامية مقارنة ، سلسلة أطروحات دكتوراه 66 ، دراسات الوحدة العربية ، الطبعة الأولى، بيروت ، 2007.

(77) منصور محمد، الأحكام الطبية المتعلقة بالنساء في الفقه الإسلامي، عمان، دار النفساء للنشر

والتوزيع، ط1، 2004.

(78) منظمة الصحة العالمية، الجهاز المركزي للإحصاء وصندوق الأمم المتحدة للسكان، مسح الأمومة الآمنة التقرير القومي، 1999.

(79) منور عادل، رعاية وتوجيه المراهق في الإسلام، ط1، مطبعة جراء، مكة المكرمة، 1998.

(80) هناء محسن الهيكلي، أثر السياسات السكانية المؤدية للإنجاب على المرأة العربية، الأمم المتحدة اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، اجتماع خبراء السياسة السكانية، بحوث الاجتماع، 1989.

(81) وداد سليمان مرقص ، المدخل الديموغرافي لدراسة التدرج الاجتماعي ، دراسة ميدانية في قرينتين مصريتين ، رسالة دكتوراه ، آداب القاهرة ، 1978.

(82) وزارة التربية والتعليم، دليل تدريبي في صحة المراهقة، ط3، الإدارة العامة للإرشاد والتربية الخاصة، غزة، 2008.

(83) ياسين مصطفى عدنان ، الفقر والمشكلات الاجتماعية ، بحث مقدم في ندوة الفقر والغنى في الوطن العربي ، بيت الحكمة ، بغداد ، 2002.

المراجع باللغة الأجنبية:

1. Askham, J. *Fertility and Deprivation, A Study of Differential Fertility Amongst Working-Class Families in Aberdeem* Cambridge: Cambridge Univ. Press, PP. 11-12.
2. BAKASS F., 'Fécondité et santé reproductive au Maroc, Approche offre- demande de la dynamique de la pratique contraceptive', éd: ACADEMIABRUYLANT, l'HARMATTAN, UCL (Institut de Démographie/département dessciences de la population et du développement), 2006.
3. Bhattacharyya, A.K, *Income Inequality and Fertility: A Comparative View: Population Studies, Vol. 29, 1975, pp. 5-19.*
4. BRUNE Schoumaker 'Pauvreté et fécondité : un aperçu de la littérature des 25 dernières années, chapitre 6, pp.99-116. In: *Crise, pauvreté et changements démographiques dans les pays de sud. Sous la direction de François GENDREAU. Ed : ESTEM, 1998*
5. CNES, *Rapport national sur le développement humain 2007 et 2008, Dynamique démographique et incidence sur la demande social, mars 2009.*

6. *cochre, J.E. Rural Development, Income Distribution and Fertility Decline, New York: the Population Council, 1973, pp. 57 & 74-89*
7. *Diyon, R. Les Droits de la femme et Fécondité, Population, n°17, Paris, Juin, 1975, P11.*
8. *EASF (2002b), ‘Enquête Algérienne sur la Santé de la Famille’, Etudes approfondies Ed : MSP/RH, ONS, Ligue Arabes, juin 2007.*
9. *Flegg, A.T. The Role of Inequality of Income in the Determination of Birth Rates, Population Studies, 33(3), 1979, pp. 457-477.*
10. *Glewwe, P. Confronting Poverty in developing countries : Definition in formation and policies, world bank, working paper, Washington, D.C, PP, 3-4*
11. *J . Propper, C . Robinson & R . Legrand, The economics of Social problems 3rd edition Mc-Millan published, 1990, pp. 184-186.*
12. *Jennifer G. Clarke, MD, MPH, et. Al. Reproductive health care and family planning (1)needs among incarcerated, Women American Public Health Association, May 2006, 96 (5): 834-839*
13. *Kiser, C. & P. Whelpton Summary of Chief Findings and Implications for Future Studies, Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 36, 1958, PP. 282-329*
14. *Lorenzo Giovanni Bellu, Paolo liberté, L impact des politiques de la pauvreté ,Définition de la Pauvreté, Organisation des Nations Unies pour L alimentation et l’agriculture (FAO), 2007, P.04*
15. *Martin Ravailion, comparaison de la pauvreté : concepts et méthode, étude sur la mesure des niveaux de vie, document de travail, n°22, banque mondial, Wachington, 1996, p3*
16. *N amboobdiri ; N , « Some observation on the Economic Framework for fertility analysis “; population studies , Vol . 26, No. 2, 1972 , p. 185-206*
17. *Narayan Deepa, silence et impuissance : le lot des pauvres, finance et développement, vol37, n°4, p34.*
18. *Nations unise, Rapport mondial sur deveoppement humaine, 2006, pp56- 60.*
19. *Nelson, R. A Theory of the Low-Level Equilibrium Trap, in : American Economic Review, Band 46, 1956.*
20. *Nicolas, S. la pauvreté à la vulnérabilité, pauvreté et stratégie de survie. Belgique: monde en développement, N° 4, Tome 35.2007, p. 11.*

21. ONS , *Démographie algérienne 2007, données statistiques n°499, ONS,Algérie(2007).*
22. ONU, 'objectif 4 : réduire la mortalité infantile', *MDG rapport, 2010, section site : www.un.org/millenniumgoals, date de consultation : mai 2011. pp : 26-29-*
23. PONTY N., , *Mesurer la pauvreté dans un pays en développement, StatecoN°90-91, éd :INSEE, Paris,(1998). 2006*
24. Rao, S.S. *Battrens of Income Distribution and Fertility Levels With Special Reference to India, The Journal of family Welfare. 23(2), 1976, pp. 63-84*
25. Reisman, C.K, *Birth Control, Cultural and the Poor, American Journal of Orthopsychologie, Vol, 38,1968, PP.663-699.*
26. Repetto, R. *Economic Equality and Fertility in Developing Countries Baltimore: Johns Hopkins Univ. Prees,1979, pp. 1-3, 12, 67, 151 & 156.*
27. Todaro, M. p. *economic development. New York & London: 5th edition, Longman, 1994,p.153.*
28. UNAIDS, *Report on the Global QIDS Epidemic, annex 2,*
29. *United Nations, Rapport of the world summit for Social Development, 1995*

مواقع بالانترنت:

- 1) www.prb.org.
- 2) <http://bu.umc.edu.dz/opacar/theses/sociologie/AMAN1861.pdf> 22/04/2017.
- 3) [http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update ar.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update_ar.pdf)
- 4) <http://islamfin.go-forum.net/t5333-topic#10411> Consulté le 29/12/2017
- 5) <https://data.albankaldawli.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>
- 6) www.banquemoniale.org.
- 7) www.dz.undp.org/hiv-aids/PgVIHSIDA.pdf
- 8) www.ons.dz, *Messe- salaire pdf, mise a jour 15/12/2017.*
- 9) www.relizane48.org.
- 10) www.statistiques-mondiales.com.
- 11) www.un.org/millenniumgoals

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1	ملخص دليل الفقر البشري للدول النامية والدول المتقدمة	47
2	تطور مؤشر دليل التنمية البشرية في الجزائر من (1990-2017)	48
3	تطور معدل الفقر في الجزائر من (1995-2013)	55
4	تطور متوسط نصيب الفرد من الناتج الإجمالي المحلي من (1995-2013)	56
5	تطور الأجر الأدنى في الجزائر للفترة (1991-2012)	57
6	تطور معدل التضخم في الجزائر من (1995-2013)	58
7	تطور معدل البطالة في الجزائر من (1995-2013)	59
8	تطور نسبة التمدرس في الجزائر من (1995-2013)	61
9	تطور سن الزواج الأول في الجزائر وفارق السن بين الجنسين	73
10	تطور وسائل منع الحمل خلال المسوح الميدانية	75
11	تطور معدل الخصوبة الكلي بالنسبة للمستوى التعليمي خلال المسوح الميدانية	78
12	تطور معدل وفيات الأمهات لكل 100000 مولود حي في الجزائر من 1999 إلى 2014	96
13	تطور معدلات الاستشارة قبل وبعد الولادة في الجزائر خلال المسوح العنقودية متعددة المؤشرات	97
14	القيم التقديرية للمتعايشين مع فيروس فقدان المناعة المكتسبة (HIV) في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	111
15	تطور حالات الجديدة المكتشفة للإيدز في الجزائر حسب الفئات العمرية في الفترة (2010-2014)	112
16	توزيع عدد البلديات وعدد الأسر وحجم العينة المسحوبة منهم	120

131	توزيع فئات السن الرئيسية بالنسبة لولاية غليزان خلال التعدادات السكانية 1987 - 1998 - 2008	17
135	تطور بعض مؤشرات الخصوبة في ولاية غليزان خلال التعدادات 1987- 1998 - 2008	18
144	نسبة عدد الغرف بالنسبة لعدد أسر العينة المدروسة	19
144	نسب السن الحالي للزوجة بالنسبة لكل فئة عمرية	20
145	نسب السن الحالي للزوج بالنسبة لكل فئة عمرية	21
149	توزيع نسب الحالة المهنية للزوجة	22
149	توزيع نسب الحالة المهنية للزوج	23
152	توزيع مجموع عدد المواليد الأحياء بالنسبة للفئات العمرية للزوجات	24
153	توزيع عدد المواليد الأحياء والأموات بالنسبة للفئات العمرية للزوجات	25
154	توزيع نسب نوع الرضاعة التي تستعملها الأمهات بعد الولادة	26
154	توزيع نسب مدة الرضاعة الطبيعية للأمهات بعد الولادة مباشرة	27
155	توزيع نسب استعمال موانع الحمل بالنسبة لعدد الزوجات	28
156	توزيع نسب الأمهات بالنسبة لمكان الولادة	29
158	توزيع نسب وفيات الرضع والأطفال في وقت الوفاة بالنسبة لعينة الدراسة	30
160	توزيع نسب النساء المصابات أو اللواتي أصبن من قبل بالأمراض المعدية	31
161	توزيع نسب حالة الفقر بالنسبة للأسر ومتوسط كل من خط الفقر المدقع والمطلق الاجتهادي لعينة الدراسة	32
161	متوسط عدد المواليد الأحياء بالنسبة للسن عند أول زواج للزوجة	33
162	متوسط عدد المواليد الأحياء بالنسبة إلى استخدام وسائل منع الحمل	34
164	متوسط عدد المواليد الأحياء بالنسبة للحالة المهنية للزوجة	35
166	متوسط عدد المواليد الأحياء بالنسبة لمكان الإقامة للزوجة قبل الزواج	36
168	متوسط عدد المواليد الأحياء بالنسبة لتفضيل انجاب الذكور	37

171	اختبار مربع كاي لدراسة العلاقة بين عدد المواليد الأحياء وحالة فقر الأسر (فقيرة وغير فقيرة).	38
172	اختبار مربع كاي (χ^2) بين حالة فقر الأسر (فقيرة وغير فقيرة) ومجموعة المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية.	39
174	تحليل التباين بالنسبة للمتغيرات الديموغرافية وعدد المواليد الأحياء.	40
175	تحليل التباين للمتغيرات الاجتماعية وعدد المواليد الأحياء.	41
176	تحليل التباين للمتغيرات الاقتصادية وعدد المواليد الأحياء.	42
177	تحليل التباين لمتغيرات الفقر وعدد المواليد الأحياء.	43

فهرس الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
1	تطور عدد العمال بالآلاف حسب الجنس في الجزائر من 1966 إلى 2014	80
2	تطور معدل وفيات الأطفال في الجزائر من 1985/1989 إلى 2008/2012	94
3	تطور معدل وفيات الأمهات لكل 100000 مولود حي في الجزائر من 1999 إلى 2014	96
4	الهرم السكاني لكل من الجزائر عامة وولاية غليزان لتعداد 1987	132
5	الهرم السكاني لكل من الجزائر عامة وولاية غليزان لتعداد 1998	133
6	الهرم السكاني لكل من الجزائر عامة وولاية غليزان لتعداد 2008	133
7	توزيع نسب نوع المسكن لعينة الدراسة	139
8	توزيع نسب حالة المسكن بالنسبة لعينة الدراسة	140
9	توزيع نسب حالة شغل المسكن بالنسبة لعينة الدراسة	141
10	خصائص المسكن بالنسبة لعينة الدراسة	142

143	نسبة امتلاك الأسر للتجهيزات المنزلية	11
146	توزيع نسب الحالة العائلية للزوجة بالنسبة لعينة الدراسة	12
147	توزيع نسب سن أول زواج للزوجة والزوج بالنسبة لعينة الدراسة	13
148	نسب توزيع الأسر المبحوثة بالنسبة للمستوى التعليمي	14
150	توزيع نسب الزوجات العاملات بالنسبة إلى مجالات العمل	15
151	توزيع نسب الأزواج العاملين بالنسبة لمجالات العمل	16
152	توزيع نسب الأسر بالنسبة للدخل الشهري للأسرة	17
155	توزيع نسب طرق وسائل منع الحمل بالنسبة لعينة الدراسة	18
157	توزيع نسب الأمهات أثناء الولادة بالنسبة للكادر الطبي	19
157	توزيع نسب الرعاية الطبية والمضاعفات أثناء الحمل والولادة	20
159	توزيع نسب المعرفة بالأمراض المعدية والمنقولة جنسيا لعينة الدراسة	21
163	متوسط عدد المواليد الأحياء بالنسبة للمستوى التعليمي للزوجة	22
164	متوسط عدد المواليد الأحياء بالنسبة لمجالات عمل الزوجة	23
165	متوسط عدد المواليد الأحياء بالنسبة للدخل الشهري	24
167	متوسط عدد المواليد الأحياء بالنسبة لأسباب انجاب أكبر عدد من الأولاد حسب آراء عينة الدراسة	25
168	متوسط عدد المواليد الأحياء بالنسبة لمستوى الفقر لدى الأسرة	26
170	المتوسطات الحسابية لبعض متغيرات السلوك الانجابي	27

فهرس الخرائط

الصفحة	عنوان الخريطة	الرقم
126	موقع ولاية غليزان على خريطة الجزائر	1
130	الخريطة الإدارية لولاية غليزان	2

الملاحق

الملحق رقم(1): يمثل الاستبيان الخاص بالفقر وتأثيره على السلوك الانجابي.



جامعة وهران 2 محمد بن أحمد

تحقيق ميداني حول الفقر وتأثيره على السلوك الانجابي في الجزائر دراسة حالة ولاية غليزان

معهد الديمغرافيا بجامعة وهران 2 محمد بن أحمد واستنادا إلى النصوص التشريعية المتعلقة بالتحقيقات الإحصائية يضمن سرية هذه المعلومات.

لقد وقع الاختيار عليكم لتعبئة هذا الاستبيان من أجل التعرف عن بعض خصائصكم الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية ومستوى الفقر لديكم وتأثيره على السلوك الانجابي في ولاية غليزان.

أكون شاكرا ومقدرا لو تكرمتم بإعطاء هذا الموضوع ما يستحق من وقتكم الثمين ومن صراحتكم، ثم إنه لا يوجد جواب صحيح صحة كاملة ولا جواب خطأ خطأ كليا إنما لكل واحد رأيه، ولكن الرأي الأمين الصادق بالنسبة لنا أضنه لك أيضا الجواب الصحيح.

وأود أن أؤكد أن البيانات والمعطيات التي نأخذها لن تستخدم لغير أغراض هذا البحث وستعامل بسرية تامة.

مع شكري وتقديري لسيادتكم

1/ الإقامة:

1. نوع المسكن:

- 1) عمارة () 2) فيلا () 3) حوش () 4) بناء هش () 5) بناء قصديري () 6) خيمة ()
7) أخرى ()

2. ما هو نوع سقف البيت؟

- 1) مغطى بالإسمنت () 2) مغطى بالقرميد () 3) مغطى بالطون () .

3. حالة المسكن:

- 1) جيدة () 2) حسنة () 3) هشة () 4) غير صالحة لسكن () .

2/ خصائص المسكن:

4. حالة شغل المسكن:

- 1) سكن خاص () 2) كراء () 3) سكن وظيفي () 4) سكن ريفي () 5) سكن جماعي ()
6) أخرى () .

5. عدد الغرف () .

6. استعمال المطبخ

- 1) للطبخ فقط () 2) لاستعمال آخر () 3) غير موجود () .

7. دورة المياه

- 1) داخل المنزل () 2) في الخارج () 3) لا يوجد () .

8. التزود بالماء

- 1) ربط عمومي () 2) بئر () 3) منبع طبيعي () 4) أخرى () .

9. التزود بالغاز والكهرباء

- 1) غاز المدينة مع الكهرباء () 2) غاز المدينة فقط () 3) الكهرباء فقط () 4) لا غاز ولا كهرباء ()

10. مياه المجاري (الصرف الصحي)

- 1) مربوطة بمجرى عمومي () 2) حفرة مياه فذرة () 3) وسائل أخرى () .

3/ تجهيزات الاسرة

11. هل توجد عند الأسرة التجهيزات التالية؟

- 1) مذياع () 2) تلفاز () 3) فيديو () 4) كمبيوتر بالانترنت () 5) كمبيوتر بدون انترنت ()
6) خط هاتفي () 7) ثلاجة () 8) آلة غسيل () 9) سيارة سياحية () 10) هاتف محمول ().

4/ خصائص الأسرة

12. السن الحالي للزوجة () .
13. الحالة العائلية للزوجة.
1) متزوجة () 2) مطلقة () 3) أرملة () 4) منفصلة () .
14. المستوى التعليمي للزوجة.
1) بدون تعليم () 2) ملمة بالقراءة والكتابة () 3) ابتدائي () 4) متوسط () 5) ثانوي () 6) جامعي ()
15. السن الحالي للزوج () .
16. المستوى التعليمي للزوج.
1) بدون تعليم () 2) ملم بالقراءة والكتابة () 3) ابتدائي () 4) متوسط () 5) ثانوي () 6) جامعي ()

5/ الزوجية

17. السن عند أول زواج للزوجة () .
18. عمر الزوج عند الزواج () .
19. أين كنت تسكنين قبل الزواج؟
1) مدينة كبيرة () 2) مدينة صغيرة () 3) الريف ()
20. كم تزوجت من مرة في حياتك؟
1) مرة واحد () 2) أكثر من مرة () .
21. حسب رأيك ما هو السبب الذي يؤدي إلى تأخر سن الزواج؟
1) التعليم () 2) البطالة () 3) عدم توفر الإمكانيات المادية () 4) السكن () 5) أخرى () حدد.....
22. حسب رأيك ما هو السن المثالي للزواج عند الرجل؟ ()
23. حسب رأيك ما هو السن المثالي للزواج عند المرأة؟ ()

6/ السلوك الإنجابي

24. مجموع الأولاد خلال حياتك الإنجابية أحياء وأموات.
1) ذكور () 2) إناث () .

25. كم عدد المواليد الأحياء؟

(1) ذكور () (2) إناث () .

26. كم عدد المواليد المتوفين في حياتك الزوجية؟

(1) ذكور () (2) إناث () .

27. إذا كان لديك مواليد أموات ففي أي وقت توفوا؟

(1) قبل الولادة () (2) ساعات بعد الولادة () (3) الأسبوع الأول بعد الولادة () (4) شهر بعد الولادة ()
(5) سنة بعد الولادة () .

28. هل قمت أثناء فترة الحمل بالفحص الإشعاعي للمولود؟

(1) نعم () (2) لا () .

29. هل قمت بالفحص الإشعاعي الأخير للمولود؟

(1) نعم () (2) لا () .

30. هل قمت بالولادة في إحدى المرافق التالية؟

(1) المستشفى () (2) عيادة خاصة () (3) في البيت () (4) مكان آخر حدد ()

31. من قام بتوليدك؟

(1) طبيب مختص () (2) قابلة () (3) ممرضة () شخص آخر حدد ()

32. ما هي نوع الرضاعة التي استعملتها مباشرة بعد الولادة؟

(1) طبيعية () (2) اصطناعية () .

33. إذا كانت الرضاعة طبيعية فكم من شهر استعملتها؟ ()

34. حسب رأيك ما هو العدد المثالي للأولاد؟ ()

35. كم تفضلين من الذكور وكم من الإناث؟

(1) ذكور () (2) إناث () .

36. سن الزوجة عند الولادة الأولى () .

37. سن الزوجة عند الولادة الثانية () .

38. حسب رأيك كم من السنوات مناسب للزوجين لإنجاب أول مولود؟ () .

39. حسب رأيك كم من السنوات مناسب للزوجين بين الولادة الأولى والثانية؟ () .

40. حسب رأيك ما هي الأسباب التي تترك الزوجين يرغبون في إنجاب أكثر عدد من الأولاد؟

1) المعتقدات الدينية () 2) تقوية العلاقة الزوجية () 3) الأولاد يمثلون حماية للأسرة () 4) أخرى حدد ()

41) حسب رأيك ما هي الأسباب التي تترك الزوجين لا يرغبون في إنجاب عدد أكثر من الأولاد؟

1) حفاظا على صحة الأم () 2) عمل الأم () 3) مداخل الأسرة () 4) حجم الأسرة () 5) آخر حدد ()

42. هل تستعملين إحدى وسائل موانع الحمل؟

1) نعم () 2) لا () 3) لا توجد إجابة () .

43) إذا كانت الإجابة بنعم على السؤال 42 ما هي الوسيلة المستعملة في ذلك؟

1) اللولب () 2) الحبوب () 3) الواقي الذكري () 4) العزل () 5) طريقة أخرى () حدد

44) هل أصبت أو مصابة بأي مرض من الأمراض التالية:

1) السل () 2) الناسور () 3) السيلان () 4) الزهري () 5) الايدز () أخرى () حدد

45) هل تعرضت إلى عملية اجهاض؟

1) نعم () 2) لا ()

46) هل عانيتي من صعوبة في الولادة؟

1) نعم () 2) لا ()

17/ الحالة العملية

47) الحالة المهنية للزوجة

1) مائكة في البيت () 2) تبحث عن عمل () 3) عاملة ()

48) اذا كنت عاملة في أي مجال من مجالات العمل تعملين؟

1) عاملة بسيطة () 2) عاملة عن طريق عقود ما قبل التشغيل () 3) عاملة في مجال الإدارة ()

4) عاملة في مجال التعليم () 5) في مجال الطب () 6) عاملة في القطاع الخاص () 7) مجالات أخرى حدد ()

49) ما هي سنة الدخول إلى العمل؟ () .

50) الحالة المهنية للزوج

1) بطل () 2) يبحث عن عمل () 3) عامل () .

51) اذا كنت عامل في أي مجال من مجالات العمل تعمل؟

1) عامل بسيط () 2) عامل في عقود ما قبل التشغيل () 3) عامل في مجال الإدارة () 4) عامل في مجال التعليم () 5) عامل في مجال الطب () 6) عامل في القطاع الخاص () 7) عامل في القطاع العسكري () 8) عامل في مجالات أخرى حدد ()

52) الدخل الشهري للأسرة بالدينار الجزائري

1) أقل من 20000 () 2) من 20000 إلى 30000 () 3) من 30000 إلى 40000 () 4) من 40000 إلى 50000 () 5) من 50000 إلى 60000 () 6) أكثر من 60000 () .

8/ متغيرات الفقر الاجتهادي

53) هل تجد الأسرة نفسها فقيرة؟

1) نعم () 2) لا () .

54) ما هو المبلغ بالدينار الجزائري الذي ترى نفسك الأسرة يكفيها لسد حاجاتها من المأكل والمشرب في الحدود الدنيا وهذا يمثل خط الفقر المدقع الاجتهادي؟ () .

55) ما هو المبلغ بالدينار الجزائري الذي ترى نفسك الأسرة يكفيها لسد حاجاتها من المأكل والمشرب والحاجات الأساسية من ملابس ومسكن وصحة وتعليم ونقل في الحدود الدنيا يمثل خط الفقر المطلق الاجتهادي؟ () .

الملحق رقم (2): التركيب العمري لولاية غليزان والجزائر عامة خلال التعدادات 1987-1998.

الجدول رقم (1): التركيب العمري بالنسبة لولاية غليزان و الجزائر عامة خلال التعداد 1987.

	غليزان		الجزائر			
المجموع	الاناث	الذكور	المجموع	الاناث	الذكور	الفئة العمرية
101580	50279	51301	3801060	1859991	1941069	4-0
85806	42683	43123	3400165	1665121	1735044	9-5
68702	34037	34665	2884876	1399450	1485426	14-10
56631	28090	28541	2502216	1238577	1263639	19-15
50079	24386	25693	2225578	1103455	1122123	24-20
39829	19813	20016	1664535	818300	846235	25-29
30778	14692	16086	1394612	672633	721979	34-30
23664	11667	11997	1044255	515207	529048	39-35
14527	7554	6973	735595	376812	358783	44-40
15236	7835	7401	709717	367949	341768	49-45
15297	7639	7658	664158	346336	317822	54-50
11893	6234	5659	537920	275747	262173	59-55
8856	4333	4523	410110	211707	198403	64-60
6735	3380	3355	323248	166578	156670	69-65
4700	2481	2219	227990	113540	114450	74-70
8263	4223	4040	352681	175361	177320	75 +
542577	269326	273251	22878716	11306764	11571952	المجموع

المصدر : RGPH 1987

الجدول رقم(2): يمثل التركيب العمري بالنسبة لولاية غليزان والجزائر عامة خلال التعداد . 1998

غليزان		الجزائر		الفئة العمرية		
المجموع	الاناث	الذكور	المجموع	الاناث	الذكور	
70885	34896	35989	3230034	1574830	1655204	4-0
82660	40843	41817	3622541	1775769	1846772	9-5
94017	45814	48203	3811175	1869763	1941412	14-10
81656	39466	42190	3533390	1732310	1801080	19-15
63622	30617	33005	2940378	1454965	1485413	24-20
51017	25154	25863	2523106	1252597	1270509	25-29
43925	22475	21450	2115436	1052174	1063262	34-30
36780	18544	18236	1680490	832195	848295	39-35
29738	14777	14961	1388778	692566	696212	44-40
23194	11311	11883	1118461	548034	570427	49-45
13747	7084	6663	769256	394124	375132	54-50
13580	6962	6618	705264	356075	349189	59-55
14224	7336	6888	626920	322984	303936	64-60
11456	5780	5676	514831	260264	254567	69-65
6433	3306	3127	334409	169655	164754	74-70
4287	2312	1975	219674	110838	108836	79-75
4956	2777	2179	264093	142363	121730	80 +
646177	319454	326723	29398236	14541506	14856730	المجموع

المصدر: RGPH 1998

الجدول رقم(3): يمثل التركيب العمري بالنسبة لولاية غليزان والجزائر عامة خلال التعداد . 2008

	غليزان		الجزائر			
المجموع	الاناث	الذكور	المجموع	الاناث	الذكور	الفئة العمرية
70 784	34 763	36 021	3404918	1654821	1750097	4-0
60 400	29 568	30 832	2888376	1412702	1475674	9-5
70 645	34 714	35 931	3258773	1596513	1662260	14-10
81 694	40 375	41 319	3635170	1787859	1847311	19-15
88 556	43 855	44 701	3763506	1867802	1895704	24-20
76 727	37 954	38 773	3422377	1691968	1730409	25-29
58 009	29 108	28 901	2740995	1361910	1379085	34-30
45 809	23 052	22 757	2342778	1175529	1167249	39-35
40 072	20 238	19 834	2018327	1010644	1007683	44-40
34 345	17 385	16 960	1629436	812432	817004	49-45
27 827	13 594	14 233	1346694	664337	682357	54-50
21 669	10 545	11 124	1062579	515398	547181	59-55
12 873	6 484	6 389	711482	356788	354694	64-60
12 431	6 191	6 239	631303	316345	314958	69-65
11 046	5 426	5 620	504926	256254	248672	74-70
7 330	3 548	3 782	363842	182364	181478	79-75
3 276	1 614	1 661	187129	93657	93472	84-80
1689	1465	1224	167419	89961	77458	85 +
726180	359879	366301	34080030	16847284	17232746	المجموع

المصدر: RGPB 2008

الجدول رقم(4): يمثل تطور عدد العمال بالآلاف بالنسبة للرجال و النساء من سنة 1966 إلى 2008 .

السنوات	الرجال	النساء	المجموع
1966	1626	95	1721
1977	2199	138	2337
1985	3558	326	3884
1990	3949	334	4283
1997	4819	889	5708
2003	5751	933	6684
2004	6439	1359	7798
2005	6870	1174	8044
2006	7372	1498	8870
2008	8999	1811	10810
2010	9257	1880	11137
2012	9414	2184	11598
2013	9746	2319	12065
2014	9504	2139	11643

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات 2013.

الجدول رقم (5): يمثل تطور أهم المؤشرات الديموغرافية من (1995-2013)

السنوات	عدد السكان بالمليون	معدل النمو (%)	معدل الخصوبة طفل/امرأة	معدل الولادات (%)	معدل الوفيات (‰)	أمل الحياة بالسنوات	معدل الإعالة (%)
1995	28.46	1.79	3.14	25.3	6.4	69.73	11.2
2000	30.41	1.48	2.4	19.36	4.59	72.5	11.3
2005	32.9	1.69	2.5	21.36	4.47	74.6	11.4
2008	34.6	1.92	2.81	23.62	4.42	75.6	11.5
2009	35.27	1.96	2.84	24.07	4.51	75.5	11.5
2010	35.98	2.03	2.87	24.68	3.37	76.3	12.0

12.4	76.5	4.41	24.78	2.87	2.04	36.72	2011
12.7	76.4	4.53	26.08	3.03	2.16	37.5	2012
13.1	77.0	4.33	25.14	3.93	2.07	38.3	2013

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات 2013.

الجدول رقم (6): يمثل تطور وفيات الأطفال الرضع من (1989/1985 – 2012/2008):

	1985/1989	1990/1994	1995/1999	2000/2002	2003/2007	2008/2012
TM Néonatale	24	22	20,2	20,5	17,9	15,7
TM Post-Néonatale	27	18,6	14,1	10,7	8,7	5,7
TMI	50,9	40,6	34,3	31,2	26,6	21,4
TM moins 5 ans	60,3	45,7	39,4	36,7	30,3	24,1

المصدر: التقرير الوطني للتنمية البشرية 2013-2015.

الملحق رقم(3): نتائج تحليل عينة الدراسة.

الجدول رقم (7): توزيع نسب نوع المسكن لعينة الدراسة.

نوع المسكن					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	عمارة	30	8,0	8,0	8,0
	فيلا	48	12,8	12,8	20,7
	حوش	268	71,3	71,3	92,0
	بناء هـش	21	5,6	5,6	97,6
	بناء قصديري	9	2,4	2,4	100,0
	Total	376	100,0	100,0	

المصدر: التحقيق الميداني 2017

الجدول رقم(8): توزيع نسب حالة المسكن لعينة الدراسة.

حالة شغل المسكن					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	سكن خاص	143	38,0	38,0	38,0
	سكن مستأجر	11	2,9	2,9	41,0
	سكن وظيفي	13	3,5	3,5	44,4
	سكن ريفي	107	28,5	28,5	72,9
	سكن جماعي	92	24,5	24,5	97,3
	اخرى	10	2,7	2,7	100,0
	Total	376	100,0	100,0	

المصدر: التحقيق الميداني 2017

الجدول رقم (9): توزيع نسب شغل المسكن لعينة الدراسة.

حالة المسكن					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	جيدة	41	10,9	10,9	10,9
	حسنة	253	67,3	67,3	78,2
	هشة	77	20,5	20,5	98,7
	غير صالحة للسكن	5	1,3	1,3	100,0
	Total	376	100,0	100,0	

المصدر: التحقيق الميداني 2017

الجدول رقم(10): توزيع خصائص المسكن لعينة الدراسة.

خصائص المسكن	%
المطبخ	94,7
التزود بالماء	90,4
الكهرباء	95,5
الغاز	48,1
دورة المياه	91,2
مجاري المياه	84,8

المصدر: التحقيق الميداني 2017

الجدول رقم (11): نسبة استهلاك الأسرة للتجهيزات المنزلية.

تجهيزات الأسرة	%
مذياع	29,6
تلفاز	99,1
فيديو	30,4
كمبيوتر بالانترنت	38,8
كمبيوتر بدون انترنت	35,7
خط هاتفي	31,2
ثلاجة	98,9
آلة غسيل	58
سيارة سياحية	49,3
هاتف محمول	97,5

المصدر: التحقيق الميداني 2017

الجدول رقم (12): الحالة العائلية للأسرة بالنسبة لعينة الدراسة.

الحالة العائلية للزوجة					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	متزوجة	349	92,8	92,8	92,8
	مطلقة	18	4,8	4,8	97,6
	ارملة	9	2,4	2,4	100,0

	Total	376	100,0	100,0	
--	-------	-----	-------	-------	--

المصدر: التحقيق الميداني 2017

الجدول رقم (13): السن عند أول زواج للزوجة والزوج.

السن عند أول زواج للزوجة فئات					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	15-19	30	8,0	8,0	8,0
	20-24	230	61,2	61,2	69,1
	25-29	85	22,6	22,6	91,8
	30-34	25	6,6	6,6	98,4
	35-39	4	1,1	1,1	99,5
	40-44	2	,5	,5	100,0
	Total	376	100,0	100,0	

المصدر: التحقيق الميداني 2017.

الجدول رقم (14): المستوى التعليمي للزوجة والزوج.

مستوى تعليم الزوجة					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	بدون تعليم	41	10,9	10,9	10,9
	ملمة بالقراءة والكتابة	13	3,5	3,5	14,4
	ابتدائي	81	21,5	21,5	35,9
	متوسط	148	39,4	39,4	75,3
	ثانوي	28	7,4	7,4	82,7
	جامعي	65	17,3	17,3	100,0
	Total	376	100,0	100,0	

المصدر: التحقيق الميداني 2017

الجدول رقم (15): مستوى تعليم الزوج

مستوى تعليم الزوج					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	بدون تعليم	16	4,3	4,4	4,4
	ملم بالقراءة والكتابة	8	2,1	2,2	6,5
	ابتدائي	50	13,3	13,6	20,2

	متوسط	135	35,9	36,8	56,9
	ثانوي	91	24,2	24,8	81,7
	جامعي	67	17,8	18,3	100,0
	Total	367	97,6	100,0	
Missing	System	9	2,4		
Total		376	100,0		

المصدر: التحقيق الميداني 2017

الجدول رقم(16): مجالات العمل للزوج والزوجة.

مجالات العمل للزوج					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	عامل بسيط	32	8,5	15,8	15,8
	عامل في مجال الإدارة	24	6,4	11,8	27,6
	عامل في مجال التعليم	20	5,3	9,9	37,4
	عامل في مجال الصحة	1	,3	,5	37,9
	عامل في القطاع العسكري	41	10,9	20,2	58,1
	عامل في اقطاع الخاص	50	13,3	24,6	82,8
	عامل في مجالات أخرى	35	9,3	17,2	100,0
	Total		203	54,0	100,0
Missing	System	173	46,0		
Total		376	100,0		

المصدر: التحقيق الميداني 2017

إذا كانت عاملة ففي أي مجال من مجالات العمل تعملين؟					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	عاملة عن عقود ما قبل التشغيل	3	,8	6,3	6,3
	عاملة في مجال الإدارة	13	3,5	27,1	33,3
	عاملة في مجال التعليم	22	5,9	45,8	79,2
	عاملة في مجال الصحة	5	1,3	10,4	89,6

	عاملة في القطاع الخاص	5	1,3	10,4	100,0
	Total	48	12,8	100,0	
Missing	System	328	87,2		
Total		376	100,0		

المصدر: التحقيق الميداني 2017

الجدول رقم (17): الدخل الشهري للأسرة.

الدخل الشهري للأسرة بالدينار الجزائري					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	أقل من 20000 دج	114	30,3	30,3	30,3
	(30000 - 20000)	49	13,0	13,0	43,4
	(40000 - 30000)	103	27,4	27,4	70,7
	(50000 - 40000)	16	4,3	4,3	75,0
	(60000 - 50000)	12	3,2	3,2	78,2
	أكثر من 60000	82	21,8	21,8	100,0
	Total	376	100,0	100,0	

المصدر: التحقيق الميداني 2017

الجدول رقم (18): توزيع نسب الأمهات أثناء الولادة بالنسبة للكادر الطبي.

الكادر الطبي					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	طبيب مختص	109	29,0	29,5	29,5
	قابلة	242	64,4	65,4	94,9
	ممرضة	15	4,0	4,1	98,9
	شخص آخر	4	1,1	1,1	100,0
	Total	370	98,4	100,0	
Missing	System	6	1,6		
Total		376	100,0		

المصدر: التحقيق الميداني 2017

الجدول رقم (19): الرعاية الطبية أثناء الحمل والولادة.

%	الرعاية الطبية
99,3	القيام بالفحص الاشعاعي أثناء الحمل
100	الفحص الاشعاعي الأخير
23,5	التعرض لعملية اجهاض
37,1	صعوبة الولادة

المصدر: التحقيق الميداني 2017

الجدول رقم (20): الأمراض المعدية والمنقولة جنسيا.

المعرفة المعدية والمنقولة جنسيا					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	السل	66	17,6	28,6	28,6
	الايديز	59	15,7	25,5	54,1
	الزهري	45	12,0	19,5	73,6
	السيلان	32	8,5	13,9	87,4
	الاميديا	29	7,7	12,6	100,0
	Total	231	61,4	100,0	
Missing	System	145	38,6		
Total		376	100,0		

المصدر: التحقيق الميداني 2017

الملحق رقم(4): توزيع الأسر العادية والجماعية حسب بلدية الإقامة ومتوسط حجم الأسر.

Communes	Effectif MOC		عدد الأسر العادية والجماعية			Taille moyenne des Ménages			متوسط حجم الأسر		البلدية
	المجموع	ت ح ر	ت ح ث	م م	المجموع	ت ح ر	ت ح ث	م م			
	Total	ACL	AS	ZE	Total	ACL	AS	ZE			
Relizane	23 649	19 799	3 419	431	5,5	5,5	5,1	6,5	غليزان		
Oued Rhiou	10 282	8 967	1 019	296	6,3	6,2	7,0	7,2	وادي رهيو		
Belaasel Bouzegza	2 016	622	516	878	6,4	6,0	6,8	6,4	بلعسل بوزقزة		
Sidi Saada	2 582	280	0	2 302	6,8	6,1	-	6,9	سيدي سعادة		
Ouled Aich	1 290	650	0	640	6,9	6,7	-	7,1	أولاد يعيش		
Sidi Lazreg	964	405	336	223	5,9	6,0	5,9	5,7	سيدي لزرق		
El H'Madna	3 160	1 244	885	1 031	6,6	6,3	6,9	6,7	الحمدانة		
Sidi M'hamed Benali	3 238	2 381	530	327	6,2	6,1	6,2	7,0	سيدي امحمد بن علي		
Mediouna	4 497	1 149	901	2 447	6,8	6,5	6,5	7,1	مديونة		
Sidi Khettab	1 966	420	253	1 293	7,2	6,1	6,6	7,6	سيدي خطاب		
Ammi Moussa	4 305	4 094	0	211	6,7	6,7	-	6,8	عمي موسى		
Zemmoura	4 803	3 727	0	1 076	6,3	6,2	-	6,5	زمورة		
Beni Dergoun	1 988	1 100	0	888	6,2	6,2	-	6,2	بني درقون		
Djidiouia	5 160	3 927	495	738	6,6	6,4	7,2	7,2	جيدوية		
El Guettar	2 371	596	1 020	755	6,5	6,1	6,7	6,5	القطارة		
El Hamri	1 362	260	186	916	7,5	6,9	8,1	7,5	الحمري		
El Matmar	2 901	2 264	267	370	6,0	5,9	6,3	6,2	المطمار		

Sidi M'hamed Benouda	1 041	761	0	280	6,2	6,1	-	6,6	سيدي بن عودة
Ain Tarik	1 815	1 399	396	20	6,8	6,7	7,0	6,2	عين طارق
Oued Essalem	1 512	613	0	899	6,2	6,1	-	6,2	وادي السلام
Ouarizane	3 066	1 130	611	1 325	6,5	6,0	6,7	6,9	وزيزان
Mazouna	4 399	3 284	949	166	5,9	5,7	6,3	7,3	مازونة
Kalaa	1 817	216	1 013	588	6,4	5,8	6,5	6,5	قلعة
Ain Rahma	1 785	247	223	1 315	6,8	6,4	5,9	7,0	عين الرحمة
Yellel	5 656	2 066	929	2 661	6,7	6,0	7,0	7,2	يلال
Oued El Djemaa	3 607	1 684	435	1 488	6,5	6,3	6,5	6,8	وادي الجمعة
Ramka	713	627	0	86	7,2	7,2	-	7,2	رمقة
Mendes	2 299	1 725	0	574	6,6	6,5	-	6,7	مندس
Lahlef	1 575	1 314	0	261	6,5	6,5	-	6,5	لحلف
Beni Zentis	1 545	289	225	1 031	7,3	7,2	7,2	7,3	بني زنتيس
Souk El Had	415	254	0	161	7,3	7,2	-	7,3	سوق الحد
Dar Ben Abdellah	595	199	0	396	5,9	6,1	-	5,8	دراع بن عبد الله
El Hassi	436	213	0	223	6,7	6,6	-	6,8	الحاسي
Had Echkala	901	321	454	126	7,4	7,4	7,6	7,1	حد الشقالة
Ben Daoud	2 913	2 219	252	442	6,2	6,1	6,5	6,2	بن داود
El Ouldja	265	114	0	151	7,3	7,5	-	7,2	العلجة
Merdja Sidi Abed	1 118	367	154	597	6,7	6,8	6,9	6,6	مرجة سيدي عابد
Ouled Sidi Mihoub	1 037	283	172	582	7,3	6,6	8,0	7,5	أولاد سيدي ميهوب
Total	115 044	71 210	15 640	28 194	6,3	6,1	6,4	6,9	المجموع

المصدر: (RGPH : 2008).

الملحق رقم (5): جداول اختبار كاي تربيع لدراسة العلاقة بين متغير فقر الأسر وعدد المواليد الأحياء لدى المرأة في منطقة الدراسة.
الجدول رقم (21): اختبار كاي تربيع.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,826 ^a	7	,013
Likelihood Ratio	18,725	7	,009
Linear-by-Linear Association	4,138	1	,042
N of Valid Cases	376		

الجدول رقم (22): معامل ايتا لدراسة قوة العلاقة.

Directional Measures

		Value
Nominal by Interval	هل تجد الأسرة نفسها فقيرة؟ Dependent	,218
	مجموع الأولاد خلال حياتك الانجابية أحياء وأموات Dependent	,105

ملخص:

استهدفت هذه الدراسة موضوع الفقر وتأثيره على السلوك الإنجابي في ولاية غليزان، بحيث هدفت إلى توضيح مفهوم كل من الفقر والسلوك الإنجابي، بالإضافة إلى تحليل كل من الخصائص الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية للأسر الفقيرة وغير الفقيرة، وكذلك استخلاص دور الفقر في تغيير السلوك الإنجابي لدى المرأة في منطقة الدراسة.

كما أجريت الدراسة على عينة مكونة من 376 مبحوثة من النساء المتزوجات أو التي سبق لهن الزواج، بحيث تم تطبيق بعض الأساليب الإحصائية لفهم العلاقة بين الفقر والسلوك الإنجابي ومن هذه الأساليب اختبار كاي تربيع (χ^2) من أجل معرفة طبيعة العلاقة ودرجة قوتها وكذلك دراسة معنوية الفروق بين متغيرات السلوك الإنجابي لكل من الأسر الفقيرة وغير الفقيرة، كما تم أيضا استخدام أسلوب تحليل التباين (ANOVA) للوقوف على أهم المتغيرات الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية، بالإضافة إلى متغيرات الفقر وتأثيرها على السلوك الإنجابي والمتمثل في عدد المواليد الأحياء للمرأة محل الدراسة.

كما أسفرت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ضعيفة بين حالة الفقر والسلوك الإنجابي والمتمثل في عدد المواليد الأحياء حيث بلغ معامل الارتباط (0.218) وهذه العلاقة دالة عند مستوى الدلالة (0.05). وهذا ما يتضح أن عامل الفقر لا يستطيع أن يؤثر لوحده في السلوك الإنجابي للمرأة إلا بتدخل عدة عوامل أخرى والمتمثلة العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية.

الكلمات المفتاحية: الفقر ، الفقر الاجتهادي ، السلوك الإنجابي ، الخصوبة ، الصحة الإنجابية.

Abstract:

This study aimed at the topic of poverty and its impact on reproductive behavior in the province of Relizane, so that it aimed to clarify the concept of both poverty and reproductive behavior in addition to analyzing both the demographic, economic and social characteristics of poor and non-poor families, as well as extracting the role of poverty. in changing the reproductive behavior of women in an area studying.

The study was also conducted on a sample of 376 respondents who were married or previously married, so that some statistical methods were applied to understand the relationship between poverty and reproductive behavior, and among these methods Chi squared test (χ^2). in order to know the nature of the relationship and the degree of its strength as well as a moral study Differences between reproductive behavior variables for both poor and non-poor families, Analysis of variance (ANOVA) method, was also used to determine. the most important demographic, economic and social variables in addition to poverty variables, and their impact on reproductive behavior represented by the number of live births of women To study.

The results of the study also resulted in a weak relationship between the state of poverty and reproductive behavior represented by the number of live births, where the coefficient of correlation was (0.218), and this relationship is indicative at the level of significance (0.05). This is clear from the fact that the poverty factor can not affect alone the reproductive behavior of women without the intervention of several other factors, which are demographic, economic and social factors.

Key words: poverty, discretionary poverty, reproductive behavior, fertility, reproductive health.