

تطور الخصوبة ومحدداتها القريبة في الجزائر خلال الفترة 2002-2013

د. بوالفخار ناصر

قسم العلوم الاجتماعية

جامعة البليدة 2

ملخص الدراسة:

يتعرض هذا المقال إلى دراسة تطور الخصوبة في الجزائر في مطلع الألفية الثالثة. كما يتطرق إلى المحددات القريبة حسب النموذج الديموغرافي الشهير لبونقارتس (Bongaarts). و تم خلال هذا المقال مناقشة كل متغيرة من متغيرات النموذج المستخدم في الدراسة انطلاقا من أحدث المعطيات المتوفرة في الجزائر من أجل محاولة التنبؤ باتجاه الخصوبة في السنوات القادمة. اعتمدت الدراسة بشكل أساسي على معطيات مسحين صحيين ديموغرافيين تم إنجاز الأول سنة 2002 و شمل 19233 أسرة معيشية موزعة على المستوى الوطني بينما تم إنجاز الثاني نهاية سنة 2012 و بداية سنة 2013 و شمل 27197 أسرة معيشية موزعة أيضا على كل التراب الوطني. و قد بينت النتائج الدور الكبير الذي تلعبه حاليا وسائل منع الحمل في تحديد مستوى الخصوبة، كما بينت الدور المهم الذي لعبه الزواج في ارتفاع الخصوبة خلال السنوات الفاصلة بين المسحين. وأظهرت النتائج أيضا أن الرضاعة الطبيعية لازالت تحتفظ بقسط معتبر في تحديد مستوى الخصوبة رغم ما يقال عن تراجعها بين الأمهات.

الكلمات المفتاحية: الخصوبة، موانع الحمل، الرضاعة الطبيعية، نموذج بونقارتس، المحددات القريبة.

Résumé : Cet article examine l'évolution de la fécondité en Algérie en début du troisième millénaire. Les déterminants proches de la fécondité, à travers le modèle de Bongaarts, constituent un important objet de cet article. Les variables utilisées dans cette étude proviennent principalement de deux

enquêtes démographiques et sanitaires : la première a été réalisée en 2002 et comprenait 19233 ménages répartis au niveau national, la seconde a été réalisée à la fin de 2012 et au début de 2013 et elle comprenait 27197 ménages.

Les résultats ont montré l'importance du rôle joué par la contraception dans la baisse du niveau de la fécondité, ainsi que l'influence du mariage dans l'augmentation enregistrée ces dernières années en matière de fécondité. Les résultats ont aussi montré que l'allaitement maternelle détient une part non négligeable dans la détermination du niveau de fécondité des femmes algérienne.

Mots-clés : Fécondité, contraception, allaitement maternelle, modèle de Bongaarts, variables proches.

1- مقدمة

يظهر نتائج أول مسح صحي ديموغرافي، في الجزائر، للألفية الثالثة سنة 2002 استبشر الكثير من المتابعين للشأن الديموغرافي في البلاد بنزول المؤشر التركيبي للخصوبة إلى مستوى قريب مما يعرف بمعدل الإحلال (وزارة الصحة و إصلاح المستشفيات، 2004) والمقدر بحوالي 2,1 طفل لكل امرأة. لكن المعطيات التي جاءت عقب هذا التاريخ من مختلف المصادر (تعداد 2008، الحالة المدنية Mics3، Mics4) عكّرت صفو هذا الاستبشار و فتحت المجال لتقديم مختلف السيناريوهات المتعلقة بالتنبؤ باتجاهات و مستويات الخصوبة المستقبلية. فحسب الديوان الوطني للإحصائيات فإن المؤشر التركيبي للخصوبة شرع في الارتفاع بداية من سنة 2001 ووصل إلى 2,87 طفل لكل امرأة سنة 2010 حسب معطيات الديوان الوطني للإحصائيات (Office National des Statistiques, 2010) وبعدها بلغ 2,74 طفل لكل امرأة حسب معطيات آخر تعداد سنة 2008 (Office national des statistiques, 2008).

والحقيقة أن تباطؤ انخفاض الخصوبة أو استقرارها أو حتى ارتفاعها قد سجل في عدد كبير من الدول من بينها بعض الدول العربية على غرار مصر، المغرب، تونس ولبنان (United Nations, 2017) وهو ما يعزز أهمية التطرق إلى ظاهرة عودة ارتفاع الخصوبة بعدما لامس مستواها معدل الإحلال قصد محاولة فهم أسباب ذلك لنتمكن من تقديم تصور مقبول لمآلها في المستقبل خاصة على المدى القريب.

من ناحية أخرى فإن التطرق إلى اتجاهات الخصوبة ومستوياتها سيظل من بين أهم المواضيع الديموغرافية التي تحتاج إلى المتابعة المستمرة لأن النظرية الديموغرافية التقليدية لا تطرح سوى القليل حول مسار الخصوبة بعد بلوغ مرحلة مستوى الإحلال (Bongaarts John, 2003, p. 321).

من بين مختلف الطرق التي تمكننا من تصور مستقبل الخصوبة في الجزائر فقد وقع اختيارنا على دراسة المحددات القريبة للخصوبة وفق نموذج بونقارتس (Bongaarts) الذي يقدم إطارا علميا لآلية التي يمر من خلالها تأثير العوامل الاقتصادية، الاجتماعية والثقافية إلى الخصوبة في مختلف التجمعات السكانية.

2- منهجية الدراسة

نعتمد في هذا المقال على النموذج الديموغرافي المعروف بنموذج بونقارتس نسبة لصاحبه جون بونقارتس (John Bongaarts) وهو من أشهر النماذج المتعلقة بدراسة الخصوبة. و قد بيّن بونقارتس (Bongaarts, 1978, p. 106) أنه اعتمد على النموذج المشهور و الرائد في مجال دراسة الخصوبة و الذي قدمه الثنائي كينجزي ديفيس و جوديث بلاك (Kingsley Davis & Judith Blake) في منتصف الخمسينات من القرن العشرين و المتعلق بدراسة المتغيرات الوسيطة للخصوبة. بالعودة إلى نموذج الباحثين السالف ذكرهما والذي عرض لأول مرة من خلال مقالهما الشهير والمعنون التركيبي الاجتماعية والخصوبة: إطار تحليلي (Kingsley D and Judith B, 1956) فإن العوامل الاقتصادية والاجتماعية والثقافية وغيرها لا تؤثر على الخصوبة مباشرة بل تقوم بذلك عبر مجموعة من المتغيرات أطلقا عليها اسم المتغيرات الوسيطة لأنها هي الواسطة التي يتم من خلالها تمرير تأثير العوامل السالفة الذكر إلى الخصوبة. يرى ديفيس وبلاك أن هناك ثلاث مراحل في عملية الإنجاب تبدأ بالجماع ثم الإخصاب وأخير الحمل والوضع. ويرى الباحثان أن هذه المراحل الثلاث هي التي تحدد مستوى الخصوبة في أي مجتمع. كما أن هذه المراحل تتأثر بمجموعة من المتغيرات عددها إحدى عشر متغيرا مقسما حسب طبيعة وطريقة عمل كل منها إلى ثلاثة مجموعات هي:

- المتغيرات المؤثرة على العلاقات الجنسية: وتشمل ستة عناصر مقسمة إلى نوعين من المتغيرات. أولا المتغيرات التي تؤثر على تكوين الزيجات ونقضها خلال فترة الإنجاب وثانيا المتغيرات المتحكمة في تعرض المرأة للعلاقات الجنسية داخل الخلية الزوجية.
 - المتغيرات المؤثرة على الإخصاب والحمل: تشمل ثلاثة عناصر وهي المتحكمة في الحمل وتعلق بالخصوبة أو العقم الإرادي وغير الإرادي بالإضافة إلى استخدام موانع الحمل.
 - المتغيرات المؤثرة على استمرار عملية الحمل ونجاحها: وتشمل عنصرين هما الوفيات الرحمية الإرادية وغير الإرادية.
- وقد أصبح لهذه المتغيرات صدى كبيرا بعد الدراسات التي قام بها الديموغرافي جون بونقارتس بعد حوالي 20 سنة منذ صدور المقال السابق للباحثين ديفيس وبلاك حيث أنه سعى إلى تكميم أثر كل متغير من المتغيرات الوسيطة السالف ذكرها. و بين بونقارتس بالاعتماد على المعطيات الميدانية الخاصة بواحد و أربعين (41) بلدا متقدما و في طريق النمو أن 96% من مستوى الخصوبة ناتج من تأثير أربع متغيرات فقط من بين المتغيرات الإحدى عشر السابق ذكرها (Bedrouni, 2007, p. 205) والتي أطلق عليها تسمية المتغيرات القريبية. وتتمثل هذه المتغيرات في:

- 1 - نسبة النساء المتزوجات أو اللاتي هن علاقات جنسية والتي يمكن ردها إلى عامل الزوجية بالنسبة للبلدان التي تخضع للقيم والمعايير الإسلامية.
- 2 - نسبة النساء المستعملات لوسائل تنظيم النسل.
- 3 - نسبة النساء غير الخصبات بسبب فترة انقطاع الطمث التي يمكن للرضاعة الطبيعية الممتدة أن تمد فيها.
- 4 - وأخيرا الإجهاض الإرادي.

حسب بونقارتس فإن معدل الخصوبة الكلية الذي يمكن أن نلاحظه (TFR) مرتبط بالمتغيرات الأربعة السابقة المتضمنة بالمعادلة الرياضية التالية:

حيث C_m مؤشر نسبة الزواج.

C_c مؤشر موانع الحمل.

C_a مؤشر الإجهاض العمدي.

C_i مؤشر نسبة النساء غير الخصبات بسبب فترة انقطاع الطمث.

و TF الخصوبة الكامنة و التي تمثل القيمة القصوى للخصوبة البيولوجية للمرأة التي تظل في حالة زواج خلال كل فترة الإنجاب (15-49 سنة) و التي لا تستخدم أي موانع للحمل أو إجهاض و التي لا تقوم بالإرضاع أو الامتناع عن العلاقة الجنسية عقب الولادة. عادة ما تستخدم القيمة 15,3 طفل لكل امرأة (Fitrat Hossain and Rezaul, 2013, p. 2).

وتعتبر المؤشرات الأربع المذكورة مؤشرات كاجحة لأنها تعمل على منع بلوغ القيمة النظرية القصوى للخصوبة (IUSSP، 2018).

2-1 مؤشر الزواج

يقيس هذا المؤشر انخفاض الخصوبة الكامنة الناجم من تأثير الزواج. أي أن هذا المؤشر يقيس التراجع في الخصوبة الناجم عن الفترات التي لا تكون فيها المرأة ناشطة جنسيا بفعل غياب الزواج. ولأن المعطيات حول النشاط الجنسي غير متوفرة في الغالب، فإنه يتم تقدير ذلك باللجوء إلى نسبة النساء المتزوجات في العمر 15-49 سنة. وعليه فإن قياس هذا المؤشر يتم بالصيغة:

$$C_m = \frac{\sum f(a)}{\sum m(a)}$$

يأخذ هذا المؤشر القيمة 1 عندما تكون كل النساء في سن الإنجاب متزوجات والقيمة 0 في حالة انعدام الزواج تماما.

2-2 مؤشر موانع الحمل

يقيس هذا المؤشر تراجع الخصوبة الناتج من استخدام موانع الحمل ويحسب بالصيغة $C_c = 1 - 1,08 \cdot u \cdot e$ حيث أن u تمثل نسبة النساء المتزوجات المستخدمات لموانع الحمل و e متوسط فعالية وسيلة منع الحمل المستعملة و $1,08$ معامل تصحيح يستخدم من أجل استبعاد النساء غير الخصبات من المعادلة. يأخذ هذا المؤشر القيمة 1 عند غياب أي استخدام لموانع الحمل ويأخذ القيمة 0 عندما تكون كل النساء الخصبات مستخدمات لموانع الحمل وبفعالية 100%.

2-3 مؤشر الإجهاض العمدي

يقيس هذا المؤشر تراجع الخصوبة الناتج من اللجوء إلى الإجهاض العمدي ويحسب بالصيغة:

$$C_a = \frac{TFR}{TFR + 0,4(1+u) \times TA}$$

حيث TA تمثل نسبة الإجهاض الكلية. يأخذ هذا المؤشر القيمة 1 عند الغياب التام للإجهاض العمدي والقيمة 0 عندما يتم وقف كل الأحمال.

بالنسبة لنا في هذا البحث فإننا نفترض أن قيمة هذا المؤشر هي واحد بالنظر للدراسات التي أجريت من قبل والتي بينت عدم وجود أثر لهذا المؤشر (OUADAH-BEDIDI, 2004؛ Kouaouci, 1992).

2-4 مؤشر نسبة النساء غير الخصبات بسبب فترة انقطاع الطمث

يقيس هذا المؤشر انخفاض الخصوبة الناتج من الفترة التي لا تكون فيها المرأة عرضة للحمل جزاء إرضاعها لوليدها أو جزاء امتناعها عن العلاقة الجنسية عقب الولادة. ويحسب هذا المؤشر بقسمة طول المجال بين الولادات في حالة عدم وجود الرضاعة وعدم وجود امتناع عن العلاقة الجنسية عقب الولادة على المجال بين الولادات في حالة وجود الرضاعة وحالة الامتناع عن العلاقة الجنسية عقب الولادة. وقد وجد أن طول المجال في حالة انقطاع الطمث تساوي 20 شهرا وهي ناجمة من 1,5 شهرا من العقم بعد الولادة، 7,5 شهرا فترة متوسطة لحدوث الحمل وشهرين في المتوسط نتيجة الوفيات الرحمية وفترة 9 أشهر اللازمة للحمل. في حالة وجود رضاعة فإن المجال السابق يصبح مكونا من 7,5+2+9 أشهر بالإضافة إلى فترة انقطاع الطمث والامتناع عن العلاقة الجنسية عقب الولادة. وعلى هذا فإن مؤشر نسبة النساء غير الخصبات بسبب فترة انقطاع الطمث يحسب بالصيغة:

$$C_i = \frac{20}{18,5+i}$$

حيث i تمثل متوسط فترة انقطاع الطمث والامتناع عن العلاقة الجنسية عقب الولادة والتي يمكن حسابها بطريقة مباشرة في حالة وجود السؤال أو استخراجها بطريقة غير مباشرة بعد حساب متوسط فترة الرضاعة بالصيغة

أو بالصيغة $i = 1,5 + 0,56 \times L$ حيث L متوسط فترة الرضاعة يأخذ هذا المؤشر القيمة 1 عند غياب الرضاعة الطبيعية وعدم وجود الامتناع عن العلاقة الجنسية عقب الولادة ويأخذ القيمة 0 عندما يمس العقم الدائم كل النساء.

3- مصدر المعطيات

لإنجاز هذه الورقة البحثية اعتمدنا على مصدرين مهمين يعود التاريخ المرجعي لمعطيتهما لبداية الالفية الجديدة، علما أن الفترة الفاصلة بينهما (2002-2013) شهدت تغيرا لافتا إذ عرفت في بدايتها أدنى مستوى للخصوبة في الجزائر بينما سجل مع نهايتها مستوى مرتفعا نسبيا. إن تركيز البحث على هذا التغير من شأنه تمكيننا من معرفة المتغيرات القريبة المسؤولة عن ارتفاع الخصوبة وبالتالي إمكانية التطرق إلى توقعاتها المستقبلية. فيما يلي بعض المعلومات العامة المتعلقة بالمصدرين المستغلين لإنجاز هذا العمل، إذ يتعلق الأمر بمسحين وطنيين هما:

- المسح الوطني الخاص بصحة الأسرة سنة 2002 (EASME): تم هذا المسح بالتعاون مع جامعة الدول العربية وشمل 19233 أسرة معيشية موزعة على المستوى الوطني بنسبة استجابة 93,5%. كما شمل المسح 15156 امرأة بنسبة استجابة 97,4 و 10487 طفل دون العمر 5 سنوات.
- المسح العنقودي متعدد المؤشرات سنة 2012-2013 (MICS4): تم هذا المسح بالتعاون مع منظمة اليونسيف و شمل 27197 أسرة معيشية موزعة على المستوى الوطني وكانت نسبة الاستجابة فيه هي 98%. كما شمل المسح 41184 امرأة بنسبة استجابة 93,6 و 15140 طفل دون العمر 5 سنوات.

4- النتائج

تدل المعطيات أن المؤشر التركيبي للخصوبة ارتفع خلال الفترة الفاصلة بين المسحين المستخدمين للدراسة من 2,2 إلى 2,7 طفل لكل امرأة. بالنظر إلى مؤشرات نموذج بونقارتس الواردة في الجدول رقم 1 فإن الرضاعة الطبيعية والامتناع عن العلاقة الجنسية بعد الولادة واستعمال وسائل منع الحمل عملتا على خفض مستوى الخصوبة ولو بمقدار طفيف بينما عمل الزواج في الاتجاه المعاكس حيث أنه عمل على الرفع من قيمتها.

بالنسبة للمؤشر الأول و المتمثل في الرضاعة الطبيعية و الامتناع عن العلاقة الجنسية بعد الولادة فإنها انخفضت من 0,77 إلى 0,75 و هو انخفاض بسيط مقدر بأقل من 3% بين المسحين $(0,77 - 0,75) \div 100 \times 3 = 3\%$ و هو ما أدى إلى انخفاض الخصوبة الكامنة المقدرة بالمقدار 15,3 طفل إلى المقدار 11,8 في المسح الأول و إلى 11,5 في المسح الأخير. تمثل القيمتان الآتيتي الذكر ما نطلق عليه تسمية الخصوبة الطبيعية لأنها ناتجة من عوامل طبيعية في حياة المرأة و المتمثلة هنا في الرضاعة الطبيعية و الامتناع عن العلاقة الجنسية بعد الولادة. وتدل قيمة هذا المؤشر على أن الخصوبة الكامنة انخفضت بمقدار 23% و 25% في المسحين المستخدمين على التوالي نتيجة لطول فترة العقم المؤقت الناجم عن تأثير الرضاعة الطبيعية و الامتناع عن العلاقة الجنسية بعد الولادة. يعود هذا السبب للانخفاض بالدرجة الأولى للتغير الذي طرأ على مؤشر موانع الحمل حيث أن هذا المؤشر تراجع نسبيا بمقدار بسيط مقدر بحوالي 2% $(0,49 - 0,48) \div 100 \times 2 = 2\%$. ويعزى سبب التراجع البسيط إلى مستوى الاستخدام الحالي لموانع الحمل في المسحين والذي كان في حدود 57% وإلى تركيبة وسائل منع الحمل والتي لم تتغير إلا بشكل طفيف مع افتراض بقاء مستوى الفعالية ثابتا في المسحين.

رغم ما تم ذكره من تراجع قليل في مستوى الخصوبة بفعل موانع الحمل بين المسحين فإن تأثيرها في كلا المسحين كبير حيث أنها هوت بالخصوبة الطبيعية بمقدار 51% في مسح EASME2002 و52% في مسح MICS4-2012/2013 لتعطي على التوالي خصوبة زواجية مقدارها 5,8 طفل لكل امرأة (5,8=0,49×11,8) في المسح الأول و 5,5 طفل لكل امرأة (5,5=0,48×11,5) في المسح الثاني.

أما عن المؤشر الثالث في النموذج والمتمثل في الزواج فقد ذهب تأثيره في الاتجاه المعاكس للمؤشرين السابقين حيث أنه عمل على الرفع من الخصوبة بين المسحين. حسانياً فإن قيمة هذا المؤشر انتقلت من 0,37 إلى 0,41 أي بزيادة نسبية مقدرة بحوالي 10,8% ((0,41-0,37)÷0,37×100=10,8%). وعليه يمكننا القول أن تأثير مؤثر الزواج في المسحين معتبر حيث أنه أدى إلى تراجع الخصوبة الزوجية في المسحين المتتاليين بالنسبتين 63% و59% على التوالي مما سمح بالحصول على التقديرين 2,1 طفل لكل امرأة و 2,3 طفل لكل امرأة كمؤشرين تركيبيين للخصوبة في المسحين EASME2002 و MICS4-2012/2013 على التوالي.

جدول رقم 1: مؤشرات الخصوبة حسب نموذج بونقارتس خلال مسحي EASME2002 و

MICS4-2012/2013.

MICS4-2012/2013*	EASME2002**	
0,75	0,77	مؤشر العقم المؤقت بعد الولادة Ci
0,48	0,49	مؤشر موانع الحمل Cc
0,41	0,37	مؤشر الزواج Cm
15,3	15,3	الخصوبة الكامنة TF
11,5	11,8	الخصوبة الطبيعية FN
5,5	5,8	الخصوبة الزوجية FM
2,3	2,1	مؤشر الخصوبة المقدرة بالنموذج
2,7	2,2	مؤشر الخصوبة الملاحظ
* حسابات خاصة على معطيات المسح (2004، OUADAH-BEDIDI)**		

مما سبق فإنه يتبين لنا أهمية المتغيرات القربية المستخدمة في النموذج في تفسير مستوى الخصوبة حيث أنها عملت مجتمعة على خفض الخصوبة في المسحين المتتاليين EASME2002 و MICS4-2012/2013 إلى المقدار 14% و 15% من مستواها النظري المعتمد و الذي مقداره 15,3 طفل لكل امرأة. من جهة ثانية يتضح أن الزواج هو المتغير الذي لعب الدور الأساسي في الرفع من مستوى الخصوبة بين المسحين. ولو بقي هذا المؤشر، في المسح الأخير، في نفس المستوى المسجل في المسح الأول سنة 2002، في ظل ثبات المؤشرين الآخرين، لنزل تقدير المؤشر التركيبي للخصوبة إلى 2 طفل لكل امرأة بدلا من 2,3 المتوصل إليها في النموذج.

قبل الانتقال إلى دراسة المؤشرات القربية حسب بعض المتغيرات الاقتصادية الاجتماعية فإنه من المفيد، حتى يتضح لنا جليا تأثير كل عامل من العوامل الثلاثة السالفة، التطرق إلى مسؤولية كل واحد منها في خفض الخصوبة إلى مستوياتها أثناء المسوح التي

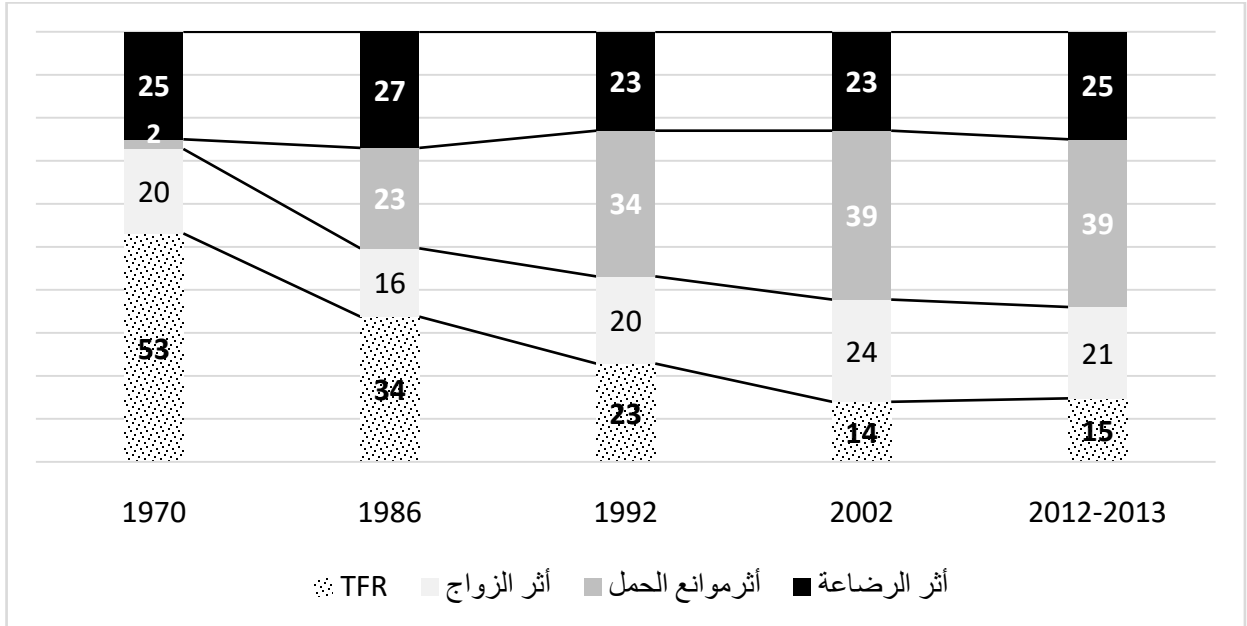
أجريت من قبل. ولكي نضع هذه النقطة في سياق ما يعرف بالانتقال الديموغرافي في الجزائر بالنظر إلى ما يورده نموذج بونقارتس في تفسير انخفاض الخصوبة، فقد يكون من الأفضل الرجوع إلى الوراء، أي قبل سنة 2002، لمعرفة تطور تأثير كل عامل في تحديده لمستوى الخصوبة في كل فترة من الفترات السابقة.

للقيام بذلك فقد قمنا بتقدير قسط كل عامل في تراجع الخصوبة بقسمة عدد الأطفال الذين تم تخفيضهم حسب تدخل كل مؤشر من المؤشرات السابقة على الخصوبة الكامنة منذ سنة 1970، تاريخ إجراء أول مسح ديموغرافي جزائري وطني بعد الاستقلال. ويتضح من خلال الشكل رقم 1 الذي يعرض النتائج المتعلقة بذلك أن هناك تغيرا جوهريا في محددات الخصوبة من بداية الفترة إلى نهايتها.

خلال الفترة 1970-2013 قامت المحددات المدروسة بخفض الخصوبة النظرية من المقدار 47% إلى 85% وبوأت العامل الأقل أهمية سنة 1970 والمتمثل في موانع الحمل المرتبة الأولى في آخر الفترة حيث ارتفع قسطه من 2% إلى 39%. والملاحظ أنه لم يتم تسجيل أي تراجع في قسط العامل الأنف الذكر منذ تدخله في مسار التأثير على خصوبة الجزائريات. أما تأثير الزواج فقد ظل في حدود 20%.

الأمر الثاني الجدير بالذكر يتعلق بقسط الرضاعة الطبيعية والامتناع عن العلاقة الجنسية بعد الولادة حيث أن هذا العامل لازال يحافظ هو الآخر على حصة معتبرة في الخفض من مستوى الخصوبة تصل لحدود 25%.

شكل رقم 1: أقساط الزواجية، موانع الحمل والرضاعة الطبيعية والامتناع عن العلاقة الجنسية بعد الولادة في تحديد مستوى الخصوبة خلال أهم المسوح الوطنية منذ الاستقلال*.



* معطيات الفترة 2002-1970 مأخوذة من OUADAH-BEDIDI ZAHIA

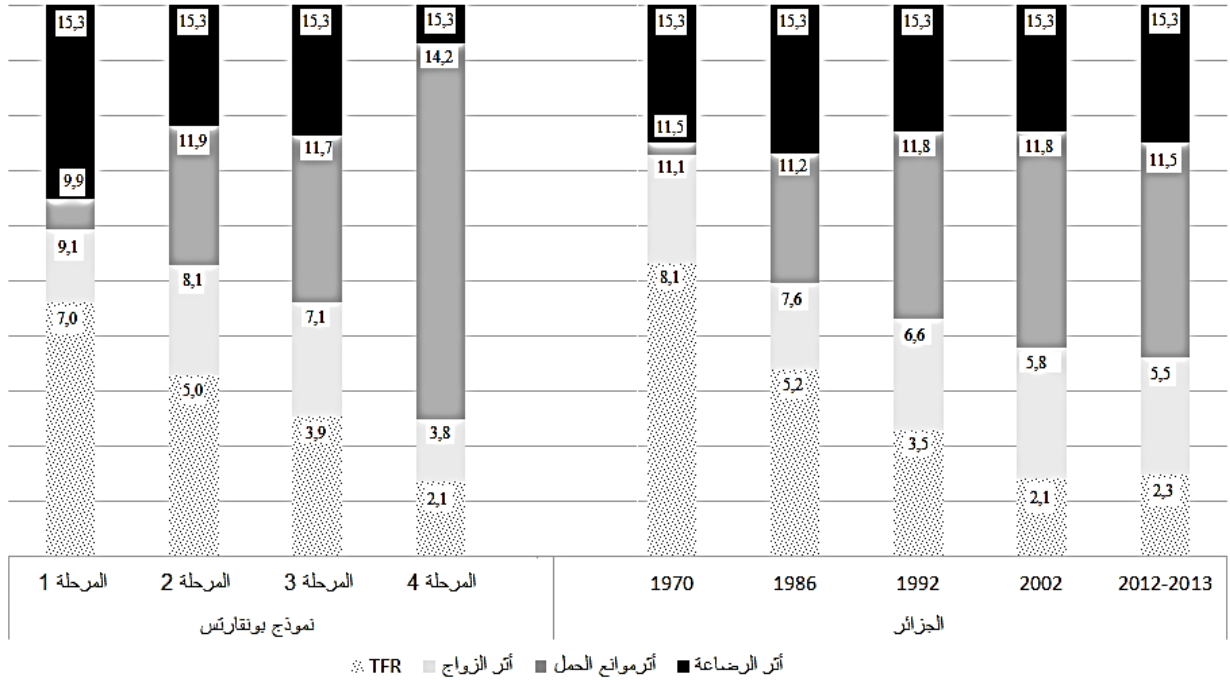
لإظهار تأثير المتغيرات القريبية على الخصوبة قمنا بعقد مقارنة بين المراحل الأربع للانتقال الديموغرافي التي أوردها بونقارتس بالاعتماد على معطيات مجموعة من الدول المتقدمة والسائرة في طريق النمو (Bongaarts John & Potter Robert G, 1983). بحسب نموذج النظرية فإنه يمكن تمييز أربع مراحل للانتقال الديموغرافي حسب قيمة المؤشر التركيبي للخصوبة كما هو مبين أدناه يلي:

جدول رقم 2: تطور المؤشر التركيبي وفق مراحل الانتقال الديموغرافي

مرحلة الانتقال الديموغرافي	المؤشر التركيبي للخصوبة
الأولى	أكبر من 6
الثانية	6,0-4,5
الثالثة	4,5-3,0
الرابعة	أقل من 3

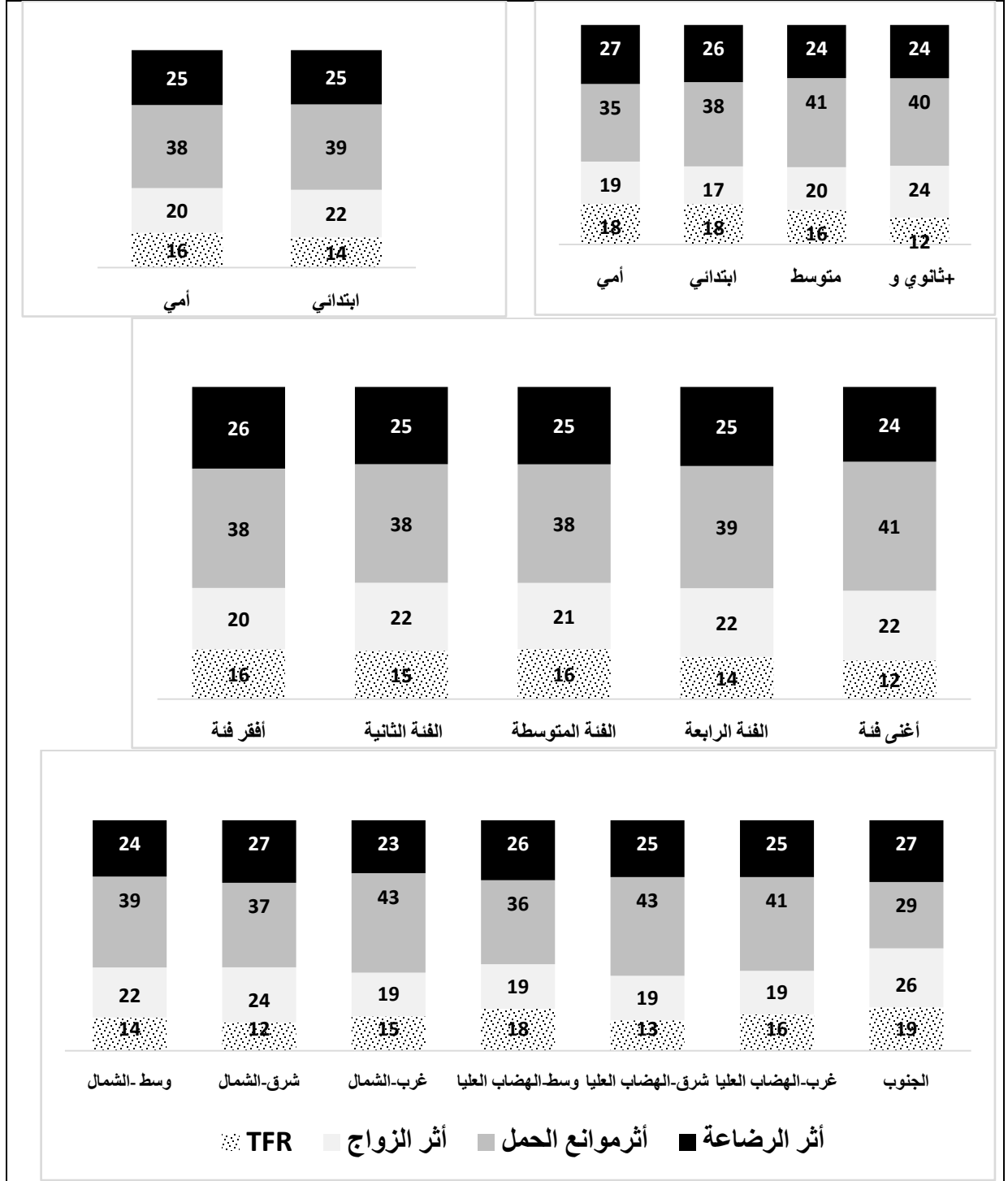
بمقارنة مراحل النموذج النظري المستخدم مع معطيات الجزائر نجد أن مسار الخصوبة في هذه الأخيرة تحاكي النموذج بشكل كبير خاصة في المراحل الثلاث الأولى منه. كما يظهر أن الجزائر تتواجد حاليا في المرحلة الرابعة من مراحل الانتقال الديموغرافي أين نزلت الخصوبة تحت مستوى 3 أطفال منذ سنة 2002. ومع ذلك فإن نموذج الجزائر له بعض الخصوصية خاصة فيما يتعلق بالمرحلة الرابعة منه أين نجد أن الرضاعة الطبيعية والامتناع عن العلاقة الجنسية بعد الولادة لازالت تلعب دورا مهما في خفض الخصوبة رغم مرور فترة زمنية معتبرة منذ ولوج هذه المرحلة. ويلاحظ أيضا أن الزواج لا يزال يلعب دورا معتبرا كمتغير قريب في تحديد مستوى الخصوبة الحالية بالمقارنة مع نموذج بونقارتس.

شكل رقم 2: مراحل الانتقال الديموغرافي في نموذج بونقارتس و حسب معطيات المسوح الجزائرية حسب تأثير المتغيرات القريبة.



من جهة أخرى و للتدقيق في كيفية تأثير المتغيرات القريبة بالنظر إلى بعض المتغيرات الاجتماعية الاقتصادية قمنا بحساب قسط كل متغيرة من المتغيرات الثلاث حسب المستوى التعليمي للمرأة، منطقة الإقامة، فضاءات البرمجة الإقليمية و أخيرا حسب مؤشر الرفاه و هو ما تم عرضه في الشكل رقم 3 أدناه.

شكل رقم 3: أساط المتغيرات القريبية في تحديد مستوى الخصوبة حسب بعض المتغيرات الاجتماعية الاقتصادية في مسح MICS4.



تبين هذه النتائج أن الصورة النمطية القديمة لوجود الاختلافات بين مختلف الفئات الاجتماعية الاقتصادية أصبحت غائبة والعكس من ذلك نسجل وجود تقارب كبير بين مختلف الفئات الناتجة من إدخال المتغيرات الاجتماعية الاقتصادية. ويمكن ملاحظة ذلك سواء من خلال مستوى الخصوبة التي يقع أغلبها تحت عتبة 3 أطفال لكل امرأة باستثناء النساء الأميات، أو اللائي ينتمين إلى أفقر فئة، أو القاطنات بالهضاب العليا-وسط أو بالجنوب.

كما يمكن أن نلاحظ أن أفساط المتغيرات القربية في كل الفئات الاجتماعية الاقتصادية متنوعة بكيفية متقاربة وموافقة للمرحلة الرابعة من الانتقال الديموغرافي باستثناء فئة النساء القاطنات بالجنوب والتي تقترب أكثر من المرحلة الثالثة. النقطة الأخرى المشتركة بين كل الفئات دون استثناء هي الدور المعتبر للرضاعة الطبيعية في تحديد مستوى الخصوبة، هذا الأخير الذي بدأ مستقرا وذلك بخفض قيمة الخصوبة الكامنة في حدود 25% من قيمة الخصوبة الكامنة وهو أمر مخالف للنموذج النظري لبونقارتس المستخدم في كتابة هذا المقال.

5- الخلاصة:

اهتم هذا المقال بموضوع الخصوبة في مطلع القرن الواحد والعشرين. ومبعث هذا الاهتمام هو البحث عن المحددات التي أدت إلى توقف انخفاض الخصوبة في الجزائر بعدما بلغت مستوى الإحلال بل إنها سجلت عودة للارتفاعاً أكدته المعطيات الديموغرافية التي جمعت إلى حد الساعة. والهدف من وراء دراسة محددات الخصوبة جاء كمحاولة لفهم المسار الذي يمكن أن تسلكه الخصوبة إما صعوداً أو نزولاً في المستقبل القريب.

للقيام بهذا الأمر استخدمنا أحد أهم النماذج المستعملة في دراسة الخصوبة في الميدان الديموغرافي وهو نموذج بونقارتس. ومختصر هذا النموذج هو سعيه لتكسيم المتغيرات الوسيطة للخصوبة والتي قدمها الباحثان كينجزلي ديفيس وجوديث بلاك في منتصف القرن العشرين والتي يمكن من خلال تحديد مستوى الخصوبة والتحكم بها واستشرافها. للتذكير فإن من أهم النتائج التي توصل إليها أيضا بونقارتس أن هناك أربعة متغيرات قريبة هي المتحكمة في 96% من مستوى الخصوبة في أي بلد وهي الزواج، الرضاعة الطبيعية، الإجهاض العمدي واستعمال موانع الحمل.

وقد بينت نتائج الدراسات السابقة لهذه المتغيرات القربية أن الإجهاض العمدي في الجزائر مهمل التأثير نتيجة لقيم المجتمع ومعاييره. وعلى هذا فلم يبق لنا إلا ثلاثة متغيرات قمنا بدراستها مركزين خاصة على معطيات مسحين وطينين صحيين وديموغرافيين الأول منهما كان موافقا للفترة التي سجلت فيها الجزائر أخفض مؤشر للخصوبة سنة 2002 بينما كان المسح الثاني في سنتي 2012-2013 وكان موافقا لفترة عرفت عودة لارتفاع مؤشر الخصوبة.

من أهم النتائج التي يمكن ذكرها هو أنه على الرغم من التطور الملاحظ في الخصوبة فإنها لازالت تحت عتبة 3 أطفال لكل امرأة وهو ما يعني أن الجزائر لازالت في المرحلة الرابعة من الانتقال الديموغرافي بحسب نموذج بونقارتس في مسار انخفاض الخصوبة. وتعزز هذه النتيجة آراء الكثير من الديموغرافيين الذين يعتقدون أن تراجع انخفاض الخصوبة أمر مستبعد وأن ما يسجل من ارتفاع طفيفها وهناك ما هو إلا مجرد أحداث ظرفية خلال فترات عابرة لا تأثر كثيرا على الاتجاه العام المنسجم مع مساري التقدم والتحضر المستمرين في التغلغل في كل مناحي حياة مختلف التجمعات السكانية.

من النتائج المهمة أيضا أن استعمال وسائل منع الحمل هو العامل الأكثر أهمية في تحديد مستوى الخصوبة المسجل منذ سنة 1992 إلى الوقت الحالي. للإشارة فإن سنة 1992 هي السنة التي تخطت فيها نسبة النساء المستعملات لوسائل منع الحمل، ولأول مرة منذ الاستقلال، عتبة الـ 50% من ضمن كل النساء المتزوجات. بالعودة إلى مراحل الانتقال الديموغرافي وفق نموذج بونقارتس فإن هذا العامل هو العامل الحاسم في خفض الخصوبة بمقدار حوالي 68% من قيمتها الكامنة، في مرحلته الرابعة والأخيرة، في حين أن هذا مقدار هذا العامل لم يتخط 40% في الجزائر منذ 2002. وبالنظر إلى مستويات استخدام موانع الحمل التي عرفت وتعرفها بعض الدول الإسلامية والعربية ودول الجوار والتي قاربت الـ 65% من جهة، بالإضافة لكون الجزائر قد سبق لها وأن عرفت نسبة استخدام أكبر من الحالية خلال المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006 أين بلغت 61,4% فإن نسبة

استخدام موانع الحمل قد ترتفع مستقبلا لتؤدي إلى خفض الخصوبة من جديد. ويبدو أن هذا الأمر جد محتمل في ظل الظروف الاقتصادية الصعبة التي تمر بها البلاد وبالنظر للتحسن المتعلق ببعض المتغيرات الاجتماعية كانتشار التعليم وغزو المرأة لسوق الشغل بالإضافة إلى انتشار استخدام وسائل الاتصال والانفتاح على مختلف ثقافات العالم.

نتيجة أخرى جديرة بالعرض والمناقشة تتعلق بمتغيري الزواج والرضاعة الطبيعية. فبالنسبة للأول فإن متوسط العمر عند الزواج الأول بالجزائر يعد من أعلى الأعمار المسجلة في الدول العربية والإسلامية وقد كان له الدور الأساسي في خفض الخصوبة في الجزائر بمقدار الثلثين بين 1970 و1986. لكن ثبات عمر الزواج الأول عند الإناث في حوالي 28-29 سنة منذ نهاية ثمانينات القرن الماضي أدى إلى ثبات تأثيره على الخصوبة منذ تلك الفترة أيضا وهو ما لاحظناه عند تناولنا لأقساط المحددات القريبة في تحديد مستوى الخصوبة. من المفيد أن نذكر هنا أن معطيات مسح MICS4 بينت تراجع متوسط العمر الأول للزواج عند النساء إلى 28,25 سنة في مقابل 29,6 سنة المسجلة في مسح 2002. أما بالنسبة للمتغير الثاني والمتمثل في الرضاعة الطبيعية فإن تأثيره لازال حاضرا وهو في حدود 25% كما سبق التطرق إليه وهذا قسط كبير حسب مراحل نموذج بونقارتس في الانتقال الديموغرافي. والحقيقة أنه من الصعب التنبؤ بما سيكون عليه وضع الرضاعة في السنوات القادمة في ظل عدم وجود دراسات مستفيضة حول هذه النقطة على الرغم من الحملات الإعلامية الهادفة إلى حث النساء على إرضاع أولادهن.

في الأخير فإنه يمكننا القول أن تناول الخصوبة بالدراسة خاصة فيما يتعلق باتجاهاتها المستقبلية قد يحتاج إلى استخدام عدة أطر نظرية و نماذج مختلفة للإحاطة بها من كل الجوانب و على كل حال فإن مسألة التنبؤات بمسار الخصوبة مجال ظل مفتوحا و سيقى لاحالة لأنه مجال تتفاعل فيه الكثير من العوامل و المتغيرات التي يصعب التنبؤ بها. لكن اختلاف زوايا النظر يقدم في النهاية نافذة واسعة لرؤية شاملة.

المراجع

- Bedrouni, M. (2007). LA DEMOGRAPHIE REGIONALE EN – 1
ALGERIE: ANALYSES COMPARATIVES. 242.
- Bongaarts John & Potter Robert G, B. (1983). Fertility, Biology and – 2
Behavior. 232.
- Bongaarts John. (2003). Completing the fertility transition in the – 3
developing world: The role of educational differences and fertility
preferences. *Population Studies*, 321-335.
- Bongaarts, J. (1978). A framework for analyzing the proximate – 4
determinants of fertility. *Population and Development Review*, 105-132.
- Fitrat Hossain and Rezaul Karim. (2013). Determination of Total Fertility – 5
Rate of Bangladesh using Bongaarts Model. *Journal of Biometrics &
Biostatistics*, 1-4.
- IUSSP. (2018, January 24/01/2018). *Proximate determinants of fertility*. – 6
Récupéré sur <http://iussp.org>:
http://papp.iussp.org/sessions/papp101_s05/PAPP101_s05_040_020.html
- Kingsley D and Judith B. (1956). Social structure and fertility: an analytic – 7
framework. *Economic Development and Cultural Change*, 211-235.

- Kouaouci, A. (1992). *Familles femmes et contraception*. Alger: FNUAP– 8
CENEAP.
- Office national des statistiques. (2008). *Enquête nationale à indicateurs – 9
multiples, MICS3*.
- Office national des statistiques. (2008). *NATALITE, FECONDITE – 10
ET REPRODUCTION EN ALGERIE A TRAVERS LES RESULTATS DU
RGPH 2008*.
- Office National des Statistiques. (2010). *DEMOGRAPHIE – 11
ALGERIENNE 575*.
- Office national des statistiques. (2015). *Démographie Algérienne. – 12
Algérie*.
- OUADAH-BEDIDI, Z. (2004). Baisse de la fécondité en Algérie – 13
:Transition de développement ou transition de crise ?
- United Nations, 2. (2017). *World Population Prospects, The 2017 – 14
Revision*.
- الصحة وزارة الصحة و إصلاح المستشفيات. (2004). المسح الجزائري حول صحة الأسرة- 2002. – 15
الجزائر.