قوائم المحتويات متاحة على ASJP المنصة الجزائرية للمجلات العلمية
الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية
الصفحة الرئيسية للمجلة: www.asjp.cerist.dz/en/PresentationRevue/552

تحليل اتجاهات الخصوبة الحديثة في الجزائر

Analysis of Modern Fertility Trends in Algeria

إبراهيم عطاري[1.*]، منادلي محمد[2]
[2.1]جامعة المدية- الجزائر

معلومات المقال
تاريخ المقال:
الإرسال: 2019/03/06
المراجعة: 2019/10/02
القبول: 2019/11/14

الكلمات المفتاحية:
الجزائر،
الخصوبة،
المستوى التعليمي،
الولادات.

ملخص

تهدف هذه الدراسة من خلال الإشكالية المطروحة تحليل اتجاهات ومستويات الخصوبة في الجزائر وذلك من خلال وصف ذلك التغير الذي حدث على مستوى الظاهرة المدروسة في الفترة الممتدة بين 1970 و 2012 وذلك بالاعتماد على تحليل معطيات المسوح الديمغرافية الوطنية الخمس التي أنجزت في الجزائر باعتبارها من أهم المصادر الأساسية في التحليل الديمغرافي.

كما تهدف الدراسة إلى الوصول إلى نتيجة مؤداها أن أهم عامل ساهم في انخفاض الخصوبة في الجزائر المستوى التعليمي للمرأة.

Key words:
Algeria,
Fertility,
Educational level,
Births.

Abstract

This study aims at analyzing the trends and levels of fertility in Algeria by describing the change that occurred at the level of the studied phenomenon in the period 1970-2012 based on the analysis of the data of the five national demographic surveys completed in Algeria as one of the most important sources in Demographic analysis.

The study also aims to reach the conclusion that the most important factor contributing to the decline in fertility in Algeria is the educational level of women.

* Corresponding author at: University of Medea. ALGERIA
Email : brahimattari@yahoo.fr

مقدمة

إنّ دراسة الخصوبة في بلدان العالم الثالث مرهونة بالدراسات السابقة حول الخصوبة في البلدان المتقدمة التي عرفت تحولا ديمغرافيا في نهاية القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين، إذ انخفضت نسبة الوفيات من 35 ‰ إلى 15 ‰ [1]. كما انخفضت الخصوبة إلى معدل مقدر بـــ طفلين لكل امرأة. هذا التحول الديموغرافي الذي عرفته هذه البلدان يسمى بالانتقال الديموغرافي والذي كان موازيا للتطور الاقتصادي والاجتماعي.

وفي المقابل نجد دول العالم الثالث تمتاز بخصوبة مرتفعة إذ يقدر المؤشر التركيبي الإجمالي للخصوبة لهذه البلدان بـ 4,1 طفل لكل امرأة[2]. كما يمتاز اقتصادها بالتبعية وعدم التطور وبالنقص في كل الوسائل المادية على مستوى كل القطاعات خاصة على مستوى قطاعي الصحة والتعليم حيث تنعدم في بعض البلدان الوسائل الطبية الضرورية.

وتعتبر التنمية الاقتصادية والاجتماعية التي عرفتها أوروبا في بداية القرن العشرين ذات أثر إيجابي على انخفاض عدد المواليد وكذا على السلوك الإنجابي للمرأة، فأصبحت المرأة في كثير من البلدان الأوروبية لا تهتم كثيرا بإنجاب الأطفال وهذا ما نتجت عنه ظاهرة عدم تجديد الأجيال خاصة في البلدان الاسكندنافية.

ومن أهم الدراسات حول الخصوبة في الجزائر تلك الدراسات التي قام بها جاك فلان JaquesValin) خلال العام 1973، والتي مكنته من دراسة أثر مختلف العوامل الاقتصادية والاجتماعية على الخصوبة في الجزائر[3].

واعتمد جاك فلان في دراسته هذه على معطيات التعداد السكاني لسنة 1954 وتعداد سنة 1966 الأول في تاريخ الجزائر المستقلة، إلا أنه لم يعتمد كثيرا على معطيات التعدادين باعتبار أنه لم تكن لديهما دلالة جيدة في البحث المراد تحقيقه لذا لجأإلى بيانات المسح الوطني الخاص بالإحصاء والسكان (E N S P)لسنة 1970 واعتبره مرجعا إحصائيا أساسيا في دراسته.

وخلصت الدراسة أنّالمستوى التعليمي للمرأة يلعب دورا مهما في تحديد مستوى الخصوبة. كما يؤثر على سن المرأة في الزواج لأنّ التمدرس يمدد سن الزواج، حيث لوحظ في هذا الشأنأنّ الفرق في مستوى الخصوبة بين الريف والحضر ليس شاسعا وأنّ التباين ضعيف، ومستوى الخصوبةعند النساء اللواتي يقل سنهن عن أربعة وعشرين (24) سنة مرتفع في المدن عما هو عليه في الريف. أما بالنسبة لفئة النساء اللائى يفوق سنهن الأربعين فخصوبتهن تتباين ما بين الريف والحضر.كما بينت دراستهاأنّعامل النشاط الاقتصادي ليست له دلالة كبيرة في تحديد الخصوبة على المستوى الوطني، لأنّ عند النساء العاملات غير معتبر، ولكنهوعلى الرغم من ذلك تبين من هذه الدراسة أنّ هناك تباين في مستوى الخصوبة بين النساء العاملات واللائى قدّر معدل خصوبتهن بـ 3,9 طفل لكل امرأة،والنساء غير العاملات الواتي بلغ معدل خصوبتهن بـ 6,4 طفل لكل امرأة أي بفارق 2,5.

وثمة دراسة أخرى قام بها نجادي(NEGADI) سنة 1975 حول الخصوبة في الجزائرمن حيث مستوياتها وتوجهاتها والعوامل المؤثرة فيها، حيث مكنته من دراستهمستويات واتجاهات الخصوبة في الجزائر بداية من سنة 1900 إلى غاية سنة 1975، وحاول دراسة تطورها من خلال العوامل المؤثرة فيها اعتمادا على معطيات المسح الوطني الخاص بالإحصاء والسكان (E N S P) لسنة 1970[4].

ومن أهم ما توصلت إليه هذه الدراسة أنّ خصوبة النساء الحضريات اللائى يتراوح سنهن بين 15 و 34 سنة منخفضة بنسبة طفيفة عما هي عليه عند النساء الريفيات في نفس الفئة العمرية، وأنّ هناك علاقة عكسية بين المستوى التعليمي للمرأة ومعدل الخصوبة، فعلى سبيل المثال قدّر معدل الأطفال لكل امرأة بالنسبة للنساء عديمات المستوىواللائى يتراوح سنهن بين (30 و 34 سنة) بـ 5,7، وقدّر هذا المعدل المذكور بالنسبة للنساء اللائى لديهن مستوى ابتدائيا في نفس الفئة العمرية بـ 4,7، بينما النساء اللواتي لديهن مستوى ثانويا فما فوق والمنتميات إلى نفس الفئة العمريةقدّر معدل الأطفال لكل امرأة لديهن بـ 3,5 أي بفارق 2,2 بين النساء المتعلمات وغير المتعلمات.

والجزائر كباقي الدول النامية تمتاز خصوبتها بالعالية ولا تعرف تطبيق سياسة واضحة للتنظيم الأسري، بل تحاول تطبيق برامج صندوق الأمم المتحدة للسكان. ولقدعرفت زيادة سكانية مرتفعة، إذ قدّر عدد سكانها بـ أربع ملايين نسمة في بداية القرن العشرين، ثم ارتفع هذا العدد ليقارب 12 مليون نسمة سنة 1966 ، ليصل هذا العدد بدوره إلى 23 ملون نسمة سنة 1977، وانتقل إلى 29 مليون نسمة خلال العام 1998، وحسب آخر تعداد عام للسكان قارب 33,4 مليون نسمة، ويبلغ حاليا حسب معطيات اليوان الوطني للإحصائيات التعداد الأخير خلال سنة 2017 حوالي 41 مليون نسمة[5].

ولقد بلغ معدل النمو السكاني الطبيعي في الجزائر خلال الفترة الممتدة بين 1936 و 1940 بـ 1,7% ليبلغ أقصى حد له في الفترة 1971 – 1967 بـ 3,5 %، لينخفض بدوره إلى 2.47 % سنة 1989 ، وازداد انخفاضا في سنة 1998 إذ بلغ 1,53%ثم ارتفع بصورة طفيفة خلال العام 2008، حيث وصل إلى 1,9%، وبقي ثابتا في حدود هذه النسبة خلال الفترة (2009-2017) [6] ، ويعود هذا كله إلى ارتفاع الولادات وانخفاض الوفيات.

ولقد أدت التنمية الاقتصادية والاجتماعية في الجزائر إلى ارتفاع في المستوى المعيشي وكذا نسبة التمدرس والوعي وتحسن مستوى الصحة ووجود كثير من المراكز الصحية،

مما أدى إلى انخفاض ملحوظ في عدد الوفيات وكذا في عدد المواليد حيث دخلت الجزائر في المرحلة الثانية من نظرية التحول الديموغرافي (انخفاض مستمر في معدل الوفيات مع انخفاض في معدل الولادات بوتيرة أسرع من الأول)، فالمؤشر التركيبي للخصوبة حسب معطيات الدراسات الوطنية للسكان 1970 (ENSP)، قدّر بـ 8,36 طفل لكل امرأة لينخفض إلى 5,36 طفل لكل امرأة حسب معطيات المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة 1986 (ENAF)، وبلغ حسب معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل 1992 (EASME) مستوى 4,4 طفل لكل امرأة، وحسب معطيات المسوح الوطنية التي أنجزت من قبل وزارة الصحة خلال القرن الحالي يتبين لنا أن المؤشر التركيبي للخصوبة بقي ثابتا إلى حد بعيد في حدود 2,3 و2,7، ويرجع هذا الانخفاض في معدلات الخصوبة إلى عدة عوامل منها ديموغرافية واقتصاديةواجتماعيةوثقافية.

كما أن تزايد نسبة ظاهرة العنوسة يؤدي حتما " إلى انخفاض معدل الخصوبة بحسب تعداد 1966 نلاحظ أنّ 13% من النساء اللائى تتراوح أعمارهن بين 20 و24 سنة كنّ عازبات، وبعد 20 سنة ارتفعت هذه النسبة إلى 50 % حسب تعداد 1987، غير أنّ هذه النسبة ارتفعت بكثير حسب المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل 1992 (EASME) إلى 70% في نفس الفئة العمرية، ثم ازدادت هذه النسبة ارتفاعا بـ 7,4% حسب التعداد الأخير العام للسكان والسكن سنة 1998، و يرجع هذا الارتفاع في نسبة النساء العازبات إلى فترة التمدرس الممتد بالنسبة للإناث، وتفاقم البطالة وأزمة السكن بالنسبة للذكور، حيث تبلغ حاليا نسبة التمدرس عند الإناث بـ 83,05%، ويبلغ معدل الفئة النشيطة في المجتمع بـ 27,90% فقط[7].

وأحست الجزائر منذ سنة 1980 بمشكل النمو السريع للسكان وبدأت تفكر في وضع برنامج وطني خاص بتنظيم النسل وتبين في التقرير العام للمخطط الخماسي بأنّ عملية التخفيض الفعلي لمعدل الولادات أصبح شرطا ضروريا لتحسين فعالية اقتصادنا قصد الاستجابة لكل للمتطلبات الاقتصادية والاجتماعية للسكان بصفة مرضية ومستمرة[8].

إشكالية الدراسة

وانطلاقا مما سبق فإن إشكالية البحث تتمحور في التساؤل الرئيس التالي: ما هي اتجاهات ومستويات الخصوبة في الجزائر؟

إن هذا التساؤل الرئيس انبثق عنه تساؤل فرعيآخر كان على النحو التالي:

ماهو العامل الأكثر مساهمة في تحيد اتجاهات الخصوبة في الجزائر؟

وللإجابة عن إشكالية الدراسة المطروحة اعتمدنا على أهم المعطيات الإحصائية المتوفرة بغية تحليل اتجاهات الخصوبة في الفترة التي أشرنا إليها فيما سبق وذلك من أجل وصف التغير الحادث في الخصوبة في الجزائر في الآونة الأخيرة – كما هي عليه في الواقع – واصفا إياها بالأرقام الإحصائية الدالة عن خصائصها و حجم التطور الذي عرفته خلال ذات الفترة، والوقوف عند التغير الحادث.

كما تم تقسيم محتوى الدراسة إلى ثلاثة محاور أساسية: المحور الأول حاولنا من خلاله دراسة تطور مستويات واتجاهات الخصوبة ما بين 1970 و1986، أما المحور الثاني خصصناه لدراسة اتجاهات الخصوبة في 1992، بينما المحور الثالث تم تخصيصه لدراسة وتحليل مستوى واتجاهات الخصوبة في 2012.

ولتحليل محددات الخصوبة نعود إلى الإطار المنهجي الذي قدمه كل منبلاك ودايفيس(BLAKE and DAVIS) سنة 1956، حيث اقترح هذان الأخيران متغيرات وسطية تؤثر تأثيرا فعليا سواء كانت مفسرة أو مستقلة والتي لها علاقة بعلم الاقتصاد وعلم الاجتماع وكذا علم السياسة. كما حددا محددات الخصوبة في إحدى عشرة(11) متغير وسيطي مقسمين إلى ثلاثة (03) أصناف: الأول بيولوجي والثاني ديموغرافي والثالث اقتصادي، اجتماعي، ثقافي، سياسي[9].

ولقد أجمع الديموغرافيون على أنّ المتغيرات الوسطية للخصوبة هي أساسا بيولوجية وكذا سلوكية وتدخل ضمن هذه الأخيرة المحددات الاقتصادية والاجتماعية وذلك من حلال دراسة تفاضلات الخصوبة وتوجهاتها وتطوراتها حسب الزمن[10].

ولدراسة وملاحظة تطورات الخصوبة والوفيات حسب فئات السن، يستعمل الديموغرافيون مؤشرين جد هامين وجد معبرين، يتمثل الأول في العدد المتوسط للأطفال لكل امرأة بغية دراسة مستوى الخصوبة وتفاضلاتها، ويتمثل الثاني في أمل الحياة عند الولادة بغية دراسة الوفيات[11].

ولدراسة تطورات الخصوبة نستعمل المؤشر التركيبي للخصوبة (ISF) الذي يعتبر مؤشرا ذا تعبير قوي عن مستوى الخصوبة،فهولا يحتاج إلى تعديلات في التركيب العمري للفئات.

وحتى يضمن ثبات نمو سكان مجتمع ما يجب أن يكون هذا المؤشر مساويا لـ 2,1طفل لكل امرأة أي حوالي طفلين لكل امرأة، فإذا زاد عن ذلك العدد ارتفع عدد السكان، وإذا انخفض عنه قل عدد السكان، أما إذا كان مساويا لـ 1,2طفل لكل امرأة أو قل عنه فيكون ذلك المجتمع مهددا بالانقراض لأن أجياله لا تتجدد[12].

ونظرا للمعطيات الإحصائية المتاحة لدينا نحاول التركيز في دراستنا هذه على تطور واتجاهات الخصوبة في الجزائر معتمدين في ذلك على معطيات المسوح الوطنية

التالية:الدراسات الوطنية للسكان1970 (ENSP) ، والمسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة 1986 (ENAF)، والمسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (EASME 1992 (، والمسح الجزائري حول صحة الأسر(PAPFAM) 2002، والمسح العنقودي متعدد المؤشرات2006 (MICS3)، والمسح العنقودي متعدد المؤشرات2012-2013 (MICS4)، حيث تعتبر المسوح الديمغرافية من أهم المصادر الأساسية في التحليل الديمغرافي وبالأخص في الدول النامية، ذلك أنه من أهم مصادر المعطيات الإحصائية في الديمغرافيا: الحالة المدنية، التعدادات السكانية والمسوح[13]، حيث يعتمد في البلدان المتقدمة على مصدرين أساسيين وهما التعدادات السكانية بالدرجة الأولى، لأنّ دقة الملاحظة والشمولية فيها تصل أحيانا إلى 95%، ثم مصادر الحالة المدنية بالدرجة الثانية، في حين لا يعتمد الخبراء الديمغرافيون عند دراسة الحالة السكانية للبلدان النامية على هذين المصدرين، نظرا للصعوبات الإدارية والمالية التي تواجهها هذه البلدان، لذا يعتمد على المسوح[13].

ونركز في دراستنا على بعض العوامل الاقتصادية والاجتماعية التي تؤثر في الخصوبة الجزائرية بنسبة عالية ولعل أهمها المستوى التعليمي.

تحديدبعض المفاهيم

الخصوبة : الخصوبة هي عبارة عن ظاهرة تبين العلاقة بين الولادات الحية من جهة وبين امرأة في سن الإنجاب أو الزوجين معا أو الرجل كاستثناء من جهة أخرى. كما يضيف رولان بريساRoland Pressatأنّ الخصوبة هي تأكيد الإخصاب والذي يعرفه بالقدرة على الإنجاب، وقد تكون الخصوبة طبيعية أو موجهة[15].

الخصوبة الطبيعية : وهي خصوبة المرأة المتزوجة في غياب استعمال وسائل منع الحمل أو بالإجهاض العمدي؛ أي بمعنى آخر هي سلوك المرأة الإنجابي دون اللجوء إلى أية وسيلة غير طبيعية تحاول من خلالها تباعد ولادتها أو الحد من نسلها[16].

الخصوبة الموجهة: ويعنى بهاالسلوك الإنجابي للمرأة التي تستعمل وسائل منع الحمل بغية تحديد نسلها أو تنظيم ولادتها[17].

الخصوبة التفاضلية : يقصد بالخصوبة التفاضلية تلك الفروقات الموجودة داخل الخصوبة ذاتها في مختلف المجتمعات المدروسة خلال فترة زمنية، ويعبّر عن هذه التفاضلات انطلاقا من المؤشر التركيبي للخصوبة خلال الفترة المدروسة للمجتمعات التابعة للمجتمع الأصلي، وتتمثل هذه الفروقات في المقاييس التالية:محل الإقامة (ريف أو حضر)، الانتماء الديني والثقافي، مستوى الدخل، المستوى التربوي، النشاط المهني [18].

الخصوبة العامة : الخصوبة العامة هي خصوبة كل النساء في سن الإنجاب دون التمييز بين النساء المتزوجات وغير المتزوجات [19]، وتشمل كل من الخصوبة الشرعية وغير الشرعية.

الخصوبة الشرعية : يقصد بالخصوبة الشرعية خصوبة النساء المتزوجات فقط[20].

معدل الخصوبة : معدل الخصوبة هو العلاقة بين عدد الولادات الحية وفئة النساء عند سن الإنجاب خلال فترة زمنية عادة ما تكون سنة[21].

المؤشر التركيبي للخصوبة : يعبّر عن المؤشر التركيبي للخصوبة I S F بمجموع معدلات الخصوبة العامة حسب السن خلال فترة زمنية[22].

محتوى الدراسة

I. اتجاهات الخصوبة في الفترة الممتدة ما بين 1970 و1986:

في هذا المحور نحاول دراسة تطور مستويات واتجاهات الخصوبة ما بين 1970 و1986من خلال الدراسة الوطنية الإحصائية للسكان لسنة 1970، والمسح الوطني الخاص بالخصوبة لسنة 1986.

لقد تميزت الجزائر بمستوى مرتفع في الولادات سنة 1970، واعتبرت من بين البلدان ذات المعدلات المرتفعة للولادة، حيث بلغ المعدل الخام للولادة في تلك السنة 48,3 ‰، بعد ست عشرة سنة من هذه السنة انخفض هذا المعدل إلى 32.4 ‰ ، مقدرين قيمة هذا الانخفاض بـ 15,9 نقطة.ويرجع هذا الانخفاض المعتبر في معدل الولادات حسب "قواوسي" إلى نسبة التراجع عن الإقبال على الزواج المقدرة بـ 65%، ونسبة انخفاض الخصوبة الشرعية المقدرة بـ 40% [23].

ولقد بلغ المعدل الخام للولادات سنة 1970 في الوسط الحضري 45,5 ‰ مقابل50‰ في الوسط الريفي، وخلال سنة 1986 بلغ هذا المعدل 28,1 ‰ في الحضر مقابل 37,9 ‰ في الريف، ونشير هنا أنّ المعدل الخام للولادات انخفض بقيمة 17,4 نقطة بين سنة 1970 1986 في الوسط الحضري بينما انخفض بقيمة 12 نقطة فقط في الوسط الريفي، ويمكن تفسير هذا التفاوت بين الريف والحضر بأنّ السلوك الإنجابي لدى الريفيات مختلف عن نظيره لدى الحضريات.

ويتبين من خلال الجدول رقم (1) أنّ التركيبة العمرية للنساء اللائى يتراوح سنهن ما بين 15 و49 سنة (سن الإنجاب)، لم تتغير بنسبة كبيرة بين 1970 و1986، إذ انتقلت من 21% إلى 21,5% على الترتيب، لكنّ الشيء الملاحظ هو أنّ نسبة النساء المتزوجات انخفضت من 70% سنة 1970 إلى 54 % سنة 1986.

ويعود انخفاض نسبة النساء المتزوجات إلى التطور الاجتماعي الذي أدى بالنساء الجزائريات اللائى أصبحن يحبذن تأخير سن الزواج وخاصة النساء القاطنات في الحضر،حيث انخفضت هذه النسبة من 64% إلى 48% ما بين 1970 و1986 على الترتيب في الوسط الحضري أي بمقدار 16 نقطة، بينما انخفضت هذه النسبة ما بين 1970 و1986 من 73 % إلى 60% على الترتيب في الوسط الريفي، أي بمقدار 13 نقطة.

الجدول رقم(1): تطور نسبة النساء المتزوجات ونسبة النساء في سن الإنجاب ما بين 1970 و 1986 حسب الفئات العمرية

الفئات العمرية	1970		1986	
	نسبة النساء في سن الإنجاب %	نسبة النساء المتزوجات%	نسبة النساء في سن الإنجاب %	نسبة النساء المتزوجات %
19-15	5,4	31	5,3	8
24-20	3,6	76	4,5	43
29-25	3,0	89	3,5	71
34-30	2,8	88	2,9	83
39-35	2,7	86	2,1	86
44-40	2,0	80	1,6	85
49-45	1,5	76	1,6	79
49-15	21,3	70	21,5	54

المصدر: Kouaouci, (A),Familles,Femmes et contraception,CENEAP, Alger, 1992, p 33

II. اتجاهات الخصوبة في 1992

نحاول من خلال هذا المحور معالجة مستويات واتجاهات الخصوبة من خلال المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل الذي تمّ إجراؤه المعد في سنة 1992، حيثا اعتمدنا في استخراج معطيات هذه الفترة سنة 1992 من ملف المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل، حيث قدّر عدد النسوة المبحوثات في هذا الملف سنة قبل المسح بـ 4831 امرأة سابق لهن الزواج يتراوح سنهن بين 15 و 49 سنة، كما قدّر عدد المواليد الأحياء الذين يتراوح عمرهم بين 0 و سنة بالنسبة لهؤلاء النسوة المبحوثات بـ 930 طفلا.

ونشير في الأخير أنّ هذه المعطيات قد تكون ناقصة، وهي قابلة للتنقيح من قبل من يهتمون بدراسة الخصوبة لهذه الفترة.

2.1 تطور الولادات ما بين 1986 و 1992

لمعرفة تطور مستوى الولادات لمجتمع ما بين فترتين أو عدة فترات أو لمقارنة مستوى الولادات بين عدة مجتمعات نستعمل نموذج المعايرة المتعددة الذي استعمله الأستاذ " قواوسي" سابقا لمعرفة تطور الولادات بين سنتي 1970 و1986[24]. ونحاول في دراستنا تطبيق هذا النموذج لمعرفة تطور الولادات بين سنتي 1986 و1992، حيث يسمح نموذج المعايرة المتعددة بتفكيك الفرق الموجود بين معدلين خامين للولادات إلى عدة مركبات أساسية، وتلسهيل عملية الحساب نأخذ ثلاث مركبات وهي:

1- الأثر الناتج عن التركيبة العمرية للنساء في سن الإنجاب.

2- الأثر الناتج عن نسبة النساء المتزوجات في سن الإنجاب.

3- الأثر الناتج عن معدل الخصوبة الشرعية.

يعبر عن المعدل الخام للولادات بالعلاقة التالية:

$$T B N = \frac{N}{P}$$

حيث: T B N: المعدل الخام للولادات.

N : عدد المواليد خلال عام.

P : متوسط عدد السكان خلال نفس الفترة.

كما يعبر عن المعدل الخام للولادات بالعلاقة التالية التي يمكننا من حساب الآثار الناتجة عن المركبات الأساسية لهذا المعدل:

$$T B N = <S> X <N> X <F M>$$

حيث: <S> : التركيبة العمرية للنساء في سن الإنجاب.

<N>: نسبة النساء المتزوجات اللائى تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 سنة.

<F M>: معدل الخصوبة الشرعية حسب السن.

ويعبر عن المعدل الخام للولادات لسنتي 1986 و 1992 بـــ: T B N1 وT B N2 على التوالي، أي بعبارة أخرى يمكننا كتابة العلاقتين الآتيتين:

$$T B N_1 = <S_1> X <N_1> X <FM_1>$$

$$T B N_2 = <S2> X <N_2> X <FM_2>$$

لتحديد مقدار الأثر الناتج عن كل من التركيبة العمرية للنساء اللائى يتراوح سنهن ما بين 15 و 49 سنة، ونسبة النساء المتزوجات في نفس السن، ومعدل الخصوبة الشرعية نستعمل طريقة اللوغاريتمات التالية:

$$Log (T B N 1 / T B N 2) = Log \lceil (< S1> /<s2>)+ Log (< N1>/<N2>)+Log (<Fm1>/ < Fm2$$

$$Log (< S_1> /<S_2)>/ Log (T B N_1 / T B N_2)$$

ويحسب الأثر الناتج عن نسبة النساء المتزوجات في سن الإنجاب كالتالي:

$$Log (< N_1>/<N_2)>/ Log (T B N_1 / T B N_2)$$

كما يحسب الأثر الناتج عن معدل الخصوبة الشرعية كما يلي:

$$Log (<Fm_1>/ < Fm_2)>/ Log (T B N_1 / T B N_2)$$

من خلال الجدول رقم (1-4) يمكننا استخراج المعطيات اللازمة لتطبيق العلاقات السابق ذكرها:

من خلال الجدول رقم (1-4) يمكننا استخراج المعطيات اللازمة لتطبيق العلاقات السابق ذكرها:

<S><N ><F M>T B N

.1986 : 0,215 0,54 0,279 32,4‰

.1992 : 0,232 0,54 0,193 24,2‰

نلاحظ من خلال هذه المعطيات أنّ التركيبة العمرية للنساء اللائى يتراوح سنهن بين 15 و49 سنة انتقلت من 21,5 % إلى 23,2% ما بين 1986 و 1992 أي ارتفعت بمقدار 1,7 نقطة، كما نلاحظ أنّ نسبة النسوة المتزوجات في سن الإنجاب لم تتغير بينالفترتين، ولعل ما يلفت ملاحظة ذلك الانخفاض في معدل الخصوبة الشرعية بين الفترتين والمقدر بـ 86 نقطة حيث قدر بـ 279 في الألف في سنة 1986 مقابل 193 في الألف في سنة 1992، وسنحاول تحديد حصة أثر كل من المركبات الأساسية للمعدل الخام للولادات الذي انتقل من 32.4 ‰ إلى 24.2 ‰ ما بين سنتي 1986 و 1992 على التوالي.

$$Log (T B N 1 / T B N 2) = Log (< S1> /<s2>)+ Log (< N1>/<N2>)+Log (<Fm1>/ < Fm2)>$$

$$Log (32.4 / 24.2) = Log (0.215 / 0.232) + Log (0.54 / 0.54) + Log (0.279 / 0.193).$$

$$0.127 = .0.033 + 0 + 0.160$$

تحديد أثر الناتج عن معدل الخصوبة الشرعية:

$$Log (<Fm_1>/ < Fm_2> / Log (T B N_1 / T B N_2) = 0.160 / 0.127 = .126\%$$

على الرغم من الارتفاع الذي عرفته التركيبة العمرية للنساء في سن الإنجاب حيث بلغ الأثر الناتج عن هذه المركبة بـ 26%+، إلا أنّه لم يكن لها أثرا بالغا على تطور مستوى الولادات سنتي 1986 و 1993، ويمكننا أن نستنتج أنّ انخفاض الولادات ما بين الفترتين يرجع أساسا إلى انخفاض معدل الخصوبة الزواجية، إذ قدّر الأثر الناتج عن هذه المركبة بـ 126% -، وبناء على هذه النتائج يمكننا استخلاص بأنّ سلوك المرأة الإنجابي داخل الأسرة الجزائرية أثّر فعلا في تراجع مستوى الولادات بين هاتين الفترتين، ويمكن أن يخفض هذا السلوك في معدلات السنوات المقبلة للولادات نتيجة الظروف الاقتصادية والاجتماعية الصعبة التي تمر بها البلاد، ولعل أهمّ هذه الظروف تلك التي تتعلقبمشكلتي البطالة والسكن.

الجدول رقم(2): تطور التركيبة العمرية للنساء في سن الإنجاب ونسبة النساء المتزوجات في سن الإنجاب ومعدل الخصوبة الزواجية والمعدل الخام للولادات ما بين 1986 و 1992.

فئات السن	1986			1992		
	التركيبة العمرية %	نسبة النساء المتزوجات %	معدل الخصوبة الزواجية ‰	التركيبة العمرية %	نسبةالنساء المتزوجات %	معدل الخصوبة الزواجية ‰
19-15	5,3	08	308	5,6	3,5	350
24-20	4,5	43	416	4,7	29,6	307
29-25	3,5	71	353	3,9	65,2	282
34-30	2,9	83	312	2,9	86,8	240
39-35	2,1	86	251	2,6	93,6	150
44-40	1,6	85	129	2,1	96,9	93
49-45	1,6	79	039	1,4	98,1	23
49-15	21,5	54	279	23,2	56	193
المعدل الخام للولادات = 32,4 ‰			المعدل الخام للولادات = 24,2 ‰			

المصدر: بالنسبة لسنة 1992 مستخرجة من معطيات المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل.

أما بالنسبة لسنة 1986 مأخوذة من كتاب: **Famille , Femmes et contraception** ,(A), Kouaouci، Alger 1992 p 33

2.2 اتجاه ومستوى الخصوبة حسب المستوى التعليمي للمرأة أجمع الديمغرافيون أنّ المستوى التعليمي يؤثر في تخفيض خصوبة المرأة؛ أي كلما كان المستوى التربوي للمرأة أو للرجل عاليا كلما انخفضت الخصوبة، وذكر ليون تابا(LEON TABAH) في هذا الشأن: " من المعروف أنّ هناك علاقة عكسية بين الخصوبة في المجتمعات والمستوى التعليمي للمرأة أو للقرين...، لقد بينت كل الدراسات والمسوح التي أجريت حتى يومنا هذا بأنّه كلما كان المستوى التعليمي عاليا كلما كانت الخصوبة منخفضة سواء تعلق الأمر بالبلدان المتقدمة أو ببلدان العالم الثالث ..."[25].

وبناء على معطيات المسح الجزائري حل صحة الأم والطفل نستنتج أنّ المستوى التعليمي للمرأة يؤثر فعلا في انخفاض الخصوبة فكلما كان مستوى تعليم المرأة عاليا كلما كانت الخصوبة منخفضة، ونلاحظ هذا الأثر جليا من خلال الشكل رقم(1) ، حيث قدّر متوسط عدد الأطفال لكل امرأة بالنسبة لإجمالي النساء في سن الإنجاب اللواتي لم يلتحقن بالمدرسة بـ 5,69، وقدر هذا المؤشر بالنسبة للواتي لم يكملن الدراسة الابتدائية بـ 4,07 وبالنسبة للنسوة ذوات المستوى الابتدائي أو الإعدادي قدر هذا المؤشر على الترتيب بـ: (3,10 و 2,54)، بينما قدر هذا المؤشر بالنسبة للنساء اللائى لديهن مستوى ثانوي فما فوق بـ 1,97، وهذا ما يجعلنا نؤكد بأنّ هناك تفاضلات في مستوى الخصوبة حسب المستوى التعليمي للمرأة، والجدول رقم(3) يعكس تفاضلات مستوى الخصوبة بين النساء المتعلمات ذوات المستوى الثانوي أو العالي وبين النساء ذوات المستويات الأخرى من التعليم أو اللائى لم يلتحقن بالمدرسة، فعلى سبيل المثال نلاحظ أنّ هناك فرق شاسع بين النساء اللائى لم يلتحقن بالمدرسة والنسوة اللائى لديهن مستوى ثانوي أو أعلى، إذ يقدّر هذا الفارق بـ 3,72 أي بحوالي أربعة أطفال.

ونلاحظ التفاضل الموجود في مستوى الخصوبة بالنسبة للنساء السابق لهن الزواج في سن الإنجاب عبر كل الفئات العمر(أنظر الجدول رقم (4)-، والشكل رقم(1)يوضح هذا الاختلاف في مستوى الخصوبة بين النساء حسب المستوى التعليمي وحسب فئات العمر جليا، كما نلاحظ أنّ هذا التفاضل يتسع أكثر عند النساء اللواتي بفوق سنهن 24 سنة ويقل عن 50 سنة فعلى سبيل المثال في الفئة العمرية (40-44 سنة)، نلاحظ أنّ متوسط عدد الأطفال للنساء للواتي لم يلتحقن بالمدرسة مقدر بـ 7,55 مقابل 4,40 بالنسبة للنساء اللائى لديهن مستوى ثانوي فما فوق، فالفارق هنا مقدر بـ 4,08 وبناء على هذه النتائج يمكننا أن نستخلص أنّ المستوى التعليمي للمرأة يؤثر في تخفيض مستوى الخصوبة ولو كان مستوى ابتدائيا.

الجدول رقم(3): متوسط عدد الأطفال لكل امرأة لنساء السابق لهن الزواج حسب المستوى التعليمي للمرأة وحسب فئات السن في 1992

المستوى التعليمي للمرأة	فئات السن							
	19-15	24-20	29-25	34-30	39-35	44-43	49-45	49-15
لم تلتحق بالمدرسة	0,88	1,58	3,12	5,01	6,46	7,55	8,02	5,69
لم تكمل الابتدائي	0,63	1,49	2,68	3,96	5,23	6,27	7,07	4,07
ابتدائي	0,18	1,16	2,17	3,37	4,02	5,32	6,13	3,10
إعدادي	0,43	1,38	1,95	2,94	4,00	5,17	4,38	2,54
ثانوي فما فوق	0,25	0,74	1,40	2,44	3,65	3,47	4,40	1,97
الإجمالي	0,66	1,41	2,57	4,29	5,71	6,97	7,80	4,65

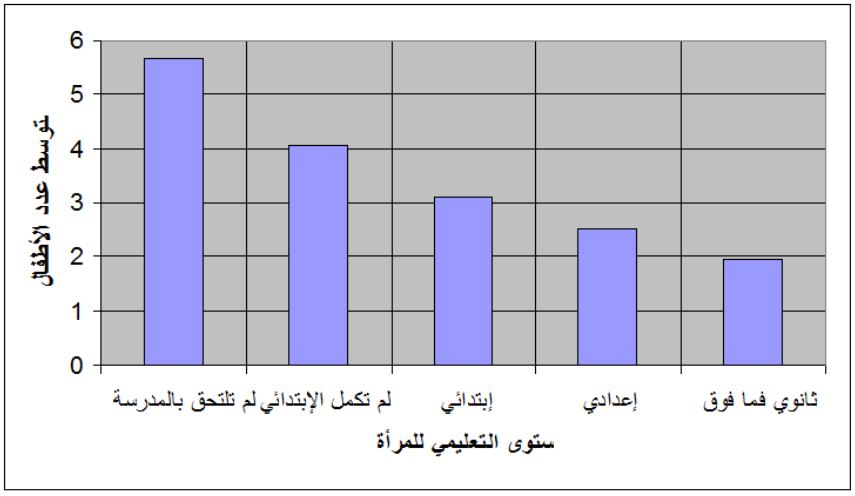
المصدر: مستخرجة من معطيات المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992.

الجدول رقم(4): الفروقات بالقيمة المطلقة بين مستويات التعليم الإجمالي للنساء السابق لهن الزواج في سن الإنجاب في 1992

الفروقات	إجمالي النساء غير العازبات في سن الإنجاب
بين من لديهن مستوى ثانوي فما فوق ومن لم يلتحق بالمدرسة	3,72
مستوى ثانوي فما فوق ومن لم يكملن الابتدائي	2,1
ثانوي فما فوق وابتدائي	1,13
ثانوي فما فوق وإعدادي	0,57

المصدر: مستخرجة من معطيات المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992

الشكل رقم(1): متوسط عدد الأطفال لإجمالي النساء غير العازبات حسب المستوىالتعليمي للمرأة في 1992



المصدر: مستخرجة من معطيات المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل1992

III. اتجاهات الخصوبة في 2012

سنحاول في هذا المحور تحليل اتجاهات الخصوبة من خلال المسح الوطني الجزائريالعنقودي متعدد المؤشرات((MICS4 2012-2013 الذي تمّ إنجازهخلال العام 2012-2013 من طرف وزارة الصحة واستصلاح المستشفيات بمعية منظمة الأمم المتحدة للطفولة(UNICEF)، وبتمويل من صندوقالأمم المتحدة للسكان(FNUAP)، وهو عبارة عن دراسة ديمغرافية عنقودية سمحت بدراسة وضعية الأسر والأطفال والنساء عبر كامل تراب الوطن، حيث شملت 28000 عائلة تم استجوابها.

1.3 تطور الولادات في الفترة(1990-2013)

عرفت الولادات نوعا من الإنخفاض خلال الفترة(1990-2008)، حيث انتقل حجم الولادات من 775 ألف ولادة حية سنة 1990 إلى 517 ألف سنة 2008، ثم قفز بحوالي 300 ألف ولادة حية خلال العام 2009، وبقي يتراوح العدد في حدود 900 ألف ما بين سنتي 2010 و 2013، وربما يعود السبب في هذا الارتفاع المسجل على الرغم من أنه ليس عاليا إلى تزايد نسبة الزواج في تلك الفترة نتيجة الحصول الكثير من الجزائريين على سكنات بمختلف صيغها، حيث خففت على أزمة السكن التي كانت سببا رئيسا كما ذكرنا من قبل في انخفاض الخصوبة بشكل عام. أما بالنسبة لمعدل الولادات الخام بقي ثابتا إلى حد بعيد في حدود 24% خلال الفترة الممتدة بين 2008 و2013 بعد ما سجل 30% خلال العام -1990أنظر الجدول رقم(5)-

الجدول رقم(5): تطور حجم الولادات والمعدل الخام للولادات خلال الفترة(1990-2013)

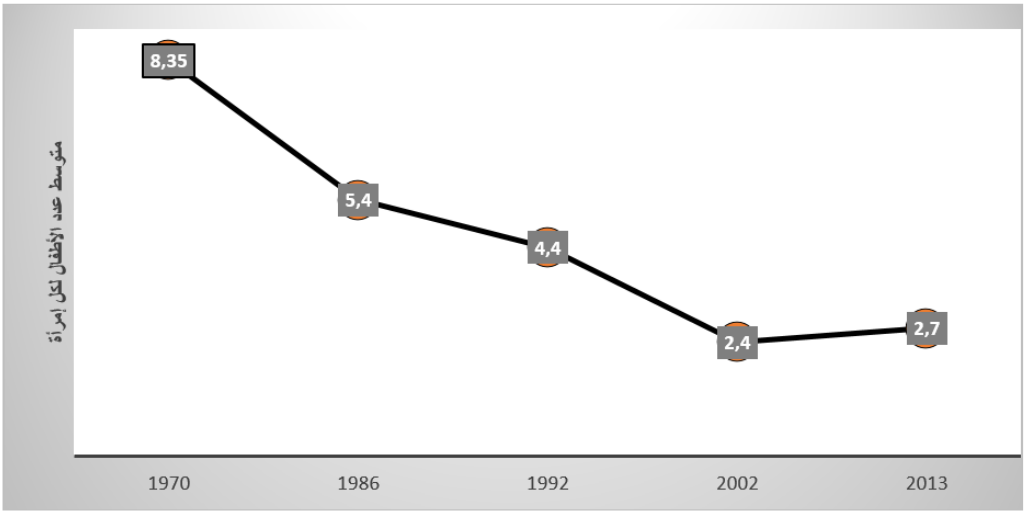
السنوات	1990	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013
حجم الولادات بالألف	775	589	517	849	888	910	978	963
المعدل الخام للولادات%	30,94	19,36	23,62	24,07	24,68	24,68	26,08	25,14
المصدر: مستخرج من معطيات الديوان الوطني للإحصائيات(ONS): N°658-2013								

ولقد عرفت الخصوبة في الفترة(2002-2012) نوعا من الثبات، حيث بات المؤشر التركيبي للخصوبة يتراح بين 2,4 و2,7 طفل لكل امرأة، وهذا المعدل لم تشهده الجزائر المستقلة في تاريخها من قبل.

وحسب المسوح الديمغرافية الوطنية المنجزة في تاريخ الجزائر المستقلة فإن المؤشر التركيبي للخصوبة عرف انخفاضا جد ملحوظ، حيث فقد حوالي ست(06) نقاط كاملة بين سنة أول مسح أعد في الجزائر والمتعلق بالدراسة الوطنية للسكان 1970، وسنة آخر مسح لحد الآن والمتمثل في المسح العنقودي متعدد المؤشرات(MICS4 2013)، والجدير بالإشارة أن هذا الانخفاض عرف بالوتيرة المتسارعة ما بين سنتي 1970 و1986 -أنظر الشكل رقم(2)- وهذا إن دل على شيء فإنما يدل على أن السلوك الإنجابي للجزائريين تغير بصورة ملفت للانتباه. وإحدى الدراسات بينت أن التراجع في ظاهرة الزواجية كان له الأثر البالغ في انخفاض مستوى الخصوبة العام بنسبة لا تقل عن 50%، حيث مست هذه النسبة كل الفئات العمرية وبالأخص تلك التي تقل عن 25 سنة [26].

وحسب ما أشار إليه تقرير الأمم المتحدة لسنة 2005 فإن المؤشر التركيبي للخصوبة سجل انخفاضا ملحوظا خلال الفترة (2000-2004) بـ 2,5 طفل لكل امرأة، ولذا تعتبر الجزائر من أكثر البلدان العربية انخفاضا في الخصوبة، ولكن إذ ما قارناها بدول الجوار (تونس والمغرب) نجدها تتقارب في مستوى الخصوبة مع المغرب وبدرجة أقل مع تونس(27)،وبمقارنة الجزائر بدول أخرى في هذا المجال نجد أن مستوى الخصوبة منخفضة عما هو عليه في كثير من الدول النامية كاليمن وبعض بلدان الساحل من إفريقيا التي قدر فيها ذات المعدل المذكور سلفا بـ 5,1 طفل لكل امرأة، بينما نجده مرتفعا عما هو عليه في البلدان المتقدمة التي يبلغ فيها ذات المؤشر بـ 1,6طفل لكل امرأة (28).

الشكل رقم(2): تطور المؤشر التركيبي للخصوبة ما بين 1970 و2013



المصدر :المسوح الديمغرافية الوطنية المعدة في تاريخ الجزائر المستقلة:1970، 1986، 1992، 2002، 2012

2.3 اتجاه ومستوى الخصوبة حسب العمر

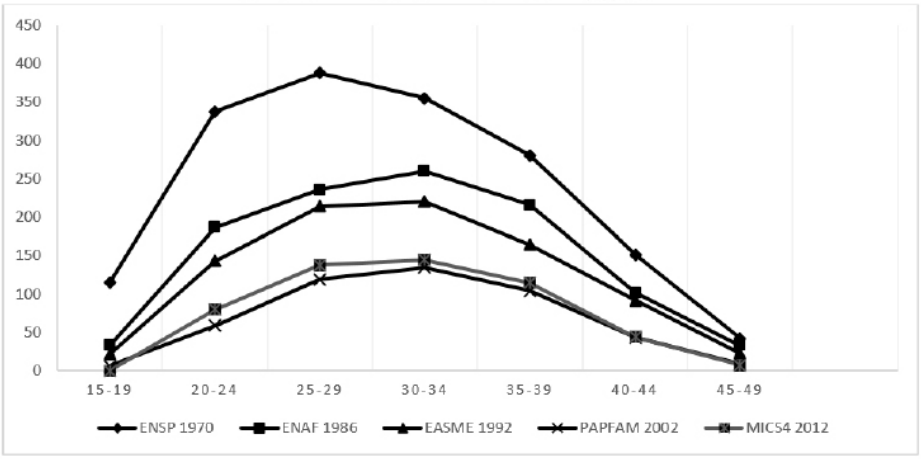
عندما نقوم بتحليل الخصوبة العمرية ما بين 1970 و2012 نلاحظ أنها سجلت انخفاضا ملموسا عبر كل الفئات العمرية وبالأخص تلك الفئات التي تقل عن 25 سنة، وهذا يدل أن الزواج المبكر الذي كان قائما في الفترة التي تلت استقلال الجزائر تراجع وبنسبة عالية في الآونة الأخيرة. ففي الفئة العمرية (19-15) نلاحظ أن الانخفاض الحاصل في مستوى الخصوبة ما بين1970 و2002 قدر بـ 94.7%، وكذلك الشأن بالنسبة للفئة العمرية(24-20) يقدر ذلك الانخفاض بـ 82.5%، والأمر ذاته في الفئة العمرية(49-45) نلاحظ انخفاضا مقدرا بـ ستة(06) أضعاف بين1970 و2012، أما إذا تأملنا في الفئات العمرية الوسيطية يتبين لنا أن هناك انخفاض في مستوى الخصوبة لكن ليس بالمستوى ذاته الذي لاحظناه في الفئات العمرية السالف ذكره. وفي الجدول رقم(6) والشكل رقم(3) يتضح ذلك الانخفاض في مستوى الخصوبة بصورة جلية.

الجول رقم(6): تطور معدل الخصوبة العمرية

الأعمار	ENSP 1970	ENAF 1986	EASME 1992	PAPFAM 2002	MICS4 2012
15-19	114	33	21	6	1O
20-24	338	187	143	59	80
25-29	388	236	214	119	138
30-34	355	260	220	134	144
35-39	281	216	164	104	114
40-44	152	102	92	43	44
45-49	42	33	23	9	7
ISF	8 .35	5.4	4.4	2.4	2.7

المصدر : الديوان الوطني للإحصائيات بالنسبة(ONS) للسنوات: 1970، 1992،1986
CENEAP بالنسبة لسنة 2002
وزراة الصحة بالنسبة لسنة 2012

الشكل رقم(3): تطور معدلات الخصوبة بالألف حسب الأعمار



المصدر : مستخرج من معطيات الجدول السابق

3.3 اتجاه مستوى الخصوبة حسب المستوى التعليمي

وعندما نقوم بتحليل اتجاه مستوى الخصوبة حسب المستوى التعليمي للمرأة نلاحظ أنه عرف انخفاضا لدى كل النساء باختلاف مستوياتهم الدراسية، ولعل النسوة الأميات أو اللائي ليس لديهن مستوى دراسي هن من مسهن الانخفاض الأكبر بين سنتي 1992 و2012، والذي قدر بـ ناقص 56%، أما النساء اللواتي لديهن مستوي تعليمي ثانوي فما فوق قدر مستوى الانخفاض عندهن في الفترة ذاتها بـ ناقص 35%، أي بفارق 21% - أنظر الجدول رقم(7)-

الجدول رقم(7): المؤشر التركيبي للخصوبة حسب المستوى التعليمي للمرأة

المستوى التعليمي	EASME 1992	MICS 2012	الفروقات%
دون مستوى(أمية)	7,8	3,4	-56
إبتدائي	5,5	2,9	-47
متوسط	5,2	2,9	-44
ثانوي فما فوق	3,7	2,4	-35
المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل(EASME)1992			
المسح العنقودي متعدد المؤشرات(MICS4) 2012-2013			

4.3 اتجاه مستوى الخصوبة حسب منطقة السكن

و بالرجوع إلى المسوح الوطنية التي أنجزت من قبل وزارة الصحة خلال القرن الحالي يتبين لنا أن المؤشر التركيبي للخصوبة بقي ثابتا إلى حد بعيد وذلك في حدود 2,3 و2,7، ونوعا ما متقاربا بين منطقتي الريف والحضر. - أنظر الجول رقم (8) -، وحسب الأرقام المقدمة من طرف قسم الشؤون الاقتصادية والاجتماعية التابع لهيئة الأمم المتحدة خلال العام 2017، فإن وفيات الأطفال في الجزائر تبقى منخفضة مقارنة بالدول الإفريقية، لكنه يبقى مرتفعا مقارنة بالدول المتقدمة التي يتراوح فيها هذا المعدل بين 1,3 و1,8. وننصح أن لا ينزل مستوى الخصوبة الجزائرية إلى المستوى الذي وصلت إليه الدول المتقدمة؛ لكي يصاب المجتمع الجزائري بظاهرة الشيخوخة أو ظاهرة عدم تجديد الأجيال اللتينمستا الدول الغربية وبالأخص اليابان والدول الإسكندنافية

الجول رقم (8):المؤشر التكيبي للخصوبة(ISF) حسب منطقة السكن خلال(2002،2006،2012)

منطقة السكن / السنوات	الريف	الحضر	الإجمالي
2002	2,7	2,1	2,4
2006	2,38	2,19	2,27
2012	2,9	2,6	2,7
المصدر:			
المسح الجزائري حول صحة الأسر (PAPFAM) 2002			
المسح العنقودي متعدد المؤشرات(MICS3) 2006			
المسح العنقودي متعدد المؤشرات(MICS4) 2012-2013			

الإستنتاجات والتوصيات

نستنتج مما سبق طرحه في هذه الدراسة أنّ الاهتمام بإنجاب الأولاد بدأ يقل لدى سلوك الجزائريين والجزائريات، فحسب دراسة كالدوال(CALDWELL) في نظرية " تدفق الثروة " يعود إنجاب العديد من الأطفال إلى البنية الاقتصادية القائمة على الزراعة؛ أي للأطفال دور مهم في مساعدة الآباء على العمل الزراعي، وانخفاض الخصوبة راجع إلى تحول تدفقات الثروة من الأطفال إلى الآباء بدرجة أقل، ومن الآباء إلى الأبناء بدرجة أكبر، أي: بمعنى تزداد نسبة تكلفة الطفل عن نسبة إيراده. كما يشير أيضا أنّ ارتفاع تكاليف تمدرس الأطفال يعتبر العامل الرئيسي في الانخفاض السريع للخصوبة في استراليا وذلك خلال الربع الأخير من القرن التاسع عشر .

ويمكننا القول هنا أن تراجع مستوى الخصوبة في الجزائر سببه غلاء المعيشة، فكثير من الأسروخاصة منها الزواجية الحديثة أصبحت لا ترغب كثيرا في إنجاب الأطفال لعدم قدرتها على التكفل بهم تكفلا تاما.

كما يمكننا القول أن هذا الاستنتاج يتوافق والدراسة التي قام بها الباحث بوسارب (E.Boserup) خلال العام 1985 عندما ربط انخفاض الخصوبة في البلدان الإفريقية شبه الصحراوية بالأزمة الاقتصادية التي مرت بها وبالأخص غانا .كما يتوافق والدراسة التي قام بها كورباج (Y.1994 Courbage) عندما تناول اتجاه وتطور الخصوبة في البلدان العربية وبالأخص سوريا؛ حيث لاحظ أن هناك ارتفاعاً في مستوى الخصوبة السورية نتيجة تحسن الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية كتعميم التعليم والصحة عكس ما كانت عليه الخصوبة عندما كانت سوريا تمر بأزمة اقتصادية خانقة . كما أن تزايد نسبة ظاهرة العنوسة كما ذكرنا في بدايات البحث يؤدي حتما إلى انخفاض معدل الخصوبة، فحسب تعداد 1966 نلاحظ أنّ 13% من النساء اللائي تتراوح أعمارهن بين 20 و24 سنة كنّ عازبات، وعشرين سنة بعد ذلك ارتفعت هذه النسبة إلى 50 % حسب تعداد 1987، وازدادت هذه النسبة بكثير حسب المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل1992 (EASME)، حيث بلغت 70% في نفس الفئة العمرية، ثم ازدادت هذه النسبة في الارتفاع حسب التعداد الأخير العام للسكان والسكن، و يرجع هذا الارتفاع في نسبة النساء العازبات إلى فترة التمدرس الممتد بالنسبة للإناث، وتفاقم البطالة وأزمة السكن بالنسبة للذكور.

بالإضافة إلى ذلكفإن سلوك النساء الإنجابيفي الريف أو في الحضر تغير بشكل ملحوظ وأصبحن لا يهتمن كثيرا بإنجاب الأولاد مثلما كن عليه في السابق وبالأخص في المناطق الريفية. كما أصبحن يفضلن تباعد الولادات وذلك باستعمال موانع الحمل الحديثة، وأظن أنّهذا التغير الملحوظ في سلوكهن يعود إلى برنامج الصندوق العالميللسكان(FNUAP) المتبع من قبل الحكومة الجزائرية.

كما تعود أسباب انخفاض الخصوبة أيضا في الجزائر إلى تأخر سن الزواج عند الرجال بسبب أزمتي البطالة والسكن، بالإضافة إلى انتشار وسائل منع الحمل الحديثة بنسبة كبيرة عند النساء المتزوجات.

ومن أهم التوصيات التي يمكن أن نوصي بها في دراستنا هذه

إدراج بعض المتغيرات التي لم تأخذ بالحسبان في المسوح الخمس المنجزة التي أشرنا إليها في دراستنا، والتي أرى أنها لها تأثير بالغ وفعال في تحديد مستويات واتجاهات الخصوبة، ويمكن حصرها فيما يلي:

- مستوى الدخل للأسرة والذي يكون متغيرا "وسطيا" للخصوبة، هذا ما يبين أنّه حان الوقت لتناول موضوع الخصوبة وذلك انطلاقا من عوامل اجتماعية اقتصادية.

- تكلفة الطفل منذ ولادته إلى بلوغه سن الرشد وأثره على السلوك الإنجابي للزوج.

- العامل الثقافي والديني وعلاقته بالخصوبة وأثره على تحديد النسل أو تنظيمه.

تضارب المصالح

❖ يعلن المؤلفون أنه ليس لديه تضارب في المصالح.

الهوامش والمراجع

1- PRESSAT,(R) , Manuel de l analyse de la mortalite, Paris, I N E D, O M S, 1985, p 35

2-GENDREAN, (F) , La population de l Afrique, Paris, CEPED, KHARTHALA,1994, p270.

3-Valin,(J), " Influence de divers facteurs sociaux et economiques sur la fecondite de Algerie", Population n° 4 -5 1973 p 817.

4-Negadi,(G) " La feondite em algerie : niveaux, tendences et facteures" .These de doctorat de trosieme cycle, (Demographie) , Universite de Rene Descarte, Paris , 1975.

5- معطيات مستخرجة من بيانات الديوان الوطني للإحصائيات (ONS)

6- معطيات مستخرجة من بيانات الديوان الوطني للإحصائيات (ONS)

7- Source ,O N S, R G P H,Algerie, De 1998.

8- Kouaouci , (A), La question de la population en Algerie, 1991, p 41.

9- TAPINOS,(G) , Elements demographiques, Armand- colin, Paris, 1985, P 105.

10- Op cit... p.2.

11- Valin, (J), La population mondiale , La decouverte, Paris, 1986, p 140.

12- عمران عبد الرحيم، سكان العالم العربي حاضرا ومستقبلا، صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية، نيويورك، 1988

13- Valin, (J, La decouverte, op cit... P 45.

14- Op cit... p49.

15- Prestat,(R) , Dictionnaire De Demographie, Paris , P U F, 1979, p 75.

16- Op cit... p 78

17- Op cit... p 77.

18- Op cit... p.76.

19- Op cit... p.77.

20- Op cit... p 77.

21- Op cit... 254.

22- Op cit... p 95.

23- Kouauci.(A), Familles, Femmes et contraception, C N E A P, Alger, 1992, p35.

24- Op cit... p31.

25- TABAH. (L): " Relation entre éducation et fécondité " .in : éducation et planification familiale, UNESCO, Paris, 1970, p95.

26- Kouaci, A, Opcit……. .p49.

27- Ouadah-Bedidi.Z et Valin.J."Maghreb : La chute inésistible de la fécondité", Population et Sociétés, no 351, Juillet-Aout, 2000, INED, Paris.

28- التقرير السنوي لهيئة الأمم المتحدة، 2000.

29- CALDWEL.J, and RUZIKA.L, "The Australian fertility transition", in Population and Development, Review, 1978.

30- BOSERUP.E, "Economic and Demographic Inter relation in SUB-Sahara Africa", Population and Development Review, no 11, Marsh.1985, pp. 387-397.

31- Courbage. Y,"Evolution démographique et attitudes politiques en Syrie", Population, no3, 1994, INED,Paris, pp 725-750

كيفية الإستشهاد بهذا المقال حسب أسلوب APA:

المؤلف إبراهيم عطاري، منادلي محمد، (2020)، تحليل اتجاهات الخصوبة الحديثة في الجزائر، مجلة الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية، المجلد12، العدد 01، جامعة حسيبة بن بوعلي بالشلف، الجزائر، ص.ص: 79-91