مجلة روافد
للدراسات والأبحاث العلمية في العلوم الاجتماعية والإنسانية
المجلد 06 (03) ديسمبر 2022 ص ص 730-750

تطور المنظومة الصحيّة وتأثيرها على الخصوبة النسوية في الجزائر
-قراءة سوسيواحصائيّة ما بين 2019/1949-

The evolution of the health System and its Impact on Female Fertility in Algeria
Socio-Statistical Reading Between 1949-2019

بن صديق زوبيدة*
جامعة أبي بكر بلقايد-تلمسان- (الجزائر).
البريد الالكتروني: z.benseddik28@gmail.com

تاريخ الإيداع	تاريخ القبول	تاريخ النشر
2022/06/22	2022/09/25	2022/12/01

الملخص: يهدف هذا المقال للتطرّق إلى أحدث التطوّرات الصحيّة وكيفيّة تأثير هذه التطوّرات على تغيير معدّلات الخصوبة، حيث انتقل النظام الصحّي من الطب التقليدي إلى الطب الحديث أدّى إلى اختفاء أنواع كثيرة من الأوبئة التي كانت تشكل عبئا على السلطات الصحية العمومية، وكنتيجة إيجابية لهذا التطوّر الصحّي هو ما عرفته المرأة الجزائريّة من اهتمام كبير بصحّتها أثّر بدوره على خصوبتها، واستخدم لتحقيق أهداف هذا المقال المنهج الوصفي التحليلي الذي يعتمد على تحليل الظاهرة والخروج بنتائج، ومن نتائجها أن التطور الصحي أثر تأثيرا كبيرا على انتقال الخصوبة في الجزائر ويرجع ذلك إلى تأسيس الصحة المجانية سنة 1974 وكذا عن طريق تدعيم التكفل بالعلاجات الصحية والإنجابية التي تم إدماجها في العلاجات الصحية القاعديّة.

الكلمات المفتاحية: *الصحة ؛ الخصوبة ؛ المؤشر التركيبي للخصوبة ؛ المنظومة الصحية ؛ الإصلاحات.*

Abstract: This article aims to discuss the latest health developments and how these developments affect fertility rates, as the health system moved from traditional medicine to modern medicine led to the disappearance of many types of epidemics that were a burden on public health authorities, and as a positive result of this health development is what Algerian women knew it from a great interest in their health, which in turn affected their fertility. To achieve the objectives of this article, the descriptive analytical method was used, which depends on analyzing the phenomenon and coming up

* **المؤلف المرسل**

with results, and one of its results is that the health development had a significant impact on the transfer of fertility in Algeria due to the establishment of free health in 1974, as well as the The way to strengthen the coverage of health and reproductive treatments that have been integrated into the basic health treatments

Keywords: *Health; fertility; synthetic index of fertility; health system; reforms*

مقدمة:

لقد حظيت تحوّلات الخصوبة بهيمنة كبيرة في الدّراسات الدّيموغرافيّة لم يتمتّع بها أي موضوع اخر، حيث عقدت لها المؤتمرات والندوات الإقليمية والدوليّة لمناقشة الآثار المترتبة عليها وكذا العوامل المؤثرة فيها وأصبحت هذه المسألة الدّيموغرافية موضع نقاش عالمي ممتد، تداخلت فيه الحسابات الاقتصادية والاجتماعية بالخيارات الثقافية المتفاوتة، ولم تكن الجزائر بعيدة عن هذا النقاش، حيث شهدت بدورها تغيرات في مستويات خصوبتها، تغيرات لعبت دورا كبيرا في التأثير على السلوك الإنجابي واتجاهات النمو السكاني فيها، وهذا راجع إلى تداخل مجموعة من العوامل السوسيوديموغرافيّة وكذا الصحيّة، التي أثرت على وضعيتها الديمغرافية، فقبل الاستقلال كانت وضعية الصحة العمومية في الجزائر مزرية جدا، حيث كان الشعب الجزائري يعاني من الفقر والحرمان وظروف معيشية سيّئة مخصّصة لأغلبية الجزائريين من طرف المستعمر، ما أدّى إلى أوضاع كارثية انتشرت فيها مختلف الأمراض الوبائية والمعدية مثل: الملاريا، السل، الكوليرا، التيفوئيد أدّى إلى تذبذب في الخصوبة، أمّا بعد الاستقلال عرف معدل النمو الطبيعي انخفاضا ملحوظا قدر سنة 1968 بـــ3.42% ثم بلغ 3.37% سنة 1970 بعدها تراجع إلى 2.16% سنة 2012 (Data.albankaldawli.org) ويعود هذا الانخفاض إلى الانخفاض الذي حدث في الخصوبة، حيث قدر عدد الأطفال لكل امرأة سنة 1970 بـــ8.36 طفل، ثم تراجع ليبلغ 4.53 طفل سنة 1990 (Hemal & Haffad, 1999, p63-73)، أما سنة 2012 فقدر بـــ3 أطفال لكل امرأة (ONS, Démographie

,Algérienne) 2013 ويعود هذا الانخفاض إلى تحسن المستوى الصحي بالإضافة إلى رعاية الأمومة والطفولة وإتباع سياسة التخطيط العائلي، ممّا أدّى بالحكومة الجزائريّة إلى تطوير المنظومة الصحيّة وجعلها تتماشى واحتياجات السكّان وهذا من خلال وضع الأهداف قصيرة المدى والمتوسّطة والطويلة المدى

وعليه نطرح التساؤل التالي: ما هي مراحل انتقال الخصوبة في ظل التحوّلات الصحيّة في الجزائر؟

مشكلة الدّراسة

تتناول هذه الدّراسة بشيء من التحليل والتقييم تطور الوضعية الصحيّة في الجزائر وربط كل مرحلة من مراحل تطور هته المنظومة بالخصوبة النسوية في الجزائر.

المنهج

اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي التحليلي القائم على تحليل وتفسير البيانات المتعلّقة بموضوع ما أو حالة معيّنة، حيث تم التتبع الإحصائي لتطور الوضعية الصحية من جهة وكذا التطور الإحصائي للخصوبة النسوية في الجزائر

1. تحليل الخصوبة

1.1 التحليل الديمغرافي للخصوبة

تعد الخصوبة من وجهة النظر الديموغرافية من العناصر الرئيسيّة في دراسة السكان، فهي إلى جانب تأثرها بالعوامل الاجتماعية، الاقتصادية، السياسية والصحيّة إلا أنها ذات تأثير كبير على تشكيل طبيعة التركيب السكاني، ويرجع ذلك إلى كون ارتفاع أو انخفاض مستوى الخصوبة يؤدّي بدوره إلى زيادة أو نقصان التراكم العددي في قاعدة الهرم السكاني واتساعه أو ضيقه، ووجود أو عدم وجود ما يعرف بظاهرة التجدد أو الإحلال(فتحي، 1996، صفحة 103)، كما يؤدي إلى انخفاض أو ارتفاع مستوى نسبة كبار السن بالنسبة لمجموع السكان، كما أن هذا الاتساع أو الضيق في قاعدة أو قمة الهرم

السكاني يؤدي إلى نتائج اقتصادية واجتماعية تنعكس بدورها على معدلات النمو السكاني في المجتمع.

بالإضافة إلى ذلك فان هناك بعض المتغيرات الديمغرافية التي تجعل معدل الخصوبة العمرية يختلف من مجتمع لأخر، كمتوسط عمر الإناث عند الزواج ونسبة ترمل الإناث، ومعدل الزواج (عيانة، 1996، صفحة 71)

2.1 التحليل السوسيولوجي للخصوبة

يرتكز التحليل السوسيولوجي لظاهرة الخصوبة على تصور أساسي مفاده أن الخصوبة وإنجاب الأطفال سلوك اجتماعي يتشكل في إطار السياق الاجتماعي الذي يعيش فيه الفرد، وقد يتسع هذا السياق ليشمل الخصائص والظروف السياسية والاقتصادية المحيطة بالمجتمع، وقد يضيق ليتمثل في الخصائص الفردية التي يتميز بها الزوجان اللذان يتخذان قرار الحمل والإنجاب، معنى ذلك أن المنظور السوسيولوجي يتجاوز حدود التفسير البيولوجي، حيث أن مسلمة الفطرة الإنسانية والباعث الوراثي للإنجاب لا تكفي لتفسير اختلافات معدلات الخصوبة بين المجتمعات، ومن ثم ينظر إلى السلوك الإنجابي على أنه سلوك اجتماعي في المقام الأول. (السيّد، 2004، صفحة 236)

2. نشأة النظام الصحي في الجزائر:

يعتبر النظام الصحي في الجزائر وظروف نشأته مقترنة بوقائع الثورة التحريرية، فكان متعدد الخدمات والوظائف، ولم يقتصر أداؤه على إسعاف أفراد الجيش الوطني الجزائري وتقديم العلاج لهم، بل تعدت مهامه إلى أكثر من ذلك، فلقد اهتم النظام الصحي بتقديم العلاج وتوفير الأدوية للمرضى والمصابين، فمعالم النظام الصحي بدأت تتبلور في تلك الفترة من الثورة التحريرية رغم الظروف الصعبة التي كانت تتميز بها، ونظرا لمحدودية الموارد البشرية والمادية لتقديم العلاج انحصرت وظائف النظام الصحي في ثلاثة أنشطة

أساسية تتمثل في نشاط علاجي يتضمن تشخيص طبي وعلاجي للمرضى، إجراء عمليات جراحية إن استلزمت الحالة المرضية، ونشاط وقائي وتكويني مكثف للشبه الطبيين،

وهذه المراحل مهدت لرسم الخطوط النهائية للمنظومة الصحية بعد نهاية الحرب الفرنسية (فضيلة، 2018، صفحة 244)

3. تطوّر الخصوبة في ظلّ التغيرات الصحيّة

في هذا الجزء سيتم التطرق إلى التطورات المختلفة التي شهدتها الخصوبة في الجزائر، من خلال تحليل مختلف المؤشرات المتعلقة بها والمتمثلة في تطور المعدل الخام للمواليد، تطور المعدل العام للخصوبة وتطور المؤشر التركيبي للخصوبة، وربطها بتطور الوضعية الصحيّة في الجزائر.

1.3 تذبذب الخصوبة 1900-1949

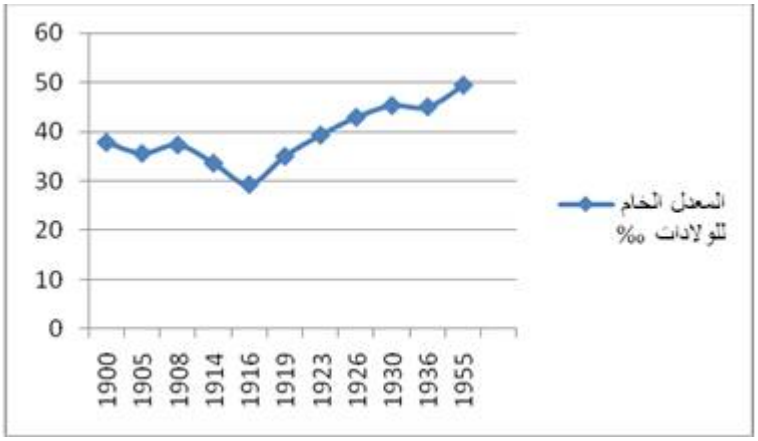
من أهم الظروف التي ساهمت مساهمة فعالة في تذبذب الخصوبة في الجزائر خلال الفترة الممتدة من سنة 1900 إلى غاية سنة 1949 هي:

1.1.3 الحروب: كانت الجزائر في هذه الفترة تحت سيطرة الاستعمار الفرنسي وكانت تقوم بثورات شعبية ضده من أجل تحرير البلاد، وهذا كان له دور كبير ومساهمة فعالة في تراجع الخصوبة من جهة، ومن جهة أخرى فإن السلطات الفرنسية كانت تجبر شباب الجزائر على المشاركة في حروب عالمية كالحرب العالمية الأولى والحرب العالمية الثانية، وبهذا تكون قد قضت على نسبة كبيرة من الفئة التي تؤثر تأثيرا كبيرا على الخصوبة والمتمثلة في فئة الشباب.

2.1.3 الأمراض والأوبئة: شكلت الأمراض الوبائية سببا من الأسباب التي أثرت على تراجع معدلات الخصوبة في الجزائر وخاصة في المناطق التي تميزت بارتفاع في الكثافة السكانية، مما أدّى إلى سهولة انتقال الأمراض المعدية، ومن أبرز الأمراض التي عرفتها

الجزائر خلال هذه الفترة نجد الشلل والتيفوييد والحصبة والحمى المالطية...إلخ (مريبعي، 1984، صفحة 125)

الشكل رقم01: *تطوّر المعدّل الخام للمواليد في الجزائر (1900-1955)*



المصدر: تمثيل بياني بالاعتماد على: السعيد مريبعي، التغيرات السكانيّة في الجزائر(1936-1966)، المؤسّسة الوطنيّة للكتاب،1984، ص121

من خلال المنحنى البياني يتبين أن فترة تذبذب المعدل الخام للمواليد في الجزائر امتدت من سنة 1900 إلى 1955، حيث وصل المعدل إلى 37‰ سنة 1900 لينخفض إلى 35‰ سنة 1905 ثم ينخفض إلى 33‰ و29‰ سنة 1914 و1916 على التوالي، ليعاود الارتفاع بمعدل 35‰ سنة 1919، هذا التذبذب راجع إلى اندلاع الحرب العالمية الأولى في الفترة (1914-1919) وتأثيرها السلبي على النمو السكاني نتيجة التجنيد الإجباري في الجيش الفرنسي، وهو ما قلل من فرص الزواج وأثر على استقرار بعض الأسر.

بعد انتهاء الحرب العالمية الأولى، عرفت معدلات المواليد استقرارا حيث سجلت 39 ‰ سنة 1923 و 42 ‰ سنة 1926، ليرتفع سنة 1930 ويسجل 45 ‰ ، هذا الارتفاع صاحب الإنجاب المكثف لتعويض وفيات الأطفال والتي حدثت بسبب الأزمة الاقتصادية

العالمية سنة 1929، ونتيجة الأوبئة والأمراض، كما أن هذا التحسن هو مصاحب للتحسن في مستوى تسجيل الولادات، ليستمر في الارتفاع مسجلا 49‰ سنة 1955.

كانت وضعية الصحة العمومية في الجزائر قبل الاستقلال مزرية جدا، حيث كان الشعب الجزائري يعاني من الفقر والحرمان وظروف معيشية سيئة مخصصة لأغلبية الجزائريين من طرف المستعمر، مما أدى إلى أوضاع كارثية انتشرت فيها مختلف الأمراض الوبائية والمعدية مثل: الملاريا، السل، الكوليرا، التيفوئيد والإسهال، أما نسبة الوفيات عند الأطفال فكانت من أعلى النسب في العالم، حيث لم يتمكن سوى القلة القليلة من المواطنين في الحصول على العلاج العام أو حتى الخاص، إذ كان الأطباء والمستشفيات متمركزة في المدن أين الكثافة الاستعمارية أما المناطق الريفية ذات الأغلبية الجزائرية فهي تسيّر أمور مرضاها بالطب التقليدي والأعشاب الطبية لأنّها تفتقر لأدنى المراكز الصحيّة (حاروش، 2009، صفحة 132). وبالتالي الحديث عن الوضعية الصحية وعلاقتها بتذبذب الخصوبة في الجزائر يعتر أمر صعب ومبهم للغاية، لأن الجزائر خلال هذه الفترة مازالت تحت السيطرة الاستعمارية

2.3 ارتفاع الخصوبة 1962-1970

بعد الاستقلال مباشرة عرف المعدل الخام للمواليد ارتفاعا واضحا إذ بلغ هذا المعدل 48.5‰ سنة 1963 ليرتفع إلى 47.7‰ و50.16‰ سنتي 1968و 1970 على التوالي (Kouaouci, 1992, p27) ومن أهم وأبرز الظروف التي أدت إلى ارتفاع الخصوبة خلال هذه الفترة هو استقلال الجزائر وما خلفه من إرادة قوية لدى الشعب الجزائري في بناء مستقبل أفضل، ومن بين الأولويات هو تعويض خسائر هذه الفترة والتي نجد على رأسها الخسائر البشرية.

كما تمكنت الجزائر من القضاء ولو بصورة نسبية على الأمراض الوبائية، مما أدّى إلى الخفض من معدلات وفيات الأطفال فكان لذلك دور كبير في ارتفاع الخصوبة.

هذه الفترة تميزت بتخطيط حكومي للصحّة حيث سطرت وزارة الصحة هدفين رئيسيين هما:

- إعادة توزيع المؤسسات الصحية العمومية وكذا الأطباء على مختلف جهات الوطن للسماح لكل السكان من الاستفادة من العلاج بشكل متساو، مع إجبارية العمل بنصف الوقت في القطاع العمومي بالنسبة للممارسين الطبيين في القطاع الخاص، وتشكيل فرق طبية متنقلة.
- مكافحة الوفيات والقضاء على الأمراض والأوبئة المتنقلة، ووضع عدة برامج صحية موجهة لحماية الفئات المحرومة، فتم فرض عملية التلقيح الإجباري للأطفال (MSP, 2004, p04)

أما المحاور الكبرى التي ركزت عليها الحكومة في وضعها للسياسة الصحية الوطنية فتمثلت في:

الوقاية : إن أفضل طرق العلاج هو تجنب المرض والعمل على عدم وقوعه، وذلك من خلال الحملات التلقيحية وإجراءات النظافة ومحاصرة المرض قبل انتشاره عن طريق التلقيح.

علاج الأمراض: حيث يتلقى المريض بعد تعرضه للمرض أو لحوادث العمل العلاجات الضرورية ابتداء من المراكز الصحية القاعدية، ثم المستشفيات في حالة استعصاء العلاج.

التوزيع العقلاني للأطباء :وذلك تحقيقا للأهداف المرسومة في الخريطة الصحية، أي تحقيق تغطية صحية كاملة للتراب الوطني من حيث الموارد البشرية، الهياكل والمعدات الضرورية (حاروش، 2009، صفحة 131)

كما شهدت سنة 1967 افتتاح أول مصلحة للتنظيم العائلي في مصطفى باشا الجامعي، مهتمة بعلاج العقم وبالطبع تنظيم الحمل، وبذلك شكلت أول خطوة في طريق تحقيق سياسة ديمغرافية (kouaouci, p19)

3.3 انخفاض الخصوبة: 1970-2000

الجدول رقم 01: *تطور معدل الخصوبة العام في الجزائر (1970-2000)*

السنة	معدل الخصوبة العامة ‰	السنة	معدل الخصوبة العامة ‰
1970	234.1	1983	182.2
1971	225.8	1984	182.9
1972	224	1985	178.1
1973	221.9	1986	156.5
1974	214.2	1987	154.8
1975	212.5	1988	151.7
1976	205	1989	136.4
1977	204.8	1990	134
1978	202.8	1992	130
1979	201.2	1998	77.1
1980	201.2	1999	77.8
1981	186.3	2000	76.6
1982	183.1		

المصدر: بن زايد ريم، الخصوبة في الجزائر تطورها والعوامل المؤثرة فيها، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد13، العدد2، 2021، ص 80

بناءا على المعطيات الإحصائية المتعلقة بتطور المعدل العام للخصوبة في الجزائر نلاحظ أن هذا المعدل أخذ في الانخفاض، حيث قدر سنة 1970 بـــ234.1‰ لينتقل إلى 201.2‰ سنة 1980، ليشهد انخفاضا ملحوظا ابتداء من سنة 1985 ليصبح 178.1‰

بقيمة انخفاض مقدرة ب 56 نقطة ونسبة تغير مقدرة ب 24‰ ما بين 1970-1985، واستمر المعدل في الانخفاض ليصل إلى 76.7‰ سنة 2000، وهذا راجع بالأساس إلى برنامج التحكم الخاص بالنمو السكاني الذي تبنته الدولة في بداية الثمانينات الذي كان له بالغ التأثير على الخصوبة في الجزائر، بالإضافة إلى مجموعة من التحولات الاجتماعية الثقافية والاقتصادية التي ساهمت معا في تعديل السلوك الإنجابي التقليدي للمجتمع الجزائري منها:

- زيادة وعي المرأة بعد الوصول إلى مستوى تعليمي لا بأس به.
- مواصلة المرأة لدراستها سواء كان ذلك قبل أو بعد الزواج.
- خروج المرأة إلى ميدان العمل. (مريبعي، 1984، صفحة 142)

كما يمكن ربط تراجع الخصوبة خلال هذه الفترة بعاملين أساسيين:

الأوّل: ديمغرافي ويتمثل في ظاهرة من الظواهر الديمغرافية ألا وهي الزواج، حيث يعتبر تأخر سن الزواج من 18 إلى 30 سنة لدى المرأة عامل من عوامل تقليل معدلات الخصوبة في الجزائر.

الثاني: صحي ويتمثل في

- استعمال وسائل منع الحمل
- تطوير الأبحاث حول العوامل المؤثرة في الخصوبة .
- تطوير أنشطة الإعلام والتحسيس والتوعية في مجال تنظيم الأسرة .
- تطوير أنشطة المباعدة بين الولادات

لقد سجل في هذه الفترة على مستوى السياسة الصحية ثلاث قرارات أساسية:

1. تأسيس الطب المجاني كما جاء ذكره في هياكل الصحة العمومية، بداية من شهر جانفي من سنة 1974 مما يسمح بتعميم استفادة المواطنين من الخدمات الصحية.

2. إصلاح المنظومة التربوية وبالتحديد الدراسات الطبية من خلال تحسين نوعية التعليم والتكوين، مما يسمح بزيادة عدد الممارسين الطبيين في كل التخصصات الطبية
3. تأسيس ما يسمى بالقطاع الصحي، لتنظيم النظام الوطني للصحة وذلك بتوحيد كل وحدات العلاج الأولية المسيّرة من طرف البلديات أو القطاع الشبه الطبي(R.A.D.P,2003)

أما فيما يخص التجهيزات الطبية، فكانت تسجل بها أعطال كثيرة حيث وصلت إلى ما يزيد عن 20%، وهذا راجع إلى تقليص الغلاف المالي للصيانة والتجهيز، هذا التدهور المالي الهيكلي في التجهيزات رافقه انتشار الأمراض والتي هي مؤشر واضح عن تدني في المستوى الصحي للسكان، وظهور الأمراض المسماة بأمراض الفقر (جيلالي، 2001، صفحة 119)، وقد سجل في أواخر هذه الفترة الحالات المرضية التالية لسنة 1999

- مرض التيفويد سجل 2427 حالة
- مرض الإسهال سجل 2892 حالة
- الحمى سجلت 3434 حالة
- التسمم الغذائي سجل 1095 حالة منها حالة وفاة واحدة (www.insp.dz).

4.3 عودة ارتفاع الخصوبة:2000-2019

الجدول رقم 02: تطور عدد الولادات الحيّة والمعدل الخام للمواليد في الجزائر(2000-2019)

السنوات	عدد الولادات الحية	المعدل الخام للمواليد
2000	589000	19.36
2001	619000	20.03
2002	617000	19.68
2003	649000	20.36
2004	669000	20.67
2005	703000	21.36
2006	739000	22.07
2007	783000	22.98
2008	817000	23.62
2009	849000	24.07
2010	888000	24.68
2011	910000	24.78
2012	978000	26.80
2013	963000	25.14
2014	1014000	25.93
2015	1014000	26.03
2016	1067000	26.12
2017	1060000	25.40
2018	1038000	24.39
2019	1034000	23.80

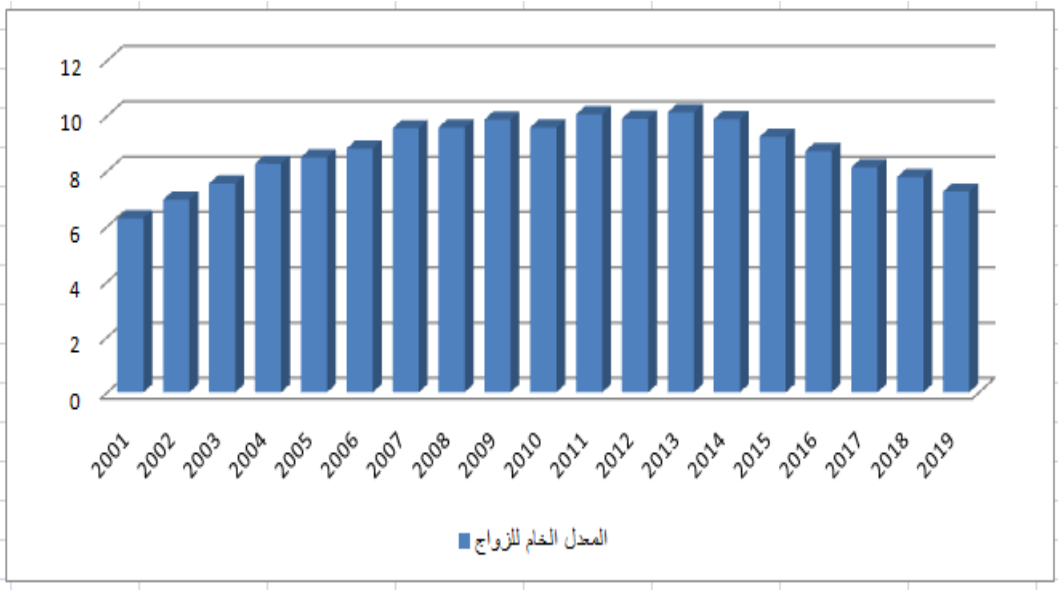
المصدر: Démographie Algérienne ,2019

تتميز هذه الفترة ببداية ارتفاع عدد الولادات الحيّة، وهذا بعد الانخفاض المسجل في الفترة 1970-2000، حيث تعتبر سنة 2000 منعرجا هاما لتغير وتيرة الولادات، فمن خلال الجدول نلاحظ أن الجزائر وخلال 20 سنة دخلت في مرحلة عرفت ارتفاعا محسوسا في عدد المواليد، حيث استمر حجم الولادات الحية في الارتفاع من 589 ألف ولادة حية سنة 2000إلى 739 ألف ولادة حية سنة 2006 ليعلن الديوان الوطني للإحصاء سنة 2008 عن زيادة غير منتظرة في عدد الولادات بحيث وصل تعدادها الحجم 817 ألف ولادة حية ليتعدى عتبة المليون ولادة حية ابتداء من سنة 2014 إلى 2019

كما يميز هذه المرحلة أنه بعد الانخفاض المستمر التي كانت تشهده معدلات المواليد في سنوات التسعينات الماضية، عاودت مع بداية الألفية الجديدة في الارتفاع مجددا عما كانت عليه، بحيث انتقلت المعدلات الخام للمواليد من 19.36‰ سنة 2000 إلى 24.78‰ و26.03‰ سنتي 2011 و2012 على التوالي، مع انخفاض طفيف جدا سنة 2014 حيث بلغ 25.93‰ ثم ارتفع إلى 26.12‰ مع 2016، ويرجع سبب هذا الارتفاع في عدد الولادات الحية والمعدل الخام للولادات إلى التضاعف في عدد حالات الزواج عما كانت عليه في التسعينات فقد انتقل العدد من 177500 حالة زواج في سنة 2000 إلى 386000 سنة 2014 (التي بلغ فيها عدد حالات الزواج أقصى قيمة بزيادة قدرها 156% (ONS, Démographie Algérienne, 2019, p8)

وهذا بفضل تحسن الوضع العام للسكان اجتماعيا واقتصاديا، مما قد ينجر عنه زيادة في عدد المواليد سنويا، والجدول التالي يبين تطور المعدل الخام للزواج

الشكل رقم 02: تطور المعدل الخام للزواج في الجزائر (2001-2014)



المصدر: تمثيل بياني بالاعتماد على Démographie Algérienne, 2019, p8

من خلال الشكل البياني نلاحظ أنه وبحلول الألفية الجديدة ارتفع معدل الزواج الخام بشكل سريع ليصل إلى 6.29‰ سنة 2001 و9.68‰ سنة 2009، أما سنة 2013 فقد بلغ أعلى قيمة له بوصوله إلى 10.13‰ فالمعدل الخام للزواج زاد ب 3 نقاط في الفترة 2001-2014 وهذا نتاج مرحلة الاستقرار الأمني المميز لها وما صاحبه من تحولات عميقة مست كل مجالات التنمية، أثّر إيجابا على الظروف الاقتصادية والاجتماعية للأفراد من انخفاض البطالة وتوفر السكن...، لكن مع السنوات الأخيرة شهد المعدل الخام للزواج انخفاض مقدر بنقطتين من 2013-2019

أما عن الاعتمادات الموجهة إلى القطاع الصحي لتحقيق أهداف الألفية المحددة من طرف منظمة الأمم المتحدة، فقد شهدت تطور مستمر، حيث بلغت نسبة 76,70 % في مشروع قانون المالية لسنة 2008 مقابل 58 % خلال سنة 1999 (بتول، 2021، ص250)

أما فيما يخص المؤشرات الصحية فلقد جاءت كما يلي:

أمل الحياة: حيث ارتفع مستوى أمل الحياة عند الولادة من 72.4 سنة (71.9 سنة للذكور مقابل 73.6سنة للإناث) عام 2001 إلى 77.2 سنة (76.6 سنة للذكور مقابل 77.8 سنة للإناث) عام 2014 (ONS, Démographie Algérienne, 2019, p8).

الانتقال الوبائي الذي تشهده الجزائر: حيث تم القضاء بصفة نهائية على معظم الأمراض المتنقلة) الجذام، الحصبة، الدفتيريا، ومرض السعال الديكي (أما عدد حالات مرض السل فقد بلغ حسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية في 2007 حوالي 8439 حالة)، وظهور الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب والسكري، وارتفاع ضغط الدم والسرطان، حيث تبين أن نسبة 10.5% من السكان مصابون بهذه الأمراض في مقدمتها أمراض ارتفاع ضغط الشرايين بنسبة 4,38% وتليها أمراض السكري بنسبة 2.1% (العالميّة، 2009، صفحة 16)

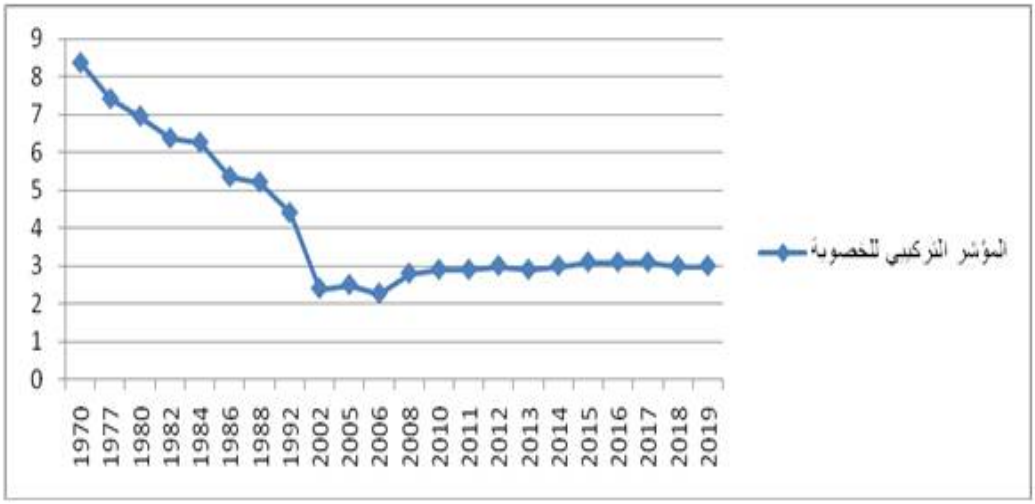
معدل الوفيات: حيث انتقل معدل وفيات الأطفال دون سن الخمس سنوات من 36.7 طفل لكل ألف طفل مولود حي سنة 2002 إلى 26.1 طفل لكل ألف طفل مولود حي سنة 2012، كما انخفض معدل وفيات الأطفال الرضع من 36.9 طفل لكل ألف مولود حي سنة 2000 إلى 25.5 طفل لكل ألف مولود حي سنة 2008، أما بالنسبة لوفيات الأمهات هي الأخرى عرفت تراجعا قدر ب 88.9 وفاة لكل 100000 ولادة حية بعد أن كانت تفوق 300 وفاة لكل 10000 ولادة حية خلال سنة 1975 (عطال، 2014، ص64)

ويعود هذا الانخفاض الملموس في المؤشرات الصحيّة بدرجة أساسية، إلى التوسع الكبير في نشر شبكة الخدمات الصحية وتحسين مستواها إلى حد مقبول.

5.3 تطور المؤشر التركيبي للخصوبة من 1970 إلى 2019

إن أفضل وأسهل طريقة لدراسة اتجاه ومستوى معدلات الخصوبة هو إتباع تغيرات المؤشر التركيبي للخصوبة، حيث يعرّف هذا المؤشر بأنه عدد ولادات المرأة أثناء فترة الإنجاب (15-49 سنة) بافتراض بقائها على قيد الحياة طول هذه الفترة وتعرضها لمعدلات الخصوبة حسب العمر، فهذا المؤشر أقوى تعبيرا عن مستوى الخصوبة من معدل المواليد الخام، والمفروض أن المعدل 2.1 طفل لكل امرأة أي بحوالي طفلين هو المعدل اللازم لثبات نمو السكان، فإذا زاد عن ذلك زاد عدد السكان وإذا قل عن ذلك نقص عدد السكان(الرّحيم، 1988، صفحة 176)

الشكل رقم 03: *تطور المؤشر التركيبي للخصوبة العامة ISF في الجزائر (1970-2019)*



المصدر: التمثيل البياننني بالاعتماد على، 1970 البحث الوطني الإحصائي حول السكان السلسلة رقم 6
1986 المسح الوطني الجزائري حول الخصوبة (1986)
1992 المسح الجزائري الخاص بصحة الأم و الطفل(1992)
2001-2019 ديموغرافيا الجزائر(2019)

من خلال التمثيل البياني المتعلق بتطور المؤشر التركيبي للخصوبة بالجزائر نلاحظ أنه شهد تطورا كبيرا، فقد كان يتميز بارتفاعه في السنوات الأولى من الاستقلال حيث كان يقدر ب 8 أطفال تقريبا للمرأة في السبعينات، ليشهد انخفاضا محسوسا ليصل إلى 5.35 طفل للمرأة الواحدة سنة 1986، ثم إلى 4 أطفال للمرأة الواحدة في التسعينات ثم إلى 3 أطفال للمرأة الواحدة وذلك سنتي2014 و2019، فقد انخفض المؤشر التركيبي للخصوبة في الفترة 1970- 2019 إلى 5 أطفال للمرأة الواحدة، وهذا الانخفاض راجع إلى عدة عوامل أهمها:

- تعميم استخدام وسائل منع الحمل من طرف الزوجين التقليدية منها والحديثة هي من الأسباب الأساسية في تخفيض معدلات الإنجاب، حيث عرفت موانع الحمل مع بداية سنوات السبعينات انطلاقة حقيقية، فتطورها وانتشارها كان سببا في فتح مختلف مراكز

حماية الأمومة والطفولة، وقد فاق عددها 7 مراكز خلال عام 1974 إلى 2000، ومع بداية سنوات التسعينات حسب تحقيق قامت به الجمعية الجزائرية للبحث الديموغرافي والاجتماعي، فقد قدرت حالات استعمال موانع الحمل ب 25% سنة 1984على المستوى الوطني و51% سنة 1992 ليرتفع إلى 57% سنة 2013 (فاطمة، 2019، ص160)

- تأخر سن الزواج بالنسبة لكلا الجنسين بسبب التغيرات الاجتماعية والاقتصادية الهامة التي شهدها المجتمع الجزائري التي كان لها بالغ التأثير على السلوك الديموغرافي للأفراد، حيث ارتفع سن الزواج الأول من 19.3 سنة عام 1970 إلى 29.3 سنة عام 2008 بالنسبة للإناث، ومن 24.4 سنة عام 1970 إلى 33سنة عام 2008 بالنسبة للذكور (Kateb, 2008, p3)

وتدل المؤشرات الصحية الأساسية في الجزائر على أنّ القطاع الصحي قد حقق نجاحات متعددة في العقد الماضي (2000-2010) من خلال تطور بعض المؤشرات الأساسية كالمؤشرات المتعلقة بالطفولة، الصحة الإنجابية، أعداد المراكز الصحية وأسّرة المشافي وذوي المهن الطبيّة، الحد من بعض الأمراض كشلل الأطفال، وكذلك المؤشرات المتعلقة باستخدام مياه الشرب الآمنة والصرف الصحي (بودلال، 2015، ص87)

وفي سنة 2018 سلط الضوء على الحق في الصحة كحق من الحقوق الأساسية، وتنظيم المنظومة الصحية وعصرنة تسييرها لتكون في مستوى تطلعات المجتمع، كذا الأهمية اللازمة للقطاع الصيدلاني الذي عرف تطورا ملحوظا بعد خوض القطاع الخاص الاستثمار في إنتاج الأدوية محليا، حيث خصص أزيد من 50 مادة لتسيير وصناعة الأدوية والمستلزمات الطبية والمخابر البيولوجية.

تعتبر الصحة الإنجابية وحماية الأمومة والطفولة من بين الملفات الأساسية والأولويات الوطنية لوزارة الصحة والسكان، ولهذا تم إدراجها ضمن أهداف سياسة الصحة العمومية، من خلال التخطيط العائلي الخاص بحماية الأم ومتابعة صحة النساء الحوامل قبل وبعد

الولادة، والكشف المبكر للأمراض المتنقلة جنسيا أو السرطانات خاصة سرطان الثدي وعنق الرحم (سماح، 2016، ص 49)

خاتمة

من خلال هذا العرض المختصر للخصوبة في الجزائر يتضح جليا أن الفترة الاستعمارية عرفت تذبذبا وعدم اتخاذ نمط واتجاه معين، ويعود ذلك إلى العوامل التاريخية والاقتصادية، التي مرت بها البلد من فقر وتفشي الأوبئة في سنوات الثلاثينات جراء ظهور الأزمة الاقتصادية العالمية والحربين العالميتين إلى جانب المقاومات والحرب التحريرية، وكذا انخفاض مستوى المعيشة وانعدام الرعاية الصحية.

أما بعد الاستقلال فقد عرف المعدل الخام للمواليد ارتفاعا كبيرا خاصة في العشرية الأولى أين بلغ المعدل أقصى قيمة له سنة 1970 بمعدل قدر ب 50.20‰، بعدها بدأ في الانخفاض خاصة في النصف الثاني من الثمانينات(الأزمة الاقتصادية). ويعود هذا التراجع إلى عدة عوامل أهمها:

- التطور في المجال الصحي
- استخدام وسائل منع الحمل والاهتمام بصحة الأم وتوعيتها

أما مطلع القرن الجديد فقد عرف المؤشر التركيبي للخصوبة ارتفاعا نسبيا مستمرا إلى غاية 2012 حيث بدأ في الانخفاض مسجلا سنة 2000 2.4 طفل لكل امرأة بعد أن كان يقدر ب 8 أطفال لكل امرأة سنة 1970، ويرجع سبب الانخفاض أساسا إلى استعمال وسائل منع الحمل، وتأخر سن الزواج بالنسبة للجنسين، ثم بدأ هذا المؤشر في الثبات وذلك خلال سنتي 2018-2019 حيث قدر ب 3 أطفال لكل امرأة. فقد لاحظنا أن الجنس البشري عرف مراحل صحيّة متباينة لعب فيها العامل الديموغرافي دورا بالغ الأهمية تم توضيحه من خلال الخصوبة وتأثرها بالمراحل الصحية المختلفة، ويتضح ذلك جليا في السياسة الصحية والاجتماعية التي شاركت من قريب في هذا الانخفاض مقارنة

بسنوات قبل الاستقلال، وذلك من خلال محاربة مختلف الأمراض المعدية والحماية من الإصابة بالأمراض المزمنة والمستعصية وكذلك الاهتمام أكثر فأكثر بصحة الأم والطفل وذلك من خلال تأسيس الصحة المجانية في سنة 1974، وكذا عن طريق تدعيم التكفل بالعلاجات الصحية والإنجابية التي تم إدماجها في العلاجات الصحية القاعديّة

ونخلص في الأخير إلى اقتراح بعض التوصيات أهمها:

- تمر الجزائر بمرحلة يجب أن تقرر بمقتضاها، إما الاستفادة من هذه الديناميكية الجديدة المتمثلة في عودة ارتفاع الخصوبة أو إعادتها إلى مسارها الطبيعي بتبني سياسات فعالة في مجال تنظيم الأسرة
- ضرورة انجاز أبحاث علمية حول اتجاهات الخصوبة مستقبلا، الأمر الذي سيسمح ببناء تصور واضح عن الظاهرة من أجل اتخاذ التدابير اللازمة في المجالات الاجتماعية والصحية وتوفير الاحتياجات لمختلف فئات المجتمع
- تقريب الصحة من المواطن (جوارية الصحة)، مثل رعاية الأم الحامل رعاية صحيّة واجتماعية عند بدء الحمل وحتى وضعه، ثم رعاية الأم بعد الوضع مباشرة وتقديم النصائح والتوجيهات
- ضرورة إتباع تخطيط صحي فعال لوضع برامج الرعاية الصحية "علاجية ووقائية" لأنه وسيلة فعال لتنسيق الخدمات الصحية بما يؤدي إلى تحقيق الأهداف بكفاءة عالية.

قائمة المراجع:

المراجع العربية:

السعيد مريبعي. (1984). *التغيّرات السكانيّة في الجزائر(1936-1966)*. الجزائر: المؤسسّة الوطنيّة للكتاب.

السيد عبد العاطي السيّد. (2004). *علم إجتماع السكّان*. دار المعرفة الجامعيّة.

عمران عبد الرّحيم. (1988). *سكّان العالم العربي حاضرا ومستقبلا*. نيويورك: صندوق الامم المتحدة للأنشطة السكانية.

عيانة أبو فتحي. (1996). *جغرافية السكان*. دار المعرفة الجامعية الاسكندرية.

فتحي أبو عيانة. (1999). *جغرافية السكان أسس وتطبيقات*. دار المعرفة الجامعيّة الاسكندريّة.

منظّمة الصحّة العالميّة. (2009). *التقرير الخاص بالصحّة في العالم*.

نور الدّين حاروش. (2009). *إدارة المستشفيات العموميّة الجزائريّة*. الجزائر: دار الكتامة للنشر والتوزيع.

النوي فاطمة. (2019). *انتقال الزواج والخصوبة في الجزائر وكندا* . أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه كلية العلوم الانسانية الاجتماعية جامعة باتنة.

أمير جيلالي. (2001). *تخطيط وتمويل الصحة في الجزائر*. رسالة مجستير علوم اقتصاديّة فرع تخطيط جامعة الجزائر

جميلة عطال. (2014). *أثر الوفيات في الانتقال الديموغرافي دراسة حالة الجزائر*. مذكرة لنيل شهادة الماجستير كلية العلوم الانسانية والاجتماعية جامعة باتنة.

عيلان سماح. (2016). *تقييم جودة الخدمة الصحية العمومية من وجهة نظر الزبون دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية العمومية لولاية المسيلة*. أطروحة مقدمة لنيل شهادة المجستير كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلووم التسيير جامعة محمد بوضياف المسيلة.

قوارح يمينة. (2015-2016). *الانتقال الدّيموغرافي والانتقال الصحّي حسب التغيّر في البنية السكانية في الجزائر من سنة 1970 إلى 2013*. أطروحة مقدّمة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص الاحصاء الاجتماعي كلية العلوم الاجتماعيّة والعلوم الانسانيّة جامعة تلمسان.

وفاء سلطاني. (2016). *تقييم مستوى الخدمات الصحيّة في الجزائر واليات تحسينها دراسة ميدانيّة بولاية باتنة*. أطروحة مقدّمة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص تسيير المنظمات كليّة العلوم الاقتصاديّة والتجاريّة وعلوم التسيير جامعة باتنة 1.

بودلال علي. (2015). *مؤشرات الصحة والتنمية المستدامة في الجزائر في ظل الاصلاحات الاقتصادية بين التحدي وافاق المستقبل*. منشورات البحث الحوكمة والاقتصاد الاجتماعي العدد 1

غرايبية فضيلة. (2018). *اصلاح المنظومة الصحيّة في الجزائر -تحديات وانجازات-*. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية العدد 11.

فضيل مريم بتول. (2021). *قراءة في واقع اصلاح المنظوة الصحية الجزائرية قبل أزمة فيروس كورونا*. المجلة الجزائرية للمالية العامة 11 (1).

مواقع الانترنت:

http://www.Data.albankaldawli.org.

www.insp.dz. *Relevé Epidémiologique Annuel de L'Algérie.*

المراجع الأجنبية:

Hemal, A، & Haffad, T.(1999) . *La transition de la fécondité et politique de population en Algérie.* Revue des sciences humaines université constantine n12.

Kouaouci, A.(1992) . *Familles femmes et contraception contribution a une sociologie de la famille Algériennes.* CENEAP Algérie.

Kateb, K *Evolutions du systéme matrimonial au magrheb formation des unios et mariage XXVIe congrés international de démographie2008.*

Kouaouci, A. *Genèse et evolution de la politique de population en Algérie (1962-94."(* Tunis: International Planned Parenthood Federation (IPPF), Arab world region.

Ministère de la santé et de la population, République Algérienne Démocratique et Populaire.(2004) . *Développement du système national de santé. Stratégie et perspectives.,* Alger.

ONS.(2019) . *Démographie Algérienne 2019, Données statistique N 890.*

ONS.(2013) . *Démographie Algérienne n658.*

R.A.D.P.(2003). *Ministère de la santé et de la population, Développement du système national de santé.,* Alger.