



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



قسم العلوم الاجتماعية

جامعة الحاج لخضر - باتنة-

شعبة علم الاجتماع والديموغرافيا

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية

وسائل منع الحمل

وأثرها على الخصوبة في الجزائر

دراسة ميدانية في مراكز حماية الأمومة والطفولة لمدينة باتنة

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في الديموغرافيا

تحت اشراف:

د/لطيفة دريس

من اعداد الطالبة:

سهام عبد العزيز

لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	الجامعة الأصلية	الصفة
بلقاسم بوقرة	أستاذ التعليم العالي	جامعة باتنة	رئيسا
فطيمة دريد	أستاذ محاضر (أ)	جامعة باتنة	مقررا
الطاهر حفاظ	أستاذ محاضر (أ)	جامعة باتنة	عضوا مناقشا
علي قواوسي	أستاذ التعلم العالي	جامعة باتنة	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2013-2014

بسم الله الرحمن الرحيم

كلمة شكر وتقدير

الشكر لله عز وجل الذي أنار لي الدرب، وفتح لي أبواب العلم

وأمدني بالصبر والإرادة.

ثم الشكر للأستاذة المشرفة الدكتورة فطيمة دريد على توجيهاتها ونصائحها

السديدة.

دون أن يفوتني شكر البروفيسور علي قواوسي على مساعدته لي.

وكذا أشكر الأساتذة

حفاظ الطاهر. بن بعطوش أحمد عبد الكريم. رابح السعدي

الشكر والامتنان لكل الذين قدموا لي يد المساعدة من قريب

أو بعيد

سهام

الاهداء

أهدي هذا العمل إلى أغلي الناس على قلبي والداي الكريمين، الذين ألهماني
روح الصبر والنضال وغمراي بعطفهما وحنانهما حفظهما الله لي و أطال الله
في عمرهما

إلى سندي وقوتي "زوجي عولي قدور"

إلى بسمتي في الحياة أبنائي محمد إياد. رنيم

إلى إخوتي وأخواتي

إلى كل من يقتنع بفكرة فيدعو إليها ويعمل على تحقيقها لايبغي بها إلا وجه

الله ومنفعة الناس في كل زمان ومكان.

سهام

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
أ	فهرس المحتويات
ب	فهرس الجداول
ج	فهرس الأشكال البيانية
01	المقدمة
الفصل الأول: الإطار النظري للدراسة	
04	1- الإشكالية.....
05	2- أسباب اختيار الموضوع.....
05	3- أهداف الدراسة.....
06	4- التساؤلات.....
06	5- الفرضيات.....
07	6- تحديد المفاهيم.....
09	7- الدراسات السابقة.....
13	8- المصادر الإحصائية.....
الفصل الثاني: تطور وسائل منع الحمل في الجزائر	
19	تمهيد.....
20	1- لمحة عن التخطيط العائلي في الجزائر.....
21	1-1 مراحل التخطيط العائلي في الجزائر.....
21	1-1-1 مرحلة ما بين (1962-1979).....
23	1-1-2 مرحلة ما بين (1980 - 1988).....

25	1-1-3 مرحلة ما بين (1988 و أفاق 2010).....
26	2- نسبة الوعي بأساليب وأنواع وسائل منع الحمل.....
29	3- معدل استعمال وسائل منع الحمل.....
30	4- استعمال وسائل منع الحمل حسب مكان الإقامة وبعض المتغيرات الاجتماعية والثقافية.....
35	5- مدى انتشار وسائل منع الحمل في الجزائر.....
37	6- مصادر الحصول على وسائل منع الحمل الحديثة.....
43	خاتمة.....
الفصل الثالث: اتجاهات ومستويات الخصوبة في الجزائر	
44	تمهيد.....
45	1- اتجاهات ومستويات الخصوبة في الجزائر.....
45	1-1 تطور معدل الولادات في الجزائر من سنة 1900 إلى 1991.....
48	1-2 تطور معدل الولادات في الجزائر من سنة 1992 إلى 2007.....
49	1-3 اتجاه و مستوى معدل الخصوبة العامة حسب السن.....
52	2- المؤشر التركيبي للخصوبة العامة.....
54	3- تطور المؤشر التركيبي للخصوبة حسب وسط الإقامة.....
56	4- معدلي التكاثر العام والصافي.....
59	5- العوامل المؤثرة في الخصوبة.....
59	5-1 العوامل المباشرة.....
59	5-1-1 السن عند الزواج الأول.....
60	5-1-2 استعمال وسائل منع الحمل.....
61	5-2 العوامل الغير المباشرة.....
61	5-2-1 المستوى التعليمي للمرأة.....
63	5-2-2 عمل المرأة.....
64	5-2-3 التحضر.....
67	خاتمة.....

الفصل الرابع: تقدير أثر المتغيرات الوسطية على الخصوبة	
68	تمهيد.....
69	1- عرض نظري لنموذج BONGAARTS.....
71	2- التأثير النظري من نسبة الزواج (C_m) و إستعمال وسائل منع الحمل (C_c) و الإجهاض العمدي (C_a) و مدة الإخصاب (C_i).....
74	3- تأثير موانع الحمل (C_c) و نسبة الزواج (C_m) و الإجهاض العمدي (C_a) و مدة الإخصاب (C_i) على معدلات الخصوبة من خلال نموذج BONGAARTS حسب مكان الإقامة.....
74	3-1- حساب مؤشر الزواج (C_m).....
76	3-2- حساب مؤشر موانع الحمل (C_c).....
79	3-3- حساب مؤشر الإجهاض العمدي (C_a).....
79	3-4- حساب مؤشر عدم الإخصاب (C_i).....
81	3-5- المؤشر التركيبي للخصوبة العامة (TFR) المقدر وفق لنموذج BONGAARTS حسب مكان الإقامة.....
82	4- تقدير أثر موانع الحمل (C_c) و عدم الإخصاب (C_i) و العقم (C_a . TF) في تغيرات الخصوبة الشرعية المجمعة (TM) خلال السنوات 1986 و 1992، 2002 و 2006.....
84	5- مساهمات العوامل الوسيطية للخصوبة.....
87	خاتمة.....
الفصل الخامس: الدراسة الميدانية	
88	تمهيد.....
89	1- مجالات الدراسة.....
89	1-1 المجال المكاني.....
91	1-2 المجال البشري.....
92	1-3 المجال الزمني.....
92	2- المنهج المستخدم.....
93	3- العينة.....
93	4- أدوات جمع البيانات.....

93	1-4 المقابلة.....
94	2-4 الاستمارة.....
94	3-4 الوثائق و السجلات.....
95	5- تحليل البيانات وتفسيرها.....
113	6- النتائج العامة للبحث.....
115	الخاتمة العامة.....
117	قائمة المراجع.....
127	الملخص.....
139	الملاحق.....

الرقم	قائمة الجداول	الصفحة
01	توزيع النساء غير العازبات في سن الإنجاب (15 - 49 سنة) حسب الوعي بطرق منع الحمل حسب معطيات 1986 ENAF، 1992 PAPCHILD، 2002 PAPFAM ، 2006 MICS3	27
02	معدل استعمال وسائل منع الحمل حسب الطريقة و نسبة تطورها خلال الفترة 1986-2006	29
03	معدل استعمال وسائل منع الحمل حسب مكان الإقامة خلال السنوات 2002 و 2006	31
04	توزيع النساء المتزوجات (15-49 سنة) المستعملات لوسائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي لسنة 2002-2006	32
05	عدد الأطفال الأحياء خلال السنوات 1992 - 2002	35
06	توزيع النساء المتزوجات (15-49 سنة) عند تاريخ المسح و المستعملات لمستعملات وسائل منع الحمل الحديثة حسب مصدر الوسيلة أو الخدمة، حسب 1986ENAP و PAPCHILD1992	39
07	توزيع النساء المستعملات للوسائل الحديثة حسب الوسيلة ومصدر الحصول لسنة 2002	41
08	تطور المعدل العام للمواليد الذي حسبه BIRABEN, J.N. من 1900 إلى 1991	46
09	تطور معدل الولادات في الجزائر من سنة 1992 إلى 2007	48
10	تطور معدل الخصوبة حسب العمر في الجزائر (‰)	50
11	تطور المؤشر التركيبي للخصوبة العامة (ISF) في الجزائر	53
12	تطور المعدل الخام (TBR) و المعدل الصافي (TNR) للتكاثر في الجزائر (بـ %)	57
13	تطور نسبة استعمال وسائل منع الحمل حسب سن المرأة خلال الفترة الممتدة بين (1968-1995)	61
14	تطور نسب سكان الريف و سكان الحضر في الجزائر من 1886 إلى 2010 (%)	65
15	معدلات الخصوبة العامة و الزوجية (الشرعية) حسب مكان الإقامة خلال 5 سنوات سابقة للمسح	75
16	نسبة الزواج (C_m) حسب مكان الإقامة	76
17	فعالية الاستعمال الوسطي لوسائل منع الحمل (m) e و المعطيات اللازمة لذلك حسب مكان الإقامة خلال سنوات الملاحظة (1986-1992-2002-2006)	77
18	مؤشر موانع الحمل (C_c) حسب مكان الإقامة	78

19	متوسط مدة الرضاعة بالأشهر (a)، متوسط عدم الإخصاب (i) و مؤشر عدم الإخصاب (C _i) حسب مكان الإقامة خلال السنوات 1986-1992، 2002-2006	80
20	المؤشر التركيبي للخصوبة العامة المقدرة (TF) و المؤشر التركيبي للخصوبة الملاحظة حسب مكان الإقامة خلال السنوات 1986-1992 و 2002-2006	81
21	المؤشر التركيبي للخصوبة الزوجية (TFL) و أثر كل من استعمال موانع الحمل (C _c) و مدة عدم الإخصاب (C _i) و العقم (TFBM. C _a) حسب مكان الإقامة خلال سنوات 1992-1986	83
22	المؤشر التركيبي للخصوبة الزوجية (TFL) و أثر كل من استعمال موانع الحمل (C _c) و مدة عدم الإخصاب (C _i) و العقم (TFBM. C _a) حسب مكان الإقامة خلال سنوات 2006-2002	84
23	يبين عدد النساء المترددات على مراكز حماية الأمومة والطفولة لولاية باتنة من سنة 2006 الى سنة 2012	90
24	يبين عدد النساء المستعملات لوسائل منع الحمل لولاية باتنة من 2006 الى 2012	90
25	يوضح تطور عدد سكان ولاية باتنة من سنة 1990 الى سنة 2012	91
26	يوضح توزيع المراكز 08 داخل المدينة وعدد النساء المترددات لكل مركز من 2006 الى 2012	91
27	توزيع أفراد العينة حسب فئات السن	95
28	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	96
29	توزيع أفراد العينة حسب العمل	97
30	يبين دخل الأسرة الشهري	98
31	يبين مستوى معيشة المبحوثات	99
32	توزيع أفراد العينة حسب عدد الأطفال	100
33	توزيع أفراد العينة حسب السن عند الزواج	101
34	توزيع أفراد العينة حسب عدد الأطفال المرغوب في إنجابهم	102
35	يبين تحبب أفراد العينة في إنجاب جنس الذكور أو الإناث أو الذكور والإناث معا	103
36	يبين أسباب تفضيل أفراد عينة البحث للذكور فقط أو الإناث فقط	103

104	يبيّن المدة الزمنية التي تباعد بها أفراد العينة ولادتهم	37
105	مدى معرفة المبحوثات لوسائل منع الحمل	38
105	يبيّن عدد طرق منع الحمل المعروفة لدى أفراد العينة	39
106	يبيّن استخدام المبحوثات لوسائل منع الحمل	40
107	يوضح نوع الوسيلة المستعملة	41
108	يوضح سبب تفضيل طريقة منع الحمل المختارة من طرف فراد العينة	42
108	يوضح تأييد الزوج للوسيلة المختارة	43
109	رغبة المبحوثات في التثقيف الصحي عن وسائل منع الحمل	44
	يوضح مصدر حصول أفراد العينة على وسائل منع الحمل	45
110	يوضح نوعية الخدمات التي تقصدها المرأة في مراكز حماية الأمومة والطفولة	46
111	يوضح طريقة حصول المبحوثات على موانع الحمل (اللواتي يذهبن إلى مراكز حماية الأمومة والطفولة	47
112	يبيّن معاملة المستخدمين للمبحوثات في مراكز حماية الأمومة والطفولة	48

فهرس الأشكال البيانية

الرقم	قائمة الأشكال	الصفحة
01	توزيع النساء المتزوجات (15-49 سنة) والمستعملات لوسائل منع الحمل حسب مصدر الحصول على الوسيلة أو الخدمة ENAF1986	37
02	توزيع النساء المتزوجات (15-49 سنة) والمستعملات لوسائل منع الحمل حسب مصدر الحصول على الوسيلة أو الخدمة PAPCHILD1992	38
03	توزيع النساء المستعملات حاليا لوسيلة من وسائل منع الحمل حسب مصدر الحصول عليها لسنة 2002	42
04	منحنى معدل الخصوبة العامة حسب فئات العمر في السنوات 1998، 1993، 2002، 2006	52
05	المؤشر التركيبي للخصوبة العامة من سنة 1986 إلى سنة 2006	54
06	تطور المؤشر التركيبي للخصوبة حسب وسط الإقامة (1970-2002)	55
07	المؤشر التركيبي للخصوبة على الخريطة الجغرافية	56
08	تطور المعدل الخام (TBR) و المعدل الصافي (TNR) للتكاثر في الجزائر (بـ %)	58
09	تطور معدل سن الزواج من 1970 - 2009	59
10	عدد الزيجات من سنة 1970 الى سنة 2008	60
11	التأثير النظري للمتغيرات الأربعة على الخصوبة	72
12	أثر العوامل الوسيطة في الخصوبة ما بين 1986-2006	85

المقدمة

لقد كانت الزيادة السكانية محل اهتمام العلماء والباحثين باعتبارها مشكلة تواجه العالم عامة و العالم النامي خاصة، بحيث تنجر عنها مشكلات اقتصادية، اجتماعية و بيئية فيتوقع البنك الدولي أن تكون الزيادة في سكان العالم من (06) بلايين عام 2006 م، إلى (07.5) بلايين عام 2020 م ، إلى (09) بلايين عام 2050 م¹ لهذا يوجه علماء السكان و واضعي خطط التنمية و البنك الدولي تحذيرات إلى الدول والحكومات والمنظمات الغير حكومية المتمثلة في الاتحادات الدولية لتخطيط الأسرة وجمعيات التخطيط العائلي في العالم لوضع حد للزيادة السكانية التي تهدد كوكب الأرض بالفقر و الحروب و التلوث وبالتالي يقدمون حلولاً لخفض الزيادة السكانية بإستعمال وسائل منع الحمل إضافة إلى توعية الأفراد بهذه المشكلة التي تهدد الإنسانية بصفة عامة .

و لما كان استخدام وسائل منع الحمل من العوامل الأساسية لخفض الخصوبة كما أشار إليها « Jacques Vallin » و « Thérèse Locoh » إلى أن وسائل منع الحمل هي الطريقة الفعالة والمباشرة في خفض الخصوبة² ، ارتأيت أن أبحث في هذا الموضوع وفي ميدان تنظيم الأسرة لمعرفة ما إذا كان لوسائل منع الحمل اثر و دور في انخفاض الخصوبة لإزالة بعض الغموض في هذا المجال من جهة و لمعرفة مدى انتشار هذه الوسائل ومدى تأثيرها علماً أن وسائل منع الحمل نعني بها مجموعة الطرق التي تؤدي الى توقيف الولادات وهذه الوسائل تنقسم الى وسائل مادية وغير مادية والخصوبة نقصد بها الخصوبة التي تتحكم فيها المرأة أو الزوجين معا و ذلك باللجوء إلى إستعمال وسائل منع الحمل، وكان أس هذا البحث في المسوحات التي أصدرتها وزارة السكان والصحة عن وسائل منع الحمل منها المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة سنة 1986، المسح الجزائري الخاص بصحة الأم و الطفل لسنة 1992 ، المسح الجزائري حول صحة الأسرة سنة 2002، المسح الجزائري العنقودي متعدد المؤشرات 2006. واقتراحنا عنواناً له هو: " وسائل منع الحمل وأثرها على الخصوبة في الجزائر".

وقد تم تقسيم البحث إلى قسمين: نظري وميداني.

أولاً القسم النظري: ويضم أربعة فصول.

الفصل الأول: وهو موضوع الدراسة تناولنا فيه إشكالية الدراسة، ثم أسباب اختيار الموضوع وأهدف الدراسة ثم تساؤلات الدراسة، فرضيات الدراسة، وتحديد المفاهيم والدراسات السابقة.

¹ عبد الرحمن السويد : مقترح لإنشاء وكالة مساعدة لتعزيز الصحة دون أعباء مالية مباشرة، جريدة الرياض'الثلاثاء 9 شوال 1427 هـ - 31 أكتوبر 2006 م ، العدد 14008 .

² Vallin Jacques et Thérèse Locoh. (2001) : Population Et Développement en Tunisie (la Métamorphose), édition CERES, Tunis, Avril, p221.

أما الفصل الثاني : ويتناول وسائل منع الحمل وتطرقنا من خلاله إلى نبذة تاريخية عن التخطيط العائلي في الجزائر ثم نسبة الوعي بأساليب وأنواع وسائل منع الحمل ثم تطور معدل استعمال هذه الوسائل ويليها وسائل منع الحمل حسب مكان الإقامة وبعض المتغيرات الاجتماعية والثقافية وبعدها تعرضنا إلى مدى انتشار وسائل منع الحمل في الجزائر.

الفصل الثالث: ويتضمن اتجاهات و مستويات الخصوبة في الجزائر من خلال التطرق إلى تحديد معدلات النمو السكاني و التركيب العمري و النوعي للسكان، وفق بعض المؤشرات كالمعدل الخام للمواليد و المؤشر التركيبي للخصوبة العامة و المعدل الخام و الصافي للتكاثر كما تطرقنا في آخر الفصل إلى العوامل المؤثرة في الخصوبة ..

أما الفصل الرابع تناولنا فيه تقدير أثر و حصة استعمال وسائل منع الحمل و بعض المتغيرات الوسطية الأخرى كالزواج و العقم و عدم الإخصاب بتطبيق نموذج - BONGAARTS - في تخفيض الخصوبة.

أما الفصل الخامس و تناولنا فيه القسم الميداني بمحالات الدراسة، المنهج، العينة، أدوات جمع البيانات، تحليل النتائج وتفسيرها.

الفصل الأول

الإطار النظري للدراسة

- 1 - الإشكالية
- 2 - أسباب اختيار الدراسة
- 3 - أهداف الدراسة
- 4 - التساؤلات
- 5 - الفرضيات
- 6 - تحديد المفاهيم
- 7 - الدراسات السابقة
- 8 - المصادر الإحصائية

1- الإشكالية :

عرفت الجزائر تضاعفا في عدد سكانها بين فترة (1962-1988) حيث انتقل عدد سكانها من 12.23.000 إلى 22.800.000 نسمة¹، مما ترتب عنه ارتفاعا في نسبة النمو الطبيعي إلى 3.3%² - هي من النسب العالية جدا في العالم-، وهذا راجع إلى الانخفاض الحسوس في معدل الوفيات خاصة وفيات الأطفال من 131.7‰ في سنة 1962 إلى 64.42‰ سنة 1987³، نتيجة للتحسن الملموس للمستوى المعيشي للأسرة الجزائرية، وإنجاز العديد من المرافق الصحية بالإضافة إلى مجانية العلاج هذا من جهة، ومن جهة أخرى استمرار معدل الولادات في الارتفاع.

ومع بداية سنوات الثمانينيات سجل تسارع في انخفاض معدل الوفيات الذي أصبح أقل من 10‰ وزيادة في عدد المواليد 40.4‰ سنة 1984⁴، حيث بلغ المؤشر التركيبي للخصوبة 8 أطفال لكل امرأة في سنة 1970، وترتبط هذه الخصوبة العالية بعدم انتشار وسائل منع الحمل، والزواج المبكر، فالسن عند الزواج الأول بالنسبة للمرأة هو 21 سنة 1980 مقابل 19 سنة في عام 1970⁵.

وابتداء من سنة 1986 سجل انخفاض في نسبة النمو الطبيعي للسكان ولأول مرة بعد الاستقلال أقل من (3%) فانتقل من 3,1% سنة 1985 إلى 2,74% سنة 1986⁶، ومنذ ذلك الحين والانخفاض متواصل إلى أن قدر بـ 1,52% سنة 1998⁷ وهذا راجع إلى انخفاض المعدل الخام للولادات من 39,5‰ سنة 1985 إلى 21.02‰ في سنة 1998⁸.

¹ ONS. (1989) : « **Recensement générale de la population et de l'habitat 1987** » collections statistiques, n°16, Alger, p5.

² Haffad, T. (2004) : **Quelques conséquences économiques et sociales de l'évolution démographique en Algérie**, Revue des Sciences économiques et de Gestion, N°3, p95.

³ MSPRH et Direction de la population. (2002) : **Politique National de Population a L'horizon 2010**, Synthèse, Algérie, p04.

⁴ Flicil F et Hammouda N. (2012) : **Analyse D'un demi-siècle d'évolution la mortalité en Algérie 1962 - 2012**, Algérie, p05

⁵ MSPRH et Direction de la population. (2001) : **Fondements législatifs, réglementaires et techniques de la politique nationale de population**, Alger, Juin. p05.

⁶ Hemal A et Haffad T. (1999) : **La Transition de la fécondité et politique de population en Algérie**, Institut des Sciences Economiques Université de Batna, n°12, Algérie, p65.

⁷ ONS. (1998) : « **Démographie Algérienne** », données statistiques, n°294, Alger, p2.

⁸ Dekkar et al. (1999) : **La Démographie algérienne face aux grandes questions de société**, CENEAP/FNUAP, Alger, p23.

وعرفت الجزائر بفعل هذه التغيرات انخفاضا محسوسا في معدلات الخصوبة حيث بلغ المؤشر التركيبي للخصوبة العامة 7.4 طفلا لكل امرأة سنة 1977 ليصل الى 2.27 طفل لكل امرأة من خلال المسح الوطني المتعدد المؤشرات سنة 2006 ، تزامن هذا الانخفاض في معدلات الخصوبة مع اتساع ظاهرة استعمال وسائل منع الحمل

فانتشار هذه الوسائل بدء مع نهاية الستينات حيث قدرت نسبة النساء اللاتي في سن الإنجاب (15-49) سنة و يستعملن وسيلة من وسائل الحمل بـ 8% على المستوى الوطني حسب الجمعية الجزائرية للأبحاث الديمغرافية و الاقتصادية (AARDES) خلال سنة 1968¹ لتصل إلى 35.5% سنة 1986 حسب معطيات المسح الوطني الجزائري الخاصة بالخصوبة (ENAF) و في سنة 1992 حسب معطيات المسح الوطني الجزائري الخاص بصحة الأم و الطفل (PAPCHILD) بلغت نسبة النساء المستعملات لوسائل منع الحمل 50.7% على المستوى الوطني لتصل سنة 2002 إلى 57% من خلال المسح الجزائري لصحة الأسرة (PAPFAM) وفي سنة 2006 بلغت نسبة استعمال وسائل منع الحمل 61.4% من خلال المسح الوطني متعدد المؤشرات (MICS3) هذا الانتشار السريع لوسائل منع الحمل صاحبه انخفاض في معدلات الخصوبة.

2- أسباب اختيار الموضوع :

ترجع أسباب اختياري لهذا الموضوع المعنون بـ " وسائل منع الحمل وأثرها على الخصوبة في الجزائر » إلى :

- كون وسائل منع الحمل تعتبر من المؤشرات الديموغرافية الهامة باعتبارها العامل الأساسي الذي يعمل على خفض الولادات وبالتالي تنخفض نسبة النمو الطبيعي للسكان.

3- أهداف الدراسة:

نهدف من وراء هذا البحث إلى تحقيق الأهداف التالية:

1- معرفة وسائل منع الحمل المستعملة في الجزائر، و الدور الذي لعبته مراكز حماية الأمومة و الطفولة في توزيع هذه الوسائل.

2- معرفة مستويات و اتجاهات معدلات الخصوبة في الجزائر من سنة 1986 إلى غاية سنة 2006.

قياس أثر استعمال وسائل منع الحمل و بعض المتغيرات الوسطية على الخصوبة من خلال تطبيق نموذج بونغارتس.

¹ Association Algérienne Pour La Recherche Démographique, Economique Et Sociale (AARDES). (1970) :

“La régulation des naissances”, Enquête socio -démographique, vol 5, p82.

4- التساؤلات

4-1 التساؤل الرئيسي:

ما هو أثر استعمال وسائل منع الحمل على خفض معدلات الخصوبة في الجزائر؟

4-2 التساؤلات الفرعية:

- ما مدى انتشار استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر؟
 - كيف تم استعمال موانع الحمل من طرف الأسرة الجزائرية؟
 - ما مدى توفر مراكز حماية الأمومة والطفولة وكذا توفر موانع الحمل المختلفة من قبل الدولة؟
- ولإجابة عن التساؤلات التالية نقترح الفرضيات التالية:

5 - الفرضيات:

الفرضية العامة: تؤثر التركيبة العائلية على السلوك الإنجابي للمرأة اتجاه ما توفره مراكز حماية الأمومة و الطفولة من وسائل منع الحمل .

الفرضية الأولى: كلما ارتفع المستوى التعليمي لدى الزوجين إزداد لديهما الوعي في استعمال وسائل منع الحمل.

الفرضية الثانية: إن توفر موانع الحمل وعلى اختلاف أنواعها يزيد من إقبال الأسرة الجزائرية على تنظيم نسلها.

الفرضية الثالثة: يمثل الاستعمال الفعلي لوسائل منع الحمل العامل الأساسي الذي ساهم في تخفيض معدلات الخصوبة.

1-6 الخصوبة (Fécondité):

الخصوبة في الاستخدام الديمغرافي الحديث تتعلق بالمعدل الفعلي للمواليد فخصوبة امرأة ما تعني عدد الأطفال المولودين من قبل هذه الأخيرة . و عند تعريفنا للخصوبة (Fécondité) يجب التطرق إلى تعريف الإخصاب (Fertilité)، فالخصوبة هي تأكيد الإخصاب. و يعرف رولان بريسا الإخصاب (Fertilité) بالقدرة على الإنجاب¹. كما يجب التمييز بين مفهومي الخصوبة الطبيعية و الخصوبة الموجهة.

• الخصوبة الطبيعية (Fécondité Naturelle):

الخصوبة الطبيعية تعني السلوك الإنجابي دون اللجوء إلى استعمال وسائل منع الحمل أو إلى الإجهاض المتعمد و لا وسيلة من وسائل تنظيم المواليد الإرادي². فالخصوبة الطبيعية إذن خصوبة المرأة التي لا تلجأ إلى استعمال أية وسيلة من وسائل منع الحمل التي تمارس بصفة إرادية سواء بهدف تحديد أو تباعد الولادات. و يعرف رولان بريسا الخصوبة الطبيعية بأنها خصوبة المرأة المتزوجة في غياب استعمال وسائل منع الحمل و الإجهاض العمدي³. فهذا التعريف يبعد حالات الخصوبة التي تتدخل فيها الرغبة في تباعد الولادات أو تحديدها، و ذلك باللجوء إلى استعمال وسائل منع الحمل و لكن لا يبعد استعمال الرضاعة الطبيعية.

• الخصوبة الموجهة (Fécondité d'érigée) :

تعني الخصوبة الموجهة السلوك الإنجابي في مجتمع يمارس بصفة فعالة وسائل منع الحمل⁴، فالخصوبة الموجهة إذن تعني بها الخصوبة التي تتحكم فيها المرأة أو الزوجين معا و ذلك باللجوء إلى استعمال وسائل منع الحمل، و يعرفها رولان بريسا بأنها خصوبة المرأة (أو الزوجين) التي تستعمل وسائل منع الحمل بهدف تحديد أو تنظيم الولادات⁵.

2-6 المؤشر التركيبي للخصوبة : (Indic Synthétique de Fécondité) "ISF"

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

¹ Pressat R. (1979) : « Dictionnaire de démographie », PUF, p31.

² Nations-Unies, Apres la contraception. (1985) : Dissiper les rumeurs sur la fécondité ultérieure, Population Report, Série j, n°28, Ed. Anglaise, p78.

³ Pressat R. (1979). Op.cit, p79.

⁴ Leridon H. (1972) : « la démographie Analyse et modèles », INED, PUF, Paris, p121.

⁵ Pressat R. (1979) : Op.cit, p77.

3-6 سن الإنجاب (Age de reproduction) : سن الإنجاب هو فترة من حياة المرأة تكون فيها قادرة على الإنجاب تبدأ هذه الفترة عادة من (15-49 سنة) تبدأ هذه الفترة من سن البلوغ الذي يكون عادة بعد سن الثانية عشرة أو أكثر و ذلك حسب طبيعة البلد (كالمناخ مثلا) و يمتد إلى غاية سن اليأس الذي يبدأ بعد الخامسة و الأربعين.

4-6 منع الحمل (Contraception):

يعرفه رولان بريسّا بأنه إستعمال وسائل أو تقنيات تمنع العلاقات الجنسية من أن تؤدي إلى الحمل. و حسب ما ورد في المجلة التونسية (العائلة و السكان)¹ ، فإن منع الحمل هو إستعمال مختلف الطرق و الأساليب من طرف الزوجين الموجهة إلى تجنب الحمل بها. بما فيها التعقيم باستثناء الإجهاض العمدي . فهذا التعريف ينطبق على التعريف المعمول به في الجزائر حيث أن الإجهاض غير مسموح به و لا يندرج ضمن وسائل منع الحمل المستخدمة و المتبعة.

5-6 وسائل منع الحمل:

وتعني مجموعة الطرق التي تؤدي إلى توقيف الولادات وهذه الوسائل تنقسم إلى وسائل مادية وغير مادية وأن هذا المفهوم اقتبس من الإنجليزية حوالي 1960 وهو طريقة لمنع الحمل لتعيين مجموعة الوسائل التي تعمل على تجنب الحمل².

5-6 تنظيم الأسرة : إرادة الزوجين في المباشرة بين ولادتهما ، باستخدام وسيلة مشروعة ومأمونة لتأجيل الحمل ، بما يناسب ظروفهما الصحية والاجتماعية والاقتصادية وذلك في نطاق المسؤولية نحو أولادهما وأنفسهم(هذا التعريف وقع الاتفاق عليه بالاجتماع). في مؤتمر الرباط المغرب سنة 1971³.

¹ National de la famille et de la population. (1987) : **Famille et population**, nouvelle série n°5.6, Tunisie, p66.

² فطيمة دريد : **النمو الديموغرافي وأثره على التنمية الاقتصادية والاجتماعية (دراسة للتنظيم العائلي للأسرة الجزائرية)** ، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الدولة في علم الاجتماع التنمية ، جامعة قسنطينة ، 2006-2007، ص 26.

³ علي عبد الرزاق جلبي: **علم اجتماع السكان**، دار المعارف، القاهرة، 1984، ص 196.

نذكر بعض الدراسات التي تعرضت إلى بعض جوانب موضوع الدراسة، وهذا عن طريق ذكر أهم نتائجها، لما في ذلك من إثراء لموضوع الدراسة ذي العلاقة الوطيدة بينه وبين هذه الدراسات، ومن بين هذه الدراسات ما يلي:

الدراسة الأولى

دراسة الجمعية الوطنية للدراسات الديمغرافية، الاقتصادية والاجتماعية حول "موقف الأزواج الجزائريين تجاه تنظيم الأسرة سنة 1966" وهي تبين انخفاض مستوى المعرفة بوسائل منع الحمل، إذ بلغت نسبة المعرفة في المدينة 44,5% و 65% لكل من النساء والرجال على التوالي، لتتخفص هذه النسبة في الريف إلى 15% للنساء و 30% للرجال، كما تبين أن الرغبة في تنظيم الولادات تكون أكثر وضوحا كلما ارتفع مستوى المعيشة ومستوى التعليم¹.

الدراسة الثانية

الدراسة بعنوان " تباعد الولادات في العالم الثالث" (التجربة الجزائرية) — مليكة لعجالي ما بين - (1975 1978)، كشفت من خلالها عن علاقة ارتباطية عكسية بين مستوى تعليم الزوج ومتوسط عدد الأطفال، إذ كلما كان تعليم الزوج أعلى كلما تقلص هذا المتوسط والعكس صحيح، فقد قدر متوسط عدد أطفال الأزواج الذين ليس لهم مستوى 5,8 أطفال مقابل 2,7 أطفال للذين لهم مستوى جامعي. كما تبين أن الزوجات القاطنات في الوسط الحضري أكثر إقبالا على استعمال وسائل منع الحمل 48,70% منه في الوسط الريفي 2,20%، ترجع الباحثة انخفاض نسبة استعمال وسائل منع الحمل في أوساط المبحوثات إلى عوامل مختلفة أهمها العوامل الثقافية والدينية، إن تصادم المضمون الثقافي لموانع الحمل مع التمثيلات الدينية للأفراد، ومعتقداتهم، وممارستهم العميقة التجدر في الثقافة والمجتمع، يؤدي في الأوساط الريفية على وجه الخصوص، إما إلى رفضها رفضا تاما، أو قبولها مع نوع من التشكك والحيرة والتكتم. عموما، يظل إشكال مشروعية استعمالها أو عدم استعمالها مطروحا بقوة، خصوصا في الوسط الريفي، وبدرجة أقل في الأحياء الحضرية الهامشية التي مازالت تواجه من جهتها عقبات على سبيل الاندماج الثقافي في المدينة².

¹ (AARDES). (1970) : Op.cit, Alger.

² Malika L. (1985): « L'espace des naissances dans le tiers monde » (l'expérience algérienne), O.P.U, Alger.

الدراسة الثالثة

الدراسة بعنوان " **Familles, Femmes et contraception** " لـ علي قواوسي سنة 1992

التي كشف من خلالها التغييرات التي طرأت على مستوى الخصوبة خلال الفترة الممتدة ما بين (1970-1986)، من بين النتائج التي توصل إليها الباحث نذكر أهمها :

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

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

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

- انخفاض معدل الولادات من 48,3‰ إلى 32,4‰، وهذا الانخفاض راجع إلى تأخر سن الزواج بنسبة 60 و 40% إلى انخفاض الخصوبة الشرعية.

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

كما توصل أيضا إلى أن الأسرة النووية في الجزائر تتميز بارتفاع خصوبتها، والأسرة الممتدة بانخفاضها، وقد أرجع ذلك إلى ضيق أو اتساع المسكن مما ينجر عنه بعض المشاكل الاجتماعية ومن ثم التأثير على السلوك الإنجابي¹.

الدراسة الرابعة

الدراسة بعنوان "استخدام وسائل منع الحمل وأثره على الخصوبة في الجزائر" قام بها الباحث درديش احمد وهي مذكرة لنيل شهادة الماجستير وقد تمت سنة 1995-1996 .

أما عن إشكالية الدراسة فهي تضمنت التساؤلات التالية :

- ما هي العوامل التي ساعدت على انتشار استخدام وسائل منع الحمل؟ وما هي العوامل المحددة لاستعمالها؟

- ما هو أثر وحصة استعمال وسائل منع الحمل في انخفاض الخصوبة ؟

وللإجابة عن التساؤلات طرح الفرضيات التالية:

الفرضية الأولى: تؤثر التركيبة العائلية حسب جنس الأطفال على سلوك المرأة اتجاه استخدام وسائل منع الحمل .

¹ Kouaouci A. (1992) : « **Familles, Femmes et contraception** », CENEAP – FNUAP, Alger.

الفرضية الثانية: يتأثر مستوى استخدام وسائل منع الحمل بالوسط الاجتماعي الذي قضت فيه المرأة طفولتها.

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

وقد اعتمد الباحث في دراسته على المنهجين الوصفي المقارن والمنهج التحليلي، أما مجال الدراسة فقد مس المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة سنة 1986 كل النسوة غير العازبات اللاتي تتراوح أعمارهن 15 و49 سنة أما المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل الذي اجري سنة 1992 فقد مد مجال الملاحظة حتى النسوة اللاتي تتراوح أعمارهن بين 50 و54 سنة وتقتصر الدراسة على النساء المتزوجات فقط وقت إجراء المسح.

وتهدف الدراسة إلى مايلي :

- معرفة الوعي بوسائل منع الحمل ومدى انتشارها واستخدامها في الجزائر.
 - تحديد العوامل المؤثرة في استخدام وسائل منع الحمل .
 - معرفة مستويات واتجاهات الخصوبة في الجزائر من سنة 1970 الى سنة 1992.
- وقد توصل الباحث الى مجموعة من النتائج :
- يعتبر الأصل الجغرافي للمرأة (ريفي أو حضري) والتركيبية العائلية حسب جنس الأطفال من العوامل التي تؤثر على استخدام وسائل منع الحمل .
 - كلما زاد المستوى التعليمي للمرأة زاد استخدامها لوسائل منع الحمل .
 - عرفت معدلات الخصوبة العامة انخفاضاً محسوساً خلال الفترة 1986 - 1992 من 5.37 طفل لكل امرأة سنة 1986 الى 4.4 طفل لكل امرأة سنة 1992 يرجع أساساً إلى انتشار استخدام وسائل منع الحمل حيث بلغت حصة استعمال وسائل منع الحمل في خفض معدلات الخصوبة الزوجية 1.54 طفلاً لكل امرأة ثم يليها تراجع الزوجية أما الرضاغة فعرفت تراجعاً في المناطق الحضرية والريفية على السواء. وكانت حصة العقم 0.19 طفلاً لكل امرأة.

الدراسة الخامسة

الدراسة بعنوان "النمو الديموغرافي وأثره على التنمية الاقتصادية والاجتماعية" *دراسة التنظيم العائلي للأسرة الجزائرية *قامت بها الباحثة دريد فطيمة ،وهي أطروحة لنيل شهادة دكتوراه دولة في علم اجتماع التنمية ،وقد تمت سنة 2006-2007 وهي دراسة ميدانية لولاية باتنة.

أما إشكالية الدراسة تتمثل عدة تساؤلات كمايلي:

- ما مدى استجابة الأسرة الجزائرية لفكرة التنظيم العائلي ؟

- ما مدى تأثير الجوانب الاقتصادية والاجتماعية على تطبيق التنظيم العائلي داخل الأسرة الجزائرية؟

- ما هي المعوقات التي تعرقل التنظيم العائلي داخل الأسرة الجزائرية؟

- ما مدى توفر مراكز حماية الأمومة والطفولة وكذا توفر موانع الحمل المختلفة من قبل الدولة؟

أما فيما يخص الفرضيات انطلقت بفرضية عامة مؤداها "إن تطبيق التنظيم العائلي داخل الأسرة الجزائرية يسير نحو الوجهة الإيجابية ويؤثر إيجابا على النمو الديموغرافي "

المنهج المتبع في الدراسة اشتمل على المنهج الوصفي :استخدم في هذه الدراسة في الإطار النظري لوصف التنظيم العائلي داخل الأسرة الجزائرية.

أما عن الأدوات المنهجية التي استعان بها الباحث لجمع المعطيات من الواقع لهذه الدراسة:

المقابلة: استعملت المقابلة الحرة في الدراسة الميدانية لغرض استكشاف مجتمع الدراسة ،وكذا لمقابلة بعض المسؤولين الإداريين لغرض جمع مجموعة من البيانات تخص مراكز حماية الأمومة والطفولة .

الإستمارة: التي طبقت في الميدان على شكل استمارة مقابلة موزعة على 200 امرأة وهي عبارة عن مجموعة أسئلة تمثلت في 31 سؤالاً مقسمة على خمس محاور وهي :

المحور الأول: شمل على بيانات عامة للمبحوثات.

المحور الثاني:تناول البيانات الخاصة بالموطن الأصلي والسكن.

المحور الثالث: تناول البيانات بالحالة الاقتصادية والاجتماعية للأسرة.

المحور الرابع: تناول بيانات خاصة بالزوجين.

المحور الخامس: تناول بيانات خاصة بالتنظيم العائلي.

أما عينة الدراسة تضمنت الشرطين التاليين:

- أن تكون المرأة المبحوثة في سن الإنجاب

- أن تكون للمرأة أكثر من طفل

وذلك للوقوف على حقيقة تطبيق التنظيم العائلي بين طفل وآخر .

وتهدف هذه الدراسة إلى:

1- محاولة الكشف عن مدى استجابة الأسرة الجزائرية لفكرة التنظيم العائلي .

2- محاولة البحث عن مدى تأثير الظروف الاقتصادية والاجتماعية على الأسرة وبالتالي لجوؤها إلى التنظيم العائلي .

3- محاولة التعرف على الأسرة الجزائرية من خلال بعض العادات والتقاليد وبالتالي وصولها إلى التنظيم العائلي .

أما النتائج التي توصلت إليها الباحثة هي كالآتي:

- نجاح الدولة في توصيل فكرة التنظيم العائلي لجموع المواطنين وتقبل الأسرة الجزائرية لفكرة تطبيق التنظيم العائلي .

- الانحسار الكبير للقيم المجتمعية المشجعة على كثرة الإنجاب.

- إنشاء وتشبيد الدولة لمراكز حماية الأمومة والطفولة.

8- المصادر الإحصائية :

8-1 المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986)

أسند أمر إجراء المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (ENAF) إلى المركز الوطني للدراسات و التحليل الخاصة بالسكان (CENEAP) ، حيث بدأ العمل يوم 7 سبتمبر 1986، و استفاد هذا العمل من المسح العالمي للخصوبة. و اعتمد ذلك على معطيات التعداد العام للسكان لسنة 1977 في تحديد و تقسيم المقاطعات تم تمويل هذا

المسح من طرف الحكومة الجزائرية إضافة إلى مساعدات صندوق الأمم المتحدة (FNUAP) الذي مول عدة بعثات للخبراء و قدم كذلك بعض المساعدات في ميدان الإعلام الآلي.

و للمسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة عدة أهداف من بينها دراسة الخصوبة و العوامل الاجتماعية و الديمغرافية التي تتحكم فيها : دراسة ظاهرة الزواجية و استخدام موانع الحمل... و بالتالي تم تقسيم الاستمارة إلى قسمين: استمارة تتعلق بالأسرة و أخرى تخص المرأة. تم المسح في شمال الجزائر فقط ، و لم يأخذ بعين الاعتبار ولايات الجنوب الجزائري. شملت عينة البحث 5368 أسرة، أما عدد النساء اللاتي شملن البحث فبلغ 4804 امرأة مؤهلة (متزوجة و عمرها أقل من خمسين سنة)، و تم إنجاز هذا المسح في 9 فيفري 1987م.

8-2 المسح الجزائري الخاص بصحة الأم و الطفل لسنة 1992 :

لقد قامت وزارة الصحة في شهر جانفي 1992 بتوقيع مشروع المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل ، و عهد بتنفيذه إلى الديوان الوطني للإحصاء (ONS) . وقد ساهم في تمويل هذا المشروع كل من برنامج الخليج العربي لدعم منظمات الأمم المتحدة الإنمائية و صندوق الأمم المتحدة للسكان، و لعبت هذه المساهمات دور كبيرا في إجراء المسح القومي الذي يهدف إلى تحديد الوضعية الصحية للأم و الطفل. كما يرجع الفضل أيضا في إنجاز هذا المسح إلى المساعدات التي قدمتها وزارة الصحة و السكان (خصوصا الصحة الوقائية و أقسامها) إلى الديوان الوطني للإحصاء، كما وضعت الوزارة تحت تصرف الديوان كافة الإمكانيات البشرية و المادية اللازمة.

و المشروع الجزائري الخاص بصحة الأم و الطفل هو جزء من المشروع العربي للنهوض بالطفولة الذي يهدف إلى توفير بيانات تفصيلية عن العوامل البيولوجية و الديموغرافية و الاجتماعية و الاقتصادية و البيئية التي يؤثر على صحة الأم و الطفل ، و ذلك بناء على قرارات و توصيات مجلس وزراء العرب ، و مجلس وزراء الشؤون الاجتماعية و العمل العرب ، قد تفيد هذه البيانات في بناء قاعدة أساسية و تقييم البرامج الوقائية بشكل عام و ما يتعلق منها بصحة الأم و الطفل.

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

1- المدن التي يزيد عدد سكانها عن 100000 نسمة.

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

3- التجمعات الحضرية الأخرى.

4- المناطق الريفية.

و تضمنت عينة المسح 5881 امرأة مؤهلة (متزوجة أو سبقت لها و إن تزوجت و عمرها 55 سنة) و 5288 طفلا مؤهلا (يقل عمره عن خمس سنوات). كما تم تقسيم المسح إلى خمسة استبيانات و هي:

1- استبيان يتعلق بالأسرة.

2- استبيان خصائص المسكن

3- استبيان صحة الأم

4- استبيان صحة الطفل

5- استبيان خاص بالبيئة التي تعيش فيها الأسرة.

و قد استكملت الاستبيانات عند 91.7% من الأسر و بنسبة 88.7% في الوسط الحضري و 95.1% في الوسط الريفي. أما بالنسبة لاستمارة صحة الأم ، فبلغت نسبة الاستبيانات المستكملة 93.8% و 96.2% من تحديد نسبة استمارة صحة الأم.

3-8 المسح الجزائري حول صحة الأسرة سنة 2002:

قام الديوان الوطني للإحصائيات بإنجاز المسح الجزائري لصحة الأسرة 2002 بمساهمة وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وبالتعاون مع جامعة الدول العربية في إطار المشروع العربي لصحة الأسرة وبمشاركة كل من برنامج الخليج العربي لدعم منظمات الأمم المتحدة الإنمائية وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة ومنظمة الصحة العالمية، والاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة والمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية وصندوق الأوبك للتنمية واللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا وقسم الإحصاء للأمم المتحدة.

تم سحب العينة باستعمال عينة طبقية متعددة المراحل حيث تم تقسيم التراب الوطني إلى 4 جهات جغرافية كبرى والتي تمثل المناطق الصحية بالجزائر (الشرق، الوسط، الغرب، والجنوب)، و تم تقسيم كل جهة إلى مناطق وكل منطقة إلى مقاطعات متجانسة نسبيا من حيث الخصائص الديمغرافية والاجتماعية وذلك عن طريق تقنية التصنيف، وعلى إثر هذا التصنيف تم تقسيم ولايات هذه الجهة الصحية إلى 17 منطقة (5 مناطق في الجهة الصحية للوسط و 5 مناطق في

الجهة الصحية للشرق، 4 مناطق في الجهة الصحية للغرب، و 3 مناطق في المنطقة الصحية للجنوب)، تلا ذلك سحب 30 عنقودا في كل منطقة ليصل عددها إلى 510 عنقودا ($510 = 30 \times 17$) عنقودا على المستوى الوطني) وأخيرا سحب 20 أسرة معيشية في كل عنقود للأسرة الرئيسية و 20 أسرة معيشية إضافية للعينة الموسعة.

وقد شمل المسح 204100 أسرة للعينة أما فيما يخص استبيان الشباب، فقد تم تخصيص حوالي $\frac{1}{4}$ العينة الرئيسية، حيث تم سحب 136 عنقودا من العينة الرئيسية حيث تم استيفاء الاستبيان بجميع الشباب المؤهلين. ومن أجل الحصول على معطيات على المستوى الجهوي وكذا الوطني، تمت عملية تعميم البيانات وذلك بإتباع نفس المراحل المعتمدة خلال سحب العينة.

وقد عمت النتائج على المناطق الـ 17 التي تم سحب العينة منها بعد إعادة التوزيع انطلاقا من توزيع السكان المقدر من الإسقاطات السكانية لسنة 2002 المعتمدة على نتائج تعداد 1998 ومعطيات التسجيل الحيوي السنوية.

تمت عملية جمع البيانات المسح الجزائري لصحة الأسرة خلال الفترة ما بين سبتمبر ونوفمبر 2002 وبلغت نسبة استيفاء الأسر المعيشية 93.5%، واستبيانات الصحة الإنجابية 96.1% واستبيانات الشباب 93.0%.

أهداف المسح الجزائري 2002:

يهدف المسح الجزائري لصحة الأسرة إلى توفير بيانات أساسية تفصيلية، تساعد السلطات العمومية الجزائرية على تنفيذ ومتابعة وتقييم السياسات الصحية والاجتماعية وكذلك إعداد البرامج الصحية والسكانية المناسبة.

4-8 المسح الجزائري متعدد المؤشرات 2006:

تم إنجاز المسح الجزائري 2006 من طرف الديوان الوطني للإحصائيات بمساهمة وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة ومنظمة الصحة العالمية والتي دعمت تقنيا وماليا من أجل تنفيذ هذا المسح كما توبعت الأهداف الحقيقية في المسح وحددت من طرف الاتفاقيات العالمية الحديثة وبدعم من صندوق الأمم المتحدة، والمنظمة العالمية المتحدة لمكافحة السيدا.

تم تقسيم التراب الوطني إلى 4 جهات جغرافية والتي تمثل المناطق الصحية في الجزائر (الوسط، الشرق، الغرب، الجنوب) وتقسيم الجهات إلى مناطق صحية وكان ممثلا من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

ومن أجل تقديم معلومات نهائية تم تقسيم الولايات الصحية إلى 17 منطقة مع الأخذ بعين الاعتبار حساب المعايير التالية المأخوذة من الإحصاء العام للسكان والسكن والمسوح حول الحالة المدنية:

- المؤشر التركيبي للخصوبة.

- الأمية.

- الربط بشبكة الصرف الصحي.

- نسبة السكان القاطنين في المناطق المتشعبة.

تم تطبيق حجم العينة حسب المخططات الحضرية والريفية وهي في مجموعها 29478 أسرة موزعة بانتظام حول 17 منطقة محسومة أي ما يقارب 1734 أسرة في كل منطقة.

ولتعيين عينة المسح تم الاعتماد على درجتين على المستوى الوطني:

الدرجة الأولى: تعيين نسبي للوحدات الأولية العنقودية وعددها 34 في وسط كل منطقة فليكن (17×3518) عنقودا على المستوى الوطني.

الدرجة الثانية: تعيين متوافق للوحدات الثانوية أو الأسر إذ العدد هو: ($34 \times 51 = 1734$ أسرة).

إذا حجم العينة على المستوى الوطني هو ($17 \times 1734 = 29478$ أسرة).

تمت عملية جمع البيانات للمسح الجزائري متعدد المؤشرات خلال الفترة 25 أفريل 2006.

بلغ حجم العينة 518 عنقودا و 51 أسرة موزعة على 17 منطقة، 29476 أسرة، 47612 امرأة تتراوح أعمارهن من 15 إلى 49 سنة و 15000 طفل اقل من 5 سنوات، تم استبيان 29008 أسرة على المستوى الوطني، وكانت نسبة الاستجابة 98.4%.

عدد الاستبيانات المأخوذة مجموعها 47612 امرأة منتقاة وكانت 43670 ونسبة الإجابة 91.6%.

أهداف المسح الجزائري 2006:

يهدف المسح الجزائري 2006 إلى ما يلي:

- توفير معلومات لتقييم حالة الطفل والأم في الجزائر.
- توفير بيانات ضرورية لمتابعة تحقيق الأهداف من أجل تطوير مخطط المسح ووضع قاعدة للتخطيط مستقبلا.
- توزيع وتحسين أنظمة جمع البيانات التابعة للجزائر ودعم الخبرة التقنية فيما يخص مادة الحمل، ووضع العمل وتحليل هذه الأنظمة.
- إتاحة الفرصة لمنظمة الأمم المتحدة للطفولة ومنظمة الصحة العالمية بإعداد معلومات أساسية لوضعها في العمل، ومتابعة وتقييم السياسات.
- توزيع وتحسين وربط البيانات النسبية للأطفال والنساء وعصرنة وتنمية قواعد البيانات المتوفرة.
- توفير الإمكانيات الضرورية لمتابعة حالة النساء والأطفال، والمخطط العيني يعطي صورة للمستوى الإقليمي من أجل أغلبية المتغيرات المحفوظة من طرف المسح.
- تقديم مؤشرات في النهاية للمقارنة مع الدول الأخرى وتقييم الجهود المبذولة لتحسين حالة الأطفال والنساء.

الفصل الثاني

تطور وسائل منع الحمل في الجزائر

تمهيد

- 7- لمحة عن التخطيط العائلي في الجزائر
- 8- نسبة الوعي بأساليب وأنواع وسائل منع الحمل
- 9- معدل استعمال وسائل منع الحمل
- 10- استعمال وسائل منع الحمل حسب مكان الإقامة وبعض المتغيرات

الاجتماعية والثقافية

- 11- مدى انتشار وسائل منع الحمل في الجزائر
- 12- مصادر الحصول على وسائل منع الحمل الحديثة

خاتمة

تمهيد

سنحاول من خلال هذا الفصل إعطاء لمحة تاريخية عن التخطيط العائلي ونسبة الوعي بأساليب وأنواع وسائل منع الحمل وكذلك تحديد مدى استخدام وسائل منع الحمل في الجزائر والمؤسسات التي ساهمت في توزيعها وبالتالي تطوير إستخدامها

1- نظرة تاريخية عن التخطيط العائلي في الجزائر :

في الخمسينيات أي إثر الحرب العالمية الثانية، اشتدت الزيادة السكانية في الجزائر و ذلك نتيجة الخسائر البشرية التي انجرت عنها .فكان من الطبيعي تعويضها باللجوء إلى الإنجاب بكثرة، إلى جانب طول فترة ركود الخصوبة الراجعة إلى غياب المجندين الجزائريين و إلى ارتفاع حالة البؤس.

يجب وضع هذه العوامل بما فيها الكساد الذي كان يميز تلك الفترة، في الظرف الاجتماعي و الاقتصادي العالمي السائد آنذاك، بحيث كان يقدر معدل النمو الديمغرافي بالجزائر بـ 1 % سنويا في أواخر الأربعينيات، ثم ارتفع إلى 2,7% في 1954، ليلعب في أواخر الستينيات 3,4 % ¹، مما أدى إلى ارتفاع محسوس لعدد السكان مابين فترتي 1962 و 1966 ، إذ قدر بـ 10,5 مليون نسمة و 12 مليون نسمة على التوالي²، و على العموم، كانت المرحلة تتميز بما يسمى بـ « Baby Boom » بحيث تراوحت معدلات الولادة مابين 51 ‰ و 50 ‰ في الخمسينيات و الستينيات على التوالي³، و على الرغم من ذلك، فلم تعتبر الجزائر، الزيادة السكانية التي كانت تعرفها، مشكلا يعيق النمو الاقتصادي بل على العكس، اعتبرته مشكلا ضمن المشاكل الأخرى التي يجب حلها عن طريق تحقيق نمو اقتصادي فعال موازي للنمو الديمغرافي، يلي المطالب المتزايدة للسكان من حيث ، السكن، المدارس، المستشفيات، مناصب شغل، وسائل الترفيه... إلخ. مع العلم أنه في سنة 1966 وصلت نسبة البطالة إلى 33 % ⁴ من مجموع السكان النشطين فسر الديمغرافيون هذا الموقف الرفض لوضع سياسة سكانية بالأيدولوجية التي كانت سائدة آنذاك و الراجعة إلى الحرب الباردة بين كتلي الشرق، المتمثلة في الإتحاد السوفيتي، و الغرب التي كانت تمثلها الولايات المتحدة الأمريكية، بحيث بانتماء الجزائر إلى الكتلة الاشتراكية و انتهاجها سياسة التصنيع، اعتبرت السياسة السكانية مناورا من طرف الغرب لغرض السيطرة على بلدان العالم الثالث وترسيخ الرأسمالية، بحيث كانت تمنح مساعدات مالية مقابل تطبيق مثل هذه السياسات.

لقد طرأ على هذا الموقف تغيرات عدة، سنتعرض لها من خلال هذه المراحل:

¹ Dekkar et al. (1999): *Op.cit*, p23.

² Dekkar et al : (1999): *Un Quart De Siècle D'études Sur La Survie De L'enfant Algérien 1970-1995*, UNICEF-OMS, Alger p9.

³ Idem : p14.

⁴ Idem : p60.

مراحل التخطيط العائلي في الجزائر:

1- مرحلة ما بين (1962-1979): شهدت هذه الفترة إجراء أول تعداد عام للسكان و السكن منذ الاستقلال في 1966، و كانت من نتائجه الإحصائيات التالية: 57% من مجمع السكان ينتمون إلى فئة أقل من 20 سنة¹، سوى 31.4% من السكان يقطنون بالمناطق الحضرية بينما 68.6%، أي حوالي 4/3 السكان، يقطنون بالريف، و 15.9% من الوفيات العامة مع 174 ‰ من وفيات الأطفال الأقل من سنة²، بالإضافة إلى 3.4% من معدل نمو السكان، و يعتبر من أعلى معدلات في العالم³.

أظهرت هذه المعطيات مدى تدهور الحالة الصحية و استمرار الزيادة السكانية في الارتفاع، خاصة بالنسبة لفئة الشباب، إلا أن ذلك لم يشكل بالنسبة للحكومة الجزائرية دافعا قويا لاتخاذ سياسة رسمية للتحكم في نمو السكان، بل الوعي بالمشكل كان موجودا و لكن دون الإعلان عنه رسميا و بوضوح.

ففي نفس السنة، خلال افتتاح المؤتمر الأول لاتحاد الوطني للنساء الجزائريات، ألقى الرئيس هواري بومدين خطابا أين صرح فيه أنه يمكن للمنظمة النسائية الشروع في العمل حول فكرة التنظيم العائلي كحق للمرأة و حق صحي و من جهة أخرى تطرق إلى مسألة ترقيتها من خلال وضع قانون للأسرة، يقلص من المهور و تعدد الزوجات⁴، و الشيء نفسه أكدته الجمعية النسائية، بحيث صادقت على لائحة تناشد فيها الحكومة بضرورة الترويج لاستعمال وسائل الحمل لحماية الأم و الطفل معا⁵.

كما شهدت سنة 1967 افتتاح أول مصلحة للتنظيم العائلي في مصطفى باشا الجامعي، مهتما بعلاج العقم و بالطبع تنظيم الحمل⁶، و بذلك شكلت أول خطوة في طريق تحقيق سياسة ديمغرافية. ثم تلتها خطوات أخرى تمثلت في إنجاز تقريرين حول نمو السكان في عام 1968، بحيث أكد التقرير الأول المحضر من طرف المجلس الوطني المكلف بسياسة الولادة و المعنون "الاحتياج الضروري للتنظيم العائلي"، على ضرورة خلق شبكة وطنية لمراكز التنظيم

¹ Dekkar et al, (1999):Op.cit. p10.

² Idem: p18-20.

³ Idem: p23.

⁴ Kouaouci A. (1996): "Genèse et evolution de la politique de population en Algérie (1962-94)".

International Planned Parenthood Federation (IPPF), Arab world region, Tunis, p62.

⁵ Idem: p19.

⁶ Idem: p19.

العائلي و من جهة أخرى ركز التقرير الثاني , الذي أعدته أمانة الدولة للتخطيط و المعنون " نتائج الانفجار الديمغرافي على مشكل السكن و البناء " , على ضرورة تبني سياسة تنظيم عائلي , لمساهمتها بقدر كبير في حل مشكل نقص السكن¹.

و في نفس الفترة و بالتحديد ما بين 1967 – 1986 , أجرت الجمعية الجزائرية للبحوث الديمغرافية , الاجتماعية و الاقتصادية (AARDES) , دراسة ميدانية لمعرفة موقف العائلة الجزائرية من التنظيم العائلي و كانت نتائجها أن 44.5% , من النساء و 65% من الرجال في المناطق الحضرية , صرحوا بمعرفتهم لطريقة واحدة لتنظيم النسل على الأقل , بينما تنخفض هذه النسب في الريف لتبلغ 15% و 20% على التوالي².

بينت هذه الدراسة خطورة الوضع خاصة لدى سكان الريف الجاهلين على الأقل بنسبة 80% لوسائل منع الحمل (سواء كانت تقليدية أم حديثة). مع العلم أنهم يشكلون حوالي 4/3 السكان في تلك الفترة.

تناوب كل من وزيري التربية و الصحة على التنبيه بخطورة التزايد السكاني على مستقبل المنظومة التربوية و إلى صورة التنظيم العائلي , و في نفس السياق , تقدمت وزارة الصحة عام 1968 بطلب إلى المجلس الإسلامي الأعلى لتقديم فتوى في مسألة تنظيم النسل , و كان فحوى الفتوى أن تنظيم النسل أمر يوكل إلى الأفراد المعنيين بالأمر دون أن يكتسي ذلك القهر أو الإكراه , مع الإشارة إلى ضرورة تنظيم حملات تحسيسية , أين تشرح فيها الشروط اللازمة لإنجاب أطفال سالمين³.

بالرغم من الجهود, أصرت السلطات الرسمية على موقفها و أكدته خلال تدشين مركب الحجار 1969 , بحيث جاء في خطاب الرئيس هواري بومدين مايلي : " باستطاعة الجزائر استيعاب 40 مليون نسمة .. بخصوص المسألة الديمغرافية .. لسنا من مناصري الحلول الخاطئة"⁴ و في نفس الفترة, أجري المسح الوطني للإحصاء و السكان سنة 1970 من طرف المعهد الوطني للصحة العمومية, و فيما يخص التنظيم العائلي, كانت النتائج التالية: 24% من النساء المتزوجات في سن الإنجاب يعرفن على الأقل وسيلة حديثة واحدة لمنع الحمل, بينما ترتفع هذه النسبة على

¹ Kouaouci A. (1996):Op.cit.p19

² خليفي أحمد: السياسات السكانية و التحول الديمغرافي في العالم الثالث, رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع ,غودج الجزائر 1987-1962, الإسكندرية, 1991, ص129.

³ وزارة الصحة و السكان مديرية السكان :السياسة الوطنية للسكان أفاق 2010, ملخص, الجزائر, جويلية 2001, ص.16

⁴ Safir T. (Sans année): Changement Social, Politique De Population Et Transition Démographique Dans Les Pays Maghreb, p243.

48% لدى الرجال, في حين تراوحت نسبة عدم المعرفة بها ما بين 73.6% لدى النساء و 50.2% لدى الرجال مع نسبة 8% من النساء المطبقات للتنظيم العائلي خلال المسح و معظمها طرق تقليدية¹.

أظهرت النتائج مدى احتياج النساء المتزوجات في سن الإنجاب إلى التباعد بين ولادتهن خاصة و أن معرفتهن بهذه الوسائل تعد أكبر من استعمالهن لها, و كما تعد خصوبتهن طبيعية, فالهدف إذن يكمن في جلبهن و توعيتهن لأجل تطبيق التنظيم العائلي.

لم يأتي المؤتمر العالمي الأول حول السكان المنعقد ببوخاريسست عام 1974 بجديد بالنسبة لضرورة تطبيق الدول النامية لسياسات سكانية, بحيث أصر رئيس الوفد الجزائري في خطابه على مايلي: " تغير العلاقات الاقتصادية الدولية و تبني استراتيجية للتطور الهادفة إلى توزيع عادل للمداخيل ما بين الأمم هي التي ستسمح بخلق ظروف للنمو و انسجام أكبر ما بين الاقتصاد و العوامل الديمغرافية"². ويفسر قواوسي التمسك بهذا الموقف في تلك الفترة إلى ارتفاع أسعار البترول³, الذي انجرت عنه أزمة اقتصادية عالمية حادة, بينما عادت على الجزائر بمداخيل معتبرة, عززت موقفها, وفي نفس السنة, انطلق البرنامج الوطني لتباعد الولادات في مركز حماية الأمومة و الطفولة لمستشفى مصطفى باشا الجامعي⁴, كما تزامن ذلك مع تعميم الطب المجاني. إثرها افتتحت عدة مراكز عبر التراب الوطني, و حتى قانون الصحة المصادق عليه عام 1976, أشار في مادته رقم 119 إلى تبني سياسة وطنية لتباعد الولادات من خلال استعمال وسائل الحمل⁵.

لقد دعم هذا البرنامج في الفترة ما بين (1974 – 1979), بتمويل خارجي, بنسبة كبيرة, من طرف صندوق الأمم المتحدة الخاص بنشاط السكان (FNUAP), المنظمة العالمية للصحة (OMS) و اليونيسيف و ذلك لاقتناء

¹ (AARDES). (1970): Enquête Socio-Démographique: La Procréation, Direction du plan et des études économiques, Alger, p81.

² Benkhelil R. (1998): Les Politiques de population et le contexte international, Actes des journées d'études, Sidi Fredj 07 et 08 Janvier 1997, CENEAP, Alger, p15.

³ Kouaouci A. (1996): Op.cit, p25.

⁴ Ladjali M. (1985): Op.cit. ,p 27.

⁵ Kouaouci A. (1996): Op.cit., p26.

تجهيزات لفائدة مراكز الأمومة و الطفولة, موانع الحمل و كذا التكفل بتكوين المهنيين في هذا البرنامج, سواء في الجزائر أم خارجها⁶.

2- مرحلة ما بين (1980 – 1988):

في بداية الثمانينات, واجهت البلاد عدة مشاكل اقتصادية راجعة أساسا إلى تدهور أسعار البترول (المورد الرئيسي للمداخيل), حيث أثر ذلك على التزامها ببرنامج السكن المسطر, على توفير العمل, على الطب المجاني و غيرها من التدعيمات الحكومية, و بالطبع تجددت النظرة بالنسبة لقضية النمو الديمغرافي, فبعدها كانت الدولة معارضة لتبني سياسة سكانية و مكتفية فقط بنتائج البرنامج الوطني لتباعد الولادات, أصبح الأمر ملحا لإرساء قواعد سياسة وطنية للسكان خاصة أمام التزايد السكاني السريع و العجز عن تلبية حاجيات هؤلاء.

إذن عرف الموقف الجزائري منعطفا جديدا من خلال المؤتمر فوق العادي للجنة التحرير الوطني في 1981, أين أكد المؤتمر الحاجة الماسة إلى وضع سياسة عائلية يندرج ضمنها تباعد الولادات مع مطالبة الحكومة بالإسراع في دراسة قانون الأسرة¹, كما جاء أيضا في التقرير العام للمخطط الخماسي 1980 – 1984, مايلي: " أصبح العمل على التخفيض الفعلي لمعدل الولادات شرطا ضروريا لتحسين فعالية بناء اقتصادنا و إمكانية تلبية المتطلبات الاجتماعية للسكان بصفة مرضية و مستمرة"².

في 1983, تم المصادقة على أول برنامج وطني للتحكم في النمو الديمغرافي (PNMCD), و الذي يتشكل في ثلاثة محاور³, و هي:

* تطوير نشاطات تباعد الولادات.

* تطوير دراسات و أبحاث حول محددات الخصوبة.

* تطوير نشاطات إعلامية, تحسيسية و تربوية في مجال التنظيم العائلي.

لم تأت تلك السياسة إلا تنويجا للجهود المبذولة في إطار برنامج تباعد الولادات الذي ساهم بدور فعال في التخفيض من معدل وفيات الأطفال عن طريق التحسين من صحة الأم و الطفل.

⁶ Idem. p30.

¹ Kouaouci A. (1996) :Op.cit., p32

² Idem : p33.

³ Idem: p33.

كان التصريح بهذه السياسة خلال انعقاد المؤتمر الثاني للسكان بمكسيكو عام 1984, بطلب من الدول النامية التي تعاني من انفجار سكاني, و ذلك للحصول على تدعيم خارجي لسياساتها السكانية⁴. و كما كان منتظرا, حيث عبرت الجزائر بصورة واضحة عن موقف جديد مغاير للذي تبنته خلال المؤتمر السابق.

إثر ذلك تم إجراء عدة تحقيقات, أهمها المسح الوطني حول الخصوبة (ENAF) لعام 1986 و الذي أقر بداية انخفاض الخصوبة, و حسب المختصين, شكل ذلك بداية التحول الديمغرافي . كما أجرى التعداد العام للسكان و السكن لسنة 1987 , الذي أكد نفس النتائج و هو العام الذي شهد فيه ميلاد جمعية جزائرية للتنظيم العائلي (AAPF) . بالإضافة إلى الإصلاحات الاقتصادية التي شرعت فيها البلاد عقب أحداث 5 أكتوبر 1988.

3- مرحلة ما بين (1988 و أفاق 2010):

منذ هذا التاريخ و كلت مهام التكفل بالبرنامج الوطني للتحكم في النمو الديمغرافي إلى الجمعية الجزائرية للتنظيم العائلي حتى سنة 1994¹. و نظرا للفترة العصبية التي مرت بها البلاد المتمثلة في انعدام الأمن , انتشار البطالة و غيرها من المشاكل بما فيها عدم الاستقرار السياسي (تغير الحكومات), مع تقلص العائدات, حولت الدولة اهتمامها نحو أولويات أخرى غير النمو الديمغرافي و بالتالي تعرضت مراكز حماية الأمومة و الطفولة إلى نقص كبير في موانع الحمل و ذلك لأن الطلب فاق العرض.

و لقد ساهمت عدة منظمات في تمويل دراسات أو مسوح, من ضمنها منظمة اليونيسيف, في تدعيمها للمسح حول وفيات الأطفال و كذا صندوق الأمم المتحدة الخاص بنشاط السكان, الذي بلغت إعاناته خلال فترتي 1989 – 1983 بـ 9 ملايين دولار².

لم تتوقف السياسة السكانية (التخطيط العائلي) عند هذه الفترة, بل استمرت و أخذت منعطفًا جديدا , حيث اعتبرت التوصيات التي خرج بها المؤتمر الدولي حول السكان بالقاهرة لسنة 1994, من ضمانة أولوياتها, فقامت بوضع أهداف رئيسية خاصة بتحسين المؤشرات الصحية و الديمغرافية لغاية سنة 2000, و التي تم تحقيقها قبل التوقعات المسطرة . ثم اتخذت الجزائر إجراءات بعد الجلسة العامة للأمم المتحدة المنعقدة بنيويورك سنة 1999 و قمة الألفية 2000, و التي هي كالتالي:

⁴ Benkhelil R. (1998) : Op.cit, p16

¹ Safir T: Op.cit. p257.

² Kouaouci A. (1996):Op.cit, p35.

* بلوغ مؤشر ترميزي للخصوبة بـ 2.1 طفل لكل امرأة .

* بلوغ مستوى إستعمال موانع الحمل بنسبة 65% و ذلك من خلال تشجيع استخدام الوسائل الحديثة.

* تقليص بنسبة 50% , معدل وفيات الأمهات المقدر سنة 1999 بـ 117 حالة وفاة لكل مئة ألف ولادة حية, و بنسبة 30% معدل وفيات الأطفال المقدر بـ 31.2 ‰ سنة 2002 .

* بلوغ نسبة الوضع على مستوى الهياكل الاستشفائية بـ 95%.

* تقليص احتمال حدوث الأورام الجنسية عند النساء في سن الإنجاب بنسبة 25% و التي قدرت سنة 2002 بـ 0.2%

* بلوغ سنة 75 من توقع الحياة عند الولادة بالنسبة للجنسين, ذلك سنة 2010¹.

و لقد استفادت السياسة السكانية, في إطار التعاون مع المنظمات الدولية , من مشاريع تقييمية للبرامج المطبقة, منها التحقيق الوطني لصحة السكان لسنة 2002, و الممول من طرف جامعة الدول العربية و كذا التحقيق حول وفيات الأمهات و وفيات ما حول الولادة لسنة 2004 و الممول من طرف منظمة الصحة العالمية, و التي في مجملها أكدت تحسن معظم المؤشرات الديمغرافية و الصحية.

و كما شهدت سنة 2002, انطلاق البرنامج الخاص بصحة الأم و الطفل بالتعاون مع صندوق الأمم المتحدة لنشاط السكان و ذلك على مدى 6 سنوات, أي الفترة الممتدة ما بين 2002 و 2006², إلى جانب إنعاش التعاون المشترك بين الجزائر و بلجيكا في مجال الصحة و التنمية و ذلك بتعميم العناية للصحة الإنجابية, مكافحة وفيات الأمهات, و مرض السيدا على مستوى ولاية تلمسان, حيث شرع التحقيق قبل نهاية سنة 2005³.

2- نسبة الوعي بأساليب و أنواع وسائل منع الحمل:

يمكن قياس نسبة وعي النساء اللواتي مسهن المسح بوسائل منع الحمل بطريقتين:

الطريقة الأولى: نطلب من النسوة تسمية و عد كل طرق منع الحمل التي تعرفنها دون مساعدة.

الطريقة الثانية: نذكر للمستجوبة كل طرق منع الحمل ثم نطلب منها تحديد الطرق التي تعرفها.

¹ MSPRH. (2003): *Population et développement en Algérie*. Rapport national. CIPD+10, Alger, Décembre, p 66-67.

² MSPRH. (2003) : Op.cit. p79.

³ Idem: p79.

جدول رقم (01): توزيع النساء غير العازبات في سن الإنجاب (15 – 49 سنة) حسب الوعي بطرق منع

الحمل حسب معطيات 1986 ENAF، 1992 PAPCHILD، 2002 PAPFAM، 2006 MICS

وعى النساء بوسائل منع الحمل	(1) 1986 ENAF	(2) 1992 PAPCHILD	(3) 2002 PAPFAM	(4) MICS3 2006
الحبوب	97.7	98.5	99.9	99.1
اللولب	84.5	98.3	94.2	88.6
الواقي	50.5	60.5	69.3	69.6
الحقن	77.7	67.5	71.6	62.3
تعقيم ذكري	–	–	24.6	9.1
ربط الأنابيب الرحمية	68.5	60.5	63.7	61.1
مرهم او كريم موضعي	–	–	37.4	19.9
العزل	52.5	44.1	67.6	59.8
الإمتناع الدوري (فترة الأمان)	45.9	49.7	76	73.1
الرضاعة	–	80	85	83
طرق أخرى	37.2	54.4	42	6.7
المصدر: (1) المسح الوطني للخصوبة 1986، (2) المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل 1992 (3) المسح الخاص بصحة الأسرة 2002، (4) المسح الوطني متعدد المؤشرات (MICS3) 2006				

تعد الطريقة الثانية أفضل من الأولى لأنها تقضي على عامل النسيان حيث بينت الدراسات الحديثة أن عدم تقديم أو ذكر طرق منع الحمل للمستجوبة. (أنظر الملحق رقم 1- التعريف بوسائل منع الحمل) لا تمكننا من تقدير المستوى الحقيقي للوعي بهذه الطرق و كذلك تطبيقها. وتم جمع معطيات هذا المجال بواسطة الطريقة الثانية.

نلاحظ من خلال الجدول رقم (01) أنه في سنة 1986 و حسب المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة نجد أن 97.7% من النساء المستجوبات يعرفن وسيلة الحبوب ثم اللولب بنسبة 84.5% ثم الحقن بنسبة 77.7% ثم التعقيم النسوي بنسبة 68.5% أما نسبة النساء اللاتي يعرفن العزل تقدر نسبتهن بـ 52.5% ثم الامتناع الدوري بنسبة 45.9%.

و سجلنا سنة 1992 حسب معطيات المسح الوطني الخاص بصحة الأم و الطفل من بين النساء المستجوبات اللواتي يعرفن الحبوب نسبة 98.3% ثم اللولب (86.1%) ثم الحقن (67.5%) أما نسبة النساء اللاتي يعرفن على

الأقل طريقة تقليدية فهي في تزايد و يرجع هذا الارتفاع في نسبة الوعي بالطرق التقليدية خلال (1992) إلى إدخال الرضاعة ضمن هذه الطرق حيث أن 80% من النساء المستجوبات يعتبرن الرضاعة وسيلة لتأخير الحمل، مع العلم أن هذه الأخيرة لم تدرج ضمن باقي الوسائل في المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة لسنة 1986. يأتي بعد الرضاعة الإمتناع الدوري بنسبة 49.7%، ثم العزل بنسبة 44.1%. فإذا لم نأخذ بعين الاعتبار الرضاعة لا تتجاوز نسبة الوعي بالوسائل التقليدية سنة 1992 نسبة 50% من النساء المستجوبات.

و سجلنا سنة 2002 حسب معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأسرة من بين النساء المستجوبات اللواتي يعرفن الحبوب تقدر نسبتهن 99.9% ثم اللولب 94.2% ثم الحقن 71.6% أما نسبة النساء اللاتي يعرفن على الأقل الكريم الموضعي تقدر نسبتهن بـ 37.3% مع ملاحظة غياب معرفة هذه الوسيلة سنة 1986 و 1992 أما قطع الأنابيب الرحمية فقدرت نسبة النساء اللواتي يعرفنها بـ 63.7% ونلاحظ أيضا ارتفاع في نسبة الرضاعة والمقدرة بـ 85% يأتي بعد الرضاعة الإمتناع الدوري بنسبة 76%، ثم العزل بنسبة 67.6%.

و سجلنا سنة 2006 حسب معطيات المسح الوطني متعدد المؤشرات من بين النساء المستجوبات اللواتي يعرفن الحبوب تقدر نسبتهن 99.1% ثم اللولب 88.6% ثم الحقن 69.6% أما نسبة النساء اللاتي يعرفن على الأقل الكريم الموضعي تقدر نسبتهن بـ 19.9% أما قطع الأنابيب الرحمية فقدرت نسبة النساء اللواتي يعرفنها بـ 61.1% فهي في انخفاض مقارنة بسنة 1986 وهذا يعود إلى التطور في الوسائل الحديثة لوسائل منع الحمل ونلاحظ أيضا استقرار في نسبة الرضاعة والمقدرة بـ 83% يأتي بعد الرضاعة الإمتناع الدوري بنسبة 73.1%، ثم العزل بنسبة 59.8%.

فالوعي بطرق منع الحمل عرف ارتفاعا كبيرا مع بداية السبعينات، حيث لم تتجاوز نسبة الوعي بهذه الطرق 26.5% سنة 1968، حسب معطيات المسح الديمغرافي الاجتماعي، الذي أنجزته الجمعية الجزائرية للأبحاث الديمغرافية و الاقتصادية و الاجتماعية (AARDES)، ثم ارتفعت إلى 98.3% سنة 1986 لتصل إلى 99.2% سنة 2006 حسب معطيات المسح الوطني متعدد المؤشرات.

3- معدل استعمال وسائل منع الحمل

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

الجدول رقم (02): معدل استعمال وسائل منع الحمل حسب الطريقة و نسبة تطورها خلال الفترة 1986 – 2006.

نوع الوسيلة	(1) 1986 ENAF	(2) 1992 PAPCHILD	(3) 2002 PAPFAM	(4) 2006 MICS3
حبوب	26,4	38,7	45,5	45.9
اللولب	2,1	2,4	3,0	2.3
الواقي	0,5	0,7	1,2	2.3
الحقن	0.6	0.1	1.8	1.4
وسائل أخرى	2,1	1,3	1,1	1.4
مجموع الوسائل الحديثة	31.1	43.1	50.8	52
العزل	3.1	1.7	1.7	3.3
الرضاعة	–	4.1	0.9	1.9
(الإمتناع الدوري) فترة الأمان	1	1.6	2.2	4.1
مجموع الوسائل التقليدية	4.4	7.7	5.4	9.4
المجموع	35.5	50.8	56.2	61.4
المصدر: (1) المسح الوطني للخصوبة 1986، (2) المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل 1992 (3) المسح الخاص بصحة الأسرة 2002، (4) المسح الجزائري متعدد المؤشرات 2006				

يمثل معدل استعمال وسائل منع الحمل نسبة النساء المستعملات لإحدى الطرق عند إجراء المسح. و تختلف طريقة حساب هذا المعدل من بلد إلى آخر و من مسح إلى آخر، قد يكون هذا الاختلاف في البسط أو المقام، فهناك بلدان تدرج ضمن المستعملات لوسائل منع الحمل التعقيم النسوي و الرضاعة الطبيعية في حين لا تعتبر وسيلتين لمنع الحمل في البلدان أخرى.

و قد يشمل المقام إحدى الفئات التالية: النساء المتزوجات عند إجراء المسح، النساء غير العازبات، النساء المتزوجات عند إجراء المسح المخصبات و غير الحاملات، و قد يأخذ سن الانجاب أحد المجالين: 15 – 49 سنة و 15 – 45 سنة.

ومن خلال الجدول رقم (02) قدر المسح الوطني الخاص بالخصوبة سنة 1986 معدل الإستعمال الوطني 35.3%، ثم ارتفع إلى 61.4% سنة 2006، و تمثل الرضاغة 1.9% في هذه السنة الأخيرة. قدرت نسبة الزيادة في استعمال وسائل منع الحمل بين سنتي 1968 و 1986 بـ 27.5 نقطة بعد 18 سنة أي معدل سنوي متوسط قدره 8.6% أما الزيادة بين سنتي 1986 و 2006 فقد قدرت 25.9 نقطة بعد 20 سنة.

كانت نسبة إستعمال الطرق التقليدية 9.4% سنة 2006 في حين بلغ معدل استعمال الطرق الحديثة 52% في نفس السنة مقارنة بسنة 2002 قدرت النسبة بـ 5.4% بالنسبة للطرق التقليدية في حين قدرت نسبة استعمال الوسائل الحديثة بـ 56.2% . و الطرق التي عرفت نسب استعمالها ارتفاعا كبيرا هي (الامتناع الدوري) فترة الأمان، العزل و الحبوب و اللولب حيث بلغت الزيادة في نسب استعمالها 4.1% و 3.3% و 45.9% 2.3% على التوالي سنة 2006 أما نسب الحقن فعرفت انخفاضا فكانت مؤشراها 1.4% سنة 2006 بعدما كانت 1.4% سنة 2002 أما الطرق الحديثة الأخرى فعرفت نوعا من الاستقرار. كانت الزيادة إذن في معدل استعمال وسائل منع الحمل خلال الفترة 1986 – 2006 راجعة أساسا إلى الزيادة في عدد مستعملات الحبوب حيث ارتفع معدل اللجوء إلى هذه الوسيلة من 26.4% سنة 1986 إلى 45.9% سنة 2006 أي بزيادة قدرها 20.5 نقطة.

4- إستعمال وسائل منع الحمل حسب مكان الإقامة و بعض المتغيرات الاجتماعية و الثقافية:

4-1 مكان الإقامة :

خلال سنة 1986، لوحظ تناقص نسبة استعمال وسائل منع الحمل كلما انتقلنا من الغرب إلى الشرق مرورا بالوسط. بلغت هذه النسب 46.9% في الغرب و 44.4% في الوسط و 33.3% في الشرق. و كذلك سجلت أكبر نسبة في منطقة الغرب خلال سنة 1992، حيث بلغت 56.9% تليها منطقة الوسط بنسبة 49.3% ثم الجنوب 48.6% و أخيرا الشرق بنسبة 47.1%.

قد يرجع هذا الاختلاف في نسب الاستعمال إلى الاختلاف في العادات و التقاليد التي تميز كل منطقة جغرافية. و تجدر الإشارة إلى نسب استعمال وسائل منع الحمل عند المهاجرات من الريف إلى الحضر تفوق مثيلاتها عند المستقرات في الريف مهما كانت المنطقة الجغرافية. فأكبر فرق في نسب الاستعمال خلال سنة 1986، سجل في

منطقة الغرب حيث بلغ 26.1 نقطة (59.6% مقابل 33.5%) في حين كان 5.3 نقاط مسجلة في منطقة الشرق (25.2% مقابل 19.9%) و 3.5 نقاط في منطقة الوسط (39.4% مقابل 35.9%).

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

أما في ما يخص النساء المستعملات لوسائل منع الحمل في المناطق الريفية والحضرية لسنة 2002 و 2006 فهذا الجدول يوضح التباين التالي:

الجدول رقم (03) : معدل استعمال وسائل منع الحمل حسب مكان الإقامة خلال السنوات

2002 و 2006

السنة	الوسيلة المنطقة	حبوب	لولب	واقى	آية وسيلة	رضاعة	فترة الأمان	العزل	وسيلة أخرى
2002 (1)	حضري	46.6	4	-	2.3	0.9	3	1.9	0.1
	ريفي	47.1	1.9	-	1.3	1.0	1.1	1.5	0.2
2006(2)	حضري	44.6	2.9	3.3	1.5	1.6	5.0	3.8	0.1
	ريفي	47.5	1.6	1.6	1.2	2.3	2.0	2.7	0.1
المصدر: (1) المسح الخاص بصحة الأسرة 2002، (2) المسح الجزائري متعدد المؤشرات 2006									

يشير الجدول إلى استعمال وسائل منع الحمل في المناطق الريفية يتجه نحو التقارب إلى المستوى المسجل في المناطق الحضرية حيث تصل نسبة استعمال النساء للحبوب إلى 46.6% و 44.6% في المناطق الحضرية بفارق 2 نقطة مقارنة بالمناطق الريفية حيث قدرت النسبة 47.1% و 47.5% بفارق 0.4 نقطة لسنة 2002 و 2006 على التوالي ونلاحظ أيضا أنه لم تسجل أي نسبة فيما يخص الواقى لسنة 2002 أما في سنة 2006 فسجلت 3.3% في الحضر مقابل 1.6% في الريف بفارق 1.7 نقطة.

2-4 المستوى التعليمي:

إن العلاقة الموجودة بين المستوى تعليم المرأة واستعمال وسائل منع الحمل علاقة طردية. بمعنى أنه كلما ارتفع مستوى تعليم المرأة كلما ارتفعت نسبة استعمالها لوسائل منع الحمل. (أنظر الجدول رقم (03) - الملحق 3) والجدول رقم (04) يوضح لنا توزيع النساء المتزوجات (15-49 سنة) المستعملات لوسائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي لسنة 2002 وسنة 2006.

الجدول رقم (04): توزيع النساء المتزوجات (15-49 سنة) المستعملات لوسائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي لسنة 2002-2006

PAPFAM 2002								
	الوسائل التقليدية			الوسائل الحديثة			تستعمل أية وسيلة	
	أخرى	العزل	فترة الأمان	الرضاعة	وسائل حديثة أخرى	اللولب	الحبوب	
أمية	0.2	1.3	1.2	1.0	1.4	2.0	45.5	52.9
ابتدائي	0.1	1.9	2.9	1.0	1.8	3.7	48.2	59.8
متوسط	0.0	1.8	3.5	0.7	2.8	4.4	49.7	62.9
ثانوي فأكثر	0.5	2.3	5.7	0.3	5.8	5.6	37.9	58.3
MICS3 2006								
أمية	0.1	2.7	2.4	2.3	1.8	1.7	45.3	49.8
ابتدائي	0.1	3.9	3.9	2	1.8	2.4	46.2	52.2
متوسط	0.0	3.5	4.4	1.6	0.9	2.6	46.7	52.7
ثانوي	0.1	3.7	6.0	1.8	0.6	2.7	47.4	55.3
جامعي	0.0	3.0	7.5	1.2	1.2	4.5	39.5	51.2
المصدر: (1) المسح الخاص بصحة الأسرة 2002								
(2) المسح الجزائري متعدد المؤشرات 2006								

تبين معطيات الجدول وبوضوح أن الطريقة الحديثة هي المفضلة عند النساء باختلاف مستواهن التعليمي حيث تأتي الحبوب في مقدمة هذه الطرق فخلال سنة 2002 بلغت نسبة مستعملات هذه الوسيلة 59.8% عند النساء ذوات

المستوى الابتدائي و58.3% عند النساء ذوات المستوى الثانوي فأكثر أما سنة 2006 بلغت نسبة مستعملات وسيلة الحبوب 52.7% عند النساء ذوات المستوى المتوسط و51.2% عند النساء ذوات المستوى الجامعي بينما الوسائل التقليدية فتأتي فترة الأمان في المرتبة الأولى في كلا السنتين 2002-2006 ثم يليها العزل وبعدها الرضاعة.

3-4 جنس الأطفال

تتميز الأسرة في البلاد العربية بتمسكها بمجموعة من القيم و العادات و التقاليد و المعتقدات التي لها تأثيراتها على السلوك الإنجابي للمرأة. و يعتبر تفضيل الذكور على الإناث في هذه المجتمعات من بين العوامل التي تؤثر على معدلات الخصوبة مما يؤدي بها للارتفاع عندما تعتمد المرأة الحصول على ذكر مهما كان عدد بناتها.

أكدت نتائج مسح الخصوبة الذي أجري في عدد من الدول العربية وجود ظاهرة تفضيل الذكور على الإناث ، و كنموذج على هذا السلوك في السودان، لوحظ أن المرأة تفضل أن يكون طفلها الأول ذكرا، و الثاني أنثى و الثالث ذكرا أو أنثى، و يدل هذا التكوين النوعي للأسرة على مدى درجة تفضيل المواليد الذكور على المواليد الإناث. ويشير الدكتور السباعي من خلال دراسة بمنطقة الطائف بالمملكة العربية السعودية، أن تفضيل الذكور على الإناث يظهر حتى في الرضاعة و تغذية الطفل. ففي السنة الثانية يفطم الأطفال من الجنسين، و قد تطول فترة رضاعة الذكور في المناطق الريفية لتصل إلى ثلاث سنوات، و الذكور من الأبناء يعتبرون تخليدا و تمجيذا لآبائهم.

وفي هذا المجال تقول FELLOUS MICHELLE عدد الأيدي المذكرة هي التي تكون ثروة العائلة، و تسود هذه الذهنيات في الأماكن الريفية أكثر من الأماكن الحضرية . فالذكور هم الضمان الأكبر للآباء و هم من يقوم بمساعدة الأسرة مستقبلا¹.

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

ففي كوريا الجنوبية مثلا، وجد أن حوالي 60% من النساء اللاتي هن ذكران يستعملن وسائل منع الحمل مقابل 40% من النساء اللاتي هن ذكر واحد و 30% من النساء اللاتي ليس هن ذكورا، مهما كان عدد الأطفال إجماليا ، و لاحظ في سريلانكا و المكسيك و الفيليبين اتجاه النساء اللاتي تركبتهن الأسرية - حسب جنس الأطفال - غير

¹ Fellous M. (1982) : **Contraception Et Migration**, Planification Familiale, Ed, Syros, Paris, p21.

متوازنة نحو استعمال وسائل منع الحمل عند نسب تقل عن نسب إستعمال النساء اللاتي حصلن على عدد متعادل من الأطفال من حيث الجنس¹.

و حسب نتائج المسح (موانع الحمل، آراء و إستعمال) اللذين أجريا في كوريا سنة 1971 و الفيليبين سنة 1973 و اللذين يتناولان معرفة مواقف النساء من وسائل منع الحمل، في مدن و أرياف هذين البلدين ، و في كوريا تتبع العلاقة بين الذكور الأحياء و نسب الإستعمال منحني خطيا دقيقا جدا، بمعنى أنه كلما ازداد عدد الذكور الأحياء، كلما ارتفعت نسبة إستعمال وسائل منع الحمل.

و على نفس المنوال مازالت العائلة الجزائرية تميل للذكور رغم التغيرات الاجتماعية العديدة التي عرفتھا الجزائر، خاصة فيما تعلق بوضع المرأة. ففي سنة 1986- حسب بيانات المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة- و جدنا بين النساء اللاتي لهن أقل من خمسة أطفال نسبة تقدر بـ 46.5% من الراغبات في إنجاب عدد متوازن من الأطفال حسب الجنس و 9.5% يرغبن في عدد من الذكور يفوق عدد الإناث، و 4.7% فقط يفضلن الإناث، و الجدول رقم (04) -ملحق 3- يبين أن حوالي 60% من النساء يرغبن عي عدد متوازن من الأطفال حسب الجنس، 25% و يرغبن في عدد أكبر من الذكور و 11.2% يرغبن في عدد الإناث يفوق عدد الذكور، و الجدول رقم (05)- ملحق 3- يوضح ذلك بجلاء.

أما خلال سنة 1992 فيمكننا تصنيف - حسب بيانات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم و الطفل - السيدات اللاتي أعلن القدرة و الرغبة في الإنجاب حسب النسب التالية: 33% يفضلن مولودا ذكرا و 24% يفضلن أنثى. كما أنه بين السيدات اللاتي أعلن قدرتهن و رغبتهن في الإنجاب و ليس ليديهن أطفال أحياء، نجد أن 21% يفضلن مولودا ذكرا و 8% يفضلن أنثى. أي أن تفضيل الذكور أمر واضح.

أما في سنة 2002 فإن 60% من السيدات (15-49) اللاتي لديهن عدد البنات يفوق عدد الذكور ويرغبن في إنجاب الذكور و 59% من السيدات لديهن عدد الذكور يفوق عدد الإناث ويرغبن في إنجاب الإناث و الجدول رقم (06)-ملحق 3- يوضح ذلك.

من خلال هذه الملاحظات يمكن أن نستنتج ما يلي: الميل إلى تفضيل أطفال من جنس معين و خاصة عندما يتعلق الأمر بالذكور، يؤثر على سلوك المرأة اتجاه استعمال وسائل منع الحمل . فالنساء اللاتي عدد ذكورهن يفوق عدد

¹ Nations-Unies. (1985): Enquête Sur La Fécondité Et Sur Le Planning Familial, **Population Report**, element nouveau, série M, n°8.

إنّاهن يعرفن نسبة استخدام أعلى كلما مال خلل التوازن لصالح الذكور، غير أن هذا الفرق قل مع مرور الزمن و قد يرجع ذلك على المكانة الهامة التي أصبحت تتمتع بها المرأة بعد دخولها إلى ميدان التعليم و الشغل.

4-4 عدد الأطفال الأحياء

الجدول رقم (05): عدد الأطفال الأحياء خلال السنوات 1992 - 2002

عدد الأطفال	1992	2002
0	4.3	4.6
1	39.9	51.8
2	58.1	65.7
3	54.2	67.1
4	62.6	69.9
5 فأكثر	54.7	59.1

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، ص 126

يتبين من خلال الجدول أن نسبة استخدام وسائل منع الحمل ترتفع بارتفاع عدد المواليد الأحياء وتقدر بـ 52.7% للسيدات اللاتي لديهن طفل واحد لتبلغ 65.7% للسيدات ذات الطفلين وتواصل النسبة في الارتفاع لدى السيدات ذوات مراتب ولادة عليا لكن بوتيرة أقل إلى أن تبلغ أقصى قيمة لها لدى السيدات اللواتي لديهن 4 ولادات ثم تنخفض هذه النسبة .

4- مدى انتشار وسائل منع الحمل في الجزائر

إن مجهودات تنظيم الأسرة كانت من بين العوامل الأساسية التي أدت إلى انخفاض معدلات الإنجاب في العديد من الدول الصناعية. و خلال القرن الحالي انتشر استعمال منع الحمل في الأقطار الأوروبية إلى الحد الذي أصبحت فيه زيادة المواليد إلى الوفيات طفيفة جدا مما أدى إلى انخفاض معدلات الزيادة الطبيعية للسكان كما تشهد حاليا فرنسا و بولندا و رومانيا و غيرها من الدول الصناعية الأخرى، حيث انخفضت معدلات الإنجاب إلى أدنى مستوياتها بسبب استعمال وسائل منع الحمل الحديثة و الفعالة.

استعملت وسائل منع الحمل في الجزائر منذ الستينات لكن بنسب ضعيفة، ففي سنة 1968 و حسب المسح الديمغرافي الاجتماعي الذي أنجزته الجمعية الجزائرية للأبحاث الديمغرافية و الاقتصادية و الاجتماعية (AARDES)

بلغت النسبة الوطنية لمستعملات وسائل منع الحمل 8% من مجموع متزوجات سن الإنجاب (15-49 سنة)، و تختلف هذه النسبة حسب مكان الإقامة إذ قدرت بـ 17.5% في الحضر مقابل 4% فقط في الريف. فالنسبة المسجلة في الريف أقل بأربع مرات من تلك المسجلة في المناطق الحضرية. و حسب تقديرات علي قواوسي المبنية على معطيات المسح الوطني الخاص بالخصوبة (سنة 1986) و رجوعا إلى السنوات السابقة (5 سنوات كل مرة) حسب أعمار النساء عند إجراء المسح، بلغت النسبة الوطنية للنساء المتزوجات و المستعملات لوسائل منع الحمل سنة 1962 من 2 إلى 3% (حوالي 4% في الحضر مقابل 1% فقط في الريف) و ارتفعت خلال الفترة 1967 - 1972 إلى 9% لكنها تختلف حسب مكان الإقامة، حيث قدرت في المدن بـ 14% مقابل 6% في الريف. و خلال الفترة 1972 - 1977 و حسب نفس التقديرات، تضاعف استعمال وسائل منع الحمل على المستوى الوطني حيث وصل إلى 14% و قدرت هذه النسبة بـ 24% في الحضر مقابل 9% في الريف. و من خلال هذا التباين في نسب الإستعمال بين المدن و الأرياف نستطيع القول بأن عملية انتشار استخدام وسائل منع الحمل لم تكن منتظمة و لم تنتشر بنفس الوتيرة حيث بدأت أولا في المدن لتعمم بعد ذلك في الأرياف. و في الفترة 1977 - 1982 عرف استعمال وسائل منع الحمل ارتفاعا سريعا حيث تضاعفت نسبة النساء المستعملات في الريف لتصل إلى 18% مقابل 40% في الحضر، و بلغت هذه النسبة 25% كمعدل وطني. و في سنة 1984 و حسب تقديرات الديوان الوطني للإحصاء من خلال مسح اليد العاملة و الديمغرافيا (MOD) بلغت النسبة الوطنية للمستعملات 25%، لترتفع 35.5% سنة 1986 (46% في الحضر مقابل 29% في الريف) ثم إلى 50.7% سنة 1992 (57.5% في الحضر مقابل 44.1% في الريف). و تجدر الإشارة إلى أنه خلال هذه السنة (1992)، بلغت نسبة مستعملات الرضاعة الطبيعية كوسيلة لمنع الحمل 3% من مجمل المستعملات في الحضر مقابل 5% في الريف. و بلغت هذه الفئة نسبة وطنية قدرت بـ 4.1% من مجمل المستعملات. تعكس هذه المؤشرات انتشار استخدام وسائل منع الحمل بعد سنة 1986 و خاصة في الأرياف. فنسبة الاستعمال تضاعفت بين سنتي 1984 و 1992 و بلغ معدل الزيادة السنوي المتوسط بين سنتي 1986 و 1992 حوالي 3.8% في الحضر مقابل 7.2% في الريف.

ما يقرب من 84% من النساء المتزوجات في سن الإنجاب في سنة 2006 قد استخدمت خلال حياتهما الإنجابية تنظيم الأسرة. وقد استخدمت حبوب منع الحمل أكثر من ثلاثة أرباع، أما الواقي الذكري 10.5%، و اللولب 7.6%، أما نسبة 1.1% فقط للحقن. أما الأساليب التقليدية فسجلت الرضاعة الطبيعية المركز الأول بـ 18.5%، يليها العزل بـ 15.1% و 14.5% أسلوب فترة الأمان (الامتناع الجنسي).

وفقا لحل الإقامة، فإن نسبة النساء المتزوجات في سن الإنجاب اللواتي استخدمن وسائل منع الحمل في الماضي يختلف قليلا جدا، كما هو الحال في المناطق الحضرية أو الريفية. والفرق هو حوالي 2 نقطة فقط لنساء الحضر (84.8٪ مقابل 82.4٪ في المناطق الحضرية في المناطق الريفية)

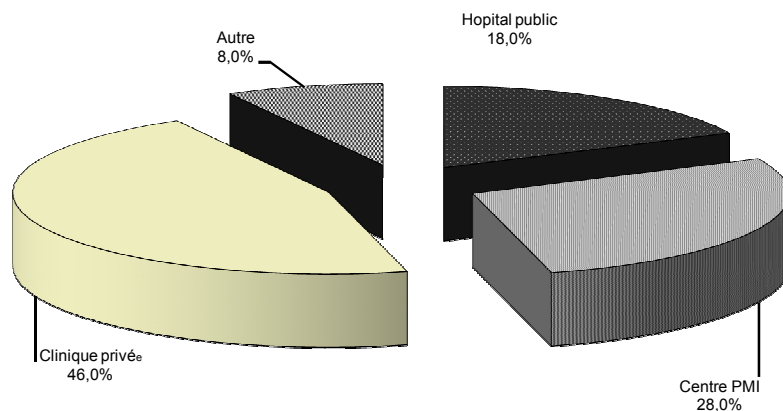
5- مصادر الحصول على وسائل منع الحمل الحديثة :

إن التعريف بمصادر الحصول على وسائل منع الحمل الحديثة، يهدف إلى تقييم و إظهار الدور الذي يلعبه كل من القطاع العام و العيادات الطبية الخاصة و الصيدليات و مختلف المصادر الأخرى في توزيع وسائل منع الحمل و بالتالي تحديد مساهمتها في انتشار استعمالها في الجزائر.

فمن خلال قراءتنا لمحتوى الجدول رقم (06) الذي يعكس توزيع النساء المتزوجات (15-49 سنة) و المستعملات لوسائل منع الحمل الحديثة حسب مصدر الحصول عليها، نلاحظ سنة 1986 أن 46.4% من النساء يتحصلن على وسائل منع الحمل من القطاع العام ، و تتوزع هذه النسبة على النحو التالي: 28.2% يتوجهن إلى مراكز حماية الأمومة و الطفولة و 18.2% يتوجهن إلى عيادات الولادة و مراكز صحية عامة بما فيها المستشفيات. إذن ساهم القطاع العام بنسبة كبيرة في توزيع الوسائل و خاصة تلك التي تتطلب تدخلا طبيا كاللولب و التعقيم النسوي ، حيث سجلنا طلبات 82.5% من النساء اللاتي لجأن إلى التعقيم. و 68.1% من مستعملات اللولب. إضافة إلى ذلك سجلنا في مراكز حماية الأمومة و الطفولة طلبات 29% من مستعملات الحبوب و 8.3% من مستعملات الواقي و 50% من مستعملات الطرق الحديثة الأخرى. أما المستشفيات و المراكز الصحية العامة فبلغت نسبة مساهمتها في توزيع الحبوب 15.3% [أنظر الشكل رقم(01) والشكل رقم (02)]

الشكل رقم (01): توزيع النساء المتزوجات (15-49 سنة) والمستعملات لوسائل منع الحمل حسب مصدر الحصول

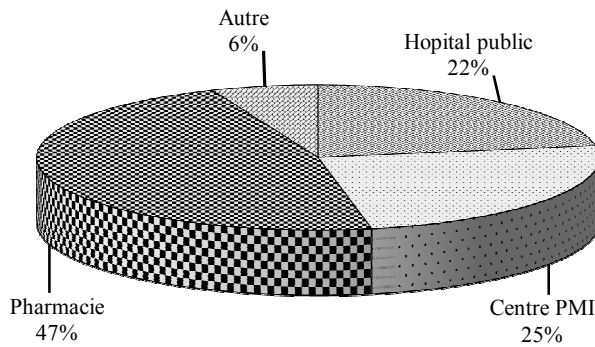
ENAF1986 على الوسيلة أو الخدمة



المصدر : التحقيق الوطني حول الخصوبة 1986

الشكل رقم (02): توزيع النساء المتزوجات (15-49 سنة) والمستعملات لوسائل منع الحمل حسب مصدر

الحصول على الوسيلة أو الخدمة PAPCHILD 1992



المصدر : المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل 1992

و في سنة 1992، بلغت نسبة المستعملات المتوجهات إلى القطاع العام للحصول وسائل منع الحمل 45.9% و تتوزع على النحو التالي: 23.8% تتوجهن إلى مراكز حماية الأمومة و الطفولة و 22.1% تتوجهن إلى أما المستشفيات و المراكز الصحية عامة أخرى، و تم تسجيل نسبة 79.9% من مستعملات التعقيم و 73% من مستعملات اللولب. و بقيت مراكز حماية الأمومة و الطفولة و كذلك المستشفيات و المراكز الصحية العامة تساهم في توزيع الحبوب بنسبة 23.9% و 20% على التوالي.

جدول رقم (06): توزيع النساء المتزوجات (15-49 سنة) عند تاريخ المسح و المستعملات لمستعملات وسائل منع الحمل الحديثة حسب مصدر الوسيلة أو الخدمة، حسب 1986ENAP و 1992PAPCHILD.

1986 ENAP							مصدر الحصول على الوسيلة أو الخدمة
نوع الوسيلة أو الخدمة							
الحبوب	اللولب	الواقى	الحقن	التعقيم	ط. أخرى	المجموع	
44.3	68.1	8.3	14.8	82.5	62.5	46.4	قطاع عام -مستشفيات و مراكز صحية - مراكز حماية الأمومة و الطفولة
15.3	34.1	0.0	7.4	72.0	12.5	18.2	
29.0	34.0	8.3	7.4	10.5	50.0	28.2	
53.1	27.7	20.9	77.8	12.3	12.5	48.5	قطاع خاص: - عيادات ومصحات طبية - صيدليات
49.2	27.7	4.2	77.8	12.3	12.5	45.8	
2.9	0.0	16.7	0.0	0.0	0.0	2.7	
3.7	4.2	70.8	3.7	5.2	25.0	4.6	مصادر أخرى
0.5	0.0	0.0	3.7	0.0	0.0	0.5	معطيات ناقصة
100	100	100	100	100	100	100	المجموع
1187	(94)	(24)	(27)	(57)	(8)	1397	
PAPCHILD 1992							
43.9	73.0	18.1	16.7	79.9	11.1	45.9	قطاع عام -مستشفيات و مراكز صحية - مراكز حماية الأمومة و الطفولة
20.0	38.7	4.6	16.7	76.2	0.0	22.1	
23.9	34.3	13.5	0.0	3.7	11.1	23.8	
55.2	27.0	77.4	83.3	4.0	88.9	52.9	قطاع خاص: - عيادات ومصحات طبية - صيدليات
2.9	27.0	0.0	66.7	4.0	11.1	4.5	
52.3	0.0	77.4	16.7	0.0	78.8	48.4	
0.3	0.0	0.0	0.0	4.0	0.0	0.4	مصادر أخرى
0.6	0.0	4.0	0.0	12.1	0.0	0.8	معطيات ناقصة
100	100	100	100	100	100	100	المجموع
1823	(112)	(22)	(8)	(50)	(9)	(2022)	
المصدر: (1) المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986)							
(2) المسح الجزائري الخاص بصحة الأم و الطفل (سنة 1992)							

لعبت العيادات الخاصة هي الأخرى دورا رئيسيا في توزيع وسائل منع الحمل و بصفة أحص الوسائل التي لا تستدعي تدخل الطبيب، فنسبة المتوجهات بلغت 45.8% سنة 1986 إلا أن دورها قل سنة 1992 حيث لم تساهم إلا بنسبة 4.5%، عرفت الصيدليات عكس هذا تماما إذ لعبت دورا محدودا سنة 1986 بنسبة لا تتجاوز

2.7% لكن مساهمتها قفزت إلى 48.4% سنة 1992. أما خدمات إستعمال الحقن تعود أساسا إلى العيادات و المصحات الطبية الخاصة حيث بلغت نسبة نسوة هذه الفئة 77.8% سنة 1986 و انخفضت إلى 66.7% سنة 1992.

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

و بين الجدول رقم (01) ملحق رقم 3 - وسائل منع الحمل المستخدمة و المفضلة حسب مصدر الحصول عليها. فمعظم المستعملات تفضلن الحبوب لذلك بلغت نسبة مستخدماها 85% سنة 1986 ، و ارتفعت إلى 90.2% سنة 1992 و يأتي في المرتبة الثانية اللولب. و تعتبر الصيدليات و مراكز حماية الأمومة و الطفولة المصدر الرئيسي للحبوب.

يمكننا من معطيات الجدول رقم (02) ملحق رقم 3 - دراسة التغيرات الحاصلة في حصة كل قطاع صحي (عام أو خاص) في توزيع وسائل منع الحمل الحديثة بين سنتي 1986 و 1992 حيث يلاحظ:

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

في حين ارتفعت مساهمة الصيدليات في توزيع وسائل منع الحمل التي لا تتطلب تدخل طبييا و بالأخص الحبوب (1703.4% +) و الواقي (363.5% +) كما ساهمت في توزيع الحقن و الطرق الحديثة الأخرى.

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

- أما حصة المستشفيات و المراكز الصحية فلقد عرفت ارتفاعا خصوصا في توزيع الحقن (125.7% +) و الواقي (100% +) و الحبوب (30.7% +)، أصبحت لا تساهم في توزيع الحقن و الطرق الحديثة الأخرى.

- كما عرفت حصص مراكز حماية الأمومة و الطفولة من الحقن و التعقيم النسوي و الحبوب انخفاضاً بنسبة 100% و 64.8% و 17.6% على التوالي ، لكن عرفت حصتها في توزيع الواقي ارتفاعاً بنسبة 62.6%.

أصبحت الصيدليات منذ سنة 1992 المصدر الأساسي للتموين بالحبوب حيث ساهمت بنسبة تقارب 50% كما ساهمت في توزيع الأوقية و الطرق الحديثة الأخرى. كل هذه المعطيات تتطابق مع ما نلاحظه في الجدول رقم (06)

جدول رقم(07): توزيع النساء المستعملات للوسائل الحديثة حسب الوسيلة ومصدر الحصول لسنة 2002

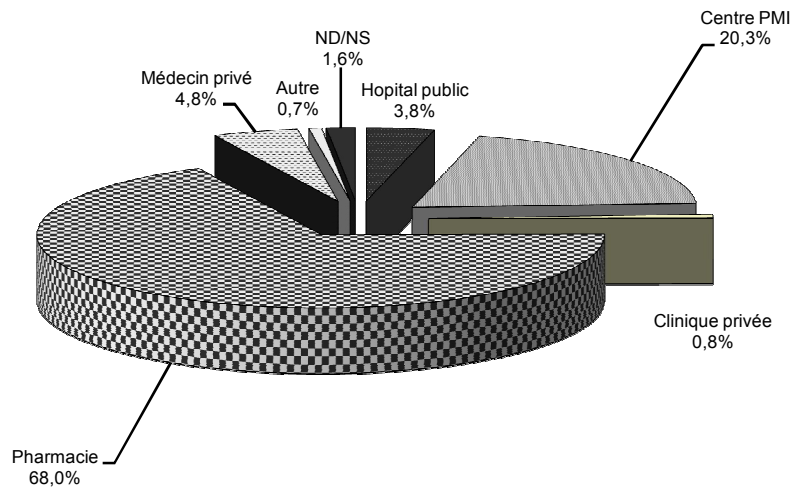
	مستشفى عام	مركز حماية الامومة والطفولة	المصححة الخاصة	الصيدلية	طبيب خاص	أخر	غير مصرح	المجموع
الحبوب	3.4	18.5	0.4	72.1	3.2	0.7	1.6	100
اللولب	11.2	51.7	6.9	1.7	27.6	0.0	0.9	100
الواقي	0.0	6.1	0.0	86.0	6.4	0.0	1.4	100
الإجمالي	3.8	20.3	0.8	68.0	4.8	0.7	1.6	100

المصدر: المسح الوطني الخاص بصحة الأم والطفل 2002، ص 128.

ويبين الجدول رقم(07) أن النسبة حسب نوع الوسيلة المستعملة متباينة حيث يبدو أن أكثر من نصف السيدات المستخدمات للولب قد تحصلن عليه من مركز حماية الأمومة و الطفولة أما الحبوب فقد تحصلن عليها من الصيدليات أنظر الشكل رقم (03).

خلاصة ، نستطيع القول أن وفرة الوسائل و سهولة الحصول عليها كانت من بين العوامل التي ساعدت على انتشار استخدامها ، و يعود الفضل في ذلك إلى انتشار مراكز حماية الأمومة و الطفولة و المستشفيات و المراكز الصحية العامة التي لعبت دورات رئيسية في توزيع الطرق التي تتطلب تدخلاً طبياً عند استعمالها كاللولب و التعقيم النسوي إلى جانب توزيع الحبوب التي تعتبر الوسيلة الأكثر استعمالاً.

الشكل رقم (03): توزيع النساء المستعملات حالياً لوسيلة من وسائل منع الحمل حسب مصدر الحصول عليها لسنة 2002



المصدر : المسح الوطني لصحة الأم والطفل لسنة 2002، ص 128.

خاتمة

وخلاصة القول ،يمكننا أن نستنتج أنه لا يوجد اختلاف كبير في طرق منع الحمل المستخدمة من طرف النساء فمعظمهن يتناولن الحبوب خصوصا النساء ذوات المستوى التعليمي الثانوي ونستنتج أيضا أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي زاد الوعي بأساليب وأنواع وسائل منع الحمل المستعملة .

الفصل الثالث

اتجاهات ومستويات الخصوبة في الجزائر

تمهيد

6- اتجاهات ومستويات الخصوبة في الجزائر

1-1 تطور معدل الولادات في الجزائر من سنة 1900 إلى 1991

2-1 تطور معدل الولادات في الجزائر من سنة 1992 إلى 2007

3-1 اتجاه و مستوى معدل الخصوبة العامة حسب السن

7- المؤشر التركيبي للخصوبة العامة

8- تطور المؤشر التركيبي للخصوبة حسب وسط الإقامة

9- معدلي التكاثر العام والناهي

10- العوامل المؤثرة في الخصوبة

5-1 العوامل المباشرة

5-2 العوامل الغير المباشرة

خاتمة

تمهيد

سنحاول من خلال هذا الفصل دراسة اتجاهات و مستويات الخصوبة في الجزائر التي كانت و مازالت من أهم العناصر الديمغرافية التي تلعب دورا أساسيا في تحديد معدلات النمو السكاني و التركيب العمري و النوعي للسكان، وفق بعض المؤشرات كالمعدل الخام للمواليد و المؤشر التركيبي للخصوبة العامة و المعدل الخام و الصافي للتكاثر كما سنتطرق في آخر الفصل إلى العوامل المؤثرة في الخصوبة .

1- اتجاهات و مستويات الخصوبة في الجزائر

1-1- تطور معدل الولادات في الجزائر من سنة 1900 إلى 1991

لدراسة تطور و اتجاهات معدلات الخصوبة في الجزائر لابد من دراسة تطور المعدل الخام للولادات التي تعتبر من أهم مكونات النمو السكاني. و يعرف معدل المواليد العام بحاصل قسمة المواليد الأحياء في السنة على متوسط عدد السكان في منتصف السنة، و تضرب هذه النسبة في 1000 لكي تحصل على معدل المواليد لكل ألف ساكن. ويعبر عنه بالعلاقة التالية:

$$TBN(t) = \frac{N(\text{annéet})}{P(\text{milieuannéet})} \times 1000$$

يعتبر المختصون عاليا كل معدل مواليد يزيد عن 30 ‰، فإذا زاد عن 40 ‰ فهو غاية في الارتفاع، أما إذا نقص عن 20 ‰ فهو منخفض. بينما توصف المعدلات التي تتراوح بين 20 ‰ و 30 ‰ على أنها متوسطة الارتفاع¹.

تملك الجزائر إحصائيات قديمة عن المواليد، مصدرها إما التعدادات أو الحالة المدنية. فأول هذه السلاسل الإحصائية يرجع إلى معطيات الحالة المدنية خلال سنة 1891 إلا أن تسجيل الولادات لم يشمل كل التراب الوطني إلا بعد سنة 1914، حيث كانت التسجيلات مقتصرة على بعض مناطق البلاد و تعمم النتائج على كامل التراب الوطني بعد أن تصحح، و لقد عمل BIRABEN, J.N. على إعادة تشكيل سلسلة إحصائية لمواليد السكان الجزائريين و تكميلها من خلال إعادة أعمال BRAIL, J.، و قد اعتمد في دراسته هذه على مؤشر نقص تسجيل المواليد الذكور من جهة و على نسبة الذكور عند الولادة التي تقدر بـ 104 أو بـ 105 من جهة أخرى².

فتسجيل الولادات في الجزائر كان يواجه صعوبات كبيرة، حيث استبعدت أجزاء هامة من المجتمع نتيجة عدم تعميم عملية التسجيل، و قد يكون التسجيل كذلك عرضة لأخطاء التصنيف، فتحسب بعض الولادات الحية ولادات ميتة، كما يتعرض لأخطاء في تحديد الأحداث حسب زمان و مكان وقوعها، أو يتأخر فترة زمنية للإهمال في التبليغ، كما يتعرض لكثير من الصعوبات الموضوعية و الذاتية كالخدمة العسكرية و المنح العائلية و غيرها، و تعطي معطيات الديوان الوطني للإحصائيات الفترة اللاحقة (1966-1992)، تميزت معدلات الولادات بارتفاع قليل في السنوات الأولى كما شهدت تذبذبا كبيرا، فابتداء من سنة 1924 عرفت ارتفاعا كبيرا يفوق 40 ‰ و بلغت أقصى حدا لها

¹ عمران عبد الرحيم: سكان العالم العربي حاضرا ومستقبلا، صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية، نيويورك، 1988.

ص 176.

² TABUTIN D, VALLIN J. (1972): «L'état civil en Algérie», (Notre technique présentée au colloque de rabat, octobre, 1972), Oron, INED, Paris. p9.

سنة 1970 (أكثر من 50 ٪) ثم أخذت تنخفض تدريجيا بعد هذا التاريخ فبلغت 42.7 ٪ سنة 1980 ثم 35.7 ٪ سنة 1986 و 30.1 ٪ سنة 1991.

الجدول رقم (08): تطور المعدل العام للمواليد الذي حسبته BIRABEN, J.N. من

سنة 1900 الى سنة 1991

السنة	TBN	السنة	TBN	السنة	TBN	السنة	TBN
1900	37.1	1923	39.3	1946	38.2	1969	84.2
1901	35.2	1924	40.9	1947	42.0	1970	50.16
1902	39.7	1925	41.0	1948	44.2	1971	50.0
1903	40.5	1926	42.9	1949	40.0	1972	49.2
1904	37.9	1927	38.9	1950	45.0	1973	49.3
1905	35.6	1928	40.2	1951	45.9	1974	49.4
1906	35.6	1929	43.1	1952	46.9	1975	49.5
1907	35.9	1930	45.3	1953	46.2	1976	46.8
1908	37.3	1931	45.4	1954	47.5	1977	46.7
1909	34.1	1932	43.0	1955	49.9	1978	46.4
1910	35.0	1933	44.0	1956	47.1	1979	46.1
1911	36.7	1934	41.9	1957	42.6	1980	42.7
1912	38.6	1935	41.4	1958	43.6	1981	41.0
1913	37.7	1936	45.0	1959	46.4	1982	40.6
1914	33.6	1937	40.6	1960	48.2	1983	40.4
1915	30.5	1938	41.0	1961	47.6	1984	40.2
1916	29.3	1939	42.1	1962	45.9	1985	39.5
1917	34.5	1940	42.4	1963	52.1	1986	35.7
1918	37.9	1941	43.2	1964	50.1	1987	34.6
1919	35.0	1942	43.7	1965	47.0	1988	34.0
1920	37.4	1943	42.6	1966	47.8	1989	31.0
1921	31.5	1944	45.6	1967	46.1	1990	31.0
1922	32.3	1945	38.9	1968	47.5	1991	30.10

المصدر

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

1966-1992: Demographie Algerienne , collection statistique N° 15,O.N.S,1989.

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

و يمكن تقسيم تطور هذا المؤشر في الجزائر إلى أربعة مراحل حسب اتجاهات المعدلات.

المرحلة الأولى (1900-1921)

عرف معدل الولادات خلال هذه الفترة مستويات منخفضة نسبيا حيث قدر سنة 1900 بـ 37.1 ‰ لينخفض إلى 31.5 ‰ سنة 1921، فالفرق بلغ 5.6 نقطة. و عموما نستطيع القول بأن معدل الولادات في هذه الفترة عرف تذبذبا (تارة يرتفع و تارة ينخفض) تبرره الظروف و الحوادث التي عاشتها البلاد (القحط و المجاعات و الأزمات الاقتصادية و الاجتماعية و السياسية).

المرحلة الثانية (1921-1949)

تميزت هذه الفترة بمعدلات ولادات مرتفعة فبعد أن كان معدل المواليد 31.5 ‰ سنة 1921 ارتفع إلى 45.4 ‰ سنة 1931 ثم 45.6 ‰ سنة 1944 لينخفض إلى 40 ‰ سنة 1949. و بصفة عامة عرفت هذه المرحلة معدلات يفوق مؤشرات المرحلة السابقة، فالزيادة في معدل الولادات خلال الفترة 1921-1949 قدرت بـ 805 نقاط.

يرجع هذا الإرتفاع في معدل الولادات إلى الإنجاب المكثف قصد تعويض وفيات الأطفال التي نتجت عن الأزمة الاقتصادية العالمية التي مست معظم بلدان العالم 1929 و لانتشار الأوبئة و الأمراض و المجاعات في الثلاثينات التي أدت بالعديد من الجزائريين إلى الهلاك إضافة إلى التدهور الصحي و نقص الأدوية. و نقيضا لكل هذا، كان التحسن في مستوى تسجيل الولادات سببا آخر في ارتفاع معدلات الولادات من خلال ملاحظة جل الحوادث.

المرحلة الثالثة (1949-1975):

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

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

المرحلة الرابعة (1975 – 1991):

سجلت معدلات الولادات في هذه الفترة انخفاضا محسوسا تدريجيا. ففي سنة 1975 قدر معدل المواليد بـ 49.5‰ ثم انخفض إلى 42.7‰ سنة 1980 ثم إلى 35.7‰ سنة 1986 و إلى 30.1‰ سنة 1991. قدر إنخفاض هذا المؤشر خلال الفترة 1975 – 1991 بـ 19.4 نقاط. يرجع هذا الانخفاض إلى السياسة السكانية التي تبنتها الدولة و المتمثلة في الاهتمام الرسمي و الشامل بمسألة توجيه النمو الديمغرافي، و الذي يركز في أساسه على مراكز توجيه المواطنين و الاهتمام بالأمومة و الطفولة، حيث عملت الحكومة على إنشاء هياكل لتقديم خدمات تباعد الولادات. و يرجع هذا الانخفاض كذلك إلى تأخير سن الزواج بسبب التمدرس إلى سن متأخرة و إلى أزمة السكن التي تعاني منها البلاد.

2-1 تطور معدل الولادات في الجزائر من سنة 1992 الى 2007

الجدول رقم (09): تطور معدل الولادات في الجزائر من سنة 1992 إلى 2007

السنة	1992	1994	1997	1998	2000	2002	2005	2006	2007
TBN%	30.4	25.33	21.02	20.58	19.36	19.68	21.36	22.07	22.98

Source : Office National des Statistiques (ONS)

سجلت معدلات الولادات في هذه الفترة إنخفاضا واضحا. ففي سنة 1992 قدر معدل المواليد بـ 30.4‰ ثم انخفض إلى 21.02‰ سنة 1997 ثم إلى 20.58‰ سنة 1998 و إلى 9.36‰ سنة 2000. قدر انخفاض هذا المؤشر خلال الفترة 1992–2000 بـ 11.04 نقطة يرجع هذا الانخفاض إلى ارتفاع استعمال وسائل منع الحمل فقد قدر معدل الإستعمال لهذه الوسائل بـ 51 % سنة 1995 و 57 % سنة 1997¹، إلا أنه في الفترة 2002–2007 يشهد معدل الولادات زيادة بوتيرة بطيئة و هذا راجع لارتفاع في معدلات الزواج.

¹ MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION, DIRECTION DE LA POPULATION. (1997): L'activité de santé reproductive. Planification familiale à travers les régions sanitaires, Décembre, p12.

1-3 اتجاه و مستوى معدل الخصوبة العامة حسب السن:

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

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

و يتم حساب معدل الخصوبة العام بقسمة عدد المواليد الأحياء في السنة على عدد النساء في سن الإنجاب (15-49)

$$TFG = \frac{N}{F_{15-49}} \times 1000$$

مضروبا في الألف. ويعبر عنه بالعلاقة التالية:

و لقد أثبتت الدراسات السكانية أن النساء في درجة واحدة من حيث القدرة على الإنجاب في فئات السن المختلفة، حيث كانت المرأة دون العشرين من عمرها أقل إنجابا من المرأة بين السن العشرين و الثلاثين، ثم تقل قدرة المرأة على الإنجاب تدريجيا لذلك كان لابد من إيجاد نسبة أو معدل خصوبة خاص أو نوعي.

فمعدل الخصوبة الخاص (حسب العمر) هو معدل مقسم حسب شرائح عمر المرأة، فالمعدل في السن (20-24 سنة (يساوي عدد المواليد الأحياء لدى نسوة هذه الفئة (20-24 سنة) مقسوما على عدد نسوة هذه الشريحة من العمر مضروبا في الألف.

$$TFG_{20-24} = \frac{N_{20-24}}{F_{20-24}} \times 1000$$

و هذا المعدل أكثر دقة و حساسية للتغيرات الحاصلة في الخصوبة من معدل المواليد الخام، و لكن هذا المعدل يحتاج إلى بيانات مفصلة عن الولادات حسب العمر و عمر السيدات. و من هذا المعدل يحسب المؤشر التركيبي للخصوبة العامة. فمعدل الخصوبة حسب العمر يساوي عدد المواليد الأحياء لدى أمهات فئة السن (X) مقسوما على عدد

$$TFG_x = \frac{N_x}{F_x} \times 1000$$

النسوة نفس فئة السن (X) مضروبا في الألف. يعبر عنه بالعلاقة التالية:

جدول رقم (10): تطور معدل الخصوبة حسب العمر في الجزائر (‰)

السنة	19-15	24-20	29-25	34-30	39-35	44-40	49-45
1964	114	317	316	272	207	125	37
1970	114.1	338.5	388.1	354.8	281.5	152.5	42.2
1977	97.0	284.36	341.6	336.3	266.8	128.7	27.3
1978	83.9	289.31	321.5	301.0	244.8	188.9	23.9
1979	59.0	286.4	348.9	306.4	255.2	125.0	28.1
1980	69.2	288.4	330.8	286.0	264.8	125.9	25.1
1981	60.3	255.7	334.2	274.1	215.8	114.5	24.1
1982	51.2	247.4	326.5	287.5	219.8	118.8	22.9
1983	48.0	242.0	325.0	296.5	230.0	104.9	20.0
1984	47.3	224.0	322.0	293.4	227.4	103.7	20.2
1985	35.0	213.0	263.0	273.0	212.0	86.0	17.0
1986	24.0	181.0	252.0	259.0	215.0	110.0	31.0
1987	32.4	190.2	260.0	255.0	200.0	101.0	20.0
1988	33.0	175.0	260.0	250.0	202.0	104.0	18.0
1992	21.0	143.0	214.0	220.0	164.0	92.0	23.0
1995	15	110.0	184.0	180	146	81	-
2000	6	59	119	134	105	43	9
2006	4.4	51.3	111.1	129.2	108.9	47.7	2.3

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

1986: المسح الوطني الجزائري حول الخصوبة (1986).

1992: المسح الجزائري الخاص بصحة الأم و الطفل (1992)

2002: المسح الجزائري الخاص بصحة الأسرة (2002)

2006: المسح الجزائري متعدد المؤشرات (2006)

عموما عرفت الخصوبة في الجزائر ارتفاعا كبيرا في السنوات 1964-1970 عند جميع فئات السن تقريبا ثم انخفضت تدريجيا لتصل إلى أدنى معدل لها سنة 2006. يبين الشكل (04) المنحنى الذي سلكته هذه المعدلات في السنوات 1993، 1998، 2002، 2006، حيث يبدأ منحنى سنة 1993 و 1998 بالارتفاع التدريجي حتى يصل إلى أقصى حد له عند فئة السن 25-29 سنة ثم يأخذ في الانخفاض ليصل إلى أدنى مستوى له عند الفئة 45-49 سنة. أما مسار منحنى السنوات الأخرى (2002 و 2006) فيختلف بعض الشيء، حيث يصل ذروته عند

الفئة العمرية 30-34 سنة أي أن الإنجاب يتواصل إلى ما قبل سن اليأس الذي يصيب معظم النساء بعد سن الأربعين. يمكننا التطرق إلى اتجاهات الخصوبة العامة حسب العمر عند السيدات التي تفوق أعمارهن 35 سنة. يوافق هذا التقسيم مختلف النماذج (أي اختلاف فترات الإنجاب).

عرفت معدلات الخصوبة العامة عند السيدات الأقل من 25 سنة انخفاضا ملحوظا يفوق ذلك الذي حدث عند نسوة فئات السن الأخرى. فمعدل خصوبة نسوة فئة السن الدنيا (15-19 سنة) بلغ 114.1 ‰ سنة 1970 و انخفض إلى 4.4 ‰ سنة 2006 أي بفارق يقدر 109.7 نقطة خلال 36 سنة، و من 338.5 ‰ إلى 51.3 ‰ بالنسبة لفئة السن 20-24 سنة، أي انخفض بفارق قدر بـ 287.2 نقطة خلال الفترة نفسها.

و يرجع هذا الانخفاض في معدلات الخصوبة العامة إلى التأخر في سن الزواج الذي أدى إلى إنخفاض مدة تعرض النسوة إلى احتمالات الحمل و بالتالي إلى إنخفاض عدد الولادات فبعد أن كان السن المتوسط للزواج الأول عند النساء 19.3 سنة في سنة 1970 ارتفع إلى 20.8 سنة في سنة 1980 ثم إلى 22.2 سنة في سنة 1986. و بالمقابل سجلنا ارتفاعا كبيرا في نسبة النسوة العازبات عند فئة السن 20-24 سنة، فبلغت النسبة 18.3 % سنة 1969 لترتفع إلى 31 % سنة 1977 ثم إلى 53.4 % سنة 1986¹ لتصل إلى 76.5 من خلال تعداد 1998².

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

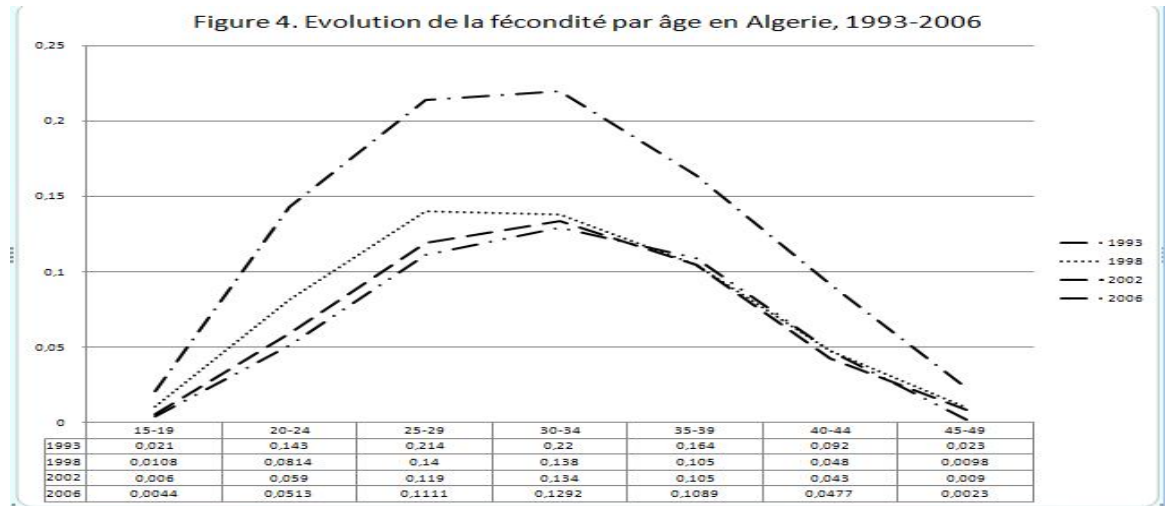
عرفت معدلات الخصوبة العامة عند نسوة فئة السن 35 سنة و ما فوق هي الأخرى انخفاضا لكن بوتيرة تقل عن تلك التي سجلت عند نسوة بقية الفئات الأخرى. و تتميز خصوبة هذه الفئة من النساء بالانخفاض و ذلك بسبب سن اليأس الذي يصيب معظم النسوة بعد سن الأربعين.

¹ الديوان الوطني للإحصاء: "نتائج التحقيق حول اليد العاملة و الديمغرافية الزواجية الجزائرية، الأسر و السكن"، إحصاءات رقم 1983/4/1، ص.6.

² عادل بغزة: أسباب تأخر سن الزواج في الجزائر وأثره على الخصوبة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الديموغرافيا، جامعة باتنة، 2008-2009، ص 36.

إن تأخر سن الزواج يساهم بقدر كبير في تفسير إنخفاض الخصوبة العامة الذي مس جميع فئات السن و بصفة أخص النسوة الأقل من 25 سنة، و بسببه قفز معدل الخصوبة الأكثر ارتفاعا الذي كان يسجل عند فئة السن 25-29 سنة إلى فئة السن 30.34 سنة³.

الشكل (04): منحني معدل الخصوبة العامة حسب فئات العمر في السنوات 1993، 1998، 2002، 2006



المصدر: علي قواوسي، التقديرات غير مباشرة للهجرة والخصوبة والوفيات بين 1989-2008، مداخل في اليوم الدراسي الوطني الأول حول السكان والتنمية في الجزائر، 13 ماي 2013، جامعة باتنة، ص6.

و أخيرا نستطيع القول بأن معدلات الخصوبة العامة عرفت ارتفاعا كبيرا في السنوات 1964-1970، و يرجع ذلك إلى معدلات المواليد المرتفعة بسبب البرامج الصحية و كذلك الزواج المبكر الذي ساهم هو الآخر في رفع معدل المواليد و بالتالي معدلات الخصوبة. و عرفت سنة 1970 انخفاضا محسوسا لتسجل أدنى مستويات لها سنة 2006 و يرجع ذلك إلى تأخر سن الزواج بسبب الأزمات الاقتصادية و الاجتماعية كالسكن و كذلك إلى مواصلة التعليم إلى سن متأخرة (عند النسوة خاصة).

³ Kouaouci, A. (1992):Op.cit, p49.

و تجدد الإشارة كذلك إلى أن هذه الفترة لعبت استخداما كبيرا لوسائل منع الحمل التي بدون شك لعبت دورا في خفض معدلات الخصوبة. و سنتطرق في الفصل الرابع إلى قياس أثر استخدام هذه الوسائل على الخصوبة و نقدر أثرها في الانخفاض الذي حصل في معدلات الخصوبة الإجمالية خلال الفترة 1986-2006.

2- المؤشر التركيبي للخصوبة العامة:

إن أفضل و أسهل طريقة لدراسة اتجاه و مستوى معدلات الخصوبة هو إتباع تغيرات المؤشر التركيبي للخصوبة العامة. يعرف هذا المؤشر بأنه عدد ولادات المرأة أثناء فترة الإنجاب (15-19 سنة) بافتراض بقائها على قيد الحياة طول هذه الفترة و تعرضها لمعدلات الخصوبة حسب العمر.

فهذا المؤشر أقوى تعبيرا عن مستوى الخصوبة من معدل المواليد الخام، و لا يحتاج إلى تصحيح التركيب العمري للمجموعة كما يحتاجه المعدل الخام عند مقارنته بين مجموعات تختلف تركيباتها العمرية. و المفروض أن المعدل 2.1 طفلا لكل امرأة أي بحوالي طفلين هو المعدل اللازم لثبات نمو السكان. فإذا زاد عنه ذلك زاد عدد السكان و إذا قل عن ذلك نقص عدد السكان¹.

عرفت معظم البلدان النامية معدلات خصوبة من أعلى المعدلات في العالم، و التي هي الآن في انخفاض متدرج و مستمر حيث بلغ المؤشر التركيبي للخصوبة العامة في الجزائر سنة 1970 حوالي 8.36 طفلا لكل امرأة بعد أن كان 6.94 طفلا لكل امرأة سنة 1964. و بعد سنة 1970 عرف هذا الأخير انخفاضا مستمرا حيث سجلنا 7.41 و 5.35 و 4.4 و 2.4 و 2.27 طفلا لكل امرأة في السنوات 1977 و 1986 و 1992 و 2000 و 2006 على التوالي و الجدول رقم (11) يعكس تطور المؤشر التركيبي للخصوبة العامة من سنة 1964 إلى سنة 2006.

جدول رقم(11): تطور المؤشر التركيبي للخصوبة العامة (ISF) في الجزائر.

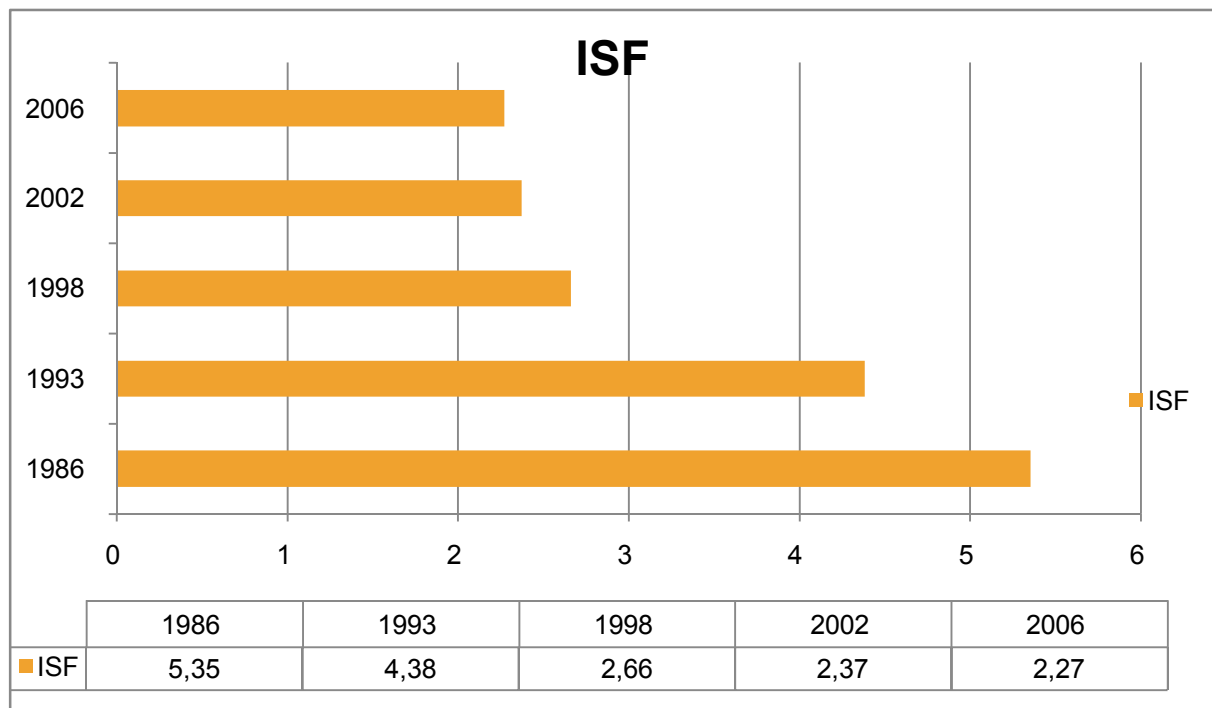
السنة	1964	1970	1977	1980	1982	1984	1986	1988	1992	2000	2006
ISF	6.94	8.36	7.41	6.95	6.37	6.26	5.35	5.21	4.4	2.4	2.27
المصادر : 1970: البحث الوطني الإحصائي حول السكان السلسلة رقم6. 1986: المسح الوطني الجزائري حول الخصوبة (1986). 1992: المسح الجزائري الخاص بصحة الأم و الطفل (1992) 2002: المسح الجزائري الخاص بصحة الأسرة (2002) 2006: المسح الوطني متعدد المؤشرات (2006)											

فمن خلال هذا الجدول يمكن أن نلاحظ ما يلي:

¹ عمران عبد الرحيم: مرجع سابق، ص 176.

- ارتفاع في المؤشر التركيبي للخصوبة العامة خلال السنتين 1964 و 1970 حيث سجلنا 6.94 ثم 8.36 طفلا لكل امرأة على التوالي.
 - إنخفاض تدريجي في المؤشر التركيبي للخصوبة العامة ابتداء من سنة 1970، ففي الفترة 1970-1986 أي بعد 16 سنة انخفض هذه المؤشر بـ 3 نقاط (36%) أي بمعدل سنوي متوسط قدر بـ 2.8% (8.36 طفلا لكل امرأة سنة 1970 ثم 5.35 طفلا لكل امرأة سنة 1986).
 - استمر المؤشر التركيبي للخصوبة العامة في الانخفاض خلال الفترة اللاحقة لسنة 1986، فبعد 20 سنة أي خلال الفترة 1986 و 2006 بلغ الفرق 3.09 نقطة .
- نستطيع القول أن المؤشر التركيبي للخصوبة العامة في الجزائر عرف انخفاضا محسوسا مع بداية السبعينيات ، و كانت نسبة الانخفاض أكبر من نظيرتها في تونس (36% خلال 16 سنة مقابل 31% خلال 20 سنة في تونس)¹، بالرغم من أن سياسة التخطيط العائلي ظهرت في تونس سنة 1964-1965 في حين لم تكن في الجزائر أية سياسة لتنظيم الأسرة في هذه الفترة.
- يبين الشكل رقم (05) بوضوح الارتفاع الكبير في المؤشر التركيبي للخصوبة العامة في سنة 1986 والذي قدر بـ 5.35 طفلا لكل امرأة و الانخفاض التدريجي مع بداية التسعينات و بالخصوص خلال الفترة 1993-1998 و الذي قدر بمعدل 2.66 طفلا لكل امرأة .

الشكل رقم (05): يبين المؤشر التركيبي للخصوبة العامة من سنة 1986 الى سنة 2006.



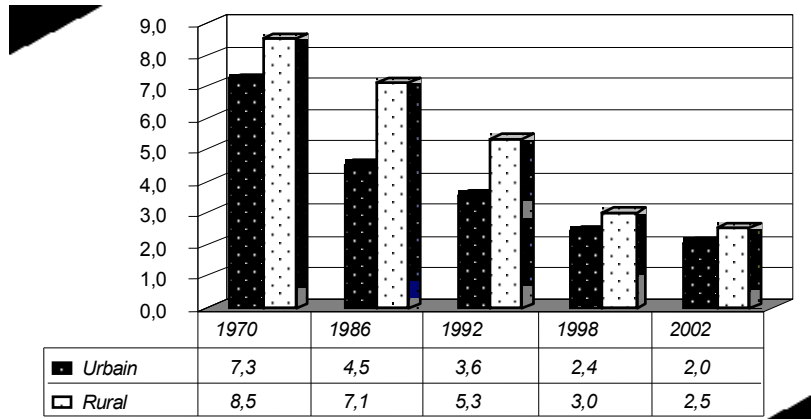
¹ أحمد درديش : انتشار استخدام وسائل منع الحمل وأثره على الخصوبة في الجزائر، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الديموغرافيا، البليلة، 1995-1996، ص 49.

المصدر: علي قواوسي، التقديرات غير مباشرة للهجرة والخصوبة والوفيات بين 1989-2008، مداخلة في اليوم الدراسي الوطني الأول حول السكان والتنمية في الجزائر، 13 ماي 2013، جامعة باتنة، ص 6.

3- تطور المؤشر التركيبي للخصوبة حسب وسط الإقامة

أظهرت نتائج المسوح المختلفة تباينات في مستوى الخصوبة حيث يؤثر مكان الإقامة بشكل متفاوت ، إذ يرتفع معدل الخصوبة الكلي إلى 2.7 طفل لكل امرأة في الريف ، بينما يبلغ 2.1 في الحضر ويتضح ذلك من خلال الشكل رقم (06) حيث نلاحظ أن عدد الأطفال في الوسط الريفي يفوق عدد الأطفال في الوسط الحضري حيث بلغ 7.1 طفلا لكل امرأة في الوسط الريفي مقابل 4.5 طفلا لكل امرأة في الوسط الحضري سنة 1986 و 2.5 طفلا لكل امرأة في الوسط الريفي مقابل 2.1 طفلا لكل امرأة في الوسط الحضري سنة 2002.

الشكل رقم (06): تطور المؤشر التركيبي للخصوبة حسب وسط الإقامة (1970-2002)



المصدر : المسح الجزائري لصحة الأسرة 2002 ، ص 104

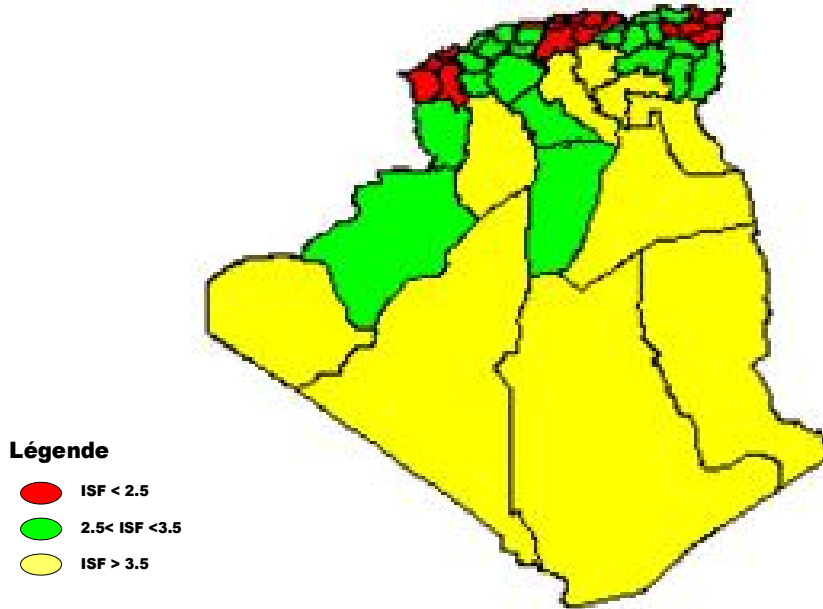
وسمحت لنا نتائج التعداد العام للسكان و السكن (1998) بتمثيل، مختلف معدلات الخصوبة الحالية التابعة لمستوياتها على الخريطة الجغرافية للجزائر.

إن تمثيل الخصوبة على الخريطة الجغرافية في الواقع سمح بتمييز ثلاث أقطاب للخصوبة مقارنة لعتبة تحديد الأجيال(-) 2.5 طفل للمرأة). هذه الأقطاب نجدها بالقرب من المدن الساحلية الكبرى للغرب ، ووسط الشرق الجزائري (أنظر الخريطة- الشكل رقم 07-). بخلاف ولايات المضاب العليا تلاحظ خصوبة متوسطة بشكل عام (بين 2.5 و 3.5 طفل للمرأة)، أما الجنوب تتمثل بمؤشرات مرتفعة أكثر مما ينبغي و تقترب أحيانا من الخصوبة الطبيعية.

هذا النوع من الطبقة ،له بعض الاستثناءات قريية من مستوى الخصوبة يشهد بالفعل وجود مستويات كثيرة للانتقال الديمغرافي في الجزائر .هذا النوع يظهر من الشمال إلى الجنوب.

الشكل رقم (07): يبين المؤشر التركيبي للخصوبة على الخريطة الجغرافية

ISF par wilaya - (RGPH-1998)



المصدر : المسح الجزائري لصحة الأسرة ، 2002 ، ص 75 .

علاوة على ذلك فالدراسات السابقة التي سعت إلى تفسير اتجاهات مستويات الخصوبة تم وضعها قيد الاهتمام بمساهمة العاملين اللذين لهما مكانة و التي في الواقع نجدها أيضا متغيرة من فترة إلى أخرى. و يتعلق الأمر بالزواج و اللجوء إلى موانع الحمل الحديثة. يبقى متفقا عليه أن هذه المتغيرات نفسها هي نتائج تغيرات الظروف الاجتماعية و الاقتصادية و الصحية التي من الصعب إدراكها.

4- معدلي التكاثر العام و الصافي:

يعرف معدل التكاثر بأنه يمثل عدد البنات اللائي تلدهن كل أم خلال فترة الإنجاب (15-49 سنة) أي متوسط عدد البنات اللائي تعوضهن الأم، و حسابه معقدا نوع ما، و منه المعدل الخام و الصافي. فإذا زاد أحدهما عن الواحد أي إذا حلت محل الأم أكثر من بنت واحدة دل ذلك على ارتفاع الخصوبة.

إن معدل التكاثر الخام عبارة عن جداء عدد أطفال كل امرأة خلال فترة الإنجاب (15-19 سنة) و نسبة الأنوثة و الذي تساوي 100 مقسوما على 205. بمعنى أن كل 100 امرأة يقابلها 105 رجلا.

و يتم حساب التكاثر الخام (Taux brut de reproduction) كمايلي :

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

معدل التكاثر الصافي هو عبارة عن جداء التكاثر الخام (TBR) في احتمال الحياة حتى السن المتوسط للأُمومة

$$TBR = 0.488 \times \left[\sum_{15}^{45} f(x, x+4) \right] \times 5 \times \frac{Im}{Io} \quad .(m)$$

(Taux net de reproduction) معدل التكاثر الصافي = TNR

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

m = السن المتوسط للأمم و عادة ينحصر بين 27 و 30 سنة

إذن معدل التكاثر الصافي يعتمد على معدلات الخصوبة و الوفيات. و يمكن حساب المعدل المتوسط للتكاثر وفق

$$TMR = TBR \times \frac{I_2}{I_0} \text{ : العلاقة التالية:}$$

حيث: TMR = معدل المتوسط للتكاثر

$$\text{TBR} = \text{المعدل العام للتكاثر}$$

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

فالمعدل المتوسط للتكاثر عبارة عن جداء عدد إناث كل امرأة خلال فترة الإنجاب (15-19 سنة) و احتمال الحياة لمدة سنتين. فإذا زاد معدل التكاثر أو قل عن الواحد يكون عدد جيل الأطفال أقل أو أكثر من عدد جيل الآباء.

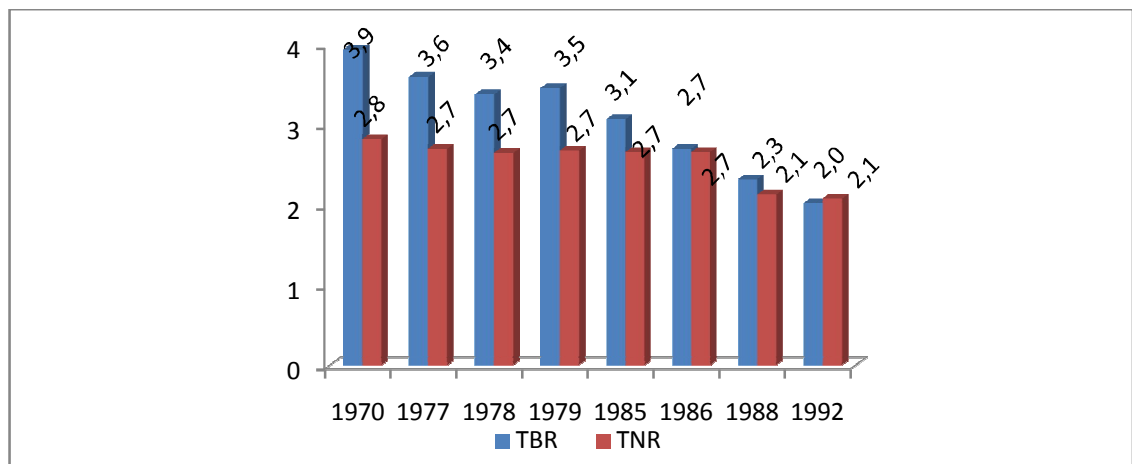
الجدول رقم (12): تطور المعدل الخام (TBR) و المعدل الصافي (TNR) للتكاثر في الجزائر (بـ %)

[illegible]

كان المعدل الخام للتكاثر جد مرتفع سنة 1970 حيث بلغ 3.94 بنتا لكل امرأة و هذا يعني أن عدد البنات اللائي تعوضن أم واحدة يساوي أربع بنات تقريبا كما بلغ المعدل الصافي للتكاثر أقصاه سنة 1970 بـ 2.82 أي ما يقارب 3 بنات لكل امرأة فهذه الأرقام تدل على معدلات خصوبة مرتفعة جدا. بعد سنة 1970 أخذ كل من المعدل الخام و المعدل الصافي للتكاثر في الانخفاض التدريجي إلى غاية سنة 1978 ليعرفا ارتفاعا قليلا سنة 1979 و بعد ذلك بدأ كل منهما ينخفض تدريجيا إلى غاية سنة 1988 حيث بلغ المعدل الخام للتكاثر 2.32 بنتا لكل امرأة بمعنى أن أكثر من بنتين تعوضن أم واحدة. أما المعدل الصافي للتكاثر فبلغ 2.08 بنتا لكل امرأة أي كل أم تعوضها بنتين و هذه الأرقام تدل على معدلات خصوبة منخفضة نوعا ما. و هذه النتائج تبين أن عدد جيل بنات سنة 1988 هو ضعف جيل الأمهات وهذا ما يبينه الشكل رقم (08).

إذن عرفت الجزائر سنة 1970 معدل خام للتكاثر من أعلى المؤشرات حيث بلغ 3.94 بنتا لكل امرأة و في نفس الفترة عرفت البلدان المتطورة معدلات جد منخفضة فمثلا المعدل الخام للتكاثر في الدنمارك قدر بـ 0.95 بنتا لكل امرأة¹.

الشكل رقم (08): تطور المعدل الخام (TBR) و المعدل الصافي (TNR) للتكاثر في الجزائر (بـ %)



المصدر : منشورات الديوان الوطني للإحصاء ، معطيات إحصائية رقم 15 سنة 1990

يقيس المعدل الصافي للتكاثر (TNR) معدلات الخصوبة آخذا بعين الاعتبار الوفيات. وقد سجل أكبر معدل صافي للتكاثر سنة 1970 أين بلغ 2.82 بنتا لكل امرأة و الفرق بينه و بين المعدل الخام للتكاثر (TBR) في نفس

¹ - Negadi, G. (1975): **La Fécondité en Algérie : niveaux-tendances et facteurs** , These de Doctorat de 3ème cycle, Paris, p127.

السنة بلغ 1.12 نقطة (هذا الفرق يمثل الوفيات) أي أن المعدل الخام للتكاثر عرف إنخفاضاً يقدر بـ 28.4 % بسبب الوفيات، و قدر الفرق سنة 1986 بـ 0.28 نقطة أي انخفض بنسبة 10.37% فقط، و يعود ذلك على تحسن البرامج الصحية. بينما في الكامرون في الفترة 1964-1965 بلغ المعدل الخام للتكاثر 3.06 بنتا لكل امرأة ثم انخفض بفعل الوفيات إلى 1.82 بنتا لكل امرأة فبلغ الفرق 1.24 نقطة أي انخفض بنسبة 40.5% بينما انخفض في فرنسا - كبلد متطور - المعدل الخام للتكاثر (TBR) من 1.29 بنتا لكل امرأة بفعل الوفيات إلى 1.25 بنتا لكل امرأة سنة 1967 فالفرق قدر بـ 0.04 أي انخفض بنسبة 3.1% فقط. فالفرق بين المعدل الخام للتكاثر (TBR) و المعدل الصافي للتكاثر (TNR) لا يتعدى 5% من الولادات في البلدان المتطورة عكس البلدان المتخلفة أين نجد الوفيات مرتفعة¹. فالانخفاض الحاصل في المعدل الخام و المعدل الصافي للتكاثر يعكس أو يثبت الانخفاض الكبير المسجل في معدلات الخصوبة بعد سنة 1970 و إنخفاض الفرق بين المعدلين يؤكد الانخفاض الحاصل في الوفيات.

5- العوامل المؤثرة في الخصوبة

5-1 العوامل المباشرة:

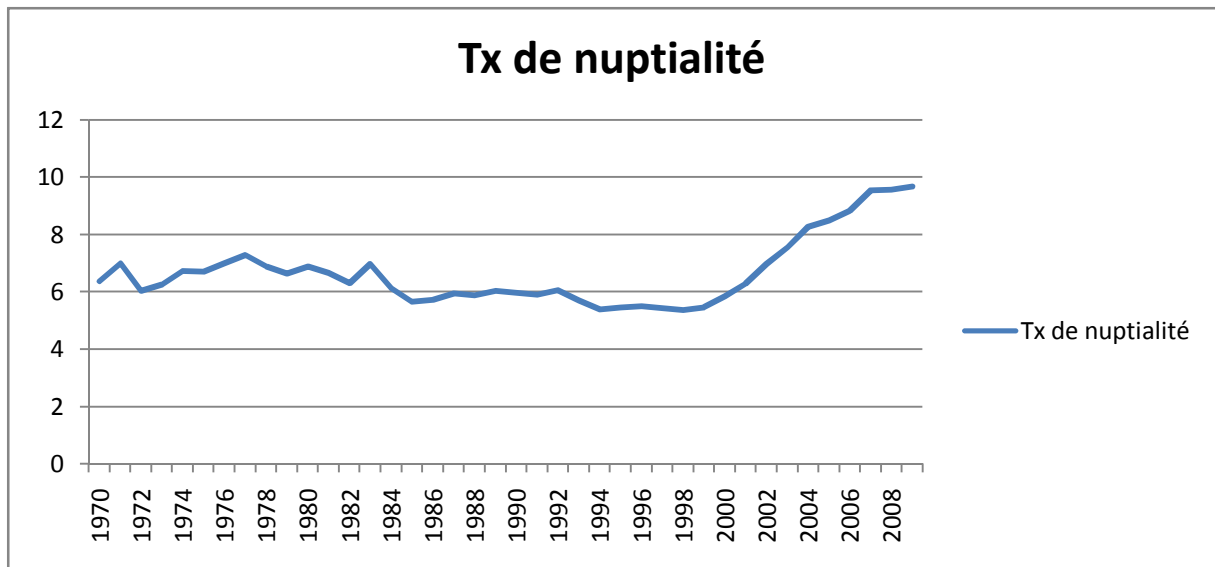
5-1-1 السن عند الزواج الأول: كشفت بيانات المسوحات والدراسات الاستقصائية المختلفة انخفاض كبير في متوسط العمر عند الزواج الأول بين عامي 1966 و 1998، حيث ارتفع سن الزواج بالنسبة للنساء من 18 سنة إلى 27.6 سنة وبالنسبة للرجال من 24 سنة إلى 31.3 سنة².

ومن خلال الشكل رقم (09) نلاحظ أن معدل الزواج الخام، في تراجع حيث كانت نسبته 6.37% سنة 1970 لتصل إلى 5.84% في عام 2000، لترتفع بعد ذلك لتبلغ أقصى نسبة لها سنة 2009 حيث بلغت 9.68% وهكذا ارتفع هذا المعدل بنسبة 51.9% بين 1970-2009.

الشكل رقم (09): تطور معدل سن الزواج من 1970-2009

¹ - Negadi, G. (1975): Op. Cit, p 128.

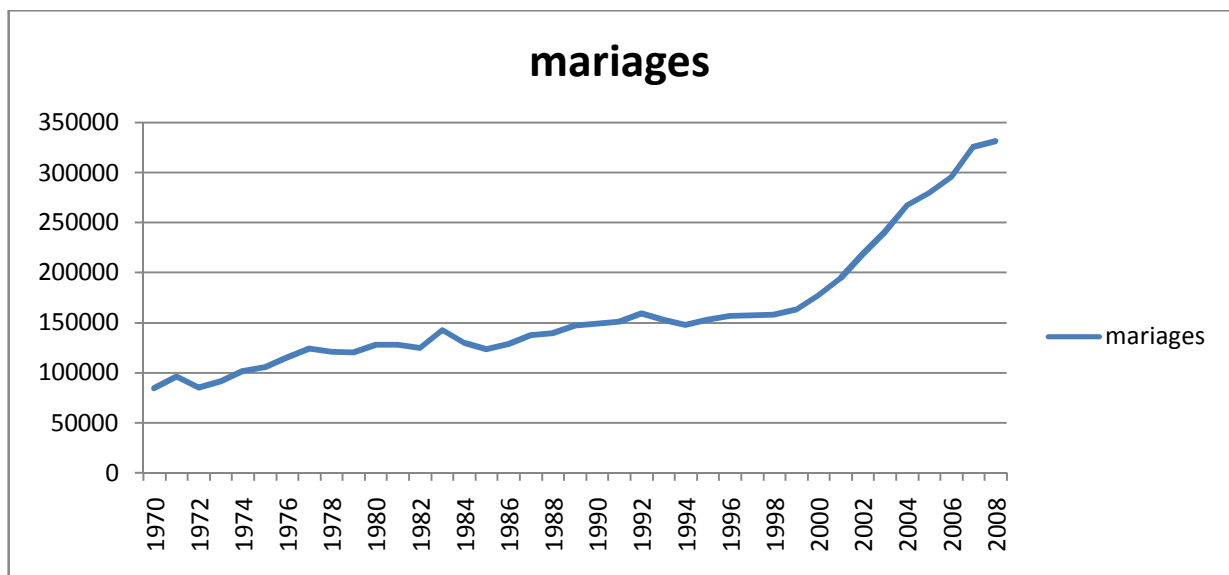
² Ahmed M et Mostafa K (2012): **Rapport d'évaluation initial du programme de pays de l'UNFPA pour l'ALGERIE 2007-2011**, p23.



Source : **Rapport d'évaluation initial du programme de pays de l'UNFPA pour l' ALGERIE 2007-2011, p23.**

ونلاحظ أن الزيادة في معدل الزواج كانت كبيرة منذ سنة 2000 إلى غاية سنة 2009 أين قدر معدل الزواج بـ 65.79% ، ومن خلال الشكل رقم (09) نلاحظ أن عدد الزيجات في ارتفاع حيث قدرت 84792 زيجة سنة 1970 بينما قدرت عدد الزيجات سنة 2009 بـ 341321.

الشكل رقم (10) : عدد الزيجات من سنة 1970 الى سنة 2008



Source : **Rapport d'évaluation initial du programme de pays de l'UNFPA pour l'ALGERIE 2007-2011, p23.**

هذه الاضطرابات في معدلات سن الزواج وعدد الزيجات من 1970-2009 يعود سببها إلى جميع التغيرات الاجتماعية والثقافية التي حدثت في البلاد، وأيضاً إلى الصعوبات الاقتصادية التي تواجهها الأسر .

5-1-2 استعمال وسائل منع الحمل:

يتبين من خلال مختلف التحقيقات التي أجريت في الجزائر أن هناك تحاوياً حقيقياً للسكان مع استعمال وسائل منع الحمل، حيث انتقلت نسبة الاستعمال من 8% في سنة 1970 (حسب الجمعية الجزائرية للأبحاث الديمغرافية والاجتماعية) إلى 25% في سنة 1984 (حسب تحقيق اليد العاملة)، ثم إلى 36% في سنة 1986 (حسب التحقيق الوطني حول الخصوبة) لتصل إلى 50.9% في سنة 1992 (التحقيق الوطني حول صحة الأم والطفل) ويتواصل هذا الارتفاع ليستقر في حدود 56.9% في سنة 1995 (التحقيق الخاص بمتابعة الأهداف الإنمائية للألفية)¹. إن استعمال وسائل منع الحمل إذن يزداد بصفة متواصلة، ومن ناحية أخرى فإن انتشار استعمال وسائل منع الحمل لا يختلف كثيراً حسب الوسط، حيث بلغت نسبة 57.5% في المناطق الحضرية مقابل 44.1% في المناطق الريفية بالنسبة لسنة 1992 حسب التحقيق الجزائري حول صحة الأم والطفل.

جدول رقم(13): تطور نسبة استعمال وسائل منع الحمل حسب سن المرأة

خلال الفترة الممتدة بين (1968-1995)

السنوات الفئات العمرية	1968	1986	1992	1995
19-15	/	17.1	26.4	43.5
24-20	8	26.8	39.6	52.3
29-25	/	36.5	52.7	62.7
34-30	7	40.3	56.1	63.8
39-35	/	44.3	56.4	63.1
45-40	8	42.2	52.2	53.8
49-45	/	23.9	38.9	33.5
المجموع	7.6	35.5	50.8	56.9

SOURCE : R .BENKHELIL-N.ATTOUT. « Population et développement Durable », CENEAP- FNUAP, actes des journées d'études les 24-25 Juin 1998, Alger, mai 1999, p 97.

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: مشروع التقرير الوطني حول التنمية البشرية، الدورة العاشرة، الجزائر، 1998، ص 24.

إن استعمال وسائل منع الحمل منتشر جدا، خاصة عند النساء اللائي تتراوح أعمارهن ما بين 25-39 سنة أنظر الجدول رقم (13) كما أن هناك رغبة واضحة في التحكم الأفضل في الإخصاب عند النساء الشابات. انتقل معدل انتشار وسائل منع الحمل عند النساء الصغيرات السن اللائي تتراوح أعمارهن ما بين 15-25 سنة حسب الإحصائيات المقدمة في الجدول رقم (13) .

2-5 العوامل غير المباشرة:

1-2-5 المستوى التعليمي للمرأة:

تؤكد العديد من الدراسات التي تناولت مسألة الإنجاب أن هناك علاقة عكسية بين مستويات التعليم و مستوى الإنجاب، أي كلما كان المستوى التعليمي للمرأة مرتفعا كلما كان نسلها النهائي منخفض، و وفقا لدراسة أجرتها الأمم المتحدة " إن المرأة التي لم تستكمل سبع سنوات من التعليم المدرسي تنجب في المتوسط ثلاثة أطفال أقل من نظيرتها التي لم تلتحق بالمدرسة و يرجع السبب في هذه الحالة إلى تأخر سن الزواج و إلى التنظيم الفعال للنسل ... " ¹ .

يعتبر التعليم من أهم العوامل تأثيرا في الإنجاب، خاصة في البلدان التي بها معدل نمو ديمغرافي مرتفع، فالمرأة التي لها مستوى تعليمي عالي تساهم في انخفاض مستوى الإنجاب بثلاث طرق على الأقل².

- تأخر سن الزواج
- انخفاض عدد الأطفال المرغوب فيه في الأسرة الواحدة، وهذا آت من الوالدين و أبنائهم قد أصبح عندهم طموح حياة أفضل و اهتمام بنشاطات أخرى.
- اطلاع المرأة على المعرفة، والاتجاهات المرتبطة بتنظيم الولادات يساعدها على التفاهم مع زوجها وإقناعه بضرورة التحكم في سلوكهما الإنجابي.

يعد تأخر سن الزواج ، محدد رئيسيا لمعدلات الإنجاب، و المسح الجزائري حول صحة الأسرة لسنة 2002 توصل إلى وجود علاقة طردية بين المستوى التعليمي للمرأة و متوسط عمر العزوبة عند الزواج الأول، حيث يرتفع هذا المتوسط بارتفاع المستوى التعليمي للمرأة والعكس صحيح، يزيد ذلك المتوسط بحوالي 5 سنوات مع الانتقال من

¹ نوري آن مازور: ما وراء الأرقام وقراءات في السكان والاستهلاك والبيئة، (تر: هدرية سيد رمضان وخير حافظ نادية)، الجمعية المصرية لنشر المعرفة والثقافة العالمية، القاهرة، 1994، ص 141.

² Dyon R. (1975) : « Les Droits de la femme et fécondité, Population », n°17, Paris, Juin, p11.

فئة غير المتعلّقات إلى فئة الحاصلات على التعليم الثانوي فما فوق 24,6 سنة مقابل 29.6 سنة على التوالي³، مما يدل على وجود ارتباط وثيق بين المتغيرين، كما أن هناك ارتباطا وثيقا بين المستوى التعليمي و حجم الأسرة، و تأثيره يكون واضحا عند النساء اللاتي هن مستوى ثانوي فما فوق، و من شأن تعليم البنات أن يخفض حجم الأسرة بنسبة 3 أضعاف ما يفعله تعليم الصبيان⁴.

لقد توصل المسح الجزائري حول صحة الأسرة لسنة 2002 إلى وجود علاقة عكسية بين متوسط عدد المواليد الأحياء و المستوى التعليمي للأم، فهو ينخفض بارتفاع المستوى التعليمي للأم والعكس صحيح، 5 أطفال لكل امرأة لم تلتحق بالمدرسة، لينخفض إلى 3 أطفال لكل امرأة حصلت على مستوى تعليمي ابتدائي، و يواصل انخفاضه ليصل إلى 2 أطفال لكل امرأة لها مستوى تعليمي ثانوي فما فوق⁵، أما فيما يخص النسل النهائي عند الفئة 45 - 49 حسب المستوى التعليمي للأم، نجد أن الأمهات اللواتي ليس لديهن مستوى لديهن 7 أطفال، بينما لا يتجاوز 4 أطفال عند ذوات المستوى الثانوي فما فوق¹، من المرجح بدرجة أكبر أن تستخدم النساء المتعلّقات وسائل منع الحمل، و تملن إلى تأخير سن الزواج كما أن الوالدين المتعلمين من الجنسين على حد سواء يرغبون في تكوين أسر أصغر حجما من أولئك الأقل تعليما، و تميل النساء المتعلّقات بالفعل إلى إنجاب أقل عددا، بمعنى أن النساء اللاتي يمضين سنوات أطول في مقاعد الدراسة تكون من المرجح بدرجة أكبر أن ينجن من الأطفال العدد الذي يرغبن فيه.

5-2-2 عمل المرأة:

لقد خلصت معظم الدراسات إلى أن هناك علاقة عكسية بين الخصوبة و عمل المرأة، إذ أن عمل المرأة يوفر لها إشباعا بديلا عن الذي تستمدّه من إنجاب عدد كبير من الأطفال سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة²، إن مساهمة المرأة في النشاط الاقتصادي أحد العوامل المؤدية لانخفاض معدل الخصوبة، وهذا بسبب تعارض ممارسة المرأة لمهنة ما و تعدد الولادات وتكرارها و الالتزامات التقليدية للمرأة الجزائرية دور هام في تحديد مصيرها و

³ وزارة الصحة والسكان، جامعة الدول العربية، «المسح الجزائري حول صحة الأسرة»، (الديوان الوطني للإحصائيات)، الجزائر، جويلية 2004، ص 203.

⁴ نوري آن مازور: مرجع سابق، ص 15.

⁵ وزارة الصحة والسكان، وجامعة الدول العربية، مرجع سابق، ص 225.

1 وزارة الصحة والسكان، وجامعة الدول العربية، مرجع سابق، ص 522.

² إبراهيم العيسوي : انفجار سكاني أم أزمة تنمية (دراسات في قضايا السكان والتنمية ومستقبل مصر)، دار المستقبل العربي، القاهرة، 1985، ص 141.

يتضح ذلك من خلال المستويات المتدنية لمشاركتها في النشاط الاقتصادي التي تعرف نوعا من الارتفاع³ ، أين ارتفع عدد النساء المشتغلات خلال الفترة الممتدة ما بين 1966-1987 من 94511 إلى 365094 امرأة عاملة ليصل إلى 626000 في سنة 1996⁴ .

يحتل النشاط النسوي الصدارة في المدن، إذ قدرت نسبة النساء المشتغلات في الوسط الحضري ضعف لمشتغلات في الوسط الريفي 17,58% مقابل 8,2 % في سنة 1996⁵ .

وتعتبر الإدارة أكبر مستقطب لليد العاملة النسوية بنسبة 61,3% في سنة 1996 ويليهما في المرتبة الثانية قطاع الخدمات بنسبة 23 % ، ثم تأتي بقية القطاعات بنسب منخفضة جدا لا تجاوز 7%⁶ .

ويبقى النشاط النسوي يتركز في مهن معينة، حيث نجد مهنة التعليم تستقطب عدد كبير من النساء، فقد بلغت نسبة المعلمات 33,4% في سنة 1996 ، وهي مهنة فيها متسع من الوقت، يسمح للمرأة بالتوفيق بين واجباتها الأسرية والمهنية، تليها الوظائف بنسبة 19,3% وهي نسبة ضئيلة إذا ما قورنت بنسبة المعلمات، ثم تأتي بقية المهن بنسب منخفضة جدا تتراوح ما بين 7,7% و 11,6%¹ .

ما يميز اليد العاملة النسوية هو أن 51,49% عازبات بينما لم تتجاوز نسبة النساء العاملات المتزوجات 34,8% في سنة 1996² ، وهذا راجع لكون المرأة المتزوجة تواجهها عدة عراقيل تمنعها من الاندماج في سوق الشغل، عراقيل ذات صلة وثيقة بالممارسات العائلية و الاجتماعية، و كذا ضعف هياكل الاستقبال لحضانة الأطفال و من النتائج التي توصل إليها التحقيق الوطني حول مشاركة المرأة في النشاط الاقتصادي، هو أن أكثر من نصف النساء المتزوجات المشتغلات سواء داخل البيت أو خارجه هن أقل من 5 أطفال و انطلاقا من الطفل الخامس، يصبح العبء ثقيل يثقل كاهل الأم، مما يحول دون مواصلة عملها خارج البيت و قد توصل التحقيق الوطني حول صحة الأم و الطفل سنة 1992 ، أن النساء العاملات خارج البيت و هن أقل من 5 أطفال تمثل تقريبا 82 % من النساء المشتغلات المتزوجات³ .

³ جمعية الديموغرافين العرب : أوراق وبحوث المؤتمر العربي حول السياسات السكانية (9-13/03/1987)، تونس، 1988، ص 84.

⁴ N Attout-T Chebab et Autres. (1999) : **Femme Emploi Et Fécondité en Algérie**, F N U A P, Alger, Mai, P18.

⁵ O.N.S. (1996) : « **Résultat de l'enquête emploi et revenu** », données statistiques, n°254, Alger, p2.

⁶ Idem. p3.

¹ O.N.S. (1996). Op.cit, p3.

² Idem. p4.

³ Nattout-T.Chebab et Autres : Op.cit., p59.

خلال التحقيق الوطني للخصوبة لسنة 1986 ، قدر متوسط عدد أطفال النساء المتزوجات المشتغلات بـ 93, 3 أطفال مقابل 92, 4 أطفال لغير العاملات المتزوجات⁴ .

5-2-3 التحضر

ما يميز سكان مدن الجزائر عن أريافها هو التفكير السائد لديهم و الثقافة الخاصة بهم التي تساعدهم على تحديد حجم أسرهم، أما سكان الأرياف تفكيرهم متعلق ببيئتهم التي تمتاز بالتضامن و التأزر التي لا تتمتع بها المدن، و عمل الزراعة يتطلب إلى يد عاملة فهم يشجعون على الإنجاب، و يعتبرون الأطفال ضمان اجتماعي للوالدين في الكبر. و المناطق الريفية متمسكين بالعادات والتقاليد أكثر، المرأة الولود خاصة التي تنجب ذكورا تتمتع بمكانة اجتماعية أعلى من مكانة المرأة العاقر عند زوجها و عند المجتمع، كذا الرجل يرى رجولته لا تكتمل إلا بإنجاب طفل كل سنة، و قيمة تفضيل أنجاب الذكور لها تأثير على ارتفاع الخصوبة في حالة إنجاب البنات أين تكون الرغبة في إنجاب ولد مهما كان عدد البنات المنجب.

ناهيك عن استعمال وسائل منع الحمل يكون في المدن أكثر منه في الأرياف حيث سجل استعمال موانع الحمل 61.4%، في المدن مقابل 59.9% في الأرياف⁵.

خلال السنوات الأولى للاستقلال و حتى سنة 1966 ، تم تسجيل 85% من النازحين نحو المدن الكبرى نزحوا أصلا من الريف بحثا عن العمل ، فخلال الحرب التحريرية تم تدمير مئات القرى مما أدى إلى صعوبة بنائها بعد الاستقلال ، كذلك تركز معظم المشروعات التنموية في المدن و ضواحيها ، و النمو الديموغرافي السريع الذي امتص مشروعات التنمية في وقت مبكر.

إن الهجرة الداخلية من الريف نحو المدينة في الجزائر تتمتع بأهمية خاصة لما لها من جذور قديمة تصل

إلى فترة الاستعمار لدرجة أنها لم تعد نزوحا بل تجاوزته في بعض الظروف لتصبح نزيفا ريفي لمجتمع كان أصله ريفيا فيصير متحضرا في أقل من 20 سنة¹ ، و هذا ما يبينه الجدول التالي:

⁴ Idem, p75.

⁵ Chebab T. (1999): **Niveau, tendances et déterminants de la fécondité en Algérie de 1970-1992**. CENEAP; Algérie, p111.

¹ سعاد مهماهي: تأثير برنامج التعديل الهيكلي على الأسرة الجزائرية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الديموغرافيا ، جامعة باتنة ، 2008-2009، ص

الجدول رقم (14):تطور نسب سكان الريف و سكان الحضر في الجزائر من 1886 إلى 2010

السنة	نسبة التحضر(%)
1886	13.9
1926	20.1
1936	22.0
1948	23.6
1954	25.0
1966	31.4
1987	49.70
1998	58.30
2008	65.22
2010	66.5

Source : ONS.2000.p11.

**: Rapport d'évaluation initial du programme de pays de
l'UNFPA pour l'ALGERIE 2007-2011, P24.**

من خلال الجدول نلاحظ أن عملية التحضر في الجزائر قطعت أشواطاً كبيرة ، بداية بظهور تصنيف سكان الحضر و سكان الريف لأول مرة في تعداد 1926 ، بينما ظهر التصنيف نفسه بفرنسا 1846 تم تمييز سكان الريف خلال الفترة الاستعمارية على أساس خاصيتين الأولى كمية أي أن حجم السكان يقل عن 2000 نسمة ، و الثانية كيفية بمعرفة نمط المعيشة الذي تحدده فئة المشتغلين بطريقة مباشرة أو غير مباشرة في قطاع الفلاحة ، إلا أن هذا التعريف عرف تطوراً بعد تعداد 1966 و تطورت معه معدلات التحضر التي تميزت بوتيرة بطيئة و منتظمة قبل الاستقلال و متسارعة بعده ، فقد بلغ الفرق في معدلات التحضر 5 نقاط في ظرف 20 سنة (1926 إلى 1948)، بينما تعدى الفرق 7 نقط في الفترة 1948-1966، هذا الارتفاع المحسوس يعود إلى الاضطرابات التي سادت تلك الفترة و ما انجر عنها من تهجير سكان القرى و المداشر و حشدهم في المدن (سياسة المناطق المحرمة) ، كذلك تدفق سكان الأرياف بكثافة نحو المدن لخلف المعمرين الذي غادروا الجزائر مباشرة بعد الاستقلال.

بعد 1966 لم يعد التحكم في ظاهرة التمدن أمراً سهلاً بسبب وتيرة المعدلات السريعة نتيجة للزيادة الطبيعية السكانية من جهة و مواصلة التزوح الريفي خاصة بعد إنشاء القاعدة الصناعية و تركز الاستثمارات في المدن الكبرى من جهة أخرى ليتضاعف معدل التحضر مرتين بفارق 18 نقطة خلال 20 سنة (1966-1987) واصل معدل التحضر ارتفاعه ليصبح أكثر من نصف سكان الجزائر يعيشون بتجمعات سكنية حضرية بنسبة 58.30 % سنة

1998 بزيادة تقدر بـ 8.6 نقطة عن سنة 1987. بالرغم من التناقص الملحوظ للزيادة الطبيعية السكانية إلا أن معدل التحضر حافظ على ارتفاعه ليصل سنة 2010 إلى 66.5% و يعود إلى استقرار السكان المهاجرين من المناطق الريفية في المدن و رفضها العودة إلى موطنها الأصلي بعد تعودها على العيش في المناطق الحضرية.

خاتمة

و أخيرا يمكن القول أن الانخفاض الملاحظ على المؤشر التركيبي من 5.35 طفلا لكل امرأة سنة 1986 إلى 2.27 طفلا لكل امرأة سنة 2006 راجع إلى عدة عوامل منها العوامل المباشرة المتمثلة في استعمال وسائل منع الحمل وتأخر سن الزواج والعوامل الغير المباشرة المتمثلة في المستوى التعليمي، عمل المرأة التحضر.

الفصل الرابع

تقدير اثر المتغيرات الوسيطة على الخصوبة - تطبيق نظرية بونقارتس (BONGARTES) -

تمهيد

- 1- عرض نظري لنموذج BONGAARTS
- 2- التأثير النظري من نسبة الزواج (C_m) و إستعمال وسائل منع الحمل (C_c) و الإجهاض العمدي (C_a) و مدة الإخصاب (C_i)
- 3- تأثير موانع الحمل؛ (C_c) و نسبة الزواج (C_m) و الإجهاض العمدي (C_a) و مدة الإخصاب (C_i) على معدلات الخصوبة من خلال نموذج BONGAARTS حسب مكان الإقامة.
- 4- تقدير أثر موانع الحمل (C_c) و عدم الإخصاب (C_i) و العقم ($TF \cdot C_a$) في تغيرات الخصوبة الشرعية المجمعة (TM) خلال السنوات 1986 و 1992.2002 و 2006
- 5- مساهمات العوامل الوسيطة للخصوبة

خاتمة

تمهيد

سنحاول من خلال هذا الفصل تقدير أثر و حصة استعمال وسائل منع الحمل و بعض المتغيرات الوسطية الأخرى كالزواج و العقم و عدم الإخصاب - بتطبيق نموذج BONGAARTS - في تخفيض الخصوبة.

سنحاول الاعتماد بشكل مركز على مقالين في توضيح هذا النموذج:

- الأول يعود إلى **BONGAARTS**

(Les Effets Inhibiteurs Des Variables Intermédiaires De La Fécondité)

- الثاني يعود إلى البروفسور قواوسي علي (تحليل الخصوبة المقارن)

1- عرض نظري لنموذج BONGAARTS

إن مستويات و اتجاه الخصوبة تتأثر بعدة عوامل منها الاجتماعية كمكان الإقامة (الريف أو الحضر) و الاقتصادية كمستوى المعيشة و الثقافية كالمستوى التعليمي للزوجين. تؤثر هذه العوامل بطريقة غير مباشرة على الخصوبة، فإذا أخذنا مستوى المرأة التعليمي ، فهذا المتغير سوف يؤثر بطريقة سلبية على الخصوبة و لكن أثره على هذه الظاهرة غير مباشر . بمعنى هناك عوامل أخرى تؤثر من خلالها المتغيرات الاجتماعية و الاقتصادية و الثقافية على معدل الإنجاب¹ سميت هذه العوامل "بالمغيرات الوسيطة للخصوبة " و تعود هذه العبارة إلى الباحثين JUDITH BLAKE و KINGSLEY DAVIS اللذين عدا إحدى عشر متغيرا مصنفة في ثلاثة أقسام²:

- متغيرات خاصة بالعلاقات الجنسية: السن عند بداية ممارسة العلاقات الجنسية، تكرارات الزيجات، الانفصال، إعادة الزواج، التكرارات في ممارسة العلاقات الجنسية، فترة الامتناع عن العلاقات الجنسية سواء أكان إراديا أو لا إراديا.
- متغيرات خاصة بالحمل: خصوبة الأزواج، إستعمال وسائل منع الحمل، طول فترة الرضاعة الطبيعية و الطمث.

- متغيرات تؤثر على الحمل: الإجهاض العمدي أو العفوي، وفيات الرضع الأقل من شهر.

فالإطار الذي طوره BLAKE و DAVIS مفيد جدا في التحاليل المقارنة لأنه يرتب المتغيرات التي بواسطتها يتم التأثير على كل سلوك مرتبط بالخصوبة.

رغم وجود الإطار النظري إلا أن عمل هذين الباحثين لا يمكن دمجهم في برامج تدرس و تقيس الآثار المتباينة لكل متغير من المتغيرات المدرجة في النموذج، فمثلا لا نستطيع قياس التعويض الحاصل بين آثار هذه المتغيرات على الخصوبة، فالتراجع الذي يحصل في مدة الرضاعة قد يعوض باستخدام وسائل منع الحمل في نفس الفترة و كذلك من غير الممكن توضيح نتائج التعويض الحاصل بين هذه المتغيرات.

جاء عدة باحثين بنماذج مختلفة لكن جميعها مبني على أساس الإطار و المتغيرات المقترحة من طرف DAVIS et BLAKE كان BONGAARTS من بين هؤلاء الباحثين حيث أعد نموذجا مبنيا على أربع

¹ BONGAARTS, J: les effets inhibiteurs des variables intermédiaires de la fécondité, population Council, new York, 1982, p64.

² DAVIS K and BLAKE J, (1956). « Social Structure and Fertility: An Analytic Framework», Economic Development and Cultural Change, 4(3), pp 211-235

متغيرات وسطية أساسية هي: إستعمال وسائل منع الحمل (C_c) ، الإجهاض العمدي (C_a) ،نسبة الزواج (C_m)، و مدة عدم الإخصاب (C_i)¹. تفسر هذه المتغيرات الأربعة وحدها 96% من التباين في مجموع المواليد المنخفضة، و المعبر عنها بالمؤشر التركيبي للخصوبة العامة، و هذا بعد ما جرب النموذج على عينة تتكون من واحد و أربعين مجتمعا، تشمل البلدان المتقدمة و البلدان النامية و كذلك المجتمعات القديمة (التاريخية).

و غالبا ما تدرج المتغيرات الوسطية للخصوبة عند تطبيق نماذج إعادة تجديد السكان (reproduction de la population) في سبعة متغيرات هي: النساء المتزوجات ، استعمال و فعالية وسائل منع الحمل، معدل الإجهاض العمدي، مدة عدم الإخصاب، تكرار العمليات الجنسية، (الإخصاب)، وفيات الأطفال الرحيمة و معدل العقم الدائم.

يؤثر متغير هذه المتغيرات الوسطية على الخصوبة مباشرة. يقيس العامل الأول احتمال وقوع عمليات جنسية منتظمة داخل المجتمع النسوي و يقيس العاملان الثاني و الثالث معدل تنظيم الخصوبة الشرعية، و تشكل العوامل الباقية عناصر خصوبة النساء المتزوجات الطبيعية.

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

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

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

تم إعداد نموذج BONGAARTS بناء على الفرضية التالية: العدد الأقصى للولادات في غياب كل المتغيرات التي تعمل على تنظيم الخصوبة يتغير قليلا من مجتمع لآخر. تستشف هذه الفرضية من ملاحظة الظواهر الديمغرافية في معظم المجتمعات الإنسانية. فيمكننا إذن ترتيب و نسب الفرق الموجود بين الخصوبة الملاحظة بالمؤشر التركيبي للخصوبة العامة و الخصوبة الطبيعية لكل متغير من المتغيرات الوسطية الأربعة المذكورة، لأن هذا النموذج يمكننا من دراسة و تحليل العلاقة الموجودة بين الخصوبة العامة (المؤشر التركيبي للخصوبة العامة) و المتغيرات الوسطية الأربعة، و

¹ مدة عدم الإخصاب: تشمل كل من مدة الرضاعة الطبيعية و الامتناع عن العلاقات الجنسية.

من قياس تأثير كل منها على الظاهرة (الخصوبة) و كذا قياس التعويض الحاصل بين مختلف المتغيرات (الأربعة)، إلا أن للنموذج بعض النقائص أهمها: -

1 - لا يمكننا من تقدير مستوى الخصوبة بل يكتفي بتحليل و قياس أثر كل متغير من المتغيرات الوسطية المذكورة على الخصوبة.

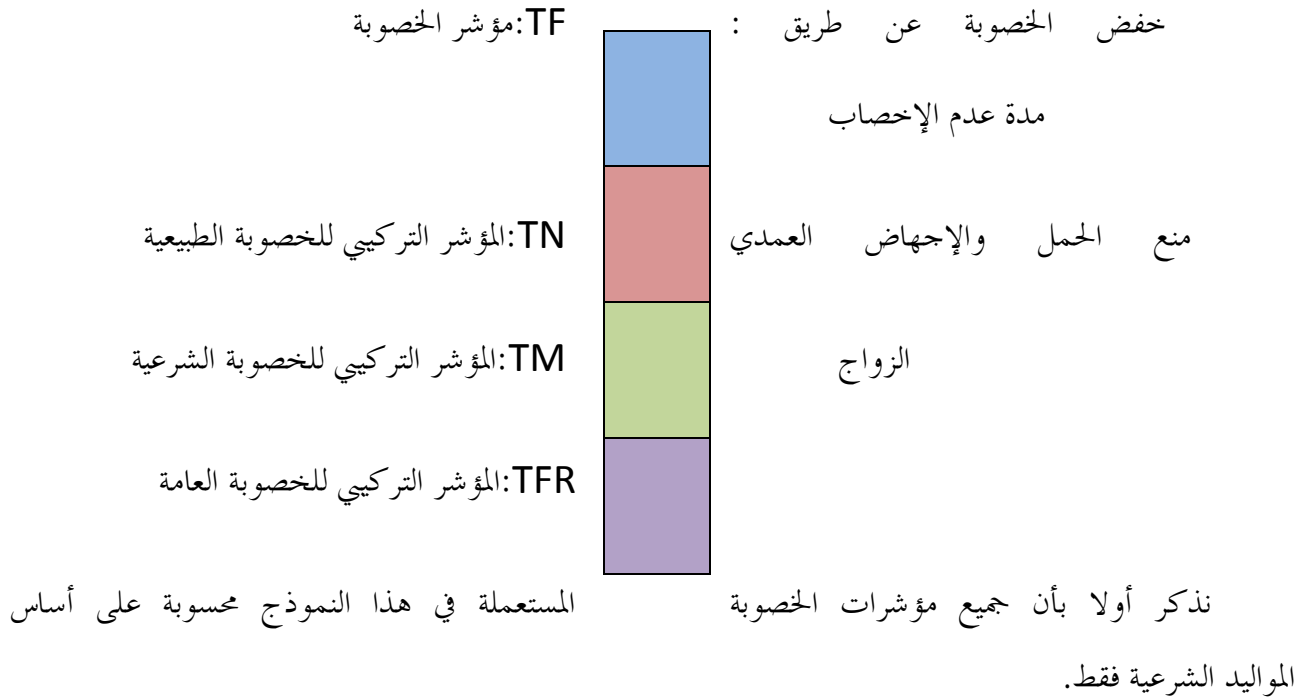
2 - لا يقدر هذا النموذج الخصوبة بدقة، أي لا يعطي قيمة الخصوبة الحقيقية المقدرة بسبب إهماله لباقي المتغيرات.

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

1- التأثير النظري من نسبة الزواج (C_m) و إستعمال وسائل منع الحمل (C_c) و الإجهاض العمدي (C_a) و مدة الإخصاب (C_i)

تصنف المتغيرات الوسطية الأربعة المدرجة في نموذج **BONGAARTS** ضمن العوامل المنخفضة للخصوبة. تبلغ هذه الظاهرة قيمة أقل عن قيمتها القصوى تحت تأثير سن الزواج و إستعمال وسائل منع الحمل و اللجوء إلى الإجهاض العمدي و تمديد فترة عدم الإخصاب

الشكل رقم (11): التأثير النظري لهذه المتغيرات الأربعة على الخصوبة



عندما تكون الخصوبة تحت تأثير المتغيرات الوسطية الأربعة (تأثير كلي) فإن الخصوبة الملاحظة في هذا المجتمع تقاس بالمؤشر التركيبي للخصوبة العامة (TFR). إذا تزوجت كل النسوة اللاتي في سن الإنجاب (أي أبعدنا تأثير العزوبة) تقاس الظاهرة بالمؤشر (TM) المعبر عنه بالمؤشر التركيبي للخصوبة الشرعية. وإذا أبعدنا تأثير إستعمال وسائل منع الحمل و الإجهاض العمدي فإن الظاهرة تصل إلى المستوى (TN) المقاس بالمؤشر التركيبي للخصوبة الشرعية الطبيعية. و أخيراً يقيس إبعاد تأثير عدم الإخصاب مستوى الخصوبة الكلية (TF)

تتغير المؤشرات TFR, TM, TN من مجتمع إلى آخر بينما يظل معدل الخصوبة الكلية (TF) ثابتاً عموماً، فقيمته تتغير من 13 إلى 17 مولوداً لكل امرأة في معظم المجتمعات و تأخذ القيمة المتوسطة 15.3 مولوداً لكل امرأة¹.

يقاس تأثير المؤشرات الوسطية في نموذج BONGAARTS بأربعة مؤشرات، تتغير قيمتها بين الصفر و الواحد (من 0 إلى 1). فعندما يكون تأثير المتغير الوسيطى معدوماً فإن المؤشر يأخذ القيمة واحد، و عندما يصل التأثير أقصاه فإن المؤشر يأخذ القيمة صفر.

¹ BONGAARTS, J : op.cit, 1982, p68.

فمؤشر الزواج (C_m) يمكن التعبير عنه بقسمة المؤشر التركيبي للخصوبة الشرعية و مؤشر الخصوبة العامة، فالمؤشر التركيبي الأول يبعد عامل العزوبة (كل النسوة متزوجات) بينما الثاني يوظف كل المتغيرات الوسطية التي تعمل على خفض الخصوبة لذلك:

$$TFR = C_m \times TM \quad C_m = \frac{TFR}{TM}$$

يمكن التعبير عن الأثر الملاحظ على الخصوبة داخل الزواج بواسطة المؤشر المركب الذي يعكس دور موانع الحمل و الإجهاض العمدي من خلال المؤشر التركيبي للخصوبة الشرعية (أي كل النسوة متزوجات) و المؤشر التركيبي للخصوبة الشرعية الطبيعية (أي إبعاد موانع الحمل و الإجهاض العمدي)، لذلك يمكن كتابة مؤشر تناول منع

$$Cc \times Ca = \frac{TM}{TN} \text{ : الحمل و الإجهاض العمدي على النحو التالي:}$$

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

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

$$TFR = C_m . C_c . C_i . C_a \times TF$$

حيث:

TFR : المؤشر التركيبي للخصوبة العامة.

TF : معدل الخصوبة الكلية النظرية.

C_m : مؤشر الزواج (=1 إذا كانت كل النسوة في سن الإنجاب متزوجات و =0 في غياب الزواج).

C_c : مؤشر منع الحمل (=1 في غياب استعمال موانع الحمل و=0 إذا استعملت كل النسوة غير العقيمات إحدى الطرق الفعالة).

C_a : مؤشر الإجهاض العمدي (=1 في غياب الإجهاض العمدي و =0 إذا أوقف كل الحمل).

C_i : مؤشر عدم الإخصاب (=1 في غياب الرضاعة و =0 إذا تواصلت مدة الرضاعة) .

بما أن معدل الخصوبة الكلية (TF) لا يتغير كثيرا فهو يتراوح بين 13 و 17 طفلا لكل امرأة و يأخذ كمعدل القيمة 15.3 طفلا لكل امرأة. و بالتعويض (TF) بقيمته يمكن كتابة المعادلة على النحو التالي:

$$TFR = C_m . C_c . C_i . C_a \times 15.3$$

2- تأثير موانع الحمل (C_c) و نسبة الزواج (C_m) و الإجهاض العمدي (C_a) و مدة الإخصاب (C_i) على معدلات الخصوبة من خلال نموذج BONGAARTS حسب مكان الإقامة.

3-1/ حساب مؤشر الزواج (C_m)

مؤشر الزواج (C_m) هو حاصل قسمة المؤشر التركيبي للخصوبة العامة (TFR) على المؤشر التركيبي للخصوبة الزوجية (TM) (انظر تقديم النموذج ص 97).

يمكن حساب مؤشر الزواج (C_m) وفق المعادلة التالية:

$$C_m = \frac{TFR}{TM}$$

TFR = المؤشر التركيبي للخصوبة العامة.

TM = المؤشر التركيبي للخصوبة الزوجية (الشرعية).

جدول رقم (15): معدلات الخصوبة العامة و الزوجية (الشرعية) حسب مكان الإقامة

خلال 5 سنوات سابقة للمسح

MICS3 2006 (4)			PAPFAM 2002 (3)			PAPCHILD 1992 (2)			ENAF 1986 (1)			فئات السن
الجزائر	الريف	الحضر	الجزائر	الريف	الحضر	الجزائر	الريف	الحضر	الجزائر	الريف	الحضر	
F(x)	F(x)	F(x)	F(x)	F(x)	F(x)	F(x)	F(x)	F(x)	F(x)	F(x)	F(x)	
0.0044	0.0041	0.0047	0.006	0.006	0.005	0.021	0.029	0.006	0.021	0.025	0.015	19-15
0.0513	0.0526	0.0503	0.059	0.068	0.053	0.143	0.185	0.110	0.130	0.161	0.082	24-20
0.1111	0.1123	0.1101	0.119	0.126	0.113	0.214	0.260	0.178	0.282	0.329	0.203	29-25
0.1292	0.1398	0.1210	0.134	0.154	0.122	0.220	0.256	0.188	0.293	0.332	0.231	34-30
0.1089	0.1138	0.1055	0.105	0.121	0.095	0.164	0.200	0.132	0.259	0.290	0.209	39-35
0.0477	0.0505	0.0459	0.043	0.059	0.034	0.092	0.113	0.075	0.169	0.197	0.123	44-40
0.0023	0.0030	0.0019	0.009	0.013	0.007	0.023	0.026	0.021	0.069	0.089	0.041	49-45
2.27	2.38	2.19	2.4	2.73	2.15	4.39	5.3	3.55	6.11	7.11	4.52	* TFR
5.12	5.33	4.95	4.84	5.16	4.38	7.78	8.43	6.98	9.13	9.93	7.61	**TM
المصدر: (1) المسح الوطني للخصوبة 1986، (2) المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل 1992 (3) المسح الخاص بصحة الأسرة 2002، (4) المسح الوطني متعدد المؤشرات 2006												

$$* TFR = \sum F(x) \times 5$$

$$* * TM = \sum \frac{F(x)}{m(x)}$$

TFR = المؤشر التركيبي للخصوبة العامة

TM = المؤشر التركيبي للخصوبة الزوجية (الشرعية)

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

طول الفئة = 5

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

جدول رقم (16): نسبة الزواج (C_m) حسب مكان الإقامة.

MICS3 2006			PAPFAM 2002			PAPCHILD 1992			ENAF 1986			مكان الإقامة
الجزائر	الريف	الحضر	الجزائر	الريف	الحضر	الجزائر	الريف	الحضر	الجزائر	الريف	الحضر	
0.443	0.446	0.442	0.496	0.529	0.491	0.564	0.629	0.509	0.669	0.716	0.594	C_m^1

المصدر: حسابات شخصية

عرف أثر الزواج (C_m) تطورا كبيرا خلال الفترة 1986 – 1992 فبعدما كانت قيمته 0.669 سنة 1986 إنخفضت إلى 0.564 سنة 1992 حيث قدر الفرق بـ 0.105 نقطة على المستوى الوطني، وقدر سنة 2002 بـ 0.496 لينخفض سنة 2006 الى 0.443 حيث قدر الفرق بـ 0.053 علما أنه كلما اقتربت قيمة (C_m) من الصفر كلما كان أثره كبير في خفض الخصوبة. و مقارنة بين الحضر و الريف ، نلاحظ أن أثر الزواج على الخصوبة في المناطق الحضرية كان كبيرا، و من جهة أخرى ، فبعدما كانت قيمة (C_m) 0.491 في الحضر و 0.529 في الريف سنة 2002 انخفضت قيمته (C_m) بـ 0.049 نقطة في الحضر مقابل 0.083 نقطة في الريف، بمعنى أن أثر الزواج (العزوبة) على الخصوبة إزداد سنة 2006 في كلتا المنطقتين السكيتين، و هذا ما يعكس انخفاض نسب الزواج المستمر.

2-3/ حساب مؤشر موانع الحمل (C_c)

لحساب أثر موانع الحمل (C_c) كميا على الخصوبة نستخدم المعادلة البسيطة التالية: -

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

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

e = فعالية الاستعمال الوسطى لوسائل منع الحمل.

1.08 = معامل تصحيح معطيات العقم.

يمكننا حساب فعالية الاستعمال الوسطى لوسائل منع الحمل (e) باستخدام المعادلة التالية: -

$$C_{m86} = \frac{4 \cdot 52}{7 \cdot 61} = 0.594 \quad ; \quad \text{مثال حساب } C_m \text{ حضر}^1$$

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

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

جدول رقم (17): فعالية الاستعمال الوسطى لوسائل منع الحمل $e(m)$ و المعطيات اللازمة لذلك حسب

مكان الإقامة خلال سنوات الملاحظة (1986-1992-2002-2006).

نسبة النساء المتزوجات اللاتي في سن الإنجاب (15-49) المستعملات لوسائل منع الحمل u(x) (بـ %)												فعالية الاستعمال النظرية e(m)	طرق منع الحمل المستخدمة
MICS3 2006			PAPFAM 2002			PAPCHILD 1992			ENAF 1986				
الجزائر	الريف	الحضر	الجزائر	الريف	الحضر	الجزائر	الريف	الحضر	الجزائر	الريف	الحضر		
77.7	77.2	78.2	74.6	72.8	75.8	82.8	88.0	78.9	74.4	80.5	67.9	0.90	الحيوب
7.6	4.9	9.6	9.2	6.8	10.9	5.1	3.1	6.4	5.9	3.0	9.0	0.95	الولب
11.1	15	8	9.2	14.7	5.4	2.3	1.8	2.6	3.6	4.0	3.1	1.00	التعقيم
3.6	2.9	4.2	7.0	5.7	7.9	9.8	7.1	12.1	16.1	12.4	20.0	0.70	النسوي طرق أخرى
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	المجموع	
0,908	0,912	0,904	0,900	0,907	0,895	0.885	0.889	0.882	0.874	0.80	0.868	e(m) ¹	

المصدر: (1) المسح الوطني للخصوبة 1986، (2) المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل 1992

(3) المسح الخاص بصحة الأسرة 2002، (4) المسح الوطني متعدد المؤشرات 2006

المصدر: (1) المسح الوطني للخصوبة 1986، (2) المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل 1992

(3) المسح الخاص بصحة الأسرة 2002، (4) المسح الوطني متعدد المؤشرات 2006

و تطبيقا للمعادلة السابقة $C_c = 1 - 1.08 \cdot u \cdot e$ يعطي الجدول رقم (18) مؤشر موانع الحمل (C_c) حسب

مكان الإقامة خلال سنوات الملاحظة 1986 - 1992 - 2002 - 2006

$$e_{(m)86}^1 = \frac{(0.90 \times 67.9) + (0.95 \times 9.0) + (1 \times 3.1) + (0.70 \times 20.0)}{100} = 0.868 \quad : e(m) \text{ حساب}$$

جدول رقم (18) : مؤشر موانع الحمل (C_c) حسب مكان الإقامة

MICS3 2006			PAPFAM 2002			PAPCHILD 1992			ENAF 1986			بعض المؤشرات المتعلقة
الجزائر	الريف	الحضر	الجزائر	الريف	الحضر	الجزائر	الريف	الحضر	الجزائر	الريف	الحضر	موانع الحمل
61.4	57.9	62.5	57	54.4	59	46.7	39.1	54.5	35.5	29.4	45.6	معدل إستعمال منع الحمل (u) بـ %
0,908	0,912	0,904	0,900	0,907	0,895	0,885	0,889	0,882	0,879	0,880	0,868	فعالية الإستعمال الوسطى (e)
0,400	0,432	0,390	0,460	0,476	0,445	0,554	0,625	0,481	0,665	0,723	0,572	مؤشر منع الحمل (C_c) ¹

المصدر: بيانات شخصية

تتراوح فعالية موانع الحمل - مهما كان الوسط السكاني - بين 87% و 89% و 90% رغم ضئالة الفرق في هذا المؤشر - حسب الوسط السكاني - إلا أنه كان لصالح المناطق الحضرية (لم يتجاوز الفرق 0.02 نقطة). يمكننا تفسير هذه الظاهرة (ضئالة الفرق حسب منطقة السكن) بفعالية موانع الحمل كما مبين في الجدول رقم (18)

و من خلال قراءتنا لقيم مؤشر استعمال موانع الحمل (C_c) نلاحظ أن أثره على الخصوبة كان أكبر في الوسط الحضري حيث بلغ 0.572 مقابل 0.723 في الوسط الريفي سنة 1986 (علما أنه كلما اقتربت قيمة (C_c) من الصفر كلما كان أثرها على الخصوبة كبيرا) وهذا يرجع إلى الفرق في معدلي استعمال موانع الحمل في الوسطين.

إزداد أثر استعمال وسائل منع الحمل على الخصوبة سنة 1992 حيث قدر الفرق في قيمتي (C_c) خلال الفترة 1986-1992 بـ 0.091 نقطة في الحضر و بـ 0.096 نقطة في الريف و بـ 0.111 نقطة على المستوى الوطني، و يرجع ذلك إلى إنتشار استخدام وسائل منع الحمل.

لينخفض أثر استعمال وسائل منع الحمل على الخصوبة سنة 2006 حيث قدر الفرق في قيمتي (C_c) خلال الفترة 2002-2006 بـ 0.4 نقطة في الحضر و بـ 0.035 نقطة في الريف و بـ 0.046 نقطة على المستوى الوطني، و يرجع ذلك إلى ارتفاع نسبة الولادات بنسب ضئيلة.

¹ مثال حساب Cc 92 = 1-1.08×0.545×0.0882=0.481: حضر

3-3/ حساب مؤشر الإجهاض العمدي (C_a):

يمكن حساب مؤشر الإجهاض العمدي (C_a) وفق المعادلة التالية: $C_a = \frac{TFR}{(TFR + b \times TA)}$

C_a = مؤشر الإجهاض العمدي.

TF = المؤشر التركيبي للخصوبة العامة.

b : عدد المواليد يتم تجنبه بالإجهاض (يقدر ب0.4 أو أكثر بوجود موانع الحمل)

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

3-4/ حساب مؤشر عدم الإخصاب (C_i):

يتم حساب مؤشر عدم الإخصاب (C_i) وفق المعادلة التالية:

$$C_i = \frac{20}{18.5 + i}$$

(C_i) = متوسط مدة الرضاعة و الامتناع عن العلاقات الجنسية.

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

$$i = 1,753 \exp (0,14 a - 0,00187 a^2)$$

i: مدة انقطاع الدورة الشهرية أو الإمساك بعد الولادة

a: مدة الرضاعة

جدول رقم (19): متوسط مدة الرضاعة بالأشهر (a)، متوسط عدم الإخصاب (i) و مؤشر عدم

الإخصاب (C_i) حسب مكان الإقامة خلال السنوات 1986-1992، 2002-2006

MICS3 2006			PAPFAM 2002			PAPCHILD 1992			ENAF 1986			بعض المؤشرات المتعلقة بموانع الحمل
الحضر	الريف	الجزائر	الحضر	الريف	الجزائر	الحضر	الريف	الجزائر	الحضر	الريف	الجزائر	متوسط مدة الرضاعة (a)
9,9	8,3	8,6	12,8	12,7	13,1	12,5	14,01	10,58	14,2	15,6	11,3	متوسط مدة عدم الإخصاب ¹ (i)
3,44	2,99	4,31	6,52	6,63	6,62	6,85	6,26	5,75	8,67	7,57	6,72	متوسط عدم الإخصاب ² (C_i)
0,912	0,93	0,877	0,719	0,704	0,730	0,789	0,808	0,825	0,736	0,767	0,794	

المصدر : بيانات شخصية

تؤثر الرضاعة سلبا على مستوى الخصوبة حيث تعمل على توقيف عملية التبويض و بالتالي تؤخر عودة العادة الشهرية بعد الولادة لمدة معينة. يزيد تأخر عودة العادة الشهرية كلما تمت الرضاعة بصفة كاملة، أي: إعطاء الثدي بصفة دائمة و مكررة. و أهم ما نلاحظه هو أن متوسط مدة الرضاعة الطبيعية كان أطولا في المناطق الريفية لذلك كان تأثيرها على الخصوبة أكبر في هذا الوسط السكاني. و من خلال مقارنة بيانات متوسط مدة الرضاعة خلال سنتي الملاحظة 1986 و 1992 نلاحظ أن هذا المؤشر عرف بعض التراجع حيث قدر بـ 11.3 شهرا في الوسط الحضري و إلى 15.06 شهرا في الوسط الريفي سنة 1986. ثم إنخفض إلى 10.58 شهرا في الوسط الحضري و إلى 14.01 شهرا في الوسط الريفي سنة 1992 ليواصل انخفاضه سنة 2002 إلى 12.5 شهرا في الوسط الحضري ويرتفع إلى 1.1 في الوسط الريفي ويزداد انخفاضه سنة 2006 ليقدّر بـ 8.6 شهرا في الوسط الحضري مقارنة بالوسط الريفي 8.3. لذلك تراجع أثر عدم الإخصاب، فبعد أن كان 0.794 و 0.767 في الوسطين الحضري و الريفي على التوالي سنة 1986 أصبح 0.825 و 0.808 سنة 1992 وبعدها كان 0.730 و 0.704 في

$$i_{86} = 1,753 \exp(0,14 \times 11.3 - 0,00187 \times 11.3^2) = 6.72 : (i) \text{ مثال حساب}$$

$$C_{c86} = \frac{20}{(18,5 + 6.72)} = 0.794 : Cc \text{ مثال حساب}$$

الوسطين الحضري والريفي سنة 2002 أصبح 0.877 و0.93 سنة 2006. إلا أن هذا التراجع كان أكبر في المناطق الريفية.

3-5/ حساب المؤشر التركيبي للخصوبة العامة (TFR) المقدّر وفق لنموذج BONGAARTS حسب

مكان الإقامة: نقدر هذا المؤشر من خلال المعادلة التالية:

$$TFR = C_m \cdot C_c \cdot C_i \cdot C_a \times 15.3$$

جدول رقم (20): المؤشر التركيبي للخصوبة العامة المقدرة (TFR) و المؤشر التركيبي للخصوبة الملاحظة حسب مكان الإقامة خلال السنوات 1986-1992 و 2002-2006

MICS3 2006			PAPFAM 2002			PAPCHILD 1992			ENAF 1986			مختلف المؤشرات
الجزائر	الريف	الحضر	الجزائر	الريف	الحضر	الجزائر	الريف	الحضر	الجزائر	الريف	الحضر	
0,4	0,432	0,39	0,460	0,476	0,445	0,554	0,625	0,481	0,665	0,723	0,572	Cc
0,443	0,446	0,442	0,496	0,529	0,491	0,564	0,629	0,509	0,669	0,716	0,594	Cm
0,912	0,93	0,877	0,719	0,704	0,730	0,789	0,808	0,825	0,736	0,767	0,794	Ci
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Ca
2,47	2,74	2,31	2,70	1,65	2,57	3,77	4,86	3,0	5,0*	6,07	4,13	TFR المقدرة
2,27	2,38	2,19	2,4	2,73	2,15	4,39	5,3	3,55	6,11	7,11	4,52	TFR الملاحظة

المصدر: بيانات شخصية

يمثل الجداء C_m ، C_c ، C_i الأثر المركب لاستعمال وسائل منع الحمل و الزواج و عدم الإخصاب على الخصوبة، أما أثر الإجهاد العمدي فأعتبر منعدما ($C_a = 1$) في كل أمكنة الإقامة.

يرجع إنخفاض مستوى الخصوبة الذي سجل خلال الفترات 1986-1992 و 2002-2006 إلى انتشار استخدام وسائل منع الحمل (C_c) و بالأخص في المناطق الريفية و إلى تراجع نسب الزواج (C_m) ، أما الرضاة

* مثال حساب جزائر 86 TFR : $TFR_{86} = 0.669 \times 0.665 \times 0.736 \times 1 \times 15.3 = 5.0$

فعرفت تراجعاً سواء في المناطق الحضرية أو الريفية و بالتالي كان أثرها في خفض الخصوبة ضعيفاً خلال الفترة 2002-2006 مقارنة مع أثر العمليات الأخرى.

وتجدر الإشارة إلى أن قيم المؤشر التركيبي للخصوبة العامة المقدرة (TFR) لا تمثل القيم الحقيقية و يتجلى ذلك في الفرق الموجود بين قيم هذا المؤشر (TFR) المؤشر التركيبي للخصوبة الملاحظة. فالبرغم من إهمال أثر الإجهاض العمدي (C_a) و كذلك بعض المتغيرات الوسطية الأخرى كالوفيات الرحمية و معدل العقم الدائم، فإن قيم المؤشر الثاني (الخصوبة الملاحظة) أكبر من قيم المؤشر الأول (الخصوبة المقدرة). يرجع ذلك إلى معدل الخصوبة الكلية النظرية (TF) المفترضة بـ 15.3 طفلاً لكل امرأة ، فهذا الأخير لا يعكس واقع الجزائر. فرغم ذلك فإن نموذج BONGAARTS يمكننا من تقدير أثر إستعمال موانع الحمل (C_c)، الزواج (C_m) ، عدم الإخصاب (C_i).

3- تقدير أثر موانع الحمل (C_c) و عدم الإخصاب (C_i) و العقم (C_a . TF) في تغيرات الخصوبة الشرعية المجمعة (TM) خلال السنوات 1986 و 2002، 1992 و 2006

ذكرنا سابقاً أن قيمة المؤشر التركيبي للخصوبة العامة (TFR) المقدرة بتطبيق نموذج BONGAARTS لا تمثل القيمة الحقيقية للظاهرة لأننا افترضنا ثبات بعض المتغيرات كالأجهاض العمدي (C_a) لعدم توفر المعطيات اللازمة لحسابه من جهة و لأنه غير مسموح به في الجزائر من جهة أخرى، إضافة إلى ذلك لم تدرج المتغيرات الأخرى كالعقم في معادلة التقدير.

بإمكاننا تقدير أثر الإجهاض العمدي على الخصوبة القصوى المعبر عنه بالجداء (C_a . TF) من خلال المنهجية المقترحة من قبل مركز الدراسات الاقتصادية و الديمغرافية لدول أمريكا اللاتينية (CELADE). يتم ذلك بطريقة غير مباشرة بعد حساب أثر العوامل الأخرى و هي إستعمال وسائل منع الحمل (C_c) و عدم الإخصاب (C_i).

عندما نعزل النسوة المتزوجات عن باقي النسوة العازبات اللاتي في سن الإنجاب (15-49 سنة) نكون بصدد دراسة الخصوبة الشرعية (TM) لذلك نستطيع تقدير مساهمة إستعمال وسائل منع الحمل (C_c) و عدم الإخصاب (C_i) و الإجهاض (C_a . TF) في تغيرات الخصوبة خلال الفترات 1986-1992، 2002-2006 دون التعرض إلى ظاهرة الزواج (C_m).

يعبر قواوسي¹ عن الجداء (TF. C_a) بأثر الإجهاض و العقم على الخصوبة القصوى لكن عندما نفترض إنعدام الإجهاض على الخصوبة في الجزائر (C_a=1) فإن الجداء (TF. C_a) سوف يمثل أثر العقم على الخصوبة القصوى. تم فيما سبق حساب قيم مؤشري منع الحمل (C_c) و عدم الإخصاب (C_i) و بقي أن نحسب الآن قيمة (TF. C_a) وفق العلاقة التالية:-

$$TM = (TF \times C_a) \times C_c \times C_i$$

$$(TF \times C_a) = \frac{TM}{C_c \times C_i}$$

جدول رقم (21): المؤشر التركيبي للخصوبة الزوجية (TM) و أثر كل من استعمال موانع الحمل (C_c) و مدة عدم الإخصاب (C_i) و العقم (TF. C_a) حسب مكان الإقامة خلال سنوات 1992-1986

PAPCHILD 1992				ENAF 1986				مكان الإقامة
TF.C _a	TM	C _i	C _c	TF.C _a	TM	C _i	C _c	
17.59	6.98	0.804	0.481	16.75 ²	7.61	0.794	0.572	الحضر
16.69	8.43	0.738	0.624	17.91	9.93	0.706	0.720	الريف
17.80	7.78	0.769	0.554	18.65	9.13	0.735	0.665	الجزائر

المصدر: بيانات شخصية

¹ - KOUAOUCI, A. (1992) : Tendances et facteurs de la natalité algérienne entre 1970 et 1986, F N U A P, p.341.

² مثال حساب TF.C_a = $\frac{7.61}{0.572 \times 0.794} = 16.75$

جدول رقم (22) : المؤشر التركيبي للخصوبة الزوجية (TM) و أثر كل من استعمال موانع الحمل (C_c) و مدة عدم الإخصاب (C_i) و العقم (C_a . TF) حسب مكان الإقامة خلال سنوات 2002-2006

MICS3 2006				PAPFAM 2002				مكان الإقامة
TF.C _a	TM	C _i	C _c	TF.C _a	TM	C _i	C _c	
14.47 ¹	4.95	0.877	0.39	13.50	4.38	0.730	0.45	الحضر
13.27	5.33	0.93	0.432	15.40	5.16	0.704	0.476	الريف
14.03	5.12	0.912	0.40	14.60	4.84	0.719	0.460	الجزائر

المصدر : بيانات شخصية

تبين بيانات الجدول رقم (15) أن الخصوبة الزوجية (الشرعية) في الوسط الحضري أقل من الوسط الريفي . ففي سنة 1986 بلغ المؤشر التركيبي للخصوبة الزوجية (TM) 7.61 طفلا لكل امرأة في الحضر و 9.93 طفلا لكل امرأة في الريف . بلغ هذا المؤشر 4.95 طفلا لكل امرأة في الحضر و 5.33 طفلا لكل امرأة في الريف سنة 2006. يرجع الفرق في هذا المؤشر بين الحضر و الريف إلى انتشار وسائل منع الحمل في الوسط الحضري أكثر من الوسط الريفي . انخفض المؤشر التركيبي للخصوبة الزوجية (TM) خلال الفترة 1986-2006 من 9.93 طفلا لكل امرأة سنة 1986 إلى 5.33 طفلا لكل امرأة سنة 2006 في الحضر. يرجع هذا الانخفاض إلى انتشار استخدام موانع الحمل (C_c)، فهذا العامل عوض التراجع الذي حصل في الرضاة و الامتناع عن العلاقات الجنسية (C_i) و ساهم بشكل محسوس في تخفيض الخصوبة الزوجية (TM)

4- مساهمات العوامل الوسيطة للخصوبة :

نهدف من خلال تقدير اثر كل من إستعمال وسائل منع الحمل (C_c) و عدم الإخصاب (C_i) و العقم (TF. C_a) في انخفاض الخصوبة الشرعية وفق الطريقة التالية:

$$TM1 = (TF \times C_a)1 \times C_c1 \times C_i1$$

$$TM2 = (TF \times C_a)2 \times C_c2 \times C_i2$$

$$(TF \times C_a)_{2006} = \frac{4.95}{0.39 \times 0.877} = 14.47$$

¹ مثال حساب: (2006) TF.C_a

اعتمادا على اللوغاريتمات بإمكاننا كتابة الفرق بين TF_1 و TF_2 كما يلي:

$$\log \frac{TM_1}{TM_2} = \log \frac{(TF \times Ca)_1}{(TF \times Ca)_2} + \log \frac{Cc_1}{Cc_2} + \log \frac{Ci_1}{Ci_2}$$

و بذلك يتم تقدير اثر كل من موانع الحمل (C_c) و مدة عدم الإخصاب (C_i) و العقم ($TF \times C_a$) في

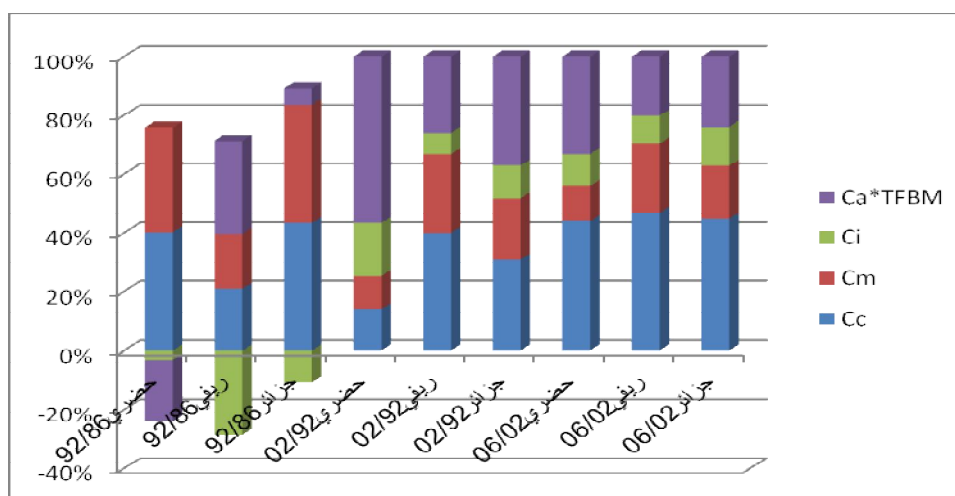
تغيرات الخصوبة على النحو التالي: -

- أثر منع الحمل (C_c):
$$C_c = \frac{\log \frac{Cc_1}{Cc_2}}{\log \frac{TM_1}{TM_2}}$$

- أثر عدم الإخصاب (C_i):
$$C_i = \frac{\log \frac{Ci_1}{Ci_2}}{\log \frac{TM_1}{TM_2}}$$

- اثر العقم ($TF \times C_a$):
$$(TF \times C_a) = \frac{\log \frac{(TF \times Ca)_1}{(TF \times Ca)_2}}{\log \frac{TM_1}{TM_2}}$$

الشكل رقم (12): اثر العوامل الوسيطة في الخصوبة ما بين 1986-2006



• ما بين 1986 و 1992

موانع الحمل ساهمت بخفض 56% من مستوى الخصوبة متبوعة مباشرة بالزواجية بنسبة 52% ليليها الأثر الضعيف للعقم ما بعد الولادة، الإجهاض/ الخصوبة البيولوجية القصوى بحوالي 7% ، أما الرضاعة فقد عملت على تشجيع الخصوبة و ذلك برفعها بنسبة 14%.

التحليل حسب الوسط كشف أن أثر موانع الحمل و الزواجية في تراجع الخصوبة كبير في الوسط الحضري مقارنة بالريف بنسبة 78% مقابل 49% للعامل الأول و 11% نظير 27% للعامل الثاني، أما الرضاعة فهي في مجملها سلوكا ريفيا و قد مارست أثرا سلبيا في تراجع الخصوبة بنسبة 67% مقابل 16% في الحضر، و الجدير بالذكر أن أثر العقم ما بعد الولادة، الإجهاض/ الخصوبة البيولوجية القصوى كان متضادا فهذا العامل ساهم في حفظ الخصوبة بنسبة 74% في الوسط الريفي و رفعها بنسبة 41% في الحضري و هو ما يمكن إرجاعه إلى قلة الرعاية الطبية للحوامل في الريف.

• ما بين 1992 و 2006

ما يمكن تميزه خلال هذه المرحلة أن كل العوامل الوسطية سلكت اتجاها واحدا هو خفض الخصوبة و بمستويات مختلفة مع تراجع أثر موانع الحمل و الزواجية بنسبة 31% و 21% مقارنة بالمرحلة السابقة و المقابل اكتسبت الرضاعة و العقم ما بعد الولادة/ الإجهاض نقاط هذا التراجع معززتين مكانتهما بأثر قدره 11% و 37% على التوالي.

التحليل حسب الوسط كشف أن أثر موانع الحمل و الزواجية في تراجع الخصوبة كان كبيرا في الوسط الحضري مقارنة بالريف بنسبة 14% مقابل 40% للعامل الأول و 69% نظير 44% للثاني و هو عكس ما لوحظ في المرحلة السابقة.

أثر العقم ما بعد الولادة، الإجهاض/ الخصوبة البيولوجية القصوى و الرضاعة ساهموا في حفظ خصوبة الوسط الحضري مقارنة بالريف بنسبة 56% مقابل 26% للعامل الأول و 18% نظير 7% للثاني على التوالي و هو كذلك عكس ما لوحظ في المرحلة السابقة.

كما تجدر الإشارة فان عامل الإجهاض و الخصوبة البيولوجية القصوى خلال الفترة الممتدة ما بين 1986-2006 تستوجب التحليل التالي:

- تراجع جداء (TF×Ca) راجع إلى تراجعهما معا أو تراجع احدهما الذي تم تعويضه بارتفاع الثاني.
- مساهمة الإجهاض أكثر من مساهمة الخصوبة البيولوجية القصوى و هي إحدى خصائص المجتمعات التي تختص بالانتشار الواسع لموانع الحمل و ذلك لتجنب الحمل الغير مرغوب فيه.
- مساهمة الخصوبة البيولوجية القصوى أكبر من مساهمة الإجهاض الذي يمكن إرجاعه إلى تحسن القدرة الإنجابية للنساء نظرا لتحسن صحة السكان.

الخاتمة

عرفت معدلات الخصوبة العامة انخفاضاً محسوساً حيث بلغ المؤشر التركيبي للخصوبة العامة 8.36 طفلاً لكل امرأة سنة 1970 ثم انخفض إلى 5.35 طفلاً لكل امرأة سنة 1986 ثم إلى 4.4 طفلاً لكل امرأة سنة 1992 ليصل إلى 2.38 طفلاً لكل امرأة سنة 2002 و 2.27 طفلاً لكل امرأة سنة 2006 يرجع أساساً هذا الانخفاض إلى انتشار استخدام وسائل منع الحمل ثم يليها تراجع الزواجية حيث سجلنا أثر موانع الحمل و الزواجية بنسبة 31% و 21% على التوالي و المقابل اكتسبت الرضاعة و العقم ما بعد الولادة/ الإجهاض بأثر قدره 11% و 37% على التوالي.

الفصل الخامس

الدراسة الميدانية

تمهيد

- 1- مجالات الدراسة
 - 1-1 المجال المكاني
 - 2-1 المجال البشري
 - 3-1 المجال الزمني
- 2- المنهج المستخدم
- 3- العينة
- 4- أدوات جمع البيانات
- 5- تحليل النتائج وتفسيرها
- 6- النتائج العامة للبحث
- 7- الخاتمة العامة

تمهيد

في هذا الفصل سنتطرق إلى تحليل و تفسير البيانات التي تم الحصول عليها في الميدان محاولة لتقديم صورة عن استعمال النساء لوسائل منع الحمل بمدينة باتنة - مجال الدراسة - مما يمكننا من معرفة مدى استعداد أفراد العينة المختارة لاستعمال هذه الوسائل كما يمكننا من الوقوف على ما وفرته الدولة لنجاح دور مراكز حماية الأمومة والطفولة من توفير موانع الحمل و خدمات للنساء الحوامل هذا من جهة، و من جهة أخرى للوقوف على مدى وعي الأسرة الجزائرية بأساليب وأنواع وسائل منع الحمل.

1- مجالات الدراسة

1-1 المجال المكاني

تقع ولاية باتنة في الشرق الجزائري بين دائرتي عرض 35° و 36° و خطي طول 4° و 7° تتربع على مساحة 12.3876 كم² و تقع بين الأطلسين التلي و الصحراوي و هذا ما ميز طبيعة مناخها الخاص و شروط الحياة فيها، يحدها من الشمال ولاية ميله، و من الشمال الشرقي ولاية أم البواقي، و من الشمال الغربي ولاية سطيف و من الجنوب ولاية بسكرة، و من الشرق ولاية خنشلة، و من الغرب ولاية مسيلة. تقسم ولاية باتنة اداريا إلى: 21 دائرة و 61 بلدية.

التنظيم العائلي لولاية باتنة

طبقا لتعليمات البرنامج الوطني لحماية الأمومة و الطفولة و تباعد الولادات فإن أول مركز لحماية الأمومة و الطفولة فتح في ولاية باتنة سنة 1977م، و منذ هذه السنة إزداد عدد مراكز حماية الأمومة و الطفولة بازدياد عدد النساء المستعملات لموانع الحمل المختلفة على مستوى المدينة، و هذه المراكز لها دور في مراقبة و متابعة و فحص النساء في سن الانجاب و كذا العناية بالطفل قبل سن الدراسة.

ففي سنة 1982م و تطبيقا لقرارات اللجنة المركزية لحزب جبهة التحرير الوطني و كذا توجيهات وزارة الصحة التي أعطيت أهمية كبرى لمراكز حماية الأمومة و الطفولة و تباعد الولادات، و لتعميم هذه النشاطات أجري تربص لإعادة تكوين القابلات في تباعد الولادات في سنة 1984 حيث تم تكوين 18 قابلة، ثم تم توزيعهن على مراكز مختلفة في الولاية.

أما في سنة 1984م فقد ارتفع عدد المراكز إلى 24 مركزا موزعة على مختلف مناطق الولاية أما في سنة 2005 فقد وصل عدد مراكز حماية الأمومة و الطفولة إلى 55 مركزا أما في سنة 2012 فقد ارتفع عدد المراكز إلى 62 مركزا. هذا بالنسبة للولاية ككل، أما فيما يخص مدينة باتنة خلال سنة 2012 فهي تحتوي على 14 مركزا لحماية الأمومة و الطفولة (08) منها داخل المدينة والمبينة في الجدول رقم (26) و(06) خارج المدينة وهي كالآتي مركز تازولت، عيون العصافير، تيمقاد، أولاد فاضل، الشعبة، فسديس.

جدول رقم (23): يبين عدد النساء المترددات على مراكز حماية الأمومة والطفولة لولاية باتنة

من سنة 2006 الى سنة 2012

السنوات	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
عدد النساء المترددات	12881	11365	10488	93724	39912	38679	36595

المصدر: مديرية الصحة والسكان لمدينة باتنة

من خلال الجدول نلاحظ ان عدد النساء المترددات على مراكز حماية الأمومة والطفولة في الفترة الممتدة ما بين سنة 2006 و سنة 2012 متذبذبة فتارة مرتفعة وتارة منخفضة فقد سجلت أقصى عدد من النساء المترددات على مراكز حماية الأمومة والطفولة سنة 2009 حيث وصلت الى 93724 مترددة أما أدنى عدد فقد لوحظ في سنة 2011 وهذا راجع إلى اقتناء النساء لوسائل منع الحمل من الصيدليات وعدم اقتناءها من المراكز.

الجدول رقم (24): يبين عدد النساء المستعملات لوسائل منع الحمل لولاية باتنة من 2006 الى 2012

السنوات	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
عدد النساء المستعملات لوسائل منع الحمل	40235	38715	23381	23399	27152	30193	22698

المصدر: مديرية الصحة والسكان لمدينة باتنة

يعتبر استعمال وسائل منع الحمل العامل الأساسي في انخفاض الخصوبة وأنها الطريقة المباشرة التي تؤثر في انخفاض عدد المواليد، (الفصل الثالث ص 82) .

ويلاحظ من خلال الجدول والذي يبين عدد النساء المستعملات لوسائل منع الحمل بالولاية في تذبذب وتناقص من سنة إلى أخرى وهذا راجع إلى ضعف في تسجيل النساء في سجلات قسم التنظيم العائلي لمختلف مراكز حماية الأمومة والطفولة.

1-2 المجال البشري

الجدول رقم (25) : يوضح تطور عدد سكان ولاية باتنة من سنة 1990 الى سنة 2012.

السنوات	عدد السكان/نسمة	السنوات	عدد السكان/نسمة	السنوات	عدد السكان/نسمة
1990	851446	1998	962623	2006	1203198
1992	896548	2000	1013036	2008	1295000
1994	951149	2002	1062685	2010	1386802
1996	956886	2004	1111396	2012	1478604

المصدر: مديرية التخطيط والتهيئة العمرانية 2012.

من خلال الجدول يمكن ملاحظة أن عدد سكان ولاية باتنة في تزايد مستمر خلال الفترة 1990 إلى غاية 2012 إذ انتقل العدد من 851446 نسمة في سنة 1990 إلى 1478604 نسمة سنة 2012 أي أن نسبة النمو الطبيعي انخفضت إلى 1.3 % حسب احصائيات قسم التخطيط لولاية باتنة وهذا يمكن تفسيره بإستعمال النساء لوسائل منع الحمل.

الجدول رقم (26): يوضح توزيع المراكز (08) داخل المدينة وعدد النساء المترددات لكل مركز من 2006 إلى 2012

السنة	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	المجموع
المركز								
مركز حماية الأمومة والطفولة المركزي	487	460	390	422	462	437	468	3126
مركز كشيدة	1137	1566	1587	1496	1480	1567	1689	10522
لاسيبي شبيخي	721	720	630	678	735	692	742	4918
الزمالة	627	578	560	634	648	597	612	4256
بوزوران	415	398	380	420	416	329	456	2814
دوار الديس	1822	1890	1782	1698	1714	1736	1846	12217
بوعقال 2	672	687	650	598	649	628	637	4521
بوعقال 3	447	489	520	498	512	476	454	3396

المصدر : مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة 2012.

والجدول رقم (26) يوضح توزيع هذه المراكز داخل المدينة وعدد النساء المترددات لكل مركز ابتداء من 2006 إلى غاية 2012 ، و ما يمكن ملاحظته من الجدول أن مركزي كشيدة ودوار الديس من المراكز الأكثر نشاطا على مستوى مدينة باتنة حيث نرى أن مركز دوار الديس استقبل في الفترة الممتدة من 2006 الى غاية 2012 ما يعادل

12217 امرأة متزوجة في حين مركز كشيده استقبل في نفس الفترة حوالي 10522 امرأة متزوجة ،و باعتبار حي كشيده أحد أكبر أحياء المدينة سواء من حيث المساحة والتعداد السكاني .

بالإضافة إلى الهجرة الداخلية داخل هذا الحي في السنوات السبع الأخيرة ،ارتأينا أن نجري الدراسة الميدانية لهذا البحث في مركز حماية الأمومة والطفولة كشيده

ومما يزيد اكتظاظ هذا المركز هو استقبال النساء ذوات الخصائص المذكورة آنفا القاطنات بـ دوار الحمص ،دوار العطش ، حملة .

1-3 المجال الزمني

لقد بدأت هذه الدراسة و ذلك بجمع المادة العلمية الخاصة بالدراسة النظرية ثم بدأت مباشرة بالزيارة الاستطلاعية لمراكز حماية الأمومة و الطفولة للتعرف على مدى اهتمام النساء بفكرة استعمال وسائل منع الحمل وضبط الفرضيات و كذلك بحثت على الإحصائيات في مديرية الصحة بعاصمة الولاية باتنة و التي كانت صعبة المنال في الكثير من الأحيان إضافة إلى تذبذب أرقامها على أساس أن هذه المعطيات تتغير من شهر إلى آخر و من سنة إلى أخرى.

حيث دام البحث الميداني مدة 4 أشهر حيث استغرقت المرحلة الاستطلاعية 3 أشهر من 1 مارس 2013 إلى غاية 30 ماي 2013 أما المرحلة الثانية والمتمثلة في توزيع الاستمارات والتي استغرقت 40 يوما من 1 جوان 2013 إلى 10 جويلية 2013 حيث تم الذهاب إلى مراكز حماية الأمومة والطفولة والتوجه إلى النساء المترددات على المركز والتي تمثل عينة البحث باستمارة مشتملة على أسئلة مغلقة وأسئلة مفتوحة .

2- المنهج المستخدم:

إن طبيعة الدراسة التي تدور حول وسائل منع الحمل وأثرها على الخصوبة في الجزائر تستلزم الباحث اتباع المنهجين الوصفي والإحصائي اللذين يعتمدان على جمع المعلومات والبيانات من إطار حقل البحث ،ثم تحليلها واستخلاص النتائج الخاصة بالدراسة وفق التساؤلات التي انطلقت منها الدراسة .

وتكمن أهمية المنهج الوصفي في هذه الدراسة في المساعدة على تحقيق اهداف الموضوع وذلك بالحصول على بيانات من مجال الدراسة (مركز حماية الأمومة والطفولة) حول استعمال وسائل منع الحمل ومدى وعى النساء بأساليب وأنواع وسائل منع الحمل .

وتكمن أهمية المنهج الإحصائي على جمع البيانات من الواقع، ثم تفريغها وتبويبها في شكل كمي، ثم تحليلها ومقارنتها للتحليل النظري.

3- العينة :

ومن شروط العينة المحددة للدراسة ركزت على ثلاثة شروط أساسية هي:

1- أن تكون المرأة في سن الإنجاب من (15-49) سنة

2- أن تكون المرأة المبحوثة متزوجة

3- أن يكون للمرأة أكثر من طفل

و ذلك للوقوف على حقيقة استعمال وسائل منع الحمل وكذا معرفة سنوات المباشرة بين الولادات.

بعد الزيارة الإستطلاعية لمختلف مراكز حماية الأمومة والطفولة لمدينة باتنة قمنا باختيار العينة بالاعتماد على الإحصائيات التي تبين عدد النساء المترددات على مركز حماية الأمومة والطفولة كشيدة مكان اجراء الدراسة في الفترة الممتدة من سنة 2006 إلى غاية سنة 2012 ، أي سبع سنوات والمقدر عددهم 10522 على عدد السنوات أي 7 سنوات $\frac{10522}{7} = 1503$ مترددة ، وبتطبيق نسبة العينة المقدرة بـ 10% يكون عدد أفرادها 150 فردا

مطبقين في ذلك العينة القصدية بمقابلة كل امرأة متزوجة ولديها على الأقل طفل واحد مترددة على مركز حماية الأمومة والطفولة كشيدة ، وقد اعتمدنا على هذه الطريقة لأنها تمثل التدقيق للمجتمع الأصلي الذي أخذت منه العينة

$$\text{التالية: } 150 = \frac{10 \times 1503}{100}$$

4- أدوات جمع البيانات :

4-1 المقابلة:

و لقد أختيرت هذه الأداة من طرف الباحثة نظرا لفائدتها في البحوث الاجتماعية، لأنها تكون نوعا من التفاعل الاجتماعي بين الباحث و المبحوثين لأن هذا النوع يتميز بالبساطة و قد قامت الباحثة بهذا النوع من المقابلة مع

المبحوثات، حيث أفهن حرصن بالتأيد على استعمال وسائل منع الحمل و أفهن يشترين موانع الحمل مهما كان ذلك على حساب مستوى المعيشة* .

وقد تم مقابلة كل من مسؤول مديرية التخطيط والتهيئة العمرانية وكذلك رئيس مصلحة السكان وكذلك مسؤولية قسم التنظيم العائلي في مديرية الصحة على مستوى الولاية فقد أكدت على مدى توافد النساء إلى جميع الأقسام الخاصة بالتنظيم العائلي في جميع مراكز حماية الأمومة و الطفولة في الولاية سواء داخل المدينة أو خارجها، وكذلك مقابلة كل من مسؤولي مراكز حماية الأمومة و الطفولة لمدينة باتنة مستخدمين وأطباء وقابلات وهذا لجمع أكبر عدد ممكن من المعلومات والبيانات التي تتعلق بالدراسة** .

4-2 الاستمارة:

بعد الانتهاء من صياغة الاستمارة قامت الباحثة بإجراء تجربة 30 استمارة لمدة 15 يوما، كتجربة ميدانية لها، ثم قامت بحذف بعض الأسئلة و إضافة أخرى ثم صيغت في صورتها النهائية ثم تم التزول ثانية إلى الميدان لجمع البيانات الخاصة بهذه الاستمارة، و قد احتوت هذه الأخيرة على 27 سؤالا موزعة على المحاور التالية:

- بيانات أولية لعينة البحث.
- بيانات خاصة بالتنظيم العائلي.
- بيانات خاصة بوسائل منع الحمل
- بيانات خاصة بمراكز حماية الأمومة و الطفولة.

4-3 الوثائق والسجلات

استخدمنا هذه الوسيلة لتكون مصدرا لجملة من البيانات والإحصائيات عن استعمال وسائل منع الحمل من قبل النساء حيث قمنا بالإطلاع على عدة وثائق إحصائية من مديرية الصحة والسكان لولاية باتنة و مديرية التخطيط والتهيئة العمرانية لولاية باتنة، بالإضافة إلى السجلات الخاصة بمراكز حماية الأمومة و الطفولة خصوصا في الفترة ما بين 2006 و 2012 وذلك لمعرفة عدد النساء المترددات على هذه المراكز التي أخذنا منها عينة الدراسة .

* أجريت المقابلة مع المبحوثات في 1/ جوان /2013.

** أجريت المقابلة مع موظفي مديرية الصحة في 16 / ماي /2013.

5- تحليل البيانات وتفسيرها

جدول رقم (27): توزيع أفراد العينة حسب فئات السن

النسبة %	التكرار	فئات السن
6.00	09	24-20
19.33	29	29-25
19.33	29	34-30
26.67	40	39-35
12.67	19	44-40
16.00	24	49-45
100	150	المجموع

يعتبر السن من أهم المؤشرات الديموغرافية التي تحدد خصوبة المرأة على اعتبار أن سن الخصوبة يبدأ من سن 15-49 سنة ومن الخصوبة يتحدد عدد الأطفال ووسائل منع الحمل ومعرفتها.

يتبين من خلال هذا الجدول أن 26.67% من المبحوثات يتراوح سنهن (35-39) سنة، في حين لم تتجاوز نسبة المبحوثات عند الفئة العمرية ما بين (20-24) سنة 6%، وعلى العموم إذا كان الارتفاع النسبي لسن الزوجات يتيح لنا الفرصة للتعرف على استعمال وسائل منع الحمل، فإن متوسط سن المبحوثات المتزوجات 35,63 سنة، وهذا ما أكدته معطيات المسح المتعدد المؤشرات (MICS3) لسنة 2006 حيث أشارت إلى ارتفاع متوسط سن الزواج عند الفئة 35-39 حيث قدر بـ 21.4%¹، وهذا يعود إلى تأخر سن الزواج (الفصل الثالث ص 81).

¹ M S P R H, ONS, (2008) : **Résultats de l'enquête nationale à indicateurs multiples-2006-**, Décembre, Algérie, p101.

جدول رقم (28): توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

النسبة %	التكرار	المستوى التعليمي
4.66	07	أمي
09.33	14	تقرأ ويكتب
21.33	32	إبتدائي
22.67	34	متوسط
25.33	38	ثانوي
16.67	25	جامعي
100	150	المجموع

انطلاقاً من سياسة التعليم العام في الجزائر خاصة برنامج محو الأمية وباعتبار استعمال وسائل منع الحمل يتطلب مستوى معين من التعليم أي أن يكون الفرد على دراية بالطرق المختلفة لوسائل منع الحمل فالأرقام الدالة في الجدول أعلاه تشير إلى أن أغلب أفراد العينة من ذوي التعليم الثانوي بنسبة 25.33%، بينما لم تتجاوز نسبة اللائي لديهن مستوى ابتدائي 09.33%، والمنوال هنا تمثله ذوات المستوى الثانوي بـ 38 مبحوثة. وهذا الارتفاع للمستوى التعليمي لأفراد العينة، يؤثر بطريقة مباشرة على استعمالهن لوسائل منع الحمل حيث كلما طالت سنوات تعليم المرأة، كلما تأخر سن زواجها، و تأخر إنجابها فعلى سبيل المثال:

" تبين في دراسات أجريت في 22 دولة أن معدل زواج البنات اللواتي أنهين تعليمهن الثانوي يزيد بأربعة أعوام عن معدل زواج من لم تنهين تعليمهن الثانوي، و تكمن ترجمة هذا الفارق التعليمي في سن الزواج في أثر مماثل على سن الإنجاب"¹

يعطي التعليم المرأة الفرصة لكي تسلك سبلا تختلف عن الزواج و الحمل في سن مبكر. (الفصل الثالث ص84) ونتيجة لذلك، كثيرا ما ترتبط الزيادات الكبيرة في معدلات تعليم الإناث بارتفاع متوسط السن عند الزواج، وارتفاع العمر عند أول ولادة، وانخفاض حجم الأسرة المرغوب فيها، مما يؤدي في النهاية إلى وجود أسر صغيرة العدد.

¹ نوري أن مازور: مرجع سابق، ص19 .

جدول رقم (29): توزيع أفراد العينة حسب العمل

العمل	التكرار	النسبة %
تعمل	59	39.33
لا تعمل	91	60.67
المجموع	150	100

الشيء الملفت للانتباه في الجدول أن 60.67% من أفراد العينة غير عاملات وهذا يعبر عن وجود ربوات البيوت (المالكات في البيت) واللواتي لا يفكرن في الخروج للعمل، و 39.33% عاملات وهذا راجع إلى انخفاض محسوس في عدد مناصب الشغل، نستخلص من هذه المعطيات الإحصائية احتمال أن تكون هناك علاقة طردية قوية بين كل من المستوى التعليمي و الحضور في النشاط الاقتصادي عند الإناث حيث قد يزداد عندهن الدافع لممارسة العمل كلما ارتفع مستواه التعليمي.

وما يمكن استنتاجه هنا هو أن خروج المرأة إلى العمل يؤثر على سلوكها الإنجابي، فالعمل يجعل المرأة غير قادرة على تحمل أعباء الحمل والتربية مما يجعلها تفكر في استعمال مختلف وسائل منع الحمل وذلك لتجنب الحمل .

وقي هذا الصدد قال زيدان عبد الباقي "عمل المرأة و خاصة خارج المنزل يؤدي إلى إكسابها مكانة جديدة في المجتمع ، كما يرفع من دخل الأسرة و يقلل من الخوف الذي تعيش فيه عندما يسيطر عليها شبح الطلاق . أو تعدد الزوجات إذا لم تنجب لزوجها البنين قبل البنات ... و من ثم تغيير سيكولوجية الأسرة تجاه الإفراط في الإنجاب"¹ أي أن العمل ضمان مستقبل الرجل و المرأة مما يؤدي إلى خفض إنجاب و عدم الإفراط فيه.

¹ زيدان عبد الباقي : أسس علم السكان، مكتبة النهضة المصرية ،القاهرة، 1976، ص 130.

جدول رقم (30): يبين دخل الأسرة الشهري

الدخل (دج)	متوسط الدخل	التكرار	النسبة %
دون دخل	/	26	17.33
15000 – 19000	17000	76	50.66
20000 – 24000	22000	10	06,66
25000 – 29000	27000	12	08
30000 – 34000	32000	08	05,33
35000 – 39000	37000	05	03,33
40000 – 44000	42000	03	02
45000 – 49000	47000	02	01,33
50000 – 54000	52000	04	02,66
55000 فما فوق	/	04	02,66
المجموع	/	150	100

توضح البيانات في الجدول أعلاه أن أعلى نسبة لدخل المبحوثات تمثل 50.66% ممن يتقاضين 17.00 دج في حين تنخفض نسبة الدخل إلى 6.66% لمن يتقاضين 22000 دج و 8% لمن يتقاضين 32000 دج، أما الذين لا يتقاضين دخلاً فتقدر نسبتهن بـ 17.33% أما النسب الأخرى فهي ضعيفة وهي على التوالي (5.33%، 3.33%، 2.66%، 1.33%) كما نلاحظ التكتم على الراتب ولا سيما إذا كان الزوجان يعملان معاً، ويعود ذلك إلى ظاهرة الخوف من الحسد (العين) واردة عند النساء خاصة لذوات المستويات العلمية الدنيا و عند الأميات لذلك كان التكتم على راتب الزوج.

وما يمكن قوله أنه كلما ارتفع مستوى الدخل ارتفع بالضرورة مستوى معيشة الأفراد في المجتمع بشرط أن يقل عددهم وأن يتحكم الفرد في نسله ويقلل من عدد الأطفال باستعماله لوسائل منع الحمل .

وفي هذا الصدد قال "روبرت لامون جرامون" في رفع دخل الفرد في الأسرة و تقليل الإعالة "فإذا انخفضت الخصوبة إلى النصف ، فإنه في خلال جيل واحد، سوف يرتفع الدخل الفردي في نهاية الفترة بنسبة 20 % إلى 40%، لما كان عليه لو أن الخصوبة استمرت"¹.

¹ روبرت لامون جرامون: الانفجار السكاني، ت. نبيه الأصفهاني، شركة كراد كسيم شركة مساهمة، جنيف، 1977 ، ص 92 .

جدول رقم (31): يبين مستوى معيشة المبحوثات

النسبة %	التكرارات	إذا كانت الإجابة رديء أو رديء جدا ما هو السبب؟	النسبة %	التكرارات	مستوى معيشة أفراد العينة
42	42	انخفاض مستوى الدخل	46.66	70	رديء
32	32	غلاء الأسعار	20	30	رديء جدا
15	15	كثرة الأطفال	30	45	متوسط
09	09	نفقات على الأهل	3.33	05	مرتفع
02	02	بسبب مشروع	/	/	مرتفع جدا
100	100	المجموع	100	150	المجموع

يتبين لنا من خلال الجدول أن هذه النسب متفاوتة حيث أن النسبة التي تعبر عن المستوى الرديء تمثل أعلى نسبة 46.66% ثم تليها نسبة المستوى المتوسط بـ 30% ثم نسبة المستوى الرديء جدا بـ 20% وفي الأخير نسبة مستوى المرتفع بـ 3.33% ويرجع تدني المستوى إلى الأزمة العالمية التي عصفت باقتصاديات الدول المتقدمة والنامية على حد سواء، حيث بدأت بوادرها في سنة 2007 وبرزت أكثر سنة 2008، تمثلت مظاهرها في أزمة سيولة نقدية أدت إلى انخيار العديد من المصارف وإعلان إفلاسها مما أدى إلى تراجع أسعار البترول إلى أقل من 50 دولار للبرميل واستمرار تدني الأسعار وعزوف الرأسمال الأجنبي على الاستثمار في الجزائر فمن المتوقع أن تتأثر المشاريع الخاصة بالهياكل القاعدية والبنى التحتية التي تمول من قبل الدولة تدريجيا وهذا ما أدى إلى تأثر المداخل الجبائية وعلى الاقتصاد الجزائري¹ فانعكس على المستوى المعيشي وكان من أسباب المستوى الرديء والمستوى الرديء جدا* انخفاض الدخل ويمثل 42% ثم تليه غلاء الأسعار بـ 32% وتعتبر مثل هذه الأسباب هي التي تعمل على انخفاض المستوى المعيشي للأسرة الجزائرية ونلاحظ أيضا نسبة 15% ممن يصرحن بكثرة الأطفال ولعل هذا يرجع إلى عدم استعمال المبحوثات لوسائل منع الحمل.

¹ فريد كورتل: الأزمة المالية العالمية وأثرها على الاقتصاديات العربية، جامعة سكيكدة الجزائر، 17 مارس 2009، ص 15.

* إن التكرارات التي تطرقنا إليها في الجدول رقم (31) تعبر عن مجموعة الأسباب طرحت على المبحوثات ولا تعبر على عدد الأفراد

جدول رقم(32):توزيع أفراد العينة حسب عدد الأطفال

عدد الأطفال	التكرار	النسبة%
0 – 2	67	51.18
3 – 5	52	32.8
6 – 8	22	13.6
9 – 11	03	1.8
المجموع	150	100

يتبين من الجدول، أن 51.18 % من أفراد العينة يتراوح عدد أطفالهم ما بين (0-2) طفل، بينما لم تتجاوز

نسبة المبحوثات اللائي يتراوح عدد أطفالهن ما بين (9-11) طفل 1.8 % وقد قدر متوسط عدد المواليد 3.06

طفل لكل مبحوثة، و هذا المتوسط غير بعيد عن متوسط المسح الجزائري متعدد المؤشرات (MICS 3) سنة

2006 المقدر بـ 2.27 طفل لكل امرأة وهذا راجع إلى عدّة عوامل من أهمها ارتفاع المستوى التعليمي و الذي

ينجر عنه تأخر سن الزواج و بالتالي تأخر إنجاب الطفل الأول، و كذا انتشار استعمال وسائل منع الحمل حيث

قدّرت نسبة الاستعمال في سنة 2006 بـ 61.4% ومن جهة أخرى أن أغلب النساء في بداية حياتهن الإنجابية،

خاصة إذا تزوجن في سن متأخر، بالإضافة إلى ذلك غلاء المعيشية التي تدفع الكثير من الأسر إلى تنظيم ولادتهم حتى

يتسنى لهم ضمان مستوى معيشي لائق، وبالتالي الحفاظ على تماسك أفراد الأسرة. وهذا ما أكدته الدراسة التي قامت

بها الباحثة " زهية وضاح بديدي" بأن النساء الجزائريات المتزوجات يصلن اليوم إلى أقل من ثلاث مرات أقل من

أمهاتهن من الأطفال ،حيث كانت أمهاتهن هن في المتوسط أكثر من 8 أطفال في بداية 1970¹.

¹ Zahia B, Jacque V. (2000) : **Maghreb la chute irrésistible de la fécondité population et société**, Bulletin Mensuel D'information de L'INED, Paris, p2.

جدول رقم(33): توزيع أفراد العينة حسب السن عند الزواج

النسبة %	التكرار	السن عند الزواج
13.33	20	19-15
30.66	46	24-20
46	69	29-25
10	15	34-30
100	150	المجموع

يتضح من الجدول أن نسبة 46 % من النساء ممن تزوجن بين 25-29 سنة وهو السن المناسب للزواج وكذلك يعتبر مؤشرا هاما لسن الإنجاب، وهذا ما أكدته المسح الجزائري متعدد المؤشرات MICS 3 في سنة 2006 ان سن الزواج عند الإناث 29.8 و 33.5 عند الرجال¹ وهذا التأخير قي الزواج للمرأة يرجع لعدة أسباب منها خروجها للعمل وارتفاع المستوى التعليمي للمرأة إلى أعلى مستوياته.

ومن العوامل التي أدت إلى تأخر زواج المبحوثات في سن 30-34 ارتفاع مستواهن التعليمي في الجامعة ودخولهن إلى التخصصات العلمية وكذلك ممن ينتمين إلى مهن عليا الشيء الذي يجعلهن يتأخرن عن الزواج اما نسبة 13.33% فتمثل فئة المبحوثات اللواتي تزوجن في سن 15-19 سنة فهذا مؤشر يدل على أن سن الزواج في هذه الفترة عند النساء اللواتي توقفن عن مزاولة تعليمهن باكرا.

و يرى (David and Blake) أنه « كلما كان العمر عند الزواج مبكرا كلما ازداد عدد الأطفال المنجبين فالمرأة التي تتزوج عند سن العشرين تنجب ما معدله 10.2 أطفال خلال فترة قدرا على الإنجاب أما المرأة التي تتزوج عند سن العشرين تنجب 7.9 أطفال ، أما عند سن الخامسة والعشرين فتتنجب المرأة 5.6 أطفال ، و التي تتزوج عند سن 30 تنجب (3.5) أطفال و التي تتزوج عند سن 35 تنجب ما معدله 1.9 طفل² ومعنى هذا أن خصوبة المرأة وقدرتها على الإنجاب تقل كلما تقدمت في السن ، كما أن فترة الإنجاب تقصر مع الزمن ، مما يقلل من عدد المولودين.

¹ M S P R H, ONS, (2008) :Op.cit, p107.

² محمود أمين حشمة : الصحة الإنجابية للمرأة اللاجئة في المخيمات و تأثير بعض التغيرات الاجتماعية (دراسة حالة : مخيم الوحدات) ، رسالة ماجستير في الدراسات السكانية ، الجامعة الأردنية ، تشرين ثان 2000 .

جدول رقم(34): توزيع أفراد العينة حسب عدد الأطفال المرغوب في إنجابهم

عدد الاطفال المرغوب في إنجابهم	التكرار	النسبة%
2-1	15	10
3-2	23	15.33
4-3	76	50.66
5-4	24	16
6-5	/	/
7-6	/	/
لا أدري	12	08
المجموع	150	100

يتضح من الجدول رقم 34 إن تحديد رغبة أفراد العينة في الإنجاب يتمركز في فئة الرغبة لـ(3-4) أطفال والتي تمثل أعلى نسبة وهي 50.66% وهذا وإن دل على شيء فهو يدل على تقليد الأسر للنمط الاجتماعي الحديث وتفضيلها للأسر القليلة العدد بعد إدراكها التام بالنفقات العالية التي تتطلبها المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية للآباء والأطفال مما دفع بالكثير من المبحوثات إلى التصريح بأنهن شدييدات الرغبة في هذا العدد (3-4) وخاصة إذا كانا طفلان وبتتان وهذا يضمن لهن استقرار الأسرة وخاصة بعد التعديل الدستور لقانون الأسرة وذلك بمنح المرأة كافة الامتيازات إذا كان لديها 3 أطفال فما فوق ،وهذه الرغبة في فئة (3-4) أطفال أثبتتها نتائج الباحثين الأمريكيين FREEDMAN وWELPTON وCAMBEL والذي أجري في الولايات المتحدة لحوالي 2713 امرأة أمريكية حول الإنجاب والإجهاض والعقم وتطبيق موانع الحمل¹، فكانت نتائج هذه الدراسة كما يلي:

-أن هناك بعض التغيرات فيما يخص الحجم المرغوب فيه.

-كما أن رغبات الأغلبية الساحقة من العينة تقع بين 3 إلى 4 أطفال كما هو مبين في الجدول رقم 34 وهي أعلى نسبة 50.66%.

ويمكن القول بأن نتائج هذه الدراسة تتطابق مع نتائج الجدول رقم 34 .

¹ فطيمة دريد : مرجع سابق ، ص 26.

أما بالنسبة للفئة الموالية في بحثنا فهي الرغبة في (2-3) وتمثل نسبة 15.33% ثم تليها نسبة 10% ممن يرغبون في (1-2) وتعتبر هذه النسب مؤشرا هاما في خفض الولادات داخل الأسرة الجزائرية بصفة عامة والأسرة في ولاية باتنة بصفة خاصة.

أما نسبة المبحوثات اللاتي يرغبون (4-5) وتمثل 16%، ثم في الأخير نسبة 08% ممن أجبن بلا أدري.

وما يمكن استنتاجه هو أن الرغبة في انجاب عدد محدود من الأطفال يعود إلى انتشار الوعي بأساليب وأنواع وسائل منع الحمل المختلفة.

جدول رقم (35): يبين تحييد أفراد العينة في انجاب جنس الذكور أو الإناث أو الذكور والإناث معا

النسبة %	التكرار	الفئات
18	27	الذكور
14.33	22	الإناث
67.66	101	الذكور والإناث معا
100	150	المجموع

يتضح من معطيات هذا الجدول الذي يبين رغبة العينة في تفضيل الأولاد من ناحية الجنس أن 67.66% من المبحوثات صرحن بأنهن يرغبون في كلا الجنسين دون تفضيل وقد صرحت إحدى المبحوثات بقولها "الولد بالمدح والبنت بالربح" وبهذا نستنتج أن المبحوثات لا يريدون التفريق بين الجنسين نافرين بذلك الاعتقاد السائد لدى الكثير من أفراد المجتمع في تفضيل جنس الذكور على الإناث أما فيما يخص تفضيل الذكور فقد بلغت نسبة 18% حيث عبرت إحدى المبحوثات عند ولادة الذكر بالقول "الولد عمارة الدار" أما نسبة تفضيل الإناث فقد درت بـ 14.33% وهنا نستنتج أن هناك تقارب بين نسبة الذكور ونسبة الإناث وهذا راجع إلى الرغبة في الإنجاب بغض النظر عن نوع الجنس.

جدول رقم (36): يبين أسباب تفضيل أفراد عينة البحث للذكور فقط أو الإناث فقط.

الفئات	التكرارات	النسبة %	الفئات	التكرارات	النسبة %
اسباب تفضيل الذكور	/		أسباب تفضيل الإناث	/	
لامتداد العائلة	48	40.67	لمساعدة الأم في اعمال البيت	28	22.77
للتباهي بهم اجتماعيا	30	25.43	البنت لا تقطع الصلة مع والديها	58	47.15
للإستعانة بهم عند الكبر	40	33.9	البنت هي التي تعين الوالدين عند الكبر	37	30.08
المجموع	118	100	المجموع	123	100

لا شك أن تفضيل أحد الجنسين على الآخر له سبب مباشر عند الأفراد ، ولقد تمثلت أسباب تفضيل الذكور على الإناث لدى المبحوثات اللاتي صرحن بذلك في الجدول أعلاه تتمثل في نسبة 40.67% لا امتداد العائلة ثم تليها 33.9% للإستعانة بهم عند الكبر ثم تليها نسبة 25.43% للتباهي بهم اجتماعيا ، وهذا ما أكدته الدراسة التي قامت بها "عائشة بلعربي" فالولد مفضل لأنه يضمن استمرار اسم العائلة، يخلد الأب، ويشكل مصدر طمأنينة للأم ، كما يشكل نوعا من التأمين لأبويه في فترة الشيخوخة والهرم¹. أما بالنسبة للمبحوثات اللواتي يفضلن الإناث أيضا هن أسباب منها أن البنت لا تقطع صلتها بوالديها وتمثل نسبة 47.15% و عبرت إحدى المبحوثات عن تفضيلها للبنات بقولها "اللي ما عندوش البنات واحد ما سمع بيه وين مات" ثم تليها نسبة 30.08% أن البنت هي التي تعتني بوالدين عند الكبر ، أما نسبة 22.77% فيصرحون بأنها تساعد الأم في البيت (الفصل الثاني ص 45)

جدول رقم (37): يبين المدة الزمنية التي تباعد بها أفراد العينة ولادتهم

المدة الزمنية	التكرار	النسبة %
سنة	17	11.33
سنتين	27	18
ثلاث سنوات	61	40.66
اربع سنوات فما فوق	45	30
المجموع	150	100

يلاحظ من الجدول أعلاه والذي يوضح الفترة الزمنية التي يباعد بها لدى المبحوثات فقد مثلت نسبة 40.66% من المبحوثات يباعدن نسلهن بثلاث سنوات وهذا يدل على الفترة التي تباعد بها الزوجة وهذا يدل على استعمالهن لوسائل منع الحمل وهذا ما أكدت "فاطمة الزهراء دريبل" في دراستها هو أن أكثر من نصف المبحوثات يفضلن 3-4 سنوات كأفضل مدة زمنية لتباعد ولادتهن² ، وتعتبر فترة مناسبة جدا للتباعد حيث تسمح للزوجة بأن تربي رضيعها على أكمل وجه وأن تتحسن صحتها وأما النسبة المئوية فهي 30% ممن يباعدن بأربع سنوات فما فوق ثم تليها نسبة 18% يباعدن بسنتين ثم نسبة 11.33% ممن يباعدن بسنة واحدة ويعتبر مؤشرا لا يدل على عدم استخدام المبحوثات لوسائل منع الحمل .

1 عائشة بلعربي : صورة الفتاة في الأمثال الشعبية- فتيات وقضايا- ، ب ط، الفنك للنشر، المغرب، 1990 ، ص 26 .

² دريبل فاطمة الزهراء: السلوك الإنجابي للمرأة الجزائرية *دراسة ميدانية لعينة من النساء بحمام-ترك-البشير بلدية الحمامات* ،رسالة لنيل شهادة الماجستير في الديموغرافيا ،جامعة الجزائر ،2003-2004. ص 102.

الجدول رقم (38): مدى معرفة المبحوثات لوسائل منع الحمل

الإحتمالات	التكرارات	النسبة %
نعم	65	43.33
لا	07	4.66
إلى حد ما	78	52
المجموع	150	100

يتضح من الجدول أعلاه مدى معرفة المبحوثات لوسائل منع الحمل حيث ان 52 % منهم اجابوا بمحدودية معرفتهم لهذه الوسائل وأن علمهم بهذه الوسائل ليس بالشكل الواسع وإنما لديهم فكرة عن أهم هذه الوسائل ، وخاصة الطرق التقليدية والحبوب بينما يؤكد 43.33 % من مجموع أفراد العينة أنهم يعرفون هذه الوسائل بالقدر الكافي في حين أن 4.66 % منهم صرحوا بأنه ليس لديهم علم بوسائل منع الحمل وأنه بالنسبة إليهم قضية ليست بالمهمة . (الفصل الثاني ص 37)

وبهذا نستنتج أن الغالبية الكبرى من أفراد العينة (95.33 %) لديهم معرفة بوسائل منع الحمل وهذا ما يدل على وعي النساء بهذه الأساليب والأنواع التي تفيدها في حياتها الاجتماعية والاقتصادية والصحية ولذلك جاءت البيانات الميدانية لتفسر الانتشار الواسع لوسائل منع الحمل.

الجدول رقم (39): يبين عدد طرق منع الحمل المعروفة لدى أفراد العينة

الاحتمالات	التكرارات	النسبة %
طريقة واحدة	18	12
طريقتان	38	25.33
ثلاث طرق	54	36
أربعة طرق	25	16.66
خمسة طرق	15	10
المجموع	150	100

يتبين لنا من الجدول أعلاه أن عدد طرق منع الحمل المعروفة لدى المبحوثات ان 36 % منهم يعرفون ثلاثة طرق لوسائل منع الحمل ، وأن نسبة 25.33 % ممن يعرفن طريقتين من وسائل منع الحمل ، ثم 16.66 % ممن يعرفن أربعة طرق ، في حين نجد 12 % من المبحوثات يعرفون طريقة واحدة لوسائل منع الحمل ثم 10 % ممن يعرفن خمسة طرق لمنع الحمل .

ومنه نستنتج أن الغالبية من المبحوثات 117% يعرفون ما بين طريقتين إلى أربعة طرق لوسائل منع الحمل وهذا ما يدل على الانتشار الواسع لوسائل منع الحمل وهذا يدل على وعي المبحوثات اتجاه استعمال وسائل منع الحمل.

الجدول رقم (40): يبين استخدام المبحوثات لوسائل منع الحمل

الاحتمالات	التكرار	النسبة %	الأسباب	التكرار	النسبة %
نعم			-الراحة الجسدية والنفسية للأم والطفل	32	21.62
			-عمل المرأة	40	27.02
			-الظروف الاقتصادية والاجتماعية	55	37.16
			-ضيق السكن	21	14.19
			المجموع	148	100
لا			-رفض الزوج	1	50
			-لإرضاء الأهل والأقارب	1	50
			-خطورة موانع منع الحمل	/	/
			-غلاء موانع الحمل	/	/
المجموع	150	100	المجموع	2	100

يتضح من الجدول رقم 40 والذي يبين استخدام وعدم استخدام المبحوثات لوسائل منع الحمل وقد دلت الأرقام الإحصائية أن نسبة من يستعملن وسائل منع الحمل تقارب نسبة المعرفة بوسائل منع الحمل (95.33%) وهذا يدل على انتشار هذه الوسائل وحسب تصريحات المبحوثات فإن تأييدهن هذا يعود الى عدة أسباب منها تجعلهن يستعملن وسائل منع الحمل، فقد بلغت نسبة 37.16% بسبب الظروف الاقتصادية والاجتماعية ثم تليها 27.02% بسبب عمل المرأة ثم تليها 21.66% الراحة الجسدية والنفسية للأم والطفل، ثم تليها 14.19% ضيق السكن. وهذا ما أكدته التقرير الذي أصدره المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي لسنة 1997 عن صحة الأم والطفل ورد مايلي "أنه بغض النظر عن تأثير عملية منع الحمل على النمو الديموغرافي فهي تسمح باستراحة الأم وتفرغها لطفلها أو أطفالها، كما تسمح بحياة زوجية أكثر هدوءا، دون خشية حمل غير مرغوب فيه"¹.

¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية : المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي ،لجنة السكان والاحتياجات الاجتماعية ، مشروع صحة الأم والطفل ،الدورة التاسعة، 28-29 أكتوبر 1997، ص47.

وما يمكن استنتاجه هو تحديد المبحوثات لعدد الأطفال وهذا يدل على الوعي والانتشار لوسائل منع الحمل المختلفة، أما بالنسبة لخروج المرأة للعمل فيجعل المرأة غير قادرة على تحمل أعباء الحمل والتربية مما يجعل المرأة تفكر في البحث عن حل يساعدها على تجنب الوقوع في الحمل غير المرغوب.

أما بالنسبة لعدم استعمال وسائل منع الحمل وتمثل نسبة ضعيفة جدا وهي 1.33% من أفراد العينة ،وحسب تصريحات المبحوثات اللواتي ينتمين إلى هذه الفئة أن عدم الإستعمال الوسائل يرجع رفض الزوج بحجة حرمانهم من الإنجاب لسنوات عدة وتمثل نسبته 50% من مجموع المبحوثات أما السبب الآخر فهو يعود إلى إرضاء الأهل والأقارب.

الجدول رقم (41): يوضح نوع الوسيلة المستعملة

النوع	التكرار	النسبة %
الحبوب	84	56.75
اللولب	14	9.45
الواقى الذكري	11	7.43
الحقن	/	/
العزل	19	12.83
الحساب	13	8.78
الرضاعة	07	4.73
المجموع	148	100

يوضح الجدول أعلاه فيما يتعلق بنوع الوسيلة المستعملة الأكثر إستخدامها من طرف المبحوثات متمثلة في الحبوب بنسبة 56.76% ويعود سبب استعمال هذه الوسيلة إلى شدة مفعولها وسهولة تناولها ،باعتبارها الوسيلة الناجحة والمضمونة في كل فترات استعمالها ، وبعد استعمال الحبوب يليه استعمال اللولب بنسبة 9.45% ثم الواقى الذكري بنسبة 7.43% أما وسيلة الحقن فهي غير معروفة لدى المبحوثات هذا بالنسبة للوسائل الحديثة أما بالنسبة للوسائل التقليدية فتعتبر وسيلة العزل أكثر استعمالا بنسبة 12.83%، ثم يليها الحساب بنسبة 8.78% ثم الرضاعة بنسبة 4.73% (الفصل الثاني ص 42)

وتبقى الإشارة إلى أن وسائل منع الحمل تستخدم بطريقة منظمة لأنها متوفرة وخاصة في الصيدليات وقد بلغت نسبة استعمال وسائل منع الحمل الحديثة على المستوى الوطني لسنة 2006 حسب المسح العنقودي متعدد المؤشرات 52% أما بالنسبة للوسائل التقليدية فقد قدرت بـ 9.4% عكس الجدول أعلاه الذي يبين نسبة الوسائل التقليدية بإجمالي 26.34%.

الجدول رقم(42): يوضح سبب تفضيل طريقة منع الحمل المختارة من طرف أفراد العينة

الإحتمالات	التكرارات	النسبة%
لوفرة المعلومات عنها	25	16.89
فعالية هذه الوسيلة	74	50
سهولة استعمالها	41	27.70
أخرى (أغراض صحية)	08	5.50
المجموع	148	100

يبين لنا هذا الجدول الذي يوضح سبب تفضيل طريقة منع الحمل المختارة من طرف أفراد العينة وهي طريقة الحبوب مثلما هي واضحة في الجدول رقم 41 حيث أن المبحوثات لجأن الى هذه الوسيلة نتيجة لفاعليتها بنسبة 50% في حين 27.70% منهم استعملوها لسهولة استخدامها ثم تنخفض نسبة أفراد العينة إلى 16.89% ممن يستخدمونها لأجل وفرة المعلومات عنها ثم تليها نسبة 5.50% ممن يستخدمونها لأغراض صحية (مرض الغدة الدرقية).

وبهذا نستنتج أن أغلب المبحوثات تستخدم طريقة الحبوب كوسيلة للحد من الإنجاب وذلك لفاعليتها وسهولتها بنسبة إجمالية 77.70% وهذا ما بيته معطيات المسح الجزائري العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006 حيث بلغت نسبة استخدام الحبوب 99.1%¹ وهذا ما يفسر عزوف النساء عن وسائل منع الحمل الأخرى بسبب عدم وفرة المعلومات عنها وصعوبة استخدامها مما قد ينجر عنها آثار صحية .

الجدول رقم (43): يوضح تأييد أو رفض زوج المبحوثة لاستخدام موانع الحمل المختارة

الاحتمالات	التكرار	النسبة%
نعم	86	58.11
لا	14	9.46
أحيانا	48	32.43
المجموع	148	100

¹ M S P R H, ONS, (2008) :O p.cit, p115.

يتبين من البيانات الميدانية التي يوضحها الجدول رقم 43 على وجود تأييد الزوج للوسيلة المختارة بنسبة

58.11% في حين 32.43% من المبحوثات يصرحن أحيانا بموافقة أزواجهن بنوع الوسيلة في حين

9.46% ممن يصرحن بأن أزواجهن يرفضون الوسيلة المستعملة

وبهذا نستنتج أن غالبية المبحوثات 90.54% يؤكدون أنه يوجد تأييد لنوع الوسيلة المستعملة بنسب متفاوتة، وهذا ما يفسر اهتمام الزوجين بهذه القضية وإنها ليست مقتصرة على النساء فقط بل تخص الزوجين معا، في حين أن نسبة الرفض 9.46% فهي ترى أنه لا يجب استعمال وسائل منع الحمل فهي تشجع الإنجاب معللة ذلك بحبها الشديد للأطفال واعتبارهم رمزا للعزة وامتدادا للأسرة.

الجدول رقم(44): رغبة المبحوثات في التثقيف الصحي عن وسائل منع الحمل

الإحتمالات	التكرار	النسبة%	المصدر	التكرار	النسبة%
نعم	148		-الانترنت	25	16.89
			-مراكز صحية	40	27.03
			-وسائل الإعلام	71	47.97
			-أخرى (مطويات، دورات)	12	8.10
لا	/	/	/	/	/
المجموع	148	100	/	148	100

يتضح من الجدول أن رغبة المبحوثات في التثقيف الصحي عن وسائل منع الحمل تمثل نسبتها 100% اما عن

مصادر الحصول على المعلومات فتمثل 47.97% من مجموع أفراد المبحوثات يريدون الحصول على معلومات من

وسائل الإعلام المختلفة في حين أن 27.03% من يريدون الحصول على المعلومات من المراكز الصحية ثم تنخفض

النسبة إلى 16.89% من يريدون الحصول عليها من الانترنت 8.10% من يريدون الحصول على المعلومات عن

طرق المطويات والدورات .

وبهذا نستنتج أن وسائل الإعلام المختلفة والمتمثلة في التلفزيون، الراديو، الصحف، وهي الوسائل الإعلامية الأكثر

انتشارا واستعمالا عند الأفراد والأسر الجزائرية، والدور الذي تلعبه هذه الوسائل والمتمثل في الإرشاد والوعي

الاجتماعيين عن طريق ما تقدمه من برامج وأخبار وإعلانات خاصة الى فئة الأميين وذوي المستوى المحدود، التي من

شأنها أن تعرف عن وسائل منع الحمل وكيفية تطبيقها .

ومن جهة أخرى تعتبر الانترنت مصدر الحصول على المعلومات لـ 16.89 % من أفراد العينة وتمثل الطبقة المتعلمة أو الذين لديهم مستوى تعليمي جامعي .

الجدول رقم (45): يوضح مصدر حصول أفراد العينة على وسائل منع الحمل

النسبة %	التكرار	المصدر
16.89	25	مراكز حماية الأمومة والطفولة
83.11	123	الصيديات
100	148	المجموع

يتضح من خلال معطيات الجدول أعلاه الذي يبين مصدر حصول المبحوثات على وسائل منع الحمل أن 83.11% من مجموع أفراد المبحوثات يشترون هذه الوسائل من الصيديات في حين 16.89% منهم من يحصلون عليها من مراكز حماية الأمومة والطفولة (الفصل الثاني ص 52)

وبهذا نستنتج أن غالبية أفراد المبحوثين يلجأون إلى الصيديات لشراء وسائل منع الحمل وهذا راجع إلى وفرتها المستمرة عند الصيديات وانخفاض سعرها حسب رأي المبحوثات ولسهولة اقتنائها من الصيديات التي لا تتطلب وقتا كثيرا حسب تصريحناهن (الفصل الثاني ص 57).

في حين تبقى نسبة أفراد العينة الذين يتحصلون على هذه الوسائل من مراكز حماية الأمومة والطفولة منخفضة 16.89% ويعود السبب في ذلك إلى عدم توفرها بشكل دائم في هذه المراكز وصعوبة الحصول عليها لأسباب مختلفة سنتطرق إليها في الجدول رقم 47، مما يولد نوع من الحرج لدى أفراد العينة عند عدم تحصلهم على هذه الوسائل عند توجههم لمراكز حماية الأمومة والطفولة بهدف اقتنائها وهذا ما يدفعهم للتوجه إلى الصيديات .

الجدول رقم (46): يوضح نوعية الخدمات التي تقصدها المرأة في مراكز حماية الأمومة والطفولة

النسبة %	التكرار	نوع الخدمات
52.03	77	الفحص أثناء الحمل وبعده
31.08	46	شرح التنظيم العائلي
16.89	25	اقتناء وسائل منع الحمل
100	148	المجموع

تعتبر مراكز حماية الأمومة والطفولة هي المراكز الصحية المناسبة للاحتياجات الصحية للأم والطفل، وبالتالي فقد قامت الدولة بتوفيرها في كل بلديات ودوائر وولايات الوطن مما يسهل على الأطفال والأمهات الفحوصات والتحاليل و التلقيحات اللازمة.

وقد دلت الإحصائيات الميدانية أن نسبة 52.03% من المبحوثات ممن يذهبن إلى مراكز حماية الأمومة والطفولة من أجل الفحص أثناء الحمل وبعده ثم تليها نسبة 31.08% ممن يذهبن من أجل شرح وسائل منع الحمل وفي الأخير نسبة 16.83% من أجل اقتناء وسائل منع الحمل.

وما يمكن استنتاجه هو أن مراكز حماية الأمومة والطفولة التابعة للدولة تقوم بالخدمات اللازمة للمرأة والطفل من حيث الفحوصات الطبية والتحاليل والتلقيحات وكذلك توزيع موانع الحمل.

الجدول رقم (47): يوضح طريقة حصول المبحوثات على موانع الحمل (اللواتي يذهبن إلى مراكز حماية الأمومة والطفولة)

طريقة الحصول عليها	التكرار	النسبة %	الأسباب	التكرار	النسبة %
بصعوبة	02	08	-عدم توفرها -سوء توزيعها -متوفرة لكنها متقطعة	/	/
بسهولة	16	64	/	/	/
حسب الظروف	07	28	/	02	100
المجموع	25	100	/	02	100

من خلال البيانات الإحصائية في الجدول أعلاه نلاحظ الطريقة التي تتحصل بها المبحوثات اللاتي يذهبن إلى مراكز حماية الأمومة والطفولة من أجل اقتناء موانع الحمل واللواتي عددهن 25 مبحوثة من أصل 150 مبحوثة من أفراد العينة أي بنسبة 16.83% إلا أن ما يلاحظ في هذا المجال هو الاختلاف في درجة الحصول إذ تبلغ نسبة 64% من هؤلاء ممن يتحصلن عليها بسهولة ثم تليها نسبة 28% يتحصلن عليها موانع الحمل حسب الظروف وقد فسرنا ذلك بانشغال القابات بأعمال أخرى مع النساء اللواتي يأتين بكثرة من أجل الخدمات التي تقدم لهن، أما نسبة 08% ممن أجبن بأنهن يتحصلن على هذه الموانع بصعوبة، وقد طرحت عدة أسباب منها بسبب عدم توفرها وسبب سوء توزيعها وكان السبب المباشر الذي أجابت عنه النساء اللواتي يتحصلن على موانع الحمل بصعوبة وعددهن 02 أجبن بأن موانع الحمل متوفرة والسبب في ذلك هو التذبذب في وصول الموانع للقطاعات الصحية .

الجدول رقم (48): يبين معاملة المستخدمين للمبحوثات في مراكز حماية الامومة والطفولة

الفئات	التكرار	النسبة%
جيدة	08	32
عادية	15	60
سيئة	02	08
المجموع	25	100

يوضح الجدول أعلاه تصنيفات المبحوثات اللواتي يترددن على المراكز بصورة منتظمة، وقد دلت نسبة 60% ممن يذهبن إلى هذه المراكز يستقبلن بطريقة عادية ثم تليها نسبة 32% ممن يستقبلن بطريقة جيدة، و08% ممن يستقبلن بطريقة سيئة، وما يمكن استنتاجه حول الفئة التي تستقبل بطريقة جيدة معظمها من المعارف، أما الفئة التي تستقبل بطريقة سيئة فيرجع السبب إلى سوء تصرف المبحوثات مع القابلات عند عدم توفر موانع الحمل .

6- النتائج

بعد عرض الدراسة توصلنا في الأخير إلى النتائج التالية :

- إن معظم أفراد العينة المدروسة كانت لديها فكرة ولو بسيطة عن وسائل منع الحمل وقدرت نسبة الوعي ومعرفة وسائل منع الحمل بـ 95.33% وكان مصدر الحصول على المعلومات عن طريق وسائل الإعلام المختلفة حيث بلغت نسبة الحصول على المعلومات عن هذه الوسائل 47.95% بالإضافة إلى وجود تأييد الزوج حول الوسيلة المستعملة حيث قدرت نسبة التأييد 90.54%، كما أن غالبية الأسر سبقت لها وان نظمت نسلها ، وأنها تعرف على الأقل وسيلة واحدة من موانع الحمل حيث قدرت نسبة اللواتي يعرفن ثلاث طرق لموانع الحمل 36%، وتمثل الوسيلة المستخدمة في الحبوب لوفرة المعلومات عنها بنسبة 16.89%، وفعاليتها بنسبة 50% وسهولة استعمالها بنسبة 27.70% والحصول عليها من مراكز حماية الأمومة والطفولة ومن الصيدليات حيث قدرت نسبة استخدام الحبوب 56.75%.

- إن معظم أفراد العينة أي بنسبة 67.66% يفضلون إنجاب الذكور و الإناث معا دون تفضيل نافين بذلك الاعتقاد السائد لدى كثير من أفراد المجتمع في تفضيل الذكور على الإناث ولذلك نجد الأسرة تستعمل وسائل منع الحمل مباشرة بعد إنجابها للطفل الأول حيث قدرت نسبة استعمال النساء لوسائل منع الحمل بعد انجاب الطفل الأول 47.30% وهذا للعناية بصحة الام والطفل وتنظيم حياتهم الاقتصادية والأسرية الجديدة.

- وإن معظم أفراد العينة يرغبون في إنجاب أطفال بهدف الامتداد العائلي والمحافظة على اسم العائلة بنسبة 45% ويعود استعمالهم لوسائل منع الحمل الى انخفاض مستوى الدخل بنسبة 42% و غلاء الأسعار بنسبة 32% الأسري حيث بلغ متوسط عدد الأطفال في الأسرة الواحدة 03 أطفال وبذلك نلاحظ أن هناك ارتباطا عكسيا بين الوضع الاجتماعي والثقافي و عدد الأطفال ،فكلما ارتفع المستوى التعليمي للزوجين إزداد لديهما الوعي في استعمال وسائل منع الحمل حيث قدرت نسبة استعمال وسائل منع الحمل عند المستوى التعليمي المرتفع 48% وكذا خروج المرأة للعمل ،مما يفرض عليها واجبات أخرى غير إنجاب الأطفال ولذلك فهي مضطرة إلى التوازن بين العمل والإنجاب .

- إنشاء وتشيد الدولة لمراكز حماية الأمومة والطفولة في جميع بلديات ودوائر وولايات الوطن مع توفير المستخدمين لذلك ،من حيث توعية الأفراد بأساليب وأنواع وسائل منع الحمل وكذلك توفير موانع الحمل في المراكز قدر المستطاع ،و ضمان الدولة بتوفير الموانع في الصيدليات ورفع القيود عن بيعا لكافة الفئات من المتزوجين

وهي متوفرة في القطاع الخاص بكميات كافية وبالنوعيات المرغوبة والمطلوبة ، في حين أظهرت النتائج الميدانية أن أغلب أفراد العينة يذهبون الى مراكز حماية الأمومة والطفولة من أجل الفحص أثناء الحمل وبعده وتمثلت النسبة بـ 52.03% ومن أجل شرح موانع الحمل بنسبة 31.08% واقتناء وسائل منع الحمل بنسبة 16.89% .
،وحسب نزولنا للميدان سجلنا حصول المبحوثات على موانع الحمل بطريقة سهلة بنسبة 64% ورضا المبحوثات على معاملة المستخدمين لهم عند ترددهم على مراكز حماية الأمومة والطفولة بنسبة 92%.

وبعد النتائج وجب علينا التأكد من الفرضية العامة والفرضيات الفرعية المصاغة في هذه الدراسة المنطلق منها وذلك استنادا إلى المعطيات التي جمعناها من الواقع المدروس حيث نجد أنه لا تؤثر التركيبة العائلية على السلوك الإنجابي للمرأة اتجاه ما توفره مراكز حماية الأمومة والطفولة من وسائل منع الحمل حيث أن معظم المبحوثات لا يملن إلى تفضيل الذكور عن الإناث بل يفضلن الجنسين معا حيث قدرت النسبة 67.66% وكذلك لا يقف النقص في موانع الحمل في مراكز حماية الأمومة والطفولة عائقا في اقتناء الوسائل بل يتوجهون مباشرة إلى الصيدليات للحصول عليها حتى ولو بأثمان غالية وهذا للحفاظ على العدد المرغوب فيه من الأطفال حيث قدرت نسبة الحصول على موانع الحمل من الصيدليات 83.11%.

أما عن الفرضية الفرعية الأولى :أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للزوجين ازداد لديهما الوعي في استعمال وسائل منع الحمل حيث قدرت نسبة الوعي بمعرفة هذه الوسائل 95.33%.

وعن الفرضية الفرعية الثانية :التنوع في موانع الحمل يزيد من إقبال الأسرة الجزائرية على تنظيم نسلها حيث قدرت نسبة استخدام المبحوثات للوسائل الحديثة 73.63%.

أما عن الفرضية الفرعية الثالثة : إن الإستعمال الفعلي لوسائل منع الحمل هي العامل الأساسي الذي ساهم في تخفيض الخصوبة فقد قدرت نسبة الاستخدام الفعلي لهذه الوسائل من طرف المبحوثات 98.67% وقدر متوسط عدد الأطفال 3.06 طفل لكل امرأة .

وأخيرا هذا ما استطاعت الباحثة أن تتوصل إليه من نتائج لهذه الدراسة وتبقى هذه الأخيرة مفتوحة إلى الدراسات المستقبلية على أن تكون أكثر عمقا و أكثر شمولية.

الغائقة

قبل الخوض في بعض الخلاصات التي سنطرحها في ختام هذه الدراسة من الأجدر بنا أن نذكر بأن هدف هذا العمل هو معرفة وسائل منع الحمل المستعملة في الجزائر وأثرها على الخصوبة في الجزائر وباعتبار الخصوبة عنصر أساسي للحركة الديموغرافية ، فلقد كان معدل عدد الأطفال لكل امرأة - وهو المؤشر الذي يعبر أحسن تعبير على الخصوبة - يقارب خلال السبعينات الثماني(08) أطفال لكل امرأة. يعتبر هذا الانفجار السكاني الذي حدث في الجزائر بعد الاستقلال نتيجة تضافر عوامل متعددة : اجتماعية ، اقتصادية ، صحية ، ديموغرافية وتاريخية...

ومنذ الثمانينات بدأت نسبة الخصوبة في التبدل المستمر والسريع هذا ما أدى في النهاية إلى انخفاض عدد الأطفال النهائي لكل امرأة إلى قرابة طفلين فقط في السنوات الأخيرة حيث قدر سنة 2006 بـ 2.27 طفل لكل امرأة .

حيث فسر الانخفاض الهام للخصوبة بعدة عوامل أهمها الاستعمال الفعلي لوسائل منع الحمل والتي تعني مجموعة الطرق التي تؤدي إلى توقيف الولادات وهي نوعين طرق تقليدية وطرق حديثة حيث بلغت نسبة استخدامها 61.4% سنة 2006 وتعتبر الطريقة الحديثة هي المفضلة عند النساء باختلاف مستواهن التعليمي حيث تأتي الحبوب في مقدمة هذه الطرق فهي الوسيلة الأكثر استعمالا حيث كانت الزيادة في معدل استعمال وسائل منع الحمل خلال الفترة 1986 - 2006 راجعة أساسا إلى الزيادة في عدد مستعملات الحبوب حيث ارتفع معدل اللجوء إلى هذه الوسيلة من 26.4% سنة 1986 إلى 45.9% سنة 2006 أي بزيادة قدرها 20.5 نقطة. ونستطيع القول أن وفرة الوسائل و سهولة الحصول عليها كانت من بين العوامل التي ساعدت على انتشار استخدامها ، و يعود الفضل في ذلك إلى انتشار مراكز حماية الأمومة و الطفولة و المستشفيات و المراكز الصحية العامة التي لعبت دورا رئيسيا في توزيع الطرق التي تتطلب تدخلا طبيا عند استعمالها كاللولب و التعقيم النسوي إلى جانب الصيدليات التي تقوم بتوزيع الحبوب التي تعتبر الوسيلة الأكثر سهولة و إستعمالا.

وعند تقديرنا لأثر و حصة استعمال وسائل منع الحمل و بعض المتغيرات الوسطية الأخرى كالزواج و العقم و عدم الإخصاب - بتطبيق نموذج BONGAARTS - في تخفيض الخصوبة وهو نموذج أعدته BONGAARTS مبني على أربع متغيرات و سطية أساسية هي: إستعمال وسائل منع الحمل (C_c) ، الإجهاض العمدي (C_a) ، نسبة الزواج (C_m) ، و مدة عدم الإخصاب (C_i) . تفسر هذه المتغيرات الأربعة وحدها 96% من التباين في مجموع المواليد المنخفضة، و المعبر عنها بالمؤشر التركيبي للخصوبة العامة، و هذا بعد ما جرب النموذج على عينة تتكون من واحد و أربعين مجتمعا، تشمل البلدان المتقدمة و البلدان النامية و كذلك المجتمعات القديمة (التاريخية). حيث توصلنا إلى أن موانع الحمل ساهمت بخفض 56% من مستوى الخصوبة متبوعة مباشرة بالزواجية بنسبة 52% ليلها الأثر الضعيف للعقم ما بعد الولادة، الإجهاض/ الخصوبة البيولوجية القصوى بحوالي 7% ، أما الرضاعة فقد عملت على تشجيع الخصوبة و ذلك برفعها بنسبة 14%.

المراجع

أ / الكتب

- 1- إبراهيم العيسوي : انفجار سكاني أم أزمة تنمية (دراسات في قضايا السكان التنمية ومستقبل مصر)، دار المستقبل العربي، القاهرة ،1985.
- 2- جلي علي عبد الرزاق:علم اجتماع السكان، دار المعارف، القاهرة، 1984.
- 3- روبرت لامون جرامون: الانفجار السكاني ،ت.نبه الأصفهاني، شركة كراد كسيم شركة مساهمة،جنيف،1977 .
- 4- عائشة بلعربي : صورة الفتاة في الأمثال الشعبية- فتيات وقضايا- ، ب ط،الفنك للنشر، المغرب، 1990 .
- 5- عبد الباقي زيدان : أسس علم السكان، مكتبة النهضة المصرية ،القاهرة، 1976.
- 6- عمران عبد الرحيم:سكان العالم العربي حاضرا ومستقبلا، صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية، نيويورك،1988 .
- 7- فتيحة تركي :الدليل الطبي لتقديم خدمات الصحة الإنجابية والجنسية ، الطبعة الثالثة ، لندن ،2004.
- 8- فريد كورتل :الأزمة المالية العالمية وأثرها على الاقتصاديات العربية ،جامعة سكيكدة الجزائر ، 17 مارس 2009.

9- نوري آن مازور: ما وراء الأرقام ,قراءات في السكان والاستهلاك والبيئة، (تر: هدره سيد رمضان ,خير حافظ نادية)، الجمعية المصرية لنشر المعرفة والثقافة العالمية، القاهرة، 1994 .

ب / الدوريات والمنشورات

1- الأمم المتحدة : حبوب منع الحمل عن طريق الفم في الثمانينات ، تقارير السكان ،السلسلة رقم 6 ، منشورات انجليزية ،1985.

2- الديوان الوطني للإحصاء: "نتائج التحقيق حول اليد العاملة و الديمغرافية الزوجية الجزائرية، الأسر و السكن"، إحصاءات رقم 1983/4/1.

3- الحسن محمد نور (عثمان): "المحددات الاقتصادية والاجتماعية للخصوبة " المؤتمر العربي حول السياسات السكانية، تونس، 1987

4- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، لجنة السكان والاحتياجات الاجتماعية، مشروع صحة الأم والطفل، الدورة التاسعة، 28-29 أكتوبر 1997

5- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي: مشروع التقرير الوطني حول التنمية البشرية، الدورة العاشرة، 1998.

6- جمعية الديموغرافين العرب : أوراق وبحوث المؤتمر العربي حول السياسات السكانية (9-13/03/1987)، تونس، 1988.

7- عبد الرحمن السويد :مقترح لإنشاء وكالة مساعدة لتعزيز الصحة دون أعباء مالية مباشرة، جريدة الرياض،الثلاثاء 9 شوال 1427 هـ 31 - أكتوبر 2006 م ، العدد14008 .

8- علي قواوسي ،التقديرات غير مباشرة للهجرة والخصوبة والوفيات بين 1989-2008، مداخلة في اليوم الدراسي الوطني الأول حول السكان والتنمية ،13 ماي 2013، جامعة باتنة.

9- وزارة الصحة والسكان مديرية السكان:السياسة الوطنية للسكان أفاق 2010، ملخص،الجزائر،جويلية 2001.

10- وزارة الصحة والسكان، جامعة الدول العربية،المسح الجزائري حول صحة الأسرة- 2002 - (الديوان الوطني للإحصائيات)، الجزائر،جويلية 2004.

11- مديرية الصحة لولاية باتنة:قسم التخطيط العائلي 2012.

12- مديرية التخطيط والتهيئة العمرانية لولاية باتنة 2012.

ج/ الرسائل الجامعية:

1- أحمد درديش : انتشار استخدام وسائل منع الحمل وأثره على الخصوبة في الجزائر، مذكرة لنيل

شهادة الماجستير في الديموغرافيا،البليدة ،1995-1996

2- خليف أحمد: السياسات السكانية و التحول الديمغرافي في العالم الثالث، رسالة لنيل شهادة

الماجستير في علم الاجتماع ،نموذج الجزائر 1987-1962، الإسكندرية،1991.

3-سعاد مهماهي :تأثير برنامج التعديل الهيكلي على الأسرة الجزائرية،مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الديموغرافيا ،جامعة باتنة ،2008-2009.

4-عادل بغزة:أسباب تأخر سن الزواج في الجزائر وأثره على الخصوبة،مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الديموغرافيا ،جامعة باتنة ،2008-2009.

5-فاطمة الزهراء درييل: السلوك الإنجابي للمرأة الجزائرية *دراسة ميدانية لعينة من النساء بحمام -
ترك -البشير بلدية الحمامات* ،رسالة لنيل شهادة الماجستير في الديموغرافيا ،جامعة الجزائر ،2003-
2004.

6-فطيمة دريد : النمو الديموغرافي وأثره على التنمية الاقتصادية والاجتماعية (دراسة للتنظيم
العائلي للأسرة الجزائرية) ،أطروحة لنيل شهادة دكتوراه دولة في علم الاجتماع العائلي ،جامعة
قسنطينة ، 2006-2007.

7-محمود أمين حشمة :الصحة الإنجابية للمرأة اللاجئة في المخيمات و تأثير بعض التغيرات
الاجتماعية (دراسة حالة :مخيم الوحدات)، رسالة ماجستير في الدراسات السكانية، الجامعة الأردنية،
تشرين ثان 2000 .

A. Ouvrages :

- 1- BONGAARTS, John. (1982): **les effets inhibiteurs des variables intermédiaires de la fécondité**, population Council , new York
- 2- DAVIS K and BLAKE J, (1956). « **Social Structure and Fertility: An Analytic Framework**», Economic Development and Cultural Change, 4(3), pp 211-235
- 3- DEKKAR Nouredine et al. (1999). ***Un quart de siècle d'études sur la survie de l'enfant algérien 1970-1995***, UNICEF-OMS, Alger 271p.
- 4- FALLOUS M. (1982) : *Contraception Et Migration*, Planification Familiale, Ed, Syros, Paris.
- 5- KOUAOUCI, Ali. (1970) : **Tendances et facteurs de la natalité algérienne entre 1970 et 1986**, FNUAP, Alger.
- 6- KOUAOUCI, Ali (1992). ***Familles, femmes et contraception***. Contribution à une sociologie de la famille algérienne, CENEAP/FNUAP, Alger, 279 p.
- 7- KOUAOUCI, Ali (1996). ***Genèse et évolution de la politique de population en Algérie (1962-94)***. International Planned Parenthood Federation (IPPF), Arab world région, Tunis, 62 p.

8- LADJALI Malika. (1985). ***L'espace des naissances dans le tiers monde : l'expérience algérienne***, OPU, Alger, 127 p.

9- TABUTIN Dominique ET VALLIN Jacques. (1972): «**L'état civil en Algérie** », (Notre technique présentée au colloque de rabat, octobre, 1972), Oron, INED, Paris.

B. Dictionnaires:

1- PRESSAT Rouland. (1979) : **Dictionnaire de démographie**, PUF, Paris.

C. Annuaire :

1- AHMED Mokaddem et MOSTAFA Kharoufi. (2012): **Rapport d'évaluation initial du programme de pays de l'UNFPA pour l'ALGERIE 2007-2011**, 65p.

2- Association Algérienne Pour La Recherche Démographique, Economique Et Sociale (AARDES), (1970) : **“La régulation des naissances”**, Enquête socio -démographique, vol 5, 82p.

3-Association Algérienne Pour La Recherche Démographique, Economique Et Sociale (AARDES), (1970) : **Enquête Socio Démographique : la procréation**, Direction du plan et des études économiques, Alger.

- 4- ATTOUT Nadia, BENKHELLIL Radia. (1999) : **"Population et développement durable"**, CENEAP-FNUAP, Actes des journées d'études les 24-25 Juin 98, Alger.
- 5- ATTOUT Nadia, Themany Chebab et HAMID Khaldoum. (1999):**Femme Emploi Et Fécondité en Algérie**, F N U A P, Mai, Alger.
- 6- BENKHELLIL Radia. (1998) : ***Les Politiques de population et le contexte international***, Actes des journées d'études, Sidi Fredj 07 et 08 Janvier 1997, CENEAP, Alger.
- 7- DEKKAR et al. (1999). ***La démographie algérienne face aux grandes questions de société***, CENEAP/FNUAP, Alger, Mai, 85 p.
- 8- FIBOURGA, A. (1980) : "la régulation des naissances" , **in revue du praticien**, tome XXV, n°57, Paris.
- 9 - FLICIL Farid et HAMMOUDA Necereddine N. (2012) : **Analyse D'un demi-siècle d'évolution la mortalité en Algérie 1962 -2012**, Algérie, p05-06.
- 10- GEORGES, M, et LEFORT, J. (1987) : « **les règles et leurs anomalie** », **Ouvertures Médicales**, Ed .n°6066,2ème trimestre, Paris.

11–HAFFAD Taher. (2004) : **Quelques conséquences économiques et sociales de l'évolution démographique en Algérie**, Revue des Sciences Economiques et de Gestion, N°3, p 97.

12 – HEMAL Ali et HAFFAD Taher (1999) : **La Transition de la fécondité et politique de population en Algérie**, Institut des Sciences Economiques Université de Batna, n°12 , Algérie ,p65–70.

13– LERIDON Henri. (1972). « **la démographie Analyse et modèles** », INED, PUF, Paris, 212 p.

14– MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION, DIRECTION DE LA POPULATION. (1997). ***L'activité de santé reproductive. Planification familiale à travers les régions sanitaires***, Décembre, 29 p.

15– MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE, DIRECTION DE LA POPULATION. (2001). ***Fondements législatifs, réglementaires et techniques de la politique nationale de population***, Alger, Juin.

16– MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE, DIRECTION DE LA POPULATION

(2003). *Population et développement en Algérie*. Rapport national. CIPD+10, Alger, Décembre, 100 p.

17- MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE, Office National des statistiques, (2008) : **Résultats de l'enquête nationale à indicateurs multiples-2006-**, Décembre, Algérie

18- Nations-Unies. (1985): Enquête Sur La Fécondité et Sur Le Planning Familial, **Population Report**, element nouveau, série M, n°8.

19- Nations-Unies, Apres la contraception. (1985) : **Dissiper les rumeurs sur la fécondité ultérieure, Population Report**, Série j, n°28, Ed. Anglaise.

20- National de la famille et de la population. (1987) : **Famille et population**, nouvelle série n°5.6, Tunisie

21- ONS. (1998) : "Démographie Algérienne", **Données statistiques**, n°294, Alger.

22- ONS.(1996) : "Résultats de l'enquête emploi et revenus", **Données statistiques**, n° 254, Alger.

23- RUTH Diyon. (1975) : "Les droits de la femme et fécondité", **Population**, n°17, Paris, juin. 121p

24- SAFIR Tamany. (Sans année). *Changement social, politique de population et transition démographique dans les pays du Maghreb*,

Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique, Edition l'Harmattan, Collections populations, p.243-261.

25- THEMANY Chebab. (1999): **Niveau, tendances et déterminants de la fécondité en Algérie de 1970-1992**. CENEAP; Algérie.

26- Zahia Oudah, Jacques Vallin. (2000) : **Maghreb la Chute Irrésistible De La Fécondité Population Et Société**, Bulletin Mensuel D'information de L'INED, Paris.

D. Thèse Doctorat

1- Negadi, Gourari. (1975): **La Fécondité en Algérie : niveaux-tendances et facteurs**", thèse de doctorat de 3ème cycle, Paris.

الملخص

ملخص البحث بالعربية:

عنوان البحث " : وسائل منع الحمل وأثرها على الخصوبة في الجزائر"

المقدمة:

تنظيم الأسرة فرض ذاته منذ أواخر القرن (19) ، و زادت أهميته منذ الحرب العالمية الثانية، وتبنته دول في سياستها التنموية، و شجعت الأمم المتحدة، وفرض كواقع يهم البشرية . و قد رفض تنظيم الأسرة في الماضي في دول منها الجزائر لاعتباره سياسة استعمارية غير أن الواقع فرضه بعد التضخم السكاني . و قد اهتمت الجزائر منذ منتصف الثمانينات بضرورته وأطلقت حملة لأجل ذلك في 1985/01/20م .فتحت مراكز لتنظيم الأسرة . فانخفض عدد المواليد و زاد استخدام وسائل منع الحمل . وكان معدل إنجاب المرأة الجزائرية عام 1970 كان 07.4 طفلا أما في عام 2006 فهو 2.27 طفلا . و الاستخدام لحبوب منع الحمل في الستينات 10% ، أما في عام 2006 فنسبته %60 وهناك علاقة بين استخدامها و انخفاض عدد الأطفال .

لهذا كان اهتمامنا هو دراسة موضوع تأثير استعمال وسائل منع الحمل على الخصوبة :واختارنا له عنوانا هو :

"وسائل منع الحمل وأثرها على الخصوبة في الجزائر"

و قد تم تقسيم البحث إلى قسمين : نظري و ميداني:

القسم النظري : و يضم أربعة فصول

الفصل الأول : هو مدخل نظري ويتناول إشكالية البحث و تساؤلات الدراسة و الفرضيات و أسباب اختيار الموضوع، و أهداف البحث، و الدراسات السابقة و تحديد المفاهيم.

الفصل الثاني : وضم لمحة عن التخطيط العائلي في الجزائر و نسبة الوعي بأساليب وأنواع وسائل منع الحمل و معدل استعمال وسائل منع الحمل و تطرقنا إلى استعمال وسائل منع الحمل حسب مكان الإقامة و بعض المتغيرات الاجتماعية والثقافية و مدى انتشار وسائل منع الحمل في الجزائر و مصادر الحصول على وسائل منع الحمل الحديثة.

الفصل الثالث : وضم اتجاهات ومستويات الخصوبة في الجزائر و تطور معدل الولادات في الجزائر من سنة 1900 إلى 2006 و اتجاه و مستوى معدل الخصوبة العامة حسب السنوات و المؤشر التركيبي للخصوبة العامة ثم تناولنا تطور المؤشر التركيبي للخصوبة حسب وسط الإقامة و معدلي التكاثر العام والصافي والعوامل المؤثرة في الخصوبة .

الفصل الرابع : و ضم عرض نظري لنموذج BONGAARTS و التأثير النظري من نسبة الزواج (C_m) وإستعمال وسائل منع الحمل (C_c) و الإجهاض العمدي (C_a) و مدة الإخصاب (C_i) ثم تأثير موانع الحمل (C_c) و نسبة الزواج (C_m) و الإجهاض العمدي (C_a) و مدة الإخصاب (C_i) على معدلات الخصوبة من خلال نموذج BONGAARTS حسب مكان الإقامة وبعدها تطرقنا الى تقدير أثر موانع الحمل (C_c) و عدم الإخصاب (C_i) و العقم (C_a) في تغيرات الخصوبة الشرعية المجمعة (TM) خلال السنوات 1986 و 1992، 2002 و 2006 و مساهمات العوامل الوسطية للخصوبة.

الفصل الخامس : و تناول القسم الميداني من مجالات الدراسة و المنهج المستخدم و العينة و أدوات جمع البيانات و تحليل النتائج و تفسيرها ثم النتائج العامة للبحث و خاتمة البحث.

إشكالية البحث:

أما إشكالية البحث فهي "أثر استعمال وسائل منع الحمل على خفض معدلات الخصوبة في الجزائر "

أهداف البحث:

1- معرفة وسائل منع الحمل المستعملة في الجزائر، و الدور الذي لعبته مراكز حماية الأمومة و الطفولة في توزيع هذه الوسائل.

2- معرفة مستويات و اتجاهات معدلات الخصوبة في الجزائر من سنة 1986 إلى غاية سنة 2006.

3 - قياس أثر استعمال وسائل منع الحمل و بعض المتغيرات الوسيطة على الخصوبة من خلال تطبيق نموذج بونغارتس

منهجية البحث:

تساؤلات البحث : التساؤل الرئيسي هو:

ما هو أثر استعمال وسائل منع الحمل على خفض معدلات الخصوبة في الجزائر ؟

فروض البحث:

الفرضية الرئيسية هي : تؤثر التركيبة العائلية على السلوك الإنجابي للمرأة اتجاه ما توفره مراكز حماية الأمومة و الطفولة من وسائل منع الحمل.

حدود البحث ومجالاته:

إن مجال الدراسة متعدد الأبعاد منه المكاني و البشري و الزماني

المجال المكاني : البحث الميداني مقصور على مراكز حماية الأمومة والطفولة لمدينة باتنة واخترنا مركز كشيدة لأنه يعتبر أحد أكبر أحياء المدينة .

المجال البشري :اعتمدنا على ثلاثة شروط أن تكون المرأة في سن الإنجاب من (15-49) سنة و أن تكون المرأة المبحوثة متزوجة و أن يكون للمرأة أكثر من طفل .

لج 3-المجال الزمني : الدراسة الميدانية دامت مدة 4 أشهر من بداية شهر مارس إلى غاية نهاية شهر جوان.

عينة البحث: تضمنت 150 مبحوثة .

المنهج المستخدم في البحث:

استخدمت البحث النهج الوصفي التحليلي والمنهج الإحصائي .

نوع الدراسة : الدراسة ميدانية

الأدوات المستخدمة في البحث هي:

1 -الملاحظة - 2 المقابلة - 3 الإستمارة -4 الوثائق والسجلات

نتائج البحث:

- إن معظم أفراد العينة المدروسة كانت لديها فكرة ولو بسيطة عن وسائل منع الحمل وقدرت نسبة الوعي ومعرفة وسائل منع الحمل بـ 95.33% وكان مصدر الحصول على المعلومات عن طريق

وسائل الإعلام المختلفة حيث بلغت نسبة الحصول على المعلومات عن هذه الوسائل 47.95% بالإضافة إلى وجود تأييد الزوج حول الوسيلة المستعملة حيث قدرت نسبة التأييد 90.54%، كما أن غالبية الأسر سبقت لها وان نظمت نسلها ، وأنها تعرف على الأقل وسيلة واحدة من موانع الحمل حيث قدرت نسبة اللواتي يعرفن ثلاث طرق لموانع الحمل 36%، وتمثل الوسيلة المستخدمة في الحبوب لوفرة المعلومات عنها بنسبة 16.89 %، وفعاليتها بنسبة 50% وسهولة استعمالها بنسبة 27.70% والحصول عليها من مراكز حماية الأمومة والطفولة ومن الصيدليات حيث قدرت نسبة استخدام الحبوب 56.75%.

- إن معظم أفراد العينة أي بنسبة 67.66% يفضلون إنجاب الذكور و الإناث معا دون تفضيل نافرين بذلك الاعتقاد السائد لدى كثير من أفراد المجتمع في تفضيل الذكور على الإناث ولذلك نجد الأسرة تستعمل وسائل منع الحمل مباشرة بعد إنجابها للطفل الأول حيث قدرت نسبة استعمال النساء لوسائل منع الحمل بعد إنجاب الطفل الأول 47.30 % وهذا للعناية بصحة الأم والطفل وتنظيم حياتهم الاقتصادية والأسرية الجديدة .

- وإن معظم أفراد العينة يرغبون في إنجاب أطفال بهدف الامتداد العائلي والحفاظ على اسم العائلة بنسبة 45% ويعود استعمالهم لوسائل منع الحمل إلى انخفاض مستوى الدخل بنسبة 42% و غلاء الأسعار بنسبة 32% الأسري حيث بلغ متوسط عدد الأطفال في الأسرة الواحدة 03 أطفال وبذلك نلاحظ أن هناك ارتباطا عكسيا بين الوضع الاجتماعي والثقافي و عدد الأطفال ، فكلما ارتفع المستوى التعليمي للزوجين إزداد لديهما الوعي في استعمال وسائل منع الحمل حيث قدرت نسبة

استعمال وسائل منع الحمل عند المستوى التعليمي المرتفع 48% وكذا خروج المرأة للعمل ،مما يفرض عليها واجبات أخرى غير إنجاب الأطفال ولذلك فهي مضطرة إلى التوازن بين العمل والإنجاب

إنشاء وتشيد الدولة لمراكز حماية الأمومة والطفولة في جميع بلديات ودوائر وولايات الوطن مع توفير المستخدمين لذلك ،من حيث توعية الأفراد بأساليب وأنواع وسائل منع الحمل وكذلك توفير موانع الحمل في المراكز قدر المستطاع ،وضمن الدولة بتوفير الموانع في الصيدليات ورفع القيود عن بيعها لكافة الفئات من المتزوجين وهي متوفرة في القطاع الخاص بكميات كافية وبالنوعيات المرغوبة والمطلوبة ، في حين أظهرت النتائج الميدانية أن أغلب أفراد العينة يذهبون إلى مراكز حماية الأمومة والطفولة من أجل الفحص أثناء الحمل وبعده وتمثلت النسبة بـ 52.03% ومن أجل شرح موانع الحمل بنسبة 31.08% واقتناء وسائل منع الحمل بنسبة 16.89% ،وحسب نزولنا للميدان سجلنا حصول المبحوثات على موانع الحمل بطريقة سهلة بنسبة 64% ورضا المبحوثات على معاملة المستخدمين لهم عند ترددهم على مراكز حماية الأمومة والطفولة بنسبة 92%.

Title : « Contraception Thier effect on fertility in algeria »

Family planning had to be considered since latest 19 century and got even more important since the second world war ,and was adapted by many contries in thier developmental policy ,encouraged by the United Nations.

The family planning rejected in countries such as Algeria in the past cause it was considered as an invasiue policy had to be reconsidered after the over population.

And Algeria .embraced it since the middle eighties and released a campaign for that in 20/01/1985.Even Opened centrs for it. Which led to decreasing births and increasing contraceptives usage .An Algerian woman average deleveries was 07.4 baby in 1970 but in 2006 was 2.27 baby and birth control pills usage 10% in the sixties , but in 2006 got 60% and there is a relation between contraceptives usage and babies number decrease .

That's why our study consistes on the effect contraceptives usage on fertility, choosing a title as « **Contraceptives and theis effect on fertility in Algeria** »

Our research was divided into two parts :theoretical and practical .

The theoretical part : includes four chapters :

The first chapter : is a theoretical entrance that includes the study's problematic, study's questions , theories , reasons for choosing this subject, its objects , the ex-studies and definition.

The Second chapter : including the family planning in Algeria and the awareness of the different ways and methods of birth control .and contraceptives usage according to residence and some social and cultural variables , also their extent in Algeria and Their new resources.

The Third chapter : contains the different levels of fertility in Algeria and the evolution of deliveries from 1990 until 2006 .The general fertility level according to year and its index , then according to residence , and both general and pure reproductive average and the different variable affecting fertility.

Chapter four : is a theoretical presentation for Bongaarts's model, and the theoretical influence of marriage percentage (C_m) and contraceptives usage (C_c) intended abortion (C_a) and fertilization period(C_i) on fertility through Bongaarts Model according to

résidence then we discussed the influence of contraceptives (Ca) , infertility (Ci) and sterility (TF.Ca),on fertility changes (TM) through these years :1986,1992,2002,2006 and the midium variables contributions of fertility.

Fifth Chapter : the practical part that included study fields , methodology , the sample , data,means, results analysis explantation , then the general results and the conclusion

Problematic : is « The fluence of contraceptives usage on fertility ouvrage decrease in Algeria »

Goals :

1/ knowing the contraceptive used in Algeria ,and the role of Maternale and infantile protection centers on their distibution.

2/ knowing fertility levels and derection in Algeria from 1986 until 2006

3/ Estimating contraceptives usage and some different midien variables of fertility through BONGAARTS Model Application.

Medology : The main question is

What's the influence of contraceptives on fertility decrease in Algeria

Theories :

The main theory : family influences a woman's birthing behavior towards contraceptives provided by maternal and infant protection centers.

Field Study : multi dimensional .

Spatial, humanly and timely

1/ Spatial field :includes maternal and infant protection centre of BATNA in particular Kechida's centre ; one of the largest cities in BATNA .

2/ humanly field : based on three conditions :

Married , and has more than one child .

3/ timely field : the study lasted 04 months , from the beginning of march till the end of June .

The sample : included 150 questionnaire

Study Methodology : we used descriptive-analytic method and statistic method .

Study Tools : 1/observation – 2/interview – 3/questionnaire –

4/documents and registers .

Study Results : **most** of the sample members knew about contraceptures , so the awarnes percentage was 95.33 % and the in formations resource was the media by 47.95 % in addition to the husband's support by 90.54 % for the used contracepture's type.

Also most families know at least one way of birth control we estimated 36 % of women who knew three ways for birth control , but the used one is pills by 16.89 % and their efficienty is 50 % also it's easily used 27.70 % and easy to get from maternal and en fantil protection centers and phamacies by 56.75% of use .

The majority sample members 67.66% prefer having boys as much as girls , without any sixism and after having their first baby by 47.30% for both mothers and chield's wellness and also organizing their new family as their economic life.

Most of the sample members have babies for the family extend and keeping to use contraceptives for many reasons salary decrease 42% and prices expensivenes 32% as the average number of a family's children is 3 so there is a reverse relation between both , social and culturel position and chieldren's numbert, so the higher educational level of the married people was the more awarnes in contraceptive usage at the high

educational level and the women's work that forces her to balance between work and having children .

Building PMI in the different country states and communities with competent employers for spreading awareness amongst individuals and providing contraceptives in both centers and pharmacies in quantity as much as quality as the practical study showed that most of sample number go to PMI for examinations during and after pregnancy by 52,03 % and for contraceptives explanations by 31.08 % and for getting them by 16.89% also our study showed the easiness of getting contraceptives by 64% and women's satisfaction about the maternal and infant protection center's employers behavior toward them by 92%.

الملاحق

الملحق رقم -1-

1- التعريف بأنواع وسائل منع الحمل:

1-2 الطرق التقليدية

1-1-2 الإمتناع عن العلاقات الجنسية (abstinence périodique) :

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

• طريقة العد (Ogino) :

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

يبدأ الإمتناع عن العلاقات الجنسية ثلاثة أيام قبل التاريخ المحدد أو المحتمل أن يتم خلاله التبويض مع أخذ مدة حياة المنوية في الحسبان فتصبح المدة تسعة عشر يوما (16 + 3 = 19 يوما) قبل التاريخ المعتاد للعادة الشهرية الذي يتأخر حتى اثنا عشر يوما قبل الدورة و يضاف يوم واحد لحياة البويضة و بالتالي يمدد الامتناع عن العلاقات الجنسية إلى اليوم الحادي عشر المتضمن العادة الشهرية السابقة². إن هذه الطريقة غير فعالة لأن خطورة الحمل تزداد مع عدم إنتظام الدورة الشهرية و مع أخطاء الحسابات. إذن هذه الطريقة حسابية لها علاقة بالدورة الشهرية يرجع لها كمانع للحمل عوض الوسائل الكيميائية و الصناعية، تعد موفرة إقتصاديا إلا أنه لا يمكن أن تستعمل من طرف كل النساء لأنها تحتاج إلى مستوى من التعليم حتى تتجنب أخطاء الحساب، كما أنها وسيلة غير مضمونة لا سيما إذا كان هناك تذبذبا في دورة المرأة الشهرية.

² FIBOURGA, A. (1980) : "la régulation des naissances" , in revue du praticien, tome XXV, n°57, Paris, 1980, p4007.

• طريقة الحرارة (méthode des températures):

المبدأ الأساسي لهذه الطريقة هو أخذ الحرارة يوميا في كل صباح قبل نهوض المرأة من الفراش، فدرجة الحرارة تكون أقل من 37° درجة خلال العادة الشهرية إلى غاية التبويض، ثم ترتفع فوراً ببعض العشرات من الدرجة لتصل إلى أقصى حد لها أثناء فترة التبويض (حوالي 37.5 درجة) ثم تنخفض قليلاً و تبقى أكبر من 37 درجة إلى غاية الدورة الشهرية القادمة¹. هذه الطريقة غير فعالة، و لا تناسب إلا النساء اللاتي لديهن توازن هرموني و صحة جيدة.

2-1-2 الغسل المهبلي (la douche vaginale):

وهي الطريقة الوحيدة لمنع الحمل « POST-COITALE » و مبدأها الأساسي هو القضاء أو إبطال فعالية الحيوانات المنوية خلال العمليات الجنسية في مهبل المرأة عن طريق الغسل بالماء الصافي أو الماء المربك أو الخل أو عصير الليمون (الشب). نستطيع استعمال قمع أو أنبوب على شكل إحصاة و يجب أن يكون ضغط الماء الداخلي خفيفاً. يكون الغسل نافعا إذا كانت هناك نظافة تامة، لكن هذه الطريقة غير مضمونة للخطورة المتمثلة في تأخير عملية غسل كل الحيوانات المنوية.

3-1-2 السحب (retrait) أو العزل:

و هي أقدم طريقة منتشرة بكثرة في العالم، و هي مانع غير مجد، و إن أمكن التحكم تماماً في وقت القذف أي ابتعاد الرجل عن المرأة حتى لا يستقر مادته التناسلية في رحمها. تستعمل هذه الطريقة بإرادة الرجل، إضافة إلى كونها غير مضمونة تؤدي إلى إضراب نفسي خطير ناتج عن عدم إشباع اللقاح الجنسي. و من حيث الفعالية، سجل عدد كبير من الإخفاقات (الفشل) لعدة أسباب نذكر منها: وجود حيوانات منوية في العضو التناسلي للرجل مع بداية العلاقات الجنسية و التأخر في نزع عضو الرجل التناسلي من فرج المرأة عند قرب عملية القذف².

4-1-2 الرضاعة (l'allaitement):

كشفت الدراسات الفزيولوجية أن الرضاعة الطبيعية، تؤخر حدوث الطمث و تمنع ظهور البويضة و من ثم تقلل من احتمال الحمل، مما يتسبب في علاقة عكسية بين طول فترة الرضاعة و معدلات الإنجاب. و تشير نتائج الدراسات الطبية أن هرمون البرولكتين الذي يفرز نتيجة لإرضاع الطفل ينشط إنتاج اللبن و يؤخر ظهور البويضة . تبلغ مستويات البرولكتين عند المرأة أعلى قدراً لها خلال فترة انقطاع الطمث، و تزيد فترة عدم الإباضة عندما يرضع

¹ FIBOURG, A (1980): Op.cit, p 4005.

² FIBOURG,A.(1980) , Op.cit, p 4007.

الطفل بصورة متكررة نهارا و ليلا، و ينخفض مستوى البرولكتين مع تناقص تكرار الرضاعة مما يؤدي إلى استئناف الإلباض¹. و تجدر الإشارة إلى طول فترة انقطاع الطمث ربما تتأثر بعوامل بيولوجية أخرى غير الرضاعة، كتغذية الأم و المستوى الصحي، و قد يكون لتدني الخدمات الصحية أثرا في زيادة انقطاع الطمث. و تعتبر الرضاعة الطبيعية الأسلوب السائد في تغذية الطفل في كثير من الدول العربية فقد حث الإسلام على أهمية الرضاعة بالنسبة لصحة الأم و الطفل.

2-2 الطرق الحديثة : وتنقسم الى وسائل هرمونية ووسائل موضعية ووسائل جراحية

1-2-2 وسائل الهرمونية

• الأقراص (الحبوب) La Pilule

تمنع الأقراص الحمل و ذلك بمجرد تناولها يوميا. فهي مكونة من تركيب نوعين من الهرمونات Progestérone و Oestrogène أو من Progestérone وحده بفعالية ضعيفة أو قوية². و تم اكتشافه من طرف البيولوجي PINCUS عن طريق تركيب مشتقات progestérone المشع عن طريق الفم، استعملت أولا لمعالجة العقم الهرموني ثم جربت كوسيلة منع هرمونية تتناولها المرأة يوميا عن طريق الفم ابتداء من اليوم الخامس للدورة الشهرية للمحافظة على انتظامها و يبطل تناولها بانتظام عملية التبويض بصفة مؤقتة و تعود قدرة الحمل في ظرف أربعة أيام على الأكثر بعد التوقف عن تناولها.

استعملت الحبوب أول مرة في الولايات المتحدة الأمريكية (سنة 1960) ثم فرنسا خاصة بعد قانون new-wirth (سنة 1967) الذي سمح باستعمال وسائل منع الحمل بدون التعرض إلى أية عوائق قانونية. و الحبوب وسيلة علمية مفضلة و لها فعالية كبيرة و استعمالها بسيط، و بحكم كونها وسيلة فعالة للغاية في تنظيم النسل فهي تتيح للنساء فرصة تجنب الحمل الغير المرغوب فيه، كما يمكن استخدامها لمباعدة الفترات الزمنية الفاصلة بين الولادات و الإقلال من المخاطر المصاحبة للحمل و الولادة إلى أدنى حد، إضافة إلى ذلك فإن تناولها يعطي منافع صحية تناسلية قد لا توفرها الوسائل الأخرى. قدر المسح العالمي للخصوبة الفعالية النظرية لحبوب منع الحمل بنسبة 99%³. و تقل النسبة الفعلية عن الحد المذكور لأن بعض النساء لا يتناولن الحبوب بصفة منتظمة.

¹ الحسن محمد نور (عثمان): "الحددات الاقتصادية والاجتماعية للخصوبة" المؤتمر العربي حول السياسات السكانية، تونس، 1987، ص 17

² GEORGES, M, et LEFORT, J. (1987): « les règles et leurs anomalies », **Ouvertures Médicales**, ed n.º6066, 2ème trimestre, Paris, 1987, p.72.

³ الأمم المتحدة : حبوب منع الحمل عن طريق الفم في الثمانينات ، تقارير السكان ، السلسلة رقم 6 ، منشورات انجليزية ، 1985، ص 1

أما عن أخطار تناولها التي قد تتعرض لها المرأة فتختلف حسب محتوى هذه الحبوب لاختلاف ميكانيزم عمل مختلف المواد المكونة لها. فهذه الأخطار تأتي خاصة بعد السن الخامسة و الثلاثين و منها إرتفاع ضغط الدم، أمراض أوعية المخ الدموي، الأمراض المتعلقة بقلّة تدفق الدم في شرايين القلب بما في ذلك النوبة القلبية وغيرها.



● الحقن (injections):

هي وسيلة تستعمل مرة كل شهر أو ستة أشهر، وظيفتها منع نزول الدورة الدموية، فهي تعتبر وسيلة مضمونة، حيث تلغي عامل النسيان لأنها لا تشبه الوسائل الأخرى التي يسهل نسيانها، و لكن قد تنجم عن استعمالها أمراض ثانوية بنسب مرتفعة إذا ما قورنت بالوسائل الأخرى التي يمكن التوقف عن استعمالها في كل وقت، أما الحقن فلا يمكن توقيف مفعولها إلا بانتهاء المدة المخصصة لها¹.

* حقنة ديو بروفيرا Depo-Provera :-

هي عبارة عن هرمون البروجيسترون تحقن مرة كل ثلاثة أشهر بحيث تعطي فاعلية عالية جداً لمنع الحمل بسبب منع و تثبيط عملية التبويض عن طريق تقليل تركيز الهرمون المنشط للجراثيم المحتوية على البويضات .

* حقن لونيل (Lunelle) :-

هي عبارة عن إبرة تحقن شهرياً لمنع حدوث الحمل في الذراع أو الفخذ أو المؤخرة تحتوي هذه الإبرة على هرمون الإستروجين و البروجيسترون الصناعيين و تسبب هذه الهرمونات منع خروج البويضة من المبيض و زيادة سمك الغشاء المخاطي المبطن لعنق الرحم مما يعيق دخول الحيوانات المنوية إلى الرحم كما يمنع الطبقة المبطنة للرحم من التهيؤ لاستقبال البويضة الملقحة (Implantation) و بذلك يمنع حدوث الحمل بنسبة 99% و لكن لا يمنع انتقال الأمراض الجنسية تعطي الحقنة خلال الأيام الخمسة الأولى من الدورة الشهرية و الحقنة التالية يفضل أن تكون في اليوم الثامن و العشرين (28) أو الثلاثين (30) من أخذ الإبرة الأولى و عند التأخر تعطي فاعلية أقل لمنع الحمل.

¹ : فتيحة تركي :الدليل الطبي لتقديم خدمات الصحة الإنجابية والجنسية ، الطبعة الثالثة ، لندن ، 2004 ، ص 120.



● اللصوق أو الرقع المانعة للحمل :Timbre contraceptive

تم تطوير هذا النوع من اللصوق ليصبح استخدامها بشكل أسهل ، لذا قامت وزارة الصحة الكندية بتطوير أول نوع من موانع الحمل على شكل رقع مربعة الشكل قابلة للالتصاق بالجلد (يتم تثبيتها على الجلد بواسطة مادة لاصقة) و تستخدم هذه اللصوق لمدة أسبوع . تعمل هذه اللصوق عن طريق طرح المادة المانعة للحمل من خلال الجلد و تعطي هذه اللصوق مفعول مماثل من حيث الفاعلية و النسبة لمع الحمل لتلك الحبوب المستخدمة لمنع الحمل . يتم تسويق هذه اللصوق في الأسواق باسم إيفرا (Evra) . هذه اللصوق تناسب و تلائم النساء اللاتي لا تمتلك الوقت لتناول حبوب منع الحمل كما أن هذه اللصوق تعمل بنفس الطريقة و الآلية التي تعمل بها حبوب منع الحمل حيث أنها تمنع الحمل عن طريق منع المبيض من طرح البويضات و زيادة سمك الغشاء المخاطي المبطن لعنق الرحم مما يعيق دخول الحيوانات المنوية إلى الرحم . هذه اللصوق تصنع على شكل مربع من نسيج الصوف الطبيعي مماثلة لشكل الضمادات ، يمكن وضع هذه اللصوق على الردف و أسفل البطن و في منطقة أعلى الجذع أو الذراع و يمنع نهائياً وضعها على الثدي . تحتوي هذه اللصوق على هرمون الإستروجين و البروجيستيرون (Les hormones oestrogène et progestatif)



● كبسولات تحت الجلد

كبسولات تحتوي على بروجستين فقط تزرع تحت الجلد وتطلق البروجستين تحت السيطرة فتعطي جرعات صغيرة جدا يوميا تؤدي إلى التأثير المطلوب لمنع الحمل. والأصناف المتوفرة هي نوربلانت (6 : كبسولات)، وجادل (2 : قضيب) و أنبلانون (1 : كبسولة).

* النوربلانت: نظام عالي التأثير طويل المفعول يعطي جرعة صغيرة من البروجستين فقط ويزول أثره بعد إزالة الكبسولات. ويحتوي هذا النظام على 6 كبسولات اسطوانية طرية من الزيلاستيك (سيليكون مطاط). كل كبسولة طولها 34 مم وقطرها 2.4 مم وتحتوي على 36 مجم ليفونورجيستريل تطلق يوميا 30 ميكروجرام ليفونورجيستريل ويستمر مفعولها لمدة 7 سنوات) ما لم يزد وزن السيدة عن 70 كلغ.

* الجادل: يتكون من قضيبين من الزيلاستيك تطلق ليفونورجيستريل وتأثيرها يمتد إلى 5 سنوات. كل قضيب طوله 43 مم وقطره 2.5 مم ويحتوي على 75 مجم ليفونورجيستريل.

* الانبلانون: عبارة عن كبسولة واحدة تطلق إتونوجيستريل وتأثيرها 3 سنوات. طولها 40 مم وقطرها 2 مم وتحتوي على 68 مجم إتونوجيستريل.

الكبسولات تزرع تحت الجلد بذراع السيدة بعملية جراحية صغيرة تحت المخدر الموضعي. بعد زراعتها يمكن أن تحس باللمس ولا يمكن رؤيتها إلا بصعوبة. وتأثيرها في منع الحمل ينتج عن إطلاقها المستمر للبروجستين بنفاذه من الغشاء الزيلاستيك إلى الدم. ويبدأ تأثيرها ضد الحمل خلال 24 ساعة بعد زرعها وينتهي بعد 5 سنوات تقريبا في حالة النوربلانت والجادل و 3 سنوات في حالة الانبلانون. وتعود الخصوبة مباشرة تقريبا بعد إزالة الكبسولة.



2-2-2 وسائل موضعية

• **اللولب (stérilet)**: ظهرت أول بوادر استخدام اللولب الرحمي في بداية القرن العشرين وبالتحديد في العام 1909 من قبل العالم الألماني رالف رختر حيث قام بوضع خيط جراحي داخل الرحم ووجد أن له فعالية في منع الحمل.

ثم تطورت أشكال اللوالب الرحمية وأحجامها عبر السنين وتم صنع أول لولب رحمي من البلاستيك في الستينات من القرن الماضي وهو ما يعرف بلولب ليس ومارجوليس سبايرل وهو مصنوع من البولي اثيلين الخاملة كيميائيا.

- بعدها تم إضافة مادة النحاس الى اللولب لتصبح اكثر فعالية.

- في سبعينات القرن العشرين تم اكتشاف ما يعرف اليوم باللولب الهرموني لكن استخدامه الفعلي كان في التسعينات من نفس القرن وهو المسمى (مرينا).



• الواقي الذكري (condom):

عبارة عن غلاف رقيق من المطاط متين بدرجة كبيرة و شفاف. يتراوح طوله بين 15 و 20 سم و قطره بين 3 و 4 سم. و هو مخصص لتغطية عضو الرجل التناسلي قبل عملية الاتصال الجنسي، حيث يتجمع السائل المنوي في قمته و بالتالي يمنع وصول النطفة إلى الرحم. تباع مختلف الأوعية المتاحة ملتفة حول نفسها، و يوضع كل واق في علبة محكمة السد من ورق بلاستيكي أو من الألمنيوم، تكون بعض الأوعية مزينة بالسيليكون و يطلى الحديث منها بمواد تعمل على إبطال عمل السائل المنوي. و يكون كل نوع من هذه الأوعية مزودا في النهاية بخزان صغير يتجمع فيه السائل المنوي.



• الحاجب الحاجز (diaphragm):

عبارة عن حجاب أو ستار سميك مطاطي يأخذ شكل القبة مرصوص بنابض بلاستيكي، يوضع في فرج المرأة قبل كل عملية جنسية فهو يمنع دخول السائل المنوي و بالتالي يمنع إلتقاء النطفة بالبويضة. بما أن الأعضاء التناسلية للمرأة لا تتمتع بأمساكية جيدة للسائل المنوي، فكان من الضروري إضافة مواد تعمل على إبطاء عمل السائل المنوي (دهن، محمد، زبدة.....).

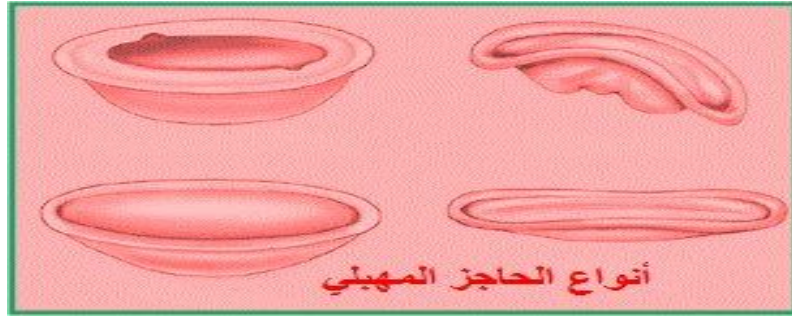
يستعمل الحاجب الحاجز مباشرة قبل كل عملية أو إتصال جنسي أو ساعتين على الأكثر قبل الاتصال الجنسي، و من الضروري تركه في مكانه ما بين ست و ثمان ساعات بعد آخر عملية جنسية¹. يأخذ الحاجب الحاجز أشكالاً و أبعاداً مختلفة و يمكننا تمييز ثلاثة أنواع رئيسية: / حاجب ذو نابض و حاجب مقوس و حاجب ذو سفرة.

تتطلب كل هذه الأنواع شرطين أساسيين عند إستعمالهما.

أ- يجب أن يوضع بعناية في موضعه اللازم و كذلك يجب نزع بطريقه جيدة.

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

¹ FIBOURG,A.(1980) : Op.cit, p 4007



● القبة الرحمية: *Diaphragme*

عبارة عن عازل مصنوع من المطاط على شكل قبة ثلاثية و تناسب عنق الرحم لتغطيته و يوجد على السطح الداخلي للقبة الرحمية أخدود يساعد على منع تسرب الحيوانات المنوية كما يساعد الجدار الداخلي للمهبل على بقاء القبة الرحمية بإحكام . تستخدم القبة الرحمية مع كريم أو مادة هلامية (جيل) قاتلة للحيوانات المنوية . تعمل القبة الرحمية كعائق لمنع مرور الحيوانات المنوية إلى الرحم و بالتالي تمنع حدوث الحمل بنسبة 91% ينصح بإزالة القبة بعد 48 ساعة من العملية الجنسية (الجماع) وهذا الوقت يكفي ليقوم المهبل بعملية التخلص الطبيعية من الحيوانات المنوية . ينصح باستخدام القبة الرحمية للنساء اللاتي يجدون صعوبة في استخدام الحجاب علما بأن القبة لا يمكن أن تتناسب مع أي شكل من أشكال عنق الرحم و هذا ما يسبب انزلاق القبة الرحمية خلال العملية الجنسية .



● الإسفنج المانعة للحمل: *Éponge contraceptive*

عبارة عن إسفنج صغير على شكل مخدة مصنوعة من الإسفنج البولي يوري ثرين و تحتوي على مادة قاتلة للحيوانات المنوية . يوجد بها تقعر إلى الداخل في أحد الجانبين و ذلك لكي يساعد على تثبيتها على عنق الرحم لقتل الحيوانات المنوية التي تحاول المرور من خلالها للوصول إلى الرحم و يوجد بالجانب الآخر منها عقدة وذلك لتساعد على سهولة إزالتها من مكانها بعد 6 ساعات من الانتهاء من الجماع كما يمكن استخدام الإسفنج قبل العملية الجنسية بـ 24 ساعة . تؤدي الإسفنج دور فعال لمنع الحمل لكن ينصح باستخدامها مع نوع آخر من موانع الحمل مثل العازل الذكري (Condom) .



- **الحلقة المهبلية (Anneau contraceptif) :-**

هي عبارة عن حلقة رقيقة مصنوعة من المطاط توضع في المهبل خلال الأيام الخمسة الأولى من الدورة الشهرية و تعتبر الحلقة من وسائل الحمل الفعالة و تبدأ فاعلية هذه الحلقة بعد (7) سبعة أيام من وضعها في المهبل لذا ينصح باستخدام نوع آخر من موانع الحمل خلال هذه الأيام مثل الواقي الذكري (Condom)



- **مبيدات الحيوانات المنوية (Spermicide) :-**

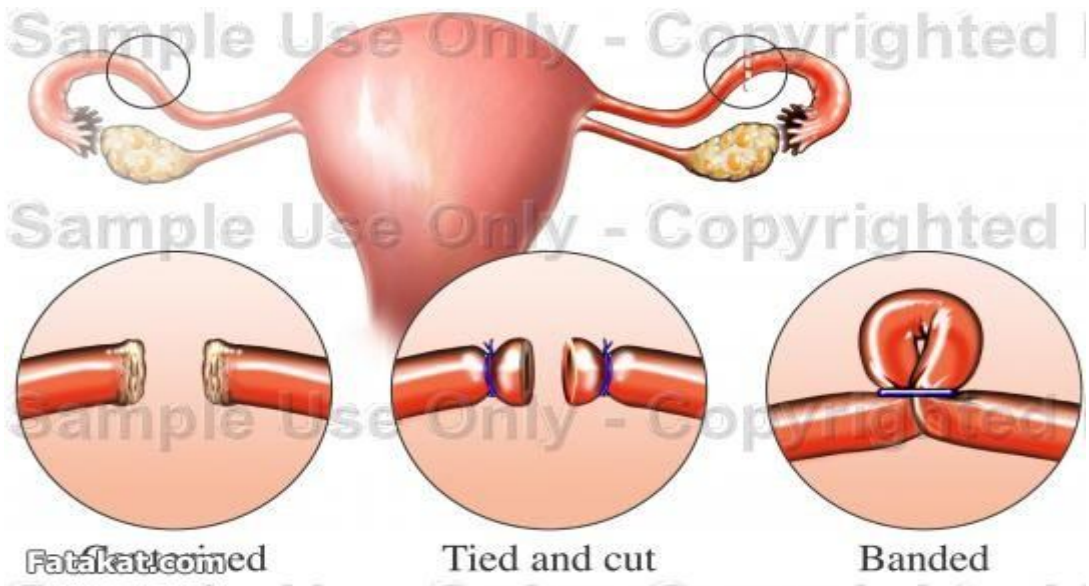
هي عبارة عن مواد تقتل الحيوانات على صورة رغوة أو كريم أو مادة هلامية (جيل) أو على صورة غشاء شمعي رفيع جداً (الفلم Film) أو على شكل تحاميل مهبلية (Vaginal Suppositories) . تتميز هذه المواد بأنها تحتوي على نفس المادة الفعالة (نونوكسينول-9) (Nonoxynol-9) . تقوم هذه المادة على قتل و تعطيل الحيوانات المنوية كما تعمل على زيادة رطوبة المهبل خلال الجماع مما يزيد من المتعة الجنسية خلال الجماع ولكن ينصح استخدام طرق أخرى لمنع الحمل بالإضافة إلى هذه المواد مثل العازل أو الواقي الذكري (Condom) . تعطي هذه المواد القاتلة للحيوانات المنوية فاعلية بنسبة 71-82% لمنع الحمل إذا استخدمت بشكل مستمر. يجب وضع هذه المواد في المهبل على قرب من عنق الرحم (يتم ذلك بإدخال ثلاث بوصات من الماص الخاص بوضع هذه المادة في المهبل في حالة المواد الهلامية أو بإدخال المواد بالأصبع السباب بأكمله في حالة التحاميل و الفلم) قبل الجماع بنصف ساعة و عند الرغبة في ممارسة الجماع مرة أخرى يجب وضع كمية إضافية من هذه المواد كما يجب عدم غسلها من المهبل إلا بعد مضي 8 ساعات على آخر عملية جنسية .

• التعقيم (stérilisation) :

هو عبارة عن عملية جراحية تجرى للرجل أو للمرأة بغرض عدم إنجاب طفل أو أطفال آخرين، تستعمل هذه الطريقة بكثرة من طرف الأزواج الذين لا يرغبون في مزيد من الأطفال. أعيد النظر في هذه التقنية للمرة الأولى عند نهاية القرن التاسع عشر و استعملت كوسيلة لمنع الحمل مع بداية الثلاثينات. كان التعقيم الجراحي الإرادي مستعملاً بصفة قليلة قبل الستينات، و الملاحظ ان هذه الوسيلة منتشرة في البلدان المتطورة أكثر من البلدان السائرة في طريق النمو¹.

***تعقيم الرجال:** هي عبارة عن عملية قطع أو ربط الأنابيب الناقلة للحيوانات المنوية للرجل بشكل دائم بطريقة جراحية بحيث تمنع الرجل من الإنجاب نهائياً . تتم العملية خلال نصف ساعة يتم خلالها ربط الأنابيب الناقلة للحيوانات المنوية بواسطة خيوط طبية أو قطعها نهائياً مما يؤدي إلى منع انتقال الحيوانات المنوية إلى المهبل و الرحم خلال العملية الجنسية

***تعقيم النساء:** تتم هذه العملية عن طريق ربط أو قطع الأنابيب الرحمية (قناة فالوب) هذه العملية تعيق انتقال البويضة من المبيض إلى الرحم و بالتالي تمنع حدوث الحمل . هذه العملية تحتاج إلى أسبوع من الراحة في السرير بعد إجرائها . كما لا يوجد أعراض جانبية للعملية ما عدا نزيف خفيف في البداية.



¹Nations-Unite , Stérilisation volontaire.(1979), **Principale méthode mondiale de contraception** ,population reports topique spéciaux ,n°2, Ed .Anglaise, p3.

الملحق رقم -2-

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الحاج لخضر - باتنة -
نيابة العمادة لمابعد التدرج

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية
والبحث العلمي والعلاقات الخارجية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم الاجتماع والديموغرافيا

مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الديموغرافيا

وسائل منع الحمل
وآثارها على الخصوبة في الجزائر

دراسة ميدانية في مراكز حماية الأمومة والطفولة لمدينة باتنة

هذه البيانات خاصة بالبحث ولا تستخدم إلا في الأغراض العلمية فالرجاء من المبحوثات الإدلاء
بالمعلومات اللازمة لمساعدة الباحثة على أداء مهمتها العلمية

تحت إشراف:

د/ فطيمة دريد

من إعداد الطالبة:

سهام عبد العزيز

السنة الجامعية: 2012-2013

أولاً : البيانات الأولية لعينة البحث

1- الفئة العمرية :

2- المستوى التعليمي: أمي تقرأ وتكتب ابتدائي

متوسط ثانوي جامعي

3- العمل: تعمل لا تعمل

4- الدخل والمستوى المعيشي:

	دون دخل		39000 - 35000 دج	
	19000 – 15000 دج		44000 - 40000 دج	
	24000 - 20000 دج		49000 -45000 دج	
	29000 - 25000 دج		54000 -50000 دج	
	34000 -30000 دج		55000- فما فوق	

5- هل تستطيعين وصف مستوى معيشتكم :

رديء جدا رديء متوسط

مرتفع مرتفع جدا

• إذا كان الجواب رديء أو رديء جدا ما السبب:

انخفاض مستوى الدخل غلاء الأسعار كثرة الأطفال

نفقات على الأهل بسبب مشروع

6- كم عدد أطفالك :

إناث

ذكور

ثانيا : بيانات خاصة بالتنظيم العائلي

7- كم كان سنك عند الزواج:

8- كيف كانت رغبتكم في إنجاب عدد معين من الأطفال وهل يكون القرار فرديا أو للزوجين معا:

من 1 إلى 2 من 2 إلى 3 من 3 إلى 4

من 4 إلى 5 من 5 إلى 6 من 6 إلى 7

لا ادري

9- هل تحبذين إنجاب:

الذكور فقط الإناث فقط الذكور والإناث

10- في حالة تفضيل الذكور ما السبب:

للاستعانة بهم عند الكبر للتباهي بهم اجتماعيا لامتداد العائلة

11- في حالة تفضيل الإناث ما السبب:

لمساعدة الأم في البيت البنت لا تقطع صلتها بوالديها

البنت هي التي تعين الوالدين عند الكبر

12- إذا كان لديك أطفال فما هي المدة التي تفصل بين كل طفل وآخر:

سنة سنتين ثلاثة
أربعة فما فوق

ثالثاً: بيانات عن وسائل منع الحمل

13- هل لديك معلومات كافية عن وسائل منع الحمل جميعها ؟

نعم لا إلى حد ما

14- ما هو عدد الطرق التي تعرفينها ؟

واحد اثنان ثلاثة أربعة خمسة

15- هل تستخدمين وسائل منع الحمل ؟

نعم لا

16- إذا كان الجواب بنعم ما هي الأسباب ؟

الراحة الجسمية والنفسية للأم والطفل عمل المرأة
الظروف الاقتصادية والاجتماعية ضيق السكن

17- إذا كنت لا تستخدمين ، ما هو السبب ؟

لإرضاء الأهل والأقارب رفض الزوج
خطورة موانع الحمل غلاء موانع الحمل

18- ما هي الوسيلة المستخدمة ؟

الوسائل العازلة (الواقي الذكري) الوسائل الهرمونية (الحبوب , الإبر , اللاصقات)

☐☐☐

الوسائل الرحمية (اللولب) ☐ الوسائل الطبيعية (الرضاعة , فترة الأمان ، وغيرها) ☐

☐

التعقيم (الوسائل الدائمة , استئصال الرحم , ربط المبايض .)

19 - ما سبب تفضيل هذه الوسيلة

☐

فعالية هذه الوسيلة

☐

لوفرة المعلومات عنها

☐

اخرى (اغراض صحية)

☐

سهولة استعمالها

20- هل يؤيدك زوجك في استخدامها ؟

نعم ☐ لا ☐ السبب

21 - هل تحتاجين تثقيف صحي شامل عن وسائل منع الحمل وكل ما يتعلق بها من معلومات ؟

☐

لا

☐

نعم

22- إذا كانت إجابتك نعم فما هي المصادر التي تحبذها لمعرفة هذه المعلومات ؟

☐

وسائل الإعلام

☐

مراكز صحية

☐

الانترنت

☐

اخرى (دورات ، مطويات)

رابعاً : بيانات خاصة بمركز حماية الأمومة والطفولة

23- من أين تتحصلين على موانع الحمل:

☐

مراكز حماية الأمومة

☐

من الصيدلية

24- ما هي الخدمات التي تقدم للمرأة في مراكز حماية الأمومة والطفولة

☐

أثناء الحمل وبعده

☐

اقتناء وسائل منع الحمل

☐

شرح التنظيم العائلي

25- إذا كان حصولك على موانع الحمل من مراكز حماية الأمومة والطفولة كيف تتحصلين عليها؟

☐ بصعوبة ☐ بسهولة ☐ حسب الظروف

26- إذا كنت تتحصلين عليها بصعوبة ما هي الأسباب :

☐ عدم توفرها ☐ سوء توزيعها ☐ متوفرة لكنها متقطعة

27- من خلال زيارتك لمراكز حماية الأمومة والطفولة كيف ترين معاملة المستخدمين لك؟

☐ جيدة ☐ عادية ☐ حسنة

الملحق رقم -3-

جدول رقم (01): التغيرات الحاصلة في توزيع وسائل منع الحمل الحديثة في كل من القطاع العام و القطاع الخاص بين سنتي 1986 و 1992 حسب الوسيلة المستعملة (بـ %).

ENAF 1986 (1)						الوسيلة المستخدمة
الزيادة أو النقصان	مراكز حماية الأمومة الطفولة		الزيادة أو النقصان	مراكز و مستشفيات عامة		
(b/a)-1	1992 b	1986 a	(b/a)-1	1992 b	1986 a	
-17.6	23.9	29.0	+30.7	20.0	15.3	الحبوب
+0.9	34.3	34.0	+13.5	38.7	34.1	اللولب
+ 62.6	13.5	8.3	+100.0	4.6	0.0	الواقعي
- 100.0	0.0	7.4	+125.7	16.7	7.4	الحقن
- 64.8	3.7	10.5	+5.8	76.2	72.0	التعقيم النسوي
- 77.8	11.1	50.0	-100.0	0.0	12.5	طرق أخرى حديثة
- 15.3	23.8	28.1	+21.4	22.1	18.2	المجوع
/	(481)	(391)	/	(447)	(257)	التكرارات
PAPCHILD (02)						
الزيادة أو النقصان	صيدليات		الزيادة أو النقصان	عيادات و مصحات طبية خاصة		الوسيلة المستخدمة
(b/a)-1	1992 b	1986 a	(b/a)-1	1992 b	1986 a	
+ 1703.4	52.3	2.9	- 94.1	2.9	49.2	الحبوب
0.0	0.0	0.0	- 2.5	27.0	27.7	اللولب
- 363.5	77.4	16.7	- 100.0	0.0	4.2	الواقعي
+ 100.0	16.7	0.0	- 14.3	66.7	77.8	الحقن
0.0	0.0	0.0	- 67.5	4.0	12.3	التعقيم النسوي
+ 100.0	77.8	0.0	- 11.2	11.5	12.5	طرق أخرى حديثة
+ 1692.6	48.4	2.7	- 90.2	4.5	45.8	المجوع
/	(979)	(38)	/	(91)	(640)	التكرارات

المصدر: (01) المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986).

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

جدول رقم (02): توزيع النساء المتزوجات (15-49 سنة) عند تاريخ المسح و المستعملات لوسائل منع الحمل الحديثة حسب الوسيلة المستعملة و مصدر حصولها عليها.

المجموع	ENAF 1986 (01)						مصدر الحصول على الوسيلة أو الخدمة
	نوع الوسيلة أو الخدمة						
	الحبوب	اللؤلؤ	الواقى	الحقن	التعقيم النسوي	طرق أخرى	
18.2	0.07	2.9	0.1	0.0	2.3	13.0	- مراكز و مستشفيات عامة
28.2	0.3	0.4	0.1	0.1	2.3	24.6	- مراكز حماية الأمومة الطفولة
46.0	0.05	0.6	1.6	0.05	1.9	41.8	- عيادات و مصحات طبية خاصة
2.6	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	2.3	- صيدليات
4.5	0.2	0.2	0.06	1.3	0.3	2.6	مصادر أخرى
0.66	0.0	0.0	0.06	0.0	0.0	0.6	- معطيات ناقصة
100 (1397)	0.6 (08)	4.1 (57)	1.9 (27)	1.7 (24)	6.7 (94)	85.0 (1187)	المجموع
PAPCHILD (02)							
22.1	0.0	2.0	0.05	0.05	2.1	18.2	- مراكز و مستشفيات عامة
23.8	0.05	0.1	0.0	0.1	2.0	21.5	- مراكز حماية الأمومة الطفولة
4.4	0.05	0.09	0.2	0.0	1.4	2.6	- عيادات و مصحات طبية خاصة
48.4	0.5	0.0	0.05	0.9	0.0	47.0	- صيدليات
0.5	0.0	0.09	0.0	0.0	0.0	05	مصادر أخرى
0.9	0.0	0.3	0.0	0.05	0.0	0.6	- معطيات ناقصة
100 (2025)	0.5 (10)	2.5 (50)	0.3 (7)	1.1 (22)	5.4 (112)	90.2 (1824)	المجموع

المصدر: (01) المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986).

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

جدول رقم (03): نسبة المتزوجات عند تاريخ المسح (15- 49 سنة) و المستعملات لوسائل منع الحمل حسب وجهة الهجرة و و المستوى التعليمي ضمن مجموع نسوة كل فئة (بـ %) من خلال 1986 ENAF و 1992 PAPCHILD

المجموع	ENAF 1986 (01)						المستوى التعليمي
	المستقرات		المهاجرات				
	ريف	حضر	ريف-ريف	ريف-حضر	حضر-ريف	حضر-حضر	
28.0 (863)	26.6 (267)	36.5 (140)	21.5 (212)	42.0 (55)	36.8 (132)	42.2 (57)	أُمِّيَّات إبتدائي و متوسط و قراني ثانوي فما فوق
19.5 (637)	49.6 (122)	56.0 (190)	37.8 (51)	56.3 (94)	54.0 (61)	54.1 (119)	
53.0 (89)	54.5 (6)	43.9 (25)	20.0 (1)	73.7 (14)	40.0 (4)	59.1 (39)	
35.5 (1591)	29.4 (395)	45.5 (355)	23.5 (264)	50.3 (163)	40.9 (197)	51.2 (215)	
PAPCHILD 1992 (2)							
44.0 (1071)	37.9 (401)	49.4 (241)	41.8 (175)	55.2 (58)	50.0 (120)	60.3 (76)	أُمِّيَّات إبتدائي و متوسط و قراني ثانوي فما فوق
60.3 (1012)	49.8 (141)	62.1 (339)	55.5 (96)	59.6 (90)	62.9 (127)	68.5 (220)	
56.1 (151)	42.5 (11)	52.3 (53)	53.8 (7)	47.4 (9)	57.1 (8)	65.6 (63)	
50.7 (2234)	40.4 (553)	55.8 (633)	45.9 (278)	57.1 (157)	55.9 (255)	66.1 (359)	
المصدر: (01) المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986).							
(02) المسح الجزائري الخاص بصحة الأم و الطفل (سنة 1992).							

جدول رقم (04): توزيع النساء المتزوجات (15 – 49 سنة) حسب جنس التركيبة العائلية و الرغبة

في الاطفال من حيث الجنس حسب ENAF 1986 .

التركيبة العائلية حسب جنس الأطفال	الرغبة في الأطفال حسب الجنس
عدد الأطفال معدوم	0.4
عدد الذكور = 0	1.5
عدد الإناث = 0	1.8
عدد الذكور < الإناث	25.2
عدد الذكور > الإناث	11.4
عدد الذكور = الإناث	59.7
المصدر: المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986).	

جدول رقم (05): نسبة المتزوجات (15- 49 سنة) عند إجراء المسح لهن طفل واحد على الأقل ويستعملن وسائل منع الحمل حسب التركيبة العائلية و عدد الأطفال الأحياء و رغبة المرأة في إنجاب طفل آخر (بـ %) حسب ENAF 1986 و PAPCHILD 1992.

ENAF 1986

الجموع	1- ترغبن في إنجاب طفل آخر					عدد الأطفال الأحياء
	التركيبة العائلية حسب جنس الأطفال					
	إ < ذ	إ > ذ	إ = ذ	ذ = 0	إ = 0	
(119) 26.4	_____	_____	_____	(62) 27.8	(57) 25.0	1
(161) 34.2	_____	_____	_____	(23) 32.6	(47) 37.3	2
(143) 38.9	_____	_____	(82) 33.2	(12) 41.4	(19) 40.3	3
(110) 41.7	_____	_____	_____	(4) 19.0	(19) 60.0	4
(88) 25.5	_____	_____	_____	(4) 36.4	(3) 23.1	5 و أكثر
	(46) 30.9	(66) 46.5	_____			
	(28) 39.4	(33) 44.6	(30) 41.4			
	(45) 26.8	(29) 24.8	(7) 19.4			
(621) 32.7	(119) 30.7	(128) 38.4	(199) 33.4	(114) 29.8	(141) 32.1	الجموع
2- لا ترغبن في إنجاب طفل آخر						
(119) 26.4	_____	_____	_____	(2) 40.1	(3) 21.4	1
(161) 34.2	_____	_____	_____	(7) 35.0	(12) 50.0	2
(143) 38.9	_____	_____	(26) 48.1	(6) 50.0	(9) 42.9	3
(110) 41.7	_____	_____	_____	(6) 66.7	(5) 41.7	4
(88) 25.5	_____	_____	_____	(4) 44.4	(7) 36.8	5 و أكثر
(621) 32.7	(46) 30.9	(33) 45.8	_____			
	(28) 39.4	(34) 47.2	(50) 42.4			
	(45) 26.8	(316) 46.4	(97) 44.1			
(925) 45.2	(306) 45.0	(383) 46.4	(173) 44.1	(27) 46.5	(36) 40.0	الجموع
المصدر: المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (سنة 1986).						

PAPCHALD 1992

المجموع	1- ترغبن في إنجاب طفل آخر					عدد الأطفال الأحياء
	التركيبة العائلية حسب جنس الأطفال					
	إ < ذ	إ > ذ	إ = ذ	ذ = 0	إ = 0	
(172) 44.5	— —	— —	— —	(88) 45.2	(84) 43.7	1
(237) 61.4	— —	— —	(111) 62.6	(64) 62.8	(62) 57.8	2
(139) 51.8	(49) 52.4	(47) 50.2	— —	(18) 45.4	(25) 60.3	3
(71) 51.8	(22) 52.7	(18) 70.4	(20) 43.3	(5) 64.4	(6) 42.4	4
(118) 48.2	(55) 48.2	(48) 52.7	(9) 39.1	(3) 34.4	(3) 36.8	5 وأكثر
(198) 51.8	(136) 50.4	(122) 53.5	(151) 56.9	(193) 50.4	(195) 49.7	المجموع
(13) 25.5	— —	— —	— —	(4) 18.9	(9) 31.4	1
(76) 58.0	— —	— —	(55) 64.3	(10) 60.8	(11) 39.9	2
(193) 63.2	(39) 58.0	(76) 64.3	— —	(5) 47.8	(19) 60.9	3
(229) 68.1	(45) 70.0	(60) 64.7	(98) 70.8	(7) 70.0	(19) 75.6	4
(876) 60.3	(328) 59.7	(395) 61.9	(141) 63.8	(3) 29.9	(9) 46.7	5 وأكثر
(1430) 61.3	(412) 60.5	(569) 62.6	(316) 66.1	(31) 42.0	(72) 50.4	المجموع

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

المختصرات

المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة	ENAF
المسح الجزائري الخاص بصحة الأم و الطفل	PAPCHILD
المسح الجزائري حول صحة الأسرة	PAPFAM
المسح الجزائري العنقودي متعدد المؤشرات	MICS3
الجمعية الجزائرية للتنظيم العائلي	AAPF
المركز الوطني للدراسات و التحاليل الخاصة بالسكان	CENEAP
صندوق الأمم المتحدة للسكان	FNUAP
برنامج وطني للتحكم في النمو الديمغرافي	PNMCD
الديوان الوطني للإحصاء	ONS
المنظمة العالمية للصحة	OMS
الجمعية الجزائرية للأبحاث الديمغرافية و الاقتصادية	AARDES
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات	MSPRH
مسح اليد العاملة و الديمغرافيا	MOD
معدل العام للتكاثر	TBR
معدل التكاثر الصافي	TNR

[illegible]

0 8 16 24 كم

