

جامعة قاصدي مرباح ورقلة

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علوم الاجتماع والديمغرافيا



مذكرة ماستر أكاديمي

ميدان: العلوم الاجتماعية

شعبة: الديمغرافيا

تخصص: التخطيط السكاني والتنمية

من إعداد الطالبة: حورية قصوري

الموضوع:

تطور الخصوبة في الجزائر

دراسة مقارنة بين المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2006
والمسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012 - 2013

تاريخ المناقشة: 27 \ 06 \ 2019

اللجنة المناقشة:

جامعة قاصدي مرباح ورقلة	رئيسا	أستاذ مساعد "أ"	بوحفص بوزيد
جامعة قاصدي مرباح ورقلة	مشرفا ومقرا	أستاذ محاضر "ب"	يمينة قوارح
جامعة قاصدي مرباح ورقلة	مناقشا	أستاذ محاضر "أ"	عمر طعبة

السنة الجامعية 2018-2019

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علوم الاجتماع والديمغرافيا



مذكرة ماستر أكاديمي

ميدان: العلوم الاجتماعية

شعبة: الديمغرافيا

تخصص: التخطيط السكاني والتنمية

من إعداد الطالبة: حورية قصوري

الموضوع:

تطور الخصوبة في الجزائر

دراسة مقارنة بين المسح العنقودي المتعدد المؤشرات سنة 2006
والمسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012-2013.

تاريخ المناقشة : 27 \ 06 \ 2019

الجنة المناقشة:

جامعة قاصدي مرباح ورقلة	رئيسا	أستاذ مساعد "أ"	بوحفص بوزيد
جامعة قاصدي مرباح ورقلة	مشرفا ومقرا	أستاذ محاضر "ب"	يمينة قوارح
جامعة قاصدي مرباح ورقلة	مناقشا	أستاذ محاضر "أ"	عمر طعبة

السنة الجامعية 2018-2019

شكر وتقدير

الحمد لله وكفى والصلاة والسلام على النبي المصطفى

الحمد لله الذي أنار لنا درب العلم والمعرفة

وأعاننا على أداء هذا الواجب ووفقنا إلى انجاز هذا العمل المتواضع

نتوجه بجزيل الشكر والامتنان إلى كل من سعدنا في هذا العمل من بعيد او قريب

ونخص الذكر الأستاذة المشرفة :

الدكتورة يمينة قوارح التي لم تبخل علينا بتوجيهاتها ونصائحها القيمة

التي كانت عوننا لنا في إتمام هذا البحث

ولا يفوتنا أن اشكر كل أساتذة الديموغرافيا.



إهداء

إلى روح من أرضعتني الحب والحنان
إلى رمز الحب وبلسم الشفاء إلى القلب الناصع بالبياض والدتي الحبيبة
إلى روح من حصد الأشواك عن دربي ليمهد لي طريق العلم والدي العزيز
إلى من جرع الكأس فارغا ليسقيني قطرة حب
إلى روح القلوب الطاهرة الرقيقة إخوتي
إلى كل صديقاتي وزملائي وكل من يعرفني من قريب أو بعيد
إلى كل أستاذ الديموغرافيا الكرام

فهرس المحتويات

الصفحة	. الفهرس
	. الشكر والتقدير
	. إهداء
	. قائمة الجداول
	. قائمة الأشكال
أ	. مقدمة
الجانب انتظري	
الفصل الأول : الجانب المنهجي	
06	1 . تحديد إشكالية الدراسة
07	2 . فرضيات الدراسة
07	3 . أهمية الدراسة
08	4 . تحديد المفاهيم الإجرائية
08	5 . الدراسات السابقة
الفصل الثاني: العوامل السوسيوديمغرافية المؤثرة في الخصوبة	
11	تمهيد
12	1 . تطور معدلات الخصوبة في الجزائر بين 1990 . 2017
14	2 . العوامل المتحكمة في الخصوبة
14	2 . 1 المستوى التعليمي
14	2 . 2 سن الزواج الأول
15	2 . 3 مدة الزواج
16	2 . 4 العزوبة النهائية
17	2 . 5 عدد الأطفال المنجبين
18	2 . 6 وفيات الأطفال الرضع
19	2 . 7 وسائل منع الحمل المستعملة
20	خلاصة
الجانب الميداني	
الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية	
21	تمهيد

22	1 . مجالات الدراسة
22	2 . المنهج المستخدم
23	3 . مصادر جمع البيانات
25	4 . مقاييس الخصوبة
26	5 . الأساليب الإحصائية المستخدمة
28	خلاصة
الفصل الرابع: دراسة مقارنة بين المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2006 و 2012- 2013	
29	تمهيد
30	1 . مقارنة مصادر المعطيات
30	1.1 من ناحية الأهداف
31	1.1 من ناحية عينة المسح
33	1.1 من ناحية التنفيذ
34	2 . مقارنة الخصوبة بين 2006 و 2012 و 2013
34	1.2 معدلات الخصوبة
36	2.2 معدلات الخصوبة حسب المستوى التعليمي
38	2.2 معدلات الخصوبة حسب نوع الوسيلة المستعملة حاليا
39	2.2 معدلات الخصوبة حسب وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات
40	2.2 معدلات الخصوبة حسب سن الزواج الأول
42	2.2 معدلات الخصوبة حسب الأقاليم
42	2.2.1 حسب المستوى التعليمي
43	2.2.2 حسب نوع الوسيلة المستعملة حاليا
46	2.2.3 حسب سن الأول عند الزواج
47	2.2.4 حسب وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات
49	خلاصة
الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة الفرضيات	
50	تمهيد
51	1 . الفرضية الجزئية الأولى
52	2 . الفرضية الجزئية الثانية
53	3 . الفرضية الجزئية الثالثة
54	4 . الفرضية الجزئية الرابعة
55	5 . الفرضية الجزئية الخامسة
55	6 . الفرضية الجزئية السادسة

56	7. نتائج الدراسة
58	خلاصة
59	خاتمة عامة
60	قائمة المراجع
	الملاحق
	ملخص الدراسة

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	تطور معدل الخصوبة في الجزائر بين 1990. 2017	12
02	توزيع معدل الخصوبة حسب مستوى التعليمي سنة 2002	14
03	تطور السن الأول عند الزواج في الجزائر بين 1977. 2008	14
04	متوسط عدد المواليد حسب مدة الزواج والسن عند الزواج الأول لسنة 2002	15
05	تطور نسب العزوبة بين 35. 49 سنة في الجزائر حسب تعداد 1966. 2008	16
06	عدد الأطفال الأحياء خلال سنتين 1992. 2002	17
07	تطور معدل وفيات الرضع في الجزائر بين 1990. 2017	18
08	تطور استعمال وسائل منع الحمل المستعملة من 1986 إلى 2012	19
09	توزيع الأطفال حسب سنة الميلاد و شهر الميلاد في مسحي 2006 و 2012.	24
10	تغير مستويات الخصوبة بين مسحي 2006 و 2012.	35
11	توزيع معدلات الخصوبة(‰) حسب المستوى التعليمي ومستوى الإقامة بين مسحيين 2006 و 2012.	37
12	توزيع معدلات الخصوبة (‰) حسب نوع الوسيلة المستعملة حاليا ومكان الإقامة بين 2006 و 2012.	38
13	توزيع معدلات الخصوبة (‰) حسب وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات ومكان الإقامة بين 2006 و 2012.	39
14	توزيع معدلات الخصوبة(‰) حسب السن الأول حسب الزواج ومكان الإقامة بين 2006 و 2012	41
15	معدلات الخصوبة حسب المستوى التعليمي حسب الأقاليم 2005	42
16	معدلات الخصوبة حسب المستوى التعليمي(‰) حسب الإقليم 2012	43
17	معدلات الخصوبة حسب وسيلة منع الحمل المستعملة حاليا(‰) حسب الإقليم 2006	44
18	معدلات الخصوبة حسب الوسيلة المستعملة حاليا(‰) حسب الإقليم 2012.	44
19	يمثل معدلات الخصوبة حسب سن الزواج الأول حسب الأقاليم. 2006.	46
20	معدلات الخصوبة حسب سن الزواج الأول (‰) حسب الإقليم مسح 2012	46
21	معدلات الخصوبة حسب وفيات أقل من 5 سنوات (‰) حسب الإقليم مسح 2006	47
22	يمثل معدلات الخصوبة حسب وفيات أقل من 5 سنوات (‰) حسب الإقليم مسح 2012 .	48

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
13	تطور معدل الخصوبة العام في الجزائر بين 1990 . 2017	01
36	تطور معدلات الخصوبة العمرية بين مسحي 2006 و 2012	02

مقدمة

لقد عرفت العديد من دول العالم من التغيرات الديمغرافية أهمها الخصوبة فهي أهم العناصر الديمغرافية التي تلعب دورا أساسيا في تحديد معدلات النمو السكاني، وحظيت باهتمام كبير لدى علماء السكان منذ القدم إلى يومنا هذا حيث أصبحت إحدى القضايا السكانية المعقدة والمتشابكة التي يواجهها السكان خاصة بلدان النامية.

والجزائر كغيرها من دول العالم عرفت تغيرا في مستوى خصوبتها، بحيث انتقل المؤشر التركيبي للخصوبة من 8.1 طفل لكل امرأة سنة 1970 إلى 2.63 طفل لكل امرأة سنة 2000، والأمر المفاجئ أنها شهدت زيادة في مستوى خصوبتها من جديد ليصل قرابة ثلاثة أطفال لكل امرأة سنة 2012

ونظرا لأهمية الخصوبة في الجزائر، خصصت هذه الدراسة محاولة لإلقاء الضوء على تطور الخصوبة في الجزائر، وذلك بمقارنة معدلات الخصوبة حسب العوامل الديمغرافية بين المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2006 و2012 و2013، ولأجل القيام بهذه الدراسة تم وضع خطة منهجية تشمل جانب النظري والميداني في خمس فصول وهي كالتالي:

الفصل الأول: بعنوان "الجانب المنهجي للدراسة" وتم التطرق إلى إشكالية الدراسة، فرضياتها، أهمية الدراسة، تحديد مفاهيم الدراسة، وفي الأخير دراسات سابقة.

الفصل الثاني: فقد خصص للعوامل السوسيوديمغرافية المؤثرة في الخصوبة، مثل مستوى التعليمي، وفيات الأطفال.

الفصل الثالث: خصص "للإجراءات المنهجية للدراسة" وتم التطرق فيه إلى مجالات الدراسة (مكاني، زمني، بشري)، المنهج المستخدم (الوصفي، المقارن)، وتم التطرق إلى مصادر جمع البيانات، و الاختبار المستخدم في الدراسة لتأكد من الفرضيات

الفصل الرابع: خصص للجانب الميداني من الدراسة حيث تم فيه دراسة مقارنة لمعدلات الخصوبة حسب العوامل الديمغرافية بين مسحي 2006 و2012 و2013، ومقارنة معدلات الخصوبة حسب العوامل الديمغرافية في الأقاليم بين مسحي 2006 و2012 و2013.

الفصل الخامس: تم في عرض وتحليل ومناقشة الفرضيات التي تم جمع بياناتها من تقرير المسح 2006 و مسح 2012 و 2013 وقاعدة معطيات للمسيحيين.

الجانب النظري

الفصل الأول: الجانب المنهجي

للدراسة

1 - إشكالية الدراسة:

شهدت دول العالم بعد الحرب العالمية الثانية تزايدا سكانية سريعا فقد كانت هذه الزيادة محل اهتمام العلماء السكان باعتبارها مشكلة تواجه العالم بأسره، بحيث تأثرت بعدة عوامل الاجتماعية الاقتصادية، ساهمت في تحديد مستوياتها كونها هي أحد العناصر الأساسية في الدراسات الديمغرافية، وباعتبارها المحدد الرئيسي لنموهم و تغيرهم، فهي تفوق ظاهري الوفيات والهجرة، كونها أكثر صعوبة في فهمها من الوفيات، وذلك أن الوفيات حتمية ولا يمكن تجنبها. أما الخصوبة فهي ظاهرة متجددة. فقد قدر مؤشر التركيبي للخصوبة في العالم (حسب البنك الدولي) في سنة 2016 بـ 2.44 طفل لكل امرأة.

وعلى غرار بلدان العالم نجد بلدان المغرب العربي، فقد عرفت تحولا ديمغرافيا متقاربا، حيث شهدت فيها الخصوبة تسارعا في وتيرة انخفاضها مند سنوات التسعينات، عرفت خلال عقدي السبعينيات و الثمانينات انخفاضا بطيء، ويعود سبب هذا التراجع إلى جملة من العوامل ساهمت بشكل كبير في تعديل السلوك الإنجابي للمرأة. حيث سجل مؤشر التركيبي للخصوبة في تونس تراجعا سريعا مند العقود الأخيرة للقرن الماضي، (حسب المعهد الوطني للإحصاء) حيث قدر بـ 2.31 طفل لكل امرأة سنة 2016 وهو المستوى أعلى بقليل من الحد الأدنى لتحديد الأجيال، بعد ما كان في الستينيات حوالي 6 أطفال لكل امرأة. أما المغرب عرفت انخفاض الخصوبة ابتداء من أواسط السبعينيات، بحيث انتقلت الخصوبة من مستوى قوي بشكل استثنائي (6 أطفال لكل امرأة) إلى مستوى يسمح بتعويض الأجيال، أي أكثر من طفلين بقليل، بحيث سجل مؤشر التركيبي للخصوبة فيها بـ 2.49 طفل لكل امرأة سنة 2016 (المنذوبة السامية للتخطيط 2030).

وباعتبار الجزائر واحدة من هذه البلدان التي لم تكن بعيدة عن هذه الظاهرة، حيث شهدت بدورها تغيرات في مستويات الخصوبة، مند الاستقلال. فقد حققت المرحلة الأولى والثانية من التحول الديمغرافي، ودخلت المرحلة الثالثة من مراحل التحول الديمغرافي ولكن لم تأخذ نفس اتجاه المرحلة الثالثة من مراحل الانتقال الديمغرافي المتفق عليها، حيث شهدت زيادة مفاجئة في مستويات الخصوبة من جديد ليصل ثلاثة أطفال سنة 2015. فبلغ المؤشر التركيبي للخصوبة في الجزائر بـ 3.1 طفل لكل امرأة سنة 2017 (حسب الديوان الوطني للإحصاء).

وانطلاقا من النتائج الإحصائية السابقة والتغيرات التي مست الخصوبة في الجزائر نطرح السؤال الآتي :

هل تختلف معدلات الخصوبة حسب العوامل الديمغرافية بين مسحي 2006 و 2012 و 2013؟

وتسهيلا للإجابة عن التساؤل الرئيسي نطرح التساؤلات الجزئية التالية:

- ✓ هل تختلف معدلات الخصوبة العمرية في الجزائر بين المسحين 2006 و2012؟
- ✓ هل تختلف معدلات الخصوبة حسب المستوى التعليمي في الجزائر بين مسحي 2006 و2012 ؟
- ✓ هل تختلف معدلات الخصوبة حسب سن الزواج الأول في الجزائر بين مسحي 2006 و2012 ؟
- ✓ هل تختلف معدلات الخصوبة حسب وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر بين مسحي 2006 و2012 ؟
- ✓ هل تختلف معدلات الخصوبة حسب وسائل منع الحمل المستعملة في الجزائر بين مسحي 2006 و2012؟
- ✓ هل تختلف معدلات الخصوبة حسب العوامل الديمغرافية في أقاليم البلاد بين المسحين 2006 و2012 في الجزائر؟

3- فرضيات الدراسة:

- ✓ تختلف معدلات الخصوبة العمرية في الجزائر بين مسحي 2006 و2012 ..
- ✓ تختلف معدلات الخصوبة حسب المستوى التعليمي في الجزائر بين مسحي 2006 و2012..
- ✓ تختلف معدلات الخصوبة حسب سن الزواج الأول في الجزائر بين مسحي 2006 و2012 .
- ✓ لا تختلف معدلات الخصوبة حسب وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر بين مسحي 2006 و2012 .
- ✓ تختلف معدلات الخصوبة حسب وسائل منع الحمل المستعملة في الجزائر بين مسحي 2006 و2012.
- ✓ يوجد اختلاف بين أقاليم البلاد في معدلات الخصوبة حسب العوامل الديمغرافية بين مسحي 2006 و2012 في الجزائر.

3أهمية الدراسة:

إن تغير الخصوبة من أهم المواضيع التي تناولها علماء الديموغرافيا، خاصة في الدول الغربية والتي أحدثت على عاتقها ضرورة التعمق في العديد من القضايا السكانية والتي تتأثر بعدة عوامل .

ويعتبر موضوع تغير الخصوبة في الجزائر فيه نقص من الناحية الديمغرافية فاختيارنا لموضوع تطور الخصوبة في الجزائر لاقتناعنا بهذا الموضوع ومحاوله تتبع التغيرات التي شهدتها الخصوبة في الجزائر وربطها بأهم العوامل المؤثرة فيها لدي تم التسطير على مجموعة من النقاط بغية إنجاز بحث علمي في إطار صحيح ومن بين أهداف الدراسة:

- محاولة معرفة مستويات واتجاهات الخصوبة حسب العوامل الديمغرافية بين مسحي 2006 و2012.

● محاولة تسليط الضوء على أهم التغيرات التي شهدتها الخصوبة في الجزائر وربطها بأهم العوامل التي أثرت بينها بين مسحي 2006 و 2012.

● محاولة التحليل الكمي لمؤشرات الخصوبة بين المسحي 2006 و 2012.

المفاهيم الإجرائية:

1. **الإقليم:** هو التقسيم الجغرافي للولايات الوطن حسب التقسيم الصحي وحسب المخطط الوطني للتنمية "SNAT"

2. **الخصوبة:** هي عبارة عن عدد المواليد الأحياء لمجموعة من النساء في سن الحمل (15-49) كما يطلق لفظ الخصوبة للدلالة على ظاهرة الإنجاب في مجتمع ما .

3. **السن الأول عند الزواج :** هو السن الأول الذي تزوجت في كل امرأة

4. **عدد المواليد:** هو عدد المواليد التي أنجبتهن المرأة خلال سنة 2005 و 2012.

5. **المستوى التعليمي:** هو المستوى العلمي الأخير الذي وصلت إليه النسوة

6. **المؤشر التركيبي للخصوبة:** هو متوسط عدد الأطفال التي يمكن أن تنجبهم المرأة الواحدة طوال سنوات قدرتها على الإنجاب.

7. **وسائل منع الحمل :** هي مجموعة الطرق التي تؤدي إلى توقيف الولادات .

8. **وفيات الأطفال:** هو عدد الولادات تم إنجابهم وتوف وعمرهم اقل من 5 سنوات.

6- الدراسات السابقة :

تعتبر الدراسات السابقة كمرجع لتكون القاعدة الأساسية التي نعتمد عليها في بناء موضوع الدراسة ومن بينها،

دراسات التي تناولت ظاهرة الخصوبة التي لها أهمية بالغة في تحليل موضوع دراستنا والوصول إلى أهم النتائج المرجوة ومن بينها:

1- دراسة من إعداد فضيلة شعوبي بعنوان "تحول الخصوبة ومسألة الانتقال الديمغرافي في الجزائر" دراسة تحليلية من

1970 إلى 2013، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه ل.م.د في علم الاجتماع، جامعة أبي بكر بلقايد - تلمسان - السنة الجامعية

2015\2016 .

- التساؤل الرئيسي لدراسة:

هل انفلت تحول الخصوبة في الجزائر من مسار الانتقال الديموغرافي العالمي، أم أن الشك يحيط بالنظرية ذاتها؟

- نتائج الدراسة:

- نسبة استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر 57.1 % سنة 2012.

- وجود علاقة في غاية القوة بين انخفاض خصوبة المرأة القادرة على الإنجاب، وبين وضعها المهني.

- معدل استعمال وسائل منع الحمل 61.4 %

- معدل الخصوبة الكلي المقدّر 2.22.

2. دراسة من إعداد " فيصل معاش " مستويات ومحددات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة في الجزائر من

خلال المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012-2013، " 2017

التساؤل الرئيسي: ما هي مستويات واتجاهات وفيات الرضع ودون الخامسة في الجزائر؟ وما هي أهم المتغيرات الاجتماعية

والاقتصادية والديمغرافية المؤثرة في وفيات أطفال الرضع ولأطفال دون الخامسة؟

المنهج المستخدم: الوصفي التحليلي والتحليلي الوصفي

أهم نتائج الدراسة:

- معدلات الوفيات أقل من خمس سنوات بين 2008 و2012 بلغ 24.1%

- أغلب وفيات أقل من خمس سنوات تقع خلال السنة الأولى من حياتهم 89%

- وفيات حديثي الولادة يمثلون 73% من وفيات الرضع والتي بدورها تمثل 89% من وفيات الأطفال دون الخامسة

- مستويات وفيات الرضع و دون الخامسة في الجزائر تعرف تباين كبير عبر مختلف فضاءات البرمجة الإقليمية، حيث عرف إقليم

جنوب، شمال غرب، هضاب شرق، على التوالي مستويات عالية في وفيات الرضع ودون الخامسة مقارنة مع بقية الأقاليم الشمالية.

3. دراسة من إعداد أمال حابيرش بعنوان " تغير الزواج والتغير الخصوبة في الجزائر " دراسة مقارنة بين المسح حول

صحة الأسرة 2002 والمسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2006. تخطيط السكاني، جامعة قاصدي مرباح ورقلة. 2014. 2015.

التساؤل الرئيسي: ما هي أهم التغيرات التي شهدتها كل من نمط الزواج والخصوبة بين 2002 و2006؟

أهم النتائج:

نسبة استعمال وسائل منع الحمل من طرف النساء المتزوجات في ارتفاع بين سنتين 2002 و2006، فقدت سنة 2002 بـ57% لتصل سنة 2006 إلى 61,4%.

مستويات الخصوبة بين 2002-2006 في ارتفاع بالمناطق الحضرية أكثر من المناطق الريفية حيث قدرت بـ2.1 و2.19 طفل لكل امرأة بين 2002-2006 في حين بلغ 2.7 و2.38 طفل لكل امرأة بين 2002

الفصل الثاني : العوامل السوسيوديمغرافية

المؤثرة في الخصوبة

تمهيد :

تعتبر ظاهرة الخصوبة من أهم المواضيع التي حظيت اهتماما كبيرا من طرف علماء السكان منذ القدم، وترتبط

الخصوبة في أي مجتمع سكاني بالعديد من العوامل السوسيوديمغرافية، ، وعليه في هذا الفصل سيتم تناول مستويات

الخصوبة، وأهم العوامل السوسيوديمغرافية المتحكمة فيها في الجزائر

1 . تطور معدلات الخصوبة:

1.1 : تطور معدل الخصوبة الكلي (طفل \ امرأة) في الجزائر بين (1990 . 2017):

تعتبر الخصوبة أساس المستقبل الديمغرافي للسكان، و أن أفضل مقياس معرفة اتجاهات ومستويات الخصوبة هو المؤشر التركيبي للخصوبة، الذي يعبر عن عدد المواليد للمرأة الواحدة أثناء الفترة الإنجابية، وبقائها على قيد الحياة طيلة هذه الفترة، وأن المعدل 2.1 طفل لكل امرأة هو معدل الإحلال لتوازن السكان، فإذا زاد هذا المعدل زاد عدد السكان وإذا نقص عدد السكان⁽¹⁾.

جدول رقم (1.2) تطور المؤشر التركيبي للخصوبة (طفل \ امرأة) في الجزائر بين 1990 . 2017

السنة	1990	2000	2002	2003	2005	2008	2009	
معدل الخصوبة الكلي(طفل\ امرأة)	4.5	2.4	2.5	2.5	2.5	2.8	2.8	
السنة	2010	2011	*2012	*2013	*2014	2015	2016	2017
معدل الخصوبة الكلي(طفل\ امرأة)	2.9	2.9	3.0	2.9	3.0	3.1	3.1	3.1

المصدر . DEMOGRAPHIE ALGERIENNE . N816 .ALGE. 2017 .P5

ons . DEMOGRAPHIE ALGERIENNE * .ALGE. 2014 .

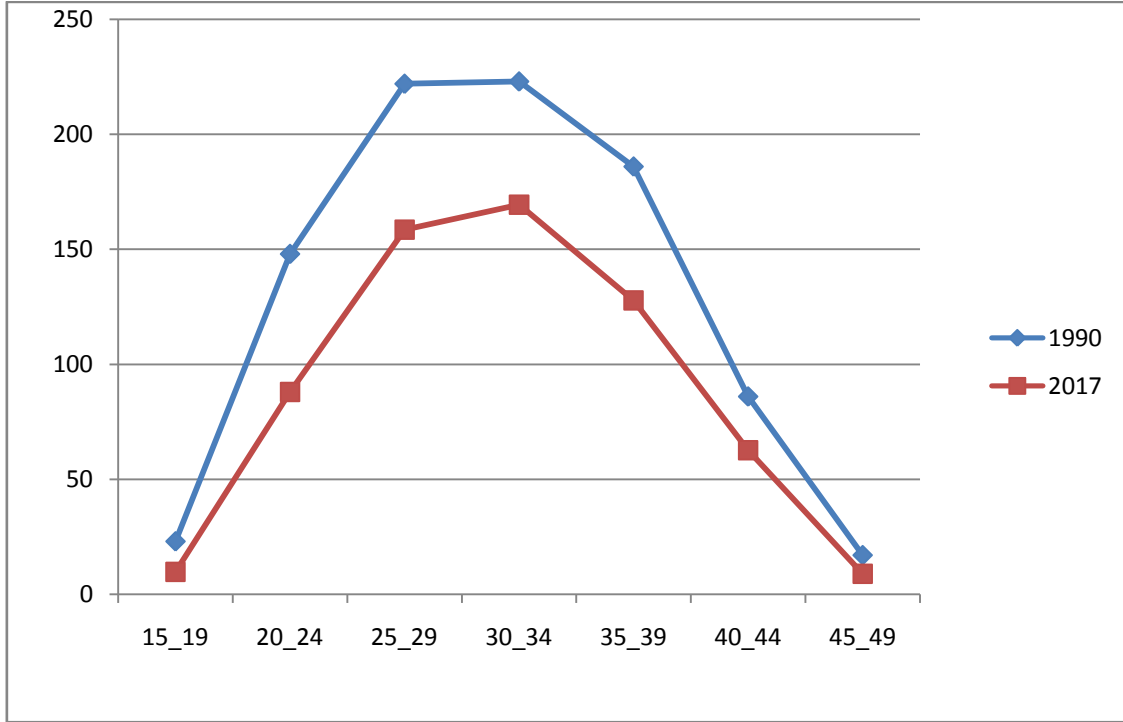
بلغ مؤشر التركيبي للخصوبة في الجزائر 4.5 طفل لكل امرأة سنة 1990 وانخفض إلى 2.5 طفل لكل امرأة سنة 2002 وبقي ثابت حتى سنة 2005 ثم ارتفع إلى 2.8 طفل لكل امرأة سنة 2009، وبلغ 2.9 طفل لكل امرأة في كل من سنة (2010_2011)، وشهد تدبدا في الفترة ما بين 2012 و2014 بين طفلين وثلاثة أطفال لكل امرأة وفي الفترة (2015_2017) بلغ 3.1 طفل لكل امرأة.

¹ سهام عبدالعزيز، وسائل منح الحمل وأثرها على الخصوبة في الجزائر، مذكرة لنيل الماجستير في الديمغرافية، شعبة علم الاجتماع والديمغرافيا، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2013 ص68.

2.1 : معدل الخصوبة العمرية في الجزائر بين 1990 . 2017 :

من خلال المنحنى شهدت معدلات الخصوبة العمرية إبان الفترة 1990_2017 تغيرا واضحا حيث تم تسجيل أكبر انخفاض في الفئة 25_29 من 222% سنة 1990 إلى 158,6% سنة 2017، ويعود هذا التراجع إلى ارتفاع معدلات الزواج بحيث بلغ 5.97% سنة 1990 وارتفع إلى 8.14% سنة 2017.²

المصدر: ON.S، DEMOGRAPHIE ALGERIENNE. N°816 . ALGE.2017.P5:



. الشكل رقم (1. 2) يمثل تطور معدل الخصوبة العمرية بين 1990.2017

لوحظ في الفئتين 29_25 و 34_30 شهدت ارتفاعا في معدلات الخصوبة قدر ب 222% و 223% على التوالي سنة 1990 وفي سنة 2017 شهدت معدلات أكثر ارتفاعا في الفئة 34_30 سنة بفارق قدر ب 53.6%، في حين لوحظ في الفئة 49_45 معدلات الخصوبة منخفضة حيث قدرت 17% سنة 1990 و 8% سنة 2017.

2. المستوى التعليمي :

يعتبر التعليم من أهم العوامل المؤثرة في الإنجاب ، فالعلاقة بين المستوى التعليمي للمرأة وخصوبتها، علاقة

عكسية وقوية، أي كلما واصلت المرأة تعليمها كانت خصوبتها منخفضة والعكس.

تبين معطيات المسح الجزائري حول صحة الأسرة لسنة 2002، بأن معدل الخصوبة الكلي ينخفض بارتفاع المستوى التعليمي،

بحيث بلغ 2.2 طفل لكل امرأة في مستوى تعليم ابتدائي، ثم يصل إلى أدناه بمولود ونصف لكل امرأة في مستوى تعليم ثانوي

فأكثر، وهذا ما يشير إلى قوة العلاقة بين التعليم و مستوى الخصوبة.

الجدول رقم(2.2) : توزيع معدل الخصوبة حسب المستوى التعليمي لسنة 2002 .

معدل الخصوبة الكلي	المستوى التعليمي
2.9	أمية
2.4	تقرأ\ تكتب
2.2	ابتدائي
2.0	متوسط
1.5	ثانوي فأكثر

المصدر : فضيلة الشعبي ،مينة قواح ،تحول الخصوبة في الجزائر ، مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية ، العدد 19 - جوان 2015 ، ص265

3. السن عند الزواج الأول:

يعتبر السن الأول عند الزواج مؤشرا من المؤشرات الأساسية لقياس معدلات الخصوبة، فهذا المؤشر له علاقة جد

وطيدة بفترة الإنجاب لدى المرأة، أي إذا ارتفع سن الزواج الأول يؤدي إلى تناقص في معدلات الخصوبة.

. جدول(3.2) : تطور السن الأول عند الزواج في الجزائر بين(1977 . 2008) .

السنوات	1977	1984	1985	1987	1992	1998	2006	2008
إناث	20.9	22.1	22.2	23.7	25.8	27.6	29.9	29.1
ذكور	25.3	27.4	27.6	27.7	30.2	31.3	33.5	32.9

المصدر:ALGI . p52: 2011. ONS. Démographie statistique 1962.

من خلال جدول (2-3) لوحظ أن سن الزواج الأول في سنة 1977 بلغ عند الإناث 20.9 سنة ولدى الذكور 25.3 سنة وفي سنتين 1984 و1985 على التوالي بلغ لدى الإناث 22 سنة ولدى الذكور 27 سنة وفي سنة 1992 ارتفع إلى 25.8 سنة لدى الإناث و30.2 سنة لدى الذكور.

وفي سنة 2006 بلغ عند الإناث و33.5 سنة لدى الذكور وفي سنة 2008 انخفض إلى 29.1 سنة إلى الإناث و32.9 سنة لدى الذكور.

4. مدة الزواج :

تعتبر مدة الزواج عن الفترة التي تقتضيها المرأة المتزوجة مع الزوج، فتؤثر هذه المدة على عدد الأطفال المنجبين خاصة إذا كانت المرأة ضمن فترة القدرة على الإنجاب 15_49 سنة، فكلما طالت مدة الزواج كان بإمكان المرأة إنجاب أكبر عدد ممكن من الأطفال³، بحث العلاقة بين مدة الزواج وبين متوسط الأطفال المنجبين علاقة طردية⁴ بمعنى كلما زادت مدة الزواج كلما زادا عدد الأطفال المنجبين.

جدول رقم (4.2): متوسط عدد المواليد حسب مدة الزواج والسن عند الزواج الأول لسنة 2002

الإجمالي	49.30	29.25	24.22	21.20	19.18	17.15	14.10	سن عند الزواج مدة الزواج
0.7	0.6	0.7	0.7	0.7	0.7	0.8	1.4	أقل من 5
2.1	1.6	2.2	2.1	2.0	2.2	2.2	1.5	9.5
3.2	2.2	2.9	3.2	3.3	3.5	3.4	3.0	14.10
4.4	3.0	3.7	4.0	4.4	4.6	4.9	4.9	19.15
5.5	—	4.2	4.9	5.4	5.7	6.1	5.3	24.20
6.6	—	—	5.8	6.0	6.6	7.1	6.4	29.25
7.4	—	—	—	—	7.0	7.6	7.4	+30

المصدر: فضيلة شعوبي ، تحول الخصوبة ومسألة الانتقال الديموغرافي في الجزائر، أطروحة الدكتوراه، إحصاء اجتماعي ، جامعة أبي نكر بلقايد تلمسان ص 58

³ محمد عبد المجيد حسين يعقوب، العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة في الخصوبة في مدينة رام الله، جامعة النجاح، 2004، ص 105.

⁴ تمزت بلحلول ، تطور الخصوبة في ظل التغيرات السوسيواقتصادية، شهادة الماجستير ، ديمغرافيا اقتصادية و اجتماعية ، جامعة وهران ، سنة 2012. 2013، ص 65 .

5. العزوبة النهائية :

أصبحت ظاهرة العزوبة واقعا معاشا في الوقت الراهن، بين ما هو اختياري وما هو إجباري، وأصبح هذا الواقع من القضايا الهامة لدى الباحثين .

ففي بعض الدراسات الديمغرافية وبعض المسوح الوطنية قدر ارتفاع نسبة زواج الإناث وانخفاض نسبة عزوبتهن في المجتمع الجزائري أثناء السنوات الأولى من الاستقلال سنة 1966 بلغت نسبة زواج الإناث 98.8% في الفئة العمرية (45 . 49) سنة وهذا ما يقبلها 1,1% من العازبات.⁽⁵⁾ وهذا يعكس معدل الخصوبة قارب حينها قاربت تنمية أطفال لكل إمرة نتيجة الزواج المبكر بحيث بلغ 18.3 سنة في عام 1966⁽⁶⁾ .

. جدول (5.2) تطور نسب العزوبة بين 35 و 49 سنة في الجزائر حسب تعدادي 1966 و 2008

المجموع		49 . 45		44 . 40		39 . 35			
إجمالي العازبات	عدد العازبات	إجمالي العازبات	عدد العازبات	إجمالي العازبات	عدد العازبات	إجمالي العازبات	عدد العازبات		
7443550	10179	203273	203236	230877	3095	30300	4848	العدد	1966
1.4		1.1		1.3		1.6		نسبة	
29981	4591	8123	559	10105	1313	11753	2719	العدد	2008
15.3		6.8		12.9		23.13		نسبة	

المصدر: بوهراوة عز الدين ، تغير الزواج و الخصوبة في الجزائر ، مذكرة الماجستير في الديمغرافيا ، علم الاجتماع و الديموغرافيا ، جامعة الحاج لخضر . باتنة ، ص 32 .
من خلال الجدول لوحظ أن نسبة العازبات في الفئة العمرية 35_39 سنة قد بلغت 1.6 % في سنة 1966 ، وارتفعت إلى 23.13% سنة 2008 ، أما الفئة 40_44 سنة وصلت إلى 12.9% سنة 2008 بعد ما كانت 1.3% سنة 1966 ، و الفئة 45_49 سنة قدرت ب 1.1% سنة 1966 وارتفعت سنة 2008 إلى 6.8% .

⁵فضيلة شعوبي ، تحول الخصوبة ومسألة الانتقال الديمغرافي في الجزائر ، أطروحة الدكتوراة، إحصاء اجتماعي، جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان،
⁶ نفس المرجع، ص56.

6. عدد الأطفال المنجيين :

يعد عدد الأطفال المنجيين عنصرا آخر يؤثر على موقف المرأة من الرغبة في الإنجاب، فكلما زاد عدد الأطفال لدى المرأة،

كلما قلت رغبتها في إنجاب طفل آخر.

جدول رقم : (6.2) عدد الأطفال الأحياء (%) خلال السنتين 1992 . 2002 .

الرغبة في الإنجاب عدد الأطفال الباقين على قيد الحياة	طفل آخر	لا ترغب في الإنجاب	غير قادرة على الإنجاب	بيد الله	غير متأكدة	غير مبين
0	58.0	1.2	24.0	12.4	2.4	1.8
1	82.3	3.7	3.0	9.3	1.1	1.6
2	53.8	25.7	2.1	15.4	2.6	0.5
3	32.0	47.5	3.2	13.8	3.4	0.1
4	16.7	63.4	4.8	12.2	2.8	0.1
5	9.0	68.5	7.0	13.5	1.7	0.4
+6	3.9	72.0	11.3	10.2	1.4	1.1

المصدر: فضيلة شعوبي ، تحول الخصوبة ومسألة الانتقال الديموغرافي في الجزائر، أطروحة الدكتوراه، إحصاء اجتماعي، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان ، ص 59 .

من خلال الجدول لوحظ أن نسبة النساء اللواتي لا ترغب في الإنجاب ولديها طفل واحد تنتقل من 3.7% إلى 72.0%

من النساء اللواتي لدها 6 أطفال فأكثر، وبلغت نسبة النساء اللواتي ترغب في إنجاب طفل آخر والتي لديها طفل واحد انخفضت

من 82.3% إلى 3.9% من النساء اللواتي لديها 6 أطفال فأكثر، وسجل لدى النساء اللواتي غير متأكدة من الإنجاب والتي لها

ثلاثة أطفال 3.4% وانخفضت إلى 1.7% لدى اللواتي لديها خمس أطفال.

7. وفيات أطفال الرضع :

تعتبر وفيات الأطفال ظاهرة ديمغرافية تعكس لنا المستوى الصحي لأي بلد، كما أنها مؤشرا أساسيا للمستوى المعيشي، حيث تتأثر بعدة عوامل منها الاقتصادية و الاجتماعية و الديمغرافية، فهي تعتبر عامل من العوامل التي تؤثر على خصوبة المرأة، فكلما كان عدد الوفيات الرضع لدى المرأة زادت خصوبتها، بغية تعويض تلك الوفيات .

. جدول رقم : (7.2) تطور معدل وفيات أطفال الرضع (‰) في الجزائر ما بين (1990. 2017)

السنوات	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2017
معدل وفيات الرضع	46.8	36.9	37.5	34.7	32.5	30.4	30.4	26.9	26.2	
السنوات	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
معدل وفيات الرضع	25.5	24.8	23.7	23.1	22.6	22.4	22.0	22.3	20.9	21.0

المصدر : ONSD, DEMOGRAPHIE ALGERIENNE, N°816, ALGE.2017.P26

من خلال الجدول (7.2) شهد انخفاض في معدل وفيات الرضع بحيث بلغ 46.8‰ في سنة 1990 وانخفض إلى

26.9‰ سنة 2006 بمعدل تغير 19.9‰ وبلغ 25.5‰ سنة 2008 وانخفض إلى 22.0 سنة 2014 وسجل 20.9‰ سنة

2016 وارتفع إلى 21.0‰ سنة 2017 بمعدل تغير 0.1‰.

8. وسائل منع الحمل المستعملة :

يعد استخدام وسائل منع الحمل و لا سيما الطرق الحديثة منها من محددات الخصوبة المباشرة لكونها أولى المتغيرات المسؤولة

عن التباين الكبير في مستويات الخصوبة، فهي الوسيلة التي يمارسها الأزواج لسيطرة على عدد الأطفال المرغوب إنجابهم

. جدول رقم(8.2) تطور استعمال وسائل منع الحمل (%) من 1986 إلى 2012 حسب الوسيلة المستعملة.

الوسيلة	1986(1)	1992(2)	2002(3)	2006(4)	2012 .2013(5)
حبوب	26.4	38.7	45.5	45.9	43
اللولب	2.1	2.4	3.0	2.3	2.2
الواقعي	0.5	0.7	1.2	2.3	.
العزل	3.1	1.7	1.7	3.3	3.7
الرضاعة الطبيعية	.	4.1	0.9	1.9	.
فترة الامتناع	1	1.6	2.2	4.1	.
وسائل أخرى	1.2	1.3	1.1	1.4	.
مجموع الوسائل الحديثة	31.1	43.1	50.8	52	47.9
مجموع الوسائل التقليدية	4.4	7.7	5.4	9.4	9.2
المجموع	35.5	50.8	56.2	61.4	57.1

المصدر:(1)،(2)،(3)،(4)، سهام عبد العزيز ، وسائل منع الحمل و أثرها على الخصوبة في الجزائر، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الديمغرافيا، جامعة الحاج لخضر . باتنة .

2013 2014، ص29.

. (5):فضيلة شعوبي، تحول الخصوبة ومسألة الانتقال الديمغرافي في الجزائر، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه ل.م.د، 2015 2016 ص60

من خلال الجدول (8.2) شهد أن نسبة استعمال الوسائل الحديثة انتقل من 31.1% سنة 1986 إلى 52% سنة

2006 ثم انخفض إلى 47.9% سنة 2012 بمعدل تغير بين سنتين 2006 و2012 بلغ 4.1%، أما نسبة استعمال الوسائل التقليدية

بلغت 9.2% سنة 2012 بعد ما كانت 4.4% سنة 1986، ولوحظ أن في سنة 2006 سجل أعلى نسبة في استعمال وسائل منع الحمل بـ 61.4%.

خلاصة :

من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل نخلص إلى أن مؤشر التركيبي للخصوبة شهدت ارتفاعا بين 1990 إلى 2017 من 2.9 طفل لكل امرأة إلى 3.1 طفل لكل امرأة، وأنها تتأثر بعدة عوامل سوسيوديمغرافية التالية: المستوى التعليمي حيث كلما زاد المستوى التعليمي لدى المرأة قلت خصوبتها، مدة الزواج فكلما طالت المدة زاد عدد الأطفال، العزوبة النهائية، عدد الأطفال المنجبين، وفيات الأطفال الرضع، ووسائل منع الحمل المستعملة التي تعتبر المحدد الرئيسي للخصوبة

الفصل الثالث : الإجراءات المنهجية
للدراسة

تمهيد:

بعد التطرق إلى الجانب النظري في الفصلين السابقين المتعلقة بالإشكالية، وفصل العوامل السوسيوديمغرافية المؤثرة في الخصوبة، تم التطرق إلى فصل الإجراءات المنهجية، التي تتمثل في مجالات الدراسة والمنهج المستخدم في الدراسة، المصادر التي تم استخدامها في جمع معلومات الدراسة منها، وكيفية حساب أهم المقاييس التي تخص موضوع الدراسة والأساليب الإحصائية التي سيتم استخدامها في الدراسة وكذا وصف البرامج التي تم استخدامها.

الإجراءات المنهجية:

1. مجالات الدراسة

1. 1 المجال المكاني : أجريت هذه الدراسة في الجزائر، فهي تقع شمال غرب إفريقيا في دائرتي عرض 19° و 37°

شمالا، وبين خطي طول 9° غربا 12° شرقا، تتربع بذلك على مساحة 2.381.471 كلم² وهي أكبر دولة إفريقية من حيث المساحة يحدها شمالا البحر الأبيض المتوسط، جنوبا كلا من مالي والنيجر، شرقا تونس وليبيا، غربا المغرب الأقصى، الصحراء الغربية وموريتانيا.

1. 2 المجال الزمني : الفترة بين 2006 و 2012 .

1. 3 المجال البشري : النسوة المستهدفات بين (49.15) سنة في مسح 2006 و 2012.

2. المنهج المستخدم :

2. 1 المنهج المقارن : هو منهج يعقد مقارنات لجوانب التشابه وجوانب الاختلاف بين الظواهر داخل مجتمع واحد

أو بين كثير من المجتمعات بهدف تفسيرها .

2. 2 خطوات المنهج المقارن:

المنهج المقارن كغيره من المناهج يستدعي تطبيقه من طرف الباحثين إتباع جملة من الخطوات المنهجية أو الإجراءات

العملية وهذا حتى يتمكنوا من القيام بالدراسة في شكلها العلمي الصحيح، وتتمثل هذه الخطوات كالآتي⁷:

- 1- تحديد إشكالية الموضوع المقارن بدقة وتفصيلها إلى الأسئلة الجزئية التي تعكس بدورها أبعاد الدراسة.
- 2- بناء على تساؤلات البحث، لا بد من صياغة الفروض بشكل تكوين قابلة للتحقيق العلمي عبر المنهج المقارن.
- 3- جمع ووصف وترتيب الحقائق والبيانات التي تم الحصول عليها عبر عملية التصنيف المنهجي للأفكار.
- 4- تحديد الخواص المتماثلة وما يقابلها من خواص متباينة، وتحديد أبعاد كل منها بما يؤدي إلى التجريد النظري.
- 5- العمل على التفريق بين أوجه التشابه والاختلاف الأساسية عن نظريتها الرئيسة.

⁷ جمال معتوق ، منهجية العلوم الاجتماعية و البحث الاجتماعي ، الجزائر، دار الكتاب الحديث ، ص 130. 135. 236.

6- تفسير وتحليل خواص التشابه والاختلاف الرئيسي والثانوي.

7- صياغة النتائج العلمية وتحديدتها في نقاط بدقة.

8- كتابة التقرير الأدبي النهائي للبحث، وتقسيمه إلى عناصر⁸.

2 . 2 المنهج الوصفي : هو يصف الظواهر في زمن الحاضر ويقوم بوصف ما هو موجود، ويهتم بتحديد الظروف

والعلاقات القائمة بين الواقع أو الظواهر⁹.

. مصادر جمع البيانات :

3 . 1 المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2006 :

اجري هذا المسح العنقودي المتعدد المؤشرات الثالث كاستمرارية للمسح الثاني لسنة 2000 والأول لسنة 1995، بدعم

من منظمة اليونيسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان و برنامج الأمم المتحدة المشترك لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز

ونظام الأمم المتحدة للتنمية في الجزائر، وكالعادة تكفل كل من الديوان الوطني للإحصائيات ووزارة الصحة والسكان بتنفيذه ميدانيا

في الفترة الممتدة من 25 مارس إلى غاية 10 جوان 2006 بغرض تمكين السلطات العمومية من الحصول على معلومات ضرورية

لتنفيذ ورصد وتقييم السياسات الخاصة بالأطفال والنساء و تحديث وتعزيز قواعد المعطيات الموجودة، زيادة على وضع مؤشرات

بغرض المقارنة مع الدول الأخرى وتقييم الجهود اللازمة لتحسين وضع الفتى سالف الذكر، وأخيرا متابعة تحقيق الأهداف الإنمائية

للألفية من خلال جمع 20 مؤشرا من هذا المسح.

3 . 2 المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012. 2013 :

هو المسح الرابع الذي أجرته الجزائر بالاتفاق مع منظمة اليونيسيف وصندوق الأمم المتحدة بين 21 أكتوبر

2012 و31 جانفي 2013، بهدف تحديث قاعدة معطيات مؤشرات التنمية، حيث تعتبر هذه المسوح من أكبر مصادر المعطيات

وتقييم "العد التنازلي حتى عام 2015 العالمي ولا سيما المهدفين الإنمائيين 4 و5 و المتمثلين في الحد من وفيات الأطفال أقل من

5 أعوام وتحسين صحة الأمهات، بالإضافة إلى مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز و الملاريا، و تقييم العجز المسجل في

⁸ جمال معتوق ، منهجية العلوم الاجتماعية و البحث الاجتماعي ، دار الكتاب الحديث ، الجزائر.ص130.135.236.

⁹ نفس المرجع، ص100.

كلا الميدان ذات الصلة و تحديد مجالات جديدة ذات أولوية، و توفير قائمة مؤشرات موثقة فيها والتي توظف في مختلف برامج التنمية القطاعية، وأخيرا متابعة تنفيذ الأهداف الإنمائية للألفية وتوفير مؤشرات تستخدم في المقارنة الدولية.

3-3 قاعدة المعطيات 2006 و2012 و2013:

نظرا لعدم شمول ملف المرأة في قاعدة المعطيات المسحيين على متغير عدد المواليد مما يصعب من حساب معدلات

الخصوبة، حسب العوامل المتحكممة في الخصوبة في كلا المسحيين. لذا كان لبدأ من دمج كل من ملف المرأة والطفل في كلا

المسحيين، من أجل الحصول على عدد المواليد لكلا المسحيين وذلك باستعمال برنامج spss وتم اختيار السنة ميلاد الطفل السابقة في كلا المسحيين.

جدول (3 09): يمثل توزيع الأطفال حسب سنة الميلاد و شهر الميلاد في مسحي 2006 و2012 و2013.

مسح 2012. 2013		مسح 2006		سنة الميلاد شهر الميلاد
سنة الميلاد 2013	سنة الميلاد 2012	سنة الميلاد 2005	سنة الميلاد 2006	
40	287	253	292	1
0	227	232	219	2
0	239	243	233	3
0	267	248	150	4
0	259	278	40	5
0	273	300	0	6
0	329	297	0	7
0	300	268	0	8
0	254	269	0	9
0	281	267	0	10
0	195	229	0	11
0	134	235	0	12

40	3045	3119	934	المجموع
----	------	------	-----	---------

المصدر: حساب شخصي بناء على قاعدة المعطيات 2006 و2012 و2013.

و لاستخراج عدد المواليد في كلا المسحين، ثم اختيار سنة 2005 من مسح 2006 و سنة 2012 من مسح 2012 و2013، بحيث أن أشهر المقابلة لجمع المعطيات في مسح 2012 و2013 هي أكتوبر، نوفمبر، ديسمبر سنة 2012، جانفي فيفري، مارس في سنة 2013، أما أشهر إجراء المقابلة في مسح 2006 هي مارس، أبريل، ماي، جوان، لهذا لا بد من أخذ مواليد سنة 2005 من مسح 2006 أي مواليد سنة كاملة، وعددهم هو 3119، بينما سنة 2006 نجد عدد المواليد من جانفي إلى ماي، وعددهم 934، أي خمسة أشهر فقط، أما بالنسبة لسنة 2012 نجد أن عدد المواليد فيها من جانفي إلى ديسمبر، وعددهم 3045 مولود، وشهر جانفي فقط في سنة 2013 وعددهم 40 مولود وعدد المواليد في سنة 2005 و2012 يمثلون سنة كاملة على عكس 2006 و2013. (وهو ما يوضحه الجدول أعلاه).

4. طريقة حساب معدل الخصوبة :

معدل الخصوبة العام: عدد المواليد مقسوم على عدد النساء من (15 . 49) سنة مضروب في ألف.

1. المؤشر التركيبي للخصوبة: هو مجموع معدلات الخصوبة العمرية مضروب في خمسة.

2. معدل الخصوبة حسب الفئة = عدد المواليد حسب الفئة مقسوم على عدد النساء من (49.15) سنة مضروب في

ألف¹¹ .

¹⁰ أسيا شريف، الطواهر الديمغرافية قراءات نظرية وتمارين تطبيقية، ديوان المطبوعات الجامعية 02 - 2015، ص88
¹¹ سهام عبد العزيز، وسائل منع الحمل وأثرها على الخصوبة في الجزائر، مذكرة لنيل شهادة ماستر أكاديمي في الديمغرافيا، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2013 - 2014، ص 50
¹² أسيا شريف، مرجع السابق، ص89

3. معدل الخصوبة حسب المستوى التعليمي = عدد المواليد لدى النساء حسب المستوى التعليمي لديهن مقسوم على

عدد النساء من (49.15) سنة مضروب في ألف.

$$10^3 \times \frac{\text{مي ما}}{15 -}$$

4. معدل الخصوبة حسب نوع الوسيلة المستعملة حالياً لمنع الحمل = عدد المواليد المنجبين لدى النساء حسب الوسيلة

المستعملة حالياً لمنع الحمل لديهن مقسوم على عدد النساء من (49.15) سنة مضروب في ألف.

$$1^3 \times \frac{\text{عدد المواليد للنساء حسب نوع الوسيلة المستعملة السنة ما}}{\text{عدد النساء حسب نفس نوع الوسيلة المستعملة من 49-15}} = \text{معدل الخصوبة حسب نوع الوسيلة المستعملة لمنع الحمل}$$

5. معدل الخصوبة حسب سن الزواج الأول = عدد المواليد المنجبين لدى النساء حسب سن الزواج الأول لديهن مقسوم على

عدد النساء من (49.15) سنة مضروب في ألف.

$$10^3 \times \text{—}$$

6. معدل الخصوبة حسب وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات = عدد المواليد المنجبين لدى النساء حسب وفيات الأطفال أقل

من 5 سنوات مقسوم على عدد النساء من (49.15) سنة.

$$10^3 \times \frac{\text{عدد المواليد للنساء حسب وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في سنة ما}}{\text{عدد النساء حسب نفس وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات من 49-15}} = \text{معدل الخصوبة حسب وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات}$$

5. الأساليب الإحصائية:

إن استخدام أسلوب الإحصائي هو الأسلوب العلمي الذي يحول الأوصاف اللفظية إلى أبعاد محددة وهو الاختبار الذي

يطور العلوم ويدفع بيها نحو الموضوعية ولهذا كان البحث في العلوم الاجتماعية محتاجاً إلى الاختبارات الإحصائية.

ولمعرفة اختلاف معدلات الخصوبة حسب العوامل الديمغرافية بين مسحي 2006 و 2012. سوف يتم الاعتماد على

الأسلوب الإحصائي المتناسب الموضوع وهذا الاختبار هو:

اختبار ولكوكسن **Test de Wilcoxon T** : هو اختبار يرمز له بالحرف اللاتيني T يستخدم لتحديد ما

إذا كانت الفروق الملاحظة على عينتين متماثلتين في متغير معين راجعة إلى الصدفة أو إلى فروق موضوعية بين العينتين، فهو

اختبار جد هام في قياس التغير لدى نفس الأفراد باعتبار أن العينتين المتماثلتين هي في حقيقة الأمر نفس المجموعة من الأفراد طبق عليها اختبارين مختلفين، أو أن نفس الاختبار طبق عليها مرتين، ولهذا تأتي البيانات في شكل قياسات زوجي¹³

5- برامج المستخدمة:

- تعريف برنامج spss:

هو برنامج نستعمله لتحليل ودراسة المتغيرات أو المعطيات وكذلك معالجتها، وهو عبارة عن مساحة إنتاج واستعمال المعطيات وهي المساحة التي تقع في الجانب العلوي وهي تقدم لنا التطبيقات الأكثر استعمالاً، أما في الجهة السفلية فهناك نافذتين، نافذة لإظهار المتغيرات و نافذة لإظهار المعطيات

¹³ عبد الكريم بوحفص، الأساليب الإحصائية وتطبيقها يدوياً وباستخدام برنامج SPSS ، طبعة الثانية، الجزء الثاني، ديوان المطبوعات الجامعية، 2013، ص 233.

خلاصة:

في هذا الفصل تم التطرق إلى مجالات الدراسة من مجال الزمني، المكاني، البشري، والمنهجين الوصفي والمقارن ومصادر جمع المعلومات التي تتمثل في كل من المسحيين 2006 و2012. وحساب معدلات الخصوبة حسب العوامل الديمغرافية وأسلوب الإحصائي ولكوكسن الذي سيتم اختبار فرضيات الدراسة

الفصل الرابع : دراسة مقارنة بين المسح

العنقودي

المتعدد المؤشرات 2006 و 2012.

تمهيد:

في هذا الفصل وهو أهم الفصول في هذه الدراسة المتمثلة في تطور الخصوبة في الجزائر من خلال المقارنة بين المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2006 و 2012، حيث سيتم المقارنة من ناحية الأهداف المسحين، العينة، التنفيذ، ومقارنة معدلات الخصوبة حسب العوامل الديمغرافية المتحكمة في الخصوبة بين المسحين.

أولاً: مقارنة مصادر المعطيات :

1. من ناحية الأهداف :

أ. أهداف المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2006 :

- تم إنجاز المسح العنقودي المتعدد المؤشرات في إطار الاتفاقية المبرمة بين الحكومة الجزائرية متمثلة في وزير الصحة و إصلاح المستشفيات، وممثل مكتب اليونيسيف في الجزائر، يهدف هذا المسح إلى إنشاء قاعدة بيانات مفصلة تمكن من :
- ❖ الحصول على المعلومات الضرورية لمتابعة وتقييم السياسات التنموية الموجهة لصالح الأطفال والنساء.
- ❖ تحديث وإثراء قاعدة البيانات الموجودة وتوفير البيانات التي تسمح بالمقارنة مع البلدان الأخرى وكذلك تقييم الجهود الواجب بذلها من أجل تحسين وضعية هذين الفئتين من السكان .
- ❖ متابعة إنجاز الأهداف التنموية للألفية، و قد تم جمع 20 مؤشرا من مجموع 48 .
- ❖ توفير الرعاية الصحية للأم و الطفل.¹⁴

ب. أهداف المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012 :

أ. الأهداف على مستوى الدولي :

- ❖ تحديث الأهداف الإنمائية للألفية (أكثر من 20 مؤشر الأهداف الإنمائية للألفية الـ 53 مستمدة من الدراسات الاستقصائية المتعددة المؤشرات).
- ❖ تحديث أهداف عالم صالح لعالم الأطفال (الدورة الاستثنائية للجمعية العامة للأمم المتحدة 5+ في عامين 2007 و 2011
- ❖ المساهمة في تقييم المبادرة العالمية، حتى 2015 ولا سيما فيما يتعلق بالهدفين 4 و 5 من الأهداف الإنمائية للألفية وهما الحد من وفيات الأطفال دون السن الخامسة وتحسين صحة الأم .
- ❖ تحديث أهداف الجمعية العامة للأمم المتحدة لمكافحة فيروس السيدا ، و أهداف أوجا بشأن الملاريا¹⁵

ب. الأهداف على مستوى الوطني :

¹⁴ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصاء، المسح العنقودي المتعدد المؤشرات MICS3، ص17
¹⁵ Ministère de la Santé de la Population, et de la Réforme Hospitalière Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) 2012-2013.P30

- ❖ تحديث قاعدة بيانات مؤشرات التنمية وخاصة تلك المتعلقة بالأطفال و النساء .
- ❖ تزويد برامج التنمية القطاعية بقائمة من المؤشرات الموثوقة .
- ❖ توفير مؤشرات للمقارنة الدولية (مثل: القضاء على الفقر المدقع، التعليم، تمكين المرأة، ووفيات الأطفال، والقضاء على الأمراض وتحسين صحة الأم).¹⁶

ج. أوجه التشابه الأهداف بين المسحيين 2006 و 2012 :

- ❖ عالم صالح للأطفال و النساء.
- ❖ توفير البيانات التي تسمح بالمقارنة بين دول العالم.
- ❖ تحسين الوضعية الصحية لفئة الأطفال و النساء.
- ❖ تحديث انجاز الأهداف الإنمائية للألفية.

د. أوجه الاختلاف الأهداف بين المسحيين 2006 و 2012 :

. تحديث أهداف الجمعية العامة للأمم المتحدة لمكافحة فيروس السيدا ، و أهداف أبوجا بشأن الملاريا وهذا الاختلاف لصالح مسح 2012. 2013.

2. من ناحية عينة المسح :

أ. عينة المسح الجزائري العنقودي المتعدد المؤشرات 2006 :

تم سحب العينة باستعمال عينة طبقية ، بحيث تم تقسيم التراب الوطني إلى أربعة جهات جغرافية كبرى ، والتي تمثل المناطق الصحية المعتمدة من قبل وزارة الصحة و إصلاح المستشفيات ، (الشرق ، الوسط، الغرب، الجنوب)، و تم تقسيم المناطق الصحية إلى سبعة عشرة منطقة فرعية (5 مناطق فرعية في كل من المنطقة الصحية للوسط و الشرق، 4 مناطق فرعية في المنطقة الصحية للغرب، و 3 مناطق فرعية في المنطقة الصحية للجنوب).

تم سحب 34 عنقودا في منطقة ليصل مجموعها 578 عنقودا، ($17 \times 34 = 578$ عنقود على مستوى الوطن

و في الأخير سحبت عينة 51 أسرة معيشية في كل عنقود ليبلغ عددها 29478 أسرة معيشية ($51 \times 587 = 29478$ أسرة معيشية

17. (

ب. عينة المسح الجزائري العنقودي المتعدد المؤشرات 2012 :

تم حساب حجم العينة انطلاقا من تمثيل البرمجة الإقليمية للمنطقة الذي حددته الخطة الوطنية لتهيئة الإقليم حسب القانون رقم 10. 02 بتاريخ 16 رجب 1431 هـ الموافق لـ 29 جوان 2010 و الذي حدد تسعة مناطق كل واحدة منها تضم مجموعة من الولايات والتي تشترك في العديد من الخصائص، ما يسمح بتنفيذ ورصد وتقييم السياسات الاجتماعية والاقتصادية في كل منها، هذه المناطق الإقليمية مقسمة إلى 9 أقاليم حسب المخطط الوطني للتهيئة (SNAT ف) كالتالي على النحو التالي:

1. المنطقة الإقليمية : " شمال وسط " وتحتوي 10 ولايات : الجزائر العاصمة، البليدة، بومرداس، تيبازة، البويرة، المدية، تيزي وزو، بجاية، عين الدفلى، الشلف.

2. المنطقة الإقليمية : " شمال الشرق " وتضم 8 ولايات : عنابة، قسنطينة، سكيكدة، جيجل، ميله، سوق أهراس، الطارف، قالمة .

3. المنطقة الإقليمية : " شمال غرب " وتشمل 7 ولايات : وهران، تلمسان، مستغانم، عين تموشنت، غيلزان، سيدي بلعباس، معسكر .

4. المنطقة الإقليمية : " الهضاب العليا وسط " وفيها 3 ولايات : الجلفة، الأغواط، المسيلة.

5. المنطقة الإقليمية : " الهضاب العليا الشرقية " وتضم 6 ولايات : سطيف، باتنة، خنشلة، برج بوعريج، تبسة، أم البواقي

6. المنطقة الإقليمية : " الهضاب العليا الغربية " وفيها 5 ولايات : تيارت، سعيدة، تيسمسيلت، النعامة، البيض .

7. المنطقة الإقليمية: " جنوب غرب " وفيها 3 ولايات : بشار، تندوف، أدرار .

8. المنطقة الإقليمية: " جنوب شرق " وتضم 4 ولايات : غرداية، بسكرة، الوادي، ورقلة.

9. المنطقة الإقليمية: " الجنوب الكبير " وتضم ولايتي إليزي، تمنراست .

تم اختيار عينة طبقية ذات مرحلتين في كل منطقة إقليمية، من المرحلة الأولى سحبت من خلالها الوحدات الأساسية أو المقاطعات، و المرحلة الثانية الوحدات الثانوية أو الأسر، و للحصول على تقديرات موثقة حسب التمثيل الجغرافي للبلاد حصر

¹⁷ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصاء، المسح العنقودي المتعدد المؤشرات MICS3، ص 21 - 24.

عدد الأسر في كل عنقود بـ 25 أسرة ما يعني 160 عنقود في كل منطقة ،أي ما يعادل 1120 عنقود على الصعيد الوطني (767 في المناطق الحضرية و 353 في المناطق الريفية).¹⁸

ج. أوجه التشابه عينة المسحيين 2006 و 2012 :

. أن العينة في كلا المسحيين 2006 و 2012 سحبت باستعمال العينة الطبقية و العينة العنقودية.

د. أوجه الاختلاف عينة المسحيين 2006 و 2012 :

. قسمت المناطق الجغرافية إلى 4 مناطق جغرافية كبرى في مسح 2006 و إلى 9 مناطق جغرافية كبرى في مسح 2012.

. سحب 34 عنقود في كل منطقة، أي ما يعادل 578 عنقودا على مستوى الوطني في مسح 2006، أما في مسح 2012 فتم سحب 160 عنقود في كل منطقة، ما يعادل 1120 عنقود على مستوى الوطني.

. و في مسح 2006 تم سحب عينة بـ 51 أسرة في كل عنقود، و 25 أسرة في كل عنقود في مسح 2012.

3. من ناحية التنفيذ :

أ. تنفيذ المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات 2006 :

أجرى بدعم من منظمة اليونيسيف وصندوق الأمم المتحدة لسكان وبرنامج الأمم المتحدة المشتركة لفيروس نقص المناعة البشرية ونظام الأمم المتحدة لتنمية في الجزائر وتم التكفل من الديوان الوطني للإحصائيات ووزارة الصحة والسكان ، تم جمع البيانات وتنفيذ في 25- مارس 2005 والذي دام قرابة شهرين ونصف إلا أنها مددت بأسبوع نظرا لعدم استلام أجهزة قياس الطول وكذا موازين الرضع في الوقت المحدد، وتم استخدام 3 أنواع من الاستبيانات في مسح MICS3 وهي كالاتي:

1. 29478 أسرة معيشية تم استكمال مقابلة 2908 منها بنسبة استجابة منها 97.9 % في المناطق الحضرية و 99.2 % في المناطق الريفية.

2. عدد النساء (49 . 15) سنة في المسح هو 47641 تم استكمال مقابلة 43642 امرأة بنسبة استجابة 91.8 % في المناطق الحضرية و 97.9 % في المناطق الريفية.

3. الأطفال الأقل من 5 سنوات هو 15000 طفل وتم استكمال 14593 استمارة طفل أي بنسبة استجابة 96.8 % في المناطق الحضرية ، 97.9 % في المناطق الريفية.¹⁹

ب. تنفيذ المسح الجزائري العنقودي المتعدد المؤشرات 2012 :

أجرى بالإتفاق مع اليونيسيف و صندوق الأمم المتحدة وبتنسيق مع وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات ، قامت وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات بتنسيق مع ONS.

وتم استخدام 3 أنواع من الاستبيانات في مسح MICS4 :

1 . استبيان الأسرة المعيشية

2 . استبيان للنساء اللواتي أعمارهن بين (15_49) سنة

3 . استبيان للأطفال دون الخامسة من العمر.²⁰

ثانيا : مقارنة معدلات الخصوبة بين 2006 و 2012 .

1 . تطور معدلات الخصوبة:

شهدت المؤشر التركيبي للخصوبة بين 2006 و 2012 و 2013 ارتفاعا من إلى 2.27 طفل لكل امرأة إلى 2.7 طفل

لكل امرأة، أما حسب وسط الإقامة في مسح 2006 قدر بـ 2.2 طفل لكل امرأة لدي النساء المناطق الحضرية و 2.4 طفل لكل

امرأة لدى النساء في المناطق الريفية بينما في مسح 2006 بلغ عند نساء في المناطق الحضرية 2.6 طفل لكل امرأة، و 2.9 طفل لكل

امرأة في المناطق الريفية

¹⁹ وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصاء، المسح العنقودي المتعدد المؤشرات MICS3، ص 25 - 26.

²⁰ Ministère de la Santé de la Population, et de la Réforme Hospitalière Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) 2012-2013.p36

جدول رقم : (10.4) تغير مستويات الخصوبة بين مسحي 2006 و 2012 .

الفئة العمرية	*2006	**2013.2012	معدل التغير
19_15	4.4	10	5.6
24_20	51.3	80	28.7
29_25	111.1	138	26.9
34_30	129.2	144	14.8
39_35	108.9	114	5.1
44_40	47.7	44	- 3.4
49_45	2.3	7	4.7
مؤشر الخصوبة الكلي	2.27	2.7	
ريف	2.4	2.9	
حضر	2.2	2.6	

المصدر: * وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ديوان الوطني للإحصائيات، المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2006.

** وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ديوان الوطني للإحصائيات، المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2013.2012.

من خلال الجدول (10.4) سجل في الفئة 30 - 34 ارتفاعا في معدلات الخصوبة، حيث قدر 129.2% و 144% في

سنة 2006 و 2012 على التوالي بمعدل التغير قدره 14,8% وهذا نتيجة استعمال الواسع منع الحمل في سنة 2006 بحيث قدرت نسبة

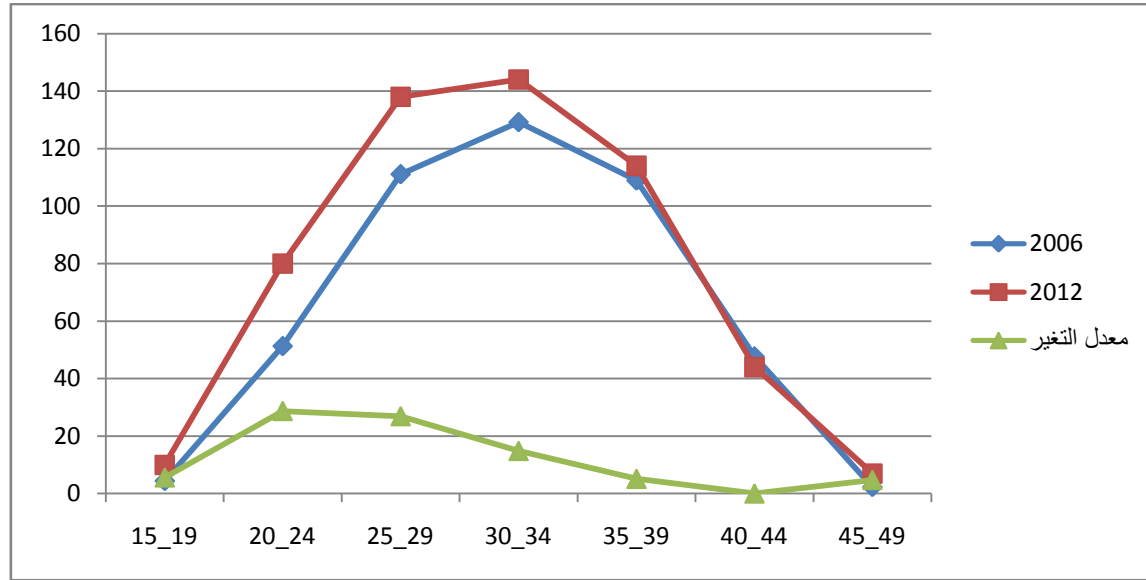
استعمالها 61.4%²¹، ويمكن أن يعود ذلك إلى الخصوبة المؤجلة نتيجة ارتفاع سن الزواج لدى الإناث الذي بلغ لدى النساء

ذوات المستوى التعليمي 32.2%. أما في الفئة 45 - 49 شهدت معدلات الخصوبة منخفضة، حيث قدر 2.3% سنة 2006 و

7% سنة 2012 - بمعدل تغير قدره 4.7%، ويعود ذلك إلى سن اليأس.

²¹ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات الديوان الوطني للإحصائيات، المسح العنقودي المتعدد المؤشرات MICS3، ص

الشكل : رقم(2.4) تطور معدلات الخصوبة العمرية(‰) بين مسحي 2006 و 2012 .



المصدر: ثم رسم المنحنى بناء على الجدول (9)

من خلال المنحنى (2.4) لوحظ ارتفاعا في معدلات الخصوبة من الفئة 19.15 إلى الفئة 29.25 في كلا المسحيين

2006 و 2012 والفئة 34.30 سجل فيها أعلى معدلات الخصوبة بمعدل نمو 14.8% وفي الفئة 44.40 شهدت انخفاض في

معدلات الخصوبة بمعدل تغير قدره 3.4%.

2. معدلات الخصوبة حسب المستوى التعليمي:

تتفق الدراسات المتعلقة بتفسير مستويات الخصوبة ومعرفة محدداتها على أهمية دور التعليم في إبراز انخفاض الخصوبة

على الصعيد العالمي، فالعلاقة بين التعليم والخصوبة علاقة عكسية، وقد أطلق البنك الدولي على تعليم المرأة " الاستثمار الواحد

الأكثر تأثيرا في العالم النامي، فالعديد من الحكومات تدعم الآن تعليم المرأة²² فإذا اعتبرنا أن فترة الخصوبة عند المرأة تمتد 35 سنة

من 15-49 فإن التعليم يقلص طول هذه الفترة إلى 27 سنة للمرأة الحاملة الشهادة الجامعية لأنها تحتاج 16 سنة لتحصيل

الدراسي.²³

²² مجلس السكان الدولي، هل التعلم أفضل وسيلة لتنظيم الأسرة، 2009، على الموقع www.arabicdocs_popcouncil.org

²³ عبد الرزاق لحلاف، تطبيق نماذج الاقتصاد القياسي في تحديد عوامل الخصوبة في الجزائر معطيات 1992، جامعة الجزائر 3، 2011، 2012، ص 34

جدول رقم (4 . 11): توزيع معدلات الخصوبة (%) حسب المستوى التعليمي والمكان الإقامة بين 2006 و2012 .

معدل التغير	2012	2005	الخصائص	
5.85	74.23	68.38	بدون مستوى	المستوى التعليمي
0.13	69.51	61.17	ابتدائي	
9.42	72.65	63.23	متوسط	
8.9	73.54	64.64	ثانوي	
7.66	69.66	62	جامعي	
10.87	77.87	67	بدون مستوى	المكان
14.81	70.67	55.86	ابتدائي	
14.34	76.37	62.03	متوسط	
9,62	73.30	63.68	ثانوي	
13.36	74.88	61.52	جامعي	
2.73	71.43	68.70	بدون مستوى	ريف
1.6	68.09	66.49	ابتدائي	
- 1.91	63.67	65.58	متوسط	
6.9	74.46	67.56	ثانوي	
20.5	84.91	64.41	جامعي	

المصدر: حساب شخصي بناء على قاعدة المعطيات 2006 و2012 .

من خلال الجدول (4 . 11) سجلت أعلى مستويات الخصوبة حسب المستوى التعليمي في كلا المسحين

لدى النساء ذوات دون المستوى 68.38% سنة 2005 و 77,87% سنة 2012 بمعدل تغير قدر ب 5.85%، بينما سجل في

الحضر لدى النساء ذوات المستوى الثانوي 63.68% و 73.30% في سنة 2012 في نفس المستوى بمعدل تغير قدر ب 9.62%.

، وفي الريف بلغ معدلات الخصوبة 64.41% في سنة 2005 لدى النساء ذوات المستوى الجامعي و 84.91% لدى النساء

ذوات المستوى جامعي سنة 2012. وبلغ لدى النساء ذوات المستوى المتوسط 65.58% سنة 2005 وانخفض إلى 63.67% في نفس المستوى بمعدل تغير قدره 1.91 - %.

3. معدلات الخصوبة حسب نوع الوسيلة المستعملة:

أصبح تنظيم الأسرة اليوم ممارسة اجتماعية معترف بيها و واسعة الانتشار في الجزائر، فحسب المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2006، سجل 61.04%⁽²⁴⁾ من النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين (49.15) سنة يستعملن وسائل منع الحمل لتنظيم سلوكهن الإنجابي أو لتباعد الولادات، أما حسب سنة 2012. بلغت نسبة استعمال وسائل منع الحمل 57.1%²⁵ عند النساء اللواتي يتراوح أعمارهن بين (49.15) سنة.

جدول رقم (12.4): توزيع معدلا الخصوبة(‰) حسب نوع الوسيلة المستعملة حاليا ومكان الإقامة بين 2006 و 2012.

معدل التغير	2012	2005	الخصائص	
			الوسيلة المستعملة	معدل التغير
8.68	70.74	62.06	الوسائل الحديثة	معدل التغير
32.26	92.04	59.78	الوسائل التقليدية	
264.88	312.5	47.62	أخرى	
10.76	72.83	62.07	الوسائل الحديثة	مكان الإقامة
33.61	95.54	61.93	الوسائل التقليدية	
128.71	285.71	100	أخرى	
4.62	66.67	62.05	الوسائل الحديثة	معدل التغير
27.86	83.49	55.63	الوسائل التقليدية	
	500	.	أخرى	

المصدر: حساب شخصي بناء على قاعدة المعطيات 2016 و 2012.

²⁴ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2006، ص125.

²⁵ طبعة عمر، تراجع الإقبال على استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر، أهم العوامل المسببة، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة (الجزائر)، العدد 33 \ مارس 2018، ص57.

ومن خلال الجدول (4.12) بلغ معدل الخصوبة حسب الوسيلة الحديثة 62.06% في سنة 2005 وارتفع إلى 70.74% بتغير قدره 8.68%، وسجل في كلا المسحين أن النساء في المناطق الحضرية هي الأكثر استعمالا لوسائل منع الحمل التقليدية فتقل معدل الخصوبة سنة 2005 من 61.93% إلى 95.54% سنة 2012 بمعدل التغير 33.61% وهذا راجع إلى تراجع في نسبة النسوة المستعملات لوسائل منع الحمل من 61.4% مسح 2006 إلى 57.1%، و بهذا ارتفع نسبة غير المستعملات لوسائل منع الحمل من 38.6% إلى 42.9% خلال الفترة 2006-2012 عند النسوة اللواتي هن في سن الإنجاب، ويعود كذلك إلى أن المرأة الجزائرية مازالت مقتنعة بإنجاب عدد أكبر من الولادات بحيث بلغت نسبتها 39.9%²⁶، وقد بلغت نسب الاحتياجات غير الملباة في وسائل منع الحمل بحوالي 10.8% عند النساء المتزوجات حاليا ما بين 15_49 سنة، منها 4.6% خاصة بالتباعد و6.2% خاصة بالوسائل وقف الولادات في مسح 2006 وفي مسح 2012 بلغت 7% منها حوالي 5% خاصة بالتباعد و2% لتحديد.²⁷

4. معدلات الخصوبة حسب وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات:

ظاهرة الوفاة حدث بيولوجي غير متجدد، وهي من أهم الظواهر الديمغرافية، ودراسة الوفيات تظهر جليا مع الأطفال دون خمس سنوات وخاصة الرضع منهم، بحيث أن مستويات وفيات أطفال دون الخامسة في الجزائر في انخفاض مستمر خلال 15 سنة السابقة لمسح 2012. حيث انخفض من 34% إلى 24% في الفترة 2008-2012⁽²⁸⁾ أغلب الوفيات أقل من خمس سنوات تقع خلال السنة الأولى من حياتهم بنسبة تقدر بـ 89%

جدول رقم (4.13) : توزيع معدلات الخصوبة (‰) حسب وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات ومكان الإقامة بين 2006

و 2012 .

معدل التغير	2012 .	2005	الخصائص	
8.52	73.43	64.91	0	وفيات أطفال أقل من 5 سنوات
15.43	71.86	56.43	1	

²⁶ عمر طعبة ، تراجع الإقبال على استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر، أهم العوامل المسببة، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة (الجزائر)، العدد 33\ مارس 2018 ص64

²⁷ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، مسح العنقودي المتعدد المؤشرات MICS3، ص133

²⁸ فيصل معاش، مستويات ومحددات وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون الخامسة في الجزائر من خلال المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2012-2013، 2017، ص126

- 9.97	54.39	64.36	2	مكان الإقامة
60.17	94.34	34.15	3	
66.63	117.65	51.02	4	
13.44	75.67	62.23	حضر	
3.19	70.50	67.31	ريف	

المصدر: حساب شخصي بناء على قاعدة المعطيات 2006 و 2012.

من خلال الجدول (4 . 13) سجل سنة 2005 لدى النساء اللواتي لديهن وفاة طفلين معدل الخصوبة حسب وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات 64.36% وانخفض إلى 54.39% سنة 2012 بتغير قدر ب 9.97% فسجل 51.02% لدى النساء اللواتي لديهن 4 وفيات سنة 2005 وارتفع إلى 117.65% سنة 2012 بتغير قدر ب 66.63%.

أما حسب وسط الإقامة سجل في الريف معدل خصوبة حسب وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات 67.31% بينما في 2012 العكس سجل في الحضر 75.67%، ويعود ذلك إلى عدة أسباب، مثل سوء التغذية بحيث 60% من الأطفال يتلقون الرضاعة الصناعية، سنة 2002 ويعود السبب عدم الإرضاع في الحضر والريف أنه ليس لدى الأم حليب كاف لإرضاع طفلها رضاعة طبيعية بنسبة 43.3% في الريف، 38.9% في الحضر، ونجد كذلك الإسهال بحث من بين الأطفال الذين عانوا من الإسهال، 22% إسهال حاد وانخفضت إلى 8.8% حسب مسح 2006، 58% من الحمى، 9% جفاف سنة 1992، وأمراض التنفسية الحادة 6.1% مسح 2006 ويمكن أن يرجع إلى عمر الأم عند الولادة، كلما زاد عمر الأم زادت نسبة الوفيات الأطفال دون الخامسة حيث بلغ معدل الوفيات أقل من خمس سنوات 62.2%²⁹ لدى النساء اللواتي ينجبن في سن (49.35) سنة

5. معدلات الخصوبة حسب عند سن أول زواج:

انتقل سن الزواج الأول من 20 سنة في عام 1970 وأصبح 29 سنة في عام 2008، فمن خلال الجدول (4.13) شهدت الجزائر ارتفاع في معدل الخصوبة بين 2005 و 2012، حيث سجل في الفئة العمرية 20 24 ارتفاعا في معدل الخصوبة من

²⁹ وفاء راشدي، دراسة وفيات الأطفال دون خمس سنوات خلال الفترة 1998. 2008، تخطيط السكاني، جامعة قاصدي مرياح ورقلة، 2012. 2013، ص28

85.77% سنة 2005 إلى 139.86% بحيث بلغ نسبة النساء اللواتي سبق لهن الزواج (24.20) سنة 41,5%³⁰ حسب مسح 2006، وفي الفئة 39.35 في سنة 2005 لم يتم تسجيل أية ولادة بينما في سنة 2012 بلغ معدل الخصوبة للنفس الفئة 83.33% جدول رقم (4.14) : توزيع معدلات الخصوبة(%) حسب السن الأول الزواج ومكان الإقامة بين 2006 و 2012 .

معدل التغير	2012	2005	الخصائص	
- 54.58	31.75	86.33	14_10	سن الزواج الأول
39.64	99.60	59.96	19_15	
54.09	139.86	85.77	24_20	
24.25	90.91	66.66	29_25	
75.92	133.33	57.14	34_30	
83.33	83.33	0.00	39_35	
56.7	118.14	61.44	حضر	مكان الإقامة
246.25	319.70	73.45	ريف	

المصدر: حساب شخصي بناء على قاعدة المعطيات 2006 و 2012. 2013

بالمقارنة بين المسحيتين نجد أن النساء اللواتي تزوجن في الفئة 19.15 بلغ معدل خصوبتهن 59.96% بنسبة 32.4%³¹ في مسح 2006 وارتفع إلى 99.60% بنسبة 3.1%³² في مسح 2012 بمعدل تغير قدره 39.64%، وفي الفئة 24.20 سجل فيها أكبر معدلات في كلا المسحيتين ولعل السبب يعود إلى أن النساء كن يتزوجن في سن متأخرة ، فتأخر سن الزواج ما هو نتيجة عكسية للالتحاق المرأة بالتعليم بحيث بلغ معدل سن الزواج لدى النساء اللواتي ذوات المستوى جامعي 33.2 سنة⁽³³⁾ في مسح

³⁰ وزارة الصحة السكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، المسح العنقودي المتعدد المؤشرات MICS3، ص 112.

³¹ نفس المرجع السابق، ص 112.

³² مؤسسة من أجل المساواة بدعم من سفارة كندا بالجزائر، مراعاة ضد زواج الأطفال في الجزائر، 2016، ص 10.

³³ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، MICS3، ص 113.

2006، وإلى الزواج المبكر في مسح 2012 2013 فقد سجل 0.1% من النساء من هن في سن 15.19 في سنة 2013 تزوجن قبل 15 سنة³⁴ و3.2% من النساء اللواتي تتراوح أعمارهم بين 49.45 سنة وهن على قيد الحياة كن قد تزوجن قبل سن 15 عاما . معدلات الخصوبة حسب الأقاليم:

1. معدلات الخصوبة حسب المستوى التعليمي (% حسب الأقاليم 2006 و2012).

من خلال سنة 2005 نجد أن معدلات الخصوبة في إقليم الوسط سجل أعلى معدل لدى النساء ذوات دون المستوى 223.63%، أما في إقليم الشرق سجل لدى نساء ذوات المستوى الجامعي 220.53%، وفي إقليم الغرب تم تسجيل أدنى معدل الخصوبة لدى النساء اللواتي لديهن مستوى متوسط 192.67% بينما في إقليم الجنوب سجل 236.93% وانخفض إلى 198.68%

جدول رقم (4.15) يمثل معدلات الخصوبة حسب المستوى التعليمي حسب الأقاليم 2005

إقليم	وسط	شرق	غرب	جنوب
بدون مستوى	223.63	204.90	225.67	236.93
ابتدائي	177.97	227.97	218.45	227.66
متوسط	205.91	194.74	192.67	222.48
ثانوي	192.31	220.25	210.62	198.16
جامعي	208.91	171.33	196.72	233.33

حساب شخصي بناء على قاعدة المعطيات 2006

أما من خلال سنة 2012 الموضح في الجدول (4.15) تم تسجيل أعلى معدلات في إقليم شمال الوسط 243.78% لدى النساء ذوات دون المستوى وفي إقليم هضاب العليا الوسط 230.53% لدى النساء اللواتي هن في المستوى الجامعي، أما في إقليم شمال الشرق 209.55% لدى النساء في المستوى ثانوي، وفي هضاب العليا سجل 186.05% بينما في إقليم شمال

³⁴ مؤسسة من أجل المساواة ، ص 12

الغرب سجل لدى النساء ذوات المستوى ابتدائي 201.65% وهضاب العليا غرب 176.11% وفي إقليم الجنوب سجل 223.90% لدى النساء ذوات المستوى المتوسط وانخفض إلى 189.41% لدى النساء ذات تعليم ثانوي.

جدول (16.4) يمثل معدلات الخصوبة حسب المستوى التعليمي(%) في الإقليم 2012.

إقليم مستوى التعليمي	شمال الوسط	شمال الشرق	شمال الغرب	هضاب العليا وسط	هضاب العليا شرق	هضاب العليا غرب	الجنوب
بدون مستوى	243.78	172.79	203.39	197.67	214.49	184.78	209.19
ابتدائي	176.96	177.97	201.65	214.08	196.36	215.23	195.33
متوسط	193.09	208.88	220.08	189.10	182.58	176.11	223.90
ثانوي	181.09	209.55	207.90	201.78	186.05	198.29	189.41
جامعي	191.81	177.68	215.60	230.53	216.12	217.98	195

المصدر: حساب شخصي بناء على قاعدة المعطيات 2012.

وبالمقارنة بين المسحين يتضح لنا أن أعلى معدلات الخصوبة سجلت لدى النساء ذوات دون المستوى في كل من الإقليم الوسط مسح 2006 وإقليم شمال الغرب مسح 2012-2013 على التوالي 223.63% و243.78%، وسجل أدنى معدلات الخصوبة الغرب 192.67% لدى النساء في المستوى المتوسط مسح 2006 وسجل في مسح 2012-2013 في إقليم هضاب العليا غرب 176.11%

2. معدلات الخصوبة حسب نوع الوسيلة المستعملة حاليا في الإقليم 2005 و2012.

من خلال نتائج سنة 2005 يتضح أن معدلات الخصوبة حسب وسيلة منع الحمل المستعملة حاليا، ثم تسجيل معدل الخصوبة لدى النساء المتزوجات حاليا اللواتي يستعملن الوسيلة الحديثة 191.54% بنسبة تقدر بـ 52.3%، واللواتي يستعملن الوسيلة التقليدية 255.66% بنسبة 11.3% في إقليم الوسط، وفي إقليم الشرق والغرب معدلات الخصوبة متقاربة جدا فيما بينها لدى النساء اللواتي يستعملن الوسيلة الحديثة 215.35% و215.86% على التوالي وما يوضحه (الجدول 4.17) أدناه

جدول رقم (17.4): معدلات الخصوبة حسب وسيلة منع الحمل المستعملة حالياً(%) في الإقليم 2006

جنوب	غرب	شرق	وسط	إقليم	نوع الوسيلة
228.61	215.86	215.35	191.54		وسيلة حديثة
160.71	190	172.99	255.66		وسيلة تقليدية
-	-	-	333.33		أخرى

المصدر: حساب شخصي بناء على قاعدة المعطيات 2006.

أما في الجنوب ثم تسجيل معدل الخصوبة لدى النساء اللواتي يستعملن الوسيلة الحديثة 228.61% بنسبة 41.9% واللواتي يستعملن الوسيلة التقليدية قد بلغ 160.71% بنسبة تقدر بـ 10.6%.

من خلال سنة 2012 يتضح لنا أن معدل الخصوبة في أقاليم الشمال متقاربة نسبياً حسب الوسيلة الحديثة، فإن النساء في إقليم الشمال الغرب هن الأكثر خصوبة بمعدل 231.68% بنسبة قدرت بـ 54.4%. بينما في إقليم الهضاب العليا فقد بلغ لدى النساء اللواتي يستعملن الوسيلة التقليدية 268.29% في إقليم هضاب العليا غرب، وبلغ لدى اللواتي يستعملن الوسيلة الحديثة في إقليم هضاب العليا وسط 210.84% بنسبة تقدر بـ 48.5%. وهذا الموضح في الجدول (18.4).

جدول رقم (18.4): معدلات الخصوبة حسب الوسيلة المستعملة حالياً(%) في الإقليم 2012

الجنوب	هضاب العليا غرب	هضاب العليا شرق	هضاب العليا وسط	شمال غرب	شمال شرق	شمال وسط	إقليم	نوع الوسيلة
194.35	168.85	168.85	210.84	231.68	184.29	185.91		وسيلة حديثة
260.27	268.29	173.91	170	271.19	316.45	184.87		وسيلة تقليدية
-	-	-	-	-	-	-		أخرى

المصدر: حساب شخصي بناء على قاعدة المعطيات 2012.2013.

أما في إقليم الجنوبي بلغ معدل الخصوبة حسب الوسيلة التقليدية 260.27% فهي الأكثر استعمالاً من الوسيلة الحديثة بنسبة تقدر بـ 17.3%³⁵.

وبالمقارنة بين سنة 2005 وسنة 2012. بلغ معدل الخصوبة في سنة 2005 في إقليم الوسط 191.54% بحيث قدرت نسبة استعمال الوسيلة الحديثة بـ 52.3% وانخفض إلى 185.91% سنة حيث قدرت نسبتها 46.5% في إقليم شمال الوسط حسب الوسيلة الحديثة في حين الوسيلة التقليدية هي الأكثر استعمالاً لدى النساء في إقليم الوسط بلغ معدل الخصوبة 225.66% بنسبة 12.2%، على عكس إقليم شمال وسط، أما إقليم الغرب بلغ معدل الخصوبة 215.86% حسب الوسيلة الحديثة و 190% حسب الوسيلة التقليدية سنة 2005 بينما في سنة 2012 بلغ معدل الخصوبة 168.85% في هضاب العليا غرب حسب الوسيلة الحديثة و 268.29% حسب الوسيلة التقليدية بحيث أن الوسيلة التقليدية هي الأكثر استعمالاً في إقليم هضاب العليا غرب بنسبة 2,9%. وهذا راجع إلى راجع إلى الحاجيات غير الملباة لوسائل منع الحمل، بحيث بلغ نسبتها في وسط 10.4% منها 5.9% توقف عن الإنجاب، 4.5% مسح 2006، بينما بلغت في شمال الوسط 6.2% منها 4.1% بسبب التباعد، 2.1% التوقف عن الإنجاب، وفي الهضاب العليا وسط بلغت 10.7% منها 7.8% بسبب التباعد، 2.8% بسبب التوقف عن الإنجاب في مسح 2012.

أما في الشرق بلغت 12%، منها 7.5% بسبب التوقف عن الإنجاب و 4.5% بسبب التباعد في مسح 2006، وتنخفض في مسح 2012.2013 في كل من شمال شرق 8.7% منها 6.1% بسبب التباعد و 2,6% بسبب التوقف عن الإنجاب، هضاب العليا شرق 6.3% منها بسبب التباعد 4.7% وبسبب التوقف عن الإنجاب 1.6%، أما في إقليم الغرب 9.1% تم تسجيل 4.6% بسبب التوقف عن الإنجاب، 4.5% بسبب التباعد في مسح 2006، وفي مسح 2012-2013 بلغت 4.4% سجل 2.8% بسبب التباعد و 1.6% بسبب التوقف عن الإنجاب في إقليم شمال الغرب، 5.6% منها 3.6% بسبب التباعد، 2% بسبب التوقف عن الإنجاب في إقليم الهضاب العليا غرب، أما بالنسبة لإقليم الجنوب الذي تم تسجيل في أعلى معدلات الخصوبة في كلا المسحين فبلغت نسبة الحاجيات غير ملباة لوسائل منع الحمل 12.5% منها 7.1% بسبب التوقف عن الإنجاب، 5.4% بسبب

³⁵ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، المسح العنقودي المتعدد المؤشرات MICS4، ص 131.

التباعد في مسح 2006³⁶ بينما في مسح 2012، 2013 بلغت 10.8% تم تسجيل 7.6% و 3.2% بسبب التباعد والتوقف عن الإنجاب على التوالي.

3. معدلات الخصوبة حسب سن الزواج الأول (‰) حسب الإقليم 2005 و2012.

يتبين لنا من خلال مسحين أن معدلات الخصوبة حسب سن الزواج الأول حسب الأقاليم من خلال مسح 2006 بلغ معدل الخصوبة حسب سن الزواج في إقليم الوسط 214.95 ‰، بينما في إقليم الغرب بلغ معدل الخصوبة 240.26 ‰ وفي إقليم الجنوب ثم تسجيل أعلى معدل خصوبة قد بلغ 296.98 ‰. وهذا ما يوضحه الجدول الموالي:

جدول رقم (19.4) يمثل معدلات الخصوبة حسب سن الزواج الأول حسب الأقاليم 2005.

إقليم	وسط	شرق	غرب	جنوب
مسح 2006	214.95	240.26	173.13	296.98

المصدر: حساب شخصي بناء على قاعدة المعطيات 2006.

أما في سنة 2012 سجل معدل الخصوبة حسب سن الزواج الأول في الإقليميين شمال الوسط وشمال الغرب متقاربين 309.52 ‰ و 312.5 ‰ على التوالي بينما في إقليم الشرق بلغ 222.22 ‰، وفي إقليم هضاب العليا ثم تسجيل فارق كبير بين إقليم هضاب العليا وسط قد سجل بها معدل الخصوبة 160 ‰ وانخفض إلى 37.73 ‰ في إقليم هضاب العليا غرب، أما في الجنوب بلغ 193.55 ‰. الجدول)

جدول رقم (20.4) معدلات الخصوبة حسب سن الزواج الأول (‰) في الإقليم مسح 2012.

الإقليم	2012
شمال الوسط	309.52
شمال الشرق	222.22
شمال الغرب	312.5
هضاب العليا وسط	160

³⁶ وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصاء، المسح العنقودي المتعدد المؤشرات MICS3، ص 134.

107.14	هضاب العليا شرق
37.73	هضاب العليا غرب
193.55	جنوب

المصدر: حساب شخصي بناء على قاعدة المعطيات 2012. 2013.

وبالمقارنة بين المسحيين يمكن القول أنه تم تسجيل أعلى معدلات الخصوبة حسب سن الزواج الأول في إقليم الجنوب بـ 296.98% سنة 2005 بينما في سنة 2012 بلغ 312.5% في إقليم شمال الغرب، وتم تسجيل أدنى معدلات الخصوبة في كلا المسحيين في مسح 2006 بلغ معدل الخصوبة في إقليم الغرب 137.13% وفي سنة 2012. بلغ في إقليم هضاب العليا غرب 37.73%.

4. معدلات الخصوبة حسب وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات في الأقاليم 2006 و2012.

كما يتضح لنا من خلال مسح 2006 أن معدلات الخصوبة حسب وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات متقاربة نوعا ما فيما بين الأقاليم في سنة 2005، سجل 201.63% في إقليم الوسط وفي إقليم الغرب بلغ 210.89% وارتفع إلى 234.59% في إقليم الجنوب وهذا الموضح في الجدول ()

جدول رقم (21.4): يمثل معدلات الخصوبة حسب وفيات أقل من 5 سنوات (% حسب الإقليم مسح 2006

2005	الإقليم
201.63	وسط
208.47	شرق
210.89	غرب
234.59	جنوب

المصدر: حساب شخصي بناء على قاعدة المعطيات 2006.

أما في سنة 2012. تم تسجيل معدل الخصوبة حسب وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات متقاربة في الإقليمين شمال الوسط وشمال الشرق 192.13% و 192.84% على التوالي، بينما في إقليم شمال الغرب ارتفع قليلا حيث بلغ 210.32%.

بينما في أقاليم الهضاب العليا بلغ أعلى معدلات الخصوبة فيها 226.38‰ في إقليم هضاب العليا غرب، وفي إقليم الجنوب بلغ 203.51‰.

جدول رقم (4.22): معدلات الخصوبة حسب وفيات أقل من 5 سنوات (‰) في الإقليم مسح 2012 .

الإقليم	2012
شمال الوسط	192.13
شمال الشرق	192.84
شمال الغرب	210.32
هضاب العليا وسط	203.34
هضاب العليا شرق	195.51
هضاب العليا غرب	226.38
الجنوب	203.51

المصدر: حساب شخصي بناء على قاعدة المعطيات 2012.

وبالمقارنة بين المسحيين يمكن القول أنه تم تسجيل أعلى معدلات الخصوبة حسب وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات في كلا المسحيين سجل أعلى معدل خصوبة حسب وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات في سنة 2005 في إقليم الجنوب 234.59‰ أما في سنة 2012 سجل في إقليم هضاب العليا غرب 226.38‰. والإقليميين غرب وشمال الغرب في كلا المسحيين معدلات متقاربة فيما بينها، ويرجع السبب إلى النحافة بلغت نسبتها في الساحل 5.8%، 3.4% في الهضاب العليا، 5.1% في الجنوب سنة 1992³⁷. وكذا 8.8% من الأطفال الذين أصيبوا بالجفاف في الساحل، 8.5% في الهضاب العليا، 9.8% في الجنوب سنة 1992³⁸. وحسب مسح 2006 قدرت نسبة أمراض التنفسية الحادة في إقليم الوسط 3.8%، وفي شرق 9%، غرب 5.3%، جنوب 6.7% وفي الحمى بلغ في وسط 21.7%، 14.1% في شرق، غرب 28.9%، 14.9% في الجنوب.

³⁷ لبرار سماح، أسباب وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، رسالة ماجستير، جامعة الحاج لخضر. باتنة، 2009. 2010. ص 58

³⁸ نفس المرجع، ص 64.

خلاصة:

في هذا الفصل تمت المقارنة بين مصادر المعطيات لكلا المسحين 2006 و2012. ، من ناحية الأهداف مثل عالم صالح للأم والطفل، تحسين الوضع الصحي للأم والطفل.... إلخ، ومن ناحية عينة البحث، حيث تم تقسيم عينة المسحين باستعمال العينة العنقودية والطبقية، وقسمت المناطق إلى 4 مناطق الجغرافية في مسح 2006 و 9 مناطق جغرافية في مسح 2012-2013، وتم تقسيم الاستبيانات في كلا المسحين إلى 3 استبيانات، استبيان الأسرة المعيشية، استبيان خاص بالنساء اللواتي أعمارهن بين 15_49 سنة، استبيان وفيات أطفال أقل من خمس سنوات.

كما تطرقنا في هذا الفصل إلى مقارنة معدلات الخصوبة حسب العوامل الديمغرافية بين المسحين، ، وتم مقارنة معدلات الخصوبة حسب العوامل الديمغرافية بين الأقاليم في كلا المسحين.

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة
الفرضيات

تمهيد:

في هذا الفصل سنتطرق إلى عرض وتحليل ومناقشة فرضيات الدراسة، و للاختبار الفرضيات سيتم استخدام اختبار ولكو كسن للعينتين المتماثلتين وذلك باختبار فرضيات معدلات الخصوبة حسب العوامل الديمغرافية التي تم مقارنتها في الفصل لرابع، وكذا مقارنتها حسب الأقاليم.

عرض وتحليل ومناقشة الفرضيات:

1. عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الأولى:

. تختلف معدلات الخصوبة العمرية في الجزائر بين مسحي 2006 و2012 .

$H_0 =$ لا تختلف معدلات الخصوبة العمرية في الجزائر بين مسحي 2006 و2012.

$H_1 =$ تختلف معدلات الخصوبة العمرية في الجزائر بين مسحي 2006 و2012 .

انطلاقا من حساب اختبار ولكو كسن بين معدلات الخصوبة في الجزائر بين مسحي 2006 و2012. تم التوصل إلى الجدول

الموالي:

Test ^a	
	معدلات الخصوبة العمرية 2012 - معدلات الخصوبة العمرية 2006
Z	-2,197 ^b
Signification asymptotique (bilatérale)	0,028

تبين من ملاحظة الجدول أن قيمة (Sig=0.02) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) وهذا ما يجعلنا نقبل الفرض البديل الذي

ينص على أنه يوجد اختلاف بين معدلات الخصوبة العمرية في الجزائر بين مسحي 2006 و2012. ونرفض الفرض الصفري الذي

يشير إلى أنه لا يوجد اختلاف بين معدلات الخصوبة العمرية في الجزائر بين مسحي 2006 و2012. وهذا يعني تأثير العوامل

السوسيوديمغرافية يختلف بين المسحيين وهو ما يدفعنا إلى القول بأن الفرضية الجزئية الأولى محققة

2. عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الثانية:

- تختلف معدلات الخصوبة حسب المستوى التعليمي في الجزائر بين مسحي 2006 و2012.

$H_0 =$ لا تختلف معدلات الخصوبة حسب المستوى التعليمي في الجزائر بين مسحي 2006 و2012.

$H_1 =$ تختلف معدلات الخصوبة حسب المستوى التعليمي في الجزائر بين مسحي 2006 و2012.

انطلاقا من حساب اختبار ولكوكسن بين معدلات الخصوبة حسب المستوى التعليمي في الجزائر بين مسحي 2006 و2012. تم

التوصل إلى الجدول الموالي

Test ^a	
	معدلات الخصوبة حسب المستوى التعليمي 2012 - معدلات الخصوبة حسب المستوى التعليمي 2006
Z	-2,023 ^b
Signification asymptotique (bilatérale)	0,043

يتبين من ملاحظة الجدول أن قيمة (Sig=0,04) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) وهذا ما يجعلنا نقبل الفرض البديل

الذي ينص على أنه يوجد اختلاف بين معدلات الخصوبة حسب المستوى التعليمي في الجزائر بين مسحي 2006 و2012

ونرفض الفرض الصفري الذي يشير إلى أنه لا يوجد اختلاف بين معدلات الخصوبة حسب المستوى التعليمي في الجزائر بين

مسحي 2006 و2012.

3. عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الثالثة:

- تختلف معدلات الخصوبة حسب سن الزواج الأول في الجزائر بين مسحي 2006 و2012.

$H_0 =$ لا تختلف معدلا الخصوبة حسب سن أول زواج في الجزائر بين مسحي 2006 و2012.

$H_1 =$ تختلف معدلات الخصوبة حسب سن أول زواج في الجزائر بين مسحي 2006 و2012.

انطلاقا من حساب اختبار ولكوكسن بين معدلات الخصوبة حسب سن الأول عند الزواج في الجزائر بين مسحي

2006 و2012 - وتم التوصل إلى الجدول الموالي

Test ^a	
	معدلات الخصوبة حسب سن الزواج الاول 2012 - معدلات الخصوبة حسب سن الزواج الاول 2006
Z	-1,363 ^b
Signification asymptotique (bilatérale)	0,173

يتبين من خلال ملاحظة الجدول أن قيمة (Sig=0.17) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وهذا ما يجعلنا نرفض

الفرض البديل الذي ينص على أنه يوجد اختلاف بين معدلات الخصوبة حسب سن الزواج الأول في الجزائر بين مسحي 2006

و2012. ونقبل الفرض الصفري الذي يشير إلى أنه لا يوجد اختلاف بين معدلات الخصوبة حسب سن الزواج الأول بين مسحي

2006 و2012. وما يفسر ذلك الخصوبة الموجلة في سنة 2006 و الزواج المبكر في سنة 2012 وهذا ما يدفعنا إلى القول أن الفرضية الثالثة غير محققة.

4. عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الرابعة:

- لا تختلف معدلات الخصوبة حسب وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر بين مسحي 2006 و2012.

$H_0 =$ لا تختلف معدلات الخصوبة حسب وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر بين مسحي 2006 و2012.

$H_1 =$ تختلف معدلات الخصوبة حسب وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر بين مسحي 2006 و2012.

انطلاقا من حساب اختبار ولكوكسن بين معدلات الخصوبة حسب وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر بين

مسحي 2006 و2012. وتم التوصل إلى الجدول الموالي.

Test ^a	
	معدلات الخصوبة حسب وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات 2012 - معدلات الخصوبة حسب وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات 2006
Z	-1,483 ^b
Signification asymptotique (bilatérale)	0,138

من خلال ملاحظة الجدول أن قيمة (Sig=0.13) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وهذا ما يجعلنا نرفض

الفرض البديل الذي ينص على أنه يوجد اختلاف بين معدلات الخصوبة حسب وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر

بين مسحي 2006 و2012. ولتقبل الفرض الصفري الذي يشير إلى أنه لا يوجد اختلاف بين معدلات الخصوبة حسب وفيات

الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر بين مسحي 2006 و2012.

5. عرض وتحليل ومناقشة الفرضية الخامسة:

- تختلف معدلات الخصوبة حسب وسائل منع الحمل المستعملة حاليا في الجزائر بين مسحي 2006 و 2012 .

$H_0 =$ لا تختلف معدلات الخصوبة حسب وسائل منع الحمل المستعملة حاليا في الجزائر بين مسحي 2006 و 2012 .

$H_1 =$ تختلف معدلات الخصوبة حسب وسائل منع الحمل المستعملة حاليا في الجزائر بين مسحي 2006 و 2012 .

انطلاقا من حساب اختبار ولكوكسن بين معدلات الخصوبة حسب وسائل منع الحمل المستعملة حاليا في الجزائر بين

مسحي 2006 و 2012 . وتم التوصل إلى الجدول الموالي:

Test ^a	
	معدلات الخصوبة حسب نوع الوسيلة المستعملة حاليا 2012 - معدلات الخصوبة حسب نوع الوسيلة المستعملة حاليا 2006
Z	-1,604 ^b
Signification asymptotique (bilatérale)	0,109

يتبين من ملاحظة الجدول وأن قيمة (Sig=0.10) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وهذا ما يجعلنا نرفض الفرض

البديل الذي ينص على أنه يوجد اختلاف بين معدلات الخصوبة حسب وسائل منع الحمل المستعملة حاليا في الجزائر بين

مسحي 2006 و 2012 . ونقبل الفرض الصفري الذي يشير إلى أنه لا يوجد اختلاف بين معدلات الخصوبة حسب وسائل منع

الحمل المستعملة حاليا في الجزائر بين مسحي 2006 و 2012. وهذا ما يدفعنا إلى القول أن الفرضية الجزئية الخامسة محققة

6 - عرض وتحليل ومناقشة الفرضية السادسة:

- يوجد اختلاف بين معدلات الخصوبة حسب العوامل السوسيوديمغرافية في الأقاليم بين مسحي 2006 و 2012.

نظرا لعدم تساوي التقسيم الإقليمي بين مسحي 2006 و 2012 . لا يمكن استخدام اختبار ولكوكسن، لاختبار فرضيات

الاختلاف في معدلات الخصوبة حسب العوامل السوسيوديمغرافية في الأقاليم وبناء على ما تم التوصل في تحليل توزيع معدلات

الخصوبة في الأقاليم تبين أن الفرضية محققة.

7 - نتائج الدراسة:

الفرضية الجزئية الأولى: " تختلف معدلات الخصوبة العمرية في الجزائر بين مسحي 2006 و2012. "

تم التوصل من خلالها أنه تختلف معدلات الخصوبة بين مسحي 2006 و2012، ويعود الاختلاف معدلات الخصوبة إلى

تأثير العوامل السوسيوديمغرافية،

الفرضية الجزئية الثانية: " تختلف معدلات الخصوبة حسب المستوى التعليمي في الجزائر بين مسحي 2006 و2012. "

والتي تم التوصل من خلالها أنه تختلف معدلات الخصوبة حسب المستوى التعليمي بين مسحي 2006 و2012.

الفرضية الجزئية الثالثة: " تختلف معدلات الخصوبة حسب سن الزواج الأول بين مسحي 2006 و2012.

والتي تم التوصل من خلالها أنه لا تختلف معدلات الخصوبة حسب سن الزواج الأول بين مسحي 2006 و2012. ويعود

السبب إلى ارتفاع المستوى التعليمي في كلا المسحين.

الفرضية الجزئية الرابعة: " لا تختلف معدلات الخصوبة حسب وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات بين مسحي 2006

و2012. 2013.

توصلنا من خلالها أنه لا تختلف معدلات الخصوبة حسب وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات بين مسحي 2006

و2012 - 2013.

الفرضية الجزئية الخامسة: " تختلف معدلات الخصوبة حسب وسائل منع الحمل المستعملة حاليا في الجزائر بين مسحي

2006 و 2012. "

تم التوصل من خلالها أنه لا تختلف معدلات الخصوبة حسب وسائل منع الحمل المستعملة حاليا في الجزائر بين مسحي

2006 و 2012.

الفرضية الجزئية السادسة: " يوجد اختلاف بين الأقاليم الشمالية والأقاليم الجنوبية للبلاد في معدلات الخصوبة حسب

العوامل السوسيوديمغرافية بين مسحي 2006 و 2012. "

تم التوصل من خلالها أنه يوجد اختلاف بين الأقاليم الشمالية والأقاليم الجنوبية للبلاد في معدلات الخصوبة حسب العوامل الديمغرافية بين مسحي 2006 و 2012 و 2013 ويعود إلى الفروقات في توزيع مستويات التعليم، عمل المرأة، ووسائل منع الحمل، تأخر سن زواج، الزواج المبكر بين الأقاليم الخاصة بين الشمال والجنوب.

خلاصة:

تم في هذا الفصل الخامس تم عرض وتحليل ومناقشة الفرضيات انطلاقاً من الجداول معدلات الخصوبة حسب العوامل الديمغرافية المؤثرة في الخصوبة، وتم استخدام اختبار ولكو كسن لمعرفة ما إذا اختلاف معدلات الخصوبة حسب العوامل الديمغرافية بين المسحيين.

خاتمة

خاتمة عامة:

قدمنا في هذا البحث عرضا شاملا حول تطور الخصوبة في الجزائر ومدى اختلافها حسب العوامل الديمغرافية، وكما هو معروف أن الجزائر شهدت انخفاضا في معدلات الخصوبة خلال فترة التسعينات وصل إلى 2.27 طفل لكل امرأة وظهرت زيادة مفاجئة ليصل 3 أطفال لكل امرأة ، لذلك كان لموضوع تطور الخصوبة في الجزائر محل هذه الدراسة المقارنة والتي من خلالها تم التعرف على ما إذا ما كان هناك اختلاف في معدلات الخصوبة حسب العوامل الديمغرافية بين مسحي 2006 و2012، وعلى ضوء ما سبق ذكره و من خلال إلقاء نظرة مقارنة على تطور معدلات الخصوبة العمرية، وأهم العوامل المؤثرة فيها اتضح أنه يوجد اختلاف بين معدلات الخصوبة العمرية والمستوى التعليمي بالإضافة إلى الفروقات في معدلات الخصوبة حسب العوامل السوسيوديمغرافية في الأقاليم بين المسحيين، كما أنه لا يوجد اختلاف بين معدلات الخصوبة حسب وسائل منع الحمل المستعملة بين المسحيين و وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات و سن الزواج الأول بين المسحيين

قائمة المراجع

1. قائمة الكتب:

1. أسيا شريف، الظواهر الديمغرافية قراءات نظرية وتمارين تطبيقية، ديوان المطبوعات الجامعية 02. 2015
2. جمال معتوق ، منهجية العلوم الاجتماعية و البحث الاجتماعي ، دار الكتاب الحديث ، الجزائر ،
3. سامي ملحم، مناهج البحث العلمي في التربية وعلم النفس، دار المسيرة للنشر، ط1، عمان، الأردن،
4. عبد الكريم بوحفص، الأساليب الإحصائية وتطبيقاتها يدويا باستخدام spss، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزء الأول، 2013.

2. قائمة المذكرات:

1. أمال حابيرش بعنوان " تغير الزواج والتغير الخصوبة في الجزائر". تخطيط السكاني، جامعة قاصدي مرباح ورقلة. 2014 .2015
2. تمزدت بلحلو، تطور الخصوبة في ظل التغيرات السوسيواقتصادية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، ديمغرافيا الإقتصادية والاجتماعية، جامعة وهران، 2012. 2013.
3. خديجة يانس، العوامل المؤثرة في عملية تنظيم النسل، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في علم الاجتماع العائلة والسكان، جامعة بن يوسف بن خدة الجزائر، 2008. 2009.
4. حضرة راشدي، الانتقالية الديمغرافية وتحولات السوسيوديمغرافية للأسرة الجزائرية، دراسة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في الديمغرافيا، جامعة وهران، 2012. 2013.
5. سماح لبرار، أسباب وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، مذكرة لنيل رسالة ماجستير، جامعة الحاج لخضر. باتنة. 2009. 2010.
6. سهام عبد العزيز، وسائل منع الحمل وأثرها على الخصوبة في الجزائر ، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الديمغرافيا، جامعة الحاج لخضر . باتنة . 2013. 2014.
7. عبد الرزاق جناف، تطبيق نماذج الإقتصاد القياسي في تحديد عوامل الخصوبة في الجزائر مع طيات 1992، جامعة الجزائر3، 2011. 2012؟

8. فضيلة شعوبي، تحول الخصوبة ومسألة الانتقال الديمغرافي في الجزائر، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه ل.م.د،
2015. 2016.
9. فيصل معاش " مستويات ومحددات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة في الجزائر من خلال المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012. 2013، " 2017
10. محمد توفيق كاهي ، تأثير النمو الديمغرافي على النمو الاقتصادي، مذكر ماستر، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، 2013.
2014.
11. محمد عبد المجيد حسين يعقوب، العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة في مدينة رام الله، جامعة ي النجاح، 2004.
12. نعيمة دودو، تأثير عمل المرأة على معدلات الخصوبة، شهادة لنيل الماجستير في علم الاجتماع، جامعة فرحات عباس سطيف، 2010. 2011.
13. وفاء راشدي، دراسة وفيات الأطفال دون خمس سنوات خلال الفترة 1998. 2008، تخطيط السكاني، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، 2012. 2013.

3 - قائمة المقالات:

1. عمر طعبة، تراجع الإقبال على استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر أهم العوامل المسيبية، مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، العدد 33 \ مارس 2018.
2. فضيلة شعوبي، يمينة قوارح، تحول الخصوبة في الجزائر، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة أبي بكر بلقايد . تلمسان .
، العدد 19 \ جوان 2015.

4. التقارير:

1. الجهاز المركزي لإحصاء الفلسطينيين لصحة الأسرة 2006، ديسمبر 2007.
2. الديوان الوطني للإحصائيات، المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2006، الجزائر.
3. مجلس السكان الدولي، هل التعلم أفضل وسيلة لتنظيم الأسرة، 2009 على الموقع
www.arabicdocs_popcouncil.org
4. معهد الوطني للإحصاء، المسح العنقودي المتعدد المؤشرات، 2011. 2012، تونس.

5. المندوبية السامية للتخطيط ، 2030،المغرب.

6. مؤسسة من أجل المساواة بدعم من سفارة كندا بالجزائر، مرافعة ضد زواج الأطفال في الجزائر، 2016

المراجع بالفرنسية:

1. ONS, Activité ,emploi et chômage au 4en trimestr N°653, 2013

2. ONS, DEMOGRAPHIE ALGERIENNE, ,2014.

3. ONS, DEMOGRAPHIE ALGERIENNE,N°816,2017.

4. ONS, Démographique Statistique, 1962,2011.

5. ONS, Enquête par grappes a indicateurs multiples (MICS) 2012 2013, algeria