

جامعة قاصدي مرباح - ورقلة-

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم الاجتماع والديمغرافيا



مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر أكاديمي

ميدان العلوم الاجتماعية

شعبة: ديمغرافيا

تخصص: تخطيط سكاني

الإعداد: حسيني أسمهان

الموضوع:

مستويات الخصوبة واتجاهاتها والعوامل المؤثرة فيها في
الجزائر بين 1970 و 2014 وآفاقها إلى غاية 2030

تاريخ المناقشة 2018/06/05

لجنة المناقشة

طلبوي الحسين	♣	أستاذ مساعد "أ"	رئيسا	جامعة قاصدي مرباح ورقلة
بوزيد بوحفص	♣	أستاذ مساعد "أ"	مشرفا ومقرر	جامعة قاصدي مرباح ورقلة
أحمد شماني	♣	أستاذ مساعد "أ"	مناقشا	جامعة قاصدي مرباح ورقلة

السنة الجامعية

2018-2017

* شكر و عرفان *

الحمد لله والصلاة والسلام على النبي المصطفى

الحمد لله الذي أنار لنا درب العلم والمعرفة

وأعانني على أداء هذا الواجب ووفقتني في إنجاز هذا العمل المتواضع

أتقدم بالشكر الى أساتذتي الكرامة أساتذة شعبة الديمغرافية فردا فردا على كل ما قدموه لنا طوال فترة الدراسة التي كنا نعتبر فيها كأسرة واحدة

"شمانى أحمد، طلباوي الحسين، طعبة عمر، صالي أحمد، بن النور صابرة، سواكري خديجة"

وأخص بالشكر الجزيل الى أستاذي ومشرفي على هذا البحث الأستاذ "بوزيد بوحفص"

الذي أتقدم له بالشكر والتقدير والاحترام على مساعدتي رغم الصعوبات التي واجهتها لم يبخل علي بأي نصيحة أو فكرة كانت عون لي في إنجاز هذا العمل فجزاه الله كل خير

كما أشكر أعضاء اللجنة من مناقشة و رئيس ومشرف الذين تقبلوا واستحملوا عناء القراءة والتمحص والمناقشة

ولايفوتنا أن نشكر موظفي وعمال قسم علم الاجتماع والديمغرافيا لي تقديمهم لنا التسهيلات والخدمات اللازمة لي تسهيل تقديم هذا العمل

وفي الأخير أتمنى أنني قد وفقت في تحقيق الغرض المنشود من هذه الدراسة فهي كأي عمل إنساني لا يخلو

من نقص أو تقصير، فإن وفقت فمن الله وإن قصرت فمني ومن الشيطان

والحمد لله الذي تفرّد لنفسه بالكمال وجعل النقص سمة تستوفي جميع البشر

حسيني أسمهان

فهرس المحتويات

الصفحة	الفهرس
	الإهداء
	الشكر والعرفان
	فهرس المحتويات
	قائمة الجداول والأشكال
أ.ب	مقدمة
الفصل الأول: الإطار المنهجي	
10	1. إشكالية الدراسة
11	2. الفرضيات
11	3. أسباب اختيار الموضوع
11	4. أهداف الدراسة
12	5. أهمية الدراسة
12	6. تحديد المفاهيم
14	7. الدراسات السابقة
16	8. صعوبات الدراسة
الفصل الثاني: الإطار النظري	
18	تمهيد الفصل
19	أولاً: بعض النظريات المفسرة للخصوبة
19	1. نظرية ديفيس
19	2. نظرية بيكر و استرلين
20	3. عرض نظري لنموذج بونغاردس
21	4. نظرية الانتقال الديمغرافي
24	ثانياً: التحليل السوسيو-ديمغرافي للخصوبة
24	1. تعريف الخصوبة
25	2. مصادر جمع البيانات لدراسة الخصوبة
25	3. العوامل المؤثرة في الخصوبة
29	4. مقاييس الخصوبة (معدلاتها)
31	5. القواعد و المعايير الاجتماعية التي تحدد اتجاه الخصوبة
33	ثالثاً: أسباب ارتفاع و انخفاض الخصوبة في الجزائر
33	1. أسباب ارتفاع الخصوبة بعد الاستقلال
33	2. أسباب انخفاض الخصوبة بعد الثمانينات
34	رابعاً: تطور الخصوبة في الجزائر
34	1. الولادات

35	2. التحقيقات:
35	أ. المدى الأقصى للإنجاب (تحقيق 1970)
35	ب. تحول الخصوبة (تحقيق 1986)
37	ج. استمرارية تراجع الخصوبة (تحقيق 1992)
38	د. المسح الجزائري لصحة الأسرة: (EASF)
39	خامسا: تطور معدلات الخصوبة في الجزائر
39	1. تطور معدل الخصوبة العام
40	2. المؤشر التركيبي للخصوبة
40	3. الأهداف المرجوة من خفض معدلات الخصوبة
40	سادسا: تباينات الخصوبة و تطورها في الجزائر
42	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: الجانب الميداني	
عرض وتحليل ومناقشة بيانات الدراسة	
44	تمهيد الفصل
55	أولا: الإجراءات المنهجية للدراسة
55	1. مجالات الدراسة
55	أ. المجال المكاني
55	ب. المجال الزمني
55	2. المنهج المستخدم
55	3. مصادر جمع البيانات
46	4. الاختبار الإحصائي المستخدم
47	ثانيا: عرض وتحليل ومناقشة بيانات الدراسة
47	1. عرض و تحليل البيانات
54	2. تحليل ومناقشة الفرضيات
61	خلاصة الفصل
	خاتمة عامة
	النتائج والتوصيات
	قائمة المراجع
	الملخص

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	تطور سن الزواج الأول في الجزائر حسب الجنسين من 1948 إلى 2008	28
02	تطور معدل المواليد في الجزائر من سنة 1992 إلى 2007	35
03	تطور معدل الخصوبة العام في الجزائر من 1966 إلى 2008	39
04	تطور المؤشر التركيبي للخصوبة 1970-2015	47
05	تطور استعمال وسائل منع الحمل من خلال التحقيقات 1986 1992 2002 2006	47
06	تطور نسبة تشغيل الإناث من 15 سنة فما فوق من 1991 إلى 2015	50
07	تطور نسبة بطالة الإناث من 1970 إلى 2014	51
08	تطور أمل الحياة عند الولادة في الجزائر بالنسبة للجنسين حسب التعدادات	53
09	معلومات الانحدار الخطي البسيط لمؤشر التركيبي و السن عند أول زواج	54
10	ملخص نموذج الانحدار الخطي البسيط بين المؤشر التركيبي والسن عند أول زواج	55
11	معلومات الانحدار الخطي البسيط لمؤشر التركيبي و تعليم الإناث	56
12	ملخص نموذج الانحدار الخطي البسيط بين المؤشر التركيبي و تعليم الإناث	56
13	معلومات الانحدار الخطي البسيط المؤشر التركيبي و بطالة الإناث	57
14	ملخص نموذج الانحدار الخطي البسيط بين المؤشر التركيبي ونسبة بطالة الإناث	57
15	معلومات الانحدار الخطي المتعدد لكل المتغيرات المستقلة المدروسة والمتغير التابع المتمثل في المؤشر التركيبي للخصوبة	58
16	ملخص نموذج الانحدار الخطي المتعدد بين المؤشر التركيبي للخصوبة وبقية المتغيرات المفسرة له	59
17	اتجاه الخصوبة من 2015 إلى 2030	60

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
48	تطور المؤشر التركيبي للخصوبة 1970-2015	01
51	تطور نسبة تشغيل الإناث من 15 سنة فما فوق من 1991 إلى 2017	02
52	بطالة الإناث (من الإناث في القوى العاملة) من 1970 إلى 2015	03
53	تطور القوى العاملة من الإناث من إجمالي القوى العاملة من 1990 إلى 2015	04
60	اتجاه الخصوبة خلال من 2016 إلى 2030	05

مقدمة

تحظى المناقشات الخاصة بالخصوبة في الوقت الحاضر باهتمام بالغ على الصعيدين المحلي والدولي أكثر مما هي عليه سابقا، وما يفسر هذا الاهتمام تلك الجهود المكثفة التي تبديها الهيئات الدولية والحكومات اتجاه البحوث والدراسات العلمية الخاصة بالخصوبة والإنجاب نظرا لما لها من تأثير اقتصادي واجتماعي وسياسي على المجتمع والفرد معا. وللخصوبة أهمية واضحة لدى الباحثين في مجال الديمغرافيا كونها تعتبر متغير هام لدراسة النمو السكاني، وذلك بعد انخفاض معدلات الوفيات التي شهدتها أغلبية البلدان نتيجة لتحسن الوضعية الصحية بها، وكذلك تراجع حركة الهجرة. فالعالم اليوم يشهد انخفاضا محسوسا في مستويات الخصوبة على غرار الدول المتقدمة هناك دول من العالم الثالث كذلك مسها هذا الانخفاض من بينها الجزائر، نتج هذا التغير عن جملة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية، ذلك أن سلوك الفرد اتجاه الخصوبة وبناء الأسرة عوامل تلعب دورا كبيرا في تحديد مدى إقبال الناس على إنجاب الأطفال هذا ما دفع الباحثين والمختصين الديمغرافيين دراسة ظاهرة الديمغرافيا حيث اتجهوا الى دراسة العوامل المحددة للخصوبة ومستوياتها واتجاهاتها، مع العلم أن دراسة وتحليل العوامل المؤثرة في الخصوبة من حيث ارتفاعها وانخفاضها تعتبر من الأعمال الأساسية في الأبحاث الديمغرافية. كما أنها تساعد في معرفة الاتجاهات المستقبلية لمعدلات الخصوبة بالإضافة أنها تلعب دورا هاما وفعالا في وضع وتنفيذ السياسات السكانية الملائمة مع طبيعة ومعتقدات أي مجتمع.

نظرا لأهمية هذه العوامل تناولنا موضوع الدراسة وفق خطة بحث اشتملت على ثلاث فصول وخاتمة عامة بالإضافة الى النتائج المتوصل إليها من خلال البحث وبعض التوصيات التي قد تزيد أفكار جديدة حول الموضوع.

الفصل الأول: الجانب المنهجي

يتناول هذا الجانب على مختلف الخطوات المنهجية المتبعة لدراسة أي موضوع، وذلك من خلال عرض إشكالية الموضوع، الفرضيات التي يبنى عليها الموضوع، بالإضافة أهداف وأهمية الموضوع، كذلك أسباب اختيار الموضوع، تحديد المفاهيم مع إثراء الدراسة بمختلف الدراسات السابقة المتعلقة بالموضوع.

الفصل الثاني: الجانب النظري

تحت عنوان العوامل المؤثرة في الخصوبة ومستوياتها حيث قمنا في هذا الفصل أهم النظريات التي تحدثت عن الخصوبة بالإضافة الى مستويات الخصوبة والعوامل المؤثرة في الخصوبة.

الفصل الثالث: الجانب الميداني

تطرقنا في هذا الجانب مجالات الدراسة، المنهج المستخدم في الدراسة، مصادر جمع المعلومات، كما فمنا بعرض ومناقشة نتائج الدراسة وتحليل الفرضيات الخاصة بالدراسة.

وفي الأخير ختمنا الدراسة ملخص عام للنتائج المتوصل إليها مرفقا بخاتمة عامة عن الموضوع.

الإطار المنهجي

1. إشكالية الدراسة
2. الفرضيات
3. أسباب اختيار الموضوع
4. أهداف الدراسة
5. أهمية الدراسة
6. تحديد المفاهيم
7. الدراسات السابقة
8. صعوبات الدراسة

1. الإشكالية:

إن دراسة الخصائص السكانية لأي مجتمع تعتبر ذات أهمية قصوى في مجال التخطيط الاجتماعي والاقتصادي إذ أن التعرف على مستويات الخصوبة سوف يعطينا تصورا لمستقبل الحركة السكانية في المجتمع وهذا ما يمكننا من وضع مخططات مستقبلية في جميع المجالات (اجتماعية، اقتصادية وتعليمية... الخ). تعتبر الخصوبة من أهم المصادر الرئيسية في دراسة السكان باعتبارها المحور الأساسي لنمو السكان، حيث تتفاوت مستويات الخصوبة من مجتمع لآخر وذلك بتأثرها بعوامل عديدة.

ففي سنة 1970 عرفت الجزائر معدل خصوبة وصل الى 8.3 طفل لكل امرأة وهذا ما وضع الجزائر في قائمة البلدان الأعلى خصوبة. هذا الارتفاع راجع الى الانخفاض الكبير في وفيات الأطفال، تحسن الرعاية الصحية للأم والطفل، هذا ما تم تأكيده في مؤتمر بوخارست عام 1974 (المؤتمر العالمي للسكان) الذي صرح فيه ممثل الجزائر "بأن أحسن حبوب لمنع الحمل هي التنمية". أما في مؤتمر المكسيك 1983 أصبحت الجزائر تقول بأن النمو السكاني هو العامل الأساسي الذي يعيق التنمية ويؤدي إلى التخلف حيث خرج هذا المؤتمر بعدة توصيات من أهمها: توفر وسائل منع الحمل الحديثة واستخدامها من ثم وصل معدل الخصوبة الكلي الى 6.2 طفل لكل امرأة سنة 1985 ليلعب سنة 1987 الى 5.3 طفل لكل امرأة . لكن بعد الأزمة الاقتصادية التي أصابت الجزائر في الثمانينات جراء انخفاض أسعار النفط، تغيرت السياسة السكانية التي كانت تتبعها الجزائر وذلك بتوفير وسائل منع الحمل مجانا وإنشاء مصالح الأمومة والطفولة، وتسيير حملات إعلانية تحث الناس على المباحة بين الولادات. ثم في العشرية الأخيرة من القرن العشرين انخفض معدل الخصوبة ليصل الى 2.6 طفل لكل امرأة سنة 1996 ثم 2.3 طفل لكل امرأة سنة 2008. كل هذه العوامل شكلت نموذج الخصوبة الخاص بالجزائر حيث سنتطرق إليها من خلال دراستنا هذه التي سنحاول فيها إبراز العوامل، المستويات والاتجاهات التي تؤثر على الخصوبة من خلال طرحنا للسؤال الرئيسي التالي: ما هي مستويات الخصوبة واتجاهاتها والعوامل المؤثرة فيها في الجزائر في الفترة الممتدة بين 1970 و 2014؟ وما هي آفاقها الى غاية 2030 ؟

الأسئلة الفرعية:

— ما هي مستويات الخصوبة في الجزائر بين 1970 – 2014؟

— ما هو تأثير التغير في العوامل الاجتماعية على الخصوبة؟

- ما هو تأثير التغير في العوامل الاقتصادية على الخصوبة؟
- ما هي اتجاهات الخصوبة في الجزائر الى غاية 2030؟

2. الفرضيات:

- مستويات الخصوبة في الجزائر بين 1970-2014
- تؤثر المتغيرات الديمغرافية على مستويات الخصوبة.
- تؤثر المتغيرات الاجتماعية على مستويات الخصوبة.
- تؤثر المتغيرات الاقتصادية على مستويات الخصوبة.
- اتجاه الخصوبة في الجزائر الى غاية 2030 في انخفاض مستمر.

3. أسباب اختيار الموضوع:

- اختيار أي بحث علمي يتم بالاعتماد على جملة ن الشروط والمبادئ العامة التي تحدد سبب اختيار هو من بين هذه الشروط التي دفعتنا لاختيار موضوع بحثنا هي:
- معرفة معدلات الخصوبة ومستوياتها.
 - معرفة التطور الذي مس الخصوبة في الجزائر عبر المراحل التي مرت بها منذ أن كانت في فترة استعمار الى ما بعد الاستقلال وحتى يومنا هذا.
 - الشعور بالمشكلة المطروحة وضرورة التحقق منها .
 - محاولة معرفة المتغيرات الأكثر تأثير على الخصوبة.

4. أهداف الدراسة:

- دراسة العوامل الديمغرافية والاجتماعية المؤثرة في الخصوبة.
- تحديد أهمية نسبية تأثير هذه العوامل في الخصوبة اعتمادا على الطرق المتقدمة في التحليل الإحصائي.
- تهدف كذلك الى إثراء الساحة العلمية بمثل هذه المواضيع.
- توفير بعض المعلومات المتعلقة بالخصوبة في الجزائر.
- توضيح الاختلافات في مستويات الخصوبة في الجزائر لوضع خطط تنموية بشكل غير متحيز من أجل رفع المستوى الاقتصادي والاجتماعي.

5. أهمية الدراسة:

- استفادة المسؤولين والمخططين والمهتمين في هذا المجال من نتائج الدراسة مما يسهل لهم عملية إعطاء برامج تنموية وتخطيط مستقبلي عن طريق تقدير اتجاه الخصوبة.
- كون أننا بحاجة الى إجراء مزيد من الدراسات التي تسلط الضوء على العوامل الاجتماعية المؤثرة في الخصوبة وتنظيم الأسرة.

6. تحديد المفاهيم: تعتبر عملية تحديد المفاهيم من الخطوات الأساسية في البحث العلمي لأنها تساعد الباحث على توضيح المعالم الرئيسية للدراسة والتي يستطيع من خلالها أن يوجه البحث في مساره الذي يخدمه ومن بين هذه التعاريف نجد:

1.6 تعريف الخصوبة

لغويًا: الخصب في اللغة تعني الكلاً والعشب في مكان ماء ومنه تربة خصبة، وذهن خصيب ، والخصوبة في علم الأحياء هي القدرة على الحمل وتهيؤ البويضة للتلقيح بعكس العقم.

اصطلاحًا: الخصوبة *Fertilité* في علم السكان هي العدد الواقعي لمن يولدون أحياء فهي خصوبة واقعية *Fertilité* تتميز عن الخصوبة الطبيعية *Fécondité* التي تدل على القدرة الإنسالية¹.

2.6 الخصوبة البشرية: هي العملية المعقدة المسؤولة عن الاستمرار الحيوي للمجتمع وهي تشكل ناحية أساسية في الدراسات السكانية. وتعرف خصوبة المرأة على أنها قدرة المرأة على الإنجاب إذا توافرت لها الظروف الطبيعية².

3.6 الخصوبة البيولوجية: وهي القدرة على الإنجاب سواء تزوجت المرأة أم لم تتزوج ، ومفهوم الخصوبة البيولوجية يختلف عن الخصوبة الفعلية أو الإنجاب الذي يعني عملية إنجاب الأطفال فعلاً³.

4.6 الخصوبة الطبيعية: هي خصوبة المرأة التي لا تلجأ الى استعمال أي وسيلة لمنع الحمل أو الإجهاض أو أي وسيلة أخرى من وسائل تنظيم المواليد⁴. الخصوبة الطبيعية تعني السلوك الإنجابي دون اللجوء إلى استعمال وسائل منع الحمل أو إلى الإجهاض المتعمد ولا أي وسيلة من وسائل تنظيم المواليد الإرادي. 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. ويعرف رولان بريساً "الخصوبة الطبيعية بأنها خصوبة المرأة المتزوجة في غياب استعمال وسائل منع الحمل والإجهاض العمدي". فهذا التعريف يبعد حالات الخصوبة التي تتدخل فيها الرغبة في تباعد الولادات أو تحديدها ، وذلك باللجوء إلى استعمال وسائل منع الحمل و لكن لا يبعد استعمال الرضاعة الطبيعية.

¹ دكتور حسين عبد الحميد رشوان، السكان من منظور علم الاجتماع، المكتب الجامعي الحديث، الطبعة الثانية 2006، ص 12.

² أسيا الشريف، الظواهر الديمغرافية، ديوان المطبوعات الجامعية، الطبعة الثانية، 2015، ص 87.

³ الدكتور حسين عبد الحميد رشوان، مرجع سابق، ص 12.

⁴ محمد السيد، غلاب محمد، السكان ديمغرافيا و جغرافيا، القاهرة، المطبعة الحديثة، الطبعة 2، 1976، ص 33

5.6 الخصوبة الموجهة: تعني الخصوبة الموجهة السلوك الإنجابي في مجتمع يمارس بصفة فعالة وسائل منع الحمل، فالخصوبة الموجهة إذن تعني بما الخصوبة التي تتحكم فيها المرأة أو الزوجين معا وذلك باللجوء إلى استعمال وسائل منع الحمل، ويعرفها رولان بريساً بأنها خصوبة المرأة (أو الزوجين) التي تستعمل وسائل منع الحمل بهدف تحديد أو تنظيم الولادات¹.

6.6 مستويات الخصوبة: مستويات الخصوبة تتفاوت من مجتمع لآخر باختلاف الظروف الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية السائدة في مجتمع معين، ويقصد بمستوى الخصوبة التعرف إلى معدل المواليد الخام ومعدل الخصوبة العام، ومعدلات الخصوبة الكلية والعمرية والإجمالية ودراسة أثر العوامل الاجتماعية والبيئية في تلك المعدلات².

7.6 المؤشر التركيبي للخصوبة: (Indic Synthétique de Fécondité)

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

8.6 مدة الزواج: يقصد بمدة الزواج الفترة التي تعيشها المرأة مع زوجها تحت سقف واحد، وتشمل هذه المدة الفترة التي تكون فيها المرأة معرضة للإخصاب حيث تختلف هذه الأخيرة باختلاف الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية للزوجين وللمعرفة مدى تأثير هذه المدة على الخصوبة في الجزائر نحاول الاعتماد على النساء اللواتي لم يعرفن انفصال في العلاقة الزوجية³.

9.6 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 منذ 1960 وهو طريقة لمنع الحمل لتعيين مجموعة الوسائل التي تعمل على تجنب الحمل⁴.

10.6 تنظيم الأسرة: هي إرادة الزوجين في المباشرة بين ولادتهما، باستخدام وسيلة مشروعة ومأمونة لتأجيل الحمل ما

يناسب ظروفهما الصحية والاجتماعية والاقتصادية وذلك في نطاق المسؤولية نحو أولادهما وأنفسهم⁵.

¹ Pressat R. (1979) : « Dictionnaire de démographie », p77.

² عدنان أحمد محمود مالول، مستويات الخصوبة في محافظة جنين من واقع التسجيل الحيوي لعام 1997، رسالة ماجستير، جامعة النجاح الوطنية، نابلس فلسطين، 2000.

³ عادل بغزة، أسباب تأخر سن الزواج في الجزائر وأثره على الخصوبة، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في الديمغرافيا، جامعة الحاج لخضر باتنة 2008-2009، ص17.

⁴ فطيمة دريد : النمو الديمغرافي وأثره على التنمية الاقتصادية والاجتماعية (دراسة للتنظيم العائلي للأسرة الجزائرية)، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الدولة في علم الاجتماع والتنمية، جامعة قسنطينة، 2006-2007، ص26.

⁵ علي عبد الرزاق جلي: علم اجتماع السكان، دار المعارف، القاهرة، 1984، ص 196

7. الدراسات السابقة:

1.7 الدراسة الأولى: أسباب تأخر سن الزواج في الجزائر و أثره على الخصوبة(دراسة مقارنة بين المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفولة المسح الجزائري حول صحة الأسرة) رسالة ماجستير في الديمغرافيا، جامعة الحاج لخضر باتنة ، إعداد: عادل بغزة.السنة الجامعية: 2008-2009.

التساؤلات:

- ما هي العوامل و الأسباب المؤدية الى تأخر سن الزواج في الجزائر؟
- ما هي آثارها على الخصوبة؟
- هل يتوقع تراجع سن الزواج؟
- ما هي المقترحات و التوصيات لذلك؟

أهم النتائج المتوصل إليها النتائج:

- على الرغم من قلقنا من تأخر سن الزواج و آثاره، فعلى أن نحتزم اختيار البشر في زواجهم أو عدمه فلا نرغم فتاة على زواج لا ترغبه لمجرد التخلص من شح العنوسة.
- الاهتمام بدعم شبكة العلاقات الأسرية و الاجتماعية التي تيسر التعارف و التزاوج وتعزز الثقة المشجعة على الاقتران.
- تبسيط وتسهيل إجراءات الزواج ونفقاته بما يتناسب مع الظروف الاقتصادية و الاجتماعية الحالية.
- إتاحة فرص العمل للشباب العاطل، فالشباب العاطل الغير متزوج يعيش حالة من عدم الاستقرار وهذا يؤدي إلى شيوع حالة من عدم الاستقرار في المجتمع ككل ينتج عنها الكثير من مظاهر التطرف أو الانحراف.

2.7 الدراسة الثانية: العوامل المؤثرة في عملية النسل ،رسالة ماجستير في علم الاجتماع العائلة و السكان،جامعة بن يوسف بن خده من إعداد: يانس خديجة. السنة الجامعية: 2008-2009.

التساؤلات:

- هل الحصول على أطفال من جنس واحد يؤدي بالوالدين الى عدم الاستجابة لتنظيم النسل؟
- هل المركز الاجتماعي للمرأة يزيد من استجابة الزوجين لتنظيم نسلها؟

– هل ارتفاع قيمة الطفل يزيد من استجابة الزوجين لتنظيم نسلها؟

– هل انتشار الوعي لدى الزوجين يزيد من تنظيم النسل؟

أهم النتائج المتوصل إليها:

من خلال العلاقة بين مكانة المرأة وعدد الأطفال نلاحظ أنه حتى المرأة التي ترى في أن مكانة المرأة تكمن في بقاءها في البيت والإنجاب هي حريصة على تنظيم النسل ولديها عدد قليل من الأطفال وذلك بـ 52.94% .

3.7 الدراسة الثالثة: تأثير الانتقال الصحي على الخصوبة في الجزائر، شهادة ماجستير في الديمغرافيا، جامعة الحاج لخضر –

باتنة- إعداد: عنصر مفيدة. السنة الجامعية: 2008-2009.

التساؤلات:

– ما هي مراحل الانتقال الصحي في الجزائر؟

– ما هي أهم التطورات التي شاهدها الخصوبة في الجزائر؟

– كيف أثرت المراحل الصحية على تغيير الخصوبة في الجزائر؟

أهم النتائج المتوصل إليها:

– تم التوصل من خلال دراسة الانتقال الصحي في الجزائر إلى النتائج التالية:

*تراجع الأمراض المعدية.

*انتشار الأمراض الغير معدية والتي عرفت بالأمراض المزمنة والمستعصية.

*ارتفاع الحوادث الناجمة عن العنف.

– كما تم التوصل من خلال دراسة الخصوبة إلى أن معدلات الخصوبة في الجزائر قد عرفت انخفاض كبير ويرجع الفضل في

ذلك إلى تدخل مختلف العوامل سواء كانت وسيطة أو غير وسيطة في ذلك.

8. صعوبات الدراسة:

من الطبيعي عند دراسة أي موضوع سواء كانت دراسة نظرية أو تطبيقية وجود صعوبات تواجه الباحث خلال القيام

ببحثه ومن بين الصعوبات التي واجهتها خلال هذا البحث:

- صعوبات متعلقة بالموضوع من ناحية الإحصاءات السنوية المتعلقة ببعض المتغيرات.
- قلة المراجع المتعلقة باللغة العربية.
- أيضا صعوبة في ضبط إشكالية الموضوع من خلال الإحصائيات المتعلقة بالخصوبة.

الإطار النظري

تمهيد الفصل

أولاً: بعض النظريات المفسرة للخصوبة

ثانياً: التحليل السوسولوجي للخصوبة

ثالثاً: أسباب ارتفاع و انخفاض الخصوبة في الجزائر

رابعاً: تطور الخصوبة في الجزائر

خامساً: تطور معدلات الخصوبة في الجزائر

سادساً: تباينات الخصوبة وتطورها في الجزائر

خلاصة الفصل

تمهيد

تعد الخصوبة من أهم المحددات الأساسية لزيادة السكان حيث من الضروري دراستها وتحليلها لمعرفة المراحل المختلفة في تغيرات النمو السكاني وتتبع اتجاهات الزيادة السكانية، كما تعتبر الخصوبة ذات أهمية بالغة لدى الباحثين في علم الديمغرافية بحيث تتأثر بعدة عوامل ديمغرافية واجتماعية واقتصادية مما يؤدي الى انخفاض أو ارتفاع معدلاتها والتي تتأثر بعوامل مباشرة (كاستعمال وسائل منع الحمل، السن عند الزواج الأول وعدد الأطفال الأحياء...) أما العوامل الغير مباشرة فهي متعلقة بعملية التنمية الاقتصادية والاجتماعية (كالتعليم، العمل، الدخل).

وفي هذا الفصل النظري للدراسة سنتطرق الى معرفة مستويات الخصوبة في الجزائر التي تعتبر من العناصر الديمغرافية الرئيسية التي تلعب دورا أساسيا في تحديد معدلات النمو السكاني والتركيب العمري والنوعي للسكان، وفق بعض المؤشرات كالمعدل الخام للمواليد والمؤشر التركيبي للخصوبة العامة والمعدل الخام والصافي للتكاثر كما سنتطرق إلى العوامل المؤثرة في الخصوبة واتجاهاتها.

أولا: بعض النظريات المفسرة للخصوبة:

1. نموذج المتغيرات الوسيطة للخصوبة لكل من " ديفس و بليك : (1956)

يقوم على دراسة أثر مجموعة من المتغيرات التي تؤثر مباشرة على مستوى الخصوبة والإنجاب لدى المرأة وأثرها على معدلات النمو السكاني وإبراز مفهوم العرض من الأطفال لدى الأسرة وخاصة المواليد الباقين على قيد الحياة في الأسرة، ومفهوم الخصوبة الطبيعية في المجتمع وإبراز علاقتها مع المتغيرات الأخرى.

يعتبر كل من " ديفس و بليك " أول من أشارا إلى القدرة البيولوجية على الإنجاب لدى المرأة وأول من حاولا كشف المتغيرات والعوامل المؤثرة فيها من خلال ما سماه نموذج المتغيرات الوسيطة للخصوبة حيث أوضح أن هذه المتغيرات تتوسط بين الخصوبة وبين المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية، يسمى مستوى الخصوبة، كما قسما هذه المتغيرات الوسيطة إلى :

أ-عوامل الاتصال الجنسي مثل:

- العمر عند دخول الحياة الجنسية.

-العزوبية بين النساء.

-مدة الفترة الأخصائية المنقضية بين الأزواج الضائعة بسبب الطلاق أو الترمول... الخ.

ب -العوامل المؤثرة في العرض إلى الاتصال الجنسي (ضمن نطاق الزواج) مثل:

1-الامتناع الإرادي عن ممارسة الجنس.

2-الامتناع غير الإرادي عن ممارسة الجنس (سفر الزوج، مرضه، أو مرض الزوجة).

3-تكرار الجماع (باستثناء فترات الامتناع).

ج -المتغيرات المؤثرة على الحمل واستخدام وسائل منع الحمل بأنواعها ووجود العقم أو غيره.

د -المتغيرات المؤثرة على الولادة والإخصاب مثل وفيات الأجنة لأسباب إرادية أو غير إرادية.

2. نظرية بيكر واسترالين (1973-1979):

لقد تم تقديم مساهمات مهمة ونظريات عديدة تناولت موضوع الخصوبة ومحدداتها والعوامل المؤثرة فيها منها مساهمات كل من بيكر (Beker) 1973 واسترالين (Easterlin) 1979، أن دراسة موضوع الخصوبة هو ابرز المجالات السكانية تعرضا للدراسة والتقصي والتحري فقرار الإنجاب عند بيكر هو قرار اقتصادي راشد يحقق أكبر منفعة ممكنة ضمن الأسعار والدخل والفروق وبهذا نظر إلى الأطفال على أنهم سلعة تتنافس مع باقي السلع ضمن سلة السلع التي يختارها الفرد ضمن إمكاناته المادية وذوقه الذي يتحدد بالدين والعرق أعطى أهمية لنوعية الأطفال حيث قسمها إلى:

- نوعية متوقعة كالطاعة، التعليم والقدرة على اتخاذ القرار.
- نوعية غير متوقعة، كالجنس والصفات الجسمية الموروثة.

خلص بيكر في نموذجه إلى أن الخصوبة تتحدد بالدخل، تكاليف الأطفال، الذوق والنوعية الغير متوقعة للأطفال.

أما استرالين فقد بني نظريته على نفس نموذج بيكر إلى انه رأى ضرورة اخذ الدخل المتوقع عبر الزمن بعين

الاعتبار ، إضافة إلى الدخل الفعلي الحالي وركز على أهمية التكاليف غير المباشرة للأطفال مثل الدخل المتوقع لمن

يقوم بالعناية بالطفل، سواء كانت الأم أو غيرها من أفراد الأسرة. وقد فسر استرالين علاقة التنمية والتحضر بالخصوبة ويرى أن

التنمية تعني تحسن صحة الأم وانخفاض وفيات الأطفال، مما ينقل الأسرة من وضع يكون فيه زيادة في الطلب على الأطفال إلى

زيادة في الإنتاج المحتمل وفي الوقت نفسه يتغير الذوق فتميل الأسرة إلى زيادة الاستهلاك من السلع والخدمات ضمن ميزانية

محدودة، مما يؤدي إلى وجود حافز لضبط الخصوبة وإنجاب عدد اقل من الأطفال ومع الوقت سيصبح حجم الأسرة هو الحجم

المرغوب، بشرط توفر وسائل منع الحمل وخفض كلفتها المادية والنفسانية (أي إقرار استعمالها)¹.

من ثم تطورت هذه الأبحاث حتى برزت النظرية الاقتصادية في الخصوبة التي تفرض وتعتمد على الأسرة التي

تتمتع بمنهج عقلائي ومنفعي تقارن به عملية الإنجاب مع الاحتياجات والضروريات الأخرى من الحياة. وقد تم

التوصل إلى مثل هذا الافتراض بناء على دراسات أبحاث كثيرة ساهم فيها علماء وباحثوا الاقتصاد والاجتماع معا

حيث أن الاقتصاديين وخاصة أصحاب " مدرسة شيكاغو" الذين طبقوا الاقتصاد الكلاسيكي الحديث على الأسرة بحيث اعتبروا

أن الأسرة هي نوع من أنواع المؤسسات الإنتاجية في الاقتصاد حيث تم استخدام مفهوم " رأس المال البشري" ومفهوم "وظيفة

الإنتاج العائلي" أي أن الأسرة (الزوج والزوجة) تم اعتبارها مؤسسة مهمة في اتخاذ قرارات حيوية من حيث كيفية استثمار هذه

الموارد واستغلالها في إنجاب الأطفال.

هنا نجد أن النظريات الاقتصادية ربطت ضبط الخصوبة بالجوانب الاقتصادية للأسرة والعوامل الاقتصادية لا

تتحكم وحدها في عملية ضبط الخصوبة بل هناك عوامل أخرى اجتماعية وثقافية تلعب دور بارز في التأثير على الخصوبة².

¹ لجناف عبد الرزاق، تطبيق نماذج الاقتصاد القياسي في تحديد عوامل الخصوبة في الجزائر دراسة ميدانية معطيات 1992، رسالة ماجستير في الاقتصاد القياسي، جامعة الجزائر 2011-3-2012، ص32.

² لجناف عبد الرزاق، نفس المرجع السابق، ص 33.

3. عرض نظري لنموذج **BONGAARTS** :

إن مستويات واتجاهات الخصوبة تتأثر بعدة عوامل منها: الاجتماعية كمكان الإقامة والاقتصادية كمستوى المعيشة والثقافية كالمستوى التعليمي للزوجين . تؤثر هذه العوامل بطريقة غير مباشرة على الخصوبة، فإذا أخذنا مستوى التعليمي للمرأة، فهذا المتغير سوف يؤثر بطريقة سلبية على الخصوبة ولكن أثره على هذه الظاهرة غير مباشر بمعنى هناك عوامل أخرى تؤثر من خلالها المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية على معدل الإنجاب¹ سميت هذه العوامل "المتغيرات الوسيطة للخصوبة" وتعود هذه العبارة الى الباحثين **KINGSLEY DAVIS ، JUDITH BLAKE** اللذان عدا إحدى عشر متغيراً مصنفة في ثلاثة أقسام :

- 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 إرادياً أو لا إرادياً.
- متغيرات خاصة بالحمل :خصوبة الأزواج، استعمال وسائل منع الحمل، طول فترة الرضاعة الطبيعية .
- متغيرات تؤثر على الحمل :الإجهاض العمدى أو العفوي، وفيات الأطفال 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 بالخصوبة².

4. الانتقال الديمغرافي في الجزائر: مر النمو الديمغرافي في الجزائر بثلاث مراحل تتمثل فيما يلي:

أ. مرحلة التذبذب السكاني(المرحلة الابتدائية): 1830-1866

هذه المرحلة تتميز بإرتفاع معدل المواليد حيث تراوح بين 40-50 بالألف و معدل وفيات مرتفع يتراوح كذلك ما بين 25-35 بالألف، حيث تعرض السكان في هذه المرحلة للحروب و الأوبئة والمجاعات التي تعمل على رفع معدلات الوفيات في سنوات حدوثها الى حد مرتفع، كما يرتفع معها معدل وفيات الأطفال الرضع ارتفاعاً قد يصل الى 300 بالألف و يترتب على هذا وذاك انخفاضاً في معدل النمو الطبيعي للسكان.

تبدأ هذه المرحلة منذ بداية الاحتلال الفرنسي مستغرقة بذلك حوالي 56 سنة أي من 1830 إلى غاية 1886 وتعتبر هذه المرحلة من اخطر المراحل التي مر بها النمو الديمغرافي في الجزائر "بحيث ظل نمو السكان يسير نحو الانخفاض بصورة مذهلة ومستمرة، ففي سنة 1830 قدرت السلطات الفرنسية سكان الجزائر حسب إحصائيات قامت بها بنحو 3 مليون نسمة في حين دلت النتائج الخاصة بإحصاء سنة 1972 بأن عدد سكان الجزائر قد انخفض عن إحصائيات سنة 1830 وكان هذا خلال أربعين سنة وقد يرجع ذلك إلى مجموعة من العوامل المهمة³ نذكرها:

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.

³ عبد القادر رزيق المخادمي، الانفجار السكاني في العالم - من تحديات العولمة إلى الفجوة الرقمية - دار الفجوة للنشر و التوزيع، 2005، ص 75.

- اجتياح الجزائر خلال تلك الفترة أنواع مختلفة من الأمراض الفتاكة كالأوبئة ومرض الطاعون الذي اجتاح البلاد والذي قضى على ما لا يقل عن 40 ألف نسمة من السكان إضافة الى المجاعة التي اجتاحت الجزائر في سنة 1866 م والتي أودت بحياة أكثر من 400 ألف نسمة من الجزائريين.
- بفعل الاحتلال الفرنسي للجزائر كانت هناك وضعية خطيرة أدت إلى الحروب الاستعمارية وقيام ثورات مستمرة ظل الجزائريون يشغلونها ضد الاستعمار الفرنسي بين كل فترة وأخرى وكانت السلطات الفرنسية تجذب بذلك ذريعة من اجل القيام بعمليات الإبادة الجماعية لقرى بأكملها وتأميم ممتلكات المواطنين للقضاء على تلك الثورات المتجددة، ومن نتائج هذه الثورات والحروب الاستعمارية التقتيل والإبادة للسكان ومن ثم نقص كبير في عدد السكان نتج عنه تفهقر سكاني كبير.

ب. مرحلة الاستقرار والنمو السكاني البطئ (المرحلة الانتقالية): 1921-1986

تتميز هذه المرحلة بنمو مميز للسكان يرجع للانخفاض المطرد في معدل الوفيات مع بقاء معدل المواليد مرتفع ، لتتسع الهوة بين المواليد والوفيات وبالتالي يرتفع معدل الزيادة الطبيعية بحيث تزيد على 20 بالألف بل تصل الى 30 بالألف وتأتي هذه المرحلة مباشرة بعد المرحلة الابتدائية والتي يسميها البعض بالانفجار السكاني وبدأ الشعوب في دخول هذه المرحلة الانتقالية حيث يستقر نظام الحكم وينتشر الأمن ويطمئن الناس على مورد ثابت للرزق ويبدأ التعليم في الانتشار وتتقدم الرعاية الصحية مما يترتب عن كل هذا الانخفاض في معدلات الوفيات بينما لا يتأثر معدل المواليد مما يؤدي الى الانفجار السكاني.

وقد استغرقت هذه المرحلة من مراحل الانتقال الديمغرافي في الجزائر حوالي 35 سنة حيث امتدت من 1886 إلى غاية 1921 وهذه المرحلة تميزت بالثبات والاستقرار في وتيرة النمو السكاني في الجزائر، وكانت الزيادة السكانية خلالها تقدر بـ 0.4% وقد زاد عدد سكان الجزائر ما بين 1911 و 1921 بحوالي 79 ألف نسمة وهي زيادة بسيطة لاسيما بعد وخلال قيام الحرب العالمية الأولى أي خلال الفترة الممتدة ما بين 1914 و 1918 والتي جندت لها فرنسا خيرة أبناء الجزائر حيث قتل منهم على جبهات القتال 35 ألف نسمة حسب الإحصائيات الرسمية الفرنسية¹.

ومما لا يمكن تجاهله هو أن فرنسا قد أجبرت الجزائريين على الخدمة العسكرية وهذا بما أفتت به في سنة 1912 وهو القانون الخاص بالخدمة العسكرية وأجبرتها على أبناء الجزائر مما اضطر الكثير من الأسر الجزائرية إلى مغادرة الجزائر نحو المغرب والمشرق أو إفريقيا لكي لا يعمل أبنائهم ضمن صفوف الجيش الفرنسي هذا من جهة ، ومن جهة أخرى أصبحت الأسر الجزائرية تعمل المستحيل من اجل إخفاء المواليد الجدد عن السلطات الفرنسية
تهرب من التسجيل في السجلات الرسمية وبالتالي الإعفاء من الخدمة العسكرية.

ج. مرحلة النضج السكاني: 1921-1978

تعتبر هذه المرحلة الأخيرة تتميز بنمو بطئ للسكان وتنتقل الشعوب الى هذه المرحلة بعد أن تسود وسائل الإصلاح في شتى نواحي المجتمع وتحسن مستوى المعيشة لتلك الشعوب. وما يميز هذه المرحلة أيضا الارتفاع في وسيط العمر إذا يتراوح في

¹ عبد القادر رزق المخادمي، المرجع السابق، ص 79 .

هذه المرحلة بين 70 سنة وأكثر و بالتالي ارتفاع نسبة الشيخوخة. وقد وصل الى هذه المرحلة كل من دول القارة الأوروبية وأمريكا الشمالية فضلا عن اليابان التي لم تصل الى هذه المرحلة إلا في أوائل الخمسينات من القرن العشرين ولكن الجزائر لم تصل الى هذه المرحلة بعد.

وتبدأ هذه المرحلة من سنة 1921 لتستمر إلى ما بعد سنة 1978 ومن المقارنة بين إحصائيات 1921 و 1960 نجد أن عدد السكان في الجزائر قد تضاعف بصفة ملحوظة جدا، مع العلم أن الجزائر قد عاشت بأبنائها سنوات الحرب العالمية الثانية (1939- 1945) التي أيددا فيها على جبهات القتال دفاعا عن سيادة فرنسا ما يزيد عن 50 ألف جزائري حسب الإحصائيات الرسمية الفرنسية، إضافة إلى ما تقدم كانت هناك مجازر 08 ماي 1945 والتي أسفرت عن استشهاد 45 ألف حسب الإحصائيات الرسمية الفرنسية، زيادة على ما خلفته الحرب الجزائرية الأخيرة في الفترة 1945-1962 والتي أسفرت عن استشهاد المليون والنصف مليون شهيد من أبناء الجزائر¹.

ورغم كل ما سبق ذكره خلال هذه المرحلة فإن الزيادة السكانية في الجزائر استمرت بمعدل 200 ألف نسمة في السنة الواحدة، ويرجع ذلك إلى مجموعة من الاعتبارات نذكر أهمها:

- اختفاء المجاعة التي طالما عانت منها الجزائر.
 - تراجع أو اختفاء الأوبئة أو كما عرف في ذاك الوقت سرطان الشعوب الضعيفة.
 - الزيادة في العناية الصحية مع ظهور اكتشافات كبيرة في مجال الطب.
- ولقد تضاعف عدد سكان الجزائر ثلاث مرات في الفترة الممتدة ما بين 1962 و 1988 (تاريخ إجراء تعداد للسكان) كما عرفت معدلات زيادة السكان تغيرات كبيرة حيث تراوحت بين 0.5% خلال الفترة الممتدة ما بين 1901 و 1905، 1.7% في سنة 1996، وبلغت أعلى قمة في الفترة الممتدة ما بين 1951 و 1985 وخلال هذه الفترة ظل معدل النمو الديمغرافي يتجاوز 3% إلى غاية 1999².

ليصل الى أعلى معدل له في بداية السبعينيات بـ 50.16 بالألف. على عكس الوفيات فقد كانت مرتفعة جدا في البداية (أكثر من 34 بالألف) ثم بدأت في الانخفاض التدريجي مزامنة مع بؤادر الحرب العالمية الثانية، هذا الانخفاض زادت حدته في بداية الخمسينيات ليعود الى حالة البداية مع نهاية الحرب.

سجل أعلى معدل للوفيات في الفترة ما بين 1941-1945 بنسبة 43.1 بالألف ليتراجع بعد ذلك، ماعدا ذلك المسجل في الفترة 1968 أين ارتفع ارتفاعا نسبيا 17.37 بالألف.

وفي هذه المرحلة عكس لنا كل من مؤشر (معدل المواليد ومعدل الوفيات) الحالة التاريخية لسكان الجزائر، اثر تدهور الحالة الصحية والمعيشية للسكان آنذاك مع افتقاد كلي لممارسة تنظيم النسل في هذه الفترة.

ثانيا: التحليل سوسيو-ديمغرافي للخصوبة:

¹ عبد القادر رزيق المخازمي، مرجع السابق، ص 79.

² عبد القادر رزيق المخازمي، مرجع السابق، ص 83.

1. تعريف الخصوبة: نجد أن (عاطف غيث) أدرج مصطلح الخصوبة ضمن الاستخدام الديمغرافي الحديث حيث أنه يشير الى المعدل الفعلي للمواليد. كما أنه يشير أحيانا الى القدرة على إنجاب الأطفال أو القدرة على التوالد، وتلك الفترة تنحصر بين 15-149¹.

ويوضح (مارت سون بيتس) المقصود بالقدرة الإنجابية، ويحللها بيولوجيا بقوله: "إن التركيب الفيزيولوجي هو الذي يحدد المدى الممكن لخصوبة الإنسان ، وتستغرق قابلية الولادة لدى المرأة 35 سنة اعتبار من تاريخ بلوغها أي من بداية الحيض الى غاية انقطاعه، وخلال هذه المدة تصبح إحدى البويضات ناضجة مرة كل 28 يوم على وجه التقريب، فإذا لقحت تتوقف عملية إفراز البويضات 9 أشهر (بمعنى وجود حمل) ينمو من خلالها الجنين ويتطور وبعد 9 أشهر (الولادة) إن أروع المولود من الثديين يصبح إفراز البويضات غير منتظم وهكذا يكون لدى كل امرأة طاقة كامنة تتيح لها أن تلد 20 مرة بغض النظر عن إنجاب التوأم².

2. الخصوبة في علم السكان: هي خصوبة الزوجين والتي يقصد بها عدد أطفالهما الذين يولدون أحياء، وهي خصوبة مقصودة أو مخططة، وقد تقف عند طفل واحد. فالأسرة المخصاب هي من ولدت ولو طفلا واحدا، بعكس الأسرة العقيم التي لم تنجب. أما خصوبة السكان أو أي طبقة منهم فتعني العدد التكراري أو المعدل الإجمالي للمواليد بينهم³.

3. تعريف الخصوبة حسب الأمم المتحدة للسكان: هي المعدل الإجمالي الذي يعني متوسط عدد الأطفال الذين يولدون لامرأة واحدة في حياتها إذ كان سلوكها في مجال الخصوبة متماشيا مع سلوك مجموعتها العمرية، أما خصوبة مستوى الإحلال فهي تعني معدل خصوبة إجمالي 2.1 طفل ويعني ضمنا في متوسط أن الأزواج ليس لديهم من الأطفال إلا ما يكفي للحلول محلهم⁴.

4. مصادر جمع البيانات لدراسة الخصوبة: تعتمد دراسة الخصوبة على إحصائيات المواليد الأحياء، وبهذا لا يتم الأخذ في الحسبان المواليد الأموات ضمن هذه الدراسة. ويمكن الحصول على بيانات خاصة بهذه الظاهرة من ثلاث مصادر رئيسية:

أ. الإحصاءات الحيوية: تأتي الإحصاءات الحيوية وخاصة تسجيل المواليد أول المصادر الإحصائية للخصوبة.
ب. التعدادات السكانية: توفر التعدادات السكانية بيانات جيدة عن الخصوبة في بعض الأحيان، وذلك يعتمد على طبيعة الأسئلة الموظفة في الاستمارة أو استبيان التعداد مع العلم أن التعداد هو مصدر للبيانات عن تركيب السكان النوعي والعمرى والزواجي، وبعض المتغيرات التي ترتبط بالخصوبة مثل: الحالة الزوجية، السن عند أول زواج، مدة الحياة الزوجية⁵.

ج. المسح بالعينة: توفر المسوحات المعتمدة على عينات البيانات التفصيلية اللازمة لدراسة الظاهرة، فهي يمكن أن توفر لنا البيانات نفسها والتعرف على أبعاد لا يمكن فحصها من خلال بيانات التعدادات⁶.

¹ محمد عاطف غيث، قاموس علم الاجتماع، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 1999، ص 189.

² دونيس رونج، علم السكان، تر: محمد صبحي عبد الحكيم، مكتبة مصر، القاهرة، 1967، ص ص 73-87.

³ واجي بوجعة، مستويات و توجهات الخصوبة في الجزائر (دراسة حالة بلدية أدرار)، رسالة ماجستير في الديمغرافيا، 2013-2014، ص 26.

⁴ عبد الله عطوي، جغرافيا السكان، دار النهضة العربية، بيروت، 2001، ص 113.

⁵ دودو نعيمة، تأثير عمل المرأة على معدلات الخصوبة، رسالة ماجستير في علم الاجتماع، جامعة فرحات عباس، سطيف، 2010-2011، ص 102.

⁶ دودو نعيمة، نفس المرجع السابق، ص 103.

د. الحالة لمدنية: حيث تمثل أحد أهم المصادر التي تكمننا من التعرف على المتغيرات المؤثرة في الخصوبة.

5. العوامل المؤثرة في الخصوبة:

تتأثر الخصوبة في أي مجتمع بخصائصه الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية، حيث قام عدد من الباحثين بمحاولات للتعرف على شكل العلاقة بين الخصوبة وهذه الخصائص وقوة تأثير كل منهما على الآخر، ومن المعروف أن تأثير وتركز الخصائص على تلك المتعلقة بالمرأة بالدرجة الأولى ثم الزوج والأسرة ومحيط الأسرة، وهذه الخصائص المتعلقة بالمرأة من الناحية الديمغرافية هي سنها الحالي، السن عند أول زواج واستخدام وسائل تنظيم الأسرة، أما العوامل الاجتماعية فتشمل الحالة الزوجية، المستوى التعليمي والحالة الصحية، وفيما يخص العوامل الاقتصادية فتشمل في عمل المرأة، الدخل:

1. المتغيرات الديمغرافية:

السن عند الزواج الأول: تعتبر تركيبة السكان من الناحية الزوجية من أهم العوامل الوسيطة التي تؤثر تأثيرا مباشرا على مستويات واتجاهات واختلافات الخصوبة فالعمر عند الزواج ونسبة المتزوجين والمطلقين والأرامل بين السكان لها دور هام في تحديد الفترة الزوجية التي ترتبط ارتباطا طرديا بمعدلات الإنجاب، وقد نتج عن تأخر السن عند الزواج فروق في الإخصاب نتيجة لعوامل فيزيولوجية. فالنساء اللواتي هن في سن متأخر تقل قدرتهن على الإنجاب، فكما هو متعارف عليه علميا أن فترة الإخصاب عند النساء محددة من سن البلوغ إلى سن اليأس ويختلف هذا الأخير. من مجتمع إلى آخر ومن عائلة لأخرى¹. وكشفت بيانات المسوحات والدراسات الاستقصائية المختلفة انخفاض كبير في متوسط العمر عند الزواج الأول بين سنتي 1966 و 1998، حيث ارتفع سن الزواج بالنسبة للنساء من 18.3 سنة إلى 27 سنة وبالنسبة للرجال من 23.3 سنة إلى 31 سنة² في حين سجل سنة 2008 29.3 سنة بالنسبة للإناث و31.3 سنة بالنسبة الذكور..

جدول رقم 01: تطور سن الزواج الأول في الجزائر حسب الجنسين من 1948-2008

السنوات	إناث	ذكور	السنوات	إناث	ذكور
1966	18.3	23.3	1998	27.6	31.3
1977	20.9	25.3	2002	29.6	33
1987	23.7	27.6	2008	29.3	31.3

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات تعداد 1966-1977-1987-1998-2002 ESAF

¹ مشتي سامية، الخصوبة المفضلة و تنظيم الأسرة، مذاكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في الديمغرافيا، جامعة الجزائر، 2003-2004، ص 30.

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

2.1. عمر الأم الحالي: يعتبر عمر الأم الحالي من أهم العوامل المؤثرة في مستويات الخصوبة السكانية حيث بينت الدراسات السابقة أن هناك علاقة وثيقة بين عمر الأم الحالي وعدد الأطفال المنجيين أي كلما زاد عمر الأم الحالي زاد عدد المواليد الذي أنجبته المرأة، فالمرأة المتقدمة في السن يكون لها عدد أكبر من الأولاد على عكس المرأة الأصغر سن وهذا كونها أمضت مدة أطول في الزواج. كما نضيف أن النساء الكبيرات في السن قد يتميزن بتدني المستوى التعليمي وهذا راجع الى عدم المساواة بين الرجل والمرأة وهو ما يعرف بتفضيل الذكر على الأنثى بما أدى الى عدم الاهتمام بتعليمها والذي من المفروض هو الوسيلة لتوعيتها بوسائل منع الحمل وتنظيم الأسرة وأهمية المبادعة بين الولادات¹.

3.1 استعمال وسائل منع الحمل: تعد الدراسات والمجهودات التي أجريت في الجزائر من أجل تنظيم الأسرة، من بين العوامل الرئيسية التي أدت لانخفاض معدلات الإنجاب في العديد من الدول، وتوصلت معظم هذه الدراسات الى وجود علاقة عكسية بين معدلات الإنجاب واستعمال وسائل منع الحمل إذ يعتبر هذا الأخير المسؤول على خفض الخصوبة

4.1 مدة الحياة الزوجية: تعبر هذه المدة الفترة التي تقضيها المرأة مع زوجها دون انفصال، بحيث تؤثر هذه المدة بشكل كبير على عدد الأطفال المنجيين لهذه المرأة خاصة إذا كانت ضمن فترة الإنجاب (15-49) سنة ولقد أكدوا خبراء السكان على أهمية تأثير المدة الزوجية على الخصوبة، بحيث العلاقة بين مدة الحياة الزوجية ومتوسط الأطفال المنجيين هيا علاقة طردية أي أنه كلما طالت مدة الحياة الزوجية كلما كانت قدرة المرأة على إنجاب أكبر عدد من الأطفال².

2. المتغيرات الاجتماعية:

1.1 المستوى التعليمي للمرأة: قد أظهرت نتائج التعدادات والمسوح التي أجريت على المستوى الوطني صحة الافتراض المبني على أن العلاقة بين المستوى التعليمي والخصوبة هي علاقة عكسية حيث أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة كلما كان نسلها النهائي منخفض وهذا راجع الى:

*تأخر سن الزواج وتضاعف احتمالات مساهمتها في النشاط الاقتصادي أو على الأقل ظهور محفزات لا يمكن بلوغها في حالة وجود عدد كبير من الأطفال ، أي أن التعليم يولد رغبات جديدة تتعارض مع كثرة الأطفال كما يمكن المرأة من الاطلاع على الاستخدام والتحكم الجيد في وسائل منع الحمل³.

ووفقا لدراسة أجرتها الأمم المتحدة تقول: " أن المرأة التي لم تستكمل سبع سنوات من التعليم المدرسي تنجب في المتوسط ثلاث أطفال أقل من نظيرتها التي لم تلتحق بالمدرسة، ويرجع السبب في هذه الحالة الى تأخر سن الزواج الى التنظيم في النسل"⁴.

¹ تمزت بلحول، تطور الخصوبة في ظل التغيرات السوسيواقتصادية، رسالة ماجستير تخصص ديمغرافيا اقتصادية و اجتماعية، 2012-2013، ص64.

² تمزت بلحول، نفس المرجع السابق، ص65.

³ عنصر مفيدة، تأثير الانتقال الصحي على الخصوبة في الجزائر، رسالة ماجستير في الديمغرافيا، 2008-2009، ص69.

⁴ نوري أن مازور، ما وراء الأرقام قراءات في السكان و الاستهلاك و البيئة، تر: هدره سيد رمضان.خير حافظ نادية، الجمعية المصرية للنشر المعرفة و الثقافة العالمية، القاهرة، 1994، ص 141.

وفي دراسة للدكتورة " عليا شكري " حول العلاقة بين التعليم والخصوبة من خلال التعرف على المستوى التعليمي وعدد الأطفال المنجبين بالفعل، حيث وضحت بيانات توزيع الإخباريات في الريف والحضر وفقا لعدد الأطفال والمستوى التعليمي، كما أن التعليم يرشد السلوك الإنجابي الى حد كبير فالمتعلمات تعليم عاليا ومتوسط عددهن في الريف والحضر يبلغ 11 زوجة ينجن ما بين (2 الى 4) طفل والمنطق الذي يحكم السلوك الإنجابي لديهن لا يقاس بمقدار إنجاب عدد أكبر من الأطفال بقدر ما يوفر من وقت لتربية ذلك العدد القليل وما تقتضيه من متابعة صحية وتعليمية ليحصلوا على الشهادات العليا مستقبلا¹.

2.2 السكن:

تعتبر ظروف السكن وخصائص مساكن الأسرة المعيشية إحدى العوامل المؤثرة على الخصوبة حيث نجد أن عدد الأسر العادية بلغ 5776441 أسرة سنة 2008 موزعين في مناطق مختلفة بحيث نجد 71.3% في التجمعات الحضرية الرئيسية 15.79% في التجمعات الحضرية الثانوية أما المناطق المبعثرة نجد 13% وكذلك بلغت الحظيرة السكانية المشغولة سنة 2008 حوالي 5244347 حظيرة وعلى الرغم من كل هذا إلا أننا نجد أغلب الأسر تعاني من مشكل السكن لهذا يعتبر من إحدى محددات الخصوبة الهامة لأنه عندما تكون الأسرة تعاني من مشكل قلة الغرف فإنها تفكر في عدم الإنجاب².

3.2 العادات و التقاليد: مارست العادات والتقاليد المتوارثة تأثيرا ايجابيا في النمو السكاني، من خلال تأثيرها في مستويات الخصوبة خاصة في المجتمعات التقليدية التي تعتقد الأسرة الكبيرة من دواعي الفخر والاعتزاز، ويظهر تأثير العادات في المجتمعات الريفية حيث تعتبر تلك المجتمعات أن إنجاب المزيد من الأطفال هو قوة اقتصادية واجتماعية للأسرة. إضافة الى أن الأطفال يشكلون عنصرا مهما في الشيخوخة³.

3 المتغيرات الاقتصادية:

1.2 عمل المرأة: مساهمة المرأة في النشاط الاقتصادي ، يعتبر من أهم العوامل المؤثرة في انخفاض الخصوبة في الجزائر، ويرجع ذلك إلى التعارض الموجود بين ممارسة المرأة لمهنة ما وكثرة الإنجاب، إذ نجد أن خروج المرأة إلى العمل ومشاركتها في بناء وتشبيد الوطن، بإعتلائها للمناصب العليا قضت على الدور التقليدي لها وما يمكن قوله بالبرهان العددي أن عدد النساء المشتغلات في الجزائر في تزايد مستمر فقد ارتفع عدد المشتغلات من 660 ألف سنة 1992 إلى 766 ألف في سنة 1995 أي بنسبة 10% من مجموع السكان المشتغلين الى 16.6%⁴. وعليه فإن العلاقة بين عمل المرأة وخصوبتها جد معقدة فلوا افترضنا أن ممارسة المرأة للمهنة أيسر وأسهل بالنسبة للواتي أنجن عدد قليل من الأولاد من اللواتي أنجن عدد كبير من الأولاد فإن ذلك يؤدي بضرورة الحال إلى أن بعض النساء يقومن بتحديد حجم أسرهن ليتمكن من العمل، غير أن إحصائيات بعض

¹ علياء شكري، المرأة بين الريف والحضر، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1998، ص279.

² ons.retrospective statistiques 1970-2002,ons,edition2005,p11.

³ تمزت بلحول، مرجع سبق ذكره، ص67.

⁴ وزارة الصحة و السكان MSPRH، سنة 1995 ، رقم 226 ، ص 03 .

المسوح والتحقيقات التي أجريت في الجزائر أكدت على أن كبر حجم بعض الأسر وتدني مستوى معيشتها هما السبب الرئيسي في خروج المرأة إلى العمل.

و يبقى تشجيع تشغيل المرأة وخاصة إذا اقترن بتعليمها وتدريبها يؤدي إلى الإقلال من الإنجاب ليزول التناقض لصالح دورها الجديد كأمراة عاملة¹.

2.3 الدخل: لدى مستوى الدخل دورا متميزا في التأثير في الخصوبة لدى المرأة وتتجلى أهميته في تأثيره المتباين ما بين الإيجاب والسلب ، وهو يتلخص في التأثير المباشر والتأثير الغير مباشر، فالتأثير المباشر يكون إيجابيا والتأثير غير المباشر يكون سلبي. كما يعتبر الدخل المرتفع حافزا لزيادة حجم الأسرة لما يمكنها من توفير حاجياتها ومتطلباتها أي الرغبة في إنجاب عدد ممكن من الأطفال بينما انخفاض الدخل يقلل من الرغبة في زيادة حجم الأسرة وما يؤدي إلى عدم إنجاب الكثير من الأطفال².

و بالإضافة إلى هذه المتغيرات توجد متغيرات سياسة لديها علاقة باتجاه الخصوبة:

6. المتغيرات السياسية: تلعب الحكومات دورا هاما في تغيير مستويات الخصوبة، فقد يكون الدور غير مباشر من خلال توفير الخدمات الاقتصادية والاجتماعية، ودفع عجلة التنمية مما يؤدي إلى تحسين أحوال السكان الصحية والاجتماعية مما يؤثر على خفض معدلات العمليات، و أصبحت سياسة التنمية هي المدخل الأفضل لخفض معدلات المواليد في كثير من بلدان العالم النامي، حيث يلعب انتشار التعليم، الوعي الصحي والوقائي دورا في تقبل الأمهات سياسة تخفيض معدل المواليد³.

ويتضح دور الحكومة جليا حينما تتبنى سياسة سكانية محددة تتفق ومصالحها القومية، وقد تسن القوانين من أجل تحقيق هذا الهدف وقد تلعب الظروف السياسية دورا في معدلات المواليد وتذبذبها، فحين تدخل الدولة في حرب تنخفض معدلات مواليدها بوضوح نتيجة لانشغالات الشباب بالعمليات العسكرية، فقد انخفضت معدلات المواليد بصورة واضحة في الدول التي اشتركت في الحرب العالمية الثانية وقد ترتفع معدلات المواليد بعد انتهاء الحرب وانتهاء الدولة سياسة سلمية⁴.

7. مقاييس الخصوبة (معدلاتها): هناك نوعان من مقاييس الخصوبة (مقاييس المدة / مقاييس المجموعة). حيث تقوم مقاييس المدة بقياس المواليد التي تتم خلال فترة محددة عادة ما تكون سنة واحدة، أما مقاييس المجموعة فإنها تتم بقياس المواليد التي تتم بواسطة مجموعة معينة من النساء، وتتميز مقاييس المدة بأنها أسهل نسبيا من مقاييس المجموعة وغالبا ما تستخدم بصورة أكبر. كما أن لكل منها مزاياه وعيوبه سواء من حيث سهولة الحصول عليه أن من حيث الدلالة التي يبرزها. نذكرها في مايلي:

¹ سلوى عثمان ألسديقي، قضايا الأسرة و السكان، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2001، ص 364.

² تمزوت بلحول، مرجع سبق ذكره، ص 68.

³ منير طلعت الرشيد، السكان والتباين الجغرافي، دار الكتاب الحديث، 2009، ص 211.

⁴ منير طلعت الرشيد، نفس المرجع السابق، ص 212.

أ. مقاييس المدة:

- معدل المواليد الخام: يعد هذا المقياس أكثر المقاييس استخداماً، و يعرف بعدد المواليد في عام معين مقسوم على إجمالي عدد السكان من كل الأعمار في نفس العام مضروب في 1000 ويطلق عليه لفظ الخام لأنه يبين الظاهرة الحيوية المنسوبة إلى المجتمع ككل دون النظر إلى التركيب السكاني المتباين من حيث العمر والنوع والنشاط والخصائص الديمغرافية الأخرى، ونظراً لبساطة حسابه إلا أن له عيب جوهري كونه يمزج مجموعات سكانية كثيرة تختلف الخصوبة فيما بينها اختلافاً واضحاً لا يميز بين طبقاتها المختلفة و مدى تباينها¹. أصبح هذا المقياس معروفاً لمناقشة المستوى العام للخصوبة وذلك لمزاياه الكثيرة نذكر منها: أنه سهل الفهم من السهل أن نطرح معدل الوفيات الخام مع معدل المواليد الخام لنحصل على معدل الزيادة الطبيعية الخام وباستخدام هذا الأخير فإنه يمكننا من حساب معدل الزيادة الطبيعي الخام ومن حساب معدل النمو السكاني مع الأخذ بالاعتبار معدل الهجرة الصافي و يحسب كالآتي:

معدل المواليد الخام = —

$$TBN = \frac{N}{Pm} \times 1000$$

- معدل الخصوبة العام: هو عبارة بين النسبة والعدد السنوي للمواليد إلى جملة عدد الإناث في سن الحمل والتي تقع بين فئتي العمر 15-49 سنة، والغرض من ذلك هو تحديد مقام المعدل إلى الإناث المحتمل أن يكن أمهات باستبعاد جميع الذكور ومجموعات أخرى من الإناث خارج فترة الحمل². يتم قياس معدل الخصوبة العام من خلال قسمة عدد المواليد خلال عام معين على عدد النساء ما بين 15-49 سنة في منتصف تلك السنة ويكتب كالآتي:

$$1000 \times \frac{\text{عدد المواليد الأحياء خلال سنة معينة}}{\text{عدد النساء في سن 15-49 سنة خلال نفس السنة}} = \text{معدل الخصوبة العام}$$

$$TGFG = \frac{N}{f_{15-49}} \times 1000$$

● معدلات الخصوبة عند عمر معين:

- تعد معدلات الخصوبة عند عمر معين واحدة من أكثر المقاييس تحديداً لقياس الخصوبة، حيث هذا الأخير يحتاج إلى سلسلة كاملة عن البيانات التي تتعلق بعدد المواليد وفقاً لعمر الأم، وكذلك توزيع السكان وفقاً للعمر والنوع. يقيس معدل الخصوبة عند عمر معين عدد المواليد التي تتم سنوياً لكل ألف امرأة في سن معين ويكتب بالشكل³ التالي:

$$1000 \times \frac{\text{عدد المواليد في عام معين للنساء في مجموعة عمرية معينة}}{\text{عدد النساء في تلك المجموعة العمرية}} = \text{معدل الخصوبة عند عمر معين}$$

¹ حسين عبد الرحمان رشوان، السكان من منظور علم الاجتماع، المكتب الجامعي الحديث، الطبعة الثانية 2006، ص14.

² جون كلارك، و محمد شوقي و إبراهيم، جغرافيا السكان، دار المريخ الرياض، 1984، ص231.

³ كامل بكري، محمود يونس، عبد النعم مبارك، الموارد واقتصاديتها، دار النهضة العربية، بيروت، 1986، ص318.

$$TFG = \frac{N(15-49)}{P(15-49)} \times 1000$$

ب. مقاييس المجموعة: إن خاصية الميزة لمقاييس المجموعة هي أنها تتناول أداء مجموعة من الناس. والمجموعة هي هؤلاء الذين ولدوا أو تزوجوا خلال فترة معينة. وهذا يختلف عن مقاييس المدة حيث نقوم بالقياس خلال مدة محددة، وتعد المقاييس الحديثة نسبياً في مجال الخصوبة، حيث لم تستخدم إلا في العشرين سنة ماضية. وتستخدم بشكل أساسي لقياس تفسير مستويات الخصوبة واتجاهاتها.

أما العيب الأساسي لهذه المقاييس أنها تحتاج إلى بيانات من سلاسل زمنية طويلة نسبياً ومتسقة، مثل هذه البيانات عادة ما تكون نادرة حتى المجتمعات المتقدمة نسبياً، أما العيب الثاني في هذا النوع من حيث التحليل أنه لا يصلح لعمليات التنبؤ، ومن ثمة حتى لو قمنا بإعداد هذه المقاييس فإننا لا نعرف بالضبط ما لذي سوف يحدث في المستقبل من حيث سلوك الخصوبة للمجموعات المختلفة.

• معدل الخصوبة الكلي:

نظراً لطول المدة المطلوبة لحساب الإحصاءات الخاصة بكل مجموعة والتي تقدر بحوالي 50 سنة والمجموعات الأخرى فإننا عادة لا ننتظر حتى تتم النساء فترة الإنجاب لتقدير مستويات الخصوبة لهن. لذلك نلجأ إلى إحصاءات الخصوبة عند عمر معين لتبسيط طريقة حساب معدل الخصوبة الكلي¹.

نعتمد على مجموع معدلات الخصوبة عند عمر معين مضروباً في 5 لكل المجموعات العمرية من النساء كالأتي:

$$\text{معدل الخصوبة الكلي} = \text{مجموع معدلات الخصوبة عند عمر معين} \times 5$$

$$ISF = 5 * \sum f(x, x + 5)$$

8. القواعد و المعايير الاجتماعية التي تحدد اتجاه الخصوبة:

تعتبر مشكلة عدد الأطفال الذي يجب أن تنجبهم الزوجة ظاهرة شائعة بين المجتمعات المختلفة، حيث لا تجد أي مجتمع من المجتمعات قد يخلو من المعايير الاجتماعية والقيم الثقافية التي تواجه أفراد المجتمع نحو هذا العدد الأمثل. ولا تتعلق خصوبة المرأة بطبيعتها قدر تعلقها بطبيعة النظام الاجتماعي وما يتضمنه من عادات الزواج والمعايشة ومن هذه القواعد والمعايير المحددة لاتجاه الخصوبة نذكر:

- نسبة النساء اللاتي في سن الحمل 15-49 سنة إلى جملة النساء عامة، حيث كلما ارتفعت هذه النسبة زاد احتمال ارتفاع نسبة المواليد، لكن إذا ارتفعت نسبة النساء أكثر من سن الخمسين يؤدي انخفاض نسبة المواليد.
- القيم الخاصة بالتوقيت المناسب للزواج سواء كان مبكراً أو متأخراً لها تأثير على زيادة معدلات الخصوبة أو انخفاضها، فتأخير سن الزواج هو عامل من عوامل خفض معدلات الخصوبة.

¹ فتحي محمد أبو عيانة، جغرافيا السكان، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1985، ص 141.

- القيم المتعلقة بتعويض وفيات الأطفال، حيث يسود بعض المجتمعات خاصة تلك التي تشهد معدلات عالية من وفيات الأطفال أهمية كبرى في إنجاب مزيد من الأطفال خاصة بالنسبة لمتزوجين حديثا قبل أن يلقى أحد أو كلا الزوجين حتفه، وبهذا تكون معدلات الخصوبة جد عالية في هذه المجتمعات.
- القيم الخاصة بمدى الرغبة في إنجاب الطفل الأول وخاصة إنجاب الذكر، ومدى الرغبة في إنجاب أكثر من طفل لتوازن الأسرة، وذلك بغرض إنجاب أخ أو أخت للطفل الأول، وذلك تجنباً للمشكلات النفسية للطفل الوحيد في الأسرة. وهناك اختلاف واضح في معدلات الخصوبة والسلوك الإنجابي بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية ومناطق الأطراف والضواحي، حيث ترتفع معدلات الخصوبة في الريف وتنخفض في المدينة. تأخذ معدلات الخصوبة في الارتفاع كلما ابتعدنا عن مركز المدينة متجهين نحو أطرافها¹. ويتوقف معدل المواليد الخام على عدة عوامل اجتماعية:

- معدل الزواج وهو في ذاته مرتبط بعوامل تكنولوجية واقتصادية وثقافية.
- التركيب العمري لسكان أي إذا كان أغلبهم من الشباب والنساء في سن الحمل.
- نسبة المتزوجات أي نسبة عدد النساء في سن الحمل من 15-49 سنة المتزوجات بالفعل.
- الجو الاجتماعي للخصوبة هو عبارة عن تفاعل عوامل مختلفة ومعقدة اجتماعية، ثقافية ونفسية.
- المستوى الصحي ومستوى المعيشة للأمهات في المجتمع، ولهذا المستوى أثره في نسبة المواليد².
- تركز بعض الأسر في بعض المجتمعات على إنجاب الذكر بعد الأنثى حيث تتمركز السلطة في يد الذكور، إن تركز السلطة في يد الذكور وعدم مناقشة بعض القضايا المتصلة بالأسرة وحجمها ومشكلاتها مع الزوجة كان له أثر في زيادة معدلات الخصوبة ويفسر ذلك أيضا رفض السكان في هذه المجتمعات لاستخدام وسائل من الحمل³.

ثالثاً: أسباب تطور الخصوبة في الجزائر:

1. أسباب ارتفاع الخصوبة بعد الاستقلال:

- بدأ انخفاض معدلات الوفيات سنة 1966 لدى فئات السن المختلفة.
- ارتفاع معدلات الزواج وتعدد الزوجات مما أثر على الخصوبة.
- ارتفاع مستوى المعيشة وانتشار الرعاية الطبية للسكان كافة.
- استقرار الأمن والنظام بعد انتهاء الحرب التحريرية.
- تشكل الأمية عاملاً هاماً في النمو الديمغرافي وارتفاع الخصوبة لعاملين هما:
*انخفاض سن الزواج عند الأميات قدر بـ 17.8% بينما بلغ عند المتعلمات 22 سنة.

¹ حسين. عبد الرحمان رشوان، السكان من منظور علم الاجتماع، المكتبة الجامعية، الإسكندرية، 2001، ط 1، ص 145.

² حسين عبد الرحمان رشوان، مرجع سبق ذكره، ص 146.

³ علي عبد الزواق جبلي، علم الاجتماع السكان، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2007، ص ص 280 - 284

*كثرة ولادتهن بحيث في سنة 1980 سجل أكثر من 90% من الولادات كانت من طرف أمهات أميات¹.

2. أسباب انخفاض الخصوبة بعد الثمانينات:

- الأزمة الاقتصادية التي مست البلاد وذلك من خلال انهيار أسعار البترول كمورد رئيسي بنسبة 98% من مداخيل الدولة، حيث انخفضت المداخيل البترولية الجزائرية من 12.8 مليار دولار لسنة 1985 الى 8.3 مليار دولار سنة 1986 وهذا الانخفاض قدر بحوالي 80% من مداخيل البلاد².
 - عزوف الشباب عن الزواج بسبب الظروف الأمنية والاقتصادية الصعبة للبلاد.
 - تفاقم أزمة السكن وتفشي البطالة بسبب تسريح العمال.
 - الهجرة المستمرة من الريف الى المدينة (النزوح الريفي) ووعي هؤلاء بضرورة التنظيم العائلي الذي يتناسب وطبيعة الحياة العصرية في المدينة.
 - توفير موانع الحمل المختلفة وتوزيعها عبر الصيدليات الخاصة والانتشار الكبير لمراكز حماية الأمومة والطفولة عبر التراب الوطني.
 - زيادة حملات التوعية للأفراد بضرورة تطبيق التنظيم العائلي من أجل تحقيق الانسجام والتوافق الأسري.
- أما في سنوات التسعينات عرفت الجزائر تحولا ديمغرافيا حيث ساعدها في ذلك عوامل عديدة من أهمها:
- ارتفاع المستوى التعليمي للزوجين وخاصة الزوجة، لأن تعليم المرأة ساهم في تحولات الشروط الأنثوية، حيث يعتبر تعليم الفتاة المؤشر الرئيسي في الجزائر، وما يمكن ملاحظته أن تأخر سن الزواج والتقليل من عدد الأطفال والنشاط المهني للمرأة يتعلق مباشرة بدرجتها العلمية.
- خروج المرأة للعمل بشكل ملفت للنظر وولوجها لميادين كانت حكرا عليها وأصبحت تنافس الرجل على أعلى منصب في الدولة، هذان المتغيران يساعدان على التأخير في الزواج، حيث أن هذا التأخير وكذلك تطبيق التنظيم العائلي يعتبران من محددات الخصوبة³.

انتشار وسائل منع الحمل في الجزائر:

إن مجهودات تنظيم الأسرة كانت من بين العوامل الأساسية التي أدت الى انخفاض معدلات الإنجاب في العديد من الدول الصناعية، انتشر استعمال وسائل منع الحمل في الأقطار الأوربية في الوقت الحالي بحيث أصبحت فيه زيادة المواليد الى الوفيات طفيف جدا مما أدى الى انخفاض معدلات الزيادة الطبيعية للسكان كما تشهده حاليا فرنسا وغيرها من الدول الصناعية الأخرى، حيث انخفضت معدلات الإنجاب الى أدنى مستوياتها بسبب استعمال وسائل منع الحمل الحديثة.

استعملت وسائل منع الحمل في الجزائر منذ الستينات لكن بنسب ضعيفة ففي سنة 1986 وحسب المسح الديمغرافي الاجتماعي الذي أجرته الجمعية الجزائرية للأبحاث الديمغرافية، الاقتصادية والاجتماعية (AARDES) بلغت فيه نسبة

¹ عائشة بورغدة، العاملة الجزائرية و تنظيم النسل، رسالة ماجستير في علم الاجتماع، جامعة الجزائر، 1986، ص 88.

² عائشة بورغدة، نفس المرجع السابق، ص 92.

³ نعمة دودو، مرجع سبق ذكره، ص 114.

استعمال وسائل منع الحمل 8% من مجموع متزوجات في سن الإنجاب (15-49 سنة) حيث تختلف هذه النسبة حسب مكان الإقامة إذ أنها قدرت بـ 17.5% في الحضر و 4% في الريف.

رابعاً: تطور الخصوبة في الجزائر:

1. **الولادات:** ما ميز فترة الستينات في الجزائر هو ارتفاع معدلات المواليد حيث قدر بـ 50 طفل لكل 1000 من السكان في 1970¹. بينما شهدت العشر سنوات بداية من 1980 الى 1990 تغيرات واضحة في الزيادة السكانية ، و يمكن تقسيم تلك التغيرات الى مرحلتين:

في النصف الأول من 1980 الى 1985 ومع الزيادة المؤقتة للدخول وزيادة استهلاك الأسر وصل عدد المواليد الى أعلى مستوياته أي أكثر من 845 ألف مولود حي سنة 1985، وبالنظر للأزمة الاقتصادية التي هزت البلاد منذ النصف الثاني من الثمانينات وتأثيرها على المستويات الاجتماعية فإن سرعة الإنجاب وزيادة السكان بدأت هيا الأخرى في التأثير حيث بلغ عدد المواليد الأحياء سنة 1990 حوالي 759 ألف مولود حي، وهكذا فإن أول مظاهر انخفاض الخصوبة بدأت تظهر بعد النصف الثاني من الثمانينات خاصة بعد إتباع سياسة تنظيم الأسرة والمباعدة بين الولادات².

جدول رقم 02: تطور معدل المواليد في الجزائر من سنة 1992 الى 2007:

السنوات	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 انخفاض واضحاً ففي سنة 1992 قدر معدل المواليد بـ 30.4% ثم انخفض إلى 21.02% سنة 1997 ثم إلى 20.58% سنة 1998 ليصل إلى 9.36% سنة 2000 ، يرجع هذا الانخفاض إلى ارتفاع استعمال وسائل منع الحمل فقد قدر معدل الاستعمال لهذه الوسائل بـ 51% سنة 1995 و 57% سنة 1997 ، إلا أنه في الفترة 2002-2007 يشهد معدل الولادات زيادة بوتيرة بطيئة وهذا راجع للارتفاع في معدلات الزواج³.

2. **التحقيقات:**

أ. **المدى الأقصى للإنجاب (تحقيق 1970):** عرفت مستويات الخصوبة ارتفاع مذهل بعد الاستقلال وبغرض معرفة أهم الأسباب والعوامل التي كانت وراء ذلك، وقامت مديرية الإحصاء بتحقيق وطني حول الإنجاب دام من 1970 إلى غاية 1971⁴. وكان يهدف هذا الأخير إلى المعرفة المعمقة للخصوبة والعوامل المفسرة لها مثل:

¹ ONS : Annaux statistique de l'Algérie N° 15, 1991

² نعيمة دودو، مرجع سبق ذكره، 118.

³ 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.

⁴ الديوان الوطني للإحصاءات: الديمغرافيا والإحصاءات الاجتماعية ، كراس رقم 1 ، ط 1 ، 1991 ، ص 51.

-تأثير الزواج على العمل.

-تأثير العوامل الفيزيولوجية ، الوفيات الرحمية والإجهاض على الخصوبة.

-تأثير الوسط الاجتماعي على الخصوبة.

ب. تحول الخصوبة (تحقيق 1986):

مشكل التزايد السكاني في الجزائر لم يؤخذ بصورة جدية إلا مع بداية الثمانينات وكان ذلك بعد أن فشلت الدولة في تلبية الحاجيات الأساسية للسكان ولهذا رأت الهيئات المختصة أنه من الضروري وضع برنامج وطني لتحكم في النمو الديمغرافي. ومن بين أهم أهداف هذا النمو ترقية وضعية المرأة، وذلك عن طريق تعليمها وعملها، فهذان المتغيران يعطيان للمرأة تصور جديد لمفهوم الأسرة القائمة على الكيف لا على الكم وحتى المخطط الخماسي الثاني (1985-1989) أكد على ضرورة الرفع من المستوى التعليمي للمرأة وتوسيع مشاركتها في الحياة العلمية وضرورة القيام بأبحاث ودراسات تدور حول محددات التزايد السكاني وعلاقتها بالتنمية الاجتماعية والاقتصادية بهدف وضع برنامج وطني للتحكم في النمو الديمغرافي في البلاد. ومن أجل هذا أسندت وزارة العمل والشؤون الاجتماعية، مهمة إجراء هذه الدراسات على شكل تحقيق وطني حول الخصوبة (ENAF سنة 1986). ومن بين الأهداف المسطرة ضمن هذا التحقيق:

- قياس مميزات الخصوبة أي مستوياتها واتجاهاتها.
- الكشف عن العلاقة الموجودة بين الخصوبة والعوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية.
- كشف العلاقة بين وفيات الأطفال والخصوبة.
- دراسة النموذج العائلي حسب تكوينه.
- تحليل العلاقة بين الخصوبة والمدة الفاصلة بين ولادتين وهذه الأخيرة تتركز على: التأثير البيولوجي، العقم، الرضاعة، وسائل منع الحمل.
- غير أن هذه النتائج المتوصل إليها من خلال هذا التحقيق كانت كمية أكثر مما هي كيفية، حيث اعتمد هذا التحقيق على العينة في سن الإنجاب ما بين 15-49 سنة بلغ حجمها 8461 من بينهن 3953 امرأة من الوسط الحضري و 4508 من الوسط الريفي¹.

وأهم النتائج التي أسفر عنها التحقيق تمثلت فيما يلي:

- أن الزواج ضرورة اجتماعية لدى المرأة فهناك استمرارية في الإنجاب.
- أن النساء الجزائريات يعشن تقريبا في نظام شبه طبيعي.
- مهما كان السن الذي تتزوج فيه المرأة فهناك استمرارية في الإنجاب ارتفاع مستوى الخصوبة عند هؤلاء النسوة مرتبط بارتفاع المستوى المعيشي والحالة الصحية للأسرة الجزائرية.
- الإنجاب في السنوات الخمس الأولى منخفض بصورة واضحة مقارنة بالسنوات الموالية.

¹ الاتحاد الوطني للنساء الجزائريات، الوثائق الرسمية حول الندوة الوطنية الأولى لتنظيم الأسرة، قصر الأمم، 10 جانفي 1998، ص 24.

ولنتيجة العامة لهذا التحقيق هو: أن النسل النهائي للمرأة الجزائرية التي تزوجت قبل 17 سنة وبقيت متزوجة حتى 45 سنة أو 49 سنة هو 9.2 طفل في المتوسط وهو ما يقارب الرقم الطبيعي للخصوبة¹.

احتوت عينة الدراسة 5300 أسرة جزائرية بحيث وجهت لـ 4800 امرأة متزوجة تتراوح أعمارهن ما بين 15-49 سنة ، احتوت هذه الدراسة على نوعين من الاستمارة و أهم النتائج هي :

- تأخر سن الزواج بالنسبة للمرأة حيث انتقل من 18.3 سنة الى 24 سنة.
- انخفاض المؤشر التركيبي للخصوبة من 7.8 الى 5.4 طفل لكل امرأة.
- ارتفاع ملحوظ في نسبة استعمال وسائل منع الحمل من 3.5% الى 8.7% من مجموع النساء المتزوجات في سن الإنجاب.
- وجود معرفة واسعة لوسائل منع الحمل حيث نجد 68% من المبحوثات تعرفن على الأقل وسيلة واحدة من تلك الوسائل، والحبوب هي أكثر الوسائل استخداما بـ 74.4% ثم العزل 8.7% يليه اللولب 5.9% بعدها تأتي الوسائل الأخرى بنسبة 11%².

ج. استمرارية تراجع الخصوبة (تحقيق 1992):

بمشاركة وزارة الصحة والسكان والديوان الوطني للإحصائيات وجامعة الدول العربية تم تنفيذ المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل على مستوى التراب الوطني سنة 1992. في إطار المشروع العربي للنهوض بالطفولة³ وقد تمثلت أهداف المسح في تحسين المستوى الصحي والاجتماعي للأم والطفل وذلك من خلال توفير البيانات التالية:

- دراسة الظواهر الديمغرافية واتجاهاتها من مصدر مستقل غير الإحصائيات الرسمية.
- تقييم المتغيرات المرتبطة بتنظيم الأسرة واتجاهاتها.
- دراسة العوامل البيئية المحيطة بالأسرة وأثرها على صحة كل من الطفل والأم.

من أبرز النتائج المتوصل إليها خلال هذا المسح تمثلت في النقاط التالية:

- لوحظ انخفاض ملحوظ في مستويات الخصوبة، إذ بلغ المؤشر التركيبي للخصوبة 4.4 طفل في المتوسط لكل امرأة بعد أن كان 7 أطفال في المتوسط في بداية الثمانيات.

ولقد كان المجتمع الحضري أسرع في المساهمة في ذلك الانخفاض على المجتمع الريفي وذلك بنسبة 41% مقابل 34% على التوالي وتشير نتائج المسح أنه كلما ارتفع السن عند الزواج كلما انخفض مستوى الخصوبة حيث بلغ متوسط المواليد الأحياء للمبحوثين اللواتي تزوجن قبل بلوغهن سن 15 سنة 7.6 طفل لكل امرأة وينخفض إلى أن يصل إلى 2.6 طفل في المتوسط لكل المبحوثين اللواتي تزوجن في الفئة العمرية ما بين 25-29 سنة.

¹ مجلة الجزائر: جانفي 1988، ص 36.

² الديوان الوطني للإحصاءات، الجزائر، نشرة 1991، ص 44.

³ الديوان الوطني للإحصائيات.

كما تأثرت مستويات الخصوبة بعوامل وسطية منها الفترة ما بين الزواج والمولود الأول إذ بلغ متوسط هذه الفترة 17 شهراً، وأيضاً طول الفترة ما بين المولود الأخير والسابق له مباشرة والذي قدر بـ30 شهراً.

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

أما بالنسبة لفقد الأجنة سواء مواليد ميتة أو إجهاضات فقد بلغت نسبتهم 10% من مجموع الأحمال، والجدير بالذكر أن نسبة حالات الحمل لم تنته بولادة حية. ولم تظهر اتجاه في الانخفاض كما هو الحال بالنسبة لوفيات الرضع "أين سجلت هذه الأخيرة انخفاض ملحوظ خلال هذا المسح إذ قدرت بنسبة 45% بعدما كانت في بداية منتصف السبعينات تصل إلى أكثر من 120%.

أما فيما يخص استعمال وسائل منع الحمل، فقد بينت نتائج المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل أن هناك معرفة واسعة لوسائل منع الحمل، حيث بلغت نسبة درجة المعرفة لهذه الوسائل 99% كما أن نسبة المبحوثات سبق لهن استخدام على الأقل وسيلة واحدة، 75% من هذه الوسائل وأن نسبة استخدام الوسيلة الحديثة هي الأكثر استخداماً من الوسيلة التقليدية وذلك بنسبة 66% مقابل 27% واعتبرت الحبوب هي أكثر الوسائل استعمالاً وذلك بنسبة 64% تليها الرضاعة الطبيعية بنسبة 18% وبلغ متوسط استعمال المبحوثات 12.5% والسبب الرئيسي وراء هذا الاستعمال هو تأجيل الحمل بنسبة 80%.

ومن بين النتائج المتوصل إليها خلال هذا المسح: هو وجود تغير في مستوى ونمط الزواج، وكان لذلك تأثير مباشر على مستويات الخصوبة، فمتوسط السن الأول عند الزواج الأول عرف ارتفاعاً كبيراً، حيث بلغ 26 سنة بالنسبة للإناث و 30 سنة بالنسبة للذكور، فيما يتعلق بزواج الأقارب نجد أن أكثر من ثلث المبحوثات تزوجن بأقاربهن كما لوحظ أن نسبة المبحوثات اللواتي تزوجن من أقاربهن تقل عند المبحوثات المتزوجات حديثاً، وهذه الظاهرة تنتشر بكثرة في المناطق الجنوبية، وتنخفض بإرتفاع المستوى التعليمي للمبحوثة³.

د. المسح الجزائري لصحة الأسرة: (EASF)

أجري هذا المسح سنة 2002 من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ومساهمة الديوان الوطني للإحصائيات وكانت نتائج هذا المسح حول مدى معرفة المبحوثات لوسائل منع الحمل:

- أغلبية النساء يعرفن الحبوب واللولب، والبعض يعرفن الحقن والواقى الذكري بنسبة 70%، وثلثي منهن لديهن علم بربط قناة فالوب و 37% يعرفن طريقة المرهم.

¹ فؤاد بسيوني متولي، المشكلة السكانية، كلية التربية، طنطا، مركز الإسكندرية للكتاب، 1998، ص 104.

² وزارة الصحة والسكان، 1999، ص 28.

³ معن خليل عمر، علم اجتماع الأسرة، الشروق للنشر و التوزيع، بيروت، ط1، 1994، ص 217.

- أما بالنسبة لموانع الحمل التقليدية كالرضاعة وطريقة الحساب والعزل هي طرق أكثر استعمالا بنسب 85%، 76%، 68% على التوالي. أما بالنسبة لاستخدام موانع الحمل أثناء فترة الخصوبة كانت النتيجة بنسبة 78% من النساء المتزوجات استعملن طريقة واحدة و 76% قد استعملن موانع حديثة، و 24% استعملن موانع حمل تقليدية.
- نسبة الاستعمال الحالي حسب معطيات التحقيق قدرت بـ 57% في 2002 مقابل 50.7% سنة 1992 والحبوب هي الوسيلة الأكثر استعمالا والأنسب للجميع¹.

خامسا: تطور معدلات الخصوبة في الجزائر:

1. تطور معدل الخصوبة العام:

عرف معدل الخصوبة العام في الجزائر انخفاضا مستمرا، إذ انتقل من 255.3 بالألف سنة 1966 إلى 204.8 بالألف سنة 1977 لينتقل إلى 154.8 بالألف سنة 1987 لينخفض إلى 151.7 بالألف سنة 1988، لينخفض بعدها إلى 81.5 بالألف سنة 2008 كما هو ممثل في الجدول التالي:

جدول رقم 03: تطور معدل الخصوبة العام في الجزائر من 1966 إلى غاية 2008:

السنة	TGFG	السنة	TGFG	السنة	TGFG
1966	255.3	1980	201.2	1991	130
1970	234.1	1981	186.3	1992	130
1971	225.8	1982	183.1	1993	120
1972	224	1983	183.2	1994	117.15
1973	221.9	1984	182.9	1995	103.89
1974	214.2	1985	178.1	1996	92.98
1975	212.5	1986	156.5	1997	84.53
1976	205	1987	154.8	1998	82.5
1977	204,8	1988	151,7	1999	77,8
1978	202,8	1989	136,4	2000	73,9
1979	201,2	1990	134	2001	75,3
2008	81.5				

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات ONS

2. المؤشر التركيبي للخصوبة:

إن أفضل وأسهل طريقة لدراسة اتجاه ومستوى معدلات الخصوبة هو إتباع تغيرات المؤشر التركيبي للخصوبة العامة، يعرف هذا المؤشر بأنه عدد ولادات المرأة أثناء فترة الإنجاب (15-49) سنة بافتراض بقائها على قيد الحياة طول هذه الفترة وتعرضها لمعدلات الخصوبة حسب العمر.

¹ Enquête Algérienne sur la santé de la famille 2002 Ministère de la santé , office national des statistiques ligue des Etats Arabes, Rapports principal, Juillet 2004, pp 118-132.

فهذا المؤشر أقوى تعبيراً عن مستوى الخصوبة من معدل المواليد الخام، ولا يحتاج إلى تصحيح التركيب العمري للمجموعة كما يحتاجه المعدل الخام عند مقارنته بين مجموعات تختلف تركيباتها العمرية. والمفروض أن المعدل 2.1 طفلاً لكل امرأة أي بحوالي طفلين هو المعدل اللازم لثبات نمو السكان. فإذا زاد عنه ذلك زاد عدد السكان وإذا قل عن ذلك نقص عدد السكان¹. عرف هذا المؤشر في الجزائر انخفاضاً ملموساً منذ نهاية الثمانينات، لاسيما خلال عشرية التسعينات حيث في سنة 1970 كان معدل الإنجاب 8.4 طفل لكل امرأة ليصل إلى 6.9 طفل لكل امرأة سنة 1980 ثم انخفض سنة 1995 ليصل إلى 3.5 طفل لكل امرأة، أما في سنة 2002 وصل إلى 2.4 طفل لكل امرأة، حتى وصل إلى 2.2 سنة 2006².

3. الأهداف المرجوة من خفض معدلات الخصوبة:

إن انخفاض الخصوبة (معدل المواليد) يرجع نتيجة لانخفاض أهمية الحياة الأسرية في المجتمعات الصناعية، بحيث قلة الرغبة في تكوين الأسر الكبيرة، فالحاجة إلى الأسر الكبيرة تتبع من أن هذه الأخيرة تشكل بالنسبة للآباء مجعماً للمال، وكذلك لأن الأبناء يشكلون عنصر تأمين عند الشيخوخة بالنسبة للكبار. عملية التنمية الاقتصادية تؤدي إلى انتشار التعليم الإلزامي بهذه المجتمعات ومن ثم تخفيض أهمية الأطفال من خلال سحبهم من سوق العمل وهو ما ينعكس على إدراك الأفراد بأن انخفاض معدلات وفيات الأطفال يعني أن عدد أقل من الأطفال يجب أن يولد³.

سادساً: تبانيات الخصوبة و تطورها في الجزائر:

تعتبر الخصوبة عاملاً هاماً في تحديد معدل الزيادة الطبيعية للسكان لكن معظم البلدان العربية لا تنظر للنمو السكاني السريع بصفة مشكلة تتطلب الحل، فقد سعت بعض هذه البلدان إلى اتخاذ تدابير فعلية لتحديد معدلات الخصوبة بينما بقيت بلدان أخرى تعتقد أن النمو الديمغرافي لا يعرقل النمو الاقتصادي. وترتبط الخصوبة بعوامل الصحة وخاصة صحة الأم والطفل ولذا سمحت هذه الدول باستعمال وسائل منع الحمل بما في ذلك الإجهاض عند تعرض حياة الأم للخطر.

يصنف العالم العربي إلى ثلاث مجموعات حسب رغبة الحكومة في التأثير على مستويات الخصوبة، تتكون المجموعة الأولى من البلدان التي تعمل على تقليص نمو سكانها كما هو الحال في تونس، المغرب ومصر. وتتكون المجموعة الثانية من البلدان التي تتدخل لزيادة مستويات الخصوبة مثل العراق، الجمهورية العربية الليبية. أما المجموعة الثالثة تظم البلدان التي لا تسعى إلى التأثير على مستوى الخصوبة فيها، وتنقسم إلى قسمين:

القسم الأول: يضم الجزائر، البحرين، جيبوتي والأردن وهي ترغب في خفض معدلات الخصوبة.

القسم الثاني: يضم بلدان الخليج، موريتانيا وهي بلدان تنظر برضي إزاء معدلاتها الحالية.

¹ عمران عبد الرحيم : سكان العالم العربي حاضراً ومستقبلاً ، صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية، نيويورك، 1988، ص176

² EASF, Alger , 2002 , p 9.

³ دودو نعمة، مرجع سابق، ص 90.

إن دراسة الخصوبة في علم السكان هيا دراسة تبحث في ولادة المواليد والعوامل التي تؤثر فيها جميعاً¹. والخصوبة لا يمكن اعتبارها متغيراً مستقلاً وإنما هيا في ارتباط مع العوامل الاقتصادية والاجتماعية، كالدخل، مكان الإقامة والظروف الطبيعية مثل الحروب، المجاعات والأمراض دون أن ننسى أثر التقدم العلمي والثقافي على المجتمع. ولدراسة العوامل المؤثرة في الخصوبة لابد من معرفة الثقافة الاجتماعية من عادات وتقاليد موروثة والنظم الأسرية والنزعة الدينية التي تساهم في خفض أو رفع اتجاه الخصوبة ويمكن التماس ذلك من خلال دراسة العالم الألماني Karl Schwarz حول العلاقة الموجودة بين عدد الأطفال والوسط الطبيعي والاجتماعي في ألمانيا، بحيث التمس أن الوسط الريفي يتميز بإرتفاع عدد الأطفال أكثر في الوسط الحضري، وأن أكبر عدد للأطفال نجده عند العائلات ذات الدخل المرتفع². كما توصل هذا العالم الى أن العوامل التالية: مكان الإقامة، المهنة، الدين والدخل هي التي تتحكم في حجم الأطفال في الأسرة.

¹ الشافعي عبد المنعم، الباقي عبد الكريم، المعجم الديمغرافي المتعدد اللغات، دار الكاتب للطباعة و النشر، القاهرة، 1996، ص75.

² Karl Schwarz, nombre d'enfant suivant le milieu physique et social et social en Allemagne occidentale. Paris, revue population numero1,1965, p 77.

خلاصة الفصل

من خلال ما تناولنا في هذا الفصل يتبين لنا أن ظاهرة الخصوبة دست من عدة جوانب وأخذت حيزا كبيرا من انشغالات العلماء في كيفية تطورها وتأثيرها على أي مجتمع حيث تعتبر عامل هام في التركيبة السكانية للمجتمعات، ولدراستها لابد من معرفة المختلفة العوامل (ديمغرافية ، اجتماعية، اقتصادية) التي تؤثر فيها، وكذلك من الناحية الديمغرافية لابد من التطرق الى المقاييس الخاصة بدراسة هذه الظاهرة، كما أنه باستطاعتنا معرفة اتجاهها في أي مجتمع كان عن طريق دراسة المؤشر الرئيسي فيها والذي يعرف بالمؤشر التركيبي للخصوبة.

الإطار المسبب/المسبب

تمهيد الفصل

أولاً: الإجراءات المنهجية

1. مجالات الدراسة
 2. المنهج المستخدم
 3. مصادر جمع البيانات
 4. الاختبار الإحصائي المستخدم
- ثانياً: عرض وتحليل ومناقشة بيانات الدراسة

1. عرض وتحليل البيانات
 2. تحليل ومناقشة الفرضيات
- عرض وتحليل الفرضية الأولى
 - عرض وتحليل الفرضية الثانية
 - عرض وتحليل الفرضية الثالثة
 - عرض وتحليل الفرضية الرابعة

خلاصة الفصل

تمهيد الفصل

سنتناول في هذا الفصل الجانب التطبيقي من البحث الذي يدرس مستويات الخصوبة والعوامل المؤثرة فيها في الجزائر حيث ينقسم هذا الفصل الى مبحثين:
المبحث الأول يتناول الإجراءات المنهجية للدراسة من مجالات الدراسة والمنهج المستخدم في الدراسة بالإضافة الى شرح مصادر جمع المعطيات مع شرح الاختبار الإحصائي المستخدم في الدراسة. أما المبحث الثاني فيتناول مستويات الخصوبة في الجزائر في الفترة الممتدة بين 1970 و 2014 ثم بعد ذلك يتطرق المبحث الى عرض النتائج واثبات أو نفي فرضيات الدراسة وفي الأخير يتم توقع اتجاهات الخصوبة في 2030.

أولاً: الإجراءات المنهجية:

1. مجالات الدراسة:

1.1 المجال المكاني: تمت إجراء الدراسة على الجزائر.

2.1 المجال الزمني: حصر المجال الزمني في فترات زمنية محددة من سنة 1970 الى غاية 2014.

2. منهج الدراسة: لا يخلو أي بحث من وجود منهج يسير عليه، لأن المنهج هو الطريق الذي يسهل على الباحث الوصول إلى الحقائق ونتائج المعرفة العلمية التي يهدف إليها، وللوصول إلى هذا الهدف لا بد من انتهاج واستخدام المنهج العلمي الذي عرف في اللغة بأنه " الطريقة أو الأسلوب أو الكيفية التي يصل بها العالم أو الباحث إلى نتائجه¹ .

قبل التطرق الى المنهج المعتمد في الدراسة نعطي مفهوم **المنهج** بصفة عامة، **المنهج** هو مجموعة من القواعد والخطوات التي توضع بقصد الوصول الى حقائق ونتائج المعرفة العلمية ويرتبط المنهج المتبع في البحث ارتباطا وثيق بموضوع البحث والأهداف التي يسعى الباحث للتوصل إليها².

المنهج الوصفي: هو طريقة لوصف الظاهرة المدروسة وتقديرها تقدير كمي وذلك عن طريق جمع المعلومات المقننة عن الظاهرة، تصنيفها وتحليلها ثم إخضاعها للدراسة. ويعرف أيضا على أنه: طريقة من طرق الوصف و التفسير بشكل علمي منظم من أجل الوصول الى أغراض محددة لوضعية اجتماعية أو مشكلة اجتماعية³.

¹ عبد الفتاح محمد العيسوي وعبد الرحمان محمد العيسوي، مناهج البحث العلمي، دار الراقب الجامعية، مصر، 1997، ص 17.

² عبد الرزاق جبلي، علم الاجتماع السكان، دار المعرفة الجامعية، 1987، ص 408.

³ صلاح الدين شروخ، منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، الجزائر، دار العلوم للنشر و التوزيع، 2003، ص 147.

3. مصادر جمع المعلومات:

أ. التعداد: هو العملية الكلية لجمع وتجهيز وتقوم وتحليل ونشر البيانات الديمغرافية والاقتصادية والاجتماعية المتعلقة بالأفراد في جزء أو مكان محدد.

أجرت الجزائر منذ استقلالها التعدادات التالية: تعداد 1966، تعداد 1977، تعداد 1987، تعداد 1998، تعداد 2008.

ب. التحقيقات: الجزائر على غرار جميع الدول تهتم بجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول سكانها لذلك لجأت لمجموعة من أهمها:

مسح 1986: المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة.

مسح 1992: المسح الوطني الخاص بصحة الأم و الطفل.

مسح 2002: المسح الوطني الخاص بصحة الأسرة.

مسح 2006: المسح الوطني العنقودي المتعدد المؤشرات.

مسح 2012: المسح الوطني العنقودي المتعدد المؤشرات.

ج. معطيات البنك الدولي:

تعتبر معطيات البنك الدولي من ابرز المصادر التي يتم الاعتماد عليها في جمع المعطيات المختلفة سواء الاقتصادية أو الاجتماعية وكذا الديمغرافية ، حيث يعتبر البنك الدولي قاعدة بيانات ضخمة تستند في معطياتها على ما تقدمه الدول الأعضاء من بيانات عن حالتها الاقتصادية والاجتماعية الديمغرافية ، ويلزم كل الدول بتحديث بياناتها سنويا ، لذلك يتم اللجوء إلى البنك الدولي في حال عدم توفر المعطيات الخاصة ببعض متغيرات الدراسة.

4. الاختبار الإحصائي المستخدم:

نموذج الانحدار الخطي البسيط:

هو عبارة عن دالة رياضية يمكن بها حساب احد المتغيرين بدلالة المتغير الأخر، وأبسط حالة لهذه الدالة عندما يكون لدينا متغير مستقل واحد فقط يرتبط مع المتغير التابع بعلاقة خط مستقيم كمايلي:

$$y = b_0 + b_1x_1 + e$$

حيث:

X: متغير مستقل.

y: متغير تابع.

e: الباقي.

b_0 : ثابت الانحدار.

b_1 : معامل ثابت الانحدار.

والغرض من استخدام تحليل الانحدار هو عبارة عن أسلوب إحصائي يستخدم لصياغة معادلة رياضية يمكن من خلالها قياس أثر أحد المتغيرين على الآخر.

معامل التحديد: R^2 = مربع معامل الارتباط r . يستخدم معامل التحديد لتفسير نسبة التغير في المتغير

$$0 \leq r^2 \leq 1 \quad \text{أي} \quad (0,1) \text{ بين قيمته}$$

ثانياً: عرض وتحليل ومناقشة بيانات الدراسة:

1. عرض وتحليل البيانات:

1.1 تطور المؤشر التركيبي للخصوبة في الجزائر:

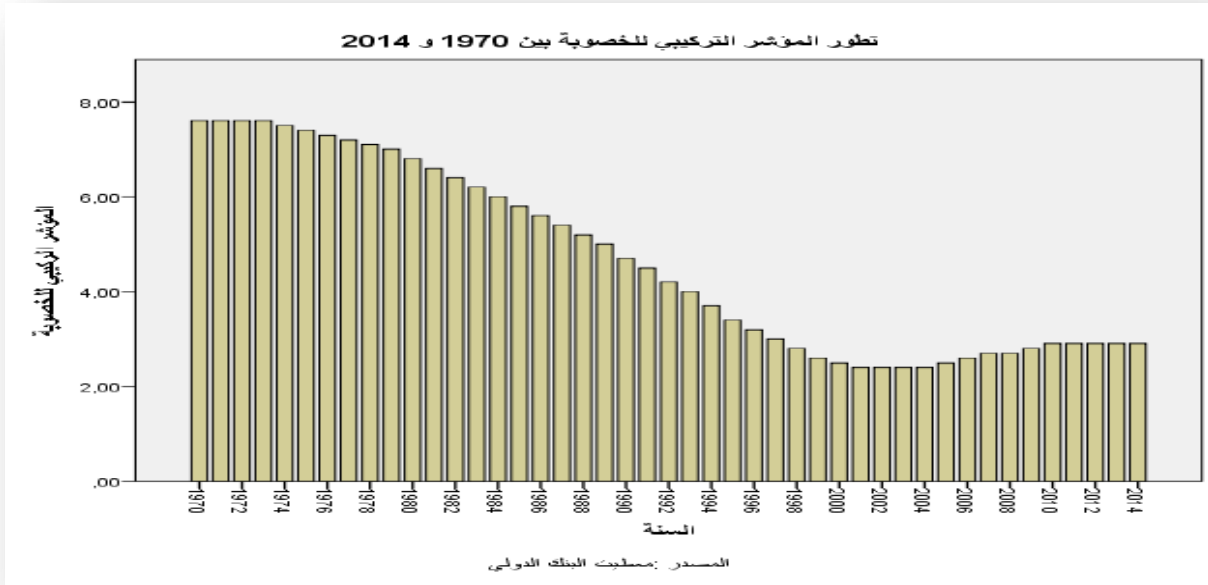
جدول رقم 04: تطور المؤشر التركيبي للخصوبة 1970-2015:

السنوات	ISF	السنوات	ISF	السنوات	ISF	السنوات	ISF	السنوات	ISF
1970	7.6	1980	6.8	1990	4.7	2000	2.5	2010	2.9
1971	7.6	1981	6.6	1991	4.5	2001	2.4	2011	2.9
1972	7.6	1982	6.4	1992	4.2	2002	2.4	2012	2.9
1973	7.6	1983	6.2	1993	4	2003	2.4	2013	2.9
1974	7.5	1984	6	1994	3.7	2004	2.4	2014	2.9
1975	7.4	1985	5.8	1995	3.4	2005	2.5	2015	2.8
1976	7.3	1986	5.6	1996	3.2	2006	2.6		
1977	7.2	1987	5.4	1997	3	2007	2.7		
1978	7.1	1988	5.2	1998	2.8	2008	2.7		
1979	7	1989	5	1999	2.6	2009	2.8		

source : ONS RGPH-98 Papfam-2002 CENS Banque Mondiale 2018

التمثيل البياني رقم 1: تطور المؤشر التركيبي للخصوبة 1970-2015

التمثيل البياني رقم 1 : تطور المؤشر التركيبي للخصوبة 1970-2015



المصدر : من إعداد الطالبة من معطيات البنك الدولي 2018 و الجدول رقم 4

من خلال الجدول رقم 4 و التمثيل البياني رقم 1 أعلاه نلاحظ: أن معدل الخصوبة انخفض في الفترة ما بين 1970 إلى 1985 من 7.6 إلى 5.8 طفل لكل امرأة وهي معدلات مرتفعة مقارنة بالمعدل العالمي في تلك الفترة والذي بلغ 4.77 و 3.54 طفل لكل امرأة على التوالي، ويعود هذا الارتفاع حسب دراسة قام بها علي قواوسي فإن من أهم الأسباب التي أدت في تلك الفترة إلى ارتفاع المؤشر التركيبي للخصوبة هو الزواج المبكر، عدم استعمال وسائل منع الحمل وكذلك عدم إتباع سياسة سكانية محددة في تلك الفترة¹. أما في الفترة ما بين 1990 إلى 2002 تواصل انخفاض المؤشر من 4.7 إلى 2.4 طفل لكل امرأة ويمكن تفسير هذا الانخفاض حسب قواوسي أسباب الانخفاض في المؤشر التركيبي للخصوبة ISF هو ارتفاع معدل سن الزواج الأول للمرأة وارتفاع استعمال موانع الحمل الحديثة عند النساء المتزوجات وزيادة التمدد لدى المرأة و من أهم الأسباب كذلك السبب الاقتصادي وذلك بالبحث عن العمل لدى فئة الشباب مما يؤخر الزواج وأيضا مشكل السكن². و إلى تغير السياسة السكانية التي اتبعتها الجزائر حيث أنه تم إنشاء مراكز الأمومة والطفولة وزيادة استعمال وسائل منع الحمل بنسب أكبر.

¹ KOUAOUCCI Ali , Latransition de la fécondité et politique de population en Algérie , sciences humaines, n°12 1999, p 68.

² Ibid. , P69.

2.1 تطور استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر:

جدول رقم 05: تطور استعمال وسائل منع الحمل من خلال التحقيقات 1986 1992 2002 2006

2006	2002	1992	1986	
الوسائل الحديثة				
45,9	45,5	38,7	26,4	حبوب
2,3	3	2,4	2,1	اللولب
2,3	1,2	0,7	0,5	الواقى
1,4	1,8	0,1	0,6	الحقن
1,4	1,1	1,3	2,1	وسائل اخرى
52	50,8	43,1	31,1	مجموع الوسائل الحديثة
الوسائل التقليدية				
3,3	1,7	1,7	3,1	العزل
1,9	0,9	4,1	-	الرضاعة
4,1	2,2	1,6	1	فترة الأمان(الامتناع الدوري)
9,4	5,4	7,7	4,4	مجموع الوسائل التقليدية
61,4	56,2	50,8	35,5	مجموع الوسائل

source : ENAF-86 PAPCHILD-92 PAPFAM-2002 MICS3-2006

من خلال الجدول رقم 5 قدر المسح الوطني الخاص بالخصوبة سنة 1986 معدل الاستعمال الوطني 35.3%، ثم ارتفع إلى 61.4 % سنة 2006 ، و تمثل الرضاة 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 فقدرت 25.9 نقطة بعد 20 سنة.

كانت نسبة استعمال 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 50.8 % و الطرق التي عرفت نسب استعمالها ارتفاعا كبيرا هي فترة الأمان (الامتناع الدوري) ، العزل و الحبوب و اللولب حيث بلغت الزيادة في نسب استعمالها 4.1 %، 3.3 %، 45.9 %، 2.3 % على التوالي سنة 2006 أما نسبة الحقن فعرفت انخفاضاً فكانت مؤشراتهما 1.4 % سنة 2006 بعدما كانت 1.8 % سنة 2002 أما الطرق الحديثة الأخرى فعرفت نوعاً من الاستقرار . كانت الزيادة إذن في معدل استعمال وسائل منع الحمل خلال الفترة 1986-2006 راجعة أساساً 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.

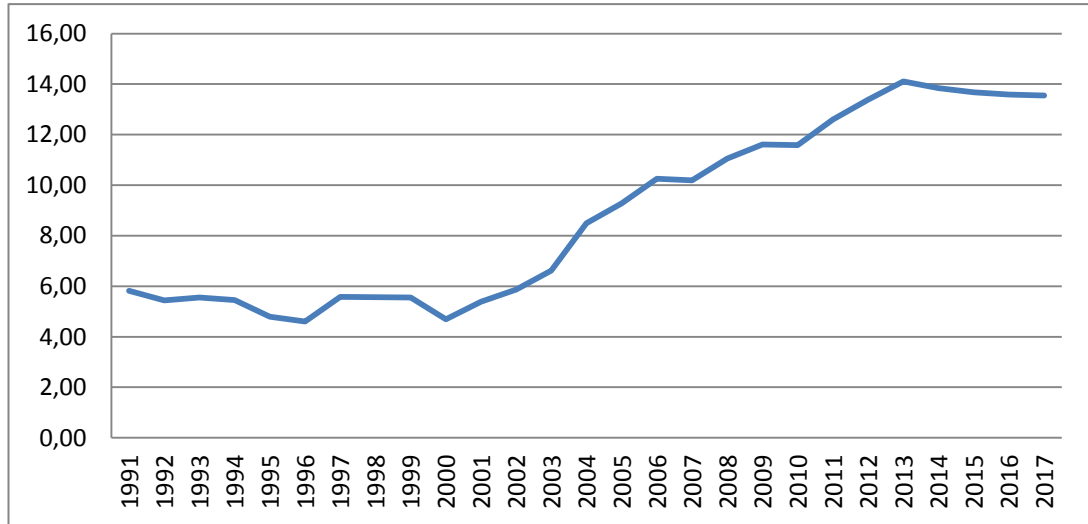
3.1 تطور نسبة تشغيل الإناث من 15 سنة فما فوق:

جدول رقم 06: تطور نسبة تشغيل الإناث من 15 سنة فما فوق من 1991 إلى 2015:

السنوات	نسبة تشغيل الإناث من 15 فما فوق	السنوات	نسبة تشغيل الإناث من 15 فما فوق	السنوات	نسبة تشغيل الإناث من 15 فما فوق
1991	5.82	2001	5.39	2011	12.60
1992	5.43	2002	5.87	2012	13.38
1993	5.55	2003	6.62	2013	14.10
1994	5.45	2004	8.49	2014	13.84
1995	4.79	2005	9.28	2015	13.67
1996	4.60	2006	10.26		
1997	5.58	2007	10.19		
1998	5.56	2008	11.05		
1999	5.55	2009	11.61		
2000	4.70	2010	11.59		

المصدر : معطيات البنك الدولي 2018

التمثيل البياني رقم 2: تطور نسبة تشغيل الإناث من 15 سنة فما فوق من 1991 الى 2017:



المصدر : من إعداد الطالبة بناء على معطيات البنك الدولي 2018 و جدول رقم 6

من خلال التمثيل البياني والجدول رقم 6 يتضح لنا أن نسبة تشغيل الإناث من سن 15 سنة فما فوق قي تذبذب ما بين التزايد والانخفاض يتراوح ما بين 5.82 % و 4.7 % من سنة 1991 الى سنة 2000 ومن سنة 2004 الى سنة 2017 نسبة التشغيل ترتفع من 10.26% الى 13.55%.

4.1 تطور نسبة بطالة الإناث من إجمالي القوة العاملة:

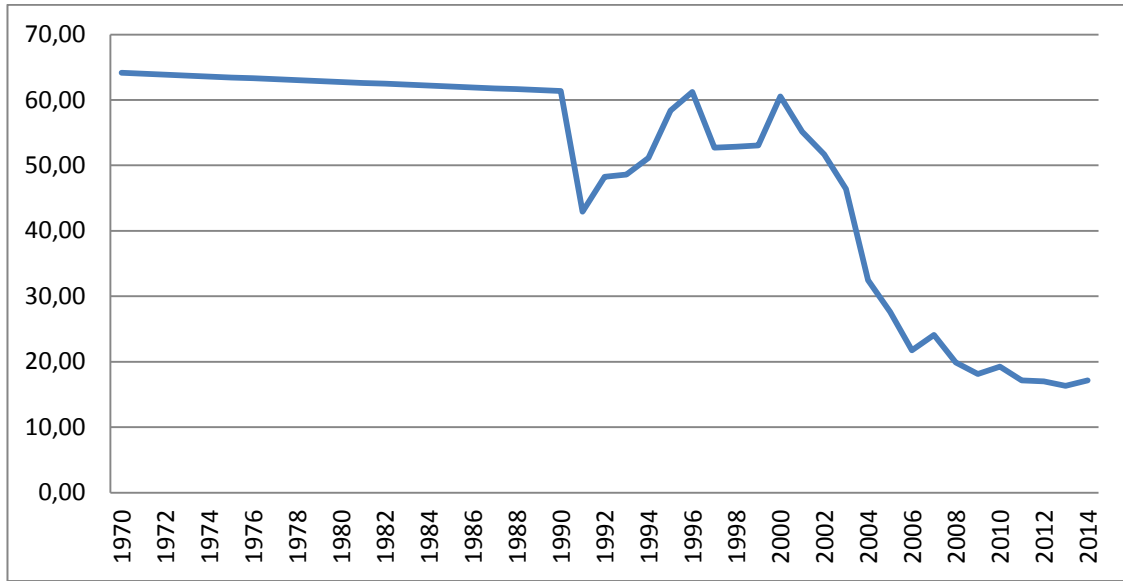
جدول رقم 07: تطور نسبة بطالة الإناث من 1970 الى 2014:

السنوات	نسبة بطالة الإناث	السنوات	نسبة بطالة الإناث	السنوات	نسبة بطالة الإناث	السنوات	نسبة بطالة الإناث	السنوات	نسبة بطالة الإناث
1970	64.14	1980	62.75	1990	61.36	2000	60.52	2010	19.28
1971	64	1981	62.61	1991	42.94	2001	55.14	2011	17.17
1972	63.86	1982	62.47	1992	48.24	2002	51.70	2012	17.04
1973	63.72	1983	62.33	1993	48.62	2003	46.39	2013	16.33
1974	63.58	1984	62.19	1994	51.13	2004	32.45	2014	17.17
1975	63.44	1985	62.06	1995	58.37	2005	27.65		
1976	63.30	1986	61.92	1996	61.22	2006	21.78		

24.13	2007	52.73	1997	61.78	1987	63.17	1977
19.91	2008	52.88	1998	61.64	1988	63.03	1978
18.16	2009	53.07	1999	61.50	1989	62.89	1979

المصدر: معطيات البنك العالمي 2018

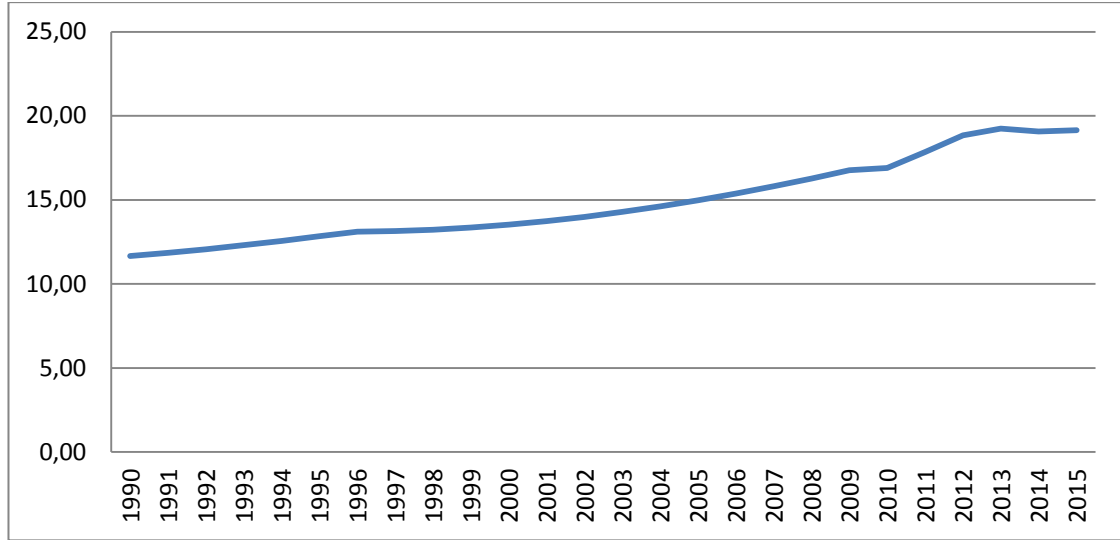
التمثيل البياني رقم 3: بطالة الإناث (من الإناث في القوى العاملة) من 1970 إلى 2014



المصدر : من إعداد الطالبة بناء على معطيات البنك الدولي 2018

من خلال معطيات الجدول رقم 7 و تمثيله البياني نلاحظ أن نسبة بطالة الإناث في الجزائر ارتفعا تجاوز نسبة 60% طيلة الفترة الممتدة بين 1970 إلى 1990، لتتخفض بشكل ملحوظ سنة 1991 إلى نسبة 42.94% ثم عاودت الارتفاع التدريجي لتبلغ أعلى نسبة سنة 1996 بـ 61.22% ثم أخذت في التراجع المستمر حيث بلغت في سنة 2000 نسبة 60.52% وفي سنة 2005 بنسبة 27.65% وهي نسبة منخفضة مقارنة بالفترات السابقة لتبلغ أدنى نسبة 16.33% سنة 2013.

التمثيل البياني رقم 4: تطور القوى العاملة من الإناث من إجمالي القوى العاملة من 1990 الى 2015:



المصدر: من إعداد الطالبة من خلال معطيات البنك الدولي 2018

من خلال التمثيل البياني ومعطيات البنك الدولي لسنة 2018 نلاحظ أن تطور القوى العاملة للإناث من إجمالي القوة العاملة يتزايد حيث كان خلال الفترة من سنة 1990 الى سنة 2005 تقدر بـ 11,66% الى 14,98% هذه النسبة أخذت بالتزايد من بعد هذه الفترة لتصل سنة 2007 الى 15,80% لترتفع بعدها بشكل سريع من سنة 2008 الى 2017 بنسبة 16,27% و 19,26%.

5.1.1 تطور أمل الحياة عند الولادة في الجزائر للجنسين حسب التعدادات

جدول رقم 08: تطور أمل الحياة عند الولادة في الجزائر بالنسبة للجنسين حسب التعدادات:

السنوات	1966	1977	1987	1998	2008
أمل الحياة					
الذكور	51,12	53,05	67,75	70,5	74,9
الإناث	51,17	53,48	66,34	72,9	76,6
المجموع	51,1	53,27	66,04	71,7	75,7

المصدر: الديوان الوطني للإحصاءات تعداد: 1966 - 1977 - 1987 - 1998 - 2008

ما يبينه الجدول أن أمل الحياة عند الولادة في الجزائر عرف انخفاض بالنسبة للجنسين سجل في تعداد 1966 بالنسبة للإناث 51,17 للإناث و 51,12 للذكور و يمكن إرجاع ذلك لتدني المستوى المعيشي و الصحي و بما يعرف أن الرجال أكثر عرضة

للحوادث .تعداد 1987 ارتفع أمل الحياة للإناث الى 66.34 و 67.75 للذكور، واصل هذا الارتفاع الى 2008 وصل 76.6 للإناث و 74.9 للذكور أي بفارق 24 سنة من أول تعداد الى أخره و هذا راجع الى تحسن المستوى الاقتصادي و الصحي.

2. تحليل ومناقشة الفرضيات:

1.2 عرض وتحليل الفرضية الأولى: قياس تأثير العوامل الديمغرافية على الخصوبة:

➤ قياس تأثير سن الزواج الأول على المؤشر التركيبي للخصوبة:

حتى تتمكن من قياس تأثير سن الزواج الأول على المؤشر التركيبي للخصوبة استعملنا نموذج الانحدار الخطي البسيط.

- المتغير التابع : (ISF) المؤشر التركيبي للخصوبة.

- المتغير المستقل: سن الزواج الأول لدى الإناث APM

جدول 09: معلمات الانحدار الخطي البسيط المؤشر التركيبي و السن عند أول زواج

Coefficients ^a						
Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		A	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	18,073	1,188		15,212	,000
	السن عند أول زواج	-,578	,051	-,867	-11,393	,000

a. Variable dépendante : المؤشر التركيبي للخصوبة

نموذج الانحدار المتحصل عليه من الجدول كالأتي:

$$y=18.073-0.578x \implies ISF=18.073-0.578*APM$$

- نلاحظ من خلال الجدول أن المعنوية sig تساوي 0.000 وهي أصغر من 0.05 و التي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية نقول أن المتغير المستقل (السن عند الزواج الأول) يؤثر في المتغير التابع (المؤشر التركيبي للخصوبة) ب 0.578- لكل سنة من سن الزواج الأول بالزيادة أو النقصان.

جدول 10 : ملخص نموذج الانحدار الخطي البسيط بين المؤشر التركيبي والسن عند أول زواج

Récapitulatif des modèles				
Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,867 ^a	,751	,745	,99207

a. Valeurs prédites : (constantes), السن عند أول زواج

من خلال الجدول رقم نلاحظ أن معامل التحديد $R^2=0.751$ أي أن المتغير المستقل سن الزواج الأول يؤثر بنسبة 75.1% في المتغير التابع المؤشر التركيبي للخصوبة وهي نسبة كبيرة مما يعبر عن الارتباط القوي بين سن الزواج الأول والمؤشر التركيبي للخصوبة، أما النسبة المتبقية 24.9% فتعود لأسباب أخرى.

2.2 عرض وتحليل الفرضية الثانية: قياس تأثير العوامل الاجتماعية على الخصوبة:

➤ قياس تأثير نسبة تعليم الإناث على المؤشر التركيبي للخصوبة:

حتى تتمكن من قياس نسبة تعليم الإناث من الابتدائي الى الثانوي على المؤشر التركيبي للخصوبة استعملنا نموذج الانحدار الخطي البسيط.

- المتغير التابع: (ISF) المؤشر التركيبي للخصوبة.

- المتغير المستقل: متوسط نسبة تعليم الإناث من الابتدائي الى الثانوي.

جدول 11: معلمات الانحدار الخطي البسيط المؤشر التركيبي و تعليم الإناث

Coefficients ^a						
Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		A	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	15,476	1,619		9,561	,000
	نسبة تعليم الإناث	-,248	,037	-,729	-6,646	,000

a. Variable dépendante : المؤشر التركيبي للخصوبة

نموذج

الانحدار المتحصل عليه من خلال الجدول هو:

$$y=15.476-0.248x \implies ISF=15.476-0.248*éd.f$$

- نلاحظ من خلال الجدول أن المعنوية sig تساوي 0.000 وهي أصغر من 0.05 و التي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية نقول أن المتغير المستقل (نسبة تعليم الإناث) يؤثر في المتغير التابع (المؤشر التركيبي للخصوبة).
- جدول رقم 12: ملخص نموذج الانحدار الخطي البسيط بين المؤشر التركيبي ونسبة تعليم الإناث

Récapitulatif des modèles				
Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,729 ^a	,531	,519	1,37279

a. Valeurs prédites : (constantes), المستوى التعليمي

- من خلال الجدول رقم نلاحظ أن معامل التحديد $R^2=0.531$ أي أنه يؤثر بنسبة 53.1% في المتغير التابع أي أن نسبة التأثير فاقت النصف كما أن الارتباط قوي بين نسبة تعليم الإناث والمؤشر التركيبي للخصوبة، أما النسبة المتبقية 51.9% فتعود لأسباب أخرى.

عرض وتحليل الفرضية الثالثة: قياس تأثير العوامل الاقتصادية على الخصوبة:

➤ قياس تأثير بطالة الإناث على المؤشر التركيبي للخصوبة:

- حتى تتمكن من قياس تأثير بطالة الإناث على المؤشر التركيبي للخصوبة استعملنا نموذج الانحدار الخطي البسيط: - المتغير التابع: (ISF) المؤشر التركيبي للخصوبة.
- المتغير المستقل: نسبة بطالة الإناث.

جدول رقم 13: معاملات الانحدار الخطي البسيط المؤشر التركيبي و بطالة الإناث

Coefficients ^a						
Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		A	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	,734	,646		1,136	,262
	نسبة بطالة الإناث	,079	,012	,698	6,400	,000

a. Variable dépendante : المؤشر التركيبي للخصوبة

نموذج الانحدار المتحصل عليه من خلال الجدول هو:

$$y=0.734-0.079x \implies ISF=0.734-0.079*ch.f$$

- نلاحظ من خلال الجدول أن المعنوية sig تساوي 0.000 وهي أصغر من 0.05 و التي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية نقول أن المتغير المستقل (نسبة بطالة الإناث) يؤثر في المتغير التابع (المؤشر التركيبي للخصوبة).
- جدول رقم 14: ملخص نموذج الانحدار الخطي البسيط بين المؤشر التركيبي ونسبة بطالة الإناث

Récapitulatif des modèles				
Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,698 ^a	,488	,476	1,42321

a. Valeurs prédites : (constantes), نسبة بطالة الإناث

- من خلال الجدول رقم نلاحظ أن معامل التحديد $R^2=0.488$ أي أنه يؤثر بنسبة 48.8% في المتغير التابع أي أن نسبة التأثير فاقت النصف كما أن الارتباط قوي بين نسبة بطالة الإناث والمؤشر التركيبي للخصوبة، أما النسبة المتبقية 47.6% فتعود لأسباب أخرى.

جدول رقم 15: معلمات الانحدار الخطي المتعدد لكل المتغيرات المستقلة المدروسة والمتغير التابع المتمثل في المؤشر التركيبي للخصوبة

Modèle		Coefficients ^a			T	Sig.
		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés		
		A	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	31,194	2,894		10,779	,000
	نسبة بطالة الإناث	-,057	,016	-,425	-3,579	,001
	سن الزواج الأول	-,927	,108	-1,169	-8,584	,000
	متوسط نسبة تعليم الإناث من الابتدائي الى الثانوي	-,054	,027	-,158	-1,986	,055

a. Variable dépendante : المؤشر التركيبي للخصوبة

معادلة الانحدار المتحصل عليها من الجدول:

$$y = 31.194 - 0.057x_1 - 0.927x_2 - 0.054x_3 \implies ISF = 31.194 - 0.057 * ch.f - 0.927 * APM - 0.054 * éd.f$$

- نلاحظ من خلال الجدول أن المعنوية sig لكل من نسبة بطالة الإناث و سن الزواج الأول معنوية حيث أنها أصغر من 0.05، غير أن معنوية متوسط نسبة الإناث من الابتدائي الى الثانوي غير معنوية حيث أنها تساوي 0.055 وهي أكبر من 0.05 و بالتالي يمكن القول أن نسبة بطالة الإناث و سن الزواج الأول يؤثران في المؤشر التركيبي للخصوبة (ISF).

جدول رقم 16: ملخص نموذج الانحدار الخطي المتعدد بين المؤشر التركيبي للخصوبة وبقية المتغيرات المفسرة له

Récapitulatif des modèles ^b				
Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,938 ^a	,881	,871	,71100

a. Valeurs prédites : (constantes), متوسط تعليم الإناث من الابتدائي الى الثانوي.

سن الزواج الأول ,نسبة بطالة الإناث

b. Variable dépendante : المؤشر التركيبي للخصوبة

- من خلال الجدول رقم نلاحظ أن معامل التحديد $R^2=0.881$ أي أن المتغيرات التابعة بطالة الإناث وسن أول زواج يؤثران بنسبة 88.1% في المتغير التابعة المؤشر التركيبي للخصوبة.

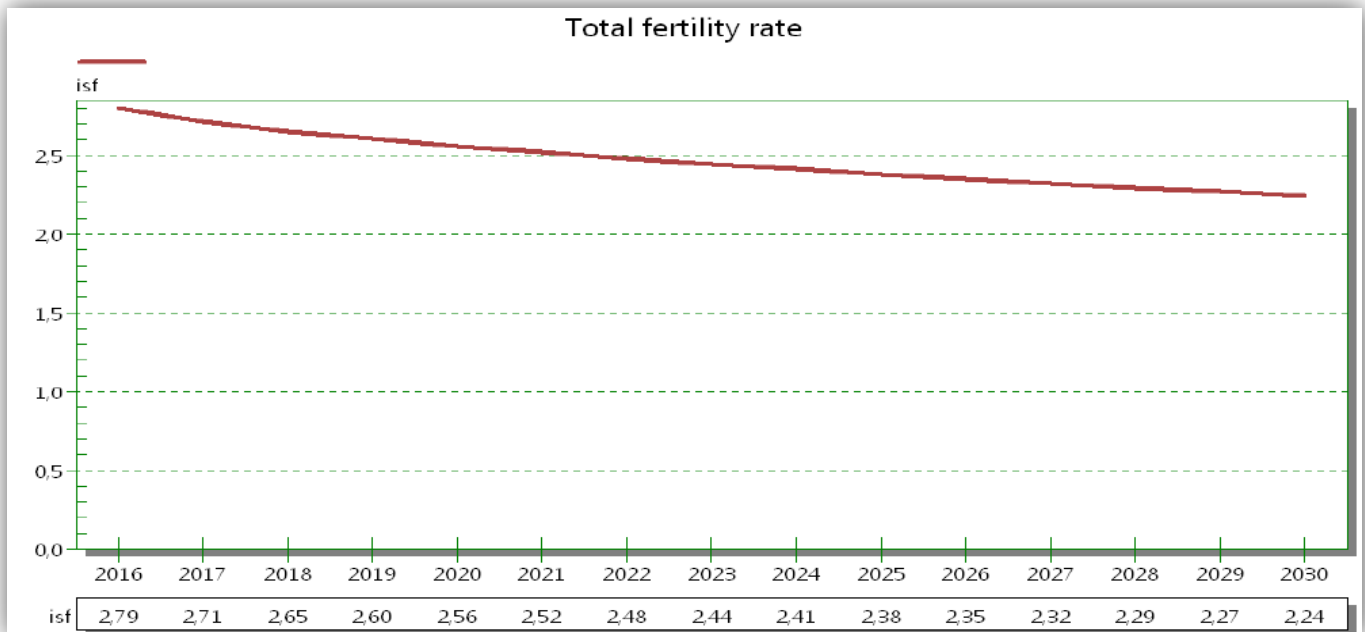
4.2 اتجاهات الخصوبة في الجزائر الى غاية 2030:

❖ استعمال برنامج برمجية SPECTRUM:

يعرف النموذج الديمغرافي في برمجية SPECTRUM وهو برنامج حاسوبي لإعداد الإسقاطات السكانية سواء على مستوى منطقة أو دولة. ويعتبر برنامج DemProj أحد البرامج المكونة لهذا النظام حيث يختص هذا النظام بعمل إسقاطات السكان على المستوى القومي، كما يوفر إسقاطات لحجم السكان في الحضر والريف داخل الدولة.

ويتم الإسقاط السكاني لبلد ما على أساس فرضيات حول الخصوبة، الوفيات والهجرة وهناك مجموعة كاملة من المؤشرات الديمغرافية يمكن عرضها لمدة تصل الى أكثر من 50 سنة في المستقبل¹. بعد إدخال البيانات اللازمة في البرنامج تحصلنا على التوقعات التالية:

التمثيل البياني رقم 5: اتجاه الخصوبة خلال سنة 2030



المصدر: من إعداد الطالبة اعتمادا على برنامج DEMPROJ

¹ مجلس السكان الدولي، غرب آسيا وشمال إفريقيا، مقدمة في علم السكان وتطبيقاته، 2010، ص 199.

جدول رقم 17: اتجاه الخصوبة في 2030

السنوات	ISF
2016	2.79
2017	2.71
2018	2.65
2019	2.60
2020	2.56
2021	2.52
2022	2.48
2023	2.44
2024	2.41
2025	2.38
2026	2.35
2027	2.32
2028	2.29
2029	2.27
2030	2.24

من خلال الجدول رقم 18 تمثيله البياني الموضح أعلاه تحصلنا على نتائج توقع اتجاه الخصوبة من خلال البرنامج Demproj، حيث أن الاتجاه العام لمعدل الخصوبة يكون يتجه نحو الانخفاض حيث سيسجل المؤشر التركيبي للخصوبة سنة 2020 2.5 طفل لكل امرأة وهذه النسبة منخفضة عن الفترة السابقة ، ثم بعد سبع سنوات أي في حدود 2027 سوف يبلغ المعدل 2.3 طفل لكل امرأة أي أنه يواصل في الانخفاض الى أن يصل الى 2.2 طفل لكل امرأة سنة 2030. هذا الانخفاض المستمر لمعدلات الخصوبة سوف ينقل الجزائر في حالة ما إذا تحقق إلى المرحلة الأخيرة من مراحل الانتقال الديمغرافي .

خلاصة الفصل

بعدما قمنا بالتحليل السوسيوديمغرافي لبيانات وذلك بمراعاة تسلسل عناصر البحث وترتيب فرضيات الدراسة يتضح لنا مما سبق أن مختلف المتغيرات (ديمغرافية، اجتماعية واقتصادية) لها تأثير على انخفاض الخصوبة و أن هذا الانخفاض له أثر ايجابي على تحسين المستوى المعيشي للسكان من جهة وأنه يؤدي على المدى البعيد الى تغيير التركيبات السكانية من جهة أخرى، وأن أفاق الخصوبة في المستقبل تبين وتتشع على خفض معدل الخصوبة من خلال رفع المستوى التعليمي للمرأة، استخدام وسائل منع الحمل لتمكن من التحكم في النمو السكاني مستقبلا.

خاتمة عامة

بعد عرض الموضوع والتطرق لمختلف العناصر التي يحتويها من خلال معالجة الإشكالية المطروحة، أهمية البحث وأهدافه وتحديد الفرضيات المتعلقة بها والمفاهيم الأساسية، ثم قمنا بجمع معلومات حول الخصوبة وما يتعلق مستوياتها والعوامل المؤثرة فيها من الكتب والرسائل الجامعية والتقارير بالإضافة الى الدواوين والمنظمات، كما نضيف على هذا اتجاه الخصوبة في الجزائر خلال سنوات قادمة وكل هذا لنبين ما مدى صدق الفرضيات التي بنيت عليها الدراسة.

فيما سبق تم إلقاء نظرة على تطور المؤشر التركيبي للخصوبة،تطور نسبة استعمال وسائل منع الحمل،تطور نسبة بطالة الإناث ونسبة تشغيل الإناث من القوى العاملة بالإضافة الى أمل الحياة عند الولادة في الجزائر توصلنا إلى بعض الاستنتاجات بغية معرفة تأثير هذه العوامل (الديمغرافية،الاجتماعية والاقتصادية) على الخصوبة ومحاولة التوقع لاتجاهاتها في المستقبل والتي سوف نعرضها كمايلي:

✓ يؤثر السن عند أول زواج في المؤشر التركيبي للخصوبة في الجزائر.

أي أنه كلما زاد السن عند أول زواج كلما نقصت الخصوبة وكلما نقص السن عند أول زواج زادت الخصوبة لدى المرأة في الجزائر.

✓ يوجد علاقة بين المؤشر التركيبي للخصوبة ونسبة تعليم الإناث من الابتدائي الى الثانوي.

بمعنى أن المستوى التعليمي لدى المرأة يؤثر على الخصوبة أي أن كلما ارتفع المستوى التعليمي نقص معدل الخصوبة وكلما قل المستوى التعليمي لدى المرأة زادت الخصوبة.

✓ يتأثر المؤشر التركيبي للخصوبة بنسبة بطالة الإناث أي كلما قلت نسبة البطالة زادت نسبة الخصوبة وكلما زادت نسبة البطالة نقصت نسبة الخصوبة.

✓ أفق الخصوبة (اتجاهها) الى غاية سنة 2030 يسير نحو الانخفاض وذلك لتأثير العوامل المختلفة على معدل الخصوبة ومساهمة المرأة في هذا الانخفاض بشكل كبير من خلال دخولها سوق الشغل وممارستها للتعليم.

التوصيات:

✓ زيادة معدلات التحاق الإناث الى مختلف مستويات التعليم هذا ما يؤدي الى انخفاض معدلات الأمية بين الإناث وهذا بالضرورة سيؤدي الى انخفاض معدل الخصوبة باعتبار أن زيادة مستوى تعليم المرأة يؤخر من سن زواجها الذي بدوره يساهم في خفض خصوبتها.

✓ مشاركة المرأة في النشاط الاقتصادي بحيث أن عمل المرأة له تأثير كبير في استعمالها لوسائل تنظيم الأسرة وهذا ما يؤدي الى خفض الخصوبة.

✓ انخفاض الخصوبة من بعد ما كانت مرتفعة يتحقق من خلال رفع السن عند الزواج الأول للإناث نتيجة هذا التأخير راجع الى التغيرات الاقتصادية والاجتماعية(التعليم، الرعاية الصحية الجيدة)، ضبط الخصوبة من خلال استعمال وسائل تنظيم الأسرة نتيجة لبرامج تنظيم الأسرة الواقعية والقابلة للتنفيذ.

✓ فتح مراكز خدمات تنظيم الأسرة بالأخص في المناطق الريفية وتوفير الوسائل عبر عيادات متنقلة تعمل على توصيل الخدمات لأغلبية السكان.

- ✓ التخطيط من أجل المستقبل بما يخص تنظيم الأسرة عن طريق نشر الوعي بين الأزواج، توفير وسائل تنظيم الأسرة، للوصول لأفاق مستقبلية تخص معدل الخصوبة الذي بدوره هو الأساس في التحكم في النمو السكاني للمجتمع.
- ✓ التوعية حول خطورة الزواج المبكر وتكرار الولادات والمشاكل الناتجة عنهما.
- ✓ توجيه الدراسات القادمة حول موضوع الخصوبة نحو دراسة المنظومة الاجتماعية ومحاولة قياس ما يمكن قياسه من متغيراتها وظواهرها.

قائمة المراجع

أولاً: الكتب

1. إبراهيم بختي، الدليل المنهجي في إعداد وتنظيم البحوث العلمية (المذكرات والأطروحات)، جامعة ورقلة، الجزائر، 2006.
2. أسيا الشريف، الظواهر الديمغرافية، ديوان المطبوعات الجامعية، الطبعة الثانية، 2015.
3. جون كلارك، ومحمد شوقي وإبراهيم، جغرافيا السكان، دار المريخ الرياض، 1984.
4. حسين عبد الرحمان رشوان، السكان من منظور علم الاجتماع، المكتب الجامعي الحديث، الطبعة الثانية 2006.
5. حسين عبد الرحمان رشوان، السكان من منظور علم الاجتماع، المكتبة الجامعية، الإسكندرية، ط1، 2001.
6. دونيس رونج، علم السكان، تر: محمد صبحي عبد الحكيم، مكتبة مصر، القاهرة، 1967.
7. سلوى عثمان الصديقي، قضايا الأسرة و السكان، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2001.
8. صلاح الدين شروخ، منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، الجزائر، دار العلوم للنشر و التوزيع، 2003.
9. عبد الرزاق جبلي، علم الاجتماع السكان، دار المعرفة الجامعية، 1987، ص408.
10. عبد الفتاح محمد العيسوي وعبد الرحمان محمد العيسوي، مناهج البحث العلمي، دار الراتب الجامعية، مصر، 1997.

11. عبد القادر رزيق المخازمي، الانفجار السكاني في العالم - من تحديات العولمة إلى الفجوة

الرقمية -، دار الفجوة للنشر و التوزيع، 2005.

12. عبد الله عطوي، جغرافيا السكان، دار النهضة العربية، بيروت، 2001.

13. علي عبد الرزاق جلبي: علم اجتماع السكان، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، 1984 .

14. علياء شكري، المرأة بين الريف و الحضر، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1998.

15. فتحي أبو عيانة، جغرافيا السكان، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1985.

16. فؤاد بسيوني متولي ، المشكلة السكانية، كلية التربية، طنطا، مركز الإسكندرية للكتاب، 1998.

17. مجلس السكان الدولي، غرب آسيا وشمال أفريقيا، مقدمة في علم السكان وتطبيقاته، 2010.

18. محمد السيد، غلاب محمد، السكان ديمغرافيا و جغرافيا، القاهرة، المطبعة الحديثة، الطبعة 2،

1976.

19. معن خليل عمر، علم اجتماع الأسرة، الشروق للنشر و التوزيع، بيروت، ط1، 1994.

20. منير طلعت الرشيدي، السكان والتباين الجغرافي، دار الكتاب الحديث، 2009.

21. نوري أن مازور، ما وراء الأرقام قراءات في السكان والاستهلاك والبيئة، تر: هدره سيد

رمضان. خير حافظ نادية، الجمعية المصرية للنشر المعرفة و الثقافة العالمية، القاهرة، 1994.

ثانيا: المذكرات:

22. تمزت بلحول، تطور الخصوبة في ظل التغيرات السوسيواقتصادية، رسالة ماجستير تخصص

ديمغرافيا اقتصادية و اجتماعية، 2012-2013.

23. سهام عبد العزيز، وسائل منع الحمل وأثرها على الخصوبة في الجزائر، مذكرة ماجستير في الديمغرافيا، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2013-2014.

24. عائشة بورغدة، العاملة الجزائرية و تنظيم النسل، رسالة ماجستير في علم الاجتماع، جامعة الجزائر، 1986 .

25. عدنان أحمد محمود مالول، مستويات الخصوبة في محافظة جنين من واقع التسجيل الحيوي لعام 1997، رسالة ماجستير، جامعة النجاح الوطنية، نابلس فلسطين، 2000.

26. عنصر مفيدة، تأثير الانتقال الصحي على الخصوبة في الجزائر، رسالة ماجستير في الديمغرافيا، 2008-2009.

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

28. لجناف عبد الرزاق، تطبيق نماذج الاقتصاد القياسي في تحديد عوامل الخصوبة في الجزائر دراسة ميدانية معطيات 1992، رسالة ماجستير في الاقتصاد القياسي ،جامعة الجزائر 2011، 3-2012.

29. مشتي سامية، الخصوبة المفضلة و تنظيم الأسرة، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في الديمغرافيا، جامعة الجزائر، 2003-2004.

30. محمد عبد المجيد حسين يعقوب، العوامل، الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على خصوبة المرأة

في مدينة رام الله، مذكرة لاستكمال متطلبات درجة الماجستير في الجغرافيا، كلية الدراسات العليا

في جامعة النجاح الوطنية في نابلس، فلسطين، 2004.

31. واجي بوجمة، مستويات و توجهات الخصوبة في الجزائر (دراسة حالة بلدية أدرار)، رسالة

ماجستير في الديمغرافيا، 2013-2014.

ثالثا: المعاجم والقواميس:

32. الشافعي عبد المنعم، الباقي عبد الكريم، المعجم الديمغرافي المتعدد اللغات، دار الكاتب

للطباعة و النشر، القاهرة، 1996، ص 75.

33. محمد عاطف غيث، قاموس علم الاجتماع، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، 1999.

رابعا: الجرائد والمجلات:

34. جريدة الخبر اليومية: العدد 610، 2 نوفمبر 1992.

35. مجلة الجزائر: جانفي 1988.

خامسا: الدواوين والدوريات:

36. الاتحاد الوطني للنساء الجزائريات، الوثائق الرسمية حول الندوة الوطنية الأولى لتنظيم الأسرة، قصر

الأمم، 10 جانفي 1998

37. البنك العالمي لسنة 2018

38. الديوان الوطني للإحصاءات: الديمغرافيا والإحصاءات الاجتماعية، كراس رقم 1، ط 1، 1991

39. الديوان الوطني للإحصاءات، الجزائر، نشرة 1991.

40. عمران عبد الرحيم : سكان العالم العربي حاضرا ومستقبلا ، صندوق الأمم المتحدة للأنشطة

السكانية FNUAP، نيويورك، 1988.

41. وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ، سنة 1995 ، رقم 226 ، ص 03 .

42. وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات MSPRH ، 1999 .

مراجع اللغة الأجنبية:

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

44. BONGAAR TS, John.(1982): **les effets inhibiteurs des variables intermédiaires de la fécondité, population Council**, new York.

45. DAVIS K and BLAKE J, (1956). « Social Structure and Fertility: An Analytic Framework», *Économico Développement and Cultural Change*, 4(3), pp 211-235 .

46. EASF, Alger , 2002 .

47. Karl Schwarz, nombre d'enfant suivant le milieu physique et social et social en Allemagne occidentale. Paris, revue population numero1,1965.

48. KOUAOUCI Ali , La transition de la fécondité et politique de population en Algérie , sciences humaines, no12 1999 .

49. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA POPULATION,
DIRECTION DE LA POPULATION. (1997): L'activité de
50. ONS : Annaux statistique de l'Algérie N° 15 .
51. ons. retrospective statistiques 1970-2002,ons,edition2005,p11.
52. Pressat R. (1979) : « **Dictionnaire de démographie** », p77.
santé reproductive. Planification familiale à travers les régions
sanitaires, Décembre.

جدول المختصرات:

المؤشر التركيبي للخصوبة	ISF
معدل المواليد الخام	TBN
معدل الخصوبة العام	TGFG
معدل الخصوبة عند عمر معين	TFG
المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة	ENAF
المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل	PAPCHILD
المسح الجزائري حول صحة الأسرة	PAPFAM
المسح الجزائري العنقودي متعدد المؤشرات	MICS3
المركز الوطني للدراسات والتحليل الخاصة بالسكان	CENEAP
صندوق الأمم المتحدة للسكان	FNUAP
الديوان الوطني للإحصاء	ONS
المنظمة العالمية للصحة	OMS
الجمعية الجزائرية الأبحاث الديمغرافية والاقتصادية	AARDES
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات	MSPRH
سن الزواج الأول	APM

الملخص:

خلصت هذه الدراسة إلى أنه توجد علاقة بين السن الأول للزواج والمؤشر التركيبي للخصوبة بحيث أن ارتفاع العمر عند الزواج الأول يؤدي إلى انخفاض المؤشر التركيبي للخصوبة ، كما أنه توجد علاقة أيضا بين هذا المؤشر وتعليم الإناث بحيث أنه كلما زاد تعليم الإناث أدى ذلك إلى انخفاض المؤشر والعكس صحيح..

أما عن اتجاهات الخصوبة المستقبلية فقد خلصت الدراسة إلى أن المؤشر التركيبي للخصوبة سوف ينخفض ويستمر في الانخفاض طيلة الفترة الممتدة بين 2016 و 2030 وذلك بعدما تم استخدام برنامج Demproj من أجل توقع اتجاه الخصوبة المستقبلي.

الكلمات المفتاحية: الخصوبة ، المؤشر التركيبي للخصوبة ، توقعات الخصوبة، عمل المرأة، تعليم الإناث، الزواج الأول..

Résumé:

Cette étude montre qu'il existe une relation entre le premier âge du mariage et l'indice synthétique de fécondité: plus l'âge au premier mariage est élevé, plus l'indice de fécondité est bas. Il existe également une corrélation entre cet indicateur et l'éducation des femmes, Plus l'éducation des femmes est élevée, plus l'indice est bas.

En ce qui concerne les tendances futures de la fécondité, l'étude a conclu que l'indice de fécondité diminuera et continuera à diminuer toute la période entre 2016 et 2030.

Mots-clés: fécondité, indice synthétique de fécondité, perspective de fécondité , travail des femmes ,Age au premier mariage