

## التغير الاجتماعي في الجزائر وعلاقته بالإنجاب والخصوبة

أ / ملياني نادية  
جامعة عنابة

### الملخص:

إن الانجاب والخصوبة من أهم المشكلات الصحية المرتبطة بالحياة المعاصرة خاصة بعد التغييرات التي حدثت على مستوى التنظيم الاجتماعي من خلال تنظيم النسل الذي نادت به المنظمات العالمية ووضعت له الأسس كسبيل للحد من الانفجار السكاني، وما نجم عن هذه السياسات العالمية من آثار على السياسات المحلية أن أصبح اليوم الحديث عن انخفاض في معدلات الخصوبة في بعض المناطق دون غيرها، وثقافة الأفراد تجاه سلوكهم الانجابي، وحالات العقم الثانوي الناجمة عن بعض وسائل منع الحمل، والجزائر ليست مستثناة من هذا المسار العام العالمي فهي كذلك تعرف اليوم نوعا من الكبح في نسبي الانجاب والخصوبة وحالات العقم الأولي أو الثانوي، فمن خلال ورقنتنا هذه سنحاول المقارنة بين أهم الدراسات الميدانية التي أجريت على موضوع الخصوبة والانجاب والعقم من أجل الوقوف والتعرف على العوامل الرئيسية والجانبية المتحكمة في هذا الموضوع وعلاقتها بالتغير الاجتماعي.

### Résumé :

La fécondité et la fertilité du couple demeure un problème de santé publique liée a la modernité surtout après les changements qu'a connue l'humanité sur le plan organisationnel dans un but de contrôler la croissance démographique, cette politique c'est traduite sur les politiques locales à travers la baisse du taux de procréation, d'une nouvelle culture du comportement fécond, et une stérilité primaire ou secondaire essentiellement après la prise de certain moyens contraceptifs, et l'Algérie n'étant pas à l'abris de ces changements et elle a procédé a l'application des règles générales du planning familial. A partir de l'étude comparative de 03cas nous allons essayer de cerner les facteurs suscité et ont discuté en toute objectivité et faire ressortir le lien avec le changement sociale.

Mot clé : Fertilité, fécondité, stérilité, facteur principales, facteur secondaires, changement sociale.

## مقدمة:

من بين الوظائف التي يقوم بها الانسان في دورة حياته الاجتماعية الإنجاب كفطرة خلق عليها، فالإنجاب والخصوبة والعقم مفردات تختلف في التعريف وقد تختلف في المعنى ولكنها تجتمع في نقطة واحدة هي وصول الجنس الأنثوي والذكوري إلى مرحلة يتم فيها تلاقحهما الجنسي لينتج بعد ذلك نسل جديد يتطور بدوره ليعيد انتاج نسل آخر، وتعترى هذه المفردات أي الخصوبة والإنجاب والعقم مجموعة من العوامل تتحكم وتغير من السلوك الاجتماعي عند الرغبة في زيادة النسل أو تنظيمه ليبقى عند مستوى معين، وقد أجريت عديد الدراسات في هذا المجال سواء على مستوى المنظمات العالمية كالمنظمة العالمية للصحة أو بحوثا أكاديمية تتناول بالدراسة حالة بلد دون غيره أو المقارنة بين مناطق البلدان نفسها، ولكن إلى حد كبير تجمع جل نتائج هذه الدراسات إلى أنه هناك انخفاض في مستوى الخصوبة وإن كان الاختلاف بين الدول يتفاوت بحسب موقعها الجغرافي والاتجاه الديني والعقائدي والمستوى الاجتماعي-الاقتصادي والموروثات الثقافية وهي مؤشرات يقاس بها التغيير الاجتماعي أيضا، وعليه فإن السلوك الإنجابي كذلك يتفاوت بين الدول والأقاليم والمناطق وتتدخل العوامل سابقة الذكر (أي الموقع الجغرافي والمستوى الاجتماع-الاقتصادي، والموروثات الثقافية) أيضا في إحداث الفرق لتبيان وتيرة الزيادة أو النقصان، أما العقم فلقد نال نصيبا غير هين من الدراسات خاصة منها البيولوجية وما يمكن أن يرتبط به من عوامل نفسية اجتماعية-اقتصادية وكذلك ثقافية، ونتيجته أن كانت عمليات التحديث والتغير في أوقات أو التغيير في أوقات أخرى متواصلة إما للحد من الزيادة السكانية غير المرغوب فيها أو ثانيا لإيجاد حلول اصطناعية من أجل علاج ما يسبب الكبح وانقاص معدلات الزيادات المرغوب فيها واعطاء الأمل في الإنجاب أي التحكم في السلوك الإنجابي<sup>1</sup> لأولئك غير العقمين وكل هذا بحسب الحالة التي يكون عليها المعنيون بتنظيم خصوبتهم، فالزيادة العالية في هذه المؤشرات تؤدي إلى الانفجار السكاني أما نقصانها فيؤدي إلى شيخوخة المجتمع وعليه فهذه المتغيرات يجب أن تكون المعلومات دقيقة حولهما ويلزمهما سياسات تخطيط بعيدة المدى وتكنولوجية عالية التطور والإحاطة بجميع العوامل المتحكمة فيها.

## 1- العوامل المتحكمة في الخصوبة والإنجاب:

### 1-2 الأهمية العلمية للإنجاب والخصوبة:

الخصوبة والإنجاب من أهم المتغيرات والمؤشرات الديموغرافية، الخصوبة والإنجاب من عناصر دراسة السكان، يعتبران عاملين رئيسيين في الحكم على فتوة وهَرَمَ مجتمع ما، يؤثران في اتجاهات التخطيط والتنمية، يحددان معدلات النمو السكاني عن طريق التنبؤ لأنهما قابلين للقياس.

### 2-2 العوامل الأساسية المتحكمة في الخصوبة والإنجاب:

الثلاثة دراسات قيد المقارنة بينهم أجريت إحداهما في جدة والأخرين في الجزائر واحدة منهما تتناول وضع الجزائر بصفة عامة وأخرى تتناول إحدى ولايات الجنوب وقد تم اختيار هذه الدراسات للوقوف على أهم العوامل المتحكمة في الانجاب والخصوبة لأهميتهم على الصعيد العلمي والمعرفي، جدول رقم (01) يبين المقارنة بين الدراسات الثلاثة: اعتمدت الباحثة في دراسة ولاية خنشلة في الجزائر على مؤشرين لتحديد الخصوبة هما: المعدل العام للخصوبة ومتوسط عدد الأطفال لكل امرأة، وحددت 03 عوامل تتحكم في الخصوبة هي:

- العوامل المتحكمة في العلاقة الجنسية: كسن أول علاقة جنسية، وتيرة الزواج، وتيرة العلاقة بين الزوج وزوجته، انقطاع رابطة الزواج، مدة التوقف الارادي عن القيام بعلاقة جنسية، وفي بعض الأحيان التوقف يرجع لمبررات دينية.

- العوامل المتحكمة في الإنجاب: شبابية الزوجان، اللجوء إلى موانع الحمل.

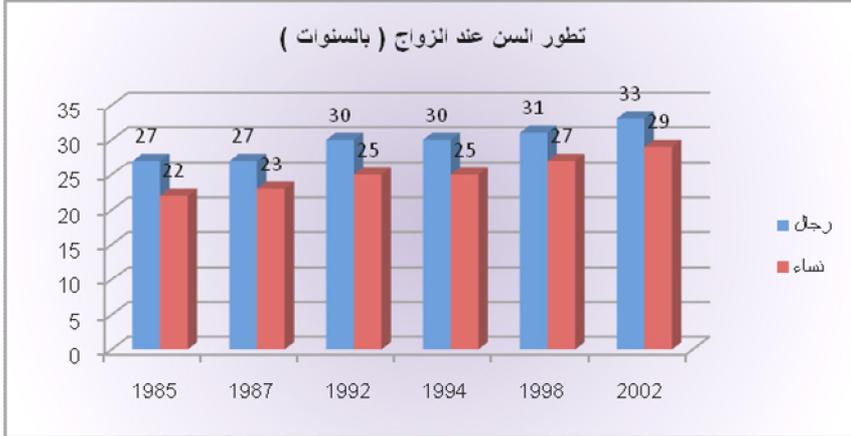
- عوامل مؤثرة في الإنجاب: كالأجهاض العفوي، أو المتعمد، وموت الأجنة.

نقاط الاختلاف		نقاط التشابه		
انخفاض الخصوبة	ارتفاع الخصوبة	انخفاض الخصوبة	ارتفاع الخصوبة	
	<p><u>عمر المرأة:</u> تتراوح الفئة العمرية للنساء اللاتي هن في سن الانجاب بين 24-35 سنة فتعليم المرأة لم يمنعها من الزواج مبكرا فهي طالبة وأم في الوقت نفسه.</p>	<p><u>تعليم الزوجة:</u> كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة انخفض عدد الأولاد، وهو أحد أهم متغير يعتمد عليه الباحثون في الحكم على الخصوبة.</p> <p><u>الحالة العملية للزوجة:</u> يختلف الانجاب حسب العمر وينخفض عند المرأة العامل.</p> <p><u>استعمال وسائل تنظيم النسل:</u> عندما تستخدم المرأة الوسائل تتخفف عندها الخصوبة وترتفع نسبة التناول عند النساء العاملات والمتعلمات، لكن تعتبره الباحثة ثانوي ويرتفع تناول الوسائل عند اللاتي أنجبن عددا كبيرا من الأولاد</p> <p><u>الدخل:</u> كلما ارتفع الدخل انخفضت الخصوبة، فعندما يكون الدخل منخفضا تعتبر العائلة أن الزيادة في عدد الأولاد رأس المال الحقيقي.</p> <p><u>نوع السكن والحي السكني:</u> تتخفف الخصوبة عند المرأة التي تسكن التي تسكن حيا راقيا ومستوى معيشي عال.</p>	<p><u>مدة الحياة الزوجية:</u> تؤثر على الخصوبة وهي على علاقة مع عدد الأطفال الذين تتجنبهم المرأة طول فترة زواجها.</p> <p><u>عدد الأطفال:</u> تبين أنه هناك علاقة بين عدد الأطفال وخاصة الأطفال الذكور والخصوبة فالمرأة تتجب حتى تحصل على عدد غير هين من الذكور سواء أكانت متأثرة بموروثها الثقافي أو نزولا عند رغبة محيطها العائلي</p> <p><u>وفيات الأطفال:</u> كلما فقدت الأم أطفالا كلما زادت في إنجاب الأطفال.</p>	<p>دراسة جدة</p>
<p>معدل الخصوبة في تراجع بسبب: ارتفاع سن الزواج للمرأة.</p>	<p><u>عمر المرأة:</u> تتراوح فترة الخصوبة في الفئة من 29-39 سنة</p>	<p>معدل الخصوبة في تراجع بسبب: ارتفاع نسبة التحضر ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة</p>	<p><u>مكان الإقامة:</u> تتأثر بالخصوبة الجغرافي وبين المناطق إن كان حضرا أو ريفا فهي تزداد في المناطق</p>	<p>دراسة ولاية خنشلة</p>

الريفية وتتضاعف في المناطق الحضرية.	عمل المرأة		
دراسة حالة الجزائر بصفة عامة مكونات الحركة الطبيعية للسكان	الانتشار الواسع لاستعمال وسائل منع الحمل أدى إلى انخفاض الخصوبة. بعض العوامل السوسيو-اقتصادية.	المتحكم في انخفاض الخصوبة: ارتفاع سن الزواج لأسباب متعددة. تعليم المرأة سبب في تأخير سن الزواج. تغييرات اعتبرت المشوار الحياتي لمعنى الزواج نتيجة التحضر وما جاب به من نظرة قد تكون سلبية في بعض الأحيان للحياة الزوجية وتركيبية الزواج.	وضعية الوفيات: انخفاض نسبة الوفيات وارتفاع الأمل في الحياة. ارتفاع الخصوبة: نتيجة ارتفاع عدد المواليد ودليله متوسط عدد الأطفال لكل امرأة. ارتفاع عدد النساء اللاتي هن في سن الإنجاب، والزواج المبكر خاصة في الفترة التي أعقبت حرب التحرير وسياسة الإعمار التي اعتمدها السياسة الجزائرية حيث كان الهدف الأساسي تعويض الإنجاب واتاحة الخلافة حيث أنه يجب على كل 1000 امرأة أن تخلفها 1000 امرأة أخرى لضمان النسل.

الملاحظ من خلال الجدول أن الدراسات التي أجريت سواء في الجزائر أو في مدينة جدة تتقارب النتائج فيها إلى حد كبير عدى اختلاف واحد وهو عمر المرأة عند الزواج فنساء مدينة جدة يتزوجن باكراً وبهذا لم يؤثر هذا العامل في الخصوبة بيد أن الباحثين الجزائريين أرجعوا انخفاض الخصوبة إلى هذا العامل ألا وهو ارتفاع سن الزواج عند المرأة الجزائرية ودليل ذلك أن سن الزواج كان 18 سنة سنوات الستينات إلا أنه وصل إلى 29 سنة في الألفية الثانية وهذا ما نلاحظه في الرسم رقم (1)، (2)، (3)

من خلال تطور سن الزواج وتطور متوسط العمر عند الزواج في الجزائر: رسم بياني رقم (01): يبين تطور متوسط السن عند الزواج (بالسنوات)<sup>2</sup>



وهذا الارتفاع في سن الزواج الحالي يختلف حسب مكان الإقامة والمستوي التعليمي كما يتضح في الجدول أسفله:

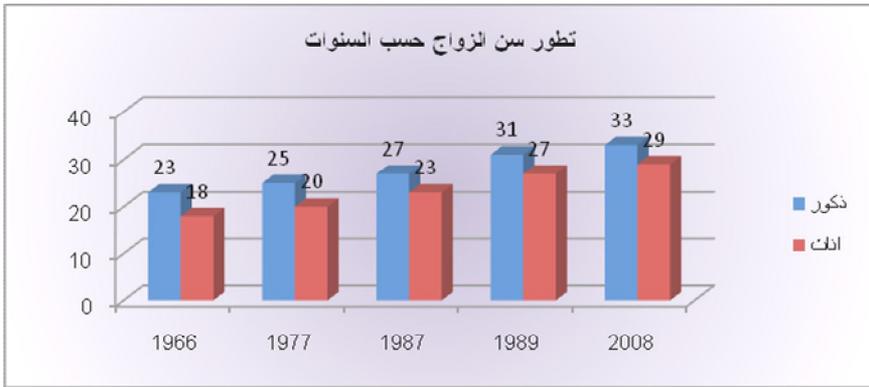
رسم بياني رقم (2): يبين تطور سن الزواج حسب الجنس ومكان الإقامة والمستوي التعليمي بالجزائر 2002<sup>3</sup>



نلاحظ من خلال الجدول رقم (03) أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي ارتفع تباعا سن الزواج فعند فئة المستوى التعليمي المنعدم وصل سن الزواج

إلى 31 سنة للرجال و28.3 سنة للنساء في حين يرتفع عند الرجال والنساء ذوي المستوي الثانوي فما فوق (35.5 سنة للرجال و33.2 سنة للنساء) فلو تصفحنا متوسط العمر عند الزواج منذ أول تعداد سكاني 1965 الى آخر تعداد لسنة 2008 لأرىنا الفرق الكبير والتطور السريع لسن الزواج، وهو موضح في الجدول الموالي:

رسم بياني رقم (3): يبين تطور سن الزواج بالسنوات<sup>4</sup>:



بعد الاستقلال أقبل السكان على الزواج في سن مبكرة 23 سنة للرجال و18 سنة للمرأة وهذا تباعا لسياسة الاعمار التي انتهجتها البلاد عقب الاستقلال، ويعود كذلك السبب إلى خصائص الأسرة الجزائرية التي تميزت في وقت معين بـ: المرأة تكسب احتراماً في عالم الرجال لكونها أمّاً لذكر أو ذكور، ينتظر من الصبي رجل المستقبل أن يكون أكثر نشاطاً وأكثر قدرة على التنافس، وأكثر استقلالية واعتماداً على الذات، منح البنت درجة أقل من الرجل، وتعزز لديها العائلة مفاهيم الهدوء والرقّة، وسلوك الطاعة والانصياع، وتحضيرها للعمل المنزلي.

لكن ونتيجة التغييرات التي عرفت الجزائر كالظروف الاقتصادية خاصة ميزان المدفوعات والظروف الاجتماعية كالبطالة والثقافية وهي تقليد النموذج المتروبولي في التنشئة والتلاحق والانجاب فقد ارتفع تدريجياً سن الزواج إلى أن وصل في سنة 2008 إلى 33 سنة للرجل و29 سنة للمرأة.

لكن ارتفاع سن زواج الأنثى ما هو إلا مؤشر تابع لارتفاع سن زواج الذكر فهو أيضا يقضي مدة ليست بالقصيرة في الدراسة ثم يتجه نحو الخدمة العسكرية وعند اكتماله هاذين الشرطين يجد نفسه في مواجهة مشكل البطالة الذي يعاني منه جل الشباب في العالم وليس في العالم العربي فقط.

كما نلاحظ أيضا أن نتائج دراسة ولاية خنشلة في الجزائر ترجع بأن الاختلاف في درجة الخصوبة يختلف بين المناطق الحضرية والريفية لكننا على العكس من ذلك نعتقد أنه ليس هناك اختلاف كبير في الخصوبة بحسب مكان الإقامة حيث لا تتباعد النسب كثيرا بين الحضر والريف والخصوبة بحسب الفئات العمرية فالارتفاع الطفيف أو الانخفاض في نسبة الخصوبة في الريف يتبع ارتفاع أو انخفاض نسبة الخصوبة في المناطق الحضرية أو المدينة. كما هو مبين في الرسم البياني أعلاه.

بالإضافة إلى هذا فإن الباحثة في المؤشر الثاني الذي اعتمدته وهو متوسط عدد الأطفال لكل امرأة أوضحت بأنه في تراجع كبير على مستوى الوطن حيث كان المتوسط يبلغ سنة 1970: 8.3 طفل لكل امرأة انخفض إلى 2.27 طفل لكل امرأة سنة 2006، كما نلاحظ أن متوسط عدد الأطفال يتقارب بين مدينة جدة 4 طفل لكل امرأة مع متوسط عدد الأطفال في الجزائر 4.5 طفل لكل امرأة وهذا يدلنا على أن التقارب يرجع للتشابه بين المنطقتين على الصعيد الديني فهما يدينان بنفس الديانة وخصوصيتهما كمجتمعات عربية، من هنا يمكننا الجزم بحسب هذه الدراسات الثلاث أن الخصوبة من أهم المؤشرات والمتغيرات الديموغرافية وهي تتأثر بعوامل متعددة من بينها: ثقافة المناطق كتفضيل الذكور على الإناث، العامل الاقتصادي للأسر كالدخل وعمل المرأة وعوامل اجتماعية تربوية كالمستوى التعليمي للمرأة وسن زواجها والموقع الجغرافي واستعمال وسائل منع الحمل، وعوامل تقنية كتوفر الخدمات الطبية الحديثة وهي من أهم العوامل المتحكمة في خفض معدلات الوفيات للأمهات ووفيات الأجنة ووفيات الرضع دون سنة ودون خمس سنوات كما ترتفع معها فرص وضع أطفال أحياء.

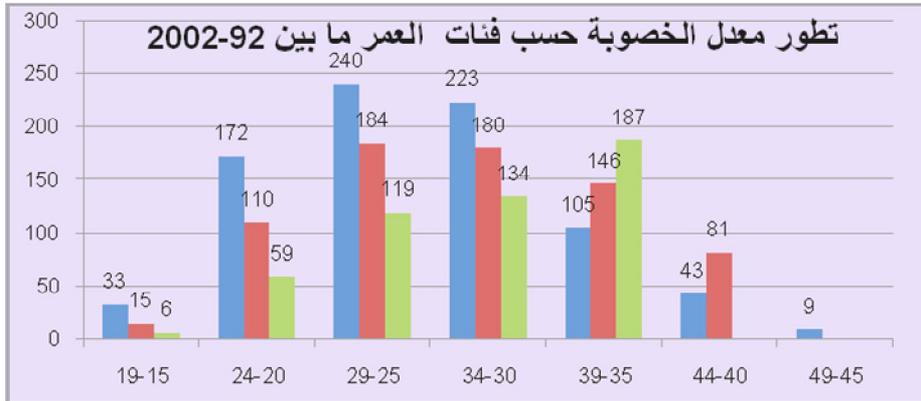
وحسب التحقيقات الوطنية التي اجريت في مجال صحة الأم والطفل منذ 1986 – 1992 – 2002 يتبين تراجع وانخفاض في معدلات الخصوبة المسجلة في الجزائر كما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (02): يبين تطور معدل الخصوبة في الجزائر:<sup>5</sup>

السنوات									TGF
2006	2004	1992	1990	1988	1986	1985	1984	1980	
75.09	73.33	130	134	151.7	156.5	178.1	182.9	201.3	معدل الاجمالي للخصوبة

يتضح من معطيات الجدول أن المعدل الاجمالي للخصوبة كان جد مرتفع في سنة 1980 (201.3 %) نتيجة الزواج في سن مبكرة وعدم استعمال وسائل منع الحمل نتيجة سياسة الاعداد التي اتبعتها الجزائر غداة الاستقلال من جهة ومن جهة أخرى حالة الرخاء الاقتصادي التي كانت تعيشها البلاد في تلك الأونة لتبدأ الخصوبة في التراجع والانخفاض بعد ذلك مع مطلع سنة 2000 حيث وصل أدنى معدل للخصوبة سنة 2004 الى نحو 73,3 % نتيجة الانتشار الواسع لاستعمال وسائل منع الحمل المبرمجة من طرف الدولة في اطار سياسة تنظيم النسل التي اتبعتها الجزائر أو تلك المتاحة للبيع الحر، وارتفاع سن الزواج، وظروف البلاد الأمنية التي أودت بحياة الكثيرين.

رسم بياني رقم(04): يبين تطور معدل الخصوبة حسب الفئات العمر ما بين 1992 – 2002 (لكل 1000 امرأة)<sup>6</sup>



حسب التحقيق الوطني لصحة الأسرة الذي أجري في 2002 يتضح أن الخصوبة عرفت تغييرات، بمعنى انخفاض في المعدلات الاجمالية للخصوبة حسب الفئات العمرية بالخصوص لدى النساء الأقل من 20 سنة والأكثر من 40

سنة حيث تصل الخصوبة الى أشدها في الفئة العمرية (30- 34 سنة) بعدما تركزت في سنتي 1990، 1995 في الفئة العمرية (25- 29 سنة).

بالإضافة إلى العوامل الرئيسية سابقة الذكر هناك عوامل أخرى تتحكم في معدلات الخصوبة وحددناها فيما يلي:

## 2-3 العوامل الجانبية المتحكمة في الخصوبة والإنجاب:

الحالة الاقتصادية للبلدان ومثالها الجزائر التي عمدت سنوات الثمانينات إلى سياسة التباعد الولادي وتنظيم النسل في اطار شرعي هو التخطيط العائلي لكي تخفض من النمو السكاني غير العادي "الذي تضاعف في غضون 20 سنة فبعد أن كان سنة 1966، 12مليون ساكن وصل العدد الاجمالي سنة 1987 إلى ما يقارب الـ: 23 مليون ساكن وهذا العدد يشكل تهديدا وعائق حقيقي في وجه التنمية الشاملة خاصة وأن عدد السكان في بلدان مجاورة للجزائر كتونس مثلا تضاعف العدد كل 60 سنة أما البلدان الإسكندنافية فهي تضاعف العدد كل قرن.<sup>7</sup> وعلى اعتبار البترول المصدر الأساسي للتمويل الداخلي إلا أن أسعاره تراجعت خلال الثمانينات لتقع الجزائر في عجز بين ميزان الإيرادات والمدفوعات وللتخفيف من العبء الاجتماعي للزيادة السكانية لجأت عندها إلى سياسة تتحكم بها في الزيادة العالية للسكان كنشر التعليم في المناطق النائية، وتوعية النساء بأهمية التباعد بين الولادات، وتوعيتهم بفوائد برامج التخطيط العائلي الذي تطبقه الدولة، كما أن الوفيات بصفة عامة أو وفيات الأطفال، أو الأمهات تؤثر على الخصوبة وهذا سنناقشه فيما بعد، بالإضافة إلى ما ذكر سابقا فإن هناك عوامل أخرى مثل: الغذاء والتغذية وأثرهما في الخصوبة، العوامل النفسية وتأثيرها على الخصوبة، الحروب، والتحول المفهمي أو المفاهيمي لمعنى المرأة حيث أن التراث الراسخ التقليدي والموروث أحيانا ومكتسبا أحيانا أخرى كان يشير إلى أن المرأة لا تعرف امرأة إلا إذا اكتمل فيها عنصران وهما الزواج ومن ثم الإنجاب فإذا ما استوفت هذين العنصرين كانت امرأة عن جدارة، أما وقد أصبحت المرأة بعد التغيير الاجتماعي تجلس في المنتديات والملتقيات والوزارات وسفرها وحدها وما إلى ذلك من عوامل تغير مفهوم المرأة، غيرت هي والمجتمع تدريجيا نظرتهم إلى المعنى الجسدي وحصروه في المتعة الجنسية والعلاقة الجنسية التي يمكن أن يؤمنها أحد الطرفين سواء المرأة أو الرجل، فبعد

أن كانت المرأة ما إن تبلغ سنوات تسعة إلى ستة عشرة سنة إلا وتكون في بيت زوج يختاره الأهل لها أصبحت بالعلم والعمل تجلس في أماكن قد لا تتوافق مع أطارها التربوي الذي نشأت عليه فتصبح حينها حبيبة أو خليقة أو عشيقة فتعيش سنوات من المتعة الغريزية، وحينها قد تستعمل وسائل منع الحمل التي تكون سببا في العقم إن تم شربها 03 سنوات قبل تخصيب أول بويضة إن تلك المتعة تكون سببا في تأخير سن زواجها لأنها ترتبط عاطفيا بشخص يؤدي دور الزوج معها.

وان كانت الإحصائيات المقدمة من الديوان الوطني للإحصاء من حيث نسبة تغطية البرنامج الوطني الموسع للتفحيح (PEV) للحد من الوفيات في أوساط الأطفال تشير الى تحسن الوضعية الصحية إلا أنه يمكننا أن نعتبر أن البرنامج الصحي يشير فقط إلى معدل الخصوبة الخارج عن نطاق التدخل وهو ما يدل عليه عدد الأطفال غير الشرعيين المرتبط أساسا بالحالة الاجتماعية والمسألة الثقافية حيث أن الأطفال المحرومون في تزايد مستمر خاصة بالنسبة للأطفال غير الشرعيين فهم في وضعية اجتماعية معقدة إضافة الى الأطفال المنفصلين عن أوليائهم لأسباب مختلفة وتشير الأرقام الى أن هناك 12000 طفل يقدم للقضاء سنويا وحوالي 5000 طفل مهمل في الجزائر في كل سنة هؤلاء الأطفال يصبحون لاحقا ضحايا الانحراف والنتشرد التي هي من أبرز الأمراض الاجتماعية الفتاكة هذا إن دل على شيء انما يدل على وجود وضع صحي خطير خاصة فيما يتعلق بالإدمان على المخدرات والمسكرات والذي ينجر عنه مختلف أشكال الاختلالات الاجتماعية وفي مقال آخر لجريدة البصائر على الموقع الإلكتروني تشير إلى أنه هناك نحو 5000 مولود غير شرعي سنويا، ومن المتوقع أن يتحول المجتمع في المستقبل غير البعيد برمته إلى مجتمع من اللقطاء، مثلما هو الشأن في بعض دول أمريكا اللاتينية، التي بلغت نسبة اللقطاء فيها 70 بالمئة من السكان.<sup>8</sup> وفي الآن نفسه يعزف عديد الشباب على الزواج بحجة أنهم غير قادرين على تحمل مسؤولية إنشاء بيت رسمي، بيد أنهم يتمكنون من تلبية حاجاتهم الجنسية الغريزية بعيدا عن الاطار المعروف لدى المجتمع، فيرتفع بذلك سن زواج الاناث تبعا لارتفاع سن زواج الذكور، وفي نظرنا فالمشكل لا يكمن في دور الدعارة المرخصة، فهي من المنظور الوظيفي "طرح حولها سؤال لماذا تستمر هذه الممارسة رغم إدانتها؟ يرى الموظفون أن الدعارة تشبع احتياجات أفراد لا

يتسنى لهم اشباعها على نحو عاجل من خلال أكثر الصور قبولاً من الناحية الاجتماعية مثل الزواج ويحصل المشتري على الجنس دون أدنى مسؤولية عن الإنجاب أو الاقتراب العاطفي وفي المقابل تحصل البائعة على قوت يومها من خلال هذا التبادل<sup>9</sup> ويخلص بنا هذا الطرح أن الدعارة تلبى حاجة اجتماعية معينة ونحن هنا لا نتحدث عن شرعيتها من عدمه أو عن الموقف الديني تجاه هذا المنطلق الفكري، ولكن هذه الدور مراقبة والعاملات بها يخضعن لمراقبة طبية حتى تبقى الخصوبة تحت التحكم فلا يسمح بالإنجاب زيادة إلى المراقبة الطبية الدورية للحد من الأمراض المتنقلة عبر المسالك الجنسية، ولكن يكمن الاشكال في الممارسة الغريزية البعيدة عن المراقبة والأماكن المسموح بها فينجم عنها تخلي ممارسيها عن المولود النتيجة الطبيعية لكل امرأة ورجل في مرحلة الخصوبة.

بالإضافة إلى حالة البطالة ونقص السكن وهما عاملين أساسيين في التحكم بمستويات الخصوبة فهناك من يحتكم إلى العادات والتقاليد ويتبعون ثقافة القضاء والقدر بينة الزواج وما الحاجات المادية كالعمل والسكن يمكن تأمينها مع الوقت وهنالك من العائلات من تحتكم إلى العقل ولا تزوج بناتها أو أبنائها دون أن يتوفر على الأقل أحد من الشرطين العمل أو السكن، ولا يرضى الأهل في بعض الأحيان تزويج بناتهم كزوجة ثانية أو ثالثة أو زوجة لرجل توفيت زوجته ومعه أبناء أو شيخ طاعن في العمر، أو أن يكون بدون منصب عمل أو بدون سكن إلا إذا بلغت سناً متقدمة ابتداءً من عمر 37 سنة فما فوق، ولكن إذا بلغت المرأة سن 35 فما فوق تضاعلت حظوظ الخصوبة لديها وما ارتبط بها كصحتها وحالتها النفسية... إلخ، أو ما ارتبط بسلوكها الإنجابي أو ما ارتبط بالأطفال الذين تلدهم في صحتهم أو أمل حياتهم أو عددهم... إلخ، فمع مرور الزمن تغير المفهوم الاجتماعي للمرأة من كائن له وظيفة حفظ النسل عن طريق الانجاب إلى وظيفة أكثر فردانية وهو البحث عن اشباع الغريزة عن طريق ترسيخ مفهوم ينحصر في الجسد وأبعاده، فانتشرت بذلك مساحيق التجميل ونوادي الرياضة ومنتجعات الاعتناء بالبشرة واختصاصيو الموضة... إلخ وبذلك ترسخ مفهوم ماذا يمكن للمرأة أن تكون عند استغنائها عن المفهوم التقليدي ودور حفظ النسل والإنجاب والتنشئة الاجتماعية وتلبية حاجيات الزوج فتمركز المفهوم الجديد حول ذاتها وجسدها ليقابل المفهوم الجديد مفهوم الشخصية النرجسية مالكة مفاتيح الغريزة، ودليل ذلك عدد الأطفال

غير الشرعيين الذي هو في تزايد مستمر فإن دلّ على شيء فإنما يدل على أن هناك خصوبة عالية لكن غير مرغوب فيها أي غير مرغوب في تحمل مسؤولية تكوين أسرة فمفهوم الأسرة ودور كل فرد فيها عرف تغييرات كثيرة كذلك، فلا وظيفة ولا دور وبهذا يعيش المجتمع حالة لا توازن. من ذلك يمكننا القول أنها عوامل تؤثر بطريقة غير مباشرة على الخصوبة.

## 2- مظاهر الخصوبة في الجزائر:

يأخذ الإنجاب في الجزائر 03 مظاهر هي:

- نموذج الخصوبة الذي يتميز بتأخر سن الزواج وانخفاض في مؤشر الخصوبة وارتفاع في استعمال وسائل منع الحمل ولايات الشمال.
- نموذج الخصوبة الذي يتميز بتأخر سن الزواج وارتفاع مؤشر الخصوبة 2.5 إلى 3.5 طفل لكل امرأة مع استعمال واسع لوسائل منع الحمل لكنها تبقى أقل من المعدل الوطني وهي منطقة الهضاب العليا.
- نموذج يتميز بمؤشرات عالية للخصوبة 3.5 إلى 5 طفل لكل امرأة واستعمال واسع لوسائل منع الحمل الطبيعية والتقليدية ولايات الجنوب<sup>10</sup>

وفي جريدة الفجر ليوم 25 سبتمبر 2010 كتبت موضوعا عن الخصوبة وأشار كاتب المقال إلى أن معدل الخصوبة لدى النساء يتحكم في النمو السكاني بالجزائر والأمم المتحدة تتحفظ بشأن بلوغ سكان الجزائر 80 مليون نسمة في 2050، مستندا في ذلك لما تنبأت به دراسة لدائرة الشؤون الاقتصادية بالأمم المتحدة ببلوغ سكان العالم الـ: 10ملايير نسمة سنة 2050، وأكدت الدراسة على تزايد سكان العالم بنحو 78 مليون نسمة سنويا، وسيعيش نحو 7.9 مليار نسمة من سكان الكرة الأرضية في الدول النامية والفقيرة، منها الجزائر التي ستعرف نموا مضاعفا خلال فترة 50 سنة وتُعد الجزائر - حسب هذه الدراسة - من الدول التي تلجأ نساؤها إلى خفض الخصوبة عند الإنجاب، بالرغم من أنها تسجل تزايدا مضاعفا في نمو السكان كل 50 سنة، لكن الدراسة تتحفظ بشأن النمو الديموغرافي في الجزائر، بالنظر إلى الظروف التي تعيشها والمتغيرات الجارية على الصعيد الاجتماعي، والمتضمنة للقدرة الشرائية والتقاليد الأسرية وميادين أخرى، واكتفت بحصر نموها السكاني في

مدى فعالية الخصوبة لدى النساء، وطرق التحكم فيها لضبط التعداد... وبالتالي فإن أغلبية سكان العالم يجمعهم الفقر وضعف القدرة الشرائية، لاسيما في أقر 31 دولة عالميا، منها أفغانستان، بوركينافاسو، وأوغندا. ويقل عمر نصف سكان الدول النامية عن ال 25 سنة، و9 بالمئة يزيدون عن ال 60 سنة، يتوقع أن تصل نسبتهم 20 بالمئة في 2050، وبالتالي فإن هذه الدول منها الجزائر تتجه تدريجيا نحو الشيخوخة.

وقد استند تقرير الأمم المتحدة، الصادر مؤخرا، على معدل الخصوبة المنخفض لدى النساء، حيث سينخفض معدل الإنجاب من 2.56 طفل لكل امرأة حاليا، إلى 2.02 طفل لكل امرأة خلال 2050، وهي التوقعات التي ترجح بلوغ تعداد سكان العالم نحو 10.5 مليار نسمة خلال 2050، كما أنها قد لا تتعدى ال 8 مليار نسمة، تبعا لتطورات الخصوبة، وتستقر التوقعات على الإمكانات المتوفرة، ولجوء أغلبية النساء إلى حبوب منع الحمل وتباعد الولادات.. ففي عام 2005، تمكنت 24 بالمئة من نساء العالم المتزوجات وهن في سنّ الإنجاب من أخذ حبوب منع الحمل.<sup>11</sup>

### 3- التحكم في السلوك الإيجابي:

وتعود الأسباب لتنظيم النسل حسب الفئة العمرية 26 إلى 33 سنة للعينة التي أجريت عليها الدراسة في ولاية خنشلة إلى صحة الأمهات فالجنين يأخذ من جسم أمه كل المواد الغذائية اللازمة لنموه فإذا خلقت هي من ضلّعه فهو كله منها.

والفئة العمرية نفسها أرجعت السبب في تنظيم النسل أو تحديده إلى الامكانيات المحدودة أي إلى المستوى الاقتصادي، ويلى ذلك سببين آخرين هما تربية الأطفال ورغبة الزوج على التوالي.

والملاحظ أن هذه الأسباب تتمركز في الفئة ذات المستوى التعليمي الجامعي ومن العائلات التي لها طفل أو طفلين، كما أنه وعند التمعن في السلوك الانجابي يلاحظ عدم تأثير المستوى التعليمي للمرأة في اتجاهها نحو برامج الصحة الانجابية ونرجع السبب في ذلك إلى سياسة الدولة التي انتهجتها حتى تطبق البرامج إلى اعتماد أسلوب الإيجاب حيناً وإلى أسلوب التوعية حيناً

آخر وإلى الربط بين البرامج بمقتضيات الحياة اليومية كأن تشترط شهادة التلقيح الخاصة بالبرنامج الوطني الموسع لتلقيح الأطفال حتى يتم السماح بتسجيل ذلك الطفل في المدرسة.

كما أن الدولة ربطت بين البرامج الصحية الموجهة للمرأة وحياتها الاجتماعية فمصالح حماية الأمومة والطفولة تقوم بتقديم شهادات مختلفة سواء للمرأة نفسها أو لزوجها الذي يكون عاملا كشهادة تأكيد الحمل في 03 و 06 و 08 أشهر من الحمل حتى تستعملهم المرأة الحامل العاملة أو زوجها العامل بالنسبة للنساء الماكثات بالبيت حتى يستفيدون من التعويضات اللازمة من طرف هيئة الضمان الاجتماعي، كما يستفيدون من العطل أو من المنح التي تخصصها الدولة في حالة الحمل.

زيادة على ذلك هناك شهادة الولادة، وشهادة ما بعد الولادة حتى تسوي المرأة العامل وضعيتها تجاه عملها ومصالحة الضمان الاجتماعي، أو زوجها في حالة ما إذا كانت مأكثة بالبيت، كما أنه هناك شهادة العذرية التي تقدمها مختلف المصالح الصحية المخصصة لصحة الأم والطفل لكي تثبت الفتاة عذريتها قبل الزواج وهذا لما لهذا الموضوع من أهمية على الصعيد الاجتماعي والديني والثقافي خاصة وأن المجتمع الجزائري يعتد بأصالة التاريخ العريق والثقافة الراسخة، تتحدد الخصوبة إذا بمجموعة من العوامل كسياسة تنظيم النسل المنتهجة في المناطق والدول بحسب الاحصائيات العالمية التي تميز مناطق عن أخرى والمثير هنا أن هناك عامل آخر ناتج عن تتبع مسار تنظيم النسل وهو العقم الثانوي أو الذي ينجم عن أخذ وسائل منع الحمل قبل أو بعد الولادة الأولى، فالذي نظرته كإستقهام لماذا يصر آخرون على التحكم بنا وبخصوبتنا، هل مواقعهم تسمح لهم بالتحكم في انجابنا ومن منحهم هذه القدرة ربما نكون نحن عند تطبيق السياسة دون وعي ولا لشيء ولكن لنعد تقارير نفتخر بها أمام العالم بأننا نفهم ونطبق الدرس الذي تعلمناه وهو مواكبة دول الرفاهة، أم هي مسارات لأبد من سلكها لكي يتمكن الجميع من العيش في رغد ونضمن لمن يخلفنا من نسلنا العيشة الهنية بعد أن استثمرنا لهم في أن أنجبنا طفلا أو اثنين على الأكثر، فالعقم إذا مؤشر يدل على الخصوبة ويتحكم بها، وفي مايلي تفصيل على ذلك:

#### 4- العقم متغير يؤثر على الخصوبة:

الغاية السامية من الزواج هو الانجاب من أجل حفظ النسل والجنس البشري من الانقراض وفي الحالة العادية يحدث الحمل في أول سنة من الزواج وكلا الزوجين مؤهلين طبيعياً ليكونا آباءً وأمهات، لكن قد يتعرض هذا المسار الطبيعي إلى عوائق متعددة تؤدي جميعها إلى أن يطلق على أحد الزوجين أو كلاهما "عقيم" لا لشيء ولكن لعجز أحدهما أو كليهما على أن يقوم بدوره الطبيعي للإنجاب ومن ثم الخصوبة، "ويصيب العقم ما يقارب 15% من الأزواج في سن الإنجاب في جميع أنحاء العالم، وأظهرت الدراسات الديموغرافية لمنظمة الصحة العالمية عام 2004 أن أكثر من 30% من النساء الذين تتراوح أعمارهن بين 25- 49 عاماً في أفريقيا جنوب الصحراء يعانون من العقم الثانوي، أي الفشل في الحمل بعد حمل أولي (وسبق وأن بينا ذلك في تحديد مفاهيم الدراسة) قد تبدو المخاوف بشأن العقم في عالم يحتاج ضيقاً قوياً للنمو السكاني أمراً غريباً، ولكن اعتماد قاعدة الأسرة الصغيرة يجعل مسألة العقم غير المرغوب أكثر إلحاحاً، إذا ألحنا على الأزواج تأجيل أو المباشرة الطويلة بين الحمل، فلا بد من مساعدتهم على تحقيق الحمل عندما يقررونه وفي الوقت المحدود المتاح لهم.

يمكن أن يساعد الإخصاب في المختبر الكثير من النساء المصابات بالعقم، وبخاصة اللواتي يعانين من مشاكل مثل انسداد أو تندب وخيم في البوقين يصبح معها الإصلاح الجراحي غير مستحسن أو غير ناجح. تُمكن هذه التكنولوجيا من تخصيب البويضة مباشرة بالمني خارج جسم المرأة، دون أن تحتاج البويضة أو النطاف إلى المرور عبر أنبوب مغلق، ثم يتم نقل الأجنة المخصبة إلى رحم المرأة.<sup>12</sup> هذه العملية الاصطناعية غير متاحة للجميع نتيجة التكلفة الباهظة من جهة ويلزمها قدر عالٍ من التقييم والتكنولوجيا والمعرفة العلمية، ويلجأ عادة الزوجان للتشخيص عند تأخر الحمل بعد سنة من الزواج، "ومهما كان السبب في فشل الإخصاب وتحقيق الحمل فإن الطب يستطيع معرفة 80% عند إجراء الفحوص والتحريات الخاصة وتقدر نسبة أسباب العقم عند الرجال 30% وعند النساء 30% وعند كلا الزوجين 20% بينما 20% الأخرى تعود إلى أسباب غير معروفة وقد تعود في ذلك إلى أسباب نفسية أو اجتماعية ويمكن أن تؤدي إلى العقم دون سبب عضوي أو وظيفي، وفي دراسة

عن الموضوع الذي هو بين أيدينا هناك دراسة أجريت كذلك في الجزائر وتناولت الباحثة الأسباب الكامنة وراء العقم وحددتها في:

**عند المرأة الأسباب العضوية:** مثل المهبل، أسباب تتعلق بالرحم،

أسباب... إلخ

**وعند الرجل كذلك أسباب عضوية تؤدي للعقم مثل:** أسباب تتعلق

بالغدد التي تتحكم في إنتاج الخصيتين للسائل المنوي، أسباب تتعلق بالخصيتين، خلل في البروستات والحويصلات المنوية، خلل في الجماع، التشوهات الخلقية... إلخ

**وفي الحالتين:** هناك عوامل نفسية كعدم التوافق في العلاقة الزوجية،

ومشكلات نفسية تربوية، الشخصية الذكورية العدوانية، البرود الجنسي، الزوجة التي تأخذ دور الأم كحل سلبي واعتمادي، وجود سلوكيات الأم المسيطرة والمستبدة وجود رغبات متناقضة في الحمل وعدمه، شدة التعلق بالإنجاب، الصدمات الانفعالية المتكررة، تكرر الاثارة الجنسية دون اشباع، وهناك أسباب مجهولة.<sup>13</sup> وتوجد هناك عمليات تشخيصية خاصة بالمرأة

وأخرى خاصة بالرجل، تتوج في النهاية بعلاجات طبية وجراحية وأخرى اصطناعية كالتلقيح الاصطناعي مما قدمته الباحثة في موضوع العقم أمكننا أن نستشف ونستدل بالعقم على الخصوبة فإذا أردنا اضعاف معاني بعيدة عن متوسط عدد الأبناء الذين تتجهم المرأة طول فترة حيضها الممتدة من 15 إلى

49 سنة وهو التعريف العادي والمتداول للخصوبة فيمكننا حصرها في ركيزتين أساسيتين هما الزوج والزوجة، وكما للرجل دلائل على الخصوبة فللمرأة دلائل على الخصوبة كذلك وهي: أن تكون المبايض سليمة تنتج البويضة في الوقت المناسب، أن تكون قناة فالوب سليمة وسالكة أي غير مسدودة، أن لا يكون هناك مرض عضوي بالرحم أو الغدد الصماء يمنع من حدوث الحمل، أن لا تكون هناك مضادات بإفرازات الرحم تؤدي إلى موت الحيوانات المنوية، أن تكون الهرمونات متوازنة تستطيع أحداث دورة طمثية اباضية، أن لا يظهر سائل شبيه بالحليب من الثديين، أن يستبعد أي احتمال في وجود التهابات في المجاري البولية أو التناسلية، يجب أن يتم نجاح التفاعلات الكيميائية المتسلسلة التي تحدث بعد ولوج الحيوان المنوي إلى داخل البويضة وتؤدي إلى ظهور البلاستوسيت بوقت مبكر جدا التي تعشش ببطانة الرحم وخلاياها هي التي تفرز هرمون H.C.G الذي نتحرى وجوده بالبول أو الدم

للتأكد من حصول الحمل، وأخيرا علاقة زوجية سليمة وحميمة متمثلة بالجماع المتكرر غير المؤلم على الأقل مرتين أسبوعيا وأن يحصل القذف الكامل للسائل المنوي في المهبل أي لا يوجد قذف مبكر، "قد يكمن بعض الأمل للكثير من النساء العقيمات في البلدان منخفضة الدخل من أن تتمكن بلدانها من التكفل ولو جزئيا ببعض التكاليف لترفع من العبء على هاته الشريحة لتجسد معنى الدعم الاجتماعي ومن الأمثلة على ذلك ما قامت به مصر التي تمكنت من خفض النمو السكاني وتوسيع نطاق رعاية العقم في آن واحد؛ فظهر نحو 51 مركزاً خاصاً وعمومياً لعلاج العقم خلال العقود الثلاثة الماضية. يقدم المركز العمومي الأكثر ازدحاماً ويقع في جامعة الأزهر في القاهرة، رعاية العقم بما في ذلك دورات الإخصاب في المختبر المدعومة مالياً بما قيمته 600 دولار أميركي لكل دورة من أجل خدمة مئات من الأزواج الذين يعانون من العقم في مصر كل عام"<sup>14</sup>، أما في الجزائر فهناك عدد محدود حتى الآن رغم التطور العلمي والتكنولوجي وتوسيع الخدمات ونطاقها في الكم والنوع على كامل التراب الوطني، إلا أنه لا يوجد دعم اجتماعي لهذا المشكل خاصة وأن التكلفة لدى المصحة الخاصة التي تعنى بتقديم خدمة التلقيح الاصطناعي والمخبري ليست في متناول جميع الفئات الاجتماعية، وهذا ما شكل حاجزا نفسيا ومعوقا يفوق قدرة التحمل البشري في بعض الأحيان.

## خاتمة:

ان اختلفت المؤشرات والمعطيات والنتائج أو حتى التحاليل فالثابت أن الخصوبة والنمو السكاني المتوقع في المستقبل هما أعلى في أفريقيا جنوبي الصحراء من أي إقليم آخر في العالم، وقد تباطأ انخفاض معدلات الولادات "وهو ضئيل أصلاً" أكثر فأكثر خلال العقد الماضي، والجزائر دولة افريقية سوف تعاني خلال بضع سنين من تناقص عدد الشباب فسوف تنمرکز الفئة العمرية في فئتين هما فئة صغار السن وفئة الشيوخ أما فئة الشباب فسيتكون أقل بكثير منهما وهذه النتيجة تدفعنا إلى التفكير في مصير الاقتصاد الوطني فإذا كانت اليد العاملة تنمرکز جلها في الحالة الطبيعية في فئة الشباب فهم رأس المال الحقيقي لكل بلد، وعليه فالخصوبة والانجاب مؤشرات ديموغرافية مهمة من أجل التنبؤ بالوضع السكانية وكيف ستكون عليها حالة المجتمع مستقبلاً، وهما مؤشرين تتحكم بهما مجموعة من المتغيرات قد تكون

فيزيولوجية بيولوجية محضة في بعض الأحيان وقد تكون نفسية اجتماعية- ثقافية واقتصادية أو حتى دينية أحيانا أخرى، بالإضافة إلى بعض العوامل الجانبية التي تدخل في مسارهما فتجره إلى الانحراف والتغير، كما أنه هناك مؤثر آخر يدلنا على الخصوبة وهو العقم الذي يعتبر في العديد من الثقافات سببا للتمييز والنبذ ووصمة العار للأزواج الذين لا يستطيعون انجاب الأطفال، لكن تبقى الوقاية والرعاية من العقم على الرغم من أهميتها، من قضايا الصحة العمومية المهمة أو من القضايا التي تحتل على الأقل مرتبة منخفضة في قائمة الأولويات لا سيما بالنسبة للبلدان منخفضة الدخل التي تعاني من الضغط السكاني ولسوء الحظ لا تُتاح خدمات العقم على نطاق واسع ولا يكون الإخصاب في المختبر ميسور التكلفة بالنسبة لمعظم النساء في البلدان النامية، لذلك يسعى جموع ممثلي المجتمع المدني بشكل متزايد إلى حث واضعي السياسات الصحية على البدء في دمج الوقاية من العقم ورعايته وعلاجه حتى يتسنى تعزيز نظم رعاية الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد، ويمكن أن يساعد الإخصاب في المختبر الكثير من النساء المصابات بالعقم، وبخاصة اللواتي يعانين من مشاكل يمكن أن تعالج اصطناعيا، مما تقدم نستطيع أن نخلص إلى الأهمية الاجتماعية والعلمية للخصوبة والانجاب، فالخصوبة والعقم والانجاب لها دلالات اجتماعية خطيرة من خلال العملية المفهومة للمحيط وتحديد الأدوار المنوطة بالرجل أو المرأة اللذان لا يعرفان بكونهما جنسين إلا من خلال العملية الانجابية، والآثار الاجتماعية تظهر في التفاعل الاجتماعي الذي يبديه مجموع العائلة والأصدقاء مع أولئك غير القادرين على التخصيب وعليه ترتفع أو تنخفض نسبة الدعم الاجتماعي الذي دلت على أهميته دراسات عديدة من أجل المحافظة على بعض الوضعيات الصحية عند مستوى معين من الثبات والاستقرار، وهذا الدعم الاجتماعي يعكس فيما بعد على الراحة النفسية لمعدومي القدرة على الانجاب، فكما كانت الحالة النفسية للأفراد في استقرار كلما تمكنوا من العيش بأكثر راحة، فالحالة النفسية تتعكس فيما بعد على الاستقرار العقلي، وبذلك تكون حلقة الصحة في ترابط وتشابك دائم بين النفس-اجتماعي، العقلي، البيولوجي، ومن بين ما يتجلى أيضا من انعكاسات للخصوبة والانجاب والعقم لأولئك الذين لا يتمكنون من الانجاب حالة الضمور الاجتماعي حيث لا يتمكن أكثرهم من ممارسة نشاطاته الاجتماعية المتعارف عليها، وحالته النفسية التي يقودها الانتكاس والشعور بالدونية.

## قائمة المراجع باللغة العربية:

- <sup>1</sup> - Voir FRANÇOISE BARTHELEMY : Stérilisations forcées des Indiennes du Pérou, le monde diplomatique, 11/04/2007, 14h20.
- <sup>2</sup> - Source: M.S.P enquête sur la santé et la mortalité infantile en Algérie, (1985-1989) 1992 p21  
M.S.P: enquête nationale sur les objectifs de la mi- décennie, (MDG Algérie 1995) Alger 1996 p18  
M.S.P.R.H : Enquête Algérienne sur LA sante de la famille2002: ONS langue des Etats Arabes Algérie 2004 p213.
- <sup>3</sup> - Source M.S.P .R.H enquête Algérienne sur la santé de la famille 2002.  
O .N.S, langue des Etats Arabes 2004 p95.
- <sup>4</sup> - Source Enquête nationale Violence à l'enquête
- <sup>5</sup> - M.S.P Enquête sur la mortalité infantile en Algérie (1985-1989) :Syène1992, p21.  
M.S.P Enquête nationale sur les objectifs du mi décennie (MDG Algine 1995), Alger 1996, p17.  
ONS : Annuaire statistique Algérienne (N:25), édit 2009, p30.
- <sup>6</sup> - M.S.P .R.H enquête Algérienne sur la santé de la famille 2002: Source O.N.S, langue des Etats Arabes 2004 p100.
- <sup>7</sup> - Louadi Tayeb : les déterminants de la baisse de la fécondité en Algérie, revue des sciences humaines, université Mohamed khider Biskra, N°24, P02.
- <sup>8</sup> - ما الحل لمشكلة الأطفال غير الشرعيين في الجزائر؟ <http://www1.albassair.org> سبتمبر 2013 العدد: 668.
- <sup>9</sup> - مصطفى خلف عبد الجواد: نظرية علم الاجتماع المعاصر، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، 2009، ص278-279.
- <sup>10</sup> - قوندي سميرة: اتجاهات المرأة الجزائرية نحو برامج الصحة الانجابية، مذكرة تخرج مقدمة لنيل شهادة الماجستير، غير منشورة، جامعة باجي مختار عنابة، الجزائر، 2010-2011، ص58 بتصرف.
- <sup>11</sup> - عبد النور ججنين: معدل الخصوبة لدى النساء يتحكم في النمو السكاني بالجزائر، <http://www.djazairiss.com>، 2012/07/22، 19h00.
- <sup>12</sup> - إما أمُّ أو لا شيء: مجلة منظمة الصحة العالمية، المجلد 88، كانون الأول/ديسمبر 2010، 877-953، الموقع الرسمي لمنظمة الصحة العالمية.
- <sup>13</sup> - حرتام فتيحة: العقم آثاره النفسية والاجتماعية وعلاجه الاصطناعي، مذكرة تخرج مقدمة لنيل شهادة الماجستير، غير منشورة، جامعة باجي مختار عنابة، الجزائر، 2011-2012، ص59-62 بتصرف.
- <sup>14</sup> - مجلة منظمة الصحة العالمية، مرجع سبق ذكره.